

## 「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会（第二回）議事次第

日時：令和7年10月22日（水）

14:00～16:00 まで

開催形式：WEB 会議

### 議題

1. 科学的介護情報システム（LIFE）の目的について
2. フィードバックのあり方について
3. LIFE 関連加算構造の見直しについて

# 「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」 LIFEの目的、フィードバック及び加算構造について

2025年10月22日

老健局老人保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

## 第1回科学的介護情報システム（LIFE）のあり方検討会でのご指摘事項

- データを蓄積して使っていくのか、リアルタイムでデータ分析を行っていくのか。フィードバックはリアルタイムの情報の把握が困難であり、アセスメントデータを利用しているというのが実態ではないか。
- 医療現場で利用されている、DPCデータを活用して作成された治療の指針になるようなものを目指していくことも考えられるのではないか。
- 訪問系サービスについて、介護の標準化というのがなされていないため、導入にあたっては慎重な検討が必要ではないか。
- 現場での活用に即したものにするため、事務負担や活用方法の検討が必要ではないか。
- LIFEが介護ケアの質向上に資するものとするために、ドナベディアンモデルを踏まえた検討や、活用方法の検討が必要。LIFEの見直しの際には、インターライ方式を参考とし、階層構造の検討が必要である。医療のDPCを参考に、アセスメントの標準化が必要と考えられるのではないか。
- 全国のデータベースを基にして、介護分野でのエビデンスが蓄積されていると思うが、どのような結果が出ているのか。LIFEで検討、検証し得ること、難しい事項の整理が必要ではないか。LIFEの事務負担について見直しを行っているとのことだが、どのくらい負担が減っているのか示してほしい。
- 事務負担が大きく、加算の評価が低いという意見が、現場から聞かれる。PDCAサイクルをどのように回すのが正解なのかも検討事項と考えられるのではないか。
- 低栄養リスクの評価をどうするのが、次回改定に向けて、論点の一つとなると考える。介護の対象は人であり、生活であることを踏まえ、何をエビデンスとするのかを考えていく必要があるのではないか。加算算定事業所の増加が緩やかであり、LIFE利用に関して2極化していることが推察され、導入の支援等を行う必要があるか検討が必要ではないか。収集データをケアの質向上のためにどのように解析していくべきか。訪問系サービスについては、アセスメントやフィードバックを用いたPDCAサイクルの実施の整理がされていない現状において、導入することは時期尚早である。
- 加算算定のため以外の、現場に役立つ構造を検討する必要がある。利用者の介護ケアに活用できるフィードバックとしていくべきではないか。現場の負担を軽減していくべき。訪問系への導入は、現状のLIFEの課題が整理されてからが良いのではないか。
- アウトカムをベースにして評価をしていくという考え方もあるが、行っているケアの質についての評価は難しい。LIFEからのエビデンス構築が必要と考える点は何か。LIFEの入力負担が下がるようにするべきである。

- 科学的介護情報システム（LIFE）の目的について
- フィードバックのあり方について
- LIFE関連加算構造の見直しについて
- 課題と論点

- 科学的介護情報システム（LIFE）の目的について
- フィードバックのあり方について
- LIFE関連加算構造の見直しについて
- 課題と論点

# 科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは

## 医療分野における「根拠（エビデンス）に基づく医療」（Evidence Based Medicine : EBM）

- 「診ている患者の臨床上的疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法。

(医療技術評価推進検討会報告書, 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進, 平成11年3月23日)  
(Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;114(suppl 2):A-16.)



1990年代以降、医療分野においては、「エビデンスに基づく医療」が実施されている。

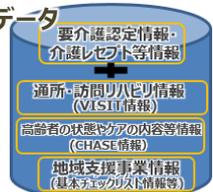
## 介護分野における取組み

- 介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけではなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度。
- 介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であるが、現状では、科学的に効果が裏付けられた介護が、十分に実践されているとは言えない。
- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。



介護関連データベースによる情報の収集・分析、現場へのフィードバックを通じて、科学的裏付けに基づく介護の普及・実践をはかる。

介護関連データ



# 介護サービスの質評価等に係る経緯について

○2003年度公表「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」

介護サービスの質の確保と向上のため、**サービスの質評価の結果を公表し利用者への情報提供を通じて質改善を促す仕組み**を構築する方向性が示され、2006年度には「介護サービス情報の公表制度」が導入された。

○2010年3月25日 第65回社会保障審議会介護給付費分科会

**介護施設、事業所への適切な評価を行うことで処遇改善を進めるべき**であるという指摘を受け、検討が進められた。

○2009～2010年度「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会」

アウトカム評価導入の課題や質の評価システムの導入に関する論点が検討された。質の評価システムの導入に関して、**利用者や事業者の理解と受容、介護報酬の費用負担、PDCAサイクルによる質改善のプロセス、金銭的インセンティブ以外の質向上策、地域単位でのサービス評価のあり方**が論点として挙げられた。

○2011年10月7日 第81回社会保障審議会介護給付費分科会

アウトカム評価としての要介護度の改善・悪化は、**要介護度は複数の要因に関連していること**、新たな認定がない限り利用者の状態変化が反映されないことが課題として指摘された。アウトカムを間接的に評価する方策として、アウトカム指標と関連のあるストラクチャ指標やプロセス指標を報酬上評価すること、**Pay for Reporting方式の導入による利用者評価及びデータベース基盤の構築**が提起された。

○2012年度 介護報酬改定に関する審議報告

要介護度等の変化を介護報酬上評価することに関して、**要介護度等の変化は様々な要因が複合的に関連した指標**であり、利用者個人の要因による影響が大きいことが指摘された。

○2017年度 政府の未来投資会議

自立支援介護が提唱され、「**効果のある自立支援について介護報酬で評価する**」ことが閣議決定された。自立支援介護の推進施策は、2021年度より始まった「保険者機能強化推進交付金」にも反映されており、「要介護度の維持・改善の度合い」を重視している。

○2021年度 介護報酬改定

介護サービスの質の評価と科学的介護の取り組みの推進が示され、「現状では、科学的に効果が裏付けられた介護が十分に実践されているとは言えない」という認識の下、「**介護関連データベースによる情報の収集・分析、現場へのフィードバックを通じて、科学的裏づけに基づく介護の普及・実践をはかる**」科学的介護の推進が打ち出され、「科学的介護情報システム（LIFE）」の運用が開始された。

# 介護の質の評価に関する基本的な考え方とこれまでの取組

## 介護サービスの質の評価の視点

○ サービスの質を踏まえた介護報酬については、以下のような3つの視点に分類でき、それぞれの特性に応じた介護報酬が導入されている。

### ①ストラクチャー（構造）

- サービスを提供するために必要な人員配置等（人の加配等）

### ②プロセス（過程）

- サービスの内容等（要介護度別の基本報酬、訓練等の実施、計画書の作成等）

### ③アウトカム（結果）

- サービスによりもたらされた利用者の状態変化等（在宅復帰等）

## 介護報酬でのサービスの質の評価の導入経緯

	評価の特徴・考え方	主な介護報酬の例
ストラクチャー評価及びプロセス評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護保険制度創設時から導入されている。</li> <li>• 成果にとらわれず、かけた手間や体制等を客観的に評価できる。</li> <li>• 事業者は手間をかけること自体が評価されるため、サービス提供方法を効率的にするインセンティブや、利用者の状態改善等の効果をあげようとするインセンティブが働きにくい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;サービス共通&gt; 要介護度別の基本報酬</li> <li>• &lt;訪問看護&gt; 特別管理加算</li> <li>• &lt;特養&gt; 看護体制加算 等</li> </ul>
アウトカム評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 平成18年度に介護予防サービスにおいて初めて導入され、アウトカム評価が可能なものについては、加算の見直し・拡充等により、順次導入が進められている。</li> <li>• より効果的・効率的な介護サービスの提供に向けた取組を促すには、利用者の状態改善等のアウトカム（結果）の観点からの評価を活用することが適していると考えられる。</li> <li>• 事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別する等、いわゆるクリームスキミングが起こる可能性がある。</li> <li>• 介護関連データベースで収集した情報を活用し、介護の取組とアウトカムの関連等について分析を行い、エビデンスの集積を進める必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション&gt; 事業所評価加算（要介護度の維持・改善を評価）</li> <li>• &lt;老健&gt; 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（在宅復帰を評価）</li> <li>• &lt;訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション&gt; 社会参加支援加算（リハビリテーションによる社会参加を評価）</li> <li>• &lt;通所介護&gt; ADL維持等加算（ADLの維持・改善につながった利用者が多い事業所を評価）</li> </ul>

# LIFE関連加算において、質の評価と関連すると考えられるもの

## ストラクチャー

## プロセス

## アウトカム

### • 個別機能訓練加算

(機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、等を1名以上配置している)

### • リハビリテーションマネジメント加算

(管理栄養士を1名以上配置、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置)

### • かかりつけ医連携薬剤調整加算

(医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講していることを評価)

### • 栄養マネジメント強化加算

(常勤の管理栄養士の配置を評価)

### • 栄養アセスメント加算

(管理栄養士を1名以上配置)

### • 口腔機能向上加算

(言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置)

等

### • 科学的介護推進体制加算

(ADL値、栄養状態、口腔機能、認知機能の状況その他入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を提出)

### • 個別機能訓練加算

(入居者ごとの個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練を評価)

### • リハビリテーションマネジメント計画情報加算

(医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その多職種が情報を共有することを評価)

### • リハビリテーションマネジメント加算

(医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その多職種のもの共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理することを評価)

### • 褥瘡マネジメント加算

(医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門職員その他職種の者が共同し褥瘡ケア計画を作成)

### • 褥瘡管理計画加算

(入居者ごとに褥瘡対策に関する診療計画を作成)

### • 自立支援促進加算

(医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その多職種の者が共同して自立支援に係る支援計画を策定)

### • かかりつけ医連携薬剤調整加算

(入所時に6種類以上の内服薬が処方されており、施設医師と主治医が共同し処方内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導をおこなうことを評価)

### • 栄養マネジメント強化加算

(継続的な栄養管理を強化して実施)

### • 栄養アセスメント加算

(管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が共同し栄養アセスメントを実施)

### • 口腔衛生管理加算

(歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき計画を作成)

### • 口腔機能向上加算

(個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施)

等

### • ADL維持等加算

(ADLの利得値による指標を評価)

### • 褥瘡マネジメント加算

(褥瘡の治癒、褥瘡の発生があるとされた入居者について褥瘡発生のないことを評価)

### • 排泄支援加算

(おむつ、尿道カテーテルを使用しなくなることを評価)

# 科学的介護情報システム（LIFE）を活用した取組

・LIFE関連加算を算定する介護事業所においては、LIFEへのデータ提出を行い、LIFEからのフィードバックの活用等により、介護サービスの質向上に向けてLIFEを活用したPDCAサイクルを推進することを目的としている。

※科学的介護推進体制加算等のLIFE関連加算においては、LIFEへのデータ提出を行うこと及びPDCAサイクルによるサービスの質向上に努めることを要件としている。

## 【LIFE関連加算（※）を算定する介護施設・事業所】



フィードバックの確認

LIFEへのデータ登録

### ■ フィードバック（例）

- ・利用者や事業所のBMI等を時系列に見るグラフ
- ・事業所のADL平均値が都道府県内の事業所と比較してどの位置か示すグラフ

### ■ LIFEデータ項目（例）

- ・ ADL
- ・ 身長・体重
- ・ 口腔の健康状態 等

- ※LIFE関連加算（一部抜粋）
- 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）
  - 個別機能訓練加算（Ⅱ）（Ⅲ）
  - ADL維持等加算（Ⅰ）（Ⅱ）
  - リハビリテーションマネジメント計画情報加算（Ⅰ）（Ⅱ）
  - 短期集中リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）
  - リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）
  - 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）
  - 褥瘡対策指導管理（Ⅱ）
  - 排せつ支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）
  - 自立支援促進加算
  - かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）（Ⅲ）
  - 薬剤管理指導
  - 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（Ⅱ）
  - 口腔機能向上加算（Ⅱ）

## 【厚生労働省】

フィードバックの提供

データ収集



### ・ エビデンスに基づく施策の立案

－施策の効果や課題の把握、アウトカム評価の検討

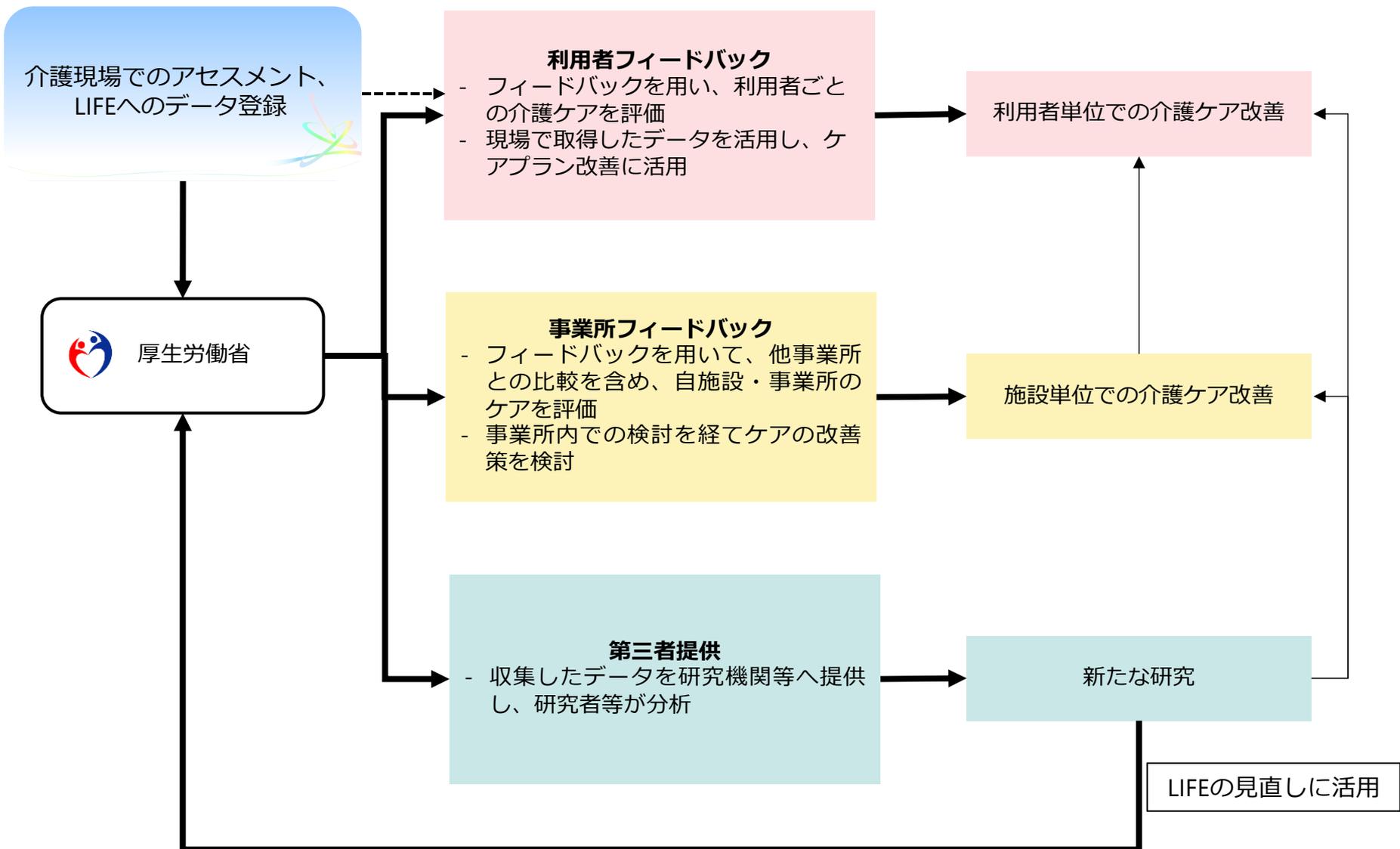
－介護情報基盤運用開始に向けた、介護事業所等の関係者間における情報共有の検討

### ・ エビデンス創出に向けた取組

－研究者等への匿名LIFE情報提供の推進

－医療保険等の他の公的DB等との連結による詳細な解析の推進

# LIFEによる介護ケアの質改善の全体像（イメージ）



# LIFEデータを利用した研究の1例

- ・ LIFEに提出されたデータと同じデータが解析され、施設入所者の離床時間は死亡率と関連することが報告されている。

## Association between Mortality and Time Spent Out of Bed in Older-Adult Nursing Home Residents

Kinoshita.S et al

**研究内容**：2022年4月から2024年3月までの施設入所者のデータを解析。LIFEデータを収集する後ろ向きコホート研究。1日離床時間が6時間以下 (groupS) と6時間以上 (groupL) の2群に分け、アウトカムを死亡率として解析した。離床時間の欠損はなく、ADLの総合点が45点以上の者及び死亡等観察期間が6カ月未満の対象者を除外。利用者の入所時の年齢、性別、Barthel Index、認知症高齢者の日常生活自立度、1日の離床時間、1日の立ち上がり回数、チャールソン併存疾患指数、入所期間、死亡率を調査。

**結果**：6カ所の施設で290名が対象となり、除外基準に基づき105名を除外し、185名 (平均年齢89歳、女性141名) が解析対象とされた。GroupLは144名、GroupSは44名で、BI高値、離床時間の長さ、立ち上がる頻度が多い、入所期間が1年未満、死亡率との関連がある。 [log-rank 6.65,  $p=0.010$ ]

離床時間と死亡率には関連がある。Cox回帰分析単変量モデル [HR, 0.44; 95% CI, 0.23-0.86;  $p=0.016$ ] 及びCox回帰分析多変量モデル [HR, 0.54; 95% CI, 0.32-0.90;  $p=0.018$ ] で有意差が確認された。

各群比較により、離床時間が短いほど死亡率が高い。

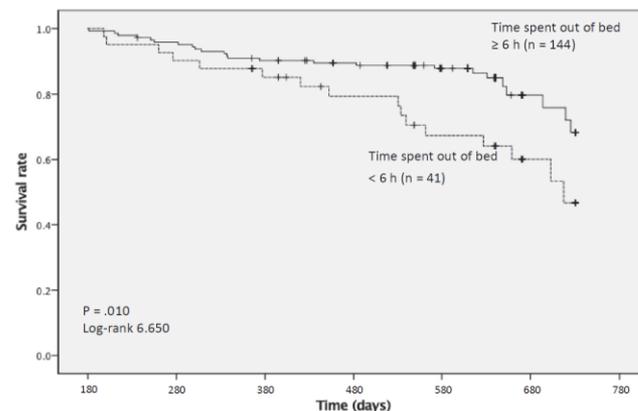


Fig. 2. Kaplan-Meier survival curves for 2 groups of older-adult nursing home residents: those who spent 6 hours or more per day out of bed and those who spent less than 6 hours per day out of bed.

### 対象者の特徴と、各群比較

	Total* (n = 185)	Time Spent Out of Bed <6 h (Group S) (n = 41)	Time Spent Out of Bed ≥6 h (Group L) (n = 144)	P <sup>†</sup>
Age	89 (83–92)	89 (82–92)	89 (84–93)	.82
Female	141 (76.2)	31 (75.6)	110 (76.4)	.92
Barthel Index	15 (5–30)	5 (0–15)	20 (10–30)	<.001
Degree of daily living independence among older adults with dementia	5 (5–7)	6 (5–7)	5 (5–7)	.05
Time spent out of bed per day (h)	8 (6–11)	3 (2–4)	9 (7–12)	<.001
Number of times standing up per day	6 (0–12)	0 (0–6)	10 (0–12)	<.001
Charlson Comorbidity Index	1 (0–1)	1 (0–1)	1 (0–1.25)	.43
Length of stay of <1 y	56 (30.3)	5 (12.1)	51 (35.4)	.004
Deaths during study period	40 (21.6)	16 (39.0)	24 (16.7)	.002

\*Data are median (interquartile range) or number (%) of participants.

<sup>†</sup>Differences in these baseline variables between groups L and S were assessed using the Mann-Whitney U test for continuous variables and the  $\chi^2$  test for categorical variables.

- 科学的介護情報システム（LIFE）の目的について
- フィードバックのあり方について
  - 事業所フィードバックについて
  - 利用者フィードバックについて
- LIFE関連加算構造の見直しについて
- 課題と論点

# フィードバックを活用したPDCAサイクルの実践について

## 【PDCAサイクルの活用について】

### ①準備

利用者の希望、介護施設・事業所のケアの方針等を踏まえ、目標設定を行う。

### ②Check（評価）

提供されたフィードバックを複数の職員で参照し、下記の観点等を共有する。ケアプランや介護計画も参照し、利用者及び介護施設・事業所の現状や、これまでに実施した取り組みによって生じた変化について、共有することが考えられる。

- ・全国の同じサービスの介護施設・事業所と比較して、自施設・事業所では、どのような項目において値が低いのか、あるいは高いのか。
- ・過去からの推移について、どのような項目で変化があったのか。

### ③Action（改善）

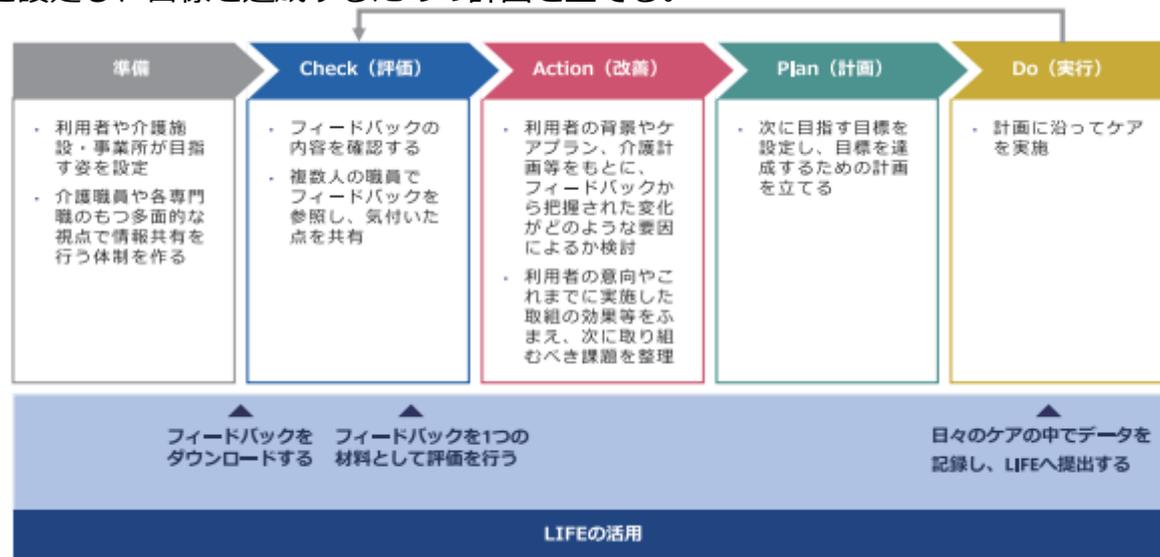
評価の結果を踏まえ、利用者の背景やケアプラン、介護計画等をもとに、フィードバックから把握された変化がどのような要因によって生じたのか検討し、利用者の意向やこれまでに実施した取り組みの効果を踏まえ、取り組むべき課題の整理を行う。

### ④Plan（計画）

取り組むべき課題を踏まえ、目指す目標を設定し、目標を達成するための計画を立てる。

### ⑤Do（実行）

計画に沿ってケアを実践。



※ ケアの質向上に向けた科学的介護情報システム (LIFE) 利活用の手引き (令和6年度以降) より一部抜粋

- 科学的介護情報システム（LIFE）の目的について
- フィードバックのあり方について
  - 利用者フィードバックについて
  - 事業所フィードバックについて
- LIFE関連加算構造の見直しについて
- 課題と論点

# LIFEのフィードバックイメージ（利用者フィードバック）

## 基本情報

要介護度

要介護 4

日常生活自立度（身体機能）

B2

日常生活自立度（認知機能）

II a

サービス

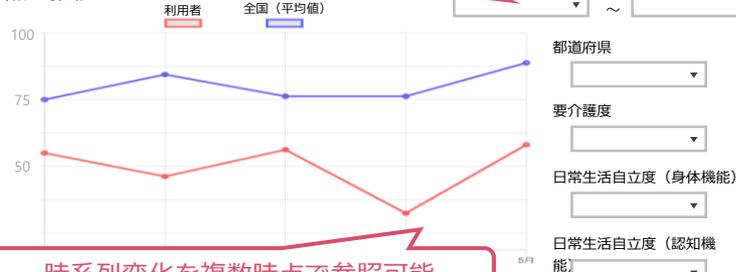
介護老人福祉施設

ブラウザ上で層別化等の設定を可能とすることで、操作性・視認性を向上

サービス種類、都道府県、要介護度等による絞り込みにより、全国と同じような利用者との比較が可能

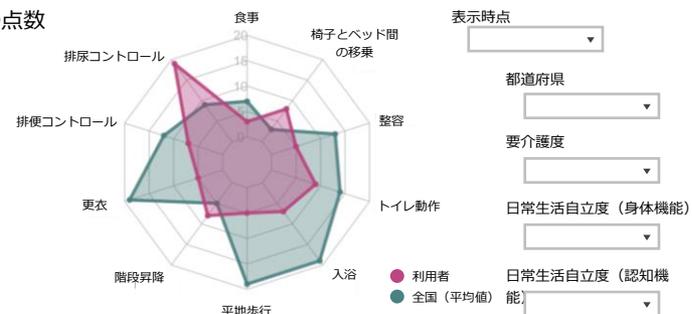
## ADL (Barthel Index) の状況

合計点の推移



時系列変化を複数時点で参照可能

ADL各項目の点数



## 栄養状態

低栄養状態のリスクレベル

表示期間

2024/4 ~ 2024/10

2024/4	2024/7	2024/10
高	低	低

全国値



## 口腔の健康状態

各項目の3か月間の推移

表示期間

2024/4 ~ 2024/10

	2024/4	2024/7	2024/10
歯・入れ歯が汚れている	あり	あり	なし
歯が少ないのに入れ歯を使っていない	なし	なし	なし
むせやすい	なし	あり	あり

各利用者に対して実施した取組と、LIFEデータの時系列変化や全国と同じような利用者との比較を組み合わせて検討することで、取組の効果や利用者の特徴の把握へ活用

# 現状の利用者評価からLIFEへのデータ提出、 フィードバックまでの期間の一例

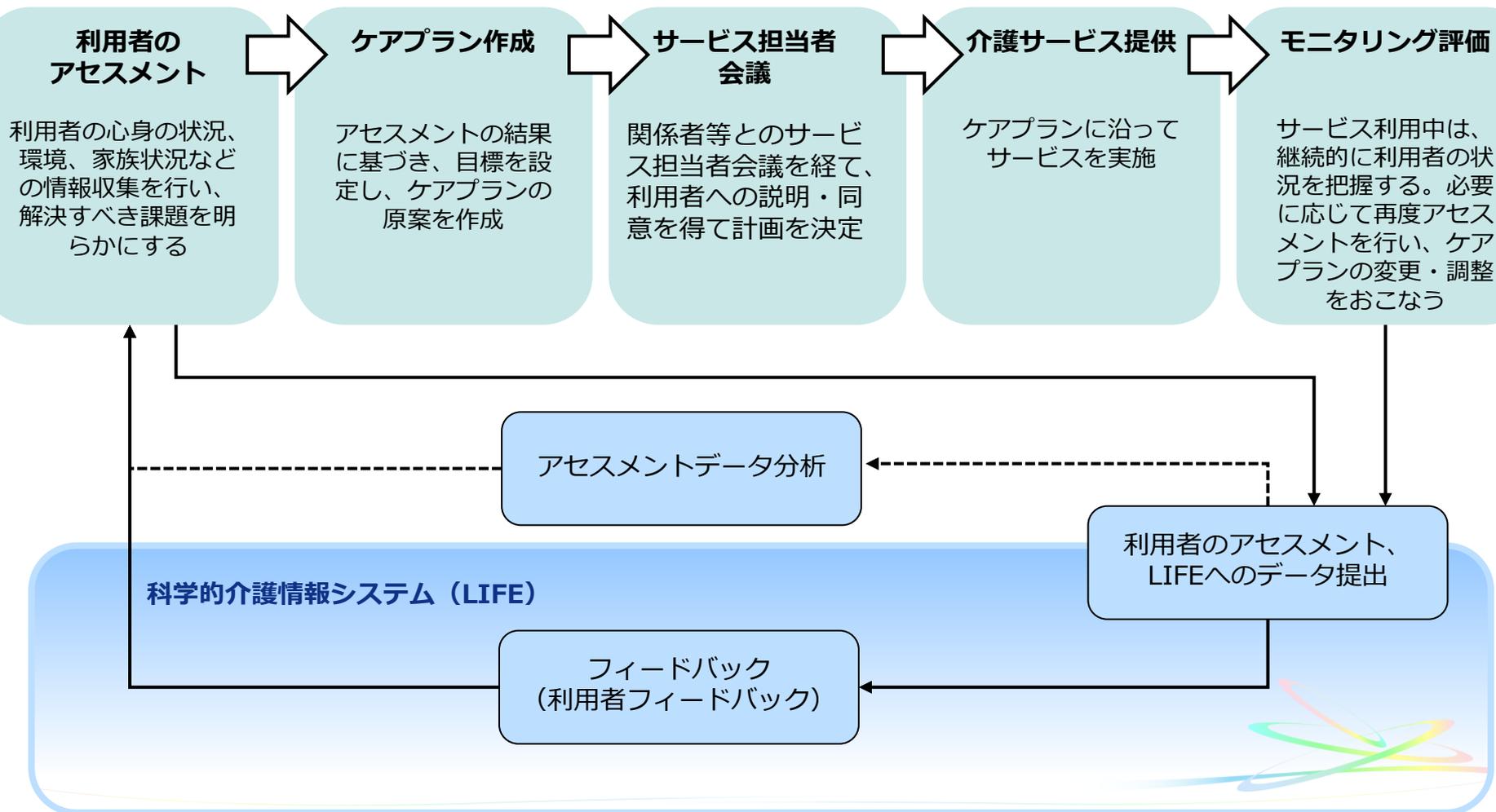
	4月			5月			6月			7月			8月	
	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	
利用開始・終了			4/28 ★ 新規利用開始								7/15 ★ 利用終了			
評価の実施	4/28 ★ 評価													
ケアプランの作成	3か月のケアプラン（少なくとも3月に1回見直し） 新規利用開始から3か月以内で利用終了しているため、4/28に行った評価でケアプランを作成													
LIFEへのデータ提出	4/28 ★ 評価			→						7/1 ★ 評価			→	~8/10 ★ データ提出
LIFE関連加算の算定	加算算定			加算算定			加算算定							
	少なくとも3月に1回データ提出													
										加算算定				
	次の3月の1回にあたるデータを提出													

5/12以降フィードバック確認可能  
→評価より14日後

8/12以降フィードバック確認可能  
→評価より43日後

# ケアプランの流れと、LIFEのケアプランへの活用のイメージ

LIFEへのデータ提出のためのアセスメントの活用、また、利用者フィードバックを活用し、ケアプラン見直しに活用することが考えられる。



- 科学的介護情報システム（LIFE）の目的について
- フィードバックのあり方について
  - 利用者フィードバックについて
  - 事業所フィードバックについて
- LIFE関連加算構造の見直しについて
- 課題と論点

# LIFEのフィードバックイメージ（事業所フィードバック）

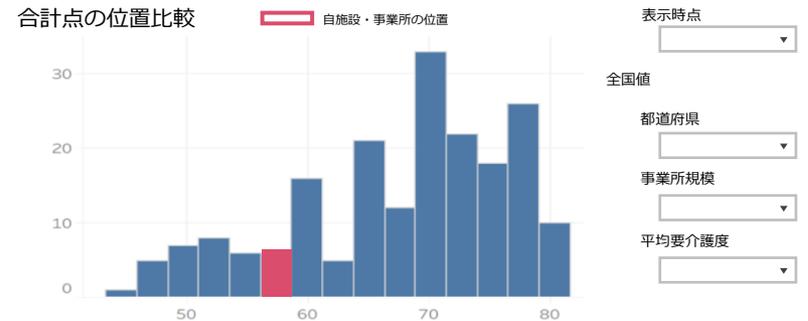
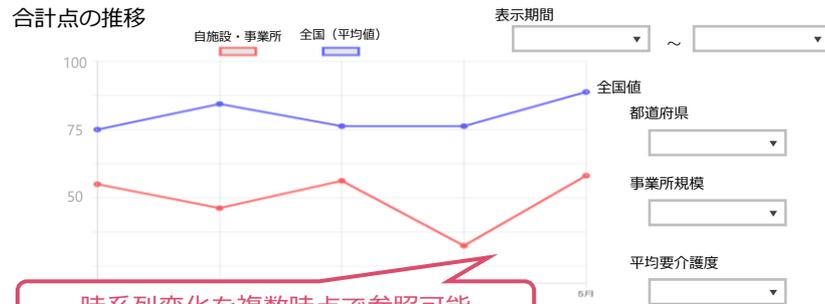
## 基本情報

サービス 介護老人福祉施設 ▼ 平均要介護度 4.2

ブラウザ上で層別化等の設定を可能とすることで、操作性・視認性を向上

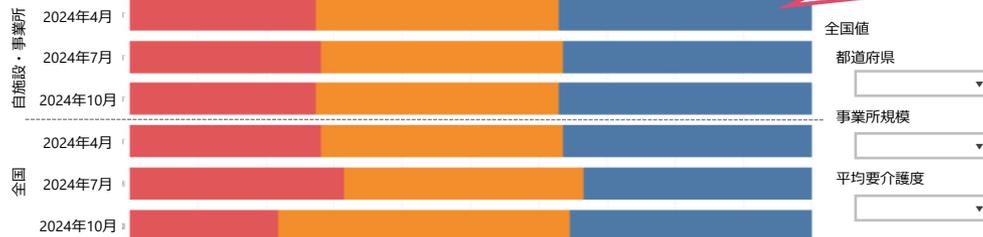
## ADL (Barthel Index) の状況

全国値に対する自施設・事業所の位置を参照可能



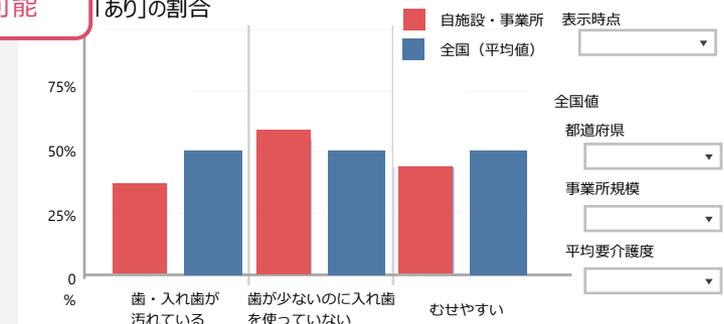
## 栄養状態

### 低栄養状態のリスクレベル



## 口腔の健康状態

### 「あり」の割合



各施設・事業所において実施した取組と、LIFEデータの時系列変化や全国の同じような利用者との比較を組み合わせることで、取組の効果や自施設・事業所の特徴の把握へ活用

介護老人保健施設において、事業所フィードバックを用いて多職種会議を行い、気づきの共有と利用者の自立支援に向けた取り組みを行った一例

## フィードバックに示される数値と職員の実感のずれについて議論

C  
評価

- リハビリテーション職員が、事業所フィードバックで自施設の「ADL合計点の変化」について、「維持」の割合が9割以上になっていることに違和感を持った。在宅復帰を目指して平地歩行や階段昇降等の歩行動作、排せつ、食事等の動作を中心に改善させてきた実感があり、在宅復帰も達成してきたのでもう少し改善の割合が高いのではないかと考えた。
- リハビリテーション職員がADL「平地歩行」において「一部介助（歩行器等）」に移行したと判断した利用者についてカンファレンス参加職員で確認したところ、LIFE項目を評価をした介護職員は「一部介助（車椅子操作が可能）」から変化していないと認識している可能性が考えられた。

A  
改善

## ずれが生じた要因の仮説を立て、取り組む内容を検討

- 多職種で検討した結果、次の可能性が考えられた。
  - 歩行訓練等を行うリハビリテーション職員と、日常生活の中で利用者に関わる介護職員の間で自立度に対する認識が異なるのではないか。
  - 介護職員は転倒転落を予防する観点で、歩行器ではなく、これまでどおり車椅子での介助を続けているかもしれない。

P  
計画

## 課題の設定と計画策定

- 転倒転落を未然に防ぐという観点も重要であるため、まずは「お試し期間」と称して、1週間～10日間のあいだ、介護職員が十分注視することができる日中のみ、歩行器を使って介助することを決めた。
- お試し期間中に膝折れ等の特記事項があれば適宜リハビリテーション職員に連携することや、最後まで問題がなければ、歩行介助の方法を車椅子から歩行器へ完全に移行する方針を取り決めた。

D  
実行

立てた計画に沿ってケアを実施

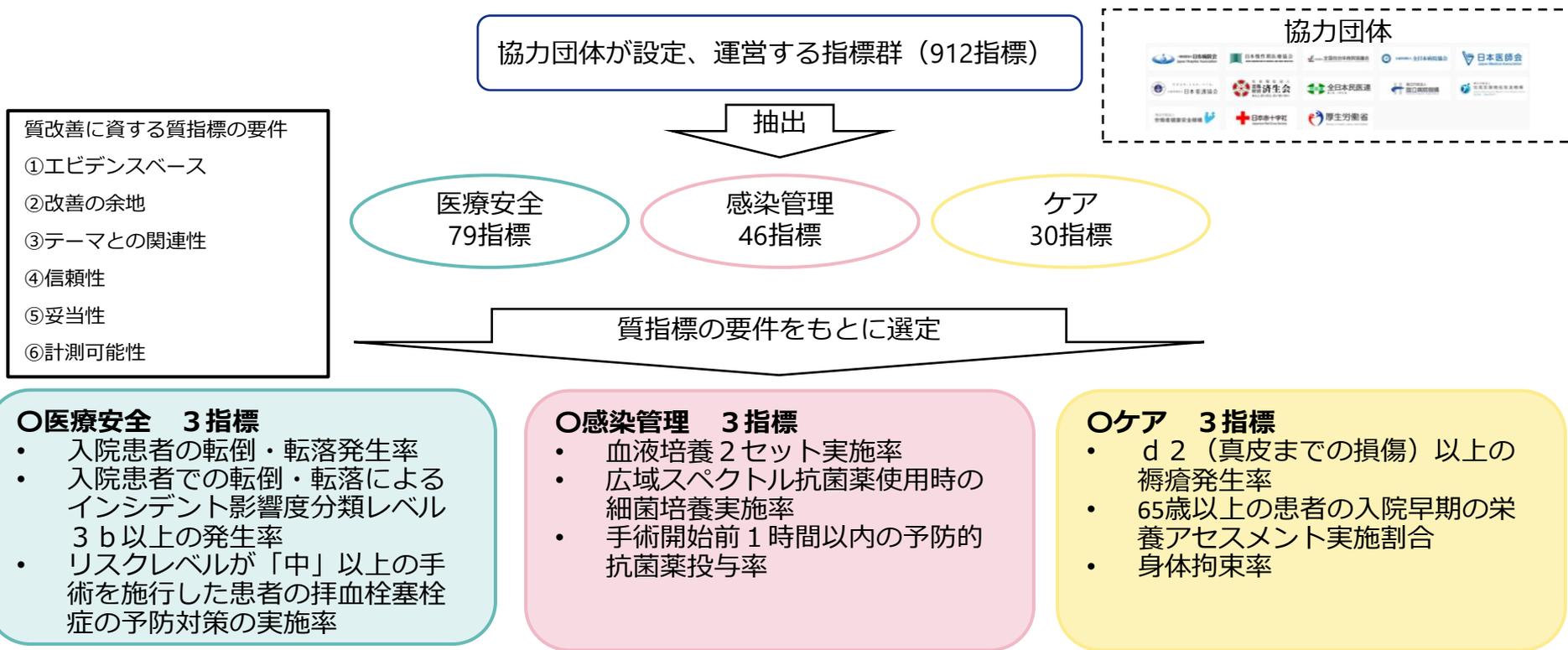
C  
評価

## 取組結果の確認

- 今後、お試し期間が完了した際に歩行器への移行の可否を改めて判断する。
- ほかに似通った状況の利用者がいないか確認し、ADLの改善と、LIFEに入力する情報の精緻化を進める。

## (参考) 医療の質評価事業での評価指標選定

医療の質事業においては、全国の病院が質指標を活用できるよう、規模・機能によらず重要な領域である「医療安全」、「感染管理」、「ケア」に関連した質指標として9指標が設定されている。



### ※1 事業背景、目的

ガイドラインや根拠に基づく医療など、医療の質を測定・評価する考え方が広がる一方で、患者や国民意識の変化から、医療の質への関心が高まりがあり、国民の関心の高い特定の医療分野について、病院が臨床指標（患者満足度、プロセス指標、アウトカム指標）を設定し、これに取り組んだ上で、分析・改善策の検討及び情報の公表を行うことで医療の質の向上を推進させることが目的とされている。

### ※2 医療の質資料に係る留意点

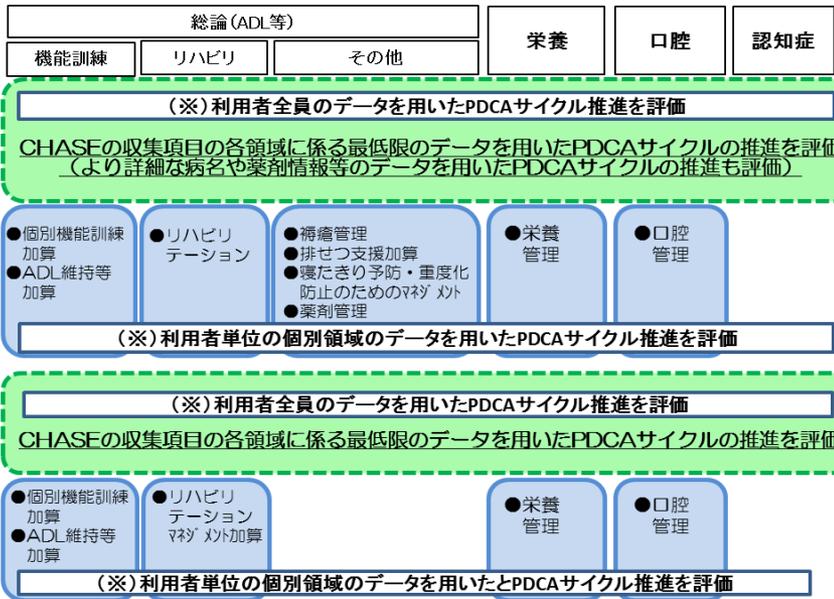
「医療の質指標とは質を表す一断面であり、医療の質全体を表すものではない。また、医療施設間でのランク付けを示すものではないことを理解したうえで活用する必要がある」とされている。

- 科学的介護情報システム（LIFE）の目的について
- フィードバックのあり方について
- LIFE関連加算構造の見直しについて
- 課題と論点

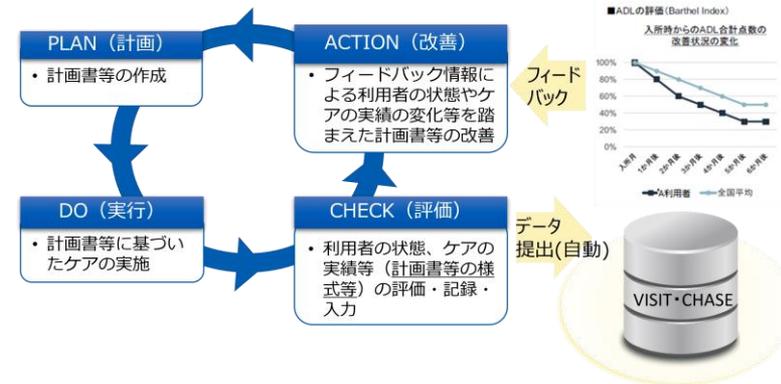
# 令和3年度介護報酬改定に向けたCHASE・VISITの見直し

- CHASEの収集項目の各領域（総論（ADL）、栄養、口腔・嚥下、認知症）について、事業所の全ての利用者に係るデータを横断的にCHASEに提出してフィードバックを受け、それに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検証して、利用者のケアプランや計画に反映させるといった、事業所単位でのPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上の取組を評価してはどうか。また、提出・活用するデータについては、サービスごとの特性や事業所の入力負担等を勘案した項目とするとともに、これに加えて、詳細な既往歴や服薬情報、家族の情報等より精度の高いフィードバックを受けることができる項目を提出・活用した場合には、更なる評価を行うこととしてはどうか。
- CHASEの収集項目の各領域に関連する既存の加算等（例えば、個別機能訓練加算、口腔衛生管理加算、栄養マネジメント加算など）において、利用者ごとの計画書の作成とそれに基づくケアの実施・評価・改善等を通じたPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用により更なるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を図ることを評価・推進してはどうか。
- CHASE・VISITを一体的に運用する観点から、VISIT情報についても対象サービスを拡大し、上記の枠組みに位置付けて収集・活用することとしてはどうか。また、CHASE・VISITについて、科学的介護の理解と浸透を図る観点からも、統一した名称としてはどうか。

## 全体像



## PDCAサイクルのイメージ



(※ 加算等による評価の有無に関わらず、すべてのサービスにおいてCHASEによるデータの利活用を進める。)

# LIFE関連加算の一覧

加算の種類	科学的介護推進体制加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	個別機能訓練加算 (Ⅱ) (Ⅲ)	ADL維持等加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ)	リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅰ) (Ⅱ)		理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	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	褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	褥瘡対策指導管理 (Ⅱ)	排せつ支援加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅱ) (Ⅲ)	薬剤管理指導	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 (Ⅱ)	口腔機能向上加算 (Ⅱ)
	ADL 栄養の状況 認知症の状況 既往歴 処方薬等	機能訓練の目標 プログラムの内容等	ADL	ADL、IADL、心身の機能、リハビリテーションの目標 等					褥瘡の危険因子 褥瘡の状態 等	排尿・排便の状況 おむつ使用の状況等	ADL 支援実績 等	薬剤変更情報等	身長、体重、低栄養リスク、食事摂取量、必要栄養量等	口腔の状態 ケアの目標 ケアの記録 等					
介護老人福祉施設	○	○	○							○		○	○			○		○	
地域密着型介護老人福祉施設	○	○	○							○		○	○			○		○	
介護老人保健施設	○			○	○					○		○	○	○		○		○	
介護医療院	○							○			○	○	○		○	○		○	
通所介護	○	○	○																○
地域密着型通所介護	○	○	○																○
認知症対応型通所介護 (予防含む)	○	○	○ (予防を除く)																○
特定施設入居者生活介護 (予防含む)	○	○	○ (予防を除く)																
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	○	○																
認知症対応型共同生活介護 (予防を含む)	○																		
小規模多機能型居宅介護 (予防含む)	○																		
看護小規模多機能型居宅介護	○									○		○						○	○
総合事業通所型サービス	○																	○	○
通所リハビリテーション	○					○	○											○	○
訪問リハビリテーション						○													
介護予防通所リハビリテーション									○										
介護予防訪問リハビリテーション									○										

# LIFEへの提出項目

## 【現状LIFEで収集している項目（一部抜粋）】

- (注) ・各加算において、「○」となっている項目が、評価しデータを提出することとされているもの（必須項目）。  
 ・「○」となっている項目についても、各加算の区分によって任意項目である場合もある。

	項目名	評価指標	科学的介護推進体制加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	個別機能訓練加算 (Ⅱ) (Ⅲ)	ADL維持等加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) (ハ)	褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	排せつ支援加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	自立支援促進加算
基本情報	障害高齢者の日常生活自立度	[自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2]	○	○	○	○	○	○	○
	認知症高齢者の日常生活自立度	[自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M]	○	○	○	○	○	○	○
身体機能等	ADL Barthel Index	[自立・一部介助・全介助]	○	○	○	○	○	○	○
	起居動作 寝返り・起き上がり・座位の保持・立ち上がり・立位の保持	[自立・見守り・一部介助・全介助]		○		○	○		○
排せつの状態	尿失禁	[あり・なし]						○	
	便失禁	[あり・なし]						○	
	尿道カテーテル使用	[あり・なし]					○	○	
	おむつ使用	[あり（日中のみ・夜間のみ・終日）・なし]					○	○	○
	ポータブルトイレ使用	[あり（日中のみ・夜間のみ・終日）・なし]					○	○	○
褥瘡	評価時点の褥瘡	[あり・なし]	○			○	○		
	Design-R	[あり・なし]					任意項目		

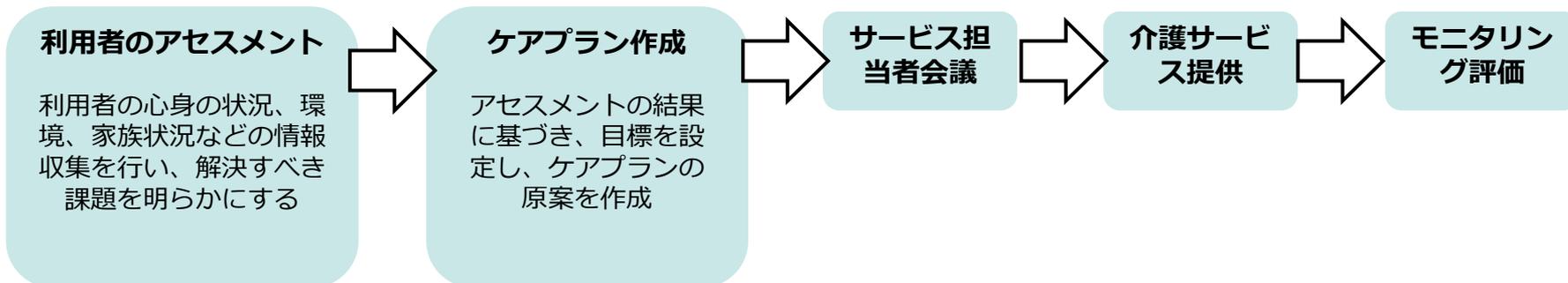
# ケアプラン作成における様々な項目の分析について

ケアプラン作成においては、要介護者等の有する課題を客観的に抽出することとされており、様々な領域に渡る項目について、課題分析標準項目が示されている。

## 課題分析標準項目について

### I 基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となっている課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手段として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。



ケアプラン作成の前提となるアセスメントの内容として、下記の課題分析標準項目が示されている

### ・基本情報に関する項目

基本情報（受付、利用者当基本情報）、これまでの生活と現在の状況、利用者の社会保障制度の利用情報、現在利用している支援や社会資源の状況、日常生活自立度（障害）、日常生活自立度（認知症）、主訴・意向、認定情報、今回のアセスメントの理由

### ・課題分析（アセスメント）に関する項目

健康状態、ADL、IADL、認知機能や判断能力、コミュニケーションにおける理解と表出の状況、生活リズム、排せつの状況、清潔の保持に関する状況、口腔内の状況、食事摂取の状況、社会との関わり、家族等の状況、居住環境、その他留意すべき事項・状況

令和6年7月4日老認発0704第1号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知

「「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について」より厚生労働省老健局老人保健課で作成

# 科学的介護推進体制加算で収集している項目

現状の科学的介護推進体制加算において、様々な領域の項目が示されている。

別紙様式 2

## 科学的介護推進に関する評価（施設サービス）

(※)：任意項目

利用者情報

### 【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

要介護度

### 【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

### 【総論】

診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）(※)	
1.	
2.	
3.	

緊急入院の状況 (※)	入院日： 年 月 日	受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	入院日： 年 月 日	受療時の主訴： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他 ( )

服薬情報 (※)	1. 薬剤名 ( ) 2. 薬剤名 ( ) 3. 薬剤名 ( )
----------	--

家族の状況 (※)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居
-----------	---

ADLに関する情報

ADL	・食事	自立 <input type="checkbox"/> 10	一部介助 <input type="checkbox"/> 5	全介助 <input type="checkbox"/> 0
	・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10- (監視下)	<input type="checkbox"/> 0
		(座れるが移れない) -	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
	・整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
	・入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	・平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10- (歩行器等)	<input type="checkbox"/> 0
		(車椅子操作が可能) -	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
	・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
	・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	

サービス利用終了理由 (※)	サービス利用終了日： 年 月 日
(サービス終了時のみ)	<input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用しなくなった <input type="checkbox"/> その他

### 【口腔・栄養】

身長	cm	低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重	kg		
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (コード□4 □3 □2-2 □2-1 □1j □0t □0j)		
とろみ	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い		
食事摂取量	全体 ( ) %	主食 ( ) %	副食 ( ) %
必要栄養量	エネルギー ( kcal)	たんぱく質 ( g)	提供栄養量
			エネルギー ( kcal)
			たんぱく質 ( g)
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ・出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

栄養に関する情報

口腔に関する情報

認知症に関する情報

認知症の診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> その他 ( )
--------	--

○生活・認知機能尺度 【別紙様式3】を活用した評価を実施すること

○Vitality index

意思疎通	<input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話し掛ける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる <input type="checkbox"/> 反応がない
起床 (※)	<input type="checkbox"/> いつも定時に起床している <input type="checkbox"/> 起きさないと起床しないことがある <input type="checkbox"/> 自分から起床することはない
食事 (※)	<input type="checkbox"/> 自分から進んで食べようとする <input type="checkbox"/> 促されると食べようとする <input type="checkbox"/> 食事に興味がなく、全く食べようとしな
排せつ (※)	<input type="checkbox"/> いつも自ら便意原意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う <input type="checkbox"/> 時々、原意原意を伝える <input type="checkbox"/> 排せつに全く関心がない
リハビリ・活動 (※)	<input type="checkbox"/> 自らリハビリに向かう、活動を求める <input type="checkbox"/> 促されて向かう <input type="checkbox"/> 拒否、無関心

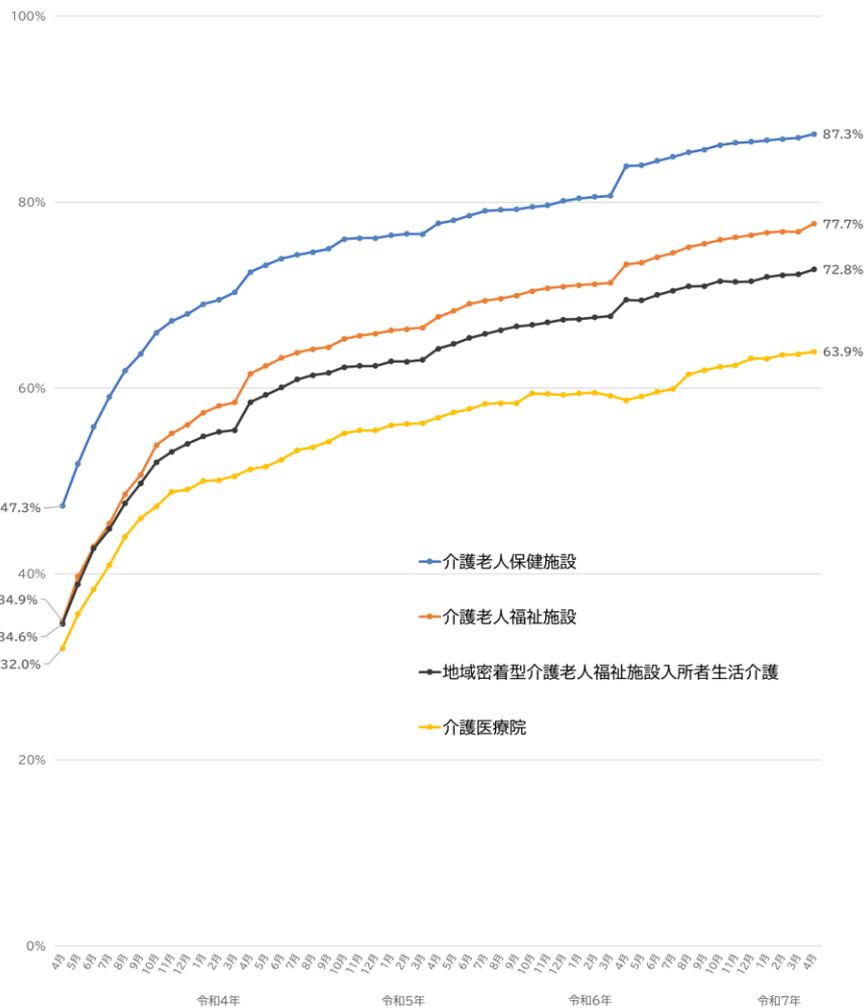
○DBD13 (※) 【別紙様式4】を活用すること

【その他】

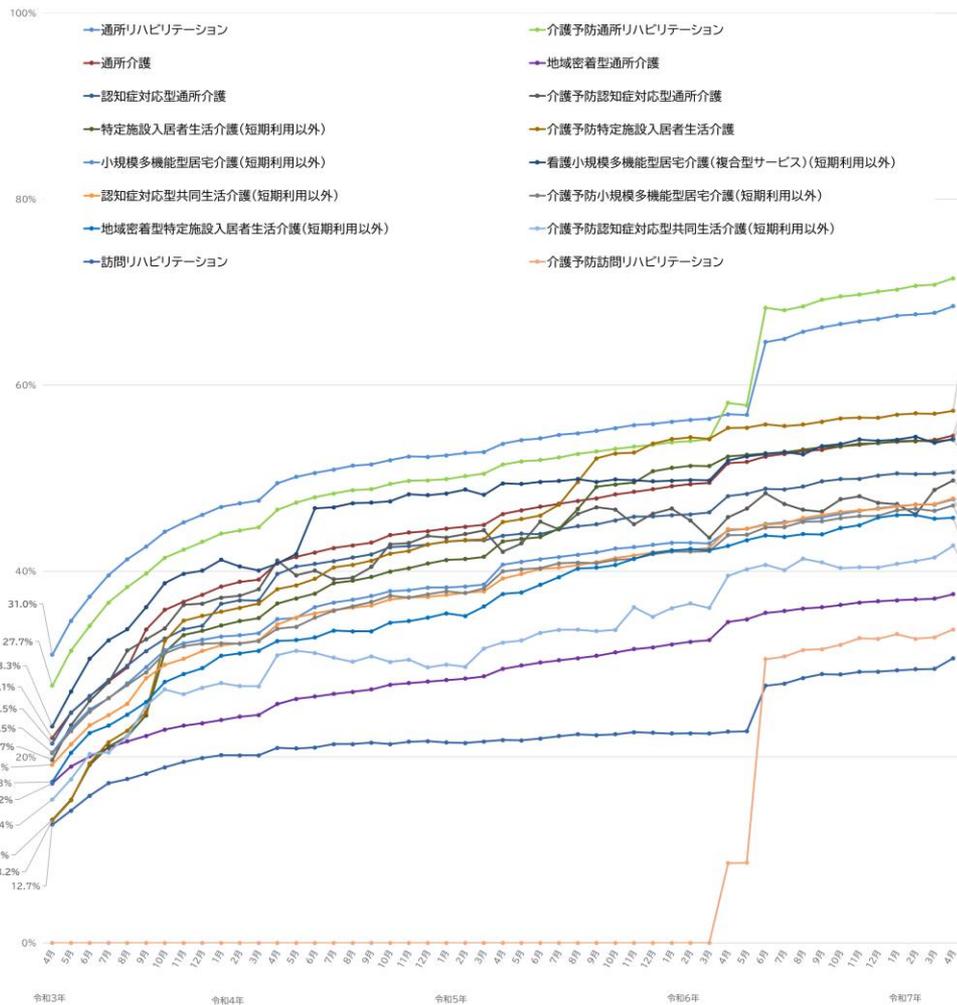
○ICF ステージング (※) 【別紙様式5】を活用すること

# サービス類型ごとのLIFE関連加算の算定状況

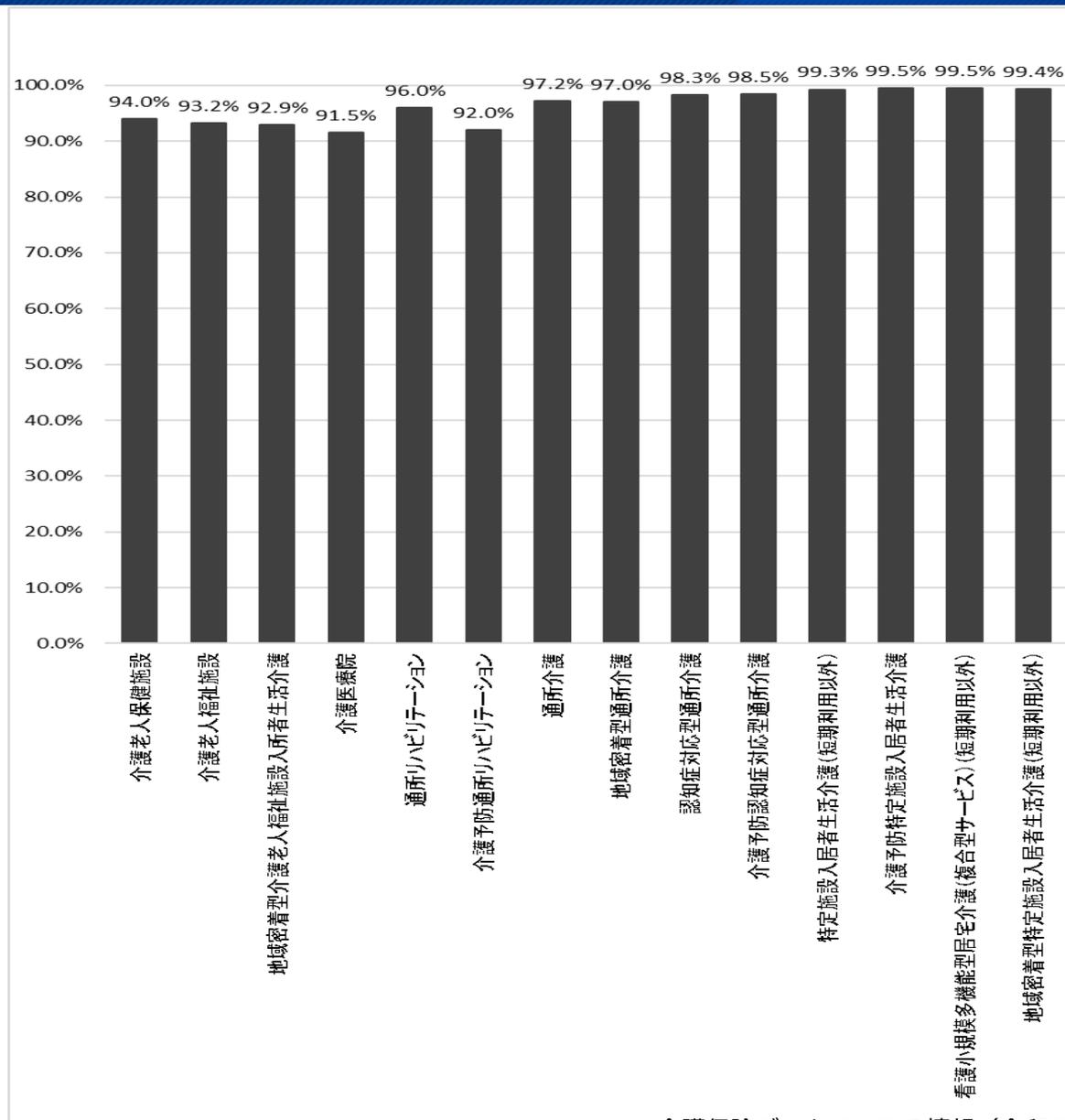
## 施設サービス



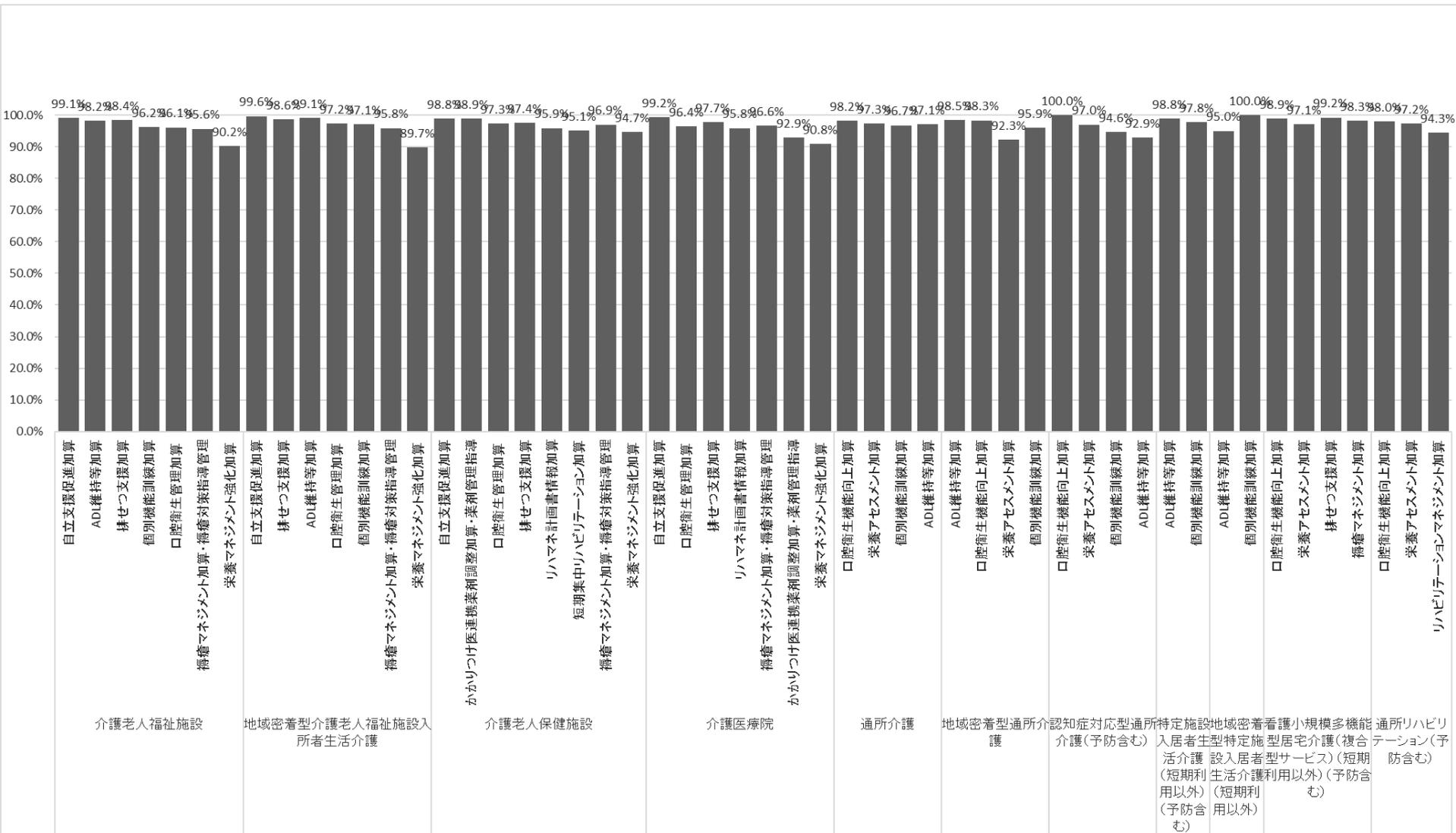
## 通所・居宅サービス



# いずれかのLIFE関連加算を算定している事業所での科学的介護推進体制加算を算定している施設割合

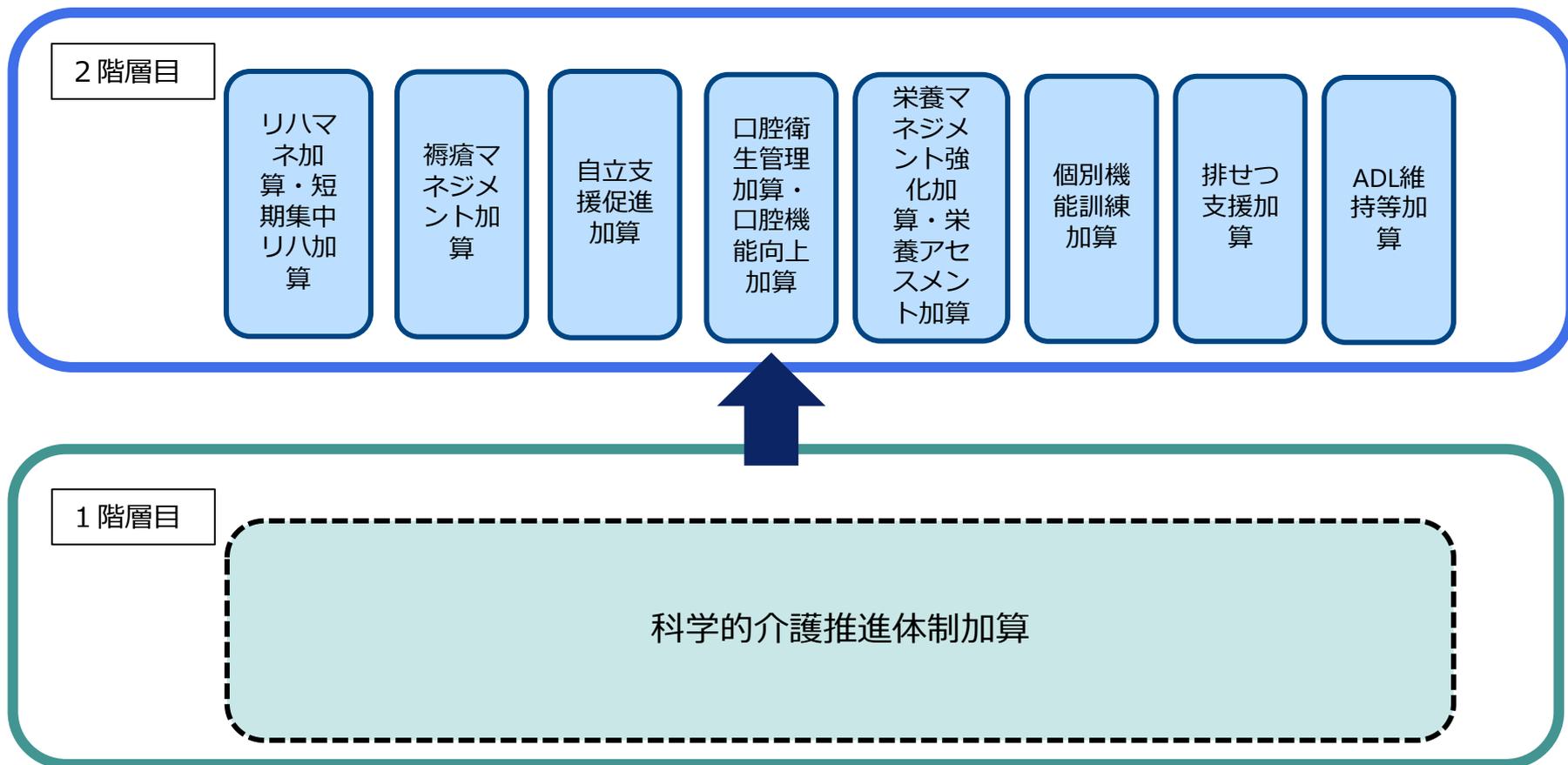


# LIFE関連加算（科学的介護推進体制加算を除く）を算定している事業所が科学的介護推進体制加算を併算定している割合



## 加算の構造の考え方（案）

- ・現在の科学的介護推進体制加算を分野横断的に基礎的な情報を収集する加算であると考えてはどうか。
- ・その上で、2階層目部分の加算の算定を行うにあたり、1階層目部分の算定を前提としてはどうか。



- 科学的介護情報システム（LIFE）の目的について
- フィードバックのあり方について
- LIFE関連加算構造の見直しについて
- 課題と論点

## 論点① LIFEの目的について

### 現状、課題

- 介護分野において、科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積していくことが必要であり、分析成果の活用による介護サービスの質の向上を期待して、LIFEが開始された。
- LIFEにおいては、提出されたデータをもとにフィードバックを作成し、フィードバックを活用してPDCAサイクルを実施することで、介護サービスの質向上を目指すことが推奨されている。

### 論点

- LIFEの情報をもとに、最終的に利用者に対するケアの質改善に寄与することが求められるが、その際、以下の3つの経路が考えられるのではないかと。
  - 利用者単位でケアを評価し、ケアの質を改善していく経路
  - 事業所単位でケアを評価し、事業所単位でのケアの質が改善することにより、利用者へのケアの質が改善していく経路
  - LIFE情報を解析することにより、LIFEデータを活用した研究が推進され、LIFEの見直し、また、現場への活用により、事業所、利用者へのケアの質が改善していく経路

## 論点② フィードバックについて

### 利用者フィードバック

#### 現状、課題

- 利用者フィードバックについては、各項目のアセスメント、データ提出からフィードバック確認まで1カ月から1カ月半程度の時間を要し、リアルタイムの利用者の状態把握が困難。
- 介護現場では、利用者のアセスメントが行われ、その結果に基づきケアプランの改善が行われるサイクルがある。

#### 論点

- 現在の利用者フィードバックが、個々の利用者のケアの改善を行うために有用なものとなっているか。
- LIFEシステムによるフィードバックの活用に加え、LIFEにより標準化されたデータを介護現場で活用することについてどのように考えるか。

### 事業所フィードバック

#### 現状、課題

- 事業所フィードバックについては、令和6年度の介護報酬改定において、自事業所と平均要介護度が同じ事業所との比較など、地域別等のより詳細な層別化、複数の項目をクロス集計するなど、フィードバックの充実がなされた。
- 介護サービスの質向上に資するフィードバックとなるよう、引き続き介護事業所における活用状況等を踏まえ検討していくべきではないか。

#### 論点

- 現在の事業所フィードバックが、事業所のケアを改善するために有用なものとなっているか。
- 事業所フィードバックを介護現場が活用するために、どのような支援が考えられるか。
- その際、例えば、重点的な分野について、取組の参考となる具体的な指針を示すことも考えられるのではないか。

## 論点③ LIFE関連加算の構造について

### 現状、課題

- LIFE関連加算について、現状は、加算の要件を満たせば、いずれの加算も算定が可能である。
- LIFE関連加算に共通した入力項目があり、入力の負担となっている。
- LIFE導入事業所は令和7年4月時点で施設サービス約7割、通所・居宅サービス約5割となっている。
- LIFE関連加算の算定事業所で科学的介護推進体制加算を算定している事業所は約9割である。科学的介護推進体制加算以外のLIFE関連加算のいずれかを算定している事業所で約は9割で科学的介護推進体制加算を併算定している。

### 論点

- LIFE関連加算の構造についてどのように考えるか。
- 例えば、以下のように加算構造を考えてはどうか
  - ✓ 現在の科学的介護推進体制加算を、分野横断的に基礎的な情報を収集する1階層目の加算とし、科学的介護推進体制加算以外のLIFE関連加算を2階層目と整理してはどうか。
  - ✓ 2階層目部分の加算の算定を行うにあたり、1階層目の科学的介護推進体制加算の算定を前提とすることについてどう考えるか。

- 参考資料

- 参考資料

- ✓ 医療の質向上のための体制整備事業

- ✓ 適切なケアマネジメント手法を踏まえた課題分析標準項目の見直し

# 医療の質向上のための体制整備事業

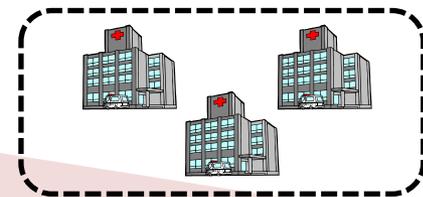
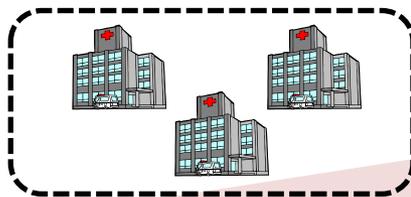
## 課題

厚生労働省は、医療の質を向上させるため、平成22年度から医療の質の評価・公表の取組を行う病院団体を支援することで、約千の病院が取組を行うようになった。しかしながら、データ収集の負担、医療の質の向上活動を担う中核人材不足を理由とした参加病院数の伸び悩み、団体間での臨床指標やその定義のばらつきなどが課題となっている。

## 方向性

これらの課題を解決するため、これまでの既存の取組を最大限に活かすことを前提とし、医療の質の評価・公表に積極的に取り組む病院団体等の協力を得ながら、「医療の質向上のための協議会」を立ち上げ、医療機関、病院団体等を支援する仕組みを構築する。

## 事業内容(イメージ)



医療機関、病院団体等の  
医療の質向上サポート

事務局機能

医療の質向上のための協議会運営



【採択事業者】

結果報告



財政支援



【国】

- 医療の質向上のための具体的な取り組みの共有・普及
  - ✓ 好事例の共有
  - ✓ 手引き作成
  - ✓ 臨床指標の公表
- 臨床指標の標準化
- 臨床指標の評価、分析支援

# 質改善実践マニュアルの検討(骨子案)

## Part1(準備フェーズ)

PDCAサイクルを回すために準備段階に必要なポイント等について解説する。

## Part2(実践フェーズ)

PDCAサイクルを円滑に実行するために必要なポイント等について解説する。

定着化

### ① 総論 (役割・意義)

医療の質指標の役割と改善の意義について解説

### ② 体制構築

当該テーマにおける対象者(チーム)の選定及び利害関係者への理解など活動する上での環境を構築するための手引き

### ③ 現状把握 課題整理

以下についての手引きなど

- ・医療の質指標の設定・現状の計測及び課題の洗出し
- ・対象者のディスカッション等による課題の洗出し
- ・課題の一覧化及び対応課題の決定

### ④ 目標設定

改善目標を立案するための手引き

### ⑤ 計画

計画立案に向けた手引き

- ・質改善実行計画の策定
- ・検証計画の策定(データ収集・集計方法等)

### ⑧ 改善

是正対応及びサイクルの実施判定などの手引き

- ・改善是正対応
- ・当該サイクルの実施判定(見直し, 継続, 終了)



### ⑥ 実行

確実な実行に向けた手引き

- ・質改善活動の実行

### ⑦ 検証

成果検証に向けた手引き

- ・質改善活動の成果検証
- ・策定済み質改善実行計画の検証

管理者へ  
報告

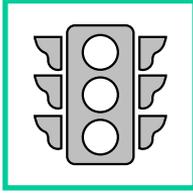
定常業務に  
組込

(参考)ゼロからはじめる病院のPDCA(伏見清秀, 本橋隆子, 金沢奈津子)医歯薬出版株式会社, 2017年

# 医療の質指標開発・保守ガイド(仮称)の検討

我が国では質指標の基本的な考え方(意義、要件等)を取りまとめたものがなく、多種多様な質指標が設定・運用されています。医療の質を適切に計測するには、**質指標が有する望ましい要件や保守方法等を取りまとめた文書が必要**との合意により、ガイドの作成を検討しています。

## 医療の質指標開発・保守ガイド(仮称)の構成イメージ

医療の質の可視化	質指標開発・検証の基準、留意点	質指標の開発、保守プロセス
 <ul style="list-style-type: none"> <li>医療の質の定義</li> <li>医療の質評価の枠組み(概念、視点、方法、目的)</li> <li>医療の質指標の定義</li> <li>質指標の構成(分子、分母、除外要件、計測手順)</li> <li>質指標の特性、限界</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>重要性</li> <li>エビデンスベース</li> <li>仕様</li> <li>実現可能性</li> <li>受容可能性</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>質指標の開発</li> <li>質指標の実装</li> <li>質指標の保守</li> <li>質指標の廃止</li> </ul>

- 参考資料

- ✓ 医療の質向上のための体制整備事業

- ✓ 適切なケアマネジメント手法を踏まえた課題分析標準項目の見直し

# 適切なケアマネジメント手法を踏まえた課題分析標準項目の見直し①

- 課題分析標準項目については、項目の名称や「項目の主な内容（例）」の記載が一部現状とそぐわないものになっていることや、「適切なケアマネジメント手法」との整合性を図る必要があることから、文言の適正化や記載の充実を図るための見直しを実施（令和5年10月16日付で改正）。

## 【基本情報に関する項目】

※傍線部が見直し箇所

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報、 <u>居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）</u> について記載する項目
2	<u>これまでの生活と現在の状況</u>	利用者の現在の生活状況、 <u>これまでの生活歴等</u> について記載する項目
3	利用者の <u>社会保障制度の利用情報</u>	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、 <u>その他の社会保障制度等の利用状況</u> について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、 <u>フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む</u> ）の状況について記載する項目
5	日常生活自立度（障害）	<u>「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」</u> について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度（認知症）	<u>「認知症高齢者の日常生活自立度」</u> について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、 <u>区分支給限度額等</u> ）について記載する項目
9	<u>今回のアセスメントの理由</u>	<u>今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、短期目標期間の更新、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所入所、転居、そのほか生活状況の変化、介護支援専門員の変更、居宅介護支援事業所の変更等）</u> について記載する項目

## 適切なケアマネジメント手法を踏まえた課題分析標準項目の見直し②

### 【課題分析（アセスメント）に関する項目】

※傍線部が見直し箇所

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、 <u>受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況</u> について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、 <u>座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等</u> ）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、 <u>服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等</u> ）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、 <u>認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）</u> に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、 <u>コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）</u> に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、 <u>休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）</u> に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、 <u>失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）</u> に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（ <u>皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等</u> ）、 <u>寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）</u> に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（ <u>歯の本数、欠損している歯の有無等</u> ）、 <u>義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況</u> に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（ <u>食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等</u> ）、 <u>摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無</u> に関する項目
20	社会との関わり	<u>家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わり</u> に関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（ <u>本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等</u> ）、 <u>家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項</u> に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（ <u>浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等</u> ）、 <u>居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺的环境やその利便性等</u> について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、 <u>特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項</u> に関する項目