

平成 30 年度 厚生労働省
老人保健健康増進等事業
(老人保健事業推進費等補助金)

**在宅生活を支える重度化予防のためのケアと
その効果についての既存指標を用いた調査研究
報告書**

平成 31 (2019) 年 3 月

日本生活協同組合連合会

はじめに

平成 30 年度老人保健健康増進等事業「在宅生活を支える重度化予防のためのケアとその効果についての既存指標等を用いた調査研究」の目的は、生活協同組合や生活協同組合を母体に設立された社会福祉法人において実践されている「10 の基本ケア」について、要介護度維持改善率など既存及び新規の評価指標を用いて効果検証を行い、居宅系介護サービスへの応用を進めて行くことであった。

この目的のために、Ⅱ.「10 の基本ケア」について記述し、Ⅲ-1) 事例検討、2) 第三者評価、3) 縦断調査の 3 つの方法を用いて、ストラクチャー、プロセスに加えアウトカムまで多面的に評価を行い、Ⅳ. 居宅系介護サービスへの応用を進める手順について検討した。

「10 の基本ケア」とは、「できないことをしてあげる介護」ではなく「利用者の主体性を取り戻す介護」をめざすもので、基本的な介護の考え方に忠実な 10 種類のケアの方法をまとめたものである。1) プロセス評価では、小規模多機能型居宅介護等の泊りサービスの利用者 8 名を対象にした事例分析を行った。その結果、「利用者・家族・スタッフと共通の目標を見つける」など、4 つの特徴を抽出できた。2) 第三者評価では、ケア実施群 4 施設と非実施群 5 施設の特別養護老人ホーム（特養）を対象に、実施群か否かを知らされていない 3 名の訪問調査員が約 4 時間にわたるケア場面の観察に基づきケアの質を評価し、両群間にケアの質に差があるのかを検討した。その結果、実施群において、食事、入浴、排泄、合計点で統計学的にも有意に良い結果が得られた。3) 縦断調査では、実施群（n=4）と非実施群（n=5）の 2 群の入所者 384 名を対象に 2 時点の縦断調査を行った。その結果、実施群と非実施群の入所者の第 1 時点の属性はほぼ同質であったが、プロセス評価ではケアの提供方法が異なり、2 時点変化によるアウトカム評価において実施群で悪化が少ないなど、ケアの質の高さが示唆された。「10 の基本ケア」は、もとは特養で開発された考え方・ケア方法論であるが、すでに小規模多機能型居宅介護やショートステイなどで行われており、居宅系介護サービスへの展開が可能であることがわかっている。そのための手順と課題も検討し、本報告書にまとめた。

本事業における多様な方法による多面的な評価によって「10 の基本ケア」の質は高いと考えられた。それは利用者だけでなく、職員の視点からの評価でも窺われた。今後「10 の基本ケア」が、国内外の施設・居宅系サービスに広がっていくこと、それに伴って質の低下が起きないようケアの質のモニタリングとともに広く普及することを期待したい。

最後に、ご協力いただいた利用者・家族・職員・訪問調査員など関係者の皆さんに感謝します。

2019 年 3 月

委員会を代表して 近藤克則

目次

はじめに

報告書要旨

調査の概要

<u>I. 本事業の全体像</u>	1
1. 本事業の目的	1
2. 事業の推進体制	1
(1) 推進体制	2
(2) 会議の開催経過	3
3. 倫理的配慮	5
 <u>II. 「10の基本ケア」とは</u>	7
1. 高齢者介護における「自立支援」と「10の基本ケア」	7
2. 「10の基本ケア」の特徴	11
 <u>III. 「10の基本ケア」の評価</u>	
III-1. 10の基本ケアのプロセス評価ー小規模多機能型居宅介護支援事業所および	
ショートステイにおける事例分析ー	17
1. 目的	17
2. 対象と方法	18
(1) 対象	18
(2) 調査手続き	18
(3) 調査内容	18
① 「10の基本ケア」の実施状況	18
② ADLの状態	18
③ 心理学的状態	18
④ 日々のケアの記録	19
⑤ 利用者の写真	19
⑥ 家族調査	19
(4) 分析方法	20
3. 結果	21
(1) 対象者の概要	21
(2) 事例ごとの経過	21
4. 考察	57
(1) 共通の目標を見つける	57

(2) 日々の日常動作をリハビリにする	57
(3) 家の環境を整える	58
(4) 毎日のコミュニケーションをとり本人の意向を尊重する	58
5. まとめ	59
 Ⅲ-2. 「10 の基本ケア」の第三者評価—特養を対象とした訪問調査—	61
1. 目的	61
2. 対象と方法	61
(1) 対象	61
(2) 方法	62
① 訪問調査によるブラインドスタディ	62
② 調査員	62
③ 訪問調査の内容	62
④ 評価方法	63
⑤ 分析方法	64
3. 結果	65
(1) 単純集計	65
① 評価票 B	65
② 評価票 C	71
③ 相対評価得点	75
(2) 「10 の基本ケア」実施群と非実施群による比較分析—Wilcoxon の順位和検定—	75
4. 考察	77
(1) ケア要素への評価	77
① 入浴	77
② 食事	77
③ 排泄	77
④ 移動	78
⑤ 機能訓練	78
(2) 全体的評価	78
5. まとめ	78
 Ⅲ-3. 「10 の基本ケア」の効果—特養を対象にした縦断調査—	81
1. 目的	81
2. 対象と方法	81
(1) 事業所調査	82

① 対象	82
② 調査内容	82
③ 分析方法	82
(2) 職員調査	83
① 対象	83
② 調査内容	84
③ 分析方法	84
(3) 「利用者（縦断）調査」	85
① 対象	85
② 調査内容	86
③ 分析方法	87
3. 結果	88
(1) 構造［ストラクチャー］の評価	88
① 施設の基本情報	88
② 人材育成の取り組み	91
③ 介護職員の属性	95
④ 仕事に対する満足度	98
⑤ 組織コミットメント	102
⑥ 職業性ストレス簡易調査票	106
(2) 過程［プロセス］の評価	109
(3) 結果［アウトカム］の評価	113
① 公的な指標での比較	114
② 受けている援助量の指標を用いた比較	120
③ 量的な尺度の指標を用いた比較	126
4. 考察	142
(1) 構造［ストラクチャー］の評価について	142
(2) 過程［プロセス］の評価について	144
(3) 効果［アウトカム］の評価について	145
5. まとめ	148
 Ⅲ-4. 総括	149
1. 主な所見ー「10の基本ケア」の質の評価	149
(1) ストラクチャーの評価	149
(2) プロセスの評価	149
(3) アウトカムの評価	150

2. 「10 の基本ケア」の可能性	150
(1) 重度化予防ケアとしての「10 の基本ケア」	150
(2) 重度化予防ケアの質の評価指標への示唆	151
(3) 居宅サービスへの応用	151
3. 本調査の意義と課題	152
(1) 意義	152
(2) 課題	152

III-5. 図表リスト	153
--------------	-----

IV. 「10 の基本ケア」導入のすすめ方	159
------------------------------	-----

1. 「10 の基本ケア」導入の要件	159
2. 「10 の基本ケア」導入の手順	163
3. 「10 の基本ケア」導入事例	168

V. 資料	171
--------------	-----

1. 調査票：小規模多機能型居宅介護事業所およびショートステイにおける事例分析	171
2. 調査票：特養を対象とした訪問調査	182
3. 調査票：特養を対象にした縦断調査	187

報告書要旨

I. 本事業の全体像

自立支援・重度化予防に資する質の高いサービス提供が求められている。本事業では、介護実践現場で開発された自立支援・重度化予防ケアである「10の基本ケア」に着目し、その有用性について評価した。具体的には、事例検討や第三者評価、縦断調査の3つの方法を用いて、プロセスおよびアウトカムの評価を行い、また身体機能だけでなく活用や参加も視野に入れた多面的評価を行った。さらに、介護サービス事業所での応用するための導入手順を整理した。

II. 「10の基本ケア」とは

「10の基本ケア」とは、利用者の尊厳を護り、住み慣れた在宅生活を取り戻すために、基本となる介護の考え方と支援の方法を整理したものである。具体的には右図の10項目がある。「10の基本ケア」では、「できないことをしてあげる介護」ではなく「利用者の主体性を取り戻す介護」をチームとして目指している。



III. 「10の基本ケア」の評価

III-1. 「10の基本ケア」のプロセス評価

- 小規模多機能型居宅介護支援事業所およびショートステイにおける事例分析

「10の基本ケア」の有効性を検討するため、退院直後に小規模多機能型居宅介護事業所の泊りサービスあるいはショートステイの利用を開始した者8名を対象とし、これらの利用者がどのような経過を経て在宅復帰に至れたのか、ケアのプロセスを記述することを目的とした。事業所職員が、対象者について10の基本ケアの実施状況、ADL、心理学的指標を経時的に評価した。またサービスの利用前後に、対象者の家族へケアへの満足度、介護負担感に関する質問紙への回答を依頼した。調査の結果、在宅復帰へ至るケアのポイントとして、(1)利用者・家族・スタッフと共通の目標を見つける、(2)日々の日常動作をリハビリにする、(3)家の環境を整える、(4)毎日コミュニケーションをとり本人の意向を尊重する、という4点が見出された。退院直後のADLや認知機能が低下している高齢者に対し、これらのケアを意識し重点的に行うことが、在宅への復帰を促し、在宅生活を継続させる上で重要であることが示唆された。

III-2. 「10の基本ケア」の第三者評価 - 特養を対象とした訪問調査

「10の基本ケア」の有用性を検証するため、特養を対象とした第三者評価を行い、「10の基本

ケア」を実施している群と非実施群において、ケアの質にどのような差があるのかを検討した。

対象は、協力が得られた特養 9 ヶ所とした（「10 の基本ケア」実施群 n=4、非実施群 n=5）。本調査では、第三者によるブラインドスタディ法を採用した。第三者である評価者 3 名がチームで施設を訪問し、約 4 時間にわたるケア場面の観察に基づきケアの質を評価した。食事、入浴、排泄、移動、機能訓練のケア要素のほか、利用者や職員の関係性などの項目について 6 段階評価を行った。「10 の基本ケア」実施群と非実施群に分け、Wilcoxon の順位和検定を行った。

その結果、「10 の基本ケア」実施群において、食事 2 項目（利用者の希望に応じた食事時間、快適な食事環境の整備）、入浴 3 項目（自立性の高い入浴形態の導入、利用者の羞恥心への配慮、利用者が入浴を楽しめる工夫）、排泄、合計点で評価が高く、有意な差がみられた。心身機能の重度化を予防し、普通の暮らしを実現するケアの実践が示唆された。

III-3. 「10 の基本ケア」の効果 - 特養を対象とした縦断調査

「10 の基本ケア」の自立支援効果を検証するため、「10 の基本ケア」実施群（n=4）と非実施群（n=5）の 2 群に対して、「構造」「過程」「効果」の 3 つの要素から質の評価を行った。

その結果、構造面の評価からケア実施群と非実施群比較の属性はほぼ同質であり、かつ過程面の評価から 2 群間のケアの提供方法が異なることが明らかになった。それぞれの利用者の 2 時点変化に基づくアウトカム評価を通じて、「10 の基本ケア」の有効性が検証できると判断した。

アウトカム評価では、信頼性が検証された複数の尺度で、ケア実施群の悪化確率が低いことが明らかとなり、「10 の基本ケア」が生活機能の悪化防止に効果的である可能性が示された。差が認められた尺度のなかには従来の質の評価の中心だった「心身機能・構造」や「活動」の指標に加えて、生活・人生場面への関わりを表す「参加」の指標も含まれたことから、「10 の基本ケア」は高齢者の QOL の多面的な側面にプラスの影響を与える手法であることが確認された。

III-4. 総括

本調査における多様な方法による多面的な評価によって、「10 の基本ケア」は重度化予防の効果があることが示唆された。「10 の基本ケア」実施群において悪化確率が有意に低かったアウトカム評価の 7 指標については、重度化予防のケアの質評価指標として活用できる可能性が示された。小規模多機能型居宅介護等での事例ベースの評価でも、認知症者を含む居宅サービス利用者の自立支援に有用であった。今後、「10 の基本ケア」の他サービスへの普及が期待される。

IV. 「10 の基本ケア」導入のすすめ方

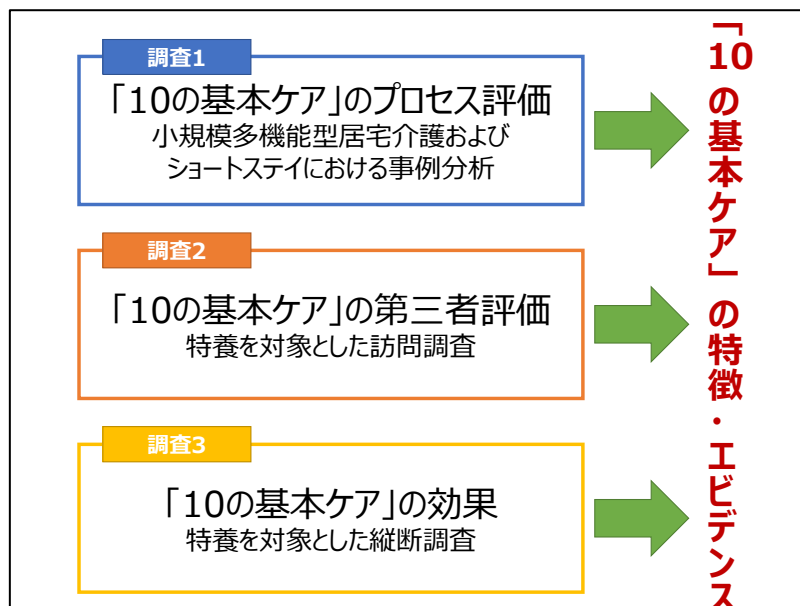
トップマネジメントによるコミットメントと、スタッフの理解と納得を得ながらボトムアップの双方向で取り組むこと、「10 の基本ケア」を通じて「利用者の自立と QOL を高めるために職員が主体的に関わることがケアの質を高める」という確信を持って進めることが重要である。

調査の概要

1. 調査の全体像

「10の基本ケア」の有用性を検証するため、3つの方法（調査1～3）でアプローチした。

調査1では、「10の基本ケア」のプロセス評価として、小規模多機能型居宅介護支援事業所・ショートステイにおける事例分析を行った。調査2では、「10の基本ケア」の第三者評価として、特養を対象とした訪問調査を実施した。調査3では、「10の基本ケア」の効果として、特養を対象とした縦断調査を行った。質的・量的な調査方法を組み合わせ、ストラクチャー/プロセス/アウトカムの3要素を多面的に評価した。



2. 「10の基本ケア」実施群と非実施群の定義

調査2と調査3では、「10の基本ケア」実施群（n=4）と非実施群（n=5）に分けて比較分析を行った。「10の基本ケア」実施群の定義として、次の2つの基準を満たすこととした。

- ① 法人として「10の基本ケア」を導入している（「10の基本ケア」のうち一部導入の場合は「10の基本ケア」実施群とはみなさない）
- ② 「10の基本ケア」の導入講義を担当している（他事業所に対する「10の基本ケア」の普及活動を担っており、「10の基本ケア」の思想や技術を習得している施設である）

3. 各調査の概要

各調査の概要は下表のとおりである。

	調査 1	調査 2	調査 3
フィールド	・小規模多機能型居宅介護 ・ショートステイ	・特別養護老人ホーム	・特別養護老人ホーム
対象	下記条件を満たす利用者と家族 ①退院直後 ②在宅復帰に向け一時的に小規模多機能事業所の泊まりとショートステイを利用	9ヶ所 ①「10の基本ケア」実施群 4ヶ所 ②非実施群 5ヶ所	①事業所 9ヶ所（同左） ②上記①の利用者 ③上記①の職員
方法	アンケート調査 ヒアリング調査	観察調査 （ブラインドスタディ）	アンケート調査 ①事業所調査 ②利用者調査（縦断データ） ③職員調査
分析	事例分析	「10の基本ケア」実施群と非実施群での比較分析	「10の基本ケア」実施群と非実施群での比較分析
主な調査項目	①利用者調査 「10の基本ケア」の実施状況、ADL、QOL、BPSD、日々のケア記録、利用者写真 ②家族調査 安心感、ケアの満足度、介護負担感	食事、入浴、排泄、移動、機能訓練、利用者と職員の関係性、総合的評価 等	①事業所調査 開設年、利用者数、職員数等 ②利用者調査 要介護度、自立度、ADL、ケア実施状況、認知機能、意欲、活動状況・範囲、気分や行動等 ③職員調査 属性、ケア実施状況、満足度、組織コミットメント、ストレス
ストラクチャー評価	—	○	○
プロセス評価	○	○	○
アウトカム評価	△	—	○

I 本事業の全体像

I 本事業の全体像

1. 本事業の目的

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けてすすめられている地域包括ケアシステムの構築においては、質が高く効率的な介護の提供体制の整備が社会的課題となっている。とりわけ介護サービスにおいては、介護保険の理念をふまえた、自立支援・重度化予防に資する質の高いサービスの実現が求められている。

自立支援・重度化予防は介護保険法に記載されているようにこれまでも強調されてきたケアの理念である。この自立支援・重度化予防は、人の望む自立した生活を把握し、ニーズに対してのアセスメントに基づいた生活機能改善に資するサービス提供によって達成されるものである。そのため、介護サービスの提供においては、利用者に対して、1) これまでの生活で行ってきた動作の再獲得（人の自然な動作の習慣化）の視点をもつこと、2) 自立を身体機能レベルだけでなく、活動や参加レベル等からも捉えることが重要になってくる。

介護実践現場では、これらの視点を重視した重度化予防のためのケアが既に開発され、多くの改善例が蓄積されてきている。そうしたケア実践の蓄積は、ケアに取り組む介護職員の成長を促し、組織全体の質向上とともに利用者のQOLの向上にもつながっている。しかしながら、多くは事例報告レベルであり、データに基づく厳密な効果検証には至っておらず、全国的に標準化されたサービスとはなっていない。

そこで本事業では、現在、介護現場で実践されている重度化予防ケアのひとつである「10の基本ケア」に注目し、その効果について、ADL・IADLなど身体機能の側面だけでなく、意欲、活動と参加の状況など既存の評価指標を用いて多面的に検証することを目的とする。また、重度化予防のケアとして「10の基本ケア」の展開をすすめていくために、既に行われている実践を参考にしながら組織的な導入をすすめるための手引きについて整理を行った。

■「生協10の基本ケア」は日本生活協同組合連合会の登録商標です。

2. 事業の推進体制

本事業の推進のため、有識者で構成する委員会を設置し、調査研究の設計および調査結果の分析、考察を行った。また、具体的な調査の実施にあたっては、小委員会を設置し、専門職の方々にご協力をいただきながら調査項目や調査票の作成等をすすめた。

(1) 推進体制

委員会

順不同・敬称略

◎ 近藤 克則	千葉大学予防医学センター 教授 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター老年学・社会科学センター 老年学評価研究部長
伊藤 美智予	名古屋大学 予防早期医療創成センター 准教授
石橋 智昭	公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団 研究部長／主席研究員
土屋 瑠見子	公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団 研究員 理学療法士
五十嵐 歩	東京大学大学院医学研究科 健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学／緩和ケア看護学分野 講師
目 麻里子	東京大学大学院医学研究科 健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学／緩和ケア看護学分野 助教
安部 裕則	社会福祉法人協同福祉会 天理・橿原・桜井エリアマネジャー
藤井 啓子	一般社団法人医療・介護の質システム研究所 代表理事
山際 淳	日本生活協同組合連合会 福祉事業推進部 部長

◎委員長

小委員会

敬称略

坂本 祥一	社会福祉法人協同福祉会 理学療法士
河野 裕敏	医療生協さいたま生活協同組合 作業療法士
田邊 由紀江	東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 作業療法士

事務局

齋藤 直人	日本生活協同組合連合会 福祉事業推進部
宮澤 育子	日本生活協同組合連合会 福祉事業推進部
野村 文亮	日本生活協同組合連合会 福祉事業推進部
一宮 正	日本生活協同組合連合会 福祉事業推進部

(2) 会議の開催経過

① 委員会

第1回

日時：2018年6月12日（火）10:00～13:00

会場：日本生活協同組合連合会 コーププラザ

主な議題：調査研究内容および役割分担について

調査に用いる評価指標について

調査実施に向けた準備事項について

第2回

日時：2018年9月18日（火）10:00～12:00

会場：日本生活協同組合連合会 コーププラザ

主な議題：調査進捗状況について

全体スケジュールについて

調査報告書の全体構成案について

第3回

日時：2018年12月21日（金）11:00～17:00

場所：社会福祉法人 協同福祉会

主な議題：「10の基本ケア」の特徴について

「10の基本ケア」実践による利用者・職員・事業所への効果について

第4回

日時：2019年2月12日（火）10:00～12:00

会場：日本生活協同組合連合会 コーププラザ

主な議題：調査結果の分析について

報告書のとりまとめについて

報告会実施内容について

② 小委員会

第1回

日時：2018年6月19日（火）10:00～15:00

場所：日本生活協同組合連合会 コーププラザ

主な議題：特別養護老人ホーム調査方法について

第2回

日時：2018年7月2日（月）13:00～17:00

場所：公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団

主な議題：特別養護老人ホーム調査方法について

第3回

日時：2018年8月9日（木）14:00-17:00

場所：公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団

主な議題：調査票の内容検討

第4回

日時：2018年8月28日（火）14:00～16:00

場所：日本生活協同組合連合会 コーププラザ

主な議題：小規模多機能居宅介護事業所調査方法について

第5回

日時：2018年9月5日（水）11:30-15:00

場所：名古屋大学

主な議題：訪問調査の調査方法について

第6回

日時：2018年9月6日（木）11:30-15:00

場所：社会福祉法人協同福祉会

主な議題：小規模多機能居宅介護事業所調査票設計について

第7回

日時：2018年10月12日（金）13:30-15:30

場所：社会福祉法人協同福祉会

主な議題：小規模多機能居宅介護事業所調査のすすめ方について

第8回

日時：2018年12月4日（火）11:00-14:00

場所：名古屋大学

主な議題：訪問調査の相対評価について

第9回

日時：2018年12月26日（水）16:30-18:00

場所：名古屋大学

主な議題：訪問調査の分析結果について①

第10回

日時：2019年1月17日（木）16:00～18:00

場所：名古屋大学

主な議題：訪問調査の分析結果について②

第11回

日時：2019年2月7日（木）13:30～15:30

場所：名古屋大学

主な議題：訪問調査の分析結果について③

第12回

日時：2019年2月20日（水）11:00～17:00

場所：社会福祉法人協同福祉会

主な議題：小規模多機能調査の分析

第13回

日時：2019年3月7日（木）13:30～16:00

場所：名古屋大学

主な議題：調査全体の考察

3. 倫理的配慮

倫理的配慮は、利用者とその家族に対し、本調査の概要と目的を説明し、①調査から得られたデータは個人が特定されるようなデータの収集は行わないこと、②データは本調査以外に使用しないこと、③調査協力は自由意志であり調査に協力しなくても不利益が生じないこと、④本調査の結果は公表される可能性があることを文書にして説明し、同意を得て行った。

Ⅱ 「10 の基本ケア」 とは

Ⅱ 「10の基本ケア」とは

1. 高齢者介護における「自立支援」と「10の基本ケア」

高齢者介護における「自立支援」とは

身体機能やA D Lの改善のみならず、生活意欲や社会参加の改善、本人を取り巻く環境への働きかけなどを通じ、要介護者**本人の生活機能を高める**ことを目的としたケアを「自立支援のためのケア」として捉える。

出典：厚生労働省平成25年度老人保健健康増進等事業：自立支援に資する訪問介護サービスのあり方に関する調査研究

介護保険法第1条及び第2条で、介護保険制度の基本理念は、**尊厳の保持を旨とする自立支援**であるとしている。

介護保険法 第1条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり…**これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに…

第2条

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ**自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。**

10の基本ケア

- ✓ 本人の尊厳（その人らしい自立した生活）をまもるために、身に著けたい考え方と技術を模索。
- ✓ 基本となる「介護についての考え方・支援の方法」を、1～10まで順番に整理したもの。

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 換気をする | 6. 座って会話をする |
| 2. 床に足をつけて座る | 7. 町内にお出かけをする |
| 3. トイレに座る | 8. 夢中になれることをする |
| 4. あたたかい食事をする | 9. ケア会議をする |
| 5. 家庭浴に入る | 10. ターミナルケアをする |

ふつうの生活を取り戻すために、生活リズムをつくる1～5を優先に実施していく

10の基本ケア

- ・利用者の尊厳を護り、住み慣れた在宅生活をとるもどすために、基本となる介護の考え方と支援の方法を、取り組む順番に1～10まで整理している。
- ・自立した生活を維持するために、利用者の自然な生活動作を重点に置いた介助を徹底することから、ADLの維持・QOLの向上へつなげていく。

① 換気をする

新鮮な空気を取り込む衛生的な環境づくりで病気を予防する。

② 床に足をつけて座る

足を使った起居動作を習慣とし、トイレや入浴、食事が自分でできるようにする。

③ トイレに座る

トイレでの排泄は護るべき尊厳の基本。布パンツでの暮らしをサポートする。

④ あたたかい食事をする

自分で調理や盛り付けをい親しい方と楽しく食事することをサポートする。

⑤ 家庭浴に入る

生活リハビリの効果から、家庭浴の湯船にゆったりとつかう習慣をサポートする。

⑥ 座って会話をする

座って会話するなど共に時間を過ごし、安心感を持ってもらうサポートを行う。

⑦ 町内におでかけをする

地域に出かけ社会性や精神的な豊かさを保つとともに生活リズムを整える。

⑧ 夢中になれることをする

好きなことに夢中になれる機会や居場所づくりをサポートする。

⑨ ケア会議をする

社会性と暮らしを守るケアプランをつくり、ご家族を含めサポートを行う。

⑩ ターミナルケアをする

元気な時から人生の最期まで、地域と連携し自宅でのターミナルケアを行う。

NO.	基本ケア	考え方
1	換気をする	病気予防には、まず換気。新鮮な空気を取り入れることで、衛生的な環境づくりができ、感染症の予防にもなる
2	床に足をつけて座る	リハビリ体操で筋力をつけ、足を使って立ち上がる習慣をつけると、トイレや食事など自分でできることが増える。
3	トイレに座る	人間の護るべき尊厳の基本はトイレで排泄する事。紙オムツをやめて布パンツでの暮らしをサポートする。
4	あたたかい食事をする	自分で調理したり、盛りつけたり、いい匂いを感じながら、親しい人と楽しく食べることで社会性を保つ。誤嚥防止に、食事前には口の体操も行う。
5	家庭浴に入る	湯船にゆったり浸かる習慣は日本のすばらしい文化。生活リハビリの効果を生かした家庭浴入浴を行う。

NO.	基本ケア	考え方
6	座って会話をする	認知症の人に、安心感を与えられるように座って会話をし、一緒に時間を過ごす。
7	町内にお出かけをする	買い物など、地域住民と触れ合うことで社会性を保つために大切である。行事ではなく、生活リズムとして組み込む。
8	夢中になれることをする	本人や地域住民が夢中になれる居場所づくりに取り組む。
9	ケア会議をする	自分の街で住み続けられるよう、社会性と暮らしを守るケアプランをつくり、職員はチームでケアできる体制を整え、ご家族含めてサポートする。
10	ターミナルケアをする	24時間365日、元気な時から人生の最期まで地域医療との連携で、自宅でのターミナルケアを支える。

「10の基本ケア」の方針

- ①生活動作を出来るだけ自力でしてもらい、足りない部分を介助する。
 ②生活動作を分解して、どこまで自力でできるか正しく評価する。
 ③人間の自然な動作を理解し、再現する介助を行う。
 ⇒チームで上記①～③を共有し、「座る生活」のための統一した介助を実践。

《寝たままの生活》

- ・寝たまま排泄 ⇒ オムツ
- ・寝たまま食事 ⇒ ベッド上
- ・寝たまま入浴 ⇒ 機械浴

これまでの生活とはかけ離れた生活

「もうこんな生活し方ができない・・・」

あきらめた生活

- ・意欲の低下
- ・ADLの低下（廃用症候群・・・）
- ・社会参加の減少



出来ないことをしてあげる介護

《座る生活》

- ・トイレに座って排泄
- ・椅子に座って食事
- ・家庭浴槽で入浴

長年慣れ親しんでいた生活

「また、元の生活ができる！」

当たり前の生活

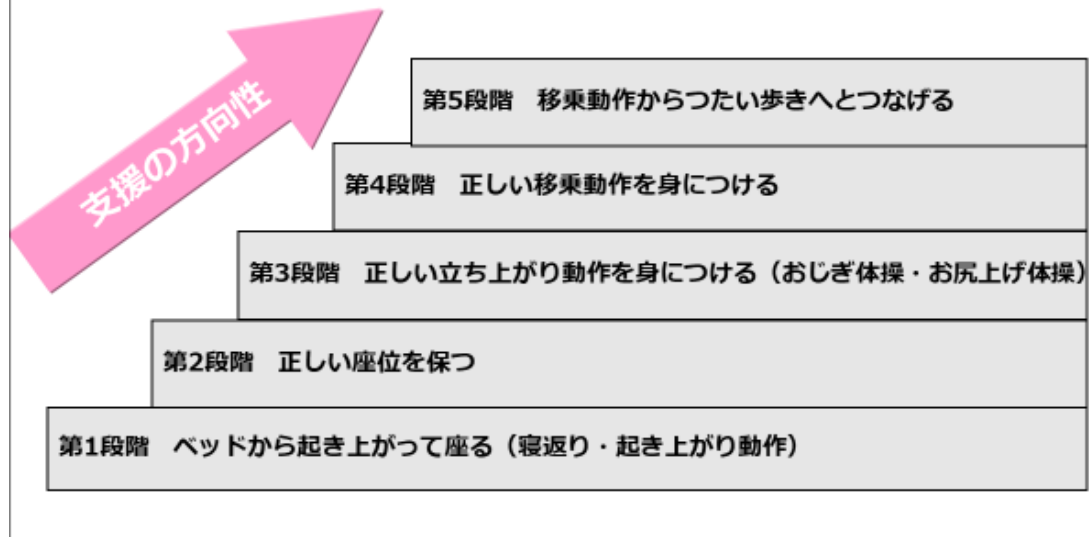
- ・意欲の向上
- ・ADLの向上
- ・社会参加の拡大



利用者の主体性を取り戻す介護

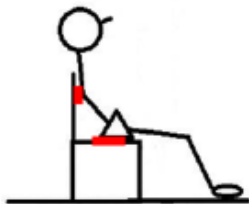
支援の方向性

- ・利用者の現状評価に基づき目標を立て、自立に向けて第一段階から順番に一つずつ階段を上がるように支援する。
- ・そのために、**日々の生活動作（介助）そのものをリハビリと位置付け**支援する。



参考：床に足をつけて座る

高齢者に多い座り方
仙骨座り（ずっこけ座り）



- ◇仙骨座りを続けることで生じる主な悪影響
- ①背もたれに押しつけられている部分に傷ができる
 - ②脊椎の圧迫骨折が起こり、脊柱が変形する
 - ③仙骨部分は、脂肪も筋肉も薄く、褥瘡になりやすい
 - ④呼吸機能の低下
 - ⑤摂食能力の低下
 - ⑥上肢・体幹運動機能の低下

正しい座位

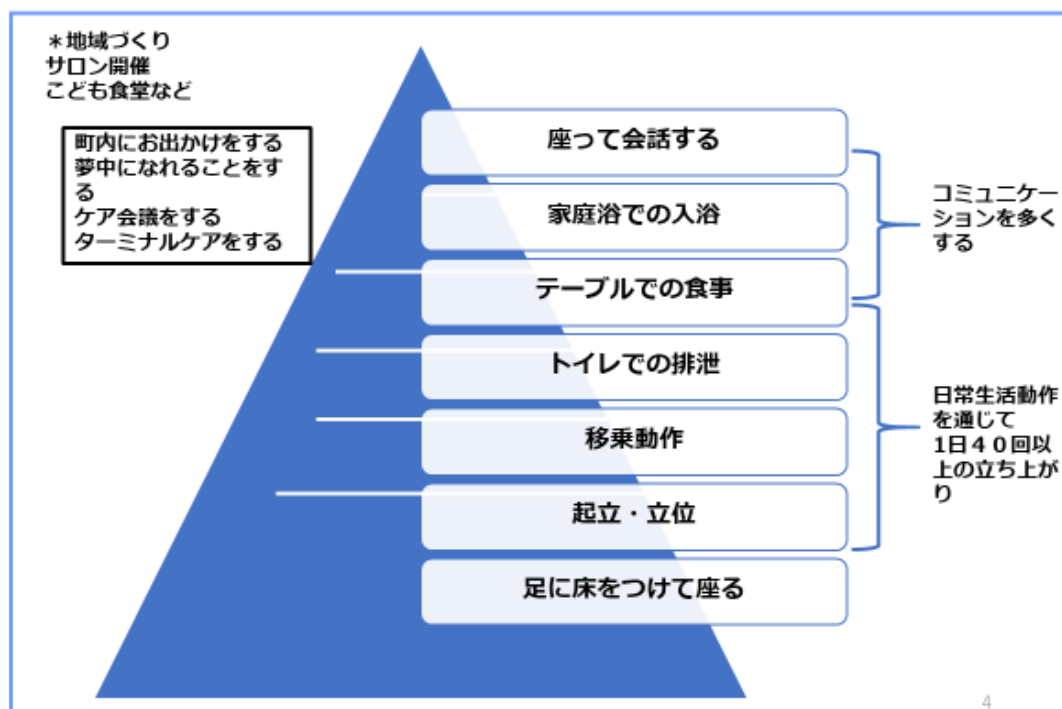


- ・足の裏が床面にしっかり付いている
 - ・骨盤が立って、坐骨結節で座っている
 - ・イスの背もたれから背中が離れ、前かがみになれる
- 〈食事〉
- ・前かがみになり、あごをひくことで誤嚥を防ぐことができる
 - ・座位が安定しているので、上肢をスムーズに使うことができる
- 〈排泄〉
- ・前かがみの姿勢になれるので、腹圧が上がり排泄がしやすくなる

2. 「10の基本ケア」の特徴

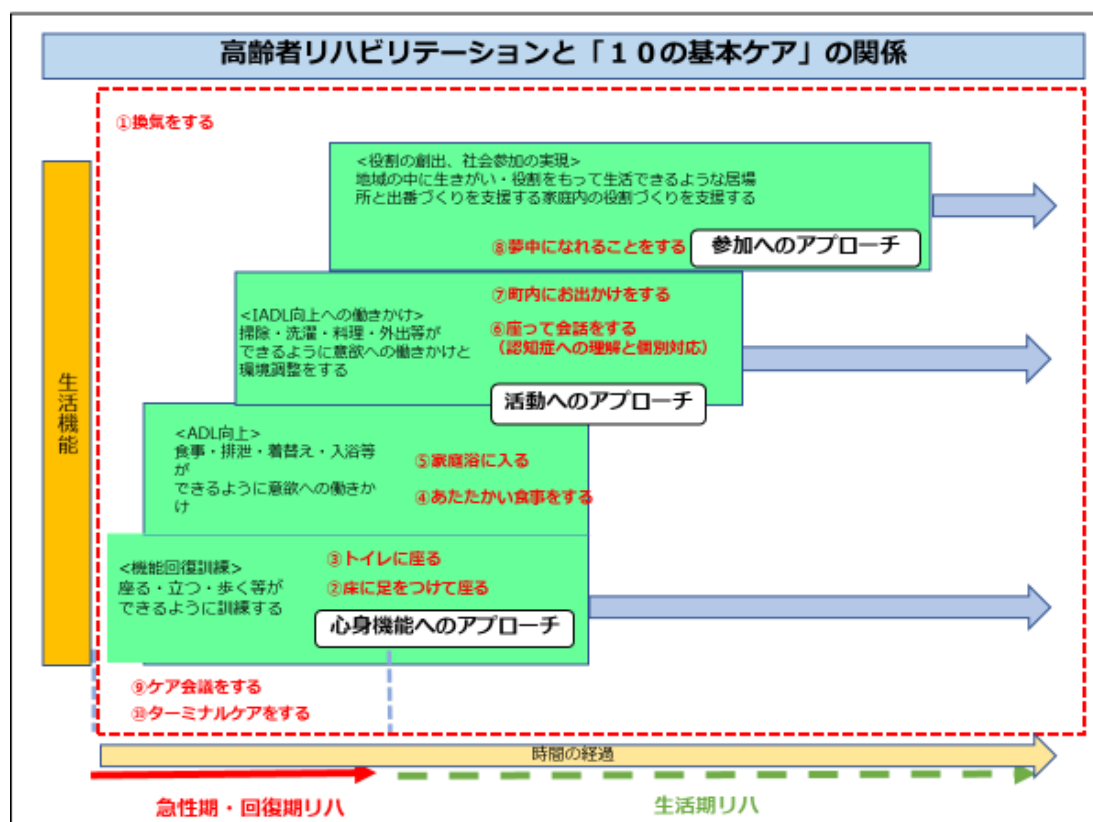
「10の基本ケア」の特徴	
利用者の座位を確保する	○日々の生活の中で、椅子に腰かけることを当たり前にする ○車椅子に座ったままで食事をしない（車椅子は移動手段）
立ち上がりの基本動作を確立する	○立ち上がる機会を多くする ○手すりを使用しない →支持テーブルを使って前傾姿勢を取って立ち上がる ○立ち上がりの基本動作を確立することで、排泄動作・移乗動作の介助量が軽減する
移乗は後方介助を基本とする	○移乗の際、介助者は、利用者の前方から抱える介護ではなく、前かがみ動作を促して、後方介助を行う
コミュニケーションを重視する	○介護者は（職種に関わらず）食事を利用者と同じテーブルで取り、コミュニケーションを多くする ○利用者との会話は座って行う
排泄はトイレ（ポータブルトイレ含む）	○座位確保が必要
入浴は個浴	○立ち上がり、移乗動作が出来るようになると、入浴が可能になる
食事（栄養）を重視	○栄養バランスを考慮し、あたたかい食事摂取 ○職員も一緒に食事することで、コミュニケーションを促進
認知症への配慮＝監視、拘束しない	○ベッド柵、監視システムを使わない、部屋に鍵をしない ○利用者との会話は座って行う

「10の基本ケア」の構造



「10の基本ケア」の効果

本人への効果	介護者への効果	職員への効果
ADL向上 おしゃべりが増える 表情の変化 笑顔が増える 移動できることで 行動範囲が広がる ⇒QOLが高まる	介助負担の軽減 介護者のQOL向上	やりがいになる 本人と向き合うことができる 仕事が「作業」にならない



介助方法の特徴 【後方介助】

座位⇒起立⇒立位⇒移乗の一連の動作の援助は、後方介助を基本とする。

介護福祉士実務者研修テキスト第2巻（2017年）

「10の基本ケア」

「介護福祉士実務者研修テキスト」では
前方からの介助が基本。
研修で、前方介助を習得する



「10の基本ケア」は後方介助が基本。



起き上がりから端座位へ（介護福祉士実務者研修テキスト2017年）

「10の基本ケア」

Aさんは左片麻痺があります。座位姿勢は安定しており、なるべく長時間、自分で座れるように望んでいます。これから食堂へ移動するので傾臥位になっているAさんに端座位になってもらいます。

介助方法

- ①Aさんは健側（右側）の手でサイドレールをつかみながら、身体を横に向けます。健側の足は患側（左側）の足の下に入れます。
- ②Aさんはサイドレールをつかんでいるほうの肘を伸ばして上体を左側にもっていき、下肢は健側の足を使って右側に運び、身体を対角線上に位置させます
- ③Aさんはサイドレールをつかんでいる側の肘を使い、上半身を起こします。
- ④Aさんはベッドに腰をかけ、面足底を床につけて座位姿勢をとります。
- ⑤介護職員はAさんの姿勢の安定性を確認します



4：腰回り・股関節の動作の分解・手順（左片麻痺の時の一例）
（左側側）にリハビリダンスを指導します。ベッドをリハビリダンスの高さに合わせます。



右側側臥位で、右と肘を20°～30°開きます。



右側側臥位で、右と肘を20°～30°開きます。



右側側臥位で、右と肘を20°～30°開きます。

右側側臥位で、右と肘を20°～30°開きます。



右側側臥位で、右と肘を20°～30°開きます。



介助方法の特徴 【起き上がりから端座位へ②】

⑥介護職員は両膝を持ち上げて、ベッドの端に身体の向きを回転させます

⑦介護職員はCさんの臀部を手前に引き寄せます

⑧Cさんの両方の足底が床につくようにベッドの高さを調整します。手はベッドに、足底は床につけて座位姿勢を安定させます



③前かがみを促し、足底に体重を乗せていきます
軸足は同幅程度に開く、膝に手を添えて足底接地を保持しながら前方へのずれ落ちを防ぎます。倒れないように背中を支えながら少しずつ前かがみにして重心を前に移動し、足底に体重を乗せてゆきます。



④座位バランスを確認する
側方から見た時、頭部は膝と臀部の間に来るようにします。



(介護福祉士実務者研修テキスト2017年)

「10の基本ケア」

介助方法の特徴

【端坐位から立位へ】

端坐位から立位へ（介護福祉士実務者研修テキスト2017年）

「10の基本ケア」

Bさんは左片麻痺があります。座位姿勢は安定しています。患側の膝が不安定なため立位も不安定で、バランスを崩しやすいです。これから車いすの移乗するので端坐位で座っているBさんが立位になる介助を行います

【介助方法】

- ①Bさんは臀部をベッドの端のほうに移動し、浅く座ります。患側（左側）は介護職が介助します
- ②介護職はBさんの患側に位置し、患側の膝頭に手を当てます。Bさんは健側（右側）の足を膝より奥に引き、前かがみになります。
- ③Bさんは膝を伸ばしながら、上体を上げて立ちます
- ④介護職はBさんの患側に位置します。Bさんの腰を手で支え、もう一方の手で患側の手を保護します
- ⑤介護職はBさんの膝裏がきちんと伸びているかなどを確認



【起立動作とは】（左片麻痺の例）

- ①正しい座位を取る 両足は軽く開き手前に引きします。
- ②手は前につく 前かがみになりおじぎをします
- ③手は前方について重心は前に 脚の踏ん張りの力で立ち上がります

＊起立動作を評価するには「支持基底面」と「重心線」の関係を見ることが重要です
 上図の立ち上がり動作では、右足、左足、右手を囲んだ三角形が「支持基底面」になります。「支持基底面」の中に重心線が納まっているためバランスが安定しており、伝い歩きのための次の一歩が踏み出せます

Ⅲ 「10 の基本ケア」 の評価

Ⅲ-1 10 の基本ケアのプロセス評価

－小規模多機能型居宅介護支援事業所およびショートステイ

における事例分析－

東京大学高齢者在宅長期ケア看護学 助教 目麻里子

東京大学高齢者在宅長期ケア看護学 講師 五十嵐歩

要旨

本章では、「10 の基本ケア」の有効性を検討するため、退院直後に小規模多機能型居宅介護事業所の泊りサービスあるいはショートステイの利用を開始した者 8 名を対象とし、これらの利用者がどのような経過を経て在宅復帰に至れたのか、ケアのプロセスを記述することを目的とした。事業所職員が、対象者について 10 の基本ケアの実施状況、ADL、心理学的指標を経時的に評価した。またサービスの利用前後に、対象者の家族へケアへの満足度、介護負担感に関する質問紙への回答を依頼した。調査の結果、在宅復帰へ至るケアのポイントとして、(1) 利用者・家族・スタッフと共通の目標を見つける、(2) 日々の日常動作をリハビリにする、(3) 家の環境を整える、(4) 毎日コミュニケーションをとり本人の意向を尊重する、という 4 点が見出された。退院直後の ADL や認知機能が低下している高齢者に対し、これらのケアを意識し重点的に行うことが、在宅への復帰を促し、在宅生活を継続させる上で重要であることが示唆された。

1. 目的

高齢化が進む我が国において、高齢者が要介護状態になっても可能な限り住み慣れた地域で継続して自分らしい生活を支援する「自立のためのケア」が求められている。自立した生活のために心身の状態を維持することは、本人の意思に基づく自分らしい生活を実現するために重要である。しかしながら、「自立のためのケア」の効果に関する科学的検証は、十分ではない。

そこで本章では、「自立のためのケア」として、「10 の基本ケア」実施法人が開発した「10 の基本ケア」に着目した。この「10 の基本ケア」を実施することによって、傷病により医療機関に入院した高齢者がどのようなプロセスでケアを受けて在宅へ戻ることができたか、事例ごとに記述し「10 の基本ケア」の効果を検討することを目的とした。

2. 対象と方法

(1) 対象

「10の基本ケア」実施法人の運営する小規模多機能型居宅介護事業所9か所、あるいは併設するショートステイのいずれかの事業所を利用している者とその家族のうち、下記の包含基準に該当する者を対象とした。

- 1) 医療機関から退院直後であること
- 2) 在宅復帰に向け、一時的に小規模多機能事業所の泊りサービスあるいはショートステイを利用している者

(2) 調査手続き

対象となった事業所に対して説明会を開催し、研究者から調査の目的および調査内容、評価方法と評価基準について説明し、調査を依頼した。依頼を受けた事業所は、対象の包含基準に該当する事例を選定し、該当事例に関与したスタッフが、調査票へ記入した。調査期間は2018年9月7日から2019年1月31日とし、調査終了時に泊りサービスあるいはショートステイの利用を継続している者は、調査期間終了時点までの状況を調査票に記入した。調査終了後、調査票への記入を担当したスタッフに対して、具体的なケアの実施内容についてヒアリングし、調査票の記録を補完した。

なお、本章で実施した調査は東京大学大学院医学系研究科・医学部の倫理委員会の承認を得た上で実施した。利用者・家族には、説明文書を用いて調査の説明を行い、書面により同意を得た。

(3) 調査内容

① 10の基本ケアの実施状況

事業所職員へのヒアリングを通して作成された「10の基本ケア」の実施状況の質問紙について、「○あるいは×」で記入した。

② ADLの状態

ADLの評価には、インターライ方式（旧MDS方式）の「起き上がり」「立ち上がり」「移動手段」「座位」「意思疎通」「日中寝ている時間」「自発性や参加意識」の項目を使用した。回答の頻度は3日に1回とし、過去3日間で最も依存的な状態について該当する選択肢を記入した。

③ 心理学的状態

i. QoL

利用者のQoLを客観的に評価する認知症高齢者のQoL調査票（Terada, et al., 2002）を使用した。「楽しそうである」「訪問者に対して嬉しそうにする」などの6項目について、過去1週間の状態を「見られない」～「よく見られる」の4件法で回答した。

ii. BPSD

利用者の BPSD を客観的に評価する安部式 BPSD スコア (Abe, et al., 2015) を使用した。「興奮して大声でわめく」「やる気がなく何もしようとしない」などの 7 項目について、過去 1 週間の状態を「見られない」～「よく見られる」の 4 件法で回答した。

④ 日々のケアの記録

日々実施したケアとその時の利用者の状態や反応について、毎日 2～6 行程度の自由記述を行った。

⑤ 利用者の写真

同意の得られた利用者に対して、泊りサービスの利用開始日と調査終了時の 2 時点で正面写真、側面写真を撮影した。

⑥ 家族調査

同意の得られた家族に対して、泊りサービスの利用開始日と調査終了時に、質問紙調査を行った。質問紙は事業所の職員を通して配布された。調査内容は、以下の通りである。

i. 基本的属性

年齢、性別、続柄、事業所を選んだ理由など

ii. 安心感

がん医療に関する「安心感尺度 (Igarashi et al., 2012) を改変し、在宅へ戻った際に利用者が安心して生活できるかを尋ねた。「安心して支援を受けられる」「いろいろなサービスがあるので安心できる」などの 5 項目について、「全くそう思わない」～「とてもそう思う」の 7 件法で回答を依頼した。

iii. ケアの満足度

ケアの満足度尺度 (Morita, et al., 2004) のうち、家族に該当する項目のみ使用した。「職員のご家族へのケアの内容に対する説明は十分だと思う」「職員はケアの方針の決定にご家族の希望が取り入れられるように配慮している」などの 5 項目について、「全くそう思わない」～「とてもそう思う」の 7 件法で回答を依頼した。

iv. 介護負担感

J-ZBI (Arai, et al., 2002) のうち、施設において該当する項目を使用した。項目は「利用者さまは必要以上に世話を求めてくると感じますか」「利用者さまが将来どうなるか不安になることはありますか」などの 5 項目について、「全くそう思わない」～「とてもそう思う」の 7 件法で回答を依頼した。

(4) 分析方法

各事例について、下記の通りケースレポートとして整理した。

まず ADL と心理学的指標について、経時的な変化を折れ線グラフで示した。ADL、心理学的指標が大きく変化した時期について、吹き出しをつけイベントの内容を記述した。「10 の基本ケア」の実施状況は、各項目について週当たりの実施率を算出し横棒グラフで示した。実施されたケア実施に関して特徴的な点を、吹き出しをつけイベントの内容を記述した。利用前後の写真は、比較できるように横に並べて示した。また家族調査の結果については、サービス利用前と調査終了時の変化を棒グラフで示した。

それぞれの事例に関して、「ケースの経過」「スタッフがケアに際して気を付けていた点」「家族調査」「ケースからの気づき」「ケースから考えられる課題」「経過」「10 の基本ケアの実施状況」「座位姿勢の変化」について整理した後、共通の要素を抽出した。

なお、写真と家族調査は、前後のデータがある場合のみ検討に使用した。

3. 結果

(1) 対象者の概要

調査対象者は8名であった。年齢の範囲は81～94歳、性別は男性が4名、女性が4名であった。調査終了時点で泊りサービスあるいはショートステイを継続している者は6名（一時的に在宅復帰した1名を含む）、在宅へ復帰した者は1名、死亡した者は1名であった。

表Ⅲ-1-1 対象者の概要

事例 ID	利用者の年齢/ 性別	主な疾患	利用期間	転帰
A	81歳 / 女性	糖尿病、腰椎圧迫骨折	8日間	在宅復帰
B	89歳 / 女性	アルツハイマー型認知症	62日間	継続中
C	94歳 / 女性	良性腫瘍(左臀部)、腰椎圧迫骨折	計 25 日間	継続中 (一時的に 帰宅)
D	84歳 / 男性	アルツハイマー型認知症	31日間	継続中
E	91歳 / 男性	糖尿病、高血圧、水頭症、尿道狭窄、前立腺癌	53日間	継続中
F	90歳 / 男性	慢性胃炎、便秘症、膀胱癌 脳梗塞	58日間	継続中
G	87歳 / 女性	糖尿病、慢性腎不全	83日間	継続中
H	81歳 / 男性	膵尾部癌、正常圧水頭症	6日間	死亡

(2) 事例ごとの経過

個別の事例の概要は、次項以降のケースレポートにまとめた。事例の経過、週ごとの「10の基本ケア」の実施割合、ケースの経過、スタッフがケアに際して意識していた点、ケースからの気づき、ケースから考えられる課題について記述している。また、サービス利用開始時と調査終了時の2時点ともに家族調査票の返送があったもの、利用開始時と調査終了時の2時点の写真が撮影できた事例については、それぞれケースレポートに含めた。

ID A 81 歳 / 女性

疾患名：糖尿病 腰椎圧迫骨折 逆流性食道炎 食道裂孔ヘルニア

事業所利用期間：12 月 12 日～12 月 19 日（8 日間）

<ケースの経過>

食道裂孔ヘルニアを理由に入院し、退院時から、金銭的な理由によって泊りサービスの利用は 8 日間と決まっていた。退院日当日は、左の足関節に力が入らず膝折れがあり前方から全介助で移乗。座位時に腰痛の訴えがあった。食事は、ミキサー食を 3 割程度摂取した。2 日目以降も腰痛の訴えがあり、食事と食後 1 時間以外は臥床して過ごした。座位の際も、机に伏せていることが多かった。食事は、3 日目から全量摂取するようになった。6 日目には三角移乗で膝折れすることなく移乗可能となった。7 日目に義娘の面会があり、翌 8 日に自宅へ戻られた。

<スタッフがケアに際して意識していた点>

- ・ 金銭的な理由で泊りサービスの利用が 1 週間と限られていたので、1 週間で行うことを決め、計画的に関わった。
- ・ 腰椎圧迫骨折による著しい腰痛や、食後 1 時間車椅子座位を保持することによる倦怠感があったので、リハビリ体操の実施は難しかった。そのため、**車椅子移乗の度に、足の位置や体勢について繰り返しアドバイスをを行った。**
- ・ 自宅へ退院する前に、スタッフが一緒に自宅を訪問し、手をついて立ち上げられる高さの家具を使いやすい位置に配置するなど、**事業所に近い環境を自宅で整えた。**

<ケースからの気づき>

- ・ 腰痛の訴えがありつつも、食事を食堂で食べていたことなど**日常動作でリハビリを行うことで、体幹がしっかりした可能性**がある。
- ・ 家族と同居していること、義娘が面会に来ていることから、自宅へ戻った後に家族からの支援が受けられるという判断につながり、早期の自宅復帰が実現できた可能性がある。

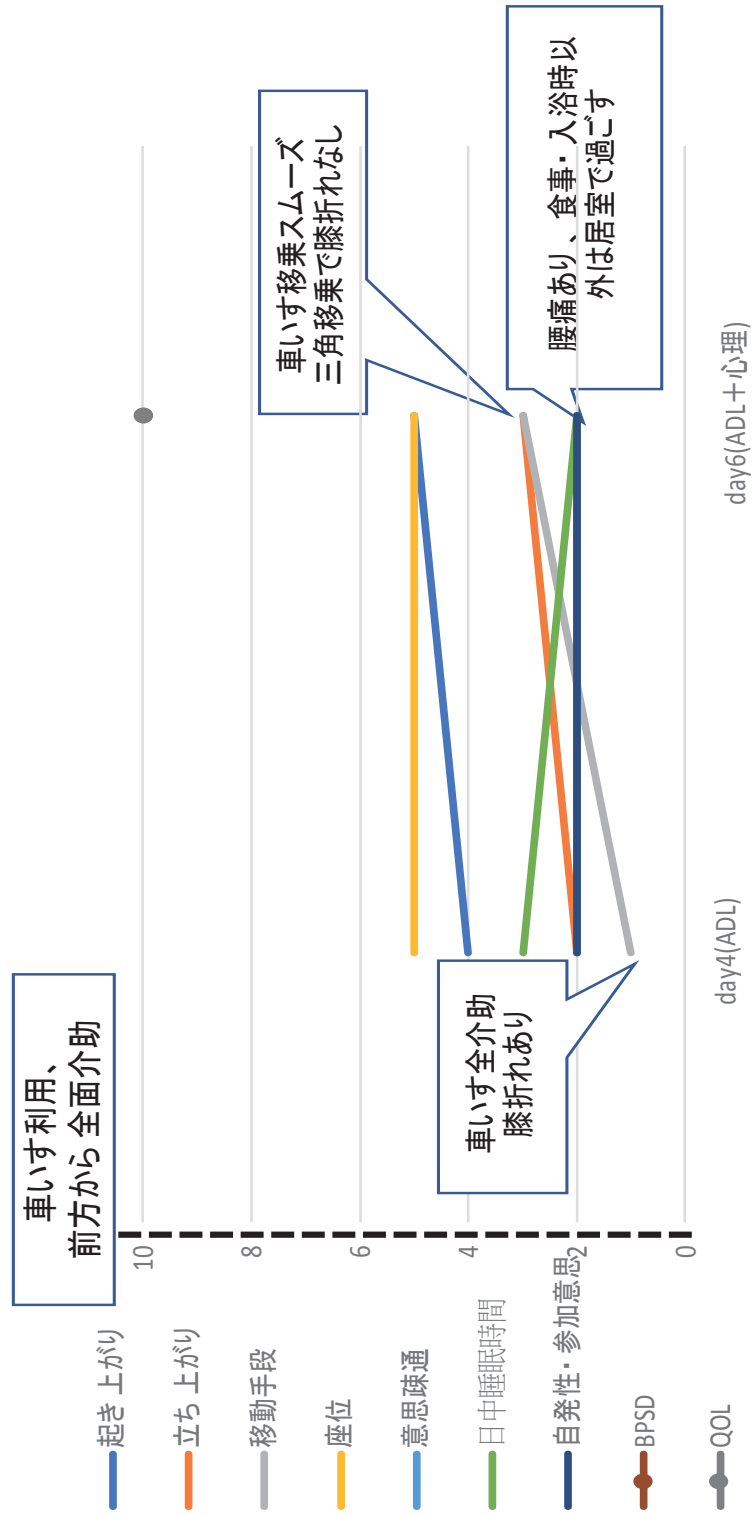
<ケースの課題>

- ・ 腰痛のコントロールとリハビリの兼ね合いについて多職種で検討する必要があった。

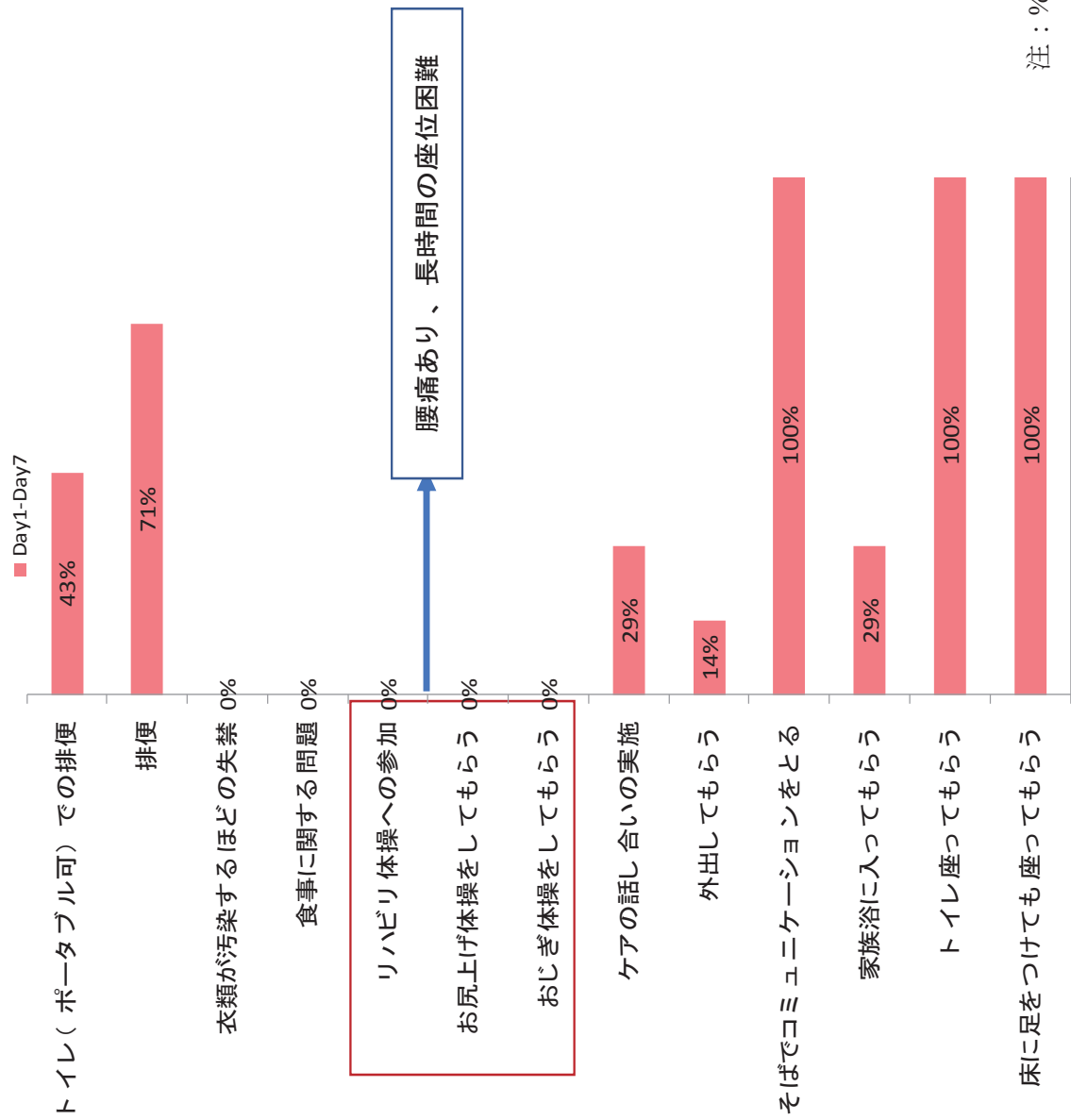
<家族調査>

未回収

図Ⅲ-1-1 事例 A の経過



図Ⅲ-1-2 事例 A 「10 の基本ケア」の実施状況



<退院直後と調査終了時の座位姿勢の比較>

図Ⅲ-1-3 事例 A の写真



※退院直後は体幹の軸が不安定であった。一方、在宅復帰時は表情に落ち着きが見られ、体幹が安定した印象である。

ID B 89歳 / 女性

疾患名：アルツハイマー型認知症、腰椎圧迫骨折

事業所利用期間：12月2日～継続中

<ケースの経過>

5～6年前から当施設を利用。利用前は、一人暮らしをしていた。2018年11月にベッドから転落し腰椎圧迫骨折で入院した。12月に退院し、小規模多機能型居宅介護サービスの利用を開始した。退院直後は、筋力低下により座位不安定であり、日中の覚醒状況不良であったため、ベッド休憩も適宜とりいれながら日中の覚醒を促した。6日目頃より覚醒時間が増え、周囲への関心も示すようになった。それに伴い、座位が安定する時間が増えた。食事の時は必ず椅子に移る、食後はトイレに行くなど、日常生活の中でのリハビリを続けていった。また難聴であるため、ジェスチャーを使ってコミュニケーションを取り、安心感を与えられるように努めた。2週間後頃より、少しずつリハビリ体操に参加するようになり、立位が軽介助になるなど、活動意欲およびADLの改善がみられた。ベッドから車椅子への移乗や、車椅子からトイレへの移乗の際は、利用者の気分によって自ら立とうとされる時と、立とうと思えない時があり、気分が合わない時はタイミングを変更したり、少し休憩を挟んだりするなど、無理をさせないよう配慮を行った。利用者の状態に応じ、その都度スタッフ間でケア方法話し合い、衣服の着脱が必要なトイレ移乗などはスタッフ2人で介助し、安全安楽なケアの実施を配慮した。食事の際は、利用者の体格に合った低めの椅子と低めの机を用意した。利用者の肘を机につくことで、おおむね見守りのみで自身で食事をすることができた。今後も、泊りサービスの利用を継続する予定である。

<スタッフがケアに際して気を付けていた点>

- ・ 利用者の体力を考慮し、適宜ベッドでの休憩を挟みつつ、覚醒時間・座位時間をのばした。
- ・ 利用者の体格に合った机や椅子を使用することで、安定した姿勢で介助なしで食事摂取できるようにした。
- ・ やる気があるときは手引き歩行ができるが、やる気がないときはトイレでのズボンの上げ下ろしにも2人介助を要するなど、気分の変化によるADLのむらが大きかった。この状況に対し、スタッフは利用者のその日の状態を受け止めるように心がけていた。できる日には利用者の力を引き出せるような関わりをし、介助が必要な日には適切なケアを行うよう、状態に応じたケア方法を検討した。
- ・ 無理にリハビリ体操を勧めるのではなく、食事時に椅子に移る、排泄はトイレで行うなど、日常生活動作の中でおじぎ体操やお尻上げ体操を取り入れ、ADLの維持に努めた。

- ・ ケアへの拒否がみられる時はその理由を考え、根気よく利用者の意思を尊重したケアを心がけていた。
- ・ 難聴であることを配慮し、コミュニケーションはジェスチャーを交えながら行った。

＜ケースからの気づき＞

- ・ 日々コミュニケーションをとることで、退院直後よりも覚醒時間が増えたことにより座位姿勢の安定や活動意欲の改善がみられた。
- ・ 気分の変化による ADL のむらが大きかったが、利用者の気分や体調を把握しその時々で必要な介助をしながら、座位時間の延伸をはかっていた。
- ・ 気分や ADL が一定でない中で無理なく安全安楽なケアを行い、かつ身体機能を維持するために、日常生活動作の中で自然にリハビリをとりいれていた。
- ・ アルツハイマー型認知症であるため、日によってむらはあるものの、サービス利用開始以降、日中覚醒や座位時間の延伸を試みることにより、ADL や活動耐性の改善がみられる。一貫性のあるケアの継続によって、このような効果がみられていると考えられる。

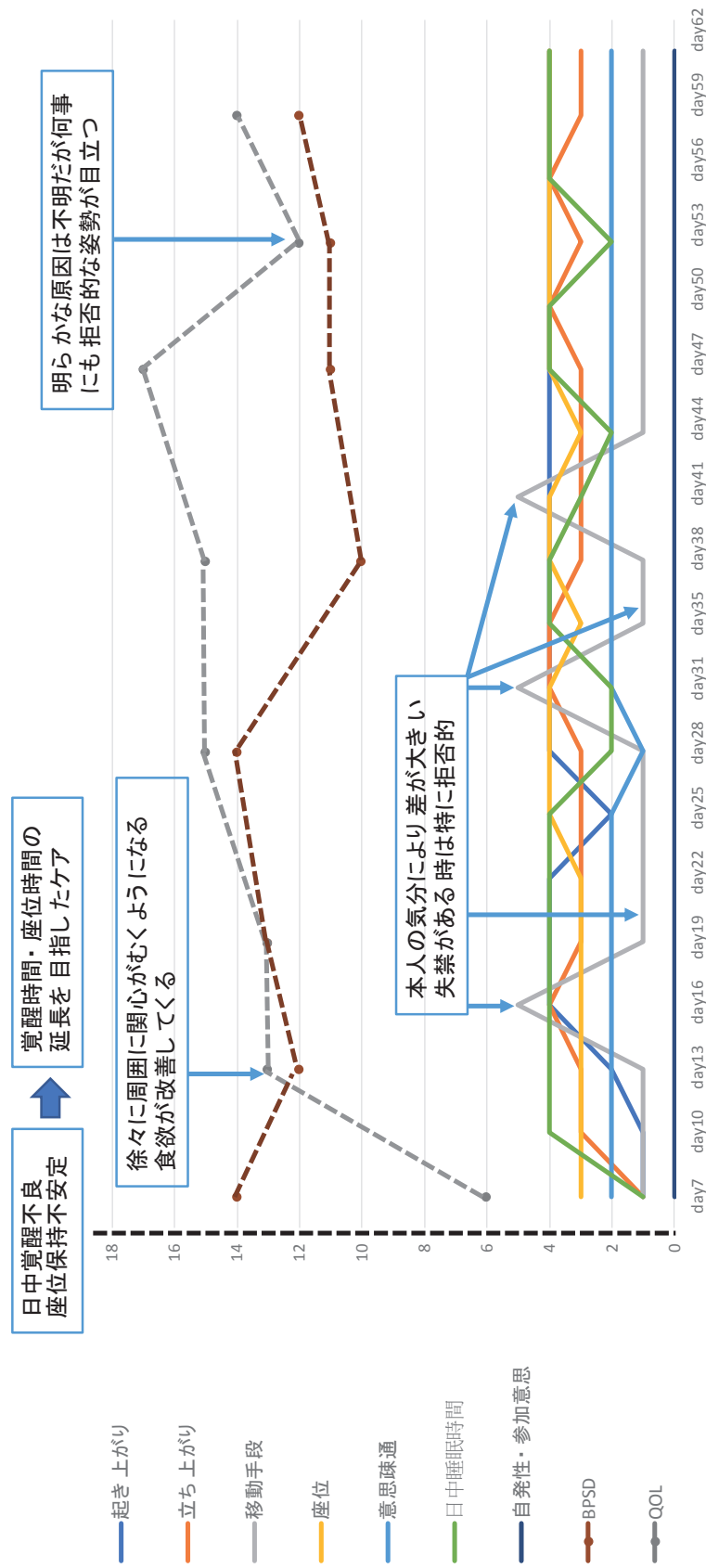
＜ケースから考えられる課題＞

- ・ ケアへの拒否がみられる場合、その理由を適切に把握し原因が解消されれば、拒否の解消につながる場合が多い。利用者の要求をより正しく理解するためのコミュニケーションが重要と考えられる。

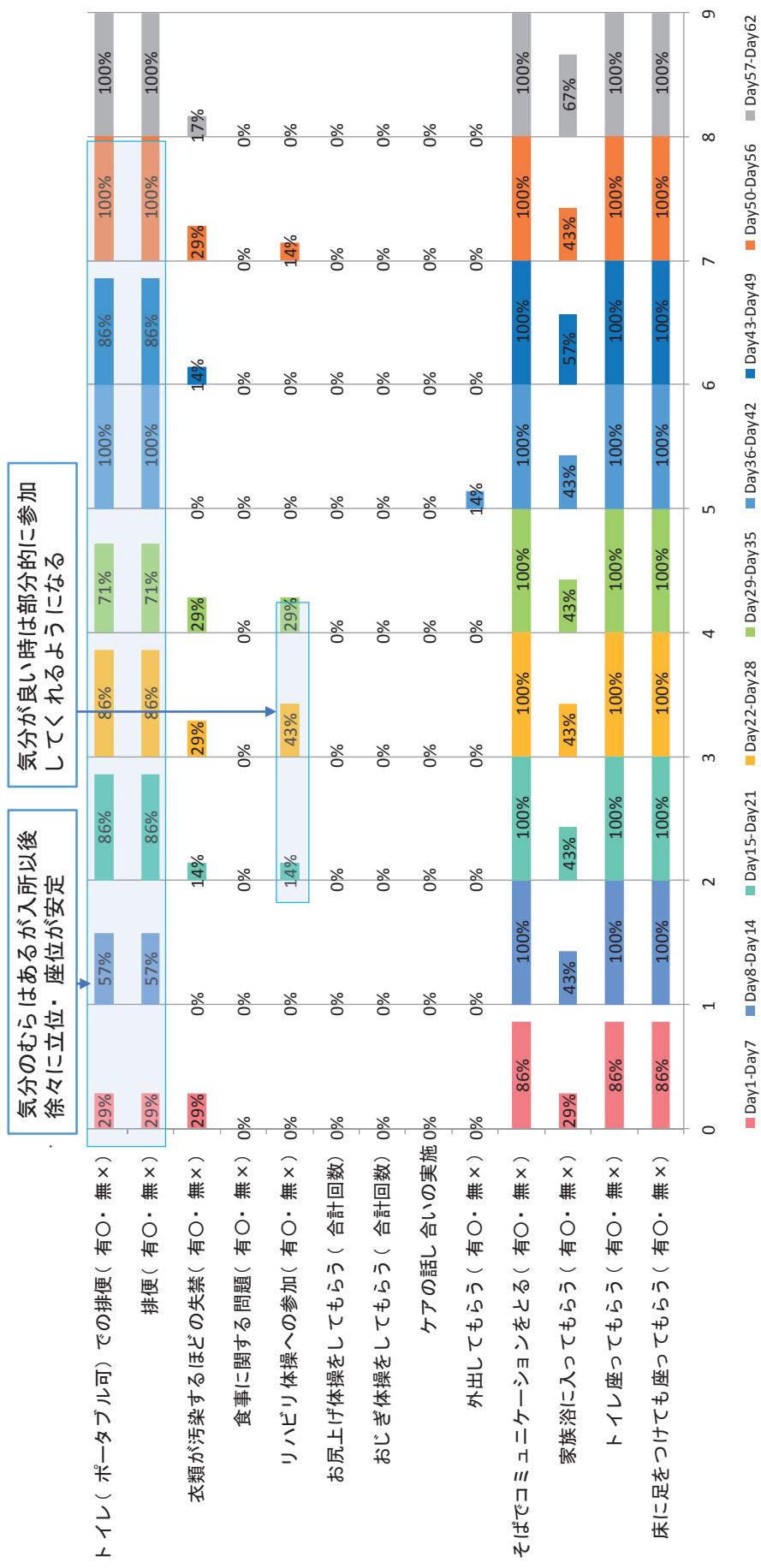
＜家族調査＞

未回収

図Ⅲ-1-4 事例 B の経過



図Ⅲ-1-5 事例 B 「10 の基本ケア」 の実施状況



注：％ は週当たりの実施率を示す。

<退院直後と調査終了時の座位姿勢の比較>

図Ⅲ-1-6 事例 B の写真



※退院直後は体幹が安定せず、前屈気味であった。調査終了時は、姿勢が良くなった。

ID C 94 歳 / 女性

疾患名：良性腫瘍(左臀部) 腰椎圧迫骨折 腰部脊柱管狭窄症 両変形性膝関節症、糖尿病
事業所利用期間：10 月 18 日～継続中

<ケースの経過>

退院時は杖歩行で、ふらつきなく歩行していた。入浴時の着脱は自立していたが、洗髪や体を洗う動作に対しては介助が必要であった。サービスの利用を開始した当日からリハビリ体操へ参加し、お尻上げ体操も実施した。2 日目には、自力で起き上がれるようになり、レクリエーションにも笑顔で参加した。腰痛があり、日中は居室で過ごすことが多いため、声かけをしてリハビリ体操などへの参加を促した。食欲はあり、食事を全量摂取していた。腰痛に対して鎮痛薬を内服することで、疼痛をコントロールしていた。

7 日目から在宅へ戻り訪問対応・ホーム利用（通いサービスを利用しながら生活をしていました。その後、腰痛の悪化とそれに伴う食欲の低下が認められ、20 日目のホーム利用時には入浴と食事の時間以外は居室で臥床していたため、急きょホームへ宿泊することとなった。その後、自宅へ帰る時に備えベッドと家具の配置換えのためや、衣服を取りに行くためなど一時的に自宅へ戻ることがあったが、調査終了時の 31 日目までホームで宿泊して過ごされた。

<スタッフがケアに際して意識していた点>

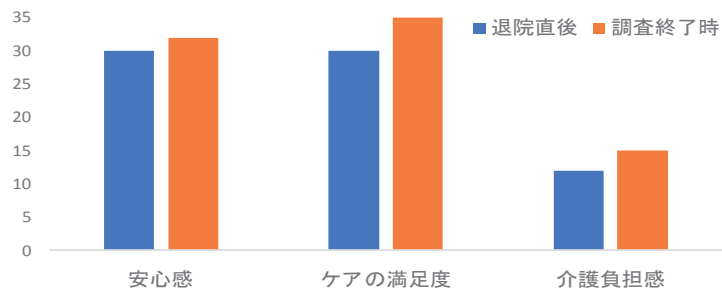
- ・ リハビリの目標を設定するため、初日に、利用者・家族と「どこまでの動作が出来たら家で暮らせるか」について話し合い、**共通の目標を決めた**（夜間に一人でポータブルトイレまでの行き来ができること）。
- ・ 日々の日常生活動作（手をついて立ち上がる、床に足をつけて座る）をリハビリの一環として、継続した。
- ・ 自宅へ戻りたいという本人の**意思を尊重**し、利用者が生活しやすいようベッドの配置の変更やポータブルトイレの設置をし、**居住環境を整えた**。
- ・ 腰痛があるため、無理にリハビリ体操に参加を促すことはせず、あくまで日常生活動作を続けることを心がけた。

<家族調査>

回答者：57 歳男性 続柄：甥

事業所を利用し始めてからの変化：利用者にあまり会いに行かなくてよくなった。

図Ⅲ-1-7 事例 C 家族調査



利用者が自宅で生活することに対する安心感と利用者が受けているケアの満足度、介護負担感、すべてにおいて得点が高まった。これは、安心感とケアの満足度が高くなった一方で、介護負担感も増加していることを示す。家族から、事業所スタッフの対応や施設の環境が良いという声も聞かれ、これらが安心感やケアの満足度を高めたと考えられる。一方、介護負担感に関しては、一時自宅へ戻った際に、ホームセキュリティーの誤作動により、セキュリティー会社から甥へ深夜帯に何度も連絡が行くというエピソードがあった。このようなことが影響し、介護負担感が高くなった可能性が考えられる。あるいは、利用者の在宅復帰を目指す上で、様々な準備のために訪問回数が増えている可能性があり、一時的に介護負担感が高くなった可能性も考えられた。

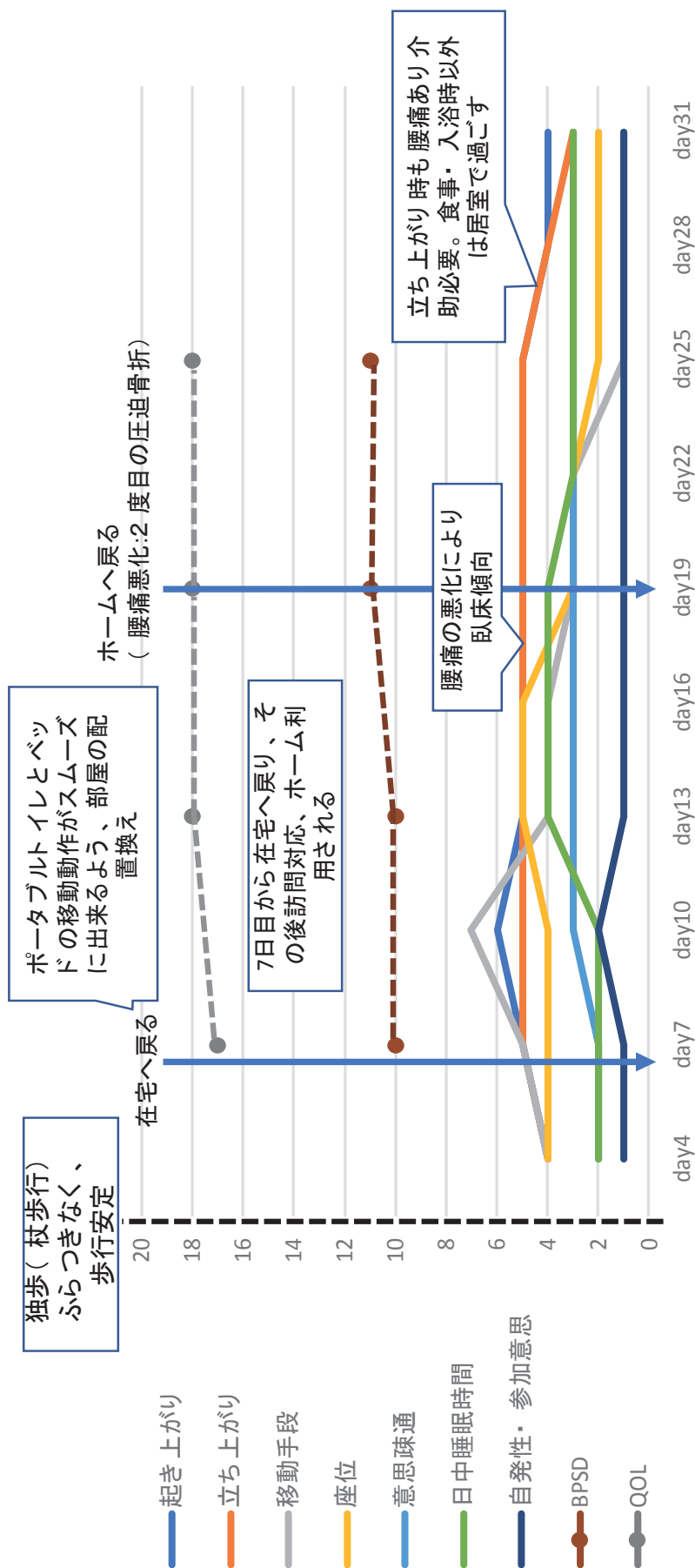
<ケースからの気づき>

- ・ サービスの利用を開始した初日に、利用者・家族と「どこまでの動作ができれば家で暮らせるか」について話し合いを実施したことで、共通のリハビリの目標を確認でき、利用者本人も意欲的にリハビリに取り組めた可能性がある。
- ・ 自宅へ戻りたいという本人の意思を尊重し、日々の日常生活動作（手をついて立ち上がる、床に足をつけて座る）をリハビリの一環として継続することで、ADLの低下を防ぐことができた可能性がある。
- ・ 腰痛があることを考慮しつつ、可能な限り本人ができることを引き出すケアを実施していたことで、寝たきりの状態となることを防げた可能性がある。
- ・ 腰痛によりADLが低下していた一方、QOLは保たれていた。これには、職員が腰痛を気遣うなど、常にコミュニケーションをとり、本人の訴えを傾聴していたことが影響している可能性がある。
- ・ 可能な限り本人ができることをサポートするようなケアを実施することは、利用者のみでなく、家族にとっても良い効果がある可能性がある。

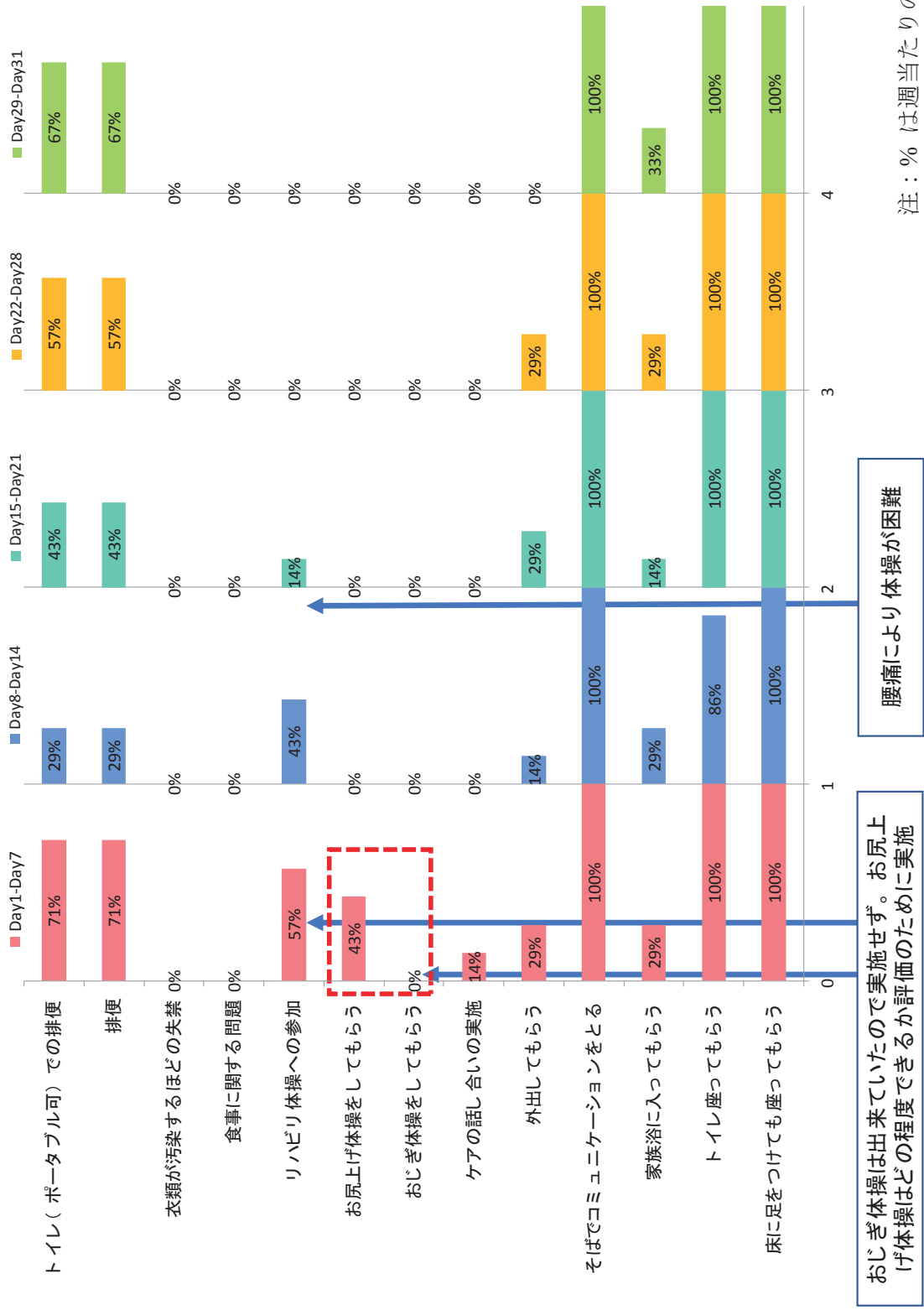
<ケースから考えられる課題>

腰痛の程度により、日中の過ごし方に大きな違いがみられるため、疼痛のコントロールが課題である。さらに疼痛とリハビリの兼ね合いについて、多職種での検討が必要である。

図Ⅲ-1-8 事例 C の経過

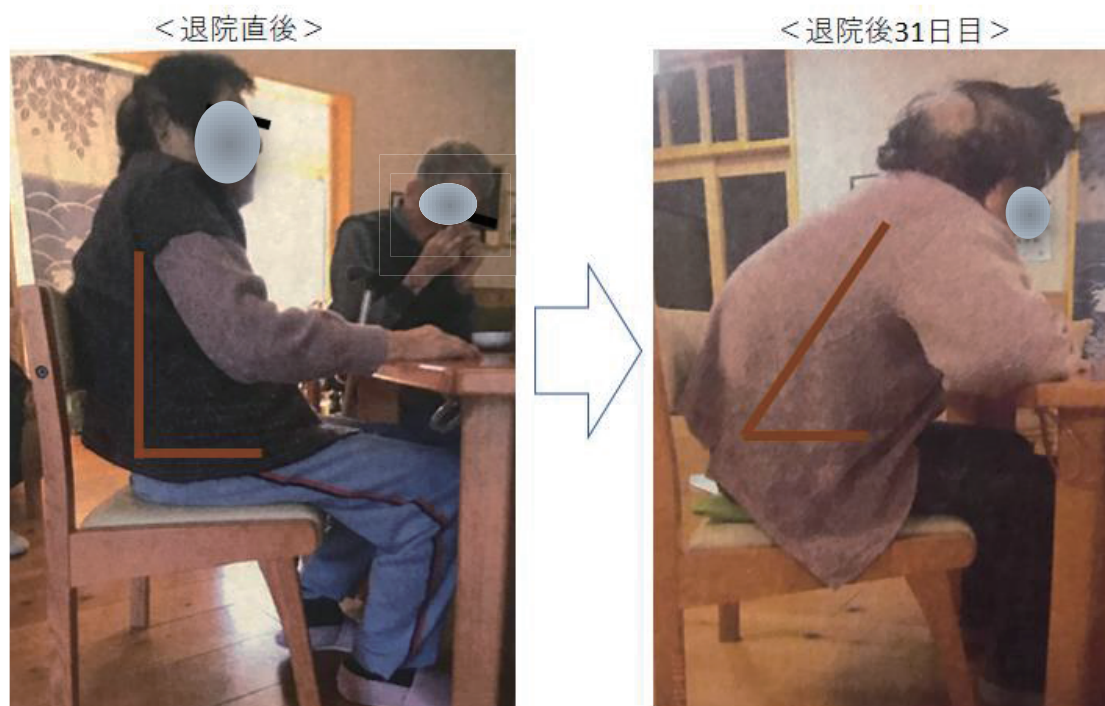


図Ⅲ-1-9 事例 C「10の基本ケア」の実施状況



<退院直後と調査終了時の座位姿勢の比較>

図Ⅲ-1-10 事例 C の写真



※退院直後は腰痛により前屈が困難であった。日常生活動作でリハビリを続けることで、調査終了時には前屈が可能となった。

ID D 84 歳 / 男性

疾患名：アルツハイマー型認知症

事業所利用期間：2016 年 10 月 12 日～

<ケースの経過>

昨年 10 月 22 日、サービスの利用を開始した。医療機関への入院時より多くの下剤が処方されており、失禁していることがあった。サービス利用開始後、徐々に下剤を減量したが、便秘による排尿障害を起こし、2 泊入院した。この入院の退院直後は、ぼーっとしており、自室に閉じこもっていることが多かった。そのため、職員は積極的にコミュニケーションをはかり、離床を促した。また、朝のリハビリ体操への参加後に朝食の時間をとるなど生活のリズムを整えることによって、自室で過ごすことが減り、ADL も低下することなく経過した。徐々に食事量や活気が回復し、3 週間目頃には、他利用者と囲碁や五目並べをして楽しむ様子がみられるようになった。認知症のため自分の部屋が認識できず、他の利用者の居室に入ってしまうことがあるが、おおむね安定して過ごされている。

本年 1 月より、事業所責任者、ケアマネージャー、夜勤の職員と検討した上で、自宅への夜間一時帰宅を徐々に開始していった。認知症のため徘徊する恐れがあり、所在の確認のために一時帰宅開始当初は GPS を利用していたが、トラブルなく経過した。現在は、毎日夜間帰宅を実施している。

利用者は、本事業所を自宅のように感じるほど心地よく生活しており、「どうして（自宅に）帰らなくてはいけないんだ」と発言がある。自宅が家であるという感覚を持ってもらえるように朝の迎えの時間を遅くする、日中も時折帰宅してもらい、自宅の草むしりをお願いするなどの工夫を行っている。

<スタッフがケアに際して注意していた点>

・トイレでの排泄

便意尿意あり自身でトイレに行っているが、利用者が気づかず失禁していることもあるため、リハビリパンツを使用している。自尊心を傷つけないように、トイレ見守りの際、失禁があれば、「汚れているので変えますね」などの声替えを行い、新たなパンツに交換している。昔からの習慣で、立位で排泄している。トイレを汚してしまうことがあるが、**利用者の習慣を尊重**し、そのまま実施してもらっている。

・排便

退院後は下剤の過剰内服で失禁することがあったため徐々に下剤を減量したところ、今度は便秘を起こしたため、現在は水分摂取を励行している。

・外出を促す

利用者はもともと、自転車で自由に買い物をする生活を送っていた。「朝ごはんがないので、一緒に買いに行きませんか」など声かけし、買い物をしにスーパーに行くなど、**生活**

の一部に外出を含めるようにしている。また、自宅で過ごす時間を増やすため、昼間に自宅の草むしりを依頼するということも実施している。

・コミュニケーション

認知症のため、会話のキャッチボールが難しい。しかし、もともと独居であることもあり、洗濯物をたたむなどの手伝いをお願いすると、意欲的に実施する。これを活用し、手伝いの依頼をするなど、役割を与えるよう心がけている。

＜ケースからの気づき＞

- ・ 認知症のため、環境の変化の影響により自室へこもることや、ぼんやりすることが多かった。しかし「10の基本ケア」の実践を通して、スタッフが日々コミュニケーションをはかり、離床・体操・食事などの規則正しい生活を促すことによって、ADLが低下することなく生活が送れている。また、スタッフの働きかけによって外出したり、他の利用者と交流したりするなど活気が回復し、BPSDの症状も軽い状態で穏やかに過ごすことができています。
- ・ 当初、自宅への帰宅を目指して本事業所の利用を開始したが、本事業所が自宅であるかのような感覚をもてるほど心地よく生活できていることは、「10の基本ケア」のもたらした効果であると考えられる。一方、在宅での生活への受け入れを促すために、スタッフがケアの中で意識しているように、徐々に帰宅時間を増やし、自宅での生活に慣らしていく必要がある。

＜ケースから考えられる課題＞

- ・ 排便コントロールが不十分であり、利用者が失禁に気づかないことがあるため、排便ケアが必要である。便秘による入院の既往から、排便の有無の確認や水分摂取の励行だけでなく、腹部の膨満の有無の触診や、排便時にいきみやすい姿勢の工夫、腹部マッサージなどの介入を行い、便秘を予防するケアを検討する必要がある。

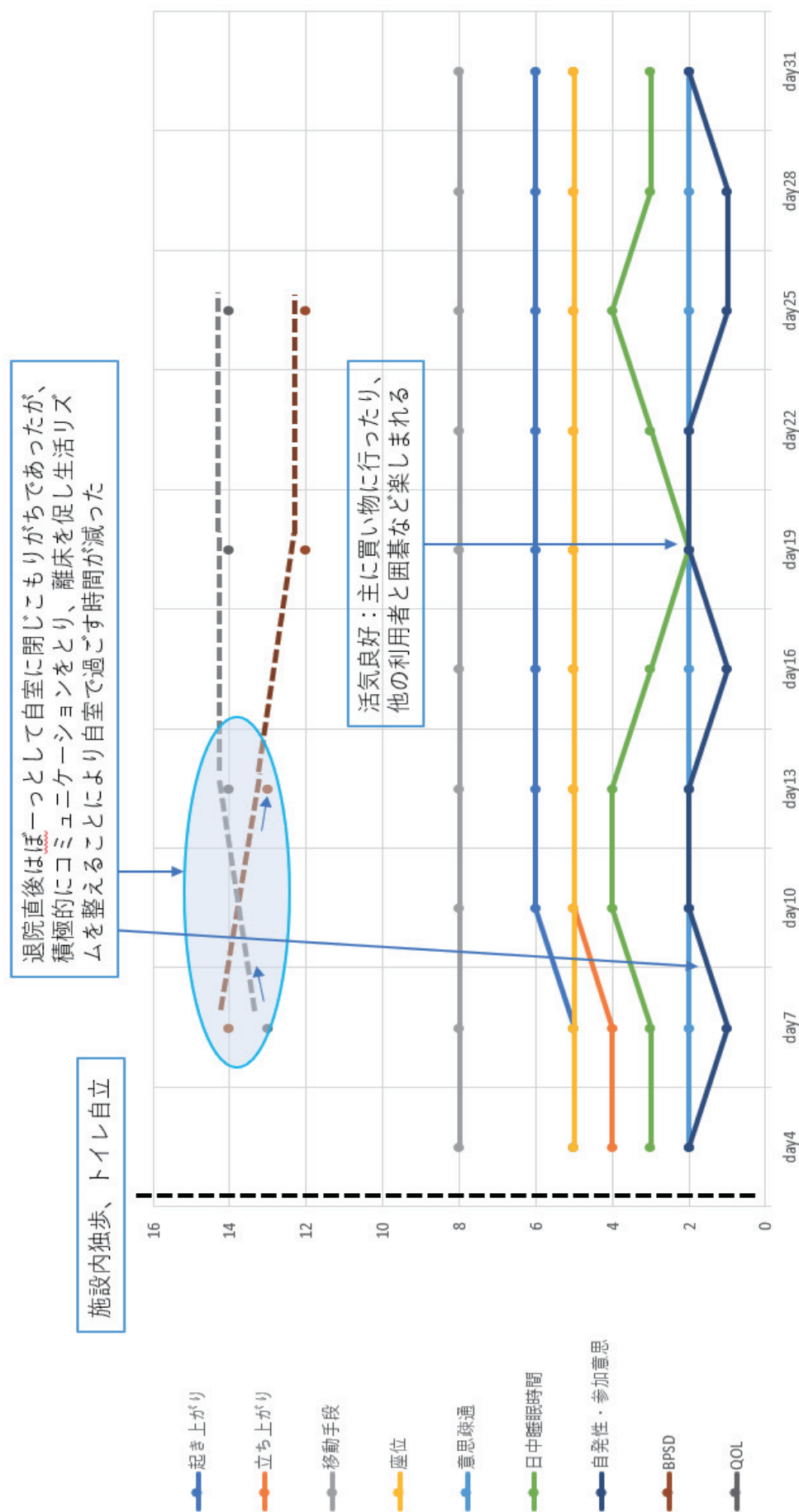
＜家族調査＞

未回収

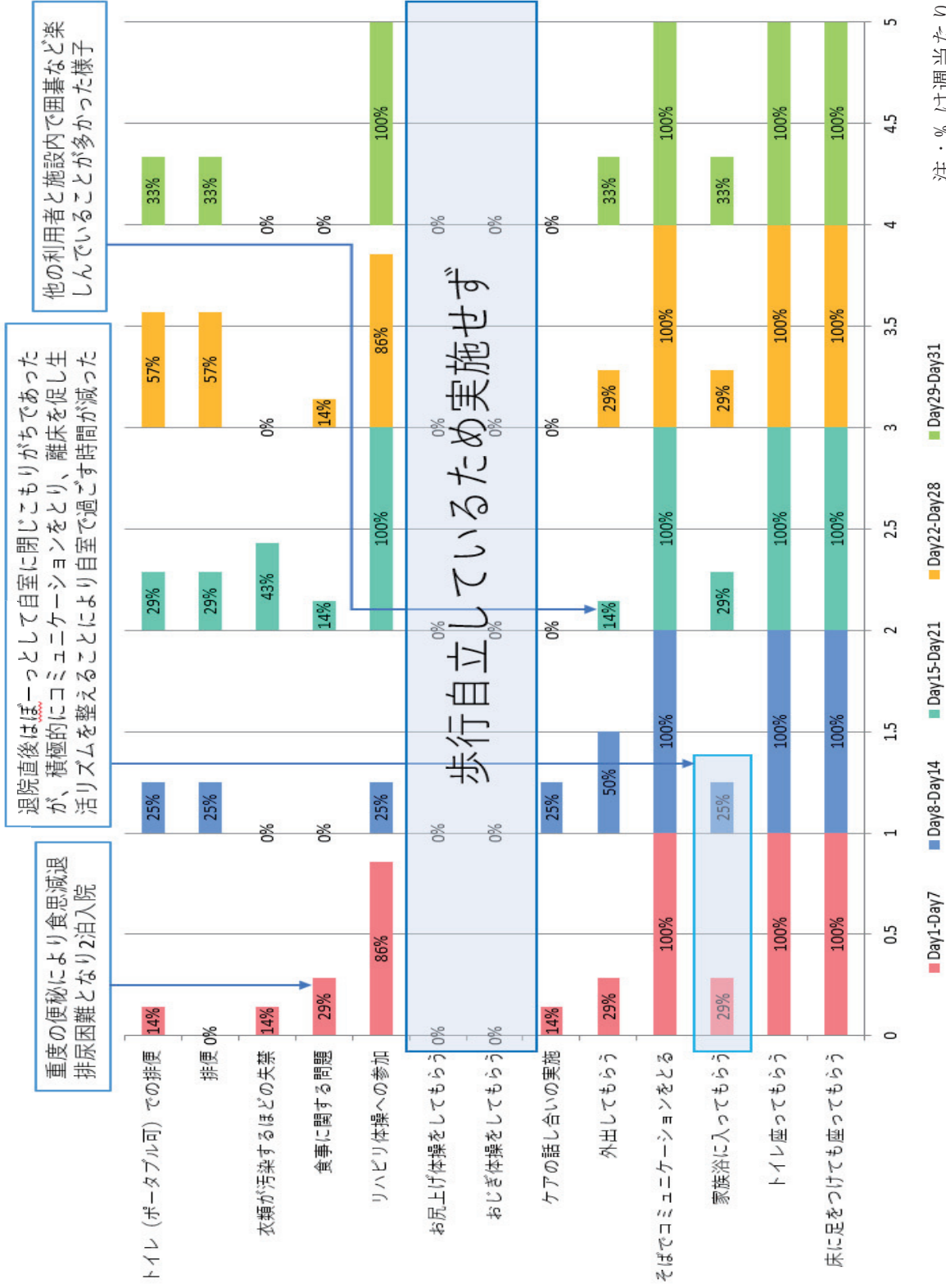
＜退院直後と調査終了時の座位姿勢の比較＞

未回収

図Ⅲ-1-11 事例 D の経過



図Ⅲ-1-12 事例D 「10の基本ケア」の実施状況



ID E 91 歳 / 男性

疾患名：糖尿病 高血圧 水頭症 尿道狭窄 前立腺癌

事業所利用期間：2018 年 12 月 10 日～ 継続中

<ケースの経過>

入院中は車いす上での生活だったため、退院直後はふらつきがあり手引き歩行であったが、2 日目以降は一人で杖歩行している様子もみられた。歩行が安定しない時もあり、随時見守りを必要としていた。排便は、失禁のためオムツ着用となっていたが、サービス利用開始後は声かけとトイレ誘導を継続的に行うことで、4 週目以降は寝衣が汚れるほどの失禁はなくトイレに座って排泄することができている。利用者から「自宅に帰る」「会議に行く」「家族に電話をかけてほしい」「酒が飲みたい」などの発言が聞かれることもあるが、リハビリ体操への参加や他の利用者との談笑、お酒の代わりにお湯を使って他の利用者と晩酌をするなど穏やかに過ごしている。26 日目および 43 日目に、尿路感染症で医療機関を受診している。発熱や悪寒、腰痛により自発性の低下や日中の睡眠が増加したが、身体機能の著しい低下はみられていない。

<スタッフがケアに際して意識していた点>

- ・ 転倒のリスクがあったため、足がしっかり上がっているかを観察するように心がけた。
- ・ 病院から、水分の摂取が少ないと報告を受けていた。水分摂取を促すため、**お酒が飲みたいという利用者の意思に合わせて、徳利にお湯を入れることで、自ら水分摂取をするように心がけた。**
- ・ 大声を出していても、迷惑になるとは思わずに、社会性が強い方だと解釈し、その都度対応するようにした。
- ・ 足の力が弱いため、方向転換の際はふらつきがないか、意識して見守った。
- ・ 利用者が過ごしやすいうようにするため、**自分が好きなことをできるように努めた。**
- ・ 表情の変化に気づき、**外出など気分転換**をすることで、ストレスの軽減に努めた。

<家族調査>

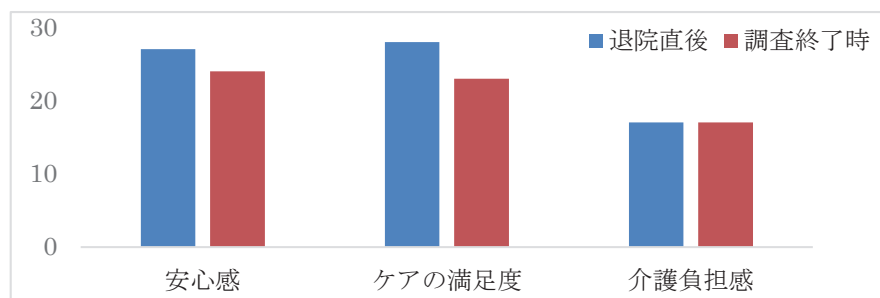
回答者：66 歳男性 続柄：長男

初回：飲酒量が減り、インスリン注射が不要になった

2 回目：入院中の移動は車椅子のみだったが、自力で座り、杖歩行ができるようになった。

家族は、食事・投薬・インスリン注射の介助がなくなり精神的に楽になった。

図Ⅲ-1-13 事例 E 家族調査



利用者が自宅に戻って生活することに対する安心感やケアの満足度は低下し、介護負担感が変わらなかった。個別の項目を検討したところ、安心感の「利用者が苦しくなく過ごせると思う」「安心して自宅療養ができる」という項目は低下していたが、「安心して支援が受けられる」という項目では安心感が高まっていた。在宅生活へのイメージが具体化するにつれて家族の不安感が増大した一方、職員との関わりを通じて困った時に支援が得られるという感覚が増大した可能性が考えられる。ケアの満足度については、全項目で変化しなかったまたは低下しており、高まっていた項目はなかった。

介護負担感の合計得点は、サービス利用開始時と調査終了時では変化していなかった。項目ごとに検討したところ、調査終了時に「自分の思い通りの生活ができなくなったと思うことがある」という負担が増えた一方、「どうしていいかわからないと思うことがある」「全体的な介護負担感」は低下していた。家族は、もともと利用者の内服やインスリン、食事管理に精神的負担を感じていた様子があり、サービス利用後も、十分に自分の時間を確保できているとは感じられていない可能性がある。しかし、サービスを利用できていることやその中での介護専門職との関わり、利用者本人の状態の変化から、困った時の対応に関する負担感や介護の全体的な負担感が軽減した可能性がある。

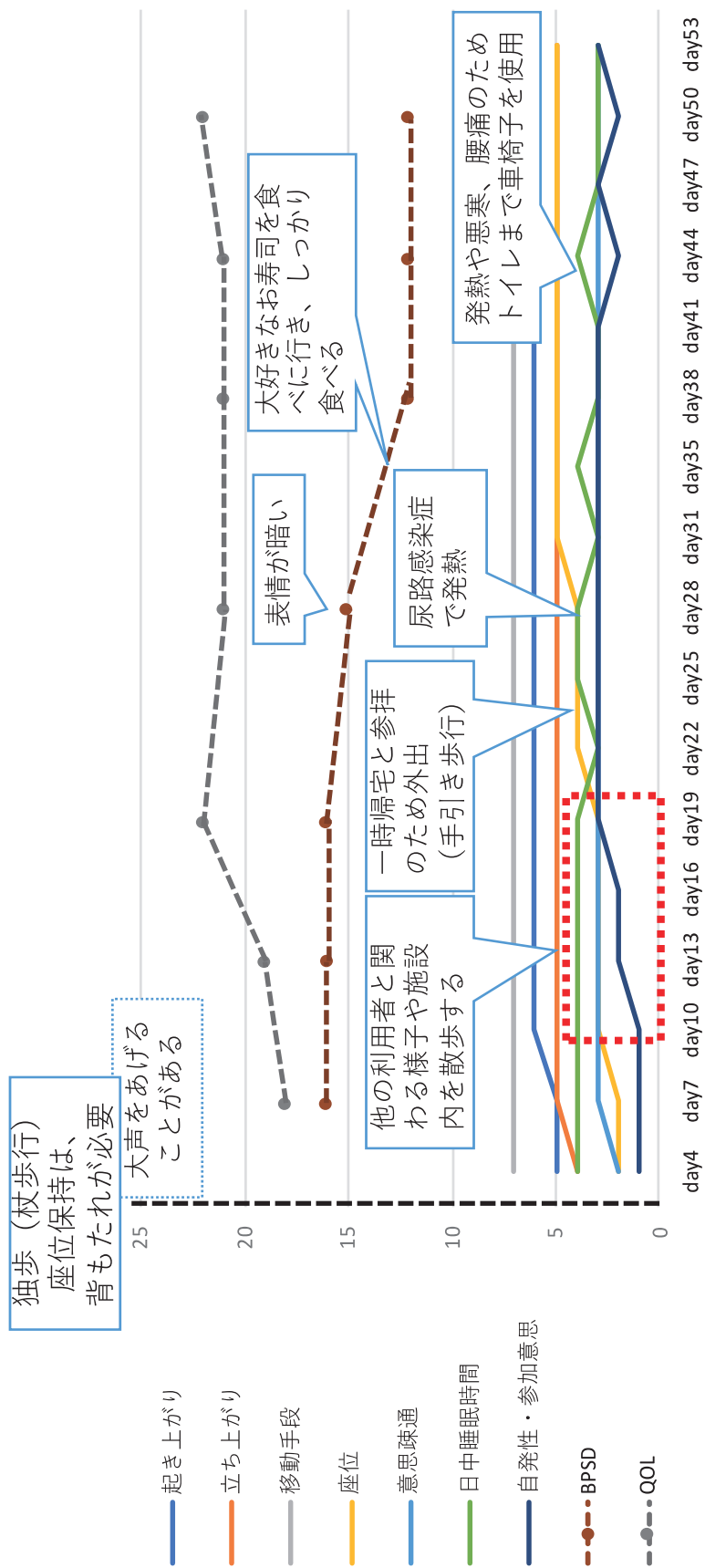
<ケースからの気づき>

- ・ 利用者の意向やこれまでの人生を尊重して関わることで BPSD が軽減し、穏やかに過ごしている。
- ・ トイレ誘導や食堂での食事などの日常生活動作が実施できるよう、継続的に声かけ・支援することで、ADL が改善した。
- ・ どの状態でふらつきが生じやすいかを把握し見守ることで、転倒せずに過ごしている。

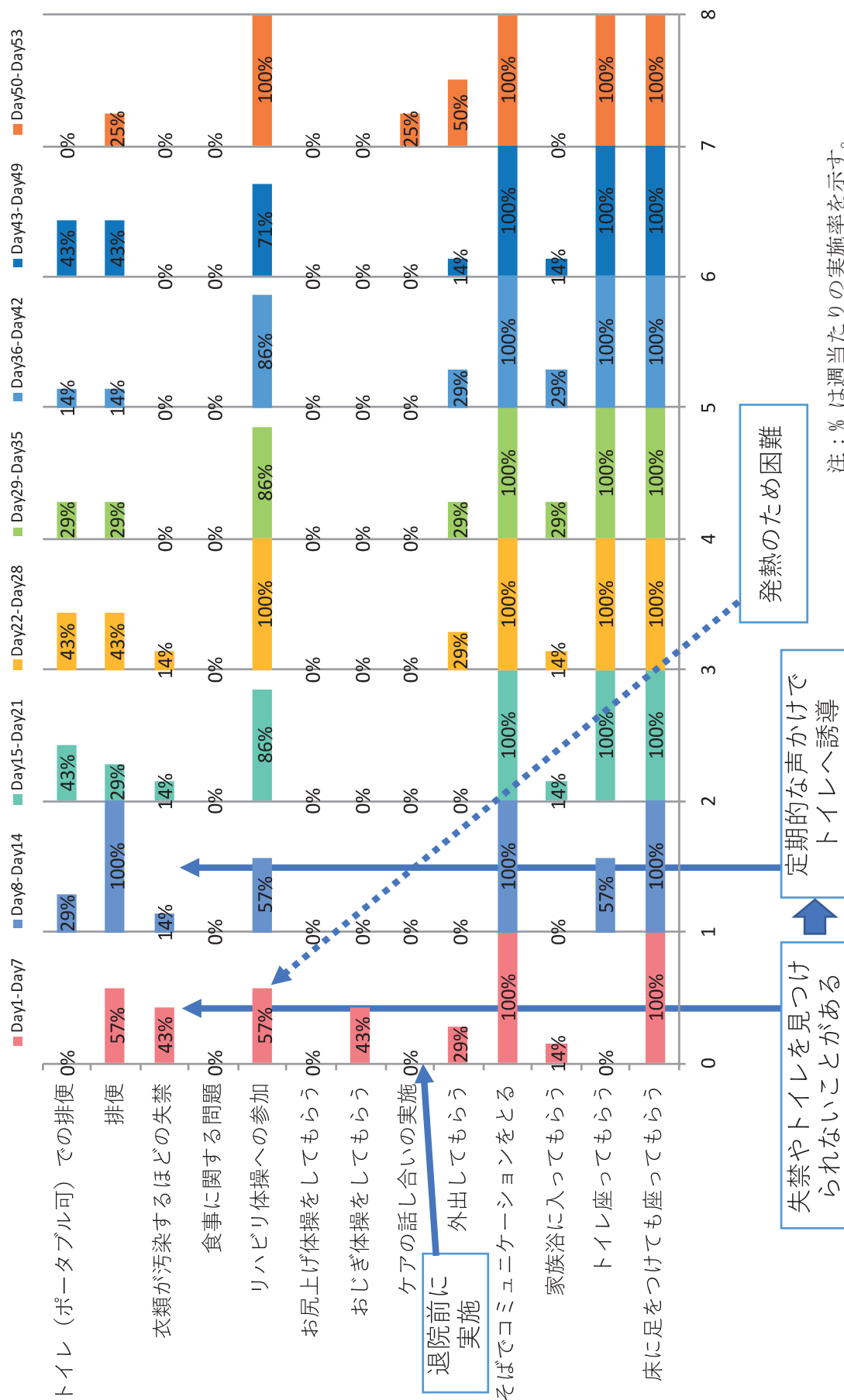
<ケースからの課題>

- ・ 尿路感染症を予防するために、医療スタッフと連携・協働し日々の清潔管理を実施する必要がある。

図Ⅲ-1-14 事例 E の経過



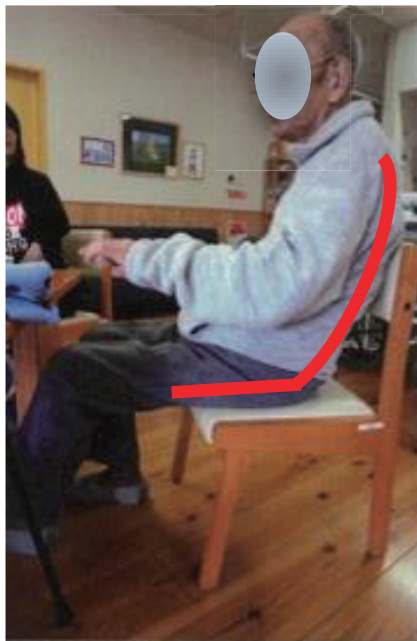
図Ⅲ-1-15 事例 E 「10 の基本ケア」の実施状況



＜退院直後と調査終了時の座位姿勢の比較＞

図Ⅲ-1-16 事例 E の写真

退院直後



退院後 31 日目



※退院直後は体幹が安定せず、まっすぐ座ることができなかった。調査終了時には座位姿勢が安定した。

ID F 90 歳 / 男性

疾患名：慢性胃炎、便秘症、膀胱癌、脳梗塞

事業所利用期間：2018 年 12 月 5 日～

＜ケースの経過＞

退院の際、独居であり医師からの勧めもあって、サービスの利用を開始した。退院時は早期の在宅復帰を希望していたが、寒暖差が苦手なこともあり、季節が暖くなるまで泊りサービスを利用することとなった。シルバーカーにて歩行していたが、サービス利用開始時は後方へのふらつきがありせっかちな性格であるため、転倒のリスクが高い状態であった。また義歯装着が困難であること、こだわりが強いことから、食形態にも工夫が必要だった（退院時はエンシュアが処方されていた）。サービスの利用を開始した翌日から、リハビリ体操に参加した。病院ではない自宅のような環境で落ち着いて過ごしており、他の入居者やスタッフとの交流も増えていった。

利用開始 9 日目に軟便の大量失禁あり、エンシュア摂取による可能性を考え、摂取量を徐々に減らしながら、利用者の意向に沿った食事形態を工夫して提供し、軟食から常食へと変更することで食事摂取量が増えていった。軟便が落ち着き食事量が増えたことから、リハビリ体操への参加を意欲的に継続できるようになり、23 日目にはデイサービスで行われている転ばぬ体操にも参加した。その頃には、シルバーカーを使わなくても安定した歩行ができるようになっていた。日中は居室で過ごすことが多かったが、他の利用者との関わりや好きな入浴なども、適宜行うことができていた。他の利用者の心配をしたり、自分の食器を片付けたりするなどの社会的側面も充実し、生活を送っている様子であった。家族との関わりも良好で、利用者が必要な時には一時帰宅をしたり、外食のために外出したりした。時々原疾患からくる血尿や体調の変化もあるが、利用者の意向を大事にしながらの関わりで、おおむね安定して経過している。

＜スタッフがケアに際して意識していたこと＞

- ・ こだわりが強い方だったため、利用者のこだわりを把握したらスタッフ間で共有し、過ごしやすくなるように努めた。
- ・ 運動が好きな方であり、自ら積極的に運動をしていた。そのため、体操への参加は利用者の意向に任せ、無理に参加させることはしなかった。

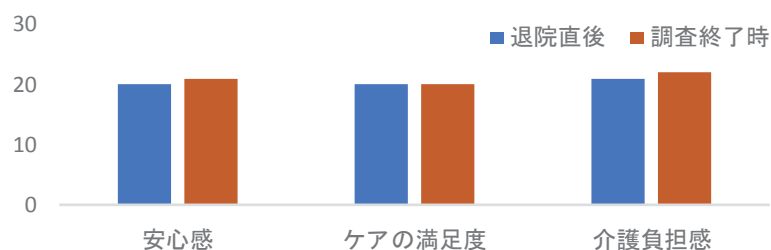
<家族調査>

回答者：58歳 女性 続柄：長女

初回：誰かがいてくれるという安心感を、家族・本人ともに持つことができていた。

2回目：寒い時期のため、歩かなくなって体力が落ちたようだ。いつもスタッフの目があるので、一人暮らしの時よりも安心感がある。

図Ⅲ-1-17 事例 F 家族調査



安心感はやや向上したが、介護負担感は増加した。これには、家族が利用開始当初に「利用者はこだわりの強い人であるため、事業所での生活にストレスを感じないか、うまく他の利用者と過ごせるか」と気にしていたことが、影響していることが考えられる。サービス利用開始後、利用者が穏やかに生活を送っていたことから、事業所のスタッフを信頼したことで安心感が増したと推察される。介護負担感については、サービス利用開始後から血尿や発熱をしばしばみとめており、病院などへ連れて行く機会が増えたことにより負担感が増加した可能性が考えられる。

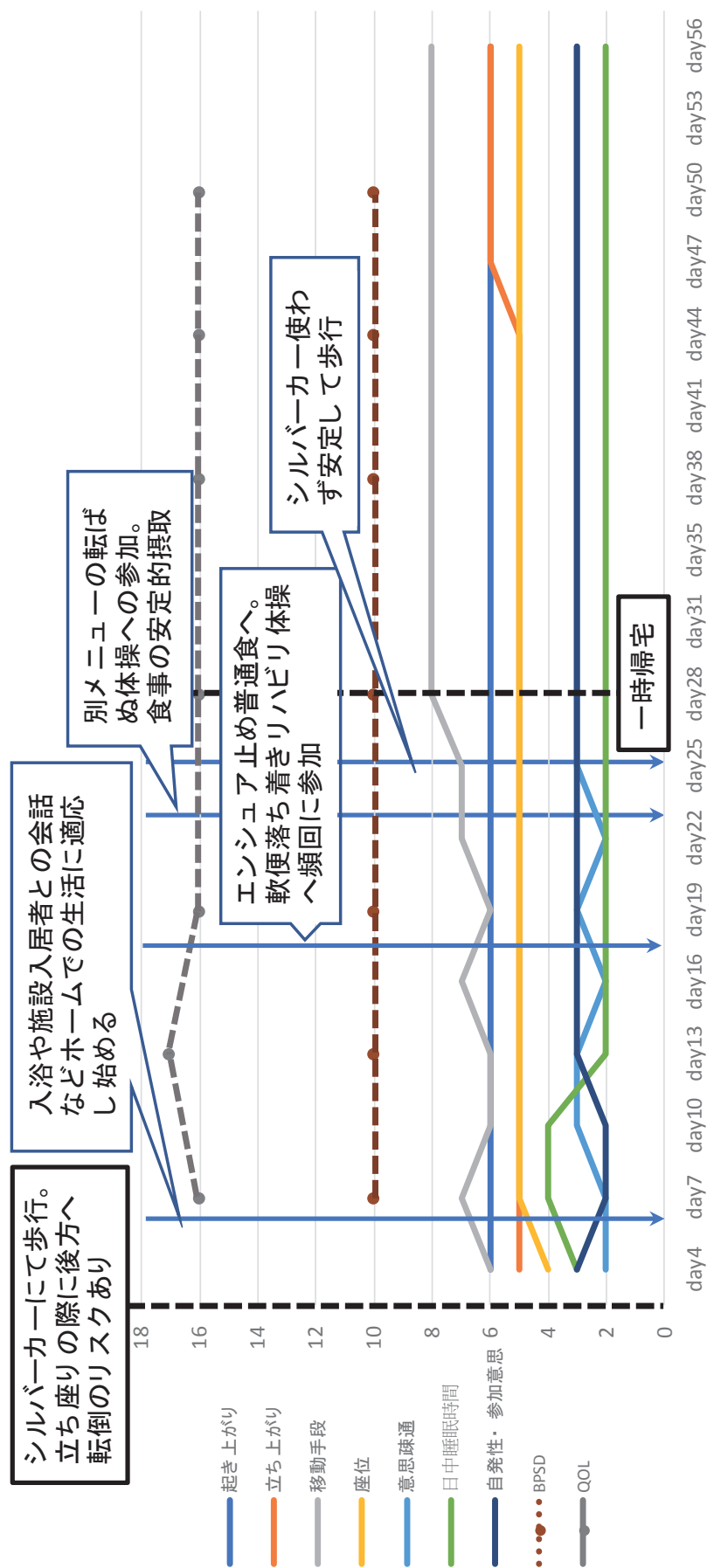
<ケースからの気づき>

- ・ 利用者の身体状況を捉えて、適切なタイミングでリハビリ体操の導入ができている。利用者の意向をうまく把握したことが、ADLの改善につながった可能性がある。
- ・ 利用者の好みや考えをよく聞いて記録に残し、共有していることから、ケアが継続的に提供された可能性が考えられ、**利用者とスタッフとの信頼関係が構築され**、利用者が事業所になじむことにもつながったと考えられる。

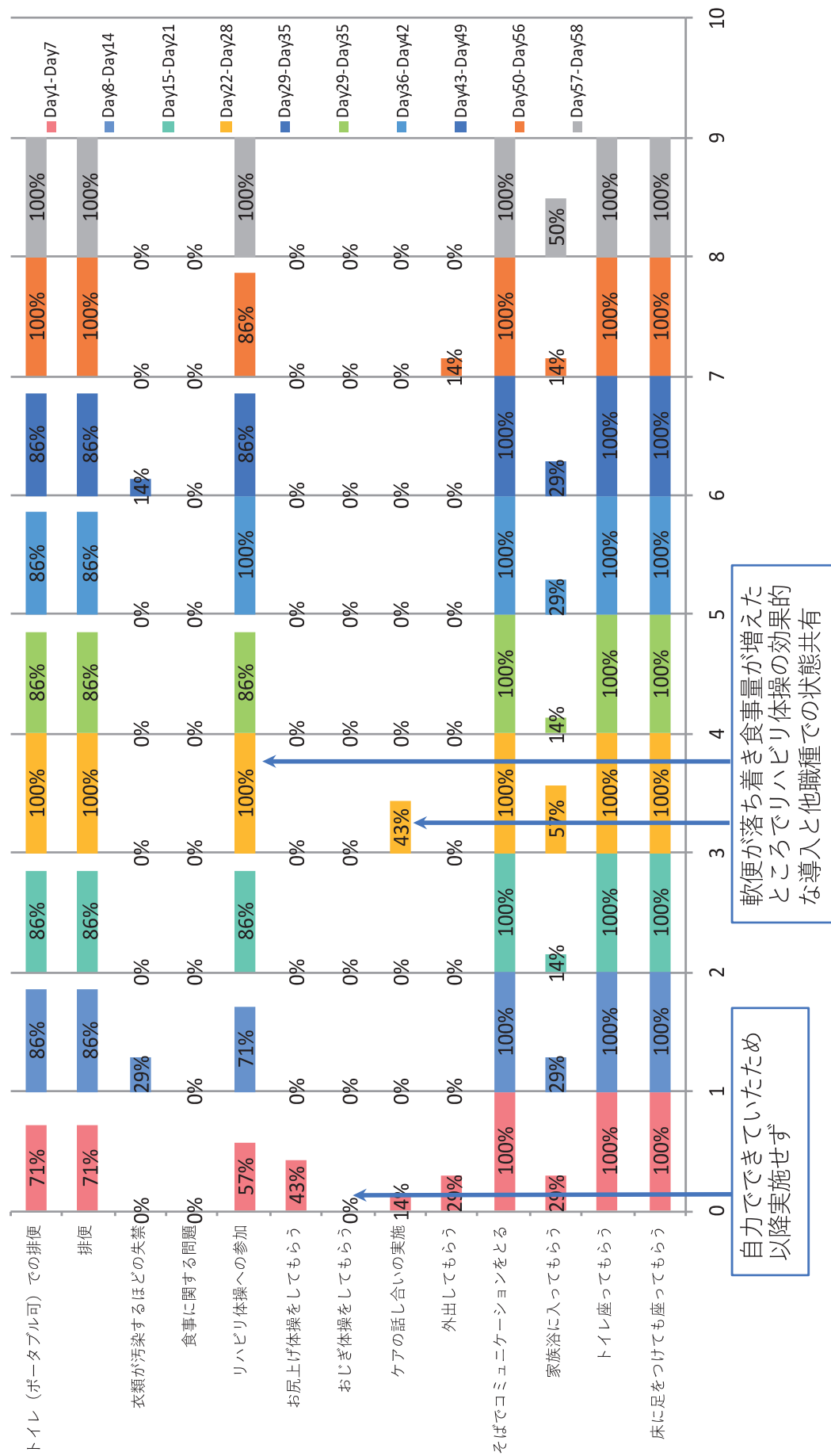
<ケースから考えられる課題>

- ・ 食事形態や義歯の調整など、他分野の専門職との連携がスムーズにできるような仕組みが必要である。

図Ⅲ-1-18 事例 F の経過



図Ⅲ-1-19 事例 F 「10 の基本ケア」の実施状況



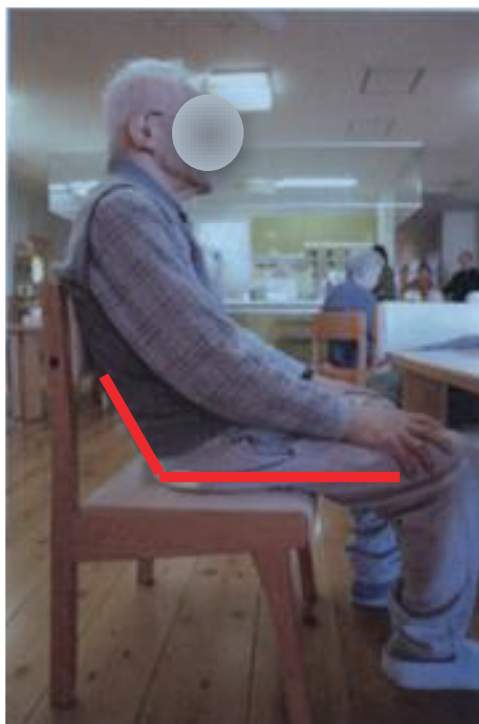
注：％ は週当たりの実施率を示す。

＜退院直後と調査終了時の座位姿勢の比較＞
図Ⅲ-1-20 事例 F の写真

退院直後



調査終了時



※退院直後は体幹が安定せず、まっすぐ座ることができなかった。調査終了時には座位姿勢が安定した。

ID G 87 歳 / 女性

疾患名：糖尿病 慢性腎不全

事業所利用期間：2018 年 11 月 16 日～

＜ケースの経過＞

退院直後は車椅子を使用し、移乗の際は腰の支えが必要であった。2 日目から車椅子を自走する様子が見られ、4 日目から歩行練習を開始した。リハビリ体操やお尻上げ体操を積極的に行ったところ、ピックアップ歩行器を使用して見守りなく歩行できるまで、ADL が改善した。しかし 17 日目に腰痛が出現し、腰椎圧迫骨折疑いと診断された。疼痛のため、しばらく歩行練習やその他の体操も実施できず、腰痛が軽減した 37 日目頃より歩行練習や体操を再開することができた。本人は「歩けるようにならなければ」とリハビリに積極的だったが、慢性腎不全で血液透析を行っていたため、透析日は本人の倦怠感の状態に合わせて、リハビリを調整していた。事業所で行われるケーキ作りやおせち作りなどのイベントや、夫に髪を切ってもらったり、一緒に外食に出かけることを楽しんでいる様子がみられる一方で、他の利用者に憤慨したり、自宅に帰りたいという発言も聞かれ、ストレスを感じている様子もあった。

＜スタッフがケアに際して意識していた点＞

- ・ 利用者の入院中にスタッフが病院を訪問し、自宅に退院することが難しい状況であっても、ショートステイの利用を希望している本人の意向を把握した。
- ・ 日々のコミュニケーションを意識して取り、信頼関係を築いた。業務の間で、数分でもわずかな時間が空く時には、様子をうかがうなど声かけを行った。また、スタッフも自分のことを話すなど本人との会話を楽しむような姿勢でコミュニケーションを取り、打ち解けられるような関わりを行なった。
- ・ 腰痛や透析後の倦怠感によってリハビリが行えない際には、**強要はせず本人の意思を尊重**した。しかし、その日の表情や顔色、仕草から判断し、リハビリを促し、実施することもあった。
- ・ 幻覚が出現した時には、ご本人にも幻覚の自覚があり、自尊心が傷ついている様子があった。その際には、本人の気質ではなく薬剤による症状であること、薬剤を中止したため、症状は落ち着く旨を説明した。またスタッフと外出する機会や、同敷地内の他の施設を利用している夫と会話できる機会をもうけた。
- ・ 幻覚が出現した際には、すぐに主治医へ報告を行った。
- ・ **ストレスが強い際には、本人にストレッサーを聴取**したところ、他の利用者の認知症の症状（自分の部屋の扉を開けること、部屋に入り箆笥の扉を開けること等）にストレスを感じていることが分かった。他の利用者の行為を止めることはできないが、スタッフがそばで見守るため、誤って私物が紛失することはないと繰り返し説明し、本

人の安心につながる関わりを行った。また、本人が好きだった**外食に週に2～3回誘う**ようにし、**気分転換**を行った。

- 腰痛によりリハビリ体操への参加が難しかったため、個別に行うお尻上げ体操とおじぎ体操は実施せず、状態が良くなってきた段階で促していた。

<ケースからの気づき>

- 日々の関わりの積み重ねにより、質の高いケアが提供されていた。日々のコミュニケーションを重ねることで、本人から「この人にお願いすれば大丈夫」との発言が聞かれるように、**信頼関係が築かれていた**。日々の観察を丁寧に行うことで、本人のリハビリテーションへの意欲が低下した際にも、その日の表情や顔色からスタッフが判断して促し、リハビリテーションの実施を行った。

<ケースから考えられる課題>

- もともとリハビリに積極的だったが、腰椎圧迫骨折による痛みで日常生活に影響が生じていた。ADLの維持や拡大を目指す上で、疼痛コントロールの検討が必要である。
- 認知症のある方など他の利用者に対して、利用者が苛立つ場面があった。スタッフによる認知症患者への対応だけでなく、利用者同士のトラブルを予防するための取り組みも検討する必要がある。

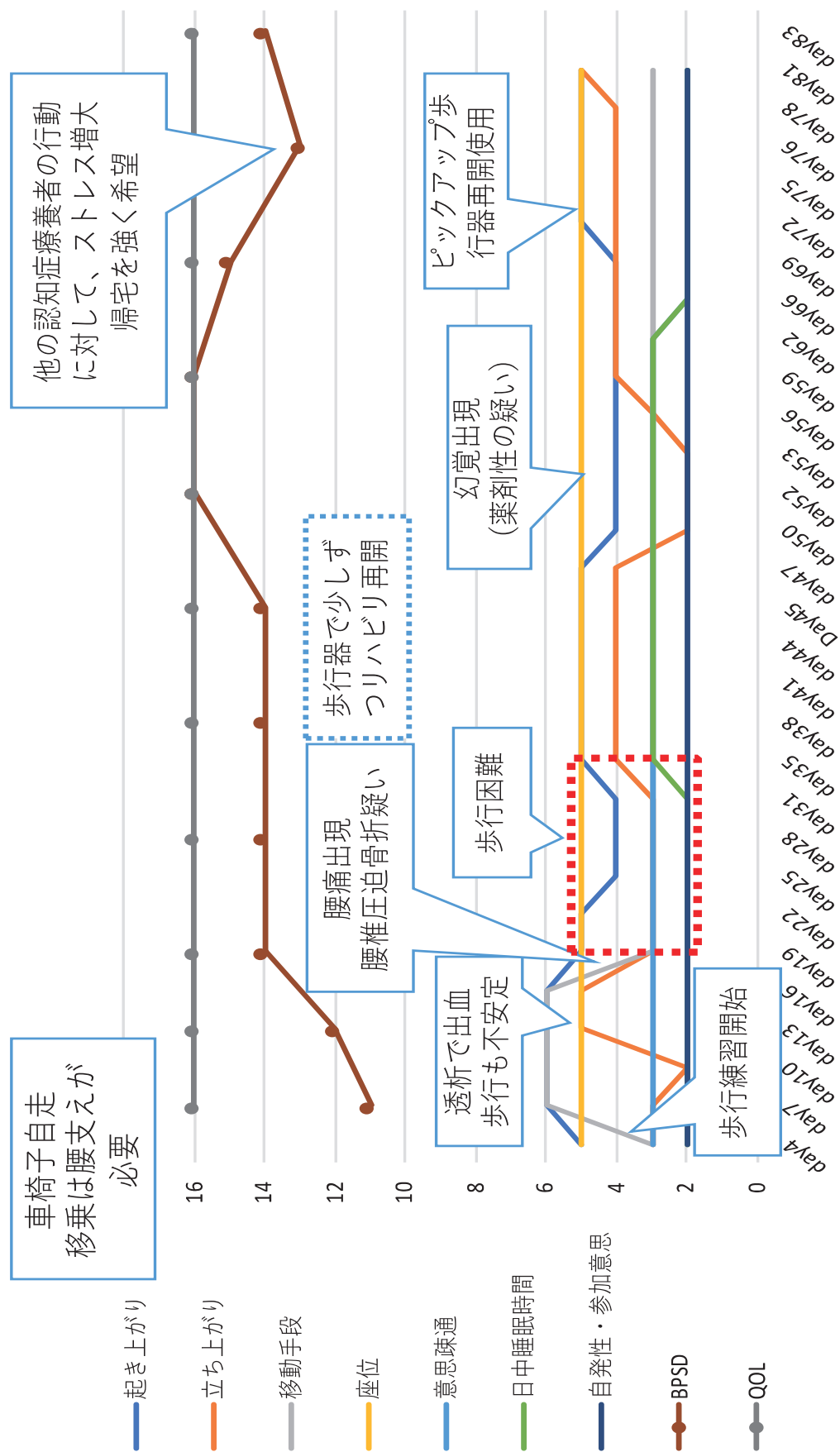
<家族調査>

未回収

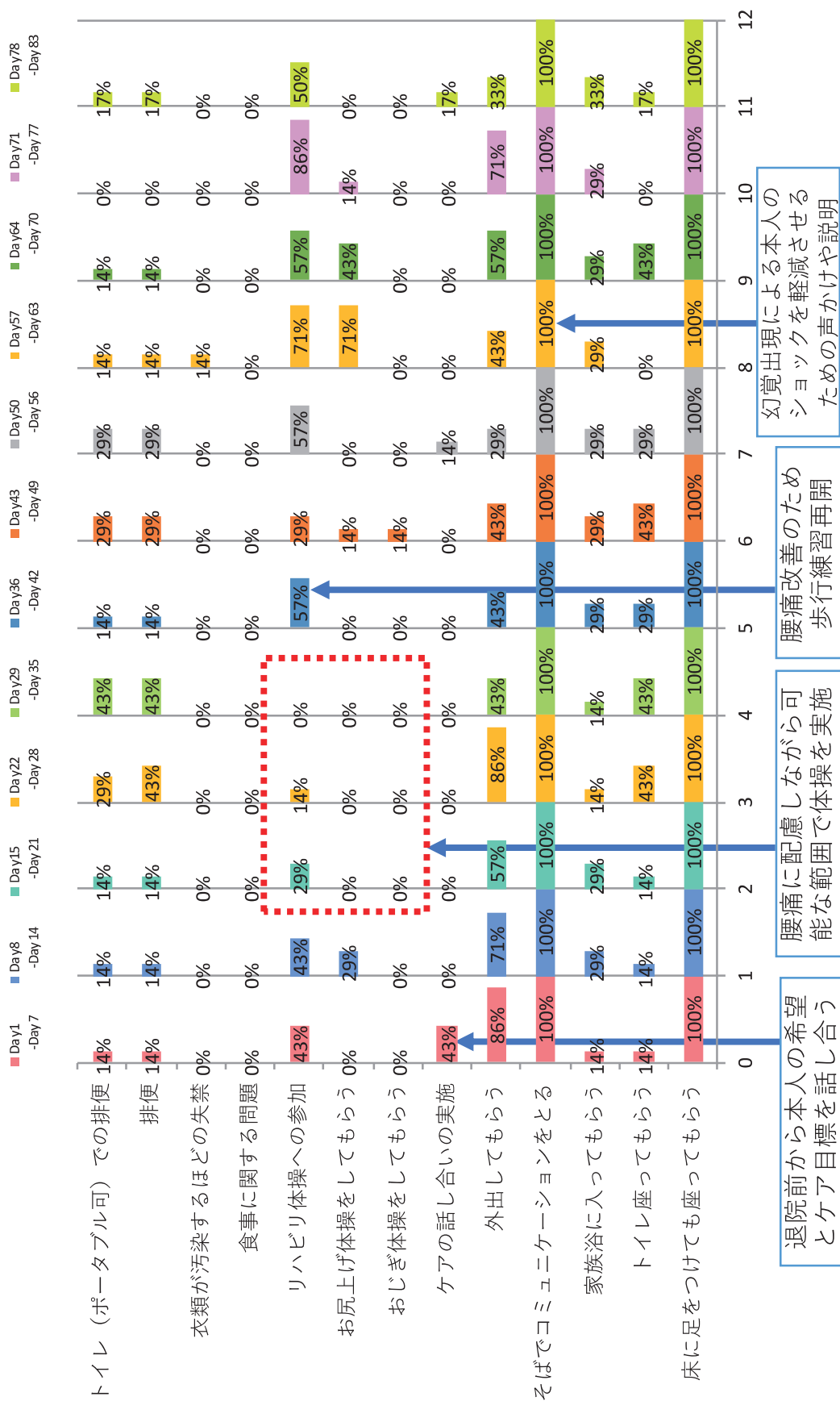
<退院直後と調査終了時の座位姿勢の比較>

未回収

図Ⅲ-1-21 事例 G の経過



図Ⅲ-1-22 事例 G 「10 の基本ケア」の実施状況



ID H 81 歳 / 男性

疾患名：腓尾部癌、正常圧水頭症

事業所利用期間：2018 年 11 月 21 日～11 月 26 日

＜ケースの経過＞

入院前は、同法人のデイサービスを利用していた。体調不良により入院し、がんのターミナル期と診断を受けた。退院の際は、自立して歩行、排泄を行っていた。サービス利用開始時より衰弱が著明であり、食事は拒否することが多く、摂取しても 1 割程度であった。亡くなる三日前に入浴を行い、利用者は満足した様子であった。その後、倦怠感が増加し、水分摂取量が減少していったが、タイミングをみた促しによりトイレで排尿できた。亡くなる当日は 2 度の吐血を経て、奥様に見守られながら亡くなった。

＜スタッフがケアに際して意識していた点＞

- ・ 入院中、スタッフは頻繁に病院を訪問し、医師、看護師、利用者や家族と話し合いを行った。利用者と家族には、ショートステイの特徴（自宅に近い環境である、看護師などの医療職は常駐していないなど）を説明し、理解してもらった上で、ショートステイで看取りを行うことを相談して決めた。
- ・ 入院中のカンファレンスで泣き続ける妻に対し、自信をもって最期まで看取ることができるというスタッフの想いを伝えた。
- ・ 面会時間の制限や、食事制限は行わず、**利用者と家族が過ごしやすいような環境を整えた**。利用者は希望した持ち込み食を摂取し、家族は自由に寝泊りを行った。
- ・ 退院時、利用者には自宅に帰りたいという強い希望があったが、ショートステイから自宅へ戻ることは困難な状態であった。そのため、利用者に最後の帰宅になることを伝えた上で、退院時にスタッフが付き添って自宅に立ち寄り時間をもうけてから、施設へ移動した。
- ・ 利用者が入浴を希望した際には、同敷地内の他施設スタッフにも協力を依頼し、利用者と家族にとって最も良いタイミングで入浴を行った。
- ・ スタッフにとって利用者の苦痛の訴えを聞くことは辛い経験だったが、**手を握ることやマッサージなど、スタッフ自身ができることを行い、利用者に寄り添った**。
- ・ カンファレンスで看取りを振り返り、この経験を今後のケアにどう活かすか、話し合いを行った。

＜このケースからの気づき＞

- ・ 短期間のケアの中で利用者の快体験を引き出すことができたのは、スタッフに終末期ケアに関する知識と経験があったためと考えられる。

- ・ 終末期における患者の多様かつ急激な変化への対応を行うことができていた。訪問診療医との連携ができていたと考えられる。

<このケースの課題>

- ・ 看取りの場面では、利用者の意向の把握や予後予測などが重要になるため、医療者との適切な連携が必要である。

<家族調査>

2 時点目の質問紙未回収

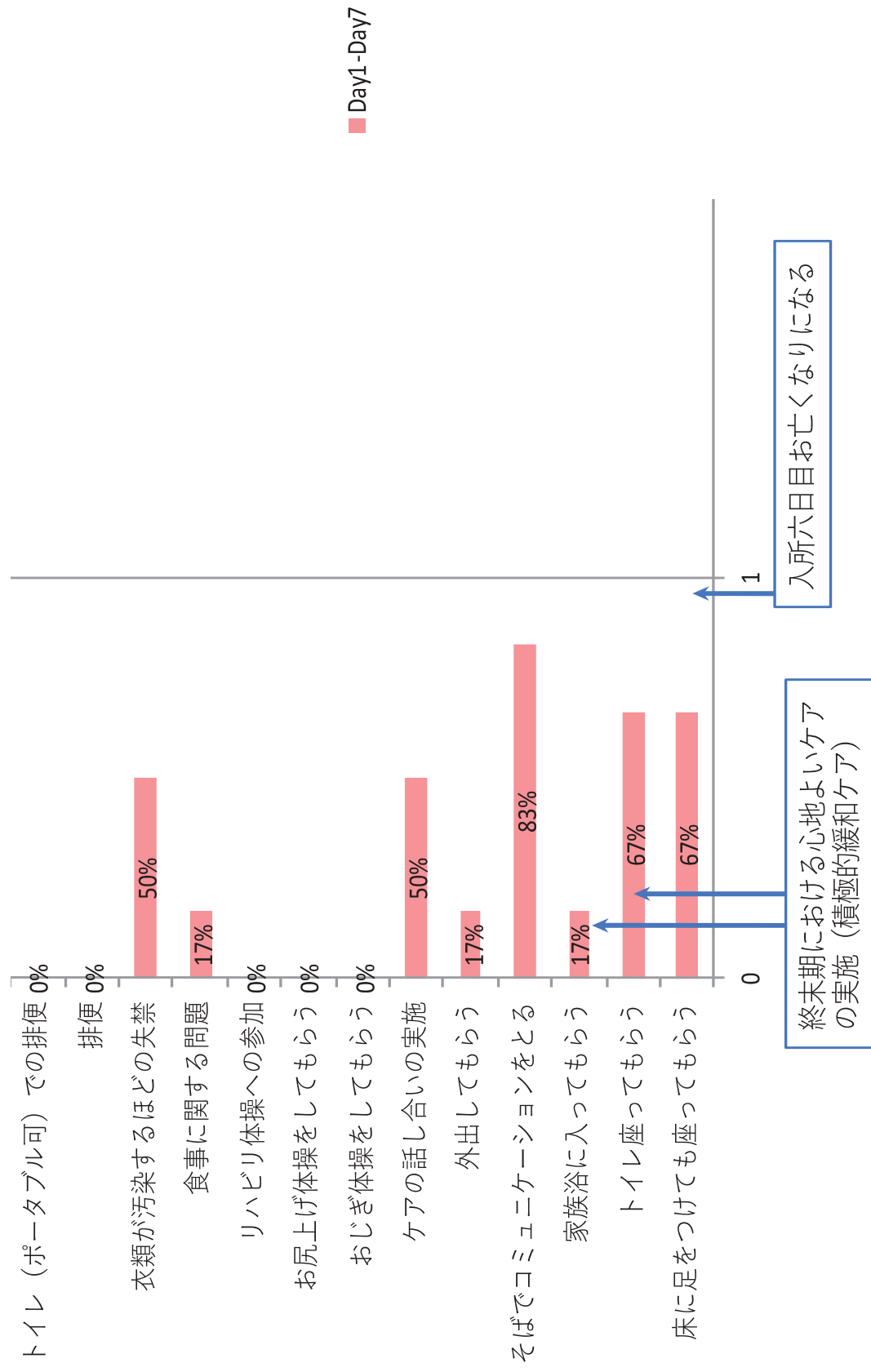
<退院直後と調査終了時の座位姿勢の比較>

未回収

<経過>

1 時点の記録のみのため経過図は作成しなかった。

図Ⅲ-1-23 事例 H 「10 の基本ケア」の実施状況



4. 考察

本章では、小規模多機能事業所の泊りサービスで実施されている「10の基本ケア」のプロセスに着目し、事例としてまとめた。

今回の調査では、「10の基本ケア」に基づく小規模多機能型居宅介護あるいはショートステイにおけるケアの特徴として、以下のことが明らかとなった。まず、退院前あるいは直後に**利用者・家族とスタッフで共通の目標を設定し、その目標に向けて日々のケアを実践**していた。日々のケアの実践の中では、**日常の動作をリハビリと捉え、1回の動作は短時間であっても毎日、数を重ねて実施**するように心がけていた。そして、在宅へ戻ってもこの動作をそのまま継続できるように、**本人と一緒に自宅環境を整えていた**。また、**常にコミュニケーションをとることによって利用者との信頼関係を構築し、利用者の意向を把握**していた。利用者の希望を尊重し、リハビリ体操などのレクリエーションへの参加を強制せず、落ち着いて過ごせるように努めていた。これらのケアは、認知症の有無にかかわらず実施されていた。各事例に共通する関わりにおいて重要なポイントと課題と考えられる点を、以下で検討する。

(1) 共通の目標を見つける

すべての事例で、本人・家族を含めたケアカンファレンスを、入院中・あるいは退院直後に実施していた。ここで、在宅へ戻るおおよその時期やどこまでADLが向上したら在宅へ戻るか、などについて具体的に話し合っていた。そして、利用者・家族ともに納得が得られた共通の目標を定め、関係者間で共有していた。利用者・家族が納得した上で共通の目標をもつことにより、利用者のリハビリ意欲の向上につながる事が考えられる。また在宅へ戻る際の利用者の状態が、家族にも具体的にイメージできるようになり、利用者の在宅復帰への不安が軽減される可能性がある。さらにスタッフも、サービス利用開始から本人に合ったケアを提供することができる。例えば、利用者Cの事例では「夜間に一人でトイレに行ける」ことができたなら在宅へ戻るという共通の目標が設定された。その目標に向けて、立ち上がり動作をスムーズにするため、リハビリ体操や日々の立ち上がり動作を本人が積極的に行い、スタッフもそれをサポートした。このように、共通の目標を持つことは、在宅復帰をスムーズに進める要因となっていると考えられる。

(2) 日々の日常動作をリハビリにする

すべての事例で、「地面に足をつけて座る」「トイレに座る」「座って食事をする」ことを実施していた。これらの動作は、1回の動作時間は短い、1日に何度も実施される。ここでの特徴は、これらの動作を支援する際に、リハビリという目的を意識して取り組んでいたことである。足をつけて座ることで、体幹が安定し体幹の筋群を鍛えることができる。「地面に足をつけて座る」「トイレに座る」「座って食事をする」と

いった日常の動作を毎日徹底して行うことが、ADL の維持・向上につながり、在宅復帰へと進む要因となっていることが考えられた。

また、日常生活動作をリハビリと捉えることは、在宅復帰を促進する要因としてのみならず、認知症の人の ADL 低下を防ぐ上でも効果的であるといえる。認知症の人のリハビリは、BPSD の症状の波があることにより、本人のリハビリに対するモチベーションを保つことが難しい。そのため、リハビリが計画通り実施できず、寝たきりの状態になるリスクが高い。認知症の人に対して日常生活動作を通してリハビリを行うことで、本人に意識させずにリハビリを実施でき、ADL 維持を促すことが可能と考えられる。

(3) 家の環境を整える

在宅復帰を目指す場合は、在宅へ戻る前に、利用者と自宅へ行って家具とベッドの配置を調整するなど、自宅の生活環境を整えていた。このことにより、事業所で実施していた「10 の基本ケア」における起き上がり立ち上がりの動作が、在宅に戻っても継続できるようになっていた。在宅へ戻った際、トイレに行くといった基本動作を自立して行えるようになることから、利用者・家族のストレスが少なく過ごすことができ、在宅生活を継続していける。例えば利用者 C の事例では、事業所で実施している立ち上がり動作を自宅でも継続できるように、利用者の家にベッドを導入しタンスの配置を変えていた。このように家の環境を整え、特にベッドから立ち上がりやすいように家具の配置をすることは、在宅での生活を継続する上で重要であると考えられる。

(4) 毎日のコミュニケーションをとり本人の意向を尊重する

すべての事例で、スタッフは毎日利用者のそばで、コミュニケーションをとっていた。また、食事は利用者とスタッフが世間話をしながら、同じテーブルで同じものを食べていた。こうしたコミュニケーションを通して把握した利用者のこだわりや思いを、スタッフ間で共有していた。さらに生活の中で、利用者の意向を尊重するよう心がけていた。このような日々の継続した関わりを通して、利用者とスタッフの信頼関係が構築され、利用者が自分の思いを表出しやすくなったと推察される。また、意向を尊重してケアをすることで、利用者が穏やかに過ごすことができたと考えられた。

このことは、利用者の QoL のスコアは全体的に高く、BPSD のスコアは低かった結果からも裏付けられる。さらに、腰痛などによって ADL が一時的に低下しても、QoL は保たれている事例や、認知症をもっているサービス利用により QoL が向上する事例がみられた。例えば利用者 E の事例では、認知症があり昼夜逆転がみとめられる利用者に対して、本人の大好きな店と一緒に外食に出かけたことがきっかけで、利用者の表情が柔らかくなり、昼夜逆転がみられなくなったという効果がみられた。このこ

とからも、利用者の意向を尊重して関わることは、利用者がよりよい生活を過ごす上で重要である。また、利用者が穏やかに過ごすことで、本人の意向を把握しやすくなり、利用者の望む生活スタイルを提供できることにつながる。

以上より、日々そばでコミュニケーションをとりながら利用者の意向を尊重することは、利用者に対して精神的に良い影響を与えるのみでなく、スタッフが本人の思いを適切に把握する上で重要なポイントであると考えられる。

5. まとめ

本章では、退院後に在宅復帰を目指して小規模多機能事業所およびショートステイを利用した本人・家族が、在宅復帰へ至るプロセスを記述した。その結果、在宅復帰へ至るプロセスのポイントとして、(1) 共通の目標を見つける、(2) 日々の日常動作をリハビリにする、(3) 家の環境を整える、(4) 毎日のコミュニケーションをとり本人の意向を尊重する、という4点が見出された。退院直後のADLが低下している高齢者に対し、これらの支援を意識し、重点的に行うことが、在宅復帰を促し継続させる上で重要である可能性が示唆された。

引用文献

- Abe K, Yamashita T, Hishikawa N, Ohta Y, Deguchi K, Sato K, Matsuzono K, Nakano Y, Ikeda Y, Wakutani Y, and Takao Y. (2015) “A new simple score (ABS) for assessing behavioral and psychological symptoms of dementia,” *J Neurol Sci.* vol.350, pp.14-17.
- Arai Y, Hosokawa T, Washio M, Miura H, and Hisamichi S. (1997) “Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview,” *Psychiatry and clinical neurosciences*, vol.51(5), pp.281-287.
- Igarashi A, Miyashita M, Morita T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, and Eguchi, K. (2012) “A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: a potential new endpoint of cancer care,” *Journal of pain and symptom management*. Vol.43(2), pp.218-225.
- Morita T, Hirai, K, Sakaguchi Y, Maeyama E, Tsuneto S, and Shima Y. (2004) “Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective,” *Journal of Pain & Symptom Management*, vol.27(6), pp.492-501.

Terada S, Ishizu H, Fujisawa Y, Fujita D, Yokota O, Nakashima H, Haraguchi T, Ishihara T, and Yamamoto S. (2002) “Development and evaluation of a health-related quality of life questionnaire for the elderly with dementia in Japan,” *Int J Geriatr Psychiatry*. vol.17(9), pp.851-858.

池上直己監訳. インターライ方式ケアアセスメント ; 居宅・施設・高齢者住宅. 医学書院. 2011.

Ⅲ-2 「10の基本ケア」の第三者評価 ー特養を対象とした訪問調査ー

名古屋大学 予防早期医療創成センター 准教授 伊藤美智予

要旨

本節の目的は、特別養護老人ホームを対象とした第三者によるケア場面の観察評価を通して、「10の基本ケア」を実施している群と非実施群において、ケアの質にどのような差があるのかを検証することである。

対象は、協力が得られた特養9ヶ所とした（「10の基本ケア」実施群 n=4、非実施群 n=5）。本調査では、第三者によるブラインドスタディ法を採用した。第三者である評価者3名がチームで施設を訪問し、約4時間にわたるケア場面の観察に基づきケアの質を評価した。食事、入浴、排泄、移動、機能訓練のケア要素のほか、利用者や職員の関係性などの項目について6段階評価を行った。「10の基本ケア」実施群と非実施群に分け、Wilcoxonの順位和検定を行った。

その結果、「10の基本ケア」実施群において、食事2項目（利用者の希望に応じた食事時間、快適な食事環境の整備）、入浴3項目（自立性の高い入浴形態の導入、利用者の羞恥心への配慮、利用者が入浴を楽しめる工夫）、排泄、合計点で評価が高く、有意な差がみられた。心身機能の重度化を予防し、普通の暮らしを実現するケアの実践が示唆された。

1. 目的

特別養護老人ホーム（以下、特養とする）を対象とした第三者によるケア場面の観察評価を通して、「10の基本ケア」を実施している群と非実施群において、ケアの質にどのような差があるのかを検証することを目的とした。

2. 対象と方法

(1) 対象

日本生活協同組合連合会が各施設へ訪問調査への協力を依頼し、協力が得られた特養9ヶ所（うち2つは地域密着型介護老人福祉施設）を対象とした。「10の基本ケア」を取り入れている施設は4ヶ所（以下、「10の基本ケア」実施群とする）、「10の基本ケア」を取り入れていない施設は5ヶ所（以下、非実施群とする）であった。

「10の基本ケア」実施群の定義として、次の2つの基準を満たすこととした。①法人として「10の基本ケア」を導入している（「10の基本ケア」のうち一部導入の場合は「10の基本ケア」実施群とはみなさない）、②「10の基本ケア」の導入講義を担当している（他事業所に対する「10の基本ケア」の普及活動を担っており、「10の基本ケア」の思想や技術を習得している施設である）。

9施設の概要はⅢ-2-1のとおりである。

表Ⅲ-2-1 対象施設の属性

		ケア実施群 n=4	非実施群 n=5
運営主体	社会福祉法人	4	5
	その他	0	0
開設年	1990年代	1	2
	2000年代	2	3
	2010年代	1	0
種別	介護老人福祉施設	3	4
	地域密着型介護老人福祉施設	1	1
入所定員	特養(人、平均)	58.3	66.0
	ショートステイ(人、平均)	10.8	10.8
届け出	従来型	1	4
	ユニット型	3	1

(2) 方法

① 訪問調査によるブラインドスタディ

本調査では、第三者の訪問調査によるブラインドスタディ（盲検）法を採用した。客観性が担保できる第三者が施設を訪問し、実際にケアプロセスを観察して評価を行った。評価者である調査員3名には、先入観や情報収集によるバイアスを排除するため、本調査の検証仮説や訪問施設名を事前に一切伝えず、訪問調査で得た情報のみからケアの質を評価してもらった。訪問調査は9月末から11月末の約2ヶ月間で集中的に実施した。

② 調査員

調査員は、特養のケアの質を多様な立場から評価できるよう職種の異なる3名に依頼した。具体的には、①施設管理者、②ケア実践者、③外部評価事業等での評価経験者の3名である。①施設管理者は、特養等の社会福祉施設での勤務経験が30数年と長年のキャリアを有し、特養の施設長を5ヶ所経験、現在は法人本部において各施設長のアドバイザー役を担っている者である。②ケア実践者は、約20年にわたり介護療養型医療施設でのケア実践の経験がある。③評価経験者は、主にグループホームの外部評価や福祉施設の第三者評価事業等で評価者として16年、1,000件以上の評価実績を有する者である。

③ 訪問調査の内容

訪問調査では、観察と聞き取り、書面の確認の3つの方法を用いて、事前に作成した2種類の評価票を用いて調査員が評価を行った。訪問調査当日のながれは、①あいさつ、②施設全体の見学、③ケア場面の観察、④聞き取り、⑤最終確認であった。9施設ともに約4時間程度の時間を要した。

施設によって日課が異なるため、ケア場面が適切に観察できるよう、施設ごとに事前にタイムスケジュールを確認し、訪問調査の時間を設定した。訪問調査のすべての過程において、介護主任など当該施設におけるケアの全体的状況を把握している立場の職員に案内いただき、適宜聞き取りや書面確認を行った。

④ 評価方法

i. 評価票 B／評価票 C

ケアの質を評価するための評価票を 2 種類作成した。

評価票 B は、具体的なケア内容を評価するためのものであり、東京都福祉サービス第三者評価事業で用いられている評価項目（特養平成 30 年度版）（東京都福祉サービス第三者評価 2018）を基に作成した。「10 の基本ケア」に関連があると思われるケアプロセスとして、「食事」「入浴」「排泄」「移動」「機能訓練」の 5 領域を抽出し、一部文言の修正等を行い使用した。食事 7 項目、入浴 4 項目、排泄 4 項目、移動 3 項目、機能訓練 4 項目の計 22 項目で構成された（表Ⅲ-2-2）。それぞれの評価項目について、「とても悪い」「悪い」「どちらかといえば悪い」「どちらかといえば良い」「良い」「とても良い」の順に 1～6 点となる 6 段階評価を求めた。

表Ⅲ-2-2 評価票 B の評価項目（22 項目）

領域	No	評価項目
食事	1	利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている
	2	利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている
	3	嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている
	4	利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある
	5	食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる
	6	快適に食事ができる環境が整えられている
	7	配膳は利用者の着席に合わせて行っている
入浴	8	利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態（個浴、一般浴等）を導入している
	9	入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている
	10	利用者に対し、個別の誘導方法を実施している
	11	利用者が入浴を楽しめる工夫をしている
排泄	12	利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている
	13	排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている
	14	研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる
	15	トイレ（ポータブルトイレを含む）は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている
移動	16	利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている
	17	ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている
	18	利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている
機能訓練	19	利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている
	20	機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている
	21	機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している
	22	自立支援のために、福祉用具を適切に活用している

評価票 C は、評価票 B では捉えきれないケアの質があることを想定し作成した。評価票 1 と同様に、「食事」「入浴」「排泄」「移動」「機能訓練」の 5 領域に、「利用者と職員の関係性」「総合的評価」の 2 項目を加え、6 段階評価を行った。そして、すべての訪問調査の終了後に相対評価（合議）を行い、1 位のものから順に 9 点から 1 点に至る相対順位得点を算出した。

ii. 評価プロセス

評価プロセスは 2 段階とした。①観察中に調査員が個別に評価し、②訪問調査終了直後に、施設外に場所を移し、調査員 3 名の合議に基づき評価結果を集約した。訪問調査ごとにこれらの作業を繰り返した。合議に要した時間は 1 回あたり平均 1 時間 20 分であり、この時間は前述した訪問調査の時間には含まれていない。なお、すべての訪問調査が終了してから 5 日後に、相対評価を検討するための合議を別途行った。

iii. 評価結果の信頼性を高めるための工夫

評価結果の信頼性を高めるために、次のような工夫を行った。ひとつは、調査員には評価項目の作成段階から関わってもらい、調査員の意見を取り入れながら「評価のねらいと確認ポイント」を作成し、評価のポイントが一致するようにした。もうひとつは、先に述べたように、個人で評価した後、必ず合議により評価結果を出すようにした点である。

⑤ 分析方法

まず、評価票 B/C とともに、合議で得られた 6 段階評価データを用いて「食事」「入浴」「排泄」「移動」「機能訓練」などの項目ごとに集計した。評価票 C では、「食事」「入浴」「排泄」「移動」「機能訓練」「利用者と職員の関係性」「総合的評価」の 7 領域の得点を合計した「合計点」も算出した。その上で、「10 の基本ケア」実施群と非実施群の 2 群に分け Wilcoxon の順位和検定を実施した。なお、p 値は近似値ではなく正確値を求めた。

3. 結果

(1) 単純集計

① 評価票 B

評価票 B の評価結果は下記のとおりである。なお、評価得点の 1～6 点は、「とても悪い」「悪い」「どちらかといえば悪い」「どちらかといえば良い」「良い」「とても良い」に相当するものである。

i. 食事（7 項目）

食事 7 項目の集計結果を示す（図Ⅲ-2-1～図Ⅲ-2-7）。

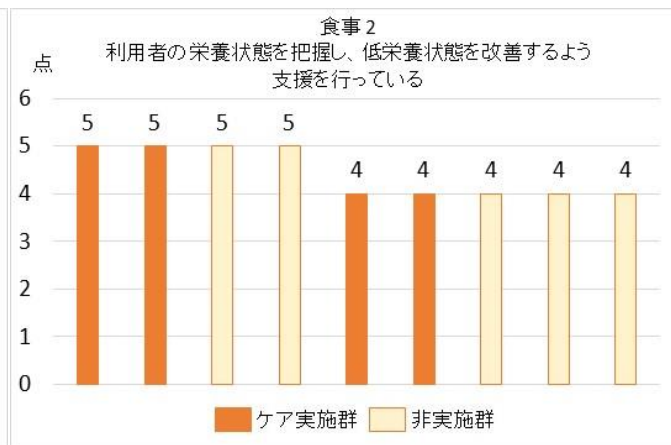
7 項目の中でも、食事 1「利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている」（平均 4.6 点）の項目で最も評価が高く、食事 2「利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている」（平均 4.4 点）や食事 3「嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている」（平均 4.4 点）の項目で相対的に評価が高かった。

一方、7 項目の中で相対的に評価が低かったのは、食事 6「快適に食事ができる環境が整えられている」（平均 3.2 点）、食事 7「配膳は利用者の着席に合わせて行っている」（平均 3.2 点）であった。

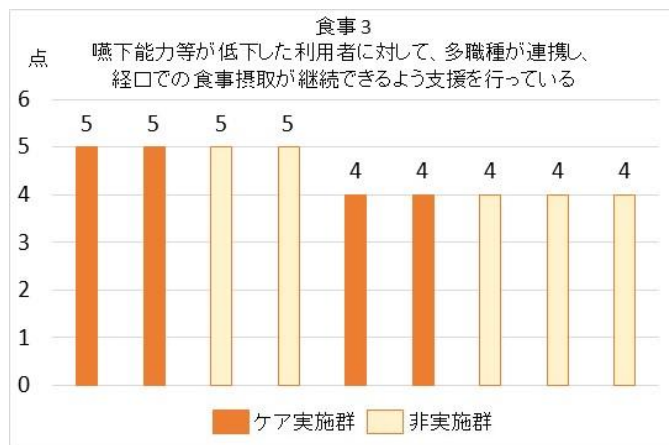
図Ⅲ-2-1 食事 1



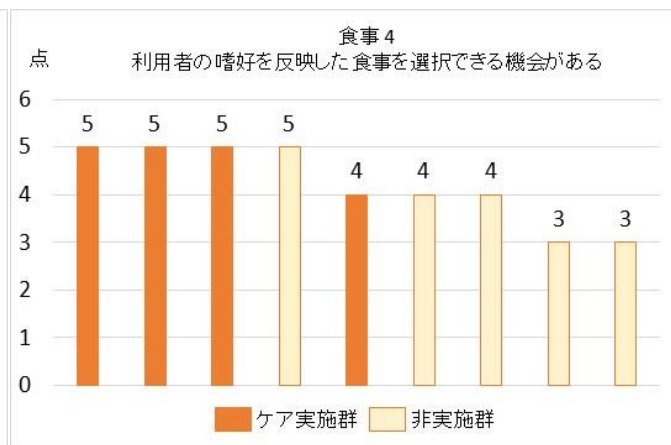
図Ⅲ-2-2 食事 2



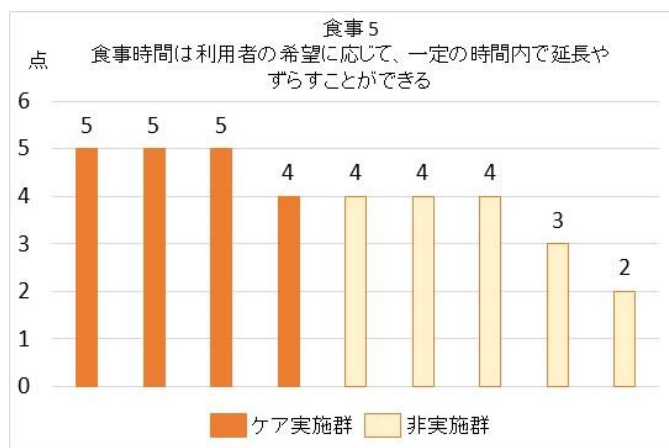
図Ⅲ-2-3 食事 3



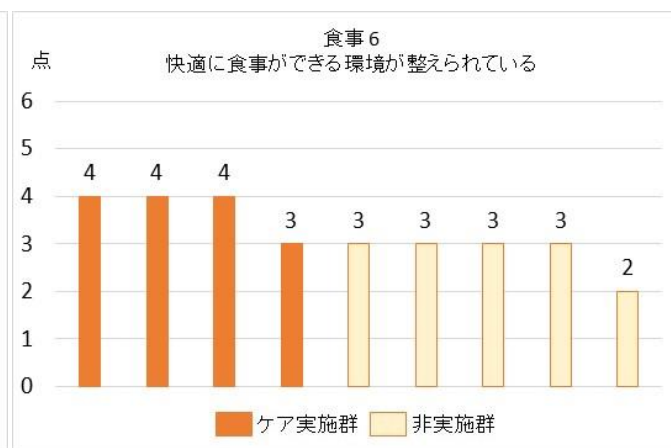
図Ⅲ-2-4 食事 4



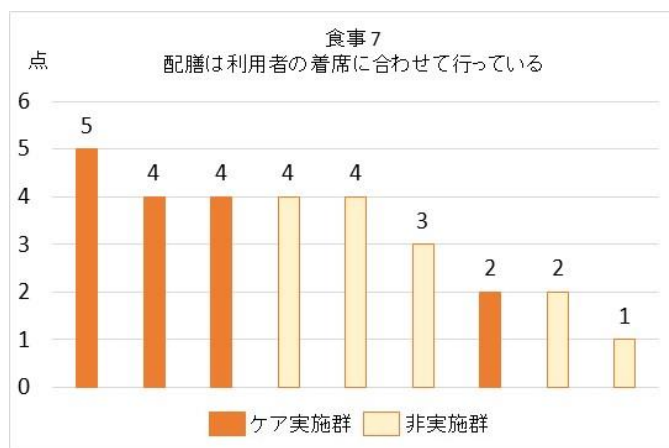
図Ⅲ-2-5 食事 5



図Ⅲ-2-6 食事 6



図Ⅲ-2-7 食事 7



ii. 入浴（4項目）

入浴4項目の集計結果を示す（図Ⅲ-2-8～図Ⅲ-2-11）。

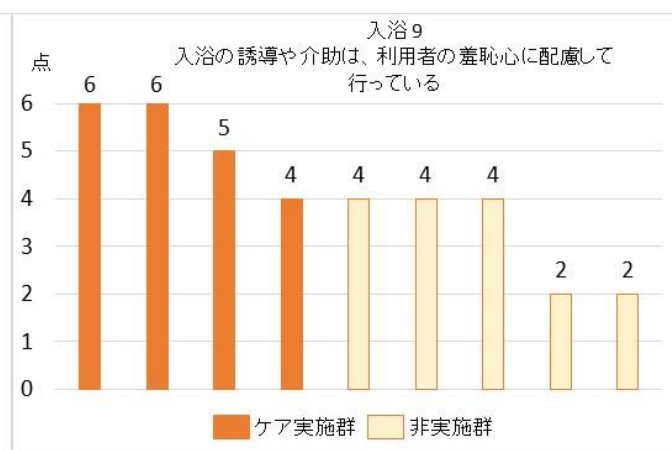
4項目の中では、入浴8「利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態（個浴、一般浴等）を導入している」（平均4.4点）の評価が高く、また施設ごとの得点範囲が最も大きかった。

一方、入浴11「利用者が入浴を楽しめる工夫をしている」（平均3.8点）で相対的に評価が低かった。

図Ⅲ-2-8 入浴8



図Ⅲ-2-9 入浴9



図Ⅲ-2-10 入浴10



図Ⅲ-2-11 入浴11



iii. 排泄（4項目）

排泄4項目の集計結果を示す（図Ⅲ-2-12～図Ⅲ-2-15）。

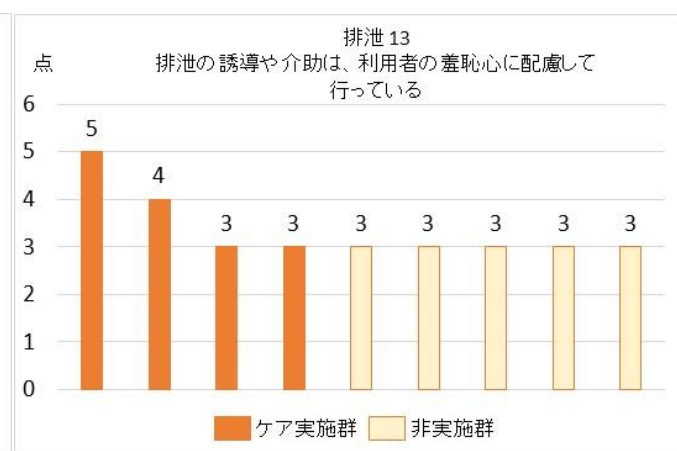
4項目の中では、排泄12「利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている」（平均4.6点）、排泄15「トイレ（ポータブルトイレを含む）は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている」（平均4.6点）の項目で相対的に評価が高かった。

他方で、排泄13「排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている」（平均3.3点）で相対的に評価が低かった。

図Ⅲ-2-12 排泄12



図Ⅲ-2-13 排泄13



図Ⅲ-2-14 排泄14



図Ⅲ-2-15 排泄15



iv. 移動（3項目）

移動3項目の集計結果を示す（図Ⅲ-2-16～図Ⅲ-2-18）。

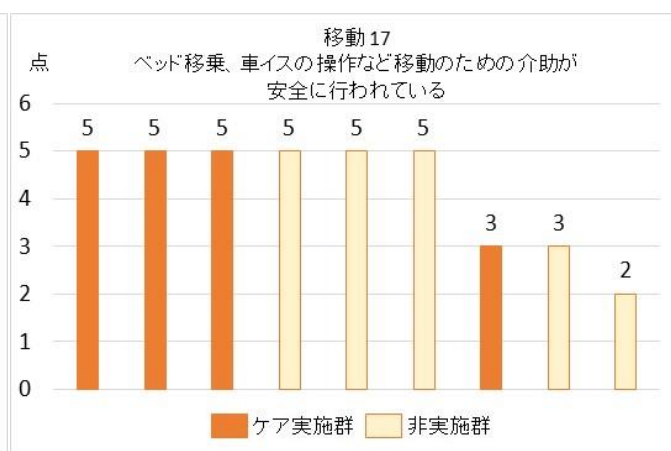
移動16「利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている」（平均4.6点）の項目で相対的に評価が高かった。

移動18「利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている」（平均3.9点）の項目で相対的に評価が低かった。

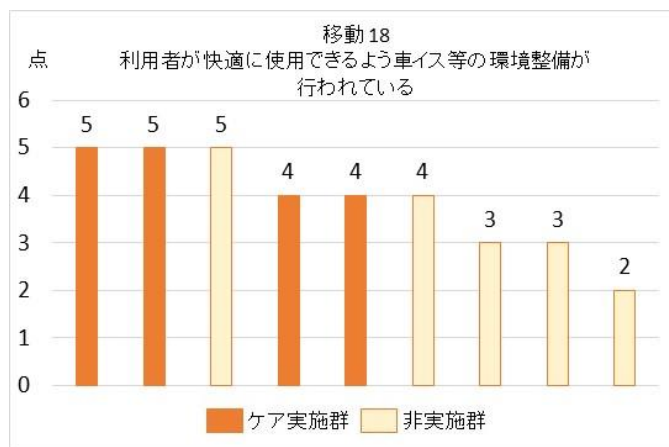
図Ⅲ-2-16 移動16



図Ⅲ-2-17 移動17



図Ⅲ-2-18 移動18

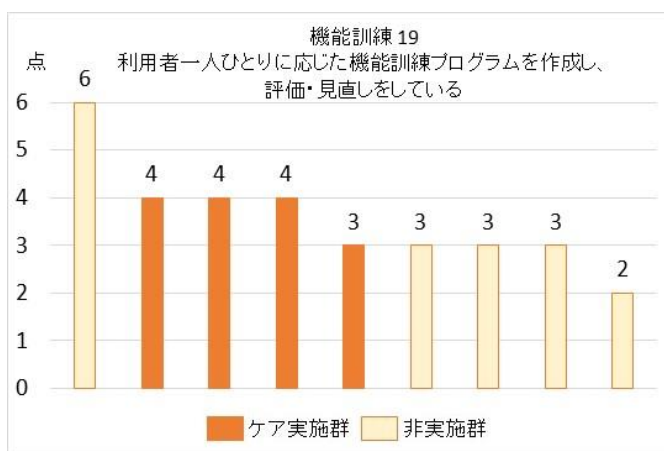


v. 機能訓練（4 項目）

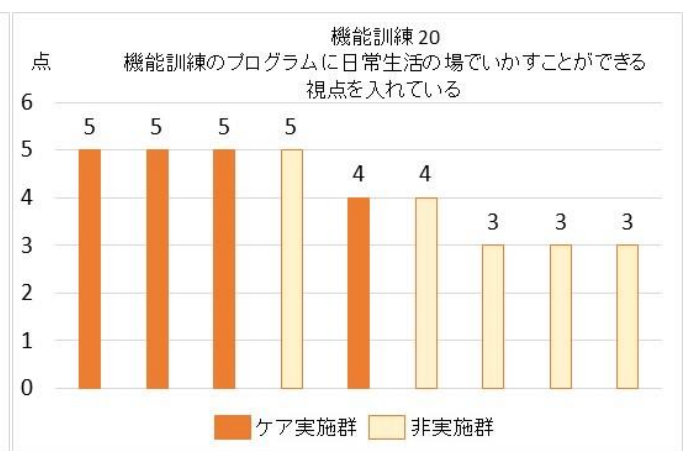
機能訓練 4 項目の集計結果を示す（図Ⅲ-2-19～図Ⅲ-2-22）。

機能訓練 20「機能訓練のプログラムに日常生活の場で生かすことができる視点を入れている」（平均 4.1 点）の項目で相対的に評価が高く、機能訓練 19「利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている」（平均 3.6 点）の項目で相対的に評価が低かった。

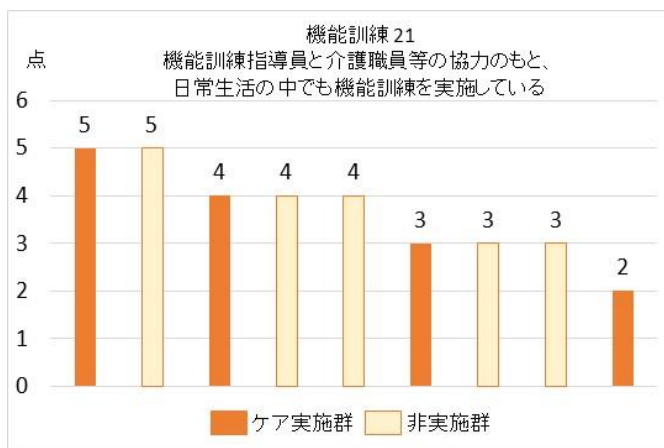
図Ⅲ-2-19 機能訓練 19



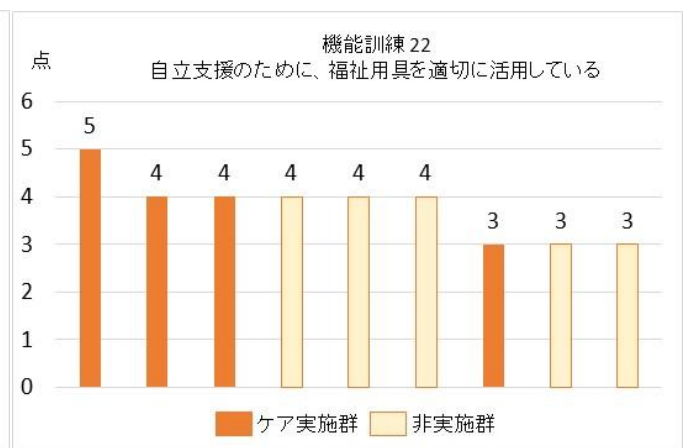
図Ⅲ-2-20 機能訓練 20



図Ⅲ-2-21 機能訓練 21



図Ⅲ-2-22 機能訓練 22



② 評価票 C

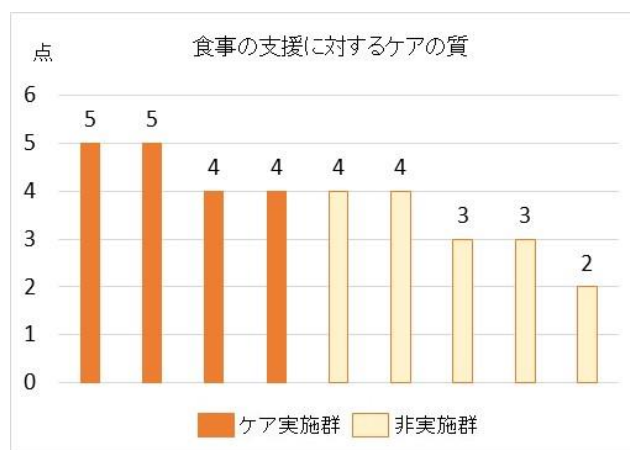
評価票 C の評価結果は下記のとおりである。なお、評価得点の 1～6 点は、「とても悪い」「悪い」「どちらかといえば悪い」「どちらかといえば良い」「良い」「とても良い」に相当するものである。

評価票 C の 7 項目間では、「利用者と職員の関係性」の平均が 4.2 点と相対的に高く、「食事」の平均が 3.8 点と相対的に低かった。

i. 食事

食事の支援では、平均 3.8 点（最小 2、最大 5）であった。

図Ⅲ-2-23 食事の支援



ii. 入浴

入浴の支援では、平均 4.0 点（最小 1、最大 6）であった。

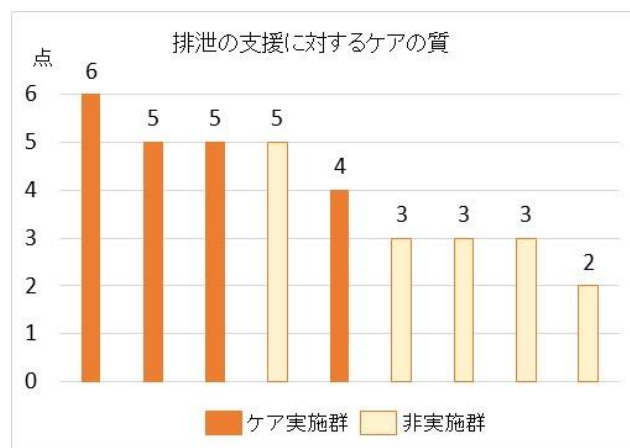
図Ⅲ-2-24 入浴の支援



iii. 排泄

排泄の支援では、平均 4.0 点（最小 2、最大 6）であった。

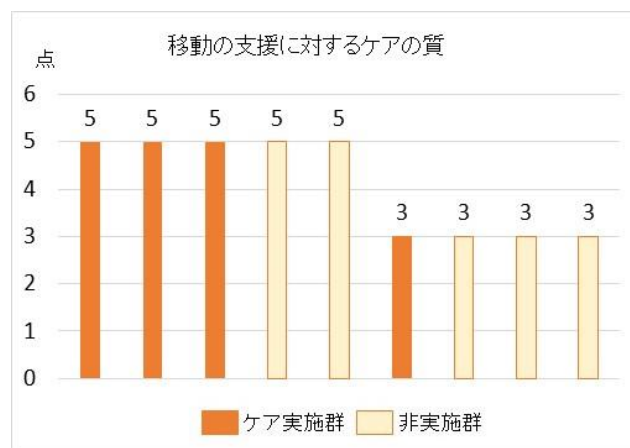
図Ⅲ-2-25 排泄の支援



iv. 移動

移動の支援では、平均 4.1 点（最小 3、最大 5）であった。

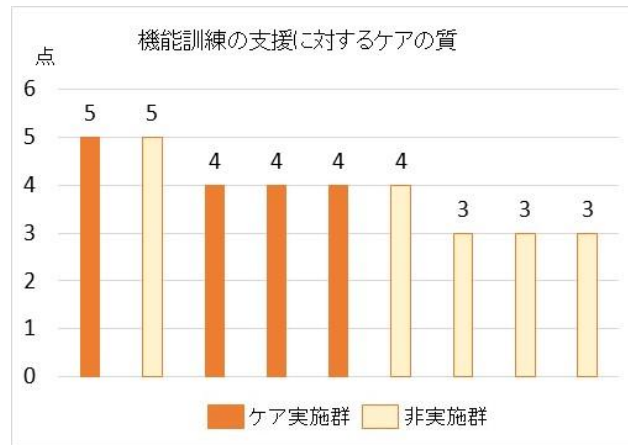
図Ⅲ-2-26 移動の支援



v. 機能訓練

機能訓練の支援では、平均 3.9 点（最小 3、最大 5）であった。

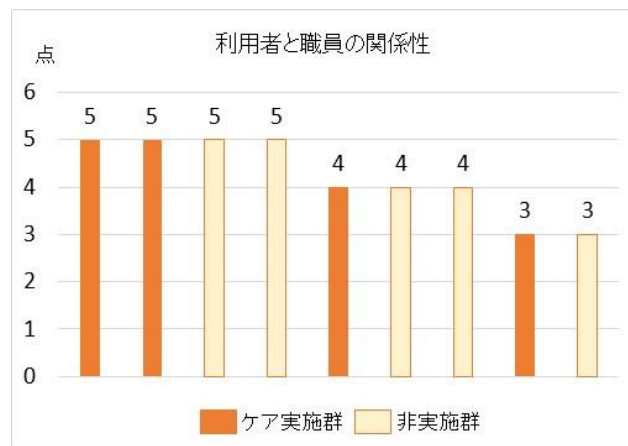
図Ⅲ-2-27 機能訓練の支援



vi. 利用者と職員の関係性

利用者と職員の関係性では、平均 4.2 点（最小 3、最大 5）であった。

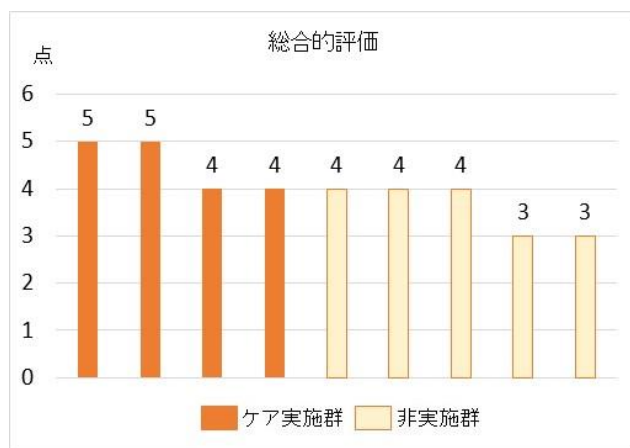
図Ⅲ-2-28 利用者と職員の関係性



vii. 総合的評価

総合的評価では、平均 4.0 点（最小 3、最大 5）であった。

図Ⅲ-2-29 総合的評価



viii. 評価票 C の合計点

評価票 C の全 7 項目の合計点（42 点満点）をみると、最小 19 点、最大 36 点であった。

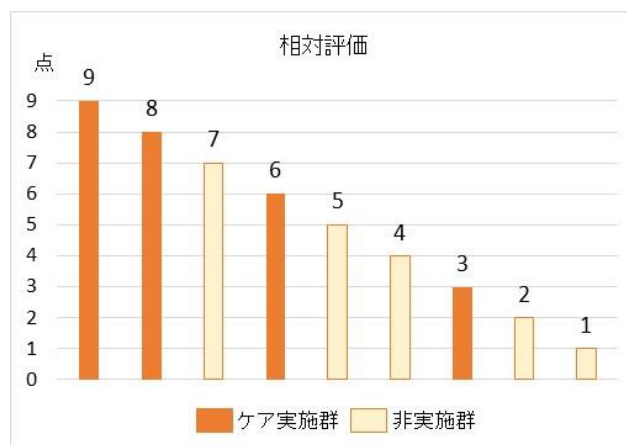
図Ⅲ-2-30 評価票 C の合計点



③ 相対評価得点

相対評価得点は、相対評価の 1 位に 9 点、2 位に 8 点、3 位に 7 点と順に配点した。「10 の基本ケア」実施群は、9 点（1 位）、8 点（2 位）、6 点（4 位）、3 点（7 位）であった。

図Ⅲ-2-31 相対評価得点



(2) 「10 の基本ケア」実施群と非実施群による比較分析—Wilcoxon の順位和検定

Wilcoxon の正確検定の結果を表Ⅲ-2-3 に示す。

評価票 B では、「食事」2 項目、「入浴」3 項目で「10 の基本ケア」実施群と非実施群で有意な差がみられた。いずれも「10 の基本ケア」実施群で評価が高かった。具体的には、食事 5「食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる」($p<0.05$)、食事 6「快適に食事ができる環境が整えられている」($p<0.05$)、入浴 8「利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態（個浴，一般浴等）を導入している」($p<0.05$)、入浴 9「入浴の誘導や介助は，利用者の羞恥心に配慮して行っている」($p<0.05$)、入浴 11「利用者が入浴を楽しめる工夫をしている」($p<0.05$) で有意差がみられた。

評価票 C では「食事」($p<0.1$)、「入浴」($p<0.05$)、「排泄」($p<0.1$)、「合計点」($p<0.05$) の 4 項目で有意差がみられた。いずれも「10 の基本ケア」実施群で評価が高かった。

表Ⅲ-2-3 Wilcoxon の順位和検定

■B票:22項目		10の基本ケア実施群				p値 ¹⁾
		中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	
食事	1	利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	5.0	5.0～5.0	4.0～5.0	0.167
	2	利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている	4.5	4.0～5.0	4.0～5.0	1.000
	3	嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるように支援を行っている	4.5	4.0～5.0	4.0～5.0	1.000
	4	利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	5.0	4.5～5.0	3.0～4.0	0.143
	5	食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	5.0	4.5～5.0	3.0～4.0	0.032
	6	快適に食事ができる環境が整えられている	4.0	3.5～4.0	3.0～3.0	0.040
	7	配膳は利用者の着席に合わせて行っている	4.0	3.0～4.5	2.0～4.0	0.325
入浴	8	利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(固浴、一般浴等)を導入している	5.5	5.0～6.0	4.0～4.0	0.032
	9	入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	5.5	4.5～6.0	2.0～4.0	0.032
	10	利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	4.5	4.0～5.5	4.0～4.0	0.286
	11	利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	4.5	4.0～5.5	3.0～3.0	0.032
排泄	12	利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	5.0	5.0～5.0	4.0～5.0	0.167
	13	排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	3.5	3.0～4.5	3.0～3.0	0.167
	14	研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	4.5	4.0～5.0	3.0～4.0	0.238
移動	15	トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	5.0	4.0～5.5	4.0～5.0	0.794
	16	利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	4.5	4.0～5.5	4.0～5.0	0.762
	17	ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	5.0	4.0～5.0	3.0～5.0	0.841
	18	利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	4.5	4.0～5.0	3.0～4.0	0.206
機能訓練	19	利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	4.0	3.5～4.0	3.0～3.0	0.318
	20	機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	5.0	4.5～5.0	3.0～4.0	0.111
	21	機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	3.5	2.5～4.5	3.0～4.0	0.802
	22	自立支援のために、福祉用具を適切に活用している	4.0	3.5～4.5	3.0～4.0	0.643

1) 正確値

■C票:8項目		10の基本ケア実施群				p値 ¹⁾
		中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	
1	食事	4.5	4.0～5.0	3.0	3.0～4.0	0.079
2	入浴	5.0	5.0～5.5	3.0	3.0～4.0	0.008
3	排泄	5.0	4.5～5.5	3.0	3.0～3.0	0.064
4	移動	5.0	4.0～5.0	3.0	3.0～5.0	0.524
5	機能訓練	4.0	4.0～4.5	3.0	3.0～4.0	0.302
6	利用者と職員の関係性	4.5	3.5～5.0	4.0	4.0～5.0	1.000
7	総合的評価	4.5	4.0～5.0	4.0	3.0～4.0	0.159
8	合計点	32.5	29.0～35.5	24.0	23.0～27.0	0.040

1) 正確値

4. 考察

本調査に基づけば、「10の基本ケア」実施群において「入浴」「食事」「排泄」のケアプロセスの評価が有意に高かった。一方で、「移動」「機能訓練」「利用者と職員の関係性」などの項目では有意な差はみられなかった。以下では、それらの理由について考察する。

(1) ケア要素への評価

① 入浴

入浴では「利用者の移行や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態（個浴、一般浴等）を導入している」、「入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている」、「利用者が入浴を楽しめる工夫をしている」の3項目で、「10の基本ケア」実施群で評価が有意に高かった。その理由として、1)「10の基本ケア」はこれまでの生活の継続性の観点から、慣れ親しんだ家庭浴に入るという普通の生活を保障することを重視していること、2)家庭浴（個浴）は1対1で行うため、利用者のプライバシー保護につながっていること、3)「10の基本ケア」では、入浴を食事同様リラックスの場として捉えており、職員と積極的にコミュニケーションが図る場として活用していることが考えられた。

② 食事

食事では、「食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる」、「快適に食事ができる環境が整えられている」で「10の基本ケア」実施群で評価が高かった。「10の基本ケア」では、温かい食事を親しい人と楽しく食べ、陶器の器の使用やいい匂いがある中で食べることができる環境づくりを重視しており、その点で評価が高かったと考えられた。また、「10の基本ケア」の特徴のひとつに、口から食べ続けられるよう誤嚥しない前かがみの適正座位で食事を認識し、自分で意欲をもって自力摂取できることを大切にするため、テーブルやイスの高さを細やかに調整することが挙げられる。今回、そのような特徴への評価に差がみられなかったのは、非実施群においても利用者の状態に応じたケアがある程度実践されていたことが理由の一つと考えられた。

③ 排泄

排泄は、評価票Cによる評価で「10の基本ケア」実施群において評価が高い傾向がみられた。「10の基本ケア」ではオムツをせず布パンツの生活を提供し、トイレに座るケアを実践している点に特徴がある。トイレも特別仕様となっており、転倒への安全対策をしたうえでその場を離れることができるため利用者のプライバシー保護にもつながっている。その一方で、今回用いた評価票ならびに事前に調査員と作成した「評価の視点」では、トイレに座って排泄することへのコンセンサスが必ずしも得られておらず、おむつゼロへの評価も分かれていた。またトイレに座るケアは実際の難易度が高く、「10の基本ケア」実施群でも実践

度にばらつきがあることが考えられた。

④ 移動

今回の調査では、移動の項目で有意な差がみられなかった。その理由として、「10 の基本ケア」が重視していることと、今回の評価項目が必ずしも一致していない点が挙げられた。

「10 の基本ケア」では、移動動作は本人の力を引き出し、再び自分の力で移乗できるようにするため支援を行っており、そもそもリフトやスライディングボードを使用していない。また、体幹保持できない利用者はリハビリをしており、車イスの種類も多い必要はない。自然の起き上がり動作を習慣化するために、前かがみで立ることができるようベッド柵も使用せず、ベッド周辺にリハビリダンスを置いているが、このことが見方によっては安全と捉えられない可能性も考えられた。

⑤ 機能訓練

機能訓練の項目においても有意な差は見られなかった。「10 の基本ケア」では、重度化予防として、おじぎ訓練、尻上げ体操、自立支援のための移乗介助を日常的に実施している。しかし、生活の中でやっているリハビリであり、個別の機能訓練プログラムの実施につながっていないため、今回の評価の視点とは必ずしも一致していなかった。また、「10 の基本ケア」では、机やいす、リハビリダンスなどを機能訓練の場で活用しており、リフトなどは使用していない。福祉用具の捉え方が独自である点が評価結果に影響したと考えられた。

(2) 全体的評価

「利用者と職員の関係性」「総合的評価」「C 票合計点」のうち、「C 票合計点」のみ「10 の基本ケア」実施群で有意に高かったが、その他 2 項目では有意な差がみられなかった。非実施群としてご協力いただいた施設は、訪問調査による第三者評価を受け入れ、また利用者や職員を対象としたアンケート調査にもご協力いただいております、全国的な施設からみれば相対的にケアの質が高い施設群であることが推察された。このため、「10 のケア」実施群との差が捉えきれなかった可能性が考えられた。

5. まとめ

本調査では、「10 の基本ケア」を実施している群と非実施群において、ケアの質にどのような差があるのかを検証するため、第三者によるケア場面の観察評価（ブラインドスタディ）を実施した。「10 の基本ケア」実施群において、食事、入浴、排泄の項目でケアの質が高いことが示唆された。

参考文献

東京都福祉サービス第三者評価（2018）「平成 30 年度 共通評価項目 指定介護老人福祉施設」（特別養護老人ホーム）」(<http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/hyoka/datafile1.htm>, 2019.2.13)

Ⅲ-3 「10の基本ケア」の効果－特養を対象とした縦断調査－

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団
石橋智昭(研究部長)・土屋瑠見子(研究員)

要旨

「10の基本ケア」の自立支援効果を検証するため、ケア実施群（4か所）と非実施群（5か所）の2群に対して、「構造」「過程」「効果」の3つの要素から質の評価を行った。

その結果、構造面の評価からケア実施群と非実施群比較の属性はほぼ同質であり、かつ過程面の評価によって2群間のケアの提供方法が異なることが確認されたことから、それぞれの利用者の2時点変化に基づくアウトカム評価を通じて、「10の基本ケア」の有効性が検証できると判断した。

アウトカム評価では、信頼性が検証された複数の尺度で、ケア実施群の悪化確率が低いことが明らかとなり、「10の基本ケア」が生活機能の悪化防止に効果的である可能性が示された。さらに、従来の質の評価の中心だった「心身機能・構造」や「活動」の指標に加えて、生活・人生場面への関わりを表す「参加」の指標においても差が認められたことから、「10の基本ケア」は高齢者のQOLの多面的な側面にプラスの影響を与える手法であることが確認された。

1. 目的

「10の基本ケア」を導入する介護老人福祉施設4か所とそれ以外の介護老人福祉施設5か所に対して、「事業所調査」「職員調査」「利用者（縦断）調査」の3種類の調査を実施して、両施設のケアの質に差がみられるかどうかを検証する。

2. 対象と方法

ケアの質の評価は、医療分野で採用されている「構造（ストラクチャー）」・「過程（プロセス）」・「成果（アウトカム）」の3要素から指標を検討し、各調査票を設計した（表Ⅲ-3-1）。

表Ⅲ-3-1 質の評価の要素と調査票の対応関係

要素	内容	対応する調査票
構造 (ストラクチャー)	施設や設備の側面だけではなく、人的資源を含めたケアを提供する環境面の評価	「事業所調査」 「職員調査」
過程 (プロセス)	どのような方法（手順）で利用者にケアが実施されたかの評価→今回は「10の基本ケア」の実践状況	「職員調査」
成果 (アウトカム)	ケアを受けた利用者の状態変化（改善・悪化）の程度を定量的に把握した評価	「利用者（縦断）調査」

(1) 事業所調査

① 対象

「10の基本ケア」の実施施設4か所と非実施施設5か所の計9施設（表Ⅲ-3-2）の管理者に対する質問紙調査。調査の実施時期は2018年10月。

表Ⅲ-3-2 対象施設

区分	No.	施設名	開設年	種別	入所定員 (特養)	届出	所在地
実施群	1	A	1999	介護老人福祉施設	54	従来型	近畿
	2	B	2008	介護老人福祉施設	70	ユニット	関東
	3	C	2012	地域密着型 〃 〃	29	ユニット	関東
	4	D	2000	介護老人福祉施設	80	ユニット	関東
非実施群	5	E	2001	介護老人福祉施設	53	従来型	関東
	6	F	2002	介護老人福祉施設	87	従来型	関東
	7	G	1995	介護老人福祉施設	68	従来型	近畿
	8	H	2007	地域密着型 〃 〃	28	ユニット	近畿
	9	I	1999	介護老人福祉施設	94	従来型	近畿

② 調査内容¹

【構造〔ストラクチャー〕関連】

- i. 施設の基本情報：入所定員・要介護度別利用者数・平均入所期間 等
- ii. 職員体制：職種別の実人数・常勤換算数 等
- iii. 人材育成の取り組み：研修参加職員数・研修予算・人材育成に対する自己評価 等

③ 分析方法

質問内容ごとに実施施設と非実施施設のグループ別集計を行い、その差の有意性について統計的検定を実施した。

検定は、連続変数にはT検定（正規分布の場合）またはMann-Whitney〔マン・ホイットニー〕のU検定²（正規分布以外の場合）を用い、構成割合には χ^2 〔カイ〕二乗検定を用い、有意水準は0.05（5%）とした。

¹ 調査票は「資料編」に収録している

² Wilcoxon〔ウィルコクソン〕の順位和検定と同義の検定方法

(2) 職員調査

① 対象

調査は、「10の基本ケア」の実施施設4か所と非実施施設5か所に調査時点（2018年10月）に在籍する全介護職員（常勤・非常勤）を対象に実施した。

職員調査では、360人（ケア実施群186人・非実施群174人）の介護職員から回答が得られた。しかしながら、回答者のなかには週の勤務が数時間程度の者や有償ボランティアに近い者も含まれており、適切な比較を行うために分析対象者を限定する必要があった。

ただし、雇用形態（[常勤] [非常勤]）の区分（定義）は施設によって異なるため、これをそのまま用いることは不適切と考え、本研究では週の勤務時間が32時間以上³の176名（ケア実施群134人・非実施群109人）を分析対象に設定した（表Ⅲ-3-3）。

なお、「事業所調査」の回答から得られた常勤の実人数を母数とした場合の回答率は、ケア実施群96%・非実施群72%である。

表Ⅲ-3-3 職員調査の回収票数と分析対象

No.	「事業所調査」での職員数			「職員調査」の回収票		回答率
	常勤 実人数(A)	非常勤 実人数	実人数 計	回収票数	32h/週+ 勤務者(B)	(B)/(A) ※
A	15	38	53	33	19	127%
B	28	26	54	34	23	82%
C	11	11	22	22	15	136%
D	41	16	57	45	34	83%
E	16	5	21	15	13	81%
F	24	17	41	26	21	88%
G	25	16	41	23	14	56%
H	14	8	22	9	8	57%
I	39	10	49	36	29	74%
計	213	147	360	243	176	83%
実施群(A-D)	95	91	186	134	91	96%
非実施群(E-I)	118	56	174	109	85	72%

※事業所調査の常勤実人数を母数とした場合の回答率

³ 指定基準における常勤換算時の最低時間数

② 調査内容

【構造〔ストラクチャー〕関連】

職員調査票のうち、構造面に関する調査内容は以下の通りである。

- i. 職員の基本属性：性・年齢・取得資格・経験年数 等
- ii. 仕事への満足度：キャリアアップの機会・賃金・職場の人間関係 等
- iii. 組織コミットメント：組織との一体感・退職意向・恩義 等
- iv. ストレス状態：企業に義務付けられている『ストレスチェック(簡易表)』の項目

【過程〔プロセス〕関連】

ケア提供者（介護職員）の単位で「10の基本ケア」で求められている標準的な手順がどの程度実施できているのかを職員調査票によって把握した。

質問内容は「10の基本ケア」に求められる手順から11項目の設問を作成し（表Ⅲ-3-4）、その実践の程度を「あてはまる・ややあてはまる・あまりあてはまらない・あてはまらない」の4択で自己評価を求めた。

表Ⅲ-3-4 プロセス評価に用いたケア手順の項目

No.	設問項目
1	1日3回以上換気して、新鮮な空気を取り入れて臭いのない空間にしている
2	利用者が前かがみで、バランスよく立ち上がれるよう介助をしている
3	利用者がご自身で座り替え（移乗）できるような介助をしている
4	利用者個人の体格に椅子とテーブルを合わせている
5	利用者ができるだけおむつを使用せず、トイレで排泄できるようにケアをしている
6	利用者がトイレで便座に座り床に足をつけ、前かがみで排便できるよう介助…
7	利用者が食事の際に椅子に座り床に足をつけ、前かがみで食べられるよう介助…
8	利用者と一緒に同じ食事内容のものを食べている
9	利用者にあった自立性の高い入浴ケアを実践している
10	利用者と話すときにいつも座って話をしている
11	利用者の自立支援につながるプロセスが予測できる

③ 分析方法

質問内容ごとに実施施設と非実施施設のグループ別集計を行い、回答の分布について統計的検定（ χ^2 乗検定）を実施した。有意水準は0.05（5%）とした。

(3) 「利用者（縦断）調査」

① 対象

「10の基本ケア」の実施施設4か所と非実施施設5か所に2018年9月時点の入所者556名のうち、調査の合意（代諾者含む）が得られた人に対して、2018年9月と11月の2時点のアセスメントを当該施設の職員が実施した。このうち、本報告書では2時点ともに評価データのある418人（表Ⅲ-3-5）のうち、要介護3以上の384人を分析対象とした（図Ⅲ-3-1）。

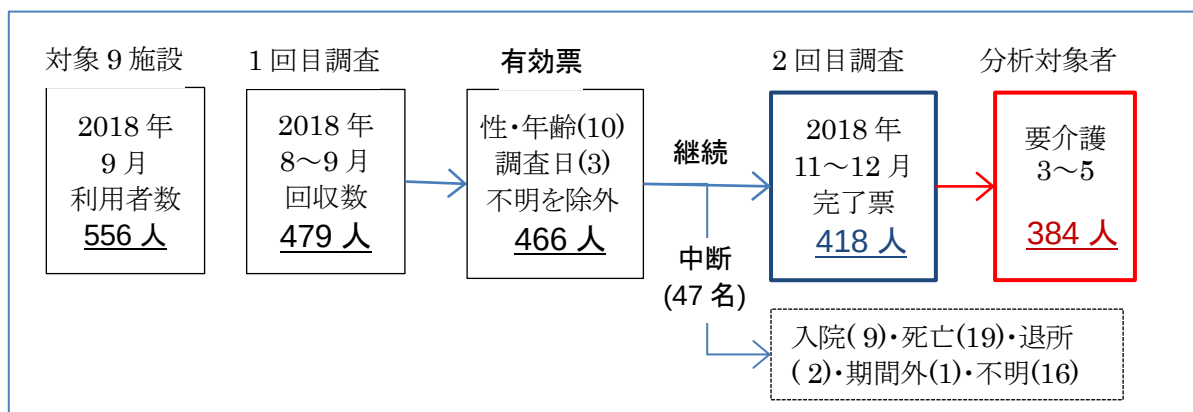
表Ⅲ-3-5 対象事業所別の回収状況

No.	施設名	利用者数(A) ^{※1}	1回目回収数	1回目有効数(B) ^{※2}	2回目回収数(C)	回収率②(C/A)	1→2回目追跡率(C/B)
1	A	54	47	47	42	77.8%	89.4%
2	B	69	51	50	42	60.9%	84.0%
3	C	29	33	27	23	79.3%	85.2%
4	D	78	71	70	56	71.8%	80.0%
5	E	53	47	47	42	79.2%	89.4%
6	F	84	66	65	60	71.4%	92.3%
7	G	68	65	63	60	88.2%	95.2%
8	H	28	24	24	23	82.1%	95.8%
9	I	93	75	73	70	75.3%	95.9%
計		556	479	466	418	76.1%	89.7%
ケア実施群(A-D)		230	202	194	163	70.9%	84.0%
非実施群(E-F)		326	277	272	255	78.2%	93.8%

※1 利用者数は、「事業所調査票」の10/1時点の利用者数に基づく

※2 1回目の有効数は、回収数は479人のうち性・年齢・調査日が不明の10人を除外した数字。

図Ⅲ-3-1 分析対象者384名の選定フロー



② 調査内容

i. 公的な指標

利用者の基本情報や公的統計に採用されている公的指標から下の3指標を用いた。

- 要介護度（要支援1・2、要介護1～5）
- 認知症高齢者日常生活自立度（自立を含む8段階）
- 障害老人日常生活自立度（自立を含む9段階）

ii. ケア実施状況

「10の基本ケア」の標準的な手順から利用者が受けている援助の程度を複数段階で表したオリジナルの指標で以下5領域の動作の比較を行った。

- 起き上がりの状態（8段階）
- 立ち上がりの状態（9段階）
- 移動能力（10段階）
- 座位の状態（5段階）
- 排泄〔トイレ使用〕の状態（2段階）

iii. 量的な尺度指標⁴

利用者の機能状態を定量的に把握することを目的に開発され、その信頼性が検証された7つの尺度を用いた。このうち5つ（★印）は、施設や居宅サービスのケアプラン作成で活用されている「インターライ方式（旧MDS方式）」⁵のアセスメント項目から算出するものである。同アセスメントは、医療・介護に関わる多職種での利用を想定して開発されているため、施設職員の基礎資格に関わらず評価が可能となっている。

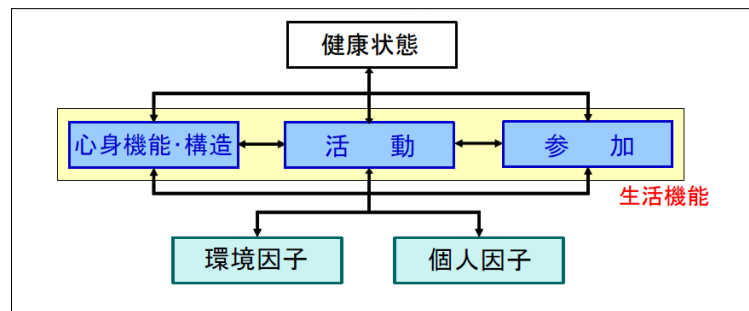
- ◆【認知機能尺度】CPS（Cognitive Performance Scale）★
- ◆【攻撃的行為尺度】ABS（Aggressive Behavior Scale）★
- ◆【うつ評価尺度】DRS（Depression Rating Scale）★
- ◆【日常生活自立段階】ADL-H（Activities of Daily Living Self-Performance Hierarchy Scale）★
- ◆【意欲の指標】VI（Vitality index）
- ◆【屋内生活空間の身体活動指標】Hb-LSA（Home-based Life-Space Assessment）
- ◆【 】RISE（Revised Index of Social Engagement）★

⁴ 各尺度の算出方法を含む詳細情報は結果編に記載している

⁵ 池上直己監訳（2011）.『インターライ方式ケアアセスメント；居宅・施設・高齢者住宅』医学書院.

これら尺度は、ICF の生活機能モデル（図Ⅲ-3-2）における生活機能の3要素（心身機能・活動・参加）との関係で整理すれば、表Ⅲ-3-6 のようになる。

図Ⅲ-3-2 ICF の生活機能モデル



表Ⅲ-3-6 ICF の生活機能の3要素と採用した尺度の対応関係

生活機能の3要素	対応する尺度
心身機能・構造	◆【認知機能尺度】CPS、◆【攻撃的行為尺度】ABS、 ◆【うつ評価尺度】DRS
活動	◆【日常生活自立段階】ADL-H、◆【意欲の指標】Vitality index、 ◆【屋内生活空間の身体活動指標】Hb-LSA
参加	◆【社会的関与の指標】RISE

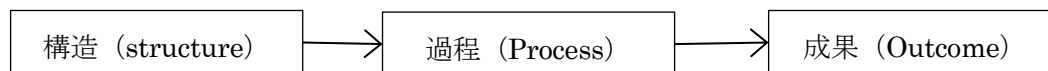
③ 分析方法

- i. ベースライン時点での差異の比較：第1回目の得点分布から初期状態の差異を確認
- ii. 尺度得点の変化：2時点の変化（改善・不変・悪化）のグループ間の差異を確認
- iii. 改善・悪化予防効果（単変量解析）：改善と悪化の出現率を個別検証するため、1回目の得点がそれぞれ最低点と最高点の者を除外して、クロス集計による検定（Fisher's exact test [フィッシャーの正確確率検定]）を実施した。
- iv. 改善・悪化予防効果(多変量解析⁶)：重症度を揃えて比較するリスク調整として、年齢と第1回目の各尺度の得点を調整した分析(ロジスティック回帰分析)を行い、「非実施群」を1とした場合の「ケア実施群」の改善／悪化事象の発生確率をオッズ比として示した。改善の例では、オッズが1より大きければケア実施群の方が改善しやすく、1より小さければ改善しにくいことを示す。いずれの検定も有意水準は0.05（5%）とした。

⁶ 多変量解析は、iii 量的な尺度指標のみで実施した

3. 結果

「10の基本ケア」の実施施設（4か所）と非実施施設（5か所）の比較結果を、(1) 構造〔ストラクチャー〕、(2) 過程〔プロセス〕、(3) 成果〔アウトカム〕の要素別に以下に記載する。



(1) 構造〔ストラクチャー〕の評価

施設や設備の側面だけではなく、人的資源を含めたケアを提供する環境面の評価に関する比較を行った。

① 施設の基本情報____《事業所調査票：問1・問2》

総括表（表Ⅲ-3-7）に示した通り、大きく異なるのが実施群では8割がユニット型（全個室）であるのに対して、非実施群では従来型（多床室+個室）が9割を占めた点にある。

施設の規模を表す入所定員については、各施設では幅がみられるものの（表Ⅲ-3-8）、グループ間の平均には、有意な差はみられなかった。

入所者の状態像に関する比較では、平均要介護度には差が認められなかった。また、年間退所率、平均入所期間にもその平均値の比較において差は認められない。また、死亡退所者における施設内死亡の割合は、実施群の方がやや高い割合となったが統計的に有意な差には至っていない。

入所者に対する介護職員の数を示す、職員1人あたり利用者数は、実施群1.6人に対して、非実施群2.3人で、これについても両群に有意な差はみられなかった（表Ⅲ-3-7）。

表Ⅲ-3-7 事業所調査における対比の総括表

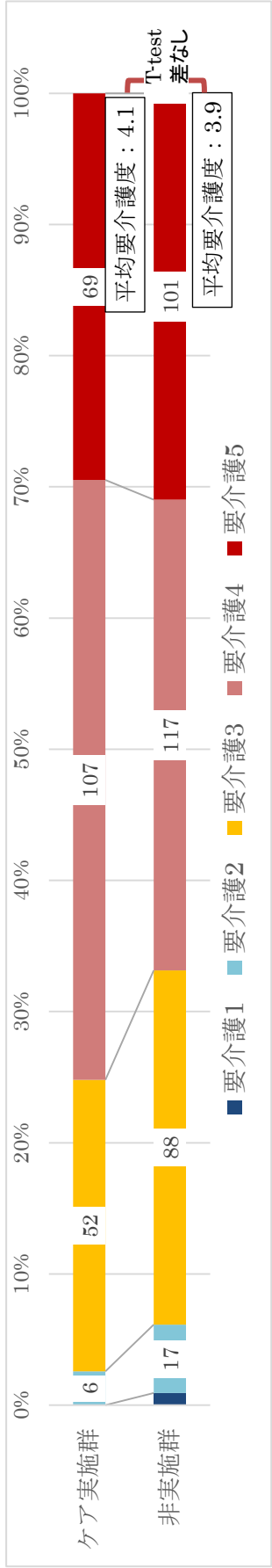
設問項目	ケア実施群	非実施群	有意差	結果表
①届出類型(定員中のユニット比率)	76.8%	8.5%	○	表Ⅲ-3-8
③入所定員(平均値)	58.3人	66.0人	×	表Ⅲ-3-8
④入所者の平均要介護度	4.1	3.9	×	図Ⅲ-3-3
⑤年間退所率(退所者/定員)	28.8%	29.4%	×	表Ⅲ-3-9
⑥死亡退所者のうち施設内死亡の割合	74.4%	66.2%	×	表Ⅲ-3-9
⑧平均入所期間(月数)	41.8カ月	41.8カ月	×	表Ⅲ-3-9
⑨職員1人あたり利用者数	1.6人	2.3人	×	表Ⅲ-3-10

表Ⅲ-3-8 対象施設の定員・居室の状況

No.	施設名	開設年	種別	入所定員 (特養)	利用者数 (特養)	入所定員 (ショート)	利用者数 (ショート)	届出	居室 (1人)	居室 (2人)	居室 (3人+)
1	A	1999	介護老人福祉施設	54	54	16	21	従来型	14	13	7
2	B	2008	介護老人福祉施設	70	69	10	NA	ユニット	80	0	0
3	C	2012	地域密着型 " "	29	29	0	—	ユニット	29	0	0
4	D	2000	介護老人福祉施設	80	78	17	12	ユニット	97	0	0
5	E	2001	介護老人福祉施設	53	53	21	21	従来型	34	8	6
6	F	2002	介護老人福祉施設	87	84	5	6	従来型	2	3	21
7	G	1995	介護老人福祉施設	68	68	12	12	従来型	8	2	17
8	H	2007	地域密着型 " "	28	28	0	0	ユニット	28	0	0
9	I	1999	介護老人福祉施設	94	93	16	15	従来型	38	2	17
	ケア実施群	—	—	233	230	43	33	76.8%※1	220	13	7
	非実施群	—	—	330	326	54	54	8.5%※1	110	30	183

※1 入所定員合計に対するユニット型施設分の入所定員数の割合

図Ⅲ-3-3 グループ別の利用者の要介護 (n=9 施設)



注) グラフ内の数値は人数を表す

表Ⅲ-3-9 退所・入所期間に関する結果 (n=9 施設)

No.	施設名	入所定員(A)	年間退所者数(B)	年間退所者率(B/A)	うち死亡退所の割合	うち施設内死亡	平均入所期間(月数)※1
1	A	54	24	44%	96%	74%	30
2	B	70	21	.30%	.95%	90%	48
3	C	29	5	17%	100%	60%	48
4	D	80	19	24%	100%	74%	41
5	E	53	12	23%	100%	75%	28
6	F	87	26	30%	100%	73%	33
7	G	68	16	24%	88%	71%	38
8	H	28	11	39%	73%	50%	73
9	I	94	29	31%	90%	62%	37
実施群				28.8%	97.7	74.4	41.8
非実施群				29.4%	90.0	66.2	41.8
検定結果※2				p=0.95	p=0.20	p=0.77	p=0.99

※1 全利用者における入所から 2018 年 3 月末時点での平均入所期間 ※2 検定: χ^2 二乗、T 検定

表Ⅲ-3-10 対象事業所の職員体制(n=9 施設)

No.	施設名	①入所定員(特養)	介護職員			職員 1 人当たり 利用者数 (①／②)	検定※2
			実人数		②常勤 換算		
			常勤	非常勤			
1	A	54	15	38	28.6	1.9	
2	B	70	28	26	47.2※1	1.4	
3	C	29	11	11	21.1※1	1.4	
4	D	80	41	16	47.6	1.7	
5	E	53	16	5	19.0	2.8	
6	F	87	24	17	29.3	2.9	
7	G	68	25	16	33.0※1	2.1	
8	H	28	14	8	19.5	1.4	
9	I	94	39	10	43.0	2.2	
ケア実施群						1.6	p=0.075
非実施群						2.3	差なし

注)※1 常勤換算数の記入が欠損だったため「サービス情報の公表」サイトから引用。同サイトでの報告日は B・C は 2019 年 1 月、G は 2018 年 11 月。※2 T 検定

② 人材育成の取り組み____《事業所調査票：問3》

構造〔ストラクチャー〕側面の評価として、法人の人材育成の取り組みに関する項目を調査し、比較分析を行った。

その結果、総括表に示す通り（表Ⅲ-3-11）、介護職員の年間研修参加機会に対しては、「10の基本ケア」実施群で9.4回、非実施群で9.6回と差が認められなかった。

次に、人材育成の取り組みに対する9項目の設問（調査票_問3.3～11）に対する自己評価では、全体的な評価を表す「問3.3）人材育成の取り組みは、他施設と比べて充実している」において、ケア実施群が100%の肯定を示したのに対して、非実施群は20%程度に留まり、大きな差が認められた。

ただし、他の具体的な内容を問う8項目の設問については、両者ともにほとんどの項目で肯定割合が8割に近く、群間に有意な差は見られなかった。

なお、「問3.2）年間研修費用」は、回答データの欠損が多かったため集計を実施しなかった。

表Ⅲ-3-11 人材育成の取り組みに対する比較の総括表

設問項目	実施群 (4施設)	非実施群 (5施設)	有意差	結果表
1) 平均研修参加回数(1人当たり)	9.4回	9.6回	×	表Ⅲ-3-12
《人材育成に対する取り組み（自己評価）》				
3) 他より充実（肯定的評価の割合※）	100%	20%	○	図Ⅲ-3-4
4) 研修計画ある（肯定的評価の割合）	100%	80%	×	図Ⅲ-3-5
5) 研修担当いる（肯定的評価の割合）	100%	100%	×	図Ⅲ-3-6
6) 採用時研修充実（肯定的評価の割合）	100%	80%	×	図Ⅲ-3-7
7) 後輩への研修（肯定的評価の割合）	100%	80%	×	図Ⅲ-3-8
8) 処遇への反映（肯定的評価の割合）	100%	60%	×	図Ⅲ-3-9
9) 法人全体の連携（肯定的評価の割合）	100%	80%	×	図Ⅲ-3-10
10) 施設外研修（肯定的評価の割合）	100%	80%	×	図Ⅲ-3-11
11) 地域との共有（肯定的評価の割合）	100%	80%	×	図Ⅲ-3-12

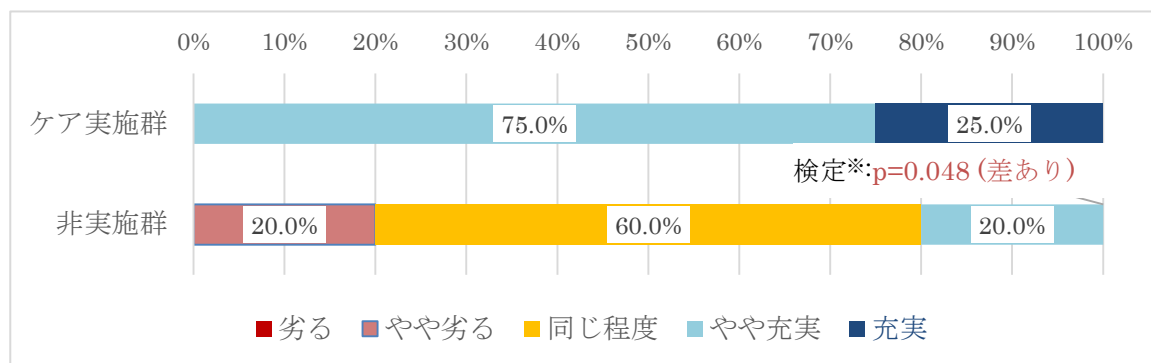
※肯定的評価は、「ややあてはまる」「あてはまる」を選択した割合

表Ⅲ-3-12 職員の研修会の参加状況

No.	施設名	①介護職員 実人数計	②施設内研修 参加延人数	③施設内研修 参加延人数	1人当たり 参加回数 [(②+③)/①]	検定※
1	A	53	1,120	200	24.9	
2	B	54	56	17	1.4	
3	C	22	30	7	1.7	
4	D	57	480	70	9.6	
5	E	21	40	10	2.4	
6	F	41	504	189	16.9	
7	G	41	200	10	5.1	
8	H	22	360	4	16.5	
9	I	49	334	13	7.1	
ケア実施群					9.4	p=0.973
非実施群					9.6	差なし

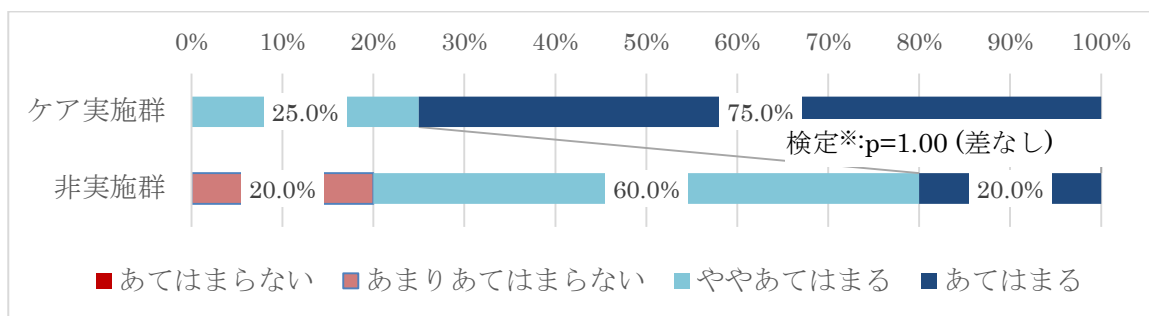
※ T 検定

図Ⅲ-3-4 「3) の人材育成の取り組みは、他施設と比べ充実していると思いますか」(n=9 施設)

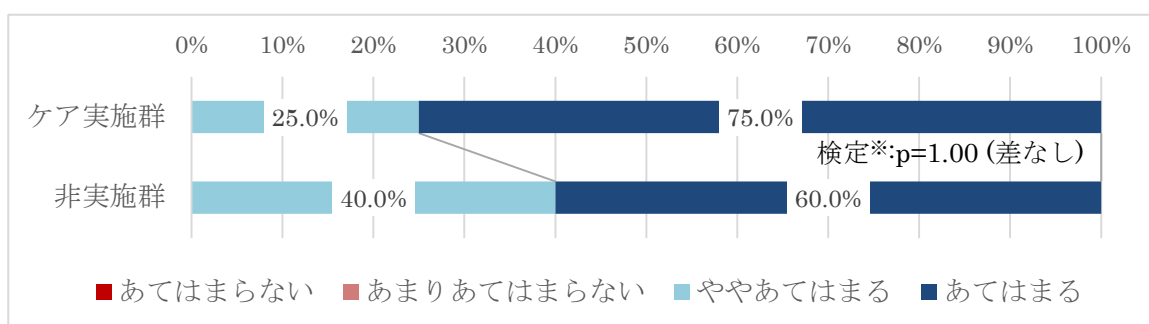


※ 「やや充実」「充実」とそれ以外の割合を χ^2 乗検定で比較 (以下、同じ)

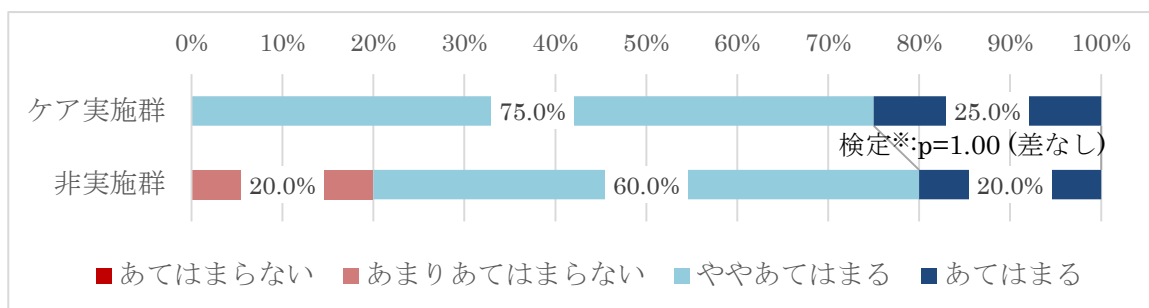
図Ⅲ-3-5 「4) 教育・研修計画を立てている」(n=9 施設)



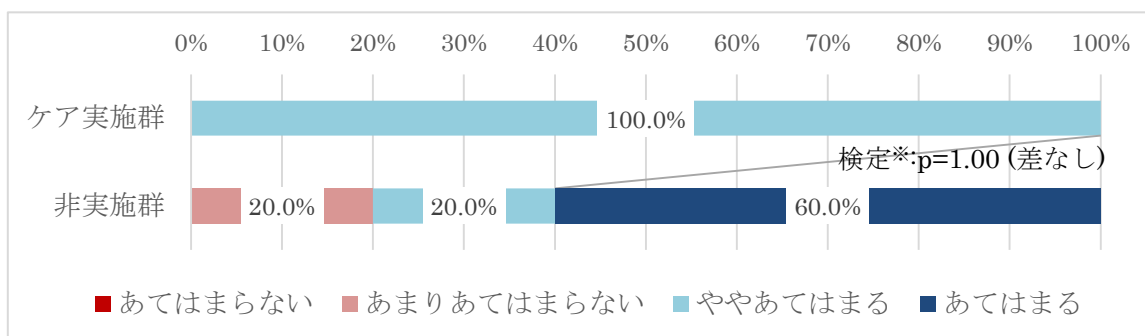
図Ⅲ-3-6 「5) 教育・研修の責任者（兼任を含む）もしくは担当部署を決めている」(n=9 施設)



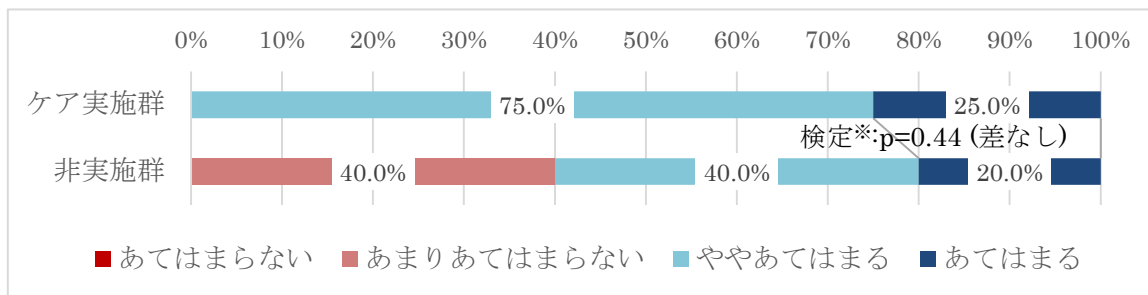
図Ⅲ-3-7 「6) 採用時の教育・研修を充実させている」(n=9 施設)



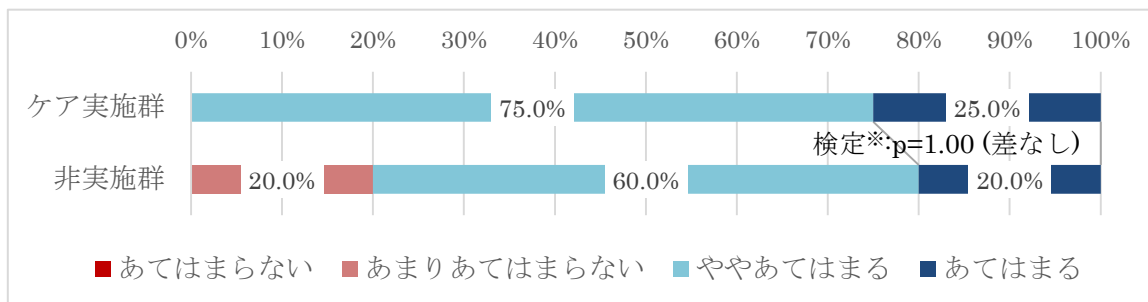
図Ⅲ-3-8 「7) 職員に後輩の育成経験を持たせている」(n=9 施設)



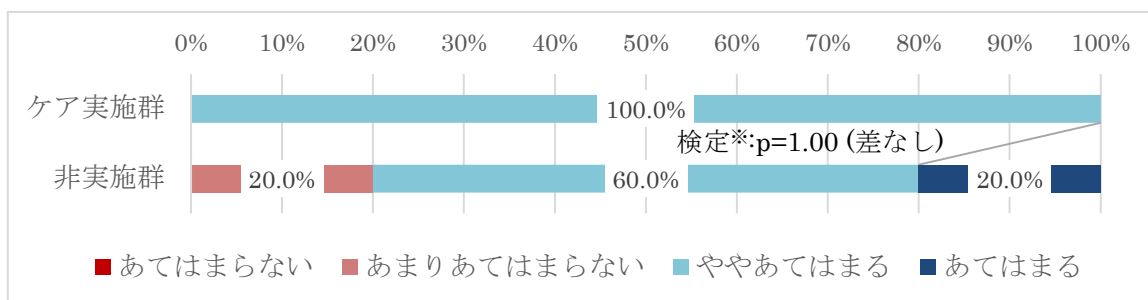
図Ⅲ-3-9 「8) 能力の向上が認められた者は、配置や処遇に反映している」(n=9 施設)



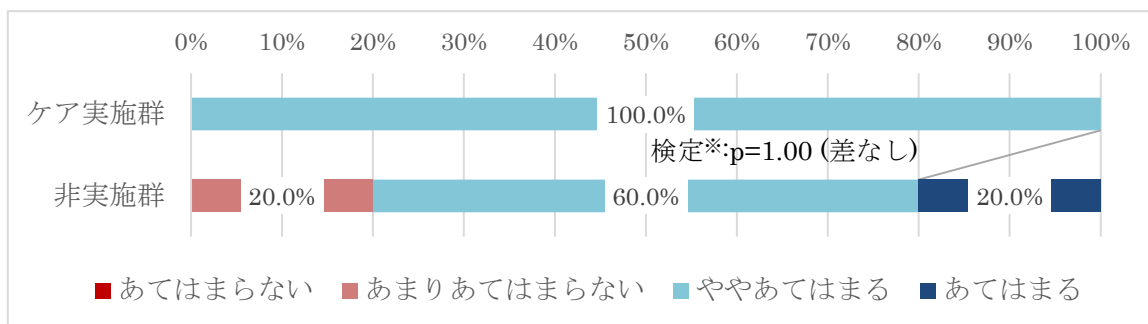
図Ⅲ-3-10 「9) 法人全体で連携して育成に取り組んでいる」(n=9 施設)



図Ⅲ-3-11 「10) 自治体や業界団体が主催する教育・研修に積極的に参加させている」(n=9 施設)



図Ⅲ-3-12 「11) 地域の他事業所と協力、ノウハウを共有して育成に取り組んでいる」(n=9 施設)



※前のグラフと同一の分布だが誤りではない

③ 介護職員の属性____《職員調査票：問1》

構造〔ストラクチャー〕側面における人的資源に関わる内容を「職員調査票」を用いて調査した。ここでは、資格や経験年数等を含む職員の個人属性の結果を示した。

ただし、施設間の比較対象をそろえるために、回収された調査票のうち、週の勤務時間が32時間以上（※常勤換算の最低時間数）の176名を分析対象とした（既出_表Ⅲ-3-3）。

総括表（表Ⅲ-3-13）に示した通り、性別構成はほぼ同じであったが、職員の年齢はケア実施群の方が有意に高く、40歳代以上が6割近くを占めたのに対して非実施群は3割程度であった（図Ⅲ-3-14）

介護職員のうち、介護福祉士資格を持つ者の割合は、ケア実施群の56%よりも、非実施群は68%と多かったが、統計的な有意な差には至らなかった。

職員の（通算）経験年数には両群ともに大きな幅があったが、その構成には有意な差は認められなかった。

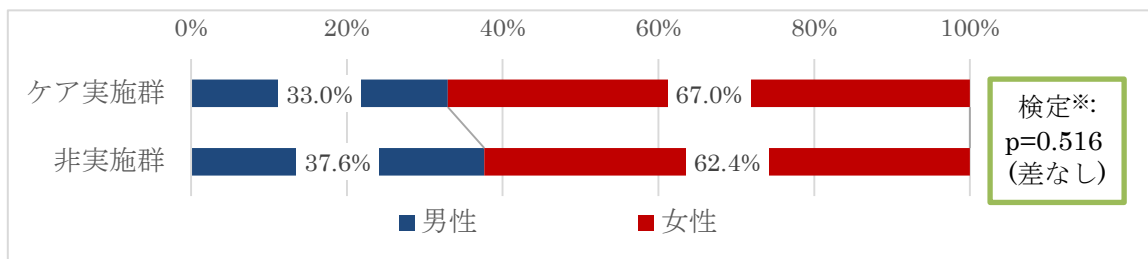
また、当該施設における勤務年数についても、同様に実施群と非実施群の間に有意な差は認められなかった。

表Ⅲ-3-13 職員の基本属性に関する対比結果の総括表（n=243）

設問	ケア実施群	非実施群	有意差	結果表
①性別（男性の割合）	33.0%	37.6%	×	図Ⅲ-3-14
②年齢（中央値）	38.6歳	30.6歳	○	表Ⅲ-3-14
③取得資格（介護福祉士）	56.0%	68.2%	×	図Ⅲ-3-16
④経験年数（中央値）	4.6年	6.4年	×	図Ⅲ-3-17
⑤在籍年数（平均値）	4.6年	4.2年	×	図Ⅲ-3-18

*無回答を除いた割合のため以降の図表と一部で一致しない

図Ⅲ-3-13 性別の構成(N=176)



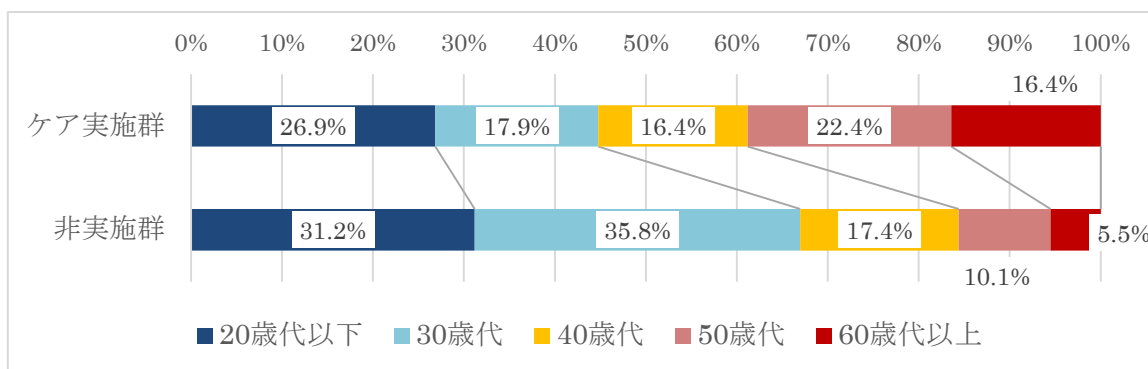
※ χ^2 二乗検定

表Ⅲ-3-14 年齢の要約値(N=170※¹)

群	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	検定(p 値)※ ²
ケア実施群(88)	20	67	39.52	±14.2	38.6	p=0.028 (差あり)
非実施群(82)	21	67	33.50	±9.5	30.6	

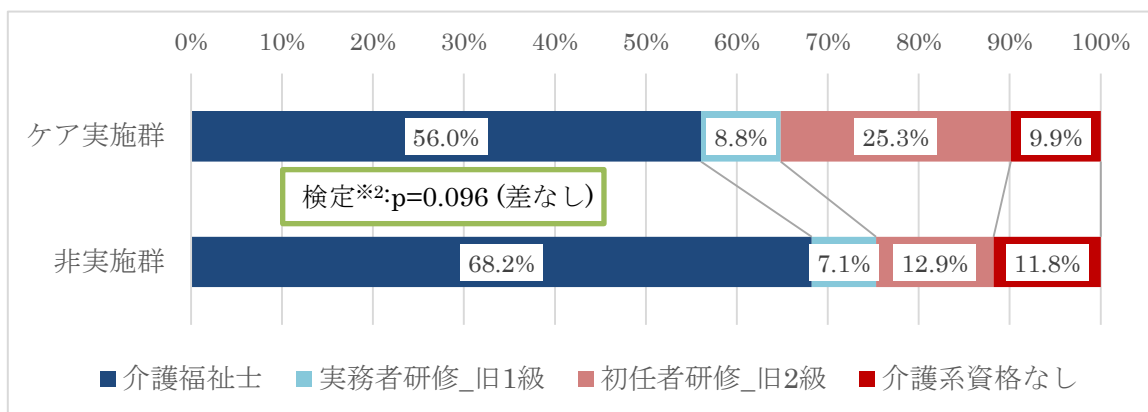
※¹ 年齢が無回答の6名を除外 ※² Mann-Whitney U 検定

図Ⅲ-3-14 年齢構成 (N=170※¹)



※¹ 無回答6名を除外

図Ⅲ-3-15 取得資格※¹(N=176)



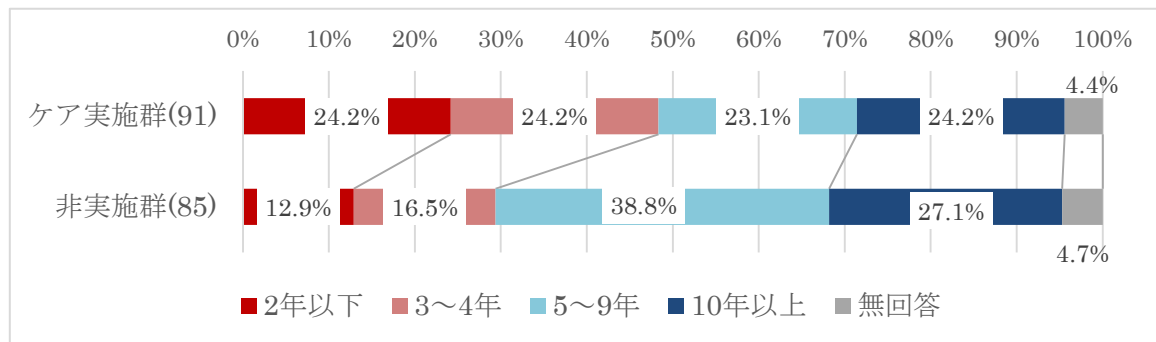
※¹ 複数保持者の場合は上位資格のみ ※² 介護福祉士資格の有無に対する χ^2 二乗検定

表Ⅲ-3-15 通算経験年数の要約値(N=168※1)

群	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	検定(p 値)※2
ケア実施群(87)	0.5	25.0	6.6	5.7	4.6	p=0.072 (差なし)
非実施群(81)	0.5	19.0	7.2	4.4	6.4	

※1 無回答 8 名を除外 ※2 Mann-Whitney U 検定

図Ⅲ-3-16 通算経験年数の構成(N=176)

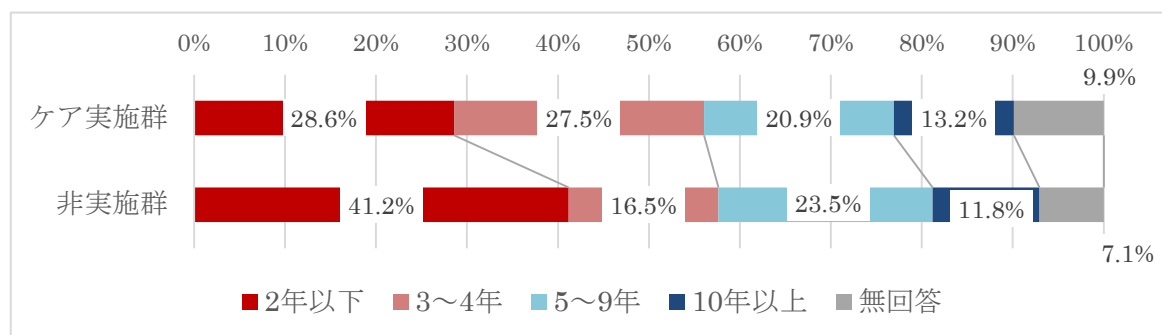


表Ⅲ-3-16 当該施設での経験年数の要約値(N=161※1)

群	最小値	最大値	平均値	標準偏差	中央値	検定(p 値)※2
ケア実施群(87)	0.5	17.0	4.6	3.8	3.5	p=0.481 (差なし)
非実施群(81)	0.5	14.0	4.2	3.9	3.2	

※1 無回答 15 名を除外 ※2 T 検定

図Ⅲ-3-17 当該施設での経験年数の構成(N=176)



④ 仕事に対する満足度____《職員調査票：問3》

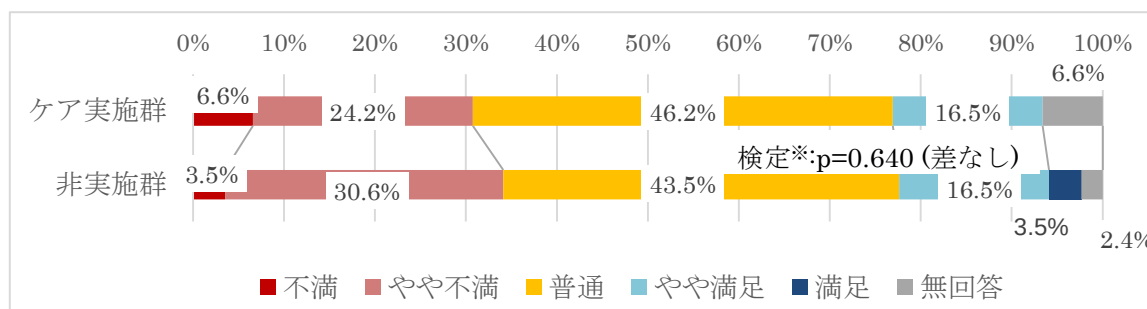
現在の職場環境に対する介護職員の満足度を探るため、13項目（問3_1）～2））の設問に回答を求めた。分析対象は、前項と同様に週の勤務時間が32時間以上の176名である。

総括表（表Ⅲ-3-17）の通り、「やや満足」「満足」を選択した職員は、全体的な満足度でケア実施群17.6%、非実施群20.5%と両者に差はなく、他の具体的項目でも同様だった。唯一差がみられたのは「⑫教育訓練・能力開発のあり方」でケア実施群の満足が多かった。

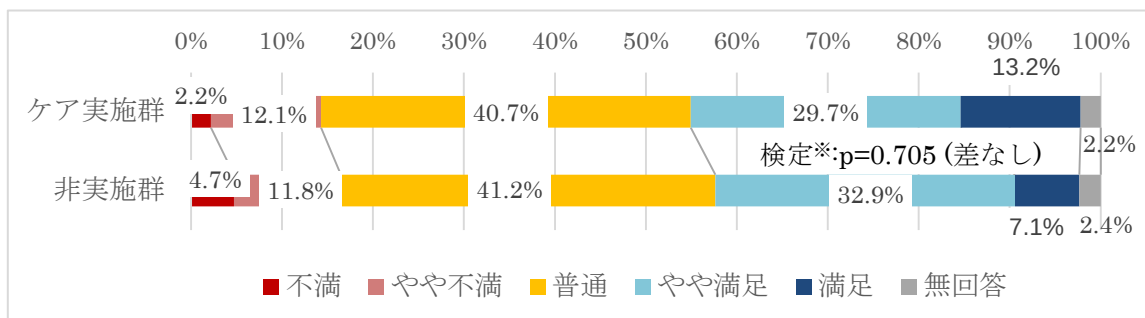
表Ⅲ-3-17 仕事の満足度に関する対比結果の総括表（n=176）

設問	ケア実施群	非実施群	有意差	結果表
全体的な満足度	17.6%	20.5%	×	図Ⅲ-3-19
①仕事の内容/やりがい	43.8%	41.0%	×	図Ⅲ-3-20
②キャリアアップの機会	31.0%	19.3%	×	図Ⅲ-3-21
③賃金	11.2%	13.3%	×	図Ⅲ-3-22
④労働時間・休日	18.0%	18.1%	×	図Ⅲ-3-23
⑤勤務体制	14.6%	9.6%	×	図Ⅲ-3-24
⑥人事評価	11.4%	14.5%	×	図Ⅲ-3-25
⑦職場の環境	21.3%	25.3%	×	図Ⅲ-3-26
⑧人間関係	37.5%	38.6%	×	図Ⅲ-3-27
⑨雇用の安定性	34.8%	32.5%	×	図Ⅲ-3-28
⑩福利厚生	31.5%	27.7%	×	図Ⅲ-3-29
⑪能力開発	29.2%	13.3%	○	図Ⅲ-3-30
⑫利用者との関係	36.0%	32.5%	×	図Ⅲ-3-31

図Ⅲ-3-18 問3.1)「仕事に対する全体的な満足度」（N=176人）

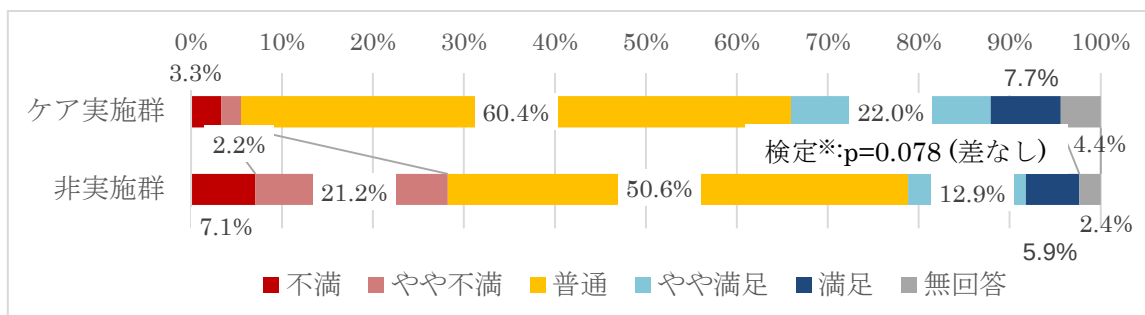


図Ⅲ-3- 19 問 3.2)「①仕事の内容・やりがい」(N=176 人)

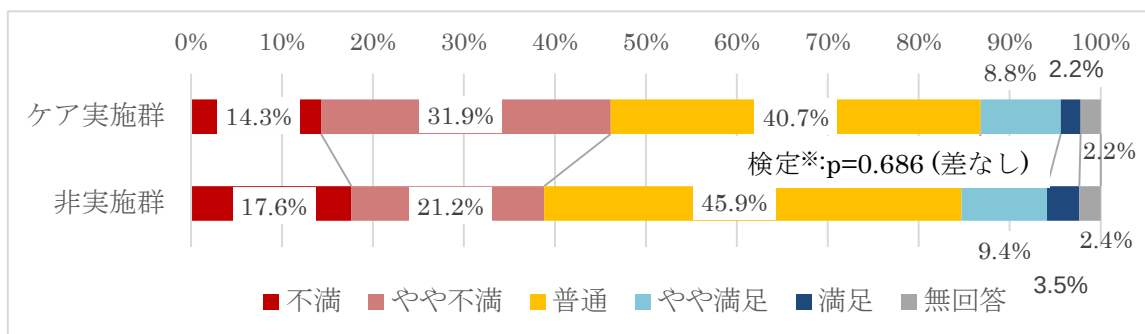


※ 無回答を除外して「やや満足」「満足」とそれ以外の割合を Pearson カイ二乗検定で比較 (以下、同じ)

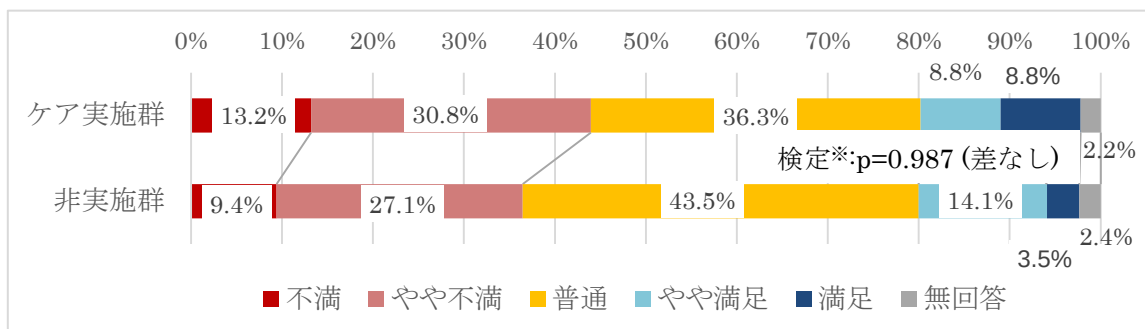
図Ⅲ-3- 20 問 3.2)「②キャリアアップの機会」(N=176 人)



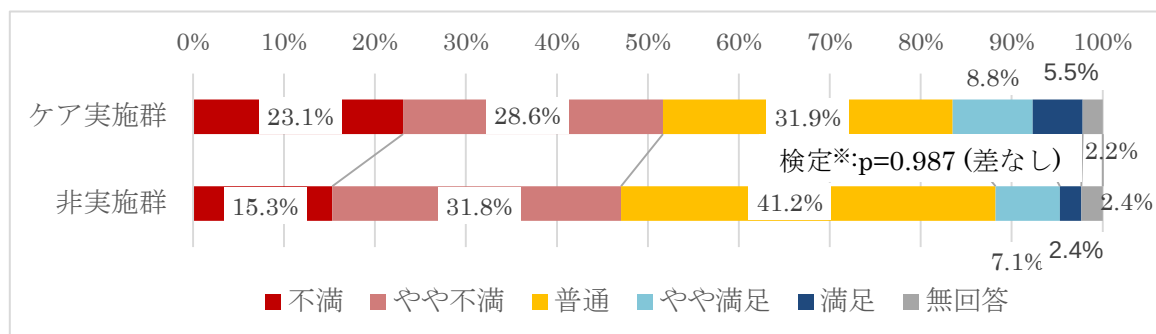
図Ⅲ-3- 21 問 3.2)「③賃金」(N=176 人)



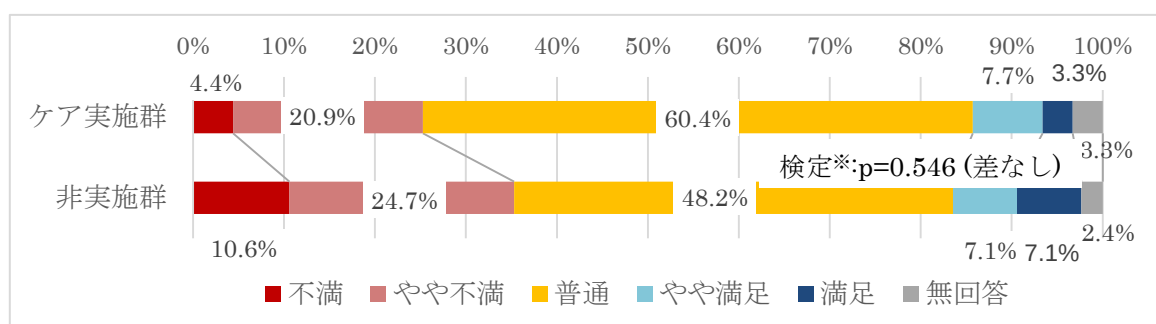
図Ⅲ-3- 22 問 3.2)「④労働時間・休日等の労働条件」(N=176 人)



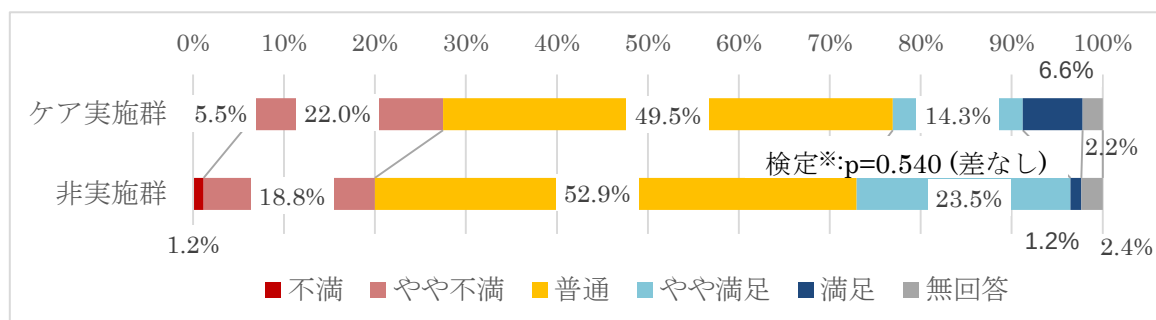
図Ⅲ-3-23 問 3.2)「⑤勤務体制」(N=176 人)



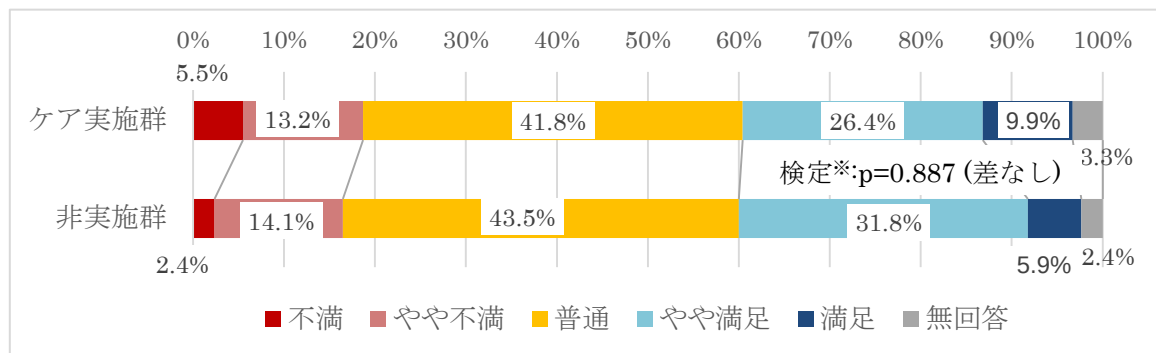
図Ⅲ-3-24 問 3.2)「⑥人事評価・処遇のあり方」(N=176 人)



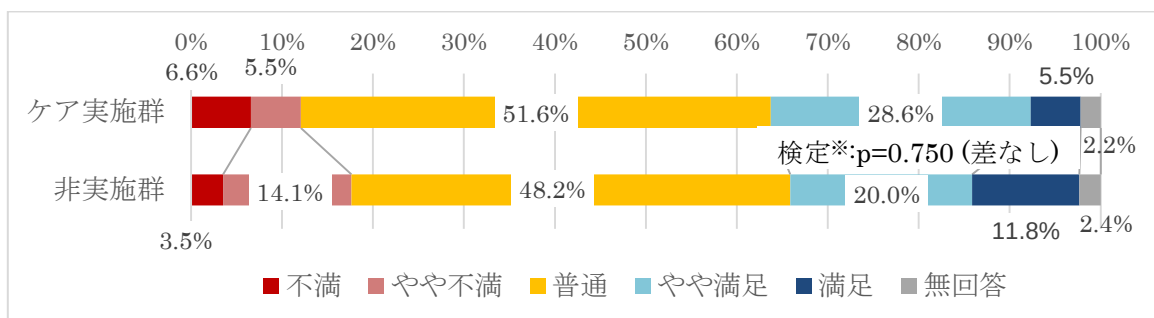
図Ⅲ-3-25 問 3.2)「⑦職場の環境」(N=176 人)



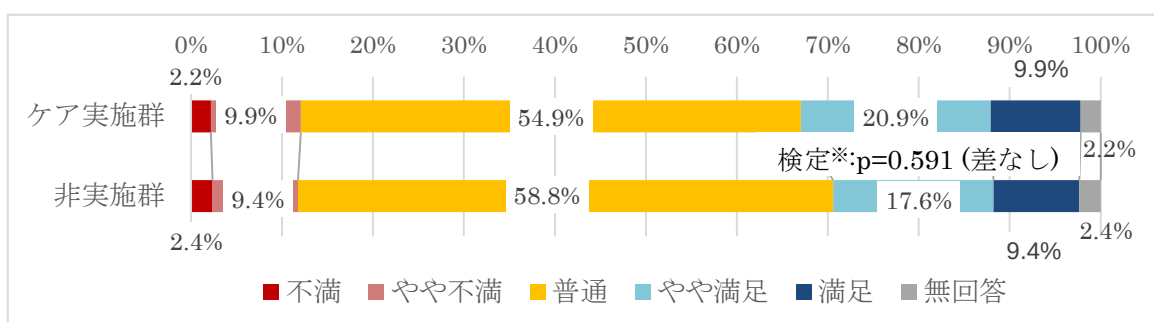
図Ⅲ-3-26 問 3.2)「⑧職場の人間関係、コミュニケーション」(N=176 人)



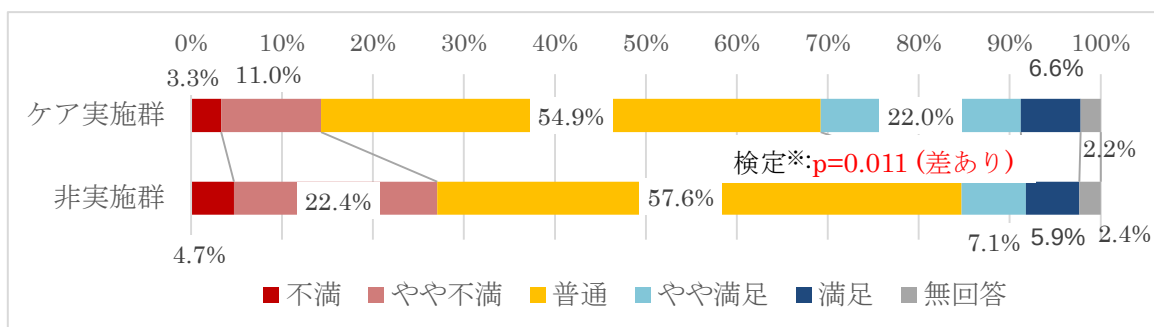
図Ⅲ-3- 27 問 3.2) 「⑨雇用の安定性」 (N=176 人)



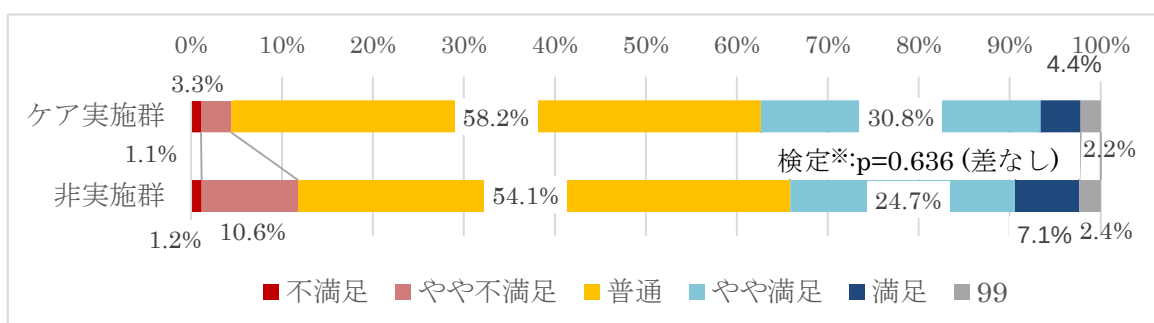
図Ⅲ-3- 28 問 3.2) 「⑩福利厚生」 (N=176 人)



図Ⅲ-3- 29 問 3.2) 「⑪教育訓練・能力開発」 (N=176 人)



図Ⅲ-3- 30 問 3.2) 「⑫利用者との人間関係」 (N=176 人)



⑤ 組織コミットメント____《職員調査票：問 4》

介護職員が勤務する施設（法人）組織に対して、その一員であることをどう意識しているのかを測る、組織コミットメントの 12 問⁷の回答結果を示す。分析対象は、前項と同様に週の勤務時間が 32 時間以上の 176 名である。

総括表（表Ⅲ-3-18）は各設問に対して、「はい」と「どちらかといえばはい」を選択した職員の割合を対比した結果を示している。

12 問のうち、差が認められたのは「①この組織に必要ななら、どんな仕事でも引き受ける」と「②他の組織に移る気はまったくない」の 2 項目のみで、いずれも「10 の基本ケア」実施群で肯定的な回答が多かった。

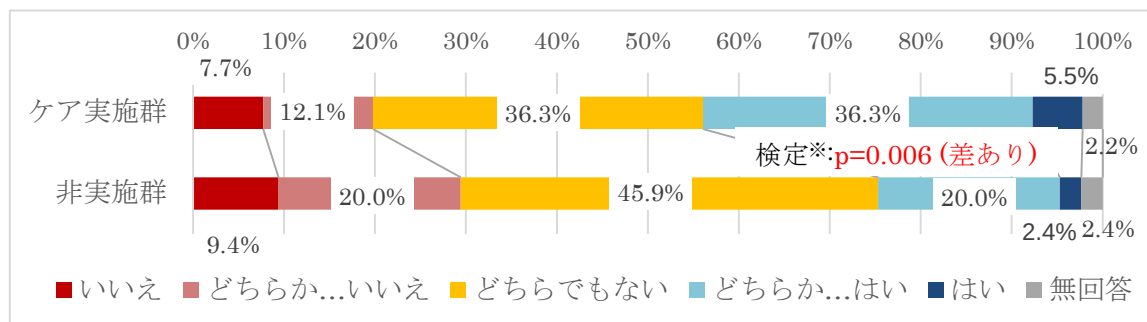
他の離職に関連する設問（③、⑩、⑫）においても、ケア実施群の方が肯定的な回答の割合が高くなっているものの、両者には統計的に有意な差は認められなかった。

表Ⅲ-3-18 組織コミットメントに関する対比結果の総括表（n=176）

設問	ケア実施群	非実施群	有意差	結果表
①どんな仕事も引き受ける	42.7%	22.9%	○	図Ⅲ-3-32
②他の組織に移る気はない	47.2%	30.1%	○	図Ⅲ-3-33
③魅力あり長く留まりたい	45.5%	31.3%	×	図Ⅲ-3-34
④自分の問題に感じる	20.2%	22.9%	×	図Ⅲ-3-35
⑤組織の一員を誇りに思う	39.3%	33.7%	×	図Ⅲ-3-36
⑥メンバーを強く意識	51.7%	45.8%	×	図Ⅲ-3-37
⑦組織を離れるのが不安	30.3%	25.6%	×	図Ⅲ-3-38
⑧辞めたら混乱する	32.6%	32.5%	×	図Ⅲ-3-39
⑨損失大なので勤務継続	31.5%	28.9%	×	図Ⅲ-3-40
⑩義理があり辞めない	42.7%	34.9%	×	図Ⅲ-3-41
⑪組織に恩義を感じる	40.4%	28.9%	×	図Ⅲ-3-42
⑫辞めたら罪悪感	27.0%	25.3%	×	図Ⅲ-3-43

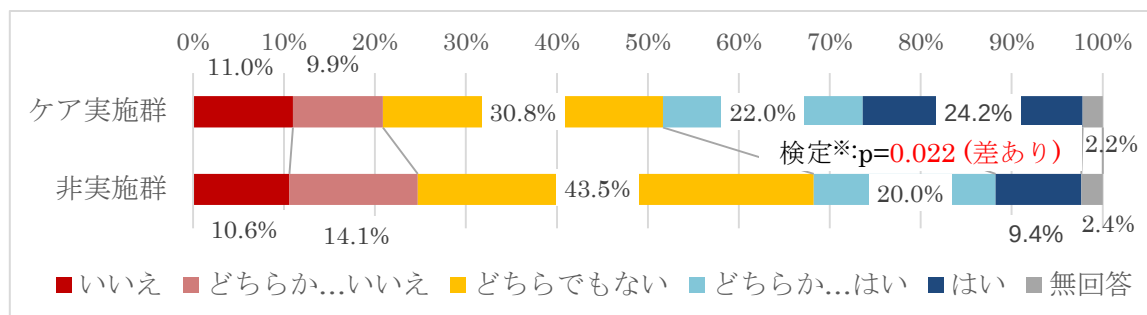
⁷ 労働政策研究・研修機構（2012）「第Ⅱ部第2章 コミットメント：組織コミットメント、ジョブインボルブメント、キャリアコミットメント、職務満足」『中小企業における人材の採用と定着（労働政策研究報告書 No.147）』

図Ⅲ-3-31 ①必要ならどんな仕事も引き受ける (N=176 人)

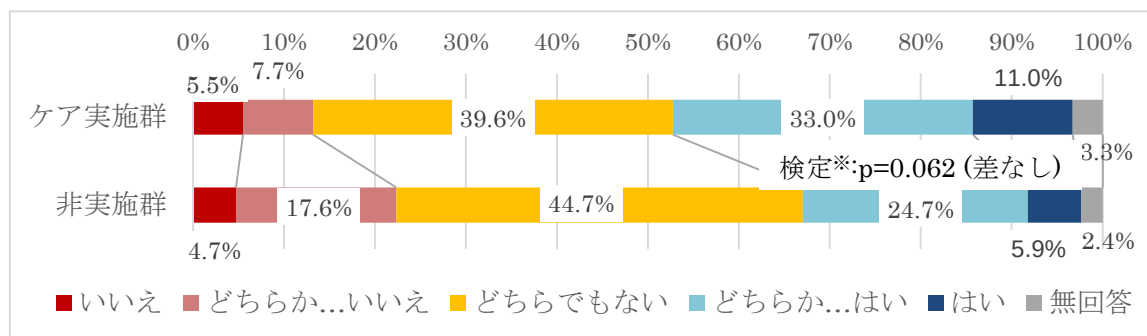


※ 無回答を除外して「やや満足」「満足」とそれ以外の割合を χ^2 乗検定で比較 (以下、同じ)

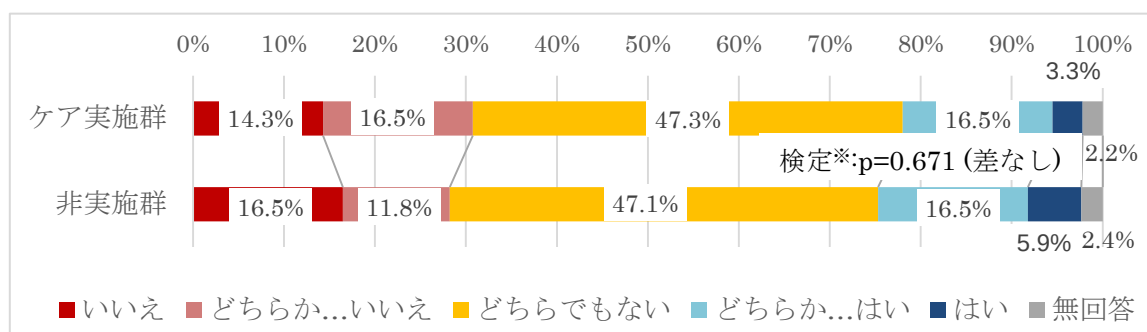
図Ⅲ-3-32 ②他の組織に移る気はまったくくない (N=176 人)



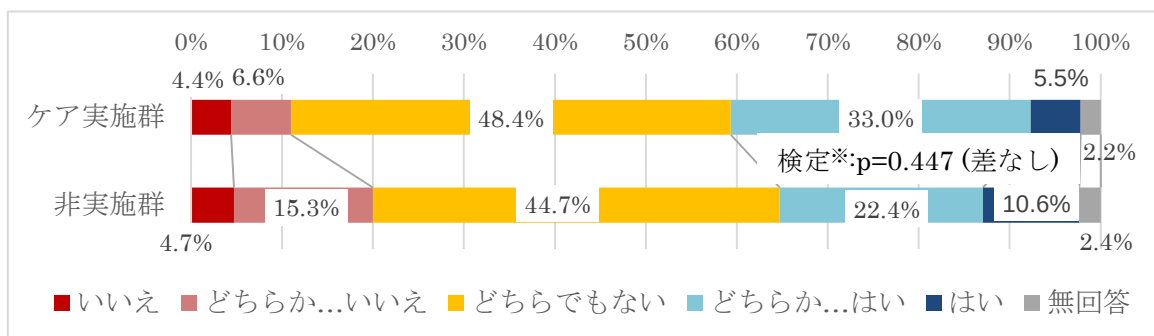
図Ⅲ-3-33 ③今の組織に魅力を感じているので、長く留まりたい (N=176 人)



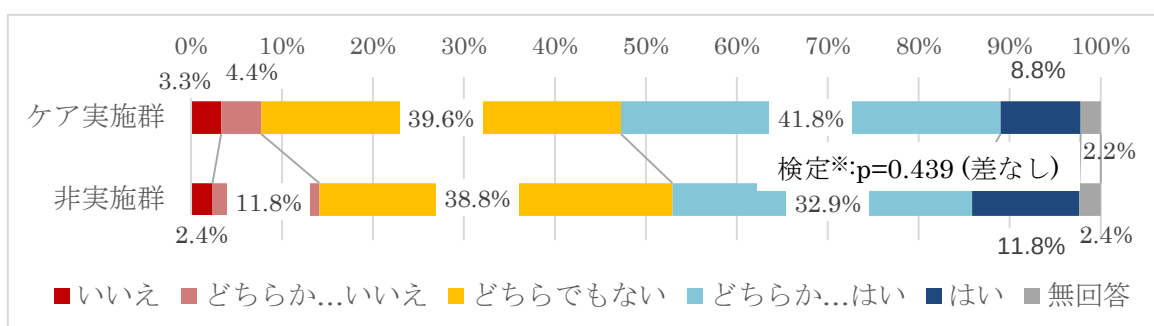
図Ⅲ-3-34 ④この組織の問題があたかも自分自身の問題であるかのように感じる (N=176 人)



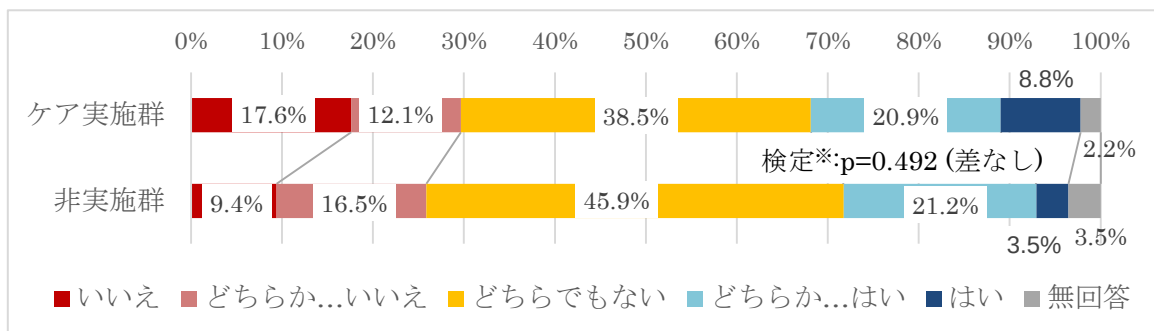
図Ⅲ-3- 35 ⑤この組織の一員であることを誇りに思う (N=176 人)



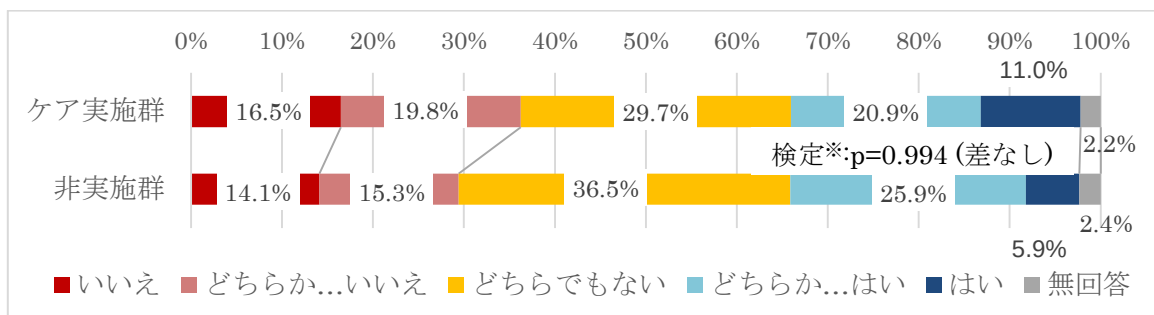
図Ⅲ-3- 36 ⑥この組織のメンバーであることを強く意識している (N=176 人)



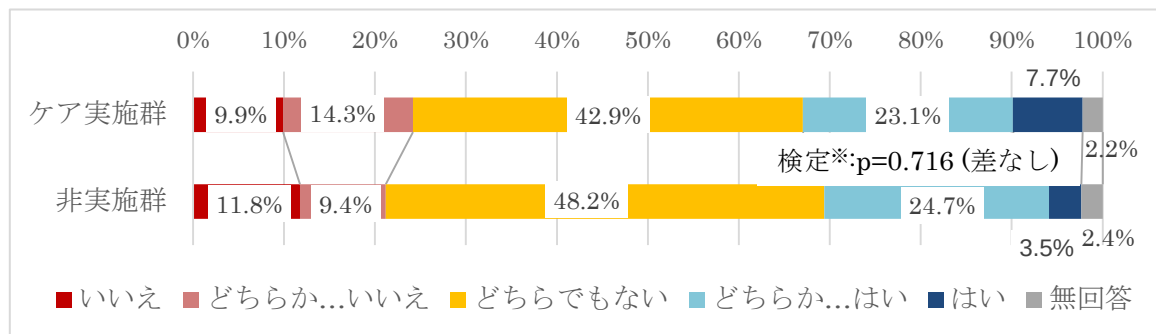
図Ⅲ-3- 37 ⑦この組織を離れるとどうなるか不安である (N=176 人)



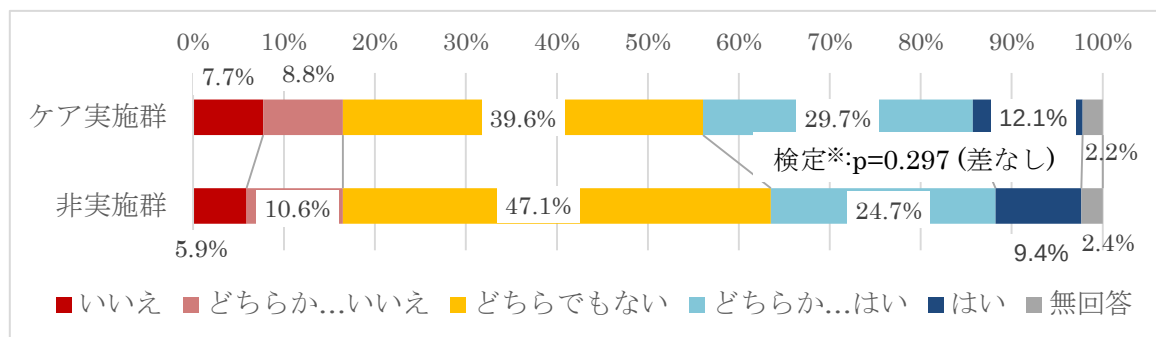
図Ⅲ-3- 38 ⑧今この組織を辞めたら、生活上の多くのことが混乱するだろう (N=176 人)



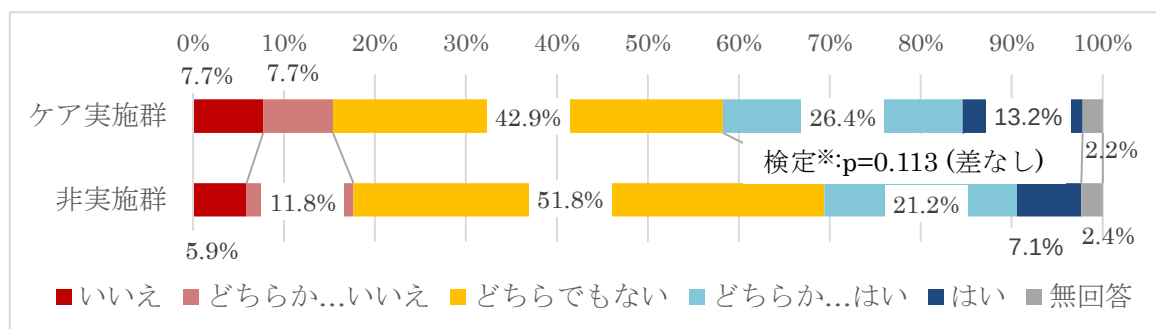
図Ⅲ-3- 39 ⑨この組織を辞めたら損失が大きいので、この先も勤めようと思う (N=176 人)



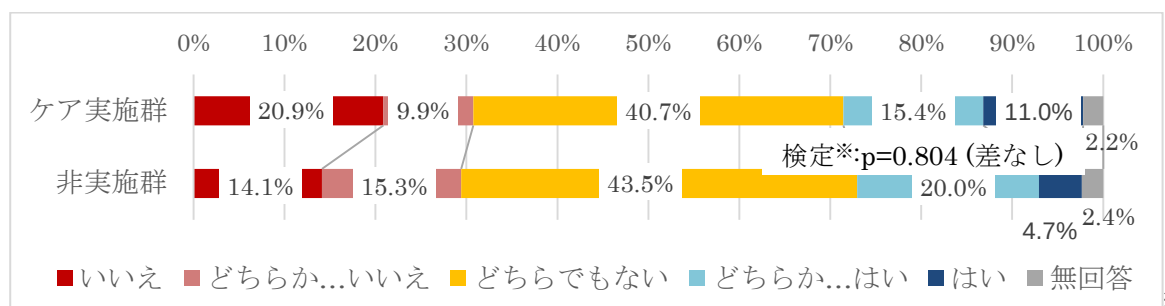
図Ⅲ-3- 40 ⑩この組織の人々に義理を感じるので、今辞めようとは思わない (N=176 人)



図Ⅲ-3- 41 ⑪この組織に多くの恩義を感じる (N=176 人)



図Ⅲ-3- 42 ⑫今この組織を辞めたら、罪悪感を感じるだろう (N=176 人)



※ 無

⑥ 職業性ストレス簡易調査票____《職員調査票：問 5～7》

介護職員の仕事におけるストレス状況を把握するため、企業に義務付けられている『ストレスチェック(職業性ストレス簡易調査票 23 項目版)』⁸ (問 5～問 7) を調査した。対象は、同様に週の勤務時間が 32 時間以上の 176 名である。判定方法は、次ページに詳細を示した。

総括表 (表Ⅲ-3-19) に示す通り、ストレスチェックの判定基準による「高ストレス状態」に該当した職員の割合は、ケア実施群 13.1%、非実施群 5.3%であり、両群に統計的に有意な差は認められなかった。

なお、ストレス判定のために算出する下位項目(A～C)の得点を比較した結果、「B_②不安感」と「B_④食欲不振」で、ケア実施群の方がストレスを感じている割合が高かった。ただし、これら下位項目は高ストレス判定のための指標であるため、単項目での比較結果がそのまま職場のストレス状態を評価したことにはならない。

表Ⅲ-3-19 ストレスチェックの対比結果の総括表 (n=176)

設問	ケア実施群 (134)	非実施群 (109)	有意差	結果表
【ストレス判定】				
高ストレス状態の職員	13.1%	5.3%	×	図Ⅲ-3-43
(以下は判定の下位項目)				
A_①仕事量	43.8%	49.4%	×	表Ⅲ-3-21
A_②コントロール	16.9%	21.0%	×	
B_①疲労感	39.6%	37.8%	×	
B_②不安感	40.2%	25.9%	○	
B_③抑うつ感	39.6%	28.9%	×	
B_④食欲不振	2.2%	1.2%	×	
B_⑤不眠	13.2%	2.4%	○	
C_①上司サポート	17.6%	23.5%	×	
C_②同僚サポート	46.7%	42.4%	×	

⁸ 厚生労働省労働基準局安全衛生部 (2016)『労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル』平成 28 年 4 月改訂版。

「高ストレス状態の者」の判定基準（23 項目）→ 9 尺度に得点化して判定する

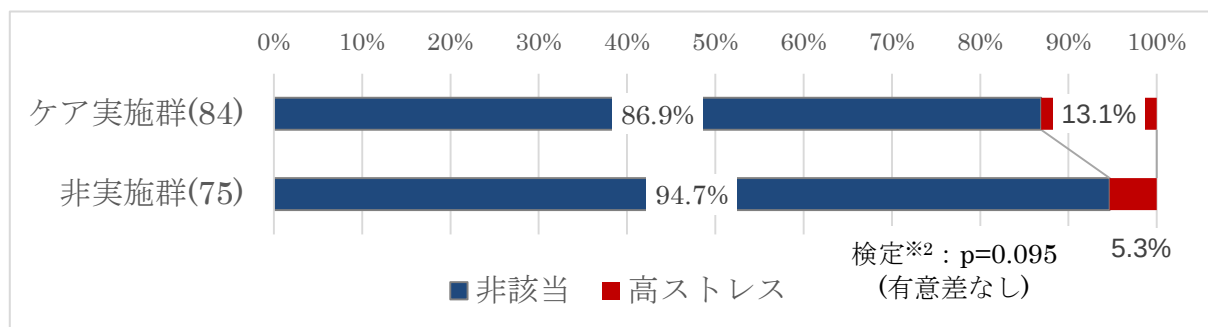
- ⑦【B.心身のストレス反応】(11 項目)の 5 尺度(①不安感、②抑うつ感、③疲労感、④食欲不振、⑤不眠)について、「素点換算表」により 5 段階評価(ストレスの高い方が 1 点、低い方が 5 点)に換算し、**5 尺度の合計点が 11 点以下**(平均点が 2.20 点以下)である者。
- ④【A.仕事のストレス要因】(6 項目)の 2 尺度(①仕事の量、②コントロール度)及び【C.周囲のサポート】(6 項目)の 2 尺度(①上司からのサポート、②同僚からのサポート)の計 4 尺度について、「素点換算表」により 5 段階評価(ストレスの高い方が 1 点、低い方が 5 点)に換算し、**4 尺度の合計点が 8 点以下**(平均点が 2.00 点以下)で、かつ、「心身のストレス反応」の 5 尺度の合計点が **16 点以下**(平均点が 3.20 点以下)である者。

表Ⅲ-3-20 素点換算表（職業性ストレス簡易調査票の簡略版 23 項目を用いる場合）

尺度	計算 (No. は質問項目番号)	得点	男性					女性				
			低い/少ない	やや低い/少ない	普通	やや高い/多い	高い/多い	低い/少ない	やや低い/少ない	普通	やや高い/多い	高い/多い
			上段：質問項目合計得点 下段は分布 (n=15, 933)					上段：質問項目合計得点 下段は分布 (n=8, 447)				
【ストレスの原因と考えられる因子】												
心理的な仕事の負担 (量)	15- (No. 1+No. 2+No. 3)		3-5	6-7	8-9	10-11	12	3-4	5-6	7-9	10-11	12
			7. 2%	18. 9%	40. 8%	22. 7%	10. 4%	6. 6%	20. 4%	51. 7%	15. 6%	5. 8%
仕事のコントロール度	15- (No. 8+No. 9+No. 10)		3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	3	4-5	6-8	9-10	11-12
			5. 4%	16. 6%	37. 1%	32. 4%	8. 5%	5. 5%	16. 0%	48. 8%	23. 3%	6. 3%
【ストレスによっておこる心身の反応】												
疲労感	No. 7+No. 8+No. 9		3	4	5-7	8-10	11-12	3	4-5	6-8	9-11	12
			9. 7%	12. 2%	47. 4%	23. 3%	7. 4%	6. 2%	23. 2%	40. 1%	23. 1%	7. 4%
不安感	No. 10+No. 11+No. 12		3	4	5-7	8-9	10-12	3	4	5-7	8-10	11-12
			8. 3%	14. 9%	51. 9%	17. 8%	7. 1%	12. 3%	15. 6%	44. 7%	21. 6%	5. 8%
抑うつ感	No. 13+No. 14+No. 16		3	4	5-6	7-9	10-12	3	4	5-6	7-10	11-12
			19. 2%	15. 7%	37. 2%	22. 2%	5. 7%	15. 7%	13. 9%	34. 9%	30. 0%	5. 5%
食欲不振	No. 27		1		2	3	4	1		2	3	4
			71. 6%		22. 9%	4. 3%	1. 2%	66. 2%		25. 8%	5. 9%	2. 1%
不眠	No. 29		1		2	3	4	1		2	3	4
			55. 6%		31. 3%	9. 8%	3. 3%	52. 2%		30. 6%	12. 2%	5. 0%
【ストレス反応に影響を与える他の因子】												
上司からのサポート	15- (No. 1+No. 4+No. 7)		3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	3	4-5	6-7	8-10	11-12
			6. 9%	27. 0%	32. 8%	24. 7%	8. 7%	7. 5%	22. 0%	38. 9%	26. 7%	4. 9%
同僚からのサポート	No. 10+No. 11+No. 12		3-5	6-7	8-9	10-11	12	3-5	6-7	8-9	10-11	12
			6. 1%	32. 4%	39. 9%	16. 3%	5. 3%	8. 1%	31. 3%	35. 3%	17. 9%	7. 4%

出典：『労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル』（前掲）

図Ⅲ-3-43 「高ストレス判定者」の割合 (N=159人※1)



※1 無回答による計算不能者の17名を除外

※2 χ^2 二乗検定

表Ⅲ-3-21 素点換算表による下位項目の回答分布 (N=176人※1)

		ストレスの程度					検定※2
判定項目	群	高い	やや高い	普通	やや低い	低い	
A_①	実施群	15.7%	28.1%	49.4%	6.7%		p=0.46
心理的な仕事の負担量	非実施群	13.3%	36.1%	44.6%	4.8%	1.2%	
A_②	実施群	2.2%	14.6%	43.8%	31.5%	7.9%	p=0.50
仕事のコントロール度	非実施群	7.4%	13.6%	55.6%	22.2%	1.2%	
B_①	実施群	13.2%	26.4%	48.4%	8.8%	3.3%	p=0.81
疲労感	非実施群	12.2%	25.6%	52.4%	6.1%	3.7%	
B_②	実施群	10.3%	29.9%	36.8%	17.2%	5.7%	p=0.04
不安感	非実施群	5.9%	20.0%	45.9%	17.6%	10.6%	
B_③	実施群	8.8%	30.8%	27.5%	13.2%	19.8%	p=0.14
抑うつ感	非実施群	3.6%	25.3%	34.9%	14.5%	21.7%	
B_④	実施群	2.2%	0.0%	11.0%	13.2%	73.6%	p=0.60
食欲不振	非実施群	1.2%	0.0%	5.9%	29.4%	63.5%	
B_⑤	実施群	13.2%	0.0%	16.5%	26.4%	44.0%	p=0.01
不眠	非実施群	2.4%	0.0%	16.5%	32.9%	48.2%	
C_①	実施群	4.4%	13.2%	37.4%	34.1%	11.0%	p=0.32
上司からのサポート	非実施群	5.9%	17.6%	41.2%	23.5%	11.8%	
C_②	実施群	6.7%	40.0%	28.9%	16.7%	7.8%	p=0.56
同僚からのサポート	非実施群	10.6%	31.8%	32.9%	17.6%	7.1%	

※1 項目によって0~6人の無回答者が除外されている

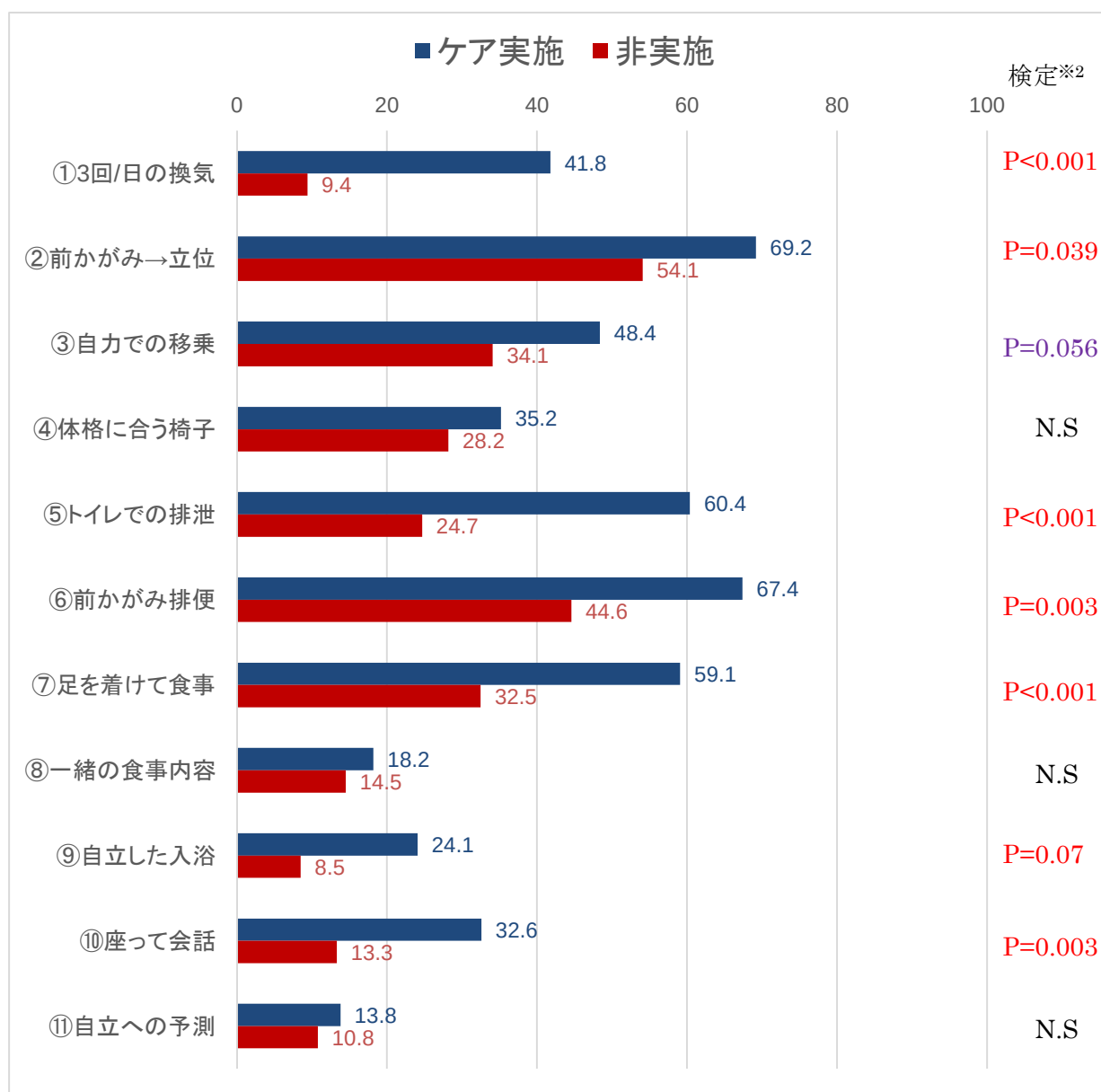
※2 χ^2 二乗検定

(2) 過程〔プロセス〕の評価____《職員調査票：問2》

介護職員が実施しているケアが標準的な手順で実施されているかを把握するため「10の基本ケア」のポイントから11項目の設問（問2）を作成し、その実践度を自己評価で求めた。分析対象者は、前項と同様に週の勤務時間が32時間以上の176名である。

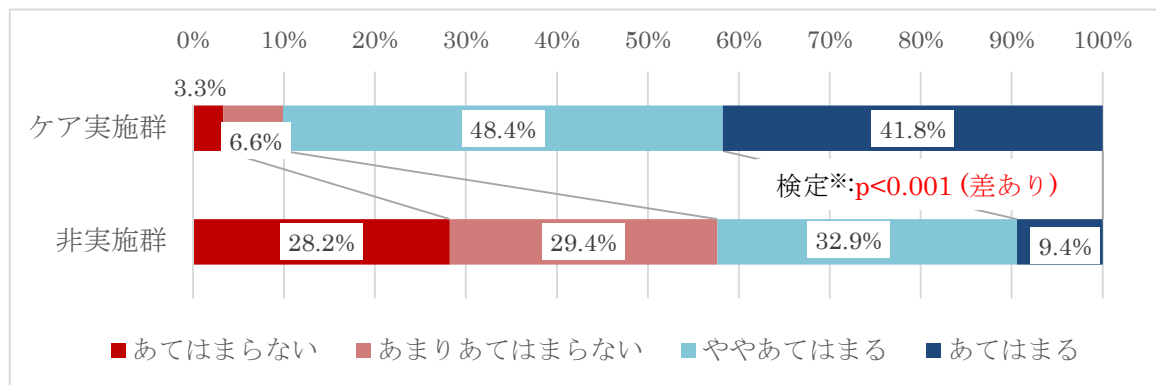
総括表（図Ⅲ-3-44）に示した通り、11項目中8項目（ただし1項目は有意確率が5.6%）で、ケア実施群の方がより高い割合で実践していることが明らかとなった。差が認められなかった3項目は、いずれも実践割合が相対的に低率であった。

図Ⅲ-3-44 利用者へのケアの実践状況（「あてはまる」の割合※1）の総括表（n=176）



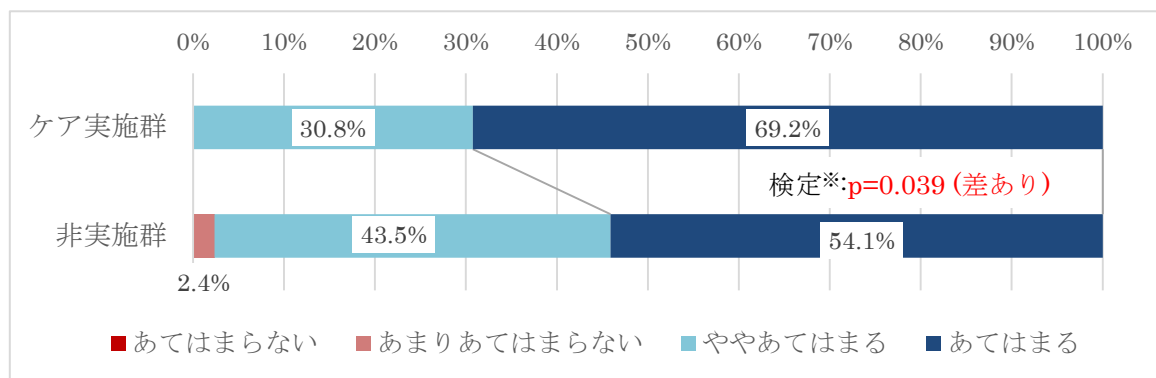
※1 無回答を除いた割合のため以降の図表と一部で一致しない ※2 χ^2 二乗検定

図Ⅲ-3- 45 「①1日3回以上換気して、新鮮な空気を取り入れて臭いのない空間にしている」(N=176)

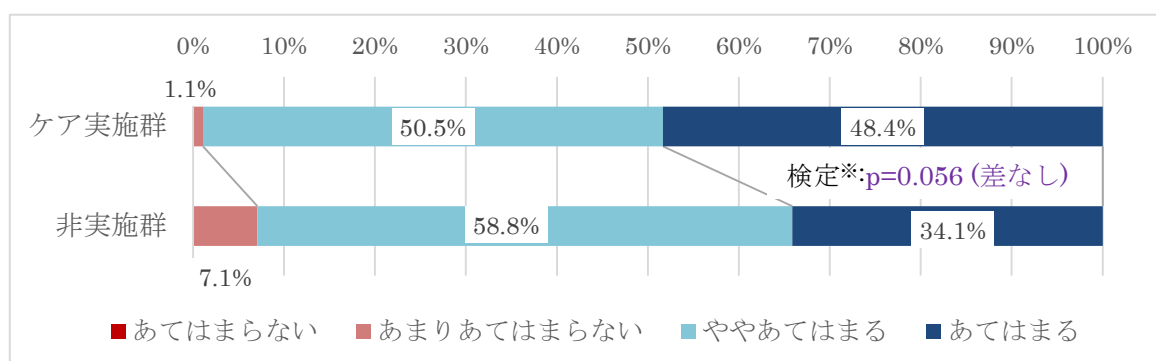


※ 無回答を除外して「あてはまる」とそれ以外の割合を χ^2 乗検定で比較 (以下、同じ)

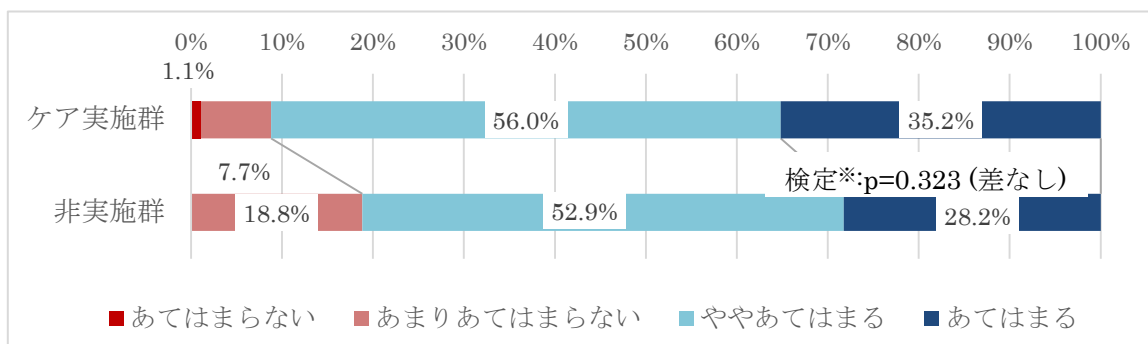
図Ⅲ-3- 46 「②利用者が前かがみで、バランスよく立ち上がれるよう介助をしている」(N=176)



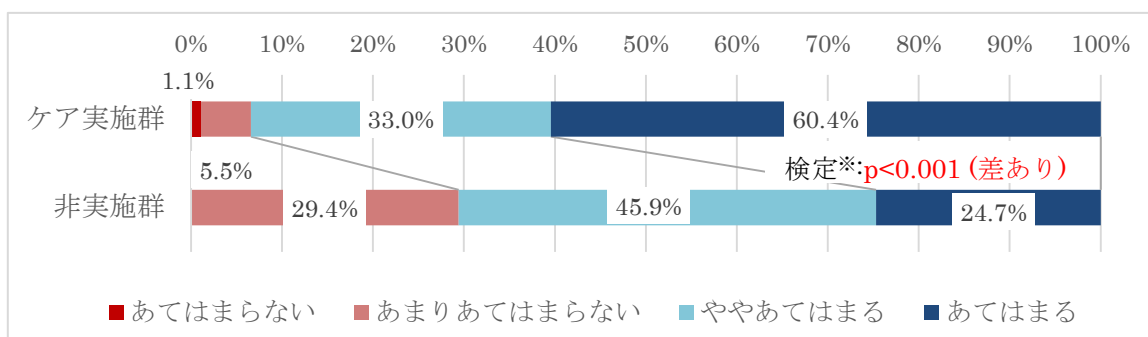
図Ⅲ-3- 47 「③利用者がご自身で座り替え（移乗）できるような介助をしている」(N=176)



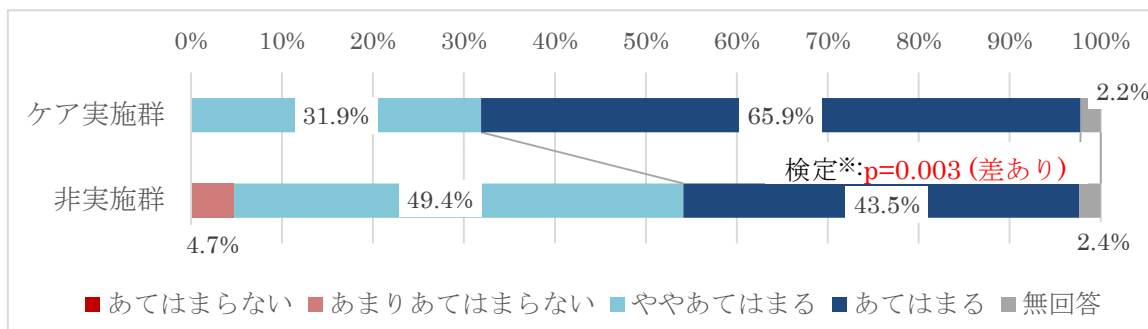
図Ⅲ-3- 48 「④利用者個人の体格に椅子とテーブルを合わせている」(N=176)



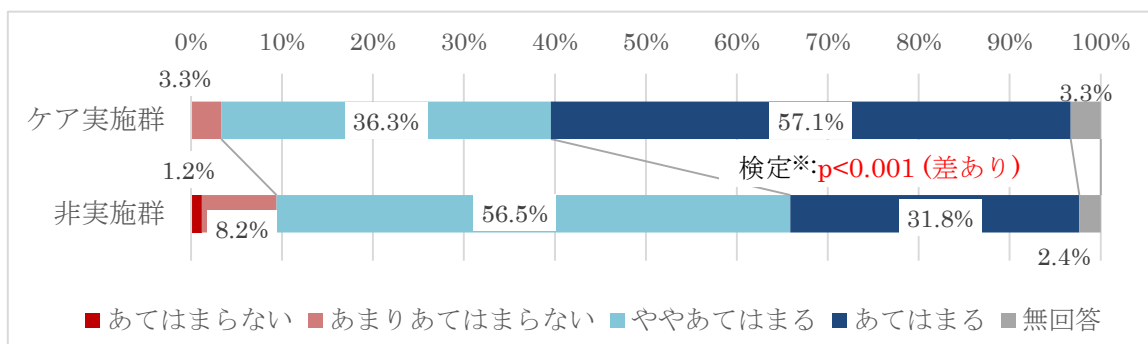
図Ⅲ-3- 49 「⑤利用者ができるだけおむつを使用せず、トイレで排泄できるようにケアを…」(N=176)



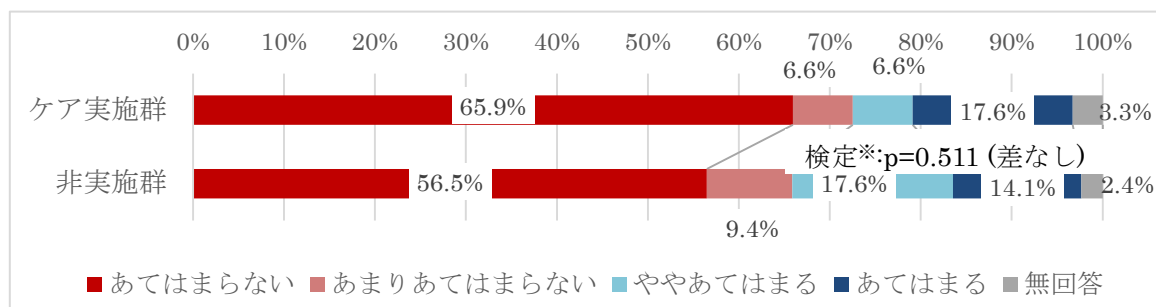
図Ⅲ-3- 50 「⑥利用者がトイレで便座に座り床に足をつけ、前かがみで排便できるよう介助…」(N=176)



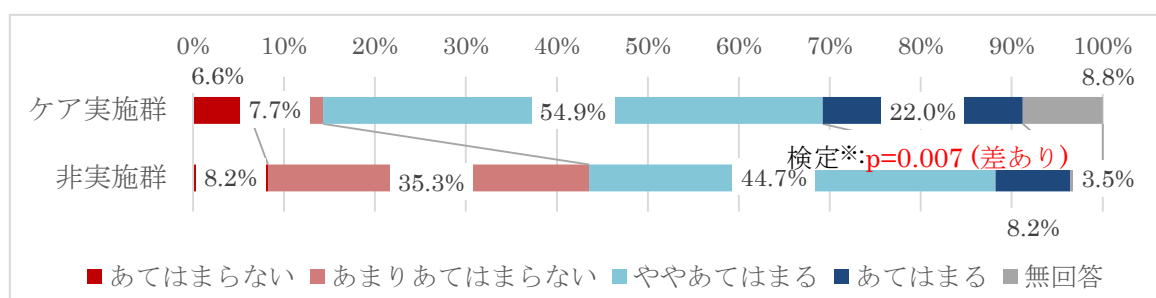
図Ⅲ-3- 51 「⑦利用者が食事の際に椅子に座り床に足をつけ、前かがみで食べられるよう介助…」(N=176)



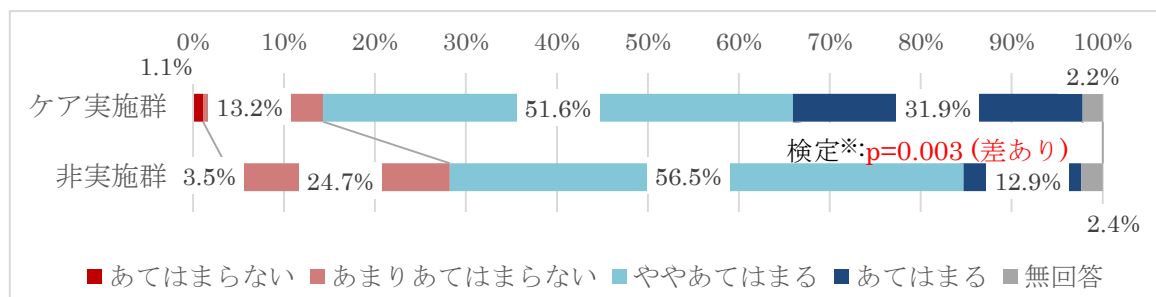
図Ⅲ-3- 52 「⑧利用者と一緒に同じ食事内容のものを食べている」 (N=176)



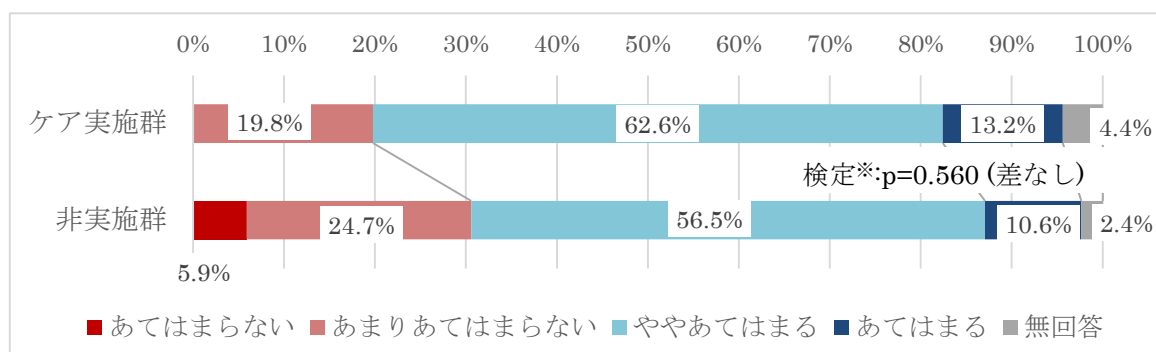
図Ⅲ-3- 53 「⑨利用者にあった自立性の高い入浴ケアを実践している」 (N=176)



図Ⅲ-3- 54 「⑩利用者と話すときにいつも座って話をしている」 (N=176)



図Ⅲ-3- 55 「⑪利用者の自立支援につながるプロセスが予測できる」 (N=176)



(3) 結果「アウトカム」の評価

「10の基本ケア」の実施施設4か所と非実施施設5か所に入所している要介護3以上の384人の2018年9月と11月の2時点のアセスメントデータを分析対象とした(前掲_図Ⅲ-3-1)。

比較対象となった384人のグループ別の基本属性(「利用者調査票」問3～7)は総括表(表Ⅲ-3-22)の通りで、性・年齢のほか、疾患や医療的ケアの必要度、自立度等において統計学的に有意な差はみられなかった。なお、「服薬管理を受けているものの割合」には差がみられたが、いずれも8割以上と多く特に留意する必要ないと考えられた。

表Ⅲ-3-22 対象者の基本属性の総括表 (n=384人※)

設問項目	ケア実施群 (156人※)	非実施群 (228人※)	有意差
①性別(男性の割合)	17.3%	18.9%	×
②平均年齢	86.0歳	86.3歳	×
③平均入所期間	35.7か月	37.3か月	×
④疾患(脳血管疾患/心疾患/糖尿病/がん/腎不全/慢性呼吸不全/骨折/認知症/パーキンソン/うつ病/他の神経疾患)			すべて ×
⑤医療的ケア(胃ろう・経鼻経管栄養の栄養管理/膀胱(留置)カテーテル管理/人工肛門のケア/たんの吸引/ネブライザー/酸素療法(酸素吸入)/気管切開のケア/人工呼吸器の管理/褥瘡の処置/インスリン注射/導尿/浣腸/排便)			すべて ×
⑤医療的ケア(服薬管理)	82.4	94.4	○
⑥平均要介護度	4.07	3.98	×
⑦認知症高齢者の日常生活自立度(Ⅳ以上)	31.4%	33.8%	×
⑧障害老人の日常生活自立度(B以上)	75.9%	81.6%	×

※分析項目によって対象数は異なる

アウトカム評価の指標は、①公的な指標(要介護度・認知症高齢者日常生活自立度・障害老人日常生活自立度)、②ケア実施状況(起き上がり・立ち上がり・移動手段・座位の状態・排泄)、③量的尺度の指標(ADL・認知障害・行動障害・うつ・意欲・空間活動・社会参加)、の3つの側面から、実施群と非実施群の対比を行った。

分析は、まずベースライン時点(第1回目)の得点分布からグループ間の差異を確認し、次に2時点間の得点変動から状態変化(転帰)を明らかにして、最後に重症度を考慮したリスク調整後の改善/悪化事象の発生確率を対比した(詳細は2.方法を参照)。

次頁から、①公的指標、②尺度指標、③ケア実施状況の順に指標の解説と結果を記載する。

① 公的な指標での比較

ケアプランにおける利用者基本情報や公的統計として扱われている、要介護度、認知症高齢者日常生活自立度、障害老人日常生活自立度の3つの指標について、その2時点変化からアウトカム評価を行った。

総括表（表Ⅲ-3-23）には、各指標の悪化の発生割合を示したが、それぞれの転帰（改善・不変・悪化）の割合は、「10の基本ケア」実施群と非実施群で有意な差が認められなかった。それぞれの指標の詳細な結果は、指標の紹介を含めて次頁以降に記載した。

表Ⅲ-3-23 アウトカム指標の比較分析の総括表（n=384人）※

設問項目		ケア実施群	非実施群	有意差	結果表
i 要介護度	改善	2.6%	0.9%	×	図Ⅲ-3-57
	不変	97.4%	96.4%		
	悪化	0%	2.7%		
ii 認知症高齢者日常生活自立度	改善	2.6%	7.5%	×	図Ⅲ-3-58
	不変	92.8%	87.6%		
	悪化	4.6%	4.9%		
iii 障害老人日常生活自立度	改善	1.9%	3.5%	—	図Ⅲ-3-61
	不変	96.2%	92.1%		
	悪化	1.9%	4.4%		

※比較する指標によって対象数は異なる

i 要介護度

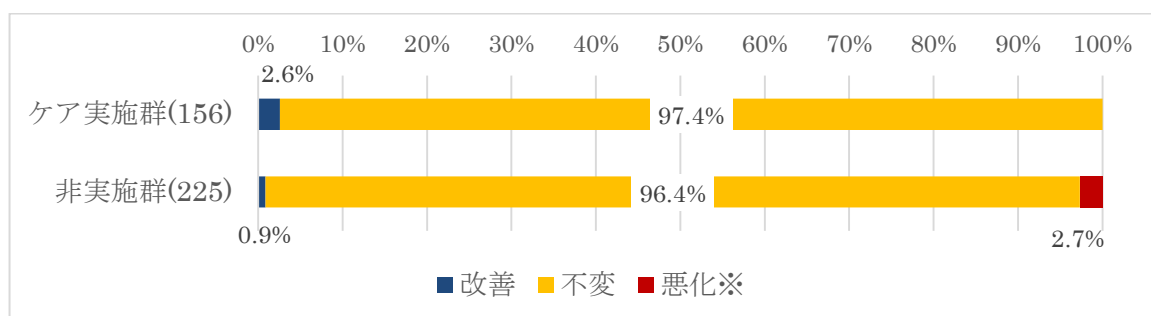
《利用者調査票：問3》

表Ⅲ-3-24 第1回調査と第2回調査の要介護度(381人※¹)

1回目の要介護度		2回目の要介護度※2				合計		
		要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
ケア実施群	要介護3	人数	1	37	0	0	38	
		%	2.6%	97.4%	0.0%	0.0%	100%	
	要介護4	人数	0	1	67	0	68	
		%	0.0%	1.5%	98.5%	0.0%	100%	
	要介護5	人数	0	0	2	48	50	
		%	0.0%	0.0%	4.0%	96.0%	100%	
	計	人数	1	38	69	48	156	
		%	0.4%	24.4%	44.2%	30.8%	100%	
	非実施群	要介護3	人数	1	68	1	0	70
			%	1.4%	97.1%	1.4%	0.0%	100%
要介護4		人数	0	1	83	5	89	
		%	0.0%	1.1%	93.3%	5.6%	100%	
要介護5		人数	0	0	0	66	66	
		%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	
計		人数	1	69	84	71	225	
		%	0.4%	30.7%	37.3%	31.6%	100%	

※¹ 2回目の要介護度が不明の3人を除外 ※² 要支援1・2、要介護1の者は存在しなかった

図Ⅲ-3-56 グループ別の要介護度の変化(n=381)



※要介護5には「悪化」が生じない 検定：複数のセルが5人未満のため検定不能

ii 認知症高齢者の日常生活自立度

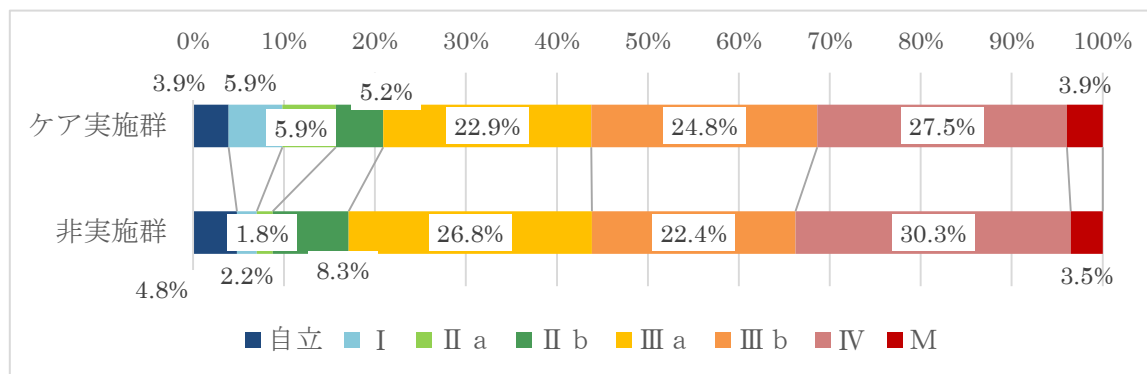
《利用者調査票：問9》

表Ⅲ-3-25 「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定基準⁹

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
自立	—	—
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる	
(IIa)	家庭外で上記IIの状態がみられる	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
(IIb)	家庭内でも上記IIの状態がみられる	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	
(IIIa)	日中を中心として上記IIIの状態が見られる	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
(IIIb)	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる	ランクIIIa に同じ
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門治療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

⁹ 厚生労働省（2006）平成18年4月3日老発第0403003号「痴呆性老人の生活自立度判定基準」の活用について」の一部改正について

図Ⅲ-3- 57 第 1 回目(ベースライン)の認知症高齢者の日常生活自立度 (n=381※¹)

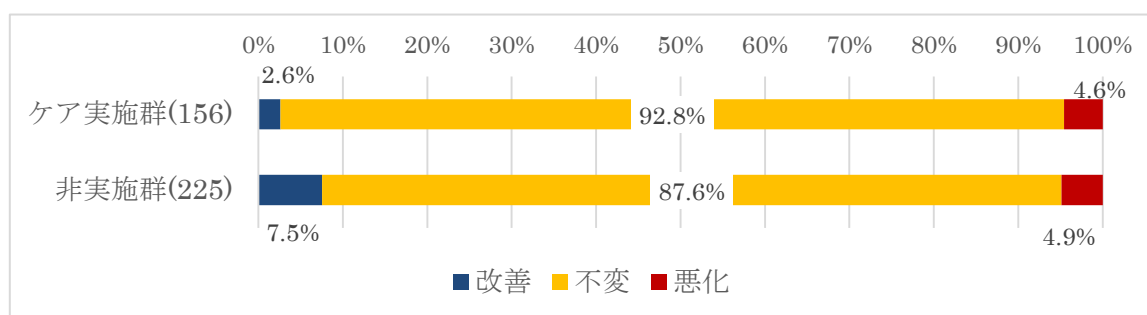


表Ⅲ-3- 26 第 1 回目と第 2 回目の認知症高齢者の日常生活自立度 (n=381 人※¹)

	第1回目の結果	第2回目の結果							
		自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
ケア実施群	自立	66.7%	33.3%						
	I	11.1%	88.9%						
	II a			88.9%		11.1%			
	II b				87.5%	12.5%			
	III a					97.1%	2.9%		
	III b					2.6%	92.1%	5.3%	
	IV					2.4%		97.6%	
	M								100%
非実施群	自立	90.9%	9.1%						
	I		60%	20.0%	20.0%				
	II a			100%					
	II b		5.3%	5.3%	78.9%	5.3%	5.3%		
	III a		3.3%	1.6%	1.6%	88.5%	1.6%	3.3%	
	III b					12%	84%	4%	
	IV					1.5%	2.9%	94.1%	1.5%
	M							25%	75%

※¹スコアが算出不能の3名を除外。

図Ⅲ-3- 58 認知症高齢者の日常生活自立度の変化 (n=379※¹)



※¹ スコアが算出不能の 5 名を除外 ※² 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.120$ (差なし)

iii 障害老人の日常生活自立度

《利用者調査票：問 10》

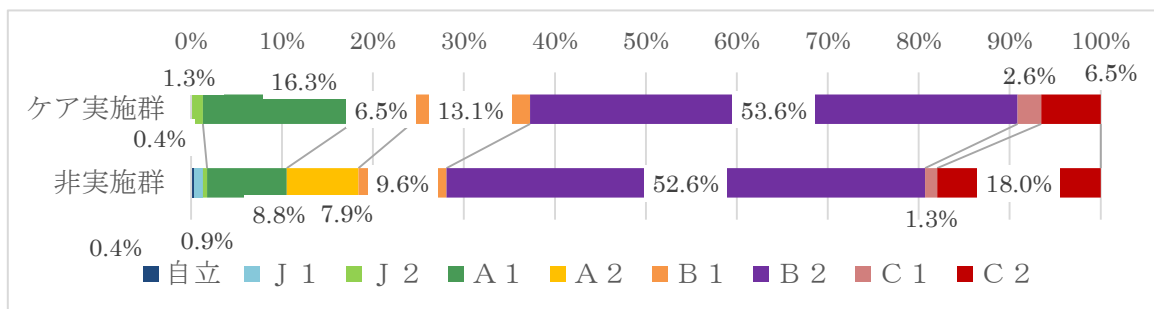
表Ⅲ-3・27 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準¹⁰

種別	ランク	定義
自立	—	—
生活自立	J1	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で交通機関等を利用して外出する
	J2	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で隣近所なら外出する
準寝たきり	A1	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
	A2	屋内での生活はおおむね自立しているが、外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	B1	屋内での生活は何らかの介助を要し、自力で車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う
	B2	屋内での生活は何らかの介助を要し、介助により車いすに移乗する(座位は保てる)
	C1	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要するが、自力で寝返りをうつ
	C2	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要し、自力では寝返りも出来ない

(平成 3 年 11 月 18 日 老健第 102-2 号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知を改訂)

¹⁰ 厚生労働省（1991）平成 3 年 11 月 18 日 老健第 102-2 号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知の改訂

図Ⅲ-3-59 第1回目(ベースライン)の障害高齢者の日常生活自立度(n=381※1)

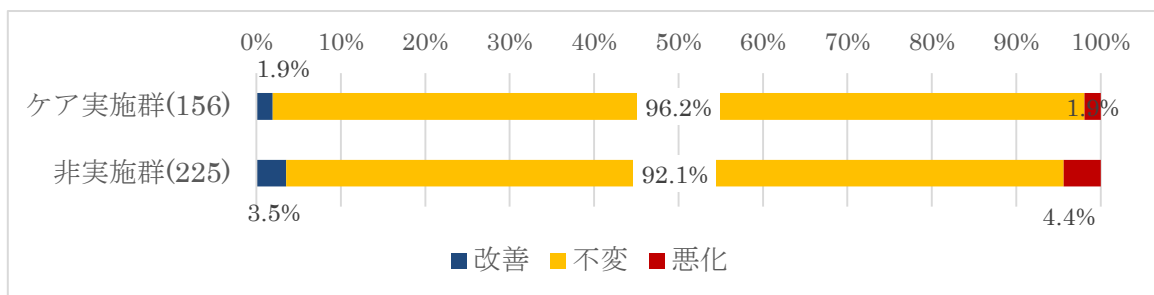


表Ⅲ-3-28 第1回目と第2回目の障害高齢者の日常生活自立度(381人※1)

		第2回目の結果								
	第1回目の結果	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
ケア実施群	自立									
	J 1									
	J 2			100%						
	A 1				96.0%			4.0%		
	A 2					100%				
	B 1				5.0%		90.0%	5.0%		
	B 2						1.2%	97.6%	1.2%	
	C 1								100%	
	C 2									100%
非実施群	自立	100%								
	J 1		50%			50.0%				
	J 2			100%						
	A 1				90%			10%		
	A 2					94%		5.6%		
	B 1				4.5%	4.5%	81.8%	9.1%		
	B 2				0.8%		1.7%	95.8%	0.8%	0.8%
	C 1								100%	
	C 2							5.0%	2.5%	92.5%

※1 スコアが算出不能の3名を除外。

図Ⅲ-3-60 障害高齢者の日常生活自立度の変化(n=380※1)



※1 スコアが算出不能の4名を除外。検定結果：複数のセルの該当数が5未満のため検定不能

② 受けている援助量の指標を用いた比較____《利用者調査票：問 12～16》

「10 の基本ケア」の標準的な手順と関連の深い身体的な自立度の変化について、介護スタッフから利用者が受けている援助の程度を複数段階で表したオリジナルの指標での比較を行った。

総括表（表Ⅲ-3-29）に示す通り、まず、改善割合ではどの動作項目でも有意な差は認められず、悪化割合では「起き上がりの状態」と「座位の状態」においてケア実施群の悪化割合が有意に低かった。

各設問の詳細な結果は、次頁に記載した。

表Ⅲ-3-29 受けている援助量からみた「改善」割合の総括表（n=384*）

設問項目	ケア実施群	非実施群	有意差	結果表
i 起き上がりの状態	1.5%	4.3%	×	表Ⅲ-3-31
ii 立ち上がりの状態	5.9%	6.5%	×	表Ⅲ-3-32
iii 移動手段	2.0%	5.5%	×	表Ⅲ-3-33
iv 座位の保持	6.4%	11.1%	×	表Ⅲ-3-34
v 排泄[トイレ使用]	0.6%	0.9%	×	図Ⅲ-3-70
vi 排泄[ポータブルトイレ]	6.6%	3.1	×	図Ⅲ-3-72

*比較する指標によって対象数は異なる

表Ⅲ-3-30 受けている援助量からみた「悪化」割合の総括表（n=384*）

設問項目	ケア実施群	非実施群	有意差	結果表
i 起き上がりの状態	9%	24.1%	○	表Ⅲ-3-31
ii 立ち上がりの状態	6.7%	8.0%	×	表Ⅲ-3-32
iii 移動手段	9.4%	11.1%	×	表Ⅲ-3-33
iv 座位の保持	2.7%	10.3%	○	表Ⅲ-3-34
v 排泄[トイレ使用]	1.3%	2.2%	×	図Ⅲ-3-71
vi 排泄[ポータブルトイレ]	0.7%	0.4%	×	図Ⅲ-3-73

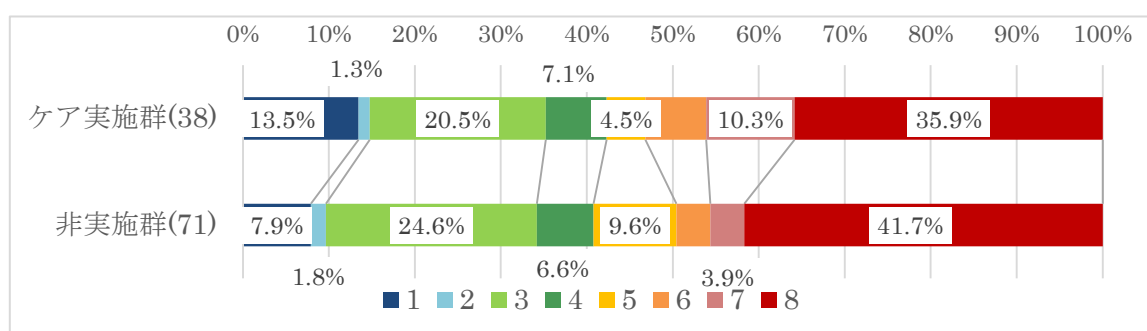
*比較する指標によって対象数は異なる

i 「普段の起き上がりの状態」

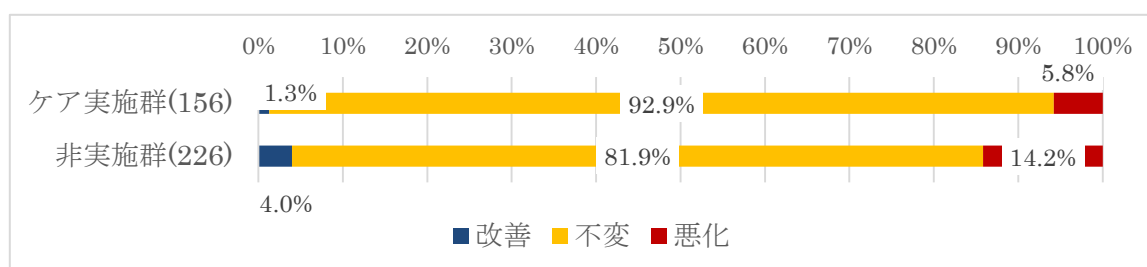
(利用者調査票：問 12)

1. 平らな場所（ベッドマット、床など）を支持して起き上がる
2. 背臥位のままから（側臥位にならない）起き上がる
3. 柵または手すりを使って起き上がる
4. 声かけまたは軽い介助で起き上がる
5. 肘（前腕）で支えるところまではできるが、手をついて体幹を起こすのに介助が必要
6. 側臥位になることはできる
7. 頭を上げ、膝を立てることはできるが側臥位になるのに介助が必要
8. すべてにおいて介助が必要

図Ⅲ-3- 61 ベースライン（第 1 回目）の「普段の起き上がりの状態」の分布（n=384）



図Ⅲ-3- 62 「普段の起き上がりの状態」の分布（n=382^{※1}）



^{※1}1384 人からスコアが算出不能の 2 名を除外 検定結果：セル数が不足しており検定不能

表Ⅲ-3- 31 改善・悪化別の検定結果

		①改善の効果(n= 343 ^{※1})			②悪化(防止)の効果(n= 233 ^{※2})		
		不変悪化	改善	検定 ^{※3}	改善・不変	悪化	検定 ^{※3}
ケア実施群	人数	133	2	p=0.21 (差なし)	91	9	p=0.03 (差あり)
	%	98.5%	1.5%		91.0%	9.0%	
非実施群	人数	199	9		101	32	
	%	95.7%	4.3%		75.9%	24.1%	

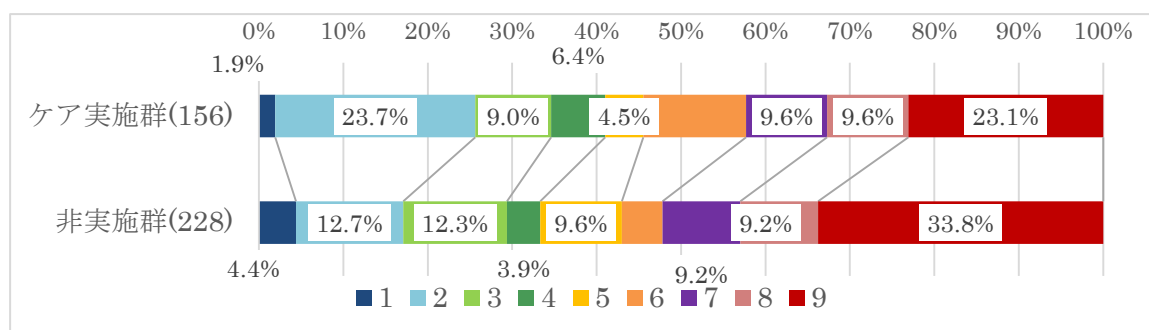
^{※1} 1回目に[1]を選択した者を除外 ^{※2} 1回目に[8]を選択した者を除外 ^{※3}Fisher's exact test

ii 「普段の立ち上がりの状態」

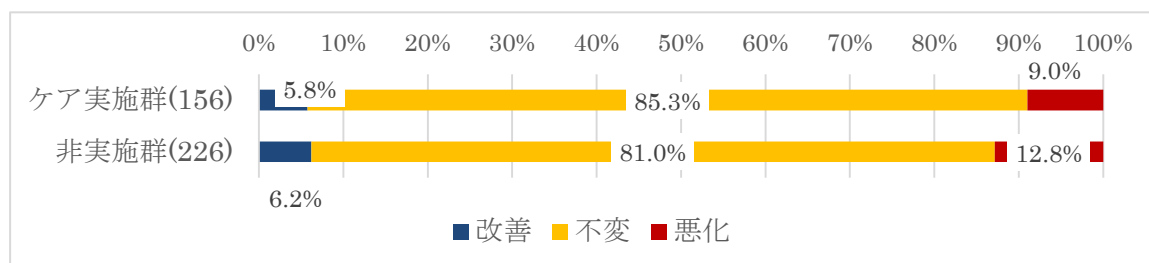
(利用者調査票：問 13)

1. 上肢の支持なく自分で立ち上がることができる
2. テーブルなどに手をついて自分で立ち上がる
3. 手すりや柵を利用して自分で立ち上がる
4. テーブルなどに手をついて軽く支える程度で立ち上がる
5. 手すりや柵を利用して軽く支える程度で立ち上がる
6. テーブルなどに手をついて介助で立ち上がる
7. 手すりや柵を利用して介助で立ち上がる
8. 立ち上がろうとして自分でおじぎ（前傾姿勢）ができる
9. 自分でおじぎができない

図Ⅲ-3- 63 ベースライン（第1回目）の「普段の立ち上がりの状態」の分布（n=384）



図Ⅲ-3- 64 「普段の立ち上がりの状態」の分布（n=382※1）



※1384 人からスコアが算出不能の 2 名を除外 検定結果： χ^2 乗検定 $p=0.484$ (差なし)

表Ⅲ-3- 32 改善・悪化別の検定結果

		①改善の効果(n= 369※1)			②悪化(防止)の効果(n= 270※2)		
		不変悪化	改善	検定※3	改善・不変	悪化	検定※3
ケア実施群	人数	144	9	p=1.00 (差なし)	112	8	p=0.81 (差なし)
	%	94.1%	5.9%		93.3%	6.7%	
非実施群	人数	202	14		138	12	
	%	93.5%	6.5%		92.0%	8.0%	

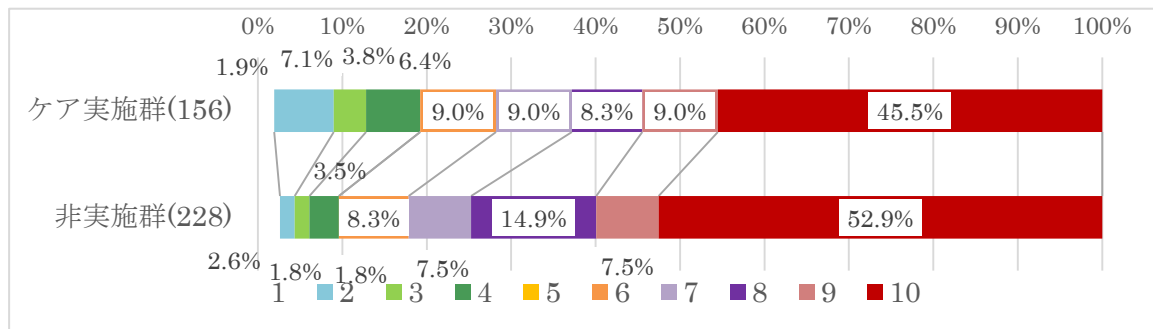
※1 1回目に[1]を選択した者を除外 ※2 1回目に[9]を選択した者を除外 ※3Fisher's exact test

iii 「普段の移動能力」

(利用者調査票：問 14)

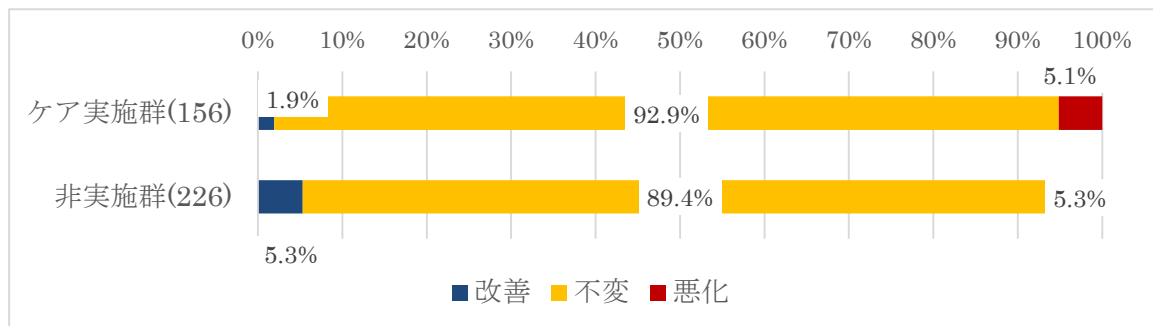
1. 独歩 2. 独歩見守り 3. 杖歩行 4. 歩行器使用
 5. 伝い歩き 6. 介助歩行 7. 車いす自走 → 足こぎ
 8. 車いす自走 → 手こぎ 9. 車いす自走 → 足こぎと手こぎの両方
 10. 車いす全介助

図Ⅲ-3- 65 ベースライン（第1回目）の「普段の移動能力」の分布（n=384）



検定結果：セル数が不足しており検定不能

図Ⅲ-3- 66 「普段の移動能力」の分布（n=382^{※1}）



^{※1}384 人からスコアが算出不能の 2 名を除外 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.243$ (差なし)

表Ⅲ-3- 33 改善・悪化別の検定結果

①改善の効果(n= 373 ^{※1})				②悪化(防止)の効果(n= 193 ^{※2})			
	不変悪化	改善	検定 ^{※3}	改善・不変	悪化	検定 ^{※3}	
ケア実施群	人数 150	3	p=0.11 (差なし)	77	8	p=0.81 (差なし)	
	% 98.0%	2.0%		90.6%	9.4%		
非実施群	人数 208	12		96	12		
	% 94.5%	5.5%		88.9%	11.1%		

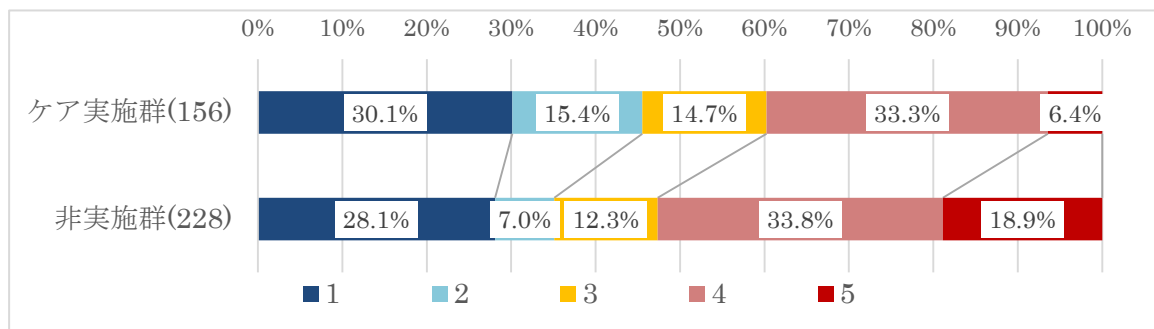
^{※1} 1回目に[1]を選択した者を除外 ^{※2} 1回目に[10]を選択した者を除外 ^{※3}Fisher's exact test

iv 「普段の座位の状態」

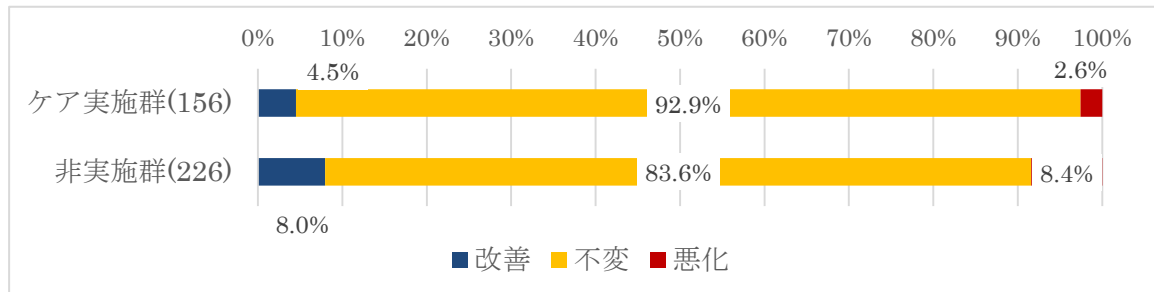
(利用者調査票：問 15)

1. 端座位で更衣などの動作ができる
2. 肘をついたり、背もたれにもたれずに座ることができる
3. テーブルに肘をついて座ることができる（前傾姿勢）
4. 背もたれにもたれれば座ることができる（普通型車いす可）
5. 座位姿勢を保つことが難しい（ベッド上、リクライニング車いす等）

図Ⅲ-3- 67 ベースライン（第1回目）の「普段の座位の状態」の分布（n=384）



図Ⅲ-3- 68 「普段の座位の状態」の分布（n=382※1）



※1384 人からスコアが算出不能の 2 名を除外 検定結果： χ^2 乗検定 $p=0.020$ (差あり)

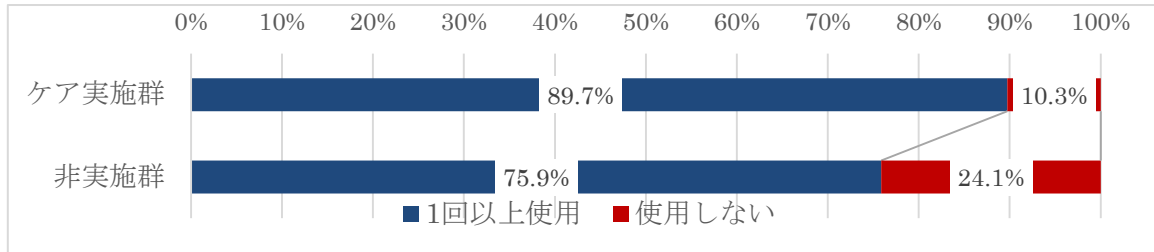
表Ⅲ-3- 34 改善・悪化別の検定結果

①改善の効果(n= 271※1)				②悪化(防止)の効果(n= 330※2)			
		不変悪化	改善	検定※3	改善・不変	悪化	検定※3
ケア実施群	人数	102	7	p=0.21 (差なし)	142	4	p=0.008 (差あり)
	%	93.6%	6.4%		97.3%	2.7%	
非実施群	人数	144	18		165	19	
	%	88.9%	11.1%		89.7%	10.3%	

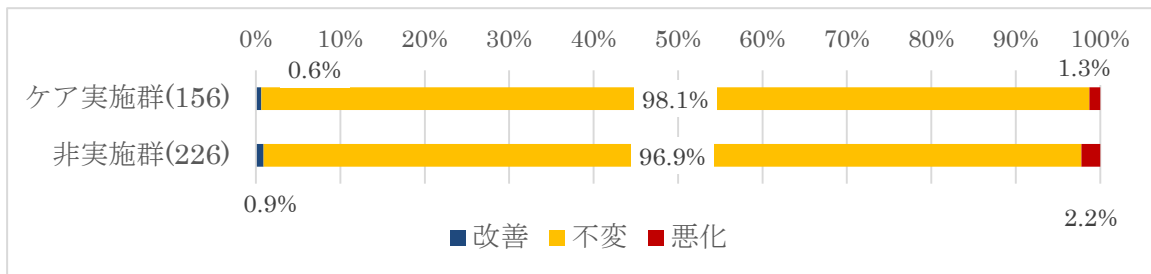
※1 1回目に[1]を選択した者を除外 ※2 1回目に[5]を選択した者を除外 ※3Fisher's exact test

(利用者調査票：問 16)

図Ⅲ-3- 69 ベースライン（第1回目）の「トイレの使用」の分布（n=384）

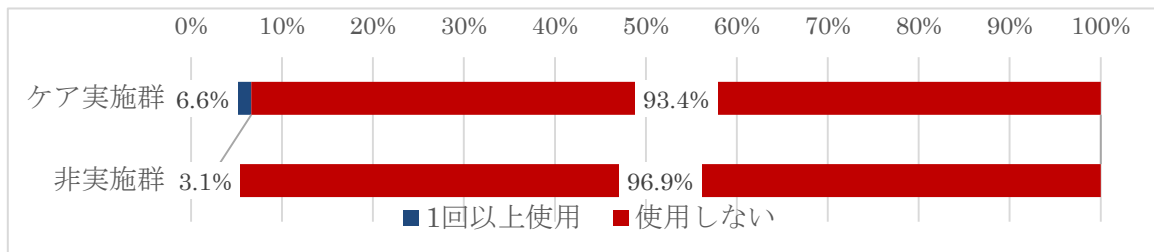


図Ⅲ-3- 70 「トイレの使用」の分布（n=381※1）

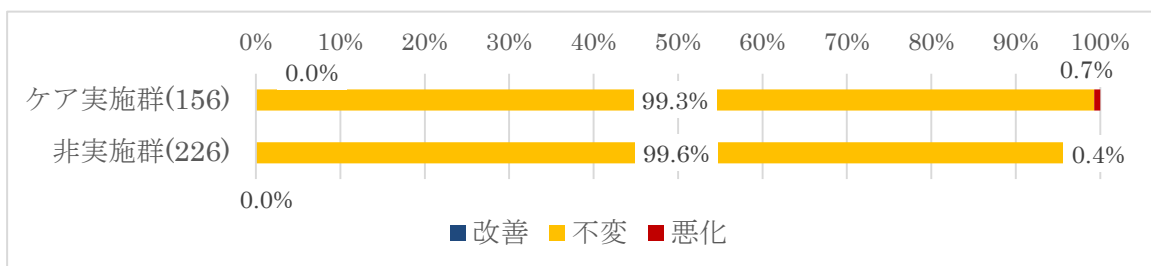


※1 384 人からスコアが算出不能の 3 名を除外 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.777$ (差なし)

図Ⅲ-3- 71 ベースライン（第1回目）の「ポータブルトイレの使用」の分布（n=376※1）



図Ⅲ-3- 72 「ポータブルトイレの使用」の分布(n=374※1)



※1 384 人からスコアが算出不能の 10 名を除外 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.777$ (差なし)

注)アウトカムの出現数が少ないため、改善・悪化の効果確認は省略した

③ 量的な尺度の指標を用いた比較

「10の基本ケア」の有用性をアウトカムの側面から検証するため、高齢者の機能状態を定量的に測定することが可能な7つの尺度を用いて3カ月間の2時点調査を行い、その転帰（悪化・改善）から群間の比較を行った。

表Ⅲ-3-35 ICFの生活機能の3要素と採用した尺度¹¹の対応関係（再掲）

生活機能の3要素	対応する尺度
心身機能・構造	i 【認知機能尺度】CPS、ii 【攻撃的行為尺度】ABS、 iii 【うつ評価尺度】DRS
活動	iv 【日常生活自立段階】ADL-H、v 【意欲の指標】VI vi 【屋内生活空間の身体活動指標】Hb-LSA
参加	vii 【自発性や参加意識の尺度】RISE

その結果、総括表（表Ⅲ-3-36、表Ⅲ-3-37）に示した通り、ICFの生活機能モデルで「心身機能・構造」に該当する【認知機能尺度】CPSと【攻撃的行為尺度】ABSはいずれもケア実施群で悪化の発生確率が有意に低かった。ただし、同じ「心身機能・構造」の領域である【うつ評価尺度】DRSでは悪化割合に差はなく、逆に改善確率が非実施群で有意に高くなっていた。

次に、ICFで日常生活での自立度や活動の範囲等を表す「活動」領域のアウトカム指標では、【日常生活自立段階】ADL-Hと【意欲の指標】Vitality indexで、ケア実施群の悪化の発生確率が有意に低かった。残りの【屋内生活空間の身体活動指標】Hb-LSAでは有意な差は示されなかった。

最後に、ICFにおいて生活・人生場面への関わりを表す「参加」領域の指標である【社会的関与の指標】RISEでは、改善方向の変化には差が認められなかったが、悪化の方向の変化では非実施群に対するケア実施群の悪化確率が半分以下（0.48倍）となっていた。

それぞれの尺度の詳細な結果は、各尺度の算定方法を含めて総括表以降に記載した。

¹¹ 各尺度の詳細は結果部分に記載している

表Ⅲ-3- 36 量的な尺度による「改善」効果の総括表（n=384 人¹²⁾ ※

設問項目	ケア実施群	非実施群	有意差	結果表
i 【認知機能尺度】CPS (<u>調整済</u> ¹³⁾ ・改善リスク)	0.35	1.0	×	表Ⅲ-3- 39
ii 【攻撃的行為】ABS (" ")	0.94	1.0	×	表Ⅲ-3- 41
iii 【うつ評価】DRS (" ")	0.37	1.0	○	表Ⅲ-3- 43
iv 【日常生活自立】ADL-H (" ")	0.34	1.0	×	表Ⅲ-3- 45
v 【意欲の指標】VI (" ")	0.66	1.0	×	表Ⅲ-3- 48
vi 【生活活動】Hb-LSA (" ")	1.19	1.0	×	表Ⅲ-3- 51
vii 【参加】RISE (" ")	1.15	1.0	×	表Ⅲ-3- 53

表Ⅲ-3- 37 量的な尺度による「悪化（防止）効果」の総括表（n=384 人） ※

設問項目	ケア実施群	非実施群	有意差	結果表
i 【認知機能尺度】CPS (調整済・悪化リスク)	0.33	1.0	○	表Ⅲ-3- 39
ii 【攻撃的行為】ABS (" ")	0.45	1.0	○	表Ⅲ-3- 41
iii 【うつ評価】DRS (" ")	1.16	1.0	×	表Ⅲ-3- 43
iv 【日常生活自立】ADL-H (" ")	0.66	1.0	○	表Ⅲ-3- 45
v 【意欲の指標】VI (" ")	0.50	1.0	○	表Ⅲ-3- 48
vi 【生活活動】Hb-LSA (" ")	0.94	1.0	×	表Ⅲ-3- 51
vii 【参加】RISE (" ")	0.48	1.0	○	表Ⅲ-3- 53

¹²⁾ 比較する指標によって対象数は異なる

¹³⁾ 1 回目調査時点の年齢と当該尺度の得点を調整して分析した確率

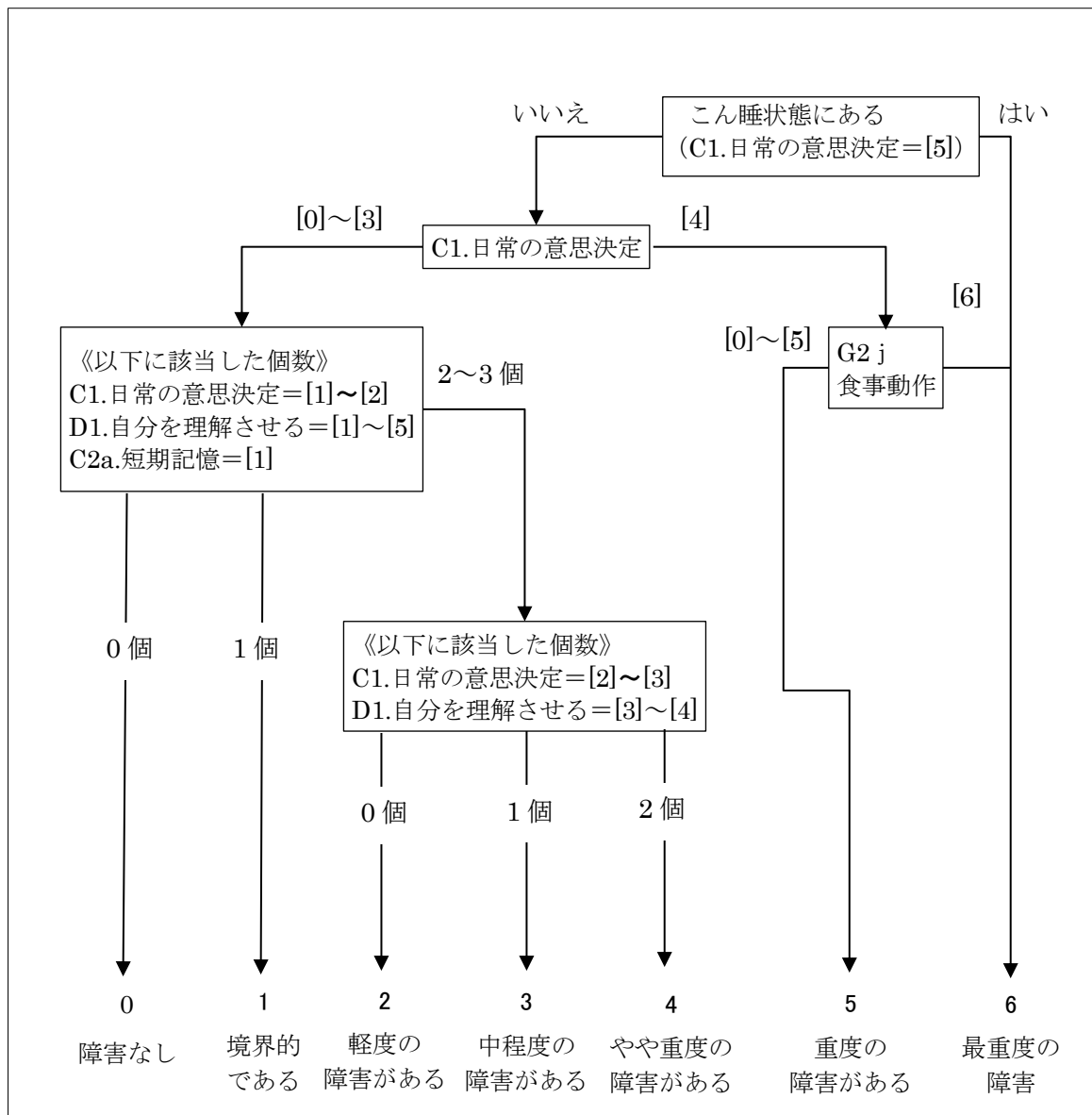
◇概要

インターライ方式（旧 MDS 方式）のアセスメント表の認知に関する項目のなかから、日常の意思決定を行うための認知能力(C1/問 17)・自分を理解させる能力(D1/問 18)・短期記憶(C2a/問 19)・食事(G2j/問 11(5))の評価結果を用いて算出する 7 段階の尺度¹⁴。

この段階は代表的な認知機能尺度の MMSE (Mini-Mental State Examination) の平均得点と高い相関がある。

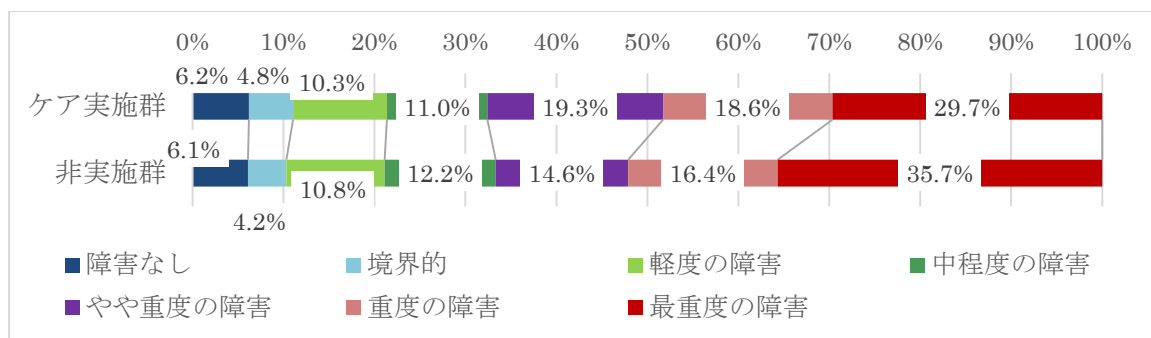
◇算出方法

図Ⅲ-3-73 CPS の計算方法



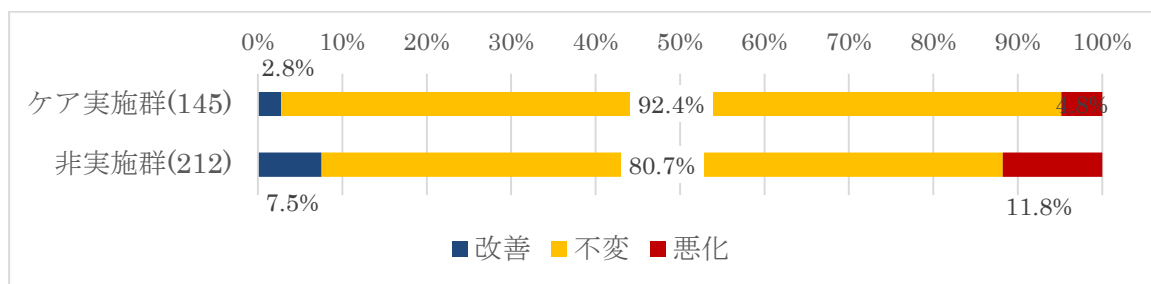
¹⁴ Morris JN, Fries BE, Mehr DR et al (1994) "MDS Cognitive Performance Scale". *Journal of Gerontology*; vol.49(3): pp174-182.

図Ⅲ-3- 74 ベースライン（第1回目）のCPSの分布（n=357※1）



※1 384人からスコアが算出不能の27名を除外 検定結果：カイ二乗検定 $p=0.862$ (差なし)

図Ⅲ-3- 75 CPSの変化（N=357※1）



※1 384人からスコアが算出不能の27名を除外 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.862$ (差なし)

表Ⅲ-3- 38 改善・悪化別の検定結果

		①改善の効果(n= 335※1)			②悪化(防止)の効果(n= 238※2)		
		不変悪化	改善	検定※3	改善・不変	悪化	検定※3
ケア実施群	人数	132	4	$p=0.06$ (差なし)	95	7	$p=0.01$ (差あり)
	%	97.1%	2.9%		93.1%	6.9%	
非実施群	人数	183	16		111	25	
	%	92.0%	8.0%		81.6%	18.4%	

※1 1回目に0点(自立)の者を除外 ※2 1回目に6点の者を除外 ※3 Fisher's exact test

表Ⅲ-3- 39 年齢・第1回目のCPSスコアを調整したグループ間の比較

	①改善の効果(n= 335※1)		②悪化(防止)の効果(n=303※2)	
	非実施群 (199)	ケア実施群 (136)	非実施群 (136)	ケア実施群 (102)
調整済みオッズ比※3	1.0	0.35	1.0	0.33
95%信頼区間※4	—	0.11 - 1.06	—	0.14-0.80
p値	—	$p=0.06$	—	$p=0.01$

※1 1回目に0点(自立)の者を除外 ※2 1回目に6点の者を除外

※3 上記では、1回目調査時点の年齢とCPSの得点を調整した分析(ロジスティック回帰分析)により、「非実施群」を1とした場合の「ケア実施群」の改善／悪化事象の発生確率を示している。改善の例では、オッズが1より大きければケア実施群の方が改善しやすく、1より小さければ改善しにくいことを示す。

※4 ただし、95%信頼区間に1.0を含む場合($p>0.05$)は、二つの数値の差が統計学的に有意とはみなさない。

◇概要

インターライ方式（旧 MDS 方式）の行動に関するアセスメント項目のうち、以下の 4 項目から算出する尺度¹⁵。ABS スコアは 0～12 の範囲であり、症状の重症度は、なし（ABS スコア＝ 0）、軽度（ABS スコア＝ 1～2）、中程度（ABS スコア＝ 3～5）、重度（ABS スコア＝ 6～12）に区分される。また、認知症高齢者の行動障害で利用されることの多い コーエン・マスンフィールド agitation 評価票（CMAI）¹⁶と高い相関が確認されている。

◇使用するアセスメント項目

E3b／問 20(2)	暴言
E3c／問 20(3)	暴行
E3d／問 20(4)	社会的に不適切な行動
E3f／問 20(6)	ケアに対する抵抗

◇選択肢

- 0: ない
- 1: あるが、過去 3 日間見られない
- 2: 過去 3 日間 1～2 日見られた
- 3: 過去 3 日間毎日見られた

◇算出方法

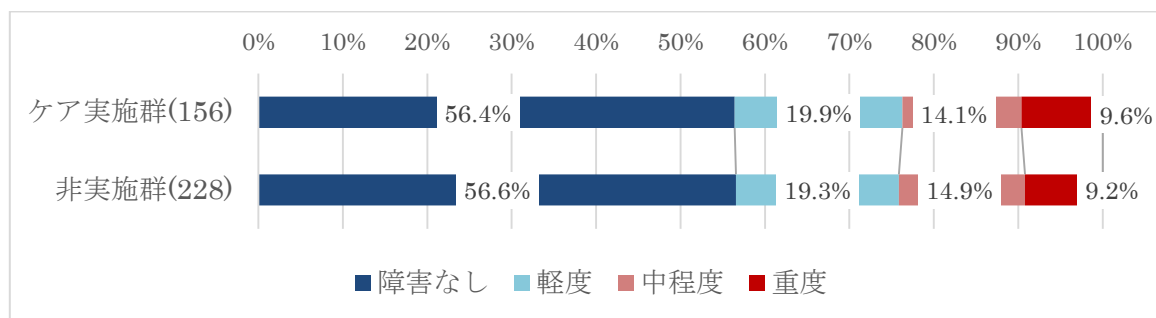
選択肢のスコアをそのまま用いて以下の式から算出する

ABS = E3b + E3c + E3d + E3f

¹⁵ Christopher M Perlman, John P Hirdes (2008) "The Aggressive Behavior Scale: A New Scale to Measure Aggression Based on the Minimum Data Set"; *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.56(12), pp2298 -2303.

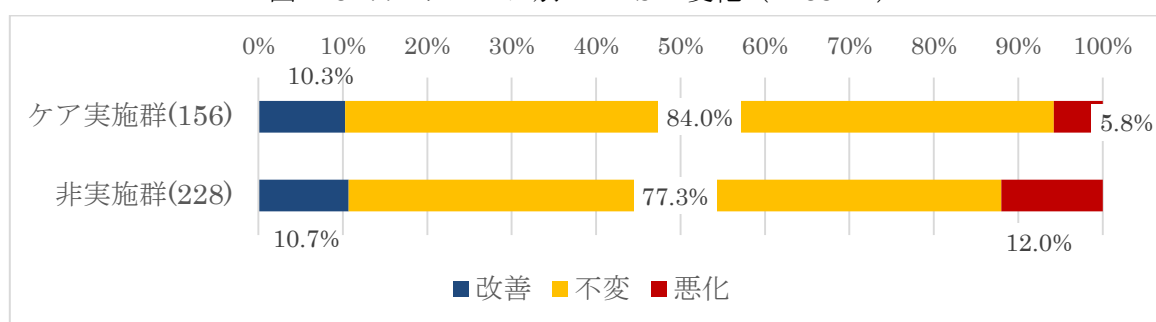
¹⁶ Finkel SI, Lyons JS, Anderson RL (1992) "Reliability and validity of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in institutionalized elderly". *Int J Geriatr Psychiatry*. vol.7(7), pp487-490.

図Ⅲ-3-76 ベースライン（第1回目）のABSの分布（n=384）



検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.994$ (差なし)

図Ⅲ-3-77 グループ別のABSの変化（n=381※1）



※1 算出不能の3名を除外 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.116$ (差なし)

表Ⅲ-3-40 改善・悪化別の検定結果

①改善の効果(n= 165※1)				②悪化(防止)の効果(n= 381※2)			
		不変悪化	改善	検定※3			検定※3
ケア実施群	人数	52	16	$p=1.00$ (差なし)	147		9
	%	76.5%	23.5%		94.2%		5.8%
非実施群	人数	73	24		198		27
	%	75.3%	24.7%		88.0%		12.0%
							$p=0.05$ (差あり)

※1 1回目に0点の者を除外 ※2 1回目に12点の者を除外 ※3Fisher's exact test

表Ⅲ-3-41 年齢・第1回目のABSスコアを調整したグループ間の比較

	①改善の効果(n= 335※1)		②悪化(防止)の効果(n=303※2)	
	非実施群 (199)	ケア実施群 (136)	非実施群 (136)	ケア実施群 (102)
調整済みオッズ比※3	1.0	0.94	1.0	0.45
95%信頼区間※4	—	0.45 - 1.99	—	0.21-0.99
p値	—	$p=0.88$	—	$p=0.048$

※1 1回目に0点(自立)の者を除外 ※2 1回目に6点の者を除外

※3上記では、1回目調査時点の年齢とABS の得点を調整した分析(ロジスティック回帰分析)により、「非実施群」を1とした場合の「ケア実施群」の改善／悪化事象の発生確率を示している。改善の例では、オッズが1より大きければケア実施群の方が改善しやすく、1より小さければ改善しにくいことを示す。

※4 ただし、95%信頼区間に1.0を含む場合($p>0.05$)は、二つの数値の差が統計学的に有意とはみなさない。

◇概要

インターライ方式（旧 MDS 方式）のアセスメント表気分に関する 7 つのアセスメント項目から算出する、うつの評価尺度（0～14 点）¹⁷。3 点以上の場合、うつに関する問題を抱えている可能性がある。

◇使用するアセスメント項目

E1a／問 43(1)	否定的なことを言う
E1b／問 43(2)	自分や他者に対する継続した怒り
E1c／問 43(3)	非現実な恐れがあることを思わせる非言語を含む表現
E1d／問 43(4)	繰り返し体の不調を訴える
E1e／問 43(5)	たびたび不安、心配ごとを訴える
E1f／問 43(6)	悲しみ、苦悩、心配した表情
E1g／問 43(7)	泣く、涙もろい

◇選択肢

- 0: ない
- 1: あるが、過去 3 日間見られない
- 2: 過去 3 日間 1～2 日見られた
- 3: 過去 3 日間毎日見られた

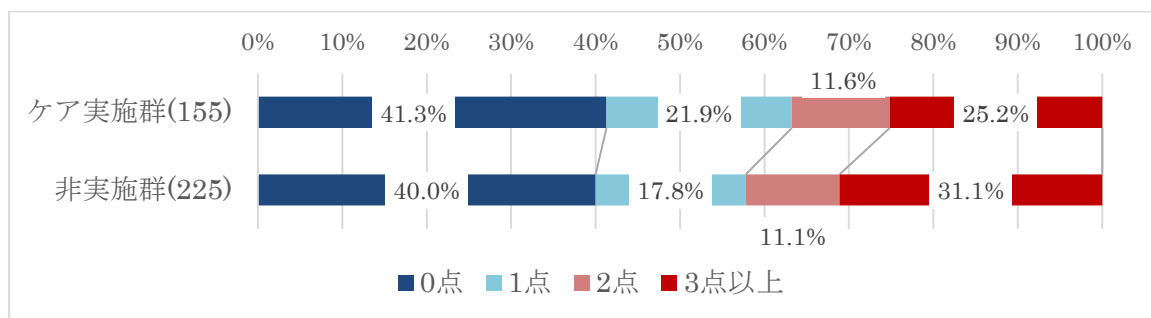
◇算出方法

選択肢をスコア算定用に換算：0 → [0]・1～2 → [1]・3 → [2] して計算する

DRS = E1a + E1b + E1c + E1d + E1e + E1f + E1g
--

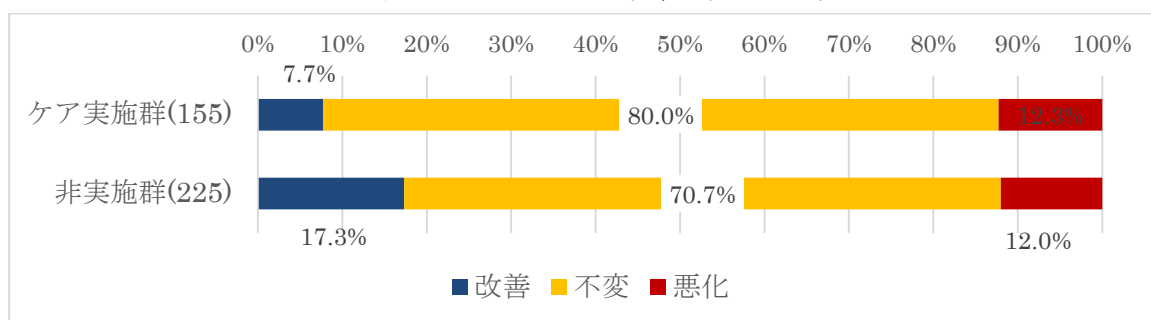
¹⁷ Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C (2000) . “Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes”. *Age Ageing*, vol.29(2), pp165-72.

図Ⅲ-3-78 ベースライン（第1回目）のDRSの分布（n=380^{※1}）



※1384人からスコアが算出不能の4名を除外 検定結果： χ^2 乗検定 $p=0.571$ (差なし)

図Ⅲ-3-79 DRSの変化（n=380^{※1}）



※1384人からスコアが算出不能の4名を除外 検定結果： χ^2 乗検定 $p=0.025$ (差あり)

表Ⅲ-3-42 改善・悪化別の検定結果

		①改善の効果(n= 226 ^{※1})			②悪化(防止)の効果(n= 380 ^{※2})		
		不変悪化	改善	検定 ^{※3}	改善・不変	悪化	検定 ^{※3}
ケア実施群	人数	79	12	$p=0.01$ (差あり)	136	19	$p=1.00$ (差なし)
	%	86.8%	13.2%		87.7%	12.3%	
非実施群	人数	96	39	$p=0.01$ (差あり)	198	27	$p=1.00$ (差なし)
	%	71.1%	28.9%		88.0%	12.0%	

※1 1回目に0点の者を除外 ※2 1回目に15点の者を除外 ※3Fisher's exact test

表Ⅲ-3-43 年齢・第1回目のDRSスコアを調整したグループ間の比較

	①改善の効果(n= 226 ^{※1})		②悪化(防止)の効果(n=380 ^{※2})	
	非実施群 (135)	ケア実施群 (91)	非実施群 (225)	ケア実施群 (155)
調整済みオッズ比 ^{※3}	1.0	0.37	1.0	1.06
95%信頼区間 ^{※4}	—	0.17 - 0.79	—	0.56-1.99
p値	—	$p=0.01$	—	$p=0.86$

※1 1回目に0点(自立)の者を除外 ※2 1回目に6点の者を除外

※3上記では、1回目調査時点の年齢とDRSの得点を調整した分析(ロジスティック回帰分析)により、「非実施群」を1とした場合の「ケア実施群」の改善/悪化事象の発生確率を示している。改善の例では、オッズが1より大きければケア実施群の方が改善しやすく、1より小さければ改善しにくいことを示す。

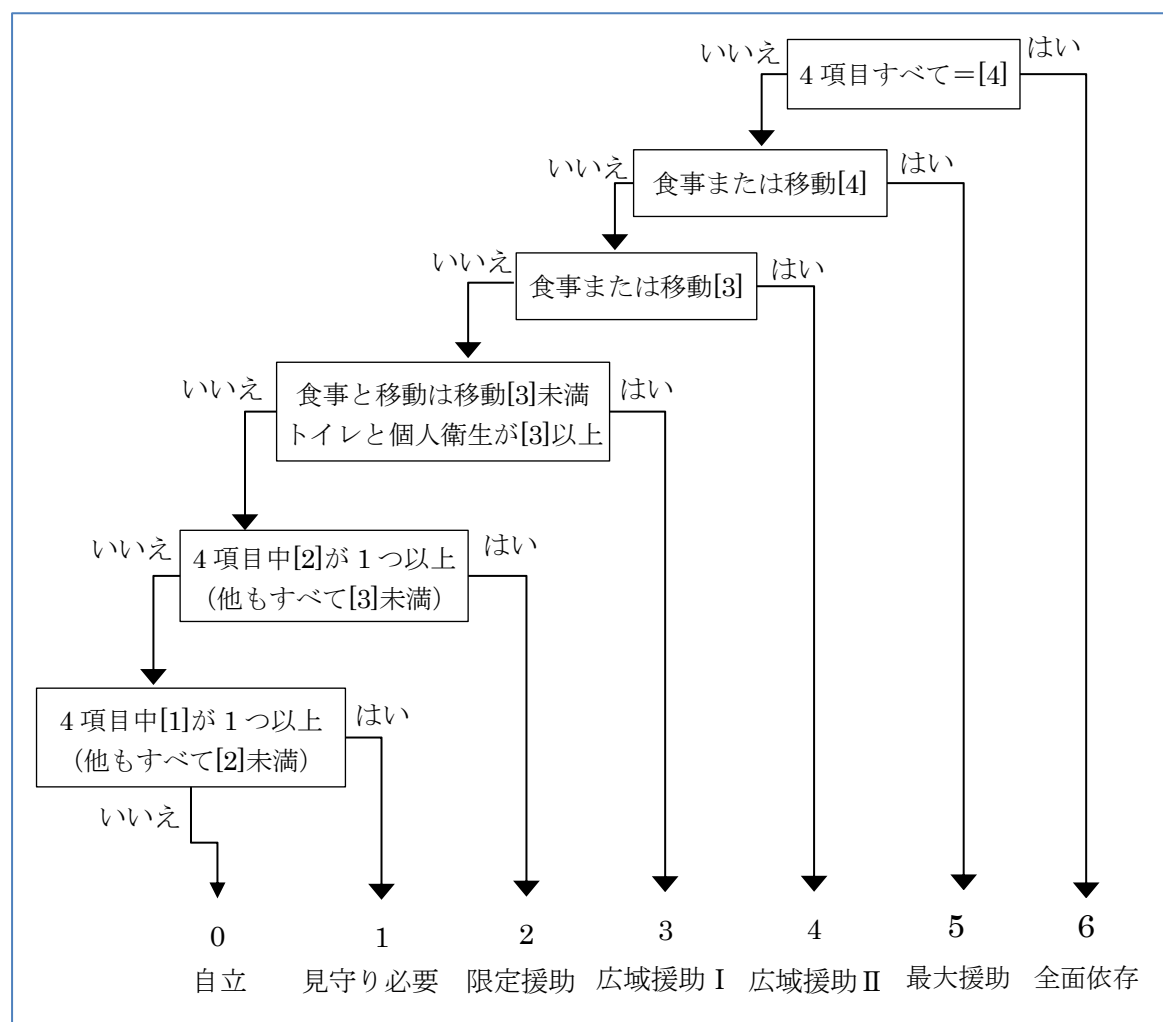
※4 ただし、95%信頼区間に1.0を含む場合($p>0.05$)は、二つの数値の差が統計学的に有意とはみなさない。

◇概要

インターライ方式 (旧 MDS 方式) の ADL のアセスメント項目の個人衛生(G2b/問 11(1))・移動(G2f/問 11(3))・トイレの使用(G2h/問 11(3))・食事(G2j/問 11(5))の評価結果※を用いて算出する 7 段階の尺度¹⁸。各段階は、機能低下のプロセスに基づき設定されており、段階が変化した場合、利用者に有意な機能状態の変化が起こったと解釈することができる。

◇算出方法

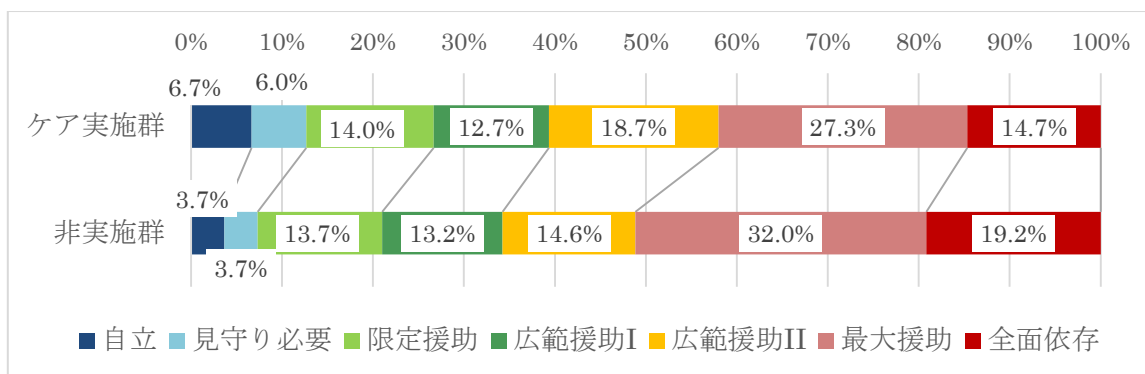
図Ⅲ-3-80 ADL-H の計算方法



※算出時は選択肢を次のように読み替える。0～1→ [0] , 2→ [1] , 3→ [2] , 4～5→ [3] , 6・8→ [4]

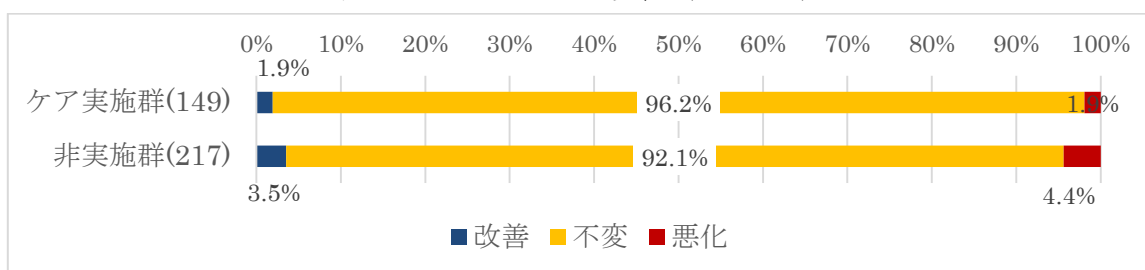
¹⁸ Morris JN, Fries BE, Morris SA (1999) "Scaling ADLs within the MDS" *J Gerontol A Biol Sci*, vol.54(11), pp546-53.

図Ⅲ-3- 81 ベースライン（第1回目）のADLHの分布（n=369※1）



※1 スコアが算出不能の15名を除外。 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.502$ (差なし)

図Ⅲ-3- 82 ADLHの変化（n=369※1）



※1 スコアが算出不能の15名を除外 検定結果：複数のセルの該当数が5未満のため検定不能

表Ⅲ-3- 44 改善・悪化別の検定結果

		①改善の効果(n= 351※1)			②悪化(防止)の効果(n= 303※2)		
		不変悪化	改善	検定※3	改善・不変	悪化	検定※3
ケア実施群	人数	136	4	$p=0.097$	116	11	$p=0.113$
	%	97.1%	2.9%		91.3%	8.7%	
非実施群	人数	195	16	(差なし)	149	27	(差なし)
	%	92.4%	7.6%		84.7%	15.3%	

※1 1回目に0点(自立)の者を除外 ※2 1回目に6点の者を除外 ※3Fisher's exact test

表Ⅲ-3- 45 第1回目の年齢・ADLHスコアを調整したグループ間の比較

	①改善の効果(n= 351※1)		②悪化(防止)の効果(n=303※2)	
	非実施群 (211)	ケア実施群 (140)	非実施群 (176)	ケア実施群 (127)
調整済みオッズ比※3	1.0	0.34	1.0	0.66
95%信頼区間※4	—	0.11 - 1.04	—	0.53-0.82
p値	—	$p=0.06$	—	$p=0.04$

※1 1回目に0点(自立)の者を除外 ※2 1回目に6点の者を除外

※3上記では、1回目調査時点の年齢とADL-Hの得点を調整した分析(ロジスティック回帰分析)により、「非実施群」を1とした場合の「ケア実施群」の改善／悪化事象の発生確率を示している。改善の例では、オッズが1より大きければケア実施群の方が改善しやすく、1より小さければ改善しにくいことを示す。

※4 ただし、95%信頼区間に1.0を含む場合($p>0.05$)は、二つの数値の差が統計学的に有意とはみなさない。

◇概要

日常生活での行動を起床・意思疎通・食事・排泄・活動の5項目で評価し、高齢者のリハビリテーションや介護場面での意欲を客観的に測定するために開発された指標¹⁹。各項目はそれぞれ0～2点まで配点された3つの選択肢からなり、満点は10点となる。10点満点で採点され、カットオフ値は7点で7点以下は意欲が減退していると評価される。

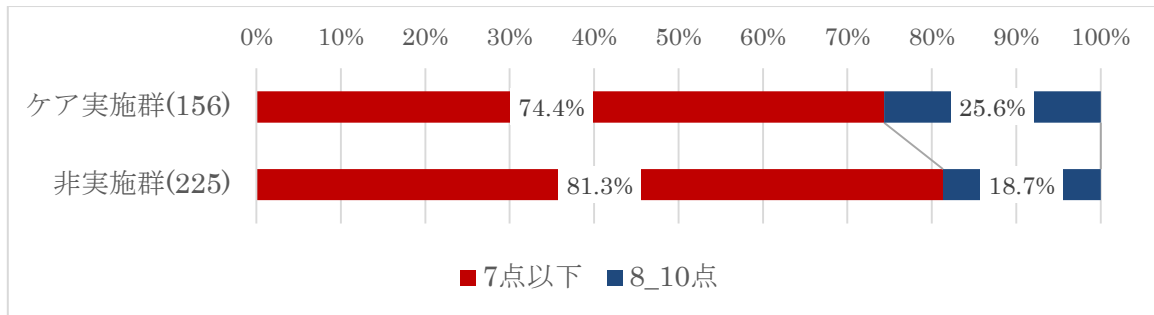
◇算出方法

表Ⅲ-3-46 意欲の指標の計算方法

設問 (点数)	質問内容	回答	得点
1 (2点)	起床 (Wake up) *いつも定時に起床している *起こさないと起床しないことがある *自分から起床することがない	2 1 0	
2 (2点)	意思疎通 (Communication) *自分から挨拶する、話しかける *挨拶、呼びかけに対し返答や笑顔がみられる *反応がない	2 1 0	
3 (2点)	食事 (Feeding) *自分で進んで食べようとする *促されると食べようとする *食事に関心がない、全く食べようとしない	2 1 0	
4 (2点)	排泄 (On and Off Toilet) *いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排便、排尿を行う *時々尿意、便意を伝える *排泄に全く関心がない	2 1 0	
5 (2点)	リハビリ、活動 (Rehabilitation, Activity) *自らリハビリに向かう、活動を求める *促されて向かう *拒否、無関心	2 1 0	
合計得点			/10

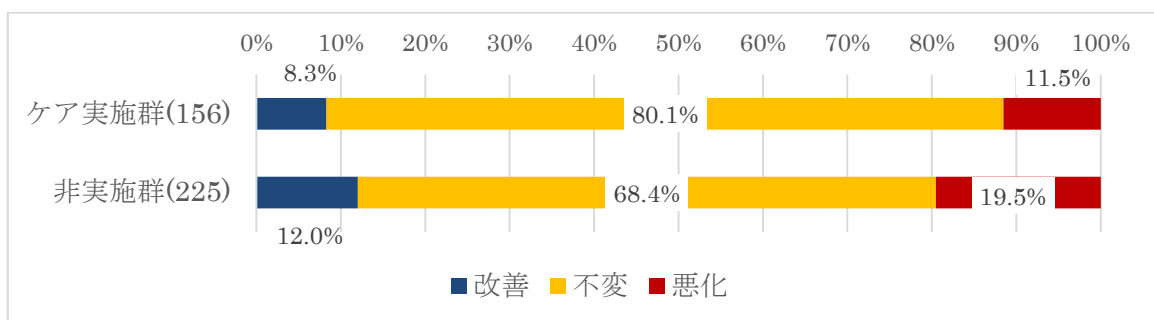
¹⁹ Toba, K., Nakai, R., Akishita, M. and Ouchi, Y (2002) "Vitality Index as a useful tool to assess elderly with dementia" *Geriatr. Gerontol. Int.*, vol.2, pp23-29.

図Ⅲ-3- 83 ベースライン（第1回目）のVIの分布（n=381※1）



※1 コアが算出不能の3名を除外 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.103$ (差なし)

図Ⅲ-3- 84 VIの変化（n=381※1）



※1 スコアが算出不能の3名を除外 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.083$ (差あり)

表Ⅲ-3- 47 改善・悪化別の検定結果

		①改善の効果(n= 364※1)			②悪化(防止)の効果(n= 359※2)		
		不変悪化	改善	検定※3	改善・不変	悪化	検定※3
ケア実施群	人数	136	13	$p=0.31$ (差なし)	129	18	$p=0.046$ (差あり)
	%	91.3%	8.7%		87.8%	12.2%	
非実施群	人数	188	27		168	44	
	%	87.4%	12.6%		79.2%	20.8%	

※1 1回目に10点の者を除外 ※2 1回目に0点の者を除外 ※3Fisher's exact test

表Ⅲ-3- 48 年齢・第1回目のVIスコアを調整したグループ間の比較

	①改善の効果(n= 364※1)		②悪化(防止)の効果(n=359※2)	
	非実施群(215)	ケア実施群(149)	非実施群(212)	ケア実施群(147)
調整済みオッズ比※3	1.0	0.66	1.0	0.50
95%信頼区間※4	—	0.32 - 1.33	—	0.27-0.91
p値	—	$p=0.66$	—	$p=0.02$

※1 1回目に0点(自立)の者を除外 ※2 1回目に6点の者を除外

※3上記では、1回目調査時点の年齢とVIの得点を調整した分析(ロジスティック回帰分析)により、「非実施群」を1とした場合の「ケア実施群」の改善/悪化事象の発生確率を示している。改善の例では、オッズが1より大きければケア実施群の方が改善しやすく、1より小さければ改善しにくいことを示す。

※4 ただし、95%信頼区間に1.0を含む場合($p>0.05$)は、二つの数値の差が統計学的に有意な結果とはみなさない。

◇概要

地域在住高齢者の身体活動を調べる簡便な質問紙調査として Baker らによって開発された Life-Space Assessment (LSA) ²⁰をベースに生活空間が居宅内に制約されやすい要支援・要介護高齢者向けに大沼らによって開発された指標²¹。得点範囲は 0～120 点。

◇算出方法

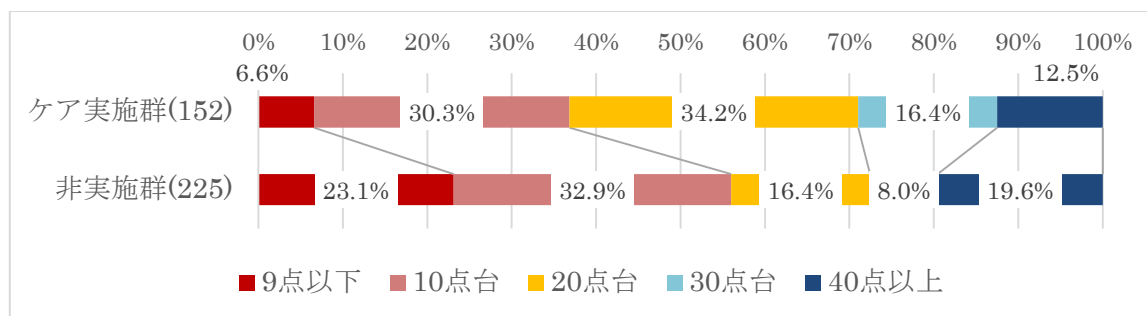
表Ⅲ-3- 49 ◇Hb-LSA の算出方法

氏名							日付		
聞き取り者:本人・家族(配偶者・息子・娘・その他)・()							評価者:		
過去1ヵ月間、あなたがご自宅の寝室からご自宅の外まで、どの程度活動(移動)されていたかをお聞きます。									
生活空間レベル1			頻度				自立度		得点 レベル × 頻度 × 自立度
過去1ヵ月間のあなたは・・・。			それらをどれくらい行いましたか?				あなたは補助具を使いましたか? 他人の助けを必要としましたか?		
生活空間レベル1 ベッド上で起きて過ごす機会 はどのくらいありますか?	はい	いいえ	1回未満 1日	1~3 回 /1日	4~6 回 /1日	日中 ほとんど	1=介助を必要とする 1.5=補助具または見守りあり 2=補助具、介助なし		点
	1	0	1	2	3	4			
得点	×		×				=		
生活空間レベル2 ベッドから離れて寝室 内で過ごす機会 はどのくらいありますか?	はい	いいえ	1回未満 1日	1~3 回 /1日	4~6 回 /1日	日中 ほとんど	1=介助を必要とする 1.5=補助具または見守りあり 2=補助具、介助なし		点
	2	0	1	2	3	4			
得点	×		×				=		
生活空間レベル3 寝室と別の部屋で過 ごしましたか?	はい	いいえ	1回未満 1週	1~3 回 /1週	4~6 回 /1週	日中 ほとんど	1=介助を必要とする 1.5=補助具または見守りあり 2=補助具、介助なし		点
	3	0	1	2	3	4			
得点	×		×				=		
生活空間レベル4 玄関、階段、アパートの廊 下、車庫、ベランダ、庭や 私有地などあなたの家の敷 地内で過ごしましたか?	はい	いいえ	1回未満 1週	1~3 回 /1週	4~6 回 /1週	日中 ほとんど	1=介助を必要とする 1.5=補助具または見守りあり 2=補助具、介助なし		点
	4	0	1	2	3	4			
得点	×		×				=		
生活空間レベル5 自宅敷地以外へ外出し て過ごしましたか?	はい	いいえ	1回未満 1日	1~3 回 /1日	4~6 回 /1日	日中 ほとんど	1=介助を必要とする 1.5=補助具または見守りあり 2=補助具、介助なし		点
	1	0	1	2	3	4			
得点	×		×				=		
							合計点		点

²⁰ Baker PS, Bonder EV, Allman RM (2003) "Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults" *J Am Geriatr Soc*, vol.51 (11), pp1610-1614.

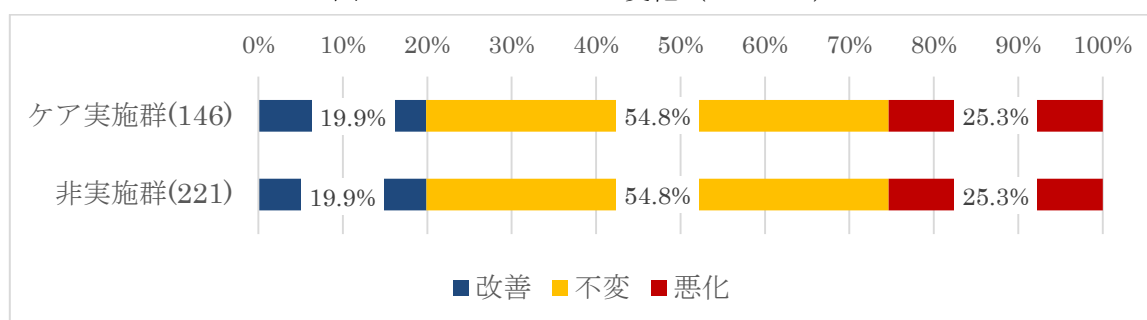
²¹ 大沼剛, 橋立博幸, 吉松竜貴, 阿部勉 (2014) 「地域在住の要支援・要介護高齢者に対する屋内生活空間における身体活動評価の臨床的有用性」『日老医誌』 vol.51, pp151-160.

図Ⅲ-3- 85 ベースライン（第1回目）のHb-LSAの分布（n=377※1）



※1 スコアが算出不能の7名を除外 検定結果： χ^2 二乗検定 $p<0.001$ (差あり)

図Ⅲ-3- 86 Hb-LSAの変化（n=367※1）



※1 スコアが算出不能の17名を除外 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=1.000$ (差なし)

表Ⅲ-3- 50 改善・悪化別の検定結果

		①改善の効果(n= 367※1)			②悪化(防止)の効果(n= 354※2)		
		不変悪化	改善	検定※3	改善・不変	悪化	検定※3
ケア実施群	人数	117	29	$p=1.00$ (差なし)	108	37	$p=0.81$ (差なし)
	%	80.1%	19.9%		74.5%	25.5%	
非実施群	人数	177	44		153	56	
	%	80.1%	19.9%		73.2%	26.8%	

※1 1回目に120点の者を除外 ※2 1回目に0点の者を除外 ※3 Fisher's exact test

表Ⅲ-3- 51 年齢・第1回目のHb-LSAスコアを調整したグループ間の比較

	①改善の効果(n= 367※1)		②悪化(防止)の効果(n=354※2)	
	非実施群 (221)	ケア実施群 (146)	非実施群 (209)	ケア実施群 (145)
調整済みオッズ比※3	1.0	1.19	1.0	0.94
95%信頼区間※4	—	0.69 - 2.06	—	0.57-1.55
p値	—	$p=0.54$	—	$p=0.82$

※1 1回目に120点(自立)の者を除外(0人) ※2 1回目に0点の者を除外

※3 上記では、1回目調査時点の年齢とHb-LSAの得点を調整した分析(ロジスティック回帰分析)により、「非実施群」を1とした場合の「ケア実施群」の改善/悪化事象の発生確率を示している。改善の例では、オッズが1より大きければケア実施群の方が改善しやすく、1より小さければ改善しにくいことを示す。

※4 ただし、95%信頼区間に1.0を含む場合($p>0.05$)は、二つの数値の差が統計学的に有意な結果とはみなさない。

◇概要

インターライ方式（旧 MDS 方式）のアセスメント表の社会参加の項目から算出する、施設生活への積極性や他者との交流を捉えた 7 段階の尺度^{22,23}。得点範囲は 0～6 点でスコアが高いほど、社会的な関与が高いことを示す。

◇使用するアセスメント項目「F5 自発性・参加意識」の 7 項目

F5a／問 27(1)	他者と付き合う際に落ち着いている
F5b／問 27(2)	計画された、あるいは組織だった活動に落ち着いて参加する
F5c／問 27(3)	大部分のグループ活動への誘いを受ける
F5d／問 27(4)	施設内の生活に積極的に参加する
F5e／問 27(5)	他者との交流を自分から始める
F5f／問 27(6)	他者が始めた交流に肯定的に反応する

◇選択肢

- 0: ない
 1: あるが、過去 3 日間見られない
 2: 過去 3 日間 1～2 日見られた
 3: 過去 3 日間毎日見られた

◇算出方法

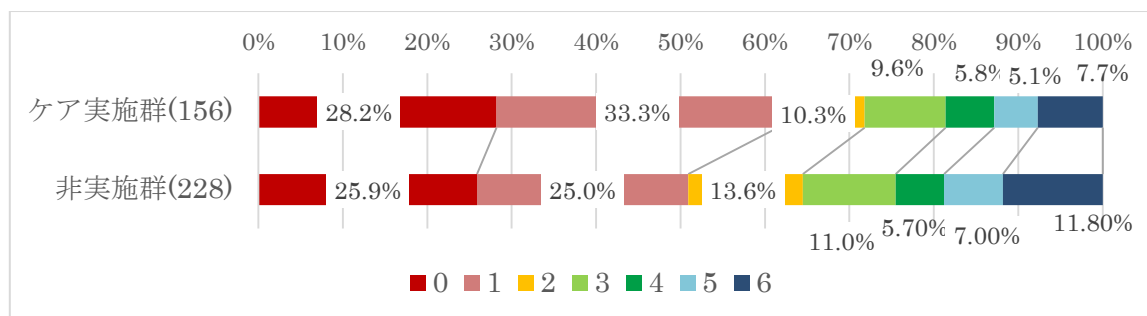
選択肢をスコア算定用に換算：0,1→[0]・2～3→[1]

$$\text{RISE} = \text{F5a} + \text{F5b} + \text{F5c} + \text{F5d} + \text{F5e} + \text{F5f}$$

²² Gerritsen DL1, Steverink N, Frijters DH, Hirdes JP, Ooms ME, Ribbe MW (2008). "A revised Index for Social Engagement for long-term care" *J Gerontol Nurs*, vol.34(4), pp40-48.

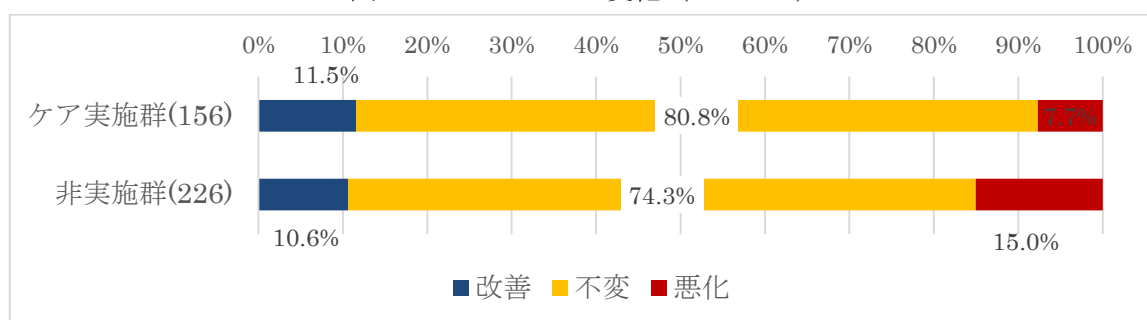
²³ Ju Young Y, Hongsoo K (2017) "The Revised Index for Social Engagement in Long-Term Care Facilities; A Psychometric Study" *The Journal of Nursing Research*. vol.25(3), pp 216-223.

図Ⅲ-3- 87 ベースライン（第1回目）のRISEの分布（n=384）



検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.474$ (差なし)

図Ⅲ-3- 88 RISEの変化（n=382※1）



※1 スコアが算出不能の2名を除外 検定結果： χ^2 二乗検定 $p=0.095$ (差なし)

表Ⅲ-3- 52 改善・悪化別の検定結果

①改善の効果(n= 343※1)				②悪化(防止)の効果(n= 280※2)		
		不変悪化	改善	検定※3	改善・不変	悪化
ケア実施群	人数	126	18	$p=1.00$ (差なし)	100	12
	%	87.5%	12.5%		89.3%	10.7%
非実施群	人数	175	24		134	34
	%	87.9%	12.1%		79.8%	20.2%
					$p=0.047$ (差あり)	

※1 1回目に6点の者を除外 ※2 1回目に0点の者を除外 ※3 Fisher's exact test

表Ⅲ-3- 53 年齢・第1回目のRISEスコアを調整したグループ間の比較

	①改善の効果(n= 343※1)		②悪化(防止)の効果(n=380※2)	
	非実施群 (199)	ケア実施群 (144)	非実施群 (225)	ケア実施群 (155)
調整済みオッズ比※3	1.0	1.05	1.0	0.48
95%信頼区間※4	—	0.57 - 2.03	—	0.24-0.97
p値	—	$p=0.88$	—	$p=0.04$

※1 1回目に0点(自立)の者を除外 ※2 1回目に6点の者を除外

※3 上記では、1回目調査時点の年齢とRISEの得点を調整した分析(ロジスティック回帰分析)により、「非実施群」を1とした場合の「ケア実施群」の改善／悪化事象の発生確率を示している。改善の例では、オッズが1より大きければケア実施群の方が改善しやすく、1より小さければ改善しにくいことを示す。

※4 ただし、95%信頼区間に1.0を含む場合($p>0.05$)は、二つの数値の差が統計学的に有意な結果とはみなさない。

4. 考察

(1) 構造〔ストラクチャー〕の評価について

「10の基本ケア」実施群と非実施群のプロフィールは近似

本研究事業で比較に用いた「10の基本ケア」実施群と非実施群の2つのグループには、前者の8割がユニット型（全個室）であるのに対して、後者はその9割が従来型（多床室+個室）という類型上の違いがあった。ユニット型と従来型には、個室の割合の違いだけでなく、前者は居室に隣接したユニット単位の共有スペースがあるのに対し、後者は独立して食堂やリビングがあり、ケアの担当スタッフも「ユニット型」では専任制が基本となる。こうした環境面の違いは、プロセスやアウトカムに影響を及ぼす可能性があるため、本来的には《非実施群》もユニット型の施設を選定すべきだったが、協力施設の確保の都合からこれを果たせなかった。

ただし、事業所調査を通じて得られた基本的な構造面のデータでは、入所者の状況を表す要介護度、年間退所率、死亡退所割合、平均入所期間、ケアの量的側面を表す職員1人あたりの利用者数のすべてにおいて、ケア実施群と非実施群にはほとんど差異はなく、いずれも統計的に有意な差は認められなかった。

さらに、人的資源に関する比較結果では、ケア実施群の職員により年齢が高い傾向がみられたものの、通算経験年数や当該施設での在籍期間、介護福祉士資格を持つ者の割合のすべてで有意な差は認められなかった。

以上のことから、「10の基本ケア」実施群と非実施群にはユニット型と従来型という類型上の差異を含んでいるものの、客観的なデータから得られる基本的なプロフィールはほぼ同質であると判断してよいだろう。

職員から見た職場環境としての評価

次に、構造面の評価の一部として職場環境に対する職員の評価に対する考察を述べる。

第1に、人材育成の取り組みに関しては、量的な側面（年間研修参加機会）では差が認められなかったが、質的な側面においていくつかの差異がみられた。事業所調査による自己評価では「他施設と比べて充実している」でケア実施群の評価が高く、職員の満足度（職員調査）でも「教育訓練・能力開発のあり方」でケア実施群の満足度が高かった。「10の基本ケア」の導入と推進に際しては、トップのコミットメントが重視されており、そうした明確なメッセージが人材育成に対する肯定的な評価につながっていた可能性がある。ただし、人材育成の取り組みに対する自己評価（事業所調査）11項目のうち他の9項目では有意な差が認められなかったことから、「10の基本ケア」の導入が人材育成のこういった側面で優位性を持つのかは、さらに検討していく必要があるだろう。

第2に、職員の満足度や組織へのコミットメントの結果を考察する。まず、満足度は前述の「教

育訓練・能力開発のあり方」を除き、「10の基本ケア」実施群と非実施群に有意な差は認められなかった。その理由として、賃金や労働時間・休日、福利厚生など人事管理に関わる項目も多く、「10の基本ケア」の導入とは結び付きにくい設問内容であったことも理由の1つと考えられるが、いずれにしても満足度の面からの優劣には違いがないと評価された。

第3に、組織コミットメントについては、12項目のうち「①この組織に必要なら、どんな仕事でも引き受ける」と「②他の組織に移る気はまったくくない」の2項目でケア実施群に有意に肯定的な回答が多かった。「10の基本ケア」では、その導入効果として利用者本人と介護者のQOL向上に加えて、職員の仕事に対するモチベーション向上を掲げており、今回の分析結果はそうした効果の一端を反映していた可能性がある。ただし、これについても残りの10項目では有意な差が認められておらず、組織コミットメントとの関連は「10の基本ケア」の導入状況別に効果を確認するなど、さらなる検証が必要だろう。なお、組織コミットメントは、満足度よりも離退職を予測できることに加えて、その高揚が組織成員のパフォーマンスや生産性を向上させるとされており、こうした指標に注目していく意義は高いだろう。

第4に、本人の捉えた労働環境の側面から職場を評価する目的で、『ストレスチェック』に基づく検討も行った。その結果、ケア実施群と非実施群に「高ストレス者」の割合に差は認められず、「10の基本ケア」の導入との関連は見いだせなかった。また、業種別の「高ストレス者」の報告統計²⁴において、医療・福祉業種の該当割合は13.0%であり、これは実施群の割合とほぼ同じであった。以上から、メンタルヘルスの面からみた職場環境はケア実施群と非実施群に大きな違いがなく、かつ平均的であると評価された。

以上、構造〔ストラクチャー〕の評価をまとめると、「10の基本ケア」実施群と非実施群にはユニット型と従来型という類型上の差異があったが、入所者の状態、ケア提供者の属性、職員からみた職場環境の評価のそれぞれで差異は少なく、ほぼ同質であることが明らかとなった。ただし、部分的には人材育成の取り組みや組織コミットメントにおいて「10の基本ケア」実施群の優位性が確認されており、これについては今後のさらなる効果検証が望まれる。

²⁴ 公益社団法人全国労働衛生団体連合会（2018）「平成29年全衛連ストレスチェックサービス実施結果報告書」pp9-11.

(2) 過程〔プロセス〕の評価について

11 項目中 8 項目で実践割合に差が認められた

「10 の基本ケア」で求められている標準的な手順の実施の程度を調査した結果、11 項目中 8 項目で、非実施群よりもケア実施群の実践割合が有意に高く、導入施設での「10 の基本ケア」の定着がケア提供者（介護職員）の単位でも進んでいることがあらためて確認された。

ただし、差が認められた項目のなかでも割合には幅があり、「10 の基本ケア」がスローガンとして明示している「換気をする」「椅子に足をつけて座る」「トイレに座る」などの表現と近いチェック項目では高い割合が得られたが、表現が異なる「自立して入浴」（10 の基本ケアでは「家庭浴に入る」）では相対的に割合が低くなっている。

差が認められなかった 3 項目「利用者個人の体格に椅子とテーブルに合わせている」「一緒に同じ食事内容のものを食べている」「利用者の自立支援のプロセスが予測できる」については、必ずしも「10 の基本ケア」の要件とされていない項目や設問文が意図した内容で伝わらない項目が含まれていた可能性もある。今後、「10 の基本ケア」の定着状況の把握やプロセス評価の指標として活用いくためには、設問内容の見直しも必要だろう。

「10 の基本ケア」は利用者の状態別の援助段階がある

また、「10 の基本ケア」では利用者の状態別に援助段階が設定されており、＜第 1 段階：ベッドから起き上がって座る＞→＜第 2 段階：正しい座位を保つ＞→＜第 3 段階：正しい立ち上がり動作を身につける（おじぎ体操・おしり上げ体操）＞→＜第 4 段階：正しい以上動作を身につける＞→＜第 5 段：移乗動作から伝い歩きへとつなげる＞となっている。したがって、担当する利用者の状態によって未到達のプロセスが存在することになり、回答結果が必ずしも職員側のスキルや意識を反映していないことに留意する必要がある。

ただし、ケア実施群と非実施群には「事業所調査」で利用者の要介護度の分布や年間退所率に差はなく、また利用者全数ではないが「利用者調査」でも ADL や認知機能の分布に差異が認められていないことから、利用者の状態が実践割合の結果に与えた影響は限定的だろう。

ケア提供者のレベルから異なるプロセスであることが確認

以上のような課題や限界があるものの、ケア提供者の水準において「10 の基本ケア」の標準的な手順の実践状況に明らかな差が認められたことから、ケア実施群と非実施群では異なるプロセスでケアが提供されていると判断した。

よって、こうした異なるケアの提供を受けた両群の利用者の状態の変化（改善・悪化）に基づくアウトカム評価を行うことによって「10 の基本ケア」の自立支援効果の検証が可能であると考えた。

(3) 効果〔アウトカム〕の評価について

公的な指標ではアウトカム評価が困難

アウトカム評価の第1として、利用者の基本情報や公的統計に汎用されている要介護度、認知症高齢者日常生活自立度、障害老人日常生活自立度の3つの公的な指標で比較した。その結果、いずれの指標でも2時点の転帰（改善・不変・悪化）において、「10の基本ケア」実施群と非実施群に有意な差が認められなかった。

このうち、要介護度については調査時点の要介護度をそのまま転記する方法によった。したがって、調査期間内に認定有効期限を迎えていなければ更新されていない可能性が高く、これを他の指標と同次元でアウトカム指標として扱うことはできない。現在、認定有効期間は最長36か月（3年）まで認められており、評価時点において認定調査項目（74項目）を実際に評価（測定）しない限り、自立支援介護のアウトカム指標として活用することは不適切だろう。

次に、認知症高齢者日常生活自立度と障害老人日常生活自立度については、2時点それぞれで客観的な測定を実施したが、その転帰（改善・不変・悪化）に実施群と非実施群の差は認められなかった。その理由として、これらの指標が地域高齢者全体を対象としているため、本調査の施設入所者では8割近くが重度（認知症Ⅲ以上、障害度B以上）判定に偏った結果となり、それ以上の悪化方向の変化が捉えにくくなっていた可能性がある。それとは逆に、これらの指標には、その状態を判定する際の基準が明確に規定されていないため、例えば日内変動（日中と夜間で異なる）や突発的なイベント（たまたま子供が訪問した日）による変動をそのまま拾ってしまう危険性もある。これに対して、最後の分析で用いた各種の尺度では「過去3日間の出現頻度」を定量的に把握する方法で誤差を少なくし、かつその変化を鋭敏に捉えるための工夫が施されている。

援助段階の変化では一部で差を確認

アウトカム評価の第2として、「10の基本ケア」で設定されている利用者の状態別の援助段階（前述）をさらに動作別（起居・立位・移動・座位・排泄）に細分化したオリジナルの設問での比較した結果、改善割合ではどの動作項目でも有意な差は認められず、悪化割合では「起き上がりの状態」と「座位の状態」においてケア実施群の悪化割合が有意に低かった。

まず、改善割合で差が認められなかった理由については、ベースライン（1回目調査）時点で各動作項目のすべてで「10の基本ケア」実施群の方がより自立的（援助量が少ない）な状態にある利用者が多かった点が影響したと考えられる。同様の機能状態にある利用者であっても、ケアの提供状況が2群で異なっていることは、プロセス評価でも明らかになっている。つまり、より高い水準（設問項目）の援助からスタートしているため、改善方向への変化量には限界があり、その差が捉えにくくなっていた可能性がある。今回のデータでは対象数の制限から実施できなかったが、スタート時点の水準をそろえた上で、その変化量の比較を行うと異なった結果が得られるかもしれない。

一方、上記のような初期状態の偏りが生じているにもかかわらず、悪化割合で「起き上がり」と「座位」に有意な差がみられた理由は、これらが「10の基本ケア」においても重視されている援助であり、実際にプロセス評価でも高率で実践されていた結果を反映したものと考えられる。

「10の基本ケア」では、日々の生活動作そのものをリハビリと位置づけ、例えば1日40回以上の立ち上がりを行うことを推奨している。

こうした取り組みは、自立支援介護として「機能状態の改善を目指す」ものであったと思われるが、今回の分析結果では、むしろ廃用症候群の進行を遅らせる「悪化防止の効果」に高い期待が持てることを示したものだといえるだろう。

なお、本調査用に用いた動作別の調査項目は、「10の基本ケア」の標準的なプロセスからアウトカム指標を作成する試みであったが、一定の割合で変化を把握することができたことから、今後はプロセス評価とアウトカム評価の両面で活用できる尺度としての精緻化を進めることが望ましいだろう。

定量的な複数の尺度で悪化防止の効果が確認

アウトカム評価の最後として、利用者の機能状態を定量的に測定可能でかつ信頼性が検証された7つの尺度を用いて、2時点間の変化に対する群間の比較を行った。

まず、ICFの生活機能モデルにおいて身体の生理的機能や解剖学的な障害の程度で評価される「心身機能・構造」に該当する【認知機能尺度】CPSと【攻撃的行為尺度】ABSはいずれもケア実施群で悪化の発生確率が有意に低く、「10の基本ケア」が認知症の中核症状と周辺症状

(BPSD)の悪化予防に有用である可能性が示された。ただし、同じ「心身機能・構造」の領域である【うつ評価尺度】DRSでは悪化割合に差はなく、逆に改善確率が非実施群で有意に高くなっていた。本研究では、対象者数の問題からリスク調整の範囲が限定されてしまったが、心身機能に関わる指標の評価においては、疾患の程度や他の機能障害の影響などをさらに検討する必要があるだろう。

次に、ICFにおいて移動や排泄などの日常生活での自立度や活動の範囲等から評価される「活動」領域のアウトカム指標では、【日常生活自立段階】ADL-Hと【意欲の指標】Vitality indexで、悪化の発生確率が有意に低く、「活動性」の悪化防止にも「10の基本ケア」が有効である可能性が示された。そもそも、「10の基本ケア」は生活動作を分解してできる限り自分でできる動作を増やすこと(ADLの維持・改善)を通じて、利用者の主体性を取り戻す(意欲の向上)介護を目指しており、こうした実践の成果が結果に反映されたのだろう。「活動」領域のうち、残りの【屋内生活空間の身体活動指標】Hb-LSAで有意な差は示されなかった点については、ベースライン(第1回調査)時点でのHb-LSA得点がケア実施群で顕著に高く、その差を多変量解析でも調整しきれになった可能性がある。ちなみに、「10の基本ケア」では、「町内にお出かけする」というスローガンのもと積極的な外出や活動範囲の拡大を重視している。

参加に着目した指標でも悪化防止の効果

現在の“自立支援介護”の議論では、要介護度や身体的自立への改善効果を重視しているが、介護施設入所者の半数は85歳以上であり、そこで暮らす高齢者の望む生活を考えた場合、身体的な自立が必ずしもQOLの向上と一致しないという課題を抱えている。

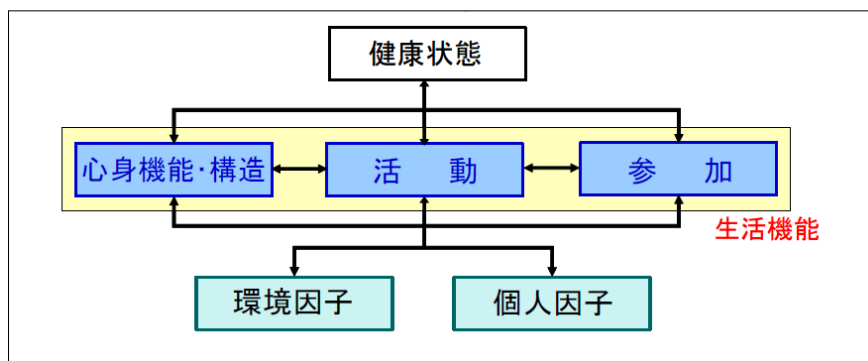
そこで、「心身機能・構造」や「活動」の側面だけでなく、高齢者のQOLを多面的に捉えるために注目されているのが、ICFの生活機能の3要素の1つである「参加」領域の指標である。ただし、「参加」の観点から高齢者の状況を評価できる尺度は非常に限られており、本研究ではインターライ方式のアセスメント項目から算出可能な【社会的関与の指標】RISEを用いた。ICFでは「参加」を生活・人生場面への関わりと定義しており、介護施設での生活の積極性や他者との交流の程度をその頻度から把握するRISEはその構成概念の一部を測定できると考えた。

分析の結果、RISEの改善方向の変化には差が認められなかったが、悪化の方向の変化では非実施群に対するケア実施群の悪化確率が半分以下(0.48倍)となっていたことから、「参加」の側面でも「10の基本ケア」が悪化予防に有効である可能性が示された。

ICFモデル(図Ⅲ-3-90)では、「心身機能」や「身体活動」の障害は「参加」を制約する方向に作用するが、同時に周囲の支援(「環境因子」)や本人の意欲(「個人因子」)の影響も大きく、関わり方によってはその状況を克服することも可能としている。この考えは、「加齢や障害によってできることが限られていくなかでも、できるだけその人が望む生活を送れる環境をつくること」に尽力する介護現場の日常にも通じている。

「10の基本ケア」は、“本人の尊厳(その人らしい自立した生活)をまもるために、身に着きたい考え方と技術”を模索して開発されたものさされており、その取り組みの成果(アウトカム)の一端が「参加」の尺度を通じて示されたとすれば、本研究の結果は「10の基本ケア」の有用性を考えていくうえで大きな意義を持つと考えられるだろう。

図Ⅲ-3-89 ICFの生活機能モデル(再掲)



5. まとめ

「10の基本ケア」の自立支援効果を検証するため、ケア実施群（介護老人福祉施設4か所）と非実施群（介護老人福祉施設5か所）において、「構造」「過程」「効果」の3つの要素から質の評価を行った。

その結果、構造面の評価からケア実施群と非実施群比較の属性はほぼ同質であり、かつ過程面の評価から2群間のケアの提供方法が明らかに異なることが確認されたことから、それぞれの利用者の2時点変化に基づくアウトカム評価を通じて、「10の基本ケア」の有効性が検証できると判断した。

アウトカム評価の結果は、信頼性が検証された複数の尺度で、「10の基本ケア」実施群の悪化確率が低いことが明らかとなり、「10の基本ケア」が生活機能の悪化防止に効果的である可能性が示された。さらに、差が認められた尺度のなかにはこれまで質の評価の中心だった「心身機能・構造」や「活動」の指標に加えて、生活・人生場面への関わりを表す「参加」の指標も含まれたことから、「10の基本ケア」は高齢者のQOLの多面的な側面にプラスの影響を与える手法であることが確認された。

Ⅲ-4 総括

本調査では、「10の基本ケア」の有用性を検証するため、(1)事例分析、(2)第三者による訪問調査、(3)アンケート調査（横断・縦断調査）の3つの手法でアプローチした。以下では、これらの調査から明らかになった点を「1. 主な所見」としてまとめたうえで、「2.『10の基本ケア』の可能性」と「3. 本調査の意義と課題」について考察する。

1. 主な所見ー「10の基本ケア」の質の評価

(1) ストラクチャーの評価

ストラクチャーの評価は、主にアンケート調査（事業所調査、職員調査）を用いて行った。

事業所調査で得られた基本的なストラクチャー面のデータでは、入所者の状況を表す要介護度、年間退所率、死亡退所割合、平均入所期間、ケアの量的側面を表す1人あたりの利用者数のすべてにおいて、「10の基本ケア」実施群と非実施群で統計学的に有意な差はみられなかった。

事業所調査では、人材育成の取り組みに関して「他施設と比べ充実している」で「10の基本ケア」実施群で高く、職員調査でも「教育訓練・能力開発」のあり方で「10の基本ケア」実施群において満足度が高かった。しかしながら、それ以外の満足度の11項目では有意な差はみられなかった。職場環境に対する職員の評価（職員調査）では、組織コミットメント12項目のうち「①この組織に必要ななら、どんな仕事でも引き受ける」、「②他の組織に移る気はまったくない」といった残留・意欲に関連する2項目で、「10の基本ケア」実施群において肯定的回答が有意に多かった。職員のストレスチェック項目においては、両群に有意な差はみられなかった。

(2) プロセスの評価

プロセスの評価は、アンケート調査（職員調査）や訪問調査、事例分析に基づき分析した。

職員調査では職員個人レベルでのケアの実施状況を尋ねた。職員による「10の基本ケア」の自己評価の結果、11項目中7項目でケア内容の実施状況が「10の基本ケア」実施群において有意に高かった。「①1日3回以上換気して、新鮮な空気を取り入れて臭いのない空間にしている」、「②利用者が前かがみで、バランスよく立ち上がれるよう介助している」、「⑤利用者ができるだけおむつを使用せず、トイレで排泄できるようにケアをしている」、「⑥利用者がトイレで便座に座り床を足につけ、前かがみで排便できるように介助している」、「⑦利用者が食事の際にイスに座り床に足をつけ、前かがみで食べられるよう介助している」、「⑨利用者にあった自立性の高い入浴ケアを実践している」、「⑩利用者と話すときにいつも座って話をしている」。

一方、第三者による訪問調査（観察調査）でも、「10の基本ケア」実施群において、入浴（B票：自立性の高い入浴形態の導入、利用者の羞恥心への配慮、利用者が入浴を楽しめる工夫）、食事（B票：利用者の希望に応じた食事時間、快適な食事環境の整備）、排泄（C票）のケアプ

ロセスの評価が有意に高かった。

このような「10の基本ケア」のプロセスの特徴として、小規模多機能型居宅介護等の利用者の事例分析から、「日々の日常動作をリハビリとして、1回の動作は短時間でも毎日何度も実施する」、「本人と一緒に自宅環境を整える」「毎日コミュニケーションをとり本人の意向を尊重する」等の丁寧なケア実践が明らかになった。

(3) アウトカムの評価

アウトカム評価は、アンケート調査の縦断データ（利用者調査）を用いて分析した。

アウトカム指標には、①厚労省が用いている既存の総括的指標（要介護度、認知症高齢者自立度など3指標）、②利用者が受けている援助量（起き上がり、立ち上がりなど6指標）、③量的尺度の指標（ADL、認知機能、行動障害、うつ、意欲、生活活動、社会的関与の7指標）を用いた。16指標中7指標で、「10の基本ケア」実施群で悪化割合が有意に低かった。

具体的には、①厚労省が用いている既存の総括的指標では、「10の基本ケア」実施群と非実施群で有意な差はみられなかった。②利用者が受けている援助量では、「起き上がりの状態」「座位の保持」において、「10の基本ケア」実施群の悪化割合が有意に低かった。③量的尺度では、「認知機能尺度（CPS）」と「攻撃的行為尺度（ABS）」はいずれも「10の基本ケア」実施群で悪化の発生割合が有意に低かった。「うつ評価尺度（DRS）」では改善確率が非実施群で有意に高かった。「日常生活自立段階（ADL-H）」と「意欲（Vitality Index）」で、「10の基本ケア」実施群において悪化の発生確率が有意に低かった。「社会的関与」の指標（RISE）では、非実施群に対する「10の基本ケア」実施群の悪化確率は半分以下（0.48）であった。

2. 「10の基本ケア」の可能性

(1) 重度化予防ケアとしての「10の基本ケア」

本調査結果に基づけば、「10の基本ケア」は利用者に対して重度化予防効果があることが示唆された。「10の基本ケア」では、利用者の生活動作の中で頻回の下肢への荷重や重心移動、できることは自分で行うことなどに重点を置いた介助を行っており、毎日繰り返して実施することでADLの悪化防止につながっていると考えられた。同様に、利用者とのコミュニケーションを図ることや本人の意向を尊重することも大切にしており、利用者にとって安心できる場づくりや関係性が構築できていることが、「認知機能」や「意欲」、「社会的関与」の悪化防止に寄与していると考えられた。

一方、職員調査からは、組織コミットメントの残留・意欲に関連する2項目で、「10のケア実施群」において肯定的回答が有意に多かった。「10の基本ケア」実施群では、職員にとって利用者のよい変化を感じられることが、職員の残留・意欲を高めている可能性が示唆された。「10の基本ケア」の職員への影響については、引き続き検討課題である。

(2) 重度化予防ケアの質の評価指標への示唆

今回の調査から、「10の基本ケア」のような重度化予防ケアの質の評価指標への示唆を得ることができた。ケアの質の評価研究では、評価対象としては特養など施設系サービスが適している（24時間365日ケアが提供されており、外部要因の影響が少ない）ものの、中重度の利用者が対象となる特養のケアの質をどのような指標で測るのか、またアウトカム評価はどのように進めていくべきか等が大きな課題であった。

利用者調査では、利用者の約3ヶ月の変化を捉えアウトカム評価とした結果、「起き上がりの状態」「座位の保持」といった援助量の変化、「認知機能尺度（CPS）」や「攻撃的行為尺度（ABS）」、「日常生活自立段階（ADL-H）」、「意欲」（Vitality Index）、「社会的関与」（RISE）の量的尺度で「10の基本ケア」の効果が示唆された。

これらの指標については、中重度の利用者が想定される特養においても、ケアの質を評価する指標として活用できる可能性がある。そして、それらの指標は、ICFの「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」にそれぞれ位置づくものあり、「生活の場」を捉える指標として意義があると考えられた。

(3) 居宅サービスへの応用

「10の基本ケア」は、ケアの実践現場で試行錯誤を重ねながら紡ぎだされてきた「介護についての考え方」であり、自立支援のためのケア方法論でもある。もともとは特養で開発された考え方・ケア方法論であるが、本調査では、すでに「10の基本ケア」を導入している小規模多機能型居宅介護やショートステイでの事例ベースの評価も行った。その結果、「10の基本ケア」は居宅系サービスでも応用可能であり、かつ有用であること示唆された。

本調査に基づけば、小規模多機能型居宅介護やショートステイにおいて、退院直後の利用者に対し、短期集中的なケアを提供することにより身体機能の維持・改善につながっているケースが確認できた。同時に、それらのサービスが有する「泊まり」の機能と「10の基本ケア」をうまく組み合わせることにより、小規模多機能型居宅介護やショートステイが、在宅と施設との中間施設的な役割を果たしていることがうかがえた。さらに、「10の基本ケア」はこれまでの日常生活の中で繰り返しやってきた基本動作のリハビリであるため、一般的にリハビリの指示が困難である認知症者にとっても、実践しやすいリハビリ手法であろう。

「10の基本ケア」は中重度の特養利用者の重度化予防に加え、認知症者を含む居宅サービス利用者の自立支援にも有用であると思われる。今後の居宅サービスへの展開が期待される。

3. 本調査の意義と課題

(1) 意義

本調査の意義として、多様な評価アプローチにもとづき「10の基本ケア」のプロセスおよびアウトカムを多面的に評価した点である。方法論の優位性として、次の点が挙げられた。「10の基本ケア」の質の評価を、1) 事例検討の質的分析に加え、縦断データ（アンケート調査）による量的分析も行った、2) 「10の基本ケア」の特徴や効果を明らかにするため、対照群（非実施群）を設定し比較分析した、3) ストラクチャー、プロセス、アウトカムの3つの視点から総合的に評価した、4) 利用者への影響（利用者調査）だけでなく、職員の視点（職員調査）からの評価も行った。ケアの質の評価研究で、これらの条件・要素をすべて含む調査研究はほとんどないことから、大変貴重な調査研究といえる。

(2) 課題

本調査の課題として、主に次の3点が挙げられる。第一に、対象施設が少なく、施設特性の影響の調整が困難であったことである。本調査で比較に用いた「10の基本ケア」実施群と非実施群の2つのグループでは、前者ではユニット型（全個室）が多く、後者では従来型（多床室＋個室）が多いという類型上の違いがあった。このような構造面の違いがプロセスやアウトカムに影響を与える可能性があることには留意が必要である。

第二に、対象とした施設について、必ずしも代表性が担保されていない点である。本調査で非実施群として本調査にご協力いただいた施設は、相対的にケアの質が高い施設群であることが推察される。訪問調査による第三者評価を受け入れ、また利用者や職員を対象としたアンケート調査にもご協力いただいたことから、非実施群においても日常的にケアの質に関心のある施設群であると考えられた。そのため、「10の基本ケア」実施群と非実施群のケアの質の差が、過小評価になった可能性がある。

第三に、利用者の変化（アウトカム）を捉えるための評価期間が短かった点である。重度化予防ケアの質を評価する上で、どれくらいの期間の変化を捉えるのが適切かは、引き続き検討課題である。

今後、より代表性のあるより多数の施設において、より長期の縦断データによる検証が望まれる。

参考文献

近藤克則（2018）『研究の育て方-ゴールとプロセスの「見える化」』医学書院、p179, 182 参照

Ⅲ-5 図表リスト

表Ⅲ-1-1 対象者の概要	21
図Ⅲ-1-1 事例 A の経過	23
図Ⅲ-1-2 事例 A 「10 の基本ケア」の実施状況	24
図Ⅲ-1-3 事例 A の写真	25
図Ⅲ-1-4 事例 B の経過	28
図Ⅲ-1-5 事例 B 「10 の基本ケア」の実施状況	29
図Ⅲ-1-6 事例 B の写真	30
図Ⅲ-1-7 事例 C 家族調査	32
図Ⅲ-1-8 事例 C の経過	33
図Ⅲ-1-9 事例 C 「10 の基本ケア」の実施状況	34
図Ⅲ-1-10 事例 C の写真	35
図Ⅲ-1-11 事例 D の経過	38
図Ⅲ-1-12 事例 D 「10 の基本ケア」の実施状況	39
図Ⅲ-1-13 事例 E 家族調査	41
図Ⅲ-1-14 事例 E の経過	42
図Ⅲ-1-15 事例 E 「10 の基本ケア」の実施状況	43
図Ⅲ-1-16 事例 E の写真	44
図Ⅲ-1-17 事例 F 家族調査	46
図Ⅲ-1-18 事例 F の経過	47
図Ⅲ-1-19 事例 F 「10 の基本ケア」の実施状況	48
図Ⅲ-1-20 事例 F の写真	49
図Ⅲ-1-21 事例 G の経過	52
図Ⅲ-1-22 事例 G 「10 の基本ケア」の実施状況	53
図Ⅲ-1-23 事例 H 「10 の基本ケア」の実施状況	56
表Ⅲ-2-1 対象施設の属性	62
表Ⅲ-2-2 評価票 B の評価項目 (22 項目)	63
図Ⅲ-2-1 食事 1	65
図Ⅲ-2-2 食事 2	65
図Ⅲ-2-3 食事 3	66
図Ⅲ-2-4 食事 4	66
図Ⅲ-2-5 食事 5	66
図Ⅲ-2-6 食事 6	66

図Ⅲ-2-7 食事 7	66
図Ⅲ-2-8 入浴 8	67
図Ⅲ-2-9 入浴 9	67
図Ⅲ-2-10 入浴 10	67
図Ⅲ-2-11 入浴 11	67
図Ⅲ-2-12 排泄 12	68
図Ⅲ-2-13 排泄 13	68
図Ⅲ-2-14 排泄 14	68
図Ⅲ-2-15 排泄 15	68
図Ⅲ-2-16 移動 16	69
図Ⅲ-2-17 移動 17	69
図Ⅲ-2-18 移動 18	69
図Ⅲ-2-19 機能訓練 19	70
図Ⅲ-2-20 機能訓練 20	70
図Ⅲ-2-21 機能訓練 21	70
図Ⅲ-2-22 機能訓練 22	70
図Ⅲ-2-23 食事の支援	71
図Ⅲ-2-24 入浴の支援	71
図Ⅲ-2-25 排泄の支援	72
図Ⅲ-2-26 移動の支援	72
図Ⅲ-2-27 機能訓練の支援	73
図Ⅲ-2-28 利用者と職員の関係性	73
図Ⅲ-2-29 総合的評価	74
図Ⅲ-2-30 評価票 C の合計点	74
図Ⅲ-2-31 相対評価得点	75
表Ⅲ-2-3 Wilcoxon の順位和検定	76
表Ⅲ-3-1 質の評価の要素と調査票の対応関係	81
表Ⅲ-3-2 対象施設	82
表Ⅲ-3-3 職員調査の回収票数と分析対象	83
表Ⅲ-3-4 プロセス評価に用いたケア手順の項目	84
表Ⅲ-3-5 対象事業所別の回収状況	85
図Ⅲ-3-1 分析対象者 384 名の選定フロー	85
図Ⅲ-3-2 ICF の生活機能モデル	87
表Ⅲ-3-6 ICF の生活機能の 3 要素と採用した尺度の対応関係	87

表Ⅲ-3-7 事業所調査における対比の総括表	88
表Ⅲ-3-8 対象施設の定員・居室の状況	89
図Ⅲ-3-3 グループ別の利用者の要介護	89
表Ⅲ-3-9 退所・入所期間に関する結果	90
表Ⅲ-3-10 対象事業所の職員体制	90
表Ⅲ-3-11 人材育成の取り組みに対する比較の総括表	91
表Ⅲ-3-12 職員の研修会の参加状況	92
図Ⅲ-3-4 「3)の人材育成の取り組みは、他施設と比べ充実していると思いますか」	92
図Ⅲ-3-5 「4)教育・研修計画を立てている」	93
図Ⅲ-3-6 「5)教育・研修の責任者(兼任を含む)もしくは担当部署を決めている」	93
図Ⅲ-3-7 「6)採用時の教育・研修を充実させている」	93
図Ⅲ-3-8 「7)職員に後輩の育成経験を持たせている」	93
図Ⅲ-3-9 「8)能力の向上が認められた者は、配置や処遇に反映している」	94
図Ⅲ-3-10 「9)法人全体で連携して育成に取り組んでいる」	94
図Ⅲ-3-11 「10)自治体や業界団体が主催する教育・研修に積極的に参加させている」	94
図Ⅲ-3-12 「11)地域の他事業所と協力、ノウハウを共有して育成に取り組んでいる」	94
表Ⅲ-3-13 職員の基本属性に関する対比結果の総括表	95
図Ⅲ-3-13 性別の構成	96
表Ⅲ-3-14 年齢の要約値	96
図Ⅲ-3-14 年齢構成	96
図Ⅲ-3-15 取得資格	96
表Ⅲ-3-15 通算経験年数の要約値	97
図Ⅲ-3-16 通算経験年数の構成	97
表Ⅲ-3-16 当該施設での経験年数の要約値	97
図Ⅲ-3-17 当該施設での経験年数の構成	97
表Ⅲ-3-17 仕事の満足度に関する対比結果の総括表	98
図Ⅲ-3-18 問 3.1)「仕事に対する全体的な満足度」	98
図Ⅲ-3-19 問 3.2)「①仕事の内容・やりがい」	99
図Ⅲ-3-20 問 3.2)「②キャリアアップの機会」	99
図Ⅲ-3-21 問 3.2)「③賃金」	99
図Ⅲ-3-22 問 3.2)「④労働時間・休日等の労働条件」	99
図Ⅲ-3-23 問 3.2)「⑤勤務体制」	100
図Ⅲ-3-24 問 3.2)「⑥人事評価・処遇のあり方」	100
図Ⅲ-3-25 問 3.2)「⑦職場の環境	100
図Ⅲ-3-26 問 3.2)「職場の人間関係、コミュニケーション」	100

図Ⅲ-3-27 問 3.2) 「⑨雇用の安定性」	101
図Ⅲ-3-28 問 3.2) 「⑩福利厚生」	101
図Ⅲ-3-29 問 3.2) 「⑪教育訓練・能力開発」	101
図Ⅲ-3-30 問 3.2) 「⑫利用者との人間関係」	101
表Ⅲ-3-18 組織コミットメントに関する対比結果の総括表	102
図Ⅲ-3-31 ①必要ならどんな仕事も引き受ける	103
図Ⅲ-3-32 ②他の組織に移る気はまったくない	103
図Ⅲ-3-33 ③今の組織に魅力を感じているので、長く留まりたい	103
図Ⅲ-3-34 ④この組織の問題があたかも自分自身の問題であるかのように感じる	103
図Ⅲ-3-35 ⑤この組織の一員であることを誇りに思う	104
図Ⅲ-3-36 ⑥この組織のメンバーであることを強く意識している	104
図Ⅲ-3-37 ⑦この組織を離れるとどうなるか不安である	104
図Ⅲ-3-38 ⑧今この組織を辞めたら、生活上の多くのことが混乱するだろう	104
図Ⅲ-3-39 ⑨この組織を辞めたら損失が大きいので、この先も勤めようと思う	105
図Ⅲ-3-40 ⑩この組織の人々に義理を感じるので、今辞めようとは思わない	105
図Ⅲ-3-41 ⑪この組織に多くの恩義を感じる	105
図Ⅲ-3-42 ⑫今この組織を辞めたら、罪悪感を感じるだろう	105
表Ⅲ-3-19 ストレスチェックの対比結果の総括表	106
表Ⅲ-3-20 素点換算表(職業性ストレス簡易調査票の簡略版 23 項目を用いる場合)	107
図Ⅲ-3-43 「高ストレス判定者」の割合	108
表Ⅲ-3-21 素点換算表による下位項目の回答分布	108
図Ⅲ-3-44 利用者へのケアの実践状況(「あてはまる」の割合)の総括表	109
図Ⅲ-3-45 「①1日3回以上換気して、新鮮な空気を取り入れて臭いのない空間にしている」	110
図Ⅲ-3-46 「②利用者が前かがみで、バランスよく立ち上がれるよう介助をしている」	110
図Ⅲ-3-47 「③利用者がご自身で座り替え(移乗)できるような介助をしている」	110
図Ⅲ-3-48 「④利用者個人の体格に椅子とテーブルを合わせている」	111
図Ⅲ-3-49 「⑤利用者ができるだけおむつを使用せず、トイレで排泄できるようにケアを…」	111
図Ⅲ-3-50 「⑥利用者がトイレで便座に座り床に足をつけ、前かがみで排便できるよう介助…」	111
図Ⅲ-3-51 「⑦利用者が食事の際に椅子に座り床に足をつけ、前かがみで食べられるよう介助…」	111
図Ⅲ-3-52 「⑧利用者と一緒に同じ食事内容のものを食べている」	112
図Ⅲ-3-53 「⑨利用者にあった自立性の高い入浴ケアを実践している」	112
図Ⅲ-3-54 「⑩利用者と話すときにいつも座って話をしている」	112
図Ⅲ-3-55 「⑪利用者の自立支援につながるプロセスが予測できる」	112
表Ⅲ-3-22 対象者の基本属性の総括表	113
表Ⅲ-3-23 アウトカム指標の比較分析の総括表	114

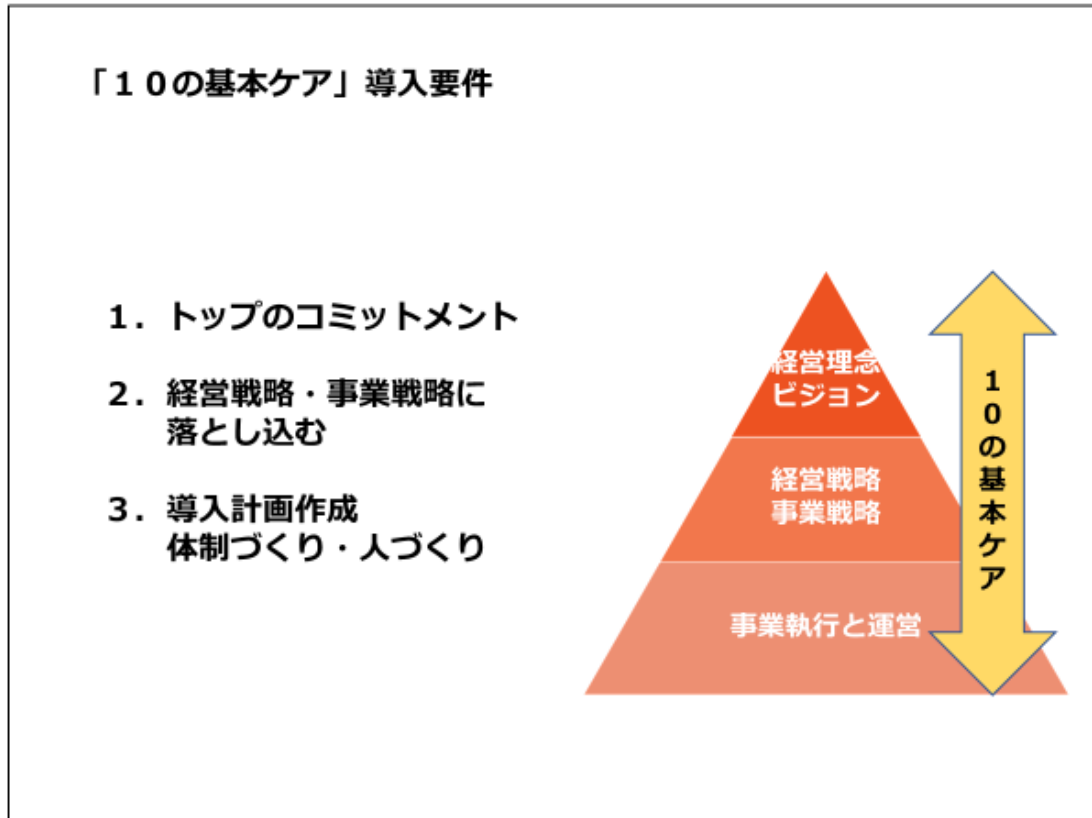
表Ⅲ-3-24	第1回調査と第2回調査の要介護度	115
図Ⅲ-3-56	グループ別の要介護度の変化	115
表Ⅲ-3-25	「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定基準	116
図Ⅲ-3-57	第1回目(ベースライン)の認知症高齢者の日常生活自立度	117
表Ⅲ-3-26	第1回目と第2回目の認知症高齢者の日常生活自立度	117
図Ⅲ-3-58	認知症高齢者の日常生活自立度の変化	117
表Ⅲ-3-27	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準	118
図Ⅲ-3-59	第1回目(ベースライン)の障害高齢者の日常生活自立度	119
表Ⅲ-3-28	第1回目と第2回目の障害高齢者の日常生活自立度	119
図Ⅲ-3-60	グ障害高齢者の日常生活自立度の変化	119
表Ⅲ-3-29	受けている援助量からみた「改善」割合の総括表	120
表Ⅲ-3-30	受けている援助量からみた「悪化」割合の総括表	120
図Ⅲ-3-61	ベースライン(第1回目)の「普段の起き上がりの状態」の分布	121
図Ⅲ-3-62	「普段の起き上がりの状態」の分布	121
表Ⅲ-3-31	改善・悪化別の検定結果	121
図Ⅲ-3-63	ベースライン(第1回目)の「普段の立ち上がりの状態」の分布	122
図Ⅲ-3-64	「普段の立ち上がりの状態」の分布	122
表Ⅲ-3-32	改善・悪化別の検定結果	122
図Ⅲ-3-65	ベースライン(第1回目)の「普段の移動能力」の分布	123
図Ⅲ-3-66	「普段の移動能力」の分布	123
表Ⅲ-3-33	改善・悪化別の検定結果	123
図Ⅲ-3-67	ベースライン(第1回目)の「普段の座位の状態」の分布	124
図Ⅲ-3-68	「普段の座位の状態」の分布	124
表Ⅲ-3-34	改善・悪化別の検定結果	124
図Ⅲ-3-69	ベースライン(第1回目)の「トイレの使用」の分布	125
図Ⅲ-3-70	「トイレの使用」の分布	125
図Ⅲ-3-71	ベースライン(第1回目)の「ポータブルトイレの使用」の分布	125
図Ⅲ-3-72	「ポータブルトイレの使用」の分布	125
表Ⅲ-3-35	ICFの生活機能の3要素と採用した尺度の対応関係(再掲)	126
表Ⅲ-3-36	量的な尺度による「改善」効果の総括表	127
表Ⅲ-3-37	量的な尺度による「悪化(防止)効果」の総括表	127
図Ⅲ-3-73	CPSの計算方法	128
図Ⅲ-3-74	ベースライン(第1回目)のCPSの分布	129
図Ⅲ-3-75	CPSの変化	129
表Ⅲ-3-38	改善・悪化別の検定結果	129

表Ⅲ-3-39	年齢・第1回目のCPSスコアを調整したグループ間の比較	129
図Ⅲ-3-76	ベースライン(第1回目)のABSの分布	131
図Ⅲ-3-77	グループ別のABSの変化	131
表Ⅲ-3-40	改善・悪化別の検定結果	131
表Ⅲ-3-41	年齢・第1回目のABSスコアを調整したグループ間の比較	131
図Ⅲ-3-78	ベースライン(第1回目)のDRSの分布	133
図Ⅲ-3-79	DRSの変化	133
表Ⅲ-3-42	改善・悪化別の検定結果	133
表Ⅲ-3-43	年齢・第1回目のDRSスコアを調整したグループ間の比較	133
図Ⅲ-3-80	ADL-Hの計算方法	134
図Ⅲ-3-81	ベースライン(第1回目)のADLHの分布	135
図Ⅲ-3-82	ADLHの変化	135
表Ⅲ-3-44	改善・悪化別の検定結果	135
表Ⅲ-3-45	第1回目の年齢・ADLHスコアを調整したグループ間の比較	135
表Ⅲ-3-46	意欲の指標の計算方法	136
図Ⅲ-3-83	ベースライン(第1回目)のVIの分布	137
図Ⅲ-3-84	VIの変化	137
表Ⅲ-3-47	改善・悪化別の検定結果	137
表Ⅲ-3-48	年齢・第1回目のVIスコアを調整したグループ間の比較	137
表Ⅲ-3-49	◇Hb-LSAの算出方法	138
図Ⅲ-3-85	ベースライン(第1回目)のHb-LSAの分布	139
図Ⅲ-3-86	Hb-LSAの変化	139
表Ⅲ-3-50	改善・悪化別の検定結果	139
表Ⅲ-3-51	年齢・第1回目のHb-LSAスコアを調整したグループ間の比較	139
図Ⅲ-3-87	ベースライン(第1回目)のRISEの分布	141
図Ⅲ-3-88	RISEの変化	141
表Ⅲ-3-52	改善・悪化別の検定結果	141
表Ⅲ-3-53	年齢・第1回目のRISEスコアを調整したグループ間の比較	141
図Ⅲ-3-89	ICFの生活機能モデル(再掲)	147

IV 「10 の基本ケア」導入のすすめ方

IV 「10の基本ケア」導入のすすめ方

1. 「10の基本ケア」導入の要件



トップのコミットメントとは、「10の基本ケア」導入を内外に宣言することであり、法人のスタンスを明確に示すものである。

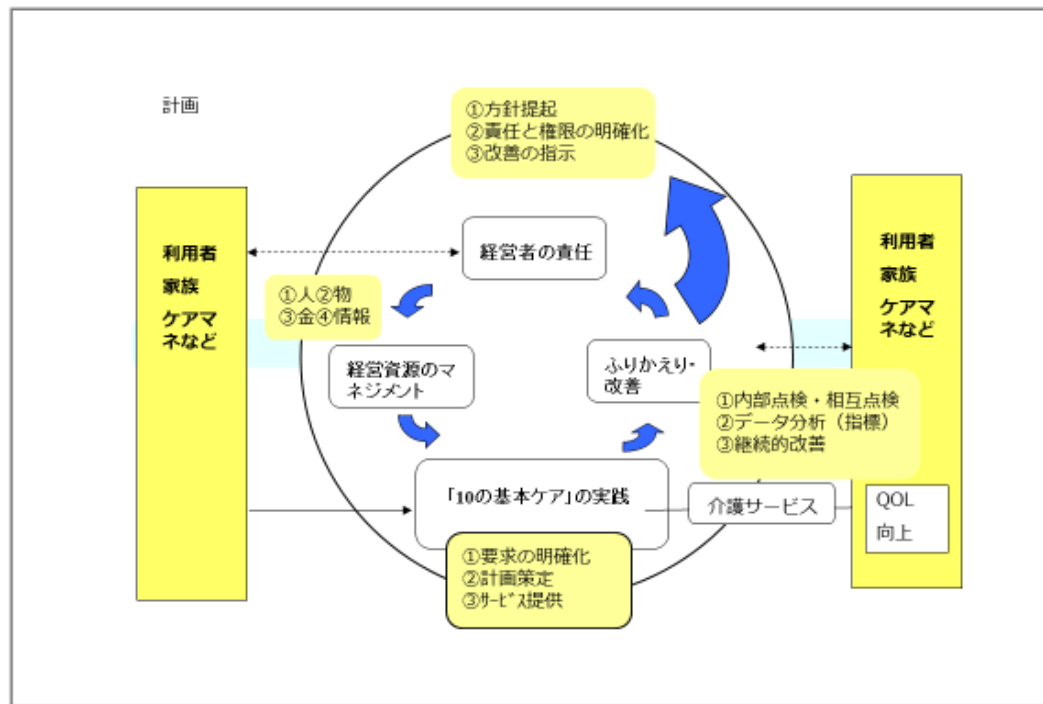
導入方針の決定後は、「10の基本ケア」を理念・ビジョンに反映させ、経営戦略・事業戦略に落とし込む。法人の規模にもよるが、「10の基本ケア」が十分に定着するには、短くても、3年程度の期間が必要であるため、法人の中期計画と整合性を取る必要がある。

「10の基本ケア」導入は、トップのコミットメントと同様に、ボトムアップも重要であり、スタッフが十分に理解し、納得して実施できるようにしなければならない。

介護職員、ケアマネジャー、看護職、リハビリ職、栄養士、調理職などケアに関わるあらゆる職種が、「10の基本ケア」を理解できるような方策を講じる必要がある。

又、ケアマネジャーが「10の基本ケア」を理解し、納得することは、導入にあたって、大変重要なポイントになる。ケアマネジャーが、「10の基本ケア」に沿って利用者に応じた適切なアセスメントと課題の把握をし、ケアプランを立案できると普及が進むことになる。介護職だけでなく、法人内のケアマネジャーに対して、十分に時間をかけて、納得を得るまで粘り強く研修やミーティングを繰り返すことが重要である。

「10の基本ケア」を標準としたモデル図

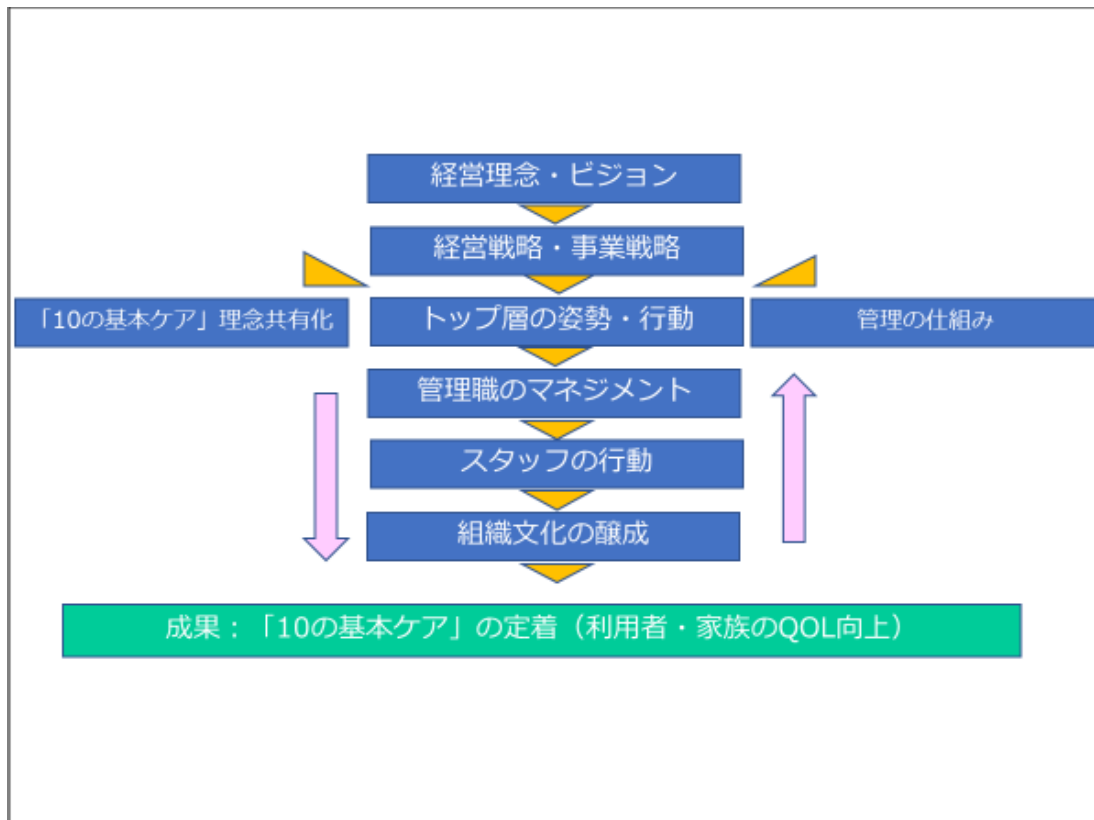


トップマネジメント（経営層）は、「10の基本ケア」導入にあたって、次の5つのことを自ら関与して実行することが重要である。

- ① 「10の基本ケア」を実施する重要性を組織内に周知する
- ② 「導入方針」を策定する
- ③ 「計画」を設定する
- ④ 人・物・金などの「経営資源」配分を確実にする
- ⑤ ふりかえりを実施する

「導入方針」を掲げ、業務管理の方法を継続的に改善していく意思表示をした上で、導入方針を全員に伝達しなければならない。又、方針の掲示や研修会、ミーティングを通じて、全員に伝達し理解される必要がある。

次に、導入を具体化する「計画」を設定し、必要な設備を用意し、必要な人の配置や教育訓練を実施、進捗をふりかえることを繰り返すことで、Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）というPDCAサイクルを回していく。



「10の基本ケア」の導入とは、「介護技術の習得」だけではなく、組織文化の変革、醸成まで視野にいれる必要がある。言い換えれば、組織文化にまで落とし込まないと、「10の基本ケア」の定着は難しいと言える。

組織文化とは、「組織構成員の間で共有されている信念や価値観」のことである。組織メンバーは、時間の経過に合わせて受け入れるようになり、自覚することなく組織文化の中で行動するようになる。

組織文化の形成に大きな影響を与えるのは、トップマネジメントの姿勢と行動である。トップマネジメントが導入方針を明示し、導入の方策に取り組み、姿勢と行動を変化させていくことで、管理職層、更には、スタッフの行動変容につながり、組織文化が変化していくことで、新しい考え方が定着していく。

「10の基本ケア」導入に必要なこと

人材育成	●教育・研修 ●継続的にトップからのメッセージを伝える ●モチベーション向上の仕組み	環境整備	●下腿長にあった高さの椅子 ●トイレ ●浴室 ●ベッド ●手すり→前傾を補助するテーブル
財務／コンプライアンス	●教育・研修費用 ●新設備導入費用 ●コンプライアンス遵守の仕組み ●ガバナンス	情報	●IT化の推進 ●コミュニケーション促進 ●外部組織との連携

「10の基本ケア」導入は、以下の視点をバランス良く具体化していく。

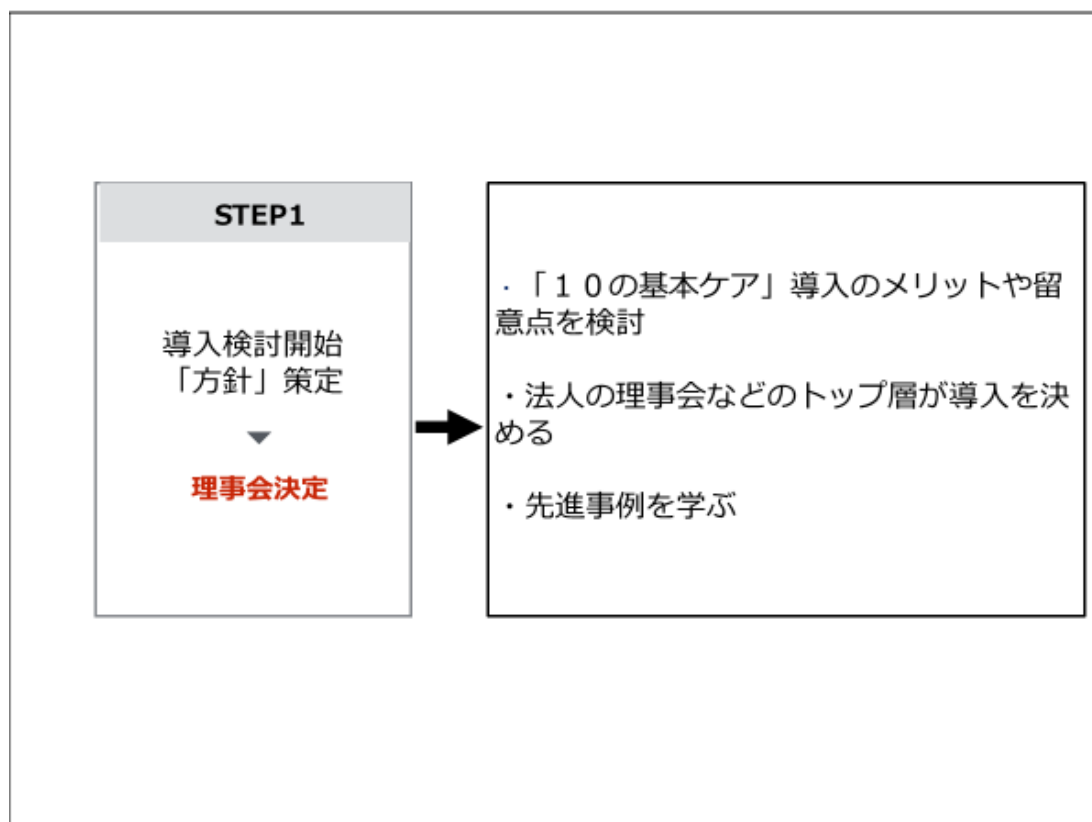
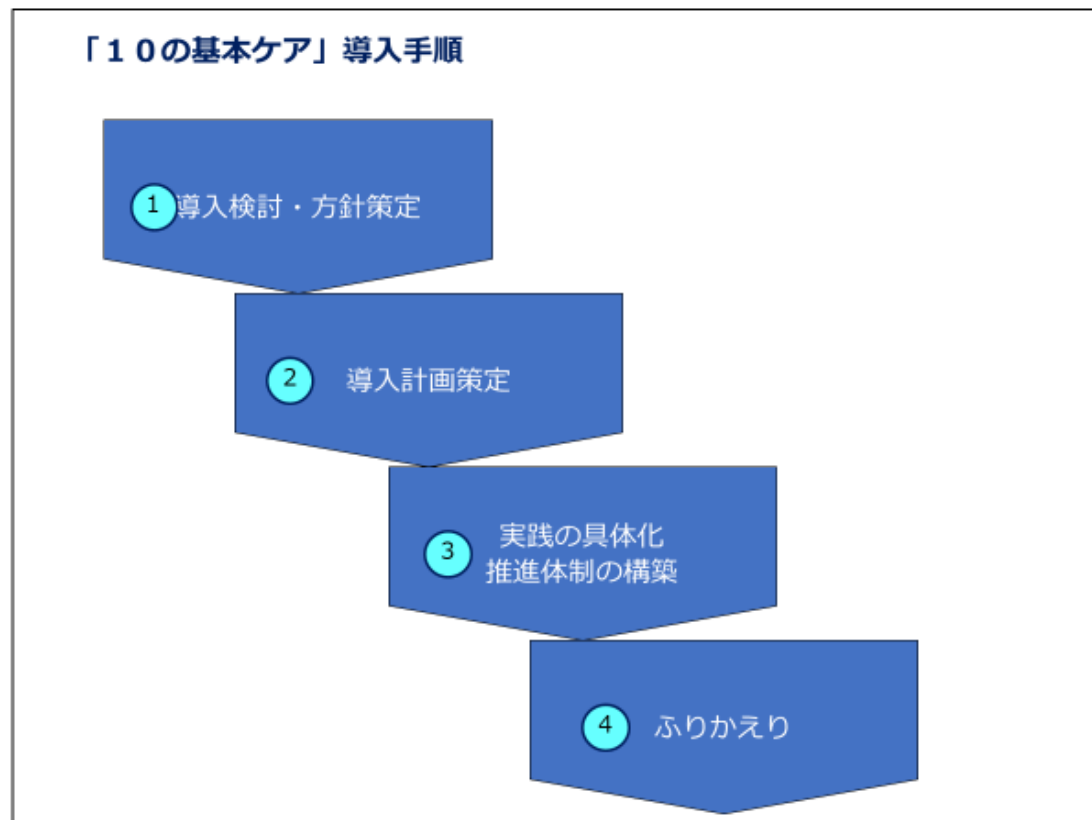
- ①人材育成
- ②環境整備
- ③財務／コンプライアンス
- ④情報

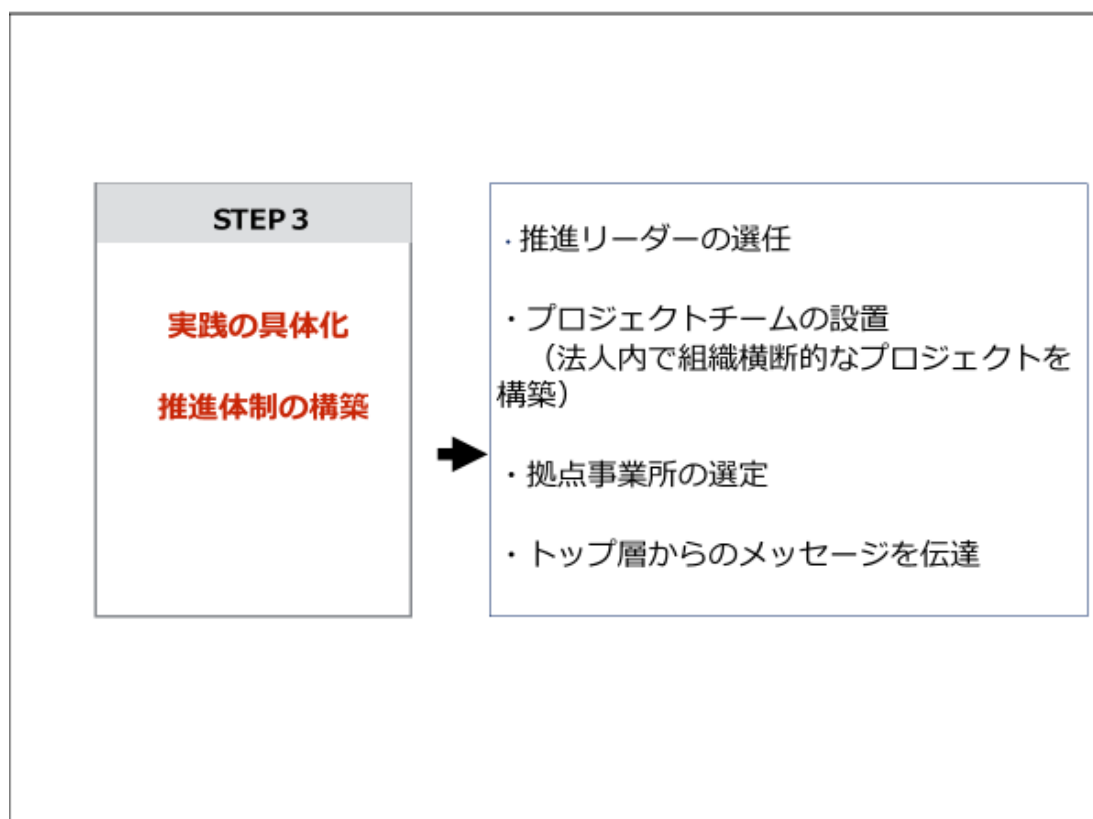
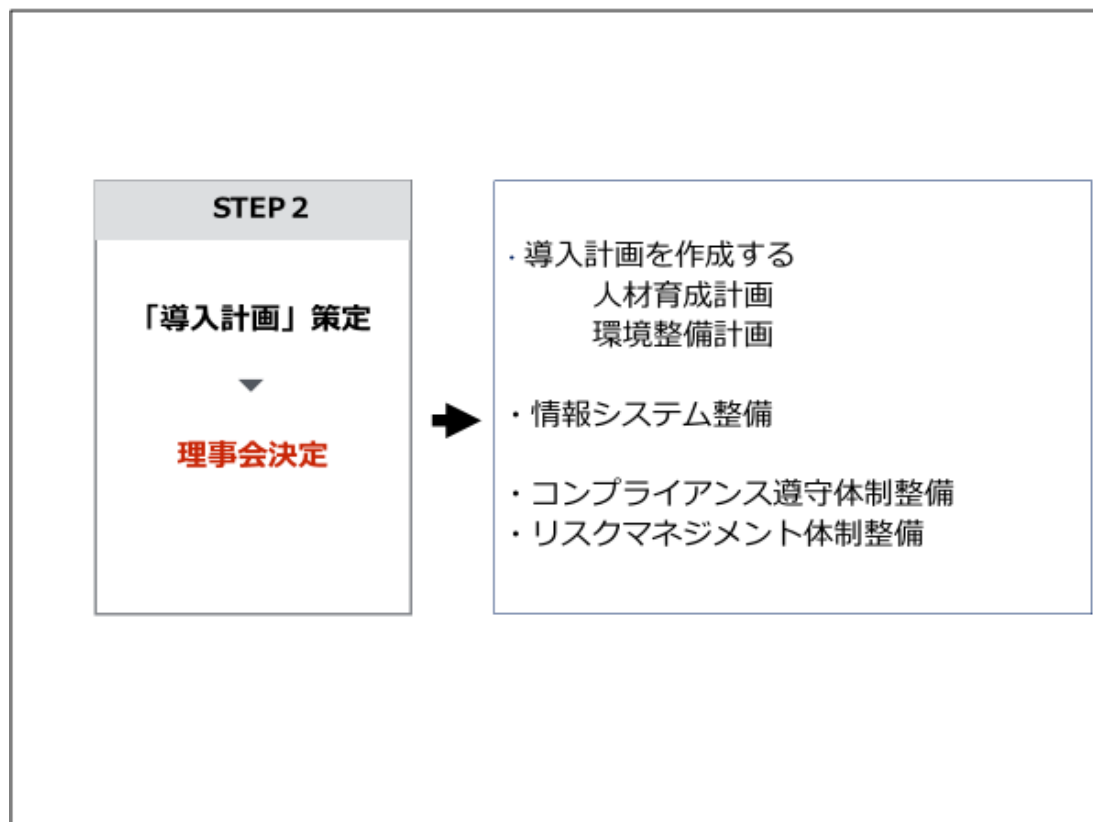
「10の基本ケア」は利用者の座位を確保し、「座位確保」「立ち上がり」「前傾姿勢」を重視する。そのため、椅子、テーブル、トイレ、浴室、ベッドなど生活の場面で利用者が自力で起立・着席動作を行っていただける環境設定が重要になる。重心を前方に移動させるためには①足を手前に引く②お尻を座面の前方に移動する③前傾姿勢を取るという起立動作を再現する介助と環境が必要になる。（「手すり」を使用すると片手で「引っ張る」という行動になり、「前傾姿勢」を取ることができない。そのため、「10の基本ケア」では手すりは使用しない）

前傾姿勢を補助するテーブルや下腿長に合った椅子などを用意するための予算化が必要になる。又、教育研修のための、研修費用など導入にあたっての財務的な準備をしていく。

又、リスクマネジメント、コンプライアンス遵守の体制の構築を見直すこと、IT化の推進を図り、業務の生産性を向上させることも重要であり、情報共有の仕組みをいかに作り上げるかは、十分に検討する必要がある。

2. 「10の基本ケア」導入の手順





STEP 4

ふりかえり

- ・事例検討、事例発表会などを実施し、課題を抽出する
- ・課題を分析し、新たな実践課題を抽出
- ・課題から新たに計画を作成し、継続して取り組む

環境整備の例



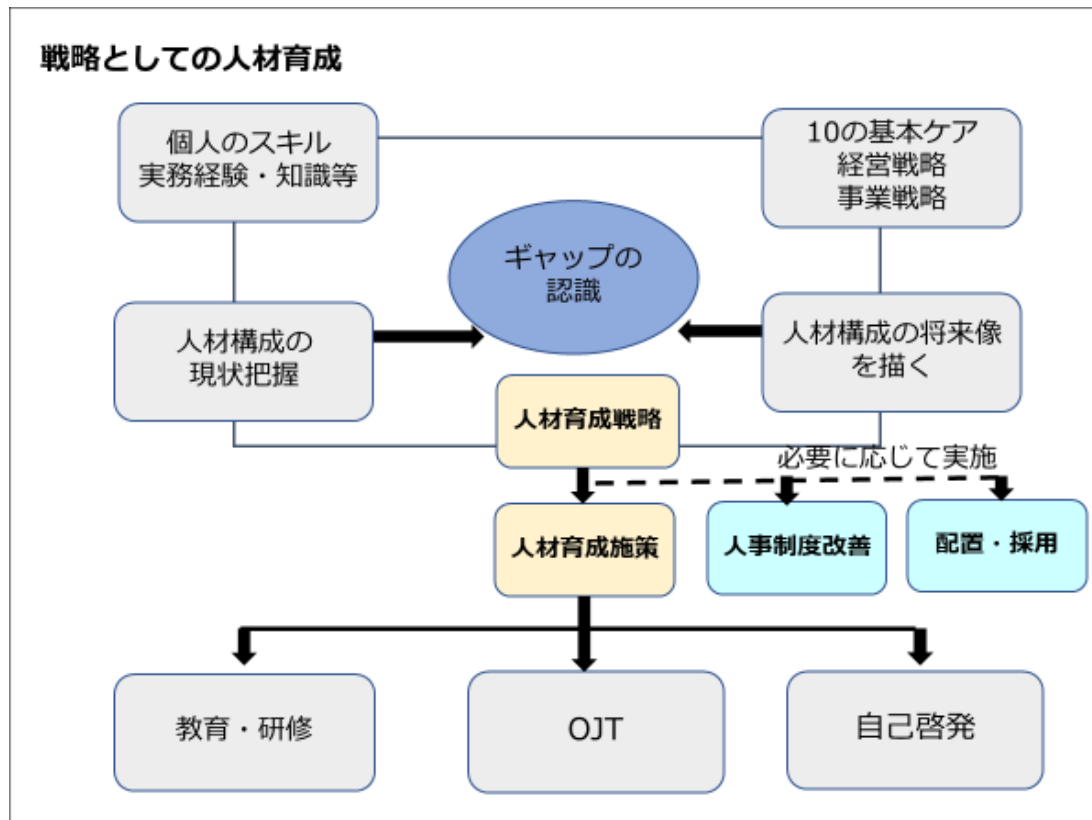
下腿長に合った椅子



トイレ→前傾を支持するテーブル



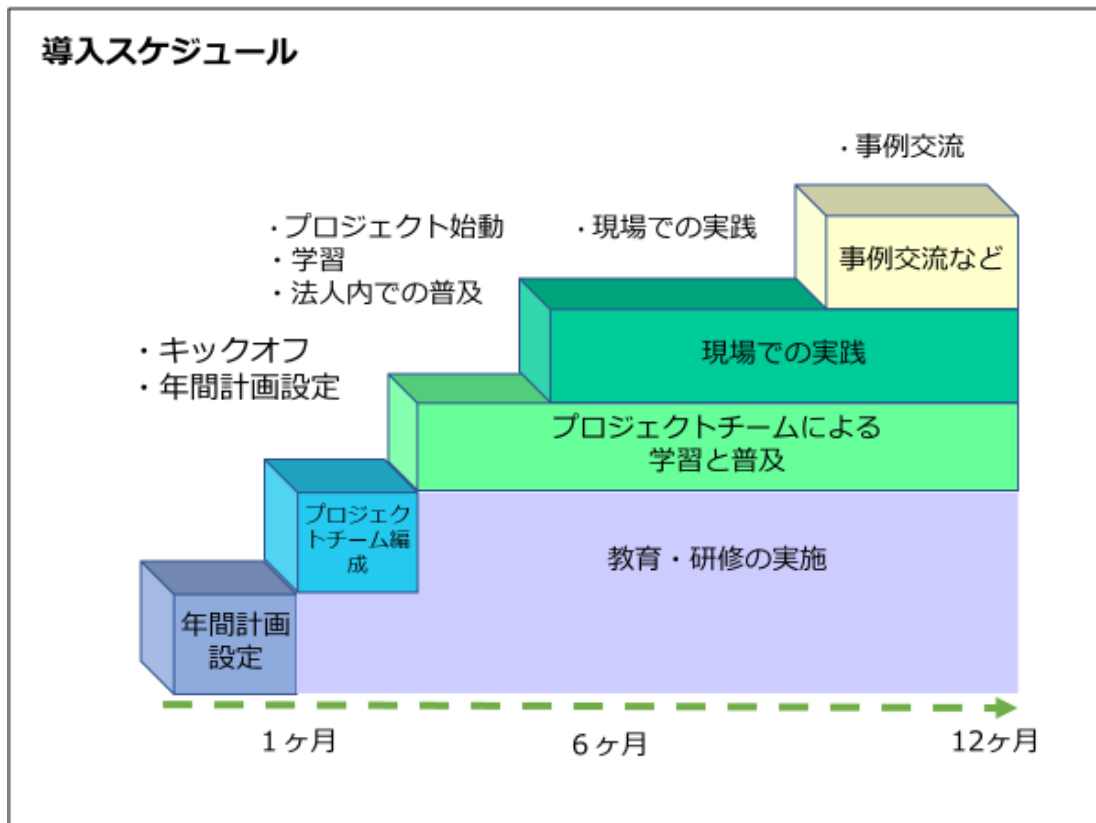
入浴→座位姿勢から入浴できるお風呂



人材育成は、個々人のスキル、実務経験・知識を把握し、人材構成の現状把握することと、経営戦略・事業戦略から、人材構成の将来像を描き、それらのギャップを認識することが大切である。

その後、「10の基本ケア」人材育成戦略をまとめていく。計画的・体系的に育成が行われないと、事業所やスタッフによって理解や能力に差が生じるため、人材育成施策立案の際には、人事制度改善や人員配置についても再検討するのがポイントである。

施策の具体化には、①教育・研修②OJT（On-the-Job Training）③自己啓発を組み合わせる。介護現場では、OJTによって、リーダーや同僚から助言を受け、実践を通じて仕事を学んでいくケースも多いが、OJTの最大の課題は、育成担当者により教育の内容や質が大きく変化することである。そのため、特に導入初期の段階では指導的役割のスタッフを計画的・体系的に育成を行っていくことが重要となる。



導入の初年度は、

- ①年間計画策定
- ②プロジェクトチーム編成
- ③プロジェクトチームによる学習と普及
- ④現場での実践
- ⑤事例交流などを通したふりかえり

法人内で隔々まで十分に定着するには、単年では終わらせず、次年度以降の計画も立案しながら進めていく。

3. 「10の基本ケア」導入事例

(1) 導入法人の概要

導入事例として紹介する法人（以下、A 法人と明記）は、地域の中で在宅系サービス、地域密着型サービス、住まい系サービス等幅広く介護事業を展開している法人であり、介護理念の中に自立支援をかかげ、地域の高齢者などが、住み慣れた地域で、いつまでも自分らしい安全・安心な『暮らし』を継続できるよう、ケアサービスに加え、その他の生活支援サービスや福祉ボランティア活動等を通した総合的なケアサポートに取り組んでいる。

「10の基本ケア」の導入は、2017年度より始めている。2018年度には、自法人だけでなく他法人の介護職員向けに「10の基本ケア」を学習する講座を開催するなど、先進的に導入を図っている法人である。

(2) 「10の基本ケア」導入の背景

A 法人では、かかげている介護理念の実現を目指すために自立支援に資する介護とは何かを模索しながら事業展開をすすめてきた。その中で、必要な取り組みとして「10の基本ケア」を位置付け、導入をすすめている。

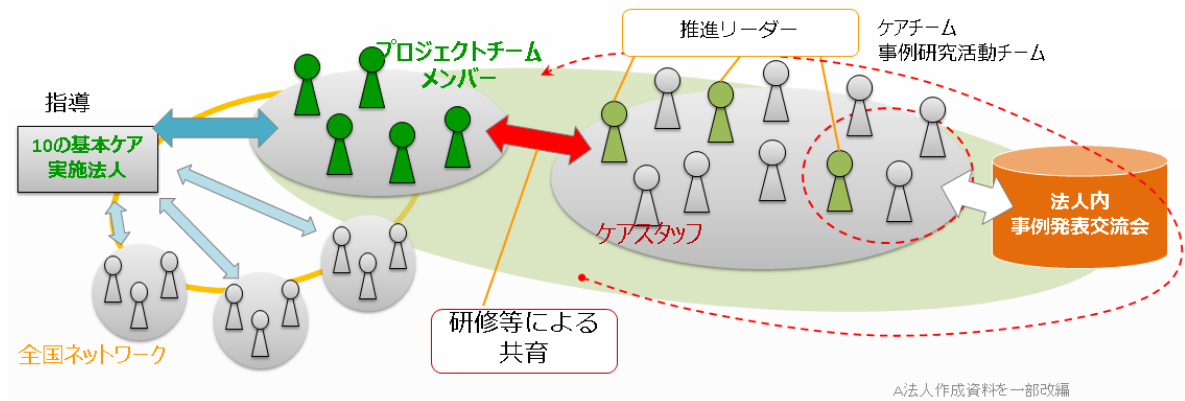
自立支援とは、介護保険法に記載されているように、要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならないものである（介護保険法総則第四項）。そのため、利用者本人が出来ることを介護職員が行ってしまうことは、利用者の自立した生活を阻害し、結果として本人能力の低下や要介護状態の悪化につながると考えている。

そのような中で「10の基本ケア」は、マニュアル的な介護技術の範囲としてではなく、職員として身につけるべき介護の考え方として、なぜ取り組むのかを自らの言葉で語れるようになることが重要としている。目指す介護人材は、「利用者のパーソナルな情報や想いを知り、想いや状況にトコトン向き合うマインドを持って共に考えながらその人生を伴走し、想いを実現できるケアが行える人材」と位置づけ、利用者との関わり方を重視しながら導入・定着を図っているのが特徴である。

(3) 「10の基本ケア」の展開

A 法人では、組織的に「10の基本ケア」の導入をすすめるための体制・仕組みを構築し取り組みをすすめている。その構築のポイントは次の通りである。

10の基本ケアの展開



①推進リーダーの選定

「10の基本ケア」を法人内に展開する役割を果たす推進リーダーを選定する。推進リーダーは、介護現場の管理者層で構成されることが望ましい。またケアマネジャーやリハビリテーション専門職など他職種で構成することも重要となる。

②プロジェクトチームの立ち上げ

推進リーダーをメンバーにプロジェクトチームを立ち上げる。

③プロジェクトチームの役割

- i. プロジェクトチームメンバーは、10の基本ケア実施している法人から「10の基本ケア」の考え方や介護技術など「ケアのあり方」を学び、法人内での展開方法を理解する
- ii. 学習会の事務局の役割
- iii. 外部講師を招いた学習講座の準備
- iv. メンバー自らが学んだことを、講師として伝えていく。
- v. 事例検討会

プロジェクトメンバーは、介護現場での実践や事例を共有し、課題対応や推進のための良い方策を検討することも重要となる。

導入当初においては、まずは拠点事業所を定め、重点的に「10の基本ケア」を実践し実績をつくりあげること、その後の横展開につなげていくことも方法の一つである。

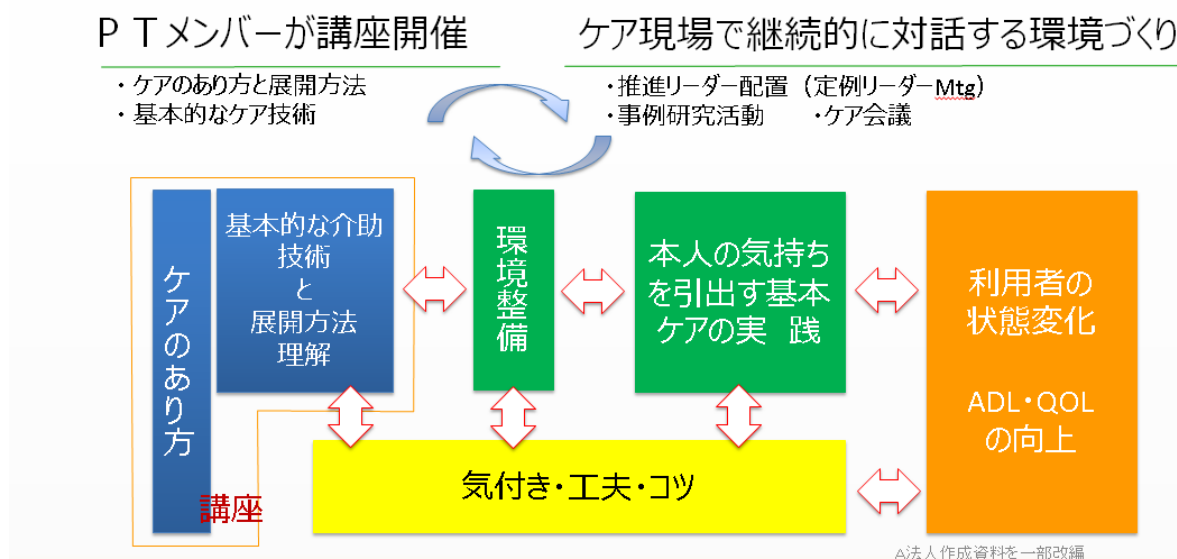
④介護現場でのケアチームの実践

「10の基本ケア」の現場実践を通じた職員学習と成長のプロセスへとつなげる。現場ごとにケアチームをつくって、日々の利用者への環境整備やケアの実践から、気づき・工夫・コツなどを日常的にチームで共有する。また定期的に事例研究も行う。そうすることでケア手法の継続的な見直しを通じてケアの質向上を図っている。職員ごとの年齢や経験等が異なる中での共通言語として「10の基本ケア」を位置づけて、小さなことでも語り合えるような職

場づくりをすすめている。

「10の基本ケア」の実践展開

10の基本ケアの展開



(4) 「10の基本ケア」の導入・展開にあたって重要なこと

法人の目指す目標を明確化し、介護職員に対して、表面的な介護技術の理解だけでなく、その必要性について納得や共感を得ること、つまり、法人の目指す姿と職員の理念やビジョンの一致こそが、導入の根幹であり、重要なポイントとなる。介護現場の実践を一緒に共有し、不安や不明な点が出てきたら、細やかに対応し密なコミュニケーションを図ることで解消していきながら、展開していくことが必要となる。

経営層は、「10の基本ケア」を通じて、「介護職員が利用者の自立と QOL を高めるために関わることが事業の成長につながる」という確信を持つことが重要となる。利用者本人が現状で出来ることがあるのにも関わらず、効率性や安全性を優先し介護職員が代行するようなケアをしてしまうことは、利用者の心身状態等のさらなる悪化につながりかねない。要介護状態の悪化は日常生活上のリスクの増大にもつながり、結果として介護現場にはより大きなリスク管理の負担がかかってくることになる。

自立支援になぜ取り組むのか、その効果とメリットについてより精緻に分析し導入・展開につなげていくことが求められる。

V 資料

調査票：小規模多機能型居宅介護事業所および ショートステイにおける事例分析

ADL 調査票

1. 利用者の ADL についておたずねします。あてはまる選択肢の番号をご記入ください。

問 1. 起き上がり											
1. すべてにおいて介助が必要	1 回目	2 回目	3 回目	4 回目							
2. 頭を上げ、膝を立てることはできるが側臥位になるのに介助が必要											
3. 側臥位になれる					5 回目	6 回目	7 回目	8 回目			
4. 肘（前腕）で支えるところまではできるが、手をついて体幹を起こすのに介助が必要。											
5. 声かけまたは軽い介助で起き上がる	9 回目	10 回目									
6. 平らな場所（ベッドマット、床、生活リハビリタンスなど）を支持して起き上がる											
問 2. 立ち上がり											
1. 自分でおじぎができない	1 回目	2 回目	3 回目	4 回目							
2. 立ち上がろうとして自分でおじぎ（前傾姿勢）ができる											
3. テーブルなどに手をついて介助で立ち上がる （ある程度体重を支持できる）	5 回目	6 回目	7 回目	8 回目							
4. テーブルなどに手をついて軽く支える程度で立ち上がる											
5. テーブルなどに手をついて自分で立ち上がる	9 回目	10 回目									
6. 上肢の支持なく自分で立ち上がることができる											
問 3. 移動手段											
1. 車いす全介助	1 回目	2 回目	3 回目	4 回目							
2. 車いす自走（手こぎ）											
3. 車いす自走（足こぎまたは手と足両方）					5 回目	6 回目	7 回目	8 回目			
4. 介助歩行											
5. 伝い歩き					9 回目	10 回目					
6. 歩行器歩行											
7. 杖歩行					9 回目	10 回目					
8. 独歩											
問 4. 座位											
1. 座位姿勢を保つことが難しい											
2. 背もたれにもたれれば座ることができる											
3. テーブルに肘をついて座ることができる（前傾姿勢）											
4. 肘をついたり背もたれにもたれずに座ることができる											
5. 端座位で更衣などの動作ができる											
	1 回目	2 回目	3 回目	4 回目	5 回目	6 回目	7 回目	8 回目	9 回目	10 回目	

2. 利用者の意欲についておたずねします。

最も当てはまる選択肢番号を1つ選んでご記入ください。

意思疎通

1. 自分から挨拶する, 話かける
2. 挨拶, 呼び掛けに対し返答や笑顔がみられる
3. 応答がない

1 回目 2 回目 3 回目 4 回目 5 回目 6 回目 7 回目 8 回目 9 回目 10 回目

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

日中寝ている時間

0. いつも、あるいはほとんど起きている（1 度以上の居眠りはしない）
1. 何回も居眠りする
2. ときどき居眠りする（1 日に 1～2 回）
3. ほとんどの時間寝ているが、起きている時間もある（食事の時間だけなど）
4. 概ね寝ているか、反応がない

1 回目 2 回目 3 回目 4 回目 5 回目 6 回目 7 回目 8 回目 9 回目 10 回目

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

自発性や参加意識

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 【選択肢】 0. ない | 1. あるが、過去 3 日間には見られていない |
| 2. 過去 3 日間に 1～2 日見られた | 3. 過去 3 日間毎日見られた |

* 注) 「過去 3 日間」とは記入日を含めない、4 日前から昨日までの 3 日間を指します。

施設内の生活に積極的に参加する：

他の入居者と交流や生活行為（食器拭き、洗濯物たたみ）など、当該施設の一員として利用者が「役割」をもって施設のコミュニティに属しているという印象を与えているかどうかを評価する。

1 回目 2 回目 3 回目 4 回目 5 回目 6 回目 7 回目 8 回目 9 回目 10 回目

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

心理学的指標調査票

[illegible]

「10の基本ケア」実施状況調査票

ID	年齢 ()	性別 ()	疾患名 ()																													
	日にち () 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
入居からの日数																																
床に足をつけて椅子に座ってもらう (有○・無×)																																
トイレに座わってもらう (有○・無×)																																
家庭浴に入ってもらう (有○・無×)																																
そばでコミュニケーションをとる (有○・無×)																																
外出をしてもらう (有○・無×)																																
ケアの話し合いの実施																																
おじぎ体操をしてもらう (合計回数)																																
お尻上げ体操をしてもらう (合計回数)																																
リハビリ体操への参加 (有○・無×)																																
食事に関する問題 (有○・無×)																																
衣類が汚染するほどの失禁 (有○・無×)																																
排便 (有○・無×)																																
トイレ (ポータブル可) での排便 (有○・無×)																																
排便量 (少・中・多)																																
便性状 (硬・普通・軟)																																

別紙での記入 ※評価日をご確認の上、ご記入ください。										
利用者ADL評価【別紙1】	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目
利用者心理評価【別紙2】		1回目		2回目		3回目		4回目		5回目
ケアに対する記述【別紙3】										
家族調査【家族調査セット】	1回目									

ケアプロセス調査票

	ケアプランに対しての実施内容、行ったケアに対する振り返りと利用者の状態	備考
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

	ケアプランに対しての実施内容、行ったケアに対する振り返りと利用者の状態	備考
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

	ケアプランに対しての実施内容、行ったケアに対する振り返りと利用者の状態	備考
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

	ケアプランに対しての実施内容、行ったケアに対する振り返りと利用者の状態	備考
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		

	ケアプランに対しての実施内容、行ったケアに対する振り返りと利用者の状態	備考
29		
30		

家族調査票

調査協力の同意・データの取り扱いについて

- この調査へのご協力は皆様の自由意思によります。回答なさらない場合でも不利益は一切生じません。回答を途中でやめることもできます。
- アンケートの返送を以って、同意が得られたものとさせていただきます。
- 取得したデータは、本研究目的以外には使用致しません。
- 分析は、匿名で統計的に処理をするため、個人が特定されることは一切ございません。

返送について

- ご記入後のアンケート用紙は、同封の返信用封筒に入れてポストへ投函してください。

ご回答日 年 月 日

1. あなた自身のことについてお尋ねします。

(1) あなたの年齢、性別を教えてください	()歳 男性 ・ 女性
(2) 利用者様と同居していますか	1. 同居している 2. 同居していない あなたの家との距離()km
(3) 利用者様からみて、あなたとの続き柄を教えてください(内縁関係も含む)	()
(4) 利用者様をいつから介護していますか	西暦()年()月()日から

2. 当事業所の利用についてお尋ねします。

(1) 当該事業所をいつから利用していますか	西暦()年()月()日から
(2) 当該事業所を選んだ理由について教えてください (複数回答可)	1. ケア・マネージャーに勧められた 2. 自宅から近い 3. 利用する本人に合うと思った 4. 職員の対応がよかった 5. 施設や環境がよかった 6. 評判が良かった 7. その他 ()

3. 当該事業所を利用してから、利用者様・ご家族に変化がありましたか

はい ・ いいえ

どのような変化があったか具体的にご記入ください

3. 以下の質問で最も当てはまる番号に○をつけてください。	全く そう 思わない	1	2	3	4	5	6	7
利用者様がご自宅に戻り、生活をする際、								
(1) 安心して治療や支援を受けられる	1	2	3	4	5	6	7	
(2) あまり苦しくなく過ごせると思う	1	2	3	4	5	6	7	
(3) 苦痛や心配事には十分対処してもらえと思う	1	2	3	4	5	6	7	
(4) 色々なサービスがあるので安心できる	1	2	3	4	5	6	7	
(5) 安心して自宅療養ができる	1	2	3	4	5	6	7	
利用者様の受けている介護について、								
(1) 職員のご家族への病状やケアの内容に対する説明は十分だと思う	1	2	3	4	5	6	7	
(2) 職員のご家族への病状やケアの内容に対する説明はわかりやすい	1	2	3	4	5	6	7	
(3) 職員は、ケアの方針の決定にご家族の希望が取り入れられるように配慮している	1	2	3	4	5	6	7	
(4) ご家族が健康を維持できるような配慮がある	1	2	3	4	5	6	7	
(5) ご家族が自分の時間をもったり、仕事を続けられるような配慮がある	1	2	3	4	5	6	7	
あなたの介護に対する気持ちについて、								
(1) 利用者様は、必要以上に世話を求めてくと思いますか	1	2	3	4	5	6	7	
(2) 利用者様が将来どうなるか不安になることがありますか	1	2	3	4	5	6	7	
(3) 介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったと思うことがありますか	1	2	3	4	5	6	7	
(4) 利用者様に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	1	2	3	4	5	6	7	
(5) 全体を通してみると、介護をすることは自分の負担になっていると思いますか	1	2	3	4	5	6	7	

ご協力頂きまして、ありがとうございました。

調査票：特養を対象とした訪問調査

訪問調査—評価票 B

評価票B:22項目

領域	NO	評価項目	悪い ← 2 3 4 5 → 良い					
			1	2	3	4	5	6
			とても悪い	悪い	どちらかと いえば悪い	どちらかと いえば良い	良い	とても良い
食 事	1	利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている						
	2	利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている						
	3	嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている						
	4	利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある						
	5	食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる						
	6	快適に食事ができる環境が整えられている						
	7	配膳は利用者の着席に合わせて行っている						
入 浴	8	利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している						
	9	入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている						
	10	利用者に対し、個別の誘導方法を実施している						
	11	利用者が入浴を楽しめる工夫をしている						
排 泄	12	利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている						
	13	排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている						
	14	研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる						
	15	トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている						
	16	利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている						
移 動	17	ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている						
	18	利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている						
機 能 訓 練	19	利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている						
	20	機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている						
	21	機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している						
	22	自立支援のために、福祉用具を適切に活用している						

訪問調査—評価票 C

評価票C: 全体的評価＋自由記述

No	項目	6段階評価					
1	食事の支援に対するケアの質について	とても悪い	悪い	どちらかといえは悪い	どちらかといえは良い	良い	とても良い
2	入浴の支援に対するケアの質について	とても悪い	悪い	どちらかといえは悪い	どちらかといえは良い	良い	とても良い
3	排泄の支援に対するケアの質について	とても悪い	悪い	どちらかといえは悪い	どちらかといえは良い	良い	とても良い

No	項目	6段階評価					
		とても悪い	悪い	どちらかといえは悪い	どちらかといえは良い	良い	とても良い
4	移動の支援に対するケアの質について						
5	機能訓練の支援に対するケアの質について						
6	利用者と職員の関係性について						

No	項目	6段階評価					
		とても悪い	悪い	どちらかといえ ば悪い	どちらかといえ ば良い	良い	とても良い
7	総合的評価						

調査票：特養を対象にした縦断調査

<日本生活協同組合連合会>

在宅生活を支える重度化予防のためのケアとその効果についての既存指標等を用いた調査研究

事業所調査票

【ご記入にあたっての注意事項】

- 調査票への回答は、管理者の方または管理的な立場にある職員の方がご記入ください。
- 調査票は、10 月末までに同封の返信用封筒によってご返送ください。

1. 貴施設の基本情報についておうかがいします。（2018 年 10 月 1 日時点）

* 注） 5）、6）、9）、11）については該当者がいない場合は「0」をご記入ください。

1) 事業所番号					
2) 開設年	西暦（ ）年				
3) 運営主体	☐ 1. 社会福祉法人 ☐ 2. 生活協同組合 ☐ 3. その他				
4) 施設種別	☐ 1. 介護老人福祉施設 ☐ 2. 地域密着型介護老人福祉施設				
5) 入所定員	特養（ ）人		ショートステイ（ ）人		
6) 利用者数	特養（ ）人		ショートステイ（ ）人		
7) 報酬上の届け出	☐ 1. ユニット型 ☐ 2. 一部ユニット型 ☐ 3. 従来型				
8) 居室の状況	1 人部屋		2 人部屋		3 人部屋以上
	（ ） 室		（ ） 室		（ ） 室
9) 要介護度別 利用者数 * ショートステイは除く * 更新・区分変更中の場合 は直近の要介護度で記入	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	（ ） 人	（ ） 人	（ ） 人	（ ） 人	（ ） 人
10) 平均要介護度	平均（ . ）※小数点第 2 位まで記載				
11) 2017 年度 1 年間の退所者数（2017 年 4 月～2018 年 3 月）					
合計人数	死亡退所			その他退所	
	特養施設内	医療機関	自宅	医療機関へ	その他へ
	（ ） 人	（ ） 人	（ ） 人	（ ） 人	（ ） 人
うち、看取り介護加算を 算定した実人数	（ ） 人				
12) 平均入所期間	平均（ ）年（ ）ヶ月 ※全利用者における入所から 2018 年 3 月末時点での平均入所期間				

2. 職員体制についておうかがいします。(2018 年 10 月 1 日時点)

* 注 1) 該当者がいない場合は「0」をご記入ください。常勤換算は小数点第 1 位まで記載してください。

* 注 2) ショートステイが併設されている場合、一体的な職員体制をご記入ください。

職員数	常勤		非常勤	
	実人数	常勤換算	実人数	常勤換算
介護職員	() 人	(.) 人	() 人	(.) 人
相談員	() 人	(.) 人	() 人	(.) 人
看護職員	() 人	(.) 人	() 人	(.) 人
PT/OT/ST	() 人	(.) 人	() 人	(.) 人

3. 人材育成のための取り組みについておうかがいします。(2018 年 10 月 1 日時点)

1) 2017 年度に開催・参加したケアに関する研修・勉強会の種類・回数・参加人数(概算)	施設内研修 () 種類 延べ () 回 延べ () 人 施設外研修 () 種類 延べ () 回 延べ () 人
2) 2017 年度の年間研修費用(概算)	() 万円
3) 貴施設の人材育成の取り組みは、他施設と比べ充実していると思いますか	
☐ 1. 劣る ☐ 2. やや劣る ☐ 3. 同じ程度 ☐ 4. やや充実している ☐ 5. 充実している	
4) 教育・研修計画を立てている	
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる	
5) 教育・研修の責任者(兼任を含む)もしくは担当部署を決めている	
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる	
6) 採用時の教育・研修を充実させている	
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる	
7) 職員に後輩の育成経験を持たせている	
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる	
8) 能力の向上が認められた者は、配置や処遇に反映している	
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる	
9) 法人全体で連携して育成に取り組んでいる	
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる	
10) 自治体や業界団体が主催する教育・研修には積極的に参加させている	
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる	
11) 地域の他事業所と協力、ノウハウを共有して育成に取り組んでいる	
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる	

ご協力ありがとうございました

<日本生活協同組合連合会>

**在宅生活を支える重度化予防のためのケアとその効果についての既存指標等を用いた調査研究
職員調査票**

1. あなた自身についておたずねします。

3)、5) は、今の仕事に最も関係するものを 1 つ選択してください。

1) 性別	☐ 1. 男性 ☐ 2. 女性	2) 年齢	() 才
3) 職種	☐ 1. 介護職 ☐ 2. 看護職 ☐ 3. 相談員 ☐ 4. PT/OT/ST ☐ 5. ケアマネジャー		
4) 職位	☐ 1. 介護・看護主任など中間職 ☐ 2. 1 以外のリーダー職 ☐ 3. 職位なし ☐ 4. その他 ()		
5) 資格	☐ 1. 介護福祉士 ☐ 2. 実務者研修修了 ☐ 3. 初任者研修修了 ☐ 4. 看護師・准看護師 ☐ 5. 社会福祉士 ☐ 6. ケアマネジャー ☐ 7. PT ☐ 8. OT ☐ 9. ST ☐ 10. 資格なし ☐ 11. その他 ()		
6) 雇用形態	☐ 1. 常勤（正職） ☐ 2. 常勤（正職以外のパート・派遣など） ☐ 3. 非常勤		
7) 1 週間当たりの労働時間	1 週間で (.) 時間 注) 小数点第 1 位まで記載してください		
8) 夜勤勤務	☐ 1. 夜勤をしている ☐ 2. 夜勤をしていない		
9) 経験年数	通算経験年数	() 年 () か月	
	当該施設での経験年数	() 年 () か月	

2. あなたの利用者へのケアについておたずねします。

1) 私は、1 日 3 回以上換気して、新鮮な空気を取り入れて臭いのない空間にしている
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる
2) 私は、利用者が前かがみで、バランスよく立ち上げられるよう介助をしている
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる
3) 私は、利用者がご自身で座り替え（移乗）できるような介助をしている
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる
4) 私は、利用者個人の体格に椅子とテーブルを合わせている
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる
5) 私は、利用者ができるだけおむつを使用せず、トイレで排泄できるようにケアをしている
☐ 1. あてはまらない ☐ 2. あまりあてはまらない ☐ 3. ややあてはまる ☐ 4. あてはまる

次のページに続きます

6) 私は、利用者がトイレで便座に座り床に足をつけ、前かがみで排便できるよう介助をしている				
☐ 1. あてはまらない	☐ 2. あまりあてはまらない	☐ 3. ややあてはまる	☐ 4. あてはまる	
7) 私は、利用者が食事の際に椅子に座り床に足をつけ、前かがみで食べられるよう介助している				
☐ 1. あてはまらない	☐ 2. あまりあてはまらない	☐ 3. ややあてはまる	☐ 4. あてはまる	
8) 私は、利用者と一緒に同じ食事内容のものを食べている				
☐ 1. あてはまらない	☐ 2. あまりあてはまらない	☐ 3. ややあてはまる	☐ 4. あてはまる	
9) 私は、利用者にあった自立性の高い入浴ケアを実践している				
☐ 1. あてはまらない	☐ 2. あまりあてはまらない	☐ 3. ややあてはまる	☐ 4. あてはまる	
10) 私は、利用者と話すときにいつも座って話をしている				
☐ 1. あてはまらない	☐ 2. あまりあてはまらない	☐ 3. ややあてはまる	☐ 4. あてはまる	
11) 私は、利用者の自立支援につながるプロセスが予測できる				
☐ 1. あてはまらない	☐ 2. あまりあてはまらない	☐ 3. ややあてはまる	☐ 4. あてはまる	

3. あなたの仕事に対する満足度についておたずねします。

1) あなたの仕事に対する全体的な満足度					
☐ 1. 不満足	☐ 2. やや不満足	☐ 3. 普通	☐ 4. やや満足	☐ 5. 満足	
2) 仕事に関する各項目の満足度について、最も近いと思われる番号 1 つに○をつけてください					
	満足	やや満足	普通	やや不満足	不満足
① 仕事の内容・やりがい	5	4	3	2	1
② キャリアアップの機会	5	4	3	2	1
③ 賃金	5	4	3	2	1
④ 労働時間・休日等の労働条件	5	4	3	2	1
⑤ 勤務体制	5	4	3	2	1
⑥ 人事評価・処遇のあり方	5	4	3	2	1
⑦ 職場の環境	5	4	3	2	1
⑧ 職場の人間関係、コミュニケーション	5	4	3	2	1
⑨ 雇用の安定性	5	4	3	2	1
⑩ 福利厚生	5	4	3	2	1
⑪ 教育訓練・能力開発のあり方	5	4	3	2	1
⑫ 利用者との人間関係	5	4	3	2	1

4. あなたが所属する組織（事業所）についておたずねします。

1) あなたが所属する組織について、最も近いと思われる番号 1 つに○をつけてください					
	はい	どちらかという はい	どちらでもない	どちらかという いいえ	いいえ
① この組織に必要ななら、どんな仕事でも引き受ける	5	4	3	2	1
② 他の組織に移る気はまったくない	5	4	3	2	1
③ この組織に魅力を感じているので、長く留まりたい	5	4	3	2	1
④ この組織の問題があたかも自分自身の問題であるかのように感じる	5	4	3	2	1
⑤ この組織の一員であることを誇りに思う	5	4	3	2	1
⑥ この組織のメンバーであることを強く意識している	5	4	3	2	1
⑦ この組織を離れるとどうなるか不安である	5	4	3	2	1
⑧ 今この組織を辞めたら、生活上の多くのことが混乱するだろう	5	4	3	2	1
⑨ この組織を辞めたら損失が大きいのので、この先も勤めようと思う	5	4	3	2	1
⑩ この組織の人々に義理を感じるので、今辞めようとは思わない	5	4	3	2	1
⑪ この組織に多くの恩義を感じる	5	4	3	2	1
⑫ 今この組織を辞めたら、罪悪感を感じるだろう	5	4	3	2	1

5. あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○をつけてください。

	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
① 非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
② 時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
③ 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
④ 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
⑤ 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
⑥ 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4

次のページに続きます

6. 最近 1 か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○をつけてください。

	ほとんどなかった	ときどきあった	しばしばあった	ほとんどいつもあった
① ひどく疲れた	1	2	3	4
② へとへとだ	1	2	3	4
③ だるい	1	2	3	4
④ 気がはりつめている	1	2	3	4
⑤ 不安だ	1	2	3	4
⑥ 落ち着かない	1	2	3	4
⑦ ゆうつだ	1	2	3	4
⑧ 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
⑨ 気分が晴れない	1	2	3	4
⑩ 食欲がない	1	2	3	4
⑪ よく眠れない	1	2	3	4

7. あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○をつけてください。

	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
① 上司	1	2	3	4
② 職場の同僚	1	2	3	4
あなたが困ったとき、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？				
③ 上司	1	2	3	4
④ 職場の同僚	1	2	3	4
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？				
⑤ 上司	1	2	3	4
⑥ 職場の同僚	1	2	3	4

*** ご協力どうもありがとうございました ***

利用者調査票

1. 調査票の記入日についておたずねします。

問 1. 1 回目の記入日	() 月 () 日
問 2. 2 回目の記入日	☐ 1. 2 回目の記入日 → () 月 () 日 ☐ 2. 記入できない → その理由は何ですか。適切なものにレ印をつけてください ☐ 1. 入院 ☐ 2. 死亡 ☐ 3. その他 ()

→ 調査終了です。ご協力ありがとうございました。

2. 利用者の基本的な情報についてご記入ください。

問 3. 性別	1. 男性 2. 女性 * いずれかに○をつけてください
問 4. 年齢(2018 年 8 月 1 日現在)	() 歳
問 5. 当該施設に入所したのはいつですか	西暦 () 年 () 月
問 6. 以下の疾患について、該当する選択肢番号に○をつけてください(○はいくつでも)	
1. 脳血管疾患 2. 心疾患 3. 糖尿病 4. がん 5. 腎不全 6. 慢性呼吸不全	7. 骨折 8. 認知症 9. パーキンソンなど神経難病 10. うつ病 11. 他の精神疾患(統合失調症等) 12. この中に該当するものはない
問 7. 過去 14 日間に受けた医療的ケアについて、該当する選択肢番号に○をつけてください(○はいくつでも)	
1. 胃ろう・経鼻経管栄養による栄養管理 2. 膀胱(留置)カテーテルの管理 3. 人工肛門のケア 4. たんの吸引 5. ネブライザー 6. 酸素療法(酸素吸入) 7. 気管切開のケア 8. 人工呼吸器の管理	9. 褥瘡の処置 10. インスリン注射 11. 導尿 12. 浣腸 13. 摘便 14. 服薬管理 15. 医療的ケアを受けていない

3. 以降の設問は、1 回目・2 回目それぞれの時点での状態を選択肢番号の数字でご記入ください。

問 8. 現在の要支援・介護度を教えてください

* 注) 申請中の場合は直近の要支援・介護度をご回答ください。

1. 要支援 1
2. 要支援 2
3. 要介護 1
4. 要介護 2
5. 要介護 3
6. 要介護 4
7. 要介護 5

1 回目 2 回目

--	--

問 9. 調査時点の「認知症高齢者の日常生活自立度」を以下から選択して選択肢番号を記入してください

1. [自立]：認知症の症状は見られない
2. [I]：何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
3. [II a]：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で
多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態。
4. [II b]：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭内で
見られるようになるが、誰かが注意していれば自立できる状態。 1 回目 2 回目
5. [III a]：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を
中心に見られ、介護を必要とする状態
6. [III b]：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが夜間にも
見られるようになり、介護を必要とする状態
7. [IV]：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、
常に介護を必要とする状態
8. [M]：著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を
必要とする状態

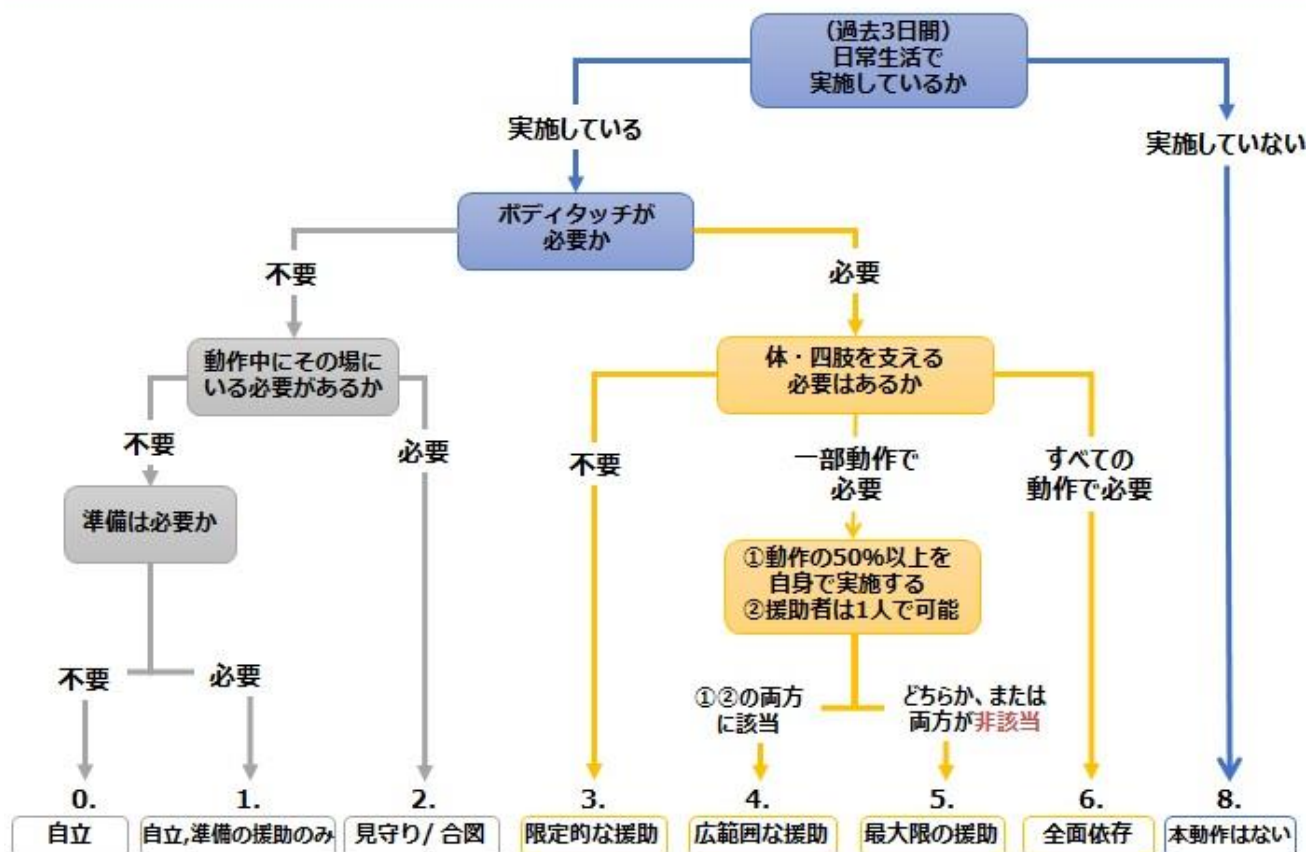
問 10. 調査時点の「障害老人の日常生活自立度」を以下から選択して選択肢番号を記入してください

1. [自立]：身体的な障害を有していない
2. [J1]：何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で、
交通機関等を利用して外出する
3. [J2]：何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で、
隣近所へなら外出する
4. [A1]：屋内での生活は概ね自立しているが、介助により外出し、日中は
ほとんどベッドから離れて生活する 1 回目 2 回目
5. [A2]：屋内での生活は概ね自立しているが、外出の頻度が少なく、日中も
寝たり起きたりの生活をしている
6. [B1]：屋内での生活は何らかの介助を要し、自力で車いすに移乗し、食事、
排泄はベッドから離れて行う
7. [B2]：屋内での生活は何らかの介助を要し、介助により車いすに移乗する
(座位は保てる)
8. [C1]：1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替に介助を要するが、
自力で寝返りをうつ
9. [C2]：1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替に介助を要し、
自力で寝返りもしていない

以下の図は問 11ADL 評価の選択肢(自立度の程度)についてわかりやすくチャート化したものです。

チャートをご理解いただいたうえで問 11 をお答えください。

ADL評価フローチャート



4. 利用者の ADL についておたずねします。あてはまる選択肢の番号をご記入ください。

問 11. ADL 評価

過去 3 日間における ADL の自立度（利用者が何を自分のためにしたか、何を援助されたか）を以下から選択して記入してください。3 日間のなかで援助レベルが異なる動作が見られた場合は、より依存的な（援助量の多い）レベルの番号を選択してください。

* 注）「過去 3 日間」とは記入日を含めない、4 日前から昨日までの 3 日間を指します。

【選択肢】

0. 自立：すべての動作に身体援助、準備、見守りはなかった
1. 自立、準備の援助のみ：物品や用具を用意したり、手の届く範囲に置くのみで、すべての動作において身体援助も見守りもなかった
2. 見守り：見守り／合図
3. 限定的な援助：四肢の動きを助ける、体重を支えずに身体的な誘導をする
4. 広範囲な援助：利用者がタスクの 50%以上実施し、一人の援助者による体重を支える（四肢を持ち上げることも含まれる）援助
5. 最大限の援助：2 人以上の援助者による体重を支える（四肢を持ち上げることも含まれる）援助、またはタスクの 50%以上に及ぶ体重を支える援助
6. 全面依存：すべての動作において他者がすべて行った
8. この動作はなかった

(1) 入浴

どのように入浴をしたり、シャワーを浴びるか。浴槽やシャワー室への出入り、体の各部分（腕、大腿、膝下、胸部、腹部、陰部）をどう洗うかを含む。背中を洗うことと洗髪は含めない。

1 回目 2 回目

--	--

(2) 個人衛生

どのように個人衛生を保つか。髪を梳かす、歯を磨く、ひげを剃る、化粧をする、顔や手を乾かす。入浴とシャワーは含めない。

1 回目 2 回目

--	--

(3) 移動

どのように居宅・施設の中（階段を除く）を移動するか。車椅子を使用している場合、車椅子に移乗した後、どのように移動するか。

1 回目 2 回目

--	--

(4) トイレの使用

どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器）を使用するか。排泄後の始末、オムツの交換、人工肛門やカテーテルの管理、衣類を整える、など。トイレへの移乗はここには含めない。

1 回目 2 回目

--	--

(5) 食事

どのように食べたり、飲んだりするか（うまい下手は問わない）。その他の方法での栄養摂取も含む（経管栄養や完全経静脈栄養など）。

1 回目 2 回目

--	--

5. 利用者の状態についておたずねします。利用者様の能力ではなく、ケアの実施状況の観点からお答えください。最も当てはまる選択肢番号を1つ選んでご記入ください。

問 12. 普段の起き上がりの状態について、最も当てはまる選択肢番号を1つ選んでご記入ください。

1. 平らな場所（ベッドマット、床など）を支持して起き上がる
2. 背臥位のままから（側臥位にならない）起き上がる
3. 柵または手すりを使って起き上がる
4. 声かけまたは軽い介助で起き上がる
5. 肘（前腕）で支えるところまではできるが、手をついて体幹を起こすのに介助が必要
6. 側臥位になることはできる
7. 頭を上げ、膝を立てることはできるが側臥位になるのに介助が必要
8. すべてにおいて介助が必要

1 回目 2 回目

--	--

* 注) より依存的な状態で評価してください。

問 13. 普段の立ち上がりの状態について、最も当てはまる選択肢番号を1つ選んでご記入ください。

1. 上肢の支持なく自分で立ち上がることができる
2. テーブルなどに手をついて自分で立ち上がる
3. 手すりや柵を利用して自分で立ち上がる
4. テーブルなどに手をついて軽く支える程度で立ち上がる
5. 手すりや柵を利用して軽く支える程度で立ち上がる
6. テーブルなどに手をついて介助で立ち上がる
7. 手すりや柵を利用して介助で立ち上がる
8. 立ち上がろうとして自分でおじぎ（前傾姿勢）ができる
9. 自分でおじぎができない

1 回目 2 回目

--	--

問 14. 普段の移動手段について、最も当てはまる選択肢番号を1つ選んでご記入ください。

- | | |
|----------|-----------------------|
| 1. 独歩 | 7. 車いす自走 → 足こぎ |
| 2. 独歩見守り | 8. 車いす自走 → 手こぎ |
| 3. 杖歩行 | 9. 車いす自走 → 足こぎと手こぎの両方 |
| 4. 歩行器使用 | 10. 車いす全介助 |
| 5. 伝い歩き | |
| 6. 介助歩行 | |

1 回目 2 回目

--	--

問 15. 普段の座位の状態について、最も当てはまる選択肢番号を1つ選んでご記入ください。

1. 端座位で更衣などの動作ができる
2. 肘をついたり、背もたれにもたれずに座ることができる
3. テーブルに肘をついて座ることができる（前傾姿勢）
4. 背もたれにもたれれば座ることができる（普通型車いす可）
5. 座位姿勢を保つことが難しい（ベッド上、リクライニング車いす等）

1 回目 2 回目

--	--

問 16. 排泄の状態について、当てはまる選択肢番号を1つ選んでご記入ください。

(1) トイレの使用

1. 1 日 1 回以上使用している
2. まったく使用していない

1 回目 2 回目

--	--

(2) ポータブルトイレの使用

1. 1 日 1 回以上使用している
2. まったく使用していない

1 回目 2 回目

--	--

6. 利用者の認知機能についておたずねします。最も当てはまる選択肢番号を1つ選んでご記入ください。

問 17. 日常の意思決定を行うための認知能力

服を選ぶ。いつ食事をすればよいか知っている。屋内の空間がどうなっているかわかっていて、適切に使っているなど

0. 自立：首尾一貫して理にかなった判断ができる
1. 限定的な自立：新しい事態に直面したときのまいくらかの困難がある
2. 軽度の障害：特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要である
3. 中等度の障害：常に判断力が弱く、合図や見守りが必要である
4. 重度の障害：判断できないか、まれにしか判断できない
5. 認識できる意識がない、昏睡

1 回目 2 回目

--	--

問 18. 自分を理解させることができる(伝達能力)

話す、書く、手話、あるいはそれらの組み合わせによって、要求やニーズ、緊急の用事を表現したり、日常的な会話をする能力がどの程度あるかを記録する。

* 注) 「自分」とはご利用者様のことを指します

0. 理解させることができる：問題なく明瞭に考えを表現する

1. 通常は理解させることができる：十分に時間が与えられれば、本人の考えを引き出す必要はほとんど、あるいは全くない。

2. しばしば理解させることができる：言葉を見つけたり、考えをまとめるのに困難。通常は本人の考えを引き出す必要がある

3. 時々理解させることができる：能力は限定されているが、少なくとも基本的欲求（食べ物、飲み物、寝ること、トイレなど）にかかわる具体的な要求は表現できる。

4. ほとんど、あるいは全く理解させることはできない

1 回目 2 回目

--	--

問 19. 短期記憶

5 分前のことを思い出せる、あるいはそのように見える

0. 問題なし 1. 問題あり

1 回目 2 回目

--	--

問 20. 過去 3 日間の行動の問題（観察された兆候。原因は問わない）

* 注) 「過去 3 日間」とは記入日を含めない、4 日前から昨日までの 3 日間を指します。

【選択肢】 0. ない 1. あるが、過去 3 日間には見られていない
2. 過去 3 日間に 1～2 日見られた 3. 過去 3 日間毎日見られた

(1) 徘徊

1 回目 2 回目

--	--

(2) 暴言

1 回目 2 回目

--	--

(3) 暴行

1 回目 2 回目

--	--

	1 回目	2 回目
(4) 不適切な迷惑な行為(騒音・叫ぶ・他人の物を収集して貯め込むなど)		
	1 回目	2 回目
(5) 公衆の中での不適切な性的行動や脱衣		
	1 回目	2 回目
(6) ケアに対する抵抗(服薬や介助に対する抵抗)		

7. 利用者の意欲についておたずねします。最も当てはまる選択肢番号を 1 つ選んでご記入ください。

問 21. 起床		
1. いつも定時に起床している	1 回目	2 回目
2. 起こさないと起床しないことがある		
3. 自分から起床することがない		
問 22. 意思疎通		
1. 自分から挨拶する, 話かける	1 回目	2 回目
2. 挨拶, 呼び掛けに対し返答や笑顔がみられる		
3. 応答がない		
問 23. 食事		
1. 自分で進んで食べようとする	1 回目	2 回目
2. 促されると食べようとする		
3. まったく食べようとしない		
問 24. 排泄		
1. いつも自ら便意尿意を伝える, あるいは自分で排泄排便を行う	1 回目	2 回目
2. 時々尿意, 便意を伝える		
3. 排泄にまったく関心がない		
問 25. リハビリ・活動		
1. 自らリハビリテーションに向かう, 活動を求める	1 回目	2 回目
2. 促されて向かう		
3. 拒否, 無関心		

8. 利用者の活動状況についておたずねします。最も当てはまる選択肢番号を 1 つ選んでご記入ください。

問 26. 日中寝ている時間	
0. いつも、あるいはほとんど起きている（1 度以上の居眠りはしない）	1 回目 2 回目
1. 何回も居眠りする	
2. ほとんどの時間寝ているが、起きている時間もある（食事の時間だけなど）	
3. 概ね寝ているが、反応がない	
問 27. 自発性や参加意識	
【選択肢】 0. ない 1. あるが、過去 3 日間には見られていない 2. 過去 3 日間に 1～2 日見られた 3. 過去 3 日間毎日見られた	
* 注) 「過去 3 日間」とは記入日を含めない、4 日前から昨日までの 3 日間を指します。	
(1) 他者と付き合う際に落ち着いている	1 回目 2 回目
他の利用者や職員、訪問者と一緒のときの様子はどうか。人と一緒にいる機会を避けたり、ほとんどの時間 1 人でいたり、人が訪れると動揺する利用者は 0 を選択する。	
(2) 計画された、あるいは組織だった活動に落ち着いて参加する	1 回目 2 回目
レクリエーションなどの組織だった活動に利用者はどの程度落ち着いて参加しているか。静かに座っていられない、あるいは参加しようとししない利用者は、0 を選択する。	
(3) 大部分のグループ活動への誘いを受ける：	1 回目 2 回目
グループ活動を喜んで始めようとする（後になって、自分には合わないと止めても構わない）、あるいはグループ活動への参加を普通は拒否しない場合は 1.～3 を選択する。	
(4) 施設内の生活に積極的に参加する：	1 回目 2 回目
他の入居者と交流や行事の手伝いをなど、当該施設の一員として利用者が施設のコミュニティに属しているという印象を与えているかどうかを評価する。	
(5) 他者との交流を 自分から 始める：	1 回目 2 回目
利用者がどの程度他の人に自分から近づき、会話に入ったり、活動（運動のグループやパーティなど）を一緒にしようとするか。	
(6) 他者が始めた 交流に肯定的に反応する：	1 回目 2 回目
自分からは積極的でないが、他の人が近づいてきてくれたときには、提案された活動に参加したり、次回に参加することに同意するなど。	

9. 過去 1 ヶ月間の利用者の活動範囲について、最も当てはまる選択肢番号を選んでご記入ください。

① ベッド上	問 28. 過去 1 ヶ月間で、利用者はベッド上で起きて過ごす機会がありましたか	1 回目	2 回目
	1. はい 2. いいえ		
	< 「はい」 と答えた方は問 29・30 もお答えください >		2 を選んだ方は問 31 へ
	問 29. 過去 1 ヶ月間で、ベッド上で起きて過ごす機会はどれくらいありましたか	1 回目	2 回目
② 居室内	1. 1 回未満/日 2. 1 ～ 3 回/日 3. 4 ～ 6 回/日 4. 日中ほとんど		
	問 30. ベッド上で起きて過ごすのに、補助具を使いましたか。また他人の助けを必要としましたか	1 回目	2 回目
	1. 介助を必要とする 2. 補助具または見守りあり 3. 補助具、介助なし		
	問 31. 過去 1 ヶ月間で、ベッドから離れて居室内で過ごす機会がありましたか	1 回目	2 回目
② 居室内	1. はい 2. いいえ		
	< 「はい」 と答えた方は問 32・33 もお答えください >		2 を選んだ方は問 34 へ
	問 32. 過去 1 ヶ月でベッドから離れて居室内で過ごす機会はどれくらいありましたか	1 回目	2 回目
	1. 1 回未満/日 2. 1 ～ 3 回/日 3. 4 ～ 6 回/日 4. 日中ほとんど		
② 居室内	問 33. ベッドから離れて居室内で過ごすのに、補助具を使いましたか。また他人の助けを必要としましたか	1 回目	2 回目
	1. 介助を必要とする 2. 補助具または見守りあり 3. 補助具、介助なし		

③ 居室と別の部屋	問 34. 過去 1 ヶ月で、居室と別の部屋で過ごしましたか
	1.はい 2.いいえ 1 回目 2 回目 ☐ ☐ < 「はい」 と答えた方は問 35・36 もお答えください > 2 を選んだ方は問 37 へ
	問 35. 過去 1 ヶ月で、居室と別の部屋でどれくらい過ごしましたか
	1. 1 回未満/日 2. 1 ～ 3 回/日 3. 4 ～ 6 回/日 4. 日中ほとんど 1 回目 2 回目 ☐ ☐
④ 施設の敷地内	問 36. 居室と別の部屋で過ごすのに、補助具を使いましたか。また他人の助けを必要としましたか
	1. 介助を必要とする 2. 補助具または見守りあり 3. 補助具、介助なし 1 回目 2 回目 ☐ ☐
	問 37. 過去 1 ヶ月で、玄関、階段、廊下、車庫、ベランダ、庭や私有地など、施設の敷地内で過ごしましたか
	1.はい 2.いいえ 1 回目 2 回目 ☐ ☐ < 「はい」 と答えた方は問 38・39 もお答えください > 2 を選んだ方は問 40 へ
	問 38. 過去 1 ヶ月で、上記生活空間にどれくらい行きましたか
	1. 1 回未満/日 2. 1 ～ 3 回/日 3. 4 ～ 6 回/日 4. 日中ほとんど 1 回目 2 回目 ☐ ☐
	問 39. 上記生活空間に行くのに補助具を使いましたか。また他人の助けを必要としましたか
	1. 介助を必要とする 2. 補助具または見守りあり 3. 補助具、介助なし 1 回目 2 回目 ☐ ☐

⑤ 施設の敷地外	問 40. 過去 1 ヶ月で、施設の敷地外へ外出して過しましたか	
	1.はい 2.いいえ	1 回目 2 回目 ☐ ☐
	< 「はい」 と答えた方は問 41・42 もお答えください > 2 を選んだ方は問 43 へ	
	問 41. 過去 1 ヶ月で、施設の敷地外にどれくらい行きましたか	
	1. 1 回未満/日 2. 1 ～ 3 回/日 3. 4 ～ 6 回/日 4. 日中ほとんど	1 回目 2 回目 ☐ ☐
	問 42. 施設の敷地外に行くのに補助具を使いましたか。また他人の助けを必要としましたか	
	1. 介助を必要とする 2. 補助具または見守りあり 3. 補助具、介助なし	1 回目 2 回目 ☐ ☐

10. 利用者の気分や行動について、最も当てはまる選択肢番号をご記入ください。

問 43. 過去 3 日間に観察されたうつ、不安、悲しみの気分の兆候（原因は問わない）	
【選択肢】 0. ない 1. あるが、過去 3 日間には見られていない 2. 過去 3 日間に 1～2 日見られた 3. 過去 3 日間毎日見られた	
* 注) 「過去 3 日間」とは記入日を含めない、4 日前から昨日までの 3 日間を指します。	
(1) 否定的なことを言う 「どうなってもいい」「長く生きたことを後悔している」「死なせて」などと言う	1 回目 2 回目 ☐ ☐
(2) 自分や他者に対する継続した怒り すぐにいららする、受けているケアに対して怒るなど。	1 回目 2 回目 ☐ ☐
(3) 非現実的な恐れがあることを思わせる非言語を含む表現 捨てられる、一人あるいは他の人と取り残されるなど特定の状況に対する激しい恐れ	1 回目 2 回目 ☐ ☐

(4) 繰り返し体の不調を訴える たとえば、常に医療的な関心をひきたがる、絶え間なく体調を心配する、など。	1 回目	2 回目
(5) たびたび不安、心配事を訴える（健康上の不安は除く） 予定や食事、衣服、対人関係などで常に注意を求め、だいたいようぶと言ってもらいたい。	1 回目	2 回目
(6) 悲しみ、苦悩、心配した表情 眉をひそめる、常にムスツとしている。	1 回目	2 回目
(7) 泣く、涙もろい	1 回目	2 回目

11. 調査票にご記入いただいた方についておたずねします。

記入者 1

問 44. 資格	* 今の仕事に最も関連のある資格を 1 つ選び、選択肢番号に○をつけてください 1. 介護福祉士 2. 介護福祉士実務者研修修了 3. 介護職員初任者研修修了(旧 2 級ヘルパー) 4. ケアマネジャー 5. その他 ()	
問 45. 経験年数	1) 通算経験年数	() 年 () か月
	2) 当該事業所での経験年数	() 年 () か月

記入者 2

問 46. 資格	* 今の仕事に最も関連のある資格を 1 つ選び、選択肢番号に○をつけてください 1. 介護福祉士 2. 介護福祉士実務者研修修了 3. 介護職員初任者研修修了(旧 2 級ヘルパー) 4. ケアマネジャー 5. その他 ()	
問 47. 経験年数	1) 通算経験年数	() 年 () か月
	2) 当該事業所での経験年数	() 年 () か月

長時間ご回答いただきありがとうございました

**平成 30 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
在宅生活を支える重度化予防のためのケアと
その効果についての既存指標を用いた調査研究**

発行日 2019 年 3 月

発 行 日本生活協同組合連合会 組織推進本部 福祉推進事業部

〒150-8913 東京都渋谷区渋谷 3-29-8 コーププラザ

TEL 03-5778-8107 FAX 03-5778-8108
