

「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会（第三回）議事次第

日時：令和 7 年 11 月 19 日（水）

13:00～15:00 まで

開催形式：WEB 会議

議題

1. LIFE 関連加算項目の見直しの観点
2. LIFE の対象範囲について

「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」 LIFE関連加算項目の見直しの観点、LIFEの対象範囲について

11月19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。
- 現場での活用在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。

第2回「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会での主な意見一覧

論点① 科学的介護情報システム（LIFE）の目的について

- ・ ケアの質については予防も含めて考えていくべきではないか。ケアの質の改善を図るという点においては地域や専門家のリソースを使う必要があり、地域の医療機関とどうつなげていくかという事も重要である。
- ・ LIFEについては利用者フィードバック、事業所フィードバック、研究という3つの矢羽根で考え、具体的にどうやったら進むかが大事ではないか。
- ・ フィードバックの検討会を実施することによりチームのケアが有効になっていくため、現在のフィードバックの仕組みは継続していくべきではないか。

論点② フィードバックのあり方について

- ・ 利用者のケアの方向性を考えることのできるフィードバックが良いのではないか。
- ・ 利用者フィードバックの現場活用はうまくできていないと聞く。利用者フィードバック、LIFE提出用のアセスメントデータをケアプラン作成に役立てることができるのではないかと思う。事業所フィードバックについては、具体的な指針や取組の参考が現場に役立つのではないか。
- ・ 事業所フィードバックを施設の傾向が見えるものと位置付けると活用の幅が広がるのではないか。
- ・ PDCAサイクルの実践までが算定要件となっているが、実施すべき内容を詳細、具体的に示す必要があるのではないか。組織的なケアの質向上は年単位の時間をかけるものであり、中期的な取り組みの仕方、アウトプット等を示すべきではないか。

論点③ LIFE関連加算構造の見直しについて

- ・ 階層構造にする事で加算記載されている内容の確認ができ、データ分析の際に意味のある評価指標の作成が可能となるのではないか。
- ・ 科学的介護推進体制加算を基本データとするところを踏まえたうえで個別の加算算定が必要ではないか。科学的介護推進体制加算の内容は現場の意見を踏まえ見直しが必要ではないか。
- ・ 数パーセント科学的介護推進体制加算を併算定していない事業所がある。ヒアリング等で実態把握を行うとともに、科学的介護推進体制加算を算定できるような仕組み作りが必要ではないか。

- LIFE関連加算項目の見直しの観点
- LIFEの対象範囲について
- 課題と論点

- LIFE関連加算項目の見直しの観点
- LIFEの対象範囲について
- 課題と論点

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)
収集している情報	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		

令和 6 年度介護報酬改定に関する審議報告での指摘事項（抜粋）

【LIFE を活用した質の高い介護】

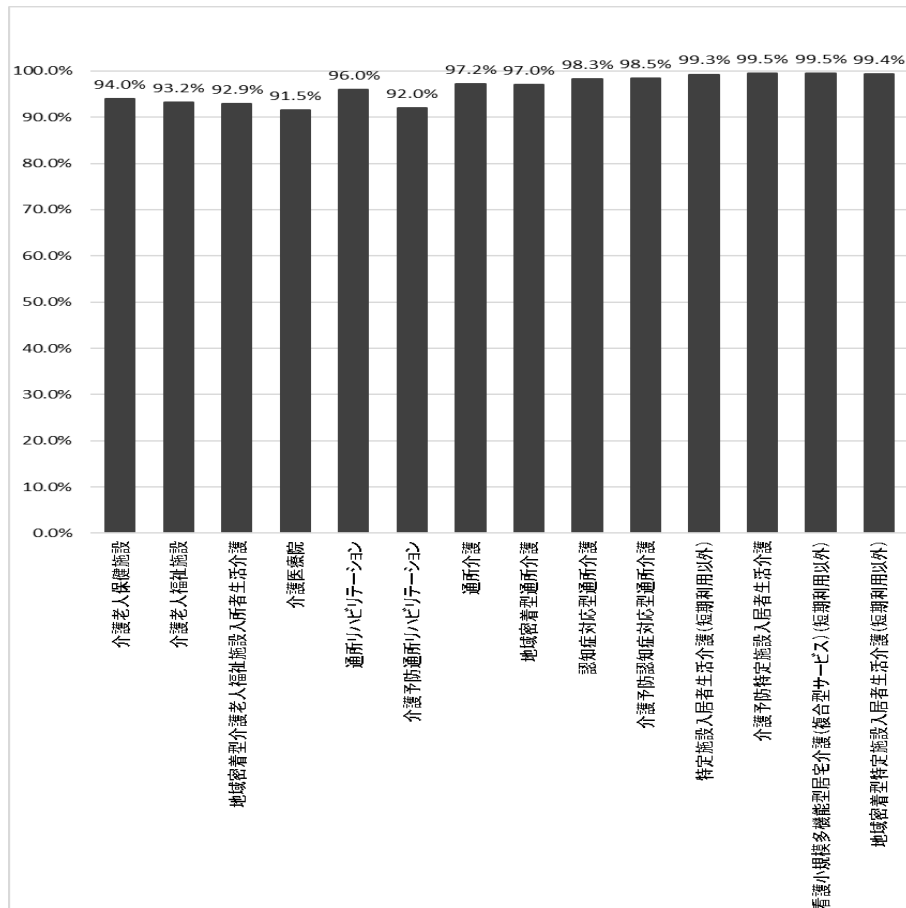
- 今回の介護報酬改定において、科学的介護の推進に向けた入力項目の見直し等を行ったが、項目の見直しに際しては、介入に係る情報を充実させるべきである という指摘等も踏まえ、介護現場及び学術的観点から提案される情報を、専門家等による活用可能性等の検討を経て、介護給付費分科会へ提案するサイクルの構築に向けて検討していくべきである。
- また、介護情報基盤の整備に向けて、LIFE については関係者間で共有される情報の 1 つとして検討が進められていることも踏まえ、引き続き、入力項目やフィードバックについて検討していくべきである。
- 今回の介護報酬改定において、褥瘡マネジメントや排せつ支援等においてアウトカム評価の充実に向けた見直しを行ったが、LIFE で蓄積されたデータも活用し、介護保険制度における適切なアウトカムについて引き続き検討していくべきである。
- 特に、ADL 維持等加算については、ADL 利得をアウトカムとして評価を行っているが、生活期におけるアウトカムとして妥当ではないという指摘も踏まえ、より適切なアウトカムについて検討し、それに応じて当該加算の算定要件等の見直しについても検討していくべきである。

- LIFE関連加算項目の見直しの観点
 - ✓科学的介護推進体制加算について
 - ✓見直しの観点（有用性及び負担）について
- LIFEの対象範囲について
- 課題と論点

LIFE関連加算のひとつである科学的介護推進体制加算について

- 科学的介護推進体制加算は、いずれかのLIFE関連加算を算定する事業所のうち、9割以上で算定されている。
- 科学的介護推進体制加算を算定する際には、利用者のADL値、栄養状態、口腔機能等の基本的な横断情報の提出を求めている。算定開始時及び算定開始後少なくとも3カ月に1回、情報提出が必要である。

第2回「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会資料より
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算定事業所の割合



科学的介護推進体制加算について

○ LIFE への情報提出頻度について

利用者等ごとに、アからエまでに定める月の翌月 10 日までに提出すること。

ア 本加算の算定を開始しようとする月においてサービスを利用して
いる利用者等については、当該算定を開始しようとする月

イ 本加算の算定を開始しようとする月の翌月以降にサービスの利用
を開始した利用者等については、当該サービスの利用を開始した日
の属する月

ウ ア又はイの月のほか、少なくとも3月ごと

エ サービスの利用を終了する日の属する月

（2）LIFE への提出情報について

事業所又は施設の全ての利用者等について、…「基本情報」、
「総論」、「口腔・栄養」及び「認知症（別紙様式3も含む。）」
の任意項目を除く情報を、やむを得ない場合を除き提出すること。
施設サービスにおいて科学的介護推進体制加算（Ⅱ）を算定する場合
は、上記に加えて「総論」の診断名・服薬情報についても提出する
こと。

令和6年3月15日老老発 0315 第4号厚生労働省老健局老人保健課長通知「科学的介護
情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例
の提示について」より厚生労働省老健局老人保健課で作成

現在の科学的介護推進体制加算の提出項目（施設サービス）

* 赤枠内が現状、LIFEへのデータ提出を必須とされている項目

※1）介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護において科学的介護推進体制加算Ⅱ算定時に提出が必須

※1, 2）介護老人保健施設、介護医療院において、科学的介護推進体制加算Ⅱ算定時に提出が必須

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年	月	日
性別	☐ 男	☐ 女	保険者番号
	被保険者番号		

【基本情報】

要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5
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
評価日	年 月 日
評価時点	☐ サービス利用開始時 ☐ サービス利用中 ☐ サービス利用終了時

【総論】

診断名（※1）			
緊急入院の状況	入院日：年 月 日	受療時の主訴： ☐ 発熱 ☐ 転倒 ☐ その他（ ）	
服薬情報（※2）	薬剤名（ ）		
家族の状況	☐ 同居 ☐ 独居		

	自立	一部介助	全介助
ADL			
・食事	☐ 10	☐ 5	☐ 0
・椅子とベッド間の移乗	☐ 15	☐ 10	☐ 5
・整容	☐ 5	☐ 0	☐ 0
・トイレ動作	☐ 10	☐ 5	☐ 0
・入浴	☐ 5	☐ 0	☐ 0
・平地歩行	☐ 15	☐ 10	☐ 5
・階段昇降	☐ 10	☐ 5	☐ 0
・更衣	☐ 10	☐ 5	☐ 0
・排便コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0
・排尿コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0
サービス利用終了理由 (サービス終了時のみ)	サービス利用終了日：年 月 日 ☐ 居宅サービスの利用 ☐ 介護老人福祉施設入所 ☐ 介護老人保健施設入所 ☐ 介護医療院入所 ☐ 医療機関入院 ☐ 死亡 ☐ 介護サービスを利用しなくなった ☐ その他		

【口腔・栄養】

身長			
体重	低栄養のリスクレベル ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高		
栄養補給法	☐ 経口のみ ☐ 一部経口 ☐ 経腸栄養 ☐ 静脈栄養		
食事形態	☐ 常食 ☐ 嚥下調整食（コード□4 □3 □2-2 □2-1 □1 j □0 t □0 j）		
とろみ	☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 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	☐ なし ☐ あり		
義歯の使用	☐ なし ☐ あり	むせ	☐ なし ☐ あり
歯の汚れ	☐ なし ☐ あり	歯肉の腫れ・出血	☐ なし ☐ あり

【認知症】

認知症の診断	☐ アルツハイマー病 ☐ 血管性認知症 ☐ レビー小体病 ☐ その他（ ）
○生活・認知機能尺度（別紙）	
Vitality index（意思疎通のみ必須）	
意思疎通	☐ 自分から挨拶する、話し掛ける ☐ 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる ☐ 反応がない
起床	☐ いつも定時に起床している ☐ 起こさないと起床しないことがある ☐ 自分から起床することはない
食事	☐ 自分から進んで食べようとする ☐ 促されると食べようとする ☐ 食事に関心がない、全く食べようとしない
排せつ	☐ いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う ☐ 時々、尿意便意を伝える ☐ 排せつに全く関心がない
リハビリ・活動	☐ 自らリハビリに向かう、活動を求める ☐ 促されて向かう ☐ 拒否、無関心

○DBD13（任意）

【その他】 ○ICFステージング（任意）

現在の科学的介護推進体制加算の提出項目（通所・居住サービス）

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年	月	日
性別	☐ 男	☐ 女	保険者番号
			被保険者番号

【基本情報】

要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5
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
評価日	年 月 日
評価時点	☐ サービス利用開始時 ☐ サービス利用中 ☐ サービス利用終了時

【総論】

診断名				
緊急入院の状況	入院日：年 月 日	受療時の主訴： ☐ 発熱 ☐ 転倒 ☐ その他（ ）		
服薬情報	薬剤名（ ）			
家族の状況	☐ 同居 ☐ 独居			
ADL	自立	一部介助	全介助	
・食事	☐ 10	☐ 5	☐ 0	
・椅子とベッド間の移乗	☐ 15	☐ 10 ☐ 5	☐ 0	
・整容	☐ 5	☐ 0	☐ 0	
・トイレ動作	☐ 10	☐ 5	☐ 0	
・入浴	☐ 5	☐ 0	☐ 0	
・平地歩行	☐ 15	☐ 10 ☐ 5	☐ 0	
・階段昇降	☐ 10	☐ 5	☐ 0	
・更衣	☐ 10	☐ 5	☐ 0	
・排便コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0	
・排尿コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0	
サービス利用終了理由 (サービス終了時のみ)	サービス利用終了日：年 月 日 ☐ 居宅サービスの利用 ☐ 介護老人福祉施設入所 ☐ 介護老人保健施設入所 ☐ 介護医療院入所 ☐ 医療機関入院 ☐ 死亡 ☐ 介護サービスを利用しなくなった ☐ その他			

* 赤枠内が現状、LIFEへのデータ提出を必須とされている項目

【口腔・栄養】

身長	cm	体重	kg
義歯の使用	☐ なし ☐ あり	むせ	☐ なし ☐ あり
歯の汚れ	☐ なし ☐ あり	歯肉の腫れ・出血	☐ なし ☐ あり

【認知症】

認知症の診断	☐ アルツハイマー病 ☐ 血管性認知症 ☐ レビー小体病 ☐ その他 ()
○生活・認知機能尺度（別紙）	
Vitality index（意思疎通のみ必須）	
意思疎通	☐ 自分から挨拶する、話し掛ける ☐ 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる ☐ 反応がない
起床	☐ いつも定時に起床している ☐ 起こさないと起床しないことがある ☐ 自分から起床することはない
食事	☐ 自分から進んで食べようとする ☐ 促されると食べようとする ☐ 食事に関心がない、全く食べようとしない
排せつ	☐ いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う ☐ 時々、尿意便意を伝える ☐ 排せつに全く関心がない
リハビリ・活動	☐ 自らリハビリに向かう、活動を求める ☐ 促されて向かう ☐ 拒否、無関心

○DBD13（任意）

【その他】 ○ICFステージング（任意）

科学的介護推進体制加算の認知症の必須項目である Vitality Index について

- Vitality Indexは科学的介護推進体制加算を算定する際の認知症項に関する項目の一つとして、5項目のうち「意思疎通」を必須項目としている。

Vitality Indexの評価方法：利用者の意欲に関する評価項目であり、5項目の評価をそれぞれ0点、1点、2点の3段階で評価を行います。すべての項目の合計点数で評価し、合計点数が高いほど、意欲が高いことを示します。利用者の直近1週間の状況を踏まえて評価してください。

○ 判定上の注意

- 1) 起床：薬剤の影響（睡眠薬など）を除外。起座出来ない場合、開眼し覚醒していれば2点
- 2) 意思疎通：失語の合併がある場合、言語以外の表現でよい。
- 3) 食事：器質的消化器疾患を除外。麻痺で食事の介助が必要な場合、介助により摂取意欲があれば2点。
(口まで運んだ場合も積極的に食べようとすれば2点)
- 4) 排泄：失禁の有無は問わない。尿意不明の場合、失禁後にいつも不快を伝えれば2点
- 5) リハビリ・活動：リハビリでなくとも散歩やレクリエーション、テレビでも良い。寝たきりの場合、受動的理学運動に対する反応で判定する。

項目	選択肢	点数
1) 起床	いつも定時に起床している	2
	起こさないと起床しないことがある	1
	自ら起床することはない	0
2) 意思疎通	自分から挨拶する、話しかける	2
	挨拶、呼びかけに対して返答笑顔が見られる	1
	反応がない	0
3) 食事	自分から進んで食べようとする	2
	促されると食べようとする	1
	食事に関心がない、まったく食べようとしない	0
4) 排泄	いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う	2
	時々、便意尿意を伝える	1
	排泄に全く関心がない	0
5) リハビリ・活動	自らリハビリに向かう、活動を求める	2
	促されて向かう	1
	拒否、無関心	0

科学的介護推進体制加算でLIFEへのデータ提出が必須の項目

科学的介護推進体制加算の認知症の必須項目 別紙：生活・認知機能尺度について

①－１身近なもの（たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など）を置いた場所を覚えていますか

※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子がわからない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください

- ☐ 5 常に覚えている
- ☐ 4 たまに（週１回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる
- ☐ 3 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともできる（思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度）
- ☐ 2 きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない
- ☐ 1 忘れたこと自体を認識していない

①－２身の回りに起こった日常的な出来事（たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など）をどのくらいの期間、覚えていますか

※最近１週間の様子を評価してください

- ☐ 5 １週間前のことを覚えている
- ☐ 4 １週間前のことを覚えていないが、数日前のことは覚えている
- ☐ 3 数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている
- ☐ 2 昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている
- ☐ 1 全く覚えていられない

②現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか

※上位レベルのものと下位レベルのことが両方でき、上位と下位の間の項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください 例：１と３に該当し、２に該当しない場合⇒３を選択する

- ☐ 5 年月日は分かる（±１日の誤差は許容する）
- ☐ 4 年月日は分からないが、現在いる場所の種類は分かる
- ☐ 3 場所の名称や種類は分からないが、その場にいる人が誰かわかる（家族であるか、介護者であるか、看護師であるか等）
- ☐ 2 その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前は分かる
- ☐ 1 自分の名前がわからない

③誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか

※「会話ができる」とは２者の意思が他愛に疎通できている状態を指します

- ☐ 5 会話に支障がない（「○○だから、××である」といった２つ以上の情報がつながった話をするができる）
- ☐ 4 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる（「○○だから、××である」といった２つ以上の情報がつながった話をすることはできない）
- ☐ 3 普通に会話はできないが、具体的な要求を伝えることはできる（「痛い」「お腹が空いた」などの具体的な要求しか伝えられない）
- ☐ 2 会話が成り立たないが、発語はある（発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかったり、何を聞いても「うん」とだけ答える）
- ☐ 1 発語がなく、無言である

④一人で服薬ができますか

※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力がわからない場合は、一人で服薬する場合を想定して評価してください

- ☐ 5 自分で正しく服薬できる
- ☐ 4 自分で用意して服薬できるが、たまに（週１回程度）服薬し忘れることがある
- ☐ 3 ２回に１回は服薬を忘れる
- ☐ 2 常に薬を手渡しすることが必要である
- ☐ 1 服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である

⑤一人で着替えることができますか

※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価してください

- ☐ 5 季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる
- ☐ 4 季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる
- ☐ 3 促してもらえば、自分で着脱衣ができる
- ☐ 2 着脱衣の一部を介護者が行う必要がある
- ☐ 1 着脱衣のすべてを常に介護者が行う必要がある

⑥テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか

※テレビがない場合は、エアコンで評価してください いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品の評価で評価してください

- ☐ 5 自由に操作できる（「複雑な動作」も自分で考えて行うことができる）
- ☐ 4 チャンネルの順送りなど普段している動作はできる（「単純な動作」であれば自分で行うことができる）
- ☐ 3 操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使える（「単純な動作」がわからないことがあるが、教えれば自分で操作することができる）
- ☐ 2 リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない（何をする電化製品かは分かるが、操作を教えても自分で操作することはできない）
- ☐ 1 リモコンが何をするものかわからない

合計

点

LIFE上は自動入力

(見直しの観点の1例) 科学的介護推進体制加算Ⅱ必須項目である服薬情報について

- LIFEにおける服薬情報は、社会保険診療報酬支払基金医薬品マスタに基づいて薬剤名を検索し、入力を行うこととなっている。

科学的介護推進体制加算の薬剤名入力

服薬情報の入力においては、社会保険診療報酬支払基金医薬品マスタに基づくため、成分に加え、規格（下記の場合「250mg」）や屋号（下記の場合「マイラン」）の入力も求められる。また、多剤併用の場合には、薬剤の数だけ入力が求められる。

LIFEにおける入力画面 (科学的介護推進体制加算における服薬情報の編集画面を抜粋)

服薬情報編集

検索条件を入力し、「薬剤名を検索」ボタンを押してください。

薬剤名 マグネシウム

剤形 ▼ Q 薬剤名を検索

薬剤名検索結果

	医薬品コード	剤形	薬剤名称
☐	622171401	内用薬	酸化マグネシウム錠250mg「マイラン」
☐	622171501	内用薬	酸化マグネシウム錠330mg「マイラン」
☐	622171601	内用薬	酸化マグネシウム錠500mg「マイラン」

表示件数 10 ▼

← 前の 10 件

9 件中 1 ~ 9 件表示

次の 10 件 →

社会保険診療報酬支払基金医薬品マスタ（抜粋）

品名	規格・単位	薬価	薬効分類	経過措置日又は使用期限	麻毒	収載方式	施行日	請求コード
重質酸化マグネシウム「ケンエー」	g	1.56円	234			局方品	令和7年4月1日	610409005
重質酸化マグネシウム シオエ	g	1.56円	234			局方品	令和7年4月1日	610409006
酸化マグネシウム「コザカイ・M」	g	1.13円	234			局方品	令和7年4月1日	610409229
酸化マグネシウム	g	0.93円	234			局方品	令和7年4月1日	612340024
重質酸化マグネシウム「ニッコー」	g	1.65円	234			局方品	令和7年4月1日	612340099
重質酸化マグネシウム「三恵」	g	0.93円	234			局方品	令和7年4月1日	612340140
重質酸化マグネシウム〈ハチ〉	g	1.00円	234	令和8年3月31日		局方品	令和7年4月1日	620000655
重質酸化マグネシウム「東海」	g	1.56円	234			局方品	令和7年4月1日	620000656
酸化マグネシウム錠250mg「TX」	錠	5.90円	234			一般名薬価基準収載	令和7年4月1日	620003953
酸化マグネシウム錠330mg「TX」	錠	5.90円	234			一般名薬価基準収載	令和7年4月1日	620003954
酸化マグネシウム錠250mg「モチダ」	錠	5.90円	234			一般名薬価基準収載	令和7年4月1日	620005433
酸化マグネシウム錠330mg「モチダ」	錠	5.90円	234			一般名薬価基準収載	令和7年4月1日	620005434
酸化マグネシウム「JG」	g	1.00円	234			局方品	令和7年4月1日	620008426
酸化マグネシウム原末「マルイシ」	g	1.56円	234			局方品	令和7年4月1日	620476101
酸化マグネシウム「NP」原末	g	1.56円	234			局方品	令和7年4月1日	620476105
酸化マグネシウム錠250mg「ヨシダ」	錠	5.90円	234			一般名薬価基準収載	令和7年4月1日	620476901
酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	錠	5.90円	234			一般名薬価基準収載	令和7年4月1日	620477001
酸化マグネシウム錠200mg「ヨシダ」	錠	5.90円	234			一般名薬価基準収載	令和7年4月1日	621412101

(見直しの観点の1例) 科学的介護推進体制加算における服薬情報の背景と現状

背景

高齢者の医薬品利用の問題点の1つにポリファーマシーが挙げられる。ポリファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下の問題につながる状態である。

何剤からポリファーマシーとするかについて厳密な定義はなく、患者の病態、生活、環境により適正処方も変化する。薬物有害事象は薬剤数にほぼ比例して増加し、6種類以上が特に薬物有害事象の発生増加に関連したというデータもある(図1)。一方、本質的には服薬内容が重要であり、ポリファーマシーの是正に際しても薬剤数のみに着目するのではなく、安全性の確保からみた処方内容の適正化が求められる。

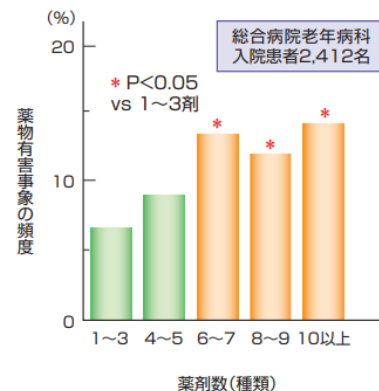
(高齢者の医薬品適正使用の指針総論編(2018年5月厚生労働省)より厚生労働省老健局老人保健課作成)

現状

科学的介護推進体制加算(Ⅱ)を算定している施設の使用薬剤の種類や利用者単位の薬剤数の減薬、追加、変更は把握可能。

一方で、全施設の網羅性はなく薬剤名のみを入力であることから用量が分からず、使用薬剤の使用量や利用者単位での増量、減量は把握できない。

図1 服薬薬剤数と薬物有害事象の頻度



現状の入力情報と変更内容の経過(イメージ)

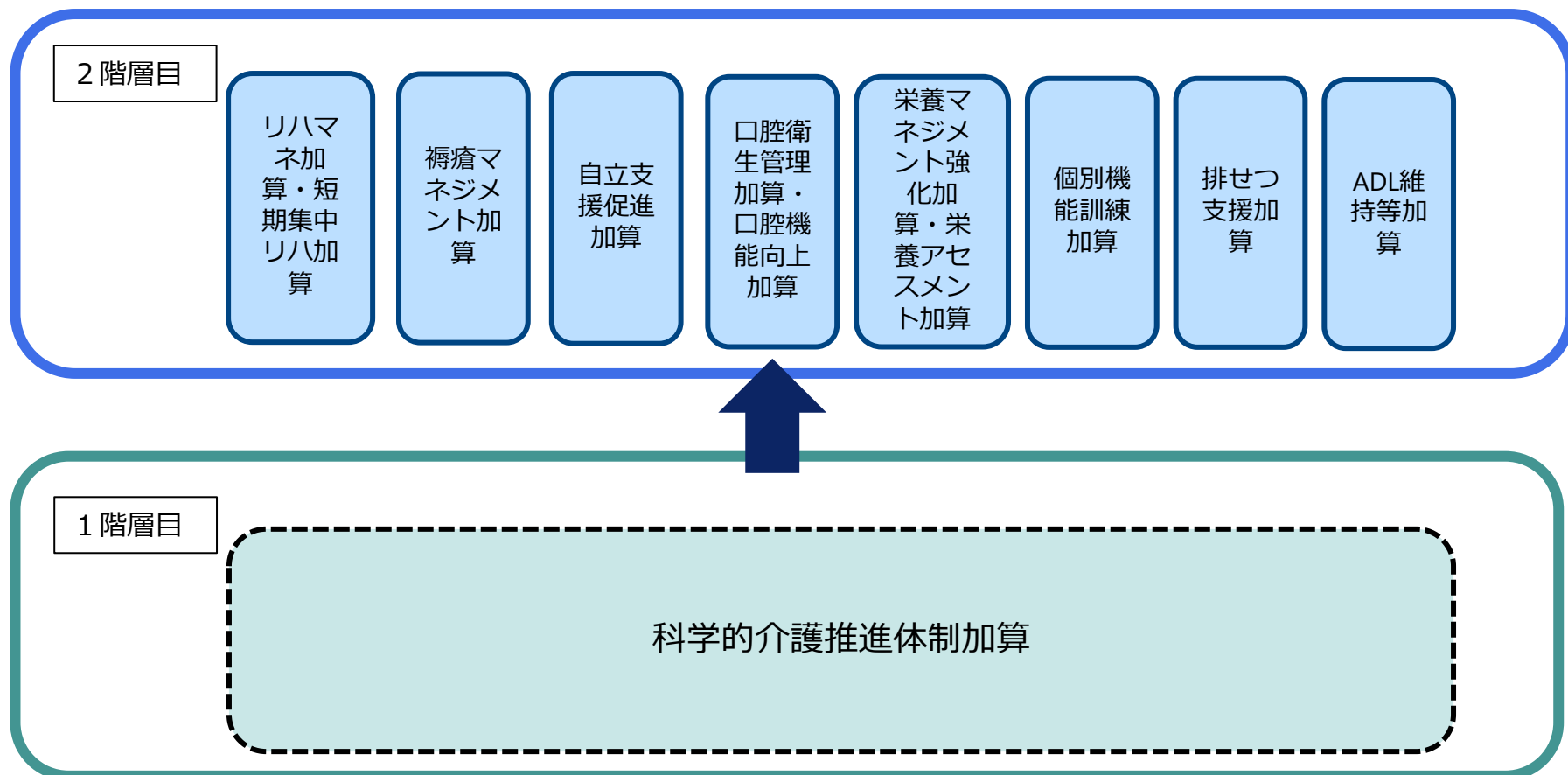
A: 変更なし、B: 増量、C: 減量、D: 減薬、E: 追加、F: 変更

2025/4		2025/7
薬剤名		薬剤名
イグザレルト錠15mg	A ⇒	イグザレルト錠15mg
トルリシティ皮下注 0.75mgアテオス	A ⇒	トルリシティ皮下注 0.75mgアテオス
アムロジン錠2.5mg (1日1錠)	B ⇒	アムロジン錠2.5mg (1日2錠)
センノシド12mg錠 (1日4錠)	C ⇒	センノシド12mg錠 (1日2錠)
マイスリー錠5mg	D ⇒	—
メチコバル錠250μg	D ⇒	—
ロキソプロフェンNa テープ50mg「久光」	D ⇒	—
—	E ⇒	アレグラ錠60mg
タケキャブ錠10mg	F ⇒	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「日医工」

赤字部分は現状の科学的介護推進体制加算では把握ができていない。

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。
- ・階層構造と考える際には、1階層目の項目については広く介護現場で収集可能な項目と整理することをどのように考えるか。



- LIFE関連加算項目の見直しの観点
 - ✓科学的介護推進体制加算について
 - ✓見直しの観点（有用性及び負担について）について
- LIFEの対象範囲について
- 課題と論点

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

C 評価

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

- 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。

利用者フィードバックを活用した1事例

認知症対応型共同生活介護において、利用者フィードバックを用いてカンファレンスを行い、利用者への取り組み内容の見直しを実践した一例

C
評価

フィードバックの中で示される刑事適年化に着目

- 月に1回のカンファレンスにて、ユニットを担当する全職員（介護職員、介護支援専門員（計画作成担当者））でフィードバックを確認した。
- DBD13のうち「特別な理由がないのに夜中に起きて布団から出てしまう」の項目の状態が6か月前は「ときどきある」だったのが、直近では「ほとんどない」に変化していたことがわかった。
- 介護職員からも利用者の直近の様子について情報共有があった。

A
改善

変化が確認された項目について要因の仮説を立て、取り組む内容を検討

- 夜間不穏となる要因は様々あるが、6か月前は入所してから間もない時期であったが、最近は施設での生活に馴染んできて生活リズムができてきたのではないかと考えられた。
- 直近の状態だけでなく、フィードバックからも経時的な変化として確認できたことから、今後も安定した状態が続くことが予想された。
- 上記のことから、夜間の訪室回数を最小限としても問題ないのではと考えた。

P
計画

課題の設定と計画策定

- 夜間の見守りについて、介護計画を変更して巡回の回数を減らし、定時巡回以外はセンサーマットのみによる見守りとし、一定期間様子を見ることにした。

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

- 次に開催されたカンファレンスにて、夜間の見守りの回数を減らした後も不穏になることなく、安眠できているようであることを確認した。
- 今後も引き続き、夜間は定期巡回とセンサーマットのみの対応とすることにした。

LIFEデータを利用した研究の例①

- 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。
- 死亡をアウトカムとし、調整因子として、LIFEで入力を求めている項目から、年齢、性別、Barthel Index、認知症高齢者の日常生活自立度、チャールソン併存疾患指数（診断名から算出）を使用している。

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。

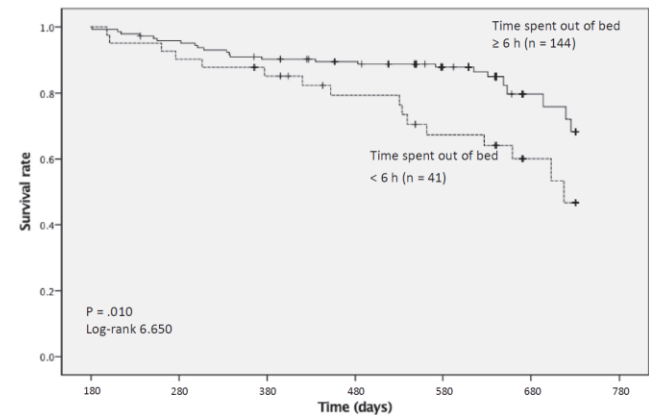


Fig. 2. Kaplan-Meier survival curves for 2 groups of older-adult nursing home residents: those who spent 6 hours or more per day out of bed and those who spent less than 6 hours per day out of bed.

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 [†]
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.

[†]Differences in these baseline variables between groups L and S were assessed using the Mann-Whitney U test for continuous variables and the χ^2 test for categorical variables.

1. Kinoshita S, Shimizu A, Yamada N, et al. Association between Mortality and Time Spent Out of Bed in Older-Adult Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2025;26(3):105458. doi:10.1016/j.jamda.2024.105458

LIFEデータを利用した研究の例②

- LIFEに提出する項目間の関連性をスピアマン順位相関係数を用いて調べている。
- 食事への本人の意欲、食欲、食事の満足度、食事に対する意識、摂取栄養量（エネルギー、たんぱく質）、6カ月以上の体重減少の相関を調査している。

Impact of Motivation for Eating Habits, Appetite and Food Satisfaction, and Food Consciousness on Food Intake and Weight Loss in Older Nursing Home Patients

Wakabayashi.H et al

研究内容：2022年4月から2023年3月までの施設入所者のLIFEデータを解析する後ろ向きコホート研究。LIFEデータより、年齢、性別、認知症、体重、Barthel Index (BI)、食事形態、食事への本人の意欲、食欲・食事の満足度、食事に対する意識、摂取栄養量（エネルギー、たんぱく質）等を収集。

研究結果：対象者748人のうち、経口摂取のない15人、経管栄養利用の2人、データ欠損のある395人を除外し、336人（平均年齢87.4±8.1歳、女性259名（77%））を研究対象とした。

スピアマン順位相関係数では、食事への本人の意欲と食欲、食事の満足度、食事に対する意識は強い正の相関があった（ $p < 0.001$ ）。食事への本人の意欲、食欲、食事への満足度、食事に対する意識と摂取エネルギー量は弱い負の相関を示した（ $r = -0.113$, $p < 0.038$ ）。食事への本人の意欲、食欲、食事の満足度、食事に対する意識とたんぱく質摂取量、6カ月間の体重減少は関連を認めなかった。

Table 2. Spearman rank correlation coefficient

	Motivation for eating habits	Appetite and food satisfaction	Food consciousness	Mean daily energy intake	Mean daily protein intake	Mean weight loss over 6 months
Motivation for eating habits	-	0.822*	0.834*	-0.086	-0.024	0.038
Appetite and food satisfaction	-	-	0.805*	-0.113*	0.022	0.102
Food consciousness	-	-	-	-0.090	0.015	0.046
Mean daily energy intake	-	-	-	-	0.851*	-0.175
Mean daily protein intake	-	-	-	-	-	-0.131

* $p < 0.05$.

令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの見直し項目及びLIFEを活用した質の高い介護のさらなる推進に資する調査事業（改定検証調査（令和7年度実施））

令和6年度介護報酬改定の効果検証として、令和7年度に実施する改定検証として下記の調査を実施。

- アンケート調査（LIFE関連加算算定事業所、LIFE関連加算未算定事業所）
LIFE関連加算算定事業所には、科学的介護推進体制加算等の算定の際にアセスメントの負担となっている項目※1）や入力の負担となっている項目、LIFE関連加算未算定事業所には、LIFE導入の障壁となっている事由※2）について調査予定としている。
フィードバックについても活用状況を調査し、フィードバックのどの項目を活用しているか※3）の調査を実施する。
- ヒアリング調査
- 介護保険総合データベース分析

LIFE関連加算算定事業所へのアンケート項目（一部抜粋）

※1）科学的介護推進体制加算の項目のうちアセスメントの負担の大きい項目を調査

科学的介護推進体制加算に含まれる項目について、アセスメントの負担（項目ごと）が大きい指標を選んでください
※問1(1)で①～③を選択された方（現在科学的介護推進体制加算を算定している方）にお聞きします
※当てはまるもの全てに☑をしてください

☐	① ADL
☐	② 身長/体重
☐	③ 低栄養状態のリスクレベル
☐	④ 栄養補給法
☐	⑤ 食事形態
☐	⑥ とうもろこし
☐	⑦ 食事摂取量
☐	⑧ 必要栄養量
☐	⑨ 提供栄養量
☐	⑩ 嚥下
☐	⑪ 嚥下の使用
☐	⑫ むせ
☐	⑬ 歯の汚れ
☐	⑭ 歯肉の腫れ・出血
☐	⑮ 認知症の診断（アルツハイマー病/血管性認知症/レビー小体病/その他）
☐	⑯ 生活・認知機能尺度
☐	⑰ Vitality index（意思疎通）
☐	⑱ 診断名
☐	⑲ 服薬情報
☐	⑳ その他任意項目（ ）
☒	㉑ 特に計測負担が重たい指標はない

※3）事業所フィードバックで活用しているグラフの調査

科学的介護推進体制加算の事業所フィードバックについて、介護ケア向上のため頻繁に閲覧・確認するグラフを選んでください
※当てはまるもの全てに☑をしてください

☐	① 基本情報—要介護度の割合
☐	② 基本情報—年齢の割合
☐	③ 基本情報—障害高齢者の日常生活自立度の割合
☐	④ 基本情報—認知症高齢者の日常生活自立度の割合
☐	⑤ 総論—ADL合計点
☐	⑥ 総論—ADL合計点の位置比較
☐	⑦ 口腔・栄養—BMIの分布
☐	⑧ 口腔・栄養—口腔関連項目における「あり」の割合
☐	⑨ 認知症—生活・認知機能尺度
☐	⑩ わからない
☒	⑪ 事業所フィードバックは閲覧していない

LIFE関連加算非算定事業所へのアンケート項目（一部抜粋）

※2）LIFE未導入理由の調査

LIFEを利用していない理由を教えてください
(2) ※問5(1)で②もしくは③とご回答した方にお聞きします
※当てはまるもの全てに☑をしてください

☐	① 利用申請の方法など、LIFEシステムの利用開始までの手順がわからない
☐	② LIFEやLIFE関連加算についてよく知らない
☐	③ LIFEやLIFE関連加算の意義を理解できない
☐	④ 職員の理解が得られない
☐	⑤ LIFE関連加算の算定要件が複雑で理解できない
☐	⑥ 算定するために提供が必要な利用者のアセスメントが難しい
☐	⑦ 算定するために必要な利用者のアセスメントにかかる負担が大きい
☐	⑧ 算定するために必要な情報をアセスメントできない利用者がいる
☐	⑨ LIFE関連加算で求められるものとは異なる独自のアセスメント方式を使用している
☐	⑩ アセスメントした情報を情報提供のために集約する負担が大きい
☐	⑪ アセスメントした情報をLIFEシステムに入力する負担が大きい
☐	⑫ LIFEシステムに対してデータ連携が可能な介護ソフトを導入していない
☐	⑬ 使用している介護ソフトからLIFEへデータ連携を行う方法が難しい
☐	⑭ LIFEへの提出情報とフィードバック情報を活用したPDCAサイクルによるサービスの質の管理が難しい
☐	⑮ 利用者や家族の同意が得られない
☐	⑯ LIFE関連加算の単位数が少ない
☐	⑰ LIFE関連加算の算定に向けた教育・研修を実施できない
☐	⑱ 加算の算定可否は法人本部が判断している（回答主体の事業所は判断できる立場にない場合に選択）
☐	⑲ その他（ ）
☒	㉑ わからない

- LIFE関連加算項目の見直しの観点
- LIFEの対象範囲について
- 課題と論点

現状、課題、論点

<現状と課題>

- 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告においては、訪問系サービス等の評価の対象とならないサービスや、居宅サービス全体のケアマネジメントにおけるLIFEの活用を通じた質の評価の在り方等について、今後検討していくべきであるとされている。
- 令和3年度及び令和4年度に実施した調査研究事業において、LIFE関連加算の対象ではない事業所を対象に、実際にLIFEへのデータ提出やフィードバックを行うモデル事業を実施したところ、
 - ・ 統一指標による定期的な評価によってケアの質が担保される
 - ・ 事業所におけるアセスメント方法・項目の見直しのためにLIFEがよいきっかけになる
 など、効果を期待する意見があった一方で、
 - ・ 利用者全員を入力する時間を確保するのは難しい
 - ・ 一部項目については場面ごとに状態が異なる可能性がある
 - ・ 共通的な事項等については、サービス事業所間で共有してほしい
 などの課題も指摘されており、評価対象拡大については、さらなる検討が必要である。

<論点>

- 自立支援・重度化防止に資するサービスの提供を推進していく観点から、アウトカムの視点も含めた評価のあり方、対象となるサービスの範囲についてどう考えるか。

これまでの分科会における主なご意見

<LIFE関連加算の対象となるサービスの範囲について>

- 利用者の状態の評価の可視化と共有、事業所のケアの質向上の観点から、項目を精査し、また、負担軽減を図った上で、訪問看護への拡大については、前向きに検討すべきである。
- LIFEが導入されている事業所では、入力が非常に負担になっている。また、現在のLIFEの項目についても、自立支援の概念に基づいたさらなる検討が必要なことや、フィードバックについても十分に行われているとは言えず、今後、フィードバックへの対策が必要となっている状況であり、現時点で対象となるサービスの種類を広げることには反対である。
- 訪問系サービスや居宅介護支援については、これまでの状況を総括した上での検討が必要であるが、現状を踏まえると、充実したフィードバックが不十分であり、PDCAサイクルを回すノウハウや、入力データの精緻化も課題となっており、新たなサービス種別の追加については、慎重に判断すべきである。

- ※ 第225回介護給付費分科会における事業所ヒアリングにおいては、全国定期巡回随時対応型訪問看護協会から、以下について要望があった。
 - ・ 定期巡回サービスと夜間対応型訪問介護において、LIFEの推進および科学的介護推進体制加算の創設
- ※ 第225回介護給付費分科会における事業所ヒアリングにおいては、全国介護事業所連盟から、以下について要望があった。
 - ・ 居宅訪問等を含めたサービスの拡充や新たな関連加算の創設
- ※ 第226回介護給付費分科会における事業所ヒアリングにおいては、全国リハビリテーション医療関連団体協議会から、以下について要望があった。
 - ・ 通所リハビリテーション費における運営基準において、LIFEの利用・活用などを組み合わせた運営基準を導入すること

LIFE関連加算の対象となるサービスの範囲について

論点

- 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告において、訪問系サービス等のLIFEの対象とならなかったサービスや、居宅サービス全体のケアマネジメントにおけるLIFEの活用を通じた質の評価の在り方等について、今後検討していくべきであるとされたところ。
- LIFE関連加算の対象ではない事業所を対象に試行的にLIFEを活用したところ、統一した指標の活用によるケアの質向上等に期待する意見もある一方で、同一の利用者に複数の事業所がサービスを提供していることから、各サービスがどのような項目を評価すべきか、また、それに応じて各サービスをどのように評価すべきか検討すべきである等の課題も指摘されている。
- 項目の見直しや負担軽減など取り組むべき課題がある。
- こうした状況を踏まえ、LIFE関連加算の対象となるサービスの範囲について、どのように考えるか。

対応案

- LIFEのさらなる推進に向けて、令和6年度改定においては、項目の見直しや負担軽減、フィードバックの改善等に取り組むこととし、対象サービスは拡大しないこととしてはどうか。
- その上で、令和6年度改定における対応も踏まえ、現在対象となっていない訪問系サービス等に適した評価項目や、同一の利用者にサービスを提供している複数の訪問系事業所等について、各サービスをどのように評価すべきか等について、引き続き検討することとしてはどうか。

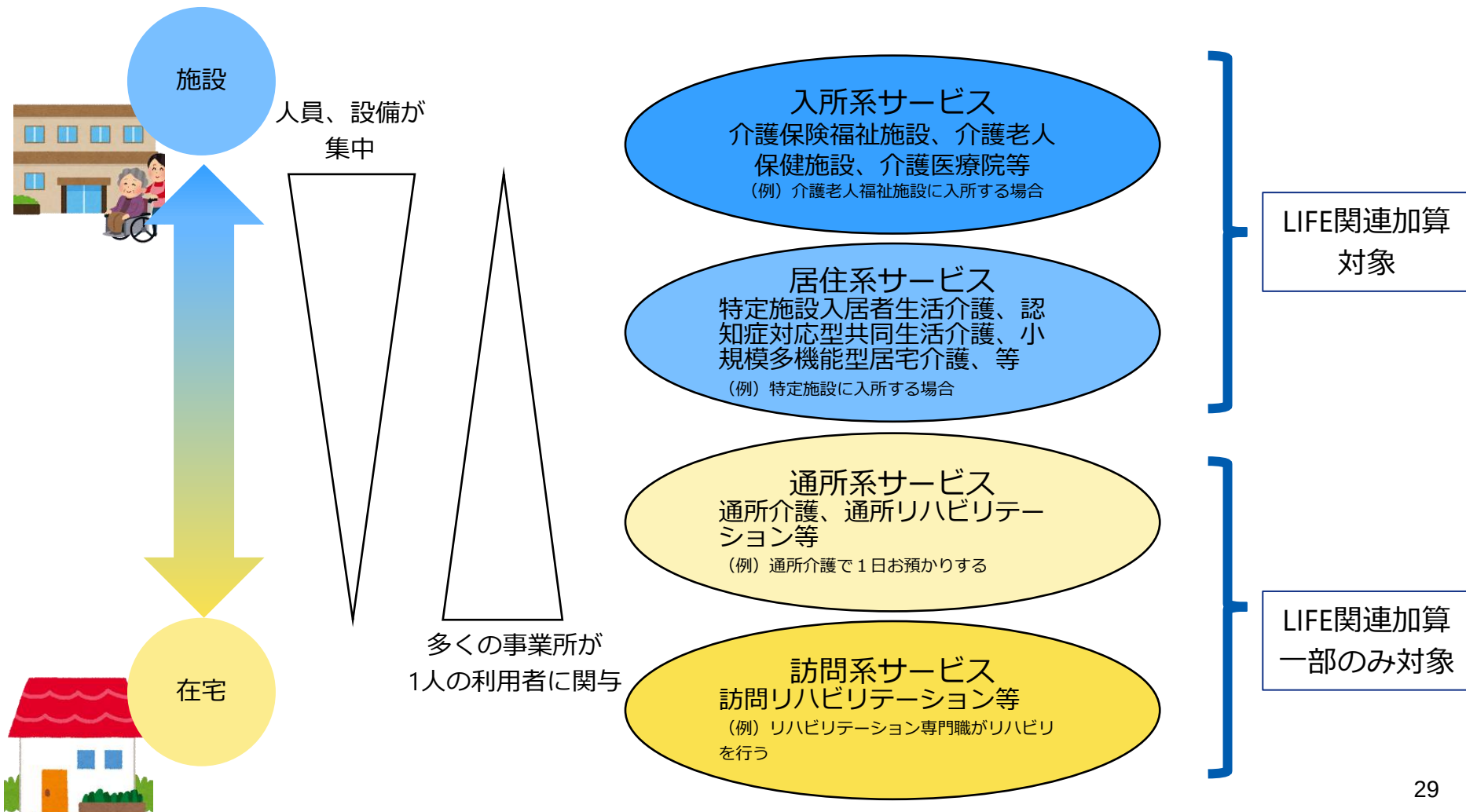
令和 6 年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

【LIFE 関連加算の対象となるサービスの範囲】

- 今回の介護報酬改定においては、LIFE の入力項目の見直しや負担軽減、フィードバックの改善等に取り組むこととし、対象サービスは拡大しないこととしたが、LIFE のさらなる推進に向けて、訪問系サービスや居宅介護支援等の評価の対象となっていないサービスに適した評価項目や、同一の利用者に複数の事業所がサービスを提供していることを踏まえ、各サービスをどのように評価すべきか等の課題について、引き続き検討していくべきである。

介護保険サービスの体系について

- 介護保険で提供される介護サービスは、施設で提供される入所系サービスから、利用者宅で提供される訪問系サービスまで様々なサービスがある。
- 通所系サービスと訪問系サービスについては、LIFE関連加算の対象は一部のサービスのみとなっている。



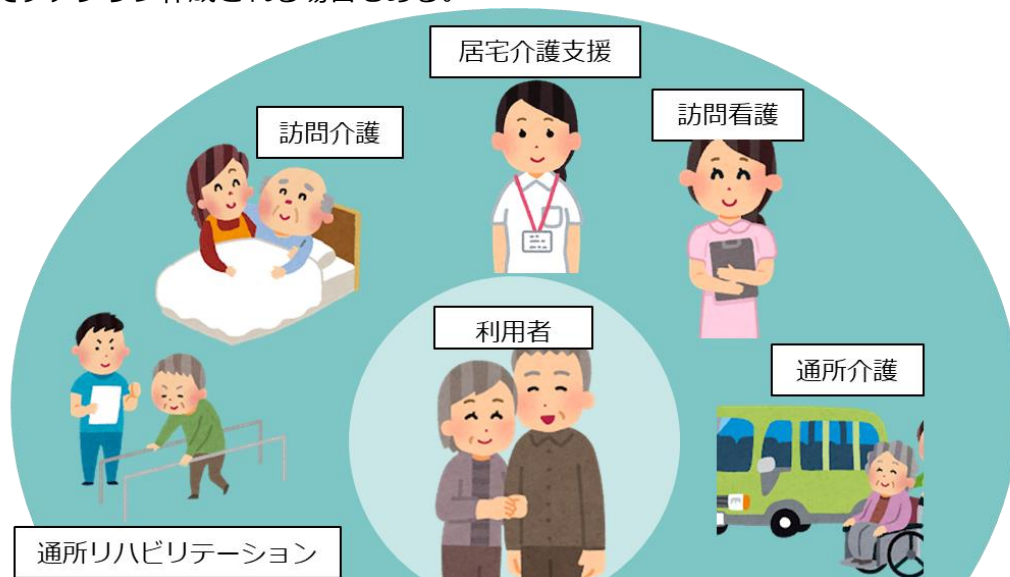
居宅における事業所間の連携について

- ・ 居宅の利用者には、様々な訪問系サービス、通所系サービスが提供されている。
- ・ 利用者の状態により、複数のサービスが組み合わせて提供される場合や、同じサービスを複数の事業所から提供されている場合がある。

訪問系サービス、 通所系サービス一覧

訪問介護
訪問入浴介護
訪問看護
訪問リハビリテーション（予防含む）
居宅療養管理指導
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）
療養型通所介護
通所リハビリテーション（予防含む）
短期入所生活介護
短期入所療養介護
福祉用具貸与
居宅介護支援
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
夜間対応型訪問介護

介護保険サービスは、ケアマネジャーが利用者の状況把握や希望の聴取等を行い、ケアプランを作成し介護サービスが提供される。その際に利用者の状況に応じて複数のサービスを組み合わせてケアプラン作成される場合もある。



居宅サービスの利用状況

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

*重複あり

在宅サービス重複利用状況

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

*在宅サービス利用者に分類された者における割合

奈良県KDB改良データにおける2022年度の介護レセプトデータを用いて、在宅サービス利用者（35,909人）のサービス利用状況の調査を実施。

訪問介護、通所介護の利用が多く、対象者の約半数が複数サービスを組み合わせて利用している。

令和6年度 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」 30

- LIFE関連加算項目の見直しの観点
- LIFEの対象範囲について
- 課題と論点

現状、課題及び論点

LIFE関連加算項目の見直しの観点

現状・課題

- 令和6年度介護報酬改定において、入力項目の見直しを行ったが、異なる加算の間で重複する項目があり、事務負担になっていると考えられる。
- 令和6年度介護報酬改定の審議報告において、引き続き入力項目やフィードバックの検討を行っていくべきとされている。
- 入力負担について、例えば、科学的介護推進体制加算（Ⅱ）の算定時に提出必須である薬剤名のLIFEへの入力、社会保険診療報酬支払基金医薬品マスタを利用するため、規格（〇〇mg）や屋号（会社名）の情報の入力も求められ、一定の事務負担が生じている。
- 科学的介護推進体制加算については、第2回検討会で、分野横断的に基礎的な情報を収集する加算であると整理する案をお示したところ。
- LIFEの入力項目から利用者フィードバック、事業所フィードバックが作成されており、ケア改善に有用だった事例がある。
- LIFEの入力項目から、調整因子も含めてデータ解析がなされ、新たな知見が得られた研究がある。
- 令和7年度に実施する改定検証調査において、アセスメントの負担となっている項目や入力の負担となっている項目等を把握することとなっている。

論点

- 仮に、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整理するとした場合、その項目をどのように考えるか。その際、例えば、科学的介護推進体制加算の項目の一つである薬剤情報の入力について、服薬薬剤数と薬物有害事象の頻度の関係等を踏まえ、どのように考えるか。
- また、LIFE関連加算の項目を整理するにあたり下記の観点を考慮して整理することをどのように考えるか。
 - ✓ 有用性（フィードバックに活用する観点及び研究に活用する観点）
 - ✓ 負担（アセスメントを実施する上での負担及び入力する上での負担）
- 特に項目の負担を検討する上では、改定検証調査の結果等を踏まえることについてどのように考えるか。
- 具体的には、後に示す「介護報酬改定に向けた今後の検討スケジュール（案）」のとおり進めてはどうか。

現状、課題及び論点

LIFEの対象範囲について

現状・課題

- LIFE関連加算の対象となるサービスについては、介護給付費分科会や令和6年度介護報酬改定の審議報告で指摘されているところ。
- LIFE関連加算は、主に人員・設備が集中している施設系、居住系サービスを対象となり、複数の事業所が関与することがある通所系、訪問系のサービスは一部のみが対象となっている。

論点

- 訪問系サービス、通所系サービスについては、ひとりの利用者に複数事業所が介入することや、事業所において人員・設備が集中しているとは言えないこと等を踏まえ、LIFE関連加算の対象をどのように考えるか。

介護報酬改定に向けた今後の検討スケジュール（案）

