

# 臨調行革から40年・コロナ禍で明らかになった日本の社会保障の脆弱さと今後の課題 —医療政策を中心に

75歳以上医療費2倍化実施させないスタート集会

2021/7/22

伊藤周平（鹿児島大学）

## 1 問題の所在—コロナ禍と社会保障の公的責任

### (1) コロナ禍が「生存権」を脅かす

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の第5波といわれる感染拡大で、2021年7月12日に、東京都に4回目となる緊急事態宣言が出され（沖縄県の緊急事態宣言も延長）、緊急事態宣言下での東京オリンピック開催という異常な事態となった。

前回の第4波は、感染力の強い変異株の影響で、感染者の重症化のスピードが速く、感染拡大地域では、入院できる病床が足りなくなり、必要な治療が受けられなくなり亡くなる人が出た。なかでも大阪府では、入院できない自宅療養の患者だけでも1万人を超え、自宅療養中や入院先を探している最中に容体が急変して亡くなる人が続出した。本来であれば救える命が救えない「医療崩壊」というべき事態が生じ、高齢者は「延命措置を希望しない」という意思表示がないと入院できない」という「いのちの選別」まで生じた。今回の第5波でも、ワクチン接種が間に合っていない50代の患者を中心に重症化が進んでおり、これに東京オリンピック開催による感染拡大が加われば、同様の事態が危惧される。

一方、コロナ禍で、飲食業などで営業自粛や時間短縮が求められ、それを理由に解雇や雇止めにあつて仕事を失った人々は10万人を超えている（厚生労働省調べ）。コロナ関連倒産は、飲食業の284件を最多に、1500件を超えている（2021年5月末現在。帝国データバンク調べ）。廃業・休業を含めると、この3倍にのぼるとされている。宿泊業や飲食業などサービス業は、非正規雇用の女性が多くを占め、女性の失職が相次いでいる。収入の糧を失った人はその日の食費や生理用品を買うお金にも不自由している。

また、コロナ禍による外出自粛や学校・保育施設の休校等の影響で、母親労働者の家事労働やストレスが増大している。コロナ禍で「ステイホーム（家によう！）」が求められているが、閉鎖的な家庭環境の中、女性に対する暴力（ドメスティックバイオレンス。以下「DV」）や児童虐待も増大している。DVの相談件数は、2020年度は約19万件と、過去最多だった2019年度（11万9000件）の6割増となる見込みである。児童虐待の相談件数も、2019年度には年間約20万件と過去最高を更新し続けている。コロナ禍の自粛生活や生活困窮のストレスからくる暴力が、家庭内において立場の弱い子どもや女性に集中して向けられている。かくして、2020年の女性の自殺は前年比4割増と急増し、小中高生の自殺者数は499人と過去最多を記録した（警察庁・月別自殺者数統計）。

日本国憲法25条は、私たちに「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」（「生存権」といわれる）があることを明記し（25条1項）、この権利を保障する責任（義務といってもいい）を国（政府）に課している（同条2項）。だとすれば、国には、コロナ禍から、私たち、とくに「生存権」が脅かされ、生存の危機にたたされている女性や子どもたちの暮らしや命を守る責任があるはずだ。民間の支援団体の善意に頼るのではなく、国・自治体が税金を使って、子ども食堂・大人食堂のような必要な支援を行うべきなのである。

## (2) 社会保障の基本は公的責任

ところが、現在の菅政権は「自助・共助・公助」を掲げつつ、「自助」を重視（強要）し、国の役割を最小限にとどめることをめざしている。「菅内閣が目指す社会像は、『自助・共助・公助』そして『絆』である。まずは自分でやってみる。そうした国民の創意工夫を大事にしながら、家族や地域で互いに支えあう。そして、最後は国が守ってくれる」（「全世代型社会保障改革の方針」2020年12月15日）というわけだ。

まずは自分の力で何とかしなさい、困ったときには国が助けてあげるから、との考え方は一見もっともらしく聞こえる。しかし、私たちは、病気で働けなくなったり、突然障害を負ったり、会社が倒産して仕事を失ったりと、個人の努力ではどうしようもない場面にしばしば遭遇する。そうした場合でも、健康で文化的な最低限度の生活が維持できるように、国（自治体も含みます）の責任で、生活を保障する仕組みが「社会保障」といわれるものである。現代社会では、自分の力や家族や地域での支えあい、抽象的な「絆」ではどうにもならないことが多いからこそ、社会保障の仕組みが必要であり、国が、私たちの払う税金を使って社会保障の仕組みを整える責任がある。そのために私たちは税金を払っているのだから、社会保障は権利だと主張できるはずである。

そもそも、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」という言葉は存在しない。国（厚生労働省）が作り出した特異な概念といえ、国際的には全く通用しない概念である。ちなみに、「自助」は「self help」と英訳できるが、「公助」は英訳不可能である。あえていえば「public support」だが、これは「公的支援」というべきで、困ったときは、公（国・自治体）が助けてあげるという恩恵的な意味あいの強い「公助」ではなく、憲法25条に基づいて、国・自治体の責任で（「公的責任」といわれる）社会保障を整備し国民の生活を保障するべきなのである。菅政権の「自助・共助・公助そして絆」といった考え方は、社会保障は公的責任とする憲法の考え方を曲解するものといってよい。

## (3) コロナ対策も自己責任？

自分の力ではどうにもならない事態という点では、今回の新型コロナの感染拡大（パンデミック）がその典型といえる。どんなに感染対策に気を付けても、家と職場の往復だけだった人も感染してしまうのだから。

新型コロナのような感染症対策は公衆衛生（public health）と呼ばれる。公衆衛生は、社会保障、社会福祉とともに生存権を保障する3つの制度として、憲法25条2項に明記されている。そして、公衆衛生の担い手である国は、新型コロナのパンデミックのような伝染病流行時に、検査体制を整備し、感染者を隔離治療するための入院ベッド（病床）を確保するなど、感染の拡大を防ぐための対策を行う責任がある。

しかし、菅政権は、病床の確保やPCR検査体制の拡充を怠り、国民・事業者の感染防止の自助努力に頼る無為無策である。国民への自粛のお願いばかりで、「国民の我慢」だけに頼る対策といってよい。唯一の政策といえるものが、ワクチン接種の推進だが、ここに来て供給不足により、自治体では予約の取り消しなど大きな混乱が生じている。

そもそも、短期ならともかく、1年以上にもわたり国民に自粛や行動制限を強いることには限界がある。現実には、度重なる緊急事態宣言にもかかわらず、感染者数は抑えられて

いない。政権は、感染の拡大を感染力の強い変異ウイルスの流行のせいにはしているが、それとて、検疫体制の不備からか水際対策が他の国に比べて緩く、容易に日本国内への変異ウイルスの流入を許してしまった失策、他国では行われている変異ウイルスを見つけるためのゲノム（全遺伝子配列）検査すらまともにやってこなかった失策の結果といえる。そうした政権の責任には口をつぐみ、国民にマスク、手洗い、消毒、そして外出自粛を訴えるだけでは、国民の側に不安と不満が強まるのは当然である。何より、自粛と緊急事態宣言の繰り返しは、国民生活のみならず経済を疲弊させ、前述のように、失業者を増やしている。いまこそ、国が公衆衛生や社会保障に公費を投入し、国民の命を守るべきである。

ここでは、まず医療保障の沿革を概観したうえで、コロナ禍であきらかになった社会保障の制度的脆弱さと諸問題が、臨調行革以降の40年以上にわたる歴代自民党政権の政策に起因することを、医療分野で検証し、現在の菅政権の対応と先の国会で成立した改正医療法、改正健康保険法（いわゆる高齢者負担2倍化法）の問題点を指摘し、今後の運動の課題を展望する。

## 2 医療保障の沿革

日本では、世界的にも比較的早い時期の1922年に、業務上・外の傷病を給付対象とする健康保険法が制定された（制定の翌年に関東大震災が発生し、実施は1927年から）。さらに、1938年には、昭和恐慌下の農民窮乏化対策の一環として、自営業者を対象とした国民健康保険法が制定された。その後、戦時体制の強化にともない、1942年には、国民健康保険法が改正され、国民健康保険組合が全国の市町村の9割以上で設立されたものの、戦争の激化の中で、事実上、国民健康保険をはじめとする医療保険制度は機能不全に陥った。

戦後、1947年に、労働者災害補償保険法（労災保険法）が制定され、業務上傷病については健康保険の対象外となるとともに、1958年には、国民健康保険法が全面改正され、国民健康保険が市町村を保険者とする強制加入制度となった。1961年4月から、同改正法が施行され、全市町村において国民健康保険事業がはじまり、すべての国民がいずれかの医療保険の適用を受ける「皆保険」がスタートした。

1973年には、老人福祉法の改正により、医療保険における高齢者の一部負担金を老人福祉の税財源によって全額負担することで、70歳以上の老人医療の無料化が実現した（一定の所得制限があったが、実質的に大半の高齢者が対象となった）。1973年は年金給付水準の改善も行われ、同年は「福祉元年」と呼ばれた。しかし、同年秋の石油危機により、日本の高度経済成長は終わり、低成長期に入ると、1981年に臨時行政調査会が発足、国鉄などの民営化を打ち出した。とくに、第2次臨時行政調査会の「行政改革に対する第1次答申」では、医療・年金・社会福祉の公費抑制の方向を明確に打ち出し、同答申にちなんで「臨調行革路線」といわれた。その最大の目的は、社会保障費の抑制にあった。

医療分野でも、この時期、高齢化による医療費の伸びが著しく、「医療亡国論」が唱えられ、医療費抑制政策が本格化する。1982年には、老人保健法が制定され（翌年から施行）、定額の一部負担（月400円）が導入され、先の無料化は10年で終結した。老人保健制度は、財政面では、高齢者医療費を公費（税金）と他の医療保険からの拠出金（老人医療費拠出金）で賄う仕組みであり（当初は公費30%、拠出金70%）、高齢者を多く加入者として抱える市町村国民健康保険への財政支援のしくみといえた。同時に、老人保健法は、疾病の

治療とその予防を体系的に取り入れた保健事業を実施するとともに、在宅復帰のための中間施設として老人保健施設が創設された（1986年改正）。

高齢者の受診時の一部負担は引き上げられ続け、2001年からは、定率1割負担とされた。また、2002年の老人保健法の改正によって、公費と医療保険者からの拠出金の割合がそれぞれ50%とされ、老人保健法の対象者の年齢が段階的に、75歳以上に引き上げられた。さらに、2003年には、健康保険被保険者本人の一部負担金も3割に引き上げられている。

その後、介護保険法が施行され（2000年）、老人保健施設の給付など高齢者医療費の一部が介護保険の給付に移行し、2008年には、老人保健法を全面改正した「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「高齢者医療確保法」という）が施行され、後期高齢者医療制度が導入され、現在に至っている。

さらに、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、2015年には、「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」が成立し、2018年度から国民健康保険の都道府県単位化が実現している。

（年表）

1922（大正11）年	健康保険法の制定（実施は、1927年から）
1938（昭和13）年	国民健康保険法制定
1947（昭和22）年	労働者災害補償保険法の成立により、健康保険法を改正（業務上の傷病に対する給付の廃止）
1958（昭和33）年	国民健康保険法改正（皆保険へー1961年から）
1973（昭和48）年	老人医療無料化、高額療養費支給制度の創設
1982（昭和57）年	老人保健法制定（実施は、1983年から）
1984（昭和59）年	健康保険法改正（退職者医療制度の創設、本人1割負担）
1986（昭和61）年	老人保健法改正（一部負担金の引き上げ、老人保健施設の創設）
1994（平成6）年	健康保険法・老人保健法改正（入院時の食事の有料化など）
2000（平成12）年	介護保険法施行。老人保健制度の老人保健施設サービスや訪問看護サービスの大半は介護保険の給付に移行。
2001（平成13）年	高齢者の一部負担を定率1割負担へ
2002（平成14）年	診療報酬改定で本体初のマイナス改定。高齢者の一部負担1割に
2003（平成15）年	健康保険本人の自己負担3割に
2006（平成18）年	診療報酬マイナス改定（3.16%の引下げ。本体1.36%の引下げ）と介護報酬マイナス改定
2008（平成20）年	後期高齢者医療制度の創設。政府管掌健康保険から健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）へ
2010（平成22）年	診療報酬10年ぶりのプラス改定（0.19%、本体1.55%の引上げ）
2014（平成26）年	診療報酬改定（消費税増税分を除くと実質1.26%マイナス改定）。医療・介護総合確保法の成立、地域医療構想の策定はじまる。
2018（平成30）年	国民健康保険の都道府県単位化

### 3 医療費抑制政策と病床削減

#### (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、医療費抑制政策を続けてきた歴代政権の医療政策がある。そして、医療費抑制政策の中心は病床数の削減に置かれてきた。

新型コロナの感染拡大の中、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、この間、結核患者などの感染症の患者が減ってきたことを理由に、感染症指定医療機関と感染症病床ともに削減されてきた。新型コロナに対応できる第2種指定医療機関は、全国で351か所（1871床）しかなく（2019年）、1996年の旧伝染病床9761床から激減している（厚生労働省調べ）。指定医療機関の約8割は、自治体が運営する公立病院と日本赤十字社などが運営する公的病院が担っている。

#### (2) 地域医療構想による病床削減

2014年には、医療法が改正され、2014年10月より病床機能報告制度がはじまり、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、報告を受けて、各都道府県は、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）における病床の機能区分ごとの将来（2025年が基準とされている）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。

#### (3) 医師数の抑制と看護師の人手不足

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ある。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か国中の26位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）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人の割合で看護師が辞めており、現場では深刻な人手不足が続いている。

病床の不足とともに、病院内での感染をおそれ、外来患者を中心に受診抑制が生じ、経営が悪化し、経営難を理由に、医師や看護師への賞与など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たのである。

#### 4 公衆衛生と保健所機能の弱体化

一方、日本国憲法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、都道府県、政令指定都市などに、保健所が設置されている。公衆衛生は公的責任で実施するという趣旨のもと、保健所運営に国が公費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。

1994年に地域保健法が制定され、保健所の設置数が、従来のおおむね人口10万人に1か所から二次医療圏に1か所に改められてから、保健所の統廃合が進められた結果、保健所の数は、1994年の847か所から、2020年には469か所に激減した。保健所職員数も、1990年の3万4571人から2016年の2万8159人へと削減されてきた（国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」による）。

PCR検査などを担う地方衛生研究所は、都道府県と政令指定都市に77か所設置されているが（2017年現在）、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。さらに、ワクチン開発などの基礎・応用研究や感染症情報の収集・解析などで重要な役割を果たしてきた国立感染症研究所も、定員も予算額もともに減らされ続け、日本で国産ワクチンの開発が遅れた大きな要因となっている。

#### 5 菅政権の対応と限界

##### (1) 一般病床のコロナ感染症病床への転換は可能か

前述のような医療崩壊ともいえる事態に対して、菅政権は、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援金を創設し、感染症病床に転換すると1床当たり最大1950万円の補助金を病院に支給している。また、国や都道府県が、民間の医療機関に対して新型コロナ用の病床確保への協力を勧告できる仕組みが設けられ、「正当な理由」がなくそれに応じない場合には、医療機関名を公表するという感染症法の改正が行われた（2021年2月13日施行）。

しかし、本来、感染症病床は、病棟内の空気が外部に漏れないように、病棟全体の陰圧空調などの専門構造を持つ必要がある。現在、感染症病床をもつ病院の80%以上が公的・公立病院であり、民間病院は20%程度にすぎない。病床転換に応じない医療機関名を公表するという一種のペナルティを背景に、民間病院にある一般病床を感染症病床に転換させようとする手法では、感染症対応の施設の構造・スペースをもち、消毒と防護服だけの

対応での転換であれば、医療従事者や他の患者にかえって感染を広げる危険がある。

そもそも、病床の利用率は、公立・公的病院も民間病院も平均して75%近い（全国公私病院連盟「病院運営実態分析調査概要」による）。通常の民間病院であれば、最低90%ぐらいの病床利用率を維持しないと利益が出ないとされている。つまり、日本の医療機関、とくに全体の8割を占める民間病院は、定員一杯の入院患者を受け入れ、基準ぎりぎりの医療従事者を配置することで採算をとってきたわけである。何よりも、一般病床を増やさずにコロナ感染用に転換すれば、今度は一般病床が逼迫し、通常医療が提供できなくなる。

## (2)さらなる病床削減か

そして、コロナ禍の現在も、医療費抑制政策は進められ、病床の削減が粛々と行われている。2019年11月から2020年11月でも、全国で、療養病床を中心に2万1350床もの病床が削減されている（厚生労働省「医療施設動態調査」による）。

また、先の国会で成立した医療法等改正案（良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療等の一部を改正する法律案）も、病床削減を加速させるものである。改正の主な内容は、①医師の働き方改革、②各医療関係職種の専門性の活用、③地域の実情に応じた医療提供体制の確保となっている。

このうち、③の医療提供体制に関しては、医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加すること、2020年に創設された「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置づけ、当該事業については国が全額負担する（消費税が財源）ことのほか、再編を行う医療機関に関する税制優遇措置を講じることとされた。つまり、病床を削減した病院に補助金を出し、その補助金の財源に消費税を使うというわけである。社会保障の充実のためと称して増税された消費税を病床削減（すなわち社会保障の削減）のために用いることは本末転倒といえる。なお、これと同時に、地域医療構想の病床機能報告制度の外来版ともいえる外来機能報告制度が創設され（2022年4月施行）、外来機能の縮小ももくろまれている。

## (3)75歳以上医療費窓口負担2倍化

さらに、同じ国会で成立した健康保険法等の改正（全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律）では、後期高齢者医療制度における2割負担の導入を定めた。現在の後期高齢者医療制度における75歳以上の高齢者の患者一部負担は、原則1割で、現役並所得者については3割になっているが、課税所得28万円かつ年収200万円以上の層を対象に、2割負担とする。ただし、外来医療については施行後（2022年10月が想定されている）3年間に限り、1か月の負担金を最大3000円に抑える措置（配慮措置）が設けられる。

しかし、コロナ禍で、感染症による重症化リスクが高い高齢者の受診抑制を促進するような2割負担の導入は、感染対策として逆行というほかない。厚生労働は「負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題」と説明している（厚生労働省「第140回社会保障審議会医療保険部会」資料）。とはいえ、窓口負担の見直し（高齢者の受診抑制）にかかる財政影響（2022年度、満年度）をみると、後期高齢者支援金にあたる現役世代の負担の軽減は720億円で、現役世代一人当たりの減少は年間

わずか700円にすぎず、最も削減されるのは、980億円の公費負担である（同資料）。公費削減を中心とした医療費抑制政策は、コロナ禍を経てもなお、何ら変更されていない。

何よりも、2割負担となる対象者の範囲は、政令で定めるため、今後、国会の審議を経ることなく、さらに対象者の範囲が拡大されていく危険がある。

## 6 医療政策と今後の課題

### (1) 医療政策の短期的課題

医療政策については、短期的には、第1に、感染症病床や宿泊療養施設を増やし、新型コロナウイルス感染者の自宅療養を当面はゼロにすることが求められる。今後も、ワクチンがいきわたるまで、感染拡大→病床のひっ迫は繰り返されることが確実で、必要な病床や療養施設を確保しておく必要がある。とく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。また、一般病床の感染症病床への転換が難しい現状であれば、臨時に感染症病床を増やすしかない。実際、諸外国では、感染症の病床が不足している状況を踏まえ、臨時に感染症病床を設営し病床を確保している。著名な例では、新型コロナウイルスの感染拡大の初期段階で、中国の武漢において、1000人の患者を受け入れ可能な臨時病院を設立した。アメリカでも、最大341の臨時病院を建設、日本の建築技術では、武漢のような臨時病院は10日間で建設できるとされている（山田厚「患者放置の緊急事態宣言」『日本の進路・地方議員版』89号11頁参照）。緊急事態宣言下の措置には、医療施設・医療資源の確保に関する強制措置も含まれるのに、菅政権も、小池東京都知事もそうした医療提供体制の整備を行おうとしていない。

第2に、院内感染を防ぐため、医療従事者・入院患者に定期的な検査を全額国庫負担で実施すべきと考える。ワクチン接種にはいまだに未知の問題が残ることを考えるならば、ワクチン頼みではなく、同時並行で感染症対策のための定期検査を進めていく必要がある。第3に、コロナ対応をしていない診療所など医療機関に対しても、感染者が発生した場合の減収、外来患者などの減少に伴う損失を補償すべきである。同時に、医療従事者が新型コロナウイルス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。

### (2) 医療政策の長期的課題

長期的には、医療政策については、病床削減を中心とした医療費抑制政策の転換が不可欠である。

具体的には、地域医療の実態を無視した、病床の機械的な削減をさせないため、現在の地域医療構想を見直し、自治体レベルで、地域医療構想に医療機関や住民の意見を十分に反映させることが必要である。地域医療構想調整会議を形骸化させない取り組み、また医療関係者が中心となって、どのような医療需要があり、どの程度の病床が必要かを具体的に提言していく取り組みが重要となる。そもそも、稼働していない病床が多数存在しているのは、病床自体が過剰というより、必要な医師・看護師が確保されないことに原因があるとの指摘もある。まずは医師・看護師の確保を図る施策が求められる。各自治体は、病床削減を進めることを目的とした地域医療構想はいったん凍結し、抜本的な見直しをはかるべきである。

第2に、感染症対策を強化するため、公立・公的病院の再編・統合リストは撤回し、高度急性期医療や不採算部門、過疎地域の医療提供などを担っているがゆえに経営の苦しい公立病院へ公費投入をはかり、公立・公的病院の増設をはかっていくべきと考える。

第3に、医師・看護師の計画的増員・養成が必要である。不足している絶対数の増員は当然だが、医師等の地域偏在を生む地域格差自体の是正が求められる。

公衆衛生・保健政策については、まず、政令指定都市の全行政区に保健所を再建し、地区担当制を復活したうえで、保健所の増設と機能の拡充、保健師の増員を図り、健康自己責任論から脱却した健康の公的責任に基づいた公衆衛生体制を確立すべきである。また、地方衛生研究所を法律に位置づけ、国立感染症研究所とともに、人員・予算、研究費の拡充、調査・研究の強化を図る必要がある。同時に、公衆衛生を担う意思・保健師等の要請や専門教育の拡充を推進していくことが求められる。

### (3) 今後の課題

菅政権は、コロナ禍で、適切な医療が受けられず死亡する人や生活困窮で自殺する人がいる現実になんの対策も打たないまま、東京オリンピック・パラリンピックの開催を強行した。このままでは、再びコロナの感染者数が急増し、医療提供体制がひっ迫し、救える命が救えない事態となるだろう。再度の緊急事態宣言は、さらに失業者・失職者、生活困窮者、そして自殺者を増加させるだろう。

科学的根拠のない楽観的な精神論で、「安心・安全のオリンピック・パラリンピック大会を実現する」と念仏のように唱えるだけで、実効的な対策は一切示そうとしない菅政権の姿は、かつて第2次世界大戦で、敗戦へと突き進み、そしてだれもその責任をとろうとしなかった日本の指導部の姿に重なる（実際、先の敗戦にたとえて「コロナ敗戦」という人もいる）。父から聞いた話だが、敗色濃厚だった戦争末期、父は学校の教師から「日本が負けることはない。かつて元寇の時には、鎌倉幕府の執権は北条時宗だったから、北からの神風が吹いてモンゴル軍を退却させた。今は東条英機内閣だから、東からの神風が吹いてアメリカ軍を退却させる」と教えられたそうである。信じがたい空虚な精神論で、妄想といってもいい。現在の菅政権も、神風が吹いて、感染症が拡大せず、オリンピック・パラリンピックが無事できるとでも思っているのだろうか。国民の命を危機にさらして、オリンピック・パラリンピックの開催というギャンブルに出て自己の政権の延命をはかろうとする菅政権は、もはや退場させるしかない。そのためには、コロナ禍の医療や貧困の現実を直視し、明らかになった社会保障の脆弱さを分析し、社会保障・雇用保障の充実の道筋を示す作業が不可欠だと考える。

社会保障運動は、消費税に依存しない税制、そして社会保障充実の対案を提示し、野党の共通政策とし、来るべき衆議院総選挙で、命を軽視する政策を続ける自民党・公明党を過半数割れに追い込む戦略を早急にたてるべきである。