

# 医療・介護一体改革と 医療・介護総合確保法の諸問題

伊藤周平（司法政策研究科教授）

## 目次

- I 問題の所在－医療・介護総合確保法の成立と消費税増税の先送り
- II プログラム法にみる医療・介護分野の改革の方向性
  - 1 プログラム法にみる医療・介護分野の改革方針
  - 2 医療制度改革－医療提供体制の改革と療養の範囲の適正化
  - 3 介護保険制度改革－保険給付の範囲の適正化と利用者負担の増大
- III 医療・介護総合確保法の諸問題
  - 1 医療・介護総合確保法の目的とねらい
  - 2 改正医療法の諸問題
  - 3 改正介護保険法の諸問題
- IV 医療・介護一体改革と診療報酬・介護報酬改定
  - 1 医療・介護費抑制の中の診療報酬・介護報酬改定
  - 2 病床機能の再編と2014年診療報酬改定の諸問題
  - 3 介護費抑制と2015年介護報酬改定の諸問題
- V 改革のゆくえと課題
  - 1 国民健康保険の都道府県単位化をめぐって
  - 2 混合診療をめぐる問題－患者申出療養制度の創設
  - 3 今後の課題

## I 問題の所在－医療・介護総合確保法の成立と消費税増税の先送り

2014年12月、内閣府が発表した7～9月期の国内総生産（GDP）の修正値は、物価変動の影響を除いた実質で前期比0.4%減、年率換算で1.9%減と、2四半期連続のマイナスとなり、2014年度はマイナス成長となるおそれもでてきた。安倍政権の経済政策（アベノミクス）により、円安が続き、生活必需品を中心に物価が上昇、実質賃金は、2014年12月まで18か月連続で前年比減少をつづけ

ている。これに、2014年4月からの消費税増税が家計を直撃、GDPの約6割を占める個人消費が低迷し、民間企業の設備投資も2四半期連続で減少しており、日本経済は、増税により景気後退局面に入ったとみてよい。

こうした中、安倍首相は、消費税率10%引き上げを2015年10月から2017年4月に先送りすることを宣言、衆議院の解散・総選挙に打って出た。アベノミクスの失敗が明らかになり、内閣支持率が大きく低下する前に、安倍首相の悲願である改憲を実現するため、長期政権を狙って、野党の準備が整わないうちに、解散・総選挙に打って出たとみられる。それが奏功したのか、小選挙区制度に内在する問題もあって、総選挙で、与党の自民党・公明党は、300議席を上回る議席を獲得した。また、安倍首相は、消費税率10%の引き上げに際しては、財務省を納得させるためか、景気条項を削除するとし、いわば退路を断った形だ。ただ、景気後退局面に入った日本経済を立て直すには、消費税を5%に戻すしかなく、現在のアベノミクスの手法では、不況下での再増税になる可能性が高い。

2014年7月に、厚生労働省が発表した2013年の国民生活基礎調査（2012年の所得）によれば、日本の貧困率は、厚生労働省が貧困率を算出し始めた1985年以来、最悪の16.1%に達した（当時の人口換算で2053万人に相当）。なかでも、子どもの貧困率は、子育て世代の非正規雇用の増大などの影響で、前回より0.6ポイント悪化し、全体より高い16.3%と、これまた過去最悪となっている。OECD諸国の中で最悪水準のひとり親世帯の貧困率も、前回50.8%から54.6%に悪化、これに消費税増税と年金・手当等の削減では、子どもの貧困率がさらに上昇し、貧困の世代間連鎖が加速することは必至である。

もともと、今回の消費税増税は、社会保障の充実を名目にしてしたが、安倍政権は、充実どころか、2012年8月に、消費税増税法とともに成立した社会保障制度改革推進法（平成24年法律64号。以下「改革推進法」という）にもとづき、社会保障給付の抑制や社会保障費の削減を進め、貧困の拡大を放置・助長している。2013年8月には、社会保障制度改革国民会議が「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」と題する報告書をまとめ（以下「国民会議報告書」という）、それを受けて、安倍政権は「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」を、同年10月に国会に提出、同法案は

12月5日に成立した（平成25年法律123号。以下「プログラム法」という）。翌日成立した特定秘密保護法のかげに隠れて、プログラム法については、マスコミでほとんど報道されなかったが、同法の成立により、2014年から2017年にかけて、社会保障改革のための関連法案が国会に提出され改革が実施に移される<sup>(1)</sup>。そして、その第一弾として、2014年2月に、医療法など19の法律を一括改正する「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案」が国会に提出され、6月18日に成立した（平成26年法律83号。以下「医療・介護総合確保法」という）。

本稿では、まず、プログラム法にみられる医療・介護分野の改革方針を概観し（Ⅱ）、成立した医療・介護総合確保法の諸問題を、医療法と介護保険法の改正を中心に考察する（Ⅲ）。ついで、医療・介護総合確保法がめざす医療と介護の提供体制を中心とした一体改革（以下「医療・介護一体改革」という）の先駆けともいえる2014年診療報酬改定、そして、2015年の介護報酬改定の諸問題をそれぞれ検討する（Ⅳ）。そのうえで、2015年以降に予定されている国民健康保険の都道府県単位化などの改革動向を考察し、今後の課題を展望する（Ⅴ）。

## Ⅱ プログラム法にみる医療・介護分野の改革の方向性

### 1 プログラム法にみる医療・介護分野の改革方針

#### (1) プログラム法の基本的考え方

まず、プログラム法にみられる医療・介護一体改革の方向性を概観しておこう。

プログラム法は「受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図る」ことを目的とし（同法1条）、政府が「住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図る」ことを規定している（同法2条）。これらの規定は、改革推進法1条にいう「安定した財源を確保しつつ受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため」に改革を推進するという基本的考え方に依拠している。

ここでいわれている「受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度」という考え方は、いわゆる「見返り」論であり、「負担なければ給付なし」と

いう保険原理を徹底する規定といえる。国民会議報告書も、社会保障の中心を社会保険に置き、社会保険制度の特徴を「保険料を支払った人にその見返りとして受給権を保障する仕組み」にあるとしている。そして、2000年から実施されている介護保険制度が、原則として、低所得を理由とした保険料減免を認めず、月額1万5000円という低年金の高齢者からも年金天引きで保険料を徴収し（特別徴収）、給付費総額と保険料が連動する仕組みであり、この「見返り」論を具体化した制度であった。2008年には、後期高齢者医療制度が導入され、高齢者医療でも、保険料の年金天引き、高齢者医療費と保険料が直結する仕組みがつくれ、国民健康保険料滞納者への資格証明書の発行など、保険料滞納の場合の給付制限も強化されていった。

しかし、そもそも、社会保障の給付を受けることは、日本国憲法（以下「憲法」という）25条1項にいう「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」にほかならず、受給権は、必要（ニーズ）に応じて発生するのであって、保険料負担の見返りとして発生するわけではない。歴史的にみても、社会保険制度は、保険原理を扶助原理（社会原理）により克服した形で構築されてきた経緯があり、強制加入を原則とする社会保険は、保険料負担能力の低い人も被保険者とするのであるから、それらの人には保険料の減免が当然の前提とされている（応能負担原則）。保険料負担を前提としない給付が存在することこそが「社会保険」の特徴であり、「見返り」論は、そもそも成り立たない。プログラム法や改革推進法は、そうした憲法の規定や歴史的経緯、応能負担という自明の原則を無視している。

何よりも、社会保障は、住民相互の「助け合い」や「支え合い」を支援する制度ではない。前述のように、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」と規定して、国（都道府県や市町村など自治体も含むとされている）の社会福祉・社会保障における責任を明らかにしている。そして、ここで保障されるべき生活は、文字どおりの生存ぎりぎりの「最低限度の生活」ではなく、「健康で文化的な」ものでなければならないと解されている。この憲法の規定を踏まえ、社会保障を定義するならば、憲法25条にもとづいて、失業しても、高齢

や病気になっても、障害を負っていても、どのような状態にあっても、すべての国民に「健康で文化的な最低限度の生活」を権利として保障する制度ということができる。

以上から、改革推進法やプログラム法にみる社会保障の捉え方は、国家責任の原則を看過した歪曲であり、国民の生存権を規定した憲法25条の「解釈改憲」といえる<sup>(2)</sup>。両法で、こうした「解釈改憲」による社会保障概念の歪曲が行われているのは、公的責任（とくに国の責任）の範囲を縮小し、社会保障の削減を進めようとの政策意図にもとづく。

## (2) 医療・介護分野の改革方針—医療・介護一体改革の本質

一方、プログラム法では、改革の対象分野として、少子化対策、医療・介護、年金制度の3分野が挙げられているが、重点が置かれているのは、医療・介護分野である。これは国民会議報告書も同じで、その背景には、少子化対策の分野では、子ども・子育て関連3法が成立（2012年8月）、年金分野でも、2012年から2013年にかけて年金関連法が成立しており、残る改革の分野は、医療・介護分野だという認識があったものと考えられる。

国民会議報告書は「『医療から介護へ』、『病院・施設から地域・在宅へ』という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字通り一体となって行われなければならない」と、医療・介護分野の改革を一体的に進める必要性を強調している。もともと、介護保険制度導入の目的は、当初いわれていた「介護の社会化」というより、増え続ける高齢者医療費を抑制するため、医療保険の給付対象としていた医療を介護保険の給付対象に移すこと、いわば介護保険による医療の安上がり代替という点にあった。同じ医療行為を介護保険で給付するのと、医療保険で給付するのでは、介護報酬と診療報酬の差を見れば、どちらが安上がりかは一目瞭然であろう。また、介護保険の給付には医療保険の給付と異なり、給付上限が存在するため、医療費より給付費を抑制しやすい。この目的に沿って、たとえば、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<sup>(3)</sup>。そして、今度は、提供体制についても、医療・介護一体改革が打ち出されるに至ったわけである。

プログラム法によれば、医療・介護分野での政府の役割は「個人の選択を尊重しつつ、個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な健康維持増進への取組を奨励する」（同法4条2項）、「個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励する」（同法5条1項）ことに置かれている。すでに、介護保険法4条は、要介護状態になることを予防するための国民の健康保持増進義務を定めており、こうした規定は、後述の医療法改正（6条の2の新設）にもみられる。いずれも医療・介護保障についての公的責任を限りなく縮小し、健康の保持増進も含めて個人の自助（自己責任）に委ねる改革の方針が鮮明に現れているといつてよい。

### 3 医療制度改革－医療提供体制の改革と療養の範囲の適正化

#### (1) 医療提供体制の改革

プログラム法に規定された医療制度改革の項目をみると、第1に、医療提供体制の改革について、①病床機能報告制度の創設、②都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化および連携、③新たな財政支援制度の創設、④医療法人制度の見直しが規定され（4条4項）、これらの見直し項目はいずれも、後述のように、医療・介護総合確保法において具体化されている。

医療提供体制に関して、プログラム法は「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステムを構築」するとし、地域包括ケアシステムを「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義している（同法4条4項）。

医療提供体制の改革の中心は、後述するように、病床の機能分化を進め、急性期医療の病床削減と入院期間の短縮化により医療費を抑制、その受け皿を、介護サービス提供体制と一体的な改革による「地域包括ケアシステム」の構築で対応するという構想である<sup>(4)</sup>。

## (2) 医療保険制度の財政基盤の安定化と保険料負担の公平の確保

第2に、医療保険制度の財政基盤の安定化と保険料負担の公平の確保として、①国民健康保険に対する財政支援の拡充、②国民健康保険の都道府県単位化、③低所得者の国民健康保険料および後期高齢者医療保険料の軽減、④被用者保険にかかる後期高齢者支援金の全面報酬割化、⑤被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し（定率補助の廃止）、⑥国民健康保険料の賦課限度額および被用者保険の標準報酬月額上限の引き上げなどが規定されている（4条7項1号・2号）。

このうち、②は、国民健康保険の財政運営を担う主体（保険者）を、現在の市町村から都道府県に移行し、保険料の賦課徴収・保健事業などは、引き続き市町村が担う仕組みが構想されており、①の国民健康保険への財政支援の拡充を前提として進められる。しかし、国民健康保険の都道府県単位化には、現在の市町村による一般会計法定外繰入の廃止などで、国民健康保険料（税）が大幅に引き上げられるおそれがあること、国庫負担のさらなる削減により国の財政責任が後退すること、現在の後期高齢者医療広域連合にみられるように、身近な市町村窓口での相談機能が低下することなどの問題がある<sup>(5)</sup>。

また、④の総報酬割とは、後期高齢者支援金のうち被用者保険が負担する分について、各被用者保険の総報酬に応じた負担とするもので、大企業の加入する健康保険組合では、標準報酬の高い加入者が多く負担割合が増え、逆に中小企業が加入し標準報酬が低い加入者の多い協会けんぽ（健康保険協会管掌健康保険）では負担が減る。2008年4月からはじまった後期高齢者医療制度にもとづく後期高齢者支援金と、前期高齢者医療費調整制度にもとづく前期高齢者納付金は年々増大、健康保険など被用者保険の財政を悪化させる大きな要因となっており、被用者保険側から改革要求が相次いでいた。すでに、協会けんぽに対する財政支援措置として、被用者保険の後期高齢者支援金の3分の1が総報酬割とされ、協会けんぽへの国庫補助率も附則の規定する13%から本則の規定する16.4%へ引き上げられている。この措置は、2013年5月に成立した改正健康保険法で、2014年度末までさらに延長されたが、当面の措置にとどまり、2015年度までに具体的な制度改革が求められており、それを踏まえた改革案と

いえる。総報酬割の導入により、協会けんぽと健康保険組合等との所得格差を平準化するために投入されている協会けんぽへの国庫負担（2015年度で約2400億円）が浮くが、その使途について、国民会議報告書では、国民健康保険の財政安定化に使う案が提言された。これに対して、健康保険組合など被用者保険関係者は猛反発、社会保障審議会医療保険部会（以下「医療部会」という）では、利害が衝突し、その使途についての結論はでていない。

私見では、前期高齢者医療費調整制度へ公費負担を導入し、協会けんぽの国庫補助率を本則の上限20%まで引き上げ、国民健康保険への国庫補助を増大させるなどの改革を行うべきと考えるが、後期高齢者医療制度の存続を前提としつつ、公費負担増を選択肢に入れていない安倍政権では、対処療法を繰り返すだけにとどまることが予想される。

### (3) 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化

第3に、医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化で、①70歳から74歳までの高齢者の一部負担金の見直し、②高額療養費の自己負担限度額の見直し、③医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し、④在宅療養との公平性を確保する観点からの入院に関する給付の見直しが規定されている（4条7項3号）。

①は、70歳から74歳までの高齢者の一部負担金を法定の2割とするもので（2008年度以降、毎年度、約2000億円の予算措置で、1割負担に据え置かれてきた）、法改正は不要のため、2014年4月より、70歳の誕生日を迎えた人から段階的に2割負担とされている。同月からは、消費税増税も実施され、低所得の高齢者を負担増が直撃している。実際、プログラム法案の国会審議の過程では、70歳から74歳までの高齢者の窓口負担の2割への引き上げで約1900億円の負担増、2割負担化による受診抑制の拡大で約2100億円の医療費削減効果があることを厚生労働省が認めている（日本共産党小池晃議員の質問への回答）。

②では、高齢者の自己負担の上限額（高額療養費の自己負担限度額）を、外来・一般所得の場合で、現在の月1万2000円から4万4000円に引き上げることが検討されている。

③は、紹介状のない大病院の外来受診について、定額の自己負担を求める仕



組みの導入がもくろまれている。現在でも、200床以上の病院の初再診料は保険外併用療養費制度の選定療養に位置づけられており、病院側は別途、自由に設定できる上乘せ料金を徴収できるが、導入が検討されている定額負担は、選定療養とは異なり、紹介状のない大病院での初再診料自体を保険給付から外したうえで、患者が支払うべき一定額を国が決定する仕組みで、最大で1万円程度の負担が想定されている。

④については、入院時の食費の自己負担の引き上げ（入院時食事療養費の縮小）が予定されている。一般病床への入院の場合、現在の食費は、1食あたり保険給付分（入院時食事療養費）が380円で、自己負担が260円となっており、1か月入院すると、自己負担は2万3400円になる。これが、現在検討されている見直し案だと、自己負担が460円以上になる。1か月入院すると4万1400円、いまより1万8000円もの負担増になる。

プログラム法は、これらの改革に必要な法案を、2015年の通常国会に提出し、2017年度までをめぐりに順次実施するとしている（4条8項）。

#### (4) TPPと医療保険

なお、国民会議報告書では、医療費抑制のため、安価な後発（ジェネリック）医薬品の使用促進が提言され、プログラム法4条3項にも規定されているが、実際に使用が進むかは不透明である。というのも、日本が参加しているTPP（環太平洋経済連携協定）の交渉の過程で、世界的な製薬会社をかかえるアメリカが、先発薬の特許期間の延長を日本政府に要求してきているからである。同時に、2010年の診療報酬改定で試行的に導入された新薬加算（正式には「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」といい、特許の切れていない新薬の価格を特許期間中は実勢価格に対して加算し据え置くもの）の恒久化も要求している（自民党も、2012年の衆議院選で掲げた政権公約で恒久化を明示していた+）。もしこれらが実現すれば、日米の製薬会社が莫大な利益を手にする一方で、後発医薬品の普及促進どころか、後発医薬品そのものがほとんど流通できなくなるだろう。ただし、2014年の診療報酬改定では、新薬加算の恒久化は見送られている。

何よりも、TPPへの参加は、アメリカのグローバル企業のルールを参加国

に持ち込むことを意味する。そうなると、医療分野では、国際的にも高値の日本の薬価が、さらにアメリカ並みの高値となり、医療保険財政が圧迫され、いつもの給付抑制など医療費抑制策が進められる可能性がある<sup>(6)</sup>。医療給付の縮小で必要な医療が公的医療保険でカバーされなくなれば、それだけ民間医療保険に加入せざるをえない人が増えるわけで、そのことは、民間医療保険会社の利益の拡大にもつながる。2013年7月には、日本政府がTPP参加をアメリカに承認してもらうため、日本郵政が、がん保険に参入しないことを約束させられたばかりか、全国の郵便局で、アメリカの保険会社アフラックのがん保険を販売する事態にまで発展した<sup>(7)</sup>。

しかし、保険給付の範囲が縮小されても、追加の保険料負担が困難で民間医療保険に加入できない人は、十分な医療が受けられず、場合によっては命を落とすこともありえる。いまでも、貧困が拡大し、国民健康保険料が払えず、資格証明書や短期証が発行され、また無保険のために、あるいは保険証があっても、他の先進諸国と比べて異常に高い患者負担（原則3割）のために、十分な医療が受けられない人が増大しており、毎年、相当数の「手遅れ死亡」の事例が報告されている。これに、TPP参加による規制緩和と医療費抑制策が進めば、より深刻な事態が拡大し、国民皆保険が空洞化していく可能性が高い。

### 3 介護保険制度改革－保険給付の範囲の適正化と利用者負担の増大

介護保険制度改革については、改革推進法7条において「介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」と、給付範囲の適正化（縮小）が端的に表現されている。

プログラム法では、まず、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し、地域の実情に応じた、要支援者（介護保険の要支援認定により要支援1・2と判定された軽度者。）への支援の見直しが挙げられている（5条2項1・2号）。ついで、一定以上の所得を有する者の介護保険給付にかかる利用者負担の引き上げ、食費や居住費についての補足給付（特定入所者介護サービス費）の支給要件について資産を勘案すること、指定介護福祉施設サービスに係る施設介護サービス費の支給対象（特別養護老人ホームの入所対象）の見

直しが挙げられている（5条2項3・4・5号）。

プログラム法の改革項目は、国民会議報告書の改革項目を受けたものであり、その後の社会保障審議会介護保険部会（以下「介護保険部会」という）による「介護保険制度の見直しに関する意見」（2013年12月20日。以下「部会意見」という）にも踏襲されている。介護保険部会は、2013年1月から、介護保険法改正に向けた検討を開始していたが、そこでの検討結果を国民会議に報告したうえで、国民会議報告書がとりまとめられてきたこと、さらにプログラム法に掲げられた検討項目を中心に審議を行ってきたことが、部会意見において述べられている。このことは、介護保険部会での審議が、結局、プログラム法で示された改革の基本指針を具体化するものでしかなかったことを意味する。介護保険部会では、要支援者の地域支援事業への移行や特別養護老人ホームの入所者を要介護3以上に限定するなどの案に、一部の委員から反対意見や批判が続出したため、訪問介護と通所介護のみを地域支援事業に移行させるなど、微修正はなされたが、基本的な改革の方向は変更されなかった。国民会議報告書やプログラム法に沿った形で、「先に結論ありき」で審議が進められたといつてよい。介護保険部会、さらには社会保障審議会の形骸化と存在意義の低下は、従来から指摘されていたが、プログラム法という枠がはめられたことで、今後、介護保険にとどまらず他の分野でも、それらが顕著に進むと考えられる<sup>(8)</sup>。

以上のように、プログラム法、そして、介護保険部会のとりまとめを受け、介護保険法の改正法案が医療・介護総合確保法案として国会に提出され成立に至ったわけである。

### Ⅲ 医療・介護総合確保法の諸問題

#### 1 医療・介護総合確保法の目的とねらい

成立した医療・介護総合確保法は、医療法や介護保険法など合計19もの法律を一括して改正したもので、法案の多さやその内容の重要性からみて、とても十分な国会審議が行われたとはいいがたい。とくに、参議院での法案趣旨説明の際に、プログラム法の趣旨説明が紛れ込んでおり、参議院厚生労働委員会の法案審議の開催が10日も遅れるなど、前代未聞の事態となったにもかかわらず、審議は終始、与党ペースで進められ、与党側は、官僚の書いたとおりの答弁を

繰り返すのみで、議論は深まることはなかった。

医療・介護総合確保法は、プログラム法にもとづく措置として「効率的かつ質の高い医療提供体制」と「地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の措置を講ずること」を目的としている（医療・介護総合確保法案要綱「改正の趣旨」）。

この目的にみられるように、医療・介護総合確保法は、医療と介護の提供体制を一体的に改革することに、その主眼があるといつてよい。この点、前述の国民会議報告書は「高度急性期から在宅医療までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる」と述べている。ここでいわれている「川上」の政策が、医療・介護総合確保法に盛り込まれた病床機能報告制度に該当し、そのねらいは、病床削減と平均在院日数の短縮による医療費抑制にある。そして、病床削減等により増大する退院患者の受け皿として想定されているのが、「川下」の政策に位置する「地域包括ケアシステム」であり、その中心は、介護保険サービスである（国民会議報告書にいう「医療から介護へ」）。

しかし、介護保険は、そもそも、必要なサービスを十分に保障する仕組みではなく、しかも、後述のような給付抑制により必要なサービスを受けられない人が新たに大量に生み出される。そこで、それらの人の受け皿として想定されているのが、家族相互の助け合い（国民会議報告書では「互助」に含まれていたが、プログラム法では「自助」の一部とされている）であり、ボランティアや地域の絆という実態のあいまいな互助である（国民会議報告書のいう「病院・施設から地域・在宅へ」）。もしくは追加の費用負担が可能な高齢者に対しては、民間営利企業の健康産業に受け止めさせることが構想されている<sup>(9)</sup>。

## 2 改正医療法の諸問題

### (1) 病床機能報告制度の創設と地域医療構想の策定

医療・介護総合確保法のうち、まず医療法の改正内容をみていくと、プログ

ラム法の医療提供体制の改革項目として挙げられていた①病床機能報告制度の創設（2014年10月から開始）と②地域医療構想（ビジョン）の策定（2015年度から実施）が法定化された。

病床機能報告制度は、各病院・有床診療所（医療機関）が有している病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4種）を、都道府県知事に報告する仕組みで（改正医療法30条の2第1項）、各医療機関は、自らの「現状」報告と「今後の方向」（6年先の時点）の選択を報告する（たとえば、今は回復期だが、今後は急性期とするなど）。併せて、構造設備・人員配置等に関する項目、具体的な医療の内容に関する項目も報告する。

報告内容を受けて、都道府県は、構想区域（現在の二次医療圏が想定されている）における病床の機能区分ごとの将来の必要量等にもとづく将来の医療提供体制に関する地域医療構想を策定する（改正医療法30条の4第2項）。そして、地域医療構想を実現するため、都道府県が、診療に関する学識経験者や医療関係者などとの協議の場（地域医療構想調整会議）を設け、協議を行うこと（同法30条の14第1項）、都道府県知事が、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ることができること（同法7条5項）、都道府県知事が、病床削減（転換）などの要請、勧告（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こと（同法30条の15、30条の12、30条の17、30条の18等）などが定められている。

地域医療構想によって「構想区域」ごとに医療機能別の必要量を定めれば、不足する病床機能も明らかになる一方で、過剰もしくは不要とされる病床も明確となる。同構想のねらいは、そうした病床（とくに看護師配置の手厚い高度急性期の病床）を他の病床機能に転換させ、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、医療費を抑制することにあるといつてよい。しかも、今回の改正では、都道府県知事が、所要の対抗措置（指示に従わない医療機関名の公表など）を発動できる<sup>(10)</sup>。削減のターゲットにされているのは、高度急性期の担い手として位置づけられている現在の看護基準7対1の入院基本料算定病床（以下「7対1病床」という）で、国は、現在約36万床ある7対1病床を、この2年間で9万床（25%）削減し、2025年までに18万床に削減する方針であり、実際、後述のように、2014年の診療報酬改定では、7対1病床

の算定要件が厳格化されている。

厚生労働省は、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の進めていくことが大原則とし、それが機能しない場合に、都道府県知事が措置を講じると説明しているが（「全国医政関係主管課長会議」2014年3月3日）、法改正により都道府県知事の権限を強化し、上から強権的に病床機能の分化を図ろうとする政策であることには間違いない。しかし、受け皿が整わないまま、機械的な病床の削減を行っていけば、早期退院を迫られ、必要な医療を受けることができない患者が続出することになる。

もっとも、これまでも国の病床規制に対しては、医療機関からの訴訟が頻発しており、最高裁まで争われた事例もある（医療法にもとづく保険医療機関の指定の申請拒否を前提とした病院開設中止勧告につき、最高裁2005年7月15日判決・民集59巻6号1661頁参照）。都道府県知事による所要の対抗措置も、訴訟リスクをとめない、そう簡単に発動できるものではなく、国の思惑どおりに、病床機能の再編が進むかは未知数である。

## (2) 財政支援制度の創設

プログラム法に掲げられた③の新たな財政支援制度の創設に関しては、「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」（地域介護施設整備促進法）を「地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律」に題名を改め、同法にもとづき、医療機能の分化・連携の推進、医療従事者の確保、介護サービスの充実などを図るため、都道府県に基金（地域医療介護総合確保基金）が創設される（同法6条、7条）。

財政支援制度は、従来の診療報酬による病院・病床の再編の誘導とは別に、消費税増税分を活用して、都道府県に基金を設け、医療機能の再編を進めようとするもので、2014年度は、消費税増税分に地方負担分を上乗せして、基金の総額は903億円7000万円にのぼり、国が3分の2、都道府県が3分の1を負担する（2014年度は、医療関係のみで、介護に関しては、第6期介護保険事業計画の策定時期にあわせて、2015年度予算で計上される）。国費602億円のうち541億円については、すでに交付先が決定しており、民間機関が74%と、民間に多くの財源が配分されている。基金の利用目的の内訳は、(i) 地域医療構

想の達成に向けた病床機能の分化や連携に関する事業に174億円、(ii) 在宅医療の推進に関する事業に206億円、(iii) 医療従事者の確保・養成に関する事業に524億円となっている。2015年度は、この3事業に、介護施設等の整備に関する事業と介護従事者の確保に関する事業の2事業が加わり計5事業が基金交付の対象となる。

これまで、病床再編については、前述のように、診療報酬による病床の医療機能の評価などで、病床転換を誘導する政策がとられてきたが、今回は診療報酬とは別枠の基金という政策誘導の仕組みが設けられた。しかし、基金による助成は、利権の発生や不正の温床になりやすく、とくに今回は消費税増収分を用いるわけだから、助成の基準の明確化と決定手続きの透明性の確保が不可欠である<sup>(11)</sup>。

### (3) 医療計画の見直しなど

ついで、医療法の改正において、在宅医療の充実および医療と介護の連携の推進のための医療計画の見直しが規定されている。

具体的には、まず、医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な指針」（総合確保指針）を定める（改正医療法3条1～3項）。厚生労働大臣が、医療提供体制の確保を図るための基本的な方針を定めるときには、この総合確保方針に即して定めるものとし、都道府県が医療計画を作成するに当たっては、都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならないことされた。また、医療計画で定める事項に、居宅等における医療の確保の目標に関する事項および居宅等における医療の確保に係る医療連携体制に関する事項を追加することとされた。さらに、現在の医療法の医療計画の策定（変更）サイクルは5年で、介護保険法の介護保険事業計画（市町村が策定）および介護保険事業支援計画（都道府県が策定）の策定サイクルは3年だが、医療計画のそれを2018年度からはじまる第7次医療計画から6年とし、その中間年（3年）で在宅医療など介護と関連する部分の見直しを行うことで、両計画策定のサイクルをそろえる（同法30条の6）。

そのうえで、都道府県が医療計画を策定する際に、あらかじめ意見を聴く対

象に、保険者などが都道府県ごとに組織する保険者協議会が追加された（改正医療法30条の4第14項）。これにともない、現在は通知で規定されている保険者協議会を高齢者の医療の確保に関する法律に位置づけることとされた。そのほか、これまで予算事業として行われてきた医師確保の支援を行う地域医療支援センターを法律上、都道府県の事務として位置づけている。

これまでも、医療と介護の連携はしばしば強調されてきたことであり、2013年からの第6次医療計画には「在宅医療の体制構築」などが盛り込まれた。しかし、医療計画の策定主体が都道府県、介護保険事業計画の策定主体が市町村であることなどもあり、医療と介護の連携は進んでいない。実際、第6次医療計画をみると、在宅医療や地域ケアに関する部分は、ほとんどの医療計画で、都道府県が市町村と協議を積み重ねた形跡がみられず、記述は概して貧弱との指摘もある<sup>(12)</sup>。地域医療構想にしても医療計画にしても、その策定を担う人材や取組体制の拡充がなされなければ（おそらく多くの自治体でなされないだろう）、実態にあわない機械的な病床削減の数値目標となってしまう可能性が高い。

プログラム法に挙げられた④の医療法人の見直しについては、厚生労働省内に検討会が設置され、医療法人間の合併および権利の移転に関する制度の見直しが検討され、医療法人の合併に関する事項が医療・介護総合確保法に盛り込まれた（改正医療法57条）。

なお、前述のように、改正医療法には「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるように努めなければならない」（6条の2）と、きわめて包括的な国民の責務の規定が盛り込まれている。この規定そのものは、前述の医療機能ごとの病床報告制度に対応するものといえるが、適切な医療を受けることは、本来は国民の権利であるはずで、それを責務に転換させているところに、公的責任の縮小と患者自己責任への転嫁の意図がみられる。また、この規定は、今後、国民の医療を受ける権利、とくに医療機関へのフリーアクセスを制限する方向で、恣意的に拡大解釈されるおそれがある<sup>(13)</sup>。



### 3 改正介護保険法の諸問題

#### (1) 予防給付の見直しの概要

ついで、改正された介護保険法の内容と問題点について考察していく。

第1に、今回の改正の最大の問題ともいえる予防給付の見直しがある。これは、要支援者への訪問介護（ホームヘルプサービス）と通所介護（デイサービス）を保険給付から外し、2017年4月までの間に（市町村が条例で定める時期）、市町村事業に段階的に移行するという内容である（改正介護保険法115条の45）。

介護保険法を改正して、訪問介護・通所介護にかかわる予防給付から要支援者を強制的に外し、市町村の行う新たな介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新総合事業」という）に移行させるもので、要支援者の保険給付の受給権の剥奪といえる。現在の要支援者は約160万人、要介護認定者の27%にのぼる。

これらの人の受給権を剥奪する以上、それなりの合理的な理由が必要なはずだが、厚生労働省からは「市町村が地域の実情に応じた取り組みができる」程度の説明しかなされていない。また、なぜ訪問介護・通所介護のみ市町村事業に移すのかについても合理的な説明はなされていない。前述のように、介護保険部会には、当初、要支援者の利用するサービスすべてを保険給付から外し市町村事業とする案、つまり要支援者への予防給付を全面廃止する案が示されていた。しかし、介護関係者や自治体などから批判や不安の声が噴出したため、2013年11月、厚生労働省は、予防給付から外すサービスを訪問介護・通所介護だけに限定し、それ以外のサービスについては、介護保険給付に残す案に変更した経緯がある。もともと、予防給付の見直し自体、介護保険の給付費を抑制することが目的で、訪問介護・通所介護に限定したのは、要支援者の利用が一番多く、給付費（両者で予防給付費の6割を占める）の抑制効果が最も見込めるからだろう<sup>(14)</sup>。

厚生労働省は、市町村事業に移行しても「必要な人には専門サービスが提供される」とし、形式が変わるだけで介護保険制度の枠内から外れない、保険外しには当たらないとの説明を繰り返している。しかし、保険給付の場合は、被保険者に対して受給権が発生するので、市町村（保険者）には給付義務が生じる。保険給付の対象となるサービスには、法令により基準が決められ、質が担

保されており、予算が足らなくなっても、市町村に給付義務がある以上、補正予算を組んでも給付する必要がある。これに対して、市町村事業は、予算の範囲内で行うもので、市町村には給付義務はなく、予算が足らなくなったら、そこで事業は打ち切りになる。また、法令により統一的な基準が決められているわけではなく、専門サービスが提供される保障もない（実際に、後述のように、無資格者によるサービス提供類型がある）。両者はまったく異なるものといつてよい。

## (2) 厚生労働省のガイドライン案にみる新総合事業のサービス事業

新総合事業の内容や基準については、法令による規定はなく、市町村の裁量に委ねられているが、厚生労働省から新総合事業のガイドライン案が示されている（2014年7月）。それによると、新総合事業の中に「介護予防・生活支援サービス事業」（以下「サービス事業」という）が設けられる。同事業は、訪問型サービス、通所型サービス、生活支援型サービス（配食等）、介護予防支援事業（ケアマネジメント）からなり、このうち、訪問型・通所型サービスが、予防給付の訪問介護と通所介護の移行先として想定されているもので、①現行相当サービス、②訪問型・通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）、③訪問型・通所型サービスB（住民主体による支援）、④訪問型・通所型サービスC（短期集中予防サービス）の4つに分けられている。

①の現行相当サービスは、これまで通り指定事業者によるサービス提供で、指定事業者は、移行時に「みなし指定」を受けた扱いになる。事業の単価は、国が定める単価（予防給付の訪問介護、通所介護の単価）を上限として市町村が定め、下限はなく、国基準より低い単価とすることができる。問題は、②のサービスAで、基準が緩和され、ホームヘルパーの資格がなくても一定の研修さえ受ければ（つまり無資格者でも）、訪問サービスが提供でき、訪問事業責任者も無資格者でよいとされている。通所型サービスAに至っては、看護職員も生活相談員も機能訓練指導員も配置の必要がなく、従事者（資格不問）が「利用者15人に1人」配置されるだけでよいという基準だ。指定事業者によるほか、市町村の委託による事業が可能で、前者の場合は、現行相当サービスと同様、国が定める単価を上限として市町村が定める。下限はなく、国基準より低い単

価とすることができる。無資格者によるサービス提供が可能になることから、市町村は、現行相当サービスに比べて、かなり低い単価を設定することが予想される。③のサービスBは、有償、無償のボランティア等による住民主体の支援とされ、NPOなどの支援実施主体に対する補助方式をとっている。人員・設備についての基準は示されておらず、わずかに「清潔保持」「秘密保持」「事故対応」などが運営基準に書かれているだけである。

利用者負担については、介護給付と同じ1割負担を下回らない範囲で市町村が決めることとなる。結局は、ボランティアや無資格者を使って低廉なサービスを提供することが常態化するだろう。サービスの質の低下は避けられず、資格者の専門性と社会的評価を低め（無資格者でもできる仕事!）、いまでもら劣悪な介護労働者の労働条件の引き下げにつながるおそれが指摘されている<sup>(15)</sup>。また、低い単価設定では、指定事業者の撤退が予想され、住民主体による支援も、ボランティアなどの担い手不足で十分機能せず、このままでは、必要な介護が保障されない要支援者が続出する可能性がある。

さらに、ガイドライン案では、市町村の窓口担当者は、高齢者や家族などから相談があった場合、サービス事業などについて説明したうえで、明らかに要介護認定が必要な場合は、要介護認定の申請の手続につながり、そうではなく総合事業によるサービスのみの利用が想定される場合は、要介護認定を省略して、要介護・要支援状態に陥るおそれの高い高齢者を把握するための簡略化された「基本チェックリスト」（25の質問項目からなる）を用いることができると説明している。しかも、その窓口担当者は専門職でなくてもよいとされている。要支援者については、要介護認定の申請すらさせず介護保険サービスを利用させない方向に誘導していく政策志向が鮮明となっている。

### （3）上限が設定される新総合事業と予想される要介護認定の厳格化

総合事業の財源にも問題がある。厚生労働省は、新総合事業の事業費については、当初は、予防給付から移行する訪問・通所介護と現在の予防事業の合計額を基本に設定するとしているが、中期的には、75歳以上の後期高齢者数の伸び率（年間3～4%）を勘案した額に抑えるとしている。現在の予防給付の自然増は年間5～6%の伸びだから、このことは、実質的に、要支援者に対する

事業費を年間3%ずつ抑制していくことを意味する。これでまともな事業ができるとは思われない。

もともと、要支援者への保険給付（予防給付）によるサービスは、重度化を防止日常生活を維持する、まさに予防的な効果をもっており、要支援者には認知症の高齢者も多数いる。介護保険の給付費抑制（介護保険料の引き上げ抑制）を目的とした、要支援者の保険給付外しだろうが、要支援者への保険給付費は、訪問・通所介護をあわせても、介護保険給付費全体（約9兆円）の3%余りにすぎず、介護保険料の抑制効果もわずかである。

長期的にみれば、要支援者の重度化が進み、むしろ給付費の増大につながる懸念がある。そのことを見越してか、すでに、現場からは、要介護認定が厳しくなり、これまで要介護であった人も、要支援と認定される事例が増えているとの声があがっている。かりに要支援者が重度化しても、認定を厳しくし、要支援者のままにしておけば給付費の増大が防げるわけだ。要介護認定の厳格化については、今後、市町村の現場で、恣意的な要介護認定の運用をさせない取り組みが必要となろう。

#### (4) 居宅・施設サービスの見直し

第2に、居宅・施設サービスの見直しとして、①通所介護のうち、利用定員が一定数以下のものについては、地域密着型通所介護として地域密着型サービスに位置付けること（改正介護保険法8条）、②居宅介護支援事業者の指定権限等を市町村に移すこと（同法79条）、③特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の入所対象者を、厚生労働省令で定める要介護状態区分に該当する者その他居宅において日常生活を営むことが困難な要介護者とする（同法8条）が規定されている。

このうち、とくに問題なのが、特別養護老人ホームの入所資格を、要介護3以上の認定者（厚生労働省令で定められている）に限定する改正である。この案を審議した前述の介護保険部会では、要介護度が低くても、認知症などで在宅での介護が困難な人も多いなど異論が噴出したため、「部会意見」では、要介護1・2の認定者でも、やむを得ない事情があれば特例的に入所を可能とするとされ、改正法では「その他居宅において日常生活を営むことが困難な要介

護者」と規定された。

厚生労働省は、市町村の適切な関与のもと施設ごとの入所検討委員会を経て特例的に入所を可能とすると説明し（「全国介護保険担当課長会議」2014年2月25日）、特例の場合として、①知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難、②家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠、④認知高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要、の3例を列挙し、詳細については今後検討するとしている。しかし、これらの事例は、②のように市町村の責任による措置入所（老人福祉法11条）の必要な事例も含まれており、限定的すぎる。そもそも、高齢者福祉行政における責任主体としての市町村の能力が低下しており<sup>(16)</sup>、それに自治体の財政難も加わり、措置入所に大半の市町村が消極的な現状があるなかで（いわゆる「措置控え」と呼ばれる）、こうした限定的な運用では、特例がほとんど認められないことが考えられる。また、自治体ごとに運用の違いがでてくる可能性もある。今回の改定は、要介護1・2の認定者にとっては、施設サービス給付費に対する受給権の一方的な剥奪であり、制度後退にあたる。そうである以上、特例的に入所できる基準は、できるだけ緩和する必要があるだろう。

厚生労働省の調査結果（2013年10月1日時点で、都道府県が把握している入所申込状況。2014年3月25日に発表）では、特別養護老人ホームの入所待機者は、52万1688人となり、そのうち要介護1・2の認定者は17万7526人（34%）にのぼる。これらの人は、改正介護保険法の施行で、今後は、もはや待機者にすらカウントされなくなる。

これまで、国は、特別養護老人ホーム建設への国庫補助を廃止して一般財源化し、介護保険の施設給付費への国の負担を減らし自治体の負担を増大させるなど、特別養護老人ホームの増設を抑制してきた。一方で、サービス付き高齢者住宅の建設を促進し、訪問看護・介護の外付けサービスで対応する政策を進めている。2009年から4年間で、サービス付き高齢者住宅は7万999人分建設され（2011年より建設開始）、特別養護老人ホームの増設分（5万7500人分）を上回っている。しかし、サービス付き高齢者住宅は、家賃、共益費、食費、生活費に加えて、外付けサービスの利用料が必要で月20万円程度の自己負担がかかる。住民税非課税の低所得の高齢者（特別養護老人ホームの入所者の8割

を占める)が入所できる負担水準ではない。低年金・無年金の高齢者が増える中、特別養護老人ホームの増設を抑制し、入所者を限定する政策では、低所得の高齢者が行き場を失うだけである。

#### (5) 費用負担の見直し

第3に、費用負担の見直しとして、①一定以上の所得を有する第1号被保険者(65歳以上の高齢者)にかかる利用者負担の割合を2割に引き上げること(改正介護保険法49条の2)、②補足給付(特定入所者介護サービス費)の支給要件について、所得のほか資産の状況も斟酌し、偽りその他の不正行為によって補足給付を受けた場合には、市町村は、その給付額に加え2倍に相当する額以下の金額を徴収することができること(改正介護保険法51条の3)、③市町村が低所得者の第1号保険料の軽減を行い、国がその費用の2分の1、都道府県が4分の1を負担すること(改正介護保険法124条の2)が規定されている。

このうち、①の利用者負担の2割負担化は、年金収入で年間280万円(120万円の公的年金控除があるので、年間所得では160万円)以上の者が予定されている。しかし、1割負担ですら利用の差し控えが生じている現状での2割負担化は、確実に利用抑制をもたらすだろう。これでは、高齢者が必要な介護保険サービスが利用できなくなる。

②の補足給付は、特別養護老人ホームなど介護保険施設入所者や短期入所(ショートステイ)利用者に対して、食費や居住費を軽減するもので、現在、特別養護老人ホームの入所者の約8割の人(住民税非課税の人)が受給している。この補足給付の受給要件については、これまで本人の所得だけであったが、今回の法改正で、2015年8月から、資産(単身で預貯金1000万円超、夫婦世帯では2000万円超)なども勘案されることとなる。実務上は、補足給付の申請時に、預貯金通帳などの写しの提出を求め、必要に応じて預貯金額を金融機関に照会できるようにする。住宅ローンなどの負債は預貯金額などと相殺して勘案されるが、非課税年金(遺族年金や障害年金)も収入とみなされる。しかも、施設入所に際して、世帯分離していても配偶者に所得があり課税されている場合は、補足給付の対象外とするという徹底ぶりである。結果として、収入が少なく住民税非課税世帯であっても、資産があるため補足給付(つまりは軽減措置)を

受けられない高齢者が多数出てくる可能性がある。補足給付の対象外となれば、月約3～4万円の負担が、10万円超の負担となり、かりに単身者で1000万円の貯金があったとしても、10年で底をつく。

一方、介護保険の第1号被保険者の保険料は、所得段階別の定額保険料で、収入がなくても賦課され、低所得者の負担が重く極めて逆進性が強い<sup>(17)</sup>。そのため、従来から低所得者の保険料負担の軽減が求められていたが、今回の改正で、③の公費投入による保険料の軽減がはじめて法定化された。具体的には、(i) 世帯全員が市町村住民税非課税で本人の年金収入80万円以下の場合、現行基準額の5割軽減を7割軽減に拡大。(ii) 同じく80万円超から120万円以下なら、25%から50%に拡大。(iii) 同120万円超なら25%から30%に拡大というものである。軽減分の財源は、消費税率10%引き上げによる増収分1300億円を充てるはずであったが、消費税の再増税が2017年4月に先送りされたため、2015年度は、(i)の人のみ(約600万人)を対象に、軽減幅も55%に圧縮して実施されることとなった。

いずれにせよ、こうした介護保険制度改革が実行されれば、重い利用者負担のために、また、軽度者(要支援者、要介護1・2)と判定されたために、必要なサービスが利用できない高齢者が、また特別養護老人ホームにも入所できず、行き場のない「介護難民」が増大することは避けられない。とくに、前述した生活保護基準の引き下げと相まって、低所得の高齢者の餓死や孤立死、家族崩壊、介護心中・自殺が多発することが予想される。いまだすら、介護心中・自殺件数は、2006年以降、毎年50件を超えており、毎週1件の割合で発生している(この件数も氷山の一角と推定される)。

#### IV 医療・介護一体改革と診療報酬・介護報酬改定

##### 1 医療・介護費抑制の中での診療報酬・介護報酬改定

一方、安倍政権のもとで社会保障費のうち削減の最大のターゲットとされているのが、医療・介護費であり、消費税率の10%への引き上げが先送りされたことで、それを口実にして、社会保障費の削減がさらに加速している。

すでに、医療・介護総合確保法の成立直後の2014年6月24日、安倍政権は「経済財政運営と改革の基本方針2014」(以下「骨太の方針」という)を閣議決定

し、法人実効税率の引き下げ（現在の約35%を、5年間かけて20%台に引き下げ）を打ち出す一方で、医療・介護を中心に、社会保障費について「いわゆる『自然増』も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく必要がある」と抑制方針を明記した。2000年代前半の小泉政権の時に、社会保障費について、自然増分を含め毎年2200億円の削減が断行され、「医療崩壊」などと呼ばれる社会保障の機能不全が進んだことは記憶に新しいが、「骨太の方針」では、削減額は示していないものの、「徹底的」という言葉を初めて用い、医療・介護費を中心に社会保障費の削減を明確に打ち出した点に特徴がある。

「骨太の方針」は、医療・介護提供体制の適正化として、①病床の再編等を含め、早急な適正化を推進、②地域包括ケアの推進を図ることにより、患者がその状態に応じたふさわしい医療を受けることができるようにするなど入院の適正化をはかること、③2015年の医療保険制度改革に向けて、都道府県が策定する地域医療構想と整合的な医療費適正化計画の見直しの検討、④第6期以降の介護保険事業計画の策定にあたって、医療の取り組みと歩調を合わせることを挙げている。このうち、①については、地域の医療需要の将来推計等の情報をもとに各医療機能や在宅医療の必要量を含めた地域医療構想を策定し、病床数などの目標設定と政策効果の検証を行うとされている。また、③では、医療費適正化計画に、都道府県ごとの医療費水準の目標値を設定、そのための標準的算定式を国（厚生労働省）が示すとされた。さらに、「高齢の患者負担について、さらに負担能力に応じた負担とすることを検討する」との一文も盛り込まれており、前述のように、高額療養費制度の高齢者への優遇措置（低い上限設定）をなくす、75歳以上の高齢者の自己負担を現行の原則1割から2割に引き上げるなどの案が検討されている。

こうした状況を背景に、2014年4月からの診療報酬改定は、従来の改定で診療報酬本体に充当されてきた薬価・材料価格の引き下げ分が充当されなかったため、8%に引き上げられた消費税対応分の1.36%を除くと、実質1.26%のマイナス改定となった。本体の引き上げ財源は2600億円、このうち2200億円は、消費税増税対応分のため、純増は400億円にとどまる（前回2012年改定では4700億円）。

そして、2015年に改定をむかえる介護報酬については、財務省の財政等審議



会・財政制度分科会が、2014年10月4日、介護報酬の6%程度のマイナス改定が必要との論点を示し、波紋を広げた。2014年介護事業者経営実態調査で、介護サービスの平均収支差率が8%を超えたことや社会福祉法人の内部留保の多さなどを根拠に、一般の中小企業並みに2～3%に抑えれば、介護報酬を引き下げても、介護職員の賃上げは可能だという理屈である。これに対して、全国老人福祉施設協議会（老施協）や全国老人保健施設協会（全老健）は、社会福祉法人の内部留保は一般企業との内部留保とは性格が異なること、6%もの介護報酬引下げは、さらなる介護職員の待遇悪化をもたらす介護崩壊が生じると猛反発、介護現場からも大きな批判や不安の声があがった。しかし、医療費・介護費の抑制を規定路線にしている安倍政権のもと、結局、介護報酬は、2.27%の引き下げとなった。以下、診療報酬、介護報酬の順に改定の諸問題についてみていく。

## 2 病床機能の再編と2014年診療報酬改定の諸問題

### (1) 急性期入院の見直しー7対1病床の絞り込み

2014年4月からの診療報酬改定（以下「2014年改定」という）は、医療・介護総合確保法が意図する病床機能の再編を実現することに主眼がおかれ、7対1入院基本料の算定要件が厳格化された。具体的には、①重症度基準の見直し、②平均在院日数の算出方法の厳格化、③自宅などへの退院割合要件の追加が行われた。

このうち、①の重症度基準の見直しでは、名称を「重症度、医療・看護必要度」に変えたうえで、評価項目を急性期に特化した内容とするため、A項目から「血圧測定」「呼吸ケアのうち喀痰吸引のみの場合」「時間尿測定」を削除し、専門的な治療・処理として「抗悪性腫瘍剤の内服」などが追加された。介助の必要性を評価するB項目や「A項目2点以上かつB項目3点以上（の重症患者）が15%以上」という基準は変更されていない。また、これまで除外規定が設けられていた、救命救急入院料を算定する治療室を持つ医療機関や、患者の7割以上が悪性腫瘍の専門病院にも「重症患者が15%以上」の要件が適用される。

②の平均在院日数の算出方法の厳格化については、まず、短期手術・検査の扱いの見直しで、短期間で退院可能な21種類の手術・検査（水晶体再建術など

16種類の手術と、前立腺針生検法など5種類の検査)を短期滞在手術等基本料3の対象とし、それぞれに全包括の点数を設定、そのうえで、こうした手術・検査を実施することで平均在院日数を短縮することは7対1病床としてふさわしくないとの理由から、当該手術・検査を5日以内に実施し退院させた場合は平均在院日数の計算対象から除外した。これにより、これら軽い手術・検査を多く実施している病院は平均在院日数が長くなり、7対1病床の平均在院日数要件を満たせなくなっている。また、7対1・10対1一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料などを算定する入院患者のうち90日を超えて入院している患者に適用していた特定除外制度を廃止、90日超の入院患者は、(i)出来高算定するが、平均在院日数の計算対象に含める、(ii)平均在院日数の算出対象外にするが、報酬は一ランク低い療養病棟入院基本料1と同等にする、という2つの選択肢を設け、病棟ごとに選ぶ形にされた。ただし、(ii)を選択した場合は、2015年9月30日までは「出来高算定かつ平均在院日数の算出対象外」とする病床を4床までは設定可能となる経過措置がある。

③の自宅などへの退院割合は、直近6か月間に75%以上とされた。ただし、「自宅など」には、退院患者の自宅のほか、居住系介護施設、他院の回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床、在宅復帰機能強化加算(新設)を届け出ている医療療養病棟、在宅復帰強化型の届け出をしている介護老人保健施設などが含まれる。

2014年改定により、7対1病床を維持するためには、①重症度、②平均在院日数、③退院割合という高いハードルをクリアする必要がある<sup>(18)</sup>、7対1病床を取れない場合の受け皿が必要となる。その受け皿として、急性期後や回復期入院を担う病床の名目で新設されたのが、地域包括ケア病棟入院料(病棟単位)、地域包括ケア入院医療管理料(病室単位)で(以下「地域包括ケア病床」と総称)、従来の亜急性期入院医療管理料(亜急入管)を抜本的に再編したものである(亜急入管は、2014年9月30日で廃止)。施設基準では、看護師配置13対1、重症患者や在宅患者の受入れ実績など、従来の亜急入管より高いハードルが設定されたが、在宅復帰率70%以上を満たす地域包括ケア病棟入院料1の場合は2558点(1点=10円。以下同じ)と、亜急入管よりも高めの報酬設定となっている。

## (2) 外来医療の見直し

外来医療では、大病院の一般外来を縮小させるため、紹介率・逆紹介率の低い500床以上の病院の初診料・外来診療料が引き下げられた（これにより患者にとっては負担増となる）とともに、これらの病院が長期処方した場合の投薬に係る評価も引き下げられた。

ついで、複数の慢性疾患をもつ患者に、継続的な医療を提供する「主治医機能」を評価するため、地域包括診療料と地域包括診療加算が新設された。地域包括診療料（1503点、月1回）は、在宅療養支援診療所（24時間診療の体制を整えている診療所）または200床未満の在宅療養支援病院向け、地域包括診療加算（20点、再診料の加算）は、在宅療養支援診療所や一般診療所向けの点数で、対象者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上の疾病を持つ人である。疾病名から、主に高齢者が想定されている。

患者ごとに担当医を決めるが、算定要件となる担当医の果たすべき役割は多岐にわたる。第1に、服薬等の管理で、他の医療機関と連携して通院医療機関や処方薬をすべて管理しカルテに記載しなければならない。また、院内処方が原則とされた（院外処方の場合には、24時間対応薬局を原則とするなど厳しい要件が課されている）。第2が、健康管理で、健康相談に対応するとともに、健康診断の受診を勧奨し、その結果をもとに、患者の健康状態を管理しなければならない。健康増進のため、医療機関の敷地内が禁煙であることも必要となる。第3が、介護保険との連携で、介護保険にかかる相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていることのほかに、介護認定審査会への出席などの要件を1つ以上満たす必要がある。第4が、在宅医療の提供と24時間対応で、夜間の連絡先を含め、患者に説明と同意を求めなければならない。

国民会議報告書が提言した「緩やかなゲートキーパー機能」を果たす「かかりつけ医」を想定した設定であるが、算定要件が厳しく、ほとんどの医療機関では取れていない。要件を緩めた地域包括診療加算も、労力に見合わない低点数である。そもそも、要件のひとつにある院内処方原則は、厚生労働省が進めてきた医業分業化に逆行している。

### (3) 在宅医療の見直し

在宅医療では、①在宅療養を行う患者の後方受入を担当する在宅療養後方支援病院を新設し、患者の受入れや在宅医療を担当する医師と共同しての訪問診療等を評価する、②在宅療養支援診療所・病院の質を上げるため、機能強化型在宅療養支援診療所・病院の実績に応じた評価をする、③在宅医療を担う医療機関の量を増やすため、在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関の評価を引き上げる、などの改定が行われた。

また、診療報酬改定を審議する中央社会保険医療協議会（中医協）の場で、特定の医師に高齢者用施設入所者を優先的に紹介し、その見返りとして診療報酬からキックバックを受けている事例、高齢者用施設入所者を対象に過剰な訪問診療を行っている事例など、いわゆる患者紹介ビジネスが横行していることが問題視されたことを受けて、2014年改定では、この防止を理由に、保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療養担当規則」という）を改正し、保険医療機関等が経済的誘引により患者紹介を受けることを禁止するとともに、集合住宅などの同一建物の患者に対する在宅患者訪問診療料を2分の1の点数に引き下げ、在宅時医学総合管理料（在医総管）と特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）に「同一建物・複数人訪問の場合」を新設、現行の4分の1の点数に大幅に引き下げた。これにより、とくに、高齢者住宅や介護施設の複数の入居者をまとめて診療してきた医療機関では、大幅な減収となり、訪問診療を取りやめる例が続出した。しかも、訪問診療については、毎月の診療報酬請求時に、一人ひとりの患者名、診療時間（開始時刻と終了時刻）や診療場所のほかに、介護保険の要介護度や認知症の日常生活自立度を記載する記録書の添付提出が義務付けられ、医療現場は膨大な事務作業に追われることとなった。

サービス付き高齢者住宅（有料老人ホーム）における一部悪徳業者の不適切事例への対応は、療養担当規則の改正で十分であったはずである。それをあえて、一律75%も減額したのは、厚生労働省側に、今後増大が見込まれる施設入居者の在宅医療費を抑制していこうとする意図があったことは間違いない。訪問診療にかかる記録書の提出も、訪問診療の対象者を限定していくためのデータ収集という意図がみられる。医療関係者からの批判を受けて、厚生労働省は、在医総管・特医総管の減額措置については、月2回の訪問のうち1回はまとめ

て診療し、後の1回は1日に1施設1人だけの診療であれば減額しないなどの緩和策を提示したが（2014年3月）、現場は混乱し、減額を避けるため医師等の過重労働を招く事態をもたらしている。これでは、在宅医療の拡充どころか後退といえる。

#### (4) リハビリテーションの見直し

リハビリテーションでは、急性期・維持期のリハビリテーションは医療保険、維持期のリハビリテーションは介護保険という役割分担にもとづき、2012年の診療報酬改定で、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションの医療保険での算定は、原則として、2014年3月31日までとされていた。つまり、同日以降は、これらのリハビリテーションについては、介護保険に移行するはずであった。しかし、現在でも、介護保険への移行は進んでおらず、2014年改定では、この経過措置を、2016年3月31日まで2年間延期することされた。ただし、入院患者については、期限を設けず維持期リハビリテーション（医療保険）の対象となる。

一方、維持期リハビリテーションの介護保険への移行を促進するため、過去1年間に介護保険の通所リハビリテーション等の実績がない医療機関の維持期リハビリテーションの点数を約1割引き下げるとともに、維持期の脳血管疾患等・運動器リハビリテーションを受けている要介護被保険者（入院患者は除く）について、居宅介護支援事業所のケアマネージャー等と連携して医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価として「介護保険リハビリテーション移行支援料（500点・患者1人につき1回限り）」が新設された。しかし、この程度の点数で、どれだけ移行が進むかは疑問である。

もともと、2012年診療報酬改定時での医療保険の維持期リハビリテーションの2年後（つまり2014年3月末での）廃止と介護保険への移行は、あくまでも原則であり、「介護サービスにおける充実状況等」の「確認」が前提となっており、当初から、介護保険の短時間・個別の通所リハビリテーションが、医療保険での維持期リハビリテーションを廃止できるほど「充実」する可能性は低く、廃止は先延ばしになるとの指摘もあった<sup>(19)</sup>。今回も、2016年にさらなる延長が行われる可能性が高い。

前述のように、介護保険制度導入の目的は、医療の安上がり代替にあり、リハビリテーションについても、医療保険の給付から介護保険の給付に移すことにより、医療費を抑制しようとする政策意図がある。しかし、私見では、リハビリテーションは、急性期、回復期、維持期を問わず切れ目なく提供されるのが効果的であることなどから、基本的にすべて医療保険で給付すべきであり、介護保険による代替を認めるべきではないと考える。

### 3 介護費抑制と2015年介護報酬改定の諸問題

介護報酬の改定については、前述のように、マイナス改定が規定路線となり、2015年の改定は、2.27%の引き下げとなった。単年度で過去最大の2.3%引き下げとなった2003年改定に次ぐ大幅引き下げである。前回の2012年改定も、全体の改定率はプラス1.2%であったが、処遇改善加算分の2%（それまでは介護職員処遇改善交付金として、介護報酬とは別枠で手当されていた）を差し引くと、実質的には0.8%のマイナス改定であり、実質2回連続のマイナス改定となる。介護報酬は、介護保険法施行以来現在まで4回の改定が行われているが、実質増額となったのは、2009年改定の1回しかなく、今回を加えると通算で実質約5%の削減がなされたことになる。

具体的には、特別養護老人ホームをはじめ多くのサービスで基本報酬が引き下げられた。なかでも最も引き下げの影響が大きいのが通所介護で、とくに、月延べ利用者数が300人以下の「小規模型通所介護」は、経営効率の違いを勘案して高く設定されていた基本報酬が大幅に引き下げられた。また、2014年の診療報酬改定にあわせて、訪問介護、訪問看護などに、事業所と同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物（特別養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る）に居住する利用者にサービスを提供する場合は、人数に関わらず、報酬を10%減算、それ以外の場所にある建物に居住する利用者が20人以上の場合にも、報酬は10%減算とされた。さらに、特別養護老人ホームの多床室（相部屋）の入所者からも居住費を徴収、光熱水費も値上げとなる。施設入所者の自己負担の増大は、前述した補足給付要件の厳格化と相まって、低所得者の施設退所につながり行き場を失わせる可能性が高い（Ⅲ3参照）。

介護職員の処遇改善加算については増額されたが、基本報酬全体が引き下げられたため、処遇改善は進んでいない（むしろ、後退している）。このままでは、平均月収が全産業の平均より約10万円も低い介護職の労働条件がさらに悪化し、介護現場の深刻な人手不足を加速させることは必至といえる。

## V 改革のゆくえと課題

### 1 国民健康保険の都道府県単位化をめぐる

医療・介護総合確保法の成立後も、プログラム法にもとづき、国民健康保険の都道府県単位化を図る法案の検討が、社会保障審議会医療部会（以下「医療部会」という）ではじまっており、2015年通常国会への法案提出がめざされている。

改革推進法を受けて、国民健康保険の財政基盤の強化について議論を行ってきた国と地方（知事会・市長会・町村会）の協議会（国保基盤強化協議会）がまとめ、医療部会に提出された「国民健康保険の見直しについて（中間整理）（2014年8月）」は、市町村が行っている法定外繰入の縮小を示すとともに、国民健康保険料の賦課・徴収の仕組みとして「分賦金方式」を検討するとしている。同方式は、都道府県が、国民健康保険の医療給付費の見込みを立てて、それに見合う保険料収納必要額を算出して各市町村が都道府県に納める額（分賦金）を定め、市町村は、分賦金を賄うために必要となる保険料を被保険者から賦課・徴収して都道府県に納める仕組みである。現在、都道府県単位で国民健康保険の保険財政共同安定事業が行われているが（同事業の対象は1件当たり30万円を超える医療費だが、2015年度よりすべての医療費に拡大される）、分賦金方式は、この共同安定事業方式の仕組みに近い<sup>(20)</sup>。

ただし、全国知事会は、2014年7月に行われた国保基盤強化協議会で、国民健康保険の見直しに関する提言を行い、現在行われている協議会において「国はいまだ（国民健康保険の）構造的問題のための具体策を明らかにしていない」と批判、国民健康保険の構造的問題解決のための具体策を国に求めるとともに、具体案の提示がなく、都道府県と市町村の役割分担の議論のみを進めようとする場合には「協議から離脱する」との強硬姿勢を示している。そのうえで、提言は「後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入することにより生じる財源を

国保（国民健康保険）の支援に優先的に活用すること」と併せて、抜本的な財政基盤の強化の具体策を、追加国費の規模も含めて早急に提示することを国に求めている。前述のように、総報酬割導入により生じる財源（約2400億円）を国民健康保険の支援に投入することについては、健康保険組合連合会（健保連）など被用者保険サイドは、強く反対しており、現役世代の拠出金負担を軽減するため、前期高齢者医療調整制度に公費を投入すべきことを求めている（5月19日の医療保険部会に要望書提出）。

消費税の増税分から1700億円を医療保険者の支援に回すことは確定しているものの、これらの要望にできれば1兆円近い追加国費の投入が必要となる。現在の安倍政権のもとでは、大幅な公費投入の可能性は低く、都道府県側が納付する形で、国民健康保険の都道府県単位化の法案がすんなりまとまるかは不透明である。

なお、医療部会では、プログラム法にはなかった都道府県ごとに策定する医療費適正化計画に、医療費支出目標の設定を義務付け（現在は任意事項）、それが達成できない場合には、診療報酬による特例などのペナルティを設定する構想も示されている。

## 2 混合診療をめぐる問題－患者申出療養制度の創設

### (1) 混合診療禁止原則

一方、「規制改革実施計画」では、法改正により、現在の保険外併用療養費制度の中に、新たな仕組みとして、「患者申出療養」を創設することが打ち出された。

現在の医療保険では、国民皆保険制度を前提に、国民の生命・健康を守るために必要な医療は、すべて保険から給付することが原則となっている。混合診療は、その原則を崩し、患者の経済格差による医療内容の格差をもたらすことから、明文の規定はないが、禁止されると解されている。そのため、保険がきく診療（療養の給付に該当する保険診療）と保険がきかない診療（自由診療）を組み合わせた混合診療を行った場合は、保険診療相当部分についても給付が行われず、患者の全額自己負担となる。

こうした混合診療禁止原則をめぐることは、小泉政権の時代から、規制改革論



者によって、全面解禁すべきという議論が、執拗に繰り返されてきた。もっとも、一部の高度先進医療等を対象とした「評価療養」と特別の病室等の提供などを対象とした「選定療養」については、療養の給付と併用した診療を、保険外併用療養費（2006年改正以前は特定療養費）の支給対象とすることで、混合診療が例外的に認められている。

また、最高裁判決（2011年10月25日・裁判所時報1542号3頁）が「（保険外併用療養費）制度の趣旨及び目的や法体系全体の整合性等の観点からすれば、（健康保険）法は、先進医療に係る混合診療のうち先進医療が評価療養の要件に該当しないため、保険外併用療養費の支給要件を満たさない者に関しては、被保険者の受けた療養全体のうちの保険診療相当部分についても保険給付を一切行わないものとする混合診療保険給付外の原則（混合診療の禁止原則のこと）を採ることを前提」（括弧は筆者）としていると判示し、混合診療禁止原則を認める解釈を示したことで、この問題については、司法的にも決着がついていたといえる。

## （2）選択療養から患者申出療養へ

ところが、2014年3月に、政府の規制改革会議が、現在の保険外併用療養費に新たに「選択療養（仮称）」の追加を提唱したことで、混合診療をめぐる問題が再びクローズアップされた。選択療養は、これまでの保険外併用療養費の対象拡大ではなく、患者と医師との合意で、混合診療の対象となる仕組みであり、患者ごとに個別に適用しようというものである。評価療養と異なり、保険収載（当該療法を保険適用すること）を前提とせず、実績に応じた保険収載にするとどまり、先進医療のようにリスト化もせず、きわめて短期間で判断する仕組みで、有効性や安全性確保の点で大きな問題があった。かりに、混合診療により被害が出て、それは当該療法を選択・合意した患者の自己責任というわけである。

これまで、厚生労働省は、混合診療解禁に対しては、慎重姿勢を崩しておらず、安全性と対象選定に対して、国が責任を負える範囲内での保険外併用療養費制度までが許容範囲としてきた。これに対して、選択療養制度は、患者と医師の責任で個別に混合診療の対象となる診療行為を決められる仕組みの提案で

あり、なし崩し的な混合診療の全面解禁につながる危険があった。とくに、選択療養は保険収載を前提としていないため、新しい医療技術や新薬を開発する企業の保険収載のインセンティブはなくなり、価格は高止まりするだろうし、医療の安全性のチェックは確実に低下する<sup>(21)</sup>。医師と患者の自由契約に委ねれば、差額徴収が増え、患者負担も増大する。

こうした問題が予想されるため、選択療養制度については、厚生労働省内では慎重論が根強く、医療機関団体などはもとより、患者団体（日本難病・疾病団体協議会）が反対を表明したことで（2014年4月に反対の要望書提出）、患者のための選択療養制度という大義名分が崩れ、同制度の導入は頓挫した。

その後、2014年6月の規制改革会議の第2次答申において、新たな提案として提出されたものに修正が加えられ、安倍首相の強い後押しを受けて、前述の患者申出療養制度として閣議決定された。同制度については、①患者申出療養に対して、専門家による安全性・有効性の事前確認制度が確保されたこと、②患者申出療養が「前例のない診療」である場合は、それを行う医療機関が臨床研究中核病院（全国で15病院を予定）に限定されたこと、③患者申出療養と認められたものは、保険収載されることが明記されたことなどから、現行の保険外併用療養費制度の枠内にあると考えられる。そのため、日本医師会なども、同制度の導入には了承の意向を示しており、2015年の通常国会に関連法案が提出される見込みである。しかし、事前の確認の期間が短いなどの問題があり、なし崩し的な患者申出療養制度の拡大には注視が必要だろう。

### 3 今後の課題

#### (1) 医療・介護一体改革と医療・介護総合確保法がもたらすもの

以上、プログラム法と医療・介護総合確保法、さらには2014年診療報酬改定・2015年介護報酬改定に具体化された医療・介護一体改革の内容と問題点、その後の改革動向を考察してきたが、以上の考察を踏まえ、最後に、今後の課題を展望しておく。

これまで見たように、医療制度改革の目的は、入院期間の短縮や病床の削減による医療費の抑制・削減にあるが、医療・介護総合確保法では、病床再編に向けての都道府県の権限が強化され、その意向が強く反映される仕組みとなっ

ている。すでに、2008年4月には、後期高齢者医療制度が都道府県域での後期高齢者医療広域連合を保険者として発足し<sup>(22)</sup>、同年10月からは、政府管掌健康保険が協会けんぽに移管され、保険料の設定も含め都道府県単位での運営が行われている。地域医療構想の策定や将来的な国民健康保険の都道府県単位化とあわせて、都道府県に保険者機能や規制権限を移行させ、病床機能再編の先導役を担わせると同時に、都道府県単位で、医療費と保険料が直結する仕組みをつくりあげ、医療費削減を競わせようとする政策が志向されているといっただけでよい。これに対して、介護保険制度改革では、要支援者の予防給付（訪問介護と通所介護）を市町村の地域支援事業に移行させるほか、居宅介護支援事業所の指定（取消）、指導・監査、命令などの権限が都道府県から市町村に移行されるなど（2018年4月より施行）、市町村単位での改革が進められているが、財源の保障もないまま、市町村に丸投げといった方が正確であろう。

医療と介護の改革の方向性は異なっているものの、一貫しているのは、公的責任の放棄であり、自己責任・家族責任（自助・互助）の強調である。地域包括ケアシステムの構想も、もとはといえば、三菱UFJ・リサーチ&コンサルティングという民間企業のシンクタンクの構想であり、自助や互助を基盤に置きつつ、公的保険の範囲の縮小にともない、企業から保険外サービスを購入することが奨励される仕組みである。介護保険では、すでに混合介護を認めており、公的保険がカバーするサービスで不足する場合には、自費による介護サービスの利用（購入）が可能となる仕組みである。しかし、介護サービスを自費で購入することのできない人は、どうすればよいのであろうか。家族がいれば、家族介護に頼るしかなく、家族のいない場合には、究極的には孤立死・孤独死ということになるのであろうか。実際、三菱UFJ・リサーチ&コンサルティングの地域包括ケアシステム研究会の報告書（「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」2013年3月）は、2025年には、単身または高齢者のみ世帯が主流になり、十分な介護サービスを利用し、地域社会の支えがあっても、「翌日になったら一人で亡くなっていた、という最期も珍しいことではなくなるだろう。常に『家族に見守られながら自宅で亡くなる』わけではないことを、それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する必要がある」と、孤立死・孤独死を前提として生きよという「本人の選択と家族の心構え」

を説いている<sup>(23)</sup>。

家族がいる場合でも、悲惨な状況に変わりはない。2014年4月24日、名古屋高裁は、認知症の男性（当時91歳）が徘徊中に列車にはねられ死亡した事故で、男性の遺族に、JR東海が損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決で、遺族である妻と長男に請求通り約720万円の支払いを命じた一審・名古屋地裁判決を変更、妻のみに監督責任を認め、約359万円に減額して支払を命じた。遺族側は、妻自身が当時85歳の高齢のうえ「要介護1」と認定されていたとして、「過失や損害賠償責任を問うべきではない」と主張していたが、判決は同居して生活していることを理由に「監督責任」を認めた。こうした家族責任が強調される背景には、公的保険の範囲の縮小の政策志向がある。その意味で、医療・介護一体改革の本質は、孤立死・孤独死の増大をもたらす「棄民」政策にほかならない。

## (2) 対抗運動の課題

医療・介護総合確保法は、前述のように、19もの法律の一括改正案であり、本来は、個別の法案として（しかも重要法案として）十分な審議を尽くすべき内容のものである。それを、わずかな審議時間で、強行採決により法案を可決していく手法は（参議院では強行採決こそなかったが、22もの附帯決議がつけられた）、2013年12月に、特定秘密保護法を成立させた際の手法と同じである。問題点が広く国民に知られないうちに、もしくは批判が出て無視して、なし崩し的に政策を進めようとする安倍政権の政策手法は、集団的自衛権の承認の閣議決定、消費税の増税、原発再稼働にもみられる。

とりわけ、社会保障の改革は、社会保障制度が複雑でわかりづらいだけに、こうした手法が今のところは有効に通用しているかにみえる。しかし、生活に直結する問題であるだけに、いったん内容が知られれば運動の拡大が期待できる。実際、社会保障の削減により「生きていけない」と、当事者が立ち上がり、対抗運動が広がりつつある。すでに、2013年8月から断行された生活保護基準の引き下げについては、全国生活と健康を守る会連合会（全生連）などが中心になって、行政機関への不服申し立てを一斉に行う運動が、全国各地で組みまれ、1万件を超す審査請求が行われた。2013年10月からの年金給付の引き下げについても、全国で10万人を超す集団審査請求の運動が展開されている。

医療・介護総合確保法についても、法案審議の段階で、介護保険法の改正（とくに要支援者の予防給付の一部を地域支援事業に移行させる改正）に関しては、全国の210地方議会が「地域格差が生じる」「受け皿がない」などとして反対や批判、強い懸念を表す意見書を可決していた。日本弁護士連合会（日弁連）も『「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案』における介護保険体制に関する意見書』（2014年4月17日）を公表し、今回の介護保険制度改革に反対もしくは慎重姿勢を表明していた。認知症の人と家族の会も、介護保険制度改革が早期発見・早期対応の認知症ケアの原則に反するとして、反対を表明した。

当面、医療制度改革については、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、自治体レベルで、地域医療構想に医療機関や住民の意見を反映させること、医療関係者が中心となって、どのような医療需要があり、どの程度の病床が必要かを具体的に提言していく運動が必要であろう。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・看護師が確保されないことに原因があるとの指摘もある<sup>(2)</sup>。まずは、医師・看護師の確保を図る施策が求められる。介護保険制度改革については、地域支援事業（市町村事業）に移行しても、要支援者へのサービス水準を低下させない、不足している特別養護老人ホームの増設など、地域において「介護難民」を出さない取組みを積極的に進めていくべきと考える。

#### 注

- (1) プログラム法についての具体的検討は、伊藤周平「社会保障の論点－社会保障改革の展開と対抗運動の課題」現代思想41巻17号（2013年12月号）156頁以下参照。
- (2) 後藤道夫「社会保障のすき間の拡大を許さないために」後藤道夫・布川日佐史・福祉国家構想研究会編『失業・半失業者が暮らせる制度の構築－雇用崩壊からの脱却』（大月書店、2013年）237頁は、改革推進法について、社会保障の公的責任を大幅に後退させており、国民の生存権を謳った日本国憲法25条の「解釈改憲」たる「社会保障抑制基本法第1弾」と指摘している。なお、日本弁護士連合会（日弁連）も、改革推進法案が提出された段階で、法案に反対する会長声明を出し（2012年6月25日）、同法案は、憲法25条違反の疑いがあるとしている。

- (3) この改正について詳しくは、伊藤周平『保険化する社会福祉と対抗構想—「改正」された障害者・高齢者の法と社会保障・税一体改革』（山吹書店、2011年）99頁以下参照。
- (4) 同様の指摘に、高田清恵「社会保障制度改革の動向と課題」法律時報86巻4号（2014年4月号）45頁参照。
- (5) 詳しくは、伊藤周平「医療費適正化・国保広域化と被保険者の権利・下」賃金と社会保障1546号（2011年9月下旬号）28頁以下参照。
- (6) 多くの論者が同様の指摘をしているが、さしあたり、高山一夫「T P P 協定交渉と医療制度（下）」月刊保団連1139号（2013年11月号）55頁以下参照。
- (7) 鈴木宣弘「T P P 参加の暴挙と日本の針路」住民と自治606号（2013年10月号）12頁は、これを「米国企業による日本市場の強奪」と呼んでいる。
- (8) 江口隆裕「介護保険制度改革のねらいと課題」社会保険旬報2554号（2014年1月1日号）29頁も、今回の部会報告によって、介護保険に限らず、今後行われる一連の社会保障改革がプログラム法の枠内でしか行えないことが例証されたと指摘している。
- (9) 同様の指摘に、京都府保険医協会政策部会「医療・介護総合確保法案の目指すもの—都道府県を軸とした医療費抑制の新展開」京都保険医新聞2889号付録（2014年4月5日号）5頁参照。
- (10) 笠木映里「医療制度・医療保険制度改革—高齢者医療・国民健康保険を中心に」論究ジュリスト11号（2014年）12頁は、従来の医療計画による病床数の規制は、療養病床・一般病床・精神病床・感染症病床・結核病床を区別するものにとどまり、病床機能の分化・再編に向けた試みは、主として診療報酬制度を用いて行われてきたが、今回の法改正により、病床の機能分化の進展とともに、バランスの取れた病床の分布が実現されることが期待されると指摘している。しかし、今回の改正は、都道府県知事の権限の強化など、高度急性期病床の削減による医療費抑制を目的にしたものであることは明らかで、実態を無視した上からの強引な「病床の機能分化が進展」する可能性が高い。
- (11) 同様の指摘に、島崎謙治「医療提供体制の改革をどう進めるか」社会保険旬報2554号（2014年1月1日号）22頁参照。
- (12) 島崎・前掲注（11）25頁参照。

- (13) 同様の指摘に、二木立「医療・介護総合確保法案に対する3つの疑問－医療提供体制改革部分を中心に」日本医事新報（2014年5月17日号）17頁参照。
- (14) 日下部雅喜『2015「改正」介護保険－要支援外し新総合事業に立ち向かう』（日本機 関紙出版センター、2014年）53頁は、国民の反発の前に譲歩する結果となった厚生労働省が「名を捨てて実を取る」ことを狙ったと指摘している。
- (15) 日本弁護士連合会『「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案」における介護保険体制に関する意見書』（2014年4月）4頁参照。
- (16) 豊島明子「高齢者福祉法制の大転換と公的介護保障の課題」三橋良士明・村上博・榊原秀訓『自治体行政システムの転換と法』（日本評論社、2014年）84頁は、介護保険法の施行などの「措置から契約へ」の制度改革の結果、市町村が要援護者の生活実態に触れる機会を次第に失い、高齢者福祉行政の責任主体としての市町村の能力が低下してきていることを指摘している。
- (17) 詳しくは、伊藤周平『介護保険法と権利保障』（法律文化社、2008年）248頁以下参照。
- (18) 厚生労働省が行った調査では、これら重症度基準の見直しを適用した場合、現在の7対1病院の約3割が新基準を満たせず（7対1入院基本料が算定できず）脱落するという。7対1病床は、2006年の診療報酬改定時に創設され、その点数の高さから、厚生労働省の予想を上回る勢いで増えていった経緯があり、2014年改定は、7対1病床をかつてない規模で絞り込もうとする厚生労働省の強い意思の表れともいえる。
- (19) 二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』（勁草書房、2014年）140頁参照。
- (20) 同様の指摘に、江口隆裕「医療保険制度の課題と将来－国保都道府県移行案を中心に」週刊社会保障2788号（2014年8月11-18日号）47頁参照。
- (21) 同様の指摘に、島崎謙治「混合診療禁止の法理と政策論（下）」社会保険旬報2364号（2008年9月21日号）18頁参照。
- (22) 後期高齢者医療制度の保険者が広域連合とされた経緯について詳しくは、伊藤周平『後期高齢者医療制度－高齢者からはじまる社会保障の崩壊』（平凡社新書、2008年）99頁以下参照。
- (23) 京都府保険医協会政策部会・前掲注（9）8頁は、この報告書のメッセージから読み取れるのは、社会保障制度に対する国が本来担うべきあらゆる責任の放棄であ

り、その帰結としての「棄民」であると指摘している。

- (24) 林泰則「医療・介護総合法による医療改革の行方」住民と自治618号（2014年10月号）  
15頁参照。