

老健

ROKEN

2024. 6



公益社団法人 全国老人保健施設協会



特 集

科学的介護情報システム(LIFE)の 活用に向けて

Close Up 老健

介護老人保健施設アーバンケア(大阪府)

この人に聞きたい 老健へ一言

小野 晃さん

公益財団法人介護労働安定センター 理事長





羅針盤

「介護の科学化なんて 見えてきません」

大河内二郎

全老健 常務理事

「先生、この書類が多いのをなんとかしてください。何度も同じことを記入しないといけません」。介護報酬改定のたびに、現場の叫び声が聞こえてきます。今年はリハビリの加算が大変な様子です。口腔ケアとリハビリを双方同時にうのがよいとのことで、新たな加算が始まりました。

「書類がこんなにたくさん！」。リハビリ課長が私の机の上に並べたのは、「リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書」「科学的介護推進に関する評価：口腔・栄養」「口腔衛生管理加算」の書類。

「監査のために診療録にも記入する必要があります。さらに歯科衛生士が定期的に回診し、書類に記入してもらうことになります」「それに、LIFE加算もこれまで6か月ごとだった入力が3か月ごとになったんですよ」。いままではニーズがある利用者を選んでいればよかったのに、加算をとるために全員の書類を作成しなければならないことになりました。

そして、LIFEからは役立つようなフィードバックはいまだに届いていません。

私たち介護現場のプロフェッショナルは、目の前にいる利用者、その家族、紹介状、検査データ、家屋環境、その他さまざま、データ化されない情報も含めてその場すぐに判断し対応しています。PDCAのPlanとDoは「ことが起きたときすぐに対応する」必要があり、また「問題が発生したときにさっとCheckして、またDo」の繰り返しです。介護報酬で必要だからといって、LIFEに収集されたデータや入力したデータのフィードバックは待っていられません。「定期的な口腔ケア回診よりもその場の判断ですぐに動く」のが介護現場の現実です。

アメリカの学者デヴィッド・グレーバーは官僚制や経済エリートが次々とブルシット・ジョブ（Bullshit Jobs）を生み出していると言っています。ブルシット・ジョブとは本人でさえ正当化しがたいほど無意味で、

不必要で、有害でもある有償の仕事です。しかも労働者はそれが意味のある業務であると取り繕わなければならぬように感じるような仕事です。LIFEへの入力はこれにあたりませんか？

介護サービスの報酬は、事業者の要求を評価し、より高く設定しようと努力する厚生労働省と、できるだけ抑えようとする財務省との力関係や、ロビー活動を受ける政治の介入、世論その他声の大きな人たちのバランスで決まっていきます。LIFEやさまざまな加算の仕組みは、介護報酬を少しでも高くするために、財務省との交渉のなかでわずかでも多くの報酬をつけることにしたい事業者と、厚生労働省、そして財務省のせめぎ合いの結果なのでしょう。

しかし、そのデータを集めて入力するのは施設の職員の仕事で、くだらない事務作業は増え続けていくのです。看護部長は「こんなことを介護職員にお願いできません。負担に感じて辞めてしましますから事務が手分けしてやりましょう」と言って、結局事務職員が残業して入力をするようになってしまいました。

さらに、得られたデータは大学やいろいろなコンサルタント会社に研究費やら委託費やら理由をつけて税金を使って分析を請け負ってもらいます。しかし本当に役立つフィードバックが、現場の職員、利用者、あるいは保険料を支払う方々に伝わっている状況にはなっていません。ということはブルシット・ジョブにブルシットを重ねていっているだけではないのでしょうか？

「事務作業ばかり増えて介護の科学化なんて見えてきません」「制度を設計する人にこそ、介護現場の声を聴いてPDCAサイクルを回してほしいです」「こういった加算やデータ収集の仕組みがあるからこそ、いい介護ができているのだと、皆が大きな声で言えるようにしてほしい」「利用者、介護保険料を支払う人たち、我々職員、皆が納得するような仕組みであってほしい」。

介護現場の声は厳しくなるばかりです。

Special Feature

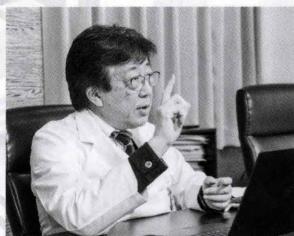
特集

科学的介護情報システム (LIFE) の活用に向けて

VISITとCHASEを統合することで運用が開始された科学的介護情報システム (LIFE)。

2024年度の介護報酬改定では、科学的介護推進体制加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減して科学的介護を推進する観点から、入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢が統一されたほか、LIFEへのデータ提出頻度を他のLIFE関連加算と合わせて、「6か月に1回」から「3か月に1回」とするなどの見直しが行われた。

本特集ではインタビュー取材を通じて、LIFEの活用に向けた現状と課題を探り、老健施設や通所リハビリ事業所におけるLIFEの活用促進および提供サービスの向上を図る一助としたい。



特集 インタビュー

新LIFEは現場での利活用度が向上 医療・介護連携を推進する力ぎに

高橋 肇

全老健 常務理事、社会医療法人高橋病院 理事長

滝沢礼子さん

社会医療法人高橋病院 法人情報システム室 室長

佐藤美知子さん

社会医療法人高橋病院 介護老人保健施設ゆとりろ(北海道)
看護介護リハビリ統括マネジャー

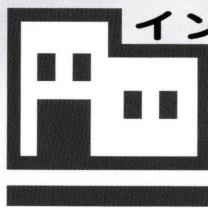


特集 インタビュー

介護現場・研究・政策にLIFEを活用 利用者・提供者・国民全体のメリットに

浜田将太さん

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 研究部 担当部長



新LIFEは現場での利活用度が向上 医療・介護連携を推進するカギに

高橋 肇

全老健 常務理事、社会医療法人高橋病院 理事長

滝沢礼子さん

社会医療法人高橋病院 法人情報システム室 室長

佐藤美知子さん

社会医療法人高橋病院 介護老人保健施設ゆとりろ(北海道)
看護介護リハビリ統括マネジャー

科学的介護情報システム（LIFE）は、なぜ重要な背景や取り組みの現状、新LIFE（2024年度版）のポイント、課題などについて、社会医療法人高橋病院の高橋肇理事長（全老健 常務理事）、滝沢礼子さん（法人情報システム室 室長）、佐藤美知子さん（介護老人保健施設ゆとりろ 看護介護リハビリ統括マネジャー）におうかがいした。

また、同法人の地元の函館市で活用されている「はこだて医療・介護連携サマリー」に、LIFEが加わるメリット等についても尋ねた。

健康・医療・介護情報の利活用に向けて LIFEの推進は中心課題の1つ

——はじめに高橋先生が医療・介護情報の利活用に関わった最近の経緯についてお聞かせください。

高橋：4年ほど前の2020年3月にスタートした厚生労働省の「健康・医療・介護情報利活用検討会」に全老健を代表して参画しています。

また、その利活用検討会のもとに「医療等情報利活用ワーキンググループ」が同年3月に、「介護情報利活用ワーキンググループ」が2022年9月に発足していますが、私は医療と介護の両方に出席しています。

検討会もワーキンググループも、2021年6月に厚労省のデータヘルス改革推進本部がまとめた「データヘルス改革に関する工程表」を踏まえ、現在検討を進めています。その工程表では2025年度までのスケジュールが示されています。

なお介護情報利活用ワーキンググループは、計9回の会合を経て、本年3月末に中間とりまとめを行いました。

——その「中間とりまとめ」のポイントを教えてください。

高橋：医療DX推進本部（本部長は内閣総理大臣）が2023年6月に策定した「医療DXの推進に関する工程表」において、「介護情報については、2023年度中に共有すべき情報の検討や、業務の要件定義、システム方式の検討や自治体における業務フローの見直しを行い、2024年度からシステム開発を行った上で希望する自治体において先行実施し、2026年度から、自治体システムの標準化の取り組みの状況を踏まえ、全国実施していく」とされました。

それを受けて中間とりまとめでは、共有すべき介護情報について、①要介護認定情報、②請求・給付情報、③科学的介護情報システム（LIFE）情報、④ケアプラン情報の4つがあると整理しています。

また情報を共有する者については、利用者、介護サービス事業所、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、保険者（市区町村）、医療機関を基本とする、としています。

そして、情報共有の方法等についても提言しています。

——医療・介護連携はとても大切ですが、そのためにも医療情報・介護情報の利活用の推進が必要であり、その基盤整備が大きな課題となっています。

高橋：厚労省が示している「全国医療情報プラット

フォーム（イメージ図）」が、わかりやすいでしょう（図1）。

このプラットフォームは、医療情報基盤と介護情報基盤、さらには行政・自治体情報基盤内にある情報をつなげる場所ということだと思います。

そのうち医療情報基盤では、（1）オンライン資格確認等システムを用いて、（2）電子カルテ情報共有サービス（仮称）と、（3）電子処方箋管理サービスを行います。この方向は、今回の診療報酬改定にも明確に反映されています。

一方、介護情報基盤では、（1）科学的介護情報システム（LIFE）、（2）ケアプランデータ連携システム、（3）介護情報データベース（仮称）を構築します。

介護情報利活用ワーキンググループには、この介護情報基盤の構築に関して、その方向や内容等を提言することが求められています。

——LIFEは、介護情報基盤の重要な要素ですね。

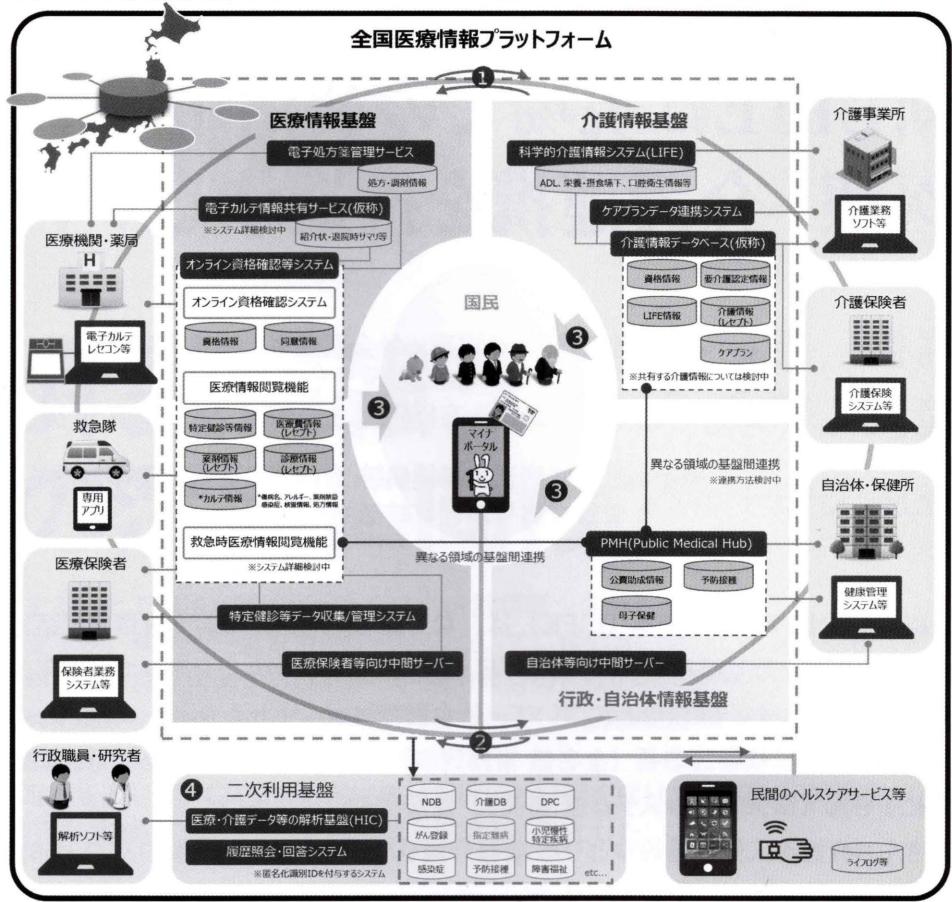
高橋：はい。そして、医療情報基盤と介護情報基盤をつなぐのがPMH（Public Medical Hub）です。

PMHはデジタル庁が主導して進めており、公共（Public）の医療（Medical）に関するハブとなるシステムで、そこに介護も含まれます。国民は「マイナポータル」で情報を利用します。

そうしてつながった情報を研究者等が二次利用する仕組みとなっています。

医療の情報共有は3文書6情報、すなわち3つの文書情報（診療情報提供書・退院時サマリー・健診結果報告書）と6つの電子カルテ情報（アレルギー、感染症、薬剤禁忌、検査、処方、傷病名）を共有することをめざし、それに必要な標準化について検討し、

図1 全国医療情報プラットフォーム（イメージ図）



①救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有 ②医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減
③健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート ④公衆衛生、医学、産業の振興に資する二次利用
出典：2023年8月第4回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チームの資料

進めているところです。

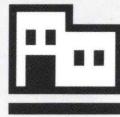
一方、LIFEのほうは、そうした医療の情報共有に比べると、コード化がされているので、今後、標準化がやりやすいと思います。

——介護情報基盤に関しては滝沢さんが2023年度の老人保健健康増進等事業に携わっていますね。

滝沢：私は「地域医療情報連携ネットワークと介護情報基盤に関する調査研究事業」に、意見交換会の委員として参画しました。

同事業では、地域医療情報連携ネットワーク5事例（東北・中部・近畿が各1、九州2）を選んでヒアリングを行い、4情報（要介護認定、請求・給付、LIFE、ケアプラン）についてのやりとりの有無を調べました。結果は、ほとんどやりとりされていませんでした。介護はリアルタイムな情報が求められるので、こうしたネットワークよりもチャット機能のほうがよいのではないか、という意見もありました。

そして、各地で展開されている地域医療情報連携



高橋理事長



滝沢法人情報システム室室長

佐藤看護介護リハビリ
統括マネジャー

ネットワークと、介護情報基盤を含む全国医療情報プラットフォームは、その目的や用途が異なるので、両者を「統合」するメリットはなく、併行して運用して連携することが望ましい、ということがわかりました。

——介護情報基盤と医療情報基盤の整備を、それぞれで進める。その上で連携していく、という方向が改めて確認できたといえそうですね。

滝沢：そうですね。5事例はいずれも介護事業所も積極的に参加しているネットワークなので、進むべき方向が裏づけられたということだと思います。

新LIFEは現場の負担を軽減 フィードバック票も活用しやすく改善

——医療・介護情報の利活用に関する社会医療法人高橋病院および高橋先生の、これまでの歩みについて、改めて少しおうかがいしたいと思います。

高橋：当院の電子カルテの本稼働が約20年前の2003年。そして2007年には当院が開発段階から関わった、道南地域の「地域医療連携システム【ID-Link】」が稼働しています。

そのシステムは2024年4月末現在で40都道府県9,862施設に拡大され、当法人へ多くの方々が視察に訪れており、私も全国各地で講演をしてきました。

医療も介護も、診療報酬や介護報酬で点数がつけば、多くの医療機関・介護施設のトップは、それを算定するために動く、という傾向が昔からあります。

そうではなく、点数がつかなくとも動く必要がある。

「IT化やDXは日進月歩ではなく、秒進分歩だ」「そうした速い流れに乗っていかないと、利用者さん、患者さんに後れをとる」と私はよく言っています。どうすればよいものが生まれるかと考え、それには「真ん中に利用者さん、患者さんが置かれる必要がある」と思い、これまでいろいろな取り組みを進めてきました。

ID-Linkの弱点は、データがとりづらいことと、患者さんにオープンになっていないことです。稼働した2007年頃は「患者さんが医療情報を見られるなんて、とんでもない」という声が多数を占めており、システム的には可能であったものの限界がありました。

——そのあたりも「秒進分歩」で変わりつつありますね。LIFEは、2021年度の介護報酬改定において新たな評価が創設され、3年間の実績を踏まえて、このほど2024年度改定が行われました。

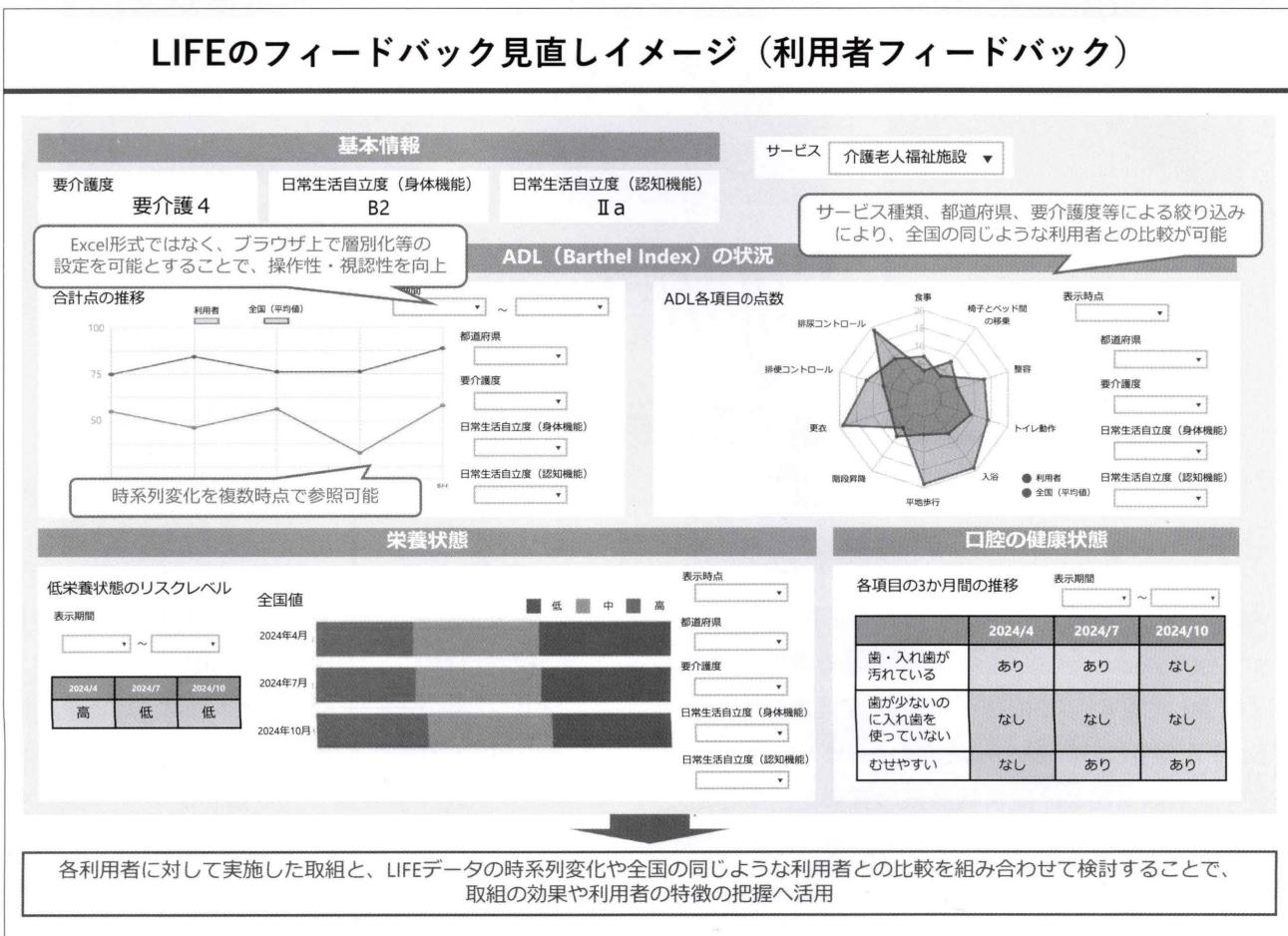
高橋：LIFEは、2017年度運用開始のVISIT（リハビリの情報収集・分析）と、2020年度運用開始のCHASE（すべての介護サービスを対象に高齢者の状態やケアの内容等の情報を収集しフィードバックを試行）を統合して、2021年度に運用が開始されました。

またLIFE関連の加算が前回の2021年度の報酬改定で創設され、すでに多くの老健施設が加算を取得しています。現場は大変ですが経営面からみても加算取得は必須だといえるでしょう。

そして今回の報酬改定に向けて、LIFEに関しては全老健の東会長から次の4点の依頼がありました。

①現場の負担を軽減すること、②収集したデータが自立支援に資する有益なデータとなること、③現場に

図2 フィードバック票（イメージ）



出典：社会保障審議会介護給付費分科会（第239回）参考資料1

フィードバックできること、④DPCと紐づけられること。

このうち①現場の負担は、老健局と何度も話し合ってデータ入力等が簡素化されました。

④DPCと紐づけるためには標準化が不可欠であり、もう少し時間がかかると思います。

— 現場の負担軽減は大切ですね。LIFEは、旧LIFE（2021年度版）から新LIFE（2024年度版）への切り替えが行われます。

高橋：新LIFEでは今回の報酬改定対応後の関連項目が本年8月から登録可能となる予定です。

また東会長から依頼があった②と③に関連しますが、フィードバックが課題の1つだと各方面から指摘されてきました。新LIFEではフィードバック票も新しくなり、10月から新たなフィードバックが行われる運びとなっています（図2）。

新しいフィードバック票は、内容もかなり改善されて見やすくなっています。

例えば今回の報酬改定では、リハビリ・口腔・栄養の一体的取り組みの推進が評価されました。

新しいフィードバック票では、各利用者に対して実施した低栄養のケア・予防や口腔ケア等の取り組みと、LIFEデータの時系列変化や全国の同じような利用者との比較を組み合わせて検討することで、取り組みの効果や利用者の特徴の把握に活用できるようになっています。

悩みながら取り組んだ3年間
本人・家族とも情報を共有できるように

— これから旧LIFEから新LIFEに変わるわけですが、現場の状況について老健施設ゆとり（入所定員150名）の佐藤さんにおうかがいします。老人保健健康増進等事業の「科学的介護情報システム（LIFE）におけるフィードバックの活用に資する調査



研究事業」のワーキングチームに参加された経験も踏まえて、ご意見・ご感想をお聞かせください。

佐藤：フィードバックのデータを受け取っても、私も含めて現場の職員は、それをどのように読んで理解すればよいか、よくわかりませんでした。

そうした現状や現場からの意見を踏まえて、調査研究事業のワーキングチームでは、データの見方やポイントなどについて現場がわかりやすいようなマニュアルをつくりました。

介護現場では、介護記録は毎日つけていても、データにしたものを見る習慣はなく、知識も乏しいことから、そのマニュアルづくりの議論には「現場の職員が見て理解できる」ものにしたいと考えて参加していました。

—調査研究事業の成果として「科学的介護情報システム（LIFE）フィードバック活用の手引き」が作成されました。

佐藤：フィードバックのデータは今後、職員はもちろん、本人や家族とも共有して、目標を決める際等に活用することになると思います。

したがってワーキングチームでは、本人や家族も理解できる内容にしなければいけないといった意見を述べました。

—LIFEに関する、前回改定から今回改定までの3年間の介護現場での取り組みを振り返ってみて、ご感想をお聞かせください。

佐藤：LIFEに関しては、加算の算定に不可欠だからデータをがむしゃらに入力した、という感じがします。とはいえ、事務処理については、施設内で役割を決めるまでは大変でしたが、役割が決まり2～3か月経験したら、毎月の決まった業務になり、慣れた感覚がありました。

高橋：LIFEが始まると、現場から全老健の事務局にも問い合わせが相次いだので、事務局も現場が慣れるまでは大変だったと思います。

それから介護現場では、データに基づいたPDCAサイクルを推進することが肝心です。

佐藤：フィードバックのデータをきちんと読み込めていないため、当施設でもケアプランの見直し等への反映は、まだこれからという状況です。

しかし、加算を算定すれば、その分、ご利用者の自己負担は増えるので、悩みながら取り組んだ3年間だったと思います。

委員会や多職種参加のチーム等でフィードバックのデータを検証・検討

—これまでの取り組みや今後の展望を踏まえて、全国の老健施設に向けたアドバイスなどをぜひお願いします。

佐藤：当施設ではケアの質の向上に役立てるため、フィードバックのデータをどこで誰が検証をするのかについて、委員会や職種別あるいは多職種が参加するチームなど、各加算に応じて決めて進めているところです。

例えば排せつ支援加算については「排泄ケア委員会」で情報を共有し、どのようにしたらケアの質を向上させることができるのかを、施設全体あるいは個々の利用者単位で検証・検討する予定です。

高橋：LIFEが要件となる加算を算定できないということは、その施設の弱みなので、算定できない理由・要因を認識することが大事です。それからデータを正しく入力することも大切です。

佐藤：当施設では入力の担当者を決めています。また、例えば科学的介護推進体制加算の場合、当該様式の各入力項目を、専門性を踏まえ多職種で担当分けしており、お互いの評価を確認できるというメリットがあります。一方、そのデメリットは若干ですが入力漏れが生じることです。

高橋：フィードバックのデータをケアプランに反映させることは、まずは老健施設などで進めることが大切です。そうすれば在宅に戻った際にケアマネジャーと連携して、在宅のケアプランをよりよいものにできます。

老健施設は介護保険法で在宅支援・在宅復帰を行う施設であるとされており、在宅のケアマネジャーにつなげるためにも、老健施設でケアプランに反映させる取り組みを進めることが求められます。

また厚労省には、ケアプランデータ連携システムとつながる仕組みづくりも期待したいところです。

—在宅との連携は大切ですね。

高橋：それから、先ほどフィードバックのデータは本人や家族も理解できる内容にしなければいけないという指摘がありましたが、新しいフィードバック票では、例えばリハビリを積極的にやっているか否かがわかるようになり、自分にあった施設をご利用者が選びやすくなるでしょう。

図3 はこだて医療・介護連携サマリーの【基本ツール】(抜粋)

*特記□の付く場合は応用ツール⑯を作成して下さい。

● 身体・生活機能等		評価日	令和 年 月 日	□ 入院時 □ 入院中 □ 退院時 □ 地域生活期 □ その他()
*起居動作	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	移動	□ 自立 ⇒ □ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ 介助 □ その他()	
麻痺の状況	□ 無 □ 軽度 □ 中度 □ 重度	麻痺の部位	□ 左上肢 □ 右上肢 □ その他 □ 左下肢 □ 右下肢 ()	
視力【日常生活に支障】	□ 無 □ 有 ⇒ ()	・眼鏡	□ 無 □ 有	
聴力【日常生活に支障】	□ 無 □ 有 ⇒ ()	・補聴器	□ 無 □ 有	
意思の伝達	□ 可 □ 時々可 □ ほとんど不可 □ 不可	失語症	□ 無 □ 有 □ 不明	
*認知症症状	□ 無 □ 記憶障害 □ 幻覚・妄想 □ 昼夜逆転 □ 介護への抵抗 □ 抑うつ・不安 □ 暴言・暴力 □ 不潔行為 □ 徘徊 □ その他()			
食事 摂取	*食形態	□ 普通 □ 刻み □ ソフト □ ミキサー □ 流動	水分トロミ	□ 無 □ 有
	*食動作	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	食事・水分制限	□ 無 □ 有
口腔	*口腔ケア	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	義歯使用	□ 無 □ 有 □ 要アセスメント
	排尿介助	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	PTトイレ使用	□ 無 □ 夜間 □ 常時
排泄	排便介助	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	オムツ使用(パッド含む)	□ 無 □ 夜間 □ 常時
	衣服の着脱	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	*服薬管理	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助
入浴(保清等)	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助			

—その方向は、これまでの動きからすると自然な流れですね。

高橋：介護の質については、これまで事業所は主観的に評価してきました。今後は、集積したLIFEのデータで国が評価し、その結果はフィードバック票で明らかになります。

はこだて医療・介護連携サマリーに LIFEを加えて全国展開を展望

—フィードバックのデータをケアプランに反映させることを、まずは老健施設などで進めることが大切のことですが、2023年12月11日の社会保障審議会介護給付費分科会では、松田晋哉委員が「はこだて医療・介護連携サマリー」を紹介していました。医療・介護の連携を進める有力なツールになっているようですが、その概要・ポイントを教えてください。

高橋：そのサマリーでは、医療と介護の連携にあたり、双方が欲しい情報の最小公倍数を「基本ツール(2枚)」にまとめ、さらに欲しい情報は「応用ツール(19枚・必要に応じて)」として位置づけ、エクセルで作成し、誰もが使えるようにしています。基本ツールには、

口腔・栄養関連、嚥下状態、食事形態など生活支援情報も盛り込まれています(図3)。

医療側と介護側が欲しい情報は、各人でケースによっても違うので、その調整に時間を費やすのではなく、応用ツールで対応すればよいと考えました。

応用ツール19枚の内訳は、次のとおりです。

- ①付帯情報管理(診療情報提供書など)、
- ②褥瘡管理、③認知症管理、④食事摂取困難管理、
- ⑤自己腹膜灌流管理、⑥酸素療法管理、
- ⑦中心静脈栄養法管理、⑧糖尿病治療管理、
- ⑨経管栄養法管理、⑩膀胱留置カテーテル管理、
- ⑪自己導尿管理、⑫腎瘻・尿管皮膚瘻管理、
- ⑬人工呼吸療法管理、⑭気管カニューレ管理、
- ⑮人工肛門・人工膀胱管理、⑯感染に関する管理、
- ⑰緩和ケア情報共有シート(MOPN)、
- ⑱本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報、
- ⑲特記事項

—記入はそれほど難しくはなさそうですね。

高橋：そうですね。応用ツールはそれぞれ専門の方が書きますので、難しくはないと思います。

サマリーは、入退院・入退所時(転院や入所施設が変わることを含む)に作成しています。函館市医師会



が函館市から委託を受けて2017年に設置した「函館市医療・介護連携支援センター」がサポートしており、必要な人員も確保されています。この連携には函館市内のほぼすべての医療機関・介護保険施設、地域包括支援センターが参加しています。

——すでに7年ほどの実績があるわけですね。介護給付費分科会で松田委員は「函館方式」として紹介していました。

高橋：現在はまだ函館限定ですが、今後、北海道全体さらには全国に広げて、医療の情報共有の「3文書6情報」のなかにも載せたいと考えています。

LIFEは重要ですが、介護情報が豊富ですので、そのメリットをさらに活かすためにも医療情報との連携は不可欠です。「はこだて医療・介護連携サマリー」はどちらかというと医療面が強いので、それにLIFEが加われば医療・介護の双方にとってよいものになると思います。いまはその具体化を進めているところです。

LIFEは報酬で評価されているので、多くの介護事業所の参加も見込めるでしょう。ID-Linkや各地の地域医療情報連携ネットワークは、医療機関が中心で、介護事業所の参加は1~2割程度にとどまっているところが多いと思いますが、それを変えることができます。

また、多くの介護事業所にみられる情報管理の弱点は、情報を上書きしてしまい、時系列管理ができていないことです。医療・介護情報連携のポイントの1つは、時系列管理のできるネットワークに載せることができます。

今後、このサマリーは、①入力した情報をそのまま連携先が使えるので二度手間が防げる、②情報をコード化しており標準化されている、というメリット・特徴があります。松田先生も調査研究の対象として注目し活用しているのだと思います。

データにとらわれすぎないことも大切 組織改革の大きなチャンスととらえる

——今後の課題についてはすでにいくつか提示していただきましたが、LIFEの推進に向けて何が大切か、視点や課題等について改めておうかがいします。

佐藤：これまでの介護は、日々の記録はありましたが、経験や感覚に基づいて行っていました。それがLIFEで客観的なデータを得ることにより質の向上が期待で

きます。

ただし、そのデータにとらわれすぎないことも大切です。

例えば全国の同じようなご利用者と比べて大きく異なっていても、その人の生活史や習慣などをきちんと把握した上で取り組まないと、誤ったデータの使い方をしてしまうことが懸念されます。メインで向き合う相手は目の前の一人ひとり、個人であることを忘れないでやっていきたいと思います。

滝沢：当法人には介護医療院（入所定員60名）もあるので、そこでLIFEに取り組む準備等をしてきました。そのなかで、記録のための記録、報酬算定のために記述をするのではなく、ご利用者がどうしたら幸福に生きていけるかを考えながらLIFEのデータを活用していく方向に進めばいいなと改めて思いました。

介護医療院の入所者は要介護度が高い人が多いのですが、高い報酬を得るためにケアプランを検討するようなことにならないようになりますが大切だと思います。

高橋：管理者・経営者の立場からすると、やはり働き方改革が大事であり、業務の効率化、生産性の向上にどう取り組むかが課題となっています。

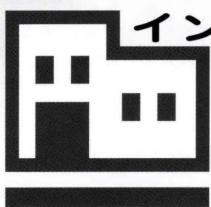
その答えの1つがICTの活用ですが、介護分野のトップは苦手な方が依然として多いのが現状でしょう。

しかし若いたちは皆デジタルネイティブ、生まれたときからインターネット等が身近にあるので、それにふさわしい業界、職場にしないと、若い人に興味をもってもらうことができません。

ICTの活用を組織改革の大きなチャンスととらえ、自らの施設・事業所をどのように変えていくかを若い人たちと一緒に考えていくことが求められていると思います。

それから、20世紀の医療は若い患者も多く、「臓器」中心でした。一方、介護は生活史が非常に重要です。とくに在宅復帰が困難ななかでは、ICFの環境因子や個人因子に加えて、価値観や人生観、生きがい、満足感、ACPなど、本人の思いをどのように共有して、地域において連携していくか。そのことが、地域包括ケアシステムにおいて非常に大事であり、本人のQOLにとどまらず地域の質（QOC=クオリティオブコミュニティ）の向上にもつながるでしょう。

——本日は長時間、誠にありがとうございました。



介護現場・研究・政策にLIFEを活用 利用者・提供者・国民全体のメリットに



浜田将太（はまだ・しようた）

2016年に医療経済研究機構研究部入職、2024年から同担当部長。高齢者の医薬品の適正使用（ポリファーマシー対策）と大規模医療・介護データベースの利活用をメインテーマに研究。

科学的介護情報システム（LIFE）の活用方法や課題などについて、大規模医療・介護データベースの利活用などをメインテーマに研究している医療経済研究機構の浜田将太研究部担当部長に、介護現場・研究・政策づくりの3領域でのLIFE活用のポイントなどをうかがった。

介護現場のケアの実態を見直す材料に 政策提言・政策立案への活用を

——初版の「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」の作成に関わったことも含めて、LIFEの活用に向けたご意見をお聞かせください。

浜田：LIFEの前身であるCHASEの活用に向けて全老健が実施した「介護老人保健施設のデータ収集システムの活用に関する調査研究事業」（2019年度老人保健健康増進等事業）などにも参加させていただくなかで、LIFEの活用方法としては大きく次の3点があると考え

浜田将太さん

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 研究部 担当部長

ています。

1点目は介護現場で働いている方が自ら提供している医療やケアを見直し、それらの改善に結びつけていただくこと。2点目は研究を通して、入所者の状態に適したより良い医療やケアを見いだしていくこと。3点目は介護報酬改定などの政策を通して、医療やケアのあり方を整備していくための根拠資料とすることです。

このうち介護現場では、現場でデータを入力・提出してからフィードバックされるまでに一定の時間がかかることもあり、十分に活用できていないのが現状です。タイムラグがあるため、特定の個人のケアにダイレクトに活かすのは簡単ではないかもしれません。しかし、全国データとの比較によって、自施設におけるケアの実態を見直し、課題を見つけるための材料として活用することで、将来の入所者のケアの改善につなげられると思います。

LIFE利活用の手引きを作成した際や全老健の調査研究事業に参加した際には、例えば要介護度や認知症の重症度などが同程度の入所者、あるいは少なくとも同じような施設類型など、背景をそろえて比較しないとケアの改善に活かすためのデータを得られない、といった議論をしました。そのあたりもまだこれからという状況ですが、そうした比較を踏まえて各施設でケアの方針などを見直す際に活用してほしいと思います。現場ではすでに3年間の入力作業を重ねているので、そろそろその成果を示す時期にきていると思います。

——LIFEのデータが含まれる「介護DB（介護保険総合データベース）オープンデータ」の第3回公表に向けて厚生労働省で準備が進んでいますが、LIFEのデータの質についてはどうみていますか。



浜田：介護DBオープンデータの公表は、LIFEで得られたデータの一部ではありますが、広く国民に成果を還元するという点で素晴らしい取り組みだと思います。

LIFEのデータの質の検証については今後の課題の1つです。ただ、LIFEは全国の老健施設から代表性の高いデータを収集できる基盤であり、全老健の調査事業での質問票の回収率は30%程度にとどまることが少なくないことを考えると、非常に期待値は高いです。

また、LIFEには栄養やADL、口腔の状態や薬剤などいろいろな項目があり、世界的にみても大変貴重で、各種の解析にも堪え得るデータだと思います。すでに相当数のデータが蓄積されており、今後さらに増えていきます。LIFEデータの分析・評価により得られた結果は、制度設計や報酬改定など政策立案の根拠として強力なツールになり得ます。事業者側からの政策提言にも活用可能だと思うので、利用しない手はありません。

—LIFEは、介護現場・研究・政策の3つに活用可能のことですが、具体例としては、どのような活用が考えられるでしょうか。

浜田：薬剤の例では、認知症の人には抗精神病薬をあまり使わないほうがよいとされていますが、自施設での使用例・使用量が全国平均と比べてどうか、同じような入所者がいる施設と比べてどうか。また、使用が少ない施設はどういったケアの工夫がされているのかというようなことがわかるとよいと思います。まずは、調査事業や研究で実態を把握し、介護現場での取り組みや政策によって適正化を促すことにより良い方向に向かっていくことが期待されます。

ケアに関しては、手術や薬剤などの治療と比べると劇的な効果はないことが多いので評価が難しいかもしれません、ビッグデータを分析することで「こういう状態の方にはこういうケアをやったほうがいい」といったきめ細かな方向を示すこともできます。そうした研究にどんどんLIFEが活用される環境になればと思っています。

分析結果を見る化し全体の質をアップ ケアの質の向上に向けた指標づくりも

—研究で利活用されると、どういったことが期待されますか？

浜田：研究に利活用できるデータはすでに集まっていると思いますが、データの入力率が上がり、蓄積量もさらに増えてくると、ケアの実態がより鮮明にみえてきます。

項目ごとに施設間の差を見る化すれば、全体のケアの質を上げていく材料になるでしょう。必ずしもどの施設の質が高いとか低いとかを公開する必要はなく、施設間のケアの質にばらつきがあることを把握し、それを底上げするような取り組みを実行すればよいと思います。

注意点としては、アウトカムだけに着目してもだめで、よいケアを提供すれば要介護度が下がるとは限らず、要介護度が下がらないから悪い施設やケアとはいえない点があります。入所者の特徴が異なるため単純な比較はできない難しさがありますし、要介護度以外の他のアウトカムで評価すべきかもしれません。

一方、LIFEでは項目が多岐にわたることで、着目すべきポイントがわかりにくい部分もあるかもしれません。そこで、ケアの質の向上に向けた指標をつくることも大切だと思います。在宅復帰をめざす人と看取りの人では医療やケアの方針が異なるので、指標をつくる際に対象者をどう選定するかも大切です。

—おわりに、全国の老健施設に向けたメッセージをお願いします。

浜田：昨年度、全老健が実施した「介護老人保健施設における医療ニーズへの対応力向上にかかる調査研究事業」(2023年度老人保健健康増進等事業)〔本誌p.38〕の研究班に参加しました。同事業ではLIFEデータは利用できませんでしたが、薬剤関連では、例えば高額な薬剤の処方が原因となり入所受け入れを断念した事例の有無を調べると過半数の施設が「断念した事例があった」と回答しており、パーキンソン病治療薬や抗リウマチ薬などの薬剤は高額であっても症状をコントロールするために他の薬剤に変更するのが難しい場合もあることが示されました。

こういった問題・課題については以前からわかつっていましたが、LIFEにしっかりとデータが蓄積され、分析することができるようになると、具体的な数値に基づいてよりインパクトの大きな提言につながることも期待できます。さらに、LIFEを他のデータと結びつけることで、老健施設の薬剤費は増えても、その分、入院医療費が減るなど、より広い視野での検討も可能となります。私自身としては、今後、LIFEデータも活用しながら、介護現場・研究・政策に有用な情報発信をしていけたらと考えています。

—ありがとうございました。