

月刊自治労連デジタル

(ホームページ版)



医療現場の実態と提言(案)を発表する自治労連(11月30日)

▼2020年12月号 contents

講演「新自由主義的社会保障改革」社会保障解体のねらいと、それを阻止する
国民的な運動を「積極的疫学調査」実施のための体制強化を
鹿児島大学法文学部教授 伊藤 周平

発行 日本自治体労働組合総連合
連絡先 03-5978-3580
<https://www.jichiroren.jp/>

2020.12.18

本稿は、2020年10月29日にオンラインで開催された自治労連社会保障闘争学習会での記念講演として行われたものです。

「新自由主義的社会保障改革」社会保障解体の ねらいと、それを阻止する国民的な運動を

ーコロナ禍で明らかになった新自由主義的社会保障改革の限界と今後の課題ー

鹿児島大学法文学部 法経社会学科教授
伊藤 周平

1 問題の所在ー新型コロナの感染拡大と可視化された日本の社会保障の脆弱さ

2020年に入ってから日本の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、医療など日本の社会保障の制度的な脆弱さを浮き彫りにした。

国の新型コロナ対策は、感染症患者の治療にあたる医療機関に対する診療報酬の引き上げや慰労金・持続化給付金の支給などはあったものの、布マスクの配布など場当たりの対応に終始し、事業者への「補償なき自粛要請」、医療・介護・保育現場、そして国民への「自粛・自助努力」の要請に終始し、まさに無為無策といえた。そもそも、欧米諸国で行われた外出禁止、都市封鎖（ロック・ダウン）と異なり、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく営業制限や外出移動制限は「自粛要請」という言葉に象徴されるように、強制力のないものであり、それがもたらす損失を補填する国・自治体の法的責任もない。国は、強制ではなく、あくまでも事業者や国民への自粛要請という形をとることで、感染を

拡大させた失策の責任を国民の自己責任に転嫁しようとしている。そして、過剰なまでに自己責任論と同調圧力の強い日本社会では、自粛要請は事実上の強制と化し（マスコミも異常なまでに自粛を訴えた）、加えて、他の国に比べて異様に少ない検査体制が招いた感染拡大が、人々の感染への不安と恐怖、疑心暗鬼を加速、休業要請に応じない事業者へのバッシング（「若者」や「夜の街」関連の人が感染を拡大しているという差別的な言説が用いられた）が過熱した。感染者のみならず医療従事者など感染可能性のある人への差別も顕在化し、国民の間に、分断と差別がもたらされたといつてよい。

何よりも、新型コロナの感染拡大地域では医療提供体制がひっ迫し、医療が機能不全に陥る「医療崩壊」が現実化した。感染症治療を担う公的・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策のツケが回ってきたともいえる。介護現場も、介護保険の介護報酬の度重なる引き下げが介護職員の低賃金を招き、深刻な人手不足で介護サービスの基盤が大きく揺らいでいるところに、

新型コロナが直撃、「介護崩壊」が現実化した。

さらに、消費税率の 10% への引き上げに新型コロナの感染拡大が加わり、日本経済は戦後最悪ともいわれる大不況に陥っている。観光・飲食業界などの事業者の倒産・廃業、そして非正規の労働者を中心に、休業、雇止め、失業が急増している。それに伴い、貧困・生活困窮に陥る人が増え、生活保護の申請も増大し、自殺者数も増加傾向に転じている。

こうした中、2020 年 8 月末、突如、安倍首相が病気を理由に辞意を表明、自民党総裁選を経て同年 9 月に、菅政権が誕生した。菅首相は、コロナ禍の最中にもかかわらず、「自助・共助・公助」を掲げ、国民に自助努力、自己責任を強要して、国・政府の役割を最小限にとどめること（「小さな政府」を進めること）を宣言、新型コロナ対策も、基本的に、国民の自粛・感染防止要請に終始する姿勢を明確にした。社会保障改革についていえば、すでに、安倍政権の時代に「全世代型社会保障改革」が打ち出されていたが、菅政権は、小泉政権時代の竹中平蔵氏を再びブレーンとして登用するなど、より露骨に新自由主義路線を突き進み、社会保障の削減・解体を進めようとしている。

本講演では、以上のような現状を踏まえ、コロナ禍で明らかになった日本の社会保障の脆弱さが新自由主義的な社会保障改革に起因することを医療・介護分野で検証したうえで、新自由主義的な社会保障改革を阻止するための運動の課題を展望する。

2 医療費抑制策の展開と病床削減

(1) 減らされてきた病床

コロナ禍により医療崩壊が現実化した背景には、医療費抑制策を続けてきた国の医療政

策がある。そして、医療費抑制策の中心は、病床数の削減と医師数の抑制に置かれてきた。

新型コロナの感染拡大で、感染症指定医療機関や感染症病床の不足が問題となっているが、もともと、国は、感染症の患者が減ってきたことを理由に（実際は微増なのだが）、指定医療機関や感染症病床を削減してきた。国内の感染症病床は、特定医療機関（全国 4 か所）、第 1 種指定医療機関（同 55 か所）、第 2 種指定医療機関（同 348 か所）のものを全部合わせても、1869 床しかなく（2019 年）、1998 年の 9060 床（旧伝染病床）の 4 分の 1 になっている（日本医療労働連合会調べ）。感染症指定医療機関も、自治体が運営する公立病院や日本赤十字社などが運営する公的病院がその約 8 割を占める。

重症患者のための集中治療室（ICU）も、2013 年には、全国で 2889 床あったが、2019 年には 2445 床に削減されている（そのうち、公立病院が 419 床を占める）。

(2) 地域医療構想による病床削減

安倍政権以降、病床削減の政策がさらに加速する。2014 年には、急性期病床を削減し、安上がりの医療・介護提供体制を構築することを目的とした「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」（以下「医療介護総合確保法」という）が成立、医療法が改正され、2014 年 10 月から病床機能報告制度が創設され、それを受けて、都道府県が地域医療構想を策定する仕組みが導入された。

病床機能報告制度は、各病院・有床診療所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）を、都道府県知事に報告する仕組みで、各医療機関は「現状」

報告と「今後の方向」の選択（たとえば、今は回復期だが、今後は急性期とするなど）、構造設備・人員配置等に関する項目などを報告する。報告内容を受けて、都道府県は、構想区域（各都道府県内の2次医療圏を原則とし、現在339区域ある）において病床の機能区分ごとの将来の必要量等に基づく「必要病床数」を算出した地域医療構想を策定する。

あわせて、都道府県は、構想区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者などとの協議の場（調整会議）を設け、協議を行う。また、都道府県知事は、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ことができ、病床削減（転換）などの要請、勧告（公立病院の場合は命令）、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。

地域医療構想のねらいは、看護師配置の手厚い（つまり診療報酬が高い）高度急性期の病床を他の病床機能に転換させ、もしくは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、入院患者を病院から在宅医療へ、さらに介護保険施設へと誘導することで（「地域包括ケアシステム」といわれる）、医療費を削減することにある。

2018年までにすべての構想区域で、地域医療構想が出そろったが、地域医療構想の完遂による「必要病床数」を実現した場合、全国で15万6000床（2013年時点の必要病床数との差引）もの病床削減が必要となり、地域に必要な医療機関や診療科の縮小・廃止が生じかねない。国は、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進めていくことが原則としているが、法改正により都道府県知事の権限が強化されており、

上からの機能分化が進められる懸念は払拭できていない。機械的に病床削減を実施していけば、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り、地域医療は崩壊する。

（3）医師数の抑制と看護師の人材不足

地域医療構想で算出された「必要病床数」は医師や看護師の需給推計にも連動しており、急性期病床の削減で、とくに病院看護師の需要数は現状より大幅に少ない人員で足りるとの推計となっている。医師についても、地域医療構想と働き方改革を名目に、病院を再編し、医療体制を集約化して医師数は増やさない方針で、このままでは、医師の偏在と医師・看護師の負担増による現場の疲弊が進むことは避けられない。

そもそも、国は医療費抑制のために、医師数を抑えてきた。日本の医師数は、人口1000人当たりでみると2.43人で、OECD（経済開発協力機構）加盟国のうちデータのある29か国中の26位、医師の総数でみても、同加盟国の平均約44万人に対し約32万人で12万人と不足が顕著である（2017年。OECD Health Statistics 2019）。人手不足は長時間労働を招く。厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」では、過労死ラインの月平均80時間を超える時間外労働（休日労働を含む）の勤務医が約8万人にのぼると指摘されている。

看護師についても、日本の入院患者1人あたりの看護師数は0.86人で、ドイツ（1.61人）、フランス（1.75人）、イギリス（3.08人）、アメリカ（4.19人）など欧米諸国の2分の1から5分の1の水準にすぎない（2017年。OECD 前出）。長時間・過密労働・低処遇の中、年間10人に1人の看護師が辞めており、

現場では深刻な看護師不足が続いている。

(4) 公的・公立病院の統廃合と再編リストの公表

国の病院・病床削減のターゲットにされたのは、公立・公的病院である。

国（厚生労働省）は、2019 年 9 月、手術件数などの「診療実績が少ない」と「類似かつ近接」という 2 つの基準に該当する 424 の病院（公立 257、公的 167）の名称を公表し、病院の統合や診療科の縮小、入院ベッドの削減など、地域医療構想の具体的方針を 1 年以内に見直すよう求めた。名指しされた病院の 7 割は地方の中小病院だが、医師偏在や看護師不足など診療体制の不備から診療実績が少ないことが考慮されていないなど、機械的、恣意的な基準設定に批判が続出した。こうした批判を受け、厚生労働省は、2020 年 1 月に、再検証結果を発表、7 病院を対象から外し、新たに約 20 病院を追加した（病院名は公表せず）。

再編・統合の検討対象となっている公立・公的病院リストのうち 53 病院は、厚生労働省が 2019 年にまとめた感染症指定医療機関に含まれており（『東京新聞』2020 年 4 月 11 日）、この多くが、新型コロナの感染症の対応に当たっているとみられる。しかし、厚生労働省は、対象病院の統廃合の議論を進める方針は変更していない。

3 公衆衛生と保健所機能の弱体化

公衆衛生は疾病の予防、感染症対策、地域保健などからなり、地域保健法が制定されている。新型コロナのパンデミックのような伝染病流行時に感染者を隔離し、感染の拡大を防ぐための予防と対策が公衆衛生の重要な役

割である。しかし、歴代自民党政権の公費抑制策のもと、公衆衛生予算は削減され、それを担う保健所も「行政の効率化」の名目で、保健所数、保健所職員数ともに削減されてきた。

保健所は、憲法 25 条 2 項に規定された「公衆衛生の向上及び増進」を担う公的機関として設置された。現行法では、都道府県、政令指定都市、中核市、東京 23 区などが設置する。公衆衛生は公的責任で担うという趣旨のもと、国が補助を行ってきたが、その公費負担を削減する目的で、保健所の削減が行われてきたのである。とくに、1994 年に保健所法が地域保健法に改められ、担当地域が広がり、統廃合が進められた結果、保健所の数は、2020 年には全国で 469 か所となり、1992 年の 852 から激減した（厚生労働省地域保健室調べ）。

保健所職員数も、1990 年の 3 万 4571 人から 2016 年の 2 万 8159 人へと削減された。とくに目立っているのが、検査技師の減少で、1990 年の 1613 人から 2016 年の 746 人と半分以上に削減されている（国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」による）。この人数で、新型コロナを判別する膨大な数の PCR 検査（ポリメラーゼ連鎖反応検査）を担えるはずもない。国は、検査設備や人工呼吸器のような機材の確保、それを使いこなせる検査技師、専門医の育成も怠るところか減らしてきたのである。同時に、感染症対策、ワクチン開発支援などで重要な役割を果たしてきた国立感染症研究所は、研究者数も予算額ともに減らされ続け、各都道府県の地方衛生研究所も予算・人員ともに抑制が続いている。

保健師の役割も、感染症予防などの公衆衛

生から国民の健康づくりの推進、生活習慣病対策に重点が置かれるようになり、2008 年からはじまった特定健診・特定保健指導では、結核検査が外され、糖尿病検査が入れられた。特定健診・特定保健指導は、長時間労働の蔓延や貧困の拡大といった社会的要因を軽視し、個人への健康教育とそれによる個人の健康管理・行動変容だけで、生活習慣病が予防できるという前提で政策化されたもので、個人に行動変容を強要し感染症予防を個人の自己責任に転嫁しようとする現在の国の新型コロナ対策と酷似している。健康自己責任論の前提そのものが誤っていたためか、特定健診・特定保健指導の導入から 10 年以上が経過し、膨大な予算と人員を投下したにもかかわらず、生活習慣病は減少しておらず、政策的には失敗したというほかない。しかし、生活習慣病予防策そのものは、一部の企業にとっては、健康産業の大きな市場（経済的利益）を生み出した。そして、経済的利益を生むことがあまり期待できない（だからこそ公的責任で担うべきなのだが）感染症対策などの公衆衛生は軽視され、感染症対策の中でも柱に据えられたのは、経済的利益が期待できるワクチンの開発であった。企業のための健康・医療政策に重点がおかれ、公衆衛生が弱体化されてきたといってよい。

4 介護保険制度改革と「破局的人材不足」

(1) 介護保険制度改革の特徴

医療分野以上に、厳しい給付抑制策がとられてきたのが介護分野である。

「介護の社会化」を理念に、介護保険制度が 2000 年 4 月からはじまり 20 年が経過するが、この 20 年間は給付抑制の連続であっ

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 号被保険者の保険料は、定額保険料を基本とし、逆進性が強い。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、徹底した介護給付費抑制と利用者負担増が進められ、介護現場の疲弊が進んでいる。

介護保険法は、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 年の法改正からはじまって、3 年ごとの介護報酬改定に合わせる形で頻繁に改正が繰り返されてきた。とくに、近年の改革では、介護保険法単独ではなく、医療法の改正などとともに一括法案の形で国会に法案が提出され、重要な改正が断行されている点に特徴がある。

具体的には、2014 年に、医療法など 19 法律を一括して改正する前述の医療介護総合確保法が成立し、介護保険法も改正され、要支援者の訪問介護・通所介護を保険給付から外し市町村事業に移行、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 1 割から 2 割負担にするなどの改革が行われた。2017 年 5 月には、介護保険法など

11 の法律を一括で改正する「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、現役並み所得者について3割負担とするなどの改革が行われた。

一括法案による法改正は、わずかな審議時間で法案が成立し、しかも細かな内容は政省令に委ねられる形で重要な改正が行われており、国会審議の形骸化を招いている。

(2) 引き下げ連続の介護報酬

3年ごとに改定される介護報酬も、2018年の改定まで6回の改定のうち、3回はマイナス改定であり（介護報酬に処遇改善加算を組み入れ、実質的にマイナス改定となった2012年の改定を入れると4回）、抑制ぶりが顕著である。介護保険がはじまってから20年間で、基本報酬は平均で20%以上も下がり続けている。その影響で、2019年の介護事業者の倒産は111件と過去最多を記録し、従業員数5人未満の小規模事業者の倒産が目立ち全体の7割を占めている（東京商工リサーチ調べ）。

介護報酬の引き下げは、介護現場で働く介護職員の賃金の抑制をもたらしている。厚生労働省の「賃金構造基本統計調査」によると、2016年の介護職員の所定内平均賃金（月給の者。施設長のうち事業所管理者を除く）は、22万8300円（前年比4800円増）で、全産業平均の33万3700円より約10万円低く、2004年度の21万2200円（2005年発表の同調査結果）から1万円程度しか上がっていない。同省は、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、介護職員の給与を月平均1万円程度引き上げる処遇改善加算を新設した臨時の報酬改定が行われた。しかし、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、過去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、介護職員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、ほとんど横ばいで上がっていない。

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・紹介会社からの人材確保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。

(3) 人手不足の深刻化―「破局的人材不足」

介護職員の賃金の抑制は、当然の帰結として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、介護職員を疲弊させ働き続けることを困難にしている。職員間の引き継ぎも十分できない状態にあり、特別養護老人ホームで月に6～7回の夜勤をこなす介護職員も珍しくなく、健康を害する介護職員も増大している。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激増、人材派遣による介護が常態化しつつある。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職員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、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、高齢化が進んでいる。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 年もたたないうちに、ヘルパーは枯渇していく可能性が高い。ヘルパーの有効求人倍率は、2019 年の平均で 14.75 倍と(厚生労働省集計)、全職業の平均の 1.45 倍の実に 10 倍以上という異常な水準に達しており、まさに「破局的人材不足」に陥っているといっても過言ではない。

こうした現状を放置している国の無策に、2019 年 11 月 1 日には、訪問介護を担っているヘルパー 3 人が原告となり、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、国家賠償請求が提訴されている。

5 医療・介護崩壊の様相

(1) 検査体制の不備から現実化した医療崩壊

新型コロナの感染拡大は、以上のような医療・介護政策がもたらした医療・介護提供体制の脆弱さを可視化した。まず医療崩壊の様相からみていく。

新型コロナの感染拡大を防止し、医療崩壊を防ぐには、患者が感染しているかどうかの見分けがつくような検査体制の拡充が不可欠だが、当初は、医師が当該患者の検査が必要と判断しても、原則として保健所から「帰国者・接触者相談センター」を介してでないと、PCR 検査が受けられない仕組みとなっていた。しかし、前述のように、保健所は数も人員も減らされてきており、相談者の急増で「電話が繋がらない」など、業務はすでにパン

ク状態に陥った。また、厚生労働省の事務連絡にあった「37.5 度以上の発熱と呼吸器症状」などの検査の目安が、当初、保健所の業務マニュアルに踏襲されていたため、この目安に該当しない人は(たとえば、味覚がなくなるなど感染の典型的な症状が出ていても)、医師が検査必要と判断しても、保健所段階ではねられ PCR 検査が受けられない事例が続出した。批判の高まりを受け、2020 年 5 月に、発熱等の目安は外され、医師が必要と判断した場合は、保険適用により PCR 検査が受けられるようになったが、保健所経由中心の検査体制には基本的に変わりがなく、必要な検査が迅速に受けられない状態は続いている。

かくして、日本の検査件数は、人口 1000 人当たりで 5.30 件にとどまり、最も多いアメリカ(97.30 件)の 20 分の 1、イタリア(89.15 件)、イギリス(73.64 件)、ドイツ(70.10 件)、韓国(24.44 件)に比べても桁ちがいに少なくなっている(オックスフォード大学のグループの推計「Our World in Data」から。2020 年 6 月末時点)。検査が極端に少ないことで、感染の拡大がみえにくくなり、軽症や無症状の感染者が感染を広げ、感染経路不明の感染者が増大した。

(2) 救急医療の機能不全と院内感染の増大

検査体制の不備などを背景に、医療崩壊は、まず救急医療からはじまった。迅速な検査がなされず院内感染の危険があるため、感染の可能性のある発熱や呼吸器症状を訴える患者を受け入れる病院が少なくなり、救急搬送が困難な事例が増えた結果、肺炎疑いの患者などはほとんどの場合、救命救急センターで受け入れざるをえない事態が生じたからである。そのため、本来の重症緊急患者の受け入れが

できなくなり、とくに心筋梗塞、脳卒中など緊急を要する疾患で治療のタイミングを逸する命にかかわる深刻な状況が生じた。

簡易検査の導入なども含めて医療機関から直接検査を発注できる体制づくりが早急に必要であったが、国の対応は後手にまわり、検査の迅速化は図られていない。

この間にも、心不全や別の病気で入院したり、搬送された患者の中に感染者がみつかる事例が続出、医師や看護師の感染と院内感染が相次ぎ（医療従事者の感染が判明すれば自宅待機となり、その部署の医療機能はストップする）、医療崩壊が現実化した。また、医療機関、とくに診療所でのマスクや消毒薬、防護服の不足も深刻の状況に達した。

(3) 遅れた病床確保と医療機関の経営危機

前述のように、医療費抑制策のもと病床削減が進められ、とくに感染症病床は極端に少ない現状で、新型コロナの感染者の増大で、病床はすぐに満床となり、重症者の治療ができなくなる状態に陥った。埼玉県では、入院できる病床や施設が不足し、自宅待機の感染者が、容体が急変し死亡する事態まで生じた。感染した高齢者が自宅で孤立死する事例も出ている。感染しても必要な入院治療が受けられず死亡するという状況は、まさに「医療崩壊」そのものである。

路上などで死亡し不審死とされた人が後に新型コロナに感染していることが判明する事例も出ており、新型コロナに感染して亡くなったにもかかわらず、検査がなされなかったため、肺炎で亡くなったことにされた人も多数いるかもしれない。実際、「超過死亡」（直近の過去数年の一定期間の平均死亡者数に対して、疫病が発生した年の該当期間の死亡者

数がどれだけ超過しているかを示すもの）の指標を用いて推計したところ、2020 年 1 月半ばから 6 月半ばまでの 5 か月間で、日本全国の超過死亡者数は 1 万人を超えており、感染死者数は、公表されている数の少なくとも 10 倍にのぼるとの指摘もある。欧米諸国に比べ感染による死亡者数が少ないといわれてきた日本であるが、アジア・オセアニア諸国の中では多い方で、致死率は、世界平均とほぼ同じになっている。

病床の不足とともに、医療機関の経営も苦しくなっている。外出自粛の影響で（もしくは、病院内での感染をおそれ）、外来患者を中心に深刻な受診抑制が生じ、医療機関が経営困難に陥り、閉院や休業、従業員の解雇を検討する医療機関が増大している。日本病院会など 3 団体の調査では、コロナ患者を受け入れた病院の 4 月の利益率はマイナス 11.8%、1 病院あたり平均で月 1 億円の赤字となっている。そして、こうした経営難を理由に、医師や看護師への賞与を減額する医療機関が続出した。新型コロナの感染患者の治療に力をつくしている医療従事者が、給与削減やボーナスカットに遭遇する事態が生じている。

(4) 介護崩壊の様相

一方、「破局的人材不足」に陥り、医療に比べてはるかに制度基盤が脆弱で、すでに制度崩壊の危機にあった介護保険は、新型コロナの直撃で、介護崩壊が決定的となった。

介護事業所では、通所介護（デイサービス）で集団感染が発生し、もともとの人手不足もあり、感染を警戒して、事業所の多くが休止した。国（厚生労働省）は、介護事業所が休業した場合、ケアプランをつくる居宅介護支援事業所を中心に、訪問介護などの代替サー

ビスを検討・提供するよう求めている。しかし、代替しようにも、どの訪問介護事業所もヘルパーが不足し対応しきれていない。

訪問介護について、厚生労働省は、利用者に発熱等の症状があっても感染防止対策を取り「必要なサービスが継続的に提供されることが重要」と通知しているが、現場ではマスクや消毒液が圧倒的に不足し、感染リスクが高まっている（前述のように、ヘルパー自身に高齢者が多く、感染すると重症化しやすい）。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の世帯では、サービスの中止や外出自粛で、状態の悪化、認知症の進行、身体機能の衰えが起きている。家族介護者の負担が増大し、虐待も増えている。在宅事業者の側も、利用者のキャンセルが相次ぎ、収入が激減、小さな事業所は閉鎖が相次いでいる。新型コロナの収束が長引けば、さらなる廃業や倒産が増え、在宅の介護サービス基盤は完全に崩壊するだろう。

介護施設も深刻である。特別養護老人ホームでも集団感染が起き、死亡者が出た。病床の不足で、感染者を入院させずに施設内で隔離しケアしている老人保健施設もあり、職員は少ない人手でマスクや防護服も不足する中、極度の緊張を強いられている。入所者も外出、家族を含め施設外の人との面会が原則禁止となり、在宅の高齢者と同様、認知症の進行や身体機能の衰えが目立ち始めている。

院内感染や高齢者介護施設でのクラスターが発生し、死亡者の増加が続いている。厚生労働省は、高齢者施設での感染状況や死者の詳細な分析結果を発表していないが、共同通信の調査では、介護施設で、新型コロナに感染した入所者、職員は少なくとも計 700 人おり、このうち入所者 79 人が亡くなっていた

ことが明らかになっている（2020 年 5 月 8 日現在）。

6 医療崩壊・介護崩壊に歯止めをかけるための緊急提言

以上、新型コロナの感染拡大による医療・介護現場の疲弊についてみてきたが、医療崩壊・介護崩壊に歯止めをかけ、死者を増やさないためには、次のような対策と予算措置が緊急に必要である。

第 1 に、検査体制の充実が急務である。保健所を介さず、医師が必要と判断した患者はすべて検査が受けられる体制の整備、具体的には、東京都など一部の自治体がはじめている PCR 検査センターを全国の自治体に設置し、必要な予算と人員を国が確保すべきである。簡易キットによる検査の導入も進め、少なくとも、医療機関の医療従事者、入院・外来患者、介護施設・事業所の介護従事者、利用者には、症状のあるなしにかかわらず定期的に検査を実施すべきである。検査体制が拡充されるまでも、早急に新型コロナ感染疑いの発熱外来を設置し、従来の一般患者対応との役割分担を明確にする必要がある。

第 2 に、不足しているサージカルマスクなど医療用マスク、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、医療機関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。介護施設・事業所に対するマスク、消毒液などの供給についても同様である。

第 3 に、診療所など医療機関、介護施設・事業所に対して、感染者が発生した場合の減収、および外来患者や利用者の減少に伴う損失を補償すべきである。診療報酬や介護報酬の大幅引き上げが必要であり、危険手当を支給できるような財政支援が必要である。とく

に介護保険の場合は、ヘルパーや施設職員が感染者をケアする場合の特別の介護報酬の創設、人員配置基準の大幅な引き上げと潜在ヘルパー・介護福祉士の復帰など人員増員のための財政措置を行うべきである。同時に、医療従事者や介護従事者が新型コロナに感染した場合には、労災適用だけでなく、独自の補償制度を設ける必要がある。

第4に、重症患者の集中が予想される感染症指定医療機関に対しては、国が物的・人的支援を強化し、軽症者については、容体が急変することもあることを考慮し、医師・看護師が常駐する施設での療養を原則とするべきである。介護施設で感染者が出た場合も、施設内でみるのではなく、速やかに入院させる措置をとる必要がある。その前提として、前述の公的・公立病院の再編リストは撤回し、病床削減計画は凍結すべきだろう。

7 新自由主義的社会保障改革への対抗戦略

(1) 新自由主義的社会保障改革の破綻

今回のコロナ禍が浮き彫りにしたのは、小泉政権以来進められてきた新自由主義的改革により脆弱化した医療・福祉などの社会保障の姿であった。「新自由主義(neoliberalism)」とは、D・ハーヴェイの定義によれば「私的所有権、自由市場、自由貿易を特徴とする制度的枠組みの範囲内で個々人の企業活動の自由とその能力が無制約に発揮されることによって人類の富と福利が最も増大する、とする政治経済的实践の理論」とされる。要するに、市場活動を行う企業への規制を大幅に緩和するとともに、社会保障費を抑制し、「小さな政府」を志向する政策および政策思想である。

経済危機に直面したEU諸国では、社会保

障を中心にした歳出削減と付加価値税の増税を同時に行う緊縮財政政策が進められてきたが、これも新自由主義政策のひとつといえよう。しかし、緊縮財政政策は、貧困の拡大や失業の増大など深刻な問題をもたらし、付加価値税の引き下げと富裕層への課税強化など政策を求める反緊縮勢力が台頭している。イギリスのEU離脱も、緊縮路線をとるEU政府への反発が一因ともいえる。

(2) 社会保険における「保険主義」の強化

日本では、この間の新自由主義的改革により、社会保障の中心をなす社会保険制度で、保険料の引上げや自己負担(医療費の自己負担、介護保険の利用者負担など)の増大などにより、「負担なければ給付なし」という保険主義(原理)が強化されてきた。2000年に施行された介護保険制度が、利用者負担を所得に応じた応能負担から、所得に関係ない一律の応益負担に転換したうえに、低所得を理由とした保険料免除を認めず、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を構築しており、保険主義を徹底した制度であった。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られた。2018年度からの国民健康保険の都道府県単位化も、医療費と保険料が直結する仕組みをめざし、都道府県が策定する医療費適正化計画、地域医療構想など通じた医療費抑制を目的とするものであった。

こうした保険主義の強化は、保険料や応益負担分を払えない低所得者を保険給付から排除し(社会保険の排除原理)、必要な医療や介

護を受けられない事態を招いている。

また、日本は社会保障給付費の 9 割以上を社会保険方式で実施している社会保険中心の国であり、社会保障財源として社会保険料収入が大きな比重を占めている。

2017 年度の社会保障財源(社会保障給付費と同様に、ILO 基準に対応するもの。給付費のほか、管理費、施設整備費等も含まれる)の総額は 141 兆 5693 億円で、前年度から 3.7%増加している。財源項目別にみると、「社会保険料」が 70 兆 7979 億円(対前年度 2.8%増、収入総額の 50%)、「公費負担」が 49 兆 9269 億円(同 1.2%増、35.3%)、資産収入など「他の収入」が 20 兆 8445 億円(同 14.0%増、14.7%)となっている。社会保険料の内訳は、被保険者拠出が 37 兆 3647 億円、事業主拠出が 33 兆 4332 億円で、ヨーロッパ諸国に比べると、社会保険料負担に占める被保険者負担の割合が大きいのが特徴といえる。

実際、社会保険料の負担は、先進諸国ではトップレベルとなっており、個人の所得税負担より社会保険料負担の方が大きいのは、主要国中では日本だけである。しかも、社会保険料は、給付を受けるための対価とされているため、収入のない人や低い人にも保険料を負担させる仕組みをとり、逆進性が強い。この点は、消費税と共通する。

国民年金の保険料は定額負担(2020 年度で月額 1 万 6410 円)だが、保険料の納付が困難と認められる者に対して、保険料の免除(法定免除・申請免除)の仕組みを採用している。ただし、保険料免除の場合は、国庫負担分を除いて給付に反映されない。健康保険や厚生年金保険などの被用者保険の保険料は、標準報酬に応じた定率の負担となっているが、所得税のような累進制が採用されておらず、標

準報酬月額に上限が存在するため(健康保険で第 50 級・139 万円、厚生年金保険で第 31 級・62 万円)、高所得者の保険料負担が軽減されている。また、地域保険である国民健康保険料、介護保険第 1 号被保険者の保険料、後期高齢者医療保険料には、事業主負担がないうえ、収入がない人や住民税非課税の低所得者・世帯にも賦課され、配偶者にまで連帯納付義務を課す仕組みである。いずれも他の被用者保険の保険料に比べ突出して高く、低所得・低年金者に過重な保険料負担となっており、低所得者の家計を圧迫し、貧困を拡大するという本末転倒の事態が生じている。いずれにせよ、保険主義から脱却し、社会保険料の負担軽減などの社会保険の改革が必要となる。

(3) 社会保険料の負担軽減と減免範囲の拡大

まず、国民健康保険料・介護保険料・後期高齢者医療保険料については、収入のない人や住民税非課税世帯の保険料は免除とすべきである。当面は、国民健康保険料・介護保険料の 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。国民健康保険料について、すでに独自財源により、7.5 割の軽減措置をとっている自治体も存在する。

また、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大幅に増大させるべきである。とくに国民健康保険については、公費の増大による保険料の引き下げが早急に求められる。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、1 兆円の財源増となり、国民健康保険料を協会けんぽ並みの保険料水準に引き下げることができる。将来的には、応益負担部分

の廃止、所得に応じた定率負担にするなどの抜本改革が不可欠である。

被用者保険についても、前期高齢者の医療費調整制度、後期高齢者支援金に対して公費負担を導入し、協会けんぽの国庫補助率を健康保険法本則の上限 20%にまで引き上げ(健康保険法 153 条)、保険料を引き下げる必要がある。そのうえで、被用者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強化すべきである。厚生年金の標準報酬月額を、現行の 62 万円から健康保険と同じ 139 万円に引き上げるだけで 1.6 兆円の保険料増収が見込めるという試算もある。ただし、年金の場合、保険料に比例して年金受給額も上がるため、高所得者については、保険料が増えた場合の年金額の増え方のカーブを段階的に緩やかにしていく仕組みの導入が必要である。

また、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同時に行うべきである。具体的には、中小企業には一定の補助を与えつつ、事業主負担を増やす方向で増収をはかるべきであろう。将来的には、その財源は、社会保険料の事業主負担を企業利益に応じた社会保障税として調達する方法が有効と考える。なお、年金保険については、社会保険料のほかにも、年金積立金の取り崩しによる活用が考えられる。

(4) 社会保険料による財源調達の方が容易か

もともと、税財源よりも、社会保険料財源のほうが、拠出(負担)と給付の対応関係が明確で、国民の理解が得やすく、租税法律主

義ほど厳格な縛りがなく即応性が極めて高く、財源調達能力の点で優れているとして、社会保障財源については社会保険料を中心に確保していくこと(つまりは保険料の引き上げ)が望ましいとの見解も根強くある。

しかし、財源調達能力や財政安定性があるということは裏をかえせば、社会保険料に対する租税法律主義のような法的統制が不十分なうえに(たとえば、第2号被保険者に対する介護保険料は行政内部の手続で賦課額が毎年改定・引き上げられている)、社会保険料が低所得の被保険者にも賦課され逆進性が強いことを意味している。現行の消費税が食料品など生活必需品にも課税される一般消費税のため、景気変動に影響されず、安定した財源が確保できるという議論と同じである。

税の配分の問題は、政治の問題であり、社会保険料の方が国民の理解を得やすいというのは、いわば国民の増税への強い抵抗(租税抵抗)に直面し、拠出(負担)に対して、給付が明確な社会保険料の方が容易に徴収できるということなのだろう。実際、とくに消費税の増税については、これまでも政権が倒れるほどの抵抗や批判にさらされてきたが(序章参照)、社会保険料負担の引き上げについては消費税ほどの抵抗や批判が表立って生じていない。しかし、それは社会保険料の引き上げが国民にあまり知られないうちになされているからで、保険料引き上げそのものへの不満は大きい。そして、今や年金や介護保険に典型的にみられるように、相次ぐ給付抑制により(介護保険については「国家的詐欺」と揶揄されるほど)、社会保険への国民の信頼は揺らぎつつあり、現在では、社会保険料負担の方が国民の理解を得やすいとはい言えなくなっている。

少なくとも、まずは、前述したような社会保険料負担の抜本的な見直しと改革を行うことが先決であり、その上での社会保険料の引き上げがなされるべきであろう。

(5) 介護保険と後期高齢者医療制度は廃止し、税方式に転換を！

なお、介護保険料についていえば、住民税の非課税者は65歳以上の第1号被保険者の約6割にのぼり、これらの高齢者の介護保険料をすべて免除とすれば、もはや保険制度として成り立たない（保険集団の半分以上の人が保険料免除となる制度を社会保険といえるかという問題！）。このことは、そもそも、リスク分散ができないという点で、高齢者が保険集団となる介護保険という制度設計に無理があることを意味している。

同様に、後期高齢者医療制度は、医療が必要となるリスクが高い高齢者のみで保険集団を構成しており、高齢者医療費の高さを際立たせ、世代間の分断を強めており、リスク分散の機能が働かず制度設計としては合理性に欠ける。実際に、高齢者の保険料だけでは、高齢者医療給付費の1割程度しか賄えず、大半を、公費と現役世代からの支援金に依存している。

高齢者の介護保障・医療保障を社会保険方式で行うことに、そもそも無理があると言い換えてもよい（保険になじまない！）。とくに、介護保険の場合は、介護保険料は、所得がなくても賦課徴収されるため、結果として、給付抑制（保険料の抑制）を強化せざるを得ず、保険料を払っていても保険給付を受けられない人が増え、制度への信頼が失われていることは前述したとおりである。高齢者の介護保障・医療保障については、税方式への転換が

課題といえる。年金から天引きされる介護保険料や後期高齢者医療保険料がなくなるだけでも、年金生活者の生活は各段に楽になるはずだ。

年金制度についても、高齢期の貧困防止のための基礎所得の部分は、最低保障年金として税方式で行うべきである。

(6) 社会福祉基礎構造改革のもたらしたものの一福祉の市場化、個人給付化

一方、社会福祉制度については、「措置から契約へ」の理念のもと、1990年代後半から、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。そして、介護保険法、障害者総合支援法、子ども・子育て支援法など一連の立法により、高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉の各分野において、社会福祉給付の大半が、直接的なサービス給付（現物給付）から、認定により給付資格を認められた要介護者などへのサービス費用の助成（現金給付）へと変えられた（個人給付方式）。同時に、選択の尊重という理念に即して、株式会社など多様なサービス供給主体の参入が促進され（福祉の市場化）、利用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とされた（直接契約方式）。ただし、保育制度では、子ども・子育て支援新制度の導入による個人給付・直接契約方式への転換は、認定こども園など一部にとどまり、多くの子どもが利用している保育所については市町村の保育実施義務が残り（児童福祉法24条1項）、自治体責任による保育所方式が維持された。

とはいえ、社会福祉制度の個人給付・直接契約方式への転換（以下「個人給付化」と総称する）により、社会福祉は大きく変容し、

いくつかの課題を抱えることとなった。

第1に、個人給付化により、市町村が直接サービスを提供（現物給付）する仕組みがなくなり、契約を通じたサービス利用が現実的に困難な者に対する措置制度は残されたものの、同制度の形骸化と市町村（公的）責任の後退が顕著となっている。同時に、基盤整備に関する公的責任も後退し、保育所や特別養護老人ホームなどの不足により、多くの待機者・待機児童が生まれている。

第2に、社会福祉法制的個人給付化は、従来の補助金のような使途制限をなくし、企業参入を促して、供給量の増大を図る狙いがあり、その結果、確かに、介護保険にみられるように、サービス供給量は増大した。しかし、一方で、施設・事業者が人件費抑制を迫られ、しかも職員配置基準などの改善はなされず、むしろ引き下げられたため、介護職員や保育士などの労働条件の悪化と人材確保難、介護や保育などサービスの質の低下をもたらすこととなった。

第3に、個人給付化により、給付資格の認定の仕組み（介護保険の要介護認定、障害者総合支援法の支給決定など）が設けられ、個人の申請権が明示され、受給要件や給付内容が法令に詳細に規定されることになった結果、要件や給付内容が画一化・定型化され（社会保険化された介護保険に典型的にみられるが）、生活環境に起因するニーズの多様性を保障の外に置くこととなった。こうしたサービス保障の射程外に置かれたニーズ充足のための仕組みを整備していくことが政策課題となったが、安倍政権の社会保障改革では、それを住民参加やボランティアによって充足しようとする政策志向がみられ（「地域包括ケアシステム」の構想）、地域の事業所や住民に、自

助・互助、地域包括ケアシステムの構築に沿う価値観や問題関心を共有させ、ボランティアなど安上り労働として動員していこうとする政策が展開されている（「規範的統合」といわれる）。しかし、こうした非現実的な政策は、介護保険の総合事業の破綻にみられるような深刻な状況をもたらしている。

また、措置制度のもとでは、利用者の増減にかかわらず1か月単位で補助金（委託費）が支給されていたが、介護保険では、利用に応じた日払い方式になったため、新型コロナウイルスの感染拡大の影響で、利用者が減少すると、各事業者は大幅な減収、経営難に陥ることとなった。公衆衛生と同様、福祉の公的責任の後退が根底にあることは間違いない。

（7）社会福祉制度の再構築の方向性

介護や支援を必要とする人の「健康で文化的な最低限度の生活」（憲法 25 条 1 項）は、施設など必要な福祉サービスの整備がされていないと保障されない。介護保険や子ども・子育て支援新制度など個人給付化された社会福祉制度のもとでも、給付資格の認定により、介護や保育が必要と認定されたにもかかわらず、特別養護老人ホームや保育所が不足し、多くの待機者・待機児童が生まれ、サービスを利用することができないまま放置されている実態がある。まずは不足している保育所や特別養護老人ホームの増設など公的責任による供給体制の整備、そして社会福祉制度の再構築が必要である。

前述のように、社会福祉法制的個人給付化が、介護職員や保育士の労働条件の悪化をもたらしたことを考えれば、企業参入に依存しない公的責任による供給体制の整備が望ましい。現行の介護保険事業計画や子ども・子育て

て支援事業計画のように、サービス整備の計画策定を市町村や都道府県に義務付けただけでは、基盤整備が進むとは考えにくい。計画の検証がほとんどなされておらず、自治体としては計画を作成すれば、保育所など施設が不足し待機児童が生じて、何ら責任を負わない仕組みである。介護保険については、保育所保育のように、市町村がサービス提供責任を負う方式にしたうえで、市町村の基盤整備義務および国・都道府県の財政支援義務を法律（総合福祉法）に明記すべきであろう（第5章6参照）。保育制度についても、児童福祉法に子どもの保育を受ける権利（保育請求権）が明記したうえで、市町村の保育施設整備義務および国・都道府県の整備にかかる財政支援義務についても明記する必要がある。同時に、市町村に整備計画の策定と検証を義務付け、国・都道府県が整備に必要な財政支援の拡充、たとえば、公立保育所の運営費の国庫補助、特別養護老人ホームの建設補助に対する国庫補助を復活するなどの施策が求められる。保育所など福祉サービスの供給形態は、公立直営が望ましいが、市町村が委託する場合も、社会福祉法人・NPO 法人など非営利法人に限定すべきで、医療機関と同様、株式会社の参入は禁止すべきである。

何よりも、公的責任によるサービスの現物給付は、市町村責任方式への転換・拡充は、福祉行政における責任主体としての市町村の能力の向上、ひいては措置方式の充実と権利性の確立にもつながる。各市町村は福祉担当のケースワーカーや公務員ヘルパーを配属し、専門性の強化をはかり、国は自治体への必要な財政支援を行っていく必要がある。

費用負担に関しては、高齢者などは、障害などのため、日常生活において介護や支援を

必要とし、「健康で文化的な最低限度の生活」を営むうえで、介護や生活支援などの福祉サービスの利用は不可欠である。利用者負担などの存在により、支援を必要とする人がサービスの利用をあきらめたり、必要量を減らしたり、食費など最低生活費を削って負担にあてたりすることになれば、「健康で文化的な最低限度の生活」を維持できなくなる。

また、福祉の財政責任を確保する意味でも、福祉サービスにかかる費用については、国・自治体が公費で負担すべきであり、利用者負担を課すべきではない。例外的に負担を課する場合でも、利用者の負担能力を超えた過大な負担とならないような配慮が求められる。これは憲法の規範的要求といえる。保育料については、給食費も含めて無償とすべきである。

8 今後の課題

現在、新型コロナウイルスの感染拡大の影響で、雇用情勢は急激に悪化している。緊急事態宣言、事業者への「補償なき自粛要請」、国民への「外出自粛」と自助努力の強要の結果、観光・飲食業界をはじめ事業者の倒産・廃業、そして非正規の人を中心に失業者が急増しているからである。完全失業率は、8月には3.0%にはね上がり、有効求人倍率は1.04倍まで低下、2014年1月以来の低水準におちこんだ。新型コロナウイルスの影響による解雇や雇止めは、同年9月末で6万人を超えている（厚生労働省調べ）。そのうち83%が非正規労働者である。

雇用調整助成金や持続化給付金も、申請手続が煩雑なうえ（申請の際の添付書類も多岐にわたる）、支給が遅れている。給付金の支給が遅れて、資金繰りが間に合わず廃業や倒産に追い込まれる事業者も出ている。申請を簡略化し、事前審査から事後審査に切り替える

などしないと、倒産と失業の急増を止めることは難しい。

新型コロナの影響で、2020 年 4～6 月期は、緊急事態宣言が出されていた時期と重なるため、年率 28.1%のマイナス成長と、戦後最悪の落ち込みになった。消費税増税による消費不況に追い打ちをかける形で、リーマンショックをはるかに超える戦後最悪の新型コロナ不況が到来しつつある。今後は、新型コロナに感染して亡くなる人より、仕事を失い自殺で亡くなる人の方が多くなるかもしれない。まさに未曾有の危機というほかない。

こうした危機の中、菅政権は、新型コロナの感染拡大の防止と経済活動を両立させるといっているが、結局は、医療や介護現場の自助、そして国民への行動変容の無理強いだけである（まさに、菅政権が掲げる「自助」の強要）。とても両立など不可能で、感染拡大と経済危機の双方を助長しかねない。経済効果に疑問符がつくどころか感染を拡大させかねない「Go To キャンペーン事業」の強行が最たる例である。

損失補償（たとえば、売上の 8 割を補償するなどの措置）を前提とした事業者への休業要請、前述の緊急提言で示したように、医療・介護体制整備のための数兆円規模の公費の投入が早急に求められる。社会保障・雇用保障の充実こそが国民の命を救うのである。日本学術会議の委員の任命拒否や新型コロナの感染症対策にみられるように、政権の無策ぶり、強権ぶりが明らかになりつつある今こそ、労働運動は、政権批判を強めると同時に、前述したような新自由主義的社会保障改革に代わる対案を提示し、きたるべき総選挙で、自民党を過半数割れに追い込む戦略を早急に提示すべきである。