

令和6年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

訪問系サービス等における LIFE 活用のあり方に関する調査研究事業 報告書

MRI 三菱総合研究所

ヘルスケア事業本部

令和7(2025)年3月

目次

第 1 章 事業概要	1
I. 事業の目的	1
II. 本事業の実施内容	1
1. 調査検討委員会の開催	1
2. 訪問系サービスや居宅介護支援における利用者のアセスメントや情報連携に関する加算の算定状況やアセスメント・情報連携の実態把握	1
3. 訪問系サービスや居宅介護支援に LIFE を導入すると仮定した場合の課題及び導入のあり方等の整理	2
4. 報告書の作成	2
III. 本事業の検討体制	2
第 2 章 訪問系サービスや居宅介護支援における利用者のアセスメントや情報連携に関する加算の算定状況やアセスメント・情報連携の実態把握	4
I. 調査の目的	4
II. 調査方法	14
III. 調査対象	14
IV. 調査期間	16
V. 調査内容	17
VI. 調査結果	20
1. 調査 A について	20
2. 調査 B について	53
第 3 章 訪問系サービスや居宅介護支援に LIFE を導入すると仮定した場合の課題及び導入のあり方等の整理	70
I. 訪問系サービスや居宅介護支援に LIFE を導入すると仮定した場合の課題整理	70
1. 科学的介護推進体制加算の対象に加える場合	70
2. 既存の加算の要件に LIFE へのデータ提出を追加する場合	76
3. 看護小規模多機能型居宅介護のあり方を踏まえて通所介護等と一体的に訪問系サービスを評価する場合	78
II. LIFE の目的を踏まえたそれぞれの導入のあり方の課題に対する対応案	81
1. 科学的介護推進体制加算の対象に加える場合について	81
2. 既存の加算の要件に LIFE へのデータ提出を追加する場合	81

3. 看護小規模多機能型居宅介護のあり方を踏まえて通所介護等と一体的に訪問系サービスを評価する場合	81
---	----

第1章 事業概要

I. 事業の目的

令和3年度介護報酬改定において導入された科学的介護情報システム(LIFE)及びその関連加算は、主に施設・通所系サービスが対象となっている一方、訪問系サービス(訪問リハビリテーションを除く)や居宅介護支援は LIFE の対象に含まれない。そのような中で、令和6年度介護報酬改定に関する審議報告では、「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」とされた。

そこで本事業では、現在 LIFE 関連加算の対象となっていない訪問系サービスや居宅介護支援に LIFE を導入すると仮定した場合のあるべき姿や、導入時の課題等について整理を行うことを目的とした。

II. 本事業の実施内容

本事業の実施内容は以下のとおり。

1. 調査検討委員会の開催

調査内容及び調査結果についての議論を行った。

2. 訪問系サービスや居宅介護支援における利用者のアセスメントや情報連携に関する加算の算定状況やアセスメント・情報連携の実態把握

LIFE では 3 か月に一度の頻度で利用者に対するアセスメントを行いその結果を厚生労働省に送信することになっている。訪問系サービスや居宅介護支援においても、利用者に対するアセスメントを行うことやその結果を情報連携することが算定要件に含まれる加算が既に存在している。こうした加算について、訪問系サービス(訪問介護・訪問看護)や居宅介護支援を対象に、利用者のアセスメント等を実施する際の実態や課題等の調査を行った。また、既存の加算の算定要件には含まれていないが、訪問系サービス(訪問介護・訪問看護)や居宅介護支援においてどのようなアセスメントや情報連携を行っているのかについて、科学的介護推進体制加算において収集の対象となっているアセスメント項目を中心に調査を行った。さらに、居宅介護支援と訪問系サービスとの役割分担を検討することを目的として、アセスメントや情報連携について LIFE を通じて行うことによる利活用の可能性や課題等の調査を行った。(以下:調査 A)

調査 A において十分に把握できなかった情報(対象加算の算定事業所や事業所属性の違い)を把握することに加え、居宅介護支援と訪問系サービスとの役割分担を検討にあたり小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供形態が参考になると考え、これらに該当する事業所を対象に追加でヒアリング調査を実施した。(以下:調査 B)

3. 訪問系サービスや居宅介護支援に LIFE を導入すると仮定した場合の課題及び導入のあり方等の整理

1,2 の結果を踏まえ、訪問系サービスや居宅介護支援に LIFE を導入する際の課題及び導入のあり方等の整理を行った。

4. 報告書の作成

上記の内容を報告書に取りまとめた。

III. 本事業の検討体制

本事業の実施にあたって、本事業の実施内容全体について検討する検討委員会を設置した。

調査検討委員会では調査の実施方針の検討及び調査結果についての議論を行った。調査検討委員会のメンバーは以下のとおりである。

図表 1 調査検討委員会 構成委員一覧（敬称略・五十音順）

氏名（◎:委員長）	所属・役職
赤羽 学	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部長
井口 健一郎	社会福祉法人 小田原福祉会 理事 特別養護老人ホーム 潤生園 施設長
能本 守康	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
野尻 晋一	一般社団法人 全国デイ・ケア協会 理事
藤野 裕子	スリーエス株式会社
◎堀田 聡子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授
松田 晋哉	産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室 教授
吉江 悟	一般社団法人 Neighborhood Care 代表理事 千葉県看護協会 理事

調査検討委員会の開催スケジュールは以下のとおり。

図表 2 調査検討委員会 開催スケジュール

回数	時期	議題
第1回	令和6年8月19日 (オンライン開催)	・ 事業概要について
第2回	令和6年9月30日 (オンライン開催)	・ 事業概要について ・ ヒアリング調査について
第3回	令和6年11月28日 (オンライン開催)	・ 調査Aの結果と調査Bの方針について

回数	時期	議題
第4回	令和7年3月3日 (オンライン開催)	<ul style="list-style-type: none"> 調査Bの結果について 訪問系サービス等におけるLIFE活用のあり方に関するとりまとめについて 本事業のとりまとめ(報告書)について

本事業の流れは以下のとおり。

図表 3 本事業の流れ(概要)

調査項目	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
①調査検討委員会	★	★		★				★
②調査A			→					
③調査B					→			
④報告書作成・取りまとめ						→		

第 2 章 訪問系サービスや居宅介護支援における利用者のアセスメントや情報連携に関する加算の算定状況やアセスメント・情報連携の実態把握

IV. 調査の目的

調査 A、調査 B のそれぞれの目的は以下のとおり。

【調査 A】

現状 LIFE との関連はないが、利用者に対するアセスメント等を実施することが算定要件となっている既存の加算の内容を中心に、利用者に対するアセスメント等を実施する際の実態や課題等の調査を行うことで、こうした加算に対し LIFE へのデータ提出を要件として追加することの可能性を検討することを目的とした。また、既存の加算の算定要件には含まれていないが、訪問系サービス(訪問介護・訪問看護)や居宅介護支援においてどのようなアセスメントや情報連携を行っているのかについて、科学的介護推進体制加算において収集の対象となっているアセスメント項目を中心に調査を行うことで、科学的介護推進体制加算の対象とすることの可能性を検討することを目的とした。さらに、居宅介護支援と訪問系サービスとの役割分担を検討することを目的として、アセスメントや情報連携について LIFE を通じて行うことによる利活用の可能性や課題等の調査を行った。

【調査 B】

調査 A において十分に把握できなかった情報(対象加算の算定事業所や事業所属性の違い)を把握することに加え、居宅介護支援と訪問系サービスとの役割分担を検討するにあたり小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供形態を基に、居宅サービスにおける LIFE のあり方を検討することを目的として、これらに該当する事業所を対象に追加でヒアリング調査を実施した。

なお、本事業において、利用者に対するアセスメントやその結果に関する情報を連携することが算定要件に含まれる加算として選定した加算は以下のとおり。

図表 4 利用者のアセスメント等を行い情報連携することが算定要件に含まれる加算一覧

サービス種別	加算名
訪問介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)・(Ⅱ) ・ 口腔連携強化加算 ・ 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅴ)
訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別管理加算(Ⅰ)・(Ⅱ) ・ ターミナルケア加算 ・ 退院時共同指導加算 ・ 看護・介護職員連携強化加算 ・ 口腔連携強化加算 ・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)
居宅介護支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)・(A) ・ 特定事業所医療介護連携加算 ・ 通院時情報連携加算 ・ 退院・退所加算(Ⅰ)イ・ロ・(Ⅱ)イ・ロ・(Ⅲ) ・ 入院時情報連携加算(Ⅰ)(Ⅱ) ・ 緊急時カンファレンス加算 ・ ターミナルケアマネジメント加算
看護小規模多機能型居宅介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)・(Ⅱ) ・ 口腔栄養スクリーニング加算 ・ 科学的介護推進体制加算※
小規模多機能型居宅介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養アセスメント加算(Ⅱ)※ ・ 栄養改善加算 ・ 口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)・(Ⅱ) ・ 口腔機能向上加算(Ⅱ)※ ・ 特別管理加算(Ⅰ)・(Ⅱ) ・ ターミナルケア加算 ・ 退院時共同指導加算 ・ 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)・(Ⅱ)※ ・ 排せつ支援加算(Ⅰ)～(Ⅲ)※ ・ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)・(Ⅱ) ・ 口腔栄養スクリーニング加算 ・ 科学的介護推進体制加算※

※既存の LIFE 関連加算

図表 5 利用者のアセスメント等を行い情報連携することが算定要件に含まれる加算の要件(抜粋)と評価項目

加算名	要件 (情報連携部分のみ一部改変して引用)	要件に含まれる特定の指標・項目
訪問介護		
生活機能向上 連携加算(Ⅰ)	<u>サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、当該訪問介護計画に基づく指定訪問介護を行う。</u>	ADL、IADL
生活機能向上 連携加算(Ⅱ)	<u>利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状態等の評価を共同して行う。</u>	ADL、IADL
口腔連携強化 加算	<u>口腔の健康状態の評価の実施に当たっては、必要に応じて、厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること。</u>	【基本情報】 要介護度、基礎疾患、誤嚥性肺炎の発症・既往、麻痺、摂食方法、現在の歯科受診について、義歯の使用、口腔清掃の自立度、現在の処方 【口腔の健康状態の評価】 開口の状態(できる／できない)、歯の汚れの有無(なし／あり)、舌の汚れの有無(なし／あり)、歯肉の腫れ、出血の有無(なし／あり)、左右両方の奥歯のかみ合わせの状態(できる／できない)、むせの有無(なし／あり)、ぶくぶくうがいの状態(できる／できない)、

加算名	要件 (情報連携部分のみ一部改変して引用)	要件に含まれる特定の指標・項目
		食物のため込み、残留の有無(なし／あり)、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性(低い／高い)、歯科医療機関への連絡事項(自由記述)、介護支援専門員への連絡事項(自由記述)
特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅴ)	次に掲げる基準に従い、指定訪問介護が行われていること。 (一)利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的を開催すること。 (二)指定訪問介護の提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する訪問介護員等に対し、当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、 <u>サービス提供終了後、担当する訪問介護員等から適宜報告を受けること。</u>	利用者の ADL や意欲、利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望、家族を含む環境、前回のサービス提供時の状況、その他サービス提供に当たって必要な事項
訪問看護		
特定管理加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、 <u>主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、訪問看護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。</u>	褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット
ターミナルケア加算	ターミナルケアの実施にあたっては、 <u>他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。</u>	・終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録 ・療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録 ・看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録
退院時共同指	訪問看護ステーションの看護師等(准	なし

加算名	要件 (情報連携部分のみ一部改変して引用)	要件に含まれる特定の指標・項目
導加算	<u>看護師を除く。)が、退院時共同指導を行う(当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を提供すること)。</u>	
口腔連携強化加算	口腔の健康状態の評価の実施に当たっては、 <u>必要に応じて、厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること。</u> なお、連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。	【基本情報】 要介護度、基礎疾患、誤嚥性肺炎の発症・既往、麻痺、摂食方法、現在の歯科受診について、義歯の使用、口腔清掃の自立度、現在の処方 【口腔の健康状態の評価】 開口の状態(できる／できない)、歯の汚れの有無(なし／あり)、舌の汚れの有無(なし／あり)、歯肉の腫れ、出血の有無(なし／あり)、左右両方の奥歯のかみ合わせの状態(できる／できない)、むせの有無(なし／あり)、ぶくぶくうがいの状態(できる／できない)、食物のため込み、残留の有無(なし／あり)、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性(低い／高い)、歯科医療機関への連絡事項(自由記述)、介護支援専門員への連絡事項(自由記述)
看護・介護職員連携強化加算	<u>訪問看護事業所の看護職員が、訪問介護事業所の訪問介護員等に対し、たんの吸引等の業務が円滑に行われるよう、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行うとともに当該訪問介護員等と同行し、利用者の居宅において業務の実施状況について確認した場合、または利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席した場合に算定する。</u>	なし

加算名	要件 (情報連携部分のみ一部改変して引用)	要件に含まれる特定の指標・項目
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	<u>利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定訪問看護事業所における看護師等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。</u>	利用者の ADL や意欲、利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望、家族を含む環境、前回のサービス提供時の状況、その他サービス提供に当たって必要な事項
居宅介護支援		
特定事業所医療介護連携加算	前々年度の3月から前年度の2月までの間において、 <u>退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が35回以上であること。</u>	なし
通院時情報連携加算	当該加算は、 <u>利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合に、算定を行うものである。</u> なお、同席にあたっては、利用者の同意を得た上で、医師又は歯科医師等と連携を行うこと。	なし
退院・退所加算(Ⅰ)1～(Ⅲ)	(Ⅰ)入院期間又は入所期間が30日以下の場合であって、 <u>退院又は退所に当たって、病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めるとその他の連携を行った場合。</u> (Ⅱ)入院期間又は入所期間が30日を超える場合であって、 <u>退院又は退所に当たって、病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めるとその他の連携を行った場合。</u>	なし
入院時情報連携加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	(Ⅰ) <u>利用者が入院した日のうちに、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。</u>	なし

加算名	要件 (情報連携部分のみ一部改変して引用)	要件に含まれる特定の指標・項目
	<p>なお、入院の日以前に情報提供した場合及び指定居宅介護支援事業所における運営規程に定める営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合であって、当該入院した日の翌日に情報を提供した場合も、算定可能である。</p> <p>(Ⅱ) <u>利用者が入院した日の翌日又は翌々日に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。</u>なお、運営規程に定める当該指定居宅介護支援事業所の営業時間終了後に入院した場合であって、当該入院した日から起算して3日目が運営規程に定める当該指定居宅介護支援事業所の営業日以外の日に当たるときは、当該営業日以外の日翌日に情報を提供した場合も、算定可能である。</p>	
緊急時カンファレンス加算	<p>病院又は診療所の求めにより、<u>当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定単位数を加算。</u>※利用者1人につき、1月に2回を限度とする。</p>	なし
ターミナルケアマネジメント加算	<p>ターミナルケアマネジメントにあたっては、終末期における医療・ケアの方針に関する利用者又は家族の意向を把握する必要がある。また、その際には、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、<u>多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。</u>当該加算は、利用者が医師の診</p>	なし

加算名	要件 (情報連携部分のみ一部改変して引用)	要件に含まれる特定の指標・項目
	<p><u>察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合に、算定を行うものである。</u>なお、同席にあたっては、利用者の同意を得た上で、医師等と連携を行うこと。</p>	

(出典:介護報酬の解釈1単位数表編 令和6年4月版、社会保険研究所)

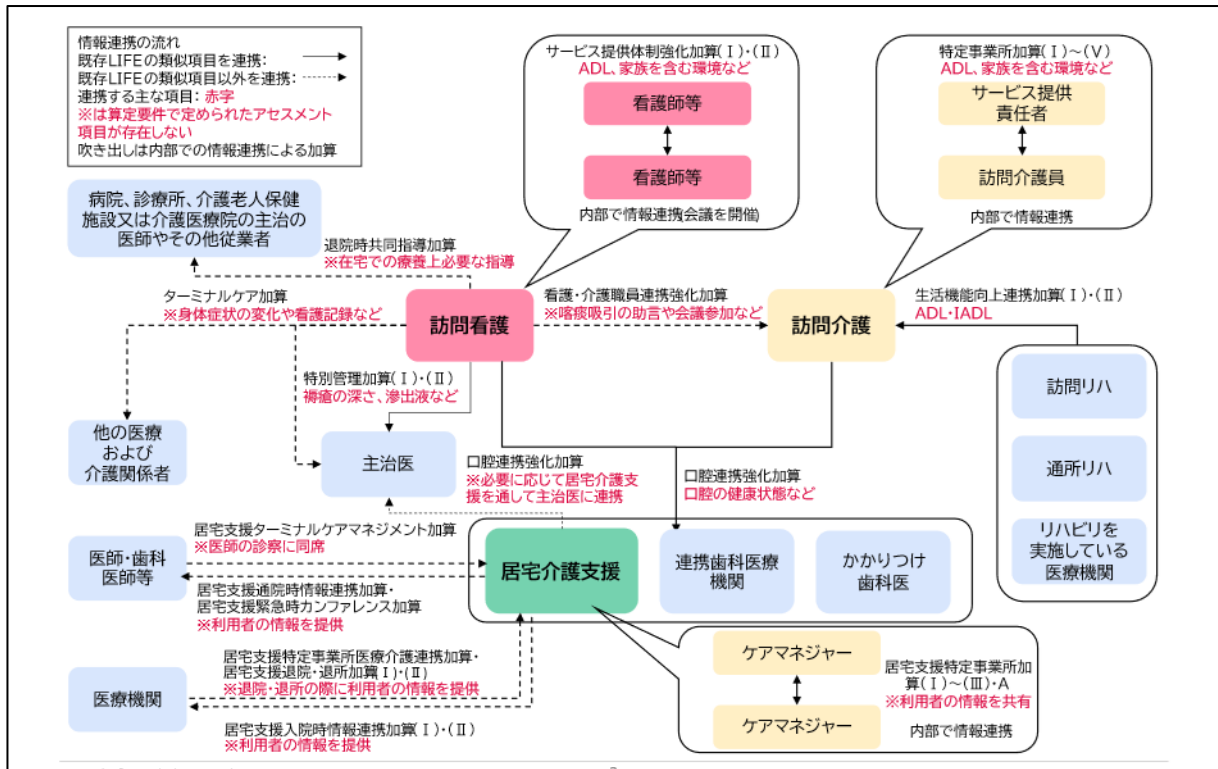
図表 6 科学的介護推進体制加算のアセスメント項目と図表 4 の加算のアセスメント項目との
対応状況(訪問介護・訪問看護)

科学的介護推進体制加算における		対応する加算	
領域	項目	訪問介護	訪問看護
総論	診断名	口腔連携強化加算	口腔連携強化加算
	入院	-	-
	服薬	口腔連携強化加算	口腔連携強化加算
	家族の状況	特定事業所加算	サービス提供体制強化加算
	ADL	生活機能向上連携加算、特定事業所加算、サービス提供体制強化加算	生活機能向上連携加算、サービス提供体制強化加算
	サービス終了(死亡含む)	-	-
口腔・栄養	身長・体重	-	-
	義歯	口腔連携強化加算	口腔連携強化加算
	むせ	口腔連携強化加算	口腔連携強化加算
	歯の汚れ	口腔連携強化加算	口腔連携強化加算
	歯肉の腫れ・出血	口腔連携強化加算	口腔連携強化加算
口腔・栄養(施設サービスのみのみ)	褥瘡	-	特別管理加算
	低栄養状態のリスクレベル	-	-
	栄養補給法	-	-
	食事形態	-	-
	とろみ	-	-
	食事摂取量	-	-
	必要栄養量	-	-
認知症	診断	-	-
	生活・認知機能尺度	-	-
	Vitality index	-	-
	DBD13	-	-
その他	ICF ステージング	-	-

図表 7 科学的介護推進体制加算のアセスメント項目と課題分析標準項目との対応状況

科学的介護推進体制加算における		課題分析標準項目	
領域	項目	対応する項目	備考
総論	診断名	健康状態	主治医意見書
	入院	健康状態	-
	服薬	健康状態	-
	家族の状況	基本情報 家族等の状況	-
	ADL	ADL 清潔の保持に関する状況 排泄の状況	主治医意見書
	サービス終了(死亡含む)	現在利用している支援や 社会資源の状況 今回のアセスメントの理由	-
口腔・栄養	身長・体重	健康状態	主治医意見書
	義歯	口腔内の状況	-
	むせ	食事摂取の状況(摂食嚥下 機能の状態)	-
	歯の汚れ	口腔内の状況	-
	歯肉の腫れ・出血	口腔内の状況	-
口腔・栄養(施設 サービスのみのみ)	褥瘡	健康状態	主治医意見書
	低栄養状態のリスクレベル	食事摂取の状況(栄養状態)	-
	栄養補給法	-	主治医意見書
	食事形態	食事摂取の状況(食形態)	-
	とろみ	食事摂取の状況(食形態)	-
	食事摂取量	食事摂取の状況	-
	必要栄養量	食事摂取の状況	-
認知症	診断	-	主治医意見書
	生活・認知機能尺度	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	-
	Vitality index	認知機能や判断能力	-
	DBD13	認知機能や判断能力	-
その他	ICF ステージング	生活リズム 清潔の保持に関する状況 排泄の状況 社会との関わり	-

図表 8 加算の情報連携の流れ(訪問介護・訪問看護・居宅介護支援)



V. 調査方法

訪問介護事業所、訪問看護事業所及び、居宅介護支援に対して、ヒアリング調査を実施した。なお、ヒアリング調査は全件をオンライン会議にて実施した。

VI. 調査対象

調査 A については、訪問介護3件、訪問看護2件、居宅介護支援3件を対象とした。

調査 B については、調査 A では把握できなかった情報が得られる見込みのある事業所として、本事業の調査検討委員会に参画している委員より推薦いただいた事業所を中心に訪問介護2件、訪問看護1件、小規模多機能型居宅介護1件、看護小規模多機能型居宅介護1件を対象とした。

図表 9 調査 A ヒアリング対象

サービス種別	事業所 No.	法人・事業所名	併設サービス	算定している加算
訪問介護	H1	東京海上日動バ ターライフサービス 株式会社 みずたま介護 ST 十日市場	居宅介護支援	・特定事業所加算
訪問介護	H2	社会福祉法人松美 会 アイユウの苑ホーム ヘルプサービス	介護老人福祉施 設 通所介護 訪問看護 短期入所生活介 護 居宅介護支援	【訪問介護】 ・特定事業所加算 【訪問看護】 ・特別管理加算 ・ターミナルケア加算 ・退院時共同指導加算 ・看護・介護職員連携強化加算 ・サービス提供体制強化加算
訪問介護	H3	唐津市社会福祉協 議会 訪問介護唐津事業 所	なし	・特定事業所加算
訪問看護	N1	公益財団法人 日 本訪問看護財団 おもて参道訪問看 護ステーション	なし	・特別管理加算 ・ターミナルケア加算 ・退院時共同指導加算 ・サービス提供体制強化加算
訪問看護	N2	合同会社プラスぼ ぼぼ 訪問看護ステー ションややのいえ	居宅介護支援	・特別管理加算 ・ターミナルケア加算 ・退院時共同指導加算
居宅介護 支援	C1	そらいろケアプラ ン	なし	・特定事業所加算(Ⅲ) ・通院時情報連携加算 ・退院・退所加算 ・入院時情報連携加算 ・ターミナルケアマネジメント加算
居宅介護 支援	C2	株式会社 マロー・ サウンズ・カンパ ニー ダイバーシティ葛西	なし	・特定事業所加算(Ⅱ) ・特定事業所医療介護連携加算 ・通院時情報連携加算 ・退院・退所加算 ・入院時情報連携加算 ・ターミナルケアマネジメント加算
居宅介護 支援	C3	一般社団法人 横 浜市旭区医師会 旭区医師会居宅支 援センター	訪問看護	【居宅介護支援】 ・通院時情報連携加算 ・退院・退所加算 ・入院時情報連携加算 ・ターミナルケアマネジメント加算 【訪問看護】 ・特別管理加算 ・ターミナルケア加算 ・退院時共同指導加算 ・看護・介護職員連携強化加算 ・サービス提供体制強化加算

図表 10 調査 B ヒアリング対象

サービス種別	事業所 No.	法人・事業所名	併設サービス	取得している加算
訪問介護	H4	医療法人社団 清心会 はるかぜ介護福祉ステーション	通所介護 看護小規模多機能型居宅介護 サービス付き高齢者向け住宅	・生活機能向上連携加算(Ⅰ) ・特定事業所加算(Ⅰ)
訪問介護	H5	SOMPOケア株式会社 SOMPOケア函館昭和 訪問介護	通所介護 居宅介護支援 訪問看護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 訪問入浴介護 看護小規模多機能型居宅介護 サービス付き高齢者向け住宅	・生活機能向上連携加算(Ⅱ) ・特定事業所加算(Ⅱ)
訪問看護	N3	公益社団法人山形県看護協会 訪問看護ステーションむらやま	居宅介護支援	・特別管理加算 ・ターミナルケア加算 ・退院時共同指導加算 ・口腔連携強化加算 ・サービス提供体制強化加算
小規模多機能型居宅介護	M1	社会福祉法人秀峰会 小規模多機能居宅介護こでまり	なし	なし (生活機能向上連携加算および科学的介護推進体制加算を 2025 年 4 月以降算定予定)
看護小規模多機能型居宅介護	M2	株式会社ミヤビー 看護小規模多機能ホーム『ミヤビーの家』	訪問看護 小規模多機能型居宅介護	・特別管理加算 ・ターミナルケア加算 ・退院時共同指導加算 ・科学的介護推進体制加算

VII. 調査期間

【調査 A】

令和 6 年 10 月～令和 6 年 11 月

【調査 B】

令和 6 年 12 月～令和 7 年 2 月

VIII. 調査内容

調査 A、調査 B の主な調査項目は以下のとおり。

図表 11 調査 A 調査項目

大項目	小項目
既存の加算にかかるアセスメントについて	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定している加算 ・ 加算を算定するにあたり変更した体制や業務フロー ・ 加算の算定要件に含まれる評価項目について、業務の中でアセスメントするプロセス ・ 加算の算定を通してアセスメント・連携した情報の活用により得られた効果(活用方法、活用の結果、等) ・ アセスメントした情報の記録・管理方法 ・ 算定要件の評価項目において、加算算定前からアセスメントや情報連携をしていた内容 ・ 上記項目の定量化の可否 ・ 上記項目について、アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性 ・ 算定していない加算について、算定していない理由 ・ 加算の算定要件や評価項目等へのご意見
日々のサービス提供においてアセスメントし情報連携をしている内容について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養に関する項目 ・ 口腔に関する項目 ・ 排泄に関する項目 ・ 疾病リスクに関する項目 ・ 疾患の発生に関する項目(診断名、緊急入院の状況等) ・ 定量化している項目 ・ 重症度、医療看護必要度の A,B 項目 ・ その他の項目(訪問介護計画書や訪問看護計画書に記載しているもの等) ・ GLIM 基準に基づいたアセスメントの実施状況や実施可否 ・ 7つのハザード項目(転倒、発熱、誤嚥、脱水、褥瘡、移動能力低下、認知機能低下)や予防可能な疾患群を予防するために行っているケアについて ・ リハ職による訪問看護の実施有無 ・ 看護職員における、訪問看護報告書の別紙 2-(1)「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細」の評価項目の状況についての評価または把握の有無 ・ 複数の在宅サービスを利用している利用者について、他サービスとの情報連携の方法

大項目	小項目
	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントした情報の記録・管理方法 ・ 上記項目の定量化の可否 ・ 上記項目について、アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性
居宅介護支援の課題分析標準項目のうち、課題分析(アセスメント)に関する項目について ※居宅介護支援のみ回答	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報収集の方法 ・ (テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリング(以降、「オンラインモニタリング」)を実施している場合)課題分析標準項目のアセスメントに関する項目について、訪問によるモニタリングと比べて異なる点や難しいと思う点 ・ アセスメントした情報の記録・管理方法 ・ 「家族等の状況」(家族の支援やインフォーマルサポートの状況等)について、アセスメントしている内容 ・ 上記項目の定量化の可否 ・ 上記項目について、アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性 ・ 居宅サービス事業所がアセスメントした内容が LIFE を通して連携されることの有用性

図表 12 調査 B(訪問介護・訪問看護) 調査項目

大項目	小項目
既存の加算にかかるアセスメントについて	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定している加算 ・ 加算を算定するにあたり変更した体制や業務フロー ・ 加算の算定要件に含まれる評価項目について、業務の中でアセスメントするプロセス ・ 加算の算定を通してアセスメント・連携した情報の活用により得られた効果(活用方法、活用の結果、等) ・ アセスメントした情報の記録・管理方法 ・ 算定要件の評価項目において、加算算定前からアセスメントや情報連携をしていた内容 ・ 上記項目の定量化の可否 ・ 上記項目について、アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性 ・ 算定していない加算について、算定していない理由 ・ 加算の算定要件や評価項目等へのご意見
日々のサービス提供においてアセスメントし情報連携を	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養に関する項目 ・ 口腔に関する項目

大項目	小項目
している内容について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 排泄に関する項目 ・ 疾病リスクに関する項目 ・ 疾患の発生に関する項目(診断名、緊急入院の状況等) ・ 定量化している項目 ・ 重症度、医療看護必要度の A,B 項目 ・ その他の項目(訪問介護計画書や訪問看護計画書に記載しているもの等) ・ GLIM 基準に基づいたアセスメントの実施状況や実施可否 ・ 7つのハザード項目(転倒、発熱、誤嚥、脱水、褥瘡、移動能力低下、認知機能低下)や予防可能な疾患群を予防するために行っているケアのプロセスについて ・ リハ職による訪問看護の実施有無 ・ 看護職員における、訪問看護報告書の別紙 2-(1)「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士訪問看護の詳細」の評価項目の状況についての評価または把握の有無 ・ 複数の在宅サービスを利用している利用者について、他サービスとの情報連携の方法 ・ アセスメントした情報の記録・管理方法 ・ 上記項目の定量化の可否 ・ 上記項目について、アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性

図表 13 調査 B(看護小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護) 調査項目

大項目	小項目
既存の加算にかかるアセスメントについて	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定している加算 ・ 加算を算定するにあたり変更した体制や業務フロー ・ 加算の算定要件に含まれる評価項目について、業務の中でアセスメントするプロセス ・ 算定要件であるアセスメントや情報連携の活用により得られた効果(活用方法、活用の結果、等) ・ 算定要件の評価項目において、加算算定前からアセスメントや情報連携をしていた内容 ・ アセスメントした情報の記録・管理方法 ・ 算定していない加算について、算定していない理由 ・ 加算の算定要件や評価項目等へのご意見
日々のサービス提供におい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通常業務の中で実際にアセスメントを行っている項目

大項目	小項目
アセスメントし情報連携をしている内容について	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントしている項目がある場合、使用しているスケールや様式 ・ 訪問介護(訪問看護)と通所(+泊まり)との間で連携している項目やその流れ ・ 通常業務の中でアセスメントはしていないが、把握することができる項目 ・ (通常業務の中で把握することが難しく)多職種から情報連携してもらっているもの ・ 上記で情報連携された項目の活用方法 ・ 利用者が利用しているサービスの組合せによって、各サービスで行うアセスメントする項目や内容が変わることの有無 ・ GLIM 基準に基づいたアセスメントの実施状況や実施可否 ・ 7つのハザード項目(転倒、発熱、誤嚥、脱水、褥瘡、移動能力低下、認知機能低下)や予防可能な疾患群を予防するために行っているケアのプロセスについて ・ リハ職による訪問看護の実施有無 ・ 看護職員における、訪問看護報告書の別紙 2-(1)「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士訪問看護の詳細」の評価項目の状況についての評価または把握の有無

IX. 調査結果

1. 調査 A について

(1) 既存の加算にかかるアセスメントについて

1) 加算を算定するにあたり変更した体制や業務フロー

加算算定前から実施していた内容が要件を満たしていた場合や、算定できる体制となった場合に算定しているといった声が多かった。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定事業所加算算定前から、ヘルパーの現場に活かせる会議研修は毎月開催している。 ・ 算定要件については、日常生活自立度Ⅲ以上、要介護4・5の比率が 20%以上となっている。認知症日常生活自立度の確認についてこの点については、介護支援専門員や主治医との毎月の情報連携(意見書の提供・授受)が円滑に進まないことがあり、認知症Ⅲa 以上の利用者としてのカウントができず課題と感じている。

事業所	主なヒアリング結果
H2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔連携強化加算については、算定するとなった場合には歯科医師との連携が必要になると認識している(算定実績はなし)。 ・ 口腔連携強化加算の様式については施設系サービスを想定して作成されていると思われる。施設系サービスとは異なり、加算の届出のために様式を保険者に提出する段階では、訪問系サービスから歯科医師を指定することはできないため、保険者側との調整が必要となる。ただし、様式に記載する情報は、既存の通院介助時の記録等で代替可能と考えているが、算定実績がないため詳細はわからない。
H3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定事業所加算の算定にあたり、特に体制面や業務内容の変更は実施していない。
N1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 褥瘡はアセスメントをして経過を DESIGN-R に沿って定期的に評価している。介護ソフトの中に看護記録の様式があり、それに沿ってフローを進めている。 ・ サービス提供体制強化加算については、研修をこちらから提示するというよりも、目標管理シートによる自己学習や、経験や年数に応じた研修体制を組んでいる。 ・ 算定をするために取り組みをしているのではなく、今までやってきた取り組みを少し見直した上で当てはめている。
N2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加算算定するにあたって特別な取り組みを始めたわけではなく、普段から取り組んでいる内容が要件を満たしていたため算定できている。今年の 4 月から管理者が代わったが、体制や業務フローなどに変更はない。
C1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定事業所加算取得のために体制変更をしたわけではなく、算定できる体制になった時点で算定開始した。ただし、算定要件に合わせて週1回のミーティングや事業所内のケアプラン点検・事例検討会の実施、24 時間連絡体制の確保等の業務フローの整備は実施した。
C2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定事業所加算については、24 時間連絡体制や他法人共同事例検討会への参加等、算定要件に合わせて業務フローを組み立てている。年に1回実施すべきものや常時実施すべきものなど要件によってさまざまであるため、抜け漏れがないよう毎月確認している。 ・ 特定事業所医療介護連携加算については、前年度の退院・退所加算およびターミナルケアマネジメント加算の算定回数によって算定できるか否かが変わるため、できるだけ算定できるように計算したり、積極的に医療機関や地域包括支援センターの方に呼びかけている。
C3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加算創設以前からもともと行っていたため、特に変更はしていない。

2) 加算の算定要件に含まれる評価項目について、業務の中でアセスメントするプロセス

加算の算定要件に含まれる評価項目については、いずれの事業所においても、日常的なサービス提供やモニタリングの中でアセスメントを実施していた。また、訪問看護事業所では、介護支援専門員や病院のソーシャルワーカーから基本情報等の聞き取りを行った上でアセスメントを行っていた。居宅介護支援事業所では、医師等の医療専門職からの聞き取りによって、医療情報等を把握していた。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初回利用時のアセスメントはサービス提供責任者が必ず行う。その後、毎月1回サービス提供責任者がモニタリングの視点で経過入力を行う。モニタリングでは、ヘルパーがサービスを行う中で、サービス提供責任者が目標・課題に対する達成度の評価を行う。サービス提供責任者が同席できない場合はヘルパーからの報告を受ける。 ・ モニタリングでは、定量的な評価というよりは、利用者が生活を送る中でどれくらい目標達成しているかを評価する。また、サービスを受けている中で利用者がどのように感じているかを把握する。 ・ 訪問介護で日常的に評価している情報のうち、食事、排泄、栄養、服薬といった項目は数値化しやすいと思われる。訪問介護の職員が、LIFE を介して利用者の日常生活の情報を共有することで、多職種と連携した切れ目のない介護ができると考えている。 ・ 栄養に関しても定量的に把握している情報がある。
H2	—
H3	—
N1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別管理加算について、褥瘡に関しては、訪問時のケアのなかで10～15分ほどアセスメントを実施している。アセスメントのためだけの時間を設けているわけではなく、ケアの流れの中で評価している。例えば、シャワーに行くときなどにガーゼや不織布等を剥がしたときの浸出液の色や傷の大きさをみている。 ・ アセスメントは、訪問時に可能な範囲でタブレット(介護ソフト)に入力し、入力する時間が足りなかった場合は事業所に戻ってから記録している。 ・ 利用者宅に置いた連絡帳(ノート)や、MCS 等の情報伝達ツールの等を使って他職種との情報連携をしている。連絡帳(ノート)の場合、利用者宅への訪問時に初めて情報を入手することになるが、MCS等のツールを活用することで、写真付きでリアルタイムに情報連携ができるため、可能な限りMCSを使いたいと考えている。ただし、MCSは事業所の上層の方のみが使える事業者が多かったり、ヘルパーが高齢等で機械の使用が難しかったり等の理由により、現時点では紙媒体での情報連携の方が多い傾向にある。 ・ 初回訪問時のアセスメントの全体像としては、介護支援専門員や医療側から提供された情報を基に実際の状態を観察していく流れとなる。ADL 等の生活における障害といった情報は介護支援専門員から得ている。疾病ごとの症状や予後予測といった部分は訪問看護側がある程度想定したうえで訪問しアセスメントを実施する。
N2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員や病院のソーシャルワーカー(MSW)から利用者の基本情報を収集し、訪問看護記録Ⅰに記録している。訪問看護記録Ⅰは、他職種からの事前共有があれば初回訪問時にほぼすべて埋めることができる。2回目以降の訪問時に変更点

事業所	主なヒアリング結果
	があれば、受け持ちの看護師が中心となり随時更新している。
C1	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者ごとに実施しており、事業所内で定期的なアセスメントの実施を規定しているものはない。 ・通院時情報連携加算は、医療情報等は本人・家族では主治医との連携が難しい場合があるため、介護支援専門員が直接連携を取り、疾病に関する現状や予後を把握している。 ・入院時情報連携加算は介護支援専門員から情報シートをお送りするが多い。 ・退院・退所加算では、退院支援看護師、ソーシャルワーカー、医師、リハビリテーション専門職、薬剤師、栄養士等の職種から、利用者に応じて必要な情報を把握している。 ・ターミナルケアマネジメント加算は看取りのため利用者のアセスメントが非常に重要である。予後や家族の介護力から、本当に在宅で看取りが出来るか、状況の変化等を判断し主治医との連携を行っている。
C2	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時情報連携加算については、情報連携シートの参考様式に沿って記載している。入院時は、在宅で介護支援専門員が知り得た情報を情報連携シートにまとめて送る。介護支援専門員が把握している、落ち着いている時の病状を記載するため、救急搬送されたときの病状と若干相違がある場合があるが、入院時の情報提供のために利用者宅に訪問して再アセスメントを行うことはない。救急搬送されて病院が決まり、入院が決まった段階で情報提供を行う。 ・退院・退所加算も退院・退所情報記録書の参考様式が厚生労働省より示されているため、病院と対面カンファレンス等を実施した際に様式に沿って聞き取りを行っている。退院時の場合は、本人は入院中のため、病院に行くか、もしくはオンラインで病院の担当者から情報提供を受けることが要件になっている。そのため様式に沿って聞き取りつつ、様式の項目以外の病状や身体機能に関しても聞き取るようにしている。病院の形式にもよるが、回復期リハビリテーション病院の場合は、リハビリ見学に呼ばれ、歩行状態を実際に見て確認することも多い。急性期病院の場合は、口頭で病状を説明され、それを介護支援専門員が聞き取る場合が多い。
C3	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的には月1回のモニタリングやご家族からの聞き取り、他のサービス事業者からの聞き取り、介護支援専門員自身での確認・聞き取りにより実施している。 ・入院時情報提供書の項目には、毎月把握できているものと入院時に特化したものがあると思うが、ADLは入院前の訪問時に把握した情報を記載し、それ以外は以前把握した情報を記載する場合もある。 ・初回のアセスメントについて、1回の訪問で全てを評価できるかは利用者によって異なる。ADLや身体状況は訪問時に確認できるが、本人が大切にされていることや思い、家族関係などは1回の訪問では評価が難しいかもしれない。1回で評価しきれない内容は、翌月に更に聞き取りし評価するという事を繰り返している。また、訪問系サービスや通所系サービスの事業者を利用者の様子を確認することもある。訪問看護には病状や身体状況に関する変化を教えていただくことが多い。また、立ち

事業所	主なヒアリング結果
	上がりや歩行については介護支援専門員が訪問の際に実際に目で見て確認できるが、食事や飲み込み等の介護支援専門員が確認できない日常生活の中での動作については、訪問介護、通所介護の職員から電話等で情報共有いただいている。介護支援専門員から他サービス事業者に依頼して情報を共有いただくこともあれば、他サービス事業者側から教えていただくこともある。

3) 加算の算定を通してアセスメント・連携した情報の活用により得られた効果(活用方法、活用の結果、等)

加算の算定を通してアセスメント及び連携した情報の活用により得られた効果については、退院時の医療機関との連携により退院後のケアプラン作成が円滑に実施できるという声や、入院時に情報提供を行うことにより医療機関側での退院調整等に活用いただけているという声があった。

事業所	主なヒアリング結果
H1	・ モニタリングの結果、ケアプランの変更の要不要をシートに記載する。利用者の状態を1時点ではなく経時的に把握する。そのため、例えば「今日その動作ができなかった」場合でも、即座に目標を達成できないということにはならない。
H2	—
H3	—
N1	・ 退院前に情報を連携できると、訪問の準備がしやすい。 ・ 退院時の情報連携について、コロナ禍以前は退院カンファレンス等もあったが、現在は入院期間が短くなっていることもあり、ケア依存度が高い方以外は基本的に電話や診療所から提供される書類で連携している。
N2	・ 収集した情報は、介護記録ソフトに記録して介護支援専門員に連携し、他サービスと集約してケアプラン作成に活かしている。 ・ 経過報告書(訪問看護報告書)等から情報を抽出し、「看護サマリー」の形で利用者の状態や経過を取りまとめ、多職種に連携している。
C1	・ 医療連携が円滑に実施できれば、退院後のケアプラン作成等が円滑に実施できる。コロナ前は病院によく呼んでもらえるようになっていたが、コロナ禍を機に少し途絶えてしまった。コロナ禍にはオンライン会議システムやメール、動画の活用等によりやりとりしていた。昨今は面会が可能となり退院前カンファレンスも実施していただけようになっている。医療保険側でも加算がついているため、医療機関からも積極的に声をかけていただき、利用者にも有意義な医療連携が出来ていると感じる。
C2	—
C3	・ 入院時の情報は、病院側に向けて、家族の状況、介護の状況や退院に向けた目標や問題点、本人の希望などを記載する。それを受けて、病院側では、入院当初から退院に向けた準備に活用いただけており、その情報をもとに更に相談・連絡があるという

	た活用ができていると思う。在院日数の短縮化などの側面で活用いただけると良いと考えている。
--	--

4) 算定要件の評価項目において、加算算定前からアセスメントや情報連携をしていた内容

算定要件の評価項目については、加算算定前からアセスメントや情報連携を行っているといった声が多かった。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加算を算定するためにアセスメントをするということはない。 ・ 日々行っている業務を評価するような加算の設計をしてほしい。
H2	—
H3	—
N1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定要件に限らず、加算算定前からアセスメントや情報連携を行っていた。
N2	<ul style="list-style-type: none"> ・ DESIGN-R を用いた褥瘡評価は、特別管理加算の算定前から実施しており、介護支援専門員への情報共有も従前より行っていた。
C1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通院時の同席は通院時情報連携加算の創設前から利用者や医療機関から許可があれば実施していた。
C2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加算の有無に関わらず、常に最新の状態を確認するのが介護支援専門員の責務であると認識しているため、入退院があった場合にも、現在の状況を確認して必要なサービスをケアプランに位置づけ、サービス担当者会議などで他職種に情報共有を行っている。 ・ 今年から法定研修カリキュラムに適切なケアマネジメント手法が導入されたが、その中に昨年10月に見直しが行われた課題分析標準項目の内容も含まれている。課題分析標準項目の内容がアセスメントできていなければ直ちに減算になるものではなく、基本業務のため加算もつかないが、最新の課題分析標準項目に沿って常に把握するように心がけている。 ・ 課題分析標準項目の内容について十分に聞き取ろうとするとかなりのボリュームになる。介護支援専門員が情報収集すべき項目はかなり多いため、初回のアセスメントには1時間～1時間半程度かかることもある。
C3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加算算定前からすべてアセスメントしていた。

5) アセスメントした情報の記録・管理方法

アセスメントした情報の記録・管理方法については、介護ソフトを使用している場合が多かったが、介護ソフトの項目が不足している場合等で記録が難しい場合には、紙媒体や Excel 等での記録・管理が行われていた。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護のペーパーレス化が進んでおり、ヘルパーも介護記録ソフトを用いて記録している。 ヘルパーによるシフトの確認及び実績の入力、申し送りの記載等は、介護記録ソフトを活用している。 複数種類のソフトを導入しているため、システム間の連携が難しい。 サービス提供責任者がシフトの作成、実績確定、請求業務を行う際には、ヘルパーとは異なる介護記録ソフトを用いている。
H2	—
H3	—
N1	<ul style="list-style-type: none"> 事業所全体として、できる限り紙は用いずに ICT 化をするという方針である。ただし、アセスメントシートは独自のものを使用しており、紙に記録している。 アセスメントした情報の中から必要な部分をピックアップして、介護ソフト(いきいき訪看)に記録している。介護ソフトに記録できない情報は紙媒体のまま管理している。 紙媒体は、サマリー等の受領したものは、念のためカルテに綴じている。
N2	<ul style="list-style-type: none"> iBow システムを搭載したタブレットで文章形式にて記録している。
C1	<ul style="list-style-type: none"> 紙媒体で管理している。 医療機関と入院情報等のデータを連携できるシステムが現在構築されつつあり、今月説明会が開催される予定。そういったシステムができれば電子データでの連携・保管が可能になると思われる。
C2	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント情報は介護ソフト(カイポケ)にて記録している。アセスメント様式は全国社会福祉協議会様式を使用している。 入院時情報連携加算の情報連携シートや退院・退所加算の退院・退所情報記録書は厚生労働省の参考様式(Excel)を使用している。
C3	<ul style="list-style-type: none"> 介護ソフト「プラスワン」を使用しているが、アセスメント項目が不足しているため、別のアセスメントシートを使用している。訪問時にはタブレット端末を持参するため、アセスメントやモニタリングなどを介護ソフトのみで完結できることが理想であるため、介護ソフトの変更を検討している。介護ソフトで入力できる部分についてはできる限り訪問時にその場で入力し、入力できなかった部分は利用者宅を出て車中や、事業所に戻ってから記録している。 課題分析標準項目等のアセスメントに関する情報は、ほぼ紙媒体・Excel で管理している。

6) 上記項目の定量化の可否

ADL 等の段階的に評価が可能なものや、体重や水分量、排泄の回数、睡眠時間、食事・おやつ回数・量等については定量化が可能といった意見があった一方で、病名や予後、利用者本人と家族、介護者との関係性等については定量化が難しいといった声があった。また、定量化を行うにあたっては、指標を統一すべきであるといった意見もあった。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> 定量化するためのツールや指標が存在するが、職種ごとに異なる指標を用いていることが課題と認識している。用いる指標が異なると、評価者の主観が入りやすくなってしまう。指標を統一し、誰でも同じ評価ができるようになればよい。
H2	—
H3	—
N1	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡の有無や、ヘンダーソン 14 項目のような定量化が可能な部分は定量化し、文章でない不明な情報は、ナラティブに記録している。
N2	<ul style="list-style-type: none"> 入力した記録は文章記録が基本であり、体温や呼吸以外に定量化できている項目はほとんどない。 現状のシステムで業務をこなすのがやっつとで、手間が増えることを考えると、新しい評価ツールや新システムの導入まで到達することが難しい。
C1	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員が持っている情報は、定量化は難しいと思われる。病名や予後等は点数化しづらく、医師も明言しない場合もあるため言葉で記載することが多い。
C2	<ul style="list-style-type: none"> トレーニング次第で可能であると考え。指標はさまざまあるが、指標が指定されればその手法をトレーニングし評価することはできる。介護支援専門員は介護認定調査のトレーニングを受けているため、その方法に慣れ親しんでいるが、Barthel Index が適切であるというならトレーニングをし直すだけである。認定調査や LIFE、モニタリング等でそれぞれ様式・指標が異なるのは非常に煩雑であるし、比較や分析もできないのではないかと。以前から指標の統一は提言しており難しいという話も聞いてはいるが、改めて統一を望む。
C3	<ul style="list-style-type: none"> 現時点で数値化できているのは、体重や水分量、排泄の回数、睡眠時間、食事・おやつ回数・量などである。 ADL のように段階のあるものや、利用者家族の状況(訪問回数、勤務時間、介護に充てられる時間など)については、定量化は可能ではないかと。 認知機能に関しては認定調査項目を確認している。 利用者本人と家族、介護者との関係性については、定量化は難しい(利用者や家族の思い、希望など)。

7) 上記項目について、アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性

アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性については、あまり有用性を感じないといった声があった一方で、サービス事業所の選定や評価の際に活用できるといった声もあった。また、経時的な変化を確認できることについては有用性があるといった声があった。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国平均や他事業所との比較の必要性はあまり感じない。 ・ 医療と介護が連携し、状態悪化を未然に防ぐことができた、といったような好事例を共有したい。また、LIFE の普及や ICT 化に伴い、多職種連携を円滑に行う為には、情報を共有するためのプラットフォームが一元化されることを期待している。
H2	—
H3	—
N1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅の利用者は本人以外の要因(環境要因や周囲の介護力)の影響が大きい、年齢や状態が同じであってもどこまでを参考として良いかが分かりづらいところがある。 ・ 提供したケアの結果、利用者の状態がどのように変化したかや全国平均の中でどれくらいの位置にいるのか参考程度にできたら良い。 ・ 最近、転倒が多いことが気になっており、転倒要因(転倒した人の ADL や体重、BMI、転倒した場所や転倒したタイミングなど)のデータ化や、転倒リスクの分析が出来るようになってくると、初回訪問時にチェック項目として活用できると思われる。 ・ 転倒に限らず、食事量や本人の嗜好といった情報もデータ化したうえで共有できると、何かしらの分析やより適時適切なケアへの切り口になるかもしれない。
N2	—
C1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所介護等であれば他の事業所と比較して「リハビリが少ないため力を入れる」等が考えられると思うが、居宅介護支援の場合はアセスメント力の問題であり、事業所ごとのレベル感があるため、他事業所と比較して改善する方向にはあまりつながらない印象を受ける。 ・ ケアプラン点検を実施していると、アセスメントシートやフェイスシートに記載が無くても直接聞けば答えられる介護支援専門員も多い。チェック項目にしてしまうと、実際には把握していてもチェックの数が少ないことで事業所の評価が低くなってしまいう可能性があると思われる。 ・ 介護支援専門員は高齢化が進んでおり ICT 化に苦手意識がある方も多いため、入力を求めるのは難しい事業所も多いと感じる。
C2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 非常に役に立つと考える。介護支援専門員はアセスメントシートに随時最新の情報を入れるようにはしているが、時系列での比較ができるようになっておらず、現在

事業所	主なヒアリング結果
	<p>は改善や悪化を評価する軸がないため、LIFE を使用したいと感じている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員がサービス事業所を選定する際に、その事業所を紹介した根拠が説明できるようになる。複数事業所を紹介しなければならないという責務はあるが、現在は根拠がないため介護支援専門員の主観により判断せざるを得ない。 ・ また、居宅介護支援事業所も介護度改善や自立支援に力を入れているなどの評価をしてほしい。現在は重度化のほうにインセンティブがついているが、自立支援や介護度改善、無駄な給付を使わないという点を評価指標としなければ自立支援は進まないだろう。LIFE を導入することで居宅介護支援についてもそういった指標が見えるようになればよいのではないか。
C3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者を評価する際のエビデンスには繋がるのではないかと。評価が数値化されることで判断しやすくなる印象がある。 ・ 通所系サービス等では人員配置がある程度決まっているが、居宅介護支援事業所の場合は介護支援専門員の基礎職種や事業所規模が異なるため、類似する事業所との比較ができなければ、全国値と比較しても判断するのは難しいと考える。

8) 算定していない加算について、算定していない理由

口腔連携強化加算については、歯科医師との連携を行うことへのハードルの高さや、利用者が利用しているサービス事業所のうち1事業所のみ算定可能といった要件があるために算定できていないといった声があった。

緊急時カンファレンス加算については、いずれの居宅介護支援事業所においても、医療機関側からの呼びかけが無いことが算定できない理由として挙げられた。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活機能向上連携加算、及び口腔連携強化加算は、3月に1回担当者会議を開き、ケアプランの中での位置づけの見直しを行うことが要件となっているが、他サービスに対して、訪問介護事業所が加算を算定するために会議を開催したいという声掛けをすることにハードルがある。ケアプランの中に位置づけてもらうことのハードルが高い。 ・ 口腔連携強化加算は訪問介護が一番情報を持っていると思っているが、サービス担当者会議の中で当該加算を算定する職種・サービスを定める際に、施設や通所系が対象になりやすい。
H2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活機能向上連携加算や口腔連携強化加算等については、介護支援専門員の判断に左右されるため訪問介護の一存では難しい。体制が整っていても、介護支援専門員の判断により算定できなかった事例が過去にある。 ・ サービスの利用料に直結するので、給付管理の都合上、算定しないこともあるのではないかと。

事業所	主なヒアリング結果
H3	<ul style="list-style-type: none"> 口腔連携強化加算の算定について検討したものの、訪問し評価を行うヘルパーが正しく評価できるかが懸念であった。また、自事業所だけではなく介護支援専門員や歯科医師との連携も必要なため、算定までのハードルが高く、現時点では算定を見合わせている。
N1	<ul style="list-style-type: none"> 看護・介護職員連携強化加算については、介護職員に喀痰吸引等の医療行為を求める利用者があまりおらず、ニーズ自体が少ない。また、算定要件(会議の実施や吸引の指導など)のハードルが高いと考えている。 口腔連携強化加算については、必要な利用者には既に訪問歯科医師が入れていることが多く、タイミング的に難しい。訪問看護でも口腔に関する情報はアセスメントにより把握している。
N2	<ul style="list-style-type: none"> 口腔連携強化加算については、往訪してもらえる歯科医があまり多くないこと、そもそも、歯科医と直接連携する必要があるような利用者が少ないことから算定していない。サービス提供時に口腔の状態(舌の汚れ、義歯の状況等)は把握している。 看護・介護職員連携強化加算も同様に、喀痰吸引などを必要とする利用者が少ないことから未算定である。 サービス提供体制強化加算も、事業所の体制等、条件が合わないことが未算定の理由と考える。
C1	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時カンファレンス加算は、医師からの声かけがほぼなく、介護支援専門員から先に声をかけることも多いため算定が難しい。 特定事業所医療介護連携加算は、当事業所は介護支援専門員が3名のみのため、算定要件の回数を満たすことが難しい。事業所規模によって算定のハードルは異なるだろう。また、利用者の状況によっても異なるが、利用者を選ぶことはできないため算定が難しい。
C2	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時カンファレンス加算は、介護支援専門員からの呼びかけではなく、医療機関側から呼びかける必要があるため、算定している事業所はあまりないと思われる。
C3	<ul style="list-style-type: none"> 特定事業所加算や特定事業所医療介護連携加算のような体制を評価される加算については、人員不足が原因である。 緊急時カンファレンス加算は、主治医からの声掛けがほぼないため算定できない。電話やメール等のツールを用いて連携は取れているため、カンファレンスの形式をとる必要性を主治医があまり感じていないのかもしれない。関係者間で支援の方向性を統一したい場合やご家族に理解がない場合等にはカンファレンスを開催している。 口腔連携強化加算については、情報収集、他職種との共有等の要件は満たしているが、算定はしていない。口腔連携強化加算は利用者が利用しているサービスのうちいずれかの事業所が算定できるが、訪問看護はもともと単価が高いため、訪問介護で算定できる場合には訪問介護で算定していただき、あえて算定していない。口腔連携強化加算は通所介護が算定する場合が多い印象である。訪問歯科医師の定期

事業所	主なヒアリング結果
	<p>的な訪問がある、リハビリテーション専門職がいる等の体制面が算定しやすさにつながっていると思われる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科衛生士や訪問介護と話をした際、口腔連携強化加算を算定するために必要な書類の整備や職員の体制面の調整等が労力に見合わないといった声が訪問介護から挙がっていた。

9) 加算の算定要件や評価項目等へのご意見

加算の算定要件や評価項目等に対する意見は以下のとおり。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護が持っている情報を連携し、利用者の重度化防止につなげていきたいという思いがある。その取組に対して、労力に対する対価を得るという意味で加算が算定できるようにしてほしい。日々実施していることを評価するための加算を設定してほしい。 ・ 既存の加算、特に口腔連携強化加算は、情報はとっているのに、会議の開催ができないことで加算による評価がなされない。要件を細分化・段階化し、情報を収集しお客様の状態が改善したことによる評価、担当者会議を開催したこと(情報連携したこと)による評価、といったように個々の取組を評価する構造がよいのではないか。
C3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定事業所医療介護連携加算の前々年度の3月から前年度の2月までの間のターミナルケアマネジメント加算の算定回数が15回以上、退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数が35回以上という要件について、現在は事業所規模が大きくなければ算定できない状況であるため、事業所の規模に左右されるものではなく、介護支援専門員1人当たりの件数を基準にいただけるとありがたい。また、病院がまだまだ感染防止を名目で訪問を受け入れてくれず、オンラインは環境が整っていないとの理由でできない。電話でも算定可能にしてほしい。

(2) 日々のサービス提供においてアセスメントし情報連携をしている内容について

1) 日々のサービス提供においてアセスメントし情報連携をしている内容について

各事業所においてアセスメントや情報連携を行っている項目については以下のとおり。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<p>【口腔に関する内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の状況の確認や口腔ケアをしながら、義歯の状態、歯肉の腫れ等の情報収集を行う。 ・ ヘルパーが収集した情報を専門職に提供し、専門職に評価いただく。ヘルパーの情報収集の中で、LIFE 項目の「あり／なし」は評価できる。 ・ 例えば、「義歯の不具合」や「義歯が必要なのに、義歯を使わずに食事を摂取している」といった情報をヘルパーが収集し、専門職へ連携する。そのうえで、専門職が「義歯の修理の要否」や「医師の診断の必要性」等を判断する。 ・ 主にはケアマネジャー、そのほかは歯科衛生士、理学療法士等と連携する。口腔内の状況により嚥下障害がないかを確認し、言語聴覚士等より食事形態のアドバイスを受ける。 <p>【排泄に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ おむつの状態、交換の頻度、フィッティングの状態、家族の介護力、家族への介護指導の必要性の有無を評価している。 <p>【疾病リスクに関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 転倒、褥瘡は入浴時等の全身状況を確認できる際に確認している。痣の有無や箇所、経過観察・受診の必要性といったことを評価する。 ・ 発熱は、毎回のサービス提供時に体温を測ることはないが、顔色や活気の程度といった状態を観察して評価する。もし異常が見られた場合は体温計を用いて検温する。 ・ 褥瘡に関しては、褥瘡リスクとして栄養、除圧、入浴・おむつ交換の頻度といった観点で日頃のケアの中で情報収集している。 ・ 訪問介護では、予防的な観点での情報収集、及び専門職への情報提供を行っているが、医療的な判断については、専門職の資格を有さないヘルパーはしてはいけないため、専門職に判断・情報共有いただいている。栄養や発赤、保清の状況などは把握するようにしており、褥瘡の予兆が見られる場合には医療職に情報提供を行い、処置をお願いするようにしている。 ・ 転倒、褥瘡に関しては在宅療養管理指導医、ケアマネジャー、福祉用具専門相談員、看護師に情報提供する。 <p>【定量化している項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 体温：体温計による検温 ・ 脱水：利用者自宅に置いてあるコップを用いて、目分量での測定だが、摂取水分量

事業所	主なヒアリング結果
	<p>を ml 単位で記録する。計量カップを常に携帯しているヘルパーもいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 行動心理症状、認知機能:DBD13 を用いたアセスメントは可能である。認知症は評価者との関係性によって症状が変わり得る。主治医の前では緊張感を持って受け答えするため、認知症の症状を実態よりも軽く診断されることも多い。ヘルパーは DBD13 だけでなく、日常的なケアの中から、行動心理症状の要因を探るという観点でもアセスメントしているが、その情報の定量化は難しいのではないかと。
H2	<p>【栄養に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供責任者が IADL と ADL をアセスメントしている。新規利用者についてはケアマネジャーから提供された情報を参考にしている。2 回目以降は、ケアマネジャーの情報と照らし合わせる形で毎月モニタリング(評価)をしている。 ・ 毎月モニタリングを行っているため、6か月に1回実施していた計画見直しを3か月に1回にすることはできるが、その分負担は増える。ただし、軽度者が多い場合には変更も多いが、軽度の利用者であればある程度状態は安定しているため、変更点のみ更新すればよく、そこまで手間ではない可能性もある。 ・ 食事形態、とろみは、調理を行う場合には評価している。 ・ 水分摂取量についても入浴後の水分補給を行う利用者の場合など、利用者に応じて対応している。 ・ 食事摂取量、提供栄養量は、ヘルパーが利用者から聞き取ることはできるが、毎日サービス提供を行っているわけではないため日々の情報の把握は難しい。 ・ 訪問看護が入っており医師から栄養指導がある場合などは、サービス事業所間の連携は必要と考えている。 <p>【口腔に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養と同じく、ADL の食事の動作とともに確認している。 ・ 口腔ケアが必要な利用者の場合には口腔ケアの内容も記録しているが、それ以外の利用者の場合は特段記録していない。介護記録ソフト等を使用すればチェックすること自体は負担ではないが、現在は Access で独自にアセスメント項目等を作成しているため、新たに項目を追加する作業が大変である。 <p>【疾病リスクに関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 褥瘡についてもあった場合には記録をしている。 ・ 疾病・疾患に関する情報はソフト内の項目にて網羅されており、訪問看護計画書にも反映している。 ・ 褥瘡の予兆を把握した場合、訪問看護が入っている場合には写真を撮って相談ができるが、入っていない場合にはケアマネジャーに報告して確認してもらうことになる。当事業所は訪問看護も併設しているため相談することもある。 ・ 打撲痕や傷、発熱、排便の状態についても情報共有することはある。 <p>【定量化している項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ADL は Barthel Index とほぼ同様の形式で記録している。 ・ Vitality Index、DBD13 についても記録している。

事業所	主なヒアリング結果
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 金銭管理、電話の使用可否、家の片付けや身の回りの整理整頓がどの程度できているか等は記述式で記録するようにしている。記録項目は独自に作成している。様式に入れると、全介助／一部介助／自立と区分することになるが、一部介助は利用者ごとに状態が様々でチェックが困難なため、記述式にしている。定量的な分類をしたうえで、記述でフォローしている。 ・ 訪問系では、身長・体重は測定できない可能性が高い。サービスごとに重複する項目について、自宅での状態と通所介護に通っている状態を比較する必要があるれば各サービスで把握する意味があると思うが、身長・体重等は通所介護で測定するのがよいのではないか。
H3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的にアセスメントは実施しておらず、介護支援専門員から取得した情報をもとにサービス担当者会議等でサービス内容の変更を検討している。 ・ 最初の訪問サービスを開始する前に担当者会議を開催し、多職種から排せつやADLの状況を聴取している。 ・ 訪問サービス実施時に食事内容を把握できることもあるが、通所介護を併用している利用者等の場合は食事の時間に訪問することがないため把握が難しい。 ・ 褥瘡については、入浴介助時に全体の皮膚状態を観察している。観察した内容は文章形式で記録用紙に記入したり、異常があれば介護支援専門員に電話で連絡している。 ・ LIFE の評価項目やそれ以外も含めて、定量化している評価項目や定期的に記録している項目はない。事業所の利用者の約7割が総合事業の訪問型サービスの利用者であるため、サービス担当者会議や計画においても確認が必要とされていない利用者が多い。ただし、ご本人から治療の希望や、違和感があることなどを把握した場合には、介護支援専門員に電話や紙の報告書で報告をしている。
N1	<p>【栄養に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事内容、水分量に関する項目を確認している。 <p>【口腔に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 義歯があるか飲みにくさがあるかといった項目を確認している。 <p>【排泄に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 排せつ周期、排便状況、排尿回数、尿漏れ、残尿感があるかを確認している。 <p>【疾病リスクに関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日中の動きはどうか、関節の痛みはあるか、マヒがあるか、補助具を使用しているか、嚥下状態や息苦しさ、呼吸回数を確認している。 ・ 疾患に関する情報だけでなく、利用者を取り巻く環境も含めた総合的な情報からリスクを判断している。 <p>【定量化している項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 体重の変化、採血データについては定量化している。 <p>【その他の項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ その他には、事業所独自のアセスメントシートに含まれる項目(家事は誰が行ってい

事業所	主なヒアリング結果
	<p>るか、生活様式、睡眠状態、知覚認知、記憶状態、自己知覚、役割関係、セクシュアリティ、コーピングストレスの有無、生活原理、安全防御、安楽、成長発達の状態など、ヘンダーソンの評価項目)に基づいて実施している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護介入の必要性を評価するという観点で、本人・家族からの聴き取りや観察等により評価している。 <p>【記録方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ LIFEの評価項目は初回訪問から1か月くらいかけて一式モニタリングしており、それ以降の訪問では変化した部分を中心に更新している。 ・ 介護ソフト・紙媒体で管理している。 <p>【情報連携している場合の連携先】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントシートそのものを連携することはないが、必要に応じて日々の記録を他サービスに連携することがある。 ・ 訪問看護では、心不全や糖尿病等のリスクに応じて、体重や食事をモニタリングしている。リスクは医師からの情報や採血結果等から判断する。 ・ 他サービスから提供される情報としては、食事摂取量や水分量、体重等である。体重は通所介護から連携されることが多い。
N2	<p>【栄養に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事摂取量、提供栄養量などは、サービス提供時に利用者やその家族からの聞き取りで情報収集を行う。(実際にどのようなものを食べられたか等。) ・ 体重測定、BMI、医療機関からの血液データ(アルブミン値等)を確認している。血液データについては、退院時のみならず定期受診の結果等について利用者から確認するようにしている。 <p>【口腔に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯の汚れなどの口腔衛生については、口腔ケアを実際に行っているため、サービス提供時に確認ができています。 ・ 直接歯科医とやり取りすることはほとんどないが、利用者本人やその家族との会話(義歯が合わない、残歯が虫歯になったなど)や、歯科医からどのように言われたかを聴取し、受診勧奨を行っている。 <p>【排泄に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 膀胱留置カテーテルを長期間入れている利用者は、バルーンやカテーテルの閉塞、感染等のリスクもあり、使用物品や衛生材料の提供について主治医の判断が必要なことから、介護支援専門員を介さず直接主治医と連絡、相談することもある。 <p>【疾病リスクに関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 転倒リスクが高い利用者に対しては、訪問時に利用者や家族に出来事の有無を確認している。 ・ 誤嚥リスクがある方については、実際に食べているものの「とろみ」の成分や食事形態について聞いている。また、1日の水分摂取量、通常時との排尿量の比較についても確認している。

事業所	主なヒアリング結果
	<p>➤ 勉強会を行い、各コードの定義について看護師全員が共通認識を持つことができれば、LIFE の評価指標のように「とろみ」の有無や、嚥下調整食のコードに沿って評価することも可能かと思う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事場面に出会える方がそこまで多くないため、嚥下の状態や食事介助で入っている利用者には、その都度状況は観察することができるが、「とろみ」は家族が退院時に病院で指導を受けた硬さという認識のため、提供されている食事を見たり、口頭で確認する程度である。 ・ 発熱や褥瘡は、バイタルサインで記録している。全身の発熱状態、患部の感染の有無、褥瘡・発赤の有無等を観察する。褥瘡についても、自己体動が少ない方の好発部位や仙骨部の確認を行っている。 <p>【疾患の発生に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診断名は主治医の指示書で確認している。緊急入院については、入院先の MSW や、入退院支援担当に直接連絡をして、入院に至った経緯や診断名などを情報共有している。 ・ 訪問診療については、必要に応じて医師と連絡を取っており、訪問診療に同席することもある。服薬状況や、血糖値の状況などを確認することができるので、医療的な処置を訪問診療で行うような利用者や、直接医師と会話する必要がある場合に同席するようにしている。 <p>【重症度、医療看護必要度の A,B 項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重症度で使用している事項は、日常生活自立度と認知症程度である。看護必要度については病院が評価する理解であり、訪問看護としては必要性を感じない。 <p>【定量化している項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ リハ職の訪問看護については、ADL は Barthel Index とほぼ同様の形式で記録している。別紙様式 2-(1)に含まれる項目はすべて評価しているが、翻って、別紙様式 2-(1)以外で定量化できている項目はない。 ・ 看護師については、ADL を点数で表現することではなく、看護記録書 I と同様の形式で記録している。(介護記録ソフトも同様の入力形式となっている。) ・ 意欲については特段評価項目を設けていないが、利用者との会話などから聴取した内容を訪問看護記録 II に文章形式で記録している。 ・ 明らかな ADL の低下がみられた際など、必要に応じて事業所内の多職種でカンファレンスを開き情報共有している。 <p>【その他の項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ その他、家族の状況について、キーパーソンや主介護者以外で身近に手伝ってくれる方との関係性などを看護記録に文章で記録している。
C1	<p>【栄養に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状況や利用しているサービスによって異なり、ご家族からの聞き取りによりその場で把握できる場合もあるが、一人暮らしの場合などは、どのようなものを食べているか、介護支援専門員からは見えない場合がある。サービスを利用してい

事業所	主なヒアリング結果
	<p>る場合には、実際に調理や食事介助を行うヘルパーや、栄養指導を行う看護師、デイサービス職員から情報を聞き取っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員自身も、モニタリングで訪問した際には今日は何を食べたかを聞き取り、食べている内容によって塩分・水分を取りすぎていないか、および食形態を把握し、サービスの内容と齟齬がある場合はケアプランも変更する必要があるため、各サービス担当者と連携している。 ・ 介護支援専門員自身は、実際利用者が食事をしている場面を見ることが出来ないため、食形態に関しては連携が必要である。例えば嚥下が出来ない場合などは、訪問の医師や歯科医師と一緒に自宅での誤嚥の検査に立ち会うこともある。 ・ 介護支援専門員が月1回のモニタリングの際に気づいたことがあれば、サービス事業所に確認を行い、プラン変更が必要であればケアの内容・回数を変更する。 <p>【口腔に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 最近では訪問の歯科医師も増えている。入れ歯や虫歯、口腔の汚れ等があるときには、歯科医師や歯科衛生士が入るケースが多い。 <p>【排泄に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護度が軽度で自身で排泄できる利用者の場合、介護支援専門員が変化に気づかないことがあるため、他サービス事業所との連携が出来ると有難い。現状は報告がない場合や、ご家族が変えており他サービス事業所も把握できていない場合もある。 <p>【疾病リスクに関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 大きな病院は主治医と直接連携できる機会があまりない。医療ソーシャルワーカー(MSW)がいれば、MSWを通じて相談している。 ・ ご家族が通院介助をしている場合には、ご家族から情報を聞き取っている。訪問診療の場合は同席して直接連携する場合もある。MCS(Medical Care Station)のようなツールを使用している病院の場合は、ツールを通じて連携を行うこともある。 <p>【定量化している項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 体重計を持っていない場合や立ち上がれない場合など、在宅では体重測定ができない利用者も多い。通所サービスを利用している場合は定期的に体重測定を実施し連絡帳に記載いただけると、栄養状態の評価やむくみの評価につなげられるため有難い。 ・ 退院直後は訪問リハビリテーションを利用しており、LIFE の評価によって通所リハビリテーションに移行するといったような判断基準に活用できれば良いが、なかなか LIFE のデータが介護支援専門員に連携されていないため、根拠として活用できそうな情報も現在は活用できていない。
C2	<p>【栄養に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事摂取量については、口頭での確認になるため、実際にどの程度摂っているかは把握できない。病院や短期入所生活介護等であれば三食把握できるが、通所介護で

事業所	主なヒアリング結果
	<p>も一食しか把握できず、在宅においても自己申告になってしまう。しかし、可能な限り空欄を作りたくないという意識が働くため、口頭で聞き取った内容をそのまま入力することになるだろう。</p> <ul style="list-style-type: none"> 提供栄養量(エネルギー、たんぱく質)についても同様に口頭での確認にとどまり、わからない部分は管理栄養士等に確認することになる。 <p>【口腔に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> 歯の汚れ、歯肉の腫れ、出血などに関しては、口を開けて見せていただくことは可能だが、聞きづらいことがあれば通所介護や訪問歯科医師に確認する。 <p>【排泄に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> 排尿、排便の頻度を聞き取ることは可能。おむつの種類や交換する頻度も聞いている。認知症の方でおむつを隠す方や、おむつを使っていることを知られたくない方も中にはいらっしゃるが、聞き取りが難しいと感じたことはあまりない。 <p>【アセスメントにおける課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 基本的には介護支援専門員自身で把握できるため他職種に把握してほしい情報はあまりないが、口頭での聞き取りによるものが多く、目視で確認できるものは限られてしまうため、正確性が懸念である。 <p>【情報連携している場合の連携先】</p> <ul style="list-style-type: none"> 新規の場合は介護支援専門員が情報提供を行う側であるため、アセスメントで情報収集した内容を各サービス事業者提供している。 LIFEの項目を聞いてもらうためにサービス調整をすることはなく、利用者に必要なサービスを提供しているため、全ての情報が把握できるわけではないが、無理に全ての項目を埋める必要はないと考える。 様々な職種がLIFEを使ってデータを突合した場合、介護支援専門員が思っていたことと異なる結果が出てくることもあるかもしれないが、それも良い効果であると考え。 他の居宅介護支援事業所を利用していた利用者の場合、前任の介護支援専門員からアセスメントやケアプラン、サービス利用票を提供してもらい、利用しているサービス事業所の担当者にもヒアリングを行ったうえで、さらに自身でも訪問してアセスメントを行っている。他社のアセスメント情報が薄い場合も多く、自身で情報収集を行った方が早い認識である。また、認定調査項目や主治医意見書の情報開示請求もできるが、かなり情報が古く参考にならない場合も多い。前任の介護支援専門員が作成したアセスメントシートも同様に現在とは時期がずれている場合があるため、参考程度に把握している。
C3	<p>【栄養に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> 栄養補給法、食事形態、とろみ等については、電話等で通所介護の職員から情報収集している。 必要栄養量・提供栄養量(エネルギー・たんぱく質)についてはほとんど把握できていない。糖尿病や食事制限がある利用者については確認することもある。利用者

事業所	主なヒアリング結果
	<p>本人や退院時の指示により情報を得ている。管理栄養士からの情報提供は限定的で、主には医療機関側から情報提供を受けることが多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 水分摂取量は、コップやペットボトルを用いて確認している。 <p>【口腔に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔・栄養については通所介護から提供される情報が重要と思われる。 ・ いつ歯磨きをするか、義歯の状態や状況(外して洗っているか、誰がやっているかなど)を確認している。 <p>【排泄に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間の排尿回数を確認している。また、おむつの有無、失禁の量や回数(いつが多いのか)、尿臭は訪問介護から情報共有がある。 <p>【疾病リスクに関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 転びやすい、ふらつきや熱中症リスク、室内温度、エアコンの使用有無、水分摂取量等を確認している。 ・ 服薬のタイミング、低血糖時のための糖分の準備状況等も聞き取りを実施している。 <p>【その他の項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ADLについては、ケアマネジャーが直接確認して評価するものと、他サービス事業者から情報収集をして評価するものがある。 ・ 身長はなかなか確認することが難しいが、体重は通所介護や訪問看護、訪問介護からの報告される記録により確認している。 ・ 体重については、以前はあまり重視していなかったが、令和3年度のモデル事業や厚生労働省担当者からの話を受けて重要と考えるようになり、事業所内、地域の介護支援専門員や研修においても話をしている。体重の減少があった場合には、飲み込みの状況等も確認をしている。 ・ 褥瘡については、訪問介護、訪問入浴から情報提供がある。発赤等、褥瘡の兆候があれば、その時点で共有がある。ケアマネジャーは基本的に訪問回数が月に1回であるため、電話でご連絡をいただくことが多い。ノートは訪問介護、訪問看護、訪問入浴の担当者の情報共有に活用されており、ケアマネジャーは1か月を通してどのような動きがあったかを把握している。

2) GLIM 基準に基づいたアセスメントの実施状況や実施可否

GLIM基準については、いずれの事業所も把握しておらず、訪問系サービスでは特に在宅の利用者の場合は体重の測定が難しい場合があること、食事摂取量減少や消化吸収能低下の基準も日常的に対応していない情報であることから、アセスメントを実施するのは難しいといった意見があった。

事業所	主なヒアリング結果
H1	—
H2	・ 訪問系サービスでは実施は難しいと思われる。サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームの利用者であればおそらく実施できるだろうが、利用者の自宅の場合はまず体重計があることが前提になる。病因基準の食事摂取量減少／消化吸収能低下の基準についても、訪問介護や訪問看護では日常的には対応していないため、もし実施するとすれば手間が増えることになるだろう
H3	—
N1	・ MNA-SF に近いスクリーニングは行っているが、GLIM 基準については分からない。
N2	・ GLIM 基準については把握していない。

※居宅介護支援は本設問の対象外

3) 7つのハザード項目(転倒、発熱、誤嚥、脱水、褥瘡、移動能力低下、認知機能低下)や予防可能な疾患群を予防するために行っているケアのプロセスについて

基本的には例示したいずれかのプロセスの通り、家族からの情報収集、定期的な利用者のアセスメント、あるいは主治医からの指示をもとに、利用者をアセスメントしたうえで、計画作成・介入を実施し、介護支援専門員や家族に連携を行っていることが把握できた。

事業所	主なヒアリング結果
H1	—
H2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下の例示の通りに実施している。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 例1:必要に応じて家族から情報収集→利用者をアセスメント→計画作成→介入→ケアマネや家族に連携 ➤ 例2:月に1回利用者をアセスメント→利用者をアセスメント→計画作成→介入→ケアマネや家族に連携 ➤ 例3:主治医からの指示→利用者をアセスメント→計画作成→介入→ケアマネや家族に連携
H3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当事業所としては、「必要に応じて家族から情報収集→利用者をアセスメント→計画作成→介入→ケアマネや家族に連携」の流れが最も近いと思われる。
N1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 例示の通りに実施している。(H2の例1～3を参照)
N2	<ul style="list-style-type: none"> ・ ほとんどの場合、例示のプロセス(H2の例1～3を参照)に当てはまる。 ・ 夏場などは脱水症状にならないようその場で水を飲んでいただいたり、水分摂取量や飲める量の確認を行っていた。
C1	—
C2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脱水の場合は水分摂取を促し、歯科関連状態については口腔ケアを促している。胃腸炎についてはなかなか難しいが、栄養不良が起きないように気を付けている。尿路感染症については、おむつ交換や、バルーンカテーテルをつけている方の場合は陰部洗浄等を行っている。 ・ 予防可能な疾患群の全ての項目を網羅しながら予防的ケアを行うのは難しいが、適切なケアマネジメント手法の中に基本的ケアの項目があり、高齢者の病態生理などをもとに慢性疾患を悪化させないようにするという事に全て含まれると考える。
C3	—

4) リハ職による訪問看護の実施有無、及び看護職員における、訪問看護報告書の別紙 2-(1)「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細」の評価項目の状況についての評価または把握の有無

調査対象の訪問看護事業所では、いずれもリハ職による訪問看護も提供しており、別紙 2-(1)「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士訪問看護の詳細」による評価を行っていた。評価した情報は事業所内で共有され、看護サマリーや訪問看護計画に反映されたり、主治医への情報提供に活用されていた。

事業所	主なヒアリング結果
N1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当事業所にリハ職は在籍しており、リハ職による訪問看護の提供も実施している。生活に則したリハビリテーションは看護師から提供することもできるが、例えば骨折後のタイミングや、関節可動域を広げる場合など、段階を経たりリハビリテーションを提供する場合は、リハ職が関わるようにしている。 ・ 看護師と2人で訪問あるいは、看護師が訪問した後、理学療法士と共有している。理学療法士が2回目以降にサービス提供を行う際、初回時に拾えなかった情報や変化した情報を取得している可能性も高い。 ・ リハ職が評価した別紙 2-(1)は、サービス提供後に事業所内で共有し、次回以降の訪問看護計画の策定・見直しに役立っている。 ・ 別紙 2-(1)は介護ソフトにも実装されているため、紙で記録することはない。
N2	<ul style="list-style-type: none"> ・ リハ職による訪問看護を提供しており、リハ職による訪問看護提供時は、必ず毎回別紙様式 2-(1)による評価を行っている。 ・ 別紙様式 2-(1)の情報は、月 1 回作成する看護サマリーに反映させる。また、主治医に情報提供を行う。

5) 複数の在宅サービスを利用している利用者について、他サービスとの情報連携の方法

サービス担当者会議以外では、メールや電話、FAXのほか、利用者宅の連絡帳や多職種で情報共有が可能なシステム等を用いて多職種間での情報連携が行われていた。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヘルパーが収集した情報は必ずケアマネジャーへ報告している。ケアマネジャーへの情報連携は、メールで行うこともある。電話よりも FAX やメールの方が文章として残るので経過として残しやすい。 ・ 初回の担当者会議でどのような状態になったら誰に連絡するかを取り決める。医療的な課題があれば、医師ではなく訪問看護に連携を取ることが多い。訪問看護を介して医師と連携を取る。緊急時には電話で連絡する。 ・ 通常時は、利用者ごとに体調管理シートを設け、多職種とやり取りをする。体調管理シートでの管理が不要な場合は連絡ノートを利用者宅に設け、多職種が箇条書きで

事業所	主なヒアリング結果
	<p>気になる点等を記載、共有する。緊急度・必要度に応じて情報連携の方法が異なる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士は、病院所属の者と連携することが多い。訪問看護の管理栄養士と連携したことはない。
H2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本はサービス担当者会議で情報連携を行っている。そのほかには、ケアマネジャーに対して個別に電話にて連絡・相談を行っている。
H3	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス担当者会議以外には、利用者によっては「カナミック」というシステムを通じて多職種連携を図っている。「カナミック」では各サービス統一した項目で情報連携しており、バイタルサインも訪問看護、訪問介護双方が入力を行っている。そのほか、例えば、入浴であれば皮膚観察、排泄であればリハビリパンツへの排尿有無など、サービス担当者会議で観察してほしい点として挙げられた事項については記入している。
N1	—
N2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日々の訪問時の記録は訪問看護記録Ⅱで毎回残しており、その記録を全訪問看護職員が共有できる状態にしている。問題があれば、スタッフカンファレンスの機会を設けている。スタッフカンファレンスでは、ADL の低下状況や誤嚥しやすい方の食事介助の状況を共有し、訪問看護記録Ⅰも 3 月に 1 回は受け持ちの看護師が更新するようにしている。 ・ 情報が不足している場合は、介護支援専門員や通所介護、訪問介護等、本人が利用している別サービスの担当者に確認を行っている。通所介護であれば、レクリエーションの参加率、座っている時間、食事の自立度などの情報を収集している。訪問入浴では、例えば人工呼吸器を使用している利用者のサービス提供時に、訪問看護職員も同じタイミングで立ち合い、褥瘡の状態などを確認することもある。訪問介護の場合、自宅に連絡帳を置いて家族を含めて情報共有を図っている。連絡帳に書き込まれた内容で必要と思われる事項については、看護記録にも記載するようにしている。

※居宅介護支援は本設問の対象外

6) アセスメントした情報の記録・管理方法

アセスメントや連携を行った情報の記録・管理方法は、事業所やその情報の内容によって紙媒体や Access、介護ソフト等さまざまであった。

事業所	主なヒアリング結果
H1	—
H2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画書は Access で管理をしている。 ・ 記録は紙媒体と介護記録アプリを使用している。もとは紙媒体だったが、ペーパーレス・ICT 化に伴い介護記録アプリを導入した。請求業務等も可能な介護ソフトはコスト面や契約年数の制限等があったため、ヘルパー全員がスマホで利用できることを優先に記録のみが可能なアプリを導入したが、現在一体的に活用できるソフトへの移行準備を進めている。
H3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「カナミック」で管理している情報のほか、介護支援専門員から取得した情報は紙媒体で保管している。
N1	—
N2	—

※居宅介護支援は本設問の対象外

7) 上記項目の定量化の可否

定量化については、評価者ごとに判断が異なる可能性を懸念する声や、統一した評価スケールを求める声があった。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予防の観点からも、重要な観点である食事・栄養、排泄、保清、服薬の状況については、統一した評価スケールが欲しい。統一した評価スケールを国で定めてくれれば、現場としては肅々とそのようにアセスメントを行う。
H2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活動作に関する意欲などの項目を定量化する際、対応したヘルパーによって評価が異なる可能性があり、意欲の有無等を判断するのが少し難しいと感じる。現在は、例えば訪問時に常にベッドで休んでいる様子を見て「少し意欲が低下している」等の判断を行っている。
H3	—
N1	—
N2	—

※居宅介護支援は本設問の対象外

8) 上記項目について、アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性

アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性については、事業所によって両方の意見があった。また、活用方法について国から指針を示してほしいといった声や、具体的なケアの内容に関するフィードバックまで実施されれば有用であるといった声があった。

事業所	主なヒアリング結果
H1	—
H2	・ 利用者の1年分、2年分のデータが分かるのであればある程度は有用と考えるが、集めたデータをどのように活用していくか、国から指針を周知してほしい。
H3	・ 全国平均・他の事業所との比較については、現状把握の意味では良いと思うが、有用性についてはあまり感じない。入力したデータから、具体的にどのようなケアをすればよいかまで分かるのであれば有用と思う。
N1	—
N2	・ 他の事業所と比較できるというのは、ケアの質の評価の点で有用性は感じられるが、データを入力する側の労力・時間の確保が課題である。

※居宅介護支援は本設問の対象外

(3) 居宅介護支援の課題分析標準項目のうち、課題分析(アセスメント)に関する項目について ※居宅介護支援のみ

1) 情報収集の方法

情報収集の方法について、利用開始時の初回のアセスメントでは、本人や家族への聞き取りを中心に情報収集を行っており、入院中の場合以外では、他職種からの情報収集は難しいとの声があった。2回目以降のモニタリングでは、他職種からも書面や電話等で情報収集を行っていた。

事業所	主なヒアリング結果
C1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初めて担当する利用者で入院中の場合には、医療機関の医師や看護師、リハビリテーション専門職から情報収集できるが、在宅で初めて要介護認定を受けて利用を開始する場合には、専門職からの情報収集が難しい場合も多い。 ・ 基本的には本人からヒアリングして聞き取るが、十分な情報が収集できない場合は、ご家族から補足していただくこともある。ご本人の情報だけでなく、世帯の状況を総合的に把握することが最近では重要になっている。 ・ 実際の動作等を確認する場合もある。初めて要介護認定を受けた方や退院後の方などは、住環境整備にあたって福祉用具を利用するか住宅改修を行うか等を判断するため、理学療法士や作業療法士、福祉用具専門相談員に同席してもらい、トイレ、入浴、玄関などの動作を見ることもある。
C2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援事業所の運営基準の中で、アセスメントに関しては自宅訪問、本人面接が義務付けられているため、必ず自宅に訪問してご本人とお会いし、家屋状況なども含めて評価を行っている。新規利用者の初回アセスメントは介護支援専門員が最初に情報収集に行くため、他の専門職からの情報収集は難しい。2回目以降であれば他職種からの確認も可能である。また、ご本人に歩いてもらい目視で確認したり、本人およびご家族からのヒアリングにより把握している。 ・ 2回目以降のアセスメントでも常に全ての情報を把握するようにしている。また他職種から毎月報告書を受領したり、病状に変化があれば電話等のツールを通して情報提供していただける。介護支援専門員は情報を集約する立場であるため、本人、ご家族、サービス事業所から全ての情報が集まる。集約された情報を LIFE に入力できる形で整理して入力していくことが介護支援専門員の役割として考えられる。
C3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会との関わりやその他留意すべき事項・状況については、利用者の環境や地域によって聞き取り内容は変わってくるが、老人クラブなどでの交流の有無や、ご家族を通じて地域の方で介護に協力してくれる方や交流の有無等を確認している。 ・ 初回のアセスメントの際に、利用者本人に対して、一番楽しみにしていることはあるか、ご家族以外とお話をする機会があるか、時間の使い方等を必ず聞き取るようにしている。

2) (オンラインモニタリングを実施している場合)課題分析標準項目のアセスメントに関する項目について、訪問によるモニタリングと比べて異なる点や難しいと思う点

現在オンラインモニタリングを実施しているのは1事業所のみであり、当該事業所からは家屋の状況や温度・湿度、口腔内や皮膚の乾き具合等の一部の項目については把握が難しいとの声があった。また、モデル事業にてオンラインモニタリングを実施した経験のある事業所からも、訪問の場合と比較して得られる情報量が大きく異なるとの声があった。

事業所	主なヒアリング結果
C1	・ オンラインモニタリングは実施していない。
C2	・ オンラインモニタリングは、状態が落ち着いている方に対して行うことが前提であるため、基本的には変化がないことを前提に実施しているが、家屋の状況や温度・湿度、口腔内や皮膚の乾き具合等の一部の項目についてはオンラインでは把握することが難しい。 ・ モニタリングでは、病状等に変化がないか、サービスの利用状況に問題はないかなどを確認しており、課題分析標準項目の全てを把握することはしていない。
C3	・ 利用者宅がオンラインを使用できる環境にないことや、実際にモデル事業でオンラインモニタリングを実施した結果、訪問した場合と比較して得られる情報量が大きく異なると感じたため、オンラインモニタリングは実施していない。

3) アセスメントした情報の記録・管理方法

課題分析標準項目についてアセスメントした情報の記録・管理方法は、紙媒体や Excel、介護ソフト等、事業所によって異なっていた。

事業所	主なヒアリング結果
C1	・ 紙媒体で保管している。
C2	・ 介護ソフトにより記録・管理している。
C3	・ 紙媒体で収集した情報は、電子媒体(Excel)にて管理している。

4) 「家族等の状況」(家族の支援やインフォーマルサポートの状況等)について、アセスメントしている内容

いずれの事業所においても、家族等の状況についてアセスメントを行っており、介護者以外の知人・友人等の交友関係等も含めて把握されていた。また、家族等の状況の把握は他職種よりも介護支援専門員が得意とするところであるといった声もあった。

事業所	主なヒアリング結果
C1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族によって連絡を取りやすい方法が異なるため、連絡先および連絡方法を必ず確認している。 ・ 上記で例示されている項目は一通り確認している。老老介護でご夫婦が二人とも要介護認定を受けている場合や、介護者が急に入院する場合もあるため、家族の病気や介護力などは聞き取りをしている。 ・ 家族が認知症、障がい者、引きこもりで精神障害を持っているといった場合も多い。介護保険サービスだけでなく、家族も含めてどこの支援につなげるかを考える必要がある。 ・ 経済力も関係するだろう。例えば認知症の方の徘徊や、転倒予防の見守りについて、経済的に豊かな方であれば 24 時間家政婦をつける、自費で通所介護や訪問介護を多めに利用して一人の時間を減らすといった対応もできる。
C2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の状況は必ず確認している。主たる介護者の年齢について、例えば老夫婦世帯であれば配偶者の年齢、またヤングケアラー支援も行っているため、主介護者が小中学生ではないかなども確認する。さらに、ビジネスケアラー支援も行っているため、家族の就労状況も確認し、介護離職しないためにどのような支援が必要かを検討している。そのほか、他の要介護者の有無や介護者の病気・育児状況、介護力等も把握している。 ・ 家族等の状況によって必要なサービスの量が大きく変わってくる。区分支給限度額が決まっている中でどのようにサービスを分配するかに重きを置くため、本当はリハビリをメインで入れていきたいが介護力がないため生活支援をメインで行うといったことも多い。また、経済状況により 1 割負担でも払えない方も一定数いるため、それも含めて調整している。そのほか、別居の血縁者や同居しているが血縁関係にない方、友人・知人等のサポート状況も全て把握している。家族等の状況の把握は介護支援専門員が得意で他職種が苦手とする部分であり、入力すること自体は可能であると思われる。
C3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主たる介護者の年齢、介護者の障害や疾病、介護者の就労状況、他の要介護者の有無、介護者の育児・家族の病気、介護者の介護の関わり方、他の同居介護補助者、別居血縁者介護協力者、介護者の経済的負担などのほかには、ご家族の理解度の有無(精神的問題、鬱傾向、対人コミュニケーション含む)やアドバンス・ケア・プランニング(ACP)についても確認している。 ・ こだわりが強い、介護への関心が希薄といった場合、利用者と家族の関係性等を探るようにしている。 ・ 家族の状況以外では、介護者以外の交友関係や、民生委員がどこまで関わってくれるか等も確認している。交友関係の有無によって介護保険で補えない部分のお願いをすることはある(「〇〇のお饅頭が食べたい」と言った時に御近所の方が一緒に買ってくれる等)が、サービス提供量が変わることはない。交友関係の有無等によって、本人が何を大事にするか、生活の持っていく方等が異なってくる。

5) 上記項目の定量化の可否

家族の状況や介護に対する理解や思い等の情報は定量化が難しいといった声や、定量化は可能だが個人差が大きく線引きが難しいといった声が挙げられた。

事業所	主なヒアリング結果
C1	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定調査のタイムツリーのような形で、実際のケアにかかっている時間を家族に改めて計測してもらわなければ家族の状況は定量化が難しいと思われるが、日によってかかる時間も異なるうえに、ご家族の負担にもつながってしまうと考える。
C2	<ul style="list-style-type: none"> 定量化は可能だが、個人差が激しいため線引きが難しい。項目数が膨大になるためおそらく入力する側からは好ましく思われまいだろう。ただし、現在は、介護支援専門員が聞き取った内容を自動的に口述筆記してくれる技術も発達しており、そういった技術を活用すれば記録自体は可能かもしれない。 口述筆記された自由記述的情報を、さらに自動的に項目分類して記録するようなものがあると負担軽減になりとてもありがたい。一通り自動入力された様式を介護支援専門員が見て必要に応じて修正する、という程度であれば問題なく普段の業務としてやっていけるだろう。
C3	<ul style="list-style-type: none"> 介護に対する理解や思い、利用者と家族との関係性などは定量化が難しい。

6) 上記項目について、アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性

アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性については、課題分析標準項目についてのアセスメント結果を全国平均や他事業所と比較するのは難しいとの意見があった。当該事業所からは、介護支援専門員はアセスメント結果を踏まえて必要な支援を判断するが、収集した項目だけにとらわれたケアプランになってしまうのではないかとといった意見があった。

事業所	主なヒアリング結果
C1	<ul style="list-style-type: none"> 比較するのは難しい印象を受ける。 LIFE は細かいアセスメント情報について、サービスや支援を行うことでの変化を客観的に評価できるものであると認識しているが、介護支援専門員はアセスメントを実施するだけでなく、それを踏まえてどのようなニーズがあり、どのような支援をすべきかを判断する必要がある。収集した項目だけにとらわれてサービスを組み立てたケアプランになってしまうことを懸念している。
C2	—
C3	—

7) 居宅サービス事業所がアセスメントした内容が LIFE を通して連携されることの有用性

居宅サービス事業所がアセスメントした内容が LIFE を通して連携されることの有用性について、各サービス事業所の情報が連携され、フィードバックデータを活用することが出来れば、ケアプランの見直しや担当者間での認識共有等に有用性があるといった声があった。一方で、アセスメントシートが標準化されていないため、業務負担の増加を懸念する声もあった。

事業所	主なヒアリング結果
C1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題分析標準項目は全国共通だが、それをもとにしたアセスメントシートは事業所により異なるため、LIFE のチェック項目とアセスメントシートが異なる場合、また新しく別のことをしなければならないような印象を受けるのではないか。 ・ 各サービス事業所から情報が共有されるのは良いが、令和3年度版 LIFE のフィードバックのように、円グラフなどの形で 3 か月後の評価が見えたほうが活用しやすいのではないか。令和3年度改定検証事業の中で試行的にフィードバックを活用した際には、サービス担当者会議でも活用し、サービスの継続・見直しの相談ができた。 ・ 現在 LIFE 関連加算を算定している事業所で、今までと同様の紙媒体での評価を報告いただいている事業所はあるが、フィードバック票を提供された経験はない。 ・ 介護支援専門員は何もなければモニタリングの頻度は月に1回であり、訪問介護や通所介護のように週に数回利用者に関わったり、実際に支援を行うわけではないため、介護支援専門員自身が LIFE の項目を入力していくのは非常に大変だと感じる。
C2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所からフィードバックデータをもらうことが出来れば、居宅介護支援専門員のモニタリングの質にもつながる。フィードバックデータをもとに改善・悪化を判断し、ケアプランの見直しの提案を行うことができるため、確実にあったほうがよいと考える。データがない中で目標達成できたかを主観で判断している現状に違和感を覚える。
C3	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス担当者会議でフィードバックの内容を共有し、そこで認識の違いをすり合わせることで利用者に対する共通認識ができるため、標準化まではいかなくとも、ばらつきはなくなると考える。

(4) その他

本調査に関するその他の意見は以下のとおり。

事業所	主なヒアリング結果
H1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護では、利用者の機能に限らず意欲にも着目するが、意欲に関する情報を定量的に把握できるような形では記録していない。アウトカム評価として一括りにはしづらい。 ・ 一方で、利用者の意欲は自立支援・重度化防止に向けて役立てられると考えており、意欲の情報を有していることには意味があると考えている。利用者ができること・できないことを意欲の面から支えるサービスとして、何かしらの指標として情報提供できればと思う。 ・ 利用者の状態像全体を評価するために、訪問介護が把握している情報は多い。LIFE をひとつのツールとして活用しつつ、より良いケアに繋がられるようになるとよい。 ・ 訪問介護で把握している情報の定量化のしづらさや、専門職とのやり取りをいかに円滑にできるかといったところは普段のケアの中でも課題に感じているところ。LIFE の導入によって解消の方向に向かっていけるとよい。 ・ 訪問介護は利用者の情報を非常に多く有している。多職種とうまく連携できると、役立てられる情報があると実感している。在宅サービスは裾野が非常に広いため、科学的介護の取組を全国一律で推し進める事には課題が多いと思料するが、実現できれば利用者の生活の質に寄与できると考えている。
H2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 次回の介護報酬改定時には LIFE を導入してもらいたい。現在は訪問介護を数値化して評価するものがないため、LIFE をうまく活用することで、数値化して改善を図ればよいと考える。評価項目については訪問系の項目を検討いただきたい。
H3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記でも有用性について述べたが、個人のデータとして現在と半年後と比較してグラフで見られることは有用であると思うが、全国平均と比べる有用性が感じられない。どういった利用者に対してどのようなサービスを提供すれば介護度の向上に繋がるかなどの具体的なコメントが入ると、訪問介護として何か活用できるのではないかと思う。
N1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護と看護で異なる点も多く、LIFE の情報が自分たちにとってどのくらいメリットがあるか分からない。職員が入力する手間がかかるため、費用対効果が実感として得られるようなシステムでないと活用に向けた取組は難しいのではないか。 ・ 介護ソフトとの連携(介護ソフトに入れたものが、LIFE に反映されるようなシステム)も検討してほしい。
N2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当法人は全国ホームホスピス協会に所属しており、ホームホスピスを対象とした訪問介護も提供している。その中で口腔連携強化加算を算定している。ホームホスピスとは、改修した民家で複数の高齢者がケアを受けつつ居住する形態を指す。 ・ 当法人の訪問介護事業所にて口腔連携強化加算が算定できた要因には、以下のと

事業所	主なヒアリング結果
	<p>おり2つ挙げられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ホームホスピスを対象としているため複数の利用者が同一の歯科医師・歯科衛生士にかかっており連携しやすいこと ➤ 当該歯科医師・歯科衛生士とは以前から特に深いかかわりがあり、普段からサービスに関して相談し合う関係性であったこと <ul style="list-style-type: none"> ・ つまり、元々、事業所と関りが深い歯科医師・歯科衛生師がおり、複数利用者について以前から色々な情報共有をしていた実態があり、普段やり取りしている内容を厚生労働省指定の様式で提出するだけで算定ができたという状況である。 ・ 一般的な訪問介護事業所では、訪問看護、主治医、介護支援専門員を介して歯科医師側と連携することが多く、訪問介護側から「加算を取りたいから連携する」と申出することは難しいだろう。
C1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員は自身または他職種等からの情報をもとにケアプランを作成するが、情報からニーズを把握し、それに応じたケアプランを作成することができていない介護支援専門員が多く、そういった背景から今年から介護支援専門員法定研修に適切なケアマネジメント手法が導入されている。今後は、LIFE で取得した情報を介護支援専門員が集約して上手くニーズを把握し、ケアプランに抜け漏れがないように反映し、そのうえでその効果を LIFE で評価していくといったように、バラバラに実施するのではなく、つなげられる部分は一体的に実施できると良いと考える。
C2	<ul style="list-style-type: none"> ・ LIFE は介護支援専門員も是非使っていきたい。介護度改善を目指すための指標として LIFE で情報を追っていきたい。老人保健施設等では在宅復帰率を指標としていると思うが、在宅の場合は自立の数が多いほどしっかり自立支援が出来ている事業所といった評価をしてほしい。年齢を重ねるごとに ADL や身体機能が落ちていくのはやむを得ないとしても、自立支援をする努力は必要であるため、フィードバックデータとしても、事業所評価としても評価していただけることを期待している。 ・ 令和 6 年度改定で居宅介護支援にはLIFEは導入されず、適切なケアマネジメント手法が導入されたが、LIFEと適切なケアマネジメント手法はイコールになっていない。アセスメント様式も事業所によって異なるため、LIFE にも適切なケアマネジメント手法にも認定調査項目にも適合しているアセスメント様式を作ってもらえれば、それに従って介護支援専門員は入力・提出を行うことができる。加算が増えるたびに作成するシートが増え、さらにそれぞれ微妙に違いがあるため、統一することが非常に重要である。同じ評価軸で評価していくことが日本の介護の質の向上にもつながるのではないか。
C3	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメント方式を統一してもらいたい。居宅介護支援事業所に限らず、介護業界全体として、アセスメントの項目や方法を統一できれば、業務負担の軽減にもつながると思う。

2. 調査 B について

(1) 既存の加算にかかるアセスメントについて

1) 加算を算定するにあたり変更した体制や業務フロー

生活機能向上連携加算を算定している訪問介護事業所 2 箇所及び口腔連携強化加算を算定している訪問看護事業所1箇所においては、算定要件を満たすための書類作成やシフト調整等が生じたものの、大きな体制や業務フローの大きな変更は行われていなかった。

現在科学的介護推進体制加算の算定を目指している小規模多機能型居宅介護事業所においては、介護記録ソフトやICTの活用、およびアセスメントを行う体制の変更が検討されていた。

既に科学的介護推進体制加算を算定している看護小規模多機能型居宅介護事業所においては、算定にあたって、LIFE の入力・送信やフィードバックの確認を行うための業務フローを新たに作成されていた。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<ul style="list-style-type: none"> 同法人内に訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションがあり、生活機能向上連携加算算定前から連携を取っていたため、特に変更はしていない。
H5	<ul style="list-style-type: none"> 体制や業務フローを大きく変更したところはない。訪問リハビリテーションが開催するリハビリテーション会議への出席が必須となっているため、出席するためにシフト調整を行う程度である。 訪問介護計画書の目標を立てる頻度を変更した。これまでは一定期間内の大きな括りでしか目標を立てていなかったが、3か月に1度の計画作成時に、1か月ごとの目標を立てている。
N3	<ul style="list-style-type: none"> 口腔連携強化加算を現在算定している利用者は、算定(加算創設)以前から口腔ケアを実施していたため、体制や業務フロー等の大きな変更はなかった。ただし、以前は文書として残していなかったため、算定要件にある「口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書」については新たに作成する必要があった。
M1	<ul style="list-style-type: none"> 紙媒体で行っていた記録について、記録ソフトによる電子化を進めている。電子化により、LIFE 算定のための業務負担を減らしたいと考えている。 現在は基本的に介護支援専門員がアセスメントを行っているが、介護支援専門員だけでは限界があるため、今後は職員の担当制にすることを検討している。現在29名登録されている利用者に対して、例えば利用者3名につき職員1名で担当し、担当の利用者について重点的にアセスメントするなどの方法を考えている。LIFE 算定を検討する前からこの問題意識はあったが、LIFE 算定にあたり、質・量の両面で見直しがより必要であると感じている。質的な点では、看護や認知症の項目などは介護支援専門員よりも現場の職員の方がアセスメントに適していると考えている。 小規模多機能型居宅介護は、施設系サービスと比較してICTの活用が進んでいないと感じており、生産性向上のためにデジタル中核人材養成講座を受講した。講座

事業所	主なヒアリング結果
	<p>では、今まで知らなかったツールの存在やその使い方を知ることができた。例えば「眠り SCAN」では、宿泊サービスの利用者の睡眠状況について、専門職でなくともデータで確認することができ、「下剤を入れた日やその翌日はあまり眠れない」といった他の記録と連動したアセスメントが可能となる。また、見守り用カメラがあれば、訪問サービスでの限られた時間以外の生活状況について把握することが出来るため、利用者について「これまでは訪問の利用だけであったが、この時間は通いが必要だ」「訪問時間はこの時間帯の方が良い」といった気付きにつながる。今後はこの講座で得た知見をもとに ICT の活用を進めていく予定である。</p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> ・ LIFE について、誰が入力・送信するのか、フィードバックをどのように確認するかといった業務フローを作成した。 ・ LIFE への入力は直接入力ではなく、加算算定前から使用していた介護ソフトから連携している。

2) 加算の算定要件に含まれる評価項目について、業務の中でアセスメントするプロセス

加算の算定要件に含まれる評価項目については、いずれの事業所においても、日常的なサービス提供やモニタリングの中でアセスメントを行っていた。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎回の訪問介護のケアの流れの中で確認している。 ・ 生活機能向上連携加算を算定している利用者については、通所リハビリステーション、訪問リハビリテーションの担当者や介護支援専門員とアセスメント情報を共有し合っている。
H5	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供責任者に義務付けられた月1回のモニタリングの際の確認がメインとなるが、現在生活機能向上連携加算を算定している利用者は週3回サービス提供を行っているため、ケア前に毎回実施している体操の様子等、実際にサービス提供を行っている訪問介護員からの情報を活用したり、リハビリテーション会議で訪問リハビリテーションの理学療法士と動きを確認したりしている。 ・ サービス提供責任者が必ずアセスメントをするということになった場合は、月1回のモニタリング以上の頻度で実施するのは難しい。当事業所はサービス提供責任者もケアを行っているが、事業所によってはサービス提供責任者がケアを行っていない場合もあり、その場合には非常に難しいと思われる。
N3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問時の口腔ケアの中で、週に1回、10分程度のアセスメントを実施している。 ・ 情報提供は月に1回実施している。
M1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問では、食事や服薬が出来ているか、お風呂やトイレが使えているか、家屋に段差（転倒リスク）はないかなど、生活における全般的なアセスメントを行っている。また、冷蔵庫に賞味期限切れの食品が増えた、同じものを買いはじめたなどの認知症の

事業所	主なヒアリング結果
	<p>症状についても訪問する職員がアセスメントしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小規模多機能型居宅介護では、訪問も通いも基本的に同じ職員が対応するため、両方のサービスの様子を同じ職員がアセスメントしたうえで記録している。
M2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的に介護支援専門員が知っている情報で完結するため、加算算定のために新規に何かアセスメントすることはない。

3) 加算の算定を通してアセスメント・連携した情報の活用により得られた効果(活用方法、活用の結果、等)

加算の算定を通してアセスメント及び連携した情報の活用により得られた効果については、生活機能向上連携加算や口腔連携強化加算を算定している訪問介護・訪問看護事業所からは、外部の専門職等との連携により、専門的なケアができるようになったとの意見があった。

科学的介護推進体制加算を算定している看護小規模多機能型居宅介護事業所からは、LIFE のフィードバック表を活用することで、全国平均との比較ができるため勉強になったとの声があった。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーション専門職の支援を受けることで、動作獲得が安全にでき、3か月間の目標の達成が円滑にできていると感じる。利用者のできるこゝろが増えていっていると感じる。
H5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活機能向上連携加算の算定にはご本人の意欲が重要と思う。当事業所で算定している利用者様は独居だが自宅で頑張りたいという意欲が非常に高い方であったため算定できた。利用者様のやる気を見て、職員も利用者様の役に立てると感じ、モチベーション向上に繋がることが効果と言えるのではないかと。 ・ 特定事業所加算については法人として推奨しているが、生活機能向上連携加算は個別性が強いので、法人として積極的に推奨しているわけではない。そのため、法人内でも算定している事業所はかなり少ない状況である。
N3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科衛生士と定期的に連携することができるようになったため、歯ブラシの選定などのアドバイスをいただき、より専門的なケアが出来るようになった。 ・ 算定要件を満たすための体制確保にあたり、歯科医師との橋渡しなどが発生したものの、大きな障壁はなかった。
M1	—
M2	<ul style="list-style-type: none"> ・ LIFE のフィードバックについて、利用者の要介護度や算定している加算など、当事業所と全国平均を比較することが出来ることは勉強になった。

4) 算定要件の評価項目において、加算算定前からアセスメントや情報連携をしていた内容

算定要件の評価項目についても、加算算定前からアセスメントを実施していたが、口腔連携強化加算を算定している訪問看護事業所や科学的介護推進体制加算を算定している看護小規模多機能型居宅介護においては、加算の算定にあたり様式への記録を行うことで、内容の粒度が細かくなったといった意見があった。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加算算定前からアセスメントを行っていた。
H5	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントは業務フローに含まれているため、全ての利用者に対して行っているが、アセスメントした情報の連携は行っておらず、計画書を渡す程度である。 ・ 生活機能向上連携加算には具体的なアセスメント項目の指定はないため、自社の通常の帳票を使用している。帳票は「Care-wing」をベースにブラッシュアップした自社独自の様式で、LIFE にも互換性があるように項目を作成している。
N3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加算算定前からアセスメントしていた。 ・ 加算算定前は口腔ケアの経過記録の中に自由に記述する形であったが、算定後は「口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書」を使用して記録している。
M1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当事業所では、介護支援専門員を常勤で配置しており、訪問、通い、宿泊のサービスを殆ど同じ職員が対応しているため、日々のコミュニケーションの中で利用者の様子を連携している。それに加えて、2週間～1か月に1回程度の頻度でカンファレンスを開催し、利用者の生活状況や身体状況を振り返って、今後のプランを再検討している。 ・ カンファレンスは職員全体に決定事項等を周知する場としての意味合いが強い。日常生活をサポートするための支援の内容はタイムリーに検討する必要があるため、日々のコミュニケーションにおける情報連携が重要になっている。当事業所でも介護支援専門員と現場の職員が常に会える環境ではないため、気になったことがあれば Word や手書きの連絡ツール等を活用し、情報連携を大事にしている。
M2	<ul style="list-style-type: none"> ・ ほぼ全ての評価項目を加算算定前からアセスメントしており、新しく何かを始めたという感覚はなかった。ただし、加算算定前よりも内容が細かくなったという印象はある。

5) アセスメントした情報の記録・管理方法

アセスメントした情報の記録・管理方法については、概ねいずれの事業所においても介護ソフトや Excel での記録・管理が行われており、現在科学的介護推進体制加算の算定を目指している小規模多機能型居宅介護事業所においても、電子化が進められていた。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問先での記録は行わず、帰社後に Excel に記録し、管理している。 ・ 介護ソフト「寿」も使用しているが、アセスメントした情報は記録していない。
H5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護記録ソフトで管理している。
N3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護ソフトに入力したあと、情報提供が必要なものは Excel に転記している。
M1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在は紙媒体で行っているが、記録ソフトによる電子化を進めている。
M2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加算算定前と同じ介護ソフトで記録している。

6) 上記項目の定量化の可否

生活機能向上連携加算や口腔連携強化加算の算定要件となっている評価項目については、現在も選択式での評価が行われており、定量化は可能であるとの意見が挙げられた。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当事業所では Barthel Index に似た独自のアセスメントシートを使用しており、ADL(立位等5～10項目)、および IADL(調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況の5項目)に対して自立、一部介助、全介助の3段階で評価しているため、既に定量化が出来ている。
H5	<ul style="list-style-type: none"> ・ LIFE に対応している様式になっているため、LIFE に関連する項目は定量化(選択式)されている。さらに詳しい情報は特記事項の欄に文章としても記録を残すように指導されている。
N3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の LIFE において求められている評価項目は、口腔連携強化加算で使用している「口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書」と評価項目に大きな違いはないため、対応可能である。 ・ 評価にあたっては、日本歯科衛生士会からいただいた評価表を参考にしている。

※小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は本設問の対象外

7) 上記項目について、アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性

アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性については、利用者へのフィードバックや歯科医師との情報連携にも活用できるといった声があった一方で、個人差が大きいため他者との比較はあまり有用性を感じないとの意見もあった。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<ul style="list-style-type: none"> 指標があれば参考になる。利用者へのフィードバックにも活用できると思う。
H5	<ul style="list-style-type: none"> 病気や意欲等の個人差が大きいため、他者との比較はあまり有用性を感じない。類似する病気や属性をもつ利用者のケアの内容や状態像の変化等の他事業所の事例が確認出来るのであれば参考になると思う。 長期にわたって記録をしていく中で、経時的な状態像等の変化を本人も確認できるようなシステムになっていると、本人の意欲向上につながるのではないかと。
N3	<ul style="list-style-type: none"> 現在は1名のみ算定しており、歯科医療機関 1 箇所のみと連携を行っているため、他の事業所の状況を知ることが出来るのは良いと思う。 LIFE の情報を歯科医師に連携することで、判断等に活用してもらえるのではないかと。

※小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は本設問の対象外

8) 算定していない加算について、算定していない理由

口腔連携強化加算については、歯科医師と連携を行うことへのハードルの高さが理由として挙げられ、算定要件に含まれる評価項目についてアセスメントを行うことについては障壁となっていなかった。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<ul style="list-style-type: none"> 口腔連携強化加算については、歯科医師との連携のハードルが高く、まだ準備ができていない。口腔のアセスメントは3か月に1回のモニタリングの際に全員行っている。口腔連携強化加算でアセスメントが必要な「口腔の健康状態の評価」については、「左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる」、「ぶくぶくうがい」の2項目以外は実際にアセスメントできており、その2項目についてもアセスメントしようと思えばできる。
H5	<ul style="list-style-type: none"> 口腔連携強化加算については、訪問歯科診療の医師との連携は非常にハードルが高い。訪問介護側から情報提供を行うことは出来ても、医師側から指導やフィードバックを受けるのは難しい印象である。訪問看護であれば可能かもしれないが、訪問介護としてはハードルが高いと感じる。「口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書」で求められている項目であれば把握は可能であり、アセスメント内容が算定の障害になっているわけではない。

事業所	主なヒアリング結果
N3	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の中で歯科医師と連携している利用者がもう1名いるが、その方は医療保険での訪問看護のため、口腔連携強化加算の算定は出来ていない。実施しているケアの内容は同じであるため、制度に疑問を感じる。 歯科医師と連携を取るにあたって、訪問看護師や介護支援専門員が歯科医療機関に出向くことのハードルが高いと感じる。居宅療養管理指導などは出向かなくても実施出来ているため、同様の形で連携できれば良いと思う。 現在口腔連携強化加算を算定していない利用者に対しても口腔ケアが出来ているかを必ず確認し、出来ていない場合にはケアを行っているが、歯科医師と連携するほどではない利用者や、連携した方が良さそうではあるが経済的な事情で連携していない利用者もいる。 現在口腔連携強化加算を算定していない利用者については、「口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書」を使用しておらず経過記録の中に記録しているものの、アセスメント内容自体に大きな違いはないため、歯科医師との連携の問題さえ解消出来れば算定は難しくない。
M1	—
M2	<ul style="list-style-type: none"> 口腔機能向上加算は、算定要件が原因で算定していない。事業所内で口腔ケアに積極的に取り組むと、訪問歯科につなげた方が良いケースも多く発生するが、訪問歯科が入ると当事業所は口腔連携強化加算が算定出来なくなってしまう。加算の取得を目指そうとすると訪問歯科につなげづらくなってしまい、利用者にとっても良い要件とは思えないため、改善していただきたい。

9) 加算の算定要件や評価項目等へのご意見

科学的介護推進体制加算において求められる評価項目について、身体機能の評価に用いる指標は最大能力を評価したいか、普段生活で使える能力の評価をしたいかによって異なるため、現在使用されている Barthel Index よりも FIM のほうが適しているかもしれないといった意見や、「障害高齢者の日常生活自立度」等の一部の必須項目について、新規利用者の場合に入力が難しい場合があるといった意見があった。

その他、科学的介護推進体制加算や生活機能向上連携加算の単位数が低いことが、算定が進まない原因となっているといった意見もあった。

事業所	主なヒアリング結果
H4	—
H5	—
N3	—
M1	<ul style="list-style-type: none"> 現在のプランの結果や効果を判定するには、短期間での評価では利用者の生活や身体機能の維持・改善の状況が評価できないため、LIFEのように3か月などの中長

事業所	主なヒアリング結果
	<p>期的なデータや数値を振り返るメリットもあると考える。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ まだ LIFE を使用したことがないため、現在設定されている項目は長期的なケアの効果を見るのに適切なものとなっているかを判断することは難しいが、現場の管理者の感覚としては、中長期的な評価のためのデータ収集の意味合いが強いと認識している。 ・ 身体機能の評価については、最大能力を評価したいか、普段生活で使える能力の評価をしたいかによって指標が異なると考える。Barthel Index はリハビリテーションを行った際の最大能力を評価する指標であるため、介護の場合には FIM などのほうが適しているかもしれないと感じる。
M2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「障害高齢者の日常生活自立度」等について、LIFE 上では必須項目になっているが、新規の方は認定情報が入手出来ておらず入力出来ないケースがある。その場合は介護支援専門員の判断で決めてよいことになってはいるものの、普段は自分たちで決めることがないことなので、その作業が増えた印象はある。 ・ 科学的介護推進体制加算の単位数をもう少し上げて欲しいと思う。40 単位/月は妥当と思う反面、算定事業所を増やすのであればもう少し上げないと増えていかないのではないか。 ・ 生活機能向上連携加算について、単位数や算定要件の改善が必要と考える。小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護ではリハビリテーション専門職がないためリハビリが出来ない事業所は沢山ある。小規模多機能型居宅介護の場合は訪問看護を利用することもできるが、支給限度額の関係で利用できず、リハビリをしたいができない利用者もいる。そのような場合に、外部からリハビリテーション専門職が来て指導していただくことで生活機能向上連携加算を算定できるため、とても良い仕組みだと感じている。ただし、生活機能向上連携加算を算定しても、事業所にきた外部のリハビリテーション専門職に生活機能向上連携加算のサービス対価を払うと、事業所の収益上の実入りはほとんどなくなって(場合によっては持ち出しも)しまうため、算定が進まない原因となっていると考える。また、現在は医療機関のリハビリテーション専門職に限定されているが、より地域への関わりが深い訪問看護のリハビリテーション専門職も容認しても良いのではないかとと思う。

(2) 日々のサービス提供においてアセスメントし情報連携をしている内容について

1) 日々のサービス提供においてアセスメントし情報連携をしている内容について

各事業所においてアセスメントや情報連携を行っている項目については以下のとおり。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<p>【栄養に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 低栄養状態のリスクレベルについては確認していない。注意が必要な場合に医療機関から伝達されることはある。 ・ 栄養補給法については確認している。 ・ 食事形態、とろみ、提供栄養量については、サービス付き高齢者向け住宅の利用者など、事業所側で食事を提供している場合は確認出来ている。嚥下調整食のコードは使用していない。 ・ 食事摂取量についても、食事をみる際には確認している。摂取量は「〇割摂取した」等の割合で記録している。 ・ 必要栄養量について、糖尿病の利用者などは訪問看護からカロリーの目安を連携されることはあるが、訪問介護で必要栄養量を算出することはない。 <p>【口腔に関する内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 義歯の使用の有無、むせ、歯の汚れ、歯肉の腫れ・出血の有無等は、口腔内を確認出来る場合は把握できている。 <p>【疾患の発生に関する内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員が確認している。 <p>【その他の項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬情報は介護支援専門員が把握し、情報を連携いただいている。 ・ ADL、IADL は確認している。 ・ 身長・体重については確認していない。介護支援専門員から情報連携されることはないが、通所介護や通所リハビリテーションで測定した場合は、リハビリテーション会議等で連携されることがある。 ・ 褥瘡のある利用者は必ず訪問看護が入るため、訪問看護からの情報を連携いただいている。 ・ 認知症については、介護支援専門員から医師の診断結果を連携いただいている。また、訪問介護においても短期記憶、徘徊、記憶障害、見当識障害、失行、失認、せん妄等の 12 項目について、その有無を独自のアセスメントシートで確認している。DBD13 のように具体的な言動レベルでの評価はしていない。 ・ コミュニケーションについては、独自で作成しているアセスメントシート内で「できる／できない」程度は確認している。 ・ 利用者がしたいことなど「意欲」に関することは、リハビリテーション会議で連携いただいている。

事業所	主なヒアリング結果
H5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員から指示されていたり、課題として挙がっていたりしない限りは詳細なアセスメントは行っておらず、他サービス事業者からアセスメント情報を連携してもらうこともない。 ・ 利用者の課題の発見をするのは介護支援専門員や訪問看護、訪問介護、家族などさまざまなケースがあるが、訪問介護が一番生活に密着しており、発見しやすいのではないか。 ・ 排泄に関する項目は比較的把握していることが多い。自分でトイレに行けているか、リハビリパンツの着用有無、失禁の有無などを確認している。 ・ その他の栄養、口腔、疾病リスクについて意識的にアセスメントしていることはない。現状は課題に特化してアセスメントを行うという意識が強く、幅広い情報をアセスメントするという考え方が浸透していないのではないか。(今後 LIFE が導入された場合に、制度として毎回アセスメントするように定められた場合には、把握すること自体は可能) ・ 訪問介護員が気づいた情報は、介護支援専門員に連携することになっている。
N3	<p>【口腔・栄養に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 低栄養状態のリスクレベルについて、(低／中／高の定義は分からないが)確認している。 ・ 栄養補給法、とろみは確認しているが、食事形態が嚥下調整食の場合、コードまでは確認していない。 ・ 必要栄養量は確認しているが、提供栄養量は目安程度にしか確認出来ていない。 ・ 褥瘡の有無は確認している。 <p>【排泄に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 排尿、排便が出来ているかどうかを確認している。排泄のことでケアを依頼されることが多いため、特に確認している項目である。 <p>【疾病リスクに関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 7つのハザード項目(転倒、発熱、誤嚥、脱水、褥瘡、移動能力低下、認知機能低下)については全て確認している。項目別には分けておらず、気付いたことを記録している。 ・ 褥瘡に関してはステージⅢ以上の場合は週に1回評価している。 <p>【疾患の発生に関する項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員が確認している。 <p>【その他の項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 身長、体重は確認している。体重について測れる方は月1回、利用者宅の体重計を使用したり、体重計を持ち込んだりして測定している。訪問看護で測れない方は通所介護から連携してもらうこともある。 ・ ADL は看護アプリ「QOCORO」内にある様式に基づいて確認している。 ・ Vitality Index や生活・認知機能尺度に関する項目については、アセスメントシート等を使用した確認はしていない。

事業所	主なヒアリング結果
	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員からは家族関係、認知症高齢者の日常生活自立度やADL等の情報が連携されている。ADLは、訪問時に実態と突き合わせて確認も行っている。
M1	<p>【訪問(介護)について】</p> <ul style="list-style-type: none"> そもそも訪問支援が不要で全く確認していない利用者のほうが比率としては多い。訪問系サービスを利用している利用者であっても、必要性がある部分に関する支援を行っているため、確認できる項目は限られる。 訪問サービスでは時間をかけたアセスメントや数値的なアセスメントは難しいが、訪問時の変化の気づきをきっかけに、他サービス等でのアセスメントに繋げる、入口のアセスメントを行うことは可能と考える ADL・IADLに関する項目は、普段の関わりの中で部分的に確認している。 栄養に関する項目は、食事摂取(注文した宅配弁当が食べられているかなども含む)の有無を確認している。 口腔に関する項目は、プランの中に組み込めば確認可能だが、訪問で口腔支援を行ったことがない。 利用者の意欲に関する項目は、買い物や外出、洗濯をしているかにより評価している。 排泄に関する項目は、トイレを使った形跡や失禁の有無は確認可能だが、トイレを流してしまえば何も見えないため、最も確認しにくい。 疾病リスクに関する項目は、皮膚状況など細かい確認は出来ないため、通いサービスでサポートする必要がある。 栄養に関する項目は、食事ができていない場合には、往診医等に血液検査を依頼する、通所と連携して体重測定を行う等の対応を行う。 口腔に関する項目は、歯ブラシが汚れていて使った形跡がない、歯磨き粉が減っていない、入れ歯が置きっぱなしになっている等の場合は、訪問歯科医に連携し歯の様子をみてもらう。 <p>【「通い」について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ADL・IADLに関する項目は、全項目ではないが、普段の関わりの中で確認している。 栄養に関する項目は、食事摂取の有無、体重については確認している。 口腔に関する項目は、口腔ケアが必要な利用者は確認可能だが、自立している方は確認しないケースが多い。 認知症に関する項目 排泄に関する項目は、排泄量、動作手順を確認している。 疾病リスクに関する項目は、皮膚状況やバイタル、嚥下状況等を確認している。 <p>【「泊まり」について】</p> <ul style="list-style-type: none"> 睡眠時や夜間のアセスメントが出来ることが長所である。 排せつに関する項目は、夜間の排泄パターンを確認できる。 認知症に関する項目

事業所	主なヒアリング結果
M2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症に関する項目については、「通い」「泊まり」「訪問(介護)」など、利用者と関わっている時間や頻度が多いサービスの方がアセスメントしやすいと思われる。モニタリング頻度が月に1度の居宅介護支援や、訪問頻度の低い「訪問(看護)」などでは生活状況が分からず、アセスメントしづらいと考える。 ・ 服薬については、基本的に自宅で服用するため、通所介護ではアセスメントしづらく、訪問介護や訪問看護のほうがアセスメントしやすいと考える。特に、訪問介護では服用できているか否かは確認できるが、実際に薬をセットするのは看護師であることが多いため、訪問看護のほうがアセスメントしやすいと考える。 ・ 訪問介護には、自宅でないと見えないことに気付きやすいというメリットがある。服薬のほか、金銭管理や買い物が出来ているか、認知症の初期症状(家の中に失禁している下着があるなど)などの変化は、訪問介護の方が正確に情報を得ることが出来るのではないかと考える。 ・ 現在の LIFE で設定されている項目は「通い」や「泊まり」でアセスメント出来る項目に特化しているため、今後訪問介護等に LIFE を導入する場合は、訪問介護ならではのアセスメント出来る項目を拡充するなどの見直しが求められると思う。 ・ 水分量をアセスメントするのであれば、「通い」や「泊まり」が適していると思う。訪問系サービスでは見えない時間が多いため、水分摂取を勧めることは出来ても実際の摂取量としてアセスメントすることは難しいと思う。

2) GLIM 基準に基づいたアセスメントの実施状況や実施可否

GLIM 基準については、いずれの事業所も知らないあるいは使用したことがないとの回答であった。低栄養状態の診断について、訪問介護事業所からは判断が難しいとの声があった。訪問看護事業所においては、現在は体重減少により評価が行われていた。

事業所	主なヒアリング結果
H4	—
H5	<ul style="list-style-type: none"> ・ GLIM 基準については知らなかった。栄養状態というのは太っている、痩せているといった外見的情報ではなく血液検査等から得られるものであるため、訪問介護でアセスメントするのは難しいのではないかと考える。
N3	<ul style="list-style-type: none"> ・ GLIM 基準については知らなかった。現在の低栄養状態のリスクの判断は、3か月前より10kg痩せているなどの体重減少等で行っている。
M1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 名前は聞いたことがあるが、使用する機会はなかった。
M2	<ul style="list-style-type: none"> ・ GLIM 基準については知らなかった。

3) 7つのハザード項目(転倒、発熱、誤嚥、脱水、褥瘡、移動能力低下、認知機能低下)や予防可能な疾患群を予防するために行っているケアのプロセスについて

7つのハザード項目や予防可能な疾患群を予防するためのケアのプロセスについては、いずれの事業所においても、日常的なケアの中で配慮してアセスメントやケアを実施されていた。

事業所	主なヒアリング結果
N3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脱水: 普段使用しているコップでどのくらい飲むかヒアリングして、およその水分量(ml)を確認する。 ・ 栄養不良: 食事が出来ていない場合には、高カロリーなものを紹介して栄養摂取を促す。 ・ 転倒: どこで転倒するのかをアセスメントし、環境調整を行う。アセスメントシート等は使用していないが、理学療法士がいるため、利用者の動きを見てアセスメントが出来ている。
M1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定の疾患を意識してケアを行っているわけではないが、日常のケアの中で異常があった際には、かかりつけ医と共有し対応を依頼する等の対応を行っている。例えば血圧や心臓・循環器系については日々バイタル測定をしており、平均値と比較して異常な値がみられた場合は受診の提案やフォローアップを行っている。また、脱水していないか、食事がとれているか、とれていなければ胃腸に問題はないかなど、日々の観察項目と結び合わせて確認している。 ・ 看護師はアルブミン値や血圧、体重、糖尿病の方であれば HbA1cなどを注意して確認している。測定については事業所から主治医に依頼して測定していただく場合や、主治医から測定いただいたものを共有される場合があり、頻度は事業所や看護師によって異なるが、半年に1回程度は実施している印象である。
M2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 肺炎…口腔ケアを意識して実施している。 ・ インフルエンザ…事業所内のマスクの着用等、コロナ禍同様の感染対策を行っている。 ・ 尿路感染症…訪問介護員による陰部洗浄(家族指導含む)、看護師によるバルーンカテーテルの管理を行っている。 ・ 栄養不良…食事提供(訪問時にご飯を置いてきて、翌日に食べたか確認する)。看護小規模多機能型居宅介護だから出来ていることであるが、介護支援専門員は訪問介護の記録を確認することが出来る。例えば食事量であれば、食事を用意したときと、翌日の写真をそれぞれ撮影しておくことで、その食事量を訪問介護員からの報告がなくても確認出来る環境にある。介護支援専門員はその結果を受けてケアプランの変更を行うこともあり、訪問回数、時間帯の変更のほか、訪問から通いへの切り替え(食事はその場で促されないと食べないケースも多いため)も行うことがある。 ・ 脱水…水分提供(訪問時に飲料を置いてきて、翌日に飲んだか確認する。また、通いや泊まりの際にできるだけ水分を摂ってもらうようにしている。特に夏場は意識し

事業所	主なヒアリング結果
	<p>て関わる等、季節変化も考慮しながらケアを実施している。)</p> <ul style="list-style-type: none"> 心疾患・肺疾患…屋外レク等のデイサービスでの活動で長距離移動をする際は、車いすに切り替える等の配慮を行っている。 糖尿病合併症…訪問時のインスリン注射、定期的な血糖値の測定、食事の乱れの確認を行っている。

※訪問介護は本設問の対象外

4) リハ職による訪問看護の実施有無、及び看護職員における訪問看護報告書の別紙 2-(1)「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細」の評価項目の状況についての評価または把握の有無

調査対象の訪問看護事業所では、リハ職による訪問看護も実施されており、月に1回「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細」の記録を行うことで、評価の目安になっているとの回答があった。

事業所	主なヒアリング結果
N3	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護の中のリハビリという位置づけで、理学療法士がサービスを行っている。 サービス提供にあたり、「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細」を介護ソフトで記入している。月に1回記録しているため、評価の目安にはなっていると思う。

5) 複数の居宅サービスを利用している利用者について、他サービスとの情報連携の方法

複数の在宅サービスを利用している利用者の他サービスとの情報連携の方法について、法人内や同一事業所内の場合には、口頭や会議等による情報連携が行われていたが、他法人の事業所の場合は、サービス担当者会議以外では、メールや電話、SNS 等を使用した情報連携が行われていた。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<ul style="list-style-type: none"> 週に1回、法人内で在宅調整会議を行っている。朝の 8:15～9:00 までの 45 分間で、各職種(医師、看護師、リハビリ専門職、介護支援専門員、介護職)の代表者が集まり、プランの内容の検討と今の生活状況についての情報連携を行っている。対面式の開催で、参加できなかった場合でも後日録画を観ることが出来る。 他の事業所とは随時メール、電話、SNS を使って情報連携している。介護ソフトの掲示板も活用しており、他部署含め職員全員が利用者の情報を確認出来る状態になっている。
H5	<ul style="list-style-type: none"> 同一事業所内であれば口頭が多い。他事業所等の場合は電話、次いで FAX での情報連携が多い。メールも活用したいとは思っているが、メール送っても見られてい

事業所	主なヒアリング結果
	<p>なかったというケースがあったため、あまり活用できていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 情報連携は定期的なものではなく、何か変化等があれば必要に応じて行っている。 ・ LIFE の中で情報連携が出来るようになるのであれば便利だと思う一方で、通知等があるわけではなく、能動的に情報を確認する必要があるとなると、見落としが起きそうで不安である。そのため、結局は LIFE に入力しつつ、電話等でも連絡してしまうことになるのではないか。
N3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的にはサービス担当者会議に参加し情報連携している。ノートを使用しており、通所介護で測定した体重等を連携している。 ・ リハビリ、褥瘡等、個人に特化した専門的な内容については専門職(リハビリテーション専門職、看護師)同士で電話にて情報連携をしている。

※小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は本設問の対象外

6) アセスメントした情報の記録・管理方法

アセスメントや連携を行った情報は、基本的には介護ソフトや Excel 等の電子媒体で管理されていたが、FAX で連携された情報については、紙媒体での保管が行われていた。

事業所	主なヒアリング結果
H4	—
H5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 電話で連携したり、されたりした内容はシステムに入力している。FAX の場合は利用者別のファイルに用紙をファイリングしている。FAX を送付する際、その内容は電子で作成しているが、それを出力した用紙を保存しており、データでの保存はしていない。
N3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護ソフトに入力したあと、情報提供が必要なものは Excel に転記している。

※小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は本設問の対象外

7) 上記項目について、アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性

アセスメント結果の経時的な確認や、全国平均・他の事業所との比較ができるようになることの有用性については、現在も時系列での変化を確認している事業所もあったが、過去の記録はあまり活用できていないという事業所もあった。

事業所	主なヒアリング結果
H4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護ソフト「寿」では利用者の時系列の変化を確認することはできるが、事業所内での平均等は確認できない。 ・ リハビリテーション会議で 3 か月単位の状態変化(できるようになったことなど)は

事業所	主なヒアリング結果
	紙媒体で連携いただいております、確認しています。
H5	—
N3	・ 介護ソフト上に蓄積された過去の記録についても、経時的に見返したりしておらず、あまり活用できていない。

※小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は本設問の対象外

(3) その他

本調査に関するその他の意見は以下のとおり。

事業所	主なヒアリング結果
H4	—
H5	<ul style="list-style-type: none"> ・ LIFE は科学的な根拠を持って介護を行うためには良いシステムだと思うため、是非進めて欲しい。 ・ 仮に訪問介護に LIFE が導入された場合、施設サービスで使用されている様式ほど詳細なアセスメントは難しい。入浴介助がある場合は体重を測ることがあるが、家事援助等の場合は測っておらず、身長については測る機会が全くない。食事の面では、栄養量までのアセスメントは困難であるが、1日の食事回数やどんなものを食べているか、好き嫌いなどのヒアリングは可能である。そのほか、褥瘡の予兆(変色など)や、認知症の予兆(言動と現状のズレ、以前出来ていたことが出来なくなったなど)も訪問介護であれば気づきやすいと思う。
N3	—
M1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問系サービスの職員は施設系サービスに比べて年齢層も高く、科学的根拠よりも想いを重視して取り組んでいる職員が多い印象がある。研修や勉強会をこまめに実施してチームで取り組んでいる施設系サービスであれば、根拠を持って話し合いがしやすいが、訪問ではなかなか難しい。LIFEが活用されるようになれば、現在よりも根拠をもってアセスメントを出来るようになるのではないかと思う。 ・ LIFE の項目やその他各種加算の算定要件について、より具体性を持たせていただきたい。職員によっても能力差や感覚が大きく異なるため、同じ事例を見ても、それを問題視する職員もいれば、問題ないと判断する職員もいる状況である。細かすぎると際限がないのかもしれないが、個人の解釈の余地があまり介在しないように具体性を持たせなければ、現場での運用において混乱が生じてしまうと思う。
M2	<ul style="list-style-type: none"> ・ LIFE の評価項目として使用されている Barthel Index について、「自立」「一部介助」「全介助」の基準が曖昧なため、測定する人によって結果が変わってしまうスケールであると感じる。当事業所ではADLの評価にスケールは使用していない。また、診断名の選択肢が乏しく、当てはまるものが無いケースがある。診断名は医師の診断書を見ながら入力することとなっているが、診断書に記載されている診断名

	<p>が選択肢にない場合は、選択肢の中で近いものを選ばざるを得ないこともある。</p> <ul style="list-style-type: none">・ LIFE は、入力が面倒なイメージを思っている事業所も多いが、必須項目だけ見るとそこまで入力項目は多くない。必須項目の入力だけでも良いとしたほうが、算定する事業所も増えるのではないかと思う。
--	---

第3章 訪問系サービスや居宅介護支援に LIFE を導入すると仮定した場合の課題及び導入のあり方等の整理

第2章の調査結果を踏まえ、現在 LIFE の対象となっていない訪問系サービスや居宅介護支援に LIFE を導入すると仮定した場合の課題及び導入のあり方等を整理する。導入のあり方として、現在 LIFE の対象となっているサービスと同様、科学的介護推進体制加算の対象に加える場合と、既存の加算の要件に LIFE へのデータ提出を追加する場合とについて、それぞれまとめる。さらに、LIFE を活用している小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供のあり方を踏まえ、訪問系サービスだからこそ担える役割を活かせる形での導入のあり方についても課題を整理する。最後に、LIFE の目的を踏まえ、それぞれの導入のあり方の課題に対する対応について提示する。

I. 訪問系サービスや居宅介護支援に LIFE を導入すると仮定した場合の課題整理

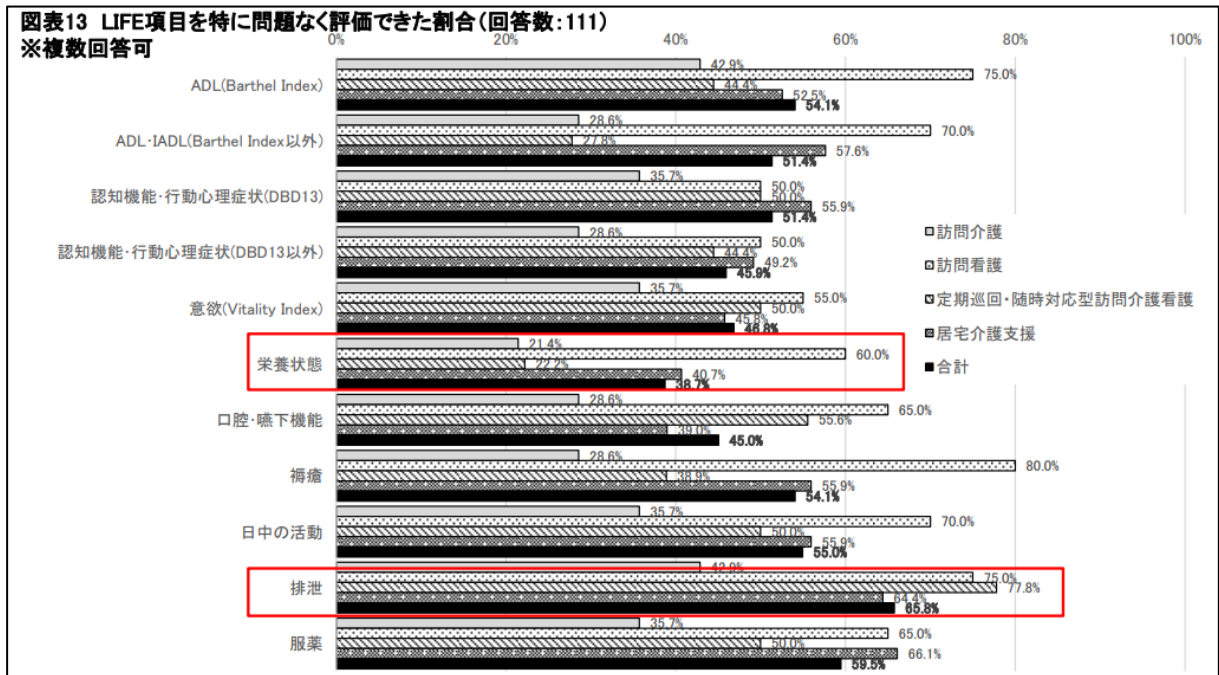
1. 科学的介護推進体制加算の対象に加える場合

科学的介護推進体制加算は、LIFE の前身である CHASE における収集対象項目の検討において、「基本的な項目」と位置づけられた項目が基礎となっている¹。「基本的な項目」は、できるだけ多くの事業所等において入力されるべき項目とされ、報酬上の加算の対象となる事業所等において入力されるべき項目とされる「目的に応じた項目」とは区別されている。このことから、「基本的な項目」に基づく科学的介護推進体制加算は広く LIFE の対象となるサービスにおいて算定対象となっている。一方で、訪問リハビリテーションは科学的介護推進体制加算の対象外である通り、訪問系サービスにおいては「基本的な項目」の収集可能性が明らかでないと考えられ、現在も LIFE の対象となっていない。

訪問系サービスにおいて科学的介護推進体制加算の項目が収集できるかどうかについては、過去に複数回調査が行われている。令和3年度介護報酬改定検証調査(令和3年度調査)「LIFE を活用した取組状況の把握及び訪問系サービス・居宅介護支援事業所における LIFE の活用可能性の検証に関する調査研究事業」では、訪問介護・訪問看護・居宅介護支援事業所に対するモデル事業が実施され、対象事業所数が限られている(訪問介護 10 事業所、訪問看護 9 事業所)ものの「アセスメントに手間がかかる」と回答した訪問介護・訪問看護事業所は 8 割にのぼった。同じテーマで令和4年度も調査が行われ、調査対象事業所数を増やしたうえで再検証が行われた。その結果、サービス種別ごとにどの領域の項目が問題なく評価できるのかについて一定程度明らかとなっている。例として、訪問看護では約 60%がアセスメントに問題はないと感じている一方で、訪問介護では約 21%に留まっているが、排泄ではそれほど遜色がないなど、評価項目ごとに異なる傾向が見て取れる。

¹ 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会 取りまとめ(令和元年7月16日)

図表 14 訪問系サービスにおいて科学的介護推進体制加算の項目を特に問題なく評価できた割合



出所:第 26 回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会資料 2-4

本事業におけるヒアリング調査においても、これらの調査と同様の調査結果が得られている。科学的介護推進体制加算の項目で求められている粒度よりも細かい情報をアセスメントしており、LIFEに活かしていきたいというような意欲を示す事業所もある一方で、ケアプランや訪問介護計画において明示されている課題に対して対応することがサービス提供における基本動作となっており、科学的介護推進体制加算で示されている領域について網羅的にアセスメントする意識になっていない、と回答する事業所もあるなど、事業所の方針や考え方に差が見られた。従って、一様にまとめることは難しいものの、科学的介護推進体制加算の各項目についてアセスメントしているか、アセスメントできるか等の大まかな傾向について以下に整理した。

図表 15 科学的介護推進体制加算の項目のアセスメント状況(訪問介護)

◎:自事業所でアセスメントしている ○:自事業所でアセスメントが可能である ☆:自事業所以外の事業所等から情報連携されることにより把握している △:一部の項目または大まかな情報に限る
 -:把握していない

科学的介護推進体制加算			訪問介護				
領域	項目名	入力内容	H1	H2	H3	H4	H5
総論	ADL	Barthel Index	○/△	○	☆	○	○
栄養	身長	cm	-	-	-	☆	-
栄養	体重	kg	◎/△	-	-	☆	-
栄養	低栄養状態のリスクレベル	低/中/高	○/△	○/△	○/△	☆	○
栄養	栄養補給法	経口摂取/経腸栄養/静脈栄養	◎	◎	◎	◎	◎
栄養	食事形態	常食/嚥下調整食(7段階のコード)	☆	◎	-	○/△	○
栄養	とろみ	薄い/中間/濃い	☆	◎	-	○/△	○
栄養	食事摂取量	全体/主食/副食(%)	◎	○/△	○/△	○/△	○
栄養	必要栄養量	エネルギー(kcal)/たんぱく質(g)	☆	-	-	☆	○
栄養	提供栄養量	エネルギー(kcal)/たんぱく質(g)	◎	○/△	-	○/△	○
栄養	褥瘡	有無	○	◎	○/△	☆	○
口腔	義歯の使用	なし/あり	◎	○/△	○	○/△	○
口腔	むせ	なし/あり	○	○/△	○	○/△	○
口腔	歯の汚れ	なし/あり	○	○/△	○	○/△	○
口腔	歯肉の腫れ・出血	なし/あり	◎	○/△	○	○/△	○
認知症	生活・認知機能尺度	近時記憶等(7項目)についての各5段階のスケール	○	○/△	○/△	○/△	○
認知症	Vitality Index	意思疎通/起床/食事/排泄/リハビリ・活動(各3段階のスケール)	○	○	○/△	△/☆	○
認知症	DBD13	近時記憶等(13項目)についての各5段階のスケール	○	○	○/△	△/☆	○
その他	ICF ステージング	基本動作/歩行・移動/認知機能/食事/排	○/△	○	☆	○	○

科学的介護推進体制加算			訪問介護				
領域	項目名	入力内容	H1	H2	H3	H4	H5
		泄の動作/入浴動作/ 整容/社会参加(各 5 段階のスケール)					

図表 16 科学的介護推進体制加算の項目のアセスメント状況(訪問看護)

科学的介護推進体制加算			訪問看護		
領域	項目名	入力内容	N1	N2	N3
総論	ADL	Barthel Index	○	○/☆	○/☆
栄養	身長	cm	☆	☆	◎/☆
栄養	体重	kg	☆	☆	◎/☆
栄養	低栄養状態の リスクレベル	低/中/高	◎	◎	◎
栄養	栄養補給法	経口摂取/経腸栄養/ 静脈栄養	◎	◎	◎
栄養	食事形態	常食/嚥下調整食(7 段階のコード)	◎/△	◎/△	◎/△
栄養	とろみ	薄い/中間/濃い	☆	◎	◎
栄養	食事摂取量	全体/主食/副食(%)	◎	◎	◎/△
栄養	必要栄養量	エネルギー(kcal)/ たんぱく質(g)	☆	☆	◎
栄養	提供栄養量	エネルギー(kcal)/ たんぱく質(g)	-	◎	◎/△
栄養	褥瘡	有無	◎	◎	◎
口腔	義歯の使用	なし/あり	◎	◎	○
口腔	むせ	なし/あり	△	◎	○
口腔	歯の汚れ	なし/あり	○	◎	○
口腔	歯肉の腫れ・ 出血	なし/あり	○	◎	○
認知症	生活・認知機 能尺度	近時記憶等(7 項目) についての各 5 段階 のスケール	◎/△	○/△	◎/△
認知症	Vitality Index	意思疎通/起床/食事 /排泄/リハビリ・活 動(各 3 段階のス ケール)	◎/△	◎/△	◎/△
認知症	DBD13	近時記憶等(13 項 目)についての各 5	◎/△	○/△	○/△

		段階のスケール			
その他	ICF ステージ ング	基本動作/歩行・移動 /認知機能/食事/排 泄の動作/入浴動作/ 整容/社会参加(各 5 段階のスケール)	◎/△	○/△	○/△

図表 17 科学的介護推進体制加算の項目のアセスメント状況(居宅介護支援)

科学的介護推進体制加算			居宅介護支援	
領域	項目名	入力内容	C1	C2
総論	ADL	Barthel Index	△/☆	◎/☆
栄養	身長	cm	☆	☆
栄養	体重	kg	◎/☆	☆
栄養	低栄養状態の リスクレベル	低/中/高	△/☆	◎/☆
栄養	栄養補給法	経口摂取/経腸栄養/ 静脈栄養	◎/☆	◎/☆
栄養	食事形態	常食/嚥下調整食(7 段階のコード)	○/☆	◎/☆
栄養	とろみ	薄い/中間/濃い	○/☆	◎/☆
栄養	食事摂取量	全体/主食/副食(%)	○/☆	◎/☆
栄養	必要栄養量	エネルギー(kcal)/ たんぱく質(g)	○/☆	◎/☆
栄養	提供栄養量	エネルギー(kcal)/ たんぱく質(g)	○/☆	◎/☆
栄養	褥瘡	有無	☆	◎/☆
口腔	義歯の使用	なし/あり	☆	◎/☆
口腔	むせ	なし/あり	☆	◎/☆
口腔	歯の汚れ	なし/あり	☆	◎/☆
口腔	歯肉の腫れ・ 出血	なし/あり	☆	◎/☆
認知症	生活・認知機 能尺度	近時記憶等(7項目) についての各5段階 のスケール	◎/☆	◎/☆
認知症	Vitality Index	意思疎通/起床/食事 /排泄/リハビリ・活 動(各3段階のス ケール)	◎/☆	◎/☆
認知症	DBD13	近時記憶等(13項)	◎/☆	◎/☆

		目)についての各 5 段階のスケール		
その他	ICF ステージング	基本動作/歩行・移動/認知機能/食事/排泄の動作/入浴動作/整容/社会参加(各 5 段階のスケール)	△/☆	◎/☆

この整理から、訪問介護・訪問看護が得意とするアセスメント領域の傾向が見てとれる。口腔関連の項目については、この粒度であれば専門職でなくとも問題なくアセスメントでき、実際にアセスメントをしていると回答する事業所も複数見られた。認知症関連の項目についても、科学的介護推進体制加算で求めるスケールでアセスメントをしているわけではないが、生活に密着しているサービスであり、こうした症状については比較的早く気付くことができるのではないかという意見が見られた。

なお、アセスメントは必ずしもすべての利用者に画一的に行うわけではない点には留意が必要である。一見して生活機能や栄養状態に問題がないと判断できるケースでは、あえてすべての項目をアセスメント結果として残すことはないという意見もあり、このような項目は図表 15～17 において「○(自事業所でアセスメントが可能である)」として表現している。従って、○であっても事業所内の利用者全員に対して同様にアセスメントすることができるかどうかについては別の課題として調査する必要がある。在宅の利用者では、サービスの提供量や利用頻度について利用者ごとに大きく差があることも事実であり、利用者全体に対してどこまでのアセスメントが可能であるのかは慎重に検討する必要があると考えられる。

栄養関連の項目については、アセスメントをしようと思えばできるものの、基本的にはアセスメントは行っておらず、栄養状態の定量化に重要となる身長や体重については他事業所等からの情報連携が行われない限り把握していることは少ないと考えられる。もちろん、第 2 章の調査結果の通り、個別の事業所ごとに見れば体重計を持ち運んで測定している事業所は存在していたが、こうしたケースは既に低栄養のリスクが顕在化している利用者がいることが前提となっており、全ての利用者に対して行われているものではなかった。

居宅介護支援では、初回のアセスメントについては課題分析標準項目として整理された情報を一通り把握し、月 1 回のモニタリングではそれまでの状態からの変化に着目してアセスメントを行っているという意見が多く見られた。課題として、アセスメントの情報源が利用者からの自己申告に基づくものとならざるを得ないことがあることが挙げられた。これを補うため、サービス提供事業所等からの情報共有も積極的に活用していると考えられる。

ただし、科学的介護推進体制加算の項目は、元来、できるだけ多くの事業所等において入力されるべきである「基本的な項目」であり、科学的介護推進体制加算の対象に訪問系サービスや居宅介護支援を加えることについては、こうした考え方も考慮して慎重に検討する必要があると考えられる。

また、専門職によるアセスメントと専門職でない職種によるアセスメントの違いやサービスによるアセスメント基準の違い、「なし」か「あり」かのみをアセスメントする項目(例:口腔のアセスメント項目の「歯の汚れ」)における判断基準の違い等に起因する評価者間信頼性の問題も、ヒアリングや検討委員会における議論を通じて把握された。このうち、ADL の評価指標である Barthel Index につ

いては過去の事業において検討²がなされており、同様の検討が必要になると考えられる。

2. 既存の加算の要件に LIFE へのデータ提出を追加する場合

科学的介護推進体制加算を除き、LIFE 関連加算は、利用者に対するアセスメント等を実施することで算定できる加算を前提として、そのアセスメント結果やアウトカムを LIFE にデータ提出することを追加的に評価するものとなっている。訪問介護・訪問看護についても、同様の形で既存の加算に対し LIFE へのデータ提出を追加することによる LIFE 導入を行うと仮定した場合の課題について整理する。

図表 4、5 で整理した通り、訪問介護・訪問看護においても利用者に対するアセスメント等を行うことが算定要件となっている加算は存在しており、そのアセスメント項目についても、ADL や IADL、口腔の健康状態の評価等、LIFE で既に収集されている項目と共通する項目も少なくない。一方で、こうした既存の加算の多くは算定率が極めて低いという課題がある。

図表 18 訪問介護・訪問看護のアセスメント関連加算の算定率³

サービス	加算名	回数・日数ベースの算定率 (令和6年8月審査時点)	事業所数ベースの算定率 (令和4年3月提供時点)
訪問介護	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	0.001%	0.22%
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	0.003%	0.06%
	口腔連携強化加算	0.009%	-
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0.027%	0.01%
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0.002%	0.00%
訪問看護	口腔連携強化加算	0.025%	-
	ターミナルケア加算	0.028%	10.34%
	退院時共同指導加算	0.056%	8.88%
	看護・介護職員連携強化加算	0.004%	0.46%
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)※	24.725%	24.80%
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)※	17.239%	10.58%

※訪問看護ステーション、病院又は診療所の場合

ヒアリング調査の結果、算定条件の複雑さや、専門職との連携に手間がかかること、利用者の自己負担の問題等の様々な意見が挙げられた。また、訪問介護事業所側にアセスメント等を実施する体制はあっても、ケアマネジャーが必要と判断しない限りは生活機能向上を目的に位置づけることができない、という声もあった。これは、サービス提供は利用者の意向を踏まえる必要がある中で、生活機能向上連携加算の算定要件として、生活機能向上を目的とした訪問介護計画の作成が必要であることが関係していると考えられる。

口腔連携強化加算については、歯科医療機関との連携を課題として挙げる事業所が多く見られた。また、1人の利用者に対して1事業所しか算定できないことや、口腔・栄養スクリーニング加算との併算定ができないこと、歯科医師等による居宅療養管理指導との併算定ができないことも大きな障壁となっている様子がうかがえた。

² 令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「CHASE 入力情報の適正化に資するガイドラインの作成」

³ 回数・日数ベースの算定率は介護給付費等実態統計、事業所数ベースの算定率は社会保障審議会介護給付費分科会(第220回)資料1、3を参照

一方、加算で求められている生活機能に対するアセスメントや、口腔機能に関するアセスメント自体は実施可能であるという意見も挙げられていた。加算として評価はされないが、必要な利用者に対しては実際にアセスメントを行っている、という意見もあった。このことは生活機能向上連携加算や口腔連携強化加算だけでなく、認知症専門ケア加算についても指摘されており、認知症専門ケア加算では一定の重度者割合が求められているために算定できないが、科学的介護推進体制加算にあるような認知症に関するアセスメントは行っている、という意見が挙げられた。

LIFE の目的の一つは利用者に対するアセスメント結果を収集することで利用者の状態を見える化することであり⁴、実際に現場でこのような情報が収集されているのであれば、既存の加算とは異なる形でも LIFE にデータを集約できるよう検討していくことも考えられる。

⁴ 厚生労働省「科学的介護情報システム(LIFE) 第1回説明会」資料(令和6年9月12日・13日実施)p8
<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/001310045.pdf>

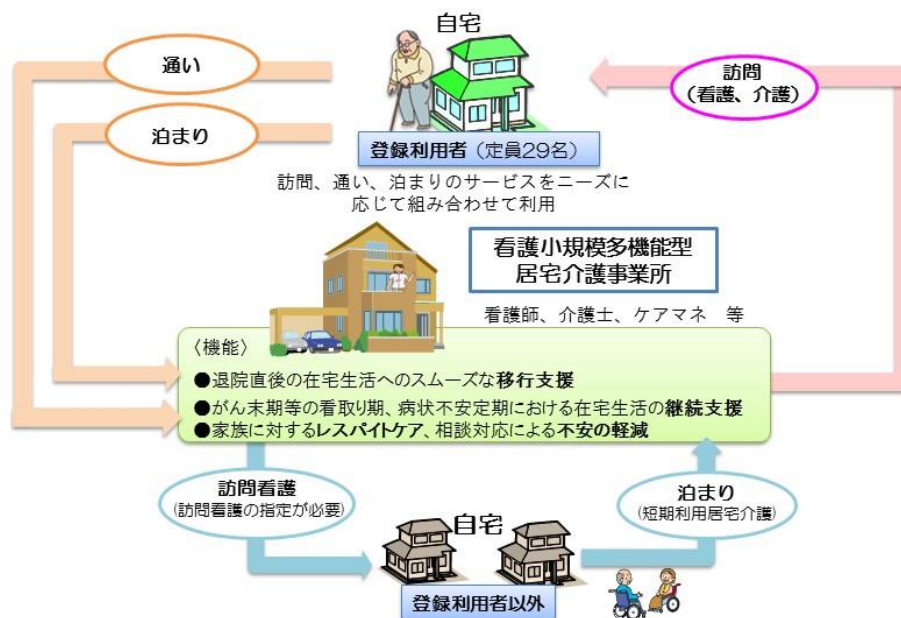
3. 看護小規模多機能型居宅介護のあり方を踏まえて通所介護等と一体的に訪問系サービスを評価する場合

看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)は、訪問介護、訪問看護、通い、泊まりのサービスを一体的に1つの事業所で提供する地域密着型サービスである。小規模多機能型居宅介護は訪問看護サービスの提供がない点で異なるが、LIFEの対象である通いや泊まりのサービスを訪問サービスと一体的に提供しており、LIFEの対象サービスでもあるという点で共通している。従って、(看護)小規模多機能型居宅介護における訪問介護、訪問看護、ケアマネジャーがLIFEの利活用において果たす役割は、通所介護等を含む居宅系サービスにおける訪問系サービスや居宅介護支援がLIFEを利活用するうえでどのような役割を果たすべきかについて検討するうえで注目すべきものがあると考えられる。以降は代表して看護小規模多機能型居宅介護について議論する。

図表 19 厚生労働省「看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)について」⁵

看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス(「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」)を24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護(訪問看護の指定が必要)や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。

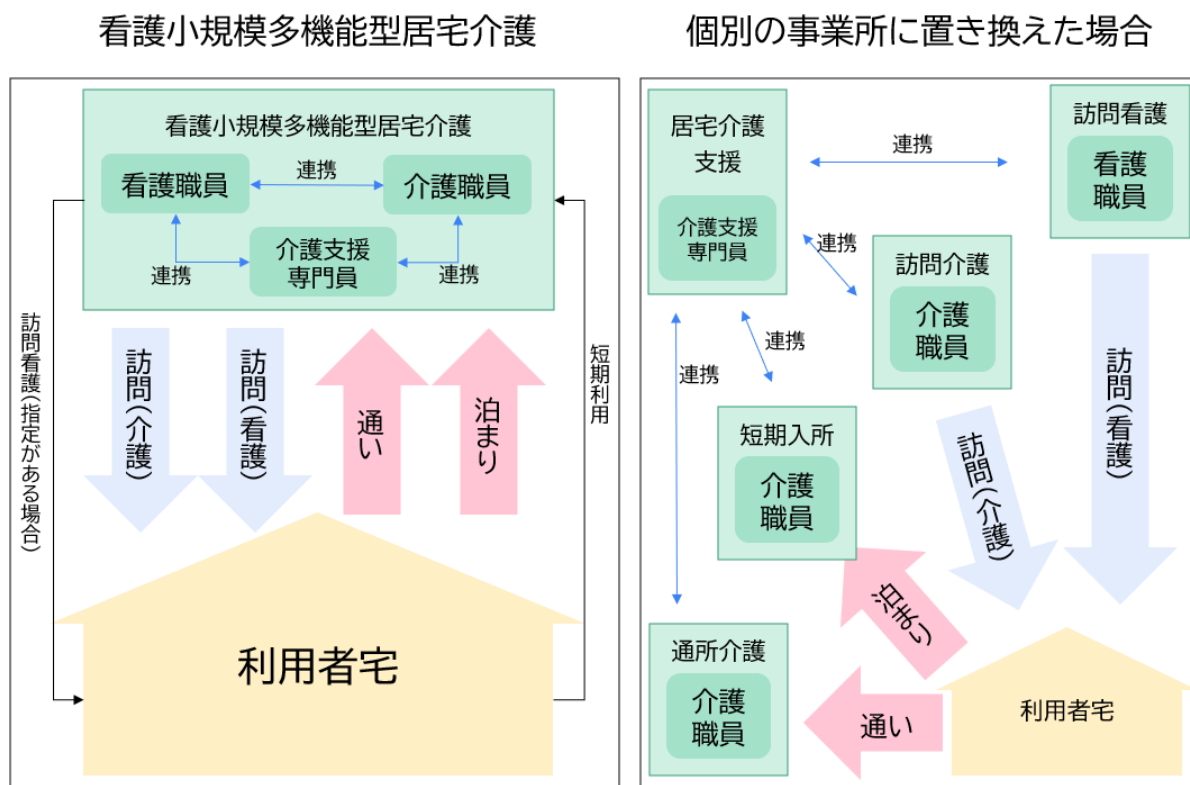


看護小規模多機能型居宅介護において一体的に提供されている訪問サービス(介護・看護)、通所サービス、宿泊サービス及び介護支援専門員によるマネジメント機能を、それぞれ個別のサービス事業所及び居宅介護支援事業所に置き換えたものを図表 20 に示した。各サービス間の情報連携に着目すると、看護小規模多機能型居宅介護では、各サービスは同じ事業所において提供されているた

⁵ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html>

め、あるサービスの担当者が得た利用者に関する情報は他のサービスの担当者に連携されやすい環境であることが分かる。このことは調査 B の結果からも明らかとなっており、看護小規模多機能型居宅介護では日々の情報連携で各サービスの担当者が利用者に関する情報を共有していることや、サービス単位ではなく利用者単位で担当者を配置することで、利用者の情報を一元的に把握する体制を整えている事業所も存在することが分かっている。一方、居宅サービスでは、各サービスで得られた情報はまず居宅介護支援事業所に集約され、その後、他サービス事業所に連携されるという段階を踏むことが一般的である。急を要する場合等については電話や FAX によって適時に情報連携がなされる場合もあると考えられるが、通常の情報連携は月 1 度のサービス担当者会議の場を利用してなされ、看護小規模多機能型居宅介護に比べて個別のサービス事業所や居宅介護支援事業所間の情報連携の頻度は下がると考えられる。

図表 20 看護小規模多機能型居宅介護を個別の事業所に置き換えた場合のイメージと比較



調査 B の結果から、看護小規模多機能型居宅介護における訪問（介護）サービスがアセスメントを行っている項目としては、買い物や金銭管理、洗濯といった IADL、自宅での服薬状況等が挙げられた。また、歯ブラシや歯磨き粉の状況等から口腔ケアの必要性を推測することや、認知症の兆候に気づきやすいといった意見もあった。調査 A における訪問介護事業所に対するヒアリングでも同様の意見として、褥瘡の前段階である発赤等に気付いたらケアマネジャーに連携するといったケースが見られている。

こうした意見から分かることは、看護小規模多機能型居宅介護かそうでないかに関わらず、訪問介護サービスでは自らの役割として、認知症や褥瘡といった利用者の明確な課題が発生する前段階において生じている「予兆」を捉える、ということに対して自覚的であるということである。看護小規模

多機能型居宅介護では、このような「予兆」に関する情報を日々の情報連携を通じて他のサービス担当者やケアマネジャーに共有し、ケアプランやサービス計画に反映するというプロセスが既に一定程度機能していると考えられる。一方、個別の事業所によるケアが行われる場合では、異なる複数の事業所間でこのような迅速な情報連携を行うことが難しいと考えられるため、訪問介護サービスが捉えた「予兆」を十分に活かせていない可能性もある。

看護小規模多機能型居宅介護のあり方を踏まえ、通所介護等と訪問サービスが一体となって利用者をアセスメントすることに対し、LIFE として評価を行うことが第 3 の検討案である。本案では、各サービスがそれぞれの得意領域のアセスメントに注力することができるという利点がある。一方、課題も少なくない。

まず、各サービス事業所や居宅介護支援事業所に対し、制度上どのような役割を持たせ評価するのかを明確に規定しなければならないという課題が挙げられる。看護小規模多機能型居宅介護の場合はいくまで 1 つの事業所であるため、事業所内でどの職種がどのような役割を果たしていたとしても、事業所として制度が求める要件を満たしていれば評価の対象となる。一方、複数の個別のサービス事業所群及び居宅介護支援事業所が一体と見なす場合、制度上の評価はいくまで各事業所に対して行われるため、各サービスの役割を明確にした形で算定要件を整理する必要がある。これは、看護小規模多機能型居宅介護には提供サービスとして含まれない福祉用具貸与等についても同様に検討する必要がある。各サービスの役割については、訪問介護における利用者の状態像と、通所介護における利用者の状態像が必ずしも同一であるとは限らず、アセスメント項目を完全に分離してよいのか、ある程度重複させる必要があるのかといった点も明らかにしていく必要がある。

また、利用者の視点でも課題は存在する。利用者に関わる事業所全てが科学的介護推進体制加算に相当する加算を算定できなくなった場合、利用者負担を圧迫してしまうと考えられる。本事業の検討委員会では、在宅の利用者は施設の利用者と比べて状態像は様々であり、かつケアにおける目標や希望も多様であるという指摘もあった。

さらに、看護小規模多機能型居宅介護では同じ事業所であることでスムーズに行われると考えられる職種間の情報連携が、各サービス事業所と居宅介護支援事業所の間では必ずしもそうではないことも課題となる。これは、LIFE における重要な目的の一つである PDCA サイクルの推進にも影響を与えると考えられる。

II. LIFEの目的を踏まえたそれぞれの導入のあり方の課題に対する対応案

1. 科学的介護推進体制加算の対象に加える場合について

訪問系サービスや居宅介護支援ではアセスメントをしにくいと考えられる項目については、加算を算定するためにデータ入力目的化している、という指摘が現状のLIFE対象サービスでもなされていることから、他のサービスに求めるアセスメント項目とは異なる、特に訪問系でアセスメントすることに意義があるものに限ることが現実的であると考えられる。過去に二度行われた改定検証調査の結果を受けてなお訪問系サービスや居宅介護支援へのLIFE導入は見送られたことからこのことはうかがえる。科学的介護推進体制加算の項目は、元来、できるだけ多くの事業所等において入力されるべきである「基本的な項目」であることに留意する必要があるが、主に施設系サービスを想定したものであることから、アセスメント項目に対する変更案としては、訪問系サービスが不得意とする栄養関連項目等は任意項目とし、得意とする口腔関連項目等を追加するということが考えられる。

2. 既存の加算の要件にLIFEへのデータ提出を追加する場合

直接の課題は既存の加算の算定率が極めて低いという点である。加算の算定率を上げる等の対策については介護保険全体の状況も含めて、まずは各加算の趣旨を踏まえた検討が必要であるが、ここでは本調査で明らかとなった算定できない理由に対する対応案を提示する。

まず、アセスメントは行ってもアセスメント以外の算定要件を満たすことができず算定できない、という課題への対応策としては、LIFE関連加算とすることを視野にいれるならば、アセスメントを行う部分の要件を切り出した加算区分を新たに新設する、ということが考えられる。

「アセスメントの動機づけとなる生活機能向上等の目標や希望を持たない利用者には算定が難しい」という点については、利用者の目標や希望に応じて行うべきアセスメントと、目標や希望にかかわらず広く実施すべきアセスメントを区別・整理し、後者に対して制度上の評価を行うといった対応案が考えられる。

3. 看護小規模多機能型居宅介護のあり方を踏まえて通所介護等と一体的に訪問系サービスを評価する場合

はじめに、各サービスや居宅介護支援に対する制度上の評価のあり方が難しいという課題について議論する。まずは、科学的介護において各サービスや居宅介護支援にどのような役割をもたせるべきか、あるべき姿を描く必要があると考えられる。医療としばしば対比される点として、介護ではそれぞれの利用者の価値観に基づいて意向や希望、目標があり得るため、ケアのあり方もまた唯一絶対のものが存在するわけではないという指摘がある。この点も踏まえ、利用者の意向や希望等を類型化し、それらに合わせた評価のあり方を検討することや、意向や希望によらず生理学的に必要なケアなど、最低限各サービスにおいて行うべき事項を整理するという検討が必要になると考えら

れる。こうした検討の中で、対象となる全事業所・全利用者について共通のアセスメントを行うことが前提となっている現状の科学的介護推進体制加算のようなあり方と、各サービスの役割に応じてアセスメントを行う領域単位・利用者単位の加算というあり方等、どのようなあり方が望ましいかについて合わせて議論がなされるべきであると考えられる。

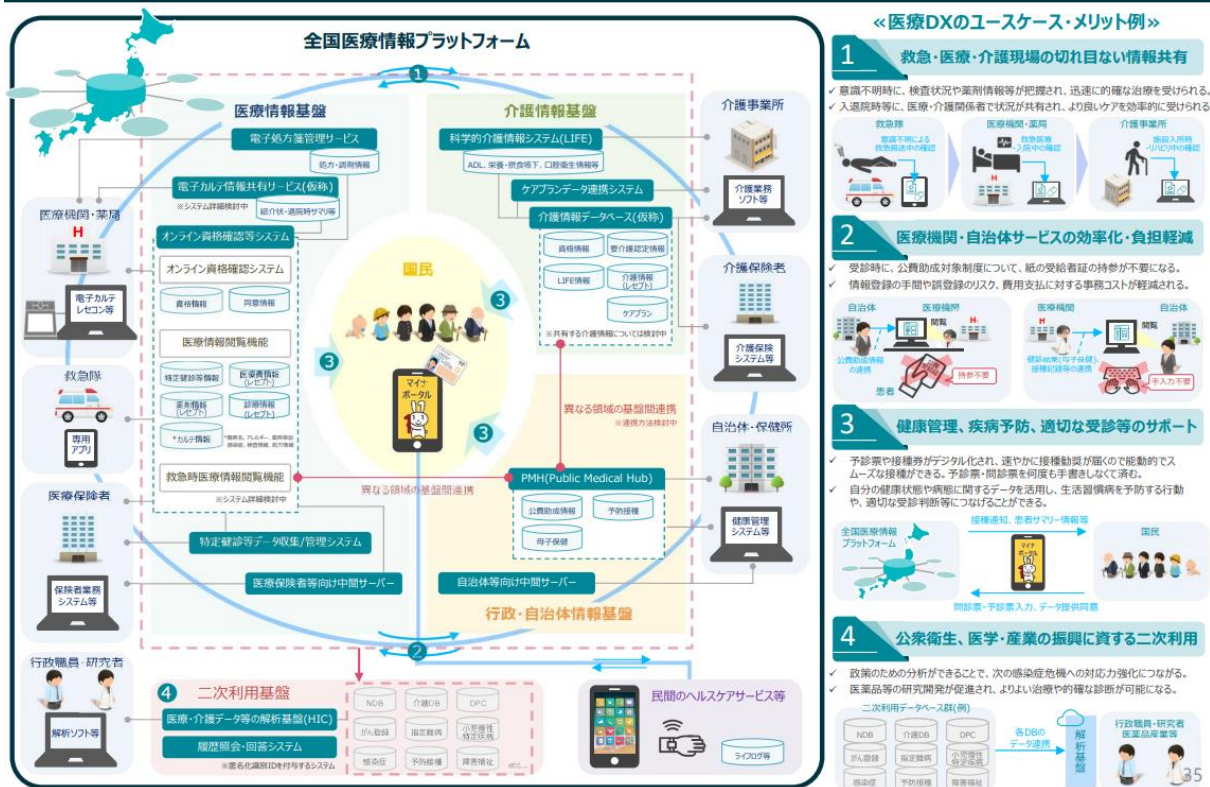
次に、利用者に関わる事業所全てが加算を算定できるようになった場合の利用者負担の問題について議論する。本課題は、上述した「対象となる全事業所・全利用者について共通のアセスメントを行うこと」を前提とする場合に生じる。従って、各サービスの役割に応じてアセスメントを行う領域単位・利用者単位の加算というあり方が望ましいという結論となれば解消されることが考えられる。もう一つのあり方として、「全事業所について共通」という部分のみ条件を緩め、在宅の利用者を支える各事業所でアセスメントを分散する、という考え方が挙げられる。必ずしも全ての事業所でアセスメントを行う必要がない項目(身長・体重等)も指摘されており、アセスメント項目のうち、データ提出をする主体を整理し、各事業所に対して適切に割り当てることや、データを特定の事業所(例:居宅介護支援事業所)に集約し、提出の主体は集約先の事業所に絞る等の整理をすることも考えられる。アセスメントやデータ提出の負担が抑えられることで、一つ一つの事業所に対する加算率が低い場合でも、対負担で見た加算率を他の加算と同等の水準に保つことは可能であると考えられる。また、このような一体的な取組の輪に入ることで、利用者の状態像をモニタリングする必要のある居宅介護支援事業の業務や、ケアの質の向上を目指すサービス事業所の目的の推進の効率化等につながるという加算率以外の部分でのインセンティブにもつながることが考えられる。

最後に、情報連携の課題について議論する。これは LIFE だけではなく、介護分野全体における様々な情報連携のための仕組みやシステムを踏まえて検討を行う必要がある。現在、厚生労働省では、データヘルス改革工程表に基づき、自治体・利用者・介護事業者・医療機関などが、利用者に関する介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤として、全国医療情報プラットフォームの実現を目指しているところである。

図表 21 全国医療情報プラットフォームの全体像(イメージ)⁶

⁶ 第 113 回社会保障審議会介護保険部会(令和 6 年 7 月 8 日)資料 1 p34

全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）



上図の通り、全国医療情報プラットフォームの一部として介護情報基盤が位置づけられており、その中でやり取りされる情報として LIFE 情報も示されている。介護情報基盤による情報共有の範囲を見てみると、今後、利用者の同意を前提に LIFE 情報に関して連携が行われることが想定されているのは利用者フィードバック票であり、作成主体となる事業所からそれ以外の事業所へ、介護情報基盤を通じて情報共有されることが検討されている。

図表 22 介護情報基盤による情報共有の範囲

介護情報基盤による情報共有の範囲（介護分野）		介護情報基盤で情報共有する関係者			
		利用者	市区町村	介護事業所	居宅介護支援事業所等※1
要介護認定情報	①認定調査票		★		○
	②主治医意見書		○		○
	③介護保険被保険者証（要介護度等を含む）	○	★	○	○
	④要介護認定申請書	★	○		
請求・給付情報	①給付管理票	○	○		★
	②居宅介護支援介護給付費明細書	(※2)	(※2)		
	③介護給付費請求書				
	④介護予防・日常生活支援総合事業費請求書				
	⑤居宅サービス・地域密着型サービス給付費明細書	○	○	★	
	⑥介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書	(※2)	(※2)		
L I F E情報	①LIFE情報（利用者フィードバック票）	○	○	★	○
	②施設サービス等介護給付費明細書				
ケアプラン	(1)居宅サービス				
	①第1表 居宅サービス計画書(1)				
	②第2表 居宅サービス計画書(2)				
	③第3表 週間サービス計画表				
	④第6表 サービス利用票	○	○	○	★
	⑤第7表 サービス利用票別表				
	(2)施設サービス				
	⑥第1表 施設サービス計画書(1)				
⑦第2表 施設サービス計画書(2)					
⑧第3表 週間サービス利用表					
住宅改修費用等の情報（※3）	①介護保険住宅改修費用情報	○	★		○
	②介護保険福祉用具購入費用情報				

★：作成主体、○：これまで主に共有し、今後も介護情報基盤で情報共有される主体、○：今後、利用者の同意を前提に介護情報基盤で情報共有される主体
※1 介護事業所等に所属し、利用者のケアプランを作成する介護支援専門員を含む。 ※2 すでに必要な関係者には電子的に共有されているため介護情報基盤には格納しないが、活用方法については引き続き検討。 ※3 「介護情報の電子的な共有の仕組み及び介護被保険者証の電子化の実現に向けた調査研究（令和5年度）」におけるヒアリングを踏まえ、介護情報利活用ワーキンググループの中間とりまとめの概要に追加したもの。
注1 点線で区切られたマスは、左側が当該情報を作成した事業所等、右側がそれ以外の事業所等を示す。
注2 地域包括支援センターへの共有のあり方については、市町村から委託を受けていることを踏まえ、その共有の範囲や活用方法について引き続き検討。

この仕組みが実現すれば、事業所 A が利用者 X に対して実施したアセスメント情報を LIFE に登録すると、事業所 A が自らメールや FAX 等で連携することなしに、利用者 X が利用する別の事業所 B がフィードバック票を通じてアセスメント情報を閲覧することができるものと考えられる。

一方で、現在の LIFE における情報の登録の頻度は原則 3 か月に一度であり、看護小規模多機能型居宅介護で行われているような日々のコミュニケーションによる情報連携とは性質が異なるため、こうした仕組み以外の情報連携のあり方についても検討する必要があると考えられる。

現存する公的なネットワークとしては地域医療再生基金及び地域医療介護総合確保基金を活用して構築された地域医療情報連携ネットワークがあり、リアルタイムの情報が閲覧できるとされることなどから、こうした部分を活かしての全国医療情報プラットフォームとの併存が検討されている⁷。また民間においても、診療情報や文書情報以外のコミュニケーション情報の連携を目的とした SNS ベースのツールも開発がなされており、全国の市町村や医師会において導入が進みつつあるものも存在している⁸。

全国医療情報プラットフォームで連携される情報や地域医療情報連携ネットワークとの併存のあり方等については現在も検討が行われている段階であり、在宅の利用者を支える居宅介護支援や訪問系サービスを通所介護等と一体的に評価する場合には、こうした情報連携システムの動向も踏まえ、制度面での評価のあり方も引き続き検討していく必要があると考えられる。

各検討案別の課題と対応案の一覧を以下のとおりまとめた。

⁷ 第8回 介護情報利活用ワーキンググループ(令和6年2月5日)資料1 p5

⁸ メディカルケアステーション(MCS) (<https://about.medical-care.net>)

図表 23 各検討案別の課題と対応案

No.	LIFE導入のあり方	課題	対応案
1	検討案1)	サービス等によってアセスメント困難な項目がある	・アセスメントが困難な項目の入力を任意とする ・アセスメント可能な代替項目を用意する
2	科学的介護推進体制加算の対象に加える場合	全ての利用者に対してスクリーニング的に行う簡易的なアセスメントと、課題のある利用者に対して詳細に行うアセスメントが区別されておらず、後者を全利用者負担に対して実施するのは事業者の負担が大きい	全利用者に必須で行う一次項目と一次項目で課題のある者のみに実施する二次項目といった形にアセスメント項目を構造化する
3		アセスメントの信頼性の課題①:アセスメントの情報源が利用者の自己申告であるケース	「評価者の職種」の項目に「利用者の自己申告」といった選択肢を加える
4		アセスメントの信頼性の課題②:専門職でないものがアセスメントするケース	「評価者の職種」の入力を必須とする
5		アセスメントの信頼性の課題③:サービスや施設・事業所、評価者ごとに判断基準が異なるケース(特に、アセスメント結果が「あり」「なし」のみのケース)	必要な範囲でアセスメントの方法や判断基準を示す
6		検討案2) 既存の加算の要件にLIFEへのデータ提出を追加する場合	アセスメントは行っているアセスメント以外の算定要件により算定できない
7		アセスメントの動機づけとなる生活機能向上等の目標や希望を持たない利用者には算定が難しい	利用者単位の加算として整理する(目的の異なる利用者は算定対象外とする)
8	検討案3) 看護小規模多機能型居宅介護のあり方を踏まえて通所介護等と一体的に訪問系サービスを評価する場合	LIFEの一連の取組における各サービス等が持つべき役割が明確でない(制度の視点での役割分担)	在宅向けの介護サービスについて各サービス等の持つべき役割や捉えるべき利用者像について検討を行う
9		利用者像が各サービス等で異なることがあり、各サービス等でアセスメントすべき項目が明らかでない(アセスメントの視点での役割分担)	
10		利用者に関わる事業所全てが加算を算定できる場合、利用者負担を圧迫する	・役割分担に応じて加算率を分散させる ・業務効率化やケアの質の向上等、加算率以外のインセンティブを示す
11		PDCAサイクルを機能させるには各サービス等の中での情報連携が円滑に行われる必要がある	介護情報基盤や地域医療情報連携ネットワーク、民間のコミュニケーションツール等の動向も踏まえ情報連携のあり方について検討を行う

- アセスメントプロセスにおける課題
- アセスメント結果の活用における課題
- 制度的評価における課題
- 複合的な課題

参考資料

ヒアリングシートについては別添資料を参照いただきたい。

令和 6 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
訪問系サービス等における LIFE 活用のあり方に関する調査研究事業 報告書

令和 7(2025)年3月発行

株式会社三菱総合研究所
ヘルスケア事業本部
〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3
TEL 03(6858)0503 FAX 03(5157)2143

本事業は、令和 6 年度老人保健事業推進費等補助金の助成を受け行ったものです。