

社団法人京都府介護支援専門員会
京都市北ブロック研修会 報告書

日 時： 平成22年7月31日（土） 13：30～16：40
場 所： こどもみらい館 4Fホール
テ ー マ： 「記録の書き方について」～伝え方ケアプラン作成より～
参加人数： 会員91名、非会員6名、入会者9名 / 合計106名

【 次 第 】

13：30 ～	開催の挨拶	京都府介護支援専門員会 上原春夫 会長
13：40 ～ 15：40	第一部 <講演>	
	テーマ：「記録の書き方～伝え方ケアプラン作成より～」について	
	講 師：大阪介護支援専門員協会研修センター部長 福田弘子 先生	
15：40 ～ 15：50	休憩	
15：50 ～ 16：30	第二部 <グループワーク・意見交換>	
16：30 ～	閉会の挨拶	京都府介護支援専門員会 井上基 理事

利用者に質の高いサービスを提供する上で欠かせない「記録」に関しての、「記録の目的・意義・重要性」の理解と「知識・技術」の習得だけではなく、会員相互の意見交換や交流を目的に本研修会の企画を行った。

1. 開催の挨拶 京都府介護支援専門員会 上原春夫 会長

京都府介護支援専門員会では、社会的地位・報酬などの向上を目指して、職能団体として行政機関と交渉を行っています。

また、厚労省など国に対して要望を求める上では、日本介護支援専門員会のような職能団体が必要となり、発言力を持つためには組織率をアップすることが重要である。

ぜひ、お一人でも多くの方々に京都府介護支援専門員会とあわせて日本介護支援専門員会へのご加入をお願いしたい。



2. 第一部 <講演> 「記録の書き方～伝え方ケアプラン作成より～」について

講師：大阪介護支援専門員協会 研修センター部長 福田弘子 先生

当日はレジメに沿って、①ケアマネジメントの中の記録、②記録の書き方（方法）、③自己チェックの活用の三点に絞り、パワーポイントを使って講義が行われた。

①「ケアマネジメントの中の記録」では、ケアマネジメントの概念から私たちは記録をどう捉えるべきなのかについて、レジメの項目に沿ってパワーポイントを使いながら詳しく説明があった。

- ・ 社会全体のコストと考え、必要な人に必要なものだけを社会保障として使っていく視点を持ち、中立公平な使い方を支援することが必要である。(コストコントロール)
- ・ 利用者が持っている内的な資源(形のない資源)をうまく引き出し、利用者を勇気づけられるケアプランの書き方が大切である。
- ・ 利用者や家族にもわかる言葉で書かれたサービス計画書であることが必要である。また、自分たちの専門的な知識などは支援経過の記録に残す。
- ・ アセスメント記録には、専門職からの視点で高齢者の暮らしを評価した内容を記載する。
- ・ モニタリング記録には、専門的な視点と利用者や家族が直接的・主観的に感じている内容を評価・監視した内容を記載する。
- ・ 経過記録には、利用者の現状と思いや専門職の視点と活動内容を記載する。
- ・ 記録の利点は、本人の生活目標(生活習慣の意識づけ)と担当ケアマネの活動内容が明確となる。また、言語化された文字による勇気づけと共同作業による意識の一致が図ることができる。
- ・ 記録の難しさは、文章化された言葉は違った意味で解釈されることがある。また、公的に有効的な記録でなければならない。
- ・ 介護支援専門員が取り扱う二次アセスメント(介護サービス計画書)は、ケアの目標を記載するものである。
- ・ 介護支援専門員の機能と役割とは、社会資源の活用による総合的・効率的に利用者を支援することである。(プランニング機能・マネジメント機能・相談機能・権利擁護機能の記録)

②「記録の書き方(方法)」では、法令・通知文に基づき居宅サービス計画書(1・2表)と週間サービス計画書(3表)の記載内容と書き方について説明があった。

○居宅サービス計画書(1)

- ・ 利用者や家族が発した言葉のままを書き、翻訳しないことで信頼性が増す。
- ・ 利用者と家族の言葉は区別して記載する。
- ・ 独居の場合は、関わりの強い別居家族に連絡して意向を確認して記載する。
- ・ 利用者と家族の意向が異なる場合は、双方とケアマネジャーの認識あればそのままの内容で記載する。ただし、双方の意向が表面化されない場合は、支援経過にその内容を記載する。
- ・ ケアチームとしての総合的な方針を記載する。(利用者と家族の同意が必要である。)
- ・ 利用者と家族がわかる言葉で記載する。
- ・ サービス提供に関する留意点に関して専門職からの提案内容をしっかり記載して説明も行う。
- ・ 緊急事態が想定される場合は、対応方法(連絡先と優先順位など)を確認して明記する。

○居宅サービス計画書(2)

(ニーズ)

- ・ 自立支援を目指す計画であるゆえ、「○○できるようになりたい」「○○したい」と言うように主体的、意欲的に取り組めるような書き方がよい。
- ・ 背景要因に関しても、利用者にもわかるように簡潔に書く方がよい。

※ニーズを自覚されていない場合は、

- ・自覚し表明できることは、そのまま書く。
- ・利用者のわかる範囲で書く。
- ・利用者と家族の双方の意向や認識が違う場合は、合意できる範囲で書く。
- ・利用者と家族との相違点については、その内容や相談経過などを支援経過に書き止める。

(目標)

- ・個々の解決すべき課題に対して設定するものである。
- ・利用者が努力することで到達点がイメージできる書き方を行う。
- ・利用者と家族と一緒に考えて書くこと。

(長期・短期期間)

- ・長期目標、短期目標の開始時期と終了時期を記入し、〇〇年〇〇月から〇〇年〇〇月、終了時期が予測できない時は開始時期のみでよい。
- ・期間設定については、認定の有効期間も考慮するために月日まで書く。
- ・一ヶ月後にモニタリングで評価しなくてはならない目標を「短期目標」とする。
- ・緊急対応が必要な場合、短期目標を設定せず緊急対応が落ち着いた段階で再度見直しを行う。
なお、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

(サービス種別の頻度と期間)

- ・短期目標の達成を目指して、それぞれのサービス内容ごとに適切な「頻度」を設定する。
- ・利用者の生活リズムにあわせて、サービス時間及び時間帯を考慮して「頻度」を記載する。
- ・サービス側の都合を優先しない。
- ・「期間」は短期目標の期間と連動して、そのたびに見直しを行わなくてはならない。

○週間サービス計画表（３）

- ・一日の平均的な過ごし方（昼寝の時間、家族の帰宅時間など）を「主な日常生活上の活動」の欄に時間軸で必ず記載する。
- ・モニタリングの際に、サービス導入後の生活習慣や時間帯の変化でストレスなど影響が及んでいないかを確認する。

○居宅介護支援経過

- ・公的な責任の記録である。
- ・モニタリングを行った、「日時」や「曜日」を記載する。
- ・居宅サービス事業者との連絡事項を記載する。
- ・認識した事実の記載と根拠を明確に書く。（家族の隠された事実や認識を記載する。）
- ・専門職種による対応が必要な場合に、拒否があった場合は必ず記載する。
- ・6W2Hの書き方で記載することが望ましい。
- ・事実を解釈して書かず、事実のままに記入してその後のケアマネジャー判断を記載する。

○モニタリング記録と価値

- ・ケアプラン内容及び活動内容を明確化し、評価につながる。
- ・利用者とケアマネジャーとの双方の経過と足跡である。

③「自己チェックの活用」では、資料の「ケアプランプロセスに沿った自己評価シート」を用いて、各自で持参した居宅サービス計画書（１・２）と週間サービス計画書（３）の自己チェックを行った。



- ・ 自分たちの仕事を評価し高めていくためにも、国が示した資料を各自でしっかりと見返し自己点検することが必要である。（厚労省がまとめた「ケアプラン点検支援マニュアル」の活用など）
- ・ 記録の書き方次第で、利用者の自立支援を促せる。「利用者らしさ」を肯定的に表現して、自尊感情をはぐくむ書き方を行ってほしい。
- ・ 「記録」が思い出となるまで利用者と付き合っ、QOD（死を迎える時のあり方の支援）を目指していくことが必要である。

3. 第二部 ＜グループワーク・意見交換＞

経験年数でグループに分かれて、講義の感想や会員同士の意見交換が行われた。

（発表内容）

- ・ 先輩の仕事を見様見真似で行っており、経験が浅くグループ内では結論が出なかった。
- ・ 経過記録に関しては、もう少し具体的な事例で勉強したかった。
- ・ 週間サービス計画書への記入が不足していた。
- ・ 経過記録に「時間」「曜日」まで書けていなかったもので、今後は記入していきたい。
- ・ 日々の業務に追われて記録が後回しになっていたが、日常業務を振り返る良い機会になった。
- ・ 経過記録に「特に変化なし」と記入することが多かったが、今後は重要なポイントを見落とさずに整理して記載したい。
- ・ 利用者を勇気づけ、自立支援に繋がるようなケアプランが作成できるように努力したい。
- ・ 「記録」は公文書であることを再認識し、身が引きしめる思いであった。また、誰が見ても経過がわかる記録を書くようにしたい。記録の重要性を再確認できた。
- ・ アセスメントの概念や記録の重要性を再認識し、介護サービス計画書１・２・３表の作成ポイントがよくわかった。
- ・ モニタリングと経過記録の内容が重複することが多く、何をどこに記載すればいいのか。
- ・ 記録はどこまで書けば許してもらえるのか？最低ラインを教えてほしい。

（福田講師と川添理事からのコメント）

- ・ ケアプランは専門職のものではなく、利用者のものである。
- ・ 利用者にもわかる記録と説明が出来るように、6W2Hでケアマネがまとめることが必要である。
- ・ 専門職の勝手な解釈で記録に「変化なし」と記載していませんか？利用者の視点に立って評価することも大切である。

4. 閉会の挨拶 京都府介護支援専門員会 井上基 理事

以上