

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

LIFEの介護事業所からの新規提案のあり方に関する調査研究事業

報告書

令和6年3月

社会福祉法人善光会

## 目次

目次	i
要旨	ii
1. 序論	1
1-1. 背景と目的	1
1-2. 本事業における LIFE の活用方法	2
1-3. 事業計画	3
1-4. 専門家委員会の開催	4
2. LIFE の活用事例	5
2-1. 対象者の選定	5
2-2. 取得データの種類と取得方法	6
2-3. 評価結果の解釈事例	8
2-4. ケアの改善検討事例	11
2-5. 活用事例における限界	14
3. LIFE 活用事例におけるケアデータの取得課題	16
3-1. ケアデータの属性	16
3-2. ケアデータの精度検証	17
3-3. ケアデータの取得阻害要因と改善策	21
4. 総論	26
4-1. 本事業における成果	26
4-2. LIFE の展望に係る一考察	27
謝辞	28
参考資料	29

## 要旨

### 序論

2021年より科学的介護の実践に向け、LIFEの運用が開始された。しかし、現状では介護事業所がLIFEを活用して、介護サービスの質の向上や利用者の介護アウトカムを改善している事例は決して多くない。本事業では、介護現場におけるPDCAサイクルをより効果的に回していくため、LIFEをケア実行後の評価結果の解釈とケアの改善検討に活用することを想定した上で、LIFEの活用事例と活用課題を提示する。

### LIFEの活用事例

善光会における利用者の各種データを活用して、LIFEの活用事例を提示した。利用者または各種施設の評価結果を解釈するため、対象者の持つ属性情報から比較集団を選定し、評価項目に改善余地があるかどうかを判断した。評価項目に改善の余地があると判断された場合は、同様の比較集団とケアデータの値を比較して、今後改善すべきケアを検討した。

### LIFEの活用事例におけるケアデータの取得課題

本事業におけるLIFEの活用方法を成立させるため、ケアデータの取得精度の検証とその阻害要因および改善策について検討をおこなった。その結果、サービス種別やサービスを提供する場所によって、いずれのケアデータも取得精度に一定程度のばらつきが生じ、これを阻害する要因や改善策はそれぞれ異なることが示された。

### 総論

本事業では、新たなLIFEの活用方法に基づく活用事例と、今回の活用方法の妥当性確保に向けた、ケアデータの取得精度の検証とその阻害要因および改善策を検証した。今回のLIFEの活用方法は、主にケアデータの数と質を妥当性高く取得することで、様々な介護事業所で有意義に実践される可能性がある。一方、今回のLIFEの活用方法はLIFEがケアの具体的な改善方法に言及するような機能をもつことを想定したものではない。したがって、元来LIFEに期待されていた科学的介護の実践に向けては、本事業とは別の枠組みでその方法を検証する必要があると考えられる。

## 1. 序文

### 1-1. 背景と目的

厚生労働省は2021年より、科学的介護と呼称される「エビデンス（根拠）に基づく介護サービス」の実現に向け、LIFE（Long-term care Information system For Evidence）の運用を開始した。LIFEの運用は医療分野における取り組みに端を発する。医療業界では「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価すること」さらには「患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」これらを実践的にこなす手法として「エビデンスに基づく医療」が1990年代以降に広く定着してきた。

近年ではこうした発想が介護分野においても重視されるようになり、医療と同様に、提供している介護サービスの内容が、高齢者の「尊厳保持」と「自立支援」の観点から、経験値のみに依拠しない、客観的かつ定量的な根拠に基づいて行われることが求められるようになった。

LIFEの運用に伴い、全国の介護事業所は利用者に提供しているサービス計画やその実施内容および健康指標の評価結果など、利用者のあらゆる情報をLIFEに提出することで、加算請求をすることが可能になった。全国から集められた情報はLIFE上で特定の手法によって分析されたのち、介護事業所が実施する介護サービスの質の向上および利用者のよりよい介護アウトカム（評価指標の変化）の実現にむけたフィードバックに役立てられるとされている。しかし、介護事業所がLIFEを活用することで、介護サービスの質の向上を実現し、利用者の介護アウトカムを改善している事例は現状、決して多くない。なぜなら、先に述べたLIFEから得られるフィードバックは集積された一部の情報の集計結果を開示するにとどまるとともに、多くの介護事業所がそれらの情報の有効な活用方法を見いだせていないためである。

以上の背景を踏まえ、本事業では科学的介護の実践のために必要と考えられるLIFEの活用方法を示した上で、LIFEの活用事例と活用課題を提起する。なお、本事業は実施主体である社会福祉法人善光会（以下、善光会）が介護現場の視点から、自施設のデータを基にフイージビリティスタディとして実施するものである。

## 1-2. 本事業における LIFE の位置づけと活用方法

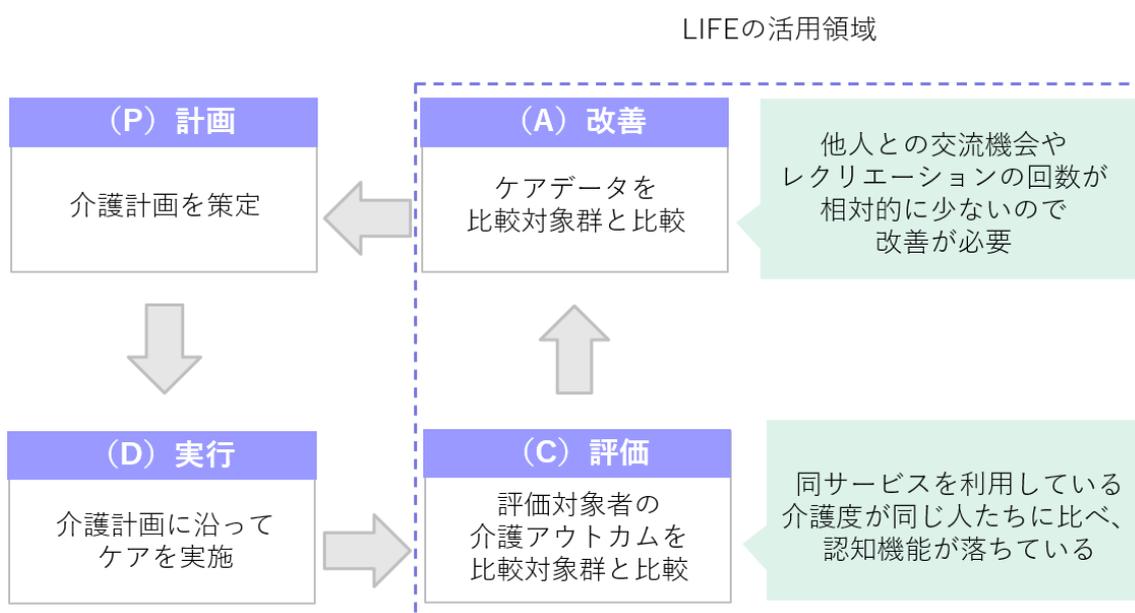
介護現場では、中長期的な視野に立ち、利用者に提供するケアが、「P: 計画をつくる、D: 計画を実行する、C: 実行結果を評価する、A: 評価を踏まえた改善策を検討する」といった PDCA サイクルの手順に従って実施されている。しかし、介護現場ではこのような PDCA サイクルを意識的にまわすことは容易ではない。なぜなら、計画を実行した後の評価指標や評価結果の解釈が不明確であり、加えて、評価結果の改善策が介護職員個人の経験的な推測に基づいて考案されるためである。

現行の LIFE では、BI や VI といった国際的な測定指標を採用した上で評価を行い、評価後は改善に資するフィードバックを各介護事業所に行うことが想定されている。先述したように、このフィードバックはまだ発展途上であるが、これにより、介護現場における PDCA サイクルは客観的な妥当性を持って実践されることが期待されている。

本事業では、上記を踏まえた上で、LIFE を介護現場の PDCA サイクルにおける C と A の領域で活用する（図 1）。介護計画実行後の評価では、介護事業所が現行の LIFE の内容に合わせて評価を行い、対象者の属性から選定した比較対象群との評価値の比較によって評価結果の解釈を実行する。また、評価実行後の改善では、介護事業所が現場から取得されたケアデータを同様の比較対象群のケアデータと比較することで、その中から改善の余地があるケアを把握し、それを基にケアの改善検討を行う。

つまり、本事業における LIFE は、評価結果の解釈とケアの改善検討に役立つ情報を介護現場に提供することで、介護事業所がより客観的に PDCA サイクルを回すことを可能にすることが想定されている。

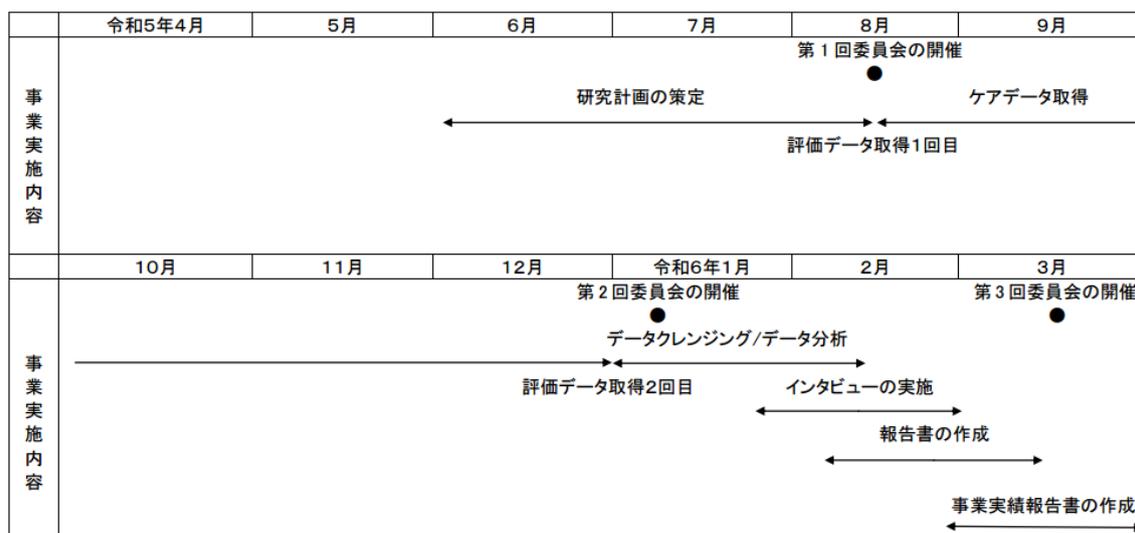
図 1. 本事業における介護現場の PDCA サイクル



### 1-3. 事業計画

本事業は図2で示すスケジュールに沿って進行された。なお、ここに記載されるインタビューについては、評価データの2回目を取得後に得られた発見から、施設責任者（フロアリーダー）を対象として当初のスケジュールに追加して実施されている。本スケジュールに記載される全ての工程は追加事項を含め、概ね予定通り実施された。

図2. 事業スケジュール



#### 1-4. 専門家委員会の開催

本事業期間中には、関連領域における外部の有識者に集ってもらい、専門家委員会が3回実施されている。専門家委員会は、事務局が事業内容の構築から進め方まで様々な観点で本事業に係る助言を受ける場として開催された。

専門家委員会の委員および事務局のメンバー構成は以下の表に示される通りである。なお、各回の専門家委員会では厚生労働省および専門家委員の所属先よりオブザーバーも参加している。

表1. 本事業における専門家委員と事務局の構成

専門家委員	(敬称略)
産業医科大学 公衆衛生学教室	村松 圭司
株式会社 omniheal	石井 洋介
京都大学大学院 医学研究科 社会疫学分野	佐藤 豪竜
日本介護福祉士会	舟田 伸司
全国老人福祉施設協議会	辻中 浩司
国立長寿医療研究センター	島田 裕之
医療介護サービス研究機構株式会社	金 雪瑩

#### 事務局

社会福祉法人善光会	宮本 隆史 前川 遼 山中 裕太
-----------	------------------------

## 2. LIFE の活用事例

### 2-1. 対象者の選定

本事業におけるデータ取得の対象者は善光会の特別養護老人ホーム 3 施設（フロース東糶谷：定員 160 名、バタフライヒル細田：定員 80 名、バタフライヒル大森南：定員 80 名）またはグループホーム 3 施設（フラクタルビレッジ西六郷：定員 18 名、フラクタルビレッジ羽田：定員 18 名、フラクタルビレッジ大森南：定員 18 名）のいずれかを 2023 年 9 月 1 日から 2023 年 12 月 31 日まで利用していた者である。

2023 年 9 月 1 日時点における対象者数は空所になっている部屋を除くことで、特別養護老人ホーム 3 施設で合計 316 名（フロース東糶谷：160 名、バタフライヒル細田：77 名、バタフライヒル大森南：79 名）になり、グループホーム 3 施設で合計 52 名（フラクタルビレッジ西六郷：18 名、フラクタルビレッジ羽田：18 名、フラクタルビレッジ大森南：16 名）になった。

その後、2023 年 12 月までに退所または入院した人数を除くことで、最終対象者数は特別養護老人ホーム 3 施設で合計 287 名（フロース東糶谷：147 名、バタフライヒル細田：73 名、バタフライヒル大森南：67 名）になり、グループホーム 3 施設で合計 45 名（フラクタルビレッジ西六郷 定員 13 名、フラクタルビレッジ羽田 定員 18 名、フラクタルビレッジ大森南 定員 14 名）になった。

## 2-2. 取得データの種類と取得方法

### 1) 評価指標及び評価結果の解釈に必要なデータ

介護職員は、介護計画に沿ってケアを実施した後、ケアを評価するための評価指標と評価結果を解釈するための手段が必要になる。本事業では善光会の利用者の評価指標を表 2 で示す内容で取得している。なお、ADL および認知症症状 VI 項目は 3 段階評価であり、認知症症状の BI は 5 段階評価で評価されている。

評価結果の解釈を行う際には、特定の属性で比較対象群を設定することを想定しているため、それぞれの利用者の属性を表 3 で示す内容で取得している。なお、両表に記載されるデータは全て現行の LIFE 上においても取得されるものである。しかし、表 3 の既往歴においては、現行の LIFE では分類が細分化されていることから、国際疾病分類第 10 版 (ICD10) に基づき、本事業では便宜的に 10 個のカテゴリーに大別して取得している。

これらのデータの取得方法に関しては、各データ項目を記載した記入表 (資料 1) を事務局側で用意した上で、各施設に配布し、現場責任者 (フロアリーダー) に記入してもらっている。これらのデータの取得は合計 2 回実施しており、1 回目が 2023 年 9 月 1 日時点でのデータとして、2 回目が 2023 年 12 月 31 日時点でのデータとして、それぞれ取得されている。なお、各施設における利用者の属性は資料 2、資料 3 で示す通りである。

表 2. 評価指標

ADL	食事	椅子とベッド間の移乗	整容	トイレ動作	入浴
	平地歩行	階段昇降	更衣	排便コントロール	排尿コントロール
認知症 症状 BI	日常的な物事に関心を示さない	特別な事情がないのに夜中起き出す	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	やたらに歩きまわる	同じ動作をいつまでも繰り返す
VI	意思疎通				

表 3. 利用者の属性

基本情報	性別	年齢	要介護度	障がい高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度
既往歴	脳血管障害	心疾患	悪性新生物	下気道疾患	関節疾患
	認知症	パーキンソン病	糖尿病	視力・聴覚障害	骨折

## 2) ケアの改善検討に必要なデータ

本事業では、善光会の利用者に介護職員が提供したケアデータを6種類取得している(表4)。これらのデータは現行のLIFEでは取得されていないものになる。食事摂取割合、水分摂取割合、集団レクリエーション参加回数、社会的役割に従事した回数、外出回数の5種類のデータは善光会が導入している介護記録ソフト SCOP (株式会社善光総合研究所) を活用して、そこに記録されたものを抽出して取得されている。

睡眠時間のデータは善光会が導入している眠り SCAN (パラマウントベッド株式会社) という睡眠センサーを活用して、センサーが記録したデータを抽出して取得されている。本機器に関しては、グループホームには導入されておらず、特別養護老人ホームについても一部のベッドでは未導入となっているため、導入総数は228台に及ぶ。

今回取得される6種類のケアデータの選定基準は、介護職員が一般的に利用者に提供しているケアにおいて、定量的に取得可能であり、多くの介護事業所が採用する介護機器で取得可能なものに基づいている。なお、各データを取得する際には、事務局が各指標の示す定義やSCOP上の記録方法、眠りSCANの取り扱い方等を説明した資料(資料4)を用意して、現場責任者(フロアリーダー)がそれを現場に配布している。

また、データの取得方法に関しては、事務局がSCOPと眠りSCAN両方の機器を直接操作して入手している。しかし、機器から抽出されたデータは今回の分析に必要な内容で取得できるわけではないため、データを抽出後はそれを加工して、分析可能な形式にしている。なお、ここで取得されるデータは全て2023年9月1日から2023年12月31日の間に蓄積されたものである。

表4. ケアデータの指標と内容

ケア指標	内容
食事摂取割合	朝昼晩の各時間における主食と副菜およびおやつの平均摂取割合
水分摂取割合	一日に摂取した水分の平均摂取割合
集団レクリエーション参加回数	集団を対象にしたイベントやカラオケ、体操等への参加回数
社会的役割に従事した回数	洗濯、エプロン/新聞たたみ、食器/テーブル拭き等への従事回数
外出回数	施設の屋上も含め職員とともに野外へ出た回数
睡眠時間	入床(20時)にしてから離床(8時)するまでの間に寝ていた時間

### 2-3. 評価結果の解釈事例

評価結果の解釈方法には層別比較を採用する。介護事業所がケアを実施後に対象者（もしくは施設）の介護アウトカム（評価指標の変化）のよしあしを判断するためには、介護アウトカムの値を相対的に解釈する必要がある。そこでまず始めに、各介護事業者が任意の層別条件で対象者（もしくは対象群）の比較対象群を選択し、その後、対象者と比較対象群の介護アウトカムを比較する必要がある。層別項目においては、施設形態の選択と前回評価、そして利用者の各種属性を据えている。ここで前回評価を層別項目に据える意図は、介護アウトカムが同じ場合においても、改善状態からさらに改善がみられた人と、悪化状態からさらに悪化した人を、同じ比較対象にすることを避けられるようにするためである。

なお、介護オペレーションにおけるPDCAサイクルは、個別ケアの観点から利用者個人に合わせて実施されるべきものであるが、現行のLIFEでも掲げられている通り、この介護アウトカムのよしあしの判断の対象者は個人に限らず、施設も対象になる。施設全体としてのパフォーマンスが比較対象群と比較してよいものであるかどうかを確認することは、施設全体のサービス品質の改善を行う上で重要な視点となるだろう。

以下に掲げる表5は善光会の特別養護老人ホームの利用者である善光太郎氏（仮名）の介護アウトカムの解釈事例を示しており、表6は特別養護老人ホームのバタフライヒル細田の介護アウトカムの解釈事例を、表7はグループホームのフラクタルビレッジ西六郷の介護アウトカム解釈事例をそれぞれ示している。

表5. 善光太郎氏（77歳）の介護アウトカム「-1」解釈事例

評価項目1	評価項目2	層別検索		検索結果		
		層別項目1	層別項目2	アウトカム	人数	割合
認知症症状	物事への評価	施設形態	特養	+4	0	0.0%
		前回評価	指定しない	+3	0	0.0%
		性別	指定しない	+2	0	0.0%
		年齢	指定しない	+1	2	2.0%
		介護度	2,3,4	0	95	95.0%
		寝たきり度	A1,A2,J1,J2,自立	-1	3	3.0%
		認知症自立度	指定しない	-2	0	0.0%
		既往歴	指定しない	-3	0	0.0%
				-4	0	0.0%
				合計	100	100.0%

表5では、認知症症状の評価が「4」から「5」に下がった善光太郎氏の介護アウトカム「-1」の評価を比較対象群が持つ介護アウトカムの分布から解釈している。層別条件は、施設

形態を特別養護老人ホームとした上で、寝たきりの人を比較対象群から除外するため、介護度と寝たきり度においては指定をしており、その他の項目には条件を設けていない。本条件で層別検索をかけたところ、比較対象群の人数は100名に絞られ、対象期間の4カ月間の間では95人(95%)が介護アウトカムに変化がなかったことが示された。残りの5名に関しては、2名(2%)の介護アウトカムが「+1」に転じており、3名(3%)の介護アウトカムが「-1」に転じていた。

本結果を踏まえると、比較対象群の中でも介護アウトカムが「-1」に転じた人は、全体における3%に留まることから、善光太郎氏の介護アウトカムはややネガティブな結果であると解釈することができ、ケアの見直し等を検討する余地が考えられる。

表6. バタフライヒル細田の介護アウトカム解釈事例

層別検索				検索結果			細田	
評価項目1	評価項目2	層別項目1	層別項目2	アウトカム	人数	割合	人数	割合
ADL	食事	施設形態	特養	+2	1	0.3%	0	0.0%
		年齢	指定しない	+1	3	1.0%	2	3.0%
		介護度	指定しない	0	263	91.6%	56	83.6%
		寝たきり度	指定しない	-1	16	5.6%	8	11.9%
		認知症自立度	指定しない	-2	4	1.4%	1	1.5%
				合計	287	100.0%	67	100.0%

表6では、ADLの食事動作の評価において、バタフライヒル細田の介護アウトカムの評価を比較対象群が持つ介護アウトカムの分布から解釈している。層別条件は施設形態を特別養護老人ホームで選択した上で、今回は施設数が3つと限られているため、他の条件は選択していない。なお、今回のように、対象者を個人ではなく施設で考える場合においては、層別項目が施設の特徴を示す指標となる必要があるため、個人の特徴を示す指標は選択肢から除外して記載している。

層別検索の結果は、比較対象群の人数が全体で287名の中、介護アウトカムにおいて変化のなかった人が263名(91.6%)、改善された人が4名(1.3%)、悪化した人が20名(7.0%)を占めた。一方で、バタフライヒル細田の結果は全体で67名の中、介護アウトカムに変化のなかった人が56名(83.6%)、改善された人が2名(3.0%)、悪化した人が9名(13.4%)を占めた。本結果を踏まえると、バタフライヒル細田の介護アウトカムは改善と悪化の両割合において、全体の平均よりも高い値を示したが、特に悪化した割合が多いことが示された。したがって、同施設の利用者のADLの食事動作は施設全体のケアの方針改善により、改善が期待されると解釈できる。

表 7. フラクタルビレッジ西六郷の介護アウトカム解釈事例

評価項目1	評価項目2	層別検索		検索結果			西六郷	
		層別項目1	層別項目2	アウトカム	人数	割合	人数	割合
認知症症状	物事への関心	施設形態	GH	+4	0	0.0%	0	0.0%
		年齢	指定しない	+3	0	0.0%	0	0.0%
		介護度	指定しない	+2	0	0.0%	0	0.0%
		寝たきり度	指定しない	+1	2	4.3%	0	0.0%
		認知症自立度	指定しない	0	40	87.0%	9	69.2%
				-1	2	4.3%	2	15.4%
				-2	1	2.2%	1	7.7%
				-3	1	2.2%	1	7.7%
				-4	0	0.0%	0	0.0%
				合計	46	100.0%	13	100.0%

表 7 では、認知症症状の物事への関心において、フラクタルビレッジ西六郷の介護アウトカムの評価を比較対象群が持つ介護アウトカムの分布から解釈している。層別条件は施設形態をグループホームで選択した上で、表 6 の事例と同様に、今回は施設数が 3 つと限られているため、他の条件は選択していない。

層別検索の結果は、比較対象群の人数が全体で 46 名の中、介護アウトカムにおいて変化のなかった人が 40 名 (87.0%)、改善された人が 2 名 (4.3%)、悪化した人が 4 名 (8.6%) を占めた。一方で、フラクタルビレッジ西六郷の結果は全体で 13 名の中、介護アウトカムに変化のなかった人が 9 名 (69.2%)、改善された人が 0 名 (0%)、悪化した人が 4 名 (30.8%) を占めた。本結果を踏まえると、比較対象群の中には対象施設である、フラクタルビレッジ西六郷も含まれることから、悪化した人数は全て当該施設の利用者ということになる。したがって、同施設の利用者の認知症症状の物事への関心は施設全体のケアの方針改善により、改善が期待されると解釈できる。

## 2-4. ケアの改善検討事例

ケアの改善検討方法には日常導線接続可能なケアデータの相対比較を採用する。評価を実施後は、改善に資すると判断された介護アウトカムを改善するため、利用者に普段提供するケアを各種会議等で見直すことになる。その際は、介護職員の経験則に基づいて見直すべきケアが決定されるだけでなく、対象者と比較対象群のケアデータを比較しながら、改善すべきケアを客観的に判断することが望ましい。

もちろん、ここで示されるケアデータは改善したい介護アウトカムと因果関係を持つものとは判断できない。しかし、介護現場におけるあらゆるケアは少なからず介護アウトカムに対して影響を持つため、ケアデータの比較提示は介護アウトカムに対する改善に役立つ可能性があるものとして、ケアの改善検討をする際に役立てられると考えられる。

なお、ここで述べる「日常導線接続可能」とは、介護現場における通常のオペレーションにおいて取得されることを示しており、日常的に取得の必要のないデータを分析のためのみ取得することを意味していない。以下の表 8、表 9、表 10 はそれぞれ表 5、表 6、表 7 の事例を活用して、介護現場において日常導線接続可能なケアデータの値を対象者（対象施設）と比較対象群の間で比較して、ケアの改善検討を行う方法を例示したものである。

表 8. 善光太郎氏（77 歳）の介護アウトカム改善策の検討事例

		善光太郎	比較対象群平均
食事摂取割合 (%)	主食：朝	100.0%	92.3%
	主食：昼	100.0%	91.4%
	主食：夜	100.0%	92.0%
	副菜：朝	100.0%	89.2%
	副菜：昼	100.0%	88.9%
	副菜：夜	100.0%	88.1%
	おやつ	100.0%	97.5%
水分摂取割合 (ml)		1375	1051
集団レク参加回数 (回)		2	3.84
社会的役割従事回数 (回)		0	4.69
外出回数 (回)		0	0.2
平均睡眠時間 (分)		508.7	458.3

表 8 は、表 5 で善光太郎氏の認知症症状における物事のへの関心に関するアウトカムに改善の余地があると判断された後、ケアデータにおける本氏と比較対象群の平均の値を比較したものである。

善光太郎氏と比較対象群の平均の値を比較すると、本氏は食事と水分を十分に摂取することができている。しかしながら、一方で、集団レクリエーションへの参加回数や社会的役割を持ちながら日々を過ごしている回数が相対的に少ないことが読み取れる。したがって、今後のケアの方針には一案として、集団レクリエーションや社会的な役割への参加を介護職員から積極的に呼びかける余地があることが示された。

表 9. バタフライヒル細田の介護アウトカムの改善策の検討例

		細田	比較対象群平均
食事摂取 割合 (%)	主食：朝	86.4%	90.5%
	主食：昼	83.5%	89.5%
	主食：夜	84.0%	89.7%
	副菜：朝	82.3%	87.8%
	副菜：昼	81.4%	86.9%
	副菜：夜	81.3%	86.5%
	おやつ	93.9%	96.4%
	水分摂取割合 (ml)	988	1013
	集団レク参加回数 (回)	2.0	2.8
	社会的役割従事回数 (回)	3.0	4.5
外出回数 (回)	0.1	0.1	
平均睡眠時間 (時間)	487.5	487.0	

表 9 は、表 6 でバタフライヒル細田における ADL 項目の食事に関するアウトカムに改善の余地があると判断された後、ケアデータにおける本施設と比較対象群の平均の値を比較したものである。

バタフライヒル細田と比較対象群の平均の値を比較すると、本施設の食事摂取割合は全ての項目に関して平均値よりも約 5%程度低く、水分摂取割合やレクリエーションへの参加回数、社会的役割に従事した回数も平均値に比べてやや低い。こうした背景には本施設が介護度の高い利用者を受け入れている可能性も考えられるが、それぞれの施設における平均介護度はフロース東糀谷で 4.1、バタフライヒル大森南で 3.8、バタフライヒル細田で 3.7 であるため、こうした背景は当てはまらない。したがって、今後の介護アウトカムの改善に向けて、食事および水分の摂取量改善やレクリエーションおよび社会的な役割への参加を介護職員から積極的に呼びかけることが一案として示された。

表 10. フラクタルビレッジ西六郷の介護アウトカムの改善策の検討例

		西六郷	比較対象群平均
食事摂取 割合 (%)	主食：朝	95.7%	94.6%
	主食：昼	96.6%	94.9%
	主食：夜	96.0%	95.0%
	副菜：朝	95.6%	91.9%
	副菜：昼	95.2%	91.2%
	副菜：夜	94.8%	90.5%
	おやつ	99.1%	99.2%
水分摂取割合 (ml)		1024	1167
集団レク参加回数 (回)		5.8	36.9
社会的役割従事回数 (回)		33.2	35.3
外出回数 (回)		2.5	8.4

表 10 は、表 7 でフラクタルビレッジ西六郷における認知症症状の物事への関心に関するアウトカムに改善の余地があると判断された後、ケアデータにおける本施設と比較対象群の平均の値を比較したものである。

フラクタルビレッジ西六郷と比較対象群の平均の値を比較すると、食事摂取割合や社会的役割に従事した回数がほぼ平均値にある一方で、水分摂取量やレクリエーションへの参加回数、外出回数は平均値を下回っており、特にレクリエーションへの参加回数は全体平均の 6 分の 1 に満たない値になった。表 9 の事例と同様に、こうした背景には本施設が介護度の高い利用者を受け入れている可能性も考えられるため、対象施設それぞれの要介護度の平均を確認すると、大森南では 2.5、羽田では 2.2、西六郷では 3.1 という結果になった。したがって、平均値よりも低い値で推移した項目は平均介護度の影響を受けている可能性が考えられる。その上で、今後のケアの方針を考える場合は、一案として、食事の摂取割合が平均値と同水準であることから水分摂取量を増やすことを目指し、レクリエーションへの参加回数や外出回数は現状維持以上を目指すことなどが考えられる。

## 2-5. 活用事例における限界

本活用事例では、介護オペレーションにおける PDCA サイクルの C と A において LIFE を活用する事例を善光会のデータに基づいて示してきた。具体的には、C の部分では評価の解釈方法を示し、A の部分ではケアの改善方法を示してきた。しかしながら、本事例に沿って LIFE の運用をおこなう場合、介護事業所は主に以下の 5 つの限界をあらかじめ念頭に入れておく必要がある。

1 つ目は、層別検索の条件によって対象者の比較基準が変わる可能性がある点である。介護事業者は比較対象群を概ね対象者と類似する条件で選定する想定であるが、条件の絞り方次第で比較対象群の示す値の多寡は変化する場合がある。

2 つ目は、介護アウトカムの評価の解釈が各事業所の判断に依拠する点である。2 者で同じ比較対象群を選定した場合でも、対象者と比較対象群の値の差をみて、対象者の値が改善されるべきと判断するのか、それとも許容範囲として改善の必要がないと判断するのかは介護事業者の主観的な判断に依拠する。

3 つ目は、介護アウトカムの改善検討をする際の検討項目が極めて限定的な点である。今回は全部で 6 つの項目を取得しているが、これらの項目数は多様な評価項目がある中で非常に少ないと考えられる。例えば、ADL の改善を行うためのケアには、当然ながらリハビリ結果やそれに準ずる身体活動の情報が必要になるが、こうしたケアデータが今回の事例では取得されていない。ケアデータは日常導線接続可能なかたちで取得される必要がある以上、通常の介護事業所のオペレーションの中で、多くの種類のケアデータを取得することは容易ではない。したがって、本事例のような改善検討方法においては、ケアの改善項目を見つけられない場合がある。

4 つ目は、介護アウトカムの改善に資するケアデータの選択が介護事業所の判断に依拠する点である。2 つ目の限界に類似するが、対象者と比較対象群の平均の値を比較して値に差異が見受けられた場合、どれほどの差異であれば許容される又は改善されるに値するのかは検討者の判断に依拠する。したがって、2 者で改善検討案が提示された場合においても、介護事業者によっては改善計画が異なる場合がある。

5 つ目は、介護アウトカムの変化は 4 カ月程度ではあまり見受けられないという点である。通常、科学的介護推進体制加算は概ね半年に一回のデータ提出が求められるが、善光会のデータを見る限り、この程度の期間で介護アウトカムに変化がある人数は限られる（資料 5、資料 6、資料 7、資料 8）。通常、高齢者施設では個別の健康上の理由により、急激な評価指標の変化がともなう場合がある。こうした事情を考慮すると、短期間における限られた人数の介護アウトカムを参考に対象者の評価結果の解釈やケアの改善検討をすることは誤った判断を招く恐れがある。

以上、5 つの限界を考慮すると、たとえ対象者の介護アウトカムが改善に値すると解釈できる場合においても、また、改善するべきケアの内容が示された場合においても、それ

らの内容はあくまでも今後のケアを改善していく上での参考情報であることには留意する必要がある。また、科学的介護を实践する上での前提として、LIFE を活用した PDCA サイクルの見直しは、半年毎では介護アウトカムに変化が生じる期間として短い可能性があるため、さらに期間を延ばして年単位等での実施が望ましい可能性がある。

### 3. LIFE 活用事例におけるケアデータの取得課題

#### 3-1. ケアデータの属性

これまでは LIFE の活用方法を示した上で、善光会の現場データに基づく LIFE の活用事例を示してきた。しかし、この LIFE の活用事例におけるケアの改善検討では、既存の LIFE には含まれないデータが収集されているため、収集されたデータの数や質が正しく取得されているかを検証する必要がある。収集されたデータの数や質が正しく取得されているという前提がなければ、本事業で示した LIFE の活用方法はうまく機能しないことになる。そこで、本章ではケアデータの属性を整理した上で、取得されたケアデータの妥当性とその阻害要因および改善策に関して、それぞれ記載していく。表 11 は今回取得されたケアデータの 6 種類を 3 つの属性に分類して、それぞれの特徴を示したものである。

表 11. ケアデータの属性と特徴

属性No	ケア指標	特徴
1	食事摂取割合	介護職員が記録する。記録内容の定義の認識に職員間の認識差が少なく、定時で入力される。量的データ。
	水分摂取割合	
2	集団レクリエーション参加回数	介護職員が記録する。記録内容の定義の認識に職員間の認識差が少なく、不定時で入力される。質的データ。
	社会的役割に従事した回数	
	外出回数	
3	睡眠時間	介護機器が自動で取得する。

表 11 に記載している通り、本分類はまず大きく人が記録するもの（属性 1、属性 2）と介護機器が自動で取得するもの（属性 3）に大別される。その後、人が取得するものに関しては、善光会を含め多くの介護施設が習慣的に取得している量的なデータ（属性 1）と、施設によって取得のされ方が定型化されていない質的なデータ（属性 2）に分類される。

それぞれの属性が持つ特徴をみると、属性 1 と属性 3 のケアデータは介護機器の導入有無が関係する一方、どの施設でも習慣的もしくは自動的にデータが取得されており、介護職員が認識する記録の定義も分かれにくいいため、ケアデータとしての取得難易度は比較的低い。一方、属性 2 のケアデータは、どの施設においても記録のつけられ方が異なる他、介護職員が記録をつけていない場合や記録をつける際の基準が個々に分かれている場合があるため、取得難易度が比較的高い。

### 3-2. ケアデータの取得精度検証

#### 1) 属性1のケアデータの取得精度

表12は、属性1のケアデータの取得精度を検証するため、本事業の対象期間中に、各項目においてデータが1日分も残っていなかった人数を表したものである。本事業の対象者は対象期間の2時点において施設を利用した者を選定しているため、仮に対象期間の間に食事を摂取しない期間があった場合においても、必ず対象期間内のどこかで食事を摂取している。したがって、データが1日分も残っていない人がいる場合は、現場の記録がデータとして蓄積されていないことを意味する。

表12. 対象施設において属性1のケアデータの記録が見つからない人数

	食事				水分
	朝食	昼食	夕食	おやつ	
東糀谷	9	5	9	1	1
特養 大森南	4	3	4	1	0
細田	1	0	1	0	0
合計	14	8	14	2	1
大森南	0	0	0	0	0
GH 羽田	0	0	0	0	0
西六郷	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

表12では、特別養護老人ホームにおいて、ケアデータが見つからない人が各項目で検出され、特に食事の記録におけるデータの欠損は他の項目よりも著しく多い結果になった。一方で、グループホームにおいては、ケアデータが見つからない人が全ての項目で検出されなかった。特別養護老人ホームにおけるこうしたデータの消失は、全体のサンプル数(287名)から比較した際の数を決して多くないものの、SCOP上で記録された後に蓄積されるべき場所にデータが蓄積されていない可能性を示唆している。

## 2) 属性2のケアデータの取得精度

属性2のケアデータの取得精度を検証するためには、属性1のケアデータように必ずしも記録されるものではないため、まずは実際の記録がどの程度SCOP上でつけられているかを把握し、そのうえで、その記録が現場感覚とずれていないかを調べる必要がある。表13は各施設で対象期間中につけられた属性2のケアデータの実績値である。

表13. 対象施設における属性2のケアデータの平均および中央値

	集団レクリエーション		社会的役割		外出	
	平均	中央値	平均	中央値	平均	中央値
東糀谷	0.11	0	6.82	2.00	0.11	0
特養 大森南	0.30	0	1.22	0	0.30	0
細田	0.07	0	2.99	0	0.07	0
全体	0.15	0	4.50	0	0.15	0
GH 大森南	51.50	40.00	10.57	1.00	1.79	1.00
GH 羽田	48.11	37.50	56.00	41.50	17.72	12.00
西六郷	5.77	3.00	33.15	30.00	2.46	0
全体	36.93	25.00	35.27	2.50	8.36	2.00

表13では、各種ケアデータにおける各施設の平均値やGH（グループホーム）間における中央値に僅かではない値差が示されている。また、特養では中央値が0になっている場合が多いことから、本属性の各種ケアが実施されていないという結果が示されている。事務局が把握する善光会の介護現場の実態や、法人内で提供するサービスが一定程度標準化されている実態を踏まえると、表13で示されているデータの値は必ずしも現場の実態を反映していない可能性がある。

表14. 属性2のケアデータの取得妥当性に関する現場責任者の見解

	集団レクリエーション		社会的役割		外出	
	妥当である	妥当ではない	妥当である	妥当ではない	妥当である	妥当ではない
特養	2	6	4	4	6	2
GH	2	1	2	1	1	2
合計	4	7	6	5	7	4

表14はケアデータの取得精度に関するアンケート（資料9）を対象施設の現場責任者（フロアリーダー）11名に実施した結果を示している。現場責任者は11人中、集団レクリ

ーションでは7人、社会的役割では5人、外出では4人が、表13で示されるデータは妥当ではないと回答しており、各値は項目間に程度の差はあるものの、現場の実態と離れている場合があることが示された。また、本回答における特徴として、集団レクリエーションの数がGHよりも著しく少ない特養では、この数が妥当ではないと回答している場合が多く、一方で、外出の回数が特養とあまり変わらない場合が多いGHでは、この数が妥当ではないと回答している場合が多かった。

なお、本設問に「妥当ではない」と回答した人（集団レクリエーション7名、社会的役割5名、外出5名）には、現場における実際の値はここで示される値と比較して、高いのかそれとも低いのかを追加で尋ねており、表15はその結果を示している。

表15. 属性2のケアデータが妥当ではないと回答した現場責任者の実際の値に関する見解

	集団レクリエーション		社会的役割		外出	
	実際は高い	実際は低い	実際は高い	実際は低い	実際は高い	実際は低い
特養	2	4	2	2	1	1
GH	1	0	1	0	2	0
合計	3	4	3	2	3	1

表15では、各項目における実際の値が高いと回答している人と低いと回答している人が概ね著しい差をつけずに分かれたことが示された。ただし、特養における集団レクリエーションの平均値は1回に満たず、中央値も0であることから、この数が実際は低いと回答される場合が多いのは現場感に照らし合わせると、一致しない。したがって、この設問に関しては回答者がアンケート作成者と異なる解釈をして、回答の仕方を誤った可能性が考えられる。また、外出回数が妥当ではないと回答している数が多かったGHでは、実際の値は示されている値よりも高いと回答している場合が多かった。

以上から、属性2のケアデータの取得精度に関しては、いずれのケアデータにおいても取得精度が妥当でない場合が一定数生じており、妥当ではない値は高く検出される場合と少なく検出される場合の両方があることが確認された。したがって、属性2のケアデータの取得方法には大きな改善余地が残る結果となった。

### 3) 属性3のケアデータの取得精度

属性3のケアデータは他のケアデータと異なり、機器が使用されている限り、自動で取得されている。したがって、本属性のケアデータの取得精度を確認するにあたっては、データの数ではなく質について検討をおこなう。図3は睡眠データが取得された人を対象に平均睡眠時間帯ごとに人数の分布を表したものである。

図3. 各平均睡眠時間帯における人数の分布

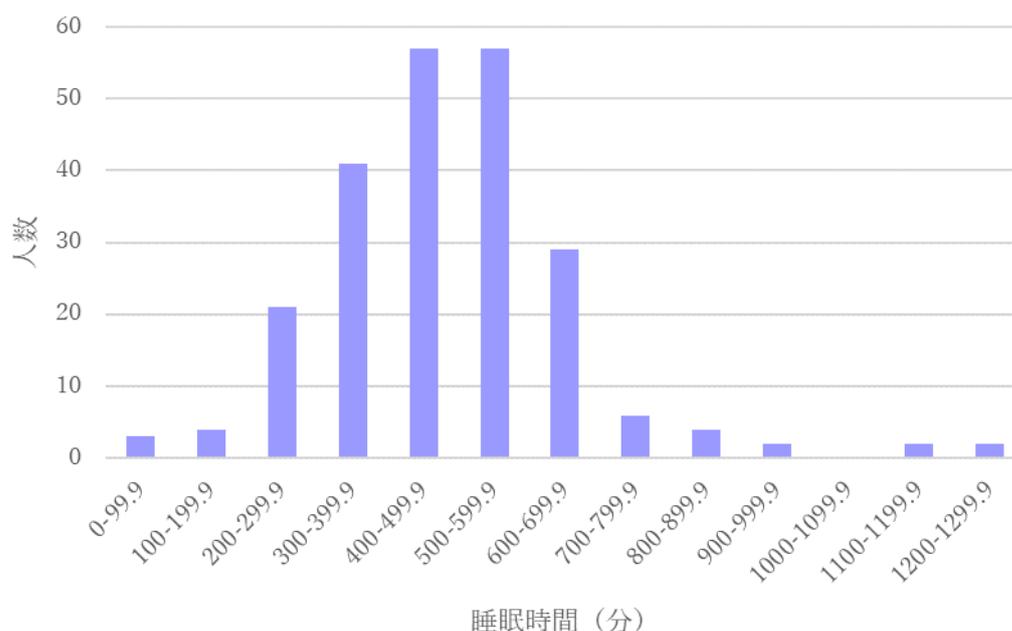


図3では、睡眠時間が300分(5時間)から600分(10時間)の者が全体の68.0%(155人)を占める一方で、平均睡眠時間が200分(3.3時間)未満の者(3.1%)や700分(11.7時間)以上の者(7.0%)がいることが示された。厚生労働省が発行する『健康づくりのための睡眠ガイド2023』<sup>1</sup>においては、脳波で計測した65歳以上の者の睡眠時間は平均約6時間であることが示されている。

もちろん、平均睡眠時間は測定方法の違いによって差が生じる場合が考えられるが、特に平均睡眠時間が200分未満の者や700分以上の者は、平均睡眠時間が一般的な者よりも約半分以下や約2倍以上になるなど著しく乖離することから、測定方法の違いによって生じる値差として説明することは困難であると考えられる。したがって、少なくとも一定数のデータに関しては、データがうまく測定できていない可能性がある。

<sup>1</sup> 健康づくりのための睡眠ガイド2023. 厚生労働省. 2023.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001181265.pdf> (2024年3月22日)

### 3-3. ケアデータの取得阻害要因と改善策

#### 1) 属性1のケアデータの取得阻害要因と改善策

表12が示す通り、対象施設において属性1のケアデータが見つからない要因について、SCOPのシステム担当者に確認を実施したところ、「明確な要因はすぐにはわからない」との回答を得た。したがって、本事業としては属性1のケアデータの取得阻害要因と改善策は見つからなかった。

一方、取得阻害要因の可能性としては、システムにおける欠陥も考えられるとともに、システム登録名と現場から得られた対象名の情報が結びついておらず、異なる人物または新たな人物として記録が蓄積されている場合があるという見解が得られた。

#### 2) 属性2のケアデータの取得阻害要因と改善策

表13および表14、表15の結果を踏まえ、属性2のケアデータの取得妥当性に関する質問に続き同アンケート（資料7）で、各施設の現場責任者（合計11名）にケアデータの取得阻害要因および改善策について尋ねている。

図4および図5、図6はケアデータの取得阻害要因について、図7および図8、図9はケアデータの改善策について尋ねた結果を示している。なお、これらの質問には各データの取得状況に対して、自らの担当フロアにおける値が妥当ではないと回答した場合にのみ回答してもらっているため、各選択肢に対する最大投票数は集団レクリエーションが7票、社会的役割が5票、外出が5票となっている。また、各選択肢は複数回答が可能になっており、選択肢以外にも要因や改善策がある場合には、記述式で回答が可能になっている。

図4. 集団レクリエーションのデータの取得阻害要因

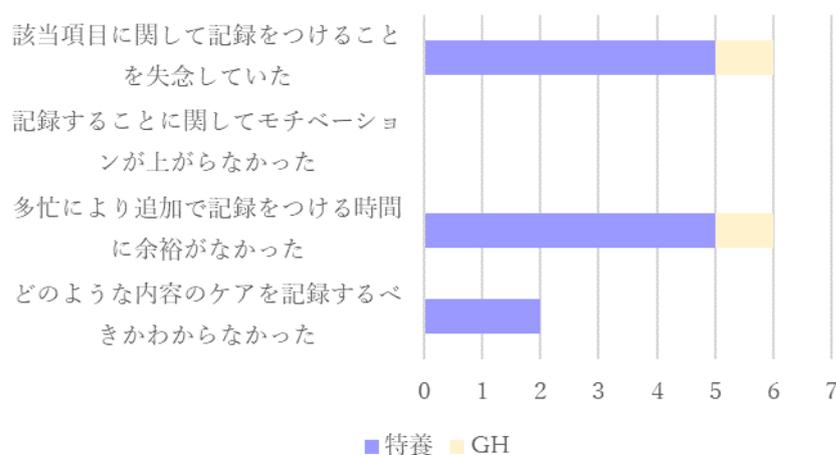


図 5. 社会的役割のデータの取得阻害要因

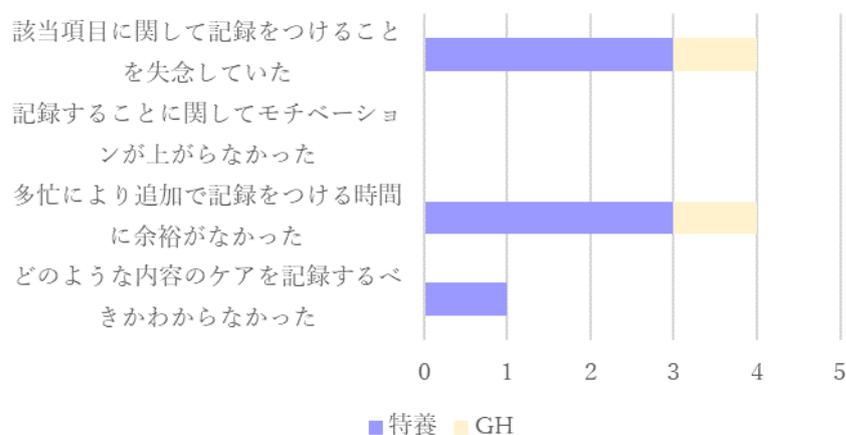
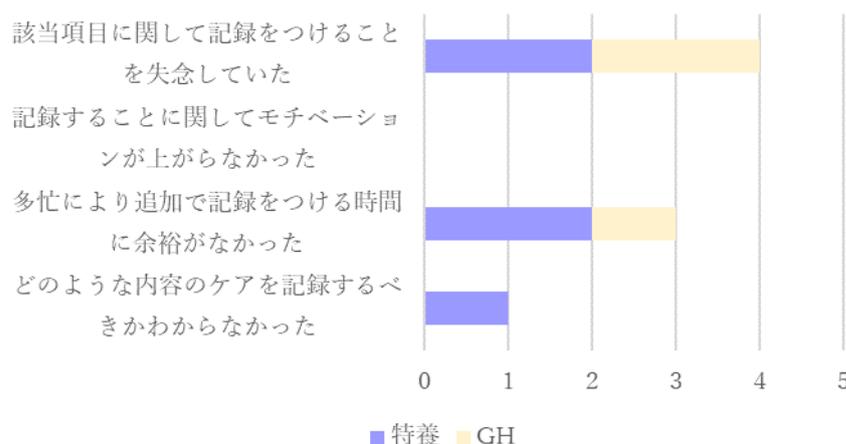


図 6. 外出のデータの取得阻害要因



属性 2 のケアデータにおける阻害要因については、図 4 および図 5、図 6 で示されるように、各データ共に類似する結果になった。具体的には、「記録に関するモチベーションが上がらない」を要因とする回答はなかった一方、「記録をつけることを失念していた」ことや「多忙により記録をつける時間がなかった」ことが共通した阻害要因として多く挙げられた。

こうした要因が挙げられる背景には、属性 1 のデータが量的データであるのに対して、属性 2 のデータが質的データであることが考察される。各属性のケアデータの特徴にも記載したが、量的なデータは日々のオペレーションにおいて、記録されることがどの施設においても習慣化されており、医療との連携においてもこれらの記録が参考にされる。一方で、質的データは記録されることが習慣化されておらず、記録がされたことによる活用の仕方も

明確に定まっていない。したがって、あらゆる業務に追われて仕事をする中で、こうした記録の優先順位は下がってしまったことが考えられる。

図 7. 集団レクリエーションのデータの取得精度改善策

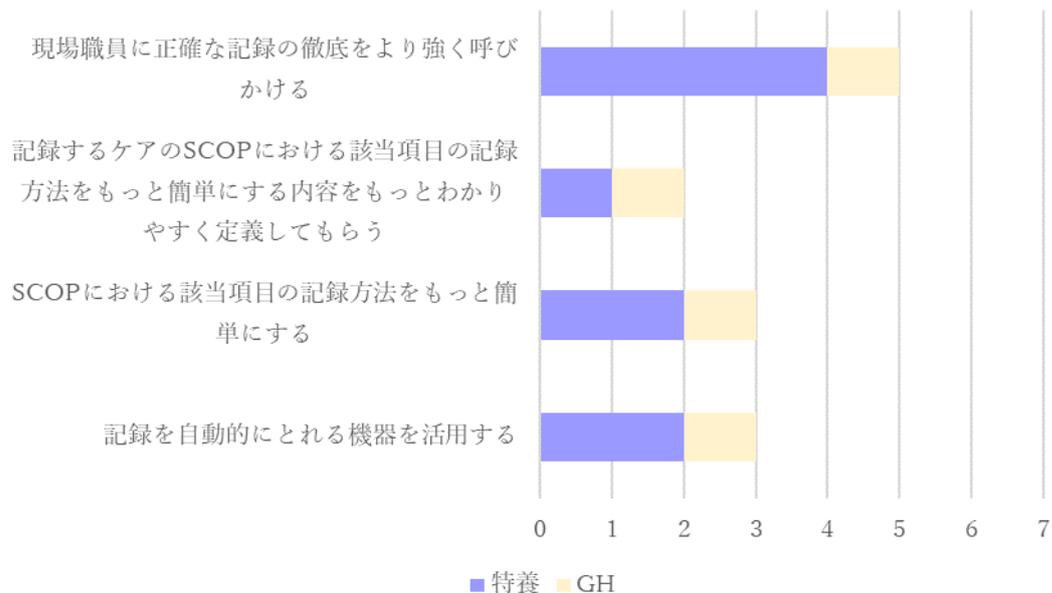


図 8. 社会的役割のデータの取得精度改善策

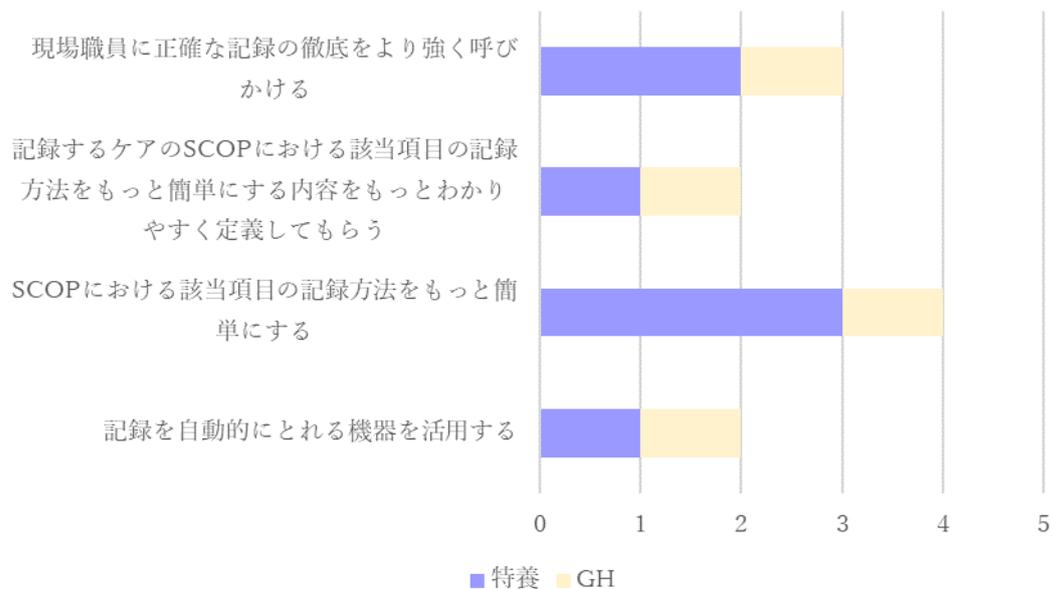
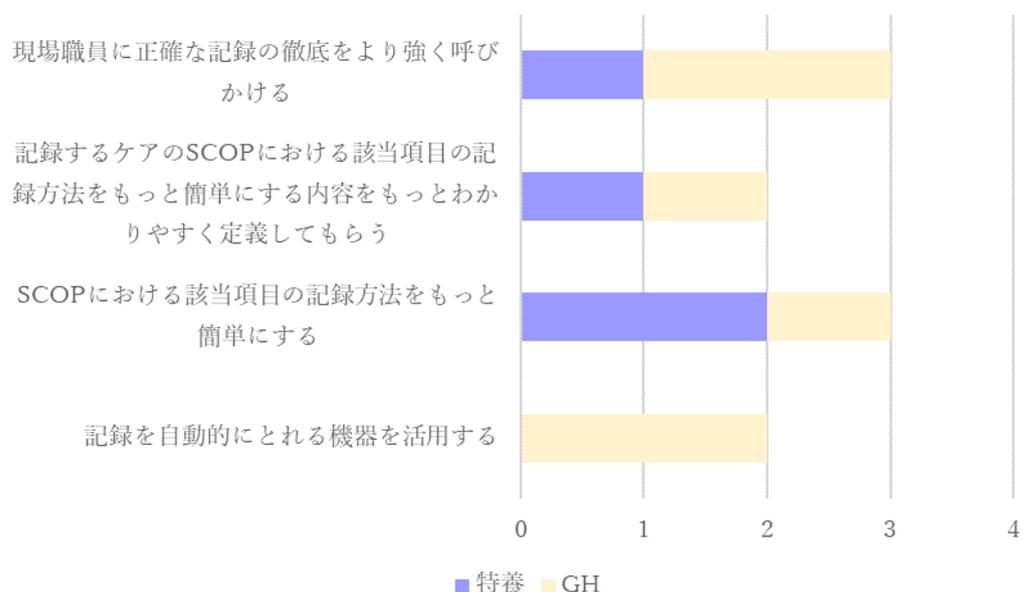


図 9. 外出のデータの取得精度改善策



属性 2 のケアデータにおける阻害要因については、図 7 および図 8、図 9 で共通して示されるように、各要因に一定程度の票が集まったものの、特に「現場職員に記録の徹底を呼び掛けること」や「SCOP における該当項目の記録方法を簡単にすること」に票が集まった。

改善策としての「現場職員に記録の徹底を呼び掛けること」は確かにケアデータの取得阻害要因で挙げられた「記録をつけることを失念していた」と論理的に整合性が取れる有効な解決策となると考えられる。しかしながら、ケアデータは取得されることが目的となることは避けなくてはならないため、「現場職員に記録の徹底を呼び掛けること」の背景には記録に意味があることを介護現場に理解してもらう必要があると考察される。

また、「SCOP における該当項目の記録方法を簡単にすること」も同じようにケアデータの取得阻害要因で挙げられた「多忙により記録をつける時間がなかった」と論理的に整合性が取れる有効な解決策となると考えられる。現状の SCOP の UI 上では、量的データに比べてやや操作性に難があるため、これがより簡易的になれば、多忙の中でも記録をつける余裕が生まれてくる可能性がある。

一方で、ケアデータの取得阻害要因で挙げられた「多忙により記録をつける時間がなかった」は「SCOP における該当項目の記録方法を簡単にすること」以外にも「記録を自動的にとれる機器を利用すること」は解決策として妥当であると考えられるが、こちらに関しては、介護機器の活用に知見を持つ善光会の職員が質的データを機器が自動で取得される状況は現状難しいものと判断したと考察される。

### 3) 属性 3 ケアデータの取得阻害要因 と改善策

図 3 では、利用者の平均睡眠時間に著しい高低差が見受けられたことから、データの一部の測定がうまく機能していない可能性が発見された。この背景には 2 つの要因が考察される。1 つ目は、睡眠センサーの特徴によるものである。本事業で使用されるものに限らず、介護事業所で使用される睡眠センサーは利用者の呼吸数や心拍数、体動を検知した上で、それらのデータから総合的に判断して睡眠時間を測定している。したがって、利用者の ADL や姿勢によってはこれらの値を正確に検知することが難しく、結果として、不可解な値が表示される場合があると考えられる。

2 つ目は、介護現場における睡眠センサーの取り扱い方によるものである。眠り SCAN に蓄積されたデータの中には、エラーが表示された状態で長い間放置されたものが発見された。また、他にも設定を変えずに機器を元の場所から異なる場所で使用した事例などが、現場の介護職員から報告されている。したがって、これらの事象により、蓄積されるデータに何らかの不具合が生じた可能性も考えられる。

こうした取得阻害要因に対する改善策として、1 つ目に関しては、利用者の特性を介護機器の検知精度に合わせることはしないため、介護機器そのものの改善を図る以外に対策を講じることが難しい。一方、2 つ目に関しては、介護機器の取り扱い方の問題であるため、属性 2 のデータにおける取得阻害要因の改善策にも類似するように、現場の介護職員の心構えとコミュニケーションの改善によって解決することが求められる。

## 4. 総論

### 4-1. 本事業における成果

本事業では LIFE を活用した介護現場の PDCA サイクルを改めて定義した上で、その実践事例を善光会の利用者データを活用して示した。本事例は LIFE の今後の運用を考えていく際の参考になることが期待される。なぜなら、本事業は現行の LIFE の枠組みを踏襲しつつも、LIFE の運用方法や取得データの追加をおこなったことで、介護現場で科学的介護を実践する姿を具体的に可視化したからである。もちろん、今回の LIFE の活用事例はあくまでも本事業のために改めて提起された LIFE の活用方法に従って示されているため、今後の LIFE においても同じ運用方法が制度として採用されることを想定するものではない。しかし、現行の LIFE の発展が望まれる中、LIFE の今後の運用像に関して、ひとつの選択肢を示せたことには意味があると考えられる。

また、本事業では、本事業における LIFE の活用方法を成立させるための条件として、ケアデータの取得精度の検証とその阻害要因および改善策についても検討をおこなった。その結果、サービス種別やサービスを提供する場所によって、いずれのケアデータも取得精度に一定程度のばらつきが生じ、これを阻害する要因や改善策はそれぞれ異なることが示された。したがって、本事業やそれに類する LIFE の活用方法を運用する際には、次の研究課題として、ケアデータの種類や定義を見直しながら取得方法についても各サービス種別に合わせて、改めて検討していく必要があると考えられる。

#### 4-2. LIFE の展望に係る一考察

本事業で示された LIFE の活用方法は、現行の LIFE の枠組みの延長で実現可能な一方、元来 LIFE に期待されていたものとは異なると考えられる。すでに LIFE の活用事例における限界でも言及した通り、本事業の LIFE の活用方法における「評価結果の解釈」や「ケアの改善検討」の過程は、LIFE が情報の検索ツールを提供することで、すべて介護事業者が主観的な解釈と判断によって行うことを前提としている。つまり、LIFE が自発的なアウトプットをつくるのではなく、既存のインターネットを使うように、介護事業所が LIFE の情報からアウトプットをつくるのが想定されている。

しかし、厚生労働省が発行する『LIFE による科学的介護の推進』<sup>2</sup>においては、介護事業所が実施するケアの改善方法に関して LIFE がフィードバックをすること、つまりアウトプットをつくるのが想定されている。もちろん、情報の取捨選択やフィードバックをどの程度受け入れるかは介護事業所の判断によるものになるが、この想定を踏まえると少なくとも本事業と元来の構想では LIFE が果たす役割が異なってくるのがわかる。

そうはいつても、今後 LIFE の発展を考える際には、どちらの構想も運用可能にするための試みを続けていく価値があるだろう。短い時間軸で見れば、本事業で掲げる LIFE の活用方法は情報の検索ツールを提供するに留まることから、元来の構想に比べて運用がしやすく、早い段階でより多くの介護事業所のケア改善に役立ててもらえる可能性がある。一方で、技術的な障壁は決して低くなく、今後も時間を要することは想定されるものの、LIFE が介護事業所に向けて適切なフィードバックを行うことができれば、現在よりも質の高いケアをより普遍的に利用者に届けられることが期待される。

したがって、今後の LIFE は、データの利活用を通して介護事業所の利用者によりよいケアを提供する目的を共有しつつ、2つのアプローチがあることを考慮して発展を重ねていくべきではないかと考えられる。

---

<sup>2</sup> 科学的介護情報システム (LIFE) による科学的介護の推進について. 厚生労働省. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000949376.pdf> (2024年3月22日)

## 謝辞

本事業を実施するにあたり、事業の枠組みや報告書の内容にかかる助言を村松圭司委員長はじめ専門家委員の皆様からいただき、各種データを取得するための協力を善光会の施設管理者および現場の介護職員からいただきました。関係者の皆様にはこの場を借りて、厚く御礼申し上げます。

## 参考資料

### 資料 1. 利用者の属性と介護アウトカム指標の記載資料

#### 入居者情報について

- ① 各ご利用者様の「お名前」と「部屋番号」をご記入ください。
- ② 基本情報：性別（男"0"女"1"）、年齢、要介護度、寝たきり度、認知症自立度をご記入ください
- ③ 10つの既往歴項目の中で、あてはまるものには"1"をあてはまらないものには"0"をご記入ください。

#### 評価情報について

- ④ ADLは「自立：3、一部介助：2、全介助：1」の3段階で評価をお願いします。
- ⑤ 認知症の意思疎通以外は「まったくない：5、ほとんどない：4、ときどきある：3、よくある：2、常にある：1」の5段階で評価をお願いします。
- ⑥ 認知症の意思疎通は「自分から挨拶する/話しかける：3、挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる：2、反応がない：1」の3段階で評価をお願いします。

#### 入居者情報記入例

基本情報				
性別	年齢	要介護度	寝たきり度	認知症の日常生活自立度
0	88	4	B1	III
0	90	4	B2	IIIa
0	92	5	C1	IIIb
1	94	3	C2	IV
0	96	4	B1	III
1	89	5	B2	IIIa
0	91	4	C1	IIIb
0	93	3	C2	IV
1	95	4	A2	IIa
1	97	5	B1	IIb

既往歴									
脳血管障害	心疾患	悪性新生物	下気道疾患	関節疾患	認知症	パーキンソン病	糖尿病	視力・聴覚障害	骨折
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0

#### 評価情報記入例

ADL										
食事	椅子とベッド間の移乗	整容	トイレ動作	入浴	平地歩行	階段昇降	更衣	排便コントロール	排尿コントロール	
3	2	2	2	1	3	1	2	2	2	
2	3	3	2	2	2	3	3	3	1	
2	2	3	3	1	1	3	3	1	3	
1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	
2	1	1	3	1	1	1	1	3	1	
3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	
1	3	1	3	2	2	1	2	1	3	
1	2	2	3	3	3	2	3	2	2	
3	1	3	2	2	2	3	2	3	3	
3	3	2	1	3	2	2	1	3	3	

認知症					
日常的な物事に 関心を示さない	特別な事情がないのに 夜中起き出す	特別な根拠もないのに人に 言いがかりをつける	やたらに 歩きまわる	同じ動作を いつまでも繰り返す	意思疎通
2	4	3	2	3	3
2	5	4	5	5	2
3	2	3	2	3	2
4	3	5	3	1	1
1	2	3	1	2	3
4	5	1	2	1	3
5	2	2	3	2	2
1	3	1	4	2	1
1	1	4	1	3	2
3	1	1	4	4	1

資料 2. 各特別養護老人ホームにおける利用者の属性

		フローズ		大森南		細田		全体	
		人	割合	人	割合	人	割合	人	割合
性別	男	41	27.9%	20	27.4%	15	22.4%	76	26.5%
	女	106	72.1%	53	72.6%	52	77.6%	211	73.5%
年齢	~59	4	2.7%	1	1.4%	0	0.0%	5	1.7%
	60~69	3	2.0%	2	2.7%	3	4.5%	8	2.8%
	70~79	21	14.3%	14	19.2%	5	7.5%	40	13.9%
	80~89	71	48.3%	33	45.2%	22	32.8%	126	43.9%
	90~	48	32.7%	23	31.5%	37	55.2%	108	37.6%
要介護度	1	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%	1	0.3%
	2	0	0.0%	2	2.7%	4	6.0%	6	2.1%
	3	32	21.8%	21	28.8%	23	34.3%	76	26.5%
	4	64	43.5%	33	45.2%	26	38.8%	123	42.9%
	5	51	34.7%	16	21.9%	14	20.9%	81	28.2%
	自立	0	0.0%	7	9.6%	0	0.0%	7	2.4%
寝たきり度	J1	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
	J2	1	0.7%	0	0.0%	2	3.0%	3	1.0%
	A1	27	18.4%	13	17.8%	11	16.4%	51	17.8%
	A2	26	17.7%	19	26.0%	13	19.4%	58	20.2%
	B1	28	19.0%	7	9.6%	11	16.4%	46	16.0%
	B2	43	29.3%	17	23.3%	25	37.3%	85	29.6%
	C1	11	7.5%	3	4.1%	3	4.5%	17	5.9%
	C2	10	6.8%	7	9.6%	2	3.0%	19	6.6%
	自立	2	1.4%	8	11.0%	3	4.5%	13	4.5%
	I	9	6.1%	6	8.2%	7	10.4%	22	7.7%
認知症 高齢者の 日常生活 自立度	II a	4	2.7%	7	9.6%	6	9.0%	17	5.9%
	II b	25	17.0%	14	19.2%	13	19.4%	52	18.1%
	III a	64	43.5%	17	23.3%	23	34.3%	104	36.2%
	III b	15	10.2%	10	13.7%	8	11.9%	33	11.5%
	IV	27	18.4%	10	13.7%	6	9.0%	43	15.0%
	M	1	0.7%	1	1.4%	1	1.5%	3	1.0%
既往歴有	脳血管障害	59	40.1%	27	37.0%	22	32.8%	108	37.6%
	心疾患	42	28.6%	16	21.9%	15	22.4%	73	25.4%
	悪性新生物	15	10.2%	4	5.5%	3	4.5%	22	7.7%
	下気道疾患	20	13.6%	4	5.5%	4	6.0%	28	9.8%
	関節疾患	28	19.0%	20	27.4%	8	11.9%	56	19.5%
	認知症	101	68.7%	50	68.5%	33	49.3%	184	64.1%
	パキンソン病	12	8.2%	2	2.7%	7	10.4%	21	7.3%
	糖尿病	23	15.6%	10	13.7%	8	11.9%	41	14.3%
	視力・聴覚障害	26	17.7%	16	21.9%	12	17.9%	54	18.8%
	骨折	60	40.8%	29	39.7%	24	35.8%	113	39.4%

資料 3. 各グループホームにおける利用者の属性

		大森南		羽田		西六郷		全体	
		人	割合	人	割合	人	割合	人	割合
性別	男	3	21.4%	5	27.8%	1	7.7%	9	20.0%
	女	11	78.6%	13	72.2%	12	92.3%	36	80.0%
年齢	~59	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	60~69	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	70~79	1	7.1%	4	22.2%	1	7.7%	6	13.3%
	80~89	7	50.0%	9	50.0%	7	53.8%	23	51.1%
	90~	6	42.9%	5	27.8%	5	38.5%	16	35.6%
要介護度	1	2	14.3%	6	33.3%	1	7.7%	9	20.0%
	2	5	35.7%	4	22.2%	1	7.7%	10	22.2%
	3	5	35.7%	7	38.9%	8	61.5%	20	44.4%
	4	2	14.3%	0	0.0%	2	15.4%	4	8.9%
	5	0	0.0%	1	5.6%	1	7.7%	2	4.4%
	自立	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
寝たきり度	J1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	J2	0	0.0%	1	5.6%	0	0.0%	1	2.2%
	A1	6	42.9%	7	38.9%	6	46.2%	19	42.2%
	A2	4	28.6%	7	38.9%	4	30.8%	15	33.3%
	B1	1	7.1%	0	0.0%	2	15.4%	3	6.7%
	B2	3	21.4%	3	16.7%	1	7.7%	7	15.6%
	C1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	C2	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
認知症	自立	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	I	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	II a	1	7.1%	0	0.0%	2	15.4%	3	6.7%
高齢者の日常生活自立度	II b	5	35.7%	5	27.8%	6	46.2%	16	35.6%
既往歴有	III a	2	14.3%	12	66.7%	4	30.8%	18	40.0%
	III b	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.4%
	IV	3	21.4%	1	5.6%	1	7.7%	5	11.1%
	M	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%
	脳血管障害	4	28.6%	4	22.2%	2	15.4%	10	22.2%
	心疾患	1	7.1%	1	5.6%	1	7.7%	3	6.7%
	悪性新生物	1	7.1%	0	0.0%	1	7.7%	2	4.4%
下気道疾患	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	
既往歴有	関節疾患	4	28.6%	1	5.6%	2	15.4%	7	15.6%
	認知症	13	92.9%	18	100.0%	13	100.0%	44	97.8%
	パーキンソン病	0	0.0%	1	5.6%	0	0.0%	1	2.2%
	糖尿病	2	14.3%	2	11.1%	4	30.8%	8	17.8%
	視力・聴覚障害	2	14.3%	11	61.1%	1	7.7%	14	31.1%
	骨折	5	35.7%	4	22.2%	7	53.8%	16	35.6%

#### 資料 4. 介護現場へ配布したデータ収集の依頼資料 (1/2)

### 厚労省事業におけるデータ収集ご協力のお願い

#### 【前書き】

現在、サンタフェ総研では厚労省事業において科学的介護の実践に向けた、介護データの収集とその分析に取り組んでいます。お忙しい中恐縮ですが、本事業の実践に必要な介護データの収集にご協力をお願いさせていただきます。

#### 【取得データの種類】

SCOP および眠り SCAN を活用して、以下の 6 項目における量や頻度を取得する。なお、上から 5 項目は SCOP、最後の 6 項目目は眠りスキャンでデータを取得する。

- ① 一日の食事摂取割合
- ② 一日の平均水分摂取量
- ③ 集団レク参加回数：七夕、クリスマス、カラオケ、体操、映画/音楽鑑賞など
- ④ 社会的役割に従事した回数：洗濯、エプロン/雑誌/新聞たたみ、食器/テーブル拭きなど
- ⑤ 外出回数：散歩やベランダ、屋上に職員が連れ出した回数
- ⑥ 睡眠時間

※上記データのほか、別紙エクセル表にて、入居者の方々の基本情報と健康評価を取得期間のはじめとおわりで各 1 回ご記入お願いします。

#### 【取得期間】

2023 年 9 月 1 日～12 月 31 日

※データの取得状況を見て、2024 年 1 月まで延長の可能性あり

#### 【取得方法】

- ① ② 一日の食事摂取割合 / 一日の平均水分摂取量

これまでと同様の方法で SCOP にご記入ください。ただし、意識的により正確な数値の記入を心がけていただけますと幸いです。

- ③ 集団レク参加回数

個別レクではなく、集団レクに該当する事柄を実施した際にのみ、ご記入ください。その人個人のレクではなく、「七夕飾り、クリスマス祝い、カラオケ、体操、映画/音楽鑑賞」など複数人に向けて実施したレクを実施した際に、ご記入ください。記入方法は「個別ケア」→「生活場面：レクリエーションを選択」→「内容記入」です。特に、図 1 の赤枠で示した生活場面の選択は忘れずをお願いします。なお、レクリエーションの一環として外出をした場合は、「生活場面：レクリエーション」の選択に加え、「外出有」を選択してください。

資料 4. 介護現場へ配布したデータ収集の依頼資料 (2/2)

④ 社会的役割に従事した回数

「洗濯、エプロン/雑誌/新聞たたみ、食器/テーブル拭き」など入居者の方々に職員が依頼して取り組んでもらった家事全般に関して、ご記入をお願いします。記入方法は「個別ケア」→「役割有 (図1の緑枠)」→「内容記入」です。

⑤ 外出回数

入居者の方が外出をした場合は、ご記入ください。この場合、介護職員の方の介入有無は問いませんが、外出理由は介入内容にご記載いただくよう、お願い致します。記入方法は「個別ケア」→「外出有 (図1の青枠)」→「内容記入」です。

図 1. ③④⑤の各データの記入方法

介護	利用者名	時間	役割	介入内容	追加
食事・服薬・水分	ユニット 401 上原 忠	10	レクリ...	役割未	介入内容
排泄			外出有	交流無	屋上で過ごされる
口腔			生活場面	役割未	介入内容
入浴			外出有	交流無	新聞を畳むお手伝いをされる
機能訓練	ユニット 402 大川 勉		レクリ...	役割未	介入内容
個別ケア			外出無	交流無	リビングでみんなで体操される
巡回	ユニット 403 宇根 孝雄		レクリ...	役割未	介入内容
起床・就寝			外出無	交流無	リビングでみんなで過ごされる
環境整備	ユニット 404 長野 順子	13	生活場面	役割未	介入内容
その他			外出有	交流無	ご家族と外出される
		15	生活場面	役割未	介入内容

⑥ 睡眠時間

各月ごとに眠り SCAN の睡眠データを遠隔で取得します。しかしながら、データ取得のためには、機器が正常に作動していることが不可欠となりますため、「エラー状態」または「センサー停止状態」の場合は、機器の電源を入れなおしていただくようお願いいたします。なお、機器の電源を入れなおしても状態が改善されない場合は、総研までご連絡をお願いいたします。また、機器を他の部屋に移した場合につきましても、別途その旨と移した日付を総研までご連絡いただきますよう、お願いいたします。

資料 5. 各特別養護老人ホームにおける介護アウトカム(ADL)

食事	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フロー	2	1.4%	3	2.0%	140	95.2%	1	0.7%	1	0.7%
大森南	1	1.4%	5	6.8%	67	91.8%	0	0.0%	0	0.0%
細田	1	1.5%	8	11.9%	56	83.6%	2	3.0%	0	0.0%

移乗	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フロー	0	0.0%	6	4.1%	139	94.6%	2	1.4%	0	0.0%
大森南	1	1.4%	0	0.0%	71	97.3%	1	1.4%	0	0.0%
細田	1	1.5%	3	4.5%	63	94.0%	0	0.0%	0	0.0%

整容	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フロー	0	0.0%	4	2.7%	139	94.6%	4	2.7%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	1	1.4%	71	97.3%	1	1.4%	0	0.0%
細田	0	0.0%	4	6.0%	63	94.0%	0	0.0%	0	0.0%

トイレ動作	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フロー	1	0.7%	4	2.7%	142	96.6%	0	0.0%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	2	2.7%	70	95.9%	1	1.4%	0	0.0%
細田	1	1.5%	5	7.5%	61	91.0%	0	0.0%	0	0.0%

入浴	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フロー	1	0.7%	4	2.7%	142	96.6%	0	0.0%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	2	2.7%	70	95.9%	1	1.4%	0	0.0%
細田	3	4.5%	8	11.9%	56	83.6%	0	0.0%	0	0.0%

平地歩行	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フロー	1	0.7%	5	3.4%	140	95.2%	1	0.7%	0	0.0%
大森南	1	1.4%	0	0.0%	71	97.3%	1	1.4%	0	0.0%
細田	1	1.5%	1	1.5%	61	91.0%	4	6.0%	0	0.0%

階段昇降	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フロー	3	2.0%	2	1.4%	142	96.6%	0	0.0%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	4	5.5%	69	94.5%	0	0.0%	0	0.0%
細田	1	1.5%	0	0.0%	66	98.5%	0	0.0%	0	0.0%

更衣	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フロー	0	0.0%	5	3.4%	141	95.9%	1	0.7%	0	0.0%
大森南	1	1.4%	0	0.0%	72	98.6%	0	0.0%	0	0.0%
細田	0	0.0%	7	10.4%	58	86.6%	2	3.0%	0	0.0%

排便コントロール	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フロー	1	0.7%	4	2.7%	141	95.9%	1	0.7%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	0	0.0%	71	97.3%	2	2.7%	0	0.0%
細田	0	0.0%	0	0.0%	67	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

排尿コントロール	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フロー	2	1.4%	4	2.7%	141	95.9%	0	0.0%	0	0.0%
大森南	1	1.4%	1	1.4%	68	93.2%	2	2.7%	1	1.4%
細田	0	0.0%	0	0.0%	67	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

資料 6. 各特別養護老人ホームにおける介護アウトカム(認知症症状)

日常的な物事に関心を示さない

	-4		-3		-2		-1		0		1		2		3		4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フローズ	0	0.0%	1	0.7%	1	0.7%	1	0.7%	142	96.6%	2	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	4.1%	68	93.2%	2	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
細田	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.0%	63	94.0%	0	0.0%	2	3.0%	0	0.0%	0	0.0%

特別な事情がないのに夜中起き出す

	-4		-3		-2		-1		0		1		2		3		4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フローズ	0	0.0%	1	0.7%	2	1.4%	1	0.7%	141	95.9%	2	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	0	0.0%	2	2.7%	1	1.4%	68	93.2%	2	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
細田	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	63	94.0%	2	3.0%	2	3.0%	0	0.0%	0	0.0%

特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける

	-4		-3		-2		-1		0		1		2		3		4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フローズ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.0%	142	96.6%	1	0.7%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	5.5%	65	89.0%	4	5.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
細田	0	0.0%	0	0.0%	2	3.0%	2	3.0%	63	94.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

やたらに歩きまわる

	-4		-3		-2		-1		0		1		2		3		4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フローズ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.0%	141	95.9%	1	0.7%	2	1.4%	0	0.0%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%	1	1.4%	68	93.2%	3	4.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
細田	0	0.0%	4	6.0%	4	6.0%	1	1.5%	58	86.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

同じ動作をいつまでも繰り返す

	-4		-3		-2		-1		0		1		2		3		4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フローズ	0	0.0%	1	0.7%	2	1.4%	1	0.7%	141	95.9%	1	0.7%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	3	4.1%	62	84.9%	4	5.5%	3	4.1%	0	0.0%	0	0.0%
細田	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	67	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

意思疎通

	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
フローズ	1	0.7%	3	2.0%	139	94.6%	4	2.7%	0	0.0%
大森南	0	0.0%	1	1.4%	72	98.6%	0	0.0%	0	0.0%
細田	0	0.0%	1	1.5%	66	98.5%	0	0.0%	0	0.0%

資料 7. 各グループホームにおける介護アウトカム (ADL)

食事	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	16	88.9%	2	11.1%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

移乗	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	18	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

整容	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	18	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

トイレ動作	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	17	94.4%	1	5.6%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	2	15.4%	10	76.9%	1	7.7%	0	0.0%

入浴	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	1	5.6%	0	0.0%	16	88.9%	1	5.6%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%

平地歩行	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	1	5.6%	16	88.9%	1	5.6%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

階段昇降	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	18	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

更衣	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	17	94.4%	1	5.6%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

排便コントロール	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	17	94.4%	1	5.6%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

排尿コントロール	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	17	94.4%	1	5.6%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

資料 8. 各グループホームにおける介護アウトカム(認知症症状)

日常的な物事に関心を示さない

	-4		-3		-2		-1		0		1		2		3		4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	17	94.4%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	2	15.4%	9	69.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

特別な事情がないのに夜中起き出す

	-4		-3		-2		-1		0		1		2		3		4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合								
大森南	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	16	88.9%	2	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける

	-4		-3		-2		-1		0		1		2		3		4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合								
大森南	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	18	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

やたらに歩きまわる

	-4		-3		-2		-1		0		1		2		3		4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合								
大森南	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	18	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

同じ動作をいつまでも繰り返す

	-4		-3		-2		-1		0		1		2		3		4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合								
大森南	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	18	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	84.6%	1	7.7%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%

意思疎通

	-2		-1		0		1		2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
大森南	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
羽田	0	0.0%	0	0.0%	17	94.4%	1	5.6%	0	0.0%
西六郷	0	0.0%	5	38.5%	8	61.5%	0	0.0%	0	0.0%

## 資料 9. ケアデータの取得課題に関するアンケート

### ケアデータの取得について

フォームの説明

以下の図は、1人当たりの4か月間の集団レクリエーション（七夕、クリスマス、カラオケ、\*  
体操、映画/音楽鑑賞など）の平均実施回数（および中央値、標準偏差）を示しています。ご  
自身の担当フロアにおいて、実際の現場感と照らし合わせたときに、以下の値を示している  
ことは妥当であると思えますか？

妥当である

妥当ではない

該当する値はもっと高いと思えますか、それとも低いと思えますか？ \*

高い

低い

「値が妥当ではない原因はなにか」あてはまるものを選択してください（複数回答可）。ま \*  
た、選択肢以外にあれば、その他にご記載ください。

該当項目に関して記録をつけることを失念していた

記録することに関してモチベーションが上がらなかった

多忙により追加で記録をつける時間に余裕がなかった

どのような内容のケアを記録するべきかわからなかった

その他...

該当項目において「正確な記録をつける改善策」として、適切であると思うものを選択して \*  
ください。（複数回答可） また、選択肢以外にあれば、その他にご記載ください。

現場職員に正確な記録の徹底をより強く呼びかける

記録するケアの内容をもっとわかりやすく定義してもらう

SCOPにおける該当項目の記録方法をもっと簡単にする

記録を自動的にとれる機器を活用する

その他...

※ 社会的役割や外出の設問も同じ内容と構成で尋ねられている