

## 特集 コロナ感染症災害に抗して

# いのちを守るために医療政策の転換を

「自粛」の押しつけで公的責任による医療対応がない

全国労働安全衛生研究会 代表 山田 厚

「後手、後手」どころか「遅れた  
まま」の医療対応

二〇二一年一月八日、再び緊急事態宣言が発令されました。この時の宣言の発令に対してはマスコミからは「政権は後手、後手に回った」「GOTトラベルで判断が遅れた」「小出しではないか」などの批判が相次ぎました。しかし「後手、後手」どころか「遅れたまま」なのが、公的医療—介護への対応です。検査であり、特に現在では医療・病床です。そして医療従事者などへ手厚い対応と確保を一年以上たつてもしていないことです。

そのため感染症対策の基本である「早期発見・早期隔離・早期入院」の公的医療体制がままに、すぐに「医療ひっ迫」「医療崩壊」となり、患者は危険な自宅療養や待機にされているのです。

しかも、その責任を相変らず国民の「自粛」に押しつけています。一月の宣言の主な内容を見ると「飲食店などの営業時間は午後八時まで」「不要不急な外出の自粛」「イベント制限」「出勤者数の七割削減」などです。国の公衆衛生・公的医療の本来の公的責任をはたさないままに

して、国民の「自己責任」による「自粛」です。

そして法「改正」を行い「自粛」や「勧告」に従わないとする国民を罰則で強制するとまでしました。これでは、「自粛警察」から、国による国民を監視・統制、密告と相互監視の「警察国家」への方向に進んでしまいかねません。「国の公的責任」から、国民の「一人ひとりへの「自己責任」への転嫁は、特に感染した患者をバッシングし、圧迫することになります。

「コロナ感染 自宅療養の女性自殺—東京都内のマンションの部屋で三〇代の女性が死亡しているのが見つかりました。女性は、新型コロナウイルスに感染したことが分かったあと自宅で療養していたということ現場の状況から自ら命を絶つたことがわかりました。残されていたメモには、『自分のせいで周りに迷惑をかけてしまい申し訳ない』という内容が書かれていたということです。女性の症状はほとんどありませんでしたが、周囲の人が感染したことについて『自分がうつしたかもしれない』などと悩んでいたということです」(一月二二日 NHKニュース)。この事態は、「自宅療

「養」と「自己責任」が強いられた犠牲者といえます。

しかも回復し療養期間を終えても、周囲の偏見で社会復帰が難しくされていきます。「陰性証明書求められ『ウイルス扱い』」職場復帰すると、社内では自分だけ毎日在宅勤務が指示されるほか、取引先からは、面会の際には陰性証明書を持ってきて欲しいと言われる。『私はいつまでウイルス扱いされるのか』と追い詰められ、睡眠薬の服用が欠かせなくなった」（二月二十八日 朝日新聞）。これも「被災者」を「加害者」とし「自粛を求め続ける」社会的な不安と偏見がつけられていることの現れです。

### おろそかにされてきた公的医療の充実と国民のいのち

コロナ感染症災害で明らかにになったことは、あまりにも日本の防疫・医療・社会保障が脆弱であったことです。そして、日本の政権政治が、緊急事態であろうとも普通の国民と労働者のいのちを粗末に扱っていることです。

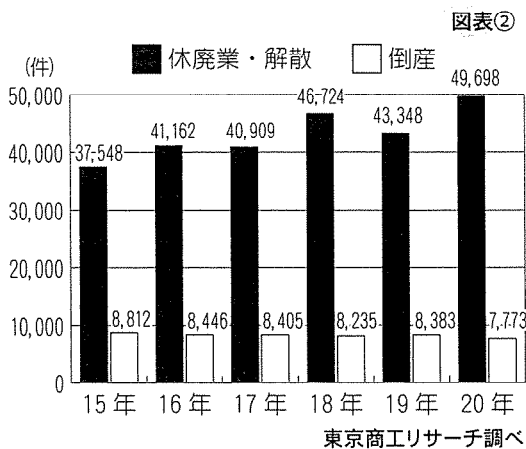
しかも、コロナ感染症の最中であって

も、数えきれないほどの事件性がともなう政治腐敗が連続していました。「公費の私物化」「選挙買収」「夜の銀座」「接待」など数えきれないほどです。とても立憲主義の法治国家とは思えない、あまりにもひどい腐敗が続いています。それだけに国会では、これらの数々の事件に注意が向けられ、政治上の焦点となり、野党が追及せざるをえない状況が続いてきました。

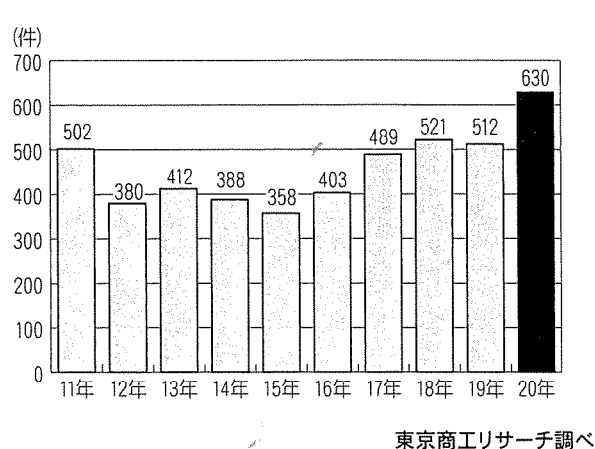
しかし、その一方で、労働者と勤労国民の暮らしといのち・医療は長期にわたって、かつてなく脅かされ奪われ続けています。結果として、国会の機能が事件性に追われ続け、最重要な問題において、社会全体の注意がそらされてきたのです。

中小・零細経営や、老人福祉・介護事業の倒産も過去最多であり、休業業・解散も過去最多です。大企業はコロナに便乗した権利破壊と賃下げ・雇止め・希望退職が増大しています。生活苦は深まり、自殺も女性をはじめ激増し、子どもの自殺は過去最多となっています。あたかも、「コロナだから」と「防ぎようもない自然災害」として野放しにされてきたのではないのでしょうか。

休廃業・解散、倒産件数 年次推移

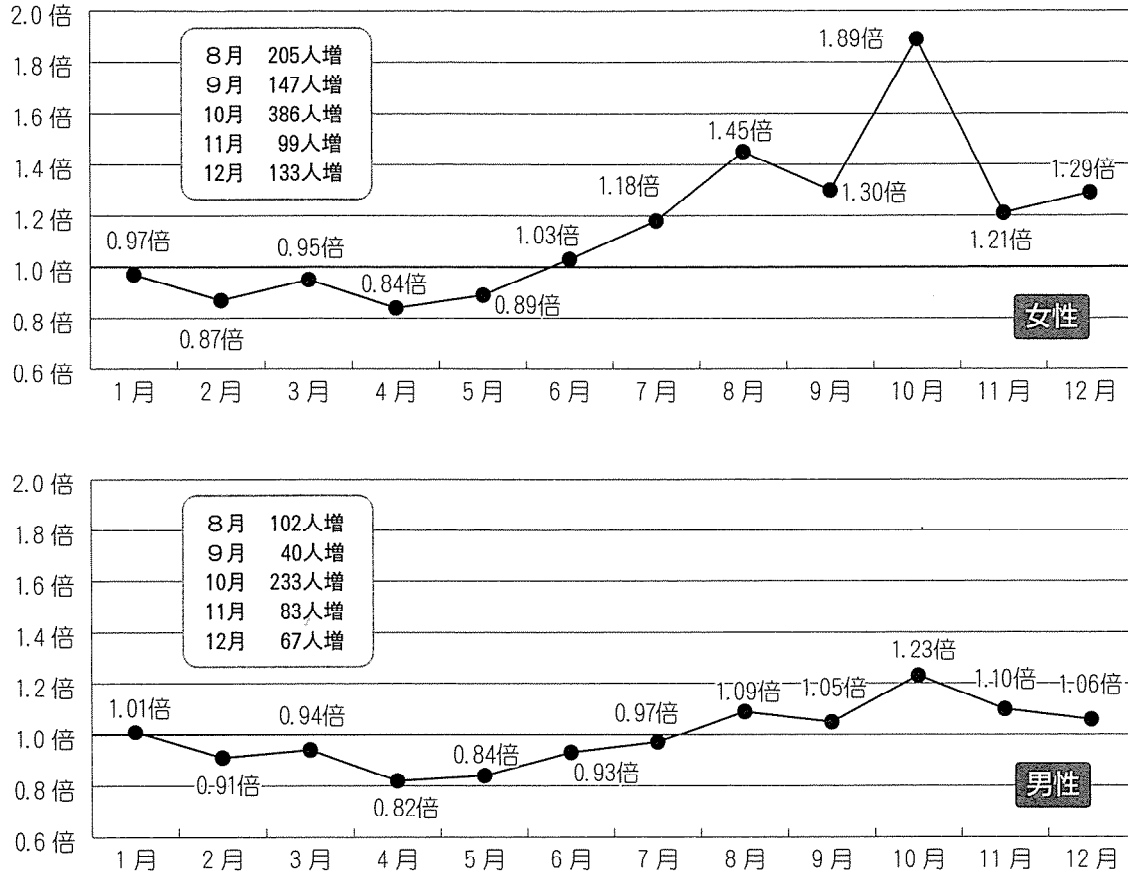


1,000円未満倒産件数推移



コロナ災害で特に女性の自殺者が激増 ～2019年と2020年の比較～

図表③



警察庁、月別自殺者数速報値より作成

コロナ感染症対策では、緊急事態宣言下であっても公的責任による防疫・公衆衛生・医療とその従事者の労働条件と集中確保がされませんでした。もっぱら国民の自己責任による「三密防止」であり「自粛」です。それを強める「緊急事態宣言」でした。そのため、国会も自治体議会も、初期から「自粛を要請するな」「経済的支援を」と主に「経済支援対策」に引張られてきました。そして一年以上たっても肝心な、いのちを守るための医療・介護・高齢者福祉への対策や、そこで働く労働者の対策が極めておろそかにされてきたのです。

もちろん「自粛を要請するなら経済的な支援」は当然です。しかし、火事が起きたときは、すぐ鎮火させ大火にさせないことを優先すべきです。大水で堤防が決壊しはじめたのなら、土嚢を積み上げるなどして大規模氾濫を防止すべきです。災害を抑制させないうちに見舞金の話などはできません。一〇軒被災するのと一〇万軒被災するのでは見舞金の金額も災害復興も大きく異なるはずだからです。

それが、コロナ感染症災害の初動期か

ら一貫して、医療・防疫の緊急対応より、見舞金である支援金の議論が続いてきました。そして一年以上経過しても、医療体制は脆弱のままであり、感染の広がりとともに「医療のひっ迫」「医療崩壊」の実態となりました。そして経済支援も不十分なままに、長引く災害によって中小零細の経営は破たんさせられ、多くの人々が生活困窮と不安のために心身の健康といのちが脅かされ続けています。

そして、コロナ終息の唯一の希望は、ワクチン開発のみのようにされてきたのです。

### 「早期発見・早期隔離・早期入院」の原則がなされていない

コロナからいのちを守るのは、新たなワクチンの開発のみではありません。感染症対策の原則は「早期発見・早期隔離・早期入院」です。つまり検査と医療でいのちを守るのです。

PCR検査はどうだったのか？ 初期には「むやみに検査をすると医療崩壊を招く」とか、さらには「安易な検査は擬陽性を発生させ人権問題になる」との半

ば的な意見も出されてきました。しかも、保健所自体も国の指導で「三七度五分以上の発熱が四日以上」でないと相談も受診もできないような実質的な「基準」で、医療機関への足止めの役割をしていました。結局、日本の検査数は国際的にも未だに低水準のままです。

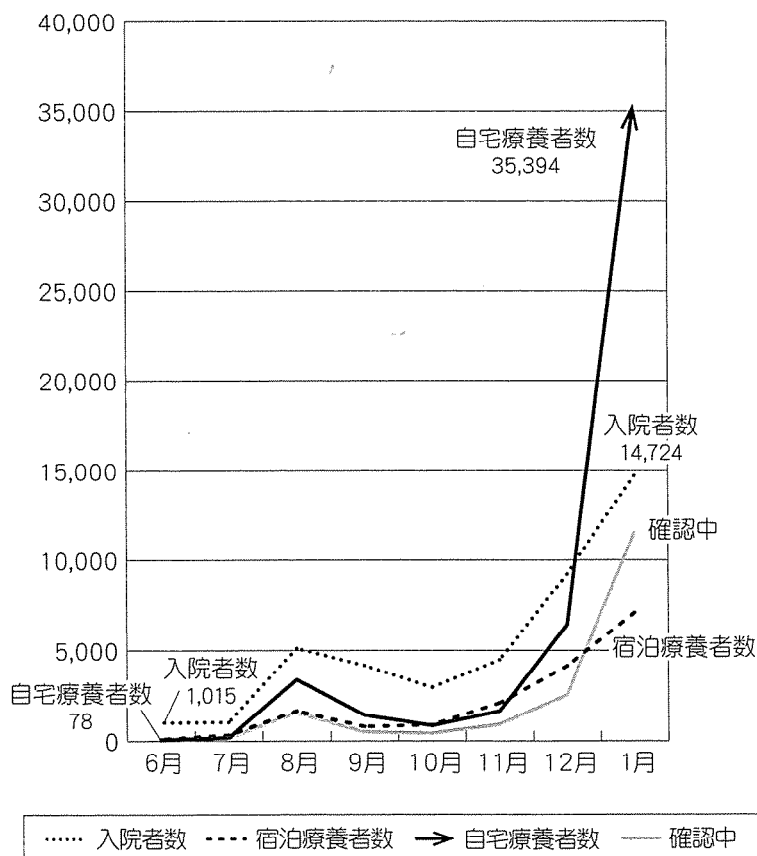
医療はどうだったか？ 東京圏など

は、あつという間に実質的な医療崩壊となりました。二〇二〇年末から二〇二一年一月に激増した「自宅療養」「確認中」とは、医療でもなく療養でもありません。患者の放置でした。

「東京都内で小学生の子供三人を育てている三〇代のシングルマザーは昨年一二月末、三九度を超える高熱やせきの

### 激増している『自宅療養者』と『確認中』の人数

図表④



厚生労働省『新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査結果』（1月20日時点）より作成

症状が表れ、検査でコロナ感染が判明した。ぜんそくなどの基礎疾患を抱えていることから重症化するおそれもあるが病院内に入らず、今月上旬から約一〇日間、病床が空くのを待ち続けた。高熱で立っているのもつらい時もあるなか、家庭内感染を起こさないよう、子供と距離を取るようにしたり消毒薬をまいたりしている。しかし、子供たちの食事を作り続けるのは難しく、買い物にも出られないため出前に頼って余分な出費もかさんでしまった。

誰かに子供を預けたくても、濃厚接触者である三人を引き受けてくれる人はいない。結局、離婚してから五年以上会っていない元夫に託すしかなかった。…女性には『自宅待機はすべて自分でやらなければならぬ。毎日、出前を取れるほどの余裕はない。ギリギリの生活をしている人がいることも分かかってほしい』と話す。(一月一八日 毎日新聞)。

この事態の中で自宅療養の患者、待機させられている患者が自殺も含めて次々に亡くなっています。「自宅療養中一二月以降一〇都府県で二二人死亡」(一月二四日 毎日新聞)との報道もありまし

## 入院できないコロナ感染者の割合

図表⑤

都道府県	入院以外の陽性者数(率)
埼玉県	5,702(87%)
千葉県	5,359(89%)
東京都	16,576(85%)
神奈川県	5,503(85%)
栃木県	946(82%)
岐阜県	251(38%)
愛知県	2,692(79%)
京都府	1,392(83%)
大阪府	5,157(81%)
兵庫県	1,348(69%)
福岡県	3,333(87%)

厚生労働省『新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査結果』(1月20日時点)より作成

たが、全国的にはさらに増え続けていたのです。

## 患者の治療を放棄し地域に感染を広げる日本の自宅療養

本来、感染症において自宅療養とは「禁じ手」のはずです。初期段階で病院・病床が足りないためにやむを得ず一時的に行うのであり、緊急に病院・病床と医療従事者を集中確保しなければなりません。

また危険性がともなう自宅療養をお願いする場合には、様々な感染防止と安全上の前提条件が必要とされています。

WHO(世界保健機構)における基本的な指導(在宅ケアと接触者の管理暫定ガイダンス(二〇二〇年三月一七日))では、在宅ケアのための様々な条件と対応を求めています。

・リスクがある患者(六〇歳以上、または、基礎疾患を伴う症例、例えば、慢性心血管疾患、慢性呼吸器疾患、糖尿病、癌の患者)は医療施設を優先する。

・軽度の患者であつても自宅で家族による見守りと看護が可能な場合のみ。

・自宅療養の決定には慎重な臨床的判断が必要で、患者の家庭環境の安全性を評価する。

・症状が完全に消失するまで医療提供者および公衆衛生担当者それぞれとの連絡網を確立すべき。

・家庭内の感染拡大を予防するために、最も安全にケアする方法などについて指導。

・患者をよく換気された個室に入れる。

・患者の住居内での移動を制限し、共

有スペースを最小限にする。

・家族は別室にすべきて、それが無理であれば、患者から少なくとも1mの距離を保つべき。

・介護者の数を制限する・慢性疾患や免疫不全の要因がない健康な人を一人割り当てる。

―などと何十項目もの基準がしめされています。これを遵守することは、日本の住居構造や高齢者や一人暮らしの多い都市部ではほとんど不可能です。

日本の厚生労働省も自宅療養の管理対策を不十分ながら示しています。それはWHOの指導をかなり薄めたものですが、それでも次のリスクのある患者は、無症状や軽症であっても自宅療養ではなく、入院措置が必要とされていました。

- ・高齢者
  - ・基礎疾患がある者（糖尿病、心疾患）
  - ・又は呼吸器疾患を有する者、透析加療中の者等
  - ・免疫抑制状態である者（免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者）
  - ・妊娠している者
- ※発熱、呼吸器症状、呼吸数、胸部

レントゲン、酸素飽和度SpO<sub>2</sub>等の症状や診察、検査所見等を踏まえ、医師が総合的に判断する。（自宅療養時の感染管理対策）  
二〇二〇年四月二日

しかし、この対応も守られていません。この自宅療養の状況では感染した患者を守れないばかりか、感染を家庭内と地域に広げることになってしまっています。

さらにこの事態を広げるのが、感染者からの廃棄物の間違った扱いです。感染者からの廃棄物は感染性廃棄物であり公的責任で処理すべきです。WHOのガイドランスでも「在宅ケアで使用した手袋、マスク、その他に生じる廃棄物は、患者の部屋の中で蓋付きのゴミ箱に入れた後、感染性廃棄物として廃棄する。感染性廃棄物処分にかかる責任は、各衛生当局が有する」としています。

しかし日本の政府は、「入院患者からの廃棄物は感染性廃棄物」ですが「自宅療養の患者からの廃棄物は一般の家庭の生活ゴミの扱いでよい」としているのです。これにより家庭内だけでなく地域と環境清掃労働者に感染を広げてしまっ

ています。これでは「感染封じ込め」ではなく、「感染拡大」でしかありません。

### 自治体病院と病床を削減し続けてきた

政府は感染症の病床が足りないために「病院で感染症病床を増やすと一床当たり最大一九五〇万円の補助金を支給する」としました。そして感染症法を「改正」して、「国や都道府県が医療機関に新型コロナウイルスなどの病床確保への協力を要請ではなく勧告できるようにする」「正当な理由がなく応じない場合、医療機関名を公表する」としました。

しかし、これも間違ったやり方です。本来の感染症病床とはナースステーションを含めた病棟全体の陰圧空調などの専用構造をもつものです。単に一般病床からの切り換えだけなら、感染防止はもっぱら消毒と防護服の対応だけとなり、医療機関と医療従事者・他の患者に院内感染を広げる可能性が強まります。

感染症対応の病床にしている病院は、八〇%以上が公的病院です。民間病院は二〇%程度（二〇二一年一月現在）のみ

です。この間、国は公立病院の統廃合、廃院を進めてきただけに、国際的にも少ない自治体病院などの公立病院数がさらに少なくなっています。そこで政府は民間病院に感染対応の病床を広げようとしたのです。しかし民間病院は公的病院と異なり、公的病院は災害対応の拠点病院の機能をもつ病院がほとんどです。そのため病院施設の構造・スペースなどからも民間病院施設はゆとりがなく感染防止には向かないのです。

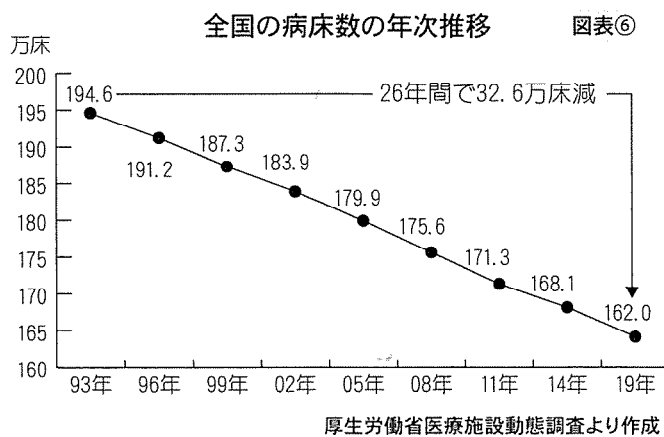
さらには一般病床を削りコロナ患者の病床に転換するだけなら、全体の病床数は増加したことはありませんから、一般病床もひっ迫することになります。政府やマスコミの言うように日本の病床数は決して多くはありません。日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパーにあるように病床数の統計の取り方が諸外国と異なり、日本政府はより多く病床をカウントするやり方をしているからです。政府は医療政策として、この事実とは異なる「常識」をつくり上げ、病床と自治体病院を削減してきました。「病床が多すぎて効率が悪い」「自治体病院は赤字」だからと、病床を二六年間で約

三三万床を削減し、自治体病院の統廃合、廃院を一七年間で一三七病院も削減してきたのです。感染症専用病床は結核病床も含めて三万床も削減してきました。

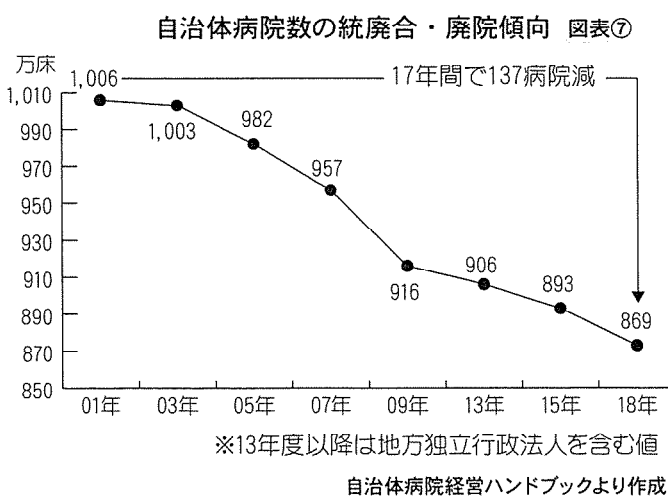
### コロナ感染症の以前から病床のゆとりを奪っていた

コロナ感染症の以前から病床のゆとりは奪われていました。このことは、病

### 26年間で30万床も削減されている



床利用率をみればわかります。公的病院も民間病院も病床利用率は平均して約七五%以上です。つまり一〇〇病床の病院なら、連日七五病床も入院患者で埋まっていることになります。したがって感染症が激増することで、一般病床を感染用に病床を転換するだけなら、一般病床もすぐに「病床ひっ迫」になり、コロナ感染症に限らず医療全体が「医療崩壊」となってしまうのです。



## 日本の病床自体にゆとりはない

図表⑧

年	病床利用率(総数)
2015	72.82%
2016	72.99%
2017	73.22%
2018	73.36%
2019	74.80%

全国公私病院連盟  
『病院運営実態分析調査の概要』より

これは、病床利用率からも病床と病院を削減するための医療政策が続けられてきたからです。総務省の『新公立病院改革ガイドライン』(二〇一五年)では、「経営の黒字化」だけを求めています。「過去三年間連続して七〇%未満の病院については、病床の削減、診療所化：経営形態の見直しなど」を求めてきました。また「経営効率化の目標数値」として、一般的に八〇%近くの病床利用率さえ掲げているからです。

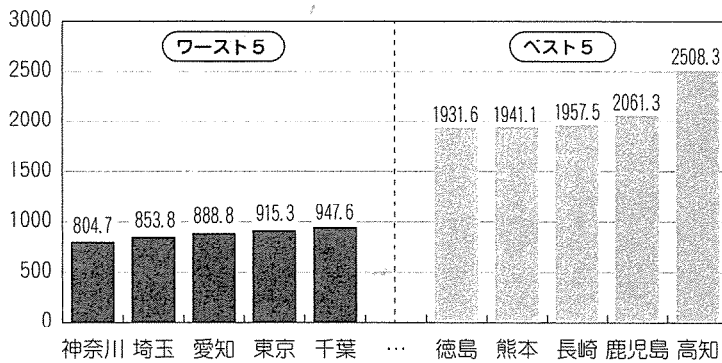
これは確実に医療体制を脆弱にしています。この状況の典型は、二〇二一年一月に緊急事態宣言の対象とされた、都府県のそもそもの病床数をみればわかります。コロナ感染症災害の以前から人口

## 緊急事態宣言対象の都府県こそが

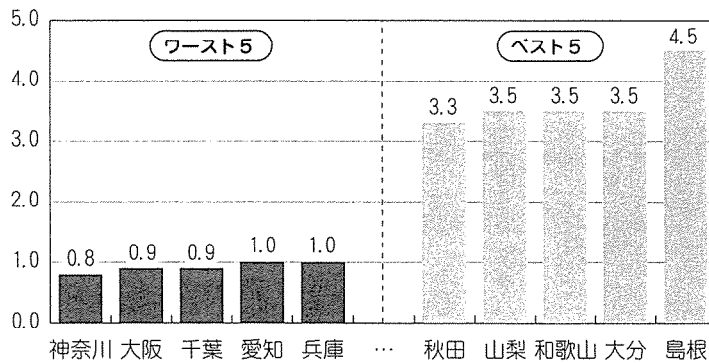
これまでも病床が不足していた

図表⑨

人口10万人対病院病床数(全病床)



人口10万人対病院病床数(感染症病床)



厚生労働省「医療施設調査」(令和元年10月1日現在)

数と比べて病床数・感染症病床数が少なくゆとりのないワースト都府県が緊急事態宣言の対象となっているのです。

したがって、「医療ひっ迫」「医療崩壊」の都府県とは「大都市で人口が多い」「飲食店が多い」などが要因だけではありません。そもそもの「病院と病床が足りない」という事態が感染症に脆弱だったことは

明らかです。

感染症臨時病院を設置しない、しかもコロナ期でも病床を削減している

感染症の病床がなければ、どうしても、諸外国で行っているように必要な臨時感



感染症病棟の設置を行い、感染症病床の確保をしないのでしょうか。「自宅療養では家庭内から感染を広げる」「患者の治療はできないし、感染を防止できない」ことはイタリアや武漢の初期の国際的な経験からも明らかでした。そのため諸外国では臨時病院を開設して病床を確保してきました。

この臨時病院の設置は中国の武漢だけではなくありません。感染症発生の初期だけでも諸国には以下の動きがありました。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ます。また日本では別に新たに作るなくても、都市部ではホールなどの様々な施設があるはずです。東京圏では、使われていないオリンピック施設もあるはずです。どうして臨時病院を設営しなかったのか極めて疑問です。

しかも、政府の医療政策は、現在のコロナ感染症の最中であっても地域医療構想などで自治体病院と病床の削減を目指し続けているのです。二〇一九年一二月と二〇二〇年一二月を比較してみると、驚くことに全国で二万〇〇六床も削減されているのです。これでは疑問という

より、国民のいのちを脅かす極めて悪質な医療政策です。

「受診控え」から「受診させてくれない、入院できない」実態に

コロナ感染症が増加した初期には、「感

図表⑩

臨時病院

国	臨時病院
中国(武漢)	1000人の患者が受け入れ可能な臨時病院を10日間で建設 他3箇所を臨時病院に転用
中国	北京郊外、広東省広州など10以上の都市で建設1000人以上 受け入れ可能
イラン	2000人収容の病院(軍によって設置)
ブラジル	スタジアムを200床の仮設病院に転用、他屋外病院の建設
アメリカ	海軍病院船USNSコンフォート(約1000人収容可能)コンベンションセンターを1000床ベッド施設に転用(コロナ感染者以外の患者の治療)、最大341の臨時病院を建設
イギリス	展示場に最大4000床まで拡張できる臨時病院
ポーランド	国立競技場に臨時病院の設営、全土で臨時病床を最大1万床確保

Yahoo! ニュース記事より抜粋

染が怖くて病院に行けない」などの状況が生じました。これは「病院は感染源」として不安を煽るマスコミの悪影響と、いつまでも「発熱外来」と「一般外来」を区分しなかったことによります。それにより、他の病気の受診抑制の実態が生じました。それは感染症以外の病気を重

コロナ災害期においても病床を削減しつづけました 図表⑪

	2019年12月末	2020年12月末	増減数
病床総数	1,617,334	1,596,328	△ 21,006
病院の病床数	1,527,321	1,509,938	△ 17,383
感染症病床	1,884	1,886	2
結核病床	4,301	4,135	△ 166
療養病床	306,410	291,247	△ 15,163
一般病床	888,459	888,009	△ 450
一般診療所	89,957	86,331	△ 3,626

厚生労働省『医療施設動態調査』より作成

篤化させてしまうこととなり、いのちと健康を危うくしてきたのです。そして医療経営の収入を困難にさせました。

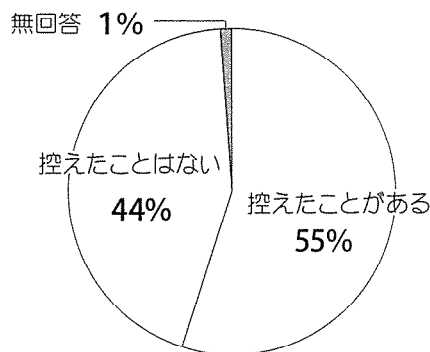
NHKの「あなたは、新型コロナウイルスへの感染を避けるために、医療機関での受診を控えたことがありますか？ 次のなかから、あてはまるものには、一つだけ○をつけてください」という

二〇二〇年の調査では、全体で「控えたことがある」とした人は三九%にもなっていました。受診を必要とする人だけで見ると五五%もの受診抑制になっていました。

このことで国民の死亡数と死因はどうなっているでしょうか？ 甲府市の二〇二〇年の各月とそれ以前の五年間平均（二〇一五年～二〇一九年）の各月との比較を市民課の死亡届で調べてみました。甲府市は東京圏と異なり、感染者も少なく病床数もそれほどひっ迫していない自治体です。その甲府市でもコロナ感染症の増加にともなう死亡者数が増えています。死因では「老衰」がかなり増加し、「肝疾患」「異常分類されないもの」も増えていました。死亡者のなかには感染で亡くなった方もいたと思われるま

医療機関への受診抑制調査 図表⑫

1. 控えたことがある	39.2%
2. 控えたことはない	31.6%
3. そもそも受診する必要がなかった	28.3%
4. 無回答	0.9%



NHK『新型コロナウイルス感染症に関する世論調査』  
(2020年11月～12月)より作成

すが、主な要因は受診抑制だと思われる。二〇二一年一月頃から緊急事態宣言の対象の都府県では、単に「感染が怖いから受診抑制する」から「受診させてくれ

### コロナ災害期ではコロナ以外でも死亡者が増えていた

甲府市の死亡者数の傾向 図表⑬

2015年～19年の5年間平均		2020年	死亡増	増加率
7月	173名	202名	29名	17%
8月	175名	199名	24名	14%
9月	172名	169名	▲3名	▲2%
10月	186名	192名	6名	3%
11月	195名	212名	17名	9%
12月	186名	206名	20名	10%

甲府市市民課調べ

ない入院できない」事態となりました。コロナ感染症も含めてすべての病気・ケガ・救急医療などで、切実で緊急の必要性がある患者でも「満床状態」「人手不足」で受診できない事態になっていました。

## 医療従事者などを過重労働のまま にして摩滅させている

大規模な感染症災害下では、肝心な医療従事者に対しての待遇と職場環境の抜本的な改善を行い、人手を緊急に集中確保しなければなりません。また医療従事者をサポートするための消毒・清掃・事務などの周辺の人手確保も公的にすべきです。

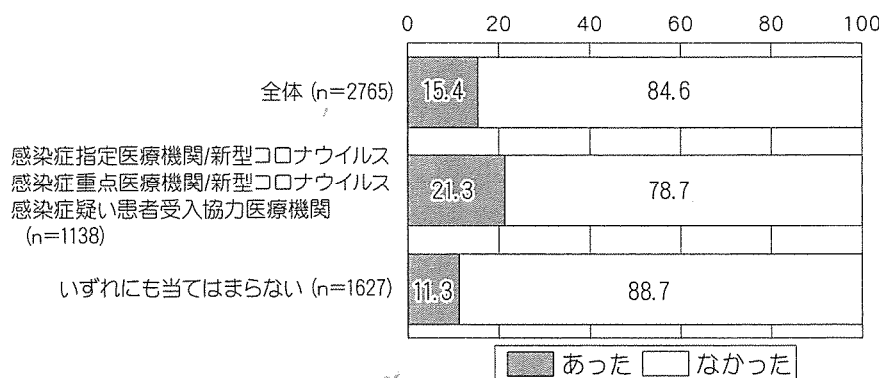
しかし現状は「感謝」と「差別はいけない」の言葉だけにとどまり、過重労働を放置したままです。一〇年前の新型インフルエンザとリーマンショック時には、経済対策からも国の公費で人手を臨時に確保する事業もありましたが、今回はそれもありません。公務員では一日三〇〇〇円と四〇〇〇円の特殊勤務手当（危険手当）にとどまるだけで、労働条件の改善につながっていません。

医療・福祉経営へ減収補償はしておらず、民間病院では、赤字幅が大きくなり夏と冬のボーナスカットまで行われました。特に「新型コロナウイルスの患者を受け入れた病院の四割超が冬のボーナスを減らしたことが病院関連三団体の調査

でわかった」（二月二日 朝日新聞）。日本看護協会の調査（二〇二〇年九月）では、「感染症対応を理由にした看護職員の離職が増え」、医療経営の側でも、看護師の「研修」「業務調整」「経営」の

## 新型コロナウイルス感染症対応を理由とした離職

図表⑭



日本看護協会『看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査』（2020年9月調査）より作成

余裕がないために「離職中の看護師を雇用できない」などの不安と過重労働、経営難などの環境で人手の悪循環が加速しています。

これも政府の医療政策自体が医療従事者を大切にしないことの現れです。

そもそも、政府の医療政策では医師などの医療従事者を増やしたくないのです。日本の人口数における医学部卒業生の数はOECD（経済協力開発機構）諸国では、最低水準です。また人口一千人における日本の医師数も低レベルです。

しかも、日本のデータは医師免許のある者をそのまま医師としてカウントしていると言われていきますから、実際の医師数をもっと少ないはず。また統計をみても医師の高齢化が進んでいます。診療所では医師の平均年齢が六〇歳を超え、病院でも四五歳となっています。

医師が足りない状態のしわ寄せは、勤務医の異常な長時間労働に表れています。厚生労働省の二〇一九年の調査でも「時間外労働の過労死ラインの年九六〇時間」を超える医師は約四割にもなっています。

しかも「医師の働き方改革」では、医

師の時間外労働を例外として年一八六〇時間まで認める検討までしています。これでは医師をはじめ医療従事者が早めに摩滅してしまい、人手不足を強めるだけで、コロナ感染症に立ち向かうことなどできなくなります。

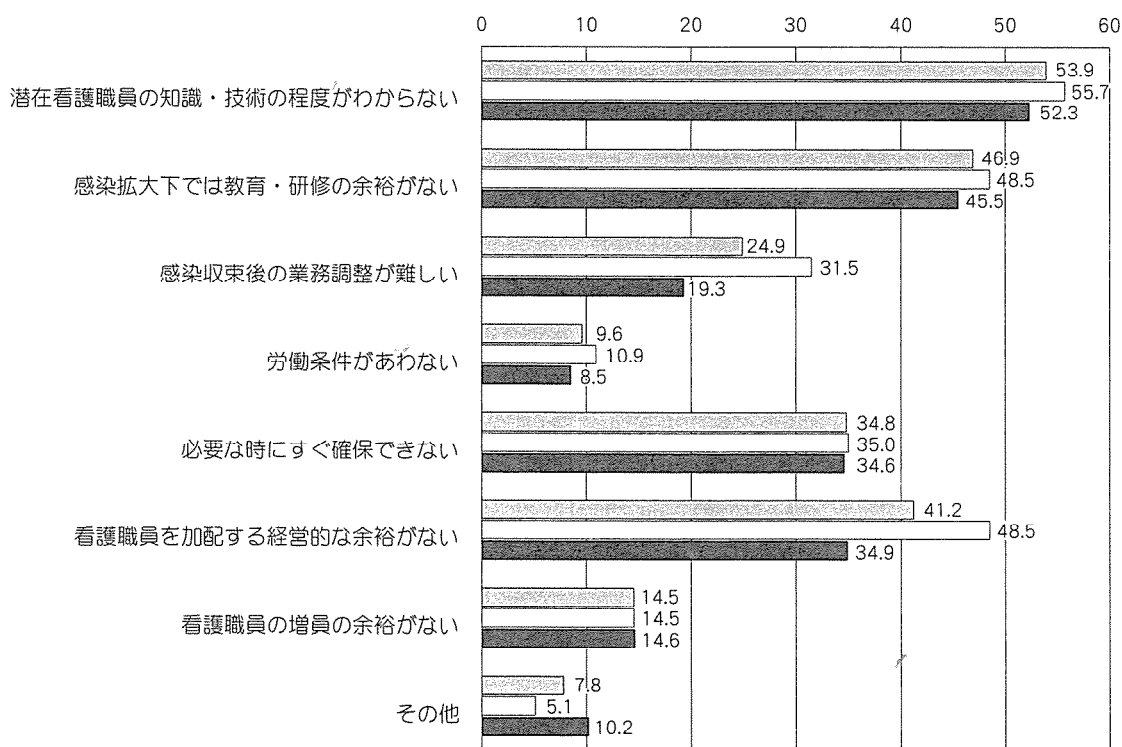
この状況の典型は、やはり二〇二一年一月に緊急事態宣言の対象とされた都府県、特に緊急事態が継続した東京・埼玉・紙奈川・千葉です。コロナ感染症災害の以前から、これらの都府県は、人口数と比べて病床数が不足しているだけではありませんが、人的な医師・保健師・看護師数も不足している状態だったのです。

全国四七都道府県のうち、ゆとりのないワーストの状態の都府県が緊急事態の対象都府県ともなっています。つまり、コロナ感染症以前から、肝心な人的な医療資源も不足している都府県こそが、日々の公衆衛生や防疫の人的対応にも弱く、コロナ感染症にも脆弱だったことが分かります。図表⑯

この感染症に脆弱な都府県の状況が事前にわかってはいるはずですが、どうして、物的・人的な医療資源の敏速な集中確保をしてこなかったのか、極めて疑問です。

### 離職中の看護職員を雇用しない理由

図表⑯



全体 (n=2765)
  感染症指定医療機関/新型コロナウイルス
  いずれにも当てはまらない (n=1627)

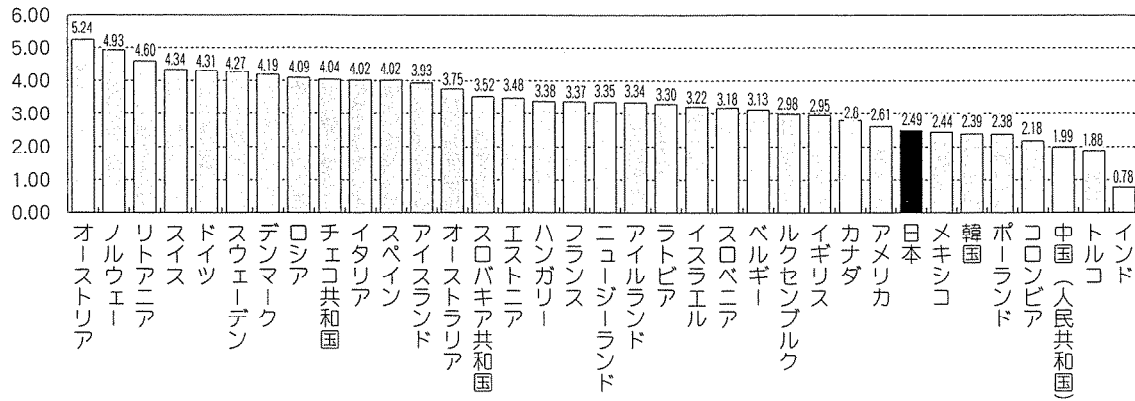
感染症重点医療機関/新型コロナウイルス

感染症疑い患者受入協力医療機関 (n=1138)

日本看護協会『看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査』（2020年9月調査）より作成

### 人口 1,000 人対医師数

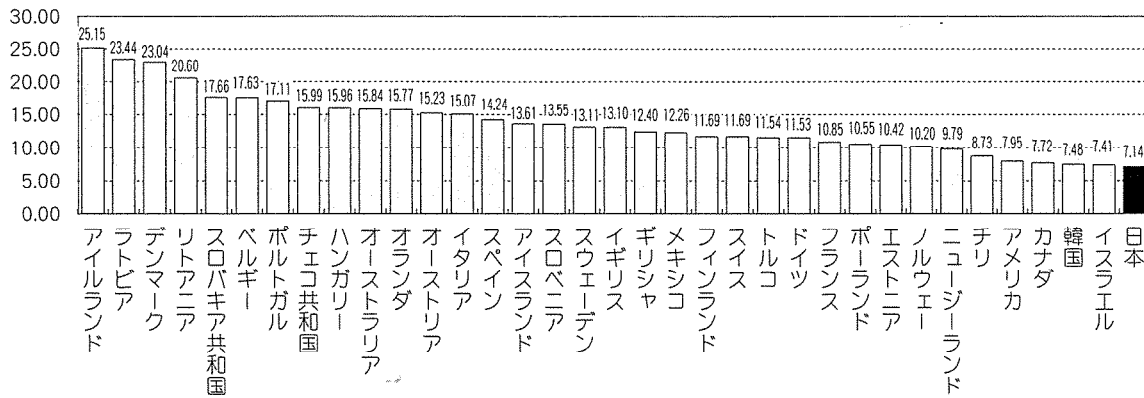
図表⑯



OECD Health Statistics 2019より

### 人口 100,000 人当たり医学部卒業生

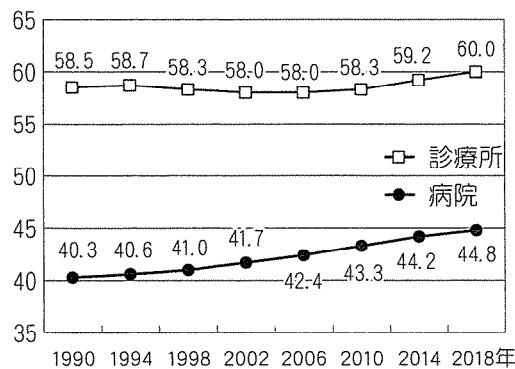
図表⑰



OECD Health Statistics 2019より

### 従事する医師の平均年齢推移

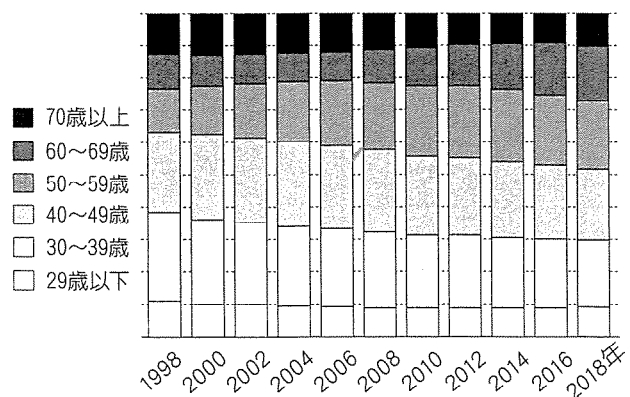
図表⑱



厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師統計の概況』より作成

### 高齢化が進む年齢別 医師総数の割合

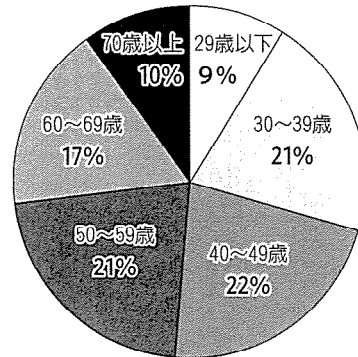
図表⑳



厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師統計の概況』より作成

医療施設に従事する医師の年齢階級構成割合

図表⑳



厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師統計の概況』より作成  
平成30年12月31日現在

感染による労災・公務災害補償も極めてすくない

医療・福祉施設などの労働者のコロナ感染症に被災した労働（公務）災害補償もおろそかにされています。三月一九時点での労災・公務災害補償請求件数はわずか八、二一九件、そのうち補償決定は四〇四四件に過ぎないのです。

感染症に被災した労働（公務）災害補償は、原則的に一般のケガや職業病の被災より認定決定は容易なはずですが、まし

緊急事態宣言対象の都県は、もともと病床数・医療関係者数が不足していた

図表㉑

47都道府県のうちのワースト順位

(人口10万対数)

	病床数	ワースト順位	医師数	ワースト順位	保健師数	ワースト順位	看護師数	ワースト順位
東京	927.4	4	307.5	43*	28.4	3	792.3	5
埼玉	856.8	2	169.8	1	30.3	4	693.6	1
神奈川	811.4	1	212.4	9	23.5	1	738.4	3
千葉	954.4	5	194.1	3	33.3	6	722.7	2
全国平均	1223.1		246.7		41.9		963.8	
ベスト1	2551.6	(高知)	329.5	(徳島)	79.3	(島根)	1511.0	(高知)

\*東京の医師は、免許はあっても直接の患者医療にたざさわっていないことは明らかです。

厚生労働省「2019年度衛生行政報告」より作成

てや集団感染ともなれば、施行規則からも当局側が「すみやかに」行なう助力・協力義務で認定されるはずですが。しかし医療・福祉施設の集団感染の割合は高いとされていて、三一〇五件の補償決定しかされていません。

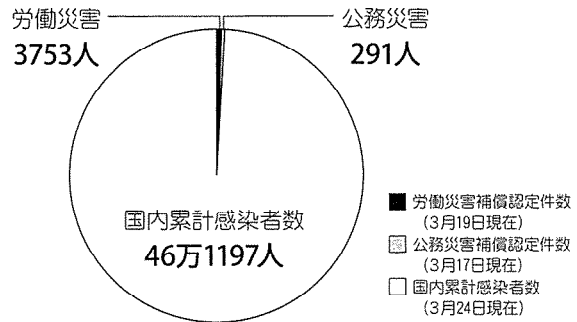
この状態では働く人を守っているとは言えません。もっと、労働（公務）災害の基本的な概念を広げて認定に取り組み必要があります。図表㉑のように、「感染経路不明」の場合でも、他に感染する要因がなければ補償対象とすべきです。通勤災害も在宅勤務の場合でも、災害補償の対象とすべきです。

「すみやかに」とは、「直ちに」と同じく時間的即時性が強い法令用語です。それがこのように極めて少ない認定決定数とは、労働者・労働組合の請求する側が抑え込まれていることと、当局側が「すみやかに」に行う助力義務をはたしていないことの結果です。また地域の感染による労災・公務災害に対して、労働者を保護する監督行政が機能していないのです。これらによりすべての職種の労災と公務災害補償件数は、四六万人の感染者のうちわずか〇・八%にすぎないのです。

## 極めて足りない労災（公務）補償の認定件数

労働災害補償と公務災害補償件数=4044人  
(全体の感染者数のわずか0.8%)

図表②



厚生労働省、地方公務員災害補償基金資料より作成

施行規則でも明確されている事業主の  
労災・公務災害の助力義務・協力義務

### 労災保険法施行規則

#### 第二十三条（事業主の助力等）

保険給付を受けるべき者が、事故のため、みずから保険給付の請求その他の手続を行うことが困難である場合には、事業主は、その手続を行うことができるように助力しなければならない。

2 事業主は、保険給付を受けるべき者から保険給付を受けるために必要

な証明を求められたときは、すみやかに証明をしなければならない。

### 地方公務員災害補償法施行規則

#### 第四十九条（任命権者の協力等）

補償を受けるべき者が、事故その他の理由により、みずから補償の請求その他の手続を行なうことが困難である場合には、任命権者は、その手続を行なうことができるように助力しなければならない。

2 任命権者は、補償を受けるべき者から補償を受けるために必要な証明を求められた場合には、すみやかに証明をしなければならない。

長引く感染症災害の対応で、医療・従事者の心身は疲弊しています。当然、通勤災害や様々なケガや病気をより多く発症させます。このこともコロナ災害関連の労働災害であり公務災害です。  
政権の感染症対策では、最も重要な医療・防疫の対策こそが「無為無策」です。病院や病床や肝心の医療従事者という医療資源を大切にしないで、逆に疲弊させ摩滅させているのです。

## 機動力と防疫資源をもつ自衛隊の災害派遣がみえない

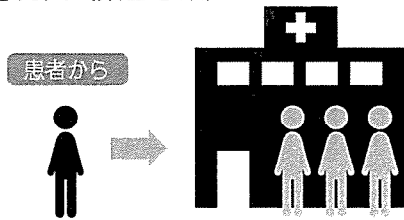
日本では感染症に対しての国内最高の機動力と医療資源を持っているのが自衛隊です。しかし、今回その自衛隊の災害派遣が本格的にされていません。長引くコロナ感染症災害は、日本社会を揺るがす大災害です。緊急事態宣言も繰り返し替えられました。

コロナ感染症災害では自衛隊の災害派遣は二〇二一年一月段階で一〇〇件を超えているとされていますが、実績はよく見えない状況です。自衛隊内の「医療従事者」は六五〇〇名もいますが、その具体的派遣状況はわかりません。最も防疫力のある陸海空の自衛隊の生物化学兵器対応の「特殊武器防護隊」も二〇二〇年四月に四名が派遣され教育支援をしただけです。「大規模野戦病院資材」や「陰圧式エアテント」なども、ほとんど発熱外来や感染症病床に活用できるのに、その活用はされていないようです。マスクが不足した感染初期に、自衛隊が保有している「医療専用マスク」を、もしいち早く医療機関に一〇〇万枚ほど放出すれば

## 労災〔公務災害〕補償はもっとスムーズに広く認定されるべき!

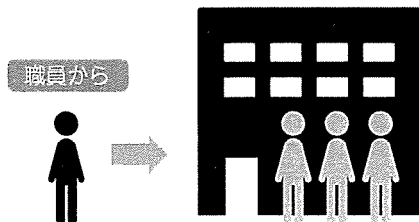
図表④

### ①労災（集団感染）



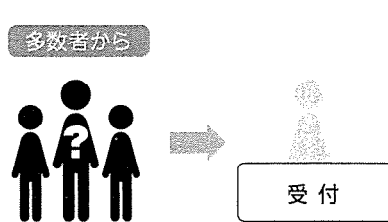
①職場〔病院・介護など〕に陽性の患者・利用者がいたことで、職員が集団感染した場合には、原則としてスムーズに労災〔公務災害〕補償給付の対象です。早期に事業主（任命権者）の責任で、請求などの手続きを進めるべきです。

### ②労災（集団感染）



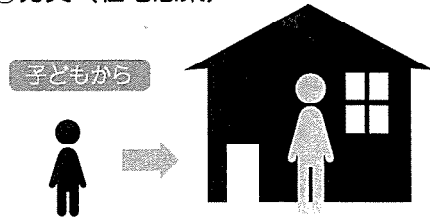
②職場に陽性の労働者がいたことで、職場内に複数の感染が広がった場合には、そのはじめの労働者のみ業務起因性を判断する必要がある一定の時間がかかります。しかし他の集団感染の労働者は、業務によるものですから早期に労災〔公務災害〕補償給付の対象とすべきです。

### ③労災（感染経路不明）



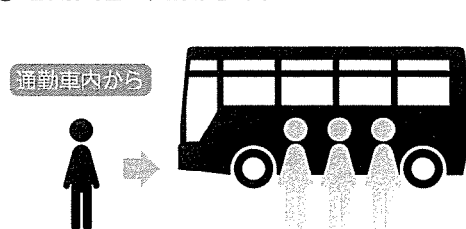
③受付や運送などの「顧客等との機会が多い労働環境」では、感染経路が判明しない場合でも、感染リスクが高いため、他の要因がなければ労災〔公務災害〕補償給付の対象とすべきです。清掃など「感染性廃棄物に接触するリスクのある環境」においても同様です。

### ④労災（在宅感染）



④在宅勤務の場合には自宅が職場です。子どもが保育所などで陽性となり、家族が感染した場合には、当然、労災〔公務災害〕補償給付の対象とすべきです。

### ⑤通勤災害（通勤感染）



⑤通常といえる通勤途上で、公共交通の車内などに陽性者がいて感染した場合には、他の要因がなければ通勤災害です。地域に陽性者がまん延した事態では、通勤途上の駅などで感染した場合も、本来、通勤災害として補償すべきです。



## 自衛隊病院

図表④

名称	病床数	利用率
自衛隊中央病院	500	約30%
自衛隊横須賀病院	100	約26%
自衛隊富士病院	50	約10%
自衛隊札幌病院	200	約18%
自衛隊福岡病院	200	約14%
自衛隊阪神病院	200	約12%
自衛隊仙台病院	150	約8%
自衛隊大湊病院	30	約9%
自衛隊三沢病院	50	約5%
自衛隊岐阜病院	100	約7%
自衛隊舞鶴病院	50	約5%
自衛隊呉病院	50	約6%
自衛隊熊本病院	100	約12%
自衛隊別府病院	50	約9%
自衛隊佐世保病院	50	約4%
自衛隊那覇病院	50	約15%

防衛省資料（2021年1月13日）より

### 自衛隊は国内最高の防疫の資源と機動性を保有している

・大規模野戦病院などの緊急医療資材を保有

・生物・化学兵器対応の陸海空の特殊武器防護隊

・医官 約一〇〇〇〇名

・看護官 約一〇〇〇名

・准看護官 約一八〇〇名

・医療技術者 約二七〇〇名

・陰圧式エアテント等 六九式

・医療専用マスク 約一三〇万枚

（二〇二〇年 防衛省資料）

ば、どれだけ医療従事者が助かったことでしょうか！

「医療ひっ迫」「医療崩壊」の状況があっても、自衛隊病院の活用も不十分でした。約二〇〇〇床の自衛隊病院のこれまでの各病床利用率は四〇〜三〇％（二〇一九年度）です。全自衛隊病院を平均すると一七％程度の病床利用率です。通常では信じられないほどの病床のゆとりがあったのです。

現在、日本の官民の病院の病床利用率は七五％にもなっています。国は、病床利用率七〇％未満の自治体病院に対しては「効率が悪い！赤字だ！」として診療所化などの「抜本的な見直し」を強く求め、さらには八〇％までも掲げています。明らかに自衛隊病院は「聖域」の扱いです。

緊急事態宣言下でも、自衛隊病院は「聖域」でした。二〇二一年一月七日現在で

感染症の入院患者は防衛省関係者の八四名のみです。しかも防衛省関係者以外の患者の受入れ状況を明らかにしていません。これでは「戦力を維持するために隊内に感染を広げない」とか「生物化学兵器対応力を秘匿する」などの、「軍事的な意図」すら感じてしまいます。

一九四五年の沖縄戦にみられるように軍国主義の軍隊は、国民を犠牲にするだけで、国民のいのちを守りません。このような性格を自衛隊に許してはなりません。

この間の世論調査では、国民の多数が「自衛隊にもっとも期待する役割」は災害派遣です。かつて非武装中立の基本政策を持つ社会党は、一九五〇年代後期から、自衛隊の予算を削減し、隊員の民主的権利の確保し、国土開発、治山治水、災害対策などの「平和国土建設隊」への再編成を基本政策としてきました。「手にはカービン銃からスコップに」とまで主張していました。社民党も自衛隊の「災害救助隊」としての機能を求めてきました。今回のコロナ感染症災害でもその政

策の具体化が必要です。

## アメリカの感染死亡者の激増数をどうみるのか？

アメリカは二〇二一年三月一三日で国家非常事態を宣言してから一年たちました。七四歳のトランプ前大統領はコロナに感染しましたが、高度な医療の提供を受け約一週間で回復しました。しかし普通のアメリカ国民はこの一年たった時点で、コロナ感染症で五三万二千人以上も亡くなっているのです。

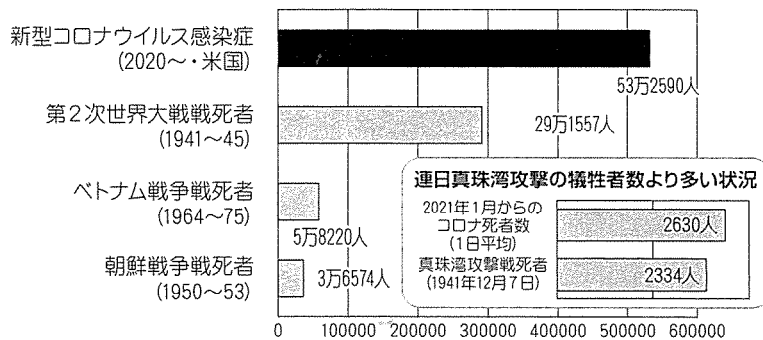
注意すべきは、アメリカのコロナ感染者の死亡者数と戦争犠牲者数との比較です。第二次世界大戦のアメリカの戦死者は二九万人です。ベトナム戦争は五万八千人、朝鮮戦争は三万七千人の戦死者です。これらのアメリカの戦死者は戦争期二〇年間の合計で三八万六千人でした。国際的な平和が維持されていれば、このような戦争犠牲者も生まれません。しかしアメリカでは、コロナ感染での死者数の方がはるかに多いのです。

それはアメリカには国民皆保険制度がなく公的医療が保障されていないからで

す。医療は民間病院・保険会社・医薬品メーカーの営利市場とされており、貧富の格差が、医療の格差となり、いのちの格差となるのです。世界最強の軍事大国であつても公的医療体制など社会保障が確立していないと国民のいのちを守ることはできないのです。

## 貧富の格差が医療の格差に。それが生命の格差に… すでに米国のコロナ死者数は全ての戦死者以上に！

図表②



出典：AFP (3月13日時点) より作成

## 軍事力ではいのちを守れない、医療・社会保障がいのちを守る

二〇二一年一月一三日の首相会見では、新型コロナウイルス感染症拡大に伴う医療崩壊を防ぐために、医療法の法改正の意向を問う質問が出ました。菅首相は「国民皆保険、多くの皆さんが診察を受けられる今の仕組みを続けていく中で今回のコロナがあつて、そうしたことも含めてもう一度検証していく必要があると思つている」「必要であれば改正するのは当然のことだと思つています」と述べました。

これでは、「国民皆保険のおかげで、国民の多くが受診するために医療が逼迫して医療崩壊になりやすい」との意味になつてしまいます。翌日あわてて、加藤官房長官の記者会見で「国民皆保険制度という根幹はしっかり守っていく」と述べ首相の発言の打ち消しにかかりました。しかしこの発言は自民党政権の長年目指している内容です、自助・共助で国民皆保険の形骸化を進め、民間大企業の膨大なもうけ先となるアメリカ型の医療の営利市場化です。そのためどのような

やり方を続けてきたのか。

- ・ 公的医療保険の保険料の引き上げと患者負担を繰り返し強め、自己責任で「受診抑制」需要を抑制させてきました。
- ・ そして医療従事者の養成数を抑制し病院・病床を削減して供給を制限させてきたのです。

- ・ 特に地域医療の要である自治体病院の「赤字」を問題にして、地域の公的医療機能を縮小させ、壊し、入院できない状態から在宅医療・在宅介護に向けてさせてきました。

- ・ しかし公的な医療・社会保障を壊しても、人と社会にとって医療は必要不可欠ですから、壊せば壊すほど、その受け皿として営利病院グループ・医薬品メーカー・保険会社などの大企業のための利潤を生みだす大きな営利市場になっていくのです。

- ・ また、同時に国の公的責任を放棄し、国民への自助・共助の常識をつくり上げ、生存権における「国民の権利」から、いのちと健康を自己責任の「国民の責務」にしようというものです。

悪政による医療政策は、今回のコロナ感染症災害では明らかに「無為無策」で

す。しかし、この「無為無策」の中で、医療・社会保障における公的責任で、後退させ、さらに壊し、目指してきた営利市場化を確実に進めてきています。

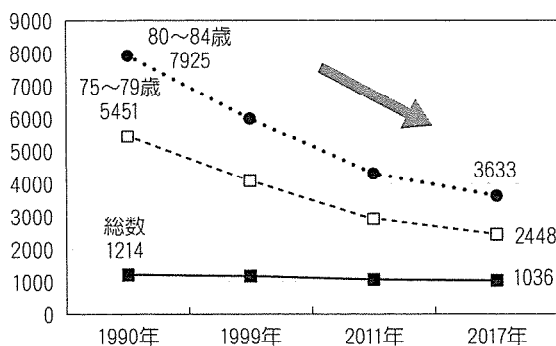
コロナ感染症の最中であっても二〇二三年からの医師養成数を大幅に減らすことや、長時間労働を可能にする検討をはじめめています。病院の統廃合を進める地域医療構想をそのまま続けるだけでなく、さらには病床削減を行なった病院に国の消費税財源で給付金を配るという事業もはじめようとしています。しかも高齢者のいのちを奪う七五歳以上の患者負担二割化 $\parallel$ 二倍化を進める法案も提出し二〇二二年の後期からはじめようとしています。

副反応の指摘もある新たなワクチンの接種だけが、これからの生きる希望とはなりません。コロナ感染症災害で、明らかになったこれまでの悪質な医療政策をストップさせ、転換させることが、いのちを守ることとなります。

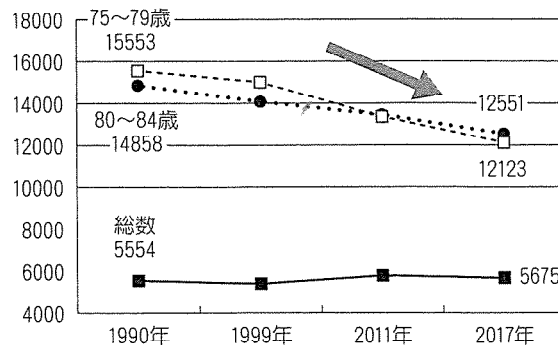
つまり生存権を保障する公的医療・社会保障に取り戻すことが、私たち国民の生きる希望となるのです。

## 高齢者の受診抑制はこれまでも強まってきました

入院受療率（人口10万対）



外来受療率（人口10万対）



資料 厚生労働省「患者調査」より作成

## 医療・社会保障を壊すやり方とねらい!

図表⑥

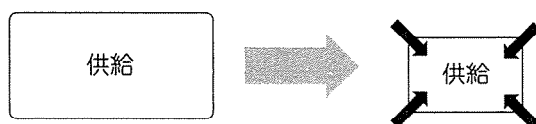
### ① 高まる医療・介護の需要を、負担を強めることで「自己責任」で抑えます

国は公的な支出増加を止めるために、保険料や窓口負担増で家計を圧迫させ「自己責任」で受診抑制・利用抑制で需要を抑えます。滞納で無保険にして自己責任による無医療・無介護にします。



### ② 医師などの人的・物的供給の制限・廃止で公的支出を削減します

国は医療・介護の供給をしなければ公的支出は少なくて済みます。そこで供給を求めないようにさせるために医師などの養成数減、病床・病院数の削減、経営難で倒産・撤退を進めます。



### ③ 「赤字」を理由に公的病院の社会的役割を制限・廃止に

地域の医療保険衛生の公的な拠点であり要の自治体病院の赤字を意図的につくり営利化・機能縮小・廃院をすすめ「患者を病院に入れない」仕組みづくりを進めています。



### ④ 大企業グループの利益のための営利市場化に

医療・介護は人と社会にとって必要不可欠です。公的社会保障を壊しても、その必要性は残ります。社会保障が壊されるだけ企業グループの利益のための営利市場となります。公的病院の機能を壊し大企業医療グループに、民間保険会社の市場に。



### ⑤ 自己責任の徹底・共助の常識への社会的な常識づくりへ



公的責任を放棄して、自己責任を徹底させ、家族・親族、近所などの共助の社会的な常識づくりで「国民の権利」から「国民の責務」に。