厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

社保審－介護給付費分科会	資料２
第277回（R８.11.26）	

科学的介護情報システム（LIFE）（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

３．参考資料

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

３．参考資料

これまでの分科会における主なご意見①

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

（入力作業やアセスメントの負担・加算の整理）

〇見直しの詳細については、「LIFEのあり方」検討会のとりまとめを踏まえ今後議論すべき。

〇現行の加算について、算定率や現場の実態を踏まえた整理・統廃合を進めるとともに、複雑化した要件や階層構造、重複項目を見直し、分かりやすい報酬体系とする必要があるのではないか。

〇LIFEへの入力・提出、各種アセスメント、計画書・記録等が現場の大きな事務負担となっており、重複入力や入力項目を削減するなど、加算算定に伴う事務負担を軽減する必要があるのではないか。

〇現場の事務負担を軽減するため、既存の介護ソフトとLIFEとのデータ連携やCSV連携、帳票作成等の自動化を進めるとともに、LIFEの操作性・応答速度を改善する必要があるのではないか。

〇LIFEのデータを提出するだけでなく、フィードバックを具体的なケア改善につなげられるよう、活用事例の提示、研修・相談支援の充実や、フィードバックを活用する事業所を評価する仕組みが必要ではないか。

（アウトカム評価の推進）

〇ストラクチャー評価やプロセス評価だけでなく、LIFE等に蓄積されたデータや調査結果を活用し、具体的なアウトカム指標・評価方法を設定した上で、加算の算定要件に反映していくべきではないか。また、要介護度の維持・悪化防止などを成果として評価し、AIの活用も検討すべきではないか。

〇介護の成果については、ADLの改善だけでなく、状態を維持できたこと、本人が望む生活を継続できたこと、社会参加やQOLを維持できたことなどもアウトカムとして評価することが重要ではないか。また、排せつの自立度の維持・向上について、施設系サービスだけでなく通所系サービスでの評価も必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見②

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

（フィードバック活用の推進）

○LIFEはデータ提出そのものを目的とするのではなく、単なる数値比較にとどまらず、利用者の生活歴や意向、生活状況等も踏まえ、アセスメントや個別介護計画、日々のケアの改善に活用できるフィードバックとすることが必要ではないか。

○LIFEからフィードバックを受けても、具体的にケア改善へどう結びつければよいか分からないとの現場の声があり、専門職の配置状況にかかわらず活用できる具体的な活用事例を示し、研修や相談支援を充実させるとともに、現場の負担軽減とLIFEの活用支援を一体的に進める必要があるのではないか。

介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、以下について要望があった。

【全国介護事業者連盟】

○制度の持続性確保に向けた生産性の向上、事務負担軽減、自立支援・重度化防止、科学的介護のさらなる推進をお願いしたい。科学的介護のさらなる推進については、在宅の要と考えるため検討をお願いしたい。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

３．参考資料

科学的介護情報システム（LIFE）　目次

論点①：科学的介護情報システム（LIFE）について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

論点②：介護サービスの質評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27

「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会とりまとめ（概要）

趣旨・目的

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、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年度に科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence, LIFE）の運用が開始され、令和３年度介護報酬改定において、LIFEへデータを提出し、必要な情報を活用するLIFE関連加算が創設された。

令和６年度改定で、データ提出頻度、フィードバック、アウトカム評価等の見直しを行い、見直しを反映した新システムへの移行が実施された。昨年４月時点で、施設サービスの約７割、通所・居宅サービスの約５割で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。

このように、LIFEの利用が一定程度進んでいる現状の中で浮かび上がった課題等を踏まえ、本検討会で今後のLIFEの見直しに向けた検討を行った。

構成員等

◎：座長、〇：副座長

◎秋下	雅弘	東京都健康長寿医療センター　理事長兼センター長
江澤	和彦	公益社団法人　日本医師会　常任理事
久留	善武	一般社団法人　シルバーサービス振興会　常務理事
武田	卓也	大阪人間科学大学　社会福祉科　教授
田母神裕美		公益社団法人　日本看護協会　常任理事
中尾	一久	一般社団法人　日本慢性期医療協会　副会長
西村	一弘	公益財団法人　日本栄養士会　常任理事
野尻	晋一	一般社団法人　全国デイ・ケア協会　副会長
野村	圭介	公益社団法人　日本歯科医師会　常任理事
東	憲太郎	公益社団法人　全国老人保健施設協会　会長
古谷	忠之	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
〇松田	晋哉	福岡国際医療福祉大学　看護学部　教授

主な議論事項

- 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のか。
- 現場での介護サービスの質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のか。
- 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という事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。

開催状況

（第１回）	2025年　９月１日	LIFEの経緯、現状と課題・論点
（第２回）	2025年　10月22日	LIFEの目的、フィードバック、加算構造
（第３回）	2025年　11月19日	LIFE関連加算の項目整理の方針、LIFEの対象範囲
（第４回）	2026年　１月26日	とりまとめに向けた議論

「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会とりまとめ（概要）

LIFEの目的

○　LIFEの目的は、以下の３つの経路を通じて、最終的に利用者に対するケアの質を改善することであると整理。
- 利用者フィードバックを活用し、利用者への介護の質向上につなげる経路
- 事業所フィードバックを活用し、事業所の介護の質、利用者の介護の質向上につなげる経路
- 研究等により提出されたデータを分析し、LIFEの見直しや、事業所、利用者の介護の質向上につなげる経路

フィードバック

○　利用者フィードバックについては、個々の利用者のケアを改善するにあたって有用なものとなるよう取り組んでいくべき。また、LIFEにより標準化されたデータを介護現場で活用することも含めて、利用者のケア改善となるよう、LIFEデータの活用を考えていくべき。

○　事業所フィードバックについては、事業所単位のケアを改善するにあたって有用なものとなるよう取り組んでいくべき。具体的には、重点的な分野について、取組の参考となる具体的な指針を示す等、現場での活用を支援すべき。

LIFE関連加算の加算構造

○　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関連加算の見直しの観点

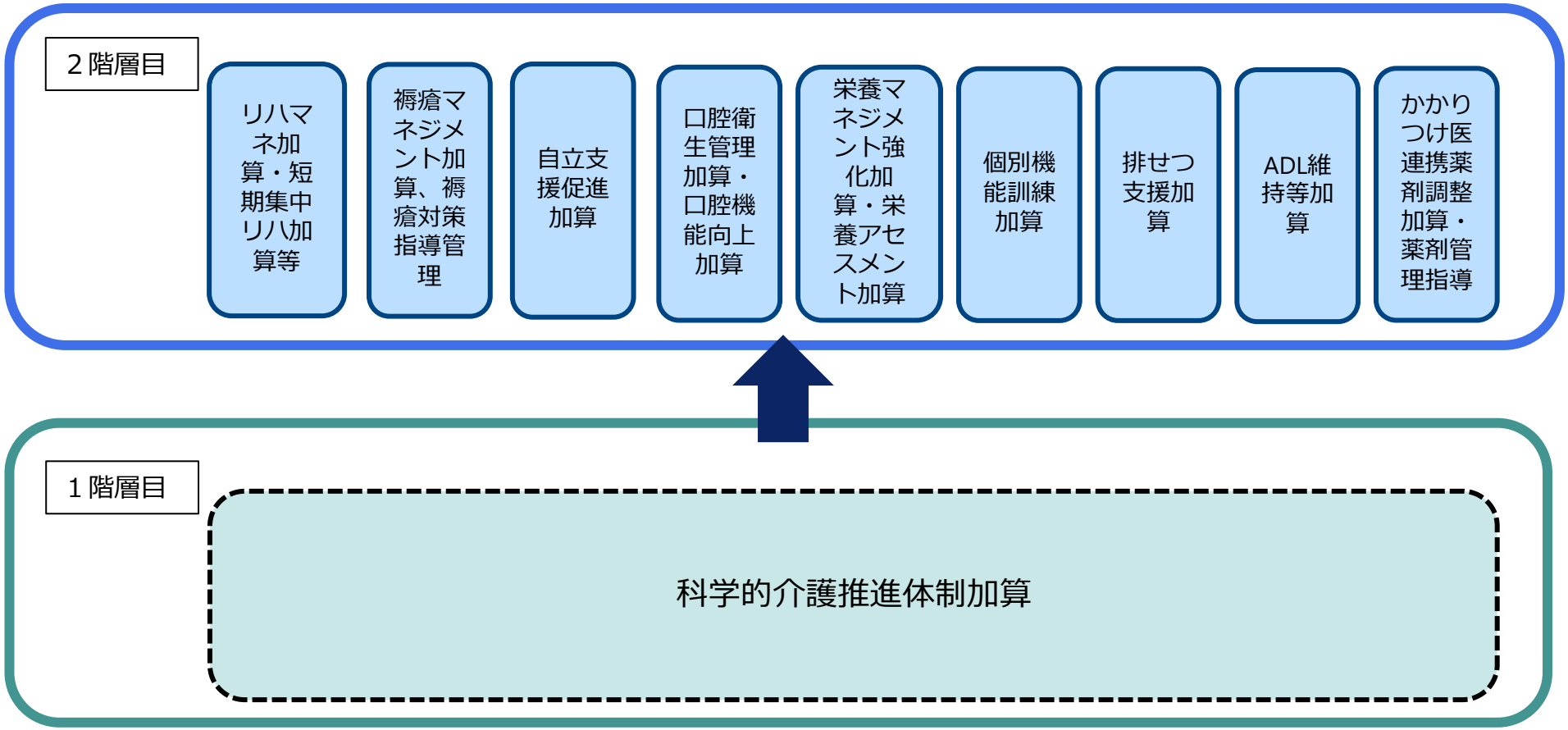
○　LIFE関連加算の見直しについては下記の観点から整理を行っていくべき。
- フィードバックや研究に活用する観点からの有用性
- アセスメントや入力する上での負担

LIFEの対象範囲

○　訪問系サービス、通所系サービスにおいては、ひとりの利用者に複数事業所が介入することや、小規模事業所が多いこと等を踏まえ、令和９年度介護報酬改定に向けたLIFE関連加算の新たな導入は慎重に検討すべき。また、LIFEの対象であるが、算定を行っていない施設・事業所に対する対応についても検討すべき。

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。



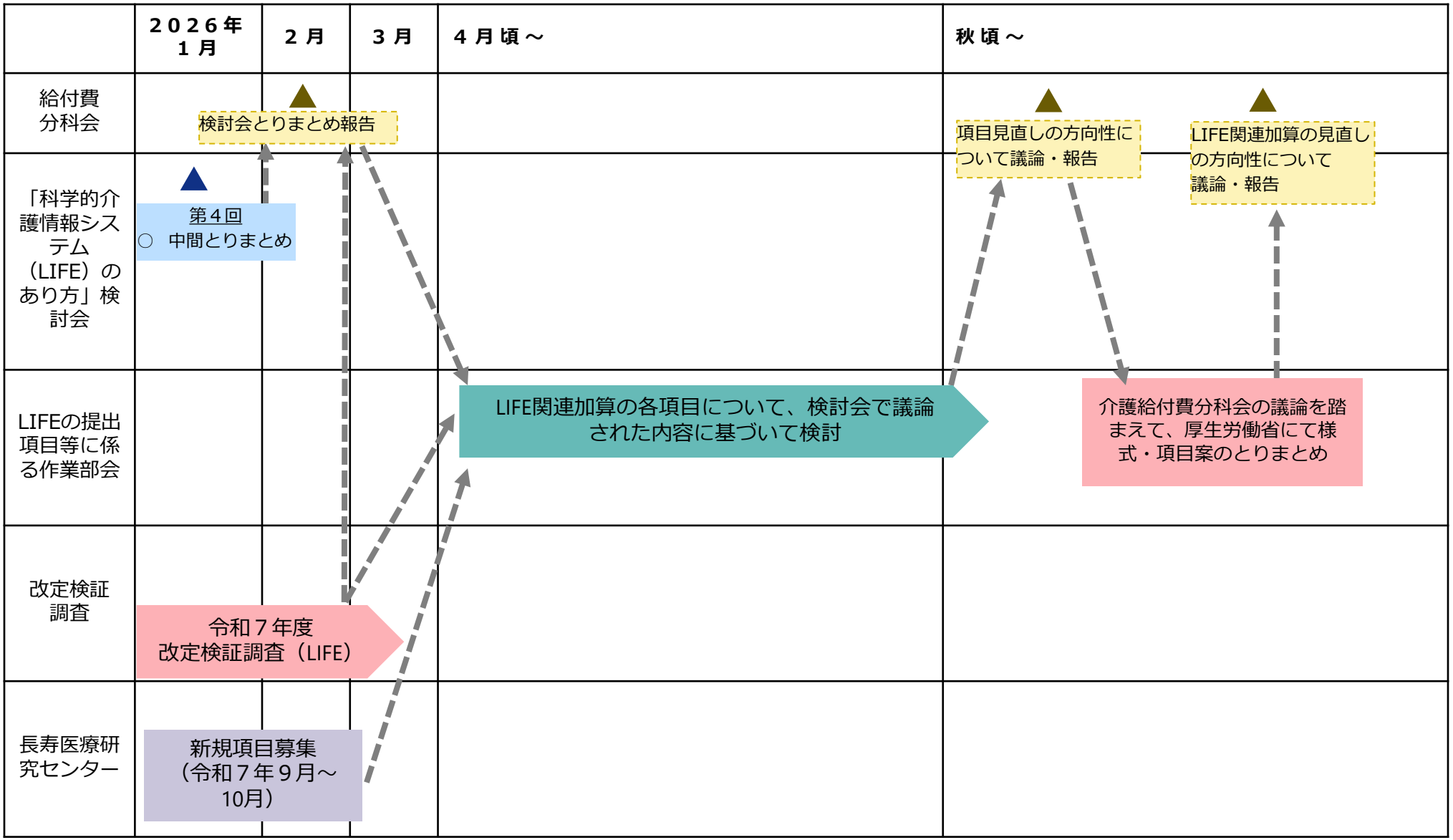
LIFEへの提出項目

【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		

介護報酬改定に向けた今後の検討スケジュール（案）



科学的介護情報システム（LIFE）の提出項目等に関して検討する場について

目的

- 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。

【主な現状、課題と論点】

（現状）

「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会にて、LIFEの加算構造については、
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。
ととりまとめられた。

（課題）

- LIFE関連加算の算定時には多くの入力項目を求めている。
- 加算間で重複する入力項目がある。
- 現状のフィードバックを活用してのPDCAサイクルを回すことが難しいという意見もある。

（論点）

下記の加算について、LIFEへの提出項目、フィードバック活用に資する項目の議論を行う。

-科学的介護推進体制加算
-個別機能訓練加算（Ⅱ）（Ⅲ）
-リハビリテーションマネジメント計画書情報加算
-短期集中リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）
-理学療法注６、作業療法注６、言語聴覚療法注４
-理学療法注７、作業療法注７、言語聴覚療法注５
-リハビリテーションマネジメント加算（ロ）（ハ）
-介護予防通所・訪問リハビリテーションの12カ月減算の免除に係る要件
-褥瘡マネジメント加算
-褥瘡対策指導管理（Ⅱ）
-排せつ支援加算
-ADL維持等加算
-自立支援促進加算
-かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）
-薬剤管理指導注２
-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）

構成等

- 三菱総合研究所が主催する会議として、学識者、事業者団体、専門職団体等から参画を得る。
- 国立長寿医療研究センター、厚生労働省老健局老人保健課が共同事務局として開催し議事は非公開で行う。

【スケジュール】

- 第１回５月11日、第２回６月１日、第３回６月22日、第４回７月27日、第５回８月３日、第６回９月９日の６回開催し、とりまとめられた。

LIFEの提出項目に係る作業部会とりまとめ（概要）

【横断事項（科学的介護推進体制加算）】

○ 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・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）】

○ 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）】

○ 科学的介護推進体制加算と栄養に係る加算間で重複する提出項目については、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口腔に係る加算間で重複する提出項目については、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階層目で提出することと見直していくべき。

○ 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）】

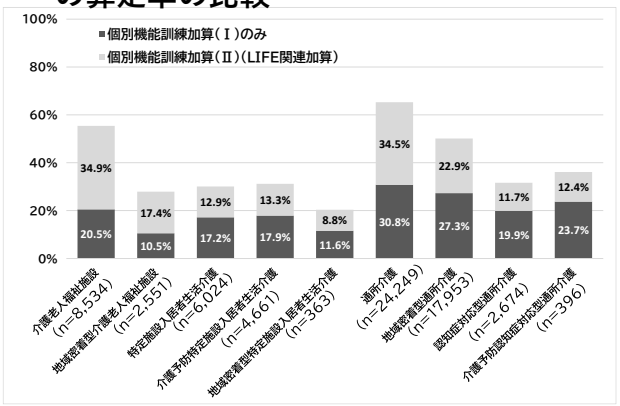
○ 科学的介護推進体制加算と自立支援促進加算との間で重複する項目については１階層目での提出とし、２階層目の加算では、自立支援に資する提出項目となるよう見直しを行っていくべき。

（２）.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更なる推進に資する調査研究事業

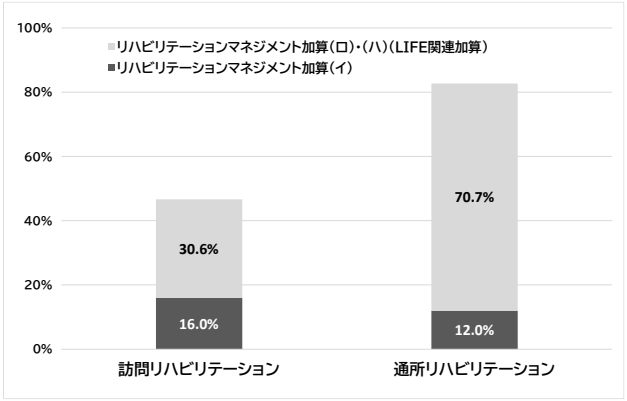
B. 介護関連DB分析

○ 各加算において、LIFE関連加算と、LIFE活用要件を除いた加算の算定率を比較した。通所介護の個別機能訓練加算では、LIFE活用要件が含まれない（Ⅰ）の算定率が対象サービス全体で65.3%であるのに対し、 LIFE関連加算である（Ⅱ）の算定率が34.5%に留まっており、ほかの加算でも同様の傾向が見られるものもある。

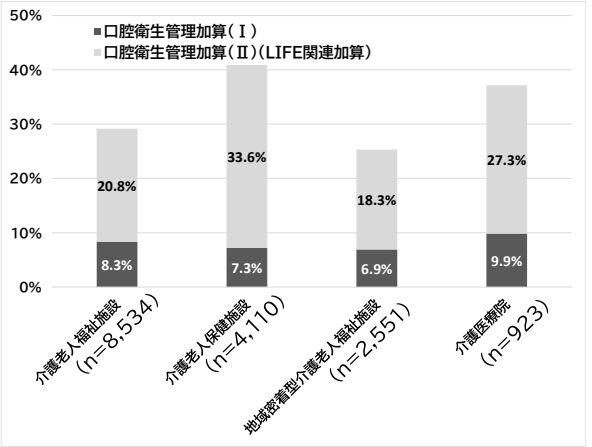
図表35　個別機能訓練加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定率の比較



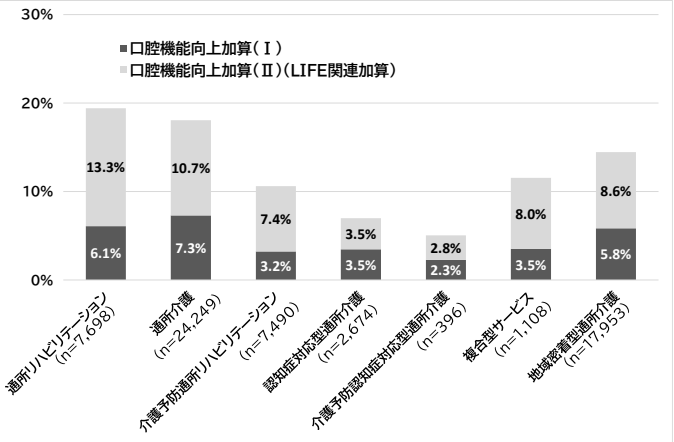
図表36　リハビリテーションマネジメント加算（イ）・（ロ）・（ハ）の算定率の比較



図表37　口腔衛生管理加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定率の比較

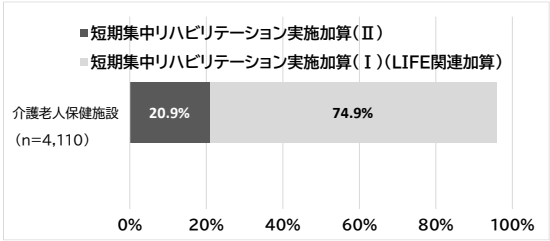


図表38　口腔機能向上加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定率の比較

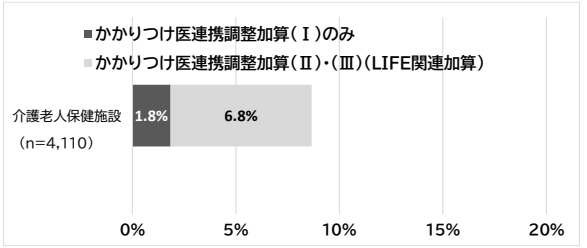


※令和7年4月サービス提供分のデータをもとに算出。

図表39　短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の算定率の比較



図表40　かかりつけ医連携調整加算（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）の算定率の比較



科学的介護推進体制加算（1階層目）と科学的介護推進体制加算以外の加算（2階層目）の提出タイミングについて

○ 令和６年度介護報酬改定時、LIFE関連加算の評価・データ提出頻度については、サービス開始時点と「少なくとも３月に1回」と統一したが、加算間での同一利用者での評価・データ提出月の統一は規定されていない。

現状のデータ提出頻度のイメージ

○：評価・LIFEへのデータ提出月

利用者A:提出月	１月	２月	３月	４月	５月	６月	７月	８月	９月	10月	11月	12月	１月	２月	３月
科学的介護推進体制加算	○			○			○			○			○		
褥瘡マネジメント加算		○			○			○			○			○	
排せつ支援加算			○			○			○			○			○

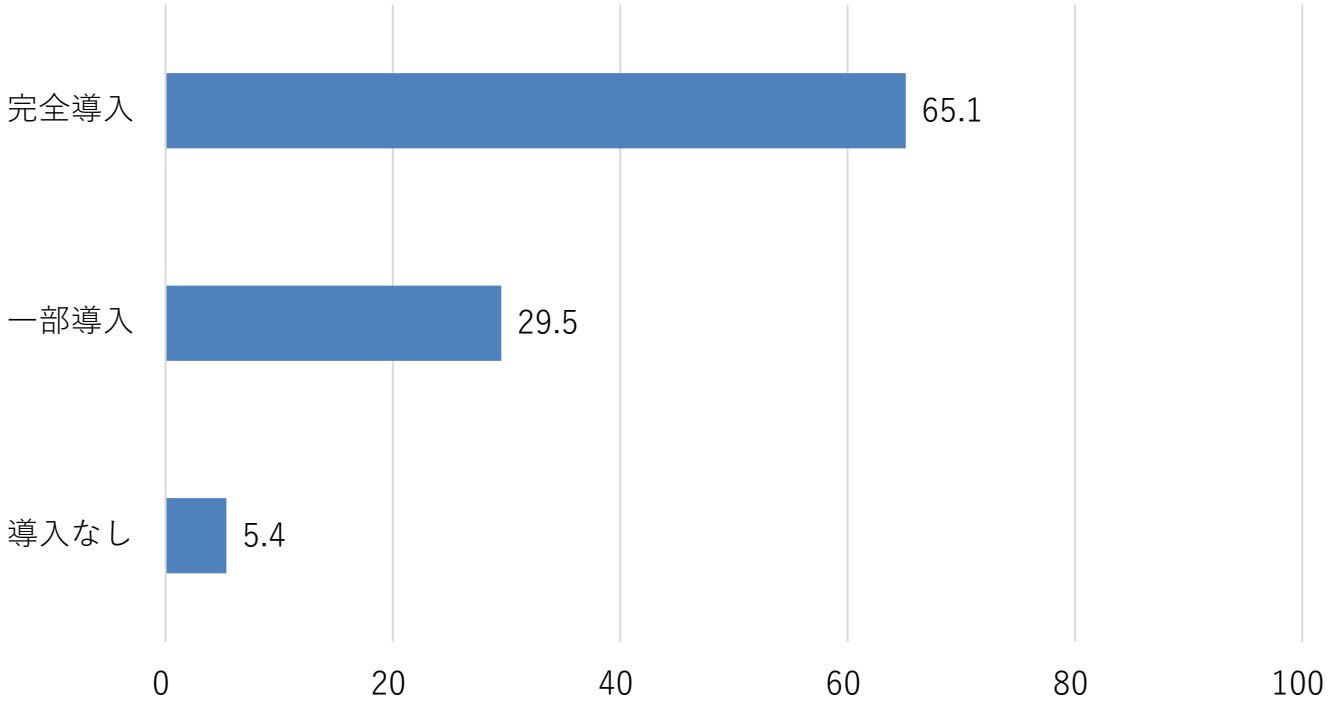
利用者B:提出月	１月	２月	３月	４月	５月	６月	７月	８月	９月	10月	11月	12月	１月	２月	３月
科学的介護推進体制加算		○			○			○			○			○	
褥瘡マネジメント加算			○			○			○			○			○
排せつ支援加算			○			○			○			○			○

LIFE連携に対応した介護ソフトの導入状況

○LIFE関連加算を算定している事業所において、LIFEのCSV連携に対応した介護ソフトの導入状況を調査した。約６割の事業所で介護ソフトを完全導入している。

○日常の業務の中でに介護ソフトに記録されている内容をLIFEへデータ提出をいただいており、介護ソフトからのCSV連携による提出の際は提出の手間は少ないと考えられる。

LIFE算定事業所における介護ソフトの導入状況



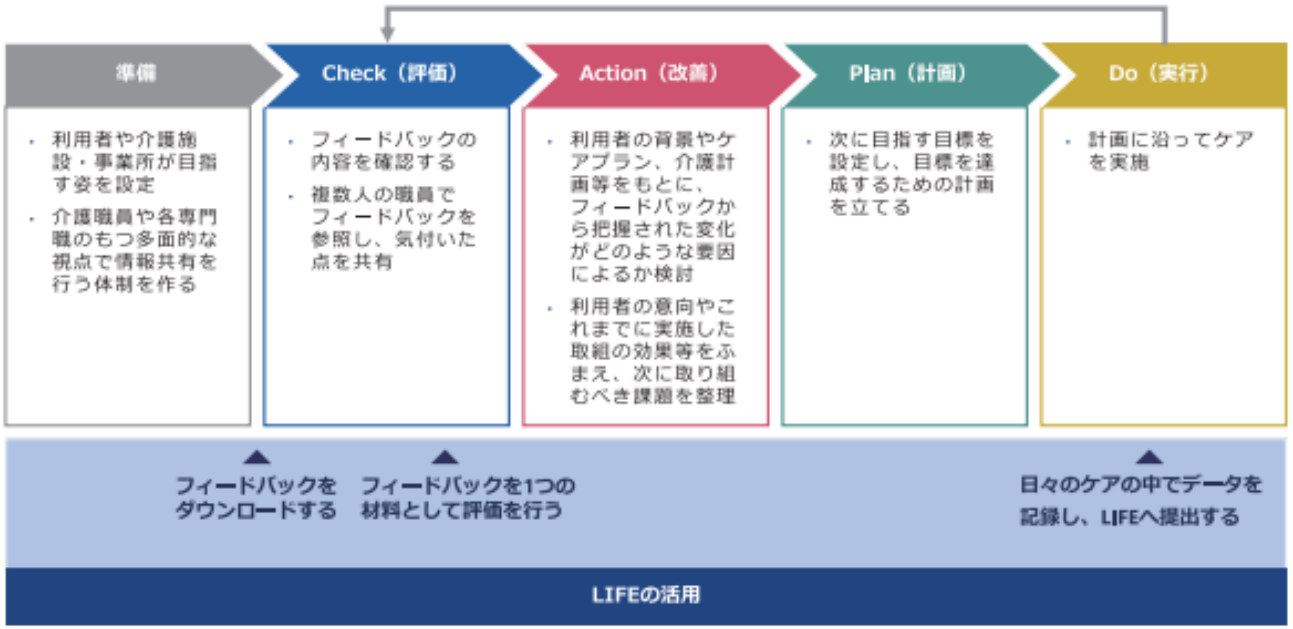
※完全導入とは、事業所における全業務について介護ソフトを利用している場合、一部導入とは事業所における一部業務についてのみ介護ソフトを利用している場合

【出典】令和７年度改定検証調査「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更なる推進に資する調査研究事業」より老健局老人保健課作成

LIFE関連加算におけるフィードバック活用について

○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の利活用については、PDCAサイクルのなかでフィードバックも活用することを推奨している。



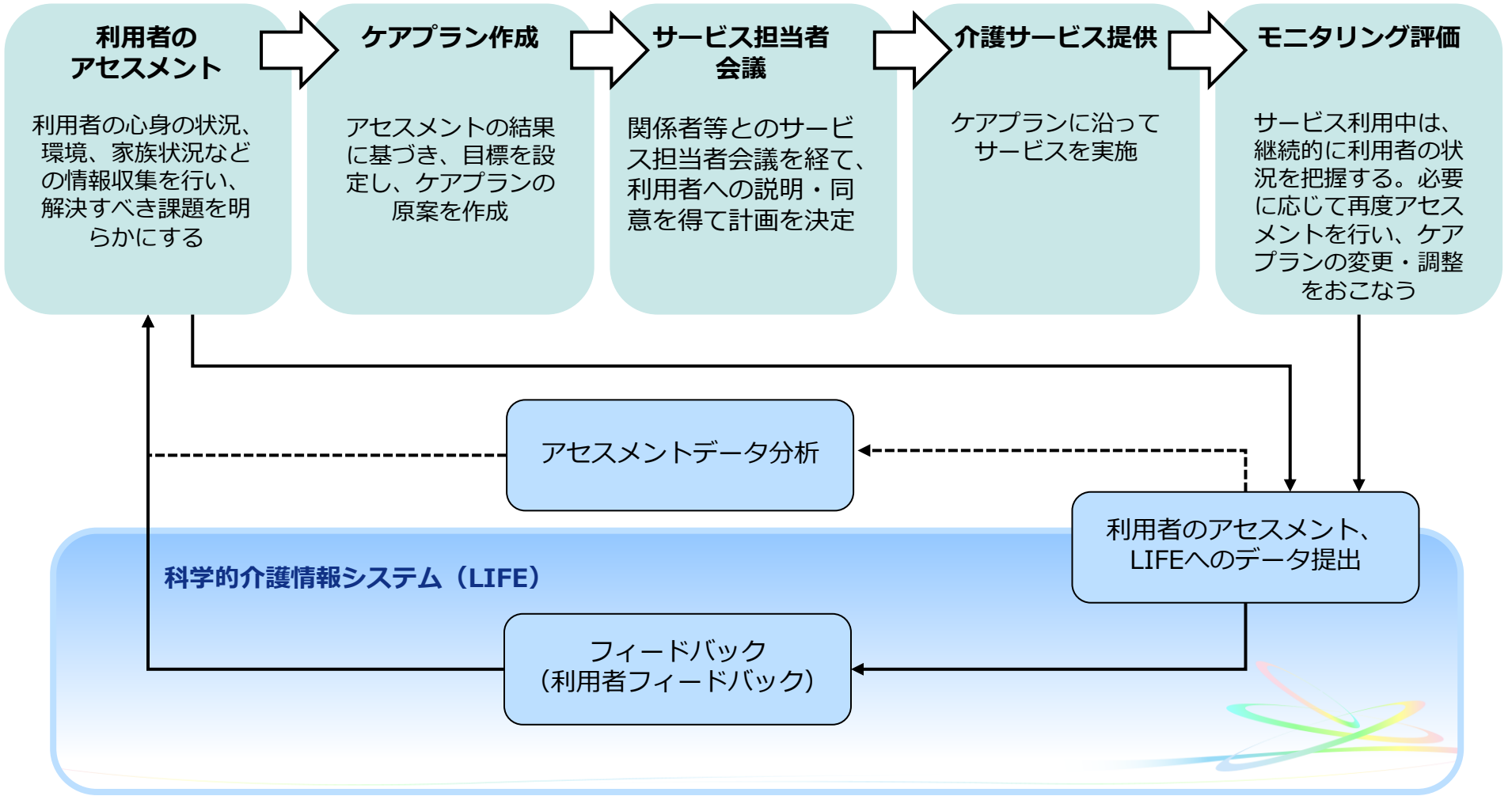
※　ケアの質向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き（令和６年度以降）より一部抜粋

介護老人保健サービスの１例
科学的介護推進体制加算について
①　略　②　略
③　施設は、入所者に提供する施設サービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。
イ　入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するための施設サービス計画を作成する（Plan）。
ロ　サービスの提供に当たっては、施設サービス計画に基づいて、入所者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。
ハ　ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、施設の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。
ニ　検証結果に基づき、入所者の施設サービス計画を適切に見直し、施設全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。
④　略

平成12年３月８日老企40号厚生労働省老人保健福祉局企画課長通知「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」より厚生労働省老健局老人保健課にて作成

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。



LIFEによる介護ケアの質改善の全体像（イメージ）

介護現場でのアセスメント、
LIFEへのデータ登録

厚生労働省

利用者フィードバック
- フィードバックを用い、利用者ごとの介護ケアを評価
- 現場で取得したデータを活用し、ケアプラン改善に活用

事業所フィードバック
- フィードバックを用いて、他事業所との比較を含め、自施設・事業所のケアを評価
- 事業所内での検討を経てケアの改善策を検討

第三者提供
- 収集したデータを研究機関等へ提供し、研究者等が分析

利用者単位での介護ケア改善

施設単位での介護ケア改善

新たな研究

LIFEの見直しに活用

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

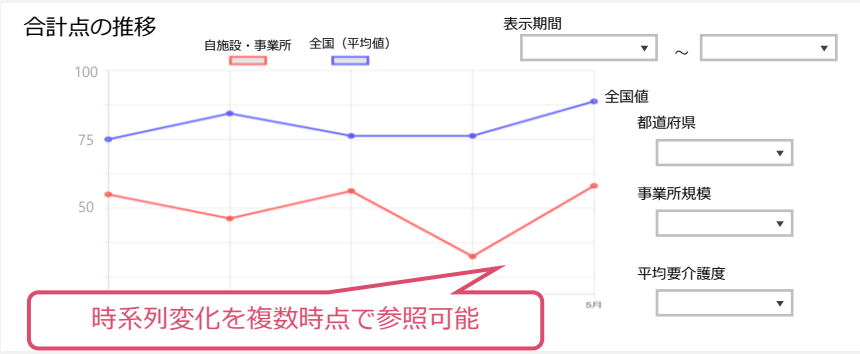
サービス　介護老人福祉施設 ▼

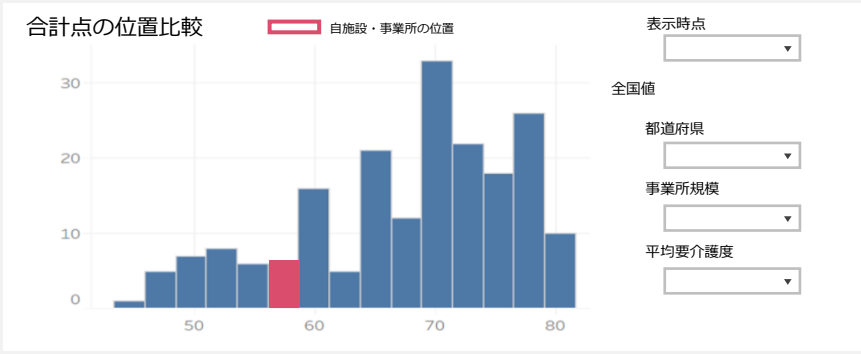
平均要介護度　4.2

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

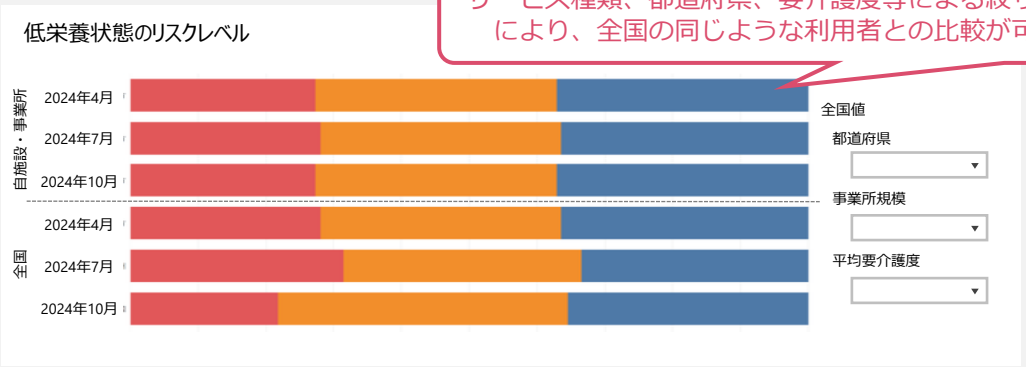
全国値に対する自施設・事業所の位置を参照可能



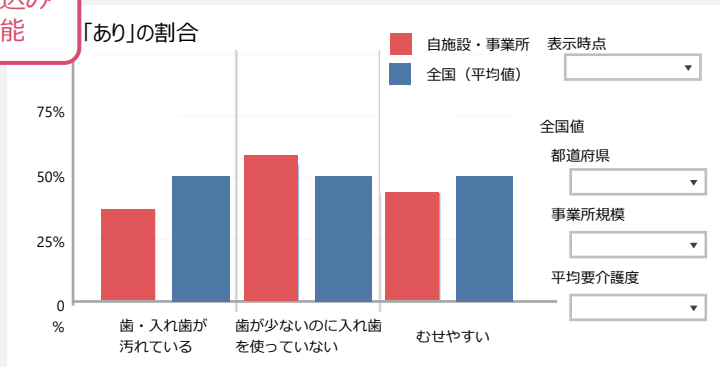


栄養状態

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



口腔の健康状態



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て検討することで、取組の効果や自施設・事業所の特徴の把握へ活用

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

サービス：介護老人福祉施設

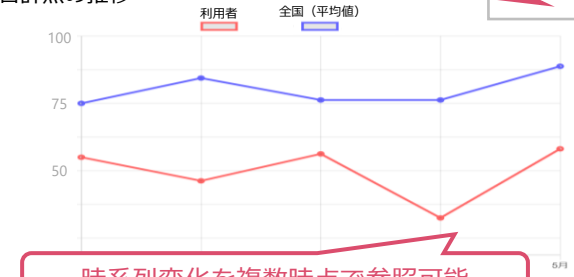
要介護度	日常生活自立度（身体機能）	日常生活自立度（認知機能）
要介護４	B2	Ⅱａ

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

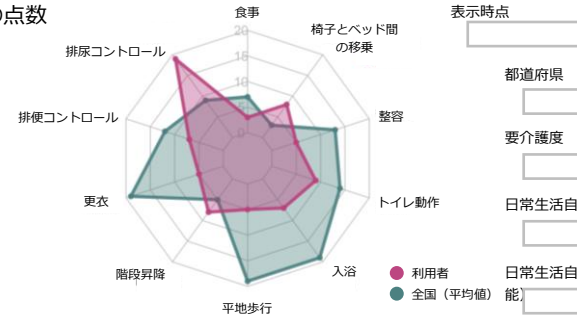
合計点の推移



期間 ～
都道府県
要介護度
日常生活自立度（身体機能）
日常生活自立度（認知機能）

時系列変化を複数時点で参照可能

ADL各項目の点数



表示時点
都道府県
要介護度
日常生活自立度（身体機能）
日常生活自立度（認知機能）

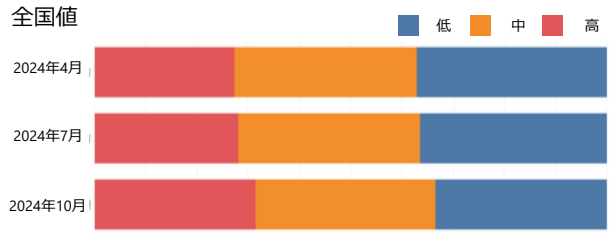
栄養状態

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



表示時点
都道府県
要介護度
日常生活自立度（身体機能）
日常生活自立度（認知機能）

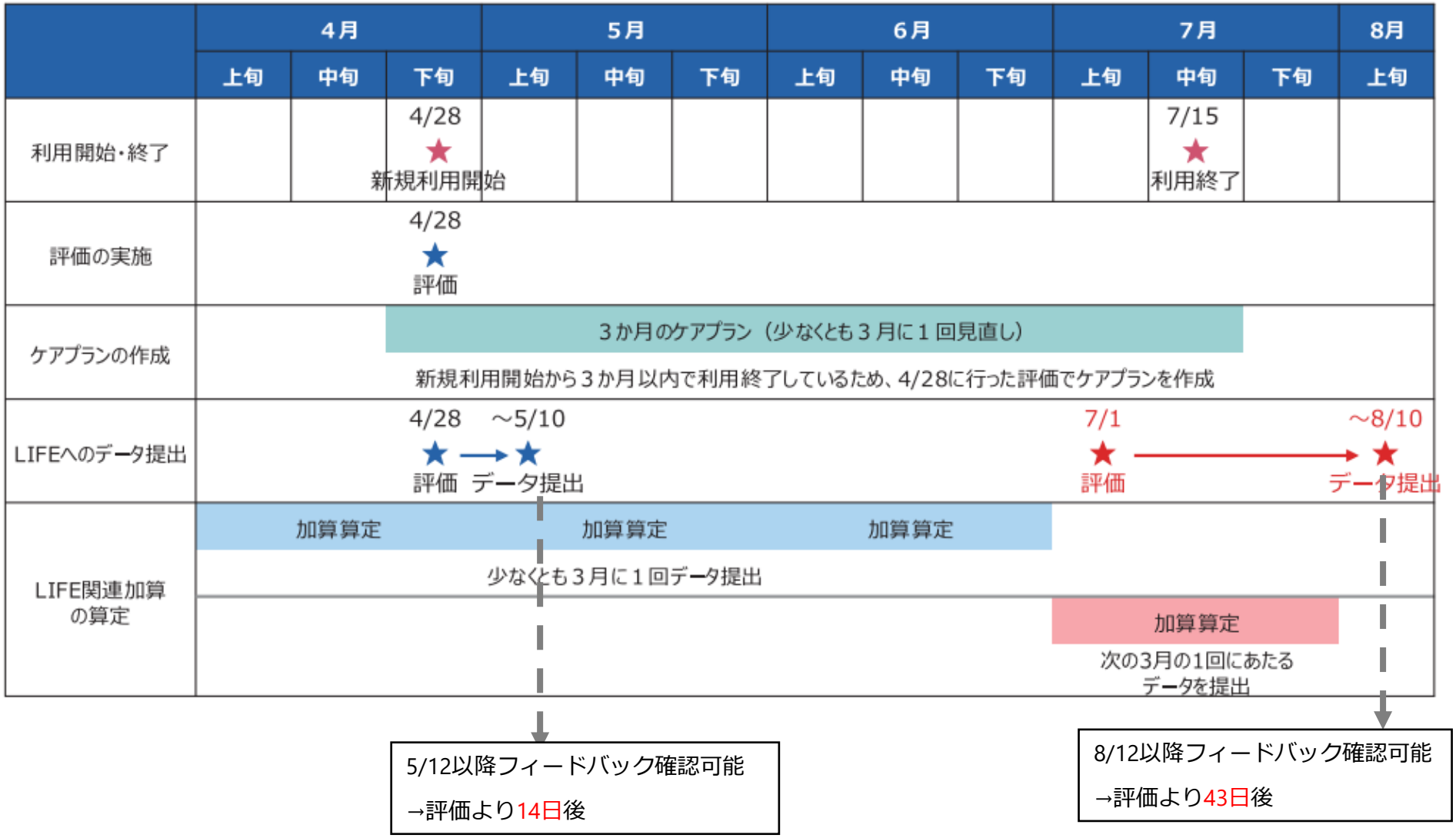
口腔の健康状態

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て検討することで、取組の効果や利用者の特徴の把握へ活用

現状の利用者評価からLIFEへのデータ提出、フィードバックまでの期間の一例



論点①　科学的介護情報システム（LIFE）について

論点①

■ 令和７年度「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会において、下記のようにとりまとめられている。

- 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関連加算の見直しについては、フィードバックや研究に活用する際の有用性や、アセスメントや入力する上での負担の観点から整理を行っていくべき。
- 訪問系サービス、通所系サービスにおいては、ひとりの利用者に複数事業所が介入することや、小規模事業所が多いこと等を踏まえ、令和９年度介護報酬改定に向けたLIFE関連加算の新たな導入は慎重に検討すべき。また、LIFEの対象であるが、算定を行っていない施設・事業所に対する対応についても検討すべき。

■ LIFE関連加算には、算定要件にLIFEへのデータ提出が含まれていない加算区分をもつ加算があり、個別機能訓練加算、リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算、口腔衛生管理加算、口腔機能向上加算、かかりつけ医連携薬剤調整加算が該当するが、これらの加算について、LIFE提出が要件となっている加算区分の算定率が高い状況ではない。

■ LIFEへのデータ提出は、LIFE画面への直接入力する方法と介護ソフトからCSVファイルでの取り込み機能を設けており、CSV連携でのデータ提出の方が、提出の手間は少ない。また、更にデータ提出の手間が少なくなるよう介護ソフトからAPI連携でのデータ提出機能の実装に向け検討を行っている。

■ 令和６年度介護報酬改定において、LIFE関連加算の評価・データ提出頻度については、サービス開始時点と「少なくとも３月に1回」と統一したが、同一利用者での加算間の評価・データ提出月の統一は規定されていない。

■ LIFEのフィードバック情報については、PDCAサイクルの実施の中でサービス提供の見直しに活用することとしているが、国からのフィードバックの返却に一定の期間を要していること等を踏まえ、特に介護老人保健施設においては入所期間が短い利用者が多いことから、利用者の自立支援やケア内容の改善に向けたLIFEデータの活用について、どのように考えるか。

論点①　科学的介護情報システム（LIFE）について

対応案

■ LIFE関連加算については、令和７年度「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会のとりまとめを踏まえ、科学的介護推進体制加算（１階層目）を算定し、その上で科学的介護推進体制加算以外のLIFE関連加算（２階層目）を算定することを前提とした加算構造としてはどうか。また、LIFEへのデータ提出項目については、作業部会のとりまとめを踏まえ、見直してはどうか。

■ 令和７年度「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方」検討会において、訪問系サービス、通所系サービスにおいては、令和９年度介護報酬改定に向けたLIFE関連加算の新たな導入は慎重に検討すべきと、とりまとめられたことを踏まえ、現在LIFEの対象でない訪問系サービス、通所系サービス、居宅介護支援等については、LIFEの対象としないこととし、LIFEの対象サービスの拡大可能性について引き続き検討することとしてはどうか。

■ 事務作業の負担軽減のため、LIFEへのデータ入力については、一定の期間（※１）をおいてLIFE画面への直接入力の方法は廃止し、介護ソフトからCSV連携等でデータ提出を行うことを原則として検討してはどうか。

（※１）３年の期間を想定

■ 科学的介護推進体制加算以外のLIFE関連加算（２階層目）については、LIFEの加算構造の見直し、LIFEへの重複した提出項目を整理したことを踏まえ、科学的介護推進体制加算（１階層目）と同月に評価・データ提出することとしてはどうか（※２）。

（※２）イメージ図は次ページ

■ 介護老人保健施設において入所期間が短い利用者が多いことを踏まえ、施設サービス計画の見直しの際に、自施設で所持しているLIFEデータを多職種で活用することに加え、利用者の自立支援やケア内容の改善に向け、入所時に施設サービス計画を作成する際の課題分析等においてLIFEデータを迅速に活用することについて、介護老人保健施設の科学的介護推進体制加算の中で新たに評価を行うこととしてはどうか。

科学的介護推進体制加算（1階層目）と科学的介護推進体制加算以外の加算（2階層目）の提出タイミングのイメージ

○ LIFE関連加算は、「少なくとも３月に１回」のデータ提出を求めており、LIFE関連加算間での評価月の統一はできていない。

○ 加算構造の見直し、LIFEへの重複した提出項目を整理したことを踏まえ、科学的介護推進体制加算（１階層目）と科学的介護推進体制加算以外のLIFE関連加算（２階層目）を同月に評価・データ提出を行う際のイメージ図。

提出タイミングの対応案イメージ

※利用者ごとにLIFE関連加算のデータ提出月が同月になるような対応を想定

○：評価・データ提出月

利用者A：提出月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
科学的介護推進体制加算（１階層目）	○			○			○			○			○		
褥瘡マネジメント加算（２階層目）		○			○		○			○			○		
排せつ支援加算（２階層目）			○			○	○			○			○		

7月以降、同月に評価・データ提出を行う

利用者B：提出月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
科学的介護推進体制加算（１階層目）		○			○			○			○			○	
褥瘡マネジメント加算（２階層目）			○			○		○			○			○	
排せつ支援加算（２階層目）			○			○		○			○			○	

8月以降、同月に評価・データ提出を行う

科学的介護情報システム（LIFE）　目次

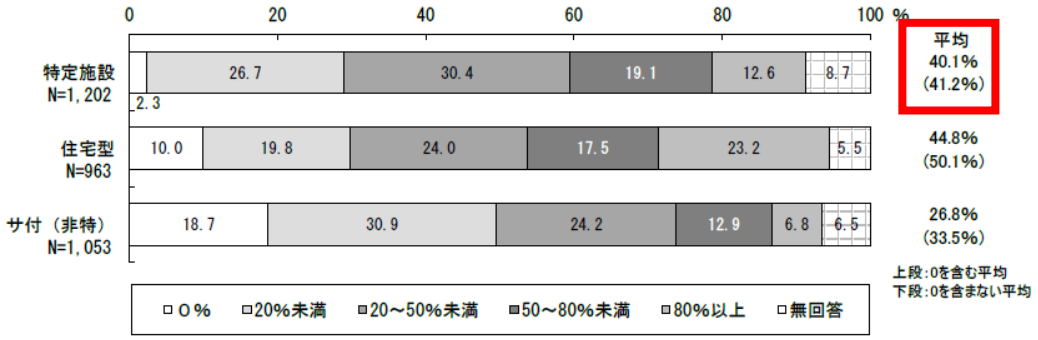
論点①：科学的介護情報システム（LIFE）について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

論点②：介護サービスの質評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27

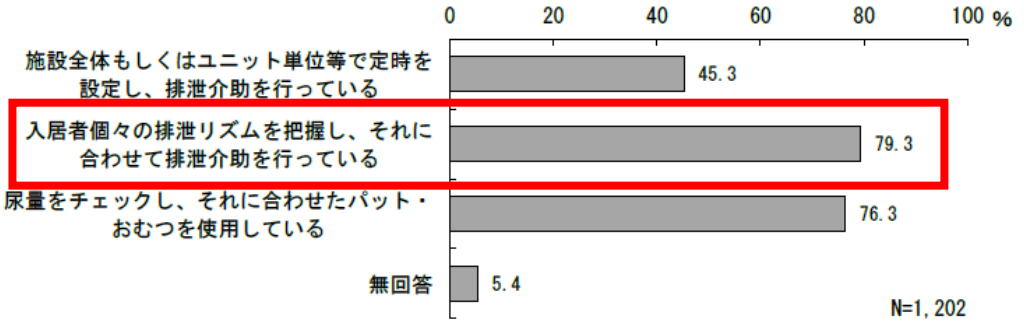
特定施設入居者生活介護における排泄自立に向けた支援・取組①

○　特定施設入居者生活介護において、日中におむつを使用している入居者割合の平均は、40.1%だった。
○　排泄介護の体制は、入居者の状態に合わせた支援計画の前提となる「入居者個々の排泄リズムを把握し、それに合わせて排泄介助を行っている」と回答した施設が８割弱と最も多い。この割合は、介護老人福祉施設における同様の取組の実施割合と同程度となっている。

日中におむつを使用している入居者の割合



排泄介護の体制（複数回答）
（特定施設のみ）



介護老人福祉施設における排泄介護の体制

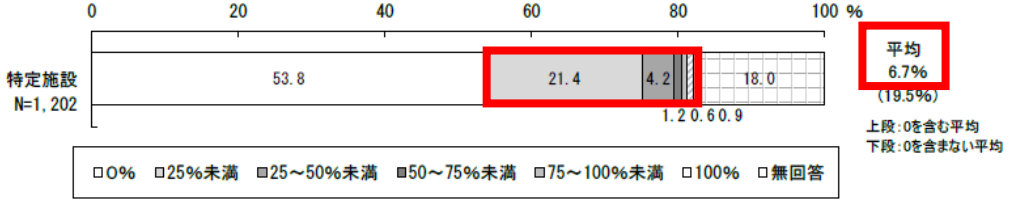
	施設種別	定時介助	リズム把握	尿量チェック	プライバシーに配慮	合計
従来型部分	介護老人福祉施設	159 施設 (71.6%)	166 施設 (74.8%)	195 施設 (87.8%)	172 施設 (77.5%)	222 施設 (100.0%)
	従来型のみ	124 施設 (75.6%)	121 施設 (73.8%)	145 施設 (88.4%)	125 施設 (76.2%)	164 施設 (100.0%)
	従来型・ユニット型併設	34 施設 (60.7%)	43 施設 (76.8%)	48 施設 (85.7%)	46 施設 (82.1%)	56 施設 (100.0%)
	地域密着型	1 施設 (50.0%)	2 施設 (100.0%)	2 施設 (100.0%)	1 施設 (50.0%)	2 施設 (100.0%)
ユニット型部分	介護老人福祉施設	36 施設 (19.5%)	171 施設 (92.4%)	166 施設 (89.7%)	167 施設 (90.3%)	185 施設 (100.0%)
	ユニット型のみ	14 施設 (13.5%)	96 施設 (92.3%)	96 施設 (92.3%)	92 施設 (88.5%)	104 施設 (100.0%)
	従来型・ユニット型併設	18 施設 (31.6%)	52 施設 (91.2%)	51 施設 (89.5%)	54 施設 (94.7%)	57 施設 (100.0%)
	地域密着型	4 施設 (16.7%)	23 施設 (95.8%)	19 施設 (79.2%)	21 施設 (87.5%)	24 施設 (100.0%)

（出典）令和６年度老人保健健康増進等事業
「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

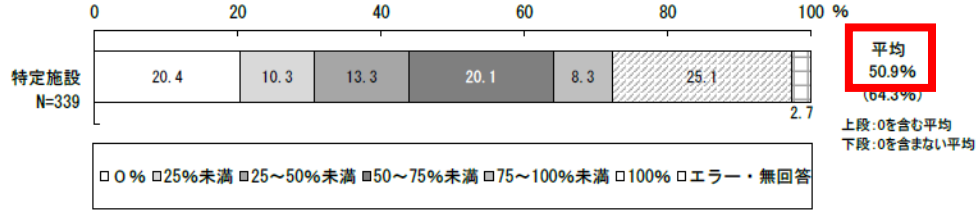
特定施設入居者生活介護における排泄自立に向けた支援・取組②

○　特定施設入居者生活介護において、28.3％の施設が、入居者１人以上について、排泄自立に向けた支援・取組に関する計画を作成している。計画を作成している入居者の割合別に見ると、「25％未満（０％を除く）」の施設が21.4％、「25％～50％未満」の施設が4.2％で、平均割合は6.7％だった。
○　取組の成果として、計画を作成した入居者のうち、「排尿・排便のどちらかの状況が改善し、いずれにも悪化がない状態を達成」した割合は、「100％」の施設が25.1％で最も多く、次いで「０％」の施設が20.4％、「50～75％未満」の施設が20.1％となっており、平均割合は50.9％だった。
○　また、計画を作成した入居者のうち、「おむつの使用が必要なくなった」割合は、「０％」の施設が61.4％、次いで「25％未満」の施設が14.7％、「50～75％」の施設が9.4％で、平均割合は13.8％だった。

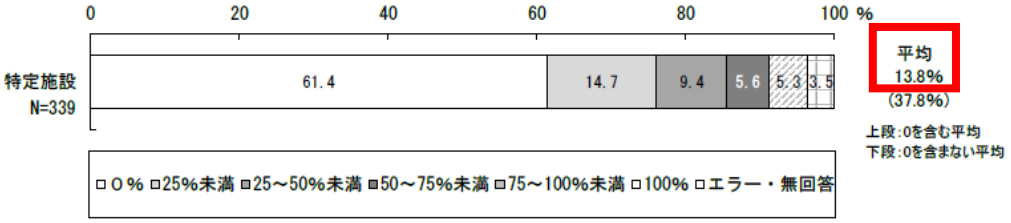
排泄自立に向けた支援・取り組みに関する計画を作成している入居者の割合
（特定施設のみ）



排泄支援計画を作成した入居者のうち、
排尿・排便のどちらかの状況が改善し、いずれにも悪化がない状態を達成した入居者の割合
（特定施設のみ）



排泄支援計画を作成した入居者のうち
直近半年間でおむつの使用が必要なくなった入居者の割合
（特定施設のみ）



（参考）介護老人福祉施設における算定率

排せつ支援加算Ⅰ：19.1％

排せつ支援加算Ⅱ：2.2％

排せつ支援加算Ⅲ：0.7％

（出典）令和６年度老人保健健康増進等事業
「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

R６改定　２.（３）④　アウトカム評価の充実のための排せつ支援加算の見直し

概要

【看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

○　排せつ支援加算について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。
　ア　排せつ状態の改善等についての評価に加え、尿道カテーテルの抜去についても新たに評価を行う。【告示改正】
　イ　医師又は医師と連携した看護師による評価を少なくとも「６月に１回」から「３月に１回」に見直す。【告示改正】
　ウ　加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等を実施。【通知改正】
　エ　初回のデータ提出時期について、他の LIFE 関連加算と揃えることを可能とする。【通知改正】

算定要件等

○　LIFE関連加算に共通した見直しを実施。
＜入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し＞
・　入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する
・　同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする

＜排せつ支援加算（Ⅰ）＞
○　以下の要件を満たすこと。
イ　排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも３月に１回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。
ロ　イの評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施していること。
ハ　イの評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。

＜排せつ支援加算（Ⅱ）＞
○　排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、
・　施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がないこと。
・　又はおむつ使用ありから使用なしに改善していること。
・　又は施設入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。

＜排せつ支援加算（Ⅲ）＞
○　排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、
・　施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない
・　又は施設入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。
・　かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

（参考）

論点①　自立支援に資するケアの更なる推進

論点①

■　今後、医療ニーズを有する高齢者や認知症高齢者等の増加が見込まれる中、特定施設入居者生活介護においても、より自立支援に資するケアを推進していくことが必要となる。

■　特定施設入居者生活介護において、認知症介護実践リーダー研修や認知症介護指導者養成研修の修了者を配置している施設は現時点で一部にとどまっているが、入居者に占める認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の占める割合は、利用者全体の５割以上だったほか、認知症ケアのためのカンファレンスや個別計画の作成等の取組について、約３～６割の事業所で行われていた。

■　このような状況を踏まえ、特定施設入居者生活介護において、認知症への対応力強化を図るための方策について、どのような対応が考えられるか。

⇒　認知症への対応力強化に関する介護給付費分科会において説明及び議論を実施予定

■　特定施設入居者生活介護において、入居者個々の排泄リズムを把握した上での排泄介助など、排泄支援計画作成につながる取組は８割弱の事業所で行われていた。介護老人福祉施設等で排せつ支援加算Ⅰの要件として評価される排泄支援計画を作成している施設は28.3％だった。さらに、介護老人福祉施設等で上位区分である同加算Ⅱの要件として評価される、排尿・排便のどちらかの状況が改善し、いずれにも悪化がない状態を達成した入居者の割合は、排泄支援計画を作成した入居者のうち、平均で５割以上だった。

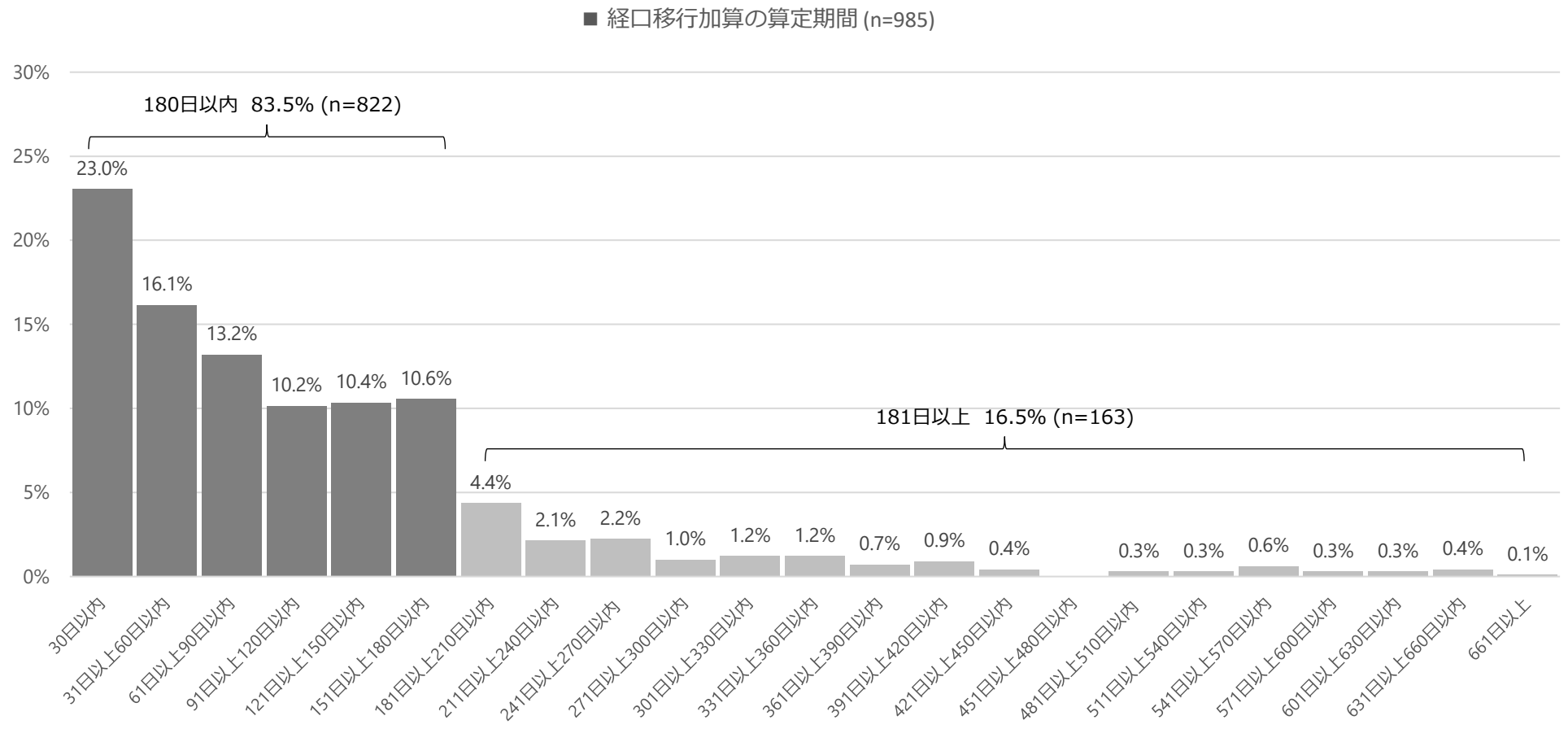
■　このような状況を踏まえ、特定施設入居者生活介護において、排泄支援に資するケアの更なる推進を図るための方策について、どのような対応が考えられるか。

対応案

■　特定施設入居者生活介護において、より自立支援に資するケアを推進するため、入居者ごとの排泄支援計画の作成・見直しや、排泄の状態の改善を評価することとしてはどうか。

経口移行加算の算定期間等

○　経口移行加算の算定期間は、要件の上限として定めている180日以内が 83.5%、181日以上が 16.5%であった。



（参考）経口移行加算の概要（28単位/日）：現に経管により食事を摂取している者が、経口による食事の摂取を進めようとする者に対して、経口移行計画を策定し、当該計画に基づく栄養管理及び支援が実施された場合に180日以内の期間に限り算定できる。なお、180日を超えた期間に行われた場合であっても、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる者に対しては、引き続き当該加算を算定することができる。

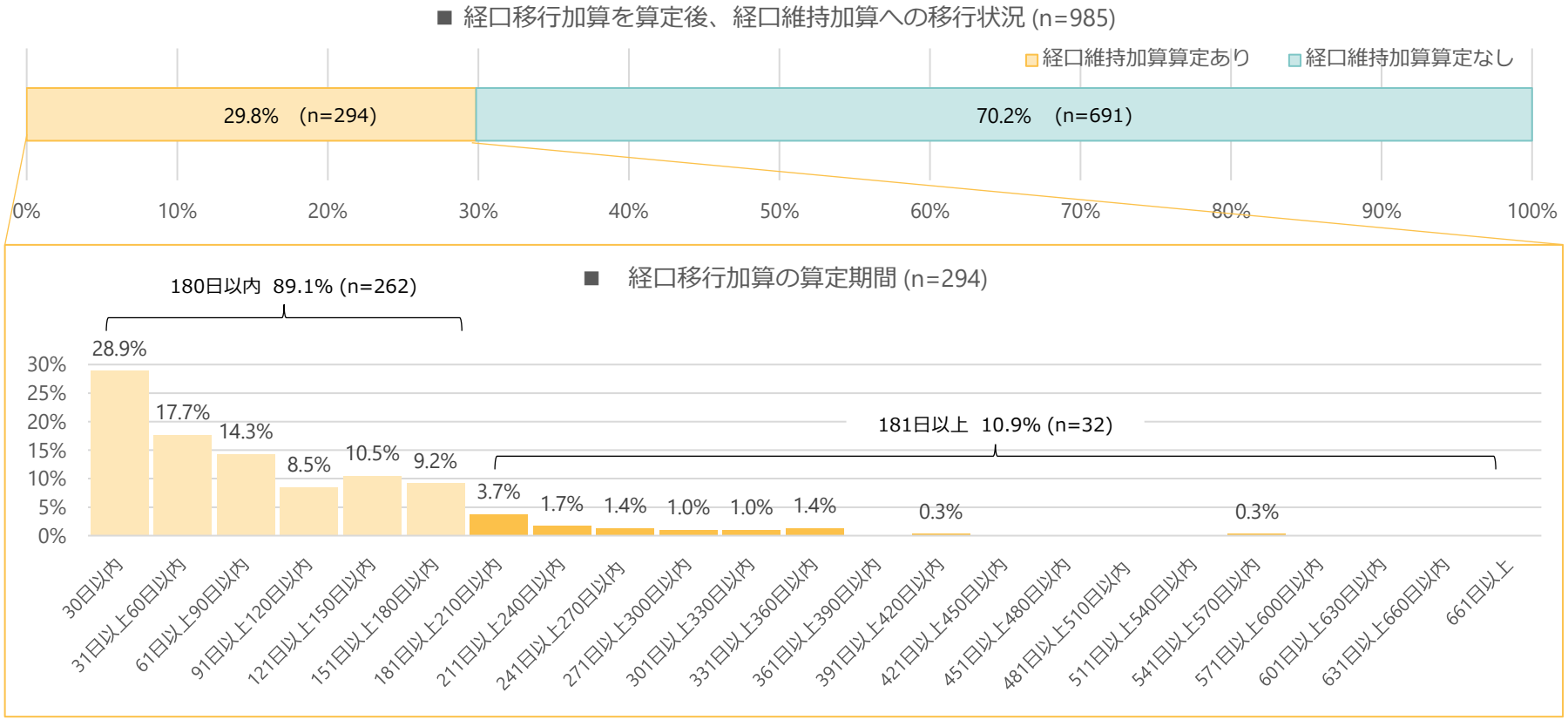
※令和6年5月～令和8年3月審査分に経口移行加算を算定している者のうち、入所(院)年月日が令和6年4月1日以降で、退所(院)年月日のデータがある者を対象とした。ただし、入所(院)年月日のデータが複数存在する者は除外し、985名を集計対象とした。

【出典】介護保険総合データベースを集計（令和６年５月審査分～令和８年３月審査分）し、老健局老人保健課にて作成

経口移行加算の算定期間等

○　経口移行加算を算定後、経口維持加算を算定している者の割合は 29.8%であった。

○　経口維持加算を算定している者のうち、経口移行加算の算定期間が180日以内が 89.1%、181日以上が 10.9%であった。



（参考）経口維持加算（Ⅰ）の概要（400単位/月）：現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト等により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要である者に対して、多職種で食事の観察及び会議を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成及び見直しをし、計画に従った栄養管理を行った場合に算定。

※令和6年5月～令和8年3月審査分に経口移行加算を算定している者のうち、入所(院)年月日が令和6年4月1日以降で、退所(院)年月日のデータがある者を対象とした。ただし、入所(院)年月日のデータが複数存在する者は除外し、985名を集計対象とした。

【出典】介護保険総合データベースを集計（令和６年５月審査分～令和８年３月審査分）し、老健局老人保健課にて作成

経口移行加算から経口維持加算への支援の流れ（イメージ）

経口移行加算：28単位／日　　**経口維持加算：(Ⅰ)400単位／月　(Ⅱ)100単位／月**

～経管栄養から経口摂取へ多職種連携で切れ目のない支援を継続～

1　経管により食事を摂取している



食事を経管から
摂取している状態

2　経口移行計画に基づき、栄養管理及び支援の実施

以下の項目を確認
- 全身状態
- 覚醒維持
- 嚥下反射
- 嚥下時の「むせ」の有無





3　経口摂取へ移行



4　経口により食事を摂取している

＋

摂食機能障害を有し、
誤嚥が認められる者※

※誤嚥が認められる者とは、
- 水飲みテスト
- 頸部聴診法
- 造影撮影
- 内視鏡検査　等

により、誤嚥が認められる者

5　食事の観察や会議等を実施し、「特別な管理」の方法等を示した経口維持計画に基づき、栄養管理を実施



※特別な管理とは
- 誤嚥の防止
- 食物形態の調整
- 摂食方法等における適切な配慮



6　経口摂取を維持・安定



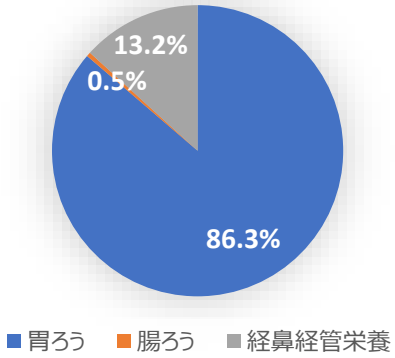
継続的に評価を行い、
安全に経口摂取を保持

経管栄養を実施している入所者状況と入所後の経過期間

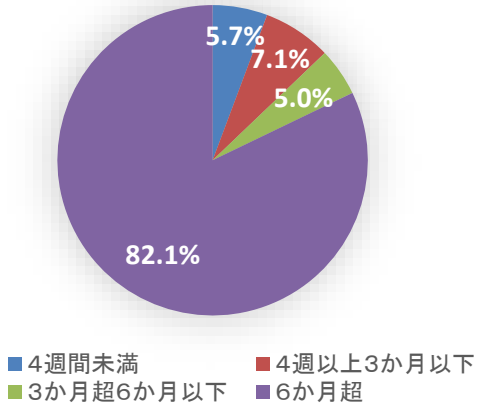
○　経管栄養を実施している入所者のうち、経鼻経管栄養の割合は、介護老人福祉施設が13.2%、介護老人保健施設が20.0%、介護医療院58.4 %であった。
○　経鼻経管栄養を実施している入所者について、入所日から調査日までの経過期間をみると、「６か月超」が最も多く、介護老人福祉施設が82.1%、介護老人保健施設が66.0%、介護医療院73.7 %であった。

介護老人福祉施設

■　経管栄養の種類別割合（n=1,057）

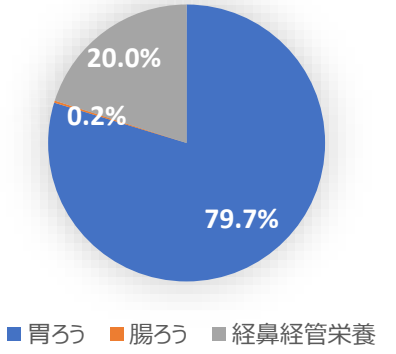


■　経鼻経管栄養を実施している入所者の入所後の経過期間（n=140）

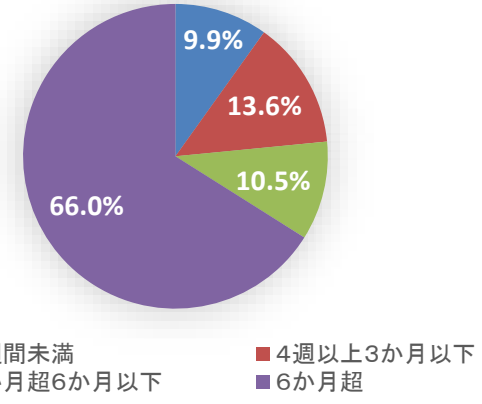


介護老人保健施設

■　経管栄養の種類別割合（n=808）

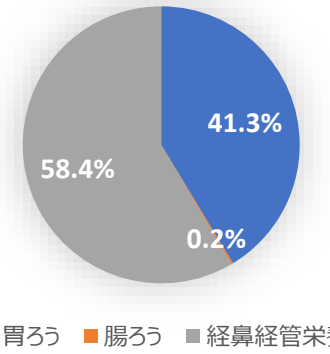


■　経鼻経管栄養を実施している入所者の入所後の経過期間（n=162）

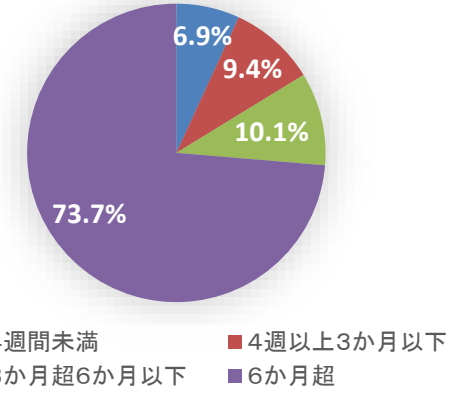


介護医療院

■　経管栄養の種類別割合（n=3,516）



■　経鼻経管栄養を実施している入所者の入所後の経過期間（n=2,055）



【出典】令和8年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」（速報値）により老健局老人保健課にて作成

（参考）経管栄養の実施期間等に応じたアクセスの選択

○「静脈経腸栄養ガイドライン 第３版」では、経口摂取が第一選択であること、経口摂取が不十分な場合、経管栄養を考慮することに加え、経管栄養が短期間の場合は経鼻アクセスを選択し、４週間以上の長期になる場合又は長期になることが予想される場合は、消化管瘻アクセス（可能な場合は胃瘻が第一選択）を選択することとされている。
○また、同ガイドラインでは、留置期間が長期間の場合は、消化管瘻アクセス（胃瘻、空腸瘻、PTEG）を選択することとされており、長期の在宅経腸栄養管理では、原則として胃瘻又は腸瘻を用いることとされている。



（高齢者）栄養投与ルートの選択は？（推奨度・エビデンスレベル：AⅢ・AⅡ）

経口摂取が第一選択で、食事摂取量の増加、補食の推進を図る。
経口摂取が不十分な場合、経管栄養を考慮する。

経腸栄養のアクセスはどのように選択するか？（推奨度・エビデンスレベル：BⅡ）

経管栄養が短期間の場合は、**経鼻アクセス** を選択する。

４週間以上の長期になる場合や**長期になることが予想される場合**は、**消化管瘻アクセス** を選択する。
（可能な場合は胃瘻が第一選択）

経管栄養経路はどのように選択するか？（推奨度・エビデンスレベル：BⅢ・BⅡ）

留置期間が短期間の場合は**経鼻アクセス**、**長期間の場合**には**消化管瘻アクセス**（胃瘻、空腸瘻、PTEG）を選択する。
第一選択は、アクセスが簡便かつ生理的な**胃アクセス**である。

在宅栄養療法の方法は？（推奨度・エビデンスレベル：AⅡ）

原則として、**長期の在宅経腸栄養管理**では**胃瘻／腸瘻**を用いる。

※推奨度は、A「強く推奨する」、B「一般的に推奨する」、C「任意でよい」に分類。臨床研究論文のエビデンスレベルは、Ⅰ「最低１つの無作為化比較対照試験（RCT）又はメタアナリシスによる実証」、Ⅱ「RCTではない比較試験又はコホート研究による実証」、Ⅲ「症例集積研究又は専門家の意見」に分類。

【出典】 日本静脈経腸栄養学会編「静脈経腸栄養ガイドライン 第３版」（2013年）17頁、51頁、172頁及び386頁

論点⑤　経口移行加算及び経口維持加算の見直し

論点⑤

■ 経口移行加算は、現に経管により食事を摂取している者が、経口による食事の摂取を進めようとする者に対して、栄養管理及び支援が実施された場合に180日以内の期間に限り算定できるが、180日を超えた場合であっても、医師の指示に基づき継続して必要とされる者に対しては、引き続き当該加算を算定することができる。また、現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要である者に対しては、経口維持加算を算定できるとなっており、経口移行の取組により経管を抜去し、経口に移行した後は、経口維持加算を算定することにより、特別な管理を続けることが可能な仕組みになっている。

■ 経口移行加算の算定期間は、180日以内が 83.5%、181日以上が 16.5%であった。経口移行加算を算定後、経口維持加算を算定している者の割合は 29.8%であり、そのうち、経口移行加算の算定期間が180日以内が 89.1%、181日以上が 10.9%であった。

■ 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経鼻経管栄養は短期間の場合に選択する方法とされており、４週間以上の長期になる場合又は長期になることが予想される場合には、他の栄養アクセスを選択することとされているところ、経鼻経管栄養を実施している入所者について、入所日から調査日までの経過期間をみると、「６か月超」が最も多く、約７割から８割であった。

■ 最期まで口から食べることを支援するに当たり、経口移行加算及び経口維持加算について、どのような対応が考えられるか。

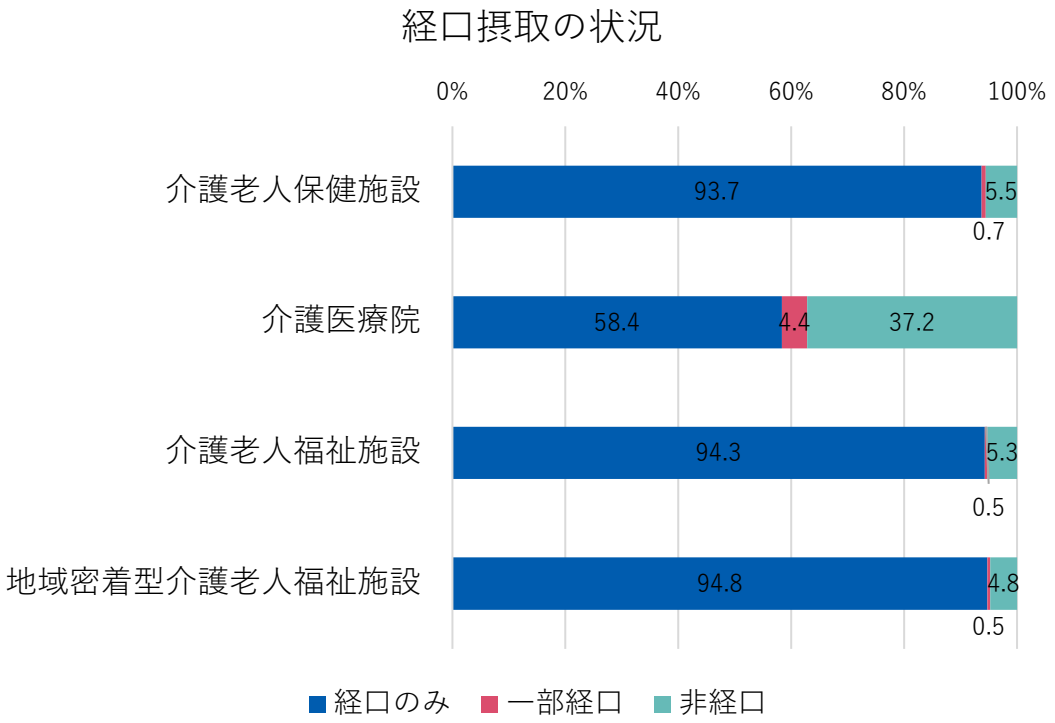
対応案

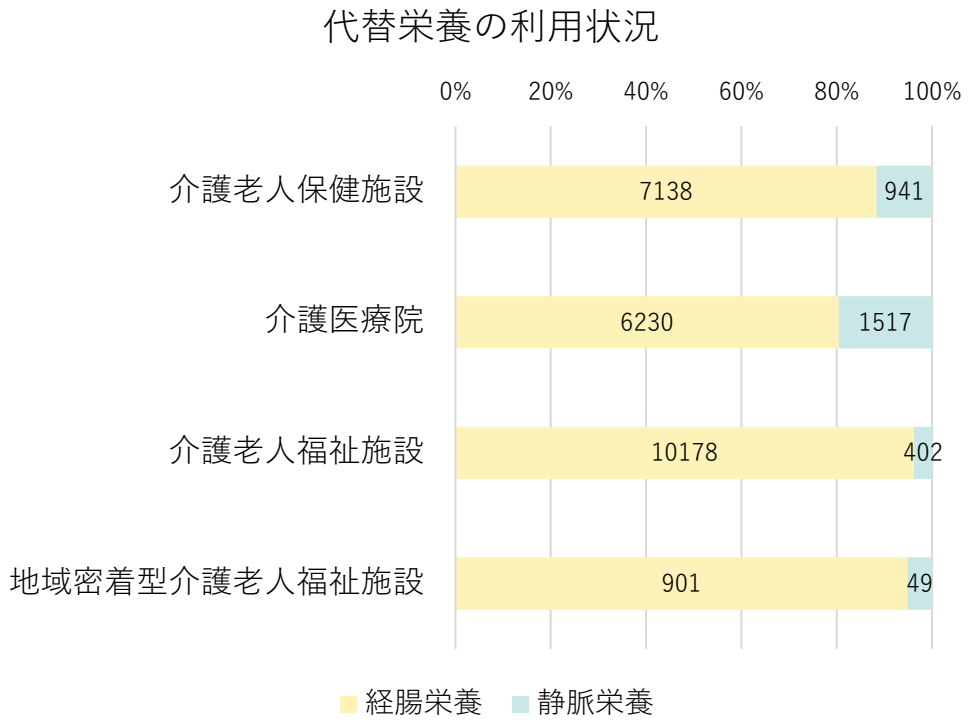
■ 経口移行を促す観点から、経口移行加算から経口維持加算に移行した初期段階での支援を充実させるため、経口移行加算算定による取組により、経管栄養から経口による食事の摂取に移行し、継続的に経口摂取が可能になった場合の特別な評価を、経口維持加算で新たに評価することとしてはどうか。

■ 経鼻経管栄養から経口に移行する場合、経口移行加算の算定期間は、４週間までとし、胃ろう・腸ろう、静脈栄養で、医師の指示がある場合は、最大180日まで算定できることとしてはどうか。

施設系サービスにおける経口摂取の状況

○ 科学的介護推進体制加算を算定している介護保険施設において、経口摂取の状況を示した。「一部経口」「非経口」の利用者は、介護医療院で約４割、他の施設系サービスでは１割未満である。
○ 「一部経口」「非経口」の利用者において、代替栄養の利用状況は、いずれのサービスでも経腸栄養の利用が８割を占める。





【出典】介護保険総合データベースのLIFEデータを用いて老健局老人保健課で作成
対象期間：2025年4月
集計条件：科学的介護推進体制加算に提出されているデータを用いて集計

経口移行加算の概要

介護老人保健施設、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護医療院

［**概要**］
- 経管栄養の入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った際に算定。

［**対象**］
- 経管栄養から経口栄養に移行しようとする者。

［**算定要件**］
28単位／日
- 計画作成の日から180日以内
- 多職種が共同して、経口移行計画書を作成すること。
- 計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援を行うこと。

［**留意点**］
- 医師の指示に基づき継続して栄養管理及び支援が必要とされる者に対しては、180日を超えて実施される場合でも、算定できるものとする。

経口維持加算の概要

介護老人保健施設、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護医療院

［**概要**］
- 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに経口維持計画を作成し、計画に従った栄養管理を行った場合に算定。

［**対象**］
- 現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害等を有して、誤嚥が認められるため特別な管理が必要な者。

［**算定要件**］

（Ⅰ）400単位／月
- 月に1回以上、多職種が共同して、食事の観察及び会議等を行い、経口維持計画を作成すること。
- 計画書に基づき、医師又は歯科医師（歯科医師が指示を行う場合にあっては、管理栄養士等が医師の指示を受けている場合に限る）の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行うこと。

（Ⅱ）100単位／月
- 経口維持加算（Ⅰ）を算定していること。
- 食事の観察及び会議等に、医師（配置医師を除く。）、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は（Ⅰ）に所定単位数を加算する。

論点②　介護サービスの質評価について

論点②

■ 経口摂取の状況について、科学的介護推進体制加算でのデータ提出では、「一部経口」「非経口」の利用者は、介護医療院で約４割、他の施設系サービスでは１割未満であり、 「一部経口」「非経口」の利用者において、代替栄養の利用状況は、いずれのサービスでも経腸栄養の利用が８割を占める。

■ 経口移行加算において、経管栄養の入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行う事を評価しており、経口維持加算では、摂食嚥下機能障害を有し、誤嚥の認められる入所者ごとに経口維持計画を作成し計画に従った栄養管理を評価している。

■ 現状の加算では、経管栄養を使用しなくなったことのアウトカムについては評価されていない。

→特定施設入所者生活介護における排せつの評価についての議論は、第272回介護給付費分科会、経口移行・経口維持についての議論については、第276回介護給付費分科会で議論を実施

対応案

■ 経管栄養を使用しなくなったことへの評価について、経管栄養から継続的に経口摂取が可能になった場合について、経口維持加算で新たに評価を行うとともに、LIFE関連加算に位置づけてはどうか。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

３．参考資料

科学的介護の推進に向けたこれまでの取組について

2017年 ■ VISIT（monitoring& eValuation for rehabIlitation ServIces for long-Term care）の運用を開始

2019年 ■ 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）

2020年 ■ CHASE(Care, HeAlth Status & Events)の運用を開始

2021年 ■ 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

令和３年度▶介護報酬改定 ■ 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

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

令和６年度▶介護報酬改定 ■ 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





LIFE操作ガイド（LIFE上で公開）



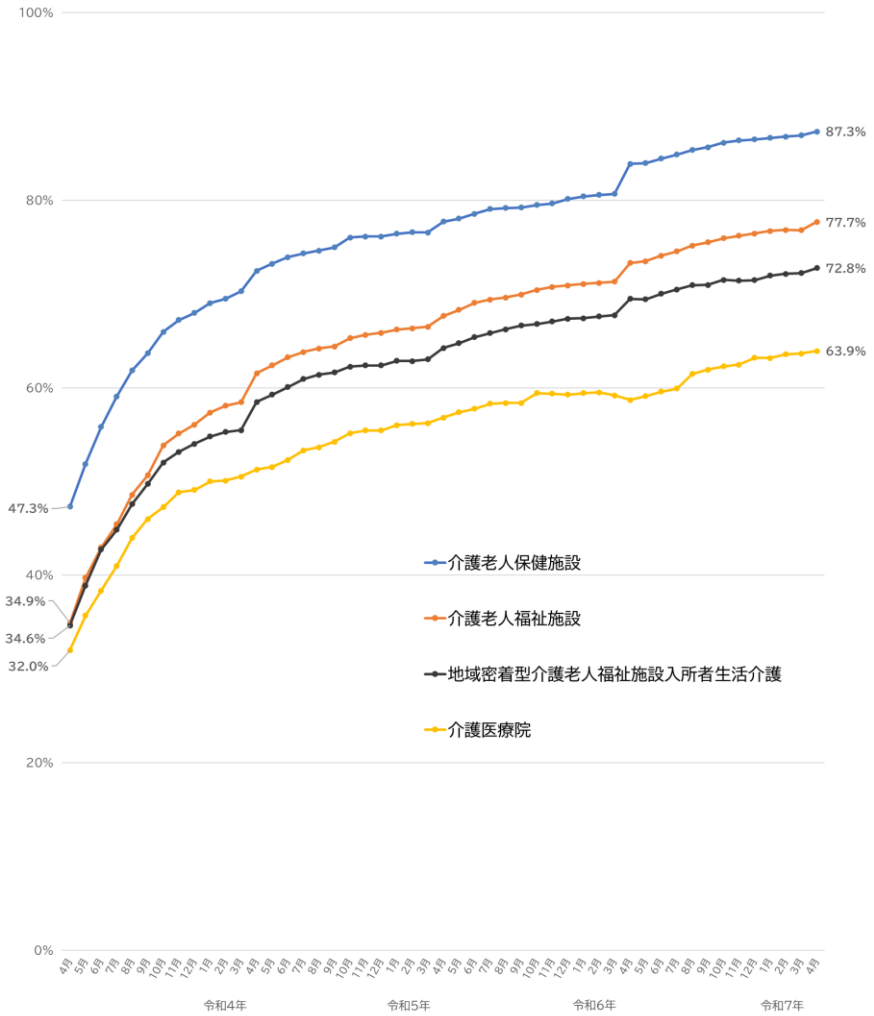
LIFE利活用の手引き（厚労省HPで公開）

LIFE関連加算の一覧

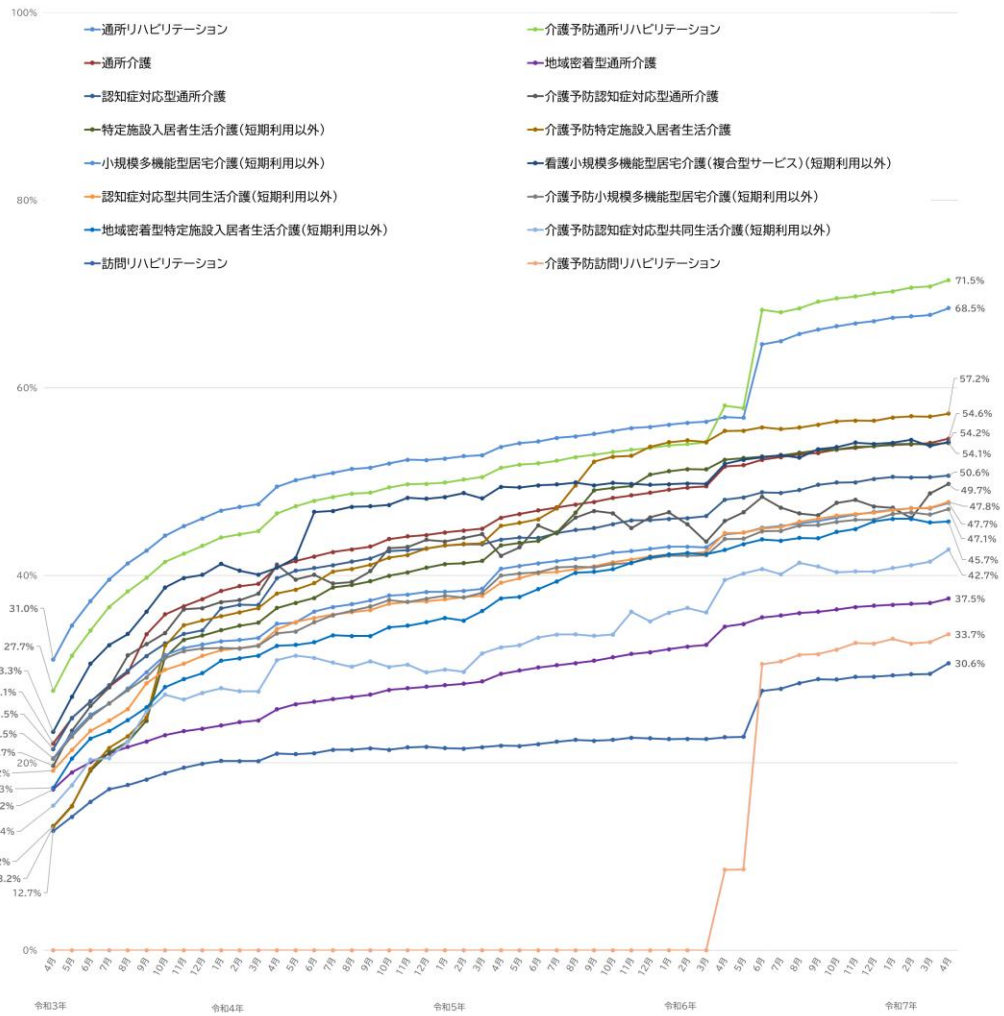
加算の種類	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）	個別機能訓練加算（Ⅱ）（Ⅲ）	ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）（Ⅱ）	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	リハビリテーションマネジメント加算		理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	介護予防通所・訪問リハビリテーションの12月減算の免除に係る要件	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）	褥瘡対策指導管理（Ⅱ）	排せつ支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）（Ⅲ）	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	栄養アセスメント加算	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	口腔機能向上加算（Ⅱ）
						（ロ）	（ハ）												
収集している情報	ADL 栄養の状況 認知症の状況 既往歴 処方薬 等	機能訓練の目標 プログラムの内容 等	ADL	ADL、IADL、心身の機能、 リハビリテーションの目標　等						褥瘡の危険因子 褥瘡の状態　等		排尿・排便の状況 おむつ使用の状況 等	ADL 支援実績 等	薬剤変更情報 等		身長、体重、低栄養リスク、 食事摂取量、必要栄養量 等		口腔の状態 ケアの目標 ケアの記録 等	
介護老人福祉施設	○	○	○							○		○	○			○		○	
地域密着型介護老人福祉施設	○	○	○							○		○	○			○		○	
介護老人保健施設	○			○	○					○		○	○	○		○		○	
介護医療院	○							○			○	○	○		○	○		○	
通所介護	○	○	○														○		○
地域密着型通所介護	○	○	○														○		○
認知症対応型通所介護 （予防含む）	○	○	○ （予防を除く）														○		○
特定施設入居者生活介護 （予防含む）	○	○	○ （予防を除く）																
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	○	○																
認知症対応型共同生活介護 （予防を含む）	○																		
小規模多機能型居宅介護 （予防含む）	○																		
看護小規模多機能型居宅介護	○									○		○					○		○
総合事業通所型サービス	○																○		○
通所リハビリテーション	○					○	○										○		○
訪問リハビリテーション						○													
介護予防通所リハビリテーション	○								○								○		○
介護予防訪問リハビリテーション									○										

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

かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

告示改正

■　かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）について、施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加え、施設において薬剤を評価・調整した場合を評価する新たな区分を設ける。その上で、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合の区分を高く評価する。

■　また、新たに以下の要件を設ける。

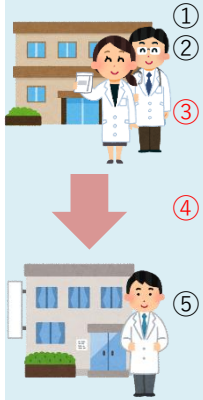
ア　処方を変更する際の留意事項を医師、薬剤師及び看護師等の多職種で共有し、処方変更に伴う病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて総合的に評価を行うこと。

イ　入所前に６種類以上の内服薬が処方されている方を対象とすること。

ウ　入所者やその家族に対して、処方変更に伴う注意事項の説明やポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。

介護老人保健施設　※入所者１人につき１回を限度として、当該入所者の退所時に加算

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ　140単位/回（一部変更）
＜入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合＞



① 医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講すること。

② 入所後１月以内に、状況に応じて入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していること。

③ 入所前に当該入所者に６種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行うこと。

④ 入所中に当該入所者の処方の内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、多職種で確認を行うこと。

⑤ 入所時と退所時の処方の内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後１月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ　70単位/回（新設）
＜施設において薬剤を評価・調整した場合＞





- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イの要件①、④、⑤に掲げる基準のいずれにも適合していること。
- 入所前に６種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと。

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）　240単位/回
＜服薬情報をLIFEに提出＞

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ又はロを算定していること。
- 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。



かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）　100単位/回
＜退所時に、入所時と比べて１種類以上減薬＞

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定していること。
- 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて１種類以上減少していること。



介護医療院における薬剤管理に係る算定要件及びLIFEへの薬剤情報の提出項目

○薬剤管理指導の算定要件のうち、「薬剤管理指導　注２」では、入所者ごとの服薬情報等を科学的介護情報システム（LIFE）に提出するとともに、提出した情報その他の薬物療法に必要な情報を活用した場合の評価が設定されている。
○LIFEへの提出項目としては、診断名、服薬情報（内服薬）として、薬剤名、1日用量のほか、内服薬に変更があった場合の薬剤名、1日用量、開始・中止の別、変更理由の提出を求めている。

薬剤管理指導の算定要件

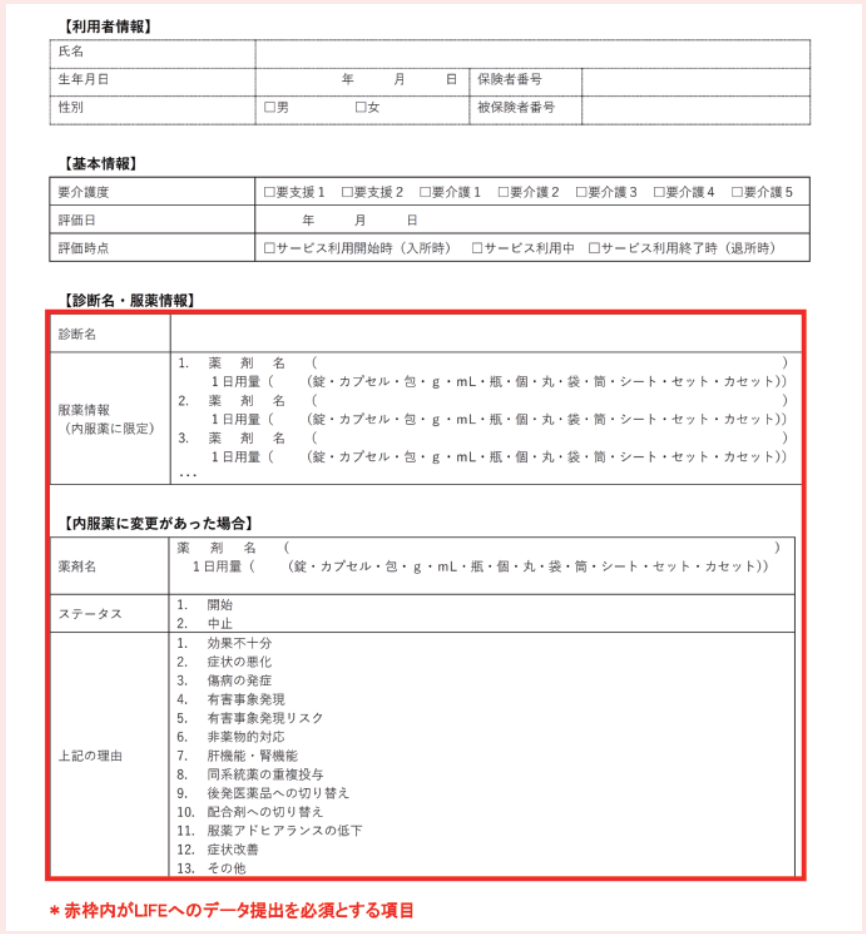
薬剤管理指導　**350単位**
週１回に限り、月４回を限度

【注１】別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、所定の届出を行った介護医療院等において、利用者又は入所者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合

【注２】介護医療院において、入所者ごとの服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方の実施に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合

１月につき ＋20単位

LIFEへの提出項目



【利用者情報】

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

【基本情報】

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

【診断名・服薬情報】

診断名	
服薬情報（内服薬に限定）	1.　薬　剤　名　（　　） 　１日用量（　　（錠・カプセル・包・g・mL・瓶・個・丸・袋・筒・シート・セット・カセット）） 2.　薬　剤　名　（　　） 　１日用量（　　（錠・カプセル・包・g・mL・瓶・個・丸・袋・筒・シート・セット・カセット）） 3.　薬　剤　名　（　　） 　１日用量（　　（錠・カプセル・包・g・mL・瓶・個・丸・袋・筒・シート・セット・カセット）） …

【内服薬に変更があった場合】

薬剤名	薬　剤　名　（　　） １日用量（　　（錠・カプセル・包・g・mL・瓶・個・丸・袋・筒・シート・セット・カセット））
ステータス	1.　開始 2.　中止
上記の理由	1.　効果不十分 2.　症状の悪化 3.　傷病の発症 4.　有害事象発現 5.　有害事象発現リスク 6.　非薬物的対応 7.　肝機能・腎機能 8.　同系統薬の重複投与 9.　後発医薬品への切り替え 10.　配合剤への切り替え 11.　服薬アドヒアランスの低下 12.　症状改善 13.　その他

＊赤枠内がLIFEへのデータ提出を必須とする項目

LIFEにおける薬剤情報に係る検討委員会（令和８年度老健事業）での主なご意見と対応の方向性（案）について【１階層目】

１階層目

主なご意見

○　LIFEへの提出項目について

- 現場での入力負担とフィードバックの活用方法をふまえると、入力項目は、用法は無しとし、薬剤数と服薬回数とした方が分かりやすく、負担も少ないのではないか。
- 薬剤数・服薬回数は、多くの利用者が様々な外用剤を所持しており、また屯用についても入力対象に含めると薬剤数の数え方の定義が非常に煩雑になるため、定期的な内服薬のみを対象とするのが良いのではないか
- ただし、重要な薬剤は内服薬以外（喘息に対する吸入薬や、パーキンソン病治療に使用する貼り薬、循環器に対する薬剤等）も入力対象とすることも考えられるが、一部の薬剤のみを入力することの負担も鑑みて、議論が必要ではないか。
- 現場で入力する方向けに薬剤数・服薬回数の定義の明確化が必要ではないか。

○　フィードバックについて

- 事業所フィードバックでは、全国平均や利用者層ごとの事業所間の違いを比較することで、どの程度の量の薬剤が使用されているのかや、介護者の負担を一定程度把握できるのではないか。
- 事業所フィードバックにおいて同規模の定員数の施設との比較や、老健施設では施設類型ごとの比較ができるとよい。

対応の方向性（案）

○　LIFEへの提出項目について、入力負担も考慮し、

- 入力項目は薬剤数、服薬回数とし、用法は対象外としてはどうか。
- 入力対象は定期内服薬（毎日服用）に限定し、外用剤や注射剤等は対象外としてはどうか。

○　フィードバックについては、システム開発次第ではあるものの、同規模の施設比較や施設類型ごとの比較を検討してはどうか。

LIFEにおける薬剤情報に係る検討委員会（令和８年度老健事業）での主なご意見と対応の方向性（案）について【２階層目】

２階層目

主なご意見

○　利用者の一部に対する入力の場合、限られた情報に基づくフィードバックとなってしまう。２階層目では、現場に有用な情報をフィードバックできるように、どれだけ入力いただけるかが重要ではないか。

○　現場の課題に薬剤が関連しているかどうかが分かる情報、特定の症状を引き起こしやすい薬剤の使用有無をフィードバックすると有用ではないか。また、現場で活用できるよう、フィードバックはできるだけ速やかに提供されることも重要ではないか。

○　例えば、せん妄を起こしやすい薬剤をいくつ使用しているか、薬剤の組み合わせによるせん妄の発生確率の増加等や、介護現場で課題となることの多い便秘に関連する注意点に焦点を当てたフィードバック等が考えられるのではないか。また、抗コリン薬リスクスケールのスコアについては、視覚的に分かりやすい資材があると良いのではないか。

○　フィードバックの活用について、有害事象が生じた時に関連する可能性のある薬剤の情報を薬剤師から介護職員へ共有する流れや、注意が必要な薬剤を使用している場合に介護職員へ声掛けを行う流れが想定されるのではないか。

○　例えば、むくみを解消する薬を服用している利用者の担当職員へむくみの状況を教えてもらうよう依頼したり、痛み止めを飲んでいる利用者のリハビリテーション担当職員へ痛みが生じるタイミングを教えてもらったりするケースが考えられる。

○　事業所フィードバックでは、自事業所で使用している薬剤の傾向が分かることも重要な気づきとなり、事業所全体の薬物療法の改善につながるのではないか。

○　介護老人福祉施設では、現状、薬剤情報の提出が任意ではあるものの、特定の症状を引き起こしやすい薬剤等のフィードバックがあれば活用が進むと思われる。介護老人福祉施設では常駐の薬剤師はおらず、タイムリーな相談は難しいが、フィードバックが相談のきっかけとなるのではないか。

対応の方向性（案）

○　介護現場における薬剤情報としては、薬剤起因性老年症候群の原因薬の特定や抗コリン薬リスクスケールの活用は有用と考えられる。また、フィードバックに当たっては、利用者にどのような影響（副作用）が生じうるか等について、抗コリン薬リスクスケールのスコア等の情報も活用し、注意が必要な薬剤の使用有無などに着目した上で、介護職員向けの資材を検討してはどうか。

○　これらの取組に関しては、特定の利用者だけでなく、事業所全体の薬剤使用状況や薬物療法の課題把握・改善にも資することが考えられる。また、一部利用者のみの情報では、特定の症状を引き起こしやすい薬剤の使用状況の把握が限定的であることに加え、事業所全体の状況を把握することが難しく、限られたフィードバックとなることから、事業所全体の薬剤情報を提出することを検討してはどうか。なお、その際、介護老人福祉施設における薬剤師等への相談のきっかけとなる活用も見据えて検討してはどうか。

施設系サービスの算定状況

	単位数（令和6年6月以降）	算定単位数（単位：千単位）	回数・日数・件数（単位：千回・千日・千件）	算定率（件数ベース）	請求事業所数	算定率（事業所ベース）
介護老人福祉施設		18,273,769	17,503	－		
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月	4542	227.1	1.3%	3069	35.8%
個別機能訓練加算（Ⅲ）	20単位/月	604	30.2	0.2%	543	6.3%
ADL維持等加算（Ⅰ）	30単位/月	1687	56.3	0.3%	738	8.6%
ADL維持等加算（Ⅱ）	60単位/月	1901	31.7	0.2%	435	5.1%
栄養マネジメント強化加算 *	11単位/月	74122	6739.2	38.5%	3425	40.0%
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110単位/月	9752	88.7	0.5%	1891	22.1%
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3単位/月	209	69.8	0.4%	2348	27.4%
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13単位/月	1519	116.9	0.7%	1813	21.2%
排せつ支援加算（Ⅰ）	10単位/月	1123	112.4	0.6%	1636	19.1%
排せつ支援加算（Ⅱ）	15単位/月	34	2.3	0.0%	189	2.2%
排せつ支援加算（Ⅲ）	20単位/月	6	0.3	0.0%	60	0.7%
自立支援促進加算	280単位/月	17445	62.3	0.4%	874	10.2%
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40単位/月	5194	129.8	0.7%	2023	23.6%
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50単位/月	15798	316	1.8%	4450	51.9%
地域密着型介護老人福祉施設		2,224,602	1,962	－		
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月	226	11.3	0.6%	454	17.7%
個別機能訓練加算（Ⅲ）	20単位/月	48	2.4	0.1%	117	4.6%
ADL維持等加算（Ⅰ）	30単位/月	108	3.6	0.2%	137	5.3%
ADL維持等加算（Ⅱ）	60単位/月	151	2.5	0.1%	97	3.8%
栄養マネジメント強化加算 *	11単位/月	9460	860	43.8%	1103	43.0%
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110単位/月	1069	9.7	0.5%	497	19.4%
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3単位/月	20	6.6	0.3%	506	19.7%
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13単位/月	152	11.7	0.6%	490	19.1%
排せつ支援加算（Ⅰ）	10単位/月	113	11.3	0.6%	448	17.4%
排せつ支援加算（Ⅱ）	15単位/月	3	0.2	0.0%	49	1.9%
排せつ支援加算（Ⅲ）	20単位/月	1	0	0.0%	11	0.4%
自立支援促進加算	280単位/月	1929	6.9	0.4%	269	10.5%
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40単位/月	518	13	0.7%	527	20.5%
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50単位/月	1652	33	1.7%	1279	49.8%

（注1）*は日数を集計している。「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注3）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

施設系サービスの算定状況

	単位数（令和6年6月以降）	算定単位数（単位：千単位）	回数・日数・件数（単位：千回・千日・千件）	算定率（件数ベース）	請求事業所数	算定率（事業所ベース）
介護老人保健施設		11,614,731	9,861	－		
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）*	258単位/日	246,249	954.5	9.7%	3114	75.9%
栄養マネジメント強化加算*	11単位/日	50,435	4,585.0	46.5%	1960	47.7%
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110単位/月	8,631	78.5	0.8%	1442	35.1%
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）	240単位/回	300	1.2	0.0%	285	6.9%
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）	53単位/月	2,247	42.4	0.4%	692	16.9%
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）	33単位/月	6,930	210.0	2.1%	2865	69.8%
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3単位/月	225	75.0	0.8%	2094	51.0%
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13単位/月	1,523	117.2	1.2%	1673	40.8%
排せつ支援加算（Ⅰ）	10単位/月	1,503	150.3	1.5%	1851	45.1%
排せつ支援加算（Ⅱ）	15単位/月	127	8.5	0.1%	715	17.4%
排せつ支援加算（Ⅲ）	20単位/月	28	1.4	0.0%	285	6.9%
自立支援促進加算	300単位/月	30,725	102.4	1.0%	1199	29.2%
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40単位/月	3,259	81.5	0.8%	1002	24.4%
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60単位/月	12,734	212.2	2.2%	2463	60.0%
介護医療院		2,055,080	1,544	－		
栄養マネジメント強化加算*	11単位/日	6,742	612.9	39.7%	364	39.1%
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110単位/月	1,327	12.1	0.8%	259	27.8%
排せつ支援加算（Ⅰ）	10単位/月	152	15.2	1.0%	228	24.5%
排せつ支援加算（Ⅱ）	15単位/月	8	0.5	0.0%	51	5.5%
排せつ支援加算（Ⅲ）	20単位/月	2	0.1	0.0%	20	2.2%
自立支援促進加算	280単位/月	2,702	9.6	0.6%	135	14.5%
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40単位/月	468	11.7	0.8%	195	21.0%
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60単位/月	1,493	24.9	1.6%	372	40.0%
褥瘡対策指導管理（Ⅱ）	10単位/回	3.4	20.6	1.3%	336	36.1%
理学療法注6	33単位/回	11.7	16.1	1.0%	355	38.2%
理学療法注7	20単位/回	1.9	3,8	0.2%	93	10.0%
作業療法注6	33単位/回	6.6	5.6	6.6%	200	21.5%
作業療法注7	20単位/回	1.1	1.3	0.1%	56	6.0%
言語聴覚療法注4	33単位/回	2.7	1.2	0.1%	83	8.9%
言語聴覚療法注5	20単位/回	0.4	0.2	0.02%	22	2.4%
薬剤管理指導の注の2	20単位/月	32.3	1.6	0.1%	59	6.3%

（注1）*は日数を集計している。「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注3）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

居宅系サービスの算定状況

	単位数（令和6年6月以降）	算定単位数（単位：千単位）	回数・日数・件数（単位：千回・千日・千件）	算定率（件数ベース）	請求事業所数	算定率（事業所ベース）
特定施設入所者生活介護		5,908,092	8,087	－		
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月	936	47	0.58%	938	15.44%
ADL維持等加算（Ⅰ）	30単位/月	662	22	0.27%	447	7.36%
ADL維持等加算（Ⅱ）	60単位/月	729	12	0.15%	253	4.17%
科学的介護推進体制加算	40単位/月	6,380	160	1.97%	3,466	57.06%
地域密着型特定施設入所者生活介護		197,754	253	－		
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月	16	1	0.32%	32	8.72%
ADL維持等加算（Ⅰ）	30単位/月	9	0.3	0.12%	12	3.27%
ADL維持等加算（Ⅱ）	60単位/月	10	0.2	0.08%	7	1.91%
科学的介護推進体制加算	40単位/月	161	4	1.58%	166	45.23%
介護予防特定施設入所者生活介護				－		
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月	103	5.1	14.5%	754	16.07%
科学的介護推進体制加算	40単位/月	822	20.5	58.2%	2,848	60.71%
認知症対応型共同生活介護		6,556,117	6,526	－		
科学的介護推進体制加算	40単位/月	4,523	113.1	1.7%	6,965	48.4%
介護予防認知症対応型共同生活介護		31,098	34.6	－		
科学的介護推進体制加算	40単位/月	19	0.5	1.4%	431	44.0%
小規模多機能型居宅介護		2,324,457	102	－		
科学的介護推進体制加算	40単位/月	2,082	52.1	51.1%	2,559	46.3%
介護予防小規模多機能型居宅介護				－		
科学的介護推進体制加算	40単位/月	218	5.4	47.4%	1,778	47.5%
看護小規模多機能型居宅介護		733,721	25.1	－		
栄養アセスメント加算	50単位/月	73	1.5	6.0%	72	6.3%
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位/回（月2回を限度）	423	1.6	6.4%	97	8.4%
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3単位/月	4	1.2	4.8%	99	8.6%
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13単位/月	8	0.6	2.4%	49	4.3%
排せつ支援加算（Ⅰ）	13単位/月	21	2.1	8.4%	121	10.5%
排せつ支援加算（Ⅱ）	15単位/月	1	0.1	0.4%	12	1.0%
排せつ支援加算（Ⅲ）	20単位/月	0	0.0	0.0%	1	0.1%
科学的介護推進体制加算	40単位/月	553	13.8	55.0%	616	53.6%

（注1）「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注3）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。
【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

通所系サービスの算定状況

	単位数（令和6年6月以降）	算定単位数（単位：千単位）	回数・日数・件数（単位：千回・千日・千件）	算定率（件数ベース）	請求事業所数	算定率（事業所ベース）
通所介護		11,705,867	13,442	―		
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月	10,438	522.0	3.9%	8,717	35.9%
ADL維持等加算（Ⅰ）	30単位/月	5,190	173.0	1.3%	2,493	10.3%
ADL維持等加算（Ⅱ）	60単位/月	5,933	99.0	0.7%	1,352	5.6%
栄養アセスメント加算	50単位/月	1,832	37.0	0.3%	679	2.8%
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位/回（月2回を限度）	32,149	201.0	1.5%	2,822	11.6%
科学的介護推進体制加算	40単位/月	32,633	816.0	6.1%	13,179	54.2%
地域密着型通所介護		3,660,540	4,149	―		
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月	2,888	144.0	3.5%	4,276	23.9%
ADL維持等加算（Ⅰ）	30単位/月	981	33.0	0.8%	868	4.9%
ADL維持等加算（Ⅱ）	60単位/月	1,994	33.0	0.8%	807	4.5%
栄養アセスメント加算	50単位/月	313	6.0	0.1%	203	1.1%
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位/回（月2回を限度）	14,058	88.0	2.1%	1,664	9.3%
科学的介護推進体制加算	40単位/月	8,808	220.0	5.3%	6,762	37.8%
認知症対応型通所介護		626,856	504	―		
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月	136	7.0	1.4%	321	12.1%
ADL維持等加算（Ⅰ）	30単位/月	86	3.0	0.6%	124	4.7%
ADL維持等加算（Ⅱ）	60単位/月	28	1.0	0.2%	20	0.8%
栄養アセスメント加算	50単位/月	90	2.0	0.4%	86	3.3%
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位/回（月2回を限度）	379	2.0	0.4%	98	3.7%
科学的介護推進体制加算	40単位/月	1,059	27.0	5.4%	1,333	50.4%
介護予防認知症対応型通所介護				―		
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位/月	2	0.1	2.5%	54	13.1%
栄養アセスメント加算	50単位/月	2	0.0	0.0%	20	4.9%
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位/月	4	0.0	0.0%	13	3.2%
科学的介護推進体制加算	40単位/月	14	0.4	10.0%	212	51.5%

（注1）「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注3）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。
【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

通所・訪問系サービスの算定状況

	単位数 （令和6年6月以降）	算定単位数 （単位：千単位）	回数・日数・件数 （単位：千回・千日・千件）	算定率 （件数ベース）	請求事業所数	算定率 （事業所ベース）
通所リハビリテーション		3,388,863	3,578	－		
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	(1)593 (2)273単位／月	46,417	137.5	3.8%	2903	37.9%
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	(1)793 (2)473単位／月	25,138	46.5	1.3%	788	10.3%
栄養アセスメント加算	50単位／月	2,254	45.1	1.3%	856	11.3%
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155単位／回	2,489	16.1	0.4%	378	4.9%
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160単位／回	3,716	23.2	0.6%	796	10.4%
科学的介護推進体制加算	40単位／月	13,272	331.8	9.3%	5127	67.0%
介護予防通所リハビリテーション		733,205	196.8	－		
12月超減算	（要支援1）−120単位／月 （要支援2）−240単位／月	−11658	61.1	31.0%	（要支援1）3325 （要支援2）3723	（要支援1）44.5% （要支援2）49.8%
栄養アセスメント加算	50単位／月	1110	22.2	11.3%	983	13.2%
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位／月	736	4.6	2.3%	569	7.6%
科学的介護推進体制加算	40単位／月	5900	147.5	74.9%	5007	67.0%
訪問リハビリテーション		529,383	1,604	－		
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	213単位／月	7,979	37.5	2.3%	1,758	30.6%
介護予防訪問リハビリテーション		102,036	347.8	－		
12月超減算	−30単位／回	−2,777	92.9	26.7%	1,810	43.0%

（注1）「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注3）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。
【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成