

くらしと協同の研究所主催

第 2 回 コロナショック特別研究会 (2021 年 11 月) の基調講演 (誌上掲載)

基調講演

コロナ禍での人々の暮らしと医療福祉生協の課題 —社会政策の視点と協同組合の視点から—



佐藤 卓利

立命館大学特任教授・乙訓医療生活協同組合理事長

(2021 年 11 月 14 日 (日) 開催)

はじめに

みなさんこんにちは。立命館大学の佐藤卓利です。今日は、滋賀県草津市のびわこ・くさつキャンパス (BKC) の研究室から参加しています。この「くらしと協同の研究所」主催の「第 2 回 コロナショック特別研究会」で報告の機会をいただいたことに感謝します。この研究会の報告依頼を立命館大学の小田巻友子さんからいただいたのは、8 月の中旬であったかと思います。「喜んでお引き受けします」とお返事した後、「肩書はどうしましょうか」と訊かれて、ちょっと考えました。本職は研究者ですので立命館大学特任教授でいいのですが、3 年前から乙訓医療生活協同組合の理事長をしています。「くらしと協同の研究所」主催の研究会で、その名称が「コロナショック特別研究会」であれば、もう一つの肩書も表示していただき、その立場からも報告させてもらおうと思いました。それで今回の報告については、乙訓医療生協の理事会でも理事のみなさんにお知らせし了解を得ております。

今日の報告は、最初にレジメにも書きましたが 2 つの視点からさせていただこうと思います。1 つは「社会政策の視点」です。

わたしは、これまで医療と介護の政策について研究してきました。それは医療や介護の内容ではなく、それらがいかに必要としている人々に上手く提供できるかについて、患者や利用者側から考えるというテーマです。もちろん医療や介護の内容を無視して提供のあり方を論じることはできません。この 30 年近く、機会のあるごとに医療・介護そして福祉の関係者からお話をお聞きし、また研究会や学会を通して学んできました。しかし医療や介護の内容については、あくまでも「素人」です。そのことを自覚しつつ、「素人」の立場で、すなわち普通の市民としてそのサービスを直接・間接に受ける患者や利用者の立場で、おもに日本の医療と介護の問題点を探り、解決の方策を考えてきました。

もう 1 つは「協同組合の視点」ですが、これは直接には乙訓医療生協の理事就任の時から数えれば 5 年間ほどの経験から学んだものです。こちらは、この研究会の第 2 部で経験豊かなみなさんからの「実践報告」で補っていただきたいし、この機会にわたしもっと学びたいと願っています。前置きは、このくらいにして本題に入ります。

1. 社会政策の視点から

(1) 公衆衛生

人類は、有史以前からいろいろな感染症に苦しめられてきたと思いますが、その原因が分からなくても、感染者を隔離することで感染の広がりを防ぐという対策を取ってきたと思います。というか、お祈りや供物を捧げて病気の快復を願う以外の対策は、感染者の隔離しかなかったと思います。感染症は、多くの犠牲者を出し、ある社会がまるごと消滅してしまうということもあったかもしれません。歴史的に遡れる感染症の事例は何なのかは不勉強で確認しておりませんが、歴史的に有名なのは、ペストでしょう。これについては、村上陽一郎著『ペスト大流行—ヨーロッパ中世の崩壊』(岩波新書)が参考になります。ヨーロッパだけでなく、アジアも新大陸のアメリカでもペストの大流行に襲われていますが、14世紀にヨーロッパで広がったペストは、当時の人口の3分の1を死亡させたということで、農民や職人などの労働力不足を引き起こし中世社会から近世社会への転換のきっかけになったともいわれています。原因の分からない感染症の広がりや、それに襲われた人々に大変な恐怖を与えたことでしょう。

ペストなどの感染症を引き起こす原因が、特定の細菌であることが発見されるのは、19世紀の後半からで、ペスト菌の発見は1894年、コレラ菌の発見は1854年で最終的にコレラを引き起こす病原体として確認されたのは、1884年にロベルト・コッホによるということです。

しかし病原体の発見以外に科学的な対策がなかったかということ、そうではありません。それ以前に、1854年のロンドンのコレラ大流行において、ジョン・スノウがコ

レラで死亡した患者の分布と飲料水の供給源との関連を徹底的に追求し、特定の井戸水が流行の原因であることを突き止めました。この時点で、コレラ菌は発見されていませんが、特定の井戸水にコレラを引き起こす原因があるとの推測が成り立ち、その井戸水を飲まないという対策が立てられました。この調査方法を疫学調査と言います。この疫学調査にもとづき、住民の病気を防ぐ集団的方法を公衆衛生と言います。公衆衛生は、感染症に対して個人的な対応ではなく、まさに社会全体の安寧 (well-being) のために国家が行うべきものです。

WHO 憲章では、その前文の中で「健康」について、次のように定義しています。Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. 日本WHO協会の訳では、「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます」と表現されています。わが国では、すべての人々の「健康」を実現する公衆衛生の第一線機関として保健所があります。

新型コロナウイルス感染症に対して、現在全国各地の保健所が懸命に公衆衛生の業務に取り組んでいます。その具体的な状況と問題点については、後半で述べたいと思いますが、その前に簡単にその歴史を振り返って見たいと思います。1937年に公布された保健所法により、保健所が全国に設置されることになりました。保健所設置の主要な目的の1つは、当時国民の死亡原因の第1位であった結核の対策でした。毎年10万人以上の人々が結核で亡くなっていました。病原体である結核菌に対する有効な薬、ストレプトマイシンなどの抗生物質が発見され、実用化されるのは、1940年代以降で

すので、なかなか結核による死亡者は減りませんでした。

保健所が設置された 1937 年は、日中戦争のきっかけとなった盧溝橋事件が起きた年です。その後 1945 年の敗戦まで、日本はずっと戦争をし続けていました。実際のところ当時の保健所に政府が求めたのは、総力戦遂行のために必要な健康な若い男子を確保のするための公衆衛生、「健民健兵政策」としての公衆衛生でした。

敗戦後、連合国総司令部 (GHQ) の占領政策下に、戦時体制が解体され、非軍事化・民主化が進められることになりました。今日のこの研究会に参加されているみなさんにとっては、あらためて言われるまでもないことかと思いますが、敗戦の翌年、1946 年に日本国憲法が制定されました。その第 25 条で「①すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。②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。」と謳われています。この新しい憲法に基づいて、保健所法が全面改正されました。この改正により、それまで警察署が担当していた食品衛生、急性感染症予防等の警察業務が保健所に移管され、保健所は公衆衛生の第一線機関としての機能が強化されることになりました。(『平成 26 年版 厚生労働白書』410 ページ参照)

(2) 医療制度—医療提供体制と国民皆保険

公衆衛生は、国民全体の健康を守るために、国や自治体が責任をもって行う事業で、個人ではなく集団を対象とする総合的な科学と技術の体系と言えるでしょう。それを構成する学問としては、疫学や生物統計学などの自然科学だけでなく、社会医学などの社会科学にまたがる分野もあります。一

方、個人を対象とするのが臨床医学とよばれる分野です。こちらの方は、わたしたちになじみ深く、内科・小児科・外科・眼科などのさらに細かい分野に分かれます。

わが国では、医療は憲法第 25 条に規定されている社会保障制度の中に位置づけられ、社会保険の仕組みを使った健康保険と、健康保険にカバーされない場合は生活保護の中の医療扶助によって、病気や怪我などの治療にあたります。医療を直接提供するのは、病院や診療所などの医療機関であり、そこで働く医師・看護師等の専門職です。わが国では、国や自治体などが運営する公的医療機関は、全体の 2 割程度で残りの 8 割くらいは民間が担っています。しかし民間であっても、その経営には非営利原則が求められます。

わたしたちが経済的負担を心配せずに、いつでも、どこでも安心して医療を受けることができるよう保障する責任が国にあります。国はすべての人に平等に医療を提供しなければなりません。この原則が大事なのですが、現実にはこの原則が揺らぐ事態が生じています。何故かという、わが国の医療制度は、社会保険の仕組みを使って運営されていますが、この仕組みは、病気や怪我という「将来起こるかも知れないリスク」に備え、「仲間たち」が保険料を出し合って基金を作り、不幸にして病気や怪我をした仲間に、その基金から治療費を出すという保険の仕組みを柱にしています。そして法律にもとづいて職場や地域ごとに保険への加入と保険料の支払いを強制します。保険に入りやすくするためには、保険料を安くする必要があります。しかしリスクの高い人、つまり病気になりやすい人が多く保険に入ると、保険からの支出が増え保険料を値上げしなければなりません。保険の仕組みには、こうした矛盾がありま

す。この矛盾を解消する方法が、保険の財政を国や自治体が税金で支える仕組みなのです。ここが民間保険と社会保険の違いです。

ちょっと説明がややこしいかも知れませんが、みなさんは、それぞれ健康保険に入られていますよね。民間企業にお勤めならば、その企業の従業員で構成される健康保険組合、あるいは小規模な多くの企業を一つにまとめた協会けんぽ、公務員は共済組合に加入していますね。これらは、職場ごとの仲間によってつくられた健康保険です。職場ごとの健康保険に入れない、自営業者・非正規雇用者・退職者・失業者などは、自分が住む市町村と都道府県が運営する国民健康保険に入ることになっています。この仕組みを国民皆保険制度と言います。これは、1961年に国民健康保険法という法律が施行されて実現されたのですが、法律の組み立てとしては、まず国民全員が国民健康保険に加入することになり、そのうえですでに健保組合などの保険に入っている人は、そこから除かれるという仕組みです。すべての国民が、さらに言えば日本に住所を有する外国籍の人も国民健康保険に加入するという仕組みによって、日本で暮らすすべての人に公的な医療を提供するのが国民皆保険制度です。この制度を維持するためには、多額の税金の投入が必要です。ちなみに2019年度の「国民医療費」のうち国と地方自治体が負担した公費は、約20兆円です。国民医療費の38.3%を占めます(厚生労働省『平成30年度国民医療費の概況』)。このように社会保障は、つねに税金の使い方と密接につながっています。税金の投入によって保険の矛盾の発現は、一定程度抑えることはできますが、国民健康保険も保険である限り、そこからの「給付を受ける条件は、保険料を収めること」とい

う原則は貫かれます。事情によって保険料支払いの減額や免除がなされるという仕組みはありますが、保険料の支払いがハードルとなって国民健康保険に入らない人が大勢います。国民健康保険に入っていないくて、医療が必要になった場合、生活保護制度の医療扶助という仕組みがありますが、その適用も実際にはいろいろ困難があるようです。

もう1つ公的医療保険が、社会保障制度であるといえるのは、各保険から提供されるのは医療費ではなく医療サービスであるということです。民間保険のような現金給付ではなく、現物給付であるということです。この現物給付には、検査や薬なども含みます。その現物給付の水準は、医学の進歩を反映した適切で安全なものであること、それを保障する仕組みとして診療報酬制度があること、医療機関や医師が保険診療機関や保険医として登録することなどがありますが、説明は以上にしておきます。

(3) 社会政策と人々の暮らし

ここまで公衆衛生と医療制度についてお話してきましたが、視点をもう少し広げて経済と社会のなかにそれらを位置付け、さらに国家の役割について考えてみたいと思います。わたしたちの生活の基礎は経済活動です。経済活動とは、簡単にいえばわたしたちが生きていくために必要なモノやサービスを生産し消費する活動です。この活動が安定的に継続されなければ、わたしたちの生活は成り立ちません。生産は社会的に行われます。わたしたち個人は、職業人として社会的な生産活動の一端を担っています。これを社会的分業といいます。

一方、消費は基本的に個別的で私的なものです。したがって消費の単位は、個人か家族です。そして生産と消費は流通によっ

て結び付けられています。流通とは、生産者から消費者へのモノの流れを担う経済活動です。これも大切な経済活動です。流通も社会的な性格を持っています。流通するモノは商品です。わたしたちは、消費者として商品を購入します。つまり自分の持っているお金を商品の売り手に渡し、それと引き換えに商品を手にします。これを商品経済といいます。わたしたちの社会は、全面的に商品経済あるいは市場が展開している社会です。市場とは商品と貨幣を巡る取引が人々の行動を律する世界です。損得、金勘定といってもよいかも知れませんが、それを判断基準として競争が展開する世界です。

資本主義経済とは、生産や流通のおもな担い手が個人から組織にかわり、その組織が営利を目的にして常にその規模を拡大しようと活動する「資本」という性格を持ち、その資本が主役となった経済です。資本というより「会社」といったほうが、なじみのある表現ですが、会社は経済学的に見れば、巨額のお金の塊で、常にその金額を拡大しようと運動しています。その運動が生産活動であり、その延長としての流通つまり商業です。そしてその運動場が市場です。さて、今日の研究会のテーマである医療や介護について、経済学的にはどう考えたらよいのでしょうか。医療や介護は、人が人に直接働きかけるという意味で、サービスといえます。人の働きかけの対象がモノであれば、その成果は生産物で、それは市場で商品として販売されます。実はサービスも商品として売られています。美容院やエステティック・サロンが身近な例です。このようなサービスと医療や介護の違いは何かというと、それはサービスではあるけれど商品ではないということです。つまり、市場での売り買いではなく、社会保障制度

として市場のルールとは別の仕組みで運営されているということです。「そんなこと、分かり切ったことではないか」と思われるでしょうが、あとでお話しする「新自由主義」の広がりとは、社会保障制度への市場の侵入ということですので、あらかじめここで確認しておきたいと思います。

医療や介護は、自分が支払うことができる金額によってその質と量が決まる商品ではなく、つまり私的に購入し消費するサービスではなく、必要に応じて誰にも平等に提供されるべき社会的サービスです。宇沢弘文さんは『社会的共通資本』（岩波新書）で、医療を「制度資本」と呼び「人間が人間らしい生活を営むために、重要な役割を果たすもので、決して、市場的基準によっては支配されてはならないし、また、官僚的基準によっても管理されてはならない。」(6 ページ) といっています。

社会のすべての領域が「市場的基準」つまり、市場のルールによって支配されたとすれば、まさに「弱肉強食」の世界が出現し、弱者は強者の食べ物にされ、少数の強者が多数の弱者を支配することになります。社会の中での対立が深まり、多数の人々の不満は社会の仕組み、つまり資本主義に向かうことになります。世の中の多くの人が、社会の矛盾を感じその批判の矛先を資本主義という社会の仕組みに向け、その仕組みを根本的に変えることを目指さないように、その矛盾の発現を抑える必要が出てきます。国家は、市場のルールを一定程度修正し、資本の自由な活動を制限する必要に迫られます。

先に、社会保障制度を憲法第 25 条に謳われた基本的人権を保障する制度といただきましたが、これは大事な点で、これをしっかり確認したうえで、社会保障制度のもう 1 つの側面つまり資本主義を維持するという

側面からも見る必要があります。人権を保障するという側面と体制を維持するという側面、この2つの側面を持った社会保障制度のあり方を巡って、それぞれの側面を支持する勢力がせめぎあっているというのが現実です。

わたしが学んできた社会政策という学問は、こうした視点に立って国家が行う医療や介護あるいは福祉などの社会保障の政策や制度を批判的に検討する学問です。時間がないので端折りますが、第二次世界大戦後の先進国、アメリカや西ヨーロッパ、そして遅ればせながら日本などは、経済成長を実現し、その成果の一部を社会保障制度と租税制度の組み合わせによって国民に還元する仕組みを確立しました。このような体制を「福祉国家」体制といいます。戦後復興から1970年代までが、福祉国家が確立し発展を見せた時期です。もちろん各国ごとに違いがあり、日本などは未熟な福祉国家といわれていました。

こうした福祉国家への批判が、1970年代末から80年代かけて全世界的に広がりました。サッチャリズムとかレーガノミクスという言葉で象徴される「新自由主義」の到来です。さらに、その後の「社会主義体制」の崩壊が、資本主義体制批判の思想と運動にも大きく影響し、世紀をまたいで広がったグローバリズムと呼ばれる、資本の国境を越える世界的展開が、国家による資本への規制を弱めてきました。それに伴って、国家財政の赤字が拡大し、「新自由主義」からの社会保障への批判が強まり、「福祉国家の後退」と呼ばれる事態が各国で広がりました。

以上、非常に大雑把に福祉国家について述べましたが、社会政策の視点では、国家が政策の主体で、国民は、特に働く人々とその家族は、政策の対象つまり客体である

という位置づけになります。この視点の問題点を、つぎの「協同組合の視点から」で述べたいと思います。

2. 協同組合の視点から

(1) 消費生活協同組合法に基づく組織

協同組合を広くとらえれば、農業協同組合などの生産者による協同組合も含まれますが、ここでは消費生活協同組合法に基づく組織、いわゆる生協を念頭に置きます。消費生活協同組合法は1948年に制定されました。日本国憲法が公布された2年後です。その第1条は、「この法律は、国民の自発的な生活協同組織の発達を図り、もって国民生活の安定と生活文化の向上を期することを目的とする。」と謳っています。戦後日本社会の民主化への強い期待を反映した法律といえます。ここでわたしが注目したのは「国民の自発的な生活組織」という生協の性格付けです。そして国民が生協という組織を通じて「生活の安定と生活文化の向上」を自発的に目指すことが、期待されているということです。

わたしは、ここであえて「社会政策の視点」、つまり国家が政策の主体であって国民が客体であるという社会保障へのアプローチの仕方に対して、国民が自発的あるいは自覚的にみずからの知恵と力そしてお金を結集して、組織をつくり事業と活動の経験を蓄積しながら、国民の側から国家の政策に対峙し対案を提起しその願いを実現するという、もう1つのアプローチを提起したいのです。つまり「協同組合の視点」です。

生協は、地域・職場・大学などで事業を展開していますが、生協法の第10条は生協の事業の種類を規定しています。以下の

8 種類が規定されています。

- 1 組合員の生活に必要な物資を購入し、これに加工し若しくは加工しないで、又は生産して組合員に供給する事業
- 2 組合員の生活に有用な協同施設を設置し、組合員に利用させる事業（第 6 号及び第 7 号の事業を除く。）
- 3 組合員の生活の改善及び文化の向上を図る事業
- 4 組合員の生活の共済を図る事業
- 5 組合員及び組合従業員の組合事業に関する知識の向上を図る事業
- 6 組合員に対する医療に関する事業
- 7 高齢者、障害者等の福祉に関する事業であって組合員に利用させるもの
- 8 前各号の事業に附帯する事業

この 8 項目のうち、今日の報告でお話しさせていただくのは、6 と 7 の項目です。私が理事長を務めております乙訓医療生協もおもに 6 と 7 の事業を行っています。生協法が 2009 年に改訂されて、その事業として 6 と 7 の事業が明示されました。生協の中で 6 と 7 の事業を中心にしている生協が、いわゆる医療福祉生協という組織です。

(2) 医療福祉生協の理念

2009 年の生協法改正をきっかけに、従来から生協の全国組織である日本生活協同組合連合会の医療部会に結集して活動してきた医療福祉生協は、2010 年に新たな全国組織として、日本医療福祉生活協同組合連合会を立ち上げました。私が所属します乙訓医療生協も、この後に実践報告をしていただく姫路医療生協と岡山医療生協も連合会に入っています。

ここでわたしが、医療福祉生協の関係者を前にして、パソコンの画面越しにですが、あらためて「医療福祉生協の理念」を紹介するのは、大変気が引けるのですが、やは

り医療生協がどんな組織かということを知っていただくには、いちばん分かりやすいメッセージかと思います。

端的に「健康をつくる。平和をつくる。いのち輝く社会をつくる。」が医療福祉生協の理念です。この 3 つの理念は、それぞれ憲法の第 25 条「生存権」、第 9 条「平和主義」、第 13 条「幸福追求権」を分かりやすく述べたものだと思います。「そのために地域まるごと健康づくりをすすめます。地域住民と医療や福祉の専門家が協同します。多くのひとびとの参加で、地域に協同の“わ”をひろげます。」と理念は宣言しています。この理念の実現に向けて、全国各地の医療福祉生協は、日々それぞれの定款地域で事業と活動を展開しています。今日の研究会の第 2 部で、コロナ禍での実践例を報告していただきますが、わたしのこの報告は、その「前座」として聞いていただければと思います。

3. コロナ禍は人々の暮らしにどのような影響を及ぼしているか

ここからは、コロナ禍が人々の暮らしに深刻な影響を与えていること、特にその影響を被る人々の間には大きな格差があることに注目して、現時点での状況を確認したいと思います。まず日本について見ていく前に、世界の状況を簡単に見ておきたいと思います。

(1) 各国間での感染率・死亡率の相違

今日の新聞に 11 月 13 日午後 5 時現在の世界の新型コロナ感染者数と死者数を示す表が載っています。世界計で感染者数が、2 億 5254 万 1971 人、死者数が 508 万 8550

人です(「朝日新聞」2021年11月14日付)。
わたしは、毎日この表を見るのが日課になってしまいました。感染者数の上位10カ国は、米国・インド・ブラジル・英国・ロシア・トルコ・フランス・イラン・アルゼンチン・スペインですが、各国の人口が異なりますので、感染状況を見るには感染率で見たほうが良いと思います。また深刻さの度合いは、死亡率で見るができると思います。

以下の数字は、昨日(2021年11月13日)インターネットからひろったものですが、おもな国の「人口100万人あたりの感染者数」は、アメリカ140,288.8人、イギリス136,797.2人、アルゼンチン117,162.7人、フランス111,857.1人、ブラジル102,853.4人、日本13,625.4人、韓国7,367.2人、中国67.9人となっています。

<https://web.sapmed.ac.jp/canmol/coronavirus/>

また、「人口100万人あたりの死者数」は、ブラジル2,865.4人、アルゼンチン2,568.4人、アメリカ2,277.7人、イタリア2,188.7人、イギリス2,092.0人、フランス1,820.5人、日本144.7人、韓国57.7人、中国3.2人です。

<https://web.sapmed.ac.jp/canmol/coronavirus/death.html>

この感染率と死亡率の国ごとの際立った違いは、1つは各国政府の感染対策への姿勢の違いが反映していると思います。米国のトランプ大統領やブラジルのボルソナロ大統領は、新型コロナウイルス感染症に対し積極的な公衆衛生対策は取りませんでした。当初はインフルエンザのような捉え方をしていました。ヨーロッパの国々は、感染拡大を防ぐためにロックダウンなどの対策も講じましたが、その効果は十分に出ていません。ヨーロッパの国々や米国では高齢者の入居施設で多くのクラスターが発生

し、死者数の増加につながったようです。

日本は、アメリカ大陸の国々やヨーロッパの国々に比べれば感染率・死亡率とも桁違いに低いですが、東アジアの中では最も高く、日本国政府の対応が決して立派なものであるとはいえません。中国の感染率・死亡率の際立った低さが注目されますが、政府による個人を特定しその行動を強力に規制できる仕組みは、感染防止対策には有効かもしれませんが、「平時」においても、その仕組みが望ましいとは思いません。

各国間での相違の2つ目の原因は、おそらく国民の行動様式・思考様式の違いでしょう。マスクの着用が法律で義務づけられているヨーロッパの国々では、それにもかかわらず着用しない人がいて、警察官が取り締まっているというニュースを見ましたが、他方日本ではそんな法律がないにもかかわらず、ほとんどの人がマスクを着用しています。また、人と人との距離の取り方なども、生活習慣の違いがありますね。それが家庭や地域などでの感染率の違いにも反映されているのかも知れません。

今のところ、有効な対策はワクチン接種ですが、ウイルス株が変異することで、その有効性にも限界があるようです。とはいえ、様々なワクチンが開発され、先進国を中心にその接種が進められています。しかし全世界に行渡るにはまだまだ時間がかかりそうです。発展途上国はワクチンが行渡らず、経済力のある国との格差がますます広がっています。

アフリカなどの発展途上国では、従来からマラリヤや結核などの感染症で、毎年多数の人が亡くなっています。清潔な飲料水の確保、下水処理、栄養価のある食糧の確保、予防接種などの公衆衛生が、十分に行渡らない状況に加えて、今回の新型コロナウイルス感染症は、発展途上国の苦難をさ

らに強めています。わたしたちは、ともすると自国のことに関心が向きがちですが、コロナ禍は世界的な出来事であり、世界を俯瞰する視点で、まさにパンデミック (pandemic) としてこの事態を捉えなければならぬと思います。

(2) 新型コロナウイルス感染症による国民生活への影響

国内に目を向けると、新型コロナウイルス感染症は、従来から仕事や生活において厳しい状況下にある人たちに、より大きな影響を与えています。『令和 3 年版 厚生労働白書』が、その第 1 部「新型コロナウイルス感染症と社会保障」で、その概要を述べていますので、この報告では、『白書』にもとづいておもな特徴を紹介します。

2020 年 1 月 15 日に国内で最初の感染者が確認されました。そして 4 月 7 日に 7 都府県を対象に緊急事態宣言が発出され、16 日には対象が全国に拡大されました。それにより外出自粛要請と飲食店等に休業要請がなされました。この自粛要請と休業要請は、とくに宿泊業、飲食サービス業、生活関連サービス業などの雇用に大きな影響を与えました。とくに大きな影響を受けたのは、非正規雇用労働者です。さらにその中でとりわけ女性のパートやアルバイトの数が大幅に減りました。2020 年 4 月の対前年同月比の女性パートの数は、50 万人以上減っています。その後の「宣言」発出、終了の繰り返しのなかで、数の変動はあるものの、女性パートの減少傾向は変わらず、2021 年 2 月は 1 年前にくらべて 60 万人近く減っています。また、雇用労働の形態をとらない、いわゆる「フリーランス」で働く人たちが、仕事が減り売上高が落ちて困窮していることも指摘しておきます。

コロナ禍による働き方の変化という点

で、広がったのはテレワークですが、これについても正規雇用と非正規雇用では際立った違いが見られます。正規雇用ではその実施割合が 42.2%であるのに対して、非正規雇用では 18.0%です。業種別で見れば、教育・学習支援業で 50.7%、金融・保険・不動産業で 47.5%であるのに対して、医療・福祉・保育関係はわずか 9.8%に過ぎません。コロナ禍で「エッセンシャル・ワーカー」という言葉が広がりましたが、まさにエッセンシャル・ワーカーである、医療・福祉・保育労働者は、感染のリスクにさらされながら毎日仕事をされています。

テレワークの時間が増えれば、自宅で過ごす時間も増えるわけですが、家事・育児時間における夫婦間の役割分担の変化を見ると、内閣府の調査によれば「夫の役割が増加した」ケースは 26.4%で、「妻の役割が増加した」が 16.7%、「夫・妻ともに役割が増加」が 10.4%、「変化は無い」が 46.3%でした。従来からの性別役割分業が、コロナ禍で大きく変化したとはいえないようです。というよりも、「テレワークの普及や学校の臨時休業などにより、男女とも家事・育児の増加が見られたが、その度合いは女性の方が大きい」「身体的・精神的な面でも、家事・育児の負担は女性に大きくかかっていたことがうかがわれる」(65 ページ) というのが、『白書』の分析です。こうしたなかで、自宅で家族と過ごす時間が増え家庭内での「配偶者から暴力 (DV) の増加が懸念される」(67 ページ) とも述べています。確かに、全国「DV 相談件数」は、2020 年 3 月の 9,516 件から 2021 年 3 月の 17,320 件へ増えています (同ページ)。もう 1 つ心配される事態は、自殺者数の増加です。2020 年 7 月以降、自殺者が増加傾向で、特に女性と若者の増加が著しいということです。『白書』は、「女性の自殺の

背景として、経済生活問題、DV被害、育児の悩みなど自殺の要因となりかねない様々な問題が新型コロナウイルス感染症の影響下において深刻化し、自殺者数の増加に影響を与えている可能性が指摘されている」(68ページ)と述べています。自殺者数については、内閣府男女共同参画局が作成した「コロナ下の女性への影響について」(令和3年10月)が、その推移を示しています。「2020年計は、前年より男性は23人減少、女性は935人増加。2021年1～9月計は、前年より男性は199人増加、女性は433人増加」で、直近の「2021年9月の女性の自殺者数は513人」(19ページ)です。自殺者数における男女の差が気になります。『白書』の分析をより具体的に進めなければなりません。

4. 医療提供機関の困難と奮闘

(1) 保健所体制の問題

先にわが国の公衆衛生と保健所の歴史について触れましたが、ここであらためて新型コロナウイルス感染症に対する保健所の役割について述べたいと思います。以下のお話は、『社会保険旬報』(No.2826、2021年7月21日号)に掲載された「鼎談 新型コロナウイルス感染症と公衆衛生の役割—保健所の体制強化に向けて—」(6-19ページ)によっています。

新型コロナウイルスは、海外から持ち込まれたものですが、これを防ぐのが「検疫による水際対策」ということになります。しかし検疫は国の管轄であり、保健所は自治体の管轄という体制のため、その連携がうまくいかなかったのではないかと指摘がなされています。入国者を検疫でチェックしたうえで、各地の保健所で2週

間フォローアップする体制になっていましたが、検疫所と各地の保健所の連携が十分に出来たのが問題だということです。専門家は、検疫によってウイルスの侵入を100%防げるわけではないが、感染のピークを遅らせるという意味では重要な対策だと述べています。

感染症対策として、感染ルートを探るという調査、先に述べた19世紀ロンドンでのコレラの発生源を探った疫学調査ですが、日本では従来から保健所の重要な仕事でした。1999年制定の感染症法の第15条によって、保健所は「積極的疫学調査」を実施する役割を担っています。この調査は、一人一人感染源をたどっていくという手法です。これは、結核対策で使われた手法ですが、今回の新型コロナの場合、感染者が急速に拡大し、保健所の対応が追いつかなくなりました。

保健所は、さらに感染者の療養方針を決定し、入院や外来診療の調整、宿泊療養者や自宅療養者の健康観察などの仕事もしなければなりません。管轄内の病院の機能や病床数の調整、開業医との連携も必要ですが、そうした仕事を保健所は十分に果たせていないという問題が浮かび上がります。その根本的原因是、政府による保健所数の政策的削減です。

1994年に「保健所法」が全面改正され「地域保健法」と名称も変更されました。この法律により公衆衛生全般が見直され、感染症対策から生活習慣病対策へとその重点が移されるとともに、都道府県や政令都市などが設置する保健所は、地域保健の第一線機関としての役割を市町村が運営する保健センターに譲り、都道府県の保健所は、専門的・広域的観点から保健センターを指導する機関になりました。1994年に全国で847カ所あった保健所は、2020年には

469 ヶ所まで減らされました。京都府では、「2003 年度まで 12 保健所体制であったものが、2004 年度から 7 保健所 1 分室体制に統廃合され、保健所の管内エリアが拡大するとともに保健師数も 2003 年度の 89 人から 2018 年度には 75 人へと削減されてきました」(中村智彦「コロナ感染症第 5 波のもとコロナ禍の京都府保健所職場を訪問して」、京都自治体問題研究所月報『くらしと自治・京都』2021 年 10 月号、7 ページより)。新型コロナ感染症対策に多くの人手がとられ、従来の保健所業務に手が回らず、事務処理などは他部門からの応援・増員があるものの、医師・保健師などの専門職の応援は限られ、保健所スタッフの長時間労働、労働負荷の増大は大変深刻な事態です。

(2) 民間病院中心の医療供給体制

日本のベッド数はおよそ 165 万床ですが、「対人口比世界一」という誤解があります。病床にはその機能によって区分があります。一般病床 (89 万床)・療養病床 (32 万床)・精神病床 (33 万床)・結核病床 (5 千床)・感染症病床 (1.8 千床) の 5 つの区分です。欧米では、療養病床や精神病床は、病院の病床数には含まれないとのことでした。国際比較するならば、165 万床ではなく、89 万床でなければなりません。さらに一般病床の 89 万床が、すべて急性期に対応できるとの勘違いがあると、日本病院協会の相澤孝夫会長は、述べています。以下の説明は、相澤さんの講演「新型コロナウイルス感染症の対応と病院への影響」『社会保険旬報』No. 2830、2021 年 9 月 1 日号、16-28 ページ) によります。

本来、新型コロナウイルス感染症に対応する「特定感染症指定医療機関は 4 病院 10 床、第一種感染症指定医療機関は 55 病

院 103 床、第二種感染症指定病院は 348 病院 1758 床」しか政府は準備していませんでした。そこで、厚生労働省はあわてて 2020 年 2 月 9 日に「緊急その他やむを得ない場合について、感染症病床以外の病床への入院を可とする」という旨の事務連絡を出しました。感染症指定病院は、国公立病院や日赤病院など公的医療機関が大部分を担っていますが、そのベッド数では到底足りず、民間病院が大半の「一般病床を感染症病床に転用する」ことになったのですが、「転用するという発想はまったくなかったから、病院も慌てた」ということです。「転用」は、簡単なことではありません。「病院が病床数の確保を考えると、入院を必要とする患者が 1 日に何人出るか、その患者が何日入院するかを掛け算することで必要な病床が出る」ということですが、「コロナ患者は、何日間入院すれば安定するのか」というデータがない。どのくらい病床を準備するのか、実際に答えを出すのは非常に難しかった」のです。さらに「転用するためには、患者の移動などを考えると最低 3 週間は必要というのが大半の病院の意見だ」そうです。

問題はまだまだあります。「コロナ患者を診るには、病棟をゾーニングしなければならない。これをできる病院と、できない病院があったことも混乱に拍車をかけた」。「感染症病床を持っている病院でも、感染症病床に関しての人員配置は十分行っていなかったのも・・・一般病床をある程度減らして、一般病床のマンパワーを感染症病床に投入するしかなかった」。「一般病床を減らしてコロナ感染症の患者を受け入れる病院は、一般病床を多く削減しないと対応できない」など。医療現場の混乱と苦勞が分かります。

こうした医療現場の努力は、報われてい

ません。一般の入院患者だけでなく外来患者も激減し、さらにがん検診も「2019年度に比べて、2020年度は30%減った」が、「検診が減ることによって、がんの早期発見の患者が減る」という事態も生じています。いずれにせよ、経営的には患者減による収入減という問題です。コロナ感染症患者への診療を熱心に取り組むほど、経営的には困難が増すという問題です。この点については、第2部の実践報告でも触れていただけたらと思います。

コロナ禍が露わにした医療提供体制の問題とは、医療の領域に市場メカニズムの「効率」という観点を持ち込んだという誤りです。それは端的に言って、「トヨタ生産システム」の主要要素である「ジャスト・イン・タイム方式」、つまり生産現場の組み立てラインには、在庫は極力置かないという方式です。必要なときに必要な部品を取りに行くという仕組みです。この仕組みは、生産現場だけでなく今では流通の領域にも広がっています。コンビニの配送システムがそうです。店舗に置かれる商品数は限られ、日に何回も配送車で商品が補充されます。

この仕組みを医療現場に適用すれば、使われていない病床はムダとみなされます。病床は常に100%近い利用が求められ、空床は極力減らされます。病床に余裕はありません。通常の医療現場ですでにこうした状態であったところへ、新型コロナウイルス感染症が広まったわけです。病床だけではありません。医師・看護師等の医療スタッフにも余裕がありませんでした。先に述べたように、新型コロナウイルス感染症に対応する「特定感染症指定医療機関は4病院10床、第一種感染症指定医療機関は55病院103床、第二種感染症指定病院は348病院1758床」しか政府は準備していませんでした。日本感染症学会の調査では、2020

年6月の時点で「感染症の指定医療機関に常勤専門医がいる割合は35%」（『朝日新聞』2021年10月21付）だったそうです。この結果の悲惨な事例が、自宅療養を余儀なくされた人々です。朝日新聞の記事を紹介します。「新型コロナウイルスに感染し、自宅や高齢者施設での療養中に亡くなった人が、8月末までに全国で少なくとも200人を超える」とのことで、この数には「入院調整中や、高齢などを理由に本人や家族が入院を拒否したケースも含まれる。ホテルなどの宿泊療養施設で亡くなった人は含まない」。さらに「都内の自宅療養者は第3波で約9400人まで増加。第4波では最大約2400人に減ったが、第5波では8月下旬に約2万6千人に達した。8月の死者44人のうち、25人が50代以下だった。都の担当者は『(第5波で)医療態勢が逼迫(ひっばく)していたのは事実。急変して亡くなる方が多かった』と話す。」と報じています。（『朝日新聞』2021年9月24日付）

おわりに

予定の時間が来ました。最後に、乙訓医療生協の現況について、ひといいわせていただきます。密閉・密集・密接いわゆる3密を避けることを余儀なくされたために、「緊急事態宣言」下の組合員の活動は大きく制約されました。外に出る、人と出会う、集う、語らう、行動するという活動が思うようにできずフラストレーションがたまっています。乙訓医療生協の理事会は、対面とオンライン会議の併用で月1回開催していますが、支部レベルでの諸会議や活動は、オンラインの利用も難しく苦慮しています。

とはいえ、支部の活動としてスマホ講座

「LINE の使い方」を開催したり、「おしゃべりお茶会」をオンライン開催したりしています。またハイキングや「歩こう会」などの戸外での活動も感染対策をしっかりとしながら取り組んでいます。自治体とタイ

アップしての「コロナ禍のフレイル予防体操」にも取り組んでいます。

以上で、わたしの報告を終わらせていただきます。ありがとうございました。

注：第 2 回コロナ特別研究会について

〔開催趣旨〕

新型コロナウイルス感染症の広がり、経済やくらしに大きな変化をもたらしました。とりわけ医療・福祉の現場では、災害ともいえるべき危機的状況の中で、専門職・地域住民の奮闘により人々の命や日々のくらしが支えられています。本研究会では、地域医療・地域福祉を専門とする研究者からの基調講演と医療福祉生協・地域生協の事業と組合員活動に関する実践報告から、この困難を乗り越えるための方策を参加者とともに考える機会として開催しました。

(2020 年 11 月『コロナショックを乗り越える』特別研究会につづいて 2 回目の開催)

〔開催概要〕

第 1 部 基調講演と質疑応答

13:40～15:00

基調講演：佐藤卓利氏（立命館大学特任教授・乙訓医療生活協同組合理事長）

第 2 部 実践報告と意見交換

15:15～16:45

・実践報告

○姫路医療生活協同組合

○岡山医療生活協同組合

○生活協同組合コープしが

・コメント 川口啓子氏（大阪健康福祉短期大学付属福祉実践研究センターセンター長）

・コーディネーター 小田巻友子氏（立命館大学当研究所運営委員）