

介護記録の書き方

訪問介護運営基準において「提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。」とされています。また、介護記録を残すことにより、利用者の状況が把握でき、チームケアにおける情報の共有、サービスの継続性を得ることができます。つまり記録を残すことは、利用者のためでもあり、介護事業者のためでもあります。

サービス提供後の介護記録は、時間内に行ってよい行為と通達されていますので、サービスの最後の時間を使って、正確な記録を書くようにしましょう。

記録の仕方は、記録用紙への手書き、タブレット等電子媒体への入力等、事業所ごとに違いますが、どのようなサービスを提供したかの証拠になり、良質ケアの連携のためにも必要なものですので、漏れのないようきちんと記録しましょう。

記録の基礎になるものは観察力です。

- 本人の観察—声の大きさ、調子、顔の表情等、服装がおかしくないか、身体の動き・座った時の姿勢はいつもと同じか等
見た目だけでなく、本人が話した内容等も記録しておく。
- 環境の観察—居室の様子、気候の変化に対応できているか、動線に無理はないか等。
- 介護の継続性—利用者宅に連絡帳が置いてある場合は、必ず最初に目を通し、前回の訪問で気になるとなっていたところがどうなったかを必ず確認する。