

# 介護記録の目的と意義

一般社団法人TSK

代表 佐藤 ちよみ

# 研修内容

- (1) 介護記録の目的・意義について**
- (2) 介護記録にあたっての必要な視点**
- (3) 事業所・施設における教育方法**

# (1) 介護記録の目的・意義について

## 記録の目的

- ① 利用者が生きた証となる。
- ② 介護チームの連携における情報の共有化と従業者の資質向上につながる。
- ③ 正当な介護報酬を得るための証拠となる。
- ④ 介護の専門職として多職種への情報提供と連携を行う。
- ⑤ 事故及び苦情防止に活用する。

## 記録の意義

- ➡ ① 利用者が、その時々生活を振り返り、今後の目標を自ら考えて頂けるよう活用する。
- ➡ ② 経験の浅い職員が先輩職員から観察すべき内容や援助内容を学ぶ機会となり、継続した援助が可能になる。
- ➡ ③ 1人の利用者に対して、介護計画に位置付けられた支援を実行した証となる。
- ➡ ④ 介護及び医療を担う多職種においてのアセスメントにおける基礎情報となる。
- ➡ ⑤ すべての支援者が、利用者の尊厳を保持し、事故予防に努めている証となる。

## ① 利用者が生きた証となる（その1）

- 介護支援専門員が、利用者及び家族とともに介護計画書を作成します。
- 生活全般の解決すべき課題は、利用者の現状の中での困りごとを明らかにし、その困りごとをどうしたいか、どうなりたいか（意向や要望）及び専門職の助言などを加味して決めます。
- 課題に対して、長期目標及び短期目標を定めます。
- 短期目標を達成するために必要なサービス内容を導き出します。
- そのサービス提供にふさわしいサービス種別を選別し、利用者に提案。その後、提供するサービス事業所を選別して頂きます。
- このような工程を経てサービス事業所が決まります。

## ① 利用者が生きた証となる（その2）

- サービス提供事業所は、提供された介護計画書に沿って個別援助計画書を作成します。
- 施設では、担当の介護職員が中心となって、個別の利用者に対する支援方法を統一していきます。
- 記録は、この介護計画書の支援経過であること、継続して実施する場合、利用者の変化が読み取れる必要があります。
- 結果、目標の期間終了時に振り返りを行うときの資料になります。
- ターミナル期の利用者に対する支援では、記録に「本人の語ったこと」や「職員が語りかけたこと」「かかわり方」がリアルに残っていることこそが、利用者の生きた証となるのです。

## ② 介護の連携における情報の共有化と従事者の資質の向上につながる

- 新人職員でも、一定の訓練期間が終了すると、誰もがその時々記録を残す役割を担うことになります。
- それは記録が、介護職員同士が情報の共有化を図るためのツールにもなるからです。
- また、経験の浅い職員の記録を先輩職員が読んだときに、記録内容のポイントがずれている場合には、先輩職員から、観察すべき内容や援助内容を学ぶ機会にもなります。
- 不明な介護や医療の専門用語についても指導を受けることができます。
- その結果、継続した援助が可能になり、職員の資質向上につながります。

### ③ 正当な介護報酬を得ている証拠になる

- 各事業所は、介護保険制度のもとに事業を展開しています。
- そのため、介護報酬に基づいたサービス提供を行っているという証拠を示す必要があります。その手段が介護記録なのです。
- この介護記録の書き方は、各事業所によって個別のルールがあると思われるので、確認をお願いします。

## ④ 介護の専門職として多職種への情報提供連携

- 介護保険制度の目的は、自立支援・重度化防止です。
- そのために職員は、利用者に必要な支援を行うときには、利用者のしていることやできることを、その都度見極めて支援を行っています。
- 介護職が専門職として、利用者の自立支援・重度化防止のために必要と考える情報を適切に多職種に伝えることは、介護及び医療を担う多職種におけるアセスメントにおける基礎情報となります。



## ⑤ 事故及び苦情防止に活用する

- 利用者支援を行うときに、職員は、常にリスク管理を念頭に置いて支援をしています。
- そうであっても支援の現場では、事故や苦情は発生します。そこで職員は、事故や苦情を未然に防ぐために、自分が察知したリスクがあれば記録に残し、他の職員と情報を共有します。
- また、起きてしまった事故や苦情については報告書を作成し、その報告書も他の職員と情報を共有することで再発予防に努めています。

## (2) 介護記録にあたっての必要な視点

- ① 介護記録の目的や意義をしっかりと伝えましょう。
- ② 各事業所の理念や方針を伝えましょう。
- ③ 各事業所で統一した記録を残す仕組みを考えましょう。

～そのためにも記録マニュアル作成は有効なのです～

# 記録マニュアル作成のための視点

- ① ケアマネジメントの流れを案内する。
- ② 記録の必要な帳票を用いて書き方を示す。
- ③ 介護記録の書き方を統一できるように凡例を示す。
- ④ 業務マニュアルに記録を書く時間を設定する。
- ⑤ マニュアルを改定する期間を定める。

## ケアマネジメントの流れを案内する

- ◎ **(P) Plan : 介護計画書 (個別援助計画書)**
- ◎ **(D) Do : 実行 (サービス内容)**
- ◎ **(C) Check (モニタリング)**
- ◎ **(A) Act (評価・改善)**

## (P) Plan：介護計画書作成に必要な 帳票類

- ① 利用者の基本情報（フェイスシート）
- ② アセスメントシート
- ③ 介護計画書
- ④ 個別援助計画書

## 利用者の基本情報（フェイスシート）

- 利用者の基本情報を記載します。
- 家族構成を把握します（ジェノグラムで描きます）。
- 生活歴を記載します（記載する項目を明記します）。
- 病歴を記載します。

# アセスメントシート

- アセスメント手法については、それぞれの指定基準において、おおむね「利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて計画を作成する」と定められています。
- 利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえるために、提供されたサービスの中で、利用者が他者の援助なしでしていることや、「援助があればできること、援助があってもできないことを把握し、必要な介護の提供方法を利用者及び家族等と検討します。

# 介護計画書

- 介護支援専門員が作成する、居宅サービス計画書及び施設サービス計画書の、帳票は国により定められています。
- 介護支援専門員は、各研修（介護支援専門員実務者研修・専門研修）等で、介護計画書の作成方法を学ぶことで、それぞれが介護計画書を作っています。



## 個別援助計画書（在宅偏）

- リハビリテーションや通所介護においては、平成27年度介護報酬改定時に、個別援助計画書の帳票が示されております。
- ただ、いまだに訪問介護や短期入所生活介護等には、形式の決まった帳票は示されていません。
- そのため各事業所では、介護ソフトの会社が作成したソフトウェアを使って作成しているところが多いのです。その場合には、そのソフトウェアの使用方法をマニュアルとしても良いでしょう。

## 個別援助計画書（施設編）

- 施設サービス計画書が、利用者に各サービスを結びつける役割があるのであれば、本来は介護職員が個別援助計画書を作成する必要があるでしょう。
- 介護保険制度が導入される以前には、介護職員が利用者の処遇計画を立てていました。それを介護支援専門員が施設サービス計画書を作成することになり、いつの間にか介護職員が作成する処遇計画（個別援助計画）はなくなりました。
- 介護職員が個別援助計画を作成することによって、利用者に対して統一した介護を提供できるようになるでしょう。
- また、各計画書は、介護過程のプロセスが、確実に回転しないと更新できません。そこで、職員はこのプロセスを十分に理解することで、このプロセスを動かす労力となっている介護記録を効果的に残せるようになるでしょう。

## (D) Do : サービス実行時に必要な 帳票類

- ① 支援経過記録（相談員記録・サービス提供責任者記録）
- ② 介護記録用紙
- ③ 凡例集（記入方法を統一するための例を示す）

# 支援経過記録 (相談員記録・サービス提供責任者記録)

- 施設や通所介護・短期入所生活介護などの相談員及び訪問介護のサービス提供責任者は、ケアマネジメントのプロセスの部分を担っています。
- そのため介護支援専門員と同等に、支援経過記録を作成する必要があります。しかし、相談は受けたもののサービス利用に繋がらないというケースもあります。
- 各事業所では、どの段階（相談受付段階・契約締結の段階など）から支援経過記録に記載するのかを明確化（ルール化）しておきましょう。

※ 記載例は「別冊資料」9ページにありますのでご参照ください。

# 介護記録用紙

- はじめに介護記録のまとめ方を決めましょう。
- 例えば、記録は毎月ごとの完結型とし、担当者が毎月、計画の目標に沿って月まとめを行う。
- あるいは、前月の帳票が、ページの上で終了していても、次月はその後方には記載せずに、新たなページを更新して記載する。などです。

# 凡例集

(記入方法を統一するための例を示す)

- 他職種連携で統一する必要がある書き方については、凡例集としてまとめ、マニュアルの後方に参考資料として挿入すると良いでしょう。

例えば

○ 食事量（主食・副食）について。

あらかじめ、量の目安を数値などで決めておくと良いでしょう。

例) 全量 = 10    半分 = 5     $1/4 = 3$     食べない = 0 など。

## (C) Check : モニタリングで必要な 帳票類

- ① **モニタリング表**
- ② **利用者とともに行う、振り返りシート**

# モニタリング表

- モニタリングは、事前アセスメント時の利用者の状態と、サービスを利用した後の利用者の状態の変化を測量する（差を把握する）ことを指します。

例えば（1自立 2見守り 3一部介助 4全介助）

項目	初回（月/日）	3か月（月/日）	6か月（月/日）	1年（月/日）
食事	3	3	2	2
排せつ	3	3	3	3
入浴	4	4	4	4



# 利用者とともに行う、振り返りシート

- 一定期間終了時には面談を行い、その期間に頑張ってきたことを振り返ります。もちろん意思疎通が難しい方もいますが、その方とも語り合う時間を設けることが重要なのです。

## 振り返りシートの例

短期目標	本人の達成の度合い（意識してきたこと）	専門職の評価
手の届くところは自分で行う	テーブルを拭くときは、自分の手の届く範囲は拭くように意識している。この頃は正面の〇〇さんの手前まで手が届くようになった。	把持訓練を頑張っている。その成果が台拭きにあらわれている。

## (A) Act : 評価・改善で必要な帳票類

① 評価表

② ケアカンファレンスシート (サービス担当者会議録)

## 評価表

- この段階は、介護計画書の見直しを指しています。それまでの期間のサービスを振り返り、利用者の状態の変化を評価（改善・維持・悪化）し、現在の計画の妥当性を見極めて、必要に応じて介護計画を更新します。
- 国は、2014（平成26）年6月に「課題整理総括表」と「評価表」を出しました。評価表はすべてのサービスが使用できる帳票です。記載方法は「評価表」の帳票の下方に「凡例」があります。詳細は『介護保険最新情報 Vol.379』（厚生労働省）をご参照ください。

## ケアカンファレンスシート (サービス担当者会議録)

- サービス担当者会議へ参加するメンバーは、その対象となる利用者について、サービス担当者会議で検討する内容について、事前に事業所内で会議を行い、情報をまとめておく必要があります。それをケアカンファレンスといいます。
- 担当者は介護記録やモニタリングから得た情報をもとに、ケアカンファレンスシートを作成し、参加できないヘルパーさんに、検討項目について意見を書いて頂くと良いと思います。
- 検討項目を上げるときには、①健康状態、②ADLやIADL、③他者との交流（役割）、④家族や地域の方々及び環境について。これらを意識して、それぞれについての検討項目をあげます。
- 様式については、「別冊資料」（13ページ）をご参照ください。

### (3) 事業所・施設における 介護記録の教育方法

- 職員みんなが「赤ペン先生」になる。  
(記録の書き方研修20～30分程度を定期的で開催します。)
- より良い記録を書くために、ケア方法を統一する。
- 定期的に事業所内で記録の書き方研究を発表する。

などなど。

## ① 職員みんなが「赤ペン先生」になる

- i. 事業所内の、介護記録からランダムに帳票を引き出して、それを事例とします。
- ii. 記録者名は見えないように加工しましょう。指導者は、事前に自分なりに赤ペンを入れ記録の解答例を作成します。
- iii. 研修時には、最初に5分間程度、参加者に「赤ペン先生」をして頂きます。
- iv. 次に2～3人（多くても5名程度）で10分間語り合っ頂き、記録例を作成します。
- v. その後、5分程度かけてグループ発表を行い、参加メンバーで共有します。
- vi. 最後に、指導者の解答例を配布して講評を行います。このときには、良かった点を伝えるようにします。

このような研修を繰り返すうちに、より良い記録が書けるようになってきます。

**※ 解答例を出すことがポイントです。**

## ② より良い記録を書くためにケア方法を統一する

- 今まで述べてきたように、介護職員が個別の利用者に行う援助は、介護計画書及び個別援助計画書等に則って行われています。これらの計画書は詳細なアセスメントをもとに作成され、本人のしていることや、援助すればできること、援助しても自分ではできないことを明確化しています。
- それでも体格差や個々の介護技術の未熟さから、ケア方法が乱れてしまうこともあります。そのため、特に問題が生じる個別の利用者に対しては、それぞれの手順書などを作成しているところもあります。
- 介護職員の能力を頼りに、利用者に対するケア手順を作成していくのも、ひとつの方法と言えます。

### ③ 定期的に事業所内で記録の書き方研究を 発表する

- 介護記録の標準化を考えるときに、様々な方法を導入しても、導入後一定期間をおいて、そのやり方の評価をしないと導入した意味がありません。また、導入しなくても、職員に介護記録の重要性を意識して頂くことは必要でしょう。
- そのための機会として、職員を組織化（フロアやユニット）して、定期的（年1回程度）に研究発表をする機会を設けます。
- もちろん優秀な成果発表をしたグループにはご褒美をあげたいものです。このような取り組みが職員の士気を高め、さらには介護記録も充実にも繋がっていきます。



## 最後に ～指導者の皆様へ～

- 他者を育成するのは、非常に労力のかかることでもあります、決してその手間を1人で抱えないことです。
- 他者を指導することは、自分のスキルを高めることにも繋がります。
- どうか、自分の存在価値を大事にしつつも、他の職員の存在も認めて、頼りにし、1人で問題を抱え込まないでください。

～最後までかかわってくださり、どうも有り難うございました。～