

社会保障における「自己責任論」の本質と目的

The Nature and Purpose of Self-Responsibility in Social Security

芝田 英昭

SHIBATA Hideaki

要約

2020年2月以降、日本では新型コロナウイルスによる感染症の拡大で、経済を始めとして様々な分野で歪みが拡大している。その様な状況下、ソーシャルメディアを中心に感染や健康に対して「自己責任」を強調したり、感染者への誹謗中傷が散見された。日本では、疾病、貧困、失業など生活問題における「自己責任論」が、当然かの如く論じられる事が多い。

本稿においては、なぜ日本では生活問題を解決する社会保障に「自己責任」が強調されるのか、その本質と目的について論じる。

キーワード：社会保障における自己責任、産業化、生活習慣病

Abstract

After February 2020, Japan has been adversely affected by the spread of COVID-19 in various areas, including the economy. In such a social context, views that emphasize self-responsibility in health practices to control infection have led to an increase in accusations against and defamations of infected individuals, mainly on social media. In Japan, the principle of self-responsibility often prevails over social problems, such as disease, poverty, and unemployment. This article discusses the nature and purpose of self-responsibility in social security and why the Japanese view it as a means of solving life problems.

Key words: self-responsibility in social security, industrialization, life style related disease

はじめに

新型コロナウイルスによる緊急事態宣言解除後、特に2020年7月中旬以降感染者が急増している。また、これに伴いコロナ失職と言われる人も増えているのが実情である。厚生労働省の統計では、コロナ失職者は2020年4月末までが4千人程度であったが、5月21日には1万人、7月1日には3万人、7月29日にはついに4万人を超えた。

新型コロナウイルス感染者やコロナ失業者が増えるなかで、感染者に対する誹謗中傷も相次いでいる⁽¹⁾。また、都市部でのクラスターが、いくつかの夜間の飲食店で発生したことから、「夜の街」での感染が注目され、ネット上では特定の業種（特に風俗店）を標的にバッシングが続いた。

この行為の根底には、何があるのだろうか。日本では個人の行動が「感染を招いた」とする「自己責任論」が蔓延しているのではないだろうか。その論拠となるのが大阪大学教授三浦麻子らによる調査である。

調査では、各国500人前後の者に、「感染する人は自業自得だと思うか」と質問したところ、「どちらかといえばそう思う」、「ややそう思う」、「非常にそう思う」の合計が、アメリカ1%、イギリス1.49%、イタリア2.51%、中国4.83%であったのに対し、日本は11.5%と突出していた。また、「自業自得だとは全く思わない」と回答したのは、日本以外の4カ国が60～70%台であったが、日本は29.25%にとどまっていた。三浦らは、この調査から日本が他の国より「新型コロナウイルスに感染するのは自己責任」と考える者が多いことが分かった、としている⁽²⁾。

日本では、感染症に限らず疾病一般、健康の維持・増進は自己責任と考える者が多い。例えば2003年の刀川眞・内藤孝一による調査⁽³⁾では、約6割、また2016年の三澤一平の調査⁽⁴⁾でも、約4割が健康は自己責任と回答している。

感染や健康は、自己責任論で片付けられるのであろうか。社会疫学の権威とされるハーバード大学教授カワチ・イチローは、「経済的な事情などで健康行動をとることが難しいような人に対して健康情報をいくら提供しても、行動変容にはつながらない。さらに個人レベルのリスクに着目するアプローチは、個人の努力で変容することができない行動までも『自己責任』としてしまう可能性がある⁽⁵⁾」と指摘している。

本稿において、全世代型社会保障改革の根底にある健康自己責任の本質と目的に迫りたい。

1. 健康・医療産業促進の基底にある「健康自己責任論」

日本において、生活習慣病対策が本格的に始動するのは1950年代である。当時は、生活習慣病は「成人病」と呼称され、専ら成人がかかる疾病のうち「悪性新生物」、「心臓病」、「脳卒中」をさしていた。現在では、成人だけではなく年齢に関係なく生活習慣の乱れが起因とされる疾病として「生活習慣病」と呼称され、前述の疾病のほか「糖尿病」、「高血圧症」、「動脈硬化」も含む。

さて、終戦直後の1947年の成人病の死亡率は、40歳代で25.7%、50歳代で37.6%であったが、1955年には、それぞれ44.0%、57.8%。1960年にはそれぞれ49.0%、62.9%にまで増加した。

こうした状況から、1950・60年代の我が国の保健医療分野における関心が「成人病対策」へと移行した。1956年には、厚生省に成人病予防対策協議連絡会が設置されたが、同年度版厚生白書が、「自らの健康を保ち、その増進させるための一切の努力を怠ってはいない」⁽⁶⁾と謳っていることから、政府の成人病対策が健康自己責任に裏打ちされていることが窺い知れる。

その後、1958年には、国民皆保険体制の基盤を確立するため、1938年に制定された旧国民健康保険法を改訂し（新）国民健康保険法が制定された。

1964年には東京開催のオリンピックを契機に、健康・体力作りの機運が持ち上がり、同年12月18日には「国民の健康・体力増強対策について」が閣議決定された⁽⁷⁾。同対策の基本方針では、「健康は、他から与えられるものではなく、自らつくり出すものであるため、国民の健康を増進し、その体力の増強を図るためには、国民の自主的実践活動を促進しなければならない」⁽⁸⁾としていることから、健康自己責任を当然とする考え方が基底にあることが理解できる。

1970年代に入ると、「健康づくりに当たっては、国民一人一人が『自分の健康は自分で守る』という自覚と認識を持つことが重要」⁽⁹⁾との考えに立脚し、1978年度厚生省予算において「第1次国民健康づくり対策」が位置付けられ、1987年までの10年カ年計画が策定され実施された。

この間、当時の厚生省が健康増進のための食生活改善を目指して「健康づくりのための食生活指針」（1985年5月14日）を策定したが、その趣旨に「成人病については、日頃の健康管理、特に適正な食生活の実践によって相当程度予防することができることから、国民ひとりひとりが自覚をもち、食生活の改善に努めることが重要」⁽¹⁰⁾と指摘していることから、政府の健康や食生活に対する基本的スタンスが「自己責任論」に基づいていることが分かる。

1988年には、第2次健康づくり対策10カ年計画「アクティブ80プラン（～1999年）」が策定された。同プランも、「自分の健康は自分で守るという自覚を国民一人一人に促す」⁽¹¹⁾ことを目的としたことから、政府が健康を自己の努力で獲得できるかのような幻想から脱却できていないことが窺える。

1950年代から1990年代前半まで、当時の厚生省は、加齢に伴って罹患率が高くなる疾病群を「成人病」と呼称していたが、医学用語ではなく「行政用語」として広く用いられていた⁽¹²⁾。しかし、厚生省は、成人病はある時期に突然発症するのではなく、「若い頃からの食生活や運動、睡眠、喫煙、飲食、ストレスなどの生活習慣を長年にわたって積み重ねた結果、発症することが多く、生活習慣と深く関わっていることが明らかになった」⁽¹³⁾とした。また、1996年12月18日の公衆衛生審議会意見具申『生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向について（意見具申）』は、「国民の間に『生活習慣病』という呼称が定着し、生涯を通じた生活習慣改善のための努力がなされることを期待する」⁽¹⁴⁾とし、その後「生活習慣病」との呼称・概念が一般化していった。

しかし、公衆衛生審議会が「生活習慣病」に着目した要因には、「『成人病』という概念は、加齢という現象はやむを得ないもの」⁽¹⁵⁾であるが、「『生活習慣要因』は個人での対応が可能である」⁽¹⁶⁾としていることに大きな意義がある。

つまり、生活習慣改善を「個人の努力」にすり替えることで、健康自己責任を強調できるので

ある。これは、1997年度版厚生白書の「基本的には自らの生活を自らの責任で維持することが基本」⁽¹⁷⁾との言葉がその本質を最も確に言い表している。

その後、健康づくりや疾病予防を推進するために、2000年3月31日厚生事務次官通知⁽¹⁸⁾が出され、国民の健康づくり運動として「健康日本21」（第3次国民健康づくり対策）が開始された。同通知では、「国民が主体的に取り組む健康づくり運動を総合的に推進していくこと」⁽¹⁹⁾とし、健康における国民の主体性を強調した。

「健康日本21」を受け、政府は2002年3月に健康増進法案を提出、同7月に可決・成立させた。同法2条には、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」と国民の責務が明記された。また、政府は同法7条に基づき「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（以下「基本方針」）」を定め、2003年4月30日付けで、都道府県・市町村関係各部署に同方針を周知させる通知を行った⁽²⁰⁾。

しかし、同「基本方針」は、「個人が主体的に行う健康増進の取組を、家庭、地域、職場等を含めた社会全体で支援していくことが重要」⁽²¹⁾とし、これまでの健康自己責任の基本的スタンスは崩していない。

「基本方針」は2012年をもって終了することから、2012年7月に同方針は全面的に改定された⁽²²⁾（以下「改定基本方針」）。改定基本方針は、2013～2022年までの10年間の「健康日本21」（第2次）を推進するものである。また、同改定基本方針が、民主党政権下で策定されたことは意義深い。

「改定基本方針」は、基本的方向として「あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう）の縮小を実現する」⁽²³⁾とし、個人の努力だけでは改善することが極めて難しい「生活習慣」だけに目を向けるのではなく、社会環境の改善を第一義に掲げていることが特徴であり、自民政権下の基本方針には見られなかった点である。

また、「健康を支え、守るための社会環境の整備」の項では、「個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要」⁽²⁴⁾であるとした。しかし、改定基本方針の告示が出された同日、厚生労働省健康局長は都道府県・市町村関係各部署に同方針についての趣旨通知⁽²⁵⁾がなされているが、同じ項の説明で、上記の個人の健康が社会環境の影響を受けるとの文言が、省略されている。

さて、民主党政権下で「改定基本方針」が策定されたと言っても、「健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、国民、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要」⁽²⁶⁾との文言が示す通り、健康自己責任論という自縛から解き放たたわけではないであろう。

表1 厚生白書（厚生労働白書）に見る健康自己責任

年 度	引 用 文
1956年度版	・ 自らの健康を保ち、その増進させるための一切の努力を怠ってはいない
1957年度版	・ 個人個人としては、自己の健康の保持増進のため、努力を払っている
1984年度版	・ 医療費の増加を抑えていくためには、個々人が健康に注意し、病気になるように気をつける
1991年度版	・ 壮年期からの健康づくりをはじめとして、自分自身の人生に主体的に責任を持って関わること
1997年度版	・ 基本的には自らの生活を自らの責任で維持することが基本
2006年度版	・ 人は働いて生活の糧を得、その健康を自ら維持していこうと思うことを出発点とする
2007年度版	・ 国民一人一人に期待される役割は大きく、自らの健康は自分で守るという認識の下、運動、食事、禁煙に留意した日常生活を送ることに努める
2008年度版	・ 国民生活は国民一人一人が自らの責任と努力によって営むことが基本
2010年度版	・ 国民生活は国民一人一人が自らの責任と努力によって営むことが基本

出典：厚生労働省『各年度版厚生白書（厚生労働白書）』より筆者作成。
https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei（最終閲覧日2020年5月5日）

II. 目的としての健康・医療産業促進

安倍首相は2019年9月11日、内閣改造に当たって「基本方針」を閣議決定し、「全ての世代が安心できる社会保障改革」を掲げ、同年9月17日に「全世代型社会保障検討会議（以下「検討会議」）」を設置した。

安倍政権の全世代型社会保障改革は、単純に全世代の負担増を狙っているだけではなく、その究極の目的は、社会保険がカバーする範囲を縮小し健康・医療産業を育成することで、財界の新たな儲け先を開拓していくことにある⁽²⁷⁾。

検討会議は、2019年12月19日に『中間報告』を政府に提出し、「平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメディケーションの推進、ヘルスケアリテラシーの向上」を目指すと言明したが、実は2014年制定の「健康・医療戦略推進法」以降、健康自己責任と健康・医療産業促進がセットで着々と準備が進められてきた。

骨太方針2019では、「個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る」⁽²⁸⁾、とし、その具体化として、厚労省の国民の健康づくりに向けたPHR（Personal Health Record：個人健康記録）の推進に関する検討会は、2019年11月に『国民・患者視点に立ったPHRの検討における留意事項』を提出し、「PHRについては、国民・患者の保険医療情報を本人自身が活用して予防・健康づくり等に活用するとともに、それを本人同意の下に医療・介護現場で役立てることを目指す。個人の健康医療情報をサマリー化・ヒストリー化など個人が理解しやすい形で提供することで、自らの健康管理・予防行動につなげられるようにする」⁽²⁹⁾とし、「個人の自発的な予防・健康づくり」との文言で健康自己責任論を展開している。

また一方で、健康・医療戦略推進法（2014年）は、その1条で「健康長寿社会の形成に資する

新たな産業活動の創出及び活性化並びにそれらの環境の整備を図るとともに、それを通じた我が国経済の成長を図ることが重要となっていることに鑑み、健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出に関し、基本理念、国等の責務、その推進を図るための基本的施策その他基本となる事項について定める」とし、また14条は、「国は、健康長寿社会の形成に資する新たな産業活動の活性化を図るため、医療分野の研究開発の成果の企業化の促進その他の新たな産業活動の創出及びその海外における展開の促進に必要な施策を講ずるものとする」との目的を示した。

同法に則り健康・医療分野産業を促進する目的で、2014年7月内閣に「健康・医療戦略推進本部」(実働部隊は、内閣官房健康・医療戦略室)が設置された。それに伴い、2013年6月14日に策定された『健康・医療戦略(2014)』が改定の上、2014年7月22日に閣議決定された。

同戦略(2014)は、「世界最先端の質の高い医療の実現に加え、疾病予防、慢性期の生活支援等を念頭に置いた公的保険外の新しいヘルスケアの市場を創出する。また、新しい医薬品、医療機器等及び医療技術並びに医療サービスや新しいヘルスケアサービスの海外展開を図ることで、国際的医療協力を図りつつ、国外の市場も開拓する」⁽³⁰⁾とし、いわば公的保険がカバーする範囲を縮小したところに、ヘルス産業を促進し海外にまで進出することを明確にした。

この戦略を主導したのが、不適切な個人的関係が取り沙汰された和泉洋人と大坪寛子である。和泉洋人は、国土交通省の官僚であったが、2013年の第2次安倍内閣改造において、「国土強靱化及び復興等の社会資本整備並びに地域活性化並びに健康・医療に関する成長戦略担当」総理大臣補佐官となり、同時に内閣官房健康・医療戦略室室長に就任している。また、大坪寛子は、医師で厚労官僚。同氏は、2015年に内閣官房に出向し、健康・医療戦略室参事官に就任、その後2019年7月には、厚生労働省大臣官房審議官に就任。内閣官房健康・医療戦略室次長を兼ねていたが、2020年4月内閣官房出向が解かれ厚労省に帰任した。つまり、和泉総理大臣補佐官と大坪大臣官房審議官が、健康・医療分野ビジネス化の実質的な牽引者である。

経産省は、2019年4月に「多様で魅力的な公的保険外の民間サービスを地域において創出することが不可欠、(中略)、公的な医療・介護と民間サービスとが整合的、相互補完的に位置づけられることが重要」⁽³¹⁾、『『地域包括ケアシステム』を補完する形で、『予防・健康サービス』、『食・農』、『観光』等の地域資源を活用し、医・農商工による連携を通じ新たなビジネスを創出する」⁽³²⁾との方針を明確にしている。

表2 健康・医療産業の促進

全世代型社会保障検討会議 中間報告の指摘(引用)	関連する主な議論の状況
<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメディケーションの推進、ヘルスケアリテラシーの向上。 	<ul style="list-style-type: none"> 「多様で魅力的な公的保険外の民間サービスを地域において創出することが不可欠であり、その際、地域のビジョンや計画においては、公的な医療・介護と民間サービスとが整合的、相互補完的に位置づけられることが重要」[経産省(2019)『地域でのヘルスケアビジネス創出に向けた取組方針』2019年4月18日、p1]。 『『地域包括ケアシステム』を補完する形で、『予防・健康サービス』、『食・農』、『観光』等の地域資源を活用し、医・農商工による連携を通じ新たなビジネスを創出

<p>・ 必要不可欠な医薬品の安定供給体制の確保により、必要な医療を迅速に国民に届ける。</p>	<p>するために、地域版協議会等を活用した地域のヘルスケアビジネス進行を図る」[経産省（2019）pp1・2]。</p> <p>・ 「地域版協議会は、基本的に『新しいビジネスモデル作りに取り組む場』であるものの、ヘルスケアビジネスの創出を促進するためには、同時に需要面の取組も必要となる。よって、地域版協議会は、これまでのヘルスケアビジネス創出の考え方に加え、地域住民の健康増進や健康経営の推進等の需要を喚起する取組を進める地域版協議会の設置も促進していく」[経産省（2019）p2]。</p> <p>・ 「『全世代型社会保障』を実現していくには、高齢者をはじめとする意欲のある方々が社会で役割を持って活躍できるよう、多様な就労・社会参加ができる環境整備を進めることが必要であり、その前提として、特に、予防・健康づくりを強化して、健康寿命の延伸を図ることが求められる」[厚労省（2019）『健康寿命延伸プラン』2019年5月、p1]。</p> <p>・ 「民間主導の健康な食事・食環境の認証制度の普及支援や、民間による健康な食事に資する減塩商品等の製造・流通拡大、店舗でのPRの強化などの取組を後押しする」[厚労省（2019）p2]。</p> <p>・ 「健康無（低）関心層への啓発を行うため、例えばSNSやゲームアプリの活用等、民間知見も活かして適切な栄養・食生活情報の提供方法を開発するとともに、地方自治体等とも連携し、おいしい健康な食事の普及に向けボランティア等と協働した取組を実施する」[厚労省（2019）p2]。</p> <p>・ 「レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を、患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は2021年3月を目途に、薬剤情報については2021年10月を目途に稼働させる」[『骨太の方針2019』2019年6月、p59]。</p> <p>・ 「生まれてから学校、職場など生涯にわたる健診・検診情報の予防等への分析・活用を進めるため、マイナポータルを活用するPHR（Personal Health Record）との関係も含めて対応を整理し、健診・検診情報を2022年度を目途に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策をも含め、2020年夏までに工程化する」[『骨太の方針2019』p61]。</p> <p>・ 「個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る」[『骨太の方針2019』p61]。</p> <p>・ 「PHRについては、国民・患者の保険医療情報を本人自身が活用して予防・健康づくり等に活用するとともに、それを本人同意の下に医療・介護現場で役立てることを目指す。個人の健康医療情報をサマリー化・ヒストリー化など個人が理解しやすい形で提供することで、自らの健康管理・予防行動につなげられるようにするとともに、本人の希望によって医師等に提供し、診療等にも活用できるようにすることで、より質の高い医療・介護の提供が可能となる」[厚労省国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会（2019）『国民・患者視点に立ったPHRの検討における留意事項』、2019年11月20日、p1]。</p>
--	--

出典：全世代型社会保障検討会議（2019）「中間報告」、およびその他関連文書より筆者作成。

Ⅲ. 健康・医療産業促進とその矛盾

経済産業省は、2016年のヘルスケア産業の市場規模（表3）は約25兆円で、2025年には約33兆円になると推計している。

また、総務省は、2012年度時点での労働力上位4産業のうち2030年では、医療・福祉分野のみが238万人の労働力が増えるが、他の3産業は軒並み労働力を減らすと推計している（表4）。

表3 ヘルスケア産業（公的保険外サービスの産業群）の市場規模（推計）内訳

- 2016年のヘルスケア産業市場規模は、約25兆円、2025年には約33兆円になると推計された。
- ただし、今後、新たに産業化が見込まれる商品やサービス等（例えば健康志向住居や健康関連アドバイサービス）は含んでいない。



出典：経済産業省商務・サービスグループヘルスケア産業課「第9回新事業創出WG事務局説明資料②」2018年4月11日, p.18.

表4 労働力上位4産業の将来推計

業種	2012年度の労働力	2030年度の労働力	労働力の増減
卸売・小売業	1,093万人	867万人	- 216万人
製造業	1,032万人	926万人	- 106万人
医療・福祉	706万人	944万人	+ 238万人
鉱業・建設業	506万人	413万人	- 96万人

出典：総務省統計局「各年度版労働力調査」により、筆者作成。
 注：2012年度の上位4産業の比較。2030年度の労働力は、政府推計値。

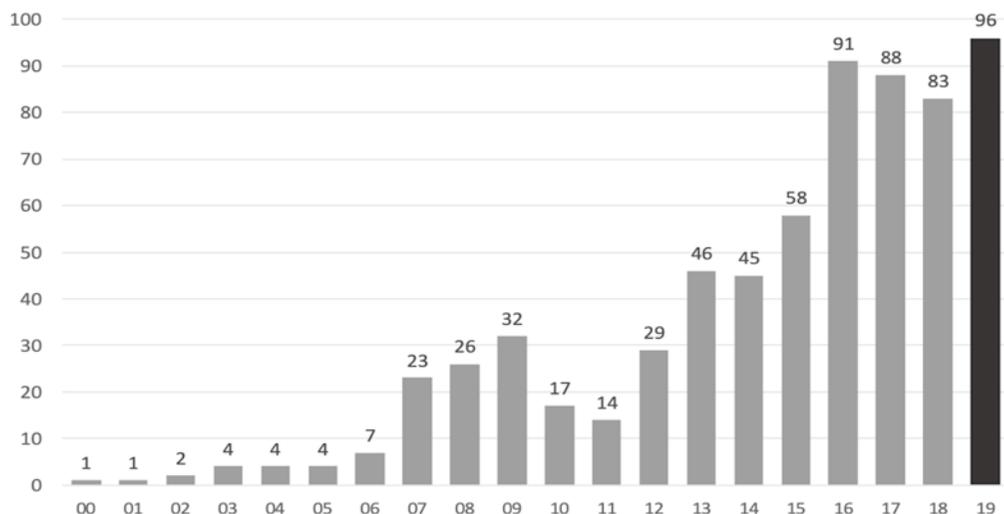
健康・医療分野の市場規模や労働力推計を勘案すれば、財界が触手を伸ばすのは当然だと言える。しかし、帝国データバンクによると、2019年の老人福祉事業者の倒産(図1)は、介護保険施行以後過去最高の96件、負債総額が161億1,800万円を記録していることを考えると、現状では財界にとって大きな魅力とは言えない可能性もある。

表5を見ると、業態別倒産件数割合の約8割が訪問介護と通所介護で占められている。負債額規模で見ると、約7割が1,000万円～5,000万円未満。業歴別では、創立10年未満で5割を超えている。法人格別では、株式会社と有限会社で8割を超えている。

東京商工リサーチが、2020年1月7日に2019年(2019年1～12月)の「老人福祉・介護事業」倒産に関し集計を発表した⁽³³⁾が、先述の帝国データバンクの調査と符合する部分が多い。

東京商工リサーチは同分野での倒産の要因を、「背景に人手不足と人件費の上昇がある。特に、

ヘルパー不足が深刻な訪問介護事業者の倒産が急増し、全体を押し上げている。また、業歴が浅く、小規模の倒産が大半を占め、マーケティングなど事前の準備不足のまま参入した零細事業者の淘汰が加速している⁽³⁴⁾と分析している。



出典：帝国データバンク「老人福祉事業者の倒産動向調査（2019年）」2020年1月8日、
<https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/p200103.html>（2020年3月18日）。

図1 老人福祉事業者の倒産件数の推移 (2000～2019年)

表5 老人福祉事業者の倒産動向 (2019年)

業態別	件数	構成比
訪問介護	51	53.1%
通所介護	24	25.0%
老人ホーム	10	10.4%
高齢者向け住宅	6	6.3%
グループホーム	3	3.1%
ショートステイ	2	2.1%
合計	96	100.0%

法人格別	件数	構成比
株式会社	57	59.4%
有限会社	20	20.8%
合同会社	11	11.5%
一般社団法人	3	3.1%
社会福祉法人	2	2.1%
合資会社	1	1.0%
医療法人社団	1	1.0%
特定非営利活動法人	1	1.0%
合計	96	100.0%

負債額別	件数	構成比
1000万～5000万円未満	67	69.8%
5000万～1億円未満	9	9.4%
1億～5億円未満	16	16.7%
10億～50億円未満	3	3.1%
50億～100億円未満	1	1.0%
合計	96	100.0%

業歴別	件数	構成比
3年未満	9	9.4%
3～5年未満	16	16.7%
5～10年未満	26	27.1%
10～15年未満	24	25.0%
15～20年未満	16	16.7%
20～30年未満	4	4.2%
30年以上	1	1.0%
合計	96	100.0%

法人格別	件数	構成比
株式会社	57	59.4%
有限会社	20	20.8%
合同会社	11	11.5%
一般社団法人	3	3.1%
社会福祉法人	2	2.1%
合資会社	1	1.0%
医療法人社団	1	1.0%
特定非営利活動法人	1	1.0%
合計	96	100.0%

業歴別	件数	構成比
3年未満	9	9.4%
3～5年未満	16	16.7%
5～10年未満	26	27.1%
10～15年未満	24	25.0%
15～20年未満	16	16.7%
20～30年未満	4	4.2%
30年以上	1	1.0%
合計	96	100.0%

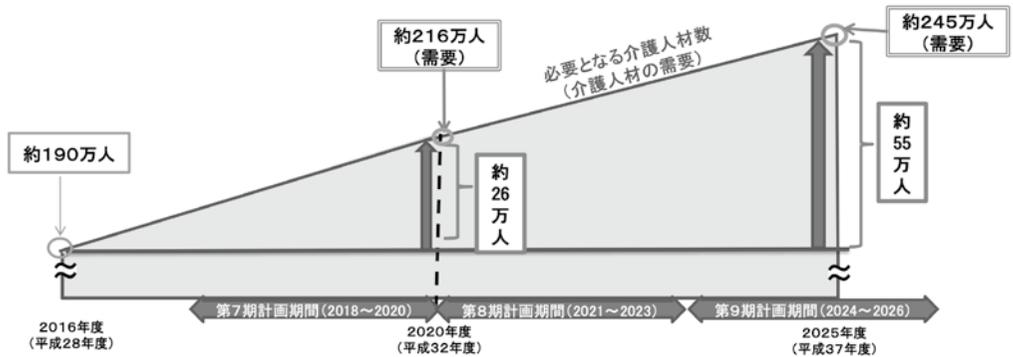
都道府県	件数
大阪府	19
神奈川県	10
東京都	8
北海道	7
兵庫県	7
福岡県	6
広島県	4

件数上位の都府県

出典：帝国データバンク「老人福祉事業者の倒産動向調査（2019年）」2020年1月8日、
<https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/p200103.html>（2020年3月18日）。

厚生労働省が2019年に公表した資料（図2）によれば、都道府県が集計した介護人材の需要は、2020年で約216万人が2025年には約245万人と、今後5年間で29万人が必要となり、このペースで推移すると年間約6万人の介護人材の確保が迫られることになるが、その需要を満たすだけの介護労働者を確保できるのであろうか。

一般的に介護労働者の賃金は低いと言われているが、厚生労働省の調査でもその点は明白である（表6）。一般労働者全体（産業計）の平均賃金は月36.6万円、それに比べ介護職員の場合は27.4万円で、その差は月92,000円であり医療系の他の業種と比べ低い。ただ、業務により勤務年数がかなり差があり単純比較できない点を考慮しても、相当低いのが現状である。このような状況で、需要に見合うだけの人材を集められるのかは疑問である。



出典：厚生労働省老健局（2019）「介護人材の確保・介護現場の革新」社会保障審議会介護保険部会第79回資料，2019年7月26日，p.8より引用。
 注：需要見込みについては、市町村により第7期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。2019年度の約190万人は、「介護サービス施設・事業所調査」の介護職員数（回収率等による補正後）に、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員（推計値：約6.6万人）を加えたもの。

図2 2025年に向けた介護人材ニーズ（第7期計画に基づく介護人材の必要数）

表6 介護人材の賃金の状況（一般労働者、男女別）

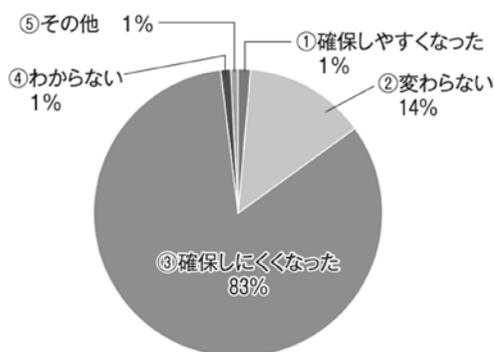
産業別		平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	賞与込み給与 (万円)
職種別	産業計	41.8	10.7	36.6
	医師	42.1	5.3	102.7
	看護師	39.3	7.9	39.9
	准看護師	49.0	11.6	33.8
	理学療法士、作業療法士	32.7	5.7	33.7
	介護支援専門員（ケアマネジャー）	48.0	8.7	31.5
	介護職員 【(C)と(D)の加重平均】	41.3	6.4	27.4
	ホームヘルパー(C)	46.9	6.6	26.1
	福祉施設介護員(D)	40.8	6.4	27.5

出典：厚生労働省老健局（2019）「介護人材の確保・介護現場の革新」社会保障審議会介護保険部会第79回資料，2019年7月26日，p.12より引用。

21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会が、2019年10月に実施した全国の老人ホーム施設長へのアンケート結果が2020年2月29日に公表された⁽³⁵⁾。

同調査（図3）によれば、3年前と比べ介護職員を「確保しにくくなった」が83%と圧倒的に多かった。また、約半数の施設が、人材確保のため求人広告や人材派遣業者への支払いに年間100万円以上かかったと回答している。8%の施設が、1,000万円以上の費用を投入したと答えている（表7）。

調査速報版は、「人材が不足している事業所では、人材確保にかかるコストが膨れ上がり、そのことで、現在働いている職員の処遇改善が図れないことにつながります。これを繰り返す中で、事業所は負のスパイラルに陥ることとなります。入居者の生活や職員処遇の改善に充てるべき費用が、人材確保の為に流れているといった現状を改善するには、個々の事業所の経営努力では限界があります。国としての抜本的な施策は待ったなしの状況」⁽³⁶⁾だと指摘している。



出典：21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会（2020）『第5回全国老人ホーム施設長アンケート結果 速報版』2020年2月29日、p.9より引用。

図3 3年前と比べ介護職員確保の状況

表7 2018年度、貴法人における求人広告・派遣業者への支払い等で、人材確保にかかった費用

費用	回答数	割合
50万円未満	660	30.0%
50万円～100万円未満	314	14.3%
100万円～200万円未満	320	14.6%
200万円～500万円未満	352	16.0%
500万円～1,000万円未満	182	8.3%
1,000万円以上	177	8.0%
わからない	197	8.9%
総数	2,202	100.0%

出典：21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会（2020）『第5回全国老人ホーム施設長アンケート結果 速報版』2020年2月29日、p.9より筆者作成。

注：割合は、小数点第2位で四捨五入したので、合計は100%にはならない。
その要因は、介護保険施行後、3年ごとに事業者が受け取る（代理受領）介護報酬が見直されるが、2009年以外実質的に引き下げられてきたことにある。

2020年は、介護保険が施行されて20年の節目だが、この間事業者の収入の基礎となる介護報酬は、6回の改定の内5回がマイナス改定で、実質的にプラス改定になったのは2009年1回のみであった（表8）。

表8 介護報酬改定の実績

改定年	報酬改定率	実質
2003年	-2.3%	-2.3%
2006年	-2.4%	-2.4%
2009年	3.0%	3.0%
2012年	1.2%	-0.8%
2015年	-2.26%	-4.48%
2018年	-0.54%	-0.5%

出典：筆者作成。

注：2012年は処遇改善交付金（国費）を介護報酬に編入し実質マイナス。2015年は処遇改善加算などを除けば実質大幅マイナス。2018年は給付の適正化でマイナス。

介護保険は、社会的入院の解消、家族介護の軽減等「介護の社会化」を目指して導入された。しかし、この間一貫して「給付の効率化や予防」の名のもと、一部負担等の引き上げ、施設入所者の食費・居住費の保険外し等を通じて給付抑制が図られてきた。給付抑制は、結果的には、事業者の経営を圧迫し、倒産件数も異常に増えてきた主因であることは明らかである。

この現状を鑑みると、介護分野が財界にとって魅力があるのかは大いに疑問である。特に、訪問介護・通所介護が倒産の約8割を占めているが、訪問介護の場合、ヘルパーの「移動経費（ある利用者宅から他の利用者宅）」は、介護報酬には含まれないことから、小規模な事業者はその移動経費を捻出することで経営を圧迫すると思われる。公立か公的な事業所であれば、目の前に介護を要する高齢者がいれば、経営原理からだけでなく、人権原理から対象者をケアするのが当然である。しかし、利益を追求する事業者（例えば株式会社）であれば、経営的観点から事業所運営を行わざるを得ず、人権原理は後景に退くこととなり、大規模で全国展開できる大企業のみが生き残ることとなる。

結局、健康・医療産業の促進は、国民の生活権・健康権を奪うことにしかならないのである。

IV. 特別養護老人ホームへの株式会社参入の促進

全世代型社会保障検討会議第6回会合において、櫻田議員は、「今後、拡大するシニアマーケットにおいて、民間企業の創意工夫を阻害する規制の緩和をさらに進めるべきであると考えますし、これはまさに地域の雇用や地方創生、働き方改革にもつながる」⁽³⁷⁾と豪語した。訪問介護等の移動経費を自前で確保しなければならない居宅サービスと違い、介護保険施設は、施設内でのサービスに特化でき効率的にサービス供給が可能と考えられることから、財界が「入居施設経営」に

関心を持つのは当然の帰結である。

しかし、表9でも理解できるように、株式会社は現行法規上「介護保険施設」の設置主体にはなれない。ただ、株式会社は「指定管理者」制度を利用し、実質的に特別養護老人ホーム等の経営（管理者）に成ることが可能である。

表9 介護保険施設の設置主体

開設主体 介護保険施設の種類の	株式会社	社会福祉法人	医療法人	地方公共団体
特別養護老人ホーム	×	●	×	●
介護老人保健施設	×	●	●	●
介護療養型医療施設	×	×	●	●
介護医療院	×	●	●	●

出典：介護保険法、社会福祉法、医療法における設置主体。筆者作成。

注：「×」は設置主体になれない。「●」は設置主体になれる。

総務省の調査によれば（表10）、2018年4月1日現在で、自治体（都道府県、指定都市、市区町村）で指定管理者制度が導入しされている社会福祉施設数は76,286施設で、4割の施設（30,802施設）で民間企業等（株式会社、NPO法人、学校法人、医療法人等）である。

表10 地方公共団体の指定管理者導入状況

（単位：施設数、%）

種別 区分	1 株式会社	2 特別民法法人、 一般社団・財団法人、 公益社団・財団法人等	3 地方公共団体	4 公共の団体	5 地縁による団体	6 特定非営利活動法人	7 1～6以外の団体	合計
1 レクリエーション・ スポーツ施設	4,982 (32.7%)	4,523 (29.7%)	79 (0.5%)	909 (6.0%)	830 (5.5%)	1,553 (10.2%)	2,339 (15.4%)	15,215 (19.8%)
2 産業振興施設	1,839 (28.2%)	928 (14.2%)	17 (0.3%)	1,367 (21.0%)	971 (14.9%)	254 (3.9%)	1,138 (17.5%)	6,514 (8.5%)
3 基盤施設	7,297 (27.6%)	10,133 (38.3%)	112 (0.4%)	1,459 (5.5%)	2,106 (8.0%)	437 (1.7%)	4,893 (18.5%)	26,437 (34.4%)
4 文教施設	1,520 (9.8%)	2,383 (15.3%)	39 (0.3%)	1,092 (7.0%)	8,398 (54.0%)	661 (4.2%)	1,470 (9.4%)	15,563 (20.2%)
5 社会福祉施設	704 (5.3%)	1,603 (12.1%)	21 (0.2%)	7,314 (55.3%)	1,877 (14.2%)	876 (6.6%)	839 (6.3%)	13,234 (17.2%)
合計	16,342 (21.2%)	19,570 (25.4%)	268 (0.3%)	12,141 (15.8%)	14,182 (18.4%)	3,781 (4.9%)	10,679 (13.9%)	76,963 (100.0%)

出典：総務省自治体行政局行政経営支援室（2019）『公の施設の指定管理者制度の導入状況等に関する調査結果』2019年5月，p.4。

公正取引委員会（2016）『介護分野に関する調査報告書』は、「介護分野に対する競争政策上の考え方」において、「自治体が設置する特別養護老人ホームにおいて、株式会社等を指定管理者とするように、指定管理者制度を積極的に活用していくべき」⁽³⁸⁾と、実質的に第1種社会福祉事業への株式会社参入規制緩和を提言している。

地方自治法一部改正法が2003年9月施行されたことで、公の施設（スポーツ施設、都市公園、文化施設、社会福祉施設など）の管理方法が、管理委託制度から指定管理者制度に移行した。同改正法施行前は、公の施設を外部に委ねる場合、その管理は公共団体に限定されていたが、同改

正法施行後は、営利法人、NPO法人なども参入可能となった。

しかし、指定管理者制度実施後も自治体設置社会福祉施設の指定管理者として株式会社の参入が思うようには進まなかったことから、厚生労働省は、株式会社の参入促進目的のために自治体へ2度にわたり通知を行なっている。

一つは、2007年3月30日、厚生労働省計画課長・振興課長・老人保健課長通知で、「特別養護老人ホームについては、旧地方自治法上の管理委託制度と比べて地方公共団体の関与が強化されることを踏まえ、従来から指定管理者制度の下では、株式会社でも指定管理者として管理を行うことができる取扱いとしている」⁽³⁹⁾として、株式会社参入を強調している。

また、2014年には、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課長名で「社会福祉施設に係る指定管理者制度の運用について」との通知が出された。同通知では、「今般、『規制改革実施計画』（2014年6月24日閣議決定）において、社会福祉施設における指定管理者制度等の運用の改善の観点から、業務委託や指定管理者制度などの公募要件において理由もなく株式会社を排除しないよう地方公共団体に通知することが求められています。つきましては、貴職におかれては、上記通知の趣旨を改めて御理解いただくとともに、貴管内市町村に対し周知願います」⁽⁴⁰⁾、と市町村が指定管理者公募に際して株式会社を排除しているとの認識にたって、その改善を強く求めている。

しかし、その後も社会福祉施設への指定管理者として株式会社の参入は拡がっていない。総務省の『公の施設の指定管理者制度の導入状況等に関する調査結果』⁽⁴¹⁾によると、2018年4月現在で自治体設置の社会福祉施設（病院、診療所、特別養護老人ホーム、介護支援センター、福祉・保健センター、児童クラブ、学童館、保育所等）における指定管理者制度導入件数は、13,234件、そのうち株式会社が指定管理者となったのは704施設、全体の僅か5.3%であった。この実態を受け、公取委は、特別養護老人ホームへの株式会社の指定管理者への推進役を買って出たと推察できる。

公取委の介護報告書は、「税制について、社会福祉法人の場合は、原則として法人税、住民税及び事業税が非課税である。（中略）株式会社等からは税制上のイコールフットینگが強く求められている」⁽⁴²⁾として、社会福祉法人の税制上の優遇措置の見直しを迫っている。しかし、この論法には大きな飛躍がある。本報告書は、介護分野の課題を指摘するはずが、いつのまにかその範疇を超えて、“社会福祉法人一般”の問題へとすり替えられている。ただ、本音こそが、この点にあるとみるべきである。

公取委は、「現行制度下において、株式会社等が提供可能な介護サービスと同一の介護サービスを提供する場合には、その部分について社会福祉法人に対する税制上の優遇措置は除外する」⁽⁴³⁾ことが望ましいとしているが、これは社会福祉法人の性格を歪めるものである。

厚生労働省は、ホームページ上に社会福祉法人の詳しい説明を記載している。その沿革では、社会福祉法人は、「強い公的規制の下、助成を受けられる特別な法人として創設」⁽⁴⁴⁾され、法人税に関し「収益事業以外からの所得は非課税」⁽⁴⁵⁾となっている。その反面、「事業収入は原則として社会福祉事業のみに充てられ、配当や収益事業に支弁できません」⁽⁴⁶⁾、さらに「解散した場

合の残余財産は、定款の定めにより他の社会福祉法人または国庫に帰属」⁽⁴⁷⁾する、厳しい規制・監督がある。

社会福祉法人は、公益性を担保し、株式会社とは違い配当もできないことから、法人税等(法人税、固定資産税、寄付等)に関し優遇措置が講じられている。この点を無視し、同一の介護サービスを提供する場合、社会福祉法人の税制上の優遇措置を廃止すれば、社会福祉事業の公益性の担保は難しくなるのではなからうか。もう一步踏み込んで考察すれば、社会福祉事業・社会福祉法人の公益性を排除し、実質的に株式会社と同じ営利法人化し、最終的には社会福祉法人を駆逐していくことが狙いだと言える。

おわりに

前述の通り、日本においては1950年代から一貫して健康等に関する自己責任を強調する政府の方向性が明白となった。健康自己責任論の本質は、当然公的にカバーされる部分の縮小へとつながるが、それ以上に、健康分野、介護分野を市場化・産業化し財界に新たな儲け口を提供する根拠を示したこともあったと言える。

ただ、筆者の主張が字数が制限されている中で、十分に伝えることができたのかは少々心許ない。また、別の機会に本論を補強したいと思う。

注

- (1) 「岩手県の感染者に中傷続く」『朝日新聞』2020年8月1日。
- (2) 「『コロナ感染は自業自得』世界でも最も他人に冷たい日本人の異様さ」PRESIDENT Online, 23 July 2020, <https://president.jp/articles/-/37250> (2020年8月5日)。
- (3) 刀川眞・内藤孝一(2003)「医療消費者の自己責任意識と、主体的健康管理支援に向けた社会情報システムの課題」『情報システムと社会環境』2003-IS-84(6), pp.39-46。
- (4) 三澤仁平(2016)「健康を維持し、増進する責任はだれにあるのか—社会経済的地位との関係から」『立教社会福祉研究』第34号, 立教大学社会福祉研究所, pp.9-17。
- (5) カワチ・イチロー他(2014)『社会疫学(上)』大修館書店, p.25。
- (6) 表1「厚生白書(厚生労働者白書)に見る健康自己責任」を参照。
- (7) その後、1984年6月29日改定、2001年1月6日改定。
- (8) 内閣(1964)「国民の健康・体力増強対策について」閣議決定、1964年12月18日。
- (9) 厚生労働省(2014)『2014年版厚生労働白書』2014年8月5日、p.21。
- (10) 厚生省保健医療局健康増進栄養課(1985)「健康づくりのための食生活指針」1985年5月14日。
- (11) 厚生労働省(2014)p.21。
- (12) 公衆衛生審議会(1996)『生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向について(意見具申)』1996年12月18日、p.5。
- (13) 厚生労働省(2014)p.24。

- (14) 公衆衛生審議会（1996）p.10。
- (15) 公衆衛生審議会（1996）p.6。
- (16) 公衆衛生審議会（1996）p.4。
- (17) 表1を参照。
- (18) 厚生省（2000）『21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について』発健医第115号, 2000年3月31日。
- (19) 厚生省（2000）。
- (20) 厚生労働省健康局長（2003）「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針について」健発第0430002号, 2003年4月30日。
- (21) 厚生労働省健康局長（2003）p.1。
- (22) 厚生労働省（2012）「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（改定基本方針）」厚生労働告示第430号, 2012年7月10日。
- (23) 厚生労働省（2012）p.1。
- (24) 厚生労働省（2012）p.1。
- (25) 厚生労働省健康局長（2012）「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部改正について」厚生労働省健発0710第1号, 2012年7月10日。
- (26) 厚生労働省健康局長（2012）p.3。
- (27) 芝田英昭（2020）「全世代型社会保障への転換」の目指す方向と課題』『学部研究紀要』第22号, pp.15-42。
- (28) 経済財政審問会議（2019）『経済財政運営と改革の基本方針2019（骨太方針2019）』2019年6月21日, p.61。
- (29) 厚労省国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会（2019）『国民・患者視点に立ったPHRの検討における留意事項』2019年11月, p.1。
- (30) 政府『健康・医療戦略（2014）』2014年7月22日, p.13。
- (31) 経産省（2019）『地域でのヘルスケアビジネス創出に向けた取組方針』p.1。
- (32) 経産省（2019）pp.1・2。
- (33) 東京商工リサーチ（2020）,
https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20200107_01.html（2020年3月18日）。
- (34) 東京商工リサーチ（2020）p.1。
- (35) 21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会（2020）『第5回全国老人ホーム施設長アンケート結果 速報版』2020年2月29日。特別養護老人ホーム9,134カ所, 養護老人ホーム941カ所, 計10,075カ所に送付, 2,363カ所より回答。
- (36) 21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会（2020）p.10。
- (37) 全世代型社会保障検討会議（2020）「第6回検討会議議事録」p.5。
- (38) 公正取引委員会（2016）『介護分野に関する調査報告書』2016年9月, p.99。
- (39) 厚生労働省計画課長・振興課長・老人保健課長通知（2007）「地方公共団体が設置する介護サービス提供施設における指定管理者制度の取扱いについて」2007年3月30日, p.3。
- (40) 厚生労働省社会・援護局福祉基盤課長（2014）「社会福祉施設に係る指定管理者制度の運用について」2014年6月24日, p.1。
- (41) 総務省自治行政局行政経営支援室（2019）『公の施設の指定管理者制度の導入状況等に関する調査結果』2019年5月17日。

(42) 公正取引委員会(2016), p.101。

(43) 公正取引委員会(2016), p.101。

(44) 厚生労働省(2020)「社会福祉法人の概要」

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/shakai-fukushi-houjin-seido/01.html (2020年6月10日)。

(45) 厚生労働省(2020)。

(46) 厚生労働省(2020)。

(47) 厚生労働省(2020)。

