

2. 社会保障改悪の40年

●1980年代から改悪につぐ改悪

まず、この40年間、医療と社会保障がどれほど切り縮められてきたのか、確認したいと思います。一覧にしてみました。

▼健康保険 本人の自己負担

1983年まで初診料のみ 1984年1割→1997年2割 →2003年3割

▼老人医療自己負担

無料→1983年 外来400円/日：入院300円/日 →1987年外来500円/日

：入院1,000円/日 →2001年1割（2002年現役並み所得者2割→2006年現役並み所得者3割）

後期高齢者医療制度（2008年～）

75歳以上1割/70～74歳2割/70歳未満 3割

▼国民年金保険料(税)

(月額) 1990年8,400円…2000年13,300円…2010年15,100円

…2018年16,340円…2021年16,610円

▼厚生年金の支給開始年齢 60歳→65歳

▼介護保険（2000年～）で保険料徴収

無料→2000年2900円（全国平均） 今年度から6000円超

▼障害者福祉の自己負担

9割の人が無料→障害者自立支援法（2006年施行）で1割応益負担

よくなったものなど一つもありません。すべて負担増です。

健康保険の本人負担は現在の3割になってから20年近くになりますので、若い方はずっと3割だったと誤解していることなのでしょう。私は現在58歳ですが、「初診料のみ」の経験はありません。大学を卒業して就職したときは1割負担でした。歯医者に行っても、何十円とか何百円。最後に詰めたり被せたりするときだけ数千円で、1

万円以上払った記憶がありません。「健康保険の本人」っていいなあと思いましたね。それが 2 割になり、3 割になった。こんな体型ですから、高血圧に糖尿病。無呼吸症候群もある。診察代と薬代あわせて毎月 1 万 5000 円ぐらいの負担になります。1 割負担なら 5000 円で済むんですけどね。

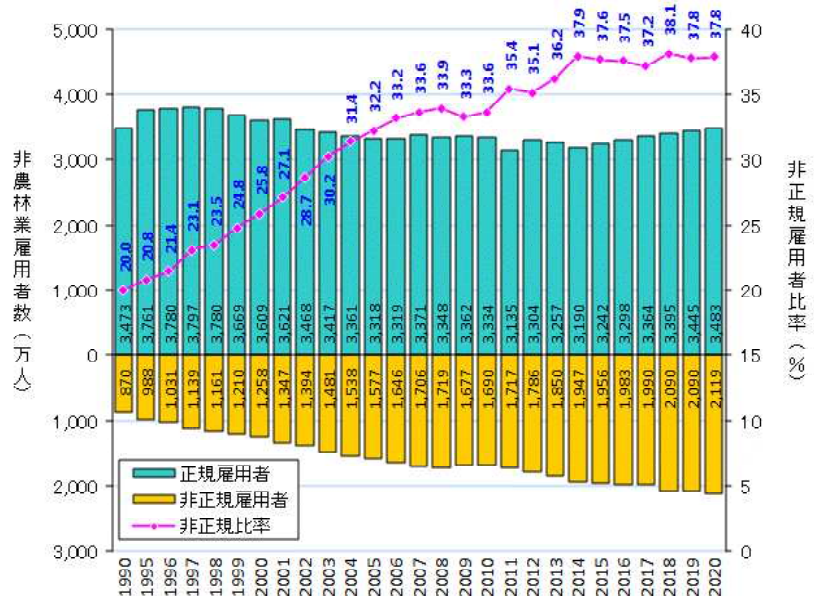
私は国保に国民年金なのですが、国保税(料)が年間約 41 万円で年金保険料が約 20 万円。あわせて 60 万円を超します。年収は約 500 万円です。年収の 12%。それだけ払っているのに病院に行けば 3 割負担です。年金はまじめに払ってきましたし、厚生年金のときもあったのですが賃金が安かった。免除期間もある。ねんきん定期便をみますと月額 7 万円ぐらい。妻の年金とあわせても老後の生活は真っ暗です。

●暮らしに困る人を救えない

生活保護制度もひどい。所得が少なく生活保護の受給資格がある世帯で制度を利用している人は 2 割に満たないと推計されています。今年 7 月時点での生活保護受給者は約 204 万人(厚労省発表)。全人口に占める割合は 1.63%にすぎません。全体の 45.5%は 65 歳以上です。世帯の割合で見ますと、高齢者世帯が 53%、母子世帯が 6%、傷病・障害者世帯が 26%、その他が 16%です。

なぜ高齢者が生活保護を受けるのか。私の話もしましたが、低年金だからです。年金制度がしっかりしていれば、保護を受ける人は減ります。母子世帯は、ワーキング・プア。非正規雇用が広がって賃金の少ない人が増えているからです。☒

正規雇用者と非正規雇用者の推移



(注)非農林業雇用者(役員を除く)が対象。1~3月平均(2001年以前は2月)。男計と女計を合計した結果。非正規雇用者にはパート・アルバイトの他、派遣社員、契約社員、嘱託などが含まれる。2011年は岩手・宮城・福島を除く。
(資料)労働力調査(詳細集計)

表2-1にあるように正規労働者は全労働者の 4 割近くでその多くは女性です。

傷病・障害者世帯は、障害者年金が少ないうえに「自立支援法」で負担が増え、自立できなくなっているからです。

いずれも本人の努力の問題ではなく、社会保障制度と労働法制が問題なんです。

政府は生活保護を減らすために、社会保障制度をよくするのではなく、水際作戦といって窓口で申請を受けつけないことを福祉事務所にさせたり、生活保護を受けるのは悪いことなのだという宣伝をしました。お笑い芸人の母親が生活保護を受けていたことをきっかけに「生活保護バッシング」が激化しました。

「働けるのに働いていない」「生活保護を受けてベンツに乗っている」「裕福な実家で生活保護を受給しているシングルマザーがいる」といったデマが流され、人間らしく生きるための権利が脅かされています。

高齢者から「生活が苦しい」という相談を受けますが、たいてい「生活保護以外でなにかありませんか」と言う。「権利だから遠慮せず申請しましょう」と答えますが、保護を申請するハードルは高いようです。

負担は重く、給付はお粗末。制度は使いにくい。これがいまの社会保障の特徴です。

●コロナによる医療崩壊・保健所の機能マヒはなぜ起きたのか

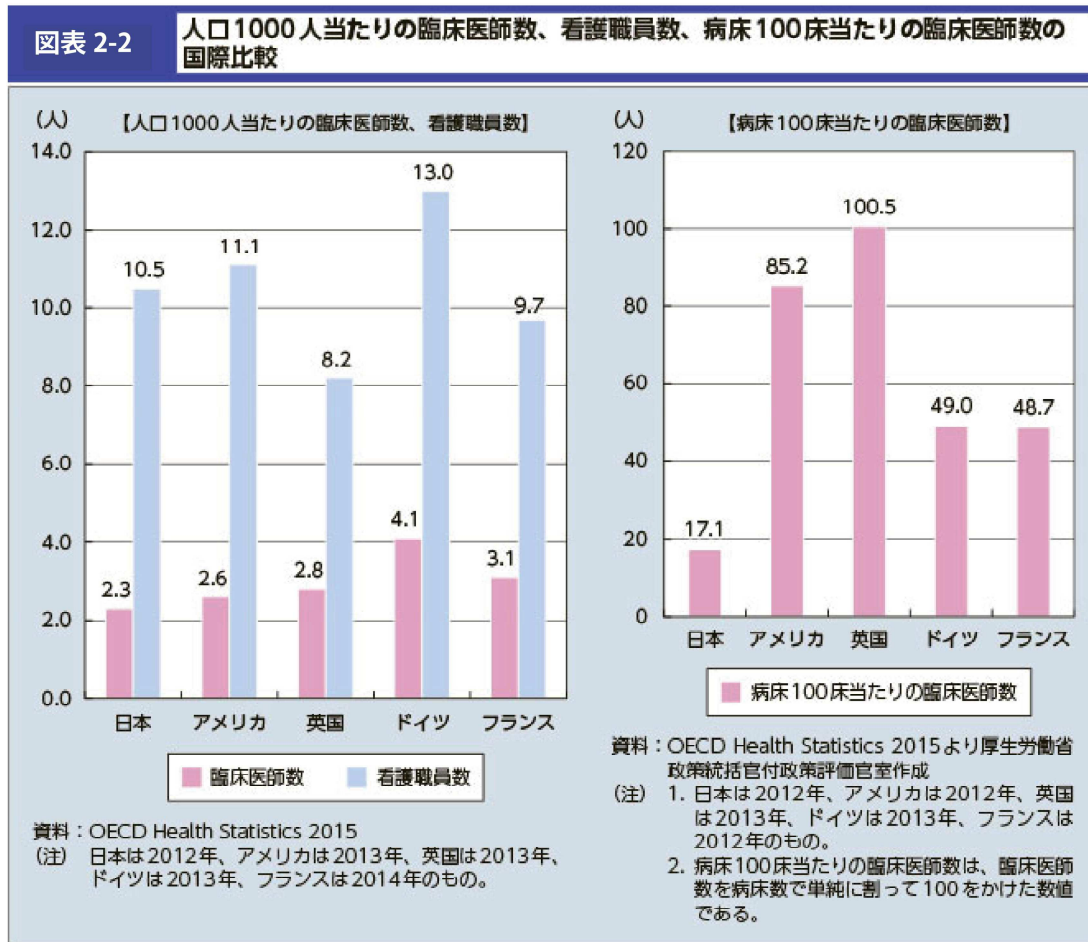
新型コロナウイルスの感染拡大によって私たちは大変な目にあっています。安倍政権は対応を間違えた。全く効果のないアベノマスクに 507 億円も使いました。これは感染症に関する研究を行っている国立感染症研究所（感染研）の基盤的経費（2020 年度 21.6 億円）の 23 年分にあたります。マスクなど配らず、感染研の予算を増やせばよかったです。Go To キャンペーンも大失敗。感染の第 5 波を招きました。新型コロナの怖いところは症状が出ない人がいることです。症状の出ない元気な感染者が移動すれば、ウイルスが全国に広がります。政府は「GoTo トラベルが感染拡大の主要な要因であるとのエビデンス（証拠）は、現在のところない」と言い張りましたが、感染が爆発的に拡大したので中止せざるをえませんでした。

このような安倍・菅政権の対応のまずさも問題なのですが、医療と社会保障を削り続けてきたことが「検査ができない」、「入院ができない」という事態を生み出したのです。

具体的には 3 つの問題があります。

①医師が少ない

ひとつは医師不足です。人口 1000 人あたりでも病床 100 床あたりでも医師の数が少ない（図表2-2）。



人口当たり医師数は OECD 加盟國中下から 4 番目で、病床当たり医師数も最下位です。経済協力開発機構 (OECD) 加盟国のうち、日本の医師数はデータのある 30 カ国中 26 位と最低に近い。医師総数で日本は 32 万人ですが、OECD30 カ国の平均水準から見て 11～12 万人も少ないのです。

また、欧米には病院とほぼ同じ機能をもつナーシングホーム^{*1}がありますが、日本にはありません。OECD の統計にはナーシングホーム精神科病院で働く医師数は含まれていません。その数を加えれば欧米の医師数はもっと多いわけです。

感染症の専門医はさらに深刻です。現在、専門医は 1500 人いることになっていますが実際に診療・治療ができる感染症科医は 500 人ほ



ど^{*2}。日本感染症学会は 2010 年に「感染症専門医の医師像・適正数」を発表しましたが、そこには「病院に勤務する感染症専門医の人数は 3,000 ～ 4,000 人程度が適正と考えられる」と書かれています。

医師が足りず、感染症専門医は絶対的に不足している。これが新型コロナ感染症に対応できなかった根本要因の一つです。

▼1980年代「臨調行革」が出発点

なぜ医師を増やさなかったのか。

それは「医師が増えると医療費が増える」という間違った考えに固執しているからです。1981 年、鈴木善幸内閣が、第二次臨時行政調査会（臨調）を設置。「増税なき財政再建」「小さな政府をめざす」「政治の無駄をなくす」といった耳障りのい

*1) アメリカのナーシングホーム (nursing home) は、日常的な介護、医療サービスを必要とする重度の要介護者を対象とした施設。入居者は老人だけでなく若年であるが高度の障害をもつ者もいる。病院ではないものの、病院にほぼ近い設備と体制を有しており、看護・介護職員を配置し、24 時間介護にも対応している。また、原則として、施設職員によるケア、必要に応じ外部スタッフを利用して施設内での看取りも行う (医療経済研究機構「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書」47 頁、2007 年)。

*2) 池田光史「【最前線】コロナの医療現場で、専門医たちが見ていること」Newspicks 2020 年 3 月 3 日。

いスローガンを使い、少なくない国民が期待を寄せました。しかし、臨調にもとづく「行政改革」が進められると、その実態は、社会保障費や教育費など国民生活の土台となる予算を削ることだったのです。

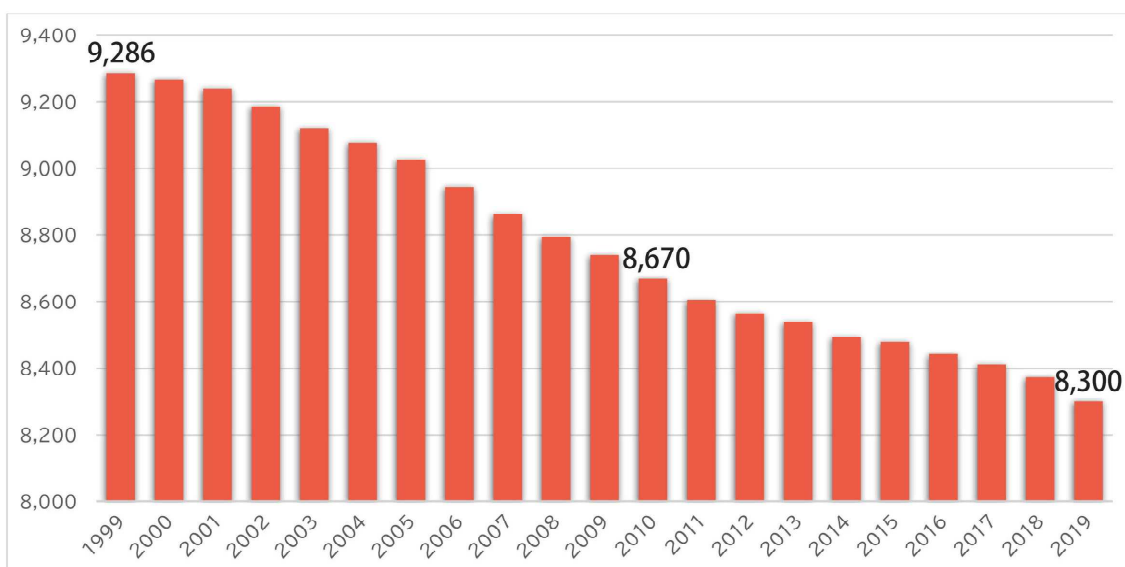
医師数抑制政策もこの臨調行革の一環でした。1982年7月、「行政改革に関する第3次答申—基本答申」が出されます。「医療従事者について、将来の需給バランスを見直しつつ、適切な養成に努める。特に、医師の過剰を招かないよう合理的な医師養成計画を樹立する」。

答申を受けて、政府は1982年9月の閣議で「医師・歯科医師の養成計画について検討する」と決定し、1984年以降、医学部の定員を減らしていったのです。

②病院・病床も削減

病院は20年で約1割減っています。広島県は1990年には38病院ありましたが、2017年には31病院になっています。

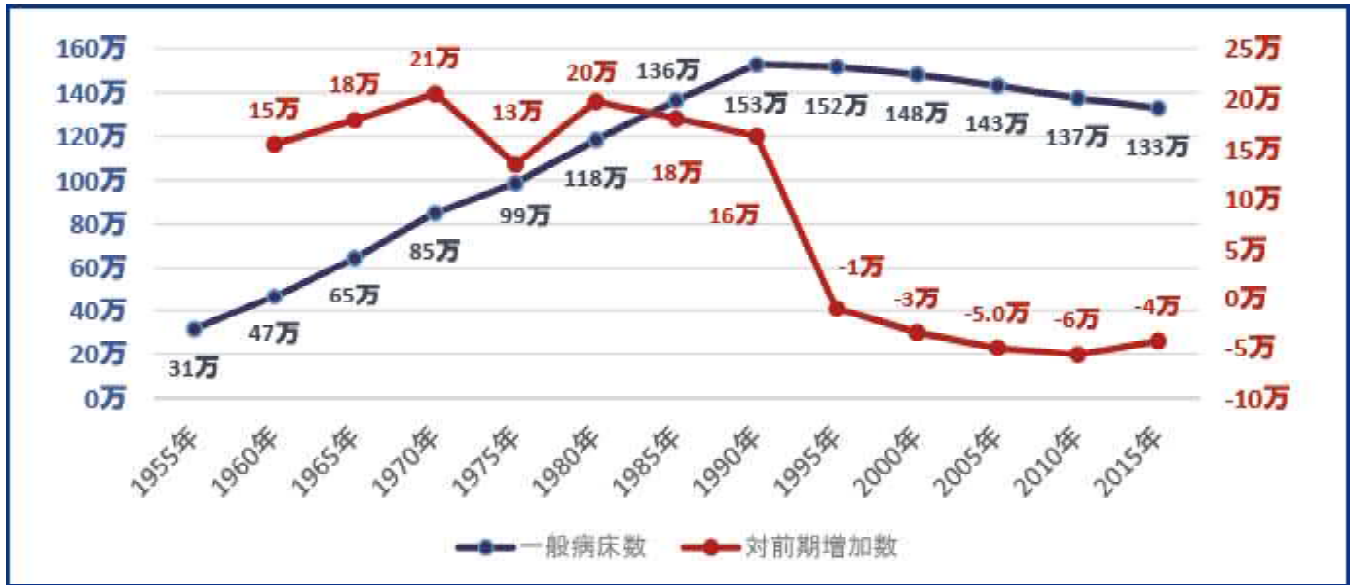
全国の病院数の推移



厚労省 令和元(2019)年「医療施設(動態)調査・病院報告」より

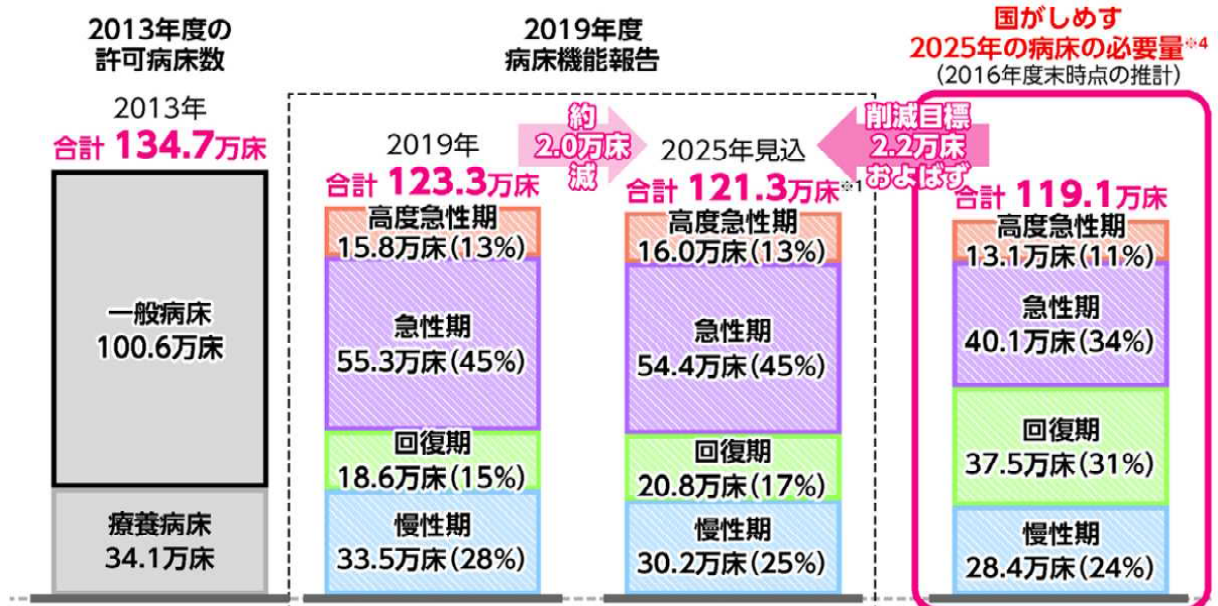
病床数も1990年153万床から2015年133万床へと20万床も減っています。

一般病床数の推移



2014年、医療・介護総合確保推進法がつけられました。「効率的な医療提供体制」の実現をめざし、2025年を目標に病床削減を都道府県に計画させ、医療費を抑制しようというものです。

図1 地域医療構想で数字を掲げて病床削減



出典：2019年度病床機能報告ほか厚労省資料

※1：2019年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

※3：小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

※4：2013年度のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)」等を用いて推計

しかし、厚労省の思惑通りには進まなかった。それぞれの地域の実情を考えれば、簡単に減らせるはずなどないからです。そこに財界から圧力がかけられました。経済

財政諮問会議で中西宏明・経団連会長ほか 4 人の「民間議員」が意見書を出して、地域医療構想の遅れを問題にしました。これを受けて厚労省は 2019 年 9 月、424 病院を名指しし、「削減が必要」としたのです*3。

厚労省が特に減らしたいのは、「高度急性期」および「急性期」の病床だということです。上の図表から分かります。カネとヒトのかからない「回復期」「慢性期」へシフトする。医療費の削減が目的だからです。

感染症病床は 1998 年には 9210 ありましたが、2018 年には 1882 まで減少。8 割もカットしたのです。

ICU（集中治療室）の病床数は、どうでしょう

「日本集中治療医学会」は昨年 4 月に「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する理事長声明」を出しました。

「新型コロナウイルス感染症がオーバーシュート（爆発的患者急増 引用者）した場合の医療体制で最も重要なことは、如何に死者を少なくするかということであり、集中治療体制の崩壊を阻止することが重要ですが、本邦の集中治療の体制は、パンデミックには大変脆弱と言わざるを得ません」と述べ、日本の集中治療室が少ない（人口 10 万人あたりの ICU のベッド数は 5 床程度）ことに対して警鐘を鳴らしました。

病院の感染症病床数は激減

	病床数		98年と 比べた割合
	1998年	2018年	
総病床数	1656415	1546554	93.4%
精神病床	359159	329692	91.8%
感染症病床	9210	1882	20.4%
結核病床	27197	4762	17.5%
療養病床	99171	391506	394.8%
一般病床	1161678	890712	76.7%

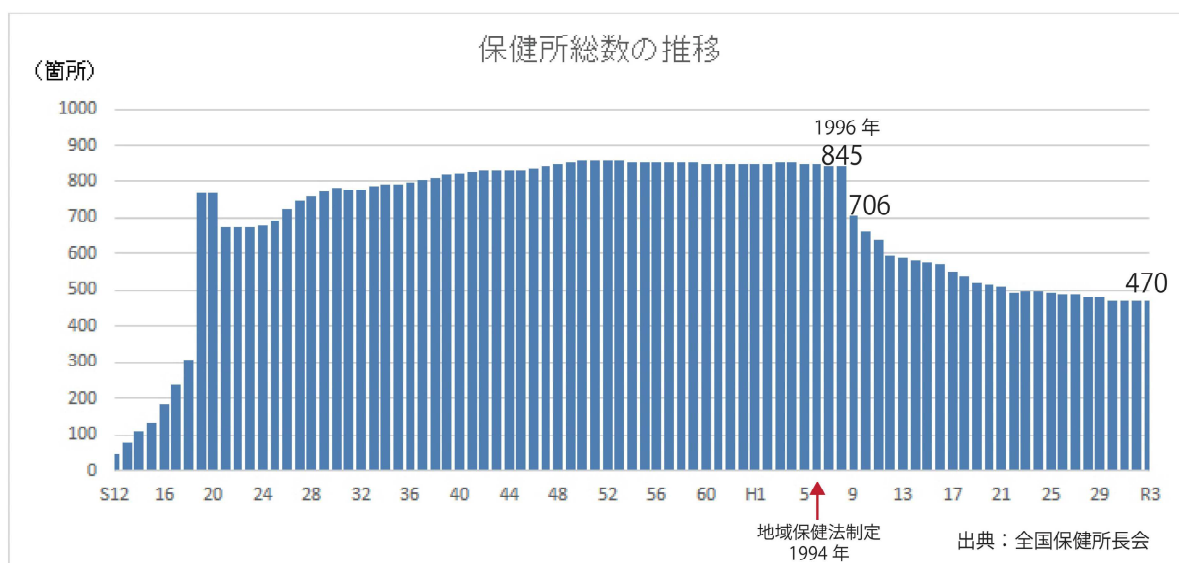
資料：厚生労働省医療施設（動態）調査・病院報告の概況より作成

*3) 広島県内の「再編・統合の議論の必要がある」とされた病院

北広島町豊平診療所（北広島町）2019 年に 44 床を全てなくし、外来のみの無床診療所となった。／吉島病院（中区）／安芸市民病院（安芸区）／広島西医療センター（大竹市）／済生会呉病院（呉市）／呉市医師会病院（呉市）／呉共済病院忠海分院（竹原市）／因島総合病院（尾道市）／三原赤十字病院（三原市）／三原市医師会病院（三原市）／府中市民病院（府中市）／府中北市民病院（府中市）／庄原赤十字病院（庄原市）

これに対して厚労省は、ICUを増やす手立てを取るのではなく、「ICUに準じた機能を持つ病床」を加えるべきだと反論し、「人口10万人当たりICU等病床数」と「等」の字を加えて13.5と水増ししたのです。定義を広げることで感染者の急増に対応できるわけもなく、多くの自宅療養者、死者を出すことになりました。

③保健所は半減



保健所は30年で半減しました。1996年には全国で845カ所ありましたが2021年度は470カ所です。1994年に保健所法を地域保健法に「改正」。10万人に1カ所とされていた保健所所管区域の見直しが行われ、「二次医療圏」*4(全国335、2020年)に対応すればよいことになりました。保健所の広域化です。広島県は1969年には保健所が25ありましたが、現在は二次医療圏に対応して7にまで減らされています。

憲法25条第2項は「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と述べています。保健所はこの憲法が定めた「公衆衛生」を担う公的機関です。しかし、社会保障費削減の一環として保健所もリストラ(=統廃合)が進められてきました。公的責任による感染症

*4) 地域医療計画の基本単位。一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位。

対策は軽視され、保健所の機能が大きく低下したところに、新型コロナの感染拡大が起きたのです。

読売新聞は、第3波のとき、「感染爆発、保健所業務『もう限界』…人手不足で経路調査追いつかず」という記事を掲載しました(2021/1/14)。

検査数も感染者数も爆発的に増えているのに、もう限界」。県草加保健所の長棟美幸所長は、職場の危機的な状況をそう訴える。……濃厚接触者の特定などの業務に加え、入院先が見つからずに、自宅療養や待機をしている感染者も増えているため、健康観察の業務も急増した。同保健所の職員は約40人。県を通じて看護師などを数人派遣してもらっているが、当日中に業務が終わらず、翌朝の始発で帰宅する職員も出始めた。住民からの相談電話も相次ぎ、すぐに対応しないと「対応が遅い」などと苦情を受けることも少なくない。目に涙を浮かべ、「過労死でもしないと、現場の苦労は分かってもらえない」と話すなど、職員は精神的にも限界を迎えている。長棟所長は「このままでは、救える命も救えなくなる」と懸念している。

40年にわたる社会保障改悪の積み重ねが、新型コロナという新しい感染症に対応できなかった最大の要因であり、日本の社会保障・医療政策の矛盾と破綻が誰の目にも明らかになったのです。