

# 訪問介護員における要介護高齢者に対する

## 観察の実態に関する研究

香 取 幹

キーワード：訪問介護、生活援助、観察、機能、標準化

### 1. 研究の背景と目的

わが国の財政における最重要課題はPB(プライマリーバランス)の黒字化といえる。このため財務省では、「経済・財政再生計画」を実現する活動が取り組まれており、財務の健全化は、歳出全体を安易に増加させないこと、また経済成長に伴う税収増だけに期待することなく、▲9.4兆円の国・地方のPB赤字を確実に解消するため、歳出改革を中心に収支改善を図る取り組みが進められているところである。また、このような歳出改革を実効性のあるものとするためには、毎年度の予算編成において適切な歳出規律を設けるとともに、歳出改革の方針と具体的方策を示すことが欠かせないといわれている<sup>1</sup>。

この改革に際し、財務省財政制度等審議会において、「財政健全化計画等に関する建議」が財務大臣宛てに示され、この中で次期介護保険制度改革における軽度者に対する介護保険給付の見直しの内容として、『軽度者に対する掃除・調理などの生活援助サービスや、福祉用具貸与等は、日常生活で通常負担するサービス・物品であり、また、原則1割負担の下で単価が高止まりしている可能性がある。公的保険給付の重点化、競争を通じたサービスの効率化と質の向上を促す観点から、原則自己負担(一部補助)の仕組みに切り替えるべきである』と示された。

また、「平成29年度予算の編成等に関する建議」では、「軽度者に対する生活援助サ

---

<sup>1</sup> 財務省財政制度等審議会(2016a)を参照。

サービスの在り方<sup>2</sup>として、『訪問介護サービスを利用している要介護1・2の軽度者においては、掃除、洗濯、買い物、調理等の生活援助サービスのみを利用している場合が多くなっている。生活援助は、利用者の自立支援や重度化予防につながることを前提として、介護保険給付の対象とされているが、「本当に重度化予防につながっているのか」との指摘がある。また、全額自己負担の民間家事代行サービスを利用する場合と比較して著しく割安な負担でサービスを利用可能となっている。軽度者に対する生活援助については、介護保険の適用事業者に限らず多様な主体が利用者のニーズに柔軟に対応してサービスを提供していくことも可能と考えられることから、地域支援事業に移行すべきである。』とされた。

また、その前提として、『民間家事代行サービスの利用者との公平性や中重度者への給付の重点化の観点から、保険給付の割合を大幅に引き下げるとともに、生活援助により、どのように重度化の防止や自立支援につながるのかをケアプランに明記するよう義務付け、制度趣旨に沿った適正利用を徹底すべきである。』との提案がなされた。

こういった財務省からの提案に対応しうる内容として、厚生労働省は、平成28(2016)年3月に、厚生労働省老人保健事業として、三菱総合研究所より「訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書」<sup>3</sup>を示し、訪問介護における生活援助の専門性の明確化と確立に努めていると応じ、保険給付に相応しい内容であることを提示してきた。その内容は、以下の①、②を示してきた。

#### ① 訪問介護、特に生活援助の専門性について

生活援助は、いわゆる「家事行為」（調理や買い物そのもの）を単純に行うものではなく、その提供にあたって「居室内の様子などから利用者の状態を把握する」「利用者の状態にあわせて利用者とのかかわり方を柔軟に見直す」「把握された状態像を関係者に情報提供する」などの機能を果たし、その機能に専門性が必要とされる。

#### ② 専門性の明確化と制度上の位置付けの必要性

これまでの老計10号<sup>4</sup>に基づく生活援助は、中心概念が「掃除」「洗濯」等の提供となっており、健康チェック・安否確認・相談援助は生活援助の準備等に位置付けられている。しかし、生活援助に求められる専門性は生活援助行為を通じた観察と関わりにあることから、「健康チェック・安否確認・相談援助」を中心的なサービス行為として位置付けるとともに、生活援助行為を通じた観察・関わりをサービス内容として明示す

<sup>2</sup> 財務省財政制度等審議会(2016b)を参照。

<sup>3</sup> 株式会社三菱総合研究所(2016)を参照。

<sup>4</sup> 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分について(平成12年3月17日老計第10号)訪問介護のごとの区分、サービス行為の一連の流れが例示されている。

ることが必要である。

また、訪問介護事業所の運営と今後の事業展開に関しては、訪問介護サービスの報酬上の位置付けとサービス提供体制として、『専門職ならではの生活援助のみを介護保険制度で行う訪問介護に残し、他は家事代行サービス等、制度外のサービスに移行する方向性を検討し、身体介護、生活援助を統合して専門職が行う訪問介護サービスの体系を改めて見直すことも重要であると考えらえる。その際には、10分、20分、30分といった短時間の単位設定により柔軟なサービス提供を可能にするための検討も必要となる。』としている。

本研究においては、こういった状況を背景とし、介護保険給付における訪問介護の生活支援中心型サービスにおいては、民間家事代行サービスとは異なり、訪問介護員の観察に基づく情報収集の有用性に着目し、以下の①から③に示す観察の実態について明らかにすることを目的とした。

- ① 訪問介護員は、身体介護サービス、生活援助サービスの違いなく、介護行為の遂行時に観察を行っているか。
- ② 収集された観察情報、とくに疾患に係る内容についての、観察の範囲を明らかにすること。
- ③ 収集された疾患に係る情報の範囲（情報量）と当該利用者の状態像、要介護度、疾患等との関係を明らかにすること。

## 2. 研究の方法

### 2-1. 調査対象者がサービスを受けている事業体

調査対象者が訪問介護を利用する株式会社Yは、平成5年に設立し、平成29年6月期売上高では147億円となっている。全国に約160箇所の事業拠点がある。株式会社Yでは、訪問介護だけでなく、居宅介護支援、通所介護、訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護、サービス付き高齢者住宅福祉用具貸与事業などを運営している。

従業員数は、常勤社員1,700名、非常勤社員4,300名となっている。特に訪問介護拠点は91か所あり、15,000人の利用者にサービスを提供している。

### 2-2. 調査対象データの収集方法に関して

株式会社Yの訪問介護事業の全拠点では電子介護カルテを活用している。すべての訪問介護員は、ウェブシステムからインターネット経由でサービス提供の記録<sup>5</sup>を携帯

---

<sup>5</sup> 訪問介護記録書の記録帳票の様式 巻末参照。

端末への入力によって行っている。

すべてのサービス提供の都度に、直接または、ウェブシステムを通じて、サービス提供責任者から事前に留意点の指示があり、訪問介護員はその指示に従ってサービスを提供している。訪問介護員は、サービス提供ごとに事前に指示されたサービスを提供したのち、サービスごとの留意点を、ウェブシステムの電子記録媒体にかならず入力を行っている<sup>6</sup>。

訪問介護員は、1回1回のサービス提供ごとに、複数の定められた介護行為を行うと同時に、計画された介護行為を実施し、その実施記録をウェブシステムの電子記録媒体に入力することとなっているが、定められた介護行為とともに訪問介護員の自らの観察と判断によりおこなった、利用者の状態像の観察行為についてもウェブシステムの電子記録媒体に入力をする。介護行為に並行して行った状態像の観察行為については、13に区分された領域のチェックボックスにチェックを入れる形で記録をおこなっている。訪問時に行うべき内容として、株式会社Yでは、老計10号に示された生活援助を参考に表1に示したように区分がなされ、これらを実行したかについて、訪問後に報告することが義務付けている<sup>7</sup>。

これらの、サービス提供ごとの実施区分については、電子記録媒体上の訪問介護計画書に位置づけるとともに、電子記録媒体上の実施記録の証憑として、訪問介護記録書にサービス提供ごとに入力を行っている。

表1：既存の介護行為区分

■生活援助	■身体介護	
1. 掃除	9. 排泄介助（トイレ）	22. 洗面介助
2. 洗濯	10. 排泄介助（ポータブルトイレ）	23. 身体整容
3. ベッドメイク	11. 排泄介助（尿器/便器）	24. 更衣介助
4. 調理	12. 排泄介助（おむつ）	25. ベッドメイク（介助含）
5. 配膳・下膳	13. 食事介助	26. 体位交換
6. 買い物	14. 水分補給	27. 移乗・移乗介助
7. 薬の受け取り	15. 服薬介助	28. 外出介助（通院）
8. その他の家事	16. 口腔ケア	29. 外出介助（買い物）
	17. 調理（専門的配慮有）	30. 外出介助（その他）
	18. 清拭	31. 起床介助
	19. 手浴・足浴	32. 就寝介助
	20. 洗髪	33. 自立生活支援のための見守りの援助
	21. 全身浴・シャワー浴	34. その他の介護

<sup>6</sup> 「サービス提供責任者から事前に留意点の指示」 巻末参照。

<sup>7</sup> 「訪問介護事業所のサービス提供までの流れ」 巻末参照。

一方、従来の行為区分の定義では、介護サービスのアウトカムとしての在宅生活継続を担保するには不十分であると判断し、株式会社Yでは、新たな行為区分を加えて訪問介護事業を実施してきた。表2のような新しく定義された13区分が追加され、現行では48区分が設定されている。

表2：新たに定義をおこなった13行為区分（利用者状態像の観察領域区分）

■状態像の観察行為	
35. 疾患に関連した病状の観察	42. バイタルの確認
36. 排便・排尿に関する状況確認	43. 栄養摂取の状況確認
37. 皮膚観察に関する状況確認	44. 水分摂取の状況確認
38. 薬の中止追加等変更の有無の状況確認	45. 転倒等の状況確認
39. 服薬等の状況確認	46. 睡眠についての状況確認
40. 通院など受診状況の確認	47. 室内環境についての状況確認
	48. 福祉用具・機器類の作動確認

訪問介護員は、サービス提供ごとに介護行為、観察行為について入力するとともに、サービス提供の実施記録をテキストデータで入力をおこなっている。これらの一連の実施記録データは、協働して働く訪問介護員全員に共有されてサービスが提供されている。株式会社Yの訪問介護事業所では、サービス提供ごとのこれらのデータを電子記録にて蓄積をして、サービスを提供している<sup>8</sup>。

<sup>8</sup> 株式会社Y訪問介護事業所に所属の訪問介護員は、サービス提供後、利用者宅を退室したあと、主に自己所有の携帯電話、スマートフォンによりインターネットを通じて、ウェブシステムの電子記録媒体に、介護行為区分のチェック、利用者観察区分のチェック、介護経過記録、申し送りの緊急度区分の入力を行っている。

## 2-3. 使用データの概要

今回の調査では、株式会社Yの全国91か所の訪問介護事業所に所属する訪問介護員のうち、1,500名の訪問介護員によって入力された2017年4月から6月の3か月間に各拠点の訪問介護を利用した利用者データを用いた。

また、本調査においては、訪問介護のサービスごとの訪問介護員による自らの観察に焦点を当て、その観察と利用者の状態と関連性を明らかにすることを目的とした。

このため、訪問介護員による自らの観察行為については、介護にともなう観察行為数が1以上と示されたレコードのみを抽出している。

これらの結果5,205名、延べ60,685件のサービス提供に係る訪問介護記録情報が得られた。同時に、これらの訪問介護員らがサービス提供を行った利用者の要介護度、疾患・後遺症などの属性データについても、株式会社Yのシステムに訪問介護記録書に収載されているデータを抽出しデータとした。

## 2-4. 分析方法

分析には、利用者5,205名に提供された60,685件のサービス提供内容データを用いた。分析対象としたデータにおける基本属性の記述統計を行うとともに、サービス提供ごとの提供時間および訪問介護員の観察領域数を算出した。

また、観察領域数の値については、対応のないT検定を実施し、基本属性やサービス提供ごとの提供時間区分、疾患・後遺症について、各群間における平均値の比較を行った。さらに、観察領域の内容については、ピアソン相関係数を算出し、それぞれの内容別、代表的な4つの疾患（認知症、心不全、糖尿病、脳梗塞）との相関関係を分析した。これらの分析は、Microsoft ExcelおよびIBM SPSS Statistics 24.0を用いた。

## 3. 分析の結果

### 3-1. 利用者とサービス提供の分析に用いたデータの基本属性

利用者とサービス提供の分析に用いたデータの基本属性は、表3のようになった。

年齢は、平均が83.45歳、最大が106歳、最小が43歳であった。標準偏差は、8.718であった。女性が70.9%、男性が29.1%であった。要介護1は1,338名(25.7%)、要介護2は1,377名(26.5%)、要介護3は950名(18.3%)、要介護4は803名(15.4%)、要介護5は686名(13.2%)となっており、要介護1、2の利用者が半数を超えていた。平均の要介護度は2.64、標準偏差は1.364の値であった。

表3：利用者サービス提供の分析に用いたデータの基本属性

	利用者(N=5,205)		サービス提供回数(N=60,685)	
	平均値(SD)	範囲	平均値(SD)	範囲
年齢	83.5(8.72)	43-106	84.4(8.31)	43-106
	N	%	N	%
性別				
女性	3,690	70.9	41,736	68.8
男性	1,515	29.1	18,949	31.2
要介護度				
要介護1	1,338	25.7	8,772	14.5
要介護2	1,377	26.5	11,359	18.7
要介護3	950	18.3	12,333	20.3
要介護4	803	15.4	14,824	24.4
要介護5	686	13.2	13,202	21.8
欠損	51	1.0	195	0.3
疾患・後遺症あり				
高血圧症	1,242	23.9	14,993	24.7
認知症(アルツハイマー型除く)	625	12.0	8,954	14.8
糖尿病	618	11.9	7,379	12.2
脳梗塞	461	8.9	5,769	9.5
アルツハイマー型認知症	350	6.7	4,693	7.7
骨粗しょう症	326	6.3	4,151	6.8
心不全	162	3.1	2,911	4.8
脊椎管狭窄症	240	4.6	2,832	4.7
変形性膝関節症	76	1.5	2,429	4.0
うつ病	199	3.8	2,375	3.9
パーキンソン病	168	3.2	2,332	3.8
腰痛	163	3.1	2,089	3.4
腰椎圧迫骨折	211	4.1	2,024	3.3
関節リウマチ	157	3.0	1,953	3.2
高脂血症	191	3.7	1,771	2.9
狭心症	194	3.7	1,571	2.6
白内障	173	3.3	1,429	2.4
心房細動	277	5.3	1,221	2.0
大腿骨頸部骨折	76	1.5	1,068	1.8
緑内障	97	1.9	929	1.5
疾患・後遺症数				
0	763	14.7	8,438	13.9
1	1,048	20.1	11,381	18.8
2	1,180	22.7	13,772	22.7
3	1,099	21.1	12,635	20.8
4	625	12.0	7,882	13.0
5	490	9.4	6,577	10.8
要介護度区分(再集計)				
要介護1・2	2,715	52.2	20,131	33.2
要介護3・4	1,753	33.7	27,157	44.8
要介護5	686	13.2	13,397	22.1
疾患数区分(再集計)				
無	763	14.7	8,438	13.9
単一	1,048	20.1	11,381	18.8
複数	3,394	65.2	40,866	67.3

疾患・後遺症数に関しては、訪問介護の利用者の上位 20 種類の疾患および後遺症を抽出した。疾患・後遺症の数の平均値は 2.64、標準偏差は 1.36 であった。疾患・後遺症数はとしては、ひとつと回答した利用者は、1,048 名 (20.1%)、2つの利用者が 1,180 名 (22.7%)、3つが 1,099 名 (21.1%)、4つが 625 名 (12.0%)、5つが 490 名 (9.4%) と示され、疾患・後遺症がひとつ以上の利用者が 80%を超えていた。

サービス提供回数でみると、60,685 回の提供回数のうち、疾患別に提供回数を分析した結果、高血圧症利用者へのサービス回数が、14,993 回 (24.7%) と最も多かった。次に多かったのが認知症（アルツハイマー型を除く）利用者へのサービス回数が 8,954 回と示された。

次いで、糖尿病 7,379 回 (12.2%)、脳梗塞 5,769 回 (9.5%)、骨粗しょう症 4,151 回 (6.8%)、心不全 2,911 回 (4.8%)、脊柱管狭窄症 2,832 回 (4.7%)、

またサービス提供回数別で分析した結果、利用者の疾患・後遺症数として、多かったのは、疾患数が 3つの利用者であった。

これらの利用者の基本属性のデータを要介護度区分については、要介護 1・2 を軽度要介護度とし、中度を要介護 3・4 に、最重度を要介護 5 として要介護度を 3 区分した。

また、疾患区分に関しては、疾患・後遺症数が無し、ひとつ、複数という 3 区分に分割し、分析をすすめた。

### 3-2. サービス提供ごとの提供時間の分析

サービス提供回数別のサービス提供時間は、20 分以内が 17,830 回 (29.4%)、20-30 分間が 14,880 回 (24.5%)、30-60 分以内が 22,114 回、60-90 分以内が 4,735 回 (7.8%)、90 分以上が 1,126 回 (1.9%) となっていた。最も多かったのは、30-60 分以内であり、全体的には、サービス提供時間が 30 分未満の区分が約半数を占めていた (表 4)。

表 4：サービス提供時間の度数分布表

サービス提供時間区分 (mm:ss)	度数	パーセント
≤ 20:00	17,830	29.4
20:01 - 30:00	14,880	24.5
30:01 - 60:00	22,114	36.4
60:01 - 90:00	4,735	7.8
90:01+	1,126	1.9
合計	60,685	100.0

### 3-3. 訪問介護員による観察領域数

本研究においては、訪問介護員が観察を行ったと認識し、14 の観察領域のうち、いずれかが記録されていた 60,685 回を情報としている。観察したとされる領域は 1 から 14 まで分布していた。

またサービス提供 1 回につき、平均で 2.69、標準偏差は 1.77 となっており、最も多かったのは、1 領域で 18,600 回で全体の 30.7%であった。次いで 2 領域で 15,140 回で 24.9%、3 領域は 11,174 回で 18.4%、4 領域は 7,267 回で 12.0%、5 領域は 4,213 回で 6.9%と示され、5 領域までで 9 割を超えていた（表 5、図 1）。

表 5：介護観察領域数

	N	%
1	18600	30.7
2	15140	24.9
3	11174	18.4
4	7267	12.0
5	4213	6.9
6	2065	3.4
7	998	1.6
8	518	.9
9	362	.6
10	196	.3
11	74	.1
12	34	.1
13	27	.0
14	17	.0
合計	60685	100.0

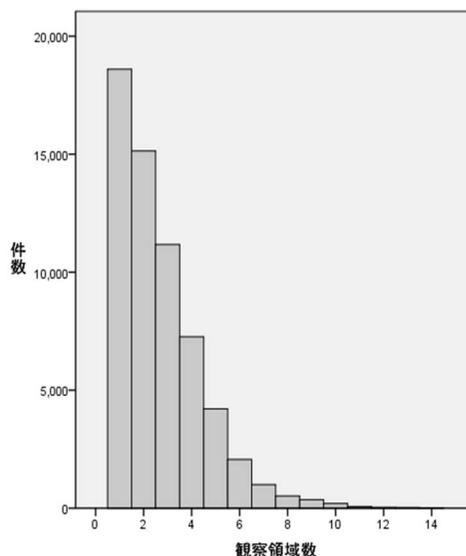


図 1：介護観察領域数のヒストグラム

### 3-4. サービス区分別観察領域数

訪問介護のサービス区分（生活援助中心型、身体・生活、身体介護中心型<sup>9</sup>、定期巡回<sup>10</sup>）別の観察領域数を分析した結果、9,968 回実施された、生活援助中心型では、2.48 領域、9,507 回実施された身体・生活においては、3.30 領域、28,265 回実施された身体介護中心型においては、2.79 領域、12,706 回なされた定期巡回型においては、1.552 領域の観察記録が存在した（表 6）。

<sup>9</sup> 「身体介護、生活援助区分の単位数と身体生活区分について」巻末参照。

<sup>10</sup> 「定期巡回随時対応型訪問介護看護について」巻末参照。

また、生活援助中心型、身体・生活、身体介護中心型、定期巡回のサービス提供群別に、観察領域数には有意差が示された。具体的には、身体・生活は、生活や身体、定期巡回よりも有意に観察領域数が多かった。生活は、身体・生活、身体よりも観察領域数が有意に少なかったが、定期巡回よりは有意に多かった。定期巡回は身体よりも有意に観察領域数が少なかった（表7）。

表6：サービス区分別観察領域数

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
生活	2.48	1.652	1	13	9,968
身体・生活	3.30	2.070	1	14	9,507
身体	2.79	1.716	1	14	28,265
定期巡回	2.17	1.552	1	11	12,706

表7：サービス区分別観察領域数の平均値の比較

(I)	(J)	平均値の差 (I-J)	標準誤差	P値
生活	⇔ 身体・生活	-0.82	0.02	0.00 **
生活	⇔ 身体	-0.31	0.02	0.00 **
生活	⇔ 定期巡回	0.31	0.02	0.00 **
身体・生活	⇔ 身体	0.51	0.02	0.00 **
身体・生活	⇔ 定期巡回	1.13	0.02	0.00 **
身体	⇔ 定期巡回	0.62	0.02	0.00 **

\*\* p<0.01 ; \* p<0.05

### 3-5. 疾患・後遺症数区分別観察領域数

利用者の疾患・後遺症数の3区分別に観察領域数について分析した結果、疾患がなかった利用者への提供回数8,438回における観察領域数の平均は2.52で、ひとつの利用者11,381回の観察領域数の平均は2.70、複数40,866回の観察領域数の平均は2.72だった（表8）。

疾患なしの利用者の観察領域数は、疾患がひとつ以上あるものよりも有意に少なかった。また、ひとつのものと、複数の疾患を持ったものへのサービス提供時の観察領域数においては有意な差はなかった（表9）。

表 8 : 疾患・後遺症数区分別観察領域数

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
無	2.52	1.643	1	14	8,438
単一	2.70	1.769	1	14	11,381
複数	2.72	1.794	1	14	40,866

表 9 : 疾患・後遺症数区分別観察領域数の平均値の比較

(I)		(J)	平均値の差 (I-J)	標準誤差	P値
無	↔	単一	-0.18	0.03	0.00 **
無	↔	複数	-0.19	0.02	0.00 **
単一	↔	複数	-0.02	0.02	0.36

\*\*p<0.01 ; \* p<0.05

### 3-6. 疾患・後遺症数及び疾患組み合わせ別観察領域数

#### ①疾患・後遺症数

提供されたサービス回数における利用者の疾患・後遺症の組み合わせ<sup>11</sup>別観察領域数を分析した(図2)。その結果、脳梗塞のみ(N=1,526)が最も観察領域数が多く、2.85であった。次いで心不全のみ(N=1,754)が、2.74で、脳梗塞と心不全(N=637)が2.71(N=866)と示され、疾病名の増加と観察領域数には、比例的な関係はなかった。

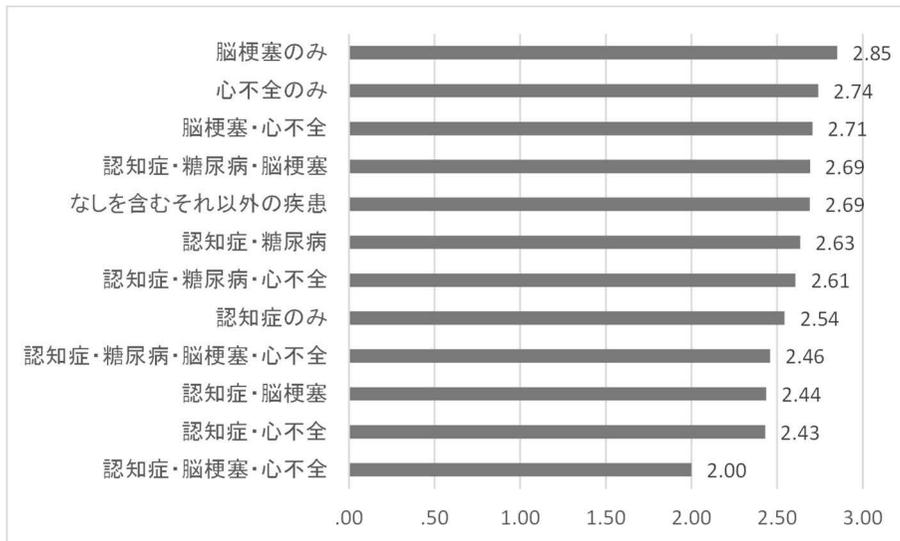


図 2 : 利用者の疾患・後遺症の組み合わせ別の観察領域数の平均値

<sup>11</sup> ここでは、「認知症」は、「認知症(アルツハイマー型除く)」と「アルツハイマー型認知症」足して集計した。また「心不全」は、「心不全」と「狭心症」と「心房細動」を足して集計した。

## ②疾患・後遺症の組み合わせ別観察領域数

次に、4つの疾病組み合わせ別の観察領域数の平均値の比較をおこなった（表10）。

心不全のみの観察領域数は、脳梗塞のみより、有意に少なかったが、認知症のみ、認知症・心不全の組み合わせや認知症・脳梗塞の疾病の組み合わせ、認知症・糖尿病、さらに疾患の3種類の組み合わせである認知症・脳梗塞・心不全、認知症・糖尿病・心不全の組み合わせよりも有意に多かった。

次に、脳梗塞のみの観察領域数について、分析した結果、認知症のみよりも、認知症・心不全、認知症・脳梗塞、認知症・糖尿病の組み合わせよりも有意に多かった。心不全のみと同様に、3種類の疾患の組み合わせである認知症・脳梗塞・心不全、認知症・糖尿病・心不全、認知症・糖尿病・脳梗塞の組み合わせよりも有意に多かった。

さらに、認知症のみの観察領域数は、脳梗塞・心不全や認知症・脳梗塞・心不全といった3種類の疾患の組み合わせよりも有意に多かったが、認知症・糖尿病の組み合わせや、認知症・糖尿病・脳梗塞の組み合わせよりも有意に少なかった。

表10：4つの疾病組み合わせ別の観察領域数の平均値の比較（単一疾病との比較）

(I)	(J)	平均値の差 (I-J)	標準誤差	P値
心不全のみ	⇔ 脳梗塞のみ	-0.11	0.04	0.00 **
心不全のみ	⇔ 脳梗塞・心不全	0.03	0.07	0.65
心不全のみ	⇔ 認知症のみ	0.20	0.04	0.00 **
心不全のみ	⇔ 認知症・心不全	0.31	0.10	0.00 **
心不全のみ	⇔ 認知症・脳梗塞	0.30	0.12	0.01 *
心不全のみ	⇔ 認知症・脳梗塞・心不全	0.74	0.24	0.00 **
心不全のみ	⇔ 認知症・糖尿病	0.11	0.03	0.00 **
心不全のみ	⇔ 認知症・糖尿病・心不全	0.13	0.07	0.04 *
心不全のみ	⇔ 認知症・糖尿病・脳梗塞	0.05	0.07	0.47
心不全のみ	⇔ 認知症・糖尿病・脳梗塞・心不全	0.28	0.36	0.44
脳梗塞のみ	⇔ 脳梗塞・心不全	0.14	0.08	0.06
脳梗塞のみ	⇔ 認知症のみ	0.31	0.04	0.00 **
脳梗塞のみ	⇔ 認知症・心不全	0.42	0.11	0.00 **
脳梗塞のみ	⇔ 認知症・脳梗塞	0.41	0.12	0.00 **
脳梗塞のみ	⇔ 認知症・脳梗塞・心不全	0.85	0.24	0.00 **
脳梗塞のみ	⇔ 認知症・糖尿病	0.22	0.04	0.00 **
脳梗塞のみ	⇔ 認知症・糖尿病・心不全	0.24	0.07	0.00 **
脳梗塞のみ	⇔ 認知症・糖尿病・脳梗塞	0.16	0.07	0.02 *
脳梗塞のみ	⇔ 認知症・糖尿病・脳梗塞・心不全	0.39	0.36	0.28
認知症のみ	⇔ 脳梗塞・心不全	0.16	0.08	0.03 *
認知症のみ	⇔ 認知症・心不全	0.11	0.11	0.28
認知症のみ	⇔ 認知症・脳梗塞	0.11	0.12	0.38
認知症のみ	⇔ 認知症・脳梗塞・心不全	0.54	0.24	0.02 *
認知症のみ	⇔ 認知症・糖尿病	-0.09	0.04	0.02 *
認知症のみ	⇔ 認知症・糖尿病・心不全	-0.06	0.07	0.34
認知症のみ	⇔ 認知症・糖尿病・脳梗塞	-0.15	0.07	0.03 *
認知症のみ	⇔ 認知症・糖尿病・脳梗塞・心不全	0.09	0.36	0.81

\*\*p<0.01 ; \* p<0.05

### 3-7. 要介護度区別観察領域数

軽度への提供回数 20,131 と、中度への 27,157、最重度 13,202 の利用者へのサービス提供回数別の観察領域数を比較した(表 11)。この要介護度区別観察領域数の平均値は、軽度 2.55、中度 2.72、最重度 2.83 と有意に多かった(表 12)。

表 11：要介護度区別観察領域数

要介護度	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
軽度 (1・2)	2.55	1.688	1	14	20,131
中度 (3・4)	2.72	1.762	1	14	27,157
最重度 (5)	2.83	1.892	1	14	13,202

表 12：要介護度区別観察領域数の平均値の比較

(I)	(J)	平均値の差 (I-J)	標準誤差	P値
軽度 (1・2)	⇔ 中度 (3・4)	-0.18	0.02	0.00 **
軽度 (1・2)	⇔ 最重度 (5)	-0.28	0.02	0.00 **
中度 (3・4)	⇔ 最重度 (5)	-0.11	0.02	0.00 **

\*\* p<0.01 ; \* p<0.05

### 3-8. 観察領域内容間の相関

訪問介護員が実施すべきサービス提供内容別観察の内容との相関を分析するために、それぞれの観察領域内容間のピアソンの相関係数をもとめ、表 13 に示した。

その結果、「栄養摂取」と「水分摂取」は 0.33、「服薬等」と「栄養摂取」は 0.28、「服薬等」と「栄養摂取」は 0.19、認知症状(周辺症状)と「認知症状(中核症状)」は 0.47、「室内環境」と「睡眠」は 0.22、「福祉用具・機器類」と「室内環境」は、0.26、「福祉用具・機器類」と「睡眠」は 0.15 など、一部の組み合わせにおいて、相関関係が認められた。

表 13：内容別介護観察領域間の相関行列

	バイタル	排便・排尿	水分摂取	皮膚観察	転倒等	栄養摂取	薬の中止追加等変更	服薬等	通院などの受診状況	睡眠について	認知症状(中核症状)	認知症状(周辺症状)	室内環境について	福祉用具・機器類等
バイタル	1.00													
排便・排尿	-0.13	1.00												
水分摂取	0.02	0.03	1.00											
皮膚観察	0.03	0.18	0.13	1.00										
転倒等	-0.03	-0.06	0.14	0.08	1.00									
栄養摂取	-0.04	-0.01	0.33	0.04	0.15	1.00								
薬の中止追加等変更	0.03	0.04	0.09	0.10	0.14	0.17	1.00							
服薬等	-0.03	-0.12	0.19	-0.05	0.07	0.28	0.11	1.00						
通院などの受診状況	-0.02	-0.12	0.02	-0.01	0.08	0.08	0.08	0.04	1.00					
睡眠について	-0.05	0.08	0.06	0.09	0.10	0.11	0.11	0.01	0.07	1.00				
認知症状(中核症状)	-0.00	0.00	0.08	0.06	0.13	0.09	0.09	0.08	0.04	0.10	1.00			
認知症状(周辺症状)	-0.00	-0.01	0.06	0.04	0.12	0.08	0.09	0.07	0.05	0.09	0.47	1.00		
室内環境について	-0.07	0.01	0.12	0.11	0.18	0.13	0.11	0.03	0.03	0.22	0.17	0.14	1.00	
福祉用具・機器類等	0.00	0.08	0.07	0.16	0.18	0.10	0.21	0.01	0.02	0.15	0.13	0.11	0.26	1.00

次に、観察領域内容別と、認知症、心不全、糖尿病、脳梗塞の代表的な4つの疾患について取り上げ、これらのピアソンの相関係数をもとめ、表14に示した。

分析結果、観察領域内容と代表的な4つの疾患の相関関係には、いずれの組み合わせにおいても、相関関係は認められなかった。

表14：4つの疾患と内容別介護観察領域との相関

	認知症	心不全	糖尿病	脳梗塞
バイタル	-0.02	0.00	-0.04	-0.01
排便・排尿	-0.02	-0.02	-0.02	0.05
水分摂取	-0.02	-0.00	-0.02	-0.01
皮膚観察	-0.04	-0.01	-0.01	0.02
転倒等	-0.02	0.03	0.00	0.04
栄養摂取	-0.03	-0.01	-0.02	-0.03
薬の中止追加等変更	-0.02	-0.01	0.00	-0.01
服薬等	0.04	0.01	0.02	-0.02
通院などの受診状況	-0.01	0.03	0.00	-0.02
睡眠について	-0.01	0.00	0.01	0.02
認知症状(中核症状)	0.01	-0.02	-0.03	-0.02
認知症状(周辺症状)	0.02	-0.01	-0.02	-0.02
室内環境について	0.01	0.02	0.03	0.03
福祉用具・機器類等	-0.00	0.00	0.03	0.03

#### 4. 考察

訪問介護の提供にあたって訪問介護員は、利用者の生活や疾病の状況に関する観察を行い、多職種と連携して、利用者が在宅生活を継続できるようにすべきと考えられてきた。それは、訪問介護員が利用者の日常生活を支えているからといえる。

また、昨今、増大している単身の要介護高齢者にとっては、訪問介護員は最も身近な存在として、別居家族や医師や看護師、ケアマネジャーおよび他のサービス事業者へ日常生活の状況、とくに慢性疾患を抱える要介護高齢者の日々の身体状況やこれに伴う、服薬の状況等の、疾病に関しての情報を伝達する機能が期待されるようになってくる<sup>12</sup>。

今回の調査では、株式会社Yの全国91か所の訪問介護事業所に所属する訪問介護員のうち、およそ1,500名の訪問介護員によって入力された2017年4月から6月の3か月間に各拠点の訪問介護を利用した利用者の要介護度、疾患・後遺症などの属性データと訪問介護員が自ら観察行為を行ったとし、その内容として、訪問介護記録情報結果として入力確認された5,205名、延べ60,685件のサービス提供に係る情報を分析した。

この結果、訪問介護員が観察した情報からは、訪問介護を提供していた要介護高齢

<sup>12</sup> 株式会社やさしい手(2016)を参照。

者は、要介護区分に関わらず、疾患・後遺症が複数あることがわかった。このため、訪問介護員は、疾患や後遺症をもつ利用者に対して、平均して2領域以上の観察記録を残していた。この観察されていた領域数は、定期巡回型、生活援助中心型、身体介護中心型、身体・生活の順に多くなっていた。

また、観察された領域数の多さを規定していた要因を分析した結果から、要介護度や疾患数の多さには関連性はなかった。ただし、疾患や後遺症がないとされた利用者、なんらかの疾患の罹患や後遺症がある利用者へのサービス群との間には、有意に観察領域数が多い傾向があった。

さらに、観察された領域数を疾患の種類や、罹患していた疾病の組み合わせ別に分析した結果、領域数が最も多かったのは、脳梗塞のみであった。続いて、多かったのは心不全のみで、これらは、脳梗塞と心不全の組み合わせをもつ利用者よりも多かった。このことは、脳梗塞と心不全に罹患して利用者の観察領域が共通しているものと推定される。

基本的に訪問介護員は、脳梗塞のみ、心不全のみの利用者に対する排便・排尿、水分摂取、皮膚観察および服薬等の観察を当該疾患に対して留意すべきと学習している。この学習に基づき脳梗塞と心不全の組み合わせには、観察する領域が重なる点があることが示されたといえよう。

一方、認知症のみ、および認知症と他の疾患の組み合わせは、脳梗塞のみ、および心不全のみの利用者に向けてのサービスよりも観察していた領域数が少なかった。これは訪問介護員にとって、認知症の中核、及び周辺症状への観察については、学習がなされているものの、医学的な知識を背景とした観察の在り方が未だ確立していないことを示しているのではないかと推察された。今後は、認知症の利用者に向けてより具体化された観察のあり方について、検討されねばならないと考えられる。

また、訪問介護員が実施すべきサービス提供内容と、状態像に係る観察との間には、「栄養摂取」と「水分摂取」との間に関連性が示された。同様に、「服薬等」と「栄養摂取」、「水分摂取」と「栄養摂取」との間にも関連性がみられた。

このことは、訪問介護員は、栄養摂取あるいは、水分摂取といったサービスを提供する際に、服薬がきちんとなされているかを確認し、この状況を認知した上でサービスを提供しているということであろうと推察される。

また、訪問介護員は「認知症（周辺症状）」、「認知症（中核症状）」は関連して観察を行っていた。これは利用者ごとの認知症の中核症状と認知症の周辺症状をそれぞれ把握し、観察しながら、適切な働きかけがなされているものと考えられた。

さらに、「室内環境」「睡眠について」「福祉用具・機器類」それぞれに相関が示されたのは、利用者の睡眠が十分になされるよう、適切な室内環境の整備を行い、福祉用具・機器類の調整が、訪問介護員の観察結果をもとに実施されていることを表しているものと考えられた。

以上の結果からは、訪問介護の対象者である要介護1・2の軽度者でも、多くの疾患・後遺症を持っていることがわかった。訪問介護員は、生活援助中心型のサービスとして、厚生労働省が示す「いわゆる老計10号」において定められている「洗濯」、「調理」、「掃除」、「買い物支援」等の家事援助的行為と並行して、利用者の状態像の観察を行っていることも明らかにされた。

このように、利用者の日常生活を熟知することになる訪問介護員が行っている観察においても、特に疾病に関する情報として、服薬や睡眠、認知症の周辺、中核情報に係る観察情報が収集されていたことは重要である。つまり、訪問介護員は、サービスとしての生活援助を提供している際に、こういった疾患に係る情報を収集しているということである。

こういった訪問介護員における利用者の観察情報や本人への働きかけについては、「訪問介護におけるサービス行為ごと区分等について（いわゆる老計10号）」に定義が存在しておらず、これを明確に示す条文もない。しかし、これらの広範な情報は、サービス提供責任者を通じて、本人、家族のみならず、医師や看護師、ケアマネジャーなどの多職種に伝達がなされることで利用者本人の在宅生活の継続が図られる可能性は高い。このため、今後の介護保険制度における訪問介護の在り方に際して、こういった訪問介護員の観察情報の有益性について、エビデンスに基づいた議論されることが期待される。

## 5. まとめ

訪問介護の提供にあたって、訪問介護員が利用者の多様な側面を観察し、これらを記録している実態が明らかにされた。具体的には、訪問介護員は、要介護軽重度、疾患の多少にかかわらず、必要に応じて広範な範囲の観察が行われていたこと、そして、疾患の種類やそのパターンにおいて、その観察内容には特徴があることが示された。

これらの結果から、多岐にわたっている訪問介護員の観察の情報を利用者およびその家族だけでなく、地域で協働をする医師や看護師、ケアマネジャーおよび他の介護職員への伝達できる場をどのように確保し、多職種によるサービス提供時にも有効に活用できるようにするためには、どのようにすべきかが今後の課題と考えられる。

## 謝辞

調査にあたり多くのご指導をくださった、小山秀夫先生、筒井孝子先生、鳥邊晋司先生、藤江哲也先生に心から感謝をいたします。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [1] 鳩間亜紀子(2015)「訪問介護のアウトカム評価に関するシステムチックレビュー」『老年社会科学』、37(3)、295-305.
- [2] 水下文美(2010)「生活援助のエビデンス」『月刊ケアマネジメント』12、20-23.
- [3] 大冢賀政昭(2012)「地域包括ケアシステムにおける 24 時間定期巡回随時対応型訪問サービスの位置づけと課題」『保健医療科学』61(2)、139-147.
- [4] 大冢賀政昭、筒井孝子(2016)「日本における医療介護連携の課題と展望」『保健医療科学』65(2)、127-135.
- [5] 大和田猛、加賀谷真紀(2008)「ホームヘルパーにおける生活援助としてのコミュニケーションスキル」『青森保健大雑誌』9(1)、21-28.
- [6] 武村真治、橋本廸生、古谷野亘、長田久雄(1999)「介護サービスが高齢者に及ぼす効果に関する介入研究」『老年社会科学』21(1)、15-25.
- [7] 田中由紀子(2005)「訪問介護における生活援助の役割」『京都女子大学生生活福祉学科紀要』1、51-55.
- [8] 筒井孝子(2016)「ケアの質評価：国際的な到達点を日本の今後」『社会保障研究』1(1)、129-147.

## 引用ホームページ

- [1] 財務省財政制度等審議会（2016a）「財政健全化計画等に関する建議」（平成 27 年 6 月 1 日）  
[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia281117/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia281117/01.pdf)（2017 年 8 月 16 日アクセス）
- [2] 財務省財政制度等審議会（2016b）「平成 29 年度予算の編成等に関する建議」（平成 28 年 11 月 17 日）  
[http://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia281117/index.html](http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia281117/index.html)（2017 年 8 月 16 日アクセス）
- [3] 内閣府（2017）「骨太の方針 2017 及び経済・財政再生計画について」（平成 29 年

6月22日)

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou\\_kaikaku/dai7/shiryoushu8-1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou_kaikaku/dai7/shiryoushu8-1.pdf) (2017年8月16日アクセス)

- [4] 株式会社三菱総合研究所 (2016) 「訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書」平成27年度厚生労働省老人保健事業 (平成28年3月)

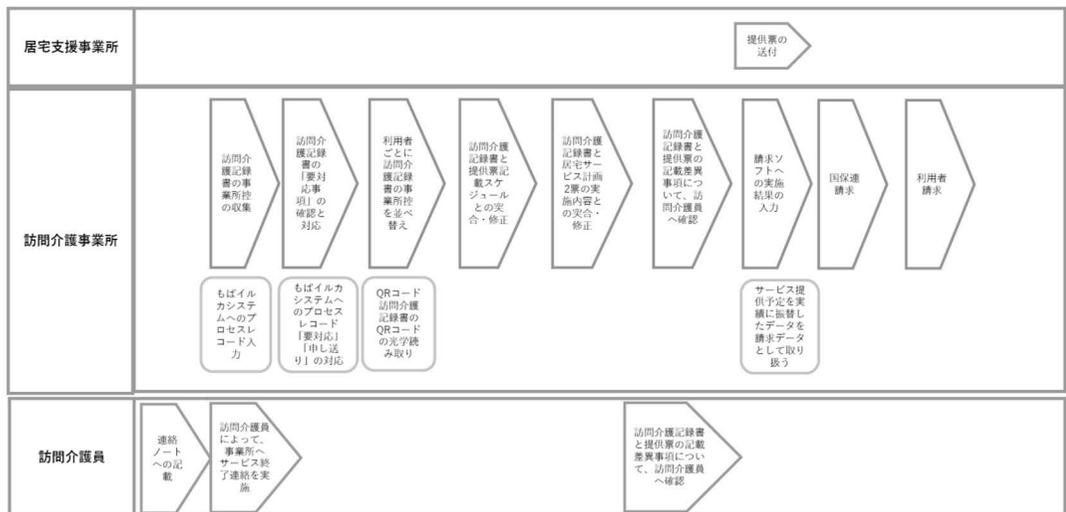
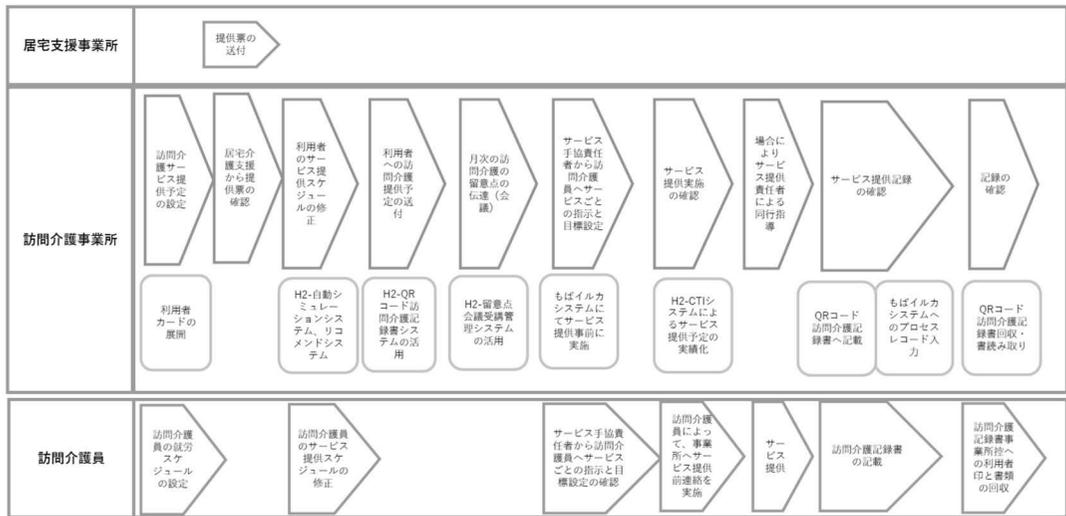
[http://www.mri.co.jp/project\\_related/roujinhoken/uploadfiles/h27/h27\\_06.pdf](http://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h27/h27_06.pdf) (2017年8月16日アクセス)

- [5] 株式会社やさしい手 (2016) 「訪問介護サービスにおける訪問介護員による介護観察に関するアンケートについて」

[http://www.yasashiite.com/subdomains/div\\_page/02/52/](http://www.yasashiite.com/subdomains/div_page/02/52/) (2017年8月16日アクセス)



参考資料3 「Y社における訪問介護事業所の業務の流れ（サービス提供の予定と実績の管理）」



参考資料 4 「電子記録媒体へのサービス提供ごとのサービス行為の入力画面」 †

サービス内容入力【おまかせ以外】

利用者名 〒0000 □ 千 子

時間帯(曜日) 〒15:00~16:00 (月) サービス種類 障害通院介助(身なし)東大阪市・3級

**身体介護**

<input type="checkbox"/> 1.排泄介助(トイレ)	<input type="checkbox"/> 10.清拭	<input type="checkbox"/> 19.移乗・移動介助
<input type="checkbox"/> 2.排泄介助(おむつ/トイレ)	<input type="checkbox"/> 11.手浴・足浴	<input type="checkbox"/> 20.外出介助(通院)
<input type="checkbox"/> 3.排泄介助(尿器/便器)	<input type="checkbox"/> 12.洗髪	<input type="checkbox"/> 21.外出介助(買い物)
<input type="checkbox"/> 4.排泄介助(おむつ)	<input type="checkbox"/> 13.全身浴・シャワー浴	<input type="checkbox"/> 22.外出介助(その他)
<input type="checkbox"/> 5.食事介助	<input type="checkbox"/> 14.洗面介助	<input type="checkbox"/> 23.起床介助
<input type="checkbox"/> 6.水分補給	<input type="checkbox"/> 15.身体整容	<input type="checkbox"/> 24.就寝介助
<input type="checkbox"/> 7.服薬介助	<input type="checkbox"/> 16.更衣介助	<input type="checkbox"/> 25.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.口腔ケア	<input type="checkbox"/> 17.ヘアメイク(介助含)	
<input type="checkbox"/> 9.調理(専門的配慮有)	<input type="checkbox"/> 18.体位変換	

**生活援助**

<input type="checkbox"/> 26.掃除	<input type="checkbox"/> 32.薬の受け取り
<input type="checkbox"/> 27.洗濯	<input type="checkbox"/> 33.布団干し
<input type="checkbox"/> 28.ベッドメイク	<input type="checkbox"/> 34.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 29.調理	
<input type="checkbox"/> 30.配膳・下膳	
<input type="checkbox"/> 31.買い物	

**その他**

<input type="checkbox"/> 35.付乗・歩行などの見守り	<input type="checkbox"/> 44.服薬確認
<input type="checkbox"/> 36.移乗	<input type="checkbox"/> 45.随時対応
<input type="checkbox"/> 37.移動	<input type="checkbox"/> 46.看護
<input type="checkbox"/> 38.外出介助(買い物/その他)	<input type="checkbox"/> 47.その他1 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 39.食堂への送迎	<input type="checkbox"/> 48.その他2 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 40.安否確認	<input type="checkbox"/> 49.その他3 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 41.見守り(巡視)	
<input type="checkbox"/> 42.声かけ/促し	
<input type="checkbox"/> 43.不安解消	

† Y社訪問介護の基幹電子記録媒体におけるサービス提供内容の入力画面、サービス提供予定ごとに複数の介護行為、観察行為にチェックを入れてサービスごとの行為を明確にする。

参考資料 5 「身体介護、生活援助区分の単位数と身体生活区分について」

(イ) 身体介護が中心である場合

- (1) 所要時間 20 分未満の場合 170 単位
- (2) 所要時間 20 分以上 30 分未満の場合 254 単位
- (3) 所要時間 30 分以上 1 時間未満の場合 402 単位
- (4) 所要時間 1 時間以上の場合 584 単位に所要時間 1 時間から計算して所要時間 30 分を増すごとに 83 単位を加算した単位数

(ロ) 生活援助が中心である場合

- (1) 所要時間 20 分以上 45 分未満の場合 190 単位
- (2) 所要時間 45 分以上の場合 235 単位

(ハ) 身体・生活について

身体介護が中心である訪問介護を行った後に引き続き所要時間 20 分以上の生活援助が中心である指定訪問介護を行ったとき 20 分から計算して 25 分を増すごとに 70 単位 (210 単位を限度とする。) を加算した単位数を算定する。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000239zd-att/2r98520000023dtm.pdf>

(2017 年 9 月 1 日アクセス)

参考資料 6 「定期巡回随時対応型訪問介護看護」

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、利用者の居宅において、介護福祉士により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、および看護師等により、療養上の世話又は必要な診療の補助を行うこと。

定期巡回随時対応型訪問介護看護連携型の介護の基本単位数 (包括払い) : (要介護 1) 5,658 単位、(要介護 2) 10,100 単位、(要介護 3) 16,769 単位、(要介護 4) 21,212 単位、(要介護 5) 25,654 単位

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077236.pdf>

(2017 年 9 月 1 日アクセス)