

厚生労働科学研究費補助金  
(長寿科学政策研究事業)

訪問系サービスにおける LIFE の活用に向  
けた評価指標の開発に資する研究

令和 6 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 赤羽 学

(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

令和 7 (2025) 年 3 月

## 目 次

## 1. [総括研究]

## 訪問系サービスにおけるLIFEの活用に向けた評価指標の開発に資する研究

(赤羽学 研究代表者)

A. 研究目的 .....	1-1
B. 研究方法 .....	1-2
C. 研究結果 .....	1-3
D. 考察 .....	1-5
E. 結論 .....	1-6
F. 健康危険情報 .....	1-7
G. 研究発表 .....	1-7
1. 論文発表 .....	1-7
2. 学会発表 .....	1-7
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	1-7
1. 特許取得 .....	1-7
2. 実用新案登録 .....	1-7
3. その他 .....	1-7

## 2. [分担研究]

## 分担1. 訪問系サービスを受ける高齢者のモニタリング指標に関する文献レビュー

(保田江美、山口佳小里、柴山志穂美)

A. 研究目的 .....	2-1
B. 研究方法 .....	2-1
C. 研究結果 .....	2-2
D. 考察 .....	2-3
E. 結論 .....	2-4
F. 健康危険情報 .....	2-4
G. 研究発表 .....	2-4
1. 論文発表 .....	2-4
2. 学会発表 .....	2-4

H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	2-4
1. 特許取得 .....	2-4
2. 実用新案登録 .....	2-4
3. その他 .....	2-4

## 分担 2. 訪問系サービスに係る職種別の評価可能な指標の同定に関するアンケート調査

(柴山志穂美、山口佳小里、保田江美)

A. 研究目的 .....	3-1
B. 研究方法 .....	3-2
C. 研究結果 .....	3-3
D. 考察 .....	3-5
E. 結論 .....	3-6
F. 健康危険情報 .....	3-6
G. 研究発表 .....	3-6
1. 論文発表 .....	3-6
2. 学会発表 .....	3-6
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	3-6
1. 特許取得 .....	3-6
2. 実用新案登録 .....	3-6
3. その他 .....	3-6

## 分担 3. KDBを用いた訪問系サービス利用者の特徴とニーズの分析：在宅介護サービスの利用状況に関する予備的分析

(山口佳小里、西岡祐一、次橋幸男、赤羽たけみ、赤羽学)

A. 研究目的 .....	4-1
B. 研究方法 .....	4-2
C. 研究結果 .....	4-2
D. 考察 .....	4-3
E. 結論 .....	4-3
F. 健康危険情報 .....	4-4

G. 研究発表 .....	4-4
1. 論文発表 .....	4-4
2. 学会発表 .....	4-4
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	4-4
1. 特許取得 .....	4-4
2. 実用新案登録 .....	4-4
3. その他 .....	4-4

#### 分担 4. LIFE関連加算の算定状況：KDBを用いた分析

(中西康裕、山口佳小里、松本伸哉、西岡祐一、次橋幸男、城戸顕、赤羽学)

A. 研究目的 .....	5-2
B. 研究方法 .....	5-2
C. 研究結果 .....	5-3
D. 考察 .....	5-3
E. 結論 .....	5-4
F. 健康危険情報 .....	5-5
G. 研究発表 .....	5-5
1. 論文発表 .....	5-5
2. 学会発表 .....	5-5
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	5-5
1. 特許取得 .....	5-5
2. 実用新案登録 .....	5-5
3. その他 .....	5-5

3. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	6-1
-------------------------	-----

## 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究

研究代表者 赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長)

### 研究要旨

2017年(平成29年)の地域包括ケア強化法により、高齢者の自立支援・重度化防止等をさらに推進するよう、自治体による地域の特性に応じたPDCAサイクルによる取組が制度化された。2021年からはケアの質向上と重度化防止を推進するため、科学的介護情報システム(LIFE)が運用されている。そこで、本研究では訪問系サービスにおけるLIFE活用に向けて、データ分析ならびに自治体と連携した実証研究を実施し、サービス別の適切な指標と評価可能な職種を同定することを目的とし研究を実施した。また、自治体が保有するKDBデータ(介護レセプトならびに医科レセプト情報)の分析によって、在宅における要介護高齢者の医療・介護ニーズを把握し、在宅医療介護連携等におけるLIFE活用の可能性についても検討した。本年度の研究課題として、1)訪問系サービスを受ける高齢者のモニタリング指標に関する文献レビュー、2)KDBを用いた訪問系サービス利用者の特徴とニーズの分析、3)LIFE関連加算の算定状況:KDBを用いた分析、4)訪問系サービスに係る職種別の評価可能な指標の同定に関するアンケート調査を実施した。本研究課題では、文献レビューや医療・介護突合レセプトデータ(KDB)を活用した研究に加え、訪問サービスに従事している看護職、リハビリテーション専門職、介護職を対象としたアンケート調査も実施しているため特色があり独創的な研究成果を得ることが期待できる。

本研究の研究体制は以下のとおりである。

- ・赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長)
- ・山口佳小里 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
- ・保田江美 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
- ・中西康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
- ・柴山志穂美 (神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター・地域ケア教育部長)
- ・城戸 顕 (公立大学法人奈良県立医科大学医学部 教授)
- ・赤羽たけみ (公立大学法人奈良県立医科大学医学部 博士研究員、宇陀市立病院 院長)
- ・西岡祐一 (公立大学法人奈良県立医科大学医学部 助教)
- ・次橋幸男 (公立大学法人奈良県立医科大学医学部 博士研究員)
- ・松本伸哉 (国立大学法人島根大学 医学部講師)

### A. 研究目的

2017年(平成29年)の地域包括ケア強化法により、高齢者の自立支援・重度化防止等をさらに推進するよう、自治体による地域の特性に応じたPDCAサイクルによる取組が制度化された。2021年からはケアの質向上と重度化防止を推進するため、科学的介護情報システム(LIFE)が運用されている。施設系サービスに比べ訪問系サービスでは、サービスに適したLIFEの指標検討が十分で

はなく、評価者間での提出データのばらつき等の課題もあり、活用が進んでいない。

そこで、本研究では訪問系サービスにおけるLIFE活用に向けて、データ分析ならびに自治体と連携した実証研究を実施し、サービス別の適切な指標と評価可能な職種を同定することを目的とし研究を実施した。また、自治体が保有するKDBデータ（介護レセプトならびに医科レセプト情報）の分析によって、在宅における要介護高齢者の医療・介護ニーズを把握し、在宅医療介護連携等におけるLIFE活用の可能性についても検討した。

具体的には以下を明らかにするための研究課題を実施した。

- ・訪問系サービスを受ける高齢者のモニタリング指標に関する文献レビュー（保田、山口、柴山）
- ・KDBを用いた訪問系サービス利用者の特徴とニーズの分析：在宅介護サービスの利用状況に関する予備的分析（山口、西岡、次橋、赤羽た、赤羽学）
- ・LIFE関連加算の算定状況：KDBを用いた分析（中西、山口、松本、西岡、次橋、城戸、赤羽学）
- ・訪問系サービスに係る職種別の評価可能な指標の同定に関するアンケート調査（柴山、山口、保田）

## B. 研究方法

### B. 1. 全体概要

本研究は、A. 研究目的に示した3つの項目について、論文レビュー、既存データの分析、アンケート調査、班会議における討議を通じて実施した。

（班会議の参加メンバー）（敬称略、順不同）

- ・赤羽 学（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長）
- ・山口佳小里（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官）
- ・保田江美（国立保健医療科学院 医療・福祉サ

ービス研究部 主任研究官）

- ・中西康裕（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官）
- ・柴山志穂美（神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター・地域ケア教育部長）
- ・城戸 顕（公立大学法人奈良県立医科大学医学部 教授）
- ・赤羽たけみ（公立大学法人奈良県立医科大学医学部 博士研究員、宇陀市立病院 院長）
- ・西岡祐一（公立大学法人奈良県立医科大学医学部 助教）
- ・次橋幸男（公立大学法人奈良県立医科大学医学部 博士研究員）
- ・松本伸哉（国立大学法人島根大学医学部 講師）
- ・佐藤秀之（厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐）

（班会議の開催状況）

- ・令和6年6月26日（水）（オンライン）
- ・令和7年2月27日（木）（オンライン）

（倫理面への配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。分析結果の公表への留意点として、特定の個人又は医療機関等の識別を防ぐために最小集計単位が10未満にならないようにする等の配慮を行った。分析結果は奈良県の公表審査を受けて承認を得た。

### B. 2. 分担研究について

#### B. 2. 1. 訪問系サービスを受ける高齢者のモニタリング指標に関する文献レビュー

本研究では、レビューの網羅性を高めるため、スコーピングレビューの手法を用いた。先行研究の概要を把握することを優先し、まずは1) リサーチクエスチョンを設定する、2) 関連する先行研究を特定するについて実施した。「在

宅療養の場で（文脈）、訪問系サービスを受けている高齢者の（対象）状態をモニタリングする指標（概念）にはどのようなものが報告されているか」をリサーチクエスチョンとして設定した。

文献検索は、Pubmed、CINAHL、Embase の3つのデータベースを使用し、2024年9月11日に検索をおこなった。二人の研究者が独立して、タイトルおよびアブストラクトをレビューし、合致する論文を特定した。論文のタイトルおよびアブストラクトから、高齢者の状態をモニタリングする指標を抽出し、リスト化するとともに、研究者らで類似領域ごとに整理した。

## **B. 2. 2. KDB を用いた訪問系サービス利用者の特徴とニーズの分析：在宅介護サービスの利用状況に関する予備的分析**

奈良県をモデル地域として、奈良県 KDB 改良データ（奈良医大作成）における 2022 年度の介護レセプトデータを用いて本研究を実施した。65 歳以上の要介護認定を受けた高齢者のうち、年度内に何らかの給付サービス（介護サービス・介護予防サービス・地域密着型サービスのいずれか）を利用した者を対象とし、利用者ごとに、性、年齢、要介護認定区分、年度内に利用したサービスを抽出した。抽出したデータを基に、各サービスの利用状況、施設サービス利用者と在宅サービス利用者の比較、在宅サービス利用者のサービスの重複でのサービス利用状況について分析を行った。

これらの KDB 分析に加えて、奈良県内の自治体（中山間地の 1 市）職員を対象に実証研究に向けたヒアリングを行った。

## **B. 2. 3. LIFE 関連加算の算定状況：KDB を用いた分析**

奈良県 KDB 改良データにおける 2022 年度の介護レセプトを用いた。第 1 号被保険者を対象として、「施設」「通所」「訪問」の区分に分

け、介護サービスの利用が 1 回でもあった者を各区分における利用者とし、実利用者数を抽出した。実利用者のうち、「科学的介護推進体制加算」及び「リハビリテーション関連加算」の実算定者数を性・年齢階級、市町村別に抽出した。各加算は、該当するサービス種類コード（2桁）及びサービス項目コード（4桁）により定義付けを行った。科学的介護推進体制加算」に着目し、市町村間の算定状況を可視化することを目的として、市町村ごとの加算の算定者割合を算出した。

加算の算定者割合に加え、市町村間の算定状況を可視化する指標として、性・年齢構成の違いを調整した加算算定者数の比（標準化レセプト出現比:SCR）を算出した。

## **B. 2. 4. 訪問系サービスに係る職種別の評価可能な指標の同定に関するアンケート調査**

本研究では、在宅療養の場で訪問系サービス（訪問看護、訪問居リハビリテーション、訪問介護）を利用している 65 歳以上高齢者の状態を評価する適切な指標について、実際のサービス提供の現場において用いられている評価指標および評価職種を、アンケート調査から量的に明らかにすることを目的として研究を実施した。

アンケート調査は、訪問サービスに従事している看護職、リハビリテーション専門職、介護職を対象として、調査会社に委託してウェブ上で実施した。科学的介護推進体制加算を始めとする全ての既存の LIFE 帳票に含まれる項目と、国際的に活用されている InterRAI HC、OASIS および国内で活用されている課題分析標準項目など、国内外で要介護高齢者のモニタリング指標として用いられている代表的な指標を含む 167 項目を設問に含めた。調査期間は 2025 年 2 月 15 日～3 月 14 日であった。

## **C. 研究結果**

本年度研究によって以下の研究成果を得た。詳細については、それぞれの分担研究報告書を参照されたい。

### C. 1. 訪問系サービスを受ける高齢者のモニタリング指標に関する文献レビュー

Pubmed、CINAHL、Embase の 3 データベースより 4,535 件が抽出され、タイトルおよびアブストラクトスクリーニングを実施し、合致する 617 件が抽出された。617 件の文献のタイトルおよびアブストラクトの内容から、在宅療養の場で訪問系サービスを受けている高齢者の状態のモニタリング指標として、のべ 1,585 個の指標を抽出した。

これらの指標を概観すると、LIFE のように体系的かつ包括的な評価ツール（以後、包括的評価ツールと表記）と Barthel Index や Mini-Mental State Examination (MMSE)、転倒の既往といった特定の目的を持つ評価ツールや評価項目（以後、具体的評価指標と表記）との 2 つに大別された。前者がのべ 346 件、後者がのべ 1,239 件であった。後者については、どの領域の評価に使用されるかという視点で、帰納的に分類した。

### C. 2. KDB を用いた訪問系サービス利用者の特徴とニーズの分析：在宅介護サービスの利用状況に関する予備的分析

2022 年度になんらかの給付サービスを利用した者は 62,184 人であった。このうち、在宅サービス利用者に分類された者は 35,909 人（58%）、施設サービス利用者に分類された者は 14,138 人（23%）であった。在宅サービス利用者と施設サービス利用者の群間比較を行ったところ、施設サービス利用者において女性が多く、平均年齢が高く、要介護認定区分が重度であった。施設サービスにおいては、介護福祉施設、介護保健施設の利用が最も多く、在宅サービスにおいては、訪問介護、通所介護が最も多く、次いで居宅療養管理指導の利用が多かった。年齢区分別にみると、95 歳未満では年齢が高いほど施設サービスの利用者が多

く（90-94 歳がピーク）、在宅サービスはいずれのサービスにおいても概ね 85-89 歳の利用が最も多かった。

奈良県内の自治体職員を対象としたヒアリングでは、管轄域内の介護保険サービスを提供する医療機関および介護保険事業所のサービス提供状況、LIFE 算定状況、情報共有システムなどに関して現状を聞き取った。

### C. 3. LIFE 関連加算の算定状況：KDB を用いた分析

サービス種類コードをベースに「施設」「通所」「訪問」の 3 つの区分に分けて抽出した全体の実利用者数は 52,658 人で、「訪問」「通所」「施設」の順に多かった。3 つの区分で重複する実利用者数を足し合わせた合計は 68,479 人であった。コードごとの実利用者数、各種コードに対応する加算の項目コードごとの実算定者数、実算定者数を実利用者数で除した割合（実算定者割合）は、「施設」の区分では、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院のうち、介護老人保健施設の加算の算定者割合が 85.1%と最も高く、「通所」の区分では、通所リハビリテーションの方が通所介護よりも算定者割合が高かった。

「科学的介護推進体制加算」全体の算定者割合を市町村別に算出した結果については、市町村ごとの加算の算定者割合にはばらつきが見られ、最高で 93.5%、最低で 28.9%と大きな差があった。

「科学的介護推進体制加算」全体の SCR を市町村別に算出したところ、最大となる自治体の SCR は 139 で、最小は 43 であった。

### C. 4. 訪問系サービスに係る職種別の評価可能な指標の同定に関するアンケート調査

看護職 628 人、リハビリテーション専門職 79 人、介護職 523 人、その他 28 人の計 1258 人から回答が得られた。回答者の割合は、看護職 49.9%、リハビリテーション専門職 6.3%、介護職 41.6%

であった。全体の結果として、167項目のうち124項目で90%以上において全ての利用者に、あるいは一部の利用者に評価を実施していた。

職種別で評価を実施している項目を比較したところ、看護職は「呼吸」「服薬」など健康状態を中心に、リハビリテーション専門職は、評価頻度が高く特に移動や動作に関する項目を中心に、介護職は着替えや身だしなみなど生活面が中心であった。

## D. 考察

### D. 1. 訪問系サービスを受ける高齢者のモニタリング指標に関する文献レビュー

タイトル・アブストラクトスクリーニングの結果から、在宅療養の場で、訪問系サービスを受けている高齢者の状態をモニタリングする指標が、包括的評価ツールと具体的評価指標に大別されることがわかった。

既存の LIFE 項目と包括的評価ツールとして頻出した InterRAI HC と OASIS の項目とを比較したところ、既存の LIFE 項目のみに存在する項目は、基本情報の「障害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」、総論の「緊急入院の状況：入院日」、口腔・栄養の「食事摂取量」「必要栄養量」「提供栄養量」「むせ」「歯の汚れ」「歯肉の腫れ・出血」認知症の「Vitality Index（意欲の指標）」「認知症行動障害尺度（DBD13）」の一部、であった。

### D. 2. KDB を用いた訪問系サービス利用者の特徴とニーズの分析：在宅介護サービスの利用状況に関する予備的分析

サービス利用状況について、施設サービス利用者は年齢も高く、要介護度も重度である一方、在宅サービス利用者はほとんどのサービスにおいて85-59歳の利用が最も多く、要介護2の者の利用が最も多かった。

訪問系 LIFE 指標を検討するにあたり、こうした違いを考慮する必要がある。訪問系サービスへの LIFE の導入を考える際には、実現可能性を考慮することが重要であるが、例えば訪問介護の生活援助は利用者に対する直接的な支援を行わず、LIFE 指標に関する評価の機会が得難い可能性がある。こうした場合には、同一利用者に関与している他のサービス（通所系サービスや訪問看護、訪問リハビリテーション）において LIFE 指標の評価を実施し、その結果を共有することが可能であるかもしれない。

一方で、一種類のサービス利用で訪問介護・訪問入浴介護を利用している者においては、同一利用者への関与が限定的であり、LIFE 活用に困難さを生じる可能性が考えられる。実証研究の計画・実施においても、対象自治体の現状と併せて、本分析結果を考慮することが必要である。

### D. 3. LIFE 関連加算の算定状況：KDB を用いた分析

「科学的介護推進体制加算」全体の市町村別算定者割合や SCR の算出については、先行研究や行政資料等でこれらの数値は具体的に未だ明示されることがなく、筆者らの知る限り本研究が初の報告となる。各種別の事業所によって算定の状況には差があるものの、LIFE 関連加算を算定している事業所の割合は経年的に増加傾向にある。

しかし、現在のところ地域別の LIFE 関連加算の算定状況は不明である。地域によって提供可能な介護サービスのリソースに差があることは本分析結果からも推察でき、国や自治体が LIFE に関してさらなる施策の推進を図る際は、地域の実情に応じた対応が求められると考えられる。

今回の研究では、「科学的介護推進体制加算」全体の SCR を分析例の一つとして提示したが、他にも施設や通所、訪問等の区分でも算出することが可能である。KDB の介護レセプトデータを用い

た SCR の算出は、市町村間の算定状況を可視化し、隣接する市町村や同程度の規模の市町村の実態を把握できる指標として活用できるものであり、有用と考えられる。

#### D. 4. 訪問系サービスに係る職種別の評価可能な指標の同定に関するアンケート調査

評価項目のうち、「口腔・嚥下」「転倒」「薬剤（服薬状況等）」「疼痛」「褥瘡」「社会活動・交流」「排泄」「聴力」「視力」は、今回のアンケート調査において、いずれも 90%以上の情報収集実施状況であった。これらは、要介護認定における認定調査の基本調査項目にも含まれており、65 歳以上高齢者の状態を評価する上で重要な項目であると言える。

今回の調査では、科学的介護推進体制加算を含む全 LIFE 帳票に含まれる項目を調査対象に含めた。結果を踏まえて、特に主たる LIFE 帳票の 1 つである、科学的介護推進体制加算に含めるのに適した項目および適切な評価職種に関して、さらに詳細な分析、検討を行う必要がある。

### E. 結論

#### E. 1. 訪問系サービスを受ける高齢者のモニタリング指標に関する文献レビュー

包括的評価ツールとして、国際的には、InterRAI HC と OASIS が活用されており、これらと既存の LIFE 項目を比較した結果、LIFE に含まれる項目は、そのほか二つの包括的評価ツールに含まれる項目と概ね合致することが明らかになった。

一方で、「障害高齢者の日常生活自立度」と「認知症高齢者の日常生活自立度」が基本情報として含まれること、「認知症行動障害尺度（DBD13）」を使用して行動障害をモニタリングしていることは LIFE の特徴であることが示唆された。「視覚」「聴覚」「転倒」「QOL」に関しては、LIFE への導入も含め、今後議論が必要

である。

#### E. 2. KDB を用いた訪問系サービス利用者の特徴とニーズの分析：在宅介護サービスの利用状況に関する予備的分析

訪問系サービスにおける LIFE 活用に向けて、奈良県 KDB を用いて施設および在宅サービス利用状況の可視化を行った。施設サービス利用者と在宅サービス利用者では、在宅サービス利用者数が多く、両群を比較したところ、年齢、要介護区分、サービス利用状況において、異なる特徴を有していた。

さらに、在宅サービス利用者のサービスの重複利用状況を分析したところ、1 種類のみ利用者が概ね半数であった。特に、1 種類のみで利用しているサービスが訪問介護、訪問入浴介護の場合は、サービス提供者による利用者との直接的な関わりが限定的である場合が想定されることから、LIFE 活用に向けた方略を検討する必要があると考えられる。

#### E. 3. LIFE 関連加算の算定状況：KDB を用いた分析

本研究では、奈良県 KDB 改良データにおける介護レセプトを用いて、LIFE 関連加算の算定状況について市町村別に基礎的な集計を行い、加算の算定実態を可視化する手法を検討した。

「科学的介護推進体制加算」に着目し、SCR を算出した結果、加算の算定状況は市町村間で大きなばらつきが見られた。こうした分析のアプローチは、地域の実情に応じた LIFE のさらなる推進を検討するうえで重要であり、LIFE 情報の地域的な偏りの理解を深める点でも有用と考えられた。

#### E. 4. 訪問系サービスに係る職種別の評価可能な指標の同定に関するアンケート調査

在宅で訪問系サービス（訪問看護、訪問居りハビリテーション、訪問介護）を利用している

高齢者の状態を評価する適切な指標について、実際のサービス提供の現場において用いられている評価指標および評価職種を明らかにするため、訪問系サービス従事者を対象としたアンケート調査を実施した。今後は、訪問系サービスごとの適切な指標、および適切な評価者を明示化する必要があると考える。

**F. 健康危険情報**

なし

**G. 研究発表**

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
「訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究」  
分担研究報告書(令和6年度)

訪問系サービスを受ける高齢者のモニタリング指標に関する文献レビュー

研究分担者 保田 江美 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)  
研究分担者 山口 佳小里 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)  
研究分担者 柴山 志穂美 (神奈川県立保健福祉大学実践教育センター)

研究要旨

2021年からは、ケアの質向上および重度化防止を目的として、科学的介護情報システム(LIFE)の運用が開始された。しかし、訪問系サービスは施設系サービスと比較し、サービスの特性に適した LIFE 指標の検討が不十分である。そこで本研究は、訪問系サービス(訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護)を利用し、在宅療養をしている高齢者の状態のモニタリングに活用される指標を、先行研究から明らかにすることを目的とした。タイトル・アブストラクトスクリーニングの対象となった文献は、2363件中617件であった。タイトルおよびアブストラクトから、目的に合致する指標として、のべ1,585個が抽出された。モニタリングに活用される指標が、包括的評価ツールと具体的評価指標に大別されることがわかった。包括的評価ツールとして、国際的には、InterRAI HC と OASIS が活用されており、これらと施設および通所サービスの科学的介護推進体制加算の項目とを比較した。その結果、既存の LIFE に含まれる項目は、InterRAI HC および OASIS に含まれる項目と概ね合致することが明らかになった。一方で、「障害高齢者の日常生活自立度」と「認知症高齢者の日常生活自立度」が基本情報として含まれること、「認知症行動障害尺度(DBD13)」を使用して行動障害をモニタリングしていることは LIFE の特徴であることが示唆された。「視覚」、「聴覚」、「転倒」、「QOL」に関しては、評価に含むか今後さらなる議論が必要である。

**A. 研究目的**

2017年の地域包括ケア強化法により、高齢者の自立支援や重度化防止を一層推進するため、自治体が地域特性に応じて PDCA サイクルを用いて取り組むことが制度化された。2021年からは、ケアの質向上および重度化防止を目的として、科学的介護情報システム(LIFE)の運用が開始された。しかし、訪問系サービスは施設系サービスと比較し、サービスの特性に適した

LIFE 指標の検討が不十分である。

そこで本研究は、訪問系サービス(訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護)を利用し、在宅療養をしている高齢者の状態のモニタリングに活用される指標を、先行研究から明らかにすることを目的とする。

**B. 研究方法**

本研究では、レビューの網羅性を高めるため、

スコーピングレビューの手法を用いた。スコーピングレビューとは、研究領域の基盤となる重要な概念を整理し、素早くまとめることである (Arksey & and O' Malley, 2005)。レビューのプロセスは、Arksey & and O' Malley(2005)と Levac et. al(2010)で提案されたフレームワークに従った。具体的には、1) リサーチクエスチョンを設定する、2) 関連する先行研究を特定する、3) レビューを実施する研究を選択する、4) 得られたデータを表に示す、5) 研究結果を要約し、提示する、というプロセスで実施した。本研究では、先行研究の概要を把握することを優先し、まずは1)と2)について実施した。

リサーチクエスチョンの設定では、Population (対象者)、Concept (概念)、Context (文脈)を示す「PCC」の視点の活用が推奨されている。本研究では、「在宅療養の場で(文脈)、訪問系サービスを受けている高齢者の(対象)状態をモニタリングする指標(概念)にはどのようなものが報告されているか」をリサーチクエスチョンとして設定した。

文献検索は、The Joanna Briggs Institute (JBI)で推奨されている方法(Micah. et al., 2015)を採用し、Pubmed、CINAHL、Embaseの3つのデータベースを使用した。検索式はPCCをもとに作成し、2024年9月11日に検索をおこなった。

データベースの検索結果をRayyan (<https://www.rayyan.ai/>)にエクスポートし、得られた引用文献リストから重複を削除した。二人の研究者が独立して、タイトルおよびアブストラクトをレビューし、PCCに合致する論文を特定した。特定する過程において、研究者間の意見が異なる場合には、合意に至るまで議論した。特定された論文のタイトルおよびアブストラクトから、高齢者の状態をモニタリングする指標を抽出し、リスト化するとともに、研究者らで類似領域ごとに整理した。

(倫理面への配慮)

本研究は文献レビューであり、人を対象とした直接的な研究や個人情報を含むデータを使用していないため、倫理審査委員会の承認は必要としない。

## C. 研究結果

3データベースより、4,535件が抽出された。うち、2173件が重複文献として削除され、スクリーニングの対象は2363件となった。タイトルおよびアブストラクトスクリーニングを実施し、PCCに合致する617件が抽出された。

617件の文献のタイトルおよびアブストラクトの内容から、在宅療養の場で訪問系サービスを受けている高齢者の状態のモニタリング指標として、のべ1,585個の指標を抽出した。

これらの指標を概観すると、LIFEのように体系的かつ包括的な評価ツール(以後、包括的評価ツールと表記)と Barthel Index や Mini-Mental State Examination (MMSE)、転倒の既往といった特定の目的を持つ評価ツールや評価項目(以後、具体的評価指標と表記)との2つに大別された。前者がのべ346件、後者がのべ1,239件であった。後者については、どの領域の評価に使用されるかという視点で、帰納的に分類した。

### 1) 包括的評価ツール

頻出したツールは、「InterRAI Home Care (HC)」(のべ127件/包括的評価ツールの36.7%)と「Outcome and Assessment Information Set (OASIS)」(のべ26件/7.5%)の二つであった。InterRAIは、医療や介護を必要とする人々を対象にした包括的な評価ツールで、世界各国の政府や施設で導入されている。InterRAI HCはホームケア版として活用されている。OASISは、アメリカのメディケアおよびメディケイドを受ける患者のケアの必要性、リスク、アウトカムを評価する標準化されたデータセットである。LIFEもさまざまな角度から包括的に高齢者の状態を評価するものである。よって既存の施設および通所サービス

の科学的介護推進体制加算の項目（以下、既存の LIFE 項目と表記）とこれら二つの包括的評価ツールの項目とを比較した。結果を表 1 および表 2 に示す。

## 2) 具体的評価指標

「動作・移動」に関する指標がもっとも多く抽出された（300 件／具体的評価指標の 24.2%）。うち、Instrumental Activities of Daily Living (IADL／手段的日常生活動作) に関連する指標が 49 件、Barthel Index が 38 件、Timed up and go-test (TUG) が 18 件、Katz ADL Index が 13 件であった。

つぎに多く抽出された領域は「精神」に関する指標で（108 件／8.7%）、Geriatric Depression Scale (GDS) が 14 件と多く使用されていた。

ついで「QOL」に関する指標が抽出され（105 件／8.5%）、うち Health-Related Quality of Life (HRQoL) が 30 件、短縮版である EuroQoL 5-Dimensions (EQ-5D) が 17 件であった。

「食事・栄養」に関する指標は 96 件（7.7%）抽出され、その約半数の 52 件で Mini Nutritional Assessment (MNA) が使用されていた。「認知」に関する指標は 84 件（6.8%）が抽出され、Mini-Mental State Examination (MMSE) が 30 件ともっとも多く使用されていた。「転機（在宅療養から病院への入院、救急外来の受診等）」が 82 件（6.6%）、「属性（性別や国籍などの情報）」が 74 件（6.0%）、「特定の疾患の有無や病期」が 61 件（4.9%）と続いた。

「口腔・嚥下」、「転倒」、「薬剤（服薬状況等）」、「疼痛」、「褥瘡」、「社会活動・交流」に関する指標は 10～30 件と少なく、「排泄」、「聴力」、「視力」、「幸福感」については、10 件を下回った。

## D. 考察

タイトル・アブストラクトスクリーニングの結果から、在宅療養の場で、訪問系サービスを受けている高齢者の状態をモニタリングする指標が、

包括的評価ツールと具体的評価指標に大別されることがわかった。既存の LIFE 項目と包括的評価ツールとして頻出した InterRAI HC と OASIS の項目とを比較したところ、既存の LIFE 項目のみに存在する項目は、基本情報の「障害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」、総論の「緊急入院の状況：入院日」、口腔・栄養の「食事摂取量」、「必要栄養量」、「提供栄養量」、「むせ」、「歯の汚れ」、「歯肉の腫れ・出血」、認知症の「Vitality Index（意欲の指標）」、「認知症行動障害尺度（DBD13）」の一部、であった。

InterRAI は、さまざまなバージョンがあり、知的障害者向けの interRAI Intellectual Disability (ID) が存在する。OASIS は障害者に特化した項目はない。高齢者の状態を知るための基本情報として「障害高齢者の日常生活自立度」の指標を用いていることは、LIFE の特徴の一つであることが示唆される。また、InterRAI HC や OASIS を導入している国や州よりも日本の高齢化率が高いことから、「認知症高齢者の日常生活自立度」を基本情報として収集していることについても LIFE の特徴の一つであると考えられる。

「緊急入院の状況：入院日」については、入院日として合致する項目はないものの、InterRAI HC、OASIS とともに、緊急入院の有無等の項目が存在する。ほかの項目から同様の情報を収集していると考えられる。

「食事摂取量」、「必要栄養量」、「提供栄養量」に直接対応する項目は InterRAI HC には存在しないものの、栄養上の問題があるか（体重減少）などを通じて、別の視点から栄養状態をモニタリングしていると考えられる。OASIS では、嚥下／栄養状態にある「栄養学的アプローチ」の一部に含まれる。「むせ」についても InterRAI HC では、嚥下障害のスクリーニングのなかでおこなわれていると推察され、OASIS では、嚥下／栄養状態にある「摂食または食事」の下位項目に含まれる。

「歯の汚れ」、「歯肉の腫れ・出血」は、InterRAI HC と OASIS とともに、ほかの項目でカバーされてお

り、評価している内容については齟齬がないと言える。

「Vitality Index (意欲の指標)」は、LIFE の特徴的な項目であると考えられる。InterRAI HC には、気分と行動の項目で、意欲低下や無関心を評価する項目が存在するが、あくまで精神状態を評価する項目の一部であり、意欲に特化した評価は行われていない。また、OASIS には、直接的に意欲を評価する項目はない。

「認知症行動障害尺度 (DBD13)」は、米国で開発された Dementia Behavior Disturbance scale の日本語版であるが、InterRAI HC や OASIS には採用されていなかった。一部、類似・対応する項目は存在するものの、全体としては独自の項目で、認知症を伴う行動障害をモニタリングしている。

InterRAI HC および OASIS の双方、あるいは片方に使用されていた項目も存在する。多くは、LIFE の項目を異なる視点から評価する指標であるが、一部特徴的な項目として「視覚」、「聴覚」、「転倒」が挙げられる。これらは、タイトル・アブストラクトスクリーニングの結果でも、研究上の指標として扱われている件数が少なかった。高齢者が自宅で生活していくうえでは重要な項目である一方で、ALD 等の評価において、同時に評価を実施している可能性も高く、項目として必要であるかは今後、十分な議論が必要である。

タイトル・アブストラクトスクリーニングでは、具体的な評価指標のなかで、「QOL」に関する項目が 8.5% 存在した。しかし、3つのツールには、QOL を測定する指標は含まれなかった。QOL は高齢者の状態を評価するための重要な項目である。LIFE への適用には議論が必要であるが、本研究の知見が議論の基礎資料となることを期待したい。

## E. 結論

本研究では、訪問系サービス (訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護) を利用し、在宅療養をしている高齢者の状態のモニタリングに活用される指標を、先行研究から明らかにした。その結果、モニタリングに活用される指

標が、包括的評価ツールと具体的評価指標に大別されることがわかった。包括的評価ツールとして、国際的には、InterRAI HC と OASIS が活用されており、これらと既存の LIFE 項目を比較した。その結果、LIFE に含まれる項目は、そのほか二つの包括的評価ツールに含まれる項目と概ね合致することが明らかになった。一方で、「障害高齢者の日常生活自立度」と「認知症高齢者の日常生活自立度」が基本情報として含まれること、「認知症行動障害尺度 (DBD13)」を使用して行動障害をモニタリングしていることは LIFE の特徴であることが示唆された。

「視覚」、「聴覚」、「転倒」、「QOL」に関しては、LIFE への導入も含め、今後議論が必要である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 文献

Arksey, H., & and O' Malley, L. (2005 年). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.

<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010 年). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

Micah D. J., P., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015 年). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

表 1 : LIFE (科学的介護推進加算) を基準とした InterRAI および OASIS の項目対応

LIFE (科学的介護推進体制加算)				InterRAI HC			OASIS		
区分 <sup>1)</sup>	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	利用者情報	氏名		基本情報	氏名				
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	利用者情報	生年月日		基本情報	生年月日		管理情報 - 患者追跡	生年月日	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	利用者情報	保険者番号							
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	利用者情報	性別		基本情報	性別		管理情報 - 患者追跡	性別	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	利用者情報	被保険者番号		基本情報	介護保険証番号				
HF	基本情報	要介護度		基本情報	要介護度				
HF	基本情報	障害高齢者の日常生活自立度							
HF	基本情報	認知症高齢者の日常生活自立度							
HF	基本情報	評価日		基本情報	アセスメント基準日				
HF	基本情報	評価時点 (サービス利用状況)		アセスメント情報	アセスメント完成日		管理情報	評価完了日	



LIFE (科学的介護推進体制加算)				InterRAI HC			OASIS		
区分 <sup>1)</sup>	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
HF	口腔・栄養	身長		口腔および栄養状態	身長と体重	身長 (cm)	嚥下/栄養状態	身長と体重	
F	口腔・栄養	低栄養状態の リスクレベル							
HF	口腔・栄養	体重		口腔および栄養状態	身長と体重	体重 (kg)	嚥下/栄養状態	身長と体重	
F	口腔・栄養	栄養補給法		口腔および栄養状態	栄養摂取の方法		嚥下/栄養状態	栄養学的アプローチ <sup>4)</sup>	
F	口腔・栄養	食事形態		口腔および栄養状態	栄養管理 (ダイエットタイプ) の必要 (ありなし)	食物形態の加工 (ソフト食、刻み、とろみ等の 必要性)	嚥下/栄養状態	栄養学的アプローチ	
F	口腔・栄養	とろみ		口腔および栄養状態	栄養管理 (ダイエットタイプ) の必要 (ありなし)	食物形態の加工 (ソフト食、刻 み、とろみ等の必要性)	嚥下/栄養状態	栄養学的アプローチ	
F	口腔・栄養	食事摂取量	全体						
F	口腔・栄養	食事摂取量	主食						
F	口腔・栄養	食事摂取量	副食						
F	口腔・栄養	必要栄養量	エネルギー						
F	口腔・栄養	必要栄養量	たんぱく質						
F	口腔・栄養	提供栄養量	エネルギー						
F	口腔・栄養	提供栄養量	たんぱく質						
F	口腔・栄養	褥瘡 (の有無)		皮膚の状態	最重度の褥瘡		皮膚の状態	ステージ分け可能な 最も問題のある 治療していない 褥瘡/損傷のステージ	
							皮膚の状態	ステージ2以上の 治療していない 褥瘡/損傷	
							皮膚の状態	退院時に存在する最も 古いステージ2の褥瘡	
							皮膚の状態	各ステージの現在の 治療していない 褥瘡/損傷の数	
							皮膚の状態	ステージ1の褥瘡の数	
HF	口腔・栄養	義歯の使用		口腔および栄養状態	歯科口腔	義歯使用 (取り外しのできる補綴物)			
HF	口腔・栄養	むせ							
HF	口腔・栄養	歯の汚れ							
HF	口腔・栄養	歯肉の腫れ・出血							

LIFE (科学的介護推進体制加算)				InterRAI HC			OASIS		
区分 <sup>1)</sup>	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
HF	認知症	認知症の診断		疾患	疾患	神経系: アルツハイマー病			
				疾患	疾患	神経系:アルツハイマー病 以外の認知症			
HF	認知症	生活・認知機能尺度	身近なもの(たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など)を置いた場所を覚えていますか	認知	記憶を想起する能力	状況記憶	行動	認知、行動、精神症状 <sup>5)</sup>	
HF	認知症	生活・認知機能尺度	身の回りに起こった日常的な出来事(たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など)をどのくらいの期間、覚えていますか	認知	記憶を想起する能力	状況記憶	行動	認知、行動、精神症状	
HF	認知症	生活・認知機能尺度	現在の日付や場所等についての程度認識できますか				認知パターン	精神状態に関する簡易面接 (BIMS)	時間的方向性: 年、月、日
HF	認知症	生活・認知機能尺度	誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか	コミュニケーションと視覚	自分を理解させることができる				
HF	認知症	生活・認知機能尺度	一人で服薬ができますか	コミュニケーションと視覚	他者を理解できる能力(理解力)				
HF	認知症	生活・認知機能尺度	一人で着替えることができますか (衣服の機能への理解度)	機能状態	IADLの実施状況と能力	薬の管理	医薬品	経口薬の管理	
HF	認知症	生活・認知機能尺度	テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか				行動	認知、行動、精神症状	
HF	認知症	Vitality Index	意思疎通 (における意欲)						
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	Vitality Index	起床 (における意欲)						
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	Vitality Index	食事 (における意欲)						
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	Vitality Index	排せつ (における意欲)						
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	Vitality Index	リハビリ・活動 (における意欲)						
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	忘れてしまうことが多いため、同じことを何度も聞いてしまう	認知	記憶を想起する能力	短期記憶	認知パターン	精神状態に関する簡易面接 (BIMS)	3つの単語の繰り返し
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	よく物をなくしたり、置場所を間違えたりする	認知	記憶を想起する能力	短期記憶	認知パターン	精神状態に関する簡易面接 (BIMS)	リコール
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	日常的な物事に 関心を持ってない						
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	特別な理由がないのに 夜中に起きて布団から 出てしまう				行動	認知、行動、精神症状	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	他人が納得できる根拠がない状況で、他人に文句を 言ってしまう	気分と行動	行動の問題	暴言	行動	認知、行動、精神症状	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	昼間、寝ていることが多い						
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	過度に歩き回ることが多い	気分と行動	行動の問題	徘徊	行動	認知、行動、精神症状	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	同じ動作を 何回も繰り返してしまう				行動	認知、行動、精神症状	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	荒い口調で相手を責める ような言葉を出してしまう	気分と行動	行動の問題	暴言	行動	認知、行動、精神症状	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	服装が場違いな、あるいは 季節に合わない場合がある				行動	認知、行動、精神症状	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	世話をしてもらうことを 受け入れられない	気分と行動	行動の問題	ケアに対する抵抗			
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	周囲にわかってもらえる ような理由なしに				行動	認知、行動、精神症状	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	認知症	DBD13	物を貯め込んでしまう 引き出しやたんすの物を 取り出そうとして、中身を 全部出してしまうことがある				行動	認知、行動、精神症状	

LIFE (科学的介護推進体制加算)				InterRAI HC			OASIS		
区分 <sup>1)</sup>	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	基本動作	機能状態	ADL	ベッド上の可動性	機能的能力 機能的能力 機能的能力 機能的能力	モビリティ モビリティ モビリティ モビリティ	寝返り 座位から横たわる 起き上がり 立ち上がり 椅子/ベッドから椅子への移乗
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	歩行・移動	機能状態 機能状態 機能状態 機能状態	IADLの実施状況と能力 IADLの実施状況と能力 ADL ADL	外出 階段 移動 歩行	機能的能力 機能的能力 機能的能力 機能状態	モビリティ モビリティ モビリティ 歩行/移動	階段昇降1段(緑石) 階段昇降4段 階段昇降12段
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	認知機能 オリエンテーション(見当識)				機能的能力 機能的能力 機能的能力 機能的能力	モビリティ モビリティ モビリティ モビリティ	10フィート歩行 50フィート2ターン歩行 150フィート歩行 凹凸のある地面を10フィート歩行
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	認知機能 コミュニケーション	コミュニケーションと視覚 コミュニケーションと視覚	自分を理解させることができる 他者を理解できる能力(理解力)		認知パターン	精神状態に関する簡易面接(BIMS)	時間的方向性:年、月、日
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	認知機能 精神活動 (時間管理、算術、記憶)	認知 認知	記憶を想起する能力 日常の意思決定を行うための認知能力	状況記憶	行動	認知、行動、精神症状	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	食事 嚥下機能				嚥下/栄養状態	摂食または食事	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	食事 食事動作および食事介助	機能状態	ADL	食事	機能的能力	セルフケア	食事
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	排泄の動作	機能状態 機能状態	ADL ADL	トイレの使用: 移乗は含めない トイレへの移乗	機能的能力 機能状態 機能状態 機能的能力	セルフケア トイレの衛生 トイレ移乗 モビリティ	トイレ動作(移乗含まない) トイレ移乗
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	入浴動作	機能状態	ADL	入浴: 背中を洗う、洗髪は含めない	機能状態 機能的能力	入浴 セルフケア	シャワー/入浴
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	整容 口腔ケア				機能的能力	セルフケア	口腔衛生
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	整容 整容	機能状態	ADL	個人衛生: 入浴とシャワーは含めない	機能状態	セルフケア 身だしなみ (顔や手を洗うこと、 爪の手入れなど)	
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	整容 衣服の着脱	機能状態 機能状態	ADL ADL	上半身の更衣 下半身の更衣	機能状態 機能的能力 機能状態 機能的能力	上半身の着衣能力 上半身着衣 下半身の着衣能力 上半身着衣	上半身の更衣 下半身の更衣
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	社会参加 余暇						
H <sup>2)</sup> F <sup>2)</sup>	その他	ICFステージング	社会参加 社会交流	心理社会面 心理社会面	社会関係 社会関係	家族や友人の訪問 家族や友人とのその他の交流			

- 1) Hは在宅、Fは施設
- 2) 任意項目の場合に右上に2)を記載
- 3) 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院において、科学的介護推進体制加算(Ⅱ)を算定する場合は診断名が必須、介護老人保健施設、介護医療院においてはさらに服薬情報の提出が必須
- 4) 非経口/静脈内栄養、栄養チューブ、機械的に改変された食事(きざみ食、とろみなど)、治療食(減塩、糖尿病食、低コレステロールなど)
- 5) 記憶障害、意思決定障害(通常の日常生活動作ができない、行動を止められないなど)、言葉による妨害(叫ぶ、暴言等)、暴力、破壊的・幼児的・または社会的に不適切な行動、妄想・幻覚・妄想的行動
- 6) SOC(Start of Care): ケア開始、ROC (Resumption of Care) : ケアの再開

- 7) がん治療（化学療法、放射線療法）、呼吸療法（酸素療法、吸引、気管切開ケア、人工呼吸器）、その他（IV 薬剤、輸血、透析、IV アクセス）  
※治療中、治療計画がある場合
- 8) 非専門家の能力と意欲に関する状況（ADL、服薬管理、医療管理、医療処置、監視と安全）
- 9) 転倒予防介入、うつ病に対する介入、痛みを監視および緩和するための介入、褥瘡を予防するための介入、湿潤創傷治癒の原理に基づく褥瘡治療

表2：InterRAI HC を基準としたおよび OASIS の項目対応 (LIFE (科学的介護推進加算) にはない項目)

InterRAI HC			OASIS		
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
基本情報	婚姻状況				
基本情報	事業者番号				
基本情報	アセスメント理由		管理情報	評価理由	
基本情報	本人のケア目標				
基本情報	アセスメント時の 居住場所				
基本情報	同居形態	90日前 (または前回 アセスメント時) と比較して同 居形態の変化			
基本情報	同居形態	利用者や家族、身内が 利用者は他のところに 住むほうがいいのではないかと 思っている			
基本情報	退院後の経過期間				
相談受付表	受付日				
相談受付表	相談受付時までの経過				
相談受付表	相談受付内容				
相談受付表	過去5年間の利用履歴 (短 期は含まず)	介護施設、療養病院/病棟			
相談受付表	過去6年間の利用履歴 (短 期は含まず)	認知症対応型共同生活介護、小 規模多機能型居宅介護			
相談受付表	過去7年間の利用履歴 (短 期は含まず)	高齢者住宅：有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護 有り・無し含む)			
相談受付表	過去8年間の利用履歴 (短 期は含まず)	精神科病院、精神科病棟			
相談受付表	過去9年間の利用履歴 (短 期は含まず)	精神障害者の施設			
相談受付表	過去10年間の利用履歴 (短期は含まず)	知的障害者の施設			
相談受付表	教育歴				
相談受付表	医療機関受診時の送迎				
相談受付表	受診中付き添いが必要				
			管理情報 - 患者追跡	ケア開始日	
			管理情報 - 患者追跡	ケア再開日	
			管理情報 - 患者追跡	民族性	
			管理情報 - 患者追跡	人種	
			管理情報	言語	
			管理情報	評価を完了した人の規律 (職種)	
			管理情報	退院/転院/死亡日	
			管理情報	医師の指示による治療開始 日 (治療再開)	
			管理情報	紹介日	
			管理情報	搬送	
			管理情報	入院施設 (治療開始/治療再開 日の直前の14日以内に1つ以上 の入院施設から 退院したかどうか)	
			管理情報	入院患者の退院日	
			管理情報	緊急ケア (入院含む)	
			管理情報	入院施設 (の種類)	
			管理情報	転送時に次の医療提供者に 最新の薬剤リストを提供す る	
			管理情報	退院時に次の医療提供者に 最新の薬剤リストを提供す る	
			管理情報	退院時に患者に最新の薬剤 リストを提供する	
			管理情報	現在の調整済み薬剤リスト を後続の医療提供者に送信 するルート	
			管理情報	現在の調整済み薬剤リスト を患者に送信するルート	

InterRAI HC			OASIS		
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
認知	記憶を想起する能力	手続き記憶	行動	認知、行動、精神症状	
認知	せん妄の兆候	注意がそらされやすい	認知パターン	認知機能のレベル	
認知	せん妄の兆候	支離滅裂な会話がある	認知パターン	せん妄の兆候と症状	
認知	せん妄の兆候	精神機能が1日の中で変化する	認知パターン	せん妄の兆候と症状	
認知	精神状態の急な変化 過去90日間（または前回 アセスメント以降）の 意思決定能力の変化				
			認知パターン	精神状態を調べるための簡 単な面接は実施すべきか？	
			認知パターン	精神状態に関する簡易面接 (BIMS)	BIMSサマリースコア
			認知パターン	混乱したとき (過去14日以内に報告 または観察された場合) ( <b>混乱を経験したか、 その場合の時間帯や状況</b> )	
			認知パターン	不安を感じたとき (過去14日以内に報告 または観察された場合) ( <b>過去14日間に 不安を感じた頻度</b> )	
コミュニケーションと 視覚	聴覚	聴力	聴覚、発話、視覚	聴覚	
コミュニケーションと 視覚	聴覚	補聴器の使用	聴覚、発話、視覚	聴覚	
コミュニケーションと 視覚	視覚	視力	聴覚、発話、視覚	視覚	
コミュニケーションと 視覚	視覚	眼鏡、コンタクトレンズ、 拡大鏡などの使用	聴覚、発話、視覚	視覚	
			聴覚、発話、視覚	健康リテラシー	
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	否定的なことを言う	気分	患者の気分に関する面接 (PHQ-2~9)	
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	自分や他者に対する 継続した怒り			
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	非現実な恐れがあることを 思わせる非言語を含む表現			
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	繰り返し体の不調を訴える			
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	たびたび不安、心配ごとを 訴える（健康上の不安は除く）			
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	悲しみ、苦悩、心配した表情			
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	泣く、涙もろい			
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	ひどいことが起こりそうだと繰 り返し言う			
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	興味を持っていた活動を しなくなる	気分	患者の気分に関する面接 (PHQ-2~9)	
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	社会的交流の減少			
気分と行動	うつ、不安、悲しみの 気分の兆候	人生の喜びを失っているという 非言語を含む表現 (快感喪失)	気分	患者の気分に関する面接 (PHQ-2~9)	
気分と行動	利用者自身が応えた気分	普段楽しんできたことに興味や 喜びが沸かなかったこと	気分	患者の気分に関する面接 (PHQ-2~9)	
気分と行動	利用者自身が応えた気分	不安だったり、 落ち着かない感じ	気分	患者の気分に関する面接 (PHQ-2~9)	
気分と行動	利用者自身が応えた気分	悲しく、落ち込んで、 絶望する感じ	気分	患者の気分に関する面接 (PHQ-2~9)	
気分と行動	行動の問題	暴行	行動	認知、行動、精神症状	
気分と行動	行動の問題	社会的に不適切な迷惑な行為	行動	認知、行動、精神症状	
気分と行動	行動の問題	公衆での 不適切な性的行動や脱衣	行動	認知、行動、精神症状	
気分と行動	行動の問題	無許可の 退居・家出またはその恐れ			
気分と行動	最近3日間における 生活満足度				
			気分	総合重症度スコア	
			行動	破壊的行動症状の頻度（報 告または観察）	
心理社会面	社会関係	長期にわたっての 関心のある活動への参加			
心理社会面	社会関係	家族や友人との葛藤や怒り ある家族や			
心理社会面	社会関係	近い知り合いに対する恐れ ネグレクト（遺棄・放置）、粗 末に扱われる、虐待される			
心理社会面	孤独		気分	社会的孤立	
心理社会面	過去90日間（または 前回アセスメント以降） の社会的活動の変化				
心理社会面	日中、 1人きりでいる時間				
心理社会面	過去90日間の 大きなストレス				
心理社会面	強み（ストレングス）				

InterRAI HC			OASIS		
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
			膀胱と腸	排便のためのストーマ	
			機能的な能力	以前のデバイスの使用	
			機能的な能力	モビリティ	車の乗り降り
			機能的な能力	モビリティ	床から物を拾う
			機能的な能力	事前機能：日常活動	
機能状態	IADLの実施状況と能力	食事の用意			
機能状態	IADLの実施状況と能力	家事一般			
機能状態	IADLの実施状況と能力	金銭管理			
機能状態	IADLの実施状況と能力	電話の利用			
機能状態	IADLの実施状況と能力	買い物			
機能状態	移動／歩行	主な室内移動手段			
機能状態	移動／歩行	4メートルの歩行時間			
機能状態	活動状況	過去3日間において 体を動かした時間の合計 (散歩など)			
機能状態	活動状況	過去3日間に家(建物)の 外に出た日数 (短時間でもよい)			
機能状態	身体機能の潜在能力	本人は自分の身体機能が 向上すると信じている			
機能状態	身体機能の潜在能力	ケアスタッフは本人の 身体機能が向上すると 信じている			
機能状態	過去90日間(または 前回アセスメント以降) のADLの変化				
機能状態	自動車の運転	過去90日間に車を運転した 過去90日間に運転した 場合、運転を制限したり、 やめたほうがいいと誰かに 言われた様子があった			
機能状態	自動車の運転	筋骨系:過去30日間 (または前回アセスメント 以降)の大腿骨骨折			
疾患	疾患	筋骨系:過去30日間 (または前回アセスメント 以降)のその他の骨折			
疾患	疾患	神経系:片麻痺			
疾患	疾患	神経系:多発性硬化症			
疾患	疾患	神経系:対麻痺			
疾患	疾患	神経系:パーキンソン病			
疾患	疾患	神経系:四肢麻痺			
疾患	疾患	神経系:脳卒中／脳血管障害			
疾患	疾患	心肺系:冠動脈疾患(CHD)			
疾患	疾患	心肺系:慢性閉塞性肺疾患 (COPD)			
疾患	疾患	心肺系:うっ血性心不全(CHF)			
疾患	疾患	心肺系:高血圧症			
疾患	疾患	精神:不安症			
疾患	疾患	精神:双極性障害			
疾患	疾患	精神:うつ			
疾患	疾患	精神:統合失調症			
疾患	疾患	感染症:肺炎			
疾患	疾患	感染症: 過去30日間の尿路感染症(UTI)	膀胱と腸	この患者は過去14日間に 尿路感染症の治療を受けま したか?	
疾患	疾患	その他:がん			
疾患	疾患	その他:糖尿病	アクティブ診断	活動性診断—併存疾患およ び併存疾患(comorbidities and co-existing conditions) (併存疾患に末梢血管疾患また は末梢動脈疾患、糖尿病がある か)	
疾患	その他の診断				

InterRAI HC			OASIS		
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
健康状態	転倒		健康状態	入院のリスク	
健康状態	最近の転倒		健康状態	SOC/ROC以降の転倒 <sup>6)</sup>	
健康状態	問題の頻度	バランス:支えなしでは立位になることが難しいか、できない	健康状態	SOC/ROC以降の転倒	
健康状態	問題の頻度	バランス:立位での方向転換が難しいか、できない	健康状態	SOC/ROC以降の転倒回数 <sup>6)</sup>	
健康状態	問題の頻度	バランス:めまい			
健康状態	問題の頻度	バランス:不安定な歩行			
健康状態	問題の頻度	心肺:胸痛			
健康状態	問題の頻度	心肺: 気道内分泌物の排出困難			
健康状態	問題の頻度	精神:異常な思考			
健康状態	問題の頻度	精神:妄想	行動	認知、行動、精神症状	
健康状態	問題の頻度	精神:幻覚	行動	認知、行動、精神症状	
健康状態	問題の頻度	神経:失語症			
健康状態	問題の頻度	消化器系:胃酸の逆流			
健康状態	問題の頻度	消化器系:便秘			
健康状態	問題の頻度	消化器系:下痢			
健康状態	問題の頻度	消化器系:嘔吐			
健康状態	問題の頻度	睡眠障害: 入眠または睡眠の継続困難			
健康状態	問題の頻度	睡眠障害:睡眠過多			
健康状態	問題の頻度	その他:誤嚥			
健康状態	問題の頻度	その他:発熱			
健康状態	問題の頻度	その他: 消化管出血、尿性器出血			
健康状態	問題の頻度	その他:不衛生			
健康状態	問題の頻度	その他:末梢浮腫			
健康状態	呼吸困難 (息切れ)		健康状態	患者が呼吸困難または顕著な息切れを起こすのはいつですか？	
健康状態	疲労度				
健康状態	痛み	痛みの頻度			
健康状態	痛み	痛みの程度:最も重度のもの			
健康状態	痛み	痛みの持続性			
健康状態	痛み	突破する痛み			
健康状態	痛み	痛みのコントロール			
			健康状態	痛みによる睡眠への影響	
			健康状態	痛みによる治療活動の妨害	
			健康状態	痛みによる治療活動の妨害	
健康状態	状態の不安定性	認知、ADL、気分、行動を不安定にするような病態や症状がある (不安定、変動、悪化)			
健康状態	状態の不安定性	急性症状が発生したり、再発性や慢性の問題が再燃した			
健康状態	状態の不安定性	末期の疾患であり、余命が6ヶ月以下である			
健康状態	主観的健康感				
健康状態	喫煙と飲酒	毎日喫煙			
健康状態	喫煙と飲酒	飲酒			
口腔および栄養状態	栄養上の問題	過去30日間に5%以上か180日間に10%以上の体重減少			
口腔および栄養状態	栄養上の問題	脱水である、またはBUN/クレアチニン比が20以上			
口腔および栄養状態	栄養上の問題	1日1リットル未満の水分摂取			
口腔および栄養状態	栄養上の問題	水分排泄量が摂取量を超える			
口腔および栄養状態	歯科口腔	自分の歯が折れている。欠けている、ゆるいほか正常でない			
口腔および栄養状態	歯科口腔	口の渇きを訴える			
口腔および栄養状態	歯科口腔	咀嚼困難を訴える			
口腔および栄養状態	栄養管理 (ダイエットタイプ)の必要(ありなし)	低塩分	嚥下/栄養状態	栄養学的アプローチ	
口腔および栄養状態	栄養管理 (ダイエットタイプ)の必要(ありなし)	カロリー制限	嚥下/栄養状態	栄養学的アプローチ	
口腔および栄養状態	栄養管理 (ダイエットタイプ)の必要(ありなし)	低脂肪	嚥下/栄養状態	栄養学的アプローチ	
口腔および栄養状態	栄養管理 (ダイエットタイプ)の必要(ありなし)	その他	嚥下/栄養状態	栄養学的アプローチ	

InterRAI HC			OASIS		
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
皮膚の状態	褥瘡の既往		皮膚の状態	この患者はうっ滞性潰瘍がありますか？	
皮膚の状態	褥瘡以外の皮膚潰瘍		皮膚の状態	観察可能な現在のうっ滞性潰瘍の数	
皮膚の状態			皮膚の状態	観察可能な最も問題となるうっ滞性潰瘍の状態	
皮膚の状態	重要な皮膚の問題				
皮膚の状態	皮膚の裂傷や切り傷				
皮膚の状態	その他の皮膚状態や変化				
皮膚の状態	足の問題		皮膚の状態	この患者に手術創はありますか？	
			皮膚の状態	観察可能な最も問題となる手術創の状態	
アクティビティ	好む活動	カード、ゲーム、クイズ			
アクティビティ	好む活動	コンピュータ、インターネット関係			
アクティビティ	好む活動	会話、電話			
アクティビティ	好む活動	創作活動			
アクティビティ	好む活動	ダンス、舞踏			
アクティビティ	好む活動	人生についての議論／回顧（回想法）			
アクティビティ	好む活動	運動			
アクティビティ	好む活動	庭仕事、畑仕事			
アクティビティ	好む活動	他者の手助け			
アクティビティ	好む活動	音楽や歌			
アクティビティ	好む活動	ペット			
アクティビティ	好む活動	読書、執筆			
アクティビティ	好む活動	宗教活動			
アクティビティ	好む活動	旅行や買い物			
アクティビティ	好む活動	屋外の散歩			
アクティビティ	好む活動	テレビ、ラジオ、ビデオ／DVD鑑賞			
アクティビティ	好む活動	料理／お菓子作り			
アクティビティ	好む活動	パズル／クロスワード			
アクティビティ	好む活動	その他1			
アクティビティ	好む活動	その他2			
アクティビティ	興味・関心	より多くのレクリエーションに参加することに興味がある			
アクティビティ	興味・関心	転倒予防プログラムに参加することに興味がある			
アクティビティ	興味・関心	記憶力改善のためのプログラムに参加することに興味がある			
アクティビティ	興味・関心	身体機能向上プログラムに参加することに興味がある			
薬剤	全使用薬剤のリスト	経路			
薬剤	全使用薬剤のリスト	回数（1回/日、3回/日など、頓服の場合、過去3日間に使用した回数）			
薬剤	全使用薬剤のリスト	頓用			
薬剤	薬のアレルギー				
薬剤	処方薬の順守				
			医薬品	高リスク薬物クラス：使用と適応症	
			医薬品	薬物療法の見直し	
			医薬品	薬物フォローアップ	
			医薬品	薬物介入	
			医薬品	患者/介護者に対する高リスク薬物教育	
			医薬品	注射薬の管理	

InterRAI HC			OASIS		
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
治療とケアプログラム	健診・予防接種	過去1年間の血圧測定			
治療とケアプログラム	健診・予防接種	過去5年間の大腸内視鏡検査			
治療とケアプログラム	健診・予防接種	過去1年間の歯科検査			
治療とケアプログラム	健診・予防接種	過去1年間の眼科検査			
治療とケアプログラム	健診・予防接種	過去2年間の聴力検査			
治療とケアプログラム	健診・予防接種	過去1年間のインフルエンザワクチン	特別な治療、手順、プログラム	インフルエンザワクチン接種を受けました (10月1日から3月31日の間)	
			特別な治療、手順、プログラム	インフルエンザワクチンデータ収集期間 (10月1日から3月31日の間に在宅医療機関のサービスを受けていたか)	
			特別な治療、手順、プログラム	患者のCOVID-19ワクチン接種は最新です	
治療とケアプログラム	健診・予防接種	過去2年間のマンモグラフィか乳房検査(女性のみ)			
治療とケアプログラム	健診・予防接種	過去5年間で65歳以降の肺炎ワクチン			
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:抗がん剤療法	特別な治療、手順、プログラム	特別な治療、手順、プログラム <sup>7)</sup>	
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:透析	特別な治療、手順、プログラム	特別な治療、手順、プログラム	
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:感染管理	特別な治療、手順、プログラム		
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:経静脈的薬物投与	特別な治療、手順、プログラム	特別な治療、手順、プログラム	
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:酸素療法	特別な治療、手順、プログラム	特別な治療、手順、プログラム	
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:放射線療法	特別な治療、手順、プログラム	特別な治療、手順、プログラム	
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:吸引	特別な治療、手順、プログラム	特別な治療、手順、プログラム	
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:気管切開口のケア	特別な治療、手順、プログラム	特別な治療、手順、プログラム	
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:輸血	特別な治療、手順、プログラム	特別な治療、手順、プログラム	
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:人工呼吸器	特別な治療、手順、プログラム	特別な治療、手順、プログラム	
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	治療:創のケア			
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	プログラム:トイレ誘導			
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	プログラム: 緩和ケアプログラム			
治療とケアプログラム	特別な治療・ケア(過去3日間)	プログラム: 体位変換/姿勢保持			
治療とケアプログラム	過去7日間のサービス	訪問介護			
治療とケアプログラム	過去7日間のサービス	訪問看護			
治療とケアプログラム	過去7日間のサービス	通所介護/リハ			
治療とケアプログラム	過去7日間のサービス	食事/配食			
治療とケアプログラム	リハビリテーション	理学療法			
治療とケアプログラム	リハビリテーション	作業療法			
治療とケアプログラム	リハビリテーション	言語療法			
治療とケアプログラム	受診・入院(過去90日間の回数を右詰めで記入)	入院			
治療とケアプログラム	受診・入院(過去90日間の回数を右詰めで記入)	救急外来 (入院に至ったものは含まない)			
治療とケアプログラム	受診・入院(過去90日間の回数を右詰めで記入)	医師の診察			
治療とケアプログラム	身体抑制	身体抑制			

InterRAI HC			OASIS		
大項目	中項目	小項目	大項目	中項目	小項目
意思決定権と事前指示 支援状況	意思決定権 インフォーマルな援助者	法廷後見人等 本院との関係			
支援状況	インフォーマルな援助者	同居	習慣的な日常活動の好み	患者の生活状況（独居or同居or介護付き住宅など、介護者のサポートできる時間）	
支援状況	インフォーマルな援助者	IADLの援助			
支援状況	インフォーマルな援助者	ADLの援助	習慣的な日常活動の好み	援助の種類と提供元 <sup>8)</sup>	
支援状況	インフォーマルな援助者の状況	インフォーマルな援助者（たち）はこれ以上ケアを続けられない			
支援状況	インフォーマルな援助者の状況	主なインフォーマル援助者は苦悩、怒り、うつを表現する			
支援状況	インフォーマルな援助者の状況	家族や近い友人は利用者の病気によって憔悴している			
支援状況	過去3日間のインフォーマルな援助量（時間実数）		習慣的な日常活動の好み	患者の生活状況（独居or同居or介護付き住宅など、介護者のサポートできる時間）	
環境評価	屋内の環境	家の荒廃			
環境評価	屋内の環境	不潔			
環境評価	屋内の環境	不十分な冷暖房			
環境評価	屋内の環境	安全の欠如			
環境評価	屋内の環境	家や家の中の部屋への手段が制限されている			
環境評価	バリアフリー仕様の住宅に居住				
環境評価	周辺環境	緊急通報			
環境評価	周辺環境	援助なしで行ける日用品の店がある			
環境評価	周辺環境	日用品の配達を頼むことができる			
環境評価	経済状況				
今後の見通しと全体状況	過去90日間（または前回アセスメント以降）におけるケア目標の達成				
今後の見通しと全体状況	90日前（または前回アセスメント時）と比較した全体の自立度の変化				
今後の見通しと全体状況	悪化する前に自立していたADLの数（G2の入浴[G2a]～食事[G2j]の10項目）				
今後の見通しと全体状況	悪化する前に自立していたIADLの数（G1の食事の仕度[G1a]～外出[G1h]の8項目）				
今後の見通しと全体状況	増悪原因の起こった時期				
利用の終了	今後の居住場所		管理情報	退院処分（退院後の患者の居住地）	
アセスメント情報	アセスメント担当者のサイン				
			評価と目標設定への参加	介入の概要 <sup>9)</sup>	

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
「訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究」  
分担研究報告書(令和6年度)

訪問系サービスに係る職種別の評価可能な指標の同定に関するアンケート調査

研究分担者 柴山 志穂美(神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター)

研究分担者 山口 佳小里(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究分担者 保田 江美(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究要旨: 2021年、データを活用したケアの見直しを支援することを目的とし、科学的介護情報システム(LIFE)が導入されたが、施設系サービスに比べ、訪問系サービスにおける指標の検討が十分に進んでいない。サービスの特性に適した指標の検討および評価職種の検討が重要である。そこで本研究は、在宅で訪問系サービス(訪問看護、訪問居リハビリテーション、訪問介護)を利用している高齢者の状態を評価する適切な指標について、実際のサービス提供の現場において用いられている評価指標および評価職種を、アンケート調査により量的に明らかにすることを目的とした。訪問サービスに従事している看護職、リハビリテーション専門職、介護職を対象とし、科学的介護推進体制加算を始めとする全ての既存の LIFE 帳票に含まれる項目と、国際的に活用されている InterRAI HC、OA-SIS および国内で活用されている課題分析標準項目など、国内外で要介護高齢者のモニタリング指標として用いられている代表的な指標を含む 167 項目を設問に含めた。1,258 人から回答が得られた。全体の結果として、167 項目のうち 124 項目で 90% 以上において全ての利用者に、あるいは一部の利用者に評価を実施していた。職種別で評価を実施している項目を比較したところ、看護職は「呼吸」「服薬」など健康状態を中心に、リハビリテーション専門職は、評価頻度が高く特に移動や動作に関する項目を中心に、介護職は着替えや身だしなみなど生活面が中心であった。各職種で評価頻度の高い項目は、それぞれの専門性およびサービス提供における制度的側面が影響していると考えられた。訪問系サービスにおける適切な指標を検討するためには、在宅の環境を考慮した視点を含むさらなる検討が必要である。

協力団体

- ・一般社団法人全国訪問看護事業協会
- ・一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会
- ・一般社団法人日本在宅介護協会

A. 研究目的

2017年(平成29)年「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(地域包括ケアシステム法)が改訂さ

れ、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、自治体は地域の実情に応じた取り組みが求められるようになった。2021年の介護報酬改定に伴い、データを活用したケアの見直しを支援することを目的とし、科学的介護情報システム(LIFE)

が導入された。しかし、施設系サービスに比べ、訪問系サービスにおける指標の検討が十分に進んでいない。

そこで本研究は、在宅療養の場で訪問系サービス（訪問看護、訪問居リハビリテーション、訪問介護）を利用している 65 歳以上高齢者の状態を評価する適切な指標について、実際のサービス提供の現場において用いられている評価指標および評価職種を、アンケート調査から量的に明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 対象

訪問サービスに従事している専門職として、看護師（看護師、准看護師）、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、介護士（介護福祉士、介護職員実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者）とした。

### 2. 調査実施方法

株式会社インテージに調査画面の構築、アンケート調査用 URL および二次元バーコードの作成、データの集約等を委託し、WEB 上でアンケートを実施した。一般社団法人全国訪問看護事業協会および一般社団法人日本在宅介護協会は、会員宛に URL および二次元バーコードを付したメール配信、一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会は、協会ホームページと SNS 等への URL および二次元バーコードの掲示により協力を得た。なお、調査期間は 2025 年 2 月 15 日～3 月 14 日であった。

### 3. 調査項目

科学的介護推進体制加算を始めとする全ての既存の LIFE 帳票に含まれる項目と、国際的に活用されている InterRAI HC、OASIS および国内で活用されている課題分析標準項目など、国内外で要介護高齢者のモニタリング指標として用いられている代表的な項目を参考に抽出した評価指標を基に、以下の 167 の項目を設定し

た。

(1) 基本情報（アンケート対象者の属性等）として、性別、年齢、最終学歴、職種、勤務形態、現職の経験年数、所属施設・事業所の形態／規模、提供しているサービスなどについて尋ねた。

(2) 65 歳以上の要介護高齢者の方への訪問サービスにおける評価項目として、身体、移動・動作、食事・栄養、入浴・排せつ、精神・認知、生活に関する 126 項目の評価の頻度について、「全ての利用者に対して情報を収集／評価を実施している」、「多くの利用者に対して情報を収集／評価を実施している」、「少数の利用者に対して情報を収集／評価を実施することがある」、「どの利用者に対しても情報を収集／評価を実施していない」の 4 件で尋ねた。

(3) 評価ツールや評価バッテリーの使用状況として、ブレードスケール（褥瘡評価）、HDS-R（認知症評価）、Barthel Index（自立度評価）など 21 項目の評価の頻度について、「全ての利用者の評価に使用している」、「多くの利用者の評価に使用している」、「少数の利用者の評価に使用することがある」、「どの利用者の評価にも使用していない」に、「このツール・バッテリーを知らない」を加えた 5 件で尋ねた。

(4) 状態の評価の記録方法として、電子媒体（電子カルテなどのシステム等）への記録、紙媒体（カルテ、日誌など）への記録、引継ぎメモ（紙媒体や、LINE/SLACK/Chatwork のようなチャット型情報共有アプリ等）への記録について、「全ての評価結果・収集した情報を記録している」、「評価結果・収集した情報によって記録をすることがある」、「どの評価結果・収集した情報も記録していない」の 3 件で尋ねた。

(5) LIFE（科学的介護情報システム）の認知

度について、4件で尋ねた。

#### 4. 分析方法

度数分布および記述統計量から、職種別の傾向を分析した。なお、職種に関しては、看護師・准看護師を「看護職」、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を「リハビリテーション専門職」、介護福祉士、介護職員実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者を「介護職」に分類した。

(倫理面への配慮) 本研究は、国立保健医療科学院倫理審査委員会の審査・承認を受けて実施した(承認番号 NIPH-IBRA # 24036)。研究対象者の自由意思の尊重、匿名性の保持を厳守し、研究対象者が不利益のないよう配慮した。

### C. 研究結果

看護職 628 人、リハビリテーション専門職 79 人、介護職 523 人、その他 28 人の計 1258 人から回答が得られた。回答者の割合は、看護職 49.9%、リハビリテーション専門職 6.3%、介護職 41.6%であった。

#### 1. 基本情報(属性等)

性別は、全体では、男性 165 人(13.1%)、女性 1071 人(85.1%)、答えたくない 22 人(1.7%)、職種別では、看護職は、男性 61 人(9.7%)、女性 556 人(88.5%)、答えたくない 11 人(1.7%)、リハビリテーション専門職は、男性 51 人(64.6%)、女性 26 人(32.9%)、答えたくない 2 人(2.5%)、介護職は、男性 48 人(9.2%)、女性 467 人(89.3%)、答えたくない 1 人(1.5%)であった。平均年齢は、全体では 51.1 歳で、看護職は 51.2 歳、リハビリテーション専門職は 41.7 歳、介護職は 52.3 歳であった。最も人数の多かった最終学歴は、専門学校 527 人(全体の 41.9%)で、職種別では、看護職の 413 人(65.8%)が専門学校、リハビリテーション専門職の 40 人(50.6%)が専門学校、

介護職の 211 人(40.3%)が高等学校、その他の 8 人(28.6%)は大学であった。なお、介護福祉士の資格取得には、介護福祉士養成施設(専門学校や大学)のみならず、福祉系高校卒業後国家試験を受験するなど複数のルートがある。勤務形態は、最も多いのは各職種とも正社員・正規雇用の職員で、全体では 1070 人(85.1%)、職種別では、看護職 603 人(96.0%)、リハビリテーション専門職 71 人(89.9%)、介護職 380 人(72.7%)であった。医療、福祉にかかわる職務に従事した期間の合計年数は、最も多い年数が、全体では 160 人(15.7%)が 16~20 年、看護職の 133 人(20.4%)が 26~30 年、リハビリテーション専門職の 24 人(32.9%)が 11~15 年、介護職の 90 人(26.2%)が 11~15 年であった。所属施設・事業所の形態は、最も多い形態が、全体では、656 人(64.3%)が訪問看護ステーション・訪問看護事業所であった。職種別では、看護職の 578 人(97.5%)が訪問看護ステーション・訪問看護事業所、リハビリテーション専門職の 68 人(93.2%)が訪問看護ステーション・訪問看護事業所、介護職の 336 人(97.7%)が訪問介護事業所であった。所属先の規模は、全体では、10 人以上 50 人未満が最も多く 402 人(39.4%)、看護職は 10 人以上 50 人未満が最も多く 200 人(33.7%)、リハビリテーション専門職は 100 人以上で、27 人(37.0%)、介護職は 10 人以上 50 人未満で 172 人(50.0%)であった。

#### 2. 評価実施状況

##### (1) 全対象者(全職種を含む)の結果

「全ての利用者に対して情報を収集している/評価を実施している」、「多くの利用者に対して情報を収集している/評価を実施している」、「少数の利用者に対して情報を収集する/評価を実施することがある」、「どの利用者に対しても情報を収集/評価を実施していない」のうち、「どの利用者に対しても情報を収集/評価を実施していない」以外の3つを“情報収集または評

価を実施している”として、全職種を含む全体における割合を表1に示す。

情報収集の項目について、利用者の主たる疾患の有無や発症時期、主たる疾患以外の疾患についてなど【疾患】に関する情報収集は、いずれも98.5%以上であった。「誤嚥性肺炎」の既往については95.9%、「服用している薬」の名前や効能などは98.5%以上であった。【要介護度】は99.2%であった。身体面に関する項目のうち、「身長」は79.7%、「体重」やその変化については、94.4%以上、「血圧」とその変動、呼吸、疲労の項目は97.6%以上であった。「視覚」、「聴覚」、「痛み」や知覚とそれによる生活や活動への影響などは、96.1%~99.3%であった。筋力、麻痺、関節可動域、寝返り、起き上がり、座位、立位など【移動・動作】に関しては94.6%~99.5%、そのうち4項目においてリハビリテーション専門職は100%であった。「転倒」のリスクは99.2%。構音障害・失語やその障害による生活への影響は98.2%~99.6%、「浮腫」の有無や程度は、99.0%以上であった。皮膚の状態、褥瘡の状況、リスクや生活への影響など、【褥瘡】に関する項目は、94.2%~99.5%であった。食事動作、口腔内の状況、栄養、嚥下など【食事・栄養】に関する評価17項目のうち16項目は、90%以上であったが、「体重あたりに摂取しているエネルギーやたんぱく質の量」は86.9%であった。【入浴・排泄】に関する9項目は、全て98.0%以上であった。意思疎通や身だしなみなど「その他身の回りのこと」は、4項目全て98.8%以上であった。気分の状態や認知症による生活への影響など【精神・認知面】に関する10項目は95.3%以上、【精神・認知面】の症状や障害による生活への影響6項目は、98.7%~99.5%と生活への影響についての割合の方がさらに高かった。一日の過ごし方、他者との交流、

家事や趣味など【生活】に関する17項目は、96.2%~98.5%であった。

## (2) 職種ごとの結果

全項目に関する職種ごとの評価頻度の結果について表1に示す。ここでは、職種ごとの特徴がより明確になるよう、「全ての利用者に情報収集／評価を実施している」回答の割合を示す。

看護職は、「服用している薬の名前」88.8%、「呼吸の状態」、81.8%、「排便の状況」78.7%、「浮腫の有無」77.7%、「服用している薬が何に効くか」77.1%、「普段の意識の状態」77.0%、褥瘡のリスクに関する12項目(63.6%~76.5%)など、健康状態に関連した44項目において、情報収集および評価を実施している割合が最も高かった。

リハビリテーション専門職は、126項目のうち64項目において情報収集および評価を実施している割合が最も高かった。特に、「利用者の主たる疾患」95.9%、「血圧」94.5%、「寝返りの動作がどのくらい自立しているか」89.0%、「起き上がりの動作がどのくらい自立しているか」89.0%、など心身機能や移動・動作に関する項目について、情報収集および評価を実施している割合が最も高かった。

介護職が他の職種よりも高かった項目は、「知っているはずの言葉を聞いて理解できるか」72.6%、「排尿で失敗がないか」66.3%、「排便で失敗がないか」65.1%、「着替えの動作がどのくらい自立しているか」59.3%、「入浴時の入浴時の洗体動作がどのくらい自立しているか」56.4%、「身だしなみを整える動作がどのくらい自立しているか」56.1%など18項目であった。

## 3. 評価ツール・バッテリーの使用状況

#### (1) 全対象者（全職種を含む）の結果

評価の実施状況と同様に、「全ての利用者の評価に使用している」、「多くの利用者の評価に使用している」、「少数の利用者の評価に使用ことがある」、「どの利用者に対しても使用していない」、「このツール・バッテリーを知らない」のうち、「どの利用者に対しても使用していない」、「このツール・バッテリーを知らない」以外の3つを評価に使用しているとして、全職種を含む全体における割合を表2に示す。使用している割合が多かった項目は、認知症高齢者の日常生活自立度70.5%、障害高齢者の日常生活自立度66.1%、HDS-R（長谷川式認知症スケール）67.8%、JCS（ジャパン・コマ・スケール）61.1%であった。

#### (2) 職種ごとの結果

各評価ツール・バッテリーの使用状況に関する職種ごとの使用頻度の結果について表2に示す。ここでは、評価実施状況の結果と同様に、職種ごとの特徴がより明確になるよう、「全ての利用者の評価に使用している」回答の割合を示す。

21項目中、「認知症高齢者の日常生活自立度」53.4%、「障害高齢者の日常生活自立度」50.7%、「JCS（ジャパン・コマ・スケール）」42.5%、「FIM（機能的自立度評価法）」21.9%、など17項目は、リハビリテーション専門職が最も高かった。「DESIGN-R（デザインアール）」34.5%、「ブレイデンスケール」16.5%、褥瘡を評価する2項目は、看護職が最も高かった。「DBD13（認知症行動障害尺度）」3.2%は、介護職が最も高かった。その他で回答した者の内訳は、リハビリテーション専門職、介護職とも50%が全ての利用者で使用していた。

#### 4. 状態の評価の記録方法

全対象者（全職種を含む）の結果に関して、電子媒体への記録は「記録する」「記録することがある」を合わせて92.0%、紙媒体への記録は、「記録する」「記録することがある」を合わせて78.9%、引継ぎメモへの記録は、「記録する」「記録することがある」を合わせて81.8%であった。

5. LIFE（科学的介護情報システム）の認知度については、知っている、の合計は73.3%であった。

#### D. 考察

評価項目のうち、「口腔・嚥下」、「転倒」、「薬剤（服薬状況等）」、「疼痛」、「褥瘡」、「社会活動・交流」、「排泄」、「聴力」、「視力」は、今回のアンケート調査において、いずれも90%以上の情報収集実施状況であった。これらは、要介護認定における認定調査の基本調査項目にも含まれており、65歳以上高齢者の状態を評価する上で重要な項目であると言える。

また、65歳以上の高齢者の介護予防スクリーニングに用いられる「基本チェックリスト」において、うつ病のリスクとなる「毎日の生活に充実感がない」「これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった」の項目は、生活の質（Quality of Life: QOL）に関するであり、重要な指標である。今回のアンケート項目でQOLにつながる結果としては、「日常生活に關することへの興味」について、58.5%、「趣味・余暇活動への興味」40.1%、「趣味・余暇活動の取り組み状況」40.7%「生活する上でのポジティブな側面」39.1%、と評価の頻度は高いとは言えず、検討が必要である。

「全ての利用者の評価に使用している」項目に関する職種の特徴を見ると、看護職は、呼吸、意識状態、浮腫、服薬状況、排便、褥瘡など、健康状態を中心に生活全体を把握していた。特に、褥瘡については、報酬上の評価に関連するため、よ

り詳細に評価していると考えられる。リハビリテーション専門職は、疾患、血圧など心身機能や、寝返り、起き上がり、座位保持といったADLなどの活動を中心に生活全体の情報収集をしていた。利用者の評価はリハビリテーション計画作成において不可欠であることから、評価の割合が高いと考えられる。介護職は、着替えや身だしなみ、排泄の失敗など、日常生活における介護に関連する項目を中心に生活面を全体的に情報収集していた。看護職やリハビリテーション専門職のように、医師の指示はなく、ケアマネジャーが作成する居宅サービス計画に基づくサービス提供であることから、評価頻度は高くはなかったことが推察される。

今回の調査では、科学的介護推進体制加算を含む全LIFE帳票に含まれる項目を調査対象に含めた。結果を踏まえて、特に主たるLIFE帳票の1つである、科学的介護推進体制加算に含めるのに適した項目および適切な評価職種に関して、さらに詳細な分析、検討を行う必要がある。

また、「身長」、「体重あたりに摂取しているエネルギーやたんぱく質の量」については、重度化予防に欠かせない、低栄養を防ぐために必要な情報であるにもかかわらず、他の項目に比べて実施状況が低かった。この点については、訪問系サービス提供体制上の評価実施の困難さなどについて、有識者へのインタビュー等を通して、明らかにする必要がある。その上で、施設や通所サービスとは異なる、訪問系サービスの特徴に即した評価のあり方を議論する必要がある。

## E. 結論

在宅で訪問系サービス(訪問看護、訪問居リハビリテーション、訪問介護)を利用している高齢者の状態を評価する適切な指標について、実際のサービス提供の現場において用いられている評価指標および評価職種を明らかにするため、訪問系サービス従事者を対象としたアンケート調査を実施した。今後は、訪問系サービスごとの適切な指標、および適切な評価者を明示化する必要があると考ええる。

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

表1 評価の実施状況

調査項目	全体／職種 *括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載	全ての利用者に対して 情報を収集している	
		(人)	(%)
利用者の主たる疾患	全体 (n=1016)*	916	90.2
	看護師 (n=588)*	557	94.7
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	70	95.9
	介護職 (n=344)*	283	82.3
	その他 (n=11)*	6	54.5
主たる疾患以外の疾患の有無	全体	796	78.3
	看護師	502	85.4
	リハビリテーション専門職	63	86.3
	介護職	226	65.7
嚥性肺炎にかかったことがあるか	全体	406	40.0
	看護師	224	38.1
	リハビリテーション専門職	30	41.1
	介護職	149	43.3
服用している薬の名前	全体	760	74.8
	看護師	522	88.8
	リハビリテーション専門職	49	67.1
	介護職	185	53.8
要介護度	全体	911	89.7
	看護師	535	91.0
	リハビリテーション専門職	66	90.4
	介護職	302	87.8
利用者の主たる疾患の発症時期	全体	692	68.7
	看護師	441	75.3
	リハビリテーション専門職	58	79.5
	介護職	189	55.8
利用者の主たる疾患以外の疾患名	全体	664	66.2
	看護師	434	74.1
	リハビリテーション専門職	52	71.2
	介護職	174	52.1
服用している薬が何に効くか	全体	644	64.3
	看護師	451	77.1
	リハビリテーション専門職	36	50.0
	介護職	154	46.1
	その他	3	30.0

調査項目	全体／職種		全ての利用者に対して 情報を収集している
	*括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載		
<b>【身体面】</b>			
身長	全体 (n=1016)*	140	13.8
	看護師 (n=588)*	73	12.4
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	11	15.1
	介護職 (n=344)*	56	16.3
	その他 (n=11)*	0	0.0
体重	全体	245	24.1
	看護師	169	28.7
	リハビリテーション専門職	18	24.7
	介護職	56	16.3
	その他	2	18.2
体重の変化	全体	309	30.4
	看護師	205	34.9
	リハビリテーション専門職	18	24.7
	介護職	83	24.1
	その他	3	27.3
血圧	全体	691	68.0
	看護師	534	90.8
	リハビリテーション専門職	69	94.5
	介護職	84	24.4
	その他	4	36.4
血圧の変動	全体	625	61.5
	看護師	483	82.1
	リハビリテーション専門職	62	84.9
	介護職	76	22.1
	その他	4	36.4
呼吸の状態	全体	684	67.3
	看護師	481	81.8
	リハビリテーション専門職	58	79.5
	介護職	142	41.3
	その他	3	27.3
疲労しやすさ	全体	568	55.9
	看護師	378	64.3
	リハビリテーション専門職	55	75.3
	介護職	132	38.4
	その他	3	27.3
転倒のリスク	全体	741	72.9
	看護師	451	76.7
	リハビリテーション専門職	59	80.8
	介護職	228	66.3
	その他	3	27.3
筋力	全体	419	41.2
	看護師	241	41.0
	リハビリテーション専門職	58	79.5
	介護職	117	34.0
	その他	3	27.3

調査項目	全体／職種		全ての利用者に対して 情報を収集している
	*括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載		
<b>【身体面】</b>			
本人の意思で体を動かせるか		(人)	(%)
	全体 (n=1016)*	745	73.3
	看護師 (n=588)*	449	76.4
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	60	82.2
	介護職 (n=344)*	233	67.7
	その他 (n=11)*	3	27.3
視覚	全体	516	50.8
	看護師	298	50.7
	リハビリテーション専門職	29	39.7
	介護職	188	54.7
	その他	1	9.1
聴覚	全体	541	53.2
	看護師	315	53.6
	リハビリテーション専門職	30	41.1
	介護職	194	56.4
	その他	2	18.2
痛みの感覚、物に触れる感覚や 温度の感覚	全体	511	50.3
	看護師	316	53.7
	リハビリテーション専門職	41	56.2
	介護職	152	44.2
	その他	2	18.2
痛み	全体	654	64.4
	看護師	402	68.4
	リハビリテーション専門職	57	78.1
	介護職	192	55.8
	その他	3	27.3
関節可動域	全体	512	50.4
	看護師	278	47.3
	リハビリテーション専門職	55	75.3
	介護職	175	50.9
	その他	4	36.4
言葉を発することができるか	全体	691	68.0
	看護師	417	70.9
	リハビリテーション専門職	56	76.7
	介護職	214	62.2
	その他	4	36.4
知っているはずの言葉を聞いて 理解できるか	全体	487	49.5
	看護師	294	50.6
	リハビリテーション専門職	44	61.1
	介護職	146	45.6
	その他	3	27.3
飲み物や食べ物の飲み込みの 状態	全体	605	59.5
	看護師	364	61.9
	リハビリテーション専門職	42	57.5
	介護職	195	56.7
	その他	4	36.4

全ての利用者に対して  
情報を収集している

全体／職種

調査項目

\*括弧内のnは、すべての調査項目で  
同様のため、最上部の項目のみに記載

【身体面】			
		(人)	(%)
浮腫の有無	全体 (n=1016)*	710	69.9
	看護師 (n=588)*	457	77.7
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	52	71.2
	介護職 (n=344)*	196	57.0
	その他 (n=11)*	5	45.5
皮膚の状態	全体	695	68.4
	看護師	453	77.0
	リハビリテーション専門職	40	54.8
	介護職	199	57.8
	その他	3	27.3
睡眠の状況 眠剤使用の有無を問わない	全体	599	59.0
	看護師	420	71.4
	リハビリテーション専門職	43	58.9
	介護職	134	39.0
	その他	2	18.2
筋力の障害による生活への影響	全体	553	57.5
	看護師	326	57.1
	リハビリテーション専門職	60	82.2
	介護職	163	53.1
	その他	4	40.0
麻痺による生活への影響	全体	605	60.3
	看護師	357	60.9
	リハビリテーション専門職	56	76.7
	介護職	188	56.1
	その他	4	40.0
視覚に関する障害による 生活への影響	全体	523	53.6
	看護師	309	54.2
	リハビリテーション専門職	39	57.4
	介護職	172	52.6
	その他	3	27.3
聴覚に関する障害による 生活への影響	全体	525	53.7
	看護師	310	54.5
	リハビリテーション専門職	39	58.2
	介護職	173	52.4
	その他	3	27.3
痛み、物に触れる感覚や温度の 感覚に関する障害による 生活への影響	全体	504	51.5
	看護師	302	52.2
	リハビリテーション専門職	52	73.2
	介護職	147	46.4
	その他	3	27.3
痛みによる活動への影響	全体	588	58.6
	看護師	362	61.8
	リハビリテーション専門職	58	80.6
	介護職	165	49.3
	その他	3	27.3

全ての利用者に対して  
情報を収集している

全体／職種

調査項目

\*括弧内のnは、すべての調査項目で  
同様のため、最上部の項目のみに記載

【身体面】			
		(人)	(%)
関節可動域の制限による 生活への影響	全体 (n=1016)*	534	53.7
	看護師 (n=588)*	311	53.3
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	57	78.1
	介護職 (n=344)*	163	50.0
	その他 (n=11)*	3	27.3
構音障害や失語等により言葉を 発せられないことによる 生活への影響	全体	508	51.0
	看護師	308	52.8
	リハビリテーション専門職	45	61.6
	介護職	152	46.2
知っているはずの言葉を聞いて 理解できないことによる 生活への影響	全体	487	49.5
	看護師	294	50.6
	リハビリテーション専門職	44	61.1
	介護職	146	45.6
嚥下障害の生活への影響	全体	588	58.6
	看護師	358	61.3
	リハビリテーション専門職	44	61.1
	介護職	183	54.3
浮腫の程度	全体	643	63.9
	看護師	416	71.1
	リハビリテーション専門職	51	69.9
	介護職	172	51.0
褥瘡のリスク	全体	585	57.6
	看護師	374	63.6
	リハビリテーション専門職	37	50.7
	介護職	169	49.1
	その他	5	45.5
褥瘡リスクとしての、皮膚が 汗や尿で湿っている程度	全体	586	57.7
	看護師	393	66.8
	リハビリテーション専門職	26	35.6
	介護職	162	47.1
褥瘡リスクとしての、活動性	全体	637	62.7
	看護師	411	69.9
	リハビリテーション専門職	46	63.0
	介護職	175	50.9
褥瘡リスクとしての、体の向きや 寝ている時の姿勢を変える能力	全体	632	62.2
	看護師	405	68.9
	リハビリテーション専門職	46	63.0
	介護職	176	51.2
その他	5	45.5	

全ての利用者に対して  
情報を収集している

調査項目	全体／職種	
	(人)	(%)
<b>【褥瘡のリスク】</b>		
褥瘡リスクとしての、栄養状態	全体 (n=1016)*	605 59.5
	看護師 (n=588)*	401 68.2
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	35 47.9
	介護職 (n=344)*	164 47.7
	その他 (n=11)*	5 45.5
褥瘡リスクとしての、摩擦とずれ	全体	591 58.2
	看護師	384 65.3
	リハビリテーション専門職	35 47.9
	介護職	167 48.5
褥瘡があるかどうか	全体	714 70.3
	看護師	450 76.5
	リハビリテーション専門職	39 53.4
	介護職	220 64.0
【褥瘡】	全体	585 58.3
	看護師	415 71.1
	リハビリテーション専門職	22 30.1
	介護職	144 43.0
褥瘡の深さ	その他	4 36.4
	全体	615 61.3
	看護師	417 71.4
	リハビリテーション専門職	21 28.8
褥瘡から浸出液があるか	介護職	172 51.3
	その他	5 45.5
	全体	618 61.6
	看護師	418 71.6
褥瘡の大きさ	リハビリテーション専門職	24 32.9
	介護職	171 51.0
	その他	5 45.5
	全体	623 62.1
褥瘡に炎症や感染の兆候があるか	看護師	417 71.4
	リハビリテーション専門職	26 35.6
	介護職	175 52.2
	その他	5 45.5
褥瘡があることで生活に支障をきたしているか	全体	620 61.8
	看護師	410 70.2
	リハビリテーション専門職	32 43.8
	介護職	174 51.9
	その他	4 36.4

調査項目	全体／職種		全ての利用者に対して 情報を収集している
	*括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載		
<b>【移動・動作】</b>			
手指の動作	全体 (n=1016)*	483	47.5
	看護師 (n=588)*	245	41.7
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	47	64.4
	介護職 (n=344)*	187	54.4
	その他 (n=11)*	4	36.4
寝返りの動作がどのくらい 自立しているか	全体	584	57.5
	看護師	329	56.0
	リハビリテーション専門職	65	89.0
	介護職	186	54.1
起き上がりの動作がどのくらい 自立しているか	全体	609	59.9
	看護師	334	56.8
	リハビリテーション専門職	65	89.0
	介護職	206	59.9
座った姿勢の保持がどのくらい 自立しているか	全体	614	60.4
	看護師	332	56.5
	リハビリテーション専門職	65	89.0
	介護職	213	61.9
座った状態から立ち上がる動作が どのくらい自立しているか	全体	600	59.1
	看護師	322	54.8
	リハビリテーション専門職	64	87.7
	介護職	210	61.0
床からの立ち上がる動作が どのくらい自立しているか	全体	543	53.4
	看護師	287	48.8
	リハビリテーション専門職	50	68.5
	介護職	202	58.7
立った姿勢の保持がどのくらい 自立しているか	全体	576	56.7
	看護師	299	50.9
	リハビリテーション専門職	62	84.9
	介護職	211	61.3
椅子とベッド間や、車椅子とベッド の間の乗り移り動作が どのくらい自立しているか	全体	576	56.7
	看護師	309	52.6
	リハビリテーション専門職	60	82.2
	介護職	203	59.0
屋内で、歩行や車いす等での移動 がどのくらい自立しているか	全体	574	56.5
	看護師	305	51.9
	リハビリテーション専門職	60	82.2
	介護職	205	59.6
屋外で、歩行や車いす等での移動 がどのくらい自立しているか	全体	490	48.2
	看護師	259	44.0
	リハビリテーション専門職	50	68.5
	介護職	177	51.5
その他	4	36.4	

調査項目	全体／職種		全ての利用者に対して 情報を収集している
	*括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載		
<b>【移動・動作】</b>			
		(人)	(%)
階段昇降の動作がどのくらい 自立しているか	全体 (n=1016)*	462	45.5
	看護師 (n=588)*	239	40.6
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	48	65.8
	介護職 (n=344)*	171	49.7
	その他 (n=11)*	4	36.4
<b>【食事・栄養】</b>			
栄養補給方法	全体	728	71.7
	看護師	459	78.1
	リハビリテーション専門職	52	71.2
	介護職	211	61.3
	その他	6	54.5
食事形態	全体	602	59.3
	看護師	380	64.6
	リハビリテーション専門職	28	38.4
	介護職	188	54.7
	その他	6	54.5
1日の食事の回数・時間帯	全体	577	56.8
	看護師	378	64.3
	リハビリテーション専門職	37	50.7
	介護職	156	45.3
	その他	6	54.5
食事量	全体	602	59.3
	看護師	404	68.7
	リハビリテーション専門職	32	43.8
	介護職	160	46.5
	その他	6	54.5
水分摂取量	全体	601	59.2
	看護師	391	66.5
	リハビリテーション専門職	37	50.7
	介護職	167	48.5
	その他	6	54.5
体重あたりに摂取している エネルギーやたんぱく質の量	全体	226	22.2
	看護師	129	21.9
	リハビリテーション専門職	17	23.3
	介護職	78	22.7
	その他	2	18.2
食事の留意事項の有無	全体	479	47.1
	看護師	296	50.3
	リハビリテーション専門職	29	39.7
	介護職	151	43.9
	その他	3	27.3
食べ物・飲み物等の好み	全体	413	40.6
	看護師	240	40.8
	リハビリテーション専門職	22	30.1
	介護職	147	42.7
	その他	4	36.4

全ての利用者に対して  
情報を収集している

全体／職種

調査項目

\*括弧内のnは、すべての調査項目で  
同様のため、最上部の項目のみに記載

【食事・栄養】		
		(人) (％)
義歯を使用しているか	全体 (n=1016)*	621 61.1
	看護師 (n=588)*	373 63.4
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	31 42.5
	介護職 (n=344)*	212 61.6
	その他 (n=11)*	5 45.5
口腔内の状況	全体	430 42.3
	看護師	271 46.1
	リハビリテーション専門職	23 31.5
	介護職	132 38.4
	その他	4 36.4
舌苔があるか	全体	354 34.8
	看護師	229 38.9
	リハビリテーション専門職	20 27.4
	介護職	103 29.9
	その他	2 18.2
舌や頬の動き	全体	303 29.8
	看護師	179 30.4
	リハビリテーション専門職	23 31.5
	介護職	99 28.8
	その他	2 18.2
咳をしたり、痰を吐くことがあるか	全体	471 46.4
	看護師	294 50.0
	リハビリテーション専門職	35 47.9
	介護職	139 40.4
	その他	3 27.3
食事動作がどのくらい自立しているか	全体	575 56.6
	看護師	333 56.6
	リハビリテーション専門職	48 65.8
	介護職	190 55.2
	その他	4 36.4
食べ物を口腔内に溜め込んでいないか	全体	426 41.9
	看護師	243 41.3
	リハビリテーション専門職	29 39.7
	介護職	152 44.2
	その他	2 18.2
食べ物・水分を摂取する際にむせることがあるか	全体	580 57.1
	看護師	350 59.5
	リハビリテーション専門職	34 46.6
	介護職	192 55.8
	その他	4 36.4
食後、頬の内側や口腔内に残渣があるか	全体	380 37.4
	看護師	221 37.6
	リハビリテーション専門職	25 34.2
	介護職	131 38.1
	その他	3 27.3

調査項目	全体／職種		全ての利用者に対して 情報を収集している
	*括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載		
<b>【入浴・排せつ】</b>			
		(人)	(%)
トイレ動作がどのくらい自立 しているか	全体 (n=1016)*	727	71.6
	看護師 (n=588)*	416	70.7
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	59	80.8
	介護職 (n=344)*	246	71.5
	その他 (n=11)*	6	54.5
入浴時の浴室内の移動が どのくらい自立しているか	全体	530	52.2
	看護師	284	48.3
	リハビリテーション専門職	46	63.0
	介護職	196	57.0
	その他	4	36.4
入浴時の洗体動作がどのくらい 自立しているか	全体	506	49.8
	看護師	269	45.7
	リハビリテーション専門職	39	53.4
	介護職	194	56.4
	その他	4	36.4
入浴時の姿勢保持がどのくらい 自立しているか	全体	513	50.5
	看護師	270	45.9
	リハビリテーション専門職	44	60.3
	介護職	195	56.7
	その他	4	36.4
入浴の方法	全体	604	59.4
	看護師	345	58.7
	リハビリテーション専門職	47	64.4
	介護職	208	60.5
	その他	4	36.4
排尿で失敗がないか	全体	650	64.0
	看護師	372	63.3
	リハビリテーション専門職	46	63.0
	介護職	228	66.3
	その他	4	36.4
排便で失敗がないか	全体	649	63.9
	看護師	376	63.9
	リハビリテーション専門職	45	61.6
	介護職	224	65.1
	その他	4	36.4
排便の状況	全体	705	69.4
	看護師	463	78.7
	リハビリテーション専門職	42	57.5
	介護職	195	56.7
	その他	5	45.5
排せつの方法	全体	729	71.8
	看護師	449	76.4
	リハビリテーション専門職	43	58.9
	介護職	232	67.4
	その他	5	45.5

調査項目	全体／職種		全ての利用者に対して 情報を収集している
	*括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載		
<b>【その他身の回りのこと】</b>			
身だしなみを整える動作が どのくらい自立しているか	全体 (n=1016)*	537	52.9
	看護師 (n=588)*	302	51.4
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	39	53.4
	介護職 (n=344)*	193	56.1
	その他 (n=11)*	3	27.3
着替えの動作がどのくらい 自立しているか	全体	562	55.3
	看護師	311	52.9
	リハビリテーション専門職	43	58.9
	介護職	204	59.3
飲み忘れをしないなどの服薬管理 がどのくらい自立しているか	全体	714	70.3
	看護師	445	75.7
	リハビリテーション専門職	42	57.5
	介護職	222	64.5
意思疎通ができるか	全体	745	73.3
	看護師	452	76.9
	リハビリテーション専門職	55	75.3
	介護職	233	67.7
その他	その他	5	45.5
	全体	721	71.0
	看護師	453	77.0
	リハビリテーション専門職	56	76.7
	介護職	207	60.2
見当識の状態	その他	5	45.5
	全体	679	66.8
	看護師	420	71.4
	リハビリテーション専門職	49	67.1
記憶機能	介護職	205	59.6
	その他	5	45.5
	全体	679	66.8
	看護師	410	69.7
集中力、注意力	リハビリテーション専門職	50	68.5
	介護職	214	62.2
	その他	5	45.5
	全体	563	55.4
ものごとをどのようにおこなうか 順序だてる、順序通りにおこなうか	看護師	339	57.7
	リハビリテーション専門職	46	63.0
	介護職	174	50.6
	その他	4	36.4
ものごとをどのようにおこなうか 順序だてる、順序通りにおこなうか	全体	490	48.2
	看護師	280	47.6
	リハビリテーション専門職	39	53.4
	介護職	167	48.5
その他	4	36.4	

調査項目	全体／職種		全ての利用者に対して 情報を収集している
	*括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載		
<b>【精神・認知面】</b>			
		(人)	(%)
見たり、触ったりして、それが 何であるか認識できる力	全体 (n=1016)*	506	49.8
	看護師 (n=588)*	286	48.6
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	41	56.2
	介護職 (n=344)*	175	50.9
	その他 (n=11)*	4	36.4
認知症により生じる徘徊や 精神行動障害の有無	全体	582	57.3
	看護師	339	57.7
	リハビリテーション専門職	39	53.4
	介護職	200	58.1
	その他	4	36.4
生活全般に対する意欲	全体	556	54.7
	看護師	321	54.6
	リハビリテーション専門職	43	58.9
	介護職	188	54.7
	その他	4	36.4
現在の生活に対する満足度	全体	486	47.8
	看護師	278	47.3
	リハビリテーション専門職	35	47.9
	介護職	169	49.1
	その他	4	36.4
気分の状態	全体	563	55.4
	看護師	331	56.3
	リハビリテーション専門職	39	53.4
	介護職	189	54.9
	その他	4	36.4
見当識障害による生活への影響	全体	576	57.2
	看護師	345	58.9
	リハビリテーション専門職	46	63.0
	介護職	181	53.7
	その他	4	36.4
記憶の障害による生活への影響	全体	586	58.1
	看護師	339	57.8
	リハビリテーション専門職	47	64.4
	介護職	196	58.0
	その他	4	36.4
注意の障害による生活への影響	全体	538	53.8
	看護師	315	53.8
	リハビリテーション専門職	42	57.5
	介護職	178	53.8
	その他	3	27.3
順序だてられない、順序通り おこなえないことによる 生活への影響	全体	480	48.8
	看護師	277	48.0
	リハビリテーション専門職	39	54.2
	介護職	161	49.8
	その他	3	27.3

調査項目	全体／職種		全ての利用者に対して 情報を収集している
	*括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載		
<b>【精神・認知面】</b>			
見たり、触ったりしてもそれが何 なのか認識できないことによる 生活への影響		(人)	(%)
	全体 (n=1016)*	473	48.9
	看護師 (n=588)*	274	47.7
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	39	55.7
	介護職 (n=344)*	157	50.0
	その他 (n=11)*	3	30.0
認知症により生じる徘徊や 精神行動障害による生活への影響	全体	543	54.3
	看護師	319	54.4
	リハビリテーション専門職	40	57.1
	介護職	181	54.2
	その他	3	30.0
<b>【生活のこと】</b>			
喫煙の習慣	全体	514	50.6
	看護師	326	55.4
	リハビリテーション専門職	25	34.2
	介護職	160	46.5
	その他	3	27.3
飲酒の習慣	全体	490	48.2
	看護師	311	52.9
	リハビリテーション専門職	24	32.9
	介護職	153	44.5
	その他	2	18.2
1日のなかでベッドやふとん等 以外で過ごす時間の有無	全体	515	50.7
	看護師	325	55.3
	リハビリテーション専門職	43	58.9
	介護職	145	42.2
	その他	2	18.2
1日の過ごし方	全体	553	54.4
	看護師	340	57.8
	リハビリテーション専門職	46	63.0
	介護職	165	48.0
	その他	2	18.2
外出することへの興味	全体	456	44.9
	看護師	266	45.2
	リハビリテーション専門職	45	61.6
	介護職	144	41.9
	その他	1	9.1
外出の状況	全体	496	48.8
	看護師	294	50.0
	リハビリテーション専門職	51	69.9
	介護職	149	43.3
	その他	2	18.2
交通手段を利用しての移動の状況		(人)	(%)
	全体	442	43.5
	看護師	264	44.9
	リハビリテーション専門職	39	53.4
	介護職	138	40.1
	その他	1	9.1

全ての利用者に対して  
情報を収集している

全体／職種

調査項目

\*括弧内のnは、すべての調査項目で  
同様のため、最上部の項目のみに記載

【生活のこと】

		(人)	(%)
日常生活に関することへの興味	全体 (n=1016)*	594	58.5
	看護師 (n=588)*	351	59.7
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	49	67.1
	介護職 (n=344)*	191	55.5
	その他 (n=11)*	3	27.3
家事への興味	全体	429	42.2
	看護師	223	37.9
	リハビリテーション専門職	33	45.2
	介護職	172	50.0
家事の実施状況	全体	466	45.9
	看護師	246	41.8
	リハビリテーション専門職	36	49.3
	介護職	182	52.9
趣味・余暇活動への興味	全体	407	40.1
	看護師	226	38.4
	リハビリテーション専門職	37	50.7
	介護職	143	41.6
趣味・余暇活動の取り組み状況	全体	414	40.7
	看護師	225	38.3
	リハビリテーション専門職	36	49.3
	介護職	151	43.9
仕事への興味	全体	301	29.6
	看護師	160	27.2
	リハビリテーション専門職	24	32.9
	介護職	116	33.7
仕事の状況	全体	353	34.7
	看護師	195	33.2
	リハビリテーション専門職	26	35.6
	介護職	130	37.8
他者との交流への興味	全体	355	34.9
	看護師	194	33.0
	リハビリテーション専門職	29	39.7
	介護職	131	38.1
他者との交流の状況	全体	381	37.5
	看護師	208	35.4
	リハビリテーション専門職	31	42.5
	介護職	140	40.7
生活する上でのポジティブな側面	全体	397	39.1
	看護師	229	38.9
	リハビリテーション専門職	39	53.4
	介護職	128	37.2
	その他	1	9.1

表2 評価ツール・バッテリーの使用状況

調査項目	全体／職種 *括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載	全ての利用者に対して 情報を収集している		評価に 使用する
		(人)	(%)	
JCS(ジャパン・コマ・スケール)	全体 (n=1016)*	226	22.2	61.1
	看護師 (n=588)*	184	31.3	87.1
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	31	42.5	90.4
	介護職 (n=344)*	10	2.9	11.0
	その他 (n=11)*	1	9.1	45.5
GCS(グラスゴー・コマ・スケール)	全体	82	8.1	39.7
	看護師	62	10.5	56.3
	リハビリテーション専門職	12	16.4	47.9
	介護職	8	2.3	9.9
	その他	0	0.0	27.3
DESIGN-R(デザイナーール)	全体	216	21.3	59.4
	看護師	203	34.5	92.2
	リハビリテーション専門職	6	8.2	35.6
	介護職	6	1.7	9.0
	その他	1	9.1	36.4
ブレードンスケール	全体	111	10.9	38.4
	看護師	97	16.5	56.5
	リハビリテーション専門職	5	6.8	26.0
	介護職	8	2.3	10.2
	その他	1	9.1	36.4
Vitality index(意欲の指標)	全体	24	2.4	16.7
	看護師	13	2.2	19.4
	リハビリテーション専門職	5	6.8	30.1
	介護職	6	1.7	9.6
	その他	0	0.0	9.1
老年期うつ病評価尺度(GDS15)	全体	23	2.3	16.9
	看護師	12	2.0	18.7
	リハビリテーション専門職	2	2.7	32.9
	介護職	9	2.6	10.8
	その他	0	0.0	9.1
簡易抑うつ症状尺度(QIDS-J)	全体	22	2.2	15.3
	看護師	13	2.2	16.8
	リハビリテーション専門職	2	2.7	27.4
	介護職	7	2.0	10.2
	その他	0	0.0	9.1
6分間歩行試験	全体	14	1.4	14.9
	看護師	6	1.0	14.1
	リハビリテーション専門職	4	5.5	50.7
	介護職	4	1.2	8.7
	その他	0	0.0	9.1

調査項目	全体／職種 *括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載	全ての利用者に対して 情報を収集している		評価 に 使用 する
		(人)	(%)	
TUGテスト (Timed Up and Go Test)	全体 (n=1016)*	21	2.1	13.5
	看護師 (n=588)*	7	1.2	11.1
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	8	11.0	56.2
	介護職 (n=344)*	6	1.7	8.7
	その他 (n=11)*	0	0.0	9.1
MMSE(ミニメンタルステート検査)	全体	33	3.2	26.4
	看護師	20	3.4	30.3
	リハビリテーション専門職	7	9.6	64.4
	介護職	6	1.7	12.2
HDS-R(長谷川式認知症スケール)	全体	100	9.8	67.8
	看護師	59	10.0	80.4
	リハビリテーション専門職	9	12.3	87.7
	介護職	32	9.3	43.0
DBD13(認知症行動障害尺度)	全体	24	2.4	14.6
	看護師	11	1.9	15.8
	リハビリテーション専門職	2	2.7	17.8
	介護職	11	3.2	11.9
簡易式生活・認知機能尺度 (生活・認知機能尺度)	全体	50	4.9	21.9
	看護師	32	5.4	26.0
	リハビリテーション専門職	4	5.5	26.0
	介護職	14	4.1	14.5
障害高齢者の日常生活自立度	全体	313	30.8	66.1
	看護師	211	35.9	73.3
	リハビリテーション専門職	37	50.7	91.8
	介護職	63	18.3	48.8
認知症高齢者の日常生活自立度	全体	336	33.1	70.5
	看護師	233	39.6	79.6
	リハビリテーション専門職	39	53.4	91.8
	介護職	62	18.0	50.9
FIM(機能的自立度評価法)	全体	36	3.5	21.0
	看護師	14	2.4	21.9
	リハビリテーション専門職	16	21.9	61.6
	介護職	6	1.7	11.0
老研式活動能力指標	全体	16	1.6	10.8
	看護師	8	1.4	10.2
	リハビリテーション専門職	3	4.1	20.5
	介護職	5	1.5	9.9
	その他	0	0.0	9.1

調査項目	全体／職種 *括弧内のnは、すべての調査項目で 同様のため、最上部の項目のみに記載	全ての利用者に対して 情報を収集している		評価 に 使用 する
		(人)	(%)	
Barthel Index (バーセルインデックス)	全体 (n=1016)*	65	6.4	24.5
	看護師 (n=588)*	22	3.7	24.5
	リハビリテーション専門職 (n=73)*	37	50.7	84.9
	介護職 (n=344)*	6	1.7	12.2
	その他 (n=11)*	0	0.0	9.1
ICFステージング	全体	21	2.1	14.4
	看護師	8	1.4	12.8
	リハビリテーション専門職	7	9.6	38.4
	介護職	6	1.7	12.2
	その他	0	0.0	9.1
興味・関心チェックシート	全体	40	3.9	20.4
	看護師	11	1.9	15.6
	リハビリテーション専門職	11	15.1	53.4
	介護職	18	5.2	21.8
	その他	0	0.0	9.1
その他	全体	6	46.2	92.3
	看護師	3	42.9	100.0
	リハビリテーション専門職	2	50.0	100.0
	介護職	1	50.0	50.0
	その他	0	0.0	0.0

## KDB を用いた訪問系サービス利用者の特徴とニーズの分析 ：在宅介護サービスの利用状況に関する予備的分析

研究分担者 山口 佳小里 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)  
研究分担者 西岡 祐一 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)  
研究分担者 次橋 幸男 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)  
研究分担者 赤羽たけみ (奈良県立医科大学 消化器内科学講座、宇陀市立病院)  
研究代表者 赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

訪問系サービスにおける LIFE 活用に向けて、奈良県 KDB を用いて 2022 年度にサービスを利用した者を対象に、在宅および施設サービス利用状況の可視化およびそれぞれのサービス利用者の比較を行った。在宅サービス利用者と施設サービス利用者に分類されたのは、それぞれ 35,909 人(58%)、14,138 人(23%)であり、施設サービス利用者において、年齢、要介護区分が高く、女性が多かった。さらに、在宅サービス利用者におけるサービスの重複利用状況を分析したところ、1種類のみ利用者が概ね半数(52.5%)であり、次いで2種類(27.6%)、3種類(14.0%)の順に多かった。1種類利用における訪問介護のみの利用は3番目に多く(3,232 人)、訪問入浴介護のみの利用は最も少なかった(49 人)。訪問系サービスへの LIFE 導入にあたっては、施設系サービスとの利用者の違いを考慮することが重要である。さらに、訪問介護、訪問入浴介護においては、サービス提供者による利用者との直接的な関わりが限定的である場合が想定されることから、これらのサービスのみ利用している場合に関して何らかの検討が必要である。

### A. 研究目的

2017 年の地域包括ケア強化法により、高齢者の自立支援・重度化防止等をさらに推進するよう、自治体による地域の特性に応じた PDCA サイクルによる取組が制度化された。2021 年からはケアの質向上と重度化防止を推進するため、科学的介護情報システム (LIFE) が運用されている。施設系サービスに比べ訪問系サービスでは、サービスに適した LIFE の指標検討が十分ではなく、活用が進んでいない。

そこで、本研究では訪問系サービスにおける LIFE 活用に向けて、データ分析を通して適切

な指標を同定することを目的とする。

データ分析においては、奈良県における介護保険に係る全数(悉皆)データを格納する奈良県 KDB (国保データベース) を用いて介護レセプト情報を分析し、施設および在宅(居宅)サービス利用状況の可視化を行う。施設サービス利用者と在宅サービス利用者进行比较することでそれぞれの特徴を明らかにする。加えて、在宅サービス利用者は複数種類のサービスを同時に利用している可能性が高い実態を鑑みて、在宅サービス利用者における複数サービスの利用状況を包括的に把握する。結果を訪問系

サービスにおいてニーズが高い指標ならびに活用可能性の検討に役立てる。

## B. 研究方法

奈良県をモデル地域として、奈良県 KDB 改良データ（奈良医大作成）における 2022 年度の介護レセプトデータを用いて本研究を実施した。

65 歳以上の要介護認定を受けた高齢者のうち、年度内に何らかの給付サービス（介護サービス・介護予防サービス・地域密着型サービスのいずれか）を利用した者を対象とし、利用者ごとに、性、年齢、要介護認定区分、年度内に利用したサービスを抽出した。年度内に要介護認定区分に変更があった場合は、最大値を区分として採用した。

施設サービス利用者と在宅（居宅）サービス利用者の特徴を比較するため、分析対象利用者のうち、表 1 に示す施設サービスの利用があった者を施設サービス利用者と定義し、居宅サービス利用のあった者を在宅サービス利用者と定義した。年度内に施設サービスと在宅サービスの両方を利用していた者については、施設サービス利用者として分類した。地域密着型サービスは複合的にサービスを提供しており、施設サービス利用者と在宅サービス利用者に分類することが難しいことから、いずれのグループにも含めず、その他のグループに分類した。

抽出したデータを元に、各サービスの利用状況、施設サービス利用者と在宅サービス利用者の比較、在宅サービス利用者のサービスの重複でのサービス利用状況について分析を行った。

これらの KDB 分析に加えて、奈良県内の自治体（中山間地の 1 市）職員を対象に実証研究に向けたヒアリングを行った。

### （倫理面への配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。分析結果の公表への留意点として、特定の個人又は

医療機関等の識別を防ぐために最小集計単位が 10 未満にならないようにする等の配慮を行った。分析結果は奈良県の公表審査を受けて承認を得た。

## C. 研究結果

2022 年度になんらかの給付サービスを利用した者は 62,184 人であった。このうち、在宅サービス利用者に分類された者は 35,909 人（58%）、施設サービス利用者に分類された者は 14,138 人（23%）であった（図 1）。対象者の属性を表 2、表 3 に示す。在宅サービス利用者と施設サービス利用者の群間比較を行ったところ、施設サービス利用者において女性が多く、平均年齢が高く、要介護認定区分が重度であった。

次に、施設サービス利用者のサービス利用状況等について、表 4、表 6、図 2 に、在宅サービス利用者のサービス利用状況等について、表 5、表 7、図 3 に示す。施設サービスにおいては、介護福祉施設、介護保健施設の利用が最も多く、在宅サービスにおいては、訪問介護、通所介護が最も多く、次いで居宅療養管理指導の利用が多かった。年齢区分別にみると、95 歳未満では年齢が高いほど施設サービスの利用者が多く（90-94 歳がピーク）、在宅サービスはいずれのサービスにおいても概ね 85-89 歳の利用が最も多かった。

在宅サービス利用者のサービスの重複利用の状況を表 8～11 に示す。最も多かったのは、一種類のみサービスを利用していた者で 18,852 人（在宅サービス利用者のうち 52.5%）であった。次いで、二種類、三種類を利用する者が多く、それぞれ 9,915 人（27.6%）、5,022 人（14.0%）であった。一種類利用では通所介護の利用者が最も多く（5,477 人）、次いで、居宅療養管理指導（3,734 人）、訪問介護（3,232 人）であった。また、二種類利用の上位 4 つの組み合わせが、訪問介護と他のサービスの組み合わせであり、三種類利用の上位 7 つの組み合わせが、訪問介護と他のサービスの組み合わせであった。

また主要な訪問系サービスである、訪問介護

(訪問入浴介護)、訪問看護、訪問リハビリテーションの利用状況を図4に示す。このうち訪問介護のみの利用は10,272人、訪問入浴介護のみの利用は286人であった。

奈良県内の自治体職員を対象としたヒアリングでは、管轄域内の介護保険サービスを提供する医療機関および介護保険事業所のサービス提供状況、LIFE算定状況、情報共有システムなどに関して現状を聞き取った。

#### D. 考察

施設サービス利用者と在宅サービス利用者の比較では、施設サービス利用者が全体の23%に対し、在宅サービス利用者が58%と多かった。年齢区分に関しては、全体、施設サービス利用者、在宅サービス利用者のいずれも85-94歳で最も多く違いはみられなかったが、要介護度区分に関しては、全体的に中等度要介護者が多く、これらの多くが在宅サービスを利用しており、在宅サービス利用者の多さを一定程度説明すると考えられる。

施設サービス利用者と在宅サービス利用者のサービス利用状況について、施設サービス利用者は年齢も高く、要介護度も重度である一方、在宅サービス利用者はほとんどのサービスにおいて85-59歳の利用が最も多く、要介護2の者の利用が最も多かった。訪問系LIFE指標を検討するにあたり、こうした違いを考慮する必要がある。

在宅サービスの重複利用について、一種類のみ利用の場合、二種類、三種類利用の場合のいずれにおいても、訪問介護サービスが多く利用されていた。一方、訪問看護、居宅療養管理指導、訪問リハビリテーションなど、医療系のサービスも多く利用されていた。これらは、在宅サービス利用者のニーズを一定程度示していると考えられる。

訪問系サービスへのLIFEの導入を考える際には、実現可能性を考慮することが重要であるが、例えば訪問介護の生活援助は利用者に対する直接的な支援を行わず、LIFE指標に関する評価の機会が得難い可能性がある。こうした場合には、同一利用者に関与している他のサービス(通所系

サービスや訪問看護、訪問リハビリテーション)においてLIFE指標の評価を実施し、その結果を共有することが可能であるかもしれない。一方で、一種類のサービス利用で訪問介護・訪問入浴介護を利用している者においては、同一利用者への関与が限定的であり、LIFE活用に困難さを生じる可能性が考えられる。

さらに、実証研究の計画・実施においても、対象自治体の現状と併せて、本分析結果を考慮することが必要である。

本研究の限界・留意点について記す。本研究では、2022年度内に施設サービスと在宅サービスの両方を利用している者は、サービス利用期間にかかわらず施設サービスに分類した。介護保健施設は基本的に中間施設に位置付けられているため、短期間の入所者が施設サービス利用者に分類されている可能性がある。さらに、施設サービスをまとめて扱ったが、介護福祉施設、介護保健施設、介護医療院は機能が異なる点に留意する必要がある。また、本研究においては、医療保険サービスとして提供される訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問診療等は分析に含めていない。これらを含めた分析を行うことで、在宅サービス利用者の実態についてより詳細な知見を得ることができる。

#### E. 結論

訪問系サービスにおけるLIFE活用に向けて、奈良県KDBを用いて施設および在宅サービス利用状況の可視化を行った。施設サービス利用者と在宅サービス利用者では、在宅サービス利用者数が多く、両群を比較したところ、年齢、要介護区分、サービス利用状況において、異なる特徴を有していた。さらに、在宅サービス利用者のサービスの重複利用状況を分析したところ、1種類のみ利用者が概ね半数(52.5%)であった。特に、1種類のみで利用しているサービスが訪問介護、訪問入浴介護の場合は、サービス提供者による利用者との直接的な関わりが限定的である場合が想定されることから、LIFE活用に向けた方略を検

討する必要があると考えられる。

**F. 健康危険情報**

なし

**G. 研究発表**

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1 : 施設サービス利用者および在宅サービス利用者の定義

在宅サービス利用者: 下記のいずれかを利用		施設サービス利用者: 下記のいずれかを利用	
コード	サービス種類	コード	サービス種類
11	訪問介護	51	介護福祉施設
12	訪問入浴介護	52	介護保健施設
13	訪問看護	53	病院等における介護療養
14	訪問リハビリテーション	55	介護医療院
15	通所介護		
16	通所リハビリテーション		
31	居宅療養管理指導		
34	介護予防居宅療養管理指導		
63	介護予防訪問看護		
64	介護予防訪問リハビリテーション		
66	介護予防通所リハビリテーション		

2022年度のサービス利用状況を元に分類。年度内に施設および在宅の両サービスの利用があった場合は、施設サービス利用者に分類した。

図 1 : 2022 年度サービス利用者における在宅サービス利用者および施設サービス利用者の割合

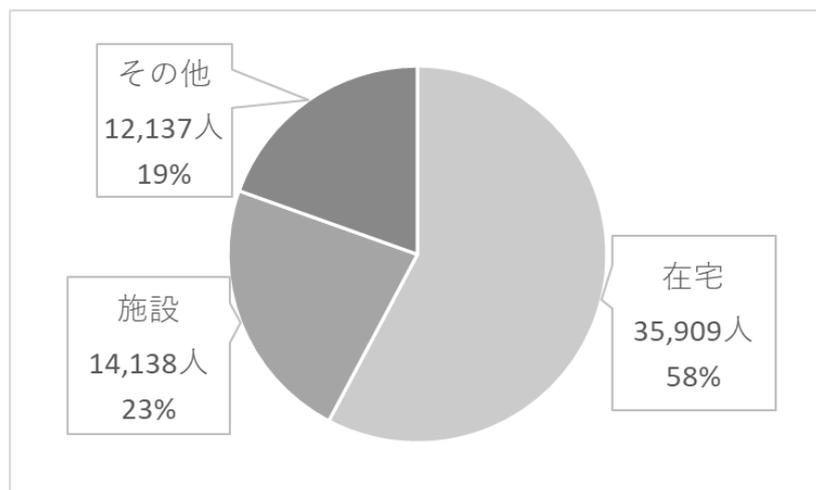


表 2 : 対象者属性

	全対象者 n=62,184 ※地域密着サービス利用者等 含む		在宅サービス利用者 n=35,909 (58%)		施設サービス利用者 n=14,138 (23%)		P値※
<b>性別, 人数(%)</b>							
男性	19,204	(30.9)	12,231	(34.1)	3,567	(25.2)	<.001
女性	42,980	(69.1)	23,678	(65.9)	10,571	(74.8)	
<b>年齢</b>							
平均年齢±標準偏差	86	±7.4	86	±7.4	88	±7.1	<.001
<b>前期・後期高齢者, 人数(%)</b>							
前期高齢者	5,221	(8.4)	3,417	(9.5)	687	(4.9)	
後期高齢者	56,963	(91.6)	32,492	(90.5)	13,451	(95.1)	
<b>5歳年齢階級別人数, 人数(%)</b>							
65-69歳	1,270	(2.0)	821	(2.3)	171	(1.2)	<.001
70-74歳	3,951	(6.4)	2,596	(7.2)	516	(3.6)	
75-79歳	6,112	(9.8)	3,739	(10.4)	984	(7.0)	
80-84歳	11,476	(18.5)	6,813	(19.0)	2,141	(15.1)	
85-89歳	17,580	(28.3)	10,341	(28.8)	3,741	(26.5)	
90-94歳	14,699	(23.6)	8,097	(22.5)	4,013	(28.4)	
95歳以上	7,096	(11.4)	3,502	(9.8)	2,572	(18.2)	
<b>要介護認定区分, 人数(%)</b>							
要支援1	3,071	(4.9)	1,171	(3.3)	0	(0.0)	<.001
要支援2	6,343	(10.2)	2,618	(7.3)	0	(0.0)	
要介護1	10,867	(17.5)	8,384	(23.4)	736	(5.2)	
要介護2	12,960	(20.8)	9,640	(26.9)	1,414	(10.0)	
要介護3	10,804	(17.4)	5,852	(16.3)	3,702	(26.2)	
要介護4	10,737	(17.3)	4,935	(13.7)	4,827	(34.1)	
要介護5	7,402	(11.9)	3,309	(9.2)	3,459	(24.5)	

※在宅サービス利用者と施設サービス利用者の群間比較について、性別および要介護認定区分についてはχ<sup>2</sup>乗検定、年齢はt検定の結果を示す。

表 3 : 年齢階級別要介護認定区分 (人数)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
<b>全体</b>							
65-69歳	70	169	203	302	201	179	146
70-74歳	256	453	754	816	654	600	418
75-79歳	413	781	1,050	1,337	963	867	701
80-84歳	768	1,455	2,242	2,425	1,776	1,652	1,158
85-89歳	948	1,971	3,455	3,754	2,936	2,656	1,860
90-94歳	514	1,219	2,393	3,060	2,735	2,900	1,878
95歳以上	102	295	770	1,266	1,539	1,883	1,241
<b>在宅サービス利用者</b>							
65-69歳	32	74	157	237	127	114	80
70-74歳	115	219	605	623	442	353	239
75-79歳	160	319	828	1,027	596	453	356
80-84歳	275	570	1,749	1,863	1,028	808	520
85-89歳	353	809	2,708	2,815	1,625	1,224	807
90-94歳	198	491	1,790	2,205	1,335	1,269	809
95歳以上	38	136	547	870	699	714	498
<b>施設サービス利用者</b>							
65-69歳	0	0	#	#	49	49	53
70-74歳	0	0	#	#	134	177	130
75-79歳	0	0	50	99	232	331	272
80-84歳	0	0	137	219	537	699	549
85-89歳	0	0	233	409	1,008	1,197	894
90-94歳	0	0	208	415	1,079	1,380	931
95歳以上	0	0	76	209	663	994	630

# : 10未満等のため非公表

表 4 : 施設サービス利用状況 (施設サービス利用者)

サービス種類	利用者数(人)*
介護福祉施設	7,453
介護保健施設	6,447
介護療養: 病院・診療所等	21
介護医療院	838

\*同一年度内の異なる時期に複数の施設サービス利用がある場合があるため、重複あり

表 5 : 在宅サービス利用状況 (在宅サービス利用者)

サービス種類	利用者数(人)*
訪問介護	16,126
通所介護	14,496
居宅療養管理指導	10,784
居宅療養管理指導(介護予防)	1,089
訪問看護	7,787
訪問看護(介護予防)	1,486
通所リハビリテーション	5,074
通所リハビリテーション(介護予防)	2,146
訪問リハビリテーション	2,117
訪問リハビリテーション(介護予防)	613
訪問入浴介護	975

\*重複あり

表6：施設サービス利用状況（施設サービス利用者：年齢区分および要介護区分別）

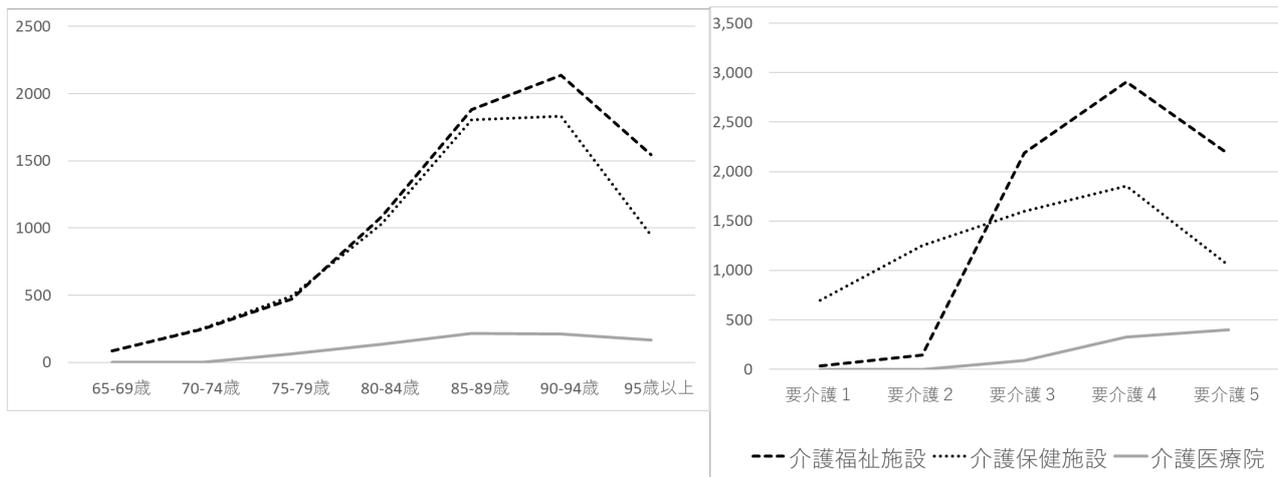
年齢区分別			
	介護福祉施設	介護保健施設	介護医療院
65-69歳	87	85	#
70-74歳	248	252	#
75-79歳	472	493	64
80-84歳	1,083	1032	133
85-89歳	1,881	1807	216
90-94歳	2,138	1833	213
95歳以上	1,544	945	167
要介護区分別			
	介護福祉施設	介護保健施設	介護医療院
要介護1	36	697	#
要介護2	145	1249	#
要介護3	2,190	1597	87
要介護4	2,907	1855	324
要介護5	2,175	1049	402
要支援1, 2はいずれも0のため省いた。介護療養はいずれも10以下のため非表示。#10未満等により非表示			

表7：在宅サービス利用状況（在宅サービス利用者：年齢区分および要介護区分別）

年齢区分別							
	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	通所リハビリテーション
65-69歳	401	31	179	83	173	253	127
70-74歳	1,190	92	582	218	584	893	406
75-79歳	1,789	113	801	302	855	1,494	622
80-84歳	3,230	149	1,416	403	1,668	2,813	1,066
85-89歳	4,660	201	2,059	520	2,928	4,415	1,488
90-94歳	3,412	213	1,814	410	3,005	3,311	990
95歳以上	1,444	176	936	181	1,571	1,317	375
			訪問看護 (介護予防)	訪問リハビリテーション (介護予防)	居宅療養管理指導 (介護予防)		通所リハビリテーション (介護予防)
65-69歳			39	33	16		46
70-74歳			123	86	45		193
75-79歳			200	99	71		256
80-84歳			314	135	180		525
85-89歳			467	150	305		699
90-94歳			261	86	354		361
95歳以上			82	24	118		66
要介護区分別							
	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	通所リハビリテーション
要介護1	3,812	13	1,432	367	1,750	4,269	1,190
要介護2	4,828	68	2,044	634	2,222	4,517	1,727
要介護3	2,893	116	1,423	391	2,073	2,745	1,066
要介護4	2,720	304	1,582	416	2,545	1,889	726
要介護5	1,873	474	1,306	309	2,194	1,076	365
			訪問看護 (介護予防)*	訪問リハビリテーション (介護予防)*	居宅療養管理指導 (介護予防)*		通所リハビリテーション (介護予防)*
要支援1			324	109	262		534
要支援2			790	356	478		1,211

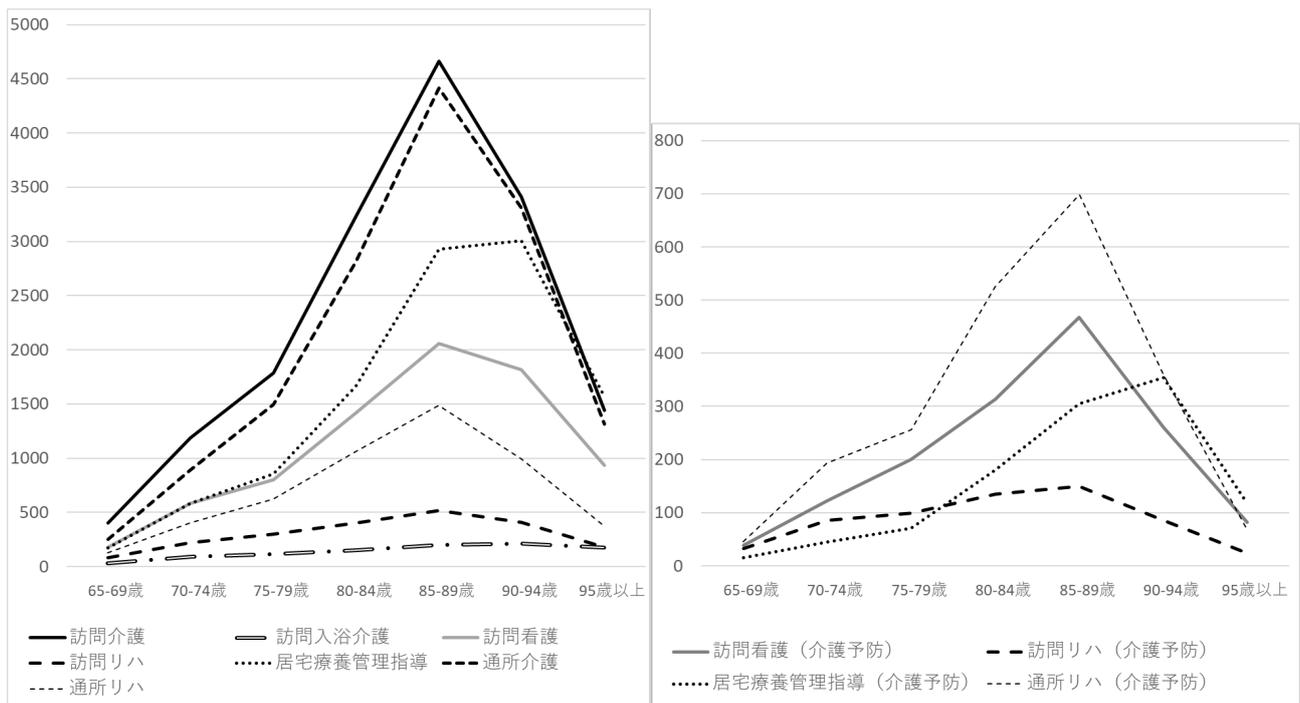
\*介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーションに関して、それぞれ同一対象者が訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーションを異なる期間に重複して利用している場合は、いずれも訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーションにカウントした。

図2：施設サービス利用状況（施設サービス利用者：年齢区分および要介護区分別）



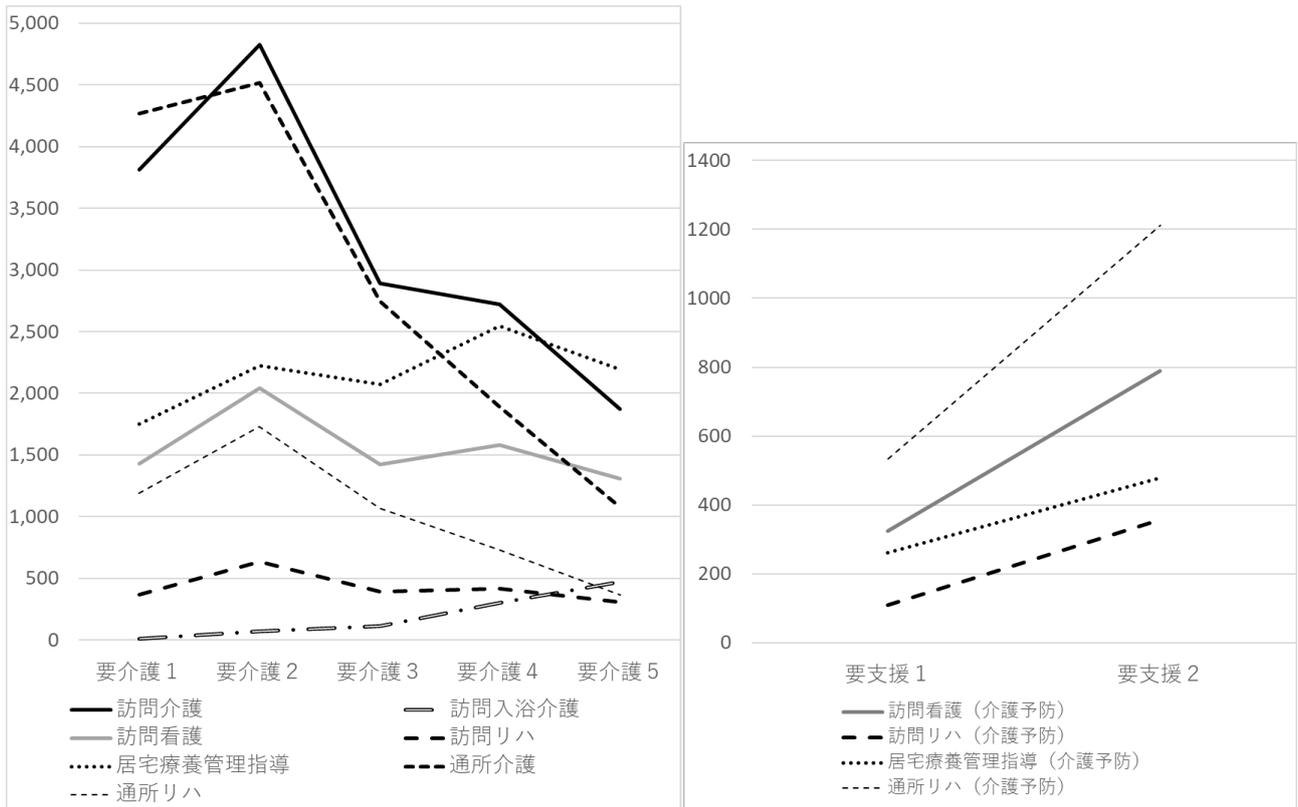
介護医療院における65-69歳、70-74歳、要介護1、要介護2においては集計値が10未満等の理由により入力せずにグラフを作成した。

図3-1：在宅サービス利用状況（在宅サービス利用者：年齢区分）



\*介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーションに関して、それぞれ同一対象者が訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーションを異なる期間に重複して利用している場合は、いずれも訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーションにカウントした。

図 3-2：在宅サービス利用状況（在宅サービス利用者：要介護区分別）



\*介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーションに関して、それぞれ同一対象者が訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーションを異なる期間に重複して利用している場合は、いずれも訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーションにカウントした。

表 8：在宅サービス重複利用状況：利用しているサービス種類数（在宅サービス利用者）

種類数	利用者数(人)	割合(%)*
1種類	18,852	52.5
2種類	9,915	27.6
3種類	5,022	14.0
4種類	1,722	4.8
5種類	342	1.0
6種類以上	56	0.2

\*在宅サービス利用者に分類された者における割合

表 9 : 一種類利用している者における利用サービス (在宅サービス利用者)

サービス種類	利用者数(人)
通所介護	5,477
居宅療養管理指導	3,734
訪問介護	3,232
通所リハビリテーション(介護予防)	1,655
通所リハビリテーション	1,519
訪問看護	999
訪問看護(介護予防)	932
居宅療養管理指導(介護予防)	588
訪問リハビリテーション(介護予防)	404
訪問リハビリテーション	263
訪問入浴介護	49

表 10 : 二種類利用している者における利用サービスの組み合わせ (在宅サービス利用者)

サービス種類		利用者数(人)
訪問介護	通所介護	2,916
訪問介護	居宅療養管理指導*	1,271
訪問介護	訪問看護*	1,088
訪問介護	通所リハ*	907
通所介護	居宅療養管理指導*	660
訪問看護*	通所介護	617
通所介護	通所リハ*	537
訪問看護*	居宅療養管理指導*	406
訪問介護	訪問リハ*	253
訪問看護*	通所リハ*	207
訪問リハ*	通所介護	167
居宅療養管理指導*	通所介護	102

利用者数が100人以上であった組み合わせ(上位12)を提示。  
\*介護予防サービスを含む

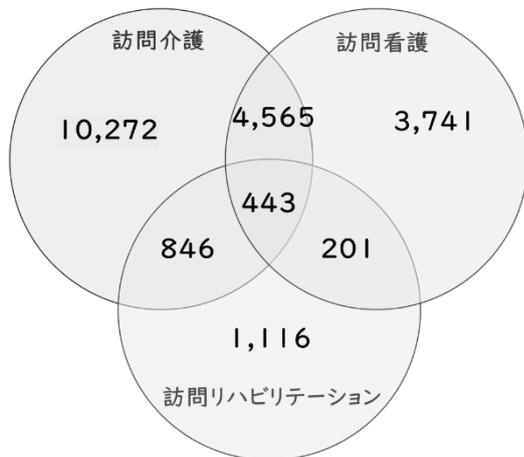
表 11 : 三種類利用している者における利用サービスの組み合わせ (在宅サービス利用者)

サービス種類			利用者数(人)
訪問介護	通所介護	居宅療養管理指導*	1,000
訪問介護	訪問看護*	居宅療養管理指導*	921
訪問介護	通所介護	訪問看護*	829
訪問介護	通所介護	通所リハ*	286
訪問介護	訪問看護*	通所リハ*	257
訪問介護	通所リハ*	居宅療養管理指導*	221
訪問介護	通所介護	訪問リハ*	188
通所介護	訪問看護*	居宅療養管理指導*	166
訪問介護	訪問リハ*	居宅療養管理指導*	130

利用者数が100人以上であった組み合わせ(上位9)を提示。\*介護予防サービスを含む

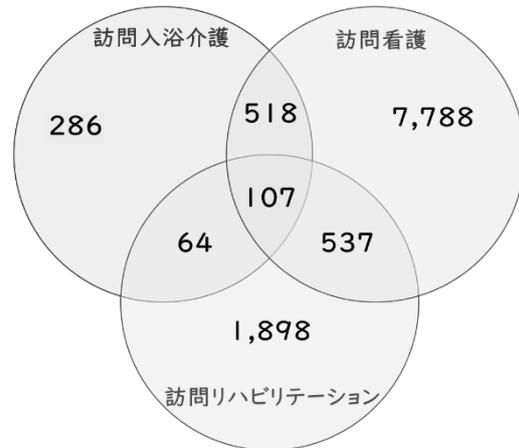
図4：訪問介護および訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーションの重複利用状況（在宅サービス利用者）

【訪問介護・訪問看護・訪問リハビリテーション】



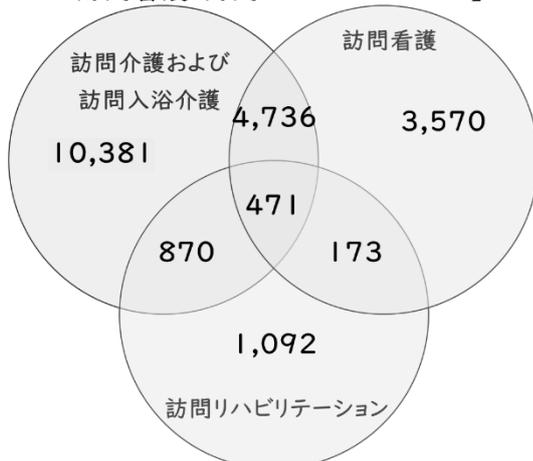
※訪問看護、訪問リハビリテーションは各介護予防給付と介護給付を合計した値

【訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション】



※訪問看護、訪問リハビリテーションは各介護予防給付と介護給付を合計した値

【訪問介護および訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション】



※訪問看護、訪問リハビリテーションは各介護予防給付と介護給付を合計した値

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
「訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究」  
分担研究報告書 (令和 6 年度)

**LIFE 関連加算の算定状況：KDB を用いた分析**

研究分担者	中西 康裕	(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)
研究分担者	山口 佳小里	(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)
研究分担者	松本 伸哉	(島根大学 医学部 環境保健医学講座)
研究分担者	西岡 祐一	(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究分担者	次橋 幸男	(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)
研究分担者	城戸 顕	(奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座)
研究代表者	赤羽 学	(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究要旨

LIFE 関連加算の日本全体の算定実態は徐々に報告されているものの、地域別の状況は不明である。地域における介護サービス提供体制には大きなばらつきが想定されることから、市町村別に LIFE 関連加算の算定状況が可視化できる指標の開発は重要であると考えられる。本研究では、奈良県 KDB 改良データにおける介護レセプトを用いて、「科学的介護推進体制加算」及び「リハビリテーション関連加算」をサービス種類コードと項目コードで定義し、実算定者数や算定者割合等を算出することで、「施設」や「通所」、「訪問」等の区分における加算の算定状況を分析した。また、「科学的介護推進体制加算」の市町村別算定者割合や SCR を算出することで、加算の算定状況が市町村間において差が見られるか検討した。

分析の結果、「科学的介護推進体制加算」の算定者割合について、施設サービスの区分で最も高いのは介護老人保健施設であり、介護老人福祉施設、介護医療院と続いた。また、通所リハビリテーションの方が通所介護よりも算定者割合が高い傾向にあった。「リハビリテーション関連加算」に関しては、算定者割合が最も高かったのは「施設」で、「通所」、「訪問」と続いた。さらに、「科学的介護推進体制加算」の市町村別算定者割合と SCR を算出した結果からは、市町村間で大きなばらつきが確認された。

こうした分析のアプローチは、地域の実情に応じた LIFE のさらなる推進を検討するうえで重要であり、LIFE 情報の地域の偏りに関する理解を深めるうえで有用と考えられる。

## A. 研究目的

2021 年度から科学的介護情報システム（以下、LIFE）の運用が開始となり、多くの事業所で導入されている。LIFE を導入した事業所は、LIFE へのデータ提出等の要件を満たすことで、2021 年度介護報酬改定において創設された加算（LIFE 関連加算）を算定することができる。厚生労働省による介護保険総合 DB を用いた分析によると、サービス種別によって差はあるものの、LIFE 関連加算を算定している事業所は増加傾向にある。2023 年 4 月データを用いた分析では、例えば介護老人保健施設の区分で 77.7%、通所リハビリテーションの区分では 53.7%が LIFE 関連加算を算定していた。

しかし、LIFE 関連加算の日本全体の算定実態は徐々に報告されているものの、地域別の状況は不明である。地域における介護サービス提供体制には大きなばらつきが想定されることから<sup>2)</sup>、市町村別に LIFE 関連加算の算定状況が可視化できる指標の開発は重要であると考えられる。

本研究では、奈良県をモデル地域とし、KDB における介護レセプトデータを用いることで、LIFE 関連加算の算定状況について市町村別に基礎的な集計を行い、加算の算定実態を可視化する手法を検討する。さらに介護 DB・LIFE データの分析に向けて、第三者提供の申し出を行い、データベース構築作業を実施する。

## B. 研究方法

奈良県 KDB 改良データにおける 2022 年度の介護レセプトを用いた。第 1 号被保険者を対象として、「施設」、「通所」、「訪問」の区分に分け、介護サービスの利用が 1 回でもあった者を各区分における利用者とし、実利用者数を抽出した。3 つの区分けはサービス種類コード（2 桁）をベースに定義付けした（表 1）。

また、前述の方法で抽出した実利用者のうち、「科学的介護推進体制加算」及び「リハビリテーション関連加算」の実算定者数を性・年齢階級、市町村別に抽出した。各加算は、該当する

サービス種類コード（2 桁）及びサービス項目コード（4 桁）により定義付けを行った（表 2 及び 3）。

さらに、「科学的介護推進体制加算」に着目し、市町村間の算定状況を可視化することを目的として、市町村ごとの加算の算定者割合を下記により算出した（今回は「科学的介護推進体制加算」全体の割合を算出）。

$$\text{算定者割合} = \frac{\text{市町村別加算実算定者数}}{\text{市町村別「施設」又は「通所」サービス実利用者数}}$$

加算の算定者割合に加え、市町村間の算定状況を可視化する指標として、性・年齢構成の違いを調整した加算算定者数の比を算出した。この指標は、すでに広く活用されている標準化レセプト出現比（standardized claims data ratio, SCR）<sup>3),4)</sup>を参考に算出した（以下、本稿で用いる加算算定者数の比については「SCR」と表記）。

SCR の算出方法は、以下の通りとした。

$$\text{SCR} = \frac{\sum \text{性・年齢階級別、市町村別実算定者数}}{\sum \text{性・年齢階級別、市町村別実算定者期待数}} \\ = \frac{\text{性・年齢階級別、市町村別実算定者数の合計}}{\left\{ \text{性・年齢階級別、市町村別実利用者数} \times \frac{\text{県全体の性・年齢階級別実算定者数}}{\text{県全体の性・年齢階級別実利用者数}} \right\} \text{の合計}}$$

県全体の平均を 100 として、期待される実算定者数と実際の実算定者数とを市町村ごとで比較した。

2024 年 7 月に介護 DB・LIFE データの第三者提供の申し出を行い、同年 12 月に最終承認を得た。2025 年 2 月に事務局からデータを受け取り介護 DB・LIFE の定型データセット(csv ファイル)をロードし、データベース構築を行った。

（倫理面への配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。分析結果の公表への留意点として、特定の個人等の識別を防ぐために最小集計単位が 10 未満にな

らないようにする等の配慮を行った。奈良県 KDB 分析結果は奈良県の公表審査を受けて承認を得た。

### C. 研究結果

サービス種類コード(2桁)をベースに「施設」、「通所」、「訪問」の3つの区分に分け、実利用者数を抽出した結果を表4に示した。全体の実利用者数は52,658人で、「訪問」、「通所」、「施設」の順に実利用者数は多かった。また、3つの区分で重複する実利用者数を足し合わせた合計は68,479人となり、ユニークで抽出した全体の実利用者数よりも15,000人程度多い数となった。

サービス種類コード(2桁)及びサービス項目コード(4桁)をベースに、「科学的介護推進体制加算」の実算定者数を抽出した結果は、種類コードごとの実利用者数、各種類コードに対応する加算の項目コードごとの実算定者数、実算定者数を実利用者数で除した割合(実算定者割合)をそれぞれ表5に示した。「施設」の区分では、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院のうち、介護老人保健施設の加算の算定者割合が85.1%と最も高く、「通所」の区分では、通所リハビリテーションの方が通所介護よりも算定者割合が高かった。

また、種類コードと項目コードで定義した加算をさらに「施設」と「居宅」に分け、それぞれの実算定者数、算定者割合を算出した結果を表6に示した。加算の算定者割合は、「施設」と「居宅」の区分けでは、「施設」の方が高かった。

「リハビリテーション関連加算」については、種類コードごとの実利用者数、各種類コードに対応する加算の項目コードごとの実算定者数、実算定者数を実利用者数で除した割合(実算定者割合)をそれぞれ表7に示した。「施設」、「通所」、「訪問」の区分において、算定者割合は「施設」で66.9%と最も高く、「訪問」は24.2%と顕著に低かった。

また、さらに「施設」と「居宅」に分け、それぞれの実算定者数、算定者割合を算出した結果を表8に示した。加算の算定者割合は、「科学的介護推進体制加算」の結果と同様、「施設」の方が「居宅」よりも高かった。

「科学的介護推進体制加算」全体の算定者割合を市町村別に算出した結果については、図1に示した。市町村ごとの加算の算定者割合にはばらつきが見られ、最高で93.5%、最低で28.9%と大きな差があった。

また、「科学的介護推進体制加算」全体のSCRを市町村別に算出した結果を図2に示した。最大となる自治体のSCRは139で、最小は43であった。

第三者提供の事務局から受け取った介護DB・LIFEのデータは委託事業者と連携しデータベース構築を行った。さらに、提供された介護DB・LIFEの定型データセットのデータ件数と構築したDBのデータ件数とが一致していることを確認した。

### D. 考察

本研究では、奈良県KDB改良データにおける介護レセプトを用いて、「科学的介護推進体制加算」及び「リハビリテーション関連加算」をサービス種類コードと項目コードで定義し、実算定者数や算定者割合等を算出することで、「施設」や「通所」、「訪問」等の区分における加算の算定実態を分析した。

本分析結果が示す両加算の算定者割合の傾向は、厚生労働省による介護保険総合DBを用いた分析結果(2023年4月データの分析結果)の傾向と、おおよそ同様であることが確認できる<sup>1)</sup>。すなわち、「科学的介護推進体制加算」の算定者割合は、施設サービスの区分で最も高いのは介護老人保健施設であり、介護老人福祉施設、介護医療院と続く。また、通所リハビリテーションの方が

通所介護よりも算定者割合が高い傾向にある。さらに、「リハビリテーション関連加算」に関して、「施設」、「通所」、「訪問」の区分において算定者割合が最も高いのは「施設」であり、「通所」、「訪問」と続く。

「科学的介護推進体制加算」全体の市町村別算定者割合や SCR の算出については、先行研究や行政資料等でこれらの数値は具体的に未だ明示されたことがなく、筆者らの知る限り本研究が初の報告となる。前述の厚生労働省による介護保険総合 DB を用いた分析により、LIFE 関連加算の事業所ごとの算定状況が把握されている。各種別の事業所によって算定の状況には差があるものの、LIFE 関連加算を算定している事業所の割合は経年的に増加傾向にある。しかし、現在のところ地域別の LIFE 関連加算の算定状況は不明である。地域によって提供可能な介護サービスのリソースに差があることは本分析結果からも推察でき、国や自治体が LIFE に関してさらなる施策の推進を図る際は、地域の実情に応じた対応が求められることになると考えられる。今回の研究では、「科学的介護推進体制加算」全体の SCR を分析例の一つとして提示したが、他にも施設や通所、訪問等の区分でも算出することが可能である。KDB の介護レセプトデータを用いた SCR の算出は、市町村間の算定状況を可視化し、隣接する市町村や同程度の規模の市町村の実態を把握できる指標として活用できるものであり、有用と考えられる。さらに、現在 LIFE 情報の第三者提供が徐々に進められるなど、LIFE 情報の研究での利活用が今後一層期待される。そうした状況の中、LIFE 情報の地域的な偏りを明らかにすることは重要な点と考えられる。

介護 DB・LIFE のデータベース構築は予定通りに完了したため、次年度は全国の事業所から提出された LIFE 情報の分析を行う予定である。特

に、LIFE 情報の各項目がどのようなデータ入力となっているか確認する必要があると考えられる。

## E. 結論

本研究では、奈良県 KDB 改良データにおける介護レセプトを用いて、LIFE 関連加算の算定状況について市町村別に基礎的な集計を行い、加算の算定実態を可視化する手法を検討した。「科学的介護推進体制加算」に着目し、SCR を算出した結果、加算の算定状況は市町村間で大きなばらつきが見られた。こうした分析のアプローチは、地域の実情に応じた LIFE のさらなる推進を検討するうえで重要であり、LIFE 情報の地域的な偏りの理解を深める点でも有用と考えられた。

## 引用文献

- 1). 厚生労働省. LIFE の活用状況の把握および ADL 維持等加算の拡充の影響に関する調査研究事業. 令和 3 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和 5 年度調査). 2024.
- 2). 中西康裕, 西岡祐一, 次橋幸男, 赤羽学. 在宅医療・介護連携に関する地域差の可視化: レセプトを用いた指標案の検討. 厚生労働科学研究費補助金長寿科学政策研究事業「医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適性な評価指標等の提案のための研究」(研究代表者: 赤羽学. 22GA1001) 令和 5 年度 分担研究報告書. 2024.
- 3). 内閣府. 医療提供状況の地域差(都道府県別、二次医療圏別、市区町村別): 評価・分析 WG (4 月) 藤森委員提出資料より. 第 17 回経済・財政一体改革推進委員会資料, 2017 年 4 月 28 日.

- 4). Tamaki J, Fujimori K, Ikehara S, Kamiya K, Nakatoh S, Okimoto N, Ogawa S, Ishii S, Iki M; Working Group of Japan Osteoporosis Foundation. Estimates of hip fracture incidence in Japan using the National Health Insurance Claim Database in 2012-2015. Osteoporos Int. 2019;30(5):975-983.

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

表 1：各区分のサービス種類コード

区分	種類コード	サービス種別
施設	51	介護福祉施設サービス
	52	介護保健施設サービス
	55	介護医療院サービス
通所	15	通所介護
	16	通所リハビリテーション
	66	介護予防通所リハビリテーション
訪問	11	訪問介護
	12	訪問入浴介護
	13	訪問看護
	14	訪問リハビリテーション
	63	介護予防訪問看護
	64	介護予防訪問リハビリテーション
	65	介護予防訪問入浴介護
	31	居宅療養管理指導
34	介護予防居宅療養管理指導	

表 2：科学的介護推進体制加算のサービス種類・項目コード

区分	種類	項目	サービス内容略称	施設・居宅の別
施設	51	6361	科学的介護推進体制加算Ⅰ（福祉施設）	施設
	51	6362	科学的介護推進体制加算Ⅱ（福祉施設）	
	52	6361	科学的介護推進体制加算Ⅰ（保健施設）	
	52	6362	科学的介護推進体制加算Ⅱ（保健施設）	
	55	6361	科学的介護推進体制加算Ⅰ（医療院）	
	55	6362	科学的介護推進体制加算Ⅱ（医療院）	
通所	15	6361	科学的介護推進体制加算（通所介護）	居宅
	16	6361	科学的介護推進体制加算（通所リハ）	
	66	6361	科学的介護推進体制加算（予防通所リハ）	

表 3：リハビリテーション関連加算のサービス種類・項目コード

区分	種類	項目	サービス内容略称	施設・居宅の別
施設	52	6366	保健施設リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰ	施設
	52	6365	保健施設リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ	
通所	16	5619	通所リハビリテーションマネジメント加算 A21	居宅
	16	5620	通所リハビリテーションマネジメント加算 A22	
	16	5621	通所リハビリテーションマネジメント加算 B21	
	16	5622	通所リハビリテーションマネジメント加算 B22	
訪問	14	5008	訪問リハビリテーションマネジメント加算 A2	
	14	5009	訪問リハビリテーションマネジメント加算 B2	

表 4：各区分のサービス種類コードにおける実利用者数

区分	種類コード	サービス種別	実利用者数（人）
施設	51	介護福祉施設サービス	15,293
	52	介護保健施設サービス	
	55	介護医療院サービス	
通所	15	通所介護	22,967
	16	通所リハビリテーション	
	66	介護予防通所リハビリテーション	
訪問	11	訪問介護	30,219
	12	訪問入浴介護	
	13	訪問看護	
	14	訪問リハビリテーション	
	63	介護予防訪問看護	
	64	介護予防訪問リハビリテーション	
	65	介護予防訪問入浴介護	
	31	居宅療養管理指導	
	34	介護予防居宅療養管理指導	
全体	-	-	52,658

表 5：科学的介護推進体制加算のサービス種類・項目コードにおける実利用者数・算定者数

区分	種類	実利用者数 (人) _a	項目	サービス内容略称	実算定者数 (人) _b	割合 (%) _b/a
施設	51	8,370	6361	科学的介護推進体制加算Ⅰ（福祉施設）	5,675	67.8
	51		6362	科学的介護推進体制加算Ⅱ（福祉施設）		
	52	6,637	6361	科学的介護推進体制加算Ⅰ（保健施設）	5,648	85.1
	52		6362	科学的介護推進体制加算Ⅱ（保健施設）		
	55	893	6361	科学的介護推進体制加算Ⅰ（医療院）	266	29.8
	55		6362	科学的介護推進体制加算Ⅱ（医療院）		
通所	15	16,251	6361	科学的介護推進体制加算（通所介護）	8,789	54.1
	16	6,245	6361	科学的介護推進体制加算（通所リハ）	4,741	75.9
	66	2,287	6361	科学的介護推進体制加算（予防通所リハ）	1,737	76.0
全体	-	36,072	-	-	24,366	67.5

表 6：科学的介護推進体制加算のサービス種類・項目コードにおける実利用者数・算定者数（施設・居宅で区分け）

区分	種類	実利用者数 (人) _c	項目	サービス内容略称	施設・居宅	実算定者数 (人) _d	割合 (%) _d/c
施設	51	15,293	6361	科学的介護推進体制加算Ⅰ（福祉施設）	施設	11,276	73.7
	51		6362	科学的介護推進体制加算Ⅱ（福祉施設）			
	52		6361	科学的介護推進体制加算Ⅰ（保健施設）			
	52		6362	科学的介護推進体制加算Ⅱ（保健施設）			
	55		6361	科学的介護推進体制加算Ⅰ（医療院）			
	55		6362	科学的介護推進体制加算Ⅱ（医療院）			
通所	15	22,967	6361	科学的介護推進体制加算（通所介護）	居宅	14,339	62.4
	16		6361	科学的介護推進体制加算（通所リハ）			
	66		6361	科学的介護推進体制加算（予防通所リハ）			
全体	-	36,072	-	-	-	24,366	67.5

表 7：リハビリテーション関連加算のサービス種類・項目コードにおける実利用者数・算定者数

区分	種類	実利用者数 (人) _a	項目	サービス内容略称	実算定者数 (人) _b	割合 (%) _b/a
施設	52	6,637	6366	保健施設リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰ	4,438	66.9
	52		6365	保健施設リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ		
通所	16	6,245	5619	通所リハビリテーションマネジメント加算 A21	3,211	51.4
	16		5620	通所リハビリテーションマネジメント加算 A22		
	16		5621	通所リハビリテーションマネジメント加算 B21		
	16		5622	通所リハビリテーションマネジメント加算 B22		
訪問	14	2,303	5008	訪問リハビリテーションマネジメント加算 A2	557	24.2
	14		5009	訪問リハビリテーションマネジメント加算 B2		
全体	-	13,944	-	-	7,714	55.3

表 8：リハビリテーション関連加算のサービス種類・項目コードにおける実利用者数・算定者数（施設・居宅で区分け）

区分	種類	実利用者数 (人) _c	項目	サービス内容略称	施設・居宅	実算定者数 (人) _d	割合 (%) _d/c
施設	52	6,637	6366	保健施設リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰ	施設	4,438	66.9
	52		6365	保健施設リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ			
通所	16	8,235	5619	通所リハビリテーションマネジメント加算 A21	居宅	3,701	44.9
	16		5620	通所リハビリテーションマネジメント加算 A22			
	16		5621	通所リハビリテーションマネジメント加算 B21			
	16		5622	通所リハビリテーションマネジメント加算 B22			
訪問	14	2,303	5008	訪問リハビリテーションマネジメント加算 A2	居宅	3,701	44.9
	14		5009	訪問リハビリテーションマネジメント加算 B2			
全体	-	13,944	-	-	-	7,714	55.3

図1：科学的介護推進体制加算（全体）の算定者割合（実算定者数／施設・通所実利用者数）

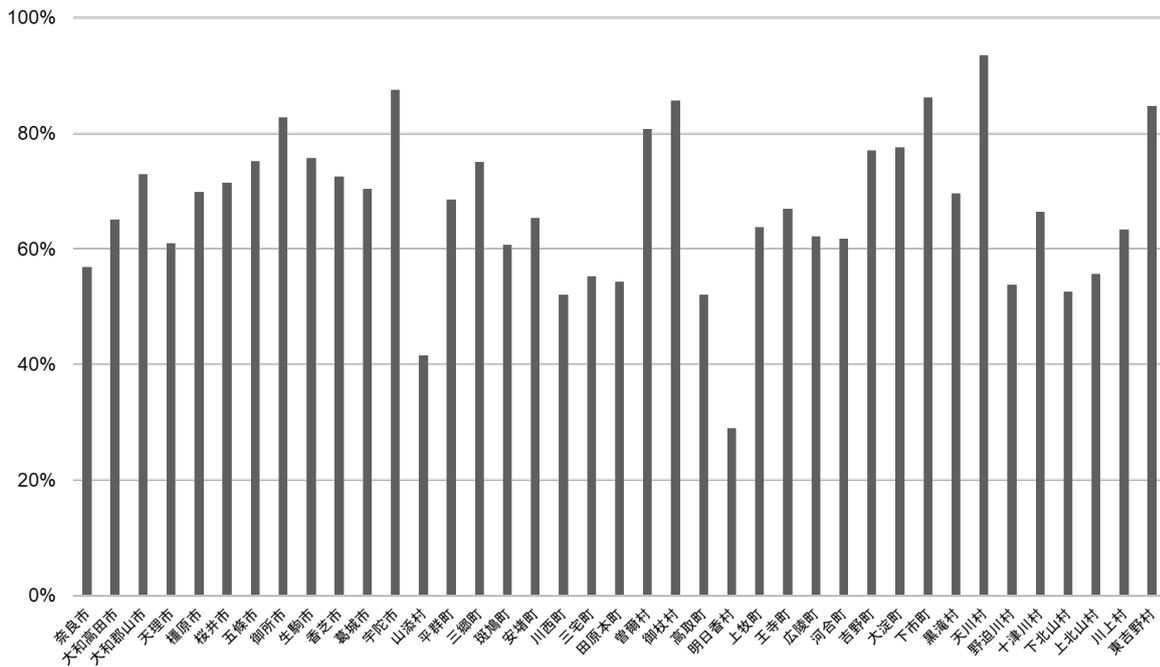
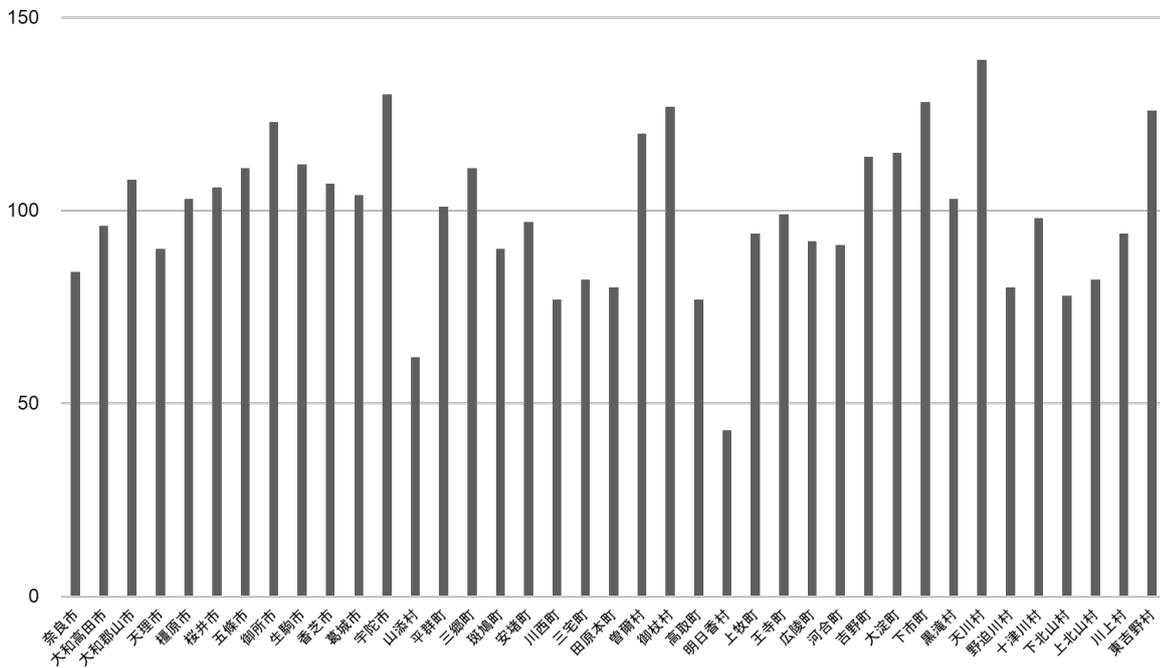


図2：科学的介護推進体制加算（全体）のSCR（県全体の平均が100）



## 5 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
なし					

令和7年3月31日

厚生労働大臣  
~~(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿~~  
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曾根 智史

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・部長

(氏名・フリガナ) 赤羽 学・アカハネ マナブ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年3月31日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曾根 智史

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・主任研究官

(氏名・フリガナ) 山口 佳小里・ヤマグチ カオリ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曾根 智史

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・主任研究官

(氏名・フリガナ) 保田 江美・ヤスタ エミ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年3月31日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曾根 智史

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・主任研究官

(氏名・フリガナ) 中西 康裕・ナカニシ ヤスヒロ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年4月3日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 神奈川県立保健福祉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 村上 明美

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 准教授兼地域ケア教育部長  
(氏名・フリガナ) 柴山志穂美 (シバヤマシオミ)

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年2月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 細井 裕司

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) リハビリテーション医学講座・教授

(氏名・フリガナ) 城戸 顕・キド アキラ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 細井 裕司

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 消化器内科学講座・博士研究員

(氏名・フリガナ) 赤羽 たけみ・アカハネ タケミ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年2月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 細井 裕司

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生学講座・博士研究員

(氏名・フリガナ) 次橋 幸男・ツギハシ ユキオ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	奈良県立医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年2月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 細井 裕司

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生学講座・助教

(氏名・フリガナ) 西岡 祐一・ニシオカ ユウイチ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	奈良県立医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
—(国立保健医療科学院長) —

機関名 国立大学法人島根大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 大谷 浩

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部環境保健医学講座・講師  
(氏名・フリガナ) 松本 伸哉・マツモト シンヤ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。