

◆ 令和2年度老人保健健康増進等事業◆

「介護記録法の標準化調査研究事業」

【背景と目的】

介護の現場で必要とされる記録類には、主なものとして、**介護記録**、**ケアプラン**、**個別援助計画書**など、複数の種類があります。この中でも、日々のケアを行う介護記録については、その他の記録と比較して記録法の標準化が進んでいないとの指摘が散見します。

令和元年度老健事業では、統一した介護記録法を使用している事業所、施設では、記載が冗長となりがちで、大事なポイントが分かりにくいとの指摘も出ております。

主たる記録法としては、その性質（取り組みやすい）から、「**経時記録**」の使用が最も多くなると考えられます。また、その他の方法として、項目立てられた形式である **SOAP 法**、**生活支援記録法 (F - SOAIP)**、**フォーカスチャーティング**などを、積極的に介護記録法を採用している事業所・施設は、割合としては概して少ないと考えられます。

そこで本事業では、特定の介護記録法を採用していない介護事業所等に対し、項目立てられた介護記録法を部分的に導入し、その導入過程における課題や導入による効果を把握するための試行調査を行い、導入マニュアルを作成することとしています。また、特定の介護記録法を採用していない介護事業所等に対し、項目立てられた介護記録法を部分的に導入していく手だとして、各事業所の教育担当者・現場リーダーに向けて集合研修を行い、そこで学んだリーダーが、各事業所の職員を指導するという方法を試みて頂くこととしました。

◆ 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

介護記録を残す目的は、いくつかあります。ここで、介護記録を残す目的を明らかにすること及び介護記録を残す意義について案内します。

【介護記録の目的と意義】

① 利用者が生きた証となる。

介護保険のサービスを利用する方々は、初めに居宅サービス計画書や施設サービス計画書（以下、介護計画書）を作成します。介護計画書は介護支援専門員が中心となって、利用者及び家族と相談しながら、利用者や家族の困りごとを把握し、その困りごとを「どうしたいのか」「どうなりたいのか」（意向・要望）を明らかにし、専門職等の意見を取り入れながら、「生活全般の解決すべき課題」を明確にします。

そして、その課題を克服するための「長期目標」や「短期目標」を定めていきます。その後、それらの目標を達成するために必要な「サービス内容」を導き出し、そのサービス内容を提供するにふさわしい「サービス種別」を選別していきます。

その後、利用者に**サービス事業所一覧表等**を提示し、利用する事業所を選択して頂きます。介護支援専門員は、利用者が選択した事業所にその利用希望を伝え、空き情報を確認（把握）します。そして、サービス事業所が確定できたら、介護支援専門員は**サービス担当者会議**を開催し、専門的見地からの意見を収集して、必要に応じて介護計画書を修正し、その上で介護計画書が承認されて、各サービスが開始に至ります。一方、**居宅サービス事業所**では、介護支援専門員が作成した介護計画書に沿って、各事業所の帳票を使用して、**個別援助計画書**を作成します。通常施設では、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等を統一している」はずですが、これら一連の介護計画書の作成のプロセスには、利用者及び家族の参加は不可欠なのです（特例としては、利用者が参加することにより負の影響が考えられるときは除きます）。計画書は利用者のために作成されるものですから、介護記録も、当然、利用者のためのなされる記録とならなければいけませんよね。

サービス開始後、一定期間終了後（状態の変化及び短期目標の期間）には、各計画書の変更の必要性について議論します。そのときには、支援する専門家集団はもちろんのこと、利用者及び家族等とそれまでの支援を振り返ります。今後はどのような支援が必要か（サービスを受けるか否か）を議論します。そうは言っても人間が相手ですから、利用者もその時々によって気分も変われば考えも変わることもしばしば。このときに役に立つのが日頃支援をしている職員によって残されている記録なのです。

一定の期間に残されている介護記録を振り返り、今後はどのような支援が必要か（サービスを受けるか否か）を話し合うとき、大事なのは本人の頑張っている姿勢（気持ち）を共有することにあります。それによって、利用者の意欲の向上に繋がるかも知れないのです。一方、残念ながら状態の悪化が認められるときには、家族等の意向が中心となるかもしれません。また、ターミナル期の利用者に対する支援では、記録には、本人が語ったことや、職員が語りかけた言葉やかかわり方がリアルに残っていると。サービス終了後に、ご家族等が、

その介護記録を見たときに、本人が最後までここで過ごせてよかったと思って頂けること。そんな記録が残ること。それらの記録こそが、利用者の「生きた証」となるものだと思います。

●参考文献) 佐藤伸彦著：ナラティブホームの物語。医学書院、2015年

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。

職員は、訓練期間が終了すると、誰もが、その時々々に記録を残すこととなります。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となるからです。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ともなります。また、介護や医療の専門用語についての指導も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 介護記録は、正当な介護報酬を得るための証拠になる。

一方、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。そこには、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残す必要があります。その手段が介護記録と言えます。この介護記録の書き方については、各事業所によってルールがあると思いますので、まずはそれらの確認が必要です。

④ 介護の専門職として多職種への情報提供と連携する。

介護保険制度の目的は、自立支援・重度化防止にあります。そのために各職員は利用者を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。その時々々の見極めた（アセスメント）事柄を記録に残すことが、自立支援・重度化防止につながります。

また、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るのです。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。

④ 事故及び苦情防止に活用する。

介護職員は、常にリスク管理を念頭に置いて支援します。それでも支援の現場では、事故や苦情は発生することは避けられません。そのため職員は、事故や苦情を未然に防ぐために、自分が察知したリスクを記録に残したり、他の職員と情報の共有化をはかります。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、その報告書の内容も他の職員と情報を共有化することで再発防止に繋がっていくでしょう。

2. 介護記録の統一を図るために

各事業所では、介護記録の重要性を認識していると思います。そこで、各事業所の仕組みにそうした記録のマニュアルを作成することは、介護記録の標準化を目指すためには有効な手段になります。マニュアルというだけで、拒否反応を示す方もいらっしゃいますが、「求めている書き方」を示さないままで、「この書き方はダメだ」「こうすればいい」というのは、書く者にとっては、根拠も基準もわからないため、労力の無駄にしか感じないでしょう。

だからこそ、各事業所で実際に使用している、帳票 1 枚 1 枚を用いて、それらの書き方を示してみることに。そうすることで事業所が「求めている記録」が明解となり、やがて積み重ね、修正を加えていくことで、「標準化された記録」が残り、介護技術自体も向上していきます。そのためにも、まずはいわゆる、**介護記録委員会**などの委員会を作ってみることも良いでしょう。

●ケアマネジメントの流れを案内する

介護現場で働いている多くの職員は、様々な学びを深め、その業務に従事していると思います。とは言え、中にはまだ介護についての学びもないまま、仕事についている方もいるのです。そこで、「介護記録のマニュアル」を作成するときには、**ケアマネジメント**の流れから案内すると良いでしょう。その理由は、利用者支援は、「ケアマネジメントの PDCA サイクル」に則って行われているからです。ここでは、その **PDCA** サイクル時に使用する、各事業所の帳票を用いて案内することは効果的です。

(P) Plan : 介護計画書作成に必要な帳票類

各事業所では、利用者支援を行うために、各利用者用に「利用者ファイル」を作成していると思います。ここでは、その利用者ファイルに入っている帳票を用いて案内します。

1) 基本台帳 (フェースシート)

① 利用者の基本情報を記載する。

氏名や住所、年齢、要介護度およびその期間など、その事実を記載します。次に家族構成や生活歴、病歴を記載します。

② 家族構成を記載する。

家族構成をどのように記載するのルールを決めましょう。「家族構成」を書くときには、我々専門職は、**ジェノグラム (家族図)**を用いて書く方法を学んでいます。そこでまず指導者はその描き方を説明します。ジェノグラムを描く目的は、援助者が利用者を中心に家族関係を理解するために用いられています。だからこそ事前に描く方も読む方も、そのルールを理解している必要があるでしょう。その家族の氏名・住所・連絡先などが記録されています。

③ 生活歴を記載する。

この「生活歴」を記載する欄は、空白が広がっており、「何を書くのかわからない」という方も少なからずいらっしゃいます。そこで、担当者が記載しやすいように項目を記載しておくとい良いでしょう。

《項目例》

出身地（出生地）、職歴、退職後の活動、現在の状況（主介護者との関係）。

どこで生まれ、どのような人生を歩んだのか？ この情報は家族関係と密接に関係しているため、利用者から伺う場合には、**本人を中心に**あなたのお父さんとお母さんはどちらの方ですか？ あなたは何処で生まれたのですか？ ご兄弟は？ などなど。

また、ジェノグラムを描きながら、関係性を聞いていくと詳細な生活歴を聞くことができるかと思えます。また、長年働いた職業が、その方の価値観（大事にしていること）を作り出すことから必要な情報なのです。そして、**現在に至るまでに介護をしてくれた人々との関係性**なども伺って記録しましょう。

④ 病歴を記載する。

新しい順番に記載していきます。発症年代は**西暦**より**元号**の方がわかりやすいでしょう。

《記載のルール》

元号は、頭文字を用います（令和：R・平成：H・昭和：S・大正：T）。

利用者や家族にしてみれば、よほど大きな事故や怪我・病気でない限り、いつ頃発症したのかしっかりと覚えている方は少ないでしょう。

現在の身体機能に陥った病名やその時期が分かればそれを記載します。介護支援専門員ならば、主治医の意見書なども参考にできるでしょう。また、サービス提供事業所ならば、相談支援専門員や介護支援専門員へ問い合わせて記録しましょう。まず、医務・介護の双方で「管理する記録の範囲」を決めます。「医務が管理する帳票」と、「介護が管理する帳票」を決めておきます。おおむね**医務室**は、利用者の健康状態のデータ（身長・体重・血圧・体温・健康診断の結果など）が主たるもの。もちろん、これらのデータ収集は、介護職も行うものです。その際に健康管理に関する情報の記載の仕方を統一しておきます。

《記載のルール》

体温は ケルバー・テムペラトゥーア KT（Körpertemperatur：独）、熱は、ディグリー℃（温度の単位である、セルシウス度。degree

・セルシウス Celsius：英) をつける。血圧 (blood pressure=BP：英) は収縮期の血圧、拡張期の血圧の数値の境に「/」(スラッシュ) を用いるなど。この体温や血圧、身長、体重などは**数値の記録**です。数値の記録は、利用者の健康状態の推移を観るデータともなる記録なのです。また、利用者の**終末期**においては**食事量や排泄量**、その状態も健康状態を測るデータとなるので、取り扱いには注意が必要です。

チェックシートの取り扱いおよび記載方法を定めましょう。チェックシートも記録のひとつですが、これは利用者に必要な支援について**“ケア漏れ”**などを把握するためのツールで、いわば職員都合によるものです。そこでこれらのシートは利用者別というよりは、サービス(入浴・排泄・食事など)ごとに識別し、利用者名を羅列して利用します。

この利用者に関する記録には、指定基準において、**保管期間**が設けられています。しかし、これらチェック表が利用者支援の記録ではなく、サービスの有無をチェックするための記録であるならば、廃棄することが可能となっています。そのため、事業所内でこれらのチェック表の取り扱い方を決めておく必要があるでしょう。

2) アセスメントシート

介護技術を提供する各事業所が行う、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。通所介護や短期入所生活介護においては、2015(平成27)年に厚生労働省より「**通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について**」(老振発第0327第2号 平成27年3月27日 厚生労働省老健局振興課長) 通達が出ています。その中で「興味・関心チェックシート」および「居宅訪問チェックシート」が提示され、利用者の「生活課題」を抽出するように求められています。

利用者のADLやIADLについて、現在の状態を示す基準は「自立・一部介助・見守り・全介助」などのアバウトな状況でも可能なのです。とは言え、手技を用いて介護技術を提供する専門家には、利用者の現在の状態を示す基準が上記のようであっては困るのです。一部介助であるならば、利用者は何ができて、何ができないか。そのためにどの部分をどのように介助する必要があるのか。その内容を具体的に表記します。

また、一方では、一定期間終了時に、**モニタリング**を行い、初回の**アセスメント**時と現在の状況の推移を測る必要があります。そこで、下記の表のような記載方法は、測定がしやすい方法と考えられます。

① 日常生活動作（ADL）に関する情報

アセスメント項目の数字を大事に取り扱う（評価に活かす）。

《凡例：判断基準》

- 1、自立 その行為のすべてを一人で遂行できる。
- 2、見守り 直接的な介助は要しないが、そばに付き添い励ましなどの支援を要する。
- 3、一部介助 行為の一部について説明したり、手渡したりして直接的な介助を要する。
- 4、全介助 行為の初めから終わりまで、すべての面で介助を要する。

行為	判断は該当するNo.に○をつける。	具体的なその状況
食事	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
排せつ	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
入浴	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
更衣	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
整容	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
移乗	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
起居動作	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
立ち上がり	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
屋内移動	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
屋外移動	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]

② 手段的日常生活動作

行為	判断は該当するNo.に○をつける。	具体的なその状況
階段昇降	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
調理	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
洗濯	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
買い物	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
掃除	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
意思疎通	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
金銭の取り扱い	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
電話の応対	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
他者との交流	(1、自立 2、見守り 3、一部介助 4、全介助)	[]
※自立支援・重度化防止のための見守りの援助を意識する。		

3) 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や施設サービス計画書については、全国統一した書式があります。そこで、介護支援専門員は、各都道府県が開催する「介護支援専門員実務研修」等に参加して書き方を学びます。

4) 個別援助計画書（居宅サービス編）

居宅サービス事業所は、個別援助計画書を作成することになっています。リハビリテーションや、通所介護においては先に示したように平成 27 年度介護報酬改定時に、帳票が示されました。ただし、訪問介護等には、これといった帳票はないため、各ソフト会社が作成したソフトウェアを使用し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仕様方法をマニュアルとするのも良いでしょう。

5) 個別援助計画（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、本来ならば、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。実は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」を立てていたのです。それが、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ると、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）がなくなってしまいました。

そこで、介護職員も「個別援助計画書」を作成することで、利用者に対して統一した介護を提供できるようになると考えております。

(D) Do：サービス実行時に必要な帳票類

ここでは、相談員やサービス提供責任者が残す必要がある記録と、介護職員が残す記録について案内します。なお、番号は当初から継続しています。

6) 支援経過記録（相談員やサービス提供責任者などが残す記録）

施設などの相談員や通所介護・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。

相談員及びサービス提供責任者は、介護支援専門員同様に、相談援助業務を行っているのですから、自分の支援内容を記録に残す義務があります。その一方、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。そのため各事業所では、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（ルール化）にし

ておく必要があるでしょう。

《経過記録例》※介護支援専門員の支援経過記録を参考にしています。

〇〇年度

利用者名 〇〇様

No. 1

月日	時間	内 容	利用者の意向	家族の意向	意見（方向性）
7/2	10:00	○ケアマネよりサービス利用の問い合わせ（相談受付参照）。	家にいてもつまらない。橋本さんが行っている集まりに行きたい。	本人が行きたい気持ちになって良かった。是非利用させたい。	サービスの申し込みにおける調整を行う。 (水)(土) OK
7/2	11:00	○ケアマネへ受託可能を伝え利用申込用紙を依頼。			
7/2	14:00	事前訪問日程調整。利用申し込みを拝受。本人宅へ電話をして事前訪問について説明する。	橋本さんが行っているところなら行きたい。	嫁) 主人がいる土曜日の午前中にお願したい。	7月6日10:00訪問予定。
7/6	10:00	事前訪問・説明・同意。情報収集（アセスメント）、契約書を用いて説明。本人・嫁・息子と面談。自己紹介を行い、ケアマネより情報を得ていることを伝え、利用者情報を得る。	パンフレットを用いて説明すると興味深そうに眺めていた。	生活歴を話しながら本人に確認していく。送迎場所などについての要望があった（フェースシート地図参照）。	訪問中、本人・息子・嫁の3者は穏やかに話している。家族関係は良好に見えた。

7) 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、ページの上部で終了していても、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。などなどです。さいごに記載するルールを決めましょう。

8) 凡例集

先の健康状態のところでも案内しましたが、他職種連携で統一する必要がある書き方に

つ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きましょう。

例) 全量=10 半分=5 1/4=3 食べない=0 など。

●排せつ量について。

尿についてはおむつ等の濡れ具合で判断する場合と、実際に測量して数値の記録する場合があります。病気によって尿測が必要な方もいますから、他職種とも相談して統一した記録を書くようにしましょう。便については、下記のイラスト「ブリストルスケール」が参考になるでしょう。

【ブリストルスケール】



●皮膚の状態

皮膚の損傷：表皮剥離や皮下出血など。その状態を記録します。

床ずれの状態：介護職員は医療職（看護師）ではないので、専門的な判断を行いません。

そこで見て、捉えた状態の事実を記録します。ただし、床ずれの程度については、専門書を参考にするなど、理解を深めておくのも良いかも知れません。爪の状態：爪の硬さ、色など事実、爪切りの有無を記録します。

(C) Check : モニタリングで必要な帳票類

9) モニタリング記録

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（差を把握）することをいいます。

例えば(項目と数値は先のアセスメント表の例を参照)

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
更衣	3	3	3	2
整容	3	3	2	2

このように、モニタリング時に該当する数字を入れ込むことで、この期間の状態の推移を視覚的に理解することが可能となります。

10) 振り返りシート

これは、利用者と面談して作成する帳票です。「短期目標」の期間終了時と、「長期目標」の期間終了時にまとめとして作成します。施設によっては、毎月、この振り返りを行い、その結果を月ごとに介護記録上でまとめているところもあります。もちろん、すべての利用者が、会話ができるとは限りません。ただ、職員は、会話ができない利用者でも、必要な支援を行う時には、一人芝居(話しかけて、その人の気持ちを代弁する)ことをしています。そこで、この帳票作成も、本人のそばに寄り添い作成すると良いでしょう。

【利用者名】

【〇年〇月〇日実施】

【担当者名】

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。	自分の手の届く範囲のテーブルは拭くように意識している。〇〇さんのところ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。

などなど。

(A) Act : 評価・改善で必要な帳票類

この段階は、介護計画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）**して、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。本来であれば、自立支援を目指して作成している計画ですから、目標が達成されることが望ましいわけですが、要介護状態にある利用者にとっては、改善というよりは、現状維持を継続することが重要だと思います。

一方で、介護保険制度を利用したことで、他者(介護職員を含む)との交流により、やる気や意欲の向上により、元気になる方もいます。ここでも、介護記録の内容が計画の変更の必要性を示唆する可能性があります。

【評価表について】

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。これは介護支援専門員に向けたものですが、課題整理総括表は、サービス担当者会議において、利用者像を説明する際に用いるとされていますので、サービス提供事業所も理解を深める必要があるでしょう。また、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**」がありますのでご参照願います。なお、「課題整理総括表」および「評価表」の情報については、『**介護保険最新情報 Vol.379**』（厚生労働省）をご参照ください。

11) ケアカンファレンスシート（サービス担当者会議録）

介護支援専門員は、**居宅サービス計画書**に位置付けた、サービス事業所のメンバーを一堂に会して、**サービス担当者会議**を開催することになっています。そこで、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。

このケアカンファレンスは、施設では定例会となっており、職員もその会議への参加方法は訓練を受けていることと思います。とは言え、**在宅の場合**、特に訪問介護などはサービス提供責任者が中心となって、1人の利用者にかかわる複数のヘルパーを一堂に会することは難しいかもしれません。そのような場合には、相談員やサービス提供責任者等が、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。

また、サービス担当者会議へ参加した場合には、**会議録**を作成する必要があります。次ページの記載例を参照ください。佐藤は検討項目に「**国際生活機能分類**」(ICF)の言語を使用しています。これは利用者の状態を網羅するのに有効だと考えます。

《サービス担当者会議記載例》（事業所内カンファレンスでも使用可）

第5表	サービス担当者会議の要点。		作成	年	月	日
利用者氏名	殿	サービス計画作成者				
	開催日	開催時間	開催場所			
会議出席者	所属および氏名を記載する。					
検討した項目	①健康状態について。 ②活動（日常生活動作および手段的日常生活動作）について。 ③参加（役割楽しみ余暇活動）について。 ④環境（家族や地域とのかかわりについて）。 ⑤利用者および家族の意向について。 ⑥その他。					
検討内容	①について、②について、③について、④について。 結果、8月にご主人の法要を行う。 本人の意向：家族と一緒に法要ができるように頑張る。 家族の意向：面会時にトイレ介助の方法を教えて頂きたい。					
結論	①現状を維持する。②自宅でのトイレにいけるように、施設内で部屋から出てきて、部屋に戻るまでは通常の椅子に座って生活する。踏ん張る力をつけて移乗方法を体得できるように支援する。③宛名書きができるように書道クラブにお誘いする。④家族と法要の打ち合わせや、下見に出かけられるように支援する。					
残された課題	なし。					

- ・業務マニュアルには、記録を書く時間を設けておきましょう。
- ・介護記録のマニュアルには、改定する期間（例：年度末等）も決めておきましょう。

3. 事業所・施設における介護記録の教育方法

記録の書き方研修を定期的で開催しましょう。時間は20分から30分程度で構いません。

① 職員みんなが「赤ペン先生」になる。

赤ペン先生の指導方法（参加できない方には、個人で取り組んで頂くことも可能）。

- 1、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。
もちろん、記録者名は見えないように加工しましょう。
- 2、指導者は、先に、事例に対して自分なりに赤ペンを入れて、より良い記録の解答例を作成します。

- 3、研修時間には、最初に5分程度、参加者1人ひとりが「赤ペン先生」をして頂きます。
- 4、その後、10分程度で2～3人(多くても5名程度)で語り合い、より良い記録例を作成して頂きます。
- 5、その後、グループ発表をして、参加メンバーで共有します。
- 6、最後に、指導者の解答例を配布し、講評を行います。この時には、良かった点を伝えるようにします。

この研修を繰り返すうちに、職員がより良い記録を書けるようになると思います。

※「赤ペン先生」の指導法では、指導者が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。これらの計画書を作成するときには、**アセスメント**を詳細に行い、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にしていきます。介護職員1人ひとりがその情報を把握していれば、ケア方法に大きな差異は出てこないと考えます。

ただし、利用者の状態は、そのアセスメントをした時と、「今、ここ」での状態が同じとは、限らないのです。それでも、職員は、自立支援及び重度化防止の視点から、利用者とかかわり、可能な限り計画書に基づいた支援を行っています。一方で、職員の介護技術が未熟ですと、利用者の「言いなり」になってしまったり、援助者本位のケアになったりしてしまいます。そのようなバラバラのケアをしたのでは、介護記録もしっかり残せません。もちろん、援助者側の体格の差異がケア方法にあらわれる場合もあるかもしれませんが。

それでも、本人のしていることや、できること、できないことは周知しておくことが重要です。施設であれば、各委員会が、特に問題が生じる個別の利用者に対しては、手順書などを作成しているところもあります。皆様もいろいろと工夫を取り入れ、ケア方法を統一し、より良い介護記録を残せるように考えていきましょう。

③ 年1回、事業所内で記録の書き方研究を発表する。

様々な方法を導入しても、導入後一定期間をおいて、その「評価」をしておか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す。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、定期的（年1回程度）に研究発表をする機会を設けましょう。

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ね。このような

取り組みが、職員の士気を高め、介護記録も充実していくことに繋がります。

◆最後に ～指導者の皆様へ～◆

今回このような研修を担う指導者になられたことは大変な名誉なことと思います。とは言え、他者を育成するのは、非常に手間がかかることでもあります。そのたまにはその面倒なことは、1人で抱えないことです。他者を指導することは、また自分のスキルを高めることにも繋がっていきます。

どうか、ご自分の存在価値を大事にしつつ、1人で抱え込まないで、他者の存在も認めて、また頼りにもしてみてください。そうすることで、この取り組みがより健やかに成功することと思います。

皆様、最後までかかわって頂き、有り難うございました。