

第6章

福祉・介護労働の貧困と 社会保障の現局面

日野 秀逸

はじめに — 本章の目的 —

「福祉・介護労働の貧困」分析の目的は、社会保障解体攻撃の矛先が向けられている介護分野において、①公的制度的下で拡大再生産されている「介護労働の貧困」の実態を介護サービスの現場から明らかにすることを通じて、②その原因はどこにあるのか、介護保険の仕組みと問題点、③その背景にある政府・財界の社会保障解体戦略が日本の

社会保障をどこに導こうとしているかを分析することである。拡大再生産される「貧困化」が、社会保障解体攻撃と相まって、日本の近未来を揺るがす危機的状況をもたらすものになっていることを明示し、社会保障の当面する改革の方向を提起することである。

① 社会保障の基本問題と戦後の変遷

〈1〉自助原理と社会的扶養原理の 対抗関係

介護を含め、日本の社会保障の制度的中心をなしている社会保険は、被保険者たちの保険料拠出による（共同）「自助」的な「保険」負担と、被用者保険の場合は使用者の保険料負担と、国・自治体の費用負担とを合わせた「社会的扶養」とを総合して、被保険者に各種事故の時の保障をおこなうものである。労働者・被保険者本人の保険料負担による「自助」的な要素と、使用者及び国家の費用負担による「社会的扶養」要素の組み合わせは、社会的、歴史的に形成され、国によっても、時代によっても異なる。社会保険以外の公的扶助や各種助成金は、中央・地方の政府が賄うという意味で、社会的扶養である¹。

社会保障の具体的なあり方は、基本的には、自助的原理と社会的扶養原理が、どのような状態なのかによって規定され、それは、生存権をめぐる社会運動の力量によっても規定される。このことを前提として、戦後の社会保障を、今日の位置から概観する。

〈2〉50年勧告、皆保険、62年勧告

1950年の社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」は、社会保障を「すべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」であり、「このような生活保障の責任は国家にある」と明記していた。また、国民皆保険を達成した1961年の翌年に出された「社会保障制度の総合調整に関する基本方針についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」（62年答申・勧告）は、政策対象を「貧困階層」「低所得階層」「一般所得階層」に分け、所得の低い階層ほど社会保険が機能しにくいので、より多く公費を投入し、また社会福祉を併用すべきことを強調した。社会保障の基本にかかわる重要な諸提言を行ったものである。

臨調行革以来、歴代政府が社会保障・社会福祉「構造改革」を唱え、社会保険中心主義の拡張（特に保険主義の強調）と公費負担削減＝営利企業化・市場化をセットにして、社会保障・社会福祉の改悪を推進してきたことからしても、1962年答申・勧告の社会保険と公費負担を総合的に行うべきという見解は、改めて重視すべきである。さらに、「で

きる限り保険料と給付との比例関係を排し、保険料は能力に、給付は必要に応ずる方向に進むべきである」と提言し、財政の在り方の基本が応能主義であることを明示した²。

なお、「老人医療費」の1973年から82年までの「無料化」は、社会保険における自己負担分を公費支給として補填したもので、62年答申・勧告の路線に沿うものである。

〈3〉社会保障長期展望懇談会「社会保障の将来展望について(提言)」 (1982年7月23日)

臨調行革段階の社会保障の考え方を示したのが、「社会保障の将来展望について(提言)」であり、「社会保障とは、個人の自助を前提とした上で国民の連帯による相互扶助を組織化して社会の安定を図るものである」という定義をうち出した。費用については、「社会保障は、国民自らが租税と社会保険料負担により維持するもの」とした。特に医療については、「自分の健康は自分で守るという心構えが基本」として、健康の自己責任論を掲げた。その後の社会保障改悪におけるイデオロギー的な基本点を提示したものととして重要である。

この「提言」を具体化したのが「老人保健法」(1982年)である。これは、社会保障政策と医療保険政策の大転換をなすものであった。当事者でもあった吉原健二等は、「ひたすら適用の拡大、給付の改善、患者負担の軽減を図ってきたわが国の社会保障政策、医療保健政策を大きく転換するもの」であったと記述している³。

〈4〉1983年「今後の医療政策—視点と方向」と84年「医療改革」

第2臨調の社会保障制度改悪方針に本格的に応える政策構想が、1983年の「今後の医療政策—視点と方向—」(林厚生大臣、林メモともいう)である。これは、医療政策を医療費(保険給付費)削減の視点と、営利的産業政策の視点から検討し、政府・財界からの対策案を提示したものであり、その後の歴代政権の社会保障政策に直接に結びつく、「先見の」なものであった。

「社会保障は、個人の自助を前提としつつ、国民

の連帯による相互扶助を組織して、社会の安定をはかるもの」とした。「生活・健康・疾病自己責任論」と相互扶助論は、政府・与党・大企業の「社会保障論」の骨格をなしていった。また、「医療標準概念」の導入も新しい点である。自己責任を制度的に明確にするために、社会保険からの給付は、標準的サービスに限定するという視点である。この視点は、すでに1983年に実施された老人医療制度に導入されたが、一般的に、社会保険給付だけでは要求が充足されないことになったのである。この視点との関連では、介護保険制度は、当初から「国がきめた標準介護」のみを提供する保険として作られ、これは2014年の「医療・介護総合確保推進法」、そして2015年の「医療保険制度改革関連法」として、保健・医療・介護全体へ拡大されつつある。この視点の当然の帰結として、標準以外のサービスは営利企業に委ねるという構想が出てきた。この視点は、安倍政権のもとで、「成長戦略」として大規模かつ公然と、「国家戦略」として動き出している。

1984年の「健康保険法」大「改革」は、医療に関わる全ての公的保険は10割給付到達を目指す、というこれまでの政策戦略を放棄し、「応益負担」的な一部負担を具体的に導入した。これは、給付抑制・受診制限への原理的な大転換であった。この改悪は、前年に実施された老人保健法による、老人医療制度を「口実」に進められた。高齢者と現役世代を対立させ、順次、改悪を進めるという、今日まで続く国民を分断し対立させる手口である。厚生省の原案には、国民皆保険の廃止につながる高額所得者の適用除外まで盛り込まれていた。

〈5〉「新時代の『日本的経営』と社会保障制度審議会」1995年勧告

1995年5月、日本経営者団体連盟は「新時代の『日本的経営』」を発表、日本型経営から株主利益重視のアメリカ型経営への転換を図る戦略を打ち出した。「グローバル化」という新たな条件下での利潤確保体制を築くために、財界主流は日本社会の大改造(「構造改革」)に乗り出したのである。「新時代の『日本的経営』」戦略の底にあるのは、不安定雇用を常態化することであり、人減らしである。リストラが先行し、賃金は低下し、下請け・孫請

け企業への単価切り下げや融資中断が横行し、倒産は急増し、シャッター通りが日本中に広がった。社会保障にとって重大なことは、幹部社員を想定した「長期蓄積能力活用型グループ」（3分の1程度）以外の労働者に対しては、企業は社会保障の責任を持たないという方針である。第2の特殊な能力のある技術者などの「高度専門能力活用型グループ」と、第3の「雇用柔軟型グループ」は、医療で言えば「国民健康保険」、年金であれば「国民年金」に加入する。国保の保険料（税）が非常に高いことは周知の通りであり、このルートから無保険者（国保資格証明書や短期保険証を発行された人）が発生し、受診を阻まれている。また、無年金・低年金者へのルートにもなるのである。

「新時代の『日本的経営』」が、終身雇用と年功賃金を基本とする従来の政策を転換して、企業の社会保障からの撤退姿勢を明確にしたのに呼応して、1995年には社会保障のあり方を大きく転換した社会保障制度審議会の勧告「社会保障体制の再構築に関する勧告——安心して暮らせる21世紀の社会を目指して」が出された。ここでは、「従来、育児や介護、老親扶養などの家庭機能が、一般的には家族や親族、身近な地域社会の助け合い（相互扶助）で支えられてきたことをみれば、社会保障はこうした私的な相互扶助の社会化ということが出来る」という、家族や地域の互助に傾いた社会保障の定義を採用した。これは、社会保障を「みんなで支える、みんなのための、助け合い制度」と見なして、国の責任を曖昧にし、憲法25条を事実上、形骸化したのである。

〈6〉経済同友会「市場主義宣言」と「自律国家構想」

現在の日本財界の社会保障および社会保障負担に関する考え方は、1997年の経済同友会「市場主義宣言—21世紀へのアクション・プログラム」（1997年1月9日）でスケッチされている。ここでは、「市場に委ねるべき問題と市場では解決できない問題を峻別し、個人、企業、政府の役割分担を再確認する」ことが出発点とされている。社会保障については「公的保障の役割をナショナル・ミニマムに限定し、社会保障の分野にも市場原理を導入する」ことが謳われている。要するに、社

会保障は生きていく上での最小限にとどめよ、しかも社会保障分野を営利の場にすると言ったのである。

経済同友会「市場主義宣言」を具体化したのが、同じく経済同友会が2001年1月に発表した『「自律国家」と「国民負担率30%の小さな政府」——21世紀の若者たちに活力ある経済社会を残すために——』（「自律国家構想」と略す）である。この「自律国家構想」が目指しているのは、端的に言えば「憲法から市場へ」であり、市場に委ねるとは、基本的には、営利的な売買に委ねることである。つまり、「自律国家という新しい概念に基づく小さな政府」を日本は目指すべきであり、それは国民の自助努力と自己責任を前提とする自律ある国民によって構成される「自律国家」とであるとされた。「自律国家」では、「生産は市場に委ね、再分配とは峻別」する。「生産」とは「市場メカニズムを活用できるあらゆる財・サービスの生産を意味する概念であり、農業、製造業、サービス業から教育、医療に至るまで」であり、これらは市場メカニズムに委ねる分野とされた。分配、再分配とは、端的には、税を使って行政がやる仕事であり、「再分配」とは、「市場メカニズムを通じた資源配分に委ねることのできない行政サービスを意味」し、「国防、外交、司法、徴税、公共事業、公的扶助」などを含む。

社会保障領域で「再分配」に入るもの、つまり行政サービス、行政の責任においてなされる分野は、公的扶助だけという、およそ世界に類のない社会保障論である。原理的に公的扶助以外の諸領域は市場に委ねられるべきであるという主張である。

〈7〉労働者が社会保険料を全額負担せよ（奥田ビジョン）

日本経済団体連合会（日本経団連）は2002年5月に、経済団体連合会（経団連）と日本経営者団体連盟（日経連）が合併してできた。日本経団連の最初の基本的文書が2003年1月の『活力と魅力溢れる日本をめざして—日本経済団体連合会新ビジョン』（「奥田ビジョン」と略称）である。ここでは、「社会保障制度でカバーするリスクは、働き方の選択にかかわらず、個々人に均しく生じる

ものであり、それを社会全体で分かち合う仕組みになっている以上、企業のガバナンスが働く余地はきわめて少ない」とし、現在の社会保障の原則である普遍性を攻撃した。

普遍性原理に基づいて、企業と関係のない社会的事故にも社会全体で対応する社会保障制度は、企業の思惑で動かすことができない（企業のガバナンスが働かない）から、邪魔だというのである。分かりやすく言えば、企業が勝手に仕切れる「社会保障特区」を望んでいるのである。また、「働き

方によって負担の仕方が変わることは、個人の選択を歪めかねない。したがって今後は、個人の働き方に中立的な保険料賦課方法とすることが望ましい。たとえば、企業の従業員についても、自営業者と同様、保険料は全額本人が負担する方法に改めることが考えられる」と、あけすけに企業負担無しの「社会」保険を語った。

全額本人負担の「社会保険」などは、社会保険ではなく、私的保険にほかならない。

② 最近の社会保障改悪の流れと医療、介護等の現局面

〈1〉自民党改憲草案が起点 ——家族主義の強調

2012年4月27日に作られた自民党の日本国憲法改正草案（以後、改憲草案）は、現行前文を削除し、新たに「日本国は、長い歴史と固有の文化を持ち、国民統合の象徴である天皇を戴く国家」という規定を前文冒頭に置いた。また、「家族や社会全体が互いに助け合って国家を形成する」と規定し、第24条に1項を新たに設け、「家族は、社会の自然かつ基礎的な単位として、尊重される。家族は、互いに助け合わなければならない」と規定した。国家主義と家族主義の強調である。現行憲法が明示しているように、社会の単位が個人だという近代的憲法観ではなく、家族を単位として国家が成り立つという、大日本帝国憲法的な歴史的逆転思考に立脚している。社会保障との関係では、個人の責任と家族の助け合いで生活を営めという立場を鮮明にしている。自助努力、互助努力の強調である。改憲草案では国民の批判を恐れて、第25条については一部の文言を平易にしているだけである。しかし第24条で家族が国の単位、生きる単位とし、家族は仲良く助け合って生きろとまで書いていることと、前文とを合わせると、自助努力、家族の助け合いを中心に生きていけ、ということになる。憲法第25条に規定されている、社会保障などの増進に努めなければならないという国の責任は、無くなってしまうのである。

〈2〉自民党ペースの3党合意と 「社会保障・税一体改革関連諸法」

こうした社会保障的含意を有する改憲草案を踏まえて、自民党の「今後の社会保障に対するわが党の基本的考え方（骨子案）」（2012年5月15日）が作られ、民自公3党合意による「税・社会保障一体改革関連諸法」（合計8本の法律からなっている。2012年8月10日成立）の基本となった。3党合意にもとづく「社会保障・税一体改革法案」が2012年6月25日に衆議院で可決された後、自民党のホームページに「コラム『社会保障と税一体改革』について」が登場した。「3党合意」が、従来からの自民党の主張と異なるのではないかと、民主党に譲歩したのではないかと、という疑問に対する釈明である。コラムは、「社会保障制度改革の基本方針は、民主党のマニフェストや本年2月17日に閣議決定された『社会保障・税一体改革大綱』ではなく、自民党の考え方がベースになることが明記されています」「社会保障分野は、民主党との間に大きな隔たりがありましたが、わが党の考え方がほぼ全面的に受け入れられ、法案の見直し、修正が図られました」と書いていた（最終閲覧日2012年7月5日）。

〈3〉国会会議・プログラム法・「医療・介護総合確保推進法」・「医療保険制度改革関連法」

自民党ペースで作られた「社会保障・税一体改

革関連法」（個別的には社会保障制度改革推進法）」に基づいて「社会保障改革国民会議」が設置され、2013年8月6日に報告書が提出され、その具体化として2013年12月5日に「プログラム法」（「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」が正式名称）が成立した。その具体化である「医療・介護総合確保推進法」（「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」）が、2014年6月18日に成立した。ここでは、都道府県が行う医療・介護の改善事業の費用は「消費税の収入をもって充てるものとする」（7条）とされた。「改正医療法」と「改正介護保険法」が、2015年4月から施行されている。

「医療・介護総合確保推進法」の具体化でもある、国民健康保険の都道府県単位化（2018年度から）などを定めた「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（以下「医療保険制度改革関連法」）が2015年5月27日に成立し、医療と介護の主要な新自由主義的改革が実現した。

改めてこの攻撃の特徴を確認しておく。それは「改憲ベースの総合的攻撃・医療と介護の総合的改悪」と特徴付けられる。「社会保障・税一体改革関連法」は、消費税増税と社会保障改悪をセットとした仕組みを作り、子育て、医療、介護、福祉、年金、生活保護など、社会保障の全面に及ぶ総合的な改悪を構想した。「プログラム法」は、総合的改悪の日程を設定した。「医療・介護総合確保推進法」は、医療と介護の同時的改悪という点で画期的なものである。「医療保険制度改革関連法」の最大の特徴は、医療の基本的場を都道府県に移し、都道府県を司令塔として、国民健康保険をはじめとする公的制度のもとでの医療費削減を都道府県相互に競わせるという、巨大な医療費抑制構想である。自民党改憲草案に端を発し、それぞれの政策文書が役割を分担しつつ、重層的・総合的に自民党・与党の社会保障改悪・解体政策が進められている。

〈4〉営利化が際だつ安倍政権

安倍政権が進めている社会保障改悪は、従来の社会保障改悪路線の延長上にある。しかし、安倍

政権の社会保障改悪で際だつのは、憲法そのものを変えようとする根本的特徴を別とすれば、社会保障を営利的企業活動の場にするという、営利化・市場化の強化である。林メモなどで、社会保障の営利化は提言されていたが、基本的には社会保障の枠外を営利企業に担わせるという構想であった。しかし、安倍政権では、基本戦略である「世界で一番企業が活躍しやすい国」の中身として、成長戦略が重視され、成長産業の一つとして医療・介護が位置づけられていることである。この点で象徴的なのが、2015年6月30日閣議決定「骨太方針2015」である。

「骨太方針2015」では、「歳出改革」の項目で、「今回取り組もうとする歳出改革は公共サービスの無駄をなくし、質を改善するため、広く国民、企業、地方自治体等が自ら意欲を持って参加することを促し、民間の活力を活かしながら歳出を抑制する社会改革である」とし、具体的には「公的サービスの産業化」、「インセンティブ改革」などで、公的サービスに対する税金からの支出を（国や自治体の負担、補填等）削減しようとしている。以下、営利企業化に直接言及した部分を引用しておく。

「公共サービス（医療・介護、子育てなどの社会保障サービスを含む。以下同じ。）及びそれと密接に関わる周辺サービスについて、民間企業等が公的主体と協力して担うことにより、選択肢を多様化するとともに、サービスを効率化する。」「企業等が医療機関・介護事業者、保険者、保育事業者等と連携して新たなサービスの提供を拡大することを促進する。医療、介護と一体的に提供することが効果的な健康サービスや在宅医療・介護の拡大に対応した高齢者向け住宅、移送サービスなどのニーズに応じた新たなサービスの供給を拡大する。」

こうした方針が「骨太方針」に盛り込まれたことについて、甘利明内閣府特命担当大臣は、2015年6月30日の記者会見で「本来、産業としてなじまないところを産業化し、新たなエンジンに加えているということが極めて斬新」と絶賛した。この文言をあれこれ説明する必要はない。国や自治体の税・予算を使った「公共サービスの量的抑制」をはかり、他方で「公共サービス（医療・介護、子育てなどの社会保障サービスを含む）及びそれと密接に関わる周辺サービスについて、民間企業

等」の関与を拡大しようというのである。「私費・自己負担で民間の営利企業から提供されるサービ

スを買いなさい」「その部分は国策として大きくしましょう」ということである⁴。

3 福祉・介護労働の実態分析(労働環境、雇用・労働時間・賃金) ……

〈1〉介護労働の役割

介護保険法第一条は、介護保険の目的について、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」と述べている。

この目的を遂行するためには、介護の質が問われることになるのは自明の理である。介護の質は、介護労働者の専門性が発揮されることによって、保障されることになるが、そのためには、介護労働者が安心して介護に専念できる労働条件の確立が求められる。しかし、介護の現実、この目的から大きくかけ離れたものになっている。介護職場は、人手不足と低賃金・過酷な労働条件のもとにおかれているからである。

介護労働者であるホームヘルパーと一般の家政婦の違いを通して、この問題を考えてみよう。ホームヘルパーは、食事をつくる際に、利用者の心身の状態やその人がどのように生活してきたのかを把握して、声かけをしながら食事づくりに参加できるか、たとえば、じゃがいもの皮むきであればできる、味噌汁の味付けであればできるというように。その利用者の可能性、できること、あるいは利用者本人はできないと思い込んでいるが実はできることもあり、そのような利用者の能力を見極める能力が、ホームヘルパーの専門性である。

一方、家政婦は、利用者の言われた通りに食事をつくることである。したがって、食事をつくる行為に対して必要とする時間も自ずとホームヘルパーの方が時間はかかる。主体は利用者であり、ホームヘルパーは寄り添って食事づくりをするのである。こうして食事づくり一つをとってみても、介護労働者の専門的役割を無視した効率化は、介

護労働と本質的に矛盾する⁵。

〈2〉他産業と比べても著しく低い介護労働者の賃金

介護職場は、よく3K（きつい、給料が安い、汚い）職場といわれる。低賃金・過酷な労働条件の下に置かれているからである。そうしたこともあって、過酷な労働条件→あつとを絶たない退職者→人手不足の常態化→さらなる労働条件の悪化——という悪循環の下に置かれている。社会保障研究部会では、2015年春に、部会メンバーが手分けをして、介護労働者や関連する労働組合に、介護労働の実態を把握するためにヒアリングを行った。そこから明らかになったことは、第一に介護労働者の驚くべき低賃金である。

厚生労働省「賃金構造基本統計調査」（2014年）によれば、全労働者の所定内給与の平均は29万9600円である。「社会保険・福祉・介護事業所」に働く福祉労働者の所定内賃金は、22万9600円で全労働者平均と比べて7万円低くなっている。福祉労働者の中でも、さらに低賃金なのが介護労働者である。介護労働安定センター「平成25年度

介護労働実態調査」（以下、「介護労働調査」）によれば、介護労働者の所定内賃金は、平均21万2972円である。介護労働者の賃金は、全産業平均より8万6000円以上低く、福祉労働者平均より1万6600円低い。

全労連「介護施設で働く労働者のアンケート」（2014年版）によれば、「こんな仕事、もうやめたい」と思う介護労働者は、「いつも思う」8.7%、「ときどき思う」48.6%と過半数の介護労働者が仕事を辞めたいと思うことがあると回答している。その理由のトップが「賃金が安い」44.7%であり、以下、「仕事が忙しすぎる」39.6%、「体力が続かない」30.1%と続いている。介護先から介護先へと移動するので、コンビニのトイレを借りることが多く、その場合に、100円程度の商品を買わないと具合が悪いが、その100円が時給の1割以上なので痛

い、という話も出されている。

〈3〉恒常的な人手不足・組織化が困難な労働態様

「介護労働調査」によれば、介護職場の離職率は16.6%である。つまり、6人に1人が離職していることになる。離職者のうち、「1年未満の者」は39.2%、「1年以上3年未満の者」は34.0%に上る。離職者が後を絶たないため、介護職場は、恒常的な人手不足に陥っている。同調査によれば、従業員が「大いに不足」(5.7%)、「不足」(19.8%)、「やや不足」(31.0%)をあわせると、56.5%に上っている。なかでも不足しているのが、「訪問介護員」(73.6%)、「介護職員」(51.4%)で、介護労働の担い手不足が際立っている。

人手不足の理由は、「採用が困難」(68.3%)で、その原因が「賃金が低い」(55.4%)、「仕事がきつい(身体的・精神的)」(48.6%)、「社会的評価が低い」(34.7%)となっている。

なお、介護労働者の低賃金と劣悪な労働実態は、労働組合の組織化が困難であることと連動している。ヘルパーの労働態様は、登録型・直行直帰が大部分で、年齢は50歳から60歳、昇給は殆どないという状況が一般的である。介護労働者は、勤務労働時間がまちまちで、直行・直帰型が大部分のため、職場で会議ができず、組織化には相当な困難が存在する。宮城県医労連では、「一言メッセージ」を「詰め所」に配布して、会議に代えるなどの工夫を行っている。

〈4〉介護報酬引き下げと介護事業所縮小の危険

介護労働者の賃金が低い最大の要因は、政府の社会保障切り捨て策のもとで、介護報酬が切り下げられてきたことである。2000年に介護保険制度が発足した当初は、介護労働者(施設介護職員・一般労働者)の平均年収(賞与などを含む)は、348.9万円、「ホームヘルパー」(一般労働者)308.9万円と、それぞれにピークであった。それが、2003年、2006年の介護報酬のマイナス改定を通じ、低下してきたのである。

2015年の介護報酬改定によって、全体平均で

2.27%切り下げられることになった。その影響は甚大である。介護労働者の低賃金が改善されないことだけでない。介護報酬は、小規模デイサービス約10%、予防通所介護・予防通所リハビリに至っては20%を超えるマイナス改定となった。介護事業所縮小など「給付サービスの縮減」と介護労働者の労働条件悪化による介護サービスの質の低下を招く事態が進行している。

民間信用調査会社の東京商工リサーチが2016年1月13日に発表した、2015年1月から12月までの「老人福祉・介護事業」類型倒産は、過去最多の76件に達した。同社は、2015年4月からの介護報酬引き下げが影響したと見ている。

介護労働の深刻な劣化と利用者に対する人格無視の虐待が同時進行していることも、注目しなければならない。川崎市で発生した、介護職員による、入居高齢者への殺人事件が象徴的であるが、介護労働者の誇りや自覚をも破壊するほどの、過重労働と、労働に見合わない低賃金が、事件の背景にあることは、広く認識されてきている。

〈5〉本格的営利化の急展開

2-〈4〉で指摘した安倍政権下の社会保障における営利的企業化は、介護の分野でも急展開している。最近の特徴は、異業種大企業が、資本力にものを言わせて参入していることである。ソニーは金融持ち株会社を通じて参入し、2016年4月には自社ブランドの有料老人ホームを開業した。損保ジャパン日本興亜HDは、有料老人ホームや在宅介護サービスを展開し、売上規模で業界第2位になっている。パナソニックは、デイサービスや高齢者向け住宅を売りにして、3年後には750億円の売上を目指している。オリックスは、有料老人ホームを運営するとともに、移乗用リフトや情報通信機器の開発にも取り組んでいる。イオンは、総合スーパーの店舗内にデイサービスコーナーを設置し、2020年までに50ヶ所に広げる計画である。

これらは、大企業による高齢者福祉・介護事業への参入の一端に過ぎないが、ターゲットは中・高所得高齢者層である。他方で、2015年から、要支援1と2に対する介護保険の予防的サービス支給が一部廃止されている(経過中)。また、要介護

1と2についても、介護保険からの給付を相当程度削減する案が政府から出されている。国家的詐欺ともいうべき、公的保険の給付削減を進めつつ、「買う介護」を進める大企業には、「成長戦略」として介護を儲けの場にするのが、安倍政権の特徴である。

介護や保育を含む社会保障サービス分野は、高齢化や少子化、なによりも人間の尊厳に値する生活を求める国民的要求を背景に、客観的に需要が増えている。このことは、医療・福祉分野の労働者が近年、急速に増加していることに端的に表されている。本書第2章で詳細に分析しているとおりである。なお、平成27年国勢調査（抽出速報結果、2016年6月29日）によれば、平成22年から27年のあいだに「医療、福祉」が2.0ポイント上昇となり、引き続き上昇を続けている。

問題は、大きな産業分野に成長している「医療・福祉」労働者が、これまで見てきたような劣悪な雇用条件に置かれていることであり、安倍政権は、「医療・福祉」分野を成長戦略のターゲットとし、「産業化」の名の下に、営利性を一層強めようとしていることである。

憲法25条に依拠した、国の責任を土台とする公的社会保障として、保育・介護を含む社会保障分野を位置づけ、成長させることが、労働運動や社会保障運動の緊急の課題というべきであろう。

〈6〉介護制度改善を介護労働者・介護事業所・利用者の共同で

「ブラック化」する職場環境、介護労働者の高い離職率、これらの問題の根本には介護制度がある。介護制度の改善なくして介護労働者の状態改善はない。介護保険制度は、利用者への給付が増えれば、被保険者の保険料が上がり、サービス単価が上がれば、これまた保険料が上がる仕組みである。

つまり、「利用すれば負担が上がる」「制度を充実すれば負担が上がる」という財政の仕組みになっている。ところが、安倍政権は、「医療・介護を中心に社会保障給付については、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」（骨太方針2014）としている。「給付サービスの縮減」と「サービス単価の切り下げ」によって、介護サービスの質・量ともに後退する深刻な状況になっている。何よりも、国の財政支出を増やし、保険料と利用料を上げずに、給付を確保・改善し、介護報酬を引き上げ、介護労働者の賃金と労働条件を大幅に改善することが、国民的課題である。

この問題の展望を切り開くには、介護労働者、利用者、施設経営者の共同運動が不可欠である。福祉保育労や医労連や生協労連等の、介護関連労働組合では、こうしたスタンスが広がりを見せている。北海道厚岸町では、社会福祉協議会が経営する介護施設の民間委託が発覚し、労働条件が大幅に切り下げられることがわかり、そこで働く介護労働者が共産党町議に相談し、北海道労連と連絡を取り、新たに労働組合を作り、民間委託計画を撤回させた。

同じ北海道石狩市厚田でも民間委託の計画が浮上したが、厚岸町の経験を学び、労働組合を結成し、計画の撤回を実現している。こうした介護労働者の組織化では、産別の枠を超えて、医労連、福祉保育労などの関連労組が一体となって支援を行った。介護労働者の組織化のために、道労連が中心になり、介護対策チームを作り地域労連と一緒に組織化に取り組んでいる。介護対策チームは組織化とともに自治体要請、事業所訪問を行い、事業所アンケートに取り組んでいる。また、事業経営者との共同も重視した。民医連が経営する施設の施設長を代表にし、労働組合も加わり、より良い介護を目指す共同を進めている。

4 労働組合の社会保障闘争

〈1〉戦後の社会保障運動の高揚と労働組合

戦後、1945年の労働組合法の制定、46年の日

本国憲法の成立、50年の社会保障制度審議会の勧告などを受け、また、52年・55年の日米安保条約、日米相互防衛援助協定（MSA協定）による社会保障予算の削減攻撃に対して国民的な規模での社会保障運動が展開された。朝日訴訟の全国的な支

援運動を経て、55年には労働組合の「春闘」が始まり、58年には中央社会保障推進協議会（中央社保協）が結成された。これらの国民的な運動の発展には、49年に組織率が55.8%にも達した労働組合運動の高揚、労医共闘など広範な分野の運動団体が参加する社会保障の共同闘争があり、当時のナショナルセンターの一つである総評が大きな役割をはたしていた。

戦後初期の労働組合の中央組織は、46年の産別会議と労働総同盟、50年の総評、51年の総同盟（のちの同盟）などの分立や合流を経た。産別会議による、レーニンの労働者保険綱領を軸とし、また1953年の国際社会保障会議におけるアンリー・レイノー報告の「国民全階層を含む労働者階級」という視点に対し、総同盟は企業内福祉に力点を置くという社会保障運動の考え方の違いがあったが、それでも「最低賃金」「全国民の生活向上」「戦争反対」の三点セットを要求の主軸にするという意識が労働組合全体にあり、地域での労働者の生活実態、職場からの要求にもとづく労働組合の企業主・自治体に向けてのたたかいを中央組織と社会党、共産党などを通じて政治に反映させるという方向づけが、総評を中心にして発展し、73年・74年の国民春闘の高揚をもたらした⁶。

〈2〉社会運動の分断と新自由主義的構造改革への対応

89年に労働組合の中央組織は連合と全労連に再編され、中央社保協を支えていた総評の解散によって、社会保障運動は大きな困難を余儀なくされたが、医療関係団体などとともに全労連が支援役に

なり、また、社保協の地方組織が再建されて中央社保協の運動が引き継がれた。

95年の社会保障審議会勧告と当時の日経連による「新時代の『日本的経営』」にもとづく財界の労働力流動化戦略、そして新自由主義的構造改革の進行は、2012年の自公民の「三党合意」による税・社会保障一体改革と社会保障改革推進法にいきついた。

こうした流れに対して、全労連は中央社保協とともに、憲法25条にもとづく社会保障の拡充をめざしたが、連合は「三党合意」を支持し、社会保障改革推進法を支える立場をとった。

労働法制の改革に対しては、しばしば連合と全労連の事実上の共同行動などが見られるが、社会保障運動については、今日の2つの労働組合中央組織が政策的に異なる立場をとり、さらに、全労連が様々な分野・階層の諸団体が参加する中央社保協とともに国民的な共同による運動をめざすのに対して、連合は「連合21世紀社会保障ビジョン」による政策提起と労働者福祉協議会による労働者福祉運動にとどまっている。

大企業労組の影響の強い連合が700万人、国民的な共同と地域共闘を重視する全労連は120万人、全体としての労働組合の組織率は17%にまで低下した。多数派である連合が、消費税増税を容認し、社会保障要求での大衆運動に消極的な姿勢にあることが、労働組合運動全体の社会的な影響力を弱めている。こうした労働組合運動の現状は、大局的に見れば、支配層による社会保障の解体路線に反対する国民的な運動に否定的な影響をもたらしている⁷。

5 社会保障の制度と財源の方向性

社会保障制度と財源の方向性についての詳細は、この間発表した労働総研の諸提言を参照してもらうことにして、ここでは、基本的な方向性を示すに止める⁸。

〈1〉必要に応じた給付と能力に応じた負担

いま必要な改革の基本は、「できる限り保険料と

給付との比例関係を排し、保険料は能力に、給付は必要に応ずる方向に進むべきである」(62年答申・勧告)ということである。

旧厚生省や厚生労働省と関わりの深い社会保険研究所から、『社会保険のてびき』が1963年以来刊行されていた。そこでは「社会保険の特色」という項目が設けられ、日本の社会保険の特色として、次の5点を挙げてきた。①勤労者の相互扶助を目的。「健康保険や厚生年金などの社会保険は、

この相互扶助の精神を社会的に制度化したものです」②勤労者の福祉をはかる。「社会保険は、企業内福祉のワクをこえて、大多数の企業に強制適用されており、事業主は、従業員とともに保険料を負担し、その納付・加入手続などの義務を負っています」③国が責任をもって運営「国民の生活を保護し、福祉をはかるために、国は法律で社会保険制度をつくり、保険者となって、費用の一部を負担し責任をもって運営しています。健康保険組合・厚生年金基金なども、国が最終的な責任を負っています」④法律で加入義務「社会保険は民間の保険とちがい、勤労者個人や事業主が自由に契約し加入するものではなく、法律で加入を義務づけられており、その意志に関係なく、事業所単位に加入しなければなりません」⑤所得に応じて負担、必要に応じて給付する。「社会保険は、民間の生命保険・損害保険など異なり、所得に応じて保険料を負担し、必要に応じて給付をうけるのが原則です」(『社会保険のてびき』2008年版、10ページ)。

特に③国の責任と⑤応能負担・必要に応じた給付の原則は、これからの社会保険のあり方を示す積極的な原則であり、国民健康保険や国民年金等の公的保険にも適用されるべき原則である。この観点から言えば、社会保険は「自助の共同化」とする主張は、従来からの政府側の説明とも矛盾するものである。

〈2〉財源は社会的扶養原理の強化によって

資本主義社会において、社会保障財源は、基本的には、労賃(可変資本V)と、剰余価値(M)である。産業資本主義段階では、「自助」原則の補完するものとしての「救貧制度」(税が財源なので、VとM)や「共済活動」(V)が主なものである。社会保障財源をめぐる運動・たたかいは、独占資本主義段階では、労働者(V)と国(VとM)と資本家(M)が負担する各種の「労働者保険」を生み出した。国家独占資本主義段階では、「人間らしい生活」を全国民に保障すること(生存権の具体化)をめざす社会保障制度へと発展した。

現在の社会保障再生にとって必要な財源構想は、第一にはMを増やすことである。資本主義国においては、社会保障財源はVとMが源泉であるが、

基本的に負担能力があるのはM部分および大企業幹部社員などの高額なV(この場合はVに加えてMも含まれている)である。社会保障制度は、賃金(V)だけでは生命・生活を維持できない労働者階級が、剰余価値(M)の一部分を資本家階級から出させる制度にほかならない。要するに、一旦資本家側が手にした剰余価値Mから、追加的に労働者側へ再分配させることが基本である。労働者側から言えば、一旦、搾取されたMを取り戻すことが、基本になる。この意味で、大企業の内部留保を社会に還元させること、その相当部分を社会保障の基金とすることは、正当性と緊急性がある要求である。

具体的には、結局のところ、企業と政府の負担を増やすことである。政府の負担には税としての労働者負担Vがあるので、実質賃金上昇なしに税の投入を増やすことには慎重でなければならない。また、税を財源にするとと言っても、消費税は、Vによる負担がMによる負担よりも大きい(逆進性につながる)ので、これを財源にしてはならない⁹⁾。

〈3〉危機的状態を突破するには 国の負担を増やすこと

国民健康保険も、年金保険も、介護保険も、社会保険か公費負担かという議論がある。実践的にいえば社会的扶養を強めることである。国保の保険料が非常に高いことは周知の通りであり、このルートから無保険者(国保資格証明書や短期保険証を発行された人)が発生し、受診を阻まれている。国保も、1980年代には国が5割負担をしていたので、そこに戻せばよい。非正規雇用労働者が国保の対象になって、未納分が増えているが、社会保険に入れるようにする。年金も厚生年金に入れるようにする。そうした運動が大事である。

国保も介護保険も後期高齢者医療制度も、当面、国の負担を大幅に増やすことが、唯一の展望である。後期高齢者医療制度は、可及的速やかに廃止すべき高齢者差別の制度である。政権に就いた時点の民主党の政策では廃止であった。生活の党も民主党からできた党である。共産党は一貫して廃止を要求している。現在の野党共闘の展開からみても、後期高齢者制度廃止は、現実性がある。(ひの しゅういつ・常任理事・東北大学名誉教授)

【注釈】

- 1 工藤恒夫は、社会保障の歩みを、個人的扶養原理と社会的扶養原理との対立と把握している（『資本制社会保障の一般理論』、新日本出版社、2003年）。第6章「社会保障の制度化原則と財政面の改革」、第7章「社会保障『財政』のあり方」参照。および相澤與一、『社会保障の基本問題―「自助」と社会的保障―』（未来社、1991年、39頁）参照。
- 2 相澤與一、『医療費窓口負担と後期高齢者医療制度の全廃——医療保障のルネッサンス』（創風社、2010年）、112頁参照。
- 3 吉原健二・和田勝、『日本医療制度史』（東洋経済新報社、1999年）、313頁。
- 4 1と2については、全体として、三成一郎、「財界と安倍政権が企む社会保障解体の行方」『労働総研クォーターリー 2015 秋季号』および日野秀逸、『『営利企業化』ではなく生存権保障を——政府・財界の社会保障政策を批判する』『前衛』（2015年12月号）参照。
- 5 社会保障研究部会メンバー宮崎牧子氏の示唆による。
- 6 公文昭夫「戦後・労働組合の社会保障運動の教訓」『労働総研ニュース』248号（2010年11月）参照。
- 7 社会保障研究部会メンバーの原富悟が執筆した。原富悟「社会保障再生と労働組合」『労働総研クォーターリー』（2015年秋季号）参照。
- 8 社会保障全体への具体的な政策提言は、労働運動総合研究所『提言 ディーセントワークの実現へ』（新日本出版社、2013年）の第7章「『人間に値する生活』を保障するための具体的提言」と第8章「『安定した雇用・実現こそ財源確保の確かな道』」を参照。また、日野秀逸監修・労働運動総合研究所編『社会保障再生への改革提言』（新日本出版社、2013年）の第3章「『人間的な労働と生活』を基盤とした社会保障再生提言」と第4章「『安定した雇用』の実現で確かな財源の確保を」を参照。
- 9 社会保障財源の理論的検討として、橋本正二郎「社会保障の財源はどこに求めるべきか——橋本内閣の『財政構造改革』『社会保障構造改革』とも関連して——」（『経済』1997年12月号）と、工藤恒夫『資本制社会保障の一般理論』（新日本出版社、2003年）の第7章「社会保障『財政』のあり方」および日野秀逸「社会保障改悪の現段階—営利性強化がきわだつ安倍政権」（『月刊全労連』2015年11月号）参照。