

厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究事業）
「介護施設におけるケアの効果および効率性の評価手法に関する研究」
平成 28 年度分担研究報告書

施設ケアにおける各種ケア記録の整備・連動・活用および重要項目
—ヒアリング調査による概況整理—

森川 美絵（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 特命上席主任研究官）
大冢賀政昭（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員）
小林 健一（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
玉置 洋（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
福田 敬（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長）

研究要旨

（目的）介護施設における利用者情報や介護記録がどのように収集・蓄積され、どの程度活用されているか、その実態を施設へのヒアリングを通じて把握することを目的とする。

（方法）利用者情報や介護記録の情報活用の現状と課題に関して、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）3施設（2社）を対象に、記録の様式化の状況、記録の活用に関するヒアリングを実施した。時期は平成 29 年 2 月、ヒアリング対象は各施設の施設管理者、ケアマネジャー、介護／看護職員、合計 11 名。1 名につき 30 分程度の半構造化インタビューを実施し、逐語録を作成した。調査者のメモ、逐語録、閲覧した記録様式等の資料を総合的に勘案し、記録の整備、各種記録の連動や活用の状況を整理した。

（結果・考察）(1) ケアマネジメントプロセスにおける情報の活用・連動：介護記録の収集・蓄積の目的は、ケアマネジメントへの活用のほか、リスクマネジメントや利用者（家族への）アカウントビリティなど様々であった。介護記録は、A 社では、電子化されその情報をケアマネジャーやリーダー、管理者が閲覧していたが、B 社では紙や口頭の情報共有となっていた。B 社で実施されているような、入居者・職員個人単位での 1 日のケア／業務スケジュール表の作成と、それに基づくケア提供は、施設ケア業務の標準化の契機となりうる。現状は、ケアの業務表とケアプラン・介護サービス計画の連動には課題が残されていた。介護職員は日々のケアで精一杯であり、介護実施情報の活用には、生活相談員やフロアリーダー、ケアマネジャーなどがその情報を集約・分析し、ケアマネジメントのプロセスに活用する仕組みや環境整備を、組織マネジメントとして推進する必要があると示唆された。(2) 利用者へのケア提供に係る着眼項目：以下が代表的項目であった。「利用者の日々の生活の様子」、「入浴・食事・排泄といった 3 大介護に係る項目」（A 社）、「食事量、水分量、バイタルなどの生理指標の週内変動」（A 社・看護）、「24 時間の排泄間隔」（B 社）。

（結論）ケアマネジメントプロセスに対応した記録の全体像、各種記録の連動性と利活用に関する実態と課題、評価の KPI を抽出する際の参考情報が得られた。本研究は、介護施設におけるケアの実施プロセスを活用した評価手法開発の基礎作業として位置づけられる。

A. 背景および研究目的

施設や在宅における介護記録については、法人・施設・事業所単位において、近年電子化の動きが進んでいる状況にある。一方で、そうしたケアに係る行為データを入力する仕組みが存在していないことがデータに基づいた介護サービスの提供の分析を行う上で課題となってきた。これらの情報を活用しつつ、介護サービスの効率性や効果の検証を行い、臨床実践に活用する方法論は、継続的になされてきた¹⁶。

しかし、現時点の介護報酬には反映されておらず、その普及には課題があることが報告されている。

本研究では、実際に扱われている介護サービスの利用者情報や介護記録のデータ化およびそのデータ分析を通じたケアの効率性・効果の評価手法を検討するための、基礎的作業である。すなわち、介護施設における利用者情報や介護記録がいつどのように収集・蓄積され、どの程度活用されているかについて、ヒアリング調査による実態把握を行うことを目的とする。

B. 研究方法¹⁷

利用者情報や介護記録の情報に関する活用の現状と課題について、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）へのヒアリングを行った。

1)対象

対象は、厚生労働省老健局高齢者支援課が推薦する特定施設入居者生活介護（有料

老人ホーム）3施設程度とする。

具体的には、介護付有料老人ホーム等を展開する介護事業者2社、A社運営の2施設（うち1施設は24時間看護師常駐）、B社運営の1施設とする。なお、本社からも、ケア記録の整備状況についての参考情報の提供を受ける。

<ヒアリング対象>

各施設で、施設管理者、生活相談員、ケアマネジャー、介護職員（または介護職員のメンターやリーダー）ないし看護職員を、できるだけ1名ずつ選定する。

ヒアリングに応じたのは11名、内訳は以下の通りである。A社施設① 4名：看護師1、ケアマネジャー1、生活相談員1、管理者1。A社施設② 3名：ケアトレーナー（リーダー）1、ケアマネジャー1、生活相談員1。B社施設 4名：介護職員1、介護職員メンター1、ケアマネジャー1、管理者1。

2)調査内容

ヒアリングにより把握する内容は、主に以下の点である。

① 施設における記録の様式化、ケアマネジメントプロセスと記録との対応

既存の様式に則り記録として収集されるものには、どの様なものがあるか。電子化されているものはどの程度あるか。また、これらの記録・情報は、ケアマネジメントプロセス、すなわち、（アセスメントを経た）ケアプラン作成 ⇒ ワークスケジュール設定 ⇒ ケアの実施記録作成 ⇒ （モニタリングを経た）

¹⁶ 社会保障審議会 2015、2016

¹⁷ 所属機関における研究倫理審査の承認をう

けて実施している（承認番号 NIPH-IBRA#12130）。

ケアプランの変更、といった一連の展開と、どのように対応しているか。

② ケアマネジメントプロセスにおける各種記録の連動性

作成される各種記録や把握される各種情報が、ケアマネジメントプロセスにおいて、実際には、どの程度、連動しているか。

③ ケアの実施記録における着眼項目

ケアの実施記録において、ケアの提供方法やその変更が大きく影響するものとして、現場で着目されている項目は何か。

3) データの収集と分析

調査は、平成 29 年 2 月 9 日～24 日に実施した。ヒアリングは、各職員につき 30 分程度の個別面接により実施した。

ヒアリング開始にあたり、対象者に説明文書を用いて説明し、書面での同意を得た。

ヒアリング内容は、調査者がヒアリング時にメモを作成するとともに、対象者の許可を得て録音し、後日に逐語録を作成した。

データ分析は、調査当日に作成された調査者メモおよび、後日作成されたヒアリング逐語録、閲覧許可を受けた資料や提供資料の内容を総合的に勘案して行った。

C. 研究結果

1) 施設におけるケアマネジメントプロセスと記録との対応

施設における各種記録を、ケアマネジメントプロセスと対応させ、モデル化すると以下ようになった（図3-1）。

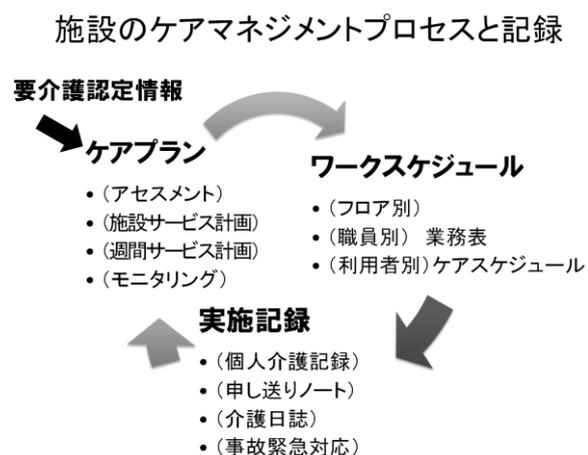


図3-1 ケアマネジメントプロセスと各種ケア(業務)記録との対応モデル

まず、要介護認定情報をふまえ、各入居者へのアセスメントが行われ、それに基づくサービス計画等の「ケアプラン」が作成される。

それをもとに、ケアを日々の業務として展開するための「ワークスケジュール」が設定され、フロア別や職員別に業務予定が作成されたり、利用者ごとのケアスケジュールが作成されたりする。

そして、予定されたワークスケジュールに対し、実際にはどのようにケアが提供されたのか、「実施記録」が作成される。ケアの実施記録は、利用者個人別の介護記録や申し送りノート、介護日誌、事後緊急対応など、いくつかの様式が組み合わせられて残されていく。

ケアプランのモニタリングにおいて、これらのケア業務の予定（ワークスケジュール）と実績（実施記録）とのズレや、利用者の状態変化を捉え、ケアプランやそれに基

づくワークスケジュールの妥当性が再検討され、必要な見直しが図れる。

こうした、ケアマネジメントのプロセスと対応した記録の作成・活用は、定期的なケアプランの作成・見直しのサイクルに応じてなされることがある。他方で、ケアプランの変更までには至らないが、業務フローのレベルで、随時、ケア提供の実績に応じたワークスケジュールの見直しが図られることもある。

2) 各種記録の連動性

インタビューでは、第一に、施設において作成される各種の記録や把握される情報が、一連のケアマネジメントプロセスのサイクルのなかで、どの程度、連動しているのか尋ねた。把握されたのは以下である。

①A社

<施設A> (24時間看護師常駐)

・入居者の生活の質向上という目的の他に、家族への説明責任、会社やスタッフを守るという要素もある。

・記録は大事と言われるが、現場で記録する内容に際限がなくなることへの危惧（現在の人員配置では厳しい）。記録しているだけの見返りが、介護現場にあるか、それを介護職員が実感できているかは疑問も感じる。

・介護実施記録の読み取り・ケア業務への活用は、個々の職員のスキル・情報収集能力に依存している。

・ケアの実施記録からプランやケア業務の調整・修正に結び付けていくには、記録の仕方という面で課題がある。介護職員による記録は、職員間のバラツキが大きい(標準的な記録について教育を必ずしも受けてきていない)。

・実施記録の「1日のサマリー」（現状ではない）があると、それをつなげて一週間の生活リズム・心身状態等のモニターができて役だつ。

・ケアマネジャーのレベルでは、計画作成～ケアの実施～モニタリングのサイクルは連動している。記録等から日々の変動を捉え、ケアプラン変更といった大きなものより、むしろ細かいケア方法の変更につなげていくことが多い。「日誌と看護・介護の申し送り」が最も有力な情報源。

・ケア実施記録をモニターし、ケアスタッフの声を吸い上げたり、ケアマネジャーへのプラン変更を働きかける役割が、生活相談員の役割として明確化されている。

・介護職員や看護職員のレベルでは、ケアプランとワークスケジュールが十分に連動しているとはいえない。ケアプランがケア業務レベルでは意識されていない、ケアプランを反映した業務表が作成されているわけではない。

・介護記録をケアの具体的なやり方・業務に還元させるのは難しい（ケア方法に還元させるには、個別具体的な密度の高い情報が必要だが、それだけの情報を記録する余裕

は現場にはない)。

- ・個別のケアスケジュールやワークスケジュールが出力されないため、新任職員にとってはケア業務の流れがつかみづらい。

<施設イ>

施設イでは、「利用者個人単位のケアスケジュール表」が試験的に導入されている。また、介護記録の入力端末画面では、利用者の個人別の記録入力欄とその人のケアプランとが紐付けされている。それを踏まえた上でのヒアリング結果は以下の通りである。

- ・ケアスタッフのレベルでは、個々のケアプランの内容をみることはあまりない。「実施記録（日誌含む）」を中心にみる。

- ・ケアスタッフは、「様子」記録のなかで、重要なことは「日誌」記載の扱いとし（システムに自動反映機能あり）、情報共有を図る。

- ・（入浴事故を契機に）記録は自分を守るためのものという観点も、介護職員の立場にはある。とはいえ、実際には、あらゆることを記録として入力する時間の余裕はないため、「様子」項目に共有すべき情報を書き込むことが中心となる。

- ・ケアマネジャーレベルでは、計画作成～ケアの実施～モニタリングのサイクルは連動している。担当入居者のケア記録は毎日把握され、モニタリングやケア方法の修正等に反映される。

- ・ケアプランを作成するには「様子」欄を確認する必要があるが、ケアプラン短期目標

に対応するはずの「様子」の情報量の薄さやばらつきが課題。ケアプランに必要な情報の質・内容について、介護現場スタッフと共有されていない。

- ・但し、日常的に、介護スタッフからケアマネジャーに入居者の様子を直接伝え、情報を吸い上げてもらえる状況ができています。

- ・生活相談員レベルでは、利用者の個別の介護スケジュール表の導入により、ケアプランとケア業務との対応を意識し始めた。

- ・組織マネジメントとして、現場スタッフの声を受け止め、それをケアマネジャーと調整してプランに反映させる流れができています（モニタリング前月のケアカンファレンス等）。

2) B社

- ・1日の利用者別のケアスケジュールと、ケアプランの第3表、週間スケジュールの作成が必ずしも連動していない。ケアプランは、現場で実質的には見られていない。

- ・ケアプランの趣旨・意図を汲むのは個々の裁量による部分が多い。ケアの観点等は、現在はベテランから新人へのOJTで伝達。チームとして方針・視点を共有する等の組織マネジメントが定着しているとは言えない。

- ・ケアプラン作成側の視点を現場スタッフに伝える流れは現在もある（週1回のカンファレンス等）が、現場で把握した情報をケアプランやケアの1日のスケジュールに活か

せるサイクルが、今後は必要である。

・現場の探知した情報に基づくケア内容・スケジュール変更は、介護職員から口頭でケアプランナーに伝達されるが、反映にはばらつきがある。

・紙媒体として存在する個人単位の日々のケア記録が、ケアプランの見直し等の情報として体系的に集約・分析されているわけではない。

4) 実施記録における着眼項目

インタビューでは、第二に、ケア実施記録で利用されているケア項目について、ケアの提供やケアスケジュール・計画の変更にあたり重視・着眼しているものを尋ねた。

①ケア実施記録におけるケア分類

まず、A社、B社でケア実施記録の際に使用しているケア分類(項目)には相違があった。A社の分類と、B社の分類の上位項目(中項目)との対応は以下の通りであった(表3-1)。

A社のケア記録の電算入力・管理の仕組みでは、ケア内容は分類のいずれかを選択し、それ以外の項目を任意に作成することは原則できない。

B社のケア記録の入力・管理の仕組みでは、ケアの項目を基本に、個人ごとの日々の介護スケジュールが紙出力される。その上で、当日の介護状況に応じ、手書きで任意に実施内容等の記載が追加される。

表3-1 A社・B社(中項目)のケア分類対応

A社	B社
整容清潔	整容 着替え
口腔ケア 義歯渡し	
入浴清拭	入浴
排泄	排泄
食事間食	食事
飲水	
体位変換	移動
外出	外出 散歩
付添代行	
環境衛生	家事
巡視	目配り
お品渡し	その他(施錠・消灯・郵便物配布)
	お金管理
	買物
	信仰
	趣味
レク	
機能訓練	
処置	医療・服薬
予定投薬	
臨時投薬	
バイタル	
各種測定	
診察	
看護連絡	
介護連絡	
様子	
支援経過	
ヒヤリ	
事故	
苦情相談	
	外部サービス(リハ、通所、訪問介護)
	訪問介護

※ケア分類の順番は適宜入れ替えている

②A社施設での着眼項目（表3-2）

A社施設での着眼項目に関する結果一覧は、表2の通りである（表3-2）。

いずれのヒアリング対象者も着眼項目としてあげていたのは、日々の「様子」であった。「様子」は、入居者の日々の生活の様子や発言、考えや嗜好、生活歴、具体的な状況のほか、夜間の睡眠や離床・就寝時の状況などである。これらは、介護職員にとっては、他の項目に関する実施の有無には収まりきらないが、ケアに役立ちそうな入居者の様々な情報として入力されている。ケアマネジャーは、ケアプラン作成の観点から、「入居者の意向や介護職員と入居者の関わり」の把握という観点から、さらなる記録充実への期待も示された。

さらに、入浴・食事・排泄といった3大介護に係る項目は、介護業務を遂行する上で必須の情報としてあげられている。

また、食事量、水分量、バイタルなどの生理指標について、1日単位での把握や週内変動の把握が重視されていた。「発熱」や「体調不良」といった状態把握とあわせて、体調管理の医療・看護的な観点での把握事項についても重視されていた。

さらに、危機管理の観点から、「ヒヤリ」「事故」の有無および発生前後の状況把握も重視されており、「巡視」の項目についても、事故対応にあたり直前の状況を把握する意味で、重視されていた。

3）B社施設での着眼項目（表3-3）

B社施設での着眼項目に関する結果一覧は、表3の通りである（表3-3）。

いずれのヒアリング対象者も、最優先項目として「排泄」をあげた。

・「やはり一番は排泄です。排泄はその方の時間帯に合わせて援助を決めているので、膀胱の容量で、どれぐらいの時間帯までに排泄に行かないと失禁をしてしまうとかっていうふうに決めているものなので、時間帯が大幅にずれてしまうと、ご本人さまにとっても不利益の出る援助なので、ましてやそこがしっかり援助で安定がもたらされてないと、他のものにも影響出る。」
(管理者)

・モニタリング時に一番注意しているのは「・・・排泄の時間帯です。(個々に応じて設定した)時間が適切かどうか。その時間にきちっと行っていただいて、排泄があったかどうかということです・・・プラス・・・それ以外で非定時に発生したかっていうのは、結構注意して見るところ」(ケアマネジャー)

その他、「入浴」「口腔ケア」も、健康・衛生上の質維持につながる重要項目と認識されていた。さらに、計画変更につながる項目として、「発熱」「退院後」「転倒」「食事量」等があった。「服薬補助」は、個々の入居者の状態に応じて項目としての重要度に差が出るということであった。

<B社補足：実施記録の電子化>

B社では介護実施記録は電子化されていない。その電子化については、積極的な評価と、懸念の両方があげられた。

(積極的評価)

・個人の1日のケア予定表に合わなかった項目が抽出されたりすると、その原因分析に使えるので、モニタリングの効率化等が期待できる。ケア業務の開始と終了の時間がデータ化されると、1日のケアスケジュールの時間配分の精度を上げられる。

・非定時のケア内容の自動抽出は、その理由や状況と突き合せて検討できればケアの質向上に活用できる。

(懸念)

・誰が記録を加工編集しケアマネジメントに活かしていくのか、現状では活用管理の主体が不明。実施記録の入力時間を現場で確保できるか疑問。

・個人単位のケア実施記録（1日単位の予定と実際）の集積情報が、モニタリング、再アセスメント、プラン変更等に活かされることを期待していたが、現実には不十分。情報が電子化されたとしても、それを活用する余裕が組織的に担保されるのか。

・ケアの開始終了時間の把握は「標準的ケア時間」の目安ではある。しかし、実際のケア時間は個々の入居者の、時々状況に左右される。それら背景情報を取捨したケア実施データを、どう個別ケアに活用していくのか、イメージが湧きにくい。

表3-2 実施記録における着眼項目（A社）

	施設①				施設②		
	看護師	ケアマネジャー	生活相談員	管理者	ケアトレーナー(リーダー)	ケアマネジャー	生活相談員
整容清潔							
口腔ケア					○		
義歯渡し							
入浴清拭	○	○	○		○	○	○
排泄	○	○	○		○	○	○
食事間食	○	○	○	○	○	○	○
飲水	○			▲間食(把握不可)			
体位変換							
外出							
付添代行						▲意味共有されず	
環境衛生							
巡視	○夜間就寝状況等	○	○事故発生前状況把握				
お品渡し						▲意味共有されず	
レク			(○)紙		○		
機能訓練			(○)紙			▲レクや外部サービスとの差異不明	
処置							
予定投薬			(○)				
臨時投薬				○			
バイタル	○				○		
各種測定	○				(熱発)		
診察			○	○	(体調不良)	○	
看護連絡	○	○	○	○		○	
介護連絡		○					
様子	○夜間の睡眠、離床・就寝など	○	○夜間など	○会話・考え・嗜好・生活歴等	○入居者の様子や発言	○	○具体的状況
支援経過							
ヒヤリ		○	○			○	○
事故		○	○		○転倒後の様子	○	
苦情相談							
	(昼夜の状態の差)				(家族対応)		

表3-3 実施記録における着眼項目（B社）

	介護職員	メンター	ケアマネジャー	管理者
整容 着替え				
（口腔ケア）	○		誤嚥予防、滞りなく援助できているか	
入浴	嫌がる場合		○基本週2、週1確保にむけた設定妥当性	○
排泄	○非定時、失禁	○設定適切か、非定時、失禁	○設定適切か	○設定適切か、非定時、失禁、尿量など
食事	○退院後の流動食、キザミ食等		○健康管理が必要な人、最近食べられない人に絞った食事量	
移動	○ 移動、 （体位交換）			
外出 散歩			○ （週2≧月10未満の場合の状況検討）	
家事	（洗濯ものたたみ）			
目配り				
その他				
お金管理				
買物				
信仰				
趣味				
医療・服薬		（服薬補助）	（服薬）個人差	（服薬）個人差
		（バイタル）	○体重測定（食べれているかの目安）	
	（熱発）（退院後）	（熱発）	（熱発）（退院後）	
		（転倒）	（転倒）	
外部サービス				
訪問介護				
自由記入欄（非定時、いつもと違う時等）	○	○非定時排泄	○非定時排泄	○非定時=>定時プランへの組込可能性

D. 考察

1) ケアマネジメントプロセスにおける情報活用

介護記録の収集・蓄積の目的は、ケアマネジメントへの活用のほか、リスクマネジメントや利用者(家族)へのアカウンタビリティなど様々であった。

介護記録は、A社では、電子化されその情報をケアマネジャーやリーダー、管理者が閲覧していたが、B社では紙や口頭の情報共有となっていた。

B社では、入居者・職員個人単位での1日のケア/業務スケジュール表の作成と、それに基づくケア提供が行われていた。

これは、多対多のシステムとして実施されている施設ケアにおいて、ケア業務の標準化の契機となりうる。

但し、現状は、1日単位のケアスケジュールと、ケアプラン・介護サービス計画の連動には課題が残されていた。

介護職員は日々のケアで精一杯であり、介護実施情報の活用には、生活相談員やフロアリーダー、ケアマネジャーなどがその情報を集約・分析し、ケアマネジメントのプロセスに活用できる仕組みを、組織的に整備することが必要と考えられた。

2) 利用者のケアに係る着眼項目

利用者のケアに係る着眼項目の代表的なものとして、以下があげられる。

- ・利用者の日々の生活の様子 (A社)
- ・入浴・食事・排泄といった3大介護に係る項目 (A社)
- ・食事量、水分量、バイタルなどの生理指標の日内、週内変動 (A社・看護)
- ・24時間の排泄間隔 (B社)

E. 結論

ケアマネジメントプロセスに対応した記録の全体像、各種記録の連動性と利活用に関する実態と課題、評価のKPI (Key Performance Indicator) を抽出する上での参考情報が得られた。

介護施設におけるケアの実施プロセスを活用した評価手法を開発するための、基礎的作業として位置づけることができる。

F. 健康危険情報

特になし