



記録の書き方

～自立支援のための記録とは～

公益社団法人かながわ福祉サービス振興会
山影 彰大

はじめに

適切な記録を作成するために、記録を書く目的を理解することが大切です。

「記録の質」は、「サービスの質」にも関係します。

記録の書き方のポイントを押さえて、より良い記録を作成しましょう。



運営基準（記録を残す根拠）

（記録の整備）

第四十二条 指定居宅介護事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 指定居宅介護事業者は、利用者に対する指定居宅介護の提供に関する諸記録を整備し、当該指定居宅介護を提供した日から五年間保存しなければならない。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定
障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準

記録の種類

記録は目的ごとに様々な種類があります。

1、支援に関する記録

ケース記録、介護記録、看護記録等

2、サービス提供記録

排泄記録、水分摂取表、入浴記録等

3、業務に関する記録

活動記録、業務日誌、会議録等

4、その他

苦情報告、事故報告、研修報告等



記録の目的とは

記録の目的をしっかりと覚えましょう。

- 1、職員間での情報共有と、継続的なサービスを提供するため。
- 2、利用者の最新の状態や希望を、個別計画書に反映させるため。



記録の目的とは

3、利用者・家族側と、事業所・職員側の信頼関係を築くため。

4、職員の専門職としての研鑽、意識向上のため。

5、事故や訴訟など、万一の事態に証拠として備えるため。



継続されたサービスを提供する

サービス提供の場面では、ひとりの利用者に対して多くのスタッフが関わります。

複数スタッフが関わる中で、どのようにしたら提供したサービスをスタッフ間で共有できるでしょうか。



継続されたサービスを提供する

提供したサービス（活動内容）を記録に残すことにより、「誰が、いつ、どのような活動をしか。」「利用者の反応はどうだったか。」など、活動中のの様子を共有することが可能になります。

それぞれのスタッフが記録を確認することで、情報が共有され、継続的なサービスが提供できることになります。



より良いサービスを提供するため

記録には「実施したサービス」「そのときの利用者の状況や反応」「情報収集した生活状況や周辺環境、心身の状態」などが記載されています。

記録を振り返ることで、利用者の状態、経過等を知ることができ、より良いサービスを提供するための大切な情報源となります。



より良いサービスを提供するため

個別計画では、目標とそれを達成するための取組を決めています。

記録も、その目標に対してどのくらいできているのか？

今後、どのような取組が必要か？など、計画を意識した記録が求められます。



利用中の様子を家族に伝える

記録からは、利用者の日々の生活の様子も知ることができます。

家族から利用者がどのような様子かを尋ねられたときにも、記録を確認すれば、普段の様子やエピソードを家族に伝えることができます。



利用中の様子を家族に伝える

記録は、利用者のことをより理解し、家族とのコミュニケーションを図るためのツールにもなります。

記録を通して利用者や家族との信頼関係を築いていくことができます。



専門性を高める

記録には提供したサービスと、その時の利用者の様子をありのままに記録します。

記録を見れば、自分の提供したサービスが適切であったかどうかを客観的に確認することができます。

また、サービスの質向上のために第三者から評価を受けたり、カンファレンスを通して問題点や今後の課題について検討したりすることもできます。



専門性を高める

記録を通して客観的に自分のサービスを振り返る機会は、スタッフの意識を高めることにもつながります。

記録から利用者の行動パターン、転倒しやすい時間帯、シチュエーションなどを読み取り、安全性の確保や転倒対策を行うこともできます。



万が一の事態からスタッフを守る

事故など万が一の事態が起こったときには、どのような状況で事故が発生したのかを伝える必要があります。

また、その際の利用者に対するスタッフの対応がどのように行われたかを客観的かつ具体的に説明しなければなりません。



万が一の事態からスタッフを守る

記録が正しく記載され保管してあれば、開示を求められた際、提示することができます。

事故や訴訟などの万が一の事態になった場合、客観的に記載された記録はスタッフの対応を証明し、スタッフや事業所を守ることに繋がります。



万が一の事態からスタッフを守る

介護記録の書き方 基本ポイント

- 1. 「5W1H」を意識する
- 2. 客観的事実と主観を分けて書く
- 3. 略語・専門用語はなるべく控える
- 4. どんなケア・対処を取ったかを明記
- 5. ケア・対処を行った根拠も明記



誰もがわかりやすい書き方

「5W1H」で文章を書くことは、スタッフ間のコミュニケーションの潤滑剤です。

When : いつ

Where : どこで

Who : だれが

What : なにを

Why : なぜ

How : どのように

このような構成で書くことにより、読み手に伝わりやすい記録を意識しましょう。



対応の根拠を明確にする

スタッフの対応は、なぜそのように対応したかという根拠を明確にしておくことで、他のスタッフが対応する際の参考や自分自身の対応の振り返りにもなります。



対応の根拠を明確にする

それぞれの項目のつながりの関連性がわかりやすいように記録しましょう。万が一の事態が起こった場合には、「そのように対応した理由」を証明することにもつながります。



主観と客観は分けて記録する

記録の書き方は、担当者の推測や感情に任せた感想文ではなく、誰が読んでも同じシチュエーションがイメージできるように起こった事実を客観的に示すことが重要です。



主観と客観は分けて記録する

ただし、担当者が気づいたことや考えたことなど、主観的な内容も大切な情報となります。

主観的な内容を残す場合には、客観的な事実と担当者の主観的な情報との区別がつくように記載しましょう。



専門用語や略語は控える

記録の書き方は、利用者や家族など、誰が読んででもわかるように作成することが大切です。

そのため、できるだけ専門用語や略語は使わずに記載することが望まれます。



専門用語や略語は控える

しかし、職場の方針で専門用語を活用して記録する場合には、第三者から説明を求められたらわかりやすく説明できるように備えておきましょう。

「お変わりありません。」「ほぼ全量摂取」など、具体的なイメージすることができない曖昧な表現での記載は控えましょう。



記録は整理して書く

記録の書き方は4つの項目に整理して書きます。発生したできごとと状況、スタッフの対応とその結果という一連の流れがわかりやすくなります。

- 1、利用者の訴えや行動など、発生したこと
- 2、利用者の心身の状態
- 3、スタッフの対応（根拠と共に）
- 4、結果



文章の書き方は統一する

文章の書き方には、敬体と常体の2通りの書き方があります。

文章を「～です」「～します」等で記述する書き方が「敬体」です。

「常体」は、文章を「～である」「～だ」等で記述する書き方です。

介護等記録は、公文書になるため、基本は常体で記述するのが一般的です。

ひとつの文章で、常体と敬体が混在していると読みにくい文章になりますので注意してください。



記録の書き方の種類

叙述体：時系列で客観的事実を記述。
「支援経過記録」「面接記録」向き。
逐語記録も叙述体に分類される。

要約体：客観的事実やその分析や解釈を、考察を経て再整理し主眼点を明確に記述。
多くの定型化された記録はこの形式。

説明体：客観的事実＋記録者の分析や解釈を記述。

※書くことに慣れていない場合、記録のトレーニングのために、まず逐語記録から始めるのも一つの方法である。



グループワーク

《ワークの目的》

人の価値観は様々です。今回のグループワークは、価値交流です。

人にはそれぞれ価値観があり、価値観を理解することは「意思決定支援」にも繋がります。

他者の価値観に触れ、理解し、合意する過程を体験してください。



グループワーク

《ワークの方法》

- ①まずは自分の優先順位を決めて、順番を入れる。
- ②グループメンバーがそれぞれの優先順位を発表し、表に記入する。
- ③グループ内で優先順位について話し合いを行い、グループの優先順位を合意できた順位をグループの欄に書き入れる。
- ④結論を出すことよりも、話し合いの過程を大切にする。



グループワーク

《基本ルール》

- ・グループワーク中は、「善悪」や「正誤」等の批評はしない。
- ・全体順位は必ず話し合いで決定する。（多数決NG）
- ・時間配分をしっかりと行う。（一人が話し過ぎNG）



	自分	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん	グループ
権利							
健康							
生活歴							
愛情							
尊厳							
金銭							
誠実							

何をどう記録するか

1. 日付と見出し(タイトル)、経過を書く

- 基本は、時系列で書くこと。最初は面接に至った経過を書く。修正ペン・テープの乱用は、記録の改ざんを疑われます。余白も注意が必要。電子カルテなどは簡単に改ざんができないような仕組みになっている。

2. 必ず主語を書く

- 主語述語が正しく対応しているか。接続詞が適切か。
誰が何をした、誰がこういった、が途中で入れ替わらないこと。そのためには、一文（センテンス）を短く書くと良い。
- 内容の表現は、5W1Hに触れるよう配慮して書く。
- 利用者以外からの情報を書くときは、情報の出所を明記する。

何をどう記録するか

3. 利用者の言動・行動、援助の経過は客観的事実を書く

- 利用者の言動・行動は、事実のみを、主観を交えずに書く。
- 時系列に沿って、いつ何があったか、その時どんな支援や介入を行ったか、その結果どうなったか客観的事実を記録する。
- 利用者・家族が読んでも不快にならない表現を選ぶ。利用者をエンパワーするリフレーミングにつながる。 例) 頑固⇒信念がある



何をどう記録するか

4. 利用者の感情や心の動きに対する支援者の印象や評価を書く

- 説明体。
- 3で書いた事実について、支援者がどういう印象を持ったか、どう評価したかを、支援者の意見として書く。

例) ～と私には感じられた。

- 事実と、支援者が考えたことが明確に分かれていることが重要。
- 誹謗中傷になりかねない表現を避ける。

例) のろい⇒ゆっくりしている



何をどう記録するか

5. 抽象的ではなく具体的に書く

- 文学的表現、ことわざは不要。簡潔に書く（一文を短くはその基本）。
- 誰が読んでもわかり易い文章を書く（平易な言葉を使う）。

6. 略語・専門(過ぎる)用語を避ける

- 記録は公的文書。公的文書の読み手は利用者、所属組織、他のサービス提供者、裁判所、監査機関であることを意識する。



何をどう記録するか

7. アセスメント・援助計画を書く

〈参考〉SOAP

SOAPとは、POS（Problem Oriented System：問題志向型医療）の考え方によって、分類・整理された看護の分野で多く用いられている記録方法です。

- S（Subject）：主観的データ。患者の話や病歴など。
- O（Object）：客観的データ。身体診察・検査から得られた情報。
- A（Assessment）：上記、SとOの情報の評価。
- P（Plan）：上3者をもとにした治療方針。

8. 終了時の状況（終結）を書く



事実と解釈を分けて書くとは？①

記録に「解釈（評価・判断）」が必要なのか

- ・人は意図的にしろ、無意識にしろ、嘘をつく。
- ・本当の自己開示は、信頼関係ができてから。
- ・目に見えていること、本人が語っている言葉が全てではない。
- ・言葉ではなく身体症状で現れることもある。

⇒利用者のニーズを明確にするため、表明されている言葉の「背景」を考える必要がある。



事実と解釈を分けて書くとは？②

- ・ 利用者の言葉・語りの背景にある「思い(想い)」 「隠れた背景(環境)」 への考察(解釈)が、支援の根拠となる。

(例)

事実：本人は「困っていることはない」と言うが、視線はあちこちにとび、落ち着きがない。

解釈：本当は困りごとがあるが、言うべきかどうか迷っていると思われる。←支援の根拠となる。



事実と解釈を分けて書くとは？③

- ただし、専門性に基づく推測としても、予断や決めつけ
- 思い込みの可能性は排除できないという自己覚知は必要。

→共感力＋観察眼＋判断力＋専門性に基づく想像力
⇒SOAPノートなどが活用される

- 記録では「私」を省略することが多いが、主語が「私」の記録を書く=自分が面接で得た情報に対して自分が責任を負うことを自覚する（主語を忘れると自己を問うことを忘れてしまう）。



記録のために求められる能力

1. 聞いた情報を覚えている（情報記銘力）

- 記録が終わるまで必要な情報を一定期間覚えている。
- 忘れて困ることはメモする（メモの適切な保管・廃棄）。

2. 観察し情報を集める（情報収集能力）

- 言動だけでなく観察によって情報を集める。
- 利用者との信頼関係を築ける態度とコミュニケーション能力がある。



記録のために求められる能力

3. 情報の重要性が判断できる(判断能力)

- 集めた情報の中で重要な情報、優先度が高い課題に気づく

4. 情報を適切に表現できる（表現能力）

- 記録による適切な表現力、情報伝達能力がある

5. 記録を見直し確認する（記録確認能力）



図を用いた記録

【マッピング技法】

ジェノグラム「家族関係図」

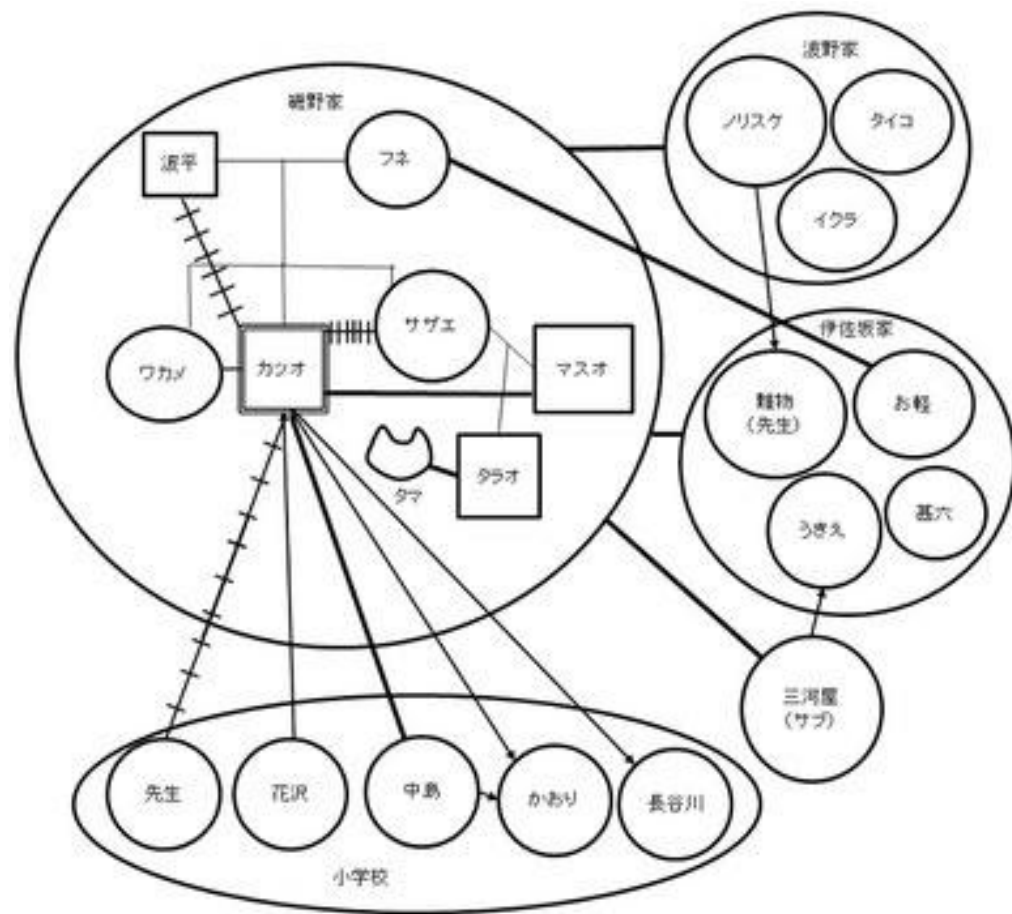
三世帯程度の家族員*を図示したもの。

*家族員は血縁関係にない同居者や関係の深い人物を含む
家族関係が一目で分かり易いため整理し易くなるツール
フェイスシートやカンファレンスで用いることが多い。

エコマップ

利用者の情報を整理し、「利用者」と「利用者を取り巻く環境」を理解するために用いる図式による要約記録のこと。
多職種連携のカンファレンス等でホワイトボード等に書かれることが多い。

マッピング技法の一例



インターネットで借用してきました。


ジェノグラムから得られる情報

ジェノグラムは家族関係が一目で分かり易いため、基本情報に欠かせないが、本人を中心して、子孫、兄弟姉妹の情報が中心となることが多い。

これは、何かあった時のための緊急連絡先を知るために用いられることが多いためである。

しかし、本人のパーソナリティ形成には生育環境も大きな影響があるため、どのような家庭環境に育ったのかを把握する必要がある。そのためにも、本人の両親の状況も聞き取りを行うことが望ましい。

※本人、家族には「答えなくても良い権利」を保障してください。



エコマップから得られる情報

エコマップは、基本情報に残されることは少ないが、「利用者」と「利用者を取り巻く環境」を把握するには重要な情報となる。

エコマップでは、本人、家族、支援者、組織等との関係性を「線」の太さや形状によって表現し、一目で理解できる記録になっている。

作成は、聞き取りができた情報が基になるため、随時更新が必要になる。



おわりに

記録の書き方のポイントは、必要な情報を選択し、効率的に書くことです。

適切な内容で構成された記録は、利用者さんについての必要な情報を読み取りやすく、福祉サービスにも活用できます。

事故などが起こった際には、いざというときの証明となって職員や事業所を守る役割も果たします。



おわりに

記録の書き方を理解し、どのような事柄を記録するのか、予め押さえておくことも必要です。

そして、文章の書き方についても「敬体にするのか」「常体にするのか」を統一していると、記録を振り返った際に読みやすい記録になると思います。



ご清聴
ありがとうございました



	自分	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	グループ	合意内容
権利							
健康							
生活歴							
愛情							
尊厳							
金銭							
誠実							
決定理由							【ワークの感想】