

コロナ禍の克服と 2021年日本経済



中央大学教授

よねだ みつぐ
米田 貢

本稿では、新型コロナウイルスによる感染拡大の現状をふまえ、コロナ禍ならびにそれに対する危機管理が、21年日本経済にどのような影響を及ぼすのかについて考察する。

1) 世界と日本の感染拡大の現状

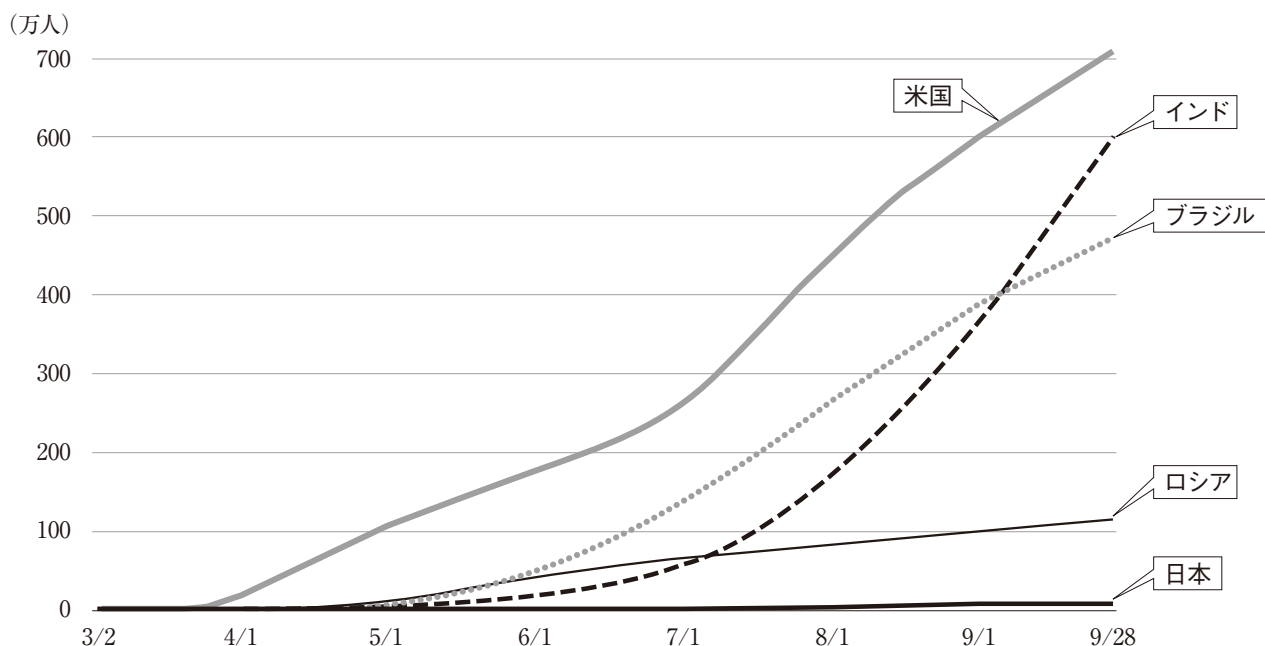
1) 世界の感染拡大の現状

2019年末に中国の武漢で最初の感染拡大を引き起こした新型コロナウイルスは、グローバル化した現代社会を瞬く間にパンデミックの渦中（以下ではコロナ禍と呼ぶ）に引きずり込んだ。この新型コロナウイルスによる世界の感染者数は2020年10月25日時点で4279万人に達している（以下感染者数、死亡者数については特に断りなき場合は10月25日時点の数字）。感染拡大は、感染者数が1000万人を超えた6月28日から、約6週間後の8月11日に2000万人台へ、さらに5週間後の9月18日には3000万人台へ、そして、それから4週間後

の10月19日には4000万人超と、世界的に依然感染拡大は深刻化しているⁱ⁾。

国別の感染者数ワースト3は、10月25日時点で米国約845万7000人（うち死亡者数22万5000人）、インド781万4000人（11万8000人）、ブラジル538万人（15万7000人）で、これら上位3カ国で世界全体の50.6%を占めている。しかもこれらの国では、感染者数は現在も急激に増加し続けている（図表1）。米国では、新規感染者数がここ数日連続して最多を更新し、10月23日には8万3757人に達した。死亡者数も現在世界最多の22万5000人であるが、ワシントン大の保健指標研究所によれば、このままでは2021年2月までに51万人を超える市民が犠牲になると予想されているⁱⁱ⁾。米国のトランプ大統領、ブラジルのボルソナロ大統領は、この新型コロナウイルスの怖さを軽視し、科学的根拠に基づいて科学者や医師が提案した感染拡大抑制策を真っ向から否定し、自らマスクをつけることなく大勢の支持者や市民の集会に出かけ、率先して感染拡大の役割を担った。先のワシントン大の研究は、米国民の多数がマスクを着用するようになれば、死亡者数を13万人減らすことができるとしているが、権力者、政府が誤った公

図表 1 各国の感染者数の推移



厚生労働省の公表資料を基に作成、WHOや各国の公表値とは異なる場合がある。
WEBサイト nippon.com より引用

衆衛生政策を採ることの恐ろしさを示している。

政府・国民が感染拡大の抑制に積極的に取り組んできた欧州でも、図表 2 に示されているように、いったん小康状態にあった感染拡大が 9 月以降急速に広がっている。この第 2 波の到来によってフランス・スペインでは感染者数は 100 万人を超え、フランスをはじめ各国でいったん停止・緩和されていた営業停止や夜間の外出禁止などの規制措置を復活せざるをえなくなっている。

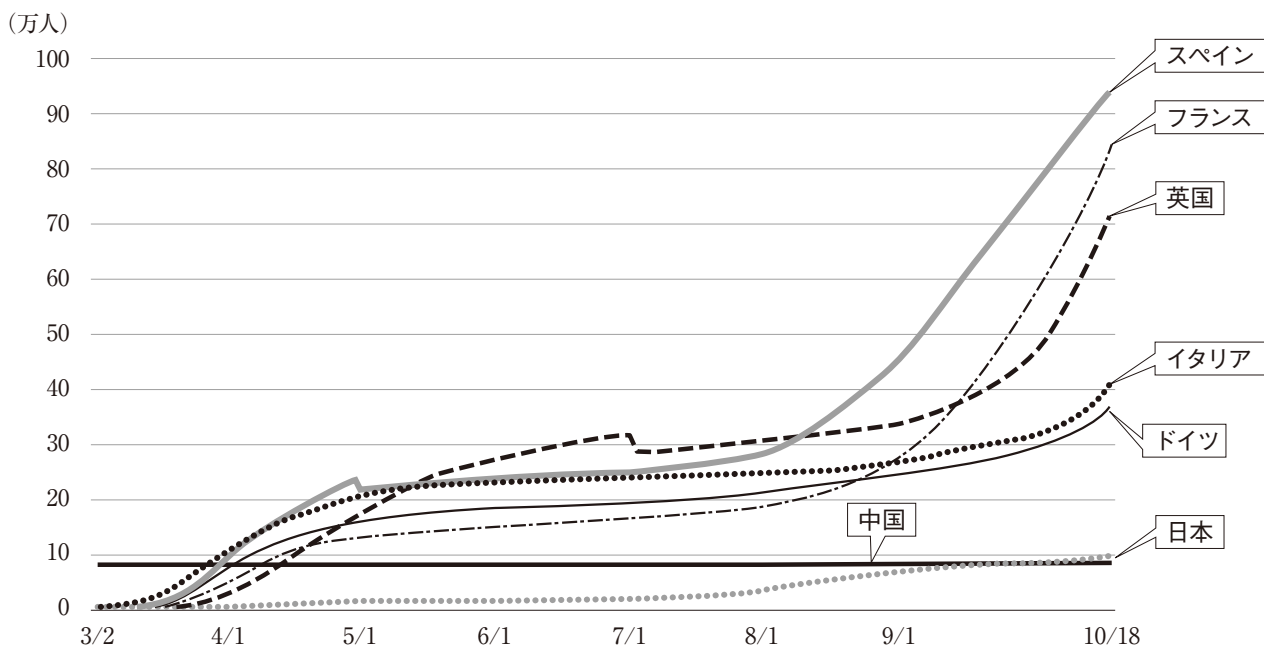
これらの世界的なパンデミックの進行にもかかわらず、感染者数・死亡者数からみて、東アジアの一部の国や地域では新型コロナウイルスの感染拡大の抑制にかなりの程度成功していると思われる。最初に感染症が発生した中国では震源地とみなされる武漢市で感染の急激な拡大が明らかになると、中国政府は武漢市を完全に他の地域から遮断し、市民生活と経済活動を厳格に政府の管理下におく都市封鎖に踏み切った。それだけではなく、5 月には 1000 万人の全市民に対して約 9 億元（当時のレートで日本円で約 137 億円）をかけて PCR 検査を実施した。同様に、他の大都市でも、例えば北京市では市民の約半数である 1200 万人を対象に、また大連市では約 600 万人の全市民を対象に大規模かつ徹底的な検査が実施された。その

結果、中国内ではほぼ感染拡大の抑え込みに成功し、世界最大の人口約 14 億 3000 万人をもつ国で、感染者数 8 万 5790 人、死亡者数 4634 人の水準にとどまっている。2015 年の中東呼吸器症候群 (MERS) から教訓を引き出した韓国（人口約 5100 万人）では、初期段階から徹底した PCR 検査とそれに基づく感染者の隔離によって、感染者数 2 万 5836 人、死亡者数 457 名に抑えている。新型コロナウイルス感染の危険性と感染予防に関するガイドラインを国民に周知し、政府への信頼を基礎に隔離・治療政策を徹底してきたベトナム（人口約 9600 万人）では 10 月 22 日時点で感染者数 1134 人、死亡者数 35 人、また、市民への全面的な情報公開と ICT（情報通信技術）を駆使した感染症対策が功を奏している台湾（人口約 2300 万人）では 10 月 22 日時点で感染者数 544 人、死亡者数 7 人とどまっている。

2) 日本の感染拡大の現状をどうみるのか

それでは、日本の感染拡大の現状はどうだろうか。図表 3 は、10 月 25 日時点での日本の感染者数・死亡者数を都道府県別に示したものである。東京都の感染者数の累計は 10 月 25 日に 3 万人を超

図表2 欧州で感染者が増加している



厚生労働省の公表資料を基に作成、WHOや各国の公表値とは異なる場合がある。
WEBサイト nippon.com より引用

えだが、国内の全感染者数は9万7825人、死亡者数は1733人である。この数字は、日本が約1億2600万人の世界で第10位の人口大国であることを考慮し、先の世界的なパンデミックというにふさわしい状況と比較するならば、感染拡大の深刻さは相対的にましな状態にあるように見える。だが、はたしてそうなのであろうか。

日本の感染拡大の状況をより詳細にみると別な様相が見えてくる。東京都は2019年10月1日時点で人口約1392万人で、総人口に対する比率は11.0%である。これに対して東京都の感染者数3万33人の国内感染者数に対する比率は30.7%に達している。東京の通勤圏である埼玉県、千葉県、神奈川県を含めた4都県の人口は約3673万人で人口の全国比は29.1%であるのに対して、これら4都県の感染者数の全国比は49.9%に達している。同じく死亡者数の対全国比をとれば、東京都で26.0%、4都県で46.0%である。高度経済成長時代だけでなく、1980年代の貿易大国化、バブル経済化以降も東京（圏）一極集中が進行してきた日本では、コロナ禍は明らかに東京（圏）やそれに続く大阪（圏）、名古屋（圏）などの大都市圏に集中的に現れているのである。

つい先日、新潟県に住む私の親戚が法事で東京

に来ようとしたところ、同居している母親が勤務している高齢者施設の規則（指示？）では、そのような場合本人が帰宅後母親は14日間の自宅待機をせざるをえなくなると聞いて、びっくりした。だが、その翌日大学のオンライン形式のゼミで、新潟出身の4年生が帰省しようとしたところ、帰ってきたいのなら来る前の2週間は部屋に閉じこもるように母親に言われ、そうしてから帰ったという話を聞いた。改めて東京におけるコロナ禍の深刻さについて、東京圏以外の、とくに感染者がさほど多くない地方でどのように受け止められているのかの一端を垣間見た思いがした。

(2) PCR検査を抑制してきた日本政府の感染症対策は根本的に誤っている

1) 制限されたPCR検査によって日本の感染者数は過少に評価されている

ところで、日本国内では東京圏における感染拡大に対して大きな不安が存在しているとはいえ、日本全体としての感染者数は今もなお14万人以下（11月24日現在）であり、それだけをとれば国際

図表3 国内での確認

9万7113人 (+495)		1720
北海道	2782 (+41)	109
青森	178 (+3)	1
岩手	27	
宮城	602 (+30)	2
秋田	58	
山形	84	1
福島	386 (+1)	6
茨城	741 (+2)	18
栃木	477 (+1)	1
群馬	867 (+9)	19
埼玉	5615 (+17)	105
千葉	4796 (+36)	77
東京都	3万0033 (+124)	447
神奈川県	8361 (+61)	163
新潟	182 (+1)	
富山	422	26
石川	799 (+1)	49
福井	256	11
山梨	199	6
長野	334 (+3)	4
岐阜	672 (+1)	11
静岡県	591	2
愛知県	5871 (+16)	92
三重県	547	7
滋賀県	538 (+1)	9
京都府	1974 (+3)	30
大阪府	1万2046 (+70)	234
兵庫県	3142 (+16)	61
奈良県	609	9
和歌山県	272 (+2)	4
鳥取県	37 (+2)	
島根県	140	
山口県	202 (+5)	1
徳島県	648 (+1)	5
香川県	211	2
愛媛県	164	9
高知県	102	2
福岡県	116	6
佐賀県	142 (+2)	4
熊本県	5167 (+6)	101
大分県	252	
長崎県	244	3
鹿児島県	768 (+1)	8
沖縄県	159	3
宮崎県	367	1
鹿児島県	463	12
沖縄県	3162 (+31)	58
コスタアトランカ	149	
(長崎クルーズ船)		
ダイヤモンド・プリンセス号の乗船者	712人	13

入院・療養【うち重症】 5532人【159】 25日
 退院・療養解除 8万9941人(+495) 午前0時現在
 計 9万7825人(+495)
 死者 1733人(+6)
 かつこ内は前日最終集計からの増加。再陽性として重複発表したケースを除く。■は死者
 東京新聞(2020年10月26日)より引用

図表4 各国の検査目標と感染者数

	1日の検査件数 (現状→目標)	1日の新規 感染者数
米国	23万件→29万件(5月)	27000人
ドイツ	7万件→20万件	1700
英国	3万件→10万件(5月)	4600
フランス	2万件→10万件(5月)	1400
日本	8000~9000件→2万件	380

(注) 検査件数、感染者数は4月末の1週間の平均
 (出所) 英オックスフォード大、各国政府など
 日本経済新聞(2020年5月3日)より引用

的には感染拡大が軽微な国と評価されても良いはずである。だが、韓国、ベトナム、台湾（日本では中国本土における感染封じ込め成功の報道はあまりなされてはいないが）などが、政府の感染症対策が有効に機能している国あるいは地域として国際的にも評価されているのに対して、日本に関してそのような高い評価は聞こえてこない。それには明確な理由がある。

日本政府・厚生労働省は、今回の中国を含め海外からの入国者による新型コロナウイルスの感染問題が発生した当初から、クラスター感染重視の立場からPCR検査をきわめて限定的にしか行ってこなかった。PCR検査の窓口となっていた「帰国者・接触者相談センター」は、医師が検査の実施の必要性を認めた患者に対しても、「重症化」リスクが高い場合という基準によって検査の実施を制限してきた。感染拡大が広がってきた段階で、風邪の症状が出て自らが新型コロナウイルスに感染したのではとの不安から市民が居住地の保健所に問い合わせを行っても、①37.5度以上の発熱や風邪の症状が4日以上継続していること、②陽性者との濃厚接触や流行地域への渡航歴あるいは渡航歴のある人との濃厚接触などの条件が示され、一般の市民がPCR検査を受けることは事実上行政的に排除されてきた。世界中で感染拡大の実態を正確に把握し、感染拡大の可能性のある人を隔離・保護するためにPCR検査の拡充に血眼になっている時に、日本政府・厚生労働省はPCR検査を制限することを各自治体に求めていたのである。

図表4は、4月段階で各国政府が5月中にどこまで検査体制を拡充しようとしていたのかを示している。絶対数だけでなく、人口1人あたりの目標件数においても、ドイツが日本の14倍、英仏が9倍、あのトランプ政権のアメリカでさえ5倍であった。日本政府・厚生労働省がPCR検査にいかにか消極的であったのかは明らかである。この時点で日本政府が掲げていた1日2万件の検査目標は8月2日にいったん2万5541件のピークを記録し達成されたが減少に転じ、それ以降拡充された検査体制も現在に至るまで十分に活用されていない。日本政府のPCR検査に対する消極的な姿勢によって、日本では本来検査を受けるべき多数の人が行政によって事実上拒否され、その結果、検査を大規模に行っている国と比べて、実際の感染者数と政府が把握・公表する感染者数との乖離が大きくなっているのではないかと懸念が、検査実施件数が国際的にみて異常に低い水準にとどまっている日本の政府発表の感染者数を額面通りに受け取ることにはできないという疑念が、国内外で生じているのは当然であろう。

2) PCR検査の有効性は科学的に立証済みの国際標準である

この問題で、専門は経済学であるが科学の世界の一端を担うものとしてどうしても指摘しておかなければならないのは、政府によるPCR検査の制限的な実施、検査の実施に対する消極的姿勢を正当化するために、厚生労働省があたかもPCR検査の広範な実施に問題があるかのように官邸や

有力政治家に説明して回ったという事実であるⁱⁱⁱ⁾。その内容がおそらくは厚生労働省を通じてマスコミに流され、多くのテレビや新聞で一時期PCR検査の科学性に疑問を提起する論調がしきりに流された。いわゆる医療現場で臨床検査としてPCR検査を実施・利用する場合に発生する「偽陽性」「偽陰性」問題である。

「偽陽性」問題とは、臨床診断上で感染していない人、すなわち「陰性者」である人を正しく陰性と判断できるかどうかの確率に関わっている。PCR検査を臨床診断上の「陰性者」100万人を対象に行った場合そのなかから1万人の「陽性者」が出ると言われており、それを「特異度」99%と呼んでいる。だが、この特異度が99%である、すなわち1%が誤って陽性と判断されるのは、PCR検査方法が遺伝子を10万倍～100万倍にまで増幅する検査の精度の高さに基づくものである。この厳格な検査方法では、検査過程でいかなる事情に基づくものであれ何らかの汚染が混入すれば、検体は陰性ではなく陽性と判断されてしまう。検査方法それ自体の問題なのではなく、その検査方法を実施する際の検査体制が問題なのであり、検査体制がしっかりと管理されるならば、特異度は99.99%まで高められるとされている。

他方、「偽陰性」問題とは、医師が臨床診断上「陽性者」であると判断した肺炎症状の患者にPCR検査を実施すると、3割の患者が「陰性」という結果が出る事態をさす。「感度」7割と呼ばれる。これについては、肺炎症状を起こしている患者の場合、ウイルスがもはや喉や鼻などの気道上から肺に移動していることなどから起きるのであり、唾液や鼻の粘膜ではなく痰をPCR検査にかければウイルスは発見され、感度は9割程度に上がるとされている。もちろん、医師は、自分の見立てに基づいてその他の検体検査やCT検

査を行うことができる^{iv)}。

PCR検査は、現代の医学面における科学・技術の一つの到達点であり、感染症対策に関わる世界では「ウイルス検出の科学的な精度・正確性・検出限界の判断のためのゴールドスタンダード」と位置づけられている検査方法である。そうであるがゆえに、PCR検査は輸血製剤の安全性を確保するためのHIVウイルスやB型・C型肝炎のスクリーニングにも使われている国際標準なのである。臨床上の「偽陽性」「偽陰性」問題を持ち出すことによって、感染制御のためのPCR検査の有効性に疑問を投げかけることは、科学者の立場から断じて認められないことであり、厚生労働省の猛省を求めたい。

3) PCR検査を制限してきた日本政府の感染対策の決定的な誤り

だが、厚生労働省の医師免許をもつ技官たちが、世界的にもゴールドスタンダードとみなされているPCR検査の科学性に根本的に疑問を持っていたとは到底考えられない。彼らが、現在に至るまで厚生労働省の行政権限をフルに発揮してPCR検査を大規模に行ってこなかった真の理由は別のところにある。PCR検査を拡充すべきという専門家や多くの市民の批判・要請に対して、厚生労働省が検査を限定的にしか行わない理由として主張してきたのは、検査を容易に受けられるようにすれば陽性者が増え、彼らが病院等に殺到することによって医療崩壊が起きるということであった。だが、この主張は医療崩壊の現実をリアルに捉えてはいない。

現実には、日本の医療現場では、PCR検査が抑制されていたにもかかわらず、感染拡大の早い段階ですでに様々な形で医療崩壊が起きていた。3～4月段階で、命に別状はないが入院や手術が

必要な救急患者を受け入れる第2次救急医療を担う東京の2つの病院で院内感染が発生した。これをきっかけに首都圏の多くの第2次救急病院が、一部の発熱患者の受け入れを拒否し、患者のたらいまわし状態が頻発するようになった。新型コロナウイルスに感染していることが判明していたにもかかわらず保健所によって自宅療養を指示され、その後容態が急変し自宅や搬送された入院先で亡くなる痛ましい事件があいついで発生した。全国各地で、症状が悪化したコロナ患者を受け入れた病院は感染症対策のために独自に人員や施設を手当てせざるをえず、予定されていた手術の延期や新たな患者の受け入れの停止に追い込まれた。コロナ禍以前には見られなかったこのような医療崩壊現象が連鎖的に発生したのは、その発端において院内感染が入院中の無症状患者から広がったからである。PCR検査を拡大すれば医療崩壊が起きるのではなく、実際にはPCR検査がきわめて制限的にしか行われず、病院内にまで無症状の感染者が入り込んでしまったから医療崩壊が発生したのである。

それ以上に決定的な問題は、厚生労働省が新型コロナウイルスの感染拡大の特徴が明らかになって以降も、それに見あった対策をとってこなかったことである。厚生労働省は感染拡大の初期段階で、政府が設置した専門家会議のクラスター感染重視の基本戦略を採用した。当時専門家会議で重要な役割を果たした押谷仁氏は、2月末の新聞の紙上討論で「新型コロナウイルスについての最大の謎は、濃厚接触者を調査しても感染の連鎖が全然見つからなかったことだ。それなのになぜ流行するのか。1人が10～20人に感染させているようなクラスターがあるはずだ。だからクラスターを見つけて他に広がらないようにつぶせばよいと、2週間前に気がついた」と述べ、それを受

けて専門家会議を統括する立場にあった尾身茂氏^{おみしげる}が「この1～2週間が正念場だ」と応じていた。この段階でクラスター感染重視の基本戦略が採用されたこと自体に異論をはさむつもりはない。

しかし、ここで注目しておきたいのは、この紙上討論で、中国での感染拡大状況から新型コロナウイルスの場合感染者の8割が軽症にとどまっていること、さらに無症状者までもが感染拡大を担うとすれば、その発見はきわめて困難との認識が共有され、それに基づいて「このウイルスは手ごわい。国民すべてが感染してもおかしくない」（尾身茂氏）とのきわめて深刻な危機認識が示されていたことである¹⁾。

その後世界中で感染拡大の実態の科学的解明が進み、新型コロナウイルスに感染しても8割の患者が軽症・無症状であること、彼らが感染の自覚のないままに普通の生活をし、普通に通学・通勤をして感染を拡大すること、そして感染拡大ルート²⁾の約4割がこれらの無症状・軽症者によって引き起こされていることが明らかになった。専門家会議がクラスター感染重視の基本戦略を設定した際に、厚生労働省がそれと合わせてPCR検査の拡充政策を採らなかったことは、行政上の手抜きかと言うべきであろう。だが、それにもまして、感染拡大の約4割が無症状・軽症者によることが明らかになった段階で、クラスター感染重視の感染対策に固執して、無症状の患者を発見するための最良の方法であるPCR検査を徹底的に行おうとしないことは、明らかに公衆衛生に責任を負う厚生労働省の行政上の怠慢、行政責任の放棄と言わざるをえない。

安倍前首相はPCR検査の目標件数がなかなか達成されない理由として、行政上の目詰まりを指摘した。一部のマスクも、それに同調するかのよう³⁾に、安倍前首相が厚生労働省の専門家集団で

ある技官の抵抗にてこずっているかのような報じた。だが、自分の意に沿わない日銀総裁や内閣法制局長官の首をすげ替えた辣腕ぶりからして、安倍前首相自身が、厚生労働省の制限的なPCR検査とその結果として公表される実態を反映しない過少な感染者数を容認していたとみるのが妥当なのではなかろうか。

(3) コロナ禍の社会的危機の本質を見誤り「経済再開」に失敗した安倍政権

1) 感染対策（市民のいのち）よりも経済対策（事業・企業活動の再開）を優先させた安倍政権

2回目の政権も体調不良を理由に途中で投げ出すことになった安倍晋三前首相であるが、それに至った背景として、コロナ禍に対する危機管理が思うように進行せず政治的に追い詰められていたことは疑いない。安倍政権のコロナ禍に対する危機管理の第1の失敗は、(2)で論じた感染症対策それ自体の誤りである。感染拡大ルートの4割を事実上野放しにしておいて、感染拡大の抑制がうまくいくはずはない。この失敗は、非常事態宣言が全国的規模で解除され（5月）、県境をまたぐ移動制限も全面的に解除された6月19日以降わずか1ヵ月余りで、第1波のピーク時を上回る感染拡大が発生したことからも明らかである。感染者数が低水準で推移した5月～6月の期間中も、新型コロナウイルスは宿主である無症状、あるいは軽症の感染者の細胞内で感染力を保持し続けていた。

安倍政権は、感染が再拡大し第2波の到来が懸念された局面で、経済の再開を急ぐあまり、東京圏からのウイルスの侵入を怖れる地方の県知事を

はじめとする自治体関係者や時期尚早とする専門家の反対や懸念を押し切ってGo Toトラベルを強行した（7月22日）。安倍前首相はコロナ禍の発生以来「感染対策と経済対策の両立」^{ひょうぼう}を標榜し場当たりの危機管理を行ってきた。その彼が、辞任直前の時期に、市民のいのちを守る「感染対策」よりも事業・企業活動の再開をめざす「経済対策」を優先するという形で、アベノミクス以来の企業成長最優先の新自由主義の政治姿勢を最終的に貫いてみせたのである^{vi)}。

2) 正しい「感染対策」= PCR検査の徹底こそが経済再開の必要条件

だが、この安倍前首相のブレーキ（「3密の回避」の要請）とアクセル（Go Toトラベル）を同時に踏む選択は、第2波の到来によって「楽観論」（感染してもたいしたことはない、そのうちいつか終息する）と「悲観論」（自分が感染すれば、同居する家族のいのちを脅かす、いつ終息するのか見通せない）のはざまに揺れ動いている市民の動揺と混乱を増幅させ、かえって彼がめざした経済の再開を遅らせる可能性を有している。

なぜなら、コロナ禍における経済不振は、非常事態宣言に基づいて政府が感染症対策として行った「3密（密閉・密集・密接）の回避」の要請に、多くの市民が応えて出現した「巣ごもり生活」、それによる個人消費の突然の収縮に起因するものだからである。そして、多くの市民が突然「巣ごもり生活」に移行したのは、これまでのように日常的に外出し、他人（友人や同僚、場合によっては家族）と頻りに接触することによってウイルスに感染することを怖れたからである。コロナ禍における社会的危機の本質は、社会的存在である人間の本質の発現である社会的交流の危機である。様々なレベルで多様な形態をとって行われ

てきた社会的交流に対するつかみどころのない不安感、「すべての国民にまで広がる」可能性をもつ新型コロナウイルスの特性に由来している。

そうであれば、市民の「巣ごもり生活」の背後にある新型コロナウイルスに対する不安感を緩和することなしには、社会的危機と経済不振の打開の糸口はつかめない^{vii)}。その最も有効な対策がPCR検査の徹底である。

その基本的内容は、①「誰でも、いつでも、どこでも、無料で」検査を受けられる体制の確立、②エピセンター（感染震源地）での全構成員を対象とした検査の実施、③医療、介護、福祉、保育、学校等濃厚接触が不可避で集団感染の可能性の高い職場で働く全構成員の定期的な検査の実施である。自らが感染していない、家族も友人も感染していない、社会的に適切な感染症対策がとられているとの社会的な共通認識が生まれて初めて、人びとの間に安心感が醸成され、「巣ごもり生活」からの脱却が始まる。カネで誘導し「巣ごもり生活」から無理やり市民を引きずり出そうとするGo Toトラベル、Go Toイートは、一時的な需要創出効果しかもたないばかりか、「3密の回避」要請に反して新たな感染拡大の引き金になりかねない危険な賭けなのである。

安倍政権がコロナ禍に対する危機管理政策として提起した「感染対策」と「経済対策」の両立という枠組みそのものが誤っていたのである。両者はもともと対立するものではなく、正しい「感染対策」、すなわち無症状の患者による感染拡大を防ぐためのPCR検査を徹底することが、「経済の再開」の必要条件なのであり、コロナ禍に対する危機管理政策全体の「1丁目1番地」なのである。

3) コロナ禍の真ただ中で「自助」を公言する菅政権の存続を許してはならない

安倍政治の後継政権を自認している菅義偉^{すがよしひで}首相は、10月26日の国会での所信表明演説の「1 新型コロナウイルス対策と経済の両立」で、「地域の医療機関で1日平均20万件の検査の能力を確保する」と述べたが、PCR検査という言葉は1回も使わず、20万件の検査能力がどれだけのPCR検査の拡大を含んでいるのかは明らかではない。しかもこの検査の実施を「重症化リスクの高い高齢者や基礎疾患を有する方」に重点的に行うことを明言しており、従来の制限的なPCR検査方針が継続されている。菅政権は、安倍政権の誤った感染対策を全面的に継承するものである。

さらに、この所信表明演説の「9 おわりに」で、菅首相は、自分の目指す社会像として「自助・共助・公助」が重層的に機能する社会を描いてみせた。これは福祉国家を敵視する新自由主義者たちが、社会保障の理念を否定し、社会保障・社会福祉制度の削減・解体を進めるために用いてきた言い古された論理である。菅首相は、コロナ禍が世界を覆いつくし、日本も含めて低所得者や高齢者がいのちの危険に晒されている危機的状況下で、あえて自助努力を第一義的に国民に求めたのである。政府が国民の共同的利益を守る、すなわち公共性を担う政治機関であることは言うまでもない。日本の新自由主義政治は、安倍・菅政権のもとで市民のいのちよりも企業活動の再開の方が重要であり、市民はコロナ禍のような危機的状況下でも自らの努力でいのちを守らなければならないと公言するまでに至った。日本国憲法の平和主義、国民主権だけでなく、基本的人権の根幹まで脅かす菅政権の存続を許してはならない。

(4) コロナ禍と2021年日本経済の行方

以下では、コロナ禍ならびにそれに対する危機管理との関連に絞って、4つの側面から21年日本経済について言及する。

1) 2021年日本経済の動向を左右するワクチンならびに特効薬の開発

言うまでもなく、2021年日本経済の動向は、ワクチン開発如何によって大きく左右される。ドイツのメルケル政権は、コロナ禍初期段階で、おそらくは集団免疫論の立場から新型コロナウイルスの特性をふまえて、ワクチンなどの予防策が開発されなければ国民の60～70%が感染する恐れがあることを率直に市民に提起した。この見通しに基づいて、ワクチンや有効な治療薬が開発されるまでの時間稼ぎするために、メルケル首相は東ドイツ時代の自由のない自らの生活体験を踏まえて、苦渋の決断として「3密の回避」を市民に求め、市民も一定の覚悟をもってこの要請を受け入れてきた。これに対して、日本政府は安倍前首相の独断で行われた学校の一斉休校や、アベノマスクの全世帯への一律配布で典型的に示されたように、腰の据わっていない場当たりの対応に終始してきた。その極めつけが感染対策よりも経済再開を急ぐGo Toトラベルの強行であった。日本国民は、収束の見通しを持っていないままにいまだに「悲観論」と「楽観論」の間で揺れている。

菅首相は、所信表明演説で、延期された2020東京オリンピックの2021年夏の開催を前提に、ワクチンを「来年前半までに全ての国民に提供できる数量を確保」と述べた。世界中の製薬会社は

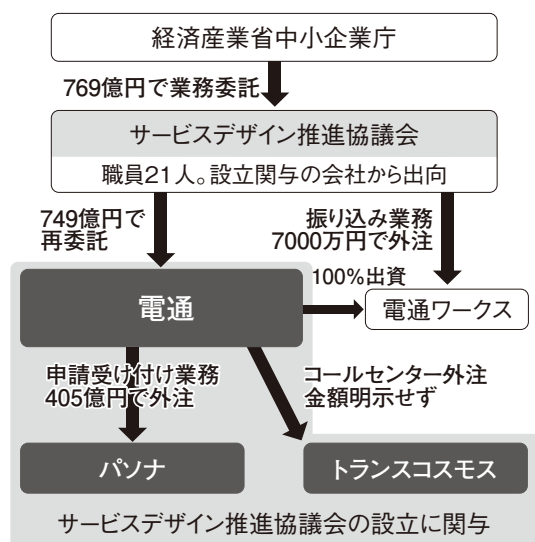
いま競ってこのワクチン開発に取り組んでいるが、菅首相の公約が実現される保証はない。抗体がどの程度持続するのも含めて未解明の点が多い新型コロナウイルス対応のワクチンの開発を急ぎ過ぎてはならない。十全な臨床検査を経たワクチンが実際に開発され、すべての国民に供給できる量の確保のめどがたつてはじめて、21年日本経済の基本動向を語るができるようになる。

2) 2020東京オリンピックの中止の決断が人々の生活を最優先する日本経済への転換点となる

2020東京オリンピックは、安倍前首相が、原発事故による放射能汚染と故郷の喪失に苦しむ福島県民の気持ちを逆なでするかのように、原発事故・放射能汚染は「コントロールされている」と世界を欺いて誘致したものである。コロナ禍に直面した安倍政権が犯してきた感染拡大防止、社会的危機感管理における誤り・失敗の背景に、東京オリンピックを日本経済の長期停滞を打破する契機にしたいとの思惑があったことは明らかである。企業利益を最優先するアベノミクスはたんに経済的格差を拡大したばかりではなく、最終段階で人びとのいのちを危険にさらし、いのちの格差を生み出すに至った。

オリンピックは世界中のアスリートたちが集う平和の祭典である。コロナ禍のパンデミックは現在も進行中であり、ワクチンの開発にもまだ人類は成功していない現状で、世界中の市民が集う大規模な祭典を強行する必要はあるのだろうか。それが「3密の回避」と絶対的に矛盾することは誰の目にも明らかである。中止決定による損害賠償額をIOC（国際オリンピック委員会）と日本政府がどのように分担するのかなどは些細な問題である。最悪のシナリオは、ワクチンが開発されたとしても十分に世界的な供給がなされないままに

図表5 持続化給付金の委託費の流れ



東京新聞 (2020年6月2日) より引用

開催が強行されて、それが新たな感染拡大の引き金になることである。

菅政権が、安倍政権の「最悪の置き土産」を継承するのではなく、人のいのちを最優先して開催中止を直ちに決断するならば、世界中の市民と政府の支持を得るだけでなく、4年間オリンピックへの参加をめざして死力を尽くしてきた多くのアスリートの了解も得られるはずである。その勇断は、長らく消費不況に苦しむ日本の国民にとっても、いのちと暮らしを最優先する日本経済再建の道として支持されるものである。

3) コロナ禍対策に投入される巨額の税金・公的資金に対する市民の監視を強めよう

新型コロナウイルスの特性ならびに日本政府の誤った感染対策から見て、日本においてもコロナ禍は長期化するとみるのが妥当であろう。政府の「3密回避」要請と市民の「巣ごもり生活」への移行によって、個人消費関連の業界はのきなみ売り上げの大幅な減少に直面し、非正規労働者や自営業者を中心に職を失う人が急増している。それに伴い、コロナ禍対策としての政府の財政支出も巨額なものとなっている。

例えば、現金給付制度の場合、減収世帯に対して限定的に行うとされていた当初の政府案では、全国5300万世帯のうち約1000万世帯が対象となり、1世帯あたり30万円給付で3兆円規模の予算

が想定されていた。所得制限付き現金給付に対して野党だけでなく与党内部からも批判が出て、最終的にすべての国民を対象にした一律10万円の給付制度に変更された。予算額は、12兆7000億円にまで一挙に4倍化されたが、10月22日時点で支給額は12億6000万円、執行率99.5%となっている。国民経済の停滞が長期化している日本であるが、世界第3位のGDP（名目で約550兆円）、1人あたりで約440万円のGDPを維持している日本では、政府がその気になればこれくらいの財政支出はすぐにでも可能なのである。

問題はその使われ方である。例えば、中小企業等に最大200万円を支給する持続化給付金については、図表5に示されているように、10月22日時点で約360万件、約4兆7000万円が給付されたが、中小企業庁から給付金支給業務を769億円で業務委託された実態不明の社団法人サービスデザイン推進協議会が電通に749億円で再委託し、さらにそれがパナソニックに405億円で外注されるなど、情報・事業者向けサービス関連の大企業がコロナ禍対策事業に収益機会を求めて群がっている姿が明らかになっている。また、中小企業労働者のみを対象にした休業支援金の方は、第2次補正の予算額5442億円に対して10月22日時点での支給額は293億円で執行率は約5%にとどまっている。その最大の原因は、支給対象が「事業主の指示」で休業した労働者に限定されており、法的責任を問われることを怖れる中小企業経営者の協力が得られないからである。制度設計をした政府の側が、初めからこのような事態を期待していたかどうかは別として、制度の設計ならびにその実施過程全体に対して、国民側からの厳しい監視の目が求められている。

4) 失業者の増大とデジタル化によって低賃金構造が強化される危険性大、いまこそ最低賃金の大幅引き上げを

財界と政府が一体となって強力に推進してきた労働力流動化政策は、日本で新たな低賃金構造を生み出すことに成功した。不安定雇用・低賃金の2000万人を超える非正規労働者（全労働者の約38%）が創出されたことによって、日本の賃金は全体として労働力の再生産費（健康で文化的な最低限度の生活をおくるに足る生活費、全労連の調査によれば全国のどこでも25歳単身者で月約23万円～24万円、時間給で1400円～1500円）である労働力商品の価値以下の水準に抑え込まれてきた。この状況下でコロナ禍により非正規労働者を中心に多くの労働者が職を失い、また零細な自営業が店をたたまざるをえなくなっている。失業者の増大は2021年には不可避であろう。しかも、「3密の回避」要請を受けて、多くの大企業はテレワークを推進しようとしている。自宅でパソコンに向かいオンラインで仕事を処理する労働様式の変化は、経営者に労働条件のさらなる切り下げ（労働時間の延長、労働強化、賃金切下げ等）の動機・口実を与えかねない。正規労働者（現在では名ばかり正規労働者も多いが）と多様な形態をとっている非正規労働者、さらにはギグ労働者やフリーランスと呼ばれる「個人事業者」なども含めて、労働力商品を売ることによってしか生計をたてることのできない勤労市民が雇用形態・就業形態の違いを超えて連帯を強化しなければならない。その場合の連帯の中心軸は、「日本の経営者は価値どおりの賃金を支払え！」「政府は最低賃金の1500円への引き上げに必要な法的措置かつ財政的支援を行え！」である。

(注)

- i) <https://www.nippon.com/ja/japan-data/h00673/> 閲覧日2020年10月26日
- ii) 『東京新聞』2020年10月26日付、参照。
- iii) 『東京新聞』2020年10月9日付、参照。
- iv) 以上のPCR検査に関連する叙述は、渋谷健司氏（キングス・カレッジ・ロンドン大学教授：公衆衛生学）ならびに宮地勇人氏（東海大学教授：日本医師会COVID-19有識者会議PCR班責任者）のインタビュー記事（『しんぶん赤旗』2020年8月8日付、8月20日付、参照）に全面的に依拠している。もちろん叙述内容は筆者の個人的理解である。
- v) 『日本経済新聞』2020年2月28日付、参照。
- vi) この姿勢は、政府が8月28日に発表したコロナ禍対策のなかで、感染症法上当初は入院勧告や就業制限ができる指定感染症の「2類相当」とされていた新型コロナの運用上の見直しの検討を行おうとしている点にも表れている。『日本経済新聞』2020年8月29日付、参照。
- vii) コロナ禍による「3密の回避」要請が、社会的存在としてのヒトの本質に反するものであり、市民の自由な社会的交流を妨げ、現代市民社会を窒息させかねないものである点については、拙稿「人類の社会的共同性を発揮して、コロナ禍の克服とともに新自由主義政治の一扫を」（近刊予定の基礎経済科学研究所『経済科学通信』No.152、所収）を参照

よねだ みつぐ 1952年生まれ。中央大学経済学部教授、日本科学者会議東京支部事務局長。専門：金融論。著書：『現代日本の金融危機管理体制』（中央大学出版部、2007年）、一井昭・鳥居伸好編『現代日本資本主義』（共著、中央大学出版部、2007年）、基礎経済研究所編『世界経済危機とマルクス経済学』（共著、大月書店、2011年）、『戦後70年の日本資本主義』（共著、新日本出版社、2016年）他。最近の論文：座談会「『アベノミクス』批判—日本経済の再生を論ずる」（『経済』2013年6月号）、「循環型地域経済を基礎にした経済再構築」（『経済』2015年11月号）。「アベノミクスの現段階と本来の賃金の確立、地域活性化」（『月刊全労連』2019年1月号）