

視点

介護サービスにおける評価 ～L I F E～



福島県医師会常任理事

原 寿 夫

1. 介護保険制度について

高齢社会に対し、2000年に市町村を保険者とした介護保険制度が施行された。その第2条第2項には、「保険給付は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。」と要介護状態の予防に資することを求めている。さらに、第4条第1項では、「自ら要介護状態となることを予防するために、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」と、公的保険制度としては珍しいくらい“性善説”による制度設計となっている。

医療分野においては、1990年代からエビデンスに基づく医療（EBM）が求められ、多

くの疾病について、多くの学会等から診断治療のガイドライン等が発表され、予防についても踏み込んだ情報提供のある分野もある。

しかし、介護分野においては、エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるための科学的裏付けは少なく、介護サービス利用者およびその関係者の“性善説”に基づくところに強く依存しているのが現状である。

このような状況の中、2016年度から通所リハビリテーション事業所と訪問リハビリテーションの「リハビリテーション計画書」等の情報を収集するシステム（monitoring & eValuation for rehabilitation Services for long-Term care; V I S I T）が導入され、サービスの質の評価が行われるようになった。さらに、2020年5月からは高齢者の状態やケアの内容等のデータ収集システム（Care, Health Status & Events; C H A S E）が導入された。この2つの情報システムによって、科学的に介護を評価し、その介護計画につい

て見直すことのできるP D C Aサイクルを構築できるようになったとされている。

- ① エビデンスに基づいた介護の実践
- ② 科学的に妥当性のある指標等の現場からの収集・蓄積および分析
- ③ 分析の結果を現場にフィードバックすることで、更なる科学的介護を推進



2. L I F Eによる介護の評価

前述のV I S I TとC H A S Eを合わせた科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence ; L I F E) が、令和3年4月1日から導入された。

このL I F Eの活用により、科学的に裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的としたケアの質の向上を図ることが、令和3年度の介護報酬改定において、「科学的介護推進加算」の要件に位置付けられた。

L I F Eへのデータ提出とフィードバック機能の活用には、インターネットから利用申請手続きを行い、I D・パスワードの発行を受ける必要があり、毎月25日までの申請で翌月上旬にはがきで通知があり参加可能となる。また、この機能の利用には、日常的に各施設で使っている介護ソフトからC S Vファイルを介してL I F Eへのデータ移行が近々可能になるようである。

介護サービスは施設系、通所系、居住系、多機能系に分けられるが、各々C H A S Eの収集項目の各項目(総論(A D L)、栄養、口腔・嚥下、認知症)について提出した場合「科学的介護推進加算Ⅰ」となり、疾病の状況や服薬情報を加えて提出した場合「科学的介護推進加算Ⅱ」の要件を満たすことになる。この他、リハビリ関連や薬剤管理指導、口腔衛生管理等において、L I F Eへの参加により、各項目の加算点数にさらに20~33点が追

加加算される。詳細は下記ご参照のこと。

- ・ L I F Eの利用申請
<https://life.mhlw.go.jp>
- ・ L I F Eの操作マニュアル等
<https://life.mhlw.go.jp/manual.html>
- ・ ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム(L I F E)利活用の手引き
https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou000000qwp6-att/R2_174_3_guideline.pdf

3. 認知症ケアと情報学

介護保険制度創設時“認知症”という病名の意味、定義、その位置付けについて様々な議論があった。特に周辺症状といわれるB P S Dについては、その社会生活上の評価も含め多岐にわたる議論があった。しかし、介護保険が施行されて20年経た今日においても、認知症への取り組みはまだまだ課題が多い。

高血圧症であれば診断基準があり治療のガイドラインがあり、塩分制限等生活の関わりは多少あるものの投薬が治療の中心となる。しかし、糖尿病は食事や運動といった生活半分投薬等が半分と、生活の関わりが大きくなる。さらに認知症では生活の関わりが7~8割と大きくなり、投薬等の治療は補助的と言わざるを得ないのが現状ではないだろうか。将来的には、認知症本来の治療薬が作られるのであろうが、まだ先のことである。

このような現状において、認知症の方個々の状況を客観的に可視化することによって評価する取り組みがいくつか行われている。

その一つである「みんなの認知症情報学会(<https://cihcd.jp/>)」を紹介する。この学会では、認知症を「個性」と考え、本人と家族の視点を重視する市民情報学(Citizen Informatics)という市民参画型の情報学を提唱し、「みんなで学び」、「みんなをつなぎ」、「みんなで知を創りだす」ことを目的としている。

この学会の具体的な取り組みとして、認知症の方に優しさを伝えるケア技術である「ユマニチュード®」がある。このケア技術は基本的に、3つ以上のケアを同時並行することが求められており、そのケアの現場を可視化したソフトの映像が下図である。



この映像の下段にあるのが、実施されているケアを可視化した部分で、「見つめること」「話しかけること」「触れること」について時間の流れで表示している。何らかのスケールを設定してケアを評価することから、ケアの質の評価に繋げていきたいと考えている。さらに、この質の評価の改善に結びつくケア技術の研修会を進めてきている。

この優しさを伝えるケア技術によって、認知症の方ばかりでなく、意思表示の困難な方へのケア技術の開発と研修方法の標準化にも

貢献できるものと思われる。

4. まとめ

介護サービスの提供は、介護支援専門員の作成した介護計画であるケアプランによって実施されている。介護保険制度が施行される前年度には、このケアプラン作成のための課題分析の手法について多くの団体から提案があり、在宅医療に関わっていた医療関係者からはアメリカの施設関係で使われていたMDSの在宅ケア版である「MDS-HC」を推進し、その専門職向けのソフトと利用者とその家族向けソフトを作成し、この2つのソフトから作られて2つのケアプラン案を持ち寄って関連事業者を含めて1つのケアプランにまとめていく過程、この過程こそがカンファレンスであるということを推奨していた。

しかし、介護保険制度が施行されて20年が過ぎ、上記のような過程によるカンファレンスはほぼ見られない状況となっている。

このような現状において、LIFEによる介護サービスの評価や、みんなの認知症情報学会で取り組んでいる「ユマニチュード®」による認知症ケアの評価等により、客観的根拠に基づく介護サービスの提供される環境整備の進むことが期待される。

