

## 5) 看護師による「患者調査票」に対する評価

「患者調査票」の記入を行った看護師 29 名に、各病院でグループヒアリング調査を行った。6 グループに分けてヒアリングを行い、その結果、以下のような回答を得た。

### (1) 入院前の定常時状態の把握について

入院前の定常状態の把握は、「困難ではない」が、「本人・家族からの話ではどこまで正確か疑問」、「入院前に訪問看護を利用している場合は比較的把握しやすい」との意見があった。「入院中のケアに役立つ」「生活を知る上で役立つ」「一つの目安になる」という肯定的な評価がある一方で、家族に対する退院の説明材料としては「あまり関係がない」と「目標でもあるので大切」とに意見が分かれた。また、在宅ケア機関から書面で情報提供を受ける場合、定型化されている書式により情報収集が可能であり有用であるとの意見があるが、「書かれた情報のみならず、話し合うことが必要」との意見が付帯された。

### (2) 入院後 24 時間の記録について

入院後 24 時間は変化がみられるので、記録に支障がなかったか、それらの記録が役立ったかを聞いたところ、「記録をすることに困難はなかった」との意見であったが、記録の内容については、「その後のケアに役立つ」と「あまり役立たない」「ケースによる」とに意見が分かれた。

### (3) 退院時の状態把握について

退院時の状態把握については、「入院前の定常状況と比較する上で役立つ」という意見のほか、「入院前と比較することではなく、現状そのものの判断が大切」という意見があった。

また、訪問看護師や介護支援専門員への連絡には「これが不明だと今後のケアが不適切になる」「情報を整理する上で役立った」という意見がある他、これらの情報以外の要素も多くあるので、「あまり関係はない」との意見があった。

### (4) 記載について

記載については「チェック方式なので面倒はない」「問題ない」という意見と「タイムリーに記録できず、あとからまとめて行った」との意見に分かれた。

また、記載の時期については、「一覧表ですぐ確認できるので、便利」という意見の他、「入院 24 時間の情報は患者による」「毎日変化があるので、3 時点がよいか分からない」といった意見があった。

### (5) 全体について

この記入が在宅生活の視点を持つことに有益であったかについては、「改めて家族との情報交換が重要と感じた」との意見があった。

入退院についての連絡は、日常的にはソーシャルワーカーが中心の場合が多いが、「看護師は必要事項について連絡する」「チーム医療の考え方から関わっている」「看護に関わることも増えている」という意見があった。

## 6) 退院時連携の状況と在宅ケアスタッフからの評価

### (1) 「看護添書」の改良と記載状況

昨年度の調査結果から、連携に必要な情報を整理し、今年度は退院時に病棟看護師から訪問看護師および介護支援専門員へ提供する「看護添書」の改良を行った。改良点は、これまで医師の退院療養計画書にあった、⑥入院中の検査と結果、⑦退院時処方薬（ただし変更の場合）、さらに③在宅療養に対する患者・本人への説明と受け止め方（理解の状況）を追記することとした。（ただし、1病院は既にこれらの内容が添書に含まれていた。）

看護添書全部の記載事項・内容は、以下のとおりとした。

#### 【基本事項】

- ・ 患者氏名
- ・ 入院期間

#### 【添書記載内容】

- ① 診断名
- ② 退院（転院・転所理由）の理由
- ③ 入院中の経過
- ④ 看護診断・問題リスト
- ⑤ 入院中の治療内容
- ⑥ 入院中の検査と結果
- ⑦ 退院時処方薬
- ⑧ 在宅療養に関する家族・本人への説明と受け止め方
- ⑨ 今後の方針
- ⑩ 継続ケアと急変時の対応
- ⑪ 身体機能や認知機能
- ⑫ 使用している器具類
- ⑬ 介護保険認定情報

調査終了時に、退院患者への看護添書を集めたところ、17件の看護添書が回収された。このうち記載項目として新たに増やした項目についての記載状況は、⑥検査結果は14件、⑦処方薬は10件、⑧本人・家族の受け止め方の記載は9件となっている。説明も充分には行えていないことが考えられ、記載が少なかったものと考えられた。

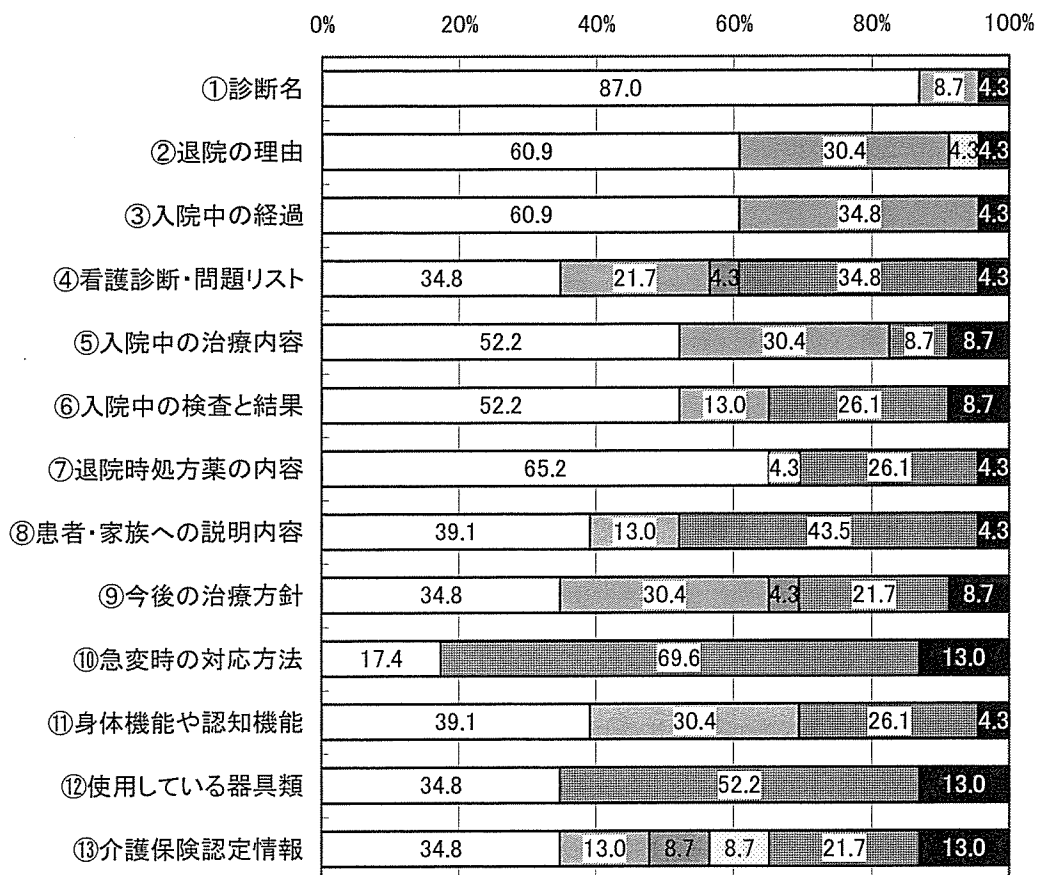
## (2) 在宅ケアスタッフによる「看護添書」の評価

看護添書に記載された 12 項目が当該患者にとって役立ったかを聞くため、訪問看護師または介護支援専門員に対してアンケート調査を行った。その結果 13 事業所から 23 件の回答を得た。

### ① 看護添書の内容に対する評価

看護添書に記載されている内容について、それぞれ評価をしてもらったところ、結果は以下のとおりであった。

図 11 看護添書の内容に対する評価 (N=23)



- 内容が的確であり役に立った
- ▨ 内容が抽象的であり、役に立たなかった
- 内容が直近の情報ではなかったため、役に立たなかった
- ▤ 情報としては不要な内容であった
- ▩ 記載がほとんどなかった
- 無回答

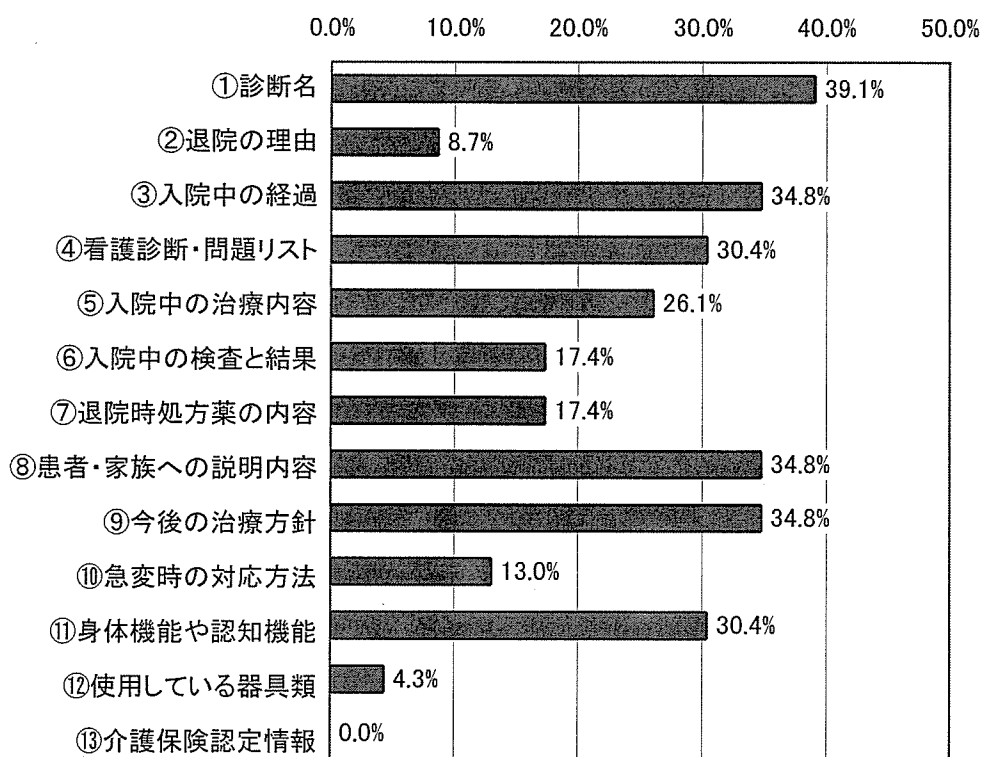
「内容が的確であり役に立った」との回答が多かったのは、「①診断名」が 87.0%、「②退院の理由」(60.9%)、「③入院中の経過」(60.9%)、「⑦退院時処方薬の内容」(65.2%)であった。一方、「内容が抽象的であり、役に立たなかった」が多いのは、「②退院の理由」(30.4%)、「③入院中の経過」(34.8%)、「⑤入院中の治療内容」(30.4%)であり、また、「記載がほとんどなかった」で多いのは、「④看護診断・問題リスト」(34.8%)、「⑧患者・家族への説明内容」(43.5%)、「⑩急変時の対応方法」(69.6%)であった。「②退院の理由」と「③入院中の経過」は、評価が「役立った」と「役立たなかった」が2分した結果となった。

## ② 最も役立った項目

これらの項目の中で最も役立ったと思う項目を3つ選んでもらったところ、「①診断名」が9件(39.1%)と最も多く、次いで「③入院中の経過」「⑧患者・家族への説明内容(受け止め方)」「⑨今後の治療方針」がそれぞれ8件(34.8%)であった。

「患者家族の受け止め方」については、今年度改良して追記した情報であり、受け取る在宅スタッフには有用であることが示唆された。しかしながら、病棟看護師がそれを把握し記入があったのは、新規に導入した病院では4件中1件と少なく、今後の連携にあたっての課題の1つと考えられた。

図 12 最も役立った項目 (N=23)



### (3) 在宅ケア機関からの連携に関する課題

急性期医療機関との連携で日頃から課題と感じていることについて自由に記入してもらったところ、さまざまな意見があったが、主に次の6点に整理された。

- ① 病棟看護師との連携について
  - ・入院中の治療やリハビリの経過を知らせてほしい
  - ・病状の変化は分かるがそれが生活にどう影響するか知らせてほしい
  - ・在宅生活の中でできる看護を一緒に考えてほしい
- ② 医師の判断について
  - ・医師に今後の生活方針や緊急時の対応、予測される症状への対応を聞きたいが、不在の場合も多く、看護師が把握しておいてもらいたい
  - ・退院時カンファレンスが必要
- ③ ソーシャルワーカーとの連携について
  - ・ソーシャルワーカーによって差がある
  - ・病状変化については、直接病棟看護師に聞きたい
  - ・ソーシャルワーカー居ない場合の連絡調整
- ④ 緊急時の対応について
  - ・緊急の時も外来にまわされることが多い
  - ・休日・夜間の対応を統一してほしい
- ⑤ 外来について
  - ・対応が遅い
  - ・生活を考えない指導を患者にすることがある
- ⑥ 退院連絡について
  - ・サービス調整の依頼が遅く、急に連絡がくる
  - ・カンファレンスを開いて情報交換してほしい
  - ・退院後の生活をイメージして連絡の重要性を理解してほしい

## 4. 考察

### (1) 対象者の選定

在宅へ退院した患者 118 人のうち、退院後に在宅サービスを利用していたのが 31 名 (26%) おり、そのうち 30 名は入院時に介護認定を受けていた要介護高齢者であった。在宅へ退院時に連携を要する患者は 65 歳以上の高齢患者のうち、3 割未満であることが明らかとなった。

そこで、次年度においては、入院時点で介護保険の認定を受けている患者、入院時点で介護保険の認定を受ける必要性が高いと判断された患者を調査対象とすることで、連携を要する患者のスクリーニングを改善できることが明らかとなった。

### (2) 入院前からのケアの継続性について

患者の悪化前の定常状態を把握することを、看護師の 86.3% は「必要」と回答しており、必要性を認識していた。情報の収集においては、家族からの説明だけでは正確な把握が困難という病棟看護師の意見もあり、入院前の定常状態を把握するためには、包括的な内容のアセスメントを用いることに加え、入院前より在宅サービスを利用している場合は、在宅機関の訪問看護師・介護支援専門員から情報を得ることにより、ケアの継続性を保てると考えられた。

現状においては、訪問看護師・介護支援専門員、および介護保険施設の看護師に「在宅機関との情報交換を「ほぼ全員に行なっている」のは 35.3%にとどまり、「介護支援専門員との連絡を適切に行なっているか」については、「あまり思わない」と回答した看護師が 43.2% おり、情報の必要性は認識していても、「連絡時期が決まっていない (41.7%)」、「連絡内容が決まっていない (28.3%)」等の理由にあるように、定式化したシステムの構築がなされていないため、十分に連携できていないことが明らかとなった。

### (3) 医師の関与

入院中の主治医と在宅の主治医の連携を強化することはかねてからの課題であり、急性期病院と在宅機関の連携の強化による切れ目のないケアの確立には、入院中の主治医の関与が不可欠である。そこで、病棟看護師が、入院前の定常状態および入院時の状態を入院後数日以内にサマリー化して医師に提出し、入院中の治療目標に反映させることが求められる。さらに、入院の主治医は、病棟看護師が「退院後ケアの留意書」に記載した内容を点検し、留意事項を加筆することにより、在宅の主治医に対して、患者・家族、在宅機関、介護保険施設と共有した情報を構築することができよう。

### (4) 退院後の適切なケアの提供

入院前に在宅サービスを利用していなかった患者は 75 人で、退院後サービスを利用したのは 2 人とどまった。退院後に在宅サービスを利用していない 87 名おり、そのうち要介護認定を受けている者が 20 人、褥創のある患者が 1 人、カテーテルを使用している患者が 3 人いた。退院後の在宅サービスのニーズが、入院中に十分把握されていない現状が明らかとなった。

開発した「看護添書」においては、改良点として、検査結果、処方薬、患者・家族の受け止め方の 3 点を追記した。「患者家族の受け止め方」は、受け取った在宅機関が最も役立った項目として、「診断名」「入院中の経過」に次いで 3 番目にランクされており、重要性が明らかとなった。

### 第3章 連携モデルの実施とその評価に関する研究（平成18年度）

#### 1. 目的

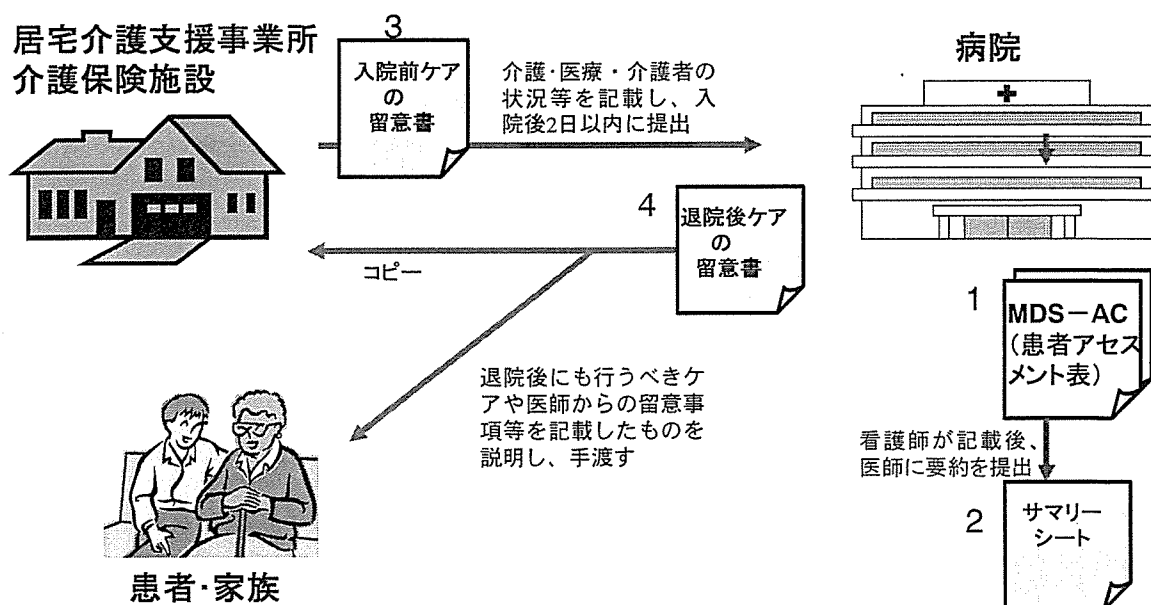
本研究の目的は、要介護者が病院に入院した直後から退院時に向けて適切なケアを提供し、退院後も切れ目のないケアを提供できるように、医療機関と在宅機関・介護施設と連携のあり方を明らかにし、医療と介護のケアの連続性を保てるような体制を病院・在宅機関・介護施設において確立することである。

実施する連携方式についてフロー図を示す（図1）。この連携方式の特徴として、第一に、入院前の定常状態の把握のために、病棟看護師はMDS-AC（Minimum Data Set ? Acute Care）を用いてアセスメントを行い、さらに介護支援専門員・施設の看護師に依頼した「入院前ケアの留意書」の情報により、入院時におけるケアの連続性に留意した。第二に、退院後のケアや連携に必要な情報を提供する主な対象を患者・家族とし、具体的には病院の医師と看護師が共同で作成する「退院後ケアの留意書」を、説明を加えて渡すこととした。第三に、「退院後ケアの留意書」のコピーを、在宅に退院する場合は介護支援専門員および在宅主治医へ、転院・転所する場合は療養病棟や介護保険施設の看護師へ送付することにより、関係する全ての職種に共通の書式が渡されることにより情報を共有化した。

本連携方式を試用した後、調査に協力した医師・看護師・居宅介護支援専門員等にアンケート調査およびインタビュー調査を行って、連携方式がどの程度、効果的であったか評価を得た。また、「退院後ケアの留意書」を受け取った患者・家族への満足度調査を実施し、本研究の連携方式の利点や改善点についてフィードバックを行った。

これらの結果をふまえ、「要介護者のための連携マニュアル（試案）」を作成することを目的とした。

図1 連携のフロー図



## 2. 方法

### 1) 対象病院

全国の 12 病院の各々 1～4 病棟で行った

東京都	9 病院
北海道	1 病院
鹿児島県	1 病院
沖縄県	1 病院

### 2) 対象患者

平成 18 年 6 月 1 日から 7 月 31 日までに当該病棟に入院した患者のうち、要介護認定を受けている患者および退院時に認定を要することが予測される患者を対象とし、調査終了期日を 8 月 31 日とした。

沖縄県の病院は都合上、6 月 15 日から 7 月 15 日までに入院した患者とした。

### 3) 調査手順

#### (1) 連携方式に用いた書類

##### \*MDS-AC (患者アセスメント表)

介護保険施設で普及している MDS、居宅介護支援事業所で普及している MDS-HC の急性期版であり、要介護高齢者を包括的に把握するための合計 60 項目で構成されている。

看護師が、「入院前」「入院時」「退院時」の 3 時点の状態について評価し、記載する。

##### \*サマリーシート (患者アセスメント表の要約)

MDS-AC の入院時の内容を医師向けに要約したものである。看護師が、入院時の MDS-AC の評価・記載をした後、「転倒」「褥瘡」など高齢者に多いリスク内容を整理した A4 用紙 1 枚のチェック項目 (□あり □なし) を記載して、担当医師に提出する。

##### \*入院前ケアの留意書

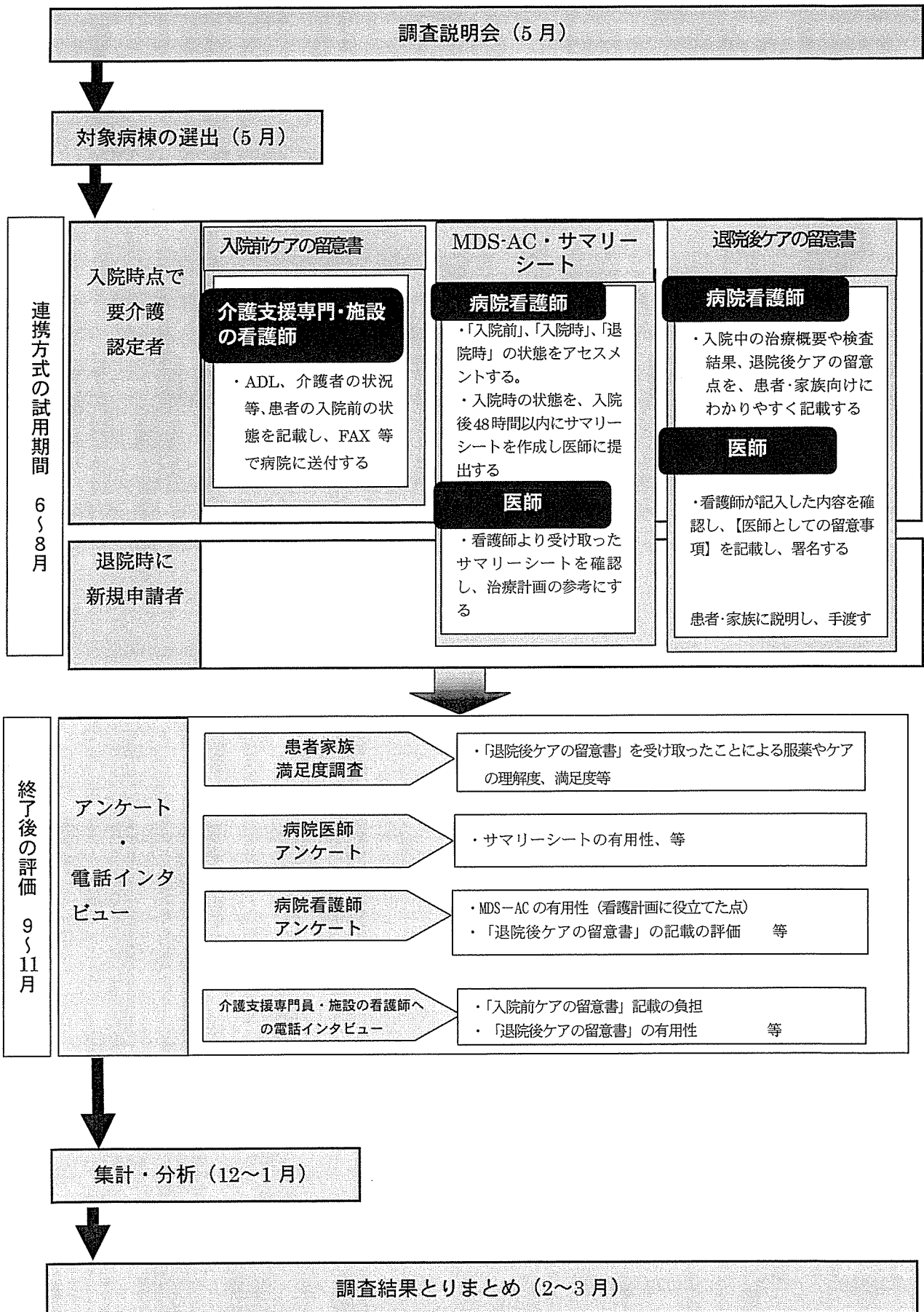
要介護認定のある患者を対しては、担当ケアマネジャーや施設の看護師が、入院前の患者の状況やケア内容、介護者の状況などについて記載し、病棟看護師が受け取る。

##### \*退院後ケアの留意書

退院時に、担当看護師が主傷病や入院中の治療経過に加え、退院後にも行うべきケアを記載し、医師が確認のうえ、留意事項を記載し、サインする。完成した用紙を患者・家族に説明し、手渡す。留意書は、退院先の施設や在宅でのケアマネジャーにも病院から送付する。



(2) 調査の流れ



#### 4) 倫理面への配慮

対象となった患者・家族には調査の趣旨を説明し、同意を得た場合のみデータを収集した。

個人情報に記載された記録物等を調査研究用として提出する際は、患者氏名を黒く塗りつぶしてコピーを作成し、病院ごとにまとめて回収した。提出された書類は、鍵付きの倉庫で保管し、データ管理はID番号で行い、プライバシーの保護に厳重に配慮した。

### 3. 結果

#### 1) 対象病棟および対象患者

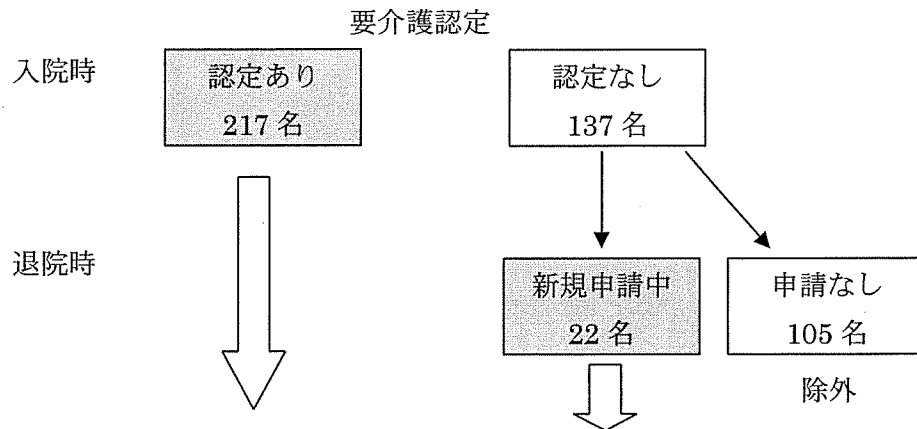
##### (1) 対象病棟

合計 12 病院における 20 病棟とした。

病院	病棟数	診療科	一般病床数 (床)	6月-8月の平均入 院患者数(人)	6月-8月の平均在院 日数(日)
A	1	整	42	44	19.1
B	1	内・外・整	26	72	10.8
C	1	内	36	85	9.2
D	1	内・外	45	72	15.9
E	3	外・内・整・脳外・ ICU/CCU	100	200	14.2
F	1	内	30	25	35.6
G	2	神内・整	66	76	22.2
H	3	整・内	98	82	42.1
I	1	内	24	42	16.3
J	1	脳外・内	34	66	15.2
K	1	内・消・呼・循	48	69	18.7
L	4	内・消・呼・循・脳 外・整	261	111	13.4

## (2) 対象患者

対象患者は調査期間内に当該病棟に入院した患者のうち、要介護認定を受けているか、あるいは退院後に受けることが予測される患者である。患者アセスメント表としては 354 名分が提出されたが、下記のとおり、入院時に「認定なし」の 98 名のうち、退院時に「申請なし」の 79 名は、本研究の対象からは除外し、239 名を対象とした。



(入院時に要介護認定のある 217 名) + (退院時に要介護認定を新規に申請している 22 名)  
= 合計 239 名を、分析対象患者とした。

## 2) 回収数および有効回収数

各病院からの回収数および対象患者の条件に合致した有効回収数は下記のとおりであった。

病院	患者 アセスメント表		入院前ケアの 留意書		退院後ケアの 留意書		患者・家族 アンケート	病院医師 アンケート	病院看護師 アンケート
	回収数	有効回収数	回収数	有効回収数	回収数	有効回収数	有効回収数	有効回収数	有効回収数
A	12	12	3	3	12	12	0	1	4
B	4	4	4	4	4	4	4	2	1
C	8	7	6	4	8	7	5	0	4
D	20	14	7	7	17	11	15	3	6
E	86	27	0	0	66	19	8	5	6
F	45	37	30	29	22	17	17	2	4
G	22	22	8	8	22	22	10	4	26
H	24	22	4	4	17	16	10	4	11
I	57	54	49	48	54	52	2	4	9
J	43	10	7	7	42	10	25	2	2
K	10	9	7	7	9	9	4	2	6
L	23	21	18	18	20	19	9	15	19
合計	354	239	143	139	293	198	109	44	98

### 3) 対象患者の属性等

#### (1) 基本的属性 (N=239)

	自宅から n=115	施設等から n=124	全体 n=239
<b>要介護認定</b>			
入院時にあり	81.7	99.2	90.8
退院時に新規申請中	18.3	0.8	9.2
<b>性別</b>			
男性	40.9	28.6	33.5
女性	59.1	73.4	66.5
<b>年齢</b>	80.5±9.1	84.7±8.0	82.7±8.8
<b>入院前の場所</b>			
自宅	100.0	-	48.1
特別養護老人ホーム	-	44.4	23.0
介護老人保健施設	-	19.4	10.0
医療療養病床	-	5.6	2.9
介護療養病床	-	0.8	0.4
その他(有料ホーム等)	-	29.8	15.5
<b>退院後の場所</b>			
自宅	70.4	3.2	35.6
特別養護老人ホーム	0.0	21.0	10.9
介護老人保健施設	0.9	12.9	7.1
医療療養病床	16.5	9.7	13.0
介護療養病床	2.6	25.0	14.2
その他(有料ホーム等)	9.6	28.3	19.2
<b>在院日数</b>	25.9±17.6	23.5±20.5	24.7±19.2
<b>入院時要介護度</b>			
要支援	5.2	2.4	3.8
要介護1	18.3	5.6	11.7
要介護2	7.8	6.5	7.1
要介護3	10.4	19.4	15.1
要介護4	19.1	33.9	26.8
要介護5	13.9	17.7	15.9
不明	7.0	13.7	10.5
未認定(退院時に新規申請)	18.3	0.8	9.2

(続き)

入院前居宅介護サービスの利用				
訪問看護を含め利用	20.9	-	-	-
訪問看護以外を利用	30.4	-	-	-
認定あるが、全く利用していない	12.2	-	-	-
認定あるが、利用は不明	18.3	-	-	-
未認定	18.3	-	-	-

名義尺度はそれぞれ「自宅から」「施設等から」「全体」における割合(%)、連続値は、  
平均値±標準偏差を表示した

## (2) 主傷病名 (N=239)

上位3つの疾患である「脳血管疾患」「肺炎」「大腿骨骨折」で全体の41.8%を占めた。

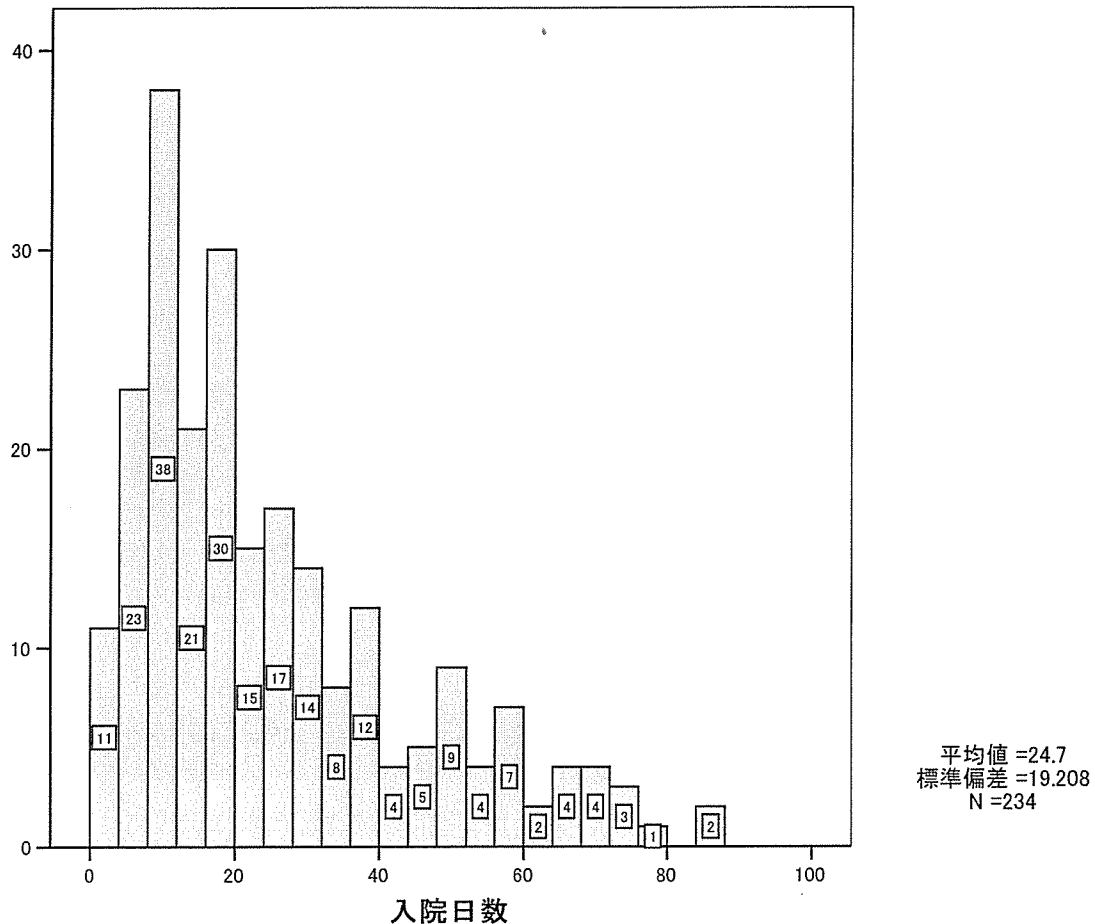
上位10疾患で、全体の71.5%を占めた。

順位	病名	人数	パーセント	累積パーセント
1	脳血管疾患	56	23.4%	23.4%
2	肺炎	22	9.2%	32.6%
3	大腿骨骨折	22	9.2%	41.8%
4	消化器疾患	19	7.9%	49.8%
5	心不全	14	5.9%	55.6%
6	膝関節症	8	3.3%	59.0%
7	その他骨折	8	3.3%	62.3%
8	脱水	8	3.3%	65.7%
9	イレウス	7	2.9%	68.6%
10	尿路感染	7	2.9%	71.5%
11	急性胃腸炎	6	2.5%	74.1%
12	パーキンソン病	5	2.1%	76.2%
13	その他心疾患	5	2.1%	78.2%
14	呼吸器疾患	4	1.7%	79.9%
15	糖尿病	4	1.7%	81.6%
16	その他感染症	3	1.3%	82.8%
17	呼吸不全	3	1.3%	84.1%
18	その他肺疾患	2	0.8%	84.9%
19	新生物	2	0.8%	85.8%
20	神経疾患	2	0.8%	86.6%
21	腎臓疾患	2	0.8%	87.4%
22	喘息	2	0.8%	88.3%
23	その他	28	11.7%	100.0%
		239	100.0%	



(3) 入院日数 (N=234 不明5名を除く)

最頻値は「8日以上11日以内」で、38名(16.2%)であった。平均値は24.7日であった。52.5%は20日未満であった。



(4) 入院時の要介護度の分布 (入院時に認定あり N=217)

軽度要介護者(要支援・要介護1・2)は、施設等からの入院(14.6%)より、自宅からの入院(38.3%)の方が、高い割合だった。

入院時要介護認定	自宅から n=94	施設等から n=123
要支援	6.4%	2.4%
要介護1	22.3%	5.7%
要介護2	9.6%	6.5%
要介護3	12.8%	19.5%
要介護4	23.4%	34.1%
要介護5	17.0%	17.9%
不明	8.5%	13.8%

(5) 在宅から入院した要介護認定患者の居宅介護サービス利用状況 (N=94)

訪問看護を利用していたのは、25.5%だった。不明が22.3%と多かった。

居宅介護サービス	人数	パーセント
訪問看護を含めて利用	24	25.5%
訪問看護以外のサービスを利用	35	37.2%
全く利用していない	14	14.9%
不明	21	22.3%
合計	94	100.0%

#### 4) MDS-AC :Minimum Data Set -Acute Care (患者アセスメント表)

MDS-AC の A から H の各分野より主な 1 項目について、「入院前」「入院時」「退院時」の状態を示した。

##### (1) 日常の意志決定を行うための認知能力 (A 認知機能 より)

入院前の定常状態においても自立した認知能力をもつ患者は 27%であり、入院時はそれよりも 8%低下し、19%であった。

項目	有効回答数 (人)	入院前	入院時	退院時
0. 自立:判断は一貫性があり、合理的で、安全である		237	237	229
1. 限定的な自立:新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難があ		27%	19%	23%
2. 軽度の障害:特別な状況において、判断力が鈍くなったり、危険に なることがあるので、そのような時は声かけ・見守りが必要である		11%	8%	8%
3. 中等度の障害:判断力が一貫して弱く、危険であり、声かけ・見守り が必要である		17%	18%	18%
4. 重度の障害:ほとんどまたは全く判断できない		17%	23%	19%
5. 判断できる意識がない		22%	23%	23%
		6%	9%	7%

##### (2) 自分を理解させることができる:伝達能力 (B コミュニケーションと視覚 より)

伝達能力をみると通常は助けを必要とする「2以上」の患者が全体の5割を占めた。

項目	有効回答数 (人)	入院前	入院時	退院時
0. 理解させることができる:容易に考えを表現できる		234	234	226
1. 通常は理解させることができる:言葉を思い出したり、考えをまとめる のに多少の困難があるが、時間をかければ助けはほとんど必要 ない		31%	24%	26%
2. しばしば理解させることができる:言葉を思い出したり、考えをまとめる のが困難、通常は本人の考えを引き出す必要がある		20%	19%	19%
3. 時々理解させることができる:具体的な要求に限られる		11%	13%	12%
4. ほとんどまたは全く理解させることができない		19%	20%	22%
		19%	24%	22%

### (3) 問題行動 (C 気分の状態の訴え より)

暴言、暴行、社会的に不適切な行為、破壊行為、公衆の面前での不適切な性的行為や露出行為

入院時における問題行動が対象患者の 17%にみられた。退院時にも 18%と入院時とほとんど変化がなく、問題行動のある患者は入院中に継続して行動がみられていることが示唆された。

項目	有効回答数 (人)	入院前	入院時	退院時
0. なし		236	236	229
1. あり		87%	83%	82%
		13%	17%	18%

### (4) トイレの使用 (D 身体機能・ADLの自立度より)

どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器や尿器を含む）を使用するか；トイレ使用後や失禁後の後始末、パットやオムツの交換や、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整えること（便器への移乗は含まない）

最もケアを要すると思われる「全面依存」の患者が入院前から退院時まで一貫して 1 割程度いた。

項目	有効回答数 (人)	入院前	入院時	退院時
0. 自立:手助け、準備、観察は不要。1~2回のみ		237	237	231
1. 準備のみ:物や用具を患者・入所者の手の届く範囲に置くまで		23%	10%	17%
2. 観察:見守り、励まし、誘導が3回以上、あるいは、1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ(観察と身体援助合わせて3回以上)		6%	5%	6%
3. 部分的な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上・それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)		11%	6%	10%
4. 広範な援助:一人の介助者による体重を支える援助を3回以上		9%	8%	6%
5. 最大の援助:二人の介助者による体重を支える援助を3回以上		7%	4%	5%
6. 全面依存:すべての面で他者が全面援助した		2%	3%	3%
7. 全面依存:すべての面で他者が全面援助した		13%	12%	11%
8. 本動作は1回もなかった(能力にかかわらない)		28%	52%	42%