

看護介護におけるケアの質と情報管理

東野 定律 静岡県立大学経営情報イノベーション研究科
大冢賀 政昭 国立保健医療科学院医療福祉サービス部
山内 康弘 帝塚山大学経済学部
筒井 孝子 兵庫県立大学大学院経営学研究科

1. 研究の背景と目的

介護サービス提供機関においてケア提供に際して利用者の状態情報を共有するための実施される情報の伝達や蓄積に係る業務は、地域包括ケアシステムの構築の推進によって、ケア単位が小規模化し、医療・介護・保健・福祉等多領域に渡る専門職が協働をする中でより重要性がより増している状況にある。

介護に係る情報については、その重要性を鑑み、「介護サービス情報の公表」制度が2006年度に施行され、事業者の職員体制、利用料金などの基本的な情報や、介護サービスに関するマニュアルの有無、サービス提供内容の記録管理の有無などがインターネットなどを通じて閲覧できるようになった。

また、2009年度の介護報酬改定では、ケアマネジャーが居宅介護支援・介護予防支援において、病院又は診療所に入院する利用者につき、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供した場合の「医療連携加算」が認められ、退院又は退所に当たっても職員等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることやその他の連携を行った場合には、「退院・退所加算」が算定されることとなった。小規模多機能施設においても「小規模多機能型居宅介護事業所連携加算」が新たに算定され、事業所間の情報提供にも加算されることとなった。

さらに、これまで居宅療養管理指導事業所の看護職員が訪問し、療養上の相談及び支援を行い、その内容について、医師や居宅介護支援事業者に情報提供を行った場合に「居宅療養管理指導費」が算定されていたが、今回の報酬改定では、新たに看護職員が利用者ごとに健康の状況を継続的に記録するとともに、当該利用者の同意を得て、協力医療機関又は当該利用者の主治医に対して、当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合には「特定施設における医療機関連携加算」が算定されることになった。

こうした介護に関する情報における公表制度の実施といった法的整備や、介護情報に係る新たな報酬設定や加算は、利用者に対するケアの質を向上させるという目的で実施されているが、これらの情報の提供の実態については、これを記述した書類が存在しなければ、情報提供したとはいえない。したがって、提供した情報や、連携した実態を記述した書類としての記録のあり方が今後、重要となると考えられる。

看護領域では、すでに記録に対する指針が明示され（日本看護協会編 2005）、フォーカスチャートニングや SOAP、POS 等の多様な記録方法（伊藤・蛭子・山川 2002）が存在していることから、現在の看護における記録の実態は、介護における有用な資料となると考えられた。

そこで本研究では、第一に介護領域と近接し、その提供されるケアにおいても類似した内容が多い看護領域における記録に関して調査を実施し、介護における記録のあり方を検討すること、第二に、すでに小規模多機能型居宅介護事業所（以下、小規模）、介護老人福祉

施設、認知症対応型グループホーム（以下グループホーム）といった介護サービス提供機関においてタイムスタディ調査を実施した結果から、情報業務提供実態把握を試み、介護サービス提供機関における情報関連業務の課題を明らかにし、今後の地域包括ケアシステム化におけるケア提供体制や医療・介護連携の実現に向けた情報の在り方について検討を行うことを目的とした。

2. 研究方法

①看護記録の実態調査データの分析

看護記録の実態を把握するため、看護師としての経験年数及び職位、当該看護師が所属している病院の病床数及び入院基本料の種類、入院時の情報収集の方法、アセスメント、看護計画、看護記録の方法、さらに情報収集、計画策定、一人あたりの患者にかかる看護記録時間を調査したデータを分析した。以上に追加して、平成20年度診療報酬改定から、一般病床においては、最も高い看護師配置を示す7対1入院基本料の届出に義務付けられた患者評価である看護必要度の評価における記録時間について調査を実施した。

②介護関連施設におけるタイムスタディデータの分析

2007年に実施した介護老人福祉施設2施設および認知症対応型グループホーム1施設、そして2012年度に小規模多機能型居宅介護1施設で実施した1分間タイムスタディ調査データを分析した結果を用いた。

調査員によって記述された介護内容データは、介護業務分類コードによって分類され、ケア内容ごとに数量化を行い、「情報収集」「情報蓄積」「情報伝達」に関するコードを抽出し、これらの時間および時間帯を分析したものである。

表1 本研究で用いた「情報収集」、「情報蓄積」、「情報伝達」に関するコードの定義

コード番号	ケア内容	コード番号	ケア内容
c50	更衣動作の見守り、指示	c401	計画・準備、クラブ日誌、行事記録、写真・資料整理
c59	排尿時の見守り	c413	カーデクス、看護記録、リハビリ記録、ケース記録など
c68	排便時の見守り	c414	入院カルテ・レントゲンフィルム・ファイルの整理、準備、片付け
c81	食事中の見守り	c415	勤務表・日課表等の作成、看護・介護職員日誌の記入等
c90	食間食・分割食の見守り	c418	注射伝票、消毒薬、治療器具管理・購入、数量チェック・注文など
c117	歩行の見守り	c430	病棟配布資料の作成
c119	車椅子による移動の見守り	c431	自己負担請求等の入力、カルテの整理、診断書等の事務手続き
c130	徘徊老人への対応、探索	c407	家族への連絡・対応・調整等の話し合い、情報収集
c135	(夜間)巡視、容態観察	c408	職員間の連絡、打ち合わせ、伝達など
c136	脳・神経系、呼吸、体温測定、身長・体重の測定、血圧測定	c409	Dr. からの指示を受ける、Dr. に確認する
c141	日常会話、声かけ	c410	職員間の連絡・指示・調整、記録の確認の申し送り
c142	ニーズ、訴えを知る、患者との相談、確認	c411	医療、行政担当者、ボランティア等との連絡・連絡
c143	ナースコールの受理応答	c412	ケース会議、ケアに関する打ち合わせ、個別ケア方針など
c145	励まし、慰め、カウンセリング、術後の心理的ケア	c416	職員会議、その他の会議(ケア会議以外の)、各種委員会
c146	食事、服薬、尿路感染・褥創予防などに関する助言・指導	c417	施設の設備や機器の保守、交換、連絡、戸締り点検・管理
c147	看護計画に基づく指導と患者自身への教育・心理的支援	c421	院内・施設内研修、職員、実習生、ボランティアへの指導
c149	入院時のオリエンテーション、病歴や生活に関する情報収集	c428	電話、外出、職員同士の私的会話・連絡事項、職員同士の挨拶
c177	その他の見守り		
c187	患者との面談・インテーク面接・患者からの相談		
c226	人工心臓の準備・介助・監視・ケア・管理		
c264	継続的な評価を伴うモニター監視		
c342	食事、排泄、更衣、入浴、整容、調理など日常生活動作の評価		
c359	知的精神機能評価、失行・失認等の評価		
c362	えん下、上肢機能協調性、耐久性の評価、作業能力評価		
c372	嚥下機能の評価(VF等を含む)		
c429	記録物からの情報収集		

3. 研究結果

①看護情報の収集、記録等にかかる時間

「情報収集にかかる時間」、「アセスメントにかかる時間」、「看護計画の作成にかかる時間」、「看護記録にかかる時間」について、病床数、入院基本料区分別に比較した結果、統計的に有意な差は見られなかった。

表2 各時間と病床数との相関係数

	相関係数	有意確率(両側)	N
情報収集にかかる時間	0.020	0.341	2,219
アセスメントにかかる時間	-0.013	0.554	2,198
看護計画の作成にかかる時間	0.010	0.624	2,204
看護記録にかかる時間	0.055	0.004 **	2,821
看護必要度評価にかかる時間	0.015	0.477	2,331

注) 相関係数は Pearson の相関係数であり、**は 1%有意水準で有意

表3 入院基本料区分に分類した各時間の平均値

	7対1	10対1	13対1	全区分	N
情報収集にかかる時間(分)	29.16	28.08	30.61	28.80	2,090
アセスメントにかかる時間(分)	21.43	20.83	23.97	21.29	2,070
看護計画の作成にかかる時間(分)	28.53	26.81	31.81	27.98	2,074
看護記録にかかる時間(分)	17.23	16.77	16.22	17.01	2,674
看護必要度評価にかかる時間(分)	8.37 **	11.62	11.49	9.47	2,251

注) 母平均の差の検定 (t 検定) の結果、**は 1%有意水準で有意

②3施設種別ごとの介護職員の情報に関する業務時間

時刻別の職員一人当たり情報関連業務に費やされた時間を分析した結果、介護老人福祉施設における「情報収集」は、9時、1時、5時が長かった。「情報蓄積」は、23時、1時、0時と深夜に長いことがわかった。「情報伝達」は、17時、22時に多く発生していた。グループホームでは、「情報収集」は、23時、18時、19時、6時と長かった。「情報蓄積」は、22時、16時、5時が長く、「情報伝達」は、9時、15時が長かった。

小規模多機能では、「情報収集」は、7時、19時、20時、情報蓄積は7時、19時、22時、0時、情報伝達は、11時、15時、2時に多く発生していた。

介護老人福祉施設と比較するとグループホーム、小規模多機能における情報収集時間は長い傾向が示されていた(図1~図3)。

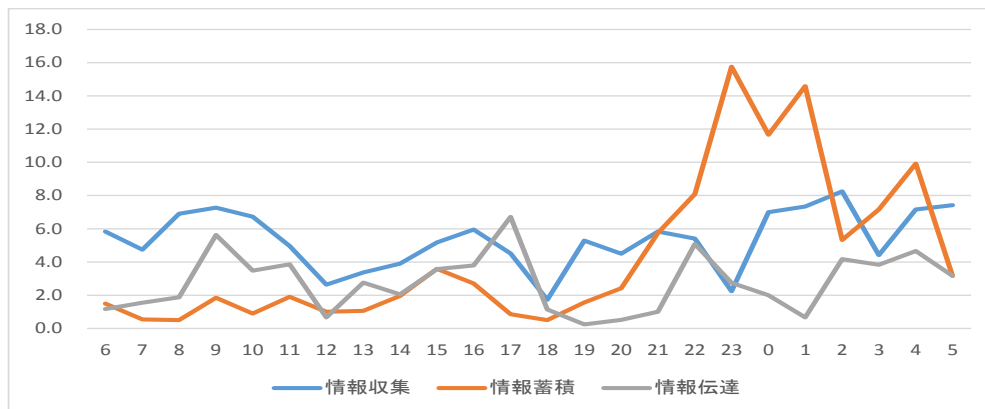


図1 介護老人福祉施設における時間帯別情報提供関連業務時間の発生時間(職員一人当たり)

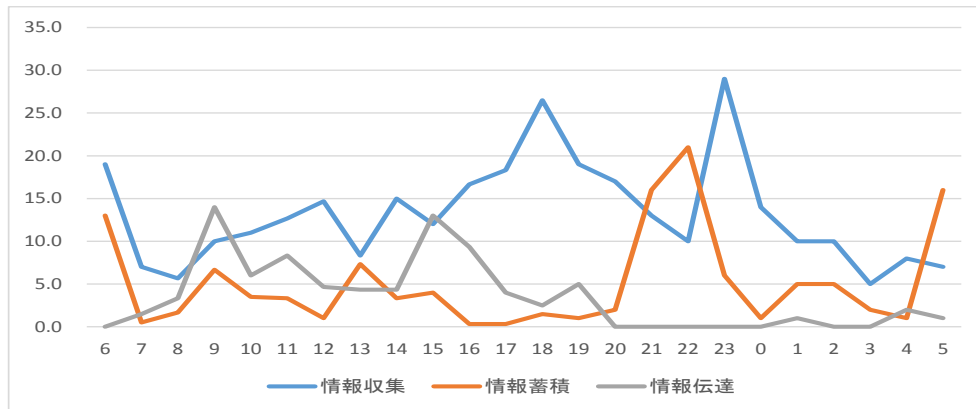


図2 グループホームにおける時間帯別情報提供関連業務時間の発生時間（職員一人当たり）

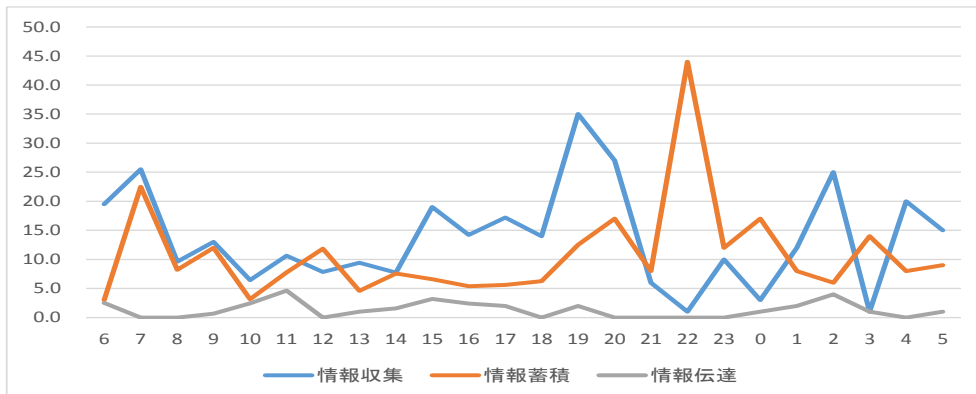


図3 小規模多機能における時間帯別情報提供関連業務時間の発生時間（職員一人当たり）

4. 結論と今後の課題

看護記録の実態調査データから、医療機関の病床数と看護記録等にかかる時間との関係性を調べたところ相関はなく、病院の規模によって記録時間への影響はないと考えられた。したがって、介護保険施設におけるベッド数においても規模の大きさによって記録時間が長くなるという傾向は、想定しなくてもよいのではないかと考えられた。

また、今回研究対象とした介護老人福祉施設とグループホームおよび小規模多機能におけるケア内容を比較するとケア内容構成割合をみると、「療養上の世話」は、小規模多機能では61.2%と介護老人福祉施設86.5%やグループホーム82.2%と比較すると低く、その分「在宅ケア関連」や「ケアシステム関連」の割合が高い傾向が示された。情報関連業務では、介護老人福祉施設と比較するとケア単位の小さいグループホーム、小規模多機能における情報収集時間はかなり長い傾向が示されていた。また、医療介護連携という側面からは、介護老人福祉施設と小規模多機能では看護職の業務分担が異なっていることが明らかになり、小さなケア単位で医療ニーズに対応するには臨床場面における医療的な観点からのケアマネジメントとこれを実現する情報共有の仕組みが必要になると考えられた。

今後は、さらに情報関連業務の詳細を分析するとともに、小規模多機能型居宅介護に加え、ユニット型の介護老人福祉施設や介護老人保健施設といった小さなケア単位での医療・介護連携を実現するために職員間で共有すべき情報の内容やこのマネジメントをどうするかについてのエビデンスを示すことが課題と考えられた。

5. 文献

- ・山内康弘，大冨賀政昭，東野定律，筒井孝子．ケアの質を高めるための記録の整備—様式化されたデータとしての情報利用の考え方—．福祉情報研究，6，p3-12，2010.3