

公的責任で社会保障確立を － 社会保障の拡充で地方から政治をかえる

第22回全国地方議員交流研修会横浜／ シンポジウム・第3分科会資料

2026.7/21～22

伊藤周平（鹿児島大学）

第1 シンポジウム／「平和で持続可能な日本」をめざし、「地方から政治をかえる」

1 問題の所在－広がる生存危機と社会保障の機能不全

2025年10月、自民党との連立政権を離脱した公明党に代わり、日本維新の会が自民党と連立政権を組むことで、高市早苗内閣が誕生した。日本の憲政史上初の女性首相が、女性天皇や選択的夫婦別姓制度に反対の立場にたつ家父長主義的な思想の持主であることは皮肉というほかないが、その高市首相は、高い内閣支持率を背景に、2026年1月23日、通常国会の冒頭で衆議院を解散、同年2月8日に衆議院選挙が実施された。結果は、周知のとおり、自民党が316議席と単独で衆議院の3分の2以上の議席を獲得し圧勝、選挙直前に立憲民主党と公明党が合流してできた中道改革連合も大きく議席を減らし、日本共産党も議席を半減させ、社民党に至っては1議席も取れず、いわゆる左派勢力は大きく後退した。

一方、現在、中東情勢の影響などで、記録的な物価高が続き、多くの国民は、生活苦と生存危機にさらされている。東京都内でNPOの支援団体が毎週行っている食料配布には、2022年後半から毎回600人を超える人が、2025年の年末には過去最高の約900人もの人が並び、いまだに減少がみられない。行列の中には、子連れの女性や若者の姿もある。子どもも含めた多くの人々が、物価高の中、生活が苦しく、日々の食事にも事欠いている。とくに高齢者の貧困率は、後述のように、一般世帯に比べて高く、OECD（経済開発協力機構）加盟諸国平均を大きく上回っている。若者の貧困も深刻だ。親からの仕送りはわずかで、奨学金（利子付きの場合が多い）とバイトで生活している大学生も少なくなく、この物価高で、1日3食とれていない学生もいる。労働コストの削減と労働規制の緩和で、正規の雇用者は減り、若者の4割近くが非正規で働き、奨学金という借金にあえぎ、結婚も子育ても思い描けない（これでは少子化が進むのは当然だろう）。正社員も、長時間労働がまん延し、競争社会の中で、精神疾患による労災認定は過去最多を更新している。

貧困や生活苦のストレスからか、女性や子どもに対するDVや虐待も増加傾向にある。児童所が児童虐待相談として対応した件数も、2023年度には、22万件を超え過去最高を更新し続けている。2019年までは減少傾向にあった自殺者数が、コロナ禍の2020年から増加に転じ、ここ数年は2万人前後で推移しているが、2022年から、とくに経済・生活苦による自殺者が急増している。

日本国憲法（以下「憲法」という）は、その前文で「全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免れ、平和のうちに生存する権利を有すること」を確認している（「平和的生存権」といわれる）。平和的生存権の定義からは、平和とは戦争（恐怖）のない状態だけでなく、欠乏（貧困や生存危機）のない状態を意味していることがわかる。それを受けて、憲法25条1項は、国民の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」を明記し、同条2項は「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とし、国（地方自治体も含む）の社会福祉・社会保障における責任、その向上増進義務を規定している。現代社会では、病気で働けなくなったり、障害を負ったり、突然、会社が倒産して仕事を失ったりと、個人の努力や家族の支えあいではどうしようもない場面にしばしば遭遇する。そうした場合でも、健康で文化的な最低限度の生活が維持できるように、すなわち生存権を保障するために、国（自治体も含む）の責任で、生活を保障する仕組みが「社会保障」といわれる。

日本における貧困と生存危機の拡大は、こうした社会保障制度が十分機能していないことを意味する。体調不良で受診したくても医療費の窓口負担が高く受診できない、入院が必要でも病床が削減され空きがない、家族が要介護になっても、事業所が閉鎖してヘルパーも頼めない。介護士

や保育士は低賃金で、人手不足が深刻化し、現場は疲弊している。年金が低く、年金だけでは生活できず働き続けるしかないが、低賃金で貧困からぬけだせない。生活保護受給世帯の半分以上が高齢者世帯で、うち9割が単身世帯だ。その最後のセーフティーネットである生活保護も受給額が引き下げられたままである。生活保護基準引き下げ違憲訴訟では、2025年6月27日に、保護基準の引き下げを違法とし減額処分を取り消す画期的な最高裁判決が出たが、国はいまだに、この物価高騰の中、保護基準を大幅に引き上げようとしない。2023年の生活保護受給者の自殺者のうち生活苦によるものが、2022年に比べて実に37%も増加している。生活保護を受けているのに生活が苦しい、つまり生活保護が本来の役割を果たしていないのである。

これは、これまで歴代政権が進めてきた医療費抑制政策、年金削減政策など社会保障削減の結果といえる。しかし、政策の検証も反省もしないまま、いままた、自民党と日本維新の会の連立政権は、「現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減」を名目に、社会保障改革と称して、医療費を中心に、さらなる社会保障の削減を行おうとしている。

ここでは、こうした状況を踏まえて、社会保障改革と称して進められている社会保障の歳出改革（削減）の様相をみたうえで、その問題を読み解き、今後の課題を展望する。

2 社会保障の歳出削減と現役世代の保険料引き下げのための医療費削減？

(1) 膨張する防衛費

日本の社会保障の費用は、高齢化の進展に伴い、財政規模が拡大してきた。2026年度当初予算でみると、一般会計の歳出の総額は122兆3000億円と過去最大で、うち社会保障費は39兆559億円だが、防衛費も9兆353億円と12年連続で過去最大を更新している。

防衛費の場合、高額兵器の購入費など複数年度にわたり分割で支払う後年度負担の総額も15兆円を突破している。2021年度補正予算と2022年度予算で、防衛費の総額は6兆1744億円にのぼり、この時点で、歴代政権が目安としてきたGDP（国内総生産）比1%を超え、さらに、2027年度までにGDP比2%水準、43兆円増額することが閣議決定されており、高市首相は前倒しで、防衛費を増額し、2025年度中にGDP比2%水準を達成するとしている。さらに、アメリカのトランプ政権は、日本をはじめとする同盟国に、軍事費のGDP比3.5%、関連経費を含めた全体で5%に引き上げるよう要求している（日本に当てはめれば、GDP約600兆円のうち30兆円！）。

膨張する防衛費を賄うため、国債（借金）への依存も高まっている。1947年に制定された現在の財政法は、戦時中、戦費財政を国債の大量増発で支えていたという教訓から、国債発行を原則禁止し、例外として発行できる場合も公共事業などの建設国債に限定している。歴代政権は「公共事業」を広く解し、官庁施設や船舶なども建設国債の対象としてきたが、防衛費そのものは対象にしてこなかった。しかし、岸田内閣のときに防衛費も建設国債の対象とし、現在は、防衛省の庁舎、自衛隊基地などの施設整備費に加え、潜水艦などの艦船建造までも対象とされるに至り、防衛費の膨張に歯止めがかからなくなっている。

(2) 社会保障の歳出削減の様相

膨張する防衛費は歳出改革（削減）の対象とせず聖域扱いされる一方で、歳出削減の最大のターゲットとされているのが、社会保障費である。

この間、歴代政権のもと、社会保障費は、自然増の部分（制度改革を行わなくても、高齢化の進展などで自然に増加していく部分）まで、毎年1000億円から2000億円（国費）も削減されてきた（2026年度予算でも、自然増部分1500億円削減）。近年の削減は、医療保険の診療報酬における薬価の改定（引き下げ）が中心だが、医療保険の一部負担金の引き上げなどの制度改革による削減もされてきた。

現在の社会保障の歳出削減は、2023年12月に、当時の岸田文雄内閣のもとで同時に閣議決定された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）について」（以下「改革工程」）と「こども未来戦略～次元の異なる少子化対策の実現に向けて～」（以下「こども未来戦略」）を起点としている。

まず「こども未来戦略」に基づいて、2024年6月に、改正子ども・子育て支援法が成立し、

児童手当の拡充（所得制限の廃止と高校生への対象拡大、多子世帯への給付倍増）などのほか、月一定時間までの利用可能枠の中で、保護者の就労要件を問わず時間単位等で保育施設を利用できる「こども誰でも通園制度」が創設された（2026年4月から）。これらの施策を実施するために必要な財源のうち1兆円程度は、2026年4月から医療保険料に上乗せして徴収する保険料（「子ども・子育て支援金」）で賄い、残りは社会保障の歳出改革（削減。1.1兆円程度）と既定予算の活用（1.5兆円程度）で賄うこととされている。

「改革工程」では、2027年度までの間に、介護保険の2割負担の対象拡大、介護サービス計画（ケアプラン）の有料化、要介護1・2の生活援助等の総合事業への移行などについて結論を出すとし、2028年度までの各年度の予算編成過程で、医療・介護保険の3割負担の対象拡大、高額療養費の見直しなどについて実施の検討・決定を行うよう求めている。いわば少子化対策の財源の確保のために、医療・介護の歳出削減が行われているといえる。

国（政府）は、高齢者世代と現役世代との世代間対立をことさらに煽り、現在の社会保障の仕組みは「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心」であり、この仕組みを改め「全世代型社会保障」を構築すると説明している。つまり、医療・年金など高齢者への支出が多く偏っているの、子育て支援など現役世代の支出を増やすというわけである。とはいえ、国際的に見れば、日本の高齢者への支出が手厚いとはいえない。OECDの基準による国際比較では、日本の社会保障支出を含む社会支出の対GDP比は25.79%で、EU諸国（フランス33.49%、ドイツ31.27%）やアメリカ（27.03%）と比べても少なくなっている（2021年度。国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」）。

また、高齢者については、高所得で、多くの資産を持っているというイメージが流布され、もっと負担すべきとの論調が強いが、そもそも、日本の高齢者の貧困率は、一般世帯に比べて、10%以上も高く、女性22.8%、男性16.6%で、OECD加盟諸国平均の女性16.5%、男性11.1%を大きく上回っている（内閣府『男女共同参画白書』2024年）。とくに、高齢単身女性の貧困率は40%を超え、OECD諸国では最悪水準だ。女性の低賃金が低年金につながっており、構造的なジェンダー問題が横たわっている（「貧困の女性化」といわれる）。

全世代にわたって社会保障の公費支出の底上げが必要だが、「異次元」の少子化対策も、前述のように、医療・介護分野の削減により浮いた財源が、少子化対策の財源に回される公費の付け替えが行われるにすぎず（全体のパイを増やすことなく、世代間のパイの奪いあい！）、社会保障全体への公費支出は増えない構造になっている。

(3)現役世代の社会保険料負担軽減を名目にした医療費削減

そして、2025年の参議院選挙、そして2026年の衆議院選挙でも、現役世代の社会保険料負担の軽減を名目に、病床削減を中心とした医療費削減を主張する国政政党が多くの議席を獲得し、医療費抑制政策が加速している。たとえば、日本維新の会は「現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減」を名目に、医療費の総額を年間で4兆円削減する方針を掲げ、自民党と公明党との3党合意で、OTC類似薬（医薬品のうち市販薬類似品。OTCは「Over The Counter」（店頭、小売り）の略）の保険給付のあり方の見直しや医療機関の病床（一般・療養・精神病床）を11万床削減することに合意している（その後、公明党が与党を離脱し、日本維新の会が自民党と連立を組んだが、連立合意書にも、この方針は引き継がれた）。また、国民民主党は、現役世代の保険料負担を軽減するための終末期医療の見直し・尊厳死の法制化を公約に掲げ続けているし、2025年の参議院選挙で大きく議席を伸ばした参政党は、「尊厳死法制の整備」や「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」などを選挙公約としていた。さらに、日本維新の会や2026年の衆議院選挙で躍進した「チームみらい」は、いずれも75歳以上高齢者の患者負担の3割化を主張している。財務省の財政制度等審議会も同様の提言をし、マスコミも医療費削減の論調が優勢である。

現役世代、とくに20～30代の若年世代の所得が伸び悩む一方で、社会保険料が引き上げられ、手取りが減少しているという不満や一種の「被害者意識」が現役世代に広がり、それがSNS上の過激な言説により煽られ、世代間の分断を深め、急騰しているようにみえる医療費、とくに高齢者医療費への批判が強まっている。しかし、実際には、高齢者医療費はそれほど急騰して

いるだけでなく、死亡1か月前の終末期医療費に関しても総医療費の約3%に過ぎない。また、高齢者の3割負担化についても、一見すると、現役世代と同水準に見えるが、高齢者の有病率（ある一時点において、疾病を有している人の割合）は現役世代に比べて高く、それに伴い1人あたり医療費も65歳未満の人の5倍近くに達している。患者負担の増大は、年金生活の高齢者の家計を圧迫し、低所得・低年金の人を中心に受診抑制やそれによる手遅れ死の増加という事態を引き起こしている（全日本民主医療機関連合会（民医連）が、毎年実施している「手遅れ死亡事例調査」によれば、2025年には、48件の手遅れ死亡事例が報告されている。この数字も氷山の一角と考えられる）。こうした不正確な情報がSNSを中心に拡散し、いまや与野党を問わず国政政党のほとんどが医療費削減を叫び、少なくない人々がそれを支持するという異常な事態が生じている。

そもそも、日本は、他の諸国に比べ、社会保険料負担に占める公費負担や事業主負担（会社などが負担する部分）が少なく、被保険者本人の負担が突出して高くなっている。社会保険料が引き上げられているのは、国が公費負担割合を減らし、大企業などが応分の事業主負担をしていないからにはほかならない。医療費を削減して社会保険料を引き下げるという主張は、こうした本質的原因を見落としているか、意図的に覆い隠している。保険料の引き下げは、医療費の削減ではなく、公費負担などを増やすなどして実現すべきあり、それが社会保障制度としての医療保険の本来の在り方である。

3 課題と展望

衆議院選挙では、自民党が2年間の期限付きとはいえ、消費税減税を掲げたことに、高市首相個人の人気も加わり、生活苦や生存危機にさらされている人たち、とくに若い人たちが、本来であれば、左派勢力に投票したであろう人たちが、自民党に、さらに参政党などに投票した（既存の左派勢力がそれらの人の切実な思いをくみ取れなかったともいえる）。いまの生活の疲弊や生存危機を生み出したのが自民党政権であったにもかかわらず、多くの人が高市政権の自民党へ期待し、票を投じたのである。しかし、高市さんなら何かやってくれそうといった期待は、選挙後、見事に裏切られる。多くの有権者が望んでいる消費税減税など物価高対策は棚上げにして、高市政権が推進しているのは、憲法改正に向けての議論であり、殺傷兵器を含む武器輸出の解禁（日本の「死の商人」化）であり、立法事実がなく被害者があいまいな国旗損壊罪の創設などだからだ。まさに戦争国家への道だが、それらに反対するデモも、全国各地に拡大しつつある。

とはいえ、現在の世代間対立をあおる言説を克服し、医療を含む社会保障の危機打開、立て直しのため国レベルでの政策転換には時間がかかる。その財源確保のため、肥大化した防衛費を削減し、不公平税制を是正する税制改革には、政権交代が必要だろう。

今まさに、地方での地方議員の取り組みが重要となる。公費投入による国民健康保険料・介護保険料の引き下げ、条例減免の活用による軽減範囲の拡大、独自財源による医療従事者・介護職の待遇改善などさまざまな取り組みを進めながら、国に政策転換を迫っていく地域での運動が求められる。高市政権に失望し、生活苦や生存危機にさらされている人たちの支持を集めるべく、政策テーマを「社会保障・福祉」に絞った広範な人をまきこんだ運動が必要とされている。

社会保障の充実、将来不安を払拭し個人消費を活性化させる。医療・福祉分野の雇用創出効果は、公共事業の数倍といわれ、待遇改善を図れば、若者が介護職として戻ってきて地域創生に大きく寄与するはずだ。経済的側面からみても、年金給付は、高齢化が進む地方では経済において大きなウエイトを占めており、地域経済を支える役割がある。厚生労働省の試算では、島根県（高齢化率33.6%）の県民所得に公的年金給付が占める割合は18.2%にも及ぶ。年金の減額は、消費の低迷を招き、地方経済を衰退させる。地方経済を支えるためにも、物価上昇の中でも、年金・手当の実質的価値を減らし続けているマクロ経済スライドは早急に廃止し、「減らない年金」の仕組みを確立し、先の積立金を活用し、年金給付を増やしていくべきである。安心できる年金制度の確立は、高齢者のみならず現役世代の安心をももたらし、消費拡大と地方を含めた経済全体の活性化という好循環を生み出すはずだ。

それらのことを広く訴えていく「社会保障の確立を求める議員連盟」の活動がいまこそ求められる。

第2 分科会／公的責任で社会保障確立を－介護と医療を国、自治体が支える

1 医療保険制度改革の動向

(1)改正健保法の成立と高額療養費の見直し

高市政権のもと、医療費の削減と患者負担へのコストシフトのみならず、皆保険制度そのものを揺るがす「健康保険法等の一部を改正する法律案」が国会に提出され、5月に成立した（以下「改正健保法」という）。その主な内容は、①一部保険外療養の創設、②後期高齢者医療における金融所得の保険料等への勘案、③出産にかかる給付体系の見直し、④国民健康保険における子どもにかかる均等割保険料等の軽減措置の拡充、⑤高額療養費制度の考慮事項の明確化、⑥協会けんぽの国庫補助にかかる特例減額の見直しなどとなっている。ここでは、予算案に盛り込まれた高額療養費の月額上限の引き上げ再改定案（改正健保法の⑤に関連）、O T C類似薬の保険給付の見直し（健保法等改正案の①と③）の2点について、その内容と問題点を概観する。

高額療養費の見直しについては、2025年8月からの上限額の引き上げは凍結されたが、あくまでも「凍結」であって、白紙撤回ではなかった。国（厚生労働省）は、「凍結」は、患者等の当事者の意見を聴く機会を欠くなど手続的な瑕疵があったことによるもので、高額療養費の見直し（上限の引き上げ）は必要とのスタンスは崩していなかったからである。

2025年5月には、医療保険部会に「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」（以下「専門委員会」という）が設置され、専門委員会には、がん患者など当事者の意見を反映する委員が加わり、高額療養費制度を利用している当事者や団体へのヒアリングが実施された。専門委員会は、2025年12月16日に「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」を取りまとめ、それを踏まえて、社会保障審議会医療保険部会（以下「医療保険部会」という）と専門委員会の合同会議が厚生労働省提出の「議論の整理」を了承・公表した。

2025年12月25日、2026年度予算案の閣議決定で、年間負担上限額の設置やすべての所得階層で上限額の引き上げなどが示された（医療保険部会や専門委員会には、閣議決定まで具体的な上限額は示されないままであった）。具体的には、2026年8月から、70歳以上の高齢者の「外来特例」について、年収約370万円以上の場合、現在は約370万～約770万円、約770万円～約1160万円、約1160万円以上の3つに分けられているが、これを細分化して所得に応じて上限額が増える設定にする。1年のうち4回以上、負担上限額に達した患者の上限額を引き下げる「多数回該当」は、負担上限額が据え置きとされ、年収約200万円未満の低所得層の多数回該当の上限額は4万4400円から3万4500円に引き下げられた。70歳未満の人についても、2026年8月から、がんなど長期間治療する患者の負担増に配慮して、新たに年間上限額を設け（すべての所得区分で、多数回該当時の負担限度額の12か月分で設定。平均的な「年収約370万～770万円」の所得区分では53万円）、そのうえで、現行の月額上限を同所得区分で8万100円から5700円引き上げる。2027年8月には所得区分を細分化し、月額上限（基準額）を7～38%程度引き上げる。たとえば、年収約650万～770万円の人で、現行の8万100円から最終的には11万400円と月額で約3万円の負担増になる。

(2)高額療養費の見直しの問題点

月額上限引き上げの幅は、当初案より縮小されたとはいえ（ただし、200万円未満の低所得層では、現行の5万7600円から6万1500円となり、凍結された当初案の6万600円への上げ幅を上回っている）、所得区分の細分化は当初案と同じであり、高齢者の外来特例の見直しまで加わり、患者負担増という問題は残されたままである。年間上限額の設定についても、患者の申請により、上限額を超えた部分が還付される仕組みで、しかも、年間上限額の基準は、ドイツの「年

収2%」の水準よりもかなり高く、所得に対する「年間上限」の割合の水準が不均衡であることが指摘されている。

また、高額療養費制度の利用者の約8割を占める年間1～3回利用の患者（70歳未満で約320万人）は、多数回該当の要件を満たしておらず、新設される自己負担年間上限の恩恵も受けられず、引き上げられた自己負担月額上限による負担増のみが生じる。たとえば、年収が200万円から400万円の層では、自己負担月額上限が、月の手取り額から食費、居住費、水道・光熱費等の生活に必要不可欠な支出を差し引いた残額（支払能力）の約60%から95%に達し得るとされ、深刻な家計破綻に陥る患者が多数生じる可能性が高い。

改正健保法では、高額療養費制度について、政令において支給要件を定めるにあたっては、とくに長期療養患者の家計への影響を適切に考慮することを法律上、明確化することとされたが、少なくとも、今回の見直しでそうした考慮が十分なされたとはいえない。日本弁護士連合会（日弁連）も、今回の改定案は、最も弱い立場にある患者から必要な医療を受ける権利を実質的に奪いかねないものであり、憲法が保障する生存権（25条）および個人の尊厳（13条）、そして、「到達可能な最高水準の健康を享受する権利」（経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約12条、障害者の権利に関する条約25条）を脅かしかねないとし、改定案を抜本的に見直し、少なくとも現行制度に準じて2026年度予算を再検討することを強く求めている（日本弁護士連合会会長声明「人権保障の観点から高額療養費制度の改定案の抜本的見直しを求める会長声明」2026年3月26日）。

いずれにせよ、このままでは、患者の受診抑制や治療の中断が頻発し、患者の命を守ることが目的であるはずの高額療養費制度の医療保険のセーフティーネットとしての機能は完全に崩壊する。現在でも、一部の所得区分の人は、WHO（世界保健機構）が定義する「破滅的医療支出」（最低限の経費を除いた生活費のうち医療支出が40%を超える状態）の水準の金額を支払っているとされる。現在の物価高による家計ひっ迫を踏まえれば、70歳以上の高齢者の外来特例も含めて、高額療養費の上限の引き下げを行うべきと考える。所得の多寡にかかわらず、負担限度額は低い水準に抑えられるべきで、すべての所得層で多数回該当者の月額上限（70歳未満の中所得層で4万4400円）への引き下げが必要である。

(3) OTC類似薬の一部自己負担化と問題点

OTC類似薬の保険給付の見直しについては、日本アトピー協会などの患者団体や全国保険医団体連合会（保団連）など医療団体からも、受診控えに伴う健康被害が生じたり、患者の経済的な負担が増えるほか、薬の適正使用も難しくなるとして、反対が表明されていた。OTC類似薬の保険適用継続を求めるオンライン署名は短期間で21万人分を超えた。

医療保険部会でも委員の意見が割れ、患者からのヒアリングでも、全員から保険適用除外に反対・慎重意見が表明され、同部会では保険継続で意見が一致していた。その後、厚生労働省が「選定療養で追加の自己負担を求める方法」を提示、それを踏まえ、健保法改正案では、OTC類似薬との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする一部保険外療養が創設されることとなった。

具体的には、一部医薬品（77成分・約1100品目）について、薬剤費の25%を一部保険外療養として患者負担とし、残る4分の3の3割（被用者保険の場合）の一部負担金に追加される。たとえば、1000円の医薬品の患者の自己負担は4分の1の250円、この追加負担分は保険がきかない「自由診療」になるため、消費税10%分の25円が上乗せされ275円が患者負担となる。これに保険適用部分の一部負担金（残り4分の3＝750円の3割、225円）が加わり、合計で500円が患者の自己負担となる。現行の3割負担（300円）に比べて約1.7倍の負担増である。しか

も、対象医薬品には、外解熱鎮痛剤のロキソニンなど頻繁に用いられる薬剤が含まれ、多くの患者に負担増の影響が及ぶ。厚生労働省は、O T C類似薬の一部保険外療養化で、医療費を年間900億円削減できると見込んでおり、約400億円は、患者が市販薬を使うようになる行動変容によって生じると試算している。制度改変に伴う保険料の軽減効果は、一人当たり年間400円（月33円）と微々たるものである。すでに、一部保険外療養の対象となる薬剤の範囲については、2025年末の「大臣折衝事項」では、2027年度以降に「医療用医薬品の相当部分」にまで対象範囲を拡大していくとしている。

何よりも、一部保険外療養の対象は、O T C類似薬など医薬品だけにとどまらず、あらゆる療養の給付に拡大されうる。改正健保法は、一般用医薬品等の「代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供」を確保しつつ、「公平かつ効率的な保険給付を行う必要性」に鑑み、「その要する費用の一部」を保険給付から外すという規定をしているからである（68条）。国会の法案審議過程で、この条文規定をめぐる、保険給付より外すことができる対象は薬剤にとどまらないのかという質問に対して、政府側は「現時点ではO T C類似薬以外は考えていない」と繰り返すにとどまり、薬剤以外の医療について給付から外すこと否定していない。極端な場合、終末期や透析など、排外・差別主義の立場から繰り返し保険給付外が主張されている医療すらも対象となりうる。実際、参政党の主張する「終末期医療の全額自己負担化」もこの仕組みを用いれば可能となる。長期収載品の選定療養化のように（それすらも選定療養の対象となるアメニティの部分とはいいがたいが）、保険外併用療養費の選定療養を用いず、一部保険外療養費という新類型を創設したのも、治療や手術を含めて療養の給付をより広く対象とするためであったと考えられる。一部保険外療養の導入は、必要な医療はすべて保険で給付するという医療保険の基本原則を事実上形骸化していく可能性がある。医療保険の根幹にかかわる問題であり、廃止を求めている必要がある。

2 医療保険の課題

(1)保険料負担、とりわけ国民健康保険料の軽減

以上のような改革の現状を踏まえたうえで、まず医療保険の課題を提示する。

まず低所得者に過重な負担となっている国民健康保険料などの負担軽減が課題となる。他の国に比べて社会保険料負担に占める割合が低い事業主負担と公費負担を増やし保険料を引き下げていく必要がある。とくに高すぎる国民健康保険料の引き下げが急務である。

国民健康保険の保険料は、応能負担で計算する部分（応能割＝所得額や資産額に一定の率を乗じる部分）と応益負担で計算する部分（応益割＝1世帯当たりの定額保険料である世帯平等割と被保険者1人当たりの定額保険料である均等割）から算定して賦課するよう規定されている（国民健康保険法施行令29条の7）。このうち応益割部分については、所得の有無や多寡に関係なく定額の保険料が課せられるので、強い逆進性をもっている。近年では給付と負担の均衡という観点から応益割を拡大する傾向がみられるようになり、同時に、前述した保険料の引き上げが続く、結果として保険料負担能力を超える国民健康保険料が賦課される事例も多くなっている。

現在の国民健康保険は、加入者に高齢者や非正規労働者が多く、無職者が約45%を占めるなど、医療保険の中では、加入者の所得水準が最も低い（2023年。厚生労働省調べ）。しかも、保険料の事業主負担がなく、国庫負担も削減されてきたため、医療保険の中では、保険料額が突出して高くなっている。加入者の平均所得に占める市町村国民健康保険料の負担率（10.0%）は、組合管掌健康保険加入者の負担率（5.7%）の2倍近くに及び（国民健康保険中央会「国保のすがた」2023年11月）、最も所得水準が低い国民健康保険加入者が最も高い保険料を納めている状態が続いている。

国民健康保険の現在の国庫負担は保険給付費に対して定率40%とされているが、1984年までは、加入者負担を含む医療費全体に対する定率負担40%であった。地方単独の福祉医療制度を実施した場合、国の補助率が削減されるので、医療費全体に対する国庫負担は、現在では30%程度とみられ、1984年から国庫負担は額にして約1兆円が削減されたことになる。国民健康保険への国庫負担をもとの医療費40%の水準に戻せば、約1兆円の公費増となり、国民健康保険料を協会けんぽの平均保険料並みへ引き下げることが可能となる。

また、健康保険など被用者保険についても、前期高齢者の財政調整制度と後期高齢者支援金に対して公費負担を導入し、協会けんぽへの国庫補助率は健康保険法本則の上限20%にまで引き上げ、協会けんぽ被保険者の保険料を引き下げ必要がある。そのうえで、被用者保険（厚生年金・健康保険）の標準報酬の上限の引き上げ・段階区分の見直しを行い、相対的に負担が軽くなっている高所得者の負担を増やすべきである。

社会保障費の増大に対応して保険料率の引き上げを行う場合には、原則折半になっている労使の負担割合の見直しを行い、中小企業には一定の補助を支給し、事業主負担と被保険者負担の比率を7対3程度とするなど、社会保険料の事業主負担部分を増やす方向で増収をはかることが求められる。

(2)保険料の減免の拡大と保険料滞納の給付制限の緩和

国民健康保険料については、応益部分について、2割・5割・7割法定軽減があり、条例により減額賦課される（後期高齢者医療保険料にも同様の軽減がある）。また、「特別の理由がある者」に対しては、保険料の免除またはその徴収の猶予が可能となる規定がある（国民健康保険法77条）。しかし、この規定は、限定的に解釈され、「災害その他など突発的な事情で生活が著しく困難となった者」以外には保険料の減免を認めないと規定する市町村の国民健康保険条例も違法とされないなど（東京地判1968年2月29日判例時報525号42頁。介護保険料についても同様の裁判例がある）、きわめて不十分である。

当面は、国民健康保険料の2割・5割・7割軽減を8割・9割軽減にまで拡大していくべきだろう。また、被用者保険である健康保険や厚生年金の保険料は、その年度初めの3か月の固定的賃金（諸手当を含む）に応じて算定され、4月から7月までで降給した場合には、減額改定もされることを考えれば、国民健康保険料の算定基準も、前年度の所得から3年間の平均収入にならすなどの改善が必要である。

国民健康保険料の応益負担部分の存在については、理論的根拠はなく、応能負担を貫徹すれば、一部の被保険者の負担が大きくなりすぎることを緩和するという便宜的な意味合いしかない。将来的には、国民健康保険料の応益割負担部分（均等割・平等割）を廃止し、所得に応じた定率負担にし、収入のない人や住民税非課税世帯の保険料は免除とするなどの改革が求められる（介護保険料についても同様である）。

負担能力を超えた保険料負担により、現在、国民健康保険料の滞納世帯が2割弱にのぼる。また、医療保険料については、被保険者証のマイナンバーカード化にともない、保険料滞納者への給付制限が強化されている。こうした保険料滞納者への給付制限については、患者の受診を制約することから、負担能力があるにも関わらず滞納しているような場合など必要最小限の範囲にとどめられるべきである。

(3)一部負担金の軽減、将来的な廃止

ついで、選定療養化や一部保険外療養化も含めた患者負担増を中止し、患者負担の軽減を図る必要がある。

改正健保法では、後期高齢者医療において、上場株式の配当等の金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するため、金融所得の支払にかかる報告書等（法定調書）を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等が設けられた。これにより金融資産の多い高齢者の一部負担金が増やされることとなる。自己負担面での「能力に応じた負担（応能負担）」の適用拡大とされているが、本来は、応能負担は、保険料や税にのみ適用されるもので、給付を受ける際の一部負担金については廃止、無料化すべきである。当面は、70歳以上の高齢者と18歳までの子どもの医療費の無料化を国レベルで実現すべきである。子どもの医療費助成はすべての自治体で行われているが、自治体間の格差が大きい。どこに生まれても、どこに住んでいても、医療が等しく受けられる制度とするため、国レベルでの制度の創設が必要である。徐々に無償化の範囲を拡大し、将来的に、一部負担金は廃止していく必要がある。

医療保険の制度設計については、現在の国民健康保険、被用者保険の並列状態を維持しつつも、高齢者医療については、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の高齢者も国民健康保険・被用者保険に引き続き加入したまま、現行の前期高齢者の財政調整制度を適用すべきであろう。そもそも、後期高齢者医療制度は、病気になりやすい高齢者を保険集団とする仕組みで、リスク分散が働かず保険制度として維持できない。将来的には、国民健康保険と被用者保険の各制度を一本化し、政府が保険者となり、すべての国民を対象とする医療保険制度を構築すべきである。そのうえで、前述のように、10割給付の医療保障（原則患者負担なし）を実現することが求められる。

医療費抑制政策を転換し、公費の投入による社会保険料の引き下げと医療費の増大に舵を切るべきである。そして、公費増に必要な財源は、逆進性の強い消費税ではなく、所得税や法人税の累進性を強化して確保すべきと考える。

3 介護保険制度改革の動向

(1)危機に立つ介護保険

介護を社会全体で支える（「介護の社会化」の実現）として、従来の高齢者福祉を再編した介護保険制度が実施されてから4半世紀以上を経過したが、現在の介護保険は、介護を担う人手不足が深刻化し、制度の存続すら危ぶまれている。

介護保険については「制度の持続可能性」を名目として、医療費抑制政策よりさらに徹底した給付抑制政策がとられてきた。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、介護給付費が増大し、介護保険料の引き上げにつながる。介護報酬単価の引上げは、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（65歳以上の高齢者）の保険料は、定額保険料を基本とし、逆進性が強い。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、徹底した給付抑制が進められ、介護現場の疲弊が進んでいる。

(2)利用者からみた介護保険の問題点－支給限度額と利用者負担

介護保険の問題点を、まず利用者の立場からみていこう。

医療保険の場合は、医師が必要として行った治療は、療養の給付として現物給付され、その治療については、薬の投与も含めすべて保険がきく。これに対して、現金給付である介護保険の保

険給付には、要介護度ごとに支給限度額が設けられており（介保43条）、在宅サービスを利用する場合には、この支給限度額を超えるサービスを利用した場合には、保険がきかず全額自己負担となる。支給限度額は、要介護度ごとに標準的と思われるサービス利用例から導かれたもので、介護者の状況を考慮に入れていない。

また、介護保険サービスの利用には、原則 1 割の自己負担があるため、それが負担できなければ、サービスそのものが利用できない。利用者負担の存在による利用抑制である。このため、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という）が介護サービス計画（ケアプラン）を立てるには、まず、本人（世帯）がどこまで支払えるかを確かめなければならない。ニーズを把握するのではなく、支払能力を把握する必要があるわけだ（これでは「ケアマネジメント」ではなく、「マネーマネジメント」ではないか！）。現場では、高齢者世帯が 1 か月に支払うことが可能なのは、1 万円程度で「1 万円の壁」といわれている。実際、支給限度額一杯にサービスを利用している在宅の要介護者はほとんどおらず、支給限度額に対する平均利用割合は 4 割から 6 割の範囲にとどまっている。一方で、介護扶助として現物給付され、介護保険サービスの利用者負担が生じない生活保護利用者の場合には、支給限度額に対する利用割合は 9 割近くに達している。

これに対して、施設サービスの場合は、在宅サービスと異なり、要介護ごとに設定される支給限度額は施設に支払われる介護報酬額と同じで、入所者には、要介護度にかかわらず、24 時間 365 日の介護が保障される。この仕組みだと、要介護度の高い人（最重度の要介護 5 の人の支給限度額は月約 36 万円）を多く入所させた方が施設に入る収入は増えるため、施設としては重度の人を入所させる傾向がある。

(3)消えた「介護の社会化」の理念と介護の再家族化

介護保険法の制定当時には、介護保険の導入により、これまで家族介護に依存してきた日本の介護保障制度が大きく転換され、「介護の社会化」が達成されると語られてきた。介護保険の導入で、介護を担ってきた女性が介護労働から解放されると主張する評論家もいた。しかし、介護保険法は、居宅介護の優先を掲げているが（介護保険法 2 条 4 項）、介護保険の給付水準は、在宅で 24 時間介護を保障するには程遠く、最重度の要介護 5 の人でも、身体介護の訪問介護を 1 日 3 時間、毎日利用すれば、支給限度月額に届いてしまう水準である（4000 円×3 時間×30 日＝36 万円）。保険がきくサービスで不足するサービスについては、自費で購入することが想定されているものの、それが可能なのは、ごく一部の富裕層に限られる（支給限度額を超え自費でサービスを利用しているのは、利用者全体の 1.5% にすぎない）。大多数の要介護者が居宅で暮らすには、家族など介護者がいないと不可能である。つまり、現行の介護保険は、居宅介護を優先させながらも、居宅での家族など介護者の存在（介護者による無償の介護労働）を前提にした制度設計となっている。

そのため、介護保険がはじまってからも、家族など介護者の負担は依然として重く、年間で約 11 万人もの人が親族の介護を理由に離職している。2018 年に閣議決定された高齢社会対策大綱（以下「大綱」という）では、当時の安倍政権が打ち出した「介護離職ゼロ」を受けて、「介護施設・サービスを利用できないことを理由とする介護離職者数」を 2012 年時点の 10.1 万人から、2020 年代初頭には解消することを目標としていたが、目標は達成できていないどころか、介護離職者の数は微増している。当時の政権の看板政策をそのまま引き写した目標であったためか、2024 年に改定された大綱では、この目標は跡形もなく消されてしまっている。介護離職については、政策的に放置されているといつてよい。

介護保険は、要介護者（世帯）の所得格差が介護格差に直結する仕組みとよく、住民税非課税の低所得高齢者は、従来は、サービス利用は無料であったのに（訪問介護についてい

ば、利用者の83%は住民税非課税世帯で無料であった）、介護保険になって、保険料負担が課されたうえに、1割の利用者負担が払えなければ、必要な介護サービスすら利用できなくなった。そのため、低所得世帯を中心に、経済的理由で介護保険サービスを必要なだけ利用することができず、家族などが介護を担わざるを得ない状況となり、「介護の社会化」から「介護の再家族化」への逆流現象が生じている。

(4)介護保険がもたらした「介護の商品化」

近年、「ヤングケアラー」の問題が注目を浴びているが、低所得世帯を中心に生じている「介護の再家族化」が、複数の構成員がいる世帯では、若年者であっても介護負担を分担せざるをえない傾向を強め、ヤングケアラー問題の温床になっているともいえる。

現在、増加が顕著な家族がいない独居の高齢者は孤立死の危機にさらされ、家族介護者がいても高齢である「老老介護」の場合は、共倒れや虐待、介護心中事件などにつながりやすい。実際、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は、平均して、年間40件にのぼるという調査もある。また、厚生労働省の「高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査」によると、家族など養護者による虐待は、2023年度は、1万8223件と過去最多を更新している。

介護保険給付が家族介護などの私的介護による補完を前提としており、家族介護者などの無償労働に依存せざるをえない傾向が低所得者に集中的に生じている。経済格差が介護格差に直結している状況を考えれば、介護保険導入で実現されたのは、「介護の社会化」ではなく、介護サービス利用の階層化であり、「介護の商品化」と呼ぶ方が正確だろう。利用者負担（経済的な負担）ができない人は「商品」としての介護サービスを利用（購入）できないからである。もっとも、政府（厚生労働省）内でも、介護保険の見直しを検討している国の審議会の場合でも、近年では、「制度の持続可能性」ばかりが強調され、「介護の社会化」という言葉はまさに死語になりつつある。

(5)介護報酬の低位据え置きと介護事業者の倒産等の増大

介護保険の給付抑制政策のもと、3年ごとに改定される介護報酬も、消費税増税にともなう2014年、2019年の臨時改定を除く、2018年度までの本改定のうち、名実ともに引き上げとなったのは、2009年度の改定（プラス3.0%）のみで、あとはマイナス改定、もしくは実質マイナス改定が続いた。その結果、事業所の倒産が増大、人手不足が深刻化している。

2021年度の改定は、0.7%のプラス改定となり（コロナ対応分の引き上げを除けば0.65%）、医療保険の診療報酬と同時改定となった2024年度の改定もプラス改定となったものの、改定率1.59%の微増にとどまり、介護現場の人手不足が解消されるには程遠い内容である。しかも、訪問介護の基本報酬は2%以上引き下げられた。訪問介護の収支差率が他のサービス事業と比べて高いことが理由とされているが、4割の事業所が赤字となっている一方で、サ高住など大型の高齢者住宅に利用者を囲い込むことで高収益を上げている一部大手の事業者の存在が収支差率全体を引き上げているのが実態であった。

特徴的なのは、2012年度の改定から、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ことである。介護保険がはじまってから、全体で基本報酬は平均で20%以上も下がり、介護事業所の倒産件数は、2025年には175社と過去最多を記録、休廃業・解散を含めると784社と、こちらも過去最多を更新している（東京商工リサーチ調査）。とくに、訪問介護の基本報酬の引き下げが影響して、訪問介護事業所の倒産は91件、休廃業・解散も465社（合計556社）にのぼり、いずれも過去最

多を更新している。2025年12月末には、訪問介護事業所がゼロの町村が116存在していることが明らかになっている（『しんぶん赤旗』2026年2月12日）。

(6)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、現場で働く介護職員の賃金の抑制をもたらしている。2024年は、全産業平均の月収38.6万円と比較して、介護職員の月収30.3万円と8.3万円も低くなっている（厚生労働省「賃金構造基本統計調査」）。2023年の賃金格差6.9万円からみても拡大しており、他産業の賃上げに追いついていない。

介護職員の処遇改善策として、2022年には、月額平均9000円の賃上げに相当する額を補助する仕組み（2022年10月以降は、介護報酬の介護職員等ベースアップ等支援加算に切り替え）が導入されたが、月額9000円の賃上げがあったとしても、全産業平均並みの賃金水準には遠く及ばない（現場では「一桁」足りないと批判されている！）。実際には、対象者が介護福祉士など介護職に限定されているため、事業者が加算を介護職以外の他の職員の賃上げなどに回すなどし、1人当たりの賃上げは平均で月5000円程度にとどまっている。

2025年度の補正予算で、介護事業所や施設で働く幅広い職種の賃上げ支援策として、月1万円を支給する事業が計上された。生産性の向上に取り組む事業者には月5000円を上乗せし、職場環境の改善に取り組むと4000円の賃上げに相当する額を支給する（最大で月1万9000円）。しかし、2025年12月から2026年6月の半年分の時限的な事業にとどまる。

介護職員の賃金が伸び悩んでいるのは、基本報酬が抑制・削減されているため、基本給の引き上げにまで回っていないことによる。しかも、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。

介護現場の人手不足は、もともと余裕のない介護現場の労働強化につながり、介護職員を疲弊させている。特別養護老人ホームでは月に6～7回の夜勤をこなす労働者も珍しくなく、健康を害する人も増大している。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人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ている。

2023年度には、介護保険制度の実施以来、増え続けていた介護職員数が初めて減少に転じ、全国で212.6万人となった。これは前々年度（2021年度）の214.9万人よりも少ない水準である。厚生労働省が、第9期介護保険事業計画（2024年度～2026年度）の介護サービス見込量等にもとづき、各都道府県が推計した介護職員の必要数を集計した結果によれば、2026年度には約240万人が、2040年度には約272万人がそれぞれ必要と推計されている（厚生労働省「第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」）。ただし、都道府県別の介護職員必要数と充足見込数（「現状推移を見込んだ介護職員数」）には大きな開きがあり、2026年度には、必要数240万2433人に対して、充足見込数は218万120人しか確保できず（充足率は90.7%）、2040年度には、必要数272万2313人に対し充足見込数は210万6023人で充足率は77.4%にとどまる。このペースで介護職員の減少が進めば、高齢化のピーク時期（2040年）に大幅な介護職員の不足が全国各地で起こる懸念がある。

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。全国的に30代、40代のヘルパーのなり手がなく、60歳以上が半数を占めるなど高齢化が進んでいる。ヘルパーの有効求人倍率は1.4（全産業平均1.23）にのぼっており、破局的な人手不足に陥っているといつてよい。

ヘルパーの約8割を非正規が占めているが、介護報酬の出来高払い方式のもと、移動時間や待

機時間、利用がキャンセルになった場合には報酬が支払われない。ヘルパーの訪問時間の短時間化も進められ、生活援助では45分以上は同じ報酬となり、身体介護も長時間の単価が引き下げられ、駆け足介護といわれるように、やりがいも失われている。このままでは、10年も経ないうちに、全国にヘルパーはいなくなってしまう可能性がある。

(7)人手不足への対応策

現場の人手不足に対応するため、厚生労働省は「2040年に向けたサービス提供体制の在り方検討会」を設置し、検討を進めている。検討内容は、中山間・人口減少地域では、事業者間の連携、協働化、大規模化として整理統合を目指し、大都市部では、ICT（情報通信技術）やロボットなどテクノロジーの活用等で対応するというものである。

前者では、中山間・人口減少地域でもサービス基盤を維持するため、柔軟な対応を提示し、たとえば、訪問介護について、現行のサービス提供回数に応じた出来高報酬と、包括的な評価（月単位の定額払い）のいずれかから選択可能とすることも提案されている。この仕組みでは、地域によって、人員配置基準が変わるなど、受けられる介護に格差が生じることを許容することとなり問題がある。後者については、介護現場の「生産性の向上」（最小のインプットで最大のアウトプットをめざす。つまり、より少ない人数でより多くの人を介護することをめざす）が掲げられ、ICTの導入を前提とした介護保険施設の基準省令改正により、人員配置基準の緩和がなされている。コストパフォーマンスが至上命題とされ、ゆとりのある人員配置が非効率とみなされ削減を迫られている。しかし、そもそも、「生産性の向上」といった経済・経営用語を、ケア労働の分野に持ち込むこと自体が問題である。より少ない人数でより多くの人を適切に介護することなど不可能だからである（強引に行おうとすれば、介護事故が多発するか、介護職員が疲弊し倒れてしまうだろう）。介護ロボットも普及は遅れており、センサーなどの導入だけ人員配置基準を緩和すれば、介護職員にとっては労働強化となり、職員の離職を加速するおそれがある。

さらに、人手不足から介護に不向きな人も雇わざるをえず、介護事故や利用者に対する虐待も増大している。厚生労働省の調査では、介護施設の職員らによる虐待は、調査の公表がはじまった2006年度が54件であったが、2023年度は1123件（前年度比31.2%増）にのぼり（同年度は5人の死亡が確認されている）、調査開始以来、過去最多となっている。

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・紹介会社を利用する施設が増え、人材派遣の介護職員の確保が常態化しつつある。しかし、派遣会社等に支払う派遣料は高額で、事業者の経営を圧迫しているうえに、人材派遣会社経由で就職してもすぐ離職したり、トラブルも多い。ハローワークなど公的紹介事業が十分に機能しておらず、体制を強化するとともに、派遣料の上限設定など人材派遣会社への規制強化が必要である。

2026年6月には、改正介護保険法が成立した。同改正では、人口減少地域での介護サービスの人員配置基準の緩和や月単位の定額介護報酬の導入ができる「特定地域サービス」が創設される。同サービスの提供も困難な場合には、要介護1～5の認定者への居宅サービスを保険給付から外し、市町村が地域支援事業として居宅サービスを提供できる仕組みとする。しかし、地域支援事業には、人員配置の規定がないうえ、予算に上限があるために、サービスの質の低下や地域間格差の拡大が懸念される。また、特定地域は、市町村単位に限定されないため、広範な地域に拡大される可能性が否定できない。さらに、住宅型有料老人ホームの入居者を対象に、ケアプラン作成に一部自己負担が導入されるが、将来的なケアプランの全面有料化の布石ともとれる。

4 介護保険制度の課題

(1)高齢者医療費の抑制と介護による医療の下請化、医療の安上がり代替

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考察する。

介護制度導入の最大の目的は、医療費（とくに高齢者医療費）の抑制と介護による医療の下請化、医療の安上がり代替にあったといえる。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サービスとして、介護保険の給付で行うことにより、増え続ける医療費、とくに高齢者医療費を抑制するために構想された制度であった。

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、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、介護保険制度の導入には、介護による医療の下請化、医療の安上がり代替という狙いもあった。介護保険制度は、本来は「看護」と同じケア労働に属する「介護」を「看護」から意識的に分離することで、医療における看護師とは異なって、専門性や労働条件の面でより低い水準の「介護」労働者概念を作り出し、それを前提とした制度設計となっている。介護労働者の給与の原資となる介護報酬は、診療報酬より低位に据え置かれ、介護職は安上がりな労働力として位置付けられた。それにより、介護職による医療の（安上がりな）下請けが可能になったともいえる。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だからである。

介護保険による医療の安上がり代替は、医療費抑制政策の一環としてとられたが、医師や看護師が不在でも、介護職に一定の医療行為を認めることで、介護現場では医療従事者が手薄となり、医療から切り離されていくこととなった。それが、新型コロナのパンデミックでは、多くの高齢者が施設に留め置かれ、必要な医療が受けられないまま亡くなるという事態（「留め置き死」）を招く結果となった。

(2)公的責任の縮小と介護の市場化

介護保険のもうひとつの目的は、従来の自治体責任によるサービス提供の仕組みを個人給付・直接契約方式に転換し、公的責任を縮小し、公費を抑制するとともに、在宅事業への企業参入を促し、供給量の拡大を図る点にあった。

1990年代後半から、社会福祉分野では、社会福祉基礎構造改革と称して、自治体の責任でサービスを提供（現物給付）する措置制度の解体が進められた。介護保険法は、その先駆けと位置付けられ、措置制度のもとでの自治体によるサービス給付（現物給付）から、要介護認定により給付資格を認められた要介護者へのサービス費用の給付（現金給付）へ（個人給付方式）、さらに、要介護者が事業者と契約を締結してサービスを利用する仕組みに転換された（直接契約方式）。同時に、認定を受けた要介護者への給付金を事業者が代理受領することで、従来の補助金のような使途制限がなくなり、在宅事業への株式会社などの参入を促し、供給量の拡大を図ることも意図された制度であった（介護の市場化、もしくは介護の商品化）。

確かに、2000年の介護保険導入以降、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、株式会社であれば、介護報酬は、まずは株主の配当などに優先的に配分され、人件費は抑制されるため、介護報酬の低位据え置きと相まって、前述のように、介護職員の労働条件は急速に悪化した。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り、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。

(3)立法的課題

以上の考察を踏まえ、介護保険制度の課題を提示する。

まず立法的課題として、第1に、経済的理由による要介護者の介護サービスの利用抑制やそれが低所得者に集中的に生じている事態をなくすため、1割（所得により2割・3割）の利用者負担を廃止する法改正が必要である。ドイツの介護保険給付は、10割給付が原則となっており、利用者負担が存在しない。同時に、施設入所者の負担軽減をはかり、特別養護老人ホームの入所者などへの補足給付については資産要件を廃止する必要がある。

第2に、介護サービス、とくに施設不足による給付受給権の制約をなくすため、国や自治体の介護サービスの整備責任を介護保険法に明記し、施設建設費補助への国庫補助を復活させ、不足が顕著な特別養護老人ホームの増設を進めるべきである。先進諸国の経験から、少なくとも、高齢者人口の5%程度の定員分の介護施設の整備が必要と考える。

第3に、身体的自立度に偏向している現行の要介護認定を廃止し、ケアマネジャーと本人・家族の合議でケアプランを作成し、ケアプランに基づくサービスをすべて利用できる仕組みとする必要がある。要介護認定の廃止により年間600億円の要介護認定の事務費が軽減できる。要介護度ごとに設定されている支給限度額も廃止し、支給限度額に縛られず必要なサービスの利用を可能とすべきである。

第4に、第1号被保険者の介護保険料を所得に応じた定率負担に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、保険料賦課対象所得の3.4%（2023年7月から）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。

第5に、老人福祉法の福祉の措置の対象範囲を広く解し、本人が経済的理由で利用者負担ができずに、サービスを利用することが困難な場合などにも措置の対象としたうえで、老人福祉法を改正し、同法に高齢者の措置請求権や手続的権利を明記するとともに、市町村責任の強化をはかる必要がある。

(4)介護人材の確保

介護人材の確保については、介護職員の大幅賃金引上げ（少なくとも全産業平均までの引き上げ）と人員配置基準の引き上げが不可欠である。しかし、それには介護報酬の大幅引き上げが必要となり、介護保険料の引き上げにつながる。前述のヘルパー裁判は、ヘルパーなど介護職員の処遇改善を図ろうとすれば、保険料の負担増につながる介護保険の仕組みでは、介護職員の処遇改善には限界があり、必然的に人手不足に陥ること、介護報酬とは別枠で、公的責任（公費）による人材確保が不可欠なことを明らかにしたといえる。

それゆえ、介護人材の確保については、介護報酬とは別枠で、介護職だけでなく看護職や事務職員も対象とした公費による処遇改善交付金を創設すべきと考える。自治体レベルでも、自治体の独自財源により処遇改善交付金を創設し、介護職などの賃上げを行うなどの施策が求められる。とくに人手不足が深刻なヘルパーについては、介護報酬の仕組みから切り離し、市町村の直営・委託で行う方式に変更し、公務員ヘルパーを自治体が積極的に雇用していく必要がある（ヘルパーの公務員化）。当面は、とくに訪問介護事業所が少ない、もしくはゼロの地域では、自治体が訪問介護事業所の指定をとり、直営で訪問介護事業を行い、ヘルパーの公務員化を進めるべきと考える。

(5)介護手当（現金給付）と介護者支援給付の制度化

加えて、介護手当（現金給付）と介護者支援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、居宅介護を優先させながらも、家族など介護者の存在を前提とした制度設計になっている。この点はドイツの介護保険も同様だが、ドイツでは、在宅介護について、介護者への介護手当のほか、介護者支援給付が制度化されている。

介護手当は、要介護2以上（ドイツでは、要介護度が要介護1から5までの5段階の介護等級）の要介護者が居宅介護の枠内で受給できる。介護手当とサービス給付を選択でき、あるいは併用することも可能である（ただし、介護手当を選択した場合の支給額はサービス給付よりも低い水準となる）。要介護認定の決定が行われたのちも、保険者である介護金庫は、職員を通して、介護相談を行うよう義務づけられ、介護手当が選択された場合でも、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、要介護者宅に派遣することが義務付けられている。

また、介護者支援給付では、在宅で要介護2以上の要介護者の介護を業務としてではなく、かつ週10時間以上、2日以上、定期的に行っている家族もしくは近隣の人（介護者）に対して、年金保険料や医療保険料の負担、労災保険の給付などが提供され、介護者が介護に基づく傷病に遭遇した場合には、労災の給付対象となる。さらに、日本の介護休業給付金に相当する介護支援手当も定められており、10日の介護休業に対して、喪失した実質賃金の90%分が、保険者（介護金庫）から支払われる。

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支援などにとどまり、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。介護者へ支援は制度的には皆無といっても過言ではなく、要介護認定を受けても、介護者が介護を続け、要介護者が介護サービスを利用しなければ、なんの給付もない。ドイツのような介護手当や介護者支援給付を導入すれば、介護者のケア労働を正に評価することができ、介護者の支援にもなる。それに伴う給付費の増大＝介護保険料の引き上げについては、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。

(6)介護保険から介護保障へ

とはいえ、すでに、介護保険そのものが、「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、税方式への転換が不可欠といえる。

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したうえで、介護保険法は廃止し、高齢者の福祉サービスの提供は、個人給付・直接契約方式ではなく、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公費（税）方式に転換する必要がある。この方式であれば、私立の事業者は、委託費を受けて運営する形となり、出来高払いの介護保険より運営の安定性を確保できる。委託費を増額していけば、基本給の底上げなど労働条件の改善も可能となる。介護保険から介護保障（公費方式）への転換が議論される時期にきている。