

# コロナ禍で明らかになった 社会保障の脆弱さと今後の課題

—コロナ後の社会保障の再構築に向けて



鹿児島大学教授

伊藤 周平

## 1

### 問題の所在—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」、そして国民への自粛要請に終始し、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<sup>1)</sup>。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、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。介護現場も、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。

こうした中、安倍政権を引き継いだ菅義偉首相は、コロナ禍の最中にもかかわらず、「自助・共助・公助」を掲げ<sup>2)</sup>、国民に自助努力を強要して、国の役割を最小限にとどめること（「小さな政府」とすること）を宣言した。感染症対策については、2020年11月からの第3波の感染拡大により重症者数、死亡者数が急増しているにもかかわらず、「GO TO トラベル事業」は部分的な見直

しにとどめ、時短要請は各自治体に丸投げ、基本的に国民・事業者の感染防止の自助努力に頼る無為無策ぶりである。一方で、社会保障改革については、すでに、安倍政権の時代に、社会保障の削減を目的とした「全世代型社会保障改革」が打ち出されていたが、菅政権は、より露骨に社会保障の削減・解体を進めようとしている。

本稿では、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、社会保障の再構築に向けた今後の課題を提示する。

## 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。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。

新型コロナウイルスの感染拡大で、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、特定感染症指定医療機関（全国4カ所）、第一種指定医療機関（同55カ所）、第二種指定医療機関（同351カ所）のものを全部合わせても、1871床しかなく（2019年）、1998年の9060床（旧伝染病床）の4分の1以下になっている（日本医療労働組合連合会調べ）。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割を占めている。

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444床も削減されている（減少分のうち、公立病院が419床を占める。全国自治体病院協議会「病院経営分析調査報告書」）。

### (2) 地域医療構想による病床削減

2014年には「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」（「医療介護総合確保法」）が成立、医療法が改正され、2014年10月より、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・有床診療所の病床の医療機能（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341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（地域医療構想調整会議）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を原則としているが、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、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カ国中の26位であり、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）をしている勤務医が約

8万人にのぼるとされている。

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。

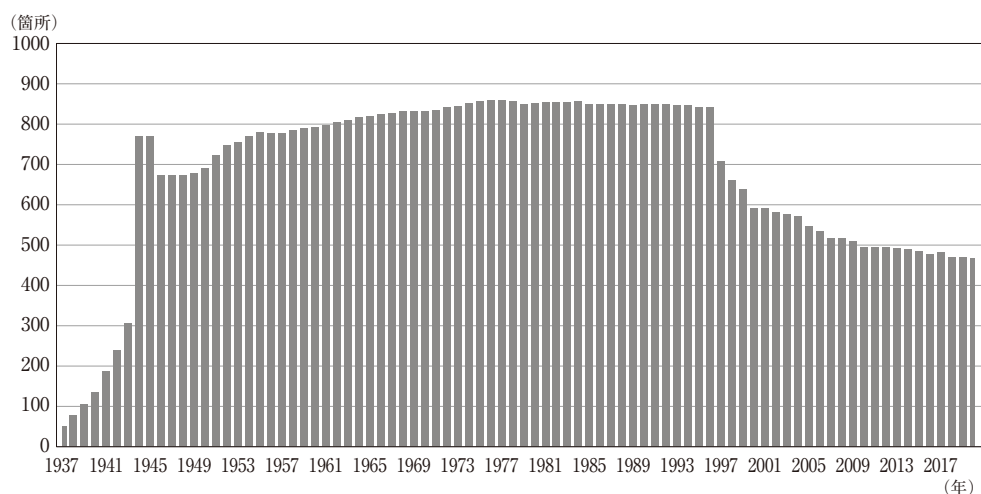
国（厚生労働省）は、2019年9月、手術件数などの「診療実績が少ない」と「類似かつ近接」という2つの基準に該当する424の病院（公立257、公的167）の名称を公表し、病院の統合や診療科の縮小、入院ベッドの削減など、地域医療構想の具体的方針を1年以内に見直すよう求めた。名指しされた病院の7割は地方の中小病院だが、医師偏在や看護師不足など診療体制の不備から診療実績が少ないことが考慮されていないなど、機械的、恣意的な基準設定に批判が続出した。こうした批判を受け、厚生労働省は、2020年1月に、再検証結果を発表、7病院を対象から外し、新たに約20病院を追加した（病院名は公表せず）。

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）、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。



図表 1 保健所数の推移

保健所数の推移(1)



保健所数の推移(2)

西暦	都道府県 (47)	指定都市 (20)	中核市 (60)	政令市 (5)	特別区 (23)	合計
1994	625	124	0	45	53	847
1997	525	101	26	15	39	706
2000	460	70	27	11	26	594
2006	396	73	36	7	23	535
2020	355	26	60	5	23	469
2020 - 1994	△270	△98	+60	△40	△30	△378

出所：全国保健所長会「『新型コロナウイルス』(14) 保健所の現状」資料(1) (2020年4月25日)

### 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、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重要な役割となる。しかし、歴代自民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、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カ所となり、1994年の847から激減している(図表1)。保健所職員数も、1990年の3万4571人から2016年の2万8159人へと削減されており、中でも目立っているのが検査技師の削減で、1990年の1613人から2016年の746人と半分以下に削減されている(国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」による)。

新型コロナの感染を判別するPCR検査(ポリメラーゼ連鎖反応検査)を担う検査(行政検査)

機関である地方衛生研究所は、都道府県と政令指定都市に82カ所設置されているが（2017年現在）、具体的な法律上の根拠規定を欠いており、予算・人員ともに抑制が続いている。今回の新型コロナの感染拡大に際して、保健所と地方衛生研究所は、日常業務に新型コロナの対応業務を上乗せさせられた形で<sup>3)</sup>、これでは、とてもPCR検査をはじめとする膨大な業務を担えるはずもない。同時に、感染症対策などで重要な役割を果たしてきた国立感染症研究所は、研究者数も予算額もともに減らされ続けている。

すでに、厚生労働省の「新型インフルエンザ対策総括会議報告書」（2010年6月）では、地方自治体の保健所などの「感染症対策に関わる危機管理を専門に担う組織や人員体制の大幅な強化、人材の育成」を進めること、地方衛生研究所の法的位置づけと検査体制の強化を提言していたが、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、専門医の育成を怠るところか減らしてきたのである。

## 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。介護報酬単価の引き上げは、1割の利用者負担の増大にはねかえる。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、逆進性が強いうえに、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<sup>ひょうぼう</sup>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の法律を一括して改正する医療介護総合確保法が成立、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利用者負担を2割負担化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利用者負担を3割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。

図表2 介護報酬の改定率と  
老人福祉事業者の倒産件数の推移

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008			
改定率				▲2.3%→			▲2.4%→					
年間倒産数	3	3	8	4	11	15	23	35	46			
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019年	
改定率	+3.0%→			+1.2%(▲0.8%)→			▲2.27%(▲4.48%)→			+0.54%	+0.39%	
年間倒産数	38	27	19	33	54	54	76	108	111	106	111	

注：改定率は、厚生労働省資料、老人福祉事業者の倒産件数は東京商工リサーチ調査より

出所：林泰則「介護保障につなぐ制度改革」岡崎祐司・福祉国家構想研究会編「老後不安社会からの転換—介護保険から高齢者ケア保障へ」（大月書店、2017年）332頁・表1、一部加筆

## (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（図表2）。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。

## (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、健康を害する職員も増大している。介護現場では、慢性的な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増え、派遣による介護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。

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まで達している。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、全産業平均の約15倍（厚生労働省集計）と、異常な水準に達しており、「破局的人材不足」<sup>4)</sup>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、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、国家賠償請求を提訴している<sup>5)</sup>。

## 5 現実化した医療・介護崩壊と緊急対策

### (1) 医療崩壊の様相

前述のような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、新型コロナの感染拡大が生じた。

感染者の増大で感染症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。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にまで至った。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。

現在進行中の第3波はより深刻で、また、検査体制の不備で、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、肺炎や脳梗塞で死亡とされた人も多数いる可能性が高い。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ヵ月間で、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<sup>6)</sup>。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、東アジア・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。

### (2) 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。

まず、通所介護（デイサービス）で集団感染（クラスター）が発生し、もともとの人手不足もあり、感染発生の事業も含め休止に追い込まれるところが続出。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



染防止対策をとり「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クラスターが発生、死亡者の増加が続いている。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。

### (3) 医療崩壊・介護崩壊に歯止めをかけるための緊急対策

現在、第3波の新型コロナの感染拡大により、重症者、死者が急増している。これ以上の医療崩壊・介護崩壊に歯止めをかけるには、次のような対策と予算措置が緊急に必要である（そもそも、これらの対策や予算措置は、感染拡大の第1波がおさまった緊急事態宣言解除後に早急にとられるべきであったのに、いまだに十分とられていない）。

第1に、検査体制の強化が急務である。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をはじめしているPCR検査センターを全国の自治体に設置し、検査費用は全額国庫負担とし、必要な人員と予算を国が確保すべき

である。簡易キットによる検査の導入も進め、院内感染・施設内感染を防ぐため、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。検査体制の強化のために、保健師の増員の予算措置など保健行政体制を早急に強化すべきである。検査体制が拡充されるまでにも、早急に新型コロナ感染疑いの発熱外来を設置し、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。

## 6 新自由主義的改革による 社会保険の変容と課題

### (1) 社会保険における「保険主義」の 強化と増大する社会保険料負担

今回のコロナ禍が浮き彫りにしたのは、1990年代後半以降、歴代自民政権が進めてきた新自由主義的改革（日本では「構造改革」と呼ばれてきた）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、とする政治経済的実践の理論<sup>7)</sup>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。

日本での新自由主義的改革は、社会保障の中心をなす社会保険制度においては、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）の増大といった保険主義（原理）の強化という形で具体化された。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、保険料や自己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）、それらの人が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、日本の社会保障財源としては、社会保険料収入が大きな比重を占め、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。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っており、逆進性が強い。この点は、消費税と共通する<sup>8)</sup>。

国民年金の保険料は定額負担（2020年度で月額1万6540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、低所得者・低年金者に過重な保険料負担となっており、それらの人の家計を圧迫し、貧困を拡大するという本末転倒の事態が生じている。

## (2) 社会保険料の負担軽減と減免範囲の拡大

社会保険については「保険主義」から脱却し、保険料の負担軽減などの改革が必要となる。

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。

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増やすべきである。厚生年金の標準報酬月額の上限を、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<sup>9)</sup>。ただし、年金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受給額の増大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、年金保険料のほかにも、年金積立金の取り崩しによる給付水準の引き上げなどの方策が考えられる<sup>10)</sup>。

## (3) 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！

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明らかに合理性に欠ける。実際に、高齢者の保険料だけでは、高齢者医療給付費の1割程度しか賅えず、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いつてよい（保険になじまない！）。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だろう。

## 7 新自由主義的改革による 社会福祉の変容と課題

### (1) 社会福祉基礎構造改革のもたらした もの—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。

社会福祉分野における新自由主義的改革は、社会福祉基礎構造と称して、自治体責任方式をとる措置制度を解体し、個人給付・直接契約方式へ転換（以下「個人給付化」と総称する）をはかり、

福祉の市場化を推進することにあつたといえる。こうした個人給付化と市場化により、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、社会福祉法制の個人給付化は、従来の補助金のような用途制限をなくし、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した。

第3に、措置制度のもとでは、利用者の増減にかかわらず1ヵ月単位で補助金（委託費）が支給されていたが、個人給付化された介護保険や障害者福祉では、利用実績に応じた日払い方式になったため、施設・事業者の経営が不安定になった。そして、前述のように、新型コロナ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、経営難に陥る結果をもたらした。

### (2) 社会福祉制度の再構築の方向性

社会福祉制度の再構築の方向としては、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が必要である。前述のように、社会福祉制度の個人給付化



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。特別養護老人ホームや保育所などについての市町村の基盤整備義務および国・都道府県の整備にかかる財政支援義務を法律に明記し、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を拡充すること、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ことなどの施策が求められる。

また、個人給付・直接契約方式を市町村責任方式へ転換する必要がある。このことは、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、ひいては利用者の権利性の確立にもつながる。少なくとも、コロナ禍のもとでみられた利用者の減少で、運営主体の経営が不安定化するという事態は避けられる。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う必要がある。

さらに、費用負担に関しては、利用者負担などの存在により、高齢者や障害者など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」（憲法25条1項）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、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、リーマンショックをこえる戦後最悪ともいわれる大不況に陥り、雇用情勢が急激に悪化している。事業者への「補償なき自粛要請」、国民への「外出自粛」などの強要の結果、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、2020年10月には3.0%にはねあがり、有効求人倍率は1.04倍まで低下、新型コロナの影響による解雇や雇止めは、同年10月末で7万人を超えている（厚生労働省調べ）。失職者のうち8割以上が非正規労働者である。

雇用調整助成金や持続化給付金、そして労働者個人に支給される新型コロナ対応休業支援金は、申請が簡素化されたとはいえ、支給が期限付きであり、コロナ禍の長期化で、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、生活に困窮する人が増大している。雇用調整助成金の特例措置については、2021年2月までの拡大が決まったが、給付金等の支給についても、少なくとも新型コロナが収束するまで延長する必要がある。

失業率が1ポイント上昇するごとに自殺者は4000人増加するといわれているが、実際、非正規労働の女性を中心に自殺者数は急増している。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防止と経済活動を両立させるとしているが、「二兎追うもの一兎をも得ず」であり、現在の政策では、とても両立など不可能である。このままでは感染がさらに拡大し経済も壊滅的打撃を受ける可能性が高い。

落ち込んだ景気を回復するために有効なのは、消費税の減税、ないしゼロにすることである。生活に困窮している人や中小企業にとっては大きな効果がある。実際、ドイツ、イギリス、フランスをはじめ世界で22カ国が消費税（付加価値税）の減税を行っている。新型コロナ対策としての消費税（付加価値税）の減税は世界の常識といってもよい。

現在は新型コロナの感染防止に全力をそそぎ、感染拡大地域の1ヵ月程度のロックダウン、それにとともなう事業者に対する損失補償（たとえば、売上の8割を補償するなどの措置）、前述の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、菅政権の強権ぶりだけでなく無策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ともに、新自由主義的な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。

- 1) 井上達夫「危機管理能力なき無法国家—コロナ危機で露呈する日本の病巣」『法律時報』92巻9号（2020年）64頁は、要請（お願い）や指示（お説教）という、法規制とは呼べないような緩い措置のゆえに、それに対する法的統制がかいくぐられ、政府の法的責務が棚上げにされ、恩恵的・裁量的な「政治的支援」にすり替えられたと指摘する。
- 2) もともと、日本語には「自助」という言葉はあるが、「共助」という言葉は、「互助」の意味で使われ、「公助」という日本語は存在しない。国（厚生労働省）が作り出した特異な概念といえ、これらの考え方が国際的に通用しない特異な解釈であると批判するものに、里見賢治「厚生労働省『自助・共助・公助』の特異な新解釈と社会保障の再定義—社会保障理念の再構築に向けて」『賃金と社会保障』1610号（2014年）22頁参照。
- 3) 同様の指摘に、波川京子「新型コロナ感染症における保健所・公衆衛生の現状と課題」『季刊自治と分権』81号（2020年）53頁参照。

- 4) 井口克郎「『全世代型社会保障』における医療・介護分野の改革動向の問題点」『月刊全労連』（2020年3月号）16頁。
- 5) ヘルパー国家賠償訴訟の当事者の声については、伊藤周平『消費税増税と社会保障改革』（ちくま新書、2020年）15-16頁参照。
- 6) 井上・前掲注1）66頁参照。
- 7) デビット・ハーヴェイ／渡辺治監訳『新自由主義—その歴史的展開と現在』（作品社、2007年）10頁。
- 8) 消費税の逆進性の問題について詳しくは、伊藤・前掲注5）15-16頁参照。
- 9) 垣内亮『「安倍増税」は日本を壊す』（新日本出版社、2019年）150頁参照。
- 10) 年金については、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ろう。詳しくは、伊藤・前掲注5）159-160頁参照。

いとう しゅうへい 1960年生まれ。鹿児島大学法文学部教授。専攻は社会保障法。東京大学大学院修了。労働省（現厚生労働省）、社会保障研究所（現国立社会保障・人口問題研究所）、法政大学助教授、九州大学助教授を経て、2004年より鹿児島大学法科大学院教授。2017年より現職。著書に『介護保険法と権利保障』（法律文化社、日本社会福祉学会学術賞受賞）、『後期高齢者医療制度』（平凡社新書）、『社会保障入門』（ちくま新書）、『「保険化」する社会保障の法政策』（法律文化社）、『消費税増税と社会保障改革』（ちくま新書）など。