



記録を変えれば、
介護が変わる！

業務改善ガイドブック

Index

はじめに	1
改善1 記録業務の時間を短くしよう	2
改善2 感想文ではなく介護記録を書けるようになろう	3
改善3 複数の職種で共有できる介護記録を書こう	4
改善4 介護記録を使って利用者のQOLを高めよう	5
改善5 利用者と自分を守るための介護記録を残そう	6
まとめ	7

介護記録から 業務改善に取り組みましょう

介護職員にとって、介護記録の記入は業務のなかでも重要度の高い仕事です。記録の活用は介護の質を高めることにつながります。しかしアイホン株式会社が300名の介護施設職員を対象に実施した「**介護施設で働いているスタッフの実態・意識調査**」によると、業務上の問題点として「**記録の改善**」（83%）、「**記録内容の質改善**」（50%）など、介護記録の改善を求める回答が目立ちました。

介護記録について、「業務だから書く」「決まりだから書く」という理由だけで取り組んでいませんか。そうではなく、「〇〇をするために記録する」といったように、介護記録を書く目的をはっきりさせることが必要です。この「〇〇」こそが業務課題です。目的を明確にすることで、職員の介護記録に対する意識付けになり介護記録を書くことへのモチベーションが高まります。同時に介護記録を見直すということは、介護業務そのものを改善することにつながります。

アイホン株式会社は、ナースコールなどの機器メーカーとして、長年にわたり医療福祉の現場を見つめてきました。設立以来68年間、積み重ねてきた経験とノウハウを生かし、問題解決のパートナーとして介護現場をサポートしています。

今回、介護記録業務を効率化するシステムを開発・商品化するにあたり、多数の施設を訪問調査しました。その調査から明らかになった介護記録による業務改善例をご紹介します。

1

改善

記録業務の時間を短くしよう

介護現場は「介護記録に手間と時間がかかりすぎる」「利用者の介助を優先すると、業務時間内に記録を書けず、残業になってしまう」などの課題に直面しています。アイホン株式会社の実態・意識調査でも「手書きなので記入に時間がかかる」「同じ内容の記録を別の名目の報告で複数作成しなければならず、重複が多くて無駄に感じる」などのコメントがありました。

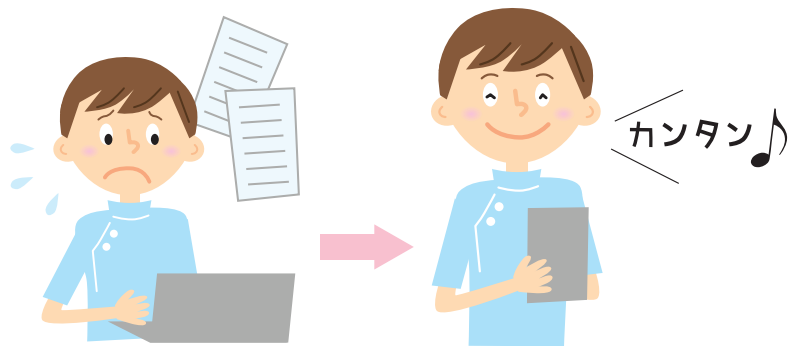
介護記録を電子化している施設は増えていますが、介護記録の効率化にどのような影響を与えているのでしょうか。そこで実際の介護記録に要する業務時間量を調べてみたところ、手書きの介護記録は作業時間が短く、その次に短時間だったのは手書きのメモをパソコン入力する方法でした。そして事務所（室）に戻って

からパソコン入力する方法がもっとも長い時間を要している傾向があることが見えてきました。効率化を期待して電子化しても、業務フローの見直しやシステムの操作になれていないと、逆に効率の悪さを招く結果となっていたのです。

しかし手書きのままでは同じ部署の職員や他の職種の職員との情報共有が進みません。また、大量の介護記録を分析して利用者のアセスメントを行い、業務の課題を見つけ出すという介護記録を活用する効果が得られません。

そこで、介護記録の業務量を低く抑えながら、記録内容の質を高める方法について考えてみましょう。

まず「手書きメモを後からパソコンで入力しなおす記録」ではなく、業務のなかで逐次記録ができる環境を目指しましょう。タブレットなどのポータブル機器を使って、「その場で入力」する方法であれば、二度手間を解消できます。またあらかじめ記録する項目と入力する値などのルールを決めておくと、職員によって記録内容がまちまちということもなくなります。このときシステム設計の工夫で、入力値や内容を選択式にすると、記録内容の統一化ができて比較検討もしやすくなります。同時に、入力時間の短縮と記録精度の向上を実現できます。



2

改善

感想文ではなく介護記録を書けるようになるう

介護記録は利用者を理解し、アセスメント精度を向上させるために書きます。また複数の職種間で情報を共有しやすくなることで、多様な視点で介護内容を検討することが可能になります。そのためにも介護記録は単なる感想文ではなく、「活用できる介護記録」を書かなければいけません。

では、具体的に「活用できる介護記録」とはどのようなものでしょうか。看護師が使っているSOAPという記録方法が参考になります。これはSubjective（自覚的症状、主観的データ）、Objective（他覚的所見、客観的データ）、Assessment（判断）、Plan（方針）の頭文字です。この4項目を書くようにします。



Sは、利用者の訴えていること。「膝が痛い」などのコメントがあればそれも記入します。Oは介護職員が観察した結果として、「左膝の外側に3cmの丸い青いあざがある」などと書きます。さらにAでは、「看護師を呼んで骨折の心配はない状態を確認。冷湿布での処置で対応した」といった、SとOに基づいて判断したことを記述します。そしてPには、「転倒しやすいので、トイレのときは遠慮せずにナースコールをするように伝え、同行介助をしていく。」というように記入者がこれから実施していくことを書きます。このようにSOAPが整うことで、同じ部署の職員や他の職種の職員が読んでも利用者の状態やどのような介護を実施していくのか理解できる記録になります。

また特記事項などでは5W1Hを意識しましょう。いつ（When）、どこで（Where）、だれが（Who）、なにを（What）、なぜ（Why）、どのように（How）という順序で書くようにします。実際に記録するとき、例えばWhyが書けないのであれば、そのことについての観察が不十分かもしれません。介護記録を書きながら、自らの業務を客観的に見直すことができるでしょう。

3

改善

複数の職種で共有できる介護記録を書こう

機能訓練の参加や身体介助の方法から、話しかけるとき言葉遣いまで、介護職員のすべての行動には意図があり、実施した理由を他の職員や家族に説明できるようになっています。介護記録を書くときには、介護職員が意図したこと根拠となるケアプラン、個別計画、そして過去の介護記録との整合性を常に意識しましょう。

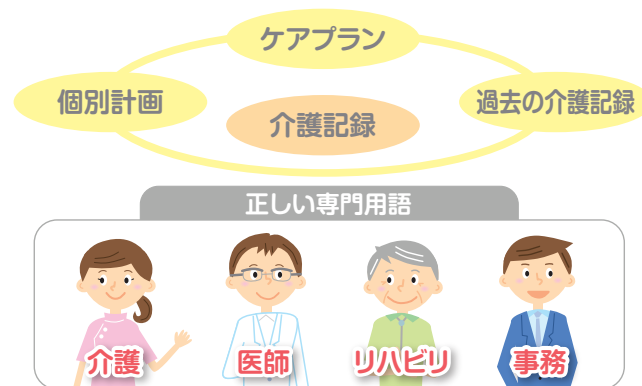
ケアプランには、利用者の希望や現在の状況と今後の具体的な目標がまとめられています。そのなかで過去、現在、未来の3軸で利用者を理解します。同じように介護記録でも、今日のことを単純に書くのではなく、過去と比較してどのような変化があったのか記録しましょう。また、今後どのように介護していくかも書けるようになります。

場合によっては「米飯を少し残す」という書き方は不十分です。よく食べたのか、それとも食欲が落ちているのか分かりません。これを「普段は米飯を半量残していたが、今日は3/4食べた」と書けば、食欲があると分かります。

ケアプランと整合性があり、さらに医師や看護師、リハビリ職など複数の職種で利用者のことを検討する資料として活用できる

書き方をしましょう。そのとき、専門用語を正しく使うことも大切です。介護や医療の専門用語にはガイドラインや法令などの定義があるので、適切に用いることで正確な記録内容を残せます。また複数の職種と情報共有するときの共通言語としても便利です。

複数の職種や部署で共有できる介護記録が書けたら、これをケアの実践で活用しましょう。それを実現するのが介護記録の電子化と、ポータブル機器です。訪問先や訓練室、居室など、どこでも介護記録やケアプランを閲覧できる環境であれば、利用者の状況を適切に判断できるようになるからです。



4

改善

介護記録を使って利用者のQOLを高めよう

介護記録は宝の山。介護職員は日々、たくさんの記録を書いています。それだけ利用者や介護についての情報が集まっています。これを分析検討することで、アセスメント精度を高め、介護の質を向上させることができます。

ある施設で水分摂取量を数値で記録するようにしました。「飲んだ」「食べた」ではなく、いつ、どれだけ飲んだり食べたりしたのか数値で記録するようにしたところ、十分に水分摂取できていると思われていた利用者は、飲み残しが多くて十分に摂取できていないことが分かりました。食事についても数値で記録するようにして、残滓量と献立の関係も分析しました。その結果、残滓が大幅に減るとともに、風邪や肺炎にかかる率も改善したそうです。

このように分析比較できるような記録方法にすることで、課題が明確になり、それをもとに対策に取り組み、結果、介護の質が改善したという事例があります。同じように、ヒヤリハット記録、転倒防止、感染予防なども、記録の分析から課題を明確にしやすい事例といえるでしょう。

蓄積した記録を分析検討できることは、介護記録を電子化することで得られる大きな強みです。そして介護の質が日々の記録によって大きく改善することが分かれば、電子化を毛嫌いしていた職員も積極的に取り組むでしょう。

介護記録の電子化は「業務の省力化」と「介護の質向上」が目標です。介護記録システムやタブレットなどを導入するときは、簡易に逐次入力できる操作性と、記録を分析してアセスメントできることがポイントになります。



5

改善

利用者と自分を守るための介護記録を残そう

介護職員には「説明責任」があります。利用者や家族にはもちろんのこと、チームケアをしていく同僚や他の職種の職員に対して、自分がどのような介護をしたのかを、その理由や結果とともに伝えられることが専門職としての責任です。この説明責任を果たすツール（道具）が介護記録です。

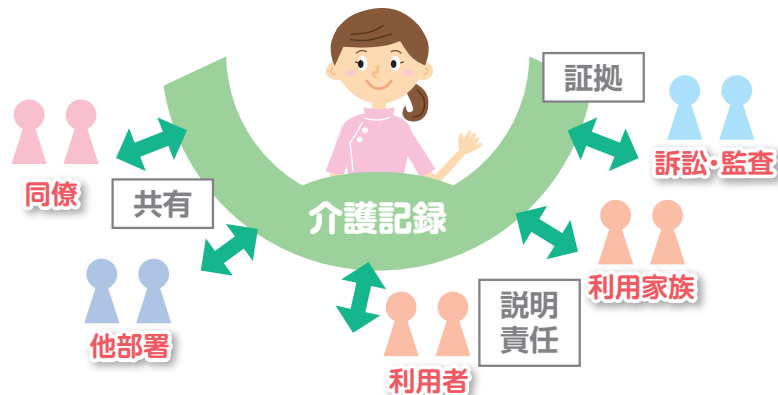
専門家ではない利用者や家族、専門性の違う職員にも理解してもらえる介護記録を残しましょう。そうすることで相手との信頼関係を強めることができます。介護記録は内部文書としてだけでなく、コミュニケーションの手段にもなっています。そして介護職員は自分が担当した介護内容について、他者に理解してもらうことで、誤解によるトラブルを回避できます。

介護記録はヒヤリハットの分析にも活用しましょう。事故には必ず原因があります。「注意しましょう」という呼びかけだけでは防げません。介護記録から事故原因を洗い出し、その対策をすることで事故は防止できます。

介護記録は、利用者の権利擁護にもつながります。質の高い介護記録を残すことで、無意識による場合も含めて、職員の不適切な行動を発見できるからです。

また、介護記録は介護職員を守るツールでもあります。訴訟や監査などで外部から指摘されたとき、適切に介護していた証拠としても提示できます。

権利擁護や証拠性を意識して介護記録を残しましょう。そのためには、記録方法のマニュアル化が大切です。例えば、記録として写真を残す場合に、医師の診断や対応の検討に使える撮影方法がルール化されている場合があります。どの職員でも同じように記録できるようにルールを決めておきましょう。



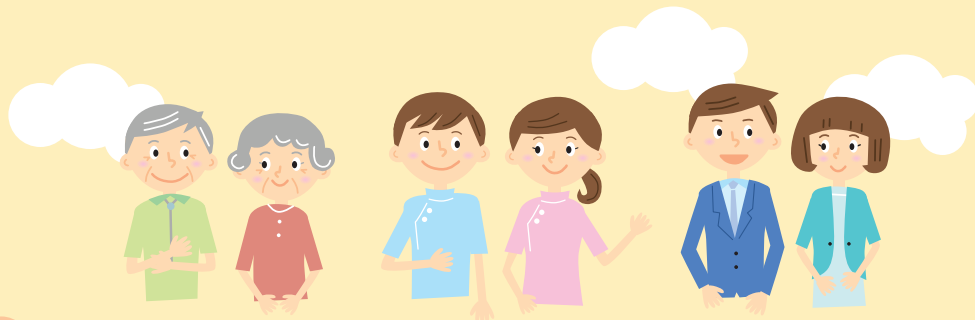
まとめ

良い介護につながる 介護記録の書き方

介護記録には介護職員の「利用者理解の質」が現れます。いくつもの視点から客観的に観察し、利用者の変化に気付く力量が介護職員には求められています。そして介護記録を共有することで、チームケアによる多様な視点での適切な介護が提供できます。

書くことが苦手な人は、SOAPや5W1Hを参考にしてみましょう。また、他の職員が書いた記録をたくさん読んでみることも良いトレーニングになります。介護記録を書くことは作文力とはまったく異なる技術です。どのような視点で介護をしているのか、なぜそのような介護をするのかという意図と根拠を意識した介護力が、記録の質を左右します。文章を書き慣れていなければ、箇条書きや要点の羅列でも充分です。それでも難しければ、自分が観察したことや実施したことの事実を記録していくことから始めてみましょう。大切なのは、必要な視点や情報が記録されていることだからです。

時間が経過すると、記憶が曖昧になり、記録を書きにくくなります。そのため、介護現場で気付いたときにすぐに記録できる環境は大切です。またアンケートに回答するような簡易さで、必要な情報を入力できるシステムが用意されていると、記録する人によって内容にばらつきが出たりすることもなくなります。ポータブル機器による介護記録の電子化は介護職員をサポートします。



制作： **アイホン**

会 社 名	アイホン株式会社
創立年月日	昭和23年6月1日創立 昭和34年3月16日改組(現在に至る)
資 本 金	53億8884万円
上 場	東京証券取引所市場第一部 名古屋証券取引所市場第一部
社 員 数	1,797名(連結) 997名(個別) (2016年3月末現在)
所 在 地	新規事業開発部 〒112-0004 東京都文京区後楽1丁目4番14号 後楽森ビル6階 03-5684-0583
	本社 〒460-0004 愛知県名古屋市中区新栄町1丁目1番 明治安田生命名古屋ビル10階
	お客様相談センター 固定電話から……………0120-141-092 携帯電話・PHSから…0565-43-1390 受付時間：午前9:00～午後5:30 (土・日・祝日、お盆、年末・年始、 ゴールデンウィークを除く)