

## 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会 取りまとめ

令和元年7月16日

## 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

## 1 はじめに

- 2025年には団塊の世代が75歳以上となり、75歳以上の人口及び総人口に占める人口比は2040年以降まで増加を続けることが見込まれる。このような中で、介護サービスの需要は大きく増大することが見込まれ、制度の持続可能性を確保できるよう、介護職員の働き方改革と利用者に対するサービスの質の向上を両立できる、新たな「介護」のあり方について検討を求められている。
- 平成12年に開始された介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけでなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度であり、利用者のニーズに対応して多様なサービス類型が用意され、また個々の類型の中で、独自の工夫を行っている事業者も多いが、そのアウトカム等について、科学的な検証に裏付けられた客観的な情報が十分に得られているとまではいえない状況である。
- 個々の利用者が、そのニーズに応じて、多様なサービスを比較しつつ、選択を行えるよう支援するためには、介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要である。また、このような分析の成果をフィードバックすることによって、事業者におけるサービスの質の向上も期待できる。
- 本検討会は、平成29年10月、以上のような問題意識等に基づき検討を開始し、介護分野におけるエビデンスの蓄積と活用のために必要な「介護に関するサービス・状態等を収集するデータベース(CHASE<sup>1</sup>)」の2020年度の本格運用を目指し、CHASEにおいて収集の対象とすべき項目等について平成30年3月に中間とりまとめを行った。本取りまとめは、更なる議論を重ね、CHASEの初期仕様において収集の対象とする項目や将来的に対象とすべき項目に係る検討の方向性等について取りまとめを行うものである。

## 2 科学的裏付けに基づく介護について

- 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には、
  - 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を現場から収集、蓄積し、分析すること

<sup>1</sup> Care, HeAlth Status & Events

③ 分析の成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といった、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護（以下「科学的介護」という。）を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。

- 一方で、介護分野においては、目指す方向性として、医療における「治療効果」など関係者に共通のコンセンサスが必ずしも存在するわけではなく、個々の利用者等の様々なニーズや価値判断が存在しうることに留意が必要である。
- また、科学的介護を実践していくためには、科学的に妥当性のある指標を用いることが様々なデータの取得・解析に当たっての前提とならざるを得ないが、科学的に妥当性のある指標等が確立していない場合もある。
- したがって、科学的介護を推進していくにあたっては、介護保険制度が関係者の理解を前提とした共助の理念に基づく仕組みであることを踏まえつつ、様々な関係者の価値判断を尊重して検討を行っていくことが重要である。

### 3 CHASE の初期仕様において収集の対象とする項目について

○ CHASE の初期仕様において収集の対象とする項目については、利用者・介護者の現場目線で、収集の対象となる項目が、必要十分なものとなるよう、以下の考え方に基づき、別添の通り取りまとめることとした。

#### (1) CHASE の初期仕様において収集の対象とする項目の考え方について

- ・ CHASE で収集する項目の選定については、中間とりまとめに示された項目を基本としつつ、以下①～③の基準にしたがって項目に優先順位をつけることとした。
  - ① 信頼性・妥当性があり科学的測定が可能なもの
  - ② データの収集に新たな負荷がかからないもの
  - ③ 国際的に比較が可能なもの
- ・ ②については、国内で使用頻度が高く、既往歴等の多くの介護サービス事業所等において既に収集しているものや、介護報酬の評価の要件等になっているもの<sup>2</sup>を優先して収集の対象とする。
- ・ ③については、可能であれば、国際的に使用されている評価項目を優先することとする。具体的には、日常生活動作（ADL）の指標として Barthel Index（BI）、栄養の指標として Body Mass Index（BMI）、褥瘡の指標として DESIGN-R 等が望ましい。
- ・ こうした項目の評価等を行うにあたっては、中間とりまとめにおける収集の対象

<sup>2</sup> ADL 維持等加算やリハビリテーションマネジメント加算 IV においてデータの提出が加算の要件となっている Barthel Index 等が想定される。

とすべき項目等の分類である「総論」、「認知症」、「口腔」及び「栄養」領域について、収集項目の選定等に向けた専門的観点からのヒアリングを行った結果を踏まえるとともに、必要に応じて、専門職による評価等であることがわかるようにすることが必要である。

- また、各項目について、収集の対象とする事業所等における負担等を考慮しつつ、既に事業所等にある情報等を踏まえ、項目を分類して、収集する対象等について検討した。
- 具体的には、以下の通り整理を行った。
  - ① 「基本的な項目」として、できるだけ多くの事業所等において CHASE に入力されるべき項目<sup>3</sup>
  - ② 「目的に応じた項目」として、報酬上の加算の対象となる事業所等において CHASE に入力されるべき項目<sup>4</sup>
  - ③ 「その他の項目」として、各事業所において任意に入力できるようにするべき項目、フィージビリティを検討した上で収集対象とすべき項目等
- CHASE の収集項目等の評価・入力等に当たり、現場において一定の負荷がかかることが想定されることから、関係者に、科学的介護の目指す目的と意義が理解されることが前提となるものであることに留意が必要である。
- なお、CHASE 等を用いた科学的介護の対象となる領域は、介護給付のみならず、予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業等の介護保険制度がカバーする全領域を対象とするものであるが、どこまで評価・入力等を求めていくかは、フィージビリティを検証しつつ制度面を含めて検討して行くこととする。
- また、CHASE は公的な仕組みであることから、現場における利用や情報の解析、システムの導入等において使用料等が発生したり、事実上のベンダーロックとなる収集項目等については、収集対象としない。

## (2) フィードバックのあり方について

- 科学的介護の仕組みについて、関係者の理解を得るためには、サービスの利用者やデータ入力を行う事業所等がデータの分析結果の恩恵を享受できるようフィードバックできる仕組みが必要である。
- フィードバックを享受する対象としては、
  - ① 利用者

---

<sup>3</sup> 既往歴、家族構成、ADL 等を想定

<sup>4</sup> 報酬上の加算の様式例等に含まれている項目等を想定

- ② 介護者
- ③ 事業所
- ④ 保険者（自治体）

等が考えられ、利用者個人への分析結果等の還元も含めて対象に応じたフィードバックの仕組みを検討していく必要がある。

- ・ 特に、栄養状態の評価等、介護者による日常業務を支援できるようなフィードバックのシステムとすることによって、入力のプロセス自体が現場においてもその意味が実感できるものとなり、そのメリットが享受できると考えられる。

### (3) 「総論」項目の考え方について

- ・ まず、ADL 等のアセスメントツールとして、現時点ではいくつかアセスメント方式が使用されている。このため、これらの入力方式を任意に選択した上で入力できる仕組みとし、項目の共通化・統合・読み替え等の取組を継続していくことが必要である。
- ・ 一方、ADL 維持等加算等で採用されている BI については、国際的にも確立した評価指標であり、既存の文献も数多くあることから、科学的検証には妥当な収集項目である最低限の ADL アセスメントツールとして用いることを基本とする。ただし下位項目は、日常介護との関連のわかりやすい説明が必要である。
- ・ また、介護事業所からの収集項目として、主要な既往歴<sup>5</sup>は基本的な項目にすべきである。薬剤情報についても科学的介護を推進するに当たっては極めて重要な情報であり、「高齢者の医薬品適正使用の指針」等も踏まえ、現状の把握等を行っていく必要がある。将来的にレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）等と連結することが可能となった場合には、一部のデータは代替ができるようになると考えられるが、その場合であっても、代替することができない介護老人保健施設等においては、CHASE 等において薬剤情報を把握できるようにしていくべきである。
- ・ また、在宅復帰の有無等の情報取得にあたっては、同居人の数・本人との関係性

---

<sup>5</sup> 介護の原因となる疾患やケアの内容に大きく関わる疾患である転倒・骨折、糖尿病、認知症、脳卒中、虚血性心疾患、誤嚥性肺炎等感染症、認知症、褥瘡（ステージ）、排尿障害、認知症等は確実に把握できるようにすることが必要。その際には、新規診断等も対象とするが、まずは、施設サービスや医療関係職の関与が可能なところから収集を開始し、フィージビリティ等について検討していく。なお、転倒の定義については、「人が同一平面またはより低い平面へ倒れること」と定義される。これは一部の除外規定は相違するものの共通であり、倒れる結果、足の裏以外が接地することがより分かりやすい（Rubenstein によるもの、「The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. Dan Med Bull. 34 Suppl 4; 1-24, 1987.」、「Buchner DM, et al. Development of the common data base for the FICSIT trials. J Am Geriatr Soc. 41; 297-308, 1993.」など）。なお、高齢者の転倒の大部分はフレイルを基盤とする身体要因で排尿障害など同様の「老年症候群」と捉えるべきであり、施設内では環境要因は少なく「事故」とするべきではないとされる（「高齢者の転倒予防ガイドライン」（厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「運動器の不安定性に關与する姿勢と中枢制御機能に着目した転倒予防ガイドライン策定研究班」（主任研究者：鳥羽研二）。）

等の情報取得を行うことが前提と考えられる。

(4) 「認知症」項目の考え方について

- ・ 「認知症」領域における介護事業所からの収集項目は、診断からケアの実施とその評価を一連の流れとして捉える必要がある。介護現場において、ケアニーズ等も含めて認知症の進行度を把握し、診断や状態別に適切なケアの内容を検討し実施することが重要であり、そのためには、認知症ケアの効果および認知症の身体的ケア効果を判定する項目の収集が必要である。
- ・ 認知症のスクリーニングに必要な項目として、認知症の既往歴（新規診断を含む）、認知症ケアに活かす項目として、認知症の周辺症状に係る指標である DBD13<sup>6</sup>、意欲の指標である Vitality Index については、基本的な項目とするべきである。ただし、DBD13 と Vitality Index については、並行して、項目の簡素化等、介護現場からの収集のフィージビリティ等についてモデル事業等を通じた検証が必要である。
- ・ また、モデル事業等においては、測定のフィージビリティや課題等を含めて、
  - ① 各項目の評価において、専門職の関与が必要となるケース等について検証
  - ② CGA<sup>7</sup>など認知症の簡易なスクリーニングツールについて検討
  - ③ デイケア等における家族（主たる介護者）の負担の最大要因である周辺症状の変化の測定可能性等について検討を行っていく必要がある。

(5) 「口腔」項目の考え方について

- ・ 口腔・嚥下領域の介護を行うにあたっては、誤嚥性肺炎等についてのリスクを勘案しつつも、食事の形態を可能な限り維持していくことが一つの目標となる。そういった観点から、基本的な項目として、「食事の形態」及び「誤嚥性肺炎の既往歴（新規発症を含む）」を収集する。
- ・ また、目的に応じた項目として、現行の介護報酬体系の中で、既存の加算において作成が求められる様式例等と同じ項目については、新たな収集の手間をかけることなくデータの取得が可能であり、基本的に提出を求めていく項目<sup>8</sup>と、任意提出とする項目<sup>9</sup>にわけて、CHASE においても収集できるようにする。

<sup>6</sup> 認知症行動障害尺度（Dementia Behavior Disturbance Scale: DBD13）

<sup>7</sup> 高齢者総合機能評価簡易版

<sup>8</sup> かかりつけ歯科医の有無、入れ歯の有無、嚥下機能検査による評価結果、多職種会議への参加者等の項目が考えられる

<sup>9</sup> RSST(repetitive saliva swallowing test)、オーラルディアドロキエシスのほか各様式例に含まれる項目が考えられる

- ・ ただし、主食、副食、水分の摂取形態等の収集については、各事業所間において共通で用いることが可能な食形態分類について整理を行うことが必要であり、モデル事業等で検討する。

(6) 「栄養」項目の考え方について

- ・ 栄養領域については、最低限の科学的介護に資する客観的データを中心として、給食システムなど事業所のシステムと連携してデータ収集することを基本としつつ、入力したデータから様々な評価項目を自動計算することで、多くの評価を行うことが可能である。
- ・ 具体的には、基本的な項目として、身長、体重、必要エネルギー量、また給食システムなどと連動ができれば、食事提供量・摂取量を主食と副食に分けて収集する。ただし、実際の収集においては、既存の栄養関連の加算の様式例等の記載の状況等もみながら、可能な部分から収集していくこととする。また、血清アルブミン値については、健診等のデータがある場合には入力できるようにする。
- ・ また、目的に応じた項目として、栄養に関する既存の加算等の様式例となっている項目については、加算を算定している介護事業所からは収集できるようにする。
- ・ モデル事業等の対象としては、指輪つか試験（又は下腿周囲径）、握力測定、食事相談実施の有無等が考えられ、フィージビリティの検証等を行っていく必要がある。また、給食システムの導入状況を確認した上で、インターフェースのプロトタイプングシステムを検討することとする。

#### 4 将来的に対象とすべき項目に係る検討の方向性等について

(1) モデル事業等今後の研究等の方向性に係る考え方について

- ・ CHASE でデータ収集を行う仕組みを継続的なものにしていくためには、優先順位が低い項目も含め、必要に応じて、収集項目のフィージビリティや収集頻度等について、専門家や現場の有識者等による検討や実証的な研究等を行っていくことが重要である。
- ・ その際には、本取りまとめにおける収集項目について、多様なエビデンスを介護に活かし、利用者に還元することができるよう評価項目等の測定を必要最小限度にし、介護者負担に配慮していくことが考えられる。例えば、まず、簡単な項目によるスクリーニングを行うことで、利用者に適した収集項目をしばり込む等の工夫<sup>10</sup>に

<sup>10</sup> 評価手法の妥当性、フィージビリティ、現場における利用状況等を検証することが前提となるが、ADL等の評価について、例えば、まず、排泄・入浴について評価し、両者が自立している場合は IADL 等を評価、片方のみ自立の場合は Barthel Index を評価、両者介助が必要な場合は、Vitality Index や ICF ステージング等を評価し、ケアプラン等の作成につなげる、というような手法も考えられるのではないか、との意見があった。

についても検討していく必要がある。

- また、今後の外国人介護労働者の増加等を考慮すると、調査の事務負担を軽減するよう収集項目の絞り込みを検討していくとともに、用語及びその評価の明確な定義づけが必要である。
- 特に、CHASE で収集するアウトカムに関する情報等を分析・比較していくにあたって、介入に係るデータの収集も必要であり、その項目等を含めて、国際化も視野に入れ ICHI<sup>11</sup>等への対応を考慮しつつ、可能なものから検討を進めていく必要がある。
- モデル事業等今後の研究等において、新たに指標の科学的な妥当性が確保されるなど、収集のフィージビリティが検証された項目については、適宜、CHASE の収集項目に追加していくことが必要である。
- 同時に、質の高い介護の実践や、データの収集のためには、専門職の関与等も含めて、CHASE において収集する項目についての評価方法についても検討を行い、例えば、食形態を写真や絵を用いて示すなど幅広い職種が同じ評価ができるよう必要なガイドラインの作成や研修を実施していくことが重要である。

## (2) 今後の検討の進め方等について

- CHASE における収集に実効性を持たせていくためには、今後の介護保険制度改正や介護報酬改定に係る議論等において、CHASE を用いた解析結果等も生かしつつ、関係者の理解を得ながら、収集のための仕組みを検討していく必要がある。
- その際には、加算における様式例の項目など、事業所において取得されることになることが想定され、事業所におけるシステムとの連携等によって大きな負担なく収集が可能な項目等については、モデル事業等の状況に応じて追加できる項目等とあわせて、柔軟に CHASE における収集の対象とできるようなシステム構成<sup>12</sup>にしておくことが必要である。
- 更に、介護の場は、高齢者等の生活の場でもあることから、より、幸福感や人生の満足感等も含めた生活の視点を重視し、例えば、単なる身体的な能力の維持・向上だけでなく、何が生活の中でできるようになったか、ということや、利用者の社会参加、食事の方法、排泄の方法、日中の過ごし方、本人の意思の尊重、本人の主体性を引き出すようなケアの提供方法等についても、どう現場にフィードバックしていくかも含めて、CHASE に取り込んでいくことができるよう検討を進めていく。
- また、CHASE で収集するデータは個人レベルでの科学的介護の実現に資するもの

<sup>11</sup> International Classification of Health Interventions

<sup>12</sup> クラウドシステムや拡張が可能なデータベース形式等によるものを想定

であると同時に、地域単位での評価にも使用が可能となるよう、介護予防・日常生活支援総合事業など介護予防の領域における既存の公的仕組みのデータ等の収集とあわせて調査項目の共通化等に取り組んでいくことが重要である。

- こうした情報を市町村にフィードバックできるような仕組みとするためには、例えば、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の項目等が、調査票の内容が修正されることで必要な項目について解析できないことがないよう、共通の統計的手法、調査項目等による収集について国から必要な働きかけを行うとともに、市町村がデータを提出することにインセンティブが生じるようにすることが必要である。
- また、要介護状態に至るまでの医療等の状況や看取りの状況等も含めた解析を行っていくことが重要であることから、認定調査票や主治医意見書において、現在介護保険総合データベース(介護DB)に収集されていない情報の活用について検討を進めるとともに、医療分野の個人単位被保険者番号の活用に係る議論やNDBと介護DB、その他の公的DB・人口動態統計(死亡票)など公的統計との今後の連携も見据え、厚生労働省全体で検討を進めていくことが必要である。
- 今後、厚生労働省が、CHASEを科学的介護に活かす仕組みを着実に整備していくことで、アウトカム評価などによる質の高い介護に対するインセンティブ措置を拡充していくことで、介護のパフォーマンスを向上していくことが期待される。その際には、例えば、公的な研究機関が適切に介護分野における研究を担えるよう、その役割・位置付けの整理等を行うことや、大学院との連携等も含めた人材確保や育成など、科学的介護の推進体制を充実していくことも重要である。
- 科学的介護やCHASEの状況等について、まずは、モデル事業等において継続的にフォローしていくこととし、2020年度内のCHASEのシステムの本格稼働に向けて、適宜必要な検討を行っていくこととする。