

○崎本研究員 定刻になりましたので、第3回「『科学的介護情報システム（LIFE）のあり方』検討会」を開催させていただきます。

構成員の皆様方におかれましては、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、配信を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。

本日の出席状況ですが、久留構成員及び田母神構成員より御欠席の御連絡をいただいております。

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的いたしますが、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確認いただければと思います。

まず、資料「LIFE関連加算項目の見直しの観点、LIFEの対象範囲について」、そして参考資料「QI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、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ください。

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、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、秋下座長を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、改めまして皆様、こんにちは。今日もよろしくお願いいたします。

では、早速ですが、議事次第に沿って進行したいと思います。まず、資料「LIFE関連加算項目の見直しの観点、LIFEの対象範囲について」につきまして、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 事務局、厚生労働省老健局でございます。資料1につい

て説明をさせていただきます。

まず、2ページをめくっていただきまして、第1回LIFEのあり方検討会でいただいた主な御意見をまとめてございます。こちらは既存の資料で、第2回でもお示ししたものとなります。

めくっていただいて3ページ、第2回LIFEのあり方検討会でいただいた主な御意見を論点ごとにまとめております。まず1つ目、論点①「科学的介護情報システム（LIFE）の目的について」では、2ポツ目、LIFE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つの利用を考えていくべきではないか。3ポツ目、チームでのケアのため、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という御意見がございました。

論点②「フィードバックのあり方について」では、利用者フィードバックについては1ポツ目、利用者ケアの方向性を考えられるもの、2ポツ目、LIFE提出用のアセスメントデータをケアプランの見直しに役立てることができるのではないかといたった御意見をいただきました。事業所フィードバックについては3ポツ目、施設の傾向が見えるようになると活用の幅が広がるのではないか。4ポツ目、中期的な取組、アウトプット等を示す必要があるのではないかといたった御意見をいただきました。

論点3つ目「LIFE関連加算構造の見直しについて」、2ポツ目、現在の科学的介護推進体制加算について、基本データ収集の際には項目の見直しが必要ではないか。3ポツ目、現在科学的介護推進体制加算が算定できていない施設への実態調査を行い、加算算定ができるような仕組みづくりが必要ではないかといった御意見をいただきました。

4ページ目、今回の検討会の議題でございます。1ポツ目、LIFE関連加算項目の見直しの観点、2ポツ目、LIFEの対象範囲としてございます。最後に課題と論点をまとめた資料をつけてございます。

5ページ以降、LIFE関連加算項目の見直しの観点についてでございます。

まず6ページ目、現在算定可能なLIFE関連加算の一覧です。左側に施設・事業所の類型、上側にLIFE関連加算を記載してございます。

7ページ目、現在LIFEで収集している項目を一部記載してございます。左側に加算の項目名、上側にLIFE関連加算を記載してございます。加算間で重複した提出項目が設けられてございます。

8ページ目、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でございます。2ポツ目、LIFEについては関係者間で共有される情報の一つとして検討が進められていることを踏まえ、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はないか。3ポツ目、介護保険におけるアウトカムを引き続き検討していくべきである。4ポツ目、より適切なアウトカムについて検討し、それに応じて加算要件等の見直しについても検討していくべきであるといった御指摘をいただいております。

9ページ以降、科学的介護推進体制加算についての具体的な論点でございます。

まず10ページ目ですけれども、科学的介護推進体制加算の概要でございます。左下のグ

ラフにありますように、科学的介護推進体制加算以外のいずれかのLIFE関連加算を算定している事業所を分母とした場合、9割以上で科学的介護推進体制加算が併算定されております。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算定開始時及び算定開始後、少なくとも3か月に1回提出を求めています。

11ページからは、科学的介護推進体制加算の様式をお示ししてございます。LIFEへの提出必須項目を赤枠で囲んでお示ししております。また、11ページには点線の囲みもございますが、これについては科学的介護推進体制加算Ⅱの算定の際に提出が必須となっているという項目でございます。

15ページ、項目の議論につきまして、科学的介護推進体制加算Ⅱ算定時に提出が必須である服薬情報について、例示として挙げさせていただいております。見直しの観点の一例ということで御覧いただければと思います。科学的介護推進体制加算算定時に提出する服薬情報は、社会保険診療報酬支払基金医薬品マスタに基づいており、薬剤名の成分に加え規格や屋号の入力が求められます。また、多剤併用の場合には、薬剤の数だけ入力が求められます。

16ページ目、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についてです。背景としまして1パラ目、高齢者の医薬品利用の課題の一つにポリファーマシーが挙げられます。ポリファーマシーは単に服用薬剤数が多いことではなく、薬剤有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランスの低下につながる状態であるとされてございます。2パラ目ですが、何剤からポリファーマシーとするかの定義はありませんが、6種類以上は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ございます。

下の囲みで現状を記載してございますが、1パラ目、現在の科学的介護推進体制加算の入力では、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、変更は把握可能となっております。2パラ目、一方で、全施設の網羅性はなく薬剤名のみ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、減量は把握できません。

17ページ目、第2回の検討会でお示しした資料になりますが、LIFE加算構造の考え方の案になってございます。2階層目に記載のある加算の算定を行うに当たり、1階層目の算定を前提することとしてはどうかという案をお示ししてございます。

18ページ以降は見直しの観点について、有用性と負担の観点についてでございます。

19ページは既存の資料でございますが、事業所フィードバックを活用した活用の事例でございます。

20ページ目は今回作った資料ですけれども、利用者フィードバックを活用した事例についてでございます。事例ベースではございますけれども、フィードバックを活用してケアの質を改善したといった取組が行われているというものでございます。

21ページ、22ページには、LIFEに提出したデータを研究へ活用した例をお示ししてございます。21ページについては前回もお示しした資料でございますが、22ページを今回新た

に追加してお示ししてございます。

23ページ、令和7年度に実施しております改定検証調査についてでございます。アンケート調査のほか、ヒアリング調査や介護保険総合データベースの分析も行っておりますが、特にアンケート調査の中でLIFE関連加算の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、入力負担となっている項目を調査する予定でございます。LIFE関連加算の未算定の事業所に対しては、LIFE導入の障壁となっている事由を調査するという予定としてございます。

24ページ以降、LIFE関連加算の対象範囲についてでございます。25ページから27ページ、これまでの分科会でいただいたLIFEの対象範囲についての議論をまとめてございます。まず25ページでは、論点として自立支援・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在り方、対象となるサービスの範囲についてどう考えるかとされてございます。これは令和5年8月の介護給付費分科会でございます。

27ページ、令和6年度の介護報酬改定の際の対応としまして、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はどうかと示されてございます。これを踏まえて、令和6年度介護報酬改定においては、対象サービスは拡大しないといったことで改定がされているというものでございます。

28ページ目、審議報告ですけれども、令和6年度の審議報告において、LIFE関連加算の対象となるサービスの範囲について引き続き検討していくべきとされてございます。

29ページ、介護保険サービスの体系について、LIFEとの関連ということでお示しさせていただきます。図の右にあるように、入所系サービス、居住系サービスについてはLIFE関連加算の対象となっており、一方で通所系サービス、訪問系サービスについては一部のみがLIFE関連加算の対象となっているというものでございます。左側の図に記載をしておりますが、入所系サービスでは人員、設備が集中しているという特徴があり、訪問系サービスになりますと、多くの事業所が1人の利用者に関与しているという傾向にあるというものでございます。

30ページ、居宅の利用者における事業所間の連携につきまして、イメージ図をお示ししてございます。利用者の状況に応じて通所系サービス、訪問系サービスなど複数のサービスを組み合わせて提供される場合もあります。下段は厚労科研のデータでございますけれども、奈良県のKDB改良データを分析しまして、2022年度の介護レセプトデータを用いた調査では、左側にあります一部の居宅サービスについてですが、半数がサービスを重複して利用しているという結果が出ております。

31ページ以降、課題と論点の資料でございます。

32ページ目、LIFE関連加算の項目の見直しの観点につきましてです。現状・課題としまして、1ポツ目、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。

2 ポツ目、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うべきとされている。

3 ポツ目、入力等について、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、規格や屋号の情報の入力が求められ、一定の事務負担が生じております。

4 ポツ目、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でございます。

5 ポツ目、LIFEの入力項目からは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ございます。

6 ポツ目、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ります。

7 ポツ目、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おります。

下に「論点」としまして、1 ポツ目、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。

2 ポツ目、また、LIFE関連加算の項目を整理するに当たり、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。1 点目、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から見た有用性の観点、2 点目、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の観点、3 ポツ目、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、4 ポツ目、具体的にはその後のページでお示します介護報酬改定に向けた今後の検討スケジュールのとおり進めてはどうか。

33ページ、LIFEの対象範囲についてでございます。現状・課題としまして、1 ポツ目、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でございます。2 ポツ目、LIFE関連加算は主に人員、設備が集中している施設系、居住系サービスが対象となり、複数の事業所が関与することがある通所系、訪問系のサービスでは一部のみが対象になっております。

論点としまして、訪問系サービス、通所系サービスについては、一人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関連加算の対象についてどのように考えるか。

34ページ目、介護報酬改定に向けた今後の検討スケジュールの案をお示ししてございます。本検討会は今回で第3回目ということでございまして、議論が一定程度まとまれば、第4回としましてこれまでの検討会の取りまとめを予定してございます。取りまとめを踏まえまして分科会に報告し、御議論していただいた上で、こうした御議論を基に作業部会においてLIFE関連加算の各項目について具体的に検討を行い、来年の夏をめどに分科会で

項目の見直しの方向性についての議題を出すといった予定を案としてお示ししているところでございます。

資料の説明は以上でございます。

○秋下座長 ありがとうございます。

ただいまの事務局からの説明につきまして、論点が2点ございます。まずはLIFE関連加算項目の見直しの観点についてということで、2つのうちの1つ目について議論を進めてまいりたいと思います。本議題の参考資料といたしまして「QI (Quality Indicator) について」がありますので、これについて事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 では、事務局より御説明をさせていただきます。

QIにつきまして、令和5年度に老健事業におきまして、今回新しくレビューを行いましたので、少しおさらいも含めて御紹介をさせていただきたいと思います。

まずQIの定義でございますが、介護領域におきましては、QIとは、望ましくないケア行為やアウトカムの有無を標準化して長期的に記録できる指標とされておりました。また、ケアの質をはかるためのQIの役割といたしまして、外部及び内部の品質保証並びに品質改善の基盤を提供し、潜在的に不適切なケアの実践や結果の有無を示すマーカーとして活用できるということでございます。

また、枠組みといたしましては構造、プロセス、アウトカムの3つに分かれておりました。構造につきましては、介護が行われる環境として物的、人的、組織構造がでございます。また、プロセスといたしましては、介護の実際の行為でありまして、利用者が介護を求め実施する活動及び介護従事者が介護を推奨または実施する活動が例として挙げられておりました。また、アウトカムといたしましてはケアの影響または効果でございまして、具体的には広義の健康状態の定義に含まれ、介護に対して感じる満足感等々が紹介されたところでございます。

また、Quality Indicatorを事業所間で比較する場合には、標準化された定義、リスク調整、測定可能性とデータ収集の一貫性が重要であるということも付記されておりました。

次をお願いいたします。また、令和5年度には、老健事業でこのQIに関する評価項目というのがまとめられておりまして、今回、それをアップデートするような形でまとめ直したものがございますので、御紹介をさせていただきます。主には新たに2つのシステムティックレビューを含めまして、中分類5、小分類39のドメインを抽出してLIFEの項目との関連性について検討したところでございます。

次をお願いします。具体的には、これは横軸が中分類、小分類、そして体制加算、そしてそれ以外の加算と実際の評価項目という形で並べておりますけれども、中分類におきましては機能的な能力、そして臨床状況等とございますけれども、おおむねLIFEの加算に含まれた項目がほとんどでございました。

次をお願いいたします。また、そのほかの中分類ドメインとしまして心理社会的側面、薬物関連、医療サービスがございましたけれども、LIFEは医療サービスの項目がほとんど

ございませんので、その辺りは該当なしとなりますけれども、それ以外につきましてはおおむね該当していたという結果でございます。

次をお願いいたします。これがLIFEに含まれていないものをまとめた結果でございますけれども、まず臨床状況といたしましては、院内感染、身体拘束、転倒が含まれておりませんでした。また、心理社会的側面といたしましてはQOLが含まれていない。また、先ほど申し上げたように医療サービスにつきましてははないという状況でした。

次をお願いいたします。そして、これが体制加算との関連性をまとめた表になっておりますけれども、まず通所、居宅につきまして、これらの項目でおおむね潜在的にQIの可能性がある項目が多く含まれております。ただ、このオレンジの部分につきましては任意項目でありまして、これらを使うとなると少し入力が少なくなってしまうのだろうという心配点がございます。

次をお願いいたします。また、こちらは施設ケアでございますけれども、先ほどとの変更点といたしましては、診断名が必須項目になっているということと、口腔、栄養の部分が必須項目になっているということで、この辺りが必須項目として使えるものとして挙げられたところでございます。

以上、説明とさせていただきます。

○秋下座長 御説明ありがとうございました。

それでは、論点の1つ目のLIFE関連加算項目の見直しの観点につきまして御意見がある方は、「手を挙げる」ボタンをクリックして挙手をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

事務局から先ほどのスライドの最後のところでこの議題につきましての論点をまとめていただいているところがあるかと思しますので、あれを出していただくとうろしいかと思えます。こちらですね。現状、このような課題があつて、論点としてこの4つのボツなどを挙げていただいているということでございますので、事務局から今後の検討スケジュール案というものも示されているので、その方向でいかどうかということも含めまして御意見をいただければと思います。

それでは、まだ挙手がございませんので、少し具体的に私から、いわゆる服薬管理に関する情報として入れている薬剤の情報なのですが、これをどう考えるかということでございます。事務局からお聞きしている状況ですと、LIFEの入力項目の中でこの部分が一番大変だということです。先ほど御説明もありましたけれども、用量等々をいろいろコードなどから入れていくのもなかなか実は大変であつて、把握自体も難しいということがあります。そういうことで、どうせ正確な情報にはなっていないとか、有用性も限定されるということで、薬剤数ぐらいにとどめるという考え方もあるのではないかと思います。

ちなみに介護報酬の中ではかかりつけ医連携薬剤調整加算というものもありますが、それを取られる際にはもちろん薬剤の情報なども入れているので、これはあくま

でLIFEの基本的な部分として科学的介護推進体制加算のところで入れるかどうかみたいな話なのではないかなとは思っています。

服用している薬剤数を入れる場合には、あくまで薬物有害事象という観点からの薬剤数になるかと思うので、内服薬と一部外用のものでも全身作用を目的としたもの、例えばドネペジル塩酸塩のパッチなどもありますけれども、そういうものは入れるけれども、いわゆる湿布薬や吸入薬、この辺も有害事象がないとは言い切れないのですが、大きくはポリファーマシーの問題には関わっていないと考えて、用法などの把握もなかなか難しい点もありますので、そういうものは外し、内服薬と全身作用薬等の重複薬ということで絞るということも必要かと思っています。そういうことでどうかということです。

ただ、私はその筋のことをずっと研究等しておりまして、最近の研究の中では薬剤数というのが絶対的な価値を持つものではなくて、むしろその中に含まれるPIMsと呼ばれる、日本ですと老年医学会が出している特に慎重な投与を要する薬物というのがありますが、高齢者では有用性よりも有害事象のリスクが高いということから使用を控えるようなことが推奨されるような薬物、特にその中でも睡眠薬や抗不安薬であったり、抗コリン作用を有するような薬物というのを見ていったほうがいいと、薬剤数がただ孤立して例えば抗コリン薬のリスクスコアが有害事象の発生には関わっているということも最近我々の研究でも出てきていて学会報告などをしているところでありますので、今回、ここでもし薬剤数を入れるからといってこの薬の問題は薬剤数だけで片づくということではないということとは私からも申し添えておきたいと思っています。

その辺のところなども含めまして、いかがでしょうか。御意見をいただければと思います。

では、松田構成員、お願いいたします

○松田構成員 やはり薬の情報はケアマネジメントをやっていく上でとても重要だと思っています。それで、考えてみると今、マイナ保険証を使っていれば結局処方情報はすぐ分かるようになっていくわけですね。実際それはすごく便利な仕組みだと思いますし、それを広めて一般化するという意味でもそちらから取れるようにすればいいのではないかなと思うのですね。

だから、転記するとか選んでいろいろ書くよりも、マイナ保険証のいわゆる電子処方箋の情報を直接取り込めるようにすればいいと僕は思うので、一定の猶予期間を設けてその対応ができるようにするのが一番正確で簡単にできるように思います。

以上です。

○秋下座長 貴重な御指摘をありがとうございました。その点は私も全くアグリーいたします。

これについては、システム的なことや各介護施設でどういう情報を取っておられるかということも関わるかと思うので、対応カルテがそもそも電子化されていないところなどではそうでもないと思いますし、何年か前にはなりますけれども、薬剤情報を入れてい



ただくときに極めてエラーが多いと。薬品名なども、どの段階でなのか分かりませんが入れていただいたところ、存在しないような薬剤名になっていたりということが結構あって、正確な情報にはなかなかかなりにくいということの御指摘もあった限りなので、これはマイナ保険証などの利用から入る電子的な情報のみをフィードバックしていただくという御意見かなと思いますので、それがシステムのどの段階なのかということと、各介護施設での対応がどうなのかということも利用者レベル、それから施設レベル、それからLIFE全体の3段階でバリアがあるかなと思いますので、方向性としてはそちらに向かうべきだろうと思いますが、これをいつからやるかということがまずむしろ問題なのかなと思います。

これについては何か事務局から御意見はございますか。

○渡邊介護保険データ分析室長　事務局でございます。

ちょっと補足をしますと、医療の中では今御指摘いただいたようにマイナ保険証を資格確認の中でそこで個別に同意をした上で薬剤情報が共有されるという仕組みが運用されているというところでございますで、先生が今おっしゃっていただいたのは、システム上、介護で情報共有の仕組みが使えるかという観点の一つ、もう一つは薬剤情報も個人情報でするので、同意をどう取るかというところがどうしても生じてきてしまうと思います。

ただ、いただいた御意見としまして、そうした方向でできるだけ負担のない方法で情報共有すべきだという御意見はそのとおりだと思いますので、事務局として受け止めたいと思います。ありがとうございます。

○秋下座長　ありがとうございました。

松田構成員、お願いします。

○松田構成員　例えば先ほど秋下先生が言われたように、転倒のおそれがあるような薬剤を飲んでいるときにそれを把握していないということ自体が善管義務違反になってしまうと思うのですね。だから、そういう意味でもそういう情報というのは基本的にはケアに当たる人は取っておかなければいけない情報だろうと僕は思います。

そういう意味でも、個人情報の保護ということもありますけれども、利用者さんの安全を守るということが一番質に関連する大事な情報だと思いますので、そういう視点から整理すべきではないかなと思います。

以上です。

○秋下座長　ありがとうございました。その点、とても重要なかなと思います。

それでは、これは引き続き検討いただくこととしたいと思いますが、また御意見もいただければと思います。

それでは、中尾構成員、お願いします。

○中尾構成員　中尾でございます。

32ページの現状・課題、論点のところで意見させていただきます。今の薬剤の件に関しては全く秋下先生、それから松田先生の御意見に賛同いたします。取っかかりは詳しく書かずに何種類の薬剤を飲んでいるかぐらいから取っかかっていって、最終的にはいわゆる

マイナ保険カードから直接情報が持っていればベストかなと思います。

私が今日申し上げたいのは、現在、介護施設において一番の問題は転倒・転落なのですね。それから2番目に皮膚の損傷、外傷、それから3番目に誤嚥、窒息というのが現場では一番問題になっていると思うのです。誤嚥に関しては口腔、栄養といったことが関連してきますが、転倒や外傷に関しては、現場では実際いろいろ起こっているにもかかわらず、このLIFEのほうで引っかけられていないような気がするのです。

それで、今、QIの参考資料を見せていただきまして、4ページで臨床状況のところでも分類で身体拘束、転倒、骨折、外傷というこの辺のところを加算該当なしというところが出ておりますので、私はこの身体拘束がどうしても転倒、それから皮膚の損傷などに関係してくると思うのです。ましてや身体拘束を起こすことで肺炎を起こしたり尿路感染を起こしたり、あとは胆石ができて胆道感染症といった合併症がかなり多く出てきていると私は考えておりますので、この関連加算項目に関して転倒、それから外傷、それからあとは身体拘束、この辺のところを再考していただくとありがたいと思います。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。

具体的に転倒、外傷、身体拘束といった項目を御指摘いただきましたけれども、どのようなのでしょうか。身体拘束というのは、基本的にLIFEの対象となるようなところでは身体拘束はなし、ゼロというのが基本的な考えかともなっていますが、そのことの確認みたいなものをするということかもしれません。

それから、転倒と外傷は、中尾構成員のイメージとしては転倒の転倒歴みたいなものもあれば、転倒のリスクなのか、そこら辺ですね。転倒歴自体が一番強力な転倒のリスクではあるのですが、そのようなことなのか、外傷については現在抱えている外傷という視点です。これはむしろ国立長寿の事務局にお聞きしたほうがいいのかもしれませんが、この辺は調べられた中ではどのように取っていたのでしょうか。まず中尾構成員の意見としてはどういうものを拾ったらいいとお考えでしょうか。

○中尾構成員 私のイメージとしては、例えば褥瘡などはここに入っていますね。でも、その褥瘡を作るのが、一つは身体拘束だと思うのです。ですから、その褥瘡の現状をいわゆるお示しするLIFEというのは分かるのですけれども、その大元になる例えば身体拘束ですとか、あるいは先ほど言いましたように肺炎などを起こす原因が身体拘束になり得るということを含めたという考えで今、申し上げたつもりです。

○秋下座長 外傷についてはどのように。

○中尾構成員 外傷もいわゆる拘束等によって二次的に起きるという考えでございます。

○秋下座長 そうしますと、拘束絡みですか。分かりました。転倒して骨折後であるとか、そういうことではないということですね。

○中尾構成員 そういうことです。

○秋下座長 分かりました。

これはもう少し議論が必要かもしれませんので、今、ちょうど意見も出ましたので、少し幅広くお聞きしてから論点を絞りたいと思います。

では、野尻構成員、お願いいたします。

○野尻構成員 ありがとうございます。

私からは、施設サービスはちょっとフィットしないところもあるかもしれませんが、特に在宅、通所や訪問系はぜひ生活圏の観点で、我々もよくLSAという評価指標を使うのですけれども、一番訪問や通所では割とヒットするスケールなので、先ほどのQIの心理社会的な側面といいますか、QOLとも結びつくところがありますので、あまり項目が増えるのもあれですけれども、自立度と生活の範囲と頻度で評価するスケールですが、ライフスペースアセスメントというものを現場では割かし使っているんで、その辺の要素が少し入ればどうかと思ったところです。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。

これは今取っているものの中で少し組合せになっているので、ある程度カバーできる部分もあるかもしれないなとは思いますが、具体的に野尻構成員がLSAで今取っている、例えばQIのページで言うとADLなどなど、少し取っているものがあるのですが、カバーできない部分というのは構成要素としては何になりますか。

○野尻構成員 やはり生活の範囲なので、どれぐらいの広さの生活圏の中で活動されているか、そこへの頻度がどうか、自立度はほかのADLのところでもある程度見られるところがあるかと思うのですけれども、組合せで得点化されているものなのですから、そういう指標がもし取ればなど。これを科学的介護の基本のところに入れるかどうかというのは議論があるかもしれませんが、現場では割かし使っている評価票で、FIMなどのほかの要素に比べて割とその後の介入で成績が上がる指標の一つなのでちょっと提案してみました。

○秋下座長 ありがとうございます。

施設内の方と違って自宅でおられる方というのはそういうところはかなり重要ですし、変化しやすい項目でもあろうかなと思いますので、これを全員にやるべきだとお考えでしょうか。あるいは施設系等のサービス利用によって変わると考えられますでしょうか。

○野尻構成員 そうですね。ちょっと評価基準は示さなくてはいけないところがあるかと思いますが、幾らADLが自立していても家に閉じこもっていらっしゃる方というのは結局は活動性が落ちていろいろなものが低下していきますので、実際の日常生活の必要な部分のできない、しているというところだけではなくて、どれぐらいの幅の生活圏を持って暮らされているかということは手法としては一つ重要なと思ったので、ということでございました。

○秋下座長 ありがとうございます。

科学的介護推進体制加算というのがベースに来ると今は想定して議論をしているわけで

すが、その中で必須項目として取っていくというのが野尻構成員の御意見ということでございました。

ちなみに、そのスケールを取るのに所要時間というのはどのぐらいでしょうか。

○野尻構成員 いつも観察しているスタッフであれば、場所の特定を正確にやるには地図でやる場合もあるのですけれども、問診の範囲で大体何キロ圏内、自宅内にとどまっているとか、何キロ近所までは出かけているという形で取れますので、そんなに時間的にかかるものでもないと思います。

○秋下座長 分かりました。でも、項目自体は1つでいけますかね。

○野尻構成員 それぞれのものにあるので、1個で終わるというわけではないですけれども。

○秋下座長 ただ、5分以内ぐらいでは終わりますか。

○野尻構成員 そうですね、日常を見ている方であれば、初めての初期評価でやるとなるとちょっと時間がかかるかもしれませんが。

○秋下座長 いろいろ尋ねながらという感じにはなるわけですね、分かりました。ありがとうございます。

そのほか、御意見はいかがでしょうか。

古谷構成員、お願いします。

○古谷構成員 ありがとうございます。

ポリファーマシーの件に関して、薬をLIFE上に入力する各施設において、基本的に服薬というのは確認をしているというのが大原則かなと思います。服薬、ここに足りないと書いてありましたどれだけ飲んでいるかというのも基本的には介護ソフト上では入力しています。それがLIFE上に飛んでくるという流れの中で数値項目は入ってこないという流れかなと思います。

ただ、薬を介護ソフト上に入力することで退院時の病院の連携のシートなどにも同様に飛んでいきますので、基本的には知っていること、また、把握していることは必要かなと思っています。

ただ、薬剤の管理をフィードバックに生かすというのは、それ以前に施設の配置医師等がしっかり管理をしてくれていて、それでフィードバックからこれが違いますよと言われたところで、反応を先生がどう判断するかということにやはり施設側とすればなるのかなと考えています。これはフィードバック項目というよりは今後のいろいろな調査研究の中でこういう介護状態の人がこういう薬を飲んでいてこういう傾向だという把握をするという意味では大きいのかなとは思いますが、だとすれば、LIFEのフィードバック云々ということより、そういう関連項目の中でこういう薬剤情報、また、病歴等を把握するのだということで、単純にデータを集めてそのフィードバックをPDCAサイクルの中で論議するという内容とはちょっと違うかなと考えます。

以上です。

○秋下座長　ありがとうございました。

そうしますと、薬剤数だけということではちょっと足りないだろうという御意見ということですね。承りました。取っているのもそれを入れていただければいいという御意見ですね。

○古谷構成員　そうですね。基本的に介護ソフトには例えば2錠、朝、夕という入れ方を現状しているソフトがほとんどだと、ごめんなさい、全部とは分からないですけれども、自分のところはそういう形で入れています。マスタもソフト会社のほうが今言った社会保険のマスタから選ぶようになっているので、基本的にはこういうことをやること自体はソフトが入っていればあまり問題はないのかなとは思っているのですが、その活用方法が施設のいわゆるケアプランをつくる時のフィードバック情報かということ、また違うのではないかなという気がしています。

○秋下座長　ありがとうございます。

この服薬に関しては、今、厚労省の医薬局で医療安全対策課という課があるのですが、そこが中心になってもう10年来、高齢者の医薬品適正使用検討会というのをやっております、こちらのLIFEと同じような形で定期的に検討しているのですが、指針をいろいろつくったり、その中でデータの分析の仕方なども提案しています。これはあくまで地域全体での話になりますけれども、例えば後期高齢者医療広域連合のデータ分析などをして、その中で例えば抗不安薬、あるいは抗精神病薬等の使用状況、あるいは抗コリン薬の使用状況といったものが地域全体のQuality Indicatorになるという視点で分析していますので、施設単位、あるいは地域単位などで今後介護のクオリティーを考えていくという場合には、そこは非常に重要なものにはなるかと思います。単なる数ではやはりないのかなと思いますので、もしそれができるのであれば、そういう形にできるようにしていたほうがバランスは良くなるかなと思います。ありがとうございました。

そのほか、御意見はいかがでしょうか。御意見のある方は挙手をお願いします。

江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員　どうもありがとうございます。

これまでの議論をお伺いしても、現場の負担と、質を上げるにはデータが多いほうがいいというところの天秤でいろいろ議論がなされていると思っています。これまでもずっとそういう経過で来たと思っています。

そういう中で、以前も申しましたが、今はLIFEへの対応が施設系が7割程度で、居宅、サービス系が5割程度で、だんだんLIFEに対応している施設の伸びが緩やかになって大体フラットになってきており、ということは、非常にLIFEに対応するところとしないところの二極化の方向に進んでいると思っています。そういう中で、LIFE自体をどのような位置づけにしていくのか、もちろん理想的にはオールジャパンのデータが望ましいと思いますけれども、なかなか現実的には厳しいというのが今の実情だと思います。

その辺りのLIFEの大きな方向性をどうするかというのはそろそろ決めなくてははいけない

ところに来ていると思うので、まずそれが一点あり、それによってもいろいろ対応は変わってくると思います。ですから、薬も当然情報は多いにこしたことはないわけですが、今は落とすところを探さなくてはいけないということでいろいろ皆さん方の御意見があるのだろうと思いますから、まずは今の御議論を聞いていると、薬の数はミニマムで、数については絶対必要だと。それと、その中で高齢者に投与が望ましくない薬のカテゴリーをいかに拾っていくのか。これはまたいろいろ仕組みや選択肢も考えていかないと、特に介護施設の職員が分かりやすく選べるような仕組みが必要だと思っています。

これまで議論のないところで言うと、ちょっと私が気になっているのは、ポリファーマシーというのは薬が多いに加えて有害事象があるということがポリファーマシーの定義ですから、私はもう少し有害事象を何か拾えないかなというのは時々考えていました。あるいは介護の現場だと、有害事象に気づいていないことも結構あるのではないかなとも思っており、あるいは有害事象という選択肢ができることで少し意識が高まることもあるのではないかなとちょっと期待しているのですけれども、有害事象というのを拾えるかどうかは難しいところですが、そういった観点もあるのではないかなと思ったところです。

それから、あとは論点に関連して言いますと、フィードバックの活用についてはまだまだいろいろな施設が各自切磋琢磨しながら取り組んでいるところなので、これまでも好事例集みたいなのはあるのだけれども、結構表面っぽいような、こうやっているみたいなのが多くて、実際の中身の職員の努力などの泥臭い部分というのはなかなか難しいのですけれども、実際にこういうことをやってこうなったという事例をもっともっと集めたほうがいいかなと。

それから、介護のケアの質の向上というのはLIFEにデータを提出してフィードバックしてすぐ改善するというものでは到底ありませんので、私の経験でも組織でケアの質を上げるには年単位でかかります。ということは、そういう中長期に見ていかないと、短期間でケアの質の向上を求めるというのはちょっと厳しいし、あるいは中長期の取組の好事例は集めていくべきではないかなと思っています。

先ほどの薬の件にも関わるのですけれども、ですから今はもう二極分化している中で、例えば薬も薬の数だけのところと、もうちょっと薬の種類までピックアップするところを選択制にして、薬の数については皆さんに対応してもらえけれども、ちょっと余力のある、もっとちゃんとシステムが入っていろいろなことに対応できるところについてはもうちょっと上乘せの入力をしていただくとか、いろいろな選択側にバリエーションを持って、とにかく少しでも参加を増やす。ですから、科学的介護推進体制加算ももうちょっと例えば絞った項目で、低い報酬設定でいいのですけれども何か点数設定をして、少しでもデータ入力する施設を増やしていくような戦略性も考えていってもいいのではないかなと思っています。

最後に、これまでも訪問系サービスや居宅介護支援事業所についてどうするかということが議論になり、審議会でもまだ時期尚早ということで見送りになってきた経緯がありま

すけれども、例えば一案ですけれども、訪問系について、LIFEはデータを提出してフィードバックを受けてPDCAを回すというところが算定要件だけれども、例えば訪問系サービスについて、データ提出までを評価する。よく診療報酬ではそのような評価が多いのですけれども、データ提出加算みたいところでまずデータを収集するところからやり、その収集したデータでどういった重複サービスが入っているのかなどを分析しながら今後に向けていくという方策もあるのではないかと。ですから、まずはデータを提出していくというところを評価するような、例えば報酬の中で仕組みを設けるといこともあるのではないかと、これまでも申してきたことですから思っています。

たくさん申し上げましたけれども、取りあえず以上でございます。

○秋下座長 いずれも重要な御意見をありがとうございました。

今出た意見の中で、特にお薬に関して、薬剤数、薬の種類はミニマムとして、それプラス従来入っていたような薬剤情報ですね。先ほど古谷構成員からも意見がありましたけれども、従来取っているというところはそのまま流してぱっと入れるのは自然に流れるのかもしれませんので、吸い上げていただくという意味ではそれはよくてという2段階構えというのが、今、検討している科学的介護推進体制加算の項目として成立するのかどうかというのは、何か事務局のほうでこの辺については御意見いただけませんかでしょうか。どうですか、そういう二重になっていて構わないのかどうかということですか。

あるいは薬の情報まで入れると少し違うみたいな、加算のⅠとⅡがあるみたいな考え方がないと、全部同じだと皆さん入れるのが面倒くさいからやめておこうという話になってしまうかもしれませんので、いかがでしょうか。

○渡邊介護保険データ分析室長 まず現状をもう一回繰り返しますが説明すると、11ページにあるように、服薬情報をあえて取り上げているのでちょっと分かりにくいかもしれませんが、科学的介護推進体制加算にはⅠとⅡがあるというところで、Ⅰにおいては服薬情報は必須にはなっていない。Ⅱになると服薬情報が必須になりまして、その必須になったときには、先ほど資料でも示したように細かい屋号なども含めて報告するということになっております。

いただいた御指摘として、服薬情報を入れるときに2階にできるかどうかと考えると、制度上、あるいはシステム上はできるはできるということになると思うのですけれども、どちらかというと御議論いただきたいのは、データとしてそれが混在したときにそれをちゃんと扱えるかというところが一つ考えなくてはいけないポイントなのかなと思います。

要は、例えば何種類かという入力と、今のマスタの入力、どちらでもいいですよとしたときに、何種類かというので5種類と書いたものと、マスタで5種類でしたというのを同じように扱って分析してしまっているのかとか、それが混ざったときにどのように分析していくのかというのが、まずは技術的に考えなくてはいけない論点なのかなと思います。

事務局からは以上でございます。

○秋下座長 分かりました。

どうぞ、江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 当然その5種類と、あるいは5種類の薬を明記している部分は、当然分析手段としては変えるべきだし、例えば科学的介護推進加算のⅠに薬剤の数だけを入れていくこともできるし、技術的にはいろいろな方法が取れるわけです。だから、まず数を必須にするなら科学的介護推進加算のⅠには数を入れるとか、もちろん理想的にはデータが多いほど詳細なので良いわけですがけれども、今のこれまでの経緯を考えた中でどこが落としどころかというのは決めていく必要があるのと、新規の視点では、先ほど言った選択肢でもいいので、有害事象にチェック方式でその他も含めながら何かうまくできないかなというところが申し上げたところです。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。

今の江澤構成員と事務局の意見を重ね合わせますと、科学的介護推進体制加算のⅠでは薬剤数のみにする。そしてⅡでは、当然加算のⅠは取っておられるという前提でマスタで入れていただく。このマスタで入れた薬剤数イコールⅠの服薬数とは同じではないと思います。なぜならば、点眼薬などの外用薬等々を薬剤数に加算してカウントしていくと、ちょっとポリファーマシーの視点からは外れていってしまいますので、このマスタの中ではあくまでも用法、用量等を見て、薬剤数の抽出の仕方というのはまた別にありますので、それは統計の専門家、特に薬剤統計の専門家であればきちんと分析できますので、マスタを入れておいてさえいただければそこはいいとなるのではないかなと思います。なので、この2段階構えということでもいいのかなと思います。

○渡邊介護保険データ分析室長 先生、すみません。1点よろしいでしょうか。

○秋下座長 お願いします。

○渡邊介護保険データ分析室長 先ほど江澤構成員から全体の構成をどう考えるのかというコメントがあったので、それにも関連して申し述べさせていただきますと、LIFEの意味は、報酬制度何でもそうですけれども、事業所に対して分かりやすいメッセージといいますか、そういう制度というのは非常に重要なのだと思っております。

それから、今はLIFE関連加算はいずれでもいいですよと見えているというところで、一方で、理想かもしれませんが、事業所であるからには一定の基礎的なところは入れるというところを示していくということも重要なのかなと思っています。

そういうことも含めて前回、1階層目、2階層目という御提案をさせていただいておりまして、前回の御議論の中ではそう考えるのであれば1階層目は簡略化するというのも御発言もいただいていたかと思います。なので、1階層目と2階層目で、1階層目はできるだけ多くの事業所に算定していただくという考え方なので基礎的な情報を幅広くと考える。それから、2階層目についてはその中で事業者が取り組むところを加算として取った上でデータも入力するという整理の仕方が一つあるのかなと思っております。

いただいた御意見を踏まえるとそうした整理もあるのかなというのが一つと、あと薬剤



情報について1つだけ追加させていただきますと、この科学的介護推進体制加算以外にかかりつけ医連携薬剤調整加算、御発言もありましたが、これがLIFE関連加算としてございます。なので、当然今いただいたように、科学的介護推進体制加算の中で1階、2階と位置づける案もありますし、かかりつけ医連携薬剤調整加算のLIFEの部分に今いただいたような有害事象などの情報も含めてこちらで詳しい情報を取るという、LIFEの加算の全体の中で1階、2階を整理するというのも一つ視点としてはあるのかなと考えております。

一応そういうものもあるということで事務局としての発言で、それがいいというよりは、そういうものも全体を考えるとありますというところでございます。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございました。

それで、江澤構成員の提起された薬物有害事象を取るということなのですが、高齢者、特に今回対象になるような介護報酬の対象と介護保険のいわゆる受給者の方々は、有害事象の中では圧倒的に薬剤起因性老年症候群が多いのですね。そうしますと、いわゆる老年症候群ですので、先ほども話に出ました例えば転倒などなど、褥瘡もそうですけれども、そのようなものになってしまって有害事象として抽出するというのは極めてそれだけでは困難なのですね。あくまで老年症候群とハイリスク薬の組合せで確率的には高いということで、最終的にはその薬を減量、あるいは中止してみたときにそれが改善するかということでないと因果関係的には明らかにできないということがありますので、あくまでデータ分析上そういうことをやっていくことは可能なのだということで、個々の症例についてはかかりつけ医薬剤連携調整加算というもののの中で減薬したときに老年症候群がどうなったのか、多少は良くなったのかみたいなことを評価するというので、介入効果というか、厳密な意味での薬剤起因性ということの判定ができると思いますので、そういう薬剤情報と老年症候群が拾われていると全体としての分析は少なくともできると思いますので、そのようなことを入れていただけるような仕組みにさせていただくといいのかなと思います。

ありがとうございました。

江澤構成員、お願いします。

○江澤構成員 1つだけ、事務局の件で、さっき言ったのは、これは今参加していない施設にできれば参加していただくように促進する仕組みの一環として、1階層目の中に情報入力の多い少ない、2段階、3段階でもいいのですが、まずそういった入力によって階段をつけてやって少しLIFEに触れてもらうとか、参加してもらうところへ行けば徐々にステップアップすることもできるのではないかなと思っていて、恐らく今は入り口で参加しない施設は止まっているのではないかなと思って、本当に基礎的な入力の負担の少ない枠も1階層目の中でつくってもいいかなということをさっき申し上げたところです。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。

その点は恐らくほかの構成員の方々も疑問はないと思いますので、そういう方向で進め

られればと思います。

そうしますと、事務局、服薬に関しての情報というのは今日で決定ということはないでしょうけれども、加算Ⅰの場合にどこまで入れるかということをお話しするということではないですか。もし加算Ⅰであれば薬剤数ぐらいでいくのかなと思いますが、どうなのでしょう。加算Ⅰと加算Ⅱを分けてみたいことは意見として出しましたが、別に今日で決定でもないですし、こういう意見を出していただければそれでよろしいですか。

○渡邊介護保険データ分析室長 そうですね。考え方としては今日は負担と情報のバランスとか、入り口として入力しやすいところをつくるべきだといった御意見など、そういったかなり今後の議論の参考になるようなことをいただいたと思います。

おっしゃるとおり、今は次の改定でこうするというのを決める場ではないので、そうした議論をいただければと思っています。ありがとうございます。

○秋下座長 そうしますと、私も加算Ⅰはなるべくシンプルにしたいと思いますので、薬剤数というのは大事なと思います。さらにそれをシンプルにすると、例えば6種類以上というのが一つのかかりつけ医連携薬剤調整加算の対象でもありますし、数を入れるというのか、もっと簡単にだど6種類以上かどうかみたいなものを入れていただくというのもよりシンプルな方法としてはあるのかなと思っています。

もしもう一つ入れていただくとしたら、服薬回数ですね。これは老年薬学会で高齢者施設の服薬簡素化提言というのをを出していて、これは極めて世の中の的に非常に評価が高くて、SNS上でもあまりたたかれることもなく、こういうものがないよねというものばかり来たのです。それも介護施設の中でも薬剤師ではなくていわゆるケアを提供されている介護士や看護師からこういうものは絶対欲しいというのがあったので、やはり服薬回数は、実は私も東京都健康長寿医療センターと今キャンペーンで服薬過誤をなくするためには回数を減らそうということをやっています。ということで、介護の負担にもなる項目なので、薬剤数、6種類以上とするかどうかということも含めてということと、その方の服薬回数が一日何回かというのを入れていただくと結構良いかなと思いましたので、論点として挙げさせていただきます。

では、東構成員、お願いします。

○東構成員 ありがとうございます。

今、いろいろな議論がありましたが、今回、1階層目、2階層目にするのは私も賛成です。1階層目というのは科学的介護推進体制加算ということで、現時点で多くの施設、約9割が算定していますが、先程江澤先生が良いことをおっしゃっていましたが、全ての事業所でLIFEに触れてもらうというのは大事なことです。この科学的介護推進体制加算は最低でも算定してくださいねというメッセージにもなるのですごく大事なかなと思います。

そういう意味では、この1階層目の科学的介護推進体制加算はやはり現場の負担が極力少ない方がいいと私も思います。秋下先生は6剤以上とか、薬剤数、それから服薬回数と言われましたけれども、LIFEにエントリーしている事業所全てのところからそういうデ

ータが必要なのか、それとも先ほど言われました2階層目にかかりつけ医連携薬剤調整加算があって、そこにLIFEの詳しいデータがあるので、そこでは回数も分かりますし、薬剤の種類も、それから何剤飲んでいるかも全部分かるので、そのデータを分析すれば、秋下先生や松田先生が望まれるというか、必要なデータが得られるのか、やはり全ての事業所でどれぐらい何回服用しているかとか、どんな薬剤が投与されているかというのが必要なのかというところの議論になるかと思います。さきほど古谷構成員からも薬剤は電子カルテが入っているところはもう自動的に入れているからそんなに負担ではないと、ただ、薬剤を入れることで、老健でいえば管理医師、特養でいえば配置医師というのがあって、これは実は老健の管理医師の場合は、薬剤費は介護報酬に丸めになっているので、なるだけ少なくというインセンティブが働くのですが、特養の配置医師の場合は診療報酬なので、そこまでどんどん減らそう減らそうというお医者さんばかりではありません。古谷構成員がおっしゃるように例えば薬剤が多いとしても、配置医師の先生が別にこれでいいのではないのと言うのだったらそんなに減らないので、そこら辺は薬剤の情報が分かったからといって利用者さんや事業所に対して全て同じようなフィードバックがされるとは限らないと私は思います。

ただ、秋下先生や松田先生がおっしゃるように、どんな有害薬剤を飲んでいるかとか、何剤飲んでいるかとか、分2、分3なのかという情報はどうしても必要なもので、どこかでそれは取らなくてはいけないと思うのですけれども、1層目で広くなるだけ多く取るのか、2層目の薬剤連携調整加算のところの情報でいけるのか、それについてはいかがでしょうか、秋下先生、松田先生。教えていただきたいです。

○秋下座長 秋下です。

服薬に関して、加算Ⅰで何かを取るとしたら、薬剤数プラス回数というぐらいかなと思います。取らないという選択もあるのかなとは思いますが、Ⅱ以上で取っていくとか、連携加算のところだけで取っていくという考え方をしているかなとは思いますが。

○東構成員 ありがとうございます。

今ここで決めることではないとせっかく事務局が言っているので別に結論は出さなくていいと思うのですけれども、そもそも1階層目の科学的介護推進体制加算は今、ⅠとⅡがありますけれども、それを2段階で行くのか、さっき江澤先生がおっしゃるようにもっともっと全ての事業所にこれを算定していただくためには1階層目はもう一本化して、なるだけ少ない情報で行くのか、そこら辺を今後議論の上でないと、1階層目を1、2に分けるのか、1つだけにするのかというのも分かれてくるとは思いますけれども、私からは以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。非常に重要な論点かなと思います。

では、江澤構成員、お願いします。次に野尻構成員で。

○江澤構成員 どうもありがとうございます。

私からも、秋下先生が国の第一人者なのでちょっとお伺いなのですが、服薬回数

のときに例えば高齢者は得てして腎機能が落ちており、クレアチニンクリアランスが低下している場合に、我々も一日分3の薬を分2で量を調整したりします。なるべくワンスアデイの半減期の一日1錠の薬は高齢者には避けようかなということを配慮しているのですが、これは回数だけ見たときにそういった薬剤が選択されるリスクは大丈夫なのでしょう。簡単にすると、腎排泄に配慮した投与量というのが大事かなと思うのですが、先生が一番御専門ですから、いかがでしょう。

○秋下座長 もちろん個々の薬剤のリスク、特に回数の問題よりも量の問題のほうが大きいかなと思っていますので、肝機能、腎機能を踏まえた量の調節というのは大事で、だから最終的にただのブランド名や薬剤数だけではなくてどのぐらい使っているのかというのはきちんとモニターできるようにしなくてはいけないと思います。

その中で、どちらかというと服薬回数の問題は、御本人のQOLであったり、あとは医療安全ということで服薬に関わる安全対策、有害事象というのは安全対策でもあるのですが、誤薬はかなり病院でも1に転倒2に薬剤か、1に薬剤2に転倒かというぐらいどちらかなので、それぐらい起きていますから、そこを減らすとか、業務負担を減らすとか、そちらの観点になりますので、江澤先生のおっしゃるようなことは加味しなくてはいけないのですが、それよりも別の事項が優先されて、服薬回数を減らしましょうという流れになっているということです。

○江澤構成員 ということは、トータル的に何がという観点ということですね。

○秋下座長 そうですね、そちらのほうでやっております。

○江澤構成員 了解です。

○秋下座長 ありがとうございます。

では、野尻構成員、お願いいたします。

○野尻構成員 ありがとうございます。

ちょっと薬の話とは違うのですが、先ほどから江澤先生も触れる機会をということで、LIFEの導入も頭打ちであるというお話が挙がっていましたが、あと、周辺の事業所でも導入そのものがよく分からないというところと、入力に困っているところと、それからアセスメントに戸惑うというところと要因がいろいろあって、厚生労働省からも非常に詳細なマニュアルをたくさん、それから動画も出していただいているのですが、一つの提案として、今、生活機能向上連携加算というのがありまして、個別計画を立てるのにリハ職が通所介護の事業所などに別事業所から応援に行って一緒に立てることを支援するという、それに加算がついているという仕組みがあるのですが、実際はあまりその算定率は高くはないのですが、そういう形でLIFEを積極的にやっていって、あつちのところ導入の方法すら分からない、マニュアルを見てもよく分からない、あるいはアセスメントをどう進めていいか分からないというところに支援をすることで、連携もできますし、かつ、そこでLIFEに触れるチャンスを増やせるというか、こんな簡単なことで戸惑っていたのだみたいなところが現場で使えるような体制がつくれると、もう少し伸び

悩んでいるところというのが埋まるのではないかなと思い、これは次の論点のところにも関わるかと思いますが、そういう意味で提案をしました。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。その点はぜひまたこの後のLIFEの在り方として考えていかなければいけないことだというのはよく分かりました。

では、古谷構成員、お願いします。

○古谷構成員 ありがとうございます。

薬剤量等、また、そこのいろいろ検討される内容については重要かと思いますが、先ほど言った今時点で科学的推進加算Ⅰ、Ⅱということで、老人施設協会の調査で8割ぐらいの施設が科学的介護推進体制加算を取っている。そのうちの約5割がⅡを取っているのですね。そうすると、Ⅰで今後簡素化していく、必要な項目を整理していくという中で、Ⅰに項目を増やしていくというのはあまり得策ではないと思っていますし、Ⅱの中も、そうすると科学的介護推進体制加算が、これが正式になるかどうか分かりませんが1階層としてあって、2階層目がⅡになるのかといったら、そこは薬剤と医療だけが残ってくるということですね。

そういうイメージだとしたときに、Ⅰで項目を増やすというよりは、Ⅰはあくまでベースで、Ⅱでさっき先生がおっしゃったとおりいろいろな調査をするのであれば、そこで項目を増やしていくというほうが実際LIFEを提出する側とすると理解がしやすいかなと思いますし、一番ベースのLIFEに薬剤が入ってきて、さっきから何回も言うのですけれども、これをどうフィードバックに生かすのかといったときに、それはやはり現場レベルでは難しい問題かなと考えるので、Ⅰはできるだけ簡素化、そこにプラスⅡという今みたいな形で収集していただくほうがありがたいかなと思います。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。

これも非常に重要な観点なので、加算Ⅰについてはなるべくシンプルなほうがいいのではないかという御意見だと思います。そのほうが参加者を増やすという意味では重要なことです。

今のところで御意見をいただいてふと気がついたというか、言っておかなければいけないなと思ったのですが、服用薬剤数は、ポリファーマシーの視点から処方を見直すという視点だけではない意味があるのですね。薬剤数というのは多病状態をある程度反映していますので、先ほどQuality Indicatorでも疾患名等があつて、そこの情報がということもありましたけれども、薬剤数で要するに病気を幾つも持っている人をケアされているかどうかみたいなことが大体分かるのですね。そういう使い方もできるということは御承知おきいただければと思います。

松田先生、先生の立場からそこら辺はよろしいですか。

○松田構成員 それでよろしいと思います。非常に今、先生が指摘された点でも重要な情

報だと思しますので、その方針でやっていただけるとありがたいです。

○秋下座長　ありがとうございます。

なので、疾患情報を全く拾わないのか、何か拾うとしたら薬剤数などを拾っておくと、イコール疾患数ではないのですけれども、薬が多い人はやはり病気が多いのだろうねみたいなことはある程度分かるということになります。ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。

事務局、議論で足りないところがもしありましたら、どうですか。

○渡邊介護保険データ分析室長　論点の1つ目については充実した御議論をいただいたと思っています。ありがとうございます。

○秋下座長　了解です。

この中で、例えば野尻構成員からいただいた生活の範囲に関するようなスケールをどうするのか、あるいは中尾構成員からいただいた身体拘束や転倒、外傷といったこともいただきましたので、これについては御意見として今後、また議論していきたいと思います。

それでは、次の議題「LIFEの対象範囲について」に進みたいと思います。本議題につきましては、本日御欠席の田母神構成員から事前に御意見をいただいていますので、その代読をさせていただきます。

LIFEの対象範囲についてということで、まず1つ目、介護サービスの利用者のニーズが複雑・多様化する中で、介護サービス、医療サービスを含め複数事業所、施設間の情報連携の強化が不可欠であると考えます。今後、介護情報基盤が構築される中で、LIFEに関して各事業所の情報がどのように共有されていくのかを含めて審議会において検討を進めていく必要があるのではないかと考えます。

2つ目、また、訪問看護については、医療・介護双方の側面で情報をアセスメントし看護を提供しており、各関係サービスの情報連携において重要な役割を果たしています。一方で小規模事業者が多い状況がありますので、LIFE導入の点では取扱いに係る業務量等、これまでの関係事業の成果をお示しいただいた上で、導入の時期等を適切に判断していく必要があると考えます。日本看護協会常務理事、田母神裕美。

ということでございます。代読させていただきました。

それでは、本議題に関しまして御意見がある方は、「手を挙げる」ボタンをクリックして挙手をお願いいたします。

では、江澤構成員、お願いいたします。

○江澤構成員　さっき間違えて私はもう言ってしまったので、訪問系のお話ですね。

○秋下座長　それも含めてですね。では、もう一度いただいてもよろしいですか。

○江澤構成員　では、もう一回言います。

LIFEはデータを提出して、フィードバックを受けて、PDCAサイクルを回すところまでが算定要件となっていますけれども、訪問系についてはいろいろ複数のサービスが入っており、いろいろ評価が難しいということでこれまで見送られてきておりますけれども、例え

ば診療報酬のように取りあえずデータを提出していくことの評価の仕組みもつくりながら、データ提出をしてデータを収集し、その収集したデータの中でこういった重複サービスがあつてどういうことになっているとか、どういう実態なのかということ进行分析しながら今後につなげていければいいかなということで、PDCAサイクルを回すところまでは要件としないで、まずはデータを提出するところから試みてはどうでしょうかということです。

以上です。これを先ほど申し上げました。

○秋下座長 ありがとうございます。

確かにこちらに関わるような御意見ですね。ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。

では、中尾構成員、お願いいたします。

○中尾構成員 LIFEの対象範囲ということで、特に33ページの論点のところでは訪問系、通所系サービスにおいては「複数事業所が介入すること」という文言が非常に私はキーワードになろうかと思います。例えば施設におきましては、例えば施設長だとか、医者だとか、薬剤師だとか、あるいは施設ケアマネがトータル的にアセスメントすることができるという一方で、訪問系や通所系はそれをまとめるというか、トータル的にいろいろな情報を共有するようなキーステーションみたいなものがないような気がするのです。私は、これができるかできないかは別としても、ケアマネというのがしっかりいますので、そのケアマネがトータル的に情報を集めて、そしてまたそれを各事業所に情報共有して返すというシステムがないと、このLIFEのいろいろな項目を各施設が施設ごとにぽんぽん情報を出したとしても、それを誰がどうまとめてどうコーディネートするかということはこのことの前に考える必要があるのではないかなと思います。

以上です。

○秋下座長 非常に重要な意見をありがとうございます。

まさにポリファーマシーの問題が結局複数診療科、複数医療機関利用で薬などが重複を含めてどんどん増えていって司令塔がないという問題があつて、この問題も同じ根っこがあり、先ほどの科学的介護推進体制加算も、入所、入居系であれば問題ないのですけれども、複数にまたがった場合にどこが出すのかというか、全部出してそれぞれの出しているものが違うということが普通に発生してくると思いますので、そういうときに情報の取扱いも結構難しくなりますし、大事ですね。

松田構成員、お願いいたします。

○松田構成員 松田です。

私も今の中尾構成員の意見に賛成です。そもそもLIFEの導入に至ったのは介護の質を向上させようということで、質の高い介護に対してやっている提供に際して適切な介護報酬をつけようということでこの事業が10年以上前に始まったわけですが、そうすると施設だけでなく通所系、訪問系に関してもLIFEによる質の評価というのは将来的にはやるべきだろうと思っています。

そのときに、今、中尾構成員が御指摘されたように、在宅系の場合にはそれを取りまとめるものがないといけないし、その情報がある程度関係者間で共有されていないと駄目なのだろうと思います。そういう意味では、将来的にやり方はいろいろ考えなくてはいけないですけれども、ケアマネジャーさんが1階部分のところをきちんと評価する。それ自体がこの国の介護保険の今までの課題と言われていた、いわゆる統一されたアセスメント方法が導入されていないということに対する解決策にもなるのだらうと思っています。少なくともそこに関しては皆さんが同じ情報を入れるということになりますので、そうすると、それがあることによって担当者会議も意義のあるものになると思うのです。今、担当者会議で視点が育っていない場合には、ただ集まっているだけというのも、場合によっては集まらない場合もあるわけですが、そういう意味で在宅におけるケアの質を担保するためにも、今、中尾構成員が言われたような方法を将来的には導入すべきだと思います。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。

一元的なマネジメントの重要性ということで、田母神構成員のポイント2点もまさにその点ではあったのかなと思いますので、今のところは皆さんからそのような意見をいただいたかなと思います。ありがとうございます。ここはなかなか今後どうするかというところが、複数事業者が入ってきたときに問題があるということだと思います。

そのほかはいかがでしょうか。

古谷構成員、お願いします。

○古谷構成員 ありがとうございます。

今、おっしゃった中尾構成員、松田構成員と同じようなイメージになるのですが、まず施設系のLIFEの項目の整理というのは今の時点でもまだ入力の手簡素化、事務手間の減少ということ、また、それに関してどういうフィードバックを起こしてくるかというところの論点が進行しているという、何年かたって問題点がまた挙がって、そこを改善していくと。では、在宅系はどこをもってそのデータを集めてきてというところ、そこら辺が整理されてないと、施設と違ってより小規模な事業所が多いという流れの中で事務負担だけが増え、なかなか実のあるものにならないのかなという気はしています。

先ほどおっしゃっていたとおり、どの事業所が何をどう入力するのか、そのことによってもばらつきは非常に大きいかなと思っています。まず前段の整理を進めていく中で、在宅における必要項目というものを検討して、そこを最小限に絞った上での入力というのを検討するというほうがいいかなと、一概にぱっと広げていけるかどうかというのはちょっと疑問を持っています。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。



西村構成員、お願いいたします。

○西村構成員 私も、栄養士も居宅療養管理指導で在宅に伺うのですけれども、現段階でまだ施設のほうのLIFEをまだまだ進めなければいけないという状況で、在宅のほうまで広げるのは少し難しいのかなと考えております。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。ほかの視点でも結構でございますが。

すみません、指名で申し訳ないですが、野尻構成員、デイケアを提供する立場として、今、論点になっているところはデイケアに深く関わると思いますが、今まで出た御意見等に関しましていかがでしょうか。

○野尻構成員 ありがとうございます。

特にキーステーションという意味では、先生方がおっしゃったとおり在宅の場合は理想的にはケアマネに集まっていいかと思えますけれども、現実、今、ケアマネジャーの8割は元職が介護職の方で、そこに対していろいろな研修側からも医療の知識が足りない、リハの知識が足りない、認知症について何も分かっていないといろいろなことを言われて山のように研修が入ってきて、それから、更新研修が今度中心になるみたいですがけれども、なかなか現場のケアマネさんも高齢化して、離職も高くなって、しかも報酬は今、処遇改善加算のところも含めて介護職にはついていっているけれどもケアマネにはつかないということで、だんだんそこからは離れていっている状況の中に次の負荷がかかるということになると思うので、もうちょっとこのケアマネも含めてチームで、例えば通所の事業所には複数のスタッフがいたりしますので、そういうキーステーションとなるとところがケアマネだけではなくてほかのサポートも入りやすいような事業所がそういうところになってコントロールできるといいのかなとはちょっと思いました。

理想的には一番そこをコーディネートしている人なので、そこに情報が集まってそこからちゃんとフィードバックされるという形が僕も理想的かなとは思いますが、ただ、現実の今の状況を見ているとちょっと厳しいのではないかなと、ちょっと時間がかかるかなとは思っています。

○秋下座長 ありがとうございます。

そのほか、武田構成員、お願いいたします。

○武田構成員 ありがとうございます。

私も先ほどの野尻構成員の御意見に賛同するところがありまして、やはり生活を支えるためには情報の共有が必要というところなのですが、その整理というところを誰がするかというところで、実際に現場の方々の御意見を聞きますと、研修とか、役割とか、ケアマネジャーに結構負荷がかかっているということをお聞きすることもございます。その部分をどうしていったらいいのかというところは検討していく必要があるのではないかなと思います。

また、ケアマネジャーも地域では重要な方々ですので、他の機関と連携をしながらどのようにしていくのかというのは考えていく必要があると考えます。

以上でございます。

○秋下座長 ありがとうございます。

事務局にちょっと質問なのですが、立て付けとして科学的介護推進体制加算が基盤にあって、その上に各種加算がのっかるというイメージで今考えているのですが、議論しているのだと思いますけれども、例えばケアをマネジメントするケアマネジャーのところで科学的介護推進加算を取って、その上にのっかる部分は各事業所が提供するものをやることで取っていくということでも、一人の利用者からするとそういう基盤部分があってその上にのっかる形になっているので、そういうこともあり得るということなのではないでしょうか。そうなるということではないのですけれども、一応仮定の下でなのですから、そういうことも理論的にはあり得るのでしょうか。

○渡邊介護保険データ分析室長 そうですね、あり得ると思います。

あとは2階部分といいますか、科学的介護以外のところで何の加算をひもづけるかというところにもよってくるのかなと思うのですけれども、ケアマネ自体にもいろいろ加算はありますので。

○秋下座長 分かりました。

いずれにしてもそういった情報をもしケアマネが取って何かもらえたとしたら、それを各関係のところで共有するような形にしておいて、行ったものについてはまたケアマネのところに戻りという、医療でいうところのかかりつけ医やかかりつけ薬剤師などがありますけれども、そのような機能を当然果たしていくことにはなる。それが本来のケアマネの役割なのかなと思います。ありがとうございます。

中尾構成員、お願いいたします。

○中尾構成員 今、私は秋下先生の発言を伺って少しいメージが出てきたなという感じがするのですけれども、私の個人的なイメージなのですけれども、いわゆる小多機や看多機というのは通いや泊まり、通所というのがうまくコーディネートできていますね。これは小多機、看多機のケアマネジャーが中心にそういうことをマネジメントしていると思うのですね。

そういうイメージで、例えばデイケアやデイサービス、訪問看護ステーションなどをうまくまとめたグルーピングをしていけば、うまくやれないでしょうか。私はそのように個人的に思っております。

以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。おっしゃるとおりですね。そのとおりかと思うので、そういう体制をどのようにつくっていくか、地域ごとに違ってくると思いますので、そんなに簡単ではない話ではあるのかなと思いますが、必要なことだとも思います。

そのほかはいかがでしょうか。

では、この点については大体以上でよろしいでしょうか。

これまでのところでまだ御意見いただいていない構成員としては、野村構成員からは何か今の点、それからその前の点も含めて御意見がありましたら、いただければと思います。

○野村構成員 前に２段階でというか、段階的にという形で話をされていたので、それはそれでいいのかなと思っていますし、できるだけ御負担がないような形で進められたらいいのかなと思っています。詳しい情報をどうフィードバックするかというのはかなり難しい状況にはなろうかと思っていますけれども、何らかの形でフィードバックされるのがよろしいかと思っています。

私からは以上です。

○秋下座長 ありがとうございます。

そのほか、何かございませんでしょうか。

それでは、論点の２つ目についての御議論は本日のところは出尽くしたということで終了にしたいと思います。

若干予定の時間よりは早いですが、本日の議事の２課題は終了いたしましたので、本日の議論はここまでとしたいと思います。事務局は本日の議論を踏まえまして第４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の連絡事項をお願いいたします。

○崎本研究員 次回の日程につきましては、追って御連絡いたします。

以上になります。

○秋下座長 了解です。

それでは、本日はこれで閉会といたします。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。