

コロナ禍で明らかになった介護保険の本質とヘルパー国賠訴訟裁判の意義

ホームヘルパー国家賠償訴訟「1000倍返しのキックオフ集会」

2020/11/2

伊藤周平（鹿児島大学）

1 問題の所在－新型コロナの感染拡大と可視化された日本の社会保障の脆弱さ

2020年に入ってからからの日本での新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の拡大は、国民生活に大きな影響を及ぼし、医療など日本の社会保障の制度的な脆弱さを浮き彫りにした。

国の新型コロナ対策は、感染症患者の治療にあたる医療機関に対する診療報酬の引き上げや慰労金・持続化給付金の支給などはあったものの、布マスクの配布など場当たりの対応に終始し、事業者への「補償なき自粛要請」、医療・介護・保育現場、そして国民への「自粛・自助努力」の要請に終始し、まさに無為無策といえた。そもそも、欧米諸国で行われた外出禁止、都市封鎖（ロック・ダウン）と異なり、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく営業制限や外出移動制限は「自粛要請」という言葉に象徴されるように、強制力のないものであり、それがもたらす損失を補填する国・自治体の法的責任もない。

国は、強制ではなく、あくまでも事業者や国民への自粛要請という形をとることで、感染を拡大させた失策の責任を国民の自己責任に転嫁しようとしている。そして、過剰なまでに自己責任論と同調圧力の強い日本社会では、自粛要請は事実上の強制と化し（マスコミも異常なまでに自粛を訴えた）、加えて、他の国に比べて異様に少ない検査体制が招いた感染拡大が、人々の感染への不安と恐怖、疑心暗鬼を加速、休業要請に応じない事業者へのバッシング（「若者」や「夜の街」関連の人が感染を拡大しているという差別的な言説が用いられ「自粛警察」なる造語も生まれた）が過熱した。感染者のみならず医療従事者など感染可能性のある人への差別も顕在化し、国民の間に、分断と差別がもたらされた。

何よりも、新型コロナの感染拡大地域では医療提供体制がひっ迫し、医療が機能不全に陥る「医療崩壊」が現実化した。感染症治療を担う公的・公立病院や保健所を統廃合などの形で削減し、さらには病床を削減し医師数を抑制してきた日本の医療費抑制策のツケが回ってきたともいえる。介護現場も、介護保険の介護報酬の度重なる引き下げが介護職員の低賃金を招き、深刻な人手不足で介護サービスの基盤が大きく揺らいでいるところに、新型コロナが直撃、「介護崩壊」が現実化した。

さらに、消費税率の10%への引き上げに新型コロナの感染拡大が加わり、日本経済は戦後最悪ともいわれる大不況に陥っている。観光・飲食業界などの事業者の倒産・廃業、そして非正規の労働者を中心に、休業、雇止め、失業が急増している。それに伴い、貧困・生活困窮に陥る人が増え、生活保護の申請も、自殺者数も増加傾向に転じている。

こうした中、2020年8月末、突如、安倍首相が病気を理由に辞意を表明、自民党総裁選を経て同年9月に、菅政権が誕生した。菅首相は「自助・共助・公助」を掲げ¹、国民に自

1 もともと、日本語には「自助」という言葉はあるが、「共助」という言葉は「互助」の意味で使われ（こちらの方が一般的で、国は、自助を共同化した「社会保険」の仕組みを「共助」の意味で使っている）、「公助」という日本語は存在しない。国（厚生労働省）が作り出した特異な概念といえ、国際的にも通用しない特異な概念である。

助努力、自己責任を強要して、国・政府の役割を最小限にとどめること（「小さな政府」、つまり社会保障削減を進めること）を宣言、新型コロナ対策も、基本的に、国民の自粛・感染防止要請に終始する姿勢を明確にした。

ここでは、以上のような現状を踏まえ、コロナ禍で明らかになった医療・介護崩壊の現状と介護政策の問題点を検証したうえで、介護保険の本質を改めて問い直し、ヘルパー国賠訴訟裁判の意義と今後の課題を展望する。

2 介護保険制度改革と「破局的人材不足」

(1) 介護保険制度改革の特徴

「介護の社会化」を理念に、介護保険制度が2000年4月からはじまり20年が経過するが、この20年間は給付抑制の連続であった。もともと、介護保険は、介護保険料と給付費が直接に結びつく仕組みであり、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するため、介護保険施設や事業者を支払われる介護報酬を引き上げると、介護費用が増大し、介護保険料の引き上げにつながる。介護報酬単価の上げは、1割の利用者負担の増大にもはねかえる。しかし、現在の介護保険の第1号被保険者の保険料は、定額保険料を基本とし、逆進性が強い。月に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のため、保険料の引き上げを抑えるべく給付抑制へと向かわざるを得ない。また、介護分野では、医療分野の日本医師会のような強力な圧力団体がなく、当事者団体も脆弱なことから、制度見直しのたびに、徹底した介護給付費抑制と利用者負担増が進められ、介護現場の疲弊が進んでいる。

介護保険法は、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て頻りに改正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、医療法の改正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前述の医療介護総合確保法が成立し、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1割から2割負担にする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「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、現役並み所得者について3割負担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) 引き下げ連続の介護報酬

3年ごとに改定される介護報酬も、2018年の改定まで6回の改定のうち、3回はマイナス改定であり（介護報酬に処遇改善加算を組み入れ、実質的にマイナス改定となった2012年の改定を入れると4回）、抑制ぶりが顕著である。介護保険がはじまってから20年間で、基本報酬は平均で20%以上も下がり続けている。その影響で、2019年の介護事業者の倒産は111件と過去最多を記録し、従業員数5人未満の小規模事業者の倒産が目立ち全体の7割を占めている（東京商工リサーチ調べ）。

介護報酬の引き下げは、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。厚生労働省の「賃金構造基本統計調査」によると、2016年の介護職員の所定内平均賃金（月給の者。施設長のうち事業所管理者を除く）は、22万8300円（前年比4800円増）で、全産業平均の33万3700円より約10万円低く、2004年度の21万2200円（2005年発表の同調査結果）から1万円程度しか上がっていない。同省は、2009年度から2015年度までの4回の介護報酬の改定により、合計4万3000円（月額）引き上げ効果があったと説明し、2017年には、介護職員の給与を月平均1万円程度引き上げる処遇改善加算を新設した臨時の報酬改定が行われた。しかし、2015年度の介護報酬実態調査では、手当や一時金を除くと、基本給の増額は月額2950円にとどまり、過去4回の改定でも、基本給は合計で月額1万3000円増えたにとどまる。これは、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、基本報酬本体が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、制度開始の2000年以降、ほとんど横ばいで上がっていない。

介護現場では、慢性的な人手不足への対応として、人材派遣・紹介会社からの人材確保が常態化しつつあり、派遣会社等に支払う派遣料が事業者の経営を圧迫している。

(3) 人手不足の深刻化－「破局的人材不足」

介護職員の賃金の抑制は、当然の帰結として介護現場の深刻な人手不足を加速し、介護現場の労働を一層過酷なものとし、介護職員を疲弊させ働き続けることを困難にしている。職員間の引き継ぎも十分できない状態にあり、特別養護老人ホームで月に6～7回の夜勤をこなす介護職員も珍しくなく、健康を害する介護職員も増大している。人手不足への応急的な対応として、人材派遣・紹介会社を利用する施設が激増、人材派遣による介護が常態化しつつある。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。経験を積んだ介護職員の減少は介護の質の低下をもたらし、介護事故も増大している。

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（以下「ヘルパー」という）である。ヘルパーの年齢構成は60歳以上が多くを占め、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、現状のままでは、10年もたないうちに、ヘルパーは枯渇していく可能性が高い。ヘルパーの有効求人倍率は、2019年の平均で14.75倍と（厚生労働省集計）、全職業の平均の実に10倍以上という異常な水準に達しており、まさに「破局的人材不足」²に陥っているといても過言ではない。

こうした現状を放置している国の無策に、2019年11月1日に、訪問介護を担っているヘルパー3人が原告となり、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、国家賠償請求訴訟を提起している³。

2 井口克郎「『全世代型社会保障』における医療・介護分野の改革動向の問題点」『月刊全労連』（2020年3月号）16頁。

3 ヘルパー国家賠償訴訟の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。

3 医療・介護崩壊の様相と緊急提言

(1) 検査体制の不備から現実化した医療崩壊

新型コロナの感染拡大は、以上のような国の政策がもたらした医療・介護提供体制の脆弱さを可視化した。まず医療崩壊の様相からみていく。

新型コロナの感染拡大を防止し、医療崩壊を防ぐには、患者が感染しているかどうかの見分けがつくような検査体制の拡充が不可欠だが、当初は、医師が当該患者の検査が必要と判断しても、原則として保健所から「帰国者・接触者相談センター」を介してでないと、PCR検査が受けられない仕組みとなっていた。しかし、保健所は数も人員も減らされてきており、相談者の急増で「電話が繋がらない」など、業務はすでにパンク状態に陥った。また、厚生労働省の事務連絡にあった「37.5度以上の発熱と呼吸器症状」などの検査の目安が、当初、保健所の業務マニュアルに踏襲されていたため、この目安に該当しない人は（たとえば、味覚がなくなるなど感染の典型的な症状が出ていても）、医師が検査必要と判断しても、保健所段階ではねられPCR検査が受けられない事例が続出した。批判の高まりを受け、2020年5月に、発熱等の目安は外され、医師が必要と判断した場合は、保険適用によりPCR検査が受けられるようになったが、保健所経由中心の検査体制には基本的に変わりがなく、必要な検査が迅速に受けられない状態は続いている。

かくして、日本の検査件数は、人口1000人当たりで5.30件にとどまり、最も多いアメリカ（97.30件）の20分の1、イタリア（89.15件）、イギリス（73.64件）、ドイツ（70.10件）、韓国（24.44件）に比べても桁ちがいに少なくなっている（オックスフォード大学のグループの推計「Our World in Data」から。2020年6月末時点）。検査が極端に少ないことで、感染の拡大がみえにくくなり、軽症や無症状の感染者が感染を広げ、感染経路不明の感染者が増大した。

(2) 救急医療の機能不全と院内感染の増大

検査体制の不備などを背景に、医療崩壊は、まず救急医療からはじまった。迅速な検査がなされず院内感染の危険があるため、感染の可能性のある発熱や呼吸器症状を訴える患者を受け入れる病院が少なくなり、救急搬送が困難な事例が増えた結果、肺炎疑いの患者などはほとんどの場合、救命救急センターで受け入れざるをえない事態が生じたからである。そのため、本来の重症緊急患者の受け入れができなくなり、とくに心筋梗塞、脳卒中など緊急を要する疾患で治療のタイミングを逸する命にかかわる深刻な状況が生じた。

簡易検査の導入なども含めて医療機関から直接検査を発注できる体制づくりが早急に必要であったが、国の対応は後手にまわり、検査の迅速化は図られていない。

この間にも、心不全や別の病気で入院したり、搬送された患者の中に感染者が見つかる事例が続出、医師や看護師の感染と院内感染が相次ぎ（医療従事者の感染が判明すれば自宅待機となり、その部署の医療機能はストップする）、医療崩壊が現実化した。また、医療機関、とくに診療所でのマスクや消毒薬、防護服の不足も深刻の状況に達した。

(3) 遅れた病床確保と医療機関の経営危機

前述のように、医療費抑制策のもと病床削減が進められ、とくに感染症病床は極端に少ない現状で、新型コロナの感染者の増大で、病床はすぐに満床となり、重症者の治療がで

きなくなる状態に陥った。埼玉県では、入院できる病床や施設が不足し、自宅待機の感染者が、容体が急変し死亡する事態まで生じた。感染した高齢者が自宅で孤立死する事例も出ている。感染しても必要な入院治療が受けられず死亡するという状況は、まさに「医療崩壊」そのものである。

路上などで死亡し不審死とされた人が後に新型コロナに感染していることが判明する事例も出ており、新型コロナに感染して亡くなったにもかかわらず、検査がなされなかったため、肺炎で亡くなったことにされた人も多数いるかもしれない。実際、「超過死亡」（直近の過去数年の一定期間の平均死亡者数に対して、疫病が発生した年の該当期間の死亡者数がどれだけ超過しているかを示すもの）の指標を用いて推計したところ、2020年1月半ばから6月半ばまでの5か月間で、日本全国の超過死亡者数は1万人を超えており、感染死者数は、公表されている数の少なくとも10倍にのぼるとの指摘もある⁴。欧米諸国に比べ感染による死亡者数が少ないといわれてきた日本であるが、アジア・オセアニア諸国の中では多い方で、致死率も世界平均とほぼ同じになっている。

病床の不足とともに、医療機関の経営も苦しくなっている。外出自粛の影響で（もしくは、病院内での感染をおそれ）、外来患者を中心に深刻な受診抑制が生じ、医療機関が経営困難に陥り、閉院や休業、従業員の解雇を検討する医療機関が増大している。日本病院会など3団体の調査では、コロナ患者を受け入れた病院の4月の利益率はマイナス11.8%、1病院あたり平均で月1億円の赤字となっている。そして、こうした経営難を理由に、医師や看護師への賞与を減額する医療機関が続出した。新型コロナの感染患者の治療に懸命に力をつくしている医療従事者が、給与削減やボーナスカットに遭遇するという異常事態が生じている。

(4) 介護崩壊の様相

一方、「破局的人材不足」に陥り、医療に比べてはるかに制度基盤が脆弱で、すでに制度崩壊の危機にあった介護保険は、新型コロナの直撃で、介護崩壊が決定的となった。

介護事業所では、通所介護（デイサービス）で集団感染が発生し、もともとの人手不足もあり、感染を警戒して、事業所の多くが休止した。国（厚生労働省）は、介護事業所が休業した場合、ケアプランをつくる居宅介護支援事業所を中心に、訪問介護などの代替サービスを検討・提供するよう求めている。しかし、代替しようにも、どの訪問介護事業所もヘルパーが不足し対応しきれていない。

訪問介護について、厚生労働省は、利用者に発熱等の症状があっても感染防止対策を取り「必要なサービスが継続的に提供されることが重要」と通知しているが、現場ではマスクや消毒液が圧倒的に不足し、感染リスクが高まっている（前述のように、ヘルパー自身に高齢者が多く、感染すると重症化しやすい）。一人暮らしの高齢者や老老介護の世帯、認知症のある高齢者の世帯では、サービスの中止や外出自粛で、状態の悪化、認知症の進行、身体機能の衰えが起きている。家族介護者の負担が増大し、虐待も増えている。在宅事業者の側も、利用者のキャンセルが相次ぎ、収入が激減、小さな事業所は閉鎖が相次い

4 井上達夫「危機管理能力なき無法国家—コロナ危機で露呈する日本の病巣」『法律時報』92巻9号（2020年）66頁参照。

でいる。新型コロナの収束が長引けば、さらなる廃業や倒産が増え、在宅の介護サービス基盤は完全に崩壊するだろう。

介護施設も深刻である。特別養護老人ホームでも集団感染が起き、死亡者が出た。病床の不足で、感染者を入院させずに施設内で隔離シケアしている老人保健施設もあり、職員は少ない人手でマスクや防護服も不足する中、極度の緊張を強いられている。入所者も外出、家族を含め施設外の人との面会が原則禁止となり、在宅の高齢者と同様、認知症の進行や身体機能の衰えが目立ち始めている。

院内感染や高齢者施設でのクラスターが発生し、死亡者数の増加が続いている。厚生労働省は、高齢者施設での感染状況や死者の詳細な分析結果を発表していないが、共同通信の調査では、介護施設で、新型コロナに感染した入所者、職員は少なくとも計700人おり、このうち入所者79人が亡くなっていたことが明らかになっている(2020年5月8日現在)。

(5)医療崩壊・介護崩壊に歯止めをかけるための緊急提言

以上、新型コロナの感染拡大による医療・介護現場の疲弊についてみてきたが、医療崩壊・介護崩壊に歯止めをかけ、死者を増やさないためには、次のような対策と予算措置が緊急に必要である。

第1に、検査体制の充実が急務である。保健所を介さず、医師が必要と判断した患者はすべて検査が受けられる体制の整備、具体的には、東京都など一部の自治体が始めているPCR検査センターを全国の自治体に設置し、必要な予算と人員を国が確保すべきである。簡易キットによる検査の導入も進め、少なくとも、医療機関の医療従事者、入院・外来患者、介護施設・事業所の介護従事者、利用者には、症状のあるなしにかかわらず定期的に検査を実施すべきである。検査体制が拡充されるまでも、早急に新型コロナ感染疑いの発熱外来を設置し、従来的一般患者対応との役割分担を明確にする必要がある。

第2に、不足しているサージカルマスクなど医療用マスク、消毒液、フェイスシールド、防護服を国の責任で確保、製造し、医療機関に対して安定した供給ができる体制を構築すべきである。介護施設・事業所に対するマスク、消毒液などの供給についても同様である。

第3に、診療所など医療機関、介護施設・事業所に対して、感染者が発生した場合の減収、および外来患者や利用者の減少に伴う損失を補償すべきである。診療報酬や介護報酬の大幅引き上げが必要であり、危険手当を支給できるような財政支援が必要である。とくに介護保険の場合は、ヘルパーや施設職員が感染者をケアする場合の特別の介護報酬の創設、人員配置基準の大幅な引き上げと潜在ヘルパー・介護福祉士の復帰など人員増員のための財政措置を行うべきである。後述するように、ヘルパーについては自治体の公務員かを進めるべきである。同時に、医療従事者や介護従事者が新型コロナに感染した場合には、労災適用だけでなく、独自の補償制度を設ける必要がある。

第4に、重症患者の集中が予想される感染症指定医療機関に対しては、国が物的・人的支援を強化し、軽症者については、容体が急変することもあることを考慮し、医師・看護師が常駐する施設での療養を原則とするべきである。介護施設で感染者が出た場合も、施設内でみるのではなく、速やかに入院させる措置をとる必要がある。その前提として、国が打ち出した公的・公立病院の再編リストは撤回し、各都道府県の地域医療構想を見直し、病床削減計画は凍結する必要がある。

5 介護保険の本質と危機的状況

(1) 高齢者医療費の抑制と介護による医療の安上がり代替

以上、コロナ禍で明らかになった医療・介護保険の問題点についてみてきたが、そもそも、介護保険はなぜ導入されたのか。その本質は何かについて改めて検討する。

介護保険導入の目的の第1は、医療費の抑制と介護保険による医療の安上がり代替にある。

介護保険法1条にもあるように、介護保険の給付対象者は、介護のみならず「その他医療を必要とする者」であり、「保健医療サービス」に係る給付を行うとされている。老人保健施設や介護医療院が介護保険施設とされ、訪問看護も介護保険サービスの対象とされた。つまり、介護保険は、従来は医療保険の給付で行っていた保健医療サービスの一部を介護保険の給付で行うことで、増え続ける高齢者医療費を抑制するために構築された制度といえる。

実際、介護保険制度が始まった2000年には、高齢者医療費が減少した。高齢者医療費の一部が介護費として介護保険の給付に移ったのだから当然ではある。しかし、その後、高齢化の進展などにより、再び高齢者医療費が増大に転じたので、2008年から、介護保険の財政構造をモデルとした後期高齢者医療制度が導入されたのである。

同時に、介護保険には、医療の安上がり代替という狙いもあった。同じ医療行為を、医師や看護師など医療・看護職が行うのと、介護福祉士など介護職が行うのとでは、診療報酬と介護報酬の差をみれば、後者の方が安上がりなのは一目瞭然である。また、医師が必要と判断した治療には原則すべて保険がきく医療保険の給付と異なり、介護保険の給付には、保険がきく上限（支給限度額）が存在するため、給付費を抑制することができる。この目的に沿って、2011年に、社会福祉士及び介護福祉士法が改正され、介護福祉士も、たんの吸引などの一部の医療行為を業務として行うことが可能となった。しかも、業務として行える医療行為は「たんの吸引、経管栄養等」となっており、省令で定めるため、法改正なしに、医療行為の範囲が際限なく拡大されていくおそれがある。

(2) 現金（金銭）給付化と市町村責任の縮小

第2の目的は、従来の福祉措置制度（市町村委託・補助金方式、自治体責任による入所・利用の仕組み、利用者負担は応能負担、財政方式は税方式）を解体し、①個人給付方式（要介護者へのサービス費用の償還という金銭給付）、②直接契約方式（要介護者の自己責任による利用の仕組み）、③利用者負担は応益負担、④社会保険方式（主要な財源は社会保険料）という仕組みに転換することで、市町村の直接的な介護サービス提供義務をなくし、公的責任を縮小し、公費負担を削減することである。

こうした個人給付・直接契約方式への転換により、市町村が、直接的な高齢者福祉サービスを提供の責任を負わなくなった結果、市町村担当課の多くは、高齢者支援や介護サービス提供に関わることがなくなり、個々の相談や支援を民間の介護支援専門員（ケアマネージャー）や地域包括支援センターに丸投げする傾向が強まり、市町村が高齢者の生活実態をつかめなくなっている。さらに、この間の市町村職員の削減や非正規化、業務の外注化なども加わり、高齢者福祉現場の専門性が大きく低下した。介護保険制度導入から20年がたち、措置時代のように高齢者福祉担当のケースワーカーや公務員ヘルパーが配属されている自治体は極めて少なくなり、こうした専門性の喪失は常態化している。

介護保険のもとでも、措置制度は存続しているものの（老人福祉法10条の4、11条）、

大半の市町村が、措置入所・利用に消極的となり（「措置控え」都道府県いわれる）、困難を抱えている高齢者が放置されている現状がある。

(3) 企業参入の促進と制度必然といえる介護職員の労働条件の悪化

第3に、在宅事業への企業参入を促し、供給量の拡大を図るという目的がある。

個人給付・直接契約方式をとる介護保険のもとでは、介護事業者・施設が代理受領する給付費は、本来は、サービスを利用した要介護者に支給されるものであるから、従来の補助金のような使途制限はない。つまり、事業者が株式会社であれば、給付費収入を株主の配当に回すことが可能となる。同時に、社会保険方式にすることで、介護保険財政を特別会計化し、厚生労働省が独自財源（天下り先も？）を確保できるというメリットもあった。

確かに、介護保険の導入で、在宅事業には多くの株式会社が参入し、供給量の増大がはかられた。しかし、株式会社のみならず、社会福祉法人などの非営利法人も、介護保険法のもとでは、介護報酬と利用者の利用料で運営していくことが基本となるので、介護報酬の引き下げが続く状況では、事業の効率化とコスト削減を迫られる。介護事業は労働集約的で、事業支出の大半を人件費が占めるため、コスト削減とは、人件費の削減を意味し、それは必然的に介護職員の労働条件の悪化をもたらす。介護保険のもとでのこうした介護職員の劣悪な労働条件と人材不足は、まさに制度的にもたらされたものなのである。

介護保険施設については、株式会社の運営が認められていないので、在宅事業のような供給量の増大はみられない。とくに需要の大きい特別養護老人ホームは、国が建設の国庫補助を廃止して一般財源化し増設を抑制してきたこともあり、不足が顕著だ。

措置制度のもとでは、利用者の増減にかかわらず1か月単位で補助金（委託費）が支給されていたが、介護保険では、利用に応じた日払い方式になったため、前述のように、ヘルパーをはじめ介護労働者の労働条件が悪化するとともに、新型コロナの感染拡大の影響で、利用者が減少すると、各事業者は大幅な減収、経営難に陥ることとなった。これに対して、保育制度では、子ども・子育て支援新制度の導入による個人給付・直接契約方式への転換は、認定こども園など一部にとどまり、多くの子どもが利用している保育所については市町村の保育実施義務が残り（児童福祉法24条1項）、自治体責任による保育所方式が維持された。そのことで、介護事業所のような利用者の減少による深刻な経営難に陥る事態を免れることができた。

(4) 介護保険の危機的状況

このままの改革を進めていけば、許容可能な介護保険料の範囲まで給付水準を徹底して切り詰めることとなり、その結果、いま以上に制度から排除され、必要な介護サービスが利用できない高齢者が増え、家族介護の負担が増大し、介護殺人など悲惨な事件が増大することとなろう。いま介護現場は、家族介護者のみならず、ヘルパーや介護職員の献身的努力に支えられて、なんとか支えられているのが現状である。

しかし、それにも限界がある。2015年・2018年改定のように、人員配置基準の緩和など小手先の対応策に終始し、基本報酬は引き下げ、よくて据え置きといった施策を続けていけば、早晚、施設・事業者不足が深刻化し、介護保険は制度崩壊の危機に直面するだろう（いや、すでに直面しているともいえる）。今回のコロナ禍で、制度崩壊の危機は加速したともいえる。以下、介護保険の抜本改革案と介護保険法の廃止を含めた課題を提示する。

6 今後の課題－介護保険から介護保障へ

(1) 介護保険の当面の抜本改革

まず、社会保険方式（すなわち介護保険方式）を維持するのであれば、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抜本改革が不可欠となる。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。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。

同時に、コンピューター判定と身体的自立度に偏向した現在の要介護認定を廃止し、医師や介護職を構成員とする判定会議による認定の仕組みに改める必要がある。ドイツでは、認知症高齢者の増大にともない、介護保険の要介護認定の抜本の見直しを行い、認知症高齢者の独自の基準を設定している。認知症高齢者の増大が続いている日本でも、要介護認定の見直しが検討されてしかるべきであろう。

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公費負担による処遇改善交付金を創設すべきと考える。なかでも、人材不足が深刻なヘルパーについては、訪問介護部門を介護報酬の仕組みから切り離し、介護保険制度創設前のように、市町村の直営・委託で行う方式にして、公務員化する提案もなされている。さらに、施設建設費補助への国庫補助を復活させ、不足している特別養護老人ホームの増設を進めるべきと考える。

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。日本の介護保険は、サービスを利用したときの給付しかないが、ドイツでは、現金給付が制度化されており、現金給付とサービス給付とは選択でき、あるいは併用することも可能である（ただし、現金給付を選択した場合には支給額はサービス給付よりも低くなる）。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、労災の給付対象とする仕組みが導入されている。日本では、家族などの介護者に対する支援は、地域支援事業の中に位置づけられているが、任意事業のため、自治体によってばらつきがあり、内容も介護者交流会の開催や相談などにとどまり、家族介護慰労金のように事業として存在していても、要件が厳格なため、ほとんど利用者がいないなど、さまざまな問題点が指摘されている。実効的な介護者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、介護者の支援にもなる。それに伴う介護保険料の高騰については、定率保険料の導入のような抜本改革で対応すべきである。

(2) 社会保険方式の破綻と総合福祉法の構想－今後の課題

すでに、介護保険そのものが、これまでみてきたような給付抑制と負担増の連続で、「保険料あって介護なし」の状態に陥り、「国家的詐欺」と称されるまで、制度としての信頼を失っている。社会保険方式で介護保障を行うことの限界は明らかで、将来的には、介護保険法は廃止し、高齢者や障害者への福祉サービスの提供は、自治体の責任（現物給付）

で全額公費負担により行う総合福祉法を制定すべきと考える。障害者の「65歳問題」を根本的に解決するには、介護保険法・障害者総合支援法の廃止と総合福祉法の制定しかない。

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の給付に戻すべきである。そうすれば、特別養護老人ホームや老人保健施設の入所者への診療の制約もなくなり、福祉サービスと同時に必要な医療を受けることができるようになる。また、介護保険による医療の安上がり代替も防げる。ただし、医療保険の負担が増えることになるので、それについては、公費負担や事業主負担の増大により対応していくべきだろう。

また、個人給付・直接契約方式を廃止し、市町村と高齢者・障害者との契約という形で、市町村が直接的な福祉サービス提供の責任を負う方式にする必要がある。これにより社会福祉事業は、給付費を代理受領するのではなく、委託費を受けて運営することになり、運営の安定性を確保できる。委託費（公費）を増額していけば、職員の基本給の底上げなど労働条件の改善も可能となる。そして、その財源は消費税ではなく、所得税や法人税に求めるべきである。

ヘルパー国家賠償訴訟は、政策形成訴訟として市民運動としての側面を有しており、こうした介護保障制度の構築に向けた契機になるだろう。同時に、日本学術会議の委員の任命拒否や新型コロナの感染症対策にみられるように、政権の無策ぶり、強権ぶりが明らかになりつつある今こそ、市民運動と野党は、政権批判を強めると同時に、社会保障や雇用保障の拡充をめざす改革の方向を示し、きたるべき総選挙で、自民党を過半数割れに追い込む戦略を早急に提示すべきである。