

介護保障と労働運動の課題

日野 秀逸

はじめに

この小論のテーマは、介護保障を総合的に確立するために、労働運動が何をなすべきかを検討することであり、老人保健福祉審議会最終報告（4月22日）、厚生省「試案」（5月15日）、厚生省「修正試案」（5月30日）さらに6月には厚生省介護保険制度案大綱というように、2ヶ月足らずの間に、猫の目のように変転して完全に迷走状態に陥っている厚生省の「介護保険」構想についての詳細な検討が主題ではない。それは、すでに各団体が最近、機関誌類で特集を組んでいて、細部に亘る議論をすでに行っている。ここでは、実践的課題を提示することが目的である。また、小論では紙数の制限もあり、ひとつひとつの論点の出所を明記はしていない。

1. 介護保障が問題である—対抗軸の整理

考察を進めるにあたって、いささか論点あるいは用語の整理が必要である。それは、厚生省の論議が（老人保健福祉審議会の論議を含む）、介護保障への総合的な目配りなしに、「公的介護保険」という表現を、いわば「先に厚生省流の介護保険ありき」の形で進めたからである。そして、労働運動をはじめ社会保障関連の諸団体の論議も、いくぶんかは厚生省の論議の枠組み

に引きずられたことは否めないからである。

われわれが実践的論議を進めるための前提として、介護保障には、介護費保障と介護サービス保障（医療の場合では医療費保障制度と医療サービス供給制度）の2つの側面があることを確認しておく。医療や福祉のようにサービスという現物の給付が、費用の保障と不可分な領域では、この両面に目配りをして論議と運動を展開することが、ことの性質上から不可欠である。

ところが、論議が「介護保険」に集中しすぎて、いわば「蚤取り眼」になってはいないだろうか。もちろん、こういう状況を意識的に作り出しているのは政府・厚生省なのだが。

次に、厚生省流の「介護保険」とオランダやドイツの公的介護保険は違うものだし、介護保障と「介護保険」もイコールではないことを確認しなければならない。厚生省流の「介護保険」はおよそ公的な介護保険の名に値しないし、上記のように老人保健福祉審議会や厚生省が構想する「介護保険」の内容自体も不明なところが多い。

したがって選択肢が「介護保険」だけでないことは自明であるし、公費負担制度か「介護保険」かでないことも、公費負担制度か介護保険かでないことも自明である。問題は介護保障制度を総合的に確立することである。

なお、論理的には公的保険も公費も介護保障

の財政的仕組みとしては存在し得るし、両者の併存もありうる。また、現実にはオランダやドイツなどを含めて、併存の例は存在している。また、わが国の介護と同様にサービスという現物給付が不可欠な医療において、医療費保障制度は、公的保険と公費負担と生活保護法による医療扶助とが併存している。なお、筆者は、経済的自立が困難な高齢者を中心とする介護保障においては、補足性原理に立つ生活保護法による扶助は好ましいとは考えていない。

介護保障制度は現実には、白紙にデザインするわけではないし、日本の場合、医療と介護の連携・連続を考えると、公的保険を排除する理由は無からう。また、福祉との関連からも公費による措置制度を否定する理由もない。

公費による制度をベターとしても、イギリスの国民保健事業 (NHS) のように予算を締められることによって、財政的に「立ち枯れ」や「安楽死」させられかねない。また、公的保険だとしても、スウェーデンの国民健康保険のように保険料 (税) の85%が企業負担で、15%が国の負担という事態も、運動の力量や歴史的経過によっては、ありうるのである。これらのことから、公的保険か公費負担かという費用負担方式によって一義的に決まるものではない。

ここで言いたいのは、以上の私見を含めて介護保障の総合的確立に向けて、大いに論議すべき課題が多々残っているということである。

この項の最後に、「介護保険」論者についての規定を試みておく。現在までの論議では、少なからぬ人たちが、公的介護保険を否定しない人々を指して、「介護保険論者」として一括してしまう傾向が見られるからである。

筆者は、「介護保険」論者とは、①措置制度を否定して公的「介護保険」を強要する、②民間保険の活用を前提として公的「介護保険」を設

計する、③公費の削減を前提として公的「介護保険」を設計する、④本人の少なからぬ自己負担を前提として公的「介護保険」を主張する、このような人たちのことと考えている。

以上のような、理論的あるいは制度論的な問題では、社会保障運動の内部にも、少なからぬ意見の拡散状態が見られる。この点で、労働運動が福祉や医療の専門職を組織している優位性を発揮し、積極的に意見交換の場を設定し、国民的合意を形成する牽引車の役割を果たすことが望まれる。

2. 介護要求の緊急性・切実性の確認と厚生省案への批判

介護保障を考える大前提が、わが国における公的介護の立遅れ、正確には公的介護不在が、介護を受ける多くの高齢者から人間らしい生活・人間としての尊厳を奪っており、私的な家族介護を負担させられてきた家族、特に女性に深刻な犠牲を強いていて、「介護地獄」からの脱却が切実な国民的要求になっていることである。

この現実には、一つは何らかの公的介護制度を切実に求める世論を生みだしている。昨年11月から12月にかけて実施された総務庁の「高齢者の経済生活に関する意識調査」では、現在の貯蓄額では老後の備えとして不足とする人が52.5%、そして貯蓄を「病気や介護が必要な時など、万一の場合以外は取り崩すべきではない」とする人が50.5%を占め、「病気と介護」に備えて貯蓄せざるを得ないという、介護費不安が示された。

今年3月の『朝日新聞』の世論調査では、「公的介護保険制度」の創設に60%の人が賛成している。また、7月の『中日新聞』の世論調査では「公的介護保険制度」の導入に79%以上の人々が賛成している。もっとも『朝日新聞』の世論

介護保障と労働運動の課題

調査では、「お年寄りの保険料負担」について、「負担するのがよい」は35%であり、「負担しなくても良い」が51%と過半数である。

一方で、最近では厚生省の「介護保険」構想の迷走ぶり、端的に表現して「保険あって介護なし」の本質が知られはじめるにつれて、世論にも微妙な変化が生じている。「日本経済新聞」が6月に実施した世論調査では、「公的介護保険制度を設けることについて、どう考えるか」という設問に対して、「早急に実現すべきだ」は26.6%であり、「もっと十分に議論すべきだ」が62.3%を占めている。また日経産業消費研究所が6月に実施した世論調査では、厚生省の強制的加入の公的介護保険と任意加入の保険の支持者が、それぞれ37.7%と38.3%であり、世論も必ずしも厚生省流の「介護保険」一辺倒ではなくなっている。

いずれにしろ、厚生省自身の無策がもたらした厳しい現実が、「今よりましなら少々の負担をしても公的介護保険」を望む、という世論を生みだし、またこうした世論を利用してこそ、厚生省の「介護保険」構想の登場が可能になっている。しかし、厚生省の「介護保険」構想は、介護保険制度の導入がどのような介護サービスを保障するのか、保険料負担は誰がどのくらいするのか、保険者はどこになるのか、などの介護保険の中心的内容については、次々に見解が変更される、およそまともな構想とはいえないものである。

国民が切実に感じている介護保障の緊急性が含意することは、1つは現実の介護サービスの量と質を大幅に改善することであり、もう1つは介護費保障の改善であり、全体としては国民の介護要求に適う制度、すなわち介護を受ける人と、介護に当たる人（看護・介護労働者と家族を含む）との人権が尊重される、介護保障制

度の早期確立である。

厚生省の「介護保険」構想が、こうした労働者・国民の真の介護要求とは全く相反するものであることを明らかにし、要求に応える具体的な改善を国と自治体に迫る場と運動を、ナショナルセンターとして、地域センターとして、単産レベルとして、また自治体レベルでも、多様に重層的に展開することが急務である。

3. 政府の強行的国会提案を阻止し 情報を公開させる

2と連動することがらであるが、現在、政府・厚生省は国民的論議・合意が形成されないうちにこそ「介護保険」を強行的に制定しようとしている。これを阻止する運動が緊急度の高いものであり、阻止するためにも1、2で述べた課題への取り組みが有効だという関係にある。

最近の動向を若干みておこう。橋本首相は7月20日、福岡市で開かれた自民党九州ブロック国会議員総決起集会で、「介護のシステムを作るため、市町村に大きな役割を担っていただかないとならない。権限もカネも地方に渡す。住民が身近に求める仕事を、住民に一番身近な行政に背負っていただく。これが地方分権だ」として、「介護保険」の導入に反対や慎重論の多い市町村を説得することを強調した。また、菅直人厚生大臣は、大臣就任後最初の「一日厚生省」が7月29日に仙台市で開かれた際に、終了後の記者会見で、「臨時国会に向けて出したい」と述べ、早期提出に改めて意欲を示した。しかし、「一日厚生省」では、市町村側から、赤字財政の国民健康保険を例に、「第二の国民健康保険」になるのではないかという不安から、「介護保険」の導入には慎重にならざるを得ないとの意見が出された。厚生大臣はその後の記者会見で、地方自治体を含む関係者から財政面での理解を得

る、日本の社会保障制度全体の見直しをつける、の2点を課題として挙げた上で、「7、8、9月に努力して、この2つをクリアし、臨時国会に法案を出したい」と述べている。

もっと実務的には、7月17日に厚生省が都道府県高齢者介護主管課長会議を開き、羽毛田老人保健福祉局長は「市町村の理解を得るためにもまずは都道府県が制度内容に精通し、理解してほしい」と訓示し、次期国会への法案提出については「医療保険制度や社会保障制度改革を進め、制度を安定化させるためにも、第一歩として介護保険制度を仕上げなければならない」と述べた。すなわち、医療保険制度改革の観点からも、社会保障制度全体の「介護保険」化という戦略からも、「介護保険」制度の早期実現を位置づけている。また、香取高齢者介護対策本部次長は、市町村が必ずしも制度の基本的な仕組みを理解していないケースが多く、市町村との「意志疎通を欠いている」場面もみられたとして、市町村への説明を十分行うよう求めた。

つまり、厚生省の「介護保険」構想が都道府県の担当者にも、市町村の担当者にも理解困難な代物であることを自認したのであり、それだけに7月から9月にかけて精力的に「説得」と「周知徹底」に務める構えを、首相、厚相、厚生省幹部が示しているのである。

ここで留意すべきは、まず市町村が十分理解できていない制度を、国民に理解しろといっても無理だということである。しかも、国民の間の理解や合意を形成せずに、都道府県や市町村という行政サイドさえ説得すれば、法律を作ってもよいということにはならないということである。

さて、厚生省がなすべきことは、既定の「介護保険」構想を押しつけることではない。都道府県と市町村に対する以上に、国民全体に対し

て情報を公開することである。まずは、「介護保険」構想について、政府部内でも確たる方針を（「介護保険」の名において新たな収奪機構を作るということでは確固としているが）持っているとも言えないのであるから、政府部内の論議を公開することから始めなければならない。例えば、連立与党内部でも自民党は一般に慎重論、新党さきがけと社民党は早期実現という構図である。しかし、上述のように橋本首相も最近は早期実現の姿勢を示している。また、厚生省の一連の案では、在宅先行だったが自民党の山崎政調会長は最近、施設介護と在宅介護の同時実施を語っている（7月26日）。政府としての統一の方針を明らかにすることが第一の情報公開であろう。それなくして、国民や自治体に「ご理解を願う」といっても無理な話である。

また、厚生省の案ではおおよそのところ、老人医療費の総額（1995年度）8兆4600億円のうち介護的要素の大きい部分を8500億、6ヶ月以上の長期入院を1兆200億円とし、「介護保険」の導入によって2兆円弱が削減できる計算になる。また、老人医療費には健康保険、共済組合から拠出金が約30%あるのでこの扱いによって削減金額は変わるし、企業・健保連の負担の減少もありうるが、いずれにせよこれらの金額がどの程度になるのか、そして老人医療費の浮いた分もどのように使うのか情報は公開されていない。

連立与党内部からも情報公開の声は出ている。自民党情報調査局長の伊吹文明衆議院議員は厚生省の制度案大綱に関して、「今の制度案では、65歳の人で50人に1人、85歳で4人に1人程度しか介護を受けられない。『それでもやりますか』という情報の公開が欲しい」（『朝日新聞』7月17日）。

日経連側からも、介護保険制度の導入によっ

介護保障と労働運動の課題

て、財政危機が深刻化している医療保険制度の負担状況がコスト面でどう変化するのか、具体的に示すべきだとの意見が出されている（8月1日の厚生省と日経連の定期懇談会）。

自治体関係者も情報の公開を求めている。「介護保険」の早期導入の立場をとる山形県西川町横山万蔵町長は、「介護保険」に関するこれまでの論議で不足していることとして、介護保険を知らない首長が多く、厚生省がもっと説明すべき」だと述べている（『朝日新聞』7月27日）。

マスコミにおいても、公費の削減分をどのように使うのかが不明であることか指摘されている。『朝日新聞』シリーズ「負担増の前に」（4月5日）では、厚生省の試算によると新ゴールドプランが想定する2000年度の介護費用のうちの公費負担は約3兆円、一方、「介護保険」構想では2000年の公費負担は約2兆3千億円で、7000億円が浮く勘定であることを伝えている。この7000億円を何に使うのかは公表されていない。

この項から出てくる実践的帰結は、労働運動が、社会保障運動とともに、国民各層はもちろんのこと、「理解しがたい介護保険構想」を押しつけられて難儀している市町村さらには都道府県とも共同して、あるべき介護保障の構想を論議し、「介護保険」構想の問題点を明らかにし、わが国の現実に適合した合理的な制度に関する国民的合意を形成するための運動を、重層的に展開することである。そのためにも、政府・厚生省に情報の公開を迫ることである。

4. 企業負担の明瞭化 （オランダの例に触れて）

一般的に見て、公的保険に企業が負担をしないというのは不思議な話である。ところが「老人保健福祉審議会」の最終報告では、企業側委員の強硬な反対で、企業負担については両論併

記にとどまっていた。企業側の立場はその後も変わっていない。

日経連と厚生省の幹部の定期懇談会（8月1日）で、日経連の根本二郎会長は、「介護保険」制度について、必要性は評価するが、保険料の事業主負担を法定化することは容認できない、と述べている。つまり、労使の交渉に委ねて企業内福祉の枠組みにとどめておきたいのである。

これは、公的保険としては致命的な欠陥といわざるをえない。この点で、おそらくは世界で最初の実質的な公的介護保険と目される、オランダの制度について紹介をしておくことは無駄では無かろう。ドイツについては少なからぬ文献がでているがオランダについては極めて少ないので文献名を挙げておく。それは、アラン・メイナード著、日野秀逸他訳、『欧州共同体諸国の保健・医療』（形成社、1979年。オランダの翻訳は日野）、The Reform of Health Care; A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, OECD, 1992および『我が明日の「医療」「介護」を考える』（東京保険医協会、1996年）である。

オランダの社会保険は、被用者保険と国民保険に分かれている。国民保険には、一般老齢年金法（AOW）、一般寡婦孤児年金法（AW）、一般児童給付法（AKW）、一般労働者社会年金法（AAW）と介護保険として紹介されることの多い一般特定疾患手当法（AWBZ; The General Special Sickness Expense Act; Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten）があり、被用者保険には疾病法（Ziektewet=ZW、これは疾病、災害、出産、精神・身体障害による短期の労働不能に対する現金給付）、労働不能保険法（Wet up Arbeidsongeschikt-beidswerzekering = WAO、これは長期の疾病の際の現金給付）、失業給付法（WW）及び健康保険法（Ziekenfond-

swet=ZW)の4つがある。国民保険は、オランダ居住の全住民が法律で加入を義務づけられているから、被用者は国民保険にも強制加入させられる。

一般特定疾患手当法は1967年に制定され1968年に施行された。この法律は全国民を対象とし、長期間治療を要する(52週以上)疾病への医療と介護をカバーしている。特定疾患手当一般法は、年齢や国籍に関係なくオランダに居住するどんな人にも保険補償を供給する。特定疾患手当一般法が運用される疾病基金へは、国から補助金が出ている。その他の財源は保険料である。1973年には保険料が24,300フローリン(3,721.28ポンド)までの収入の労働者に対して賃金の2.8%であった。1974年段階までは保険料は全額雇用者によって支払われていた。しかし、18歳以上の人々に毎月保険料を支払わせるという新しい法律ができ、現在は労働者も保険料を拠出している。オランダの国民保険全体に言えることだが、被保険者は所得の一定率を所得税とともに徴収されるが、所得が一定額以下の者と65歳以上の者は拠出の義務を負わない。また被用者は一般特定疾患手当法と一般老齢年金法については拠出額(1995年7月1日現在で所得の8.85%+6.3%=15.15%)のうち一定限度(11.75%)までを使用者から償還される。

被用者保険では、保険料は労使が分担しているが日本やドイツと異なり、折半ではなくて使用者負担分の方が高い(使用者7.25%、被用者1.10%)。オランダの例のように社会保険でも、低所得者や高齢者、労働者の負担軽減措置が行われている国もあり、公費負担と公的保険を一般的に比較するわけにはいかない。スウェーデンの国民健康保険もそうであるが、そこには、基本的には労働運動を中心とする政治的・社会的力関係が作用しているのである。

5. 消費税引き上げ反対闘争と連携する

社民党と新党さきがけが「介護保険」導入に熱を入れているのは、消費税引き上げと連動した話である。特に社民党は、かつて社会党時代には反対した消費税の3%から5%への引き上げを決めた当事者である(村山内閣時代)。彼らは、その理由として福祉、とりわけ介護費用の財源とするための引き上げという「大義名分」を掲げた。「高齢者介護サービス基盤整備の着実な推進」(消費税率引上げおよび新ゴールドプラン決定にあたっての大蔵、厚生、自治三大臣合意文書)という謳い文句は、その代表である。したがって、来るべき総選挙対策のためにも、消費税引き上げのアリバイとも言うべき「介護保険」の創設を急がざるを得ないのである。

慎重論と伝えられる自民党にしても、五十歩百歩である。例えば、前記の伊吹代議士は2%の消費介護目的税を制定することを主張している。

このように、「介護保険」構想は、消費税率引き上げと連動している。したがって、「介護保険」強行に反対する運動は、きわめて広範な消費税引き上げ反対闘争と密接に関わる性格のものであり、相互に運動を前進させあう関係にある。この意味で、「介護保険」強行制定反対運動は、消費税に反対する国民的運動と連携して展開される根拠を持ち、労働運動としても両者を統一的に把握し、運動を構築することが要請される。

6. サービスの量的・質的向上は一致した要求

実践的におそらく最も取り組み易く、国民の介護要求に現実に応える運動は、現行の制度のもとでなすべきことを達成させることであり、さらに超過達成させることであろう。

「介護保険」構想が、新ゴールドプランの達

介護保障と労働運動の課題

成水準にも及ばないことはすでに広く批判されている。ここでは、今年2月に東京都高齢福祉部の在宅サービスモデル研究会が発表した「在宅サービス提供モデル策定に関する報告書」の中の「ウィークリープラン」と、老人保健福祉審議会が1月に発表した「要介護高齢者等に対するサービスモデル」の比較だけを出しておく。なぜならば、「介護保険」構想では、在宅からスタートすることになっているからである。

特養入所待機中の単身者の場合、老人保健福祉審議会モデルでは、ホームヘルプサービスの合計時間は7時間40分であり、朝のホームヘルプサービスは週4回であるから、週3回はヘルパーが来ないのである。深夜の巡回は老人福祉審議会モデルでは、毎日1回なのに対し、東京都モデルでは、毎朝のホームヘルプサービス、深夜の巡回を含め、毎日5－6回程度のサービス提供を想定している。東京都モデルのように、1日に複数回のヘルパー派遣が行われれば、特養待機者でも在宅生活が可能と思われるが、老人保健福祉審議会モデルでは、特養待機者の在宅生活は困難である。

虚弱高齢者のケースでは、東京都モデルでは、1人ぐらしの要サービス者には、朝食と夕食の準備にすることが想定されて、毎日ヘルパーを派遣するようになっている。老人保健福祉審議会モデルでは週1－2回程度である。現在でも都市部では、ホームヘルプサービスを受けている虚弱高齢者が多数存在している。週3－5回程度のサービスを受けている人も珍しくはない。しかし、「介護保険」構想ではサービス水準が低下する恐れが濃厚である。

また、現在の全国各地のサービス供給体制を見るならば、介護保障の最も確実な支えとなるサービスの量の、当面の最低保障とも言うべき「新ゴールドプラン」を達成できると考えてい

る自治体は3割程度でしかないのである（日弁連調査）。

現在よりもサービス水準が下がるような介護保障制度は不要である。運動の緊急課題としては、各自治体における介護サービスの水準と、地域老人保健福祉計画の内容と、その進捗状況を調べることで、そしてこの計画の完全実施を求める運動が挙げられる。

サービスの量と質を確保するという点で、われわれは、介護保険の「基盤整備」に公費を投入する点では大方の意見が一致していることに着目すべきであろう。例えば、老人保健福祉審議会の鳥居泰彦会長は、公的介護保険に関する最終報告を取りまとめるさいの論点の一つとして、「介護のインフラ整備から説き起こしたい」と述べていた（『日経』4月5日）。自治体側も、サービス提供というインフラ整備に公費を投入することを要求している。

まさに、供給量の絶対的不足の解消こそ急務であることは、誰の目にも明らかである。そして、介護サービスの供給量確保が、「介護保険」構想の大前提であることは衆目の一致するところである。これについて厚生省内部では、介護保険とは別に施設整備のための特別立法を作ることが考えられていたようであるが第二次報告では一般的に国、都道府県、市町村の責任について触れられているにとどまる。しかし、現在進行中の老人保健福祉計画ですら、達成が危ぶまれているのが現状である。

しかし、厚生省が「介護保険」構想の妥当性として常に持ちだす、「多様な老人介護ニーズに対応する」ためにも、利用者の選択権が働くためには、介護サービス供給体制が需要を上まわらなければならないのであり、サービス供給体制は、目的に応じた多様性を持たなければならないのである。

そのためには、非営利法人（医療法人、社会福祉法人、生活協同組合など）が、地方公共団体直営と並んで、サービス供給を担いうる財政的裏付けが必要になる。

新ゴールドプランの達成と市町村高齢者保健福祉計画の達成なくして、「介護保険」の約束を信じるわけにはいかない。この点での地域的運動において、医療、看護、福祉、介護の専門職を構成員とし、国家公務員、地方公務員を構成員とする全労連の役割は大きいと言わざるをえない。

ケア・マネジメントは介護保障に不可欠な作業である。その際に、医療と福祉と介護は切り離せない。「判定基準」や「判定プロセス」の策定は、医労連、福祉保育労、自治労連、また労働組合ではないが、保団連や民医連や医療生協なども参加し、障害者団体、介護を行っている

家族を含んで、利用者の権利をベースにし、かつ各分野の専門家の知恵と経験を結集して行うことがらである。どのような費用調達方式をとるにせよ、医療や福祉と連続した介護サービスの量的、質的整備が実際の介護水準を決めるのであり、いかなる民主的かつ公正で客観的な要介護判定基準と手続きを採用するかが鍵である。ここには労働組合の大きな活動の分野が待っている。

繰り返しになるが、「介護保険」は医療保障改悪、社会保障改悪の突破口と位置づけられている。消費税引き上げの口実でもある。それと闘い、国民的介護要求に応える具体的運動と政策的論議において、労働運動が果たすべき役割と、可能性は極めて大きい。

(常任理事・東京都立大学教授)

読者のひろば

夏季号で『超氷河期だって泣き寝入りしない!』を紹介していただきましてありがとうございます。

今年の春の段階で22万人の就職浪人として若い私達が働きたくても働けません。企業の採用計画をみても、見合った数字ではありません。6月18日に労働省に要請にいきましたが、労働省は就職難の原因に「学生のプラン

ド志向もある」という返答をしました。そもそも働き口がない、そのなかで労働者全体が多く苦しめられているのに個人の意識の問題にする姿勢に怒りを感じました。今後ともよろしくおねがいします。

(杉山恵子/学生・就職難に泣き寝入りしない女子学生の会代表)

本誌のとじ込みハガキにて、ご感想・ご意見をお寄せ下さい。