

厚生労働行政推進調査事業補助金

(厚生労働科学特別研究事業)

介護施設におけるケアの効果及び効率性の評価手法に関する研究

(H28-特別-指定-018)

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

平成 29 年 3 月

研究代表者 福田 敬

国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部

目次	……………P1
----	---------

総括研究報告書

「介護施設におけるケアの効果および効率性の評価手法に関する研究」	……………P3-7
----------------------------------	-----------

研究代表者	福田 敬	(国立保健医療科学院 部長)
研究分担者	玉置洋	(国立保健医療科学院 上席主任研究官)
研究分担者	小林健一	(国立保健医療科学院 上席主任研究官)
研究分担者	森川美絵	(国立保健医療科学院 特命上席主任研究官)
研究分担者	大冢賀政昭	(国立保健医療科学院 研究員)
研究分担者	藤野善久	(産業医科大学公衆衛生学教室 准教授)
研究協力者	川邊万希子	(株式会社三菱総合研究所 研究員)

分担研究報告書

「ケアプロセスの標準化とモニタリングに関する研究動向」	……………P8-15
-----------------------------	------------

研究分担者	小林 健一	(国立保健医療科学院 上席主任研究官)
研究分担者	大冢賀政昭	(国立保健医療科学院 研究員)
研究分担者	森川 美絵	(国立保健医療科学院 特命上席主任研究官)
研究分担者	玉置 洋	(国立保健医療科学院 上席主任研究官)
研究代表者	福田 敬	(国立保健医療科学院 部長)

「施設ケアにおける各種ケア記録の整備・連動・活用および重要項目 —ヒアリング調査による概況整理—」	……………P16-27
--	-------------

研究分担者	森川 美絵	(国立保健医療科学院 特命上席主任研究官)
研究分担者	大冢賀政昭	(国立保健医療科学院 研究員)
研究分担者	小林 健一	(国立保健医療科学院 上席主任研究官)
研究分担者	玉置 洋	(国立保健医療科学院 上席主任研究官)
研究代表者	福田 敬	(国立保健医療科学院 部長)

「介護施設における記録からのケア効果の評価手法の検討」	……………P28-38
-----------------------------	-------------

研究分担者	玉置 洋	(国立保健医療科学院 上席主任研究官)
研究分担者	大冢賀政昭	(国立保健医療科学院 研究員)
研究分担者	森川 美絵	(国立保健医療科学院 特命上席主任研究官)
研究分担者	小林 健一	(国立保健医療科学院 上席主任研究官)
研究代表者	福田 敬	(国立保健医療科学院 部長)

「介護施設におけるDEAモデルに基づく効率性評価の検討」	……………P39-45
------------------------------	-------------

研究分担者	大冢賀政昭	(国立保健医療科学院 研究員)
研究分担者	玉置 洋	(国立保健医療科学院 上席主任研究官)
研究分担者	小林 健一	(国立保健医療科学院 上席主任研究官)
研究分担者	森川 美絵	(国立保健医療科学院 特命上席主任研究官)
研究代表者	福田 敬	(国立保健医療科学院 部長)

「研究成果の刊行に関する一覧表」	……………P46
------------------	----------

別冊

「介護行為データベース化のための介護行為分類作成に関する症例調査」	……………別冊P1-81
-----------------------------------	--------------

研究分担者	藤野善久	(産業医科大学 公衆衛生学講座 准教授)
研究協力者	川邊万希子	(株式会社三菱総合研究所 研究員)

厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究事業）
「介護施設におけるケアの効果及び効率性の評価手法に関する研究（H28-特別-指定-018）」

平成 28 年度 総括研究報告書

研究代表者	福田敬	（国立保健医療科学院 部長）
研究分担者	玉置洋	（国立保健医療科学院 上席主任研究官）
研究分担者	小林健一	（国立保健医療科学院 上席主任研究官）
研究分担者	森川美絵	（国立保健医療科学院 特命上席主任研究官）
研究分担者	大冢賀政昭	（国立保健医療科学院 研究員）
研究分担者	藤野善久	（産業医科大学公衆衛生学教室 准教授）
研究協力者	川邊万希子	（株式会社三菱総合研究所 研究員）

研究要旨 施設や在宅における介護記録については、法人・施設・事業所単位において、近年電子化の動きが進んでいる状況にある。一方で、そうしたケアに係る行為データを入手する仕組みが存在していないことがデータに基づいた介護サービスの提供の分析を行う上で課題となってきた。これらの情報を活用しつつ、介護サービスの効率性や効果の検証を行い、臨床実践に活用する方法論は、継続的になされてきたが、現時点の介護報酬には反映されておらず、医療分野における看護必要度の開発とこの指標における看護人員配置への活用という形で一部なされてきた。しかし、その普及には課題があることが報告されている。本研究では、介護施設における利用者情報や介護記録がいつどのように収集・蓄積され、どの程度活用されているかといった実態把握を行い、このデータ化を行うとともに、この分析を通して、ケアの効率性や効果を評価する手法（具体的な評価項目や視点）の検討を行うことを目的とした。

本研究では、この目的を達成するため、5つの研究を実施した。

- 1) ケアプロセスの標準化とモニタリングに関する研究動向の把握
- 2) ヒアリング調査による施設ケアにおける各種ケア記録の整備・連動・活用状況の把握
- 3) ケア記録の定量的分析による介護施設におけるケア効果の評価手法の検討
- 4) ケア記録の定量的分析による介護施設における効率性評価の検討
- 5) 症例調査による介護行為データベース化のための介護行為分類作成

研究の結果、介護施設におけるケアの実施プロセスを活用した評価手法開発に向けたケアマネジメントプロセスに対応した記録の全体像、各種記録の連動性と利活用に関する実態と課題、評価の KPI (Key Performance Indicator) を抽出する際の参考情報が得られた。今後は、継続した研究によって、評価対象とすべきケアの項目の特定や具体的な評価の手法について引き続き検討していくことが必要と考えられた。本研究で扱ったケア内容に係わるデータを蓄積することで、同程度の状態像でも好ましいケアが提供されている施設や優良実践事例の把握や収集が可能となり、介護の質の向上に寄与できる可能性が示された。

A. 研究目的

施設や在宅における介護記録については、法人・施設・事業所単位において、近年電子化の動きが進んでいる状況にある。一方で、そうしたケアに係る行為データを入手する仕組みが存在していないことがデータに基づいた介護サービスの提供の分析を行う上で課題となってきた。

これらの情報を活用しつつ、介護サービスの効率性や効果の検証を行い、臨床実践に活用する方法論は、継続的になされてきた¹が、現時点の介護報酬には反映されておらず、医療分野における看護必要度の開発とこの指標における看護人員配置への活用という形で一部なされてきた。しかし、その普及には課題があることが報告されている²。

本研究では、介護施設における利用者情報や介護記録がいつどのように収集・蓄積され、どの程度活用されているかといった実態把握を行い、このデータ化を行うとともに、この分析を通して、ケアの効率性や効果を評価する手法（具体的な評価項目や視点）の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、以下の5つの研究を実施した。

- 1) ケアプロセスの標準化とモニタリングに関する研究動向の把握
- 2) ヒアリング調査による施設ケアにおける各種ケア記録の整備・連動・活用状況の把握
- 3) ケア記録の定量的分析による介護施設におけるケア効果の評価手法の検討

4) ケア記録の定量的分析による介護施設における効率性評価の検討

5) 症例調査による介護行為データベース化のための介護行為分類作成

1) については、OECDのポリシーペーパー「A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care」を中心に、ケアプロセスの標準化とモニタリングに関するEU報告書などを概括した。

2) については、利用者情報や介護記録の情報活用の現状と課題に関して、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）3施設（2社）を対象に、記録の様式化の状況、記録の活用に関するヒアリングを実施した。時期は平成29年2月、ヒアリング対象は各施設の施設管理者、ケアマネジャー、介護／看護職員、合計11名。1名につき30分程度の半構造化インタビューを実施し、逐語録を作成した。調査者のメモ、逐語録、閲覧した記録様式等の資料を総合的に勘案し、記録の整備、各種記録の連動や活用の状況を整理した。

3) および4) では、共通したデータを用いて分析を行った。データの収集については、介護付有料老人ホーム等を展開する介護事業者の協力の下、下記に示す介護付有料老人ホーム（特定施設）計4施設からデータを収集した。本研究においては、アセスメント情報やケアプラン、モニタリングシートの他、ケア実施記録について、所定の2時点を始点とした各1週間分のデータを収集した。

なお、データ収集にあたっては、氏名・住

¹ 社会保障審議会介護給付費分科会(2015). 介護報酬でのサービスの質の評価の導入に関する取組について

² 岩澤和子・筒井孝子. (2016) 看護必要度第6版 日本看護協会出版会,東京

所・電話番号等、個人を特定する情報をマスキングの上で収集を行い、一切の個人情報取得しない方法を採用し、国立保健医療科学院に設置される研究倫理審査委員会の許可を得た（承認番号 NIPH-IBRA # 12130）。

3) については、上記のデータを用いて、調査対象施設に調査期間中に入居していた利用者のアセスメント情報（寝返り、起き上がり、座位保持などの ADL）に着目し、2 時点間の変動について把握を行い、状態の状況（改善・維持・悪化）ごとに提供されていたケア実施記録上のケアがどのように異なっていたかについて分析を行った。

4) については、収集した介護施設のデータを基に、入出力項目として、3 入力、1 出力を設定し、CCR モデルによる DEA (Data Envelopment Analysis) 分析を実施した。資源投入（入力項目）として、介護職員と看護職員の 1 週間の総労務時間と常勤換算した介護職員と看護職員の配置数を入れた。

さらに、便益産出（出力項目）として、調査対象となった利用者数をいれることで、資源投入に対して、どの程度の利用者へのケアが可能となっているかを検討した。

5) については、排泄介助に着目し、介護老人福祉施設 4 施設、介護老人保健施設 1 施設の計 5 施設を対象にヒアリング調査を実施した。

C. 研究結果

1) 研究の結果、アセスメントツールの標準化は一定程度進んでいるが、アセスメント結果をどのように個人のニーズや状況に合わせてケア提供を行うかといったことへの応用は発展途上にあることが明らかになっ

た。

2) ケアマネジメントプロセスにおける情報の活用・連動：介護記録の収集・蓄積の目的は、ケアマネジメントへの活用のほか、リスクマネジメントや利用者（家族への）アカウントビリティなど様々であった。介護記録は、A 社では、電子化されその情報をケアマネジャーやリーダー、管理者が閲覧していたが、B 社では紙や口頭の情報共有となっていた。

利用者へのケア提供に係る着眼項目：以下が代表的項目であった。「利用者の日々の生活の様子」、「入浴・食事・排泄といった 3 大介護に係る項目」（A 社）、「食分量、水分量、バイタルなどの生理指標の週内変動」（A 社・看護）、「24 時間の排泄間隔」（B 社）。

3) ADL に着目すると、改善したものは、調査対象のうち 3% と少なかったものの、状態の改善・維持・悪化をした 3 群へのケアを比較することで、異なる傾向を示したケアを明らかにすることができた。これらの知見は、今後ケアの記録を基にしたケアの効果を評価する項目の候補となるものと考えられた。しかしながら、これらは提供されたケアの種類と回数に着目したものであり、その具体的な方法までを示す情報ではないことに留意する必要がある。

4) CCR モデルによる DEA 分析の結果、DMU (Decision Making Unit) スコアが 1 となったのは、9 施設中 3 施設であった。DMU スコアが低かった施設の一つは利用者（出力）に対して、人員配置が多くなっていたため、効率性が下がっており、もう一つの施設は労務時間の多さが課題となっていた。

5) 5施設の25名分の利用者から事例が収集された。おむつの着用は、ありが10名、なしが15名であった。おむつゼロを打ち出している2施設では、おむつを着用している事例はなかった。排泄介助のみに限定した場合、「トイレ誘導」、「トイレ動作の介助」、「座薬挿入介助」、「摘便・腹圧介助」といった分類でみた場合、施設間・事例間での大きな違いは見られなかった。

D. 考察

1) 標準化アセスメントを使用しているOECD諸国の多くでは、標準化されているアセスメントのプロセスと個人に合わせたケアプランの立案プロセスをはっきりと区別しているが、後者の方法論についての国際的な知見は示されていない状況にある。カナダにおいて *integrated care pathways (ICPs)* というニーズアセスメントから個人のケアプラン立案までの統一的方法論が参考になり、この中でコンピュータによる標準化がすすめられており、こうした取り組みを参考になるものと考えられた。

2) 入居者・職員個人単位での1日のケア／業務スケジュール表の作成と、それに基づくケア提供は、施設ケア業務の標準化の契機となりうるが、現状では、ケアの業務表とケアプラン・介護サービス計画の連動には課題が残されていた。介護職員は日々のケアで精一杯であり、介護実施情報の活用には、生活相談員やフロアリーダー、ケアマネジャーなどがその情報を集約・分析し、ケアマネジメントのプロセスに活用する仕組みや環境整備を、組織マネジメントとして推進する必要が示唆された。

3) 日々実施記録をとるケア内容の中で主

要かつ重要な介護行為との関連性から、ADL以外のどのアセスメント項目とすべきかについては、引き続きの検討が必要である。ケアの質評価に資する状態変化をどのような期間で行うべきかについては、今回の研究の一環として、すでに介護施設で収集される各種記録物を一部電子化することで、作成したような利用者の状態変化を機微に捉えるアセスメント情報と日々の介護行為についての情報を集約・管理するデータベースの構築が、まずもって必要と考えられ、このデータベースを用いた分析が、今後求められるものと考えられた。

また、改善・維持・悪化に順序性が見られた「薬介助」、「居室の配膳・下膳」からは、これらのケアをできるような状態像とするための働きかけが重要と考えられ、「目配り」、「換気、室温・湿度管理」は、状態の維持に資するケアである可能性が推察された。

改善・悪化の2群に多かった「移動介助」、「トイレ誘導」、「着脱介助」についてはその提供方法に留意が必要であり、悪化群においても多かった「深夜帯のケア」についても、深夜帯にケアが起らないような働きかけが重要と考えられた。

4) 本研究では、ICTの導入状況が異なるA社とB社でそれぞれDMUスコアを比較しても大きな差異は認められなかった。これらのことから、ICTの導入は、労務時間の多さや利用者に対する人員配置をより少なくするものである必要があり、今回の調査対象におけるICTの導入は顕著なこれら要因の解決には至っていないことが推察された。もちろん、これらの結果の解釈にあたっては、ICT導入の程度には差があり、ICT導入

以外の業務フローも単純には比較できないことに留意する必要がある。今回は扱うことができなかつたケア記録回数の内容についても、今後は精査する必要があると考えられた。

5) 排泄ケアに関する手順のうち、トイレ誘導やトイレ動作の介助については標準化が進んでおり、方法には大きな違いがみられなかつた一方、座薬や腹圧などのケアに関する方針や考え方には、施設間で違いが見られた。このことから良いケアを考えていく場合、施設全体のケアに関する方針や体制といった視点も考えていく必要性が示唆された。

E. 結論

1) 我が国においても全国レベルでのデータを活用したニーズアセスメントから個人のケアプラン立案までの統一的方法論の開発が求められるものと考えられた。

2) ケアマネジメントプロセスに対応した記録の全体像、各種記録の連動性と利活用に関する実態と課題、評価の KPI を抽出する際の参考情報が得られた。本研究は、介護施設におけるケアの実施プロセスを活用した評価手法開発の基礎作業として位置づけられる。

3) 今後は、ケアの具体的な提供内容を加味する方法などを含め、今回得られた知見をもとに、継続した研究を行い、評価対象とすべきケアの項目の特定や具体的な評価の手

法について引き続き検討していくことが必要と考えられた。

4) 今回の研究における効率性の評価モデルからは、全体的傾向として、利用者への介護業務の効率性を上げるためには、ケア記録の回数より、労務時間と配置人数の削減が求められている状況を明らかになった。今後は、今回の出入力変数として設定した指標以外の観点を踏まえて、より総合的な観点から効率性の評価の分析する必要があると考えられた。

5) 研究で収集した事例を作成した「排泄ケア提供内容に関する分類案」に当てはめた場合、ほぼ全ての症例において記述可能であった。同時にケア内容や手段は、施設や症例によってことなることが確認された。よって、今後はケア内容に係わるデータを蓄積することで、同程度の状態像でも好ましいケアが提供されている施設や優良実践事例の把握や収集が可能となり、介護の質の向上に寄与できる可能性が示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

ケアプロセスの標準化とモニタリングに関する研究動向

小林 健一（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
大冢賀政昭（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員）
森川 美絵（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 特命上席主任研究官）
玉置 洋（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
福田 敬（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長）

研究要旨 長期ケアを安全かつ効果的に提供する方法の 1 つは、医学や看護の知識を反映したベストプラクティスに基づいて「すべきことをする」ための基準を設定することであり、その意図は、施設のケアサービス提供者や職員が従う必要のある最低限の要件という設定から様々な状況において「理想的な」ケアの明確化へ移行することにある。実践内容の標準化は、ケアプロセスを望ましいレベルのケアの質に高めるより効果的な（願わくはより効果的な）解決方法を見出す 1 つの方法とされている。

本分担研究課題では、OECD 諸国における長期ケアニーズアセスメントについて、特にケアニーズを評価、アセスメントするプロセスがどの程度標準化されているかに注目しながら概説した上で、ケアの質のモニタリングの方針について検討した。

研究の結果、アセスメントツールの標準化は一定程度進んでいるが、アセスメント結果をどのように個人のニーズや状況に合わせてケア提供を行うかといったことへの応用は発展途上にあることが明らかになった。標準化アセスメントを使用している OECD 諸国の多くでは、標準化されているアセスメントのプロセスと個人に合わせたケアプランの立案プロセスをはっきりと区別しているが、後者の方法論についての国際的な知見は示されていない状況にある。カナダにおいて *integrated care pathways (ICPs)* というニーズアセスメントから個人のケアプラン立案までの統一的方法論が参考になり、この中でコンピュータによる標準化がすすめられており、こうした取り組みを参考にしつつ、我が国においても全国レベルでのデータを活用したニーズアセスメントから個人のケアプラン立案までの統一的方法論の開発が求められるものと考えられた。

A. 研究目的

長期ケアを安全かつ効果的に提供する方法の1つは、医学や看護の知識を反映したベストプラクティスに基づいて「すべきことをする」ための基準を設定することであり、その意図は、施設のケアサービス提供者や職員が従う必要のある最低限の要件という設定から様々な状況において「理想的な」ケアの明確化へ移行することにある。実践内容の標準化は、ケアプロセスを望ましいレベルのケアの質に高めるより効果的な（願わくはより効率的な）解決方法を見出す1つの方法とされている³。

このアプローチでは、規則の持つ欠点の一部、たとえば厳格な基準は画期的なイニシアチブや管理上の創造性を抑圧するという事実を克服できる。ニーズのアセスメントやケアの実践の基準が設定されると、この基準を用いたモニタリングや外部監視の方針によって方針作成者やケアサービス提供者が、是正措置を講じる前に所定の基準点からの逸脱を評価できるようになる。

ニーズのアセスメントやケアプロセスの標準化とケアプロセスや転帰のモニタリン

グは、個々人のニーズを体系的に明らかにし、特定の状況におけるケアのばらつきを最小限に抑え、ケアサービス提供者によるケアの質の向上を促す効果的な手段となり得る。OECD 諸国の多くでは、この方針の導入が、長期ケア利用者のニーズに関する情報を記録するアセスメントツールの使用とともに行われている。

これらの改善は、ケアプロセスや転帰を監視するモニタリング枠組み（利用者の機能的転帰のモニタリング、監査、質の指標、満足度調査の実施など）の改善と合わさると最大化され得る。このようなモニタリング手段によって、ケアプロセスが長期ケア利用者のニーズを満たしている程度に関して方針作成者、ケアサービス提供者、市民に対してフィードバックが行われる。

本分担研究課題では、まず OECD 諸国における長期ケアニーズアセスメントについて、特にケアニーズを評価、アセスメントするプロセスがどの程度標準化されているかに注目しながら概説した上で、ケアの質のモニタリングの方針について検討する。

プロセスの標準化とモニタリングに関する EU 報告書などを概括した。

B. 研究方法

OECD のポリシーペーパー「A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care」を中心に、ケ

1) OECD 諸国におけるニーズアセスメントの標準化の状況

全ての OECD 諸国では、長期ケアサービ

C. 研究結果

ス受給者の障害レベルの評価やサービス受給資格の判定に包括的（ケア）ニーズアセスメントを使用している（表 2-1）。

ニーズのアセスメントは、ケアの異なる

³ OECD(2013). A Good Life in Old Age? - Monitoring and Improving. Monitoring

and Improving Quality in Long-term Care.

段階で実施することができ、長期ケア利用者の身体や認知機能の状態の変化を追跡する非常に有用な手段である。

OECD 諸国では、個々のケアプランの立案を改善するために標準化アセスメントツールを採用する国が増加している。このツールは、臨床医、看護師、訓練を受けた長期ケアワーカー、ケースマネジャーのいずれかが、長期ケア利用者の身体的、認知的、機能的ニーズを見極め、尺度や指標で障害レベルを判定する目的で使用される。このツールには、ケアプロセスを正常化し易くなったり、実践ガイドラインやグッドプラクティスのプロトコルを適用したりするなどの効率的な方法によってケアプロセスが望ましい基準点や望ましいレベルの質に進むのに役立つ等の利点がある。

現在、世界共通のニーズアセスメントツールはないものの、異なる国で使用されているツールに類似性がある。多くの特定領域における一連の調査票に対して、個人の機能的能力やニーズを調べるものである。国や地域によっては、標準化ツールを介護施設入所者のアセスメントに使用しており、各長期ケア利用者に関する身体的、機能的、心理社会的な基本情報を収集することができる。

例えば、Resident Assessment Instrument (以下「RAI」) は、カナダ 1、フィンランド、アイスランド、イタリア、米国 (メディケア及びメディケイド)、スペイ

ンにおいて長期ケアニーズ (特に介護施設) のアセスメントに使用されている。

フランスの AGGIR (Autonomie, Gerontologie, Groupe Iso-Ressourcaes) スケールでは、個人を 6 レベルの依存度に分類する^{4,5}。

ベルギーでは、2 つのアセスメントツール (KATZ 及び RAI) が使用されている。このような調査は、ケアサービス提供者のケアプラン立案に役立つ指標やスケールを提示し、様々な状況においてケアの連携を支援できる。

RAI が採用されている国では、ケアの様々な状況で用いられる標準化アセスメント基準を定めており、在宅ケアなどの特定の設定に合わせることもできる。

個人の臨床的ニーズや認知機能的ニーズのアセスメントに加えて、数多くの国々では、社会的側面や生活の質に関する側面に関連した質問をニーズアセスメントに盛り込んでいる。例えば、スウェーデンでは、ケアマネジャーとソーシャルワーカーが個人に特有の状況を考慮し、家族、友人、長期ケアサービス利用申請者本人と話し合う。

通常、アセスメントは、ケアサービス利用申請時及び定期的に行われる。カナダでは、ほとんどの自治体がアセスメントを介護施設入所後 14 日以内に行い、以後の入所期間は 3 ヶ月ごとに行うよう義務付けている。

フィンランドでは、各入所者のデータを介護施設入所時、6 ヶ月に 1 回、又は状態

⁴ Service-Public.fr (2012), <http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>, Paris, accessed on 8 September 2012.

⁵ Da Roit, B. and B. Le Bihan (2010),

“Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six Different European Countries’ Long-Term Care Policies”, *Milbank Quarterly*, Vol. 88, No. 3, pp. 286309.

が変化した時に収集している。

米国の場合は、包括的アセスメントの中核としてケア開始時、60日後、退所時にデータを収集し、これらのデータは、サービス利用者の臨床記録の中核を成す。

ニーズアセスメントに関わる専門職は、研修を受けた臨床医（カナダなど）、集学的チーム（ベルギー、フランス、ドイツ、ポルトガルなど）、研修を受けたソーシャルワーカー又はケアマネジャー（スウェーデン、フィンランドなど）である。

ニーズアセスメント調査の結果は、個人に合わせたケアプランの作成に利用される。例えば、米国では、メディケア又はメディケイドから報酬を受け取っている介護施設は、入所者ごとに包括的ケアプランを立案しなければならないが、このケアプランには、入所者の医学的、看護的、精神的、心理社会的ニーズを満たす評価可能な目標と日程が記

載される⁶。

RAI の用紙は、このケアプランを監視し、長期ケア利用者の情報を収集しやすくする目的で使用される。

アセスメント情報は、資源配置計画と関係していることがある。例えば、RAI アセスメントツールは、Resource Utilisation Group (RUG-III) の計算に用いられるが、このグループは介護施設や在宅ケアサービス提供者の報酬の基盤として使用される。フィンランドでは、RAI データを用いてサービスの料金を算出しているが、報酬を得るためにデータを提出する義務はない。米国では、Outcome and Assessment Information Set (以下「OASIS」)において、在宅ケア資源グループを設定し、ケアニーズレベルの異なるサービス利用者に対する報酬を決定する目的でデータが使用されている^{7,8}。

表 2-1 適格性の標準的アセスメントと臨床ガイドライン⁹

	適格性と依存度の標準的アセスメント	臨床ガイドライン/プロトコール
ベルギー	KATZによる評価（簡易評価）	
デンマーク	地域の優先順位付けの一環として地域での支援レベルを判定し、事例ごとに具体的な個人アセスメントに基づいて個人に対する支援について決定を行うが、このアセスメントは地域レベルの社会サービスより前に行う（EU peer review-	

⁶ CMS – Centers for Medicare and Medicaid Services (2011), “Ch 4: CAA Process and Care Planning of CMS’s RAI Version 3.0 Manual”, Centers for Medicare and Medicaid Services, October, Washington, DC.

⁷ Mor, V. (2007), “Defining and Measuring Quality Outcomes in Long-term Care”, Journal of the American Medical Association, Vol. 8(3), Suppl. No.

2, pp. e129-137.

⁸ Mot, E. (2010), “The Dutch System of Long-term Care”, CPB Document, No. 204, March.

⁹ Colombo, F. et al. (2011), “Help Wanted: Proving and Paying for Long-Term Care”, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

	Closing the gap, 2011-5662)。	
フィンランド	国が義務付けている標準的アセスメントはない。地方自治体がニーズのアセスメントや適格性基準に責任を負う。RAI（施設及び在宅）は多くの地方自治体が使用しており、長期ケア利用者の約30%に適用されている。	新しい高齢者介護法（Elderly Care Act）により、保健（及び医療）のアセスメント、臨床治療ガイドライン、総合的な作業方法が統合される。
アイスランド	RAI MDS 2.0	ケアプラン立案のための臨床及びケアガイドラインが盛り込まれた RAI MDS 2.0 に基づく。
日本	ある。74 項目のアセスメント基準で構成される国が標準化した制度により、1~8 のケアの必要性に分類される。	在宅での痰吸引や経管栄養などの日々の「医療」のためのカリキュラムが、認定ケアワーカーのプログラムやその他のケアワーカー向け研修コースに新たに追加されている。 「医療」を行うための追加研修を終えた認定ケアワーカーとその他のケアワーカーは、その処置を実施できる（社会福祉士及び介護福祉士法の改訂）。
リトアニア	患者の介護認定アセスメントは、外来医療期間や在宅で看護サービスが担当する（Order of the Minister of Health No.V-1026, 2007）。	
マルタ	ケア基準案が作成された。その他の臨床的側面や社会的ケアは定期的に公表されている（異常気温からの脆弱高齢者保護に関するガイドラインなど）。	
ポルトガル	利用者の生物心理社会的評価を行う総合的アセスメント法	
スウェーデン	全国的基準はない。単一のエントリーシステムを通じて、地方自治体のソーシャルワーカー、ケアマネジャーがアセスメントを行う。地方自治体がサービス利用資格（レベル、適格性、基準、資格）を判定する。ケアプランの立案が義務付けられている。	認知症患者のケアに関する全国ガイドライン（個人中心的アプローチ及び多職種チームに基づく仕事、脳卒中ケア、糖尿病ケア、成人歯科ケアに重点を置く）

2) OECD 諸国におけるデータ収集の状況

カナダ Canadian Institute for Health Information

(以下「CIHI」)は、カナダの病院や長期介護施設で継続的にケアサービスを受けている人の人口統計、臨床、機能、資源活用に関する情報を収集するために、Continuing Care Reporting System (以下「CCRS」)を構築し、管理している。また、参加機関は、施設の特徴に関する情報を提供して、比較報告や基準に基づく評価を支援している。CCRSの臨床データ基準は、国際的調査ネットワークのinterRAIが策定し、カナダでの使用に対する許可を得て修正された。interRAI Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (RAI-MDS 2.0)は、介護療養型病院の入院患者や長期介護施設入所者の嗜好、ニーズ、長所の把握に用いられている。また、提供されるサービスの寸評も提供する。ケア実施時に電子的に収集される情報は、現場のケアプラン作成やモニタリングにおけるリアルタイムでの決定を支援する。CCRSは参加機関に電子報告書を提供するが、これには集団のプロフィール、サービス、及び質を示す指標を含む転帰が記載されている。この報告書は、臨床的な品質の向上を推進する人々、マネジャー、方針策定者が計画立案、質の向上、説明責任を目的に使用する。また、CIHIのウェブサイトから、州/準州によっては各品質担当機関からも情報を入手できる。州/準州の大半はCCRSに報告を行っているが、一様に実施されているわけではないため、地理的地域間で常に指標を比較出来るとは限らない。うつ病(行動上の症状を伴う)、疼痛、転倒、褥瘡の品質指

標に関する情報は、2012年に州間比較とともに公表され、CIHIから最新報告書が2013年に初めて発表された¹⁰。

フィンランドの公認サービス提供統計は、病院ケアと居住型ケア(施設ケアや24時間介護付き居住施設を含む)に関する通知義務や定期的な在宅ケア利用者の年次横断的データ収集に基づいている。これらのデータは、全国で収集、報告される。データには、拘束、抗生物質、向精神薬の使用、疼痛、褥瘡、栄養、移動性に関する指標が含まれている。最も情報量の多い品質指標は、2000年に設置されたRAIアセスメントツールを使用する自発的な品質向上ネットワークで得られたものである。地方自治体によっては、居住型ケアのサービス調達契約の一部として、RAIに基づく品質情報が必要になる¹¹。

スウェーデンでは、地方自治体が調査を行って年1回情報を収集する。地方自治体は、高齢者向けケアサービスの展開に対する国からの報酬を受け取るために情報提供を義務付けられている。保健福祉庁が作成したウェブサイト「Elderly Guide」は、全地方自治体におけるケアの質に関する情報を高齢者とその家族に提供している。全地方自治体や特別仕様住宅、家事支援サービス、デイケアサービス部門に関する質の高いデータが含まれている。利用しやすさ、利用者の関わり、人員の配置、ケアサービス提供者の研修や定着性、利用者の自立性、食事、介護を担う家族への支援、医師の関わり、予防的看護及びサービス、管理、フォローアップ、情報の入手しやすさなどの

¹⁰ Center for Health Systems Research and Analysis (2013), www.chsra.wisc.edu/, accessed on 21 May, 2013.

¹¹ JPHA (2011),

www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai4/sankou3.pdf, Tokyo, accessed on 30 August 2012.)

36の指標が報告されている¹²。Elderly Guideに記載されている情報は、主に特別な調査で得られ、それより割合は少ないが登録データから処理されたものもある¹³。

D. 考察

OECD諸国におけるアセスメントツールの標準化は一定程度進んでいるが、標準化されたアセスメントをどのように個人のニーズや状況に合わせてケア提供を行うかといったことへの応用は発展途上にある。標準化アセスメントを使用しているOECD諸国の多くでは、標準化されているアセスメントのプロセスと個人に合わせたケアプランの立案プロセスをはっきりと区別しているが、後者の方法論についての国際的な知見は示されていない。ただし、この報告書で例を挙げたカナダにおいては、標準的アセスメントツールを活用したコンピュータによるケアプランの標準化の研究が進められている^{14,15}。

日本では、要介護認定における標準化されたニーズアセスメントのプロセスが国際的な観点からは、制度の長所の1つとして捉えられている。

標準化された調査票を用いてアセスメントを行ってから、コンピュータアルゴリズム

ムで必要なケアの時間（分）や受け取る給付の量を決定するという科学的なアセスメントを行うため、恣意性や政治的圧力が入り込む余地はほとんどないことに特徴があるが、ケアプランの内容は、利用者がケアマネジャーと一緒に「自由に」決定するが、その標準化が課題となっている。

そのような点において、前述のカナダの取り組みは注目に値するであろう。

E. 結論

本研究課題では、OECD諸国におけるアセスメントツールの標準化やケアのモニタリングへの活用状況について概括した。

その結果、アセスメントツールの標準化は一定程度進んでいるが、アセスメント結果をどのように個人のニーズや状況に合わせてケア提供を行うかといったことへの応用は発展途上にあることが明らかになった。

標準化アセスメントを使用しているOECD諸国の多くでは、標準化されているアセスメントのプロセスと個人に合わせたケアプランの立案プロセスをはっきりと区別しているが、後者の方法論についての国際的な知見は示されていない状況にある。

カナダにおいて *integrated care pathways* (ICPs) というニーズアセスメントから個人

¹² Leichsenring, K. (2010), "Achieving Quality Long-term Care in Residential Facilities", Discussion Paper for the Peer Review 2010, Germany, www.peer-review-social-inclusion.eu

¹³ Socialstyrelsen (2009), "Care of Older People in Sweden 2008", December, www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17857/2009-12-6.pdf.

¹⁴ Dubuc, N., Bonin, L., Tourigny, A., Mathieu, L., Couturier, Y., Tousignant, M., Raïche, M. (2013). Development of integrated care pathways: toward a care

management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. *International journal of integrated care*, 13(2).

¹⁵ Colli, N. D., Dubuc, N., Bonin, L., Dubuc, S., Laramée, P., & Rossel, C. (2016). Perspectives of Technology Users on the Eve of Innovation Deployment: the Case of Integrated Care Pathways (ICPs). *International Journal of Integrated Care*, 16(6).

のケアプラン立案までの統一的方法論が参考になり、この中でコンピュータによる標準化がすすめられており、こうした取り組みを参考にしつつ、我が国においても全国レベルでのデータを活用したニーズアセスメントから個人のケアプラン立案までの統一的方法論の開発が求められるものと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究事業）
「介護施設におけるケアの効果および効率性の評価手法に関する研究」
平成 28 年度分担研究報告書

施設ケアにおける各種ケア記録の整備・連動・活用および重要項目
—ヒアリング調査による概況整理—

森川 美絵（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 特命上席主任研究官）
大冢賀政昭（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員）
小林 健一（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
玉置 洋（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
福田 敬（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長）

研究要旨

（目的）介護施設における利用者情報や介護記録がどのように収集・蓄積され、どの程度活用されているか、その実態を施設へのヒアリングを通じて把握することを目的とする。

（方法）利用者情報や介護記録の情報活用の現状と課題に関して、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）3施設（2社）を対象に、記録の様式化の状況、記録の活用に関するヒアリングを実施した。時期は平成 29 年 2 月、ヒアリング対象は各施設の施設管理者、ケアマネジャー、介護／看護職員、合計 11 名。1 名につき 30 分程度の半構造化インタビューを実施し、逐語録を作成した。調査者のメモ、逐語録、閲覧した記録様式等の資料を総合的に勘案し、記録の整備、各種記録の連動や活用の状況を整理した。

（結果・考察）(1) ケアマネジメントプロセスにおける情報の活用・連動：介護記録の収集・蓄積の目的は、ケアマネジメントへの活用のほか、リスクマネジメントや利用者（家族への）アカウントビリティなど様々であった。介護記録は、A 社では、電子化されその情報をケアマネジャーやリーダー、管理者が閲覧していたが、B 社では紙や口頭の情報共有となっていた。B 社で実施されているような、入居者・職員個人単位での 1 日のケア／業務スケジュール表の作成と、それに基づくケア提供は、施設ケア業務の標準化の契機となりうる。現状は、ケアの業務表とケアプラン・介護サービス計画の連動には課題が残されていた。介護職員は日々のケアで精一杯であり、介護実施情報の活用には、生活相談員やフロアリーダー、ケアマネジャーなどがその情報を集約・分析し、ケアマネジメントのプロセスに活用する仕組みや環境整備を、組織マネジメントとして推進する必要があると示唆された。(2) 利用者へのケア提供に係る着眼項目：以下が代表的項目であった。「利用者の日々の生活の様子」、「入浴・食事・排泄といった 3 大介護に係る項目」（A 社）、「食事量、水分量、バイタルなどの生理指標の週内変動」（A 社・看護）、「24 時間の排泄間隔」（B 社）。

（結論）ケアマネジメントプロセスに対応した記録の全体像、各種記録の連動性と利活用に関する実態と課題、評価の KPI を抽出する際の参考情報が得られた。本研究は、介護施設におけるケアの実施プロセスを活用した評価手法開発の基礎作業として位置づけられる。

A. 背景および研究目的

施設や在宅における介護記録については、法人・施設・事業所単位において、近年電子化の動きが進んでいる状況にある。一方で、そうしたケアに係る行為データを入力する仕組みが存在していないことがデータに基づいた介護サービスの提供の分析を行う上で課題となってきた。これらの情報を活用しつつ、介護サービスの効率性や効果の検証を行い、臨床実践に活用する方法論は、継続的になされてきた¹⁶。

しかし、現時点の介護報酬には反映されておらず、その普及には課題があることが報告されている。

本研究では、実際に扱われている介護サービスの利用者情報や介護記録のデータ化およびそのデータ分析を通じたケアの効率性・効果の評価手法を検討するための、基礎的作業である。すなわち、介護施設における利用者情報や介護記録がいつどのように収集・蓄積され、どの程度活用されているかについて、ヒアリング調査による実態把握を行うことを目的とする。

B. 研究方法¹⁷

利用者情報や介護記録の情報に関する活用の現状と課題について、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）へのヒアリングを行った。

1)対象

対象は、厚生労働省老健局高齢者支援課が推薦する特定施設入居者生活介護（有料

老人ホーム）3施設程度とする。

具体的には、介護付有料老人ホーム等を展開する介護事業者2社、A社運営の2施設（うち1施設は24時間看護師常駐）、B社運営の1施設とする。なお、本社からも、ケア記録の整備状況についての参考情報の提供を受ける。

<ヒアリング対象>

各施設で、施設管理者、生活相談員、ケアマネジャー、介護職員（または介護職員のメンターやリーダー）ないし看護職員を、できるだけ1名ずつ選定する。

ヒアリングに応じたのは11名、内訳は以下の通りである。A社施設① 4名：看護師1、ケアマネジャー1、生活相談員1、管理者1。A社施設② 3名：ケアトレーナー（リーダー）1、ケアマネジャー1、生活相談員1。B社施設 4名：介護職員1、介護職員メンター1、ケアマネジャー1、管理者1。

2)調査内容

ヒアリングにより把握する内容は、主に以下の点である。

① 施設における記録の様式化、ケアマネジメントプロセスと記録との対応

既存の様式に則り記録として収集されるものには、どの様なものがあるか。電子化されているものはどの程度あるか。また、これらの記録・情報は、ケアマネジメントプロセス、すなわち、（アセスメントを経た）ケアプラン作成 ⇒ ワークスケジュール設定 ⇒ ケアの実施記録作成 ⇒ （モニタリングを経た）

¹⁶ 社会保障審議会 2015、2016

¹⁷ 所属機関における研究倫理審査の承認をう

けて実施している（承認番号 NIPH-IBRA#12130）。

ケアプランの変更、といった一連の展開と、どのように対応しているか。

② ケアマネジメントプロセスにおける各種記録の連動性

作成される各種記録や把握される各種情報が、ケアマネジメントプロセスにおいて、実際には、どの程度、連動しているか。

③ ケアの実施記録における着眼項目

ケアの実施記録において、ケアの提供方法やその変更が大きく影響するものとして、現場で着目されている項目は何か。

3) データの収集と分析

調査は、平成 29 年 2 月 9 日～24 日に実施した。ヒアリングは、各職員につき 30 分程度の個別面接により実施した。

ヒアリング開始にあたり、対象者に説明文書を用いて説明し、書面での同意を得た。

ヒアリング内容は、調査者がヒアリング時にメモを作成するとともに、対象者の許可を得て録音し、後日に逐語録を作成した。

データ分析は、調査当日に作成された調査者メモおよび、後日作成されたヒアリング逐語録、閲覧許可を受けた資料や提供資料の内容を総合的に勘案して行った。

C. 研究結果

1) 施設におけるケアマネジメントプロセスと記録との対応

施設における各種記録を、ケアマネジメントプロセスと対応させ、モデル化すると以下ようになった(図3-1)。

施設のケアマネジメントプロセスと記録

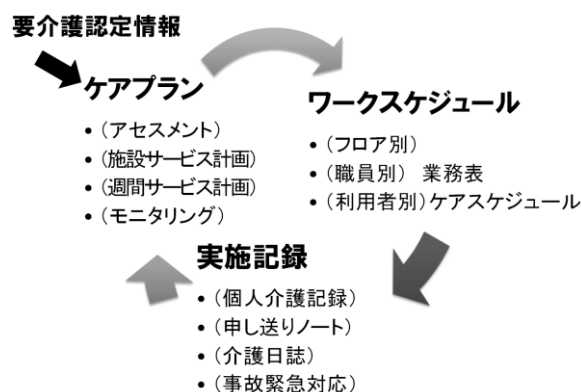


図3-1 ケアマネジメントプロセスと各種ケア(業務)記録との対応モデル

まず、要介護認定情報をふまえ、各入居者へのアセスメントが行われ、それに基づくサービス計画等の「ケアプラン」が作成される。

それをもとに、ケアを日々の業務として展開するための「ワークスケジュール」が設定され、フロア別や職員別に業務予定が作成されたり、利用者ごとのケアスケジュールが作成されたりする。

そして、予定されたワークスケジュールに対し、実際にはどのようにケアが提供されたのか、「実施記録」が作成される。ケアの実施記録は、利用者個人別の介護記録や申し送りノート、介護日誌、事後緊急対応など、いくつかの様式が組み合わせられて残されていく。

ケアプランのモニタリングにおいて、これらのケア業務の予定(ワークスケジュール)と実績(実施記録)とのズレや、利用者の状態変化を捉え、ケアプランやそれに基

づくワークスケジュールの妥当性が再検討され、必要な見直しが図れる。

こうした、ケアマネジメントのプロセスと対応した記録の作成・活用は、定期的なケアプランの作成・見直しのサイクルに応じてなされることがある。他方で、ケアプランの変更までには至らないが、業務フローのレベルで、随時、ケア提供の実績に応じたワークスケジュールの見直しが図られることもある。

2) 各種記録の連動性

インタビューでは、第一に、施設において作成される各種の記録や把握される情報が、一連のケアマネジメントプロセスのサイクルのなかで、どの程度、連動しているのか尋ねた。把握されたのは以下である。

①A社

<施設ア> (24時間看護師常駐)

・入居者の生活の質向上という目的の他に、家族への説明責任、会社やスタッフを守るという要素もある。

・記録は大事と言われるが、現場で記録する内容に際限がなくなることへの危惧（現在の人員配置では厳しい）。記録しているだけの見返りが、介護現場にあるか、それを介護職員が実感できているかは疑問も感じる。

・介護実施記録の読み取り・ケア業務への活用は、個々の職員のスキル・情報収集能力に依存している。

・ケアの実施記録からプランやケア業務の調整・修正に結び付けていくには、記録の仕方という面で課題がある。介護職員による記録は、職員間のバラツキが大きい(標準的な記録について教育を必ずしも受けてきていない)。

・実施記録の「1日のサマリー」（現状ではない）があると、それをつなげて一週間の生活リズム・心身状態等のモニターができて役だつ。

・ケアマネジャーのレベルでは、計画作成～ケアの実施～モニタリングのサイクルは連動している。記録等から日々の変動を捉え、ケアプラン変更といった大きなものより、むしろ細かいケア方法の変更につなげていくことが多い。「日誌と看護・介護の申し送り」が最も有力な情報源。

・ケア実施記録をモニターし、ケアスタッフの声を吸い上げたり、ケアマネジャーへのプラン変更を働きかける役割が、生活相談員の役割として明確化されている。

・介護職員や看護職員のレベルでは、ケアプランとワークスケジュールが十分に連動しているとはいえない。ケアプランがケア業務レベルでは意識されていない、ケアプランを反映した業務表が作成されているわけではない。

・介護記録をケアの具体的なやり方・業務に還元させるのは難しい（ケア方法に還元させるには、個別具体的な密度の高い情報が必要だが、それだけの情報を記録する余裕

は現場にはない)。

- ・個別のケアスケジュールやワークスケジュールが出力されないため、新任職員にとってはケア業務の流れがつかみづらい。

<施設イ>

施設イでは、「利用者個人単位のケアスケジュール表」が試験的に導入されている。また、介護記録の入力端末画面では、利用者の個人別の記録入力欄とその人のケアプランとが紐付けされている。それを踏まえた上でのヒアリング結果は以下の通りである。

- ・ケアスタッフのレベルでは、個々のケアプランの内容をみることはあまりない。「実施記録（日誌含む）」を中心にみる。

- ・ケアスタッフは、「様子」記録のなかで、重要なことは「日誌」記載の扱いとし（システムに自動反映機能あり）、情報共有を図る。

- ・（入浴事故を契機に）記録は自分を守るためのものという観点も、介護職員の立場にはある。とはいえ、実際には、あらゆることを記録として入力する時間の余裕はないため、「様子」項目に共有すべき情報を書き込むことが中心となる。

- ・ケアマネジャーレベルでは、計画作成～ケアの実施～モニタリングのサイクルは連動している。担当入居者のケア記録は毎日把握され、モニタリングやケア方法の修正等に反映される。

- ・ケアプランを作成するには「様子」欄を確認する必要があるが、ケアプラン短期目標

に対応するはずの「様子」の情報量の薄さやばらつきが課題。ケアプランに必要な情報の質・内容について、介護現場スタッフと共有されていない。

- ・但し、日常的に、介護スタッフからケアマネジャーに入居者の様子を直接伝え、情報を吸い上げてもらえる状況ができています。

- ・生活相談員レベルでは、利用者の個別の介護スケジュール表の導入により、ケアプランとケア業務との対応を意識し始めた。

- ・組織マネジメントとして、現場スタッフの声を受け止め、それをケアマネジャーと調整してプランに反映させる流れができています（モニタリング前月のケアカンファレンス等）。

2) B社

- ・1日の利用者別のケアスケジュールと、ケアプランの第3表、週間スケジュールの作成が必ずしも連動していない。ケアプランは、現場で実質的には見られていない。

- ・ケアプランの趣旨・意図を汲むのは個々の裁量による部分が多い。ケアの観点等は、現在はベテランから新人へのOJTで伝達。チームとして方針・視点を共有する等の組織マネジメントが定着しているとは言えない。

- ・ケアプラン作成側の視点を現場スタッフに伝える流れは現在もある（週1回のカンファレンス等）が、現場で把握した情報をケアプランやケアの1日のスケジュールに活か

せるサイクルが、今後は必要である。

・現場の探知した情報に基づくケア内容・スケジュール変更は、介護職員から口頭でケアプランナーに伝達されるが、反映にはばらつきがある。

・紙媒体として存在する個人単位の日々のケア記録が、ケアプランの見直し等の情報として体系的に集約・分析されているわけではない。

4) 実施記録における着眼項目

インタビューでは、第二に、ケア実施記録で利用されているケア項目について、ケアの提供やケアスケジュール・計画の変更にあたり重視・着眼しているものを尋ねた。

①ケア実施記録におけるケア分類

まず、A社、B社でケア実施記録の際に使用しているケア分類(項目)には相違があった。A社の分類と、B社の分類の上位項目(中項目)との対応は以下の通りであった(表3-1)。

A社のケア記録の電算入力・管理の仕組みでは、ケア内容は分類のいずれかを選択し、それ以外の項目を任意に作成することは原則できない。

B社のケア記録の入力・管理の仕組みでは、ケアの項目を基本に、個人ごとの日々の介護スケジュールが紙出力される。その上で、当日の介護状況に応じ、手書きで任意に実施内容等の記載が追加される。

表3-1 A社・B社(中項目)のケア分類対応

A社	B社
整容清潔	整容 着替え
口腔ケア 義歯渡し	
入浴清拭	入浴
排泄	排泄
食事間食	食事
飲水	
体位変換	移動
外出	外出 散歩
付添代行	
環境衛生	家事
巡視	目配り
お品渡し	その他(施錠・消灯・郵便物配布)
	お金管理
	買物
	信仰
	趣味
レク	
機能訓練	
処置	医療・服薬
予定投薬	
臨時投薬	
バイタル	
各種測定	
診察	
看護連絡	
介護連絡	
様子	
支援経過	
ヒヤリ	
事故	
苦情相談	
	外部サービス(リハ、通所、訪問介護)
	訪問介護

※ケア分類の順番は適宜入れ替えている

②A社施設での着眼項目（表3-2）

A社施設での着眼項目に関する結果一覧は、表2の通りである（表3-2）。

いずれのヒアリング対象者も着眼項目としてあげていたのは、日々の「様子」であった。「様子」は、入居者の日々の生活の様子や発言、考えや嗜好、生活歴、具体的な状況のほか、夜間の睡眠や離床・就寝時の状況などである。これらは、介護職員にとっては、他の項目に関する実施の有無には収まりきらないが、ケアに役立ちそうな入居者の様々な情報として入力されている。ケアマネジャーは、ケアプラン作成の観点から、「入居者の意向や介護職員と入居者の関わり」の把握という観点から、さらなる記録充実への期待も示された。

さらに、入浴・食事・排泄といった3大介護に係る項目は、介護業務を遂行する上で必須の情報としてあげられている。

また、食事量、水分量、バイタルなどの生理指標について、1日単位での把握や週内変動の把握が重視されていた。「発熱」や「体調不良」といった状態把握とあわせて、体調管理の医療・看護的な観点での把握事項についても重視されていた。

さらに、危機管理の観点から、「ヒヤリ」「事故」の有無および発生前後の状況把握も重視されており、「巡視」の項目についても、事故対応にあたり直前の状況を把握する意味で、重視されていた。

3）B社施設での着眼項目（表3-3）

B社施設での着眼項目に関する結果一覧は、表3の通りである（表3-3）。

いずれのヒアリング対象者も、最優先項目として「排泄」をあげた。

・「やはり一番は排泄です。排泄はその方の時間帯に合わせて援助を決めているので、膀胱の容量で、どれぐらいの時間帯までに排泄に行かないと失禁をしてしまうとかっていうふうに決めているものなので、時間帯が大幅にずれてしまうと、ご本人さまにとっても不利益の出る援助なので、ましてやそこがしっかり援助で安定がもたらされてないと、他のものにも影響出る。」

（管理者）

・モニタリング時に一番注意しているのは「・・・排泄の時間帯です。（個々に応じて設定した）時間が適切かどうか。その時間にきちっと行っていただいて、排泄があったかどうかということです・・・プラス・・・それ以外で非定時に発生したかっていうのは、結構注意して見るところ」（ケアマネジャー）

その他、「入浴」「口腔ケア」も、健康・衛生上の質維持につながる重要項目と認識されていた。さらに、計画変更につながる項目として、「発熱」「退院後」「転倒」「食事量」等があった。「服薬補助」は、個々の入居者の状態に応じて項目としての重要度に差が出るということであった。

<B社補足：実施記録の電子化>

B社では介護実施記録は電子化されていない。その電子化については、積極的な評価と、懸念の両方があげられた。

(積極的評価)

・個人の1日のケア予定表に合わなかった項目が抽出されたりすると、その原因分析に使えるので、モニタリングの効率化等が期待できる。ケア業務の開始と終了の時間がデータ化されると、1日のケアスケジュールの時間配分の精度を上げられる。

・非定時のケア内容の自動抽出は、その理由や状況と突き合せて検討できればケアの質向上に活用できる。

(懸念)

・誰が記録を加工編集しケアマネジメントに活かしていくのか、現状では活用管理の主体が不明。実施記録の入力時間を現場で確保できるか疑問。

・個人単位のケア実施記録（1日単位の予定と実際）の集積情報が、モニタリング、再アセスメント、プラン変更等に活かされることを期待していたが、現実には不十分。情報が電子化されたとしても、それを活用する余裕が組織的に担保されるのか。

・ケアの開始終了時間の把握は「標準的ケア時間」の目安ではある。しかし、実際のケア時間は個々の入居者の、時々々の状況に左右される。それら背景情報を取捨したケア実施データを、どう個別ケアに活用していくのか、イメージが湧きにくい。

表3-2 実施記録における着眼項目（A社）

	施設①				施設②		
	看護師	ケアマネジャー	生活相談員	管理者	ケアトレーナー(リーダー)	ケアマネジャー	生活相談員
整容清潔							
口腔ケア					○		
義歯渡し							
入浴清拭	○	○	○		○	○	○
排泄	○	○	○		○	○	○
食事間食	○	○	○	○	○	○	○
飲水	○			▲間食(把握不可)			
体位変換							
外出							
付添代行						▲意味共有されず	
環境衛生							
巡視	○夜間就寝状況等	○	○事故発生前状況把握				
お品渡し						▲意味共有されず	
レク			(○)紙		○		
機能訓練			(○)紙			▲レクや外部サービスとの差異不明	
処置							
予定投薬			(○)				
臨時投薬				○			
バイタル	○				○		
各種測定	○				(熱発)		
診察			○	○	(体調不良)	○	
看護連絡	○	○	○	○		○	
介護連絡		○					
様子	○夜間の睡眠、離床・就寝など	○	○夜間など	○会話・考え・嗜好・生活歴等	○入居者の様子や発言	○	○具体的状況
支援経過							
ヒヤリ		○	○			○	○
事故		○	○		○転倒後の様子	○	
苦情相談							
	(昼夜の状態の差)				(家族対応)		

表3-3 実施記録における着眼項目（B社）

	介護職員	メンター	ケアマネジャー	管理者
整容 着替え				
(口腔ケア)	○		誤嚥予防、滞りなく援助できているか	
入浴	嫌がる場合		○基本週2、週1確保にむけた設定妥当性	○
排泄	○非定時、失禁	○設定適切か、非定時、失禁	○設定適切か	○設定適切か、非定時、失禁、尿量など
食事	○退院後の流動食、キザミ食等		○健康管理が必要な人、最近食べられない人に絞った食事量	
移動	○ 移動、(体位交換)			
外出 散歩			○ (週2≧月10未満の場合の状況検討)	
家事	(洗濯ものたたみ)			
目配り				
その他				
お金管理				
買物				
信仰				
趣味				
医療・服薬		(服薬補助)	(服薬)個人差	(服薬)個人差
		(バイタル)	○体重測定(食べれているかの目安)	
	(熱発)(退院後)	(熱発)	(熱発)(退院後)	
		(転倒)	(転倒)	
外部サービス				
訪問介護				
自由記入欄(非定時、いつもと違う時等)	○	○非定時排泄	○非定時排泄	○非定時=>定時プランへの組込可能性

D. 考察

1) ケアマネジメントプロセスにおける情報活用

介護記録の収集・蓄積の目的は、ケアマネジメントへの活用のほか、リスクマネジメントや利用者(家族)へのアカウントビリティなど様々であった。

介護記録は、A社では、電子化されその情報をケアマネジャーやリーダー、管理者が閲覧していたが、B社では紙や口頭の情報共有となっていた。

B社では、入居者・職員個人単位での1日のケア/業務スケジュール表の作成と、それに基づくケア提供が行われていた。

これは、多対多のシステムとして実施されている施設ケアにおいて、ケア業務の標準化の契機となりうる。

但し、現状は、1日単位のケアスケジュールと、ケアプラン・介護サービス計画の連動には課題が残されていた。

介護職員は日々のケアで精一杯であり、介護実施情報の活用には、生活相談員やフロアリーダー、ケアマネジャーなどがその情報を集約・分析し、ケアマネジメントのプロセスに活用できる仕組みを、組織的に整備することが必要と考えられた。

2) 利用者のケアに係る着眼項目

利用者のケアに係る着眼項目の代表的なものとして、以下があげられる。

- ・利用者の日々の生活の様子 (A社)
- ・入浴・食事・排泄といった3大介護に係る項目 (A社)
- ・食事量、水分量、バイタルなどの生理指標の日内、週内変動 (A社・看護)
- ・24時間の排泄間隔 (B社)

E. 結論

ケアマネジメントプロセスに対応した記録の全体像、各種記録の連動性と利活用に関する実態と課題、評価のKPI (Key Performance Indicator) を抽出する上での参考情報が得られた。

介護施設におけるケアの実施プロセスを活用した評価手法を開発するための、基礎的作業として位置づけることができる。

F. 健康危険情報

特になし

介護施設における記録からのケア効果の評価手法の検討

玉置 洋（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
大冢賀政昭（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員）
森川 美絵（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 特命上席主任研究官）
小林 健一（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
福田 敬（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長）

研究要旨 施設や在宅における介護記録については、法人・施設・事業所単位において、近年電子化の動きが進んでいる状況にある。一方で、そうしたケアに係る行為データを入手する仕組みが存在していないことがデータに基づいた介護サービスの提供の分析を行う上で課題となってきた。

利用者の要介護度の維持・改善に基づく特定事業所加算の導入など、アウトカム評価への関心が高まっている。しかし、日本にはこれまで標準値となるエビデンスを蓄積しておらず、アウトカム評価を質の改善につなげる具体的な方策も示されていない状況にあり、今後日々介護事業所で収集する記録からケアの効果を評価し、これをケアの質向上に活用することが求められている。

このためには、ケア記録を電子的に収集し、科学的な方法論に沿った評価手法を検討することが求められている。

そこで、本分担研究課題では、介護施設（一般型特定施設入居者生活介護）における利用者情報や介護記録について、紙資料もしくは電子データを収集してデータベース化を行い、状態のアセスメントや日常のケア記録を活用した分析を行い、介護施設における記録からのケア効果の評価する手法の検討を行うこととした。

研究の結果、ADL に着目すると、改善したものは、調査対象のうち 3% と少なかったものの、状態の改善・維持・悪化をした 3 群へのケアを比較することで、異なる傾向を示したケアを明らかにすることができた。これらの知見は、今後ケアの記録を基にしたケアの効果を評価する項目の候補となるものと考えられる。

しかしながら、これらは提供されたケアの種類と回数に着目したものであり、その具体的な方法までを示す情報ではないことに留意する必要がある。

今後は、これらケアの具体的な内容を加味する方法などを含め、今回得られた知見をもとに、継続した研究を行い、評価対象とすべきケアの項目の特定や具体的な評価の手法について引き続き検討していくことが必要と考えられた。

A. 研究目的

施設や在宅における介護記録については、法人・施設・事業所単位において、近年電子化の動きが進んでいる状況にある。一方で、そうしたケアに係る行為データを入手する仕組みが存在していないことがデータに基づいた介護サービスの提供の分析を行う上で課題となってきた。これらの情報を活用しつつ、介護サービスの効率性や効果の検証を行い、臨床実践に活用する方法論は、継続的になされてきた¹⁸が、現時点の介護報酬には反映されておらず、医療分野における看護必要度の開発とこの指標における看護人員配置への活用という形で一部なされてきたが、その普及には課題があることが報告されている¹⁹。

また、先行研究においては、評価で求められる資料と業務の運用帳簿とがリンクしていないため、評価に伴う事業者側の作業負担が大きい(例:評価のためだけの評価が横行している。)といったことや、評価内容は人員配置や組織理念、マニュアルの整備状況などに限定され、実際のケア内容や利用者の状態変化等のアウトカムが全く扱われていない、評価結果を事業者がケアの質の向上に活用することが困難であるといった指摘もある²⁰。

利用者の要介護度の維持・改善に基づく特定事業所加算の導入など、アウトカム評価への関心が高まっている。しかし、日本にはこれまで標準値となるエビデンスを蓄積しておらず、アウトカム評価を質の改善に

つなげる具体的な方策も示されていない状況にあり、今後日々介護事業所で収集する記録からケアの効果を評価し、これをケアの質向上に活用することが求められている。このためには、ケア記録を電子的に収集し、科学的な方法論に沿った評価手法を検討することが求められている。

そこで、本分担研究課題では、介護施設(一般型特定施設入居者生活介護)における利用者情報や介護記録について、紙資料もしくは電子データを収集してデータベース化を行い、状態のアセスメントや日常のケア記録を活用した分析を行い、介護施設における記録からのケア効果の評価する手法の検討を行うこととした。

B. 研究方法

1) 分析データについて

本研究では、介護付有料老人ホーム等を展開する介護事業者の協力の下、下記に示す介護付有料老人ホーム(特定施設)計4施設からデータを収集した。

本研究においては、アセスメント情報やケアプラン、モニタリングシートその他、ケア実施記録について、所定の2時点を始点とした各1週間分のデータを収集した。ケアの記録を収集した入居者については、データ収集対象の2期間(所定の2時点を始点とした各1週間)において、いずれの期間にも入居していた者を調査対象として、アセスメント情報についても収集した。

¹⁸ 社会保障審議会介護保険給付費分科会「第123回社会保障審議会介護給付費分科会資料6 介護報酬でのサービスの質の評価の導入に関する取組について」、2015

¹⁹ 岩澤和子・筒井孝子. 看護必要度第6

版, 日本看護協会出版会 2015

²⁰ (財)ダイヤ高齢社会研究財団「ケアプランの質的向上を支援する客観的評価指標の開発に関する調査研究事業」老人保健健康増進等事業報告書, 2013

ケア記録等のデータ収集を行う 2 期間の設定については、アセスメント情報に基づく状態の変化を分析上考慮する目的から、6 か月の間隔をとって期間設定すること、また生活状況及びケア状況の類似性の観点から気候的に近い 2 期間とすることを条件として、2016 年 4 月及び 10 月の各 1 週間を対象とした。2 期間の間隔は 182 日とした。

期間の決定にあたっては、各施設において日常のケアが行われていた期間を調査対象とすることが望ましいことから、行事・イベントもしくは施設全体として日常と異なるケアの状況となった日を含まない期間として施設ごとに期間設定を依頼した。

なお、データ収集にあたっては、氏名・住所・電話番号等、個人を特定する情報をマスキングの上で収集を行い、一切の個人情報取得しない方法を採用し、国立保健医療科学院に設置される研究倫理審査委員会の許可を得た（承認番号 NIPH-

IBRA#12130）。

アセスメント情報は基本情報や医療情報に加え、ADL（身体能力・入浴・食事・排泄・整容・更衣）、IADL に関して評価されていた情報を収集した。

ケア実施記録については、調査対象の施設の記録システムにおいてケア分類は表 2 のような項目が使用されていた。ケア実施記録の入力・管理の仕組みにおいては、介護システムにおいて下記項目を基本として個人ごとの日々の介護スケジュールが紙出力された上で、当日の介護状況に応じて手書きにて任意に実施内容等の記載を追加していく方式となっている。その際、記載されるケア内容は必ずしも表 4-1 の分類に基づいた記載には限定されないため、ケア実施記録をデータ集計する上では、実際に記載されたケア内容を基にケア分類の再編・新設等を行った上で集計を行った。

表 4-1 調査対象施設におけるケア分類一覧

中分類	No.	ケア分類	中分類	No.	ケア分類	
整容	1		家事	46		
	2			47		
	3			48		
	4			49		
	5			50		
	6			51		
	7			52		
	8			53		
	9			54		
	10			55		
	11			56		
着替え	12		お金管理	57		
	13			58		
入浴	14		趣味	59		
	15			60		
	16			61		
	17			62		
	18			63		
排泄	19		信仰	64		
	20			65		
	21		買物	66		
	22			67		
	23		その他	68		
	24			69		
	25			70		
	26			71		
食事	27		医療・服薬	72		
	28			73		
	29			74		
	30			75		
移動	31		目配り	76		
	32			77		
散歩	33			78		
	34			79		
外出	35		外部サービス	80		
	36			81		
家事	37		訪問介護	82		
	38			83		
	39			84		
	40			85		
	41			86		
	42			87		
	43					
	44					
	45					

2) 分析方法について

調査対象施設に調査期間中に入居していた利用者のアセスメント情報(寝返り、起き上がり、座位保持などの ADL)に着目し、2 時点間の変動について把握を行い、状態の状況(改善・維持・悪化)ごとに提供されていたケア実施記録上のケアがどのように異なっていたかについて分析を行った。

分析対象となった利用者は 101 名であり、平均年齢は、87.99 歳(標準偏差 7.10)、平均要介護度は、1.03(標準偏差 0.95)であった。性別は、女性が 79 名(78.2%)、男性が 19 名(18.8%)であった。

障害高齢者日常生活自立度は、A2 が 19 名(18.8%)と最も多く、A1 が 16 名(15.8%)、B2 が 15 名(14.9%)と続いた。

認知症高齢者日常生活自立度は、I が 40 名(39.9%)と最も多く、Ⅲa が 25 名(14.9%)、Ⅱa が 15 名(24.8%)であった。

C. 結果

1) 利用者の状態について

表 4-2 分析対象となった利用者の基本属性

		平均	標準偏差
平均年齢		87.99	7.10
平均要介護度		1.03	0.95
		N	%
性別	男性	19	18.8
	女性	79	78.2
	欠損値	3	3.0
障害高齢者 日常生活自立度	自立	13	12.9
	J1	9	8.9
	J2	13	12.9
	A1	16	15.8
	A2	19	18.8
	B1	13	12.9
	B2	15	14.9
	C1	1	1.0
C2	2	2.0	
認知症高齢者 日常生活自立度	I	40	39.6
	Ⅱa	15	14.9
	Ⅱb	5	5.0
	Ⅲa	25	24.8
	Ⅲb	10	9.9
	Ⅳ	1	1.0
	M	1	1.0

寝返り・起き上がり・座位保持の ADL について、寝返りに一部介助もしくは全介助が必要なものは、17 名(15.9%)、起き

上がりについては 25 名(24.8%)、座位保持については、15 名(14.9%)であった。

ADL からみた状態の改善については、

寝返り・起き上がり・座位保持の ADL の 19 名（18.8%）状態に変化がなかったもの
 いずれかが、改善していたものは 3 名 は、79 名（78.2%）であった。
 （3.0%）であった。悪化していたものは

表 4-3 分析対象となった利用者の ADL

		N	%
寝返り	自立	78	77.2
	見守り	4	4.0
	一部介助	8	7.9
	全介助	9	8.9
	欠損値	2	2.0
起き上がり	自立	71	70.3
	見守り	3	3.0
	一部介助	13	12.9
	全介助	12	11.9
	欠損値	2	2.0
座位保持	自立	77	76.2
	見守り	7	6.9
	一部介助	13	12.9
	全介助	2	2.0
	欠損値	2	2.0

表 4-4 分析対象となった利用者の 6 か月間の ADL に関わる状態変化

		N	%
状態改善	悪化	19	18.8
	維持	79	78.2
	改善	3	3.0

2) 利用者に提供されたケア実施記録上の
 ケア内容について

ケアの実施記録に記録された分析対象者に提供されたケア内容別回数を見ていくと、ケア内容として記録された回数として多かったものは、「移動介助」、「薬介助」、「目配り」、「トイレ誘導」、「排泄介助」、「口腔ケア準備・誘導」、「着脱介助」、「口腔ケア介助」、「居室配膳・下膳」、「オムツ交換」といった

ものであった。

時間帯別分析に対象者に提供されたケア回数をみてみると、9時から17時が47.6%を占め、6時から8時は21.0%、18時から20時は17.7%、21時から5時は13.8%であった。

表 4-5 ケア実施記録上のケア内容別回数（上位30）

	N	%
移動介助	2292	12.1
薬介助	2025	10.7
目配り	1766	9.4
トイレ誘導	1551	8.2
排泄介助	1065	5.6
口腔ケア準備・誘導	840	4.4
着脱介助	778	4.1
口腔ケア介助	676	3.6
居室配膳・下膳	607	3.2
オムツ交換	502	2.7
お茶介助・水分補給	498	2.6
体位交換	491	2.6
換気、室温・湿度管理	469	2.5
着替え準備・確認	393	2.1
洗面介助・声かけ・確認	319	1.7
医療行為の補助	255	1.4
洗濯・乾燥	247	1.3
浴室掃除	233	1.2
洗濯物取り入れ・たたみ	231	1.2
服薬管理補助	230	1.2
ゴミ捨て	219	1.2
バイタル測定補助	212	1.1
トイレ掃除	210	1.1
入浴介助	197	1.0
下着確認・交換	188	1.0
食事介助	184	1.0
洗濯物干し	178	.9
声かけ	172	.9
陰部洗浄・清拭	143	.8
トイレ確認	123	.7

表 4-6 時刻帯別ケア実施記録上のケア回数

	N	%
6時から8時	3960	21.0
9時から17時	8984	47.6
18時から20時	3341	17.7
21時から5時	2602	13.8
合計	18887	100.0

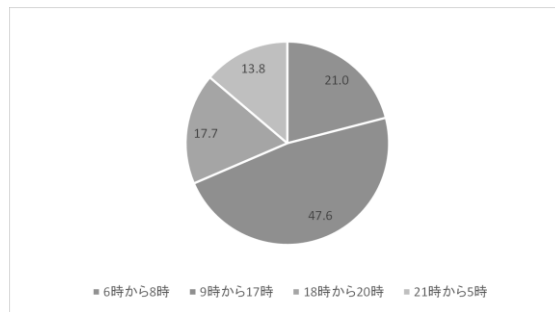


図 4-1 時刻帯別ケア実施記録上の回数

さらに時刻別に提供された分析対象者に提供されたケア回数をみると、最も多かったのは7時（8.5%）、続いて8時と18時（7.7%）であった。

表 4-7 時刻別ケア実施記録上のケア回数

	N	%
6	908	4.8
7	1603	8.5
8	1449	7.7
9	1253	6.6
10	589	3.1
11	1191	6.3
12	1306	6.9
13	812	4.3
14	1043	5.5
15	1084	5.7
16	530	2.8
17	1176	6.2
18	1451	7.7
19	1165	6.2
20	725	3.8
21	424	2.2
22	346	1.8
23	162	.9
0	266	1.4
1	191	1.0
2	218	1.2
3	240	1.3
4	151	.8
5	604	3.2
合計	18887	100.0

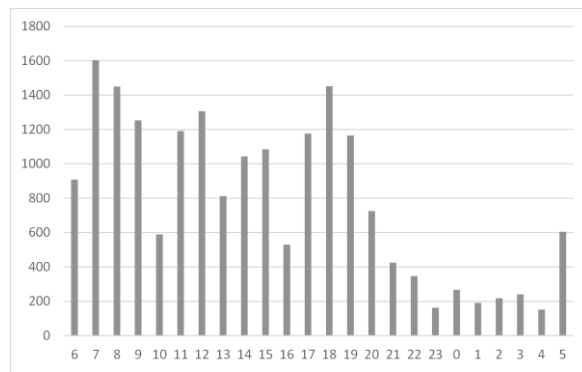


図 4-2 時刻別ケア実施記録上のケア回数

3) 状態の状況 (改善・維持・悪化) 別のケア内容について

状態の変化別ケア実施記録上のケア内容ケア回数は、表 4-8、図 4-3 のようになった。また、これを時刻帯別に分析すると表 4-9、図 4-4 のようになった。

改善群に提供されたケア内容が多かったものは、「移動介助」、「薬介助」、「トイレ

介助」、「居室配膳・下膳」、「着脱介助」であった。このうち、発生割合に改善、維持、悪化の順序性があるものは、「薬介助」、「居室配膳・下膳」の2つであった。

維持群が多かったケアは、「目配り」、「口腔ケア介助」、「換気、温度・湿度管理」であった。

表 4-8 状態の変化別ケア実施記録上のケア内容別ケア回数 (改善・維持・悪化の3群すべてに発生していたもののみ)

移動介助	18.1	10.8	14.1
薬介助	16.2	10.9	7.0
トイレ誘導	9.7	6.9	11.2
居室配膳・下膳	7.5	3.0	2.2
着脱介助	5.2	3.9	4.9
		11.2	
口腔ケア準備・誘導	2.5	4.7	5.0
		3.9	
		3.1	
着替え準備・確認	1.3	2.1	2.9

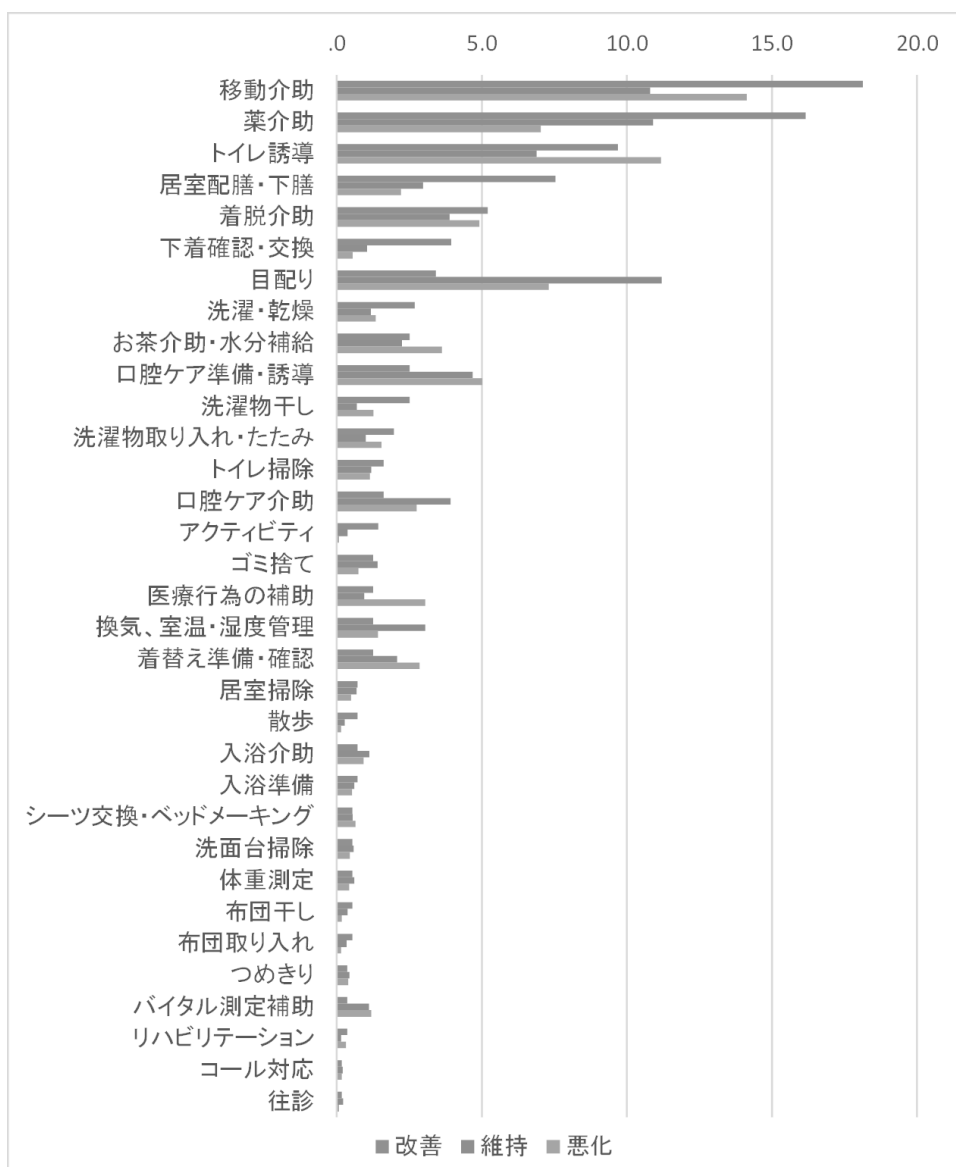


図 4-3 状態の変化別ケア実施記録上のケア内容別ケア回数
(改善・維持・悪化の3群すべてに発生していたもののみ)

表 4-9 状態の変化別時刻帯別ケア実施記録上のケア内容別ケア回数

	維持・改善・悪化					
	改善		維持		悪化	
	N	%	N	%	N	%
6時から8時	137	24.6	2427	20.8	819	20.3
9時から17時	279	50.1	5605	48.1	1828	45.4
18時から20時	105	18.9	2042	17.5	716	17.8
21時から5時	36	6.5	1576	13.5	662	16.4
合計	557	100.0	11650	100.0	4025	100.0

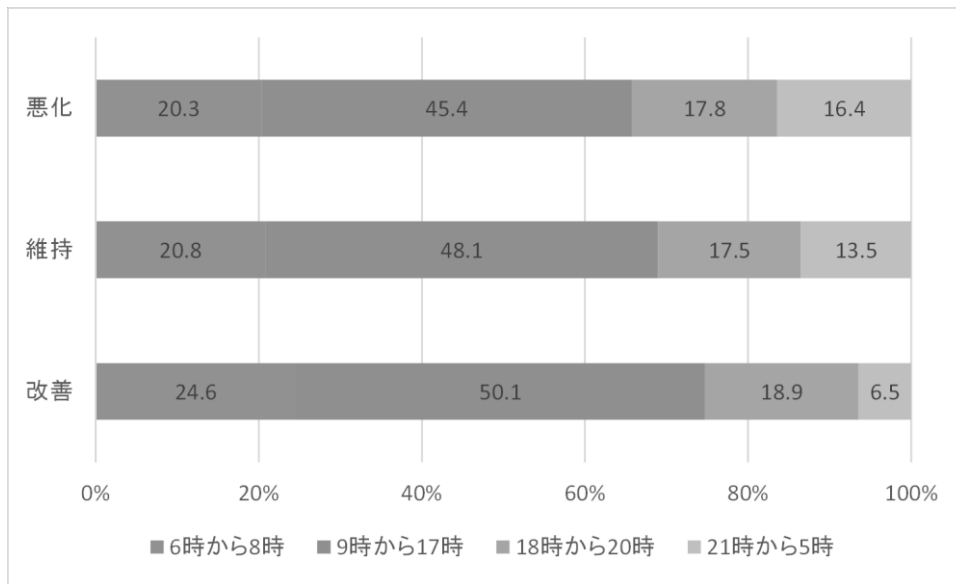


図 4-4 状態の変化別時刻帯別ケア実施記録上のケア内容別ケア回数

D. 考察

1) 6か月間における ADL の変化について

6 か月間における状態変化について、ADL の 3 項目で見た場合、今回の調査対象である介護施設（一般型特定施設入居者生活介護）では、改善したものは 101 名中 3 名（3.0%）で、それほど多くなかった。

今回は、調査の設計上 6 か月を空けた 2 時点を設定し、これら 2 時点の状態変化を検討した。しかしながら、6 ヶ月という長期間では、それより短い期間で起こる状態の改善・悪化の変動までは捉えることができないという限界がある。

日々実施記録をとるケア内容の中で主要かつ重要な介護行為との関連性から、ADL 以外のどのアセスメント項目とすべきかについては、引き続きの検討が必要である。

ケアの質評価に資する状態変化をどのような期間で行うべきかについては、今回の研究の一環として、すでに介護施設で収集される各種記録物を一部電子化することで、

作成したような利用者の状態変化を機微に捉えるアセスメント情報と日々の介護行為についての情報を集約・管理するデータベースの構築が、まずもって必要と考えられ、このデータベースを用いた分析が、今後求められるものと考えられた。

2) 提供されたケアの内容について

今回収集した記録から頻度の高いケアが明らかになり、日々のケア記録を評価に活用するためには、これらの頻度が多い項目を中心として、項目化を進めていくことも、評価の容易性といったことから必要と考えられた。

3) 状態の改善・維持・悪化別のケア提供内容の差について

改善・維持・悪化に順序性が見られた「薬介助」、「居室の配膳・下膳」からは、これらのケアをできるような状態像とするための働きかけが重要と考えられ、「目配り」、「換

気、室温・湿度管理」は、状態の維持に資するケアである可能性が推察された。

改善・悪化の2群に多かった「移動介助」、「トイレ誘導」、「着脱介助」についてはその提供方法に留意が必要であり、悪化群においても多かった「深夜帯のケア」についても、深夜帯にケアが起らないような働きかけが重要と考えられた。

E. 結論

本分担研究課題では、介護施設（一般型特定施設入居者生活介護）における利用者情報や介護記録について、紙資料もしくは電子データを収集してデータベース化を行い、状態のアセスメントや日常のケア記録を活用した分析を行い、介護施設における記録からのケア効果の評価する手法の検討を行った。

ADLに着目すると改善したものは、調査対象のうち3%と少なかったものの、状態の改善・維持・悪化をした3群へのケアを比較することで、異なる傾向を示したケアを明らかにすることができた。これらの知

見は、今後ケアの記録を基にしたケアの効果の評価する項目の候補となるものと考えられる。

しかしながら、これらは提供されたケアの種類と回数に着目したものであり、その具体的な方法までを示す情報ではないことに留意する必要がある。

今後は、これらケアの具体的な内容を加味する方法などを含め、今回得られた知見をもとに、継続した研究を行い、評価対象とすべきケアの項目の特定や具体的な評価の手法について引き続き検討していくことが必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

介護施設におけるDEAモデルに基づく効率性評価の検討

大冢賀政昭（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員）
玉置 洋（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
小林 健一（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
森川 美絵（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 特命上席主任研究官）
福田 敬（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長）

研究要旨

施設や在宅において介護サービスが提供された際の介護記録については、従来は紙媒体で作成されていたものが、情報共有のしやすさや省力化等のメリットにより、個別の法人・施設・事業所単位において、近年 ICT 導入の動きが進んでいる状況にある。介護の生産性向上のため、ICT 導入が図れているが、これを定量的にどの程度効率性が高まったかについては、これまでほとんど示されていない状況にある。効率性の評価については、包絡分析法（DEA：Data Envelopment Analysis）と呼ばれる分析手法があり、民間企業だけでなく、効率性を評価することが難しい非営利公企業（学校、図書館、公立病院等）など幅広い分野で利用されている。

そこで、本分担研究課題では、介護記録について ICT 導入の状況に違いがある 2 社を対象とした施設属性およびケア記録のデータを用いて DEA 分析を実施し、ケアの記録の実施状況を加味した効率性の評価について検討を行うこととした。

研究の結果、DEA 分析に基づいた効率性の改善策を提示し、今回の分析モデルからは、全体的傾向として、利用者への介護業務の効率性を上げるためには、ケア記録の回数より、労務時間と配置人数の削減が求められている状況を明らかにした。

今後は、今回の出入力変数として設定した指標以外の観点を踏まえて、より総合的な観点から DEA の指標を検討し、分析する必要があると考えられた。同時に、本研究では CCR モデルによる分析のみを実施しているが、今後は地域規模に関する収穫の状況に着目して、BCC モデルをはじめ様々な特徴を有するモデルによる分析結果を比較し、規模の効率性なども考慮した新たな分析を実施する必要があると考えられた。

A. 研究目的

施設や在宅において介護サービスが提供された際の介護記録については、従来は紙媒体で作成されていたものが、情報共有のしやすさや省力化等のメリットにより、個別の法人・施設・事業所単位において、近年 ICT 導入の動きが進んでいる状況にある。

介護の生産性向上のため、ICT 導入が図られているが、これを定量的にどの程度効率性が高まったかについては、これまでほとんど示されていない状況にある。

効率性の評価については、包絡分析法 (DEA : Data Envelopment Analysis) と呼ばれる分析手法があり、民間企業だけでなく、効率性を評価することが難しい非営利公企業 (学校, 図書館, 公立病院等) など幅広い分野で利用されている^{21,22}。

一般的に、効率性を評価する方法として、収益率や資本利益率などの比率をとる方法や費用便益分析等すべての効果を金額で表して算出する方法が考えられる。収益率や資本利益率はそれぞれの項目で評価対象を比較する場合は分かりやすいが、複数の項目をまとめて総合的に判断する場合それぞれの項目をどのように扱うかが難しくなる。

また、費用便益分析はすべての項目を貨幣という同一の尺度で計測しているため、複数項目の相対比較が容易であるが、効果を金額に換算する方法が問題となる。DEA は複数の項目を一度に扱うことができ、単位が異なっても取り扱うことができるため、これらの問題に対応することができる。

さらに、回帰分析のような平均を基に相対的に判断する手法と異なり、DEA はそれぞれの対象ごとに最も有利になるように評価したうえで、相対比較を行うため、模範的な対象だけでなく、個性的な対象も評価される特徴がある。さらに、DEA は定量的に項目を扱うため、相対的な順位だけではなく、具体的な改善値も把握することができるという特長がある。

そこで、本分担研究課題では、介護記録について ICT 導入の状況に違いがある 2 社を対象とした施設属性およびケア記録のデータを用いて DEA 分析を実施し、ケアの記録の実施状況を加味した効率性の評価について検討を行うこととした。

B. 研究方法

1) 分析データについて

本研究では、介護付有料老人ホーム等を展開する介護事業者 2 社の協力の下、下記に示す介護付有料老人ホーム (特定施設) 計 10 施設においてデータ収集を実施した (表 5-1)。

収集したデータ内容は下表の通りである。

本研究においては、アセスメント情報やケアプラン、モニタリングシートその他、ケア実施記録について、所定の 2 時点を始点とした各 1 週間分のデータを収集した (表 5-2)。

ケアの記録を収集した入居者については、データ収集対象の 2 期間 (所定の 2 時点を

²¹ 末吉俊幸. (1990). DEA による効率性分析に関する一考察. オペレーションズ・リサーチ: 経営の科学, 35(3), 167-173.

²² 山田善靖, 松井知己, & 杉山学. (1994).

DEA モデルに基づく新たな経営効率性分析法の提案. Journal of the Operations Research Society of Japan, 37(2), 158-168.

始点とした各 1 週間)において、いずれの期間にも入居していた者を調査対象として、セアセスメント情報についても収集した。

なお、データ収集にあたっては、国立保健

医療科学院に設置される研究倫理審査委員会の許可を得た(承認番号 NIPH-IBRA#12130)。

表 5-1 調査対象施設概要

協力企業	施設数	備考
A社	4 施設	
B社	6 施設	24 時間看護師常駐施設 2 施設を含む

表 5-2 収集データ一覧

データ内容	収集単位	データ収集方法	
		A社	B社
アセスメント情報	所定の 2 時点	紙媒体	電子媒体
ケア実施記録	所定の 2 期間	紙媒体	電子媒体

2) 分析方法について

①DEA について

事業体の活動を、資源を投入し便益を産出する変換過程とみることもできる。このとき、

(産出/投入)という比を用いて、その事業体の効率性を測定するのが比率尺度である。同

種の投入と産出を持つ事業体が複数個ある場合、この比率尺度の大小によってそれらの相対比較を行うことが可能になる。この比率尺度は、少ない投入で多くの産出を得ることが効率的である、という考え方である。

例えば、図 5-1 のように、8 つの事業体があり、産出(ex.売上高)と投入(ex.営業人数)の関係があると仮定する。

この中で、事業体①と原点を結ぶ直線の勾配が一番大きい。これは、産出/投入が最大であることを意味する。

この線を DEA では効率的フロンティアと呼ぶ。

そしてすべての事業体はこの効率的フロンティアの下側に包み込まれることになる

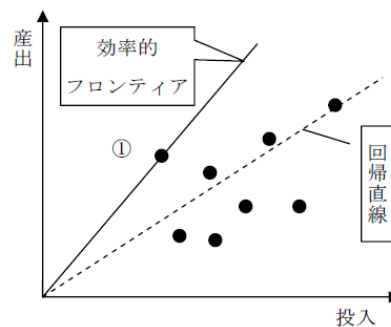


図 5-1 DEA の概念図

既存の分析では、図の点線のような回帰分析による直線が当てはめられることが多く、回帰直線の場合はデータ群のほぼ中央を通過する。

このとき、回帰直線より上にある事業体は効率的と評価され、下にある事業体は非効率と評価される。これに対し、フロンティ

ア線は最優秀事業体のパフォーマンスを示す。

そして、この最優秀パフォーマンス線をもとに他の事業体の成績を評価するのが DEA の基本的概念である。回帰分析が平均に基づく分析法であるのに対し、DEA は優秀な事業体をベースとした効率性の評価法である。

この視点から考えれば、事業体①は効率的であるが、他はすべて非効率的となる。DEA では、事業体①の効率値を 1.000 と定め、他の事業体の効率値を相対的に評価する。

次に、本研究で活用した CCR モデルを説明する。DEA では分析対象（ここでは事業体）を一般に DMU (Decision Making Unit) という。ここで、n 個の DMU があると仮定し、対象とする代表的 DMU を DMU₀ とする。

また、m 個の投入項目と s 個の産出項目があるとき、DMU₀ の投入（入力）データを $x_{10}, x_{20}, \dots, x_{m0}$ 、産出（出力）データを $y_{10}, y_{20}, \dots, y_{s0}$ とする。入力につけるウエイトを $v_i (i=1, \dots, m)$ 、出力につけるウエイトを $u_r (r=1, \dots, s)$ とし、その値を次の分数計画問題を解くことによって定める。

$$\langle FP_0 \rangle \text{目的関数} \quad \max \theta = \frac{u_1 y_{10} + \dots + u_s y_{s0}}{v_1 x_{10} + \dots + v_m x_{m0}} \quad (2.1)$$

$$\text{制約式} \quad \frac{u_1 y_{1j} + \dots + u_s y_{sj}}{v_1 x_{1j} + \dots + v_m x_{mj}} \leq 1 \quad (j = 1, \dots, n) \quad (2.2)$$

$$v_1, v_2, \dots, v_m \geq 0 \quad (2.3)$$

$$u_1, u_2, \dots, u_s \geq 0 \quad (2.4)$$

上記のように、DMU₀ の効率性を求める問題は定式化されるが、分数計画問題のままでは最適解を求めることは困難であるこ

とから、以下のような線形計画問題に置き換えることによって最適解を求める。

$$\langle LPO \rangle \text{目的関数} \quad \max \theta = u_1 y_{10} + \dots + u_s y_{s0} \quad (2.5)$$

$$\text{制約式} \quad v_1 x_{10} + \dots + v_m x_{m0} = 1 \quad (2.6)$$

$$u_1 y_{1j} + \dots + u_s y_{sj} \leq v_1 x_{1j} + \dots + v_m x_{mj} \quad (2.7)$$

$$j = 1, \dots, n$$

$$v_1, v_2, \dots, v_m \geq 0 \quad (2.8)$$

$$u_1, u_2, \dots, u_s \geq 0 \quad (2.9)$$

<LPO>の最適解を (v^*, u^*) とし、目的関数値を θ^* とする。このとき、 $\theta^* = 1$ ならば DMU₀ は D 効率的であるといい、 $\theta^* < 1$ ならば DMU₀ は D 非効率的であるという。

ここで、<LPO>の最適解として得られた (v^*, u^*) の値は、DMU₀ に対する最適ウエイトを意味する。また、比率尺度の値は、

$$\theta^* = \frac{\sum_{r=1}^s u_r^* y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i^* x_{ij}} \quad (2.10)$$

である。この (v^*, u^*) は DMU₀ にとって比

率尺度を最大化するという目的のために、

最も好意的なウエイト付けの値である。vi* は入力項目に対する最適ウエイトであり、その大小によってその DMU のどの入力項目が高く評価されているかがわかり、また

$$\theta^* = \sum_{r=1}^s u_r^* y_{rj} \quad (2.11)$$

のなかで、どの入力項目がどのくらいの比重を占めるかがわかる。同様のことが ur*yo の個々の値についても言える。これ

②投入した入出力項目について

本研究では、収集した介護施設のデータを基に、入出力項目として、3入力、1出力を設定した。

まず、資源投入（入力項目）として、介護職員と看護職員の1週間の総労務時間と常勤換算した介護職員と看護職員の配置数を入れた。

さらに、便益産出（出力項目）として、調査対象となった利用者数をいれることで、資源投入に対して、どの程度の利用者への

ur*は出力項目に対する最適ウエイトであり、その大小によってどの出力項目が高く評価されているかがわかる。さらに、vi*xio の個々の値をみれば、仮想的入力

らの値は個々の DMU にとって、どの入出力項目に特徴があるかを示すものである。

ケアが可能となっているかを検討した。ここで、介護職員数や労務時間に対する利用者数だけでは、人員配置による利用者ケアの効率性を評価するモデルとなるが、本研究においては、どの程度利用者に係わるケアが投下されているかを示す指標として「介護記録回数」に着目した。

これを入力項目として設定し、人員配置による利用者ケアの効率性にどの程度影響を与えているかを検討した。投入変数の記述統計は、表 5-3 の通りである。

表 5-3 投入変数の記述統計

会社	ID	入力変数			出力変数
		介護職員と看護職員の1週間の総労務時間 (hour)	介護職員と看護職員の常勤換算配置数 (staff)	2週間の延べケア記録回数 (care time)	調査対象となった利用者数 (cl)
A	1	2,246	15.8	5,758	27
A	2	2,736	16.7	4,679	30
A	3	2,731	17.9	3,687	28
A	4	2,864	18.4	4,763	16
B	5	8,812	16.1	13,063	34
B	6	5,112	31.3	26,140	100
B	7	4,925	27.9	16,554	71
B	8	7,753	47.2	23,585	108
B	9	2,888	27	21,400	77
B	10	3,597	19.8	14,642	69
A社平均		2,644	17	4,722	25
B社平均		5,514	28	19,231	77
全体平均		4,366	24	13,427	56

C. 研究結果

CCR モデルによる DEA 分析の結果は、効率値である DMU スコアが 1 となったの表 5-4 のようになった。CCR モデルによるは、A 社が 1 施設、B 社が 2 施設であった。

表 5-4 CCR モデルによる DEA 分析の結果

会社	ID	DMU	ウエイト1 (hour)	ウエイト2 (staff)	ウエイト3 (time)	改善案
A	1	0.844	0.409	0	0.591	入力を 0.844 倍。staff(1.798) を除去。
A	2	0.981	0	0.449	0.551	入力を 0.981 倍。hour(118.259) を除去。
A	3	1	0.568	0	0.432	効率的。
A	4	0.496	0	0.469	0.531	入力を 0.496 倍。hour(1.831) を除去。
B	5	0.606	0	1	0	入力を 0.606 倍。hour(3567.841) times(701.216) を除去。
B	6	0.96	0.416	0.584	0	入力を 0.960 倍。times(2481.516) を除去。
B	7	0.86	0	0.278	0.722	入力を 0.860 倍。hour(68.303) を除去。
B	8	0.881	0.368	0	0.632	入力を 0.881 倍。staff(1.270) を除去。
B	9	1	1	0	0	効率的。
B	10	1	0	1	0	効率的。

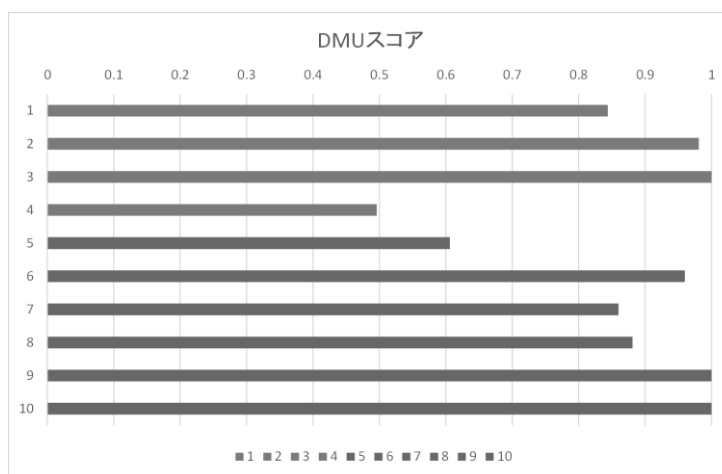


図 5-2 介護施設別の DMU スコア

D. 考察

本研究では、ICT の導入状況が異なる A 社と B 社でそれぞれ DMU スコアを比較しても大きな差異は認められなかった。

これは、ケア記録回数を出力項目とするか、職員の労務時間を入力項目に加えなかった場合、ICT を導入していない A 社のケア記録回数の平均値は B 社の平均値より、約 1 万 5 千回少ないため、DMU スコアは低くなっていたものと推察される。

DMU スコアが低かった A 社の ID4 の施

設は利用者（出力）に対して、人員配置が多くなっていたため、効率性が下がっており、B 社の ID5 の施設は労務時間の多さが課題となっていた。

今回の利用者数を出力とした場合の職員の配置や労務時間やケアの記録回数を入力とした場合の効率性を評価する DEA 分析の結果からは、ICT の導入の如何に関わらず、利用者に対する職員配置の状況や労務時間の多さといった理由が 10 施設中 6 施設で指摘され、ケア記録の多さが指摘され

たのは、1施設のみであり、当該施設では労務時間の多さも効率性を下げる要因として指摘がなされていた。

これらのことから、ICTの導入は、労務時間の多さや利用者に対する人員配置をより少なくするものである必要があり、今回の調査対象におけるICTの導入は顕著なこれら要因の解決には至っていないことが推察された。

もちろん、これらの結果の解釈にあつたては、ICT導入の程度には差があり、ICT導入以外の業務フローも単純には比較できないことに留意する必要がある。

また、今回は扱うことができなかったケ

E. 結論

本研究は、DEA分析を用いて、ケア記録回数をケアの実施プロセスと見立て、これを考慮した介護施設の効率性の評価のモデルの検討を行った。

また、DEA分析に基づいた効率性の改善策を提示し、今回の分析モデルからは、全体的傾向として、利用者への介護業務の効率性を上げるためには、ケア記録の回数より、労務時間と配置人数の削減が求められている状況を明らかにした。

今後は、今回の出入力変数として設定した指標以外の観点を踏まえて、より総合的な観点からDEAの指標を検討し、分析する必要があると考えられる。

また、本研究ではCCRモデルによる分析のみを実施しているが、今後はBCCモデルをはじめ様々な特徴を有するモデルによる分析結果を比較し、規模の効率性なども考慮した新たな分析を実施する必要があると考えられた。

ア記録回数についても、今後は精査する必要があるだろう。

例えば、その内容の頻度や回数の多寡といった分析軸からもケアの内容についての性質の分類が可能と考えられる。こうした性質を加味したケアの実施状況の精査が効率性を高める一つの方法になるとも考えられる。

同時に、今回の分析は、効率性のみを扱ったものであり、当然のことながら利用者の満足度や心身状況の改善といった効果を踏まえた検討も同時に必要と考えられた。

さらに、DMUを今回対象とした特定施設以外の施設類型等の枠組みで設定し、同様の観点から分析を行う必要もあると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
森川 美絵	地域包括ケアシステム構築のための人的基盤：フィンランドのラヒホイタヤからの示唆（特集 地域包括ケアシステムとこれからの地域づくり）	月刊福祉	99(8)	36-41	2016-07
大冢賀 政昭	介護事業所における原価管理の活用可能性と課題ータイムスタディデータを用いた原価管理の試みを通してー	商大ビジネスレビュー	6(3)	1-26	2016-09
福田 敬	費用効果分析：診療へのインパクト（特集 診療を支える枠組み：最近の動き）	日本内科学会雑誌	105(12)	2330-2335	2016-12

学会発表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	開催場所	開催日
玉置洋，大冢賀政昭，森川美絵，他.	介護サービス受給者における要介護度と嚥下障害・口腔清潔の関連について.	第75回日本公衆衛生学会	大阪	2016. 10. 25-28
大冢賀政昭，筒井孝子，東野定律.	特別養護老人ホームにおいて提供されるケア内容の実態ーユニット型と多床室の比較.	第75回日本公衆衛生学会	大阪	2016. 10. 25-28

厚生労働行政推進調査事業補助金

(厚生労働科学特別研究事業)

介護施設におけるケアの効果及び効率性の評価手法に関する研究

(H28-特別-指定-018)

平成 28 年度 分担研究報告書

分担研究課題

「介護行為データベース化のための介護行為分類作成に関する症例調査」

平成 29 年 3 月

分担研究者 藤野 善久
産業医科大学公衆衛生学講座 准教授

厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別 研究事業）
「介護施設におけるケアの効果及び効率性の評価手法に関する研究
（H28-特別-指定-018）」

平成 28 年度 分担研究報告書
分担研究課題
「介護行為データベース化のための介護行為分類作成に関する症例調査」

分担研究者 藤野善久（産業医科大学公衆衛生学教室准教授）
研究協力者 川邊万希子（株式会社三菱総合研究所）

研究要旨

本研究では、介護保険総合データベースに、提供されたケアの内容を記録するための仕様を検討するため、「排泄介助」に着目し、ケア内容を記載する上での「排泄ケア提供内容に関する分類案」を作成した。さらに、作成した「排泄ケア提供内容に関する分類案」によって、排泄介助の実態がどの程度網羅的に記録可能かについて検証を行った。

具体的には排泄介助に関わる症例調査を行い、抽出した症例に関して、本報告書 B 2) (2) に示す調査項目について、カルテの一部転記およびヒアリングによる確認を実施した。また調査項目の中に「排泄ケア提供内容に関する分類案（パイロット調査）」を含め（調査項目 No. 26～28）、試行的に作成した「排泄ケア提供内容に関する分類案」に関わる評価を行うとともに、本分類案についての意見収集（調査項目 No. 29）を行った。

結果として計 5 施設からの調査協力を得た。収集した事例は計 25 名であり、いずれも女性で、要介護 1 が 3 名、要介護 2 が 4 名、要介護 3 が 4 名、要介護 4 が 5 名、要介護 5 が 9 名であり、平均 83.4 歳であった。利用しているサービスについて、介護老人福祉施設利用者が 15 名、介護老人保健施設が 5 名、その他居宅サービス利用者が 5 名であった。

排泄ケアを考える上で重要な視点の 1 つである「おむつの着用」については、「あり」が 10 名、「なし」が 15 名であった。ただし、「おむつの着用」については、要介護度といった利用者の状態よりむしろ、各施設の方針に基づくことが多く、おむつゼロの方針を打ち出している 2 施設ではおむつを着用している事例はなく、別の 1 施設では要介護 4・5 の事例で一部おむつ着用の事例があった。

本研究で収集した症例は、「介助なし」「見守り」「部分介助」「基本動作介助」「全介助」の中では「部分介助」「基本動作介助」の事例が多かったが、この段階での排泄ケアを「トイレ誘導」「トイレ動作の介助」「座薬挿入介助」「排便・腹圧介助」といった排泄時の介助

にのみ限定した場合、「トイレ誘導」については、日々の記録に基づき、申し送り・カンファレンス・事例検討などで状況が共有された上で、実際のケアの手法はマニュアル・研修等で標準化されており、大きな違いは見られなかった。

また「トイレ動作の介助」については、利用者の状態（立位の保持や麻痺の有無）によって、1名介助か/2名介助（身体を支える人/更衣・処理の補助をする人）か、といった体制面での違いはあったものの、「ズボンの上げ」「ズボンの下げ」「お尻などをふく」といった一連の介助動作では大きな差が見られなかった。一方、「座薬挿入介助」「排便・腹圧介助」については、施設で「座薬」「腹圧」を推奨するか否かで差が見られた。

このように、排泄時の介助にのみ限定した場合は、施設間・事例間で大きな違いは見られなかったが、排泄ケアに関わる方針や考え方等については各施設で違いが見られた。このことから「良いケア」を考える場合、施設全体の各ケアに関する方針・体制といった視点も合わせて考えていく必要性が示唆された。

本研究で収集した事例を作成した「排泄ケア提供内容に関する分類案」に当てはめた場合、ほぼ全ての症例において、記述可能であった。また、要介護度や FIM 点数とは別に、どのようなケアを提供しているのかは施設や症例によって違いが見られた。このことから、同様な機能、状態像であっても、提供されるケア内容や手段は、対象者個人や施設の方針によって異なることが示唆された。したがって、将来的にこのようなデータを蓄積することで、同程度の状態像であってもより好ましいケアが提供されている施設や、優良実践事例の把握や収集が可能となり、介護の質の向上に寄与できる可能性が示唆された。

A. 研究目的

介護保険制度は要介護者の能力に応じ自立した日常生活を送ることを目的としており、利用者それぞれの状態に応じ、可能な限り自立に資するケアを提供することが求められている。

介護保険総合データベース（以下、介護 DB）には要介護認定データ及び介護レセプトが格納されているが、提供されたケアの内容までは記録されていない。したがって、現在の介護 DB の分析から、どのようなケアが自立につながるかを明らかにすることは困難な状況である。したがって、介護の質を評価する上では、今後、提供されているケア内容を含むデータベースを構築すること必要となる。

これらの背景を踏まえ、本研究では、新たなデータベース構築のステップの一つとして、排泄介助に着目し、ケア内容を記載する上での「排泄ケア提供内容に関する分類案」を作成し、検討のための基礎資料作成を実施した。具体的にはヒアリング調査を行い、排泄介助に関わる症例調査を行った。

B. 研究方法

1) 分析データ

調査対象の施設において、要介護度や排泄ケアの内容に幅が出るように、要介護度 1～要介護度 5 から恣意的に抽出し（入院・入所中を含む）、抽出した症例に関して、2) (3) の調査項目（現病歴および介護に関するアセスメント事項等）について、カルテの一部転記およびヒアリングによる確認を実施した。

また下図のように「排泄ケア提供内容に関する分類案（パイロット調査）」を作成し、調査票において（調査項目 No. 26～28）、試行的に評価を行うとともに、本分類案についての意見収集（調査項目 No. 29）を行った。

トイレ	0	介助なし	見守りを含め、介助を行わないもの。
	1	見守り	環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまづいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。
	2	部分介助	一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。
	3	基本動作介助	移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。
	4	全介助	一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合（排便の意思がない等）もここに該当する。
	9	それ以外	上記のいずれにも当てはまらないもの。
ポータブル	0	介助なし	見守りを含め、介助を行わないもの。
	1	見守り	環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまづいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。
	2	部分介助	一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。
	3	基本動作介助	移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。
	4	全介助	一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合（排便の意思がない等）もここに該当する。
	9	それ以外	上記のいずれにも当てはまらないもの。
ベッド上	0	介助なし	見守りを含め、介助を行わないもの。
	1	見守り	環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまづいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。
	2	部分介助	一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。
	3	基本動作介助	移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。
	4	全介助	一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合（排便の意思がない等）もここに該当する。
	9	それ以外	上記のいずれにも当てはまらないもの。
人工肛門	0	介助なし	見守りを含め、介助を行わないもの。
	1	見守り	環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまづいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。
	2	部分介助	一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。
	3	基本動作介助	移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。
	4	全介助	一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合（排便の意思がない等）もここに該当する。
	9	それ以外	上記のいずれにも当てはまらないもの。

2) 分析方法

調査対象の施設に対してヒアリング調査を行った。

(1) 調査対象・調査時期

調査対象・調査時期は以下のとおり。

図表 1 訪問先・日程一覧

サービス	訪問先	訪問日時
介護老人 福祉施設	介護老人福祉施設 A	平成 29 年 2 月 28 日 (火) 16:00~18:00
	介護老人福祉施設 B	平成 29 年 3 月 10 日 (金) 10:00~12:00
	介護老人福祉施設 C	平成 29 年 3 月 14 日 (火) 14:00~16:00
	介護老人福祉施設 D	平成 29 年 3 月 16 日 (木) 14:00~16:00
介護老人 保健施設	介護老人保健施設 E	平成 29 年 3 月 17 日 (金) 15:00~17:00

(2) 調査項目

調査項目は以下のとおり。

調査項目 No	調査項目
1	性別
2	年齢
3	主病名
4	主病名 ICD10
5	副傷病 (介護に最も影響するもの)
6	副傷病 ICD10
7	要介護度
8	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)
9	認知症高齢者の日常生活自立度
10	現病歴
11	介護に影響する、特記すべき事項
12	基本動作に関する評価 (R4 ステージ)
13	歩行移動に関する評価 (R4 ステージ)
14	排泄動作に関する評価 (R4 ステージ)
FIM 点数 (トイレ動作の内容)	
15	ズボンなどを下げる
16	ズボンなどを上げる
17	お尻などをふく (清潔にする)
FIM 点数 (排便の内容)	
18	失敗の頻度
19	座薬
20	摘便・腹圧介助の頻度
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価
22	普段のオムツ着用の有無
23	排泄に関する介護の状態 (記述)
24	1 回の排泄時に対応する介護者の人数
25	1 回の介護に要する時間 (分)
26/27	パイロット調査【排便手段】/ケア内容
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点があれば、詳しく記載
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など (外形的に識別できる行動について)

C. 研究結果

1) 介護老人福祉施設 A

(1) 介護老人福祉施設 A における排泄ケアに関わる方針

(排泄ケアの方針～IS09001 の取得とおむつゼロの取組～)

- 介護老人福祉施設 A は、IS09001 を取得している。
- 介護老人福祉施設 A は、おむつゼロに取り組んでいる。当法人の既存施設（世田谷区に立地）では元々おむつ率 50%程度であったが、おむつゼロに取り組んで、全ての入所者が日中はトイレに誘導できるようになった。平成 25 年 4 月に開設した当施設は、当初からおむつゼロを目指し、おむつの購入をしなかった。入所前まではおむつをしていた利用者も多いが、日中の排泄はベッド上で行わず、テープ式オムツやリハビリパンツは使用せず、必要な方は尿取りパッドを使用しながら入所者全員がトイレでの排泄を行っている。
- おむつゼロを実現するために、下剤は出来る限り使用しないようにしている。下剤を使用せずに排便コントロールを行うために、以下の取り組みを組み合わせている。
 - ✓ 1日に水分1500ccを摂取する(目安であり一人ひとりの状況によって変える)。
 - ✓ 歩行やパワーリハの実施を含めて運動量を確保し、腸の動きを活発化する。
 - ✓ 決まった時間にトイレに座るように誘導する。(生活リズムと排便リズムを合わせていく。)
 - ✓ ヨーグルト、ファイバー飲料、オリゴ糖飲料、センナ茶等を摂取する
- おむつを外すことができると、入所者の表情が明るくなるし、外に出かけたり、積極的に歩行するようになる。人間としての尊厳を尊重することにもつながっている。

(排泄委員会)

- ISO を取得していることもあり、施設内で各種委員会を設置している。排泄ケアについては排泄委員会、下剤廃止委員会を設置している。

(下剤廃止委員会)

- 胃腸の調子が悪い場合には下剤を使用することもあるが、そうした入所者については、「排泄ケアチャート」を作成して、便の形状・頻度・時間等について 2 週間の推移を観察・記録（看護・介護職員がそれぞれの視点から留意点も記入）し、下剤廃止委員会でいつどのように下剤を廃止するか検討している。2 週間で下剤の使用を止められないケースについては、さらに 2 週間の観察・アセスメントを繰り返し実施していく。

(スタッフの教育・研修)

- 新入職員が入職した際には、1 日かけて自立支援介護の研修を実施している他、毎月事例検討・ケアプラン作成研修等の取り組みを行っており、実践と基礎理論を繰り返し

教育している。実践と基礎理論をバランスよく継続的に教育していくことが重要であり、基礎理論をしっかりと学ぶ事によって、「なぜこのような介護を行うのか」納得できるようになる。

(排泄ケアのマニュアル)

- 排泄ケアのマニュアルは、ISO 管理文書の一環として作成している。当施設独自のマニュアルであり、当法人内の排泄担当の介護職員が現場の工夫や知恵を整理して作成したものである。内容は、「おむつ交換編」「トイレ誘導編」の2つがある。
- ただし、マニュアルはあくまでもテクニックの整理であり、実際には「歩行と排泄」等のガイドブックを参考にしながら日々の介護を実践している。

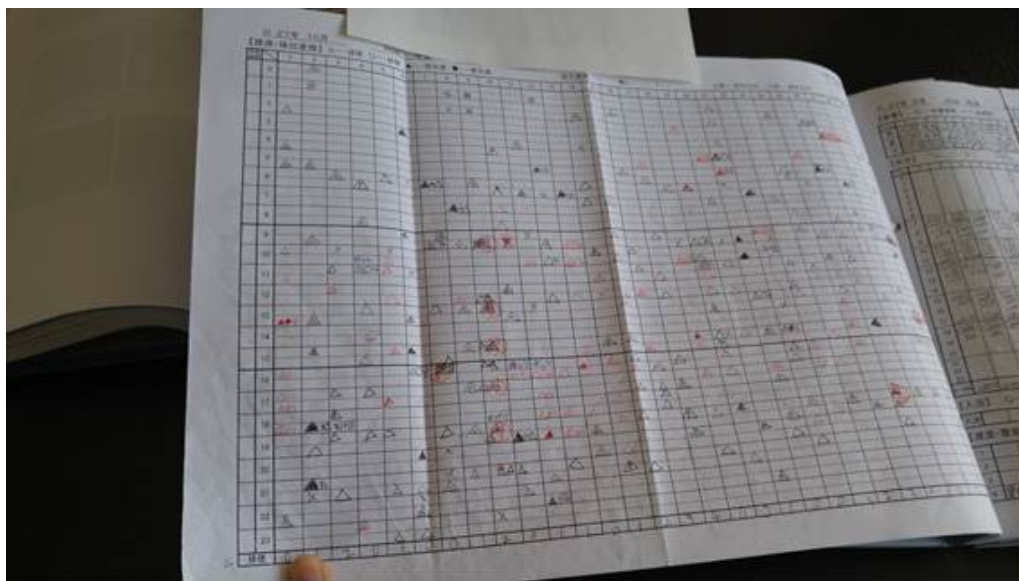
(排泄に関連する記録)

- 入所者一人ひとりの食事摂取状況や水分摂取状況、排尿・排便の状況等は、記録シートに記入するようにしている。(それぞれ1ヶ月1枚のシートになっている。)

<食事摂取・水分摂取の記録シート>



<排尿・排便の記録シート>



- 排尿・排便の記録シートに記入する記号等の凡例は以下の通りである。

排 尿		排 便	
排泄状況	記 号	排泄状況	記 号
トイレで排尿	△	トイレで排便	○
パッド内排尿	△ P	パッド内排便	⊖
トイレとオムツ・パッド内排尿	△ △	トイレとオムツ・パッド内排便	⊙
更衣を伴う尿失禁	▲	更衣を伴う便失禁	●
更衣を伴う尿失禁後にトイレにて排尿・排便	▲→△・○	更衣を伴う便失禁後にトイレにて排便・排尿	●→△・○
排尿無し	×	排便無し	×
拒 否	拒	拒 否	拒

(介護老人福祉施設 A が排泄ケアで重視するポイント)

- どのような視点で排泄介護を考えるかが重要であり、当施設では、排泄後の処理よりも、排泄をきちんと行えるよう事前に整えること・便失禁の予防を重視している。便失禁を抑制することができれば、その処理に係る時間を軽減することができる。また、そのようにして、オムツを外すことができれば、自立・尊厳を高めることができるものと考えている。

(2) 個別事例の状況

No	性別	年齢	要介護度
1 (A さん)	女性	85	要介護 1
2 (B さん)	女性	81	要介護 2
3 (C さん)	女性	83	要介護 3
4 (D さん)	女性	90	要介護 4
5 (E さん)	女性	83	要介護 5

<A さん>

1	性別	女性
2	年齢	85歳
3	主病名	うつ病
4	病名 ICD10	F32
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	緑内障（右目失明）
6	副傷病 ICD10	H40
7	要介護度	要介護1
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	A2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	I
10	現病歴	高血圧症、逆流性食道炎、慢性胃炎、便秘症、骨粗しょう症
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事以外は横になっていることが多い。 ・ 強いうつ病。 ・ 認知症はほとんどない。 ・ 褥瘡はない ・ 当施設の開設当初より入所している。 ・ 布パンツ+ナプキンサイズのパッドを使用。（汚れたら自分で処理） ・ 自発的な生活意欲に乏しい。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	5
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	3
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	5
FIM 点数（トイレ動作の内容）		7点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている
16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている
17	お尻などをふく（清潔にする）	1. 自分でしている
FIM 点数（排便の内容）		6・7点
18	失敗の頻度	1. ない
19	座薬	・ 座薬が必要なケースはほとんどない。必要あれば看護職が介助。

20	摘便・腹圧介助の頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 摘便なし。 ・ 腹圧は自分でかけている。 								
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	Xxx. 1								
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし ※布パンツ※ナプキンサイズのパッド 使用								
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 水分摂取は1日 1500cc。 ・ 食事量は少な目。 ・ 毎週1回、パワーリハ（運動）実施。 ・ 伝い歩きできる。食堂まではシルバーカーで移動している。 ・ 自分のトイレは自分でできるが、便の状況は流す前に職員が目視で確認している。 ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日中 (9～19時)</td> <td>6～7回</td> <td rowspan="2">概ね4日に1回</td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td>1～2回</td> </tr> </tbody> </table>		排尿	排便	日中 (9～19時)	6～7回	概ね4日に1回	夜間	1～2回
	排尿	排便								
日中 (9～19時)	6～7回	概ね4日に1回								
夜間	1～2回									
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	0人								
25	1回の介護に要する時間(分)	0分								
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ 0(見守りを含め、介助を行わないもの。) ※自分のトイレは自分でできるが、便の状況は流す前に職員が目視で確認している。								
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。								
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など(外形的に識別できる行動について)	特になし。								

<Bさん>

1	性別	女性
2	年齢	81歳
3	主病名	両変形性股関節症
4	病名 ICD10	M169
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	右変形性膝関節症
6	副傷病 ICD10	M179
7	要介護度	要介護2
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	A2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	I
10	現病歴	高血圧
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活はほぼ自立している。 ・ 長時間歩くと痛みが出る。 ・ 歩行練習は時間を取って行っている。 ・ 認知症はほとんどない。 ・ 身の回りのことは安全にできている。 ・ もともと要介護4だったが、おむつを外したこととリハビリテーションに取り組んだことにより、要介護2まで改善した。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	4
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	2
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	5
FIM点数（トイレ動作の内容）		7点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている
16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている
17	お尻などをふく（清潔にする）	1. 自分でしている
FIM点数（排便の内容）		5点
18	失敗の頻度	1. ない
19	座薬	3. 座薬挿入介助あり（月2回以下）

20	摘便・腹圧介助の頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 摘便なし。 ・ 腹圧は自分でかけている。 								
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	Xxx. 1								
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし ※パッドもなし								
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 水分摂取は1日 1800cc。 ・ 食事量は少量（ご飯はいつも小盛り）。実際に食べるのは7割くらい。お菓子（ポテトチップス）やアイスが好物である。 ・ 毎週1回、パワーリハ（運動）実施。 ・ 車椅子は自走できる（足で漕いでいる）。歩行器でサークル歩行もしている。 ・ 自分のトイレは自分でできるが、便の状況は流す前に職員が目視で確認している。 ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日中（9～19時）</td> <td>5～6回</td> <td rowspan="2">5～6日に1回くらい</td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td>3～4回</td> </tr> </tbody> </table>		排尿	排便	日中（9～19時）	5～6回	5～6日に1回くらい	夜間	3～4回
	排尿	排便								
日中（9～19時）	5～6回	5～6日に1回くらい								
夜間	3～4回									
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	0人								
25	1回の介護に要する時間（分）	0分								
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ	0（見守りを含め、介助を行わないもの。） ※自分のトイレは自分でできるが、便の状況は流す前に職員が目視で確認している。							
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。								
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など（外形的に識別できる行動について）	特になし。								

< Cさん >

1	性別	女性
2	年齢	83歳
3	主病名	腹部大動脈瘤
4	病名 ICD10	I714
5	副傷病 (介護に最も影響するもの)	脳梗塞後遺症
6	副傷病 ICD10	I693
7	要介護度	要介護3
8	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	B2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱb
10	現病歴	脊椎カリエス、白内障、脳梗塞、腰椎圧迫骨折、認知症、陳旧性肺結核
11	介護に影響する、特記すべき事項 (病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症が少しある。 ・ 日中は車椅子の上で起きて過ごしている。
12	基本動作に関する評価 (R4 ステージ)	3
13	歩行移動に関する評価 (R4 ステージ)	2
14	排泄動作に関する評価 (R4 ステージ)	2
FIM 点数 (トイレ動作の内容)		3点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている
16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている
17	お尻などをふく (清潔にする)	1. 自分でしている と 2. していない の両方ある
FIM 点数 (排便の内容)		2点
18	失敗の頻度	1日1回くらい (半分くらい) 失敗する
19	座薬	3. 座薬挿入介助あり (月2回以下)
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない ※腹部大動脈瘤があり、腹圧はかけることができないため、下剤を使用している (参考: 当施設では、下剤を使用するケースでも、おむつは使用しない。)
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	Xxx. 2

22	普段のオムツ着用の有無	1. なし ※布おむつ+パッドを着用										
23	排泄に関する介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> 水分摂取は1日 1800cc。 食事は全く食べない。栄養飲料（1日1本（250kcal））を摂取。クリミールなども飲用している。 体重変化は入所以降ほとんどない。 毎週1回、パワーリハ（運動）実施。 車椅子には乗っているが、自走はできない。 身体に麻痺があるため、ズボンの上げ下げ・お尻をふく・パッドを当てる、という一連の動作について介助が必要である。 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日中（9～19時）</td> <td>4回</td> <td>5～6日に1回くらい</td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td>4回</td> <td>らい</td> </tr> </tbody> </table>			排尿	排便	日中（9～19時）	4回	5～6日に1回くらい	夜間	4回	らい
	排尿	排便										
日中（9～19時）	4回	5～6日に1回くらい										
夜間	4回	らい										
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	1人										
25	1回の介護に要する時間（分）	5分										
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ	3（移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。） ※腹圧は行っていないが、「部分介助」に最も近いと思われる									
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。										
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など（外形的に識別できる行動について）	特になし。										

<Dさん>

1	性別	女性
2	年齢	90歳
3	主病名	高血圧
4	病名 ICD10	I10
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	バセドウ氏病
6	副傷病 ICD10	E050
7	要介護度	要介護4
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	IIb
10	現病歴	両変形性膝関節症、誤嚥性肺炎、亜イレウス、高度便秘症
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症が少しある。 ・ 日中は車椅子の上で起きて過ごしている。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	3
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	2
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	2
FIM 点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM 点数（排便の内容）		3点
18	失敗の頻度	2. 1ヶ月に1回未満 ※ただし、排便のみに限るとカウントしにくい
19	座薬	※座薬は使用していない
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない ※摘便はしていない。腹圧は自分でかけている。
21	ICF コード（d5301 排便の管理） 支援無しでの能力評価	Xxx. 2
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし ※布おむつ+パッドを着用

23	排泄に関する介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> 水分摂取は1日 1350cc。 食事はかなり摂取できている。 車椅子への移乗はサポートがあれば可能である。 毎週1回、パワーリハ（運動）実施。 歩行練習もしている。 ズボンの上げ下げ・お尻をふく・パッドを当てる、という一連の動作について介助が必要である。 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" data-bbox="564 647 1329 792"> <thead> <tr> <th></th> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日中（9～19時）</td> <td>4回</td> <td rowspan="2">2日に1回くらい</td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td>2回</td> </tr> </tbody> </table>		排尿	排便	日中（9～19時）	4回	2日に1回くらい	夜間	2回
	排尿	排便								
日中（9～19時）	4回	2日に1回くらい								
夜間	2回									
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	1人 ※もともと2人で介助していたが、状態が改善したため、1人の介助になった。								
25	1回の介護に要する時間（分）	5～10分								
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ 3（移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。）								
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。								
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など（外形的に識別できる行動について）	特になし。								

< Eさん >

1	性別	女性
2	年齢	83歳
3	主病名	—
4	病名 ICD10	—
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	脳出血後遺症
6	副傷病 ICD10	I691
7	要介護度	要介護5
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	IV
10	現病歴	認知症、脳出血
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	・ 認知症が重く、他者とのコミュニケーションがとりにくい。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	1
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	1
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	2
FIM 点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM 点数（排便の内容）		4・5点
18	失敗の頻度	1. ない ※強いて言えば
19	座薬	（座薬は月1回程度使用している。その場合は介助が必要である。）
20	摘便・腹圧介助の頻度	5. 毎回、摘便・腹圧介助をしている
21	ICF コード（d5301 排便の管理） 支援無しでの能力評価	Xxx. 3
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし ※布おむつ+パッドを着用

23	排泄に関する介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> 水分摂取は1日1500cc。 食事は1/2量をペースト状にして摂取している。毎回ほとんど全量食べている。 車椅子への移乗は自力では難しい。 パワーリハは毎週1回行っている。 歩行練習もしている。調子がよいと自発的に歩くこともある。 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" data-bbox="564 600 1326 748"> <thead> <tr> <th></th> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日中 (9～19時)</td> <td>3回</td> <td>4～5日に1回く</td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td>2回</td> <td>らい</td> </tr> </tbody> </table>		排尿	排便	日中 (9～19時)	3回	4～5日に1回く	夜間	2回	らい
	排尿	排便									
日中 (9～19時)	3回	4～5日に1回く									
夜間	2回	らい									
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	2人 ※1人が身体を支えて、1人がズボンの上げ下げを行うイメージである。									
25	1回の介護に要する時間(分)	10分									
26	パイロット調査【排便手段】	<table border="1" data-bbox="496 943 836 1137"> <tr> <td>1. トイレ</td> </tr> </table> <p>4 (一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合(排便の意思がない等)もここに該当する。)</p>	1. トイレ								
1. トイレ											
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。									
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など(外形的に識別できる行動について)	特になし。									

2) 介護老人福祉施設 B

(1) 介護老人福祉施設 B における排泄ケアに関わる方針

(おむつゼロの取組)

- 介護老人福祉施設 B は 4 年前から、おむつゼロに取り組んでおり、昨年達成することができた。なお、介護老人福祉施設 B では「おむつゼロ」を以下のように定義している。

「排便」をおむつまたは類似品（尿取りパット等）で処理することなく、一般トイレまたはポータブルトイレで行うこと（5 回中 4 回一般トイレまたはポータブルトイレでの排便）。

- 水分は原則として 1 日 1,500cc 摂取することにより、下剤や追加排便役の使用を極力せず、トイレで排便するようにしている。
- 新たに入所してくる利用者の中にはおむつ使用の人もいるが、入所したら、紙パンツに変更し、時機を見てなるべく布パンツに変更するようにしている。
- 特に病院から入所する利用者は、おむつゼロに取り組む中で、要介護度が改善するケースもある。（おむつゼロだけでなく他の取組も含めての効果と思われる。）
- ただし、ターミナルケアの状況になり、1 日 1,500cc の水分摂取が難しくなった入所者については適宜対応を検討している。

(アセスメント)

- 新たに入所する際のアセスメントでも水分摂取の状況はチェックしており、入所時の水分摂取量が 1,500cc 以下のケースについては、どのように水分摂取量を 1,500cc まで増やしていくかを検討する。月 1 回の職員会議の中でも、情報共有やケース検討・確認を行っており、職員全員が水分摂取 1,500cc の重要性を認識している。

(おむつゼロに向けたこれまでの取組)

- おむつゼロに取り組み始めた当初は、水分摂取 1,500cc の意義が浸透せず、「水分摂取を増やすことで何が変わるのか？」という声も出ていた。しかし、水分摂取を増やしていくと、1 日中意識が不明瞭だった入所者が日中覚醒し、トイレで排便もできるようになったケースが増えていき、水分摂取の重要性が認識されるようになっていった。
- 最初は水分摂取量が少ない人（200cc 程度のケースもある）もいるが、コップを大きくしていったり、飲料を「ゆず茶」や「ジャスミンティー」「ノンアルコールカクテル」など一人ひとりの好みに合わせたものとするにより、徐々に増やすようにしている。
- そうした取組を継続することにより、施設全体で水分施主量が年々増加していった。平成 27 年 7 月以降は入所者平均の 1 日当たり水分摂取量が 1,500cc の水準になり、平

成 28 年 3 月におむつゼロを達成することもできた。

- ターミナルケアの状況にある入所者もいること等の要因により、水分摂取を強要するようなことはしていない。あくまでも本人の状況に合わせて無理のない範囲で水分摂取を増やしていく方向である。(ケースによっては下剤・追加排便役を使用する場合もあるが、なるべく間隔を開けるように配慮している。ただし、介護老人福祉施設 B では下剤・追加排便役の施設全体としての使用量は年々減少している。)
- また、トイレ誘導については、介護職員だけでは対応が難しいケースもあることが分かってきたため、相談員や看護職員も含めた施設職員全体で一丸となって取り組むようになっている。

(水分摂取量の増加とおむつゼロの取組による効果)

- 入所者の体に触れるという意味では、全てのケアは連動しているため、施設全体のケアの取組も関係していると考えられるが、以下のような効果が表れている。
 - ✓ 近年、入院する入所者が減少した。
 - ✓ 感染症の発生も減少した。
 - ✓ 本人の状況についても、姿勢がよくなる等の改善が見られる他、QOL の向上につながっている。
 - ✓ 家族の反応もよい。
 - ✓ 職員も入所者 1 人ひとりをより深く観察するようになり、積極的に状況の改善に取り組むようになった。

また、入所者本人の自発的な行動を「待つ」ことができるようになった。(一般的に介護職員は「いかに早く対応するか」「いかに早くケアするか」という訓練を受けてきていることが多いため、「待つ」ということに不慣れである。)

(委員会活動)

- 介護老人福祉施設 B には、おむつゼロの取組を所管する介護力向上委員会をはじめ、介護技術委員会、口腔ケア委員会、栄養ケア委員会など 6 つの委員会を設置しており、各委員会が横断的な連携を行いながら、ケアのレベルアップに取り組んでいる。
- 介護力向上委員会では、メンバーが年間 6 回 (2 か月に 1 回) 札幌での研修を受講しており、そこで得られたスキル・ノウハウを施設内で共有しているほか、持ち帰ってきた宿題を委員会で検討したりしている。

(施設内の体制)

- 介護老人福祉施設 B は 3 つのユニットに分かれており、それぞれのユニットにリーダーがおり (3 人)、その下にサブリーダーが配置されている (4 人)。7 人のリーダー・サブリーダーの上に施設長と全体統括がいる。上記の幹部職員が意思疎通を図りなが

ら、施設全体の運営を行っている。

(記録の電子化)

- 入所者 1 人ひとりの食事摂取・水分摂取・排尿・排便等の状況については、「ほのぼのネクスト」の画面を活用して、PC 内で入力・記録するようにしている。業務日誌も 1 日ごとに作成しており、電子ファイルとして残すようにしている。記録された情報は、全ての職員が随時画面上で確認できるため、情報の共有化が実現できている。
- また、介護老人福祉施設 B はいくつかのユニットに分かれており、取組の度合いには違いがみられるが、先進的なユニットの状況も共有されるので、施設全体のケアのレベルの底上げに役立っている。
- 介護老人福祉施設 B では、平成 20 年から情報のネットワーク化、平成 23 年頃から PC の導入による記録の電子化を進めている。

(2) 個別事例の状況

No	性別	年齢	要介護度
1 (A さん)	女性	71	要介護 5
2 (B さん)	女性	81	要介護 5
3 (C さん)	女性	89	要介護 4
4 (D さん)	女性	96	要介護 4
5 (E さん)	女性	77	要介護 5

<A さん>

1	性別	女性
2	年齢	71歳
3	主病名	脳梗塞・高血圧・糖尿病・排尿困難（バルーンカテーテル留置）
4	病名 ICD10	I639・I10・E11・R391
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	脳梗塞（左上下肢麻痺）
6	副傷病 ICD10	I639
7	要介護度	要介護5
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	C1
9	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲa
10	現病歴	脳梗塞（左上下肢麻痺）・高血圧・糖尿病
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳梗塞（左上下肢麻痺） ・ 普段は車いすで自走している。 ・ 日中は半分くらい（特に午前中）は寝ている。半分くらいは歩行して出かけたり、化粧したりしている。 ・ 認知症はほとんどなく、物忘れがある程度である。 ・ 布パンツ+パットを使用。 ・ 排尿はバルーンカテーテルを使用している。 ・ 以前よりも活動的になった。（平成26年10月に入所）
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	4
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	2 ※車いすで自走しており「1」の可能性あり。
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	1
FIM 点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM 点数（排便の内容）		4点

18	失敗の頻度	1. ない					
19	座薬	4. 座薬挿入介助あり（隔日または毎日） ※浣腸を使用している。					
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない					
21	ICF コード（d5301 排便の管理） 支援無しでの能力評価	「2. 軽度の困難」～「4. 重度の困難」 のいずれか。判断が難しい。 ※麻痺があるため、トイレの際は手すりに 掴まる必要があり、ズボンの上げ下ろしを 自分で行うことは難しい。					
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし					
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> 水分摂取は1日 1500～1800cc。 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" data-bbox="564 857 1331 1099"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>バルーンカテーテル留置なので、「回数」ではカウントできない。1日の排尿量は1,500cc くらい（水分摂取量とほぼ同じ）である。</td> <td>3日に1回</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	バルーンカテーテル留置なので、「回数」ではカウントできない。1日の排尿量は1,500cc くらい（水分摂取量とほぼ同じ）である。	3日に1回	
排尿	排便						
バルーンカテーテル留置なので、「回数」ではカウントできない。1日の排尿量は1,500cc くらい（水分摂取量とほぼ同じ）である。	3日に1回						
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	1～2人 ※その時の調子によって変わる。力が入らず自分で手すりにつかまれない時には2人で介助（1人は体を支える）している。					
25	1回の介護に要する時間（分）	15分 ※ベッド上で行うケースが稀にあるが、その場合には少し時間が増える。					
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ ※「3. ベッド上」のケースも稀にあり。	2（一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。）				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	※自分で手すりにつかまれる時もあり、2と3の間くらいである。その時によって2だったり、3だったりする。					
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など（外形的に識別できる行動について）	特になし。					

<Bさん>

1	性別	女性
2	年齢	81歳
3	主病名	認知症、高血圧症、慢性心房細動、心原性脳梗塞後遺症、右下肢静脈瘤、右大腿骨頸部骨折
4	病名 ICD10	F03・I10・I48・I693・I839・S7200
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	心原性脳梗塞後遺症
6	副傷病 ICD10	I693
7	要介護度	要介護5
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	IV
10	現病歴	認知症、高血圧症、慢性心房細動、心原性脳梗塞後遺症
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 声を掛けると「はい」と返答されることもあるが意思疎通が殆どできないため介助が必要。 ・ 車いすを使用している。 ・ 日中は概ね寝ている。 ・ 起きるのは、食事前後の1時間くらいである。 ・ 自分で座位を保つことはできる。1～2歩歩行することはできる。
12	基本動作に関する評価（R4ステージ）	3
13	歩行移動に関する評価（R4ステージ）	1
14	排泄動作に関する評価（R4ステージ）	2
FIM点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM点数（排便の内容）		4点
18	失敗の頻度	2. 1か月に1回未満 ※たまに失敗するくらいである。

19	座薬	※使用していない					
20	摘便・腹圧介助の頻度	4. 摘便・腹圧介助で排便することの方が多い ※ほぼ毎回、腹圧マッサージしている。					
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	3. 中等度の困難					
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし ※布パンツ+パットを使用している。					
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 排便は1日2回2名介助でトイレ誘導を行っていて、ほぼ毎日トイレで出ている。 ・ 水分摂取は1日1800cc。 ・ 食事量はテリーヌ・ミキサー食である。通常量をほぼ摂取している。ただし、口に合わない時はほとんど食べない。 ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" data-bbox="564 1003 1350 1196"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日10回くらい (パット交換で8回、トイレで2回)</td> <td>1日に2回くらい</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	1日10回くらい (パット交換で8回、トイレで2回)	1日に2回くらい	
排尿	排便						
1日10回くらい (パット交換で8回、トイレで2回)	1日に2回くらい						
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	トイレ誘導は2名介助でベッド上でのパット交換は1名で介助している(座位は自分で保っている)					
25	1回の介護に要する時間(分)	5～10分					
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ	4 (一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合(排便の意思がない等)もここに該当する。)				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	座位は保っており、スタッフ1人が支えて前かがみになる時に腹圧をかけている。					
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など(外形的に識別できる行動について)	特になし。					

< Cさん >

1	性別	女性
2	年齢	89歳
3	主病名	認知症、右股関節脱臼、完全房室ブロックペースメーカー埋め込み
4	病名 ICD10	F03・M169・I442
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	認知症
6	副傷病 ICD10	F03
7	要介護度	要介護4
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	J2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱa
10	現病歴	認知症、右股関節脱臼（外れたまま）、完全房室ブロックペースメーカー埋め込み
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会話はできるがじっとしていられず食事中なども急に動いてしまうことがある ・ 車いすで自走している。 ・ 日中は起きていることもあるし、寝ていることもある。 ・ 起きていると、ユニット内を車いすで自走している。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	5 ※車いすへの移乗はできる。立位の保持もできる。
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	1
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	2
FIM点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM点数（排便の内容）		4点
18	失敗の頻度	3. 週に1回未満
19	座薬	※座薬は使用していない

20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない ※腹圧をかけなくても排便できる。				
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	3. 中等度の困難				
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし ※布パンツ+パッドを着用している。				
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 排便、排尿共に日中は1名介助でトイレ誘導を行っていて、排便はほぼ毎日トイレで出ている・ ・ 水分摂取は1日1500～1600cc。 ・ 食事はテリーヌにしている。主食と味噌汁は摂取するが、おかずはほとんど食べない。 ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日7～8回くらい (夜間：パット交換で3～4回、 日中：トイレで4回)</td> <td>1日に1回くらい</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	1日7～8回くらい (夜間：パット交換で3～4回、 日中：トイレで4回)	1日に1回くらい
排尿	排便					
1日7～8回くらい (夜間：パット交換で3～4回、 日中：トイレで4回)	1日に1回くらい					
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	1名で介助している ※何秒かは手すりにつかまって立っていることができる。				
25	1回の介護に要する時間 (分)	5～10分				
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ 2 (一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。)				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など (外形的に識別できる行動について)	特になし。				

<Dさん>

1	性別	女性
2	年齢	96歳
3	主病名	高血圧、脳梗塞（右麻痺）、腰椎圧迫骨折、軽度構音障害、右大腿部骨折、心不全、逆流性食道炎
4	病名 ICD10	I10・I693・S3200・R471・S7290・I509・K210
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	脳梗塞（右麻痺）
6	副傷病 ICD10	I693
7	要介護度	要介護4
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲa
10	現病歴	高血圧、脳梗塞（右麻痺）、軽度構音障害、心不全、逆流性食道炎
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳梗塞（右麻痺） ・ 認知症は多少あるが、物忘れをする程度である。 ・ 食事・ティータイム・入浴以外は概ねベッド上で過ごしている。
12	基本動作に関する評価（R4ステージ）	2 ※寝返りを打つことはできる。
13	歩行移動に関する評価（R4ステージ）	1
14	排泄動作に関する評価（R4ステージ）	1
FIM点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM点数（排便の内容）		4点
18	失敗の頻度	2. 1ヶ月に1回未満
19	座薬	※座薬は使用していない
20	摘便・腹圧介助の頻度	2. 自力排便することの方が、摘便・腹圧介助をすることよりも多い

21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	3. 中等度の困難 または 4. 重度の困難 のどちらか (中間くらいか)				
22	普段のオムツ着用の有無	2. あり ※ただし、おむつ使用は排尿のためのものである。				
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 排便はご自分から話されることもあり、排便間隔を見てトイレ誘導を行なっている。 ・ 水分摂取は1日 1600~1700cc。 ・ 食事は、おかゆ+テリーヌ・ミキサー食であり、自分で食べている (概ね摂取)。ただし、緑色の食べ物が食べ残している。 ・ トイレ誘導しているが、座位は保てない。 ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日 8~9回くらい (主にベッド上でパット交換)</td> <td>3日に1回くらい</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	1日 8~9回くらい (主にベッド上でパット交換)	3日に1回くらい
排尿	排便					
1日 8~9回くらい (主にベッド上でパット交換)	3日に1回くらい					
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	排便はトイレ誘導、排尿はベッド上共に 1名				
25	1回の介護に要する時間 (分)	5~15分 (トイレでの排便時10~15分) ※腹圧をかけたり、出るまで待つこともあり、時間が増えることもある。				
26	パイロット調査【排便手段】	<p>1. トイレ</p> <p>3 (移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。) あるいは 4 (一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合 (排便の意思がない等) もここに該当する。) ※自分でできる時もある。 ※腹圧をしない時もある</p>				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など (外形的に識別できる行動について)	特になし。				

< Eさん >

1	性別	女性
2	年齢	77歳
3	主病名	高血圧、アルツハイマー型認知症、パーキンソン病
4	病名 ICD10	I10・G309・G20
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	アルツハイマー型認知症
6	副傷病 ICD10	G309
7	要介護度	要介護5
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	C1
9	認知症高齢者の日常生活自立度	M
10	現病歴	高血圧、アルツハイマー型認知症、パーキンソン病
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 意思疎通が出来ないため全介助が必要。 ・ 現在、ターミナルケアに移行している。 ・ 離床時間は1日5～6時間くらい。 ・ 食事・水分摂取・入浴・トイレ以外は概ね寝ている。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	1
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	1
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	1
FIM 点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM 点数（排便の内容）		1・2点
18	失敗の頻度	5. 毎回
19	座薬	※座薬は使用していない

20	摘便・腹圧介助の頻度	4. 摘便・腹圧介助で排便することの方が多 ※トイレ誘導した時には、概ね腹圧をかけている。				
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	4. 重度の困難 ※「5. 完全な困難」との違いが難しい。				
22	普段のオムツ着用の有無	2. あり				
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 排便は 1 日 1 回 2 名介助にてトイレ誘導行っているが、それ以外で出る事が多い。排尿はベッド上で。 ・ 水分摂取は、以前は 1 日 1800cc だったが、現在はターミナルケアの状況のため 1 日 1000cc くらいである。 ・ 食事は、おかゆ+ミキサー食である。口から食べている。 ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 日 8～9 回くらい (主にベッド上でパット交換)</td> <td>1 日に 3 回くらい (トイレ誘導は 1 回。トイレ以外が多い)</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	1 日 8～9 回くらい (主にベッド上でパット交換)	1 日に 3 回くらい (トイレ誘導は 1 回。トイレ以外が多い)
排尿	排便					
1 日 8～9 回くらい (主にベッド上でパット交換)	1 日に 3 回くらい (トイレ誘導は 1 回。トイレ以外が多い)					
24	1 回の排泄時に対応する介護者の人数	1 日 1 回のトイレ誘導時は 2 名その他ベッド上では 1 名の為 1 名が殆ど				
25	1 回の介護に要する時間 (分)	5～15 分 (トイレ誘導時は 10 分以上)				
26	パイロット調査【排便手段】	3. ベッド上 4 (一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合 (排便の意思がない等) もここに該当する。) ※基本的に全介助である。				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など (外形的に識別できる行動について)	特になし。				

3) 介護老人福祉施設 C

(1) 介護老人福祉施設 C における排泄ケアに関わる方針

- 介護老人福祉施設 C では、夜間おむつをしている入所者にも、日中は極力トイレ誘導するようにしている。それは、マニュアルやルールで決まっているというよりは、週 1 回もしくは 2 週に 1 回開催されるケアワーカー会議で、集まったケアワーカー、看護職、リハビリスタッフ等のメンバーが話し合っていて決めている側面が強い。(簡単なマニュアルも作成しているが。)
- 水分や食事の記録については、1 日の水分摂取量が 800cc 未満のケースについて記録して経過観察するようにしている。食事についても摂取量が少ない人は記録している。
- 尿路感染を起こしたことがある入所者等は、看護職員がきめ細かくチェックしている。
- なお、水分・食事の摂取が十分な入所者については、水分・食事の記録は行っていない。
- 入所者が履いているのは、おむつ・布パット・紙のリハビリパンツ等である。紙のリハビリパンツは少々の失禁でも対応できる。

(2) 個別事例の状況

No	性別	年齢	要介護度
1 (A さん)	女性	91 歳	要介護 5
2 (B さん)	女性	80 歳	要介護 4
3 (C さん)	女性	83 歳	要介護 3
4 (D さん)	女性	90 歳	要介護 5
5 (E さん)	女性	82 歳	要介護 2

<A さん>

1	性別	女性
2	年齢	91歳
3	主病名	器質性精神障害
4	病名 ICD10	F09
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	混合型認知症
6	副傷病 ICD10	F03
7	要介護度	要介護5
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	C2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	M
10	現病歴	—
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的に寝たきりで過ごしている。 ・ 胃ろうもある。 ・ 歩行はリクライニング車いすで行っている。 ・ 起きている時にケアに入る。 ・ 認知症があり、声掛けへの反応はあるが、暴力行為がある。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	1
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	1
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	1
FIM 点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM 点数（排便の内容）		1・2点
18	失敗の頻度	5. 毎回 ※おむつを使用しているため、失敗することは少ない。
19	座薬	4. 座薬挿入介助あり（隔日または毎日）
20	摘便・腹圧介助の頻度	4. 摘便・腹圧介助で排便することの方が多

21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	5. 完全な困難					
22	普段のオムツ着用の有無	2. あり ※紙おむつ					
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> 水分摂取は胃ろうから行っており、1日 500cc くらいである。 食事は1日1食のみ摂取している。 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日5回くらい</td> <td>2日に1回くらい</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	1日5回くらい	2日に1回くらい	
排尿	排便						
1日5回くらい	2日に1回くらい						
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	2人 (1人が身体を支え、1人がズボン の上げ下ろしを行ったり、ふき取りを行 う。)					
25	1回の介護に要する時間 (分)	3分					
26	パイロット調 査【排便手段】	3. ベッド上	4 (一連の行為すべてについて身体介助 を行うもの。行為に対する自発的な行動 がない場合 (排便の意思がない等) もこ こに該当する。)				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問 点	特になし。					
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、 ノウハウ、行動など (外形的に識別でき る行動について)	特になし。					

<Bさん>

1	性別	女性
2	年齢	80歳
3	主病名	アルツハイマー型認知症
4	病名 ICD10	G309
5	副傷病 (介護に最も影響するもの)	—
6	副傷病 ICD10	—
7	要介護度	要介護4
8	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	B2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	IV
10	現病歴	—
11	介護に影響する、特記すべき事項 (病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 以前は歩行していたが、アルツハイマー型認知症を発症してからは、自分から歩行することはない。 ・ 基本的に車いすに乗っており、半日は起きている。
12	基本動作に関する評価 (R4 ステージ)	4
13	歩行移動に関する評価 (R4 ステージ)	2
14	排泄動作に関する評価 (R4 ステージ)	2 ※自分ではトイレ移乗できない。
FIM 点数 (トイレ動作の内容)		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく (清潔にする)	2. していない
FIM 点数 (排便の内容)		1点
18	失敗の頻度	5. 毎回 ※トイレに間に合わず、出てしまうことが多い。 ※自分で排せつする意志を示すことは難しい。
19	座薬	4. 座薬挿入介助あり (隔日または毎日)

20	摘便・腹圧介助の頻度	5. 毎回、摘便・腹圧介助をしている					
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	5. 完全な困難					
22	普段のオムツ着用の有無	2. あり ※ただし、おむつをしているのは夜間のみである。					
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> 水分摂取は1日1000ccくらい。 食事は全量食べている。 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">排尿</th> <th style="width: 50%;">排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日7～8回くらい</td> <td>2日に1回くらい</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	1日7～8回くらい	2日に1回くらい	
排尿	排便						
1日7～8回くらい	2日に1回くらい						
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	2人（1人が立位保持、1人がズボンの上げ下ろし+ふき取りを行う。）					
25	1回の介護に要する時間（分）	5分					
26	パイロット調査【排便手段】	<ul style="list-style-type: none"> 1. トイレ 3. ベッド上 	<p>4（一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合（排便の意思がない等）もここに該当する。）</p> <p>4（一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合（排便の意思がない等）もここに該当する。）</p>				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。					
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など（外形的に識別できる行動について）	特になし。					

<Cさん>

1	性別	女性
2	年齢	83歳
3	主病名	急性前壁心筋梗塞、心臓肥大、心不全
4	病名 ICD10	I210・I517・I509
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	アルツハイマー型認知症
6	副傷病 ICD10	G309
7	要介護度	要介護3
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B1
9	認知症高齢者の日常生活自立度	IIIa
10	現病歴	—
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心臓が悪いので、ずっと立っているとつらい。 ・ 基本的に車いすに乗っており、自力歩行はしていない。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	4
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	1
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	3
FIM 点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM 点数（排便の内容）		4点
18	失敗の頻度	3. 週に1回未満
19	座薬	4. 座薬挿入介助あり（隔日または毎日）
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない
21	ICF コード（d5301 排便の管理） 支援無しでの能力評価	3. 中等度の困難
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし

23	排泄に関する介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> 水分摂取は1日800ccくらい。心臓が悪いので、水分摂取は控えめである。 食事は常食を全量、自分で食べている。 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" data-bbox="564 456 1331 607"> <thead> <tr> <th data-bbox="564 456 948 506">排尿</th> <th data-bbox="948 456 1331 506">排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="564 506 948 607">1日7～10回くらい。</td> <td data-bbox="948 506 1331 607">3日に1回</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	1日7～10回くらい。	3日に1回
排尿	排便					
1日7～10回くらい。	3日に1回					
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	<p>1人</p> <p>※自分で立ち上がりを行うことができ、一定期間座位を保つこともできる。</p> <p>※ただし、店頭の危険があり、ズボンの上げ下ろしは自分ではしない。</p>				
25	1回の介護に要する時間（分）	1分				
26	パイロット調査【排便手段】	<p>1. トイレ</p> <p>3（移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。）</p>				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など（外形的に識別できる行動について）	特になし。				

<Dさん>

1	性別	女性
2	年齢	90歳
3	主病名	症候性てんかん
4	病名 ICD10	G409
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	アルツハイマー型認知症
6	副傷病 ICD10	G309
7	要介護度	要介護5
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	C2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	IV
10	現病歴	—
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経管栄養で、寝たきりで過ごしている。 ・ 食事・水分ともに経管で摂取している。 ・ 自分から便意を伝えることができない。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	1
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	1
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	1
FIM 点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM 点数（排便の内容）		1点
18	失敗の頻度	5. 毎回
19	座薬	4. 座薬挿入介助あり（隔日または毎日）
20	摘便・腹圧介助の頻度	5. 毎回、摘便・腹圧介助をしている
21	ICF コード（d5301 排便の管理） 支援無しでの能力評価	— ※バルーン管理の場合、どのように評価するか？

22	普段のオムツ着用の有無	2. あり ※バルーンは排尿のみに使用している。					
23	排泄に関する介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> 水分摂取・食事摂取は経管で行っている。 水分量は、1日 500cc くらい。 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>バルーンカテーテル留置なので、「回数」ではカウントできない。バルーンにたまった尿の廃棄は1日2回、看護職員がチェックを兼ねて行っている。</td> <td>※便は普通におむつの中に出る。(下剤を使用している。)</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	バルーンカテーテル留置なので、「回数」ではカウントできない。バルーンにたまった尿の廃棄は1日2回、看護職員がチェックを兼ねて行っている。	※便は普通におむつの中に出る。(下剤を使用している。)	
排尿	排便						
バルーンカテーテル留置なので、「回数」ではカウントできない。バルーンにたまった尿の廃棄は1日2回、看護職員がチェックを兼ねて行っている。	※便は普通におむつの中に出る。(下剤を使用している。)						
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	2人(1人が声掛けを行い、1人がふき取りを行う。)					
25	1回の介護に要する時間(分)	3分					
26	パイロット調査【排便手段】	3. ベッド上	4(一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合(排便の意思がない等)もここに該当する。)				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	バルーンの処理を評価に含めてほしい。					
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など(外形的に識別できる行動について)	特になし。					

< Eさん >

1	性別	女性
2	年齢	82歳
3	主病名	2型糖尿病
4	病名 ICD10	E11
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	仙骨骨折、右変形性膝関節症
6	副傷病 ICD10	S3210・M179
7	要介護度	要介護2
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B1
9	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱb
10	現病歴	—
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症なので、物忘れがある。ただし、大きな問題はない。 ・ 車いすに乗っているが、日中は自分で居室の外に移動している。 ・ 排尿の際、パンツが濡れることがあり、その後始末が必要となる。 ・ 立位の保持は行っていない。短い距離なら歩行できるが、安定していない。 ・ 排せつ介助そのものは不要である。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	4
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	2
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	4
FIM点数（トイレ動作の内容）		7点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている
16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている
17	お尻などをふく（清潔にする）	1. 自分でしている
FIM点数（排便の内容）		4点
18	失敗の頻度	2. 1ヶ月に1回未満
19	座薬	4. 座薬挿入介助あり（隔日または毎日）
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない

21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	1. 困難なし ※困難さは余りない。パンツが汚れた時の処理は必要である。				
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし ※リハビリパンツを使用している。				
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> 水分摂取は1日 1000cc くらい。 食事はすべて自分で摂取している。 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">排尿</th> <th style="width: 50%;">排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ポータブルトイレを使用することもあり、正確な回数はいらないが、1日10回くらい。</td> <td>3日に1回(薬剤を使用している。)</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	ポータブルトイレを使用することもあり、正確な回数はいらないが、1日10回くらい。	3日に1回(薬剤を使用している。)
排尿	排便					
ポータブルトイレを使用することもあり、正確な回数はいらないが、1日10回くらい。	3日に1回(薬剤を使用している。)					
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	0人 ※ポータブルトイレを使用しており、ズボンの上げ下ろしは自分でやっている。				
25	1回の介護に要する時間(分)	0分				
26	パイロット調査【排便手段】	2. ポータブル 1 (環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまずいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。)				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	※ポータブルトイレの処理をどのように評価するか?				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など(外形的に識別できる行動について)	特になし。				

4) 介護老人福祉施設 D

(1) 介護老人福祉施設 D における排泄ケアに関わる方針

(法人全体のケアの方針)

- 当該法人では、これまでの経験と蓄積で得られた「大切な人を寝たきりにさせない介護の基本」を「あすなら 10 の基本ケア」としてまとめている。
 - ✓ 換気をする
 - ✓ 床に足をつけて座る
 - ✓ トイレに座る
 - ✓ あたたかい食事をする
 - ✓ 家庭浴に入る
 - ✓ 座って会話をする
 - ✓ 町内にお出かけをする
 - ✓ 夢中になれることをする
 - ✓ ケア会議をする
 - ✓ ターミナルケアをする
- 上記の「10 のケア」は、10 年前に入浴時の事故発生をきっかけとして、法人全体のケアを見直すことにより誕生したものである。基本的には、監視をせずに、入所者・利用者の自主性を高めることを主体にしている。認知症のある入所者・利用者であっても、スタッフを 1 対 1 で配置することにより、丁寧に対応するようにしている。

(おむつゼロの推進)

- 介護老人福祉施設 D では、おむつゼロを推進しており、入所者は 1 日に 40 回以上、立ったり座ったりを繰り返し練習するため、トレイに座れるようになる。そうすることにより、夜勤帯でもおむつ着用は不要となる。
- 法人内には、介護老人福祉施設 D を含めて 15 事業所が所属しているが、全ての利用者がおむつを使用しなくて済むようになる。病院から入所する利用者は当初おむつをしているケースもあるが、時間をかけて練習していくことにより、徐々におむつを外していくようにしている。なお、パットは利用しているが、基本的には全て布パンツを着用している。
- 下剤は使用せずに、水分をコントロールして排尿・排便を促すようにしている。もともと奈良コープが経営母体であり、バナナやリンゴを安価に調達できる状況であるため、そうした素材を活用して水分も調整している。

(スタッフの研修)

- スタッフの研修については、法人全体で年権の研修計画を立てており、全てのスタッフが何らかの研修に業務の一環として参加している。
- パート職員の年間8回（朝・昼の時間帯2回×4日）の研修に参加してもらっている。
- スタッフのマイスター制度も導入しており、スタッフをCクラス、Bクラス、マイスターの3段階に分けている。クラスが上がるほど、給与にも反映するようにしている。
- 新入職員研修は4月の1ヶ月間かけて行い、朝から晩までしっかりと協同福祉会のケアの方針や考え方を伝えるようにしている。
- 送迎車のドライバーも基本的な介護は習得するように研修を行っている。

(利用者との関係性)

- 協同福祉会の利用者は、在宅の段階から何らかの在宅サービスを使用しているケースが大半であり、在宅生活が難しくなった段階で特別養護老人ホームに入所することになる。そのため、施設に入所する段階では既に法人職員とも顔なじみになっているケースがほとんどである。

(ケア会議について)

- ケア会議はケアプランを作成するためのツールとして考えており、臨機応変に立ち話のように行われることもある。なお、介護老人福祉施設Dに関連するサービスのスタッフは全て同じオフィススペースで勤務する形となっており（勤務場所が分散せず集中している）、打ち合わせや会議を行いやすい環境である。

(ICTの活用)

- ICTを活用して日常的なケアの記録も行っているが、食事の量や排尿・排便の状況については、気になる人・要注意の人に重点を置いて記録するようにしている。

(2) 個別事例の状況

No	性別	年齢	要介護度
1 (Aさん)	女性	76歳	要介護1
2 (Bさん)	女性	91歳	要介護2
3 (Cさん)	女性	88歳	要介護3
4 (Dさん)	女性	81歳	要介護4
5 (Eさん)	女性	78歳	要介護5

<A さん>

1	性別	女性
2	年齢	76歳
3	主病名	アルツハイマー型認知症
4	病名 ICD10	G309
5	副傷病 (介護に最も影響するもの)	両側変形性膝関節症
6	副傷病 ICD10	M179
7	要介護度	要介護1
8	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	A1
9	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱb
10	現病歴	アルツハイマー型認知症
11	介護に影響する、特記すべき事項 (病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状など自由記載)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期巡回・介護老人福祉施設 D デイサービスの利用者である。 ・ 杖を使用せずに、自分で歩行することができる。 ・ アルツハイマー型認知症、多発性ラクナ梗塞による記憶力障害、見当識障害が徐々に進行している。事前のことを覚えておらず、探し物、忘れ物が多い。買い物した事を忘れて同じ物ばかり買う。病院に連れて行ってもらうケアマネを息子と勘違いする。外に出ると道に迷う。服薬管理ができない。両膝の疼痛、下肢筋力低下による歩行障害も進行し、よく転倒して怪我をする。
12	基本動作に関する評価 (R4 ステージ)	5
13	歩行移動に関する評価 (R4 ステージ)	4
14	排泄動作に関する評価 (R4 ステージ)	5
FIM 点数 (トイレ動作の内容)		7点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている
16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている
17	お尻などをふく (清潔にする)	1. 自分でしている
FIM 点数 (排便の内容)		7点

18	失敗の頻度	1. ない					
19	座薬	※使用していない					
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない					
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	1. 困難なし					
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし					
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は常食を自分で食べている。 ・ 水分摂取は問題ない。(正確な計量はしていないが、脱水症状の恐れはない。) ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" data-bbox="564 815 1331 965"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> <td>在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	
排尿	排便						
在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。						
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	0人					
25	1回の介護に要する時間 (分)	0分					
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ	0 (見守りを含め、介助を行わないもの。)				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。					
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など (外形的に識別できる行動について)	特になし。					

< Bさん >

1	性別	女性
2	年齢	91歳
3	主病名	認知症
4	病名 ICD10	F03
5	副傷病 (介護に最も影響するもの)	—
6	副傷病 ICD10	—
7	要介護度	要介護2
8	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	A1
9	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱb
10	現病歴	認知症
11	介護に影響する、特記すべき事項 (病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期巡回・介護老人福祉施設 D デイサービス・ショートステイの利用者である。 ・ 伝い歩きで歩行することができる。 ・ 気に入らないことがあると、その人物を敵視し暴言がある。反面とても感謝の気持ちを示すこともある。男性利用者に対するセクハラ行為あり。伝い歩きで何とか歩行は可能。
12	基本動作に関する評価 (R4 ステージ)	4
13	歩行移動に関する評価 (R4 ステージ)	4
14	排泄動作に関する評価 (R4 ステージ)	5
FIM 点数 (トイレ動作の内容)		6点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている
16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている
17	お尻などをふく (清潔にする)	1. 自分でしている
FIM 点数 (排便の内容)		7点
18	失敗の頻度	1. ない
19	座薬	※使用していない
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	1. 困難なし

22	普段のオムツ着用の有無	1. なし				
23	排泄に関する介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は常食を自分で食べている。 ・ 水分摂取は問題ない。(正確な計量はしていないが、脱水症状の恐れはない。) ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> <td>在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。
排尿	排便					
在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。					
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	0人				
25	1回の介護に要する時間(分)	0分				
26	パイロット調査【排便手段】	<p>1. トイレ 2. ポータブルトイレ</p> <p>0(見守りを含め、介助を行わないもの。) 1(環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまずいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。) ※自宅ではトイレが離れた位置にあるため、ポータブルトイレを使用している。 排泄物の廃棄、清掃は介助者が行っている。</p>				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	※ポータブルの場合、廃棄や清掃が必要であるが、それが前提なのか?				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など(外形的に識別できる行動について)	※自宅が旧家であるためトイレが別棟にあるため施設内ではトイレの使用は可能であるが、自宅においてはポータブルを使用している。				

< C さん >

1	性別	女性
2	年齢	88歳
3	主病名	腰痛、難聴、膝関節症、高血圧症
4	病名 ICD10	M5456・H919・M179・I10
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	—
6	副傷病 ICD10	—
7	要介護度	要介護3
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱa
10	現病歴	—
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期巡回・介護老人福祉施設 D デイサービスの利用者である。 ・ 自宅では丸椅子を歩行器がわりに歩行している。 ・ 介護老人福祉施設 D 内では車椅子を使用している。 ・ 両側関節症のため90度以上の屈曲が困難。両下肢筋力低下あり。非常にしっかりとした性格であるがプライドが高く気難しい面もある。歳相応の物忘れあり。視力低下著しい。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	4
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	2
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	5
FIM 点数（トイレ動作の内容）		7点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている
16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている
17	お尻などをふく（清潔にする）	1. 自分でしている
FIM 点数（排便の内容）		7点
18	失敗の頻度	1. ない
19	座薬	※使用していない
20	排便・腹圧介助の頻度	1. 排便・腹圧介助を必要としない

21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	1. 困難なし				
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし				
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は常食を自分で食べている。 ・ 水分摂取は問題ない。(正確な計量はしていないが、脱水症状の恐れはない。) ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">排尿</th> <th style="width: 50%;">排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> <td>在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。
排尿	排便					
在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。					
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	0人				
25	1回の介護に要する時間(分)	0分				
26	パイロット調査【排便手段】	<p>1. トイレ 2. ポータブルトイレ(自宅・夜間のみ)</p> <p>0(見守りを含め、介助を行わないもの。) 1(環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまずいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。) ※排泄物の廃棄、清掃は介助者が行っている。</p>				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	※ポータブルの場合、廃棄や清掃が必要であるが、それが前提なのか？				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など(外形的に識別できる行動について)	特になし。				

<Dさん>

1	性別	女性
2	年齢	81歳
3	主病名	アルツハイマー型認知症
4	病名 ICD10	G309
5	副傷病 (介護に最も影響するもの)	腰椎圧迫骨折
6	副傷病 ICD10	S3200
7	要介護度	要介護4
8	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	B2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	IIIa
10	現病歴	アルツハイマー型認知症
11	介護に影響する、特記すべき事項 (病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期巡回を少し・介護老人福祉施設 D ショートステイの利用者である。 ・ 歩行は原則として、手引き歩行である。 ・ 認知症の進行著しく意思疎通が困難。基本動作能力はある程度あるにもかかわらず自発的行動につながらないため生活全般に介助が必要。暴言・暴力はあるが少なく、比較的穏やかな性格。
12	基本動作に関する評価 (R4 ステージ)	3
13	歩行移動に関する評価 (R4 ステージ)	1
14	排泄動作に関する評価 (R4 ステージ)	2
FIM 点数 (トイレ動作の内容)		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく (清潔にする)	2. していない
FIM 点数 (排便の内容)		6点
18	失敗の頻度	2. 1ヶ月に1回未満
19	座薬	※使用していない
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない

21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	4. 重度の困難				
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし				
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は常食を介助のもとで食べている。 ・ 水分摂取は問題ない。(正確な計量はしていないが、脱水症状の恐れはない。) ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">排尿</th> <th style="text-align: center;">排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> <td style="text-align: center;">在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。
排尿	排便					
在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。					
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	1人				
25	1回の介護に要する時間(分)	10～15分				
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ 3 (移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。)				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など(外形的に識別できる行動について)	※オムツ、リハビリパンツは使用していないが、パッドを使用している。時折、パッド内に排尿がみられるがほとんどはトイレにて排泄できている。しかし、睡眠時はパッド内に排尿することが多い。介助に対して若干拒否がみられるが、ファンレストテーブルを設置しており1人でも転倒なく介助ができています。また、ファンレストテーブルがあることにより座位も安定しており、自ら立って下衣を上げることがあるが転倒はみられません。				

< Eさん >

1	性別	女性
2	年齢	78歳
3	主病名	脳出血
4	病名 ICD10	I619
5	副傷病 (介護に最も影響するもの)	左片麻痺
6	副傷病 ICD10	G819
7	要介護度	要介護5
8	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	C2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱb
10	現病歴	脳出血 (左片麻痺)
11	介護に影響する、特記すべき事項 (病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状など自由記載)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期巡回・介護老人福祉施設 D デイサービス・ショートステイの利用者である。 ・ 車椅子を使用している。 ・ 麻痺は重度で筋力低下もあり重度介助での立位が可能になってきているが転倒リスクも高く日常生活活動全般に見守りや介助が必要である。認知障害も進行し幻覚等も訴え対応が必要である。突然泣き出したり、感情失禁もみられる。左半側空間無視があり食事時などに見守りや介助が必要。
12	基本動作に関する評価 (R4 ステージ)	3
13	歩行移動に関する評価 (R4 ステージ)	1
14	排泄動作に関する評価 (R4 ステージ)	2
FIM 点数 (トイレ動作の内容)		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく (清潔にする)	2. していない
FIM 点数 (排便の内容)		6点
18	失敗の頻度	1. ない

19	座薬	※使用していない					
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない					
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	4. 重度の困難					
22	普段のオムツ着用の有無	1. なし					
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は常食を自分で食べているが、毎回半分ほど残している。 ・ 水分摂取は問題ない。(正確な計量はしていないが、脱水症状の恐れはない。) ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">排尿</th> <th style="text-align: center;">排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> <td style="text-align: center;">在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	
排尿	排便						
在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	在宅の利用者のため、正確な状況は把握が難しい。						
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	1人					
25	1回の介護に要する時間(分)	10～15分					
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ 2. ポータブル	3 (移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。) 3 (移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。)				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。					
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など(外形的に識別できる行動について)	※オムツ、リハビリパンツは使用していないが、パッドを使用している。時折、パッド内に排尿がみられるがほとんどはトイレにて排泄できている。しかし、夜間はパッド内に排尿することが多い。立位保持は困難であるがファンレストテーブルを設置しており1人で一連の介助ができています。					

5) 介護老人保健施設 E

(1) 介護老人保健施設 E における排泄ケアに関わる方針

(介護老人保健施設 E の概要)

- 入所者・利用者の 7 割は何らかの認知症がある。
- 車いすは台数に限りがあり、交代で使用している。そのため、車いすにずっと座っているケースはない。
- 急性期の医療機関から移ってくる入所者等においては、胃ろうのケースもあるが、当施設では姿勢にこだわっており、食事の際も車いすから降りて畳台で背面開放座位にて食べるようにしている。

(介護老人保健施設 E における排せつ介護の方針)

- なかなか入所者・利用者全員のおむつを外す段階には至らないが、トイレ誘導をしている。1 cm でもお尻を上げて車いすから便座にスライドできれば、一人の介助者でトイレ介助を行うことができる。これは在宅復帰を考えると非常に重要なことである。
- また、デイケア利用者などは、夜間自宅における排尿・排便にどのように対応するかが課題となる。当施設では、施設での排尿・排便の状態を見て、どのくらいのパッドを使用すれば一晩対応できるかを検証して、おむつやパッドの形態をきめ細かく変えている。
- 夜間ポータブルトイレを使用している利用者もいるが、日中は通常のトイレに誘導するようにしている。

(水分量のチェック)

- 1 日の水分摂取量は 1,000cc を目標にしており、600cc 以下にとどまっており脱水症状のおそれがある入所者・利用者については個別に水分摂取状況をチェックしている。

(PC・タブレットによる排せつの記録)

- PC・タブレットを活用して、入所者・利用者の排せつの状況をその都度チェック・記録入力している。当施設はエレベーターの乗り降りが自由であるため、3 階の入所者が 1 階のトイレで排せつするケースもあり、随時記録できるようにタブレットを導入している（5 年ほど前より）。
- 記録は一覧表にすることができ、今日まだ便が出ていない人は黄色、2 日間便が出ていない人は赤色で表示され、必要に応じて座薬を処方することになっている。きめ細かく記録を蓄積していくことで、入所者・利用者それぞれの排せつのタイミングも分かるようになっており、誘導のタイミングをつかみやすくなり、適切な声掛けができるようになっていく。一覧表の画面を見ると、申し送りもできる。
- 当施設オリジナルの「排泄マニュアル」も作成している。

(2) 個別事例の状況

No	性別	年齢	要介護度
1 (Aさん)	女性	74歳	要介護1
2 (Bさん)	女性	80歳	要介護2
3 (Cさん)	女性	91歳	要介護3
4 (Dさん)	女性	81歳	要介護5
5 (Eさん)	女性	84歳	要介護5

<A さん>

1	性別	女性
2	年齢	74歳
3	主病名	アルツハイマー型認知症
4	病名 ICD10	G309
5	副傷病 (介護に最も影響するもの)	—
6	副傷病 ICD10	—
7	要介護度	要介護1
8	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	A2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	M
10	現病歴	H22頃から、もの忘れがみられる。 H26、アルツハイマー型認知症と診断。
11	介護に影響する、特記すべき事項 (病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載)	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイケア利用者 (週2回利用) ・ 前頭側頭様型疑いがあるため、行動観察要。ただし、性格は穏やか、取繕いが多くみられている。 ・ 歩行は自分でしている。 ・ 活動参加もできている。 ・ 認知症のため、声掛け誘導は必要である。 ・ 入浴は自宅で行っている。 ・ 1人では公共交通機関は利用できない。 ・ 慣れない場所ではトイレの場所がわからないため、声かけが必要。トイレ後、ズボンを上げる動作ができていないことが多いため、介助での修正が必要。自宅では時々失禁がある。布パンツを使用している。
12	基本動作に関する評価 (R4 ステージ)	5
13	歩行移動に関する評価 (R4 ステージ)	4
14	排泄動作に関する評価 (R4 ステージ)	3 ※ズボンの上げ下ろしは自分でできるが、不完全であり、スタッフが整える必要がある。
FIM 点数 (トイレ動作の内容)		3点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている
16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている ※特に、ズボンを上げる動作不完全であり、スタッフが整える必要がある。

17	お尻などをふく（清潔にする）	1. 自分でしている				
FIM点数（排便の内容）		5点				
18	失敗の頻度	2. 1ヶ月に1回未満				
19	座薬	※使用していない				
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない				
21	ICFコード（d5301 排便の管理） 支援無しでの能力評価	1. 困難なし				
22	普段のオムツ着用の有無	2. あり				
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は常食を自分で食べている。 ・ 水分摂取は問題ない。（正確な計量はしていないが、脱水症状の恐れはない。） ・ 排泄後、ズボンを上げる際、下着を上げずにズボンを上げてしまったり、上肌着が出ていたりするため、衣類の修正が必要。また、トイレの流し忘れがある。 ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>デイケア利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> <td>デイケア利用者のため、正確な状況は把握が難しい。</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	デイケア利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	デイケア利用者のため、正確な状況は把握が難しい。
排尿	排便					
デイケア利用者のため、正確な状況は把握が難しい。	デイケア利用者のため、正確な状況は把握が難しい。					
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	1人				
25	1回の介護に要する時間（分）	1分 ※ズボンを上げる際に介助が必要。				
26	パイロット調査【排便手段】	<p>1. トイレ</p> <p>1（環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまずいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。）</p> <p>※「2」の可能性もある。「ズボンを上げる介助」は身体介護に含まれるか</p>				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	※「ズボンを上げる介助」は身体介護に含まれるか？				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など（外形的に識別できる行動について）	特になし。				

<Bさん>

1	性別	女性
2	年齢	80歳
3	主病名	アルツハイマー型認知症
4	病名 ICD10	G309
5	副傷病 (介護に最も影響するもの)	心原性脳梗塞後遺症
6	副傷病 ICD10	I693
7	要介護度	要介護2
8	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	A2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	IV
10	現病歴	H25、外傷性くも膜下血腫 H28、もの忘れ症状みられる。アルツハイマー型認知症診断
11	介護に影響する、特記すべき事項 (病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状など自由記載)	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイケア利用者 (週3回利用) ・ 歩行はシルバーカー (バギーカー) を押して行っている。 ・ ズボン・パンツを下げることはできるが、上げることは難しく介助が必要である。
12	基本動作に関する評価 (R4 ステージ)	5
13	歩行移動に関する評価 (R4 ステージ)	2 ※シルバーカーで異動は安定している。
14	排泄動作に関する評価 (R4 ステージ)	3 ※自宅にて失禁が時々みられるが、オムツの使用拒否。自分でもトイレに行くが、時間が空いている時は声掛けが必要。ズボンは上げられるが、パンツが上げられない。ズボンを上げる際に修正の介助が必要。紙やタオルをオムツに入れてしまうので確認要。
FIM 点数 (トイレ動作の内容)		3点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている

16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている ※特に、ズボンを上げる動作不完全であり、スタッフが整える必要がある。				
17	お尻などをふく（清潔にする）	1. 自分でしている				
FIM 点数（排便の内容）		7 点				
18	失敗の頻度	1. ない				
19	座薬	※使用していない				
20	摘便・腹圧介助の頻度	1. 摘便・腹圧介助を必要としない。				
21	ICF コード（d5301 排便の管理） 支援無しでの能力評価	1. 困難なし ※ズボン・パンツを上げる動作には介助が必要であり、「2」の可能性もある。				
22	普段のオムツ着用の有無	2. あり				
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は常食を自分で食べている。 ・ 水分摂取は問題ない。（正確な計量はしていないが、脱水症状の恐れはない。） ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">排尿</th> <th style="width: 50%;">排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>施設にいる日は、午前中 2 回、午後 2 回</td> <td>施設にいる日は、1 日 1 回</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	施設にいる日は、午前中 2 回、午後 2 回	施設にいる日は、1 日 1 回
排尿	排便					
施設にいる日は、午前中 2 回、午後 2 回	施設にいる日は、1 日 1 回					
24	1 回の排泄時に対応する介護者の人数	1 名				
25	1 回の介護に要する時間（分）	1 分				
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ 2（一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。）				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など（外形的に識別できる行動について）	特になし。				

< Cさん >

1	性別	女性
2	年齢	91歳
3	主病名	アルツハイマー型認知症
4	病名 ICD10	G309
5	副傷病 (介護に最も影響するもの)	—
6	副傷病 ICD10	—
7	要介護度	要介護3
8	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	A2
9	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲa
10	現病歴	#1 アルツハイマー型認知症 #2 高血圧
11	介護に影響する、特記すべき事項 (病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ショートステイ利用者である。 ・ 歩行は自立している。 ・ 施設で入浴している。(大きな風呂なので、床で滑らないように付添している。) ・ 認知症があるが、ズボンの上げ下ろし等はできる。 ・ 排尿・排便については、家族から「困っている」との相談があった。夜間、尿意が頻繁にあり、5～6回、排尿のためにトイレに行くが、濡らしてしまうことが多い。その度に後始末 (濡れたパットを隠したりしていないか確認) が必要となる。 ・ おむつ・リハビリパンツを着用している。
12	基本動作に関する評価 (R4 ステージ)	5
13	歩行移動に関する評価 (R4 ステージ)	3 ※階段の昇降はできない。
14	排泄動作に関する評価 (R4 ステージ)	4 ※身体介助は必要ないが、排尿で衣類を濡らしてしまうことが多く、その後始末 (濡れたパットを隠したりしていないか確認) が必要である。 ※尿失禁の回数が増え、おむつや衣類を隠すようになっている。
FIM点数 (トイレ動作の内容)		5点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている
16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている
17	お尻などをふく (清潔にする)	1. 自分でしている

FIM 点数 (排便の内容)		2 点				
18	失敗の頻度	5. 毎回				
19	座薬	1. 座薬挿入介助あり (月 2 回以下) ※便が出ない日が続くと、看護師が浣腸を行っている。				
20	摘便・腹圧介助の頻度	2. 自力排便することの方が、摘便・腹圧介助をすることよりも多い				
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	2. 軽度の困難 ※ただし、「3」に近いかもしれない。				
22	普段のオムツ着用の有無	2. あり				
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は常食を自分で食べている。(摂取量は 8 割くらい) ・ 水分摂取は問題ない。(正確な計量はしていないが、脱水症状の恐れはない。) ・ 認知症の進行により、失禁の頻度が増えてきている。 ・ 夜間は毎日失禁あるも、自ら更衣を行い、汚れた衣類を隠す等の行為みられる。 ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">排尿</th> <th style="width: 50%;">排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 日 8 回くらい</td> <td>1 日に 1 回くらい</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	1 日 8 回くらい	1 日に 1 回くらい
排尿	排便					
1 日 8 回くらい	1 日に 1 回くらい					
24	1 回の排泄時に対応する介護者の人数	1 名 ※身体介助というよりは、後始末のため。				
25	1 回の介護に要する時間 (分)	5 分				
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ				
26	パイロット調査【排便手段】	2 (一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。) ※身体介助というよりは、後始末に手間がかかる。				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	※失敗した後の後始末をどのように評価するか。特に認知症の高齢者の場合、自分では正常に排尿・排便できているつもりでも、後始末が必要となるケースがある。				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など (外形的に識別できる行動について)	※失禁あり更衣必要だが、衣類等の順番間違えや衣類を隠す様子みられるため、トイレに入った際は必ず声をかけ、オムツ類は目につく場所に置いておき、プライドに配慮している。				

<Dさん>

1	性別	女性
2	年齢	81歳
3	主病名	アルツハイマー型認知症、器質性精神病
4	病名 ICD10	G309・F09
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	てんかん
6	副傷病 ICD10	G409
7	要介護度	要介護5
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B1
9	認知症高齢者の日常生活自立度	IV
10	現病歴	—
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者である。 ・ ATD（アルツハイマー型認知症） ・ 既往症：乳がん、菌血症、左膝関節炎、仙骨部IV度形成歴あり。 ・ 落ち着きがなく、トイレを洗面所と勘違いするケースがある。トイレまで行こうとするも、途中で出てしまうことあり。ズボンの上げ下ろし介助必要。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	4
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	2
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	3 ※ズボンの上げ下ろしは自分で行うが、途中から介助が必要となる。
FIM点数（トイレ動作の内容）		2点
15	ズボンなどを下げる	1. 自分でしている ※ただし、「2」に近い。
16	ズボンなどを上げる	1. 自分でしている ※ただし、「2」に近い。
17	お尻などをふく（清潔にする）	1. 自分でしている ※ただし、「2」に近い。
FIM点数（排便の内容）		4点
18	失敗の頻度	5. 毎回 ※失禁がある。
19	座薬	4. 座薬挿入介助あり（隔日または毎日）

20	摘便・腹圧介助の頻度	3. 自力排便と、摘便・腹圧介助と同じくらいの頻度				
21	ICF コード (d5301 排便の管理) 支援無しでの能力評価	5. 完全な困難 ※途中で出てしまうことが多い。				
22	普段のオムツ着用の有無	2. あり ※リハビリパンツ+パッドを使用している。				
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は常食を自分で食べている。 ・ 水分摂取は問題ない。(正確な計量はしていないが、脱水症状の恐れはない。) ・ 排尿・排便の状況は以下の通り。 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>排尿</th> <th>排便</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2～3時間おき</td> <td>2日に1回くらい</td> </tr> </tbody> </table>	排尿	排便	2～3時間おき	2日に1回くらい
排尿	排便					
2～3時間おき	2日に1回くらい					
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	1名 ※トイレまでの付き添いとズボンの上げ下ろしの介助は必要であるが、つかまり立ちはできるので、1名で介助できる。				
25	1回の介護に要する時間 (分)	2～3分 ※トイレまでの付き添いの時間は含まない。				
26	パイロット調査【排便手段】	1. トイレ 3 (移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。)				
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点	特になし。				
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など (外形的に識別できる行動について)	※トイレに行く際、ソワソワしはじめる様子あり。 ※工夫：布パンツを使用して、本人のサインを確認しながら、失禁の前にトイレに誘導する。				

< Eさん >

1	性別	女性
2	年齢	84歳
3	主病名	レビー小体型認知症、心不全、心房細動、胃潰瘍、器質性精神病
4	病名 ICD10	G318・I509・I48・K259・F09
5	副傷病（介護に最も影響するもの）	パーキンソン病
6	副傷病 ICD10	G20
7	要介護度	要介護5
8	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	B1
9	認知症高齢者の日常生活自立度	M
10	現病歴	—
11	介護に影響する、特記すべき事項（病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知症状況など自由記載）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者である。 ・ 立位 (+)。幻視 (+)。夜間、幻視に対しておびえる様子あり。多動。指示理解、簡単なものなら可。 ・ 日中は1階に下りてきて、活動に参加している。 ・ 座位を保つことはできるが、パーキンソン病のため、立ち上がった時につまずくケースがある。 ・ 歩行は車いすで移動している。
12	基本動作に関する評価（R4 ステージ）	3
13	歩行移動に関する評価（R4 ステージ）	2
14	排泄動作に関する評価（R4 ステージ）	1
FIM点数（トイレ動作の内容）		1点
15	ズボンなどを下げる	2. していない
16	ズボンなどを上げる	2. していない
17	お尻などをふく（清潔にする）	2. していない
FIM点数（排便の内容）		3点
18	失敗の頻度	4. 1日に1回未満

19	座薬	4. 座薬挿入介助あり（隔日または毎日） ※便秘のケースは座薬を使用している。
20	摘便・腹圧介助の頻度	3. 自力排便と、摘便・腹圧介助と同じ くらいの頻度
21	ICF コード（d5301 排便の管理） 支援無しでの能力評価	5. 完全な困難
22	普段のオムツ着用の有無	2. あり ※リハビリパンツを使用している。
23	排泄に関する 介護の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事は常食を自分で食べている。 ・ 水分摂取は問題ない。（正確な計量はしていないが、脱水症状の 恐れはない。） ・ ズボンの上げ下ろし介助は必要である。
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数	1名 ※立位を保つことはできるが、ズボンの 上げ下ろしに介助が必要である。
25	1回の介護に要する時間（分）	4～5分 ※転倒の恐れがあるため、見守りが必要 である。
26	パイロット調 査【排便手段】	3. ベッド上 3（移乗介助、身体の支え、腹圧補助を 含む介助を行うもの。）
29	パイロット版に分類できない状況や疑問 点	特になし。
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、 ノウハウ、行動など（外形的に識別できる 行動について）	※トイレ訴えあり（尿便意ともにあいま いではある） ※急に立ち上がったたり、自ら移動しよう とする様子（+）。

D. 考察

本研究では、介護保険総合データベースに、提供されたケアの内容を盛り込んでいくステップの一つとして、排泄介助に着目し、ケア内容を記載する上での「排泄ケア提供内容に関する分類案」を作成するための基礎資料作成を実施した。具体的には排泄介助に関わる症例調査を行い、抽出した症例に関して、B. 研究方法 2) (3) の調査項目について、カルテの一部転記およびヒアリングによる確認を実施した。

また調査項目の中に「排泄ケア提供内容に関する分類案（パイロット調査）」を含め（調査項目 No. 26～28）、試行的に作成した「排泄ケア提供内容に関する分類案」を用いて評価を行うとともに、本分類案についての意見収集（調査項目 No. 29）を行った。

1) 収集した症例の概要

本研究では、収集する事例に要介護度や排泄ケアの内容に幅が出るように、要介護度 1～要介護度 5 から恣意的に抽出してもらい、計 25 事例収集した。

収集した事例はいずれも女性で、要介護 1 が 3 名、要介護 2 が 4 名、要介護 3 が 4 名、要介護 4 が 5 名、要介護 5 が 9 名であり、平均 83.4 歳であった。

利用しているサービスについて、介護老人福祉施設利用者が 15 名、介護老人保健施設が 5 名、その他居宅サービス利用者が 5 名であった。

排泄ケアを考える上で重要な視点の 1 つである「おむつの着用」については、「あり」が 10 名、「なし」が 15 名であった。ただし、「おむつの着用」については、要介護度といった利用者の状態よりむしろ、各施設の方針に基づくことが多く、おむつゼロの方針を打ち出している 2 施設ではおむつを着用している事例はなく、別の 1 施設では要介護 4・5 の事例で一部おむつ着用の事例があった。

調査項目No	氏名	性別	年齢	要介護度	利用サービス	FIM (トイレ動作)	FIM (排便の 内容)	オムツ着用	手段	ケア内容
1	A	女性	85	1	介護老人福祉施設A	7	6 7	なし	トイレ	0
2	B	女性	81	2		7	5	なし	トイレ	0
3	C	女性	83	3		3	2	なし	トイレ	3
4	D	女性	90	4		1	3	なし	トイレ	3
5	E	女性	83	5		1	4 5	なし	トイレ	4
6	A	女性	71	5	介護老人福祉施設B	1	4	なし	トイレ	2
7	B	女性	81	5		1	4	なし	トイレ	4
8	C	女性	89	4		1	4	なし	トイレ	2
9	D	女性	96	4		1	4	あり	トイレ	3, 4
10	E	女性	77	5		1	1 2	あり	ベッド上	4
11	A	女性	91	5	介護老人福祉施設C	1	1 2	あり	ベッド上	4
12	B	女性	80	4		1	1	あり	ベッド上	4
13	C	女性	83	3		1	4	なし	トイレ	3
14	D	女性	90	5		1	1	あり	ベッド上	4
15	E	女性	82	2		7	4	なし	ポータブル	1
16	A	女性	76	1	定期巡回&デイ (介護老人福祉施設D)	7	7	なし	トイレ	0
17	B	女性	91	2		6	7	なし	トイレ	0
18	C	女性	88	3		7	7	なし	ポータブル	1
19	D	女性	81	4		1	6	なし	トイレ	3
20	E	女性	78	5		1	6	なし	ポータブル	3
21	A	女性	74	1	介護老人保健施設E	3	5	あり	トイレ	1
22	B	女性	80	2		3	7	あり	トイレ	2
23	C	女性	91	3		5	2	あり	トイレ	2
24	D	女性	81	5		2	4	あり	トイレ	3
25	E	女性	84	5		1	3	あり	ベッド上	3

2) 排泄ケアに関する考え方

本研究で収集した症例は、下図のうち「部分介助」「基本動作介助」の事例が多かったが、この段階での排泄ケアを「トイレ誘導」「トイレ動作の介助」「座薬挿入介助」「摘便・腹圧介助」といった排泄時の介助にのみ限定した場合、「トイレ誘導」については、日々の記録に基づき、申し送り・カンファレンス・事例検討などで状況が共有された上で、実際のケアの手法はマニュアル・研修等で標準化されており、大きな違いは見られなかった。

ケアの内容	段階に応じた排泄ケア
介助なし	排泄見守り、排泄支援（言葉かけ、同行）等
見守り	
部分介助	トイレ誘導、トイレ動作の介助、座薬挿入介助、摘便・腹圧介助等
基本動作介助	
全介助	ポータブルトイレ、ベッド上でおむつ交換等

また「トイレ動作の介助」については、利用者の状態（立位の保持や麻痺の有無）によって、1名介助か/2名介助（身体を支える人/更衣・処理の補助をする人）か、といった体制面での違いはあったものの、「ズボンの上げ」「ズボンの下げ」「お尻などをふく」とい

った一連の介助動作では大きな差が見られなかった。一方、「座薬挿入介助」「摘便・腹圧介助」については、施設で「座薬」「腹圧」を推奨するか否かで差が見られた。

このように、排泄時の介助にのみ限定した場合は、施設間・事例間で大きな違いは見られなかったが、排泄ケアに関わる方針や考え方等については、下表のように各施設で違いが見られた。

施設名		介護老人福祉施設 A	介護老人福祉施設 B	介護老人福祉施設 C	介護老人福祉施設 D (※)	介護老人保健施設 E
サービス		介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	介護老人保健施設
設 排 の 泄 方 ケ 針 ケ ア に 関 す る 施	おむつ着用	おむつゼロ達成	おむつゼロ推進	おむつ着用者あり	おむつゼロ推進	おむつ着用者あり
	水分摂取	1日 1500cc 以上を目安とする。	1日 1500cc 以上を目安とする。	水分摂取の少ない人中心に配慮。	食事からの水分摂取を重視。	1日 1000cc 以上を目安とする。
	下剤使用	不使用	不使用	使用	不使用	使用
	トイレ誘導	利用者のリズムに合わせてトイレ誘導。	利用者のリズムに合わせてトイレ誘導。	ベッド上での排尿排便のケースが多い。	利用者のリズムに合わせてトイレ誘導。	利用者のリズムに合わせてトイレ誘導。
排 泄 ケ ア に 関 す る 体 制 等	職員への教育・研修	新人研修及び毎月の事例検討あり。	介護力向上委員会の一環で外部研修あり(外部研修を施設内で共有する研修有)。	おむつのあて方の勉強会を実施(特に研修は行っていない)。	「あすなら 10 の基本ケア」を新人研修で伝達。年間の研修計画あり。	新卒研修や内部研修の中で【排泄について】という研修(演習&座学)を実施。
	委員会	排泄委員会 下剤廃止委員会	介護力向上委員会	排泄ケアについての委員会はなし(チームとして検討し、定期的に見直しを行う)。	ケア会議	排泄ケアについての委員会はなし。
	マニュアルの整備	あり	あり	あり(留意点をまとめた用紙)	あり	あり
	記録作成の工夫	食事、水分、排尿・排便の状況を紙媒体で一覧化。	排尿・排便の記録を電子媒体で一覧化。	要注意の人のみ重点を置き紙媒体で記録。	要注意の人のみ重点を置き紙媒体で記録。	排便が出ない人のアラートが出るよう電子管理。

(※) 提供事例はいずれも居宅サービス利用者

このことから「良いケア」を考える場合、施設全体の各ケアに関する方針・体制といった視点も合わせて考えていく必要性が示唆された。

E. 結論

1) 排泄ケア提供内容に関する分類案（パイロット調査）に関する意見

本研究で収集した事例を以下の「排泄ケア提供内容に関する分類案」に当てはめた場合、ほぼ全ての症例において、記述可能であった。

また、要介護度や FIM 点数とは別に、どのようなケアを提供しているのかは施設や症例によって違いが見られた。このことから、同様な機能、状態像であっても、提供されるケア内容や手段は、対象者個人や施設の方針によって異なることが示唆された。

したがって、将来的にこのようなデータを蓄積することで、同程度の状態像であってもより好ましいケアが提供されている施設や、優良実践事例の把握や収集が可能となり、介護の質の向上に寄与できる可能性が示唆された。

なお、ほとんどの場合は判定に迷いが見られなかったものの、以下の場合はどうのように判定したらよいかの意見があがった。

- ・ 認知症の高齢者の場合は、調子が良い時と悪い時で差がある。その場合はどのように判定したらよいか。
- ・ ポータブルトイレの後始末は介助に入るかが不明。
- ・ 「ベッド上」「人工肛門」の「見守り」～「基本動作」が判定しづらい（「ベッド上」「人工肛門」は、基本は「全介助」ではないか）。

これらの意見を踏まえ、今後この「排泄ケア提供内容に関する分類案」の判定方法・基準を精査していく必要がある。

<参考資料>

介護行為データベース化のための介護行為分類作成
に関する症例調査

■ 法人名

[Yellow box for法人名]

■ 調査（訪問）日

[Yellow box] 月 [Yellow box] 日

■ 症例数

事例番号	性別	年齢	要介護度	氏名
記入例	男性	72	要介護1	Y・M
①				
②				
③				
④				
⑤				

5事例以上可能な場合は
行を増やしてご記入ください。

■ 事例の選定方法

貴施設が経験された症例（入院・入所中を含む）から5事例をご提示ください。
 症例の選択については、要介護度や排泄ケアの内容に幅が出るように、要介護度1～要介護度5から恣意的に抽出してください。
・事例を抽出した後、調査票（本ファイル）の事前のご記入をお願いします。シート名と事例番号を合わせてください。

■ 調査票の記入方法

・本ファイルはフェースシート／調査票①～⑤／参考資料①～③で構成されています。
・このうちフェースシートと調査票①～⑤の事前記入（黄色箇所）ををお願いします。
・事前記入は可能な範囲で結構です。ご記入が事前に難しい場合は、訪問当日、各種記録・カルテ等を基に当社の研究員が転記させていただきますので、各種記録・カルテ等のご用意をお願いします。

排泄介護に関する症例調査票

→選択肢の箇所は○を入力

1 性別	1. 男	
	2. 女	
2 年齢		
3 主病名		
4 主病名 ICD10		
5 副傷病 (介護に最も影響するもの)		
6 副傷病 ICD10		
7 要介護度	1. 非該当	
	2. 要支援1	
	3. 要支援2	
	4. 要介護1	
	5. 要介護2	
	6. 要介護3	
	7. 要介護4	
	8. 要介護5	
	9. 未申請	
8 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	1. J1	
	2. J2	
	3. A1	
	4. A2	
	5. B1	
	6. B2	
	7. C1	
	8. C2	
9 認知症高齢者の日常生活自立度	1. 自立	
	2. I	
	3. II a	
	4. II b	
	5. III a	
	6. III b	
	7. IV	
	8. M	
10 現病歴		
11 介護に影響する、特記すべき事項 (病歴、医学管理、状態、性格、褥瘡、認知 症状など自由記載)		

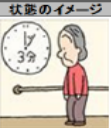




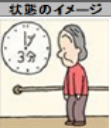




12	基本動作に関する評価 (R4ステージ)	1.	5	
		2.	4	
		3.	3	
		4.	2	
		5.	1	
13	歩行移動に関する評価 (R4ステージ)	1.	5	
		2.	4	
		3.	3	
		4.	2	
		5.	1	
14	排泄動作に関する評価 (R4ステージ)	1.	5	
		2.	4	
		3.	3	
		4.	2	
		5.	1	
FIM点数 (トイレ動作の内容) トイレ動作で評価する内容は、排尿・排便の前後にズボン・下着を上げ下げし、会陰部を清潔に保つことが含まれる。ベッド上であれば、ベッド上の動作で評価する。				
15	ズボンなどを下げる	1.	自分でしている	
		2.	していない	
16	ズボンなどを上げる	1.	自分でしている	
		2.	していない	
17	お尻などをふく (清潔にする)	1.	自分でしている	
		2.	していない	
FIM点数 (排便の内容) 排便をしてもよい状態で、タイミングよく括約筋を緩めるところを採点する				
18	失敗の頻度	1.	ない	
		2.	1ヶ月に1回未満	
		3.	週に1回未満	
		4.	1日に1回未満	
		5.	毎回	
19	座薬	1.	自分で挿入する (月に2回以下)	
		2.	自分で挿入する (週1回程度)	
		3.	座薬挿入介助あり (月2回以下)	
		4.	座薬挿入介助あり (隔日または毎日)	
20	摘便・腹圧介助の頻度	1.	摘便・腹圧介助を必要としない	
		2.	自力排便することの方が、摘便・腹圧介助をすることよりも多い	
		3.	自力排便と、摘便・腹圧介助と同じくらいの頻度	
		4.	摘便・腹圧介助で排便することの方が多い	
		5.	毎回、摘便・腹圧介助をしている	

21	ICFコード（d5301排便の管理） 支援無しでの能力評価	1.	困難なし				
		2.	軽度の困難				
		3.	中等度の困難				
		4.	重度の困難				
		5.	完全な困難				
		6.	詳細不明				
		7.	非該当				
22	普段のオムツ着用の有無	1.	なし				
		2.	あり				
23	排泄に関する介護の状態（記述）						
24	1回の排泄時に対応する介護者の人数						
25	1回の介護に要する時間（分）						
26	パイロット調査【排便手段】	1.	トイレ			→参考資料①を基に 該当するものに○ (あるいはその他欄 に記入)	
		2.	ポータブル				
		3.	ベッド上				
		4.	人工肛門				
		5.	その他				
27	パイロット調査【ステージング】	0	介助なし			→参考資料①を基に 0～4、9のいずれか を入力	
		1	見守り				
		2	部分介助				
		3	基本動作介助				
		4	全介助				
		9	それ以外				
28	パイロット調査【ステージング】※その他						→参考資料①で対応 していない状況を記す
29	パイロット版に分類できない状況や疑問点があれば、詳しく記載						
30	上記分類では表現できない、介護の工夫、ノウハウ、行動など (外形的に識別できる行動について)						

2. 基本動作※

基本動作については、移動状況ではなく、同じ場所で行っている動作について評価する。歩行状態は、この指標では評価していない。

なお、視力障害者で、付き添いが必要な場合は、歩行状態や外出状況に基づいて、そのステージの行為を行っているかどうかで判断する。認知症の行動障害への見守りも、歩行機能に対する見守りでなければ、歩行動作のみを評価する。

		ステージ	状態	状態のイメージ
立位の保持	つかまらずに一定の時間立位を保つこと。	5	両足での立位の保持を行っている。	
		4	立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている。	
座位での乗り移り	車椅子などからベッドへ移動する時のように、ある面に座った状態から、同等あるいは異なる高さの他の座面へと移動すること。	3	座位での乗り移りは行っていないが、座位(端座位)の保持は行っている。	
		2	座位(端座位)の保持は行っていないが、寝返りは行っている。	
座位(端座位)の保持	ベッド等に、背もたれもなく「つかまらず」で、安定して座っていること。(端座位)	1	寝返りは行っていない。	
		5	両足での立位の保持を行っている。	
寝返り	寝返りをする事(つかまらず)・つかまらずに関わらず)。	4	立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている。	
		3	座位での乗り移りは行っていないが、座位(端座位)の保持は行っている。	
座位(端座位)の保持	ベッド等に、背もたれもなく「つかまらず」で、安定して座っていること。(端座位)	2	座位(端座位)の保持は行っていないが、寝返りは行っている。	
		1	寝返りは行っていない。	

※「状態判定」は基本的に上から下に難易度ステージ(高一低)を設定している。

<基本動作のスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

一定の時間(3分間程度)つかまらずに立位を保っている場合は、ステージ5と判断する。リハビリテーション室など特殊な状況で、監視下でのみ行っている場合は、ステージ5と判断せず、ステージ4とする。

【ステージ4の判断】

ステージ4は、立位の保持は行っていないが、いすと車いすの間や、いすとベッドの間の移乗をふだんから行っている場合である。それよりもやや難易度の高い立位からベッドへの移乗を行っている場合は、立位保持の状態ですtage5かどうか、で判断する。

【ステージ3の判断】

座位での移乗は行っていないが、背もたれがない状態の座位保持を行っている場合がステージ3である。いわゆる端座位である。リハビリテーション実施時のみ、監視下で行える場合はステージ2と判断する。

【ステージ2の判断】

端座位も、座位での移乗も行えず、床上での寝返りを行っている場合が、ステージ2となる。円背や亀背などで、寝返りが行えなくても、たとえば座位での移乗を行っている場合は、ステージ4となる。その他の状態と併せて判断をする。

【ステージ1の判断】






寝返りをふだんから行っておらず、体位変換を他者に頼っている場合がステージ1である。

3-a. 歩行・移動※

歩行・移動に関して、ふだん行っている最もステージの高い活動を選択する。

ふだん歩行や移動の際に使用している補助具があるかどうか、事前に知っておくことも必要である。補助具から使用者の状態を想定しておくことができるため、調査が容易になる。

また、視力障害者で付き添いが必要な場合は、歩行状態や外出状況に基づいて、そのステージの行為を行っているかどうかで判断する。認知症の周辺症状への見守りも、歩行機能に対する見守りでなければ、歩行動作のみを評価する。

		ステージ	状態	状態のイメージ
外出状況	公共交通機関（バス・JFN・飛行機等）を利用して外出する（杖等の補助具の使用の有無は問わない）。	行っている	↑	
	行っていない	↓		
昇り降り	階段を5段以上「手すりに頼らず昇り降りする」こと。	行っている	↑	
	行っていない	↓		
安定した歩行	安定した歩行をすること（杖と装具の双方を用いてもかまわない）。	行っている	↑	
	行っていない	↓		
施設内での移動	施設内で意図から直の距離へと移動すること（車椅子など移動手段は問わない）。	行っている	↑	
	行っていない	↓		
		1	施設内の移動を行っていない。	

※「状態判定」は基本的には上から下に難易度ステージ（高→低）を設定している。

<歩行・移動のスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

ふだんから公共交通機関を利用し、外出している場合である。例外的に、公共交通機関が近くにないという事態が考えられる。そのような場合は、階段の昇り降りに加えて買い物などを自家用車等を用いて行っているような場合に、ステージ5と判断する。

【ステージ4の判断】

1人で公共交通機関による外出はできないけれど、屋内の階段であれば5段程度自分で昇り降りを、ふだんから行っている場合が該当する。リハビリテーション実施時などで一時的に、階段昇降を監視下で行っているような場合は、これには該当しない。

【ステージ3の判断】

ステージ3は、階段は昇れないが、屋内平面は杖や装具を使用しても歩いている場合である。判断に困るのは、施設内の手すりである。ここでは、“施設内の手すりは用いずに”歩いている場合としている。

【ステージ2の判定】

安定した歩行は行っていないけれども、車いす、歩行器、手すりなどのすべての補助手段を用いて屋内平面の移動を行っている場合を、ステージ2と判断する。

【ステージ1の判定】

車いすや、その他の移動手段を使っても、自分でふだんから施設内の平面の移動を行っていない場合は、ステージ1と判断する。






3-b. 移動手段

移動手段については、下記の項目の使用の有無で評価する。

	なし	あり
T字杖の利用	0	1
装具（短下肢装具等）	0	1
歩行器（ウォーカー、シニアカー等）の利用	0	1
しがみつき歩行器の利用（サークル歩行）	0	1
車椅子の利用	0	1
リクライニング式車椅子の利用	0	1
介助者や付き添いの必要	0	1

6-a. 排泄の動作※

排泄機能は、排泄の動作、用いている器具および尿意・便意を評価する。排泄については、尿のコントロールを中心に聞き取りを行う。これは、排尿の頻度が排便の頻度より多いためである。排便について、何か特記すべきことがあれば、特記事項に記入する。たまたに失敗するような場合は、ふだんの生活でよりよいステージを基本として判断する。

		ステージ	状態	状態のイメージ
		5	排泄の後始末を行っている。	
排泄の後始末	排泄の後に種々の後始末をすること。 ※排泄後に拭く、水洗を流す、汚染した便器や周囲を拭く、ポータブルトイレの処理、尿器の処理等を含む。	行っている		
		行っていない		
		4	排泄の後始末は行っていないが、スポン・パンツの上げ下ろしを行っている。	
スポンやパンツの上げ下ろし	排泄の際、スポン・パンツ等の上げ下ろしを自分ですること。	行っている		
		行っていない		
		3	スポン・パンツの上げ下ろしは行っていないが、洋式便器への移乗を行っている。	
洋式便器への移乗	洋式便器への移乗と、洋式便器からの移乗。	行っている		
		行っていない		
		2	洋式トイレの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または寝床から床上で排泄を行っている。	
床上での排泄	※トイレ内の移動の際、姿勢の保持を自分で行っていない場合は「行っていない」としてください。 ※移乗ができず、洋式トイレを利用していない場合も「行っていない」としてください。	使用していない		
	医療的な身体管理のため、人工肛門・尿力ターテル・おむつ等の使用	使用している		
		1	尿閉(膀胱瘻を含む)や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテルなどを使用している。	

<排泄の動作のスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

排尿後の後始末も含めて、排尿動作が自立している場合、ステージ5と判断する。判断基準は、排尿後に、拭く、水洗を流す等の後始末を行っている場合である。

【ステージ4の判断】

ステージ4は尿意の意識に対応してトイレに行き、自分でズボンの上げ下ろしまで行っているかどうかを判断する。この前提は、次のステージの洋式トイレへの移乗を行っていることが前提になる場合が多いが、ナースコールを押し介助者がトイレまで連れていけば、その後は介助なしにズボンの上げ下ろしを行っている場合は、ステージ4と判断する。

【ステージ3の判断】

ステージ3は、洋式便所への移乗は自立している場合が含まれる。もし、トイレまでの移動は介助が必要であっても、トイレ内での移乗を自分で行っている場合が該当する。在宅で調査される場合、洋式トイレがなく和式トイレのみであり、この活動を行っていない場合は、行っていないと判断する。その際にズボンの上げ下ろし等を自分で行っている場合は、ステージ4となる。

【ステージ2の判断】

洋式便所への移乗に、介助を要する場合である。トイレ内の移動の際、姿勢の保持を自分で行っていないような場合は、ステージ2となる。また、ポータブルトイレを含めて移乗ができず、洋式トイレ(ポータブルを含む)を利用していない場合は、行っていないと判断する。

【ステージ1の判断】

床上での排泄において、尿閉(膀胱瘻を含む)や医療的な身体管理のために、膀胱等へのカテーテルを使用している場合、人工肛門やおむつを使用している場合は、ステージ1に該当する。

6-b. 補助具・器具の使用状況と、尿意の意識

排泄に関するアセスメントは、人の尊厳に関することでもあるため、利用者の気持ちに配慮し、慎重に行いたい。以下の項目について、「なし」・「あり」で判断する。

	なし	あり
ポータブルトイレの使用	0	1
尿力ターテルの利用	0	1
人工肛門の使用	0	1
おむつの使用	0	1
尿意を意識することができるか	0	1
便意を意識することができるか	0	1

排便手段	ステージング		具体的状態像	参考	関連するICFとの対応(支援なし能力評価)	
				R4ステージ(排泄)との対応	b5250	d5301
トイレ	0	介助なし	見守りを含め、介助を行わないもの。	5	表現困難	d5301_0, d5301_1
	1	見守り	環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまづいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。	5, 4		d5301_0, d5301_1
	2	部分介助	一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。	3		d5301_1, d5301_2
	3	基本動作介助	移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。	2	衣服の着脱、後始末などの介助	d5301_2, d5301_3, d5301_3
	4	全介助	一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合(排便の意思がない等)もここに該当する。		排便に適した姿勢が取れない	d5301_3, d5301_4
	9	それ以外	上記のいずれにも当てはまらないもの。		排便などは、どこに分類するか?	
ポータブル	0	介助なし	見守りを含め、介助を行わないもの。	5, 4		d5301_0, d5301_1
	1	見守り	環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまづいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。	5, 4		d5301_0, d5301_1
	2	部分介助	一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。	3		d5301_1, d5301_2
	3	基本動作介助	移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。	2		d5301_2, d5301_3, d5301_3
	4	全介助	一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合(排便の意思がない等)もここに該当する。			d5301_3, d5301_4
	9	それ以外	上記のいずれにも当てはまらないもの。			
ベッド上	0	介助なし	見守りを含め、介助を行わないもの。	概念なし(1)		d5301_0, d5301_1
	1	見守り	環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまづいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。	1		d5301_0, d5301_1
	2	部分介助	一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。	1		d5301_1, d5301_2
	3	基本動作介助	移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。	1		d5301_2, d5301_3, d5301_3
	4	全介助	一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合(排便の意思がない等)もここに該当する。	1		d5301_3, d5301_4
	9	それ以外	上記のいずれにも当てはまらないもの。	1		
人工肛門	0	介助なし	見守りを含め、介助を行わないもの。	概念なし(1)		d5301_0, d5301_1
	1	見守り	環境整備、声かけ、見守りなどを行うが、つまづいたときの支えなどの緊急時の対応を除き、直接的な身体介助は伴わないもの。	1		d5301_0, d5301_1
	2	部分介助	一部の身体介助は行うが、移乗介助、身体の支え、腹圧補助は行わないもの。	1		d5301_1, d5301_2
	3	基本動作介助	移乗介助、身体の支え、腹圧補助を含む介助を行うもの。	1		d5301_2, d5301_3, d5301_3
	4	全介助	一連の行為すべてについて身体介助を行うもの。行為に対する自発的な行動がない場合(排便の意思がない等)もここに該当する。	1		d5301_3, d5301_4
	9	それ以外	上記のいずれにも当てはまらないもの。	1		
それ以外		未分類	どのような行為が、ここに入るかを見			

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし