

参考資料

老健局老人保健課

2026年1月26日

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 1.LIFEの概要
- 2.LIFEの目的
- 3.フィードバック
- 4.LIFE関連加算の加算構造
- 5.LIFE関連加算の項目見直しの観点
- 6.LIFEの対象範囲

1 . LIFEの概要

科学的介護の推進に向けたこれまでの取組について

社保審－介護給付費分科会

第247回 (R7.9.5)

資料 4

2017年
2019年
2020年
2021年

- VISIT (monitoring& eValuation for rehAbilitation SerVlces for long-Term care) の運用を開始
- 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会取りまとめ (2019年 7 月16日)
- CHASE(Care, HeAlth Status & Events)の運用を開始
- LIFE(Long-term care Information system For Evidence)の運用を開始し、令和 3 年度介護報酬改定において、新たな評価を創設
- 動画マニュアル、LIFEの利活用を推進するための手引き、好事例集の作成や自治体職員向けのマニュアルの作成

令和 3 年度
介護報酬改定

2022年



LIFE利活用の好事例集
LIFEフィードバック活用の手引き
LIFE自治体職員向けマニュアル
(厚労省HPで公開)

動画マニュアル
(厚労省YouTubeチャンネルにて公開)



2023年

- 匿名介護情報等の提供において、匿名LIFE情報の提供を開始
- フィードバックの拡充に伴い、介護事業所向けにフィードバックの利活用の手引きを作成
- フィードバックを活用した介護事業所向け科学的介護の取組に係る研修、事業所を支援する自治体職員向けの研修、LIFEデータを活用する研究者向けの研究会の実施

2024年

- 令和 6 年度介護報酬改定において入力項目等の見直しを実施
- 順次、令和 6 年度介護報酬改定版LIFEシステム、フィードバックをリリース
- 引き続き、研修会や研究会を実施

令和 6 年度
介護報酬改定



LIFE操作ガイド (LIFE上で公開)



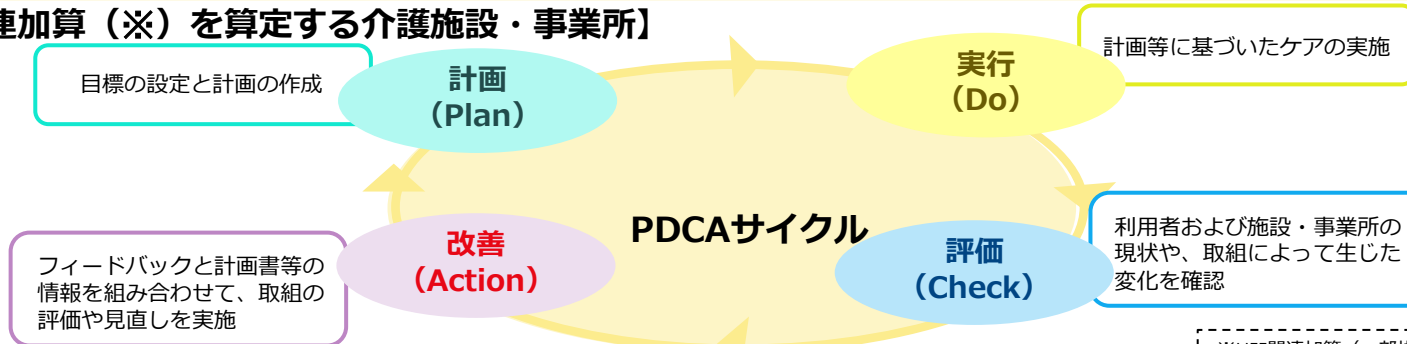
LIFE利活用の手引き (厚労省HPで公開)

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、介護の質向上に向けてLIFEを活用したPDCAサイクルを推進する。

※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書情報加算（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）
- 現状においては、いずれの加算も独立して算定可能

【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

・ 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

－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

－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

[illegible]

2. LIFEの目的

科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは

社保審・介護給付費分科会

第178
(R2.6.25)

資料1 一部
改変

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。

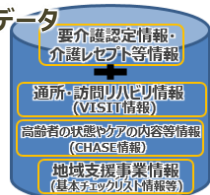
介護分野における取組み

- 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）

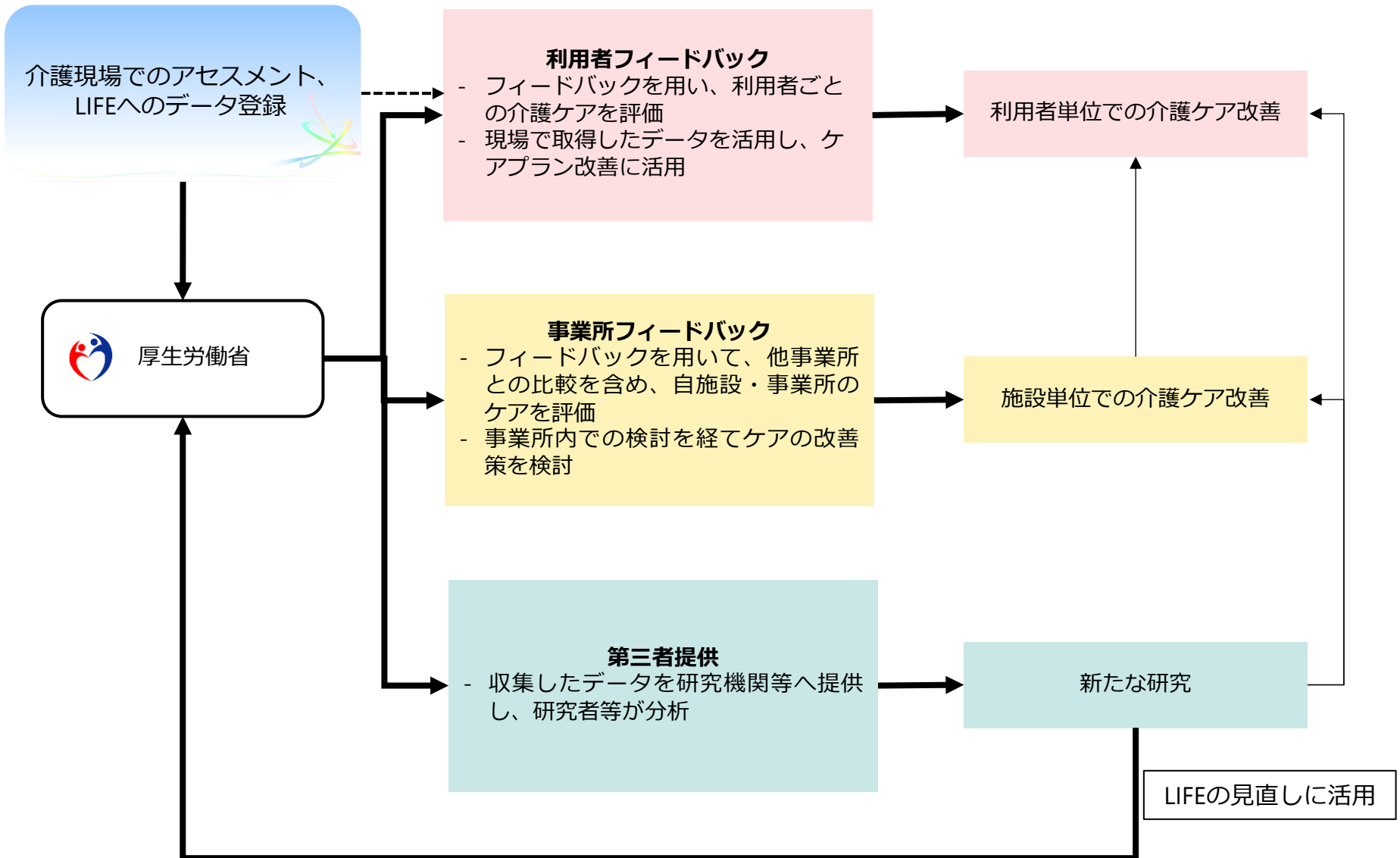
③アウトカム（結果）

- ・ 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"> ・ 介護保険制度創設時から導入されている。 ・ 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。 ・ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <サービス共通> 要介護度別の基本報酬 ・ <訪問看護> 特別管理加算 ・ <特養> 看護体制加算 等
アウトカム評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション> 事業所評価加算（要介護度の維持・改善を評価） ・ <老健> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（在宅復帰を評価） ・ <訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション> 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） ・ <通所介護> 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）

LIFEによる介護ケアの質改善の全体像（イメージ）



3. フィードバック

3. フィードバック

✓利用者フィードバック

✓事業所フィードバック

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）

Ⅱa

サービス

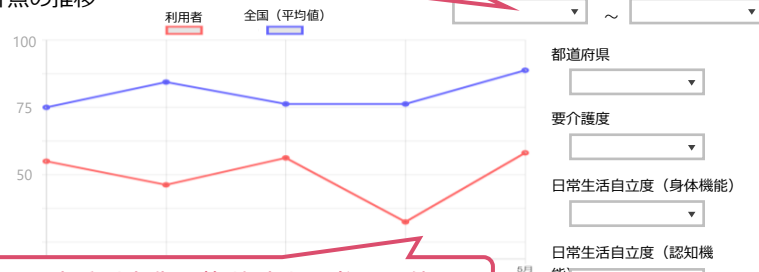
介護老人福祉施設 ▼

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、全国の同じような利用者との比較が可能

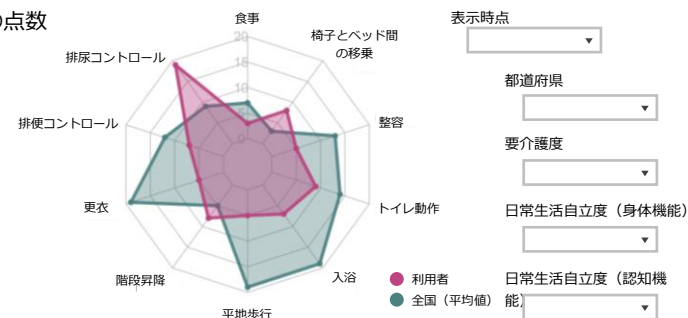
ADL（Barthel Index）の状況

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	2024/7	2024/10
高	低	低

全国値

低 中 高



口腔の健康状態

各項目の3か月間の推移

表示期間

▼ ~ ▼

	2024/4	2024/7	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、取組の効果や利用者の特徴の把握へ活用

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

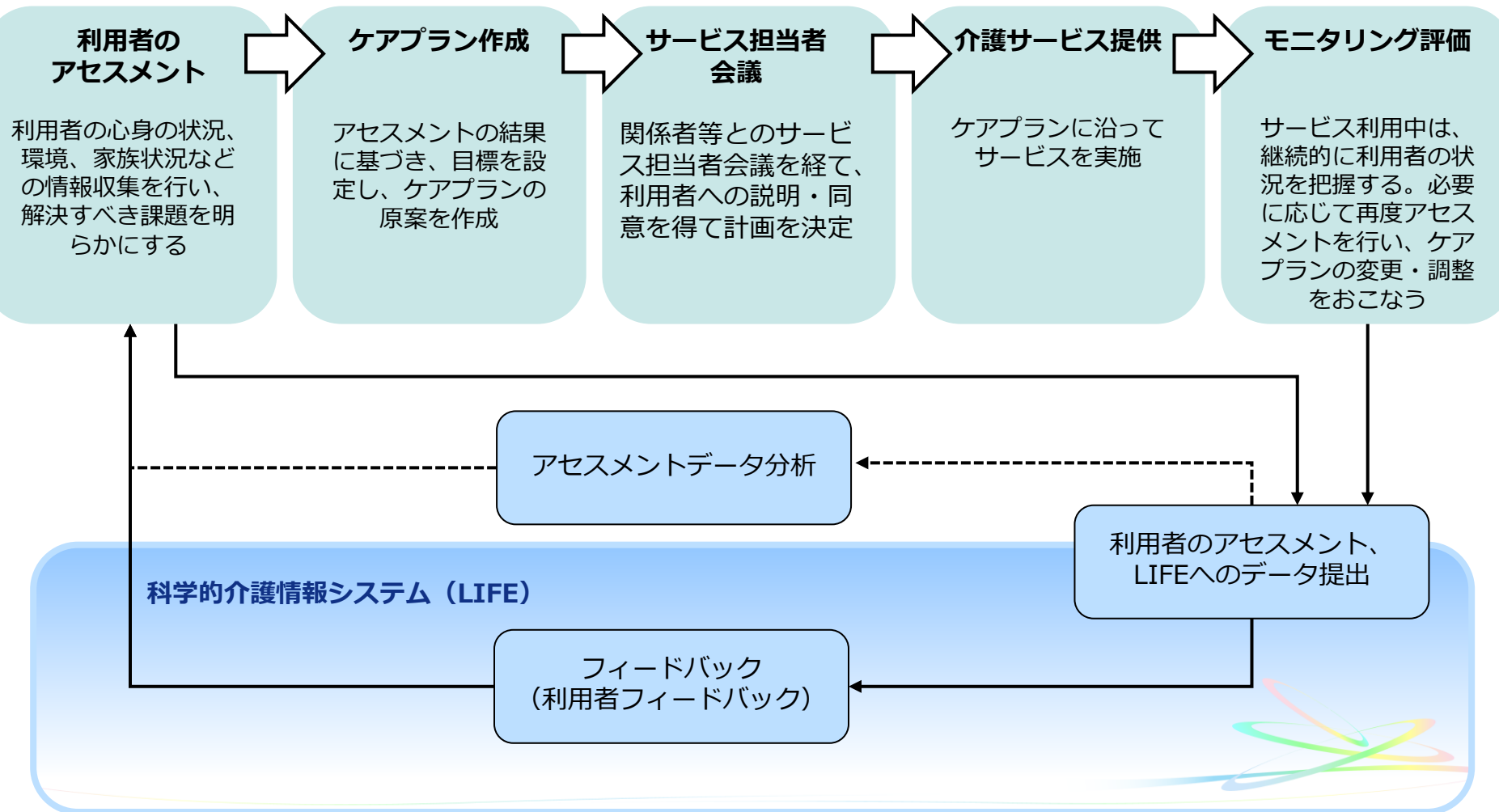
C
評価

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。

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。



3. フィードバック

✓利用者フィードバック

✓事業所フィードバック

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

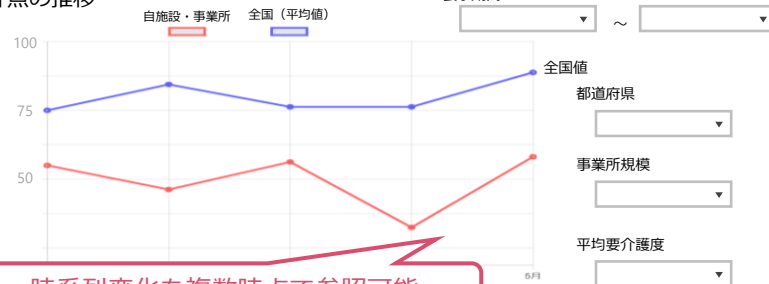
4.2

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

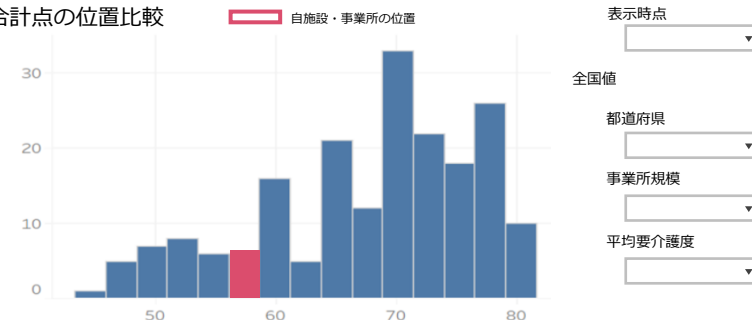
ADL（Barthel Index）の状況

全国値に対する自施設・事業所の位置を参照可能

合計点の推移

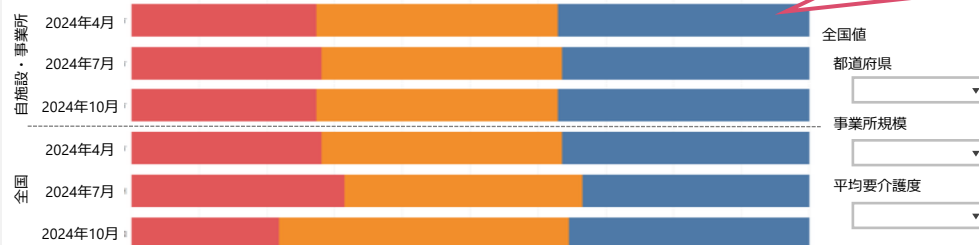


合計点の位置比較



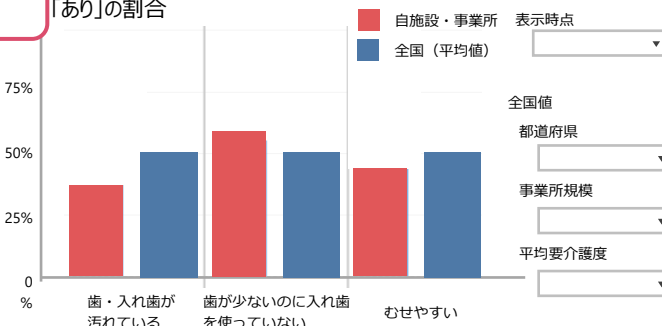
栄養状態

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

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と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と。
 - 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。

4. LIFE関連加算の加算構造

LIFEへの提出項目

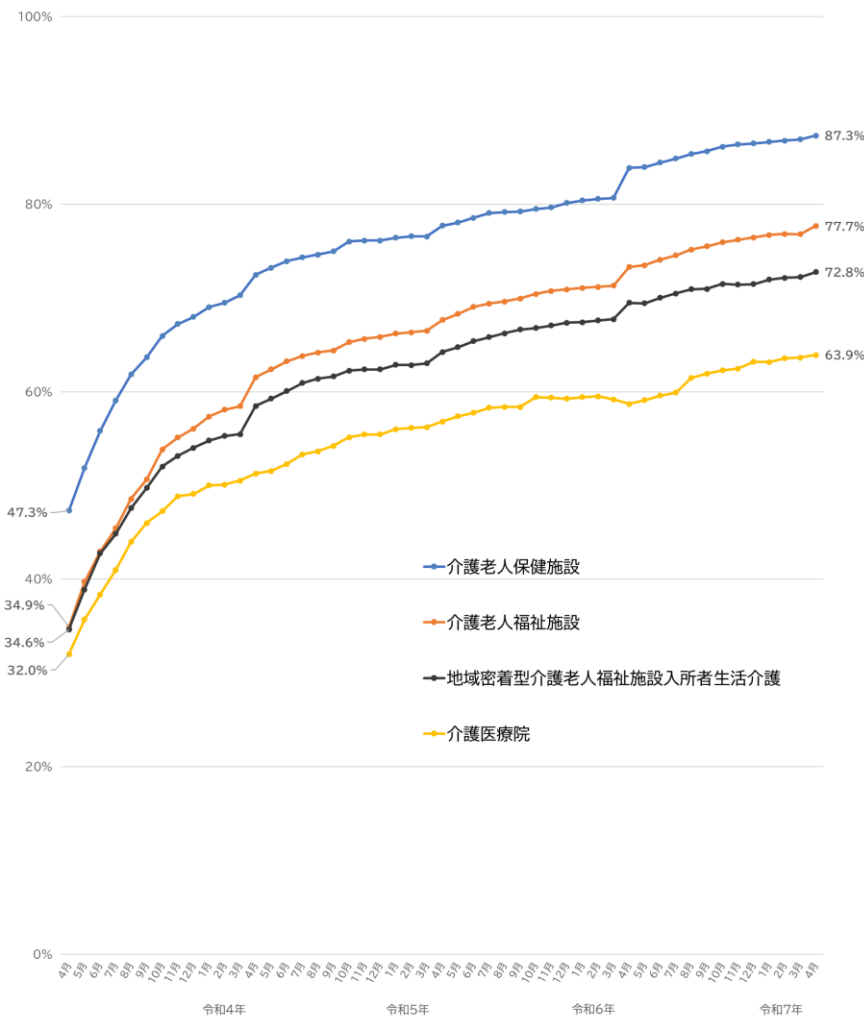
【現状LIFEで収集している項目（一部抜粋）】

- （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。

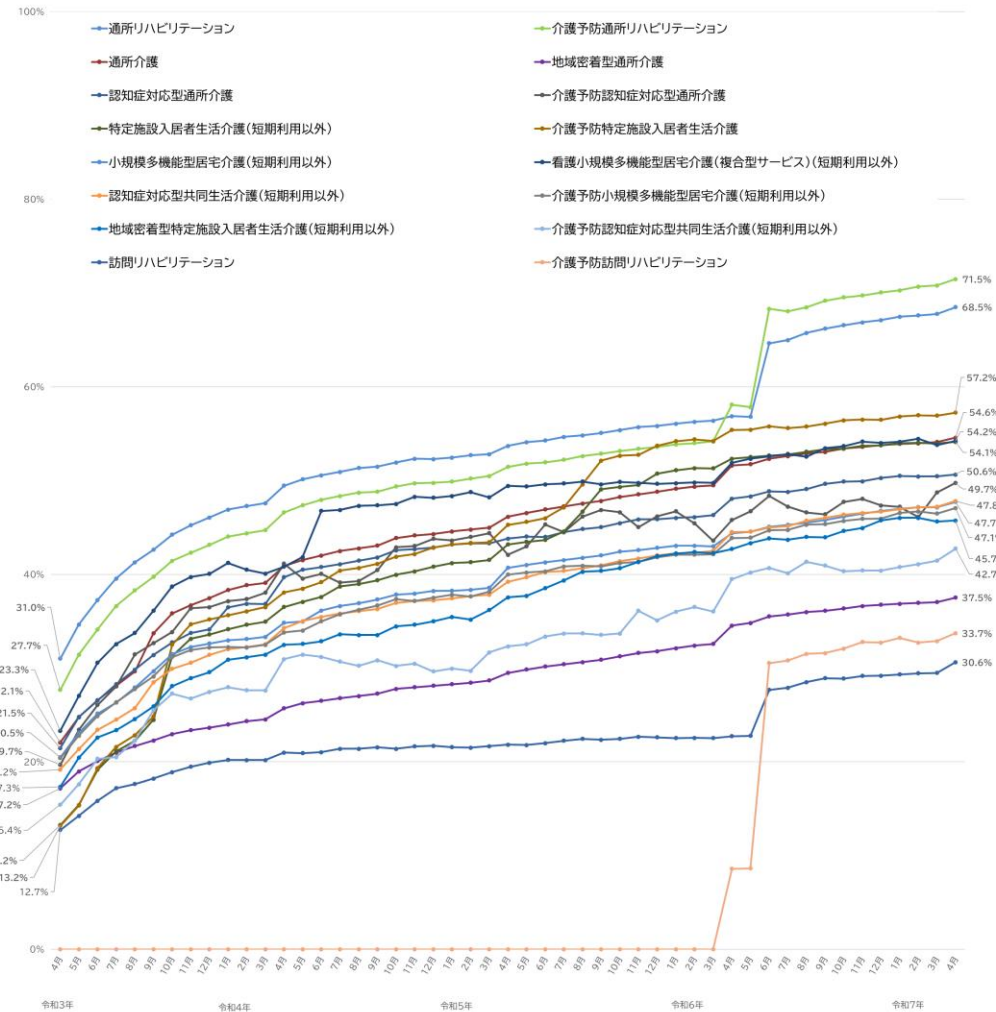
	項目名	評価指標	科学的介護推進体制加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	個別機能訓練加算 (Ⅱ) (Ⅲ)	ADL維持等加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) (ハ)	褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	排せつ支援加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	自立支援促進加算
基本情報	障害高齢者の日常生活自立度	[自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2]	○	○	○	○	○	○	○
	認知症高齢者の日常生活自立度	[自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M]	○	○	○	○	○	○	○
身体機能等	ADL Barthel Index	[自立・一部介助・全介助]	○	○	○	○	○	○	○
	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		21

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

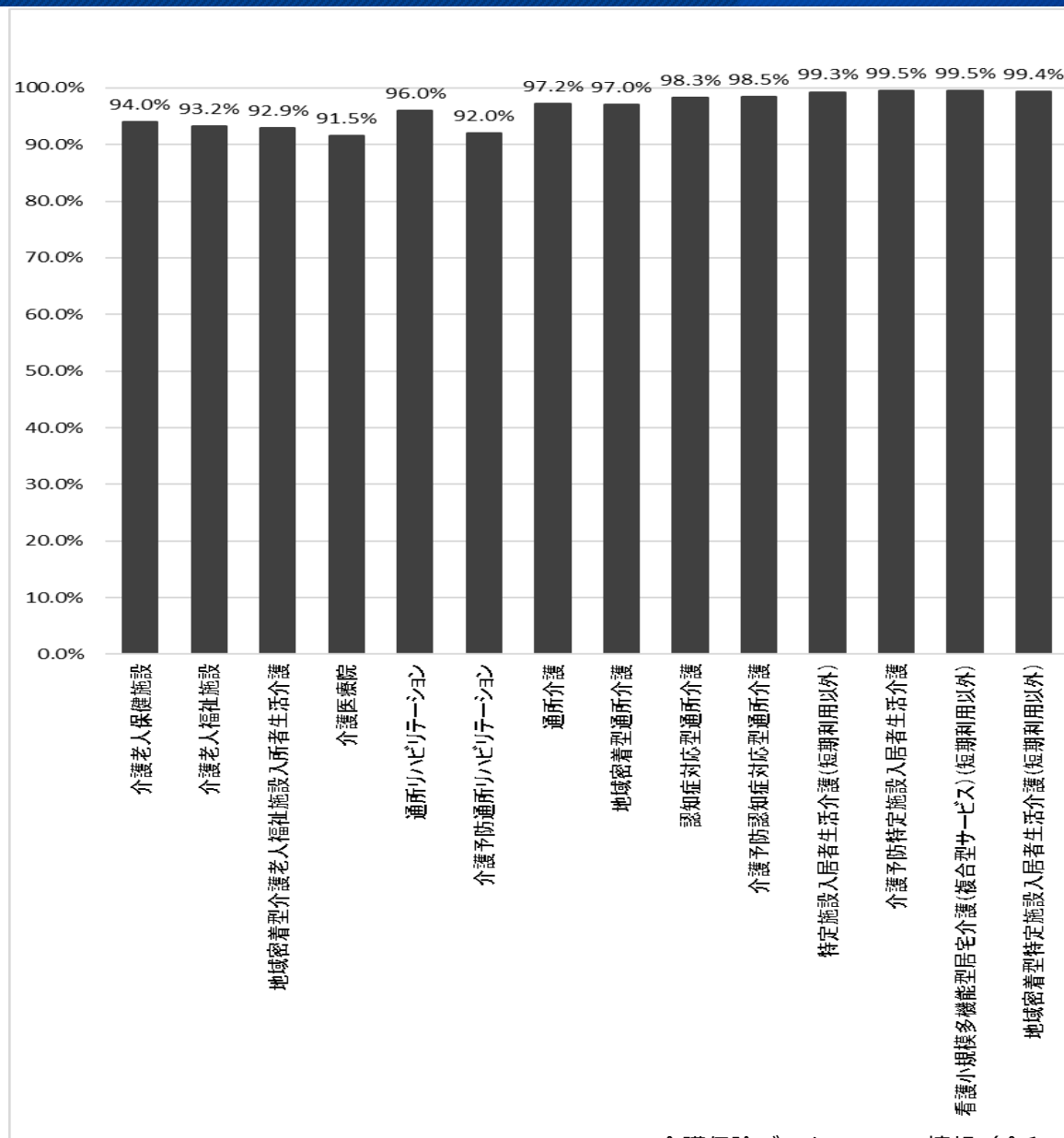


介護保険データベースの情報（令和4年4月～令和7年4月）をもとに集計

LIFE関連加算を算定している事業所の集計

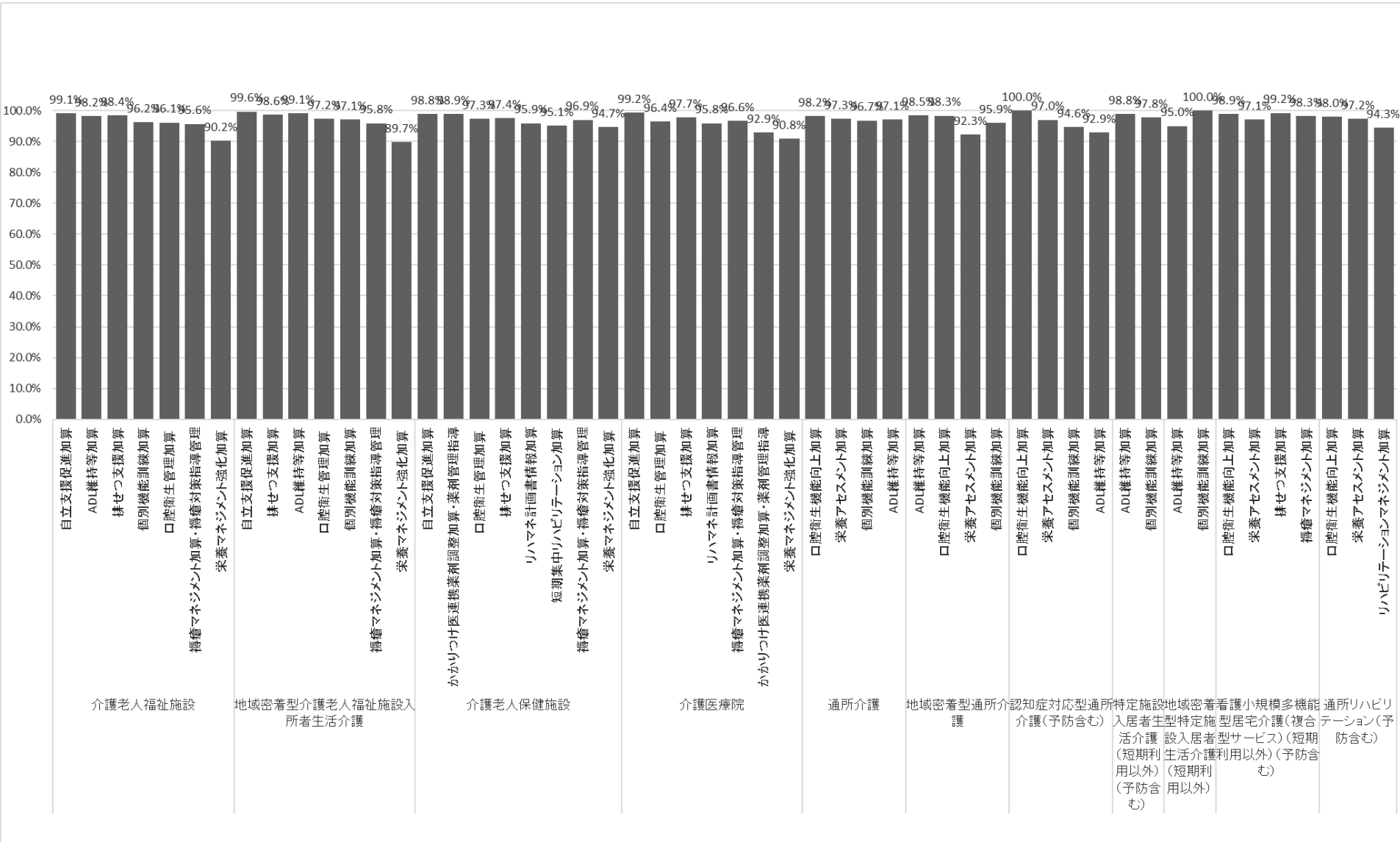
いずれかのLIFE関連加算を算定している事業所での科学的介護推進体制加算を算定している施設割合

2025年10月22日第2回「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会資料



介護保険データベースの情報（令和7年4月）をもとに集計

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



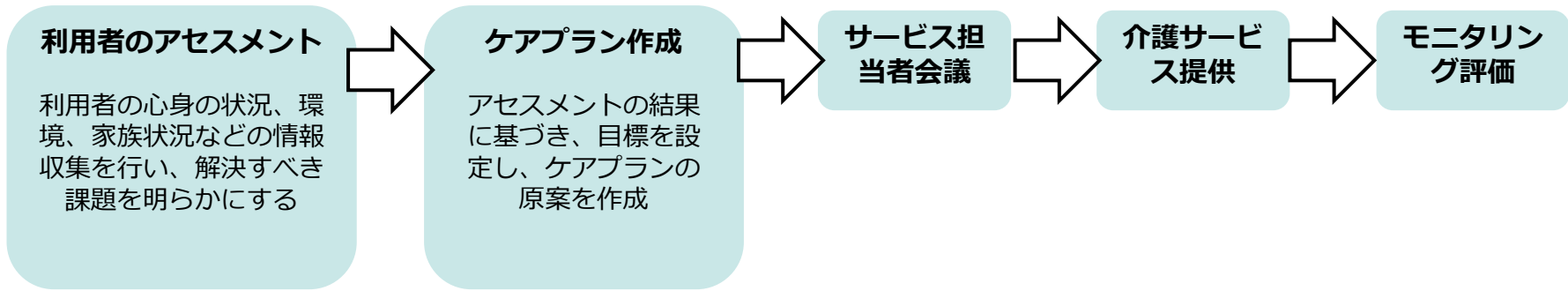
ケアプラン作成における様々な項目の分析について

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

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】

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	

【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（ ）
	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	・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"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
ADL	・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"/> 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
	・歩行	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
	・歩行器具	<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） <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 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		
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

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"/> 食事に関心がない、全く食べようしない
排泄（※）	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 時々、尿意便意を伝える <input type="checkbox"/> 排泄について全く関心がない
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

利用者情報

要介護度

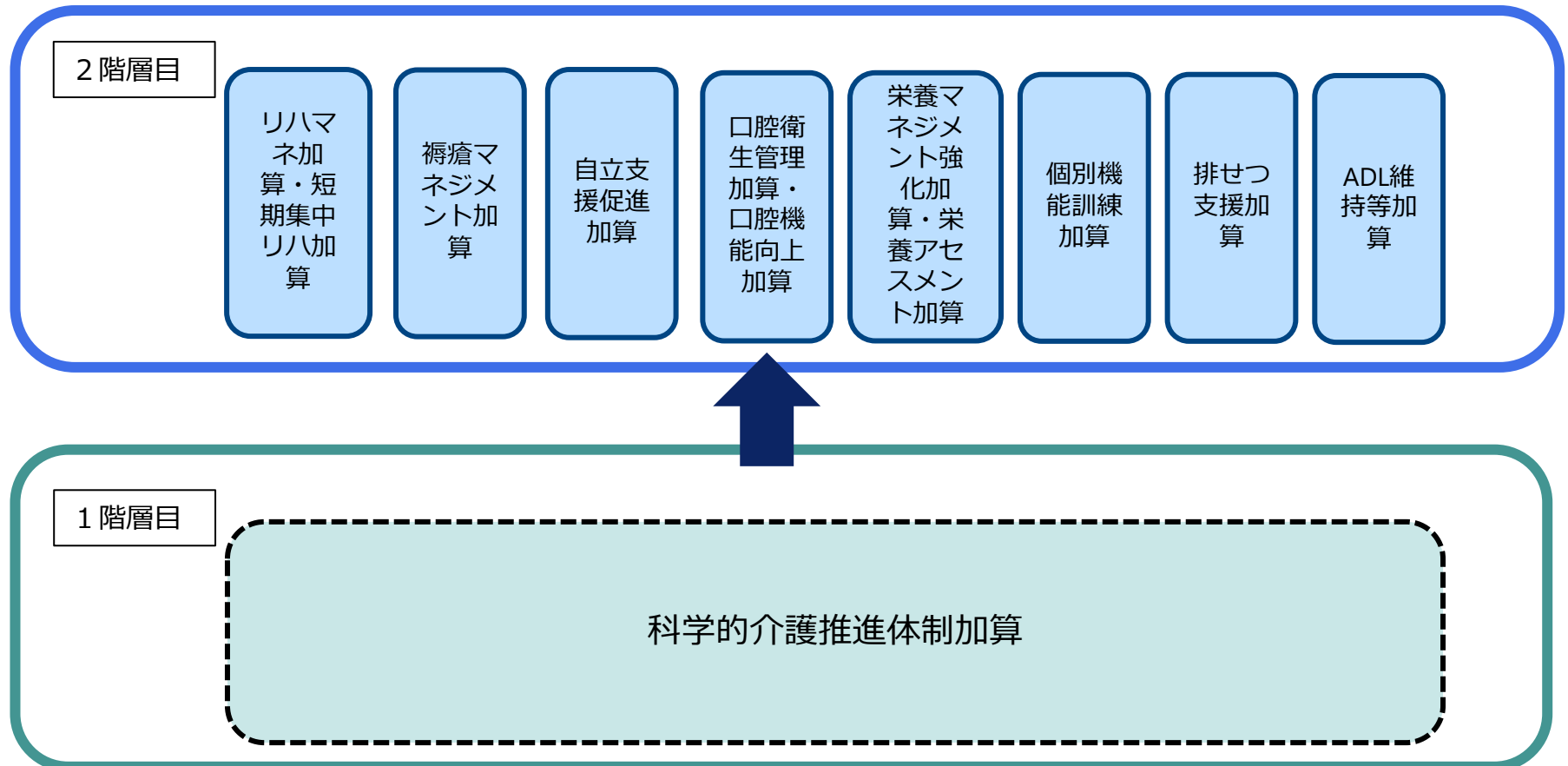
ADLに関する情報

栄養に関する情報

口腔に関する情報

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。



5. LIFE関連加算の項目整理の方向性

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）

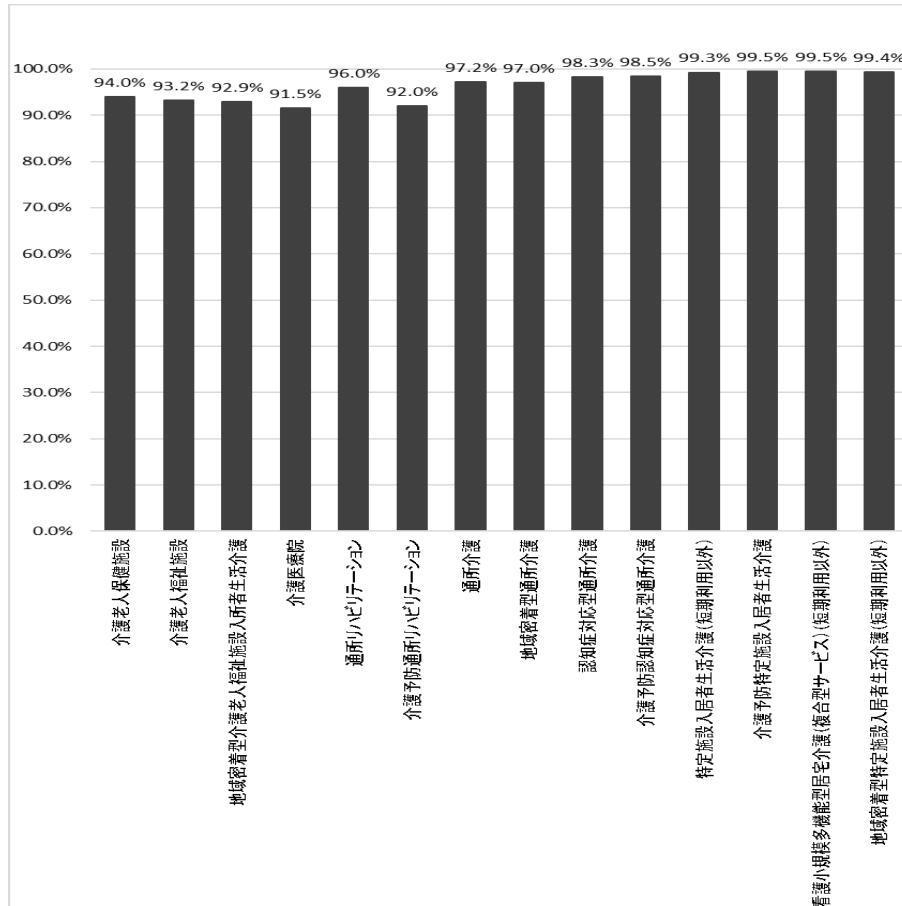
【LIFE を活用した質の高い介護】

- 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

（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

剤形

薬剤名検索結果

	医薬品コード	剤形	薬剤名称
<input type="radio"/>	622171401	内用薬	酸化マグネシウム錠250mg「マイラン」
<input type="radio"/>	622171501	内用薬	酸化マグネシウム錠330mg「マイラン」
<input type="radio"/>	622171601	内用薬	酸化マグネシウム錠500mg「マイラン」

表示件数

← 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

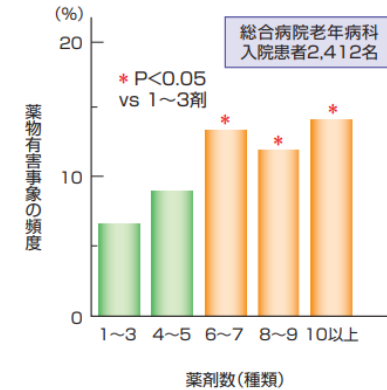
背景

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）

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

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。

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。

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」

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

<input type="checkbox"/>	① ADL
<input type="checkbox"/>	② 身長/体重
<input type="checkbox"/>	③ 低栄養状態のリスクレベル
<input type="checkbox"/>	④ 栄養補給法
<input type="checkbox"/>	⑤ 食事形態
<input type="checkbox"/>	⑥ とうもろこし
<input type="checkbox"/>	⑦ 食事摂取量
<input type="checkbox"/>	⑧ 必要栄養量
<input type="checkbox"/>	⑨ 提供栄養量
<input type="checkbox"/>	⑩ 嚥下
<input type="checkbox"/>	⑪ 義歯の使用
<input type="checkbox"/>	⑫ むせ
<input type="checkbox"/>	⑬ 歯の汚れ
<input type="checkbox"/>	⑭ 歯肉の腫れ・出血
<input type="checkbox"/>	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）
<input type="checkbox"/>	⑯ 生活・認知機能尺度
<input type="checkbox"/>	⑰ Vitality index（意思疎通）
<input type="checkbox"/>	⑱ 診断名
<input type="checkbox"/>	⑲ 服薬情報
<input type="checkbox"/>	⑳ その他任意項目（ ）
<input checked="" type="radio"/>	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

<input type="checkbox"/>	① 基本情報—要介護度の割合
<input type="checkbox"/>	② 基本情報—年齢の割合
<input type="checkbox"/>	③ 基本情報—障害高齢者の日常生活自立度の割合
<input type="checkbox"/>	④ 基本情報—認知症高齢者の日常生活自立度の割合
<input type="checkbox"/>	⑤ 総論—ADL合計点
<input type="checkbox"/>	⑥ 総論—ADL合計点の位置比較
<input type="checkbox"/>	⑦ 口腔・栄養—BMIの分布
<input type="checkbox"/>	⑧ 口腔・栄養—口腔関連項目における「あり」の割合
<input type="checkbox"/>	⑨ 認知症—生活・認知機能尺度
<input type="checkbox"/>	⑩ わからない
<input checked="" type="radio"/>	㉑ 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

<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	② LIFEやLIFE関連加算についてよく知らない
<input type="checkbox"/>	③ LIFEやLIFE関連加算の意義を理解できない
<input type="checkbox"/>	④ 職員の理解が得られない
<input type="checkbox"/>	⑤ LIFE関連加算の算定要件が複雑で理解できない
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	⑮ 利用者や家族の同意が得られない
<input type="checkbox"/>	⑯ LIFE関連加算の単位数が少ない
<input type="checkbox"/>	⑰ LIFE関連加算の算定に向けた教育・研修を実施できない
<input type="checkbox"/>	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）
<input type="checkbox"/>	㉑ その他（ ）
<input checked="" type="radio"/>	㉒ わからない

6. LIFEの対象範囲

ひと、くらし、みらいのために

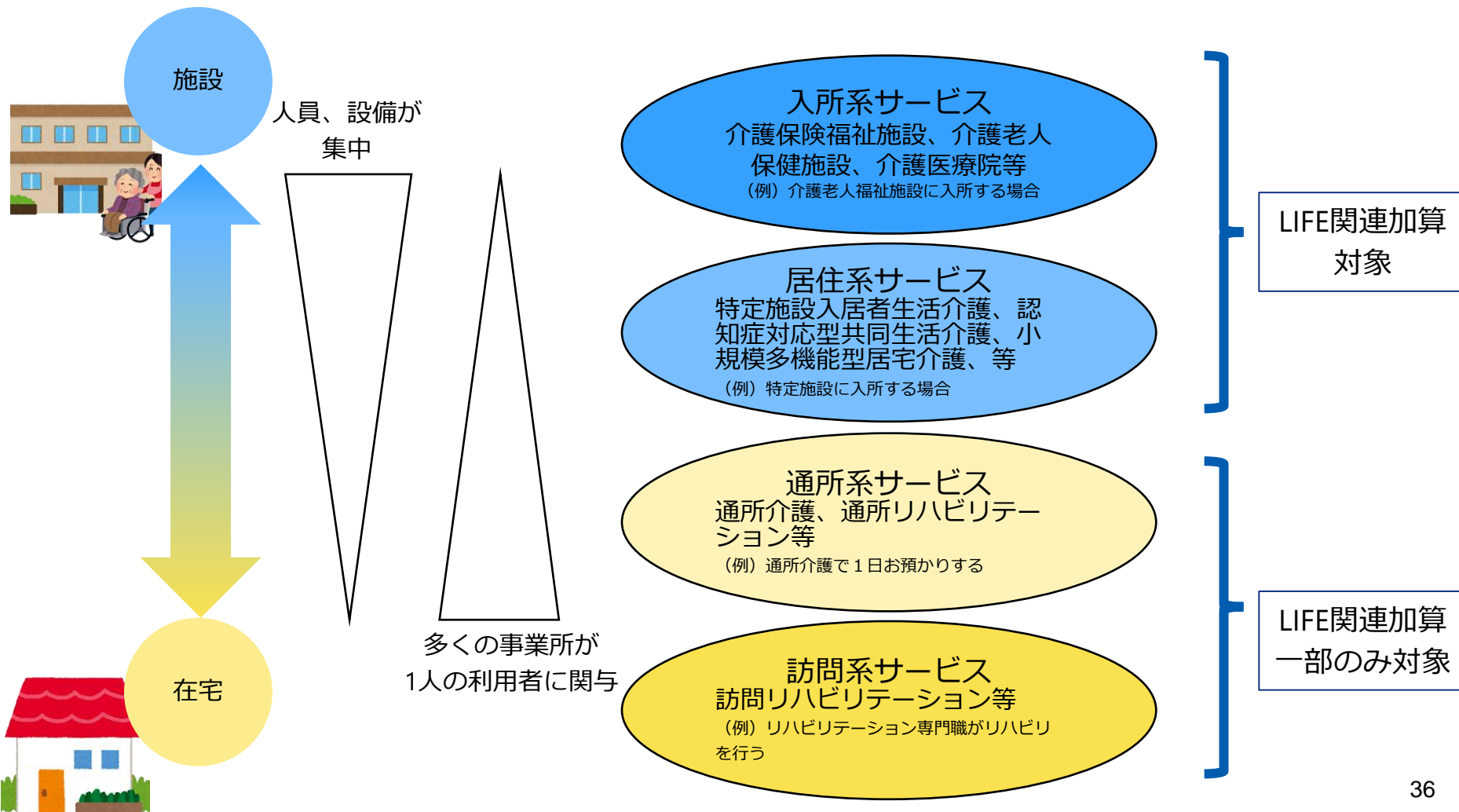
令和6年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

【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

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

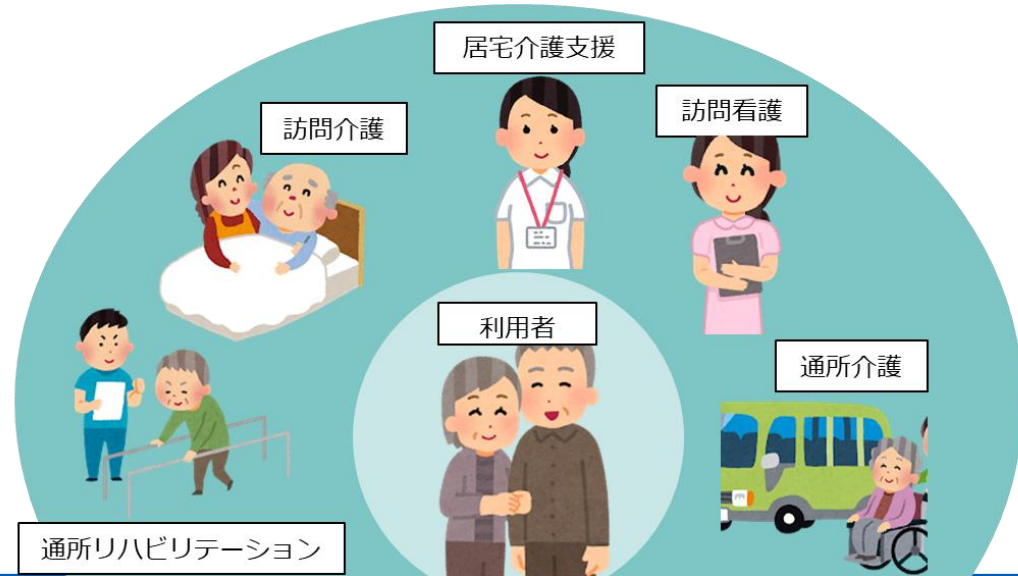
*重複あり

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

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。



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」 37