

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7年度)

訪問系サービスを受ける高齢者の適切なモニタリング指標の検討
～スコーピングレビュー、サービス従事者への質問紙調査・インタビュー調査から～

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

訪問系サービスにおける科学的介護情報システム(LIFE)の指標は、施設系サービスと比較してその特性に適した整理が十分とはいえない。本研究では、訪問系サービスを利用する在宅療養高齢者の状態をモニタリングする指標について、文献調査およびサービス従事者を対象とした質問紙調査・インタビュー調査の結果を統合して検討した。質問紙調査では、看護職、リハビリテーション専門職、介護職を対象に評価項目の実施状況を把握し、職種間の差を分析した。インタビュー調査では、各職種が指標をどのような目的や視点で活用しているかを検討した。その結果、医療情報は看護職、身体機能や動作はリハビリテーション専門職、日常生活場面の観察は介護職が中心となるなど、状態評価には職種ごとの役割分担がみられた。また、文献調査では既存の LIFE 指標に含まれない指標として Quality of Life(QOL)やポリファーマシー関連指標が一定数確認された。以上の結果は、訪問系サービスにおける状態モニタリング指標の整理および LIFE 指標の検討に資する基礎資料となるものである。

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。

本研究の目的は、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適切な指標を、推奨される評価者ごとに整理することである。この目的のため、文献調査およびサービス従事者への質問紙調査、インタビュー調査の結果を統合して検討する。

B. 研究方法

1. 文献調査

1.1. 研究デザイン

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。

1.2. リサーチクエスチョンの設定

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。

1.3. 文献検索

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をもとに英語と日本語で作成し、2024年9月11日に検索をおこなった。

1.4. 分析

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。一次スクリーニングとして、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。二時スクリーニングでも同様に、二人の研究者が独立して個別の文献の全文を確認し、PCCに沿って該当論文を特定した。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。

1.5. データの抽出

検索結果を説明するために、PRISMA プロトコル(Page et al., 2021 年)に従って、研究フローチャートを作成した。著者、発表年、研究場所、研究対象、研究デザイン、高齢者のモニタリング指標、結果、主要所見をまとめたリストを作成するため、二人の研究者は Microsoft Excel で作成したデータフォームに独立してデータ表を作成した。本研究の目的は、スコーピングレビュー、サービス従事者への質問紙調査およびインタビュー調査の結果を統合することである。よって、通常のスコーピングレビューの結果の提示方法とは異なり、データフォームで抽出された高齢者のモニタリング指標の個数をカウントし、質問紙調査の結果と統合した表を作成した。

2. 質問紙調査

2.1. 対象

訪問サービスに従事している看護師(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)(以下、リハ職と記す)、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)各1000名とした。

2.2. 調査方法

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。看護師および介護士の対象者の募集にあたっては、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に依頼し、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をおこなった。リハ職の対象者の募集は、一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会に協力を依頼し、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おこなった。

なお、調査自体は2025年2月～3月に実施し昨年度の報告書に素集計等を記載しているが、本年度研究では文献調査結果等と統合するために調査結果を追加分析した。

2.3. 調査項目

科学的介護推進体制加算を始めと既存の全てのLIFE帳票に含まれる項目と、国際的に活用されているInterRAI Home Care (HC)、Outcome and Assessment Information Set (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。昨年度の報告書に調査項目は詳細に記載しているが、改めて記載する。

2.3.1. 基本情報

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。

2.3.2. 65歳以上の要介護高齢者への訪問サービスにおける評価項目

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、「1. 全ての利用者に対して情報を収集／評価を実施している」、「2. 多くの利用者に対して情報を収集／評価を実施している」、「3. 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」、「4. 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。分析においては、得点の逆転処理をおこなった。

2.3.3. 評価ツールや評価バッテリーの使用状況

ブレイデンスケール(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、「1. 全ての利用者の評価に使用している」、「2. 多くの利用者の評価に使用している」、「3. 少数の利用者の評価に使用することがある」、「4. どの利用者の評価にも使用していない」に、「5.

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。分析においては、「5. このツール・バッテリーを知らない」を削除し、1～4の得点の逆転処理をおこなった。

2.4. 分析方法

質問紙調査の結果については、推奨される評価者を検討するため、各項目の実施状況を専門職別(看護師、リハ職、介護士)に整理し、専門職ごとの平均値を算出した。さらに、評価指標の実施状況に専門職間で差がみられるかを検討するため、一元配置分散分析を行った。統計解析は有意水準5%で実施した。

3. インタビュー調査

3.1. 対象者

訪問系サービスに従事する看護職、リハ職、介護士とし、研究班のネットワークを通じて協力の得られた者を対象とした。インタビュー対象者は、看護職および介護士が各3名、リハ職が4名の計10名であった。インタビュー調査の実施期間は2026年7月～8月である(看護職対象:7月23日、リハ・介護職対象:8月8日)

3.2. 調査方法

本研究では、訪問系サービスにおける在宅療養高齢者の状態を評価する指標の職種ごとの活用状況を把握するため、職種ごとにフォーカスグループインタビューを実施した。インタビューはオンラインで、Zoom Video Communications社が提供しているオンライン会議システム(Zoom)を使用した。1回あたり60分程度とした。インタビューでは、先行して実施した質問紙調査の分析結果および職種ごとの特徴を提示したうえで、日常業務において提示した状態評価指標をどのように活用しているか、評価を行う際の役割分担や判断の基準等について意見交換を行った。インタビュー内容は参加者の同意を得て録音し、逐語録を作成した。逐語録をもとに内容を整理し、職種ごとの状態評価指標の活用状況の観点から分類・整理した。なお、インタビュー調査の詳細については、本年

度の別報告書を参照されたい。

4. 倫理的配慮

文献調査については、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。質問紙調査およびインタビュー調査については、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)。質問紙調査に際しては、研究の目的、回答は任意であること、個人が特定されない形で集計・分析を行うことを説明し、回答をもって研究参加への同意が得られたものとみなした。フォーカスグループインタビューにおいては、研究の目的および方法について口頭および文書で説明し、参加者の自由意思による同意を得たうえで実施した。インタビュー内容は参加者の同意を得て録音し、逐語録作成の際には個人が特定されないよう匿名化を行った。なお、調査協力に対する負担への配慮として、インタビュー参加者には謝金を支払った。収集したデータは研究目的以外には使用せず、適切に管理した。

C. 研究結果

1. 3 調査について

1.1. 文献調査

データベース検索の結果、7109 件の文献が特定された。重複文献 2173 件を除外した後、4936 件についてタイトル・抄録スクリーニングを実施した。その結果、416 件を全文レビューの対象とし、最終的に 270 件(国際 185 件、国内 85 件)を分析対象文献として採択した。文献選択の過程を図 1 に示す。

1.2. 質問紙調査

1258 名から得た回答を詳細に分析した。うち本調査の対象の条件を満たす看護職 588 人、リハビリテーション専門職 73 人、介護職 348 人の計 1009

人を分析対象とした。

性別は女性が 854 人(84.6%)と多く、男性は 137 人(13.6%)であった。平均年齢は全体で 50.8 歳であり、看護職 51.1 歳、リハビリテーション専門職 41.2 歳、介護職 52.3 歳であった。最終学歴は専門学校が 527 人(41.9%)で最も多かった。職種別では、看護職およびリハビリテーション専門職では専門学校卒業が最も多く、介護職では高等学校卒業が最も多かった。勤務形態は、全体では正社員・正規雇用が 904 人(89.6%)と多数を占めていた。

所属事業所は、看護職およびリハビリテーション専門職では訪問看護ステーション、介護職では訪問介護事業所がほとんどを占めていた。事業所規模は全体では 10 人以上 50 人未満が最も多かった。

1.3. インタビュー調査

本調査の対象は訪問系サービスに従事する専門職 10 名であり、内訳は看護職 3 名、リハ職 4 名、介護士 3 名であった。性別は男性 3 名、女性 7 名であった。年齢は 30~59 歳であり、40 歳代が最も多かった。なお、介護士 1 名については、属性に関する回答がなかった。

各職種としての実務経験年数の平均は、看護職で 18.3 年、リハ職で 18.8 年、介護士で 21.0 年であった。また訪問系サービス経験年数の平均は、看護職が 9.5 年、リハ職が 7.7 年、介護士が 21.0 年であった。

2. 3 調査の結果

質問紙調査で把握した高齢者の状態を評価する指標について、各指標の職種ごとの実施状況、先行研究で扱われている割合およびフォーカスグループインタビューでの発言内容の概要を統合して整理した結果を表 1~9 に示す。

2.1. 情報収集

疾患に関する情報、薬剤に関する情報の評価において、統計的に有意な職種間の差を認めた。疾患に関する情報の評価については、介護士に比べ看護職およびリハ職の平均値が高かった。薬剤に関する情報の評価については、看護師の平均値がもっとも高かった。これについては、インタビュー調査の結果からも、看護師は十分に評価していると述べたのに対し、リハ職および介護士は評価の頻度が高くなく、とくに、介護士については薬の詳細についての把握は難しいといった発話があった。しかし、いずれにしても全職種で平均値が3.0を上回っており、概ねどの職種においても多くの利用者に対し評価をおこなっていた。疾患に関する情報および薬効に関する情報の評価は、文献調査での該当数も多かった。

2.2. 身体面

身長の評価が全職種で平均値が3.0を下回った。体重は看護師とリハ職が、体重の変化は看護師が統計的に有意に評価をおこなっていた。体重とその変化の評価について、インタビュー調査からは、看護師は全身状態をアセスメントするための情報として、リハ職は運動への影響をアセスメントするための情報として、介護士は日常生活への影響を考えるための情報として評価しているといった発話が見られた。血圧、血圧の変動、筋力については、介護士の評価頻度がほかの2職種に比べて低値であった。視覚、聴覚は、職種間で統計的に有意な差は認められなかったものの、リハ職の平均値が3.0を下回った。インタビュー調査では、作業療法士は生活動作や作業活動の場面において評価しているものの、理学療法士は評価が明確に位置づけられておらず、頻度にばらつきがあるのではないかと、といった発話を認めた。文献調査では、転倒のリスク、視覚、聴覚、痛みの評価を指標として扱う研究が多く見られた。

2.3. 褥瘡リスク・褥瘡

どの項目においても、看護師がもっとも評価を実施していた。皮膚の湿潤や褥瘡の深さ等、褥瘡部位を直接的に観察し、評価する必要がある項目

については、リハ職の評価頻度が低かった。インタビュー調査において、リハ職は褥瘡（およびリスク）を評価する機会が少ないこと、表3には記載がないが、褥瘡評価全般について、「褥瘡に関する知識やスキルの習得を基礎教育課程や施設、病院等で学ぶ機会がない」といった発話があった。

2.4. 移動・動作

床からの立ち上がりの自立の程度以外の項目すべてで、リハ職がもっとも評価を実施していた。一方で、すべての項目について、全職種で平均値が3.0を上回っており、概ね多くの対象者に対し、評価がおこなわれていた。表5には記載はないが、移動・動作の評価全体として、看護師は定期的に評価するというよりも、利用者の状態や必要性に応じて適宜評価を実施していること、介護士は立位時の姿勢保持をとくに重視しており、家事支援など利用者と共同で活動する場面において、姿勢の安定性を重点的に確認していること、といった発話を認めた。文献調査で突出して多く扱われている項目はなかった。

2.5. 食事・栄養

食事回数・時間帯、食事量、水分摂取量、食事の留意事項、舌苔の有無の項目は、看護師がもっとも評価していた。食事形態、口腔内の汚れについては、看護師、介護士、リハ職の順で評価をおこなっていた。食事の好み、義歯の利用、むせの項目は、リハ職に比べ、看護師と介護士の平均値が高かった。カロリーやたんぱく質の量、舌や頬の動きについては、全職種で平均値が3.0を下回り、ときどき評価をしている状況であった。表6には記載はないが、包括的な意見として、言語聴覚士は食事・栄養に関して幅広く評価をおこなうが、理学療法士は、介護予防・要支援レベルの対象者にかかわる頻度が多い時もあり、評価の優先順位が低く十分に把握していないケースもあることが示された。文献調査で突出して多く扱われている項目はなかった。

2.6. 入浴・排泄

職種間で統計的に有意な差を認めない項目が多かった。また、すべての項目で全職種の平均値

が 3.0 を上回っており、概ね多くの対象者で評価がなされていた。一部、排便の状況や方法、服薬管理については看護師がもっとも評価をおこなっていた。文献調査では、排尿での失敗を指標として扱う研究が多かった。

2.7. 精神・認知

職種間で統計的に有意な差を認めない項目が多かった。また、すべての項目で全職種の平均値が 3.0 を上回っており、概ね多くの対象者で評価がなされていた。インタビュー調査からは、リハ職は精神・認知の評価の重要性を認識しており、とくに高次脳機能障害のある利用者に対しては必須の評価指標であると捉えていた。一方、看護師は、独立した評価指標として明確に位置付けているというより、に日常生活動作が普段通りおこなえているか、という視点で指標を活用しており、全体的かつ感覚的に評価しているといった発話があった。文献調査で突出して多く扱われている項目はなかった。

2.8. 生活のこと

外出状況や社会参加、移動に関する項目は、リハ職がもっとも評価していた。喫煙や飲酒の習慣は看護師がもっとも評価していた。仕事への興味、仕事の状況は、対象が高齢者ということもあり、全職種で平均値が 3.0 を下回った。家事や余暇活動の実施状況、他者との交流などは職種間で実施状況に差がなかった。生活上のポジティブな側面の評価は、介護職に比べ、看護師およびリハ職がおこなっていた。文献調査で突出して多く扱われている項目はなかった。

2.9. ツール・バッテリー

すべての指標で、職種間に統計的に有意な平均値の差を認めたが、「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」、「Barthel Index」でリハ職の平均値が 3.0 を超えた以外、多くの項目において全職種で評価への利用頻度が低かった。ADL や生活機能、社会参加に関する評価ツール・バッテリーはリハ職がもっとも使用していた。褥瘡評価スケールは看護師がもっとも使用していた。文献調査では、Mini Mental State

Examination (MMSE)、Barthel Index を指標として用いている研究が多かった。

3. 文献調査のみで扱われた指標

ここまでは文献調査、質問紙調査、インタビュー調査の 3 つの結果を質問紙調査の項目を軸に整理してきた。文献調査では、質問紙調査の項目以外に扱われている指標が明らかになった。この結果を表 10～12 に示す。

もっとも多く使用されていた指標は、すでに科学的根拠に基づき確立されている包括的指標であった。文献全体の 42% で使用されていた。もっとも多く扱われていた包括的指標は、InterRAI HC で、次いで OASIS であった。

ツール・バッテリーでは、Quality of Life (QOL) 関連、Mini Nutritional Assessment (MNA)、Charlson Comorbidity Index (CCI) の使用率が高かった。その他の指標として、主観的幸福感、ポリファーマシー、処方薬数・服薬数で一定数の使用が認められた。

D. 考察

本研究では、訪問系サービスを利用する在宅療養高齢者の状態をモニタリングする指標について、文献調査、質問紙調査、インタビュー調査の結果を統合して検討した。その結果、多くの指標は全職種で一定程度評価されている一方で、評価の実施状況や評価の目的、活用方法には職種ごとの特徴があることが示された。

まず、疾患や薬剤に関する情報の評価では、看護職およびリハ職の平均値が介護職より高かった。インタビュー結果においても、看護職は全身状態のアセスメントに必要な情報としてこれらの指標を評価していることが示されており、訪問系サービスにおいて医療的情報の把握は主として看護職が担っている可能性が示唆された。また、移動や動作に関する項目ではリハ職の評価頻度が高く、身体機能や生活動作に関する評価はリハ職が中心に行っている傾向がみられた。一方、食事・栄養、入浴・排泄、精神・認知などの日常

生活に関連する項目では職種間の差が比較的小さく、介護職が日常生活場面での観察を通じて利用者の状態を把握していることがインタビュー結果からも示された。これらの結果は、訪問系サービスにおける状態評価が、看護職による医療的評価、リハ職による身体機能や動作の評価、介護職による日常生活場面での観察という、職種ごとの専門性に基づく視点によって構成されていることを示している。

施設系サービスでは、比較的統一されたアセスメントツールに基づき体系的な評価が実施されることが想定されている（厚生労働省，2025）。一方、訪問系サービスでは利用者の生活の場でサービスが提供されるため、単一の職種が体系的に評価を実施するというよりも、多職種がそれぞれの業務の中で利用者の状態を観察し、必要に応じて評価を行う構造となっている。また、在宅療養高齢者は複数の事業所からサービスを受けている場合も多く、状態評価は複数の職種・事業所にまたがって実施される可能性がある。本研究の結果は、職種ごとの評価の特徴を踏まえて指標を整理するとともに、訪問系サービスにおいてどの事業所のどの職種が評価を担うかを検討する際の基礎資料となると考えられる。

さらに、文献調査の結果では、InterRAI HC や OASIS などの包括的評価指標が多くの研究で用いられていた。

InterRAI HC は在宅ケア利用者の身体機能、認知機能、精神状態、生活機能などを多面的に評価する標準化アセスメントツールであり、カナダ、フィンランド、ベルギー、ニュージーランドなど複数の国や地域において在宅ケアの標準的評価システムとして導入されている（Hirdes et al., 2008; Gray et al., 2009）。また、OASIS は米国の在宅医療サービスにおいて利用される標準化されたアセスメントデータセットであり、利用者の臨床状態や機能状態等を体系的に収集し、ケア計画の作成やサービスの質評価、報酬制度の基礎データとして活用されている（Centers for Medicare & Medicaid Services, 2023; Davitt et

al., 2015）。

日本においては、LIFE が、在宅療養高齢者の状態を共通の指標に基づいて把握し、データとして蓄積・活用する仕組みとして位置づけられており、これらの包括的アセスメントシステムと同様の役割を担うものである。今後、訪問系サービスの特性に適した指標の整備を進めることにより、科学的介護の推進のみならず、LIFE のデータを活用した研究のさらなる発展にも寄与することが期待される。

さらに、本研究の文献調査では、既存の LIFE 指標には含まれていないものの、一定数の研究で扱われている指標として、Quality of Life (QOL) およびポリファーマシーに関連する指標が確認された。とくに QOL は施設や在宅を問わず高齢者ケア全般において生活の質を直接的に示すアウトカム指標として多くの研究で用いられており（Kane et al., 2003; Bowling, 2005）、訪問系サービスにおけるケアの成果を評価する観点からも重要な指標であると考えられる。また、ポリファーマシーは高齢者医療において重要な課題の一つであり、在宅療養者の安全な療養生活を支えるうえでもモニタリングの必要性が指摘されている（厚生労働省，2018; Maher et al., 2014）。一方で、訪問系サービスの現場において詳細な薬剤名の入力現場スタッフの大きな負担となり、現実的ではない。文献調査では、全体の約 20%の研究において「処方数・服薬数」を状態把握の有用な指標として用いていた。この結果は、「薬の数」が高齢者の健康リスクを予測・スクリーニングする上で、学術的にも一定の妥当性を持つことを示唆している。よって、まずは指標として処方薬数の導入を検討することも一つの方法であると考えられる。これらの指標は、訪問系サービスの特性を踏まえた LIFE 指標の検討において、今後追加的に検討すべき候補であるといえる。また、今回の調査では LIFE の全ての帳票に含まれる項目を包括的に扱ったことから、LIFE の代表的な帳票である科学的介護推進体制加算にどの項目を含むべきかについても、今後整理する必要がある。

E. 結論

本研究では、訪問系サービスを利用する在宅療養高齢者の状態をモニタリングする指標について、文献調査、質問紙調査、インタビュー調査の結果を統合して検討した。その結果、多くの指標は全職種で一定程度評価されている一方で、評価の実施状況や評価の目的、活用方法には職種ごとの特徴があることが明らかとなった。

具体的には、疾患や薬剤に関する情報は主として看護職が、移動や動作などの身体機能に関する評価はリハビリテーション専門職が、日常生活に関する観察は介護職が担う傾向がみられた。これらの結果は、訪問系サービスにおける状態評価が、各職種の専門性に基づく役割分担のもとで実施されていることを示している。

また、訪問系サービスでは利用者が複数の事業所からサービスを受ける場合も多く、状態評価は複数の職種・事業所にまたがって実施される可能性がある。本研究は、訪問系サービスの特性を踏まえ、指標と推奨される評価者を整理するための基礎資料を提示した。

さらに、文献調査の結果から、既存の LIFE 指標には含まれていないものの、QOL およびポリファーマシー関連指標が一定数の研究で扱われていることが確認された。特にポリファーマシーについては、処方薬数などの簡便な指標から導入を検討することが、訪問系サービスの現場において実装可能な方法の一つと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表、学会発表ともになし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特許取得、実用新案登録等なし

文献

- Arksey, H., & O' Malley, L. (2005). 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). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Micah, D. J., Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141-146.
<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- 厚生労働省. (2025). 科学的介護情報システム (LIFE) 利活用の手引き (令和 6 年度版). <https://life-web.mhlw.go.jp/help>
- Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J. N., Frijters, D. H., Finne-Soveri, H., Gray, L., Björkgren, M., & Gilgen, R. (2008). Reliability of the interRAI suite

of assessment instruments: A 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research*, 8, 277.

Gray, L. C., Berg, K., Fries, B. E., Hendrard, J. C., Hirdes, J. P., Steel, K., & Morris, J. N. (2009). Sharing clinical information across care settings: The birth of an integrated assessment system. *BMC Health Services Research*, 9, 71.

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2023). Outcome and Assessment Information Set (OASIS) User Manual.

Davitt, J. K., Kaye, L. W., & Kunkel, S. (2015). Outcomes and Assessment Information Set (OASIS): A review of validity and reliability. *Home Health Care Services Quarterly*, 34(2), 70-92.

Kane, R. L., Kane, R. A., Bershadsky, B., Degenholtz, H., Totten, A. M., Jung, K., & Kling, K. (2003). Measures, indicators, and improvement of quality of life in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 639-647.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00220.x>

Bowling, A. (2005). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales* (3rd ed.). Open University Press.

厚生労働省. (2018). 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）.
https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf

Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(1), 57-65.

<https://doi.org/10.1517/14740338.2013.827660>

図 1 : スコーピングレビューにおける文献選択のフローチャート

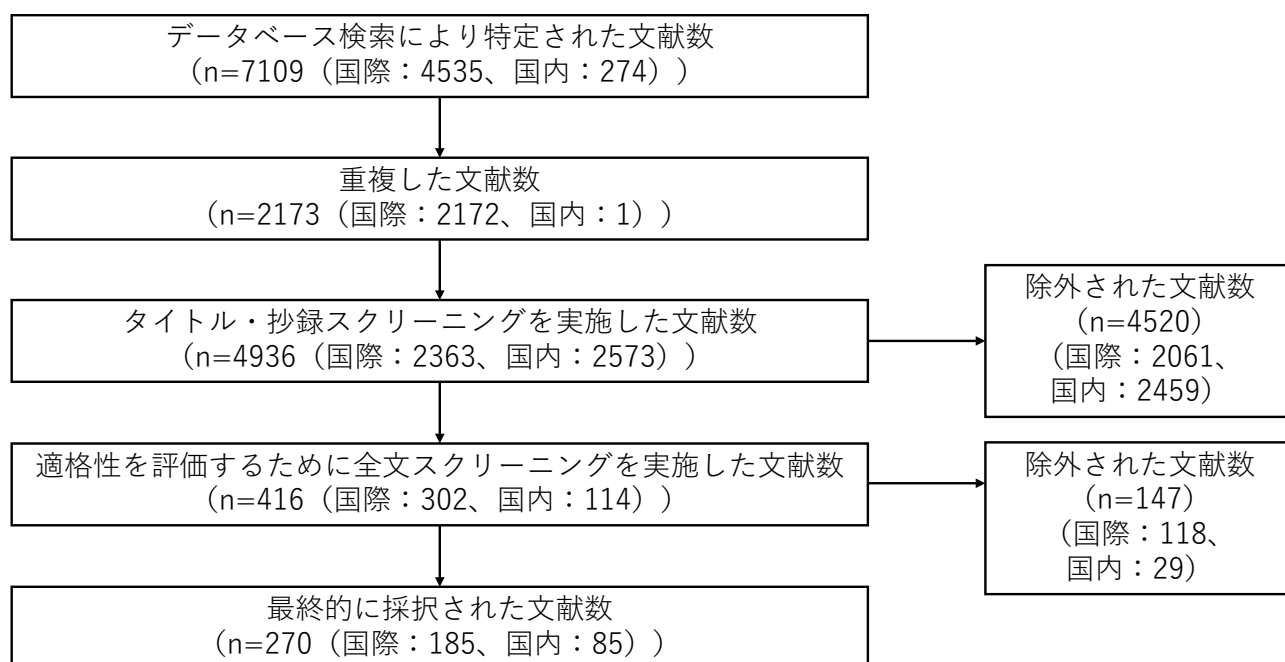


表 1 : 情報収集領域の評価項目に関する統合結果 (質問紙調査 : n=1009 文献調査 : 国際文献 n=185、国内文献 n=85)

	平均値			差	文献割合 (%)		インタビュー結果
	看護師	リハ職	介護士		国際	国内	
利用者の主たる疾患 (主病名)	3.94	3.96	3.74	看護、リハ>介護	19%	19%	
利用者の主たる疾患以外の疾患 (合併症) の有無	3.84	3.85	3.49	看護、リハ>介護	32%	8%	
誤嚥性肺炎にかかったことがあるか	3.11	3.08	3.01	差なし	0%	0%	
服用している薬の名前	3.86	3.53	3.29	看護>リハ>介護	1%	1%	看護師 : 十分に評価している。 リハ職 : 評価頻度が高くない。 介護士 : 薬の詳細の把握が難しい。
要介護度	3.88	3.88	3.81	差なし	2%	52%	
利用者の主たる疾患の発症時期	3.70	3.77	3.34	看護、リハ>介護	1%	2%	
利用者の主たる疾患以外の疾患名 (合併症)	3.69	3.67	3.30	看護、リハ>介護	14%	1%	
服用している薬が何に効くか (薬効)	3.74	3.31	3.15	看護>リハ、介護	12%	1%	看護師 : 薬剤情報の重要性を認識している。 リハ職 : あまり認識していない。 介護士 : 薬の効果の理解が難しい。

表 2：身体面領域の評価項目に関する統合結果（質問紙調査：n=1009 文献調査：国際文献 n=185、国内文献 n=85）

	平均値			差	文献割合（％）		インタビュー結果
	看護師	リハ職	介護士		国際	国内	
身長（一時点での計測値）	2.34	2.22	2.24	差なし	2%	0%	
体重（一時点での計測値）	3.09	2.89	2.46	看護、リハ>介護	3%	0%	看護師 ：定期測定やデイサービスの情報から把握し、評価している。 リハ職 ：栄養状態が運動に影響することを踏まえ、BMIに関心を持っており、身長および体重の評価の重要性を感じている 介護士 ：体重変化や血圧、疲労のしやすさといった日々の変化に着目し、それが転倒リスクなどに関連するかという生活場面に即した視点で評価をおこなっている。 看護師 ：変化がある場合、減少の程度や原因も評価、アセスメントしている。 リハ職 ：変形性膝関節症の既往のある人や減量が必要な人など限定的に評価している。
体重の変化	3.18	2.93	2.70	看護>リハ、介護	6%	0%	
血圧（一時点での計測値）	3.88	3.92	2.83	看護、リハ>介護	1%	1%	
血圧の変動 （一定期間内の変動や、異なる状況下での変化）	3.78	3.79	2.77	看護、リハ>介護	1%	2%	
呼吸の状態 （息切れ、早い呼吸、息苦しさの有無など）	3.77	3.75	3.07	看護、リハ>介護	6%	5%	
疲労しやすさ（易疲労性）	3.55	3.66	3.00	看護、リハ>介護	2%	0%	
転倒のリスク （転倒の既往歴や、ふらつき、めまいなど）	3.72	3.79	3.54	看護、リハ>介護	19%	7%	
筋力	3.15	3.71	2.84	リハ>看護>介護	7%	12%	
本人の意思で体を動かせるか（麻痺の有無など）	3.70	3.79	3.49	看護、リハ>介護	0%	0%	
視覚（視力など）	3.29	2.92	3.30	差なし	19%	0%	看護師 ：コミュニケーション上の困難さとして捉え評価している。 リハ職（OT） ：OTは生活動作や作業活動の場面において評価している。一方、PTは評価が明確に位置づけられておらず、評価の程度にはばらつきがある。 介護士 ：歩行のふらつきなど生活動作の変化がみられた際に評価している。
聴覚（聴力など）	3.33	2.97	3.34	差なし	12%	0%	視覚と同様
痛みの感覚、物に触れる感覚や温度の感覚	3.37	3.30	3.07	看護>介護	1%	0%	
痛み（痛みの有無・程度、痛みの部位）	3.62	3.67	3.36	看護、リハ>介護	17%	8%	
関節可動域（関節を動かせる範囲）	3.33	3.67	3.23	リハ>看護、介護	0%	0%	
言葉を発することができるか （構音障害や運動性失語の有無など）	3.62	3.67	3.41	看護、リハ>介護	0%	0%	
知っているはずの言葉を聞いて理解できるか	3.43	3.60	3.18	看護、リハ>介護	0%	0%	
飲み物や食べ物の飲み込みの状態	3.51	3.37	3.36	看護>介護	4%	2%	
浮腫（むくみ）の有無	3.73	3.62	3.37	看護、リハ>介護	1%	0%	
皮膚の状態（皮膚の裂傷や切り傷など）	3.73	3.37	3.43	看護>リハ、介護	1%	0%	
睡眠の状況 （睡眠時間、寝つき、中途覚醒の有無、眠りの深さなど） 眠剤使用の有無を問わない	3.67	3.47	3.08	看護、リハ>介護	1%	2%	

(表 2 つづき)	平均値			差	文献割合 (%)		インタビュー結果
	看護師	リハ職	介護士		国際	国内	
筋力の障害（筋力低下など）による生活への影響	3.49	3.79	3.34	リハ＞看護＞介護	0%	0%	
麻痺（本人の意思で体を動かせない状態）による生活への影響	3.51	3.73	3.39	リハ＞看護＞介護	0%	0%	
視覚（視力など）に関する障害による生活への影響	3.40	3.37	3.31	差なし (分散分析は有意だが群間差なし)	1%	0%	
聴覚（聴力など）に関する障害による生活への影響	3.41	3.39	3.30	差なし (分散分析は有意だが群間差なし)	0%	0%	
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	3.40	3.66	3.21	リハ＞看護＞介護	0%	0%	
痛みによる活動への影響	3.55	3.76	3.28	リハ＞看護＞介護	2%	0%	
関節可動域（関節を動かせる範囲）の制限による生活への影響	3.42	3.71	3.29	リハ＞看護＞介護	0%	0%	
構音障害や失語等により言葉が発せられないことによる生活への影響	3.38	3.44	3.15	看護、リハ＞介護	0%	0%	
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	3.33	3.46	3.19	看護、リハ＞介護	0%	0%	
飲み物や食べ物の飲み込みの異常（嚥下障害）の生活への影響	3.53	3.53	3.36	看護＞介護	0%	0%	
浮腫（むくみ）の程度	3.67	3.60	3.34	看護、リハ＞介護	0%	0%	

表 3：褥瘡リスク・褥瘡領域の評価項目に関する統合結果（質問紙調査：n=1009 文献調査：国際文献 n=185、国内文献 n=85）

	平均値			差	文献割合（％）		インタビュー結果
	看護師	リハ職	介護士		国際	国内	
【褥瘡（床ずれ）リスク】							
褥瘡（床ずれ）リスクとしての、 圧迫などによる痛み等を表出できるか（呼びかけ、うめき声など）	3.52	3.21	3.17	看護＞リハ、介護	0%	0%	
褥瘡（床ずれ）リスクとしての、 皮膚が汗や尿で湿っている程度（皮膚の湿潤）	3.59	2.90	3.17	看護＞介護＞リハ	0%	0%	看護職：リスクはすべて評価している。 リハ職：評価の機会が少ない。 介護士：排泄介助の際に、褥瘡のリスクは常に意識している。
褥瘡（床ずれ）リスクとしての、活動性 （日中歩行の機会があるか、日中座位をとる機会があるか、寝たきりか、等）	3.64	3.44	3.24	看護＞介護	1%	0%	看護師：褥瘡のハイリスク状態を早期に把握し、 予防や改善につなげるという解決志向の視点から 系統的に評価している。 介護士：利用者の動き方や歩き方を含む日常生活 動作を観察し、普段と異なる変化として褥瘡リス クの兆候に気づく。
褥瘡（床ずれ）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（可動性）	3.62	3.48	3.26	看護＞介護	1%	0%	
褥瘡（床ずれ）リスクとしての、栄養状態 （普段の食事摂取状況等）	3.62	3.25	3.19	看護＞リハ、介護	0%	0%	
褥瘡（床ずれ）リスクとしての、摩擦とずれ （体を動かした際のシーツ、椅子、衣服との摩擦の大きさ等）	3.56	3.25	3.20	看護＞リハ、介護	0%	0%	
【褥瘡】							
褥瘡（床ずれ）があるかどうか	3.71	3.34	3.48	看護＞リハ、介護	10%	2%	
褥瘡（床ずれ）の深さ	3.60	2.47	2.96	看護＞介護＞リハ	0%	0%	
褥瘡（床ずれ）から浸出液（染み出ている液体）があるか	3.61	2.58	3.13	看護＞介護＞リハ	0%	0%	
褥瘡（床ずれ）の大きさ	3.61	2.64	3.17	看護＞介護＞リハ	1%	0%	
褥瘡（床ずれ）に炎症や感染の兆候があるか （赤く腫れあがっているなど）	3.61	2.73	3.21	看護＞介護＞リハ	0%	0%	
褥瘡（床ずれ）があることで生活に支障をきたしているか	3.59	3.00	3.18	看護＞リハ、介護	0%	0%	

表 4：精神・認知領域の評価項目に関する統合結果（質問紙調査：n=1009 文献調査：国際文献 n=185、国内文献 n=85）

	平均値			差	文献割合（％）		インタビュー結果
	看護師	リハ職	介護士		国際	国内	
普段の意識の状態（うとうとしている、ぼーっとしているなど）	3.74	3.68	3.42	看護、リハ＞介護	1%	1%	
見当識（時間、場所、人物、自分の置かれた状況を理解すること）の状態	3.66	3.59	3.41	看護＞介護	1%	0%	
記憶機能（物忘れの有無・程度など）	3.64	3.59	3.46	看護＞介護	1%	0%	
集中力、注意力	3.47	3.52	3.21	看護、リハ＞介護	3%	0%	
ものごとをどのようにおこなうか順序だてて、順序通りにおこなう力	3.30	3.33	3.15	看護＞介護	0%	0%	
見たり、触ったりして、それが何であるか認識できる（わかる）力	3.29	3.27	3.14	看護＞介護	0%	0%	
認知症により生じる徘徊や攻撃性、幻覚・妄想、不安、意欲の低下等 （精神行動障害：B P S D）の有無	3.47	3.27	3.35	差なし （分散分析は有意だが群間差なし）	3%	1%	
生活全般に対する意欲	3.45	3.44	3.34	差なし	0%	0%	
現在の生活に対する満足度	3.31	3.22	3.21	差なし	0%	0%	
気分の状態（抑うつ、気分の落ち込み、気分の病的な高揚など）	3.47	3.27	3.34	看護＞介護	9%	0%	
見当識障害（時間、場所、人物、自分の置かれた状況を理解できないこと）による生活への影響	3.50	3.44	3.31	看護＞介護	0%	0%	
記憶の障害（物忘れなど）による生活への影響	3.49	3.47	3.40	差なし	0%	0%	
注意の障害（集中力、注意力の問題）による生活への影響	3.42	3.40	3.32	差なし	0%	0%	
順序だてられない、順序通りにおこなえないことによる生活への影響	3.33	3.31	3.27	差なし	0%	0%	
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	3.31	3.34	3.27	差なし	0%	0%	
認知症により生じる 徘徊や攻撃性、幻覚・妄想、不安、意欲の低下等（精神行動障害：B P S D）による生活への影響	3.43	3.37	3.33	差なし	0%	0%	

表 5：移動・動作領域の評価項目に関する統合結果（質問紙調査：n=1009 文献調査：国際文献 n=185、国内文献 n=85）

	平均値			差	文献割合（％）		インタビュー結果
	看護師	リハ職	介護士		国際	国内	
手指の動作（指先の使用や道具の操作）	3.24	3.53	3.29	リハ＞看護、介護	1%	0%	
寝返りの動作がどのくらい自立しているか （あるいはどのくらい介助が必要か）	3.45	3.79	3.27	リハ＞看護＞介護	0%	0%	
起き上がりの動作がどのくらい自立しているか （あるいはどのくらい介助が必要か）	3.47	3.81	3.39	リハ＞看護、介護	0%	0%	
座った姿勢の保持がどのくらい自立しているか （あるいはどのくらい介助が必要か）	3.48	3.82	3.43	リハ＞看護、介護	0%	0%	
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 （あるいはどのくらい介助が必要か）	3.45	3.81	3.44	リハ＞看護、介護	1%	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 （あるいはどのくらい介助が必要か）	3.34	3.51	3.36	差なし	1%	0%	
立った姿勢の保持がどのくらい自立しているか （あるいはどのくらい介助が必要か）	3.40	3.75	3.40	リハ＞看護、介護	0%	0%	
椅子とベッド間や、車椅子とベッドの間の乗り移り動作（移乗）が どのくらい自立しているか（あるいはどのくらい介助が必要か）	3.41	3.77	3.39	リハ＞看護、介護	0%	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 （あるいはどのくらい介助が必要か）	3.40	3.73	3.39	リハ＞看護、介護	7%	2%	
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 （あるいはどのくらい介助が必要か）	3.25	3.53	3.22	リハ＞看護、介護	5%	1%	
階段昇降の動作がどのくらい自立しているか （あるいはどのくらい介助が必要か）	3.15	3.49	3.19	リハ＞看護、介護	0%	0%	

表 6：食事・栄養領域の評価項目に関する統合結果（質問紙調査：n=1009 文献調査：国際文献 n=185、国内文献 n=85）

	平均値			差	文献割合（％）		インタビュー結果
	看護師	リハ職	介護士		国際	国内	
栄養補給方法 （経口摂取か、胃ろうや腸ろうなど経管栄養か、点滴か）	3.71	3.53	3.29	看護、リハ＞介護	3%	6%	看護師 ：利用者の活動量に関する情報から必要なエネルギー量を推定するとともに、血液検査データが得られる場合には、アルブミン値を把握し栄養状態を評価している。
食事形態（食事の固さや形状）	3.56	3.07	3.32	看護＞介護＞リハ	1%	1%	
1日の食事の回数・時間帯	3.57	3.26	3.20	看護＞リハ、介護	1%	1%	
食事量	3.64	3.21	3.23	看護＞リハ、介護	3%	1%	
水分摂取量	3.62	3.34	3.26	看護＞リハ、介護	4%	1%	
体重あたりに摂取しているエネルギー（カロリー）やたんぱく質の量	2.72	2.49	2.45	看護＞介護	1%	0%	
食事の留意事項の有無 （療養食の指示、薬剤影響食品、アレルギーなど）	3.30	2.86	3.04	看護＞リハ、介護	0%	0%	
食べ物・飲み物等の好み	3.25	2.84	3.16	看護、介護＞リハ	0%	0%	
義歯を使用しているか	3.56	3.08	3.50	看護、介護＞リハ	6%	1%	
口腔内の状況 （歯の汚れ、歯茎の腫れや出血、虫歯の有無など）	3.29	2.67	3.04	看護＞介護＞リハ	6%	2%	
舌の表面に 白っぽいまたは黄色っぽい膜が張ったような状態（舌苔）があるか	3.15	2.60	2.72	看護＞リハ、介護	0%	0%	
舌や頬の動き （舌を上下左右に動かす、頬を膨らます、ぶくぶくする、など）	2.97	2.77	2.68	看護＞介護	0%	0%	
咳をしたり、痰（たん）を吐くことがあるか	3.36	3.16	3.05	看護＞介護	0%	0%	
食事動作がどのくらい自立しているか	3.44	3.44	3.34	差なし	1%	1%	
食べ物を口腔内に溜め込んでいないか	3.17	2.85	3.10	看護＞リハ	0%	0%	
食べ物・水分を摂取する際にむせることがあるか	3.49	3.11	3.37	看護、介護＞リハ	1%	2%	
食後、頬の内側や口腔内に残渣（食事カス）があるか	3.11	2.73	2.98	看護＞リハ	0%	0%	

表 7：入浴・排泄領域の評価項目に関する統合結果（質問紙調査：n=1009 文献調査：国際文献 n=185、国内文献 n=85）

	平均値			差	文献割合（％）		インタビュー結果
	看護師	リハ職	介護士		国際	国内	
トイレ動作がどのくらい自立しているか	3.65	3.73	3.59	差なし	2%	1%	
入浴時の浴室内の移動 （濡れた床上での歩行や浴槽へのまたぎ動作）がどのくらい自立しているか	3.33	3.42	3.39	差なし	0%	0%	
入浴時の洗体動作（全身を洗う動作）がどのくらい自立しているか	3.27	3.29	3.37	差なし	0%	0%	
入浴時の姿勢保持（立っていられるか、座っていられるか）が どのくらい自立しているか	3.27	3.37	3.38	差なし	0%	0%	
入浴の方法 （一般のお風呂、機械浴槽の利用、入浴はせず体を拭いて清潔を保っているなど）	3.48	3.42	3.42	差なし	0%	0%	
排尿で失敗がないか （尿失禁の有無や、自分でコントロールできずトイレへの促しが必要か、など）	3.56	3.49	3.51	差なし	16%	6%	
排便で失敗がないか （便失禁の有無や、自分でコントロールできずトイレへの促しが必要か、など）	3.57	3.51	3.48	差なし	9%	2%	
排便の状況（下痢や便秘の有無など）	3.76	3.41	3.41	看護＞リハ、介護	2%	1%	看護師 ：下着の汚れの有無や交換頻度といった情報を認知機能の評価に関連づけて評価している。 リハ職 ：OTは排便状況を把握したうえで、適切な排泄方法の選択に向けた支援として評価している。PTは、排便状況の評価は看護師が担う領域であると認識されている。 介護士 ：生活援助の一環であるトイレ掃除の場面などを通して、評価している。
排せつの方法 （おむつ・パッドの使用やポータブルトイレでの排せつ、尿道カテーテルや人口肛門による排せつな	3.71	3.44	3.54	看護＞リハ、介護	3%	1%	リハ職 ：排便方法は必ず評価している。
身だしなみを整える動作（歯磨き、整髪、化粧など）がどのくらい自立しているか	3.38	3.38	3.38	差なし	1%	0%	
着替えの動作がどのくらい自立しているか	3.41	3.41	3.45	差なし	1%	0%	
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	3.72	3.37	3.54	看護＞リハ、介護	2%	1%	
意思疎通ができるか（会話、ジェスチャー、筆談、ツールの使用などによる意思疎通）	3.72	3.63	3.56	看護＞介護	3%	0%	

表 8 : 生活のことについての評価項目に関する統合結果 (質問紙調査 : n=1009 文献調査 : 国際文献 n=185、国内文献 n=85)

	平均値			差	文献割合 (%)		インタビュー結果
	看護師	リハ職	介護士		国際	国内	
喫煙の習慣 (有無、量など)	3.38	3.00	3.12	看護 > リハ、介護	4%	1%	
飲酒の習慣 (有無、量など)	3.35	2.97	3.09	看護 > リハ、介護	2%	1%	リハ職 : 日常的に活用している評価シートに飲酒に関する項目が含まれていないことから、結果として評価の頻度が低くなっている可能性がある。 介護士 : 居室内に置かれている酒の量や匂いなどを手がかりに評価している。
1日のなかでベッドやふとん等以外で過ごす時間 (離床時間) の有無	3.43	3.45	3.13	看護、リハ > 介護	3%	4%	
1日の過ごし方 (日課や習慣)	3.48	3.51	3.25	看護、リハ > 介護	1%	1%	
外出することへの興味	3.29	3.51	3.10	看護、リハ > 介護	0%	1%	
外出の状況 (有無や頻度)	3.38	3.60	3.16	リハ > 看護 > 介護	2%	5%	
交通手段を利用しての移動の状況 (有無、頻度)	3.22	3.37	3.04	看護、リハ > 介護	0%	0%	
日常生活に関すること (食事、入浴、トイレ、着替え、身だしなみ、睡眠など) への興味	3.49	3.55	3.37	看護 > 介護	0%	0%	
家事 (食事の準備・調理・片付け、洗濯、掃除・整理整頓、買い物、庭仕事など) への興味	3.15	3.25	3.27	差なし	0%	0%	
家事 (食事の準備・調理・片付け、洗濯、掃除・整理整頓、買い物、庭仕事など) の実施状況	3.23	3.32	3.34	差なし	1%	0%	
趣味・余暇活動 (旅行、外食、習い事、読書、手芸、運動、スポーツ鑑賞、地域活動など) への興味	3.19	3.36	3.11	リハ > 介護	0%	1%	
趣味・余暇活動 (旅行、外食、習い事、読書、手芸、運動、スポーツ鑑賞、地域活動など) の取り組み状況	3.19	3.34	3.13	差なし	3%	5%	
仕事への興味	2.86	2.82	2.78	差なし	0%	0%	
仕事の状況 (有無、職種、頻度・就業時間など)	2.96	2.89	2.86	差なし	0%	1%	
他者との交流 (対面での交流、電話やメール・SNS等を使用した交流、1対1や集団での交流) への興味	3.02	3.07	2.98	差なし	0%	0%	
他者との交流 (対面での交流、電話やメール・SNS等を使用した交流、1対1や集団での交流) の状況 (デイサービス等での交流を含む)	3.08	3.11	3.03	差なし	7%	5%	
生活する上でのポジティブな側面 (強み、プラス面)	3.14	3.29	2.99	看護、リハ > 介護	0%	0%	

表 9 : ツール・バッテリーに関する統合結果 (質問紙調査 : n=1009 文献調査 : 国際文献 n=185、国内文献 n=85)

	平均値			差	文献割合 (%)		インタビュー結果
	看護師	リハ職	介護士		国際	国内	
Japan Coma Scale (JCS)	2.72	2.86	0.61	看護、リハ>介護	0%	1%	
Glasgow Coma Scale (GCS)	1.86	1.82	0.57	看護、リハ>介護	0%	1%	
DESIGN-R	2.88	1.40	0.54	看護>リハ>介護	0%	0%	
プレーデンスケール	1.98	1.16	0.57	看護>リハ>介護	3%	0%	
Vitality index	0.94	1.21	0.59	看護、リハ>介護	0%	1%	
老年期うつ病評価尺度 (GDS15)	0.96	1.22	0.65	看護、リハ>介護	6%	5%	
簡易抑うつ症状尺度 (QIDS-J)	0.92	1.16	0.63	看護、リハ>介護	0%	0%	
6分間歩行試験	0.85	1.62	0.55	リハ>看護>介護	0%	1%	
Timed Up and Go Test (TUGテスト)	0.74	1.85	0.55	リハ>看護>介護	5%	1%	
Mini Mental State Examination (MMSE)	1.18	1.89	0.64	リハ>看護>介護	17%	12%	
長谷川式認知症スケール (HDS-R)	2.24	2.44	1.57	看護、リハ>介護	0%	2%	
認知症行動障害尺度 (DBD13)	0.87	0.93	0.66	看護、リハ>介護	0%	0%	
簡易式生活・認知機能尺度 (生活・認知機能尺度)	1.16	1.15	0.74	看護、リハ>介護	0%	0%	
障害高齢者の日常生活自立度	2.59	3.12	1.72	リハ>看護>介護	0%	19%	看護師 : 介護保険制度上の必須評価項目に位置づけられていることから、評価を実施している。 リハ職 : リハ職の中で平均値が特に高い傾向にあるが、その背景として、訪問看護によるリハ介入において、毎月提出が求められる報告書に本項目が含まれていることが影響している可能性がある。 介護士 : アセスメントシートに基づき評価しているが、適切におこなえているかについては、不確実性がある。
認知症高齢者の日常生活自立度	2.76	3.18	1.75	リハ>看護>介護	0%	21%	
Barthel Index	1.04	3.01	0.68	リハ>看護>介護	16%	26%	
機能的自立度評価法 (FIM)	1.00	2.15	0.61	リハ>看護>介護	2%	31%	
老研式活動能力指標	0.69	1.03	0.58	リハ>看護、介護	0%	1%	
ICFステージング	0.77	1.44	0.66	リハ>看護、介護	0%	0%	
興味・関心チェックシート	0.83	1.77	0.90	リハ>看護、介護	0%	0%	

※「このツール・バッテリーを知らない」は分析から除外している

※下線ありはLIFEに含まれるツール

表 10：文献調査で使用されていた包括的指標（国際文献 n=185、国内文献 n=85）

	文献割合（％）	
	国際	国内
interRAI Home Care(HC)	22%	0%
Minimum Data Set for Home Care instrument ※interRAI HC の旧バージョン	1%	0%
その他のinterRAI	2%	0%
Outcome and Assessment Information Set（OASIS）	6%	1%
その他の包括的指標	9%	0%

表 11：文献調査で使用されていたツール・バッテリー（国際文献 n=185、国内文献 n=85）

文献レビューで使用されたその他のツール・バッテリー ※国際は 5 文献以上、国内は 3 文献以上で採用されているもの			文献割合（％）	
カテゴリ	ツール・バッテリー名	概要	国際	国内
機能・ADL／身体機能	ADL/IADL ※系（Hierarchy / Scale）	日常生活動作の自立度を段階的（重症度）に評価する指標	5%	7%
機能・ADL／身体機能	Chair Stand 系（CS-30 等）	下肢筋力と身体機能（立つ・移動する力）を簡便に評価する指標	3%	8%
機能・ADL／身体機能	Short Physical Performance Battery（SPPB）	下肢の身体機能を客観的に評価する指標（バランス・歩行速度・椅子立ち上がり）	0%	4%
QOL・Well-being	EuroQol 5 Dimension（EQ-5D）（3L/5L 含む）※	健康関連QOL（HRQOL）を測定する指標（簡便で政策向き）	9%	0%
QOL・Well-being	Short Form Health Survey系（SF-36 / SF-12 / SF-6D）※	健康関連QOL（HRQOL）を測定する指標（詳細で研究向き）	6%	12%
QOL・Well-being	ICEpop CAPability measure for Older people（ICECAP-O）※	高齢者のWell-being（能力）を測定するQOL指標	3%	0%
認知	Cognitive Performance Scale（CPS）	認知機能の重症度を段階的に評価する指標（InterRAI内）	8%	0%
認知	Montreal Cognitive Assessment（MoCA）	軽度認知障害を含む初期の認知機能低下を検出するためのスクリーニング検査	3%	0%
栄養	Mini Nutritional Assessment（MNA）（MNA / MNA-SF）	高齢者の栄養状態を総合的に評価する指標	10%	12%
嚥下・摂食	Functional Oral Intake Scale（FOIS）	嚥下機能に基づく経口摂取レベルを評価する指標	0%	5%
精神・心理	Depression Rating Scale（DRS）	抑うつ症状の重症度を評価する指標（InterRAI内）（本人が回答）	9%	0%
精神・心理	Geriatric Depression Scale系（GDS）	高齢者向けに開発された抑うつ症状を評価する指標（観察・記録がベース）	5%	0%
精神・心理	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale系（CES-D）	抑うつ症状の頻度を評価する指標（本人が回答、地域・疫学研究で利用）	4%	0%
フレイル	Frailty Index（FI）	高齢者のフレイルの重症度を評価する指標	5%	0%
フレイル	Fried Frailty Criteria / Phenotype	身体的フレイルを 5 つの臨床的特徴で定義する評価指標	3%	0%
生活機能（活動・参加）	Frenchay Activities Index（FAI） ¹⁾	生活活動性や社会参加を評価する指標	0%	8%
生活機能（活動・参加）	Life Space Assessment（LSA）系	どの範囲まで生活空間を広げて生活しているかを評価する指標（社会参加・移動の実態）	0%	14%
重症度・併存疾患・予後	Charlson Comorbidity Index（CCI）	併存疾患の重症度を点数化する指標（予後やアウトカム調整に用いること多）	10%	7%
重症度・併存疾患・予後	Changes in Health, End-stage disease, and Signs and Symptoms（CHESS）	健康状態の不安定さ、重症度を評価する指標（短期予後や急変リスクの把握）（InterRAI内）	6%	0%

※下線ありはLIFEに含まれる項目

1) はIADLまたはQOL関連

表 12：文献調査で使用されていたその他の指標（国際文献 n=185、国内文献 n=85）

	文献数		文献割合（％）	
	国際	国内	国際	国内
背景情報				
人種・民族	15	0	8%	0%
出生国	2	0	1%	0%
学歴・教育歴	5	0	3%	0%
宗教	1	1	1%	1%
状態の自己評価				
主観的健康感 （主観的健康状態、健康状態の自己評価等を含む）	26	4	14%	5%
主観的健康不良	1	0	1%	0%
主観的気分状態（満足／不満）	1	0	1%	0%
自己評価精神的健康	2	0	1%	0%
自身の栄養状態の認識	1	0	1%	0%
機能回復への楽観	1	0	1%	0%
血液データ				
生化学系（栄養関連）	1	0	1%	0%
血糖値	1	0	1%	0%
HbA1c	4	1	2%	1%
貧血関連（Hct, Hb）	2	0	1%	0%
血清総蛋白（TP）	0	1	0%	1%
血清アルブミン	3	4	2%	5%
血清カルシウム	1	0	1%	0%
高感度CRP（hs-CRP）	1	0	1%	0%
アルカリフォスファターゼ（ALP）	1	0	1%	0%
血清25-ヒドロキシビタミンD	1	0	1%	0%
BNP（脳性ナトリウム利尿ペプチド）	0	1	0%	1%
末梢血リンパ球数（LYM）	0	1	0%	1%
クレアチニン	0	1	0%	1%
電解質（Na, K等）	0	1	0%	1%
病院受診				
過去の入院歴（3か月、6か月、有無）	12	3	6%	4%
救急外来受診 （在宅救急サービス、緊急訪問医療等も含む）	20	0	11%	0%
入院回数	1	0	1%	0%
呼吸不全による入院（過去1年）	1	0	1%	0%
救急受診回数	1	0	1%	0%
精神的理由による救急受診	1	0	1%	0%
外来受診（有無、回数、頻度を含む）	7	0	4%	0%
医療歴	2	0	1%	0%
定期的歯科受診	1	0	1%	0%
精神科・心理療法の利用有無	1	0	1%	0%
精神科入院	1	0	1%	0%
精神科受診の有無	1	0	1%	0%

(表12つづき)	文献数		文献割合 (%)	
	国際	国内	国際	国内
他サービス利用歴				
デイケア利用有無・頻度	1	4	1%	5%
施設短期入所の有無/日数	1	0	1%	0%
緩和ケア (palliative care) 利用の有無	1	0	1%	0%
薬剤				
ポリファーマシー	23	0	12%	0%
処方薬数・服薬数	39	1	21%	1%
退院時に新規追加された定期薬数	1	0	1%	0%
頓用薬の数	1	0	1%	0%
有害事象	2	0	1%	0%
服薬非遵守	1	0	1%	0%
1日3回以上服用する薬があるか	1	0	1%	0%
ビタミンDのサプリメント有無	1	0	1%	0%
口腔・歯科系				0%
歯数 (残存、欠損)	5	0	3%	0%
口渇 (ドライマウス)	6	0	3%	0%
口腔清掃習慣	1	1	1%	1%
唾液分泌量	1	0	1%	0%
歯科サービスの利用	1	0	1%	0%
歯科治療ニーズ	1	0	1%	0%
舌圧	0	2	0%	2%
身体面に関すること				
BMI	14	8	8%	9%
肥満	1	0	1%	0%
体温	0	2	0%	2%
SpO ₂	0	1	0%	1%
1日あたりの歩数	1	0	1%	0%
上腕三頭筋皮下脂肪厚 (TSF)	2	4	1%	5%
上腕周囲長	4	6	2%	7%
腕の中側筋 (MAMA)	1	0	1%	0%
上腕筋面積 (AMA)	0	5	0%	6%
腕周囲径 (MAC)	1	0	1%	0%
下腿周囲長	6	1	3%	1%
Cancer Stage・悪性疾患有無	2	1	1%	1%
がん治療内容 (手術、化学療法、未治療)	0	1	0%	1%
めまい・失神	1	0	1%	0%
四肢冷感	0	1	0%	1%
生活のこと				
6か月後の生活場所	1	0	1%	0%
ACP完了の有無	1	0	1%	0%
日中の独居時間	1	0	1%	0%
日常の意思決定を行うための認知能力	1	0	1%	0%
日常の意思決定能力障害	1	0	1%	0%
ウェルビーイング指標※	1	0	1%	0%
QOL	0	3	0%	4%

(表12つづき)	文献数		文献割合 (%)	
	国際	国内	国際	国内
食事・栄養のこと				
必要エネルギー量	2	0	1%	0%
ビタミン摂取量	1	0	1%	0%
ミネラル摂取量	1	0	1%	0%
食事内容（果物・野菜摂取・魚接種頻度）	2	0	1%	0%
食事摂取量低下の自覚	1	0	1%	0%
スナック製品の嗜好評価、今後の使用	1	0	1%	0%
精神・認知面のこと				
家族・介護者への恐怖	1	0	1%	0%
ストレス				
Relative Stress Scale	1	0	1%	0%
精神的ストレス	1	0	1%	0%
過去90日間の大きなストレス	1	0	1%	0%
孤独・自傷				
孤独感	4	0	2%	0%
意図的自傷（ISH）	1	0	1%	0%
自傷念慮の有無、自傷行為の兆候	1	0	1%	0%
医療機器・処置の利用				
医療機器使用	1	1	1%	1%
医療的処置・特別ケアの有無／回数	1	5	1%	6%
血糖自己測定（SMBG）	1	0	1%	0%
チューブ留置の有無 （経鼻胃管、尿道カテーテル、気管切開、気管内チューブ）	1	0	1%	0%
チューブ留置の有無・本数	1	0	1%	0%
その他				
虐待の兆候	1	0	1%	0%
排尿困難、夜間頻尿（3回以上）	1	0	1%	0%
尿量の変化	0	1	0%	1%