

平成 26 年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

介護保険施設の入所者の機能低下および
その予防に関する調査研究事業 報告書

平成 27 年 3 月

公益社団法人 全国老人保健施設協会

はじめに

少子・超高齢・人口減少という社会構造の中で、いかにして社会保険方式で運営する制度の持続可能性を担保するか。これは、わが国の介護保険制度を始めとした社会保障制度にとっての喫緊の課題です。国は、平成 37 年のいわゆる団塊の世代の方が後期高齢者に達する時期までにその課題を克服すべく、地域包括ケアシステムの実現を目指しています。

公益社団法人全国老人保健施設協会（以下、全老健）は、介護老人保健施設（以下、老健施設）の役割として、①包括的ケアサービス施設、②リハビリテーション施設、③在宅復帰施設、④在宅生活支援施設、⑤地域に根ざした施設、の 5 つを掲げており、これらはすべて地域包括ケアシステムの実現に必要な不可欠なものでもあります。つまり、老健施設がその理念と役割を全うすることは、地域包括ケアシステムの構築に資するということでもあります。

これからの介護保険制度の課題は、予防的サービスの充実とともに、いかに質の高いサービスを効率的・効果的に、かつ適正に提供するかということなのです。

しかしそのためには、何が機能低下につながるのか、その予防にはどのような方策があるのか、介護サービスの質の評価をどのようにして測定するのか、要介護等高齢者に効果のあるリハビリテーションの内容とは何か、どのようにすれば在宅療養が長く続けられるのか、等についてエビデンスの集積が必要です。

そこで全老健は「平成 26 年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）」として、「介護保険施設の入所者の機能低下およびその予防に関する調査研究事業」、「介護老人保健施設退所者の在宅療養支援に関する調査研究事業」、「介護老人保健施設における認知症を有する高齢者のリハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」、「介護老人保健施設における生活期リハビリテーションの実態と効果に関する調査研究事業」の 4 つの調査研究事業を実施いたしました。

これらすべての調査研究事業の目的の根底にあるのは、前述した介護保険制度の課題の解決と地域包括ケアシステムの構築に貢献できる老健施設のあり方についての検証です。

今年度の調査研究事業では、目的の実現に資する成果を少なからず出すことができました。これらの成果が広く活用され、わが国の介護サービスの発展につながることを期待します。

平成 27 年 3 月
公益社団法人全国老人保健施設協会
会長 東 憲太郎

平成 26 年度 介護保険施設の入所者の機能低下および
その予防に関する調査研究事業班 名簿

No	種別	委員名	所属名	役職
1	※班長	平川 博之	介護老人保健施設ハートランド・ぐらんぱぐらんま	理事長
2	班員	荒船 丈一	介護老人保健施設なでしこ	理事長
3	班員	石田 一美	リハビリセンター大村	施設長
4	班員	大河内 二郎	介護老人保健施設竜間之郷	施設長
5	班員	櫛橋 弘喜	介護老人保健施設ひむか苑	理事長
6	班員	齋藤 秀樹	介護老人保健施設「ゆうむ」	理事長
7	班員	高椋 清	老人保健施設創生園	理事長
8	班員	田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 ヘルスサービスリサーチ研究室	教授
9	班員	中村 裕之	金沢大学 医薬保健研究域医学系 環境生態医学・公衆衛生学	教授
10	班員	藤野 善久	産業医科大学公衆衛生学教室	准教授
11	班員	本田 茂樹	株式会社インターリスク総研	特別研究員
12	班員	本間 達也	介護老人保健施設生愛会ナーシングケアセンター	理事長
13	班員	山野 雅弘	介護老人保健施設紀伊の里	施設長

※敬称略 五十音順(班員)

目次

【SUMMARY】	1
第1章 調査の概要	2
1. 事業の目的	2
2. 調査対象施設と調査実施対象者	2
(1) 調査対象	2
(2) 本調査研究事業におけるリスクマネジメントプロセスの概略	4
第2章 分析結果	5
1. 回答数	5
2. 結果の概要	6
3. 考察	40
(1) 対象期間および対象者数が少ない	40
(2) 介入のプロセスの非特異性	40
(3) プロセスの改善	40
4. まとめ	40
第3章 調査結果	41
1. 結果の概要(単純集計)	41
(1) 背景	41
(2) 対象者の状況	43
(3) リスク事象	44
(4) ICF ステージング	48
(5) ICF 関連評価項目	51
(6) 原因疾患	56
(7) 施設の属性	57
(8) 管理医師	60
(9) RM関連	61
(10) リスクマネジメント	62
2. 結果の概要(クロス集計)	63
(1) 対象者×4区分	63
【参考資料 調査票等】	66
(1) 調査研究事業 実施要綱	67
(2) 施設調査票	72
(3) リスク総括表	73
(4) 利用者の状態調査票	74
(5) リスクマネジメントプロセスの実態調査(非介入群のみ)	75
(6) リスクマネジメントシート(介入群のみ)	76
(7) 入所時リスク説明書(介入群のみ)	77
(8) 診断名リスト	78
(9) ICF ステージング マニュアル	79

【 S U M M A R Y 】

Preventing risk events by standard risk management system and by stationing a risk manager in Roken geriatric health services facilities - prevention of preventable falls, aspiration pneumonia and pressure ulcers in Roken

Aim:

This study analyzed the effect of the standard risk management process and of staffing of a risk manager on prevention of risk events such as falls, aspiration pneumonia, and pressure ulcers..

Method:

767 elderly persons using Roken services were recruited from 116 facilities. All elderly persons or their family member as proxy provided written informed consent.

A standardized intervention of risk-management process was in place in 45 facilities. 66 facilities had risk-manager positions.

Two types of outcome measures were used in analysis; 1. Process outcome and 2. Personal outcome. Process outcome includes 1. Full implementation of R4 system (care plan method considered for risk management), 2. Use of “Risk manual booklet” published by Zen-roken”, 3. Briefing on risks for elderly people at the time of admission, 4. Implementation of risk management measures at the time of care planning.

Personal outcome includes reduction of risk events such as falls, aspiration pneumonia, pressure ulcers and dehydration.

Result:

1. Facilities with risk manager(s) scored better than facilities without risk manager in all of the following including “fully implementing R4 system” (odds ratio= with risk manager 1.5, without risk manager 0.10), “using “Risk manual booklet” published by Zen-roken” (odds ratio=2.26 with risk manager, 0.53 without risk manager), and “implementing risk management measures at the time of care planning ” (odds ratio= 0.85 with RM, 0.53 without risk manager).

2. Facilities following standard risk management processes (intervention group) scored better than facilities not following standard risk management processes in all of the following including “fully implementing R4 system” (odds ratio=intervention 2.52, non-intervention 0.08), “using “Risk manual booklet” (odds rate= intervention 1.48, non-intervention 0.74)

In short, “facilities with risk manager(s)”, and “facilities following risk management processes” are providing better quality of service in terms of risk management for elderly people.

3. However we could not observe reductions in personal outcomes such as number of falls, aspiration pneumonia or pressure ulcers as a result of intervention in this study.

This may be due to the wide range of facility users. More specific intervention and longer observation period may be necessary for the improvement of personal outcomes as a result of intervention.

第1章 調査の概要

1. 事業の目的

平成23年に公益社団法人全国老人保健施設協会（以下、全老健と表記する）が実施した調査研究事業において介護老人保健施設（以下、老健施設と表記する）における各種ハザードと機能低下に及ぼす影響の程度を検討したところ、入所前に転倒、脱水、褥瘡、発熱、誤嚥などの既往がある入所者は、これらを繰り返すリスク（危険度）が高いことがあきらかであった。

そこで、老健施設のケアマネジメントにおいて、入所前に利用者の危険性を評価した上、入所後適切な対応を行う手法を「新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～」に導入した。

本事業では、転倒や誤嚥を定形的に予防するプロセスを定型化する介入および施設のリスクマネジャー（以下、RMと表記する）を配置するといった介入が、どのような効果があるかを検討した。

そこで、各施設の対応と利用者の3ヶ月間の追跡を行い、その効果を1.「施設の対応」すなわちプロセスがどうであったか、2. 個別の利用者のリスクの低減に効果があったかを検討した。

これらの結果に基づいて老健施設におけるリスクマネジメントのエビデンスを示した上で、介護保険施設における質の評価の一部としてリスクマネジメントのあり方を検討する資料とした。

2. 調査対象施設と調査実施対象者

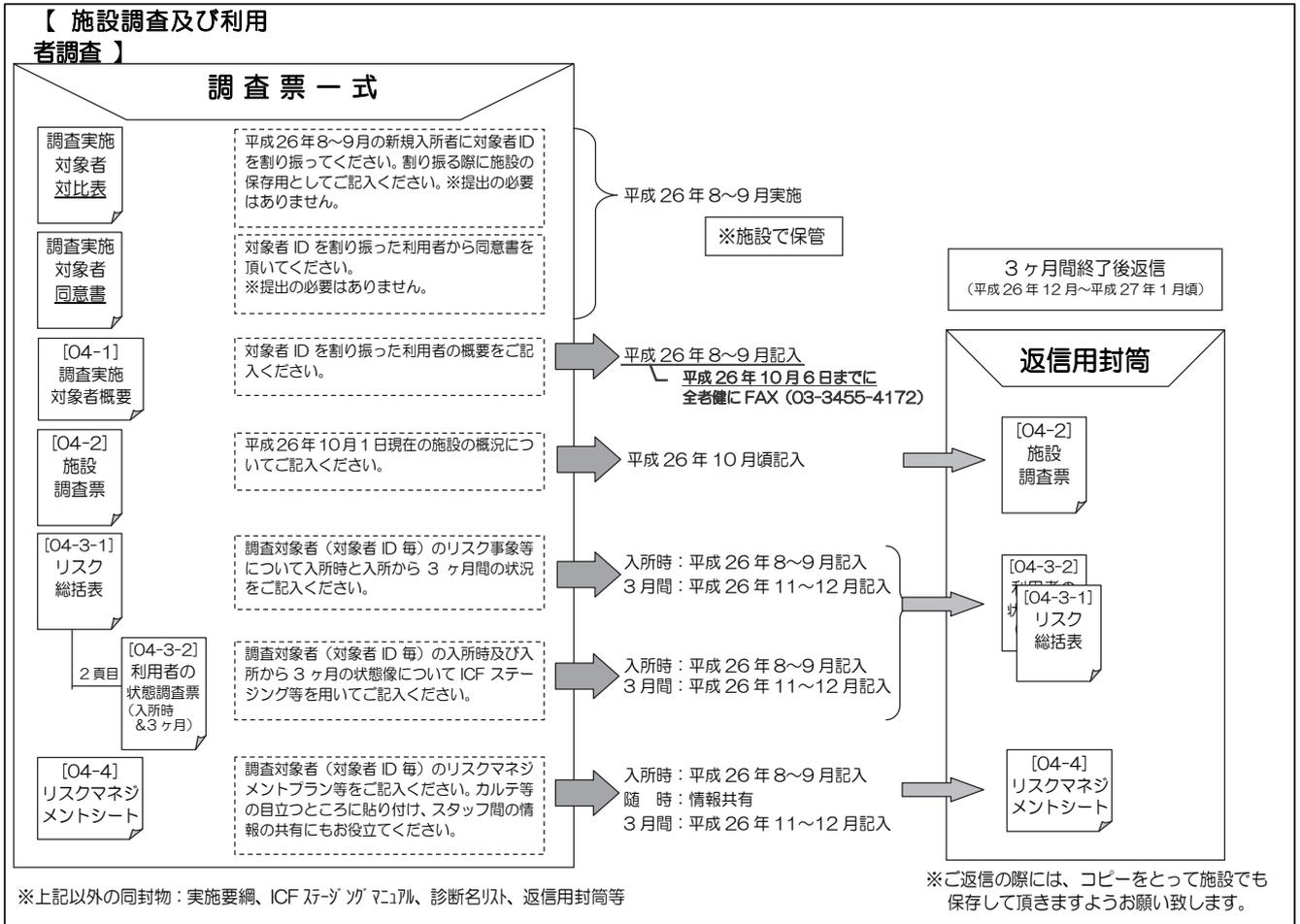
(1) 調査対象

- 1) 調査対象施設：全老健会員施設より抽出した約600施設を対象とした。
- 2) 調査実施対象者：上記1)の施設において、平成26年8～9月の間に新規に入所された方全員を対象とした（最大10名選定）。

【選定された調査実施対象者について】

- ①同意書の書式を利用し、調査実施対象者に対して、本調査の趣旨・目的などを説明の上、同意書を取得した。（取得した同意書は各施設にて保管）。同意を得られなかった対象者については、調査は行わなかった。
- ②同意書は、必ず本人が署名したがやむを得ず、自署が不可能で、施設職員が立ち会いのもとで本人の同意が確認でき、家族または法定代理人が代筆する場合、代筆で署名した理由を記入した。調査実施対象者本人の意思表示が困難な場合には、代諾者の同意で構わないとした。
- ③個人情報保護のため、提出する各調査票には利用者名は記入せず、「対象者ID」を割り当てて記載した。

(下図)



(2) 本調査研究事業におけるリスクマネジメントプロセスの概略

「新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～」を参考に、以下のようなリスクマネジメントプロセスを導入した施設を介入施設とした。さらに、全老健のRM資格養成研修修了者が「いる施設」と「いない施設」で区別した。

(表 1-2)

今回の調査研究事業におけるリスクマネジメントプロセスの概略

時期	リスク対策	担当	記入調査票等
入所前	インテークの実施 リスク事象の既往歴(過去6ヶ月間)の把握 ※今回の調査では入所時にまとめて調査票記入 利用者に対するリスクについての説明	相談員 リスクマネジャーまたは相当する職種 相談員またはリスクマネジャー等	(入所時リスク説明書 利用)
	入所時 リスク事象の既往歴(過去6ヶ月間)の記入 専門職対応方法の検討 利用者の状態の把握	リスクマネジャーまたは相当する職種 多職種	【04-3-1】リスク総括表記入 【04-4】リスクマネジメントシート記入 【04-3-2】利用者の状態調査票記入 (ICFステージングにて評価及び診断名リスト参照)
入所期間中	リスクマネジメント対策(プラン)の立案 利用者に対するリスクマネジメント対策(プラン)の説明	リスクマネジャーまたは相当する職種 リスクマネジャーまたは相当する職種	【04-4】リスクマネジメントシート記入 (短期的対策および長期的対策)
	短期的対策および長期的対策プランの実施	全職員	この間、 【04-4】リスクマネジメントシート記入を基に リスクマネジメントプランの実施と情報の共有
	3か月後 リスクマネジメント対策(プラン)の実施状況の把握 利用者の事故の状況把握(入所3ヶ月間) 利用者の状態の把握	リスクマネジャーまたは相当する職種 リスクマネジャーまたは相当する職種 リスクマネジャーまたは相当する職種	【04-3-1】リスク総括表記入 (短期的対策および長期的対策の実行状況) 【04-4】リスクマネジメントシート記入 【04-3-2】利用者の状態調査票記入
	退所前訪問における在宅のリスク要因の確認	担当者	

第2章 分析結果

1. 回答数

調査対象施設 600 施設のうち、回答があった施設 116 施設〔回収率 19.3%〕
調査実施対象者の調査票の回収目標は、以下の各群（各 200 名目標）にわけ、合計
800 名とした。

調査実施対象者の回答数は 767 名（票）〔目標達成率 95.9%〕であった。
回答数の内訳は次頁のとおりであった。

（表 2-1A）調査実施対象者の内訳

全体	RMあり	RMなし	計
介入群	149	154	303
非介入群	276	188	464
計	425	342	767

（表 2-1B）調査実施施設の内訳

全体	RMあり	RMなし	計
介入群	24	21	45
非介入群	42	29	71
計	66	50	116

2. 結果の概要

全老健の会員施設より抽出した 600 施設のうち回答のあった 116 施設において、平成 26 年 8 月 1 日から 9 月 30 日の間に新規で入所した方で回答があった 767 名を対象に、効果的な入所者のリスクマネジメントのあり方について、コントロールを置いた調査研究を行った。

a) 施設を対象にした分析

- ①老健施設における入所者のリスクマネジメントに必要なプロセスには、「R4 システム（リスクマネジメントにも配慮されたケアプラン手法：リスクマネジメントを含む）を完全導入している」、「全老健が作成した『入所時リスク説明書』を使用している」、「入所時に利用者に対するリスクについての説明を行っている」、「ケアプラン作成時にリスクマネジメント対策を行っている」ことなどが考えられ、プロセス改善の目的変数として検討した。
- ②そこで、それらのプロセスの実行が、施設としてのリスクマネジメントの取り組み姿勢（「全老健が作成した『入所時リスク説明書』を使用している」、一定のリスクマネジメントプロセスを踏んでいる（今回の調査における「介入群」））と関係があるかどうかを分析した。
- ③結果は、RMが「いる施設」は、「いない施設」と比較して、「R4 システムを完全導入している」（オッズ比=1.50）（表 2-2A）、「全老健が作成した『入所時リスク説明書』を使用している」（オッズ比=2.26）（表 2-2B）が多かった。すなわち、RMがいる施設はリスクマネジメントの標準化が図られている可能性が示唆された。

（表 2-2A）

R4システムを完全導入している

	オッズ比	標準誤差	z	P> |z|	95%信頼区間
RMがいる	1.5	0.97	0.63	0.53	0.42-5.32

（表 2-2B）

全老健の入所時リスク説明書を使用している

	オッズ比	標準誤差	z	P> |z|	95%信頼区間
RMがいる	2.26	0.90	2.05	0.04	1.04-4.94

④また、一定のリスクマネジメントプロセスを踏んでいる（今回の調査における「介入群」）施設は、そうでない施設と比較して、「R4システムを完全導入している」（オッズ比=2.52）（表 2-3A）、「全老健が作成した『入所時リスク説明書』を使用している」（オッズ比=1.48）（表 2-3B）ことが多かった。

つまり、「RMがある施設」、「一定のリスクマネジメントプロセスを踏んでいる施設」は、入所者のリスクマネジメントに必要な取り組みを実施していることが明らかになった。

（表 2-3A）

R4システムを完全導入している

	オッズ比	標準誤差	z	P> |z|	95%信頼区間
介入（一定のリスクマネジメントプロセスを踏んでいる）	2.52	1.57	1.49	0.14	0.74-8.53

（表 2-3B）

全老健の入所時リスク説明書を使用している

	オッズ比	標準誤差	z	P> |z|	95%信頼区間
介入（一定のリスクマネジメントプロセスを踏んでいる）	1.48	0.58	0.99	0.32	0.68-1.20

b) 入所者個人を対象にした分析

①入所者個人を対象に、介入の効果について分析した。その結果、今回のフォロー期間（3ヶ月）において、リスクの発生について、有意差を認めなかった。（表 2-4A）～（表 2-4H）入所者のリスク事象（転倒、骨折、誤嚥、褥瘡等、脱水、発熱、感染症、離設）の発生は、介入の有無よりも、入所者個人のリスク事象の既往の影響が大きいことがわかった。

【入所時（入所前6ヶ月以内）及び入所から3ヶ月間（フォロー期間）のリスク事象の発生状況（回数）】

■転倒（表 2-4A）

一人当たりの発生回数

入所後3M	RMあり			RMなし		
	平均	最大	最少	平均	最大	最少
介入群	0.68	18	0	0.40	5	0
非介入群	0.32	5	0	0.57	10	0

■リスク順位（1=少 4=多）

入所後3M	RMあり	RMなし
介入群	4	2
非介入群	1	3

■骨折（表 2-4B）

一人当たりの発生回数

入所後3M	RMあり			RMなし		
	平均	最大	最少	平均	最大	最少
介入群	0.02	1	0	0.02	1	0
非介入群	0.01	1	0	0.02	1	0

■リスク順位(1=少 4=多)

入所後3M	RMあり	RMなし
介入群	3	2
非介入群	1	4

■誤嚥（表 2-4C）

一人当たりの発生回数

入所後3M	RMあり			RMなし		
	平均	最大	最少	平均	最大	最少
介入群	0.02	1	0	0.07	6	0
非介入群	0.04	3	0	0.05	2	0

■リスク順位(1=少 4=多)

入所後3M	RMあり	RMなし
介入群	1	4
非介入群	2	3

■褥瘡（表 2-4D）

一人当たりの発生回数

入所後3M	RMあり			RMなし		
	平均	最大	最少	平均	最大	最少
介入群	0.12	1	0	0.11	3	0
非介入群	0.12	4	0	0.13	2	0

■リスク順位(1=少 4=多)

入所後3M	RMあり	RMなし
介入群	2	1
非介入群	3	4

■脱水（表 2-4E）

一人当たりの発生回数

入所後3M	RMあり			RMなし		
	平均	最大	最少	平均	最大	最少
介入群	0.00	0	0	0.02	1	0
非介入群	0.05	8	0	0.01	1	0

■リスク順位(1=少 4=多)

入所後3M	RMあり	RMなし
介入群	1	3
非介入群	4	2

■発熱（表 2-4F）

一人当たりの発生回数

入所後3M	RMあり			RMなし		
	平均	最大	最少	平均	最大	最少
介入群	0.62	15	0	0.27	14	0
非介入群	0.26	5	0	0.36	14	0

■リスク順位(1=少 4=多)

入所後3M	RMあり	RMなし
介入群	4	2
非介入群	1	3

■感染症（表 2-4G）

一人当たりの発生回数

入所後3M	RMあり			RMなし		
	平均	最大	最少	平均	最大	最少
介入群	0.04	1	0	0.04	1	0
非介入群	0.07	2	0	0.07	2	0

■リスク順位(1=少 4=多)

入所後3M	RMあり	RMなし
介入群	1	2
非介入群	3	3

■離設（表 2-4H）

一人当たりの発生回数

入所後3M	RMあり			RMなし		
	平均	最大	最少	平均	最大	最少
介入群	0.03	1	0	0.00	0	0
非介入群	0.00	0	0	0.01	1	0

■リスク順位(1=少 4=多)

入所後3M	RMあり	RMなし
介入群	4	1
非介入群	1	3

②マルチレベル回帰分析において、入所者のリスク事象（転倒、骨折、誤嚥、褥瘡等、脱水、発熱、感染症、離設）の発生は、入所者個人のリスク事象の既往の影響が大きいことがわかった。また、本調査のフォロー期間（3ヶ月）においては、介入による効果は認められなかった。このことから入所前に、各利用者のリスクを充分把握することが必要であることが再度確認された。

【参考データ 1】

（概要）

老健施設利用者 3,027 人を対象とした調査研究で、主要なリスク事象の以前の発生率は、その後のリスク事象の発生を効率的に推測することができることがわかった。

（Okochi J : Patient Risk Estimation Using Information of ICF. *Patient Classification System International 2013*, Helsinki)

（表 2-5）

老健施設利用者に発生したリスク事象の相対リスク(n=3,027)

リスク事象(過去6か月間)	発生率	相対リスク	95%信頼区間
転倒	983	5.11	4.63-5.63
脱水	143	7.51	5.18-10.9
褥瘡	182	12.81	9.91-16.55
発熱	925	2.86	2.6-3.15
誤嚥	172	10.51	8.07-13.68

Okochi J : Patient Risk Estimation Using Information of ICF.
Patient Classification System International 2013, Helsinki

【参考データ 2】

(概要)

入所後の有害事象を、過去既往および施設規模で調整した上で、介入の有無、RMの有無による効果を検証した。過去既往を個人レベル変数として、介入の有無、RMの有無、施設規模を施設レベル変数として、施設-個人の 2-level のマルチレベルポアソン回帰分析による有害事象の罹患比を推計した。

なお、予備解析において、性別、年齢、入所時要介護度、自立度、認知症自立度を調整するも、大きな影響がないことが確認されたため、調整要因には過去既往および施設規模のみを用いた。

解析の結果、全ての有害事象の発生について、過去の既往が有意なリスクとして確認された。しかしながら、介入の有無、RMの有無による効果は認められなかった。

(表 2-6)

転倒	罹患比	95%信頼区間	p
介入なし・RMなし	1.0(基準)		
介入あり・RMなし	0.84	0.54-1.33	p>0.46
介入なし・RMあり	0.77	0.53-1.12	p>0.17
介入あり・RMあり	0.98	0.64-1.49	p>0.92
転倒 過去既往なし	1.0(基準)		
転倒 過去既往あり	2.03	1.15-2.72	p>4.73

骨折	罹患比	95%信頼区間	p
介入なし・RMなし	1.0(基準)		
介入あり・RMなし	0.48	0.05-4.80	p>0.53
介入なし・RMあり	0.46	0.08-2077	p>0.40
介入あり・RMあり	0.87	0.13-5.72	p>0.88
骨折 過去既往なし	1.0(基準)		
骨折 過去既往あり	1.61	0.32-8.11	p>0.57

誤嚥	罹患比	95%信頼区間	p
介入なし・RMなし	1.0(基準)		
介入あり・RMなし	1.13	0.30-4.27	p>0.85
介入なし・RMあり	0.68	0.30-4.27	p>0.53
介入あり・RMあり	0.37	0.64-2.13	p>0.27
誤嚥 過去既往なし	1.0(基準)		
誤嚥 過去既往あり	6.26	2.16-18.16	p>0.001

褥瘡等	罹患比	95%信頼区間	p
介入なし・RMなし	1.0(基準)		
介入あり・RMなし	1.24	0.50-3.05	p>0.64
介入なし・RMあり	0.87	0.41-1.86	p>0.72
介入あり・RMあり	1.24	0.52-2.96	p>0.63
褥瘡等 過去既往なし	1.0(基準)		
褥瘡等 過去既往あり	3.41	1.96-5.95	p>0.00

脱水	罹患比	95%信頼区間	p
介入なし・RMなし	1.0(基準)		
介入あり・RMなし	4.78	0.40-56.50	p>0.21
介入なし・RMあり	2.10	0.19-22.66	p>0.54
介入あり・RMあり	推計不能	0	p>0.96
脱水 過去既往なし	1.0(基準)		
脱水 過去既往あり	2.52	0.28-22.30	p>0.41

発熱	罹患比	95%信頼区間	p
介入なし・RMなし	1.0(基準)		
介入あり・RMなし	0.84	0.42-1.67	p>0.62
介入なし・RMあり	1.30	0.78-2.18	p>0.31
介入あり・RMあり	1.18	0.65-2.16	p>0.59
発熱 過去既往なし	1.0(基準)		
発熱 過去既往あり	2.47	1.68-3.63	p>0.00

感染症	罹患比	95%信頼区間	p
介入なし・RMなし	1.0(基準)		
介入あり・RMなし	0.92	0.29-2.96	p>0.89
介入なし・RMあり	1.20	0.49-2.96	p>0.69
介入あり・RMあり	0.80	0.25-2.56	p>0.71
感染症 過去既往なし	1.0(基準)		
感染症 過去既往あり	2.03	0.80-5.13	p>0.14

c) リスクマネジメントシートの分析

①回収数

今回の調査研究では、介入群（一定のリスクマネジメントプロセスを踏んでいる施設）は、入所者個人に対する介入内容を「リスクマネジメントシート」記入した。（記録用紙は資料参照）

回収した「リスクマネジメントシート」（有効票）は、全体で 161 票（161 人分）で、うち「介入あり・RMあり」の施設分が 93 票（93 人分）、「介入あり・RMなし」の施設分が 68 票（68 人分）であった。施設数では全体で 24 施設であり「介入あり・RMあり」が 14 施設、「介入あり・RMなし」が 10 施設であった。

（表 2-7）

リスクマネジメントシートの回収（有効票）

	総数	介入あり・RMあり	介入あり・RMなし
個人票	161	93	68
施設数	24	14	10

②リスクの既往

「リスクマネジメントシート」では、転倒、発熱、骨折、誤嚥、褥瘡その他表皮剥離（以下、褥瘡等）、脱水、離設、感染症の 8 事象について「入所前 6 か月間の既往歴」「立案したリスクマネジメントプラン」「入所から 3 か月間の事故の状況」をそれぞれ記入した。

回収した「リスクマネジメントシート」（有効票）に書かれたリスクの既往の数（記載ありを 1 とカウント）は、以下（次頁）のとおりで転倒が 68 と最も多くなっている。

（表 2-8）

リスクマネジメントシートに記載されたリスクの既往（記載ありを 1 とカウント）

	総数	介入あり・RMあり	介入あり・RMなし
転倒	68	43	25
発熱	21	17	4
骨折	36	24	12
誤嚥	10	8	2
褥瘡等	17	14	3
脱水	17	10	7
離設	1	1	0
感染症	6	4	2

③リスクマネジメントプランの数

「リスクマネジメントシート」には、「立案したリスクマネジメントプラン」の短期的対策・長期的対策が記入される。これらはセットになっているため、いずれかに記載ありを1カウントとしてみた場合、以下のようになった。

プラン記載の数としては、転倒、骨折、誤嚥、発熱がリスクの既往の上位を占めていた。

また、すべてのリスク事象について、リスクマネジメントプランの記載の数が、リスクの既往より多くなっていた。このことは、リスク事象の発生の有無にかかわらず、「介入あり施設」では必要に応じてリスクマネジメントプランが立案されていることを示している。

(表 2-9)

リスクマネジメントシートに記載されたプランの数(短期的対策・長期的対策はセットになっているため、いずれかに記載ありを1とカウント)			
	総数	介入あり・RMあり	介入あり・RMなし
転倒	124	69	55
発熱	42	23	19
骨折	46	26	20
誤嚥	50	24	26
褥瘡等	40	17	23
脱水	31	10	21
感染症	19	7	12
離設	10	3	7

④リスクマネジメントの内容

■転倒

転倒に関するリスクマネジメントプランを（表 2-10A）（表 2-10B）にまとめた。

両者とも、短期的対応では見守り、長期的対応ではリハビリテーションの実施が多かった両者を比較すると、次のようなこと特徴があると考えられた。

1) 介入あり・RMありのプラン（表 2-10A）

こちらには「付き添い」やコミュニケーション、精神面についての記述がみられた。

2) 介入あり・RMなしのプラン（表 2-10B）

こちらには「センサー、マットコールの使用等」の記述が多かった。

（表 2-10A）

介入あり・RM ありのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	低床ベッド使用、衝撃吸収マット使用	見守りを行う、シーティングを行う
2	日中は職員で所在の確認を行う	左上肢、両下肢筋力強化訓練
3	転倒転落を防止する、安全に移乗させる	左上肢、両下肢筋力強化訓練
4	転落、転倒、外傷を防止する	転落、転倒、外傷が防止できる
5	転倒を防止する	転倒転落を防止しながら穏やかに施設生活が送れる
6	Ns.コール消毒、カラーマットの使用	安全した歩行と移乗のためリハビリテーションの実施
7	歩行時は付き添い、ナースコール指導	歩行の安定を図るためにリハビリの実施
8	フロアでの見守り	筋力向上のため、リハビリの実施
9	ナースコール指導、見守り、15分ごとの巡視	筋力向上のためのリハビリの実施
10	両下肢に筋力の低下あり、立ち上がり、歩行時にふらつきがあるため、移乗、移動時は必ず介助者が付き添う	立位バランス、歩行能力向上のためのリハビリ
11	家屋調査を行い、家庭での動線の把握を行う	危険認識の低下があるため、動き方の規則の取得
12	自宅内動線の確認	訪問調査実施
13	車イスにて移動、体力がついてきたら自走促し	歩行器使用して付き添い歩行を実施
14	・歩行時は、必ず付き添う、・トイレ動作に見守りで対応、臥床時：用事があるときは必ずナースコールするように促す	リハによって立位、歩行の安定を図る、・体調や精神面の安定を図る

15	・ナースコール促しボードの設置(ポータブルトイレ上)、 コールマット の設置(端坐位で感知)、・歩行・移乗時に必ず 付き添う	歩行の機会を増し、筋力・体力の向上を図り、歩行を安定させる
16	・低床ベッド使用、・ポータブルトイレ・歩行器の設置位置を決めて対応・ センサーマット の使用、・歩行時は必ず 付き添う	歩行の機会を増し、筋力・体力の向上を図り、歩行を安定させる
17	・低床ベッド使用、・ポータブルトイレ・歩行器の設置位置を決めて対応、・ センサーマット の使用、・歩行時は必ず 付き添う	・ナースコールの促し、・立位・移乗・歩行の安定を図る、・トイレ動作の安定(個別リハ・生活リハ)
18	車イス座位ではフットレストから足を下ろす、臥生時はベッド低床、3点柵の配置を工夫する(正面2点)	リハにより、立位、歩行、移乗動作の改善、トイレ動作を軽介助レベルに
19	・低床ベッド、・ナースコールの促し、・車イスをベッドサイドに置く(見えないところに)	リハで身体機能(体幹、下肢筋力など)の維持を図る
20	・低床ベッド+衝撃吸収マット、・コール促しボード、・3点柵配置方法の工夫	立位・移乗の安定リハで脚力も維持、改善する、・トイレ動作の改善
21	見守りしやすい環境づくり(居室の場所、職員の意識)	リハビリによる筋力アップ
22	居室内の環境整備、見守りできる環境づくり	リハビリの実施
23	環境整備	リハビリによる筋力アップ
24	見守りしやすい環境づくり(居室の場所、職員の意識)	リハビリによる筋力アップ
25	・個別リハビリの実施、・環境整備、所在確認	施設職員、環境になじむ
26	・リハビリテーションの実施、・居室内、廊下環境整備	・リハビリテーションの実施・集団体操、マシントレーニング参加
27	訴えの表出ができ、痛みの軽減ができる	転倒・転落を起こすことなく過ごすことができる
28	・コール指導、ブレーキ管理指導、・ステーション近くの居室へ配慮	・筋力維持に努める
29	・ナースコール指導・誘導、・車イスのブレーキ確認、・歩行時の見守り強化	・危険行動の早期発見、・食事配膳を早めるなど、見守りできるよう工夫
30	低床ベッド設置、見守り強化	下肢筋力強化、立位～老人車歩行の安定性強化に努める
31	ベッド高の高さ調整、老人車歩行指導、見守り、夜間ポータブルトイレ使用	下肢筋力、支持性向上、立位バランス能力・歩行能力向上
32	ベッドサイドコール設置	理解力低下あり。ケア抵抗あるため、 コミュニケーション をとりつつ、座位～立位安定性向上を図る。
33	福祉用具等環境整備、声かけ、見守り	関節運動、筋力強化練習、歩行練習

34	ポータブルトイレ誘導、介助バー使用、見守り	トイレへの排泄動作訓練、関節運動、筋力強化練習、移乗、移動動作訓練
35	福祉用具、見守り、床対応	座位の安定、夜間良眠のためリズムの獲得
36	入院によるADL低下あり、リハビリによる歩行練習、床マットの使用、プロテクターズボンの着用、 何をしようとしているかの把握	安全な生活を送りたい
37	帰宅願望等の不安から急に立ち上がり転倒リスクある。 不安等に対し傾聴し、一緒に過ごす	精神的にも安定して過ごすことができるように 人との関わりを持てるように支援する
38	靴のかかとを踏んだまま歩かないよう見守り、介助	足関節背屈があるため徘徊時見守る
39	ずり落ちのないように注意する。ブレーキを外してしまわないように見守り	認知症の進行を予防し、安全に過ごしていただく
40	ベッドに センサー 使用する	車椅子からのずり落ち防止のため、離床時は見守りを行う
41	移動方法についてリハビリの評価を行う、日々歩様状態の評価を行う、安全に移動できる環境を作る	在宅の環境を確認し、自宅を見据えた歩行練習を行う
42	目的の詳細がわからず歩行してしまうことがあるため、歩行前後の目的の把握と状態観察	在宅での歩行の安定を図り、リハビリテーションの充実
43	ピックアップウォーカー歩行にて下肢筋力の向上し、安定した歩行を行う	安定歩行のためのリハビリテーションの実施
44	コールを使用し行動前に職員を呼ぶことができるようになる	自分で行動を安全に行うことができる
45	バギーカーの可動状況の確認を行う	安全にバギーカーを使用し歩行をすることができる
46	移動の動作の評価を行い、対応を具体化する	下肢筋力の向上をし、安全に移乗動作等を行える
47	精神科薬の調整、歩行にふらつきがあるときは 付き添う	転倒を予防し、外傷なく自立した生活ができるようにする
48	自力でのトイレ等、リスクなくできているか見守る	安全に転倒なく、移動動作などができるようにリハビリを行う
49	杖の使用を忘れないよう確認、声かけ	転倒の予防、外傷からのADLの低下がないようにする
50	移動時はナースコールを押していただくよう促し、定着を図る。ベッド臥床時は車椅子のフットレストを外し、アームレストを跳ね上げ、移乗しやすいようにセッティングする。居場所の把握をし、臥床時やトイレ動作時は見守りを行う	安全な以上動作獲得のために、下肢筋力と認知機能の向上を目的としたリハビリテーションの実施

51	移乗動作が不安定な時はナースコールで職員を呼ぶよう促す。訪室時は車椅子のブレーキがかかっているかを小まめに確認する	安全な移乗動作獲得のために下肢筋力の向上を目的としたリハビリテーションを実施する
52	転倒・転落時の衝撃緩和を目的とし、ベッドサイドの床に布団を敷く	安全な以上動作獲得のために、下肢筋力、認知機能の向上を目的としたリハビリテーションを実施
53	危険認知能力が乏しく、ベッドや車椅子からの転落の危険性がある。職員の目の届くデイルームで臥床し、居室で休む際は、衝撃緩和マットを使用する	安全な起居動作、移乗動作の獲得、認知機能の向上を目指したリハビリテーションの提供
54	歩行時にふらつきがあるので、歩行器を使用する。行動把握のため、デイルームで休んでいた	安定した歩行能力獲得のために、下肢筋力、体幹のバランスの向上を目的としたリハビリを実施する
55	ベッドからの転落時に備え、ベッドサイドの床に布団を敷き、転落時の衝撃緩和に努める	リハビリを行い、安全な起居動作、移乗動作を獲得する
56	行動の把握をするため、ステーションに近い居室で対応する。背部式のコールマットを使用する。ナースコールの定着を図る	安全な移乗動作獲得のため、下肢筋力の向上を目的としたリハビリテーションを実施する
57	状態把握のため、職員の目の届くデイルームで臥床する	クッションや布団を使用し、安楽なポジショニングの統一、苦痛の除去に努める
58	臥床時に体動があるため、昇降ベッドを使用し、臥床時は一番下までベッドを下げる。ベッドサイド床に衝撃緩和マットを敷いて対応。	クッションや布団を使用し、安楽なポジショニングの統一、苦痛の除去に努める
59	シルバーカー導入して歩行の安定性を高める	下肢の支持性を高め安定した杖歩行につなげる
60	居住スペースの見守り、日常生活動作確認を適宜実施。機能訓練にて下肢筋力強化に努める	機能訓練等により、下肢筋力向上安定に努める。日常生活動作見守り継続
61	動作指導、物的介助にて転倒防止に努める	疼痛軽減。支持性向上に努める
62	下肢の筋力、支持性の向上に努め転倒予防につなげる	下肢筋力、支持性の向上、歩行の安定を図ると共にトイレ動作等の向上にも努める
63	車椅子からベッドへの移乗の際、安全に行えるようにブレーキのかけ忘れをないように伝え実施する	車椅子のブレーキのかけ忘れや安全に移乗が行えるよう車椅子の設置場所などを決める。立ち上がり動作リハも実施
64	体幹、下肢筋力、バランス能力向上を図るべく、機能訓練実施。転倒した状況環境より回避できる環境設定する	施設生活の中での生活動作の見守り、声かけを行う
65	機能訓練にて、下肢体幹強化に努める	機能訓練継続続行し転倒、尻もちリスク回避できるよう下肢筋力強化に努める

66	車椅子のブレーキかけ忘れあり。声掛け対応行う。歩行動作あるため、車椅子対応促す	認知機能と下肢筋力向上させ、安全に移乗が行えるよう努めていく
67	精神面の安定を図る。歩行時は見守りおよび隣で付き添う	下肢筋力の強化。施設生活の自立と安定
68	転倒事故の防止。本人の居場所の確認	本の居室周りの環境整備
69	転倒事故防止。歩行スピードを安定させる	精神安定、コミュニケーションの充実

(表 2-10B)

介入あり・RMなしのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	使用している四脚歩行器の位置を統一し、起立時にバランスを崩さないよう配慮	ベッド周辺の環境設定に馴染み、四脚歩行器を所定の位置に置けるよう、スタッフからの声かけの習慣化を図る
2	・筋力維持のためマシントレーニング実施 ・自身で行動できるよう環境調整	膝の痛みの状況に応じた移動手段の対応
3	マシントレーニングや歩行練習を行い筋力の向上を図る、・下肢の踏みかえ動作練習	安定した立位を保つことができるようになる
4	いすからの立ち座り時徒歩行時は付き添いを行う・ベッドまわりの整理整頓	下肢の筋力トレーニングと歩行訓練を実施・夕方の不穏時には散歩などで気分転換を図る
5	・手引きでの誘導を行い安全に目的地にたどりつけるように介助します	視力障害による日常生活の不安を軽減し、施設生活になじむように声かけ環境を設定する
6	・適した歩行補助具の検討・ベッド周りなどの環境整備を行い、安全に歩けるようにする	筋力維持のためのマシントレーニングや歩行練習などのリハビリ実施、物理療法の実施
7	・いすからの立ち座り時、歩行時は付き添いを行う・ベッドまわりの環境整備	下肢筋力強化のためマシントレーニングの実施・歩行練習の実施
8	リハビリの継続	筋力低下を予防できる
9	歩行器使用、声掛け見守り	リハビリテーション、床上動作、バランス練習
10	移動時、移乗時は車いすにて実施、注意して行う	基本動作訓練を実施 離床、座位、四肢の運動
11	リハビリの継続 ・歩行時の見守り、声かけ	筋力低下を予防できる ・歩行がスムーズにできる
12	移動時、移乗時の注意をする	リハビリの継続
13	見守り、声かけをする	リハビリの実施していく 機能低下を防ぐ
14	見守り、移乗時は声かけていただく	基本動作訓練
15	入院によるADL低下ありL字柵・スベリ止めマットを設置する	歩行安定のためリハビリテーションを行う
16	ADL低下あり ベッドサイドにセンサー設置	安全に移乗 つかまり歩きができるようリハビリテーションの実施

17	入院によりADL低下あり、エレベーター乗降時は見守りをする	リハビリテーションを行い、歩行の安定化を図る
18	ベッド周りの環境整備を行い、転落防止をする低床ベッドの設定	リハビリテーションの実施
19	事故防止のため、ベッドサイドの床に滑り止めマットを設置	屋内歩行の安定のためにリハビリテーションの実施
20	転倒防止のためベッドサイドに滑り止めマットの設置	老人車での安定歩行のためのリハビリテーションを実施
21	転倒予防のために適時声かけや見守りを行う	安定した老人車歩行を維持するためリハビリテーションを実施
22	入院によるADLの低下、移乗時の転倒リスクがあるため、 センサーマット 、ベッドサイドにマットレス設置	移乗動作の安定のためのリハビリテーションの実施
23	クッション裏に滑り止めのあるものを使用	見守り強化
24	日常的に運動を行っていただき、筋力向上・維持に努める	リハビリを自身でも行っていただき、ADLの維持に努める
25	声かけや見守りを行う	転倒を未然に防ぐよう支援する
26	センサーマット 設置。介助バーの設置(ベッド)	遠位見守り
27	センサーマット 使用。見守り	頻回巡回・声かけ
28	歩行器歩行時には見守りを行う	フロアでの移動状況を確認する
29	センサーマット の使用・見守り	頻回巡回と声かけ
30	行動見守り	言動を観察し、危険行動の予測に努める
31	行動の見守りを行う	センサーマットを設置し対応する。 言動の変化を観察する
32	下肢筋力を強化し生活動作を安全に行うことができる	身体機能を維持・向上し、自分でできることを継続して行うことができる
33	体力・筋力を向上し立位動作を安定することができる	体力・筋力の向上 介助量の軽減
34	腰椎圧迫骨折があり。腰痛に配慮しながら、訓練を通して筋力を高めることができる。(体幹・下肢)	下肢筋力を向上する
35	行動の見守り	
36	歩行中の靴の履き方を確認する。杖を正しい方法で使用することを説明し、正しく使用しているか確認する	安全な施設生活を送る
37	フロアでの訓練。リハビリを通して下肢筋力を高め、生活動作の安定を図る	下肢筋力の維持・向上。安全に施設生活を過ごす

38	車椅子、ポータブルトイレ、 フットセンサー の配置を決め様子を見る	リハビリの実施等で筋力の向上を図る
39	ご自身では動かせないが、体格も良い方なので、介助者と共に転ばないようにする	3ヶ月後には、自宅近くの施設へ戻るなので、転ばないように援助していく。
40	転倒につながらないように、居室整備をこまめにしていく	転倒になりにくいよう、居室外へ出て、リハビリ、手作業等を行っていく
41	歩行にふらつきがあるため、遠方より見守りをする	歩行安定のためのリハビリテーションの実施
42	センサーマット 位置変更(足下) 夜間も本人の意向を聞いて誘導(居室)	下肢筋力アップのためのリハビリテーションの実施
43	老人車のブレーキ確認。本人への声がけと職員の認識	下肢筋力維持・向上のためのリハビリテーションの実施
44	転倒むしコール、 徘徊マットコール 。緩衝マットの設置	立位保持安定のためのリハビリテーションの実施
45	遠目で見守り、危険なときは声かけを行う	歩行耐久性向上のためのリハビリテーションの実施
46	フットコール の使用による行動見守り。・頻回なラウンドでの安全確認。・自動ブレーキ車イスの使用	リハビリでの機能訓練、・ブレーキ確認、安全確認訓練
47	・移乗時の見守り・歩行時のつきそい・自動ブレーキ車イスの使用	リハビリでの歩行、ADL訓練・自動作、安全確認訓練
48	・ フットコール での行動安全・頻回なラウンドでの安全確認	リハビリによる機能訓練、ブレーキ確認、安全確認訓練
49	・ フットコール での行動察知・こまめなラウンドでの安全確認・すべり止めクッションの使用	リハビリでの機能向上・安全動作確認訓練
50	・ フットコール 対応・9/18～タタミ対応・こまめなラウンドでの安全確認	
51	・左マヒに留意した環境の整備・左半空間無視に留意した見守りと介助・ラウンドでの安全確認	リハビリでの機能訓練
52	・ フットコール による行動把握・頻回なラウンドによる安全確認・行動時の見守りと付き添い	リハビリでの機能訓練、安全確認訓練
53	入院加療しコルセット着用・臥床時のみ外して対応	リハビリ実施し、立位の安定、起居動作の安定自立
54	車イス上での体動や様子の変化に注意する	排便頻度の把握をする
55	徘徊マットコール の使用	立位安定のためのリハビリテーションの実施

■発熱

発熱に関するリスクマネジメントプランを（表 2-11A）（表 2-11B）にまとめた。
 両者とも、バイタルのチェックが多く書き込まれていた。
 両者を比較すると、次のような差が考えられた。

1) 介入あり・RMありのプラン（表 2-11A）

こちらには「異常の早期発見」の記述が多くみられた。

2) 介入あり・RMなしのプラン（表 2-11B）

こちらには、特に強調すべき記述はなかった。

（表 2-11A）

介入あり・RMなしのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	・手洗いうがいの徹底・ 異常の早期発見 （体温測定、自覚他覚症状）・室温や湿度調節	・栄養状態の管理、体力、抵抗力をつける、・面会制限（風邪症状のある方）、・職員の体調管理
2	・手洗いうがいの徹底・ 異常の早期発見 （体温測定、自覚症状）、・室温や電気毛布の湿度調節	・ナースコールの促し、・立位・移乗・歩行の安定を図る、・トイレ動作の安定（個別リハ・生活リハ）栄養状態の管理、体力、抵抗力をつける、・面会制限（カゼ症状のある方）、・職員の体調管理
3	・かけものの調整	・水分コントロール・保清・温度調整
4	水分強化	水分コントロールと観察
5	異常の早期発見 ができる	熱発を起こさない
6	終日マツタ君を使用、夜間は尿器を使用、車イス使用時ブレーキの確認、移乗の見守り	週 2 回個別リハビリを行い歩行力、体力向上
7	発熱をおこしやすいため、全身状態の管理、呼吸器感染症の予防援助（手洗い、うがい）の実施	健康な身体状態でありたい
8	発熱を起こしやすいため、全身状態の管理、呼吸器感染対策目的の咳嗽等の口腔ケア、手洗いにて	健康な身体状態でありたい
9	定期的な医師の診療、毎日の検温を行う	体調管理を行う
10	発汗時、 異常の早期発見 など	異常の早期発見
11	内服処方、うがい、口腔ケアの援助	口腔内清潔保持をし、肺炎等を予防する
12	口腔ケアの実施の声かけ、仕上げの介助をし、清潔保持をする	口腔内清潔保持をし、肺炎等を予防できるようにしたい
13	口腔ケア、うがいの習慣化、しっかり行えているか確認、声かけ	発熱、肺炎等を予防し、健康維持をできるようにする

14	日々のバイタルサインの把握(呼吸や痰の状態等)と 異常の早期発見 に努める	肺炎予防の為に、うがいや手洗い、口腔ケアを実施する。食事の経口摂取時の様子観察をする
15	日々のバイタルサインの把握と 異常の早期発見 に努める	肺炎予防の為にうがいや手洗い、口腔ケアを実施する。痰の貯留の様子や食事時の様子を観察する
16	日々のバイタルサインの把握と 異常の早期発見 に努める。	肺炎予防のために、うがいや手洗い、口腔ケアを実施。食事の姿勢や嚥下状態にも注意する
17	水分摂取量や尿の状態観察を行う。傷や白癬がないか、皮膚の状態観察を行う	日々のバイタルサインの把握と確認。異常の早期発見に努める
18	バイタルサインの確認。小まめな水分摂取、室温や衣服、寝具の調整を行う	十分な睡眠、バランスのとれた食事、規則正しい生活、適度な運動を行い、発熱を起こさない体をつくる
19	バイタルサインのチェック、一般状態の観察状況に応じて意思の指示のもと抗生剤等の投薬	一般状態観察し、異常の早期発見。
20	バイタルサインのチェック、水分量の確認、一般状態の観察、状況に応じて医師の指示のもと抗生剤等の投薬	一般状態観察し、異常の早期発見
21	バイタルサインのチェック、水分量の確認、一般状態の観察、状況に応じて医師の指示のもと抗生剤等の投薬	一般状態観察し、異常の早期発見
22	バイタルサイン、食事量、飲水料、尿両の観察、微熱時水分促す。環境温度に注意	発熱時、医師の指示のもと対応を行う。内服薬の管理及び介助

(表 2-11B)

介入あり・RMなしのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	・バイタルサインの測定 ・全身状態の管理観察	・全身状態の管理・観察 ・PTによる肺理学療法
2	定期のバイタルサイン測定で健康状態の管理を行う	
3	・食事水分摂取量の管理 ・全身状態の管理観察	
4	全身状態の管理観察を行う	
5	全身状態の管理観察を行う(バイタルサインのチェック)	
6	・食事の形態評価・食事摂取状況の確認を行う・手洗い、うがいの実施(むせなどの予防)	
7	定期のバイタルサイン確認、水分補給の促し、オムツ交換時の陰部洗浄保持を行う	安定した食事量、水分量の摂取ができるよう良肢位の保持を心がける
8	・水分補給 ・食事摂取	バイタルサインのチェック 状態観察
9	日々の状態観察	日々の状態観察 バイタルサインのチェック
10	日々のバイタルサインのチェック	日々のバイタルサインのチェック 水分補給
11	・水分補給 ・食事摂取できる ・声かけ	日々の状態観察 ・バイタルサインのチェック
12	日々の状態観察 バイタルサインのチェック	日々の状態観察
13	バイタルサインのチェック	日々の状態観察
14	バイタルサインのチェック 日々の状態観察	日々の状態観察
15	変化にすぐ気づけるよう様子観察を行う	変化に気をつける
16	掛け物、衣類等を適切なものか判断する	水分補給時等をすすめ、体調不良にならないよう配慮する
17	1日に必ず1回は検温するので、毎日の様子を観察する	発熱による体力低下にならないように、普段から体調の変化の有無を確認する
18	平熱も高めなのか、熱発しやすい。衣服、掛け物、調整して対応上昇を防ぐ	熱上昇につながらないよう食事時やおやつ時等補水をこまめに行っていく。
19	・バイタルサインのチェック・吸引・DIV管理	・ターミナル対応での負担軽減、体調管理

■骨折

骨折に関するリスクマネジメントプランを（表 2-12A）（表 2-12B）にまとめた。

両者とも、短期的目標では声かけ、長期的目標ではリハビリが多く書き込まれていた。

両者を比較すると、次のような差が考えられた。

1) 介入あり・RMありのプラン（表 2-12A）

こちらには「環境整備」の記述が多くみられた。

2) 介入あり・RMなしのプラン（表 2-12B）

こちらには、特に強調すべき記述はなかった。

（表 2-12A）

介入あり・RM ありのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	15分毎の巡視、Ns.コール指導	転倒予防のためのリハビリの実施
2	転倒予防	転倒防止
3	転倒予防	リハビリの継続
4	両下肢に筋力の低下あり、立ち上がり、歩行時にふらつきがあるため、移乗、移動時は必ず介助者が付き添う	立位バランス、歩行能力向上のためのリハビリ
5	自宅内歩行の自立を目指し、歩行補助器具の選択	ヒザ折れを起こさない下肢筋力の向上
6	臥床時間を設けて痛みに対応、臥床中体位交換実施	臥床時間を設けてフロアにいる時間を作る、レクを楽しんでいただく
7	安全な歩行能力を身につける	トイレ動作、歩行能力の向上
8	・ナースコール促しボードの設置（ポータブルトイレ上）、コールマットの設置（端坐位で感知）、・歩行・移乗時に必ず付き添う ※転倒対策と同じ、加えて、・疼痛の有無を確認。・本人希望時は車椅子を使用する。	歩行の機会を増し、筋力・体力の向上を図り、歩行を安定させる
9	居室内の環境整備と見守りできる環境づくり	リハビリの実施
10	環境整備	
11	見守りしやすい環境づくり、ベッドからの転落対策でクッションマットを敷く	リハビリによる筋力アップ
12	PTIによるリハビリの実施、移動・移乗時に痛みの確認	・筋力維持に努める

13	環境整備、声かけ、見守り	関節運動、筋力強化練習、歩行練習
14	見守り、介助実施	
15	サービスステーション内で対応、居室の検討	生活リズムの獲得、精神面での安定
16	危険行為の説明、床マットの使用、環境整備、プロテクターズボンの着用にて転倒骨折を予防する	再骨折を予防する
17	個別リハビリ実施にて筋力アップ	トイレ移乗をできるだけ自分でやってもらえるよう介助する
18	移動方法についてリハビリの評価を行う、日々歩様状態の評価を行う、安全に移動できる環境を作る	在宅の環境を確認し、自宅を見据えた歩行練習を行う
19	異常の早期発見に努める	転倒や転落を起こさないよう、リハビリの実施と環境の整備を行う
20	シルバーカー歩行を導入し、安定した歩行に繋げ転倒を予防する	歩行訓練等により下肢の支持性を高め安全な杖歩行につなげていく
21	転倒や足のつかかりがないよう居住空間の見直し、設定行う	歩行動作安定に努める
22	手術、疼痛に伴う過緊張低下させ、下肢の支持性向上に努める	筋出力向上。疼痛軽減による転倒防止に努める
23	下肢の支持性、歩行の安定に努める	下肢の支持性向上。歩行や動作の向上に努める
24	骨折を防ぐため、転倒予防を行う。車椅子のブレーキのかけ忘れをなくすよう伝える	ブレーキのかけ忘れがなくなり安全に移乗や立位をとれるように基本動作のリハ実施し実用する
25	車椅子のブレーキかけ忘れあり。見守りや声かけ対応行う。歩行動作あるため、ふらつきあれば車椅子対応とする	反復練習行い、安全に移乗が行えるようにしていく
26	転倒しないよう見守り、付き添い行う	下肢筋力の強化で自立と安定に努める

(表 2-12B)

介入あり・RMなしのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	・トイレ内環境が把握できるように手すり等の位置を声かける	
2	適した歩行補助具を使用し移動する・ベッド周りの環境整備を行う	筋力維持のためのマシントレーニングや、下肢筋力向上のための歩行練習などのリハビリ実施
3	移乗時の注意をする	
4	歩行器使用、転倒しないよう声かけ見守り	転倒しないようバランス練習
5	日々の見守り	日々の見守り 訪室チェック
6	歩行時の見守り 声かけ	リハビリによる歩行時の安定を図る
7	移動時、移乗時の注意をする	リハビリの継続
8	見守り、声かけをする	リハビリの実施 機能低下を防ぐ
9	転倒しないよう移乗や移動に声かけ	リハビリ継続
10	転倒しないよう気をつける	転倒しないよう気をつける
11	転倒防止のため、センサーマット使用	頻回巡回と声かけ
12	転倒防止のためセンサーマット使用	頻回巡回と声かけ
13	車椅子移乗、ベッドからポータブルトイレ等一人でやっているため、転倒⇒骨折につなげない。	骨折につなげないよう居室内整備等を行っていく
14	日々のケア時に無理な体勢をとらせないように全ての介助を2名対応しているが、注意を払っていく	転倒、移乗時、体交時など屈曲している部分等に負荷をかけないようにする
15	転倒(ベットからのずり落ち)が見られるため、骨折につながらないようにフットセンサーや手すりの工夫をする	骨折に至らないようにする
16	車椅子を操作し、トイレに向かった時は声をかける。 トイレが終わったらコールを押してもらう	歩行練習等下肢機能維持のリハビリテーションの実施
17	ほぼ寝たきり状態のため、経過観察	リハビリテーションにより、ROM等を行い、関節拘縮を防ぐ、再骨折の防止
18	・フォルトオ注射(骨粗鬆症改善)	・リハビリでの筋力強化
19	・フォルトオ注射(骨粗鬆症改善)	・リハビリでの筋力強化
20	痛み観察とシルバーカー歩行の練習、立位バランス練習のリハビリを行っていく	骨折部位の経過観察とADL低下防止

■誤嚥

誤嚥に関するリスクマネジメントプランを（表 2-13A）（表 2-13B）にまとめた。

両者とも、短期的目標では食形態、長期的目標では安全な食事についての記述が多く書き込まれていた。

両者を比較すると、次のような差が考えられた。

1) 介入あり・RMありのプラン（表 2-13A）

こちらには「トロミ剤使用」の記述が多くみられ、長期的対策の記述が詳細であった。

2) 介入あり・RMなしのプラン（表 2-13B）

こちらには、「口腔ケア」の記述が多く見られた。

（表 2-13A）

介入あり・RMなしのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	本人に合った食事を提供する、安全に飲食ができるようにする、口腔内を清潔に保つ	誤嚥性肺炎を防ぐ
2	誤嚥を防止しながら安全に自力摂取できるようにする	誤嚥を防止しながら安全に自力摂取できるようにする
3	食形態を ST を交え評価	見守りを行い安全な食事摂取を行う
4	水分には トロミ を付加する、嚥下状態の観察（ムセの確認）	定期的な評価により、食形態を見直す。刺激入力による覚醒レベル改善声を出す（歌などの活動）
5	食べやすい食形態で食物を提供する（全粥、小刻み）	適度な運動により体力の維持
6	水分には トロミ を付加する、適切な食形態で食物を提供する	定期的な評価、食形態などの見直し、りはによる体力向上
7	・食形態を安全に嚥下できるレベルに変更、・全介助で摂食する、・職員の見守り下で牛乳等を介助する	・家人への指導・理解を促す。（危険な介助を抑制するような）・自力摂取は慎重に検討する・定期評価（嚥下）・離床⇒体力向上
8	・ トロミ による水分提供、・正しい姿勢保持の促し	規則正しい生活による日中の覚醒
9	食べ過ぎないように声かけ、見守り	体調不良の早期発見
10	摂取状況の把握、形態の検討	嚥下評価と状況により、介助
11	食事は拒否なくしっかり摂取できるように対応、介助	食事がとれる環境の整備、本人の食べられるものの差し入れをお願いする
12	食事状態の観察、STの評価	食事状態の観察
13	トロミ を使用してむせずに食事を摂取する、食実祐の状態観察を行う	STのフォローを行いながら安全に食事を摂取する

14	食事、水分の摂取状況をアセスメントし、食事形態の調整、見守りの援助をする	誤嚥、むせなく、安心して食事ができるようにする
15	義歯の装着を食前確認、安全に摂取できるようにする	誤嚥での肺炎等の予防ができるようにする
16	水分や汁物には トロミ をつけて提供する、食事時は見守りやすい食事席に着いていただき、様子観察する	安全な経口摂取を継続するため、食事形態やトロミの量を検討する。食べ方の指導や見守りを徹底し習慣づける
17	ご本人の好まれる物や経口摂取可能な物を検討し経口摂取を試みる	誤嚥のリスクは高いが、本人の意思を尊重し、可能な限り経口摂取に努める
18	ご本人の好まれる物や経口摂取可能な物を検討し、経口摂取を試みる	誤嚥のリスクは高いが、本人の意思を尊重し、可能な限り経口摂取に努める
19	摂取状況確認しご本人に合わせた食事の提供	適した食事形態の提供により食事量の安定を図る
20	ST評価行うまでの間、水分 トロミ 対応にて様子観察を行う	安全な食事形態での提供
21	体調の変化に注意必要	体調に合わせ食事提供を行い誤嚥予防に努める
22	適した食事形態の検討	一口ずつ飲み込みを意識し誤嚥を防ぐ
23	嚥下状態の把握を行い、状態に合わせて食事形態の再検討を行う	嚥下状態に合わせた食事提供
24	食事摂取状況の観察、把握。万が一のため、吸引器の設置	食事摂取状況の観察、把握。万が一のため、吸引器の設置

(表 2-13B)

介入あり・RMなしのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	適切なポジショニングの徹底(ベッド 30 度アップ)	
2	・適切なポジショニングの徹底 ・体位交換 ・マットレスの選定	
3	・食前体操 ・ 口腔ケア の援助	
4	口腔ケア の援助	
5	口腔ケア の援助・義歯の管理、嚥下体操の実施	
6	口腔ケア の援助(セッティング義歯管理)	
7	食形態の評価(必要時)・食事摂取状況の確認を行う・ 口腔ケア の実施(むせなど)	嚥下体操の実施
8	嚥下状態の観察	嚥下状態の観察
9	見守り	見守り
10	自助皿使用 一口量調整→小スプーン使用	見守り、食事状態の観察
11	しっかり 嚥下ができる ・状態観察 ムセに注意	嚥下状態が良好に保てる状態観察

12	食事時の体位 声掛け 見守り	嚥下状態が良好に保てる
13	見守り、声かけ 自助スプーン、すべり止めマット	嚥下状態の確認
14	食事時の見守り 促し	日々の食事状態の観察
15	適時 たん吸引を実施	症状にあった食事形態を提供する
16	食事の際に様子観察を行う	食事の際の様子観察。定期的な確認を行う
17	嚥下評価	
18	嚥下状態を評価し、ご本人に合った食事形態で安全に摂取する	誤嚥を防止する
19	嚥下状態を評価し、ご本人に合った食事形態で安全に摂取できる	誤嚥を防止する
20	嚥下状態を評価し、ご本人に合った食事形態で安全に摂取できる	誤嚥を防止する
21	嚥下の評価	
22	嚥下状態を評価し、ご本人に合った食事形態で安全に摂取できる	誤嚥を防止する
23	嚥下状態を評価し、ご本人に合った食事形態で安全に摂取できる	誤嚥を防止する
24	本人希望にて高カロリー栄養剤を5本/日に飲んでいる。 急いで飲まないように注意する	ムセ等見られるか食事等でチェックしていく
25	唾液の飲み込みは出来ている。食事時の誤嚥をしないよう職員は目配り・気配りが大切である	昼のみ食事を食べるが、必ず飲み込みを確認し、摂取状況を把握する。変化があれば、Ns、栄養士等へ報告する
26	ご自身で召し上がっているが、摂取状況を見守り、ムセ等につながらないようにする	誤嚥から、他の病気を発症するので、食物・水分摂取時は気をつける。

■褥瘡等

褥瘡等に関するリスクマネジメントプランを（表 2-14A）（表 2-14B）にまとめた。両者とも、短期的目標では体位変換、除圧についての記述が多く書き込まれていた。両者を比較すると、次のような差が考えられた。

1) 介入あり・RMありのプラン（表 2-14A）

こちらには「クッション・マット」の記述が多くみられた。

2) 介入あり・RMなしのプラン（表 2-14B）

こちらには、「水分補給・皮膚の観察」の記述が多く見られた。

（表 2-14A）

介入あり・RM ありのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	褥瘡を治す	褥瘡の再発防止を行います
2	体位交換、同一圧迫部位を作らない	Ns.による皮膚観察・処置、1回/週褥瘡
3	臥床時巡視による体動の確認	皮膚の観察
4	かかとはつかないように臥床時はクッションを使用	体位交換を行い体に褥瘡が形成されないようにする
5	定期的体位交換、皮膚状態の観察、褥瘡スートの利用。	離床、リハビリによる体力筋力向上
6	レッグウォーマーで下腿を保護(入浴時)、フットレストにスイングアウトする	浮腫の改善軽減・こまめに臥床する・下腿は挙上する
7	褥瘡への処置(H26.4.1 治癒) 排泄後、皮膚状態を観察する、ロホクッション、褥瘡予防マット利用	栄養状態の管理、臥床、移乗能力の改善
8	左足踝部の除圧を徹底する。・車イス、クッションの利用(ロホ、モザイク)	摂食状況を含め、栄養を管理、・離床等で体力向上を図り、臥床時間を減らす。
9	打撲の予防、・下肢の保護、保湿、レッグウォーマー使用、・車椅子の検討、フットレストカバー使用、・トランスファー2人介助、Pバー使用	リハビリでの立保安定、・貧血対応、・全身状態の観察
10	幹部を清潔に保つ、車イスでの座位、ベッド上での体位を気をつける	皮むけを悪化させないようにする
11	ディンプルマット使用時: 定時提示体位変換	経口食事摂取可能に
12	空調管理、皮膚状態観察強化、こまめに清拭を行う	褥瘡に注意する
13	日常生活の中で自分でできることが増えるように戻す	廃用症候群を予防し離床を促す

14	車椅子やベッド等、動作時に擦れる可能性がある場所にクッションやカバーを付ける。ご本人に剥離防止カバーを着用していただく	安全な起居動作、移乗動作が獲得できるようリハビリテーションを実施。表皮剥離部の感染防止
15	皮膚の状態の観察。看護師による創部の処置。エアークッションの使用と体位交換で除圧を行う。	体位交換の自立を目指したリハビリと栄養状態の管理を行い、褥瘡の再発を防ぐ
16	2時間おきの体位変換	2時間おきの体位変換
17	手の届く所に置かない。お茶の温度に注意	手の届く所に置かない。お茶の温度に注意

(表 2-14B)

介入あり・RMなしのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	車いす乗車時テンピュール、アームウォーマーを使用し、除床や内出血を防ぐ	
2	失禁で皮膚の状態が悪化しない様に観察する	定時に尿意の確認、排泄パターンを把握する
3	栄養状態の管理観察を行う、入浴時のボディチェック	
4	水分をこまめに促し、水分摂取量の観察を行う	
5	体調に応じて定期的な離床機会を設けていく	座位時に良い姿勢がとれるようポジショニングを行う
6	皮膚状態の観察	体位変更 ポジショニング
7	日々の状態観察	日々の状態観察
8	移乗時の注意 皮膚状態の観察	皮膚状態の観察
9	発赤等の変化に注意する	皮膚状態の観察 ・良好に保つ
10	皮膚状態の観察	体位変換 ポジショニング
11	皮膚状態の観察	皮膚状態の観察 良好に保つ 離床
12	状態観察とケア時の注意	皮膚状態の観察
13	除圧マットの設置 定時の体位交換を行う	リハビリテーションを行い発赤褥瘡をつくらない
14	褥瘡予防をするためエアマットを使用する	入浴時やオムツ交換時に褥瘡後部位の確認をする
15	日常生活での運動を促し、栄養管理に気をつける	栄養管理。運動を促す
16	褥瘡部の除去。指間部の清潔	栄養学的側面からみた身体状況の改善
17	皮膚の観察	
18		皮膚の観察 体位変換

19	褥瘡-栄養剤だけなので、皮膚状態を把握していく。 表皮剥離-移乗時、入浴時等注意する	全身の皮膚状態を、更衣時、入浴時などチェックしていく。 フットレスト上げ下げ、服の脱衣時など本人の対応だけでなく、職員もときどき目を配る
20	体交表に沿っての体交をしていき、入浴時・排泄時等皮膚状況の観察。日々のケア時に無理な対応をしない	臥床されていることが多いので、体交の徹底をする。表皮剥離しないように対応していく
21	体位交換を嫌がるので、更衣時や入浴時など皮膚の様子を観察する。 両足に浮腫があるので、傷にならないよう注意を払っていく	臥床時、車椅子乗車時など一定の圧が係りすぎないように対応する。 入浴時、移乗時、ケガにつながらないようにチェックする
22	まめなオムツ交換と保清・2時間おきの体位交換・除圧マットの使用	栄養状態の改善
23	週3回立ち上がり練習をし、ADLの維持に努める。	立ち上がりの介助量軽減を目指しリハビリを行う。 麻痺側への転室に注意する

■脱水

脱水に関するリスクマネジメントプランを（表 2-15A）（表 2-15B）にまとめた。

両者とも、水分補給とその管理、それを促す声かけについての記述が多く書き込まれていた。

両者に大きな違いはみられなかった。

（表 2-15A）

介入あり・RM ありのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	毎日の水分補給時こまめに促しをする	水分補給の声かけを日課として提供する
2	水分補給時の声かけ	水分補給時の声かけを日課とする
3	細目に声かけを行い、飲水を促す	水分摂取量の把握
4	飲水を促す(定時)	
5	食事、水分の摂取量を確認し、少ないときは声かけし促す、栄養士にてエネルギー、水分について検討	脱水の予防をし、健康維持ができるようにする
6	水分補給の促し、状況に応じ医師の指示のもと輸液対応	一般状態観察と適宜の水分補給
7	一般状態の観察と摂取量水分量に応じ脱水予防に努める	状態観察の継続で脱水予防に努める
8	水分補給促し。状態に応じ輸液対応	一般状態観察と適宜の水分補給。
9	バイタルサイン、皮膚の乾燥、飲水量、尿回数 of 観察。活気がない。微熱時は水分補給促す	脱水予防のため、毎日の水分補給の確認行う
10	水分補給の促しと状況に応じて医師の指示のもと輸液対応	一般状態の観察と適宜の水分補給

（表 2-15B）

介入あり・RM なしのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	定時の水分補給を促している	
2	食事、水分摂取量の管理	
3	食事・水分摂取量の管理	
4	食事・水分量の管理	
5	定時に声掛けを行い、摂取が進まない時でも、タイミングを図りながら保給補給につなげていく	良い姿勢を保ち、自然に摂取が進むよう環境整備を行う

6	食事、水分摂取量の管理	安定した栄養量・水分量を維持するため、栄養補助食品の提供、水分補助剤のゼリーなどの提供
7	水分補給 食事摂取	バイタルチェック 状態観察
8	水分補給	排尿状況 皮膚状態の観察
9	日々のバイタルチェック 尿量チェック	水分補給 日々の状態観察
10	水分補給に努める	・食事量の安定 ・排尿・排泄の観察
11	状態観察	水分補給の実施
12	バイタルチェック 状態観察	水分補給
13	状態観察 食事量・水分量の観察	水分補給
14	食事摂取、水分補給を正確に行う 観察をこまめに行う	精神症状の変化に注意を払う
15	水分量のチェックに気をつける	水分量のチェックに気をつける
16	3食離床時以外では水分摂らないため、出来る限り水分補給を促す	脱水から発熱・病気にならないように適宜補水を行っていく
17	ベット上での掛け物調整、食事時の水分摂取量を把握し、水分摂取して頂けるよう配慮する	経口摂取、胃瘻部からの注入だけだが、居室内での湿度・温度に気をつける。ベッド上の環境を整える
18	お茶が苦手ということで白湯提供。水分自体も嫌がる傾向なので出来るだけ補水に努める	補水に努め、脱水からの病状悪化につながらないようにケアをする
19	水分ゼリー1日5個提供。尿量・症状の観察	1ヶ月に1回、体重測定
20	・負担の少ないレベルでの飲水介助	
21	・DIV管理	・負担の少ないレベルでの飲水の促し

■感染症

感染症に関するリスクマネジメントプランを（表 2-16A）（表 2-16B）にまとめた。
 両者のプランはやや視点の異なるものが多かった。
 両者を比較すると、次のような差が考えられた。

1) 介入あり・RMありのプラン（表 2-16A）

こちらには、水分補給の方法など個別具体的な記述がやや多かった。

2) 介入あり・RMなしのプラン（表 2-16B）

こちらには、バイタルチェックや症状の予防の記述が多く見られた。

（表 2-16A）

介入あり・RM ありのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	医師による診察、薬の指示	皮膚の観察
2	・陰部洗浄、・水分補給	・温度調整・保清、・水分コントロール
3	・水分補給、・保清	・水分コントロール、・保清
4	1食につき2杯のお茶で水分強化を図る	水分コントロールと観察
5	入所時はバルンカテーテル抜去し、日中トイレでの排泄とする	・ベッドサイドにボトルを設置し飲水量の確保、・シャワー浴、排泄介助、排便コントロール
6	排尿の観察	排尿の観察
7	毎食時、一定の水分量を摂取する	毎食時時の水分摂取量の把握、排泄感覚の確認

（表 2-16B）

介入あり・RM なしのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	・食事前の手洗いうがいを習慣化	
2	バイタルチェック	一般状態の観察
3	バイタルチェック	体調管理
4	バイタルチェック	声かけ 見守り
5	状態観察 ・バイタルチェック	清拭の確保 日々の状態観察
6	バイタルチェック 症状の有無	日々の状態観察
7	自宅環境・家族と連携をとりあっていく。	自宅環境の調整・家族との連携をとっていく
8	冬期にさしかかるので、症状が出ないように対応していく	感染症が流行る時期なので、発症しないよう環境を整える

9	冬期のため、症状が出ないようにする。職員が媒介者にならないように対応する	冬場になり、風邪、インフルエンザ、ノロウイルス等、流行期に入るので、気をつけて対応していく
10	冬期で流行りやすいので症状が出ないようにする	発症しないように環境を整えていく
11	定期的な適切な検査を行っていくことができる。感染拡大予防を図る	MRSAにより、重度化し合併症を起こすことなく生活することができる
12	尿の性状観察。水分ゼリー一日8個提供。一日1回陰部洗浄	水分摂取状況の確認、評価していく

■ 離設

離設に関するリスクマネジメントプランを（表 2-17A）（表 2-17B）にまとめた。
これについては数が少なく、比較検討するには至らなかった。

（表 2-17A）

介入あり・RM ありのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	行動の観察	行動の観察
2	安全な歩行能力を身につける	トイレ動作、歩行能力の向上
3	自宅内歩行の自立を目指し、歩行補助器具の選択	ヒザ折れを起こさない下肢筋力の向上

（表 2-17B）

介入あり・RM なしのプラン

	短期的対策	長期的対策
1	傾聴や家族への電話、面会などで帰宅願望の軽減を図る	帰宅願望から入浴拒否につながることもあったため、個浴やケアシートの記入を行うことでケアの統一が図れるよう対応する
2	物忘れが目立つため声かけを多くして安心して過ごしてもらう	
3	声かけ 見守り	一般状態の観察
4	様子観察・定期的な確認を行う	自分でできるところは行ってもらい、危険のないよう行う
5	車椅子自力駆動はするが、EV 操作は行わないのでなし	
6	車椅子への移乗は見守り状況。自力駆動もされず、離設にはつながらない	車椅子への移乗は見守り状況。自力駆動もされず、離設にはつながらない
7	精神状態の観察	所在確認

⑤ 「リスクマネジメントシート」 記載内容のまとめ

「RMがいる・介入施設」「RMがない・介入施設」のいずれも「介入施設」において、「リスクマネジメントシート」に書かれた対応の具体策について比較検討したところ、ともに介入施設として、一定水準以上（起きたリスク事象に対してだけでなく、より多くのリスク事象についてのプランが立案）でのリスクマネジメントが行われていた。

あえて差異を検討すると、RMがいる施設のほうが、「定型的な対応」を超えて、より利用者個人に対するアプローチが実施されているように思われた（利用者の精神面への配慮とセンサー使用など）。

これは当然ケアプランの内容にも関係してくると考えられ、前述の、RMがいる施設が「R4 システム（リスクマネジメントにも配慮されたケアプラン手法）を完全導入している」、「『入所時リスク説明書』を使用している」、「入所時に利用者に対するリスクについての説明を行っている」、「ケアプラン作成時にリスクマネジメント対策を行っている」ことにつながっているという結果ともつながるものといえる。

3. 考察

今回の研究において、RM配置や定型的なリスクマネジメントプロセスの導入は、利用者への説明その他のプロセスの改善に繋がっていた。一方でリスクマネジメントプロセスの導入やRMの配置はリスク事象の出現に対しては減少効果を示すには至らなかった。その原因としては、以下の事由が考えられた。

(1) 対象期間および対象者数が少ない

今回のフォロー期間は3ヶ月間であり、効果を有意差として示すには期間が短かった可能性がある。また対象者数が増えれば効果がえられたかもしれないマージナルな結果がいくつか得られていた。

(2) 介入のプロセスの非特異性

今回の介入は全体的なリスクマネジメントの見直しであり、その中で個別の対策を立てた。このため似た問題を抱えた利用者に対して、より均一な介入をした調査とはことなり、介入方法も各施設で違いがあった。介入効果を上げるためには、より類似した利用者に対して、同じ介入方法を行う必要が示された。

しかし一方で、個人に対する介入効果が得られなかったということは、施設は利用者に対して、「転倒」その他のリスクについては、介入しても限界があることを説明する必要がある。

(3) プロセスの改善

また、介入群やRMがいる施設は、リスクマネジメントのプロセスとしての「入所時リスクの説明」や「ケアプラン作成時にリスクマネジメントの対策を行っている」などプロセスにおける改善が認められた。このことは、施設のプロセスの質の改善に一定の効果があったと考えられた。

4. まとめ

「リスクマネジメントのプロセスがある」施設やRMが配置されている施設は、リスクマネジメントのプロセスとしての改善が認められた。

しかし実際に転倒その他のリスク事象が減るには至らなかった。これは介入対象が広く、かつ介入方法も利用者毎に異なっているためと考えられた。今後施設のリスクマネジメントを考える上では個別の対象者の状態を考慮したものの必要性が示唆された。

第3章 調査結果

1. 結果の概要（単純集計）

（1）背景

- ・調査担当者は、ケアマネ、看護職、支援相談員、介護職が多く、これらで 87%を占めた。

①調査担当者の職種

（表 3-1）

医師	9	（ 1.2%）
看護	191	（ 24.9%）
介護	101	（ 13.2%）
支援相談	179	（ 23.3%）
ケアマネ	198	（ 25.8%）
リハ	45	（ 5.9%）
その他	0	（ 0.0%）
（無回答）	44	（ 5.7%）
合計	767	（ 100.0%）

- ・調査対象者の性別の割合、対象者の平均年齢は、老健施設入所者の平均像と変わらなかった。

②調査対象者の性別

（表 3-2）

男性	233	（ 30.4%）
女性	526	（ 68.6%）
（無回答）	8	（ 1.0%）
合計	767	（ 100.0%）

③調査対象者の年齢

（表 3-3）

平均	84.1
最大	108
最小	48
回答件数	757

④入所前の居場所

(表 3-4)

急性期病院	195 (25.4%)
急性期病院以外	214 (27.9%)
介護老人福祉施設(特養)	5 (0.7%)
介護老人保健施設	37 (4.8%)
介護療養型医療施設	23 (3.0%)
自宅(以下7～10を除く)	231 (30.1%)
認知症対応型共同生活介護事業所等	6 (0.8%)
特定施設入居者生活介護	2 (0.3%)
サービス付高齢者向け住宅	5 (0.7%)
その他	24 (3.1%)
(無回答)	25 (3.3%)
合計	767 (100.0%)

(2) 対象者の状況

- ・対象者の要介護度分布、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度の割合も、老健施設入所者の平均像と変わらなかった。

①要介護度

【入所時】 (表 3-5A)

要介護1	95 (12.4%)
要介護2	156 (20.3%)
要介護3	193 (25.2%)
要介護4	180 (23.5%)
要介護5	115 (15.0%)
その他	13 (1.7%)
(無回答)	15 (2.0%)
合計	767 (100.0%)

【入所3か月後 or 中止時】 (表 3-5B)

要介護1	84 (11.0%)
要介護2	136 (17.7%)
要介護3	185 (24.1%)
要介護4	186 (24.3%)
要介護5	120 (15.6%)
その他	1 (0.1%)
(無回答)	55 (7.2%)
合計	767 (100.0%)

②日常生活自立度

【入所時】 (表 3-6A)

J1	4 (0.5%)
J2	9 (1.2%)
A1	62 (8.1%)
A2	146 (19.0%)
B1	195 (25.4%)
B2	255 (33.2%)
C1	29 (3.8%)
C2	55 (7.2%)
(無回答)	12 (1.6%)
合計	767 (100.0%)

【入所3か月後 or 中止時】 (表 3-6B)

J1	5 (0.7%)
J2	9 (1.2%)
A1	82 (10.7%)
A2	144 (18.8%)
B1	181 (23.6%)
B2	219 (28.6%)
C1	24 (3.1%)
C2	57 (7.4%)
(無回答)	46 (6.0%)
合計	767 (100.0%)

③認知症高齢者の日常生活自立度

【入所時】 (表 3-7A)

自立	36 (4.7%)
I	99 (12.9%)
Ⅱa	100 (13.0%)
Ⅱb	169 (22.0%)
Ⅲa	217 (28.3%)
Ⅲb	63 (8.2%)
IV	56 (7.3%)
M	7 (0.9%)
(無回答)	20 (2.6%)
合計	767 (100.0%)

【入所3か月後 or 中止時】 (表 3-7B)

自立	41 (5.3%)
I	85 (11.1%)
Ⅱa	102 (13.3%)
Ⅱb	176 (22.9%)
Ⅲa	199 (25.9%)
Ⅲb	56 (7.3%)
IV	51 (6.6%)
M	5 (0.7%)
(無回答)	52 (6.8%)
合計	767 (100.0%)

(3) リスク事象

- ・リスク事象については、転倒、発熱、骨折、誤嚥、誤嚥、褥瘡その他表皮剥離（以下、褥瘡等）、脱水、離設、感染症のそれぞれについて、入所前の6か月間と、入所後3か月間の回数を聞いた。期間が異なるので単純比較はできないが、当然のように回数は減っていた。

①リスク事象：転倒（回数）

【入所前の6か月間】（表 3-8A）

平均	0.87
最大	30
最小	0
回答件数	675

【入所3か月後 or 中止時】（表 3-8B）

平均	0.52
最大	18
最小	0
回答件数	686

②リスク事象：発熱（回数）

【入所前の6か月間】（表 3-9A）

平均	0.43
最大	24.5
最小	0
回答件数	646

【入所3か月後 or 中止時】（表 3-9A）

平均	0.40
最大	15
最小	0
回答件数	650

③リスク事象：骨折（回数）

【入所前の6か月間】（表 3-10A）

平均	0.20
最大	5
最小	0
回答件数	682

【入所3か月後 or 中止時】（表 3-10B）

平均	0.01
最大	1
最小	0
回答件数	653

④リスク事象：誤嚥（回数）

【入所前の6か月間】（表 3-11A）

平均	0.08
最大	4.5
最小	0
回答件数	659

【入所3か月後 or 中止時】（表 3-11B）

平均	0.05
最大	6
最小	0
回答件数	638

⑤リスク事象：褥瘡等（回数）

【入所前の6か月間】（表 3-12A）

平均	0.19
最大	10
最小	0
回答件数	657

【入所3か月後 or 中止時】（表 3-12B）

平均	0.15
最大	5
最小	0
回答件数	639

⑥リスク事象：脱水（回数）

【入所前の6か月間】（表 3-13A）

平均	0.10
最大	3
最小	0
回答件数	660

【入所3か月後 or 中止時】（表 3-13B）

平均	0.02
最大	8
最小	0
回答件数	642

⑦リスク事象：感染症（回数）

【入所前の6か月間】（表 3-14A）

平均	0.10
最大	4.5
最小	0
回答件数	659

【入所3か月後 or 中止時】（表 3-14B）

平均	0.07
最大	2
最小	0
回答件数	649

⑧リスク事象：離設（回数）

【入所前の6か月間】（表 3-15A）

平均	0.02
最大	4
最小	0
回答件数	655

【入所3か月後 or 中止時】（表 3-15B）

平均	0.01
最大	1
最小	0
回答件数	639

- ・リスク事象への対策を、短期的対策・長期的対策に分け、それぞれの実施具合を「よく実施できた」「少し実施できた」「実施できていない」「ケアプランを変更した」の選択肢で回答を得た。
- ・すべての項目で80%以上に「よく実施できた」との回答を得たが、転倒（80.1%）、発熱（84.6%）、褥瘡等（85.8%）、感染症（90.0%）、誤嚥（90.4%）、脱水（90.7%）、骨折（91.4%）、離設（92.4%）との並びを見ると、発熱・褥瘡等、感染症と身体要因がより高いものほど対策が難しい傾向が見える中で、トップに転倒があることは、高齢者ケアにおいていかに転倒対策が難しいかを示しているのかもしれない。
- ・また、短期的対策と長期的対策では、わずかながら（1.0～2.8%）長期的対策の方が低かった。

⑨ リスク事象への対策：転倒

【短期的対策】（表 3-16A）

よく実施できた	496	(80.1%)
少し実施できた	91	(14.7%)
実施できていない	24	(3.9%)
ケアプランを変更した	8	(1.3%)
合計	619	(100.0%)

【長期的対策】（表 3-16B）

よく実施できた	445	(78.3%)
少し実施できた	91	(16.0%)
実施できていない	23	(4.0%)
ケアプランを変更した	9	(1.6%)
合計	568	(100.0%)

⑩ リスク事象への対策：骨折

【短期的対策】（表 3-17A）

よく実施できた	446	(91.4%)
少し実施できた	25	(5.1%)
実施できていない	15	(3.1%)
ケアプランを変更した	2	(0.4%)
合計	488	(100.0%)

【長期的対策】（表 3-17B）

よく実施できた	401	(89.9%)
少し実施できた	25	(5.6%)
実施できていない	18	(4.0%)
ケアプランを変更した	2	(0.4%)
合計	446	(100.0%)

⑪ リスク事象への対策：誤嚥

【短期的対策】（表 3-18A）

よく実施できた	443	(90.4%)
少し実施できた	30	(6.1%)
実施できていない	16	(3.3%)
ケアプランを変更した	1	(0.2%)
合計	490	(100.0%)

【長期的対策】（表 3-18B）

よく実施できた	390	(88.0%)
少し実施できた	34	(7.7%)
実施できていない	17	(3.8%)
ケアプランを変更した	2	(0.5%)
合計	443	(100.0%)

⑫ リスク事象への対策：褥瘡等

【短期的対策】（表 3-19A）

よく実施できた	424	(85.8%)
少し実施できた	48	(9.7%)
実施できていない	20	(4.0%)
ケアプランを変更した	2	(0.4%)
合計	494	(100.0%)

【長期的対策】（表 3-19B）

よく実施できた	386	(84.5%)
少し実施できた	46	(10.1%)
実施できていない	22	(4.8%)
ケアプランを変更した	3	(0.7%)
合計	457	(100.0%)

⑬ リスク事象への対策：脱水

【短期的対策】（表 3-20A）

よく実施できた	428	(90.7%)
少し実施できた	22	(4.7%)
実施できていない	19	(4.0%)
ケアプランを変更した	3	(0.6%)
合計	472	(100.0%)

【長期的対策】（表 3-20B）

よく実施できた	377	(88.3%)
少し実施できた	23	(5.4%)
実施できていない	22	(5.2%)
ケアプランを変更した	5	(1.2%)
合計	427	(100.0%)

⑭リスク事象への対策：発熱

【短期的対策】（表 3-21A）

よく実施できた	428	(	84.6%)
少し実施できた	53	(	10.5%)
実施できていない	21	(	4.2%)
ケアプランを変更した	4	(	0.8%)
合計	506	(	100.0%)

【長期的対策】（表 3-21B）

よく実施できた	377	(	81.8%)
少し実施できた	54	(	11.7%)
実施できていない	23	(	5.0%)
ケアプランを変更した	7	(	1.5%)
合計	461	(	100.0%)

⑮リスク事象への対策：感染症

【短期的対策】（表 3-22A）

よく実施できた	416	(	90.0%)
少し実施できた	26	(	5.6%)
実施できていない	18	(	3.9%)
ケアプランを変更した	2	(	0.4%)
合計	462	(	100.0%)

【長期的対策】（表 3-22B）

よく実施できた	371	(	87.5%)
少し実施できた	29	(	6.8%)
実施できていない	22	(	5.2%)
ケアプランを変更した	2	(	0.5%)
合計	424	(	100.0%)

⑯リスク事象への対策：離設

【短期的対策】（表 3-23A）

よく実施できた	401	(	92.4%)
少し実施できた	13	(	3.0%)
実施できていない	18	(	4.1%)
ケアプランを変更した	2	(	0.5%)
合計	434	(	100.0%)

【長期的対策】（表 3-23B）

よく実施できた	369	(	91.3%)
少し実施できた	13	(	3.2%)
実施できていない	20	(	5.0%)
ケアプランを変更した	2	(	0.5%)
合計	404	(	100.0%)

・調査が中止になったケースのその理由は、自宅（すなわち、在宅復帰）がほぼ半数を占めており、「老健施設らしさ」が見て取れた。

⑰調査中止の理由（表 3-24）

急性期病院に入院したため追跡中止	62	(	23.9%)
急性期病院以外	25	(	9.7%)
介護老人福祉施設(特養)	17	(	6.6%)
介護老人保健施設	15	(	5.8%)
介護療養型医療施設	1	(	0.4%)
自宅	123	(	47.5%)
認知症対応型共同生活介護事業所等	4	(	1.5%)
特定施設入居者生活介護	1	(	0.4%)
サービス付高齢者向け住宅	5	(	1.9%)
死亡	6	(	2.3%)
合計	259	(	100.0%)

(4) ICF ステージング

- ・ ICF ステージングについて、その代表 14 項目を取り上げて、入所時点と、入所後 3 か月後のスコアを比較した。ステージの数は大きくなるほど改善するが、全項目において平均スコアが向上（状態像が改善）していて、入所後 3 か月後には老健施設のケアの効果が明らかとなっていた。

① ICF ステージング：(2) 基本動作

【入所時】(表 3-25A)：平均 3.31

ステージ1	113 (15.0%)
ステージ2	93 (12.4%)
ステージ3	141 (18.7%)
ステージ4	263 (34.9%)
ステージ5	143 (19.0%)
合計	753 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-25B)：平均 3.46

ステージ1	99 (13.7%)
ステージ2	82 (11.3%)
ステージ3	110 (15.2%)
ステージ4	255 (35.2%)
ステージ5	179 (24.7%)
合計	725 (100.0%)

② ICF ステージング：(3-a) 歩行・移動

【入所時】(表 3-26A)：平均 1.98

ステージ1	201 (26.7%)
ステージ2	399 (53.0%)
ステージ3	127 (16.9%)
ステージ4	18 (2.4%)
ステージ5	8 (1.1%)
合計	753 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-26B)：平均 2.11

ステージ1	161 (22.2%)
ステージ2	365 (50.3%)
ステージ3	167 (23.0%)
ステージ4	22 (3.0%)
ステージ5	10 (1.4%)
合計	725 (100.0%)

③ ICF ステージング：(4-a) 認知機能 オリエンテーション

【入所時】(表 3-27A)：平均 3.49

ステージ1	29 (3.9%)
ステージ2	117 (15.6%)
ステージ3	240 (32.0%)
ステージ4	187 (24.9%)
ステージ5	178 (23.7%)
合計	751 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-27B)：平均 3.56

ステージ1	28 (3.9%)
ステージ2	91 (12.6%)
ステージ3	233 (32.3%)
ステージ4	187 (25.9%)
ステージ5	183 (25.3%)
合計	722 (100.0%)

④ ICF ステージング：(4-b) 認知機能 コミュニケーション

【入所時】(表 3-28A)：平均 3.26

ステージ1	45 (6.0%)
ステージ2	158 (21.0%)
ステージ3	261 (34.7%)
ステージ4	134 (17.8%)
ステージ5	155 (20.6%)
合計	753 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-28B)：平均 3.36

ステージ1	44 (6.1%)
ステージ2	132 (18.2%)
ステージ3	235 (32.4%)
ステージ4	148 (20.4%)
ステージ5	166 (22.9%)
合計	725 (100.0%)

⑤ ICF ステージング : (4-c) 認知機能 精神活動

【入所時】(表 3-29A) : 平均 3.17

ステージ1	35 (4.6%)
ステージ2	238 (31.6%)
ステージ3	187 (24.8%)
ステージ4	152 (20.2%)
ステージ5	141 (18.7%)
合計	753 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-29B) : 平均 3.25

ステージ1	30 (4.1%)
ステージ2	211 (29.1%)
ステージ3	184 (25.4%)
ステージ4	145 (20.0%)
ステージ5	155 (21.4%)
合計	725 (100.0%)

⑥ ICF ステージング : (5-a) 食事 嚥下機能

【入所時】(表 3-30A) : 平均 3.91

ステージ1	32 (4.2%)
ステージ2	95 (12.5%)
ステージ3	105 (13.8%)
ステージ4	211 (27.7%)
ステージ5	320 (41.9%)
合計	763 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-30B) : 平均 3.94

ステージ1	32 (4.4%)
ステージ2	86 (11.8%)
ステージ3	95 (13.0%)
ステージ4	199 (27.2%)
ステージ5	319 (43.6%)
合計	731 (100.0%)

⑦ ICF ステージング : (5-b) 食事 食事動作及び食事介助

【入所時】(表 3-31A) : 平均 4.08

ステージ1	35 (4.6%)
ステージ2	77 (10.1%)
ステージ3	61 (8.0%)
ステージ4	211 (27.7%)
ステージ5	379 (49.7%)
合計	763 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-31B) : 平均 4.12

ステージ1	34 (4.7%)
ステージ2	67 (9.2%)
ステージ3	55 (7.6%)
ステージ4	193 (26.5%)
ステージ5	379 (52.1%)
合計	728 (100.0%)

⑧ ICF ステージング : (6-a) 排泄の動作

【入所時】(表 3-32A) : 平均 3.04

ステージ1	97 (12.7%)
ステージ2	194 (25.4%)
ステージ3	198 (26.0%)
ステージ4	127 (16.6%)
ステージ5	147 (19.3%)
合計	763 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-32B) : 平均 3.17

ステージ1	90 (12.3%)
ステージ2	161 (22.1%)
ステージ3	180 (24.7%)
ステージ4	130 (17.8%)
ステージ5	169 (23.2%)
合計	730 (100.0%)

⑨ ICF ステージング : (7-a) 入浴動作

【入所時】(表 3-33A) : 平均 2.73

ステージ1	15 (2.0%)
ステージ2	246 (32.3%)
ステージ3	440 (57.7%)
ステージ4	48 (6.3%)
ステージ5	13 (1.7%)
合計	762 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-33B) : 平均 2.78

ステージ1	16 (2.2%)
ステージ2	217 (29.8%)
ステージ3	423 (58.0%)
ステージ4	56 (7.7%)
ステージ5	17 (2.3%)
合計	729 (100.0%)

⑩ICF ステージング：(8-a) 整容 口腔ケア

【入所時】(表 3-34A)：平均 3.02

ステージ1	92 (12.1%)
ステージ2	143 (18.8%)
ステージ3	300 (39.4%)
ステージ4	109 (14.3%)
ステージ5	118 (15.5%)
合計	762 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-34B)：平均 3.10

ステージ1	86 (11.8%)
ステージ2	117 (16.1%)
ステージ3	286 (39.3%)
ステージ4	112 (15.4%)
ステージ5	126 (17.3%)
合計	727 (100.0%)

⑪ICF ステージング：(8-b) 整容 整容

【入所時】(表 3-35A)：平均 2.73

ステージ1	162 (21.3%)
ステージ2	124 (16.3%)
ステージ3	252 (33.1%)
ステージ4	200 (26.3%)
ステージ5	23 (3.0%)
合計	761 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-35B)：平均 2.83

ステージ1	139 (19.1%)
ステージ2	112 (15.4%)
ステージ3	238 (32.8%)
ステージ4	211 (29.1%)
ステージ5	26 (3.6%)
合計	726 (100.0%)

⑫ICF ステージング：(8-c) 整容 衣服の着脱

【入所時】(表 3-36A)：平均 2.71

ステージ1	144 (19.0%)
ステージ2	216 (28.5%)
ステージ3	189 (24.9%)
ステージ4	138 (18.2%)
ステージ5	72 (9.5%)
合計	759 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-36B)：平均 2.80

ステージ1	131 (18.1%)
ステージ2	191 (26.4%)
ステージ3	179 (24.8%)
ステージ4	138 (19.1%)
ステージ5	84 (11.6%)
合計	723 (100.0%)

⑬ICF ステージング：(9-a) 社会参加 余暇

【入所時】(表 3-37A)：平均 2.47

ステージ1	135 (17.8%)
ステージ2	163 (21.5%)
ステージ3	432 (57.0%)
ステージ4	26 (3.4%)
ステージ5	2 (0.3%)
合計	758 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-37B)：平均 2.58

ステージ1	113 (15.6%)
ステージ2	119 (16.5%)
ステージ3	454 (62.8%)
ステージ4	35 (4.8%)
ステージ5	2 (0.3%)
合計	723 (100.0%)

⑭ICF ステージング：(9-b) 社会参加 社会交流

【入所時】(表 3-38A)：平均 2.51

ステージ1	58 (7.6%)
ステージ2	333 (43.9%)
ステージ3	313 (41.2%)
ステージ4	30 (4.0%)
ステージ5	25 (3.3%)
合計	759 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】(表 3-38B)：平均 2.55

ステージ1	58 (8.0%)
ステージ2	291 (40.2%)
ステージ3	319 (44.1%)
ステージ4	33 (4.6%)
ステージ5	23 (3.2%)
合計	724 (100.0%)

(5) ICF 関連評価項目

- ・同様に ICF 関連評価項目の変化を見た。これは基本的には「なし」が増える方が向上を意味するが、福祉用具等は使用できなかったことができるようになった場合（この場合は改善）も含まれており、単純な比較はできないが、「世話を拒否する」等の明らかに「なし」が改善を意味する項目については、すべて改善（「なし」の増加）していた。

① ICF 関連評価項目：T字杖の利用

【入所時】（表 3-39A）

なし	647 (90.7%)
あり	66 (9.3%)
合計	713 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-39B）

なし	602 (89.1%)
あり	74 (10.9%)
合計	676 (100.0%)

② ICF 関連評価項目：装具（短下肢装具等）

【入所時】（表 3-40A）

なし	681 (95.5%)
あり	32 (4.5%)
合計	713 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-40B）

なし	644 (95.3%)
あり	32 (4.7%)
合計	676 (100.0%)

③ ICF 関連評価項目：歩行器の利用

【入所時】（表 3-41A）

なし	592 (82.7%)
あり	124 (17.3%)
合計	716 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-41B）

なし	541 (79.6%)
あり	139 (20.4%)
合計	680 (100.0%)

④ ICF 関連評価項目：車いすの利用

【入所時】（表 3-42A）

なし	234 (31.2%)
あり	515 (68.8%)
合計	749 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-42B）

なし	237 (33.6%)
あり	468 (66.4%)
合計	705 (100.0%)

⑤ ICF 関連評価項目：リクライニング式車いすの利用

【入所時】（表 3-43A）

なし	654 (91.2%)
あり	63 (8.8%)
合計	717 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-43B）

なし	619 (91.3%)
あり	59 (8.7%)
合計	678 (100.0%)

⑥ ICF 関連評価項目：介助者や付添いの必要

【入所時】（表 3-44A）

なし	253 (35.3%)
あり	464 (64.7%)
合計	717 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-44B）

なし	285 (41.9%)
あり	396 (58.1%)
合計	681 (100.0%)

⑦ ICF 関連評価項目：世話を拒否する

【入所時】（表 3-45A）

なし	658 (86.7%)
あり	101 (13.3%)
合計	759 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-45B）

なし	637 (88.8%)
あり	80 (11.2%)
合計	717 (100.0%)

⑧ ICF 関連評価項目：不適切に泣いたり笑ったりする

【入所時】（表 3-46A）

なし	715 (94.5%)
あり	42 (5.5%)
合計	757 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-46B）

なし	676 (94.7%)
あり	38 (5.3%)
合計	714 (100.0%)

⑨ ICF 関連評価項目：興奮して手足を動かす

【入所時】（表 3-47A）

なし	714 (94.2%)
あり	44 (5.8%)
合計	758 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-47B）

なし	683 (95.4%)
あり	33 (4.6%)
合計	716 (100.0%)

⑩ ICF 関連評価項目：理由なく金切声をあげる

【入所時】（表 3-48A）

なし	738 (97.6%)
あり	18 (2.4%)
合計	756 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-48B）

なし	699 (98.0%)
あり	14 (2.0%)
合計	713 (100.0%)

⑪ ICF 関連評価項目：衣服や器物を破壊する

【入所時】（表 3-49A）

なし	750 (99.1%)
あり	7 (0.9%)
合計	757 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-49B）

なし	709 (99.3%)
あり	5 (0.7%)
合計	714 (100.0%)

⑫ICF 関連評価項目：食物を投げる

【入所時】（表 3-50A）

なし	753 (99.6%)
あり	3 (0.4%)
合計	756 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-50B）

なし	711 (99.9%)
あり	1 (0.1%)
合計	712 (100.0%)

⑬ICF 関連評価項目：食べ過ぎる

【入所時】（表 3-51A）

なし	742 (98.0%)
あり	15 (2.0%)
合計	757 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-51B）

なし	704 (98.5%)
あり	11 (1.5%)
合計	715 (100.0%)

⑭ICF 関連評価項目：タンスの中身を全部出す

【入所時】（表 3-52A）

なし	733 (97.0%)
あり	23 (3.0%)
合計	756 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-52B）

なし	695 (97.3%)
あり	19 (2.7%)
合計	714 (100.0%)

⑮ICF 関連評価項目：日中屋外や屋内をうろうろする

【入所時】（表 3-53A）

なし	682 (90.0%)
あり	76 (10.0%)
合計	758 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-53B）

なし	661 (92.3%)
あり	55 (7.7%)
合計	716 (100.0%)

⑯ICF 関連評価項目：昼間寝てばかりいる

【入所時】（表 3-54A）

なし	614 (80.9%)
あり	145 (19.1%)
合計	759 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-54B）

なし	605 (84.4%)
あり	112 (15.6%)
合計	717 (100.0%)

⑰ICF 関連評価項目：同じことを何度も聞く

【入所時】（表 3-55A）

なし	612 (80.8%)
あり	145 (19.2%)
合計	757 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-55B）

なし	597 (83.5%)
あり	118 (16.5%)
合計	715 (100.0%)

⑱ ICF 関連評価項目：不適切な場所で尿失禁する

【入所時】（表 3-56A）

なし	725 (95.8%)
あり	32 (4.2%)
合計	757 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-56B）

なし	691 (96.6%)
あり	24 (3.4%)
合計	715 (100.0%)

⑲ ICF 関連評価項目：食事の形態

【入所時】（表 3-57A）

常食	281 (38.2%)
軟食	143 (19.5%)
ソフト食	40 (5.4%)
きざみ食	168 (22.9%)
ミキサー食	39 (5.3%)
ムース・ペースト食	22 (3.0%)
その他	42 (5.7%)
合計	735 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-57B）

常食	264 (37.5%)
軟食	135 (19.2%)
ソフト食	42 (6.0%)
きざみ食	166 (23.6%)
ミキサー食	33 (4.7%)
ムース・ペースト食	22 (3.1%)
その他	42 (6.0%)
合計	704 (100.0%)

⑳ ICF 関連評価項目：ポータブルトイレの使用

【入所時】（表 3-58A）

なし	579 (77.7%)
あり	166 (22.3%)
合計	745 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-58B）

なし	536 (77.3%)
あり	157 (22.7%)
合計	693 (100.0%)

㉑ ICF 関連評価項目：尿カテーテルの利用

【入所時】（表 3-59A）

なし	709 (95.2%)
あり	36 (4.8%)
合計	745 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-59B）

なし	659 (95.4%)
あり	32 (4.6%)
合計	691 (100.0%)

㉒ ICF 関連評価項目：人工肛門の使用

【入所時】（表 3-60A）

なし	736 (98.9%)
あり	8 (1.1%)
合計	744 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-60B）

なし	680 (98.8%)
あり	8 (1.2%)
合計	688 (100.0%)

㉓ ICF 関連評価項目：おむつの使用

【入所時】（表 3-61A）

なし	268 (35.6%)
あり	485 (64.4%)
合計	753 (100.0%)

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-61B）

なし	271 (38.7%)
あり	430 (61.3%)
合計	701 (100.0%)

②4 ICF 関連評価項目：尿意を意識することができる

【入所時】（表 3-62A）

なし	245	（	32.6%
あり	507	（	67.4%
合計	752	（	100.0%

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-62B）

なし	219	（	31.2%
あり	483	（	68.8%
合計	702	（	100.0%

②5 ICF 関連評価項目：入浴手段

【入所時】（表 3-63A）

一般浴	162	（	21.3%
介助浴	255	（	33.5%
座っての機械浴	208	（	27.3%
臥位での機械浴(特殊)	129	（	17.0%
その他	7	（	0.9%
合計	761	（	100.0%

【入所 3 か月後 or 中止時】（表 3-63B）

一般浴	168	（	23.1%
介助浴	242	（	33.3%
座っての機械浴	199	（	27.4%
臥位での機械浴(特殊)	109	（	15.0%
その他	8	（	1.1%
合計	726	（	100.0%

(6) 原因疾患

機能低下の原因となる診断名（複数回答の合計を集計）（表 3-64）

脳梗塞	184	(11.0%)
脳出血	62	(3.7%)
多発性脳梗塞	7	(0.4%)
くも膜下出血	18	(1.1%)
硬膜下血腫	19	(1.1%)
硬膜下血腫および脳挫傷	4	(0.2%)
その他の脳血管疾患	9	(0.5%)
高血圧症（認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない）	104	(6.2%)
慢性心不全	75	(4.5%)
心筋梗塞	11	(0.7%)
狭心症	27	(1.6%)
不整脈	5	(0.3%)
心房細動	39	(2.3%)
その他の心疾患	15	(0.9%)
閉塞性動脈硬化症	3	(0.2%)
その他の中枢または末梢血管の疾患	11	(0.7%)
アルツハイマー型認知症	149	(8.9%)
脳血管性認知症	40	(2.4%)
レビー小体型認知症	6	(0.4%)
下記以外の認知症（脳血管性・アルツハイマー型・混合型・レビー小体型・ピック病）	34	(2.0%)
前頭・側頭葉型認知症（ピック病等）	0	(0.0%)
混合型認知症	7	(0.4%)
まだ確定診断のついていない認知症	27	(1.6%)
うつ病	29	(1.7%)
統合失調症	10	(0.6%)
その他の精神疾患	12	(0.7%)
パーキンソン病	33	(2.0%)
パーキンソン病以外の脊髄小脳変性疾患	2	(0.1%)
症候性てんかん、てんかん	13	(0.8%)
その他の中枢神経疾患	5	(0.3%)
末梢神経疾患	2	(0.1%)
糖尿病（認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない）	56	(3.3%)
栄養障害	8	(0.5%)
肥満	1	(0.1%)
脂質異常症（高脂血症）	8	(0.5%)
甲状腺機能障害	4	(0.2%)
その他の代謝・内分泌疾患	4	(0.2%)
脊髄損傷	4	(0.2%)
脊柱管狭窄症	25	(1.5%)
変形性脊椎症	15	(0.9%)
下肢の変形性関節症（股関節・膝関節）	51	(3.0%)
上肢の変形性関節症（肩関節・肘関節）	1	(0.1%)
大腿骨の骨折（手術を行った）	80	(4.8%)
大腿骨以外の骨折（手術を行った）	8	(0.5%)
骨折（保存的治療のみ）	36	(2.1%)
骨粗しょう症	42	(2.5%)
圧迫骨折	49	(2.9%)
後縦靭帯骨化症	1	(0.1%)
その他の骨・脊椎疾患	17	(1.0%)
関節リウマチ	10	(0.6%)
関節リウマチ以外の全身性結合組織障害	3	(0.2%)
筋、軟部組織の障害	5	(0.3%)
気管支喘息	15	(0.9%)
肺気腫等慢性閉塞性肺疾患	19	(1.1%)
誤嚥性・吸引性（不顕性）肺炎などの慢性呼吸器感染症	35	(2.1%)
急性呼吸器感染症	8	(0.5%)
その他肺および胸膜など呼吸器の疾患	8	(0.5%)
腎不全（慢性・急性を含む）	24	(1.4%)
尿路結石症など尿路の疾患	4	(0.2%)
尿路感染症（膀胱炎など）	12	(0.7%)
乳房・女性生殖器・骨盤臓器の疾患	1	(0.1%)
前立腺肥大症などの男性生殖器の疾患	14	(0.8%)
胃・食道疾患	22	(1.3%)
小腸・大腸の疾患	16	(1.0%)
肝胆膵の疾患	23	(1.4%)
ヘルニア	2	(0.1%)
肛門の疾患	0	(0.0%)
その他の消化器の疾患（腹膜、口腔、唾液腺、顎等を含む）	4	(0.2%)
悪性新生物	21	(1.3%)
良性新生物およびその他特定されない新生物	3	(0.2%)
緑内障・白内障などの眼およびその付属器の疾患	16	(1.0%)
耳および乳様突起の疾患	0	(0.0%)
疥癬・蜂窩織炎・白癬等感染症	5	(0.3%)
水疱症（天疱瘡・類天疱瘡等）	1	(0.1%)
アレルギー性皮膚疾患	0	(0.0%)
褥創	4	(0.2%)
皮膚の外傷およびその他の皮膚疾患	7	(0.4%)
感染症	0	(0.0%)
貧血	14	(0.8%)
貧血以外の血液・免疫および凝固系の疾患	2	(0.1%)
周産期や小児期の疾患の後遺症（脳性麻痺、精神発達遅滞を含む）	2	(0.1%)
先天奇形・変形および染色体異常	1	(0.1%)
損傷、中毒及びその他の外因の影響	6	(0.4%)
合計	1,679	(100.0%)

(7) 施設の属性

- ・今回の調査研究での介入の有無・RM在籍の有無についての割り付け結果は以下のとおりであった。

①介入の有無・RM在籍の有無 (表 3-65)

介入群(RMあり)	149 (19.4%)
介入群(RMなし)	154 (20.1%)
コントロール群(RMあり)	276 (36.0%)
コントロール群(RMなし)	188 (24.5%)
合計	767 (100.0%)

- ・施設属性についてみても、やや在宅強化型が多いほかは、ほぼ老健施設の平均像といえた。

②入所定員 (表 3-66)

平均	94.7
最大	266
最小	50
回答件数	709

③通所リハ定員 (表 3-67)

平均	45.7
最大	140
最小	8
回答件数	677

④介護報酬上の届け出 (表 3-68)

介護老人保健施設	681 (95.9%)
ユニット型介護老人保健施設	29 (4.1%)
合計	710 (100.0%)

⑤施設類型 (表 3-69)

在宅強化型	198	28.3%
加算算定	149	21.3%
従来型	353	50.4%
合計	700	100.0%

⑥看護職の24時間配置（表3-70）

あり	639（91.3%）
なし	61（8.7%）
合計	700（100.0%）

⑦設置形態（表3-71）

独立型	301（44.1%）
併設型	377（55.3%）
その他	4（0.6%）
合計	682（100.0%）

⑧開設主体（表3-72）

医療法人	467（65.8%）
社会医療法人	32（4.5%）
社会福祉法人	88（12.4%）
公益法人	47（6.6%）
その他	76（10.7%）
合計	710（100.0%）

⑨R4システムの導入（表3-73）

完全導入している	85（12.0%）
完全導入していないが、ICFステージングは活用している	87（12.3%）
導入していない	534（75.6%）
合計	706（100.0%）

⑩施設独自のリスクマネジメントシステムの有無（表3-74）

ある	131（20.7%）
なし	503（79.3%）
合計	634（100.0%）

⑪全老健の入所時リスク説明書の使用（表3-75）

同じ書式を使用している	323（47.4%）
施設独自の書式を使用	234（34.4%）
ない	124（18.2%）
合計	681（100.0%）

⑫ リスクマネジメント情報共有方法 (表 3-76)

診療録の表(外カバー)	239 (43.5%)
黒板やホワイトボードに掲示	230 (41.8%)
利用者ベッドサイドに掲示	81 (14.7%)
合計	550 (100.0%)

(8) 管理医師

①管理医師の年齢 (表 3-77)

平均	65.8
最大	89
最小	39
回答件数	703

②管理医師の老健施設勤続年数 (表 3-78)

平均	7.1
最大	26
最小	1
回答件数	686

③管理医師の性別 (表 3-79)

男性	644 (91.2%)
女性	62 (8.8%)
合計	706 (100.0%)

④管理医師の専門 (表 3-80)

あらゆる内科(神経内科を除く)	293 (41.6%)
あらゆる外科(脳神経外科を除く)	143 (20.3%)
脳神経外科	35 (5.0%)
整形外科、形成外科	57 (8.1%)
産婦人科	24 (3.4%)
泌尿器科	11 (1.6%)
老年科	16 (2.3%)
リハビリテーション科	0 (0.0%)
神経内科	20 (2.8%)
精神科	17 (2.4%)
公衆衛生	0 (0.0%)
眼科、耳鼻咽喉科等	21 (3.0%)
基礎医学	10 (1.4%)
その他	57 (8.1%)
合計	704 (100.0%)

⑤管理医師の役職 (表 3-81)

オーナー	57 (8.1%)
オーナーではないが経営に関与する理事等である	368 (52.1%)
いずれでもない	281 (39.8%)
合計	706 (100.0%)

(9) RM関連

①施設在籍のRM有資格者の人数 (表 3-82)

平均	1.4
最大	4
最小	1
回答件数	415

②RM有資格者がリスクマネジメントに関する委員会等を中心的に行っているか (表 3-83)

はい	302 (48.5%)
いいえ	321 (51.5%)
合計	623 (100.0%)

③RM有資格者の職種 (表 3-84)

医師	4 (1.0%)
看護職	155 (37.8%)
介護職	154 (37.6%)
支援相談員	75 (18.3%)
介護支援専門員	83 (20.2%)
理学療法士	32 (7.8%)
作業療法士	16 (3.9%)
言語聴覚士	0 (0.0%)
(管理)栄養士	0 (0.0%)
事務職	97 (23.7%)
回答件数	410 (1.50)

④RM有資格者以外に施設のリスクマネジメント担当者をおいているか (表 3-85)

はい	463 (68.0%)
いいえ	218 (32.0%)
合計	681 (100.0%)

⑤RM有資格者以外のリスクマネジメント担当者の職種 (表 3-86)

医師	112 (24.2%)
看護職	295 (63.7%)
介護職	270 (58.3%)
支援相談員	169 (36.5%)
介護支援専門員	191 (41.3%)
理学療法士	107 (23.1%)
作業療法士	92 (19.9%)
言語聴覚士	23 (5.0%)
(管理)栄養士	98 (21.2%)
事務職	128 (27.6%)
回答件数	463 (3.21)

(10) リスクマネジメント

①入所時に利用者に対するリスクについての説明を行っているか (表 3-87)

行っている	400 (100.0%)
行っていない	0 (0.0%)
合計	400 (100.0%)

②入所時に利用者に対するリスクについての説明を行う職種 (表 3-88)

医師	115 (28.8%)
看護職員	157 (39.3%)
リハスタッフ(PT・OT・ST)	57 (14.3%)
介護職員	54 (13.5%)
リスクマネジャー(職種は問わず)	39 (9.8%)
事務員	0 (0.0%)
その他	324 (81.0%)
回答件数	400 (1.87)

③全老健の入所時リスク説明書という書類があることを知っているか (表 3-89)

知っている	311 (77.8%)
知らない	89 (22.3%)
合計	400 (100.0%)

④ケアプラン作成時に利用者に対するリスクマネジメント対策を行っているか(表 3-90)

行っている	240 (60.3%)
行っていない	158 (39.7%)
合計	398 (100.0%)

⑤利用者に対するリスク説明について該当するもの (表 3-91)

入所前に文書により説明している	203 (50.8%)
入所前に口頭により説明している	156 (39.0%)
入所時に文章により説明している	248 (62.0%)
入所時に口頭により説明している	158 (39.5%)
ケアプラン説明時に文章で説明している	133 (33.3%)
ケアプラン説明時に口頭で説明している	142 (35.5%)
リスクについて説明はしていない	0 (0.0%)
回答件数	400 (2.60)

2. 結果の概要（クロス集計）

（1）対象者×4区分

①調査対象者の性別×4区分（表 3-92）

	全体	男性	女性
全体	759 (100.0%)	233 (30.7%)	526 (69.3%)
介入群(RMあり)	148 (100.0%)	50 (33.8%)	98 (66.2%)
介入群(RMなし)	150 (100.0%)	43 (28.7%)	107 (71.3%)
コントロール群(RMあり)	275 (100.0%)	89 (32.4%)	186 (67.6%)
コントロール群(RMなし)	186 (100.0%)	51 (27.4%)	135 (72.6%)

②調査対象者の年齢×4区分（表 3-93）

	全体	平均	最大	最小
全体	757	84.1	108	48
介入群(RMあり)	149	84.7	102	58
介入群(RMなし)	150	82.8	101	54
コントロール群(RMあり)	272	83.8	104	48
コントロール群(RMなし)	186	85.0	108	56

③調査対象者の入所前の居場所×4区分（表 3-94）

	全体	急性期病院	急性期病院 以外	介護老人福 祉施設(特 養)	介護老人保 健施設	介護療養型 医療施設	自宅(以下 ~10を除く)	認知症対応 型共同生活 介護事業所 等	特定施設入 居者生活介 護	サービス付 高齢者向け 住宅	その他
全体	742 (100.0%)	195 (26.3%)	214 (28.8%)	5 (0.7%)	37 (5.0%)	23 (3.1%)	231 (31.1%)	6 (0.8%)	2 (0.3%)	5 (0.7%)	24 (3.2%)
介入群(RMあり)	148 (100.0%)	31 (20.9%)	48 (32.4%)	1 (0.7%)	3 (2.0%)	3 (2.0%)	56 (37.8%)	2 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	3 (2.0%)
介入群(RMなし)	144 (100.0%)	28 (19.4%)	50 (34.7%)	1 (0.7%)	9 (6.3%)	3 (2.1%)	44 (30.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	8 (5.6%)
コントロール群(RMあり)	267 (100.0%)	83 (31.1%)	66 (24.7%)	2 (0.7%)	14 (5.2%)	12 (4.5%)	77 (28.8%)	2 (0.7%)	2 (0.7%)	2 (0.7%)	7 (2.6%)
コントロール群(RMなし)	183 (100.0%)	53 (29.0%)	50 (27.3%)	1 (0.5%)	11 (6.0%)	5 (2.7%)	54 (29.5%)	2 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	6 (3.3%)

④調査対象者の入所時の要介護度×4区分（表 3-95）

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
全体	758 (100.0%)	95 (12.5%)	156 (20.6%)	193 (25.5%)	180 (23.7%)	115 (15.2%)	19 (2.5%)
介入群(RMあり)	148 (100.0%)	21 (14.2%)	26 (17.6%)	36 (24.3%)	33 (22.3%)	24 (16.2%)	8 (5.4%)
介入群(RMなし)	152 (100.0%)	26 (17.1%)	33 (21.7%)	40 (26.3%)	26 (17.1%)	25 (16.4%)	2 (1.3%)
コントロール群(RMあり)	273 (100.0%)	33 (12.1%)	63 (23.1%)	65 (23.8%)	65 (23.8%)	43 (15.8%)	4 (1.5%)
コントロール群(RMなし)	185 (100.0%)	15 (8.1%)	34 (18.4%)	52 (28.1%)	56 (30.3%)	23 (12.4%)	5 (2.7%)

⑤調査対象者の入所時の日常生活自立度×4区分（表 3-96）

	全体	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
全体	755 (100.0%)	4 (0.5%)	9 (1.2%)	62 (8.2%)	146 (19.3%)	195 (25.8%)	255 (33.8%)	29 (3.8%)	55 (7.3%)
介入群(RMあり)	149 (100.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	9 (6.0%)	31 (20.8%)	41 (27.5%)	49 (32.9%)	7 (4.7%)	11 (7.4%)
介入群(RMなし)	151 (100.0%)	2 (1.3%)	4 (2.6%)	11 (7.3%)	29 (19.2%)	35 (23.2%)	58 (38.4%)	5 (3.3%)	7 (4.6%)
コントロール群(RMあり)	272 (100.0%)	2 (0.7%)	3 (1.1%)	30 (11.0%)	52 (19.1%)	70 (25.7%)	81 (29.8%)	11 (4.0%)	23 (8.5%)
コントロール群(RMなし)	183 (100.0%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	12 (6.6%)	34 (18.6%)	49 (26.8%)	67 (36.6%)	6 (3.3%)	14 (7.7%)

⑥調査対象者の入所時の認知症高齢者の日常生活自立度×4区分（表 3-97）

	全体	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M
全体	747 (100.0%)	36 (4.8%)	99 (13.3%)	100 (13.4%)	169 (22.6%)	217 (29.0%)	63 (8.4%)	56 (7.5%)	7 (0.9%)
介入群(RMあり)	149 (100.0%)	7 (4.7%)	18 (12.1%)	29 (19.5%)	29 (19.5%)	41 (27.5%)	13 (8.7%)	11 (7.4%)	1 (0.7%)
介入群(RMなし)	151 (100.0%)	7 (4.6%)	19 (12.6%)	18 (11.9%)	37 (24.5%)	47 (31.1%)	11 (7.3%)	12 (7.9%)	0 (0.0%)
コントロール群(RMあり)	268 (100.0%)	15 (5.6%)	37 (13.8%)	37 (13.8%)	53 (19.8%)	84 (31.3%)	25 (9.3%)	14 (5.2%)	3 (1.1%)
コントロール群(RMなし)	179 (100.0%)	7 (3.9%)	25 (14.0%)	16 (8.9%)	50 (27.9%)	45 (25.1%)	14 (7.8%)	19 (10.6%)	3 (1.7%)

在宅強化型施設 × 4 区分 (表 3-98)

	全体	従来型	従来型 (在宅強化型)	療養型	療養型(療養 強化型)
全体	700 (100.0%)	497 (71.0%)	198 (28.3%)	5 (0.7%)	0 (0.0%)
介入群(RMあり)	147 (100.0%)	73 (49.7%)	69 (46.9%)	5 (3.4%)	0 (0.0%)
介入群(RMなし)	134 (100.0%)	104 (77.6%)	30 (22.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
コントロール群(RMあり)	250 (100.0%)	196 (78.4%)	54 (21.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
コントロール群(RMなし)	169 (100.0%)	124 (73.4%)	45 (26.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

加算算定施設 × 4 区分 (表 3-99)

	全体	左記の2・3・4 である	算定している	算定していな い
全体	689 (100.0%)	177 (25.7%)	149 (21.6%)	363 (52.7%)
介入群(RMあり)	137 (100.0%)	64 (46.7%)	20 (14.6%)	53 (38.7%)
介入群(RMなし)	134 (100.0%)	20 (14.9%)	29 (21.6%)	85 (63.4%)
コントロール群(RMあり)	250 (100.0%)	54 (21.6%)	65 (26.0%)	131 (52.4%)
コントロール群(RMなし)	168 (100.0%)	39 (23.2%)	35 (20.8%)	94 (56.0%)

【参考資料 調査票等】

(1) 調査研究事業 実施要綱

平成 26 年度老人保健健康増進等事業
介護保険施設の入所者の機能低下および
その予防に関する調査研究事業
～ 実施要綱 ～

1. 事業の目的

これまで公益社団法人全国老人保健施設協会が実施した調査研究事業のデータを基に、介護老人保健施設におけるリスク事象と、機能低下に及ぼす影響の程度を検討したところ、以前に転倒、脱水、褥瘡、発熱、誤嚥などの既往がある入所者は、これらのリスク事象を繰り返す確率（危険度）が高いことがわかりました。

そこで、本事業では、転倒や誤嚥といったリスク事象が高齢者の機能低下にどれぐらいの影響を与えるかを検討するとともに、例えば、転倒、誤嚥、発熱等について、「リスクマネジメント」のプロセスの定型化を図り、かつその効果を測定することを目的としております。

さらに、この「リスクマネジメント」のプロセスを各施設において中心となり実行する担当者のあり方について検討を加える内容となっております。

この調査研究事業の結果でリスクマネジメントのエビデンスを示し、近い将来、施設におけるリスクマネジメントが介護保険制度上評価されるよう要望していくための重要な資料となりますので、お忙しい中誠に恐縮ではございますが、本調査の主旨をご理解いただき、特段のご協力を賜りますようお願い申し上げます。

2. 調査対象施設と対象者

- (1) 公益社団法人全国老人保健施設協会会員施設より抽出した約 600 施設を対象とする。
- (2) 上記(1)の施設において、平成 26 年 8～9 月の間に新規に施設に入所された入所者全員を対象とする(最大 10 名)。

3. お送りしている調査票類と、ご回答いただきたい期限

(1) 実施要綱(本紙)	1部
(2) 「別紙 ICFステージングマニュアル」	1部
(3) 「別紙 診断名リスト」	
(4) 「別紙 入所時リスク説明書」	1部
(5) 調査実施対象者個別調査票 対比表	1部
(6) 調査実施対象者個別調査票 説明および調査協力同意書等	10部
(7) 【04-1】施設調査実施対象者概要	1部
※平成26年10月6日(月)までに FAX にて返信	
(8) 【04-2】施設調査票	1部
(9) 【04-3-1】リスク総括表 【04-3-2】利用者の状態調査票	10部
(10) 【04-4】リスクマネジメントシート	10部
(11) リスクマネジメントプロセス講習会資料(スライド資料、DVD)	1セット
(12) 返信用封筒	1部

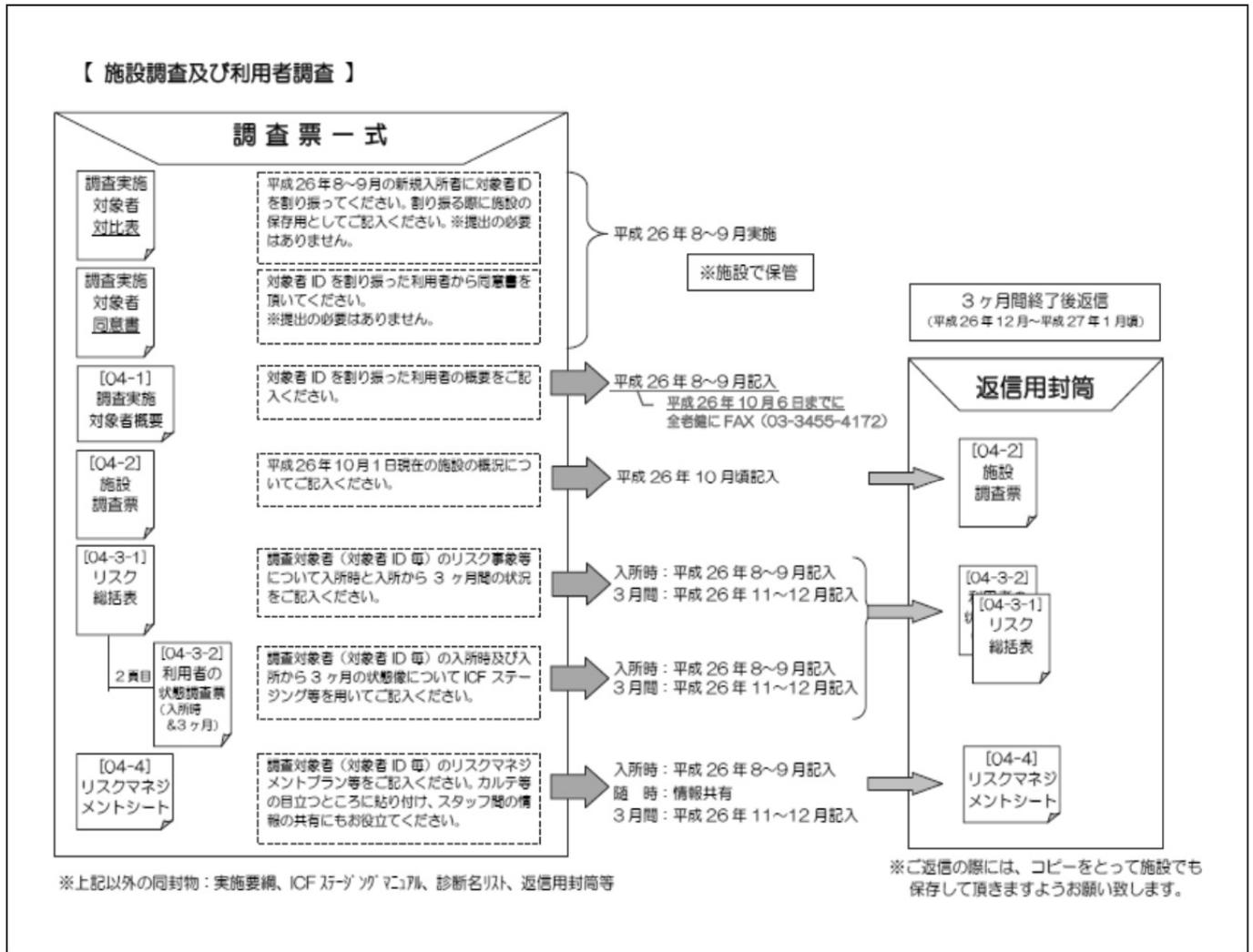
※上記のうち(1)～(6)及び(11)については、ご返信は不要です。施設で保管ください。

※上記のうち(4)については、入所前に利用者または利用者のご家族に対して、施設におけるリスクを説明する際にご利用ください。

※上記のうち(7)については、平成26年10月6日(月)までに、FAX(03-3455-3535)にてご返信ください。

※上記のうち(8)、(9)、(10)は、(12)の返信用封筒をご利用のうえ、調査3ヶ月間終了後、速やかにご返送ください。

(最終締切り:平成27年1月16日(金)を目処)



4. 調査実施対象者の選定

【調査実施対象者について】

調査対象施設において、平成26年8月1日から9月30日の間に新規で入所された入所者を最大10名選んでいただきます。

【選定された調査実施対象者について】

- (1) 同意書の書式をご利用頂き、調査実施対象者に対して、本調査の趣旨・目的などをご説明の上、同意書を取得してください。(取得した同意書は貴施設にて保管して下さい。)なお、同意を得られなかった対象者については、調査を行わなくても構いません。
- (2) 同意書につきましては、必ずご本人がご署名ください。やむを得ず、自署が不可能で、

施設職員が立ち会いのもと、ご本人の同意が確認でき、ご家族又は法定代理人が代筆する場合、代筆で署名した理由をご記入ください。また、調査実施対象者ご本人の意思表示が困難な場合には、代諾者の同意で構いません。

(3) 上記で割り当て調査実施対象者を同封の「調査実施対象者 対比表」に記載し、「対象者ID」を割り当てる。

※ 個人情報保護のため、ご提出頂く各調査票には利用者名は記入せず、「調査実施対象者 対比表」の「対象者ID」を各調査票の「対象者ID」の欄に記入してください。

《「対象者 ID」を記入頂く調査票》

- ・【04-3-1】 リスク総括表（入所から3ヶ月間）の「対象者ID」の欄
- ・【04-3-2】 利用者の状態調査票の「対象者ID」の欄
- ・【04-4】 リスクマネジメントシートの「対象者ID」の欄

(4) 上記(3)で割り当てた「対象者ID」の調査実施対象者の概要(年齢・性別・短期集中リハの有無等)を「【04-1】 調査実施対象者概要」に記載の「対象者ID」に該当する欄に記入してください。

(5) 原本はファイルを作成し、施設で管理・保管してください。

5. 調査実施方法について

添付されている、リスクマネジメントプロセス講習会資料（スライド資料、DVD）を参考に、以下のようなリスクマネジメントプロセスを行ってください。

今回の調査研究事業におけるリスクマネジメントプロセスの概略

時 期	リスク対策	担当	記入調査票等
入 所 前	インテークの実施 リスク事象の既往歴(過去6ヶ月間)の把握 ※今回の調査では入所時にまとめて調査票記入 利用者に対するリスクについての説明	相談員 リスクマネジャーまたは相当する職種 相談員またはリスクマネジャー等	(入所時リスク説明書 利用)
	入 所 期 間 中	リスク事象の既往歴(過去6ヶ月間)の記入	リスクマネジャーまたは相当する職種	【04-3-1】リスク総括表記入 【04-4】リスクマネジメントシート記入
専門職対応方法の検討 利用者の状態の把握		多職種	【04-3-2】利用者の状態調査票記入 (ICFステージングにて評価及び診断名リスト参照)
リスクマネジメント対策(プラン)の立案		リスクマネジャーまたは相当する職種	【04-4】リスクマネジメントシート記入 (短期的対策および長期的対策)
利用者に対するリスクマネジメント対策(プラン)の説明		リスクマネジャーまたは相当する職種	
短期的対策および長期的対策プランの実施		全職員	この間、 【04-4】リスクマネジメントシート記入を基に リスクマネジメントプランの実施と情報の共有
3か 月 後	リスクマネジメント対策(プラン)の実施状況の把握	リスクマネジャーまたは相当する職種	【04-3-1】リスク総括表記入 (短期的対策および長期的対策の実行状況)
	利用者の事故の状況把握(入所3ヶ月間) 利用者の状態の把握	リスクマネジャーまたは相当する職種 リスクマネジャーまたは相当する職種	【04-4】リスクマネジメントシート記入 【04-3-2】利用者の状態調査票記入
	退所前訪問における在宅のリスク要因の確認	担当者	

6. 調査実施対象者 各種調査票の記入等について

(1) 「【04-1】 調査実施対象者概要」

対象者を選定して頂きましたら、平成 26 年 10 月 6 日(月)までに全老健にFAX (03-3455-3535)でお知らせください。

(2) 「【04-2】 施設調査票」

・平成 26 年 10 月 1 日(水)現在の施設の状況等について記入してください。

(3) 「【04-3-1】 リスク総括表」

・調査対象者の年齢につきましては、平成 26 年 10 月 1 日(水)現在で記入してください。
 ・調査は、入所時と入所から 3 ヶ月間又は途中、調査実施対象者が退所し調査を中止した時点まで実施してください。

(4) 「【04-3-2】 利用者の状態調査票」

・調査は、入所時と入所から 3 ヶ月間又は途中、調査実施対象者が退所し調査を中止した時点の 2 回実施してください。
 ・調査は、利用者の状態を把握する調査のため、R4システムのICFステージングを用いて行います。つきましては、利用者の状態調査票の間8(A)の欄は、「別紙 ICFステージングマニュアル」を参照して、該当するステージの番号を記入してください。
 ・利用者の状態調査票の間9の欄につきましては、「別紙 診断名リスト」を参照して、該当する診断名の番号を記入してください。

※上記別紙は、各1部を調査票と同封しておりますが、必要であれば、会員専用サイト：
<http://www.roken.or.jp/member/>からダウンロード可能です。(閲覧にはユーザー名とパスワードが必要です。ご不明な場合は当協会へご連絡ください。)

(5) 「【04-4】 リスクマネジメントシート」

・他の職員と情報共有するためのシートです。情報共有のためにこのシートを、他の職員がわかるように掲示してください。
 ・掲示方法としては、1) 診療録の外側に貼る。2) 白版やボード等に掲示。3) 利用者ベッドサイドに掲示など、情報が共有できる場所に掲示をしてください。

(【04-4】 リスクマネジメントシートの記入例)

●● 果		施設名 介護老人保健施設●●●●		対象者ID 1		入所から3ヶ月間	
【04-4】 リスクマネジメントシート							
期間	インテーク(入所時の把握)		対策立案		入所から3ヶ月(3ヶ月間)の事故の状況		
日時	(評価日)平成26年8月15日		(立案日)平成26年8月18日		(評価日)平成26年11月19日		
記入項目 リスクイベント	入所前6ヶ月かの既往歴について調査		立案したリスクマネジメントプランを記入		回数	事故の概要 (事故がある場合に記入)	
	回数	具体的状況	短期的対策	長期的対策			
転倒	3	屋内平面歩行時の転倒(H26年6月頃)、その後、転倒し、H26年7月2日に入院	入院によるADL低下あり、移乗および歩行時に転倒のリスク多いため、ベッドサイドにマットレス。靴の見直し	安定歩行のためのリハビリテーションの実施	0		

(6) 調査票の質問内容の解釈等について

使用する言葉の定義は、基本的には厚生労働省の定義と同じです。理解の助けとなるよう必要に応じて用語の内容について質問文の近くに示しましたのでご参照ください。なお、不明な点がございましたら下記「問い合わせ先」までご連絡ください。

7. 調査対象者が調査期間中に再入所した場合

調査実施対象者が、調査期間中に一度退所し、調査が中止され、その後、施設に再入所した場合は、下記の本件問合せ先までお問い合わせください。

8. その他

- ・本調査により得られた結果は、公益社団法人全国老人保健施設協会が実施する別の調査等で使用する可能性がございます。その場合も個人が特定できるような情報は一切公表されることはございません。
- ・本調査にご協力いただけない場合であっても、いかなる不利益も発生致しません。

9. 本件問い合わせ先

公益社団法人全国老人保健施設協会 業務部 業務第二課 山本、青山、中島
〒105-0014 東京都港区芝 2-1-28 成旺ビル 7 階
TEL:03-3455-4165 FAX:03-3455-4172
ホームページ:<http://www.roken.or.jp/> メールアドレス:info@roken.or.jp

※非介入群については、「【04-4】リスクマネジメントシート」に代わり、「【04-4】リスクマネジメントプロセスの実態調査」を実施

(2) 施設調査票

**平成26年度老人保健健康増進等事業
介護保険施設の入所者の機能低下およびその予防に関する調査研究事業
【04-2】施設調査票**

(基本施設データ)

都道府県		貴施設名	
調査実施者 (ご記入者名)		ご連絡先 電話番号	() -
問1 H26年10月1日現在の施設の種別、定員、開設等について			
定員	入所	101-1) 名	101-2) 名
103. 介護報酬上の届け出		1) 介護老人保健施設 2) ユニット型介護老人保健施設	104. 施設類型 1) 従来型老健 2) 従来型老健(在宅強化型) 3) 療養型老健 4) 療養型老健(療養強化型)
106. 看護職の24時間配置		1) あり 2) なし	107. 設置形態 1) 独立型 2) 併設型 3) その他
108. 開設主体	1) 医療法人 2) 社会医療法人 3) 社会福祉法人 4) 公益法人(財団・社団等) 5) その他(地方自治体等)		
109. R4システム導入の有無	1) 完全導入している 2) 完全導入していないが、ICFステージングは活用している 3) 導入していない		
110. 施設内独自のリスクマネジメントシステムの有無	1) ある (あると回答の場合は、資料を添付してください。) 2) なし		
111. 全老健入所時リスク説明書の使用	1) 同じ書式を使用している。 2) 施設独自の書式を使用(書式を添付してください) 3) ない		
112. リスクマネジメント情報共有方法	1) 診療録の表(外カバー) 2) 黒板やホワイトボードに掲示 3) 利用者ベッドサイドに掲示		
問2 貴施設の主たる管理医師(施設長等)(以下、管理医師)について			
201. 年齢	才	202. 老健施設勤続年数	年
204. 専門	1) あらゆる内科(神経内科を除く) 2) あらゆる外科(脳神経外科を除く) 3) 脳神経外科 4) 整形外科、形成外科 5) 産婦人科 6) 泌尿器科 7) 老年科 8) リハビリテーション科 9) 神経内科 10) 精神科 11) 公衆衛生 12) 眼科、耳鼻咽喉科等 13) 基礎医学 14) その他()		
205. 役職	1. オーナー 2. オーナーではないが経営に関与する理事等である 3. いずれでもない		
問3 リスクマネジャー(RM)有資格者及びリスクマネジメント担当者等について			
301. 施設在席のRM有資格者の人数	人	302. RM有資格者がリスクマネジメントに関する委員会等を中心的に行っているか。	1) はい ・ 2) いいえ
303. 施設在席のRM有資格者の職種(すべてのあてはまる職種に○を付けてください。)	1) 医師 2) 看護職 3) 介護職 4) 支援相談員 5) 介護支援専門員 6) 理学療法士 7) 作業療法士 8) 言語聴覚士 9) (管理) 栄養士 10) 事務職		
304. RM有資格者以外に施設のリスクマネジメント担当者をおいているか。	1) はい ・ 2) いいえ		
305. 問304ではいと答えた施設の担当者の職種(すべてのあてはまる職種に○を付けてください。)	1) 医師 2) 看護職 3) 介護職 4) 支援相談員 5) 介護支援専門員 6) 理学療法士 7) 作業療法士 8) 言語聴覚士 9) (管理) 栄養士 10) 事務職		
問4 施設の稼働率等(小数点以下1桁までご回答ください(2桁目を四捨五入))について			
401. H26年10月1日時点の「在宅復帰率※1(H26年4月から平成26年9月までで計算)」は?			%
402. H26年10月1日時点の「重度者率※2(H26年7月から平成26年9月までで計算)」は?			%
403. H26年10月1日時点の「回転率(H26年7月から平成26年9月までで計算)」は?			%
※1 ここでいう在宅は、自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含む ※2 ここでいう重度者は、次の①～③のいずれかを満たす者 ①要介護4～5、②喀痰吸引実施、③経管栄養実施			

ご協力誠にありがとうございました
平成27年1月16日(金)までに同封の「施設調査票在中」と印字された
返信用封筒でご返送ください。

(3) リスク総括表

平成26年度老人保健健康増進等事業 介護保険施設の入所者の機能低下およびその予防に関する調査研究事業 【04-3-1】 リスク総括表 (入所から3ヶ月間)													
都道府県			施設名										
問1 主となる調査担当者について			氏名			職種 医師・看護・介護・支援相談・ケアマネ・リハ・他							
問2 調査実施対象者について			対象者 ID		性別		1.男性 2.女性		年齢 ()才				
問3 入所日・退所日			入所日		H26年 月 日		退所日		H 年 月 日				
問4 入所前の居場所													
1.急性期病院			2.急性期病院以外			3.介護老人福祉施設(特養)							
4.介護老人保健施設			5.介護療養型医療施設			6.自宅(以下7~10を除く)							
7.認知症対応型共同生活介護事業所等			8.特定施設入居者生活介護			9.サービス付高齢者向け住宅							
10.その他()													
問5 リスク事象の頻度について													
時期		入所時			入所から3ヶ月(3ヶ月間) 又は調査中止時								
評価を行った年月日		平成 年 月 日			平成 年 月 日								
要介護度		1・2・3・4・5・その他			1・2・3・4・5・その他			対策の実行状況					
障害高齢者の日常生活自立度		J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			1.よく実施できた 2.少し実施できた 3.実施できていない					
認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			0.ケアプランの変更をした 下記の欄に数字を選んで○をしてください。					
項目		入所前6ヶ月間の既往歴			入所から3ヶ月間の既往歴			短期的対策		長期的対策			
		回	部位		回	部位							
1) 転倒		回	/		回	/		1・2・3・0	1・2・3・0				
2) 骨折		回			回			1・2・3・0	1・2・3・0				
3) 誤嚥		回			回			1・2・3・0	1・2・3・0				
4) 褥瘡 その他 表皮剥離		回			回			1・2・3・0	1・2・3・0				
5) 脱水		回			回			1・2・3・0	1・2・3・0				
6) 発熱		回			回			1・2・3・0	1・2・3・0				
7) 感染症		回			診断名)			回	診断名)		1・2・3・0	1・2・3・0	
8) 離脱		回			/			回	/		1・2・3・0	1・2・3・0	
9)		回						回			1・2・3・0	1・2・3・0	
問6 調査中止の理由													
1) 急性期病院に入院したため追跡中止(問7に進む)					6) 自宅(以下7~9を除く)								
2) 急性期病院以外(問7に進む)					7) 認知症対応型共同生活介護事業所等								
3) 介護老人福祉施設(特養)					8) 特定施設入居者生活介護								
4) 介護老人保健施設					9) サービス付高齢者向け住宅								
5) 介護療養型医療施設					10) 死亡(問7)								
問7 入院に至った病名および死因													

(4) 利用者の状態調査票

入所者の機能低下およびその予防に関する調査 【04-3-2】 利用者の状態調査票	対象者 ID	
---	-----------	--

問8. 別紙の「ICFステージングマニュアル」と 「診断名リスト」から該当する番号等を選択し記入してください。	評価日	平成 年 月 日
--	-----	----------

(A) : 別紙(2)～(3-a)、(4-a)～(4-c)、(5-a)～(5-b)、(6-a)、(7-a)、(8-a)～(8-c)、(9-a)～(9-b)の「ICFステージング」について、対象者に該当する番号を記入してください。

ICFステージング	(A)		ICFステージング関連評価項目			
	入所時	入所から3ヶ月	入所時	入所から3ヶ月	入所時	入所から3ヶ月
歩行・移動	(2) 基本動作 ステージ番号記入		移動手段 (3-1) 1つに○ (3-2) 1つに○	T字杖の利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
	(3-a) 歩行・移動 ステージ番号記入			装具(短下肢装具等)	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
認知機能	(4-a) 認知機能～オリエンテーション(見当識) ステージ番号記入		(4-1) どちらか1つに○ (4-2) 1つに○	歩行者(ウォーカー、シニアカー等)の利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
				車椅子の利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
	リクライニング式車椅子の利用	1)なし 2)あり		1)なし 2)あり		
	介助者や付き添いの必要	1)なし 2)あり		1)なし 2)あり		
	世話を拒否する	1)なし 2)あり		1)なし 2)あり		
	不適切に泣いたり笑ったりする	1)なし 2)あり		1)なし 2)あり		
	興奮して手足を動かす	1)なし 2)あり		1)なし 2)あり		
	理由なく金切り声をあげる	1)なし 2)あり		1)なし 2)あり		
	衣服や器物を破壊する	1)なし 2)あり		1)なし 2)あり		
	食物を投げる	1)なし 2)あり		1)なし 2)あり		
(4-b) 認知機能～コミュニケーション ステージ番号記入		食べ過ぎる	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり		
(4-c) 認知機能～精神活動 ステージ番号記入		タンスの中身を全部出す	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり		
		日中屋外や屋内をうろつきまわる	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり		
食事	(5-a) 食事～嚥下機能 ステージ番号記入		食事の形態 性状 (1つに選び数字を)	1)常食 2)軟食		
	(5-b) 食事～食事動作及び食事介助 ステージ番号記入			3)ソフト食 4)きざみ食		
排泄	(6-a) 排泄の動作 ステージ番号記入		補助用具・状況と尿意の (6-1) どちらか1つに○ (6-2) 1つに○	ポータブルトイレの使用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
				尿カテーテルの利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
				人工肛門の使用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
				おむつの使用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
				尿意を意識することができる	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
入浴	(7-a) 入浴動作 ステージ番号記入		(7-b) 入浴手段 (1つを選び数字を)	1)一般浴 2)介助浴		
整容	(8-a) 整容～口腔ケア ステージ番号記入			3)座っての機械浴		
	(8-b) 整容～整容 ステージ番号記入		4)臥位での機械浴(特殊浴)			
	(8-c) 整容～衣服の着脱 ステージ番号記入		5)その他			
参加	(9-a) 社会参加～余暇 ステージ番号記入					
	(9-b) 社会参加～社会交流 ステージ番号記入					

問9 別紙「診断名リスト」を参考に「機能低下の原因となる診断名」について番号をご記入ください。 該当する番号をご記入ください。	診断名1	診断名2	診断名3

(6) リスクマネジメントシート (介入群のみ)

都道府県 施設名		対象者ID		入所から3ヶ月間	
【04-4】 リスクマネジメントシート					
期間	インテーク(入所時の把握)		対策立案		入所から3ヶ月(3ヶ月間)の事故の状況
日時	(評価日)平成	年月日	(立案日)平成	年月日	(評価日)平成 年月日
記入項目 リスクイベント	入所前6ヶ月かの既往歴 について調査		立案したリスクマネジメントプランを記入		回数 事故の概要 (事故がある場合に記入)
	回数	具体的状況	短期的対策	長期的対策	
転倒					
発熱					
骨折					
誤嚥					
褥瘡 その他 表皮剥離					
脱水					
離脱					
感染症					

(7) 入所時リスク説明書 (介入群のみ)

【入所時リスク説明書】(参考例)

入所者： _____ 様 年齢 _____ 歳 性別 _____

説明医師 _____

当施設では利用者が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》(ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。)

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

特に〇〇様は、身体状況及び服用されている薬の影響等から、〇〇〇〇〇〇を起こしやすいと考えられます。

このことは、ご自宅でも起こりうることでありますので、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、介護老人保健施設〇〇〇〇〇〇の担当医師より、入所者の貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

平成 年 月 日

御家族 _____ 印(続柄 _____)

- ※ 参考例では説明者を担当医師としておりますが、施設のご事情に応じて「担当支援相談員」や「説明担当者」と表記することも可です。
- ※ 説明者を2名とすることも可です。
- ※ コピー等をとって、控えを利用者にお渡し下さい。

(8) 診断名リスト

別紙: 診断名リスト

H23.3.9.改定

「[01]老健施設の役割施設調査」の問10、「[02-2]看取りプロセス個別調査」の冒頭の④のご回答の際にご参考ください。

ICDコード分類	番号	診断名	ICDコード分類	番号	診断名
循環器系の疾患	1	脳梗塞	筋骨格系及び結合組織の疾患	38	脊髄損傷
	2	脳出血		39	脊柱管狭窄症
	3	多発性脳梗塞		40	変形性脊椎症
	4	くも膜下出血		41	下肢の変形性関節症(股関節・膝関節)
	5	硬膜下血腫		42	上肢の変形性関節症(肩関節・肘関節)
	6	硬膜下血腫および脳挫傷		43	大腿骨の骨折(手術を行った)
	7	その他の脳血管疾患		44	大腿骨以外の骨折(手術を行った)
	8	高血圧症(認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない)		45	骨折(保存的治療のみ)
	9	慢性心不全		46	骨粗しょう症
	10	心筋梗塞		47	圧迫骨折
	11	狭心症		48	後縦靭帯骨化症
	12	不整脈		49	その他の骨・脊椎疾患
	13	心房細動		50	関節リウマチ
	14	その他の心疾患		51	関節リウマチ以外の全身性結合組織障害
	15	閉塞性動脈硬化症		52	筋、軟部組織の障害
	精神及び行動の障害	16		その他の中枢または末梢血管の疾患	53	気管支喘息
17		アルツハイマー型認知症	54	肺気腫等慢性閉塞性肺疾患	
18		脳血管性認知症	55	誤嚥性・吸引性(不顕性)肺炎などの慢性呼吸器感染症	
19		レビー小体型認知症	56	急性呼吸器感染症	
20		下記以外の認知症(脳血管性・アルツハイマー型・混合型・レビー小体型・ピック病)	57	その他肺および胸膜など呼吸器の疾患	
21		前頭・側頭葉型認知症(ピック病等)	腎尿路生殖器系の疾患	58	腎不全(慢性・急性を含む)
22		混合型認知症		59	尿路結石症など尿路の疾患
23		まだ確定診断のついていない認知症		60	尿路感染症(膀胱炎など)
24		うつ病		61	乳房・女性生殖器・骨盤臓器の疾患
25		統合失調症		62	前立腺肥大症などの男性生殖器の疾患
26	その他の精神疾患	消化器系の疾患		63	胃・食道疾患
神経系の疾患	27		パーキンソン病	64	小腸・大腸の疾患
	28		パーキンソン病以外の脊髄小脳変性疾患	65	肝胆膵の疾患
	29		症候性てんかん、てんかん	66	ヘルニア
	30	その他の中枢神経疾患	67	肛門の疾患	
	31	末梢神経疾患	68	その他の消化器の疾患(腹膜、口腔、唾液腺、顎等を含む)	
内分泌、栄養及び代謝疾患	32	糖尿病(認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない)	新生物	69	悪性新生物
	33	栄養障害		70	良性新生物およびその他特定されない新生物
	34	肥満	眼及び付属器の疾患、耳及び乳様突起の疾患	71	緑内障・白内障などの眼およびその付属器の疾患
	35	脂質異常症(高脂血症)		72	耳および乳様突起の疾患
	36	甲状腺機能障害		73	疥癬・蜂窩織炎・白癬等感染症
	37	その他の代謝・内分泌疾患		74	水疱症(天疱瘡・類天疱瘡等)
皮膚及び皮下組織の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患	75		アレルギー性皮膚疾患	
		76		褥創	
		77		皮膚の外傷およびその他の皮膚疾患	
		78		感染症	
		79	貧血		
		血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	80	貧血以外の血液・免疫および凝固系の疾患	
			周産期に発生した病態	81	周産期や小児期の疾患の後遺症(脳性麻痺、精神発達遅滞を含む)
		先天奇形、変形及び染色体異常		82	先天奇形・変形および染色体異常
損傷、中毒及びその他の外因の影響	83	損傷、中毒及びその他の外因の影響			

新全老健版ケアマネジメント方式
～R4システム～

R4システム版
ICF ステージング マニュアル

Ver: Dec., 2013

公益社団法人全国老人保健施設協会

《R4システム版 ICF ステージングについて》

R4システムの目玉のひとつは、「利用者の状態像の微妙な変化のキャッチ」である。利用者の機能評価には様々な指標があるが、あまりに複雑なものばかりでは実際の現場では使用ができない。今回、全国老人保健施設協会(以下、全老健)では「利用者の個別特性と時系列的状態像の指標(機能評価とコーディング)に関する研究事業」が実を結び、簡潔かつ明瞭な利用者の状態像をチェックできる指標が完成した。これによって、実際に提供されたケアの効果がどうだったのか、また作成されたケアプランの善し悪しが評価できることになる。つまり、モニタリングの最適な指標となるものを導入することができたのである。ここでは、このR4システム版ICFステージングの評価方法を提示する。

《R4システム版 ICF ステージングの概略》

R4システムのアセスメント手法は、利用者の状態のうち、普段行っているものも難しいICFステージングの動作を選択する方法である。たとえば「歩行・移動」のスケールでは、より難易度の高いのは、交通機関での移動であり、ついで階段昇降、安定した歩行、そして施設内での安定した移動のうち、一番難易度が高いものを選ぶことになり、そのステージを記入する。例えば、「歩行・移動」のスケールの場合、普段階段昇降を行っているが、公共交通機関を利用していない、という場合は、ステージが4となる。この時の判断は、「普段から行っているかどうか?」であり、「出来るかどうか?」ではない。WHOのICFの場合、「行っているかどうか?」を実行状況(Performance)と呼ぶ。一方「出来るかどうか?」は能力(Capacity)と呼ぶ。全老健のアセスメントは、行っているかどうか、すなわち実行状況に基づいている。

なお、以下の調査にあたって、調査の順番は特に決めていない。利用者やそのご家族が、普段困っていることから、聞き取り、あるいは観察に基づいて状態の評価を行っていたきたい。

《注意事項》アセスメント状況の逆転現象について

全老健のアセスメント指標の難易度の順番は、統計学的に確率に基づいて定めたものです。確率により必ず、必ずこの順番になっているとは限らない。一定の確率で、この順番にならない場合が必ずある。この「歩行・移動」のスケールを例にとっても、例えば、歩行は出来るが、階段の昇り降りは出来ない、しかし、バス(ステップ付き)の昇降はできるといった場合である。

このような時の評価の考え方は、普段から行っている一番高い指標をアセスメント結果とし、さらに、逆中の状況を行っていないことを特記するのが良いと考える。

※ICFステージング：当初「ICFレベルアセスメント」としていたが、英文論文*の解釈を機に「ICFステージング」と名称を変更し、統一したものである。

*Okochi, Jiro, Tai Takahashi, Kiyoshi Takamuku and Reuben Escornizo (2013) "Staging of mobility, transfer and walking functions of elderly persons based on the codes of the International Classification of Functioning, Disability and Health, BMC Geriatrics, Vol.13.

《各アセスメント項目の評価方法》

1. 医療のアセスメント

ケアプランにおける医療のアセスメントは、利用者の診断名を記入する。この際に、老健施設におけるケアの手段や、利用者の今後の状態に影響すると考えられる疾患を、特にここに記入する。たとえばインスリンを使用している糖尿病、悪性腫瘍などが該当する。認知症も同様であるが、もしわかる場合は認知症のタイプ(アルツハイマー等)も記入する。

2. 基本動作*

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

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

	実施ステータジ	状況	状態のイメージ
立位の保持	行っていない 行っている	5 両足での立位の保持を行っていない。 1 立位の保持は行っていないが、両足での離脱は行っていない。	
座位でのせり上げ	行っていない 行っている	4 座位での離脱は行っていないが、両足での離脱は行っていない。 1 座位での離脱は行っていないが、両足での離脱は行っている。	
座位(側座位)の保持	行っていない 行っている	3 座位での離脱は行っていないが、両足での離脱は行っていない。 1 座位(側座位)の保持は行っていないが、両足での離脱は行っている。	
臥位の保持	行っていない 行っている	2 座位(側座位)の保持は行っていないが、両足での離脱は行っている。 1 両足での離脱は行っていないが、両足での離脱は行っている。	
移動	行っていない 行っている	1 両足での離脱は行っていない。	

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

＜基本動作のスケール 判定基準＞

【ステータジ5の判断】

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

【ステータジ4の判断】

ステータジ4は、立位の保持は行っていないが、いすや車いすの間や、いすやベッドの間の移乗をふだんから行っている場合である。それよりもやや難易度の高い立位からベッドへの移乗を行っている場合は、立位保持の状態がステータジ5かどうか、で判断する。

【ステータジ3の判断】

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

【ステータジ2の判断】

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

【ステータジ1の判断】

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

3-a. 歩行・移動※

歩行・移動に関して、ふだん行っている最もステージの高い活動を選択する。
 ふだん歩行や移動の際に使用している補助具があるかどうか、事前に知っておくことも必要である。補助具から使用者の状態を想定しておくことができるため、調査が容易になる。
 また、視力障害者で付き添いが必要な場合は、歩行状態や外出状況に基づいて、そのステージの行為を行っているかどうかで判断する。認知症の周辺症状への見守りも、歩行機能に対する見守りであれば、歩行動作のみを評価する。

状況	ステージ	状態	状態のイメージ
外出状況	5	公共交通機関（バス、JR、有軌電車）を利用し、乗降補助具の使用の有無は問わず、歩行している。	
昇り降り	4	階段での昇り降りを「手すり」に頼るが、歩行している。	
安定した歩行	3	安定した歩行が可能な状態で歩行している。	
歩行・移動	2	歩行・移動の際に補助具（杖や杖型歩行器、歩行器、手すりなど）を使用している。	
歩行・移動	1	歩行・移動の際に補助具（杖や杖型歩行器、歩行器、手すりなど）を使用していない。	

※「状態判定」は基本的に上から下に難易度ステージ（高→低）を設定している。

<歩行・移動のスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

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

【ステージ4の判断】

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

【ステージ3の判断】

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

【ステージ2の判断】

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

【ステージ1の判断】

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

3-b. 移動手段

移動手段については、下記の項目の使用の有無で評価する。

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

4-a. 認知機能～オリエンテーション(見当識)※

この項目では、「できるかどうか」に焦点を当てて判断して欲しい。なぜなら、見当識は、ふだんの生活ではあまり明らかとならない活動内容について調査しているためである。

ここでは、利用者がどの程度の見当識を保っているか、より上のステージから確認する。この評価では、より高いステージの設問と、下位の設問の回答はできても、真ん中が回答できないという場合がある。その場合は、より上位のステージとして判断する。そのうえで、特記事項に、その状況を記入することが望ましい。

なお、以下は、認知機能の項目全体に共通する注意点である。

- ・ せん妄などにより、時間によって意識障害が変動するような場合は、意識状態が良好な時間の状態を基本として判断し、特記事項に意識状態の変化がある旨を記入する。
- ・ 聴覚障害や運動失語などで、言葉は理解するが表現できない場合は、言葉以外の表出によって判断してもかまわない。
- ・ 感覚失語などで、言葉を理解していない場合は「できない(わからない)」と判断する。

項目	ステージ	状態	状態のイメージ
年月日がわかるか。 (エ1日の設問)	わかる わからぬ	5 1	年月日がわかる。 年月日
場所の名前 現在いる場所の、種類が わかるか。	わかる わからぬ	4 1	年月日はわからないが、環 境にいる場所の種類はわか る。 年月日
他人に出す 言動(言葉 や行動)	わかる わからぬ	3 1	場所の名前や種類はわか らないが、その場には「人 」が居るとわかる。 年月日
自分の名前	わかる わからぬ	2 1	その場にいる人が誰かわ からないが、自分の名前が わかる。 自分の名前
自分の名前	わかる わからぬ	1 1	自分の名前がわかるが、 自分の名前がわからない。 自分の名前

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

<認知機能～オリエンテーション(見当識)のスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

年月日がプラスマイナス1日の誤差でわかっているかどうかを確認する。日によって、わか
ったりわからなかったりする場合、わかると判断してかまわない。

【ステージ4の判断】

年月日がわからない場合、現在いる場所の種類がわかるかどうかで判断する。たとえば、
自宅か、老健施設か、病院かの3つの選択肢を与えて、正確であればわかると判断する。

【ステージ3の判断】

場所の種類がわからない場合、目の前でこの調査を行ったり、世話をしている人が、家
族か、施設の職員か、あるいは友人かわかるかどうかである。家族、施設職員、友人の3
つの選択肢を与えて、正確であればわかると判断する。

【ステージ2の判断】

目の前の人が誰かわからない場合、自分の名前が言えるかどうかを判断する。

【ステージ1の判断】

自分の名前が言えない場合が該当する。

4-b. 認知機能～コミュニケーション[※]

この項目は、日常的な周囲の人との対応をふだんから「行っているかどうか」、行っている場合は、その際の言語活動の状態などをもとに判断する。

感覚失語などで、言葉を理解していない場合はステージ1、視覚障害により、書き言葉が理解できないが複雑な人間関係の理解保持ができる場合はステージ5と判断する。もし、複雑な人間関係の理解ができない場合は、日常会話の状態について判断する。

ステージ	状態	状態のイメージ
5	複雑な人間関係の理解が保たれている。	
4	↑ 複雑な人間関係の理解が保たれている。	
	↓ 簡単な人間関係の理解が保たれている。	
3	↑ 簡単な日常会話の理解が保たれている。	
	↓ 簡単な日常会話の理解が保たれていない。	
2	↑ 簡単な日常会話の理解が保たれていない。	
	↓ 簡単な日常会話の理解が保たれていない。	
1	↑ 簡単な日常会話の理解が保たれていない。	
	↓ 簡単な日常会話の理解が保たれていない。	

<認知機能～コミュニケーションのスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

施設内で、他の利用者や、介護職員、医師などと、それぞれの役割を理解し、感情や衝動を抑え、トラブルを起こさず生活できている場合を、ステージ5とする。

【ステージ4の判断】

新聞や本などはもちろん、壁に張り出しているスケジュールや、各種の案内等を理解しているかどうかに基づいて判断する。

【ステージ3の判断】

ふだんから、簡単な日常会話を、職員あるいは他の利用者で行っているかどうかに基づいて判断する。話を聞くだけでなく、自らも話をしている場合が、ステージ3である。

【ステージ2の判断】

ふだん会話は成立しないが、職員や他の利用者の話は理解している場合は、ステージ2と判断する。

【ステージ1の判断】

話し言葉の理解ができない場合が該当する。感覚失語等で言語が理解できない場合も、このステージになる。

※「状態判定」は基本的に上から下に難易度ステージ(高→低)を設定している。

4-c. 認知機能～精神活動※

この項目も、見当識と同様、「できるかどうか」で判断する。この精神活動も、ふだん日常ではあまり明らかとならない活動内容について調査しているためである。

ステージ	状態	検査のイメージ
5	時間管理ができる。	
できる	↑	
できない	↓	
4	簡単な算術計算ができる。	
できる	↑	
できない	↓	
3	簡単な算術計算でできぬが、簡単な算術計算ができる。	
できる	↑	
できない	↓	
2	過去の自伝的な記憶について正しく、再生することができるが、過去の自伝的な記憶について正しく再生することができない場合、意識混濁があるかどうかを判断する。	
良かった	↑	
悪かった	↓	
1	過去の自伝的な記憶について正しく再生することができない場合、意識混濁があるかどうかを判断する。	
良かった	↑	
悪かった	↓	

※「状態判定」は基本的に上から下に順高度ステージ(高→低)を設定している。

＜認知機能～精神活動のスケール 判定基準＞

【ステージ5の判断】

たとえば入浴や食事、リハビリの時刻になると、自らの準備をするなど、ふだんから時間を理解して、管理ができているかどうかを基つて判断する。

【ステージ4の判断】

時間管理ができない場合に、単純な加算ができるかどうか、約7割程度正解できれば、できるとする。

【ステージ3の判断】

簡単な算術計算ができない場合、長期記憶について聞き取りを行う。たとえば、最終学歴や、結婚など数十年前に起きたと考えられることについて、スムーズに記憶を再生することができるようであれば、ステージ3と判断する。

【ステージ2の判断】

過去の自伝的な記憶について、正しく再生することができない場合、意識混濁があるかどうかを基つて判断する。せん妄等で一時的な意識混濁があるかどうかは、ここでは判断せず、通常の利用者の状態で判断することとする。

【ステージ1の判断】:

ステージ1の場合、せん妄や重度の認知症のため、意識混濁がある場合を含む。

4-d. 周辺症状

周辺症状は、以下の2群に分け、「ある」「ない」「不明」で評価する。

A群は、比較的激しい周辺症状である。いわゆる陽性症状といってもよい。B群は比較的静かな周辺症状である。陰性症状といってもよい。このうちB群の合計点数は、長谷川式など短期記憶を中心としたアセスメントスケールと、比較的良好な相関があることがわかっている。

	なし	あり
A群		
世話を拒否する	0	1
不適切に泣いたり笑ったりする	0	1
興奮して手足を動かす	0	1
理由なく金切り声をあげる	0	1
衣服や器物を破壊する	0	1
食物を投げる	0	1
食べ過ぎる	0	1
タンスの中身を全部出す	0	1
日中屋外や屋内をうろつきまわる	0	1
昼間、寝てばかりいる	0	1
同じことを何度も聞く	0	1
尿失禁する	0	1
B群		

5-a. 食事～嚥下機能*

食事については、「嚥下機能」と「食事動作」の2つに分けて判断する。状態が日によって異なる場合は、その中でもよりよい状態を基本として判断する。

状態	ステージ	状態	状態のイメージ
咬削 (図10の)	5	肉などの柔らかい食品の食品を噛んで食べること。	
吸引	4	ストロー・吸い飲み等を使用して水分・流動物をむせずに飲むこと、ふだんから行って行うこと。	
	3	液体に吸引できることを行っている。また、固形物の嚥下もしている。	
嚥下 (嚥下度)	2	嚥下（口腔でつがした）あるいはさらさらかき出した食べ物（豆腐、粥、軟食等）を、口の奥まで運び、口の中のために飲み込むこと。	
	1	嚥下をしやすいように処理した食べ物（ペースト食やゼリー食）を口の奥まで運び、口の中にため込み、飲み込むこと。	

※「状態判定」は基本的に上から下に難易度ステージ（高→低）を設定している。

<食事～嚥下機能のスケール 判断基準>

【ステージ5の判断】

固めの食事（肉など）を含む普通の食事を、噛んで食べているかどうかを判断する。義歯（入れ歯）の使用の有無は問わない。もし、義歯が破損していて、最近では咬削を行っていないのであれば、この項目は「行っていない」と判断し、より下位のステージを選択することになる。ICFでは、「前歯で食物を噛み切る機能」のことを示しているが、ここでは、特に固めの食べ物を噛み切ることを判断基準としている。

【ステージ4の判断】

ストロー、吸い飲み等を使用して水分・流動物をむせずに飲むことを、ふだんから行って行うかどうかで判断する。もし、固いものは噛み切れなければ、やわらかいものを口の中で粉砕でき、かつ吸引ができるような場合はステージ4となる。

【ステージ3の判断】

咬削や吸引はできないけれど、口の中に十分やわらかい食べ物を入れれば、飲み込みを行う場合がステージ3である。ICFでは、歯と舌によって食べ物を口の中で扱う機能を示しているが、ここでは、口腔内に食べ物を溜め込まず、嚥下を行っているかどうかで判断する。もし水分やとろみがついた食事のみ嚥下を行っている場合は、ステージ2と判断する。

【ステージ2の判断】

やわらかいもののみ、口腔内に食べ物を溜め込まず、嚥下を行っているかどうかで判断する。嚥下食であれば飲み込みができる場合は、ステージ2と判断する。

【ステージ1の判断】

やわらかいものであっても（たとえば嚥下食）飲み込みができず、ふだんから行っていない場合、あるいは、誤嚥の危険性が高く嚥下をおこなっていない場合は、ステージ1と判断する。胃ろうの使用は、ステージ1と判断する。

5-b. 食事～食事動作および食事介助*

食べるときに、どの程度の動作を自分で行っているか、あるいは、食べる動作を行っている際にどれほど介助が行われているか、どうかを観察し、判断する。

ステージ	状態	状態のイメージ
5	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って、食べこぼしなく上手に食べる。	
4	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って上手に食べる。食べこぼしや、何となく食べている。	
	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って上手に食べる。食べこぼしや、何となく食べている。	
3	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って上手に食べる。食べこぼしや、何となく食べている。	
	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って上手に食べる。食べこぼしや、何となく食べている。	
2	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って上手に食べる。食べこぼしや、何となく食べている。	
	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って上手に食べる。食べこぼしや、何となく食べている。	
1	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って上手に食べる。食べこぼしや、何となく食べている。	
	提供された食べ物を、箸やフォーク等を使って上手に食べる。食べこぼしや、何となく食べている。	

※「状態判定」は基本的に上から下に順高度ステージ(高一値)を設定している。

＜食事～食事動作および食事介助のスケール 判定基準＞

【ステージ5の判断】

ステージ5は、提供された食べ物を箸やフォーク、スプーン、ナイフ等を使用して、上手に食べているかどうかで判断する。食べこぼし等があったり、食べ物を小さく加工したり工夫をして食べている場合は、ステージ5未満のいずれかとして判断する。もし、食べこぼし等があり、ふだんから介助により周囲をきれいに保っているような場合は、ステージ4と判断する。

【ステージ4の判断】

提供された食べ物を、食べこぼし等はあるが、なんとか自分で食べている場合は、ステージ4と判断する。

【ステージ3の判断】

食事の際、本人の姿勢や食べ物の位置の調整などが必要かどうかで判断する。皿の位置の工夫や、特別な補助具の準備などの特別なセッティングを行わなくても食べている場合は、ステージ4以上と判断し、それ以外は食べこぼしの状態などで判断する。もし、特別なセッティング(皿の位置の工夫や、特別な補助具の準備など)を行って食べている場合は、ステージ3と判断する。

【ステージ2の判断】

食事の準備だけでなく、食べる動作にも介助を行っている場合は、ステージ2である。食事途中からの介助を含む。

【ステージ1の判断】

食事の動作に対する直接介助を行っても食べることができない場合は、ステージ1と判断する。

5-c. 食事形態

現在の食事形態について情報を収集しておき、特記事項に記入する。こうすれば栄養マネジメントにも有効である。

記入例

現在の主食形態	1. 米飯 2. 軟飯 3. 全粥 4. 7分粥一重湯 5. その他 ()
現在の副食形態	1. 和菜 2. 軟菜 3. きさみ 4. ミキサー 5. ムースペースト 6. その他 ()

7-a. 入浴動作※

入浴については、「入浴動作」と「入浴手段」を分けてアセスメントを行う。ふだんの状態に基づいて判断する。もし、転倒等の危険を理由に、ふだんから浴槽に出入りをさせていない場合は、行っていないと判断する。ICFには入浴に関連した項目として、「活動と参加(A/P)」に「体の一部を洗うこと」、「全身を洗うこと」、「身体を拭き乾かすこと」の3つのコードがある。しかし、老健施設や在宅介護では、それらを同様に区分するよりは、入浴動作などの程度を行っているか、ということの情報共有を行うほうがメリットが大きいと判断した。この内容は、一部「基本動作」と重複している。

ステージ	状態	状態のイラスト
5	必要な準備の出入りに浴槽を準備している。	
4	一人で着替はけはく・浴槽に入浴の準備(水・湯・石鹸)を整え、体を洗っている。	
3	日頃の入浴や着替の体動や浴槽の洗い直しや湯・石鹸の準備が不十分で、入浴の準備が不十分である。入浴の準備が不十分である。入浴の準備が不十分である。入浴の準備が不十分である。	
2	浴室での準備(着替はけ・湯・石鹸)を整え、入浴の準備が不十分である。入浴の準備が不十分である。入浴の準備が不十分である。入浴の準備が不十分である。	
1	浴室での準備(着替はけ・湯・石鹸)を整え、入浴の準備が不十分である。入浴の準備が不十分である。入浴の準備が不十分である。入浴の準備が不十分である。	

※「状態判定」は基本的な上から下に難易度ステージ(高→低)を設定している。

<入浴動作のスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

ふだん使用している浴槽で、洗身を含め入浴動作全般を行っている場合を、ステージ5とする。

【ステージ4の判断】

日ごろの入浴はなんとか自分でやっているが、不十分であることが認識されている場合がある。ふだん一人でシャワーのみしか使用していない場合で、かつ洗淨が不十分である場合が該当する。地域性などから入浴を行わない場合は、洗い残しの程度から判断することになる。見守りのみの援助が行われているような場合は、ステージ4である。

【ステージ3の判断】

浴室内での座位保持は安定しているが、見守り・指示・手を添える・洗身の不十分などを手伝う程度の第三者の援助で入浴している場合である。ステージ4との違いは、ステージ4がふだんから自分でやっている場合で、ステージ3はふだんから介助がなされている場合である。

【ステージ2の判断】

ステージ3と比較して、浴室内で座位保持を行っていない場合が、ステージ2となる。

【ステージ1の判断】

ステージ1は、入浴を行っていない場合である。

7-b. 入浴手段

下記の項目から該当する入浴手段を確認する。

1. 一般浴
2. 介助浴
3. 座つての機械浴
4. 臥位での機械浴(特殊浴)

8-a. 整容～口腔ケア*

整容については、「口腔ケア」、「整容の着脱」を分けてアセスメントを行う。この内容は、一部「基本動作」と重複している。また、視力障害等で、セッティングや誘導が必要な場合は、自分でそのステージの行為を行っているかどうかで判断する。
 「口腔ケア」のスケールでは、ふだん行っている最もステージの高い活動を選択する。

ステージ	状態	状態のイメージ
5	整容の手入れなどの口腔ケアを自分でやっている。	
4	整容の手入れなどの口腔ケアを自分でやっているが、あがりから自分でセッティングしてやっている。	
	「うがい」だけであれば自分でやっている。	
3	あがりから、整容のセッティングをすれば、自分で整容を行う。	
	あがりから、整容のセッティングをしなくても自分で整容がききを行っているが、「うがい」は自分でやっている。	
2	「うがい」だけであれば自分でやっている。	
	「うがい」を自分でやっているが、「うがい」は自分でやっている。	
1	「うがい」を自分でやっているが、「うがい」は自分でやっている。	

*「状態判定」は基本的に上から下に順高度ステージ(高→低)を設定している。

<整容～口腔ケアのスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

ふだんから口唇の乾燥を防ぐことや、義歯の手入れなど、口腔ケアについては自分でやっている場合に、ステージ5と判断する。

【ステージ4の判断】

口唇の乾燥を防ぐことや義歯の手入れなどの口腔ケアは自分では行ってはいないけれど、歯みがきはふだんから自分でやっている場合が該当する。上肢の麻痺などがあり自分でやっていない場合は、ステージ3以下となる。総義歯の場合は、総義歯の手入れを自分でやっていなければステージ5、行っていない場合はステージ3、その他、うがいの状態でステージ2、または1と判断する。

【ステージ3の判断】

ステージ3は、ふだんから自分でセッティングして歯を磨くことは行ってはいないけれど、セッティングをすれば、自分で歯みがきを行っている場合が該当する。

【ステージ2の判断】

歯みがきのセッティングをしても、自分では歯みがきを行っているわけではないけれど、「うがい」のように口をすすぐことだけであれば自分でやっている場合をステージ2と判断する。

【ステージ1の判断】

「うがい」のように口をすすぐことも自分で行ってはいない場合で、口腔ケア全般に介助を必要とする場合は、ステージ1と判断する。

8-b. 整容～整容※

整容のスケールでは、ふだん行っている最もステージの低い活動を選択する。

ステージ	状態	状態のイメージ
5	爪を切ることを自分でやっている。	
4	剃り(男性)やスキンケア(女性)、髪の毛を切ることを自分でやっている。	
3	洗顔(洗面台で、あるいは濡れタオルで顔を拭くこと)を自分でやっている。	
2	洗顔(洗面台で、あるいは濡れタオルで顔を拭くこと)を自分でやっている。	
1	手洗いを自分でやっている。	

※「状態判定」は基本的の上から下に最も高度ステージ(高一低)を設定している。

<整容～整容のスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

ふだんから爪切りを使って手足の爪を切ることを自分でやっている場合は、ステージ5と判断する。

【ステージ4の判断】

ふだんから手足の爪を切ることは自分では行っていないけれど、剃り(男性)やスキンケア(女性)、髪の毛を整えることはふだんから自分でやっている場合が該当する。

【ステージ3の判断】

ステージ3は、ふだんから自分で剃り(男性)やスキンケア(女性)、髪の毛を整えることを行っていないけれど、洗面台で洗顔することや、あるいは濡れタオルで顔を拭くことは、ふだんから自分でやっている場合が該当する。

【ステージ2の判断】

洗面台で洗顔することや、あるいは濡れタオルで顔を拭くことを、ふだんから自分で行っていないけれども、手洗いはふだんから自分で行っている場合は、ステージ2と判断する。寝たきりであっても、ふだんからたらいや洗面器に汲んだ水で手洗いを行っている場合は、ステージ2と判断する。

【ステージ1の判断】

ふだんから手洗いも自分で行っていない場合で、整容全般に介助を必要とする場合は、ステージ1と判断する。

8-1-c. 整容～衣服の着脱※

衣服の着脱のスケールでは、ふだん行っている最もステージの高い活動を選択する。

ステージ	状態	状態のイメージ
5	衣服を畳んだり整理すること は自分でやっている。	
4	↑ 行っている	
	↓ 行っていない	
3	衣服を畳んだり整理すること は自分でやっているが、ズボンや パンツの着脱は自分で 行っている。	
	↑ 行っている	
2	ズボンやパ ンツの着脱 は自分でやっている。	
	↓ 行っていない	
1	ズボンやパ ンツの着脱 は自分でやっている。	
	↑ 行っている	
1	ズボンやパ ンツの着脱 は自分でやっている。	
	↓ 行っていない	

<整容～衣服の着脱のスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

ふだんから衣服を畳んだり、脱いだ衣服を整理することを自分でやっている場合は、ステージ5と判断する。

【ステージ4の判断】

ふだんから衣服を畳んだり、脱いだ衣服を整理することは自分では行っていないけれど、ズボン・パンツ等の着脱をふだんから自分でやっている場合が該当する。立位保持ができない場合、床に座った状態でもズボン・パンツ等の着脱を行っている場合は、ステージ4と判断する。

【ステージ3の判断】

ステージ3は、ふだんからズボン・パンツ等の着脱は自分で行っていないけれど、更衣の際の上着のボタンのかけ外しや、ジッパーを上げ下げすることは自分でやっている場合が該当する。ボタン・ジッパーを用いていない場合、マジックテープの衣服をふだんから用いている場合も、マジックテープの着脱を自分で行っている場合は、ステージ3と判断する。

【ステージ2の判断】

更衣の際の上着のボタンのかけ外しや、ジッパーを上げ下げすることは、ふだんから自分で行っていないけれども、上衣の片袖を通すことは、ふだんから自分で行っている場合は、ステージ2と判断する。

【ステージ1の判断】

ふだんから上衣の片袖を通すことも自分で行っていない場合で、衣服の着脱全般に介助を必要とする場合には、ステージ1と判断する。

※「状態判定」は基本的に上から下に難易度ステージ(高→低)を設定している。

9-a. 社会参加～余暇*

余暇のスケールでは、ふだん行っている最もステージの高い活動を選択する。

ステージ	状態	状態のイメージ
5	<p>旅行に行く(家および施設を1日以上離れる、施設から家への一時帰宅を除く)。</p> <p>↑ している</p> <p>↓ していない</p>	
4	<p>旅行はしていないが、個人による趣味活動はしている。</p> <p>↑ している</p> <p>↓ していない</p>	
3	<p>個人による遠征活動の実施。</p> <p>↑ している</p> <p>↓ していない</p>	
2	<p>施設で行く(家および施設を1日以上離れる、施設から家への一時帰宅を除く)。</p> <p>↑ している</p> <p>↓ していない</p>	
1	<p>施設内や家でテレビを見る。</p> <p>↑ している</p> <p>↓ していない</p>	

*「状態判定」は基本的に上から下に難易度ステージ(高→低)を設定している。

<社会参加～余暇のスケール 判定基準>

【ステージ5の判断】

施設からの一時帰宅ではなく、ふだんから施設や家を1日以上離れる外出や旅行を自分で行っている場合は、ステージ5と判断する。

【ステージ4の判断】

ふだんから施設や家を1日以上離れる外出や旅行を自分で行っていないけれど、屋外で行うような趣味活動を自分でしている場合が該当する。転倒等の危険があるため、趣味活動の際に支援や介助を受けている場合でも、自分の意思でしている場合は、ステージ4と判断する。

【ステージ3の判断】

ステージ3は、ふだんから屋外で行うような趣味活動を自分でしていないけれど、施設内で行う集団体操など、屋内で行う集団でのレクリエーションに自ら参加する程度のこととはしている場合が該当する。

【ステージ2の判断】

施設内で行う集団体操など、屋内で行う集団でのレクリエーションに自ら参加することは、ふだんから行っていないけれど、施設内や家でひとりでテレビを楽しむことはしている場合は、ステージ2と判断する。

【ステージ1の判断】

ふだんから施設内や家でひとりでテレビを楽しむことをしない場合で、テレビを見たり、ラジオを聴いて楽しむことをしていない、出来ない場合には、ステージ1と判断する。

9-b. 社会参加～社会交流※

社会参加については、「社会交流」と「余暇」を分けてアセスメントを行う。ふだんの状態に基づいて判断する。もし、転倒等の危険を理由に、ふだんから外出等をさせていない場合は、していないで行っていないと判断する。

遠隔機器を用いての交流	状態	状況	状態のイメージ
	行っている	5 情報伝達手段を用いて交流を行っている。	
	行っていない	4 通信機器を用いて自ら連絡を取ることが行われていないが、援助があつての外出をしている。	
外出	している していない	3 施設外に外出した（親族・知人を訪ねる目的で）。	
友人との会話	している していない	2 外出していないが、親族・友人の訪問を受け合っている。	
身近な人との会話	している していない	1 施設職員や家族などと会話をしている。	

※「状態判定」は基本的に上から下に難易度ステージ(高→低)を設定している。

＜社会参加～社会交流のスケール 判定基準＞

【ステージ5の判断】

ふだんから電話をかけたリ、手紙やメールなどの情報伝達手段を用いて交流を行なっている場合は、ステージ5と判断する。

【ステージ4の判断】

ふだんから電話をかけたリ、手紙やメールなどの情報伝達手段を用いて交流を行っていないけれど、親族・知人等を訪ねる目的で外出している場合が該当する。転倒等の危険があるため、外出の際に支援や介助を受けている場合でも、自分の意思で外出している場合は、ステージ4と判断する。

【ステージ3の判断】

ステージ3は、ふだんから外出はしていないけれど、施設職員や家族以外の親族・友人・知人の訪問を受け、会話している場合が該当する。

【ステージ2の判断】

施設職員や家族以外の親族・友人・知人の訪問を受け、会話することは、ふだんから行っていないけれども、同じ施設の入所者や職員、家族との会話はしている場合は、ステージ2と判断する。

【ステージ1の判断】

ふだんから同じ施設の入所者や職員、家族と会話することを行っている場合で、会話などの社会交流をしていない、出来ない場合には、ステージ1と判断する。



公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0011

東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6 階

TEL.03-3432-4165 FAX.03-3432-4172