

# 在宅と施設におけるケア内容別時間の比較に関する研究

－ 深夜帯のケア内容別ケア時間に着目して －

大夢賀政昭（国立障害者リハビリテーション研究所 流動研究員）

東野 定律（静岡県立大学経営情報学部 講師）

筒井 孝子（国立保健医療科学院 統括研究官）

本研究では、施設と在宅における深夜帯のケア提供の実態について、タイムスタディ調査による実証的データを基礎として明らかにした。

分析の結果、施設利用者の深夜帯のケア発生を判別していたのは、ケア提供において「排泄」0.723、「移動（施設内）」0.529、「寝具・リネン」0.360の3項目であり、判別の中率は83.5%であった。一方、在宅データでは、「排泄」0.581、「食事・栄養・補液」0.376、「コミュニケーション」0.308、「呼吸器系の処置」0.279、「清潔・整容」0.252、の5項目が抽出され、判別の中率は68.9%であった。

施設、在宅共に深夜帯にケアが発生していた利用者の判別に高い影響を与えていたのは、排泄に係るケアの提供であった。また、これらの利用者は、深夜帯だけでなく、昼間の時間帯でも深夜帯にケアが発生していない利用者と比較すると、多様なケアを長時間にわたって提供されていた。さらに、施設と在宅での深夜帯のケアの違いとして、在宅のみに「呼吸器系の処置」といった医療的ケアが抽出された。

国は、地域包括ケアシステムの構築にあたって、24時間の「定期巡回・随時対応サービス」の導入をしてきた。以上の結果からは、在宅での24時間のケア提供を支える地域包括ケアシステムの構築にあたっては、医療的ケアを提供することができる訪問看護や医療との連携が重要であることが示唆された。

## 1. 緒言

厚生労働省は、2006年の改正介護保険制度より「地域包括ケアシステム」の構築を推進し、在宅生活を継続できるケア提供体制を強化しつつある。これまで国が示してきた、この地域包括ケアシステムとは、「地域の住民が、住居の種別を問わず、生活における不安や危険に対して、自らの選択に基づき、おおむね30分以内に生活上の安全・安心・健康を確保するサービスや対応が提供され、また、サービスが24時間365日を通じて提供されることが理想となる<sup>1)</sup>。」とされ、多様なケア提供主体による24時間365日のケア提供がキーワードとなっている。

すでに介護保険制度施行前に、厚生労働省は、

市町村が24時間対応の深夜巡回によるホームヘルプサービス事業を多様な事業体に委託するという形態で任意の自治体において実施し、その成果をあげ、このサービス形態は、介護保険法施行後は、民間の介護保険事業所の「訪問介護」としての提供がなされることになった。

しかし、深夜帯でのサービス提供は、人材確保の難しさや、そのコスト高といった理由から参入が困難と判断され、その結果、介護保険制度前に市町村が作りあげてきた夜間のケア提供体制は、そのほとんどが縮小し、消失していった。

このため、平成18（2006）年4月には、改めて「夜間対応型訪問介護」という新しいサービス形態が地域密着型サービスのひとつとして創設されたが、このサービスは、夜間対応に特化している

といった点から、実際は24時間のケア提供体制は確立できていない。さらに定額の費用負担について、利用者の理解が得られないとの問題から、介護事業者の参入は少なく、この事業については、当初の目的を達したという状況にはない<sup>2)</sup>。

そこで、こうした課題を克服するために、平成24年度より「定期巡回・随時対応サービス」が導入された。この事業の導入にあたっては、平成22(2010)年度には、24時間を通した訪問介護事業に豊富な実績を有する13事業者でモデル事業が実施され、また平成23(2011)年度には全国53自治体でモデル事業が実施されており、これら事業の成果報告書が厚生労働省のホームページに公開されている<sup>3)</sup>。だが、これらの事業報告において、ケア内容別ケア提供時間といった数量化されたデータは示されておらず、エビデンスに基づいたサービス提供という実態にはない。

そこで本研究では、施設と在宅で実施されたタイムスタディ調査から得られた実証的データを用いて、第一に、家族の介護の負担が高いとされる深夜時間帯のケア発生の実態について、第二に、在宅と施設で深夜帯に提供されているケアを比較し、これらのケア提供が、どのように異なるかの比較を目的とした。

## 2. 方法

在宅と施設で生活している要介護高齢者の基本属性を比較し、最もケアの発生割合が低い深夜時間帯(23時から5時)とされた時間帯<sup>4)</sup>にケアが発生していた高齢者集団と、これ以外の高齢者集団間でケア内容別ケア時間がどのように異なるかを明らかにした。

次に、深夜時間帯のケア発生に関わる他の時間帯で発生しているケア内容との関連性を明らかにするために、深夜帯におけるケア発生の有無の2群別に、他の時間帯で発生していたケア内容別ケア時間に有意な差が示されたケア種類を独立変数とし、従属変数を深夜帯におけるケア発生の有無(なし=0、あり=1)として、正準判別分析のステップワイズ法を用いて実施し、判別に寄与す

る変数を選択した。これらの統計解析には、SPSS Ver.19.0 J for Windowsを用いて分析を行った。

## 3. 結果

### 1) 分析対象の基本属性

本研究の調査対象となった要介護高齢者の基本属性は表-1に示した。平均年齢は、施設においては、平均86.0歳(標準偏差7.6)、在宅では、平均81.4歳、(標準偏差9.8)であり、施設の利用者の方が平均年齢は高かった。

性別は、施設については欠損値(40.0%)が多く、これを除くと9割以上が女性であったが、在宅では女性は60.9%で、男性が35.7%であった。要介護度は、要介護度3以上の割合が施設は、83名(72.2%)と7割以上であったのに対し、在宅は、256名(51.3%)と5割程度であった。なお、要支援は施設の要介護高齢者集団にはなかったが、在宅には7.6%いた。

認知症高齢者の日常生活自立度については、Ⅲ以上の割合でみると施設は46名(40.0%)であるのに対し、在宅は145名(29.1%)と施設の割合が高かった。障害高齢者の日常生活自立度では、B以上の割合でみると施設が52名(45.2%)、在宅が201名(40.3%)とこちらも施設の割合が高かった(表-1)。

### 2) 深夜とそれ以外の時間帯のケア発生割合および平均ケア時間

施設に入所していた利用者群は、14項目(「清潔・整容」、「更衣」、「運動(身体)機能の維持・促進」、「問題行動」、「入退院・外出」、「入院・入所者の物品管理」、「その他の見守り」、「検査・採取・治療等」、「治療・処置呼吸器系の処置」、「運動器系機能の訓練」、「その他のリハ関連」、「運動器系機能の評価」、「勤務関連」、「夜勤時の対応」)においてだけ、深夜帯にケアが発生していた群と発生なし群の2群間におけるケア内容別平均ケア時間の有意差が示されなかった。

これらの結果から、施設では、深夜帯のケアが発

在宅と施設におけるケア内容別時間の比較に関する研究

生している利用者は、排泄をはじめ、食事や移動など、多くのケアにおいて、ケア発生なし利用者群よりもケア提供時間が有意に長いことが示された。

一方、在宅の利用者群では、ほとんど提供されていなかった16項目（「入退院・外出」、「環境」、「入院・入所者の物品管理」、「その他の見守り」、「循環器系の処置」、「生活基本動作の拡大」、「物

理療法」、「言語療法」、「作業療法」、「その他のリハ関連」、「運動器系機能の評価」、「行事・クラブ活動」、「設備・備品の保守・管理」、「屋内の整理・清掃」、「送迎・外出支援」）においてのみ、深夜帯にケアが発生していた群と発生していなかった群の2群間におけるケア内容別平均ケア時間の有意差は示されなかった。

すなわち食事や排泄、移動といったケア時間は、

表－1 施設と在宅の調査対象高齢者の基本属性の比較

	施設 (N=115)		在宅 (N=499)	
	平均値(歳)	標準偏差	平均値(歳)	標準偏差
年齢	86.0	7.6	81.4	9.8
	N	%	N	%
性別				
男	6	5.2	178	35.7
女	63	54.8	304	60.9
欠損値	46	40.0	17	3.4
要介護度				
要支援 1			16	3.2
要支援 2			22	4.4
要介護 1	2	1.7	77	15.4
要介護 2	6	5.2	91	18.2
要介護 3	19	16.5	92	18.4
要介護 4	34	29.6	83	16.6
要介護 5	30	26.1	81	16.2
欠損値	24	20.9	37	7.4
要介護 3 以上 (再掲)	83	72.2	256	51.3
認知症の日常生活自立度				
自立	6	5.2	92	18.4
I	7	6.1	89	17.8
II a	12	10.4	57	11.4
II b	15	13.0	79	15.8
III a	11	9.6	74	14.8
III b	28	24.3	29	5.8
IV	7	6.1	27	5.4
M	0	0.0	15	3.0
欠損値	29	25.2	37	7.4
Ⅲ以上(再掲)	46	40.0	145	29.1
障害高齢者の日常生活自立度				
自立	1	0.9	5	1.0
J 1	1	0.9	13	2.6
J 2	10	8.7	50	10.0
A 1	10	8.7	75	15.0
A 2	17	14.8	114	22.8
B 1	24	20.9	55	11.0
B 2	3	2.6	59	11.8
C 1	25	21.7	23	4.6
C 2	0	0.0	64	12.8
欠損値	24	20.9	41	8.2
B 以上(再掲)	52	45.2	201	40.3

表－２ 深夜とそれ以外時間帯のケア発生割合および平均ケア時間の比較

	深夜時間帯の ケア発生の有無	施設 (N=115)					在宅 (N=499)				
		平均値の差					平均値の差				
		平均値	標準偏差	(なし-あり)	t 値	P	平均値	標準偏差	(なし-あり)	t 値	P
清潔・整容	なし あり	9.79 8.99	8.84 9.59	0.80	0.34	0.74	7.12 16.52	11.30 16.12	-9.40	-6.58	0.00 **
更衣	なし あり	6.20 9.16	5.37 7.41	-2.96	-1.65	0.10	1.41 8.40	6.29 9.33	-4.00	-4.96	0.00 **
排泄	なし あり	0.37 14.09	0.96 10.34	-13.72	-12.72	0.00 **	5.16 26.84	14.59 27.31	-21.68	-10.62	0.00 **
食事・栄養・補液	なし あり	0.39 25.84	1.16 30.63	-25.45	-8.11	0.00 **	33.43 57.55	34.74 40.93	-24.12	-5.22	0.00 **
起居と体位変換	なし あり	0.11 4.09	0.32 7.33	-5.35	-8.37	0.00 **	0.16 2.79	1.42 8.70	-2.63	-5.77	0.00 **
移乗	なし あり	0.71 6.06	0.87 5.94	-5.35	-8.37	0.00 **	0.42 2.00	2.01 5.36	-1.58	-4.67	0.00 **
移動（施設内）	なし あり	3.55 11.39	3.00 8.92	-7.84	-6.86	0.00 **	2.49 7.25	6.91 13.59	-4.76	-4.81	0.00 **
運動（身体）機能の 維持・促進	なし あり	0.00 0.38	0.00 2.55	-0.38	-0.64	0.52	0.00 0.12	0.00 0.81	-0.12	-2.93	0.00 **
BPSDへの対応	なし あり	0.16 2.12	0.69 14.95	-1.96	-0.57	0.57	3.19 9.18	20.12 37.57	-5.99	-2.13	0.03 *
巡視・観察・測定	なし あり	0.29 2.17	0.90 3.40	-1.88	-4.65	0.00 **	0.89 3.17	3.65 11.09	-2.28	-3.41	0.00 **
コミュニケーション	なし あり	1.37 6.42	2.11 9.13	-5.05	-4.81	0.00 **	11.35 35.12	35.45 52.54	-23.78	-5.24	0.00 **
教育	なし あり	0.00 0.15	0.00 0.65	-0.15	-2.33	0.02 *	0.01 0.22	0.07 1.56	-0.21	-2.73	0.01 **
入退院・外出	なし あり	0.21 0.00	0.92 0.00	0.21	1.00	0.33	0.71 0.46	3.47 2.51	0.25	0.80	0.42
寝具・リネン	なし あり	0.05 2.21	0.23 3.25	-2.16	-6.42	0.00 **	2.25 8.11	7.98 36.30	-5.86	-2.96	0.00 **
環境	なし あり	0.00 0.65	0.00 0.15	-0.65	-5.50	0.00 **	0.64 0.87	1.91 2.41	-0.23	-0.84	0.40
入院・入所者の物品管理	なし あり	0.00 0.79	0.00 4.09	-0.79	-0.84	0.40	0.09 0.25	0.42 2.02	-0.17	-0.78	0.43
洗濯	なし あり	0.11 0.61	0.46 0.91	-0.50	-3.59	0.00 **	6.66 9.34	8.92 9.82	-2.67	-2.39	0.02 *
その他の見守り	なし あり	0.11 0.40	0.32 1.30	-0.30	-0.99	0.32	0.06 0.58	0.40 6.11	-0.53	-0.82	0.41
薬物療法	なし あり	0.05 3.48	0.23 6.34	-3.42	-5.27	0.00 **	2.87 5.84	5.44 7.56	-2.98	-4.37	0.00 **
検査・採取・治療等	なし あり	0.00 0.22	0.00 1.03	-0.22	-0.91	0.36	0.00 0.34	0.00 1.89	-0.34	-3.58	0.00 **
呼吸器系の処置	なし あり	0.00 0.18	0.00 0.72	-0.18	-1.05	0.30	0.76 14.48	6.82 56.73	-13.72	-4.73	0.00 **
循環器系の処置	なし あり	0.00 0.03	0.00 0.31	-0.03	-0.04	0.66	1.13 2.19	4.11 7.65	-1.07	-1.29	0.20
皮膚の処置	なし あり	0.00 0.99	0.00 2.77	-0.99	-3.50	0.00 **					
感覚器系の処置	なし あり	0.00 0.35	0.00 0.77	-0.35	-4.51	0.00 **					
診療援助	なし あり	0.00 0.74	0.00 1.30	-0.74	-5.59	0.00 **					
感染予防	なし あり	0.00 0.16	0.00 0.61	-0.16	-2.63	0.01 *					
薬物療法	なし あり	0.00 0.59	0.00 1.32	-0.59	-4.35	0.00 **					
運動器系機能の訓練	なし あり	0.00 0.01	0.00 0.10	-0.01	-0.44	0.66	0.38 2.84	1.68 11.61	-2.45	-4.08	0.00 **
生活基本動作の拡大	なし あり	0.00 0.22	0.00 0.57	-0.22	-3.79	0.00 **	0.66 0.43	4.04 3.07	0.23	0.60	0.55
物理療法	なし あり						0.02 0.11	0.15 0.96	-0.09	-0.92	0.36
言語療法	なし あり						0.05 0.08	0.45 0.75	-0.04	-0.45	0.66
作業療法	なし あり						0.01 0.07	0.11 0.83	-0.05	-0.61	0.54
その他のリハ関連	なし あり	0.00 0.02	0.00 0.20	-0.02	-0.04	0.66	0.00 0.18	0.00 1.61	-0.18	-2.25	0.02
運動器系機能の評価	なし あり	0.00 0.03	0.00 0.23	-0.03	-0.60	0.55	0.15 0.22	0.96 1.35	-0.07	-0.57	0.65
行事・クラブ活動	なし あり						0.00 0.11	0.00 1.26	-0.11	-0.85	0.39
連絡・報告、情報収集	なし あり	0.26 2.74	0.73 3.95	-2.47	-5.66	0.00 **	1.61 3.74	4.49 7.68	-2.13	-3.52	0.00 **
ケア関連会議・記録	なし あり	0.28 5.13	1.02 4.74	-4.85	-9.01	0.00 **	0.00 0.07	0.00 0.59	-0.07	-2.47	0.01 *
設備・備品の保守・管理	なし あり						0.24 0.25	1.06 1.07	-0.01	-0.07	0.95
屋内の整理・清掃	なし あり						4.02 5.40	5.28 6.93	-1.38	-1.79	0.07
夜勤時の対応	なし あり	0.00 0.01	0.00 0.10	-0.01	-0.04	0.66					
調理	なし あり						26.52 33.44	20.32 23.09	-6.92	-2.64	0.01 *
送迎・外出支援	なし あり						1.93 1.40	5.95 3.30	0.54	0.83	0.41

深夜帯にケアが発生していた群のケア時間のほうが、深夜帯にケアが発生していなかった群よりも有意に長かった（表－2）。

以上の結果から、施設、在宅共に、深夜帯にケアが発生していた利用者らは、深夜にケアが発生していない利用者群に比較して、深夜以外でも有意にケア提供時間が長かった。

また、在宅と施設の異なった点としては、「清潔・整容」、「更衣」、「運動（身体）機能の維持・促進」、「BPSDへの対応」、「検査・採取・治療等」、「呼吸器系の処置」、「運動機能の訓練」の7項目は、施設ではケア提供時間に有意差があったが、在宅では有意差がなかった。

逆に、在宅では有意差があったが、施設では有意な差がなかったケア内容は、「環境」、「生活基本動作の拡大」の2種類のケア時間であった。

### 3) 深夜帯におけるケア発生の有無にかかわる判別分析の結果

判別分析の結果、施設データでは、「排泄」0.723、「移動（施設内）」0.529、「寝具・リネン」0.360の3項目が抽出され、判別の中率は83.5%であった。

一方、在宅データでは、「排泄」0.581、「食事・栄養・補液」0.376、「コミュニケーション」0.308、「呼吸器系の処置」0.279、「清潔・整容」0.252、の5項目が抽出され、判別の中率は68.9%であった。なお、施設・在宅データともに、負の値を示した変数は抽出されなかった（表－3）。

## 4. 考察

深夜帯におけるケア発生に与えるケア内容別ケア時間の影響を分析した結果、利用者の状態像は、施設と在宅で異なっていたにも関わらず、在宅と施設共に深夜のケアの発生には、排泄ケアが大きく影響を与えることが明らかにされた。

この排泄ケアは、全国の家族介護者を対象に実施された調査<sup>5)</sup>でも、困難と感じる介護行為とされており、今後、在宅環境における24時間の視点でのケア提供をサービスとしてを普及させるためには、排泄ケアをどのようにサービス計画に取り込むかが課題となる。

同様に、施設においても、排泄ケアについては、その提供方法を詳細に把握し、検討していく必要があるケアと考えられた。

これまでの定期巡回・随時対応サービスのモデル事業の報告<sup>6)</sup>によれば、サービスを受けた利用者の1回あたりのサービス提供時間は、20分未満が32.3%であり、この20分未満の定期巡回訪問において行われたケアは、「排泄介助」が50.5%で最も多く、ケアの組み合わせによる分析結果からも、上位10の組み合わせのうち、「排泄介助」を含む組み合わせは、6種類が示されていた。これらの報告と本研究の結果は、一致しており、現状の課題を明らかにしたといえる。

また、判別分析の結果、在宅のみに「呼吸器系の処置」といった医療的ケアが抽出されており、在宅でのケア提供を支えるシステムを考えるにあたっては、こうした医療的ケアニーズを充足でき

表－3 標準化された正準判別関数係数の施設データと在宅データの比較

	施 設		在 宅	
標準化された 正準判別関数係数	排泄	0.723	排泄	0.581
	移動（施設内）	0.529	食事・栄養・補液	0.376
	寝具・リネン	0.360	コミュニケーション	0.308
			呼吸器系の処置	0.279
			清潔・整容	0.252
固定値		0.458		0.180
正準相関		0.561		0.391
Wilksのラムダ		0.686		0.847
カイ2乗		42.06		81.88
P		0.00		0.00
判別の中率（%）		83.5		68.9

る、訪問看護との連携が重要であることが示唆された。

夜間ケアに関する先行研究では、サービスを受けて地域で生活する高齢者について、施設と同じような管理体制とするかについて、議論の不足が指摘されている<sup>7)</sup>。平成24年度より開始された定期巡回・随時対応サービスにおいても、定期巡回と随時対応をそれぞれどのように行っていくかについて、ガイドラインも示されていないことから、利用者のニーズに応じて、どのようにマネジメントしていくかといった方法論は未成熟である<sup>注1)</sup>。

とりわけ、医療や看護との連携も不十分であり、これらの状況が、24時間サービスの導入の遅れの原因の可能性もある<sup>注2)</sup>。24時間の視点でのケア提供に際しては、排泄ケアの在り方や、医療ケアとの連携をどのようにすべきかといった課題があることが改めて示唆された。

## 5. 結語

今後、高齢者の一人暮らしや高齢者夫婦のみの世帯が中心となる中で、これまでの介護が必要になった場合に施設へ移行するといったモデルを前提としたケアシステムには限界があり、これらの世帯が地域で住み続けることのできるケアシステムが必要とされている。この地域包括ケアシステムの構築にあたっては、とりわけ家族介護者や職員の介護負担が重いことが指摘され<sup>8),9)</sup>、深夜帯のケア提供実態について把握することが重要であると考えられる。

これまで、タイムスタディデータを用いて、施設<sup>4),10)</sup>や在宅<sup>11)</sup>における深夜帯の介護の提供実態を分析した研究はあるものの、筒井が示したような必要なケア内容から高齢者のパターンを示した研究<sup>12)</sup>は、実施されてなかった。

今後は、夜間のケア提供方法や24時間の視点でのケアマネジメントについて、本研究で明らかにしたケア提供に係るエビデンス等を積み上げ、引き続き検討していく必要あると考えられた。

**謝辞** 本研究は、平成19年度厚生労働科学研究費

長寿総合科学研究事業「在宅および施設における要介護・要支援高齢者に必要な介護サービス量を推定するモデルの開発に関する研究（研究代表者：筒井孝子）」、および、平成18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分）新たな高齢者の心身の状態の評価指標の作成および検証に関する調査研究「認定調査の平準化に向けたガイドラインの作成（研究代表者：筒井孝子）」の研究成果の一部である。

## 注

- 1) たとえば、モデル事業の報告書6では、時間帯別の訪問割合は、日中（9時～17時）74.1%、夜間（18～21時）14.5%、深夜（22時～5時）5.1%、早朝（6時～8時）6.3%と日中が7割となっているのに対し、時間帯別のコール割合は、日中（9時～17時）42.1%、夜間（18～21時）7.9%、深夜（22時～5時）32.6%、早朝（6時～8時）17.4%と日中は4割程度となり、深夜が次いで3割程度となっている。ただし、この深夜のコール内容は、「不安解消」が55.7%を占め（日中は21.8%）、通常の身体ケア・生活援助は17.7%（日中は25.5%）となっている。
- 2) 「定期巡回・随時対応サービス」は、第5期介護保険事業計画中に、平成24年度中にサービスの開始予定が、189保険者（利用推計人数約6,000人）、平成26年度中は329保険者（利用推計人数1.7万人）の導入が見込まれており、これは、平成23年に厚生労働省が「社会保障に係る給付費等の将来推計」で見込んだ2015年における1万人という利用推計人数を上回っていることになる。しかし、平成24年12月末時点で導入している保険者数は、83保険者であり（事業所数140、利用者数1,315人）、導入が計画より遅れている状況にある。

## 引用文献

- 1) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社。平成21年度地域包括ケア研究会報告書。『平成21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報告書』. 2012  
<http://www.murc.jp/report/press/100426.pdf> (平成25年2月1日アクセス)
- 2) 大冢賀政昭. 地域包括ケアシステムにおける24時間定期巡回・随時対応型訪問サービスの位置付けと課題. 保健医療科学61(2): 139-147.
- 3) 厚生労働省ホームページ. 定期巡回・随時対応サービス.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/gaiyo/teikijunkai.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/teikijunkai.html)  
(2012年8月15日アクセス)
- 4) 大冢賀政昭, 東野定律, 筒井孝子. 介護老人福祉施設において夜間・深夜時間帯に提供されたケアの実態と時間別ケア内容の推移. 介護経営2011;6(1):90-100
- 5) 社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会. 家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業 報告書『平成23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報告書』2012:145
- 6) 厚生労働省. 定期巡回・随時対応サービス (モデル事業の結果概要)  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/gaiyo/dl/20120626-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/20120626-01.pdf)  
(平成25年2月1日アクセス)
- 7) Arber S, Venn S. (2011) Caregiving at night: Understanding the impact on carers. Journal of Aging Studies ,25(2),155-165.
- 8) 片山陽子, 陶山啓子. 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析. 日本看護研究学会雑誌2005;28:43-52.
- 9) 菊池有紀, 葉袋淳子, 島内節. 在宅重度要介護高齢者の排泄介護における家族介護者の負担に関連する要因. 国際医療福祉大学紀要2010; 15(2):11-23.
- 10) 大冢賀政昭, 東野定律, 筒井孝子. 介護福祉施設における夜勤介護職員の業務内容の実態に関する研究. 福祉情報研究2008;5: 16-31.
- 11) 大冢賀政昭, 東野定律, 筒井孝子. 在宅要介護高齢者に家族介護者が提供したケアの実態およびその時間帯別ケア提供の特徴－認知症有無別の検討－, 経営と情報23(2):65-78.
- 12) 筒井孝子. 特別養護老人ホームにおけるケアの定量的分析からみた高齢者タイプに関する研究. 季刊社会保障研究 1995;31(1)63-76.

**Comparison between caring time per category of care in  
in-home settings and in out-of home settings  
– Focusing on care provided during night shift –**

Masaaki Otaga

Research Fellow, Research institute, National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities

Sadanori Higashino

Lecturer, School of Management and Information, University of Shizuoka

Takako Tsutsui

Research Managing Director, National Institute of Public Health, Japan

**Abstract:** Using experimental data, we compared how care is provided during night shifts in in-home settings and in out-of home settings.

Results show that, in out-of homes settings, three items were discriminated (hit ratio of 83.5%): "elimination" (0.723), "Transfer (within facility)"(0.529),"Bed clothing and linen"(0.360). In in-home settings data, five items were extracted (hit ration of 68.9%): "Elimination"(0.581), "Meal and rehydration"(0.376), "Communication"(0.308), "Respiratory procedures"(0.279), "Hygiene and cosmetics"(0.252).

Care involved with "Elimination" had a strong influence on the discrimination of users provided with care at night, regardless of whether they are in an in-home setting or in an out-of-home setting. Those users, compared to users who were not provided with care at night, were provided with various care for a longer time not only at night but also during daytime. Moreover, looking at the difference between care provided at night in in-home and out-of-home settings, "Respiratory procedures", involving medical, was extracted.

Along with the community-based integrated care system, Japan has implemented "need-based routine visit" services. Results above show that, in order to enable the provision of around-the-clock services in in-home settings, it is important to reinforce the cooperation with the medical field and to enable nurses to provide this type of medical care at home.