

社会保障政策の問題点と今後の課題

—医療・介護政策を中心に—



鹿児島大学教授

伊藤 周平

1

問題の所在—コロナ危機と医療崩壊

2020年2月以降の日本での新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックは、国民生活に甚大な影響を及ぼし、医療など社会保障の制度的脆弱さを浮き彫りにした。

感染拡大の波は何度も繰り返され、そのたびに、感染拡大地域では、入院できる病床や医療従事者の不足で、多くの感染者が自宅療養を余儀なくされ、自宅療養の感染者への保健所等の対応が追い付かず、ほとんど「自宅放置」になり、自宅療養中や入院調整中に重症化し死亡する人が続出した。本来であれば救える命が救えない「医療崩壊」が生じたのである。

とくに、2022年7月以降のオミクロン株の派生株 BA.5 の爆発的感染拡大（第7波）では、医療崩壊が再び繰り返され、それに伴い、死亡者数が急増した。もともと、重症化、死亡リスクの高い高齢者数が世界最高水準にある日本では、第7波で、新規感染者数が最大で1日26万人を超え、7

月末から8月半ばまで5週単位で世界最多を記録し、死者数も世界最悪水準となり、日本人の平均寿命が、男女ともコロナ感染期で下がり始める事態にまで至った。こうした緊急事態になっても、政府は、まん延防止等重点措置すら出さず、国民に感染対策を呼びかけるだけの無策に終始した。現在まで、累計5万人以上を数える新型コロナによる死者数の何割かは、入院医療機関と医療従事者の不足による医療崩壊で、必要な医療が提供されず手遅れになり、つまり政府の無策・失策（いわば人災）により失われた命（多くは高齢者）ではなかったか。

危機にさらされたのは医療だけではない。介護現場も、介護保険の介護報酬の度重なる引き下げが深刻な人手不足を招き、介護サービスの基盤が揺らいでいるところに、新型コロナのパンデミックが直撃、とくに第7波では、高齢者施設でクラスターが激増、多くの高齢者が感染しても入院できず施設内療養を余儀なくされ、適切な医療を受けられず命を落とした。介護提供体制が崩壊の危機にさらされている。保育所や学童保育など保育の現場でも、感染症対策が現場に丸投げされ、低い保育基準（典型的な「三密」状態での保育）や

保育士の劣悪な労働条件など、これまでの保育政策の問題点が浮き彫りとなった。

こうした中、2022年に入ってからロシア・ウクライナ戦争での資源燃料・食料価格の高騰が、国民の生活難に拍車をかけている。これに歴史的な円安が加わり、原材料の輸入価格がさらに高騰している。物価高騰の中、労働者の賃金は上がらず、年金は削減され、社会保障の削減が続いている。本稿では、医療政策と介護政策を中心に、現在の社会保障政策の問題点と今後の運動の課題を探る。

2

医療費抑制政策の展開と病床削減

(1) 減らされてきた病床

新型コロナの感染拡大による医療現場の病床の逼迫^{ひっぱく}、必要な医療が提供されない「医療崩壊」が現実化した背景には、歴代政権が続けてきた医療費抑制政策がある。そして、医療費抑制政策の中心は、病床数の削減と医師数の抑制に置かれてきた。

歴代自民党政権のもと、1999年から2019年までの間で、日本の病床は約25万以上削減されてきた。とくに、結核などの感染症の患者が減ってきたことを理由に、指定感染症医療機関と感染症病床が削減されてきた。国内の感染症病床は、2019年段階で、特定感染症医療機関（全国4カ所）、第1種指定医療機関（同55カ所）、第2種指定医療機関（同351カ所）すべてを合計しても1871床しかなく、1996年の9716床（旧伝染病床）から激減している（日本医療労働組合連合会調べ）。感

染症指定医療機関も、自治体が運営する公立病院や日本赤十字社などが運営する公的病院で約8割を占める。感染症専門医も不足が顕著で、全国で1560人にすぎず、感染症指定医療機関でさえ専門医がいるのは3分の1にすぎない。

感染症病床以外での病床でのコロナ患者の受け入れも増えているが、専門医がいいため十分な対応ができずに、受入病院では、クラスター（感染者集団）が頻発した。

(2) 地域医療構想による病床削減

2014年には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保法）が成立、医療法が改正され、2014年10月より、病床機能報告制度が創設され、都道府県による地域医療構想の仕組みが導入された。

病床機能報告制度は、各病院・有床診療所が有している病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を、都道府県知事に報告する仕組みで、報告内容を受けて、都道府県は、構想区域において病床の機能区分ごとの将来の必要量等に基づく「必要病床数」を算出した地域医療構想を策定する。構想区域は、各都道府県内の2次医療圏を原則とし、あわせて、都道府県は、構想区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者などとの協議の場（地域医療構想調整会議）を設け、協議を行う。また、都道府県知事は、病院の開設等の申請に対する許可に地域医療構想の達成を推進するため必要な条件を付すことができ、病床削減（転換）などの要請、勧告（公立病院の場合は命令）、それらに従わない医療機関名の公表などの措置を発動できる。

地域医療構想のねらいは、看護師配置の手厚い（つまり診療報酬が高い）高度急性期の病床を他の病床機能に転換させ、もしくは過剰と判断された病床開設は認めないなどして計画的に削減し、入院患者を病院から在宅医療へ、さらに介護保険施設へと誘導することで（「地域包括ケアシステム」といわれる）、医療費を削減することにある¹。

2018年までにすべての構想区域で、地域医療構想が出そろったが、地域医療構想の完遂による2025年時点の「必要病床数」を実現した場合、全国で15万6000床（2013年時点の必要病床数との差引）もの病床削減が必要となり、地域に必要な医療機関や診療科の縮小・廃止が生じかねない。政府は、地域医療構想の実現は、都道府県と地域の医療機関の協力のもとで進めていくことが原則としているが、法改正により都道府県知事の権限が強化されており、上からの機能分化が進められる懸念は払拭できていない。機械的に病床削減を実施していけば、必要な医療を受けることができない患者が続出し、地域医療は崩壊する。

③ 医師数の抑制と看護師の人手不足

地域医療構想で算出された「必要病床数」は医師や看護師の需給推計にも連動しており、とくに病院看護師の需要数は、急性期病床の削減で、現状より大幅に少ない人員で足りるとの推計となっている。医師についても、地域医療構想の「医療需要」を準用し、新たな医師偏在指標を用いて全都道府県・2次医療圏を「医師多数・医師少数・どちらでもない」区域に分類し、地域ごとの「必要医師数」を決め、多数区域から少数区域への医師移動を促す政策である。また、新専門医制度を連動させ、診療科別必要医師数を決め、シーリングをかけて都道府県別の専門研修の定員を設ける

仕組みが導入されている。

そもそも、日本の医師数は、人口1000人当たりで見ると2.5人で、OECD（経済開発協力機構）加盟国のうちデータのある29ヵ国中の26位であり、不足が顕著である（2018年。OECD Health Statistics 2020）。人手不足は長時間労働を招く。厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」では、過労死ラインの月平均80時間を超える時間外労働（休日労働を含む）をしている勤務医が約8万人にのぼるとされている。

看護師についても、日本の入院患者1人あたりの看護師数は0.86人で、ドイツ（1.61人）、フランス（1.75人）、イギリス（3.08人）、アメリカ（4.19人）など欧米諸国の2分の1から5分の1の水準にすぎない（2018年。OECD 前出データより算出）。長時間・過密労働の中、年間10人に1人の看護師が辞めており、現場では深刻な人手不足が続いている。

1990年代に、医学部入学定員の削減が続き、医師数の不足が顕著となったが、政府は長らく医師の絶対的不足を認めず、医師等の地域的な偏在の問題としてきた。2008年に、ようやく医師不足を認めたものの、その後も現在に至るまで、医療提供体制を集約化して、医師・看護師の絶対数は増やさないまま、地域間、診療科間の医師・看護師の偏在を是正しようとする政策が続いている。しかし、医師の偏在は、日本の医療提供体制の構造的な問題であり、是正は容易ではなく、現状では、医師・看護師不足は解消されないまま、現場の疲弊が進むことは避けられない。

3

継続される医療費抑制政策—さらなる病床削減と患者負担増

(1) コロナ禍の中の病床削減

一方で、コロナ禍の中でも病床削減は粛々と行われてきた。2020年1月から2022年4月末まで、全国で3万8303床もの病床が削減され、陰圧構造を持つ感染症病床はわずか21床増えたにとどまる(厚生労働省「医療施設動態調査」)。削減されたのは療養病床が多いが、療養病床は、従来から急性期病床の後方支援の役割を果たしており、その削減は、コロナの重症患者が回復しても移る病床がないという形で病床逼迫の一因となっている。

また、政府(厚生労働省)は、コロナ禍を経てまなお、公立・公的病院の再編・統廃合を進めていく姿勢を崩していない。2019年に、厚生労働省が公表した公立・公的病院の再編統合を求める病院リストをもとにした再編統合の結論は、新型コロナウイルスのパンデミックにより、期限を示さず延期されたものの、厚生労働省は、地域医療構想の各医療機関の対応方針を民間医療機関も対象に含め、2023年度までに策定するよう都道府県に求めている。世界的にみても少ない公立・公的病院(医療機関全体の約2割)をさらに削減しようとする政策動向に変化はなく、東京都も、2022年7月、都立病院の独立法人化を断行している。

(2) 医療法改正による病床削減の加速と外来機能報告制度の導入

2021年の通常国会で成立した医療法等の改正(良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の

確保を推進するための医療等の一部を改正する法律)も、医師数の抑制や病床削減を加速させる内容である。改正の主な内容は、①医師の働き方改革、②各医療関係職種の専門性の活用、③地域の実情に応じた医療提供体制の確保、④外来機能報告制度の創設となっている。

このうち、①については、医師の時間外労働が最も長いC水準(臨床研修医等が技能を取得する際の集中的技能向上水準)で、過労死ラインの2倍(年間1860時間)に該当する時間外労働を認めている。②では、医師・看護師以外の医療関係職(放射線技師等)に静脈路確保や薬物投与など侵襲性の高い医療行為を可能にしている。医療従事者の増員をはかることなく、規制緩和により、人手不足に対応しようというものだが、これでは、医師・看護師等の労働強化による疲弊が進むことが懸念される。

③の医療提供体制に関しては、医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加するとともに、2020年に創設された「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置づけ、当該事業については国が全額負担し(消費税が財源)、再編を行う医療機関に関する税制優遇措置を講じることとされた。同事業は、稼働している急性期病床を1割以上減らしたり、病院を再編統合した医療機関に対し消費税を用いて補助金を出す仕組みであり、社会保障の充実のためと称して増税された消費税を病床削減(社会保障の削減)のために用いることになる。病床機能再編支援事業により削減された病床は、2020年度だけで、2846病床にのぼり、うち急性期病床が2404床にのぼる(厚生労働省資料)。病床削減の政策方針は、全く変更されていない。

④の外来機能報告制度は、地域医療構想における病床機能報告制度の外来版であり、報告義務を

課される対象医療機関は、病院ならびに有床診療所で、無床診療所は任意である。報告項目は、医療資源を重点的に活用する外来の実施状況、医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）となる意向の有無、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項となっている。各医療機関は、2022年10月から、これらの事項を都道府県に報告し、この報告を踏まえて、各地域に「協議の場」が設定される（地域医療構想で設置されている「地域医療構想調整会議」の活用も可能）。地域の外来医療を担う医療機関を紹介受診重点医療機関と「かかりつけ医機能を担う医療機関」に2分化し、後者を受診せずに、紹介受診重点医療機関を受診した場合には、定額負担が課される。徴収される定額負担額は初診時7000円、再診時3000円で、定額負担分の点数については保険給付の範囲から外される。同制度には、定額負担により患者の受診行動を誘導して、患者の医療機関へのフリーアクセスを制約することで、医療費を抑制しようとする政策意図がみえる²。

(3) 75歳以上の高齢者に2割負担導入

2021年の通常国会では、健康保険法等の改正（全世代型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律）も成立し、高齢者医療確保法（高齢者の医療の確保に関する法律）が改正され、後期高齢者医療制度における75歳以上の高齢者の患者一部負担が、課税所得28万円かつ年収200万円以上の層を対象に、2022年10月より2割負担が導入された。ただし、外来医療については施行から3年間は、1ヵ月の負担金を最大3000円に抑える措置（配慮措置）が設けられている。

窓口負担の見直し（高齢者の受診抑制）にかかる財政影響（2022年度、満年度）をみると、後期高齢者支援金にあたる現役世代の負担の軽減は720億円で、現役世代一人当たりの負担軽減は年間わずか700円にすぎず、最も削減されるのは980億円の公費負担である。

新型コロナのパンデミックが収束していない中、感染症による重症化リスクが高い高齢者の受診抑制をもたらすような2割負担の導入は、感染症対策として逆行というほかない。医療費抑制政策は、コロナ禍を経ても変更されていない。

4

介護保険制度改革の展開と政策的帰結としての人手不足

(1) 介護保険制度改革の特徴

一方、介護分野では、介護保険制度改革と称して、医療費抑制政策と同様、もしくはそれ以上の給付抑制政策がとられてきた。

介護保険は、予防重視を標榜し、新予防給付を導入するなどの大幅改正となった2005年の法改正からはじまって、3年ごとの介護報酬改定に合わせる形で、3年ごとに制度改革が繰り返されてきた。とくに、近年の改革では、介護保険法単独ではなく、医療法などとともに一括法案の形で国会に法案が提出され重要な改正が断行されている点に特徴がある。

具体的には、2014年に、医療法など19法律を一括して改正する法案が成立、介護保険法も改正され、要支援者の訪問介護・通所介護を保険給付から外し市町村事業に移行、特別養護老人ホームの入所者を要介護3以上に限定、一定所得者について

て利用者負担の2割負担化などの改革が行われた。2017年5月には、介護保険法など11の法律を一括で改正する法案が成立し、現役並み所得者について利用者負担を3割とするなどの改革が行われた。

一括法案による法改正は、わずかな審議時間で法案が成立し、しかも細かな内容は政省令に委ねられる形で重要な改正が行われており、国会審議の形骸化を招いている。

(2) 介護報酬の低位据え置きと介護事業者の倒産等の増大

介護事業者・施設に支払われる介護報酬も、2012年度の改定からは、加算による政策誘導の流れが強められ、加算の算定が困難な小規模事業所の差別化を加速させ介護事業所間での格差が拡大した。とくに、2015年度の改定では、公称改定率はマイナス2.27%だが、基本報酬部分で4.48%もの過去最大の引き下げとなった。介護保険がはじまってから基本報酬は平均で20%以上も下がっており、居宅介護支援事業に至っては、介護保険スタート以来、20年以上にわたって、事業の収支差率が一度もプラスになったことがなく、介護保険の指定事業者でありながら、経営的に成り立たないという異常な事態が続いている。

こうした給付抑制＝介護報酬の引き下げに、新型コロナウイルスの感染拡大の影響が加わり、老人福祉・介護事業の倒産件数は、2020年には118件にのぼった（東京商工リサーチの調査による。以下の数値も同じ）。資金力に乏しい小規模・零細事業者の倒産が目立ち、老人福祉・介護事業の休廃業・解散も455件（前年比15%増）となった。2021年の倒産件数は、新型コロナウイルスの感染拡大による政府の支援策の効果により、81件と2020年と比べ減少したものの、2022年の倒産件数は、政府の

支援策の効果が薄れつつあることに加え、食料品価格や光熱費などの高騰によりコストが増大し、11月までで124件と過去最多となった。

(3) 上がらない介護職員の賃金、深刻化する人手不足

介護報酬の抑制政策は、介護現場で働く介護職員の賃金の抑制をもたらしている。政府は、ここ10年来、処遇改善加算（2012年度～）、特定処遇改善加算（2019年10月～）など加算による介護職員の賃上げを行い、実績で合計月7万5000円の賃金引き上げ効果があったと説明している。しかし、介護職員の平均給与は、2016年と2020年を比較して、月額1万6000円増えたにとどまる（介護労働安全センター「介護労働実態調査」による）。全産業平均の月収水準との比較で、介護職員の月収は、2019年で8万5000円も低くなっている（厚生労働省「賃金構造基本統計調査」による）。

介護職員の賃金が伸び悩んでいるのは、特別の加算を設けても、加算を算定できる事業者は限られていること、基本報酬が抑制・削減されているため、介護職員の基本給の引き上げにまで回っていないことによる。また、介護現場で多くの割合を占める非正規・パート労働者の賃金は、介護保険制度開始以降、ほとんど横ばいである。

こうした給付抑制策は、当然の帰結として、介護現場に深刻な人手不足をもたらした。介護の仕事は、ある程度の経験と技能の蓄積が必要だが、必要な経験を積む前に多くの職員が仕事を辞めてしまっており、介護の専門性の劣化が進んでいる。すでに学生が集まらずに廃校に至った介護福祉士養成学校もあり、養成の基盤の毀損も回復困難な程度に達している。

中でも、人手不足が深刻なのは、在宅介護の要であるホームヘルパー（訪問介護員。以下「ヘル

パー」という)である。ヘルパーの年齢構成は65歳以上の方が3分の1を占め、高齢化が進んでいる。全国的に30代、40代のヘルパーのなり手がなく、現状では10年も経ないうちに、ヘルパーは枯渇していく可能性が高い。ヘルパーの訪問時間の短時間化が進められた結果、生活援助のサービスでは45分以上は、いくらやっても同じ報酬となり、身体介護も長時間の単価が引き下げられ、賃金は上昇せず、駆け足介護といわれるように、やりがいも失われている。かくして、ヘルパーの有効求人倍率は、2019年の平均で、全産業平均の約15倍と異常な高水準に達している。こうした現状を放置している国の無策に、2019年11月に、訪問介護を担っているヘルパー3人が、介護報酬の引き下げが続く中、労働基準法違反の状態に置かれているのは国の責任として、国家賠償請求を提訴するに至っている³。

5

さらなる給付抑制政策の展開と介護保険の現状

(1) 高騰する介護保険料と高齢者の貧困の深刻化

一方、コロナ禍の中でも介護保険料は引き上げられ、とくに第1号被保険者である高齢者の生活を圧迫している。

65歳以上の第1号被保険者の介護保険料は、市町村の介護保険事業計画に定めるサービスの見込量にもとづく給付費の予想額等に照らして、おおむね3年を通じ財政の均衡を保つことができるよう算定され、政令の定める基準に従って条例で定め、3年ごとに改定されている。第1号保険料の全国平均は、第1期(2000～2002年度)は月額

2911円であったが、3年ごとの見直しのたびに一貫して上昇し続けており、2021年度からの第8期(2021～2023年度)では同6014円と初めて6000円を超えた。20年間で2倍以上に跳ね上がっている。

第1号保険料は、所得段階別とはいえ、定額保険料を基本としており、低所得者の負担が重く逆進性が強い。2014年の法改正で、公費(消費税増税分)で低所得者の保険料負担の軽減を行う仕組みが設けられ(最大で7割軽減)、保険料の所得段階も6段階から9段階により細分化されたものの、低所得者の負担は依然として重い。月額1万5000円以上の公的年金受給者の保険料は、年金から天引きされる(特別徴収)。所得がなくても、無年金でも保険料は賦課され、この場合は市町村が個別に徴収する(普通徴収)。普通徴収では、世帯主および配偶者が連帯納付義務を負うなど、低所得者には過酷な保険料負担というほかない⁴。

年金給付が少ないため就労を余儀なくされていた高齢者の多くが、コロナ禍で失職し、しかも、年金給付も削減されている。年金から天引きされる介護保険料の引き上げは、年金の手取りを減少させ、高齢者の生活をますます苦境に立たせ、貧困化を加速させている。

(2) 2024年制度改革に向けて

介護保険制度改革では、さらなる給付抑制策を進めるべく、すでに、2021年5月に、財務省の財政制度等審議会が「財政健全化に向けた建議」を取りまとめ、2024年度の制度改革案を提言し、2022年4月の同審議会建議でも同様の内容の要求を提示している。

その内容は、①利用者負担の2割への段階的な引き上げ、②居宅介護支援(ケアプラン作成)へ

の自己負担の導入、③福祉用具貸与のみを位置づけたケアプランの介護報酬の引き下げ、④介護老人保健施設、介護医療院の多床室における室料の全額自己負担化、⑤区分支給限度額の対象外の加算に対する特例措置の見直し、⑥訪問介護、通所介護を利用する軽度者（要介護1・2）の市町村の地域支援事業への移行など多岐にわたる。

このうち、①②⑥については、2021年の制度改革案でも提示され見送りになっていた懸案だが、②⑥については、いまだに反対が強く、2024年制度改革でも実現可能性は低い。これに対して、①の利用者負担の2割への引き上げは、前述のように、75歳以上の高齢者（年収200万円以上）の自己負担が2割になることとの整合性を名目に、同様の基準（年収200万円以上）で2割負担化される可能性が高い。3割負担となる現役並所得者の基準は、すでに医療保険の基準に合わせて引き上げられている。

④は、2021年の制度改革では、介護療養病床の廃止と介護医療院への移行を優先したこともあり見送られたが、2023年度末（2024年3月末）での介護療養病床の廃止が確実視されるため、2024年の制度改革で導入される可能性が高い。

年金の受給額が減少傾向にある中、度重なる自己負担増は、高齢者の家計を圧迫し、必要な介護サービスを利用できない高齢者が続出する結果を招くだろう。

③ 2021年の介護報酬改定の概要と問題点

コロナ禍の中での2021年度の介護報酬改定（以下「2021年改定」という）は、前回2018年度の改定（0.54%プラス）を上回る全体で0.7%のプラス改定となった。ただし、0.7%のうち0.05%は、新型コロナウイルスに対応するための感染症対策の経費とさ

れ（特例的評価）、全サービスの基本報酬に0.1%が上乘せされてきたが、2021年9月末で終了しており、2021年10月からは、施設等からの申請により、介護施設について6万円を上限に、他のサービスも個別に上限を設定した実費補助が行われている。

コロナ対応分を除けば、0.65%のプラス改定では、現在の深刻な人手不足を解消することは、とうてい不可能だろう。また、2021年改定では、テクノロジー機器の導入と職員配置基準の緩和がセットで盛り込まれた。たとえば、特別養護老人ホームでは、見守りセンサー等の機器の導入を要件に、利用者26～60人あたりの夜間職員を「2人」から「1.6人」に減員できること、介護保険施設の1ユニットの定員を「おおむね10人以下」から、「おおむね10人以下とし15人を超えないもの」とすることなどである。利用者定員を増やすことで、実質的に職員配置基準を引き下げ、増員なしに人手不足に対応しようというわけである。認知症高齢者グループホームの夜勤体制も、1ユニット1人という原則は維持されたものの、3ユニットの場合で、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策（訓練の実施など）をとっていることを条件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和できるとされた（つまり3ユニットに2人配置も可能となる）。しかし、夜勤の体制は1ユニットで最低でも2人体制とすべきであろう⁵。

そもそも、テクノロジー機器の導入で人員を減らせるというエビデンスはない。にもかかわらず、政府は「生産性の向上」の名のもと、機器の導入を要件に人員配置基準を引き下げる検討をはじめ、有料老人ホームを皮切りに、入所者3人に職員1人の配置基準を4人に1人に引き下げるこ

とが提案され、2022年度より、厚生労働省が実証事業を開始している。しかし、そもそも、製造業の分野で用いられている「生産性」という発想を、人権保障を目的とする対人援助の介護分野に持ち込むこと自体まったくの筋違いである⁶。

さらに、「LIFE（科学的介護）」というデータベースを導入することで加算がとれる仕組みが創設された。しかし、データ入力事項が膨大なため、人や時間が割けないなどの理由で導入は進んでいない。職員配置基準の引き上げや待遇改善による人手不足の解消なしに、「質の高い介護」など実現できるはずもない。

(4) 介護職員等の処遇改善と在宅介護への逆流現象

政府の推計では、2025年に、32万人の介護職員が不足することが見込まれているが（第8期介護保険事業計画に基づく試算）、人材確保は見通せていない。政府は、看護職員と同様、介護現場で働いている介護職員等の処遇改善も打ちだし、2021年度の補正予算で「介護職員処遇改善支援補助金」を創設、同補助金は、2022年2月～9月にかけて、賃金改善を実施した介護事業所等に、介護職員一人当たり月額平均9000円の賃金引上げに相当する額を、全額国庫負担（999億7000万円）で交付するもので、対象となるのは、2022年2月時点で、介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅲを取得している事業所であり、介護サービス種別ごとに介護報酬総額の0.5～2.1%を上乗せした額が支給された。同加算が設定されていない訪問看護、訪問リハビリ、福祉用具貸与・販売、居宅介護支援に従事する介護支援専門員や訪問看護師、福祉用具専門相談員などは対象外となった。

月9000円の賃上げといわれるが、実際には、介護報酬総額に賃上げ相当額が上乗せされるだけ

で、事業所によって賃上げ幅は異なり、介護職員全員が9000円賃上げされるわけではない。前述のように、対象外の職員もおり、それらの人の賃金に対しても手当しようとするれば、その分を補助金から回さなくてはならず、1人当たりの賃上げ額は減少する。実際に、介護職員の賃上げは平均で月5000円程度にとどまっている。しかも、2022年10月以降は、賃上げの財源が全額国庫負担の交付金から介護報酬加算（介護職員等ベースアップ等支援加算）に切りかえられた。これにより、加算分に占める国の負担は大幅に減少し、利用者負担などに転嫁されたことになる。

現在の深刻な人手不足を解消するためには、加算方式ではなく、公費による補助金で、すべての介護労働者に全産業平均水準の賃上げを実現すべきと考える。介護労働者について、全産業平均並みの賃金を保障するため、1人月9万円×介護労働者200万人×12ヵ月＝約2兆2000億円の財政支出が必要との試算がある⁷。防衛費（軍事費）は、GDP（国内総生産）比1%を超え、ロシア・ウクライナ戦争を契機に、NATO（北大西洋条約機構）の加盟国に求められているGDP比2%程度までの増額、つまり現在の2倍以上に増額（5兆円以上の財政支出）することを政府はめざしているが、その半分以下の財政支出で、介護人材確保の問題は解消されるのである。

介護保険制度改革による給付抑制の連続で、介護保険が使えない制度となっていく中、利用者負担等が困難な低所得世帯を中心に、「介護の社会化」（それとて、もはや政府から聞かれなくなった理念だが）から在宅介護（つまりは家族介護）への逆流現象が生じている。家族介護の負担増や介護疲れが背景にある60歳以上の親族が加害者になった殺人事件（いわゆる「介護殺人」）は、平均して、年間40件にのぼるという調査もある⁸。

6

医療・介護政策の課題

(1) 医療政策の課題

以上の考察を踏まえ、医療・介護政策の課題を提言する。

医療政策の課題としては、病床削減を中心とした医療費抑制政策の転換と公的責任に基づく医療提供体制の再構築が求められる。

具体的には、地域医療の実態を無視した、病床の機械的な削減をさせないため、地域医療構想に医療機関や住民の意見を十分に反映させることが必要である。医療関係者が中心となって、どの程度の医療需要があり、病床が必要かを具体的に提言していく取り組みが重要となる。そもそも、稼働していない病床が多数存在しているのは、病床自体が過剰というより、必要な医師・看護師が確保されていないこと、つまり人手不足にあるとも考えられ、医師・看護師の確保を図る施策が求められる。各自治体は、病床削減を進めることを目的とした地域医療構想をいったん凍結し、抜本的な見直しをはかるべきである。

また、公立・公的病院の再編統合リストは撤回し、高度急性期医療や不採算部門、過疎地域の医療提供などを担っているがゆえに経営の苦しい公立病院へ公費投入をはかり、国際的にみても少ない公立・公的病院の増設をはかっていくべきと考える。

さらに、医師・看護師の計画的増員・養成が必要である。不足している絶対数の増員は当然だが、医師等の地域偏在を生む地域格差自体の是正

が求められる。

コロナ危機による医療崩壊は、日本の医療提供体制がいかに脆弱であることを明らかにした。同時に、医療は「公共財」であることも再認識させた。国民・地域住民にはいつでもどこでも経済的負担能力に関わりなく最善かつ安全な医療を受ける権利があり、その権利を保障するために、国や自治体には、必要な人が、医療を受けられなくなることがないように（コロナ危機の中で生じたような医療崩壊を防ぐために）、必要な医療提供体制を整備する公的責任がある。高齢者施設は医療機関のような感染症対策を講じることが困難であり、前述のようなクラスター化の危機を抱えている。高齢者施設への医療従事者の派遣も行われてはいるが限界がある。施設内療養は例外的な場合に限定し、臨時の医療施設を設置し、感染した高齢者が全員入院できるだけの臨時の医療施設を設置するなど医療提供体制を整備する必要がある。

また、民間医療機関についても、定員一杯の患者を受け入れ、ぎりぎりの医療従事者を配置することで採算をとらざるを得ないような仕組みを改善し、病床に余裕を持たせるための診療報酬の底上げが必要である。具体的目安としては、入院医療では、地域医療構想が想定している病床利用率（高度急性期75%、一般急性期78%）でも十分な経営が成り立ち、適正利益（売上高比で概ね5%）が確保できる水準が目指されるべきである⁹。

医療保険については、高い保険料負担や窓口負担のために受診が妨げられている（受給権が侵害されている）実態があり、保険料や窓口負担の軽減が急務である。

(2) 介護保険のジレンマと改革案

もともと、介護保険は介護保険料と介護給付費が直接連動する仕組みであり、介護保険施設や高齢者のサービス利用が増え、また、介護職員の待遇を改善し、人員配置基準を手厚くして、安心できる介護を保障するため介護報酬を引き上げると、介護給付費が増大し、介護保険料の引き上げにつながる仕組みになっている。介護報酬単価の引上げは、1割の利用者負担の増大にもはねかえる。そして、現在の介護保険の第1号被保険者の保険料は、前述のように、定額保険料を基本とし、低所得の高齢者ほど負担が重いうえに、月額1万5000円以上の年金受給者から年金天引きで保険料を徴収する仕組みで（特別徴収）、保険料の引き上げには限界がある。結果として、保険料の引き上げを抑制するために、給付抑制策が法改正のたびにとられてきたし、現在も続いている。介護保険のジレンマである。

こうした介護保険のジレンマを克服するために、以下のような制度改革が必要と考える。

まず、介護保険料を所得に応じた定率負担にし、賦課上限を撤廃するなどの改革が不可欠となる。実際、ドイツの介護保険では、保険料は所得の2%程度の定率負担になっている。そのうえで、住民税非課税の被保険者については介護保険料を免除とすべきである。そもそも、住民税も課税されないような低所得の人から保険料を徴収すべきではない。

介護人材の確保については、人員配置基準を引き上げたうえで、介護報酬とは別枠で、介護職員だけでなく看護職員や事務職員も対象とした全額国庫負担による処遇改善交付金を創設すべきと考える。

加えて、家族介護者に対する現金給付を介護保険の給付として制度化すべきである。ドイツでは、現金給付が制度化されており、現金給付を選

択した場合でも、保険者である介護金庫は、適切な介護がなされているかを調査するため、介護等級に応じて、定期的にソーシャルステーションの職員を、現金給付受給者宅に派遣することが義務付けられている。さらに、家族介護を社会的に評価し、家族介護者と要介護者との間に就労関係を認め、自治体が介護者の労災保険料を全額負担することで、介護者が介護に基づく傷病に遭遇した場合には、労災の給付がなされる。

日本では、家族などの介護者に対する実効的な支援は皆無といっても過言ではない。ドイツのような現金給付を導入すれば、家族介護者の労働の権利を保障することができるし、家族介護者の負担を軽減することで、悲惨な介護殺人・心中事件も減らすことができる。

とはいえ、いまや介護保険そのものが、給付抑制と負担増の連続で、保険料を払っても給付がなされない「国家的詐欺」¹⁰と称されるまで、制度としての信頼を失っている。高齢者の介護保障を社会保険方式で行うことの限界は明らかで、介護保険法は廃止し、自治体の責任で高齢者や障害者への福祉サービスの提供（現物給付）を行う税方式の総合福祉法を制定すべきと考える。また、現在、医療制度改革により、必要な医療やリハビリが受けられなくなった高齢者の受け皿として介護保険の給付を再編していく方向がみられるが（いわゆる「地域包括ケアシステム」）、こうした政策は介護保険の給付抑制策により破綻している。介護保険の給付のうち、訪問看護や老人保健の給付などは医療保険の給付に戻すべきである。

(3) 今後の課題

政府の全世代型社会保障改革は、介護保険制度改革に典型的にみられるように、広範にわたり、

その速度も速く、現場は介護報酬の改定などの改革のたびに翻弄され、目の前の対応に追われている。そうした状況だからこそ、コロナ禍で明らかになった医療・介護政策の問題点を踏まえつつ、安心できる医療・介護保障制度の構築に向けて、改善案を提言し、それを政治的な争点にしていく取り組みを進めていく現場からの運動が重要になっている。

- 1 地域医療構想について詳しくは、伊藤周平『社会保障法—権利としての社会保障の再構築に向けて』（自治体研究社、2021年）208-210頁参照。
- 2 定額負担について詳しくは、伊藤周平『岐路に立つ日本の社会保障—ポスト・コロナに向けての法と政策』（日本評論社、2022年）43頁参照。
- 3 ヘルパー国家賠償訴訟の原告当事者の声については、伊藤周平『消費税増税と社会保障改革』（ちくま新書、2020年）15-16頁参照。
- 4 第1号被保険者の介護保険料の法的問題については、伊藤周平『介護保険法と権利保障』（法律文化社、2008年）248頁参照。
- 5 同様の指摘に、鈴木守男「2021年介護報酬改定でどうなる介護現場」医療労働645号（2021年）29頁参照。
- 6 林泰則「介護保険『抜本提言』、だれもが安心できる介護保障へ」経済321号（2022年）87頁参照。
- 7 日下部雅喜・松尾由紀・鈴木森男「誌上座談会・介護の現場から—介護保険見直しに求める」経済321号（2022年）77頁（日下部発言）参照。
- 8 湯原悦子「家族介護と介護殺人」放送大学教材『家族問題と家族支援』（放送大学教育振興会、2020年）238頁以下参照。
- 9 同様の指摘に、二木立『2020年代初頭の医療・社会保障—コロナ禍・全世代型社会保障・高額新薬』（勁草書房、2022年）10-11頁参照。
- 10 伊藤周平・日下部雅喜『新版・改定介護保険法と自治体の役割—新総合事業と地域包括ケアシステムの課題』（自治体研究社、2016年）141頁（日下部執筆）。

いとう しゅうへい 1960年生まれ。鹿児島大学法文学部教授。専攻は社会保障法

東京大学大学院修了。労働省（現厚生労働省）、社会保障研究所（現国立社会保障・人口問題研究所、法政大学助教授、九州大学助教授を経て、2004年より鹿児島大学法科大学院教授。2017年より現職。著書に『介護保険法と権利保障』（法律文化社、日本社会福祉学会学術賞受賞）、『後期高齢者医療制度』（平凡社新書）、『社会保障入門』（ちくま新書）、『「保険化」する社会保障の法政策』（法律文化社）、『消費税増税と社会保障改革』（ちくま新書）、『社会保障法—権利としての社会保障の再構築に向けて』（自治体研究社）、『岐路に立つ日本の社会保障—ポスト・コロナに向けての方と政策』（日本評論社）など。