

○崎本研究員 定刻になりましたので、ただいまより検討会のほうを開催させていただきたいと存じます。

本日はお忙しい中、本検討会にお集まりいただき、誠にありがとうございます。

本日、司会を務めさせていただきます国立長寿医療研究センター予防老年学研究部の崎本と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本検討会は、動画配信システムでのライブ配信により一般公開で議事を進めさせていただきます。これよりライブ配信を開始いたしますので少々お待ちください。ありがとうございます。

では、定刻になりましたので、第1回「『科学的介護情報システム（LIFE）のあり方』検討会」を開会させていただきます。

構成員の皆様におかれましては、お忙しい中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

本会議は、動画配信システムでのライブ配信により一般公開する形としております。アーカイブ配信はいたしませんので、会議開催時間帯のみ視聴可能となっております。なお、配信御視聴の方におかれましては、配信画面あるいは内容を許可なくほかのウェブサイトや著作物等へ転載することが禁止されておりますので、御留意いただきますようお願いいたします。

開会に先立ちまして、国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究センター、センター長、島田裕之より挨拶申し上げます。

○島田センター長 本日は大変お忙しい中、構成員の先生方におかれましては本検討会への御出席、誠にありがとうございます。事務局を代表いたしまして一言御挨拶させていただきます。

本検討会は、科学的介護に向けた質の向上支援等事業により、国立長寿医療研究センターが厚生労働省老健局老人保健課の協力を得て行うものでございます。

LIFEにつきましては、令和3年度介護報酬改定より運用が開始されたところでございますが、介護現場におけるデータ入力やその後の活用方法にはまだまだ課題が残されているといった現状かと思われます。

本検討会におきましては、これまでの運用で浮かび上がった課題等を踏まえまして2027年度改定へ向けた今後の見直しに向けて、よりよいLIFEの在り方を検討していただきたいと思いますと考えておるところでございます。具体的には、LIFE関連加算の構造やLIFEフィードバックの在り方、業務負担を軽減するための項目の整理等々、挙げられようかと思います。何とぞ御議論のほど、よろしくお願い申し上げます。

簡単ではございますが、事務局より一言御挨拶をさせていただきました。どうぞよろし

くお願いいたします。

○崎本研究員 先生、ありがとうございます。

続いて、構成員の皆様を五十音順で御紹介申し上げます。

東京都健康長寿医療センター理事長兼センター長、秋下雅弘構成員。

公益社団法人日本医師会常任理事、江澤和彦構成員。

一般社団法人シルバーサービス振興会常務理事、久留善武構成員。

大阪人間科学大学社会福祉学科教授、武田卓也構成員。

公益社団法人日本看護協会常任理事、田母神裕美構成員。

一般社団法人日本慢性期医療協会副会長、中尾一久構成員。

公益社団法人日本栄養士会常任理事、西村一弘構成員。

一般社団法人全国デイ・ケア協会副会長、野尻晋一構成員。

公益社団法人日本歯科医師会常任理事、野村圭介構成員。

公益社団法人全国老人保健施設協会会長、東憲太郎構成員。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会、特別養護老人ホーム経営委員会委員長、古谷忠之構成員。

福岡国際医療福祉大学看護学部教授、松田晋哉構成員。

なお、本日の出席状況ですが、武田構成員より御欠席の御連絡をいただいております。

本検討会につきましては、座長は構成員の互選により選出したいと考えておりますが、どなたか御推薦いただけますでしょうか。

江澤先生、お願いいたします。

○江澤構成員 日本医師会の江澤と申します。

私からは、老年医学に長く携わっておられ、科学的介護についても深い知見をお持ちの秋下構成員が適任であると考えております。したがって、秋下構成員を推薦させていただきたいと思っております。

○崎本研究員 ありがとうございます。

ただいま秋下構成員を御推薦いただきましたが、ほかに御意見ございますでしょうか。

特にございませんようですので、本検討会の座長は秋下構成員にお願いするということによろしいでしょうか。

(首肯する構成員あり)

○崎本研究員 それでは、皆様の御賛同をいただきましたので、秋下構成員に本検討会の座長をお願いいたします。

秋下座長より御挨拶と座長代理を御指名いただきたいと思いますと考えております。

秋下座長、お願いいたします。

○秋下座長 皆様、座長への御指名、ありがとうございます。非常にこのLIFEの検討会、重要であるということはよく認識しておりますので、謹んでお務めしたいと思います。

そうそうたるメンバーから構成されているこちらの検討会でございますので、なるべく

皆さん方の意見をしっかりと吸い上げるような形で、私が独断専行にならないと思いますけれども、そのような形で進められればと考えております。ぜひよろしくお願いいたします。

それから、座長代理を御指名させていただけるということで、よろしければということですが、公衆衛生に長く携わっておられまして介護を含めデータ分析に深い知見をお持ちでいらっしゃいます福岡国際医療福祉大学の教授でいらっしゃいます松田晋哉構成員を座長代理に指名させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(構成員、首肯)

○秋下座長 では、そのようにお願いしたいと思います。

○崎本研究員 秋下先生、ありがとうございます。

それでは、松田構成員に本検討会の座長代理をお願いしたいと思います。何とぞよろしくお願いいたします。

議事に入る前にお手元の資料の確認とオンライン会議の運営方法の確認をさせていただきます。

初めに、資料の確認を行います。

本日は画面共有機能により資料を投影しながら進行いたしますが、必要に応じて、電子媒体でお送りしております資料を、お手元で御覧いただければと存じます。

まず議事次第と設置要綱、構成員名簿がございます。

次に、資料1として「LIFEの経緯、現状と課題・論点について」がございます。

次に、オンライン会議における発言方法等について確認させていただきます。

会議中は原則としてカメラをオン、マイクをオフとするようお願いいたします。御発言される場合は、オンライン会議システムの挙手機能により意思表示をお願いいたします。挙手しているにもかかわらず発言希望の御意思が会場に伝わっていないと思われる場合は、お手数ですがカメラに向かって通常の会議のように挙手をいただくか、チャット機能等で御意思をお伝えいただければと思います。

本日の会議につきましては、議事録の正確性を期するため、本検討会の録画をさせていただきます。御了承のほど、何とぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に移りたいと思います。

ここからの進行は秋下座長にお願いしたいと存じます。秋下座長、よろしくお願いいたします。

○秋下座長 それでは、改めまして、皆さん、どうかよろしくお願いいたします。議事に沿って進行したいと思います。

まず設置要綱について、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○崎本研究員 ありがとうございます。

設置要綱について説明させていただきます。

「令和7年度科学的介護に向けた質の向上支援等事業『科学的介護情報システム(LIFE)

のあり方』検討会 設置要綱」となります。

「１．設置背景と目的」。

介護サービスの質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活用していくことを目指すとともに、介護施設・事業所において質の高いケアを提供していくため、令和３年度介護報酬改定において科学的介護情報システム（LIFE）が導入された。

一定の介護事業所で科学的介護推進体制加算等のLIFE入力を要件とする加算（LIFE関連加算）が算定され、データの蓄積が進むとともに、事業所へのフィードバックの提供も行われている。

LIFEの活用が一定程度進んでいる現状の中で、浮かび上がった議題、課題等を踏まえ、今後の見直しに向けて検討するもの。

「２．主な検討事項」。

LIFE及びLIFE関連加算の在り方について。具体的には例えば以下のとおり。

LIFEの活用が一定程度進んだ中で、エビデンスの基盤という観点から、LIFE関連加算の構造をどのように考えるか。

現場での介護サービスの質の改善という観点から、LIFEに含まれる項目やフィードバックについてどのように考えるか。

ケアの質の維持・改善という目的に資するものとするとともに、現場の負担を軽減することについてどのように考えるか。

訪問系サービスについて、LIFEの対象としてどのように考えるか。

「３．本検討会の運営等」。

本検討会は、令和７年度厚生労働省介護保険事業費補助金（科学的介護に向けた質の向上支援等事業）により設置される。

本検討会の運営は、国立長寿医療研究センターが厚生労働省老健局老人保健課の協力を得て行う。

本検討会の構成員は別添の構成員名簿のとおりとする。

本検討会の審議は原則公開とし、議事録についても公開とする。

以上となります。

○秋下座長 ありがとうございました。

ただいまの事務局からの説明につきまして、御不明点がある方はリアクションのところの手を挙げるボタン、挙手ボタンをクリックして挙手をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。この時点ではよろしいでしょうか。

では、次に、資料１「LIFEの経緯、現状と課題・論点について」について、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○渡邊介護保険データ分析室長 厚生労働省老健局老人保健課、渡邊でございます。

事務局の一部ということで資料１について説明させていただきます。「LIFEの経緯、現状と課題・論点について」でございます。

まず2ページ目を見ていただきまして、本検討会の趣旨等についてまとめさせていただいております。介護サービスの質について、科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し、介護現場で活用することを目的として、令和3年度介護報酬改定で科学的介護情報システム（LIFE）が導入されました。本検討会は一定程度活用が進んでいる中で、浮かび上がった課題等を踏まえ、今後のLIFEの見直しについて検討するものと位置づけてございます。

LIFEの現状・課題としての主な点として4つございます。

1つ目、多くのLIFE関連加算があり、要件を満たせばそれぞれの加算を独立して算定可能となっている。

2つ目、提出した項目の集計後、介護事業所へ多様な情報をフィードバックとして提供している。

3つ目、LIFE関連加算の項目入力で多くの入力項目を求めている。

4つ目、主な対象は施設系のサービスとなっている。

下のところですが、現状や課題から浮かび上がった各論点について検討を行いまして、年内をめどに取りまとめを行うというスケジュールとしてございます。

3ページ目、本資料1の構成になってございます。

1ポツ目、科学的介護情報システム（LIFE）の概要について。

2つ目、議論の経緯について。

そして、3つ目、課題と論点としてございます。

4ページ以降、科学的介護情報システム（LIFE）の概要についてでございます。

5ページ目、これまでの取組の経緯についてでございます。VISIT・CHASEを前身として令和3年度介護報酬改定でLIFEの運用を開始しております。LIFEの利活用促進のため、マニュアルや好事例集の作成、研修会等を実施してございます。

6ページ目、LIFEの取組の全体像でございます。LIFE関連加算の項目を登録し収集されたデータを分析し、介護施設事業所へフィードバックを提供してございます。LIFE関連加算においては、フィードバックを活用しPDCAサイクルを回すことで介護の質向上に努めることを要件としてございます。

7ページ目、LIFE関連加算の一覧でございます。サービス種別ごとに算定できる加算が決まっており、それぞれ提出するデータが異なっております。

8ページ目、LIFEの算定状況でございます。令和6年3月時点では施設系サービス約7割、通所・居宅系サービス約4割が、LIFE関連加算の算定を行っております。

9ページ以降、議論の経緯についてでございます。

10ページ目のところでそれぞれ分けて記載をしてございますが、まず科学的裏付けに基づく介護に係る検討会を説明させていただきます。

11ページ目、平成29年から、科学的裏付けに基づく介護に係る検討会が実施され、科学的に自立支援等の効果を裏づけられた介護サービスの方法論を確立、普及していくための

検討が行われました。

12ページ目、上段に示すとおり、医療分野ではエビデンスに基づく医療の提供がなされておりますが、下段のとおり、介護分野については科学的に効果を裏づけられた介護が実践されているとは言えない状況であり、3マル目に示すように科学的裏づ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とされてございます。

13ページ目、令和元年の検討会の取りまとめにおいて、下段の1マル目、エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止を進めるために、現場・アカデミア等が一体となること。3マル目、科学的に妥当性のある指標を用いること。4マル目、様々な関係者の価値を尊重して検討を行っていくこと、これらは重要であるとされてございます。

14ページ目、CHASEの収集項目についてですが、1マル目で列挙するように信頼性・妥当性があり、科学的測定が可能なもの、データの収集に新たな負荷がかからないもの、国際的に比較が可能なものという基準に準じて選定を行いました。

また、4マル目、収集したデータの分析の結果をフィードバックできる仕組みが必要であるとされ、一番下のマルのように将来的な方向性等として、質の高い介護に対するインセンティブ措置を拡充していくことで、介護パフォーマンスの向上が期待されるとしてございます。

15ページ以降、令和3年度介護報酬改定に向けた議論でございます。

16ページ目、介護の質の在り方については介護給付費分科会において累次の議論を行われてきており、複数年にわたり調査研究事業等を実施し検討を重ねてきました。平成30年には事業者のクリームスキミングなどの弊害の検証やデータベースの構築によりエビデンスを集積し、科学的な効果を裏づけられた介護サービスについては、介護報酬上の評価を加えるべきなどの指摘がなされております。

17ページ目、介護サービスの質を踏まえた介護報酬の評価に関しては、これまでストラクチャー、プロセス、アウトカムという3視点に応じた介護報酬が導入されております。下段のとおり、ストラクチャー評価及びプロセス評価は客観的な評価が可能であり、インセンティブが働きにくいとされております。アウトカム評価は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とされております。

18ページ目、令和3年度介護報酬改定に向けた介護の質の評価に関する議論では、アウトカム評価を導入する際の課題やシステム導入に関する論点についてそれまでの議論を整理した上で、19ページのように定義、評価指標、質の評価の仕組みについて議論が行われました。

20ページ目、令和3年度介護報酬改定では、CHASE・VISITを見直し、利用者のデータを提出してフィードバックを受け、フィードバックに基づき事業所の特性やケアの在り方を検証し、利用者のケア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・ケアの質向上に向けた取組が議論されました。

22ページ目、令和3年度介護報酬改定の具体についてでございます。

自立支援・重度化防止の取組の推進のため、（２）サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進としてCHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクル、ケアの質向上の推進が示されました。これがLIFEの始まりとなっております。

23ページ目、中段ですが、LIFEによる介護サービスの質の評価と科学的介護の取組として、令和3年度介護報酬改定では、科学的介護推進体制加算の新設や、24ページ目のようにADL維持等加算の拡充が行われております。

25ページ目、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告でございます。

1 マル目、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養など多職種が連携した取組の実施状況や効果等について、LIFEを活用しながら検証し、さらなる推進方策を検証、検討することとされました。

また、2 マル目、アウトカム評価については、クリームスキミングによる弊害が生じていないかの検証や、3 マル目、生活期のリハビリテーションの評価方法、また、4 マル目のように褥瘡マネジメントや排せつ支援の評価の在り方について引き続き検討することとされました。

さらに5 マル目のように、訪問系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評価の在り方についても検討課題とされました。

令和6年度介護報酬改定に向けた議論、意見についてでございます。

27ページ目、令和3年度には、LIFEを活用した取組状況の把握、課題の検討を行うための改定検証調査が行われました。

28ページ目、LIFE登録事業所へのアンケート調査において、LIFEの活用で役立った点として赤字で示すようにアセスメントの頻度や方法が事業所内で統一された。利用者の状態や課題を把握しやすくなかったという回答が多かったです。

29ページ目、LIFEの活用については、利用者の状態像変化や状態像を踏まえたケア内容、実施方法の検討が議論されました。多職種連携等の一体的取組においては、LIFEを活用した情報共有が行われました。

30ページ目、ヒアリング調査では、システムに関する課題やフィードバックを活用した取組や活用事例等の要望がございました。

31ページ目、LIFE対象事業所拡大のための訪問介護事業所・訪問看護事業所、居宅介護支援事業所のモデル事業では、長期的な変化が把握できること、32ページで関係者と共有・議論する際に活用していることが分かりました。

33ページから35ページが分科会での主な意見でございます。

まず33ページ、1 ポツ、LIFEの導入により、利用者の自立度の数値化や職員間でのケアの視点の統一といった成果が見られました。

34ページ、5 ポツ、様々なサービス種別が取り組むことを踏まえた評価項目の統一を行うべきといった指摘がされております。

35ページ、1 ポツ、対象サービスについては、LIFEの対象事業所の拡大前にケアの質の向上の観点から項目を精査し、負担軽減を図ることが必要と指摘されました。

36ページ、2 ポツ、科学的介護の推進に向けては、入力負担に係る課題が指摘されていました。

また、36ページ、6 ポツ、フィードバックの充実がPDCAサイクルの推進に資するものとなるようにすることが論点となりました。

37ページが対応案でございますが、入力項目の見直し、データ提出頻度の見直し、フィードバックの見直しについて取組を行うこととされました。

次に、自立支援・重度化防止を重視した評価について、38ページ、6 ポツ、介護保険制度におけるアウトカムの視点も含めた評価について検討を行っていくことと指摘されており、39ページ、LIFE関連加算において新たなアウトカムや簡素化の観点から見直しを行うこととされました。

令和6年度介護報酬改定についてでございます。

41ページ、それから、42ページにわたるところですけれども、LIFEを活用した質の高い介護のため、科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算について、入力負担軽減の観点より見直しを行い、アウトカム評価の充実のための加算の見直しも行われました。

43ページから45ページでございます。LIFE全体に関わる見直しとして、入力項目・データ提出の見直しを行い、猶予期間を設けて加算ごとに異なっている提出月を同月に提出できるようにいたしました。

また、45ページですけれども、フィードバックの表示を見直し、ブラウザ上で層別化等の設定を可能とし、操作性・視認性を向上させました。全国値やサービス種類、都道府県、平均要介護度等に対する自施設との比較を可能といたしました。

46ページ、令和6年度介護報酬改定に関する審議報告でございます。

LIFEを活用した質の高い介護の推進のため、検討のサイクルや現場の活用状況を踏まえた入力項目、フィードバックの検討、より適切なアウトカム評価の検討について指摘をされております。

LIFE関連加算の対象サービス範囲について、LIFEのさらなる推進に向けて適切な評価項目や複数事業所がサービス提供していることを踏まえて検討していくべきとされてございます。

48ページ以降、現状、課題と論点をまとめてございます。

48ページ、現状、課題でございます。

まず1 マル目、LIFE関連加算を算定している事業所は増加しており、令和6年3月時点では施設系サービスが約7割、通所・居宅系サービス約4割がLIFE関連加算の算定を行っており、増加傾向でございます。

2 つ目、LIFE関連加算は独立して算定可能ですが、データの提出項目の中に重複した入力項目があり、提出の負担になってございます。

3つ目、データ提出からフィードバックの確認まで一定の時間を要しており、リアルタイムでの情報把握は困難であるといった現状がございます。

そして、最後のポツのところで、令和6年度の介護報酬改定の審議報告についてまとめをしてございます。検討サイクルの見直し、入力項目やフィードバックの検討、LIFEの対象となっていないサービスへの適した評価項目との検討等について指摘をされてございます。

49ページ、論点でございます。

論点4つ、これは今回の検討会の中で検討の対象となると考えられる論点、列挙してございますが、少し補足としましては、この4つの論点について、今日、結論を得るというよりも、これから具体的にこの論点それぞれに沿ってより詳細な資料を出した上で議論していただきたいと考えてございますが、今回の検討会の中での論点、改めて最初に提示していくということで、総論的な御意見を含めて、本日いただければというところでございます。

論点ですが、1つ目、LIFEの利用が一定程度進んだ中で、エビデンスの基盤という観点から、LIFE関連加算の加算構造についてどのように考えるか。

2つ目、現場でのケアの質の改善という観点から、LIFEのフィードバックの在り方をどう考えるか。

3つ目、LIFE関連加算がケアの質の維持・改善という目的に資するものとするとともに、現場の業務負担を軽減するという観点で、項目を整理することについてどのように考えるか。

4つ目、訪問系サービス等におけるLIFEの在り方についてどのように考えるか。

そして、50ページ以降、参考資料でございます。

令和3年度介護報酬に向けた分科会での意見、かなり本資料のほうでは割愛をさせていただきましたが、令和3年度介護報酬改定に向けては相当分科会で御議論いただいたというところでございますので、こちらの参考資料に意見をまとめさせていただいております。

それから、67ページ以降で医療・介護データ基盤の整備についてというところも参考としてお示ししているところでございます。

事務局からの説明、以上でございます。

○秋下座長 御説明、ありがとうございました。

それでは、ただいまの事務局からの説明につきまして御意見がある方は挙手ボタンをクリックして御発言をお願いしたいと思います。今日はもうこの議題1点でございますので、こちらの意見交換につきまして大体1時間強を予定しておりますので、どうぞ活発な御議論をお願いいたします。いかがでしょうか。また今後の検討会で細かく議論していく点が多いのではないかなと思いますので、まずは今の説明等で気になった点などを御質問等いただいてもよろしいかなと。

それでは、野尻構成員から手が挙がりましたので、よろしくお願いします。

○野尻構成員 デイ・ケア協会の野尻です。

この論点整理のところにもあるのですが、そもそもこのデータの活用として、いわゆるデータをためて使うことがメインなのか、それともリアルタイムとかはなかなか課題が今回も挙がっていますけれども、そういう現場で即効性のあるものとしても使うという設定でこの科学的介護というものが位置づけられているのかというのが、どちら側がメインあるいは両方進めていくのですということなのかはいかがでしょうか。

○秋下座長 事務局、よろしくお願いします。

○渡邊介護保険データ分析室長 事務局でございます。

恐らく設立の経緯というところとこれまでの議論においては多分どちらもということになるのだと思います。ただ、今回論点として挙げさせていただいたところでは、運用してみて分かったことというのをもたくさんあると思っておりますので、データをためてそれをどうこうすること、それから、即効性のあることというようなことを考えたときに現状、通知の中でPDCAサイクルを回すと記載がございますが、この辺り、どのように考えるかと、現場と、それから、このシステムの間でどのように連携していくかというところが非常に重要なところだと思ひまして、その辺りの御意見をいただければと考えているところでございます。

○秋下座長 野尻構成員、よろしいでしょうか。

○野尻構成員 分かりました。一応両方を見据えてやるということでよろしいですね。

○秋下座長 ほか、いかがでしょうか。

今の点に関しまして、そうしましたら、私のほうからで、そのデータのフィードバックについては、一定の期間あるいは前年度とかかなり古くなってしまうかもしれませんが、それぐらいの同じような状態の方の数値化できるようなものについて数値化したようなものというのがある程度示されて、それに照らし合わせてこの個々の症例がどういう状況に今あるのかみたいなものが見られるというようなイメージでございますでしょうか。

何か私はそのようなものが出るのかななんて思ったのですけれども、例えば私ども急性期医療では結構そういうことをやっているわけですが、一番現場でよく使うのがDPCを使っておりますので、そうすると、DPCのⅡ期が何日みたいなのがあって、この症例のこの病名群だとDPCの平均在院日数がⅠ期は何日でⅡ期は何日とⅡ期を超えないようにみたいなのが平常求められていて、その日数からするとこの症例がどういう状況にあるのかみたいなことが分かって、少しケアの場合はまた違うとは思いますが、アウトカムとして急性期医療としてはもう少し早く退院させるように治療していかなければいけないのではないかと思いますことを考えるわけですね。

そのようなイメージで何が出てくるのかというのは別として、返し方というのはそういうようなものになるのかですね。本当に昨日までのデータが何か出てくるというのは難しいのかなと思っているので、ある程度の期間の前の統計値が何か示されるのかなという感じなのですけれども、その辺の感覚というのはありますでしょうか。

○渡邊介護保険データ分析室長 先生、事務局にいただいた御質問でよろしいですか。

○秋下座長 そうです。

○渡邊介護保険データ分析室長 まず現状を御説明させていただきますと、フィードバックは利用者フィードバックと、それから、事業所フィードバックという形で分かれてございます。恐らくDPCデータに基づくようなこの病院のパフォーマンスみたいなものにどちらかというに近いもので言うと恐らく事業所フィードバックになると思っていまして、事業所フィードバックについては例えば要介護度でいいますと、この事業所の要介護度の平均は幾つで、それが全国平均に比べると幾つでといったようなものが返されるといったような形になってございます。

それから、利用者フィードバックについては本当に個々の利用者それぞれについてフィードバックがなされるということでございまして、仮に入所者Aさんがいるとすれば、そのAさんについての様々な統計値について全国平均など、それから、同じ都道府県のところと比べてどれくらいというのが返されるとというのが現状でございます。

即時性のお話をしますと、介護の質の改善という意味では、これは介護現場の方々、先生からも御意見いただきたいところですが、基本的にはやはり利用者それぞれの単位の中でケアプランをつくり、そして、ケアの質を改善していくという中で、求められるものとしてはかなり即時性が高いものが求められているというところですが、現状はすぐには返せていないというところでございます。

一旦現状の説明は以上でございます。

○秋下座長 分かりました。私の大体イメージしているところと合致するかなと思います。ありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。

久留構成員、お願いいたします。

○久留構成員 ありがとうございます。

私どもシルバーサービス振興会、今回構成員に加えていただいたのは、多分民間介護事業推進委員会という前提があつてのことだろうと思っております。民間介護事業推進委員会というのは主に居宅系、訪問系のサービスを中心とした団体で構成されておりますので、その前提で御質問なのですが、論点の中にございます訪問系サービス等についてLIFEの対象としてどう考えるかというのがありますが、これは当初、LIFEが検討されたときの厚生労働省の御説明では、基本的には全てのサービスに導入をしていくということが前提にあつて準備できたものから着手していくという御説明だったと理解をしていて、訪問系サービス等についてはLIFEの対象として考えられているという前提なのですが、これは論点にありますようにLIFEの対象としてどう考えるかというのは白地で考えていくことの理解なのでしょうか。それとも、この設問の仕方が当初の御説明と若干違うかなと理解していまして、まず確認をさせていただきたいと思います。

○秋下座長 では、事務局、お願いいたします。

○渡邊介護保険データ分析室長 事務局でございます。

訪問系サービスに拡大するかどうかということに関しては、これは特に期限をお示していないという理解ですけれども、基本的に科学的介護自体が介護サービスの質改善ということと理解をしてございまして、当然その射程といいますか、その対象には訪問系サービスも入るということだと思っています。そういう意味では、先生、今、御指摘いただいたように全てのサービスというと全部ですけれども、介護保険のサービスについては基本的には対象としていくということはあるのだと思います。

ただ、それがここで本当に施設系サービスも含めて実際に導入され、本当に導入していくかということについては実現可能性も含めて、そして、今の状況の中でできるのかということも含めて考えなければいけないということで、基本的にはこれは次の介護報酬改定に向けてということでございますので、ここでやや白地で書いているということに関しては次の改定に向けてどうするかということで御議論いただきたいということでこのように書いてございまして、そういう意味で過去の説明ぶりと状況が違うので違う書き方になっていますが、過去の説明とはそんなにずれていないという認識でございます。

○秋下座長 ありがとうございます。

久留構成員、今ので分かりますでしょうか。

○久留構成員 ありがとうございます。理解をいたしました。

特に次期改定に向けての話がまず先に来るということですので、訪問系のサービスの場合、既に導入がされているサービスに比べて例えば医療の診療行為、医行為のように標準化ですとか病名診断基準の標準化ですとか薬剤の規格化、標準化ですとか記録の標準化ですとか、こういうことがこれまで取組があった上でLIFEという導入に至っているということから考えますと、介護の特に訪問系の場合にここがまだ十分検討されていない、そこをまず先にやるべきではないかということのをこれまでも私ども、申し上げてきたので、そこを取り組みつつ、将来的に準備が整ったら居宅訪問系にも導入をしていくのだということの理解でおります。ありがとうございます。

○秋下座長 ありがとうございます。

今の訪問系サービスの点に関してですけれども、また改めて議論する場はあるのかもしれませんが、このLIFEのベーシックな部分というのは多分施設系であろうが訪問系であろうが同じような項目はやはり入れていただく必要があるのかなとは思ってございまして、そこが訪問系の場合に入力できるのか、その時間があるのかとか、そのマンパワーがあるのかとか、そういったところは大きな課題になるのかなと思って、今の久留構成員の話も伺いますと、なかなかその辺は今後、次の改定に向けてというところではまだ難しいというような感覚でございますが、そういう理解でよろしいでしょうか。

○久留構成員 ありがとうございます。

今、座長御指摘のとおり、まだまだ訪問系については体制の面を含めまして相当まだ厳しい状況が続いておりますので、なかなか厳しい状況かなとは理解しております。

○秋下座長 分かりました。ありがとうございました。

それでは、中尾構成員、お願いいたします。

○中尾構成員 中尾でございます。日本慢性期医療協会から参りました。

このLIFEの会議には私、初めて参加させていただくもので、少しずれた質問というかお話になるかもしれませんが、そもそもこのLIFEは何のためにあるかということです。これは介護サービスの向上のためと受け止めておりまして、では、誰のためにあるのかということですが、私はやはり最終的には利用者のためにあるべきだと思います。その次は事業者のためにもあるべきだと考えておりますが、現時点ではデータの蓄積は粛々とされているかもしれませんが、やはり入力の手間があったりとか、加算はつくとしても、なかなか利用されていません。事業者から利用者に対しての説明のときに、LIFEの結果がほとんど実は利用されていないような気がします。

その原因の一つは、なかなかLIFEのアウトプットができないので、利用者に説明するときの説明材料がなかなか出てこない。そこは私、問題だろうと思いますし、当然PDCAサイクルも回しません。可能であればこの入力の手間を省くために、例えば介護データベースから何か直接引っ張ってこられるものがもっとないだろうかとか思います。やはりこのLIFEが誰のために有効活用しなくてはいけないかということをもう少し根本的に考えるべきではないかなと思いました。個人的な意見で申し訳ございません。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございました。

おっしゃるとおりだと思いますし、利用者、事業者、ひいては無駄なケアみたいなものがありあるとしたら、それは税金の無駄遣いということになるので国民のためにとかそういったこともあるのかなと、そういうものも多分明らかにされてくるのがLIFEのデータだと思っています。私、研究者ではありますけれども、このLIFEのデータというのは日本にとってというよりも世界にとって多分ケアのデータベースとしては非常に貴重なもの、ある意味、宝の山になるというように思いますし、そこから明らかにされるエビデンスというのは今までエビデンスがない中で行われているケアの質というのを高めるのに非常に大きく貢献すると期待しているところであります。

何か今の御意見につきまして事務局からコメントございましたらお願いします。

○渡邊介護保険データ分析室長 ありがとうございます。どういうように、誰のためなのか、非常に本質的な御意見でして、ありがとうございます。

1点だけ、最後のところで入力負担の軽減のお話がありましたので、こちら、現状だけ説明させていただきますと、多くの事業所で実際LIFEを入力している施設に絞ると大体6割から7割は介護ソフトからCSV出力をしまして、そのCSVをLIFEに取り込むという形でLIFEを提出しております。厚労省としては、そうした形である程度自動化されて提出していくというようなことが望ましいというところで、そうした介護ソフトがCSV出力に対応するための標準仕様などを公開しているところでございます。ただ、そもそも介護ソフト

を導入していないところとか、そういうところは厳しいという話はあると思います。

それから、もう一つは、介護DBから取ってこれられないのかというところですが、そもそも介護DBについてはレセプトデータで請求情報しかないというところがございますので、LIFEのような情報、利用者についてのADLとかそういうことも含めて、介護DBから取ってくるというのは難しい。どこかしらでやはり入力されないと難しいので、そこは今のところはやはり介護ソフトから取ってくるというところは一番やりやすいところと考えておりますので、そういったところを進めていければと考えているところがございます。

すみません、以上でございます。

○秋下座長　ありがとうございました。

松田構成員、お願いします。

○松田座長代理　松田です。

今の点に関してなのですが、そもそも平成22年に介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業というのがあって、その報告書が出ています。これがそもそもCHASEとかいろいろなものをしていくための基本になっているものなのですが、そこで質の評価の階層図というのが出されているのですね。それは介護保険の理念を達成するために事業者が達成すべき具体的な目標、事業者が達成すべき具体的な目標の中に誰にとっての質の評価なのかを明確にしていく。メリットを受ける当事者を明確にする。そこでは、利用者、従事者、地域というのが3つ挙げられています。

そこでこの質の評価、何のためにやるかということで挙げられているのは2つありまして、利用者等のQOLを確保する、それから、もう一つは地域包括ケアを推進する。では、それを踏まえて具体的に事業所が質の確保、向上に取り組む分野は何なのかということで安全かつ専門的技術の提供、生活の継続に向けた工夫、保健・医療・福祉資源の活用と連携というようになっています。このように質の評価の階層図の詳細イメージというのが出されているのですが、多分1回そこに戻ってこの議論をしなければいけないのではないかなと思うのですね。要するに、今のこのLIFEのシステムというのが当初、目的としていた介護の質評価、質を向上するためのどこにどのように当てはまっているのか。例えばそれがドナベディアンの言うところの構造とかプロセスとかアウトカムの視点からどのように整理できるのか、また、今、集めているデータが地域包括ケアの向上、もう一つは利用者のQOLの向上、それにどのような影響を持ち得るのか、効果を持ち得るのかということに関する1回整理をしないと、LIFEをどういうように活用するのかという議論をすることが少し難しいのかなと思います。

その場合、最初の検討の報告書作成のときには、諸外国の類似の制度との比較調査を行っています。特にそのときに参考にされたのがインターライ方式です。インターライ方式ではいわゆる日本で言うところの科学的介護推進加算に相当するベーシックの評価が最初にあって、そこでトリガーが設定されているのですが、当てはまる場合には、それぞれの褥瘡とか栄養とかそういうところに飛んでいく。そしてアウトカムとしては、肺炎の予防

ですとか避けられる医療・介護状態の悪化、あるいはQOLの維持向上に阻害要因となるようなアドバースイベントの発生をどのくらい防いでいるかということを評価指標にするというようになっています。1回そういう整理がされているはずですので、それも参考としながら少しLIFEの議論をしたほうがいいのかと思っています。

あとは加算体系の構造でいうと僕自身も今まで分析させていただいた経験から、例えばインターライ方式を参考として考えると、やはりベースとなる総合的な評価とそれに対応して何が起こったかという評価、その関係性を分析するのが今の構造では難しいという問題があります。そういう意味では今回の議論の中で1回、科学的介護推進加算のところを一階にして、それ以外の加算は科学的介護推進加算を取ることを前提として二階建てで評価するような、質の評価をしやすいような仕組みにしていくということが大事なのかなと思っています。

あとやはり冒頭で座長がおっしゃったように、ここから出てくるエビデンスをベースにして、そういうものに沿ったケアができているのかどうかということを各施設がベンチマークなり自分たちで考えることができるような、そういう情報のフィードバックの仕組みというのをまた考えていくということが重要なのかなと思います。

以上です。

○秋下座長 極めて重要な御意見をありがとうございました。大変参考になりました。

今のような少し今日も資料等ではざっと概要で示していただいたのですが、論点のところの各ポイントを議論するに当たってそもそも論みたいところは一度しっかりとこの検討会の中で構成員の中では頭に入れておく必要があるのかなと思いましたので、事務局ともしあれでしたら松田構成員とも相談いただいて、我々が、現在の構成員が全てこれまでの議論のプロセスを理解しているわけでもないの、改めて頭に入れておくべきことみたいなものをいただきければと思いますし、もし時間が許せば次回の検討会の冒頭にでもそういったことを少し学び直すというか、あるいは議論できる時間というのもいただいてもいいのかなと思いますが、松田構成員。

○松田座長代理 手元に今、資料がありましたので、それを事務局のほうに送りますので、事務局のほうから構成員の皆さんに送っていただけたらと思います。

○秋下座長 ありがとうございました。では、そちらを我々、勉強させていただいてと思いますので、また必要がありましたらその議論をする時間もいただければと思います。

それでは、田母神構成員、お願いします。

○田母神構成員 ありがとうございます。

今後お示しいただきたい情報ということでの発言でございますけれども、これまでも先生方から御発言がありましたように、利用者に対する利用者の方の状態のアセスメントを多職種連携の中でより適切に行いながら共有をし、質の高いケアを実施していくという上でのLIFEの重要性でありますとか事業所全体の評価というところは認識をしているところでございます。

それに対する課題ということもあると思いますけれども、LIFEを通しての全国のデータベースを基にした介護分野でのエビデンスの構築というところも当初の目的にあったと理解しております。この点に関して、非常に貴重なデータが得られていると思うのですが、国で把握しているものとして研究者の先生がこのデータを基にどのような分析をされているか、あるいは着手されているかというような、もしそういったデータ、情報がありましたらお示しいただければこういった全国の事業所・施設が取り組んでいるデータが今後どのようなエビデンス構築につながり得るかというところで参考になるのではないかと思います。すぐにそういったエビデンスが創出されるわけではないとは思いますが、もしありましたらお示しいただきたいと思います。

それから、LIFEに着手する上で例えば褥瘡などをイメージしますと日常生活自立度であったり、他の様式で栄養の状態であったり、幾つか組み合わせながらそういった全国のデータというのも分析し得るのではないかなとも思うのですが、なかなか研究のようにそのプロセス部分というのが数値化が難しかったりですとかというところでの課題もあるかと思っています。LIFEで検討、検証し得ること、あるいはLIFEであってもなかなか難しいというようなその辺りの整理というのがあってもいいのではないかなと思っています。

それから、訪問系のところなのですけれども、先ほども御発言がありましたが非常に小規模な訪問介護なども事業所が多いという状況になっております。事務職の方もいらっしゃる施設・事業所も多くございますので、その入力負担の状況というのが先ほどCSV形式でインポート機能があるというところは理解しているのですが、それによってどのくらいの事務的な負担が軽減されているのか、あるいはそれほど極端には変わらないのかでありますとか、いずれにしても1件当たりどのくらいというのが少し直近の状況でどうなのかということもお示しをいただきたいと思います。まずその点でございます。

以上でございます。

○秋下座長　ありがとうございます。

幾つか併せて御意見をいただきましたが、何か今の御意見につきまして事務局でありますでしょうか。

○渡邊介護保険データ分析室長　事務局でございます。

貴重なデータからこういったエビデンスが出ているかというところですが、なかなか網羅的に調べるというのは難しいのですけれども、例としては幾つか論文の指摘などがありますので、それがこういった資料にできるか検討させていただきたいと思います。

それから、CSVに伴う入力負担をどれだけ軽減されるかというところですが、どこまで精緻な資料ができるかというところは難しい部分もあるかと思いますが、過去の事業などでの調査などもありますので、こういった資料が用意できるか検討させていただきたいと思います。

○秋下座長　ありがとうございます。

田母神構成員、よろしいですか。ありがとうございます。

それでは、古谷構成員、よろしいでしょうか。

○古谷構成員 ありがとうございます。全国老協協の古谷でございます。

今回、LIFEの在り方ということで今、多分特養という中では一番LIFEの入力をしている団体ではないかなと考えております。まず、論点の中でLIFEの加算構造ということで、LIFEは大きく例えば機能訓練自体はやっています。それで加算がつく。そのデータを入力すると加算Ⅱがつくとか、褥瘡とかですとそもそもそれをやったことをLIFEでデータに送らないと加算が、褥瘡加算、基の加算もつかないとか、そういうものによって大分加算の率が、LIFEを提出している率が基の加算によって異なっているという状況があるのも事実かなと思っています。

前回、令和6年度介護報酬改定の際に内容を整理して共通的な項目はということにはなっているのですが、それでもやはりLIFE入力、先ほど事務局の方、おっしゃってましたけれども、介護ソフトに入力してCSVから送るのは確かに楽なのですが、介護ソフト自体に入力するというのがかなりの手間にはなっているのは事実かなと思っています。なので、ここら辺、加算の構造自体をどう考えているか、それによってすごい加算の比率が変わってきているというのは事実だと思います。

ここら辺、今後、各論に行く中でいろいろな観点を見ていただければありがたいなと思うのと、医療連携が6年度改正から大幅に強化されてきてLIFEの項目と医療連携加算を取るに当たっての連携項目というのは結構似ている項目がやはり多いです。ここら辺、今、ソフト上で同じように吐き出すということはできてくるのですが、そもそも論、そこが医療と介護のデータベースの中で共有できてくればよりいいのではないかなと。そうすると、またLIFEの入力項目の入力の意味というのが増してくるかなと考えています。

最後なのですが、先ほど言った利用者のフィードバックとプランの書換えのタイミングというのが3か月、3か月、3か月でLIFEのデータ入力をしています。大体3か月、6か月でプランを更新していると。そのデータというのにはLIFEに入力したときのデータを使うということにやはりなってしまう。PDCAサイクルの中で古いデータということにどうしてもなってしまう観点があります。そこら辺、先ほど即効性であるのか、過去のデータの蓄積でこういう傾向の人はこういうイメージがあるという、そこら辺によってLIFEのフィードバックの使い方というのは大きく現場の中で一番多分そこら辺が戸惑っているところで、PDCAサイクルがどういうように動かせばどれが正解なのかというのがみんなやはり迷っている部分だと思います。そこら辺の検討を含め何か方向性が出てくると、このあり方検討会、いいかなと思っています。よろしくお願いいたします。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。いずれも貴重な御意見かなと思います。

では、続きまして、西村構成員、お願いします。

○西村構成員 栄養士会の西村でございます。

今、栄養士の場合、どうしても医療のほうで今回GLIM基準というのが入ってきました。

そうやってきたときに、現在のLIFEの項目がこのままで行くのか、それともやはりGLIMを少し意識して、例えば血清アルブミン等は外れていくのかとかその辺りがまだ見えてきていないので、その辺りの検討がどうなっているかをもしよろしければ教えていただければと思います。よろしくお願いいたします。

○秋下座長 ありがとうございます。

今の点は事務局、いかがでしょうか。

○渡邊介護保険データ分析室長 事務局でございます。

栄養の加算の中でGLIM基準をどうするかというのは非常に大きい論点で、従前からアルブミン、どう評価するかというのは議論されてきたと認識をしておりますが、それはLIFEの中で整理をするというよりは、栄養の評価の本当に中核的なところになると思いますので、LIFEの中でこういったことを見直しに当たってこういった観点をというところはこちらの検討会かとは思いますが、栄養の観点でのアルブミンをどうするかというところは介護給付費分科会でも議論していただくということなのかなと思います。現状、先生の御存知ないところで検討がどうか進んでいるということはないと認識をさせていただきます。

○西村構成員 ありがとうございます。

ぜひLIFEでやはりどのような、結局やる栄養士は一緒なので、今後どういうようになっていくか、この中でも分かることがあれば教えていただければと思います。よろしくお願いいたします。

○秋下座長 ありがとうございます。栄養の問題、非常に重要なかなと思います。それから、アルブミン、血清アルブミンはもう栄養の指標とはちょっと違うものであるというのが老年栄養学の中でのやはり考え方なので、そもそも採血をしなければいけないとなると現場もかなり評価が限られるということにはなりますし、そのような血を採らないでできるものというように持っていくのがいいのかなとは思いますが。ありがとうございます。

それでは、野尻構成員、お願いします。

○野尻構成員 野尻です。

現場の感覚の意見として述べますが、今、我々のところの事業所も入所も通所系サービスも訪問もLIFEを使っております、それから、事業所フィードバックも利用者フィードバックも実施しています。それぞれでちょっと事情が異なる側面があるのですが、やはり先ほどからの即効性があるリアルタイムの情報としてはなかなか使いづらいので、たまたまタイミングが合えば我々も使えますが、主に別CSVデータを二次利用して利用者にフィードバックするということを行っています。なので、その時点で多少こちらの状況のデータを加えて見せるということ。それから、事業所フィードバックもクロスのかけ方を独自でやったりして自分のところの事業所の特徴を見とるかというようなことをやっています。どうしても訪問系だと、うちは訪問リハしか取っていませんが、MCSとか地連が使っているようなやはり即時性のある情報共有のツールを使っている状況が多くて、どうし

でもLIFEはこれまでの経緯の説明と今、こんな現状で進んでいますというところ、今、提出データが古いので最近ではこうですよという別の情報を加えながら御利用者さんにフィードバックをしているという状況です。

事業所フィードバックはいろいろな使い方がまたありますので、自分のところの事業所を見直すツールとしては返ってくるものだけではなくていろいろ見方によっては使い勝手が非常にありますし、今のところ、我々のところはためて使うというやり方が主軸にはなっているのですけれども、そういった意味で在宅が入ってくると今度はケアマネジャーさんがどれぐらいこのデータを把握しているのかというところになったときに、ケアマネジャーさんはどの事業所がどの加算を取っているのかというもののの中にどういう評価項目があるのかということまで把握はされていませんので、なかなかこれがリアルタイムで使われていくには必要だと思うのですが、いろいろなデータの即効性だけではない課題もいろいろあるのではないかなと思っていますところ。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。

今の野尻構成員の発言の中で最後にケアマネジャーさんの話が出たのですが、それはそのケアマネジャーさんの担当の高齢者の方、利用者の方に関してというよりも、ケアマネジャーさんがある利用者の方の利用施設を選ぶ際に、何か施設を比較できるようなデータというのがこのLIFEから参照できるみたいな、そういうイメージで今、聞いてしまったのですが、そんなことがそもそもできるのかどうなのか、事業所の比較みたいになってしまってなかなか難しいことにまたなるのかなと思ったのですが、LIFEというのはそういう使い方ができるものなのか、あるいはそういう方向に向くのか向かないのか、全然念頭にないかあるのかみたいなこともいかがでしょうか、事務局、今のこと、情報をいただいてもよろしいですか。

○渡邊介護保険データ分析室長 事務局でございます。

将来的にはというところはいろいろあるかとは思いますが、現状で言うとケアマネジャーさん、居宅介護支援事業所があったとして、ほかの事業所の事業所フィードバックを見られるという形にはしてございませんので、事業所を選ぶに当たって事業所フィードバックを使うというのはちょっと難しいというのが現状でございます。

○秋下座長 分かりました。そういうことかなと大体予想どおりでございますが、ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

意見を申し上げる前に先ほどの低栄養の件ですけれども、GLIM基準のアセスメントには御存じのように表現型と病因というのがあって、病因の中には疾病負荷あるいは炎症というファクターが入っており、これは医療現場でも医師の支援、サポートを受けながらやっ

ている部分もあろうかと思います。とはいえ、診療報酬であれだけ大々的にGLIM基準が入ったので前回の改定のときにLIFEの任意項目の中にGLIM基準というのを要望して今、入れているかと思っています。これは活用するというよりは、こういったものがありますよということを介護現場でも知っていただきたい、今後、医療・介護の栄養連携というのはますます重要になりますから、まずはそういったところからスタートで、これが介護分野になじむかどうかというのはもう少し時間をかけて検証しないといけないかなというのは個人的に思っています。

現在の低栄養リスクの評価の中にアルブミンが入っておりますが、この低栄養リスク評価ができた経緯から考えて、そこからアルブミンだけを抜くというのはなかなか難しいというのが前回改定時の議論で、したがって、今後、低栄養リスクの評価自体をどうするかというのが次の改定に向けた課題と認識をしています。

低栄養に関しては以上でございます。

まず、これまでも審議会等でも数々意見が出てきているのが、科学的介護、ここの言葉の持つ意味というのは何なのということがあって、なかなか医療の科学的とは違うのではないかということがあります。また、エビデンスも医療ですとRCTなど行ってエビデンスレベルというものを、すなわち強く推奨するとか、あまり推奨しないとかというのが付帯事項でついたりするのが標準的だと思います。したがって、いわゆる介護のエビデンスというのはなかなか共通認識とか実際に構築できるのかということも難しいと思っています。教科書に書いてあるような学問的知識、その辺りは十分介護現場でも応用できるものは応用あるいは現場でケアに導入できるものは導入すべきだと思いますが、医療と違い、医療はターゲットが疾患であろうかと思いますが、介護だとやはり対象が人であり、生活であるわけです。その中で、何をもってエビデンスと言えるのかというのはいま一度、原点に戻って考えることも必要ではないかなと思います。

介護現場ではよく口から食べられない人が口から食べることを目指します。でも、そのバックグラウンドはこういったデータシステムだと球麻痺なのか、仮性球麻痺なのか、また、その基の疾患は何なのかというのはなかなか類推しづらいところがあり、細かいレベルで言うとそういう現状もあり、それから、おむつの卒業をするということを現場では目指します。トイレできるようにしようということですが、そこにどういった介入方法があって手法があってエビデンスというものを構築、果たしてできるのかどうか。もちろん医学的に誤嚥性肺炎とか低栄養、この辺り、こういった医学によったような項目についてはかなりいろいろなものが蓄積してきていると思っております。

それから、ケアで言うと例えば代表的なのは認知症ケアというのがあって、では、前回の報酬改定でもBPSDを未然に防ぐあるいはBPSDが出現したら直ちに介入するようなケアを評価する加算も新設されたところですが、その中でこういったものをエビデンスと言うのかどうかということもありますし、あとリハビリテーションもともとVISITから始まりましたが、どうしてもここはこういったこういうシステムの限界ですが、項目は

入力しますが結構リハビリは各施設、セラピストによって実際にやっていることはトランスファーも含めてかなり差異はあるとは感じていますので、要はこのフィードバックされて各施設がPDCAサイクルを回してケアの質を高めるための具体的な取組、そこをたくさん集積して、その中にヒントがあるのだろーと思っておりますので、そういったところをどのようにデータシステムだけでは計り知れない、あるいは具体的な取組というのをやはり掘り下げて収集していい取組があれば横串にしていけるのかというものが基本ではないかなと思っております。

2点目は、現状のLIFEは、今日、8ページの資料にありますように入力割合というものが右肩上がりになっていますが、だんだんその傾きが緩やかになってプラトーになってきています。したがって、既に二極化しており、恐らくこのまま推移するとさらに二極化というところになっていくわけです。ですから、リアルワールドデータではなく、今、提出している事業所のデータの分析ということになっていて、今後、この辺りをこの二極化のままで進めるのか、あるいはやはり裾野を広げて入力ができる事業所を増やすための方策、そういったかじを取っていくのか、ここはいろいろまだ御意見なり課題はあると思うので、その辺りの議論が必要であります。

もう一点は、データベースを作る、すなわちデータを入力する以上は当然最低限の負担は増えるわけで、どこが許容範囲なのか。今日の資料にもありますように、前回の改定でもかなり整理したと思いますが、いろいろ異なる加算での重複する入力というのは極力省くべきだと思います。

あともう一つは、お金もかかると思うのでなかなか難しいかもしれませんが、やはり現場で期待しているのは、今、事業所と利用者フィードバックがあるけれども、全体像としてももう少しサブ解析、せっかくこういったデータベースが構築されているのでサブ解析をすればいろいろな要因を多変量解析するとか、例えば褥瘡のアウトカム評価は褥瘡リスクが幾つかある人が褥瘡を作っていないということをアウトカム評価で介護報酬で評価しているわけですが、褥瘡リスクがたくさんある中で、では、どの項目がどれぐらい影響しているのかということも分かると思いますし、いろいろな使い方はあるのだと思います。もちろん、お金も予算もかかるかと思いますが、せっかくこういったものを作ったのでどう活用していくのか、あるいはどう現場で見せていくのかというのは非常にケアの質の向上に重要だと思っています。

最後に、訪問サービスですけれども、今現在は訪問リハビリテーションのリハマネ加算を入力しているところだと思いますが、これはこれまでもたくさん議論があつて、在宅での生活というのはほかの利用しているサービスの影響もあり、あるいは同居家族の方がいらっしゃるれば家族の影響もありという形でなかなか導入にこれまで二の足を踏んできたところでもあります。したがって、フィードバックを受けてPDCAを回していくことはまだ訪問サービスでは時期尚早ではないかと思っております。

一方で、もしデータを入力する、これは余力のある、データを入力できる事業所におい

ては入力を任意で求めるというのもありではないかと思っています。いずれにしても、次の改定に向けて少しいろいろ地ならしとかメンテナンスとか、そもそもエビデンスというのは介護分野のエビデンスは何なのだというのはいくらか議論を深めたらいいかと思います。

総論的ですけども、以上でございます。

○秋下座長 いずれも重要な点かなと思います。ありがとうございます。

それでは、東構成員、お願いいたします。

○東構成員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

論点に沿って私も幾つか意見を申し上げたいと思います。

49ページの論点の1つ目がLIFE関連加算の加算の構造についてどう考えるかということで、先ほど松田構成員からも御意見がありましたが、今のLIFE、一定程度利用は進んでいますけれども、やはりどちらかというと加算を取るためにLIFEを提出するということは否めないかなと思っています。そういう意味では、加算を算定するためのLIFEデータ提出ではないような構造についてもそこら辺を考慮した上で修正することが必要かなと考えました。

2つ目ですが、フィードバックです。フィードバック、令和3年に始まってから様々なことが言われておりましたし、様々な工夫もされてきましたけれども、やはり今の時点で十分にフィードバックができているということはやはり言えないかなということも感じています。ただ、先ほど申し上げましたようにLIFEというのはほとんどが加算にひもづいておりますので、加算を取るということは利用者負担が生じるわけですので、利用者の方からお金を頂いて費用を頂いてLIFEの加算を算定するということはやはり利用者の方に何らかフィードバックがないと、利用者の方も何のために自分の家族のLIFE加算を算定されているのだということがなかなか理解もしていただけないということになりますので、事業所フィードバックももちろんですが、今後、利用者フィードバックというのをきちんとやる必要がありますし、そこがちゃんとやれているところは何か評価するとかそういうようにしていかないと、利用者さんのケアの質とかケアプランとかそういうものにちゃんとLIFEが役に立っているということが明らかになるようなフィードバックの在り方が求められているのではないかなと思いました。

3つ目の項目の整理ですが、確かに江澤構成員もおっしゃったように令和6年度にかなり整理されましたが、やはり現場のLIFEの担当の職員に聞いておりますとまだ負担が大きいということを私も聞きます。これをもう少し業務負担が軽減できるような項目の整理ということも必要だと思いますし、先ほど江澤構成員がおっしゃった事業所の加算の取得がプラトーになっているということ、これも私も心配をしております。やはりLIFEというのが事業所でももう少しちゃんとLIFEを取り組もうというように思っただけことが重要であって、そこには幾つか要点があるのですが、先ほど言ったようなフィードバックがちゃんとできている、事業所のためにもなる、利用者さんのためにもなっているというこ

とが分かれば、おのずから事業所は取り組むようになると思いますし、利用者からもそういう希望が出るかもしれません。あとやはり業務負担が重いとどうしても取り組みたくてもちょっとなかなか取り組めないというところもありますので、先ほど江澤構成員がおっしゃった、もう少し右肩上がりを目指すのであれば、今、言ったこの3つの点はちゃんと改善をすればまたもう一度LIFEの算定が進むのではないかなと思いました。

最後に、訪問系サービスのLIFEの在り方、次期改定でどうするかという議論だと思いますが、先ほどシルバーサービス振興会の構成員の方もおっしゃっていましたが、訪問系サービスにおいては今まだ課題になっているところもあると御意見を聞いていましてなるほどなと思いました。3つの論点のところでも申し上げましたが、まだやはり今、LIFEが導入されている施設におきましても加算の算定のためのLIFEであったりとかフィードバックがあまりうまくいっていないとか業務負担が大きいというような課題があるわけですから、これを拙速に訪問系サービスまで広げると訪問系サービスの方のまた負担もかなり増えてしまうと思いますので、施設系サービス、今、導入されているところできちんとしたLIFEの形が定まってから訪問系サービスにもLIFEの設定をするというほうが訪問系サービスの負担も大きくならないのではないかと思います。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。論点ごとのコメント、ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。まだ少し時間はございますので、まだ御発言。

西村構成員、お願いします。

○西村構成員 すみません、度々、西村でございます。

やはり我々も居宅療養管理指導を持っておりまして、今のお話でもありましたが、訪問系のところ、それと今、リハ、口腔、栄養の一体的取組というのが当たり前になってきている中でこういったものもやはり今後、訪問系のところでも行われていくのかなと思いますが、LIFEに関してはここについて現在どのような形で議論がされているのか、もしよろしければ教えていただければと思います。よろしくお願いいたします。

○秋下座長 今の御質問は事務局でよろしいでしょうか。

○渡邊介護保険データ分析室長 リハ・栄養・口腔ですとか、それから、居宅における栄養管理の文脈の中でどうした議論が行われているかというような御指摘かと思います。具体的な議論が行われているわけではないとは思いますが、情報共有が必要なものの御議論、御指摘などあるとは思いますが、現状、LIFEについて具体的な議論が行われているということではなく、むしろこの検討会で御議論、御指摘をいただければと考えているところでございます。

○西村構成員 ありがとうございます。

ぜひやはり今、訪問系、単独で居宅療養管理指導、管理栄養士は行っていますけれども、これだけだと実際現場から上がってきている話ではここもかなりリハ、口腔、栄養の多職種連携が重要だろうという意見が非常に多く上がってきていますので、そういった意味で

もリハの場合はVISITがもともとありましたので、そうなってくると、LIFEで居宅療養管理指導、管理栄養士も検討しなければいけないのかなということを在宅系の人たちからかなり御意見が出ているということで発言をさせていただきました。

○秋下座長 ありがとうございます。

東構成員、これは挙手は先ほどのままでしょうか。

○東構成員 すみませんでした。

○秋下座長 いえいえ。

野村構成員はもし御発言がありましたらお願いいただければと思います。

○野村構成員 ありがとうございます。

これから口腔、栄養というようなところで私たちがどのようなことができるのかというようなところもやはり検討していつて、それからまたLIFEのほうにどのような項目でしっかりと対応できるのかというのを少し検討したいなと思っています。LIFE自体にこの論点というようなところがございしますが、こういう口腔はどうそこに評価してもらえるのかというところをまた検討していただければありがたいなと思っておりますので、よろしくお願いします。

○秋下座長 御意見、ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

フィードバックの在り方ということなのですが、これは今日の御議論でも考え方が幾つかあるのかなと思いますが、例えば回復期リハなどでFIMというものを取ってある程度FIMをアウトカムとして、そのアウトカムベースに評価をしていくというような考え方もあるのですが、一方で、多分この介護というところになりますと目の前の方がどんどん元気になっていつていかれているとしても、その行っているケアが非常に質がいいからなのか、あるいは自然経過なのかというのは分かりにくいところがあり、それこそ、RCTとかではなくてLIFEのデータベースの分析などからそういったエビデンスが出てきて、それに基づくようなケアの標準化というものが行われたとしたらということになるかもしれませんが、こういう状態であればこういうケアを行うという、いわゆる標準的なプロセスを取っているかどうかの確認ができればそれでよしというのもありなのかもしれないと思います。それが一つ、フィードバックに関しての私がどういうように今後作っていくのかなというので気になったところでございます。また御意見いただければと思います。

もう一つは、このLIFEの入力の負担というところで、やはり介護のDXというところとどういうふうにつないでいくのかというのが一つの課題かなと思っていまして、そもそも電子カルテが必ずしも導入されていないと思いますが、その導入を進めていくのだと思いますけれども、導入していればその電子カルテの情報がLIFEに吸い上げられるようなことが可能なかどうかですね。その辺、現状とか非常に近い未来、この一、二年とかで改定までに何か進む余地があるのかどうか、そういったところをどのように考えたらいいいのかというようなことがあるのかなと思います。

これは松田構成員がもしお分かりになりましたら教えていただければと思いますが、いかがでしょうか。

○松田座長代理 現状でやはり介護のレセコン、レセプトデータ、電子カルテみたいなものが標準化できていない、それから、その記録の仕方も標準化できていないということを考えると、多分一番参考になるのはDPCの導入のときのやり方なのかなと思います。要するに、いわゆる様式1という退院サマリーみたいなものを標準化して、それに記録していただくということを義務化して、それを1入院単位で出していただく、それを電子カルテとかレセプトとは別に運用したわけですね。多分そういう標準的な報告のフォーマットを作ったというのがDPCの導入が割と比較的スムーズにいった理由だろうと思っています。

そのことを参考に考えると基本的には今のLIFEの出しているいろいろな帳票というのが特にそれに相当するものになるのだろうと思います。あとは、そこに記録している記録する内容の標準化、それから、いわゆるベーシックになる基本情報を何か簡単にひもづけるような枠組みとか何か入力の手荷をうまく削減してあげる工夫などをすると多分DPCで言うところの様式1に近いものが作れるのかなと思います。多分その標準化をどういうようにやるのかということが重要だと思います。

DPCも最初、そういう時期があったのですがけれども、関係者の方が何でもかんでも情報を取ろうとするのですね。でも、実際に分析をしてみると使わない情報というのはいっぱいあって、そういう情報は関係者でオープンに議論したうえで経年的にどんどん落としていったわけですね。そういう情報の取捨選択をやる時間も多分少しこの事業の中には必要なのかなと思います。

それと、あと評価のところで言うと、アウトカムの評価というのは非常に難しいだろうと思っています。理由は、要介護認定の調査票というのを使わせていただいて、それと医科のレセプトと介護のレセプトをくっつけてパネルデータというのを作って要介護度状態が悪化する要因というのを調べたことがあります。そうすると、一番効いている要因は何だかんだ年齢なのですね。要介護度の悪化というのはやはりどう考えても年齢の要因が非常に大きいので、そうすると、アウトカムを悪化防止みたいなものに置いていったとしても限界がある。そうすると、質の高い介護、尊厳に配慮した介護は何かということに関するプロセスですよね。そこを明らかにしていって、それをやっているかどうかということの評価するという仕組みにしたほうが多分いいのだろうと思います。

あとはやはりアウトカムに関してそうはいっても例えば防ぐことができるアウトカム、例えば褥瘡の発生ですとか必要以上にそのリスクを調整した上でのリスクから見て少し過剰に発生している尿路感染症とか肺炎とか、そういうものに関してはその発生というものに関して何か問題があるということであるから、そのプロセスを見直してくださいねという形のベンチマーキングの仕組みをどういうように入れていくかということだと思います。そういう形で少し介護の現場で適切に評価できるアウトカムの指標というものを考えてい

ったほうがいいと思うのです。例えば転倒の発生とか骨折の発生とかみたいなのは、これはまともに入れていってしまうと大変なことになってしまいます。北欧なんかは施設内の転倒というのは家にいても転ぶのであるからということで、いわゆる保障対象となる介護事故から外していると思うのですけれども、そういう諸外国の状況なども踏まえながら国際比較にも堪えられるような評価指標というのを少し考えていくということがいいのではないかなと思いました。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。私が持った2つの疑問にいずれも明確に答えていただきましてありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。何か言い残したことがございませんでしょうか。また細かい点は次回以降の検討会で議論したいと思っておりますけれども、よろしいでしょうか。

何か事務局からこういう点はということがございましたら今、問いかけていただければと思いますが、もう少し時間は実は予定よりは残っておりますので、どうでしょうか。この点はもう少し議論をとということがございますでしょうか。

○渡邊介護保険データ分析室長 いえ、たくさんの有意義な御指摘、御議論いただきましたので、次回以降の資料にできるだけ役立てていきたいと考えております。ありがとうございます。

○秋下座長 分かりました。

では、もし以上でよろしければ、本日の議論はここまでとしたいと思います。よろしいでしょうか。

それでは、事務局は本日の議論を踏まえて第2回の準備をお願いいたします。

最後に、事務局から次回の日程など、連絡事項をお願いいたします。

○崎本研究員 ありがとうございます。

次回の日程は追って御連絡申し上げます。また後ほどよろしくをお願いいたします。

以上です。

○秋下座長 それでは、少し予定より早いですが、本日はこれで閉会としたいと思います。

構成員の皆様、長時間にわたり御議論いただきましてありがとうございました。