

# 研究員 の眼

## 科学的介護を巡る「モヤモヤ」の 原因を探る

不十分なフィードバックの弊害などで考える論点

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに～科学的介護を巡る「モヤモヤ」の原因を探る～

3年に一度、見直される介護保険制度、介護報酬の新しい仕組みが2021年4月からスタートしました。このうち、関係者の関心を集めているのが「科学的介護」です。科学的介護とはデータに基づく介護を目指しており、2021年度から国のデータベースが一新されたほか、介護報酬改定ではデータの情報提出などに関する加算（ボーナス）も手厚く講じられました。

一方、データを現場にフィードバックする方針が示されているにもかかわらず、データの活用策について、国からの情報共有が十分とは言えません。このため、利用者や現場の専門職の間では、データの活用を促す国の方向性を理解しつつも、何か言語化できない疑問（モヤモヤ）を感じている人が多いように感じられます。本稿は科学的介護を巡る経緯や内容を考察した上で、現場が感じている「モヤモヤ」の原因を探りたいと思います。

### 2—科学的介護とは何か

#### 1 | セミナーで頻繁に見聞きする言説

「科学的介護は早く取り組んだ方がお得」「これからの事業所は科学的介護に取り組みないと、生き残れない」——。今年に入り、介護保険の制度改正や報酬改定に関するセミナーを傍聴していると、こんな説明を業界団体の関係者やコンサルタントから頻繁に耳にします。さらに、厚生労働省による説明を聞いても、データ活用の重要性を盛んに強調しています。実際、後述する通り、2021年度介護報酬改定では科学的介護に関して相当な加算が講じられた上、データに基づく介護は3年後に予定される制度改正・報酬改定でも重要な論点になり得るため、こうした言説は一定程度、理解できます。

さらに、流行のDX (Digital Transformation、デジタルトランスフォーメーション) を意識すれば、介護現場で毎日取得されている利用者のデータを含め、業務全体を効率化する観点も重要ですし、データやエビデンスを使った介護は重要な論点です。

ただ、天邪鬼の筆者は疑問も持っています。科学的介護に関する説明を聞いていると、「データを集めたい」という国の意向、「科学的介護の加算をどう取得するか」という事業者の視点が主に語られているものの、介護保険制度を利用する「利用者の視点」、現場で働く「専門職の視点」がスッポリ抜け

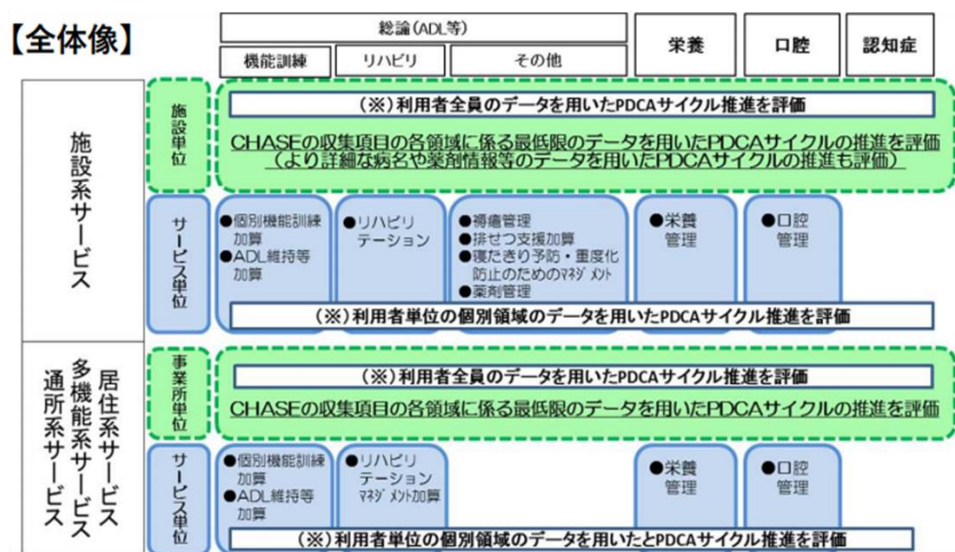
ているように感じているためです。以下、利用者や専門職など現場の視点に立ち、科学的介護の論点を探ることにします。

## 2 | 科学的介護の経緯

まず、科学的介護の経緯を振り返ります<sup>1</sup>。「科学的介護」という言葉が浮上したのは2016年11月であり、未来投資会議の席上、当時の塩崎恭久厚生労働相（当時）が「データ分析を通じた科学に裏付けられた介護に変えていきたい」と述べたのが始まりです。その後、厚生労働省は2017年10月、有識者で構成する「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」（以下、検討会）を発足させ、検討会は2018年3月に中間まとめ、2019年7月に最終とりまとめを公表しました。ここでの議論を踏まえ、高齢者の状態やケアの内容などを収集することを目的に、2020年度から「CHASE（Care, Health Status & Events）」というデータベースが構築されました。

さらに、科学的介護を現場に一層、浸透させる観点に立ち、2021年度からは「LIFE（科学的介護情報システム、Long-term care Information system For Evidence）」という名称で統一化を図るとともに、リハビリテーションに関する情報を2017年度から収集しているデータベース「VISIT（monitoring & evaluation for rehabilitation services for long-term care）」との一元的な運用にも努めました。厚生労働省が示している科学的介護に関するデータベースの全体像は図1の通りであり、多くのサービスについて、広範にデータが集約されつつある様子を見て取れます。

図1：科学的介護に関するデータベースの全体像



出典：厚生労働省資料から抜粋

注：資料の「CHASE」は「LIFE」に改称、拡充された。

一方、同じ2021年4月からスタートした2介護報酬改定でも、科学的介護の推進は主要な論点の一つとなり、手厚い加算が手当されました<sup>2</sup>。

例えば、新設された「科学的介護推進体制加算」では利用者ごとのADL（日常生活動作）、栄養状態、口腔機能、認知症の状態などについて、データをLIFEに提出するとともに、国からフィードバックされるデータを現場のケア改善に役立てることが要件とされています。

この加算はサービスの種類に応じて、表1の通りに2種類に分かれており、加算取得を希望する事

<sup>1</sup> 科学的介護の経緯や論点については、2019年6月25日の拙稿「[介護の『科学化』はどこまで可能か](#)」でも論じた。

<sup>2</sup> 2021年度介護報酬改定に関しては、2021年5月14日の拙稿「[2021年度介護報酬改定を読み解く](#)」を参照。

業者は要件を満たせば、1人の利用者ごとに40単位～60単位を取得できます。より具体的に言うと、1単位は原則10円なので、仮に30人に関してデータを提出した場合、科学的介護推進体制加算（Ⅰ）であれば、月単位の収入は単純計算で「30人×10円×40単位」の1万2,000円増となります。

表1：2021年度改定で創設された科学的介護推進体制加算の概要

加算の名称	施設系	通所系 居宅系 多機能系	主な要件
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	○ (40単位)	○ (40単位)	・ ADL（日常生活動作）、栄養状態、口腔機能、認知症の状態などの情報提出 ・ フィードバックされた情報の活用
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	○ (60単位) 特別養護老人ホームは50単位	なし	・ 上記に加えて、疾病の状況や服薬情報の提出 ※特養は服薬情報の提出を求めない。

出典：厚生労働省資料を基に作成

注：1単位は原則10円。  
注2：加算額は月単位。

これ以外にも、様々な加算でLIFEへのデータ提出とともに、現場にフィードバックされた情報の活用が要件とされました。例えば、▽計画的なリハビリテーションを実施した上で、LIFEにデータを提出した事業所に加算する「リハビリテーションマネジメント加算」、▽口腔衛生管理を強化している施設がデータを提出した際に加算する「口腔衛生管理加算」（Ⅱ）、▽機能訓練に取り組む施設・事業所がデータを提出すると受け取れる「個別機能訓練加算」（Ⅱ）、▽寝たきり防止に配慮する施設に対する「自立支援促進加算」、▽床ずれの防止に努める施設に対する「褥瘡マネジメント加算」、▽ADLを改善させたデイサービス（通所介護）に対して加算を支払う「ADL維持等加算」——などです。

こうした状況を見ると、2021年度の制度改正や報酬改定に際して、科学的介護が重視された様子を読み取れます。このため、業界関係者から「科学的介護に取り組まないと生き残れない」といった危機感が聞こえてくる事情は十分に理解できます。

しかも、今後の制度改正の流れを考えると、アウトカム（成果）に応じて報酬を支払う対象の拡大が予想されており、データ重視の傾向は一層強まる可能性が高いと思われます。例えば、2018年度に創設された「ADL維持等加算」では身体的自立の改善度に応じて、デイサービスに対して加算を支払う仕掛け<sup>3</sup>になっており、2021年度改定では加算額の大幅な引き上げと要件緩和が実施されました。さらに、2021年度報酬改定では成果報酬の仕組みとして、床ずれ防止に取り組む施設が成果を上げた場合、事業者が加算を受け取れる「褥瘡マネジメント加算」（Ⅱ）などの加算も作られました。科学的介護の対象になっていない訪問介護、居宅介護支援（ケアマネジメント費）に関しても、データ提出やフィードバックに関するモデル事業を始める方針も報じられています<sup>4</sup>。

このため、次の改正となる2024年度以降を意識すると、「科学的介護に早く取り組んだ方が得」という評価も妥当と言えます（少なくとも筆者が介護事業者のコンサルタントであれば、科学的介護に関する加算の取得を強く薦めると思います）。

ただ、利用者や現場の専門職にとってのメリットとして、どんな点が考えられるのでしょうか。例えば、科学的介護推進体制加算（Ⅰ）を取得しているデイサービスに通っている人は原則として1割負担の4単位（40円）を支払う必要があります。このため、利用者が「40円」のメリットを感じるこ

<sup>3</sup> 2018年度介護報酬改定については、2018年5月14日拙稿「[2018年度介護報酬改定を読み解く](#)」を参照。

<sup>4</sup> 2021年9月13日『Joint介護ニュース』。



ができるか、利用者に対して事業者がメリットを説明できるのか、改めて考える必要があります。

### 3—データのフィードバックに対する疑問

#### 1 | 不十分なフィードバックを巡る現状

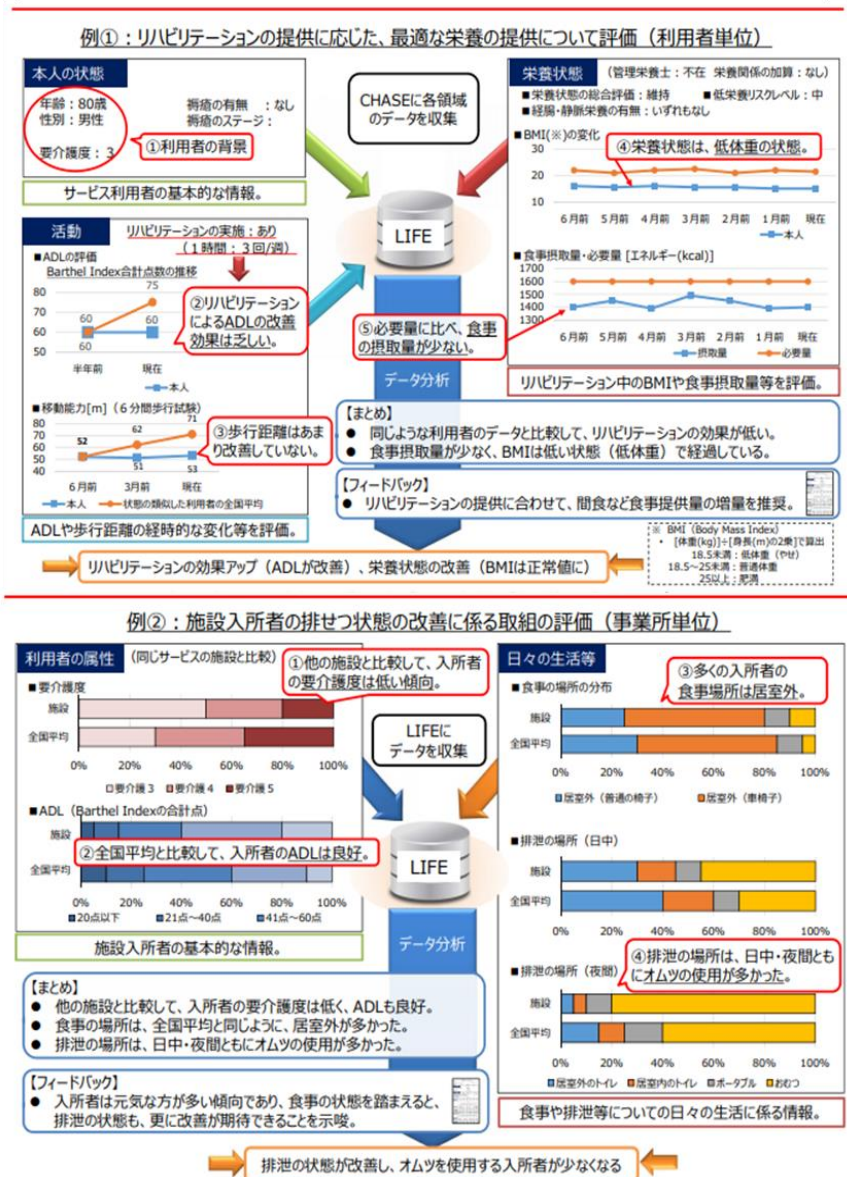
その際に焦点になるのが現場へのフィードバックです。先に触れた通り、科学的介護に関する各種加算ではLIFEから提供された情報を現場のケア改善に役立てるフィードバックが要件となっており、データを基にPDCAサイクルを現場で回すことが意識されています。その一例として、田村憲久厚生労働相は2021年3月の国会で、下記のように述べています<sup>5</sup>。

一例でありますけれども、なかなかそのリハビリテーションがうまくいかない、いけない、そういうような要介護者に対して、どのような高齢者のケアをやっているんだというデータと組み合わせると、どうもその食事等々栄養が低栄養になっているのではないかなどというようなデータが出てくれば、そこにリハビリが、リハビリをやっているにもかかわらずうまく進まない原因があるのではないかなどということ等を分析する中において、より適した介護の対応をどうするべきか、ケアはどうするべきかという中で、栄養面まで含めて、これ一例でありますけれども、栄養面まで含めてしっかり対応していこうというような形の使い方というのが一つの使い方です。

ここでは「一例」として、リハビリテーションが上手く行かない理由を探った時、データの蓄積があれば低栄養などの原因を特定しやすくなると説明しています。

これは図2で掲げた厚生労働

図2：厚生労働省が示している科学的介護のイメージ



出典：厚生労働省資料から抜粋

<sup>5</sup> 2021年3月30日、第204回国会参議院厚生労働委員会における答弁。

省による説明資料と重なります。具体的には、図2の上を示した「リハビリテーションの提供に応じた、最適な栄養の提供について評価（利用者単位）」という資料を細かく見ると、国会答弁で説明された「一例」とほぼ同じであることを確認できます（どんな資料を手に大臣が話していたのか、想像できますね）。もう一つが図2の下に出ているイメージ、つまり施設入所者に排せつを改善するためにデータを活用するイメージです。

ただ、管見の限り、科学的介護のフィードバックに関して、厚生労働省が広く公開しているイメージは図2の2枚にとどまっています（現場にフィードバックが戻っているみたいですが、筆者のような部外者はアクセスできません）。

さらに、厚生労働省がシンクタンクに委託した「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」<sup>6</sup>（以下、手引き）<sup>6</sup>を見て、やはりフィードバックのイメージを読み取りにくいと言わざるを得ません。具体的には、「手引き」には加算取得のための手続きや集めるデータの種類などが細かく書かれているものの、フィードバックに関しては、

表2：LIFEの手引きに盛り込まれたフィードバック票の概要、活用目的、活用例

	事業所 フィードバック票	利用者 フィードバック票
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者のADLや栄養、口腔機能等に関する状態を事業所・施設単位で分析し、同様の介護保険サービスを提供する他事業所・施設との比較結果や過去からの変化を把握するための帳票です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADLや栄養、口腔機能等に関する状態について、自事業所・施設の利用者個別に分析し、要介護度等が同程度の他利用者との比較結果や過去からの変化を把握するための帳票です。</li> </ul>
活用目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>自事業所・施設における特性や、利用者の特徴及びケアの特性を認識し、提供するケアの改善に活かすことが可能です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各利用者のケアの目標や問題点、提供しているケアや状態を把握し、提供するケアによる改善状況を評価し、必要に応じて目標やケアの見直し等を行うことが可能です。</li> </ul>
活用例	<ul style="list-style-type: none"> <li>自事業所・施設の利用者像の把握</li> <li>ケアの実施状況の把握</li> <li>ケアの結果の把握</li> <li>ケアの在り方の見直し</li> <li>施設内の管理指標としての活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者像や課題の把握</li> <li>ケアの実施状況の把握</li> <li>ケアの結果の把握</li> <li>利用者や家族への説明</li> <li>職員間での情報共有</li> </ul>

出典：三菱総合研究所（2021）「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」（老人保健事業推進費等補助金）を基に作成

表2のような形で、フィードバック票の概略が示されている程度。さらにフィードバックに関する「手引き」の説明を見ても、約80ページに及ぶ本文（付録を入れると、150ページ強！）のうち、数ページしか割かれていません。

このため、現場からも「送られてきたデータをどう活用していけばいいのか分からない」「期待していたような比較検討できる情報とは言えない」といった声が出ているようです<sup>7</sup>し、私の知り合いの利用者や専門職からも似たような意見を耳にします。

## 2 | 筆者の繰り返言(?! )に対して想定される反論

こうした筆者の繰り返言(?! )に対しては、いくつかの反論が想定されます。例えば、「ビッグデータの活用ではデータを集めることが重要」という意見です。実際、同じような声は過去、筆者が傍聴した講演会で厚生労働省の担当者から示されていました。確かにAI（人工知能）のデータ解析では、ビッグデータを集めることで、その結果として人間が気付かないような相関関係が明らかになるとされ

<sup>6</sup> 三菱総合研究所（2021）「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」（老人保健事業推進費等補助金）。

<sup>7</sup> 2021年8月20日『シルバー新報』。

ており、データ収集が先行するのは止むを得ない面もあります。

しかし、それでもデータを社会実装できるように加工する上では、何らかの仮説や分析のフレーム（枠組み）が必要であり、これらが十分に示されていない状況を考えると、「何のためにデータを集めるのか」という疑念が利用者や現場から示されるのは止むを得ないと思います。

さらに「フィードバックが不十分」という指摘に対しては、「まだフィードバックは始まったばかりであり、これから精度を上げていく」という反論も考えられるし、筆者が傍聴したセミナーでも、そうした見方を多く耳にしました。

ただ、そのためには利用者を含めた現場との対話が欠かせないと思います。具体的には、業界団体の意見を審議会で聞くだけでなく、真面目に実践している現場に足を運び、専門職や利用者との膝詰めで意見交換することが必要となります。そうすれば、霞が関では思い付かないような活用策とか、死角となっていた論点に気付くかもしれません。コロナ禍で現場に足を運ぶことが難しくなっているとはいえ、現場との対話抜きにフィードバックの精度が上がることは考えにくく、この点が十分になされるのか、かなり心配です。

### 3 | 対話のツールとしての活用を

さらに議論を進めると、現場との対話が不十分なまま、データベースを構築しようとしても、そのデータが国の統制手段として用いられる危険性があります。本来、データは関係者同士の情報共有の手段として幅広く用いられることが望ましく、国と業界団体、都道府県と市町村、市町村と事業者、事業者と利用者、事業者と専門職などの間での対話ツールにする必要があります。

例えば、介護報酬改定に際して、「●●の部分で介護予防が弱いので、テコ入れする必要がある」といった点を国が業界団体に働き掛けるとか、逆にデータを活用して業界団体が国に対して制度改正を提言するような場面があってもいいと思います。さらに現場に近い段階でも、保険者（保険財政を運営する主体）である市町村が事業者に対して、「市内の平均と比べると、要介護度の悪化ペースが速い。ペースが緩やかな事業所と比べると、改善のヒントが得られるかもしれない」と助言するような活用が想定できるし、都道府県が市町村を支援する際のデータ活用も考えられるかもしれません。

このほか、事業者が利用者に対して、「全国的なデータを見ると、ある程度の確率で状態が悪化すると思いますので、その場合は別の手立てを考える必要があります」と説明したり、施設・事業所の経営者が現場の専門職に対して「近隣の施設と比べると、褥瘡が多く起きているので、もう少し改善できるのではないかと働き掛けたり、それを基に現場の専門職同士が話し合ったりすることも考えられると思います。医学やリハビリテーションの研究者や臨床家がデータにアクセスできるようになれば、国際比較も含めて様々な分析も可能になるかもしれません。

要は官民間問わず、様々な関係者の意思疎通を密にしたり、それぞれの現場で合意形成を促したりするための手段として、データが使われる必要があります。

しかし、現場との対話がなければ、こうした使われ方は難しくなります。その結果、フィードバックされる情報も、現場にとってはトンチンカンな内容になってしまうかもしれません。

むしろ、現場との意思疎通が不十分な場合、国にとって都合のいい情報だけが集められることになりかねず、国の制度改正の正当化とか、国の考えている方向性に現場を誘導するために使われる危険



性があります。そうすると、データは現場に対する国の統制手段になってしまいます。フィードバックの説明やイメージが不十分なまま、データが国に集められている現状を見ると、「天邪鬼な筆者の懸念が杞憂に終わればいいのだが…」とってしまいます。

## 4——集められているデータに対する疑問

### 1 | 身体的自立に力点を置くデータ収集

さらに現場との対話という点で見ると、科学的介護で集められているデータに対する疑問も出て来ます。科学的介護は元々、介護予防に力点が置かれている分、何でも自分でできるようにする「身体的自立」が重視されている印象は拭えず、関係者の対話ツールで使える情報と、国が集めたい情報の間で齟齬が生じるリスクもありそうです。

例えば、科学的介護が最初に論じられた2016年11月の未来投資会議では、塩崎厚生労働相（当時）が「良くなるための介護のケア内容のデータがなく科学的分析がなされていない」という資料を提出していましたし、議長の安倍晋三首相（当時）も「高齢者が自分でできるようになることを助ける自立支援に軸足を置きます。本人が望む限り、介護は要らない状態までの回復をできる限り目指していきます」と述べていました<sup>8</sup>。こうした議論が持ち上がった背景には介護保険給付費の増加を抑制したいという意図があり、言わば財政対策な要素を持っています。特に科学的介護が浮上した頃の議論を振り返ると、予防を通じて要介護認定率の引き下げに成功したとされる埼玉県和光市と大分県の事例を引き合いに、介護予防の重要性が盛んに喧伝されていた経緯があります<sup>9</sup>。

このため、科学的介護が身体的自立の維持・改善から始まったことは紛れもない事実です。より具体的に言うと、科学的介護で重視している「科学」とは、身体的自立を支える医学、リハビリテーションを中心に据えていることになります。

しかし、介護保険の「自立」は元々、「高齢者の自己決定」を重視しており、何でも自分でできるようになる「身体的自立」だけを意味するわけではありません<sup>10</sup>。しかも、介護現場で用いられる学問についても、医学やリハビリテーションに限らず、社会科学に属する社会福祉学とか、利用者の言葉や態度、生活歴からニーズを引き出す対人技法では人文科学に類型化される心理学や民俗学の要素が必要になります<sup>11</sup>。このため、現場の専門職が利用者のケアに当たる上では、学際的なアプローチが必要になりますが、科学的介護の「科学」とは専ら自然科学しか意味していません。こうした状況の下では、現場で活用できる情報と、国の集めたい情報の間で食い違いが起きる危険性があると思います。

### 2 | 医療社会学で言う「医療化」の懸念

少なくとも介護の現場は人手不足の中、データや数字で計測し切れない多様で複雑な高齢者の生活に直面しており、そこに「数字で測れるもの＝科学」という考え方を持ち込むと、医療社会学の「医

<sup>8</sup> 2016年11月10日、未来投資会議資料、議事録。

<sup>9</sup> 当時の議論に関しては、2018年5月14日拙稿「[2018年度介護報酬改定を読み解く](#)」、2017年12月20日拙稿「[『治る』介護、介護保険の『卒業』は可能か](#)」を参照。

<sup>10</sup> 社会保障に関する「自立」の多義性については、2019年2月8日の拙稿「[社会保障関係法の『自立』を考える](#)」、介護保険20年を期した2020年8月13日のコラム「[20年を迎えた介護保険の再考（10）自立支援、保険者機能](#)」を参照。

<sup>11</sup> 介護民俗学については、六車由美（2018）『介護民俗学という希望』新潮文庫などが有名。

療化」が起きるのではないかと心配しています。

医療化とは、医療が不要な領域まで関わって行くことで、医師など医療職の影響力が必要以上に強くなる状態を指しています。この場合には数字では測り切れない生活の中に、データや数字に基づく医療的な要素を持つ科学的介護が入り込むことで、必要以上に生活がデータに引っ張られ過ぎるリスクが考えられます。実際、行き過ぎた定量化を戒める書籍では、定量化の過程で重要な情報が抜け落ちてしまう危険性に言及しています<sup>12</sup>。

例えば、筆者が要介護状態になっても、「科学的介護に基づくデータによると、三原さんのADLは悪化していますので、リハビリテーションの事業所に通う機会を増やしましょう」と促されても、筆者は興味を示さないとし、医療化されたケアプラン（介護サービス計画）の下で、筆者は苦痛を感じることを思います。

むしろ、ケアマネジャー（介護支援専門員）やリハビリテーションの専門職が「三原さんの日課である図書館通いを続けられるように、リハビリテーションを頑張りませんか」「趣味の野球観戦を来シーズンに出掛けられるように、もう少し足腰の筋肉を付けませんか」などと提案してくれれば、天邪鬼な筆者の心も動くと思います。

そのためには例えば、ケアプランを作成する際のアセスメントとか、専門職が筆者の自宅に来ている間に目にする書籍や文物、筆者との雑談などを通じて、専門職が筆者の性格や趣味、日課、元気だった頃の仕事などを把握することが必要になります。

しかし、数字で測れる医学的な要素だけが「科学」と呼ばれ、「科学的介護はお得」といった言説が流布している現状を見ていると、科学的介護の加算だけに目を奪われてしまい、それ以外の科学が介護現場で軽視されるのではないかと心配になってしまいます。少なくとも現場の専門職には「科学的介護のデータだけが科学」と受け止めず、データも一つの参考資料として使いつつ、引き続き学際的なアプローチで取り組んで頂きたいと思います。

## 5—おわりに

今回は科学的介護に関して、利用者や現場の専門職が感じている疑問（モヤモヤ）を代弁するような形で、論点や疑問点、改善点を考察しました。まだスタートした直後の施策に対し、あれこれと繰り返し言（?!）を述べるのは心苦しいのですが、試行段階だからこそ早目に問題点を指摘したり、改善を提案したりした方がいいのでは、とあって筆を執りました。

念のために強調しますが、科学的介護を通じてデータを収集・活用すること自体を否定する気はありませんし、身体的自立に取り組むことも全否定しません。さらに、DX化の流れや深刻な人手不足を考えると、手書きで取られている日々のデータや記録をデジタル化することで、現場の生産性を高める努力も求められると思います。

しかし、それでもデータ収集が先行している科学的介護の現状は改善して行く必要があると思います。さらに運用を改善する上では、「データを集めたい」という「国の都合」、あるいは「加算を取得したい」という事業者の視点だけでなく、利用者や現場の専門職の視点を加味しつつ、関係者の間で

<sup>12</sup> Jerry Z. Muller (2018) “The Tyranny of Metrics” [松本裕訳 (2019) 『測りすぎ』みすず書房] を参照。



の対話ツールとして発展させるように努めて欲しいと考えています。