

時論

問われているのはワイズプランニング

93.0%と3.3万件。前者が10万円の特別定額給付金の支給完了率(7/17時点)、後者がPCR検査の1日当たり最大可能数(7/18時点)である。いずれも当初と比べて数値は改善してきたものの、コロナ対策の初動段階において、大きな課題を残す事態となった。

10万円給付は決定に至る過程から手戻りがあった。閣議決定後の「減収世帯に最大30万円」が覆り、急遽「全国民に一律10万円」に変更された。対象先が増える一方で元々短かった準備期間はさらに半減した。オンライン申請を推奨したことも混乱に拍車を掛けた。当時のマイナンバーカード取得率は16%に止まり、保有する人でも普段はほとんど使っていなかった。その結果、取得申請やパスワード再発行の手続きに行列ができ、システムが一時ダウンするなどの問題が生じた。

オンライン申請が始まると、すぐに限界が明らかになった。5月1日からオンライン申請を開始した市区町村は679団体と全体の39%であった。多くの自治体でシステム対応が間に合わず、入力情報を紙に印刷して人海戦術でデータ突合し、作業負担に耐えられずオンライン申請を中止する自治体も現れた。結果として、入力項目の多いオンライン申請より、郵送申請の方が簡便で、しかもスピードも早いという「皮肉な事例」も見受けられた。前回、リーマンショック後の2009年に実施した「1万2千円の定額給付」に約3か月を要した反省が、その後活かされてこなかったと考えられる。

実際、国と地方の行政オンライン化は遅れが目立つ。政府のIT総合戦略本部が纏めた行政手続等の棚卸結果等によれば、2019年3月末時点でオンライン化済み手続きの割合は12%、そのうちオンラインで完結できるのは8%に過ぎない。年間件数に基づくオンライン利用率も国等と民間の手続きでは63%なのに対し、地方と民間の手続きに至っては未だ6%に止まっている。

行政事務の電子化実現は20年前の「行政改革大綱」以来の課題であるが、その進捗は不芳である。それは、後継の「規制改革実施計画」の完結状況ですら、2013～19年度累計で41%に低迷していることから明らかである。各省庁が優先課題として継続的に取り組んできたとは言いきれない。

一方で、保健所によるPCR検査は政府自ら「目詰まり」を認めた。当初、同検査を「医療行為」ではなく「疫学調査」と位置付け、検査窓口と対象者を絞らせた。その影響で、症状があり医師が認めた場合でも、すぐに検査を受けられないというボトルネックが生じた。4月に入って、安倍首相は検査目標を1日当たり1万件から2万件に引き上げ、態勢転入れを図った。相前後する形で、厚労省も①同検査を「臨床検査」に変更し保険適用の対象にすると共に、②大学や民間機関に検査窓口を拡大、さらに③「ドライブスルー方式」の検査も解禁したが、検査待ちの解消にはかなりの時間を要した。対応はなし崩しの逐次拡充となり、後手に回ったことは間違いない。

こうした事態を踏まえて、5月の専門家会議では検査拡充が進まなかった理由として、主に①保健所の業務逼迫、②検査機関の能力限界、③民間会社の活用遅延を挙げた。事実、感染症対策の最前線を担う保健所のリソースは削減されてきた。厚労省統計に従えば、全国の保健所数は1990年度の850か所から直近は469か所に落ち込んだ。職員総数も2017年度までに▲20%削減され、そのうち検査技師は▲55%と特に大きく減少している。背景には、結核など感染症撲滅が進む中で、新設した保健センタ

一における各種検診や健康相談など「平時」の保健サービスに重心を移したことがある。

但し、先述の専門家会議の指摘にもあるように、保健所を中心とした組織・体制は今回の「新型コロナウイルス」のような未知の病原体に対する大量の検査を迅速に行うことまでは想定していなかった。2009年の「新型インフルエンザ」への対応を総括した有識者会議提言でも、保健所など感染症の危機管理組織と人員を大幅に増強する必要性が強調されていたが、十分に顧みられなかった可能性が高い。

このように、特別給付とPCR検査で露呈した課題には共通点がある。第一に、中央政府が方針決定し、地方自治体が事業執行するパターンである。省庁側の現場理解不足、各自治体の関連人材難と共に、情報や事例に関する国と地方の縦連携および地方間の横連携がネックになり易い。

第二に、日々繰り返す「平時」の対応ではなく、不測の「有事」の対応である。唯でさえ網羅性とスピードが求められる中、出し手の自治体と受け手の住民いずれも情報が足りず、慣れない作業手順や普段使わないシステム操作で一旦ミスや手戻りが起こると、連鎖的に混乱が広がっていく。

第三に、現場認識や第三者指摘にも拘らず、改善対応が疎かになっていた。本来あってはならないが、発生頻度の低い「有事」対応のため、時間経過に伴って危機意識や優先度が低下し、強力な推進母体がないまま、必要な施策の進捗がうやむやになり、課題解消に至らなかった可能性がある。

さらに、予算面での後押しがあったのかと言うと、それにも疑問が残る。なぜなら、国と地方を合わせた一般政府の財政収支のうち、公共サービスとインフラ整備に関する支出は趨勢的に目減りしてきている。

国民経済計算をもとに、政府支出を①医療や介護など社会保障関連での「家計向け給付・支給(=政府個別消費)」と②一般行政や環境・治安・保健などの運営経費と公共事業に当たる「公共サービス・インフラ整備費(=政府集合消費+公共投資)」に仕分けると、家計向け給付・支給の対GDP比率は2000年度の9%から2018年度に12%に上昇した反面、公共サービス・インフラ整備費は同13%から11%に低下し、逆転現象が生じている。高齢化に伴い社会保障給付が増える一方で、財政赤字の下で経常的な支出が削られたためである。とりわけ、今回問題になったシステム関連を含む「一般公共サービス」と公衆衛生を含む「保健」の内訳項目については、全体並みか、それを上回る減少傾向を示している。

ちなみに、カナダを除くG7諸国を比較してみても、2000年代以降、公共サービス・インフラ整備費が純減しているのは日本だけである。

長引くコロナ禍に加えて、自然災害も多発している。喫緊の課題として、顕在化したリスクへの事後対応には最優先で取り組む必要がある。その上で、中長期の視点から次なるリスクに備え、事前の予防的な態勢整備や対策立案も同時併行で進めていかなければならない。事前予防と事後対応のベストバランスがリスク管理の要諦である。

「言うは易く」ではなく、現場の苦労は十分理解しつつ、だからこそ、要点を押さえた計画策定、着実な事業執行、的確な効果検証、果敢な軌道修正というPDCAサイクルを愚直に回していくしかない。もはや「ワイズペンディング」という予算措置のメリハリ運営の域を超え、「ワイズプランニング」が問われているのではあるまいか。果たして、今回の「骨太の方針」はそれに応えられているのだろうか。

(フェロー役員 調査部長 井上 一幸 : Inoue_Kazuyuki@smtb.jp)

※ 調査月報に掲載している内容は作成時点で入手可能なデータに基づき経済・金融情報を提供するものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。また、執筆者個人の見解であり、当社の公式見解を示すものではありません。