

在宅・介護領域における 「多職種情報共有シート」 - 目的と使い方 -

～看護職・介護職等の多職種が、療養者個々に関する
共通認識をもち、質の高いケアを提供するために～

在宅・介護領域における「多職種情報共有シート」 開発の背景

背景

2025年には、医療と介護の双方のサービスを必要とする中重度の要介護高齢者の増加が見込まれています。在宅・介護領域の医療依存度の高い療養者が、尊厳を保持し自分らしい日常生活を送るためには、多職種が協働したチームで、安全で質の高いサービスが切れ目なく提供されることが必要です。そのためには**看護職と介護職等が互いの役割を理解し、円滑に連携することが求められています。**

日本看護協会の取り組み

平成26年度 在宅・介護領域における看護と介護の連携推進委員会

看護職と介護職等の連携を妨げている課題を整理し、連携推進の方策について検討しました。その結果、連携推進の基盤となる情報共有のために多職種間で活用できる共通ツールの開発を検討していくことを提案しました。

平成27年度

在宅・介護領域における看護と介護の連携推進委員会

H26年度の検討委員会の結果を受け、看護職と介護職等が情報共有することで、療養者に関する共通認識をもち質の高いサービスを提供するための、**多職種情報共有シート**の開発と、共有シートを効果的に使用するための方法について検討しました。

看護職と介護職等における記録に関する現状・課題とあるべき姿

平成27年度検討委員会では、記録に関する現状・課題とあるべき姿について以下の様にまとめ、多職種情報共有シートを作成しました。

現状・課題

1. 看護の記録はある程度の統一形式があるが、介護の記録にはない。記録をする内容やまとめ方が施設により異なる。
2. 介護保険の加算項目増加に伴い、必須の記録用紙も増え、膨大な数となっている。本当に必要な情報が解らなくなる傾向にある。
3. 記録用紙が多いため、療養者の全体像の把握が困難であり、看護職と介護職が共通の療養者像をイメージしづらい

あるべき姿

- 看護と介護等、多職種が共通に使用する記録であること
- シンプルで、療養者のめざすゴールと1日の生活がわかる記録であること
- カンファレンスで一人一人の療養者のケア内容と状況を理解し、お互いのケアを深める材料となりうる記録であること

在宅・介護領域における「多職種情報共有シート」の作成

「多職種情報共有シート」とは

「多職種情報共有シート」

①フェイスシート

入居時から変化の少ない情報

- 氏名
- 家族構成
- 緊急連絡先
- 生活歴 等

②アセスメントシート

生活のベースとなる情報
内服薬等の変化する情報

- 疾病や治療への理解
- 終末期の希望
- 健康状態
- 食事・移動・排泄・清潔等

③経過記録シート

毎日

毎日

毎日

1日の経過記録

- 総合的な援助の方針
- ケアプランサービス項目
- ケアプラン実施・未実施の記入等

介護サービス計画書
(ケアプラン)

A. 高齢者ケア施設分野
施設サービス計画書
(第1表～第6表)
※介護保険法第8条第23項に規定する「施設サービス計画」

B. 在宅分野
居宅サービス計画書
(第1表～第7表)
※介護保険法第8条第21項に規定する「居宅サービス計画」

各職種の
ケア計画

介護

ケア計画

リハビリ

ケア計画

看護

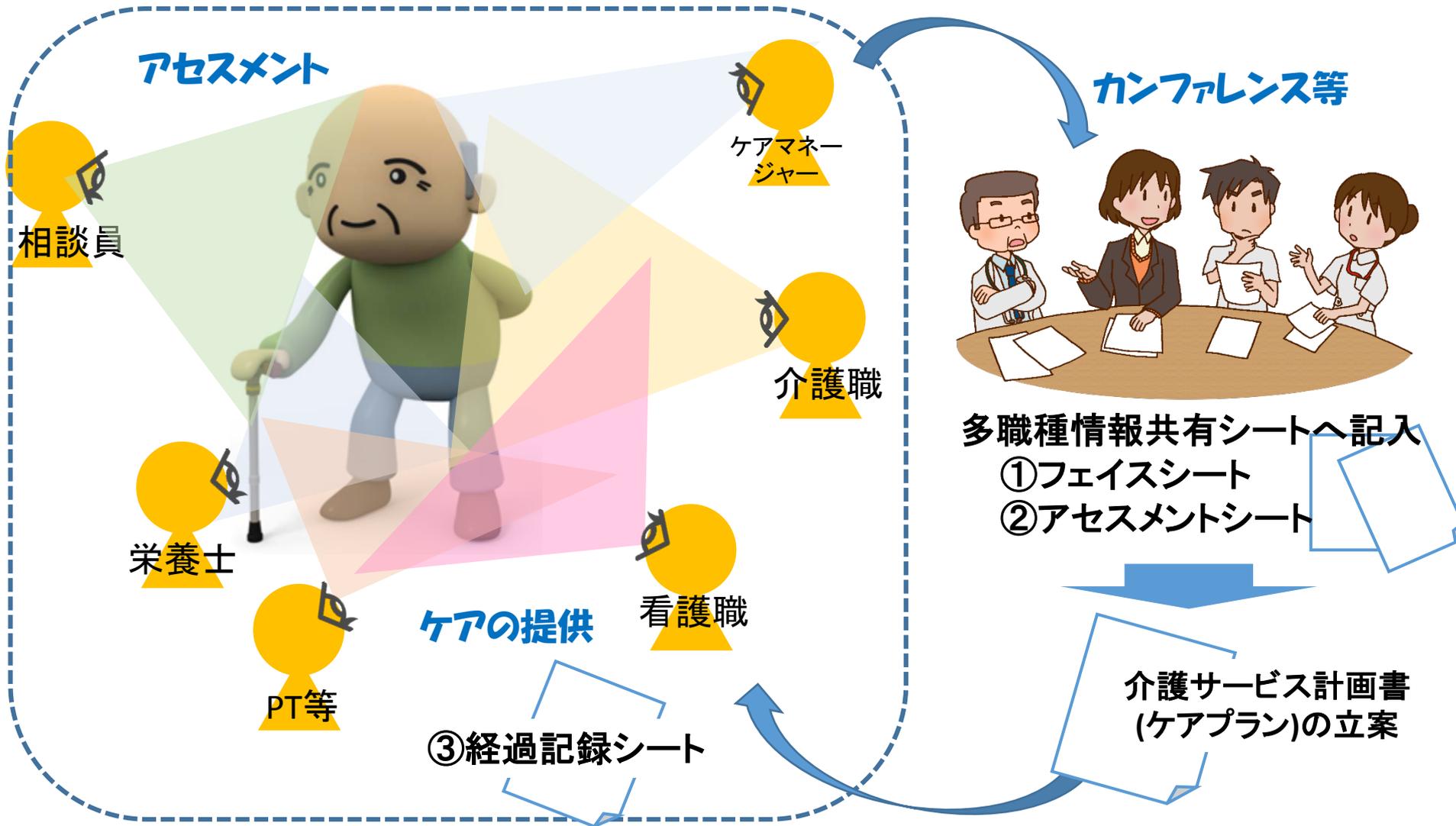
ケア計画

栄養

ケア計画

- 一人の療養者に関する情報を記入する3種類の記録用紙です。
- 看護職、介護職、栄養士、相談員、ケアマネージャー、理学療法士等の多職種が情報を共有することで、一人の療養者に対する共通認識をもつことができます。
- 「多職種情報共有シート」の情報を基に介護サービス計画書(ケアプラン)や、各職種が個別のケア計画を作成します。

「多職種情報共有シート」の活用イメージ



一人の療養者に対し、多職種がそれぞれ専門的アセスメントを行い、「多職種情報共有シート」に記入する。その情報を基に介護サービス計画書(ケアプラン)を作成しケアを提供していく。

「多職種情報共有シート」の記載方法

①フェイスシート [8項目]

氏名	性別	男・女	生年月日
	血液型		M・T・S・H 年月日
住所			

入居時に記載する

②アセスメントシート [20項目]

生年月日	年齢	記入日
M・T・S・H 年 月 日	歳	
1. 基本情報【相談員・看護職】※[]内は主に記入を担当する職種を示す		
現状(事実)		アセスメント(留意点等)
①障がい高齢者の日常生活自立度判定基準： ②認知症高齢者の日常生活自立度判定基準： ③認知症関連の評価： 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 点 ミニメンタルステート検査(MMSE) 点 ④身体障がい者障害程度等級： ⑤介護認定： ⑥介護保険負担割合： ⑦介護保険減免：(有・無) ⑧その他：		

カンファレンスやアセスメントが必要な時等、定期的に記載内容を更新する

各職種が得られた情報から考えられるアセスメント(留意点等)を記入します。

記入担当の職種が示されていますが、それ以外の職種も持っている情報を記入し、情報共有を行うことを目的としています。

③経過記録シート

記入日：
氏名：
総合的な援助の方針：

毎日のケアプラン実施状況等を記載する

ケアプランサービス項目	担当職	実施・未実施
1		
2		

介護サービス計画書(ケアプラン)から転記します。

健康	体温	血圧	脈	食事量			水分摂取	体重	服薬管理
	℃	mmHg	/ /	/ / /	/ /	ml	Kg	実施・未実施	
生活	如廁	排泄ケア	清潔ケア	睡眠ケア	移動ケア	レクリエーション	生活	実施・未実施	
	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施	

1日分(24時間)の経過記録として使用します。

各職種が実施したケアを経時的に記載しサインします。

時間	職種	項目	経過記録	サイン