

2 多職種協働で 利用者の暮らしを守る 情報共有の仕組みと工夫

社会福祉法人 さつき会
特別養護老人ホーム 鷺栖さつき苑
生活福祉課長

尾上 健介

多職種が協力して利用者を支える記録の仕組み

利用者の暮らしが変わりなく続くように、私たちが扱う「利用者の情報」も途切れさせることなく継続されていくべきものです。

情報の中には、その人の命や暮らしを支えるために重要な情報が数多くあります。

「情報を制する者は、○○を制する」という言葉がありますが、介護の現場においても同様のことが言えます。情報をつなげ、多職種が協力して利用者の命と暮らしを支えるためには、

仕組みや記録に工夫が必要です。仕組みを複雑にしてしまうと、スタッフの記録が増えたり、かえって重要な情報が抜けたりします。

日々情報が変化する介護の現場では、できるだけシンプルに、スタッフの負担は少なく、効率的に情報を共有する方法が求められます。さつき苑には、下図のような情報共有の仕組みがあります（図1）。

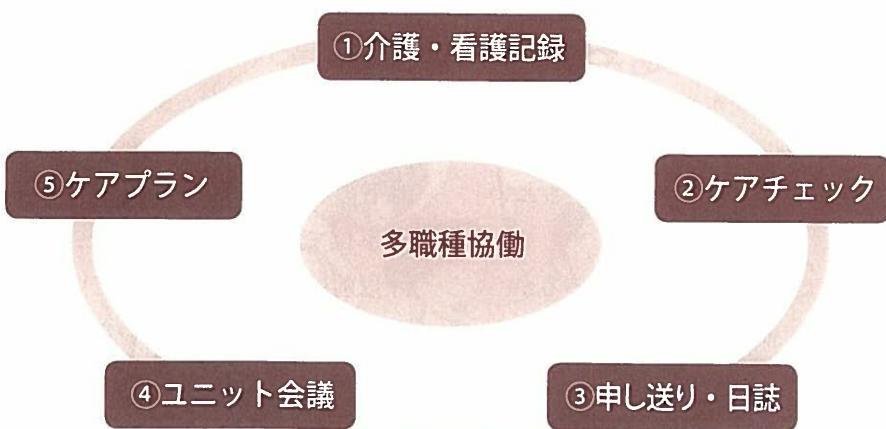


図1 鷺栖さつき苑の情報共有の流れ

① 情報を一元化した介護・看護記録

さつき苑では、平成17年にそれまで使っていた記録を一新し、『介護・看護記録』という総合記録シートを作りました（64ページ図2）。情報を一元化し、かつ、1週間分まとめて見られるようにすることで、状態変化を読み取りやすくする目的があります。現在では介護、看護、栄養士、相談員が同じ記録を共有しています。

総合記録シートの導入前は、水分チェック表、食事チェック表、排泄チェック表、バイタルチェック表、体位交換表、そのほかの様子を記述する記録など、あらゆる情報をそれぞれの書類に記録していました。『ケア記録』としては、その役割を果たしていましたが、体調が悪くなったりや認知症の周辺症状が悪化したとき、その要因を分析するために、ばらばらの記録から情報を集めなくてはいけないため、大変な手間と時間がかかっていました。

『介護・看護記録』では、1週間分の情報が1枚の記録に集約されているため、あれこれと情報を探す必要がありません。例えば、認知症の周辺症状が悪化したときに、「水分量は？」「栄養状態は？」「便秘は？」「昼夜逆転傾向は？」「バイタルサインの変化は？」「環境の変化は？」など、たった1枚の記録用紙から数日さかのぼって要因を確認することができます。



② 介護・看護記録を使ったケアチェック

先に紹介した『介護・看護記録』を使い、さつき苑ではさらに『ケアチェック』を行っています。ケアチェックは、週に2～3回、記録を振り返り、状態変化を数日単位で確認するというものです。

ケアチェックの視点は、水分は摂れているか、食事は摂れているか、便秘になっていないか、^{じくそう}褥瘡はないか、夜は眠れているか、入浴はできているかなどの基本項目（図2『介護・看護記録』最下段参照）のほか、認知症の周辺症状は出ていないか、バイタルの変動はないかを確認

します。交代勤務のスタッフは、1日単位の記録は確認しますが、数日間にわたって状態を確認することは意識的にしないとできません。高齢者の状態は、1日単位ではなく数日から数週間単位で変化していることがあります。

「以前は食事を10割食べていた利用者が、ここ数日、8割しか摂れていない」という場合があるとします。栄養量としては8割でも問題がないように思いますが、10割食べていた人が8割に減っているということは、体調の変化の可能性も考えられます。そのようなときは、食事以

外の変化も確認し、原因を探っていきます。体調悪化の兆候にいち早く気付くために、このケアチェックは大きな効果をもたらします。さらに、利用者個別の疾患とその病気の特徴、平均バイタル値、平均水分量や食事量、

飲んでいる薬の作用と副作用、過去の入院前の経過など、個別の情報を踏まえてケアチェックすることで、再発リスクの高い病気の予防や重症化の予防につながっていきます。

事例

情報を共有することで病気の重症化を予防

次のような事例がありました。

過去に腸ねん転で入院した利用者がいました。入院前の経過を確認すると、入院1週間ほど前から、便が軟らかくなつておらず、数日前からは微熱が続いていました。入院当日、午前中には何も異常がなかつたおなかが、夕方ごろに急に張つて、嘔気とともに、腹痛も出てきました。おなかの音を聴診器で聴くと高い音が聞かれました。緊急受診すると『S字結腸のねん転症』と診断を受け、約1ヶ月間入院となりました。

腸ねん転は再発リスクの高い病気です。こ

の入院前の経過を踏まえ、ケアチェックを行いました。数ヶ月後、やはり軟らかい便が続く日がありました。左下腹部を注意深く観察してもらっていたところ、ある日、腹部の張りとわずかな嘔気が見られました。再発を疑い受診したところ、『腸ねん転のなりかけ』の状態で、すぐに整復処置を受け、わずか1週間で退院できました。

このように、過去の入院前の経過を具体的にスタッフ間で情報共有することで、病気の重症化を予防できるケースが多くあります。



生活と身体の状況と
介護・看護記録 氏名 様

H24		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		
定期与薬		朝・昼・夕・就		朝・昼・夕・就		朝・昼・夕・就		朝・昼・夕・就		朝・昼・夕・就		朝・昼・夕・就		朝・昼・夕・就		
下剤の使用状況																
食事 摂取状況 (10/8/5/3/0)	主食	副食	主食	副食	主食	副食	主食	副食	主食	副食	主食	副食	主食	副食	主食	副食
	朝 /10	/10	朝 /10	/10	朝 /10	/10	朝 /10	/10	朝 /10	/10	朝 /10	/10	朝 /10	/10	朝 /10	/10
	昼 /10	/10	昼 /10	/10	昼 /10	/10	昼 /10	/10	昼 /10	/10	昼 /10	/10	昼 /10	/10	昼 /10	/10
	夕 /10	/10	夕 /10	/10	夕 /10	/10	夕 /10	/10	夕 /10	/10	夕 /10	/10	夕 /10	/10	夕 /10	/10
	便	尿	便	尿	便	尿	便	尿	便	尿	便	尿	便	尿	便	尿
	水分		水分		水分		水分		水分		水分		水分		水分	
	6		6		6		6		6		6		6		6	
	7		7		7		7		7		7		7		7	
	8		8		8		8		8		8		8		8	
	9		9		9		9		9		9		9		9	
10		10		10		10		10		10		10		10		
A=普通		B=軟便		C=水様		D=硬便		E=付着		F=少量		G=普通		H=多量		
I=ボタブル		J=パット		K=尿器		L=トイレ		M=付着		N=少量		O=普通		P=多量		
ト=トイレ		ボ=ボタブル		パ=パット		ニ=尿器		ト=トイレ		ボ=ボタブル		パ=パット		ニ=尿器		
20		20		20		20		20		20		20		20		
21		21		21		21		21		21		21		21		
22		22		22		22		22		22		22		22		
23		23		23		23		23		23		23		23		
24		24		24		24		24		24		24		24		
1		1		1		1		1		1		1		1		
2		2		2		2		2		2		2		2		
3		3		3		3		3		3		3		3		
最終排便		4		4		4		4		4		4		4		
月 日		5		5		5		5		5		5		5		
水分合計/目標量																
バイタル																
入浴状況	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭	入・中止・辞退・清拭		
受診予定(入院含む)																
処置欄																
機能訓練 (内容) A: 頑固体排 B: 唾トレ C: 立ち上がり D: 歩行 E: 他の運動 F: 用椅子自排 G: その他	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G	時間: A・B・C・D・E・F・G		
実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:	実施者:		
9:00 ～21:30 (記録の観点) 1. 身体状況の変化 2. おもとの動作 3. 食事・便器との関係 4. 着脱の関連性 5. 環境の関連性 6. 着らしづくり																
入眠中: ○ 覚醒: △ 休交: ◎	22:00	0:30	2:30	4:30	22:00	0:30	2:30	4:30	22:00	0:30	2:30	4:30	22:00	0:30	2:30	
21:30 ～9:00																
特記事項																
担当	リーダー	主任	生活状況	低栄養 (5割以下が日以上) 脱水	検討の必要性 なし・あり	排泄 (排泄の有無を記述) 保満 (1,000cc以下3日以上)	検討の必要性 なし・あり	不規則な生活 (便度や生活の範囲) 排泄 (便度や範囲)	検討の必要性 なし・あり							

*担当、リーダーは毎週士～月の間に確認すること。主任は週明け月～火までに確認すること。 (担当: 黒 リーダー: 赤 主任: 青)

特別養護老人ホーム廣島さつき苑

図2

③ ケア・情報の統一に欠かせない申し送りと日誌

『介護・看護記録』で『ケアチェック』していくと、ケアのフォローの必要性や、観察のポイントが見えてきます。その情報を発信し、共有するのが『申し送り』と『日誌』です。

さつき苑の申し送りには、介護、看護、栄養士、相談員（ケアマネ兼務）が参加します。

進行は相談員が担当し、毎日2回、朝と夕方に行います。時間は朝20分、夕方は15分程度です（写真1）。

『申し送り』は、その進め方が大きなポイントとなります。

『申し送り』の中で引き継がれる情報と、自分で行う『ケアチェック』による情報を照らし合わせます。申し送りの情報に不足があれば、さらに細かな状況を確認します。

例えば、「○○様、昨夕の食事量は5割でしたが、朝と昼は全量摂れています」という申し送りがあるとします。この場面で「1日の中でおおむね食事が摂れているのでよし」と次に進むのか「なぜ夕食は5割だったのか」とさらに深く考えるかで、申し送りの進み方は大きく変わってきます。

食事が摂れないのには、さまざまな要因が考えられます。献立、姿勢、体調、口腔内の異常、薬の作用、食事に関する病気の再発、環境の変化などです。ケアチェックをすることで、その原因と考えられるポイントが絞られていきます。そのポイントとなることを、各職種それぞれの専門的な視点から分析し、具体的なケアを協同で考えていくように進めます。課題がある場合はすぐに要因を分析し、仮説でもよいのでフォローとケア方法を具体的な根拠を添えて示します。



写真1 朝の申し送りの様子。ケアスタッフ、ナース、栄養士、相談員、ケアマネが参加し、具体的なケアの検討が行われます

このような申し送りを毎日行うことと、早い時期に利用者へのフォローができるようになるほか、スタッフにとっても、利用者に対しての観察の視点だけでなく、ケアの知識と技術、課題を解決する力が養われていきます。

そして、良い対応をしたときは、認めてほめることも大切です。「この対応でよかったんだ」と、スタッフの自信につながります。

また、申し送りで使われる『日誌』もひと工夫しています（次ページ図3）。

申し送りで新たなケアの変更があったときは、「ケア内容の変更」（図3右下）という欄に書き分けます。これはいわば、一時的なケアプランです。書き分けることで、次に入る勤務者が見落とすことなく一目で分かるようにしています。ちょっとした工夫ですが、引き継ぎもが大幅に改善しました。



「お役立ちツール CD11月号」に
収録しています

介護・看護日誌

ユニット名

平成 年 月 日()				施設長	介護部長	係長・相談員	主任	リーダー	合議						
入居者の状況		在籍	入院	外泊	現員	ショートステイ		利用	職員	早	日	遅	夜勤	明	
	ユ	全	ユ	全	ユ	全	ユ	全		男					
	男									女					
	女								計						
	計														
【本日の予定】															
受診		外出		外泊		入院(入退院)		ショートステイ				デイ利用			
								IN		OUT					
行事				ボラ				見習				研修会			
業務連絡															
今月のユニット目標:															
夜勤 ↓ 日勤	ユニット内の状況								ケア内容の変更						
	臨時薬服用者	薬名(期間)	臨時薬服用者	薬名(期間)	排泄状況			氏名			対応				
					-3日目										
					-4日目										
	水分が摂れていない入居者 (水分600cc以下)				予定外入浴者 (優先して入浴する)				-5日目以上						
	特別養護老人ホーム 鷹栖さつき苑														

図3

チームケアの基となるユニット会議とケアプラン

ここでいう会議はケアカンファレンスを行う『ユニット会議』のことです。さつき苑のユニット会議は毎月1回開催しており、時間は1～2時間です。ユニット会議には、介護職、看護師、相談員（ケアマネ）、管理者が参加します。



会議では、利用者のケアについてカンファレンスを行います。ケア変更後の実施状況について、皆さんから意見を出してもらい、よりよい方法がないかを検討したり、徹底されていないことを再確認する場になっています。ケアプランのカンファレンスも兼ねているため、会議で決まったことは会議後、すぐにプランを更新し、新たなケアプランとしてみんなで共有します。

ユニット会議は多職種が参加する会議のため、ケアについて話し合い情報を共有し合うことは、チームのケア方針や価値観の共有を図ることにもつながります。

効果的に情報を集めて活用する

さつき苑では、毎日の情報の確認と共有の場で「申し送り」、週単位では「ケアチェック」、月単位で「ユニット会議」を行うことにより、個別ケアの統一やケア変更後の評価が安定してできるようになりました。以前は30分以上かかっていた引き継ぎは、今では半分ほどの時間で、より多くの情報をもとに、具体的なケアの検討ができるようになりました。新人スタッフでも、3ヶ月ほどで丁寧で分かりやすい引き継ぎができるようになります。

情報は日々変化し、新しい情報が次々と入ってきます。いかに効率的に情報を集め、情報を活用し、多職種が協力し合いながら迅速に対応（ケア）できるかが、利用者の命と暮らしを守る重要なカギになると思います。

