



羅針盤

科学的介護を進めるために

大河内二郎

全老健 常務理事



令和3年度の介護報酬改定では「科学的介護」がキーワードでした。

介護人材が不足しているなかで、なんらかの科学的基盤があれば、より良い介護が提供できるのではないかと、という期待感を背景にLIFEが始まりました。しかし、そんなに簡単にはいきそうもありません。

昨年、全老健と日本老年医学会は「介護施設内での転倒に関するステートメント」を出しました。

それは「1.転倒すべてが過失による事故ではない」「2.ケアやリハビリは原則として継続する」「3.転倒についてあらかじめ入所者・家族の理解を得る」「4.転倒予防策と発生時対策を講じ、その定期的な見直しを図る」というものです。この声明のために、大阪大学の楽木宏実先生を中心とした日本老年医学会のチームは、以前の転倒予防の研究に目を通しました。

その結果は、「介護施設が努力をしたとしても、施設内での転倒は防げない」でした。これがこのステートメントの基礎となりました。

転倒予防には、環境調整、リハビリ、多職種による介入といった多様な介入方法があります。論文も、「効果がある」というもの、「効果がない」というものと、さまざまです。ただし、全体を俯瞰してみると、はっきりした効果がある予防策はありませんでした。

医療や科学の世界では、何か新しい治療法やツール、薬剤が有効かどうかを判断する場合、「転倒は予防できるはず」ということをスタート地点にするのではありません。「転倒は予防できない」をスタート地点として、反対の「転倒は予防できる」ということの確率が同じかどうかを計算する方法をとります。

もし、ある手段をとったとき、「転倒は予防できる」確率のほうが高ければ、「転倒は予防できるかもしれな

い」ということになります。これはワクチンでも、抗がん剤でも同じです。

また、1つの論文で有効と主張しても不十分です。複数の研究をまとめることで、はじめて、本当に効果があるかどうか、が言えるようになります。

介護の研究は医療の研究よりも複雑です。医療であれば、検査データなどを基準に判定ができます。一方介護の場合は、身体機能や認知機能といった、数値化しにくいものを扱っています。さらに多様な疾患、居住環境、家族構成、関わる職種等の複雑な要素が関わってきます。ですから、1つの研究で有効とされたものが再現できるとは限りません。

LIFEの課題を整理してみると次のようになるでしょう。

まず利用者の多様な利用目的を考慮に入れていないことが問題です。次に、利用者の状態が改善ととらえることができるほど、パーセルインデックスは鋭敏ではないし、国際比較できるほどの精度もありません。また、介護事業者はすでにケアプランというPDCAサイクルに基づくサービスを提供しています。その上にビッグデータで、新たな要因が見つかったとして、それをPDCAサイクルに加えても良くなるとは限りません。さらに介護現場では、良くなるよりも悪くなる方が多いという宿命があります。

介護の現場では、「できないこと」がたくさんあります。「高齢者施設では転倒は防げない」はまさにそれにあたります。このように、施設で「できないこと」を明らかにして、それをていねいに利用者説明することこそが私たちが「できること」です。そうであるならば、説明の方法や技術を高めることがケアの質を高める近道ではないか、と考えます。