

現場の負担軽減や介護の議論に データの「見える化」が必要

野口晴子さん

早稲田大学政治経済学術院教授



Profile
のぐち・はるこ

1990年早稲田大学大学院政治経済学研究科修士課程修了。1997年 ニューヨーク市立大学大学院経済学研究科博士課程修了。スタンフォード大学・全米経済研究所研究員を経て、2000年に帰国。東洋英和女学院大学、国立社会保障・人口問題研究所を経て、2012年より現職。社会保障審議会介護保険部会部会長代理、同介護給付費分科会介護事業経営調査委員会委員等を務める。

持続可能性に突っ込んだ議論を 2040年問題は一種の有事

——野口先生の研究内容について教えてください。

野口：私が研究のテーマとしているのは、社会保障全般を対象に、応用ミクロ計量経済学的手法によるデータ分析を行い、政策の評価を行っています。

簡単に言うと、例えば、介護や医療を受ける際の窓口負担割合が増えたとします。その影響でどのくらい受給や受診を控えるようになるのかといったことを、NDB (National Database：レセプト情報・特定健診等情報データベース) や介護事業経営実態調査などの大規模な行政管理情報を使って、数量的に導き出すのです。

こうした分析はとても重要です。給付と負担の関係で言えば、現役世代、つまり保険料を払う人が減少し

ている一方で、使う人が増えているのが現状です。将来にわたり、現行の介護や医療保険制度を維持するためには、サービスの質をできるだけ落とさずに支出を抑えなくてはなりません。現役並みに所得のある人の負担が1割から2割になることで、何パーセントくらい受給や受診を控えるのか。その影響の大きさがわからないと、どのくらい支出が抑えられるのかがわかりません。

私たちは、それを数量的に計算し、制度を考える上でのエビデンスを導き出しているのです。

——令和3年度介護報酬改定についてはどのように評価されていますか。

野口：団塊の世代が完全に後期高齢期に入る2025年問題が目前に迫り、2040年には、15年間で生産年齢人口が1千万人くらい減少するといわれています。こうした事情を踏まえると、令和3年度改定の5つの柱で特に重要なのは、「介護人材の確保・介護現場の革新」「制度の安定性・持続可能性の確保」だと思います。

これまで、サービスの適正化・重点化など細々とした見直しは行われてきましたが、財源の再配分を抜本的に改善するまでには至っていません。将来予想も含めた突っ込んだ議論が必要だと思います。

介護人材の確保と介護サービスの質は大きく関係しており、いい介護人材を育てないと、介護サービスの質を担保できません。介護は、人の労働力による業務の割合が大きい労働集約的な職業のため、質のいい介護人材を育成し、その人たちに介護サービス市場で継続的に働いていただくためには、当然お金がかかります。

そうした議論がまだ十分とはいえない印象です。

2040年問題は、私は一種の有事だと思っているのですが、いまの介護保険制度を持続可能にして破綻させないためには、所得のある人にはきちんと負担してもらうシステムを構築していく必要があると思います。

介護保険は、被保険者は40歳以上ですが、それをもっと若年層まで広げていく必要さえあると思います。

科学的介護で現場の負担は軽減する 介護職へのリスペクトが必要

——LIFEがスタートして、科学的介護が推進されています。

野口：科学的介護はぜひ進めてほしいです。そのためにも現場のICT化のさらなる推進が必要となります。

2000年の公的介護保険制度の創設によって、介護がそれまでの措置から選択へと移行し、居宅サービスへの参入規制が撤廃されました。その結果、小規模の民間事業所が数多く参入し、市場が競争的になりました。経済学的に見れば、事業所間の競争があるのは健全なことで、地域ごとのデータを見ると、いまでも事業者の市場への入退出が頻繁に行われています。

他方で、小規模事業所では、システム関連に詳しい人材が不足していることから、ICT化がなかなか進まないのが実態です。例えば、同じ地域で、すでにICT化が進んでいる大手事業所の協力を仰ぎ、技術の提供や指導を受けるなどして、情報を一括でコントロールするような仕組みをつくるというやり方も考えられると思います。小規模事業所が完全に大手に統合され、居宅サービス市場が寡占市場化するのは善し悪しですが、そういう試みを評価してもいいのではないのでしょうか。

科学的介護については、現状、「一体何をするの？何のためにするの？」という現場の方も数多くいらっしゃるのではないのでしょうか。データを活用することが、そもそも理解しにくいのではないかと思います。

科学的介護の推進は、現場に負担を強いるものではなく、現場の負担を軽減するものだということを実感していただく必要があります。

そのためには、研究者と協力することが必要だと思います。分析のスキルをもった研究者と地方自治体などが手を取り、事業所からいただいたデータを現場の要求に合わせて研究者が解析して、それを現場に戻し、現場で活用してもらうのです。

現場の方に、科学的介護が負担軽減につながることを理解していただくために、いくつかの事業所で研究者を巻き込んだパイロット事業をしてみたらどうかと思います。

私どもの研究プロジェクトで行った、「高齢者の介護サービスの利用状況」についての分析が参考になるかもしれません。

北海道の要介護5の人がどのようなサービスを使っているかを、介護給付費等実態調査を用いてネットワーク分析しました。200回以上使ったサービスで、どういうサービスが組み合わせられて使われているかということを図式化しました。

私たちが使ったのは簡単なネットワーク分析ですが、AIや深層学習などのデータサイエンス系の技術を使え

ば、例えば要介護1の人には、どのような組み合わせのサービスを提供すれば、要介護度が維持・改善されるかということ予測することができます。

いくつかの自治体で、こうした分析をAIで行っていますが、自治体単位のデータではサンプル数が少ないため、正しい予測が難しい面があります。私どもが行った分析のように、全国を対象とした^{シカイ}悉皆調査を使えば、高齢者の状態に応じて、こういうサービスを組み合わせれば要介護状態が維持・改善できるということが、かなりの確度で「見える化」できると思います。

この「見える化」によって、ケアマネジャーがいままで行っていたケアプラン作成の仕事が軽減されるので、家族や利用者の相談業務などにより多くの時間を使うことができるようになるかもしれません。

このように、科学的介護は現場の負担軽減につながるのだということをパイロット事業で示せれば、現場の方に理解してもらいやすいように思います。

——介護人材確保についてはどうお考えですか。

野口：人材確保の上では、賃金は確かに重要です。

2019年度の「一般職業紹介状況（職業安定業務統計）」で簡単な相関をとると、大都市圏のように有効求人倍率が高く、介護の労働市場がひっ迫している都道府県では、人が足りていないので賃金が高く、逆に有効求人倍率が低いところは賃金が安くなっていました。

ただし、単純に平均賃金と平均離職率の相関をみると、賃金が高い都道府県ほど離職しているという関係になってしまいます。実は、これは因果が逆で、「離職率が高いから賃金を上げている」のです。

この例のように、因果つまり原因と結果を特定するのが重要で、賃金と離職率の関係を見ただけでは賃金改善は意味がないという解釈になりかねません。

介護労働安定センターの「介護労働実態調査」（2012～2019年度）に基づいた分析も行いました。前年から翌年にかけてどのくらい離職が減ったかという「離職の変化率」を縦軸に「賃金」を横軸にとると、賃金が高いほど離職率の変化が小さく、やはり賃金は安定的な介護労働の供給に関係があることがわかりました。

興味深かったのは、賃金や労働条件よりも相関が大きく出たのは「職場環境」だったことです。職場でのコミュニケーションがうまくいっているとか、上司が話を聞いてくれるとか、そういう職場環境の満足度のほうが、賃金よりも相関がもっと強い、つまり離職を減らす

要因となっていました。

私は、介護職に対するリスペクトがもっと必要だと感じています。医師や看護師に向けられるリスペクトよりも、介護職に対するリスペクトはまだ社会的に醸成されていないように感じます。

私の93歳の母は、要介護者で1人暮らしをしています。認知機能も落ちてきていて、それでもなんとか自立して1人で暮らしていけるのはヘルパーさんのおかげで、本当に感謝しています。高齢者が増えるなかで、介護職の方がいないとやっていけません。だからこそ私は、社会全体で介護職に対するリスペクトを醸成する必要があると思っています。処遇改善はその1つの手段に過ぎません。

ただし、処遇改善加算の申請手続きが非常に複雑になっていて、「令和3年度介護従事者処遇状況等調査」でも実際、事務作業が煩雑過ぎるため申請しなかったとする回答が多くありました。10月から始まる「介護職員等ベースアップ等支援加算」が加わると、加算は3種類になります。それぞれに要件があり、とても非効率です。大仕事だとは思いますが、加算体制を抜本的に見直すことが必要だと思います。

また、処遇改善加算をとるための手間を考えると、介護従事者の労働力を国でデータベース化する必要性も感じています。

私が委員長を務める、厚生労働省の「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」で議論になったのが、介護従事者の勤務体制の管理です。介護業界全体でみると、介護従事者の出入りが激しく、勤務体制の管理が大変なのです。

常勤・非常勤にかかわらず、介護福祉士から初任者研修や実務者研修を修了した人まで、すべての介護従事者を登録制にして、労働力をデータベース化してはどうかと考えています。

医師や看護師は登録制（届け出制）ですし、私たち研究者も研究者番号がついていて、どこに異動したかがある程度データベース化され、把握されています。

専門職である介護従事者も就労を「見える化」することで、誰がどこに異動したかが把握されると、離職してしまった潜在的な介護職に人手が足りないときに声かけもできます。

データベース化のことも、なんらかの形で次の改定の議論にのせていただきたいですね。

エビデンスなしでは偏った議論に 老健施設は医療・介護連携の要

——先生が部会長代理を務めている介護保険部会では、次期改正に向けての議論が始まりました。議論のポイントを教えてください。

野口：これからの議論には、やはり「見える化」することが重要だと考えます。

どの検討会でもそうですが、「データがない」「エビデンスがない」という話に必ずなります。エビデンスがないと、検討会での議論が、主観的な「べき」論に終始しかねません。それで報酬が決まるのは効率的とは言えません。

あと、問題は介護事業経営実態調査や概況調査です。私は介護給付費分科会の「介護事業経営調査委員会」の委員でもあります。調査の有効回答率は5～6割程度です。他の委員もおっしゃっていましたが、「6割の有効回答率で報酬を決めてはいけない」と。本当にそう思います。

5～6割の回答率では、経営状態がいいところだけが回答している可能性がありますし、逆に、経営状態が悪いところだけが回答している可能性もあります。回答者に偏りがあると、偏った決断をしてしまうことになります。これでは全体にとってアンフェアです。少なくとも、回答率を7～8割に上げる必要があると思います。

それから、いまは在宅に帰すという流れがありますが、私は在宅には限界があるように感じていて、今後施設への揺り戻しが来ると思っています。

スウェーデンは施設介護中心の国でしたが、昨今、日本と同様、在宅の流れになっているとうかがっています。高齢者の尊厳を重要視してコミュニティで生活してもらおうという方向です。最後まで自分の力で生き切るということは、私もとても素晴らしいことだと思います。

でも、率直に言って限界があると思うのです。

私の母も、「施設には行きたくない」と言っています。母の気持ちはわかるのですが、どこかで決断してくれないかなという気持ちも正直あります。他に頼れる人がいない場合、いざとなったら仕事を辞めなくてはなくなるからです。例えば、親の介護で仕事を辞めて介護に専念するとなると、その人の生涯所得は当然減ります。社会に貢献できるはずだった生産力も下がります。

いまの介護保険制度は、家族介護者がいることを



前提としていると思います。その前提があつての在宅です。在宅介護のほうが、介護の費用は安いかもしれませんが、離職した人たちの社会に対する生涯賃金や生産力を考えれば、結果的に在宅介護のほうが割高になるかもしれません。しかも、今後は家族の人数も減ってきて、独身の人も多くなります。

ただ、施設といっても大勢が1か所に入所するような大規模な施設をイメージしているわけではありません。私の母が住んでいる小さなコミュニティには若い人はほとんどおらず、80代以降のお年寄り同士でなんとか支え合って生きています。まさにそういうイメージで、一人ひとりが自宅に住んでいて、介護や医療サービスが連携して、その小さなコミュニティを巡回するのです。施設と在宅の間といいますか、地理的に近いコミュニティ全体を施設化するようなイメージです。

実際、そういうやり方でうまくいっているところもあるようです。今後はそのようなところをモデルケースにしていってほしいです。

——老健施設への期待や要望を教えてください。

野口：コミュニティのなかの橋渡しとして、老健施設はさらに重要になっていくと思います。

老健施設は医療と介護の連携の鍵となる存在の1つであり、亜急性期や療養型の病院の役割を担えると思っています。実は、私の母も骨折して手術をしたあと、数か月老健施設にお世話になりました。それで在宅に戻ることができました。

医療と介護の連携を考えると、地域のなかで病院やクリニックと介護施設という事業所単位でもそうだし、医師や看護師とケアマネジャー、介護福祉士などの多職種間のネットワークの要になってほしいです。他にその役目を担えるところは思いつきません。

——どうもありがとうございました。