

令和7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)

LIFE 情報をアセスメント及びケアプラン作成に 活用する方法に関する調査研究事業 報告書

MRI 三菱総合研究所

令和8(2026)年3月

医療・介護 DX 本部

目次

1. 事業の全体像	1
1.1 本事業の背景・目的	1
1.2 本事業の実施内容	1
1.3 検討委員会の開催	2
2. 本事業の進め方	4
3. 施設系サービスでのケアマネジメントにおける LIFE 情報の活用方法の検討	6
3.1 LIFE 関連加算様式に含まれる項目の整理	6
3.2 LIFE 情報の活用場面や情報の共有時期・方法	8
3.3 実態把握及びユースケースの収集	9
4. 居宅系サービスでのケアマネジメントにおける LIFE 情報の活用方法の検討	70
4.1 LIFE 関連加算様式に含まれる項目の整理	70
4.2 施設系サービスと居宅系サービスにおける違いの整理	72
4.3 ヒアリング調査	76
5. ケアマネジメントにおける LIFE 活用の在り方の検討	101
5.1 施設系サービスにおける LIFE 情報の活用	101
5.2 現状の LIFE における制約となり得る事項	102
5.3 居宅系サービスにおける LIFE 情報の活用	105
5.4 更なる検討が必要な事項	107
6. 参考資料	109
6.1 LIFE 関連加算様式に含まれる項目の整理(施設系サービス)	109
6.2 LIFE 関連加算様式に含まれる項目の整理(居宅系サービス)	128

1. 事業の全体像

1.1 本事業の背景・目的

令和3年度より稼働が開始された科学的介護情報システム(以下、「LIFE」という。)は、介護施設・事業所におけるデータを活用した PDCA サイクルの推進及びケアの質の向上を支援することを目的としている。LIFE を活用したケアの質の向上の 1 つの方法として、介護支援専門員が作成する各利用者のケアプランに、LIFE におけるアセスメント情報を活用することが挙げられる。令和4年3月 24 日に発出された介護保険最新情報「「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正等について(介護保険最新情報 Vol.958等の再周知)¹」では、ケアプランの作成及びケアマネジメントにおける LIFE の活用について言及された。

過年度に実施された事業においては、介護施設・事業所における LIFE の活用方法について検討がなされてきたが、介護支援専門員がケアマネジメントを行う際にどのように LIFE を活用するのかについては、未だ議論がなされていない。このため、介護支援専門員における LIFE 活用の実態及びケアマネジメントにおける LIFE 活用方法の整理が求められている。

そこで本事業は、介護施設・事業所において定期的に取得される LIFE 情報を、介護支援専門員がどのようにケアマネジメントに活用できるかについて検討を行うことを目的とした。

1.2 本事業の実施内容

本事業では、以下の事項について実施した。

- (1) 検討委員会の開催
- (2) LIFE 関連加算様式及びフィードバックに含まれる項目の整理
- (3) 実態調査及びユースケースの収集
- (4) ケアマネジメントにおける LIFE 活用の在り方の検討
- (5) 報告書の作成

¹ 介護保険最新情報「「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正等について(介護保険最新情報 Vol.958等の再周知)」(令和4年3月24日発出)(<https://www.mhlw.go.jp/content/000918580.pdf>) (令和8年3月23日閲覧)

1.3 検討委員会の開催

1.3.1 委員の構成

検討委員会の委員構成は以下の通り。

図表 1-1 検討委員会 委員構成

氏名	所属
工藤 英明	青森県立保健大学 健康科学部 社会福祉学科 教授
小玉 達也	鶴巻温泉病院介護医療院 看護部副部長・介護福祉士
七種 秀樹	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
武田 卓也	大阪人間科学大学 人間科学部 社会福祉学科 教授
長谷川 泰彦	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 介護事業等経営・総研委員会 副委員長
服部 昭博	社会福祉法人 鈴鹿福祉会 特別養護老人ホーム鈴鹿グリーンホーム
深海 佑	社会福祉法人野の花会 アルテンハイムラポール吉井ケアマネジメントセンター 介護支援専門員
結城 崇	公益社団法人全国老人保健施設協会 社会保障制度委員会 作業班 班員

敬称略・五十音順

(所属は令和 8 年 3 月時点)

図表 1-2 検討委員会 オブザーバー

氏名	所属
佐藤 秀之	厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐
小森 彩加	厚生労働省 老健局 老人保健課 主査
松山 政司	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
上柳田 雪花	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係長
村山 いずみ	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係員
藤井 風花	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係研修生
首藤 俊彰	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 人材研修係研修生

敬称略

(所属は令和 8 年 3 月時点)

1.3.2 検討委員会の開催状況

検討委員会開催状況は下記の通り。

図表 1-3 検討委員会の開催日と主な議題

回	開催日	主な議題
第1回	令和7年10月2日(木)	● 令和7年度事業概要(案)について
第2回	令和8年1月19日(月)	● 実態把握及びユースケース収集の報告・取りまとめについて ● 施設系サービスのケアマネジメントにおけるLIFE情報の活用
第3回	令和8年3月13日(金)	● 居宅介護支援事業所の介護支援専門員へのヒアリング結果報告 ● 報告書(案)について

2. 本事業の進め方

本事業の実施にあたり、LIFE を取り巻く状況に鑑み、事業の進め方を検討した。

ケアマネジメントにおいて、介護支援専門員は利用するサービス全体を俯瞰する必要があるが、居宅系サービスにおいて、LIFE 関連加算の対象となっているサービスは現状半数以下である。このため、1 人の利用者に対して介護支援専門員が入手しうるLIFE情報(LIFE 関連加算の様式に含まれる項目を評価した結果やフィードバック)はまばらなものとなる可能性が高い。また、データのやり取りの方法等、検討すべき事項が多い。

一方で、施設系サービスについては、全てのサービスがLIFE関連加算の対象であり、施設内の介護支援専門員は、現状 LIFE 情報を閲覧することが物理的に可能である。実際に LIFE 情報のケアマネジメントへの活用についてユースケースもある。

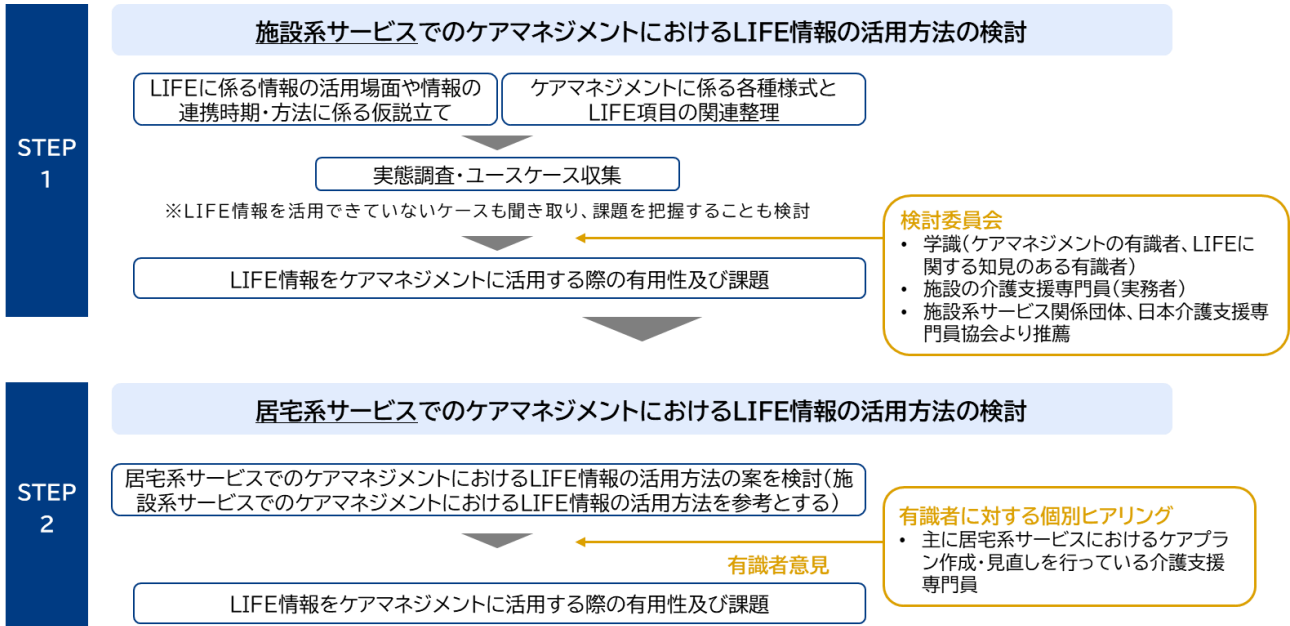
現状の LIFE の概要を踏まえ、本事業ではまず施設系サービスにおけるケアマネジメントへのLIFE活用プロセスについて検討委員会での議論を踏まえながら検討し、その上で、有識者・実務者へのヒアリングを通じて居宅系サービスにおけるケアマネジメントへの活用について検討していくこととした。なお、LIFE に係る情報(以下、「LIFE 情報」という。)として、介護施設・事業所において LIFE 関連加算の様式に含まれる項目を評価した結果とフィードバックがあるが、双方を検討の対象とする。

図表 2-1 サービスによる LIFE をとりまく状況の違い

区分	サービス名	LIFE関連加算対象の有無
施設サービス (居住系サービス※)	介護福祉施設サービス	○
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○
	介護保健施設サービス	○
	介護医療院サービス	○
居宅サービス	訪問介護	×
	訪問入浴介護	×
	訪問看護	×
	訪問リハビリテーション(予防含む)	○
	居宅療養管理指導	×
	通所介護	○
	地域密着型通所介護	○
	認知症対応型通所介護(予防含む)	○
	通所リハビリテーション(予防含む)	○
	短期入所生活介護	×
	短期入所療養介護	×
	福祉用具貸与	×
	居宅介護支援	×
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	×
	夜間対応型訪問介護	×
	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	○

※ 居住系サービスも LIFE 関連加算の算定対象だが、ケアプランを居住系サービス内で見直しを行っていく観点では施設系に近い。このため、施設系サービスのプロセスが展開可能であることが想定される。

図表 2-2 本事業の進め方



3. 施設系サービスでのケアマネジメントにおける LIFE 情報の活用方法の検討

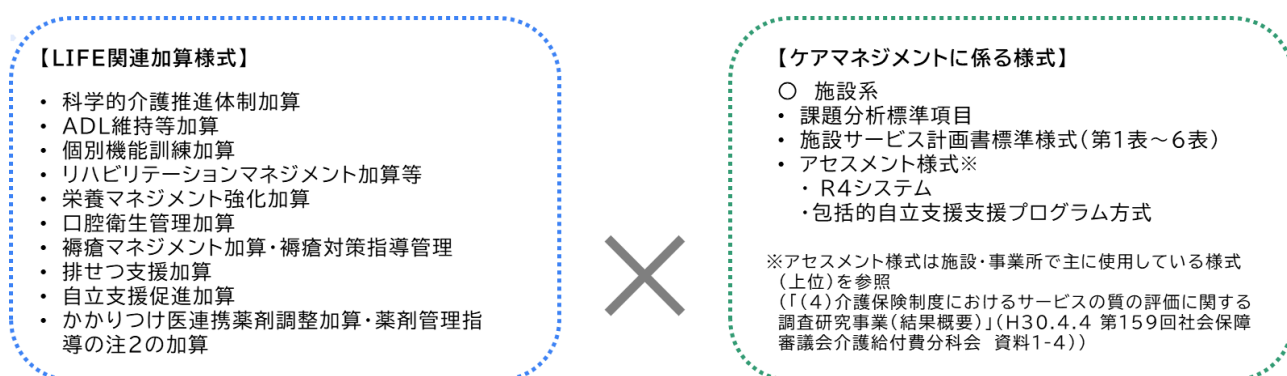
3.1 LIFE 関連加算様式に含まれる項目の整理

3.1.1 目的

LIFE 関連加算様式に含まれる項目のうち、ケアマネジメントへの活用が期待される指標を整理し、LIFE 情報の活用場面や情報の連携時期・方法について仮説を立てることを目的に実施した。

整理にあたっては項目自体のみならず、選択肢としての差異についても取りまとめた。

図表 3-1 LIFE 関連加算様式とケアマネジメントに係る様式：施設系サービス²



3.1.2 ケアマネジメントに係る様式別の LIFE 項目の関連

LIFE 関連加算の様式に含まれる項目に含まれる情報とケアマネジメントに係る様式等(施設系)に含まれる項目の関連について整理した。ケアマネジメントに係る様式別の LIFE 項目の関連は以下の通り。なお、詳細については参考資料「6.1 LIFE 関連加算様式に含まれる項目の整理(施設系サービス)」に掲載した。

² 本整理において参照した様式は以下のとおり。

課題分析標準項目、施設サービス計画書標準様式:『介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について』の一部 改正について(令和6年7月4日付老認発 0704 第1号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知)(<https://www.mhlw.go.jp/content/001271371.pdf>) 令和8年3月23日閲覧

R4システム:全老健版ケアマネジメント方式 R4システム 改訂版

包括的自立支援プログラム:全国老人福祉施設協議会・全国老人保健施設協会・介護療養型医療施設連絡協議会『包括的自立支援プログラム』

図表 3-2 ケアマネジメントに係る様式と LIFE 項目の関連:施設系サービス

観点	概要
課題分析標準項目	<ul style="list-style-type: none"> 課題分析標準項目は、<u>アセスメントの視点が整理されているものであり、自由記述でまとめる項目が多い。</u> 各種加算別の LIFE 項目では、具体的な評価指標での入力項目や実施有無のみの登録に留まるものも多い。 上記については、他のケアマネジメントに係る様式でも共通であるが、<u>複数の LIFE 項目のデータを幅広く確認することで、利用者の身体状況や認知機能、必要な支援などの検討において参考にすることが可能である</u>と考えられる。
施設サービス計画書標準様式 (第 1 表~6 表)	<ul style="list-style-type: none"> 施設サービス計画書標準様式は、利用者・家族のニーズや状態を踏まえた支援計画を自由記述でまとめる項目が多い。 各種加算様式の LIFE 項目は支援計画の作成の参考に資すると考えられるが、項目・選択肢が一致し、そのまま活用できる情報は要介護度や病名等に限られる。 リハビリテーションマネジメント加算等、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)・(Ⅱ)イ・(Ⅱ)ロでは、<u>第2表:施設サービス計画書(2)の目標及び、第 6 表の支援経過に関する項目でも記載の参考に資する情報があった。</u>
R4 システム (新全老健版ケアマネジメント方式)	<ul style="list-style-type: none"> R4 システムは、介護老人保健施設ケアプラン(リハビリテーション・ケア・栄養・口腔)総合計画書の作成を意図したアセスメント様式となっている。 <u>リハ・個別機能、栄養、口腔の一体的取り組みを念頭に各様式が構成されていることから、LIFE 項目との関連性が高い。</u> また、利用者の基本動作や ADL 等の評価は ICF ステージングにて実施しており、LIFE 項目と選択肢を含め完全一致である。
包括的自立支援プログラム方式	<ul style="list-style-type: none"> 包括的自立支援プログラム方式の項目は、現状のサービス提供の状況、ケア提供の場所等、選択形式でチェックを入れる様式となっている。 科学的介護推進体制加算の項目を基に利用者の ADL や IADL について、アセスメントの参考にすることが可能である。 生活機能チェックシートの項目は、<u>ケアチェック表の各表について現状の評価等を記載する際の参考にすることが可能である</u>と考えられる。

※下線:ケアマネジメントに係る様式と LIFE 項目の関連における共通事項

3.2 LIFE 情報の活用場面や情報の共有時期・方法

LIFE では、原則、利用者がサービス利用を開始した後に指標の評価及びデータの提出が行われることから、ケアマネジメントのプロセスにおいて LIFE 情報を活用できるのはサービス提供開始後となる。

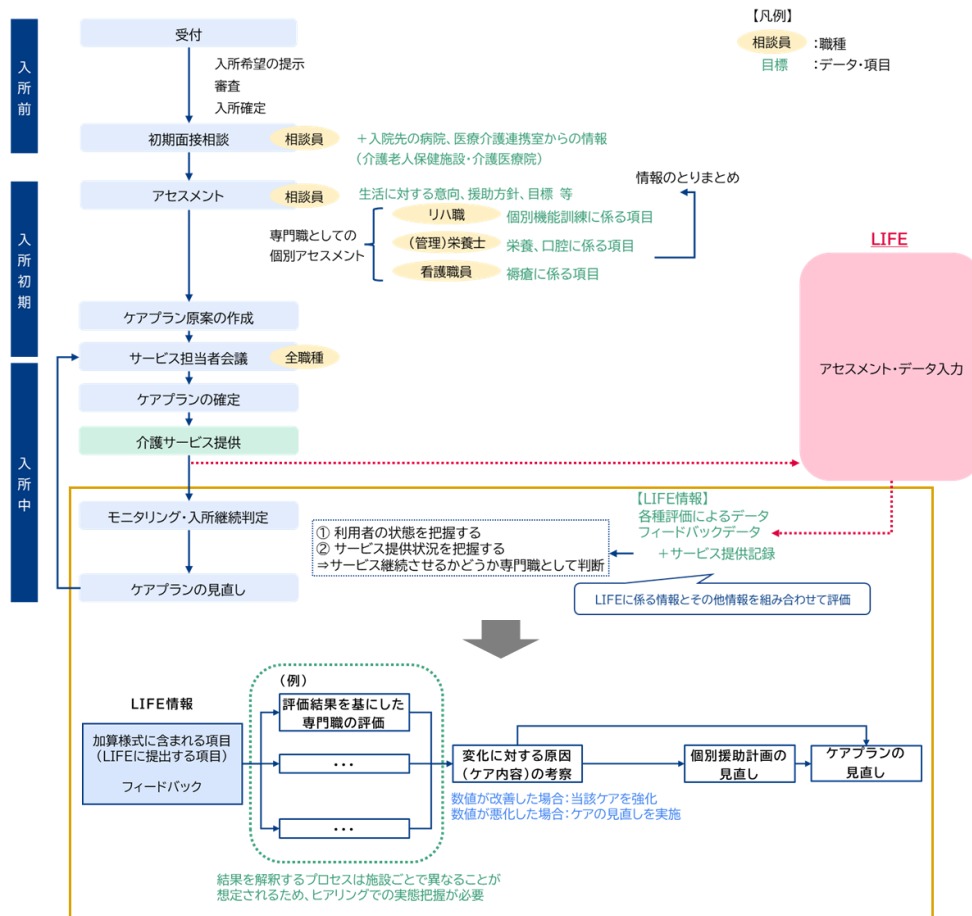
また、LIFE として、介護施設・事業所において LIFE 関連加算の様式に含まれる項目を評価した結果とフィードバックの 2 種類がある。

このような、LIFE の運用における特徴を踏まえた上で、LIFE 情報の活用場面や情報の連携時期・方法について仮説立てを行った。

まず、ケアマネジメントのプロセスにおける LIFE 活用の位置づけについて検討を行った。前述のとおり、LIFE 情報は利用者がサービス利用を開始した後に蓄積するものであることから、ケアマネジメントのプロセスにおける活用のタイミングはモニタリングが一案として考えられる。LIFE の様式項目の評価結果やフィードバックと、サービス提供記録等の情報を組み合わせ、利用者の状態及びサービスの利用状況を把握した上で、ケアプランの見直しへとつなげていくことが想定される。

介護施設・事業所においては、LIFE 情報に対して解釈を行った上で、データから把握された変化の原因、ケアの内容に対する考察をし、これを踏まえてケアプランの見直しを行っていく流れとなることが考えられるが、介護施設・事業所で LIFE 情報を解釈するプロセスは介護施設・事業所で異なることが想定され、様々な工夫がなされていると思慮されるため、本事業にて実施する実態把握の 1 つの観点とした。

図表 3-3 ケアマネジメントのプロセスにおける LIFE 活用の仮説



3.3 実態把握及びユースケースの収集

3.3.1 調査対象

LIFE 情報をケアマネジメントに活用できている施設、または活用に興味・関心があるが、現状活用できていない施設を対象にヒアリング調査を実施した。

調査対象については、当事業委員の所属する施設や団体、厚生労働省からの推薦施設、その他別事業で取組を把握していた施設から選定した。

図表 3-4 調査対象:施設系サービス

No	施設名	サービス種別	定員	選定観点
1	施設 A	介護老人福祉施設	80 名	LIFE 情報をケアマネジメントに活用できている
2	施設 B		50 名	
3	施設 C	介護老人保健施設	80 名	
4	施設 D		100 名	
5	施設 E		100 名	
6	施設 F		90 名	
7	施設 G	介護医療院	369 名	
8	施設 H		90 名	
9	施設 I	特定施設入居者生活介護	50 名	
10	施設 J	介護老人福祉施設	100 名	
11	施設 K	介護老人保健施設	80 名	

3.3.2 調査時期

令和 7 年 11 月～12 月

3.3.3 調査項目

調査項目は以下のとおり。

図表 3-5 ヒアリング調査項目

大項目	調査項目
1. 基本情報	提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス
	利用者数・職種別の職員数(実人数)
	介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する)

	資格等)
2. 施設・事業所における LIFE 活用の実態について	算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期
	LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種
	LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種
	LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況
3. 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について	LIFE 情報について、介護支援専門員への共有有無
	LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等
	LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ
	LIFE 情報について共有することにおける利点
	LIFE 情報について共有することにおける課題
	(共有していないと回答した場合) LIFE 情報について共有されていない理由
	ケアマネジメントにおいて LIFE 情報の活用有無
	ケアマネジメントにおいて活用している LIFE 情報や、ケアプランの作成・見直しにおいて具体的に使っている指標と反映している箇所
	ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用し始めた時期・きっかけ
	ケアマネジメントのうち、特に LIFE を活用したケアプランの作成・見直しにおいて LIFE 情報を活用する際に、本人の希望する内容との擦り合わせをどのように行っているか
	ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用する際に、効率的に有用な情報を選定し活用するために工夫している点
	LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用することによる利点
	LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおける課題や、活用しづらい LIFE 情報や、具体的な指標・項目
	ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援
	(活用していないと回答した場合) ケアマネジメントにおいて、LIFE 情報を活用することができない理由
	(活用していないと回答した場合) ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援
4. その他	ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

3.3.4 調査結果(活用できている施設)

(1) 施設 A(介護老人福祉施設)

1) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 介護老人福祉施設

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:80 名、入所者:73 名(ヒアリング実施時点)
- 介護職員:46 名、看護職員:7 名、機能訓練指導員:1 名、管理栄養士:3 名、栄養士:1 名、介護支援専門員:1 名、生活相談員:1 名、事務員 4 名、生活援助(介護助手):4 名、施設長:1 名

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 生活相談員と介護支援専門員を兼務している。
- 所持している資格等は、介護福祉士、介護支援専門員、ユニットリーダー研修修了、安全対策担当者研修修了。

2) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 科学的介護推進体制加算(Ⅱ):令和 3 年 4 月
- 口腔衛生管理加算(Ⅱ):令和 3 年 4 月～(平成 30 年～口腔衛生管理体制算定)
- 個別機能訓練加算(Ⅱ):令和 6 年 4 月～(平成 30 年～個別機能訓練加算算定)
- ADL 維持等加算:(Ⅰ)令和 3 年 5 月～令和 3 年 10 月、令和 4 年 5 月～令和 4 年 9 月、(Ⅱ)令和 4 年 10 月～令和 6 年 4 月、(Ⅰ)令和 6 年 5 月～令和 6 年 9 月、(Ⅱ)令和 6 年 10 月～、(Ⅰ)令和 7 年 4 月～
- 栄養マネジメント強化加算:令和 6 年 4 月～(令和 3 年 4 月～帳票作成)
- 排せつ支援加算(Ⅰ):令和 3 年 4 月～(令和 2 年 4 月～算定)
- 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ):令和 3 年 4 月～(令和 2 年 12 月～算定)
- 自立支援促進加算:令和 3 年 4 月～

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 口腔衛生管理加算:介護支援専門員
- 個別機能訓練加算:機能訓練指導員
- 栄養マネジメント強化加算:管理栄養士
- 排泄支援加算・ADL維持等加算:ユニットリーダー
- 褥瘡マネジメント加算:ユニットリーダー、看護職員
- 自立支援促進加算:看護職員
- 科学的介護推進体制加算:上記全ての職種

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- 評価結果の入力は、評価を行うそれぞれの職種が実施する。
- LIFE への提出は介護支援専門員が取りまとめて実施する。
- 施設全体で 3 月に 1 回の提出タイミングを揃えているため、新規の利用者の場合、タイミングが合わない場合は入所時と施設の提出時期の 2 回提出している。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE 上で提出している。
- LIFE の情報を閲覧することができる端末は各ユニットにある。また、各専門職も所持している。
- LIFE に提出する情報は介護記録ソフト上で閲覧している。
- LIFE の情報は介護支援専門員の端末から出力し、メールやNAS等で各職種へ共有している。
- データの分析は施設長や介護支援専門員が実施している。

3) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- 毎月 LIFE 提出後、介護支援専門員から医師、看護師、社会福祉士、介護職員、機能訓練指導員、管理栄養士に会議の場で共有している。
- 3 か月ごとに実施されるサービス担当者会議において、情報の共有を行っている。サービス担当者会議では、各専門職が Web 会議で参加している。
- 令和 3 年 4 月の LIFE 開始時から Web での開催としている。
- サービス担当者会議の開催にあたって、資料は介護ソフト内で共有する。事前に各専門職が LIFE のアセスメント結果を読み込んでおく。スケジュール調整は介護支援専門員が行い、ユニットリーダーが確実に参加できる日程とする。当日、LIFE 関連の帳票やサービス担当者会議の要点を画面投影しながら会議を進行する。

- 利用者フィードバックは使いにくいいため、主に事業所フィードバックを活用して全体の傾向を確認している。各利用者については、各アセスメント結果を見ている。
- 変化の推移に関しても、事業所の情報を主に見ている。利用者の変化については、そもそも専門職が把握している。このような点についてはサービス担当者会議の中で共有がある。専門職は利用者の状況をリアルタイムで把握しているため、現状と評価はずれないはずであり、LIFEのアセスメント結果をもとに議論するというよりは、現状からLIFEに評価を求める形となる。
- サービス担当者会議は10名ごとに8セット実施している。事前にサービス担当者会議の要点を各専門職がまとめ、全て準備が整った状態で会議に参加している。このため、会議の間では答え合わせをする形となる。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- 加算の算定時から継続して実施。

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- 全国平均値や、都道府県平均値と自施設の比較ができるため、課題解決の材料になる。
- サービス担当者会議では各担当者が必ず発言するため、気になる点や留意点の共有が図れる。
- 個別機能訓練加算(Ⅲ)の一体的計画書を作成する際、各職種のお互いの課題を共有することができる。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- 情報量が多い。入居者が80名のため、科学的介護推進体制加算のみであっても3か月で800帳票作成が必要となる。その他加算分を含めると5000帳票を超える。重複している項目があることも課題である。
- 事業所の情報に加えて利用者の情報を見ようとすると情報量がかなり多くなる。

e. ケアマネジメントにおいて活用している LIFE 情報や、ケアプランの作成・見直しにおいて具体的に使っている指標と反映している箇所

- 施設ケアプラン第1表の総合的な援助の方針や、第2表の生活全般の課題、短期目標、サービス内容を作成する際に参考にしている。
- 生成AIに科学的介護推進体制加算の情報を読み込ませ、サービス内容や課題の返答をもらう。
- そのままケアプランとして使用するのではなく、アイデア出しや抜け漏れを防ぐために使用している。

f. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用し始めた時期・きっかけ

- 令和3年中(下期)に試行的に取り組み始めた。

g. ケアマネジメントのうち、特に LIFE を活用したケアプランの作成・見直しにおいて LIFE 情報を活用する際に、本人の希望する内容との擦り合わせをどのように行っているか

- LIFE のデータと本人の希望に関する情報、本人の希望として興味・関心チェックシートの情報を生成 AI に読み込ませ、課題やケアの内容を提案させている（※個人情報の取扱いには配慮したうえで AI を活用している）。
- この他のアセスメント結果を生成 AI に読み込ませても、提案の内容は大きく変化しなかった。多くの情報を読み込ませることによって、返答の量も多くなる。
- 前回と今回のデータを読み込ませることで変化が分かるため、生成 AI からの返答もよりよくなる。生成 AI のメリットは課題を漏れなく抽出することである。この中から専門職が優先度の高低を判断し、ケアプランに反映する。この課題に対するサービス内容については、本人の興味や希望を反映して、実際のサービス内容を決定する。こうすることで、本人が望まないケアを回避し、本人に適するケアプランとしている。

h. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用する際に、効率的に有用な情報を選定し活用するために工夫している点

- 「科学的介護推進体制加算の情報を優先して確認し、特に課題のあるものはその他加算の帳票で確認している。

i. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用することによる利点

- ケアプランを軸として、全ての帳票との整合性をもたせることで、PDCA サイクルを回しながら活用できている。
- ケアマネジメントサイクルと LIFE の提出サイクルを同期させることが重要である。褥瘡マネジメント加算等については、一部計画書の情報が LIFE の帳票に含まれているため、マスタープランとの乖離が起きないようにしている。このため、ケアプランの更新タイミングは 3 か月に 1 回としている。
- ケアマネジメントサイクルと LIFE の提出サイクルの同期について、ケアマネジメントサイクルを LIFE のサイクルに寄せていく。長期目標を 3 か月、短期目標を 1 か月に合わせている。令和 6 年度より提出の猶予期間ができたため、この期間を有効的に活用してサイクルを同期させている。
- LIFE 情報に活用に関して、現状とのタイムラグが問題となることがある。しかし、フィードバックの提供がどんなに早かったとしても、利用者の状態変化が 1 日で起こることもあるため、必ずしも現状を表すものではなく、短ければ正確に反映されるというわけでもない。このため、専門職が普段から見ていることが重要である。また、利用者フィードバックは経過を追うことができるため、中長期的な推移を確認する。現状を把握するためには、専門職に直接確認することが最も早い。
- フィードバックの活用において、意識的に確認している点は具体的にはなく、「何故このような結果になっているのか」と興味がある部分や矛盾している部分について、専門職に確認する。

どこ着目するかについて正解はなく、多くの職員がフィードバックを見ることによって気づきが増えると考え。「フィードバックを活用しなければならない」という考えに縛られて、実は中身が見られていないのではないか。

j. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおける課題や、活用しづらい LIFE 情報や、具体的な指標・項目

- 各帳票で重複した内容があるが、それぞれの内容の整合をとるために確認作業が必要になることがある。
- 利用者の意欲の評価について、栄養マネジメント強化加算は食事の意欲について評価しているが、LIFE の項目では生活全般への意欲は捉えられない。

k. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- LIFE における評価項目の総数が多いため、課題を漏れなく抽出し、ケアの最適化のヒントにつながるようなツールなどがあるとよい。

4) その他

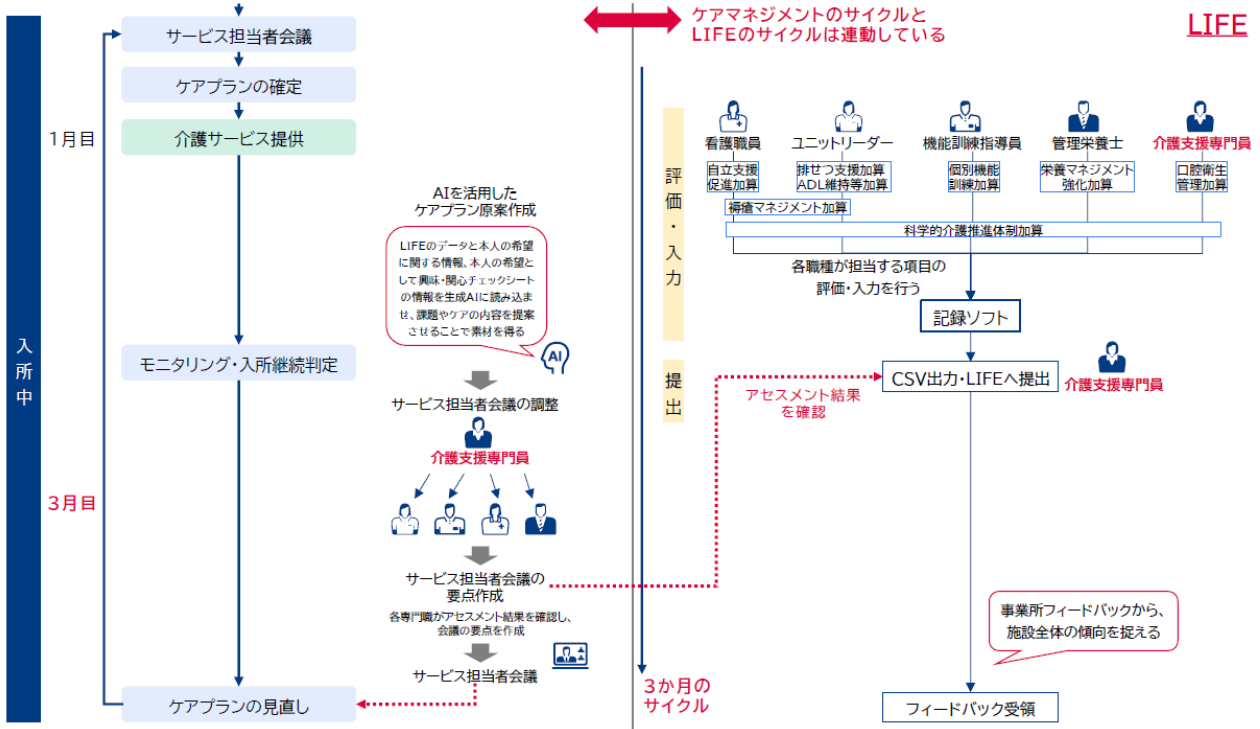
a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- 家族への説明に活用している。同意を都度得ているため、そのような場で LIFE のデータを見て傾向を説明している。
- LIFE 関連加算を全て算定しているため、全てについて言及する必要があるが、時間がかかってしまう。このため、概要をお伝えしている。
- 事業所フィードバックについては、毎年度の直近のデータを事業報告書に掲載することで、施設のサービスの質を提示している。

5) 活用のフロー図

施設 A のフロー図は以下のとおり。

図表 3-6 施設 A のフロー図



施設 B (介護老人福祉施設)

6) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 介護老人福祉施設

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:50 名
- 医師:1 名、相談員:1 名、看護職員:5 名、介護職員:19 名、管理栄養士:1 名、機能訓練指導員:1 名、介護支援専門員:1 名

※相談員と介護支援専門員は同一の方になる

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 相談員と兼務、他に持っている資格は介護福祉士

7) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 科学的介護推進体制加算(Ⅱ):令和 5 年 1 月～
- 栄養マネジメント強化加算:令和 5 年 1 月～
- 口腔衛生管理加算(Ⅱ):令和 6 年 9 月～
- 排せつ支援加算(Ⅰ):令和 6 年 4 月～

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 介護支援専門員を中心に医師、看護師、社会福祉士(施設長)、介護職員、機能訓練指導員、管理栄養士が評価。
- 介護支援専門員は科学的介護推進体制加算の項目の評価を実施することが多い。

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- 新規入所者、月の退所者、入院して当月中に 30 日以上経過した入所者、30 日以上入院して当月に退院した入所者以外は 3 か月に 1 回提出している。
- 介護記録ソフトには各職種が入力し、介護支援専門員がそれらを取りまとめて LIFE へ提出する。

- 入退所の繰り返しが多く、毎月何らかの LIFE へのデータ提出が発生している。
- 入力の一部、看護師 介護職員 管理栄養士が行う。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE 上で提出している。
- 提出した情報は適宜、介護記録ソフトで各職員が確認することができる。
- LIFE へアクセスできる端末は 1 台としている。
- 基本的に活用している情報は介護記録ソフトに入力している情報。

8) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- 毎月 LIFE 提出後、介護支援専門員から医師、看護師、社会福祉士、介護職員、機能訓練指導員 管理栄養士に会議の場で共有している。
- 上記会議は毎月実施しており、利用者やご家族も参加している。
- 共有方法としては、介護支援専門員が、直近のアセスメント情報に加え、当施設の状態をご家族向けに説明するために事業所フィードバックを確認している。利用者フィードバックも利用者の ADL 合計得点等の項目を中心に確認し、多職種カンファレンスの前に予め介護支援専門員がフィードバックを分析し、介護記録ソフトに考察内容を文書で記入している。
- LIFE へのデータ提出はケアプランの更新月に合わせている。
- ケアプランの更新は、何もなければ半年に 1 回。しかしながら、半年の間に何かしらの状態変化があれば、ケアプランの更新や多職種カンファレンスを実施している。
- ケアプランの更新タイミングは、介護記録ソフトで管理している。更新の2ヶ月ほど前にカンファレンスの対象者を確認し、介護支援専門員から各職員への評価の依頼、ご家族との日程調整等を実施する。
- カンファレンスは月の後半に実施するため、それまでにある最新の情報を参照している。フィードバックが最新の情報とならない点については、困っているとは感じていない。
- 慣れるまでは大変だったが、今はそれほど負担ではない。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- 算定時より手探りであったが、フィードバックから事業所の状況を把握して報告している。

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- 自施設の状況が数値で把握することができる。

- 数値で取組の成果がわかることから、職員のモチベーションアップにも繋がっている。一例として、当施設は重度の利用者が多いが、ADL が全国と比較すると維持できていると評価されているため、職員のモチベーションアップにつながっている。
- 取組み必要対象者の把握が行いやすい。毎月 70 名全員を同じように重点的にケアを行うことは難しいため、LIFE の指標を基に、職員の会議で毎月重点的に介入する対象者を決めている。
- 今まで、状態変化があった方を対象にする際の判断基準が明確ではなかった。ADL や認知機能の低下がみられた方をフィードバックで確認して選定できるようになり、根拠が明確になった。
- 重点的に介入する利用者を決めるのは、多職種のカンファレンスのとは別の会議であり、月に1回開催している。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- 令和 3 年度版の Excel でのフィードバックの方が整理しやすく苦にならなかったが、現在のフィードバックについては、整理・分析の結果が「これでいいのか」と不安になる。
- フィードバックについて、Excel での提供であったために使いやすかったということではなく、グラフの見せ方が以前の方が分かりやすかった。
- 約3か月ごとにデータ提出しているが、施設の状況が前回提出時と比較してどのように変化したかを表示されるともっと使いやすい。今は、電卓を片手に2つのフィードバックを見比べて変化を確認している。

e. ケアマネジメントにおいて活用している LIFE 情報や、ケアプランの作成・見直しにおいて具体的に使っている指標と反映している箇所

- 利用者の ADL 合計点や生活・認知機能尺度といった科学的介護推進体制加算の利用者フィードバックを活用している。
- ・多職種の評価⇒介護支援専門員がデータ提出⇒フィードバックを含めて最新の情報を分析⇒多職種会議で共有⇒ケアプランの見直しの流れである。

f. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用し始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から継続している。

g. ケアマネジメントのうち、特に LIFE を活用したケアプランの作成・見直しにおいて LIFE 情報を活用する際に、本人の希望する内容との擦り合わせをどのように行っているか

- カンファレンスにて、LIFE の情報を本人、家族に説明した上で、希望を聞き取り、ケアプランを作成している。
- 多職種でのカンファレンスに利用者及び家族にも参加いただく。会議の場で、数値での説明があるととても分かりやすいのでご家族からは大変好評である。

h. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用する際に、効率的に有用な情報を選定し活用するために工夫している点

- 「科学的介護推進体制加算」を優先的に確認している。
- 栄養マネジメント強化加算の情報も見ることが多い。

i. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用することによる利点

- データに基づいて計画を作成できる。

j. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおける課題や、活用しづらい LIFE 情報や、具体的な指標・項目

- LIFE 情報の特定の項目をケアプランに直接反映させることはなかなか難しい。
- 状態の低下が少しでもあった方に対する生活の質の向上を目指したケアに力を入れており、今までも取り組んでいたことではあるが、LIFE のフィードバックをもとに対象者を選ぶようにした。ここ 2 ヶ月程で取り組んでおり、今後もこの取組を継続し、ケアプランの内容に反映できるようになったら報告させてもらえれば嬉しい。

k. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- ケアプランへの反映に重点を当てた手引きや事例があると参考にできる。

9) その他

a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- 外部への情報発信にも活用することができる。(学会発表でケアの効果を裏付けるデータとして、事業所フィードバックのデータを使用)
- 入所相談に来た方へ、自施設の状況や取組の効果を説明するときに使いやすい。
- 入所検討委員会(3 か月に 1 回開催。民生委員等が参加)の際にも、施設の状況について、LIFE を活用する前は「状態の重い方が多い」といった内容しか言うことができなかったが、LIFE の情報を活用することで、詳細に事業所情報を外部向けに発信できるようになった。民生委員等も施設の情報が分かりやすくて良いと好評である。

b. LIFE 情報をケアマネジメントに活用することについて、気づきやご意見等

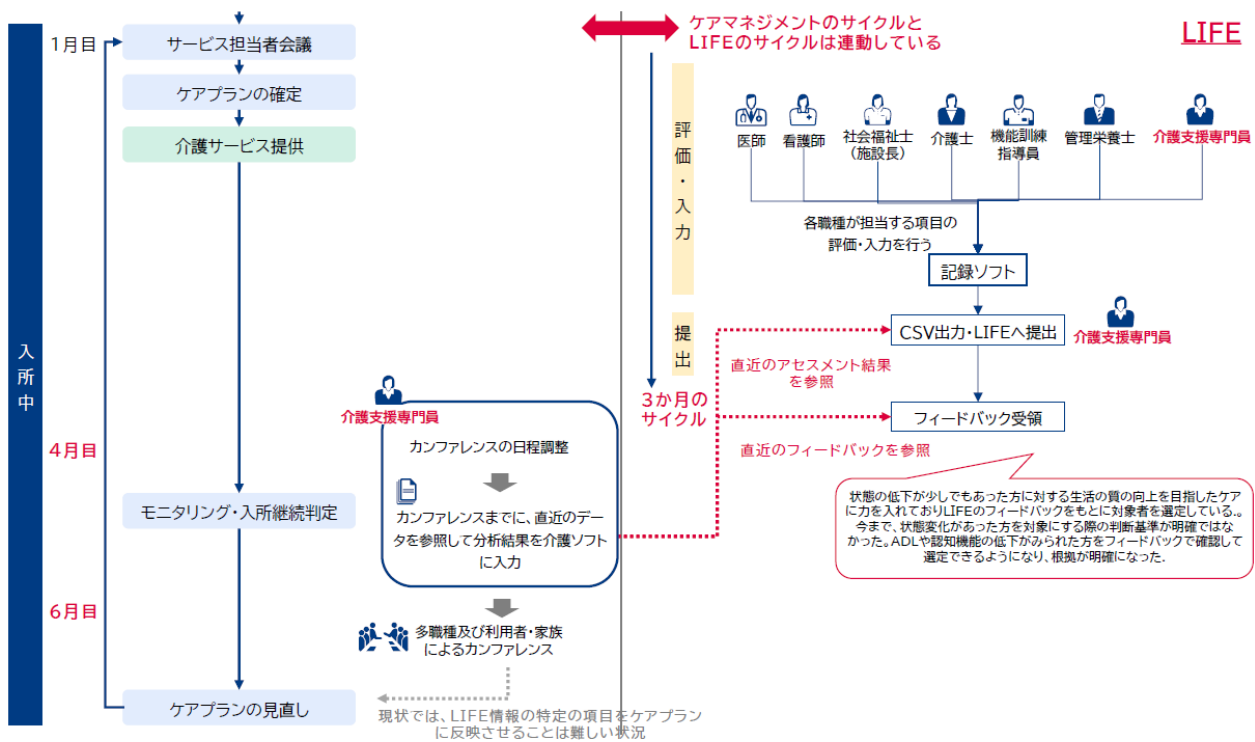
- 利用者フィードバック活用時、利用者 ID での検索が行いにくいいため手間を要している。
- 併設の通所介護では LIFE 情報の活用が難しいが、いずれ、フィードバックを確認してサービス担当者会議や介護支援専門員への報告などに使用できるとよい。もう一つのショートステイでは LIFE は導入していない。

- 介護支援専門員が通所介護の提出分のデータも一通り確認している。
- 通所介護の場合、外部の介護支援専門員へ LIFE の情報を共有する際には、事業所フィードバックも利用者フィードバックも特養と同様に評価・活用できると思う。全国の通所介護と比べてどのような特徴があるか、その中でどのような取組をして、該当する利用者様はどのような状態にあるか、変化があったかを説明することができる。

10) 活用のフロー図

施設 B のフロー図は以下のとおり。

図表 3-7 施設 B のフロー図



(2) 施設 C (介護老人保健施設サービス)

1) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 介護老人保健施設サービス
- 通所リハビリテーションの事業所でも LIFE 関連加算は算定している。

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:80 名
- 医師:3 名、介護支援専門員:1 名、看護師:5 名、准看護師:6 名、介護福祉士:20 名、介護職員:7 名、介護助手:7 名、支援相談員:3 名(介護支援専門員と兼務)、リハ専門職:13 名 ※6 名は通所リハビリテーションと兼務、管理栄養士:2 名、歯科衛生士:2 名、事務員:12 名

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 支援相談員と兼務。
- 当施設で看護師の経験がある(現在、看護介護部長を兼務)

2) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 科学的介護推進体制加算(Ⅱ):令和 3 年 4 月～
- 自立支援促進加算:令和 3 年 4 月～
- 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(Ⅱ):令和 3 年 4 月～
- 排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ):令和 3 年 4 月～
- リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)(Ⅱ):令和 3 年 4 月～
- 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ):令和 3 年 4 月～
- 栄養マネジメント強化加算:令和 3 年 4 月～
- かかりつけ医連携薬剤調整加算:令和 3 年 4 月～
- 口腔衛生管理加算(Ⅱ):令和 5 年 6 月～

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 医師、介護支援専門員
- 支援相談員

- 看護職員
- 介護職員・リハ専門職・管理栄養士・歯科衛生士

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- [頻度]入所日または入所月を基準に3か月ごとに提出しており、利用者の状態に変化があった場合は3か月未満でも再作成を行う。
- [入力]各職種が分担して該当月の書類を作成し、翌月5日までに完成させる。
- [提出]LIFE 取りまとめ担当者が、毎月 6～10 日の間に介護記録ソフト上で内容を確認・修正し、LIFE へ提出している。
- 科学的介護推進体制加算は様々な職種が項目ごとに分担して入力している。それ以外の加算は、リハビリ関係はリハビリテーション専門職、褥瘡、排泄は看護職といったように、加算ごとに分担している。分担について、初めは合っていそうな職種で分担し、運用しながら調整した。
- 帳票作成のための評価のタイミングは、各職種が各自のタイミングでアセスメントを実施し、適宜情報を更新している。排泄や褥瘡に関する変更が多いが、何か気づいたらその都度スタッフが情報を更新している。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE 上で提出している。
- LIFE の情報は、電子カルテ専用パソコンを除く全てのパソコンで閲覧可能な環境を整備している。
- LIFE の様式情報は介護記録ソフト上で閲覧することが多い。ケアカルテを使用しており、加算ごとの様式がソフト内にある。

3) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- 介護支援専門員は、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、自立支援促進加算の作成に携わっている。
- LIFE 関連加算の書類をそのまま使用しているわけではないが、週1回実施している会議(以下、評価会議)において、医師／介護支援専門員／支援相談員／看護師／リハビリテーション専門職が利用者の ADL 状況／生活リハ／今後の方針について情報と意見を交換し、支援内容を検討している。会議後には、内容を全体に共有している。
- 介護支援専門員は、科学的介護推進体制加算は内服の状況、認知症等。褥瘡マネジメント加算と排せつ支援加算は全項目、自立支援促進加算は ADL 等に関わっている。

- 評価会議について週ごとに予め話し合う対象の利用者を決めており、順に話し合っていく。週に15名程度で、全体1時間程度で実施している。
- 会議後の情報共有は、介護ソフト上で文書として共有することもある。また、リハビリに関する情報はリハビリテーション専門職が朝礼・終礼で共有することもある。
- フィードバックの確認については、ブラウザ上でフィードバックの確認が可能となって以降は、加算担当者がそれぞれで随時確認を行っている。加えて、LIFE 取りまとめ担当者が1年に1回程度、フィードバック内容を分析し、各部門の責任者へ回覧している。
- 分析にあたり、特に活用している情報は無く、LIFE のフィードバックを見て参考にしている。
- フィードバックを閲覧するための環境として、見ようと思えば誰でも、各自の PC で閲覧できるようになっている。実際には業務多忙のため各自が PC 上で確認することは難しく、紙で印刷したものを回覧している。また、施設内のシステムエンジニアにも分析してもらっている。
- 1年に1回程度の分析はリハ部長が担当。事業所フィードバックを AI に読み込ませて分析している。前回の分のフィードバックを読み込ませて、前回と今回を比較しての変化を AI に返答させており、AI の返答を取りまとめて施設内で共有している。なお、利用者フィードバックは量が多いので使用していない。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から継続している。
- 後段のケアマネジメントと同様に、加算が新設される前からあった動きに、加算開始後に共有情報として LIFE が追加された。

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- 各職種が保有する情報を、作成者にかかわらず共通の項目で把握できるため、多職種間での情報共有が円滑になる。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- 選択式以外の自由記述項目では、作成者の経験や理解度によって情報の量や内容にばらつきが生じる。
- 自由記述の内容も、できるだけ介護記録ソフトを経由して共有している。

e. ケアマネジメントにおいて活用している LIFE 情報や、ケアプランの作成・見直しにおいて具体的に使っている指標と反映している箇所

- ADL 全般や医学的管理に関する項目を活用することが多い。
- ケアプランの作成や見直しに際しては、ADL の維持／向上、医学的管理に関する所見を参考にし、目標や支援内容の検討に反映している。
- 科学的介護推進体制加算も見ているが、利用者の状態に応じて必要な情報を見ている。

- ケアプランの更新と LIFE の評価・提出のタイミングについて、抜けが無いよう、タイミングは一致させるようにしている。
- ケアプランの更新と LIFE に提出する情報のアセスメントは、入所日を基準に、3か月後の同日を基準にアセスメントを実施し、ケアプラン更新もするようにしている。
- 活用している情報は、フィードバックというよりも、アセスメント時のデータをケアプランに反映している。フィードバックが返ってきた際の全国値との比較等はケアプランに反映していない。
- 個人の中での経時変化は見ている。
- 利用者一人一人様々のため、異なる項目を確認している。

f. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用し始めた時期・きっかけ

- 加算が新設される以前から、評価会議を定期的で開催し、多職種による情報共有と意見交換を通じて、ケアマネジメントの検討を継続してきた。

g. ケアマネジメントのうち、特に LIFE を活用したケアプランの作成・見直しにおいて LIFE 情報を活用する際に、本人の希望する内容との擦り合わせをどのように行っているか

- 支援相談員やリハ専門職など、本人と関わる機会の多い職種を中心に希望を聞き取り、その内容をもとに評価会議やケアカンファレンスで協議のうえ、支援内容を作成している。

h. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用する際に、効率的に有用な情報を選定し活用するために工夫している点

- 以前から評価会議やケアカンファレンスを継続的に開催しているため、各職種が保有する情報の内容を概ね把握しており、各職種が作成したデータを相互に確認するようにしている。
- 利用者に変化があった際には、常に介護記録ソフト上で最新の情報に更新している。
- 多職種で議論する際に着目している情報として、在宅期に向けたケアの方針がある場合は、自宅復帰後に必要な項目(食事・排泄)を優先的に見て検討すると思う。

i. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用することによる利点

- LIFE に基づくデータを活用することで、主観的な判断に依存しすぎることなく、支援内容の根拠が明確になり、ケアマネジメントの質が向上する。

j. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおける課題や、活用しづらい LIFE 情報や、具体的な指標・項目

- フィードバックデータを確認する際、着目すべきポイントが分からず、データを見るだけで終わってしまうことがある。どこがというよりも、並べられたデータを見てどう次につなげれば良いか分からない。
- 施設全体の平均値の変化は、対象者の入退所や状態の変動によって影響を受けるため、ケア

マネジメントにおいては、あくまで参考値として捉えている。

k. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- 分析に不慣れな職員であっても、フィードバックデータの見方や活用ポイントを共有しやすくできれば、支援内容の振り返りや改善に役立てられるのではないかと。
- ケアマネジメントへの活用についても、データの見方、活用ポイントのような資料があれば良い。

4) その他

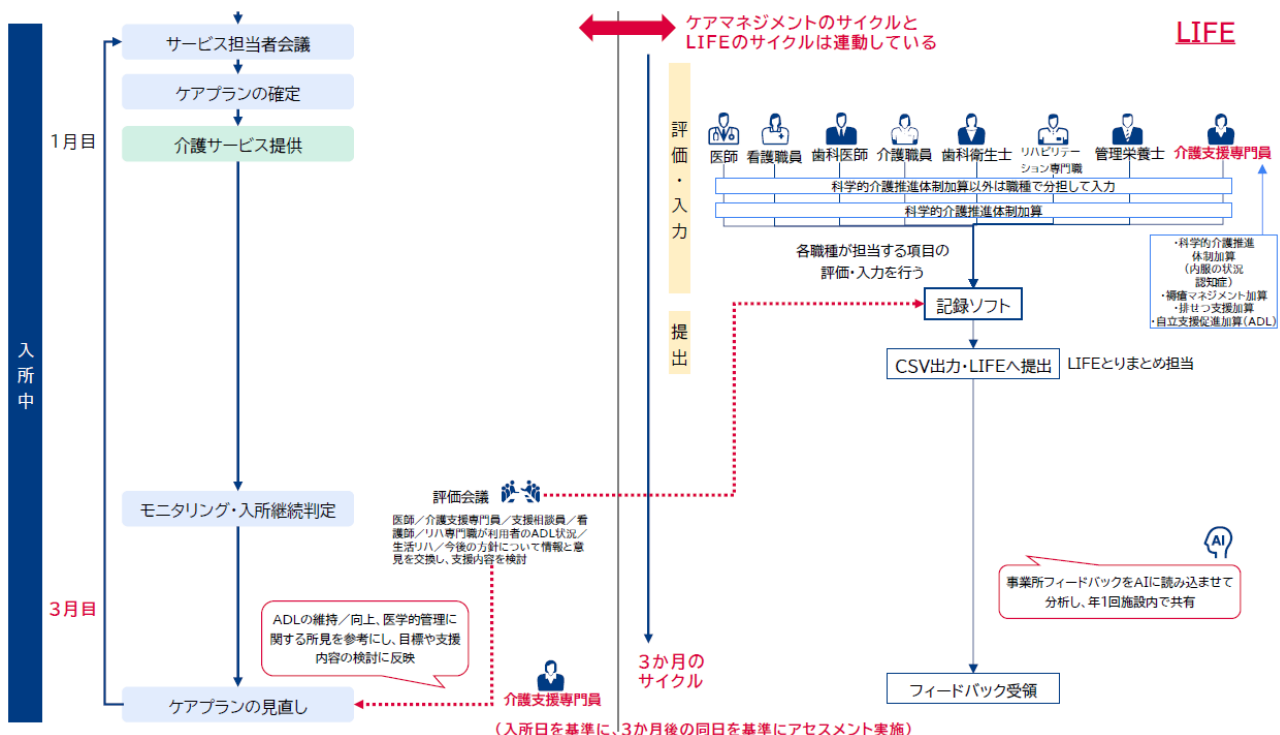
a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- 本人や家族への説明において、支援内容の根拠として LIFE 情報を活用することがある。
- ケアプラン更新の際には必ず LIFE 情報を確認し、家族にも説明している。その他の場合は適宜実施している。
- ご家族に対しフィードバックの解説はしていないが、内容を解釈して説明している。

5) 活用のフロー図

施設 C のフロー図は以下のとおり。

図表 3-8 施設 C のフロー図



(3) 施設 D (介護老人保健施設)

1) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 介護老人保健施設
- 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを併設

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:100 名
- 医師:1 名、看護職員:13 名、介護職員:28 名(通所リハビリテーションを含めると 39 名)、支援相談員:4 名、理学療法士:5 名、作業療法士:4 名、言語聴覚士:1 名、管理栄養士:3 名、介護支援専門員:2 名(兼務)、歯科衛生士:1 名

※併設の通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションとの兼務あり

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 支援相談員と兼務
- その他の資格(1 人目):社会福祉士、精神保健福祉士、主任介護支援専門員
- その他の資格(2 人目):介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、認知症ケア専門士

2) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)
- 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)
- 栄養マネジメント強化加算
- リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)
- 自立支援促進加算
- 排せつ支援加算
- 褥瘡支援加算
- かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)
- いずれの加算も、加算設置当初から算定している。

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 項目ごとに分担して評価している。

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE 上で提出している。毎月 10 日までに 1 回実施している。
- LIFE に提出するための入力や、LIFE への手入力はしておらず、予め加算算定に必要な項目を入力しておけば、レセプト作成時にあわせてデータ提出を実施している。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- LIFE 情報は基本的に介護記録ソフト上で閲覧でき、各フロアで閲覧できる環境を整備している。
- LIFE のアイコンも各フロアの端末に設定済みのため、各フロアで観たいときに閲覧可能。

3) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- モニタリングやカンファレンスの場で情報を吸い上げ、介護記録ソフト上でも確認をしている。
- カンファレンスは 3 か月に 1 回、モニタリングは月に 1 回実施している。
- 各職種が作成した計画書をもとに、カンファレンスやモニタリングで使用する様式を作成している。
- モニタリング・カンファレンスで使用している様式について、施設で作成した Excel でのアセスメントシートを使用している。第 1 表の本人・家族の意向欄の内容、介護支援専門員が作成している長期目標と短期目標、各課が作成している計画書の目標を入力し、その横にカンファレンスで評価した内容を記載している。これらを基にした検討結果をケアプランの見直しに活用し、アセスメントシートの一番下にある「検討結果」の欄に記載している。この様式と併せて、介護記録ソフトの情報も確認している。
- 1 週間の中でモニタリングを実施する人数は 25 名程度、多いときは 30 名程度である。1 月に 100 名実施する。(25 名×4 週)1 回のモニタリングで 1 時間程度かけている。
- 利用者の状態評価のタイミング、及び、評価内容をカンファレンス・モニタリングの場へ共有する運用について、毎週、その週にカンファレンスを実施する利用者に関する評価をその週のうちに実施している。モニタリングは、日々の様子を見ている中で変化があれば都度介護記録ソフトに入力している。LIFE に関する情報の全てを毎週評価しているわけではない。
- 毎月データ提出をしているが、場合によっては前の月と同じデータになっていることもある。
- 前回のカンファレンス以降のモニタリングで変化があれば、その都度介護記録ソフトに入力して

いる。カンファレンスに向けては各職種が計画を立てて、目標などを共有する。

- モニタリングは月に 1 回、カンファレンスは 3 か月に 1 回であるため、両者が重なるタイミングでケアプランを更新している。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から継続

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- 多職種から情報を収集するきっかけになる。
- 利用者の状態変化に気づききっかけになる。
- カンファレンスの際、各職種が記入している情報に前回と差があるかどうかを共有でき、介護支援専門員だけでは把握しきれない情報を各職種が提供してくれているように感じている。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- 情報量が多いが、見たい情報だけを見ると、目標達成のために必要な情報に気づけないこともあるかもしれない。
- 評価者による評価基準の違いがあり、評価結果の妥当性に課題がある。カンファレンスの実施日を見据えて、2 週間前の評価を使用している職員や、カンファレンス直前で評価している職員がいる。そのため、Barthel Index、褥瘡、排泄については、評価時期の差異によって結果が変わってしまう可能性がある。LIFE の項目に関してはマニュアル整備には至っていない。
- アセスメント結果の活用ではなく、フィードバックを活用できれば良いが、そこまでには至っていない。事業所FBで事業所の傾向を見る程度あるが、利用者個別のケアプランには活かされてはいる。

e. ケアマネジメントにおいて活用している LIFE 情報や、ケアプランの作成・見直しにおいて具体的に使っている指標と反映している箇所

- カンファレンスで挙がってきた情報で、ケアプランの第 1 表や第 2 表の修正を図ることができる。具体的には、自立支援促進計画の日常の過ごし方や基本動作の内容を修正することがある。褥瘡や排泄の計画で、褥瘡の治り具合や悪化の程度、排泄の自立の程度を記入する際の情報として活用している。

f. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用し始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から継続的に実施している。

g. ケアマネジメントのうち、特に LIFE を活用したケアプランの作成・見直しにおいて LIFE 情報を活用する際に、本人の希望する内容との擦り合わせをどのように行っているか

- カンファレンスやモニタリングの際、e.で挙げたような自立支援、褥瘡、排泄といった項目の内容を確認し、それに加えて利用者本人・家族の希望を聞き取っている。

h. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用する際に、効率的に有用な情報を選定し活用するために工夫している点

- カンファレンスやモニタリングの際に各課で評価した情報を、介護支援専門員がうまく活用していると思う。ケアマネジメントの流れの中に LIFE の情報を取り入れることができている。
- LIFE の含めたすべての情報を介護支援専門員が網羅することは難しい。その点を各専門職との連携で補うことができるようになった。
- 効率に関しては、アセスメントを毎回すると時間がかかる。アセスメントを1人で実施することは難しいが、LIFE に提出する情報は各専門職が分担して評価・分析しているため、介護支援専門員としてそれらの情報を有効活用することが重要だと感じている。介護支援専門員が見られない部分を各専門職の観点で補うことができる点が LIFE を通じて得られるメリットだと感じている。
- LIFE が無いときとある時を比較すると、ある時の方が、項目が整備されており、一定の情報量を集約してあるため、各介護支援専門員による評価材料として有用と感じている。

i. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用することによる利点

- 介護支援専門員が見たい情報のみを見てしまいがちなため、他職種が提供してくれる情報があることによって、それまでに気付けなかった目標達成に必要な内容が含まれていることもある。

j. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおける課題や、活用しづらい LIFE 情報や、具体的な指標・項目

- ADL はリハビリの計画書等の作成上便利ではあるが、実際のケアに落とし込む際には個別の事情に合わせる必要がある。当施設では FIM を使用している。FIM は細かく段階分けして評価できるため、Barthel Index は物足りないように感じる。一方、情報が細かすぎることによる手間を考慮すると、判断は難しいのだろうと思う。
- フィードバックを個別のケアプランに活かすことが難しい。平均を見た際、施設として注力する点を見つける等はできるが、ケアプランの個別の内容に落とし込もうとすると活用しにくい。

k. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- 現在のフィードバックでは全国平均との比較をしている内容が多いが、より個別対応に落とし込むならば、経時変化を見やすい形になるとよい。
- 今後に向けては、AI を活用して課題点を見つけるツールがあると活用しやすいと感じる。ケア

プランの第 1 表の総合的な援助の方針や第2表の短期目標・長期目標、サービス計画の作成に活用できるだろう。

4) その他

a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- 全国平均のみの掲載なので、利用者個別に対する説明には使えたらいいと思うが、活用の仕方や成功例を共有してもらえるとありがたい。

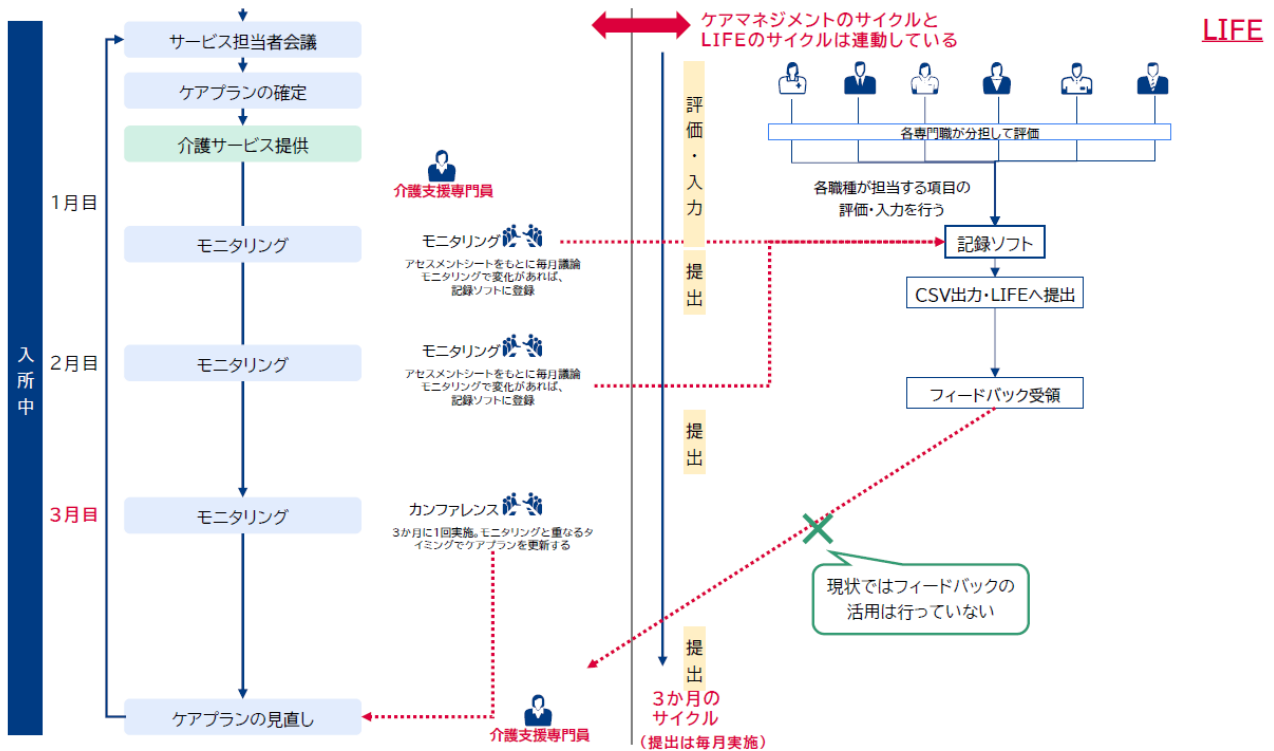
b. LIFE 情報をケアマネジメントに活用することについて、気づきやご意見等

- —

5) 活用のフロー図

施設 D のフロー図は以下のとおり。

図表 3-9 施設 D のフロー図



(4) 施設 E (介護老人保健施設)

1) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 介護老人保健施設、介護(予防)短期入所療養介護、介護(予防)通所リハビリ、介護(予防)訪問リハビリ
- LIFE 加算算定しているサービス:介護老人保健施設・介護(予防)通所リハビリ)

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:100 名
- 入所者:90 名(12/5 時点)
- 登録者数 短期:10 名、通所リハビリテーション:30 名、予防通所リハビリテーション:8 名、訪問リハビリテーション:2 名
- 職員数 常勤医師:1名、看護師:10 名、介護職員:24 名(うち介護福祉士:22 名)、リハビリテーション専門職:7 名、管理栄養士:2 名、介護支援専門員:2 名、支援相談員:3 名、薬剤師:1 名、事務:5 名、調理師:9 名

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 介護支援専門員(1 人目):相談員と兼務しており、介護福祉士の資格を有している。施設開設当初から施設運営全般に関わっている。
- 介護支援専門員(2人目):介護福祉士、社会福祉士の資格を有している。
- 配置基準上は 2 名であるが、兼務2名、専任:1名在籍している。

2) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 科学的介護推進体制加算(Ⅱ):令和 3 年 6 月～
- 栄養マネジメント強化加算:令和 3 年 6 月～
- リハビリマネジメント計画書加算(Ⅱ):令和 6 年 4 月～
- 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ):令和 3 年 10 月～
- 排せつ支援加算(Ⅰ):令和 3 年 10 月～
- 自立支援促進加算:令和 3 年 12 月～
- 口腔衛生管理加算(Ⅱ):令和 7 年 4 月～ (歯科衛生士を非常勤で採用したため新規取得開始)

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 看護師、介護職員、リハビリテーション専門職、管理栄養士、介護支援専門員、支援相談員
- それぞれの職種の役割分担があるため、評価、データの確認をしている。
- 上記のような多職種がカンファレンスを通じて情報共有を行っている。

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- 入所時と入所から3か月ごと、退所時に入力。入力は委員会ごとに担当を決めている。毎月 25 日頃請求事務が入力を確認、月初に請求事務が取りまとめて提出をしている。
- 科学的介護推進体制加算の認知症に関する項目は認知症チーム、褥瘡に関する項目は褥瘡チームが担当する等、項目ごとに専門職で分担している。
- 委員会という形で、各職種がチームとして役割をもって対応している体制を整えている。
- 評価とケアプラン見直しのタイミングは連動している。3 か月単位で利用者を3グループに分けている。
- 評価は継続判定会の 10 日前(ケアプラン開始から 2 月目の終わり)までに評価を行い、ケアプランとのズレがないように、必ず 3 か月目の前には全部の計画書の評価、入力と確認作業が全部行っているようにスケジュールを組み立てている。評価を実施した後に継続判定会を実施し、同月中に新しいケアプランを作成している。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE 上で提出している。
- フィードバックは LIFE を閲覧できる端末を各フロアに用意している。主に事務室にあるデスクトップにて閲覧している。
- 介護記録ソフト上の情報はそれぞれの端末から閲覧可能である。

3) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- 3か月ごとの継続判定会にて、看護・介護・リハビリテーション専門職・栄養・ケアマネ・相談員・リスクマネージャーから共有される。
- ケアプラン更新月の 1 日までに、LIFE 推進委員会の分析結果を踏まえて褥瘡、排泄、認知症チームが利用者の状態について評価し、全老健版ケアマネジメント方式R4システム(以下:R4システム)の A-3 表(生活機能(ICF アセスメント))に入力する。
- 3か月に 1 度の継続判定会議で、上記の A-3 表の情報を共有する。参加職種は介護・看護・

リハビリテーション専門職・管理栄養士・介護支援専門員・相談員。

- 介護支援専門員がキーマンとなり、施設運営にも関わり、どの会議にも参加している。
- 毎月自施設のサービスの評価として、弱みや強みを多職種で検討する会議(LIFE 推進委員会)を実施している。この会議は、サービスの質にこだわりを持つという意味で個別支援サービスや施設全体の行事等を検討する場であり、この中で LIFE の事業所フィードバックについても取り扱う。介護支援専門員を含む全専門職の代表が集まる。議事録を残し、全職種が確認できるようにしている。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- フィードバックの検討会にて職員が実際に行っていることと結果があっていないことに疑問を持ち原因を探ったところデータが個人の主観で行われていた。それを改善するために検討を行ったことがきっかけである。
- 個々が意見を出しやすいようにカンファレンスを実施するが、そこで、自施設の改善点を整理するようにしていた。加算算定より前からそのような体制を整備しており、ここに LIFE の情報を追加されたイメージである。

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- 短時間で利用者情報を得ることができる。共通のものさしで評価ができる。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- 個々の評価の違い、判断基準はあるが職員によって正しく認識していない。
- 特に ADL の「一部介助」の評価について、職員によってどの程度の介助が必要であるか判断基準が異なるため、結局は詳細な状況を介護支援専門員より現場へ確認している。
- 自立についても、見守りが必要な場合、近位見守りか遠位見守りかといった部分で判断が難しい。
- カンファレンスの場で、上記に関する確認をしている。また、よりよいケアを提供するために実施すべきことを話し合う等、統一したケアを可能な限りできるように話し合いをしている。

e. ケアマネジメントにおいて活用している LIFE 情報や、ケアプランの作成・見直しにおいて具体的に使っている指標と反映している箇所

- 施設ケアプラン第 1 表の総合的な援助の方針や、第 2 表の短期目標を作成する際に、リハビリテーションマネジメント加算のリハビリテーション計画書の短期目標、排せつ・褥瘡計画書を参考にしている。
- 他にも課題総括表作成状況の事実作成や見直し課題の抽出に科学的介護を参考にしている。歯科衛生士による口腔ケアについても LIFE を活用している。
- 「課題総括状況の事実欄」、「見直し課題の抽出」の作成のために、リハビリテーション計画書や

科学的介護推進情報を参考にしている。

- 計画書を作成した後の評価(モニタリング)も、リハビリテーション計画書や科学的介護推進体制加算のフィードバックを使用している。
- ケアプランの第 1 表の総合的な援助の方針は、各職種が入力している計画を統合して記載している。同じ方向を向いて職員が取組めるような指標となる。短期目標は定期的に見直す。施設ではモニタリングを重要視しており、排泄、褥瘡などの課題解決ができるよう、課題の中心に科学的介護を参考にしている。
- R4 システムの A-3 表の表裏と実施要点を各チームで入力するが、この入力に関しても歯科衛生士が着任したことによって、口腔に関してもより詳細に記載できるようになった。
- R4 システムをフル活用しようとしている。加算によって重複している箇所の入力が 1 回でできるようになった。
- フィードバックデータは過去の結果となるが、これをケアマネジメントに組み込むというよりも、実施してきたケアの結果がフィードバックとして出てくるという認識を持っている。フィードバックが提供された段階では、次のケアプランの目標や計画自体が先に進んでいる。フィードバックを生かしてケアプランを見直す・振り返るのではなく、実施したケアの裏付けを得て、次のケアを検討する素材としている。想定とずれていれば修正をかけ、あっていたらそのままケアを続ける。

f. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用し始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から継続的に実施している。

g. ケアマネジメントのうち、特に LIFE を活用したケアプランの作成・見直しにおいて LIFE 情報を活用する際に、本人の希望する内容との擦り合わせをどのように行っているか

- LIFE の情報を基に本人の希望を収集しケアプランに反映させる、本人の希望を聞き取った上で、該当する LIFE の項目の改善を目標としてケアプランを作成している。
- 目標の達成具合について、リハビリテーション計画書を参考に把握している。目標の達成具合は利用者によって異なるが、そのまま目標に載せられるものもあれば、そうではないものもある。
- LIFE の情報をもとに、本人及び家族の希望を収集して、ケアプランに反映している。
- リハビリの現場で利用者の本心を直接聞くことがあるため、カンファレンスの場で共有している。
- 以前は、介護支援専門員が 1 人でプランを作成することが中心的であったが、多職種が協議した上で総合的な援助方針を踏まえて立案する流れに変更した。利用者や家族の様々な思いや要望があり、将来的に何を目標とするのかといったことを踏まえ、多職種連携したプランニングが当たり前のように現場では意識して動いている。
- 目標の達成具合について、LIFE の数値を用いることで客観的な評価となるため、利用者本人や家族にも説明しやすい情報である。

h. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用する際に、効率的に有用な情報を選定し活用するために工夫している点

- 継続判定会にて多職種ですべての計画書を精査し、その結果をプランに反映させている。その中で、ご自身やご家族の希望が実行可能かどうか検討している。
- 継続判定会は週に 1 回開催している。
- 個別支援計画書に基づいたチームカンファレンスを実施。フロアごと 3 つのチームに分けて毎週火・金開催している。1 人の利用者については 3 か月のスパンでケアプランの見直しを行っている。
- 臨時で調整をして実施することがあるが、様々な書類の同意サインをいただくために書類をファイル管理している(「一元管理」と呼んでいる)が、これをもとに整合性の確認をすることや、不足した部分を追加・変更している。共通認識をその場で持つようなカンファレンスにしている。

i. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用することによる利点

- ケアプランの根拠が明確になる。短期・長期目標の設定に活用している。
- ベースとなる情報が網羅されているため、専門職としての見方が分かりやすくなった。LIFE がなかった時期においては、それぞれの職員が感じている感覚的な会話になっていた。
- LIFE を通して、施設でどのように活用するかが重要であると考えているため、カンファレンスにおいてはデータを基準とすることとしている。

j. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおける課題や、活用しづらい LIFE 情報や、具体的な指標・項目

- 利用者が望む目標と実現に幅がありすぎる。利用者個人が望むケアプランと、評価結果が一致しない。
- 利用者フィードバックについて、現在入所していない利用者の分も表示されるため、施設で選定する必要がある。施設としては振り返りを含めて活用したいと考えていたが、現状ではできていない。老健は入退所の入れ替わりが激しいため、データだけが蓄積されていくイメージがある。既に退所した利用者のデータを提出することに必要性を感じないことがある。
- 個人のデータは既に施設にあるため、フィードバックがなくとも活用ができてしまう。

k. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- 個別支援計画書や R4 システム の A-3 表 の表裏、実施要点を参考にしている。
- 他の施設ではどのような使い方をすれば在宅復帰や機能向上につながるのかわからない施設もあると思慮する。当施設では、カンファレンスにおいて検討し、次に生かすシステムができていくかつ、最終的に目標達成ができていくと感じる。
- 自施設に合った方法で体制づくりをしていくことが重要であると感じる。当施設では、多職種が

連携する方法を模索しながら整えてきたため現状はあまり困っていない。特に個別支援計画書はチームケアで個別性のあるサービスに繋げることができている。

- 当施設で体制を築くことができたのはR4システムを導入してからである。システムを活用するという視点を大切にして体制を整えてきた。また、多職種が共同でケアマネジメントにつながるように動いている。特に、多職種が連携するという意識づけをしている。LIFE はデータが膨大であるため、多職種で評価を教育しあいながら出なければ達成できない。トータルケアマネジメントを意識しており、施設の中では完結できないと教育をしている。資料を作成し、情報を他の事業所と共有することを行っている。

4) その他

a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- 利用者ご家族への説明時、同意を得るとき、退所判定会にて在宅に向けた支援内容の検討時に活用している。

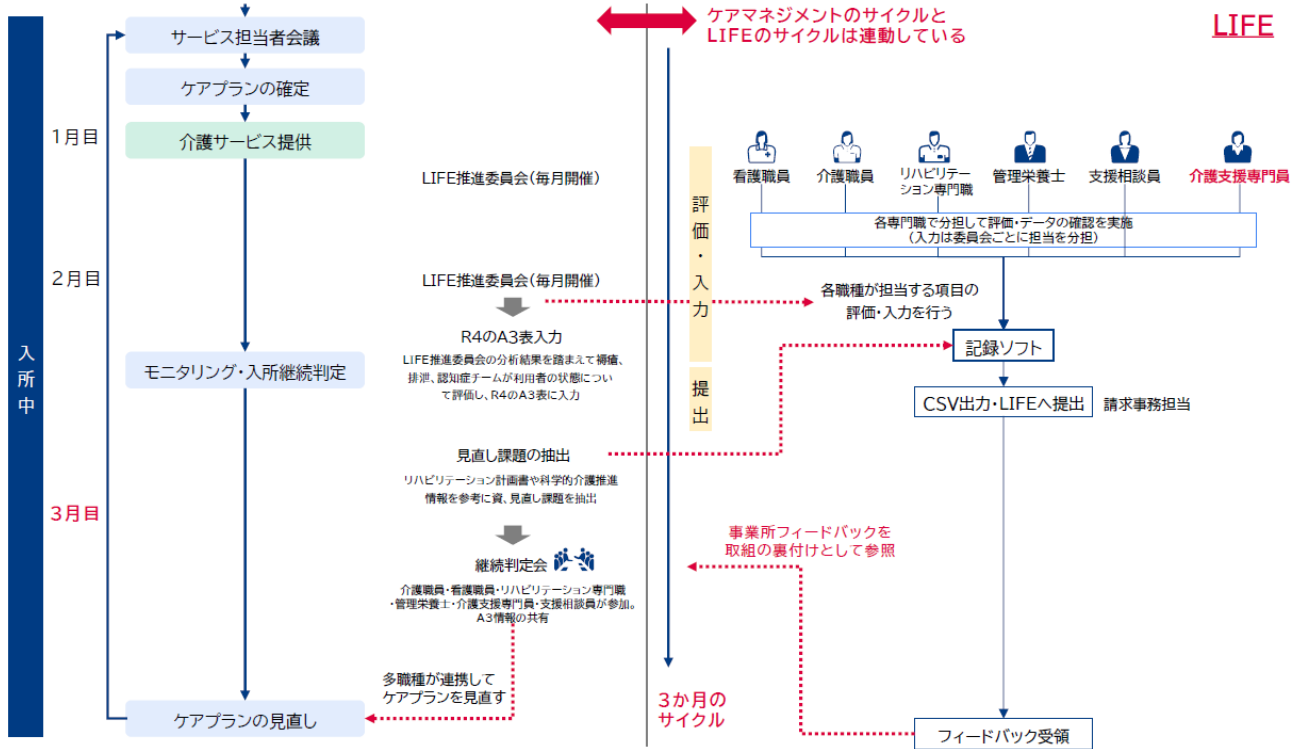
b. LIFE 情報をケアマネジメントに活用することについて、気づきやご意見等

- 現状では1つの施設の中でしかフィードバックの閲覧及び活用ができないが、今後情報を一元化し、外部でも活用する方法のビジョンはあるか。老健では、在宅復帰し、ショートステイを利用するもしくは通所サービスを利用する利用者を見ているため、施設の情報のみを見ているのはもったいないと感じる。在宅復帰すれば状況が変わるため、LIFE のデータも変わると思われる。施設内からその先までの全体を通して、ケアマネジメントにおいて LIFE が活用できるようになるとよい。より一貫性のあるデータとして活用できるようになると思慮する。
- 過去の情報を今登録するという点についてのメリットがどこにあるのか、今後検討が必要となるのではないか。
- 介護支援専門員から見て、ADL の「自立」「一部介助」「全介助」には幅があり、評価者によっても差がある。また、施設によってその基準を定めているか否かも異なると思われる。フィードバックの信頼性にも関わってくると認識しているが、ケアプランを立てるにあたって、一部介助の程度については現場で確認している。選択肢の限界はあろうかと思われるが、評価の指針についてはある程度明示すべきと考える。

5) 活用のフロー図

施設 E のフロー図は以下のとおり。

図表 3-10 施設 E のフロー図



(5) 施設 F (介護老人保健施設)

1) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 介護老人保健施設
- 通所リハビリテーションを併設

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:90 名
- 医師:1 名、看護職員:13 名、介護職員:29 名、相談員:2 名(専任)、理学療法士:3 名、作業療法士:1 名、管理栄養士:1 名、介護支援専門員:2 名

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 1 名専任。他に持っている資格は介護福祉士。
- 1 名非常勤。他に持っている資格は介護福祉士。

2) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 科学的介護推進体制加算(Ⅱ):令和 3 年 4 月～
- 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ):令和 3 年 4 月～
- リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ):令和 3 年 4 月～
- 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ):令和 3 年 4 月～
- 排せつ支援加算(Ⅲ):令和 3 年 4 月～

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 介護記録ソフトの中に提出項目に対応した評価表があり、項目ごとに職種で分担して評価している。
- 介護支援専門員は計画を立てることに注力しているため、項目評価は行っていない。
- 各職種の役割分担について、ケアプラン作成のための計画書作成を職種で分担する体制があった。その分担に LIFE を当てはめた。
- 「宮城県版アセスメントシート151」を使用している。このアセスメントシートについて、LIFE と見ている内容は概ね共通しているが、LIFE は提出するためのもので評価軸も「全介助」「一部介助」等と大まかである。アセスメントシートより詳細に把握している。このアセスメントシートで

の評価内容が LIFE 関連加算の提出情報に係る評価に該当する。

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- 管理栄養士及びリハビリテーション専門職については、アセスメントシートを基に評価した内容を直接介護記録ソフトに入力している。
- ただし、システムへの慣れ(年齢等)の都合で介護職員と看護職員は紙のアセスメントシートに記載してからこれを受け取り、介護支援専門員が介護記録ソフトへ入力している。
- 最終的に LIFE へ情報を提出するのは事務員が実施している。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE 上で提出している。
- 各職種が使用する端末全てにおいて LIFE を利用することができ、フィードバックを閲覧できる。

3) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- 共有のために 2 種類の会議を実施。
- 会議 A
 - 月初めに、大きくケア方針を変える予定の利用者のみに関するフィードバック会議を実施している。本会議ではフィードバックで状態変化を確認し、最新の状態を改めて評価したうえで会議 B に臨む。
 - ケアプランを大きく見直すタイミングは1年に1回であり、介護保険の更新月に合わせている。
 - 会議を実施するタイミングでは最新のフィードバックは利用者の 3 か月前の状態を評価した内容となる。本会議で確認した内容をもとに最新の状態を評価し、プランを作成する。
 - 毎回フィードバックを確認できると良いのは分かっているが負担が大きいため、A の会議の前にフィードバックを見るようにしている。1年に 1 回、ケアプランを大きく見直すタイミングで会議を実施しており、当施設のやり方では 3 か月前のフィードバックとなってしまうが、必ず確認してからケアプランの見直しの会議に参加するようにしている。
- 会議 B
 - 会議に全職種が集まり、カンファレンスを行うことで LIFE へ提出する情報を確定する。この会議の日程調整は介護支援専門員が行う。
 - 1人の利用者につき 3 か月に 1 回、多職種が集まって会議をしており、ケアプランの更新月にもタイミングが合うようになっている。

- 上記の会議のタイミングに合わせて LIFE への情報提出を行っており、会議までに各職種が評価を行い、会議中に職種間で評価内容の確認を行う。提出した情報のフィードバックは1か月後に返ってくることになる。
- 会議では、介護記録ソフトの画面を投影しながら確認を行う。
- 会議自体は毎日30～1時間を確保し、実施している。各職種との日程調整がかなり難しいため、月の中の特定の時期にまとめて実施するのは業務負担が大きく難しい。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から継続して実施している。
- ケアプランの更新の会議は LIFE 活用開始以前から実施しており、加算算定開始後に LIFE 情報も組み込んだ。

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- リハビリテーション専門職と介護職員の見方が異なる。利用者の動作には介護職員が担当するとできないが、リハビリテーション専門職が担当しているときにはできる場合がある。評価のすり合わせ・答え合わせをして方針を決める際に活用しやすい。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- 今、LIFE に提出するために作業・評価をすることが前提になっており、手間がかかっているにもかかわらず、その分の成果を得られているのか不明である。
- フィードバックをどのように見てよいか分からない。
- LIFE 導入前にも各職種がアセスメントシートを使って評価し、多職種で情報共有をしていたため、フィードバックを使うようになったといっても変化はあまり感じない。
- フィードバックについて過去のデータを遡ることになるため、何が起きていたか振り返らなければならない。現在の状態を評価すべきであるが、データの時点のずれをどのように扱えばいいか分からない。
- 当施設は多職種の風通しが良いので、情報共有に躓きはあまり感じたことがない。
- 介護保険で定められた要件(フィードバックを見て PDCA を回す)に合わせて動くと、フィードバックの活用はスケジュール感が合わない。

e. ケアマネジメントにおいて活用している LIFE 情報や、ケアプランの作成・見直しにおいて具体的に使っている指標と反映している箇所

- ケアプランの更新時の会議でフィードバックを確認するが、3か月前の情報なので参考程度である。状態変化があれば具体的な理由を遡って確認することはある。
- フィードバックというよりも、直近の評価内容や日々の記録内容をケアプランの更新時の会議で共有し、その内容をケアプランに反映している。

- 月初めのフィードバック会議では、ケア方針を大きく見直す予定の利用者のケアプランの内容について、フィードバックを参照しながら確認し、現状必要ないケア内容や達成済みの内容、見直すべき内容を相談している。
- 各職種が評価・入力した内容を引用してサマリを作成している。具体的には、BI はリハビリテーション専門職、認知症関連の項目や ADL は介護職員、医療情報は相談員が情報を聞き取った上で担当している。
- 当施設は在宅復帰に力を入れているというよりは、看取りまで対応している。そのため、利用者のやりたいことや QOL の支援を重視しているため、介護支援専門員が作成したプランを基に各職種が計画を立てている。
(多職種会議を実施⇒介護支援専門員がケアプラン作成⇒それを見て各職種がケアの方針を立てる)

f. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用し始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から継続的に実施している

g. ケアマネジメントのうち、特に LIFE を活用したケアプランの作成・見直しにおいて LIFE 情報を活用する際に、本人の希望する内容との擦り合わせをどのように行っているか

- まずケアプランを作成し、これに多職種の計画書を合わせる。

h. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用する際に、効率的に有用な情報を選定し活用するために工夫している点

- 「科学的介護推進体制加算」を優先的に確認し、その後その他の加算のうち課題があることが想定されるもののデータについて確認する。ケアプランの更新時の会議では、主に全体的に網羅されている科学的介護推進体制加算の内容を見ている。

i. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用することによる利点

- 各職種が同じ評価表を用いることで、情報がまとまる。
- ケアプランのモニタリングには、特に LIFE の評価指標などを意識して使うことはないが、3 か月ごとの会議で、サマリ(褥瘡、排泄、自立支援の評価と計画)の見直しや作成をしている。サマリの見直し等には LIFE 関連の評価指標を使用しているため、サマリの見直しに使えることにも利点を感じている。

j. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおける課題や、活用しづらい LIFE 情報や、具体的な指標・項目

- フィードバックについて、データだけでなく、解釈内容がはっきりと記載してあれば活用しやすい。

- 令和 6 年度版の新しいフィードバックになったことで、層別化の比較軸が多く、何と比較したらいいのか迷う。当施設で比べたいものとは軸が異なっており、特定の利用者において同一の障害や疾患で絞り込み、比較をすることができたらいいと思う。このため、層別化機能は使用せず、全国値との比較のみ行っている。

k. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- 利活用の手引きにおいて、会議で多職種が集まり、議論することが重要と記載されていたため、会議を開催することから始めたが、他施設ではどのように多くの利用者のデータを見ているのかを具体的に知りたい。
- フィードバックにより具体的な解釈が入っていると使いやすい。
- LIFE の研修にも参加したが、どのように活用していくのが良いか迷っている。

4) その他

a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- 3か月に 1 度作成するサマリーを用いて、初回は全て、それ以降は変化があった部分についてご家族への説明を行っている。「褥瘡」「排泄」等と分野が明確に分かれているものは使いやすい。
- サマリーの中に LIFE への提出項目が含まれている。

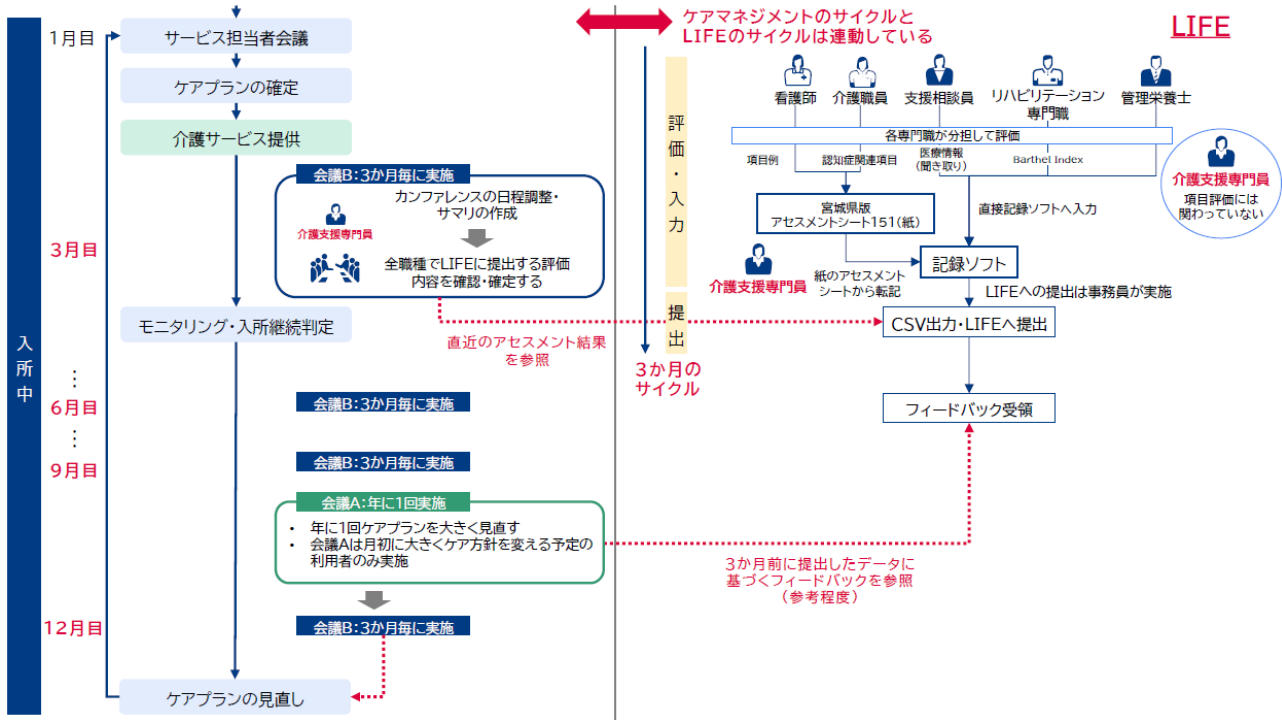
b. LIFE 情報をケアマネジメントに活用することについて、気づきやご意見等

- 自立支援促進加算の支援実績の入力の仕方が分からないときがある。複数項目にチェックしてもいいのか迷う。

5) 活用のフロー図

施設 F のフロー図は以下のとおり。

図表 3-11 施設 F のフロー図



(6) 施設 G (介護医療院)

1) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 介護医療院

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:369 名
- 医師:8名、歯科医師:3名、薬剤師:5名、看護職員:77 名、介護職員:131 名、理学療法士:6 名、作業療法士:7 名、言語聴覚士:6名、管理栄養士:8名、栄養士:1名、介護支援専門員:4 名

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 介護支援専門員は全員専従である。
- 他に持っている資格は介護福祉士、精神保健福祉士、社会福祉士。
- 実施している業務としては、ケアプランの作成、相談窓口、退所支援等。

2) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 科学的介護推進体制加算(Ⅱ):令和 3 年 4 月～
- 自立支援促進加算:令和 3 年 4 月～
- 栄養マネジメント強化加算:令和 3 年 4 月～
- 排せつ支援加算(Ⅰ):令和 3 年 4 月～
- 褥瘡対策指導管理(Ⅱ):令和 3 年 4 月～
- 薬剤管理指導の注2:令和 3 年 4 月～
- 口腔衛生管理加算Ⅱ:令和 6 年 4 月～
- 情報活用加算Ⅰ(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士):令和 3 年 4 月～

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 医師、歯科医師、介護職員、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、介護支援専門員が加算横断的に評価項目ごとにそれぞれの職種が関与している。
- 介護支援専門員が入力している項目は、LIFE 関連加算全般の「要介護度」「障害高齢者の日常生活自立度」「認知症高齢者の日常生活自立度」、科学的介護推進体制加算の同居状況、

自立支援促進加算の「支援計画」である。

- どの項目を誰が評価するかについて、令和 3 年の LIFE 導入当初に各職種の部門長が集まり、分担して決定した。

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- 評価結果の入力は、評価を行うそれぞれの職種が実施する。
- 医事課の「担当管理者」がデータの取りまとめを実施しており、職員同士で声掛け及び入力期限を周知する手紙でスケジュール管理を行っている。
- 入力期限までに各担当者が評価し、介護記録ソフト上での入力を実施している。
- 担当管理者は介護記録ソフト上の情報を集約して LIFE に提出している。
- 施設全体として 3 か月ごとのスケジュールで LIFE へのデータ提出を行っている。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE 上で提出している。
- LIFE を閲覧できる端末は各フロアに 2 台ずつ、各職種部門に 1 台ずつある。これらの端末で介護記録ソフトを使用しており、LIFE 情報にもアクセス可能である。

3) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- 3 か月ごとの情報入力時、ケアプランを作成時、アセスメント・モニタリング実施時に介護支援専門員自ら閲覧をしている。
- 介護支援専門員が自ら情報を得るためのツールとして、介護記録ソフトの情報を閲覧することで情報を適宜取得している。
- 会議の場で LIFE 情報を用いて議論することはある。会議以外にも日常的に LIFE 情報を基に利用者の状態やケア内容の確認を行っている。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から継続して閲覧している。
- 各項目の入力・閲覧をしていく中で、情報収集の一手段として活用していくのが良いと考え実施している。

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- 情報収集するにあたり、介護支援専門員が自身のタイミングで情報収集ができる。
- また、各職員への聞き取りや他資料の閲覧の負担軽減や、言い間違いなどの伝達ミスの防止に繋がっている。
- 当院の場合は、介護記録ソフトというよりも電子カルテを主に使用している。ただし、介護医療院では完全に電子カルテ化されておらず、一部が電子、一部が書面の運用となっている。介護記録ソフトにケアプランのひな型に近い様式があり、それに沿ってケアプランを作成しており、作成時に介護記録ソフトに入力されている情報を活用するという流れである。詳細な情報確認のためには、現場にカルテを見に行くことや、聞き取りを行うこともある。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- LIFE に記載されている情報が最新ではないことは念頭に置く必要がある。
- 介護記録ソフトで使用している ID と LIFE 上の ID が異なるため、LIFE 上のフィードバックを閲覧する際に利用者を検索する手間がかかっている。
- 評価結果は活用しているが、フィードバックについてはグラフを閲覧する程度であり、具体的な活用には至っていない。
- ケアプラン見直しを3か月に1度程度実施している。LIFE へのデータ提出のための評価日がケアプラン見直しの時期と近ければある程度参照するが、離れていれば直近の状況をより詳細に確認する。いずれにしても現場への状況確認を実施している。
- フィードバックは活用できていない。現状の状況を確認する程度にとどまっている。介護記録ソフト上の情報を確認し、情報収集時の手段の一つとして活用している。

e. ケアマネジメントにおいて活用している LIFE 情報や、ケアプランの作成・見直しにおいて具体的に使っている指標と反映している箇所

- 施設ケアプラン第 2 表の短期目標を作成する際にリハビリテーション計画書の短期目標を参考にしている。
- モニタリング時に、基本動作項目、ADL、認知症状に関する項目、科学的介護推進体制加算や自立支援促進加算の項目を参考にしている。
- ケアプランの見直しにあたって、経過に着目している。この時期はトイレに自ら行くことができていたが、ある時期から行けなくなった、等を把握し、その理由について検討する。
- ADLにおける一部介助の度合いについては、LIFE の評価結果をきっかけとして、現場職員に聴取を行っている。

f. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用し始めた時期・きっかけ

- 加算算定開始時より継続して実施している。

g. ケアマネジメントのうち、特に LIFE を活用したケアプランの作成・見直しにおいて LIFE 情

報を活用する際に、本人の希望する内容との擦り合わせをどのように行っているか

- 原則は本人、家族の希望が最優先となるが、その中で LIFE の情報を参照してケアプランへ反映している。

h. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用する際に、効率的に有用な情報を選定し活用するために工夫している点

- 科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算を主に確認している。
- 課題のある項目を確認し、その他に収集したい情報があれば他加算の項目を確認する等している。
- 最初に確認する項目として科学的介護推進体制加算及び自立支援促進加算の項目を選択した理由は、ADL や認知症の状況の項目により日常生活の状況が分かりやすいためである。

i. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用することによる利点

- 情報収集するにあたり、介護支援専門員が自身のタイミングで情報収集ができる。
- 各職員への聞き取りや他資料の閲覧の負担軽減や、言い間違いなどの伝達ミスの防止に繋がっている。
- ケアプラン立案の根拠が明確となる。

j. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおける課題や、活用しづらい LIFE 情報や、具体的な指標・項目

- 項目の解釈が難しく、ケアプランに反映できていない情報がある。
- 利用者・家族の望むケアプランと評価結果が一致しないことがあるため、施設としては情報を活用していくのが良いと感じている。利用者・家族の希望とずれが生じないように、介護支援専門員とも話している。

k. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- 施設サービス計画書第 2 表に記入する目標や援助内容が情報として出てくると良い。
- マニュアルがあればより良い。

4) その他

a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- 利用者、家族へデータを基に経過説明ができる。
- データ活用等の職員教育の参考にするための研修資料として活用できる。

- 今後は入所・退所の際に施設間での情報共有ツールとなるものができるとうい。

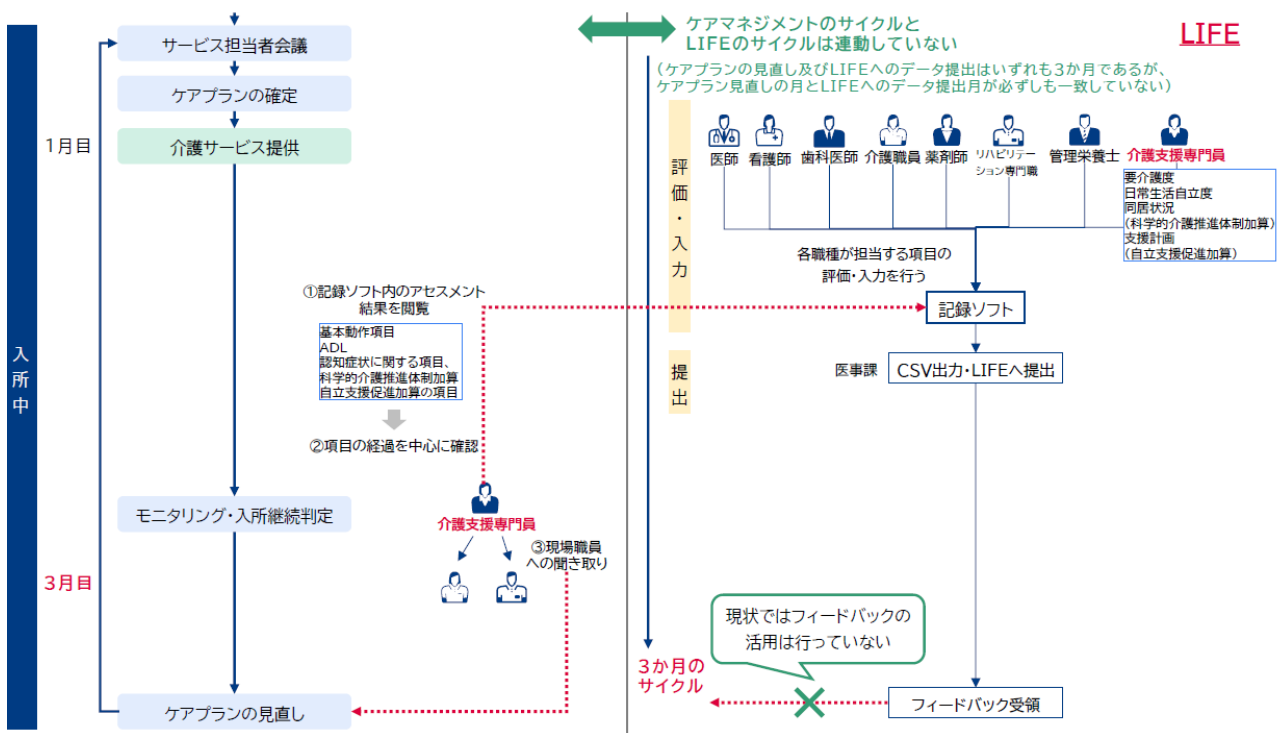
b. LIFE 情報をケアマネジメントに活用することについて、気づきやご意見等

- 現状では各様式に項目がまばらに存在しているため、項目が一元化され、様式にまとまっていると共有が円滑になるのではないかと。
- LIFE を通じて、他の施設・医療機関と情報共有ができるようになるとうい。
- 将来的には AI 等によってケアの内容に関するコメントが提示されるイメージと聞いていたため、そのような情報があるとよいと考えている。

5) 活用のフロー図

施設 G のフロー図は以下のとおり。

図表 3-12 施設 G のフロー図



(7) 施設 H (介護医療院)

1) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 介護医療院

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:90 名
- 医師:2名、薬剤師:1名、看護職員:31 名、介護職員:32 名、理学療法士:2名、管理栄養士:2 名、介護支援専門員:2 名

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 2 名とも専従。
- 看護師、介護支援専門員(1 人目)
- 介護福祉士、介護支援専門員(2 人目)

2) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 科学的介護推進体制加算 I :令和 3 年 4 月
- 自立支援促進加算:令和 3 年 4 月
- 褥瘡対策指導管理(Ⅱ):令和 3 年 4 月
- 排せつ支援管理加算(Ⅰ):令和 3 年 4 月
- 栄養マネジメント強化加算:開始時期不明

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 様式項目ごとに分担している。リハビリテーションに関する項目は理学療法士、栄養に関する項目は管理栄養士、その他の項目は看護職員が担当している。

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- 入所時とその後3か月以内に評価を実施している。
- 入所時に看取りを想定している方や褥瘡のある方は毎月評価を実施している。
- インシデント・アクシデントがあり、ケア内容が変更となる可能性がある場合も毎月評価している。

る。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- 評価内容の記録は、介護記録ソフトを使用している。
- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE へ提出している。
- LIFE への情報提出は介護支援専門員が実施している。
- データは 3 か月おきに 30 名程度分を一括で提出している。
- 介護記録ソフトを導入している端末は、少なくとも9台(1ユニットに対して 1 台)である。
- 介護記録ソフトを導入している端末と LIFE を閲覧できる端末は別だが、フィードバックを PDF でダウンロードし、各端末で照会シートからリンクで閲覧できるようにしている。

3) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- ケアプランの見直しは原則半年に1回であるが、終末期対応として医療的介入を実施している利用者は 3 か月に1回更新しており、ケアプラン見直しの際に記載する「照会シート」の作成時に LIFE 情報を参照している。
- 「照会シート」は施設で独自に作成している様式。利用者1名ごとに介護支援専門員が作成し、各職種がコメントを記入していく。Excel で作成し、共有フォルダ内で共同編集している。
- 「照会シート」の作成にあたっては、直近 1 年分のフィードバックを確認している。最新の情報として、介護記録ソフトの中にある直近のアセスメント情報も確認している。
- 利用者フィードバックはケアプランの見直しを行う半年、あるいは3か月ごとのタイミングで確認している。
- 事業所フィードバックは 1 年に 2 回のリーダー会議で確認している。リーダー会議では、介護支援専門員が自施設の状況について報告している。今後、施設の方針に関して議論できるようにしたいが、現状はそこまでの活用には至っていない。
- ケアプラン見直し時には、3か月ほど前のデータを参照することになる。フィードバックを参考にしつつ、現在の状況に合わせてケアプランの見直しを行っている。当施設は一型であり、要介護4・5かつ複数疾患を有している利用者がある。ここ3年は入所する利用者の傾向が変わり、看取りを見据える方、ケアプランを作成した時には元気であっても、その2週間後には意識レベルが変わってしまうケースもあるため、現在の状況とフィードバック結果は切り分けて使用している。
- ケアプランの見直しのスケジュールと評価のタイミングを連動させている。
- 入所時、ケアプラン更新時に担当者会議を実施する。照会シートはケアプラン作成・見直しのタイミングで作成する。利用者1人あたり 20 分程度で議論する。会議には、LIFE の項目の評価

者の他、医師などが参加する。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から取組の大枠は継続しているが、現在の取組は令和6年度介護報酬改定の頃からであり、現在も活用方法を模索している。

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- インシデントがあった際等、カンファレンス時の情報源として活用できる。
- 多職種の見点を共有でき、ケアに関する検討範囲が広がる。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- 利用者フィードバックに関しては、今後さらに活用を深めていきたい。
- 事業所フィードバックに関しては、今は自施設の状況の確認として使用している程度のため、施設の目標設定などに活用できるようにしたい。活用においては、範囲が広いと絞っていく必要があると考えている。具体的な取組に結び付けていくにあたり、誰が実施するのか、どのように発信するのかについて、具体的に検討できていない。
- 職員によっては LIFE に対する理解が得られないことがある。特に介護職員は LIFE への関わりが薄く、現状では看護職員が対応している。本音としては、排せつ支援等には介護職員に関わってもらいたいと思っている。

e. ケアマネジメントにおいて活用している LIFE 情報や、ケアプランの作成・見直しにおいて具体的に使っている指標と反映している箇所

- 「照会シート」のまとめ欄に LIFE のフィードバックの情報を盛り込んでいる。例えばリハビリに力を入れていくことにした場合、フィードバックのサービス内容の情報を記載している。
- 利用者の状況の変化がある内容について各職種がフィードバックを用いて確認したうえで照会シートに記載し、まとめの欄で注力する内容を決め、その内容をケアプランに反映していくという流れとなる。

f. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用し始めた時期・きっかけ

- 少なくとも2年前から継続的に実施している。

g. ケアマネジメントのうち、特に LIFE を活用したケアプランの作成・見直しにおいて LIFE 情報を活用する際に、本人の希望する内容との擦り合わせをどのように行っているか

- ケアプランの作成時に利用者の家族にフィードバックの内容と、その結果に基づいてケアプランで注力していく予定の部分を説明し、確認書にサインをもらっている。この際に提示するのは、フィードバック画面を出力し、印刷したものである。

h. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用する際に、効率的に有用な情報を選定し活用するために工夫している点

- フィードバックにおいて全てを閲覧するが、特に改善もしくは悪化等、変化があった部分に着目する。また、利用者の1番のトピックとなる部分についても確認している。

i. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用することによる利点

- 詳細の項目があることで、家族により具体的に利用者の状態を説明することができる。
- 専門職が連携する情報が正確になる。

j. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおける課題や、活用しづらい LIFE 情報や、具体的な指標・項目

- 自立支援促進加算と科学的介護推進体制加算で重複している項目があるが、評価者が異なる場合に評価結果が違ふ。ご利用者の担当者、師長、介護支援専門員によるチェックは行っているが、それでも評価結果のずれ等が生じてしまい、ご家族から質問を受けることがあった。
- ADL の「一部介助」について、細かい評価基準があれば判断しやすいが、「一部介助」だけでは利用者の状態を判断しにくいいため、結局現場に情報を確認することになる。

k. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- ケアプランの作成にあたり、当施設では MDS 方式を用いた多角的評価をしている。類似した項目もあれば、LIFE において不足している項目がある。現在は両者を評価しているが、確実にリンクさせることができれば、LIFE に一本化できる。その結果として業務の効率化が見込まれる。

4) その他

a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- モニタリングにおいても、情報を閲覧し、資料としている。

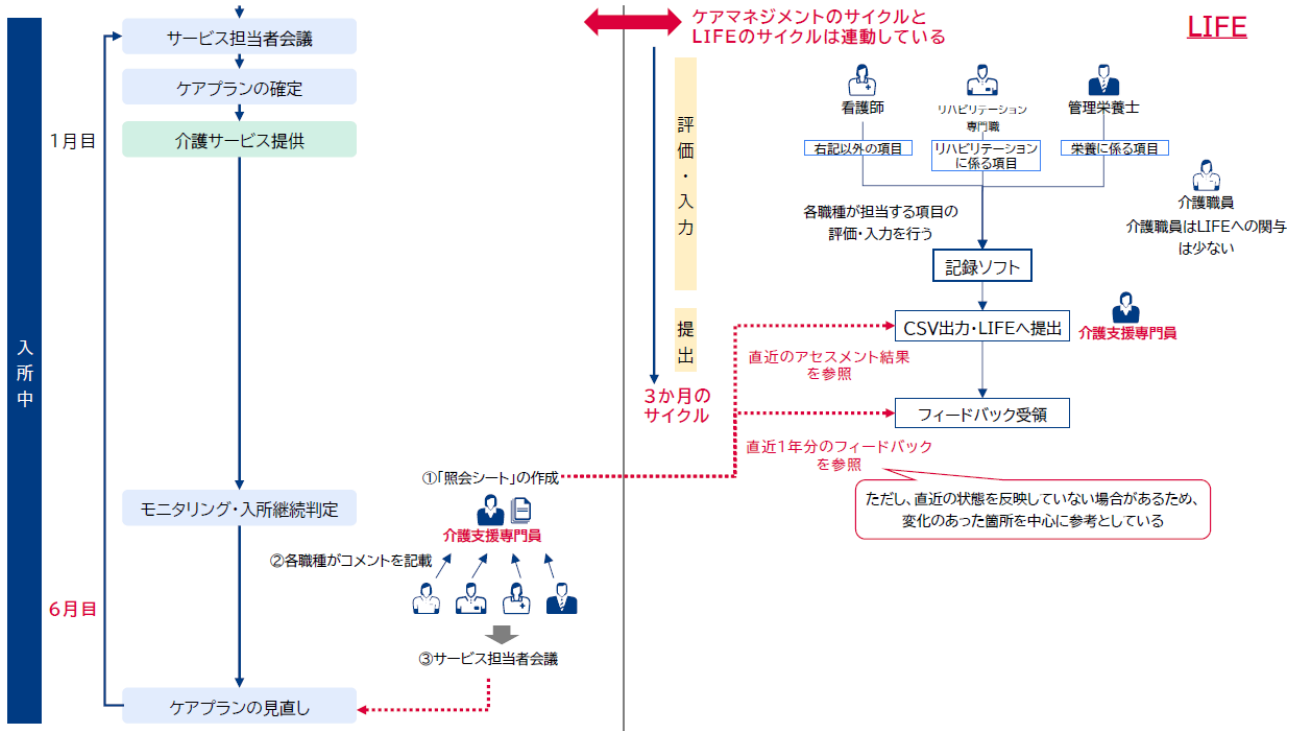
b. LIFE 情報をケアマネジメントに活用することについて、気づきやご意見等

- 介護医療院は1型と2型で状況がかなり違うため、介護医療院全体との比較はあまり参考にならない。類型での層別化が出来るようになるとよい。
- 現状、LIFE の情報の提出もフィードバックの出力も一度にまとめて実施している。毎月 30 名程度の分をまとめて介護支援専門員が実施しているが、特段大きな負担とは感じていない。

5) 活用のフロー図

施設Hのフロー図は以下のとおり。

図表 3-13 施設Hのフロー図



(8) 施設 I (特定施設入居者生活介護)

1) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 特定施設入居者生活介護

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:50 名
- 介護職員:19 名、介護職員:3 名、相談員:1 名、機能訓練指導員:1 名、介護支援専門員:1 名

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 専従。他に持っている資格は介護福祉士。

2) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 科学的介護推進体制加算:令和 3 年 8 月～
- 個別機能訓練加算(Ⅱ):令和 3 年 8 月～
- ADL 維持等加算(Ⅰ):令和 6 年 4 月～

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 介護職員、計画作成担当者、看護職員、機能訓練指導員。

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- 多職種でのカンファレンスで確認した評価内容を機能訓練指導員が介護記録ソフトへ入力し、翌月 10 日までに提出している。最終的に管理者が内容を確認している。
- カンファレンス自体は毎月実施しているが、LIFE への提出は3か月に 1 度利用者全員分をまとめて実施している。請求業務が事業所で完結せず、本部と連携する必要があるが、本部との連携時に、事業所内の一部の利用者のみを対象とすると連携しにくいと、提出時には全利用者の情報を提出する体制としている。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE へ提出している。
- 個人情報保護などの観点から LIFE を閲覧できる端末は 1 台のみとしている。
- 提出後の情報として、フィードバックを紙媒体に印刷し、事業所の研修時に閲覧している。自事業所の数値や全国平均との比較を閲覧する機会を事業所内で設けている。

3) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- 3か月に1回実施するカンファレンスの際に、ケアカンファレンスシートを用いて共有している。
- ※ケアカンファレンスシートとは、LIFE の評価情報、口腔栄養スクリーニング加算の情報、前回のカンファレンスで決めた目標、各職種の所見を記載する自由記載欄が設けられた施設独自の様式を指す。
- 翌月に LIFE 提出の対象となる利用者について月初めに介護支援専門員が職員に周知し、各職種が評価を行う。月末までに評価を記入済みの「ケアカンファレンスシート」を提出してもらう。当月中に多職種が集まるカンファレンスを実施し、評価内容の再確認を行う。
- カンファレンスについては、3か月の間で 50 人定員の全てを網羅できるようにスケジュールリングしている。
- 当施設では介護過程を踏まえ、介護職員が科学的介護を実践することを前提として利用者の目標を決定しているため、目標に対する評価内容を記載している。基本情報、ADL、認知症に関する評価、MMSE、Barthel Index 等は利用者の担当職員、医療情報や口腔栄養スクリーニング加算は看護職員が予め記載する。前回、前々回までの評価と比較して変化を確認している。カンファレンスでは多職種が集まり、介護職員が進行をして一つ一つの評価内容を確認している。
- 事故カンファレンスで対策を考える際にも共有している。(例:認知症に関する項目を使用)
- 3 か月に 1 度、事業所全体の職員が集まる生産性向上委員会でも事業所フィードバックを共有している。機能訓練指導員から発信してもらい、事業所全体の支援内容や利用者の状態に合わせた支援内容の見直しについて、短時間で話し合う時間を設けている。事業所の傾向の把握や業務内容の見直しにつなげている。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- 加算算定時より継続している。
- LIFE 導入前からカンファレンス等は実施していた。

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- カンファレンスで得た情報が介護計画の目標や支援内容を決定するきっかけになっている。
- 利用者の方に対する理解を深めることに繋がっている。

- 評価項目が統一され、客観的な評価を行えることになった点も大きな利点と感じている。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- 利用者一人に対する情報量がとても多く、各職種の目線からの評価内容を全利用者分確認・共有することが難しい。
- 利用者フィードバックについては、管理者と機能訓練指導員と一緒に確認する場を設けている。（介護支援専門員は確認なし）
- もともとの情報は「ケアカンファレンスシート」のため、フィードバックが届く前にケアプランの見直しは進めており、利用者フィードバックは提供された際に確認する。

e. ケアマネジメントにおいて活用している LIFE 情報や、ケアプランの作成・見直しにおいて具体的に使っている指標と反映している箇所

- 口腔栄養スクリーニング加算の情報は分かりやすく整理できるため、サービス担当者会議の資料として活用し、ケアプラン作成の参考にしている。
- 「ケアカンファレンスシート」内の項目（ADL、認知症に関する評価、MMSE、Barthel Index、等）について、特に ADL については全介助や一部介助のうちどの程度の状態なのかをシート内に手書きでメモしておくことで、職員同士の認識合わせができ、ケアプランや介護過程に反映している。
- カンファレンスでは最終的に支援内容の方針を相談して目標を立て、具体的なケアやサービスの内容を決めていく。ケアカンファレンスシートが原本となる。
- ケアプランの見直しは3か月から半年に1回実施している。カンファレンスで現在の状態とケアプランが合っていない利用者があると分かれば、その時点で見直すこともある。

f. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用し始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から継続的に実施している。

g. ケアマネジメントのうち、特に LIFE を活用したケアプランの作成・見直しにおいて LIFE 情報を活用する際に、本人の希望する内容との擦り合わせをどのように行っているか

- 「ケアカンファレンスシート」に本人・ご家族の意向を聞き取った内容を記載し、その内容を基に介護過程を展開するようにしている。
- 「ケアカンファレンスシート」全体の情報を網羅的に確認して必要なケアプランを作成している。

h. ケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用する際に、効率的に有用な情報を選定し活用するために工夫している点

- カンファレンス内で評価内容を再確認する際には客観的な評価をきちんと実施できるように、厚生労働省が発出している認定調査員テキスト等を参照している。

- 「科学的介護推進体制加算」を優先的に確認している。

i. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用することによる利点

- 介護職員をはじめ、サービス提供に関わる職員の教育に繋がっている。
- 利用者の状態把握について共通認識を持つことができる。
- 「ケアカンファレンスシート」を使うことで、各職種の目線からの評価を収集しやすくなり、共通認識を持つことができるようになったので、ケアプランの根拠づけをしやすくなった。

j. LIFE 情報を活用したケアマネジメントにおける課題や、活用しづらい LIFE 情報や、具体的な指標・項目

- ご本人が意向を示すことが難しい場合や、家族の意向を聞き取れない場合には、職員の目線でのケアプラン作成になってしまう。
- ケアプランの作成において、一人一人に合ったケアプランの作成を重視する観点では、全国平均値の情報は反映しにくい。事業所全体の取組の確認には活用しているが、LIFE 創設当初のフィードバックの見本とはかけ離れている内容と感じており、フィードバックの解釈が難しい。

k. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- 介護過程に関する書籍では介護職員の動きに関する記載はあるが、実際には看護職員や機能訓練指導員もいるため、そのような様々な専門職の動き全体を俯瞰してマネジメントするうえでの、時系列的な PDCA のプロセスが分かるものがあると良い。
- 現在、様々な介護記録ソフトや、生成 AI を用いたケアプラン作成ソフトがあるが、それらの連関はなく、ソフト間でコピー＆ペーストをしなければならない状況である。折角 LIFE というビッグデータを国として収集できるシステムが構築され、今後は研究などによりエビデンスが蓄積されていくと思われるため、将来的に介護分野の論文などの知見を含めて活用できる AI が作られていくと有用だろう。

4) その他

a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- カンファレンス時にケース記録を参照している。

b. LIFE 情報をケアマネジメントに活用することについて、気づきやご意見等

- 当法人は居住系サービスを展開しており、施設系とは加算の立て付けが異なる。令和 6 年度介護報酬改定で褥瘡マネジメントや口腔マネジメント等のプロセスを評価する加算が拡充したが、居住系では適用外であった。居住系サービスでも施設系と同様のプロセスを重視し、取り

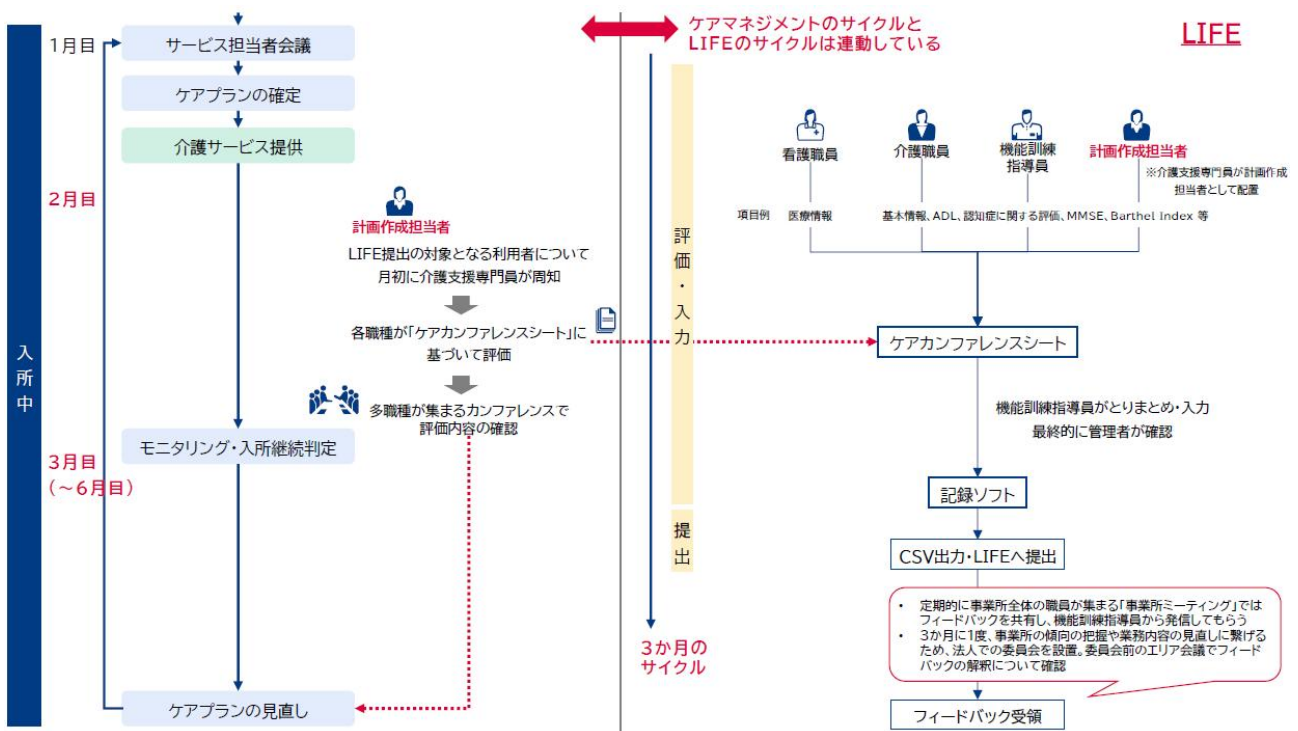
組んでいる法人はあるため、評価してもらえるようになってほしい。

- 当事業所で用いている「ケアカンファレンスシート」は自立支援・重度化防止に着目したものであり、視点としては類似していると考える。このようなマネジメントを多くの方が体験することで、再現性のある介護に繋がっていくものと認識している。

5) 活用のフロー図

施設 I のフロー図は以下のとおり。

図表 3-14 施設 I のフロー図



3.3.5 調査結果(活用できていない施設)

(1) 施設 J 介護老人福祉施設

1) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 介護老人福祉施設

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:100 名
- 医師1名、生活相談員 2 名、看護職員 8 名、介護職員 47 名、機能訓練指導員 2 名、管理栄養士 2 名、介護支援専門員 2 名

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 2名とも専従
- 他に持っている資格は介護福祉士

2) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 科学的介護推進体制加算(Ⅱ):令和3年4月～
- 栄養マネジメント強化加算:令和3年4月～
- 個別機能訓練加算(Ⅱ):令和3年4月～

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 取りまとめを、科学的介護推進体制加算は介護支援専門員、栄養マネジメント強化加算は管理栄養士、個別機能訓練加算は機能訓練指導員が実施している。

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- 介護記録ソフトに、必要な情報を各担当者が入力している。提出のための最終確認、CSV 出力は介護支援専門員が実施している。
- 毎月約 50 名ずつ提出している。施設で使用している独自の栄養管理のデータを LIFE 提出用に貼り付ける作業をしており、貼り付け作業自体は2～3時間で終わるが、提出が必要な利

用者の確認や送信作業を含めるともう少し時間がかかる。

- 科学的介護推進体制加算や個別機能訓練加算では介護記録ソフトへ直接入力してから CSV 化して提出していると聞いており、その場合はもっと時間がかかるのではないかと。
- 提出が必要な利用者の管理については、別途管理表を作成しており、この管理に時間がかかる。入院、退院、看取り等のイレギュラーなタイミングでの対応が負担に感じる。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE へ提出している。
- LIFE を閲覧可能な PC は、職種ごとに数台ずつある。各加算の取りまとめを実施する職員が閲覧することが可能である。
- LIFE 情報を実際に確認する際、提出前の確認は介護記録ソフト上で、提出後の確認は LIFE 上で行っている。

3) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- 3か月毎の提出後に各担当者がフィードバックから解釈した内容をまとめ、共有している。(事業所フィードバック・利用者フィードバック両方閲覧)
- 利用者により、3か月毎のタイミングが異なるため、解釈した内容の共有は毎月実施している。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- 加算算定時から継続している。

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- 各職種の情報を共有するようになり、どのような傾向にあるのか、お互いに把握しやすくなった。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- LIFE に提出する情報量が多く、毎月の提出業務に時間がかかる。
- 評価のタイミングとフィードバックを閲覧するタイミングにずれがあり、活用しにくい。
- 各担当者が統括したフィードバックの解釈内容について、自施設と全国平均との違いを共有してはいるが、そこから何を活用すればいいかわからない。
- 前回から変わったことがあれば、それを共有するだけである。利用者の変化があれば都度多職種で議論するといった取組は日々実施しているが、そこに LIFE を繋げられていない。

e. ケアマネジメントにおいて、LIFE 情報を活用することができない理由

- 栄養マネジメント強化加算のフィードバックに関しては、当施設で栄養マネジメントに使用している項目と LIFE に提出する情報とに重複しているものがあるため、日々評価している情報を LIFE への提出にも活用している。
- 日々の栄養・介護に関してアセスメントした情報を介護記録ソフト上で更新しており、それが LIFE に入力されているため、ケアプランの更新に LIFE 情報を活用しているというよりも、日々アセスメントしている情報を活用しているというイメージである。
- フィードバックで自施設の傾向や全国平均との比較をしている。そこから何かに活かすことは特にしていない。例えば、低栄養状態のリスクレベルは施設によって評価が異なるので活用しにくいと感じる。
- 栄養に関しては、栄養マネジメント強化加算の利用者フィードバックも見ている。

f. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- フィードバックの数値を読み解くのが難しい。AI 等で傾向や変化を説明してほしい。

4) その他

a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- フィードバックデータを共有し、傾向に関する解釈を共有している。

b. LIFE 情報をケアマネジメントに活用することについて、気づきやご意見等

- 事務作業は増えるが、毎月タイムリーな情報を提出する方が良い。今のタイミングだと、施設での動きよりも LIFE のフィードバックが返ってくるのが遅い。ケアカンファレンス時に利用者の評価を実施しており、その場で計画の更新をしているので、フィードバックを活かす場がない。
- フィードバックの活かし方が分からない。他の施設でどうしているのかを HP 等で公開されると良いと思う。
- フィードバックに傾向等に関する説明を記載してもらえるとありがたいと思っており、そこに AI の活用ができるのではないかと思う。項目に関し、科学的介護推進体制加算と栄養マネジメント強化加算で同様の項目があることを負担に感じている。施設から何度も同じ情報を提出しなくてよいようにしてほしい。認知症関連、栄養関連といった、大まかな分野ごとに分けて提出できると良い。

(2) 施設 K(介護老人保健施設)

1) 基本情報

a. 提供しているサービスと、LIFE 加算を算定しているサービス

- 介護老人保健施設
- 短期療養介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを併設

b. 利用者数・職種別の職員数(実人数)

- 定員:80 名
- 医師:1 名、薬剤師:1 名、事務員:常勤 3 名 非常勤 3 名、支援相談員:常勤 3 名、介護支援専門員:常勤 1 名、介護職員:常勤 24 名 非常勤 12 名、看護職員:常勤 7 名 非常勤 4 名、理学療法士:常勤 2 名 非常勤 1 名、作業療法士:常勤 8 名、言語聴覚士:非常勤 3 名、管理栄養士:常勤 2 名、介護サポーター:非常勤 6 名

c. 介護支援専門員の役割(専従・他職種と兼務、他に保有する資格等)

- 介護支援専門員業務は常勤 1 名が担当している。
- 薬剤師についても、介護支援専門員資格を保有し、相談員とも兼務しているが、介護支援専門員としての主の業務は常勤の方が担っている。

2) 施設・事業所における LIFE 活用の実態について

a. 算定している LIFE 関連加算の種類と算定開始時期

- 栄養マネジメント強化加算 R3 年 5 月～、R7 年 6 月～
- 褥瘡マネジメント加算 R3 年 4 月～
- 排泄支援加算 R3 年 6 月～
- 自立支援促進加算 R3 年 6 月～
- 科学的介護推進体制加算 R3 年 5 月～
- リハビリ計画書情報加算 I R7 年 8 月～ II R6 年 4 月～

b. LIFE 関連加算の提出情報に係る評価を実施する職種

- 医師、薬剤師、看護師、介護職員、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、介護支援専門員、相談員、理学療法士、作業療法士で、加算ごとに担当分けを決めている。
- 科学的介護推進体制加算に係る評価は全般的に入所責任者が担当しているが各職種が記入している内容を基にしつつ、入所責任者自身が把握している情報と合わせている。

c. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する頻度・タイミングや、LIFE への入力・提出を行う職種

- 各職種で担当する加算について毎月期限を定めて、介護記録ソフトに入力してもらい、請求担当者が提出している。
- 利用者ごとの提出日の管理は入所責任者と介護支援専門員が実施している。
- ケアプラン見直しの月と LIFE 評価の月が一致しているため、介護支援専門員がある程度の日程表を作成し、これに合わせてデータ提出のスケジュールを管理している。
- 定期的なデータ提出以外でデータ提出が必要なタイミングについては、入所責任者がデータ提出を呼び掛けている。

d. LIFE 関連加算の提出情報に係る情報を提出する方法や、LIFE の情報を閲覧できる ICT 機器の状況

- 介護記録ソフトから CSV ファイルを出力して LIFE へ提出している。
- 各部署にフィードバックを PC 上で閲覧できるようにしているが、データを提出した後に内容を振り返ることはあまりない。

3) 施設・事業所の介護支援専門員における LIFE 情報の活用について

a. LIFE 情報について、共有方法、共有元の職種、共有頻度等

- 各職種が入力した項目・様式情報を入所責任者が LIFE へ提出した後、入所責任者(科学的・排泄・自立・褥瘡)、リハ(リハ計画)、管理栄養士(栄養・経口)、相談員(口腔)、調剤事務(かかりつけ)等、各担当者が印刷し介護支援専門員に渡し、確認している。
- 毎月行っている 3 か月毎の作成時・区分変更時・加算変更時作成及びプリントアウトした際に共有している。

b. LIFE 情報について共有を始めた時期・きっかけ

- 加算算定時からの継続ではなく、LIFE の最終確認担当者が変更になったタイミングかつ、LIFE 様式の作成担当者が各ユニットの介護職に変更になったタイミングで始めた。

c. LIFE 情報について共有することにおける利点

- 多職種の利用者様の現状把握にズレが生じない。
- 目標の設定にズレがなく方向性の相談ができ、多職種が同じ方向を向くことができる。

d. LIFE 情報について共有することにおける課題

- LIFE の項目で同じ内容のものが被っている(記載量が増える)。

e. ケアマネジメントにおいて、LIFE 情報を活用することができない理由

- カンファレンスを実施し、その内容を基にケアプランを見直している。ケアプランを先に仕上げしており、ケアプランの見直しに対して LIFE の情報を反映はできていない。
- カンファレンスの実施頻度は、基本的には 3 か月に 1 度。加えて、入所時に暫定ケアプラン、入所後 2 週間で本プランを作成するため、プラン作成時にはカンファレンスを実施している。カンファレンスはケアプランの更新月に実施している。
- カンファレンス時に議論した内容を基に各職種が評価を行う。
- カンファレンスの実施日程は、月の 2 週目・3 週目に、曜日固定で実施している。扱う人数によるが、会議は1時間～1 時間半。変化が少ない利用者に対する議論時間は 10 分程度だが、状態変化がある場合は少し長くなる。
- 入所定員の定員 80 名を 3 分割して、1 月あたり 20 数名程度についてカンファレンスを実施している。

f. ケアマネジメントに活用するために必要と考える LIFE 情報や具体的な指標・項目、マニュアル等の外部からの支援

- 入所時・入所中の本人様や家族様の方向性の意向やリハビリの評価と現場での ADL の現状の差の介入方法の指標、家族様と相談員の面談内容
- ご本人・ご家族の意向と、専門職による ADL 等の評価の差分についての把握ができていない。ご家族との面談内容は、入所から退所まで一貫してケア方針に反映していくべきものと認識している。

4) その他

a. ケアマネジメントへの活用以外に、介護支援専門員において LIFE 情報を活用する場面

- 各専門職の計画書や介護支援専門員が作成したケアプランを用いてご家族への説明を行っている。その際に LIFE を基に説明できると良いと思っているが、現状では実施に至っていない。

b. LIFE 情報をケアマネジメントに活用することについて、気づきやご意見等

- LIFE の活用が今一つできておらず入力に時間が追われており、ケアプランとの連動性や相談員・リハビリ・介護の方向性にズレが生じている現実があり、カンファだけではなく情報共有に活用できたらと思う。
- 例えば、リハビリテーション職員の評価では歩行器であっても介護職員が見ている動作では車いすになっている場合がある。また、とろみの程度も言語聴覚士から看護師への連携はできるが、介護職ができる介助方法ではない評価介入方法の指示が出る時があり、連携がうまくいかないこともある。在宅復帰を見据えると、ケアの方向性にズレが生じていると感じる
- ズれに気付いた場合は、その場で相談員やリハビリテーション職員に確認することはあるが、

各職種の考え方によって折り合いがつかないこともある。ご利用者・ご家族の意向が分かればそれに向かって多職種が認識を合わせることはできているが、ADL等の自立支援に関する日々のケアでは職種間でずれが生じると、ひとまずそのままになっている。

- LIFE への提出時には、項目間のずれを確認するようにはしている。
- 評価の担当者によって基準が変わる。LIFE への提出時には加算間で評価がずれないようにチェックしているが、以前の担当者の時は排せつ支援加算(Ⅱ)を算定していたが、担当者が変わった後は排せつ支援加算(Ⅰ)になった。施設のケアが低下したわけではないのに、そのように見えてしまう。

3.3.6 ヒアリング結果のまとめ・考察

(1) 活用できている施設の特徴

LIFE 情報をケアマネジメントに活用できている施設へのヒアリング調査を踏まえて、共通する特徴を整理した。

図表 3-15 介護支援専門員への LIFE 情報の共有について

観点	概要
共有方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種でのケア会議において共有されることが多かった。 ・ 共有の手段としては、LIFE の様式情報が入力された介護記録ソフトの閲覧や、施設独自のアセスメントシートがあった。 ・ 会議の前に各専門職が評価を行い、会議内で LIFE の様式情報や事業所フィードバックを介護支援専門員に共有している場合が多かった。(様式項目の評価者は様式別に分かれている場合、項目別に分かれている場合があった。) ・ 共有を受けるだけでなく、介護支援専門員自身が LIFE の様式情報の評価に関与している場合や、介護支援専門員が提出対象者の管理・会議の設定を含めて一連の取組を中心的に行っている場合もあった。
情報の共有による利点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共通のものさしで状態を把握が可能である。 ・ 多様な職種の視点を取り入れられることや、それにより情報の質が向上できる。 ・ 介護支援専門員が自ら情報を取ることができることにより情報共有の手間が削減できる。等
情報の共有における課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式数や様式に含まれる項目の情報量が多い。 ・ 評価者によるばらつきがあるため、評価結果の妥当性に懸念がある。 ・ LIFE の制約によって最新の状態を反映したフィードバックが提供されていないため、過去に遡る必要がある。等

図表 3-16 ケアマネジメントへの活用について

観点	概要
活用方法・ケアプランへの反映	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事前に各職種が LIFE の様式情報を評価した上で、多職種で解釈し、目標や支援内容を調整する(事前に評価し、会議で確認した後、ケアプランへ反映)の流れが多い。 ・ ケアプラン更新月の 1 か月間に、「LIFE の様式項目の評価→会議→ケアプラン見直し」の順に進んでおり、フィードバックはケアを見直した後に返ってくるため、ケアプランに反映させることが難しい。 ・ そのため、フィードバックは、ケアを見直した後の振り返りやケアプラン作成時のデータ確認など、現在の状況とは切り分けて閲覧してい

	<p>たり、時系列のずれを認識及び考慮した上で活用していたりする施設が多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 活用しているフィードバックは事業所フィードバックが多く、利用者フィードバックの活用は少ない。 ・ ケアプランの更新頻度と、LIFE の提出頻度が概ね一致しているもしくは LIFE の提出頻度である 3 か月の倍数(6 か月、12 か月)である施設が多い。 ・ ケアプランへの反映個所としては、施設ケアプラン第 1 表の総合的な援助の方針や、第 2 表の生活全般の課題、短期目標、サービス内容を作成する際に参考に行っている施設がいくつかあった。 ・ 全体を通して、この項目はこの箇所に反映、といった 1 対 1 対応ではなく、LIFE の様式情報をケアプランの項目に落とし込むことよりも、自由記載を書くにあたり参考情報としている。 ・ モニタリングの際に LIFE に係る情報を参考している施設があった。 ・ 事業所フィードバックの分析に、AI を活用している施設が複数あった。
情報の選定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様々なトピックが網羅された科学的介護推進体制加算の項目を中心に見ており、必要があればそのほかの加算で深掘している場合が多い。
取組の開始時期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加算算定時から継続している施設が多い。従来から行っていた多職種会議に LIFE に係る情報も取り扱うようになった施設もあった。
活用による利点	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランを立てる根拠を明確することができる。等
活用による課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 項目をそのまま使うことはできず、追加で評価者への確認等が必要である(ADL は一部介助の度合いが分からない)。等

(2) 活用できていない施設の特徴

LIFE 情報をケアマネジメントに活用できていない施設へのヒアリング調査を踏まえて、共通する特徴を整理した。

図表 3-17 介護支援専門員への LIFE 情報の共有について

観点	概要
共有全般	<ul style="list-style-type: none"> ・ LIFE の様式情報については、資料等を通して共有されている。 ・ フィードバックに関する共有されているものの、見ることに留まっており、どう活用したら良いかが分からない。

図表 3-18 ケアマネジメントへの活用について

観点	概要
活用全般	<ul style="list-style-type: none"> ・ 活用が進まない理由として、フィードバックは閲覧・解釈共有に留まっている、入力や事務作業に追われている、フィードバックが返ってくるのが遅く即時的に使いにくいといった点が挙げられている。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 活用している施設でも同様の意見があったが、日々のアセスメント結果をケアプランに活用しており、フィードバックをケアマネジメントに取り込むことを難しいと感じている。 ・ 活用できている施設では、LIFE の様式項目の評価→会議→ケアプラン見直しの順であったが、施設 K では評価を実施する前に会議を実施してからケアプランを作成する流れ(会議→ケアプラン見直し+評価)になっていたため、LIFE の様式項目の評価内容を多職種会議ですり合わせる事ができていなかった。
--	--

(3) LIFE 情報をケアマネジメントに活用できている要因に関する考察

LIFE 情報を活用できている主な要因について、LIFE 情報を活用するために新しい取組を始めたわけではなく、自施設のケアマネジメントのサイクルに合う形で、介護支援専門員も関与しつつ LIFE 情報を確認し、議論を行う機会を継続的に設けている点が大きいと考えられる。

今回ヒアリングした多くの施設では、介護支援専門員が様式項目の提出スケジュール管理等の LIFE に係る取組に主体的に関与しており、ケアマネジメントのサイクルの中に LIFE の取組を取り込んでいた。

また、LIFE 情報には介護施設・事業所において LIFE 関連加算の様式に含まれる項目を評価した結果とフィードバックの 2 種類があることを把握し、それぞれの情報の時点や特性を踏まえた上で、項目の評価結果は現在の利用者の状況を捉えること、フィードバックはこれまでに実施したケアの振り返りに用いるといったように各情報の使い分けが行われていた。さらに、LIFE 情報を気づきのきっかけとして位置づけ、評価者によって評価が異なった場合や、ADL 項目の「一部介助」等、データのみでは捉えきれない利用者の状態像について、介護支援専門員が専門職と連携して情報を得ていた。

4. 居宅系サービスでのケアマネジメントにおける LIFE 情報の活用方法の検討

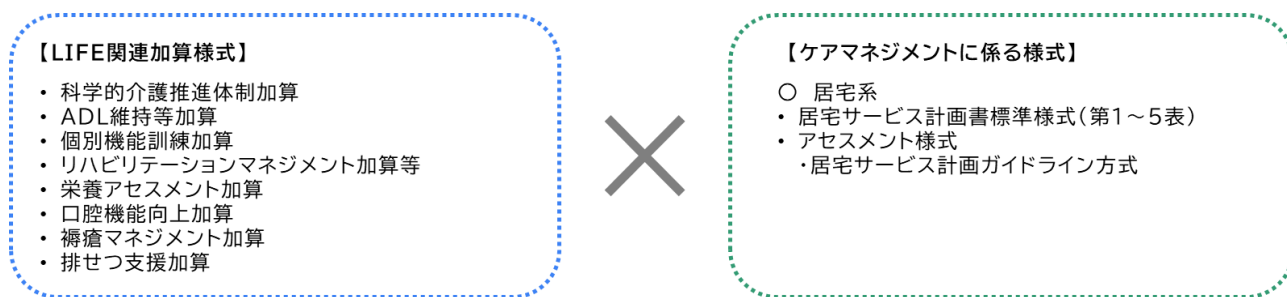
4.1 LIFE 関連加算様式に含まれる項目の整理

4.1.1 目的

LIFE 関連加算様式に含まれる項目のうち、ケアマネジメントへの活用が期待される指標を整理し、LIFE 情報の活用場面や情報の連携時期・方法について仮説を立てることを目的に実施した。

整理にあたっては項目自体のみならず、選択肢としての差異についても取りまとめた。

図表 4-1 LIFE 関連加算様式とケアマネジメントに係る様式:居宅系サービス³



4.1.2 ケアマネジメントに係る様式別の LIFE 項目の関連

LIFE 関連加算の様式に含まれる項目に含まれる情報とケアマネジメントに係る様式等(居宅系)に含まれる項目の関連について整理した。ケアマネジメントに係る様式別の LIFE 項目の関連は以下の通り。なお、詳細については参考資料「6.2 LIFE 関連加算様式に含まれる項目の整理(居宅系サービス)」に掲載した。

図表 4-2 ケアマネジメントに係る様式と LIFE 項目の関連:居宅系サービス

観点	概要
居宅サービス計画書標準様式(第1～5表)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅サービス計画書標準様式は、利用者・家族のニーズや状態を踏まえた支援計画を自由記述でまとめる項目が多い。 ・ 各種加算様式の LIFE 項目は支援計画の作成の参考に資すると考

³ 本整理において参照した様式は以下のとおり。

課題分析標準項目、施設サービス計画書標準様式:『介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について』の一部 改正について(令和6年7月4日付老認発 0704 第1号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知)(<https://www.mhlw.go.jp/content/001271371.pdf>) 令和8年3月23日閲覧

居宅サービス計画ガイドライン方式 Ver.3:居宅サービス計画ガイドライン Ver.3 アセスメント用紙(<https://www.shakyo.or.jp/download/careplanGL/assess.pdf>) 令和8年3月23日閲覧

	<p>えられるが、項目・選択肢が一致し、そのまま活用できる情報は要介護度や病名等に限られる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーションマネジメント加算等、栄養アセスメント加算、口腔機能向上加算(Ⅱ)・(Ⅱ)イ・(Ⅱ)ロでは、<u>第2表:居宅サービス計画書(2)の目標及び、第5表の支援経過に関する項目でも記載の参考に資する情報があった。</u>
<p>居宅サービス計画 ガイドライン方式</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅サービス計画ガイドラインは、利用者・家族等による支援の状況や利用者の状態についてチェック項目を選択することでアセスメントを進めていく様式となっている。 ・ 各種加算様式の LIFE 項目はアセスメント参考に資すると考えられるが、項目・選択肢が一致し、そのまま活用できる情報は要介護度や病名等に限られる。 ・ 口腔機能向上加算(Ⅱ)・(Ⅱ)イ・(Ⅱ)ロでは、<u>「5.本人の健康状況・受診等の状況」の記載の参考に資する情報があった。</u>また、リハビリテーションマネジメント加算等、栄養アセスメント加算、排せつ支援加算では、<u>「6.本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細」の記載の参考に資する情報があった。</u>

※赤字・下線:ケアマネジメントに係る様式と LIFE 項目の関連における共通事項

4.2 施設系サービスと居宅系サービスにおける違いの整理

LIFE 情報をケアマネジメントにおいて活用するにあたり、施設系サービス及び居宅系サービスでは、様々な面で違いがある。この違いについて、制度面及び LIFE に係る施設・事業所での運用面に着目し、整理を行った。

4.2.1 制度面での違い

「制度面の違い」として、LIFE 関連加算を算定できるサービス種類、LIFE 関連加算の対象範囲、LIFE に係る情報の閲覧の観点から整理を行った。

観点	施設系サービスの状況	居宅系サービスの状況	居宅系サービスでの課題
LIFE 関連加算を算定できるサービス種類	<ul style="list-style-type: none"> 施設系サービスはすべて LIFE の対象である 	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援は LIFE 関連加算の対象外。 また、訪問リハビリテーション以外の訪問系サービスは LIFE 関連加算対象外であり、全ての居宅系サービスで LIFE の対象になっていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援は LIFE 関連加算の対象外のため、自ら LIFE に係る取組を行うことは少ないと考えられる。 LIFE 情報の活用をする場合、1 人の利用者が利用するサービスのうち、LIFE 関連加算の対象とそうでないものが混在する可能性があり、介護支援専門員は利用者の利用する事業所全てから LIFE 情報を受け取ることができない可能性がある。
LIFE 関連加算の対象範囲	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ・口腔・栄養・褥瘡といった多岐にわたる加算が算定可能である。 	<ul style="list-style-type: none"> 各サービス種別によって算定できる加算の範囲が異なり、施設系と比較すると算定できる加算の数は少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 異なる居宅サービス間で算定できる加算が異なるため、収集している情報量に差異がある。 また、制度上複数サービスで同一の加算が算定できたとしても、専門職の配置等の理由で、サービスごとに算定難易度が異なる。
LIFE に係る情報の閲覧	<ul style="list-style-type: none"> LIFE、介護記録ソフトを通して施設内で閲覧可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 各サービス事業所が受領したフィードバックを介護支援専門員が LIFE を介して閲覧することはできない。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員が LIFE 情報を閲覧したい場合は、居宅サービス事業所から共有してもらう必要がある。

4.2.2 LIFE に係る施設・事業所での運用面の違い

LIFE に係る施設・事業所での運用面の違いとして、ケアマネジメントのプロセスに沿って、アセスメント、課題整理と目標設定、サービス担当者会議、他職種からの情報共有、モニタリング、参照できる情報、LIFE 入力・提出・情報の閲覧、フィードバック活用、ケアプランの見直し、ケアの結果の見方の観点から整理を行った。

観点	施設系サービスの状況	居宅系サービスの状況	居宅系サービスでの課題
アセスメント (生活全体の把握)	<ul style="list-style-type: none"> 施設内で食事・排泄・移動・認知等、情報が集まりやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問及び本人や家族からの申告が中心となるため、サービス時間外での状況が見えにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設系サービスと比較して、把握できる状況が限局してしまう可能性がある。
課題整理と目標設定 (アウトカム設計)	<ul style="list-style-type: none"> 多様な職種が在籍していることで介入範囲が広げた目標設定をしやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 住環境・家族の介護力・経済状況・利用限度額等で選択肢に制約が発生する場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況が多様なため、ケアプランの作成にあたり様々な制約が生じやすい。
サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> 同一施設内で完結しており、多くの職種が参加できる。 	<ul style="list-style-type: none"> サービス事業所の担当者が1名程度しか参加しない。 居宅系サービスでは医療専門職が十分に配置されていないサービスもあるため、参加者が介護職に限られる場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者の属性に偏りがあることで、多様な視点を取り入れることができない可能性がある。
他職種からの情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 会議や日々の連絡等を通して共有される。 施設内で統一された様式で共有されることが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 居宅系サービスでは、情報が得られにくい時間帯(夜間～翌朝の状況等)がある。 また、居宅系サービスの中でも、通所系と訪問系では取得している情報が異なる。 そのため、サービス事業所からの情報 	<ul style="list-style-type: none"> 施設系に比べて共有される情報量が少ないことが想定される。 情報共有が遅れ、PDCAが回りにくい場合がある。 サービス種別によって共有される情報の内容が異なる。

		共有の様式・頻度・情報量は様々である。	
モニタリング (変化の検知)	<ul style="list-style-type: none"> 施設内で見ている日々の情報を基に実施している。 また、必要に応じて他の職種から情報を収集している。 	<ul style="list-style-type: none"> 月1回の訪問と事業所からの報告で、介護支援専門員自身で情報収集している。 そのため、急変や小さな変化を拾いにくい場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設系よりも把握できている情報量が少ない可能性がある。 また、情報収集に多くの時間を要する可能性がある。
参照できる 情報	<ul style="list-style-type: none"> 施設内記録として蓄積・参照しやすい。 利用者の情報は施設内に集約される。 相談員が情報を取得することも多く、必ずしも介護支援専門員自身が多くの情報を収集する必要がない。 	<ul style="list-style-type: none"> 情報が事業所ごとに散在するため、集約する必要がある。 本人や家族情報に関する情報も、事業所ごとに把握している内容が異なる場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 情報が分散しており、介護支援専門員が情報の取得に負担を感じることもある。
LIFE 入力・ 提出・情報の 閲覧	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員がLIFEに関する一連の取組に関与している場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援はLIFE 関連加算の算定対象外のため自らLIFE を利用することはない。 居宅サービス事業所はそれぞれに提出を行っているため、同一利用者の情報が複数サービスで提出されている場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員においてLIFE への理解度が高くない可能性があるため、LIFE 情報の活用にあたっては、基礎的な事項から周知が必要。 利用者が複数のサービス事業所を利用している場合は、それぞれの事業所から情報の取り寄せが必要となるため、介護支援専門員の負担が懸念される。
フィードバック 活用	<ul style="list-style-type: none"> 施設内で会議・共有され、ケア内容の振り返りやケアプランの見直し等に活用できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 各事業所が受領したフィードバックを介護支援専門員が収集する、もしくは共有する場を設定する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 現状では、施設系に比べて、フィードバックを活用するまでのハードルがある状況といえる。
ケアプランの	<ul style="list-style-type: none"> 施設内で話し合っ 	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族の希望 	<ul style="list-style-type: none"> 関係サービスの調整が必

見直し	<p>た内容を踏まえ、本人・家族の希望を基にケアプランを見直す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括報酬のため、ケア内容を調整しやすい。 	<p>を基にケアプランを見直すが、住環境、経済状況、利用限度額、本人の生活習慣によって制約が生じる場合がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ また、ケアプランを見直す場合は多方面での調整が必要になる。 	<p>要になり、施設系に比べて、ケアプラン見直しの柔軟性が低い。</p>
ケアの結果の見方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介入が包括的で変化が把握しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス利用外の生活要因が多く、複数サービスを利用している場合もあるため、何が変化に寄与したのかが見えにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ どのサービス事業所でのどのようなケアが利用者の状態変化に寄与したか捉える情報や仕組みが必要。

4.3 ヒアリング調査

4.3.1 調査対象

過年度事業にてヒアリング調査を実施したことがあり、居宅介護支援事業所に勤務する主任介護支援専門員を対象とした。

4.3.2 調査時期

令和 8 年 2 月～3 月

4.3.3 調査項目

調査項目は以下のとおり。なお、本ヒアリングの前提として、介護支援専門員自身が LIFE 関連加算の様式項目の評価を行い、LIFE への提出を行うことは想定せず、利用者が利用する事業所から LIFE 情報が共有されるとした。また、現状では介護支援専門員が LIFE 上で各事業所の情報を閲覧することはできないが、本ヒアリングでは、LIFE 情報の活用に主眼を置くため、何らかの方法で LIFE 情報が共有されるものとして調査を行った。

図表 4-1 ヒアリング調査項目

大項目	小項目	調査項目
ご担当者	基本情報	保有している資格、担当件数、業務経験年数
アセスメント業務	現在の業務	アセスメントの業務フロー
		居宅サービス事業所からの情報の共有状況や活用状況
ケアプラン作成業務	現在の業務	目標設定をする際にアセスメント情報以外に参考にする情報
		サービス事業所の選定方法や選定基準
	LIFE 情報が共有される場合	目標設定や居宅サービス計画書(原案)を作成において、LIFE の様式情報の中で活用できそうな内容 事業所・利用者フィードバックを事業所選定へ活用することへの可能性
サービス担当者会議	現在の業務	サービス担当者会議の参加者
		サービス事業所から共有される内容や、サービス種別によって共有される内容の差異
	LIFE 情報が共有される場合	会議内で LIFE 情報が共有されることによる利点や課題
モニタリング業務	現在の業務	モニタリングの業務フロー
		居宅サービス事業所からの情報の共有状況や活用状況
	LIFE 情報が共有される場合	利用者の情報収集において、LIFE の様式情報やフィードバックの中で活用できそうな内容 サービス事業所との評価内容の差異に関する懸念点や、評価結果への信頼性に対する対応として考えられる方法

		複数のサービスから情報を提供されることによる情報の選定方法やその課題
		現状の LIFE の様式情報にはないが、サービス事業所が評価を実施し、介護支援専門員に提供されると良いと考える情報
		各サービス事業所のフィードバックをモニタリング資料として活用することの可否

4.3.4 調査結果

(1) 介護支援専門員 A

1) ご担当者について

a. 保有している資格

- 介護福祉士

b. 担当件数

- 現在は経営を主業務としているため、個人では 11 件を担当している。

c. 業務経験年数

- 19 年目

2) アセスメント業務

a. アセスメントの業務フロー

- 事前の情報収集→居宅訪問・面接・観察・記録→課題分析(アセスメント実施)→課題の整理・優先順位付けの流れで実施している。
- 直接的な情報として、介護支援専門員として感じた情報、本人・家族やサービス事業所から聞き取った情報を総合してケアプランを検討している。
- ただし、自信で感じたことと、外部から聞き取った情報は区別して考えている。本人からの情報もそれが正しいとも言い難いところであり、直接的に自身で取り寄せた情報を主としている。得た情報も有益であるが、全てを鵜呑みにはできないため自身で確認していくということを重視している。
- 課題についても、関わっている方々が認識している課題と認識していない課題を区分してケアプラン作成に活用している。

b. 居宅サービス事業所からの情報の共有状況や活用状況

- サービス事業所からの情報共有は、毎月の実績報告として紙面が共有される。
- スピーディな対応が必要な際には実績報告を待たず、都度連絡をいただける。そういった場合には電話での連絡が多い。
- 定期的な連絡・情報共有は月1回程度が主である。

3) ケアプラン作成業務

a. 目標設定や居宅サービス計画書(原案)を作成する際に、アセスメント情報以外に参考にする情報

- ケアプランはあくまでも本人のためのものである。よって、本人・家族の意向を最優先にケアプランを作成する。その上で経済状況や要介護度(支給限度額)を踏まえた話し合いを行いながら決めていく。
- アセスメントの情報も必要だが、アセスメントから抽出された課題を本人が認識しているかによってケアプランに組み込めるかも変わってくる。よって、まずは本人の意向を確認し、そこから起案していく。

b. サービス事業所の選定方法や選定基準

- まずは本人から希望のサービス事業所があるかを聞く。特になければニーズや趣味などに合わせて介護支援専門員から事業所を紹介する。
- 通所介護の事業所では、サービス体験が可能な事業所が多いため、利用した上で、本人が気に入ったサービス事業所をケアプランに組み込む。

c. (LIFE 情報が共有される場合)目標設定や居宅サービス計画書(原案)を作成において、LIFE の様式情報やフィードバックの中で活用できそうな内容

- 目標設定の検討にあたっては、LIFE 情報の活用は難しい。

d. (LIFE 情報が共有される場合)事業所・利用者フィードバックを事業所選定へ活用することへの可能性

- LIFE データの活用場面としては、利用者への提案時に、客観的なデータとして提示し、事業所選定の参考にしてもらうことが可能ではないか。

4) サービス担当者会議

a. サービス担当者会議の参加者

- 本人・家族、介護支援専門員、各サービス事業所の関係者が参加している。最近では居宅療養

管理指導の薬局の方も同席いただけるところが増えてきた。主治医については忙しく、サービス担当者会議への参加まではなかなか難しい。

- サービス事業所は特定の方を介護支援専門員から指定することはしないため、その時期によって参加職種・担当者は様々である。サービス事業所の方針によるところと思われる。

b. サービス担当者会議において、サービス事業所から共有される内容や、サービス種別によって共有される内容の差異

- 本人が認識している課題や望んでいる生活については、会議に本人も参加しているため全体で共有・確認しやすい。
- ただし、本人には伝達できない内容もあり、そのような内容は会議の場では確認にくい。会議の場で共有しにくい情報については、会議の日程調整の際に事前にサービス事業所の担当者に話をしておき、当日伝達すべき事項なのか、発言するにはどのように話すのかというところを確認し、内容によっては配慮して伝えて欲しいと予め調整しておく。
- 基本的には本人の課題や本人も認識していない課題について、参加者全員にとって気づきにつながるような話し合いをすることが多い。
- 本人・家族、介護支援専門員までが認識しているが、他のサービス事業所には言えない情報もある。例えば、利用中のサービス事業所への不満(利用をやめるほどではないが不満に感じていること)等である。サービス事業所側としても、逆のこともあるかもしれない。

c. (LIFE 情報が共有される場合)会議内で LIFE 情報が共有されることによる利点や課題

- まずは本人から希望のサービス事業所があるかを聞く。特になければニーズや趣味などに合わせて介護支援専門員から事業所を紹介する。
- 通所介護の事業所では、サービス体験が可能な事業所が多いため、利用した上で、本人が気に入ったサービス事業所をケアプランに組み込む。

5) モニタリング業務

a. モニタリングの業務フロー

- 居宅介護支援事業所としては、要介護の方において生じている問題に対するケアプランを作成している。よって、ケアプランに位置付けられたサービスを使うことで生活が維持できているのかということモニタリングでは確認している。
- また、アセスメントした時点からの変化も確認し、利用中のサービスが適切でなければ変更等の調整を行う。さらに、利用中のサービス事業所の満足度も本人に確認し、問題がなければそのまま継続ということでモニタリングは終了する。

b. サービス事業所からの情報の共有状況や活用状況

- アセスメントと同様の運用である。

c. (LIFE 情報が共有される場合)利用者の情報収集において、LIFE の様式情報やフィードバックの中で活用できそうな内容

- そもそも、LIFE で共有される情報は、公開されている情報か否かがポイントである。サービス事業所が入力した情報を利用者が閲覧した際、「そんなことはない」、「あの事業所はそんなことをいっているのか」、「誰から聞いたのか」と言われないようにする必要がある。
- 自身が判断した項目と提供された結果の相違点があれば、その点についてもう少し詳しくモニタリングで確認してみようと思う。
- 体重や日常的な変化は介護支援専門員が実施するモニタリングでは把握しにくいところであり、そういった項目を含め、前回からの変化があった部分をわかりやすく示すデータを共有してもらえると介護支援専門員としてもありがたい。
- LIFE の情報から利用者の変化が把握できれば、変化が見られた点もモニタリング時に自身で確認するだろう。

d. (LIFE 情報が共有される場合)サービス事業所との評価内容の差異に関する懸念点や、評価結果への信頼性に対する対応として考えられる方法

- 急を要するような課題等については電話で情報共有を実施するが、日々の中での緩やかな変化については、3か月前の情報でも蓄積された情報があることは有益だと思う。
- 全ての項目を介護支援専門員自身が確認していけるかという点と難しいため、変化があったところだけ色が変わっている等の工夫がされたデータをもたらるのであれば大変ありがたい。
- 利用者によって自宅内での状況と通所介護事業所の中での振る舞いが異なる方もいる。LIFE に入力される情報は、サービス事業所の環境の中での評価であるため、例えば、事業所内では歩行ができて、自宅に帰ると古い家屋であり歩行が難しいということも想像される。

e. (LIFE 情報が共有される場合)複数のサービスから情報を提供されることによる情報の選定方法やその課題

- サービス事業所の特性によるものであり、どのサービス、どの職種を優先するというわけではない。訪問系サービスは自宅での内容が主になり、通所介護では施設の中での生活、リハビリテーションであれば訓練の状況などの情報である。そのサービスの特色による利用者の変化が確認できるとありがたい。
- 事業所間で評価が異なる場合、自身の評価と同様の結果をいただける事業所を選定すると思う。

f. (LIFE 情報が共有される場合)現状の LIFE の様式情報にはないが、サービス事業所が評価を実施し、介護支援専門員に提供されると良いと考える情報

- 3か月単位だからこそ、その間で発生したイベント(転倒などのリスク)について共有してもらえると振り返りになる。介護支援専門員側としても記録が漏れていた事項や、記憶を失念している事項を思い出すことができる。特記事項として共有してもらえるとありがたい。

6) その他

- 居宅サービス事業所と居宅介護支援事業所での LIFE 情報のやり取りについて、例えば、利用者Aさんとしてのコードが振られる場合、介護支援専門員自身が LIFE にログインし、Aさんが利用している全サービス事業所が入力したデータを閲覧できるとよい。また、各サービス事業所も同じシステムにアクセスし、全ての事業所が共通で入力・閲覧を同時にできるという仕組みも考えられる。
- ただし、介護支援専門員各自が、ログインするという手間がある。介護支援専門員としては、モニタリングに行く前に前回からの変化がないか等を確認するという使い方が考えられる。3か月に1度のフィードバックによる共有だけでなく、これまでの情報が全て蓄積され、いつでも確認できるという仕組みであれば、必要な際にアクセスしに行くということが考えられる。
- 今まで事業所間の比較をするということがなかった。サービス事業所としても他事業所の評価結果が共有できると良い。サービス間で様子が違う、こういった視点がある、といった内容を共有できると、良いのではないか。
- サービス担当者会議前に事業所から報告をもらうにあたり、サービス事業所として伝えたいことに絞って提供されることがあるが、介護支援専門員として知りたいところではないこともある。介護支援専門員として気になっていること、確認したいこととサービス事業所が伝えたいことの差があるケースもある。LIFE を通じて決まった様式で幅広く情報を共有してもらえると、お互いに気づいていないところも把握できると思う。また、サービス事業所同士での気づきもあると思われる。事業所間でも閲覧できるのであれば、他の事業所での良い取組を参考に、自身の事業所での取組にも活用できるのではないか。

(2) 介護支援専門員 B

1) ご担当者について

a. 保有している資格

- 介護福祉士
- 社会福祉士

b. 担当件数

- 現在は 10 件程度を担当。管理業務、代表業務にシフトし、担当は職員に任せている。

c. 業務経験年数

- 26年

2) アセスメント業務

a. アセスメントの業務フロー

- 単独型であるため、他のサービスは提供していない。このため、病院退院時に相談員から紹介、地域包括センターからの紹介、所属する介護支援専門員の関わりのある介護サービス事業所からの紹介、これまで担当した方の家族・親戚等、様々な経路で紹介をしてもらう。
- 入院中の場合には病院へ訪問、居宅への訪問により初回面談を行い、情報を収集する。契約等と並行してアセスメントシートに落とし込み、課題分析を行った上で、ケアプランの原案を作成する。これをもとに利用者と調整しながら、サービスや事業所の選定のすり合わせを行い、サービス担当者会議で合意の上、サービス利用を開始する。

b. 居宅サービス事業所からの情報の共有状況や活用状況

- 退院後にサービス利用する場合は看護サマリやある程度の医療情報、ADL の状況、リハビリの情報等をもらい、参考にしている。
- 地域包括センターからの紹介の場合は、要支援から要介護への移行となるケースが多いため、このような場合には介護予防のプランや基本情報をもらった上で、介護サービスのケアプランに反映している。
- 聞き取り以外では、契約後に認定情報等を取り寄せて、中身を確認している。
- もともと介護サービスを利用しており、引継ぎを行う場合には、事前に現状利用しているサービス事業所に連絡し、サービスの状況や本人の気になる点について情報収集を行っている。

c. 目標設定や居宅サービス計画書(原案)を作成する際に、アセスメント情報以外に参考にする情報

- 本人・家族がどのような暮らしをしたいのかを尊重し、最も良い手段(サービスの組合せ等)は何かを考える。
- 全て意向通りにすると見通しが悪くなる場合、利用者や家族の意向を尊重しつつも、介護支援専門員が悪化につながらないようなケアプランとなるように緩やかに誘導していく。

d. サービス事業所の選定方法や選定基準

- 単独型の事業所でしがらみがないため、利用者・家族の意向に沿って、自由に事業所を選定している。
- 距離が近いことは1つの基準だが、好きなことをしてモチベーションを上げてもらいながら、機能回復につなげていくことが最も良い。
- 通所は1度体験することをおすすめしている。

e. (LIFE 情報が共有される場合)目標設定や居宅サービス計画書(原案)を作成において、LIFE の様式情報やフィードバックの中で活用できそうな内容

- 様々な項目について数値化されているため、客観的なモニタリングにつながると考える。例えば ADL について、排泄時の移動に関して等、具体的な目標を立てている場合、ADL の数値データに基づいた議論ができるのではないかと。客観的な評価によってケアプラン見直し時や新たな課題の発見において参考になると思慮する。

f. (LIFE 情報が共有される場合)事業所・利用者フィードバックを事業所選定へ活用することへの可能性

- 日常生活動作の改善が見られる、認知機能の改善から認知ケアに取り組んでいると推測されるなど、事業所の強み、特徴がある程度数値化されると考える。強みや特徴が分かれば、利用者・家族のニーズに合った事業所選定ができるのではないかと。
- LIFE のデータは、事業所選定において、取組状況をはかる上でよい資料となると思慮する。満遍なく値が高いのではなく、強みが突出しているような事業所を把握できると、利用者のニーズは様々であるため、選定時に助かる。

3) サービス担当者会議

a. サービス担当者会議の参加者

- 利用者本人、家族、介護支援専門員、各サービス事業所の相談員の他に、医療ニーズが高い場合には、主治医、看護師が参加することがある。
- 離島を担当しているため、近所の方、民生委員、友人等見守りをしてくれる場合がある。このような人にサービス担当者会議に参加してもらうことがある。友人等については、利用者本人にとってよく知る人であるため、参加について拒否されることはない。
- 通所介護であれば相談員、通所リハビリテーションであればリハ職等、サービス事業所側で参加者が変わることは少ないが、人員に不足がある場合には変わることもある。

b. サービス担当者会議において、サービス事業所から共有される内容や、サービス種別によって共有される内容の差異

- 訪問介護では、在宅での介護となるため、在宅の環境をよく見る。
- 訪問リハビリテーションについても同様に在宅での環境について、どのような導線でのリハビリか、本人が行きたいところまで歩く等をして確認する。
- 通所リハビリテーションについては、事業所でのプログラムに沿うため、個別援助計画を作成する上で行えるようにしたい動作に対するリハビリ内容を確認している。併せて、利用者本人の趣味に即した活動ができるように情報共有している。
- 本人が認知症だが自覚がない場合等、サービス担当者会議で利用者本人の前で伝えることが

はばかられる話題がある場合や家族に問題がある場合には、事前に関係者とすり合わせを行うことや、別途会議を行っている。

c. (LIFE 情報が共有される場合)会議内で LIFE 情報が共有されることによる利点や課題

- ケアプラン更新のサービス担当者会議で、前回のデータを見て、具体的なデータに基づいて議論ができるのではないかと。
- これまでは明確な基準がなく、客観的なイメージがしにくかったが、LIFE の指標には共通のものさしがあることで、共通言語となることが大きな利点である。
- データが本当に正しいかということについては懸念がある。また、利用者が認知症である場合等、自身の状態を客観的に理解できていない状況では、LIFE のデータを解釈することは難しいかもしれない。

4) モニタリング業務

a. モニタリングの業務フロー

- 基本的には、事前の情報収集(前回の結果確認)→居宅訪問・面接・観察・記録→サービス事業所からの情報収集→評価の流れ。
- 夜に徘徊がある場合等については、周囲に状況確認し、情報収集をしている。
- アセスメント時には多くの項目を確認するが、モニタリングでは基本的にケアプランの評価の観点となるため、前回から何がどのように変わったかという変化をよく確認するようにしている。

b. サービス事業所からの情報の共有状況や活用状況

- 月に1回、実績と共にモニタリング報告書が送付されることが多い。
- 急ぎ確認したいことがある場合には、電話でやり取りしている。メールでの連絡の場合もある。

c. (LIFE 情報が共有される場合)利用者の情報収集において、LIFE の様式情報やフィードバックの中で活用できそうな内容

- ケアプランにおいて目標が決まっていれば、LIFE に含まれる関連する項目において、維持も含めて状態の客観的な評価ができると思慮する。

d. (LIFE 情報が共有される場合)サービス事業所との評価内容の差異に関する懸念点や、評価結果への信頼性に対する対応として考えられる方法

- 見立てが違う場合は確かにあるが、介護支援専門員は利用者によく面会しているわけではなく、サービス事業所の職員の方が実際に利用者への対応を行っているため、自分との評価が異なることで気づきとなる。
- 評価の方法が介護支援専門員とサービス事業所で異なっている場合や、聞き方がよくないと

いった懸念もある。しかし、多くの場合ではサービス事業所が正しいように思われる。

e. (LIFE 情報が共有される場合)複数のサービスから情報を提供されることによる情報の選定方法やその課題

- 感覚的に利用者のニーズに対しては、このサービス事業所の利用がメインとなる等が分かるため、そのニーズによって優先するところは変わってくる。

f. (LIFE 情報が共有される場合)現状の LIFE の様式情報にはないが、サービス事業所が評価を実施し、介護支援専門員に提供されると良いと考える情報

- サービス利用時の満足度については、利用者・家族からの事業所の評価となる。サービス事業所が満足を取り取った場合の内容と、介護支援専門員が聞き取った場合では、異なる可能性があるため、どちらが本音なのか確認しながら、利用者の理解を深めることができるのではないかな。
- 転倒などリスクに関する情報については、即時的に連絡を受けるため、まとめて共有を受けるものではない。

5) その他

- LIFE の情報があることで、介護支援専門員の作成したケアプランが適切なのかの評価もできる。また、モニタリングでの進捗状況の確認にも活用できるだろう。今後 AI を用いた分析もできそうである。
- サービス事業所のフィードバックや、担当している利用者の情報を、介護支援専門員が直接システム上で確認できるようになるとよい。
- 提供される情報を迷惑に思う人はいないのではないかな。データによって自身に足りない視点やニーズを把握でき、ケアプラン見直しの材料となると思慮する。
- サービス担当者会議で活用することを考慮すると、グラフ形式で、一目でわかりやすいものが良いと考える。一方で生データを自身で分析したいというニーズがあることも考えられる。自分自身としては両方あるとよい。

(3) 介護支援専門員 C

1) ご担当者について

a. 保有している資格

- 介護福祉士
- 相談支援専門員

b. 担当件数

- 自身としては 14 件。会社全体では 1,700 件程度であり、1事業所あたりは 250 件程度である。

c. 業務経験年数

- 15 年

2) アセスメント業務

a. アセスメントの業務フロー

- できるだけ新規受付の際に情報を収集しておきたいと考えている。例えば地域包括支援センターや病院からの依頼時には、詳細に電話などで情報収集している。更に、利用者・家族に電話し、初回訪問日を決める。
- 入院中の場合には、病院の退院前カンファレンスに参加して情報をもらう。病院の場合には看護サマリやリハビリテーションサマリを共有してもらうことも多い。
- 在宅の場合には、新規利用の際にはアセスメントを実施する。
- 当事業所では最近 AI を活用しており、録音が可能であればアセスメントのやり取りを録音させていただき、それを基に課題整理をしている。アセスメントと課題整理は対話をしながらまとめてやっていくものだと思っており、目標設定やケアプラン原案作成まで利用者と会話をしながら同時に決めている。
- また、ケアプラン点検項目マニュアルや課題分析標準項目、適切なケアマネジメント手法を活用して、できるだけ詳細にアセスメントを実施するという事になっているが、LIFE に登録されている情報と、介護支援専門員が実施するアセスメントの項目が不一致である。
- 介護支援専門員が基本的に用いているアセスメントの ADL は、LIFE では認定調査項目になっている。適切なケアマネジメント手法のアセスメント項目と、LIFE の Barthel Index と異なる。自身としては、LIFE の評価項目・評価軸に合わせていった方が、介護支援専門員も他職種と同じようなアセスメントが実施できるようになるのではないかと思う。
- 認定調査項目のアセスメントでは、「自立」「一部介助」「全介助」のような評価軸になっている。例えば、歩行などは「捕まればできる」などであるが、どういうところで介助を受けているか、本人がどこまでできているのかというところを把握できるとよい。
- 認知症の項目についても認定調査項目と LIFE の「項目とは異なるため合わせていただきたい」と思っている。似ている項目も多いが、評価軸が違うところも多いと常に感じていることである。

b. 居宅サービス事業所からの情報の共有状況や活用状況

- 訪問系サービスは訪問介護がどういったサービスを行っているか、介助している中でどういっ

たところに課題があるかなど、そういった報告が多いと感じる。

- 当事業所では情報連携ツール(ICT)を活用して情報連携しているが、普段のケア内容に変化があった場合、例えば状態に変化があった、今日はこういうことを頼まれた、などの報告は随時あげていただいている。
- 訪問系サービスの中でも訪問介護と訪問看護・リハビリテーションでは全く異なる。最近、看護記録そのものを情報連携ツールにアップロードしてくれており、バイタルなど詳細な情報が連携される。訪問看護、訪問診療なども、看護の処置内容や褥瘡の写真、詳細な皮膚の状況の写真などが共有される。
- 通所介護の場合は機能訓練の様子も共有してくれるが、こういったレクリエーションをしたのかという内容も多い。
- いずれの事業所からも都度情報共有してもらっているが、特に状態の変化が無ければ概ね月1回程度の連携である。
- どのサービス事業所も月次で各事業所のシステムに搭載されている様々な様式で、報告を受ける。
- 情報連携ツールでは、日々の出来事や、バイタル、本人の主訴や客観的な評価などが羅列されており、そこで報告を受ける。介護支援専門員だけでなく利用者のケアのチームメンバー・全職種がみな同じ情報を共有できる。医師からもコメントがあることもある。

c. 目標設定や居宅サービス計画書(原案)を作成する際に、アセスメント情報以外に参考にする情報

- ケアプラン点検マニュアルにも記載があるが、ご本人の意向、ご家族の意向をできるだけ本人の言葉で詳細に記載するようにしている。課題分析の結果は、例えば、歩行ができず「こんなことに困っている」というところがあれば介護支援専門員の言葉で要約する。大腿骨頸部骨折の術後で、病院でもリハビリテーションを実施したが、退院後、転倒が不安であるというところは、「転倒の懸念がある」などに置き換える。
- 総合的な援助の方針についても、できるだけケアチームの一体的なチーム目標を書くようにしている。また、緊急時の対応方法などはできるだけ詳細に記載するが、そのあたりの情報はアセスメント時に把握できる。
- 認定調査情報と主治医意見書については、自治体のローカルルールはあるが、開示されるまでに時間を要する。10日から1週間程度遅れて共有されることも多く、初回のケアプラン作成にはほぼ間に合わない。更に、認定調査の結果と直接確認したアセスメント情報では、状態が変わっていることもある。自身の目で確認する方が、ケアプランに反映させる内容は多いと感じる。
- アセスメントを認定調査情報と主治医意見書で代用している介護支援専門員がたまにいるようだが、適切なアセスメントとは言えない。有効期間が4年となっているため、最悪、4年前の情報で止まっているということもあり得る。
- 継続利用者の場合は再アセスメントを実施することになるが、その際はサービス事業所の方が詳細を知っているため、サービス事業所から最近の様子を伺い、ケアプランの作成に活かして

いる。通所介護や訪問介護の報告を確認し、それを踏まえてサービスを見直すことも多い。

- 他には、居住状況や社会資源の状況、経済状況などもケアプランには反映される。例えば、本人が訪問介護を毎日または週 2,3回利用したいといっても、当事業所の地域でもヘルパー不足があるため、実際には対応が難しいということもある。
- 経済状況も勘案している。このくらいサービスを使うと、このくらい費用がかかるということを伝え、「それであれば難しい」という話にもなる。特に自己負担が2～3割の方では、例えば、「訪問リハビリテーションを1時間入れると、3割負担だと2,400円くらいかかるが、それでも入れるか」ということを確認する。
- 他に、一時的に3割負担になっている方などもいるため、経済状況は気にしている。区分支給限度額もきまっているため、そういったことも含め、総合的に勘案してケアプランを作成している。

d. サービス事業所の選定方法や選定基準

- 当法人には併設のサービス事業所がないため、利用者にとって適切なサービスを地域の事業所の中から選定することができる。
- 併設事業所がある場合、「併設の通所介護について週3回、この曜日空いているから新規利用者がいれば埋めてくれ」と言われることも多いと聞く。当事業所の場合は、そのようなケースはないため、区内の事業所一覧表を持参し、事業所ごとの特徴と合わせ1か所ずつ利用者に説明をしている。地域包括支援センターや、病院から依頼が来た際には、事前情報として通所介護の利用希望がある、半日の訪問リハビリを利用したいなどの要望も予め聞いていることがあり、サービス事業所の選定は、利用者のニーズに一番合うところを最優先にしている。
- 通所介護の場合は特徴もあるため、事業所の選定がしやすい。一方、訪問介護の場合は、ヘルパーが実施しているサービス内容は類似しているため、例えば、特定事業所加算を算定している事業所は少し単位数が高いが、ヘルパーも充実しており、一生懸命対応してくれるといった説明をしている。
- 首都圏の場合、選択できるサービス事業所数も多いため、利用者がサービス事業所を選定する際、自宅から近いなどの距離的な理由で選ぶことは少ない。どちらかというと、空き状況やサービス内容が充実しているかというところの方が多い。
- 個人的には、同じ情報連携ツールを導入しているサービス事業所が良い。一部のサービス事業所だけ、報告が全て電話やFAXとなると、多職種連携が行いづらい。情報連携ツール上で、看護師や医師が詳細な情報をヘルパーに聞きたいといっても、コミュニケーションが取りづらい。
- 訪問看護は特色が分かれている。リハビリテーションに特化しているところ、機能強化が充実している、看取りが強い、小児や障害も受け入れているなどがある。また、言語聴覚士(ST)がいるところは少ないため、嚥下を評価してもらう際には非常によい。
- 福祉用具については、提供される物は基本的に一緒であるが、福祉用具貸与事業所によって価格が異なる。よって、休日でも柔軟に対応してくれる、積極的に関与してくれるようなところを

選定する。そういった事業所の特性も全て利用者にお伝えし、最終的には本人に決めてもらう。

- 科学的介護推進体制加算について、通所介護の事業所ではほぼ算定している。よって、LIFEを活用しているから依頼する、という事業所選定の理由としてはあまり意識していない。

e. (LIFE 情報が共有される場合)目標設定や居宅サービス計画書(原案)を作成において、LIFEの様式情報やフィードバックの中で活用できそうな内容

- LIFEの情報は是非活用したい。フィードバックデータが欲しい。利用者の状態が改善したか、改善していないのかを把握したい。適切なケアマネジメント手法でも、身長、体重、BMI、水分摂取量などが示されている。特に通所介護は入浴後に身長、体重を量れるためより正確な情報が把握できる。介護支援専門員の確認では、本人への口頭での確認になってしまう。
- 口腔・栄養も確認する項目だが、通所介護の方が、食後に口腔ケアや嚥下訓練を実施しているため、より評価が細かく実施できる。そういった情報を介護支援専門員に共有してもらえると、アセスメントに活かすことができる。
- 利用者フィードバックについては、医療職からも情報共有を依頼される項目である。通所介護では評価しているかもしれない、という回答はするものの、介護支援専門員が自動的にLIFEの情報を閲覧できるのであれば、そういった活用もできるのではないか。

f. (LIFE 情報が共有される場合)事業所・利用者フィードバックを事業所選定へ活用することへの可能性

- 事業所フィードバックのデータを用いることで、なぜこのサービス事業所を選んだのかということを利用者への説明に活用できる。例えば、LIFEデータで機能訓練の質が高い、介護度の改善が期待できるなど、客観的なデータを示したい。客観的なデータを基に、説明したいと思っているが、現状は定性的な介護支援専門員としての所感での提案に留まっている。

3) サービス担当者会議

a. サービス担当者会議の参加者

- 利用者・家族、介護支援専門員、各サービス事業所の相談員であり、ケアプラン第2表に書かれている関係者である。
- 注意が必要な点として、インフォーマルサービスへの情報共有が挙げられる。インフォーマルサービスの事業所も会議に参加してもらうことができるが、守秘義務契約がない場合がある。例えば、配食サービスなどは鍵付きの書庫やセキュリティ対策は何もなく、ケアプランを送付されても困るということがある。会議への参加者については、事業所としての個人情報管理について、情報漏洩の対策をとっているか見極める必要がある。
- 他に民政委員も同様であり、隣近所の方、友人などが参加する場合、その方々から情報が洩れる可能性もあるため、参加してもらう際は留意が必要である。

b. サービス担当者会議において、サービス事業所から共有される内容や、サービス種別によって共有される内容の差異

- 新規利用者の場合は、介護支援専門員がアセスメントで把握した内容や、ケアプランの読み合わせ、課題の共有、緊急対応について話し合うことが多い。
- 2回目以降での開催の場合は、既に情報を持っていることが前提であるため、近況を確認することが多い。最近のサービス利用状況はどうか、何か課題に感じていることはないかなどである。
- 訪問介護のヘルパーからは、現場の介護について、生活援助、身体介助、ご家族とのやりとりがある。ご家族とはこういうコミュニケーションをとっている、などの共有がある。
- 通所介護からは、送迎時の様子や、入浴時の様子、レクリエーションへの参加の様子について共有されることが多い。
- 訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問診療は、医療的視点での情報共有が多い。
- 福祉用具は、参加はするもののあまり発言はない。モニタリング頻度が6か月に1回程度の事業所も多く、利用状況を伝える程度である。
- 日頃の情報共有として、ICTツールを使って常に情報共有をしているため、改めてじっくり話すということはない。
- その他、利用者の状況にもよる。虐待など、ご家族や本人に理解してもらいたい話題については、事前に関係者と調整を行い、会議の目的として、こういったことを理解してもらうための会議にしようということ共有した上で実施することもある。サービス担当者会議には、多様な機能が持たせられていると感じる。

c. (LIFE 情報が共有される場合)会議内で LIFE 情報が共有されることによる利点や課題

- LIFE のフィードバックが共有されると、ケアプランの見直しもそうだが、短期目標の期間満了の時期であれば、次の目標をどうするか検討するための情報になる。これまでの半年間や1年間の変化を踏まえて次の目標やサービスをどうしていくかを相談ができる。
- 例えば、介護支援専門員としてモニタリング訪問をする際、LIFE のフィードバックを印刷・持参し、近況について報告・確認するなどが考えられる。
- LIFE データをサービス担当者会議に持参し、多職種で共通意識を持つということも考えられる。普段から、LIFE のデータを活用しなくても介護支援専門員として実施すべき事項であるが、LIFE データがあるとより共有しやすいと考えている。
- 課題として、通所介護事業所が LIFE に登録している情報は、身長、体重、BMI、Barthel Index しか入力がないことが多い。認知機能尺度や口腔、栄養などは未入力であることが多いのではないかと感じている。これは、評価することが苦手なのではないかと思う。よって、例えば、訪問看護や訪問歯科から情報を提供してもらってもよいのではないか。評価できる人が他職種で項目を埋めてみてもよいのではないか。
- また、通所介護事業所での様子と在宅での様子では評価結果も異なる。どちらが正確かとは

いえないが、それぞれが総合的にみることで、適切な評価ができるのではないかと思う。

4) モニタリング業務

a. モニタリングの業務フロー

- 月1回訪問によるモニタリングを実施している。
- まずご自宅を訪問し、本人・家族と面接を行う。家族も同席できれば立ち会ってもらおう。

b. サービス事業所からの情報の共有状況や活用状況

- サービス事業所からは月1回情報提供いただく。その情報を基にモニタリング訪問し、「転倒があったようだが大丈夫か」といった会話から、介護支援専門員としてのモニタリングを開始する。
- 介護支援専門員が実施するモニタリングについては、評価項目が記載要領、ケアプラン点検支援マニュアルに記載されているが、サービス利用状況の満足度を評価するものである。よって、本人の状態の変化、体調の変化、短期目標の評価、家族の介護状況の変化とかかかれているため、多くの介護支援専門員がそれらの項目に焦点をあてて、モニタリングを実施していると思う。
- 適切なケアマネジメント手法に取り組んでいる介護支援専門員であれば、基本的ケア、疾患別ケアに関わる情報を把握していく。
- モニタリングは継続的な再アセスメントの意味も持っている。都度状況を確認し、変化があれば再アセスメントを実施し、必要に応じて都度ケアプランの見直しをしている。
- 先日のタイムスタディ調査の結果をみても、介護支援専門員のモニタリング訪問時間は1人あたり平均 27 分程度であり、介護支援専門員が訪問していない時間の方が長く、訪問だけではそれ以外の生活がわからない。訪問している時だけがケアマネジメントではなく、モニタリングではないと考えており、利用者の1ヶ月の生活を全て把握し、各サービス事業所から受けた報告を踏まえ、総合的に評価することだと思っている。月1回の訪問だけでは、定点的な観測になってしまう。

c. (LIFE 情報が共有される場合)利用者の情報収集において、LIFE の様式情報やフィードバックの中で活用できそうな内容

- LIFE データが共有されれば都度確認し、目標の見直しなどに活用したい。短期目標が達成していることもあると思われ、そういった場合には、より高い目標に変えていく。逆に問題が見えてくることもあると思われる。例えば、嚥下機能が落ちている、体重が落ちているなどが把握できれば、それに対して医療者と共有し、どういうところが問題なのかを相談する。特にリハビリテーション専門職はしっかりとデータを活用してくれるのではないかと思う。
- 訪問リハビリテーションでは、Barthel Index を通常のアセスメントで評価しているはずである。

- これまで実施したことはないが、入院時に情報連携シートと併せて LIFE データを病院に渡してもよいのではないか。入院時情報連携シートと介護支援専門員のアセスメントシートの内容はほぼ同様のため、アセスメントやケアプランに添付してデータ提供しても良いのではないかと思う。評価するサービス事業所によって結果は異なると思うが、より本人の状態像に近いものを介護支援専門員として選定し、病院に共有していくとよいのではないか。

d. (LIFE 情報が共有される場合)サービス事業所との評価内容の差異に関する懸念点や、評価結果への信頼性に対する対応として考えられる方法

- 訪問系と通所系では評価も違うため、そこは完全に切り分けて認識した方が良いと思う。また、短期入所であれば、24 時間の時間軸で評価できる。そういった評価も非常に参考になると思っている。

e. (LIFE 情報が共有される場合)複数のサービスから情報を提供されることによる情報の選定方法やその課題

- 訪問介護や介護支援専門員は現時点では活用していないため、今後、使い方に対する考え方も変わってくるのではないか。
- 今後、研修などを通じて、Barthel Index や認知機能の評価方法や読み解き方などを学ぶことで、介護支援専門員としてもより正確な評価が実施できるようになっていくのではないか。今はトレーニングもうけていないところであり、その評価を実施するのが得意な専門職に評価していただく方が、正確性が高いと思う。LIFE を使い慣れてくれば、介護支援専門員としても対応していくことができるのではないか。

f. (LIFE 情報が共有される場合)現状の LIFE の様式情報にはないが、サービス事業所が評価を実施し、介護支援専門員に提供されると良いと考える情報

- 介護支援専門員は幅広く情報を収集している。LIFE に登録すべき情報化は別だが、疾患、疾病、既往歴なども把握している。例えば、ポリファーマシーの問題にも関係する服薬状況や適切なケアマネジメント手法で示されている水分摂取量、身長、体重・BMI などの情報も共有されるとよい。他、むくみの有無、口腔状態、口腔の渇き、食事摂取状況、必要な栄養量、実際の栄養摂取量、視力、聴力、麻痺、震え、認知機能の詳細(周辺症状としてどういったことがあるか。日内変動、夜間・夕方に徘徊する、昼夜逆転、睡眠状況など)、1日の壊死活リズム、活動量など、あげればきりがなし。介護支援専門員として、全てを知り、全てを正確に評価できるようになりたい。
- 介護支援専門員は、多角的アセスメントが重要であり、浅く広く情報収集するものである。リハビリテーション専門職、看護師、医師、薬剤師、栄養士、それぞれの専門分野ごとに深いアセスメントを実施しており、それを集約したい。但し、そういった機能を持つシステムとして LIFE が妥当なのかという点はある。
- 介護支援専門員として、適切なケアマネジメント手法も含め、多様なアセスメント軸があるのは

良いが、多職種連携という観点で、それぞれの専門職の専門性を活かしたアセスメントが実施できればよいのではないかと。

- 現状、介護支援専門員が使っているアセスメント方式は、認定調査項目が基になっており、今の取組では介護支援専門員のアセスメント力は今日かされていかないのではないかと。しっかりとアセスメントが実施できるよう、国際標準的なところに合わせていった方がよいのではないかと感じている。多職種との共通言語が欲しいと感じており、同じ評価軸で多職種と会話ができればと思う。例えば、LIFE では Barthel Index を用いているが、リハビリテーションでは FIM を使う。FIM で何点と言われてもイメージできない。LIFE の活用を通じて、多職種との共通言語ができるとよいと感じている。

5) その他

- 現状でも居宅介護支援事業所でも LIFE を使うことができるはずである。以前、当事業所でも登録だけはしたものの、事業所の介護ソフトと連動していないため、LIFE で情報を把握しても、全て手入力していかなければならないため、使用していない。
- 新規利用者の場合、最初に受け付けるのは介護支援専門員である。よって、初めに LIFE に登録するデータを把握させていただき、LIFE ではこういう評価であるということから、会話が始められるのではないかと。居宅介護支援事業所での登録・提出に加算がつき、介護ソフトのベンダがシステム連携に対応してくれるなら、LIFE の活用が進んでいくのではないかと。
- 居宅介護支援事業所は、横一線の状況になっている。当事業所では、介護度改善や介護保険からの卒業などの取組を頑張って実施している。居宅介護支援事業所も LIFE が使えるようになれば、当事業所では介護度改善に注力しているということが、他事業所や全国平均と比較して改善しているなどが自己分析もできるようになる。
- 当事業所は単独型の居宅介護支援事業所であるため、国保平均より給付費は抑えられているはずであり、それで介護度が改善でき、更に介護保険からの自立卒業ができれば、良い取組をしているのではないかと自負しており、LIFE を使って事業所の評価もしっかりすることで、地域包括支援センターや病院が、この居宅介護支援事業所、介護支援専門員なら、しっかり介護度改善してくれますよ、と利用者で紹介いただけるのではないかと。現在も、地域包括支援センターがどのように居宅介護支援事業所や介護支援専門員を選定しているのかは不明瞭であり、利用者が使いたいサービス事業所が併設されているから情報共有もしやすいなどの理由で、選定しているのではないかと。それでは、介護保険の利用を促進し、過剰サービスを促しているのではないかと。このような対応が是正されれば、日本全体の介護給付費は下がるのではないかと考えている。介護度改善、給付抑制できている事業所、などに重きを置いて事業所選定頂いた方がよいのではないかと個人的には考えている。
- AI ツールを用いてアセスメント、課題分析を行い、ケアプランの作成に繋げているが、LIFE の項目をアセスメントに入れることは十分あり得る。AI ツールを使うようになってから、以前のアセスメントより細かくやるようになった。特にケアプラン点検項目マニュアルに沿って、課題分析標準項目も細かくなっている。AI で分析していくため、それに伴うトークスクリプトも準備しており、アセスメントのこの項目に対してはこういう文言で質問しましょうということまで落とし

込んだものである。質問項目について、上から順番にそれ全部聞いていくと綺麗にアセスメントがちゃんと取れる。AI で分析することを常に意識しながら、アセスメントを行っている。質問項目は 160 項目あるが、これらの質問項目に対する回答に、LIFE の情報を加えていくような形になる。

- 介護支援専門員が LIFE を活用するためには、全ての LIFE 項目に対するトレーニングが必要ではないか。この評価軸はこのようになっていくということを学んだ上で、入力方法や、正確に評価できることということが非常に重要である。正確な評価については、リハビリテーション専門職はとても上手である。正確に評価できるようになるには、時間がかかると思う。また、介護ソフトベンダがシステム改修しなければ、LIFE 情報を手入力しなければならず、現実的ではない。介護記録ソフト内にアセスメント情報を登録し、LIFE にもデータを登録するとすると、二重の負担にある。また、認定調査の項目と LIFE の項目が異なる点も課題である。この点は現場の声としても上がってくるのが想定されるため、すり合わせていくことが必要である。
- 適切なケアマネジメントと重なっている領域はあるとは思う。適切なケアマネジメント手法の基本的ケアや疾患別ケアでは、Barthel Index や認知症の項目などは DBD13 など、項目は同じであるが具体的なスケールまでは示されていない。そのため、スケールも合わせてしまってはどうかと思う。国際スケールの評価基準を用い、この対象者には何番の基本項目を使おう、などが示されているとよいのではないか。介護支援専門員がここを深掘した方がよいということを考えながら実施していくというトレーニングを受けているが、LIFE では全ての項目を正確に全利用者に対し評価していくという話になる。適切なケアマネジメント手法は 50 項目程度あるが、それに関わらず、その第一項目は全員実施しましょう、という整理でもよいのではないか。
- 居宅介護支援事業所としての活用スキームについて、今のシステムでも十分活用できると思う。現状、LIFE データを提供いただいたことがないが、毎月各サービス事業所の独自様式での報告書を受領するよりも、3か月に1度でも LIFE によるデータを共有いただけたほうが、有益である。サービス事業所が出力する、またはそのままのデータでも構わないため、介護支援専門員に共有していただければ十分活用できるだろう。介護情報基盤を使えば LIFE データも閲覧できるようになるのかと推測しているが、将来的には、サービス事業所から提供されるのを待たず、自分で LIFE にアクセスし、閲覧できるようになるのではないかと予想している。それを基に、業務プロセスを変え、LIFE データを使ってモニタリングを実施する、サービス担当者会議を開催するようになっていくのではないかと考えている。一方、各サービス事業所からの報告において、評価がずれているということも、逆に言うと、非常に有効な情報だと思う。なぜ、そのような差が生まれるのかが、話し合いのきっかけにもなる。例えば、訪問介護では「一部介助」だが、通所介護では「全介助」になっている利用者がいた場合、通所介護でも「一部介助」にできるのではないかと、というその差を埋めていく作業になるだろう。LIFE データの共有は毎月いただき、 $+ \alpha$ の細かな情報は手入力でも良いと思う。LIFE の読み取り方もトレーニングを受ける必要があると思う。現状は、LIFE に登録するに留まっているため、それを介護支援専門員に報告するということまで科学的介護推進体制加算の要件に加えることで、自然に共有されるようになるだろうと思う。

(4) 介護支援専門員 D

1) ご担当者について

a. 保有している資格

- 看護師

b. 担当件数

- 40 件

c. 業務経験年数

- 約 30 年(介護保険開始時から)

2) アセスメント業務

a. アセスメントの業務フロー

- 事前の情報収集→居宅訪問・面接・観察・記録→課題分析(アセスメント実施)→課題の整理・優先順位付けの流れで実施している。

b. 居宅サービス事業所からの情報の共有状況や活用状況

- 月1回、請求に合わせてサービス事業所からモニタリングシートやバイタルの報告を郵送・FAXで受領している。
- 他に、急な状態変化や心配ごとは、直接電話等で連絡を受けている。

c. 目標設定や居宅サービス計画書(原案)を作成する際に、アセスメント情報以外に参考にする情報

- 医師の意見書、認定調査票、入院中の場合は入院情報提供書などを参考にしている。
- 最初のアセスメントの場合、住環境、経済状況等を確認する。特に経済状況については、限度額申請の対応も必要になるため確認する。本人・家族の意向も確認する。

d. サービス事業所の選定方法や選定基準

- まず利用者の希望を伺い、利用者にあったサービス事業所を選定し、紹介している。しかし、地域の特性上、送迎が対応できない場所や、希望があっても送迎地域の定員が一杯になっていることもある。そういった際には、他のサービス事業所の空き状況や特徴を説明・紹介させてもらう。
- 選定の際の最優先事項は、サービス事業所の評判である。評判がよいところは優先的に選定

する。

e. (LIFE 情報が共有される場合)目標設定や居宅サービス計画書(原案)を作成において、LIFE の様式情報やフィードバックの中で活用できそうな内容

- 現在の栄養状態、口腔状態、初回から現在までの身長、体重、ADL の推移が把握できるとケアプラン作成に活用できるのではないかな。
- 介護支援専門員は月1～2回の訪問や電話でのやりとりのみになるため、LIFE 情報を活用することで、利用者の現在の状況が確認できるのではないかな。

f. (LIFE 情報が共有される場合)事業所・利用者フィードバックを事業所選定へ活用することへの可能性

- サービス事業所の ADL の改善等の目標や、その成果が客観的に把握することができると思う。それに対し、利用者の希望に沿ったサービス事業所を選定し、紹介することができるのではないかな。
- サービスの質の比較や特徴を理解する際にも活用できるのではないかな。

3) サービス担当者会議

a. サービス担当者会議の参加者

- 利用者本人、ご家族、介護支援専門員、各サービス事業所の相談員
- 利用者によっては地域包括支援センターの職員や地域の民生委員なども参加するケースがある。

b. サービス担当者会議において、サービス事業所から共有される内容や、サービス種別によって共有される内容の差異

- サービス事業所からは、利用者の心身の状況、日常生活の様子、サービス提供時の問題、サービス提供後の支援の効果や変化、今後の方針が共有される。
- 訪問介護は自宅に訪問している方々であるため、在宅生活の変化、身体の変化を詳しく教えてもらうことが多い。介護支援専門員も自宅の様子がなかなか把握できないところであり、訪問介護から詳細を共有してもらう。
- 通所介護の場合は、サービス利用時の様子や ADL の変化などが共有される情報の主になる。

c. (LIFE 情報が共有される場合)会議内で LIFE 情報が共有されることによる利点や課題

- 利用者の ADL、栄養状態など客観的なデータを基に、サービス担当者会議で共有できるところが考えられる。これまでは、各サービス事業所からそれぞれ報告されていたが、LIFE により統一された項目・指標での情報共有が可能になるのではないかな。

- 一方、LIFE の情報は情報量が多すぎるところが課題になるのではないかと感じる。情報量が多すぎると論点が曖昧になりやすい。また、情報量が多すぎるとサービス事業所の特徴が表面化されにくくなるのではないかと感じる。
- 介護支援専門員もデータの利活用については、個人差が出てくるのではないかと感じる。そもそもパソコン操作に苦手意識を持つ介護支援専門員も多いため、データの利活用の前段階として、「何を」「どこから」「どのように」という操作方法から指導していかねばならず、LIFE の情報をうまく活用していくまでには時間を要すると思われる。パソコン操作の力量の差もあるところであり、現在、ケアプランデータ連携システムの導入にも苦戦しているところである。

4) モニタリング業務

a. モニタリングの業務フロー

- 概ね月1回訪問して実施している。状態変化があれば月数回訪問することもある。
- 月1回ご自宅に訪問し、面接を行い、状況を観察し、これまでの計画書の妥当性を確認している。実際に訪問し、利用者・家族からも聞き取りは行うものの、その情報だけでなく、サービス事業所にも計画書の妥当性について確認している。
- 例えば、入浴について、本人からは「入っている」と回答を得ても、通所介護では実際にどのようにはいっているかを確認させてもらう。また、食事も自宅では「普通食を食べている」と本人から聞き取っていても、通所介護では「むせがあるため、お粥にしている」などの情報がある。そのような情報を把握した際、誤嚥を防止するために、自宅でもお粥にした方がよいのか、という確認をしている。

b. サービス事業所からの情報の共有状況や活用状況

- 電話での共有や、介護支援専門員自身が通所介護事業所に訪問し、直接利用者の状況を確認することもある。

c. (LIFE 情報が共有される場合)利用者の情報収集において、LIFE の様式情報やフィードバックの中で活用できそうな内容

- ADL、栄養状況、口腔状況、認知機能の状況については、自分たちが把握できていないところの情報を共有してもらえるとよい。
- 介護支援専門員として、毎月 LIFE のフィードバックを受領しても、活用が煩雑になってしまい、業務負担にもなる。例えば、3か月に1回、6か月に1回などでもよいと思う。ケアプランの短期目標が6か月に1回での作成・見直しとなるため、その際に参考として活用するという考えられるのではないかと感じる。

d. (LIFE 情報が共有される場合)サービス事業所との評価内容の差異に関する懸念点や、評

評価結果への信頼性に対する対応として考えられる方法

- 利用者によってサービス事業所を複数個所使っている場合、事業所の担当者によって評価基準や解釈に差が出てくることで、評価内容にばらつきがでてきてしまうのではないかと。
- 評価方法や基準を標準化させるには、職員間での標準化が必要であり、懸念される点である。

e. (LIFE 情報が共有される場合)複数のサービスから情報を提供されることによる情報の選定方法やその課題

- 受領した情報の使い方は、使う側である介護支援専門員のスキルアップも必要になるのではないかと。サービス事業所間で評価のばらつきがあった際、そこをどのように詰めて、事業者間の評価を標準化させるのかは、介護支援専門員の力量にかかってくるのではないかと。
- サービス担当者会議の場で、個々のばらついた情報を統一させるため、関係者で話し合いを行い、標準化させていき、本当に信頼性のある情報に精査していくのは、やはり介護支援専門員の力量ではないかと思う。

f. (LIFE 情報が共有される場合)現状の LIFE の様式情報にはないが、サービス事業所が評価を実施し、介護支援専門員に提供されると良いと考える情報

- ヒヤリハット情報などは、すぐに電話連絡をもらう情報である。後日報告されるということはない。
- 介護支援専門員としてわからない情報は、やはり本人の日常生活の困難さである。月1回の訪問ではわからないところがあるため、通所介護の送迎時や訪問介護のヘルパー訪問時に気づいたことを共有できるとよいのではないかと。特に報告項目や指標を設けるといよりも、気づきについて文字等で共有いただけるだけでもよい。

5) その他

- 当法人内ではサービス事業所も多数運営しており、その中には LIFE による登録・報告を実施している事業所もある。介護支援専門員としても LIFE の取組については認識している。しかし、例えば入力した情報を担当者会議にもってきてもらえるということはない。
- 各事業所が登録・報告済の情報は、介護支援専門員は確認できないところである。例えば、サービス担当者会議の前に、文書で報告してもらうこともよいが、事前にデータを共有してもらえると、多くの情報が把握できてよいのではないかと。
- 当法人の通所介護事業所が LIFE に登録している情報を見てみたところ、介護支援専門員と情報共有しないと理解できないところもあると感じた。介護支援専門員とも情報共有し、その情報も踏まえて評価・登録した方が正確な情報になるのではないかと。
- ケアプランを作成するには LIFE の情報はとても参考にできている。フィードバックでもよいが、例えば、データとしてすぐに見られるものがあると、タイムラグなく確認できて良いかと思う。よって、フィードバックのレポート、直接のデータ確認、いずれも実施できるとよい。

- 居宅介護支援事業所として、自事業所の取組について評価し、LIFE へ登録・提出する仕組みを設ける場合、当事業所としては自身の取組を自己評価し、報告していくということができる。しかし、当事業所は複数サービスを提供している大きい法人に所属する居宅介護事業所のため、法人の支援もあり実施できると思う。当法人としては法人内で全て研修等も完結できる。しかし、小規模法人の場合は同様の対応はできないと思われ、法人規模が大きいところの強みばかりが出てしまい、小規模事業所が評価されなくなってしまうと大変と思う。

4.3.5 ヒアリング結果のまとめ・考察

(1) LIFE 情報の活用に関する示唆

介護支援専門員へのヒアリング調査を踏まえて、共通する特徴や特筆すべき事項を整理した。

図表 4-3 介護支援専門員の LIFE 情報の活用について

観点	概要
ケアプラン作成業務	<ul style="list-style-type: none"> ・ フィードバックにより過去からの状態変化を把握でき、ケアプランの見直しや説明資料としての活用が期待される。 ・ 事業所の強みや特徴が可視化されれば、利用者・家族のニーズに応じた事業所選定に資する可能性がある。 ・ 一方で、目標設定そのものへの直接的な活用は難しいとの意見もあり、LIFE 情報は補足的・参考情報として位置付けることが適切と考えられる。 ・ フィードバックを活用することで、事業所選定の根拠を利用者に説明しやすくなるとの意見があった。
サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ LIFE の指標を用いることで、共通のものさし・共通言語による状態把握や議論が可能になるとの意見が多く見られた。 ・ LIFE 情報の活用により、各事業所からの報告様式を一定程度統一できる点も利点として挙げられた。 ・ 一方で、本人・家族が認識していない評価結果が含まれる可能性や、評価のニュアンスが十分に伝わらない懸念が指摘されており、会議内での共有方法や補足説明への配慮が必要と考えられる。
情報の共有における課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的に介護支援専門員は月に 1 回の訪問しかなく、口頭確認になる項目もあるため、介護支援専門員が把握しにくい体重、口腔、栄養、ADL 等について、日常的に利用者を観察しているサービス事業所からの情報共有は有用との意見があった。 ・ 訪問系サービスは在宅時の状況、通所系サービスはサービス利用時の状況として解釈し、サービス特性を踏まえた情報の解釈が必要との意見があった。 ・ 複数のサービス事業所から情報が共有される場合、評価結果の違いは気づきにつながる一方、評価者間でのばらつきや情報量の多さが課題として挙げられている。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ モニタリングは月に1回ではあるが、LIFE情報の共有が毎月でなくとも3か月に1回の共有でも使うことができるとの意見があった。 ・ 変化があった項目を強調表示するなど、情報を取捨選択しやすい形での提供が望ましいとの意見があった。
その他業務全般	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援事業所がLIFEに直接アクセスし、各サービス事業所が入力した情報を参照できる仕組みがあれば、活用しやすいとの意見があった。 ・ 一方で、情報を読み解き、評価の差異を調整・判断するためには、介護支援専門員の担当者間との調整能力やスキル向上が不可欠との指摘があった。 ・ 介護支援専門員が使っている既存の評価指標とLIFEの評価指標が異なる部分もあるため、指標の整理等を行う方が良いとの意見があった。 ・ 現状、訪問系サービスはLIFEの対象ではないため、今後の制度動向によって活用のあり方が変わり得る。

(2) 居宅系サービスでのケアマネジメントにおけるLIFE情報の活用方法に関する考察

LIFE情報は、居宅ケアマネジメントにおいて一定の活用可能性があり、主な活用場面は、状態変化の把握、ケアプラン見直し時の補足、利用者・家族への説明、事業所選定時の参考情報であり、既存のアセスメントや専門職の判断を補完する役割が期待されている。

一方で、評価のニュアンスが伝わりにくいことや、評価者間のばらつき、情報量の多さといった点が、運用上の課題として指摘された。また、利用者や家族がサービス事業所の評価内容を把握していなかった場合や、認知症等で利用者が自分自身の状況を理解していない場合、LIFE情報を提示することによって、利用者や家族とサービス事業所間に思わぬトラブルを生む可能性が考えられることから、LIFE情報の活用には留意が必要であることも意見としてあがった。

また、サービス種別ごとに評価の前提条件が異なるため、LIFE情報は一律に比較・解釈するのではなく、サービスの利用状況や特性を踏まえて読み解く必要がある。

以上を踏まえ、居宅ケアマネジメントにおけるLIFE情報の活用にあたっては、活用目的と位置づけを明確化した上で、介護支援専門員がLIFE情報を円滑に参照・活用できる環境を整備し、その専門的判断を支援する形での運用設計が求められると考えられる。

5. ケアマネジメントにおける LIFE 活用の在り方の検討

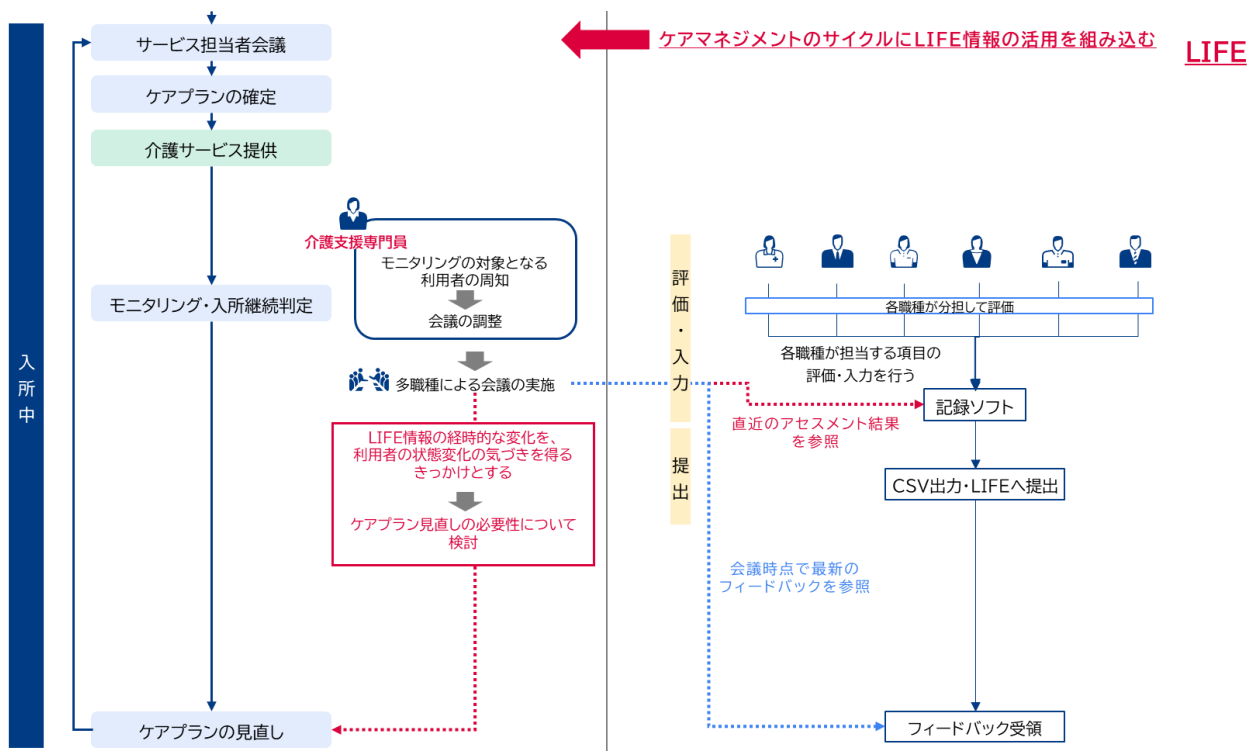
本事業における検討内容を踏まえ、ケアマネジメントにおける LIFE 活用の在り方について、施設系サービス及び居宅系サービスに分けて検討した。

5.1 施設系サービスにおける LIFE 情報の活用

施設系サービスについては、全てのサービスがLIFE関連加算の対象となっている。また、介護支援専門員をはじめとして、施設内に利用者に関わる職員が勤務するため、「5.1.2 システム面」 A) LIFE情報の閲覧対象に示すように、自施設・事業所の情報のみ閲覧可能な状況であっても、介護支援専門員がLIFE情報を閲覧することが物理的に可能である。

本事業で実施したヒアリング結果を踏まえ、以下に施設系サービスにおけるLIFE情報の活用プロセスのモデルケースを検討した。

図表 5-1 施設系サービスにおけるLIFE情報の活用プロセス モデルケース



LIFE情報の取得は、原則、利用者のサービス利用開始以降となるため、ケアマネジメントのプロセスにおける LIFE 情報の活用場面として、モニタリングが適すると考えられる。LIFE では、加算ごとに決められた項目を用いて評価を行うため、多職種によって同じ“軸”で利用者の状態を捉えることができる。モニタリングに際して実施する多職種での会議において、LIFE 情報の経時的な変化を利用者の状態変化の気づきを得るきっかけとして活用することで、ケアプラン見直しに向けた議論をより根拠を持って実施できることが期待される。LIFE 情報は良い変化を捉えるためのものだけではない。仮に、

LIFE 情報から望ましくない結果が得られたとしても、今後利用者により良いケアを提供するための検討材料となると捉える姿勢をもって LIFE 情報を活用することが重要となる。

施設により、算定している加算の種類が多寡があることが想定されるが、科学的介護推進体制加算は LIFE 関連加算の中で算定率が最も高く⁴、多くの施設で算定されていると考えられる。また、科学的介護推進体制加算の様式項目は、様々な観点の項目が集まっており、1 つの様式において、広く情報を得ることができる。これらを踏まえ、LIFE 情報を活用した多職種による会議において、まずは科学的介護推進体制加算を取扱い、必要に応じてより深めるべき観点の情報を参照することが考えられる。

多職種による会議において、LIFE 情報を共有する方法の工夫として、介護記録ソフトの評価結果を直接参照することに加え、施設で評価結果を記載するためのフォーマットを設けること、評価結果を受けて会議にあたってサマリ等を準備することが挙げられる。

LIFE への情報提供は原則 3 か月に 1 回とされており、必ずしも利用者の最新の状況を反映しているわけではない。また、同じ項目であっても、評価者により評価結果が異なることも想定される。このため、LIFE 情報を気づきのきっかけとしながらも、介護支援専門員は必要に応じて各専門職と連携し、利用者の最新の状況の把握を行い、利用者本人や家族の意向を第一にケアの見直しを行っていくことが望ましい。

施設において、介護支援専門員が専従である場合と兼務の場合があるが、施設に専従している介護支援専門員は多職種との連携がしやすい一方、兼務の場合には連携のしやすさが異なることが想定される。例えば、生活相談員と兼務している場合は他の職種と連携しやすいが、介護職員と兼務している場合には、多職種連携をコーディネートすることは難しい可能性がある。介護支援専門員の兼務状況や役割も、施設における LIFE 情報の活用において 1 つの要因となることが考えられ、LIFE 情報活用の取組が属人的にならないよう留意する必要がある。

5.2 現状の LIFE における制約となり得る事項

ケアマネジメントにおける LIFE 活用の在り方を検討するにあたり、現状の LIFE における LIFE 情報の活用にあたって制約となり得る事項について、制度面及びシステム面から整理する。

5.2.1 制度面

現状では、LIFE 関連加算を算定することのできるサービス種類は図表 5-2 に示すように、一部のサービス種類に限られ、特に訪問系サービスや居宅介護支援では対象となっていない。また、図表 5-3 の通り、LIFE 関連加算を算定することのできるサービス種類において、算定可能な加算は異なっている。このため、サービス種類により、介護施設・事業所で有する LIFE 情報の量が異なっている。

⁴ LIFE の活用状況の把握および ADL 維持等加算の拡充の影響に関する調査研究事業(報告書)
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001252328.pdf>) 令和 8 年 3 月 23 日閲覧

図表 5-2 サービスによる LIFE をとりまく状況の違い(再掲)

区分	サービス名	LIFE関連加算対象の有無
施設サービス (居住系サービス※)	介護福祉施設サービス	○
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○
	介護保健施設サービス	○
	介護医療院サービス	○
居宅サービス	訪問介護	×
	訪問入浴介護	×
	訪問看護	×
	訪問リハビリテーション(予防含む)	○
	居宅療養管理指導	×
	通所介護	○
	地域密着型通所介護	○
	認知症対応型通所介護(予防含む)	○
	通所リハビリテーション(予防含む)	○
	短期入所生活介護	×
	短期入所療養介護	×
	福祉用具貸与	×
	居宅介護支援	×
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	×
	夜間対応型訪問介護	×
	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	○

図表 5-3 各サービス種類における算定可能な加算⁵

施設系サービス

	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)	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	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(Ⅰ)	薬剤管理指導の注2	栄養マネジメント強化加算	口腔衛生管理加算(Ⅱ)
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	○					○		○	○	○			○	○	○

⁵ 「ケアの質の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」(本編)第3版

通所・居住サービス(リハビリテーションを除く) ※予防を除く

	科学的介護推進体制加算	個別機能訓練加算(Ⅰ)	ADL維持等加算(Ⅰ・Ⅱ)	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ・Ⅱ)	排泄支援加算(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算(Ⅱ)
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)	○	○	○*			○	○
特定施設入居者生活介護(予防含む)	○	○	○*				
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	○					○	○

リハビリテーション関連サービス

	科学的介護推進体制加算	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	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	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算(Ⅰ・Ⅱ)	口腔機能向上加算(Ⅱ)
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				○			

5.2.2 システム面

システム面では、以下の制約となり得る事項がある。

A) LIFE 情報の閲覧対象

LIFE の利用にあたり、アカウント情報は介護施設・事業所の事業所番号に紐づけて発行されている。このため、LIFE への情報提出及び提出した情報の閲覧、フィードバックの閲覧は自施設・事業所の情報のみとなる。これらの情報を他施設・事業所にシステムを通じて供する方法は、現状はない。

B) 利用者情報の連続性

LIFE の様式項目の提出にあたっては、利用者情報の登録が必要になるが、利用者情報は①保険者番号、②被保険者番号、③事業所番号、④サービス種類の 4 つの項目を結び付け、1 人の利用者をその本人として特定し、登録されている⁶。このため、要支援から要介護への変更がある場合等には、異なる利用者情報に紐づいて LIFE 情報が管理されるため、同一の利用者であっても情報の連続性が途絶えてしまう。

C) LIFE の情報提出タイミング

LIFE の情報提出タイミングについて、定められている最も早い時点は当該加算の算定開始時である⁷。すなわち、原則は利用者がサービス利用を開始した後に初めて様式項目の評価が行われることとなるため、ケアプランの初回作成時点では LIFE 情報は存在していない。

D) フィードバックの提供時期

LIFE への情報提出は、定める月の翌月 10 日までに提出することとされているが、フィードバックは

⁶ 令和 7 年度科学的介護情報システム(LIFE)第 1 回説明会 資料 よくあるお問い合わせ編 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/001633532.pdf>) 令和 8 年 3 月 23 日閲覧

⁷ 事務連絡「科学的介護情報システム(LIFE)関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/001257192.pdf>) 令和 8 年 3 月 23 日閲覧

全国のデータが集計された後、評価時点から約 1 か月後に閲覧可能となる。現状では、提出した情報に対するフィードバックを即時的に閲覧することはできない。

5.3 居宅系サービスにおける LIFE 情報の活用

居宅介護支援における LIFE 情報の活用を考える際には、居宅系サービスにおける LIFE 関連加算の対象は一律ではなく、居宅介護支援だけでなく訪問介護、訪問看護等では LIFE 関連加算の対象となっていないため、サービス種別や加算の算定状況によって活用できる情報量が異なること、利用者の日常生活全般を見ることが出来る施設系サービスと比較すると居宅系サービスでは収集できる情報量が限られていることを前提とする必要がある。

本節では、現在の LIFE の運用を基本として、情報共有ツールや紙媒体等を用いて、月に 1 回の実績報告やサービス担当者会議の場で、LIFE 情報がサービス事業所から居宅介護支援事業所に対して共有が行われる場合を想定して、居宅系サービスにおける LIFE 情報の活用を整理する。

施設系サービスと同様に、LIFE情報の取得は、原則、利用者のサービス利用開始以降となるため、ケアマネジメントのプロセスにおける LIFE 情報の活用場面として、モニタリングやサービス担当者会議が適すと考えられる。LIFE では、加算ごとに決められた項目を用いて評価を行うため、特に居宅系サービスを担当する介護支援専門員のみでは把握しにくい体重、口腔、栄養等の利用者の状態を補足する資料となり得る。介護支援専門員の情報収集の負担を軽減することに資すると考えられる。

また、LIFE 情報の経時的な変化を利用者の状態変化の気づきを得るきっかけとして活用することで、利用者の状態変化に対する気づきを得やすくなり、ケアプランの見直しに向けた議論を、より根拠をもって行うことが期待される。

居宅系サービスの場合は、事業所フィードバックを活用することで各事業所の強みを把握し、ケアプラン作成時に事業所選定の参考情報として活用することも期待される。現在の事業所フィードバックは、絞り込み機能により、都道府県平均値との比較が可能であるが、事業所選定において事業所フィードバックを活用する場合には、市町村等より細かな単位での比較が可能となることが望ましい。

一方で、LIFE への情報提供は少なくとも 3 か月に 1 回とされており、必ずしも利用者の最新の状況を反映しているわけではない。また、さらに、利用者が複数のサービス事業所を利用している場合には、各事業所から情報提供されるため、取り扱う情報量が多くなることに加え、事業所ごとに算定している加算や収集項目が異なるため、同じ項目であっても、評価を行ったタイミングや環境等の前提が異なっていることや、評価者により評価結果が異なるため、結果の解釈が難しくなることが懸念される。このため、介護支援専門員は、サービス担当者会議において、各サービス事業所担当者から評価の背景や結果、ケアの方針について適切に情報共有を受けた上で、サービス内容、評価時点、利用状況等を踏まえて確認事項を整理し、サービス担当者会議等において各サービス事業所の担当者、利用者・家族等を含めた関係者間での合意形成を支援する役割が求められる。

現状では、居宅介護支援はLIFE関連加算の算定対象外であり、介護支援専門員において必ずしもLIFEやLIFE情報を活用した取組が理解されているとはいえない。今後居宅系サービスを担当する介護

支援専門員が上記の役割を担い、LIFE情報の活用を推進していくためには、LIFEの周知や介護支援専門員の役割や取組内容への理解を深める教育の場が必須であると考えられる。また、収集した LIFE 情報の分析等を支援する ICT 機器等の発展があれば、介護支援専門員における LIFE 情報の活用が促進されることが期待される。

5.4 更なる検討が必要な事項

今後、介護施設・事業所においてケアマネジメントにおいて LIFE 情報を活用するにあたり、更なる検討が必要と考えられる事項について整理する。

5.4.1 LIFE 情報の定義及び活用方法の周知

本事業では、利用者の評価結果とフィードバックの双方を LIFE 情報と位置づけ活用状況を調査したが、ヒアリング調査より、LIFE 情報の活用方法として、LIFE への提出情報を利用者の状態を把握するための 1 つの情報源として用い、フィードバックを実施したケアの振り返りに用いている事例が確認された。

一方、「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」(平成 12 年 3 月 8 日老企第 40 号)においては、LIFE 関連加算の算定要件中に「LIFE への提出情報及びフィードバック等も活用し、…」とあるが、厚生労働省がこれまでに発出している資料では、フィードバックの活用に重点が置かれてきた経緯がある。そのため、その結果、フィードバックのみを活用対象と捉え、利用者の状態を示す LIFE 提出情報の共有・活用が十分に行われていない施設が一定数存在する可能性があると考えられる。

また、ヒアリング調査より、モニタリングのタイミングに即した LIFE 様式項目の評価タイミングの周知や評価内容を議論する場の設定等、ケアマネジメントのプロセスにおいて LIFE 情報の活用を組み込んでいく起点を、介護支援専門員が担っている事例も確認された。

これらを踏まえ、今後 LIFE 情報のケアマネジメントへの活用を推進するためには、LIFE 情報の定義や活用方法、ならびに LIFE 情報の活用における介護支援専門員の役割について、整理・周知していくことが考えられる。

5.4.2 LIFE 関連加算様式項目に関する検討事項

ヒアリング調査より、ADL は利用者の状態を捉えるために有効な項目であるが、現在 LIFE で採用されている Barthel Index の「一部介助」については、特に程度の評価が評価者間でばらつくことや具体的な状況が把握できないため、追加の確認が必要となることが把握された。制度開始当初より評価および入力負担が指摘されている中、項目数の大幅な増加や、データ管理・活用の観点から自由記述による提出は現実的ではない。より詳細な状況をデータとして取得することを目的に、「動作のどの段階で介助が必要であったか」や「どの身体部位に起因して介助が必要であったか」といった観点を併せて評価・入力できるよう、「一部介助」の選択肢を詳細化することは、将来的に検討し得る対応策の 1 つと考えられるが、入力負担の増加や取得できる情報の限界がある。

LIFE 関連加算の様式項目やフィードバック内容については、①事業所の取組内容の把握・評価に資する項目・内容、②利用者の状況・評価に資する内容、③学術的研究に資する情報の 3 つの視点があるが、LIFE 情報をケアマネジメントに活用する観点では、サービス担当者会議等の場において、各サービス事業所担当者が「一部介助」と評価した背景や理由について説明を行い、介護支援専門員をはじめとした利用者のケアに関わる者が共通の理解を持てるようにすることが重要ではないか。

また、ケアプランは目標設定を目的とする一方で、LIFE への提出内容は現状の値の情報が多く、目標値を併せて入力することで、現状から目標に至る経過を可視化でき、フィードバックを通じて目標達

成度を把握することが可能になると考えられる。

さらに、より LIFE とケアマネジメントの一体的な運用を進めるためには、LIFE 提出項目のうち、どの指標の変化がケアプランの変更と関連しているのか理解を深めていく必要であると考えられる。

5.4.3 利用者フィードバックの位置づけと提供項目の整理

ヒアリング調査より、事業所フィードバックを施設全体の取組を評価するために活用している事例は確認された一方で、利用者フィードバックの活用事例は限定的であった。その理由として、利用者個別の評価結果は LIFE 提出データとして既に介護記録ソフトに記録されており、評価から約 1 か月の時間差で提供される利用者フィードバックを改めて確認する必要性が低いことが挙げられる。

一方で、利用者の状態変化を時系列で確認できることには一定の需要があるが、現状の LIFE では 5.2.2 システム面 B) に示したように、利用者情報の連続性が分断される場合があるため、この点は LIFE や情報提出に用いられる介護記録ソフトにおいて将来的に対応が期待される課題といえる。

LIFE の利用者フィードバックに含まれる情報の多くは、介護記録ソフト等に記録され、介護記録ソフトでは時系列での分析機能も整備されつつある。そのため、LIFE において同様の機能を実装するのではなく、介護記録ソフト等との連携の在り方についてまずは検討することも一案であると考えられる。加えて、LIFE 情報の更なる活用においては、介護記録ソフトをはじめとした ICT 機器等の発展も 1 つの要因となるのではないかと考えられる。

6. 参考資料

6.1 LIFE 関連加算様式に含まれる項目の整理(施設系サービス)

「3.1.2 ケアマネジメントに係る様式別の LIFE 項目の関連」に示す LIFE 関連加算の様式に含まれる項目に含まれる情報とケアマネジメントに係る様式等(施設系サービス)に含まれる項目の関連について、詳細を次項より記載する。

課題分析標準項目 × LIFE関連加算様式

- 利用者の基本情報、身体機能(ADL・IADL)、認知機能(Vitality Index、DBD13など)について、アセスメントの参考に資する項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

課題分析標準項目		科学的介護推進体制加算							
		利用者情報	総論 (※:診断名、緊急入院の状況、家族の状況。服薬情報は老健・介護医療院のみ必須)	口腔・栄養	認知症	生活・認知機能尺度	Vitality Index (※:起床、食事、排せつ、リハビリ・活動)	※DBD13	※ICFステージング
基本情報に関する項目	障害高齢者の日常生活自立度	○							
	認知症高齢者の日常生活自立度	○							
	利用者の認定結果(要介護状態区分)	○							
課題分析(アセスメント)に関する項目	健康状態		緊急入院の状況・服薬情報	身長・体重○					
	ADL(自由記述)		ADL●						△
	IADL(自由記述)								
	認知(自由記述)				診断名	△	△	△	△
	コミュニケーションにおける理解と表出の状況						△		△
	生活リズム						△		
	排泄の状況(自由記述)		ADL△				△		△
	清潔の保持に関する状況								△
	口腔内の状況			義歯の使用○ 歯の汚れ○ 歯肉の腫れ・出血○					△
	食事摂取の状況			食事形態など△					△
	社会との関わり								△
	家族等の状況								
	居住環境		家族の状況●						
その他留意すべき事項・状況									

※:任意項目

課題分析標準項目 × LIFE関連加算様式

- 利用者の基本情報、身体機能(ADL)について、アセスメントの参考に資する項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

課題分析標準項目		ADL維持等加算			個別機能訓練加算		
		利用者情報	基本情報	ADL	興味・関心チェックシート	生活機能チェックシート	個別機能訓練計画書 (※:利用者の基本情報、個別機能訓練の目標、個別機能訓練実施後の対応、等)
基本情報に関する項目	障害高齢者の日常生活自立度		○		基本情報○	基本情報○	基本情報○
	認知症高齢者の日常生活自立度		○		基本情報○	基本情報○	基本情報○
	利用者の認定結果(要介護状態区分)		○		基本情報○	基本情報○	基本情報○
課題分析(アセスメント)に関する項目	健康状態						利用者の基本情報●
	ADL(自由記述)			●	△	ADL●、基本動作○	
	IADL(自由記述)				△	IADL●	
	認知(自由記述)						
	コミュニケーションにおける理解と表出の状況						
	生活リズム						
	排泄の状況(自由記述)			△	△	ADL△	
	清潔の保持に関する状況			△	△	ADL△、IADL△	
	口腔内の状況				△		
	食事摂取の状況				△	IADL△	
	社会との関わり				△		利用者の基本情報●
	家族等の状況						
	居住環境				△	ADL△、IADL△	利用者の基本情報●
その他留意すべき事項・状況							

※:任意項目

課題分析標準項目 × LIFE関連加算様式

- 興味・関心チェックシート、利用者の基本情報・身体機能・活動について、アセスメントの参考に資する項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

課題分析標準項目		リハビリテーションマネジメント加算等											
		リハビリテーション計画書											
		興味・関心チェックシート	利用者情報	※本人・家族等の希望	健康状態、経過(※:治療経過等)	目標設定等支援・管理シート	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	心身機能・構造(※コミュニケーションの状況)	活動(基本動作)	活動(ADL)	※リハビリテーション短期目標	※リハビリテーション長期目標
基本情報に関する項目	障害高齢者の日常生活自立度	○	○					○					
	認知症高齢者の日常生活自立度	○	○					○					
	利用者の認定結果(要介護状態区分)	○	○										
課題分析(アセスメント)に関する項目	健康状態				△								
	ADL(自由記述)	△						△	●				
	IADL(自由記述)	△								●			
	認知(自由記述)							△					
	コミュニケーションにおける理解と表出の状況							△					
	生活リズム												
	排泄の状況(自由記述)	△								△			
	清潔の保持に関する状況	△								△			
	口腔内の状況	△											
	食事摂取の状況	△							△				
	社会との関わり	△											
	家族等の状況												
居住環境	△												
その他留意すべき事項・状況													

※:任意項目

課題分析標準項目 × LIFE関連加算様式

(前ページからの続き)

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

課題分析標準項目		リハビリテーションマネジメント加算等											
		リハビリテーション計画書											
		※リハビリテーションの方針	※本人・家族への生活指導の内容	※リハビリテーション実施上の留意点	※リハビリテーションの見直し・継続理由	リハビリテーションの終了目安	活動(IADL)	※環境因子	社会参加の状況	※活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析	要因分析を踏まえた具体的なサービス内容	※改善した・出来たようになった活動と参加	
基本情報に関する項目	障害高齢者の日常生活自立度												
	認知症高齢者の日常生活自立度												
	利用者の認定結果(要介護状態区分)												
課題分析(アセスメント)に関する項目	健康状態												
	ADL(自由記述)												
	IADL(自由記述)						△						
	認知(自由記述)												
	コミュニケーションにおける理解と表出の状況												
	生活リズム												
	排泄の状況(自由記述)												
	清潔の保持に関する状況												
	口腔内の状況												
	食事摂取の状況												
	社会との関わり								△				
	家族等の状況												
居住環境													
その他留意すべき事項・状況													

※:任意項目

課題分析標準項目 × LIFE関連加算様式

- 利用者の体重、褥瘡有無及び、食事・口腔内の状況に関するアセスメントの参考となる項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△:関連あり

課題分析標準項目		栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算									
		栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング								栄養ケア等計画書	
		利用者情報/基本情報	低栄養状態のリスク(状況)	食生活状況等	多職種による栄養ケアの課題	※GLIM基準による評価	摂食・嚥下の課題	食事の観察	多職種会議	利用者情報	栄養ケア計画書
基本情報に関する項目	障害高齢者の日常生活自立度										
	認知症高齢者の日常生活自立度										
	利用者の認定結果(要介護状態区分)	○									
課題分析(アセスメント)に関する項目	健康状態	病名△	身長・体重、褥瘡有無○								
	ADL(自由記述)										
	IADL(自由記述)										
	認知(自由記述)										
	コミュニケーションにおける理解と表出の状況										
	生活リズム										
	排泄の状況(自由記述)										
	清潔の保持に関する状況										
	口腔内の状況										
	食事摂取の状況			食事内容・量△ 食事形態● 栄養△	栄養ケアの課題 (低栄養関連問題) △	△					
	社会との関わり										
家族等の状況											
居住環境											
その他留意すべき事項・状況											

※:任意項目

課題分析標準項目 × LIFE関連加算様式

- 口腔内の状況、嚥下機能の状態に関するアセスメントの参考となる情報があつた。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△:関連あり

課題分析標準項目		口腔衛生管理加算 様式(実施計画)				口腔機能向上サービスに関する計画書			
		基本情報	口腔の健康状態の評価・再評価	口腔衛生の管理内容	歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言の内容	基本情報	※口腔の健康状態の評価・再評価	口腔機能改善管理指導計画	実施記録
基本情報に関する項目	障害高齢者の日常生活自立度	○							
	認知症高齢者の日常生活自立度	○							
	利用者の認定結果(要介護状態区分)	○							
課題分析(アセスメント)に関する項目	健康状態					歯科受診			
	ADL(自由記述)								
	IADL(自由記述)								
	認知(自由記述)								
	コミュニケーションにおける理解と表出の状況								
	生活リズム								
	排泄の状況(自由記述)								
	清潔の保持に関する状況								
	口腔内の状況		義歯の汚れ● 歯の汚れ○ 口腔に関する問題点△	目標・実施内容△	口腔清掃に関する指導△		義歯の汚れ● 歯の汚れ○ 口腔の状態△	目標・実施内容△	
	食事摂取の状況			目標・実施内容△	介護職員への助言△		栄養補給法△	目標・実施内容△	
	社会との関わり								
家族等の状況									
居住環境									
その他留意すべき事項・状況									

※:任意項目

課題分析標準項目 × LIFE関連加算様式

- 褥瘡の有無・状態についての評価及び、褥瘡ケアに資する食事・栄養に関するアセスメントの参考となる項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

課題分析標準項目		褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理(Ⅱ)								
		褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書				褥瘡対策に関する診療計画書				
		基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価	※褥瘡ケア計画	基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価
基本情報に関する項目	障害高齢者の日常生活自立度	○					○			
	認知症高齢者の日常生活自立度	○					○			
	利用者の認定結果(要介護状態区分)	○					○			
課題分析(アセスメント)に関する項目	健康状態		褥瘡の有無 ●		褥瘡の状態 △			褥瘡の有無 ●		褥瘡の状態 △
	ADL(自由記述)			●				●		
	IADL(自由記述)									
	認知(自由記述)									
	コミュニケーションにおける理解と表出の状況									
	生活リズム									
	排泄の状況(自由記述)			排泄方法○				排泄方法○		
	清潔の保持に関する状況									
	口腔内の状況									
	食事摂取の状況			低栄養リスクレベル△		栄養状態改善△		低栄養リスクレベル△		栄養状態改善△
	社会との関わり									
家族等の状況										
居住環境										
その他留意すべき事項・状況										

※：任意項目

課題分析標準項目 × LIFE関連加算様式

- 排泄つに関するADL評価、具体的な排泄の状況について、アセスメントの参考になる項目があった。但し、「あり」「なし」等の選択肢に留まるものが多い。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

課題分析標準項目		排泄つ支援加算			
		基本情報	排泄つの状態	排泄つ支援に係る取組	排泄つに関する支援の必要性(※：具体的な支援計画等)
基本情報に関する項目	障害高齢者の日常生活自立度	○			
	認知症高齢者の日常生活自立度	○			
	利用者の認定結果(要介護状態区分)	○			
課題分析(アセスメント)に関する項目	健康状態				
	ADL(自由記述)		トイレ動作●		
	IADL(自由記述)				
	認知(自由記述)				
	コミュニケーションにおける理解と表出の状況				
	生活リズム				
	排泄の状況(自由記述)		排便・排尿コントロール△		
	清潔の保持に関する状況			あむつ、ポータブルトイレ(昼夜別の有無)△ 導尿カテーテル、人口項目(有無)△ トイレへの誘導・促し(有無)△	支援の必要性(有無)△ 排泄に介護を要する要因△ 支援計画△
	口腔内の状況				
	食事摂取の状況				
	社会との関わり				
家族等の状況					
居住環境					
その他留意すべき事項・状況					

※：任意項目

課題分析標準項目 × LIFE関連加算様式

- 自立支援促進加算の様式では、利用者の健康状態や身体機能(ADL等)に関するアセスメントの参考になる項目があった。かかりつけ医連携薬剤調整加算では、具体的な利用者の疾患に対する具体的な診断名、薬剤名・量の項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

課題分析標準項目	自立支援促進加算				かかりつけ医連携薬剤調整加算(II)・薬剤管理指導の注2の加算		
	基本情報	現状の評価	支援実績	支援計画(※：基本動作、日々の過ごし方等)	基本情報	診断名・服薬情報	内服薬に変更があった場合
基本情報に関する項目	障害高齢者の日常生活自立度	○					
	認知症高齢者の日常生活自立度	○					
	利用者の認定結果(要介護状態区分)	○				○	
課題分析(アセスメント)に関する項目	健康状態		傷病・疾病の経過及び治療内容△			診断名△ 薬剤名○ 1日容量△	薬剤名○ 1日容量△ ステータス(理由など)△
	ADL(自由記述)		医学的観点からの評価△ ADLO、IADLO ICFステージング△	基本動作△			
	IADL(自由記述)						
	認知(自由記述)						
	コミュニケーションにおける理解と表出の状況		ICFステージング△				
	生活リズム						
	排泄の状況(自由記述)						
	清潔の保持に関する状況						
	口腔内の状況						
	食事摂取の状況						
	社会との関わり						
	家族等の状況						
居住環境							
その他留意すべき事項・状況							

※：任意項目

施設サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の認定日や認定期間、要介護度、家族の状況について項目が一致していた。
- 「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」について、計画書作成の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

施設サービス計画書標準様式		科学的介護推進体制加算						
		利用者情報	総論(※：診断名、緊急入院の状況、家族の状況。服薬情報は老健・介護医療院のみ必須)	口腔栄養	認知症	生活・認知機能尺度	Vitality Index(※：起床、食事、排せつ、リハビリ・活動)	※ DBD 13
第1表：施設サービス計画書(1)	認定日	○						
	認定の有効期間	○						
	要介護状態区分	要介護度●						
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果		△					
第2表：施設サービス計画書(2)	生活援助中心型の算定理由		家族の状況●					
	第3表：週間サービス計画表							
	第4表：日課計画表							
	第5表：サービス担当者会議の要旨							
	第6表：施設介護支援経過							

※：任意項目

施設サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度、病名について項目が一致していた。
- 「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」について、計画書作成の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

施設サービス計画書標準様式		ADL維持等加算			個別機能訓練加算		
		利用者情報	基本情報	ADL	興味・関心チェックシート	生活機能チェックシート	個別機能訓練計画書 (※：利用者の基本情報、個別機能訓練の目標、個別機能訓練実施後の対応、等)
第1表：施設サービス計画書(1)	要介護状態区分 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果 生活援助中心型の算定理由	要介護度●			△	●	● 病名●
第2表：施設サービス計画書(2)							
第3表：週間サービス計画表							
第4表：日課計画表							
第5表：サービス担当者会議の要点							
第6表：施設介護支援経過							

※：任意項目

施設サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度や、リハビリテーションの長期目標・短期目標について項目が一致していた。
- 利用者本人や家族の意向、健康状態、基本動作などについて、計画書作成の参考に資する項目があった。また、リハビリテーションに関する支援経過の記載の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

施設サービス計画書標準様式		リハビリテーションマネジメント加算等										
		興味・関心チェックシート	リハビリテーション計画書									
利用者情報	※本人・家族等の希望		健康状態、経過(※：治療経過等)	目標設定等支援・管理シート	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	心身機能・構造(※コミュニケーションの状況)	活動(基本動作)	活動(ADL)	※リハビリテーション短期目標	※リハビリテーション長期目標	
第1表：施設サービス計画書(1)	要介護状態区分 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果 生活援助中心型の算定理由	要介護度●	△	△				△	△	△		
第2表：施設サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)											
第2表：施設サービス計画書(2)	長期目標				△							●
第2表：施設サービス計画書(2)	短期目標				△						●	
第3表：週間サービス計画表												
第4表：日課計画表												
第5表：サービス担当者会議の要点												
第6表：施設介護支援経過												

※：任意項目

施設サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

(前ページからの続き)

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

施設サービス計画書標準様式	リハビリテーションマネジメント加算等										
	リハビリテーション計画書										
	※リハビリテーションの方針	※本人・家族への生活指導の内容	※リハビリテーション実施上の留意点	※リハビリテーションの見通し・継続理由	リハビリテーションの終了目安	活動(IADL)	※環境因子	社会参加の状況	※活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析	要因分析を踏まえた具体的なサービス内容	※改善した・出来たようになった活動と参加
第1表:施設サービス計画書(1)	要介護状態区分 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果 総合的な援助の方針					△	△	△			
第2表:施設サービス計画書(2)	生活援助中心型の算定理由										
	生活全般の解決すべき課題(二一ス)										
	長期目標										
第3表:週間サービス計画表	短期目標										
	援助内容:サービス内容								介護支援専門員と共有すべき事項●		
第4表:日課計画表											
第5表:サービス担当者会議の要点											
第6表:施設介護支援経過	項目									△	
	内容									△	

※:任意項目

施設サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度や、病名に関して一致する項目があった。
- 栄養状態や食事摂取、嚥下等の状況に関する計画書作成の参考に資する項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

施設サービス計画書標準様式	栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算									
	栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング								栄養ケア等計画書	
	利用者情報/基本情報	低栄養状態のリスク(状況)	食生活状況等	多職種による栄養ケアの課題	※GLIM基準による評価	摂食・嚥下の課題	食事の観察	多職種会議	利用者情報	栄養ケア計画書
第1表:施設サービス計画書(1)	認定日								○	
	要介護状態区分	要介護度●								
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	利用者・家族の意向△	△	△	△	△	△		利用者・家族の意向、解決すべき課題(二一ス)△	
第2表:施設サービス計画書(2)	生活援助中心型の算定理由	病名●								
	生活全般の解決すべき課題(二一ス)								利用者・家族の意向、解決すべき課題(二一ス)△	栄養ケア・経口移行・経口維持計画△
第3表:週間サービス計画表	長期目標								長期目標△	
	第4表:日課計画表									
第5表:サービス担当者会議の要点										
第6表:施設介護支援経過	項目								○	栄養ケア提供経過記録△
	内容									

※:任意項目

施設サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度について項目が一致していた。
- 口腔衛生、口腔機能に関する計画書作成の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

施設サービス計画書標準様式		口腔衛生管理加算 様式(実施計画)			口腔機能向上サービスに関する計画書				
		基本情報	口腔の健康状態の評価・再評価	口腔衛生の管理内容	歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言の内容	基本情報	※口腔の健康状態の評価・再評価	口腔機能改善管理指導計画	実施記録
第1表：施設サービス計画書(1)	要介護状態区分	要介護度●				要介護度●			
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	義歯の使用、栄養補給法、誤嚥性肺炎の発症、既往等△	△			義歯の使用、栄養補給法、誤嚥性肺炎の発症、既往等△			
第2表：施設サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)			実施目標△				目標△	
	長期目標			実施目標△				目標△	
	短期目標			実施目標△				目標△	
	援助内容			実施内容△				実施内容△	
第3表：週間サービス計画表									
第4表：日課計画表									
第5表：サービス担当者会議の要点									
第6表：施設介護支援経過	項目				△				△
	内容				△				△

※：任意項目

施設サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度について項目が一致していた。
- 褥瘡の有無、危険因子や褥瘡の状態に関する計画書作成の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

施設サービス計画書標準様式		褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理(Ⅱ)								
		褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書				褥瘡対策に関する診療計画書				
		基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価	※褥瘡ケア計画	基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価
第1表：施設サービス計画書(1)	要介護状態区分	要介護度●					要介護度●			
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果		△	△	△			△	△	△
第2表：施設サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)									
	長期目標									
	短期目標									
	援助内容					△				△
第3表：週間サービス計画表										
第4表：日課計画表										
第5表：サービス担当者会議の要点										
第6表：施設介護支援経過										

※：任意項目

施設サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度について項目が一致していた。
- 排せつ支援に関する計画書作成の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

施設サービス計画書標準様式		排せつ支援加算			
		基本情報	排せつの状態	排せつ支援に係る取組	排せつに関する支援の必要性 (※：具体的な支援計画等)
第1表：施設サービス計画書(1)	要介護状態区分 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	要介護度●	△	△	
第2表：施設サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)				△
第3表：週間サービス計画表					
第4表：日課計画表					
第5表：サービス担当者会議の要点					
第6表：施設介護支援経過					

※：任意項目

施設サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度、診断名について項目が一致していた。
- 自立支援に関する現状の評価全般や支援計画で計画書作成の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

施設サービス計画書標準様式		自立支援促進加算			かかりつけ医連携薬剤調整加算(II)・薬剤管理指導の注2の加算		
		基本情報	現状の評価	支援実績	支援計画 (※：基本動作、日々の過ごし方等)	基本情報	診断名・服薬情報
第1表：施設サービス計画書(1)	要介護状態区分	要介護度●				要介護度●	
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果		△	△			
	生活援助中心型の算定理由					診断名●	
第2表：施設サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)				△		
	長期目標				△		
	短期目標				△		
	援助内容				△		
第3表：週間サービス計画表	曜日・時間帯						
	主な日常生活上の活動				日々の過ごし方等△		
	週単位以外のサービス						
第4表：日課計画表	随時実施するサービス				日々の過ごし方等△		
	その他のサービス						
第5表：サービス担当者会議の要点							
第6表：施設介護支援経過							

※：任意項目

R4システム × LIFE関連加算様式

- 利用者の身体機能(ADL)や現時点でのケア内容について、アセスメントの参考に資する項目があった。特にICFステージングについては、項目・選択肢が完全一致であった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

R4システム (新全老健版ケアマネジメント方式)	科学的介護推進体制加算							
	利用者 情報	総論 (※:診断名、緊急入院の状況、 家族の状況、服薬情報は老健・ 介護医療院のみ必須)	口腔・ 栄養	認知 症	生活・認知 機能尺度	Vitality Index (※:起床、食事、排せ つ、リハビリ活動)	※ DBD 13	※ICF ステー ジング
A-1 インテーク:ニーズアセスメント・シート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	緊急入院の状況△						
A-2 インテーク:ニーズアセスメント・シート :適性アセスメント・シート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	ADL△	食事形態△ 義歯の使用 △ 歯の汚れ△	認知症 の診断 △				
A-3 生活機能(ICF)アセスメント・シート		ADL△	義歯の使用 △ 歯の汚れ△		生活・認知機 能尺度△		△	○
リハビリテーション実施計画書(1)	要介護度●	ADL△	義歯の使用 △ 歯の汚れ△					○
リハビリテーション実施計画書(2)								
介護老人保健施設ケアプラン(リハビリテーション・ケア・栄養・口腔)総合計画書	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○		栄養補給△ 食事形態△ 食事摂取△					

※:任意項目

R4システム × LIFE関連加算様式

- 利用者の身体機能(ADL、IADL)、社会活動について、アセスメントの参考に資する項目があった。
- また、個別機能訓練計画書では、「個別機能訓練の目標 機能訓練の短期目標(今後3ヶ月)」の項目が、介護老人保健施設ケアプラン総合計画書の「目標(短期3か月)」を検討する際の参考になる。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

R4システム (新全老健版ケアマネジメント方式)	ADL維持等加算			個別機能訓練加算		
	利用者 情報	基本情報	ADL	興味・関心 チェックシート	生活機能チェックシート	個別機能訓練計画書 (※:利用者の基本情報、個別機能訓練の 目標、個別機能訓練実施後の対応、等)
A-1 インテーク:ニーズアセスメント・シート	保険者番号○ 被保険者 番号○	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○		保険者番号○ 被保険者番号○	保険者番号○ 被保険者番号○ 要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	保険者番号○ 被保険者番号○ 要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○ 健康状態・経過●
A-2 インテーク:ニーズアセスメント・シート :適性アセスメント・シート		要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	ADL△ 基本動作 △	△	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○ ADL△ 基本動作△	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○
A-3 生活機能(ICF)アセスメント・シート		要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	ADL△ 基本動作 △	△	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○ ADL△ 基本動作△	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○
リハビリテーション実施計画書(1)		要介護度●	ADL△	△	要介護度● ADL△	要介護度● 健康状態・経過●
リハビリテーション実施計画書(2)						本人、家族の希望○ 機能訓練実施上の留意事項●
介護老人保健施設ケアプラン(リハビリテーション・ケア・栄養・口腔)総合計画書		要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○			要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○ 本人、家族の希望△ 個別機能訓練の目標 機能訓練の短期目標 (今後3ヶ月)△

※:任意項目

R4システム × LIFE関連加算様式

- リハ・個別機能、栄養、口腔の一体的取り組みに関する各項目が、介護老人保健施設ケアプラン総合計画書を検討する際の参考になることがわかった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

R4システム (新全老健版ケアマネジメント方式)	リハビリテーションマネジメント加算等											
	興味・関心 チェック シート	リハビリテーション計画書										
		利用者情報	※本人・ 家族等の 希望	健康状態、 経過(※: 治療経過 等)	目標 設定 等支 援・ 管理 シート	障害 高齢 者の 日常 生活 自立 度	認知 症高 齢者 の日 常生 活自 立度	心身機能・構造(※ コミュニケーション の状況)	活動 (基本 動作)	活動 (ADL)	※リハビ リテー ション短 期目標	※リハビ リテー ション長 期目標
A-1 インテーク:ニーズアセスメント・シート		保険者番号○ 被保険者番号○ 要介護度●	本人・家族 等の希望△	原因疾患△ 経過△		○	○					
A-2 インテーク:ニーズアセスメント・シート :適性アセスメント・シート	△					○	○	筋力低下△ 麻痺△ 記憶障害△ 摂食嚥下障害△ コミュニケーション△	△	△		
A-3 生活機能(ICF)アセスメント・シート	△					○	○	摂食嚥下障害△ コミュニケーション△	△	△		
リハビリテーション実施計画書(1)	△								△	△	△	△
リハビリテーション実施計画書(2)			本人・家族 等の希望○									
介護老人保健施設ケアプラン(リハビリテー ション・ケア・栄養・口腔)総合計画書			本人・家族 等の希望●	原因疾患△ 経過△		○	○				△	△

※：任意項目

R4システム × LIFE関連加算様式

(前ページからの続き)

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

R4システム (新全老健版ケアマネジメント方式)	リハビリテーションマネジメント加算等										
	リハビリテーション計画書										
	※リハビ リテー ションの 方針	※本人・ 家族への 生活指導 の内容	※リハビ リテー ション実 施上の留 意点	※リハビ リテー ションの 見直し・ 継続理由	リハビ リテー ションの 終了 目安	活動 (IADL)	※環境 因子	社会参加 の状況	※活動・ 参加に影 響を及ぼ す課題の 要因分析	要因分析 を踏まえ た具体的 なサービ ス内容	※改善し た・出来 るように なった活 動と参加
A-1 インテーク:ニーズアセスメント・シート											
A-2 インテーク:ニーズアセスメント・シート :適性アセスメント・シート											
A-3 生活機能(ICF)アセスメント・シート											
リハビリテーション実施計画書(1)											
リハビリテーション実施計画書(2)											
介護老人保健施設ケアプラン(リハビリテー ション・ケア・栄養・口腔)総合計画書	△		△								

※：任意項目

R4システム × LIFE関連加算様式

- 栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算では、食事形態や低栄養関連の問題・評価について、アセスメントの参考となる情報があつた。
- また、栄養ケア等計画書では、「解決すべき課題(ニーズ)」「長期目標と期間」の項目が、介護老人保健施設ケアプラン総合計画書の「課題/ニーズ」「目標(長期)」を検討する際の参考になることがわかつた。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

R4システム (新全老健版ケアマネジメント方式)	栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算									
	栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング							栄養ケア等計画書		
	利用者 情報/基本情報	低栄養状 態のリスク (状況)	食生活状況等	多職種によ る栄養ケア の課題	※GLI M基準 による 評価	摂食・ 嚥下の 課題	食事の 観察	多職種 会議	利用者情報	栄養ケア 計画書
A-1 インテーク:ニーズアセスメント・シート	要介護度● 病名・特記事項等△ 家族構成とキーパーソン△									
A-2 インテーク:ニーズアセスメント・シート :適性アセスメント・シート	要介護度● 病名・特記事項等△	褥瘡△	食事の形態△							
A-3 生活機能(ICF)アセスメント・シート	要介護度●		食事の形態△							
リハビリテーション実施計画書(1)	要介護度● 病名・特記事項等△									
リハビリテーション実施計画書(2)	利用者・家族の意向○									
介護老人保健施設ケアプラン(リハビリテ ーション・ケア・栄養・口腔)総合計画書	要介護度● 病名・特記事項等△ 利用者・家族の意向○			低栄養関連 問題△	△				医師の指示△ 解決すべき課題 (ニーズ)△ 長期目標と期間●	

※:任意項目

R4システム × LIFE関連加算様式

- 口腔衛生管理加算、口腔機能向上サービスに関する計画書では、食事形態、口腔衛生状態や歯科疾患の改善目標について、アセスメントの参考となる情報があつた。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

R4システム (新全老健版ケアマネジメント方式)	口腔衛生管理加算 様式(実施計画)				口腔機能向上サービスに関する計画書			
	基本情報	口腔の健康 状態の評価・ 再評価	口腔衛生の 管理内容	歯科衛生士が実施 した口腔衛生等の 管理及び介護職員 への技術的助言の 内容	基本情報	※口腔の 健康状態 の評価・ 再評価	口腔機能 改善管理 指導計画	実施 記録
A-1 インテーク:ニーズアセスメント・ シート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○				要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○			
A-2 インテーク:ニーズアセスメント・ シート :適性アセスメント・シート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○ 義歯の使用△ 食事形態△	口腔に関する 問題点等△			要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○ 義歯の使用△ 食事形態△	口腔衛生 状態△		
A-3 生活機能(ICF)アセスメント・シ ート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○ 義歯の使用△ 食事形態△	口腔に関する 問題点等△			要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○ 義歯の使用△ 食事形態△	口腔衛生 状態△		
リハビリテーション実施計画書(1)	要介護度● 義歯の使用△	口腔に関する 問題点等△	実施目標△ 実施内容△ 実施頻度△		要介護度● 義歯の使用△	口腔衛生 状態△	目標 歯科 疾患△	
リハビリテーション実施計画書(2)								
介護老人保健施設ケアプラン(リハビリ テーション・ケア・栄養・口腔)総合計画書	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○				要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○			

※:任意項目

包括的自立支援プログラム方式 × LIFE関連加算様式

- 褥瘡の有無・状態についての評価及び、褥瘡ケアに資する食事・排せつ等の状況について、アセスメントの参考となる項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

R4システム (新全老健版ケアマネジメント方式)	褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理(Ⅱ)									
	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書					褥瘡対策に関する診療計画書				
	基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価	※褥瘡ケア計画	基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価	※看護計画
A-1 インテーク:ニーズアセスメント・シート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○					要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○				
A-2 インテーク:ニーズアセスメント・シート :適性アセスメント・シート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	△			△	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	△	ADL△ 基本動作△ 排せつの状況△	△	
A-3 生活機能(ICF)アセスメント・シート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○			ADL△		要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○		ADL△ 基本動作△ 排せつの状況△		
リハビリテーション実施計画書(1)	要介護度●			ADL△ 基本動作△ 排せつの状況△		要介護度●		ADL△ 基本動作△ 排せつの状況△		
リハビリテーション実施計画書(2)										
介護老人保健施設ケアプラン(リハビリテーション・ケア・栄養・口腔)総合計画書	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○					要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○				

※:任意項目

R4システム × LIFE関連加算様式

- 排せつに関するADL評価について、アセスメントの参考になる項目があった。但し、「あり」「なし」等の選択肢に留まるものが多い。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

R4システム (新全老健版ケアマネジメント方式)	排せつ支援加算			
	基本情報	排せつの状態	排せつ支援に係る取組	排せつに関する支援の必要性(※:具体的な支援計画等)
A-1 インテーク:ニーズアセスメント・シート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○			
A-2 インテーク:ニーズアセスメント・シート :適性アセスメント・シート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	ADL●	●	
A-3 生活機能(ICF)アセスメント・シート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	ADL●	●	
リハビリテーション実施計画書(1)	要介護度●	ADL●	●	支援計画△
リハビリテーション実施計画書(2)				
介護老人保健施設ケアプラン(リハビリテーション・ケア・栄養・口腔)総合計画書	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○			

※:任意項目

R4システム × LIFE関連加算様式

- 自立支援促進加算の様式では、身体機能(ADL等)についてアセスメントの参考になる項目があった。また、自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果 期待できる項目も参考にできることがわかった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

R4システム (新全老健版ケアマネジメント方式)	自立支援促進加算				かかりつけ医連携薬剤調整加算(II) ・薬剤管理指導の注2の加算			
	基本情報	現状の評価	支援実績	支援計画(※: 基本動作、 日々の過ごし 方等)	基本 情報	診断名・服薬情報	内服薬に変更が あった場合	
A-1 インテーク:ニーズアセスメント・シート	要介護度● 障害高齢者の日常 生活自立度○	生活機能低下の原因となっている 傷病または特定疾病の経過及び治 療内容△			要介 護度 ●	診断名●		
A-2 インテーク:ニーズアセスメント・シート :適性アセスメント・シート	認知症高齢者の日 常生活自立度○	基本動作△ ADL△ ICFステージング○						
A-3 生活機能(ICF)アセスメント・シート		基本動作△ ADL△ ICFステージング○						
リハビリテーション実施計画書(1)	要介護度●	生活機能低下の原因となっている 傷病または特定疾病の経過及び治 療内容△ 基本動作△ 自立支援の取組による機能回復・重 度化防止の効果 期待できる項目△ ICFステージング○		尊厳の保持と 自立支援のため に必要な支 援計画△		要介護度● 診断名△		
リハビリテーション実施計画書(2)								
介護老人保健施設ケアプラン(リハビリテーション・ケア 栄養・口腔)総合計画書	要介護度● 障害高齢者の日常 生活自立度○ 認知症高齢者の日 常生活自立度○	生活機能低下の原因となっている 傷病または特定疾病の経過及び治 療内容△				要介護度● 診断名△		

※:任意項目

包括的自立支援プログラム方式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の身体機能(ADL)や現時点でのケア内容について、アセスメントの参考に資する項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

包括的自立支援プログラム方式		科学的介護推進体制加算						
利用者 情報		総論 (※:診断名、緊急入院の状況、家族 の状況。服薬情報は老健・介護医療 院のみ必須)	口腔・栄養	認知 症	生活・認知 機能尺度	Vitality Index (※:起床、食事、排 せつ、リハビリ・活 動)	※ DBD 13	※ICFス テージン グ
在宅復帰およ び在宅支援の 検討	1. 介護力							
	2. 生活環境							
	3. 利用できる社会資源							
	4. 社会活動への参加							
	5. 緊急時の対応							
	6. 家族への指導							
ケアチェック表	1. 食事・水分摂取等に関するケア	ADL△	体重△ 栄養補給法△ 食事形態△					
	2. 排泄に関するケア	ADL△						
	3. 入浴・清拭等に関するケア	ADL△						
	4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関する ケア	ADL△	歯磨△ 歯の汚れ△					
	5. 基本動作(介助・リハビリテーション 等)に関するケア	ADL△						
	6. 医療・健康に関するケア		服薬情報●	褥瘡△				
	7. 心理・社会面等に関するケア							

※:任意項目

包括的自立支援プログラム方式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の身体機能(ADL、IADL)、社会活動について、アセスメントの参考に資する項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

包括的自立支援プログラム方式		ADL維持等加算			個別機能訓練加算		
		利用者情報	基本情報	ADL	興味・関心チェックシート	生活機能チェックシート	個別機能訓練計画書 (※:利用者の基本情報、個別機能訓練の目標、個別機能訓練実施後の対応、等)
在宅復帰および在宅支援の検討	1. 介護力						
	2. 生活環境						
	3. 利用できる社会資源						
	4. 社会活動への参加				老人クラブの参加● 散歩● 買物●		
	5. 緊急時の対応						
	6. 家族への指導						
ケアチェック表	1. 食事・水分摂取等に関するケア			△	△	ADL△ IADL△	
	2. 排泄に関するケア			△	△	ADL△	
	3. 入浴・清拭等に関するケア			△	△	ADL△	
	4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア			△	△	ADL△	
	5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア					ADL△ 基本動作△	
	6. 医療・健康に関するケア						健康状態・経過△
	7. 心理・社会面等に関するケア				△	IADL△	

※:任意項目

包括的自立支援プログラム方式 × LIFE関連加算様式

- 興味・関心チェックシート、利用者の基本情報・身体機能・活動や社会活動について、アセスメントの参考に資する項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

包括的自立支援プログラム方式		興味・関心チェックシート	リハビリテーションマネジメント加算等										
			利用者情報	※本人・家族等の希望	健康状態、経過(※:治療経過等)	目標設定等支援・管理シート	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	心身機能・構造(※:コミュニケーションの状況)	活動(基本動作)	活動(ADL)	※リハビリテーション短期目標	※リハビリテーション長期目標
在宅復帰および在宅支援の検討	1. 介護力												
	2. 生活環境												
	3. 利用できる社会資源		△										
	4. 社会活動への参加	老人クラブの参加● 散歩● 買物●											
	5. 緊急時の対応												
	6. 家族への指導												
ケアチェック表	1. 食事・水分摂取等に関するケア	△									△		
	2. 排泄に関するケア	△									△		
	3. 入浴・清拭等に関するケア	△									△		
	4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア	△									△		
	5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア									△	△		
	6. 医療・健康に関するケア			△									
	7. 心理・社会面等に関するケア	△											

※:任意項目

包括的自立支援プログラム方式 × LIFE関連加算様式

(前ページからの続き)

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

包括的自立支援プログラム方式		リハビリテーションマネジメント加算等														
		リハビリテーション計画書														
		※リハビリテーションの方針	※本人・家族への生活指導の内容	※リハビリテーション実施上の留意点	※リハビリテーションの見通し・継続理由	リハビリテーションの終了目安	活動(IADL)	※環境因子	社会参加の状況	※活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析	要因分析を踏まえた具体的なサービス内容	※改善した・出来ようになった活動と参加				
在宅復帰および在宅支援の検討	1. 介護力										△					
	2. 生活環境										△					
	3. 利用できる社会資源															
	4. 社会活動への参加															
	5. 緊急時の対応															
	6. 家族への指導															
ケアチェック表	1. 食事・水分摂取等に関するケア									△	△					
	2. 排泄に関するケア									△	△					
	3. 入浴・清拭等に関するケア															
	4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア										△					
	5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア				△					△	△					
	6. 医療・健康に関するケア															
	7. 心理・社会面等に関するケア									△		△				

※:任意項目

包括的自立支援プログラム方式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の体重、褥瘡有無及び、食事・口腔内の状況に関するアセスメントの参考となる項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

包括的自立支援プログラム方式		栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算											
		栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング								栄養ケア等計画書			
		利用者情報/基本情報	低栄養状態のリスク(状況)	食生活状況等	多職種による栄養ケアの課題	※GLIM基準による評価	摂食・嚥下の課題	食事の観察	多職種会議	利用者情報	栄養ケア計画書		
在宅復帰および在宅支援の検討	1. 介護力												
	2. 生活環境												
	3. 利用できる社会資源		△										
	4. 社会活動への参加												
	5. 緊急時の対応												
	6. 家族への指導												
ケアチェック表	1. 食事・水分摂取等に関するケア		体重△	△									
	2. 排泄に関するケア												
	3. 入浴・清拭等に関するケア												
	4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア												
	5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア												
	6. 医療・健康に関するケア		褥瘡△										
	7. 心理・社会面等に関するケア												

※:任意項目

包括的自立支援プログラム方式 × LIFE関連加算様式

- 口腔衛生管理加算、口腔機能向上サービスに関する計画書では、食事形態、口腔衛生状態について、アセスメントの参考となる情報があつた。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

包括的自立支援プログラム方式		口腔衛生管理加算 様式(実施計画)				口腔機能向上サービスに関する計画書			
		基本情報	口腔の健康状態の評価・再評価	口腔衛生の管理内容	歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言の内容	基本情報	※口腔の健康状態の評価・再評価	口腔機能改善管理指導計画	実施記録
在宅復帰および在宅支援の検討	1. 介護力								
	2. 生活環境								
	3. 利用できる社会資源								
	4. 社会活動への参加								
	5. 緊急時の対応								
	6. 家族への指導								
ケアチェック表	1. 食事・水分摂取等に関するケア	食事形態△				食事形態△			
	2. 排泄に関するケア								
	3. 入浴・清拭等に関するケア								
	4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア	義歯の使用△	口腔に関する問題△			義歯の使用△	口腔衛生状態△		
	5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア								
	6. 医療・健康に関するケア								
	7. 心理・社会面等に関するケア								

※:任意項目

包括的自立支援プログラム方式 × LIFE関連加算様式

- 褥瘡の有無・状態についての評価及び、褥瘡ケアに資する食事・排せつの状況について、アセスメントの参考となる項目があつた。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

包括的自立支援プログラム方式		褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理(Ⅱ)								
		褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書					褥瘡対策に関する診療計画書			
		基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価	※褥瘡ケア計画	基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価
在宅復帰および在宅支援の検討	1. 介護力									
	2. 生活環境									
	3. 利用できる社会資源									
	4. 社会活動への参加									
	5. 緊急時の対応									
	6. 家族への指導									
ケアチェック表	1. 食事・水分摂取等に関するケア							食事△		
	2. 排泄に関するケア			排せつの状況△				排泄の状況△		
	3. 入浴・清拭等に関するケア							入浴		
	4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア							更衣△		
	5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア					圧迫、ズレカの排除△		基本動作△		圧迫、ズレカの排除△
	6. 医療・健康に関するケア				△		△	浮腫△	△	
	7. 心理・社会面等に関するケア									

※:任意項目

包括的自立支援プログラム方式 × LIFE関連加算様式

- 排せつに関するADL評価について、アセスメントの参考になる項目があった。但し、「あり」「なし」等の選択肢に留まるものが多い。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

包括的自立支援プログラム方式		排せつ支援加算			
		基本情報	排せつの状態	排せつ支援に係る取組	排せつに関する支援の必要性 (※:具体的な支援計画等)
在宅復帰および在宅支援の検討	1. 介護力				
	2. 生活環境				
	3. 利用できる社会資源				
	4. 社会活動への参加				
	5. 緊急時の対応				
	6. 家族への指導				
ケアチェック表	1. 食事・水分摂取等に関するケア				
	2. 排泄に関するケア		△	△	
	3. 入浴・清拭等に関するケア				
	4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア				
	5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア				
	6. 医療・健康に関するケア				
	7. 心理・社会面等に関するケア				

※：任意項目

包括的自立支援プログラム方式 × LIFE関連加算様式

- 自立支援促進加算の様式では、身体機能(ADL等)についてアセスメントの参考になる項目があった。
- 医療連携薬剤調整加算の様式では、薬剤名・量についてアセスメントの参考になる項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

包括的自立支援プログラム方式		自立支援促進加算				かかりつけ医連携薬剤調整加算(II)・薬剤管理指導の注2の加算		
		基本情報	現状の評価	支援実績	支援計画 (※:基本動作、日々の過ごし方等)	基本情報	診断名・服薬情報	内服薬に変更があった場合
在宅復帰および在宅支援の検討	1. 介護力							
	2. 生活環境							
	3. 利用できる社会資源							
	4. 社会活動への参加							
	5. 緊急時の対応							
	6. 家族への指導							
ケアチェック表	1. 食事・水分摂取等に関するケア		ADL△ ICFステージング△	食事△				
	2. 排泄に関するケア		ADL△ ICFステージング△	排泄△				
	3. 入浴・清拭等に関するケア		ADL△ ICFステージング△	入浴△				
	4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア		ADL△ ICFステージング△					
	5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア		ADL△ ICFステージング△	離床△				
	6. 医療・健康に関するケア						薬剤名● 容量△	
	7. 心理・社会面等に関するケア		ICFステージング△					

※：任意項目

6.2 LIFE 関連加算様式に含まれる項目の整理(居宅系サービス)

「4.1.2 ケアマネジメントに係る様式別の LIFE 項目の関連」に示す LIFE 関連加算の様式に含まれる項目に含まれる情報とケアマネジメントに係る様式等(居宅系サービス)に含まれる項目の関連について、詳細を次項より記載する。

居宅サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の認定日や認定期間、要介護度、家族の状況について項目が一致していた。
- 「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」について、計画書作成の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画書標準様式		科学的介護推進体制加算						
		利用者情報	結論 (※：診断名、緊急入院の状況、家族の状況。服薬情報は老健・介護医療院のみ必須)	口腔・栄養	認知症	生活・認知機能尺度	Vitality Index (※：起床、食事、排せつ、リハビリ・活動)	※ DBD 13
第1表：居宅サービス計画書(1)	認定日	○						
	認定の有効期間	○						
	要介護状態区分	要介護度●						
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果		△					
	生活援助中心型の算定理由		家族の状況●					
第2表：居宅サービス計画書(2)								
第3表：週間サービス計画表								
第4表：サービス担当者会議の要点								
第5表：居宅介護支援経過								

※：任意項目

居宅サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度、病名について項目が一致していた。
- 「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」について、計画書作成の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画書標準様式		ADL維持等加算			個別機能訓練加算		
		利用者情報	基本情報	ADL	興味・関心チェックシート	生活機能チェックシート	個別機能訓練計画書 (※：利用者の基本情報、個別機能訓練の目標、個別機能訓練実施後の対応、等)
第1表居宅サービス計画書(1)	要介護状態区分	要介護度●				●	●
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果				△		
	生活援助中心型の算定理由						病名●
第2表：居宅サービス計画書(2)							
第3表：週間サービス計画表							
第4表：サービス担当者会議の要点							
第5表：居宅介護支援経過							

※：任意項目

居宅サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度や、リハビリテーションの長期目標・短期目標について項目が一致していた。
- 利用者本人や家族の意向、健康状態、基本動作などについて、計画書作成の参考に資する項目があった。また、リハビリテーションに関する支援経過の記載の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画書標準様式	リハビリテーションマネジメント加算等													
	興味・関心チェックシート	リハビリテーション計画書												
		利用者情報	※本人・家族等の希望	健康状態、経過(※：治療経過等)	目標設定等支援・管理シート	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	心身機能・構造(※コミュニケーションの状況)	活動(基本動作)	活動(ADL)	※リハビリテーション短期目標	※リハビリテーション長期目標		
要介護状態区分														
第1表：居宅サービス計画書(1)	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	△		△	△					△	△	△		
	生活援助中心型の算定理由													
第2表：居宅サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)													
	長期目標				△									●
	短期目標				△								●	
第3表：週間サービス計画表														
第4表：サービス担当者会議の要点														
第5表：居宅介護支援経過														

※：任意項目

居宅サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

(前ページからの続き)

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画書標準様式	リハビリテーションマネジメント加算等											
	※リハビリテーションの方針	※本人・家族への生活指導の内容	※リハビリテーション実施上の留意点	※リハビリテーションの見通し・継続理由	リハビリテーションの終了目安	活動(IADL)	※環境因子	社会参加の状況	※活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析	要因分析を踏まえた具体的なサービス内容	※改善した・出来たようになつた活動と参加	
要介護状態区分												
第1表：居宅サービス計画書(1)	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果					△	△	△				
	総合的な援助の方針	△										
	生活援助中心型の算定理由											
第2表：居宅サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)											
	長期目標											
	短期目標											
	援助内容：サービス内容											
第3表：週間サービス計画表												
第4表：サービス担当者会議の要点												
第5表：居宅介護支援経過	項目											△
	内容											△

※：任意項目

居宅サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度や、病名に関して一致する項目があった。
- 栄養状態や食事摂取、嚥下等の状況に関する計画書作成の参考に資する項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画書標準様式		栄養アセスメント加算										
		栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング								栄養ケア等計画書		
		利用者情報/基本情報	低栄養状態のリスク(状況)	食生活状況等	多職種による栄養ケアの課題	※GLIM基準による評価	摂食・嚥下の課題	食事の観察	多職種会議	利用者情報	栄養ケア計画書	
第1表:居宅サービス計画書(1)	認定日										○	
	要介護状態区分	要介護度●										
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	利用者・家族の意向△	△	△	△	△	△				利用者・家族の意向、解決すべき課題(ニーズ)△	
	生活援助中心型の算定理由	病名●										
第2表:居宅サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)										利用者・家族の意向、解決すべき課題(ニーズ)△	栄養ケア・経口移行・経口維持計画△
	長期目標										長期目標△	
第3表:週間サービス計画表												
第4表:サービス担当者会議の要点												
第5表:居宅介護支援経過	項目										○	栄養ケア提供経過記録△
	内容											

※:任意項目

居宅サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度について項目が一致していた。
- 口腔衛生、口腔機能に関する計画書作成の参考に資する項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画書標準様式		口腔機能向上サービスに関する計画書			
		基本情報	※口腔の健康状態の評価・再評価	口腔機能改善管理指導計画	実施記録
第1表:居宅サービス計画書(1)	要介護状態区分	要介護度●			
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	義歯の使用、栄養補給法、誤嚥性肺炎の発症・既往等△			
第2表:居宅サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)			目標△	
	長期目標			目標△	
	短期目標			目標△	
	援助内容			実施内容△	
第3表:週間サービス計画表					
第4表:サービス担当者会議の要点					
第5表:居宅介護支援経過	項目				△
	内容				△

※:任意項目

居宅サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度について項目が一致していた。
- 褥瘡の有無、危険因子や褥瘡の状態に関する計画書作成の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画書標準様式		褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理(Ⅱ)									
		褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書					褥瘡対策に関する診療計画書				
		基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価	※褥瘡ケア計画	基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価	※看護計画
第1表:居宅サービス計画書(1)	要介護状態区分	要介護度●					要介護度●				
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果		△	△	△			△	△	△	
第2表:居宅サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)										
	長期目標										
	短期目標										
	援助内容					△				△	
第3表:週間サービス計画表											
第4表:サービス担当者会議の要点											
第5表:居宅介護支援経過											

※：任意項目

居宅サービス計画書標準様式 × LIFE関連加算様式

- 利用者の要介護度について項目が一致していた。
- 排せつ支援に関する計画書作成の参考に資する項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画書標準様式		排せつ支援加算			
		基本情報	排せつの状態	排せつ支援に係る取組	排せつに関する支援の必要性(※:具体的な支援計画等)
第1表:居宅サービス計画書(1)	要介護状態区分	要介護度●			
	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果		△	△	
第2表:居宅サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)				△
第3表:週間サービス計画表					
第4表:サービス担当者会議の要点					
第5表:居宅介護支援経過					

※：任意項目

居宅サービス計画ガイドライン × LIFE関連加算様式

- 利用者の身体機能(ADL)や口腔・栄養の現時点でのケア内容について、アセスメントの参考に資する項目があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画ガイドライン	科学的介護推進体制加算							
	利用者情報	総論 (※:診断名、緊急入院の状況、家族の状況。服薬情報は老健・介護医療院のみ必須)	口腔・栄養	認知症	生活・認知機能尺度	Vitality Index (※:起床、食事、排せつ、リハビリ・活動)	※DBD13	※ICFステージ
1. フェースシート	要介護度○ 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○							
2. 家族の状況とインフォーマルな支援の状況		家族の状況△						
3. サービス利用状況								
4. 住居棟の状況								
5. 本人の健康状況・受診等の状況		緊急入院の状況△ 服薬情報△	身長・体重○ 義歯の汚れ・歯の汚れ△					
6. 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細		ADL△	栄養補給法△ 食事摂取量△ 必要栄養量△ 褥瘡△	△	△	△	△	△
7. 全体のまとめ 1日のスケジュール								

※:任意項目

居宅サービス計画ガイドライン × LIFE関連加算様式

- 利用者の身体機能(ADL、IADL)、社会活動について、アセスメントの参考に資する項目があった。
- また、個別機能訓練計画書では、「利用者本人・家族の希望」「個別機能訓練の目標 機能訓練の短期目標(今後3ヶ月)」の項目が、利用者ニーズを把握しケアプランを検討する際の参考になる。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画ガイドライン	ADL維持等加算			個別機能訓練加算		
	利用者情報	基本情報	ADL	興味・関心 チェックシート	生活機能チェックシート	個別機能訓練計画書 (※:利用者の基本情報、個別機能訓練の目標、個別機能訓練実施後の対応、等)
1. フェースシート		要介護度○ 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○			要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○	
2. 家族の状況とインフォーマルな支援の状況						利用者本人・家族の希望△ 利用者本人の社会参加の状況△ 健康状態・経過△
3. サービス利用状況						
4. 住居棟の状況						利用者の居宅の環境(環境因子)△
5. 本人の健康状況・受診等の状況						
6. 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細			△	△	ADL△ IADL△ 基本動作△	健康状態・経過△ 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定△
7. 全体のまとめ 1日のスケジュール				△		利用者本人・家族の希望△ 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定△

※:任意項目

居宅サービス計画ガイドライン × LIFE関連加算様式

- 本人家族の希望や健康状態、経過、ADLなどの項目が、ケアプランを検討する際の参考になることがわかった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画ガイドライン	リハビリテーションマネジメント加算等											
	興味・関心チェックシート	リハビリテーション計画書										
		利用者情報	※本人・家族等の希望	健康状態、経過(※：治療経過等)	目標設定等支援・管理シート	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	心身機能・構造(※コミュニケーションの状況)	活動(基本動作)	活動(ADL)	※リハビリテーション短期目標	※リハビリテーション長期目標
1. フェースシート		要介護度○	本人・家族等の希望△				○	○				
2. 家族の状況とインフォーマルな支援の状況											△	△
3. サービス利用状況		サービス△										
4. 住居様の状況												
5. 本人の健康状況・受診等の状況				健康状態、経過△								
6. 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細	△			健康状態、経過△				麻痺△ 摂食嚥下障害△ 服薬管理△	△	△		
7. 全体のまとめ 1日のスケジュール	△		本人・家族等の希望△								△	△

※：任意項目

居宅サービス計画ガイドライン × LIFE関連加算様式

(前ページからの続き)

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画ガイドライン	リハビリテーションマネジメント加算等											
	リハビリテーション計画書										※改善した・出来たようになつた活動と参加	
	※リハビリテーションの方針	※本人・家族への生活指導の内容	※リハビリテーション実施上の留意点	※リハビリテーションの見直し・継続理由	リハビリテーションの終了目安	活動(IADL)	※環境因子	社会参加の状況	※活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析	要因分析を踏まえた具体的なサービス内容		
1. フェースシート								家族の状況△				
2. 家族の状況とインフォーマルな支援の状況	△	△	△	△	△			△	△			
3. サービス利用状況								福祉用具の利用△			訪問・通所頻度△	
4. 住居様の状況								住環境△				
5. 本人の健康状況・受診等の状況												
6. 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細	△	△	△	△	△	△						
7. 全体のまとめ 1日のスケジュール											日常生活で本人・家族が実施すべきこと△	

※：任意項目

居宅サービス計画ガイドライン × LIFE関連加算様式

- 栄養マネジメント強化加算・栄養アセスメント加算では、利用者の意向、食事の準備、栄養補給法について、アセスメントの参考となる情報があった。
- 特に、栄養ケア等計画書では、「解決すべき課題(ニーズ)」「長期目標と期間」の項目が、ケアプランを検討する際の参考になることがわかった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画ガイドライン	栄養アセスメント加算									
	栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング							栄養ケア等計画書		
	利用者情報/基本情報	低栄養状態のリスク(状況)	食生活状況等	多職種による栄養ケアの課題	※GLIM基準による評価	摂食・嚥下の課題	食事の観察	多職種会議	利用者情報	栄養ケア計画書
1. フェースシート	要介護度●								解決すべき課題(ニーズ)△ 長期目標と期間△	
2. 家族の状況とインフォーマルな支援の状況	利用者の意向△								解決すべき課題(ニーズ)△ 長期目標と期間△	
3. サービス利用状況										
4. 住居様の状況										
5. 本人の健康状況・受診等の状況		身長・体重○								
6. 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細	食事の準備状況△	褥瘡△ 栄養補給法△	△	△	△	△			低栄養状態のリスクレベル△ 長期目標と期間△	△
7. 全体のまとめ 1日のスケジュール	利用者の意向△								解決すべき課題(ニーズ)△ 長期目標と期間△	

※:任意項目

居宅サービス計画ガイドライン × LIFE関連加算様式

- 口腔衛生管理加算、口腔機能向上サービスに関する計画書では、食事形態、口腔衛生状態や歯科疾患の改善目標について、アセスメントの参考となる情報があった。

○:項目名・選択肢完全一致、●:選択肢不一致/一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画ガイドライン	口腔機能向上サービスに関する計画書			
	基本情報	※口腔の健康状態の評価・再評価	口腔機能改善管理指導計画	実施記録
1. フェースシート	要介護度● 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○			
2. 家族の状況とインフォーマルな支援の状況				
3. サービス利用状況				
4. 住居様の状況				
5. 本人の健康状況・受診等の状況	現在の歯科受診について△ 直近1年間の歯科受診について△ 誤嚥性肺炎の発症・既往△	口腔衛生状態△ 口腔機能の状態△	目標△	口腔清掃△
6. 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細	栄養補給法△ 食事形態△			
7. 全体のまとめ 1日のスケジュール				

※:任意項目

居宅サービス計画ガイドライン × LIFE関連加算様式

- 褥瘡の有無・状態についての評価及び、褥瘡ケアに資する食事・排せつ等の状況について、アセスメントの参考となる項目があった。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画ガイドライン	褥瘡マネジメント加算・褥瘡対策指導管理(Ⅱ)									
	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書					褥瘡対策に関する診療計画書				
	基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価	※褥瘡ケア計画	基本情報	褥瘡の有無	危険因子の評価	※褥瘡の状態の評価	※看護計画
1. フェースシート	要介護度○ 障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○					障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○				
2. 家族の状況とインフォーマルな支援の状況										
3. サービス利用状況										
4. 住居様の状況										
5. 本人の健康状況・受診等の状況		△		△	△		△		△	△
6. 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細		△	ADL△ 基本動作△ 低栄養△ 排泄の状況△	△	△		△	ADL△ 基本動作△ 低栄養△ 排泄の状況△	△	△
7. 全体のまとめ 1日のスケジュール										

※：任意項目

居宅サービス計画ガイドライン × LIFE関連加算様式

- 排せつに関するADL評価について、アセスメントの参考になる項目があった。但し、「あり」「なし」等の選択肢に留まるものが多い。

○：項目名・選択肢完全一致、●：選択肢不一致／一部項目のみ一致、△関連あり

居宅サービス計画ガイドライン	排せつ支援加算			
	基本情報	排せつの状態	排せつ支援に係る取組	排せつに関する支援の必要性(※：具体的な支援計画等)
1. フェースシート	障害高齢者の日常生活自立度○ 認知症高齢者の日常生活自立度○			
2. 家族の状況とインフォーマルな支援の状況				
3. サービス利用状況				
4. 住居様の状況				
5. 本人の健康状況・受診等の状況				
6. 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細		ADL△	△	△
7. 全体のまとめ 1日のスケジュール				

※：任意項目

令和 7 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)
LIFE 情報をアセスメント及びケアプラン作成に活用する方法に関する調査研究事業 報告書

令和 8(2026)年 3 月発行

株式会社三菱総合研究所
医療・介護 DX 本部
〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3
TEL 03(6858)3593 FAX 03(5157)2143

本調査研究は、令和 7 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。