

平成 22 年度 老人保健健康事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業  
介護保険施設等における職員人員配置基準に関する調査研究事業

## 調 査 研 究 報 告 書

平成 23 年 3 月  
社団法人 財形福祉協会



## はじめに

当協会は、平成 6 年度より旧労働省から「介護労働環境改善事業に係る調査研究」等を受託し、平成 19 年度まで継続してその研究を行ってきました。

さてこの度、厚生労働省老健局から平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金を受け、「介護保険施設等における人員配置基準に関する調査研究事業」をテーマに、介護労働と施設を利用する国民にとって大きな課題となっている施設における人員配置基準の違いとそのサービスの実態を調査し、今後の人員配置基準のあり方を検証すべく調査研究を行いました。

独立行政法人 福祉医療機構からの情報提供により、全国 3,800 ヲ所の特別養護老人ホーム・新型特別養護老人ホーム・老人保健施設・特定施設・認知症対応グループホーム・小規模多機能型居宅介護に、アンケートを送付し、入居者の要介護度等属性に関する基礎的データの他、定量的かつ定性的に把握可能な個別ケアの実態を明らかにしました。

また、アンケートに回答のあった 6 種の施設・サービス提供事業者の中から基本的に 3~5 ヲ所ずつ、25 ヲ所を選定し、行動観察調査を実施し、職員の勤務実態ならびに入居者・利用者の生活実態の調査を行ないました。

本調査研究報告書をご高覧いただき、望ましい人員配置基準を検討され、介護保険制度の持続的発展のためにご活用頂ければ幸甚に存じます。

なお、本報告書の取りまとめに際し、調査研究委員会の運営にご尽力いただきました三浦研委員長をはじめとし、各委員、並びにご多忙の中、煩瑣な内容の調査にご協力下さいました介護保険関連施設等の各位に厚くお礼申し上げます。

平成 23 年 3 月

社団法人 財形福祉協会

理事長 市川 亮一

# 「介護保険施設等における人員配置基準に関する調査研究事業」

## メンバー一覧

社団法人 財形福祉協会

敬称略：あいうえお順

### <委員会>

委員長 三浦 研 (大阪市立大学大学院生活科学研究科准教授)

委員 岩石 隆光 (医療ジャーナリスト)  
金澤 敬一 (特定施設事業者連絡協議会代表理事)  
小宮 英美 (NHK国際放送局 多言語展開部 チーフ・プロデューサー)  
高見 国生 (認知症の人と家族の会代表理事)  
館石 宗隆 (札幌市東区保健福祉部長)  
平川 博之 (全国老人保健施設協会常務理事)  
宮崎 和加子 (健和会看護介護政策研究所長)  
宮島 渡 (長野・高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ総合施設長)  
吉澤 善明 (全国老人福祉施設協議会介護保険委員会幹事)  
和田 行男 (東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会代表)

### <作業部会>

青柿 亘 (医療法人社団あすは会)  
今村 隆人 (大阪市立大学大学院生活科学研究科)  
岩石 隆光 (医療ジャーナリスト)  
小林 恵美子 (東京大学大学院医学系研究科)  
館石 宗隆 (札幌市東区保健福祉部長)  
三浦 研 (大阪市立大学大学院生活科学研究科准教授)  
宮崎 和加子 (健和会看護介護政策研究所長)  
和田 行男 (東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会代表)

## 研究要旨

私たちは、6つの介護保険関連施設、特養、新型特養、老健、特定施設、グループホーム、小規模多機能のサービス内容と入居者等の生活実態調査を行い、現行の人員配置基準との関連を考察した。

### 人員配置の実際

特養、老健、特定施設では、入居者等の定員に対して3:1以上になるよう直接処遇職員（介護、看護職員）の配置が求められ、グループホーム、小規模多機能では、日中3:1以上、夜間1名以上とされ、概ね1.5対1以上となるような、手厚い配置となっている。私たちは、配置基準から1人の入居者等に対して職員が、7時から19時の間、介護に費やすことができる時間を算出した。それによると前者は約100分/人、後者は約150分/人となる。今回の調査における各施設の平均値は、小規模多機能239分/人、グループホーム205分/人、特定施設160分/人、新型特養144分/人、特養138分/人、老健119分/人となった。

### アンケート調査結果

要介護状態に陥っても、尊厳を保持し、自立した日常生活ができるよう支援するのが、介護保険の目的である。それを保障するための基本的生活7項目①起床・消灯時間の自由②昼夜の着替え③希望する頻度・夜間の入浴④随時排泄介助⑤外出の自由⑥施錠をしない出入口⑦調理参加の基本的生活7項目について、アンケート調査を実施した。

グループホーム、小規模多機能、新型特養では8割を超える施設が、基本的生活7項目を「めざしたい姿」であると認識していたが、特養、特定施設では7割弱の結果となった。実施状況は、グループホーム、小規模多機能が8割以上であるのに対して、老健、特養では4割台に留まった。

基本的生活7項目の内、①、②、④、⑤、⑦については、人員配置が150分/人を超えると実施率が高まる実態が把握された。また100分/人を切ると、実施状況が低下することも確認された。

### 行動観察調査結果

行動観察調査からは、入居者等一人当たりの人員配置が減少すると、職員の介助量が増加し、基本的な介助量に手が取られること、また、居室滞在も増え、忙しくなる実態が確認された。その結果、会話に余裕がなくなり、入居者等・職員同士ともに業務中心の会話になること、また、「訴えに対応できない場面」も増加することが確認された。

人員配置が少ないと、比較的、ADLの高い「自立歩行可」の入居者等の全介助が増加し、逆に一部介助が減少する点や、人員配置が多くてはじめて、「自立不可」の入居者等において、臥位から座位（車いす）へ姿勢が変化する点などが明らかになった。このことから、自立を引き出すうえで、人員配置が大きな鍵を握ることが示唆された。

# 目 次

はじめに

I. 研究概要	1
II. 研究内容・結果	3
1. 法的人員配置基準・根拠の違いについて	3
2. 介護保険施設等（6種類）の実態等の比較検討	9
1) 調査の概要	9
2) 入居者等の属性、施設・サービスの種類ごとの比較	10
3) 介護保険施設等（6種類）の実態等の比較検討	13
(1) 入所者等の生活について	
①起床・消灯	14
②着替え	17
③入浴	19
④排泄	27
⑤外出	29
⑥施錠	31
⑦食事	34
⑧まとめ・考察	38
(2) 職員のサービスの質の向上の取り組みや 労働環境などについて	
①ケアカンファレンスについて	40
②研修参加について	42
③昼食休息について	44
④有給休暇について	46
⑤人員削減による影響について	48
⑥在宅生活復帰支援・リハビリについて	49
⑦まとめ・考察	51
4) 人員配置とケアの質	
(1) 分析の概要	53
(2) 施設種別にみる人員配置の実態	53
(3) 人員配置とケアの質	55
1. 起床の現状	57
2. 消灯の現状	58
3. 着替えの現状	59
4. 夜間入浴の現状	60
5. 入浴頻度の現状	61
6. マンツーマン入浴の実施状況	62
7. 排泄介助の実施状況	63

8. 外出支援の実施状況	64
9. ユニット入り口の施錠状況	65
10. 玄関の施錠状況	66
11. 食事提供方法	67
12. 入居者等の調理等参加状況	68
13. カンファレンスの実施状況	69
14. 職員の休憩状況	70
15. 職員の有給休暇取得状況	71
13. 職員の研修参加の現状	72
14. 老健、小規模多機能における在宅支援の実施状況	73
(4) 考察	74
3. 実際に勤務する職員数が入居者等の 生活実態に及ぼす影響（行動調査）	
1) 調査の目的	76
2) 職員行動調査	77
(1) 職員行動調査の概要	77
(2) 職員行動調査の結果	78
① 職員の滞在場所	78
② 職員の介助内容	81
(3) 職員行動調査の考察	88
3) 入居者等行動調査	90
(1) 入居者等行動調査の概要	90
(2) 入居者等行動調査の結果	90
① 入居者等の滞在場所と職員配置の関係	91
② 入居者等の行為と職員配置の関係	92
③ 入居者等の会話と職員配置の関係	93
④ 入居者等の姿勢と職員配置の関係	93
⑤ 介助と職員配置の関係	94
(3) 入居者等行動調査の考察	95
Ⅲ. まとめと提言	96
1. まとめ	96
2. 提言	100

《資料編》





# I. 研究概要

## 【背景】

介護保険関連施設等は、そのサービスの種類により定められた人員配置基準に基づいて運営されているが、人員配置基準は事業によりかなり格差がある。あわせて実際の事業では、基準を上回る人員を配置して要介護者の支援に当たっているところも少なく、結果的には支援の量・内容が大きく異なっている。

これは支援を受ける国民の側からみても、利用する事業により支援の量・内容が違ってしまふこととなり、不平等になっていると言わざるを得ない。

また、これまで介護保険施設等の人員配置やその基準やサービスの内容の比較などについての実態調査はほとんどなされておらず、現在の基準が適切なのか、介護現場の実態との乖離がないのか、質を担保しているのか、など明らかにされていない。

## 【目的】

本研究事業では、人員配置基準の根拠となる法的背景、事業ごとの人員配置の実態に関する定量的な把握、個別ケアの実施状況の把握を行い、現状の人員配置基準における課題、個別ケアの実施に必要な事業ごとの望ましい人員配置基準を検討し、今後のあり方について提言することを目的とする。

なお、この研究で対象としたのは、介護保険事業のうち以下 6 種類（以下総称して「介護保険施設等」と呼ぶ）である。

- |                         |                |
|-------------------------|----------------|
| ① 指定介護老人福祉施設            | (以下 特養と表記)     |
| ② 指定ユニット型介護老人福祉施設       | (以下 新型特養と表記)   |
| ③ 指定介護老人保健施設：ユニット型含む    | (以下 老健と表記)     |
| ④ 特定施設入居者生活介護：主に有料老人ホーム | (以下 特定施設と表記)   |
| ⑤ 認知症対応型共同生活介護          | (以下グループホームと表記) |
| ⑥ 小規模多機能型居宅介護サービス       | (以下 小規模多機能と表記) |

なお、それぞれの事業で支援を受ける人の呼称が「利用者」「入所者」「入居者」と異なっているが、本研究では「入居者等」と表記することとした。

また、ユニットなどの入居者等の生活の単位を「生活単位」と表記する。生活単位はサービス提供側からみれば、ケア提供単位に相当し、フロアや棟など、ユニットほど明確に定義されていない場合も含めている。

## 【内容と方法】

上記の目的のため、具体的に以下の調査研究を行う。

### 1. 法的人員配置基準・根拠の違いの明確化

介護保険施設等の法的な人員配置基準やその根拠・実数などの比較検証を行う。  
(文献検索と考察)

### 2. 介護保険施設等（6種類）の実態等の比較検討

各事業の ①支援における望むべきあり方 ②実態 ③人員が増えた場合何ができるかの3点について事業者へのアンケート調査を行い、比較検討する。

### 3. 実際に勤務する職員数が入居者等の生活実態に及ぼす影響の把握

7時から19時までの12時間に入居者等と職員がどこでどのような行動をしているのかを時間ごとあるいは時間区切りの行動調査を行い、実際に支援する職員数と入居者等の生活実態について明らかにする。

### 4. 人員配置基準のあり方の検討・提言

以上の研究結果に基づき、全体の比較検討を行い、国民にわかりやすい統一した根拠に基づく人員配置基準のあり方を検討し提言する。

## Ⅱ．研究内容・結果

### 1．法的人員配置基準・根拠の違いについて

研究の目的においても触れたように、現在、介護保険制度に位置づけられている介護保険事業は、各々の制度が創設された「当時の施設についての考え方」や創設当初から今日に至る「制度改正の過程での議論」を反映し、互いに異なる人員配置、設備及び運営に関する基準が定められている。

#### 1) 歴史的な経緯

例えば、特養の場合には、制度を規定する老人福祉法が制定された1963（昭和38）年当時は6人、後に4人の相部屋（多床室）が標準とされたが、介護保険が導入された2000（平成12）年頃になると個室化を求める声が次第に高まり、2003（平成15）年度からは、新たに特養を整備する場合は全室個室かつユニットケアの、新型特養とする整備方針が国から示されている。

同様に老健の場合も、制度が創設された1986（昭和61年）当時は、4人部屋を標準とし、主として身体的な障害を有する要介護高齢者の在宅復帰を支援するリハビリテーション施設として位置づけられていたが、近年、認知症の入居者等の増加を反映し、2006（平成18）年度からは、老健においても個室ユニットケアを評価する介護報酬が創設されている。

#### 2) 現行の人員配置基準

また、現行の人員配置基準に着目すると、介護保険施設（ここでは特養、老健）及び特定施設の場合は、入居者等の定員に対して3:1以上となるよう直接処遇職員（介護、看護職員）を配置することが求められるのに対して、グループホームの場合は、認知症の入居者等の特性に配慮して概ね1.5対1以上となるような、より手厚い職員配置が必要とされている。

また、特定施設では、基準を上回る人員を配置した良質な介護サービスを有料で提供することが可能とされるが、他の事業ではこのような上乘せサービスを有料で提供することは想定されていない。また、全室個室・ユニットケアを特徴とする新型特養の場合は、人員基準は他の介護保険施設と同じく3:1とされているが、実質的に2:1程度の人員配置が可能となるように介護報酬上の配慮が加えられている。

さらに、実際の介護保険施設等の現場では、入居者等の状態に応じた個別ケアの充実を目指すなかで、指定基準上の人員配置よりも手厚い配置とする事業者も増加している。（基準を超えた職員を配置しても、加算制度に該当しない限り、介護報酬に反映されない場合が多い。）

### 3) 現場の実態

こうした状況の中で、現場の実態はどうなっているのか、まず本調査研究で取り上げる 6 種類の介護保険施設等のうち、主として居宅の要介護者等を対象とする小規模多機能を除いた介護保険施設等について、法律上の定義、人員配置(職員数及び職種)、施設・設備基準、居室の定員、入居者等の平均要介護度及び施設数の年次推移などについて、次頁表 1 に整理してみた。

同様に、これらの介護保険施設等について、厚生労働省の「介護サービス・施設利用者調査」を基に要介護度別にみた入居者等の構成割合の過去 5 年間の年次推移を次頁図 1 にまとめた。

入居者等の要介護度では、2006(平成 18)年からの施設整備に関する国や自治体の総量規制の影響を反映して、特に特養、新型特養、グループホームの過去 5 年間の入居者等の推移において、重度要介護者の占める割合の増加傾向がうかがわれる。(表 1、図 1)

さらに、後の考察の際の参考資料として、現行の介護保険事業計画における国の参酌標準の基になる施設整備に係る総量規制の考え方を表 2 に、また、人員基準で求められる職員配置と介護報酬との具体的な関係等について表 3 に、それぞれ厚生労働省からの既存の公開資料を基に整理してみた。

表 1：介護保険施設等の定義、職員配置基準、施設基準、利用者の状態像等について

		老人保健施設					特別養護老人ホーム				
介護保険法の定義		<b>【介護老人保健施設の定義】</b> 病状が安定期にあり、介護老人保健施設において、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を要する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設（抄）					<b>【介護老人福祉施設の定義】</b> 要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設（抄）				
主な職員配置基準	医師	常勤で1以上			1人		必要数（非常勤可）			—	
	看護・介護	3：1以上（看護2／7）			看9/介25		3：1以上			看3/介31	
	P T、O T	P T又はO Tが100：1以上			1人		—			—	
	機能訓練指導員	—			—		1以上			1人	
	生活（支援）相談員	100：1以上			1人		常勤で1以上、100：1を標準			1人	
	介護支援専門員	常勤で1以上、100：1を標準			1人		常勤で1以上、100：1を標準			1人	
1人あたりの居室面積		8㎡以上			枠内は定員100人 当たりの必要数		10.65㎡以上			枠内は定員100人 当たりの必要数	
ユニット型個室		13.2㎡以上（2人部屋の場合は21.3㎡以上）									
1部屋の定員数		4人以下					4人以下				
ユニット型個室		原則個室（サービス提供上必要な場合は2人）									
平均要介護度の推移 (介護サービス施設事業所調査)		16年10月	17年10月	18年10月	19年10月	20年10月	16年10月	17年10月	18年10月	19年10月	20年10月
		3.20	3.17	3.18	3.25	3.28	3.72	3.74	3.75	3.80	3.82
施設数の年次推移 (WAMNET登録数)		<p>平成20年10月現在：定員 319,052（人）、利用率91.5%</p>					<p>平成20年10月現在：定員 422,703（人）、利用率98.4%</p>				

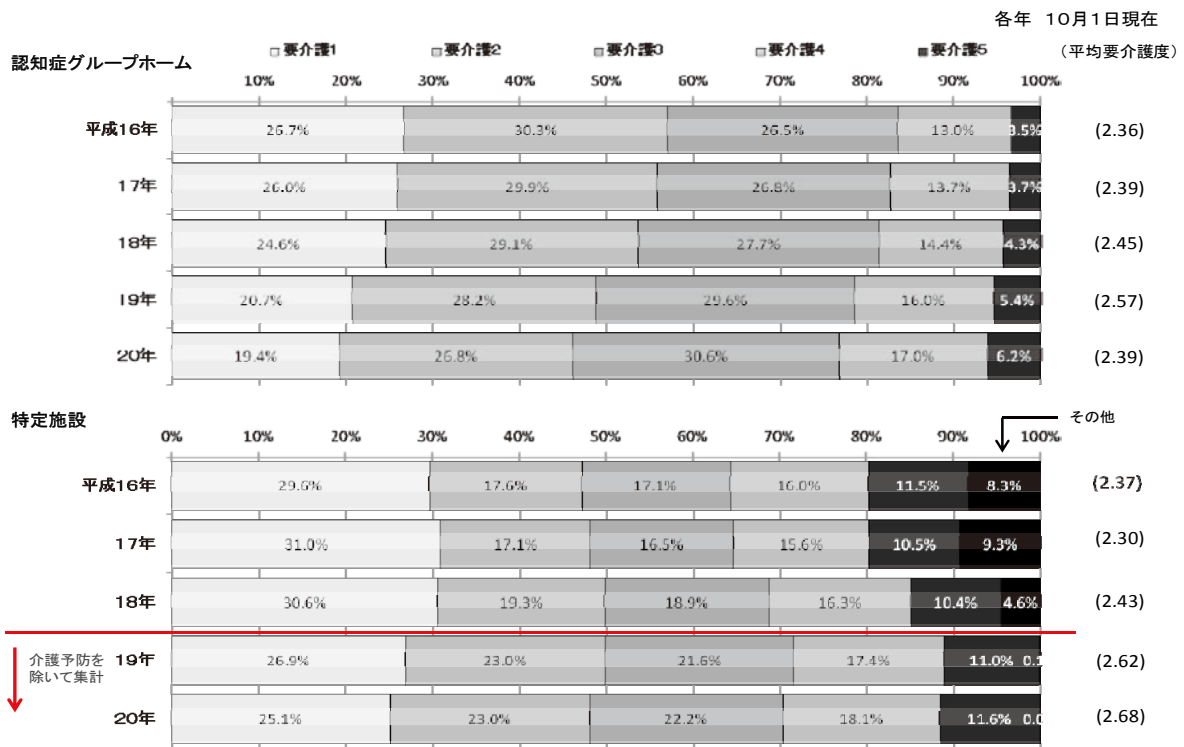
		特定施設					認知症グループホーム				
介護保険法の定義		<b>【特定施設入居者生活介護の定義】</b> 有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム又は適合高齢者専用賃貸住宅に入居している要介護者について、提供するサービスの内容等を定めた計画に基づき行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話（抄）					<b>【認知症対応型共同生活介護の定義】</b> 要介護者であって認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く）について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うこと（抄）				
主な職員配置基準	医師	-					-				
	看護・介護	3 : 1以上					看3/介3 1				
	PT、OT	-					1人				
	機能訓練指導員	1以上					-				
	生活(支援)相談員	100 : 1以上（うち1名常勤）					1人				
	介護支援専門員	1以上、100 : 1を標準					1人				
1人あたりの居室面積		適当な広さ <small>枠内は定員100人当たりの必要数</small>					7.43㎡（四畳半）以上 <small>枠内は定員100人当たりの必要数</small>				
1部屋の定員数		原則個室					原則個室（処遇上必要な場合のみ2部屋可）				
平均要介護度の推移 (介護給付費実態調査月報)		16年10月	17年10月	18年10月	19年10月	20年10月	16年10月	17年10月	18年10月	19年10月	20年10月
		2.37	2.30	2.43	2.62	2.68	2.36	2.39	2.45	2.57	2.64
施設数の年次推移 (WAMNET登録数)											

図1：要介護度別にみた利用者の構成割合の過去5年間の年次推移

要介護度別にみた特別養護老人ホーム、老人保健施設入所者の構成割合の年次推移								
							各年 10月1日現在	
特別養護老人ホーム	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	(平均要介護度)	
	平成16年	6.8	10.9	18.5	30.6	33.1	0.1	(3.72)
17年	6.2	10.3	19.3	31.8	32.3	0.1	(3.74)	
18年	5.3	10.1	20.2	32.4	31.6	0.5	(3.75)	
19年	3.9	9.8	21.2	32.4	32.3	0.4	(3.80)	
20年	3.3	9.5	21.9	32.8	32.3	0.3	(3.82)	
老人保健施設	平成16年	12.5	17.6	24.7	27.6	17.3	0.3	(3.20)
	17年	12.6	17.8	25.5	27.2	16.5	0.3	(3.17)
	18年	11.5	18.2	26.5	26.7	16.3	0.8	(3.18)
	19年	9.0	18.4	27.7	27.0	17.3	0.6	(3.25)
	20年	8.0	18.4	28.4	27.2	17.7	0.3	(3.28)

出典：厚生労働省 平成20年介護サービス施設・事業所調査

要介護度別にみた認知症グループホーム、特定施設入居者の構成割合の年次推移



出典：厚生労働省 平成20年介護サービス施設・事業所調査

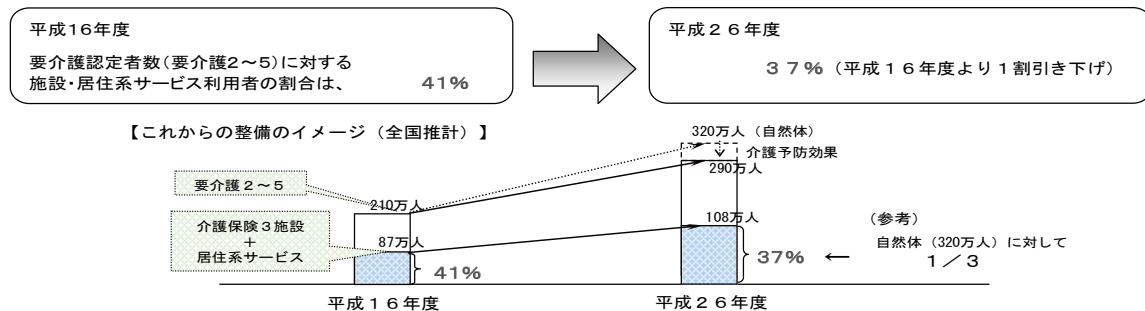
表2 (上)：施設整備等の考え方について

表3 (下)：介護報酬設定の考え方について

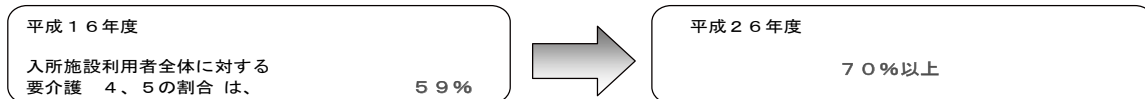
介護サービス基盤整備の基本的な考え方について (平成18~20/21~23年度までの介護保険事業計画の参酌標準の基礎)

○ 介護保険3施設及び介護専用の居住系サービスの適正な整備

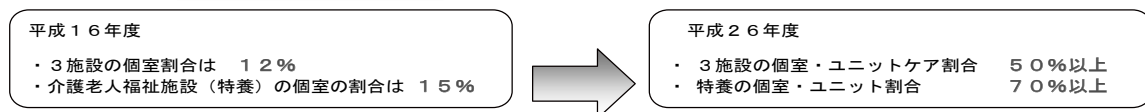
(※) 介護専用の居住系サービス：痴呆性高齢者グループホーム・特定施設の一部(介護専用型の有料老人ホーム)を想定



○ 介護保険3施設利用者の重度者への重点化

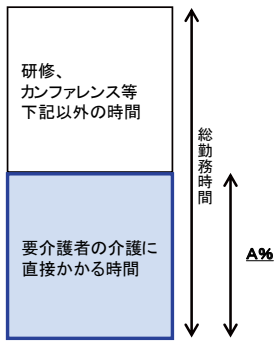


○ 介護保険3施設の個室・ユニットケア化の推進



出典：厚生労働省 説明資料より一部改変

① 要介護認定等基準時間等を基に算出

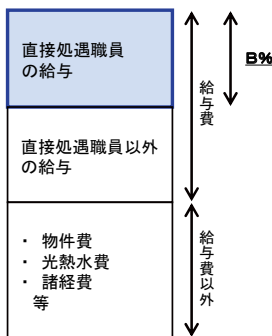


介護保険施設における要介護度別の報酬設定の考え方について

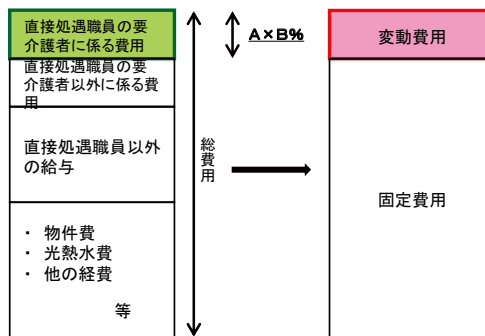
- 1 要介護認定等基準時間は、看護・介護職員等の直接処遇職員における要介護者毎の手のかけ具合(要介護認定等基準時間)を基本として、それぞれの状態区分における状態像により認定を行うこととしている。
- 2 これらの直接処遇職員の給与に着目し、要介護度に反映された要介護者に対する直接処遇の時間に係る費用を変動費用とし、要介護者に対する直接処遇に係る時間以外の直接処遇職員の費用、直接処遇職員以外の給与、給与費以外の費用を固定費用とすることが考えられる。
- 3 要介護度毎の報酬を算出する際には、変動費用について要介護度毎に分布させた上で、要介護度により変動しない固定費用部分を足したものが、要介護度毎の費用とすることが考えられる。
- 4 具体的には、チャートの通り

平成11年7月12日 医療保険福祉審議会介護給付費分科会資料より要約

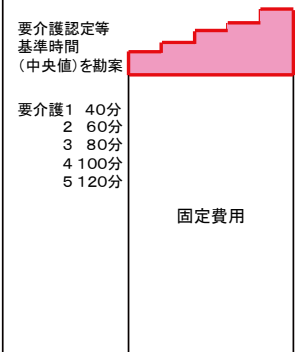
① 介護報酬実態調査等を基に算出



② 要介護者に対する直接処遇時間の費用を算出



③ 変動費用を要介護度に振り分け





## 2. 介護保険施設等（6種類）の実態等の比較検討

### 1) 調査の概要

(1) 対象施設と入居者等

6施設の実態調査では、無作為で抽出した全国の約3,800施設（各施設633ヶ所ずつ）への調査を実施した。各施設等への調査票発送数と有効回答数、回収率は、下表のとおりである。

	特養(従来型)	特養(新型)	老健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
発送数	633	633	633	633	633	633
有効回答数	114	128	102	83	136	155
回収率	18.0 %	20.2 %	16.1 %	13.1 %	21.5 %	24.5 %
定員数	8,142 名	8,527 名	8,903 名	4,015 名	1,955 名	2,187 名
平均	71.4 名	66.6 名	87.3 名	48.4 名	14.4 名	14.1 名

※通所定員

(2) 調査方法と日時

郵送でアンケート用紙を送付し、返信用封筒にて郵送にて回収した。2010（平成22）年10月1日現在の状況について2010（平成22年）11月中に調査した。

(3) 調査内容

#### 調査Ⅰ 基礎調査

入居者の年齢・要介護度等属性に関する基礎的データや、施設の職員数などの基礎データの調査。

#### 調査Ⅱ サービスの内容調査

##### ◆入居者等の生活について

起床、入浴（マンツーマン入浴の実施状況、曜日・回数 of 自由度）、排泄（定時、適時）、食事など、定性的に把握可能な個別ケア。

##### ◆職員のサービスの質の向上の取り組みや労働環境などについて

ケアカンファレンス、研修参加、有給休暇や昼食休憩時間の取得などの項目についての調査。

それぞれについて、次の3つの内容についての調査。

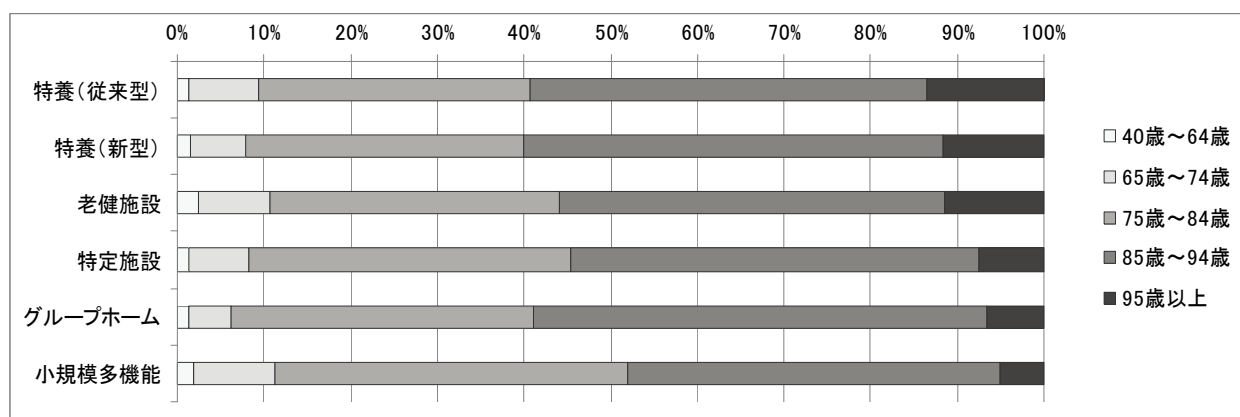
- ①あるべき姿・・・・・・・・本来、こうあるべきだと思う姿
- ②現状・・・・・・・・どういった実態になっているか
- ③人員が増えた場合・・・・・どういった変化があることが予測されるか

## 2) 入居者等の属性、施設・サービスの種類ごとの比較

### ① 年齢について

入居者等の平均年齢では、83.8歳（グループホーム）～86.0歳（特養）となっており、サービスごとに著しい差異はみられない。今回、回答のあった老健および特養、新型特養の集計結果においては、95歳以上の利用者の占める割合が10%を超えていた。

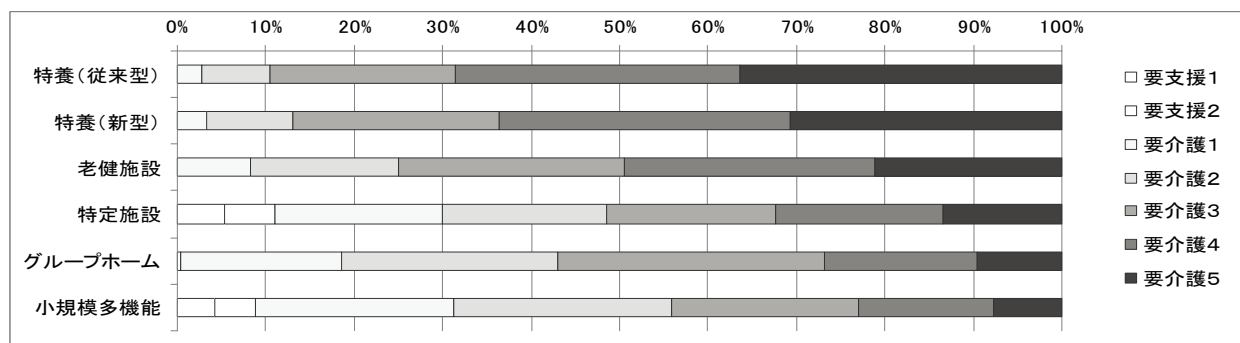
	特養(従来型)	特養(新型)	老健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
40歳～64歳	110名	119名	203名	47名	25名	55名
65歳～74歳	647名	543名	655名	231名	93名	264名
75歳～84歳	2,495名	2,666名	2,711名	1,245名	660名	1,148名
85歳～94歳	3,671名	4,049名	3,588名	1,582名	991名	1,207名
95歳以上	1,080名	970名	922名	251名	124名	145名
合計	8,003名	8,347名	8,079名	3,356名	1,893名	2,819名
平均年齢	86.0歳	85.7歳	84.6歳	84.0歳	83.8歳	84.0歳



### ② 要介護度について

平均要介護度をみると、小規模多機能（2.49）が最も低く、次いで特定施設（2.85）、グループホーム（2.75）、老健（3.38）、新型特養（3.78）、特養（3.92）となった。

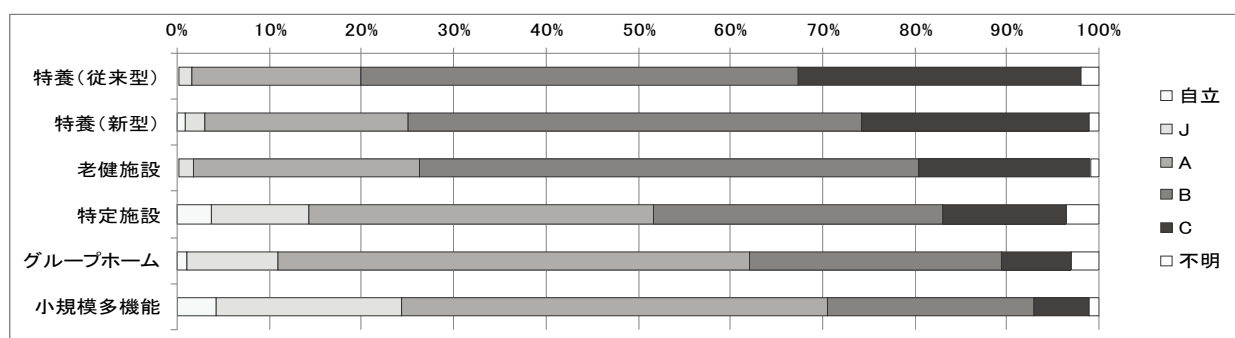
	特養(従来型)	特養(新型)	老健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
要支援1	0名	0名	0名	184名	0名	124名
要支援2	0名	1名	3名	196名	7名	136名
要介護1	220名	281名	662名	650名	353名	658名
要介護2	620名	826名	1,368名	633名	476名	718名
要介護3	1,686名	1,987名	2,070名	660名	585名	624名
要介護4	2,585名	2,786名	2,290名	649名	334名	443名
要介護5	2,918名	2,604名	1,723名	459名	185名	229名
合計	8,029名	8,485名	8,116名	3,431名	1,940名	2,932名
平均要介護度	3.92	3.78	3.38	2.85	2.75	2.49



### ③ 障害高齢者の日常生活自立度について

障害高齢者の日常生活自立度では、最重度のCランクの割合は、特養で最も多く、次いで新型特養、老健、特定施設、グループホーム、小規模多機能の順となっている。一方、自立またはJランクの割合は、小規模多機能、特定施設、グループホームにおいて比較的高い割合を示していた。

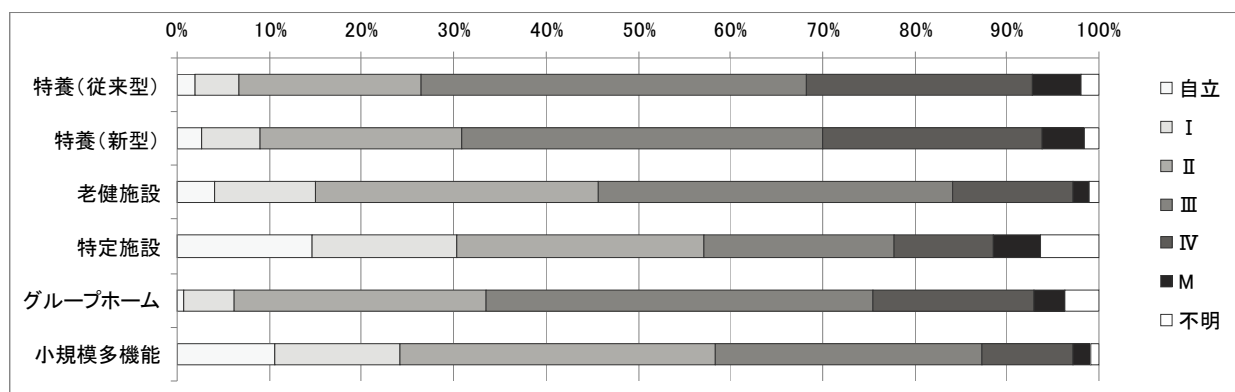
	特養(従来型)	特養(新型)	老健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
自立	19名	68名	10名	101名	18名	119名
J	98名	158名	130名	294名	165名	556名
A	1,432名	1,717名	1,889名	1,032名	859名	1,279名
B	3,671名	3,809名	4,194名	865名	459名	623名
C	2,375名	1,913名	1,448名	368名	128名	166名
不明	156名	82名	65名	97名	49名	27名
合計	7,751名	7,747名	7,736名	2,757名	1,678名	2,770名



### ④ 認知症高齢者の日常生活自立度について

認知症高齢者の日常生活自立度では、グループホームおよび新型特養、特養において同様な分布を示しており、他のサービスよりも自立度Ⅱ以上の認知症の利用者の占める割合が高くなっている。

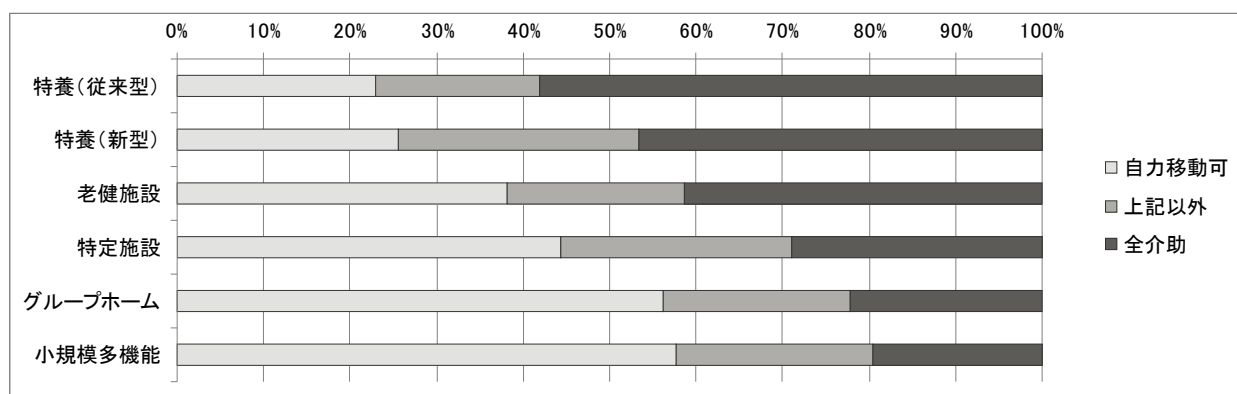
	特養(従来型)	特養(新型)	老健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
自立	149名	209名	316名	400名	14名	299名
I	369名	517名	852名	431名	100名	389名
Ⅱ	1,545名	1,762名	2,398名	738名	504名	971名
Ⅲ	3,254名	3,157名	2,992名	562名	774名	820名
Ⅳ	1,916名	1,917名	1,017名	299名	319名	280名
M	414名	371名	142名	137名	63名	54名
不明	149名	123名	78名	175名	68名	26名
合計	7,796	8,056	7,795	2,742	1,842	2,839



## ⑤ 利用者の移動能力別人数について

利用者の移動能力についてみると、全介助が必要な利用者の割合は、特養が最も高く、次いで新型特養、老健、特定施設、グループホーム、小規模多機能の順となった。

	特養(従来型)	特養(新型)	老健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
自力移動可	1,767 名	2,005 名	2,891 名	1,375 名	1,060 名	1,375 名
全介助	4,473 名	3,647 名	3,129 名	895 名	419 名	895 名
上記以外	1,472 名	2,168 名	1,555 名	828 名	406 名	828 名
合計	7,712 名	7,820 名	7,575 名	3,098 名	1,885 名	3,098 名



※ 今回の調査では、回答のあった施設・サービス事業所数及び利用者数は、83 施設/4,015 名（特定施設）から 155 事業所/2,187 名（小規模多機能）と少数にとどまるが、年齢、要介護度別の構成割合については、国が行っている介護サービス施設・事業所調査における構成割合と概ね同様な傾向となっていることから、施設の特徴及び利用者の状態像などについての極端な偏りは生じていないものと考えられる。

※ なお、施設・サービス種別の回答状況については、次頁以降のとおりである。

### 3) 介護保険施設等（6種類）の実態等の比較検討

#### (1) 入所者等の生活について

前述の通り、本研究では、入居者等の生活について、大きく3つの内容についてアンケート調査を実施した。

- ①そもそも職員など施設側は、生活について本来のあるべき姿・めざしたい姿をどう考えているのか
- ②実態はどうなっているのか
- ③人員配置が現在の1.5倍になったらどういう取り組みが可能になると思うか

#### 「あるべき姿・めざしたい姿」についての当研究での前提

「あるべき姿・めざしたい姿」についての当研究での前提

介護保険の目的に「尊厳を保持し…有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにする」と謳われているが、それは国民の生きる姿そのものであり、要介護状態になったからといってその姿をあきらめさせるものではなく、その姿を維持することができるように、又、取り戻せるようにという理念を掲げている。

当研究では、下記の表のように生活の中の7項目に絞って提起し、調査することとし、介護保険事業における人員配置基準とその実態が、国民生活の一般的な姿にどのような影響を及ぼしているかという視点から調査研究していくこととした。

表

	あるべき姿・めざしたい姿
①起床・消灯	起床時間・消灯時間は、画一的でない方がよい
②着替え	昼と夜の着替えを行うほうがよい
③入浴	夕食後(夜間)の入浴ができるようにした方がよい
	入浴は入居者の希望する頻度(回数)入浴できる方がよい
	入居者の状態に合わせてマンツーマンでの入浴が望ましい
④排泄	排泄介助は、随時介助が必要だ
⑤外出	入居者が個別に自由に外出できることが重要だ
⑥施錠	日中は、なるべく玄関・入り口などの施錠をしない方がよい
⑦食事	できる入居者は、食事の調理・盛り付け・片付けなどを常時、主体的に実施できる状況が重要だ

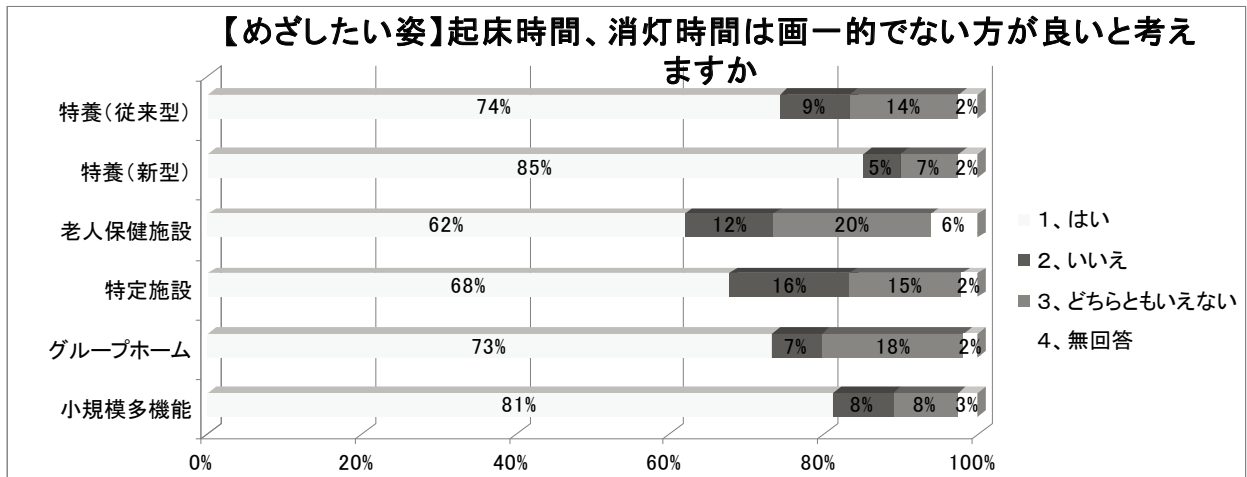
このことを前提に6種類の施設等を調査し、比較検討した。

# ① 起床・消灯

	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
<b>【めざしたい姿】起床時間・消灯時間は、画一的でない方が良いと考えますか</b>						
1、はい	153 74.3%	377 85.1%	91 61.9%	65 67.7%	123 73%	126 81%
2、いいえ	19 9.2%	22 5.0%	17 11.6%	15 15.6%	11 6.5%	12 7.7%
3、どちらともいえない	29 14.1%	33 7.4%	30 20.4%	14 14.6%	31 18.5%	13 8.4%
4、無回答	5 2.4%	11 2.5%	9 6.1%	2 2.1%	3 1.8%	4 2.6%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【現状】起床時間は決まっていますか</b>						
1、はい	101 49.0%	108 24.4%	99 67.3%	29 30.2%	31 18%	19 12%
2、いいえ	78 37.9%	258 58.2%	27 18.4%	57 59.4%	116 69.0%	121 78.1%
3、その他	23 11.2%	73 16.5%	17 11.6%	9 9.4%	21 12.5%	14 9.0%
4、無回答	4 1.9%	4 0.9%	4 2.7%	1 1.0%	0 0.0%	1 0.6%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>1、決まっている場合の起床時刻</b>						
5:00～5:59	7 6.9%		6 6.1%	1 3.4%	1 3.2%	
6:00～6:59	54 53.5%	49 45.4%	70 70.7%	13 44.8%	17 55%	9 47.4%
7:00～7:59	35 34.7%	49 45.4%	19 19.2%	12 41.4%	12 38.7%	9 47.4%
8:00～	2 2.0%	2 1.9%	2 2.0%		1 3.2%	
無回答	3 3.0%	8 7.4%	2 2.0%	3 10.3%		1 5.3%
合計	101 100.0%	108 100.0%	99 100.0%	29 100.0%	31 100.0%	19 100.0%
<b>【現状】消灯時間が決まっていますか</b>						
1、はい	111 53.9%	110 24.8%	111 75.5%	35 36.5%	31 18.5%	22 14.2%
2、いいえ	77 37.4%	260 58.7%	18 12.2%	52 54.2%	109 64.9%	121 78.1%
3、その他	13 6.3%	59 13.3%	11 7.5%	5 5.2%	21 12.5%	6 3.9%
4、無回答	5 2.4%	14 3.2%	7 4.8%	4 4.2%	7 4.2%	6 3.9%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>1、決まっている場合の消灯時刻</b>						
18:00～18:59		1 1.9%				
19:00～19:59		1 1.9%	1 6.3%		1 9.1%	
20:00～20:59	3 23.1%	17 31.5%	1 6.3%		1 9.1%	1 33.3%
21:00～22:00	2 15.4%	7 13.0%	1 6.3%			
22:00～	4 30.8%	22 40.7%	9 56.3%	2 33.3%	5 45.5%	1 33.3%
無回答	4 30.8%	6 11.1%	4 25.0%	4 66.7%	4 36.4%	1 33.3%
合計	13 100.0%	54 100.0%	16 100.0%	6 100.0%	11 100.0%	3 100.0%
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>						
1、現在すでに出来ている	31 15.0%	107 24.2%	14 9.5%	37 38.5%	90 53.9%	94 60.6%
2、自由な起床就寝を保障できる	99 48.1%	251 56.7%	40 27.2%	18 18.8%	33 19.8%	32 20.6%
3、人員を増やしても出来ない	19 9.2%	21 4.7%	14 9.5%	7 7.3%	1 0.6%	2 1.3%
4、起床就寝時間を決めておくほうがよい	26 12.6%	10 2.3%	48 32.7%	16 16.7%	18 10.8%	10 6.5%
5、その他	24 11.7%	37 8.4%	20 13.6%	12 12.5%	19 11.4%	10 6.5%
6、無回答	7 3.4%	17 3.8%	11 7.5%	6 6.3%	6 3.6%	7 4.5%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	167 100.0%	155 100.0%

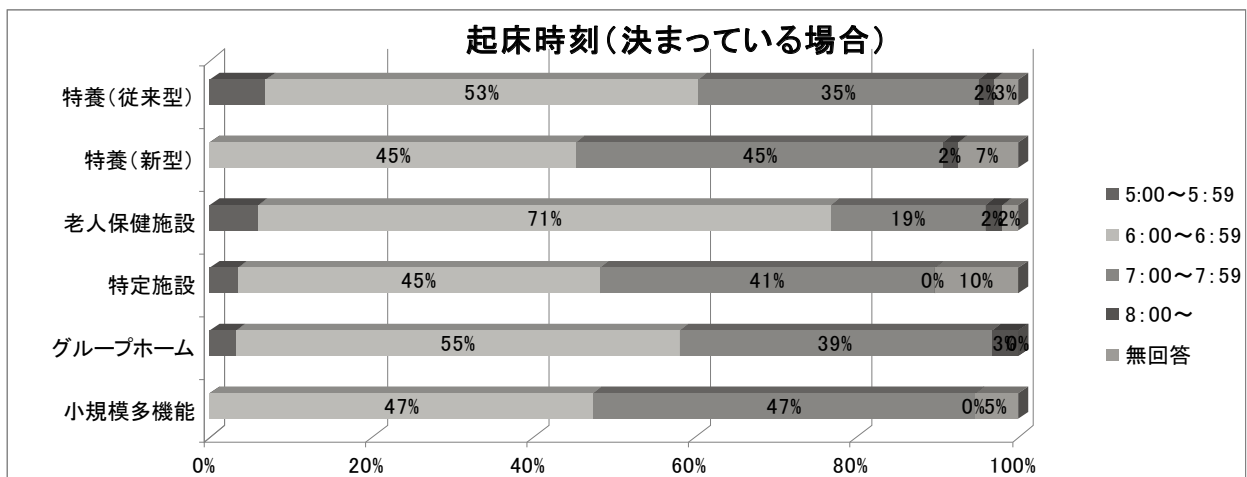
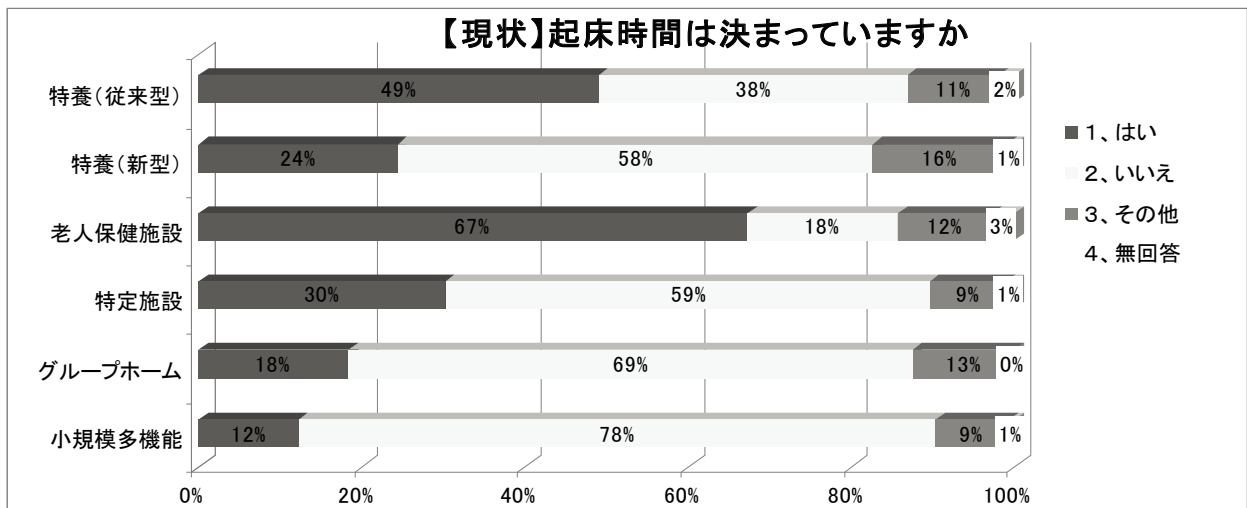
## 【めざしたい姿】

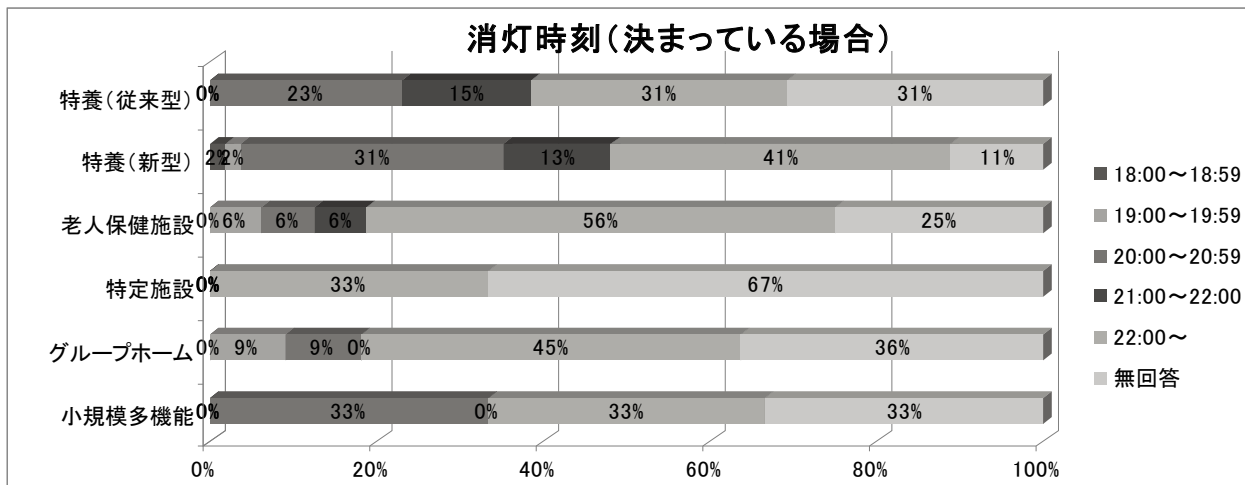
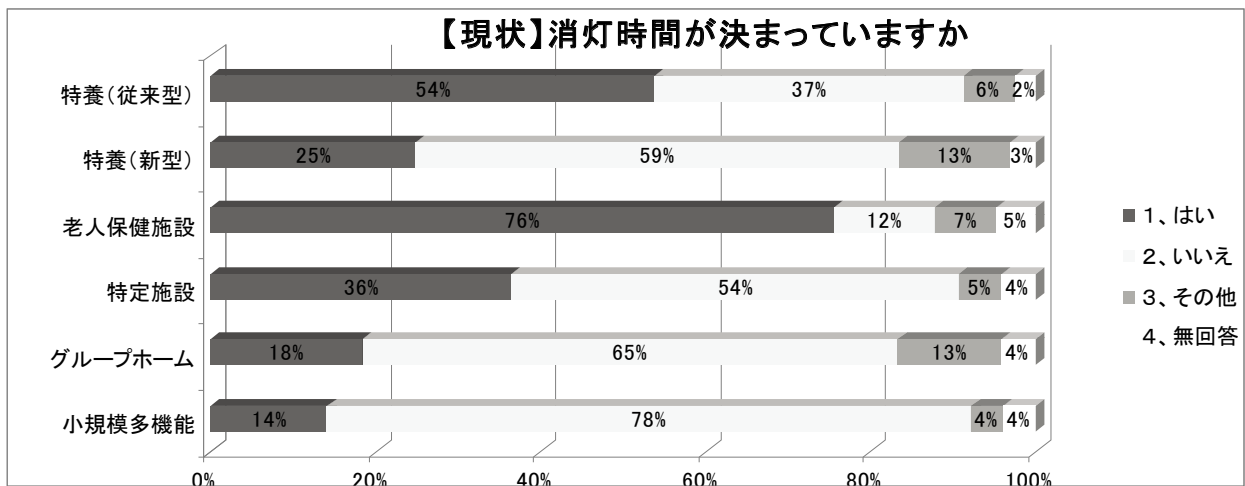
「起床時間、消灯時間は画一的でない方が良いと考えますか」の問いに対しては、新型特養 85.1%、小規模多機能 81.0%、特養 74.3%、グループホーム 73.0%と、圧倒的に起床時間や消灯時間は画一的でない方がいいと答えている。老健は 61.9%と、他と違う。介護事業を行う者、あるいは従事する者は、あるべき姿としては、時間は画一的ではなく、入居者等にあったように支援すべきであると思っていることがわかる。



【現状】 では、実際に起床時間・消灯時間の実情についてどうだろうか。下のグラフのとおり、起床時間が決まっているところは、老健では67.3%と圧倒的に多く、ついで特養が49.0%で、小規模多機能12.0%、グループホーム18.0%とかなりの差がある。消灯時間についても起床時間と同様の傾向にあり、消灯時間が決まっているのは、老健で75.5%、特養53.9%だった。

実際の起床時間については、6時台・7時台が最も多い傾向にあったが、特養などでは起床時間が5時台ということところが7%ある。

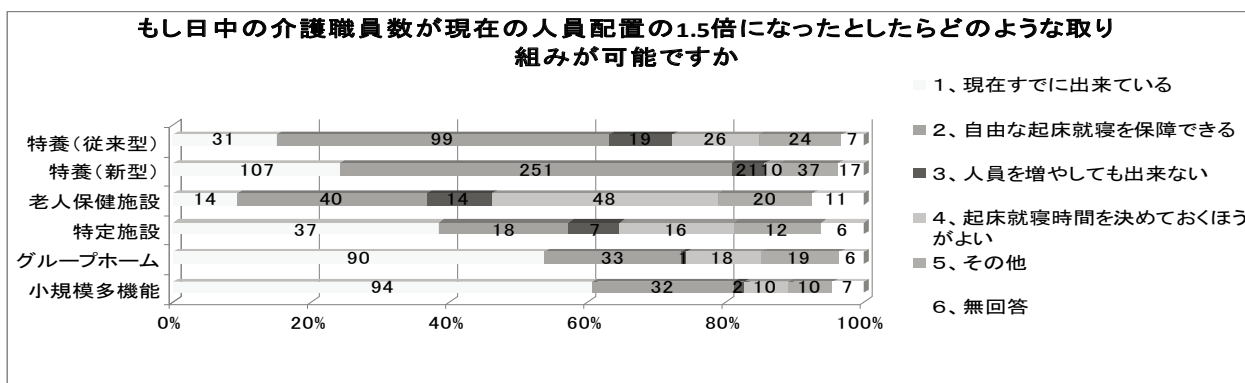




### 【人員配置が1.5倍になったら】

全体的に見れば、どの施設・サービスも起床・消灯時間を画一的ではなく自由に起床・就寝できるようにする方向への改善が見込まれるとしている。現在すでに自由な起床就寝ができているとの回答と、もし人員配置が1.5倍になれば保障できるとの回答は、例えばグループホームでは前者が53.9%、後者が19.8%で、計73.7%になるが、他の施設の合計は、特養63.1%、新型特養80.9%、小規模多機能では81.26%となる。

しかし、就寝時間は決めておいた方がよいという考え方は根強く、老健32.7%と3割以上、特養12.6%、特定施設16.7%となっている。もともと持っているその施設の役割、歴史的背景から相違がでてくると推測される。



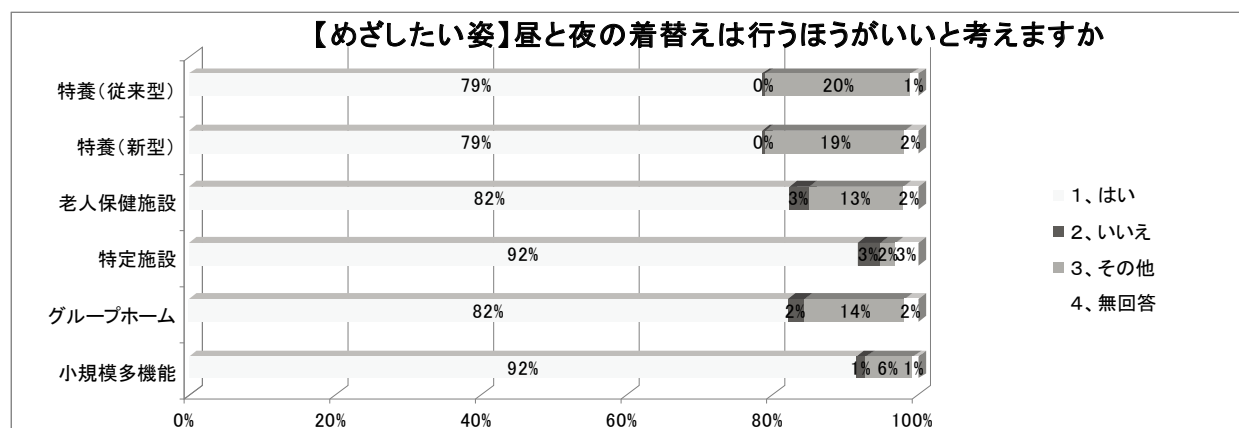


## ② 着替え

	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
<b>【めざしたい姿】昼と夜の着替えを行うほうが良いと考えますか</b>						
1、はい	162 78.6%	348 78.6%	121 82.3%	88 91.7%	138 82.1%	142 91.6%
2、いいえ	1 0.5%	2 0.5%	4 2.7%	3 3.1%	4 2.4%	2 1.3%
3、その他	41 19.9%	85 19.2%	19 12.9%	2 2.1%	23 13.7%	10 6.5%
4、無回答	2 1.0%	8 1.8%	3 2.0%	3 3.1%	3 1.8%	1 0.6%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【現状】昼夜の毎日の着替えを行っていますか</b>						
1、朝夕の着替えを行っている	57 27.7%	256 57.8%	49 33.3%	78 81.3%	121 72.0%	109 70.3%
2、できていないときもある	65 31.6%	75 16.9%	37 25.2%	8 8.3%	25 14.9%	27 17.4%
3、汚染時、入浴時に行っている	48 23.3%	40 9.0%	43 29.3%	5 5.2%	7 4.2%	5 3.2%
4、その他	33 16.0%	64 14.4%	14 9.5%	4 4.2%	12 7.1%	12 7.7%
5、無回答	3 1.5%	8 1.8%	4 2.7%	1 1.0%	3 1.8%	2 1.3%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>						
1、現在すでに出来ている	47 22.8%	235 53.0%	43 29.3%	70 72.9%	118 70.2%	109 70.3%
2、毎日、朝夕の着替えができる	100 48.5%	121 27.3%	64 43.5%	13 13.5%	27 16.1%	27 17.4%
3、人員を増やしてもできない	18 8.7%	10 2.3%	12 8.2%	4 4.2%	2 1.2%	0 0.0%
4、朝夕の着替えは必要ない	1 0.5%	0 0.0%	3 2.0%	1 1.0%	5 3.0%	1 0.6%
5、その他	34 16.5%	62 14.0%	19 12.9%	3 3.1%	12 7.1%	11 7.1%
6、無回答	6 2.9%	15 3.4%	6 4.1%	5 5.2%	4 2.4%	7 4.5%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%

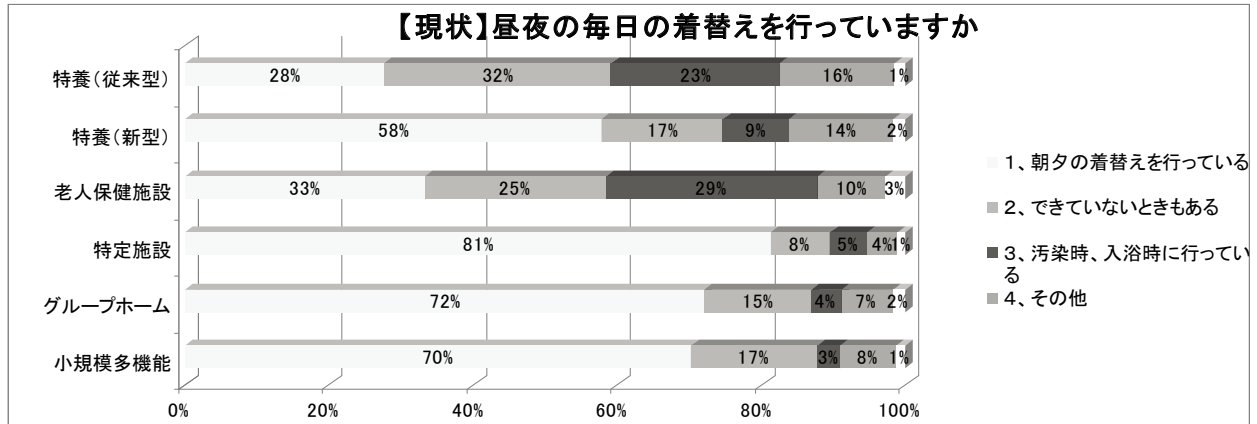
### 【めざしたい姿】

昼と夜の着替えを行う方が良いと考えますかの問いに対しては、おおむねどの施設も8割以上が着替えを行ったほうが良いと答えている。「いいえ」という反対意見はごく少ない。



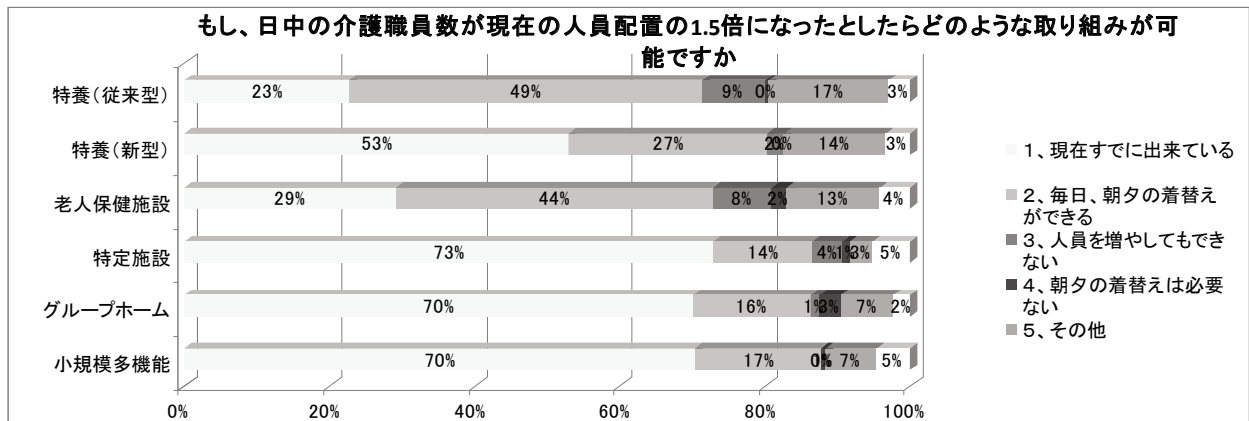
## 【現状】

では、実際に昼夜の着替えを行っている実態はどうだろうか。下のグラフのとおり、かなりの格差がある。ほぼ70%以上が昼夜の着替えを行っているのは、特定施設81.3%、グループホーム72.0%、小規模多機能70.3%である。それに対して特養27.7%、老健は33.3%と、着替えを行わない施設が3分の2を占める。



## 【人員配置が1.5倍になったら】

現状で着替えをしているところと、人員が1.5倍になったら朝夕の着替えが可能になると答えているとの合計は、どの施設・サービスも70%を超え、人員が増えることの効果は日々の暮らしの着替えに反映されることが推測される。ただ、「人員を増やしてもできない」と答えているのは、特養8.7%、老健8.2%である。



### ③ 入浴

生活の質を考える上で、入浴は重要な指標になる。この研究では、入浴の3つの側面について調査した。

#### ①夜間入浴

日本では多くの国民は、夜に入浴する習慣がある。要介護状態になっても、それまでの習慣通り、あるいは入居者等が希望すれば夜間入浴が可能かどうかを一つの指標とした。

#### ②入浴回数

画一的な入浴回数ではなく、入居者等の習慣を尊重しながら意向に沿った入浴回数を保障することを指標とした。

#### ③入浴方法

入浴介助を、3つに分けて実施している施設・サービスは少なくない。

- ・「送迎」・・・個人の部屋から浴室までの移送
- ・「着替え」・・・脱衣する、あるいは入浴後、着衣する
- ・「入浴」・・・浴室にて、入浴介助を行う

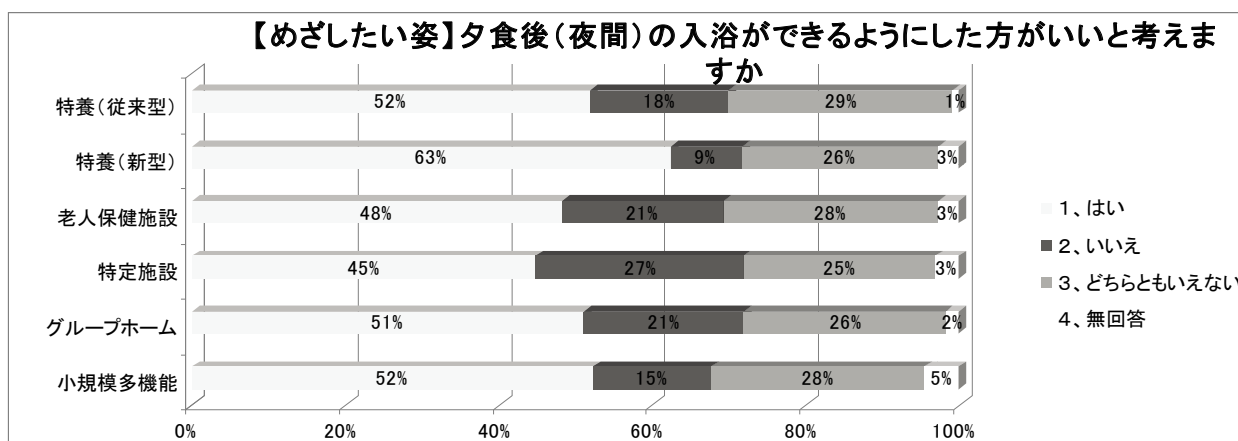
当研究では、入居者等の側から見て、上記3つサービスを1人の介助者が行う「マンツーマン方式」が最も望ましいと考え、指標とした。

# 1) 夜間入浴

夜間入浴	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
【めざしたい姿】夕食後(夜間)の入浴ができるようにした方がいいと考えますか						
1、はい	107 51.9%	277 62.5%	71 48.3%	43 44.8%	86 51.2%	81 52.3%
2、いいえ	37 18.0%	41 9.3%	31 21.1%	26 27.1%	35 20.8%	24 15.5%
3、どちらともいえない	60 29.1%	113 25.5%	41 27.9%	24 25.0%	44 26.2%	43 27.7%
4、無回答	2 1.0%	12 2.7%	4 2.7%	3 3.1%	3 1.8%	7 4.5%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
【現状】夕食後(夜間)の入浴は可能ですか						
1、だいたいいつでも可能	1 0.5%	4 0.9%	2 1.4%	4 4.2%	19 11.3%	16 10.3%
2、特別な場合は可能	52 25.2%	124 28.0%	22 15.0%	32 33.3%	71 42.3%	69 44.5%
3、不可能	139 67.5%	286 64.6%	115 78.2%	51 53.1%	65 38.7%	59 38.1%
4、その他	9 4.4%	25 5.6%	4 2.7%	7 7.3%	12 7.1%	9 5.8%
5、無回答	5 2.4%	4 0.9%	4 2.7%	2 2.1%	1 0.6%	2 1.3%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】						
1、現在すでに出来ている	1 0.5%	11 2.5%	3 2.0%	4 4.2%	23 13.7%	21 13.5%
2、週一度程度なら夜間入浴可能	126 61.2%	295 66.6%	70 47.6%	35 36.5%	65 38.7%	70 45.2%
3、人員を増やしても出来ない	38 18.4%	51 11.5%	36 24.5%	23 24.0%	19 11.3%	17 11.0%
4、夜間入浴は必要ない	11 5.3%	14 3.2%	18 12.2%	16 16.7%	20 11.9%	13 8.4%
5、その他	24 11.7%	58 13.1%	12 8.2%	11 11.5%	33 19.6%	26 16.8%
6、無回答	6 2.9%	14 3.2%	8 5.4%	7 7.3%	8 4.8%	8 5.2%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%

## 【めざしたい姿】

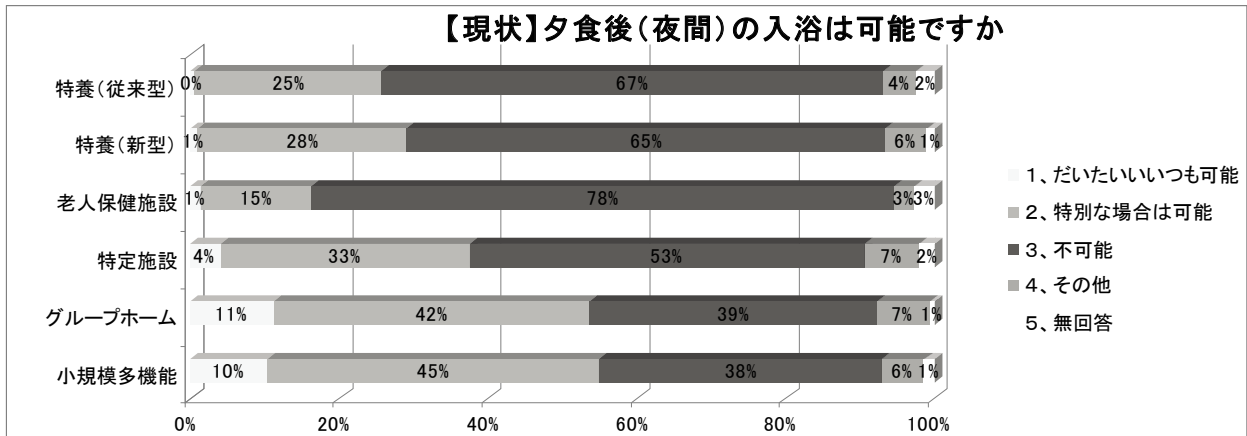
「夜間入浴ができるようにした方がいい」と答えたのは、新型特養が最も多く 62.5%で、特定施設が 44.8%と少なかったが、それほど大きな違いはなく、おおむね 5 割前後が夜間入浴をできるようにしたほうが良い考え、残りの約半数は夜間入浴について「必要なし」「どちらともいえない」と答えている。その主な内容は、「夜間、医療体制が薄い時間帯に入浴する必要性があるのか」「日中入浴すればよいので夜間に入浴する必要があるのか」「人手が薄い夜間入浴よりは日中入浴でいいのではないかなどである。介護体制や夜間医療体制から考慮したほうがいいという内容で、入居者等側からの理由ではない。



## 【現状】

実際、夕食後の夜間入浴を実施しているのは、大体常に実施しているのは、グループホーム 11.3%、小規模多機能 10.3%で、他の施設はほとんど実施されていない。特別な場合は可能としているのを含めると、小規模多機能 54.8%、グループホーム 53.6%、特定施設 37.5%である。逆に、夜間入浴は不可能と答えているのは、老健 78.2%、特養 67.5%、新型特養 64.6%となる。

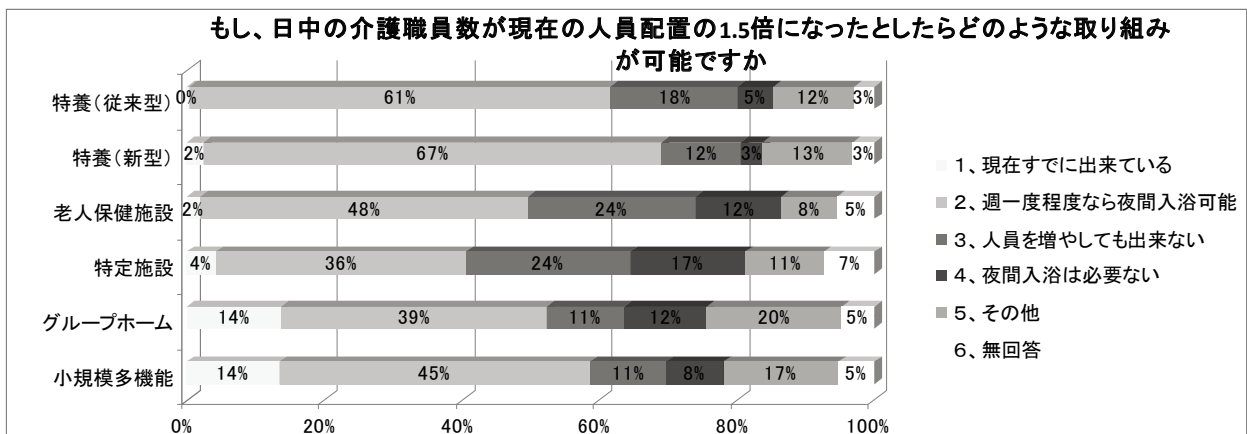
夜間入浴という当たり前の日常生活を、入居者等に保障することの是非については、今後の議論が大いに必要である。



## 【人員配置が1.5倍になったら】

人員基準が1.5倍になったら夜間入浴を週1回程度なら可能との回答が、多いことが注目される。新型特養 66.6%、特養 61.2%、老健 47.6%となっている。現在でも実施しているを含めれば、人員を増やすことによって夜間入浴が利用者にとって週1回でも可能になるのは、新型特養 69.1%、特養 61.7%、小規模多機能 58.7%、グループホーム 52.4%となる。

しかし、「人員を増やしても不可能」との回答が、老健 24.5%、特定施設 24.0%となっている。さらに夜間入浴の必要がないと答えているのは、特定施設 16.7%、老健 12.2%、グループホーム 11.9%である。

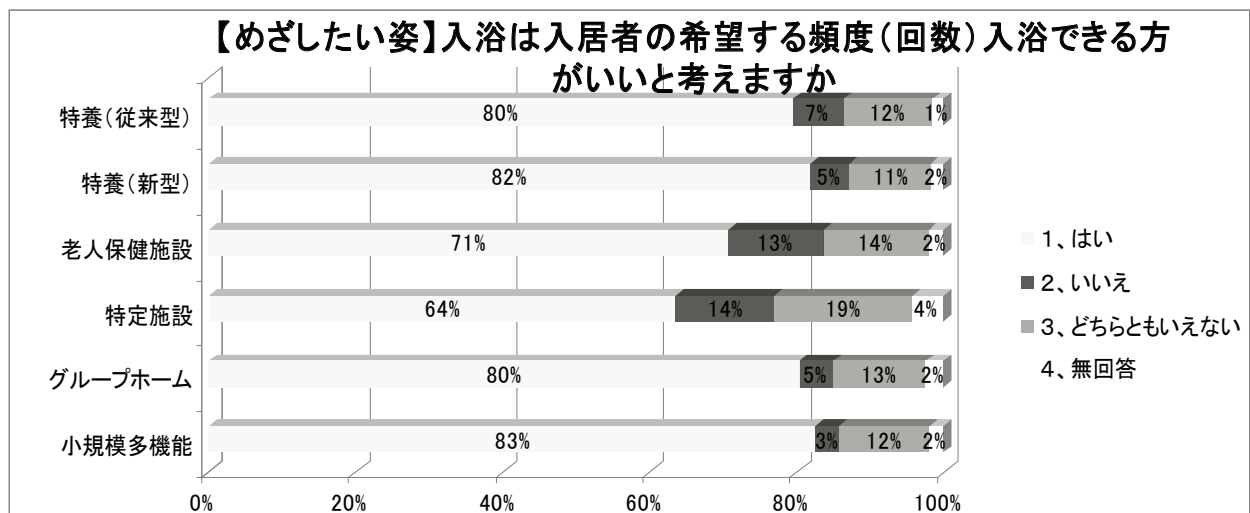


## 2) 入浴回数

		特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能	
入浴回数	【めざしたい姿】入浴は入居者の希望する頻度(回数)入浴できる方がいいと考えますか							
	1、はい	164 79.6%	363 81.9%	104 70.7%	61 63.5%	135 80.4%	128 82.6%	
	2、いいえ	14 6.8%	23 5.2%	19 12.9%	13 13.5%	8 4.8%	5 3.2%	
	3、どちらともいえない	25 12.1%	49 11.1%	21 14.3%	18 18.8%	21 12.5%	19 12.3%	
	4、無回答	3 1.5%	8 1.8%	3 2.0%	4 4.2%	4 2.4%	3 1.9%	
	合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%	
	【現状】入浴回数は決まっていますか							
	1、決まっていない	13 6.3%	21 4.7%	2 1.4%	5 5.2%	63 37.5%	69 44.5%	
	2、決まっている	181 87.9%	391 88.3%	139 94.6%	82 85.4%	83 49.4%	57 36.8%	
	3、その他	8 3.9%	27 6.1%	3 2.0%	8 8.3%	20 11.9%	23 14.8%	
	4、無回答	4 1.9%	4 0.9%	3 2.0%	1 1.0%	2 1.2%	6 3.9%	
	合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%	
	2、決まっている場合の頻度(回数)							
	2、週2回	174 96.1%	386 98.7%	133 95.7%	50 61.0%	18 21.7%	11 19.3%	
	3、週2~3回			3 2.2%	7 8.5%	3 3.6%	10 17.5%	
4、週3回	5 2.8%	4 1.0%	3 2.2%	24 29.3%	45 54.2%	25 43.9%		
5、週3~4回(または2日に1回)					10 12.0%	4 7.0%		
6、週4回	1 0.6%				6 7.2%	3 5.3%		
7、週5回					1 1.2%			
8、週6回								
9、毎日						1 1.8%		
10、無回答	1 0.6%	1 0.3%		1 1.2%		3 5.3%		
合計	181 100.0%	391 100.0%	139 100.0%	82 100.0%	83 100.0%	57 100.0%		
【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったとしたらどのような取り組みが可能ですか】								
1、現在も入浴の回数制限はない	19 9.2%	15 3.4%	2 1.4%	9 9.4%	49 29.2%	60 38.7%		
2、回数制限なく入浴出来るようになる	104 50.5%	279 63.0%	65 44.2%	44 45.8%	85 50.6%	47 30.3%		
3、人員を増やしても出来ない	27 13.1%	54 12.2%	38 25.9%	15 15.6%	3 1.8%	13 8.4%		
4、回数を増やす必要はない	7 3.4%	11 2.5%	4 2.7%	10 10.4%	12 7.1%	10 6.5%		
5、その他	38 18.4%	68 15.3%	31 21.1%	13 13.5%	11 6.5%	17 11.0%		
6、無回答	11 5.3%	16 3.6%	7 4.8%	5 5.2%	8 4.8%	8 5.2%		
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%		

### 【めざしたい姿】

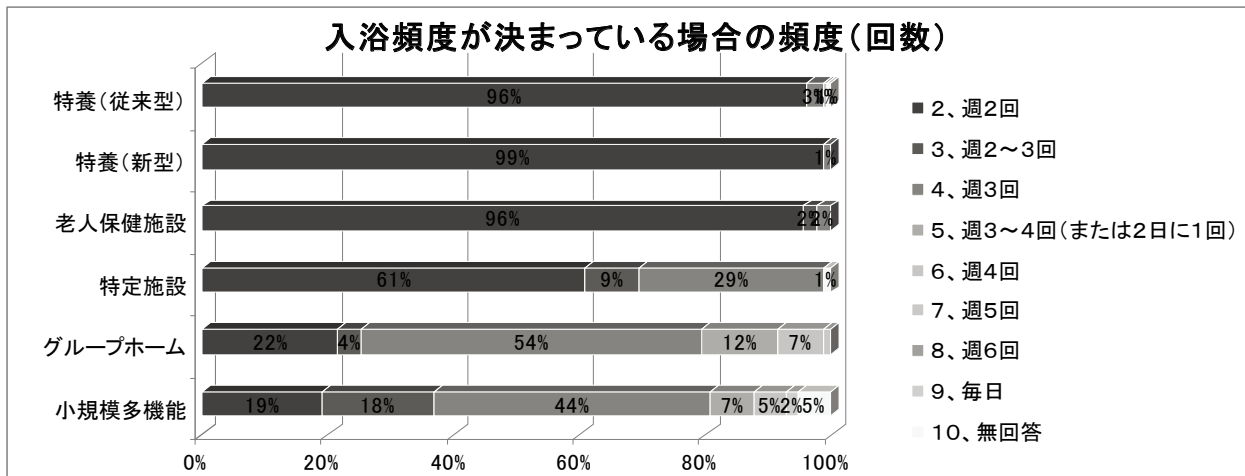
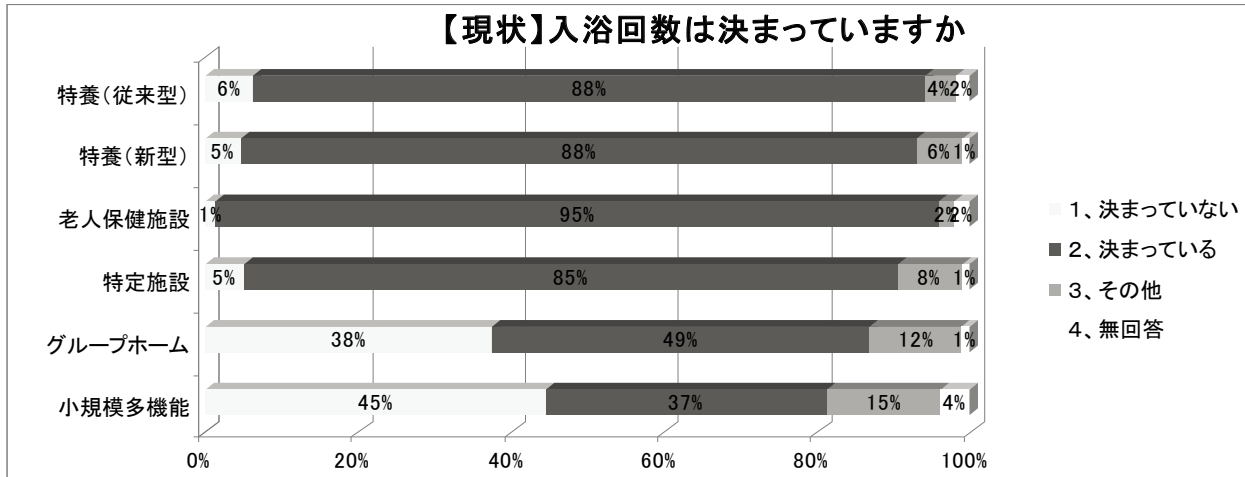
入居者等が希望する回数だけ入浴できるのが望ましいが、グループホーム(49.4%)、小規模多機能(36.8%)を除くと、ほぼ90%において入浴回数が決まっている。また入浴回数は入居者等の希望する回数がよいと思うかの質問に対して Yes と答えた割合は、特定施設が63.5%、それ以外の施設はほぼ80%である。



**【現状】**

では、実際の入浴回数はどうなっているのだろうか。入浴回数が決まっていないところは、小規模多機能 44.5%、グループホーム 37.5%とそう多くはない。

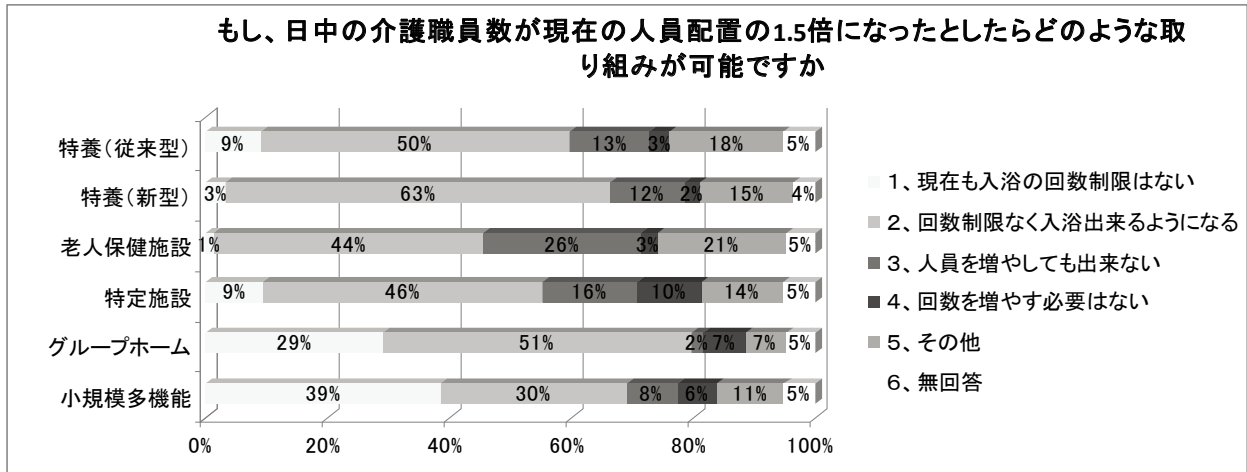
逆に入浴回数が決まっているのは、老健 94.6%、新型特養 88.3%、特養 87.9%、特定施設 85.4%となっていて介護関連の施設では圧倒的に入浴回数が決まっているところが多い。その頻度は、週 2 回という施設がほとんどだ。厚生労働省の指導基準があり、ほとんどの施設が、それに準じているともいえるだろう。グループホームや小規模多機能では、週 3 回以上入浴を可能にしているところは、おおむね 9 割を超えている。



**【人員配置が1.5倍になったら】**

人員基準が1.5倍になったら回数制限なく入浴サービスを提供できるとの回答が多数を占めた。現在、すでに行っているところを含めると、グループホームでは79.8%、小規模多機能69.0%、新型特養68.4%、特養59.7%に達した。

人によっては、朝晩一日二回の入浴を当たり前として生活している人もめずらしくない。その生活を要介護状態になっても継続できるようにするための方策を考える材料となると思う。



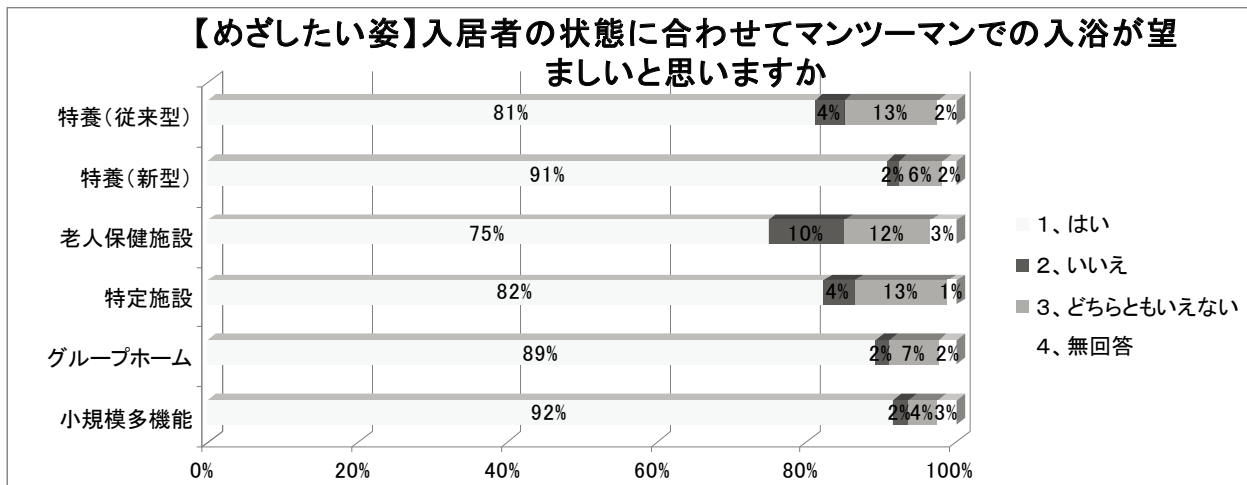


### 3) マンツーマン入浴

	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
<b>【めざしたい姿】入居者の状態に合わせてマンツーマンでの入浴が望ましいと考えますか</b>						
1、はい	167 81.1%	402 90.7%	110 74.8%	79 82.3%	150 89.3%	142 91.6%
2、いいえ	8 3.9%	7 1.6%	15 10.2%	4 4.2%	3 1.8%	3 1.9%
3、どちらともいえない	26 12.6%	26 5.9%	17 11.6%	12 12.5%	11 6.5%	6 3.9%
4、無回答	5 2.4%	8 1.8%	5 3.4%	1 1.0%	4 2.4%	4 2.6%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【現状】入浴介助はどのような方法ですか</b>						
1、全員にマンツーマン入浴を実施	67 32.5%	321 72.5%	25 17.0%	60 62.5%	147 87.5%	114 73.5%
2、「送迎」「着替え・入浴」を分担	45 21.8%	52 11.7%	45 30.6%	19 19.8%	9 5.4%	20 12.9%
3、「送迎」「着替え」「入浴」を分担	71 34.5%	34 7.7%	62 42.2%	12 12.5%	6 3.6%	12 7.7%
4、その他	19 9.2%	32 7.2%	11 7.5%	3 3.1%	5 3.0%	6 3.9%
5、無回答	4 1.9%	4 0.9%	4 2.7%	2 2.1%	1 0.6%	3 1.9%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>						
1、現在もマンツーマン入浴を実施	67 32.5%	280 63.2%	26 17.8%	52 54.2%	131 78.0%	94 60.6%
2、現在よりもじっくり関わられる	45 21.8%	117 26.4%	102 69.9%	30 31.3%	25 14.9%	42 27.1%
3、人員を増やしてもできない	71 34.5%	6 1.4%	5 3.4%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.3%
4、マンツーマン入浴は必要ない	19 9.2%	1 0.2%	8 5.5%	2 2.1%	2 1.2%	1 0.6%
5、その他	0 0.0%	29 6.5%	1 0.7%	8 8.3%	3 1.8%	6 3.9%
6、無回答	4 1.9%	10 2.3%	4 2.7%	4 4.2%	7 4.2%	10 6.5%
合計	206 100.0%	443 100.0%	146 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%

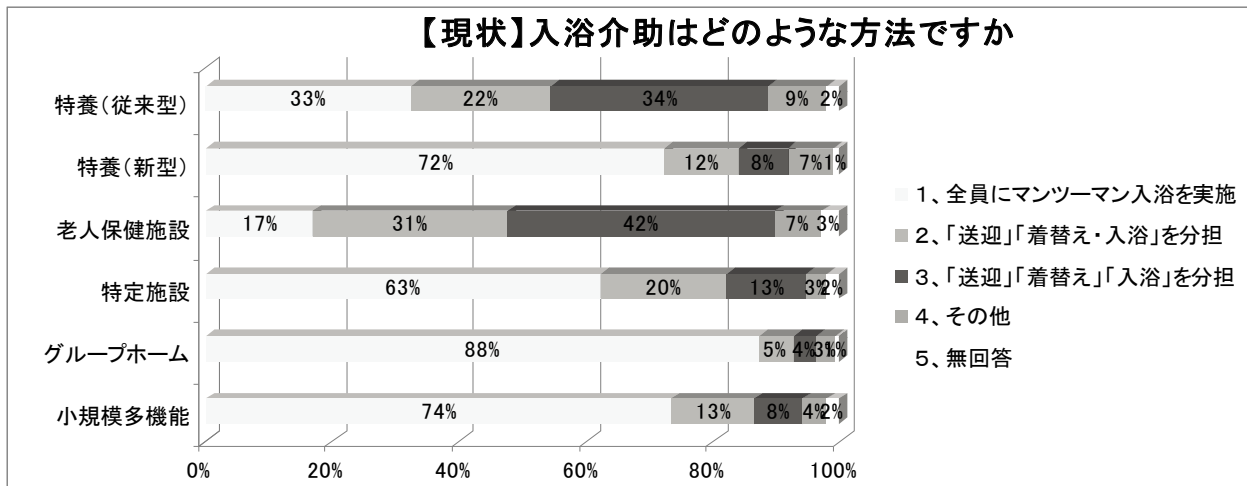
#### 【めざしたい姿】

「マンツーマンでの入浴が望ましい」と答えたのは、ほとんどの施設で8割を超えた（老健は、74.8%）。多くは可能であれば、浴室への移動から脱衣、入浴介助、着衣、居室への移動を1人の介助者が行うことがよいと考えているという結果である。



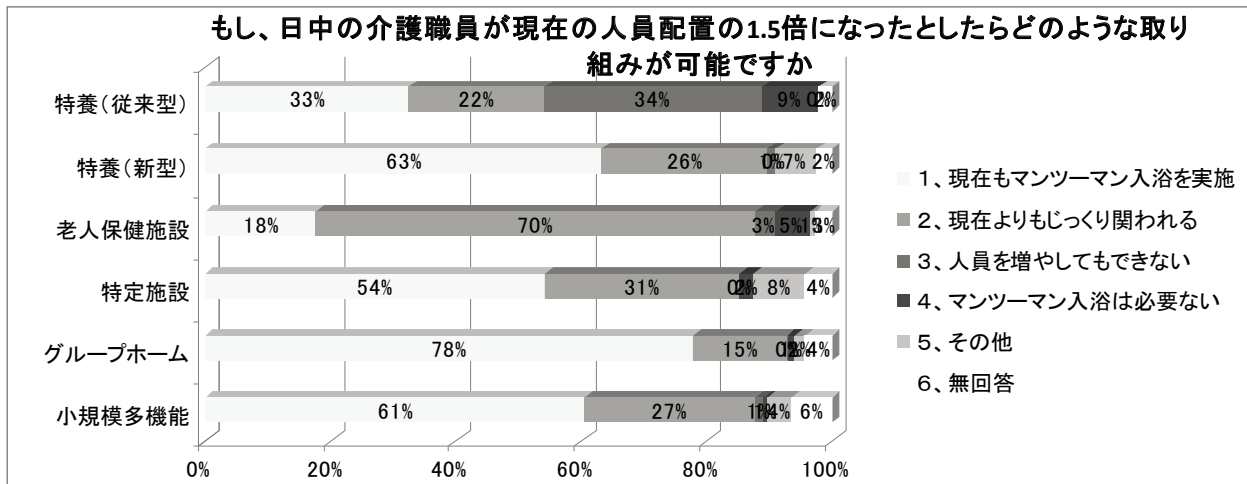
#### 【現状】

では、実際の入浴状況はどうなっているだろうか。大きく2つ分かれる。マンツーマン入浴が可能になっている施設は、グループホーム 87.5%、小規模多機能 73.5%、新型特養 72.5%、特定施設 62.5%である。反対に、老健 17.0%、特養 32.5%というように、業務の効率化のために業務（介護）分担を実施している。



### 【人員配置が1.5倍になったら】

人員基準が1.5倍になったら入浴方法が変わるかどうかの問いに対しては、現在よりもじっくりかかわることができるかと答えたのは、老健69.9%、特定施設31.3%となっている。現在でも可能であるところと合わせると、大幅な変更が見込まれる。すなわち、グループホーム92.9%、新型特養89.6%、老健87.7%、小規模多機能86.4%となる。しかし、特養は、人員を増やしてもマンツーマン入浴が不可能と答えている施設が34.5%となっている。



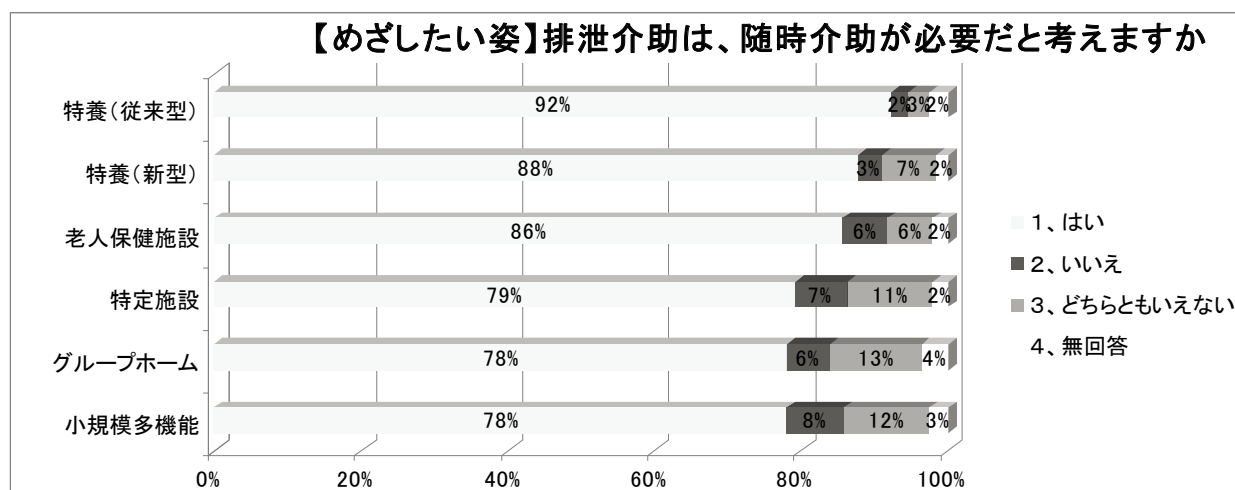
#### ④ 排泄

一日数回の排尿、複数日一回の排便についての排泄介助・支援については、入居者等の日々の生活の質に大いに関係する。

		特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能	
排 泄	<b>【めざしたい姿】排泄介助は、随時介助が必要だと考えますか</b>							
	1、はい	190 92.2%	389 87.8%	126 85.7%	76 79.2%	131 78.0%	121 78.1%	
	2、いいえ	5 2.4%	15 3.4%	9 6.1%	7 7.3%	10 6.0%	12 7.7%	
	3、どちらともいえない	6 2.9%	32 7.2%	9 6.1%	11 11.5%	21 12.5%	18 11.6%	
	4、無回答	5 2.4%	7 1.6%	3 2.0%	2 2.1%	6 3.6%	4 2.6%	
	合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%	
	<b>【現状】排泄介助はどのような方法ですか</b>							
	1、随時排泄介助を行っている	94 45.6%	264 59.6%	63 42.9%	66 68.8%	142 84.5%	126 81.3%	
	2、定時に排泄介助を行っている	81 39.3%	123 27.8%	56 38.1%	23 24.0%	15 8.9%	17 11.0%	
	3、その他	29 14.1%	52 11.7%	24 16.3%	6 6.3%	10 6.0%	7 4.5%	
	4、無回答	2 1.0%	4 0.9%	4 2.7%	1 1.0%	1 0.6%	5 3.2%	
	合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%	
	<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>							
1、現在も随時排泄介助を行っている	32 15.5%	142 32.1%	41 27.9%	45 46.9%	110 65.5%	85 54.8%		
2、かなりの改善ができる	155 75.2%	252 56.9%	96 65.3%	39 40.6%	41 24.4%	51 32.9%		
3、人員を増やしてもできない	5 2.4%	6 1.4%	3 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.6%		
4、随時排泄介助は必要ない	0 0.0%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	3 1.8%	3 1.9%		
5、その他	11 5.3%	28 6.3%	2 1.4%	6 6.3%	9 5.4%	5 3.2%		
6、無回答	3 1.5%	15 3.4%	4 2.7%	6 6.3%	5 3.0%	10 6.5%		
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%		

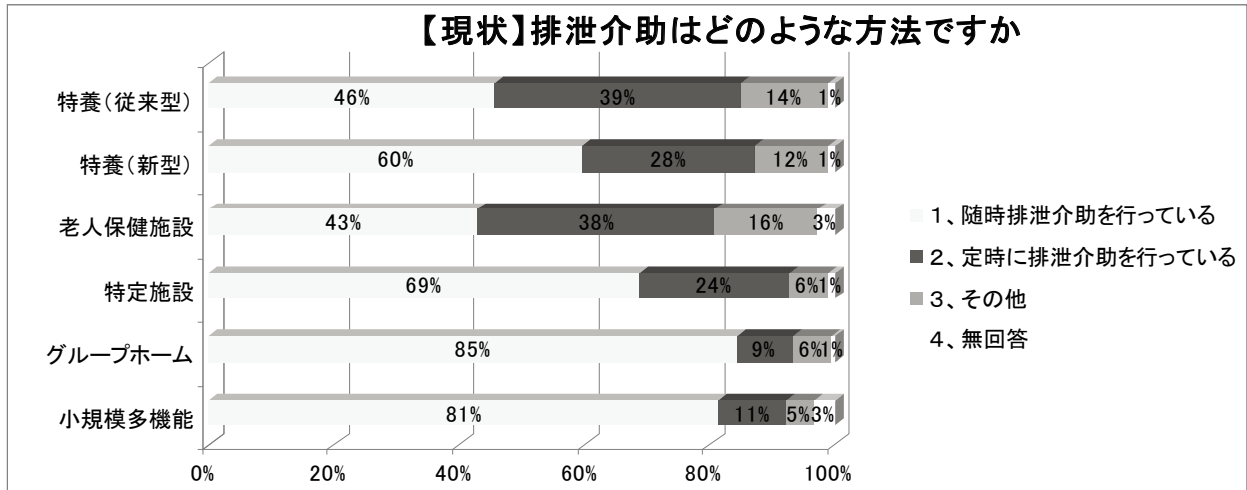
#### 【めざしたい姿】

「排泄介助は、随時介助が必要だと思う」と答えたのは、全施設で、約8割以上を占めた。多くは、排泄のたびに介助してきれいに保つことを是としている。



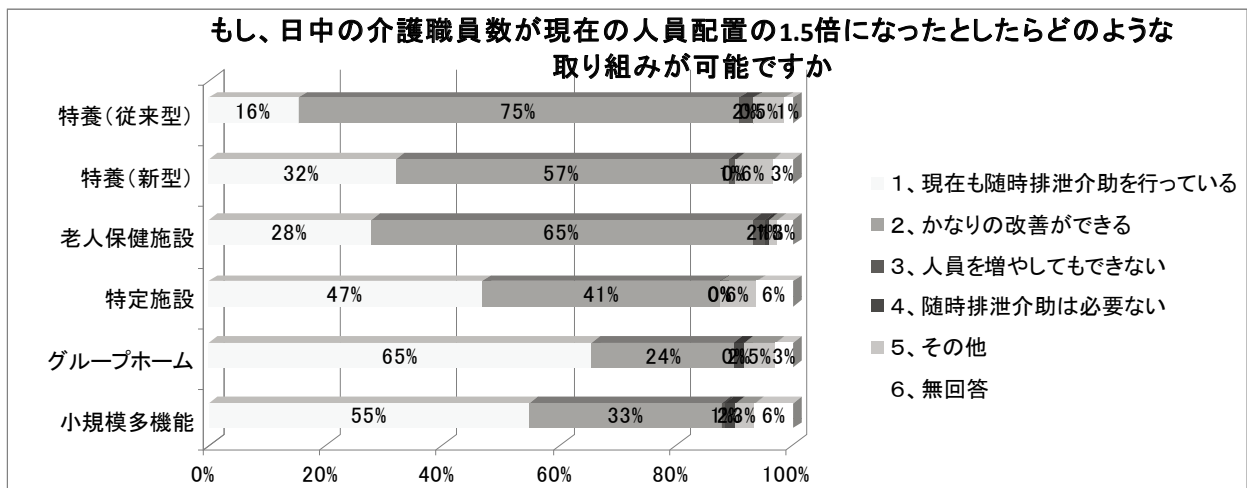
**【現状】**

実際に排泄介助の現状は、随時排泄介助を行っているのは、グループホーム 84.5%、小規模多機能 81.3%、特定施設 68.8%だった。他方、定時的な排泄介助を中心に実施しているのは、特養 39.3%、老健 38.1%である。



**【人員配置が1.5倍になったら】**

人員が1.5倍になったら随時排泄介助にむけて改善できるとしているところが圧倒的に多く、現在実施しているところと改善できるところを合わせると、約9割の施設・サービスで随時排泄介助が可能となる。



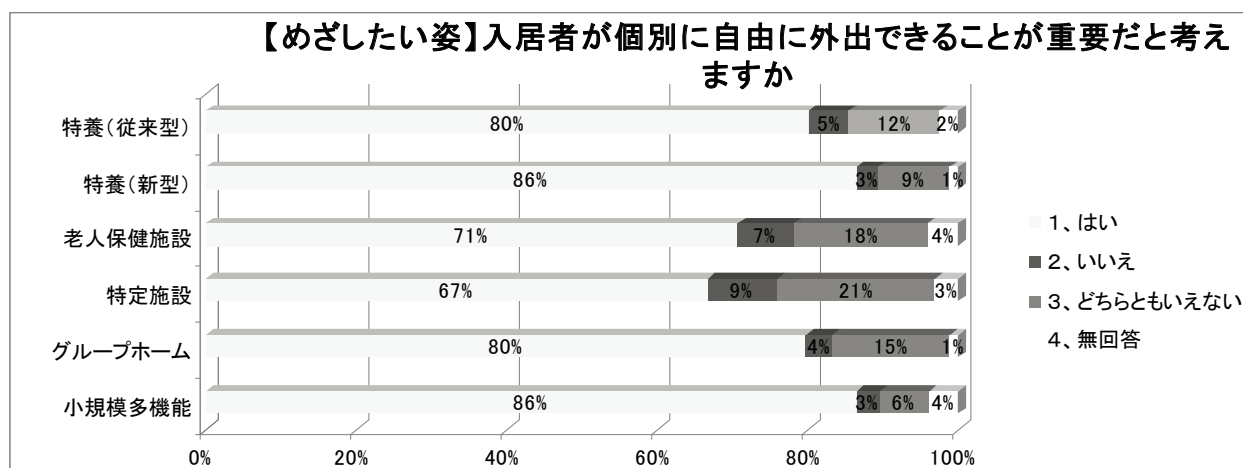
## ⑤ 外出

個別に自由に外出できるかどうかについて調査した。

	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
<b>【めざしたい姿】入居者が個別に自由に外出できることが重要だと考えますか</b>						
1、はい	165 80.1%	383 86.5%	104 70.7%	64 66.7%	134 79.8%	134 86.5%
2、いいえ	11 5.3%	13 2.9%	11 7.5%	9 9.4%	6 3.6%	5 3.2%
3、どちらともいえない	25 12.1%	42 9.5%	26 17.7%	20 20.8%	26 15.5%	10 6.5%
4、無回答	5 2.4%	5 1.1%	6 4.1%	3 3.1%	2 1.2%	6 3.9%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【現状】入居者の外出についての現状はどうなっていますか</b>						
1、いつでも外出可能	36 17.5%	40 9.0%	15 10.2%	27 28.1%	69 41.1%	44 28.4%
2、特別なときには個別外出が可能	113 54.9%	217 49.0%	37 25.2%	37 38.5%	69 41.1%	67 43.2%
3、定期的に集団での外出が可能	30 14.6%	86 19.4%	27 18.4%	17 17.7%	20 11.9%	33 21.3%
4、家族同伴以外の個別外出は不可能	18 8.7%	65 14.7%	61 41.5%	11 11.5%	4 2.4%	3 1.9%
5、その他	4 1.9%	27 6.1%	1 0.7%	3 3.1%	4 2.4%	4 2.6%
6、無回答	5 2.4%	8 1.8%	6 4.1%	1 1.0%	2 1.2%	4 2.6%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>						
1、現在も個別外出支援を行っている	14 6.8%	20 4.5%	5 3.4%	15 15.6%	34 20.2%	21 13.5%
2、個別外出の機会を増やせる	172 83.5%	387 87.4%	108 73.5%	72 75.0%	125 74.4%	115 74.2%
3、人員を増やしてもできない	10 4.9%	13 2.9%	7 4.8%	2 2.1%	1 0.6%	2 1.3%
4、個別外出支援をする必要はない	0 0.0%	3 0.7%	10 6.8%	0 0.0%	1 0.6%	3 1.9%
5、その他	4 1.9%	7 1.6%	7 4.8%	3 3.1%	4 2.4%	6 3.9%
6、無回答	6 2.9%	13 2.9%	10 6.8%	4 4.2%	3 1.8%	8 5.2%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%

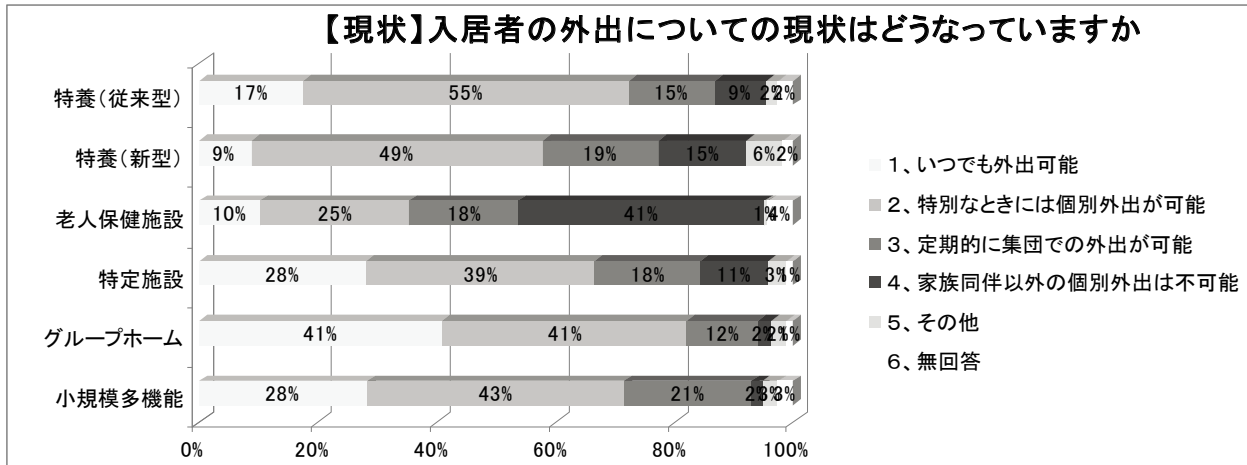
### 【めざしたい姿】

「入居者が個別に自由に外出することが重要だと考えますか」の問いに対して、おおむね8割以上の施設・サービスが「はい」と答えているのは、小規模多機能 86.5%、新型特養 86.5%、特養 80.1%、グループホーム 79.6%である。特定施設は 66.7%となっている。



**【現状】** 現状としていつでも外出可能となっているのは、グループホームが 41.1%と最も多く、ついで小規模多機能 28.4%、特定施設 28.1%で、他は少ない。逆に家族同伴以外の外出以外は不可能としているところは、老健 41.5%と最も多く、ついで新型特養 14.7%となっている。

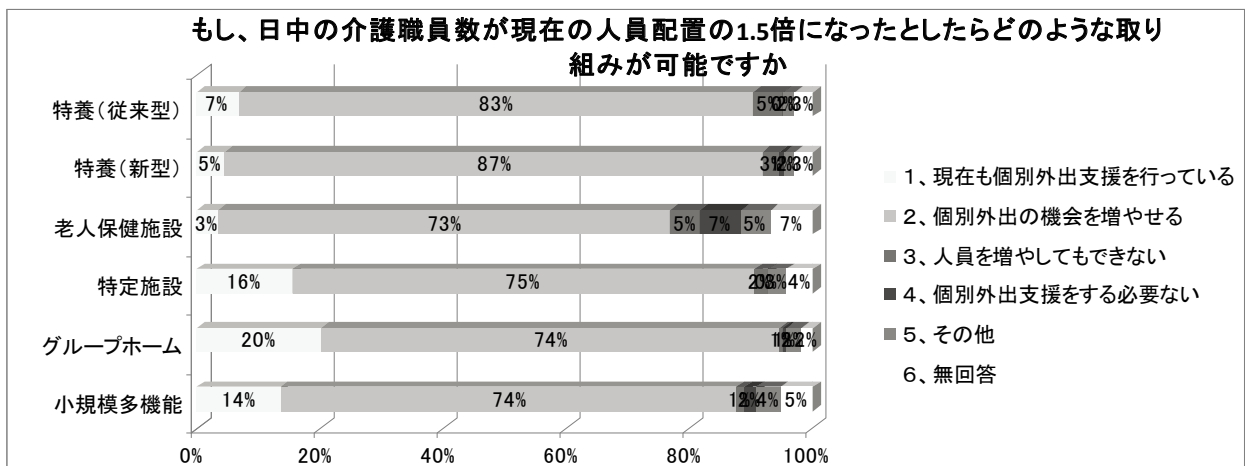
「特別なときには個別外出ができる」と答えた割合がどこの施設・サービスも多かったが、その頻度や内容は今回は調査していない。グループホーム以外では、個別な自由外出は実施していないといえよう。



### 【人員配置が1.5倍になったら】

「人員が1.5倍になったらどのような取り組みが可能か」の問いに対しては、現在も実施しているところも含めると、おおよそ9割の施設・サービスで個別外出の機会を増やせると答えている。若干ではあるが（老健で6.8%）個別外出の必要がないと答えている。

人員が個別外出に大きく影響するといえよう。



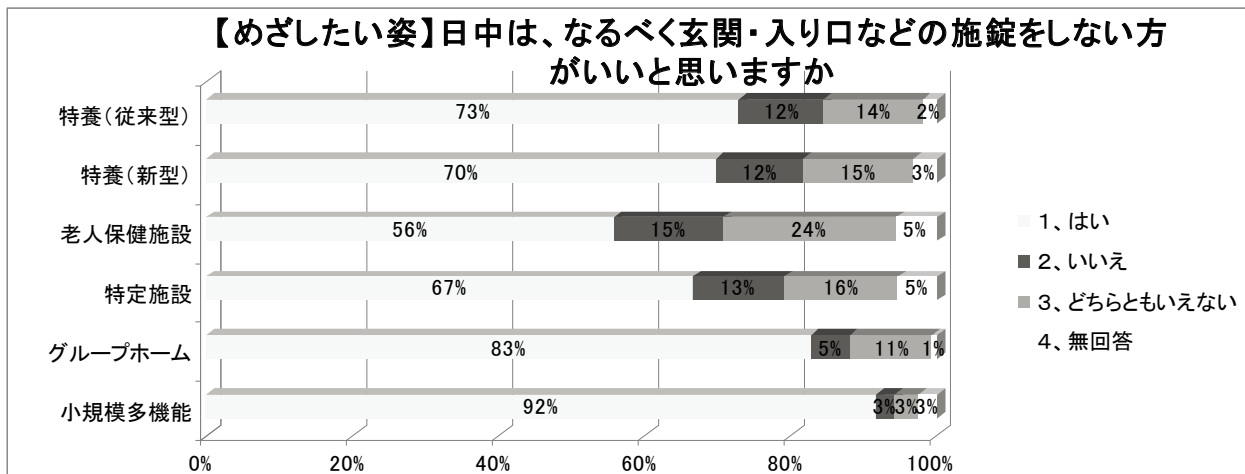
## ⑥ 施錠

日中の玄関・入り口の施錠状況について、2つの場所の施錠について調査した。一つは、生活単位（ユニット・フロアなど）と、もう一つは、施設・建物全体の玄関の施錠についてである。

		特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
施錠	<b>【めざしたい姿】日中は、なるべく玄関・入り口などの施錠をしない方がいいと思いますか</b>						
	1、はい	150 72.8%	309 69.8%	82 55.8%	64 66.7%	139 82.7%	142 91.6%
	2、いいえ	24 11.7%	53 12.0%	22 15.0%	12 12.5%	9 5.4%	4 2.6%
	3、どちらともいえない	28 13.6%	67 15.1%	35 23.8%	15 15.6%	19 11.3%	5 3.2%
	4、無回答	4 1.9%	14 3.2%	8 5.4%	5 5.2%	1 0.6%	4 2.6%
	合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
	<b>【現状】日中の時間帯に生活単位(ユニット)の入り口の施錠をしていますか(EVの施錠を含む)</b>						
	1、はい	71 34.5%	158 35.7%	63 42.9%	30 31.3%	20 11.9%	
	2、いいえ	124 60.2%	264 59.6%	70 47.6%	59 61.5%	132 78.6%	
	3、その他	9 4.4%	16 3.6%	6 4.1%	5 5.2%	7 4.2%	
4、無回答	2 1.0%	5 1.1%	8 5.4%	2 2.1%	9 5.4%		
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%		
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>							
1、現在も生活単位の施錠はしていない	118 57.3%	238 53.7%	70 47.6%	53 55.2%	126 75.0%		
2、施錠しない時間を増やせる	41 19.9%	107 24.2%	27 18.4%	11 11.5%	19 11.3%		
3、人員を増やしてもできない	25 12.1%	46 10.4%	17 11.6%	7 7.3%	4 2.4%		
4、施錠は必要だと考える	13 6.3%	21 4.7%	19 12.9%	14 14.6%	3 1.8%		
5、その他	6 2.9%	10 2.3%	3 2.0%	3 3.1%	4 2.4%		
6、無回答	3 1.5%	21 4.7%	11 7.5%	8 8.3%	12 7.1%		
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%		
		特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
施錠	<b>【現状】日中の時間帯に施設の玄関の施錠をしていますか(EVの施錠を含む)</b>						
	1、はい	41 19.9%	129 29.1%	30 20.4%	30 31.3%	39 23.2%	22 14.2%
	2、いいえ	149 72.3%	279 63.0%	104 70.7%	57 59.4%	121 72.0%	120 77.4%
	3、その他	4 1.9%	21 4.7%	6 4.1%	4 4.2%	8 4.8%	10 6.5%
	4、無回答	12 5.8%	14 3.2%	7 4.8%	5 5.2%	3 1.9%	3 1.9%
	合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
	<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>						
	1、現在も生活単位の施錠はしていない	138 67.0%	247 55.8%	96 65.3%	55 57.3%	115 68.5%	115 74.2%
	2、施錠しない時間を増やせる	19 9.2%	75 16.9%	13 8.8%	9 9.4%	24 14.3%	23 14.8%
	3、人員を増やしてもできない	15 7.3%	54 12.2%	8 5.4%	5 5.2%	9 5.4%	4 2.6%
4、施錠は必要だと考える	13 6.3%	24 5.4%	19 12.9%	11 11.5%	10 6.0%	2 1.3%	
5、その他	5 2.4%	11 2.5%	1 0.7%	6 6.3%	4 2.4%	3 1.9%	
6、無回答	16 7.8%	32 7.2%	10 6.8%	10 10.4%	6 3.6%	8 5.2%	
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%	

### 【めざしたい姿】

「日中は、なるべく玄関・入り口などの施錠をしない方がいいと思うか」の問いに対して、多くは施錠しない方がいいと答えている。最も多いのは、小規模多機能では91.6%、ついでグループホーム82.7%と80%を超えている。一方で老健では55.8%と半数弱は、施錠しない方がいいとは考えていない。めざしたい姿として施設サービスごとにかかなりの差がある。

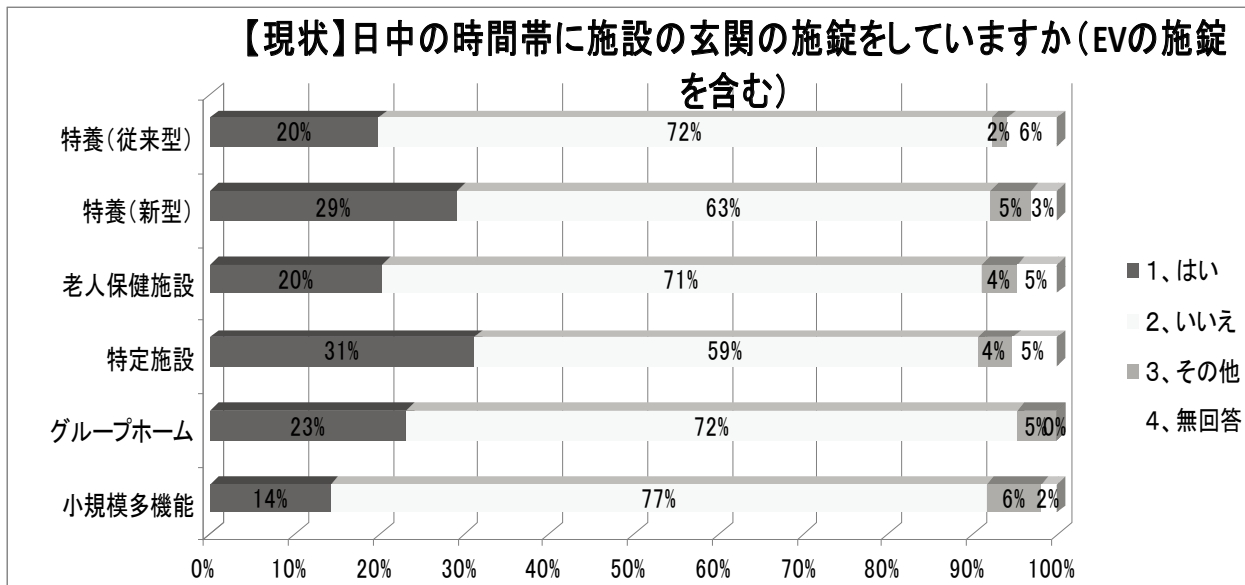
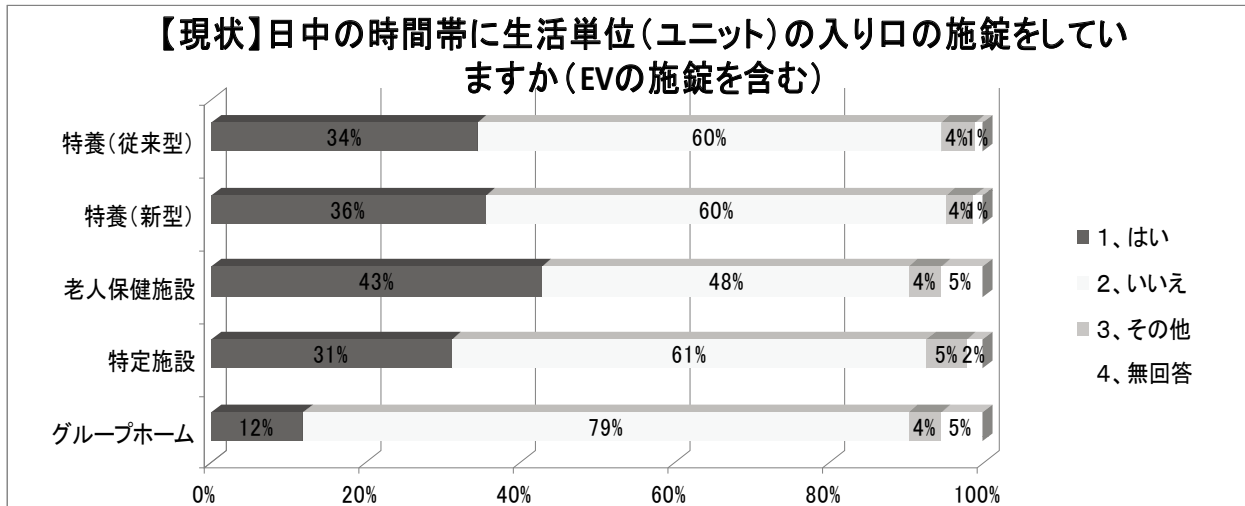


**【現状】**

生活単位（ユニットなど）の施錠をしているのは 30 数%で、老健 47.6%、新型特養 35.7%、特養 34.5%で、グループホームは 11.9%と少ない。

施設・建物（エレベーターも含む）の施錠をしているのは、全体的に 30%弱で特定施設 31.3%、新型特養 29.1%で、小規模多機能は 14.2%である。

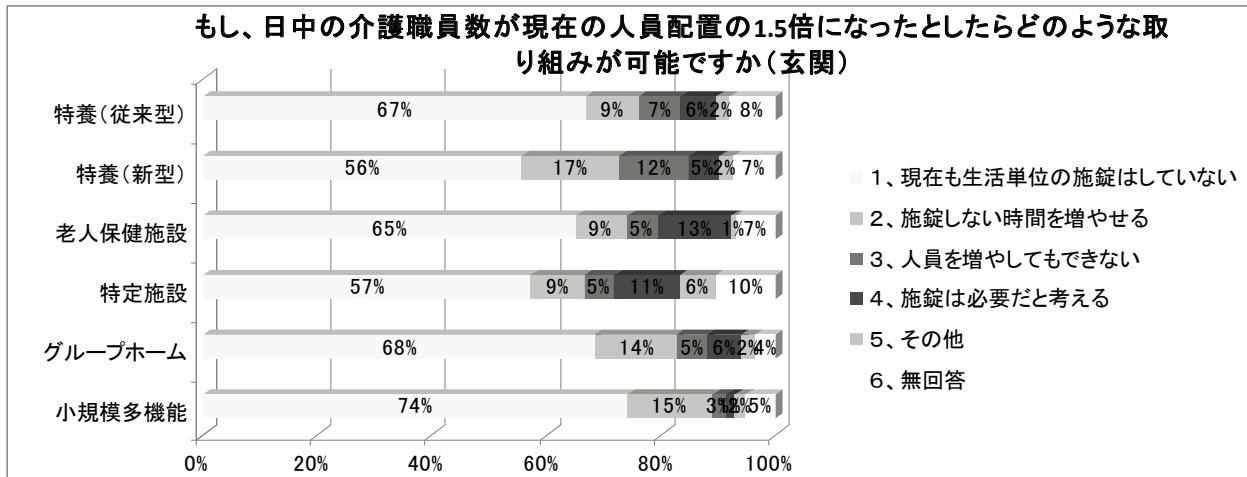
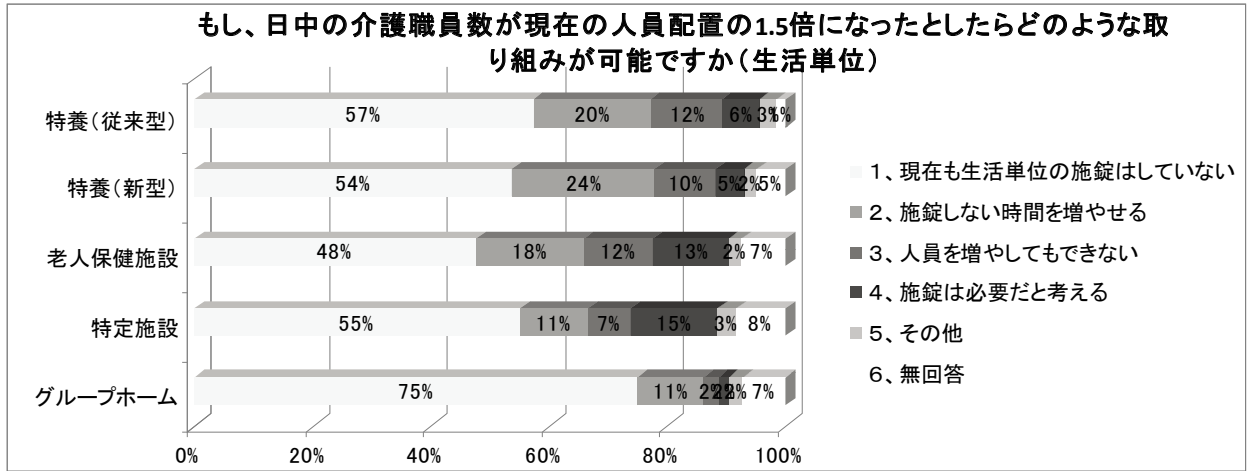
施設・サービスでは、おおよそ 3 分の 1 程度は施錠しているといえよう。グループホームや小規模多機能はその割合が低い。





**【人員配置が1.5倍になったら】**

「人員が1.5倍になったらどのような取り組みが可能か」の問いに対しては、施錠をしない時間帯を増やせると答えたところが少なくはない。ただ、老健や特定施設では、「施錠は必要である」と答えた割合が他に比べて高い。



## ⑦ 食事

一日3回の食事は、生活の質を考えるうえで最も重要なものの一つである。要介護状態になっても食事ができることはいいまでもなく、自ら選択し調理等にも主体的にかかわれる環境・支援方法なども重要であろう。

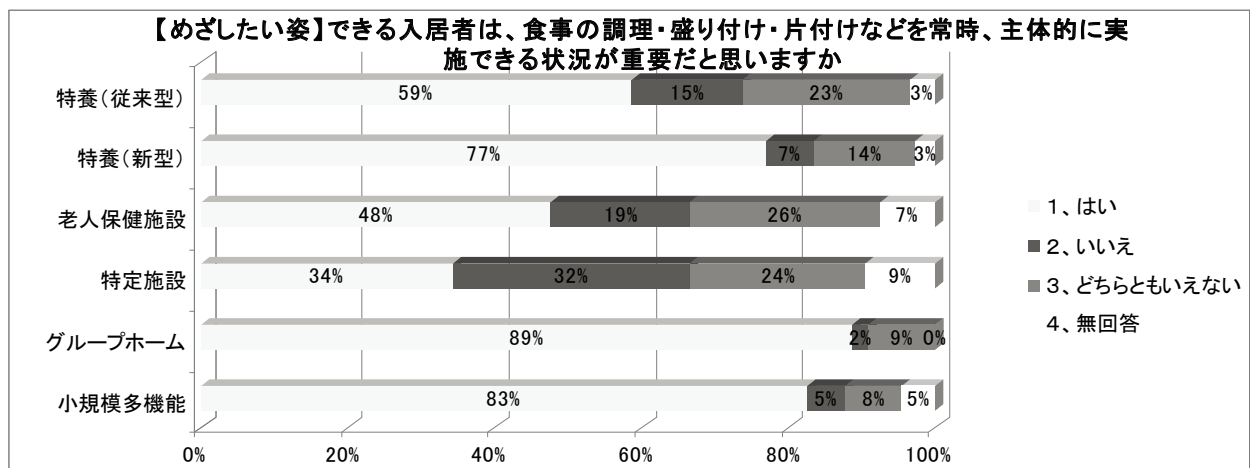
今回の調査では、調理方法や入居者が調理にどうかかわれるようになっているかの調査を行った。

	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
<b>【めざしたい姿】できる入居者は、食事の調理・盛り付け・片付けなどを常時、主体的に実施できる状況が重要だと思いますか</b>						
1、はい	121 58.7%	341 77.0%	70 47.6%	33 34.4%	149 88.7%	128 82.6%
2、いいえ	31 15.0%	29 6.5%	28 19.0%	31 32.3%	4 2.4%	8 5.2%
3、どちらともいえない	47 22.8%	61 13.8%	38 25.9%	23 24.0%	15 8.9%	12 7.7%
4、無回答	7 3.4%	12 2.7%	11 7.5%	9 9.4%	0 0.0%	7 4.5%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【現状】現在は、どのような調理方法ですか</b>						
1、給食委託	8 3.9%	22 5.0%	11 7.5%	10 10.4%	9 5.4%	27 17.4%
2、厨房委託	96 46.6%	317 71.6%	94 63.9%	46 47.9%	7 4.2%	11 7.1%
3、職員が専用厨房で調理	97 47.1%	94 21.2%	34 23.1%	34 35.4%	18 10.7%	47 30.3%
4、職員が入居者がいる台所で調理	0 0.0%	2 0.5%	0 0.0%	3 3.1%	51 30.4%	51 32.9%
5、入居者と職員等で調理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	78 46.4%	11 7.1%
6、その他	2 1.0%	3 0.7%	1 0.7%	0 0.0%	4 2.4%	5 3.2%
7、無回答	3 1.5%	5 1.1%	7 4.8%	3 3.1%	1 0.6%	3 1.9%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>						
1、現在も入居者が調理に参加している	6 2.9%	15 3.4%	3 2.0%	4 4.2%	75 44.6%	37 23.9%
2、調理方法を変更できる	58 28.2%	196 44.2%	21 14.3%	11 11.5%	56 33.3%	72 46.5%
3、調理方法を変更することは困難	84 40.8%	155 35.0%	66 44.9%	33 34.4%	11 6.5%	19 12.3%
4、入居者参加がよいとは考えない	21 10.2%	13 2.9%	28 19.0%	24 25.0%	2 1.2%	5 3.2%
5、その他	23 11.2%	40 9.0%	19 12.9%	13 13.5%	21 12.5%	14 9.0%
6、無回答	14 6.8%	24 5.4%	10 6.8%	11 11.5%	3 1.8%	8 5.2%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
<b>【現状】入居者は調理にどうかかわっていますか</b>						
1、いつでも入居者が中心	0 0.0%	4 0.9%	0 0.0%	1 1.0%	15 8.9%	6 3.9%
2、できる人・時に盛り付け等に参加	28 13.6%	119 26.9%	8 5.4%	3 3.1%	119 70.8%	86 55.5%
3、あまり参加していない	120 58.3%	241 54.4%	68 46.3%	60 62.5%	18 10.7%	38 24.5%
4、その他	47 22.8%	72 16.3%	57 38.8%	26 27.1%	13 7.7%	19 12.3%
5、無回答	11 5.3%	7 1.6%	14 9.5%	6 6.3%	3 1.8%	6 3.9%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>						
1、現在も入居者が中心	1 0.5%	8 1.8%	0 0.0%	1 1.0%	22 13.2%	10 6.5%
2、少しの工夫で参加できる	77 37.4%	271 61.2%	20 13.6%	13 13.5%	114 68.3%	100 64.5%
3、施設の構造、設備上むずかしい	88 42.7%	107 24.2%	74 50.3%	39 40.6%	8 4.8%	23 14.8%
4、入居者の調理参加がよいとは考えない	17 8.3%	10 2.3%	24 16.3%	22 22.9%	3 1.8%	5 3.2%
5、その他	11 5.3%	29 6.5%	13 8.8%	12 12.5%	14 8.4%	7 4.5%
6、無回答	12 5.8%	18 4.1%	16 10.9%	9 9.4%	6 3.6%	10 6.5%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	167 100.0%	155 100.0%

### 【めざしたい姿】

「できる入居者は食事の調理・盛り付け・片付けなどを常時、主体的に実施できる状況が重要だと考えますか」の問いに対して、「はい」重要だと答えたのは、グループホーム 88.7%と最も多く、ついで小規模多機能 82.6%、新型特養 77.0%となっている。

これはこれらの施設が制度上そのことを重要視してきたことの表れであり、当然の結果とも言える。ここで注目したいのは、制度上「食事は提供すること」となっている特養、老健、特定施設においても、それぞれ 58.7%、47.6%、34.4%と入居者主体に実施できることを重視している回答が多く、自立支援の理念が浸透してきた結果だと考えられる。



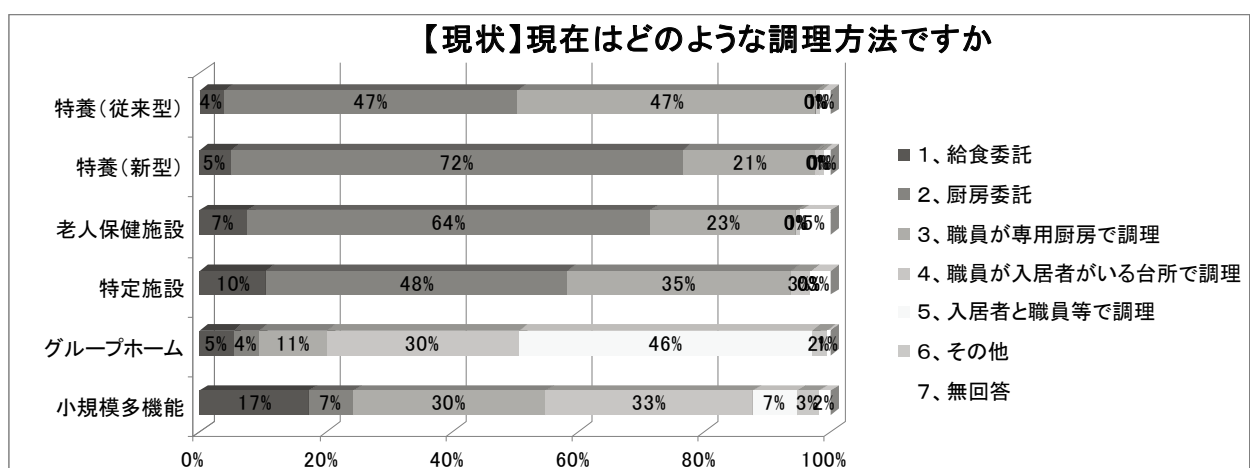
**【現状】 <調理方法>**

調理方法の実際は、施設により大きく異なっている。厚生労働省の運営指導の定めもあるが、特養では、職員が専用厨房で調理 47.1%、厨房委託 46.6%で計 90%を超える。新型特養では、厨房委託 71.6%、職員による専用厨房での調理が 21.2%となっており、特養に比べて厨房委託が多いこともわかった。

老健では、特養に比べると給食委託が 7.0%とやや多く、しかし最も多いのは厨房委託 63.9%である。特定施設では、給食委託 10.4%、厨房委託 47.9%、職員が専用厨房で調理が 35.4%となっている。

グループホームは、上記施設とは全く異なっている。最も多いのは、入居者と職員等で調理 46.4%となっており、ついで職員が入居者のいる台所で調理 30.4%、両方をあわせ 80%弱となっている。他と大きく違うのは、入居者と職員などで調理する割合が特別に多いことである。

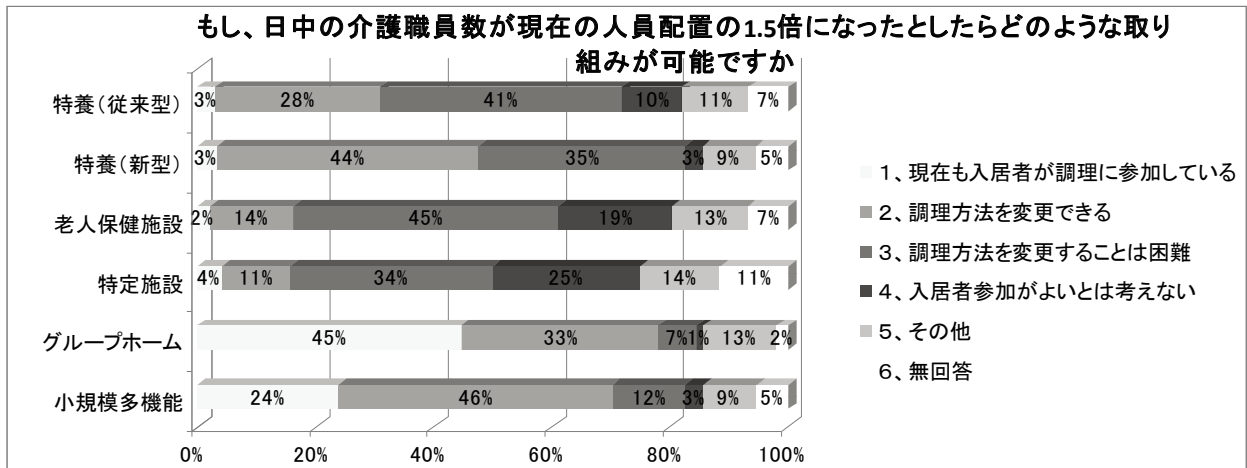
小規模多機能は、調理方法としては給食委託、職員が専用厨房で、あるいは利用者がいる台所で調理などが同じような割合で行われており、他に比べ多様である。



**【人員配置が1.5倍になったら】** <調理方法>

「人員が1.5倍になったらどのような取り組みが可能か」の問いに対しては、「調理方法を変更できる」との答えは小規模多機能が46.6%になった。「調理方法を変更することは困難」と答えているのは、老健44.9%、特養40.8%、特定施設34.4%とで、施設運営の法律上の規制などで変更ができない状況となっていることがわかる。

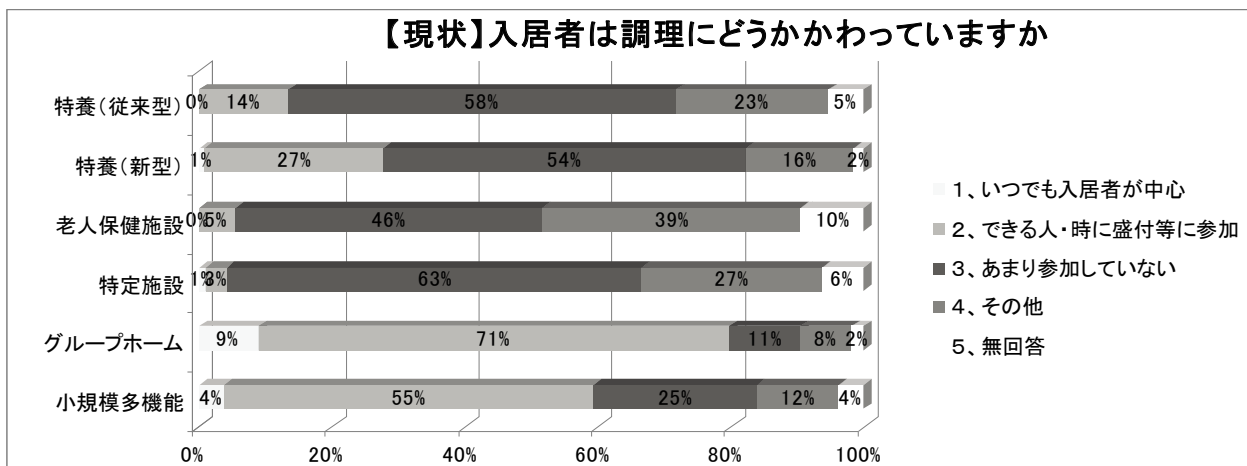
また、「調理に入居者参加がよいとは考えない」という答えは、特定施設25.0%が最も多い。これは、有料老人ホームの本来の利用目的・契約などから、調理は施設側が提供することとし、そのことを望んで入居している方が多いことを反映していると考えられる。さらに老健でも入居者の調理へ参加に対してよいとは考えない割合が19.0%となっており、医療的な意味合いでの運営ということの反映かと推測する。



**【現状】** <入居者の調理へのかかわり>

いつでも入居者が中心に調理をしていると答えたのは、グループホームが最も多く8.9%で、小規模多機能3.9%、その他はほとんど入居者中心の調理を行っていない。

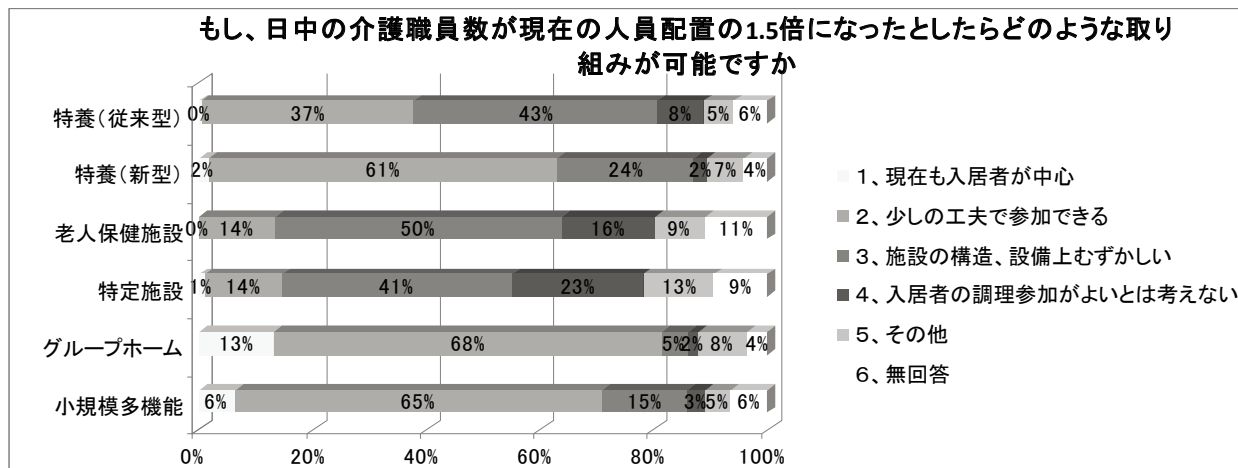
入居者のできる人、あるいはできる時に参加していると答えたのは、グループホーム70.8%、小規模多機能55.5%とかなり多く、新型特養が26.9%である。特定施設、老健、特養では調理に参加している率はきわめて低い。



**【人員配置が1.5倍になったら】** <入居者の調理へのかかわり>

グループホーム・小規模多機能・新型特養は、「少しの工夫で参加できる」と答えている率が約70%と高いが、特定施設・老健・特養は、「施設の構造、設備上困難である」と答えている率が16~24%と高い。

また、「入居者の調理参加がよいとは考えない」という答えは、特定施設19.0%、老健25.0%で他の施設よりも高い。



## ⑧入所者・入居者・利用者の生活について調査結果のまとめ・考察

### 1. ケアの理念

私たちが考える「めざすべき姿」のケア内容に対して、「そう思う」との答えの割合を並べてみた。

6つの施設種別において、職員がほぼ合意するのは、入浴体制（マンツーマン）75～92%、朝夕の着替え79～92%、随時排泄78～92%、個別外出67～87%、入浴頻度64～83%となる。

施設種別に関係なく、いずれの項目も、高い割合で職員が「望ましい」と考えている実態が明らかになった。

表 各ケア項目を望ましいと思う割合

施設種別	入浴体制 マンツーマン	朝夕の着替え	随時排泄	個別外出	入浴頻度	画一的でない 起床	施錠	食事参加	平均
特養(従来)	81.1	78.6	92.2	80.1	79.6	74.3	72.8	58.7	77.2
特養(新型)	90.7	78.6	87.8	86.5	81.9	85.1	69.8	77.0	82.2
老健	74.8	82.3	85.7	70.7	70.7	61.9	55.8	47.6	68.7
特定施設	82.3	91.7	79.2	66.7	63.5	67.7	66.7	34.4	69.0
GH	89.3	82.1	78.0	79.8	80.4	73.2	82.7	88.7	81.8
小規模多機能	91.6	91.6	78.1	86.5	82.6	81.3	91.6	82.6	85.7

### 2. ケアの達成率

また、それぞれのケア内容に対して、「達成率（“そう思う”との回答の内、どの程度が実際に実施できているか）」の割合をパーセントでまとめた（なお、設問の回答を集計した結果、100%以上の実施が一部に生じている）。

これかからグループホーム、小規模多機能において、達成率が高い反面、老健においては、達成率がやや低いこと、ただし、老健においては、玄関の施錠は達成率が高いこと（施錠していない施設が多い）が明らかになった。

表 各ケア項目に対する達成率（“そう思う”内どの程度が実際にケアを実施できているか）

施設種別	画一的でない 起床	画一的でない 消灯	朝夕の着替え	入浴頻度	入浴体制 マンツーマン	随時排泄	個別外出	施錠	食事参加	平均
特養(従来)	51%	50%	35%	50%	8%	40%	22%	99%	23%	47%
特養(新型)	68%	69%	74%	46%	6%	80%	10%	90%	36%	60%
老健	30%	20%	40%	34%	2%	23%	14%	127%	36%	41%
特定施設	88%	80%	89%	84%	8%	76%	42%	89%	69%	78%
GH	94%	89%	88%	105%	47%	98%	52%	87%	82%	93%
小規模多機能	96%	96%	77%	105%	54%	80%	33%	84%	78%	88%

なお、特養と新型特養を比較すると、おおむね新型特養の達成率が高い。これは、新型特養は特養よりも報酬上の加算があり職員配置が手厚いこと、また、2002年以降に整備されており、従来の特養よりも個別ケアに適した環境整備の影響だと考えられる。

特定施設においては、おおむねグループホーム、小規模多機能に近い個別ケアの志向があることが把握できたが、食事においてはグループホーム、小規模多機能と大きく考え方が異なる。入居者が調理に参加することには、否定的である。特定施設はその他の施設種別よりも利用料等が高い場合があるため、食事については、サービスを提供するという考え方が強いのかも示れない。

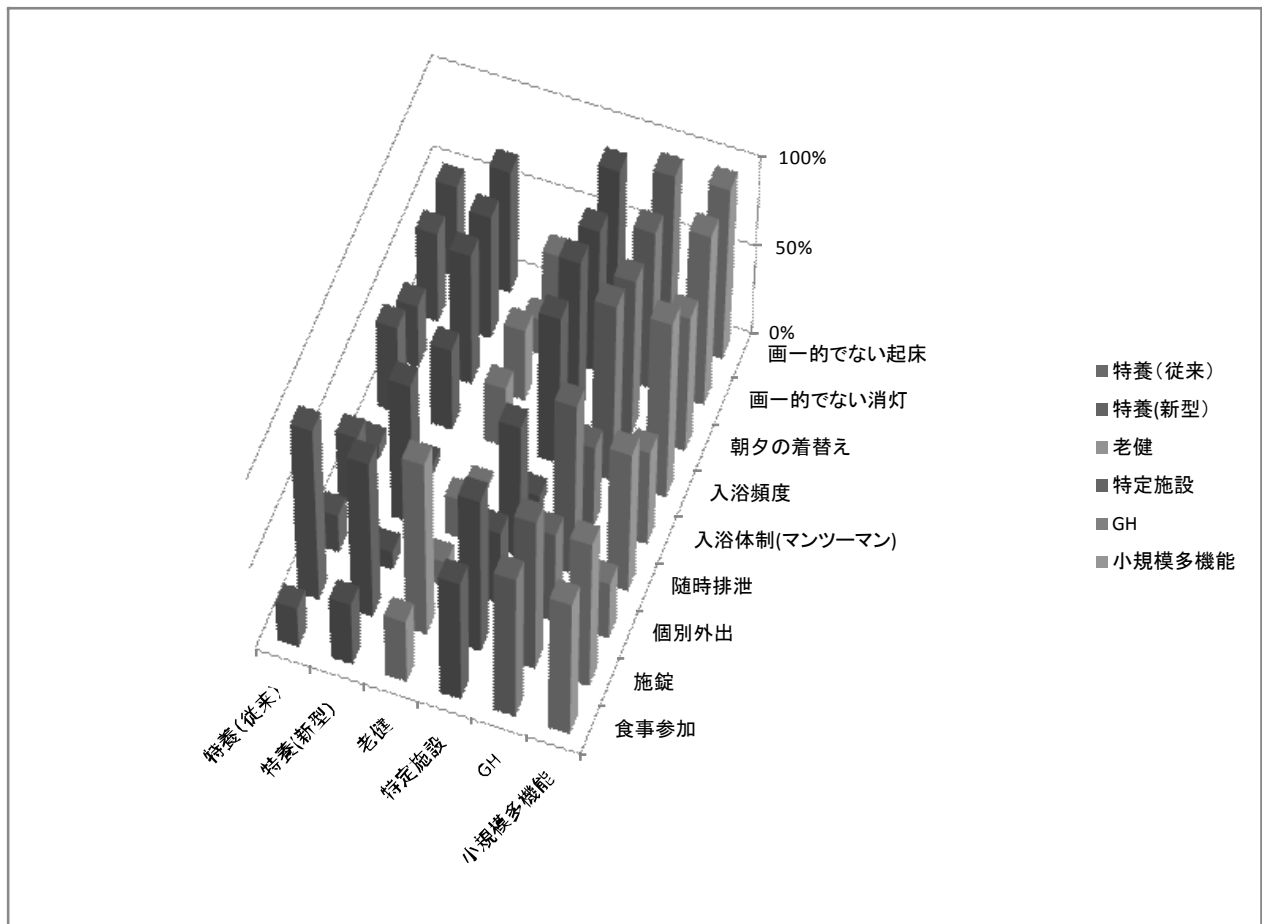


図 各ケア項目に対する達成率（“そう思う”内どの程度が実際にケアを実施できているか）

### 3. 人員が増えた場合の改善可能性

各ケア内容について、1.5 倍に人員が増えた場合に実現するか否かを問い、実施可能と回答した割合が高いケアを左から並べた。

その結果、随時排泄、個別外出、マンツーマン入浴、朝夕の着替え、施錠、起床消灯、入浴頻度、食事参加の順となった。割合が高いほど、職員が「人員が増えれば実現可能」と考えていることから、とりわけ随時排泄、個別外出、マンツーマン入浴、朝夕の着替えは、人手の影響が大きいと考えられる。逆に、食事参加は 47%と半数以下となった。入居者等の ADL やキッチンの有無など、職員数以外の要因が影響することから、このような結果になったと考えられる。

表 職員が現在の 1.5 倍に増えると実施可能と考える割合

施設種別	随時排泄	個別外出	入浴体制 マンツーマン	朝夕の着替え 施錠	起床消灯	入浴頻度	食事参加	平均
特養(従来)	90.7	90.3	54.3	71.3	76.2	63.1	37.9	67.9
特養(新型)	89.0	91.9	89.6	80.3	72.7	80.9	66.4	79.2
老健	93.2	76.9	87.7	72.8	74.1	36.7	45.6	62.6
特定施設	87.5	90.6	85.5	86.4	66.7	57.3	55.2	68.0
GH	89.9	94.6	92.9	86.3	82.7	73.7	79.8	85.2
小規模多機能	87.7	87.7	87.7	87.7	89.0	81.2	69.0	82.6

## (2) 職員のサービスの質の向上の取り組みや労働環境などについて

サービスの質の向上に欠かせないカンファレンスや研修参加と、労働環境・条件（昼食時間の取得・有給休暇の取得）について、6施設の比較検討を行った。

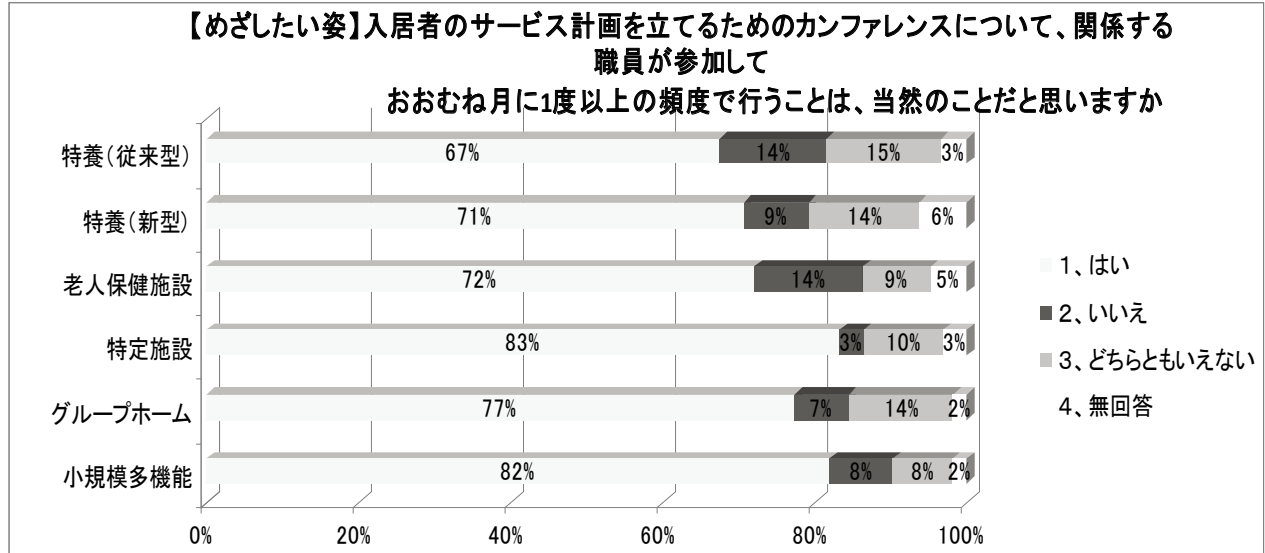
### ①r カンファレンスについて

	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能	
ケア カン ファ レン ス	【めざしたい姿】入居者のサービス計画を立てるためのカンファレンスについて、関係する職員が参加しておおむね月に1度以上の頻度で行うことは、当然のことだと思いますか。						
	1、はい	139 67.5%	313 70.7%	106 72.1%	80 83.3%	130 77.4%	127 81.9%
	2、いいえ	29 14.1%	38 8.6%	21 14.3%	3 3.1%	12 7.1%	13 8.4%
	3、どちらともいえない	31 15.0%	64 14.4%	13 8.8%	10 10.4%	23 13.7%	12 7.7%
	4、無回答	7 3.4%	28 6.3%	7 4.8%	3 3.1%	3 1.8%	3 1.9%
	合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
	【現状】ケアカンファレンスは、どのように行っていますか						
	1、月1度の頻度で行っている	26 12.6%	111 25.1%	25 17.0%	21 21.9%	77 45.8%	51 32.9%
	2、新規または変更は行っている	136 66.0%	229 51.7%	91 61.9%	44 45.8%	61 36.3%	74 47.7%
	3、特に必要な場合に行っている	16 7.8%	41 9.3%	10 6.8%	15 15.6%	20 11.9%	24 15.5%
	4、ほとんど行っていない	2 1.0%	23 5.2%	1 0.7%	1 1.0%	4 2.4%	2 1.3%
	5、その他	19 9.2%	27 6.1%	15 10.2%	13 13.5%	5 3.0%	2 1.3%
	6、無回答	7 3.4%	12 2.7%	5 3.4%	2 2.1%	1 0.6%	2 1.3%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%	
【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】							
1、現在も月1度の頻度で行っている	32 15.5%	80 18.1%	19 12.9%	21 21.9%	64 38.1%	40 25.8%	
2、対象範囲や開催頻度を厚くすることができる	144 69.9%	287 64.8%	94 63.9%	58 60.4%	87 51.8%	94 60.6%	
3、改善は見込めない	12 5.8%	24 5.4%	14 9.5%	3 3.1%	5 3.0%	6 3.9%	
4、ケアカンファを定期的に行う必要はない	0 0.0%	3 0.7%	1 0.7%	1 1.0%	0 0.0%	2 1.3%	
5、その他	9 4.4%	25 5.6%	11 7.5%	8 8.3%	8 4.8%	6 3.9%	
6、無回答	9 4.4%	24 5.4%	8 5.4%	5 5.2%	4 2.4%	7 4.5%	
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%	



### 【めざしたい姿】

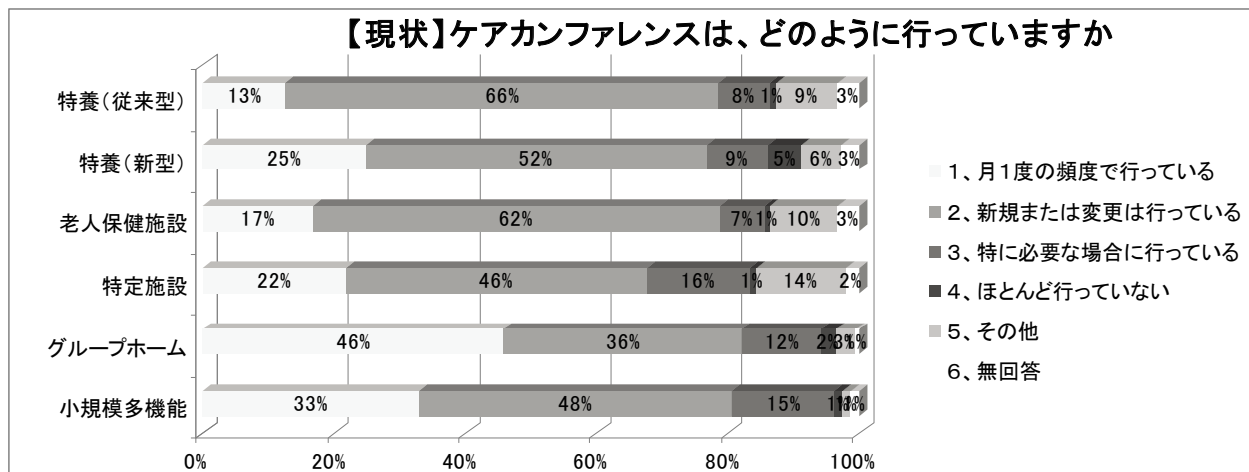
「入居者のサービス計画を立てるためにカンファレンスについて、関係する職員が参加しておおむね月に一度以上の頻度で行うことは、当然のこととご思いますか」の問いに対して、おおむね7割以上の施設では、「はい」とその必要性を認めている。ただ、施設によって差はあり、特養67.5%であり、特定施設では83.3%である。



### 【現状】

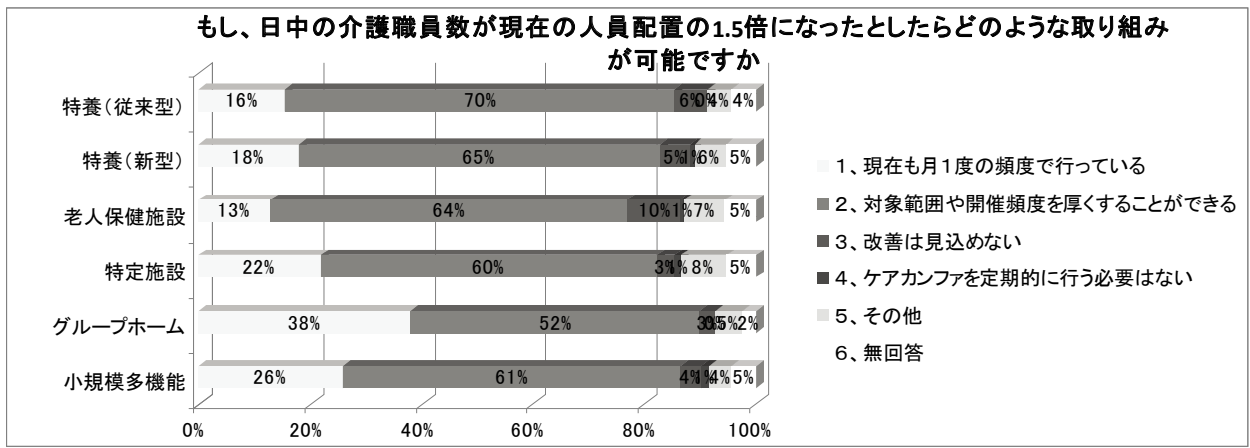
カンファレンスの実施状況は、月2回実施している率が最も高いのは、グループホーム45.8%で、ついで小規模多機能32.9%であり、実施している率が低いのは、特養12.6%となっている。月1回行っているところと新規の入居者等や変更時は行っているところを合わせれば、全体的におおむね8割がカンファレンスを行っている。

しかし、特定施設の13.5%は、ほとんど行っていないという結果であった。



### 【人員配置が1.5倍になったら】

「人員が1.5倍になったらどのような取り組みが可能か」の問いに対しては、対象範囲や開催を厚くすることができるかと答えているところが多く、月1回実施しているところも含めると8割以上の施設で改善が見込まれる。

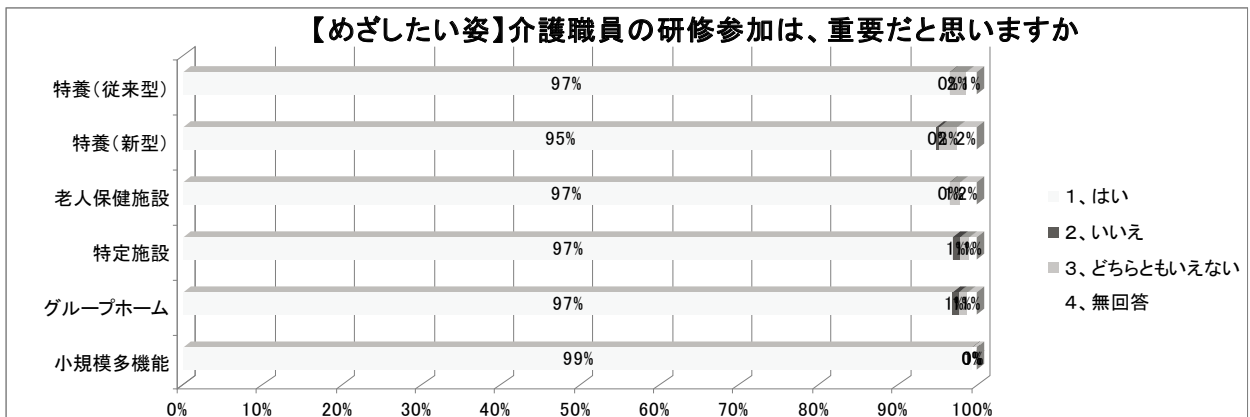


## ② 研修参加について

	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
<b>【めざしたい姿】介護職員の研修参加は、重要だと思いますか</b>						
1、はい	199 96.6%	420 94.8%	142 96.6%	93 96.9%	163 97.0%	154 99.4%
2、いいえ	0 0.0%	2 0.5%	0 0.0%	1 1.0%	1 0.6%	0 0.0%
3、どちらともいえない	4 1.9%	10 2.3%	2 1.4%	1 1.0%	2 1.2%	0 0.0%
4、無回答	3 1.5%	11 2.5%	3 2.0%	1 1.0%	2 1.2%	1 0.6%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【現状】介護職員の研修参加の頻度は、どの程度ですか(常勤職員の場合)</b>						
1、必要な研修に参加できている	102 49.5%	172 38.8%	68 46.3%	43 44.8%	77 45.8%	65 41.9%
2、5割程度、実施参加できている	61 29.6%	113 25.5%	36 24.5%	22 22.9%	43 25.6%	43 27.7%
3、ごく一部しか実施参加できていない	33 16.0%	108 24.4%	34 23.1%	22 22.9%	41 24.4%	41 26.5%
4、ほとんど実施参加できていない	1 0.5%	13 2.9%	2 1.4%	5 5.2%	3 1.8%	4 2.6%
5、その他	5 2.4%	19 4.3%	3 2.0%	3 3.1%	1 0.6%	0 0.0%
6、無回答	4 1.9%	18 4.1%	4 2.7%	1 1.0%	3 1.8%	2 1.3%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったとしたらどのような取り組みが可能ですか】</b>						
1、現在も参加できている	73 35.4%	125 28.2%	50 34.0%	35 36.5%	60 35.7%	50 32.3%
2、研修を実施参加できるようになる	113 54.9%	254 57.3%	77 52.4%	50 52.1%	89 53.0%	89 57.4%
3、あまり変わらない	10 4.9%	24 5.4%	6 4.1%	2 2.1%	10 6.0%	9 5.8%
4、実施参加できなくてもやむを得ない	0 0.0%	0 0.0%	1 0.7%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%
5、その他	5 2.4%	17 3.8%	4 2.7%	2 2.1%	5 3.0%	3 1.9%
6、無回答	5 2.4%	23 5.2%	9 6.1%	6 6.3%	4 2.4%	4 2.6%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%

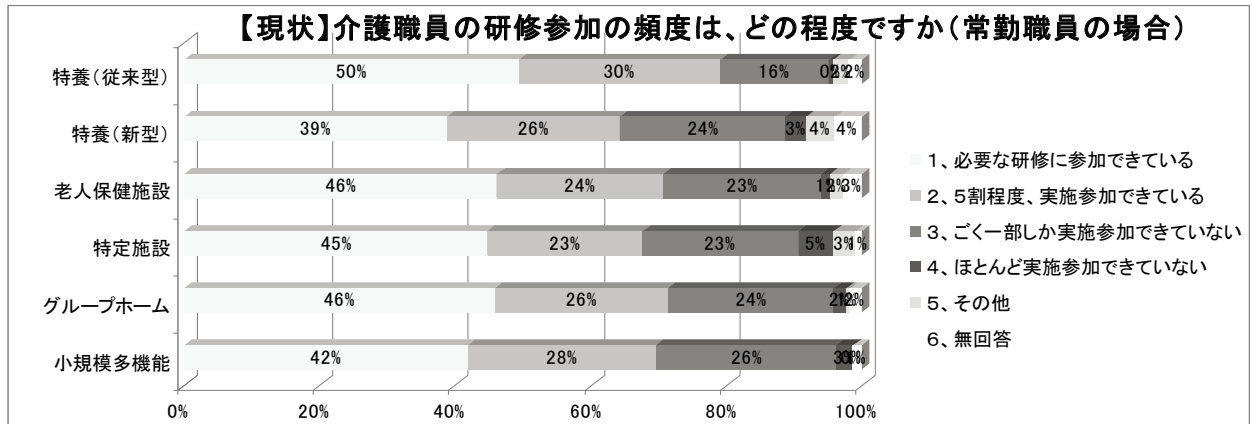
### 【めざしたい姿】

「介護職員の研修参加は重要だと思うか」の問いに対して、どの施設も95%を超える圧倒的多数の施設で重要だと考えているという答えとなった。



### 【現状】

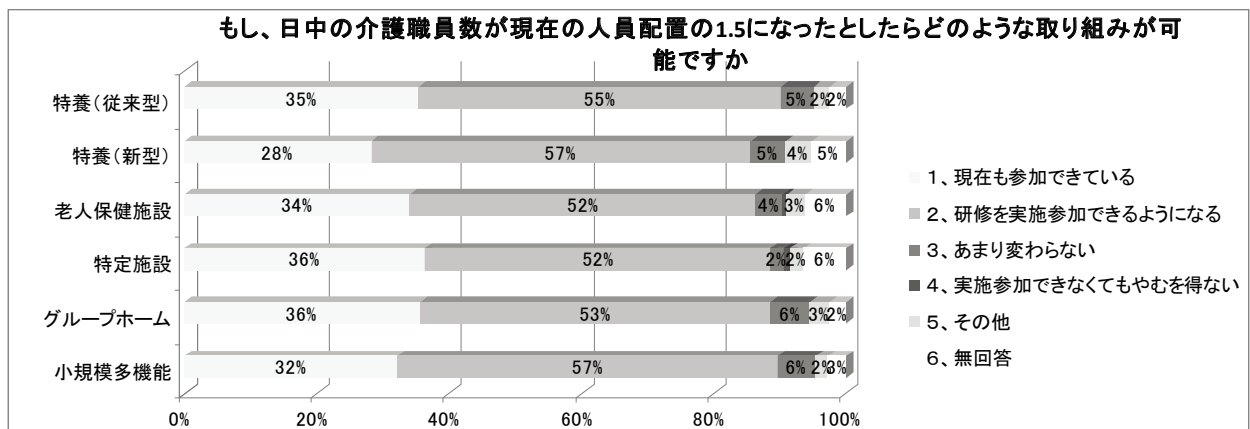
常勤職員の研修参加の現状は、5割弱の施設では必要な研修に参加できていると答えている。しかし、「5割程度参加」「ごく一部しか参加できていない」と答えているのはどの施設もそれぞれ20%台である。研修参加については、施設間の相違はそう大きくはなかった。



### 【人員配置が1.5倍になったら】

「人員が1.5倍になったらどのような取り組みが可能か」の問いに対しては、研修を実施参加できるようになると答えたところが、どの施設も50%を超えている。

人員配置が増えることが、職員の研修参加に大いに関係がある。

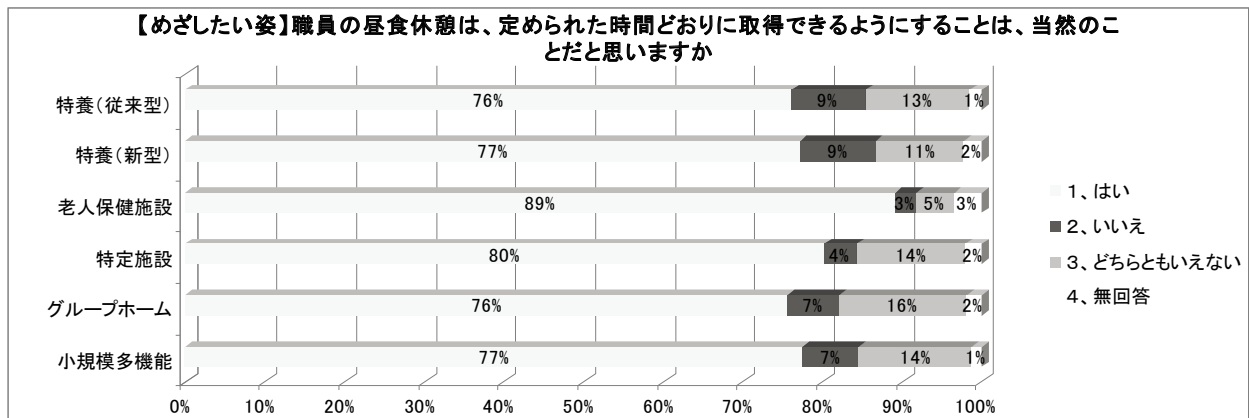


### ③ 昼食休憩について

	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
<b>【めざしたい姿】職員の昼食休憩は、定められた時間どおりに取得できるようにすることは、当然のことだと思いますか</b>						
1、はい	157 76.2%	342 77.2%	131 89.1%	77 80.2%	127 75.6%	120 77.4%
2、いいえ	19 9.2%	42 9.5%	4 2.7%	4 4.2%	11 6.5%	11 7.1%
3、どちらともいえない	27 13.1%	49 11.1%	7 4.8%	13 13.5%	27 16.1%	22 14.2%
4、無回答	3 1.5%	10 2.3%	5 3.4%	2 2.1%	3 1.8%	2 1.3%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【現状】職員の昼食休憩は、定められた時間どおりに取得できていますか</b>						
1、おおむね取得できている	137 66.5%	242 54.6%	123 83.7%	73 76.0%	64 38.1%	74 47.7%
2、半分程度しか取得できないこともある	32 15.5%	96 21.7%	10 6.8%	16 16.7%	40 23.8%	29 18.7%
3、食事時間の確保で精一杯	6 2.9%	28 6.3%	2 1.4%	0 0.0%	21 12.5%	17 11.0%
4、休憩は不規則にならざるを得ない	16 7.8%	44 9.9%	6 4.1%	4 4.2%	25 14.9%	22 14.2%
5、その他	13 6.3%	25 5.6%	1 0.7%	1 1.0%	16 9.5%	12 7.7%
6、無回答	2 1.0%	8 1.8%	5 3.4%	2 2.1%	2 1.2%	1 0.6%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったとしたらどのような取り組みが可能ですか】</b>						
1、現在も昼食休憩を取得できている	111 53.9%	176 39.7%	111 75.5%	55 57.3%	45 26.8%	56 36.1%
2、取得状況の改善ができる	72 35.0%	216 48.8%	28 19.0%	31 32.3%	99 58.9%	77 49.7%
3、改善は見込めない	3 1.5%	6 1.4%	1 0.7%	0 0.0%	2 1.2%	3 1.9%
4、不規則になることはやむをえない	8 3.9%	22 5.0%	0 0.0%	2 2.1%	9 5.4%	9 5.8%
5、その他	7 3.4%	9 2.0%	1 0.7%	3 3.1%	6 3.6%	6 3.9%
6、無回答	5 2.4%	14 3.2%	6 4.1%	5 5.2%	7 4.2%	4 2.6%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%

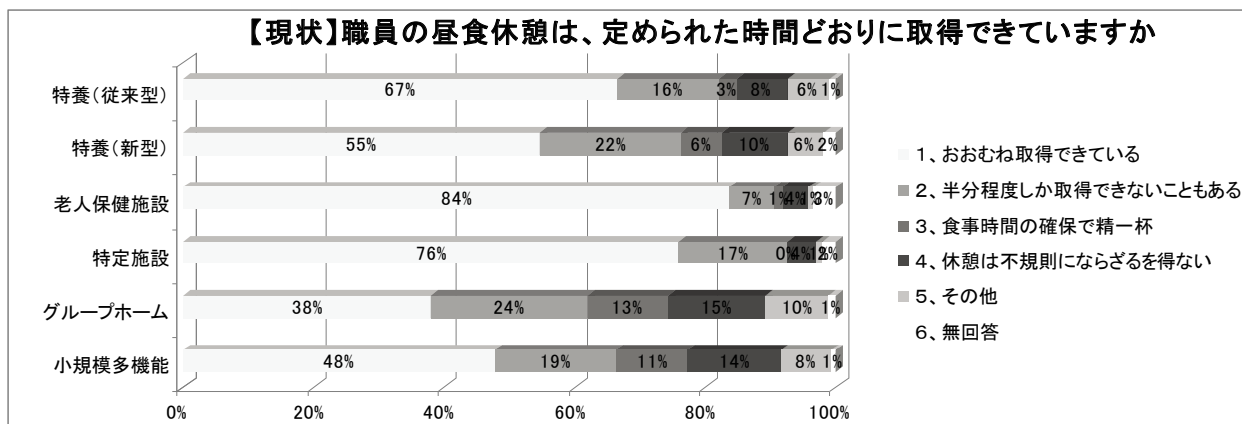
#### 【めざしたい姿】

「職員の昼食休憩は、定められた時間どおりに取得できるようにすることは、当然だと思いますか」の問いに対して、おおむね7割以上の施設では、「はい」と答えている。ただ、どの施設も「いいえ」「どちらともいえない」と答えた割合が施設によって差はあり、特養 22.3%、特定施設 17.7%となった。



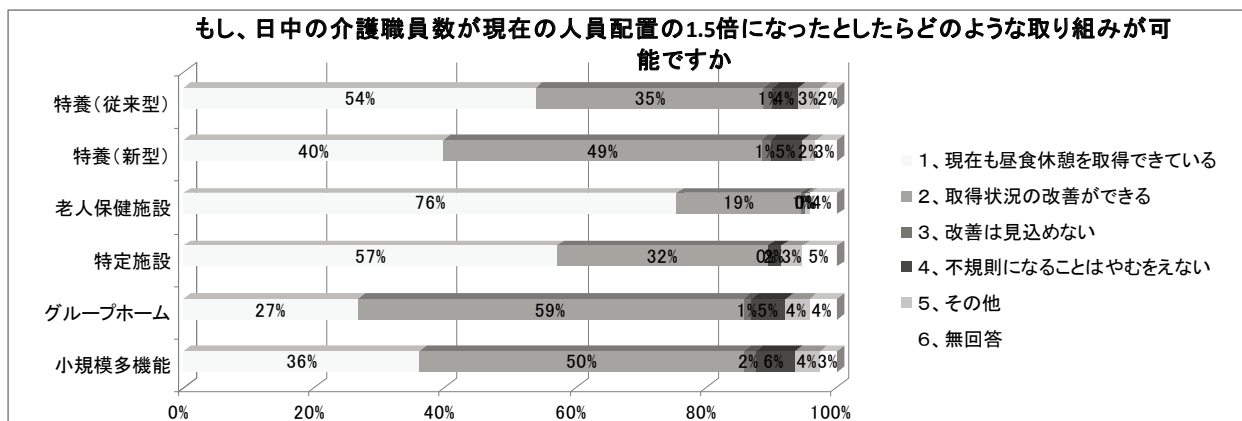
#### 【現状】

昼食休憩時間の取得率は、施設によってかなりの差がある。おおむね取得できている率が高いのは、老健 83.7%、特定施設 76.0%、特養 66.5%である。逆に取得できている率が低いのは、グループホーム 38.1%、ついで小規模多機能 47.7%となった。食事休憩時間の半数しか取得できない、あるいは「食事時間の確保で精一杯」と答えたのは、どの施設もおおむね 20~30%である。



### 【人員配置が1.5倍になったら】

「人員が1.5倍になったらどのような取り組みが可能か」の問いに対しては、昼食休憩時間の取得の改善ができると答えたところが多く、現在おおむね取得できているところも含めればどの施設も8割から9割の施設で昼食休憩時間の取得について改善が見込まれる。

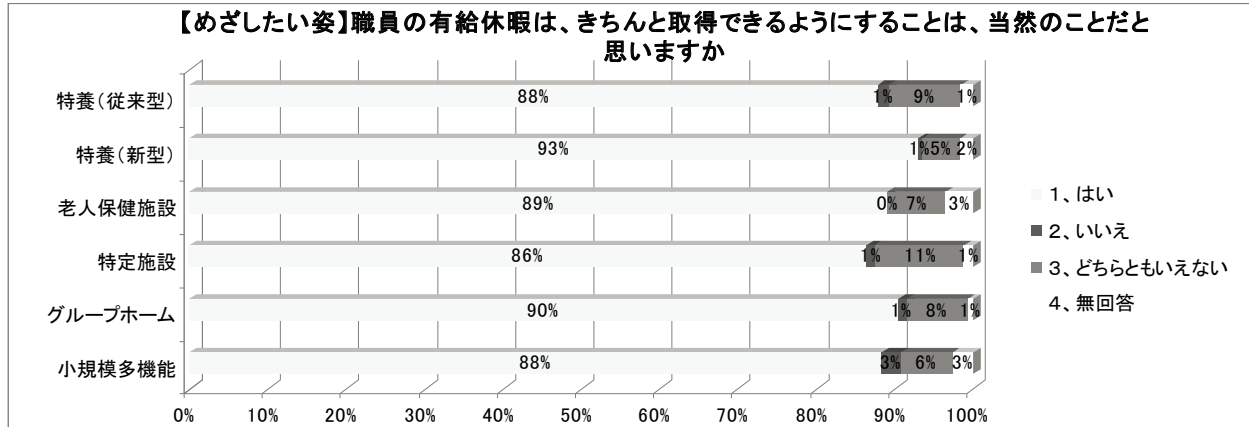


#### ④ 有給休暇について

	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
【めざしたい姿】職員の有給休暇は、きちんと取得できるようにすることは、当然のことだと思いますか						
1、はい	181 87.9%	412 93.0%	131 89.1%	83 86.5%	152 90.5%	137 88.4%
2、いいえ	3 1.5%	3 0.7%	0 0.0%	1 1.0%	2 1.2%	4 2.6%
3、どちらともいえない	19 9.2%	21 4.7%	11 7.5%	11 11.5%	13 7.7%	10 6.5%
4、無回答	3 1.5%	7 1.6%	5 3.4%	1 1.0%	1 0.6%	4 2.6%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
【現状】職員の有給休暇は、定められた日数を取得できていますか						
1、おおむね取得できている	29 14.1%	84 19.0%	27 18.4%	28 29.2%	47 28.0%	36 23.2%
2、約半分程度しか取得できていない	52 25.2%	105 23.7%	50 34.0%	23 24.0%	50 29.8%	33 21.3%
3、ほとんど取得できていない	94 45.6%	203 45.8%	50 34.0%	30 31.3%	59 35.1%	61 39.4%
4、その他	24 11.7%	34 7.7%	15 10.2%	14 14.6%	8 4.8%	19 12.3%
5、無回答	7 3.4%	17 3.8%	5 3.4%	1 1.0%	4 2.4%	6 3.9%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%
【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】						
1、現在も取得できている	20 9.7%	60 13.5%	26 17.7%	23 24.0%	39 23.2%	30 19.4%
2、取得できるようになる	112 54.4%	236 53.3%	62 42.2%	42 43.8%	79 47.0%	78 50.3%
3、現在と変わらない	42 20.4%	82 18.5%	28 19.0%	15 15.6%	30 17.9%	20 12.9%
4、取得できないのはやむをえない	8 3.9%	19 4.3%	7 4.8%	3 3.1%	5 3.0%	7 4.5%
5、その他	18 8.7%	24 5.4%	17 11.6%	5 5.2%	8 4.8%	14 9.0%
6、無回答	6 2.9%	22 5.0%	7 4.8%	8 8.3%	7 4.2%	6 3.9%
合計	206 100.0%	443 100.0%	147 100.0%	96 100.0%	168 100.0%	155 100.0%

#### 【めざしたい姿】

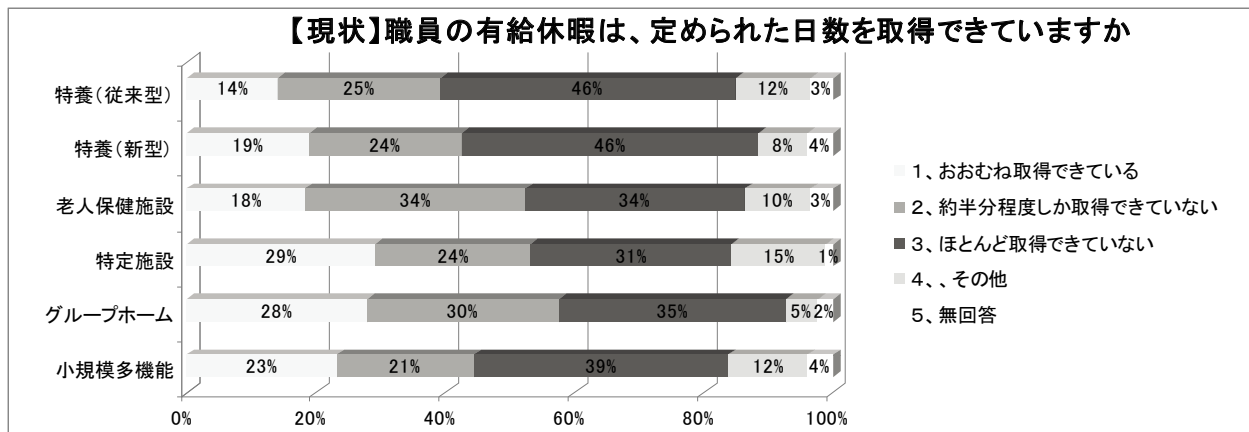
「職員の有給休暇は、きちんと取得できるようにすることは、当然だと思いますか」の問いに対して、どの施設もおおむね9割以上の施設では、「はい」と答えている。ただ、どの施設も「いいえ」「どちらともいえない」と答えた割合が施設によって差はあるが1割程度はある。



#### 【現状】

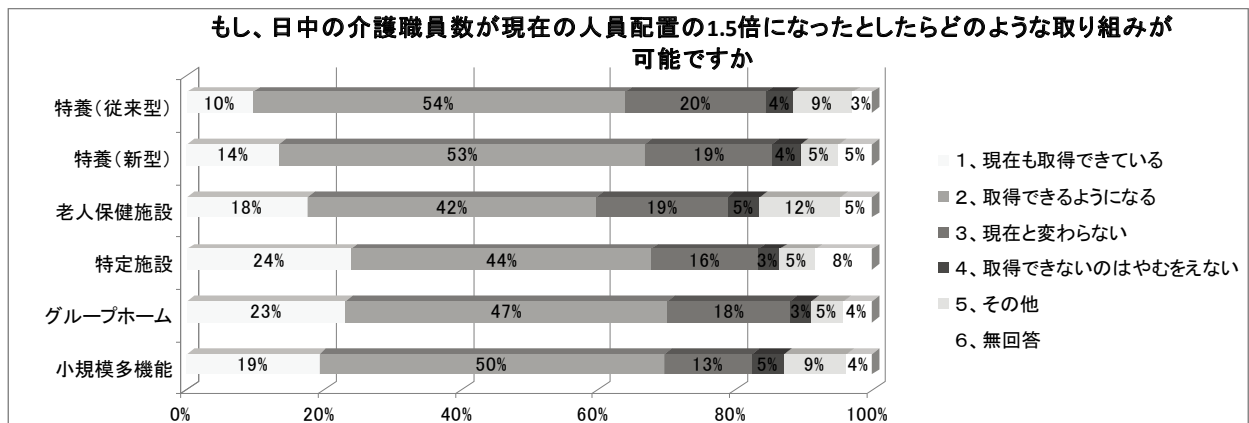
有給休暇の取得率の実態は、施設によって差がある。おおむね取得できている率が高いのは、特定施設 29.2%と最も高いが、それでも3割弱と非常に低い水準である。「約半分程度しか取得できていない」と答えたのは、老健 34.0%、特養 25.2%である。

「ほとんど取得できない」と答えたのは、新型特養 45.8%、特養 45.6%、小規模多機能 39.4%となっている。



**【人員配置が1.5倍になったら】**

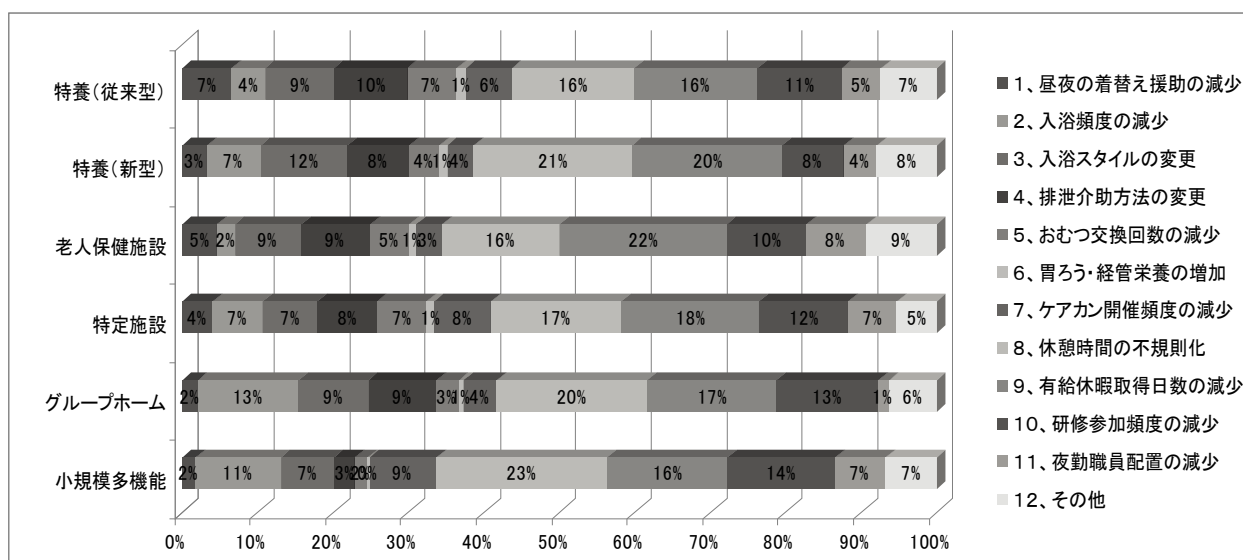
「人員が1.5倍になったらどのような取り組みが可能か」の問いに対しては、有給休暇を取得できるようになると答えた施設の割合、どの施設も50%弱で、現在も取得できているところも含めれば、施設の6割から7割はかなり改善できると答えている。しかし、一方で「人員配置基準が増えても変わらない」と答えたところ、あるいは「取得できないのはやむをえないと答えたところは、どの施設でも10~20%ある。



### ⑤ 人員削減による影響について

人員削減による影響について、12項目から3つを選ぶ方式で調査したところ、以下のような結果だった。

	特養(従来型)		特養(新型)		老人保健施設		特定施設		グループホーム		小規模多機能		
人員減による影響	【介護・看護職員数が現在よりも1割減った場合、以下の観点からはどのような影響が考えられますか】												
	1、昼夜の着替え援助の減少	39	6.6%	42	3.4%	19	4.6%	12	4.1%	10	2.1%	8	1.8%
	2、入浴頻度の減少	26	4.4%	88	7.1%	10	2.4%	19	6.6%	64	13.4%	50	11.3%
	3、入浴スタイルの変更	54	9.2%	144	11.6%	36	8.8%	21	7.2%	44	9.2%	31	7.0%
	4、排泄介助方法の変更	57	9.7%	102	8.2%	38	9.2%	23	7.9%	43	9.0%	12	2.7%
	5、おむつ交換回数の減少	39	6.6%	49	3.9%	21	5.1%	19	6.6%	14	2.9%	8	1.8%
	6、胃ろう・経管栄養の増加	7	1.2%	13	1.0%	4	1.0%	3	1.0%	3	0.6%	1	0.2%
	7、ケアカン開催頻度の減少	36	6.1%	44	3.5%	14	3.4%	22	7.6%	21	4.4%	39	8.8%
	8、休憩時間の不規則化	96	16.3%	261	21.0%	64	15.6%	50	17.2%	95	19.9%	100	22.6%
	9、有給休暇取得日数の減少	96	16.3%	247	19.8%	91	22.1%	53	18.3%	82	17.2%	71	16.1%
	10、研修参加頻度の減少	66	11.2%	102	8.2%	43	10.5%	34	11.7%	64	13.4%	63	14.3%
	11、夜勤職員配置の減少	31	5.3%	55	4.4%	33	8.0%	19	6.6%	7	1.5%	29	6.6%
	12、その他	43	7.3%	98	7.9%	38	9.2%	15	5.2%	30	6.3%	30	6.8%
合計	590	100.0%	1245	100.0%	411	100.0%	290	100.0%	477	100.0%	442	100.0%	



人員が減った場合に最も大きく影響する3項目は、どの施設も共通して①職員の昼食休憩時間の不規則化と、②職員の有給休暇取得日数の減少、また研修参加をひかえるなど、ある意味では職員の福利厚生や学習機会等を犠牲にして、入居者等への支援にあたっていることが推測できる。

入居者等の日常生活への影響を見ると、入浴関連が最も多く、入浴頻度、入浴方法に關係すると答えている。ついで排泄介助方法となっている。



## ⑥ 在宅生活復帰支援・リハビリについて

老健は、在宅生活復帰支援の役割や専門的なリハビリテーションの実施など、他の施設等ではない役割を持っている。その点について老健に質問した。

	在宅復帰	特養(従来型)	特養(新型)	老人保健施設	特定施設	グループホーム	小規模多機能
在宅生活復帰のための支援	<b>【めざしたい姿】入所者が在宅生活に復帰するための支援を手厚く行うことは、当然のことだと思いますか</b>						
	1、はい			126	85.7%		
	2、いいえ			2	1.4%		
	3、どちらともいえない			8	5.4%		
	4、無回答			11	7.5%		
	合計			147	100.0%		
	<b>【現状】入居者の在宅生活復帰への支援にどのように取り組んでいますか</b>						
	1、自宅を訪問して支援			28	19.0%		
	2、在宅担当者に情報引継ぎ			58	39.5%		
	3、必要な場合に情報引継ぎ			40	27.2%		
4、特に行っていない			5	3.4%			
5、その他			5	3.4%			
6、無回答			11	7.5%			
合計			147	100.0%			
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>							
1、現在も自宅訪問、情報引継ぎできている			20	13.6%			
2、手厚く行うことができる			97	66.0%			
3、厚くすることはできない			14	9.5%			
4、在宅生活復帰の支援までは行わない			3	2.0%			
5、その他			3	2.0%			
6、無回答			10	6.8%			
合計			147	100.0%			
在宅生活復帰のための支援	<b>【めざしたい姿】施設での生活支援の中でリハビリテーションを重視することは、当然のことだと思いますか</b>						
	1、はい			134	91.2%		
	2、いいえ			1	0.7%		
	3、どちらともいえない			6	4.1%		
	4、無回答			6	4.1%		
	合計			147	100.0%		
	<b>【現状】入居者のリハビリテーションはどのように行っていますか</b>						
	1、個別及び集団でのリハビリを行っている			114	77.6%		
	2、集団でのリハビリを行っている			9	6.1%		
	3、日課の中で一定頻度で行っている			14	9.5%		
4、可能などきだけ集団リハを行っている			2	1.4%			
5、その他			1	0.7%			
6、無回答			7	4.8%			
合計			147	100.0%			
<b>【もし、日中の介護職員数が現在の人員配置の1.5倍になったらどのような取り組みが可能ですか】</b>							
1、現在も個別・集団リハを行っている			48	32.9%			
2、リハの頻度と内容を充実させられる			75	51.4%			
3、改善は見込めない			12	8.2%			
4、リハビリを重視することが必要と考えない			1	0.7%			
5、その他			4	2.7%			
6、無回答			6	4.1%			
合計			146	100.0%			

### <在宅生活復帰支援>

#### 【めざしたい姿】

「入所者が在宅生活に復帰するための支援を手厚く行うことは当然だと思いますか」の問いに対しては85.7%の施設が「はい」と答えている。

#### 【現状】

在宅生活復帰のための実際の取り組みを行っている施設の割合は、在宅担当者への引継ぎ39.5%、必要な場合に引継ぎ27.2%、自宅を訪問して支援19.0%である。

#### 【人員配置が1.5倍になったら】

「人員が1.5倍になったらどのような取り組みが可能か」の問いに対しては、手厚く行うことが出来ると答えた施設の割合が66.7%である。

## <リハビリテーション>

### 【めざしたい姿】

「施設での生活支援の中でのリハビリテーションを重視することは当然だと思いますか」の問いに対しては、9割以上の施設が「はい」と答えている。

### 【現状】

実際の取り組みを行っている施設の割合は、個別および集団でのリハビリテーション 77.6%が最も多く、日課の中で一定の頻度で行っているのが 9.5%だった。

### 【人員配置が1.5倍になったら】

「人員が1.5倍になったらどのような取り組みが可能か」の問いに対しては、リハビリテーションの内容と頻度を充実させられると答えたのが 51.4%で、現在も行っているところ 32.9%と合わせれば、80%以上の施設で充実したリハビリテーションが出来るだろうと予測している。

## ⑦職員のサービスの質の向上の取り組みや労働環境などについてのまとめ・考察

職員のサービスの質の向上、労働環境に関する設問に対して、「そう思う」「人員が1.5倍になったら可能」「達成率（“そう思う”内どの程度が実際に実施できているか）」の割合をパーセントでまとめた。

「そう思う」という点では、いずれの項目も高い値を示したが、思うに対する現状の達成を見ると、必ずしも高い割合でないことが分かる。

### カンファ

【めざしたい姿】入居者のサービス計画を立てるためのカンファレンスについて、関係する職員が参加しておおむね月に一度以上の頻度で行うことは当然だと思いますか

施設種別	そう思う ①	人員が1.5倍 になれば可能	現状、月に1 回②	思うに対する現状の達成率 ②÷①
特養(従来)	67.5	85.4	12.6	19%
特養(新型)	70.7	82.8	25.1	36%
老健	72.1	76.9	17	24%
特定施設	83.3	82.3	21.9	26%
GH	77.4	89.9	45.8	59%
小規模多機能	81.9	86.5	32.9	40%

### 昼食休憩

【めざしたい姿】職員の昼食休憩は定められた時間どおりに取得できるようにすることは当然のことだと思いますか

施設種別	そう思う ①	人員が1.5倍 になれば可能	現状 規定 通り取れていない②	思うに対する現状の未達成率(取得できていない割合) ②÷①
特養(従来)	76.2	88.8	26.2	34%
特養(新型)	77.2	88.5	37.9	49%
老健	89.1	94.6	12.3	14%
特定施設	80.2	89.6	20.9	26%
GH	75.6	85.7	51.2	68%
小規模多機能	77.4	85.8	43.9	57%

### 有給休暇

【めざしたい姿】職員の有給休暇はきちんと取得できるようにするのは当然のことだと思いますか

施設種別	そう思う ①	人員が1.5倍 になれば可能	現状 おおむね取得できている②	思うに対する現状の達成率 ②÷①
特養(従来)	87.9	64.1	14.1	16%
特養(新型)	93	66.8	19	20%
老健	89.1	59.9	18.4	21%
特定施設	86.5	67.7	29.2	34%
GH	90.5	70.2	28	31%
小規模多機能	88.4	69.7	23.2	26%

## 研修参加

【めざしたい姿】介護職員の研修参加は重要だと思いますか

施設種別	そう思う ①	人員が1.5倍 になれば可能	現状 必要な 研修に参加 できる②	思うに対する現状の達 成率 ②÷①
特養(従来)	96.6	90.3	49.5	51%
特養(新型)	94.6	85.6	38.8	41%
老健	96.6	86.4	46.3	48%
特定施設	96.9	88.5	44.8	46%
GH	97	88.7	45.8	47%
小規模多機能	99.4	89.7	41.9	42%

これらの表を見ても分かるように、研修への参加は職員にとって重要と考えられながら、必ずしも実施できていない現実が明らかになった。

人員削減による影響について、12項目から3つを選ぶ方式で調査した結果とあわせて考察すると、人手が足りない場合、職員の昼食休憩時間の不規則化と、職員の有給休暇取得日数の減少、また研修参加の減少など、職員側に影響が出ると考えられ、次に入居者の入浴頻度や方法、排泄介助に影響が出ると職員が考えていることが分かった。

## 4) 人員配置とケアの質

### (1) 分析の概要

本節では、人員配置（ケア提供時間）の多寡が入居者等の生活実態に及ぼす影響を明らかにするため、調査票1に記載の介護保険施設等におけるユニット（フロア・棟などの介護単位を含む）ごとの7時から19時における利用者一人あたりの人員配置（ケア提供時間）と、個別ケアの実施状況を比較分析した。

はじめに、施設種別ごとの7時から19時における利用者一人あたりの人員配置（ケア提供時間）の実態を示し、次に人員配置の実態とケアがどのように関連しているのか、人員配置（ケア提供時間）とケアの質について分析を行う。

### (2) 施設種別にみる人員配置（ケア提供時間）の実態

調査票1に記載された各施設におけるユニットごとの7時から19時（720分）における利用者一人あたりのケア提供時間をまとめた（表1）。その結果、ケア提供時間の平均値は、小規模多機能239分/人、グループホーム205分/人、特定施設160分/人、新型特養144分/人、特養138分/人、老健119分/人の順となった。最もケア提供時間の多い小規模多機能238.5分/人と老健119.3分/人では、2倍以上の差が確認できた。グループホームと老健を比較してもおよそ2倍のケア提供時間の差が実態として確認できた。

なお、（表1）の350分を超える記載は、実際にはありえないほどの人員配置（ケア提供時間）であり、アンケートの設問を誤解した可能性が高いが、無記名の場合、確認の方法がないため下記表は解答どおり記載している。

<表1 施設種別ごとの7-19時における人員配置（ケア提供時間）の実態>

7-19時の職員配置(分)	小規模多機能		GH		特定施設		特養(新型)		特養(従来)		老健	
~100	5	4.5%	0	0.0%	11	9.8%	94	13.8%	47	21.7%	55	27.9%
100~150	10	9.1%	16	8.6%	40	35.7%	336	49.4%	80	36.9%	84	42.6%
150~200	25	22.7%	98	52.4%	27	24.1%	178	26.2%	49	22.6%	26	13.2%
200~250	31	28.2%	42	22.5%	7	6.3%	43	6.3%	15	6.9%	7	3.6%
250~300	23	20.9%	23	12.3%	23	20.5%	23	3.4%	23	10.6%	23	11.7%
300~350	6	5.5%	1	0.5%	0	0.0%	4	0.6%	0	0.0%	2	1.0%
350~400	4	3.6%	2	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
400~	6	5.5%	5	2.7%	4	3.6%	2	0.3%	3	1.4%	0	0.0%
合計	110		187		112		680		217		197	
平均	238.5		205.3		159.6		144.3		138.4		119.3	

次に、7-19時までの利用者1名あたりの介護・看護の人員配置（ケア提供時間）（分）を調査した6施設種別ごと、多い順番に上から小規模多機能、グループホーム、特定施設、新型特養、特養、老健に並べた（図1、2）。

これらから、①小規模多機能は人員配置の幅が大きいこと、②グループホームは人員配置のピークが他施設種別よりも右にあり、平均的にケア提供時間が多いこと、③特定施設はピークが二つあり、グループホーム以上の配置の施設と特養と同等の配置に二極化していること、④新型特養、特養、老健ともに100-150分がピークであること、等の実態が把握できる。

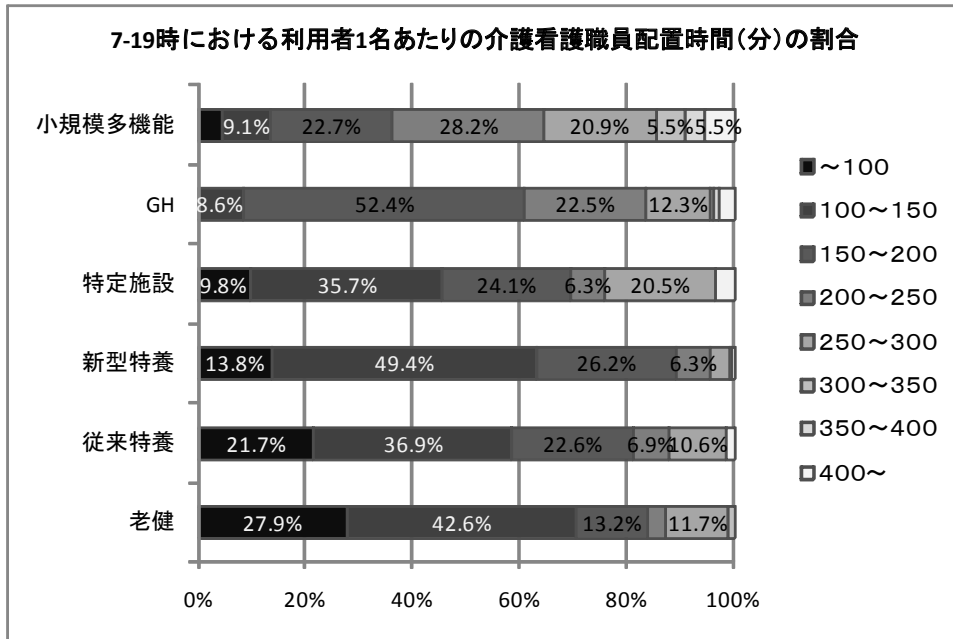


図1 7-19時における利用者1名あたりの介護・看護の人員配置（ケア提供時間）時間（分）の割合

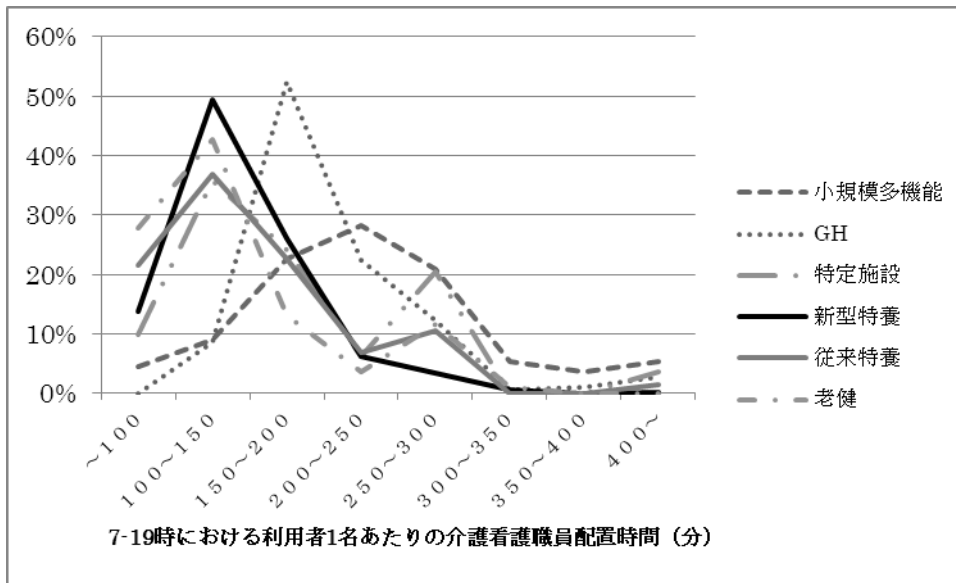


図2 施設種別の7-19時における利用者1名あたりの介護・看護のケア提供（人員配置）時間（分）

### (3) 人員配置とケアの質

上記の施設種別による人員配置（ケア提供時間）の違いが、ケアの質にどのように影響するのか、個別ケアの実施状況と比較分析を行う。

なお、人員配置（ケア提供時間）とケアの質に関する分析では、ユニット（フロアや棟などのケア提供単位を含む）ごとの7時から19時における利用者一人あたりの人員配置（ケア提供時間）を、下記の算定根拠1，2に基づき以下の3区分（100分未満、100分～150分、150分以上）に分けて比較分析を実施した。

<時間区分>

I. 100分未満

II. 100分以上～150分未満

III. 150分以上

また、本調査では、7-19時における入居者等一人あたりの人員配置（ケア提供時間）を以下のように定義した。

7-19時に配置された介護看護職員の全勤務時間を入居者数で割り、入居者一人が受けられるケア時間を、7-19時における入居者等一人あたりの人員配置（ケア提供時間）とする。

#### 算定根拠1

3：1の人員配置基準の100名定員の施設を想定する。入居者数100に対して1ヶ月30日として以下のとおり試算した。

入居者 100名×30日×12H=36,000H……………① 7-19時の入居者等の生活時間

職員 34人×22日×8H=5,984H……………② 職員の全勤務時間

夜勤 12H×4人×30日=1,440H……………③ 職員の夜勤時間

②-③ 5,984H-1,440H=4,544H ……………④ 夜勤を除く昼間の職員勤務時間

④÷① 4,544H ÷ 36,000H=0.126 (12.6%)

0.1262×12H×60m=90.88m

……3:1に基づく入居者等一人あたりの人員配置時間（分）

この試算では、夜勤を最低限の4名としたほか、夜勤を除く勤務時間を7-19時としたが、実際は多少の増減を見込み、3:1に基づく入居者等一人あたりの人員配置（ケア提供時間）(分)

を 100 分とした。

**算定根拠 2**

日中 3 : 1 の人員配置基準の 9 名定員のグループホームを想定する。入居者数 9 に対して 1 ヶ月 30 日において、入居者等の時間は

入居者 9 名 × 30 日 × 12H = 3,240H……………① 7-19 時の入居者等の生活時間

職員 3 人 × 30 日 × 8H = 720H……………② 7-19 時の職員の全勤務時間

$$\textcircled{2} \div \textcircled{1} \quad 720\text{H} \div 3,240\text{H} = 0.222 \quad (22.2\%)$$

$$0.2222 \times 12\text{H} \times 60\text{m} = 160\text{m}$$

……3:1 に基づく入居者等一人当たりの人員配置(ケア提供時間)(分)

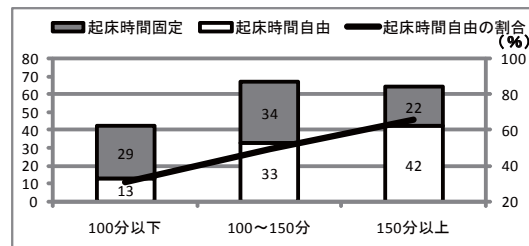
本試算では日中の活動時間帯を 7-19 時としたが、実際の日中の活動時間帯は多少 7-19 時を前後する場合が想定されるため、グループホームの日中 3:1 に基づく入居者等一人当たりの人員配置(ケア提供時間)(分)を 150 分とした。

また、この区分ではグループホーム、小規模多機能の I (100 分未満)、II (100~150 分)の件数が少なく、次頁以降のグループホーム、小規模多機能については、折れ線グラフのばらつきをなくすために割愛し、該当の個別ケアの実施状況の平均を☆印で示し、グループホームと比較しながら、特養、新型特養、老健、特定施設の現状を考える。

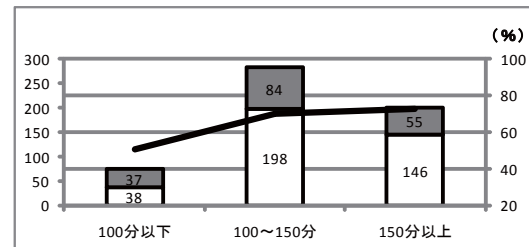


# 1. 起床の現状

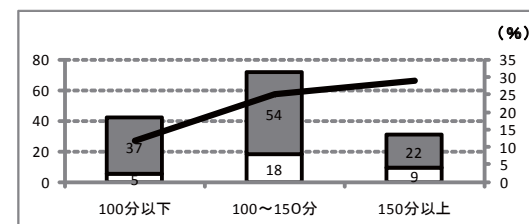
	特養(従来)			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	29	69.0	13	31.0
100～150分	34	50.7	33	49.3
150分以上	22	34.4	42	65.6



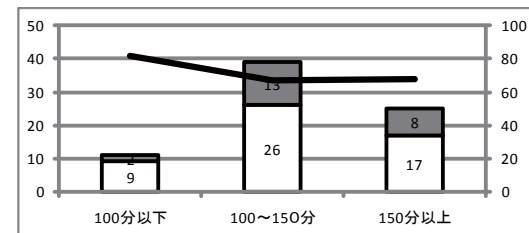
	特養(新型)			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	37	49.3	38	50.7
100～150分	84	29.8	198	70.2
150分以上	55	27.4	146	72.6



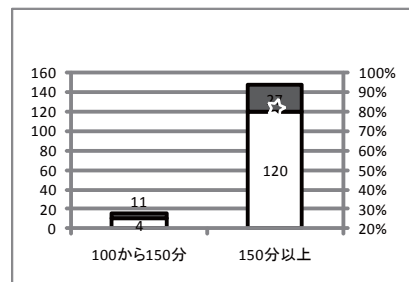
	老健			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	37	88.1	5	11.9
100～150分	54	75.0	18	25.0
150分以上	22	71.0	9	29.0



	特定施設			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	2	18.2	9	81.8
100～150分	13	33.3	26	66.7
150分以上	8	32.0	17	68.0

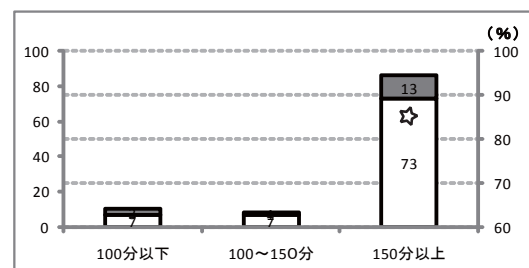


	グループホーム			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	4	26.7%	11	73.3%
150分以上	27	18.4%	120	81.6%



☆ 平均

	小規模多機能			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	3	30.0	7	70.0
100～150分	1	12.5	7	87.5
150分以上	13	15.1	73	84.9



○起床時間が自由(任意)の施設は、GH、小規模多機能、特定施設で多く、次いで特養(新型)が続き、老健が最も少なく1割から3割にとどまる。

○特定施設を除くと、いずれの施設種別でも、人員配置が厚くなると起床時間自由の割合が高くなる傾向を確認できる。

○2章において、いずれの施設種別においても起床時間の「あるべき姿」については、いずれの施設種別においても、6割以上で「自由が望ましい」と回答されている。以上から、一人ひとりの起床時間については、施設種別に伴う考え方の違いは多少あるが、人員配置の影響を受けていると推察される。

○特に、特定施設、小規模多機能を除くと、7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「100分以下」の施設では、起床時間が画一的となる割合が約5割以上となる。起床時間の側面から、少なくとも、7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「100分以上」の確保が必要だと考えられる。

## 2. 消灯の現状

	特養(従来)			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	31	70.5	13	29.5
100～150分	38	55.1	31	44.9
150分以上	26	40.0	39	60.0

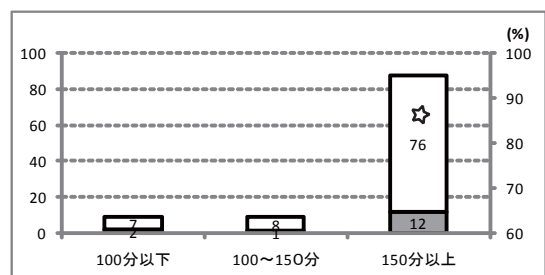
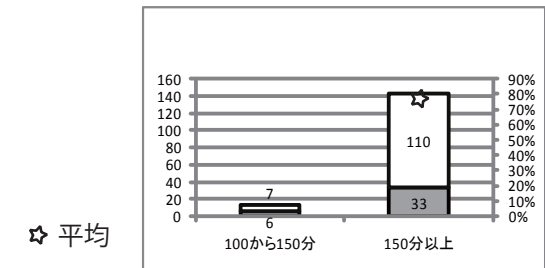
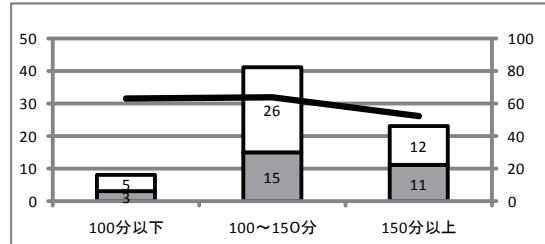
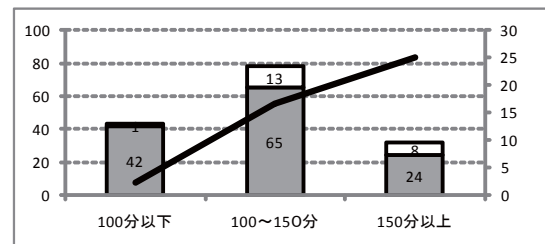
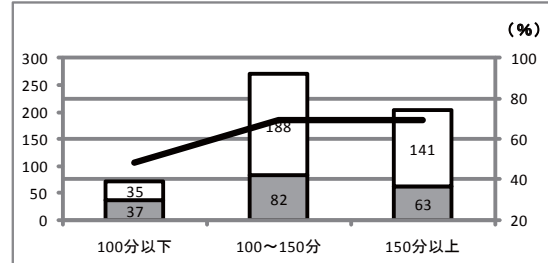
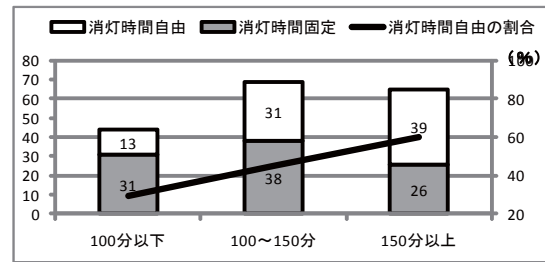
	特養(新型)			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	37	51.4	35	48.6
100～150分	82	30.4	188	69.6
150分以上	63	30.9	141	69.1

	老健			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	42	97.7	1	2.3
100～150分	65	83.3	13	16.7
150分以上	24	75.0	8	25.0

	特定施設			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	3	37.5	5	62.5
100～150分	15	36.6	26	63.4
150分以上	11	47.8	12	52.2

	グループホーム			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	6	46.2%	7	53.8%
150分以上	33	23.1%	110	76.9%

	小規模多機能			
	決まっている		決まっていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	2	22.2	7	77.8
100～150分	1	11.1	8	88.9
150分以上	12	13.6	76	86.4



○消灯時間は、起床と同様の傾向がみられる。

○(施設種別) 消灯時間が自由(任意)の施設は、GH、小規模多機能、特定施設で多く、次いで特養(新型)が続ぎ、老健が最も少なく1割から3割にとどまる。

○特定施設を除くと、いずれの施設種別においても、人員配置が厚くなると、消灯時間が自由の割合が高くなる傾向を確認できる。

○2章において、いずれの施設種別においても消灯時間の「あるべき姿」については、いずれの施設種別においても、6割以上で「自由が望ましい」と回答されている。

○以上から、一人ひとりの消灯時間も、施設種別に伴う考え方の違いは多少あるが、人員配置の影響を受けていると推察される。

○特に、特定施設、小規模多機能を除くと、7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「100分以下」の施設では、消灯時間が画一的となる割合がおおむね5割以上になる。起床時間の側面から、少なくとも、7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「100分以上」の確保が必要だと考えられる。

### 3. 着替えの現状

	特養(従来)					
	朝夕着替え実施		できていない時もある		汚染時、入浴時着替え	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	13	33.3	10	25.6	16	41.0
100～150分	35	49.3	23	32.4	13	18.3
150分以上	25	46.3	18	33.3	11	20.4

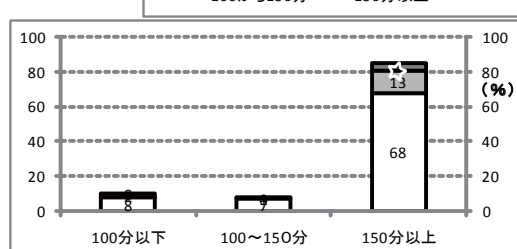
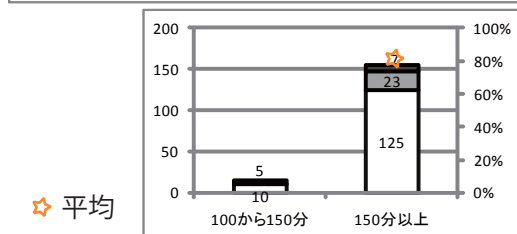
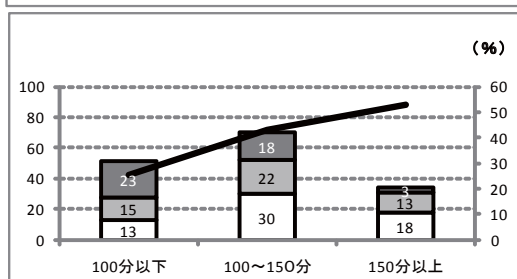
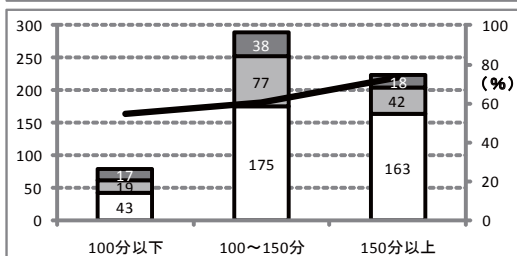
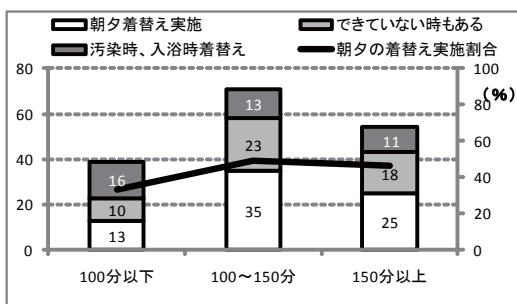
	特養(新型)					
	朝夕着替え実施		できていない時もある		汚染時、入浴時着替え	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	43	54.4	19	24.1	17	21.5
100～150分	175	60.3	77	26.6	38	13.1
150分以上	163	73.1	42	18.8	18	8.1

	老健					
	朝夕着替え実施		できていない時もある		汚染時、入浴時着替え	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	13	25.5	15	29.4	23	45.1
100～150分	30	42.9	22	31.4	18	25.7
150分以上	18	52.9	13	38.2	3	8.8

	特定施設					
	朝夕着替え実施		できていない時もある		汚染時、入浴時着替え	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	6	75.0	1	12.5	1	12.5
100～150分	36	90.0	2	5.0	2	5.0
150分以上	30	88.2	3	8.8	1	2.9

	グループホーム					
	朝夕着替え実施		できていない時もある		汚染時、入浴時着替え	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	10	66.7%	5	33.3%	0	0.0%
150分以上	125	80.6%	23	14.8%	7	4.5%

	小規模多機能					
	朝夕着替え実施		できていない時もある		汚染時、入浴時着替え	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	8	80.0	2	20.0	0	0.0
100～150分	7	87.5	0	0.0	1	12.5
150分以上	68	80.0	13	15.3	4	4.7



○小規模多機能、特定施設、GHで「朝夕実施」割合が高い。ついで、特養(新型)が続き、特養(従来)、老健では「朝夕実施」は3割から5割にとどまる。

○いずれの施設種別においても、人員配置が厚くなると、着替えを朝夕実施する割合が高くなる傾向を確認できる。

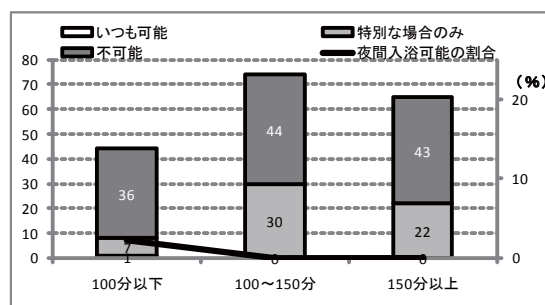
○2章において、いずれの施設種別においても着替えの「朝夕実施」については、いずれの施設種別においても、約8割以上で「朝夕実施が望ましい」と回答されている。

○以上から、着替えの朝夕実施についても、施設種別に伴う考え方の違いは多少あるが、人員配置の影響を受けていると推察される。

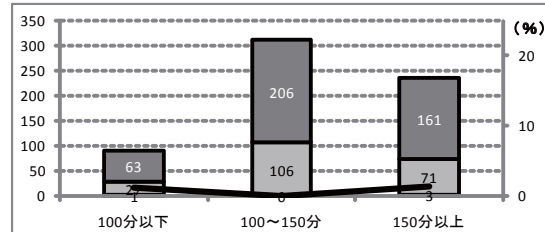
○特に、老健、特養(従来)で、7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「100分以下」の場合、着替えを朝夕実施できている施設が約3割と低下する。これらの施設において、7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「100分以上」の確保が必要だと考えられる。

## 4. 夜間入浴の現状

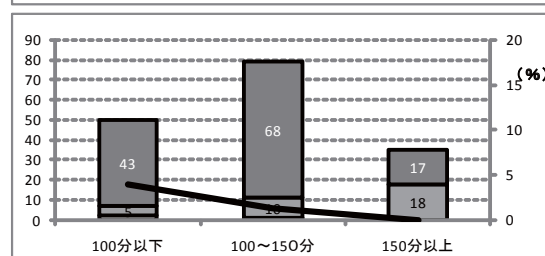
	特養(従来)					
	いつも可能		特別な場合のみ		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	1	2.3	7	15.9	36	81.8
100～150分	0	0.0	30	40.5	44	59.5
150分以上	0	0.0	22	33.8	43	66.2



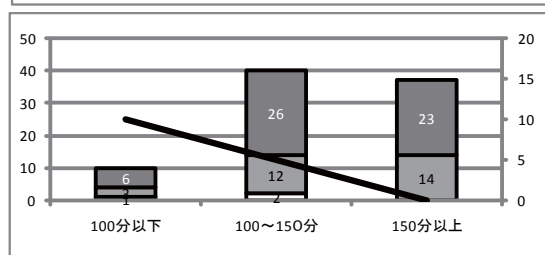
	特養(新型)					
	いつも可能		特別な場合のみ		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	1	1.1	27	29.7	63	69.2
100～150分	0	0.0	106	34.0	206	66.0
150分以上	3	1.3	71	30.2	161	68.5



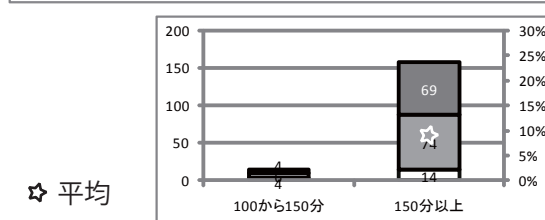
	老健					
	いつも可能		特別な場合のみ		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	2	4.0	5	10.0	43	86.0
100～150分	1	1.3	10	12.7	68	86.1
150分以上	0	0.0	18	51.4	17	48.6



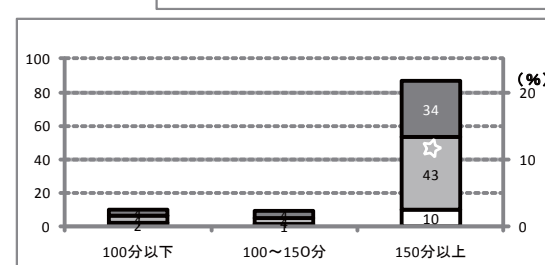
	特定施設					
	いつも可能		特別な場合のみ		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	1	10.0	3	30.0	6	60.0
100～150分	2	5.0	12	30.0	26	65.0
150分以上	0	0.0	14	37.8	23	62.2



	グループホーム					
	いつも可能		特別な場合のみ		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	4	28.6%	6	42.9%	4	28.6%
150分以上	14	8.9%	74	47.1%	69	43.9%



	小規模多機能					
	いつも可能		特別な場合のみ		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	2	20.0	4	40.0	4	40.0
100～150分	1	11.1	4	44.4	4	44.4
150分以上	10	11.5	43	49.4	34	39.1



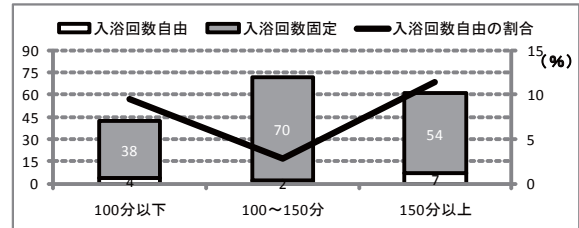
○いずれの施設種別においても、職員の人手が少ない夜間の入浴の実施率は低い。特に GH、小規模多機能以外では 1 割以下と少ない。  
 ○特定施設、GH、小規模多機能のグラフは右下がりとなり、一見すると人員配置が厚くなると、夜間入浴の実施が少なく読める。これは、7-19 時における入居者等一人当たりの職員配置に基づく区分では、夜間入浴を実施する 19 時以降の人員の多寡を確認できないことも影響したと考えられる。

○2 章では「夜間入浴の実施」については、「望ましい」とする回答は約 5 割にとどまり、起床消灯時間の設定、朝夕の着替えの実施よりも低い。

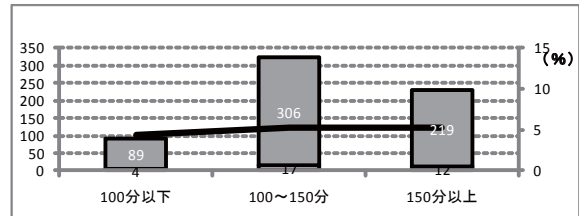
○多少の人員配置を増員しても、夜間入浴をつねに実施することは困難だと考え、こうした結果になったのかもしれない。

## 5. 入浴頻度の現状

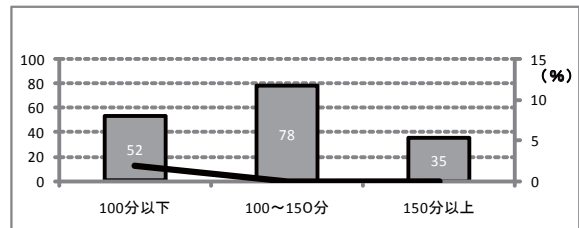
	特養(従来)			
	決まっていない		決まっている	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	4	9.5	38	90.5
100～150分	2	2.8	70	97.2
150分以上	7	11.5	54	88.5



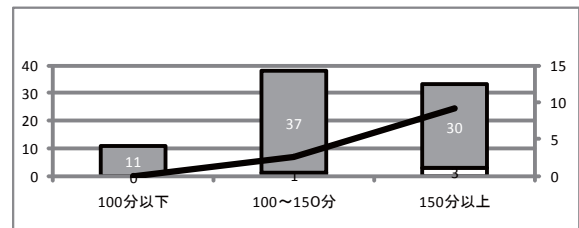
	特養(新型)			
	決まっていない		決まっている	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	4	4.3	89	95.7
100～150分	17	5.3	306	94.7
150分以上	12	5.2	219	94.8



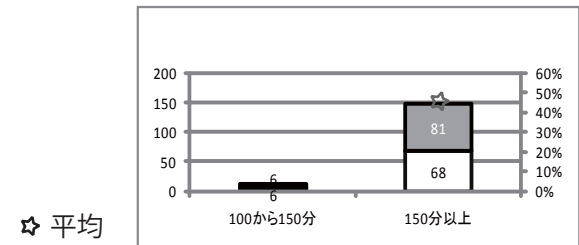
	老健			
	決まっていない		決まっている	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	1	1.9	52	98.1
100～150分	0	0.0	78	100.0
150分以上	0	0.0	35	100.0



	特定施設			
	決まっていない		決まっている	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	0	0.0	11	100.0
100～150分	1	2.6	37	97.4
150分以上	3	9.1	30	90.9

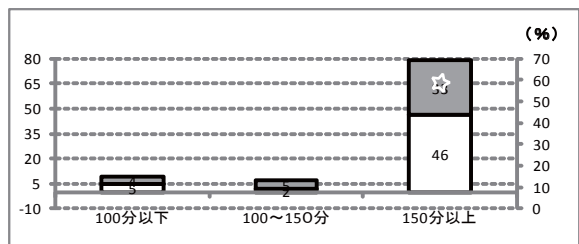


	グループホーム			
	決まっていない		決まっている	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	6	50.0%	6	50.0%
150分以上	68	45.6%	81	54.4%



☆ 平均

	小規模多機能			
	決まっていない		決まっている	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	5	55.6	4	44.4
100～150分	2	28.6	5	71.4
150分以上	46	58.2	33	41.8

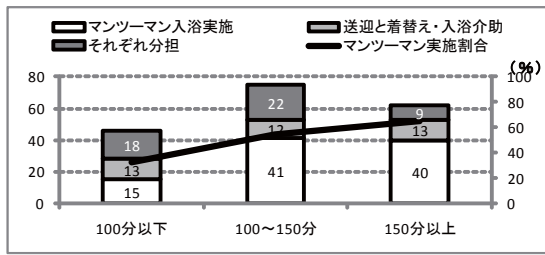


○特養(従来・新型)、老健、特定施設など、大規模施設で入浴回数を固定している傾向がみられる。入居者等の人数が多いため、入浴回数を固定し、入浴を管理しなければ、職員側が対応できないためだと考えられる。

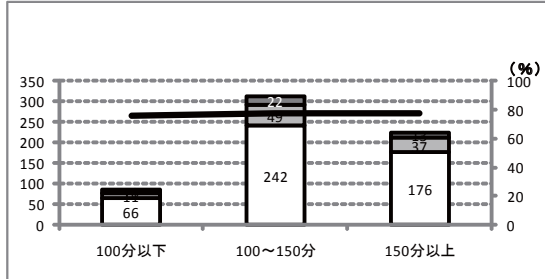
OGH、小規模多機能では、7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「150分以上」を確保した施設で、入浴回数を固定せず、自由としている施設の割合が増加している。規模が小さいため、個々の入浴を把握しやすいこと、また、職員配置が確保されていることがその要因だと考えられる。

## 6. マンツーマン入浴の実施状況

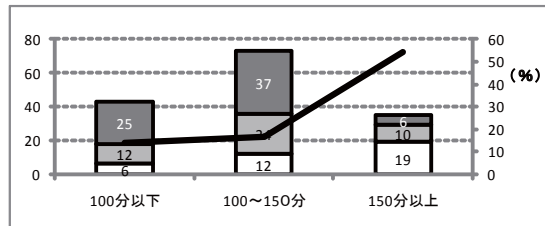
	特養(従来)					
	マンツーマン入浴		送迎と着替え・入浴介助		それぞれ分担	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	15	32.6	13	28.3	18	39.1
100～150分	41	54.7	12	16.0	22	29.3
150分以上	40	64.5	13	21.0	9	14.5



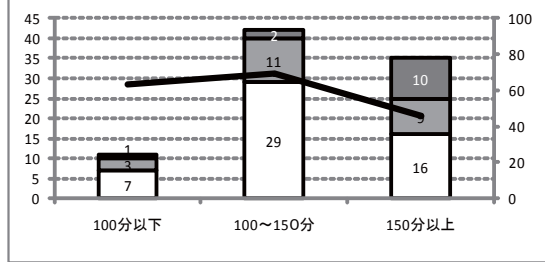
	特養(新型)					
	マンツーマン入浴		送迎と着替え・入浴介助		それぞれ分担	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	66	75.9	11	12.6	10	11.5
100～150分	242	77.3	49	15.7	22	7.0
150分以上	176	77.9	37	16.4	13	5.8



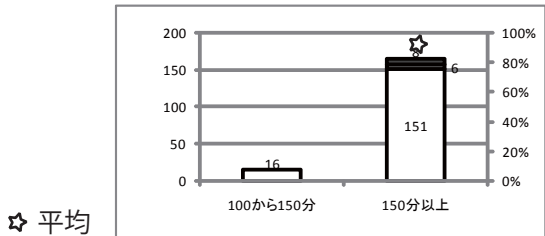
	老健					
	マンツーマン入浴		送迎と着替え・入浴介助		それぞれ分担	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	6	14.0	12	27.9	25	58.1
100～150分	12	16.4	24	32.9	37	50.7
150分以上	19	54.3	10	28.6	6	17.1



	特定施設					
	マンツーマン入浴		送迎と着替え・入浴介助		それぞれ分担	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	7	63.6	3	27.3	1	9.1
100～150分	29	69.0	11	26.2	2	4.8
150分以上	16	45.7	9	25.7	10	28.6

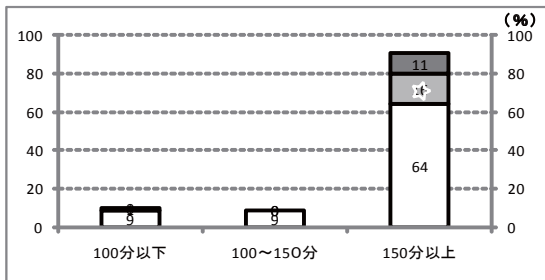


	グループホーム					
	マンツーマン入浴		送迎と着替え・入浴介助		それぞれ分担	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	16	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
150分以上	151	91.5%	6	3.6%	8	4.8%



☆ 平均

	小規模多機能					
	マンツーマン入浴		送迎と着替え・入浴介助		それぞれ分担	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	9	90.0	1	10.0	0	0.0
100～150分	9	100.0	0	0.0	0	0.0
150分以上	64	70.3	16	17.6	11	12.1



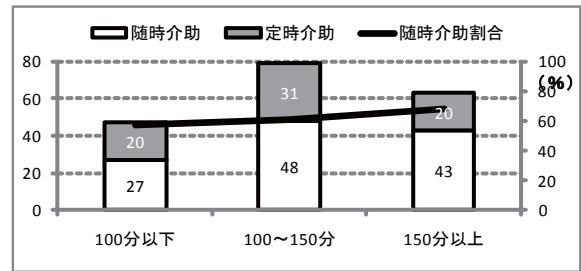
○特定施設を除く大規模施設では、人員配置が増えるとマンツーマン入浴が増える傾向がある。

○GH、小規模多機能、特定施設、特養(新型)で、マンツーマン入浴が比較的多く実施されており、特養(従来)、老健においては、実施率が低い。

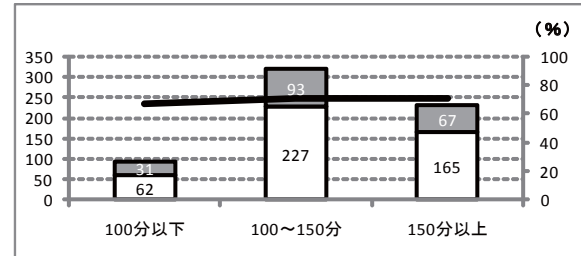
○マンツーマン入浴の実施には、個別浴槽の整備などハードの要件の影響も考えられる。

## 7. 排泄介助の実施状況

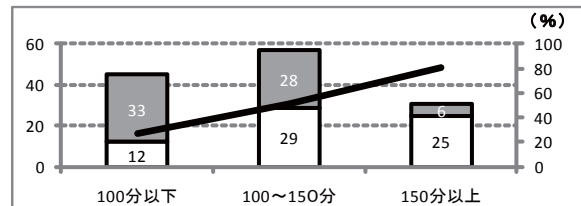
	特養(従来)			
	随時		定時	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	27	57.4	20	42.6
100～150分	48	60.8	31	39.2
150分以上	43	68.3	20	31.7



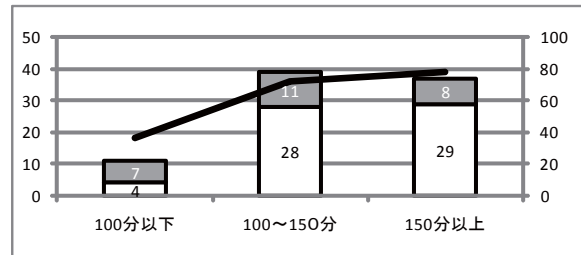
	特養(新型)			
	随時		定時	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	62	66.7	31	33.3
100～150分	227	70.9	93	29.1
150分以上	165	71.1	67	28.9



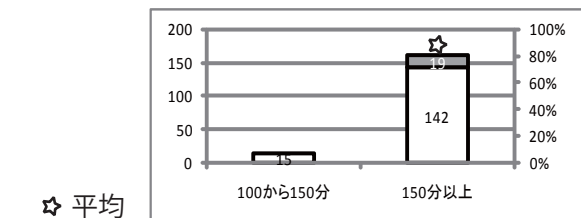
	老健			
	随時		定時	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	12	26.7	33	73.3
100～150分	29	50.9	28	49.1
150分以上	25	80.6	6	19.4



	特定施設			
	随時		定時	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	4	36.4	7	63.6
100～150分	28	71.8	11	28.2
150分以上	29	78.4	8	21.6

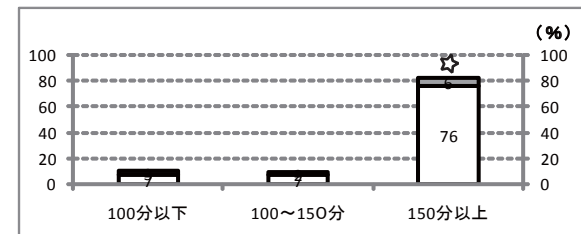


	グループホーム			
	随時		定時	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	15	100.0%	0	0.0%
150分以上	142	88.2%	19	11.8%



☆ 平均

	小規模多機能			
	随時		定時	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	7	70.0	3	30.0
100～150分	7	77.8	2	22.2
150分以上	76	92.7	6	7.3



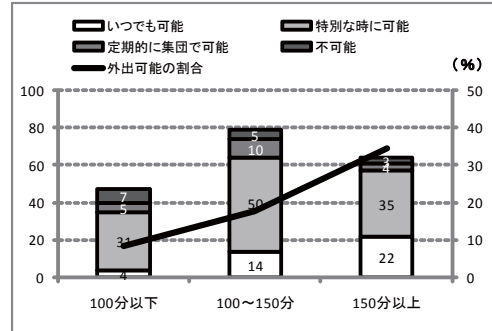
○排泄の随時介助は、GH、小規模多機能で実施割合が高く、老健で実施割合が少ない傾向が確認された。

○GHを除く5つのグラフで「随時介助割合」がいずれも右肩上がりとなり、排泄の随時介助の実施には、人員配置が関連することを裏付ける結果となった。

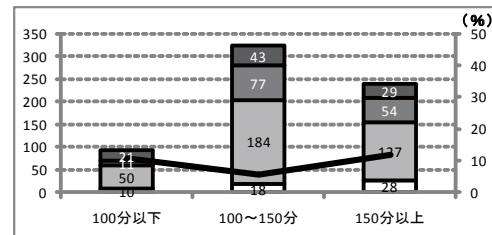
○6施設種別の全てにおいて、7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「100分以上」となると、随時排泄介助の実施が5割を上回るが、老健、特定施設において、7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「100分以下」となると、随時排泄介助の実施が4割未満となることから、7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「100分以上」の確保が、随時排泄介助の促進に必要なと考えられる。

## 8. 外出支援の実施状況

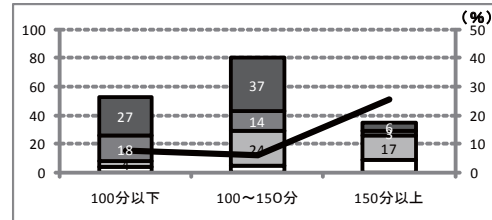
	特養(従来)							
	いつでも可能		特別な時に可能		定期的に集団で可能		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	4	8.5	31	66.0	5	10.6	7	14.9
100～150分	14	17.7	50	63.3	10	12.7	5	6.3
150分以上	22	34.4	35	54.7	4	6.3	3	4.7



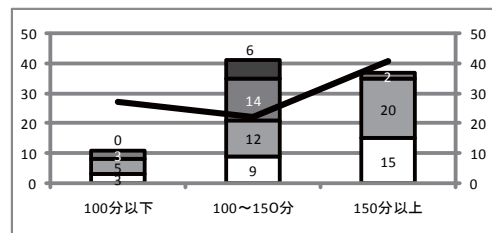
	特養(新型)							
	いつでも可能		特別な時に可能		定期的に集団で可能		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	10	10.9	50	54.3	11	12.0	21	22.8
100～150分	18	5.6	184	57.1	77	23.9	43	13.4
150分以上	28	11.8	127	53.4	54	22.7	29	12.2



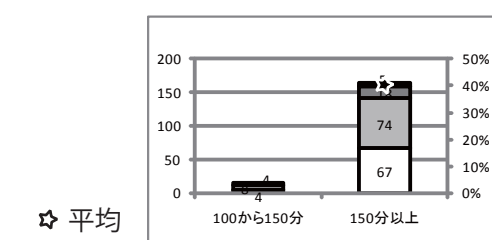
	老健							
	いつでも可能		特別な時に可能		定期的に集団で可能		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	4	7.5	4	7.5	18	34.0	27	50.9
100～150分	5	6.3	24	30.0	14	17.5	37	46.3
150分以上	9	25.7	17	48.6	3	8.6	6	17.1



	特定施設							
	いつでも可能		特別な時に可能		定期的に集団で可能		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	3	27.3	5	45.5	3	27.3	0	0.0
100～150分	9	22.0	12	29.3	14	34.1	6	14.6
150分以上	15	40.5	20	54.1	2	5.4	0	0.0

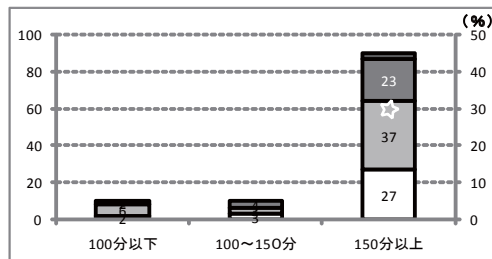


	グループホーム							
	いつでも可能		特別な時に可能		定期的に集団で可能		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	4	25.0%	8	50.0%	4	25.0%	0	0.0%
150分以上	67	40.9%	74	45.1%	18	11.0%	5	3.0%



☆ 平均

	小規模多機能							
	いつでも可能		特別な時に可能		定期的に集団で可能		不可能	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	2	20.0	6	60.0	2	20.0	0	0.0
100～150分	3	30.0	3	30.0	4	40.0	0	0.0
150分以上	27	30.0	37	41.1	23	25.6	3	3.3



○外出が「いつでも可能」と回答した施設は、GH、小規模多機能、特定施設で多く、逆に特養（新型）、老建で少ない（ただし、老健でも7-19時における入居者等一人当たりの職員配置が「150分以上」になると増加する）。

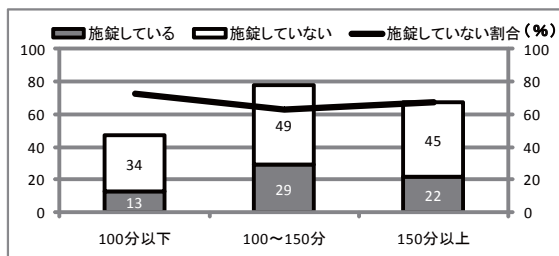
○特養（新型）を除く5つのグラフが右肩上がりとなり、自由な外出の実施には、人員配置が関連することを裏付ける結果となった。

○特養（新型）は、起床消灯、着替え、排泄などでは、小規模施設と同様の傾向を示したが、外出ではむしろ、特養（従来）よりも実施率が低い結果となった。職員がユニットごとに配置される特養（新型）では、ユニットから1名の職員が外出した場合の影響が大きいことがその要因と考えられる。7-19時における入居者等一人当たりの職員配置だけでなく、スタッフ数の確保も課題といえる。

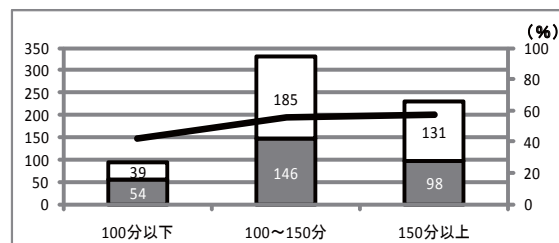


## 9. ユニット入り口の施錠状況

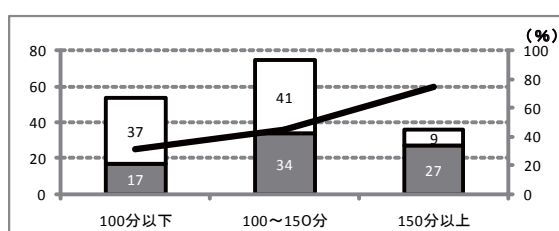
	特養(従来)			
	施錠している		施錠していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	13	27.7	34	72.3
100～150分	29	37.2	49	62.8
150分以上	22	32.8	45	67.2



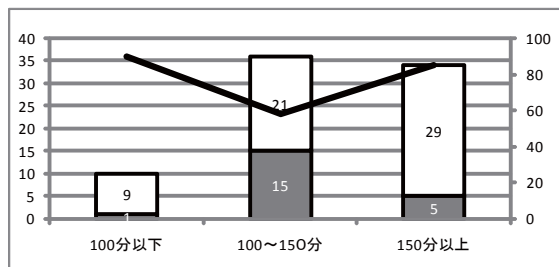
	特養(新型)			
	施錠している		施錠していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	54	58.1	39	41.9
100～150分	146	44.1	185	55.9
150分以上	98	42.8	131	57.2



	老健			
	施錠している		施錠していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	37	68.5	17	31.5
100～150分	41	54.7	34	45.3
150分以上	9	25.0	27	75.0

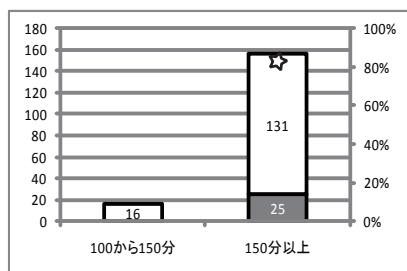


	特定施設			
	施錠していない		施錠している	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	9	90.0	1	10.0
100～150分	21	58.3	15	41.7
150分以上	29	85.3	5	14.7



	グループホーム			
	施錠していない		施錠している	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	16	100.0%	0	0.0%
150分以上	131	84.0%	25	16.0%

☆ 平均



小規模多機能は玄関の施錠を参照

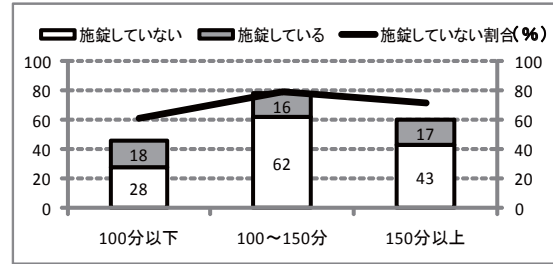
○ユニットの施錠については、グラフからは傾向が読み取れず、人員配置よりも、認知症などの入居者属性や施設のハードの影響を受ける結果となった。

○例えば、特養(新型)では、特養(従来)よりもユニットの施錠割合が高いが、これは、そもそも、特養(従来)にはユニットという明確な領域が設定されておらず、ユニットの入り口に扉がないためだと考えられる。

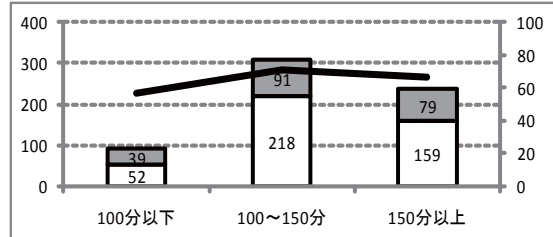
○小規模多機能については、もともとユニットが1つのため、本設間を設けていない。

## 10. 玄関の施錠状況

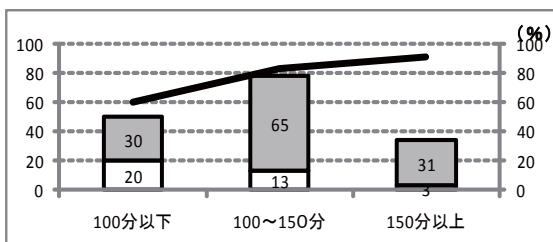
	特養(従来)			
	施錠している		施錠していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	18	18.0	28	60.9
100～150分	16	16.0	62	79.5
150分以上	17	17.0	43	71.7



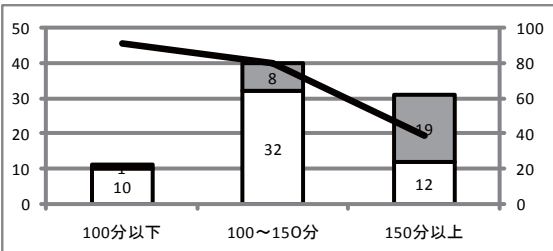
	特養(新型)			
	施錠している		施錠していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	39	42.9	52	57.1
100～150分	91	29.4	218	70.6
150分以上	79	33.2	159	66.8



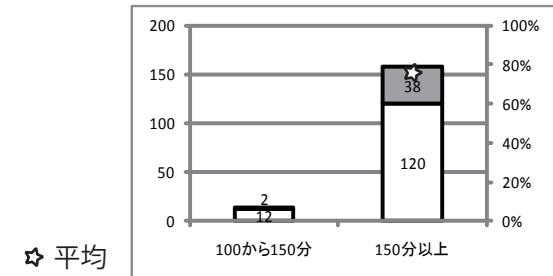
	老健			
	施錠している		施錠していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	20	40.0	30	60.0
100～150分	13	16.7	65	83.3
150分以上	3	8.8	31	91.2



	特定施設			
	施錠していない		施錠している	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	10	90.9	1	9.1
100～150分	32	80.0	8	20.0
150分以上	12	38.7	19	61.3

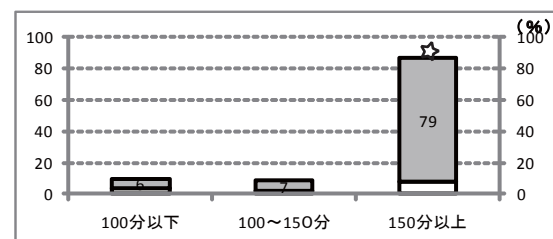


	グループホーム			
	施錠していない		施錠している	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	12	85.7%	2	14.3%
150分以上	120	75.9%	38	24.1%



☆ 平均

	小規模多機能			
	施錠している		施錠していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	4	40.0	6	60.0
100～150分	2	22.2	7	77.8
150分以上	8	9.2	79	90.8



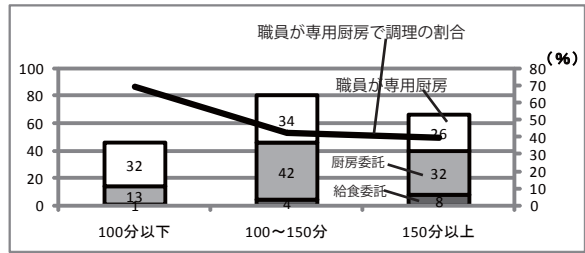
○特定施設、GHを除く4施設種別において、人員配置が厚くなると、玄関の施錠を実施していない施設の増加が確認できる。

○GHのグラフは、右下がりとなり、人員配置が増えると、施錠が増える逆に結果であるが、100分未満の区分も、100-150分の区分も、施錠していない割合は、75.9%、85.7%といずれも高い。

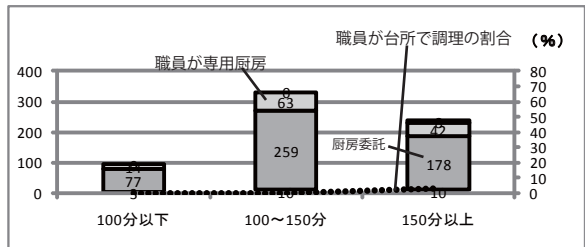
○特定施設で、人員配置が増えると玄関施錠が大きく増えるのは、人員を手厚く配置する高額な特定施設では、警備面でも厳重なところがその理由かもしれない。

## 1.1. 食事提供方法

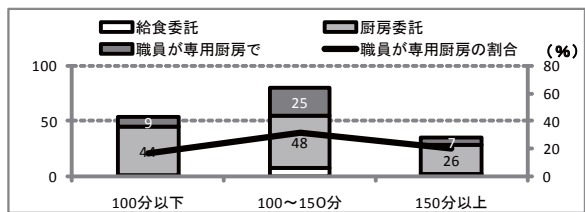
	特養(従来)					
	給食委託		厨房委託		職員が専用厨房で	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	1	2.2	13	28.3	32	69.6
100～150分	4	5.0	42	52.5	34	42.5
150分以上	8	12.1	32	48.5	26	39.4



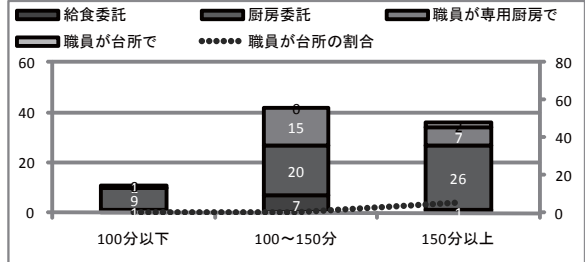
	特養(新型)							
	給食委託		厨房委託		職員が専用厨房で		職員が台所で	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	3	3.2	77	81.9	14	14.9	0	0.0
100～150分	10	3.0	259	78.0	63	19.0	0	0.0
150分以上	10	4.2	178	74.8	42	17.6	8	3.4



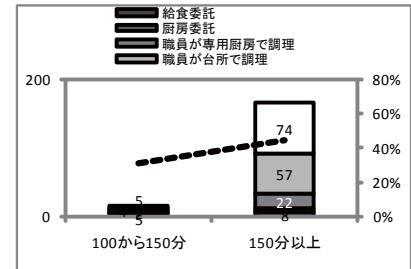
	老健					
	給食委託		厨房委託		職員が専用厨房で	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	1	1.9	44	81.5	9	16.7
100～150分	7	8.8	48	60.0	25	31.3
150分以上	2	5.7	26	74.3	7	20.0



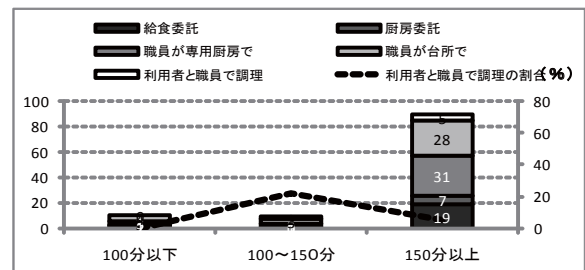
	特定施設							
	給食委託		厨房委託		職員が専用厨房で		職員が台所で	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	1	9.1	9	81.8	1	9.1	0	0.0
100～150分	7	16.7	20	47.6	15	35.7	0	0.0
150分以上	1	2.8	26	72.2	7	19.4	2	5.6



	グループホーム									
	給食委託		厨房委託		職員が専用厨房で		職員が台所で		利用者と職員で調理	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100から150分	5	31.3%	2	12.5%	0	0.0%	4	25.0%	5	31.3%
150分以上	8	4.8%	4	2.4%	22	13.3%	57	34.5%	74	44.8%



	小規模多機能									
	給食委託		厨房委託		職員が専用厨房で		職員が台所で		利用者と職員で調理	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	2	20.0	1	10.0	3	30.0	4	40.0	0	0.0
100～150分	1	11.1	0	0.0	3	33.3	3	33.3	2	22.2
150分以上	19	21.1	7	7.8	31	34.4	28	31.1	5	5.6



○食事提供方法については、施設種別、規模、入居者等のADL、竣工時期などが影響するため、6つのグラフに共通する傾向は読み取れない。

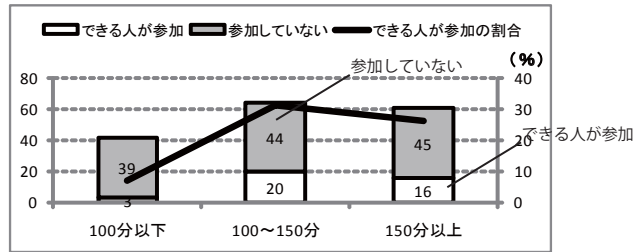
○職員による台所での調理は、GHでは多く、人員配置が厚くなると増える傾向がある。

○特養(従来)が施設職員による「専用厨房での調理」が多く、特養(新型)、老健、特定施設において、厨房委託が多い。

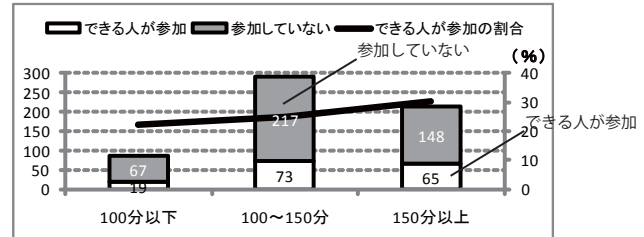
○GH、小規模多機能では、「職員が台所で調理」「利用者と職員で調理」が多い。

## 1 2. 入居者等の調理等参加状況

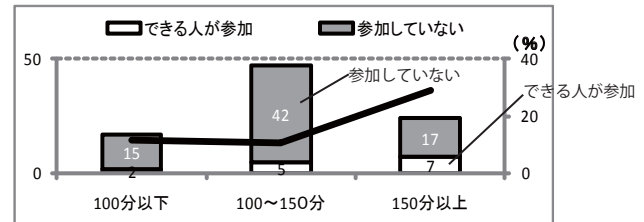
	特養(従来)			
	できる人が参加		参加していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	3	7.1	39	92.9
100～150分	20	31.3	44	68.8
150分以上	16	26.2	45	73.8



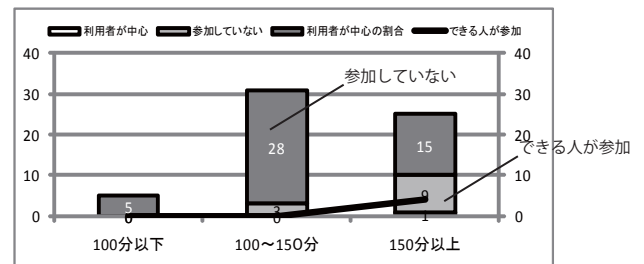
	特養(新型)			
	できる人が参加		参加していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	19	22.1	67	77.9
100～150分	73	25.2	217	74.8
150分以上	65	30.5	148	69.5



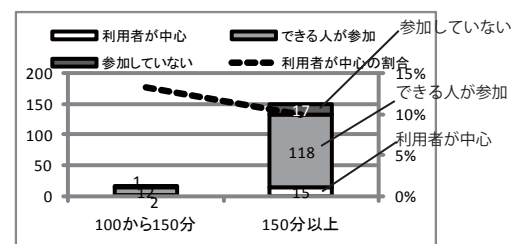
	老健			
	できる人が参加		参加していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	2	11.8	15	88.2
100～150分	5	10.6	42	89.4
150分以上	7	29.2	17	70.8



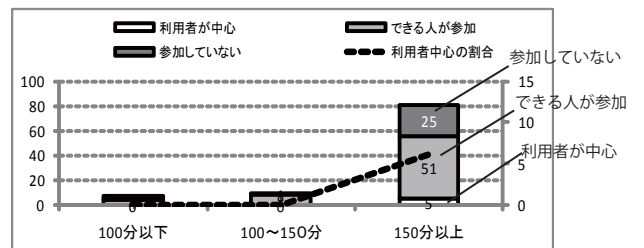
	特定施設					
	利用者が中心		できる人が参加		参加していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	0	0.0	0	0.0	5	100.0
100～150分	0	0.0	3	9.7	28	90.3
150分以上	1	4.0	9	36.0	15	60.0



	グループホーム					
	利用者が中心		できる人が参加		参加していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100～150分	2	13.3%	12	80.0%	1	6.7%
150分以上	15	10.0%	118	78.7%	17	11.3%



	小規模多機能					
	利用者が中心		できる人が参加		参加していない	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	0	0.0	4	57.1	3	42.9
100～150分	0	0.0	8	88.9	1	11.1
150分以上	5	6.2	51	63.0	25	30.9

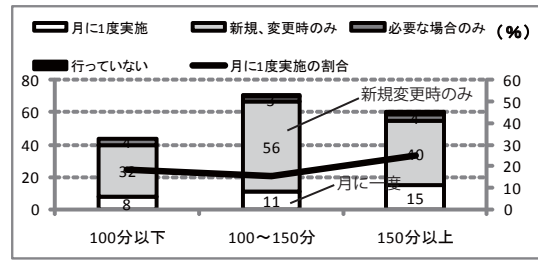


○調理への入居者の参加については、「できる人の参加」「利用者中心の調理」の2つの視点で現状を確認した。その結果、GH、小規模多機能において、「利用者中心の調理」が確認された。

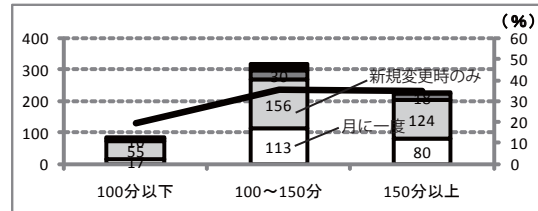
○特養(従来)、特養(新型)、老健、特定施設では、人員配置が厚くなると調理、配膳、盛り付けなどに「できる人の参加」の増加する傾向が確認された。

### 1.3. カンファレンスの実施状況

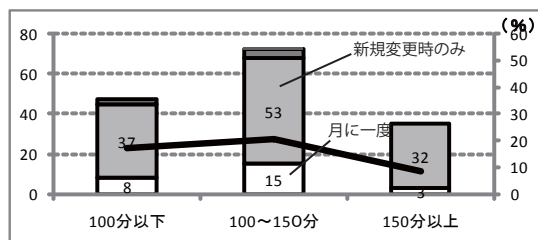
	特養(従来)							
	月に1度実施		新規、変更時のみ		必要な場合のみ		行っていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	8	18.2	32	72.7	4	9.1	0	0.0
100～150分	11	15.5	56	78.9	3	4.2	1	1.4
150分以上	15	25.0	40	66.7	4	6.7	1	1.7



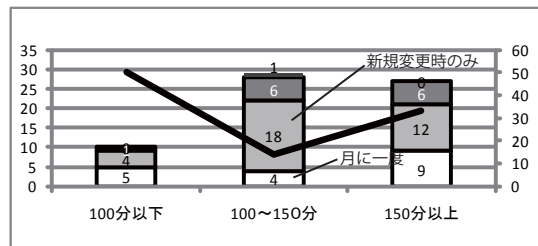
	特養(新型)							
	月に1度実施		新規、変更時のみ		必要な場合のみ		行っていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	17	19.8	55	64.0	10	11.6	4	4.7
100～150分	113	35.6	156	49.2	30	9.5	18	5.7
150分以上	80	34.9	124	54.1	18	7.9	7	3.1



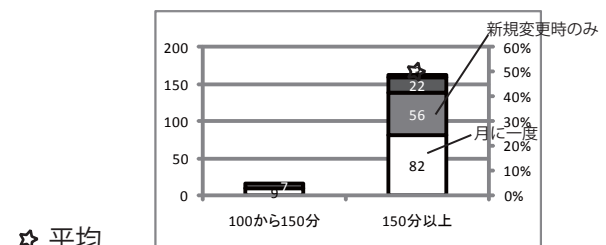
	老健							
	月に1度実施		新規、変更時のみ		必要な場合のみ		行っていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	8	17.0	37	78.7	2	4.3	0	0.0
100～150分	15	20.5	53	72.6	4	5.5	1	1.4
150分以上	3	8.6	32	91.4	0	0.0	0	0.0



	特定施設							
	月に1度実施		新規、変更時のみ		必要な場合のみ		行っていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	5	50.0	4	40.0	1	10.0	0	0.0
100～150分	4	13.8	18	62.1	6	20.7	1	3.4
150分以上	9	33.3	12	44.4	6	22.2	0	0.0

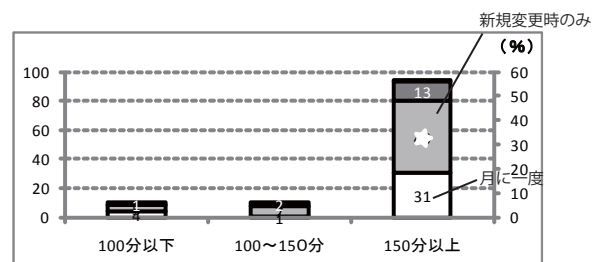


	グループホーム							
	月に1度実施		新規、変更時のみ		必要な場合のみ		行っていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100から150分	9	56.3%	7	43.8%	0	0.0%	0	0.0%
150分以上	82	50.3%	56	34.4%	22	13.5%	3	1.8%



☆ 平均

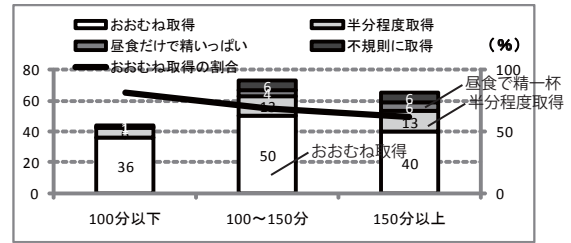
	小規模多機能							
	月に1度実施		新規、変更時のみ		必要な場合のみ		行っていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	4	40.0	5	50.0	1	10.0	0	0.0
100～150分	1	10.0	7	70.0	2	20.0	0	0.0
150分以上	31	33.0	49	52.1	13	13.8	1	1.1



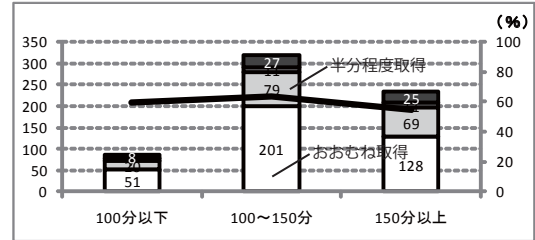
OGH では月に1度実施が半数以上を占めるが、それ以外の施設種別では「新規、変更時のみ」の実施が多数を占める。  
 ○カンファレンスの実施については、人員配置との影響は明確には読み取れない結果となった。

## 1.4. 職員の休憩状況

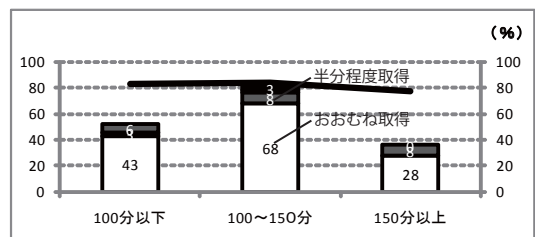
	特養(従来)							
	おおむね取得		半分程度取得		昼食だけで精いっぱい		不規則に取得	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	36	81.8	6	13.6	1	2.3	1	2.3
100～150分	50	68.5	13	17.8	4	5.5	6	8.2
150分以上	40	61.5	13	20.0	6	9.2	6	9.2



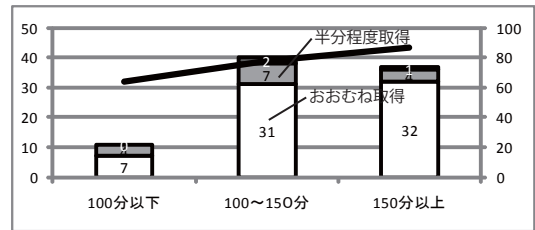
	特養(新型)							
	おおむね取得		半分程度取得		昼食だけで精いっぱい		不規則に取得	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	51	59.3	20	23.3	7	8.1	8	9.3
100～150分	201	63.2	79	24.8	11	3.5	27	8.5
150分以上	128	54.9	69	29.6	11	4.7	25	10.7



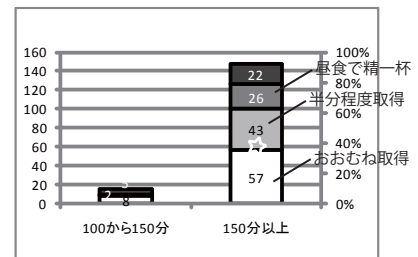
	老健							
	おおむね取得		半分程度取得		昼食だけで精いっぱい		不規則に取得	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	43	82.7	3	5.8	0	0.0	6	11.5
100～150分	68	84.0	8	9.9	2	2.5	3	3.7
150分以上	28	77.8	8	22.2	0	0.0	0	0.0



	特定施設					
	おおむね取得		半分程度取得		不規則に取得	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	7	63.6	4	36.4	0	0.0
100～150分	31	77.5	7	17.5	2	5.0
150分以上	32	86.5	4	10.8	1	2.7

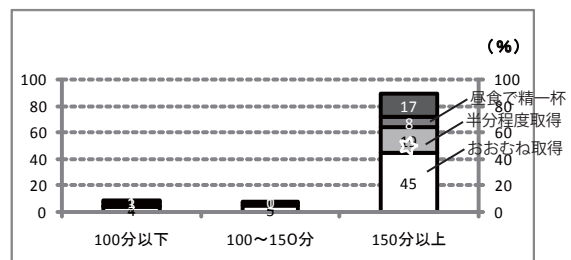


	グループホーム							
	おおむね取得		半分程度取得		昼食だけで精いっぱい		不規則に取得	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100から150分	8	53.3%	0	0.0%	2	13.3%	5	33.3%
150分以上	57	38.5%	43	29.1%	26	17.6%	22	14.9%



☆ 平均

	小規模多機能							
	おおむね取得		半分程度取得		昼食だけで精いっぱい		不規則に取得	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	4	44.4	1	11.1	3	33.3	1	11.1
100～150分	5	62.5	2	25.0	1	12.5	0	0.0
150分以上	45	50.6	19	21.3	8	9.0	17	19.1

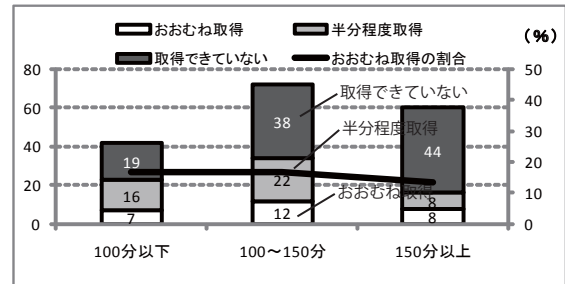


○老健、特定施設では60-80%の高い割合で休憩時間が「おおむね取得」できている。特に特定施設では「昼食だけで精一杯」という回答が0だった。

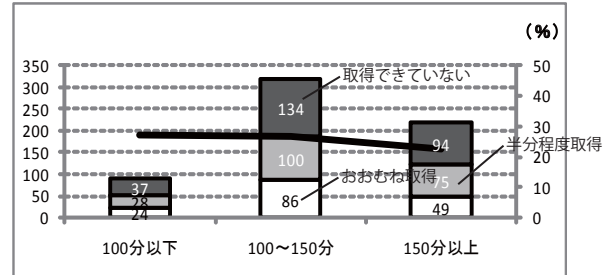
○職員の休憩時間の取得は、人員配置の影響は明確に読み取れない結果であった。

## 15. 職員の有給休暇取得状況

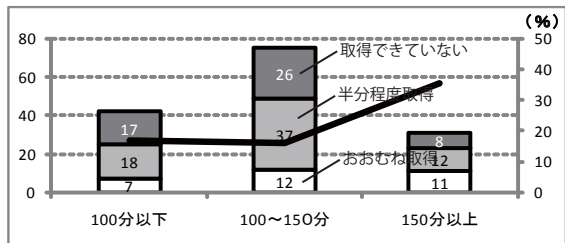
	特養(従来)					
	おおむね取得		半分程度取得		取得できていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	7	16.7	16	38.1	19	45.2
100～150分	12	16.7	22	30.6	38	52.8
150分以上	8	13.3	8	13.3	44	73.3



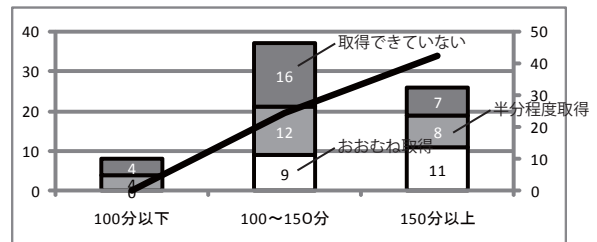
	特養(新型)					
	おおむね取得		半分程度取得		取得できていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	24	27.0	28	31.5	37	41.6
100～150分	86	26.9	100	31.3	134	41.9
150分以上	49	22.5	75	34.4	94	43.1



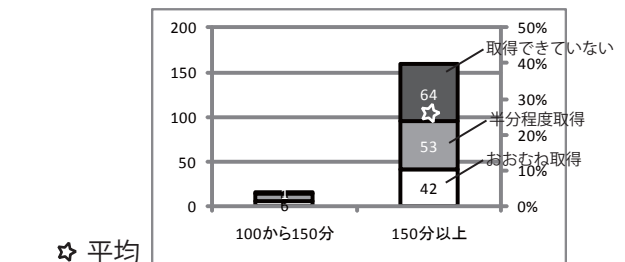
	老健					
	おおむね取得		半分程度取得		取得できていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	7	16.7	18	42.9	17	40.5
100～150分	12	16.0	37	49.3	26	34.7
150分以上	11	35.5	12	38.7	8	25.8



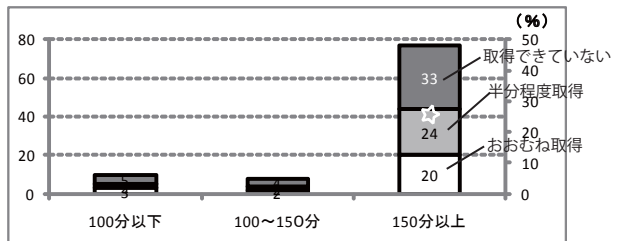
	特定施設					
	おおむね取得		半分程度取得		取得できていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	0	0.0	4	50.0	4	50.0
100～150分	9	24.3	12	32.4	16	43.2
150分以上	11	42.3	8	30.8	7	26.9



	グループホーム					
	おおむね取得		半分程度取得		取得できていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100から150分	6	37.5%	9	56.3%	1	6.3%
150分以上	42	26.4%	53	33.3%	64	40.3%



	小規模多機能					
	おおむね取得		半分程度取得		取得できていない	
	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%	ユニット ト数	%
100分以下	3	30.0	2	20.0	5	50.0
100～150分	2	25.0	2	25.0	4	50.0
150分以上	20	26.0	24	31.2	33	42.9

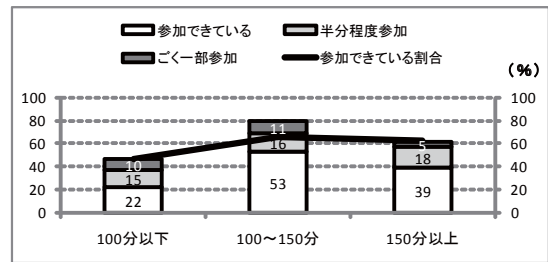


○老健、特定施設において、人員配置が増えると有給休暇の取得も増える傾向がみられるが、それ以外の施設種別では、人員配置との関連は読み取りにくい。

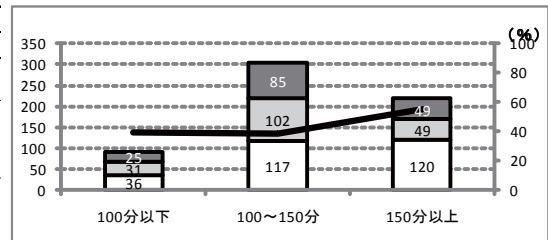
○特養（従来・新型）では、逆に人員配置が増えると有給休暇の取得が減る傾向であった。小規模多機能、GHの場合、100-150分以下の区分のサンプル数が少ないため、はっきりと傾向を読み取りにくい結果となった。

## 16. 職員の研修参加の現状

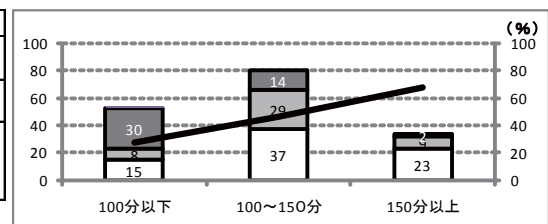
	特養(従来)					
	参加できている		半分程度参加		ごく一部参加	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	22	46.8	15	31.9	10	21.3
100～150分	53	66.3	16	20.0	11	13.8
150分以上	39	62.9	18	29.0	5	8.1



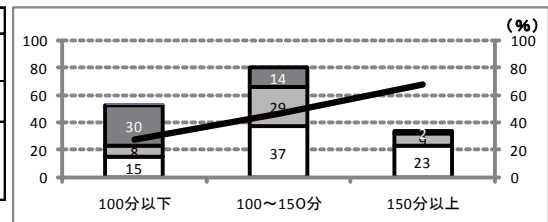
	特養(新型)					
	参加できている		半分程度参加		ごく一部参加	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	36	39.1	31	33.7	25	27.2
100～150分	117	38.5	102	33.6	85	28.0
150分以上	120	55.0	49	22.5	49	22.5



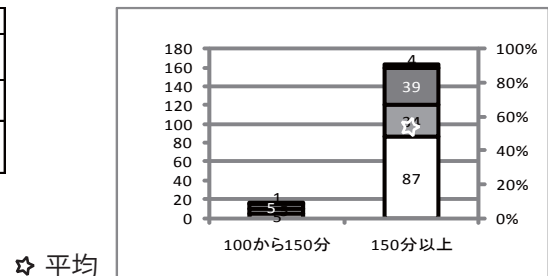
	老健							
	参加できている		半分程度参加		ごく一部参加		参加できていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	15	27.8	8	14.8	30	55.6	1	1.9
100～150分	37	46.3	29	36.3	14	17.5	0	0.0
150分以上	23	67.6	9	26.5	2	5.9	0	0.0



	特定施設							
	参加できている		半分程度参加		ごく一部参加		参加できていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	5	62.5	0	0.0	3	37.5	0	0.0
100～150分	26	63.4	6	14.6	7	17.1	2	5.6
150分以上	19	51.4	12	32.4	5	13.5	1	3.0

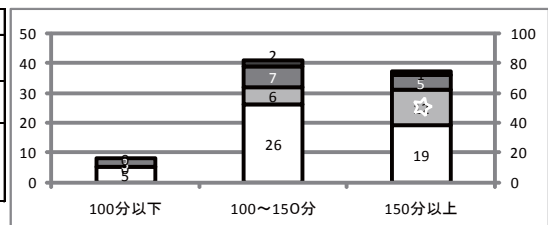


	グループホーム							
	参加できている		半分程度参加		ごく一部参加		参加できていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100から150分	5	31.3%	5	31.3%	5	31.3%	1	6.3%
150分以上	87	53.0%	34	20.7%	39	23.8%	4	2.4%



☆ 平均

	小規模多機能							
	参加できている		半分程度参加		ごく一部参加		参加できていない	
	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%	ユニット数	%
100分以下	4	40.0	2	20.0	3	30.0	1	10.0
100～150分	5	50.0	3	30.0	2	20.0	0	0.0
150分以上	39	41.1	28	29.5	25	26.3	3	3.2



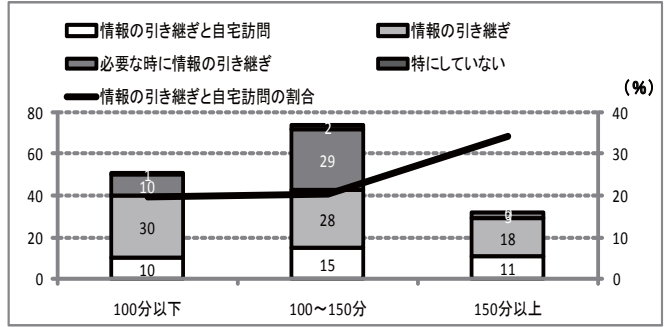
○いずれの施設種別においても、人員配置が少なくなると、研修に参加しにくくなる傾向が把握された。反対に150分以上の区分では、いずれの施設種別でも研修に「参加できている」割合は50%以上であった。



# 17. 老健、小規模多機能における在宅支援の実施状況

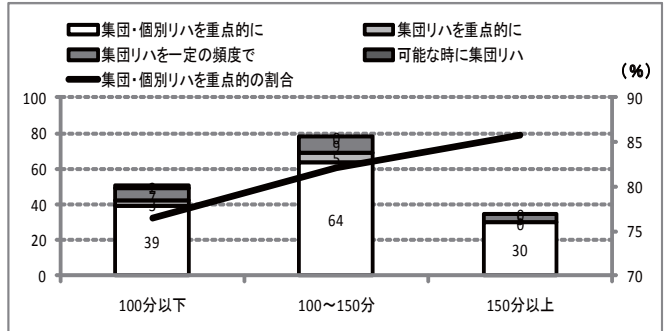
## 在宅支援現状

	老健							
	情報の引き継ぎと 自宅訪問		情報の 引き継ぎ		必要な時に 情報の引き継ぎ		特にしていない	
	ユニ ット 数	%	ユニ ット 数	%	ユニ ット 数	%	ユニ ット 数	%
100分以下	10	19.6	30	58.8	10	19.6	1	2.0
100～150分	15	20.3	28	37.8	29	39.2	2	2.7
150分以上	11	34.4	18	56.3	3	9.4	0	0.0



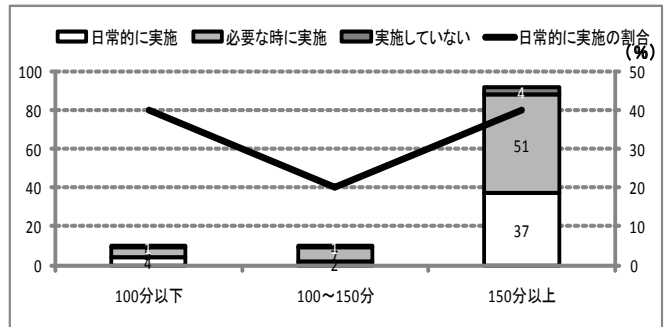
## リハ現状

	老健							
	集団・個別リハを 重点的に		集団リハを重 点的に		集団リハを 一定の頻度で実施		可能な時に集 団リハを実施	
	ユニ ット 数	%	ユニ ット 数	%	ユニ ット 数	%	ユニ ット 数	%
100分以下	39	76.5	3	5.9	7	13.7	2	3.9
100～150分	64	82.1	5	6.4	9	11.5	0	0.0
150分以上	30	85.7	0	0.0	5	14.3	0	0.0



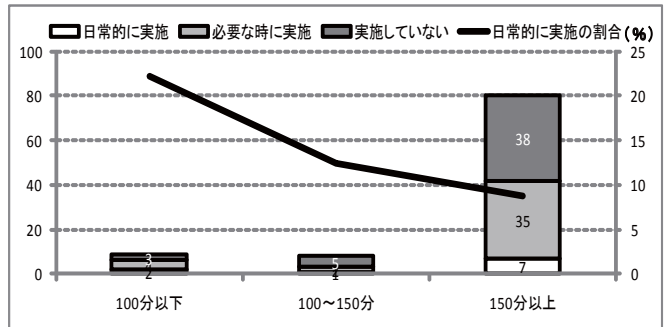
## 随時訪問現状

	小規模多機能					
	日常的に実施		必要な時に 実施		実施していない	
	ユニ ット 数	%	ユニ ット 数	%	ユニ ット 数	%
100分以下	4	40.0	5	50.0	1	10.0
100～150分	2	20.0	7	70.0	1	10.0
150分以上	37	40.2	51	55.4	4	4.3



## 夜間訪問現状

	小規模多機能					
	日常的に実施		必要な時に 実施		実施していない	
	ユニ ット 数	%	ユニ ット 数	%	ユニ ット 数	%
100分以下	2	22.2	4	44.4	3	33.3
100～150分	1	12.5	2	25.0	5	62.5
150分以上	7	8.8	35	43.8	38	47.5



○老健における「在宅支援」「リハビリテーション」については、人員配置が厚くなると、実施状況が増える傾向が確認された。  
○小規模多機能における「随時訪問」「夜間訪問」については、100分未満、100-150分の施設数が少ないため、グラフの結果からは、人員配置との関連は読み取れない結果となった。

## (4) 考 察

入居者等の生活の質、ケアの質に関連すると考えられる項目について、7-19時の人員配置（ケア提供時間）との関連を分析した結果、その結果、以下のことが把握された。

### ○施設種別ごとの人員配置の実態

調査票1に記載された各施設におけるユニットごとの7時から19時における利用者一人あたりの人員配置（ケア提供時間）をまとめた（表1）。その結果、人員配置（ケア提供時間）の平均値は、小規模多機能 239分/人、グループホーム 205分/人、特定施設 160分/人、新型特養 144分/人、特養 138分/人、老健 119分/人の順となった。最も人員配置（ケア提供時間）の厚い小規模多機能 238.5分/人と老健 119.3分/人では、2倍以上の差が確認できた。グループホームと老健を比較してもおよそ2倍の人員配置（ケア提供時間）の差が実態として確認できた。

### ○人員配置（ケア提供時間）とケアの質

起床・消灯の時間設定、朝夕の着替えの実施、随時排泄の実施、外出、入居者等の食事準備への参加状況、研修への参加状況については、おおむね7-19時の人員配置（ケア提供時間）に関連する傾向が読み取れた。また、こうした介助は、7-19時の時間帯における人員配置（ケア提供時間）が入居者1名あたり100分を切ると、実施状況が低下することも確認された。

これらの介助項目は介護保険法が掲げる理念「入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすること」に関連する項目であるため、職員の最低人員配置（ケア提供時間）が100分以上となるよう基準の見直が望ましいといえる。

### ○施設種別にみる個別ケアの違い

種別ごとの個別ケアの傾向をみると、おおむね、小規模多機能、グループホーム、特定施設、新型特養は、個別のケアに高い割合で取り組み、次に特養、老健と続く。実際の人員配置（ケア提供時間の平均値）も、小規模多機能 239分/人、グループホーム 205分/人、特定施設 160分/人、新型特養 144分/人、特養 138分/人、老健 119分/人の順であるから、個別ケアの実施には人員配置（ケア提供時間）の確保が必要条件だといえる。

なお、老健においては、在宅復帰やリハビリを重視するという理念の違いが、実際の個別ケアに影響していると考えられる。

### ○設備や職員規模の影響

夜間入浴については、大規模系の施設において、ほとんど実施できていなかった。また小規模系施設においても実施は少数であった。夜間入浴は、本調査研究で調べていない19時以降の人員配置（ケア提供時間）に左右されると考えられ、本調査で実施した7-19時の人員配置との関連ははっきりと読み取れなかった。

マンツーマン入浴については、グループホーム、小規模多機能、特定施設、新型特養で比較的多く実施されており、特養、老健においては実施率が低い。これは、個浴の設置など、

人員配置（ケア提供時間）と異なる要因も影響した結果と考えられる。逆に、小規模施設では人員配置（ケア提供時間）が少なくなると、やむを得ずマンツーマン介助となることも、こうした結果の要因といえる。

外出については、新型特養より、特養の実施率が高い結果となった。職員がユニットごとに配置される新型特養では、ユニットから1名の職員が外出した場合の影響が大きいことがその要因と考えられ、ユニットごとのスタッフ数の確保も課題といえる。

### 3. 実際に勤務する職員数が入居者等の生活実態に及ぼす影響（行動観察調査）

#### 1) 調査の目的

本調査研究では、介護保健施設等の協力を得て、行動観察調査を実施し、介護の実態を比較することで、人員配置により、入居者の受ける介護サービスの内容の実態を明らかにし、望ましい人員配置基準を提言する基礎資料として活用することを目的に6施設種別25施設を対象に、入居者・職員の行動観察調査を実施した。

調査施設は、調査票Ⅰ、Ⅱに回答いただいた施設のなかから、地域が分散するように、また、人員配置に偏りが生じないように選定した。

くわえて、調査方法の統一のため、行動観察調査の実施に先立ち、協力施設の職員向けの調査説明会を2010年12月23日に実施した。説明会に参加できない施設に対しては、委員会メンバーが個別に各施設を訪問し、調査方法を説明したうえで調査を実施した。

表 3-1-1 調査協力施設一覧（順不同）

<b>老人保健施設</b>		
ニューライフ湯河原	〒259-0312	神奈川県足柄下郡湯河原町吉浜字白沼田1906
葵の園・市川	〒272-0805	千葉県市川市大野町3-2128-1
いずみの里	〒370-0511	群馬県邑楽郡大泉町北小泉1丁目26-1
<b>特定施設</b>		
はびね別府流川	〒874-0937	大分県別府市秋葉町9番18号
ベルバージュ千里けやき通り	〒565-0874	大阪府吹田市古江台5-3
木香の郷	〒501-3265	岐阜県関市小瀬1109-1
越谷なごみ苑	〒343-0827	埼玉県越谷市川柳町1-166-1
<b>グループホーム</b>		
トトロの森	〒004-0814	札幌市清田区美しが丘4条7-7-12
サポートハウスごくらく	〒465-0053	名古屋市名東区極楽2丁目232
グループホーム東伊興	〒121-0801	東京都足立区東伊興3-21-7
すこやか福祉会 みたて	〒125-0051	東京都葛飾区新宿3-4-10
<b>小規模多機能</b>		
ふれあいの里 たちばな	〒241-0002	横浜市旭区上白根1-34-8
ゆうもあ	〒836-0051	福岡県大牟田市諏訪町3-60
ひなたんぼ	〒675-1105	兵庫県加古郡稲美町 加古 5 1 4 1
ユアアイ・ほっと倶楽部 池田	〒563-0042	大阪府池田市宇保町10-2
ちかみシーサイド	〒794-0007	愛媛県今治市近見町1-7-50
<b>特養ホーム（従来）</b>		
緑風の郷	〒669-5123	兵庫県朝来市山東町一品424
寒川ホーム	〒253-0103	神奈川県高座郡寒川町小谷1-13-5
博愛の園	〒532-0028	大阪市淀川区十三元今里3-1-88
藤代なごみの郷	〒300-1511	茨城県取手市櫛木1342-2
<b>特養ホーム（新型）</b>		
幸風園	〒799-2202	愛媛県今治市大西町紺原甲116-1
じょうもんの郷	〒289-0226	千葉県香取郡神崎町神崎神宿66710
ベルポートまるこ東	〒386-0405	長野県上田市中丸子1897-1
えみの里	〒311-0502	茨城県常陸太田市徳田町143
あんのん館・福釜	〒446-0052	愛知県安城市福釜町矢場88

## 2) 職員行動調査

### (1) 職員行動調査の概要

#### ○調査対象者

介護職員 3名：見習いの方、研修中の職員は除く。

日中勤務する介護職員（7:00～19:00 の時間に勤務する）を選定。

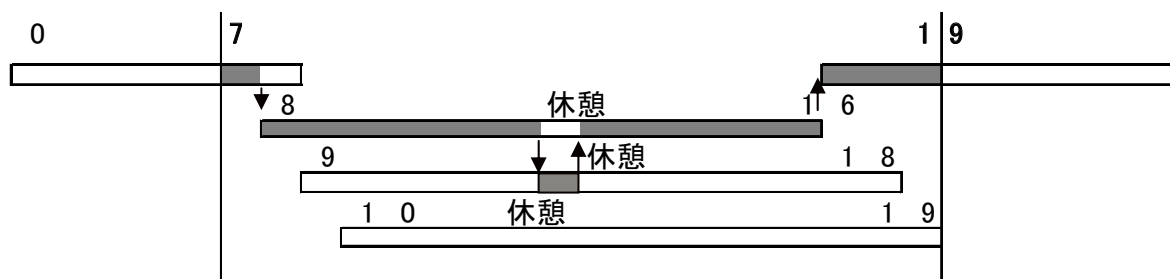
看護職員は選定しない。

#### ○調査日

行動観察調査は、1月の第2週から2月の第2週の期間（1/10～2/11）で、行事や通院等のない、一般的な人員配置の平日に実施。

○調査時間：7:00-19:00 に調査を実施（休憩時間は別の職員を調査）

<参考>



■調査対象 □調査対象外

※7時～19時まで通算して1名分の介護職員を追跡調査する。

図 3-1-1 職員行動観察調査の実施時間

○調査員：施設介護職員1名につき調査員1名を配置し、記録する方法。

#### ○調査方法

10分ごと滞在場所、介助内容、会話の有無（介護会話、日常会話、職員、入居者）、入居者の訴えに対応できない場面の有無を観察・記録した。なお、可能な限り介助の実態を正確に記録するため、10分間に介助内容、滞在場所が重複する場合、重複を含めてカウントしている）

## (2) 職員行動調査の結果

7-19 時までの入居者 1 名あたりの介護・看護の人員配置（ケア提供時間）（分）を調査した 6 種別ごとに、多い順番に上から小規模多機能、グループホーム、特定施設、新型特養、特養、老健に並べた結果が下図である。最も少ない老健と比較すると、グループホーム、小規模多機能の介護・看護の人員配置時間は倍ちかいことが分かる（図 3-1-2）。

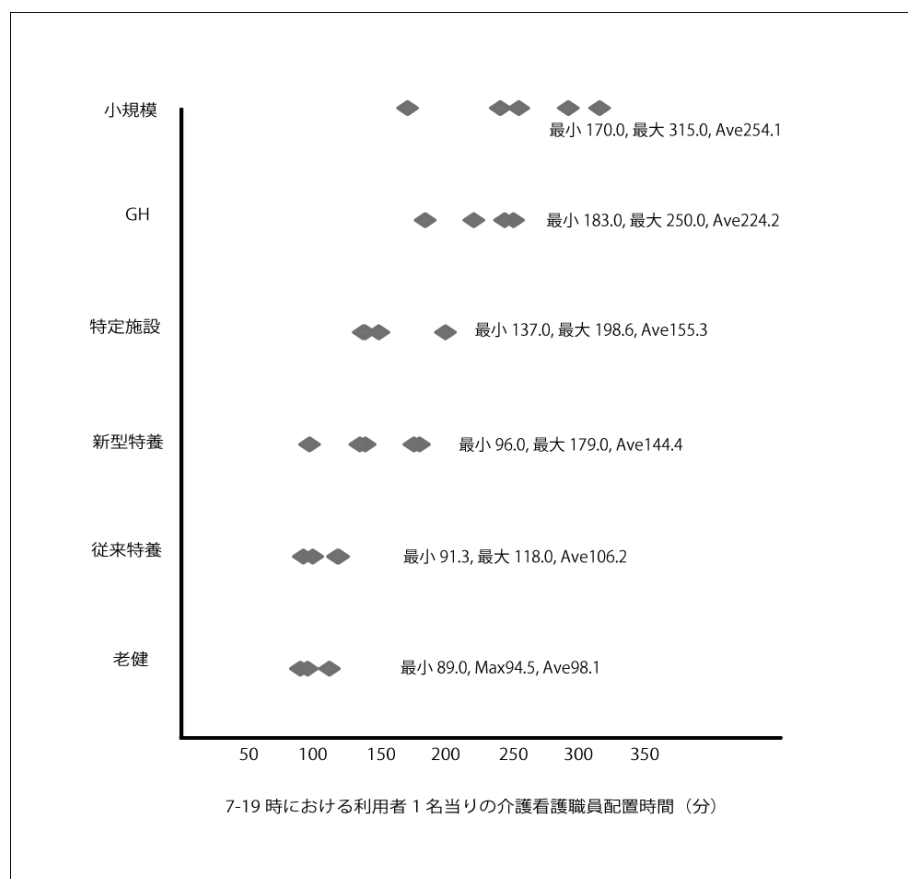
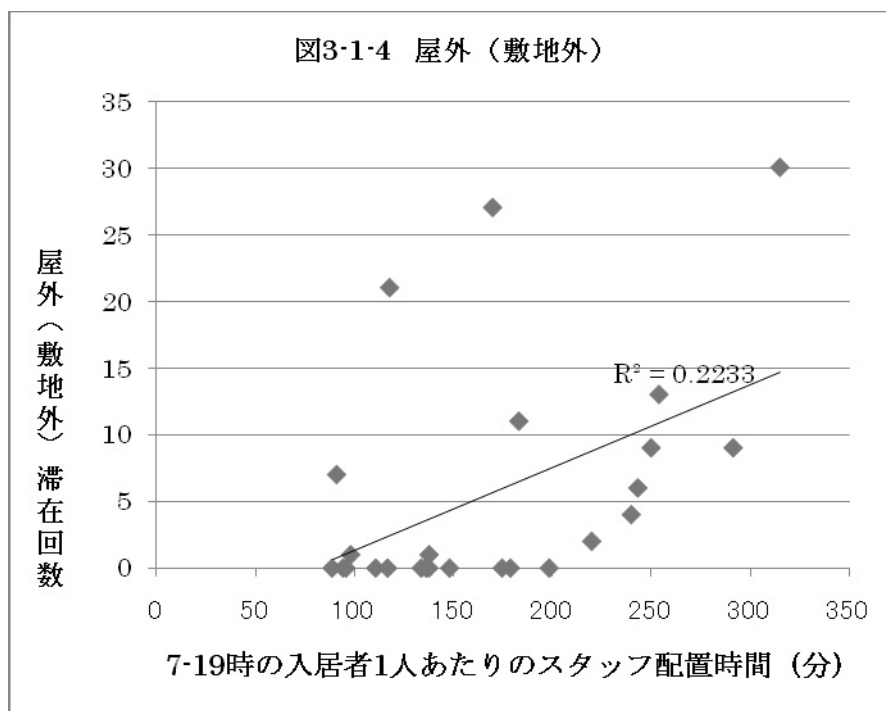
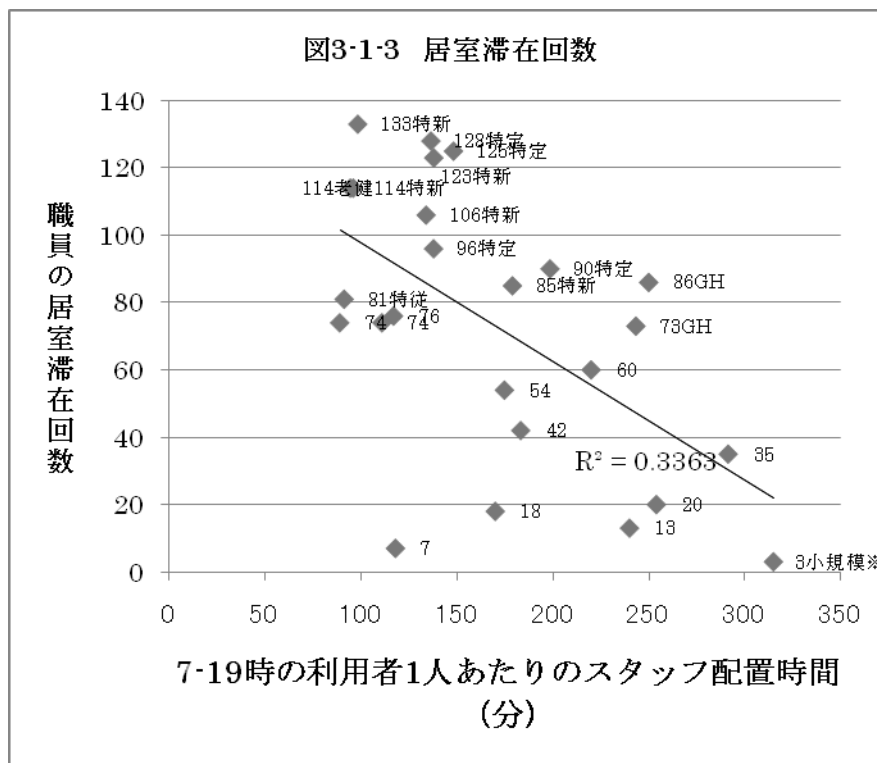


図 3-1-2 7-19 時までの入居者 1 名あたりの介護・看護の人員配置時間

### ① 職員の滞在場所

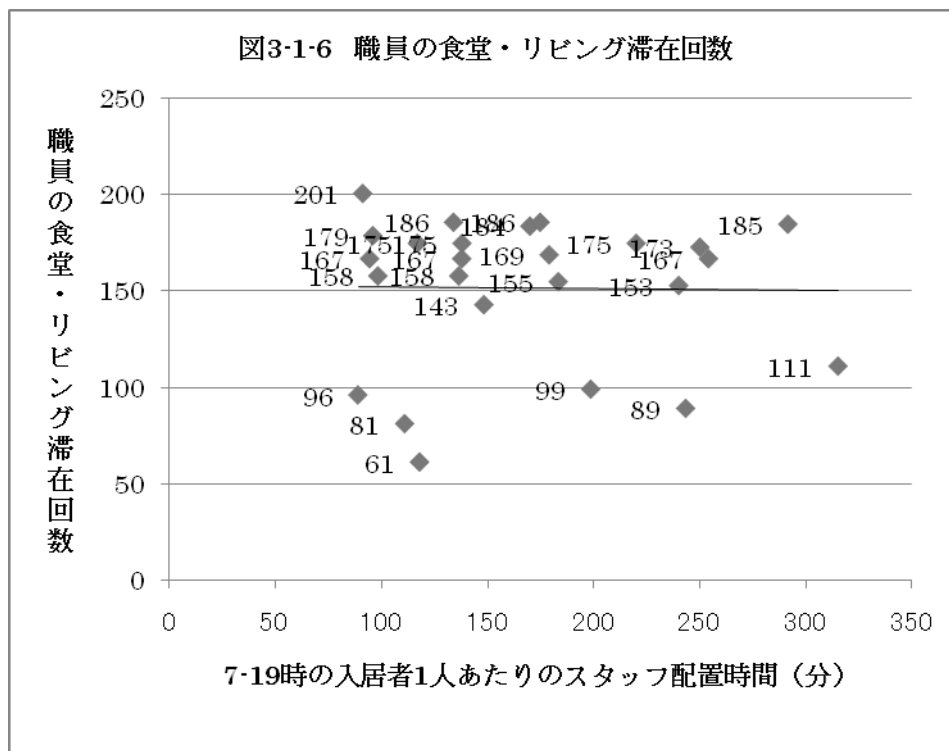
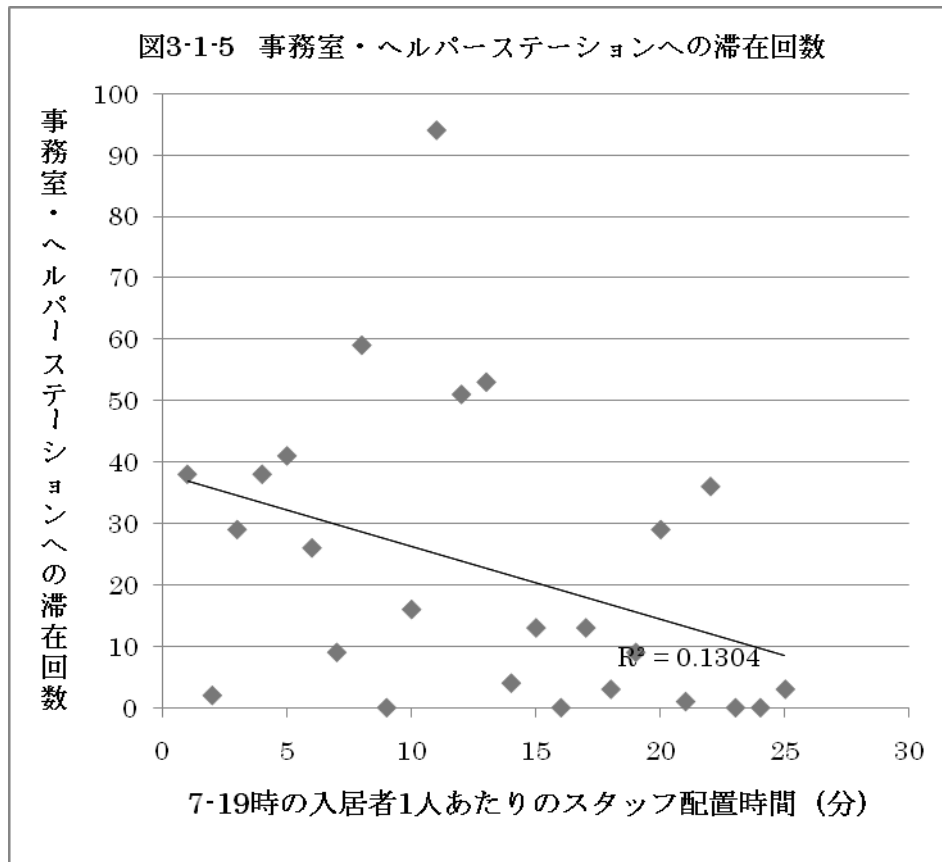
人員配置（ケア提供時間）が少ないと、職員の居室滞在が顕著に増える実態が確認された。これは、人員配置（ケア提供時間）の少ない大規模施設がグラフの左に位置し、こうした施設では、離床できない入居者が多いこと、また、職員数が少ない場合、移動能力がなく、身体能力が下がり、離床できない入居者をベッドから離床させにくいことも一因だと考えられる（図 3-1-3）。



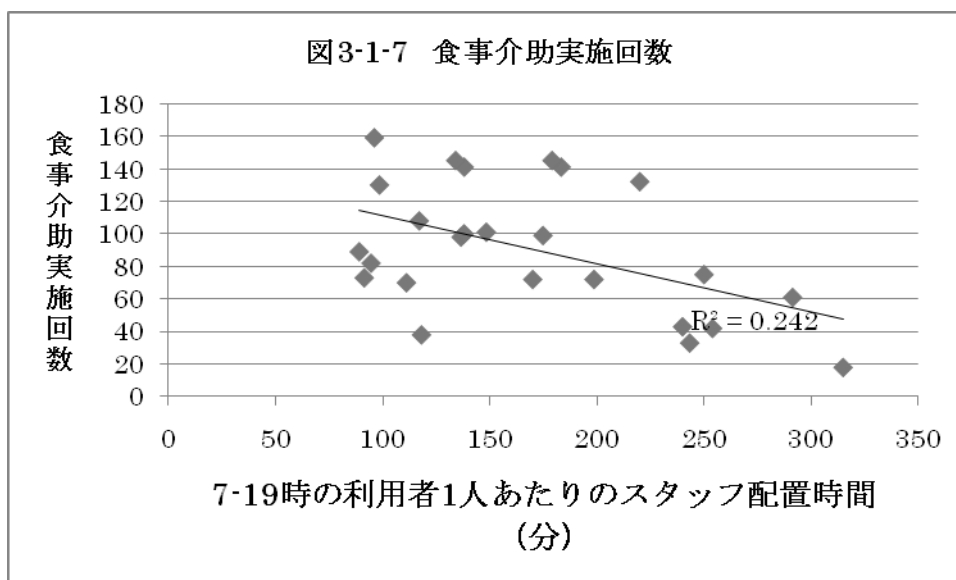
職員の敷地外の屋外への滞在についても、おおむね人員配置（ケア提供時間）の厚い施設において、滞在回数が増加した（図 3-1-4）。一定の人員配置（ケア提供時間）がなければ、屋外を使いこなすことが難しいことを反映した結果といえる。

また、職員の事務室・ヘルパーステーションへの滞在は、人員配置（ケア提供時間）の厚い小規模施設よりも、人員配置（ケア提供時間）の少ない大規模施設においてやや多い傾向が読み取れた（図 3-1-5）。本調査では、10 分間の職員の滞在場所について重複を含めて記録したため、人員配置（ケア提供時間）の少ない大規模施設では、職員が忙しく、移動が多く

なること、またそもそもリビングや居室と事務室・ヘルパーステーションが離れ、動線が長いことがその原因と考えられる。



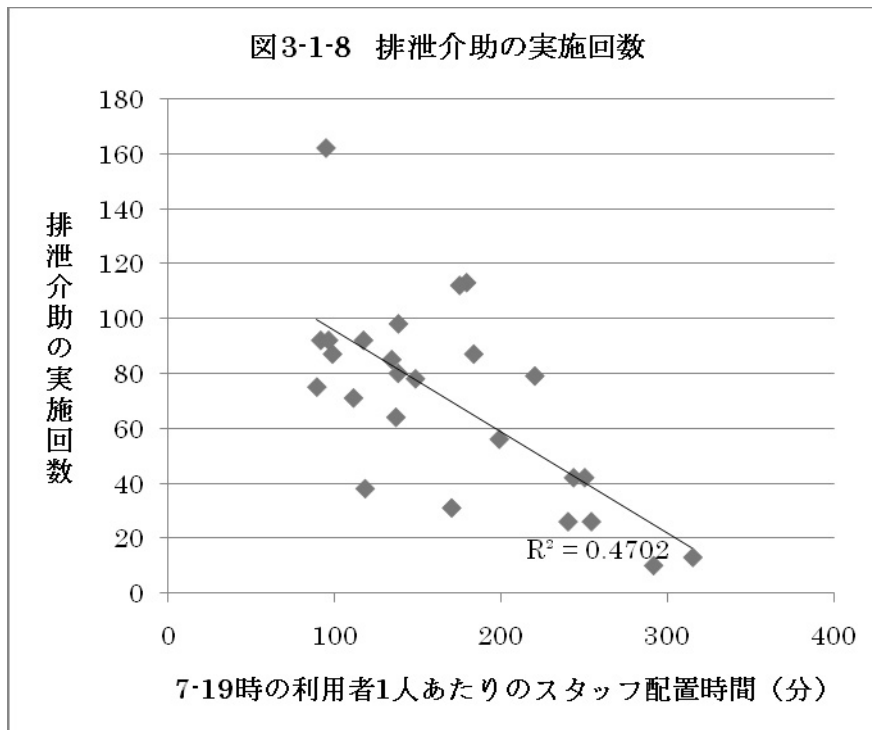




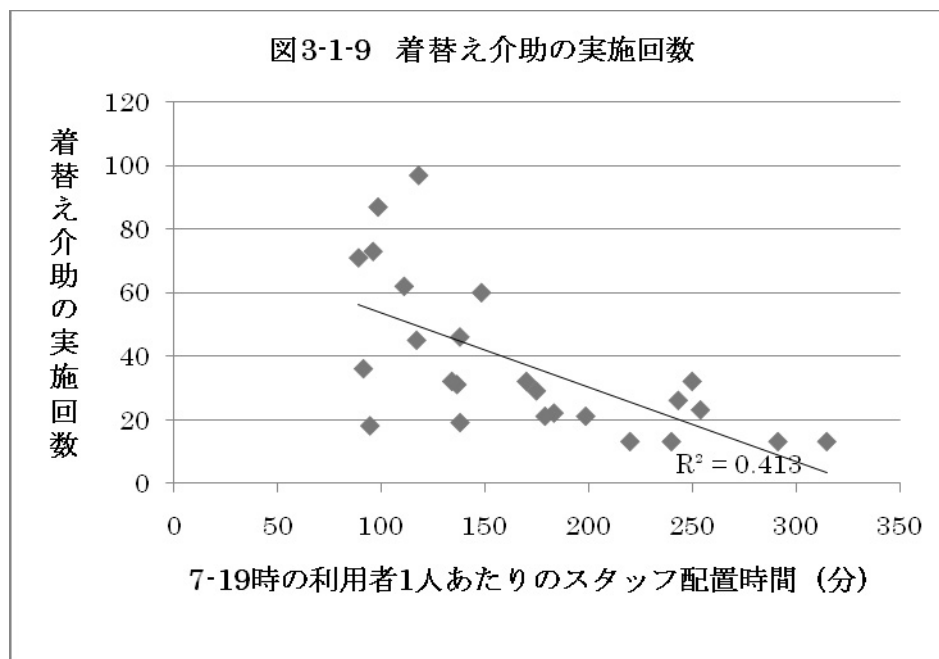
職員の食堂リビング滞在回数にも人員配置上、顕著な傾向はみられなかったが(図 3-1-6)。

## ②職員の介助内容

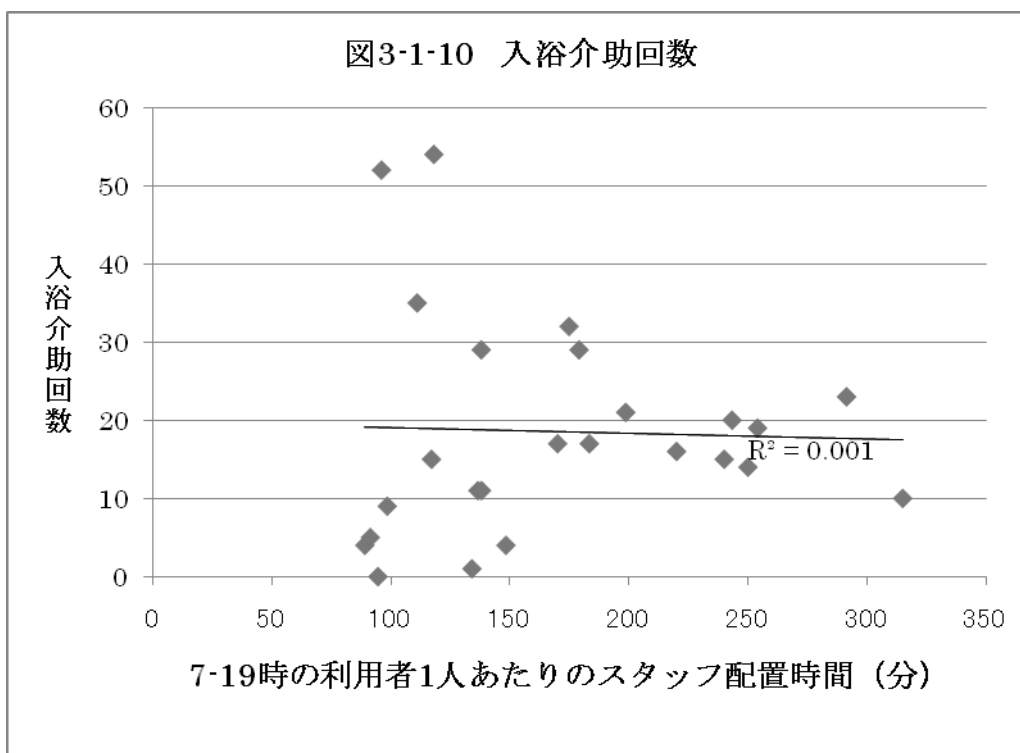
その一方、食事介助の実施回数は、人員配置（ケア提供時間）が少ないとやや増加する傾向が確認された（図 3-1-7）。グラフ左側の施設は、移動能力がなく、身体能力が下がった入居者が多いこと、また人員配置（ケア提供時間）が少ないと、一人当たりの職員の食事介助時間が増加することがその原因だと考えられる。



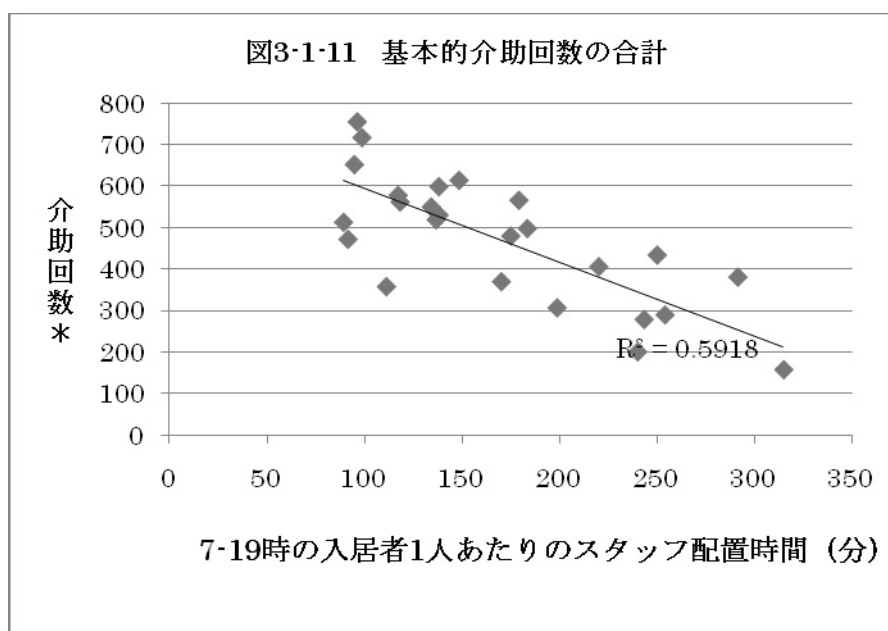
排泄介助の実施回数についても、食事介助と同様、人員配置（ケア提供時間）が少ないと職員一人当たりの負担が増加するが確認された（図 3-1-8）。これも、グラフ左側に位置する大規模施設に、身体能力の上がった入居者が多いこと、くわえて人員配置（ケア提供時間）が少ないと職員一人当たりの介助負担が増加することがその要因だと考えられる。



着替え介助の実施回数についても、人員配置（ケア提供時間）が減ると増加傾向が確認された（図 3-1-9）。職員一人当たりの負担が増加すること、また、グラフ左側に身体能力が下がった入居者の多い大規模施設が位置することがその要因だと考えられる。

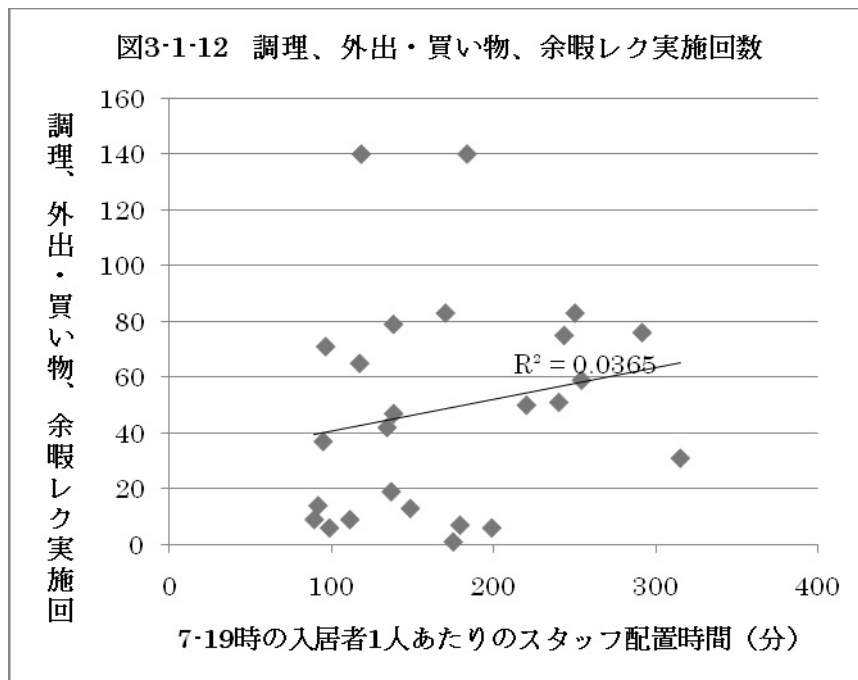


入浴介助については、調査対象職員が入浴介助に就いたか否かによりばらつきのみられる結果となった（図 3-1-10）。これは、調査日に被調査職員が入浴介助に就いたか否かにより、ばらつきが生じた結果と考えられる。



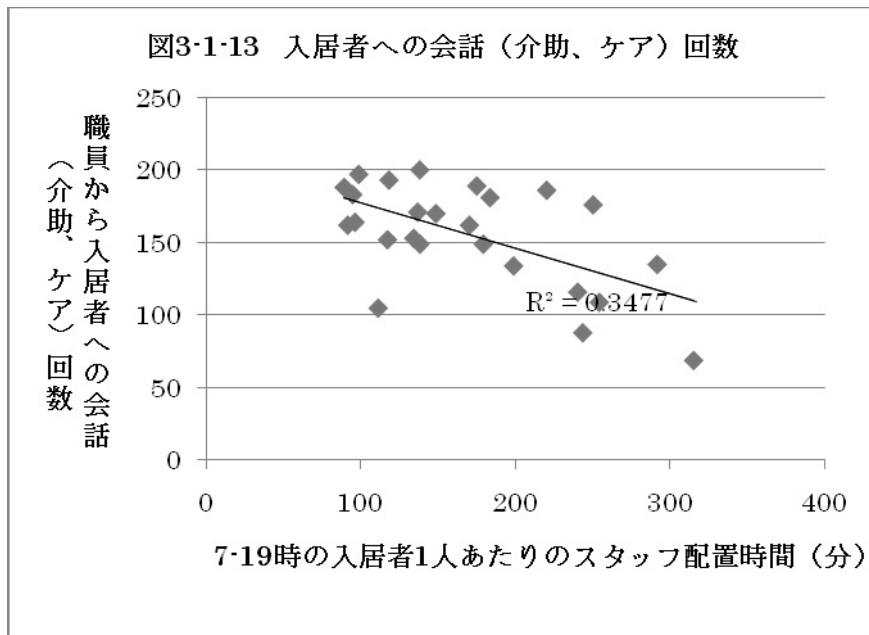
そこで、調査した 3 日間の 36 時間において、10 分ごとに「バイタルチェック、服薬等、体位交換、食事、排泄、入浴、着替え、整容、移動・移乗、洗濯、リハビリ、身の回りの世話」の合計実施回数と人員配置（ケア提供時間）を見比べた結果が（図 3-1-11）である。入居者 1 名あたりのスタッフ配置が減ると、職員 1 名あたりのこうした基本的介助行為が増加する傾向が確認で

きる。グラフ左側の施設には、移動能力が低く、身体介助を要する入居者が多いことにくわえて、入居者1名あたりの人員配置（ケア提供時間）が少ないため、職員は「バイタルチェック、服薬等、体位交換、食事、排泄、入浴、着替え、整容、移動・移乗、洗濯、リハビリ、身の回りの世話」などの基本的な介助に多くの時間を割かれていることが分かる。

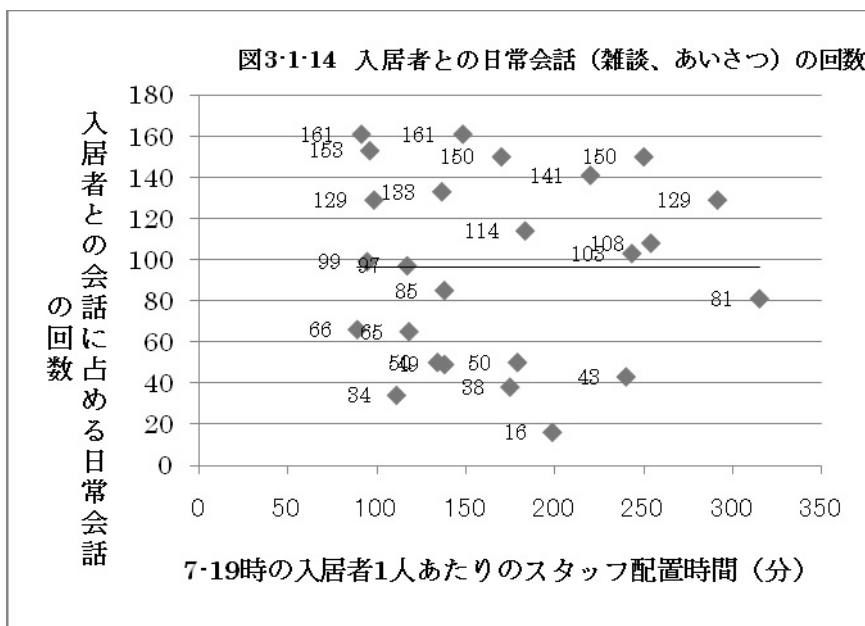


一方、調査した3日間の36時間において、10分ごとの「調理、外出・買い物、余暇レク」の合計実施回数と人員配置（ケア提供時間）を見比べた結果が（図3-1-12）である。入居者1名あたりのスタッフ配置との関連は明確には確認できなかった。

「バイタルチェック、服薬等、体位交換、食事、排泄、入浴、着替え、整容、移動・移乗、洗濯、リハビリ、身の回りの世話」などの基本的な介助については人員配置の影響が大きい、「調理、外出・買い物、余暇レク」などについては、人員配置（ケア提供時間）よりもケアの理念や方針が影響するとも考えられる。



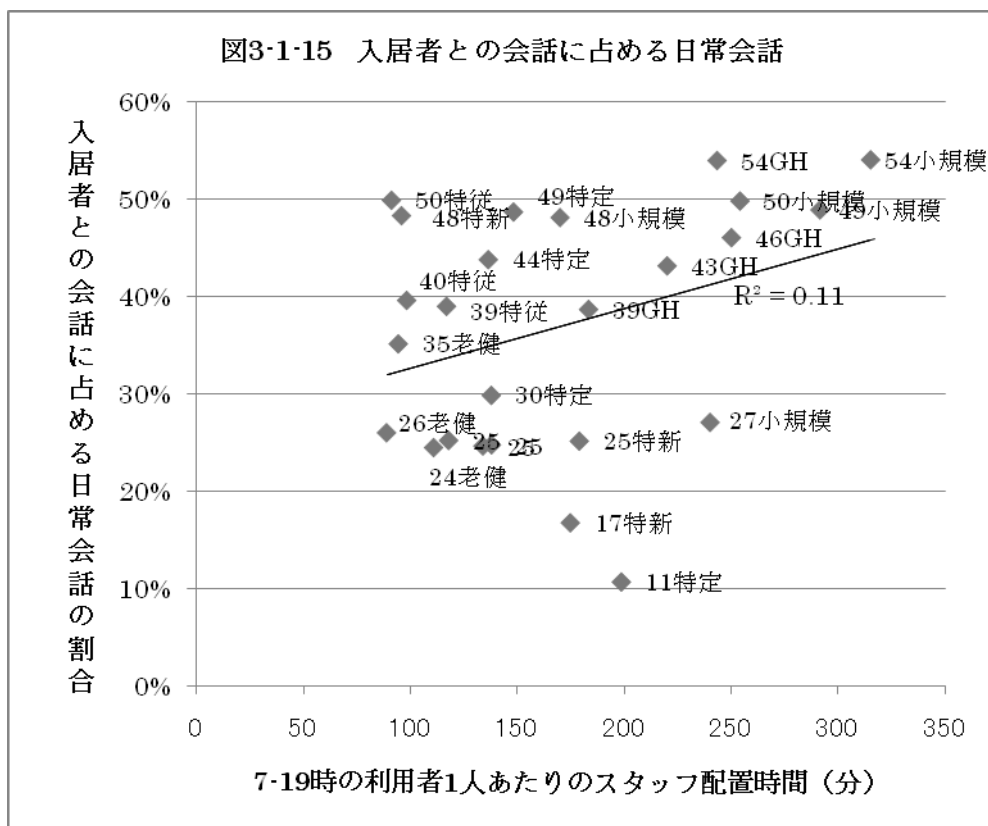
職員の入居者に対する介助会話の回数は、人員配置（ケア提供時間）が手厚くなると減少する傾向が読み取れる（図 3-1-13）。



一方、職員の入居者に対する日常会話の回数は、職員は位置の多寡による差はグラフからは読み取れない（図 3-1-14）。ただし、この図では 7-19 時の人員配置が入居者 1 名あたり 200 分を超える施設は、小規模施設がほとんどであり、職員一人当たりの会話回数は同じでも、入居者 1 人あたりに換算するとより多くの声掛けを受けていると推察される。

そこで、職員と入居者の会話総数に占める日常会話の割合を確認した（図 3-1-15）。縦軸は職員－入居者の会話総数に占める日常会話の割合であり、50%を超えると、2 回の声掛けのうち半数以上が日常会話を占めることを意味する。上記グラフから、人員配置（ケア提供時間）が手厚くなると、介護だけの会話でなく、日常会話がやや増えることから、利用者 1 人

あたりの人員配置（ケア提供時間）が多い施設では、多様なコミュニケーションが取れていると推察できる。



職員同士の会話に占める介護に関連する会話については、人員配置（ケア提供時間）が手厚くなると、業務の会話でなく、日常会話が次第に増える傾向ははっきりとは読み取れなかった（図 3-1-16）。



「訴えに対応できない場面」は、人員配置（ケア提供時間）が少ないほどやや多くなる傾向が確認された（図 3-1-17）。25 施設のデータであり、統計的な有意さまでは検証しにくいですが、7-19 時の人員配置（ケア提供時間）が入居者 1 名あたり 200 分を切るあたりから、訴えに対応できない場面が多く発生している。200 分以上の配置においては、3 日間の 36 時間の調査時間で訴えに対応できない場面は、0-1 回であった。

### （3）職員行動調査の考察

以上、職員の行動観察調査を実施した結果をまとめる。

#### 1. 滞在場所

10 分ごとの職員の滞在場所を重複して記録した、入居者一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が減少すると、職員の居室滞在が増加する傾向が確認された。入居者一人当たりの人員配置（ケア提供時間）の少ない施設では、職員の居室滞在が多くなる理由として、移動能力がなく、身体能力が下がり、離床できない入居者が多いこと、また、移動能力がなく、身体能力が下がり、離床できない入居者がリビング等で長時間過ごせないことが、居室における介助の増加が原因だと考えられる。

また、居室ほどではないが、入居者一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が減少すると、職員のヘルパーステーション・事務室への滞在がやや増加する傾向が確認された。

その一方、リビングでの滞在回数は、入居者一人当たりの人員配置と顕著な傾向は読み取りにくい。

いずれの施設においても、リビングを中心として職員が滞在する点には変わりはないが、入居者一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が少ない施設では、職員の居室、廊下での滞在回数が増えることから、滞在場所の移動が多く発生していることが確認された。

#### 2. 介助内容

排泄、食事、着替え介助については、入居者一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が減少すると、職員一人当たりの介助回数が増加する傾向が確認された。入浴介助の回数については、調査対象職員が調査日に入浴介助に就いたか否かによりばらつきが生じたと考えられる結果であった。

また、「バイタルチェック、服薬等、体位交換、食事、排泄、入浴、着替え、整容、移動・移乗、洗濯、リハビリ、身の回りの世話」などの基本的な介助については人員配置（ケア提供時間）の影響が大きいが、「調理、外出・買い物、余暇レク」などについては、人員配置（ケア提供時間）よりもケアの理念や方針が影響するとも考えられる結果となった。

#### 3. 会話

職員の会話については、会話数は、入居者一人当たりの人員配置（ケア提供時間）と顕著な関連はみられなかった。ただし、大規模施設と小規模施設では、職員一人当たりの会話回数が同じでも、入居者一人が受ける会話数には差があると考えられ、入居者一人当たりの人



員配置（ケア提供時間）が増加すると、職員一人当たりの日常会話が増加する傾向があると推察される。

職員から入居者への声掛けに占める日常会話については、入居者一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が減少すると、職員一人当たりの日常会話が増加する傾向が確認された。また、職員同士の会話についても、入居者一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が減少すると、職員一人当たりの日常会話が増加する傾向が確認された。

このことから、入居者一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が減少すると、生活の潤いとなる日常会話を交わす余裕がなくなり、施設内のコミュニケーションが業務寄りになることが確認された。

#### 4. 訴えに対応できない場面

「訴えに対応できない場面」は、人員配置（ケア提供時間）が少ないほど多くなる傾向が確認された。

#### 5. まとめ

以上、まとめると、入居者一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が減少すると、職員一人当たりの介助量が増加し、基本的な介助量に手が取られること、また、居室滞在も増え、忙しくなる実態が確認された。

その結果、会話に余裕がなくなり、入居者・職員同士ともに業務中心の会話になること、また、「訴えに対応できない場面」も増加することが確認された。

### 3) 入居者等行動調査

#### (1) 入居者等行動調査の概要

以下、入居者行動調査の実施概要について説明する。

#### ○調査対象者

各施設入居者 3 名：入居者の ADL、介護度、認知症度等に差が生じないよう以下のように調査対象者を選定した。

- ・ 自立歩行可能な認知症の女性の方：1 名
- ・ 移動が全介助の女性の方：1 名
- ・ 移乗は出来ないものの、移動は可能な女性の方：1 名

なお、該当する入居者がいない場合は、他を 2 名にして調査を実施した。

#### ○調査日

行動観察調査は、1 月の第 2 週から 2 月の第 2 週の期間（1/10～2/11）で、行事や通院等のない、一般的な人員配置の平日を各施設が選定し、実施した。

○調査時間：各入居者等 1 日（12 時間：7:00-19:00）5 分ごと

○調査内容：各入居者等の居場所、行為、会話の有無、介助の有無（おおむね全介助、一部介助）、姿勢

○調査員：入居者 1 名につき調査員（施設職員）1 名配置し、記録した。

○定点観測：リビングの空間を定点観測し、空間の違いを把握した。

#### (2) 入居者等行動調査の結果

各施設 7-19 時の間、5 分ごと調査を実施した結果、1 名あたり 144 セクションの行動観察調査を実施した。施設ごとに平均時間を出し、比較、分析した。（最大値は理論上 144×5 分=720 分）

ただし、各施設において、調査対象者の ADL にばらつきがあったため、「移動が全介助」「移乗は出来ないものの、移動は可能」を一つに区分し、以下のように

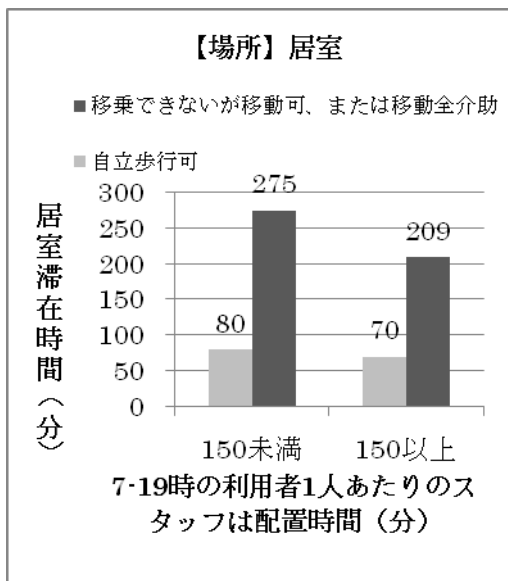
- ① 自立歩行可能な入居者等（計 31 名）
- ② 移乗できないが移動可、または移動全介助な入居者等（計 42 名）

の 2 区分に分けた。

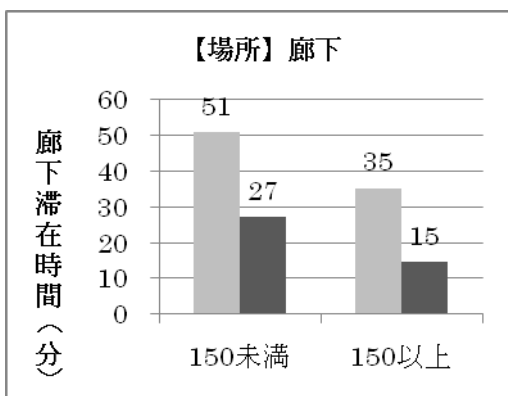
また、「7-19 時の利用者 1 人あたりの職員は配置時間（分）」については、グループホームの人員配置基準に準じ、150 分を基準として、③150 分未満、④150 分以上の 2 区分に分けた。

なお、5 分間隔の行動調査であるため、以下、分かりやすくするため、該当行為等 1 回を 5 分と換算してグラフを作成した。

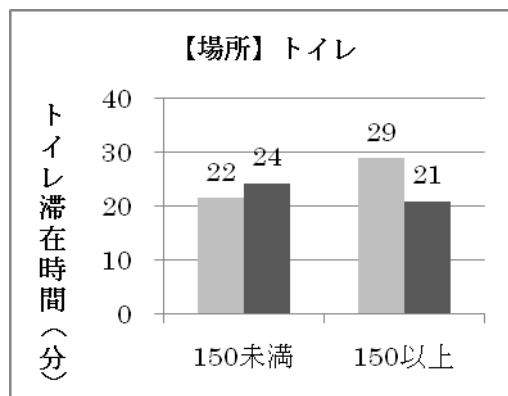
① 入居者等の滞在場所と人員配置の関係



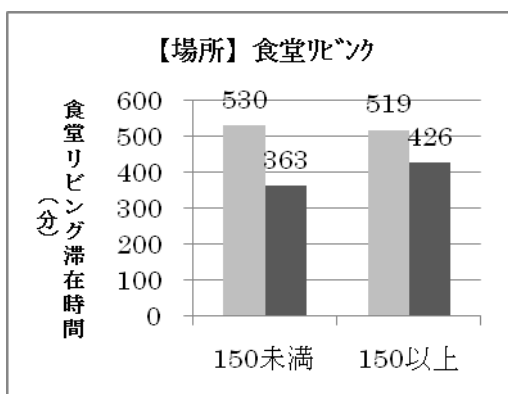
入居者等の居室滞在時間は、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど居室から出る機会が可能となり、減少する。特に「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等にその傾向がはっきりと見られる。



入居者等の廊下滞在時間は、居室時間と同様、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど減少する。

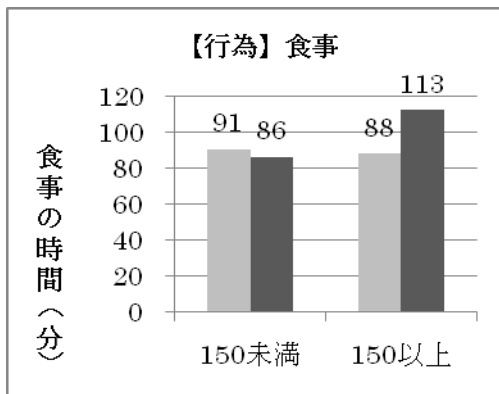


入居者等のトイレ滞在時間は、「自立歩行可」の入居者等では人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど増加する傾向がある。人員配置が多くなることで、入居者等一人ひとりに随時対応が可能になるためだと考えられる。



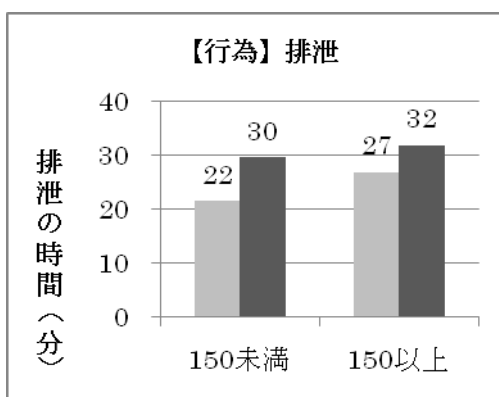
入居者等の食堂リビング滞在時間は「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等では、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど、増加する傾向がある。職員の存在や働きがけにより、居室から食堂リビングに出てくる機会や時間が増えたと考えられる。「自立歩行可」の入居者等場合は、人員配置の影響をあまり受けていない。

## ② 入所者等の行為と人員配置の関係



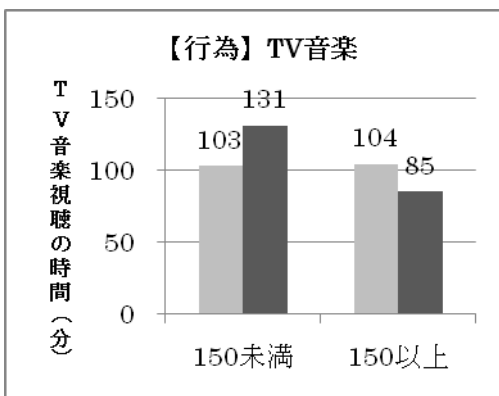
食事の時間は、「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等では、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど増加する。

人員配置が多くなることで、入居者等一人ひとりにゆっくり対応することができるようになったためと考えられる。

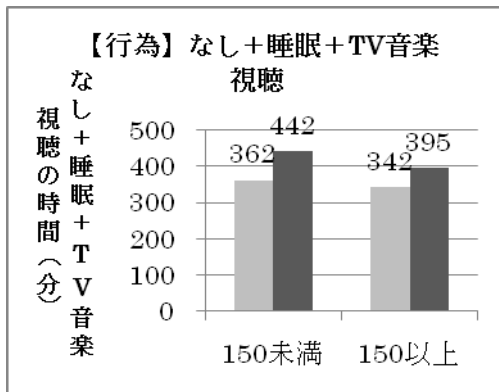


排泄の時間は、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど増加する傾向がある。

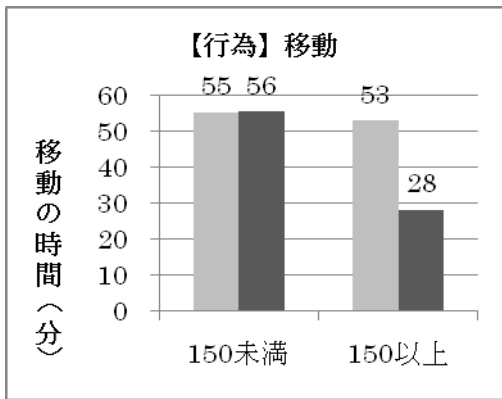
食事同様、人員配置が多くなることで、入居者等一人ひとりにゆっくり対応することができるようになったためと考えられる。



テレビ音楽視聴の時間は、「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等では、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど減少する。人員配置（ケア提供時間）が多くなることで、居室で過ごす時間が減少し、それがテレビ音楽視聴時間に影響していると思われる。



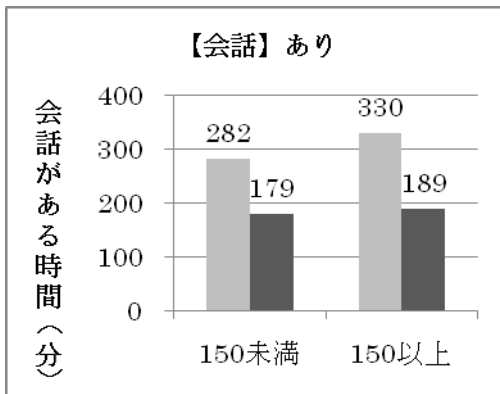
何もしていない状態や睡眠の時間を含めると、「自立歩行可」の入居者等でも、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど、その時間は減少する。「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等では、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど、居室滞在時間が減少していることもわかっているが、職員の減少で、何もしていない状態が若干増えることがわかる。



移動している時間は、「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等では、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど減少する。

人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど、利用者が落ち着いて過ごせているといえる。

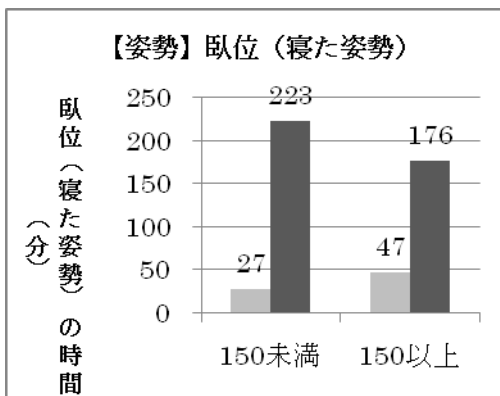
### ③ 入所者等の会話と人員配置の関係



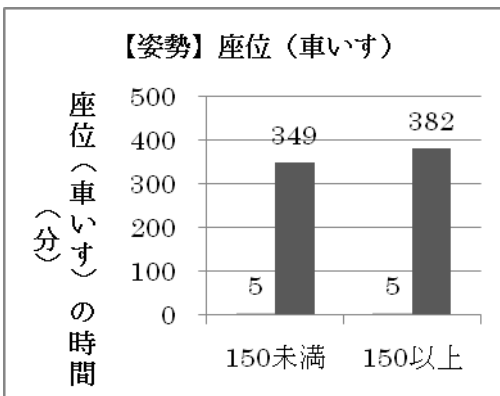
会話がある時間は、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど増加する傾向がある。特に、「自立歩行可」の入居者等に大きな影響が見られる。

※職員、他入居者等、その他の人、との会話である。

### ④ 入所者等の姿勢と人員配置の関係

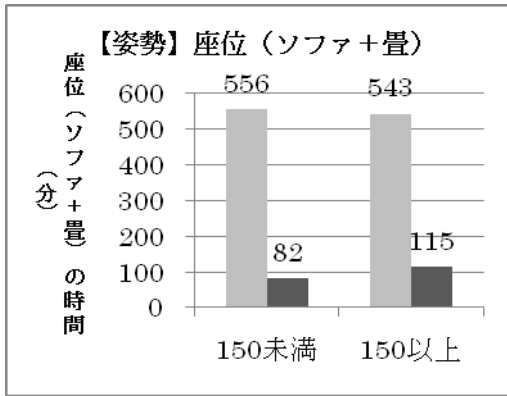


臥位（寝た姿勢）の時間は、「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等では、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど減少する。人員配置が多くなることで、居室で過ごす時間が減少したことと関連すると思われる。



座位（車いす）の時間は、「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等では、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど増加する。

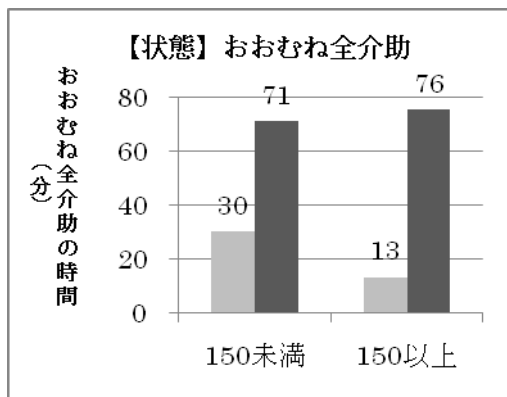
人員配置（ケア提供時間）が多くなることで、臥位から座位（車いす）で過ごす時間が増えたことがわかる。



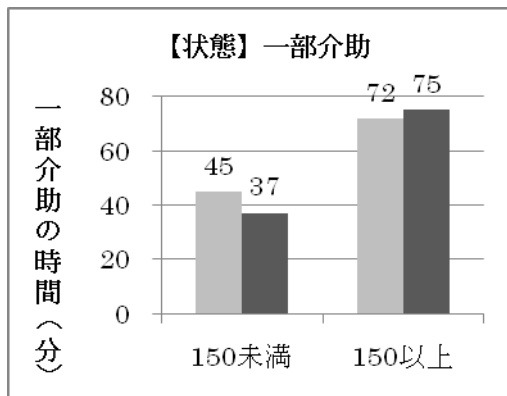
座位（ソファ+畳）の時間は、「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等では、人員配置が多くなるほど増加する。

座位（車いす）同様、人員配置（ケア提供時間）が多くなることで、臥位から座位（ソファ+畳）で過ごす時間が増えたことがわかる。

## ⑤ 介助と人員配置の関係



おおむね全介助の時間は、「自立歩行可」の入居者等では、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど減少する。



一部介助の時間は、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど増加する結果が得られた。

職員が忙しいと、職員が介護する方が早いため、入居者等の行為を待つことが出来ず、ご本人に能力があっても介助してしまうことがあるが、こうした結果は、入居者等一人ひとりに対応する時間が確保されることで、時間短縮のための全介助が一部介助の対応で可能になると考えられる結果といえる。

### (3) 入居者等行動調査の考察

入居者等の行動観察調査を実施した結果を以下にまとめる。

#### 1. 入居者等の滞在場所

入居者等の滞在場所については、入居者等一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が増加すると、「自立歩行可」の入居者等のトイレ滞在時間、「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等の食堂リビング滞在が増加し、逆に入居者全般の居室滞在時間、特に「移乗できないが移動可または移動全介助」の入居者居室滞在時間や廊下滞在時間が減少することが把握された。

#### 2. 入居者等の行為

入居者の行為については、入居者等一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が増えると、食事、排泄の時間、会話が増加し、逆に何もしていない状態（無為、TV視聴など）や移動時間が減少することが把握された。

#### 3. 入居者等の姿勢

「移乗できないが移動可、または移動全介助」の入居者等の臥位（寝た姿勢）の時間は、人員配置が多くなるほど減少し、座位（車いす）時間が増加することから、入居者等一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が多くなることで、臥位から座位（車いす）へ姿勢が変化することが把握された。

#### 4. 介助方法（全介助・一部介助）

介助の方法（全介助・一部介助）を調べた結果、全介助の時間は、「自立歩行可」の入居者等では、人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど減少し、逆に一部介助の時間は人員配置（ケア提供時間）が多くなるほど増加した。このことから、全介助を減らし、一部介助を増やすには、入居者等一人ひとりに対応する時間の確保、すなわち人員配置（ケア提供時間）確保の重要性が確認された。

#### 5. まとめ

職員の行動調査と同様、入居者等の行動観察調査の結果からも、7-19時の入居者等一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が入居者等の滞在場所、行為、姿勢、全介助・一部介助など介助のあり方に影響を与えている実態が把握された。

特に、入居者等一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が少ないと、比較的、ADLの高い「自立歩行可」の入居者等の全介助が増加し、逆に一部介助が減少する点や、入居者等一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が多くてはじめて、「自立不可」の入居者等において、臥位から座位（車いす）へ姿勢が変化する点などは、入居者等の自立を引き出すうえで人員配置（ケア提供時間）が大きな鍵を握る実態を示した。

### Ⅲ. まとめと提言

#### 1. まとめ

##### ○法的人員配置基準・根拠の違いの明確化

介護保険施設等の法的な人員配置基準やその根拠・実数などの比較検証を行い、以下の知見が明らかになった。

##### ① 介護保険施設等の人員配置（ケア提供時間）と基準

特養、老健、特定施設の場合は、入居者等の定員に対して3:1以上となるよう直接処遇職員（介護、看護職員）の配置が求められるのに対して、グループホームの場合は、認知症の入居者等の特性に配慮し、日中3:1以上、夜間1名以上とされ、概ね1.5対1以上となるような、より手厚い人員配置（ケア提供時間）が必要とされている。

また、特定施設では、基準を上回る人員を配置した良質な介護サービスを有料で提供することが可能とされるが、他の介護保険施設等ではこのような上乘せサービスを有料で提供することは想定されていない。

また、新型特養の人員基準（ケア提供時間）は特養と同じく3:1とされるが、実質的に2:1程度の人員配置（ケア提供時間）が可能となるように介護報酬上の配慮が加えられている。

##### ○介護保険施設等（6種類）の実態等の比較検討

本研究では、介護保険施設等における人員配置基準とその実態が、国民生活の一般的な姿（下表 あるべき姿・めざしたい姿）にどのような影響を及ぼしているか、事業者はどのように考えているか・どのようにしていきたいと願っているかという視点から比較検討した。

表 個別ケア（再掲）

個別ケア	あるべき姿・めざしたい姿
① 起床・消灯	起床時間・消灯時間は、画一的でない方がよい
② 着替え	昼と夜の着替えを行うほうがよい
③ 入浴	夕食後（夜間）の入浴ができるようにした方がよい
	入浴は入居者の希望する頻度（回数）入浴できる方がよい
	入居者の状態に合わせてマンツーマンでの入浴が望ましい
④ 排泄	排泄介助は、随時介助が必要だ
⑤ 外出	入居者が個別に自由に外出できることが重要だ
⑥ 施錠	日中は、なるべく玄関・入り口などの施錠をしない方がよい
⑦ 食事	できる入居者は、食事の調理・盛り付け・片付けなどを常時、主体的に実施できる状況が重要だ



#### ④ 個別ケアごとの職員の認識

表の個別ケアを前提に、特養、新型特養、老健、特定施設、グループホーム、小規模多機能の職員を対象としたアンケート調査を実施した結果、いずれの介護保険施設等においても、事業者は表のケアを「めざすべき姿」と認識していることが確認できた。

特にマンツーマン入浴の体制、朝夕の着替えの実施、随時排泄については、いずれの種別においても8割以上の事業者が「めざすべき姿」として高く認識していた。

#### ⑤ 施設種別の個別ケアに対する認識

上記表の個別ケアを「めざすべき姿」と捉える割合で介護保険施設等の差をみると、グループホーム、小規模多機能、新型特養において8割を超え、個別ケアが高く認識されているのに対して、特定施設、老健では7割弱とやや低く認識されていた。

医療と生活の双方に配慮した老健においては、看護職員の配置が厚く、看護に焦点をあてているため、こうした結果になったと考えられる。

#### ⑥ 個別ケアの実施状況

上記表の個別ケアの実施状況をみると、グループホーム、小規模多機能において、8割以上で実施されているのに対して、老健、特養は4割台に留まった。

③の結果も踏まえると、特養では、上記表の個別ケアを「めざすべき姿」と認識しているが個別ケアの実施がやや低調であった。

また、老健においては上記表の個別ケアを、「めざすべき姿」との認識がやや弱く、個別ケアの実施もやや低調という実態が明らかになったが、これは、老健の人員配置基準上看護職員の配置割合が多く、その分、介護職員が少ない実態が影響した結果と考えられる。

#### ⑦ 人員配置（ケア提供時間）とケアの質の関連に対する事業者の認識

人員が削減された場合のケア等に対する影響をアンケートで尋ねた結果、職員の側への影響（研修、有給、休憩など）を除くと、入浴方法（マンツーマン入浴）や入浴頻度、排泄介助の方法に影響が及ぶとの回答割合がやや高かった。このことから、人員削減の影響はケアの項目全般に及ぶが、なかでも入浴、排泄の質を左右すると事業者が認識していることが分かった。

#### ⑧ 介護保険施設等における事業ごとの人員配置の実態

各事業におけるユニット（フロアや棟などの介護単位を含む）ごとの7時—19時における入居者等一人あたりの介護・看護職員の配置を介護保険施設等ごとにまとめた結果、平均値は、小規模多機能 239 分/人、グループホーム、205 分/人、特定施設 160 分/人、新型特養 144 分/人、特養 138 分/人、老健 119 分/人の順となった。

最も人員配置（ケア提供時間）の厚い小規模多機能 239 分/人と老健 119 分/人では2倍以上の差が確認できた。グループホームと老健を比較してもおよそ2倍の人員配置の差を確認され、人員配置基準が介護保険施設等事業者に影響を及ぼす実態が把握された。

<表 施設種別ごとの7-19時における人員配置（ケア提供時間）の実態（再掲）>

7-19時の職員配置(分)	小規模多機能		GH		特定施設		特養(新型)		特養(従来)		老健	
~100	5	4.5%	0	0.0%	11	9.8%	94	13.8%	47	21.7%	55	27.9%
100~150	10	9.1%	16	8.6%	40	35.7%	336	49.4%	80	36.9%	84	42.6%
150~200	25	22.7%	98	52.4%	27	24.1%	178	26.2%	49	22.6%	26	13.2%
200~250	31	28.2%	42	22.5%	7	6.3%	43	6.3%	15	6.9%	7	3.6%
250~300	23	20.9%	23	12.3%	23	20.5%	23	3.4%	23	10.6%	23	11.7%
300~350	6	5.5%	1	0.5%	0	0.0%	4	0.6%	0	0.0%	2	1.0%
350~400	4	3.6%	2	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
400~	6	5.5%	5	2.7%	4	3.6%	2	0.3%	3	1.4%	0	0.0%
合計	110		187		112		680		217		197	
平均	238.5		205.3		159.6		144.3		138.4		119.3	

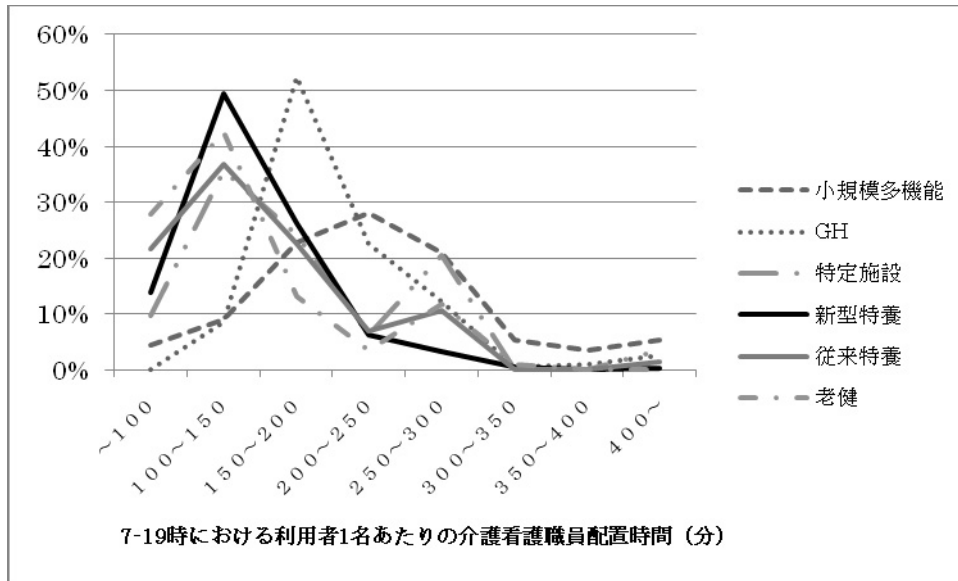


図 事業ごとの7-19時における利用者1名あたりの介護・看護人員配置（ケア提供時間）（分）（再掲）

### ⑨ 人員配置（ケア提供時間）とケアの質

表の個別ケアのなかでも、「起床・消灯の時間設定、朝夕の着替えの実施、随時排泄の実施、外出、入居者等の食事準備への参加状況、研修への参加状況」については、いずれの事業においても、入居者等一人当たりの7-19時の人員配置（ケア提供時間）が手厚くなるとおおむね実施率が高まり、逆に少なくなると実施されにくくなる実態が把握された。

また、これらの介助は7-19時の時間帯における人員配置（ケア提供時間）が入居者等1名あたり100分を切ると、実施状況が低下することも確認された。

### ○実際に勤務する職員数が入居者等の生活実態に及ぼす影響

7時から19時までの12時間に入居者等と職員がどこでどのような行動をしているのか、行動観察調査（マンツーマンによる行動観察調査およびリビング空間の定点による写真撮影）を実施し、実際に支援を行う職員の数と入居者等の生活実態について以下の点を明らかにした。

#### ⑩ 職員の行動観察調査にみる人員配置（ケア提供時間）とケアの質

6事業25事業所において、職員の介護内容を7-19時、75人分（延5400分）を調査した結果、入居者等一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が減少すると、職員一人当たりの介助量が増加し、基本的な介助量に手が取られること、また、居室滞在も増え、忙しくなる実態が確認された。その結果、会話に余裕がなくなり、入居者等・職員同士ともに業務中心の会話になること、また、「訴えに対応できない場面」も増加することが確認された

#### ⑪ 入居者等の行動観察調査にみる人員配置とケアの質

職員の行動観察調査と同様、入居者等の行動観察調査の結果からも、7-19時の人員配置が入居者等の滞在場所、行為、姿勢、全介助・一部介助など介助のあり方に影響を与えている実態が把握された。

特に、入居者等一人当たりの人員配置（ケア提供時間）が少ないと、比較的、ADLの高い「自立歩行可」の入居者等の全介助が増加し、逆に一部介助が減少する点や、人員配置が多くてはじめて、「自立不可」の入居者等において、臥位から座位（車いす）へ姿勢が変化する点などは、自立を引き出すうえで、人員配置（ケア提供時間）が大きな鍵を握ることを示した。

## 2. 提 言

介護保険はその目的に「尊厳を保持し…有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにする」と謳っているが、それは国民の生きる姿そのものであり、要介護状態になったからといってその姿をあきらめさせるものではなく、その姿を維持することができるように、又、取り戻せるようにという理念を掲げている。

本調査研究では、基本的な生活に重要な7項目に絞って、介護保険施設等における人員配置基準とその実態の影響を調べ、その結果、以下について提言する。

国民生活のなかで当たり前の「あるべき姿」を介護保険施設等において継続して支援していくためには、少なくとも現行のグループホームや小規模多機能と同様、7-19 時の時間帯（12 時間＝720 分）において、入居者一人当たり 150 分のケアを受けられるようにする必要がある。

本調査研究の結果、国民生活からみれば当たり前とも言える「めざすべき姿」を、いずれの介護保険施設等事業者も「大切だ」と認識していることが確認できた。

また、人員配置（ケア提供時間）が現状よりも増えた場合、その「めざすべき姿」が実現可能だと多くの事業者が共有していることも分かった。

くわえて、同じ要介護度でも、入居する介護保険施設等の違いにより、最大で2倍ちかい人員配置（ケア提供時間）の差が実際にあり、個別ケアの実施状況の違いを生じている実態が把握された。

事業ごとの入居者等の ADL の違い、また、老健においては、看護職を多く配置し、医療と生活の架け橋に焦点を当てているという特殊性はあるが、介護保険法において、特養、新型特養、老建、グループホーム、小規模多機能のいずれにおいても「尊厳を保持し…入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすること」を共通の理念として掲げており、介護保険事業種別によらず、同じ支援を受けられるようにすることが重要といえるだろう。

とりわけ、7-19 時の時間帯における人員配置（ケア提供時間）が入居者等1名あたり100分を切ると、個別ケアの実施状況が低下し、逆に7-19 時の時間帯における人員配置が入居者等1名あたり150分を超えると、おおむね個別ケアが実施される傾向が確認された。

グループホームや小規模多機能では、日中帯に3:1の人員配置（ケア提供時間）となるよう配置基準が定められているが、老健、特養、新型特養、特定施設の配置基準は、

<表 日中時間帯における人員配置基準からみた介護保険事業種別の差>

**老健、特養、新型特養※1、特定施設※2の人員配置基準**

夜間を含めた時間帯において利用者定員に対して3：1以上

↓7-19時の日中時間帯（720分）における人員配置

おおむね7-19時に入居者一人当たり100分前後のケアを受けられる

**グループホーム、小規模多機能の人員配置基準**

日中の時間帯において利用者定員に対して3：1以上 + 夜勤職員

↓7-19時の日中時間帯（720分）における人員配置

おおむね7-19時に入居者一人当たりおおむね150分以上のケアを受けられる

※1 新型特養は、実質2:1の人員配置が可能な介護報酬上の加算があり、7-19時の日中時間帯における人員配置は、おおむね150分前後と考えられる。

※2 特定施設では基準を上回る人員配置をした良質な介護サービスを有料で提供可能と定められている

夜間を含めた時間帯において3:1の配置と定められ、人員配置（ケア提供時間）に大きな差が生じている。

老健、特養、新型特養、特定施設の7-19時の時間帯の入居者等1名あたりの法定人員配置基準から積算すると100分前後となるが、グループホームや小規模多機能ではおおむね150分以上となる。また、介護報酬が加算されている新型特養では、実際的人员配置は2：1にちかく、7-19時の入居者等一人あたりの人員配置（ケア提供時間）は150分前後となる。

本研究により、現行のグループホーム、小規模多機能の人員配置基準があれば、国民生活では一般的な「めざすべき姿」の実現が可能なが裏付けられた。

介護保険法において、介護保険事業種別によらず「入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすること」を理念に掲げるのであれば、相对比较した場合において個別ケアの実施が進んでいる現行のグループホーム、小規模多機能の人員配置基準のあり方を踏まえた支援量を確保することが求められる。

また、老健においては、リハビリ、在宅復帰を目指す主旨に鑑みて、医療職員は必要に応じて配置したうえで、生活のベースとなる介護職員については、他の施設種別と同様の配置を担保すべきであると考えられる。

本研究で「めざすべき姿」として掲げた内容は、入居者等にとって「当たり前」と思える日常生活に他ならず、多くの事業者がめざしたいと願っていることである。今回の調査で、「当たり前の支援」さえままならない現実が明らかにされた。理念を実現するには1.5倍の人員配置基準の構築は不可欠である。それによって社会的な問題ともなっ

ている介護職の高い離職率も改善することができる。

介護保険法が到達点として掲げた理念に近づけるためには、法定人員配置基準の適正かつ合理的な見直しは重要な課題である。

## 【資料】

### I. 施設・サービス調査

- ・調査依頼状
- ・具体的な研究の進め方
- ・調査用紙 記入要領

#### 調査票

- ①施設・サービス調査 I (基礎調査／特養・従来型)  
施設・サービス調査 II (サービス内容調査)
- ②施設・サービス調査 I (基礎調査／特養・新型)  
施設・サービス調査 II (サービス内容調査)
- ③施設・サービス調査 I (基礎調査／老人保健施設)  
施設・サービス調査 II (サービス内容調査)
- ④施設・サービス調査 I (基礎調査／特定施設)  
施設・サービス調査 II (サービス内容調査)
- ⑤施設・サービス調査 I (基礎調査／特定施設)  
施設・サービス調査 II (サービス内容調査)
- ⑥調査用紙 記入要領 (小規模多機能)  
施設・サービス調査 I (基礎調査／小規模多機能)  
施設・サービス調査 II (サービス内容調査)

### II. 入居者・職員行動観察調査

- ・送付資料等一覧
- ・研究概要
- ・協力施設一覧
- ・同意書(入居者)
- ・同意書(介護職員)
- ・適正人員配置基準検討のための入居者行動観察調査について
- ・入居者フェイスシート(記入要領)
- ・入居者フェイスシート
- ・入居者行動観察調査用紙
- ・ // (マークシート)
- ・職員調査フェイスシート
- ・職員行動観察調査用紙
- ・ // (マークシート)





# 調査にご協力をお願いします

介護保険事業所を営んでいる事業者のみなさん、事業所で利用者の生活を支援するために尽力されている従業者のみなさん、こんにちは。

私たちは、22年度厚生労働省補助事業「介護保険施設等における人員配置基準に関する調査研究事業」に取り組ませていただいている者です。現場の皆さんにとって重要なことである「現在の人員配置基準は適切か」というテーマに切り込んでいく研究事業です。

介護保険事業者・従事者には、「尊厳の保持」「人権擁護」「その人らしく」「自立支援」「個人の尊重」など、人として当たり前のことが求められていますが、そのことそのものに批判的な方はいらっしゃらないでしょう。ところが「理想と現実のギャップ」という言葉に代表されるように、現在の介護保険法の人員配置基準は、必ずしもそのことを開花させる実態になっていないのではないかという声がいつも聞こえてきます。

そこで、まずはお手元に送らせていただいたアンケートで「利用者が置かれている実態と介護従事者の願い」の両面から現状を把握したいと考えています。このアンケートは、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護の24時間を通して利用者支援を行っている事業の調査で、無作為に抽出して、お願いしています。

こうした調査で大切なことは、その調査結果の信憑性(数・正確)であり、そのためにはできるだけ多くの事業者・事業所のご協力が不可欠です。本当にご面倒をおかけして申し訳ないのですが、より適正な人員配置が実現するために、どうかお力添えをいただきたいと思います。

できるだけご面倒をおかけしないように工夫を凝らしましたが、お時間の許す限り、利用者の置かれている実態が正確にわかるように、また介護従事者の願いが伝わるように、ご丁寧にお答えいただければ幸いです。

これまで、あるようでなかった「人員配置基準が適正かどうか」という調査ですが、利用者にとっても事業者・従事者にとっても、とても大切なテーマであり、実態を願いに近づけていくために共に尽力していきましょう。

なお、この研究では、アンケート結果などをもとに委員会として提案をまとめ、まとめたものを厚生労働省に報告書として提出いたします。お忙しい中ではありますが、本調査研究事業の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますよう重ねてお願い申し上げます。

## 介護保険施設等における人員配置基準に関する調査研究委員会

委員長: **三浦 研** (大阪市立大学大学院生活科学研究科准教授)

委員 : **岩石 隆光** (医療ジャーナリスト)、**金澤 敬一** (特定施設事業者連絡協議会代表理事)、**小宮 英美** (NHK国際放送局多言語展開部チーフ・プロデューサー)、**高見 国生** (認知症の人と家族の会代表理事)

**館石 宗隆** (札幌市東区保健福祉部長)、**平川 博之** (全国老人保健施設協会常務理事)、**宮崎 和加子** (健和会看護介護政策研究所所長)、**宮島 渡** (長野・高齢者総合福祉施設アザレアさなだ施設長)

**吉澤 善明** (全国老人福祉施設協議会)、**和田 行男** (東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会代表)

平成 22 年度老人保健健康増進等事業  
介護保険施設等における人員配置基準に関する調査研究事業

## 具体的な研究の進め方

1. **人員配置基準の法的基準・根拠を明確にする** ⇒資料6参照  
介護保険関連施設等の、人員配置基準の根拠・実数などの比較検証を行い、その法的基準との違いを明確にする。(文献検索と考察)
  2. **施設・サービス調査** ⇒資料4参照  
各介護保険関連施設等での現状についてアンケート調査を行う。  

調査 I	基礎調査 (入所者等の実態、人員配置の実態など)
調査 II	サービスの内容調査 (現状と人員が増えた場合)
- 
- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| <b>6 タイプの施設・サービス</b> | <b>合計 3,800 ヶ所</b> |
| ①特別養護老人ホーム(従来型)      | 633カ所              |
| ②特別養護老人ホーム(新型)       | 633カ所              |
| ③老人保健施設              | 633カ所              |
| ④特定施設(おもに有料老人ホーム)    | 633箇所              |
| ⑤認知症対応グループホーム        | 633カ所              |
| ⑥小規模多機能型居宅介護サービス     | 633カ所              |
- 
3. **入所者・利用者の生活への影響調査** ⇒資料5参照  
各生活単位(ユニット)ごとに、  
    - ・3名の入所者に(①要介護5・寝たきり、②自立歩行可能な認知症の人、③その他)、
    - ・日中の時間帯(おおむね7:00~19:00) 1日間? 2日間?
    - ・5分毎のタームスタディを行う。
  4. **職員の勤務内容の実態調査** ⇒検討中  
職員配置(勤務)の現状を勤務表で調査し、介護提供時間数を比較検討する。  
同日の実際の勤務状況を、タイムスタディで一人一人の職員の実際の業務を調査し比較検討する。
  5. **新たな「人員配置基準のあり方についての提言」を作成する**  
1~4の調査結果に基づき、全体の比較検討を行い、国民にわかりやすい統一した根拠に基づく人員配置基準のあり方を検討し、介護保険の真の目的をどのように達成するのかについて考察する。

調査用紙 I

5. 入居者の状況の記載上の注意

- ① 平均年齢は小数点以下第1位まで記載してください。
- ② 要介護度 平均要介護度は、要介護1から5までの入居者の平均値を求め、小数点以下第1位まで記載してください。
- ③ “①年齢” “③障害高齢者の日常生活自立度” “④認知症高齢者の日常生活自立度” “⑤移動能力別人数” の合計欄は、数字（利用者数）が同じになるよう記載してください。
- ③障害高齢者の日常生活自立度については、下記を参考にしてください。

障害高齢者の日常生活自立度判定基準

ランクJ (生活自立)	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
ランクA (準寝たきり)	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
ランクB (寝たきり)	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
ランクC (寝たきり)	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

- ④認知症高齢者の日常生活自立度については下記を参考にしてください。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいつくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
IIb	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaと同じ	具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせて利用する。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIと同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

6. **施設全体の職員数**は、職員数の欄に実際の職員の人数を、括弧内に兼務の方の人数を内数でご記入ください。また、備考欄に兼務している職種をご記入ください。

7. **生活単位（ケア提供単位、ユニット、フロア等）毎の入居者・利用者数と職員数（常勤換算）**の欄は、10月1日現在の入居者数、在籍している介護職員数、看護職員数と、10月1日実際に従事された職員の7時から19時までの合計勤務時間数（夜勤の入り、明けがその時間に含まれる場合は、その時間数も合計に含めてください）を、ユニットに分かれている場合はユニットごとに、ユニットに分かれていない場合は施設全体の時間数を、時間でご記入ください。

## 調査用紙Ⅱ

- 生活単位（ケア提供単位、ユニット、フロア等）が複数ある場合は、生活単位ごとにご回答ください（**回答用紙が不足の場合は、大変、お手数をお掛けいたしますが、コピーしてご記入ください**）。
- めざしたい姿**、**現状**、**人員配置が1.5倍になった場合**の欄については、もっとも近いと考えられるもの1つを選んで○印をつけてください。
- 介護・看護職員数数が現在よりも1割減った場合の影響**については、3つまで選んで○印をつけてください。

## 各 位

下記資料等をお送りします。  
ご査収下さい。

### 【送付資料等一覧】

1. 研究概要・・・1通
2. 協力施設一覧・・・1通
3. 同意書（入居者）・・・3名分
4. 同意書（介護職員）・・・9名分
5. 適正人員配置基準検討のための入居者行動観察調査について・・・3部
6. 入居者フェイスシート（記入要領）・・・1通
7. 入居者フェイスシート・・・1通
8. 入居者行動観察調査用紙・・・24枚セット×3部
9.     "     （マークシート）・・・73枚セット×3部
10. 職員調査フェイスシート・・・1通
11. 職員行動観察調査用紙・・・72枚セット×3部
12.     "     （マークシート）・・・72枚セット×3部
13. SDカード・・・3枚
14. SDカード返送用封筒・・・1通
15. 画板・・・6枚
16. 12月23日開催の「説明会」DVD
17. 返信資料等チェックリスト
18. 返送用・ヤマト運輸宅急便袋（受取人払い）、送付状

適正人員配置基準検討のための入居者行動観察調査  
同意書

研究代表者 三浦 研 殿

私は、下記の課題名の研究内容、研究方法等について、担当者\_\_\_\_\_から説明を受けました。

課題名： 適正人員配置基準検討のための入居者行動観察調査

私は、

- ・ 研究の実施、研究成果の発表に際して、私の人権が尊重され、私の個人情報に関して機密が守られる。
- ・ 私の個人情報は、説明を受けた研究目的以外に用いられない。
- ・ 私の安全性に関して、十分な配慮及び対策と適切な処置が取られる。
- ・ 私が説明を受けた研究計画に基づいて実施される。万一、何らかの変更があった場合には、如何なる場合でも私への説明が行なわれ、私の合意を得る。
- ・ 私が説明を受けた測定項目以外の測定は、行なわれない。
- ・ 私に疑問や質問が生じた場合には、適切な説明がなされる。
- ・ 私に不都合が生じた場合あるいは研究に疑義が生じた場合、私の意志で研究の中断及び研究への参加を中止できる。
- ・ 私は私個人に関する情報、データなどについて知る権利がある。

という条件の下に、本研究の対象者として参加することに同意します。

平成 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ (自署)  
\_\_\_\_\_ (代筆)

適正人員配置基準検討のための介護職員行動観察調査  
同意書

研究代表者 三浦 研 殿

私は、下記の課題名の研究内容、研究方法等について、担当者\_\_\_\_\_から説明を受けました。

課題名： 適正人員配置基準検討のための介護職員行動観察調査

私は、

- ・ 研究の実施、研究成果の発表に際して、私の人権が尊重され、私の個人情報に関して機密が守られる。
- ・ 私の個人情報は、説明を受けた研究目的以外に用いられない。
- ・ 私の安全性に関して、十分な配慮及び対策と適切な処置が取られる。
- ・ 私が説明を受けた研究計画に基づいて実施される。万一、何らかの変更があった場合には、如何なる場合でも私への説明が行なわれ、私の合意を得る。
- ・ 私が説明を受けた測定項目以外の測定は、行なわれない。
- ・ 私に疑問や質問が生じた場合には、適切な説明がなされる。
- ・ 私に不都合が生じた場合あるいは研究に疑義が生じた場合、私の意志で研究の中断及び研究への参加を中止できる。
- ・ 私は私個人に関する情報、データなどについて知る権利がある。

という条件の下に、本研究の対象者として参加することに同意します。

平成 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ (自署)  
\_\_\_\_\_ (代筆)

## 適正人員配置基準検討のための入居者行動観察調査について

### <目 的>

本調査では、施設職員の皆様のご協力により行動観察調査を実施し、介護の実態を比較することで、職員配置により、入居者の受ける介護サービスの内容の実態を明らかにし、望ましい人員配置基準を提言する基礎資料として活用するものです。概要は以下のとおりです。

### <協 力 謝 礼 金 に つ い て>

○調査参加施設には、1施設につき5万円の調査協力謝礼金をお支払いいたします。

○調査員に協力くださる職員の方へ、一人に約 14,000 円（/日）の謝礼金をお支払いいたします（のべ6名の職員×14,000円）

### <調 査 概 要 に つ い て>

○大きく2種類の調査をお願いします。

#### **調査1** 入居者調査

各施設 3名の入居者をピックアップし、12時間（朝7時～夜19時まで）5分間隔で職員（のべ3名）がマンツーマンで観察した行動を調査シート（事務局から配付）に記録します（職員は、貴施設に勤務する方から選定）。

#### **調査2** 介護職員調査

各施設 3名の介護職員をピックアップし、12時間（朝7時～夜19時まで）10分間隔で別の職員（のべ3名：貴施設の職員から選定）がマンツーマンで行動を調査シート（事務局から配付）に記録します。

### ○実施予定期間

調査は、1月の第2週～2月第2週の期間（1/10～2/11）で、行事や通院等のない、一般的な職員配置の平日に実施してください。具体的な実施日は、各施設のご都合で決めてください。複数の日に分けて実施していただいても大丈夫です。



## 調査1（入居者調査）の概要について

### ○調査対象者

各施設入居者3名：入居者のADL、介護度、認知症度等に差が生じないよう以下のような入居者を選定してください

- ・自立歩行可能な認知症の女性の方：1名
- ・移動が全介助の女性の方：1名
- ・移乗は出来ないものの、移動は可能な女性の方：1名

なお、該当する入居者がいない場合は、他を2名にして調査してください。

例：「移動が全介助の女性の方」がいない場合→「自立歩行可能な認知症の女性の方」を2名調査する

※ご不明な点、事務局（03-5651-8120）までご連絡ください

### ○調査対象者からの同意

事前に調査予定の入居者（またはご家族）に調査主旨をご説明のうえ、同意書（別添）にサインを  
いただいております。

### ○調査日

行動観察調査は、1月の第2週から2月の第2週の期間（1/10～2/11）で、行事や通院等のない、  
一般的な職員配置の平日に実施してください。

※1日に全ての調査を実施する必要はございません。例えば1日に1名ずつ3日に分けて調査を実施  
していただいても問題ございません。

### ○調査時間

各入居者1日（12時間：7:00-19:00）

### ○調査員

入居者1名につき調査員（職員）1名配置し、記録します。

### 《注 意》

※調査員の昼食時間を考慮し、調査員の交代要員を各施設でご用意ください。

※勤務中の調査はご遠慮ください。

※調査中は、調査員の影響を少なくするため黒子に徹し、入居者に声かけ等を行わないでください。

※調査中は、万一、入居者から調査員（職員）に介助要請があっても、他の職員に対応してもらい、  
可能な限り、調査に専念してください。

## ○調査方法

① 5分ごとの行動観察記録を“調査シート”に記録します。

※記録する際の注意点については下記の<行動観察実施時の留意点>をご確認ください。

② 5分ごとリビング全体の様子をデジタルカメラで撮影してください

## ○使用するもの

調査フェースシート・・・・・・・・・・・・・・・・・・〔調査事務局より1枚送付〕

調査シート（調査対象者1名につき1セット：合計3セット）・・・・〔調査事務局より送付〕

A4サイズ画板（調査シートの記入に使用）・・・・・・・・・・・・・・・・〔調査事務局より3枚送付〕

データ等返却用封筒・・・・・・・・・・・・・・・・・・〔調査事務局より送付〕

デジタルカメラ（デジタルカメラを1台ご用意ください）

SDカード・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・〔調査事務局より3個送付〕

腕時計（デジタル表示または分針があるものを各自でご用意ください）

## < 調査準備・調査時について >

### ○予行演習の実施

行動観察調査にご参加いただく職員は、調査実施日までにプレ調査（予行演習）を実施（30分程度でよい）し、調査シートの記入に慣れてください。

### ○行動観察の距離

入居者に近づきすぎると、入居者が調査を意識しすぎて、日常の生活を記録できません。一定の距離を保ちつつ、行動を観察できる距離で調査を実施してください。

### ○調査員のトイレ休憩

調査員のトイレ等で行動観察を継続できない場合は、その間、交代要員に代わってもらってください（短時間であれば、調査員の不在時間の行為について、トイレ等から戻った際に介護職員に確認することも一案です）。

### ○短時間で食べられる昼食の準備

調査日、交代要員がない場合は、昼食等の時間が限られます。短時間で食べられるパンやおにぎり等を調査当日はご用意ください。また、飴等のおやつがあれば調査中に助かります。

### ○行動観察は5分間隔で約20秒実施

5分間隔で、行動観察を実施しますが、5分間に起きた出来事の全てを調査シート（マークシート）に記載しないでください。

調査シート（マークシート）に記載する内容は、5分ごとの入居者の行為です。5分ごとにおおむね20秒程度の入居者の様子を観察し、その内容の主要な行為一つについて、記載してください

なお、正確に分針を読み取れる腕時計等を調査時にご用意ください。

## ○筆記具について

調査シート（マークシート）には、鉛筆ではっきりと記入してください。間違えた箇所は、消しゴムで消して、修正してください。

## ○プライバシーへの配慮

トイレ、浴室等、プライバシー保護が求められる場合は直接のぞかず、介護職員に確認するなどして、判断できる範囲の情報を選択（マーク）してください。

観察できなかった場合は、「不明」を選択（マーク）してください。

## ○居室内の行動観察

居室内の行為もなるべく可能な範囲で行動観察を実施していただきたいと考えております。事前に調査予定の入居者にご説明のうえ、了解を得ておいてください。

なお、プライバシー保護が求められる場合は直接のぞかず、介護職員に確認するなどして、判断できる範囲の情報を選択（マーク）してください。

## ○調査の中止

調査時間中に入居者が拒否し、行動観察を継続できない場合は、調査を中止していただいて結構ですが、その場合、調査事務局に連絡し、対応を相談させてください。

## <調査シート（マークシート）記入時の留意点>

### ○【会話】の補足説明

独り言は会話に分類しないでください

会話の相手を選択（マーク）してください。なお、スタッフ、家族、他の入居者と一緒に会話する場合、該当する全てを選択（マーク）してください。

### ○【行為】の補足説明

なし：入居者が何もしていない状態

睡眠：寝ている、うたた寝、目を閉じて動かない状態

意味不明行為：テーブルをたたく、独り言を言う、奇声を発するなど、意図が分からない行為

徘徊：いわゆる「徘徊」については、移動を選択（マーク）してください。

※分類の難しい行為、姿勢等の内容について

分類に悩む行為については、「その他」を選択（マーク）し、調査シート（マークシート）の余白にその場の状況等についてメモ書きしてください。

※介助時の行為内容について

介助時の【行為】欄には、介助を受けて実現している行為を選択（マーク）してください（例：オムツ交換を受ける場合、「排泄」をマーク）。

## ○【場所】の補足説明

入居者の居場所を選択（マーク）してください。

屋外（敷地）：施設敷地内の屋外、例）ベランダ、施設の庭、駐車場など、

屋外（外）：施設外の屋外、例）一般道路、商店街、町

その他：該当しない場所は、その他を選択（マーク）して、余白にメモ書きしてください

## ○【姿勢】の補足説明

臥位（寝た姿勢）：ベッド、ソファ、リクライニングなどで横になって寝ている姿勢

※ソファ上でやや寝た姿勢の場合は、臥位（寝た姿勢）としてください。

※リクライニングに寝ている場合は、車いすに含めず、臥位（寝た姿勢）としてください。

座位（ソファ椅子トイレ）：ソファ、椅子、トイレの便器などで、座っている姿勢

座位（車いす）：車いすに座っている状態

座位（畳床）：畳や床など、床座で座っている場合

立位：立っている姿勢

歩行：歩いている姿勢（手引き歩行、杖歩行も含む）

車いす移動：車いすで移動している場合（介助移動も含む）

## ○【能力】の補足説明

介助を受けている場合のみ、記入してください。

一部介助には、見守り等は含めないでください。

## < 調査実施後の手順 >

### ○調査シートからマークシートへの転記

調査シートの方が書き込みやすいため、行動観察調査時には調査シートを使用しますが、調査終了後、集計をスムーズに行うため、調査シートの内容をマークシートに転記していただきます。

なお、転記にかかる時間として2時間分を謝金に上乘せいたします(よって、入居者1名の調査につき、調査時間12時間+転記時間2時間=合計14時間で14,000円となります)。

### ○フェースシートの記入

調査対象とした入居者の方の属性（ユニット名、年齢、性別、自施設での入所年数、要介護度、認知症）等をご記入ください。

### ○シートの提出

フェースシート、調査シート、マークシートの両方とも、調査実施後、事務局に提出して下さい。

### ○SDカードの提出

SDカードについては、封筒に入れ、封筒に施設名、調査対象者のお名前をご記入ください。

## ○パンフレットの提出

調査後、施設概要の記載されたパンフレットを返却用封筒に入れて提出してください（コピー可）。

### <お問い合わせ>

---

- 調査全般に関するお問い合わせは、下記までご連絡ください。

社団法人財形福祉協会

電 話：03-5651-8120

ファックス：03-5651-8121

- マークシートの記入について、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

大阪市立大学 生活科学部 三浦 研

電 話：06-6605-2871

ファックス： 同 上

メー ル：[miura@life.osaka-cu.ac.jp](mailto:miura@life.osaka-cu.ac.jp)

---

## 調査2（職員調査）の概要について

### ○調査対象者

介護職員3名：見習いの方、研修中の職員は除いてください。

日中勤務する介護職員（7:00～19:00の時間に勤務する）を選定してください。

看護職員は選定しないでください。

### ○調査対象者からの同意

事前に調査予定の職員に調査主旨をご説明のうえ、同意書（別添）にサインをいただいております。

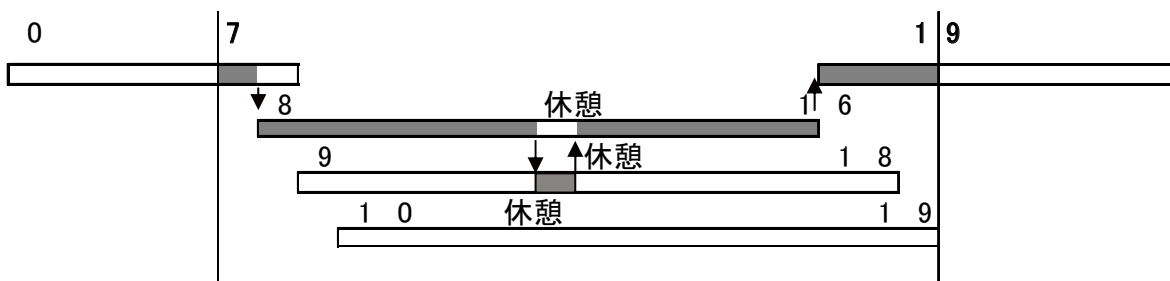
### ○調査日

行動観察調査は、1月の第2週から2月の第2週の期間（1/10～2/11）で、行事や通院等のない、一般的な職員配置の平日に実施してください。

### ○調査時間

7:00-19:00に調査を実施してください（休憩時間は別の職員を調査してください）

<参考>



■調査対象 □調査対象外

※7時～19時まで通算して1名分の介護職員を追跡調査してください。

### ○調査員

施設職員を介護1名につき調査員1名配置し、記録します。

### 《ご注意》

※勤務中の調査はご遠慮ください。

※調査中は、調査員の影響を少なくするため黒子に徹し、調査対象の介護職員に声かけ等を行わないでください。

※調査中は、万一、入居者から調査員（職員）に介助要請があっても、他の職員に対応してもらい、可能な限り、調査に専念してください。

○調査方法：①10 分間の業務内容を“調査シート”に記録します。

※記録する際の注意点については次頁の＜介護職員調査の留意点＞をご確認ください。

### ○使用するもの

調査フェースシート・・・・・・・・・・・・・・・・〔調査事務局より 1 枚送付〕

調査シート（調査対象者 1 名につき 1 セット：合計 3 セット）・・・・・・・・〔調査事務局より送付〕

画板（調査シートの記入に使用）・・・・・・・・・・・・・・・・〔調査事務局より 3 枚送付〕

データ等返却用封筒・・・・・・・・・・・・・・・・〔調査事務局より送付〕

腕時計（デジタル表示または分針があるものを各自でご用意ください）

### ＜ 調 査 準 備 ・ 調 査 時 に つ い て ＞

#### ○予行演習の実施

行動観察調査にご参加いただく職員は、調査実施日までにプレ調査（予行演習）を実施（30 分程度でよい）し、調査シートの記入に慣れてください。

#### ○調査員のトイレ休憩

調査員のトイレ等で行動観察を継続できない場合は、その間、交代要員に代わってもらってください（短時間であれば、調査員の不在時間の行為について、トイレ等から戻った際に介護職員に確認することも一案です）。

#### ○短時間で食べられる昼食の準備

調査日、交代要員がない場合は、昼食等の時間が限られます。短時間で食べられるパンやおにぎり等を調査当日はご用意ください。また、飴等のおやつがあれば調査中に助かります。

#### ○行動観察は 10 分間隔

10 分間に起きた業務の全てを調査シート（マークシート）に記載してください。

なお、正確に分針を読み取れる腕時計等を調査時にご用意ください。

#### ○筆記具について

調査シート（マークシート）には、鉛筆ではっきりと記入してください。間違えた箇所は、消しゴムで消して、修正してください。

#### ○プライバシーへの配慮

トイレ、浴室等、プライバシー保護が求められる場合は直接のぞかず、介護職員に確認するなどして、判断できる範囲の情報を選択（マーク）してください。

観察できなかった場合は、「不明」を選択（マーク）してください。

## <調査シート（マークシート）記入時の留意点>

### ○介助内容の補足説明

“身体介助”、“生活”、“その他管理”、“会話”に項目が分かれています。

“身体介助”、“生活”では、直接、間接に項目が分かれています。

直接は利用者に対する直接の介助内容を含み、間接は、準備や片付けに該当します。

### ○職員の休憩時間中

調査対象の職員が休憩している時間は、勤務開始時間を確認したうえで、調査員の方も休憩してください。ただし、調査対象職員の休憩時間中も調査シート（マークシート含む）に“休止・休憩”を記入してください。

### ○【会話】の補足説明

独り言は会話に分類しないでください

会話は、“介助・業務に関する会話”と“一般会話”に分類してください。

※ただし、会議やカンファレンスなど（形式的な報告や病院等への電話連絡）に○印を付ける場合は、“介助・業務に関する会話”をしていますが、“介助・業務に関する会話”には○印を付けしないで下さい。

### ○分類表にない業務について

“分類表にない業務”については、“分類にない業務”を選択し、具体的に業務内容を記載してください。

### ○“利用者の訴えに対応できない状況”について

スタッフが繁忙等で、利用者の訴えに対応できない場合、あるいは気づかない場合に○印を記入してください。

### ○【場所】の補足説明

入居者の居場所を選択（マーク）してください。

屋外（敷地）：施設敷地内の屋外、例）ベランダ、施設の庭、駐車場など、

屋外（外）：施設外の屋外、例）一般道路、商店街、町



## < 調 査 実 施 後 の 手 順 >

### ○調査シートからマークシートへの転記

調査シートの方が書き込みやすいため、調査時には調査シートを使用しますが、調査終了後、集計をスムーズに行うため、調査シートの内容をマークシートに転記していただきます。

なお、転記にかかる時間として2時間分/1名を謝金に上乗せいたします。

### ○フェースシートの記入

調査対象とした職員の方の属性（ユニット名、年齢、性別、自施設での勤続年数、資格）等をご記入ください。

### ○シートの提出

フェースシート、調査シート、マークシートを、調査実施後、事務局に提出していただきます。

## < お問い合わせ >

---

- 調査全般に関するお問い合わせは、下記までご連絡ください。

社団法人財形福祉協会

電 話：03-5651-8120

ファックス：03-5651-8121

- マークシートの記入について、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

大阪市立大学 生活科学部 三浦 研

電 話：06-6605-2871

ファックス： 同 上

メー ル：[miura@life.osaka-cu.ac.jp](mailto:miura@life.osaka-cu.ac.jp)

---

## 入居者フェースシート<記入要領>

障害高齢者の日常生活自立度については、下記を参考にしてください。

### 障害高齢者の日常生活自立度判定基準

ランクJ (生活自立)	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
ランクA (準寝たきり)	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
ランクB (寝たきり)	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
ランクC (寝たきり)	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

認知症高齢者の日常生活自立度については下記を参考にしてください。

### 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいがづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
IIb	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaと同じ	具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせて利用する。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIと同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

H22 年度 厚生労働省補助事業

「介護保険施設等における職員人員基準に関する調査研究事業」入居者調査フェースシート

○施設名 \_\_\_\_\_ ○連絡担当者の氏名 \_\_\_\_\_

○電話番号： \_\_\_\_\_ ファックス番号： \_\_\_\_\_

**入居者 1** 調査実施日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 調査を担当した職員氏名 \_\_\_\_\_

●お名前 \_\_\_\_\_、年齢 \_\_\_\_\_ 歳、性別 \_\_\_\_\_、要介護度 \_\_\_\_\_、入所年数 \_\_\_\_\_ 年

- ・ ( ) 自立歩行可能な認知症
- ・ ( ) 移動が全介助
- ・ ( ) 移乗は出来ないものの移動は可能

障害高齢者の日常生活自立度 ( J1、J2、 A1、A2、 B1、B2、 C1、C2 )

認知症高齢者の日常生活自立度 ( I、II、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M )

**入居者 2** 調査実施日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 調査を担当した職員氏名 \_\_\_\_\_

●お名前 \_\_\_\_\_、年齢 \_\_\_\_\_ 歳、性別 \_\_\_\_\_、要介護度 \_\_\_\_\_、入所年数 \_\_\_\_\_ 年

- ・ ( ) 自立歩行可能な認知症
- ・ ( ) 移動が全介助
- ・ ( ) 移乗は出来ないものの移動は可能

障害高齢者の日常生活自立度 ( J1、J2、 A1、A2、 B1、B2、 C1、C2 )

認知症高齢者の日常生活自立度 ( I、II、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M )

**入居者 3** 調査実施日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 調査を担当した職員氏名 \_\_\_\_\_

●お名前 \_\_\_\_\_、年齢 \_\_\_\_\_ 歳、性別 \_\_\_\_\_、要介護度 \_\_\_\_\_、入所年数 \_\_\_\_\_ 年

- ・ ( ) 自立歩行可能な認知症
- ・ ( ) 移動が全介助
- ・ ( ) 移乗は出来ないものの移動は可能

障害高齢者の日常生活自立度 ( J1、J2、 A1、A2、 B1、B2、 C1、C2 )

認知症高齢者の日常生活自立度 ( I、II、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M )

(社) 財形福祉協会 行き

下記調査用紙等を送ります。

(既にお送りしてある、ヤマト運輸宅急便袋で返送して下さい)

**【返信資料等チェックリスト】**

- 1. 調査対象職員の1月の勤務表のコピー
- 2. 同意書（入居者）・・・3名分
- 3. 同意書（介護職員）・・・9名分以内
- 4. 入居者フェースシート・・・1通
- 5. 入居者行動観察調査用紙・・・24枚セット×3部
- 6.     "     (マークシート)・・・73枚セット×3部
- 7. 職員調査フェースシート・・・1通
- 8. 職員行動観察調査用紙・・・72枚セット×3部
- 9.     "     (マークシート)・・・72枚セット×3部
- 10. SDカード・・・3枚（SDカード返送用封筒に入れて下さい）
- 11. 施設概要（コピーで可）

## 謝 辞

本アンケートの実施において、年末の大変、お忙しい時期にご回答をいただきましたこと、調査研究委員会ワーキング一同、協力くださった介護保険施設等の皆様に厚く御礼申し上げます。

また、アンケートのみならず、職員・入居者行動観察調査にもご協力いただいた介護保険施設等の職員の皆様（ニューライフ湯河原、葵の園・市川、いずみの里、ラポール・レイゾン、はびね別府流川、ベルパージュ千里けやき通り、木香の郷、越谷なごみ苑、トトロの森、サポートハウスごくらく、グループホーム東伊興、すこやか福祉会、ふれあいの里 たちばな、ゆうもあ、ひなたんぼ、ユーアイ・ほっと倶楽部 池田、ちかみシーサイド、緑風の郷、寒川ホーム、博愛の園、幸風苑、じょうもんの郷、ベルポートまるこ東、えみの里、天空の杜、あんのん館・福釜（順不同））におかれましては、調査説明会への参加、1日12時間にわたる長時間の行動観察調査の実施（延72時間）にご協力いただき、調査研究委員会ワーキングのメンバー一同、深く感謝いたします。

集計作業が短時間となり、必ずしも十分とはいえませんが、3月末の時点で可能な限りまとめた結果が本報告書です。本報告書においては、職員の人員配置基準が実際のケアに大きく影響している実態を多角的に明らかに出来たと考えております。

なお、本来なら最終段階で委員会を開催する予定でしたが、3月11日の東北関東大地震ため、委員会が開催できず、委員の先生方から十分に意見を頂戴できていない部分があることを申し添えます。

本報告書が今後の適正な法定人員配置基準の見直しのきっかけとなるようご活用いただきたいと思います。

2011年3月末日  
調査研究委員会作業部会一同

(平成 22 年度) 調査研究報告書

「介護保険施設等における人員配置基準に関する調査研究事業」

---

平成 23 年 3 月

社団法人 財形福祉協会

〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町 8-14

TEL 03-5651-8120

FAX 03-5651-8121



