

コロナ禍の介護労働者と介護保険の課題

伊藤 周平

鹿児島大学法文教育学域法文学系法文学部教授

問題の所在

—コロナ禍で明らかになったこと

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、日本の社会保障の制度的脆弱さを浮き彫りにした。

とくに、2021年7月からの第5波では、同時並行で開催された東京オリンピックの影響もあり、感染者数が全国で連日1万人を超える爆発的な感染拡大となった。第5波は、感染力の強い変異株（デルタ株）の影響で、感染者の重症化のスピードが速く、感染拡大地域では、医療提供体制がひっ迫し、入院できない自宅療養の患者が激増、自宅療養中や入院調整中に容体が急変して亡くなる人が続出した。救える命が救えない「医療崩壊」というべき事態が生じたのである¹。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政策のツケが回ってきたといえる²。

いとう しゅうへい

東京大学大学院社会学研究科博士課程単位取得退学。社会学修士。専門は、社会保障法。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、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）、『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）など。

慢性的な人手不足にみまわれ、低く据え置かれた介護報酬により制度基盤が脆弱な介護の現場も、新型コロナの感染拡大で、深刻な事態に見舞われた。医療従事者とともに、介護現場の従事者（以下「介護労働者」という）も、高齢者の生活を支え、社会を維持するために、必要不可欠な仕事を担う労働者（エッセンシャルワーカー）と社会的に認識されたものの、その役割にふさわしい扱いを受けていないどころか、きわめて劣悪な待遇に置かれていることも明らかになった。

本稿では、これまでの給付抑制策を中心とした介護政策が、介護労働者の労働条件の悪化と人手不足を生み出し、コロナ禍による深刻な事態を引き起こしたことを明らかにし、介護保険のありかたも含めた今後の課題を展望する。

介護保険制度改革の展開

「介護の社会化」を理念に、介護保険制度が2000年4月から始まり21年が経過したが、この間は、介護費用（より正確に言えば、利用者負担分を除いた介護給付費）の抑制策の連続であったといえる。

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、高齢者の介護保険施設やサービス利用が増え、また介護労働者の待遇を改善するため、介護保険施設や事業者に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

図表1 介護報酬の改定率の推移

改定年	改定率	
2003年度	▲ 2.3 %	
2006年度	▲ 2.4 %	ホテルコスト導入
2009年度	+ 3.0 %	
2012年度	+ 1.2 %	実質▲0.8% (処遇改善交付金を介護報酬に編入)
2014年度※	+ 0.63%	※消費税増税に対応
2015年度	▲ 2.27%	処遇改善等で+2.21%、基本報酬で▲4.48%
2018年度	+ 0.54%	通所介護等で▲0.5%の適正化
2019年度※	+ 1.14%	※消費税増税に対応

(出所) 林 (2021) 24 頁。

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。低所得による保険料免除を原則認めず、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ある。そのため、保険料の引き上げには限界があり、保険料負担を抑えるべく、制度見直しのたびに、保険給付の縮小や利用者負担の増大といった給付抑制策が進められ、介護現場の疲弊が進んだ。

具体的には、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年の介護保険法の改正からはじまって、2014年の改正では、要支援者(要支援1・2の判定の人)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(2018年3月に完了)、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利用者負担を2割とする改正が行われ(2015年実施)、2017年の改正では、現役並み所得者について利用者負担が3割とされた(2018年度実施)。

引き下げ連続の介護報酬と 介護事業の倒産の増大

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・2019年度の臨時改定を除く、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である(図表1)。

2012年度改定からは、加算による政策誘導の流れが強められ、介護事業所間での格差が拡大、とくに、2015年度改定では、基本報酬が過去最大の4.48%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後、一度もプラスになったことがなく、「そもそも経営的に成り立たないという極めて不正常な状態」(林 2021:24)が続いている。

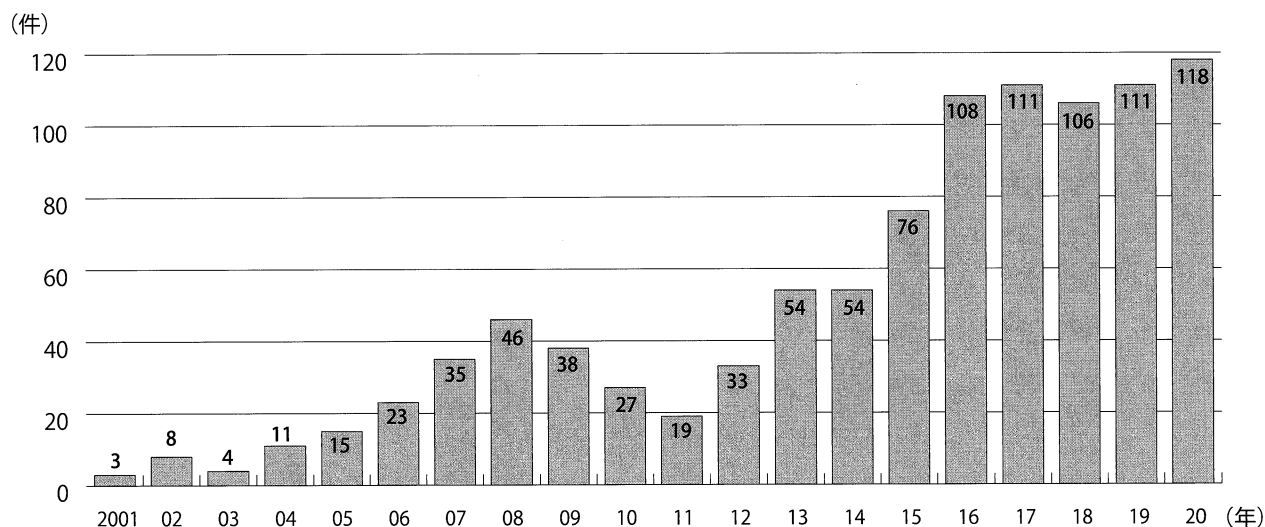
こうした給付抑制＝介護報酬の引き下げに新型コロナの影響が加わり、老人福祉・介護事業の倒産件数は、2020年には118件と過去最多を記録した(図表2)。資金力に乏しい小規模・零細事業者の倒産が目立ち、倒産件数に含まれない廃業は455件(前年比15%増)と、こちらも過去最多となっている(東京商工リサーチ調査による)。

深刻化する人手不足 —ヘルパーは「破局的人材不足」

介護報酬の抑制政策は、必然的に、介護労働者の賃金の抑制をもたらしている。

厚生労働省は、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、介護労働者の給与を月平均1万円程度引き上

図表2 老人福祉・介護事業の年次推移



(出所) 東京商工 research 「2020年『老人福祉・介護事業』の倒産状況」

げる処遇改善加算を新設した臨時的報酬改定が行われた。とはいえ、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、それまでの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、介護労働者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、ほとんど横ばいであって上がっていない。

そして、介護労働者の賃金の抑制は、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、労働者を疲弊させ働き続けることを困難にしている。特別養護老人ホームでは月に6～7回の夜勤をこなす介護労働者も珍しくなく、健康を害する人も増えている。介護現場では、慢性的な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増え、人材派遣による介護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。

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労働者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。経験を積んだ介護労働者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訪問介護員（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、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年も経ないうちに、ヘルパーはいなくなってしまう可能性が高い。ヘルパーの有効求人倍率は、2019年の平均で約15倍と（厚生労働省集計）、異常な高水準に達し、「破局的人材不足」（井口 2020:16）に陥っていると見てよい。こうした現状を放置している国の無策に、2019年11月には、現場のヘルパー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。

コロナ禍の介護現場と介護労働者

一方、コロナ禍で、サービスの利用控えや外出自粛により、在宅の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には状態の悪化、認

知症の進行、身体機能の衰えが起きている。在宅サービスを提供する事業者の側も、利用に応じて介護報酬が支払われる仕組みの中で、利用者の減少で収入が減少し、小さな事業所は閉鎖が相次いでいる。

高齢者施設も深刻である。厚生労働省の2021年3月1日時点でのまとめでは、累計のクラスター（感染者集団）の件数は、高齢者施設が1089件で最も多かった。現時点では、高齢者へのワクチン接種が進み、高齢者施設でのクラスター発生は減少しているが、コロナ禍で、外出や家族を含め施設外の人との面会が原則禁止となっていたため、施設入所者も、認知症の進行や身体機能の衰えが目立ち始めている。

新型コロナウイルス罹患による福祉施設の介護労働者の労災は、2020年には1600件発生しており、全産業の26.5%を占め、突出して高くなっている（厚生労働省「2020年労災発生状況」）。高齢者施設の職員、在宅サービスのヘルパーへの迅速なワクチン接種の促進とともに、すべての介護労働者（介護職のみならず事務職も含む）に対して定期的なPCR検査（少なくとも週1回）を早急に国の負担で実施する必要がある。

また、いまだに不足しているゴム手袋をはじめとしてマスク、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、介護施設・事業者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。さらに、介護施設・事業所に対して、利用者の減少などに伴う減収を公費で補償すべきである。

コロナ禍で行われた2021年度の介護報酬改定では、全体で0.7%のプラス改定となり、うち0.05%は、新型コロナ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%上乗せされる（2021年9月末まで）。しかし、わずか0.7%（コロナ対応分を除けば0.65%）のプラス改定で、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。それどころか、2021年改定では、少ない人数で介護にあたるための環境整備と称して、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」とするなどである。人手を機械で置き換えたり、利用者定員を増やすことで、職員配置基準を引き下げ、人手不足に対応しようというわけである。とはいえ、機器の導入で人員を減らせるエビデンスはなく、逆に担当する介護労働者の負担が増大し、今以上の労働強化につながり、心身の過労による休職・離職で人手不足に拍車がかかる可能性が高い。

介護保険の抜本的改革から 税方式による介護保障へ

以上の現状を踏まえれば、介護保険の抜本的改革が不可避となろう。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必要となる。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、住民税非課税の第1号被保険者については介護保険料を免除すべきである。

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的見直しを行い、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る。

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、介護報酬とは別枠の公費負担で、介護労働者（看護職員や事務職員も含む）を対象とした処遇改善交付金を創設し、全産業平均水準給与への引き上げ（月額約10万円のアップ）を行うべきである。人手不足が深刻なヘルパーについては、市町村の直営・委託で訪問介護を行う方式にして、公務員化をはかるべきと考える。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必要がある。

とはいえ、すでに介護保険そのものが、給付抑制政策の連続で「保険料あって介護なし」の状態に陥り、制度としての信頼を失い「国家的詐欺」(日下部2016:141)とまでいわれている。社会保険方式で介護保障を行うことの限界は明らかといえる。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、税方式で自治体の責任(現物給付)により行う総合福祉法を制定すべきと考える⁴。

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(いわゆる「地域包括ケアシステム」の構想)。しかし、こうした方向は介護保険の給付抑制政策によりすでに破綻している。福祉サービスの提供は税方式とし、現在の介護保険の給付のうち訪問看護など医療サービスは医療の給付に戻し、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すべきである。施設入所者や在宅の高齢者への迅速かつ適切な医療提供体制の構築は、今回のコロナ禍のようなパンデミック対策としても不可欠である。

また、現在の保育所利用と同様に、市町村(自治体)と要介護高齢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(民間事業者に委託してサービス提供を行う方式)に転換する必要がある。委託方式に変えれば、利用定員に応じて委託費が支払われるので、コロナ禍のような利用控えが生じても減収はなく介護事業者の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、介護労働者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、これらの公費財源は消費税ではなく、所得税や法人税の累進性を強化して確保するべきだろう⁵。

このままでは、介護労働の担い手不足による介護保険の制度的破綻は時間の問題といえる。介護現場から、介護保険の廃止と税方式への移行をも含めた介護保険の抜本的改革を提案していく運動を起こすべきと考える。■

《注》

- 1 第4波(2021年4月下旬~5月上旬)の際には、医療現場では、高齢者は「延命措置を希望しない」という意思表示がないと入院できないなどの「いのちの選別」まで起きた。詳しい実態については、古賀(2021)13-14頁参照。
- 2 詳しくは、伊藤(2021b)21-28頁参照。
- 3 ヘルパー国家賠償訴訟の当事者の声については、伊藤(2020)15-16頁参照。
- 4 総合福祉法の構想について詳しくは、障害者生活支援システム研究会(2013)第3章(伊藤周平執筆)参照。
- 5 消費税に依存しない社会保障財源の確保については、伊藤(2020)終章参照。

《参考文献》

- 井口克郎(2020)『『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』277号
- 伊藤周平(2020)『消費税増税と社会保障改革』ちくま新書
- 伊藤周平(2021a)『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
- 伊藤周平(2021b)「コロナ禍があばく社会保障の脆弱さと政策課題—医療・介護・雇用政策を中心に」伊藤周平編著『コロナがあばく社会保障と生活の実態』自治体研究社
- 日下部雅喜(2016)「介護保険制度への改革提言」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—総合事業と地域包括ケアシステムへの課題』自治体研究社
- 古賀典夫(2021)「医療崩壊といのちの選別」『賃金と社会保障』1777号
- 障害者生活支援システム研究会(2013)『権利保障の福祉制度創設をめざして—提言・障害者・高齢者総合福祉法』かがわ出版
- 林泰則(2021)「分岐点としての介護報酬2021年改定—日常のケア実践から介護改善運動を」『医療労働』645号