社保審－介護給付費分科会	
第 277 回（R8.11.26）	参考資料１

LIFE の提出項目等に係る作業部会　議論の整理

令和８年９月９日
LIFE の提出項目等に係る作業部会

１．はじめに

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利用者に提供していくため、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、フィードバック等を活用した PDCA サイクルの推進を要件とする加算（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。

令和７年度に国立長寿医療研究センター主催で開催した「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会での議論を踏まえ、LIFE で収集する項目について検討を行うことを目的に開催した。

２．収集する項目について

【横断事項（科学的介護推進体制加算）】

- 「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会において、
  - LIFE 関連加算の加算構造として、現在の科学的介護推進体制加算を、分野横断的に基礎的な情報を収集する１階層目の加算、科学的介護推進体制加算以外の LIFE 関連加算を、科学的介護推進体制加算を算定した上で算定する２階層目の加算と整理すべき
  - LIFE への提出項目の整理の方針として、 LIFE へのデータ提出項目をフィードバックや研究に活用する観点からの有用性、介護現場でのアセスメントや入力する上での負担という観点から整理を行っていくべき

  とされた。
- 令和７年度に実施された令和６年度介護報酬改定検証調査において、科学的介護推進体制加算の通常利用者評価に用いている項目、アセスメント負担のある項目、入力負担のある項目の調査が行われた。
- 科学的介護推進体制加算は、ADL、口腔、栄養、認知症等の多領域にわたる情報を収集している。
- 診断名の入力は、社会保険診療報酬支払基金傷病名マスターに基づいており、特定疾病（※）または生活機能低下の直接原因となっている傷病名を入力する。施設系サービスの加算（Ⅱ）で必須項目、施設系サービスの加算（Ⅰ）及び、通所・居住系サービスでは任意項目である。

  ※心身の加齢現象と医学的関係があると考えられる疾病であって「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病」のこと。
- 任意項目は、加算算定にあたり LIFE への提出が任意であり、フィードバックされていない。

  等を踏まえ議論を行った。

構成員からの意見

- 加算構造を２階建てにするにあたり、現場が入力しやすい項目で、負担はなるべく避けるべきだが、有用なフィードバックが行える項目であるかという観点からも検討する必要があるのではないか。
- 診断名の入力について、傷病名をすべて入力する際は利用者により 10～15 の診断名がついている場合もあり、負担軽減のため入力個数に制限を設けてはどうか。
- 嚥下障害を有する利用者は誤嚥性肺炎を繰り返すことが多く、介護職員等に嚥下に注意してもらうため、誤嚥性肺炎の既往の把握が必要ではないか。
- 通所居住系サービスについて、食事摂取量の把握は必要だが、「評価できる際」という表現ではなく、現場で判断しやすい入力基準が必要ではないか。通所系サービス利用者の在宅の評価は難しいため、栄養評価の範囲は決めておくべきではないか。
- 介護職員等が実施可能な口腔の健康状態の評価として８項目が示されているが、食物をかみ砕く能力の低下は、窒息事故や転倒リスクにつながることが報告されており、リスク把握が必要ではないか。口腔全体を見ることは必要だが、評価があいまいにならない基準が必要ではないか。口腔に関しては、全体の項目数を見て、１階層目の加算は、負担にならない項目数とするべきではないか。
- 介護現場では認知症の対応が求められる。認知症の周辺症状の対応についても介護現場で行っている評価を入力項目とする事も検討してはどうか。認知機能についての評価項目は、以前から使われている指標が使用され続けてきている現状であるが、現場で、より活用できる指標の検討も必要ではないか。
- 任意項目については、１階層目の負担が増えないよう削除も検討し、データ収集が必要であれば２階層目の加算で収集してはどうか。また、データ分析等の検証を行い、有用性があるのであれば必須項目に追加してもよいのではないか。
- 転倒予防のための身体拘束や BPSD 対応のための身体拘束が介護現場の現状として見られるが、LIFE の項目として収集されておらず、介護の質向上のため収集を検討してはどうか。
- LIFE の加算として、２階層目に認知症の詳細な BPSD の把握や経口維持経口移行等の加算を含め追加し、自立支援という観点から介護の質向上を行えるような枠組みを検討すべきではないか。

（検討の方向性）

○　加算構造の見直しにあたり、科学的介護推進体制加算で収集する項目は BPSD 等を含めて基本的な項目に限定した上で、科学的介護推進体制加算とその他の加算との間で重複する項目については、科学的介護推進体制加算のみで収集するなど、負担の少ない提出項目となるよう見直していくべき。

【個別事項①（薬剤の入力）】

・１階層目における服薬情報の入力情報

- 現在の入力情報では、使用薬剤の種類や利用者単位の薬剤数の減薬、追加、変更は把握可能である一方で、薬剤名のみの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増量、減薬は把握できない。

- LIFE のあり方検討会では、薬剤名を検索・入力することへの負担が指摘された一方で、薬剤情報の活用は重要であるという指摘があった。

・２階層目における服薬情報の入力情報

- 介護老人保健施設、介護医療院では、「かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ)」、「薬剤管理指導 注２」において、診断名、処方薬剤名（1 日用量を含む)、変更・減薬・減量の別、その理由といった詳細な入力を求めているが、対象は内服薬かつ加算の算定者に限られている。
- そのため、介護老人保健施設、介護医療院では、LIFE の情報を含めても薬剤情報を網羅的に把握することができず、現状では、施設の使用薬剤の情報に関しては、限定的な情報のみ活用可能な状況である。
- また、入力情報には、ポリファーマシー対策の服薬簡素化で重要となる用法（回数・タイミング等）が含まれておらず、薬剤情報を活用した、薬剤管理の最適化に当たって必要な薬剤情報としては不足している。

等を踏まえ議論を行った。

構成員からの意見

- 医療ではポリファーマシー対策として、ふらつきや肝機能障害などの有害事象が出やすく、６種類を１つの目安としながら薬剤数を可能であれば少しでも減らせるよう取り組んでいる。服用回数が増えると医療安全上の問題もある。また、２階層目の加算部分で、現時点では対象が内服薬になっているが、痛み止めや認知症の治療薬などについて、外用薬、貼り薬が出ているので内服薬以外も把握したほうが良いのではないか。
- 現状の服薬情報の入力では、フィードバックを受けて PDCA サイクルを回すことは極めて難しい。介護現場での活用可能性の検討が必要ではないか。
- 介護現場では、転倒、転落、誤嚥等の大きな事故につながる可能性のある薬剤についての把握も検討が必要ではないか。

（検討の方向性）

○ １階層目での入力については、ポリファーマシー対策に資するような見直しを行うべき。具体的には、別途進められている老健事業等の検討も踏まえ、入力負担も考慮しつつ、定期的に服用する内服薬を対象として、薬剤数や服薬回数を把握する方向で検討していくべき。

○ ２階層目での入力については、介護現場において、介護の質に影響する薬剤の使用状況を踏まえたケアの実施及び薬物療法の最適化につながる取組を推進できるよう、見直しを行うべき。具体的には、別途進められている老健事業等の検討も踏まえ、薬剤起因性老年症候群の原因となる薬剤等の把握・改善や、事業所全体の薬剤使用状況及び薬物療法上の課題の把握・改善に資するフィードバックを行う方向で検討していくべき。

【個別事項②（リハビリテーション・個別機能訓練)】

- 科学的介護推進体制加算とリハビリテーション・個別機能訓練に関する加算との間で、入力が重複している項目として、要介護度、日常生活自立度、評価日、ADL がある。

- 短期集中リハビリテーション実施加算は１月に１回データ提出を求めているため、科学的介護推進体制加算（１階層目）でのみ「ADL」を入力することにすると２月目、３月目は「ADL」を入力しないこととなる。
- 「要因分析を踏まえた具体的なサービス内容」「プログラム内容」については、予定の入力をすることになっており、実際に実施したかどうかの実績を把握できていない。
- 提出必須項目以外の項目については、計画書に記載するすべての情報を入力できるようになっている。

等を踏まえ議論を行った。

構成員からの意見

- 科学的介護推進体制加算とリハビリテーション・機能訓練に関する加算との間で重複している項目については、２階層目の加算で入力を求めないこととしてはどうか。
- Barthel Index については、令和３年度介護報酬改定におけるリハビリテーションマネジメント加算では、「している」評価を行う記載となっているが、動画解説を見ると「できる」評価をする内容になっており、現状も評価方法が混在しているのではないか。
- 「できる」ことの判断より、「していないこと」の判断の方が、評価者によるばらつきが少ないのではないか。
- Barthel Index については学術的には「できる」「できない」を評価することが正しい評価方法である。
- Barthel Index の評価方法統一の際には、関係学会等も含めた学識者の意見や、国際的な論文で受け入れられるか、国際的な評価の水準等を参考にし、また、医療の使い方との統一も検討が必要ではないか。
- ICF ステージングは BI よりも細かく評価ができ、老健におけるリハビリテーションでは広く活用されている。１階層目で BI を入力するということであれば、２階層目のリハビリテーションでは ICF ステージングを必須としても良いのではないか。
- 短期集中リハビリテーションについて、１月で変化がみられる利用者もいるため、毎月データ提出を行う必要があるのではないか。短期集中リハビリテーション終了後についても検討が必要ではないか。
- 認知症短期集中リハビリテーションの評価についても検討が必要ではないか。

（検討の方向性）

○　科学的介護推進体制加算とリハビリテーション・機能訓練に関する加算との間で重複している項目については、１階層目での提出とし、２階層目の加算では入力を求めないよう見直していくべき。
○　計画書の見直しの検討と併せて、入力内容や介入実績を把握するべき。

【個別事項③（ADL 維持等加算）】

- LIFE への入力項目は、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、評価日、評価時点、ADL となっている。

- 評価利用開始月と当該月の翌月から起算して６月目のデータ提出を必要としている。

等を踏まえ議論を行った。

構成員からの意見

- 科学的介護推進体制加算と同じ提出項目であれば、ADL 維持等加算でデータ提出する必要はないのではないか。

（検討の方向性）

○　ADL 維持等加算としての LIFE への提出項目はなくすよう見直していくべき。

【個別事項④（栄養の加算）】

- 施設系サービスにおける科学的介護推進体制加算と栄養マネジメント強化加算との間で入力が重複している項目として、基本情報（要介護度、日常生活自立度、評価日）、身長／体重、低栄養のリスクレベル、栄養補給法、食事形態、とろみ、食事摂取量、必要栄養量、褥瘡がある。
- 通所系サービスにおける科学的介護推進体制加算と栄養アセスメント加算との間で入力が重複している項目として、基本情報、身長／体重がある。
- LIFE 上で計算できる体重変化量についても、各施設で計算した値の入力を求めている。また、栄養補給の状態は、主食・主菜・副菜毎に、摂取栄養量、提供栄養量、必要栄養量は、エネルギー量及びたんぱく質量をそれぞれ入力することを求めている。
- 低栄養の診断基準として GLIM 基準が国際的に用いられており、診療報酬では既に GLIM 基準が導入されているが、介護保険においては、血清アルブミン値等が低栄養リスクの判断に用いられている。
- 栄養の加算については、加算の様式情報に基づき、「栄養ケア・経口移行・経口維持計画書」の内容を入力することとなっているが、実際に実施した介入内容や実績については把握されていない。また、計画書の内容は自由記載となっており、構造化されていない。

等を踏まえ議論を行った。

構成員からの意見

- 栄養関連項目は、ADL、褥瘡、摂食嚥下等と密接に関連しており、多職種で利用者の情報を共有し、ケアにつなげるための情報として位置付ける必要があり、１階層で基本的な情報を把握することが望ましい。
- １階層目の入力項目は最低限の項目とし、専門職でなくても判断可能な項目にする必要があるのではないか。例えば、食事摂取量、提供栄養量、必要栄養量等は２階層目とすることも検討してもよいのではないか。
- 低栄養のリスクレベルについて、アルブミンは、国際的には低栄養の指標ではなく、炎症マーカーであるため、削除すべき。
- GLIM 基準は、診断基準として医療現場で用いられており、評価項目の「病因」は医師のサポートが必要ではないか。

- 医療と介護の連携が重視されている中、医療と介護で異なる情報を収集していると、連携していく上で混乱が生じてしまうため、介護でも GLIM 基準を導入すべき。

（検討の方向性）

○ 科学的介護推進体制加算と栄養に係る加算との間で重複する項目については、１階層目で提出することとし、専門職のアセスメントが必要な項目については、２階層目で提出するよう見直していくべき。

○ 計画書の内容のみでなく、介入実績を把握すべき。

【個別事項⑤（口腔の加算）】

- 科学的介護推進体制加算と重複する項目として、基本情報（要介護度、日常生活自立度、評価日）、身長／体重、義歯の使用、むせ、歯の汚れ、歯肉の腫れ・出血がある。
- 口腔の加算については、加算の様式情報に基づき、計画書に記載するすべての内容を LIFE へ入力することとなっている。
- 実施内容についての入力は、口腔衛生管理加算では歯科衛生士が実施する内容を入力することとしており、口腔機能向上加算では、介入回数を入力している。

等を踏まえ議論を行った。

構成員からの意見

- 日々のケアで十分に口の中まで見ていないという実態がある中、日本歯科医学会から、介護現場で活用できる「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の基本的な考え方」が示されており、評価を負担に感じることがあるかもしれないが、科学的介護に必要な項目は１階層目に残すべきではないか。
- １階層目は歯科医療職等の専門職がいなくても判断可能な項目、専門職の判断が必要な項目については２階層目の項目とすべきではないか。
- ２階層目での誤嚥性肺炎の把握については、肺炎と誤嚥性肺炎を区別せず、肺炎について収集することも検討してよいのではないか。

（検討の方向性）

○ 科学的介護推進体制加算と口腔に係る加算との間で重複する項目については、１階層目で提出することとし、専門職のアセスメントが必要な項目については、２階層目で提出するよう見直していくべき。

○ 計画書の内容のみでなく、介入実績を把握すべき。

【個別事項⑥（一体的取組）】

- 科学的介護推進体制加算と重複する項目として、評価日、要介護度、日常生活自立度、身長／体重、栄養補給法、食事形態、とろみ、ADL、提供栄養量、必要栄養量、歯の汚れ、むせがある。
- 一体的取組に関する加算算定の際には、計画書に記載するすべての内容を LIFE へ入力することと

している。
等を踏まえ議論を行った。

構成員からの意見

- 一体的取組については、リハビリテーション、栄養、口腔の専門職等をはじめ多職種が連携し、より良いケア等に結び付けることが目指すべき姿であると考えている。今回の LIFE の入力項目の見直しで、計画内容ではなく実施内容を収集する方向に変更すべきだが、一体的取組については、実施事項の入力のみでよいのか検討が必要ではないか。
- リハビリテーション、栄養、口腔について、3領域が介入していることが重要であり、それをベースに一体的に実施していることに関する項目を考えるのが良いのではないか。

（検討の方向性）

○ 科学的介護推進体制加算との重複項目については1階層目で提出するよう見直していくべき。
○ 一体的取組の実際の取り組みの実績に関する提出項目となるよう見直しを行うべき。

【個別事項⑦（排せつ支援加算）】

- 科学的介護推進体制加算と重複している項目として、要介護度、日常生活自立度、評価日、評価時点、ADL（トイレ動作、排便コントロール、排尿コントロールの3項目のみ）がある。
- 様式に記載する全ての内容を入力することができるようになっている。
等を踏まえ議論を行った。

構成員からの意見

- 排せつの評価では、排尿と排便が混在しており、分けて考えていく必要があるのではないか。2階層目の加算では、具体的な排せつ動作の評価なども検討が必要ではないか。
- 排せつに係る職員は介護職員が多く、排せつの状況に関する支援の必要性について、どのような情報を収集するか慎重に考えていく必要があるのではないか。
- 排せつの課題は、本人の QOL、生きる意欲に大きくかかわるものであり、多様な要素が関係するものであり、必要なアセスメントを行い効果的な計画に結び付けていくことが必要ではないか。

（検討の方向性）

○ 科学的介護推進体制加算と排せつ支援加算との間で重複する項目については1階層目での提出とし、2階層目の加算では、排せつについて、評価や支援についての項目を慎重に検討していくべき。

【個別事項⑧（褥瘡に関する加算）】

- 科学的介護推進体制加算と重複している項目として、要介護度、日常生活自立度、評価日、評価時点、褥瘡、ADL（食事、入浴、更衣の3項目のみ）がある。
- 様式に記載する全ての内容を入力することができるようになっている。

等を踏まえ議論を行った。

構成員からの意見

- 診療報酬で用いられている褥瘡の危険因子の評価の項目は、エビデンスに裏付けられた項目であり、介護との指標の統一も検討が必要ではないか。褥瘡のない利用者に対し、２階層目で、褥瘡を作らないために危険因子を評価する必要があるのではないか。
- 診療報酬の褥瘡対策加算の算定に際して用いられている、「褥瘡対策に関する診療計画書」の介護現場における相応性やフィージビリティがあるのかについては、慎重な検討が必要ではないか。
- 褥瘡がある際、２階層目の加算で褥瘡の状態やどのような介入をしているのかという項目を提出してはどうか。
- 褥瘡の発生や治癒には栄養状態も関連しており、現在入力している栄養の項目と連携することも必要ではないか。

（検討の方向性）

○　科学的介護推進体制加算と褥瘡に係る加算との間で重複する項目については１階層目での提出とし、２階層目の加算では、褥瘡の状態や介入内容を把握すべき。

【個別事項⑨（自立支援促進加算）】

- 科学的介護推進体制加算と重複している項目として、要介護度、日常生活自立度、評価日、評価時点、診断名（※科学的介護推進体制は加算（Ⅱ）算定時のみ必須項目）、ADL がある。
- 様式に記載する全ての内容を入力することができるようになっている。

等を踏まえ議論を行った。

構成員からの意見

- 医学的観点からの留意事項や、基本動作は、ADL と重複する項目ではないか。
- 尊厳の保持や自立支援をどのように促進するのかという観点で設けられている項目は継続して把握が必要であると考えるが、医師との連携が必要な項目や、ケアプランの見直しに活用していない項目は現場の負担になっているため、項目の整理を行うべきではないか。
- 自立支援促進加算以外も含め、自由記載が様式にもあるが、LLM で大規模データを処理するものがさまざま出てきており、自由記載についても科学的に分析は可能となってきていることを踏まえた検討が必要ではないか。

（検討の方向性）

○　科学的介護推進体制加算と自立支援促進加算との間で重複する項目については１階層目での提出とし、２階層目の加算では、自立支援に資する提出項目となるよう見直しを行っていくべき。

３．今後の検討方針について

事業所・施設での入力負担軽減のため、次期介護報酬改定では LIFE への自由記載の入力をなくす方

針で検討していくべき。

各加算の入力項目については、LIFE 関連加算以外の加算等の検討も踏まえ、入力負担が大きくならないように必要であれば見直しを行っていくべき。

本作業部会での議論を踏まえ、令和９年度介護報酬改定に向けて社会保障審議会介護給付費分科会で議論を進めていくべき。