

ケアと連動した記録様式

クリティカルパスのすすめ

要介護度改善 介護クリティカルパス

「質の高い介護ケア」の実現に向けて

あおぞらデイサービス水戸は、水戸黄門や偕楽園で有名な茨城県水戸市の住宅街に構える大型の民家を活用した小規模デイサービスです。開所以来、「自立支援としての要介護度改善を目標とした質の高い介護ケアの追及」を理念に掲げ、小規模のメリットを生かしながら日々のケアやサービスに工夫を施してきました。

本連載では、「質の高い介護ケアの提供」を実現するために施した当事業所における記録への工夫を、「介護ケアの項目と通所介護記録を連動させた記録」の実践事例として紹介します。

介護現場の抱える課題と当事業所の考え方

まずは、介護現場の現状を整理します。次のような課題は、当事業所に限ったことではないでしょう。

- ①介護職員によって、提供する介護内容や方法にはらつきがある
- ②実践すべきサービスが、忘れられてしまいやすい
- ③介護記録に職員の感想が記録されているだけで、客観的事実が記録されていない
- ④ケアプランや通所介護計画上の目標に関連した結果の記録が記載されていない
- ⑤利用者自身を深く知り、個別ケアを提供する工夫が不足している
- ⑥記録を活用した、病院やほかの介護サービスとの連携が不十分
- ⑦記録に時間が掛かり過ぎて、過剰勤務になりやすい

これらの課題を解決するため、当事業所では記録に対して次のような工夫を施しました。

- ①介護ケアのばらつきを最小限にする
→要介護度改善介護クリティカルパスの作成
- ②基本的なサービスを実践したのか、していないのかが客観的に分かる

岩下由加里

有限会社ファイブアローズ
あおぞらデイサービス水戸
管理者／介護支援専門員／
看護師



関東通信病院にて臨床経験を積み、関東通信病院付属高等看護学院専任教員を経て、在宅医療、介護の経営管理を経験する。現在は茨城県水戸市に有限会社ファイブアローズを弟妹と設立し、利用者の要介護度の改善を図ると共に、生き生きとした毎日を送っていただけるようあおぞらデイサービス水戸にて介護サービスを展開している。主な著書に『要介護度改善ケアガイドブック』(日総研出版)がある。

→記録とサービス内容のセット化

- ③単なる感想を記録に書かない

→チェック方式の活用

- ④ケアプランや通所介護計画の目標に対して、日々の結果を記録する

→目標が把握できる記録フォーマットの作成

- ⑤利用者を深く知る

→センター方式アセスメントを活用

- ⑥ほかのサービスとの連携を深める

→医療介護連携クリティカルパスの作成

- ⑦記録時間の効率化

→チェックリスト方式の活用

するため、診療の質向上に役立てることができます。

このように、医療界ではクリティカルパスが10年ほど前から導入されていました。1997年、ちょうど医療界がクリティカルパスを導入し始めた頃に、私はそのプロジェクトに参加し、普及に貢献することができました。それから10年がたち、介護業界にもクリティカルパスの考え方を導入することで、介護現場のさまざまな課題が解決できるのではないかと考えています。

2) 要介護度改善介護クリティカルパスの活用目的

当事業所では、記録の手始めとして行うアセスメントにおいて、まず、利用者の「人となり」を知るために「センター方式アセスメントシート」を活用しています。そして、私たちのケア理念である「自立支援を目的とした要介護度改善」につなげる情報収集をするために、要介護度改善介護クリティカルパスを活用しています。

この2つを組み合わせることで、利用者の「個」を大切にしながら元気にしていくための情報を、きちんとアセスメントできるような仕組みを整えています。

ちなみに、介護と医療の連携は大変重要であると言われながら、なかなか実現できずに困っている介護サービス事業者も多いのではないでしょうか。詳細は後で紹介しますが、当事業所では、病院との連携クリティカルパスを開発するために、連携病院との勉強会を毎月実施しています。これにより、病院側がどんな情報を欲しがっているのか、また、介護側はどんな情報が欲しいのかなど、共有すべき情報を互いに提案し、理解を深めながら作成することができます。

3) 要介護度改善介護クリティカルパスの機能

次に、アセスメントの中で要介護度改善介護クリティカルパスを活用するための機能を紹介します。

要介護度改善介護クリティカルパス

月日	ケア項目	退院前訪問(退室より依頼を受けたら直ちに行う) 平成 年 月 日	ケア項目 実施時期	ケア内容	
				血压・脈拍・体温測定	ケア内容
高血圧の有無	有(内服薬名：)・無		毎回		
平均血圧					
その他注意事項	常食・全粥・五分粥・三分粥・刻み食・ミキサー食・流動食・制限食()		毎回	食事量確認	
食事種類	全量 %		毎回	嚥下状態確認	
食欲	有・普通・無	1,500ml以上・1,000～1,500ml未満・1,000ml未満・水分制限(ml)	毎回	水分量確認	
水分量			毎回	舌・腋下乾燥状況確認	
水分教育	理解あり・理解なし・確認不可		毎回	口頭による水分教育	
病歴(心不全・腎不全・水中毒の有無)	有(心不全 腎不全 水中毒 利尿剤内服中)・無		毎回	足背浮腫確認	
体重			毎週月曜日	水分摂取表記録	
身長			また月は週の初め	体重測定	
BMI	体重(kg) ÷ 身長(m) ÷		初回	身長測定	
アルブミン値			毎回	BMI計算	
食事介助の有無	全介助・部分介助()・自立		3カ月ごと	アルブミン値	
口腔内の衛生状況	舌苔 有・軽度有・無 食残 有・無 口臭 有・無		毎回	食事介助はできるところは自分で行う	
舌の乾燥	有・無			口腔内衛生状況観察	
義歯の有無	総義歯・部分義歯・無			舌乾燥状況	
歯の有無	ほぼ全部有・部分的に有・残數(本)・無				
ケア方法	歯ブラシ・歯磨き粉・水流がい・うがい薬にて				
ケア回数	うがい・義歯磨き・義歯洗浄剤				
ケア自立度	毎食後・起床時・就寝時・朝食後・夕食後				
歯科医受診歴	有(歯科医名：)・無		毎回	マウスケア(できる部分は自分で行う)	
活動度	自立歩行・介助歩行・車いす・ベッド上		初回	歯科医受診の相談	
リハビリーション進行度	CPバリアンス無・CPバリアンス有()		初回	リハビリテーション方法アセスメント	
リハビリーション意欲	有・無(テープ付・リバパン・バッド)・無		初回	介助歩行アセスメント	
歩行自立可能性の確認	仰卧位でのリバッジ(できる・少しできる・できない)		初回	関節可動域・筋力アセスメント	
排泄			初回	リハビリテーションに対する意欲の確認	
排泄用具	トイレ(尿便共に・便のみ) ポータブルトイレ CPバリアンス無・CPバリアンス有()		毎回	アセスメント結果によるリハビリテーションCP参照	
おむつ使用有無	おむつ(テープ付・リバパン・バッド)・無				
尿意の有無	有・無				
排尿回数	一回(うち夜間の回数：)		毎回		
排便回数	回(うち夜間の回数：)		毎回		
下剤の有無	有(薬剤名：)・無		初回・1カ月後・3カ月ごと	排泄行為(できるところは自分で行う)	
ケア自立度	全介助・部分介助()・自立		毎回	マウスケア(できる部分は自分で行う)	
認知症状の有無	有(具体的な症状：)・無		初回・3カ月ごと	長谷川式知能テスト	
精神疾患既往の有無			毎回	体力テスト	
認知			初回	ヒップフローティングと購入説明	
睡眠状況	夜間不眠 有・無 昼夜逆転 有・無		毎日(必要者のみ)	ヒップフローティング用	
認知					
睡眠	夜間不眠 有・無 昼夜逆転 有・無				
精神疾患の常用薬	有(薬剤名：)・無				
安定剤などの内服の有無	内服開始時期： 有(薬剤名：)・無				
精神症状の有無	有(具体的な精神症状：)・無				
ケア方法	機械浴・一般浴・シャワー・清拭		初回	認知症状・精神症状の確認	
自立度	全介助・部分介助()・自立		初回	認める・叱らない声かけ タッピング	
清潔	髪(清潔・不潔) 頭(清潔・不潔) 足(清潔・不潔)		毎回	睡眠状況の確認・日中30分以内の昼寝以外寝ない	
衛生状況			毎回	学習療法ビデオ鑑賞學習	
受診方法	機械浴・一般浴・シャワー・清拭		5回ごと	読み書き計算	
受診履歴	外来受診(病院名：)・訪問診療(病院名：)			前頭葉機能テスト	
居宅療養管理指導の有無	月1回・月2回(曜日：)				
通所介護契約	医師：有(病院名：)・無		初回	睡眠薬・安定剤などの中止	
通所介護契約	看護師：有(薬局名：)・無				
ほしごら契約	看護師：有(病院名：)・無				
サービス開始日の調整	サービス開始日(未定 月 日予定)				
サービス担当者会議	実施 □後日実施(実施予定期 月 日)				
ケアプラン	説明と同意				
アウトアドバイス	更新新ごと・区分変更ごと				
	要介護度区分(要支援1・2・要介護1・2・3・4・5)				

▶情報収集のためのチェック機能(資料一①)

インテーク時に、利用者的心身状態や介護状況の情報を収集することができるようなチェック項目を設けています。利用者の「人となり」の情報については、「センター方式アセスメントシート」にて収集しているので、それ以外の情報、特に「要介護度改善」につながる情報を主に収集します。

▶連携書類のチェック機能(資料一②)

病院やほかの介護サービスからの依頼も多いため、それらとの連携を図るために必要な書類の有無をチェックします。

ちなみに医療では、急性期病院とリハビリテーション病院が共有する「地域連携クリティカルパス」が最新のクリティカルパスとして普及されつつあります。クリティカルパスが1つの病院内だけでなく、同じ地域にある役割の異なる病院間の連携を図るためにツールとして、活用されはじめているのです。これに倣い、当事業所で使用している要介護度改善介護クリティカルパスも、病院と介護サービスとの連携を念頭に置いて作成しました。

病院での治療が完了すると、病気が完全に治らないまま退院を迎えるケースも多くなりました。その場合、患者は病気と共に生きていくことが求められます。そして、高齢者になれば、介護までも必要となります。病院と介護サービスが、場所や役割が違っても連携を取り、できる限り同じようなリハビリテーション、同じような健康増進のための援助を受けられる体制をつくるためにも、病院で当たり前に活用されているクリティカルパスの考え方を、介護にも導入する必要があると考えています。

▶生活状態把握の機能(資料一③)

「要介護度改善介護クリティカルパス」の中には、介護予防でも加算が付く「栄養」「口腔」「運動」のケア項目が設定されています。当事業所では、「この3つのケアが充実しなければ、利用者の健康状態、ADL、要介護度の改善は図れない」と考えるほど優先順位の高い項目であると認識しているため、介護予防が始まる前から「要介護度改善介護クリティカルパス」の中に設定していました。

このように、要介護度改善を目的として設定した各ケア項目ですが、その実施に向けてアセスメントするためには、「デイサービス利用開始以前はどう

だったのか」ということもよく知る必要があると考えます。そのため、「要介護度改善介護クリティカルパス」では、設定された各項目のチェック、または、記述によって生活状態を把握するための記録としても活用できるような工夫も施しています。

特に重要なケア項目として、1日の水分量を記録する欄(資料一④)を設けましたが、通常、本人、家族、入院先の看護師などに確認しても、その人が飲んでいる水分量を把握していることはほとんどありません。これは、高齢者にとって、水分摂取がいかに重要であるかということが、認知されていない証拠だと考えます。高齢者は、水分不足によりさまざまな病気を引き起こし、入院を余儀なくされている人が多くいます。したがって、水分量の把握不足はその原因を改善しようとする取り組みがいかに少ないかということをうかがい知ることができます。時折、十分な水分量を取っている要介護者に出会うことがあり、介護に熱心な家族がいることが多いです。そういう家族が増えるように教育していくことも、私たち介護専門家の役割ではないでしょうか。

4) 要介護度改善介護クリティカルパスの活用法

▶ケア実施時期とケア内容

インテーク時に記録した退院前訪問欄の右横に、それぞれのケア項目の実施時期とケア内容が印字されています(資料一⑤)。利用者のADLや病状によって採用できない場合もありますが、基本的にすべての利用者に対して、デイサービス中にこのケア内容を実施しようという意味で計画しています。

▶アウトカム

(資料一⑥) 1番下の欄にある「アウトカム」とは、クリティカルパスの用語で「達成したい目標」を表しています。この「要介護度改善介護クリティカルパス」は、要介護度を改善・維持することが目標ですから、例えば、要介護1の利用者は、次の認定結果が要介護1または、要支援1,2、非該当になることで目標が達成されたことになります。もし、要介護2以上になってしまったら、それは、逸脱した結果(バリアンス)を出したことになり、なぜそうなってしまったのかをアセスメント、評価します。

このように、その結果は防ぐことのできなかった原因によるものなのか、またはなぜ予防できなかつたのかなどをアセスメントすることが重要であると考えます。

▶病状変化時対応指示(資料一⑦)

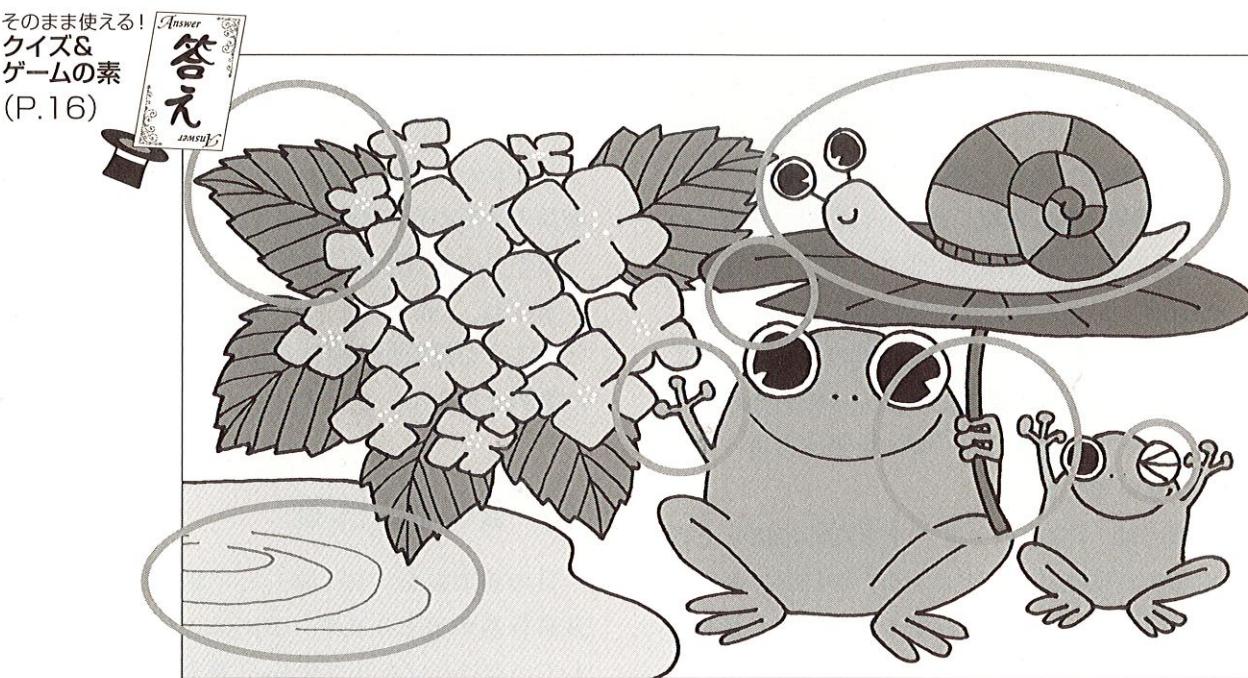
「病状変化時対応指示」の欄には、デイサービス利用中に病状が変化した際、介護スタッフが少しでも安心して利用者の病状を判断できるように、何を観察して、どの時点で看護師に報告をするべきかを示しています。

当事業所の看護師である私は、ケアマネジャーが本来の職務であるため、事業所に常駐しているわけではありません。介護スタッフは病状の判断に慣れていません。例えば、血圧が170mmHgあると慌てて私に電話してくることがあります。しか

し、血圧は1度の計測値が高いからといっても、本当に高いのかどうかは不明確なものです。たまたま興奮していたから高いかもしれませんし、15分ほど横になって安静にしていると、140mmHgまで落ち着くかもしれないのです。そのようなことが、この欄に指示として書かれているため、本当に高い時だけを判断して報告することができるのです。

これは、病院で使用しているクリティカルパスにおける医師の対処指示欄を参考にしています。各デイサービスの現状によって、使い方はいろいろあると思いますので、連携病院の医師と話し合い、指示内容を決めるのもよいでしょう。

次回は、当事業所の通所介護計画書を紹介します。



(P.38) 【とんち問題】

- ①ぞうきん ②テレビ ③服 ④靴 ⑤割りばし

【日本語クイズ】

- ①×：足をすくわれる ②○ ③×：親不孝 ④×：怒り心頭に発する
⑤×：押しも押されもせぬ ⑥×：活を入れる ⑦○ ⑧×：毛嫌いする
⑨○ ⑩×：価値觀