

令和6年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

介護現場からの LIFE 指標提案プロセスの 開発に関する調査研究事業 報告書

MRI 三菱総合研究所

令和7(2025)年3月

ヘルスケア事業本部

目次

1. 事業の全体像	1
1.1 本事業の目的	1
1.2 本事業の実施内容	1
2. 介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むプロセス案の検討	2
2.1 LIFE 指標に係る現状の整理	2
2.2 介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むプロセス案	11
3. ヒアリング調査 ①医療の質向上のための体制整備事業	15
3.1 調査目的	15
3.2 調査対象	15
3.3 調査方法	15
3.4 調査期間	15
3.5 調査項目	16
3.6 調査結果	17
4. ヒアリング調査 ②学識者及び介護事業者	25
4.1 調査目的	25
4.2 調査対象	25
4.3 調査方法	25
4.4 調査期間	25
4.5 調査項目	25
4.6 調査結果	27
5. プロセス案の精緻化	41
5.1 ヒアリング調査を踏まえたプロセス案精緻化の方針	41
5.2 介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むプロセス最終案	47
6. 参考資料	50
6.1 ヒアリング調査結果一覧	50

1. 事業の全体像

1.1 本事業の目的

科学的介護情報システム(LIFE)を活用した科学的介護のさらなる推進に向けて、LIFE で収集する情報については、学術的な観点だけでなく、介護現場からの提案を踏まえ、必要に応じて見直すこととされている。規制改革実施計画(令和5年6月16日閣議決定)¹においては、「介護現場及び学術的観点から提案される情報について、専門家等による検討を経て、関係審議会において議論を行い、3年に1度の介護報酬改定につなげるサイクルを構築する。」とされた。また、令和6年度介護報酬改定に関する審議報告²においても、「今回の介護報酬改定において、科学的介護の推進に向けた入力項目の見直し等を行ったが、項目の見直しに際しては、介入に係る情報を充実させるべきであるという指摘等も踏まえ、介護現場及び学術的観点から提案される情報を、専門家等による活用可能性等の検討を経て、介護給付費分科会へ提案するサイクルの構築に向けて検討していくべきである。」とされた。

そこで本事業では、介護現場からの提案を介護報酬改定に取り込む仕組みについてどのような仕組みが適切であるかについて検討を行い、介護報酬改定のサイクルに合わせた具体的なプロセスの構築方法を有識者の意見を踏まえて検討した。

1.2 本事業の実施内容

本事業では、以下の事項について実施した。

(1) 介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むプロセス検討

現状 LIFE で収集されている項目の選定及び見直しの経緯を踏まえ、介護現場より LIFE 指標候補の提案を受け、提案内容の精査の上、社会保障審議会介護給付費分科会における協議に至るまでのプロセスを検討した。

(2) 有識者及び介護事業者の意見収集(ヒアリング調査)

(1)で検討した仕組みに対し有識者及び介護事業者より意見の収集を行った。ヒアリング調査の対象は以下のとおり。

- ① 「医療の質向上のための体制整備事業」事務局及び構成委員
- ② 学識者及び介護事業者

(3) 収集した意見をふまえたプロセスの精緻化

(2)で収集した意見をもとに、介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むプロセスの精緻化を行った。

(4) 報告書の作成

本事業の検討内容を報告書に取りまとめた。

¹ 規制改革実施計画(令和5年6月16日閣議決定)(https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/publication/program/230616/01_program.pdf) (令和7年4月8日閲覧)

² 令和6年度介護報酬改定に関する審議報告(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001180845.pdf>) (令和7年4月8日閲覧)

2. 介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むプロセス案の検討

2.1 LIFE 指標に係る現状の整理

2.1.1 LIFE 稼働開始前における指標の選定

科学的介護情報システム(LIFE³)は、通所・訪問リハビリテーションの計画書などの情報を収集し、フィードバックを行うために平成 28 年度から開始された VISIT⁴及び全ての介護サービスを対象として、高齢者の状態やケアの内容などの情報を収集するために令和 2 年から開始された CHASE⁵が一体となり、令和 3 年 4 月より運用が開始された。

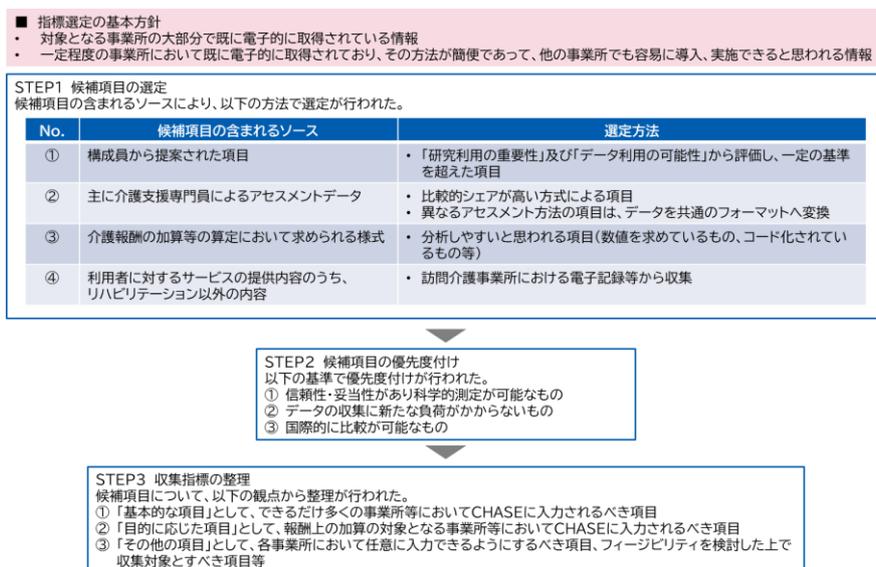
LIFE で情報が収集されている指標は、VISIT 及び CHASE の指標を踏襲しているが、本項では情報収集対象が全介護サービスに拡張された CHASE における指標選定の経緯を振り返る。

CHASE における指標の選定は平成 29 年 10 月から令和元年 7 月に実施された「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会⁶」において実施された。候補指標の選定にあたっては、研究の利便性及び正確性の観点から幅広い情報の必要性和データ収集の負担の観点から、以下の 2 点が基本方針として設定された。

- ① 対象となる事業所の大部分で既に電子的に取得されている情報
- ② 一定程度の事業所において既に電子的に取得されており、その方法が簡便であって、他の事業所でも容易に導入、実施できると思われる情報

収集する指標の整理は図表 1 に示す通り 3 段階のプロセスで実施された。1 段階目として、候補指標が含まれるソース別に定められた選定方法に基づき、候補指標が選定された。2 段階目として、定められた基準に基づき優先度付けがなされ、3 段階目として 3 つの区分に指標が整理された。

図表 1 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」における指標の整理



³ Long-term care Information system For Evidence

⁴ 通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム(monitring & eValuation for rehabilitation Services for long-Term care)

⁵ 高齢者の状態やケアの内容等データ収集システム (Care, HeAlth Status & Events)

⁶ 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken_485753.html)
(令和 7 年 3 月 31 日閲覧)

このような指標選定のプロセスを経て、「基本的な項目（できるだけ多くの事業所等において CHASE に入力されるべき項目）」として 30 項目、「目的に応じた項目（報酬上の加算の対象となる事業所等において CHASE に入力されるべき項目）」として 47 項目、「その他の項目」として124項目が選定された⁷。

これらに VISIT で収集されていたリハビリテーションに関連する指標が加わり、LIFE においても収集が開始されたが利用者の同じ状態を評価する項目であっても、加算の様式ごとに項目名や評価指標が異なる、サービス利用開始時点で認めた褥瘡の改善や尿道カテーテルの抜去が達成されている介護施設・事業所が存在するが、これらアウトカムを評価する項目がないといった点に課題があった。

2.1.2 令和 6 年度介護報酬改定における取組と変更点

2.1.1 で述べた課題を踏まえ、令和 6 年度介護報酬改定においては、以下の観点で指標の見直しが実施された。

- ① 入力項目の評価方法等の見直し
複数の加算で共通している項目について、加算の様式毎に項目名や評価方法が異なるものについて、データの質の向上や入力負担軽減の観点から、複数の加算の様式間で重複する項目の名称や評価指標等が統一された。
- ② アウトカム評価の充実
自立支援、重度化防止に向けた取組等を推進する観点から、ADL 維持等加算、褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理、排せつ支援加算のアウトカム評価の見直しが行われた。
- ③ 取組の評価の見直し
効果的なりハビリテーションや、施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算、かかりつけ医薬剤連携加算における取組を評価する区分が新たに設けられた。

⁷ 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会 取りまとめ」P.9～19
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000531128.pdf>) (令和 7 年 3 月 31 日閲覧)
ここでは、複数の項目で構成される指標について、項目単位で計上している。

図表 2 令和6年度介護報酬改定における見直しの観点等

加算	観点	見直し内容の概要
科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算等、複数加算共通	加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等	<ul style="list-style-type: none"> ・ Barthel Index の項目名の表記ゆれ等、複数の加算で重複しているものの評価方法等が異なっている項目の見直し
ADL 維持等加算	自立支援・重度化防止に向けた取組をより一層推進する観点	<ul style="list-style-type: none"> ・ ADL 維持等加算(Ⅱ)における ADL 利得の要件について、「2以上」を「3以上」へ見直し ・ ADL 利得の計算方法の簡素化
短期集中リハビリテーション実施加算	効果的なりハビリテーションを推進する観点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下の取組を評価する新たな区分を新設 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 原則として入所時及び月1回以上 ADL 等の評価を行った上で、必要に応じてリハビリテーション実施計画を見直していること ・ 上記において評価した ADL 等のデータについて、LIFE を用いて提出し、必要に応じて提出した情報を活用していること
褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理	介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設入所時又は利用開始時に既に発生していた褥瘡が治癒したことについての評価
排せつ支援加算	介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 排せつ状態の改善等についての評価 ・ 尿道カテーテルの抜去の評価
かかりつけ医薬剤連携加算	施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)について、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合、及び施設において薬剤を評価・調整した場合を評価する区分の新設 ・ 入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合の区分の評価

令和 6 年度介護報酬改定にあたっては、介護施設・事業所から新規指標の提案を公募する取組が行われた。公募は令和 5 年 2、3 月に厚生労働省 Web サイト「科学的介護情報システム(LIFE)について」に掲載された Web フォーム上から実施された。公募時に設けられた設問項目は以下のとおり。

図表 3 新規指標の公募において設けられた設問項目

No.	設問項目
1	職業 ※回答者の保有資格
2	新規提案項目
3	項目の意義
4	具体的な質問項目
5	質問の回答方法
6	回答方法(自由記述)
7	評価対象のサービス種類
8	対象者
9	想定される評価者
10	追加項目の入力頻度
11	追加項目の科学的根拠 ※指標に関する文献等

令和6年度介護報酬における指標の見直しを経て、様式で報告を求めている指標を図表4から図表7に整理する。

図表4 令和6年度介護報酬改定を踏まえ様式で報告を求めている指標①

◎:LIFEへの提出必須、○:任意、●:条件によっては必須

指標名	加算名					
	科学的介護 推進体制加 算	科学的介護 推進体制加 算(I)(II)	個別機能 訓練加算	ADL維持等 加算	かかりつけ 医連携薬剤 調整加算	薬剤管理指 導の注2
要介護度	◎	◎	◎	◎		
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	◎	◎	◎	◎		
ADL	◎	◎	◎	◎		
IADL			◎			
基本動作			◎			
身長	◎	◎				
体重	◎	◎				
義歯の使用	◎	◎				
歯の汚れ	◎	◎				
むせ	◎	◎				
歯肉の腫れ・出血	◎	◎				
認知症の診断	◎	◎				
生活・認知機能尺度	◎	◎				
Vitality Index	●	●				
DBD13	○	○				
ICF ステージング	○	○				
低栄養状態のリスクレベル		◎				
栄養補給法		◎				
食事形態		◎				
とろみ		◎				
食事摂取量		◎				
必要栄養量		◎				
提供栄養量		◎				
褥瘡		◎				
病名・診断名	○	●	◎		◎	◎
合併症			◎			
プログラム内容			◎			
(プログラムの)頻度			◎			
(プログラムの)時間			◎			
生活行為			○			
独居/同居	○	○				
住環境			○			
社会参加の状況(家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等)			○			
サービス提供・担当職種			◎			
薬剤名	○	●			◎	◎
(薬剤の)変更・減薬・減量					◎	◎
(薬剤の)変更・減薬・減量の理由					◎	◎
(薬剤の)1日用量					◎	◎
(薬剤の)単位					◎	◎

図表 5 令和6年度介護報酬改定を踏まえ様式で報告を求めている指標②

◎:LIFE への提出必須、○:任意、●:条件によっては必須

指標名	加算名					
	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	短期集中リハビリテーション実施加算	リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	理学療法 注6、作業療法 注6、言語聴覚療法 注4 理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5	介護予防通所・訪問リハビリテーションの12月減算の免除に係る要件
要介護度	◎	◎	◎	◎	◎	◎
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	◎	◎	◎	◎	◎	◎
ADL	◎	◎	◎	◎	◎	◎
IADL	○	○	◎	◎	○	◎
基本動作	◎	◎	◎	◎	◎	◎
病名・診断名	◎	◎	◎	◎	◎	◎
合併症	◎	◎	◎	◎	◎	◎
生活行為	○	○	○	○	○	○
心身機能・構造	◎	◎	◎	◎	◎	◎
独居／同居	○	○	○	○	○	○
住環境	○	○	○	○	○	○
他サービスの利用	○	○	○	○	○	○
福祉用具の利用	○	○	○	○	○	○
社会参加の状況(家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等)	◎	◎	◎	◎	◎	◎
解決すべき課題	◎	◎	◎	◎	◎	◎
具体的支援内容	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(具体的支援内容の)頻度	◎	◎	◎	◎	◎	◎
(具体的支援内容の)時間	◎	◎	◎	◎	◎	◎
サービス提供・担当職種	◎	◎	◎	◎	◎	◎

図表 6 令和6年度介護報酬改定を踏まえ様式で報告を求めている指標③

◎:LIFE への提出必須、○:任意、●:条件によっては必須

指標名	加算名			
	褥瘡マネジメント加算	褥瘡対策指導管理	排せつ支援加算	自立支援促進加算
要介護度	◎	◎	◎	◎
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	◎	◎	◎	◎
ADL	◎	◎	◎	◎
IADL				◎
基本動作	◎	◎		◎
ICF ステージング				●
低栄養状態のリスクレベル	○	○		
褥瘡	◎	◎		
病名・診断名				◎
水分関係(浮腫、脱水)	◎	◎		
おむつ	◎	◎	◎	
ポータブルトイレ	◎	◎	◎	
尿道カテーテル	◎	◎	◎	
褥瘡の状態(DSIGN-R)	●	●		
体位変換の頻度	●	●		
人工肛門			◎	
トイレへの誘導・促し			◎	
排せつの状態に関する支援の必要性			◎	
医学的観点からの留意事項				◎
自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果				◎
離床の有無				◎
1日あたりのベッド上以外で過ごす時間				◎
食事の場所				◎
食事時間や嗜好への対応				◎
個人の排せつリズムへの対応				◎
入浴形式(大浴場、個人浴槽、機械浴槽、清拭)				◎
マンツーマン入浴ケア				◎
1週間あたりの外出				◎
1週間あたりの趣味・アクティビティ・役割活動				◎
入所者や家族の希望に沿った居場所作りの取組				◎
本人の生活史				◎
尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画				◎

図表 7 令和6年度介護報酬改定を踏まえ様式で報告を求めている指標④

◎:LIFE への提出必須、○:任意、●:条件によっては必須

指標名	加算名			
	栄養マネジメント強化加算	栄養アセスメント加算	口腔衛生管理加算	口腔機能向上加算
要介護度	◎	◎	◎	◎
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			◎	◎
身長	◎	◎		
体重	◎	◎		
BMI	◎	◎		
義歯の使用			◎	◎
歯の汚れ			◎	●
むせ			◎	●
低栄養状態のリスクレベル	◎	◎		
栄養補給法	◎	◎	◎	◎
食事形態	◎	◎	◎	◎
とろみ	◎	◎		
褥瘡	◎	◎		
3%以上の体重減少率	◎	◎		
食事摂取量(割合)	◎	◎		
主食の摂取量(割合)	◎	◎		
主菜、副菜の摂取量(割合)	◎	◎		
その他(補助食品など)	◎	◎		
摂取栄養量:エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	◎	◎		
提供栄養量:エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	◎	◎		
必要栄養量:エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	◎	◎		
嚥下調整食の必要性	◎	◎		
食事の留意事項の有無	◎	◎		
本人の意欲	◎	◎		
食欲・食事の満足感	◎	◎		
食事に対する意識	◎	◎		
口腔関係	◎	◎		
安定した正しい姿勢が自分で取れない	◎	◎		
食事に集中することができない	◎	◎		
食事中に傾眠や意識混濁がある	◎	◎		
歯(義歯)のない状態で食事をしている	◎	◎		
食べ物を口腔内に溜め込む	◎	◎		
固形の食べ物を咀嚼中にむせる	◎	◎		
食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	◎	◎		
水分で噎せる	◎	◎		
食事中、食後に咳をすることがある	◎	◎		
褥瘡・生活機能関係(褥瘡、生活機能低下)	◎	◎		
消化器関係(嘔気・嘔吐、下痢、便秘)	◎	◎		
水分関係(浮腫、脱水)	◎	◎		
代謝関係(感染、発熱)	◎	◎		
心理・精神・認知症関係(閉じこもり、うつ、認知症)	◎	◎		
医薬品(薬の影響)	◎	◎		
GLIM 基準による評価	○	○		
摂食・嚥下機能検査	●			
かかりつけ歯科医の有無			◎	◎
直近1年間の歯科受診			◎	◎
誤嚥性肺炎の発症・既往			◎	◎
口臭			◎	●
義歯の汚れ			◎	●

指標名	加算名			
	栄養マネジメント強化加算	栄養アセスメント加算	口腔衛生管理加算	口腔機能向上加算
舌苔			◎	●
奥歯のかみ合わせ			◎	●
食べこぼし			◎	●
口腔乾燥			◎	●
舌の動きが悪い			◎	●
ぶくぶくうがいが困難			◎	●
歯数			◎	
歯の問題(う蝕、歯の破折、修復物脱離、残根歯)			◎	●
義歯の問題(不適合、破損、必要だが使用していない)			◎	●
歯周病			◎	●
口腔粘膜疾患(潰瘍等)			◎	●
口腔の清掃/口腔清掃			◎	◎
口腔の清掃に関する指導/口腔清掃に関する指導			◎	◎
義歯の清掃			◎	
義歯の清掃に関する指導			◎	
摂食嚥下等の口腔機能に関する指導			◎	◎
誤嚥性肺炎の予防に関する指導			◎	◎
入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施			◎	
口腔清掃に係る知識、技術の習得の必要性			◎	
摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施			◎	
食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性			◎	
現在の取組の継続			◎	
サービス提供・担当職種			◎	◎
実施頻度			◎	
音声・言語機能に関する疾患の可能性				●
音声・言語機能に関する指導				◎

2.2 介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むプロセス案

現状 LIFE において収集されている項目が選定された経緯や、介護分野及び介護報酬改定、LIFE の特徴を踏まえ、介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むプロセス案を検討した。

検討にあたり、考慮すべきと考えられる論点と対応は以下のとおり。

図表 8 プロセスの検討における論点と対応

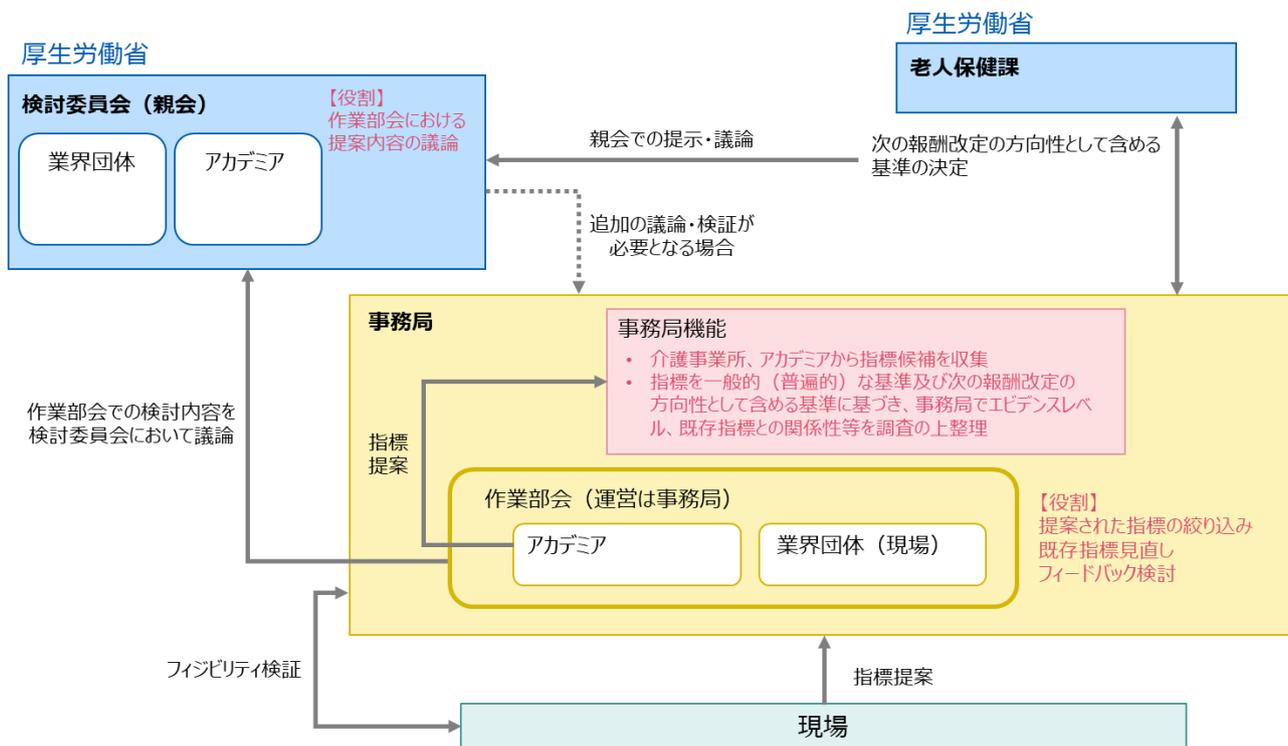
論点	対応
提案内容を効率的に評価・選定するための体制構築及びスキームが必要となる	<ul style="list-style-type: none"> 提案の受付及び取りまとめは事務局が行う。 検討委員会(全体的な議論、方針決定)と作業部会(提案内容の評価、詳細な検討)といった機能分化した2つの検討の場を設ける。 一貫した議論を可能とするために、提案内容の議論を開始する前に、指標選定の基準を設定する。
公平性や人的リソースの観点から、介護現場より受けた提案を評価するのは、厚生労働省以外の第三者が望ましいことが想定される	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省が主催する検討委員会とは別に事務局機能を設ける。
介護現場から提案される指標のエビデンスレベルは様々であり、検証が必要な場合があることが想定される	<ul style="list-style-type: none"> 追加の議論及び「フィジビリティ検証」が必要ない指標は直近の報酬改定の議論、必要がある指標は次々回の報酬改定の議論に組み込むといったように、追加対応の有無によってスケジュールの分岐を行う。
LIFE システムの改修には一定の時間を要し、介護報酬改定による制度の変更とシステムの対応に時間差が生じることが想定される	<ul style="list-style-type: none"> LIFE システムの改修及びリリースに要する期間を見込んだスケジュール案とする。
介護施設・事業所から提出されたデータを集計し、フィードバックとして提供するまでに1か月程度を要するため、フィードバックを含めた報酬改定による変更を経験するまでに数か月を要する	<ul style="list-style-type: none"> 直近で実施された報酬改定の変更が反映された LIFE システム及びフィードバックを介護施設・事業所で利用された後のタイミングで提案募集を実施する。

上記を踏まえて、図表 9 に示す体制案及び図表 10 に示すスケジュール案を検討した。

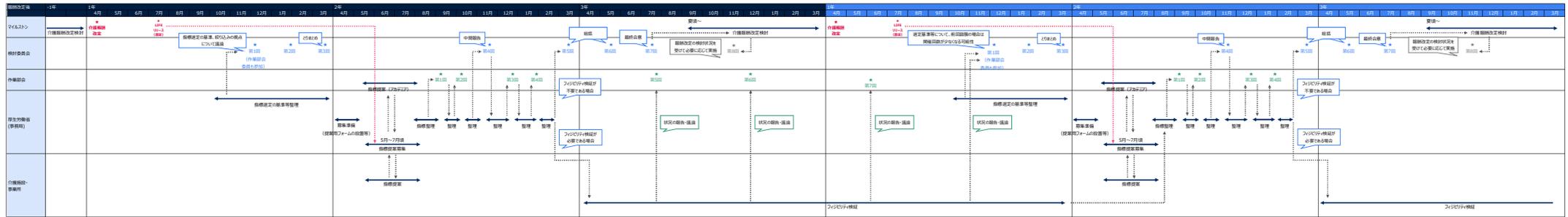
介護現場の提案を介護報酬改定に取り込む体制として、厚生労働省が主催する検討委員会及び作業部会を含む事務局の階層構造とすることを想定した。検討委員会は業界団体及びアカデミアの有識者、作業部会はアカデミア及び介護現場において LIFE を活用する職員等が構成員となることとした。介護現場からの提案は事務局に集約され、まずは事務局において事前に取り決めた基準に従って整理を行う。整理された提案内容は、事務局が運営する作業部会において議論され、提案内容の妥当性の評価や絞り込みを行う。また、提案された指標のフィードバック内容についても議論を行うことが考えられる。作業部会で整理された提案内容は検討委員会において議論され、必要に応じて作業部会において追加の議論及び検証を実施する。厚生労働省が決定した次の報酬改定の方向性として含める基準は、検討委員会及び作業部会に連携され、議論に反映する。最終的に、検討委員会で合意がなされた提案内容が介護報酬改定の議論に取り込まれることを想定している。

介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むスケジュールについて、介護報酬改定の議論が 3 年のサイクルで実施されることを踏まえ、3 年間で提案を受け、議論を行うスケジュールを想定した。

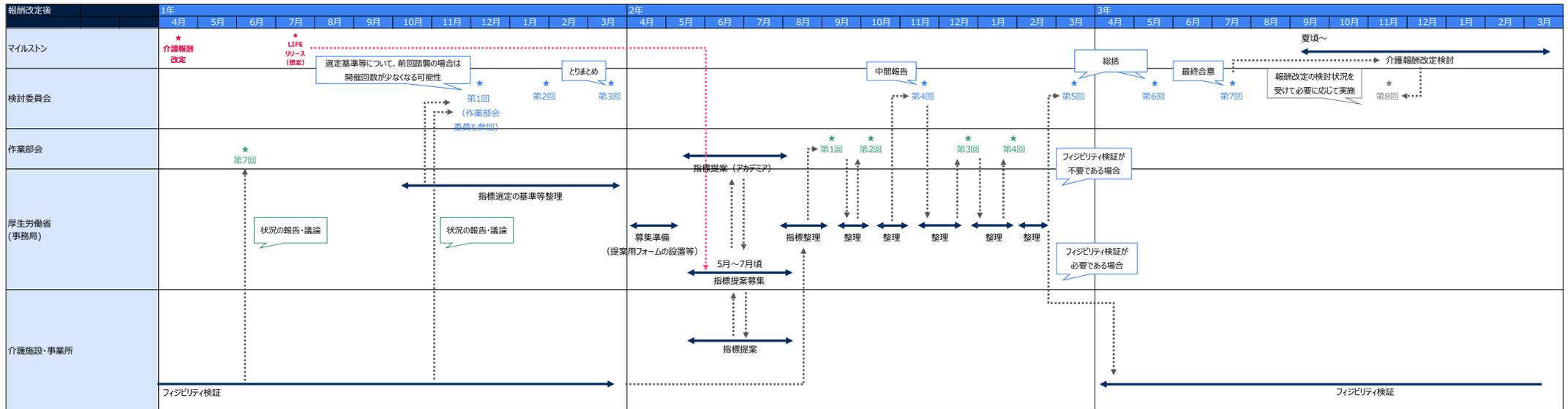
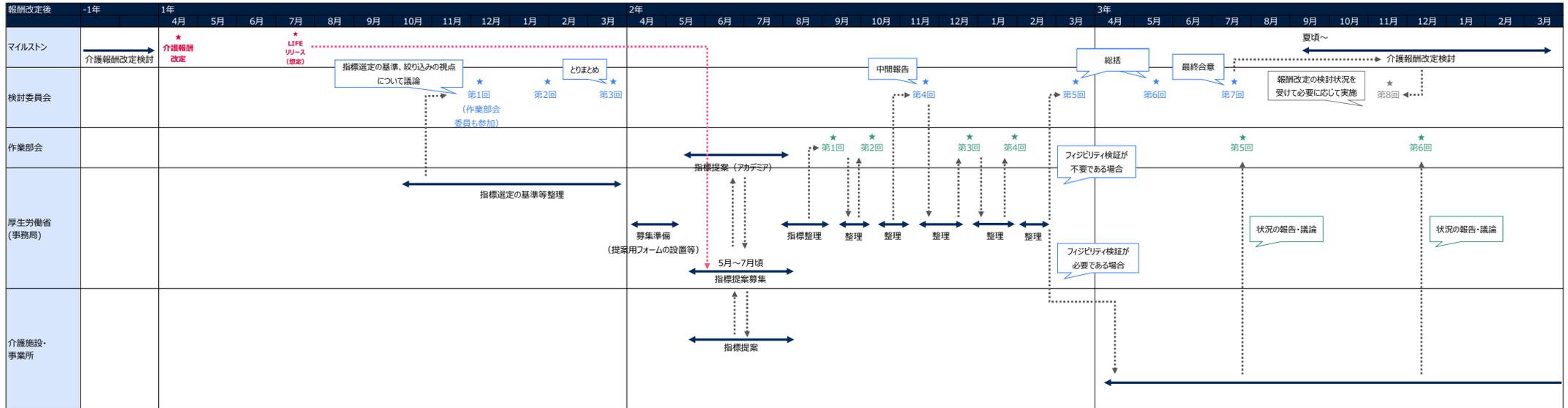
図表 9 体制案



図表10 スケジュール案



スケジュール案(3年ごとに拡大表示)



3. ヒアリング調査 ①医療の質向上のための体制整備事業

3.1 調査目的

「医療の質向上のための体制整備事業(以下、本体制整備事業)」は、公益財団法人日本医療機能評価機構が厚生労働省から受託して 2019 年より実施している補助事業である。医療現場の自主的な質改善活動を充実させること、医療の質を可視化し信頼性を向上させることを事業目的としている。本体制整備事業の事業内容の 1 つに「医療の質指標の標準化」があり、ここでは過去医療現場において設定・運用されてきた医療の質に関する多様な指標を整理したうえで、同じく本体制整備事業にて定めた質指標の要件に基づいて 9 つの例示指標を選定している。

実際に現場で用いられている指標を一定の基準に則って選定を行ったという点で、LIFE に対する介護現場からの提案を介護報酬改定に取り込むプロセスを検討している本事業と関連することが想定された。このことから、指標を取りまとめる仕組みの構築や、現場から収集した指標を選定するプロセスにおけるポイントや留意事項等、本事業への示唆を得ることを目的としてヒアリング調査を実施した。

3.2 調査対象

医療の質向上のための体制整備事業の事務局機能を担う公益財団法人日本医療機能評価機構より 1 名及び本体制整備事業に設置された部会の構成委員 1 名にヒアリング調査を実施した。

3.3 調査方法

対面で実施した。

3.4 調査期間

令和 7 年 1 月 10 日に実施した。

3.5 調査項目

主な調査項目は下記のとおり。

図表 11 「医療の質向上のための体制整備事業」関係者へのヒアリング調査項目

観点		調査項目
1. 事業立ち上げの背景・経緯等	1-1	「医療の質向上のための体制整備事業」および 2010 年度～2018 年度に実施された前身事業である「医療の質の評価・公表等推進事業」の立ち上げにあたり、どのようなニーズがあったか。
	1-2	「医療の質の向上」とは何か、どのような状態(アウトカム)になることで「医療の質が向上した」と判断されるのかについて、これまで議論したことはあるか。
2. 事業の体制	2-1	本事業への参加団体および委員の選定はどのように実施したか。
	2-2	本事業において、厚生労働省と事務局はどのように関係しているか。
	2-3	本事業において、事務局に必要となる要素(公的である等立場の観点、スキル・知見の観点等)はどのようなものがあると考えられるか。
3. 指標の選定	3-1	指標選定の 6 基準 ^{※1} を選定するにあたって重要視された事項は何か。 基準を選定するにあたってのプロセス(海外文献レビューを実施した等)やスケジュールはどのようなものであったか。
	3-2	指標を選定する基準の検討について、諸外国例を参考としているが、日本ならではの視点を含めるべきとの議論はあったか。(あった場合、)実際にそのような視点は取り入れられたか。
	3-3	RAND/UCLA 適切性評価法 ^{※2} での評価は QI 標準化部会で実施されているため、評価者は主にアカデミアであると認識しているが、評価者として含めるべき立場はあるか。
	3-4	部会で評価された指標が合議にかけられ、最終決定に至っているが、合議の場で意見が分かれた場合に、どのように最終決定に至っているか(継続検討、座長一任、等)。
	3-5	本事業および前身事業の中で現場の実態や意見・ニーズを抽出したことはあるか。 ある場合、収集した情報はどのように整理したか。
4. 指標の検証	4-1	指標の妥当性を検証するため、どのような根拠でどの程度の病院数を設定したか。
	4-2	病院の募集はどのように実施したか。
	4-3	選定した指標が共通指標として活用しうると判断する基準はどのように設定したか。
5. 指標の見直し	5-1	選定した指標の妥当性や見直しはどのようなプロセスで実施しているか。

※1 下記 3.6.1 にて詳述

※2 RAND/UCLA 適切性評価法とは、合意形成手法の 1 つである修正デルファイ法のこと。詳細は「医療の質指標基本ガイド～質指標の適切な設定と計測～」第 1.2 版(公益財団法人日本医療機能評価機構)を参照されたい。

3.6 調査結果

下記に「医療の質向上のための体制整備事業」における医療の質に関する検討プロセスをまとめたいので、3.5 に示した項目に関して聞き取った内容をまとめる。

3.6.1 医療の質向上のための体制整備事業における指標検討のプロセス

■医療の質に関する国内外での議論

本体制整備事業の成果物の1つである「医療の質指標基本ガイド～質指標の適切な設定と計測～」によれば、日本において病院機能の向上に関する議論は 1980 年代から始まり、1997 年に財団法人日本医療機能評価機構(現 公益財団法人日本医療機能評価機構)が病院機能評価の第三者機関として発足した。

2000 年代では、患者が自ら医療機関を選択するための情報公開・提供や医療制度改革の議論を通じて医療のアウトカム指標の広告が可能となり、厚生労働科学研究による研究活動の推進と共に、平成 22 年(2010 年)より本体制整備事業の前身事業となる「医療の質の評価・公表等推進事業」が開始された。

■「医療の質向上のための体制整備事業」について

前身事業にあたる「医療の質の評価・公表等推進事業」では、9 年間で 9 の病院団体から計 1000 ほどの病院が参加し、独自に質指標を作成・運用していたが、データ収集の負担や人材不足、指標が標準化されていないことが課題であった。これを踏まえ、本体制整備事業は 2019 年 4 月に、下記 2 点を事業目的として開始された⁸。

- 現場の自主的な質改善活動を充実させること
- 医療の質を可視化し信頼性を向上させること

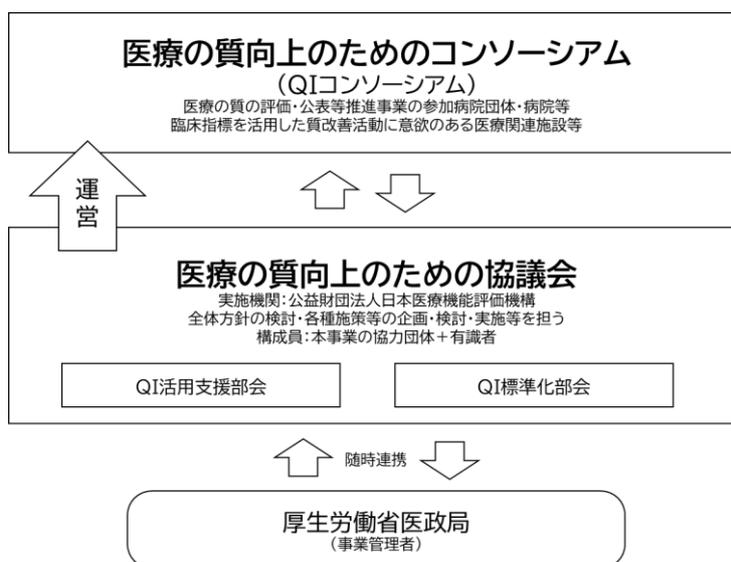
また、事業内容として下記 5 点を掲げている。

1. 医療の質向上のための具体的な取組の共有・普及
2. 医療の質向上活動を担う中核人材の養成
3. 医療の質指標の標準化
4. 医療の質指標の評価・分析支援
5. 計測結果の公表の検討

事業の実施にあたっては、下記の体制を構築している。

⁸ 医療の質向上のための体制整備事業(公益財団法人日本医療機能評価機構)ウェブサイト(<https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/about-overview/>) (令和 7 年 3 月 31 日閲覧)

図表 12 「医療の質向上のための体制整備事業」実施体制図⁹



本事業と関連する実施内容である「3. 医療の質指標の標準化」については主に QI 標準化部会において議論された。なお、令和5年度より、QI 標準化部会と QI 活用支援部会は「QI 標準化・普及部会」に統合された。

■指標の標準化について

前身事業である「医療の質の評価・公表等推進事業」における課題の一つであった指標の標準化について、実現に向けた検討を進めるにあたり、「医療の質」「医療の質指標」については、関係者により解釈が異なる懸念があった。このため、まず「医療の質」という概念を整理し、本体制整備事業における医療の質指標に対する考え方を「医療の質指標基本ガイド ～質指標の適切な設定と計測～¹⁰」にて明示することで、共通認識の形成を図った。次に、ここで示された考え方に基づいて、912 の指標から「医療安全」、「感染管理」、「ケア」のテーマに対して指標を抽出し、最終的には計 9 指標を例示指標として選定した。

医療の質指標に対する考え方の整理は、諸外国における先行事例・先行研究を調査のうえ、試験的な事業(パイロット事業)¹¹の結果を踏まえ、「質改善に資する医療の質指標の要件」として下記の 6 要件を設定した。

⁹ 第1回運営委員会(医療の質向上のための協議会)資料(公益財団法人日本医療機能評価機構)より三菱総合研究所作成。(令和 7 年 3 月 31 日閲覧)

¹⁰ 「医療の質指標基本ガイド ～質指標の適切な設定と計測～」(<https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/04/Quality Indicator Guide.pdf>)

¹¹ 医療の質指標を普及・促進させることを目的とし、質指標を活用する PDCA サイクルを実装するモデル事業(パイロット)を計 23 病院に実施した。詳細は「モデル事業(パイロット)総括報告書～医療の質指標を活用したPDCAサイクルの実装～」(公益財団法人日本医療機能評価機構)を参照されたい。

図表 13 質改善に資する指標の要件¹²

基準	主な構成要素
① エビデンスベース	<p>診療ガイドラインなどに基づいている、又は専門家による合意が得られている指標の性質を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 診療ガイドラインなど、科学的なエビデンス、推奨レベルに準拠している。 ● 専門家の合意がある。
② 改善の余地	<p>施設間でのばらつきがあるなど、診療・ケアの提供等が最適ではないことが想定される指標の性質を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 施設間又は単一施設内でのばらつき、望ましくない値など、改善の余地が大きい。 ● 実施率が低位である。
③ テーマとの関連性	<p>掲げる改善テーマに関連する指標の性質を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● テーマとの関連性の深さを考慮している。
④ 信頼性	<p>安定した測定結果が得られる指標の性質を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 計測した結果に再現性があり、安定した結果が得られる。
⑤ 妥当性	<p>目的とする特性を正確に測定できる指標の性質を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 測定しようとしている概念を測定している。 ● 重要なアウトカム指標と関連がある。
⑥ 計測可能性	<p>データのとりやすさなど、計測が可能な指標の性質を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 測定に必要なデータを簡便に収集できる。 ● 電子カルテまたはその他の電子的情報源で入手可能である。

¹² 「医療の質指標基本ガイド～質指標の適切な設定と計測～」第 1.1 版(公益財団法人日本医療機能評価機構)および第 20 回運営委員会(医療の質向上のための協議会)資料 1-3 より三菱総合研究所作成。(令和 7 年 3 月 31 日閲覧)

次に、全国の医療機関が共通して活用できる指標として、図表 14 に示す手順で選定された。

図表 14 例示指標選定の手順¹³

ステップ	内容
① テーマの選定	<ul style="list-style-type: none"> 以下の 2 つの観点を踏まえ、テーマの選定が行われた <ul style="list-style-type: none"> 病院として押さえるべき基本的事項 既に多くの病院がデータを保持しており、計測に大きな負担がかからない 選定の結果、「医療安全」、「感染管理」、「ケア」、「満足度(※)」の 4 テーマが設定された。 <p>(※)なお、「満足度」については、別途検討することとなったため、本選定の手順からは外れた。</p>
② 選定のための事前作業	<ul style="list-style-type: none"> 適切性評価を実施するための事前作業として、テーマに該当する指標を抽出し、計測のデータソース等選定時に必要な情報を付与した。 この作業が実施できた指標を適切性評価の対象とした。
③ 適切性評価の実施	<ul style="list-style-type: none"> ②のステップで抽出された指標について、図表 13 に示す 6 つの選定基準を基に、QI 標準化部会の構成員が 9 段階で評価した。 その後、RAND/UCLA 適切性評価法に従って、「適切」「不確定」「不適切」のいずれかの判定を行った。
④ 合議	<ul style="list-style-type: none"> ③のステップにおいて「適切」と判定された指標を、例示指標とすることを前提としたうえ、最終的な判断を行った。
⑤ 指標の決定	<ul style="list-style-type: none"> 合議の結果選定された 9 指標を協議会にて確認し、承認した。

■例示指標策定後の動き

令和 6 年度診療報酬改定において、機能評価係数Ⅱの評価項目のうち、地域医療指数・体制評価指数の評価方法に新たに「医療の質向上に向けた取組」が追加された。

¹³ 「医療の質指標基本ガイド～質指標の適切な設定と計測～」第 1.1 版(公益財団法人日本医療機能評価機構)、第 11 回運営委員会(医療の質向上のための協議会)資料より三菱総合研究所作成。(令和 7 年 3 月 31 日閲覧)

3.6.2 ヒアリング調査項目への回答

ヒアリング調査項目に対する回答を記載する。なお、一部回答内容に対して補足説明を加えている。

No.	調査項目	回答内容
1. 事業立ち上げの背景・経緯等		
1-1	「医療の質向上のための体制整備事業」および2010年度～2018年度に実施された前身事業である「医療の質の評価・公表等推進事業」の立ち上げにあたり、どのようなニーズがあったか。	事業立ち上げ時に全11団体にヒアリング調査を実施し、下記8点を整理した。 ①継続した質改善活動を実装するための仕組み(他団体の経験・ノウハウの共有) ②質改善に資するコンピテンシーの設定(実務者の養成、管理者層の理解醸成) ③質指標の標準化に向けた方法論の設定(共通概念の設定、選定基準の統一) ④各団体が定義する質指標の一覧化(他団体の指標を参考) ⑤標準化指標に基づくデータの利活用(質改善に向けた活用の方策) ⑥標準化指標のデータ収集方法(データの一元化と収集システムの統合) ⑦公表のあり方や社会的位置づけ ⑧(ベンチマーク事業の)参加施設の増加に向けた検討
1-2	「医療の質の向上」とは何か、どのような状態(アウトカム)になることで「医療の質が向上した」と判断されるのかについて、これまで議論したことはあるか。	関係者の共通理解を醸成するため、「医療の質」「医療の質指標」に関する考え方を整理した。医療の質の中核となる特性について、本体制整備事業ではOECD Conceptual Framework(有効性、安全性、患者中心性)の考え方を参考にした。
2. 事業の体制		
2-1	本事業への参加団体および委員の選定はどのように実施したか。	日本医師会、日本看護協会、地域医療機能推進機構は厚生労働省の意向によって委員として参画することが決定した。その他の委員は、先行事業の協力団体に加え、プライマリーケアの専門家・患者市民を招聘した。また、オブザーバーとしてデータ分析・品質管理の専門家をそれぞれ招聘した。
2-2	本事業において、厚生労働省と事務局はどのように関係しているか。	厚生労働省の意向を確認しながら検討の素案を事務局にて作成した。随時厚生労働省と情報連携・確認を行い、関係団体との調整を進めた。
2-3	本事業において、事務局に必要となる要素(公的である等立場の観点、スキル・知見の観点等)はどのようなものがあると考えられるか。	先行事業の実績を最大限活用する必要がある、中立的な立場であることが望ましかった。

No.	調査項目	回答内容
3. 指標の選定		
3-1	指標選定の 6 基準を選定するにあたって重要視された事項は何か。 基準を選定するにあたってのプロセス(海外文献レビューを実施した等)やスケジュールはどのようなものであったか。	諸外国での研究成果・知見、および先行事業での成果・課題を重視した。 事務局にて主要諸外国の文献を調査・とりまとめの上、下記 4 基準を暫定的に設定し、パイロット事業を実施した。そのうえで、部会において検討し選定基準を確定させた。 【暫定 4 基準】 ①(複数団体が実績がある)共通 QI セット ¹⁴ のうちテーマが「改善」に関連する指標 ②アウトカム指標(またはアウトカム指標に関連するプロセス指標) ③(過去実績において)改善の余地が大きい指標 ④(過去の実績において)実施率が低位である指標 なお、基準の選定に関する考え方のとりまとめに約 3 か月、パイロット事業結果を踏まえた選定基準の確定に約 4 か月要した。
3-2	指標を選定する基準の検討について、諸外国例を参考としているが、日本ならではの視点を含めるべきとの議論はあったか。(あった場合、)実際にそのような視点は取り入れられたか。	日本固有の事柄に関する議論はなかった。
3-3	RAND/UCLA 適切性評価法での評価は QI 標準化部会で実施されているため、評価者は主にアカデミアであると認識しているが、評価者として含めるべき立場はあるか。	実際の作業(調査・評価)は QI 標準化部会が担当し、協議会では承認可否の判断を行った。事務局においては、必要に応じて、国民・患者、保険者、IT ベンダーの視点も検討した。
3-4	部会で評価された指標が合議にかけられ、最終決定に至っているが、合議の場で意見が分かれた場合に、どのように最終決定に至っているか(継続検討、座長一任、等)。	最終判断を担う協議会において意見はあったが、部会の判断が覆るようなものはなかった。なお、デルファイ法を用いれば何等かの合意形成は可能である。
3-5	本事業および前身事業の中で現場の実態や意見・ニーズを抽出したことはあるか。 ある場合、収集した情報はどのように整理したか。	1-1 に加え、本体制整備事業内においてもパイロット事業や QI コンソーシアムに参加した病院へのアンケート調査を実施した。

¹⁴ 厚生労働科学研究「医療の質の評価・公表と医療情報提供の推進に関する研究」(平成 28 年～平成 30 年、研究代表者 福井次矢)において、全国の病院を対象としたアンケート調査等を実施の上、医療の質に関する 23 種類 36 指標から成る共通 QI セットを提言した。

No.	調査項目	回答内容
4. 指標の検証		
4-1	指標の妥当性を検証するため、どのような根拠でどの程度の病院数を設定したか。	先行事業において運用された指標を基としており、妥当性は高いと考えている。また、本体制整備事業でも可視化プロジェクト ¹⁵ において検証を行い継続運用可否について検討している。
4-2	病院の募集はどのように実施したか。	パイロット事業では協力病院団体から推薦を受けた。 可視化プロジェクトでは協力病院団体を通じた募集のほか、日本医療機能評価機構の実施する病院機能評価事業の認定病院へ案内を行っている。
4-3	選定した指標が共通指標として活用すると判断する基準はどのように設定したか。	(3.6.1 図表 13 に詳細を記載。)
5. 指標の見直し		
5-1	選定した指標の妥当性や見直しはどのようなプロセスで実施しているか。	現在、指標の運用ルールの詳細を検討中である ¹⁶ 。

3.6.3 まとめ

本体制整備事業では医療現場から医療の質に関する指標を収集のうえ、それらから一定の基準のもとで 9 の例示指標を選定している。同様に介護現場から指標を収集し、取り入れること想定している LIFE に対し、先行している事業例として、下記の示唆が得られた。

1) 指標の収集と選定のプロセス

- 現場から収集した指標は、既に先行事業において運用実績があり、豊富な計測データがある。したがって、各指標のフィジビリティ検証が可能である。
- 指標を選定する前段階として選定の基準を策定しており、関係者間で共通見解を持っている。これは例示指標の妥当性の担保に寄与している。
- デルファイ法を用いることで客観的・論理的に説明可能な選定結果となっている。
- 選定した例示指標を用いた実証事業を実施しており、実運用が可能かを検証している。
- 例示指標選定後も実証事業を実施し、指標の継続的な観察を行っている。

2) 関係者の調整

- 協議会には各種団体・有識者がバランスよく参画している。また、事務局は中立的な公益財団法人日本医療機能評価機構が務めることで、特定の団体等に偏重しない議論を可能に

¹⁵ 医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院を対象に、本体制整備事業で選定した例示9指標を計測し、フィードバックを行った。2022年～2024年の各年実施された。

¹⁶ 医療の質指標の運用サイクルについて、ヒアリング調査実施時点では検討中であったが、令和6年度に検討が行われ、令和7年3月31日に発行された「医療の質指標基本ガイド ～質指標の適切な設定と計測～ 第1.2版」に記載がなされた。

している。

- 選定や普及活動といった実作業は学識者を中心とした部会及び事務局が担当し、一方で各種団体・有識者から構成される協議会を、議論及び最終的な承認の場と位置付けている。この構成により、現場での活用と研究への応用という両方の観点を取り入れている。
- 実証事業実施時には、関係団体の推薦および公募によって参加病院を募っている。これにより、実証数を確保している。

3) スケジュール

- 約四半期に一度協議会を開催している。
- 1つの実証事業実施に1年をかけている。

4. ヒアリング調査 ②学識者及び介護事業者

4.1 調査目的

2.2 で作成した介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むためのスケジュール案及び体制案について、学識者の視点や介護事業者の視点から意見を収集し、案の精緻化を行うため、ヒアリング調査を実施した。

4.2 調査対象

学識者として、以下の観点を満たす 2 研究機関 6 名にヒアリング調査を実施した。

- ・ 科学的介護及び LIFE について精通している
- ・ 介護のデータを用いた研究に精通している

介護事業者として、以下の観点を満たす事業者を公益社団法人 全国老人保健施設協会、公益社団法人 全国老人福祉施設協議会、一般社団法人 全国デイ・ケア協会よりそれぞれ 1 事業者紹介いただき、3 事業者にヒアリング調査を実施した。

- ・ LIFE を活用し、ケアの質の向上に取り組んでいる
- ・ 過年度に実施された LIFE に関連する事業において、検討委員として参画した経験がある

4.3 調査方法

オンライン会議にて実施した。

4.4 調査期間

3 月 25 日～3 月 31 日に実施した。

4.5 調査項目

図表 9 及び図表 10 に示す体制案、スケジュール案を提示の上、以下の項目を中心にヒアリング調査を実施した。

図表 15 学識者及び介護事業者への調査項目

対象	ヒアリング調査項目
学識者	<ul style="list-style-type: none">● 介護現場より指標提案を受ける方法についてどのような点に留意すべきか。● 介護現場より提案を受けた指標について、どのような基準で選定を行っていくべきか。● 指標選定に関わる関係者はどのような視点で選ばれるべきか。● スケジュール案について、ご意見、懸念事項等あるか。
介護事業者	<ul style="list-style-type: none">● 介護現場より指標の提案を受ける際、どのような方法が望ましいか。

	<p>また、どのような情報の提供が可能か。</p> <ul style="list-style-type: none">● LIFE で提出を行う・フィードバックを受ける指標について、介護現場において重要視する観点は何か。● 指標選定に関わる関係者はどのような視点で選ばれるべきか。● スケジュール案について、介護現場より提案を受ける時期は妥当であるか。その他意見、懸念事項等はあるか。
--	---

4.6 調査結果

4.6.1 学識者ヒアリング調査

(1) 研究機関 A

研究機関 A においては、3 名の学識者にヒアリング調査を実施した。以下には、3 名の意見について話者を区別せず記載する。

1) サマリ

以下に研究機関 A のヒアリング調査における要点をまとめる。

観点	ご意見
体制	<ul style="list-style-type: none">● 業界団体側の構成員としては、理事長等の管理職の立場よりも、利用者のケアの実態を理解しているより現場に近い専門職の立場の方が委員に含まれていたほうがよいのではないか。● アカデミア側の構成員については、介護予防～要介護まで幅広く検討できるよう、高齢者関連の研究者が含まれていてもよいのではないか。
スケジュール	<ul style="list-style-type: none">● 提案される指標や意見の粒度を揃えるため、新規指標の提案か既存指標の変更の提案かといったような枠組みを明示して募集することで、期限内の検討が実現できるのではないか。● 提案の募集に当たっては、テーマ等の限定はせず広く受け付けるべきである。● 基準の有無によって選定に要する時間が異なるため、選定基準を事前に設ける必要がある。● エビデンスに乏しい指標の提案を受けた場合は、必ずしも改定検証1回分(3年間)のサイクルに収める必要はなく、提案された指標をエビデンスの検証に必要な工数・時間等によって区分し、より長期的に検証を行うことも一案である。

2) 内容詳細

ア) 指標収集方法

- ・ 募集をする際の型や枠組みを考えるべきではないか。寄せられる指標や意見に関する粒度をどの程度揃えるのかという観点がある。例えば、新規の指標提案もあれば、これまで任意だった指標を必須とすべきではないか、施設系の様式のみにある指標を通所・居住系の様式に追加すべきではないか、食事の内容として何を評価するのか、といったように既存指標の変更に対する意見も考えられる。その点が予め整理された上で募集することで、期限内に検討を終えられるので

はないか。

- ・ 提案者との認識齟齬を避けるため、指標を提案いただく際に、その指標で測定する目的も併せて提案いただく必要がある。
- ・ 既存の LIFE の全体像を整理して提示する(どのような目的でその指標が収集されているかを示す)ことで、より有益な提案が寄せられるのではないかと。
- ・ 職種によって回答がばらつくことが想定されるため、どういった職種からの指標提案かわかるようにしておいたほうがよい。
- ・ 議論するに当たって、指標の目的、提案者の職種、事業所規模以外に必要な提出時の情報としては、サービス種類は必須の情報だろう。また、評価方法(計測・測定する必要があるのか、観察・聴取での情報収集か、等)についても併せて提案いただく必要があるだろう。指標の実装可能性を考える際にサービス種類によって事情が異なるだろう。
- ・ 提出時のエビデンスの添付もしくは入力について、現場職員が長けている部分ではないため、提案の枠としては残しておき、入力は任意としておいたほうがよいだろう。
- ・ 提出時のエビデンスの添付もしくは入力について、提案のハードルを高くし過ぎないという意味でも、任意項目としたほうがよいだろう。提案時点でのセレクションはそれほど大きくかけずに、寄せられた指標をどのように選定するかという点に注力したほうが適切ではないか。エビデンスが添付されておらずとも、多くの職員から提案のある指標は経験上有効性がある可能性もある。
- ・ 提案に際してはあまり限定せず、広く受け付けられればよいのではないかと。収集後に分類すれば問題ないと考える。
- ・ 指標提案の門戸は広くしていただいたほうがよいだろう。

イ) 指標選定

- ・ 議論する指標を選定する際の基準を事前に設けることが必要と考える。基準の有無によって選定に必要な時間も変化するだろう。
- ・ 多少のテーマの違いはあるが、「医療の質向上のための体制整備事業」で設けられていた6基準は介護でも必要な視点であり、大きく変わらないだろう。
- ・ 6基準について、介護において加えたとしたら「安全性」と「手間」があるだろう。例えば訪問系サービスにおいては、大きな装置や特定の機械を持ち込んでの計測が必要となる指標の採用は現実的ではない。
- ・ 利用者の満足度については、現状では LIFE に含まれないトピックであるが、ケアに関わる指標のトピックは限られており、永遠に増えていくわけではない。どのような指標が提案されるかは事前にある程度想定できるだろう。
- ・ エビデンスのレベルについて、介護現場で必要な指標として提案される候補に、学術的に全く根拠がないということがあり得るのか疑問がある。仮にそういった提案がなされた場合、学術的に一から検討する必要はないのではないかと。
- ・ 生活面に関する指標は文化と深く関わるため、日本版として落とし込む必要性は生じるだろう。この場合、指標自体の妥当性よりも、日本においてその指標を採用することの必要性を検討する必要があると考える。海外の指標を日本版として落とし込むというのは色々な領域で行われていることだが、正式に取り組むと、1~2年では全く足りず、相当数のサンプルを集める必要がある

る。どの程度調査すれば妥当と判断できるかも難しい。

- ・ エビデンスが乏しい指標の提案を受けた場合は、必ずしも改定検証1回分のサイクルに収める必要はなく、より長期的に検証を行うという選択肢もある。提案収集後に検証に必要な工数・時間等で仕分けすればよい。また、既存の指標を活用可能な提案であれば、基本的に新たに加える必要はないと考える。提案時の目的も踏まえて検討する必要があるだろう。
- ・ 評価者による結果のバラつきが大きくなる指標については要検討である。指標として採用した場合、計測・活用のための研修に時間・コストがかかる可能性がある。

ウ) 関係者の枠組み

- ・ 業界団体が構成員に含まれるのは当然だが、専門職が必要だろう。団体の理事長といった管理職の立場よりも、利用者のケアの実態を理解している、より現場に近い立場の方が委員に含まれていたほうがよい。アカデミアについては、介護予防～要介護まで幅広く検討できるよう、高齢者関連の研究者が含まれていてもよいと考える。

(2) 研究機関 B

研究機関 B においては、3 名の学識者にヒアリング調査を実施した。以下には、3 名の意見について話者を区別せず記載する。

1) サマリ

以下に研究機関 B のヒアリング調査における要点をまとめる。

観点	ご意見
体制	<ul style="list-style-type: none">● 事務局機能を研究機関が担う場合、当該研究機関から選出された学識者が検討委員会にも参画することは、COI の観点から望ましくないのではないか。
スケジュール	<ul style="list-style-type: none">● 事務局案に対しては、令和 6 年度介護報酬改定に向けて研究機関 B で候補指標の選定に取り組んだ際のスケジュールと類似しており違和感はない。● 事前に「現状の LIFE に欠けている」と判明している部分については、特に募集時のテーマとして定め、提案を絞るのが良いのではないか。● ある程度 LIFE に取り組んでいる事業所に絞って意見を募ることもあり得るのではないか。● フィジビリティ検証に要する期間については、誰が検証を担当するか、どの程度実施するかによって異なるため、長めに期間を取っておいたほうが良いだろう。● 最初にスケジュールが明確に定められていれば、スケジュール自体は問題にはならないだろう。事前に検討すべきこととしては、役割と指標の選定・決定方法が重要だと考える。

2) 内容詳細

ア) 指標収集方法

- ・ 現場の視点で重要なことは、「フィードバックに使えること」ではないか。介護の PDCA を実行する際、現行の LIFE では P あるいは D に活用できないと考える。現行の LIFE には「ケアとして何を行ったか/提供したか」を入力できず、ブラックボックスとなっている。このような、事前に「欠けている」と判明している部分については、特に募集時のテーマとして定め、提案を絞るのが良いのではないか。評価に関する指標は提案をされてもほぼ採用されないのではないかと感じている。
- ・ 募集時に必要な情報として、職種、加算の種類、サービス種は必須と考える。評価を実施する、LIFE ヘデータを登録する等、事業所内における役割によっても考えは違うだろう。また、フィードバックを普段から十分に活用している事業所か否かによっても意見が変わるのではないか。フィードバックの活用の程度等を選択肢として用意し、後々提案内容を選定する際に作業者が

絞り込めるようにすると良い。

- ・ LIFE の導入の実績によって意見が変わると想定されるため、使用年数等の情報があるとよい。さらに職員のバックグラウンドにアカデミア・研究経験があるかも意見内容に影響すると思われるため、情報としてあると良い。
- ・ 令和 6 年度介護報酬改定に向けて指標の整理を行った際、追加することが望ましい項目、削除することが望ましい項目、既存の項目の選択肢を変更することが望ましい項目といった観点で分類をしたと記憶している。現場からの意見を収集する際にも、こういった分類での収集をすることがよいのではないか。
- ・ 現場の意見をどう吸い上げていくかは難しい課題だ。ある程度 LIFE に取り組んでいる事業所に絞って意見を募ることもあり得るのではないか。また、職種によってほしい情報、活用する情報は異なるため、その情報もあると良い。介護現場で働くいろいろな職種からの情報・意見を集約できるとより現場で活用できるものになるだろう。

イ) 指標選定

- ・ 令和 6 年度報酬改定前に実施した提案募集では、検討委員会での指標選定の基準・ルールが不明瞭であり、議論の終盤に新たな提案がなされることもあった。選定開始前にルールを定め、明示すればそういった問題を回避できるだろう。令和 6 年度報酬改定においては、極力様式間の指標の重複を減らし、簡便に入力することが 1 つのコンセプトであったが、例えば今回では「加算の枠組みを変えずに指標を入れ替える、減らす」といったことがコンセプトとして考えられる。また、通所/施設などサービス種別による違いをどのように考えるのかなど、方向性が厚生労働省によって定められていることが重要と考える。
- ・ エビデンスについて、何をもちえてエビデンスがあるというのか。論文があればよいのか。委員によってエビデンスありと判断する尺度も異なるため、目安が必要ではないか。
- ・ 複数の基準がある場合、何を優先的に考えるかということは予め決めておくべきだろう。令和 6 年度報酬改定に向けて、指標のレーティングは実施したが、基準の重みづけの違いが結論に影響する。ほぼ「医療の質向上のための体制整備事業」で設けられていた 6 基準が活用できることが想定されるが、現場をふまえると、まずは「計測可能性」によって絞り込み、その後「信頼性」や「妥当性」といった残りの 5 基準で評価することになるのではないか。また、アウトカム評価で用いるのかプロセス評価で用いるのかについても整理すべきだ。

ウ) 関係者の枠組み

- ・ 事務局機能を研究機関が担う場合、当該研究機関から選出された学識者が検討委員会にも参画することは、COI の観点から望ましくないのではないか。

エ) スケジュール

- ・ 令和 6 年度介護報酬改定に向けて議論を行う際、当研究機関で候補指標の選定に取り組んだ際と類似したスケジュールと認識しており、違和感はない。フィジビリティ検証については、誰が検証を担当するか、どの程度実施するかでも必要な時間が異なる。検証を十分に行う必要があ

るものは次々回改定に回るだろう。いずれにしても、フィジビリティ検証には長めに期間を取っておいたほうが良い。

- ・ 最初にスケジュールが明確に定められていれば、スケジュール自体は問題にはならないだろう。事前に検討すべきこととしては、役割と指標の選定・決定方法が重要だと考える。

4.6.2 介護事業者ヒアリング調査

介護事業者ヒアリング調査においては、公益社団法人 全国老人保健施設協会より紹介を受けた介護老人保健施設 A、公益社団法人 全国老人福祉施設協議会より紹介を受けた介護老人福祉施設 B、一般社団法人 全国デイ・ケア協会より紹介を受けた介護老人保健施設・通所リハビリテーション C にヒアリング調査を実施した。

(1) 介護老人保健施設 A

介護老人保健施設 A では病院理事長及び施設職員 3 名にヒアリング調査を実施した。以下には、4 名の意見について話者を区別せず記載する。

1) サマリ

以下に介護事業者 A のヒアリング調査における要点をまとめる。

観点	ご意見
体制	<ul style="list-style-type: none">● 検討委員会の下に作業部会を設けるといった事務局案には賛同する。● 一方で、作業部会の構成員についてアカデミアの比率が多くなった場合に、データ収集の観点を中心となることで、指標が複雑となり、現場の入力負担が増加することが懸念される。
スケジュール	<ul style="list-style-type: none">● 検証がなされないまま頻繁に変更が生じるのは現場・アカデミア双方にとって望ましくない一方、6 年ごととした場合には、現場の要望が反映されるまでの期間としては長すぎるのではないか。● また、検討の期間が6年の場合、検討委員会の構成員が交代してしまい過去の議論が追えなくなってしまう可能性がある。● 業界団体ごとに意見を募集すると、事務局の負担が大きくなることが懸念である。● 検討の場にアカデミアが参画するのであれば、データ解析が重要であり、これが実施できるスケジュールとすべきである。

2) 内容詳細

ア) 指標収集方法

- ・ 現場から提出された意見に対して返答していくことは難しいか。個別に回答するのは難しいと思うが、Q&A のような形で対応を示すことができると参考になるのではないか。
- ・ 意見を募集される機会があれば提出したいと考えているが、提出した結果がどうなるかを知りたい。どのように収集するかよりも、意見に対してどのように回答していくかを示したほうが良いのではないか。

- ・ 業界団体ごとに意見を募集すると、事務局の負担が大きくなることが懸念である。また、データの不備等についてはベンダー側で把握していると思うため、ベンダー側を中心に聞いてみるのも一案ではないか。

イ) 指標選定

- ・ 新規指標の追加や削除について、統計分析上、データの連続性について併せて検討する必要がある。また、データの標準化も検討する必要がある。ケアプランデータ連携システムにおける標準化とは異なり、情報技術で扱えるように項目を設定するということを意図している。その点を検討いただきたい。
- ・ 医療の質は早く治して早く帰ることが患者にとっての理想であり、その中で質を担保しつつ、リスクも考慮する必要がある。ドナペディアンモデルは、医療によって期待される利益とそれに付随する損失を踏まえたうえで、最終的に患者の幸福をあらゆる面で最大化するということを謳っている。介護においても同様に、患者の幸福が一つのポイントになるだろう。一方で、医療の質が介護の質に適用できるかについては議論が必要である。介護保険法では利用者の自立支援や尊厳の保持も重視されており、介護の質は最終的にはケアプランの質であると考えている。現在のLIFEには短期目標、生活目標が欠けていると考えている。
- ・ 介護の質を謳うのであればケアプランは切り離せないが、LIFE 関連情報とケアプラン情報は重複する部分が少ないと感じている。ケアプランには短期目標や生活目標、本人の希望等が含まれているが、LIFEには含まれていない。そのため、利用者の満足度が充足できるのかが懸念である。介護の質の評価する代表的な指標として、ドナペディアンの質評価モデル、ICF、OECDのLong-term Care quality frameworkがあるが、いずれも点数評価ができていないため、今後どのように指標を作られていくのかは興味深い。最終的にはケア行為の質をどのように評価するかということになってくると思われるが、そのあたりをどのようにアカデミアと折り合いをつけるか。個人的には、指標の一つとしてウェルビーイング、生きがい、満足感などの利用者側の視点に立ったものを入れていくべきと考える。医療の質は治癒することが一番の目的であるが、介護の質と医療の質は異なる印象を受けた。
- ・ 医療は治癒して退院することが大きなアウトカムだが、介護の場合は、状態が慢性的に悪化する場合もあるため、質をどのように評価するかは永遠の課題である。しかし、利用者の尊厳等を考慮すると、利用者目線の評価が重要と考える。利用者本人の意欲は要介護度が下がる要因の一つであり、例えば神経難病で行動制限があっても自分の生きがいを見つけている方は多くいるため、体の動きと心は必ずしも一致しない。また、ICFをどのようにLIFEに絡めていくかも今後検討が必要と考えている。
- ・ 業界団体ごとに重視する指標が異なると思うが、全てを入れるのは現実的ではない。重要なのは多職種連携であり、どのような組み合わせでデータを収集すれば利用者の満足度が上がるか、質が担保されるかといった視点で検討していく必要があるだろう。

ウ) 関係者の枠組み

- ・ 検討委員会を公開議事にするには問題ないと思う。また、検討委員会のみで議論するので

はなく、現場も入れて作業部会で十分に議論を行うのも良いと考える。ただし、アカデミアが多くなるとデータ収集の観点が中心となり、指標が細かく煩雑になることで、現場側の入力負担が増加する可能性が懸念されるため、考慮する必要があるだろう。

エ) スケジュール

- ・ LIFE の項目が検証されないまま変更されてしまうのは、現場にとってもアカデミアにとっても望ましくないと考える。ただし、6 年後となると委員も交代してしまい、議論が繋がらない可能性もあるのではないかな。
- ・ ある程度アウトカムを出して PDCA を回すための期間も必要だが、現場の要望を踏まえて都度変更していくことを考えると、6 年は長すぎると感じる。
- ・ 現在のフィードバックについて、入力タイミングが異なるため、時系列での施設間比較を上手くできていない印象を持つ。利用者フィードバックはマイナポータルで利用者本人・家族も閲覧できる仕組みが検討されていたが、現在は利用者フィードバックの在り方を再検討すべきという議論もある。何を以てフィードバックを活用できるのかが不明瞭で、見方も難しいため、現場も混乱していると考え。LIFE の情報を入力するとフィードバックが活用できて良いといった成果が示されないと現場としては負担に感じる。アカデミアが参画するのであれば、データ解析が重要なポイントになり、それを踏まえたスケジュールを組み立てる必要があるのではないかな。

オ) 検討委員会での議題・検討の運び方

- ・ 将来的に国が目指している全国医療情報プラットフォームに追加されることが想定されるのであれば、コードの標準化、項目化等も念頭に置きつつ、検討を進めたほうが良いだろう。

カ) 現行 LIFE や指標変更に対する現場の感触

- ・ 現場では新 LIFE のフィードバックを確認するところから始めているが、正直なところ指標がまた変わるのかという印象もある。十分な評価が出来ていない中で指標が変わるのは望ましくないので、変えないという選択肢もあってよいのではないかな。
- ・ 入力項目は大きく変更する必要はないと考えているが、フィードバックの項目や見せ方が専門的すぎて現場で活用できるものになっておらず、令和 3 年度版 LIFE で提供されていたフィードバックのほうが良かったという声が多くある。多職種で話し合った結果を記入できる欄がなくなり、行政に見せる際や職員に周知する際の資料作りが負担となっている。見せ方も含めて検討されると、現場にとって分かりやすいものになるのではないかな。

(2) 介護老人福祉施設 B

介護老人福祉施設 B では施設長 1 名にヒアリング調査を実施した。

1) サマリ

以下に介護事業者 B のヒアリング調査における要点をまとめる。

観点	ご意見
体制	<ul style="list-style-type: none">● 現場では入力負担が一番の課題であるため、管理ユーザー等として実際に入力している職員・役職者、フィードバックを活用してケアの見直しを行っている立場の者が構成員に含まれるべきである。● また、専門職を集めた部会を設けることも想定される。● 同一職種であっても、算定している LIFE 関連加算の種類によって把握している課題が異なるため、構成員の選定にあたっては、サービス種類別・加算の様式別等、様々な考え方があるのではないかと。● 加算の様式別に考える場合は、全ての加算について把握している人材を集めることは困難であるため、算定率等により加算ごとに重みづけをする等が考えられる。
スケジュール	<ul style="list-style-type: none">● 期間が短いと有益な提案に繋がらないため、十分な周知期間を設け、提案を受ける意図や目的を説明・周知する必要がある、提案を受ける時期としては事務局案で提示する時期しかないだろう。● 意見としては広く集め、アカデミアでエビデンスが高いものを整理し、指標を選定することがよいのではないかと。● 個別の提案も可能としつつ、業界団体でも取りまとめることで、有益な意見が集まりやすいのではないかと。

2) 内容詳細

ア) 指標収集方法

- ・ 提案を受けるトピックの範囲が広すぎると、回答が浅くなる可能性がある。テーマや区分、各帳票の箇所を具体的に示していただいたほうが現場の課題は出しやすいと考える。
- ・ 個別の提案も可能としつつ、業界団体でも取りまとめることで、有益な意見が集まりやすいのではないかと。
- ・ 新たな指標を提案する際に介護施設・事業所より提出いただく情報について、その指標が何を評価するものか、評価するメリットは何かといった点を、出来る限りシンプルに問う必要がある。設問数も 10 問程度に絞り、回答フォームの中で解説が表示されるような形式が望ましい。

イ) 指標選定

- ・ 医療の QI と介護は考え方が異なるだろう。QOL、本人の希望・興味・関心があることは、指標に入るかは別だが常に念頭に置く必要があるだろう。
- ・ 妥当性がある指標がある提案、フィードバックであれば利用者にとっても納得感があるだろう。
- ・ 利用者の QOL や希望等を図るための指標を LIFE に追加しようとした際に、指標を選定・検討するための物差しとして、いまある興味関心チェックシートは非常に良いシートだと思っている。医療は骨折をすると直って元通りの社会生活が送れる、治癒することが QOL だが、介護の場合は 90 歳を超えて車いすや歩行器で安全に移動ができれば、自分の足で歩けなくても生活の満足度は低下しない。歩けることが QOL の向上に繋がらないケースも出てくる。

ウ) 関係者の枠組み

- ・ 現場としては、入力負担が一番の課題である。管理ユーザー等として実際に入力している職員・役職者、フィードバックを活用してケアの見直しを行っている立場の者が構成員に含まれるべきである。専門職を集めた部会を設けることも可能性としてあるだろう。
- ・ サービス種類で考えるべきか、加算の様式別で考えるべきか、様々あると思う。看護師の場合でも看護師という職種をとっても、例えば個別機能訓練加算を算定していなければ実際の課題がわからない。すべての加算についてわかる人材を集めることは難しいだろう。例えば算定率などにより、加算ごとに重みを変えたほうがよい。算定率が低いものについては必然的に有識者が少なくなる。

エ) スケジュール

- ・ 期間が短いと有益な提案に繋がらない。十分な周知期間と提案を受ける意図や目的をしっかりと説明・周知いただく必要があるだろう。スケジュールは提案の時期しかないだろう。
- ・ フィジビリティ検証でタイムラグが生じた場合にどうなるのかが気がかりだが、全てが 1 年間ずれ込むわけではなく、検証に時間をかけたほうが良いもののみがスライドしていくと理解した。

オ) 検討委員会での議題・検討の運び方

- ・ 現在の LIFE 関連加算の様式に含まれる任意項目をどうとらえるか。提出をしているところは少ないだろう。様式の中でも重みが異なる。

カ) 現行 LIFE や指標変更に対する現場の感触

- ・ 様々な指標があったほうが、フィードバックを用いたケアの見直しが行いやすいが、入力負担とトレードオフである。指標を追加するのであれば何かを削除する必要があるだろう。指標が増えすぎるとデータが集まりにくくなることも懸念する。現状、水分摂取量や意欲(栄養、日常生活)が不足していると感じる。意見としては広く集め、アカデミアでエビデンスが高いものを整理して絞るのがよいのではないか。
- ・ 指標内容が大きく変わってしまうと負担は大きい。特に事業所規模が小さい場合は、職員数も少なく役割分担ができないため大変だろう。しっかりとしたコンセプトのもと取捨選択をし、全体としての体系図のようなものが示されれば、現場の理解・定着が進むだろう。

- ・ 利用者フィードバックの活用のためにはどのような介入をしたのかを考える必要があるが、LIFE に介入の情報が含まれない。LIFE への介入情報の追加と入力負担はトレードオフであるためよく検討する必要がある。

(3) 介護老人保健施設・通所リハビリテーション C

介護老人保健施設・通所リハビリテーションCでは施設長 1 名にヒアリング調査を実施した。

1) サマリ

以下に介護事業者 C のヒアリング調査における要点をまとめる。

観点	ご意見
体制	<ul style="list-style-type: none">● 立場によって意見が異なる場合が想定され、多くの関係者が含まれることで落としどころが難しくなるが、そういった状況の中で最低限満たすべき事項について関係者間の合意を得ることが求められる。● これを踏まえると、業界団体や職能団体としては、役員でもあり現場にも精通している、特に LIFE の運用にも詳しい人材が構成員として適切なのではないか。
スケジュール	<ul style="list-style-type: none">● LIFE 項目やフィードバックは報酬改定毎に変更されることが想定されるが、報酬改定後すぐのタイミングで何かしらの新規指標の提案ができるほど LIFE を使い込んでいる事業者は限られるのではないかと。● 募集にあたっては、LIFE で収集するデータの目的を明示すべきである。● 個別に提案を受け付けることで、個人的な意見も寄せられる可能性がある。団体を通してある程度整理された意見として収集するのがよいだろう。

2) 内容詳細

ア) 指標収集方法

- ・ 以前はパブリックコメントのような形で提案を受け付けた記憶である。それもよいが、非常に個人的な意見も寄せられる可能性がある。団体を通してある程度整理された意見として収集するのがよいだろう。
- ・ LIFE は現場でのリアルタイムのケアにおける情報共有という要素と、たまったデータを後から見返して活用するという要素に分けた場合、後者の要素の方が強いだろう。意見を求めると現場からは整理がつかないまま意見が出てきてしまうのではないかと。目的を踏まえ、即時で使うのであればこのデータが不要といったような整理が必要なのではないかと。

イ) 指標選定

- ・ 信頼性、妥当性、テーマとの関連性は重要と思うが、先述の通り指標の選定の主目的にあった条件を出すべきである。

ウ) 関係者の枠組み

- ・ アカデミアや業界団体で意見が異なる場合もあり、落としどころを見つけるのが難しいというのは事実と思う。ケアの在り方を全体的に整理し直し、より良くするための検討を行うという方向性は共有しているが、行政側としては運営指導や事業計画の中に入れたいという思惑があるだろうし、現場は利用者・事業所フィードバックを用いてよりよいケアを提供できるようにという思いがある。すべてを満たすことは難しいかもしれないが、最低限何を満たすべきかという事項について合意を得る必要があると考え、業界団体としては、役員でもあり現場にも精通しているといった人材が適切だろう。業界団体の単位なのか、専門職の職能団体なのか、どういった単位で集まっていたか必要があるか難しい。職能団体はどうしても自分たちの立場を守る意向が強いため、偏りが生じてしまうことを危惧する。関連職種が関わる団体のなかで LIFE に詳しい人材に就いていただくのがよいだろう。

エ) スケジュール

- ・ 我々は早くから提出データも含めて独自利用してきたため、常にフィードバックデータは見ており、今回改定で変わった際に、活用してみて見やすくなった部分もあったが変わってないと感じる点もあった。ただし、研修会や講義で他の事業者の話を知ると、困っていることや追加して欲しいものを、改定後すぐに回答できるほど活用されていないのが現状と感じる。

オ) 現行 LIFE や指標変更に対する現場の感触

- ・ Barthel Index は介護で見るとは粗く、ほとんどの利用者が6か月後も変化がないが、実際には変わっていないかというところではない。自立、一部介助などを判断するための判断基準としてのより詳細なチェック項目を設けるなどにより、判断基準を明確化、統一できるとよい。利用者へのフィードバックの際には LIFE のフィードバックを見せつつ口頭で職員自身の主観で説明しなければならない状況である。
- ・ 一連のプロセスの中でこういった動作ができなくて「一部介助」と評価されたかは、その現場を見ていないと判断できない。動作を細分化して項目化する必要がある。それにより、改善に向けた介入や取組に繋がりやすくなる。細分化された項目により説明できるため、点数としては Barthel Index の合計点のままでよい。
- ・ 信憑性や偏りを確認する際にはアセスメントを実施した職種の情報が必要である。

5. プロセス案の精緻化

5.1 ヒアリング調査を踏まえたプロセス案精緻化の方針

学識者及び介護事業者へのヒアリング調査で得られた意見について、「体制」及び「スケジュール」の観点で以下に整理した。

図表 16 体制に関するヒアリング調査結果の取りまとめ

トピック	学識者	介護事業者
協議者(作業部会)に入れるべき立場	<ul style="list-style-type: none"> 管理職の立場よりも、利用者のケアの実態を理解している、より現場に近い立場の者が委員に含まれていることが望ましい。 アカデミアについては、予防～要介護まで幅広く検討できるよう、高齢者関連の研究者が含まれていてもよいのではないか。 事務局機能を研究機関が担う場合、当該研究機関から選出された学識者が検討委員会にも参画することは、COIの観点から望ましくないのではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> アカデミアが多くなるとデータ収集の観点を中心となり、指標が細かく煩雑になることで、現場側の入力負担が増加する可能性が懸念されるため、考慮する必要があるだろう。 業界団体からは、役員かつ現場も知っている人材が選出されることが適切だろう。 職能団体からの参画も一案だが、議論が偏ることが懸念事項としてあげられる。
検討委員会・作業部会での議論の進め方について	—	<ul style="list-style-type: none"> 検討委員会を公開議事にするには問題ないと考える。 有識者間で意味のある議論を行うため、サービス種別・加算別にする等議論を分けて実施する必要があるのではないか。

図表 17 スケジュールに関するヒアリング調査結果の取りまとめ

トピック	学識者	介護事業者
スケジュール (全体)	<ul style="list-style-type: none"> 最初にスケジュールが明確に定められていれば、スケジュール自体は問題にはならないだろう。役割と指標の選定・決定方法を事前に検討することが重要だ。 フィジビリティ検証の期間は長めに確保したほうが良い。 	<ul style="list-style-type: none"> ある程度アウトカムを出して PDCA を回すための期間も必要だが、現場の要望を踏まえて都度変更していくことを考えると、6年は長すぎると感じる。検討委員会の委員等も交代し、経緯を知らない人が増える可能性がある。 検討の場にアカデミアが参画するのであれば、データ解析が重要であり、これが実施できるスケジュールとすべきである。 令和 6 年度報酬改定から 1 年が経過したが、十分には活用が進んでおらず、指標提案においても、改定から 1 年後では十分な提案(改善点や追加要望など)をすることは難しいのではないか。
スケジュール上の留意点	-	<ul style="list-style-type: none"> 指標提案に際し、周知期間を十分に設け、提案を受ける意図や目的をしっかりと説明・周知いただく必要があるだろう。
提案の範囲	<ul style="list-style-type: none"> 提案時はテーマの限定や記入項目の難易度をあげることによる間接的な限定等をせず、多くの職員が提案しやすい募集方法とすべきではないか。 新規指標の追加・既存指標の変更といった視点や、特定の加算等テーマを定めて募集することが良いのではないか。また、そのように分類することで提案がしやすいのではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 提案の対象となるトピックの範囲が広すぎると、回答が浅くなる可能性がある。テーマや区分、各帳票の箇所が具体的に示されると現場の課題は出しやすい。 意見としては広く収集し、選定時にエビデンスの有無等によって絞り込むことが良いのではないか。
提案の受付	<ul style="list-style-type: none"> LIFE の実態や活用方法を理解している介護職員からの意見を募るといった観点で、一定程度 LIFE の活用実績のある事業所からのみ意見を受け付けることもあり得るのではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 募集時に業界団体を経由すると、各団体の事務局の負担が増加する懸念がある。 個々人からの提案も認めつつ、業界団体を経由し整理いただくことで、有益な意見が収集されやすくなるのではないか。

トピック	学識者	介護事業者
指標選定作業の実施について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標提案のプロセス開始に先立ち、各ステークホルダーの役割・枠組みや指標提案・選定プロセスにおけるルール（指標選定の方針、基準等）について合意することが重要である。 ・ 「加算の枠組みを維持したまま、指標を追加・削除すること」や「通所系・施設系等サービス種の違いを検討すること」等、指標選定プロセスの開始前に厚生労働省より方針が示されていることが望ましい。 	—
フィジビリティ検証	<ul style="list-style-type: none"> ・ 海外でのみ研究がなされており、特に生活・文化に関わる指標の場合は日本でその指標を採用する必要性の検討が必要だ。また、正式採用を試みる場合、指標を日本語に標準化するためには相当数のサンプルが必要であり、1～2年のフィジビリティ検証期間は十分でない。 ・ どの程度の調査を実施すれば指標として妥当と判断可能か、何をもちえてエビデンスがある、と判断できるのか不明瞭だ。個人によって尺度が異なる部分であり、何らかの目安が必要ではないか。 	—

有識者及び介護事業者へのヒアリング調査において得られた意見を踏まえ、以下の方針で体制及びスケジュールの見直しを行うこととした。下記方針に従い、見直しを行った体制及びスケジュール案は5.2に示す。

図表 18 体制及びスケジュール見直しの方針

見直し内容	見直しの理由
<ul style="list-style-type: none"> 体制において介護現場から提案を受ける方法について詳細化 	<ul style="list-style-type: none"> 提案を受ける方法として、Web フォーム等を通じた個別提案と、業界団体を通じた取りまとめの方法の双方が意見としてあげられたため。 ※ただし、体制図においては案として記載し、実際に提案を受ける際には再度検討が必要である。
<ul style="list-style-type: none"> 体制において、提案を行う対象として「アカデミア等」を追加 	<ul style="list-style-type: none"> ヒアリング調査において、介護現場と連携して研究を行っている研究者からの提案があり得ることが示唆されたため。
<ul style="list-style-type: none"> 体制において、作業部会はサービス種類、加算といった視点で議論を分けて実施する可能性がある旨を追記 	<ul style="list-style-type: none"> サービス種類や加算等によって議論を行うことができる有識者が異なることが意見としてあげられたため。
<ul style="list-style-type: none"> スケジュールに「データ検証」の項目を追加 	<ul style="list-style-type: none"> 検討に当たっては、データ分析を行うことを想定したスケジュールにすべきとの意見があったため。

また、実際に提案募集及び選定を行う際には、収集すべき項目や選定の基準等、検討すべき事項がある。これらの観点について、聞き取った意見を以下に整理した。

図表 19 提案募集及び選定に当たって検討すべき事項に対する意見の取りまとめ

トピック	学識者	介護事業者
指標提案募集前の準備	<ul style="list-style-type: none"> 指標収集に先立ち、現 LIFE の全体像を整理して提示するとより有益な提案を得られるのではないか。 LIFE で収集するデータの活用目的を事前に明示すべきではないか。 現場にとってはフィードバックがケアの質の向上のために有用であることが重要であり、現状のフィードバックに不足しているものは何かという視点が必要ではないか。 	—
指標提案受付時に収集すべき情報	<ul style="list-style-type: none"> 提案者との認識齟齬を避けるため指標の測定目的・用途・活用メリットを提案項目として含めてはどうか。 	<ul style="list-style-type: none"> 設問数はなるべく抑える、また回答するフォーム内で解説が表示される等の

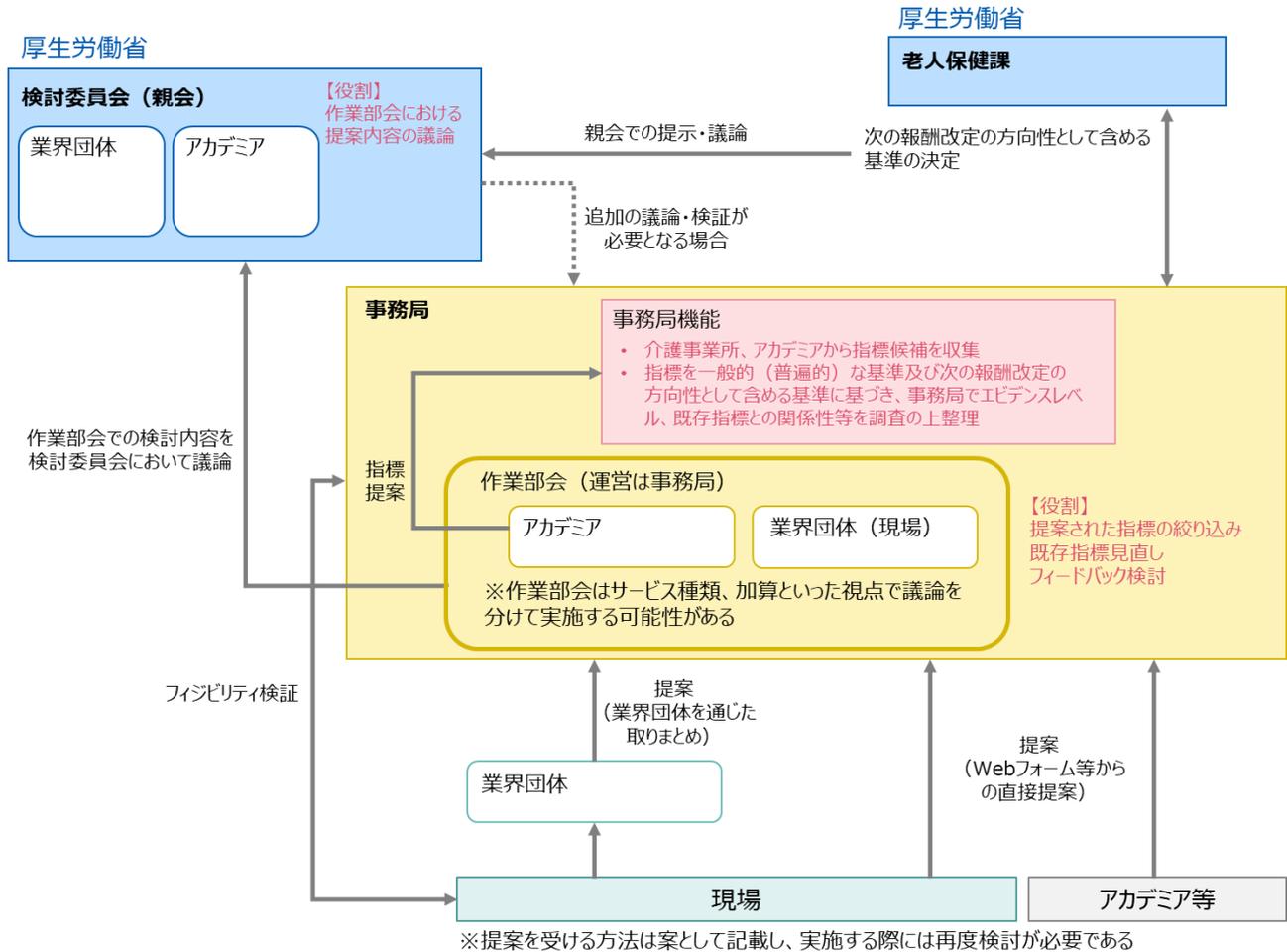
トピック	学識者	介護事業者
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職種によって考え方が異なる、必要な情報が異なるため、職種を提案時の入力項目としてはどうか。 ・ サービス種別の情報は必要だろう。 ・ 実装可能性の判断に必要なため、機器の必要有無や観察・聴取等による評価等、指標の評価・測定方法の情報を収集すべきである。 ・ 提案のハードルを上げないため、エビデンス提出は任意でよいのではないか。 ・ 介護施設・事業所における LIFE に係る役割の違いによって考え方が異なることが想定されるため、提案者の事業所内での LIFE に関する役割(評価、データ提出、フィードバック活用等)について情報の提出を求めているかどうか。 ・ LIFE の活用実績によって考え方が異なると思われるため、LIFE 及びフィードバックの活用程度(使用年数等)を提案時に収集してはどうか。 ・ アカデミアの視点の有無が回答内容・意図に影響すると考えられるため、職員の研究経験有無について確認してはどうか。 	<p>工夫によって、回答しやすくするのが良い。</p>
募集後の対応	-	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現場から提出した提案に対する回答について、個別の回答が難しくとも、Q&A 等の形で何らかの提示をしていただきたい。
指標選定の基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標選定の開始前に、指標を選定する基準を設ける必要がある。 ・ 医療で活用された 6 基準に加え、介護では「安全性」と「手間」が基準として考えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 選定時の目的(コンセプト等)にあった選定条件を設けるべきだ。
提案されうる指標 / あると望ましい指標について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の幸福や尊厳を考えると、介護分野では QOL・満足度に関連する指標が必要ではないか。現状の LIFE にはないウェルビーイングや生きがい等利用者視点の項目が必要なのではないか。 	

トピック	学識者	介護事業者
	※学識者及び介護事業者双方から同様の意見があった。	
指標選定上の留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価・計測者によって結果がばらつく指標の場合、実装時の研修に時間・コストがかかる可能性があるため注意が必要だ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 統計分析を行っていく観点から、データの連続性やデータの標準化が必要と考える。 ・ 多職種連携の観点から、どの指標を組み合わせて用いることが利用者満足・介護の質向上に寄与するかという視点での検討が必要だろう。

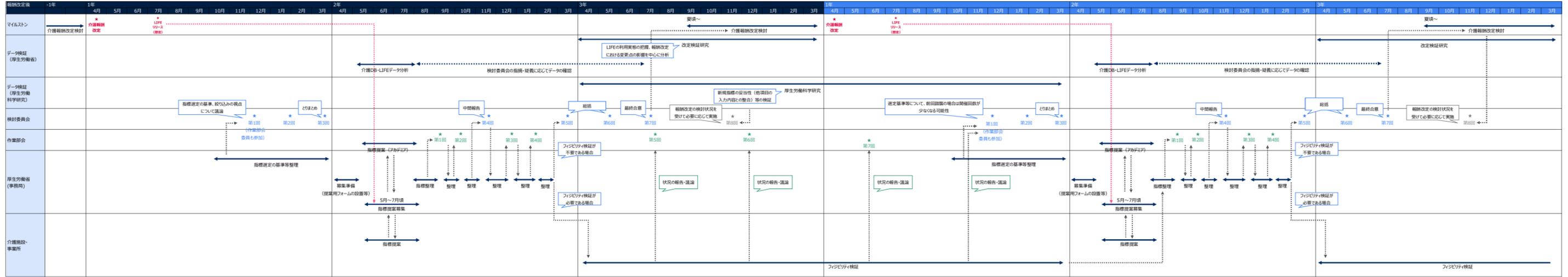
5.2 介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むプロセス最終案

介護現場の提案を介護報酬改定に取り込むプロセスの最終案を以下に示す。

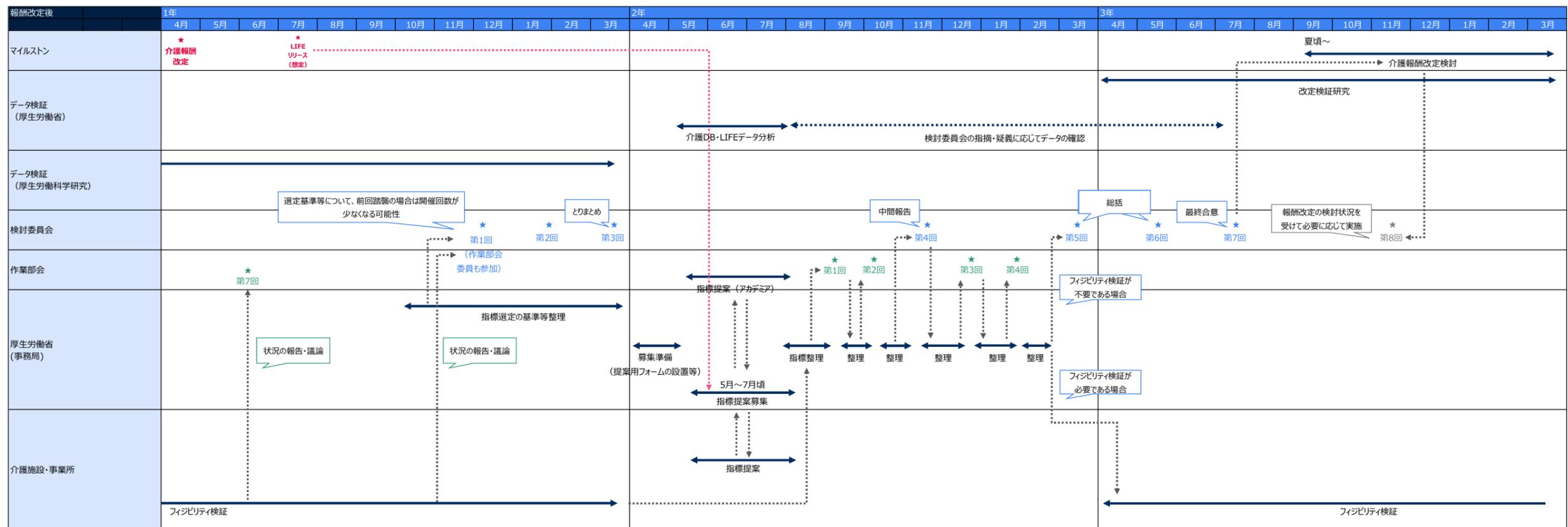
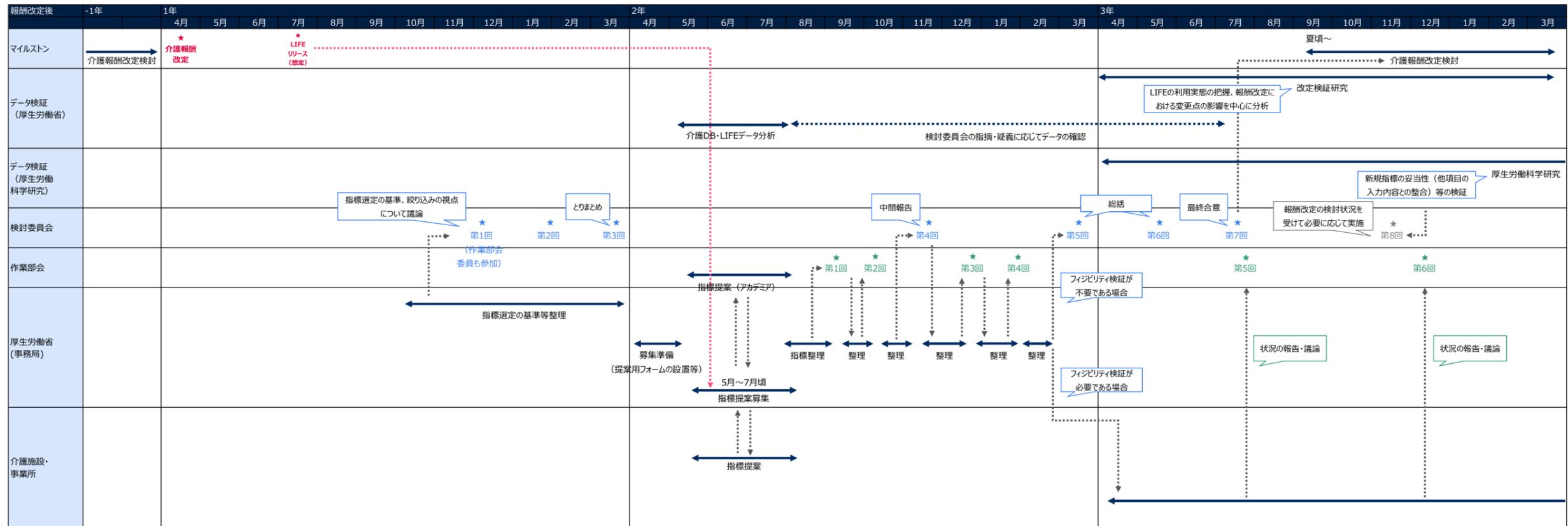
図表 20 体制(最終案)



図表21 スケジュール(最終案)



スケジュール案(3年ごとに拡大表示)



6. 参考資料

6.1 ヒアリング調査結果一覧

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
指標収集方法	指標提案募集前の準備	研究機関 A	既存の LIFE の全体像を整理して提示する(どのような目的でその指標が収集されているかを示す)ことで、より有益な提案が寄せられるのではないかと。
		介護事業者 C	LIFE は現場でのリアルタイムのケアにおける情報共有という要素と、たまったデータを後から見返して活用するという要素に分けた場合、後者の要素の方が強いだろう。意見を求めると現場からは整理がつかないまま意見が出てきてしまうのではないかと。目的を踏まえ、即時で使うのでなければこのデータが不要といったような整理が必要なのではないかと。
		研究機関 B	現場にとっては、何よりフィードバックが使えるようになることが重要だ。現状 LIFE から提供されているフィードバックでは、どの加算のフィードバックを用いれば最も利用者のケアに活用できるかがわからない。また、ユーザビリティの観点でも、一括出力ができないといった問題がある。フィードバックとして現場が活用できるかという観点で指標を選定するのが本来あるべき姿だろう。フィードバックに足りないもののために何をするのか、という逆算的な考え方が必要ではないかと。
	提案の範囲(募集時にテーマ等を限定するか)	研究機関 A	提案に際してはあまり限定せず、広く受け付けられればよいのではないかと。収集後に分類すれば問題ないと考える。
		研究機関 A	指標提案の門戸は広くしていただいたほうがよいだろう。
		研究機関 A	募集をする際の型や枠組みを考えるべきではないかと。寄せられる指標や意見に関する粒度をどの程度揃えるのかという観点がある。例えば、新規の指標提案もあれば、これまで任意だった指標を必須とすべき

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
			<p>ではないか、施設系の様式のみにある指標を通所・居住系の様式に追加すべきではないか、食事の内容として何を評価するのか、といったように既存指標の変更に対する意見も考えられる。その点が予め整理された上で募集することで、期限内に検討を終えられるのではないか。</p>
		研究機関 B	<p>令和 6 年度介護報酬改定に向けて指標の整理を行った際、追加することが望ましい項目、削除することが望ましい項目、既存の項目の選択肢を変更することが望ましい項目といった観点で分類をしたと記憶している。現場からの意見を収集する際にも、こういった分類での収集をすることがよいのではないか。</p>
		研究機関 B	<p>現場の視点で重要なことは、「フィードバックに使えること」ではないか。介護の PDCA を実行する際、現行の LIFE では P あるいは D に活用できないと考える。現行の LIFE には「ケアとして何を行ったか/提供したか」を入力できず、ブラックボックスとなっている。このような、事前に「欠けている」と判明している部分については、特に募集時のテーマとして定め、提案を絞るのが良いのではないか。評価に関する指標は提案をされてもほぼ採用されないのではないかと感じている。</p>
		介護事業者 B	<p>提案を受けるトピックの範囲が広すぎると、回答が浅くなる可能性がある。テーマや区分、各帳票の箇所を具体的に示していただいたほうが現場の課題は出しやすいと考える。</p>
		介護事業者 B	<p>様々な指標があったほうが、フィードバックを用いたケアの見直しが行いやすいが、入力負担とトレードオフである。指標を追加するのであれば何かを削除する必要があるだろう。指標が増えすぎるとデータが集まりにくくなることも懸念する。現状、水分摂取量や意欲(栄養、日常生活)が不足していると感じる。意見とし</p>

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
			ては広く集め、アカデミアでエビデンスが高いものを整理して絞るのがよいのではないか。
	提案の受付	研究機関 B	現場の意見をどう吸い上げていくかは難しい課題だ。ある程度 LIFE に取り組んでいる事業所に絞って意見を募ることもあり得るのではないか
		介護事業者 A	業界団体ごとに意見を募集すると、事務局の負担が大きくなるのが懸念である。また、データの不備等についてはベンダー側で把握していると思うため、ベンダー側を中心に聞いてみるのも一案ではないか。
		介護事業者 B	個別の提案も可能としつつ、業界団体でも取りまとめることで、有益な意見が集まりやすいのではないか。
		介護事業者 C	以前はパブリックコメントのような形で提案を受け付けた記憶である。それもよいが、非常に個人的な意見も寄せられる可能性がある。団体を通してある程度整理された意見として収集するのがよいだろう。
		介護事業者 A	また、データの不備等についてはベンダー側で把握していると思うため、ベンダー側を中心に聞いてみるのも一案ではないか。
	指標提案受付時に収集すべき情報	研究機関 A	提案者との認識齟齬を避けるため、指標を提案いただく際に、その指標で測定する目的も併せて提案いただく必要がある。
		研究機関 A	職種によって回答がばらつくことが想定されるため、どういった職種からの指標提案かわかるようにしておいたほうがよい。
		研究機関 A	議論するに当たって、指標の目的、提案者の職種、事業所規模以外に必要な提出時の情報としては、サービス種類は必須の情報だろう。また、評価方法（計測・測定する必要があるのか、観察・聴取での情報収集か、等）についても併せて提案いただく必要があるだろう。指標の実装可能性を考える際にサービス種類によって事情が異なるだろう。

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
		研究機関 A	提出時のエビデンスの添付もしくは入力について、提案のハードルを高くし過ぎないという意味でも、任意項目としたほうがよいだろう。提案時点でのセクションはそれほど大きくかけずに、寄せられた指標をどのように選定するかという点に注力したほうが適切ではないか。エビデンスが添付されておらずとも、多くの職員から提案のある指標は経験上有効性がある可能性もある。
		研究機関 A	提出時のエビデンスの添付もしくは入力について、現場職員が長けている部分ではないため、提案の枠としては残しておき、入力は任意としておいたほうがよいだろう。
		研究機関 B	また、職種によってほしい情報、活用する情報は異なるため、その情報もあると良い。介護現場で働くいろいろな職種からの情報・意見を集約できるとより現場で活用できるものになるだろう。
		研究機関 B	募集時に必要な情報として、職種、加算の種類、サービス種は必須と考える。評価を実施する、LIFEヘデータを登録する等、事業所内における役割によっても考えは違うだろう。また、フィードバックを普段から十分に活用している事業所か否かによっても意見が変わるのではないか。フィードバックの活用の程度等を選択肢として用意し、後々提案内容を選定する際に作業者が絞り込めるようにすると良い。
		研究機関 B	LIFE の導入の実績によって意見が変わると想定されるため、使用年数等の情報があるとよい。さらに職員のバックグラウンドにアカデミア・研究経験があるかも意見内容に影響すると思われるため、情報としてあると良い。
		介護事業者 B	新たな指標を提案する際に介護施設・事業所より提出いただく情報について、その指標が何を評価するものか、評価するメリットは何かといった点を、出来る限

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
			りシンプルに問う必要がある。設問数も 10 問程度に絞り、回答フォームの中で解説が表示されるような形式が望ましい。
	募集後の対応	介護事業者 A	現場から提出された意見に対して返答していくことは難しいか。個別に回答するのは難しいと思うが、Q&A のような形で対応を示すことができると参考になるのではないか。
		介護事業者 A	意見を募集される機会があれば提出したいと考えているが、提出した結果がどうなるかを知りたい。どのように収集するかよりも、意見に対してどのように回答していくかを示したほうが良いのではないか。
指標選定	指標選定作業の実施について	研究機関 B	令和 6 年度報酬改定前に実施した提案募集では、検討委員会での指標選定の基準・ルールが不明瞭であり、議論の終盤に新たな提案がなされることもあった。選定開始前にルールを定め、明示すればそういった問題を回避できるだろう。令和 6 年度報酬改定においては、極力様式間の指標の重複を減らし、簡便に入力することが 1 つのコンセプトであったが、例えば今回では「加算の枠組みを変えずに指標を入れ替える、減らす」といったことがコンセプトとして考えられる。また、通所/施設などサービス種別による違いをどのように考えるのかなど、方向性が厚生労働省によって定められていることが重要と考える。
		研究機関 B	複数の基準がある場合、何を優先的に考えるかということは予め決めておくべきだろう。令和 6 年度報酬改定に向けて、指標のレーティングは実施したが、基準の重みづけの違いが結論に影響する。ほぼ「医療の質向上のための体制整備事業」で設けられていた 6 基準が活用できることが想定されるが、現場をふまえると、まずは「計測可能性」によって絞り込み、その後「信頼性」や「妥当性」といった残りの 5 基準で評価することになるのではないか。また、アウトカム評価で用

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
			いるのかプロセス評価で用いるのかについても整理すべきだ。
	指標選定の基準	研究機関 A	議論する指標を選定する際の基準を事前に設けることが必要と考える。基準の有無によって選定に必要な時間も変化するだろう。
		研究機関 A	多少のテーマの違いはあるが、「医療の質向上のための体制整備事業」で設けられていた6基準は介護でも必要な視点であり、大きく変わらないだろう。
		研究機関 A	6基準について、介護において加えるとしたら「安全性」と「手間」があるだろう。例えば訪問系サービスにおいては、大きな装置や特定の機械を持ち込んでの計測が必要となる指標の採用は現実的ではない。
		介護事業者 B	妥当性がある指標がある提案、フィードバックであれば利用者にとっても納得感があるだろう。
		介護事業者 C	信頼性、妥当性、テーマとの関連性は重要と思うが、先述の通り指標の選定の主目的にあった条件を出すべきである。
	提案されうる指標/あると望ましい指標について	研究機関 A	満足度については、現状では LIFE に含まれないトピックであるが、ケアに関わる指標のトピックは限られており、永遠に増えていくわけではない。どのような指標が提案されるかは事前にある程度想定できるだろう。
		介護事業者 A	医療の質は早く治して早く帰ることが患者にとっての理想であり、その中で質を担保しつつ、リスクも考慮する必要がある。ドナペディアンモデルは、医療によって期待される利益とそれに付随する損失を踏まえたうえで、最終的に患者の幸福をあらゆる面で最大化するということを謳っている。介護においても同様に、患者の幸福が一つのポイントになるだろう。一方で、医療の質が介護の質に適用できるかについては議論が必要である。介護保険法では利用者の自立支援や尊厳の保持も重視されており、介護の質は最終的に

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
			<p>はケアプランの質であると考えている。現在の LIFE には短期目標、生活目標が欠けていると考えている。</p>
		<p>介護事業者 A</p>	<p>介護の質を謳うのであればケアプランは切り離せないが、LIFE 関連情報とケアプラン情報は重複する部分が少ないと感じている。ケアプランには短期目標や生活目標、本人の希望等が含まれているが、LIFE には含まれていない。そのため、利用者の満足度が充足できるのかが懸念である。介護の質の評価する代表的な指標として、ドナペディアンの評価モデル、ICF、OECD の Long-term Care quality framework があるが、いずれも点数評価ができていないため、今後どのように指標を作られていくのかは興味深い。最終的にはケア行為の質をどのように評価するかということになってくると思われるが、そのあたりをどのようにアカデミアと折り合いをつけるか。個人的には、指標の一つとしてウェルビーイング、生きがい、満足感などの利用者側の視点に立ったものを入れていくべきと考える。医療の質は治癒することが一番の目的であるが、介護の質と医療の質は異なる印象を受けた。</p>
		<p>介護事業者 A</p>	<p>医療は治癒して退院することが大きなアウトカムだが、介護の場合は、状態が慢性的に悪化する場合もあるため、質をどのように評価するかは永遠の課題である。しかし、利用者の尊厳等を考慮すると、利用者目線の評価が重要と考える。利用者本人の意欲は要介護度が下がる要因の一つであり、例えば神経難病で行動制限があっても自分の生きがいを見つけている方は多くいるため、体の動きと心は必ずしも一致しない。また、ICF をどのように LIFE に絡めていくかも今後検討が必要と考えている。</p>

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
		介護事業者 B	医療の QI と介護は考え方が異なるだろう。QOL、本人の希望・興味・関心があることは、指標に入るかは別だが常に念頭に置く必要があるだろう。
		介護事業者 B	利用者の QOL や希望等を図るための指標を LIFE に追加しようとした際に、指標を選定・検討するための物差しとして、いまある興味関心チェックシートは非常に良いシートだと思っている。医療は骨折をすると直って元通りの社会生活が送れる、治癒することが QOL だが、介護の場合は 90 歳を超えて車いすや歩行器で安全に移動ができれば、自分の足で歩けなくても生活の満足度は低下しない。歩けることが QOL の向上に繋がらないケースも出てくる。
	指標選定上の留意点	介護事業者 A	新規指標の追加や削除について、統計分析上、データの連続性について併せて検討する必要がある。また、データの標準化も検討する必要がある。ケアプランデータ連携システムにおける標準化とは異なり、情報技術で扱えるように項目を設定するということを意図している。その点を検討いただきたい。
		介護事業者 A	業界団体ごとに重視する指標が異なると思うが、全てを入れるのは現実的ではない。重要なのは多職種連携であり、どのような組み合わせでデータを収集すれば利用者の満足度が上がるか、質が担保されるかといった視点で検討していく必要があるだろう。
		研究機関 A	評価者による結果のバラつきが大きくなる指標については要検討である。指標として採用した場合、計測・活用のための研修に時間・コストがかかる可能性がある。
	フィジビリティ検証	研究機関 A	エビデンスのレベルについて、介護現場で必要な指標として提案される候補に、学術的に全く根拠がないということがあり得るのか疑問がある。仮にそういった提案がなされた場合、学術的に一から検討する必要はないのではないか。

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
		研究機関 A	生活面に関する指標は文化と深く関わるため、日本版として落とし込む必要性は生じるだろう。この場合、指標自体の妥当性よりも、日本においてその指標を採用することの必要性を検討する必要があると考える。海外の指標を日本版として落とし込むというのは色々な領域で行われていることだが、正式に取り組むと、1～2年では全く足りず、相当数のサンプルを集める必要がある。どの程度調査すれば妥当と判断できるかも難しい。
		研究機関 A	エビデンスが乏しい指標の提案を受けた場合は、必ずしも改定検証1回分のサイクルに収める必要はなく、より長期的に検証を行うという選択肢もある。提案収集後に検証に必要な工数・時間等で仕分けすればよい。また、既存の指標を活用可能な提案であれば、基本的に新たに加える必要はないと考える。提案時の目的も踏まえて検討する必要があるだろう。
		研究機関 B	エビデンスについて、何をもちてエビデンスがあるというのか。論文があればよいのか。委員によってエビデンスありと判断する尺度も異なるため、目安が必要ではないか。
関係者の枠組み	協議者(作業部会)に入れるべき立場	研究機関 A	業界団体が構成員に含まれるのは当然だが、専門職が必要だろう。団体の理事長といった管理職の立場よりも、利用者のケアの実態を理解している、より現場に近い立場の方が委員に含まれていたほうがよい。アカデミアについては、予防～要介護まで幅広く検討できるよう、高齢者関連の研究者が含まれていてもよいと考える。
		研究機関 B	事務局機能を研究機関が担う場合、当該研究機関から選出された学識者が検討委員会にも参画することは、COIの観点から望ましくないのではないか。
		介護事業者 A	検討委員会のみで議論するのではなく、現場も入れて作業部会で十分に議論を行うのも良いと考える。た

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
			だし、アカデミアが多くなるとデータ収集の観点を中心となり、指標が細かく煩雑になることで、現場側の入力負担が増加する可能性が懸念されるため、考慮する必要があるだろう。
		介護事業者 B	現場としては、入力負担が一番の課題である。管理ユーザー等として実際に入力している職員・役職者、フィードバックを活用してケアの見直しを行っている立場の者が構成員に含まれるべきである。専門職を集めた部会を設けることも可能性としてあるだろう。
		介護事業者 C	アカデミアや業界団体で意見が異なる場合もあり、落としどころを見つけるのが難しいというのは事実と思う。ケアの在り方を全体的に整理し直し、より良くするための検討を行うという方向性は共有しているが、行政側としては運営指導や事業計画の中に入れたいという思惑があるだろうし、現場は利用者・事業所フィードバックを用いて、よりよいケアを提供できるようにという思いがある。すべてを満たすことは難しいかもしれないが、最低限何を満たすべきかという事項について合意を得る必要があると考え、業界団体としては、役員でもあり現場にも精通しているといった人材が適切だろう。業界団体の単位なのか、専門職の職能団体なのか、どういった単位で集まっていたか必要があるか難しい。職能団体はどうしても自分たちの立場を守る意向が強いため、偏りが生じてしまうことを危惧する。関連職種が関わる団体のなかで LIFE に詳しい人材に就いていただくのがよいだろう。
	検討委員会・作業部会での議論の進め方について	介護事業者 A	検討委員会を公開議事にするには問題ないと考える。
		介護事業者 B	サービス種類で考えるべきか、加算の様式別で考えるべきか、様々あると思う。看護師の場合でも看護師という職種をとっても、例えば個別機能訓練加算を算定していなければ実際の課題がわからない。すべての

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
			加算についてわかる人材を集めることは難しいだろう。例えば算定率などにより、加算ごとに重みを変えたほうがよい。算定率が低いものについては必然的に有識者が少なくなる。
スケジュール	スケジュール(全体)	研究機関 B	令和 6 年度介護報酬改定に向けて議論を行う際、当研究機関で候補指標の選定に取り組んだ際と類似したスケジュールと認識しており、違和感はない。フィジビリティ検証については、誰が検証を担当するか、どの程度実施するかでも必要な時間が異なる。検証を十分に行う必要があるものは次々回改定に回るだろう。いずれにしても、フィジビリティ検証には長めに期間を取っておいたほうが良い。
		研究機関 B	最初にスケジュールが明確に定められていれば、スケジュール自体は問題にはならないだろう。事前に検討すべきこととしては、役割と指標の選定・決定方法が重要だと考える。
		介護事業者 A	LIFE の項目が検証されないまま変更されてしまうのは、現場にとってもアカデミアにとっても望ましくないと考える。ただし、6 年後となると委員も交代してしまい、議論が繋がらない可能性もあるのではないかと。
		介護事業者 A	ある程度アウトカムを出して PDCA を回すための期間も必要だが、現場の要望を踏まえて都度変更していくことを考えると、6 年は長すぎると感じる。
		介護事業者 A	現在のフィードバックについて、入力タイミングが異なるため、時系列での施設間比較を上手くできていない印象を持つ。利用者フィードバックはマイナポータルで利用者本人・家族も閲覧できる仕組みが検討されていたが、現在は利用者フィードバックの在り方を再検討すべきという議論もある。何を以てフィードバックを活用できるのかが不明瞭で、見方も難しいため、現場も混乱していると考え。LIFE の情報を入

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
			力するとフィードバックが活用できて良いといった成果が示されないと現場としては負担に感じる。アカデミアが参画するのであれば、データ解析が重要なポイントになり、それを踏まえたスケジュールを組み立てる必要があるのではないか。
		介護事業者 C	我々は早くから提出データも含めて独自利用してきたため、常にフィードバックデータは見ており、今回改訂で変わった際に、活用してみて見やすくなった部分もあったが変わってないと感じる点もあった。ただし、研修会や講義で他の事業者の話の話を聞くと、困っていることや追加して欲しいものを、改定後すぐに回答できるほど活用されていないのが現状と感じる。
	スケジュール上の留意点	介護事業者 B	期間が短いと有益な提案に繋がらない。十分な周知期間と提案を受ける意図や目的をしっかりと説明・周知いただく必要があるだろう。スケジュールは提案の時期しかないだろう。
	介護事業者 B	フィジビリティ検証でタイムラグが生じた場合にどうなるのかが気になりだが、全てが1年間ずれ込むわけではなく、検証に時間をかけたほうが良いもののみがスライドしていくと理解した。	
		介護事業者 A	将来的に国が目指している全国医療情報プラットフォームに追加されることが想定されるのであれば、コードの標準化、項目化等も念頭に置きつつ、検討を進めたほうが良いだろう。
現行 LIFE や 指標変更に対する現場の感触		介護事業者 B	任意項目をどうとらえるか。提出をしているところは少ないだろう。様式の中でも重みが異なる。
		介護事業者 A	現場では新 LIFE のフィードバックを確認するところから始めているが、正直なところ指標がまた変わるのかという印象もある。十分な評価が出来ていない中で指標が変わるのは望ましくないため、変えないという選択肢もあってよいのではないかと。

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
		介護事業者 A	入力項目は大きく変更する必要はないと考えているが、フィードバックの項目や見せ方が専門的すぎて現場で活用できるものになっておらず、令和3年度版LIFEで提供されていたフィードバックのほうが良かったという声が多くある。多職種で話し合った結果を記入できる欄がなくなり、行政に見せる際や職員に周知する際の資料作りが負担となっている。見せ方も含めて検討されると、現場にとって分かりやすいものになるのではないかな。
		介護事業者 B	指標内容が大きく変わってしまうと負担は大きい。特に事業所規模が小さい場合は、職員数も少なく役割分担ができないため大変だろう。しっかりとしたコンセプトのもと取捨選択をし、全体としての体系図のようなものが示されれば、現場の理解・定着が進むだろう。
		介護事業者 B	利用者フィードバックの活用のためにはどのような介入をしたのかを考える必要があるが、LIFEに介入の情報が含まれない。LIFEへの介入情報の追加と入力負担はトレードオフであるためよく検討する必要がある。
		介護事業者 C	Barthel Indexは介護で見るとは粗く、ほとんどの利用者が6か月後も変化がないが、実際に変わっていないかというところではない。自立、一部介助などを判断するための判断基準としてのより詳細なチェック項目を設けるなどにより、判断基準を明確化、統一できるとよい。利用者にフィードバックする際にはLIFEのフィードバックを見せつつ口頭で職員自身の主観で説明しなければならない状況である。
		介護事業者 C	一連のプロセスの中でこういった動作ができなくて「一部介助」と評価されたかは、その現場を見ていないと判断できない。動作を細分化して項目化する必要がある。それにより、改善に向けた介入や取組に繋が

大分類	小分類	回答者	頂いたご意見
			<p>りやすくなる。細分化された項目により説明できるため、点数としては Barthel Index の合計点のままでよい。</p>
		<p>介護事業者 C</p>	<p>信憑性や偏りを確認する際にはアセスメントを実施した職種の情報が必要である。</p>

令和 6 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
介護現場からの LIFE 指標提案プロセスの開発に関する調査研究事業 報告書

令和 7(2025)年 3 月発行

株式会社三菱総合研究所
ヘルスケア事業本部
〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3
TEL 03(6858)0503 FAX 03(5157)2143

本調査研究は、令和 6 年度老人保健事業推進費等補助金の助成を受け行ったものです。