

# 社会 保障 研究

第7卷  
第3号  
2022年

---

## オンゴーイングの災禍と学術研究

..... 酒井 正

---

## 特集：新型コロナウイルス感染症と 社会保障

COVID-19 パンデミックに日本はどう対応してきたか？  
—医療提供体制と人々の行動—

..... 増原 宏明・細谷 圭

新型コロナウイルスと介護

..... 菅原 慎矢

コロナ禍とシーセッション：2020-2022

..... 周 燕飛

ポストコロナに向けた子どもたちの学校生活の現状  
—2022年6月の学校生活調査の結果と予備的解析—

..... 高久 玲音・王 明耀

新型コロナウイルスの蔓延下でのメンタルヘルスの  
変化：これまでの知見と将来への含意

..... 山村 英司

雇用保険と生活保護の狭間の所得保障ニーズへの政策的  
対応：コロナ禍の住居確保給付金・特例貸付と三層のセ  
ーフティネット

..... 安藤 道人・古市 将人・大西 連

新型コロナウイルス感染症パンデミックと公的医療保険財政

..... 鈴木 倫哉・湯田 道生

---

# 社会保障研究 第7巻第3号 (2022年) 目次

## 巻頭言

オンゴーイングの災禍と学術研究 酒井 正 182

## 特集：新型コロナウイルス感染症と社会保障

COVID-19パンデミックに日本はどう対応してきたか？

—医療提供体制と人々の行動— 増原 宏明・細谷 圭 184

新型コロナ感染症と介護 菅原 慎矢 199

コロナ禍とシーセッション：2020-2022 周 燕飛 210

ポストコロナに向けた子どもたちの学校生活の現状

—2022年6月の学校生活調査の結果と予備的解析— 高久 玲音・王 明耀 224

新型コロナウイルスの蔓延下でのメンタルヘルスの変化：

これまでの知見と将来への含意 山村 英司 236

雇用保険と生活保護の狭間の所得保障ニーズへの政策的対応：

コロナ禍の住居確保給付金・特例貸付と三層のセーフティネット  
安藤 道人, 古市 将人, 大西 連 246

新型コロナウイルス感染症パンデミックと公的医療保険財政 鈴木 倫哉・湯田 道生 262

## 動向

令和2（2020）年度 社会保障費用統計—概要と解説—

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト 279

## 情報

香港における新型コロナの現状—第5波の衝撃と規制緩和への転換— 澤田 ゆかり 291

## 書評

広瀬巖 著『パンデミックの倫理学』（勁草書房，2021年） 山村 英司 295

## 新刊紹介

ハワード・スティーヴン・フリードマン 著 南沢篤花 訳

『命に<価格>をつけられるのか』（慶応義塾大学出版会，2021年） 盖 若琰 299

## 巻頭言

### オンゴーイングの災禍と学術研究

わが国で新型コロナ・ウイルスへの感染が確認されてから、早3年が経過しようとしている。いまだ感染拡大の波は繰り返されているが、行動制限は無くなり、水際対策も緩和された。経済活動に対する制約は、コロナ以前の状態に戻りつつある。コロナ禍において実施されてきたさまざまな特例措置は終了や縮小の方向にあり、そのことで困窮者があらためて顕在化する恐れもある。いずれにせよ、コロナ後の体制への移行が、ようやく本格化しようとしていることは間違いない。だが、コロナ後の制度のあり方を考えるにあたっては、コロナ禍において何が起きていたのか正確に検証することから始める必要がある。

コロナ禍ほどわが国の社会制度の潜在的な綻びを突いたものは無かったとは、しばしば指摘されることだ。たしかに、コロナ禍は、医療供給体制や困窮者支援のあり方に大きな課題を投げかけた。また、コロナ禍は、人びとや企業の行動にも変化をもたらした。コロナ禍による人びとの行動変容を把握し、コロナ後の世界がコロナ前の世界とは異なっている可能性を認識しなければ、今後の制度のあり方も考えられないだろう。

それと同時に、コロナ禍は、研究と政策との関係のあり方に対しても問題を提起したのではないだろうか。本誌が主に対象とするような学問分野が想定するタイムフレームは、社会保障政策が決定されるプロセスのタイムフレームに比べて長く、学術研究の知見が実際の政策に反映されにくいと言われて来た。だが、コロナ禍におけるアカデミズムの反応は、異例とも思えるほど早かったと感じる。

一例に過ぎないが、経済学の分野で言えば、2020年の前半中にはコロナの感染拡大の影響に関する分析が現れ始め、それらが学術ジャーナルにも掲載された。日本経済学会を始めとする各種の組織や機関でも、コロナに関する研究を集約するサイトが早い時期に設けられる等した。もちろん、その背景には、コロナの社会への影響に関する各種の調査が迅速に行われたことに加え、スマホによる位置情報等の非伝統的データも利用されることで、短いタイムラグで研究を行える環境が整えられていたこともある。こうして、コロナの感染拡大やそれらに対する各種の施策が社会経済に及

ばす影響に関するエビデンスは、コロナ禍と同時進行で急速に蓄積されて行ったのである。

それでは、それらのエビデンスが十分に政策決定に活かされたかと言えば、そこには議論の余地があるだろう。エビデンスが政策決定に結びついていないことの弊害は、コロナ禍における各種施策の「出口戦略」がなかなか示されなかったことに顕著に表れているように思える。だが、このことは、「エビデンスが示されているにもかかわらず、政治や行政がそれを活かす力が無かった」という話に単純化させてはならない問題だ。

政策決定は、常に国民に対する説明責任のプレッシャーに晒されている。そのために保守的に（あるいは逆に人目を引くように）振れがちな政策決定を、エビデンスによって適切な方向にどう導くかということは今後の一つの課題だろう。政治や行政が説明責任を果たせるような<sup>じなら</sup>地均しをするのも、アカデミズムの一つの役割かもしれない。結局、コロナ禍によって、アカデミズムの側も多大な気付きを得たと言えるのではないだろうか。

経験したことの無いショックが進行する中でエビデンス自体が刻一刻と更新される状況では、研究者にも「走りながら考える」姿勢が求められる。一方で、本特集に掲載された分析のように、少し時間を置いたタイミングで掘り下げたエビデンスを提示することも、学術研究として不可欠と思われる。医療供給体制を論じた本特集の増原・細谷論文が示唆するように、非日常において必要となる政策は、平時にこそ十分に練っておかなければならない。同じように、学術研究にとっては、平時におけるエビデンスの再整理こそが重要なかもしれない。

本特集では、医療提供体制・介護サービスから、非正規雇用の女性、メンタルヘルス、子ども達の学校生活や住宅確保給付金・緊急小口資金の特例貸付と幅広いトピックについて、第一人者による論考が寄せられており、コロナの影響に関して深い知見が得られている。これほどまでに国民全体が巻き込まれ、専門家の意見もクローズアップされていたにもかかわらず、政策決定における肝心な「当事者」の不在を指摘するものもあり（高久・王論文）、筆者が専門とする労働分野にも通じるものを感じた。これらの分析が、今後の議論の土台となる必要がある。

尚、本特集の刊行と機を同じくして、『人口問題研究』でもコロナの特集が組まれるということなので、マクロの観点からのコロナの人口への影響はそちらをご覧頂きたい。

酒 井 正

（さかい・ただし 法政大学経済学部教授）

## 特集：新型コロナウイルス感染症と社会保障

## COVID-19パンデミックに日本はどう対応してきたか？

## ——医療提供体制と人々の行動——

増原 宏明\*<sup>1</sup>, 細谷 圭\*<sup>2</sup>

## 抄 録

本研究は、わが国がCOVID-19パンデミックに直面してどのように対応してきたかを、実証研究と制度的側面からまとめたものである。主要な結論は以下の通りである。第一に、マクロ的な指標における日本の特殊性が明らかになったことである。PCR検査陽性者数とGoogleの活動指数が他国と比較すると変動が小さかった。感染抑止にかかわる厳格度指標も、都市のロックダウンなど非常に厳しい措置が行われた国と比較すると、相対的に低水準であった。第二に、わが国のCOVID-19への政策的な対応が対症療法とならざるをえず、混乱をきたしたことである。とりわけ、事前の法的枠組みが存在しなかった2020年度はその傾向が顕著であり、頻繁な事務連絡が出ることで混乱に陥った。第三に、人々の行動が感染に影響を与えていることである。ワクチン接種が人々の行動や陽性者数に及ぼした影響に関する実証的知見をまとめ、政策的なインプリケーションを導く。本研究では、地域の特性に応じた裁量的な政策が困難な場合に、ルールに基づいた対応の重要性を指摘している。

キーワード：COVID-19, 医療提供体制, 病床確保料, ワクチン接種, モビリティ

社会保障研究 2022, vol.7, no.3, pp.184-198.

## I はじめに

ハイスピードな少子高齢化が引き起こす諸問題、そして厳しい財政制約から、国・厚生労働省をはじめ、日本の医療の行く末に関心を寄せる多くの人々は、医療改革の基本的な方向性として効率化の必要性を訴え、事実、ある部分の施策はそれに沿って展開されてきた。人口動態をはじめ、社会の趨勢が急変したわけではないので、この方向性自体は間違っていない。しかしながら、今般

の新型コロナ・パンデミックに直面し、一度立ち止まって従前の効率化の「中身」を精査し、将来の同様の事態には万全の備えで臨める体制を新たに構築することは、多くの国民が真に望むところであろう。

本論文は、2019年末を起点として世界に拡散している、新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）を病原体とする急性疾患COVID-19のパンデミック（世界的流行）について、主に日本を対象として回顧と展望を試みる<sup>1)</sup>。本論文が特に注目するのは医療の供給サイド・医療提供体制と需要サイド・

\*<sup>1</sup> 信州大学経法学部 教授

\*<sup>2</sup> 國學院大學経済学部 教授

<sup>1)</sup> パンデミックそのものに加え、それを受けて行われてきた医療経済学的な研究の回顧と展望の意味も併せもつ。

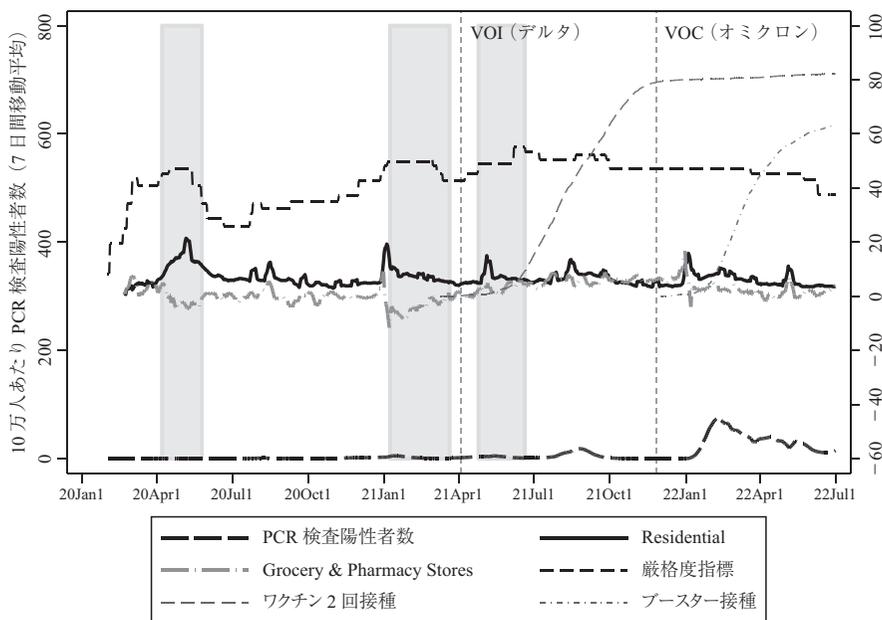
患者（消費者）行動である。感染症の流行に際しては供給サイドの「構え」が第一義的に重要だが、今回は周知のように行動変容やワクチン接種といった需要サイドに関係するものも重要なポイントであり、人々の行動を観察・分析しておくことも忘れてはならない。また、次節で示すように、日本のパンデミックの状況はG7等のほかの先進国と比較しても、特異な経過を辿っている。この点もよく確認しておくべきである。

紙幅の都合もあり、日本を対象として含むこれまでに行われてきた特徴的な研究を本論文は検討の対象とするが、われわれが行った研究の一部についてはデータをアップデートし、新たに追加的な分析も実施している。本論文の残りの構成は次の通りである。第Ⅱ節では、日本のCOVID-19パンデミックの状況について、関連する複数のデー

タをまとめて概観し、全体像を確認する。第Ⅲ節では、医療提供体制の機能不全がどのような原因で生じたのかを明らかにし、次なる危機への備えを探る。第Ⅳ節では、人々の行動と感染動態との関係性について、多角的な視点から考察する。第Ⅴ節は本論文のまとめとする。

## Ⅱ 日本におけるパンデミックの概況

本節では、COVID-19に関連するいくつかの重要なデータに基づいて、日本の状況を図1により概観する<sup>2)</sup>。期間は2020年2月1日から2022年7月1日（実質6月まで）である。図1をみる際、特に他国と比較する場合には、2021年11月末頃の前と後で区分けしてみるべきだと考える。なぜなら、2021年12月頃から世界的にオミクロン変異株が流



出所：Hosoya and Masuhara (2022, forthcoming) および公表データに基づき、筆者作成。

図1 日本のパンデミックの概況（2020年2月～2022年6月）

<sup>2)</sup> 本節の分析はHosoya and Masuhara (2022, forthcoming) に基づく。データの詳細、2021年11月末までのG7の他国の状況についての詳細は、上記論文を参照されたい。また、図1と同じ期間について、割愛したほかのG7参加国、シンガポール、韓国、そして台湾の状況については別稿の増原・細谷 (2022) を参照されたい。なお、本論文の以下の分析についても、紙幅の都合で割愛せざるを得なかった内容は基本的にすべて増原・細谷 (2022) で論じている。

行し、他方でワクチンのブースター接種も早い国では開始され、状況がより一層複雑化するからである（国ごとの対応強度もこの頃からばらつきが大きくなる）。政府の感染症対策、人々の行動、そしてワクチン接種状況などから、意味のあるかたちで感染状況を描写し比較できる時期としては、2021年11月あたりまでが適当である。

感染者数（PCR検査陽性者数）の動向に関してはよく知られているが、特徴的なのは、Googleの活動指数（Google's COVID-19 Community Mobility Reports）のうごきである<sup>3)</sup>。他国と比較すると変動が小さいが、2021年の春頃までは感染状況との対応関係がはっきりとみてとれる（感染まん延時期に在宅が増え、日常的な買い物は控え目である）。しかしいわゆる第5波では、活動指数との相関はあまりみられなくなる。背景には、ワクチン接種が同時期にかなり進展し、ある程度の安心感が生まれたこと、経済合理性の観点から外に出ることを多くの人々が選択したことなどが考えられる。感染抑止にかかわる厳格度指標（Oxford stringency index）は、緊急事態宣言の発出時期などは高水準となるが、都市のロックダウンなど非常に厳しい措置が行われた国と比較すると、相対的に低水準である。2022年に入りオミクロン変異株が急速に拡散したようすが示されているが、ワクチン接種も相当程度進み、厳格度も維持されたなかでそうした拡散が起こっている（活動指教にも大きな変化はない）。しばしば日本は他国と比べて特異的な状況にあると指摘されるが、詳細は増原・細谷（2022）を参照されたい。

医療資源が決定的に不足しているわけではなく、アウトブレイクの程度も他国と比べてそれほど厳しくはなかった日本において、医療崩壊や命の選別といった事態に直面し、医療が機能不全に陥ったことは事実である。このおもな原因を洗い出し、今後の危機への備えを再構築することは急務である。本論文の第Ⅲ節ではこうした事柄を取

り扱う。一方で、感染症の問題を考える場合に必ず考えなければならない要素として人々の行動がある。人々の行動があつてこそそのウイルス伝播だからである。他方、自由で民主的な国家において、行動の自由を最大限保障することは最も基本的な国家の存立要件でもある。強力な介入を長期にわたって行うことが困難な民主国家では、感染症から人々を守り、感染症患者を適切に保護することが不可欠であり、感染制御に失敗した国は多方面で多大な犠牲を強いられることをここ2年半でわれわれは数多く学んできた。したがって、パンデミックに際しての人々の行動特性を理解しておくことも重要である。それに影響する要因として、行動抑制を促す政府の種々の介入政策、数々の経済支援策（給付金や外出促進キャンペーンなど）、そしてワクチン接種の進展や治療薬の普及などが考えられる。第Ⅳ節はこうした問題に言及する。

### Ⅲ コロナショックで顕在化した医療提供体制の問題点

本節では、COVID-19に対してわが国の医療提供体制がどのように対応したのか、その特徴をまとめ、問題点を指摘したい<sup>4)</sup>。ただし、COVID-19への対応を検討するにあたっては、a) 2020年以前の感染症法と新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下、特措法）に代表される法律、b) COVID-19発生以降の法律の改正、c) 法律に基づく予算措置、d) 法律と予算措置に基づく厚生労働省の事務連絡を説明しなければならない。とりわけ予算措置と事務連絡は、都道府県が医療機関へ要請しながら整備するものと、直接医療機関等に対するものがあり、二つが密接に関連しながら医療提供体制を構築する。しかしながら、限られた紙幅でこれらすべてを検討することは不可能であるので、本稿では、医療機関に対する部分に限定

<sup>3)</sup> モビリティを把握するデータとして世界的によく利用されるのがGoogleの活動指数であり、これを使用した先駆的な研究としてFernández-Villaverde and Jones（2020）がある。彼らは活動指数を“Google Activity”と呼んでいる。日本の報道や研究では、NTTドコモの位置情報データが比較的多く利用されている。

<sup>4)</sup> 鈴木（2021）も同様に、わが国の医療提供体制の問題点を検討している。

し、わが国が直面した危機とその対応を検討する。そして、上記のa) からd) までをCOVID-19パンデミック前から時系列的に増原・細谷 (2022) で分析している。

COVID-19は、2020年2月1日に、感染症法の指定感染症に2022年1月31日までの時限つきで政令指定された。都道府県の知事は、対策基本方針の策定、情報収集・公表、積極的疫学調査が実施でき、疑いのある者に健康診断を受けさせること、就業制限、入院措置、消毒、医療関係者に対するの協力要請を行うことができるようになった。また疑似症患者や無症状病原体保有者は調査への協力義務が課され、陽性者に対しては入院勧告がなされる(拒否した場合の罰則規定はない)。2020年2月1日には事務連絡が出され、各都道府県に「帰国者・接触者相談センター」と「帰国者・接触者外来」を、2月上旬を目途に設置することが求められた。前者は電話での相談を通じ、疑い例を「帰国者・接触者外来」へ受診させるよう調整を行うことが目的とされた。確実にCOVID-19のみをスクリーニングし、疑い例にも該当しない発熱患者の殺到を避けるために、「帰国者・接触者外来」は一般への公表も原則行われなかった。2020年1月から2月にかけての医療提供体制は、2020年以前よりわが国に備えられていた感染症法に基づく「隔離」を目指しており、そのための医療体制整備がなされた。

しかしながら、感染症法での対策は、早々に変更せざるを得ない状況となった。2020年3月1日の事務連絡で、入院医療提供体制として、「重症者や重症化するおそれが高い者に対する入院医療の提供に支障をきたすと判断される場合」においては、「感染予防策をしたうえで、一般病床も含めて必要な病床を確保」するとされ、さらに「症状がない、もしくは症状が軽い人(ただし高齢者や基礎疾患を有する人を除く)は、PCR検査が陽性であっても、自宅での安静・療養を原則とする」とされた。2020年2月28日のいわゆる「西浦予測」を受けて、早々に一般病床、さらには自宅療養を含めての対応が決定された。

2020年3月13日に特措法を改正し、COVID-19を

新型インフルエンザとみなして特措法を適用し(ただし2年間)、国・都道府県が定めた「新型インフルエンザ等対策行動計画」を、COVID-19に適用させて乗り切りを図った。この改正により、COVID-19がまん延し、国民生活と国民経済に重大な影響を及ぼす場合の「緊急事態宣言」、外出自粛要請、学校・社会福祉施設・遊興施設の利用停止要請、住民への予防接種、医療や医療品等の確保、医療施設のための土地等の強制利用、医療のための必要物資の輸送や売渡の要請、価格安定措置、政府金融機関等による緊急融資、財政上の措置が可能となった。

2020年3月26日の事務連絡では、都道府県向けに、3月1日時点での方針をさらに具体化した方向性が示された。その内容は、医療提供体制、調整本部の設置と広域搬送、シナリオに基づくピーク時の医療体制整備、医療従事者の確保の四つから成り立っている。このなかから、医療提供体制にかかわる部分について補足する。医療提供体制に関しては、都道府県単位での整備が求められ、COVID-19患者を病棟単位もしくは医療機関単位で重点的に受け入れる「重点医療機関」の設置が要請された。シナリオに基づくピーク時の医療体制整備に関しては、a) 全医療機関の感染症病床、b) 感染症指定医療機関の一般病床およびCOVID-19患者を受け入れるための病床を確保した医療機関、c) 新型インフルエンザ患者入院医療機関のなかの協力医療機関・公立・公的医療機関、d) その他の医療機関という順番を目安にして、重点医療機関を設置することが要請された。つまり、感染症病床と感染症指定医療機関という、感染症法で想定された対策を基本としながら、公立・公的医療機関に協力を仰ぐかたちで、重点医療機関の整備が求められた。

2020年4月2日には、3月1日の医療提供体制の方針でふれられた、宿泊療養・自宅療養に関する具体的な方針が事務連絡として発せられた。対象者は、無症状病原体保有者および軽症患者で、医師が、症状や病床の状況等から必ずしも入院が必要な状態ではないと判断した者が対象とされた。都道府県が宿泊での療養場所を用意し、宿泊施設の

表1 病床確保料の変遷

(単位：万円)		2022年1月～		2020年10月	2020年5月	2020年4月
		平均を30% 上回る場合	平均を30% 下回る場合			
重点医療機関	ICU	43.6	30.5	43.6	30.1	9.7
	特定機能病院 HCU	21.1	14.8	21.1	21.1	4.1 (重症者病床)
	その他病床	7.4	5.2	7.4	5.2	1.6
一般の医療機関	ICU	30.1	21.1	30.1	30.1	9.7
	HCU	21.1	14.8	21.1	21.1	4.1 (重症者病床)
	その他病床	7.1	5	7.1	5.2	1.6
協力医療機関	ICU	30.1	21.1	30.1	30.1	9.7
	HCU	21.1	14.8	21.1	21.1	4.1 (重症者病床)
	その他病床	5.2	3.6	5.2	5.2	1.6
その他医療機関	ICU	9.7	6.8	9.7	9.7	9.7
	重症・中等症病床	4.1	2.9	4.1	4.1	4.1 (重症者病床)
	その他病床	1.6	1.1	1.6	1.6	1.6
要件		空床および休止病床 (即応病床1床につき2床まで)		空床および 休止病床	空床および 休止病床	空床

出所：厚生労働省事務連絡より筆者作成。

受入可能人数を超えることが想定される場合には、高齢者等と同居している軽症者を優先的に受け入れることとされた。自宅療養に関しては、軽症者等が適切に健康・感染管理を行うためのフォローアップが可能であれば、実施できるとされた。宿泊療養・自宅療養の解除に関しては、退院基準と同じく二回連続でPCR検査での陰性が確認された場合とされた。

2020年3月1日の方針と4月2日の宿泊療養・自宅療養を着実に実行するための予算措置に関しては、2020年4月30日に、「令和2年度厚生労働省第1次補正予算」でなされた。医療機関への個別支援よりも体制整備がメインの補正予算であったが、医療機関への補助だけは目玉の一つとしてあげられた。新型コロナに係る空床確保の補助として、「空床のみ」にICU9.7万円、重症者病床4.1万円、その他1.6万円の補助金（すべて1日あたり）が打ち出された。なお、これらは確保病床料に対してなされ、患者を引き受けた場合にはこれとは別に診療報酬が支払われる。確保料については、表1にまとめられている。2020年4月以降の確保料の変遷と統合的に区分するために、4月時点では医療

機関別になっていないが、これ以降の説明のために、あらかじめ区分していることに注意されたい。

第1次補正予算で十分とはいいがたかった医療機関への支援を充実させるために、2020年の6月12日に「令和2年度厚生労働省第2次補正予算」を成立させた。この補正予算は大きく四つから成り立っており、a) 感染リスクを抱えながら医療を提供する医療従事者への支援、b) 新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関への支援、c) 地域医療の確保に必要な診療を継続する医療機関への支援、d) 万全な検査体制、ワクチン・治療薬の開発支援である。とりわけb) に関して、「重点医療機関の病床確保や設備整備支援」が謳われ、「新型コロナに係る空床確保の補助」として、補助の充実が行われた。重点医療機関と協力医療機関の分類が追加され、前者は都道府県が指定し、「病棟」単位でCOVID-19患者の病床を確保し、確保病床すべてで酸素投与および呼吸モニタリングが可能な医療機関となる。後者は都道府県が指定し、COVID-19「疑い患者」専用の「個室」を設置し、その患者用の病床を確保し、確保病床すべてで酸

素投与および呼吸モニタリングが可能で、トイレやシャワーなどほかの患者と独立した「動線」が確保され、必要な検体採取が可能な医療機関となる。

さらに病床確保料は、1次補正では「空床のみ」であったが、2次補正では「空床および休止病床」となった。つまり、4人部屋×12室(=48床)で一病棟を構成し、この病棟を用いて、疑い患者を受け入れる協力医療機関となった場合には、12室を個室化しなければならないので、疑い患者用の病床は12床(1床×12室)となり、残りの36床(3床×12室)は休止した病床となる。この休止病床にも補助が入ることが、2次補正の大きな特徴である。これらの「空床および休止病床」に対して、2次補正では、重点医療機関・協力医療機関については、1日あたりICUは30.1万円、HCUは21.1万円、その他病床では5.2万円の補助がなされた。それ以外の医療機関では、1日あたりICUは9.7万円、「重症者・中等症者病床」は4.1万円、その他は1.6万円の補助となった(表1)。とりわけ、COVID-19の「疑い患者」を引き受ける協力医療機関への補助が手厚いものとなった。さらに、重点医療機関に対しては、「新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等における設備整備の支援」として、CTなどに対しても、リースでの導入あれば補助(6,600万円上限)が付き(2020年11月には、リースよりも安価であれば、購入も可能に変更)、PCR検査が少ないという批判に対して、CTでの診断を充実させる意図が強くにじんだものとなっている<sup>5)</sup>。

また、診療報酬上の特例的な対応も行われ、重症の新型コロナウイルス感染症患者を治療するICUに対して、「特定集中治療室管理料」を2次補正前の2倍から、3倍に引き上げた(特定集中治療室管理料3の9,697点が、臨時特例で2倍の19,394点となり、さらなる見直しが行われ3倍の29,091点となった)。中等症の新型コロナウイルス感染症患者に対しては、救急医療管理加算の3倍相当(2,850点)の加算が算定できることとなった。そ

のほか、救急・周産期・小児医療機関へ院内感染防止のための設備に補助をつけたり、福祉医療機構を通じた優遇融資を拡充させたり、1次補正では間に合わなかった、個別医療機関への対策を充実させた。

2020年5月頃の第1波が落ち着いたことで、頻繁に出されてきた事務連絡も少なくなった。次に大きなうごきをみせたのは、2020年6月19日の事務連絡の「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」である。これは、後述の第2次補正と連動して、予算措置を伴っての医療提供体制構築のための指針である。医療提供体制は、都道府県が主体となって整備し、保健所・保健所設置市との連携を平時から構築することが求められ、感染実態を踏まえた都道府県ごとの患者推計と必要な病床数の推計が、一定の仮定のもとに行われた。とりわけ、ある時点からの数日の入院患者数の時間軸を考慮した推計が出されたことが特徴である。そして3日目の患者推計に基づき、社会への協力要請を出すことが推奨された。これは感染症が指数関数的に増加するという特徴に対して、「感染爆発のアラート」を発するものであり、感染爆発の程度に応じて、「フェーズ」(多くの都道府県では4段階)を設定して運用することとなった。各フェーズで必要な病床数を確保する必要があり、フェーズごとに即時対応として確保することを計画する病床を「即応病床(計画)」と定義し、また即応病床(計画)のなかで、あるフェーズで予測される患者数に即時対応できる病床を「即応病床」(空床にしておき、受け入れ要請があった場合に、即時受け入れ可能な病床)と定義した。さらに、要請後、1週間程度で患者の受け入れ可能な病床として、「準備病床」を定義した。これらの体制整備のために、2019年度の子備費や、第1次補正予算だけではなく、第2次補正予算とも連動した計画となった。2020年7月上旬には患者推計と病床確保計画の策定を行い、7月下旬には体制整備を完了することが、都道府県に求められた。

<sup>5)</sup> そのほかの、設備と上限金額は以下の通り。超音波画像診断装置(1,100万円)、血液浄化装置(660万円)、気管支鏡(550万円)、生体情報モニタ(110万円)、分娩監視装置(220万円)、新生児モニタ(110万円)。

2020年10月には、予備費によって、「新型コロナウイルス感染症に対応した医療機関等への更なる支援」を実施した。医療機関への支援は大きく四つあり、第一に「新型コロナ患者の病床・宿泊療養体制の整備」として、2020年10月以降の病床や宿泊療養施設の確保に7,394億円を計上した。第二に、「新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る診療報酬の特例的な対応」として、呼吸不全管理が必要な中等症以上の患者への治療の実態を反映させ、救急医療管理加算の5倍相当(4,750点)を算定できるように改められた。第三に、特定機能病院の病床確保料のさらなる引き上げとして、2020年10月には重点医療機関かつ特定機能病院ではICUは43.6万円、HCUは21.1万円、その他病床は7.4万円に引き上げられ、重点医療機関である一般病院では、その他病床が7.1万円に引き上げられた(表1)。第四に、医療資格者の労災給付の上乗せが定められた。

2020年12月までの厚生労働省の反応は、地域医療連携・病院間連携を暗黙的に志向していたのかもしれないが、少なくとも予算措置として明確に表れているとはいいがたく、どちらかといえばCOVID-19の治療は一つの医療機関での完結型と勘違いされてもおかしくないような状況であった。連携不足や入院調整・転院調整が困難であることが顕在化してきたため、12月25日に、COVID-19の治療でも地域連携・機能分化を打ち出す事務連絡を出した。ここには、a) 更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援、b) 既存施設等の最大限の活用等による病床確保、c) 院内感染の早期収束支援、d) 看護師等の医療従事者派遣の支援等による人材確保、e) 高齢者施設等での感染予防および感染発生時の早期収束のために、予備費2,693億円を使っての対策が実施された。a) は、COVID-19の患者を受け入れる病床のひっ迫を解消し、受入病床と人員を確保するために、2020年度中の緊急的な措置として、受入体制を強化するための支援を行うものである(内容は後述の第3次補正での、重症者病床への1床1,500万円)。

地域医療連携、機能分化についてはb)の確保病

床の最大限の活用に記載されており、具体的には、第一に、感染が拡大し医療への負荷が高まっているときの入院の考えとして、「地域で協議して活用している地域の取組事例を紹介」と「患者の入院調整や各医療機関の患者受入状況について、地域の医療機関間での情報共有(見える化)を促進」と明記した。第二に、治療後に回復した患者を受け入れる後方医療機関の支援として、回復後の入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関に対して、二類感染症患者入院診療加算の3倍(750点)が算定され、介護施設に対しても退院患者を受け入れる場合には、定員超過減算を適用しないなどとし、重点医療機関からの転院が促進される道筋をつくった。これら二つの方針は、地域医療連携、機能分化をCOVID-19でも推し進めるものであり、そのための予備費を使って対策を行った。

2021年1月28日に成立した「令和2年度厚生労働省第3次補正予算」では、重症患者の病床確保をすることで、地域の医療体制を守るための措置を引き続き充実させた。2020年12月25日に予備費2,693億円を活用した緊急支援に引き続き、第3次補正では1兆1,763億円が積み込まれた。これは、病床がひっ迫した都道府県が国に申し出れば、COVID-19の患者もしくは疑い患者を引き受けている医療機関に、重症者病床で1床1,500万円、その他病床で1床450万円、協力医療機関の疑い患者病床には1床450万円の補助を行うものである(ただし対象経費は、3月31日までの医療従事者の人件費と感染防止のための消毒費用等)。さらに、2020年12月25日から2021年2月28日までに新たに割りあてられた確保病床に対しては、緊急事態宣言が発令された都道府県では、1床450万円(発令されていない都道府県は300万円)が加算された。すなわち、1次補正から予備費まで行っていた、確保病床・休止病床への1日あたりの定額補助だけではなく、新たに確保した確保病床に対する一時的な補助を行い、「総力戦」で病床の確保にあたったのである。2021年1月からの陽性者の爆発を背景として、医療機関へ一時的だが強い経済的インセンティブを与えることで、COVID-19への治療

に参入してもらおうという国の強い意志がみてとれる。

そのほか、第3次補正予算では、重症患者の受入病床確保として、回復患者の転院支援のために診療報酬の特例評価を行った。具体的には、療養病床を一般病床とみなして病床確保料の対象とし、療養病床にCOVID-19の患者を引き受けた場合には、一般病床とみなして、中等症に対する救急医療特例加算の例外措置（3倍、2,850点）を算定できるようにした。また、COVID-19からの回復後に入院管理が必要な患者の転院を受け入れた医療機関に対して、二類感染症患者入院診療加算250点を3倍に引き上げて、750点とした。重点医療機関へ医師・看護師が派遣された場合の処遇改善を目的として、派遣元への補助上限額も引き上げた。

2021年2月3日に感染症法が改正（施行は2月13日）された。COVID-19を指定感染症として定めた政令の期限が、2021年3月27日までとなっていたので、この改正により新型コロナウイルス感染症（さらに再興型コロナウイルス感染症も）は、新型インフルエンザ等感染症の一つとして取り扱うこととされた。同日に、特措法も改正され（施行は2月13日）、附則かつ時限的（2年）なものとしたCOVID-19を、本文で新型インフルエンザ等に含まれるものと改めた。主な改正点は、第一に、緊急事態宣言前の短縮要請ができるまん延防止等重点措置の公示が可能となったことである。緊急事態宣言を発令しなければ自粛要請ができないという矛盾が、この時点でようやく解消された。第二に、緊急事態宣言に基づく協力要請に対して従わない場合に、その措置に対する指示を命令することができ、過料30万円以下を課すことができるようになった。第三に、国と地方自治体が、措置により経営が悪化した事業者に対して、財政上の支援を行うことができるようになった。

2021年2月16日に、後方支援病院を含む地域医療連携と、機能分化が明確化された方針が出された。そこでは、重症用患者への対応として、大学

病院や地域の基幹病院などでの受け入れを整備することが求められた。中等症患者の対応として、重点医療機関が中心的役割を担うことになることから、必須となる医療機能をほかと分担してCOVID-19対応ができるように調整し、新たな受け入れ態勢を充実するように要請された。さらに、COVID-19を受け入れてこなかった回復期や療養病床をもつ病院にも、中等症の患者の受け入れが依頼された。COVID-19から回復した患者への対応として、後方支援医療機関の確保に、医師会と連携して取り組むことが求められた。これらの方針をまとめたものが、「新型コロナウイルス感染症 診療の手引き」にある陽性患者のフローとなる<sup>9)</sup>。

2021年初頭のCOVID-19の拡大の際に、都道府県と医療機関間での認識共有がなされておらず、確保病床として計上されていても実際に受け入れが難しかった事例が頻繁に生じた。また、宿泊療養に関しても、確保している部屋が人員体制や消毒の運用面に課題があり、すぐに利用できず稼働率が低いなど、問題が指摘された。さらに病床や宿泊療養施設を確保できていても、患者の療養先調整や搬送の体制が不十分で、転院・退院調整に時間を要したりして、自宅療養で悪化した際の移送対応も不十分であった。これらの問題点の解消を図るべく、2021年3月24日に事務連絡が出された。そこでは都道府県に対して、医療提供体制整備とその運用に関して、関係機関と協議・合意をすることが求められた。具体的には、感染者数が1日あたりで2021年初頭の第3波の2倍程度になっても、患者対応を行うことのできる体制を整備し、患者の療養先を確保することであり、予定入院・手術の延期などでの緊急的な病床確保策を定め、健康管理を強化した宿泊療養施設の稼働、自宅療養者への健康観察体制の確保（パルスオキシメーターの活用、往診・オンライン診療など）などが要請された。運用に関しては、COVID-19とそれ以外の医療双方に関するチェック項目（療養先調整中人数、後方支援医療機関への待機件数、

<sup>9)</sup> 2021年2月16日「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について 別紙1」を参照せよ。

救急搬送困難事案件数、ICUの使用率など）を国が示し、これに基づき都道府県が状況を確認し、改善できる体制を構築することが課された。

ここまで述べた対策は、2022年7月時点でも継続している方針であり、抜本的な変更は行われていない。すなわちアルファ株（第4波、2021年春）やデルタ株（第5波、2021年夏）、そしてオミクロン株への対応に関しても、ほぼ同じ指針に基づいている。また予算面の措置として、2021年度も、2020年度の第3次補正で実施された支援が継続され、9月30日まで延長された。しかしながら、2021年夏のデルタ株による陽性者の爆発的増加を受けて、都市部での「医療難民」と「幽霊病床」の存在がクローズアップされた。とりわけ後者は、COVID-19への即応病床として医療機関が申請して、補助金を受給したにもかかわらず、実際には使用実績のない病床が存在していたのではないかと疑われ、社会的に大きな関心呼んだ。もちろん、重症者の対応で人手不足が発生し対応できなかったという供給制約もあるが、結果的には患者を引き受けられなかった医療機関も存在したことは事実である。確保料の設定と患者を引き受けられなかった際の返還についての制度設計については、厚生労働省の見込み違いがあったかもしれないが、大きな社会的課題を残した。

幽霊病床の問題が顕在化したことに対して、「医療機関等情報支援システム（G-MIS）」を用いて、2021年12月より確保病床と即応病床を医療機関ごとに公表するようになった。さらに、厚生労働省は幽霊病床対策のために、2021年11月24日から確保料を変更した（表1）。主要なものは以下の通りである。まず「G-MIS等による入院患者受け入れ状況等の正確・迅速な入力を行う」ことが要件として課された。とりわけ大きな変更は、即応病床使用率（3か月間）がその医療機関の立地する都道府県の平均を30%下回ると、確保料を3割減額したことである。さらに大きな変更は、COVID-19患者を受け入れるために休止した病床の扱いである。2021年12月までは、休止病床数の上限がなく、これを多くすることで病床確保料が多く支払われる構造となっていた。2022年1月か

らは、即応病床1床あたり休止病床2床まで（ICU・HCUは4床まで）と上限を設定した。

この上限設定を、4床部屋で検討してみよう。2021年12月までは、「即応病床1床と休床3床」として個室化していたのが、2022年1月からは「即応病床1床と休床2床のみ」に制限された。一病棟を48床12室とすると、2021年12月までは確保病床12床、休止病床36床とできたが、2022年1月からは確保病床12床、休止病床24床、収益なしの休止病床12床と制限されることになった。すなわち、重点医療機関の一般の医療機関であれば、その他病床の場合は1日あたり7.1万円×12＝85.2万円の減収、協力医療機関であれば、その他病床の場合は1日あたり5.2万円×12＝62.4万円の減収となる。さらに、直近3か月の即応病床使用率が平均を30%下回った場合を、一病棟48床12室でシミュレーションする（ただし、即応病床の入院がなく、すべて確保病床とする）。重点医療機関の一般の医療機関の場合は、2021年12月までは、1日あたり7.1万円×48＝340.8万円の収益となるが、2022年1月以降は30%減額されて、さらに12床が収益なしの休止病床となるので、1日あたり5万円×36＝180万円と、半分強に減額された。協力医療機関のその他病床の場合でも、2021年12月までは、1日あたり5.2万円×48＝249.6万円の収益となるが、2022年1月以降は30%減額されて、さらに12床が収益なしの休止病床となるので、1日あたり3.6万円×36＝129.6万円と、やはり半分強に減額された。

2021年12月31日にはPCR検査の診療報酬点数も改訂された。2021年12月30日までは外注であると1,800点であったが、12月31日より1,350点となり、さらに2022年4月1日以降は700点となった。同時に、院内でのPCR検査も1,350点から2021年12月31日以降は700点へと引き下げられた。同じく2021年12月31日から、抗原定性検査は600点から300点、抗原定量検査は600点から560点となった。

以上が、COVID-19をめぐる対応を、主に医療提供体制に焦点をあててまとめたものである。都道府県での体制づくりと連動しているため、医療機関に限定して抽出することはできないが、以下の

ように要約できる。第一に、2020年2月から5月にかけての「混乱」である。感染症法、特措法においては、半ば強引に読み替えをしたためか、スムーズな対応とはいえなかった。第二に、2020年後半から2021年前半にかけての、医療機関への手厚い補助である。補正予算や予備費を使って、確保料を随時変更することで、病床を確保した。第三に、2021年からの「地域医療連携」によるCOVID-19への対応である。感染症法で規定された隔離に基づく病院完結型の治療からの脱却を志向している。第四に、補助金の実効性の強化である。2021年夏の第5波における医療難民と幽霊病床の批判を受けて、病床確保料に関して、強引に情報公開を行った。

未曾有の危機に直面し、多くの国が手さぐりであったため、完全な対応など存在しない。わが国についても、反省すべき部分は当然あるが、一方で評価できる部分もある。とはいえ、政府の目的関数が国民と共有されておらず混乱を招いたこと、また東日本大震災で指摘された危機対応時の狼狽ぶりを再び露呈してしまった部分もあり、これらについては謙虚に反省すべきである。

#### IV 人々の行動と感染動態との関係

##### 1 SIRモデルを使用した理論的アプローチ

感染症医療の供給側の問題に加えて、感染症自体の特性から、パンデミック期の人々の行動を多角的に理解することは重要である<sup>7)</sup>。国内外すでに膨大な数の研究が蓄積されてきているが、ここでは日本についての基本文献を簡単に紹介する<sup>8)</sup>。感染動態を分析する基本的な疫学モデルとしてSIR (Susceptible-Infected-Recovered) モデルがあり、日本でこれを一躍有名にしたのがFujii and Nakata (2021) である<sup>9)</sup>。その成果はマスコミでも報道され、政府や自治体の感染症対策に一定

の影響を与えたと考えられる。そこでの主要な知見は、感染症対策として人流抑制を行うと経済が低迷するというトレードオフの存在がシミュレーションによって明らかにされたことである。また、複数回にわたる宣言の発動は感染抑止と経済の両面で非効率性が大きいという重要な結果も得ている。Alvarez et al. (2020) と同じく、Fujii and Nakata (2021) は、経済主体の行動を所与としたシンプルな非行動SIRモデルに分類されるが、自粛疲れが感染爆発をもたらす可能性を示したFukao and Shioji (2022) もこのタイプに属する。

より洗練された分析枠組みとして、感染リスクを踏まえたうえで、経済主体が最適化行動をとることを考慮した行動SIRモデルがある。Kubota (2021) は、このタイプの先駆的な研究として知られるEichenbaum et al. (2021) を基礎とし、医療制約とワクチン接種も考慮しながら、緊急事態宣言の影響に関する複数のシナリオを分析している。その結果、経済活動を維持しながら感染抑制を達成し得る可能性などが示されている。Kubota (2021) も複数回の緊急事態宣言の発動は避けるべきというFujii and Nakata (2021) の主張を裏付けている。行動タイプのものとしては、Hosono (2021) も重要である。日本に関する予備的な実証分析を実施したうえで、2種類のロックダウン、すなわち自発的ロックダウンと要請 (お願い) ベースのロックダウンを組み込んだ行動SIRモデルに基づき、数値シミュレーションを行っている。そして、自発的なロックダウンをモデルに実装する意義が明らかにされている。

##### 2 実証的アプローチ

今回のCOVID-19パンデミックの一つの大きな特徴は、疫学の研究者だけでなく経済学の研究者にとっても、専門的研究に資する膨大なデータが世界的なレベルで利用可能となっている点ではな

<sup>7)</sup> 最近公開された基本文献としてFernández-Villaverde and Jones (2022) をあげておきたい。

<sup>8)</sup> モデルの分類をはじめ、ここでの記述の多くは久保田 (2021) に基づく。

<sup>9)</sup> SIRモデルの性質から自然に得られる結果として、感染者増加率と累積感染者数の間に負の相関が得られ、これは経済成長論の $\beta$ 収束性に類似した特徴といえる。このアイデアは、増原・細谷 (2021a, 2021b) を通じて提示され、Masuhara and Hosoya (2022a) における中心的トピックとして論じられている。

いだろうか。これはこれまでの全球的な災禍ではおそらく初めてのことだろう。こうしたデータは、SIRモデルのカリブレーションにも役立っているし、パネルデータなどに基づいた標準的な実証研究にも活用されている。特に感染抑制の切り札と考えられているワクチン接種に関しては、最近になって数多くの研究が発表されてきている<sup>10)</sup>。

ここでは日本で行われた実証研究を簡単に紹介・検討したい。本論文の執筆段階では、日本独自の「Go Toキャンペーン事業」に注目した諸研究についてもある程度詳しく考察していたが、紙幅の都合から割愛する<sup>11)</sup>。詳しくは増原・細谷(2022)を参照されたい。

まず、日本のワクチン接種に注目したInoue and Okimoto (2022)をとりあげたい<sup>12)</sup>。ワクチン接種を進めることは、直接的な感染症対策となるだけでなく、経済を回復させるうえでの鍵ともなる。ワクチンに絡む問題については、未だ多くの研究がアンケート調査やシミュレーションを用いたものに止まっているが、この研究では実際に観測されたデータを使って標準的な実証分析が行われており、現段階で非常に貴重な研究となっている。重要な結果はいくつかあり、まず緊急事態宣言による大幅な感染抑制効果が認められた。関連して、人流の増加が新規感染者数の増加率を有意に高めたことがわかった。ワクチンについては、感受性(susceptible;未感染)人口自体の低減には有意な影響をもたらさなかったが、人流と新規感染者増加率との間の正の関係を有意に大きく低下させることが確認された。ワクチン接種が進んだ場合に、経済活動を徐々に回復させていく戦略を支

持する結果と考えられる<sup>13)</sup>。

次に、Inoue and Okimoto (2022)とほぼ同時期に分析が進められ、日本に加えてほかの先進3か国(カナダ、ドイツ、イタリア)を含めてワクチンとモビリティの問題を分析した研究がMasuhara and Hosoya (2022c)である。表2に示されているように、4か国で比較すると、日本を除くすべての国でワクチン接種が外出を強く促したことがわかる(国ダミーの基準は日本)<sup>14)</sup>。また、新規陽性者数の抑制という点では、ワクチンの有効性が特に高かったのは日本とイタリアである<sup>15)</sup>。カナダとドイツに関しては、ワクチン接種の感染抑制効果は日本などと比べると小さかった。この結果には、Andersson et al. (2021)が指摘していたように、ワクチンを接種したことで安心感がもたらされ、人々の間に楽観的ムード(緩やかな楽観主義)が広がった影響があると推察され、モビリティ(在宅)の結果と整合的である。

加えて、ワクチンの感染抑制効果も具体的に推定されており、経済学の研究としてはいまのところ希少である。日本について、仮にワクチン接種率が100%(2回接種)とした場合、新規陽性者数を1週間あたりで0.639~2.951%抑制することが示される。これには季節性が考慮されており、Haas et al. (2022)や西浦(2021)の疫学的推定値と若干異なるが、その違いは大きくない。結果の類似性は、Masuhara and Hosoya (2022c)の分析枠組みの妥当性の傍証となり得る。

モビリティの活発化による感染促進効果を勘案すると、ワクチンだけを感染抑制の切り札とすることは適切ではなく、自発的なロックダウン行動の役割が重要となる。また、小康状態下でも、過

<sup>10)</sup> 例えばKim and Lee (2022)では、先進国を対象に、ワクチンの種類と接種間隔が感染者数と死亡者数に及ぼす影響について、時系列分析とパネルデータ分析を用いて検討している。

<sup>11)</sup> より中核的な「Go To Travel (トラベル)」については、中田(2021)、Miyawaki et al. (2021)、Anzai and Nishiura (2021)、Funashima and Hiraga (2022)を参照せよ。もう一つの柱である「Go To Eat (イート)」については、Masuhara and Hosoya (2022b)を参照せよ。

<sup>12)</sup> この論文には日本語版である井上・沖本(2022)が存在する。

<sup>13)</sup> ほかに、人流やワクチン要因などでは説明できない時間効果の重要性が指摘されている。

<sup>14)</sup> 在宅の推定値が負であることは、外出が促されていることを意味する。水曜日のワクチンダミーは負だが有意ではなく、日本(平日)においてワクチン接種が外出を強く促進していないことを示唆している。

<sup>15)</sup> 感染抑制へのワクチンの効果は「ワクチンダミー+ (ワクチンダミー×国ダミー)」で評価することができる。

表2 ワクチンがモビリティと感染動向に与える影響（抜粋）

	在宅		log(PCR新規陽性者)	
	水曜日	土曜日	水曜日	土曜日
2回接種済みダミー	-0.367 (-1.053)	-5.654*** (-12.52)	-2.898*** (-16.37)	-2.841*** (-16.36)
2回接種済みダミー×カナダ	-6.162*** (-9.792)	-2.841*** (-3.986)	1.720*** (3.897)	1.739*** (3.975)
2回接種済みダミー×ドイツ	-7.770*** (-18.19)	-6.338*** (-15.15)	1.350*** (11.79)	1.420*** (12.83)
2回接種済みダミー×イタリア	-9.142*** (-26.86)	-10.54*** (-23.43)	-0.107 (-0.855)	-0.0110 (-0.0885)
2020年ダミー	-0.280 (-1.511)	-2.078*** (-10.51)	-1.516*** (-21.05)	-1.475*** (-21.16)
サンプルサイズ	7,440	7,427	7,802	7,850
R2	0.297	0.404	0.448	0.435
都道府県・州の数	93	93	97	97

注：詳細はMasuhara and Hosoya (2022c) を参照のこと。カッコ内はロバストt 統計量である。\*\*\*  $p < 0.01$ 。

度な楽観的ムードの広がりを抑えつつ、自発的ステイホームのような自粛行動を可能な範囲で持続させることが肝要である。ただし、経済の回復を推し進めるうえでは、リスクに備えながら感染状況に応じた外出行動を促す施策も必要である。責任ある者、影響力のある者が、率先して確かなメッセージを発しなければならぬ。留意すべき点は、疫学的にある程度明らかになってきている。外出をすること、買い物をする事自体が感染リスクを顕著に高めるわけではなく、メリハリのきいた経済生活を心掛けるべきである。

## V まとめで代えて--これからの日本に求められる対応

以前、増原・細谷 (2021a, 2021b) では、社会的共通資本の観点から感染症医療のあり方について言及した。このことは依然として重要である。社会的共通資本の分析枠組みに忠実に即すと (宇沢・鴨下, 2010), 感染症医療にかかわる職業的専門家たちの科学的知見に基づく判断を尊重することが、パンデミックと闘う場合の鍵になると考えることができる。しかし、この2年半を振り返ると、この純粋な考え方はやや楽観的過ぎた可能性がある。議論の過程での専門家間の見解の対立は

当然あってしかるべきだが、政策の実行段階においても説得的な意見集約のもとに国民に感染制御と経済維持の方向性が明示された印象は極めて薄い。専門家集団もときに判断がわかれ、適切さを欠いた意思決定がなされる可能性のあることをわれわれは理解しておくべきである。

裁量的意思決定による成果が芳しくない場合、事前の周到な準備のもとに、可能な部分をルールに委ねる方法も必要ではないか。これまでの結果より、WHOの警戒アラート (VOCやVOIの発令) は信頼に足るものであり、これを号令として国内の医療体制の切り替えを行うことは現実的であろう。あらかじめ計画している対応病床の準備や人員配置の見直しなどはこの段階で済ませ、地域的な病院間連携も非常事態体制を敷く。病原性が強くアウトブレイクの程度も甚だしい場合、自衛隊の協力なども得て1,000床レベルの野戦病院 (検査・発熱外来を有し、一時入院も可能な大規模医療機関) を設置し対応にあたることは、感染症というものの特徴を踏まえると依然として有効である。特に重症化が懸念される深刻な場合は、大規模な隔離・治療が可能な体制をオプションとしてもっておく必要がある。

問題は、例えば、感染力はそれほど強くないが致命割合が比較的高いデルタ変異株のような場合

(2021年に流行)と感染力はかなり強いが致命割合が比較的低いオミクロン変異株のような場合(2022年に流行)とで、対応の仕方を根本的に変えるかどうかである。また、同じ変異株であっても、最初の急拡大期とそれ以降とは異なる対応が必要かもしれない。これまでは、こうした問題を曖昧なままにし、場あつち的、なし崩し的な対処に終始する場面が大半であった。患者の集約を基本とした体制が適する場合もあれば、数多ある地域医療の担い手(かかりつけ医等)を活用し分権的対応を基本とした体制が望ましい場合もある。急拡大局面以降のオミクロン株のようなケースは、インフルエンザ同様、居住地域で完結させる医療が明らかに効率的である。ただし、感染症まん延という非日常の事態に直面して、結局は医療法上の一般病床に何をどこまで求めるのかという難題に帰着するため、平時において十分な議論が必要である(いまだに医師の間でも見解は一樣ではないだろう)。

感染状況に応じた体制シフトは、自宅療養を含めて基本的になし崩し的に行われてきたが、一部では好ましい組織(病院)間連携もみられた。連携の機運が高まりそれが可能な地域は、積極的にとり組めばよく、自治体や国は後方支援に徹すればよい。しかし連携体制構築のための有形無形の「調整コスト」は小さくなく、どこの地域でもそれが可能になるとは考えにくい。よって一般的な地域では、命令とルールに基づく機能分化(役割分担)が行われるべきである。混乱の只中において、連携が脆弱な場合は、多少機械的ではあってもルールに即した方が簡便である。このようなことを可能ならしめる法律の改正や策定について、実効性を優先した果敢なうごきが求められよう<sup>16)</sup>。欧米のような大規模な感染爆発がこれまで起きていないことをよいことに、医療の供給側はコロナ禍をやり過ぎたと思っているかもしれない。しかし、次なる危機が従前と同様である保証

はどこにもない。蓋し、備えあれば憂いなし、である。

### 謝辞

本論文は、日本学術振興会・科学研究費補助金(課題番号:JP21K01481およびJP21K01507)および日本経済研究センター研究奨励金による研究成果の一部である。記して感謝したい。

### 参考文献

- Alvarez, F. E., D. Argente, and F. Lippi (2021) "A Simple Planning Problem for COVID-19 Lock-down, Testing, and Tracing," *American Economic Review: Insights*, 3 (3), 367-382.
- Andersson, O., P. Campos-Mercade, A. N. Meier, and E. Wengström (2021) "Anticipation of COVID-19 Vaccines Reduces Willingness to Socially Distance," *Journal of Health Economics*, 80, 102530.
- Anzai, A. and H. Nishiura (2021) "Go To Travel" Campaign and Travel-associated Coronavirus Disease 2019 Cases: A Descriptive Analysis, July-August 2020," *Journal of Clinical Medicine*, 10, 398.
- Eichenbaum, M., S. Rebelo, and M. Trabandt (2021) "The Macroeconomics of Epidemics," *Review of Financial Studies*, 34 (11), 5149-5187.
- Fernández-Villaverde, J. and C. I. Jones (2020) "Macroeconomic Outcomes and COVID-19: A Progress Report," NBER Working Paper, w28004.
- (2022) "Estimating and Simulating a SIRD Model of COVID-19 for Many Countries, States, and Cities," *Journal of Economic Dynamics & Control*, 140, 104318.
- Fujii, D. and T. Nakata (2021) "COVID-19 and Output in Japan," *Japanese Economic Review*, 72 (4), 609-650.
- Funashima, Y. and K. Hiraga (2022) "Where to Go: The Japanese Government's Travel Subsidy during COVID-19," SSRN Working Paper, 3746114.
- Fukao, M. and E. Shioji (2022) "Is There a Trade-off between COVID-19 Control and Economic Activity? Implications from the Phillips Curve Debate," *Asian Economic Policy Review*, 17 (1), 66-85.
- Haas, E. J., J. M. McLaughlin, F. Khan, F. J. Angulo, E. Anis, M. Lipsitch, S. R. Singer, G. Mircus, N. Brooks, M. Smaja, K. Pan, J. Southern, D. L. Swerdlow, L. Jodar, Y. Levy, and S. Alroy-Preis (2022) "Infections,

<sup>16)</sup> 組織間連携やルールに基づく対応が徹底されない場合の感染症医療の崩壊などのコストは、患者をはじめ国民が負担せざるを得ないことを認識する必要がある。なお、ルールによる機能分化の地域単位としては、地方でも実効性のある対応が可能となることや能動的な組織間連携の成功例を踏まえると、有力な選択肢はやはり2次医療圏程度が妥当であろう。関連して、山本(2021)も参照されたい。

- Hospitalisations, and Deaths Averted via a Nationwide Vaccination Campaign Using the Pfizer-BioNTech BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in Israel: A Retrospective Surveillance Study,” *Lancet Infectious Diseases*, 22 (3), 357-366.
- Hosono, K. (2021) “Epidemic and Economic Consequences of Voluntary and Request-based Lockdowns in Japan,” *Journal of the Japanese and International Economies*, 61, 101147.
- Hosoya, K. and H. Masuhara (2022) “Stringent Regulatory Policies for COVID-19 and Economic Rationality,” *Applied Economics Letters*, forthcoming.
- Inoue, T. and T. Okimoto (2022) “Exploring the Dynamic Relationship between Mobility and the Spread of COVID-19, and the Role of Vaccines,” RIETI Discussion Paper 22-E-011.
- Kim, D. and Y. J. Lee (2022) “Vaccination Strategies and Transmission of COVID-19: Evidence across Advanced Countries,” *Journal of Health Economics*, 82, 102589.
- Kubota, S. (2021) “The Macroeconomics of COVID-19 Exit Strategy: The Case of Japan,” *Japanese Economic Review*, 72 (4), 651-682.
- Masuhara, H. and K. Hosoya (2022a) “Convergent Movement of COVID-19 Outbreak in Japan Based on SIR Model,” *Economic Analysis and Policy*, 73, 29-43.
- (2022b) “A Nonparametric Analysis of COVID-19, Mobility, and Food Service Vouchers in Japan,” manuscript.
- (2022c) “What Impacts Do Human Mobility and Vaccination Have on Trends in COVID-19 Infections? Evidence from Four Developed Countries,” RIETI Discussion Paper 22-E-087.
- Miyawaki, A., T. Tabuchi, Y. Tomata, and Y. Tsugawa (2021) “Association between Participation in the Government Subsidy Programme for Domestic Travel and Symptoms Indicative of COVID-19 Infection in Japan: Cross-sectional Study,” *BMJ Open*, 11, e049069.
- 井上智夫・沖本竜義 (2022) 「人流と新型コロナウイルス新規感染者数変化率の動的関係とワクチンの役割」, RIETIディスカッション・ペーパー-22-J-002。
- 宇沢弘文・鴨下重彦編 (2010) 『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会。
- 久保田荘 (2021) 「新型コロナウイルス危機のマクロ経済分析」, 『医療経済研究』, 33 (1), 1-18。
- 鈴木 亘 (2021) 『医療崩壊 真犯人は誰だ』講談社。
- 中田大悟 (2021) 「旅行と新型コロナ感染リスク：第三波前の個票データによる分析」, RIETIディスカッション・ペーパー-21-J-001。
- 西浦 博 (2021) 「第55回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード (令和3年10月13日) 資料3-3 西浦先生提出資料」, [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_00294.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00294.html) (2022年6月24日最終アクセス)。
- 増原宏明・細谷圭 (2021a) 「コロナショックと日本の医療体制：状況報告と論点整理」, RIETIポリシー・ディスカッション・ペーパー-21-P-003。
- (2021b) 「コロナショックと日本の医療体制」, 宮川努編著『コロナショックの経済学』第2章所収, 中央経済社, 19-41。
- (2022) 「増原・細谷 (2022) への補遺」, 未定稿。
- 山本尚範 (2021) 「大阪の医療崩壊から得られた『現場目線の貴重な教訓』, 救急医が徹底解説」, ダイアモンド・オンライン (2021年5月28日), <https://diamond.jp/articles/-/272422> (2022年7月19日最終アクセス)。

(ますはら・ひろあき)  
(ほそや・けい)

## **Japan's Response to the COVID-19 Pandemic: Focusing on the Healthcare System and Human Behavior**

MASUHARA Hiroaki\*<sup>1</sup> and HOSOYA Kei\*<sup>2</sup>

### Abstract

This study summarizes Japan's response to the COVID-19 pandemic from both empirical and regulatory perspectives. The main conclusions can be summarized as follows. First, Japan is unique in terms of some macroeconomic indicators. For example, the number of positive PCR tests and Google activity indices varied less compared with other countries. The stringency index related to infection control was also relatively low compared with countries that imposed stricter measures such as urban lockdowns. Second, the policy measures implemented in Japan in response to COVID-19 were reactive and caused confusion. This was especially true in FY2020 because of the lack of a prior legal framework, and frequent administrative communications led to confusion. Third, it was confirmed that human behavior can influence the spread of infection. Empirical findings on the effects of vaccination on human behavior and the number of positive PCR tests were summarized to derive policy implications. The results of this study highlight the importance of rule-based responses when discretionary policies based on local characteristics prove difficult to implement.

Keywords : COVID-19, Healthcare Provision System, Fee for Securing Hospital Beds, Vaccination, Mobility

---

\*<sup>1</sup> Professor, Faculty of Economics and Law, Shinshu University

\*<sup>2</sup> Professor, Faculty of Economics, Kokugakuin University

新型コロナウイルス感染症と介護<sup>1)</sup>

菅原 慎矢\*

## 抄 録

2020年1月に始まった新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、この病気が特に高齢者で重症化しやすいことから、2000年に創設されて以降20年が経過した介護保険制度に対しても、大きな影響を与えた。本研究では、介護保険制度によって提供される介護サービスの利用に関して、新型コロナウイルス感染症がどのような影響を与えたのかを、施設・在宅部門に分けて既存研究の知見を整理し、直近の状況を概説する。さらに、感染拡大が介護供給部門に与えた経済的な影響についても、データを元に議論する。特に、介護労働市場への影響、中でも意外な影響として現れた外国人介護労働者の伸び悩みについて、詳細に解説する。

キーワード：新型コロナウイルス感染症，介護保険，居宅介護，介護産業，外国人介護労働者

社会保障研究 2022, vol. 7, no. 3, pp. 199-209.

## I はじめに

新型コロナウイルス感染症が特に高齢者で重症化しやすいことは、早い段階から知られていた (D'Adamo et al., 2020)。Rocard et al. (2021)) によれば、OECD諸国における2021年5月までの新型コロナウイルス感染症による死者数のうち、高齢者<sup>1)</sup>が占める割合は93%にのぼる。日本においても、国立社会保障・人口問題研究所による集計<sup>2)</sup>を用いて計算すると、2022年7月25日時点での、死者のうち60歳以上の割合は93.9%となる。

この状況で、新型コロナウイルス感染症によるパンデミックは、医療部門だけでなく、多くの高齢者を対象とする介護部門にも大きな影響を与えた。本論文では、以下において、まず日本の介護保険において提供される介護サービス利用への新型コロナウイルス感染症の影響やその余波について、施設・在宅部門に分けて既存研究の知見を整理し、直近の状況を概説する。さらに、新型コロナウイルス感染症の介護供給部門への影響を考察する。特に介護労働市場への影響、中でも意外な影響として現れた外国人介護労働者の伸び悩みについて詳説する。

\* 東京理科大学経営学部 准教授

<sup>1)</sup> 本論文はJSPS科研費基盤研究 (B) 20H01514の助成を受けた。

<sup>1)</sup> 高齢者は60歳または65歳とされ、どちらを採用しているかは国によって異なる。

<sup>2)</sup> [https://www.ipss.go.jp/projects/j/Choju/covid19/data/japan\\_deaths.xlsx](https://www.ipss.go.jp/projects/j/Choju/covid19/data/japan_deaths.xlsx) (2022年8月22日最終確認) 年齢階層がわかっている死者のみの値から計算した。

## II 介護サービスへの影響

### 1 新型コロナウイルス感染症の流行と要介護認定

各論に入る前に、日本における新型コロナウイルス感染症の感染拡大について、時系列的な状況を整理しておこう。新型コロナウイルス感染症が日本社会に影響を与え始めたのは、客船ダイヤモンド・プリンセス号における感染爆発が報道された2000年1月からである。その後、2000年4月を中心とした第一波が起こり、緊急事態宣言の発令や学校停止などが取られた。その後も断続的に感染拡大が起こり、特に感染力・毒性ともに強いデルタ株が猛威を振るった第五波、その後感染力は強いが毒性は減少したと見られるオミクロン株を中心とした第六波などが特筆すべきものである。

Okuno et al. (2021) は医療分野を分析し、パンデミックの初期において手術件数が減少していることを示している。では介護分野には何が起こったのであろうか。まず図1は、厚生労働省による介護保険事業報告月報の公表結果から、第一種被保険者（65歳以上）のうちの要介護認定者割合（要支援も含む）について、時系列的にまとめたものである。おおまかには、高齢者の中でも年齢層が上昇していることを反映し、右上がりの傾向がある。しかし2020年に着目すれば、季節性による減少傾向のある1、2月の後も、3-6月まで停滞傾向

が見られる。つまり、そもそも要介護認定自体が、第一波の間は低調であったことが示されている。第一波における大規模な経済・社会活動停止の一環と見るべきであろう。同様に、Seino et al. (2021) は、大田区における2020年6月までの要介護認定申請の件数を示し、第一波の最中には申請が激減したことを示している。

しかしながら、認定者割合の減少幅は、多い月でも前月比で0.01%未満に収まっており、その影響は部分的なもので、完全に認定が停止していたというようなことはない。また、7月以降12月ほどまでは比較的大きな幅での上昇が見られ、2021年以降を見れば、トレンドとしては感染拡大以前のものに復帰したと言えるだろう。

### 2 施設介護への影響

上記の全般的な状況を踏まえた上で、コロナ禍での介護に関する各論に入ろう。まず、施設介護から議論を始めよう。かなり早い段階から、介護施設は新型コロナウイルス感染症の影響を受けやすいことが認知されていた (Dean et al., 2020; Ouslander & Grabowski, 2020)。Rocard et al. (2021) によれば、2021年2月での死亡者数における介護施設住人の占める割合は、OECD諸国平均で41%である。国によって大きな差異があり、オーストラリア、ニュージーランドではそれぞれ75%、64%にものぼる。ただし、統計の取り方や介護施設の施設な

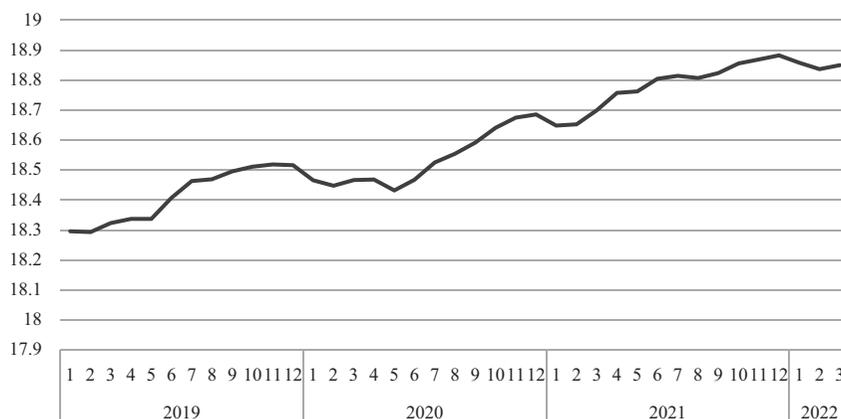


図1 第一号被保険者の要介護認定率

どには大きな国別の差異があり、国際比較に際しては留意が必要である。また、そもそも介護施設住人は死亡率が高く、本当にこれらの数字が新型コロナウイルス感染症によるものなのかという点を考えるためには、同国他年度の数値と比較して増えているかを考慮するなどの必要があるだろう。

このように感染リスクの高い介護施設においては、全世界的な対策として、家族などの施設への訪問が禁止された (Rocard et al 2021)。一方で、感染やそれによる死亡者の発生率には施設ごとに大きな差異があった。Konetzka et al (2021) によるサーベイによれば、施設の大きさや地域の感染状況が大きな影響を与える一方、施設の運営法人の営利・非営利や新型コロナウイルス感染症以前に与えられた施設への評価などは大きな影響を与えていない。

日本では2020年1月31日に厚生労働省の関係局によって「社会福祉施設等における新型コロナウイルスへの対応について」という事務連絡<sup>3)</sup>が出されるなど迅速な対応がなされた。2020年5月13日の共同通信ニュース<sup>4)</sup>では、介護施設における死者は新型コロナウイルスによる死者の14%を占めるに過ぎないという取材結果が示されており、諸外国と比較して押さえ込みに成功した原因を考察している研究もある (Abe & Kawachi, 2021; Estévez-Abe & Ide, 2021)。一方で、介護施設における死者数について、政府による公式発表はいまだなされておらず、特に第二波以降の状況は判然としていない。このように情報が限定的な状況ではあるが、Nomoto et al. (2022) は、厚生労働省によって発表されている福祉施設でのクラスターの発生数が、2021年4月からの高齢者へのワクチン接種実施後に激減していることから、ワクチンが介護施設においても効果的であったことを示している。

### 3 居宅介護への影響：第一波の分析から

上記のように、新型コロナウイルスの介護施設

に関する影響については国際的に研究が蓄積されている。一方、在宅部門介護についての研究は限られている。在宅での介護現場は感染拡大への影響が比較的低いことが要因であろう。しかし、在宅介護部門における状況の変化は、介護される本人だけでなく、同居家族の生活にも影響を及ぼす可能性がある。本節では、筆者自身も参加した研究 (Sugawara & Nakamura, 2021) をもとに、在宅介護部門における新型コロナウイルス感染症の影響とその余波について考察する。

日本では、2000年の介護保険創設以来20年が経過している。諸外国と比較しても大規模な介護政策であるこの制度では、どの国でも提供されている施設介護だけでなく、特に自宅に居住している軽度要介護者を対象とした在宅介護部門のさまざまなサービスが市場化されている。介護保険制度の定着・浸透によって、こうした在宅介護部門が広範に利用されるようになってきているという点が、日本の介護をユニークなものにしている。従って、日本における新型コロナウイルス感染症の介護への影響を考えるならば、在宅介護部門への影響を多様な視点から考察できる。高齢化に伴う医療・介護費用の増加から、国際的にも在宅部門への注目が高まる中、危機時における在宅介護という観点は重要であろう。

Sugawara & Nakamura (2021) は、新型コロナウイルス感染症の影響を識別するために、地域間の感染状況の違いを利用した。具体的には、2020年2月から5月の新型コロナウイルスの流行第一波に関する、地域レベルの集計データを用いた。新型コロナウイルスの感染状況としては、地域の状況をPCR検査における陽性者数 (以下陽性者数) で計測した。具体的には、ジャックジャパン社が厚生労働省や地方自治体などのアナウンスを整備して作成・公表していた、陽性者個票データ<sup>5)</sup>を用いて地域別月次データを作成した。ジャックジャパン社データはほぼリアルタイムで公開されていた個人レベルの個票データであり、情報公開に制限のあった

<sup>3)</sup> <https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/000601572.pdf> (2022年8月22日最終確認)。

<sup>4)</sup> <https://www.47news.jp/4808143.html> (2022年8月22日最終確認)。

<sup>5)</sup> <https://gis.jag-japan.com/covid19jp/> (2022年8月22日最終確認)。

東京都が欠けているなどの欠点はあるが、感染拡大状況を記録した貴重な情報である。残念ながら、2020年11月でデータ作成は終了している。なお、陽性者数は検査体勢などにも依存するため、感染状況を正確に計るものではないことには留意が必要である。

介護に関する情報源としては、「介護保険事業状況月報」を利用した。これは、県別および保険者（市町村あるいは市町村連合）別でさまざまな介護にかかわる情報を集計するもので、各種サービスの利用者数などは四ヶ月後には集計される。月次の市町村レベルでの情報という細かさにもかかわらずパンデミックの最中にも遅延なく公開され、非常時における貴重な情報源となった。労働に関しては、同様の地域・時間軸での細かさを持つ情報源はあまりない。今回は「毎月勤労統計調査」の県別集計と、補足的に「家計調査」の都道府県庁所在市における集計を利用している。

実証分析として、まずは介護サービスの利用者数を目的変数、陽性者数を主な説明変数として、市町村レベルでの回帰分析を行った。陽性者数は外生的と見なすのが自然であり、ここでは通常の最小二乗法によって回帰係数を推定した。この分析の結果、さまざまな地域属性をコントロールした上でも、陽性者数と通所介護部門の利用者数との間に、負の相関があることが示された。要介護者を日中預かるという通所介護はいわゆる三密の空間を生みやすく、この逆相関は人々が感染リスクを嫌ってこのサービスの利用を避けたものと解釈できる。こうした通所介護の利用控えに対し、政府はヘルパーが利用者宅を訪れるという形のサービスである訪問介護部門での代替を広く奨励していた。しかし我々の回帰分析では、訪問介護部門でも、通所介護部門と同様に、感染状況に比例する形で利用控えが起きていたことが示唆された。これは、密な環境は生まれにくいとはいえ、家族外から人が来るという状況を利用者が避けたことを示唆している。

また労働時間に関する分析から、コロナ禍では、男女を問わず全国的に労働時間短縮が起こっていることが示された。一方で、地域の陽性者数

に関しては、女性の労働時間にも、有意な負の相関が見られた。単に女性の多い職場がコロナ禍の影響を強く受けただけでなく、介護以外にも育児などの負担を負わされることの多い女性の労働状態が、感染拡大により影響を受けやすかったものと解釈するのが自然だろう。

さらに、操作変数法を用いて女性の労働時間減少と通所介護利用との関係を分析したところ、通所介護の利用控えが、労働時間を減少させた女性による家庭内介護によって代替されていることが示唆された。さらに、こうした傾向は男性には見られなかった。Sugawara & Nakamura (2014) や Fu et al. (2017) は、介護保険制度による介護の社会化が女性の介護負担を減少させていることを示しているが、介護保険の導入後二〇年を経ても、いまだ危機時においては、女性が日本における家族介護を担わされてしまうことが明らかになった。

上記研究は地域レベルの集計データに依存したものであるが、より詳細な示唆を得るためには、個人レベルのデータを利用した分析が必要不可欠である。第二波以降のコロナ禍の分析も含め、これを補完するようなさらなる研究が待たれる。しかし、こうした研究における、悉皆的な官庁統計による個票データの利用には困難が伴う。それは、データ提供方式の変化によるものである。2018年度までは介護レセプトデータである厚生労働省の「介護給付費実態調査」（2018年以降は「介護給付費等実態調査」）が統計法での目的外申請によって利用可能であり、柔軟な研究が可能であった。しかし2019年度以降、介護レセプトは「介護DB」として提供されることになった。介護DBの提供は統計法ではなく、医療レセプトであるNDBなどとおなじく、レセプト専用の枠組みでなされ、さまざまな要件が課される。介護給付費実態調査との大きな違いとして、ほかの情報との突合は許可されないことがある。例えば市町村レベルのデータとの突合も出来ず<sup>6)</sup>、上記のジャックジャパン社データなどを利用した研究が制度上許されていない。従って、2020年以降の減少である新型コロナウイルス感染症については、介護レセプト個

票を用いた分析は困難になっているのが現状である。介護DBの利用条件については現状でもさまざまな意見が出されており、今後柔軟な方向に変化していくことが望まれる。

#### 4 居宅介護への影響：第二波以降および海外の状況

Sugawara & Nakamura (2021) への留意事項としては、これらの研究はあくまでも第一波に関するものであるという点がある。Takahashi et al. (2022) では第一波、第二波で人々の外出行動に大きな違いがあり、第一波に対する日本人の反応が大きかったことが示されている。介護についても、同様に第二波以降では異なる状況が発生している可能性がある。

ここでは、より最近のものまでを含む記述統計を用いて、新型コロナ感染症下における介護サービス利用の状況を更新しておこう。図2は、介護保険事業報告月報の公表結果を用いて、各サービスの利用者数について、感染拡大以前である2019年の同月の値を引いたものを示している。3で述べたように、第一波の期間、通所介護・訪問介護は前年同月を下回る利用者数となっている。しか

し、第一波の収束後、両サービスの利用状況は明確に異なるものとなっている。訪問介護は前年同月を上回るようになってその後も上昇傾向を続けているのに対し、通所介護は最新の2022年3月時点においても、いまだに2019年の水準を回復していない。図1で示したように要介護認定は以前のトレンドに戻っていることを考えると、居宅介護部門は以前とはもはや全く異なる状況が定着してしまっていると言うべきであろう。利用控えが長期化している通所介護に対してどのような姿勢を取るべきか、政策的な議論が必要であろう。

なお関連する研究として、Ito et al. (2021) がある。これは介護記録・報告書作成のためのソフトウェア「カイボケ」を利用している介護事業所からの集計データを用いて、月別利用者数に関する回帰分析を行ったものである。在宅系サービスの中でも、訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーションの利用者数は、第一波の到来後も似たようなトレンドを持つが、通所介護・通所リハビリテーションの利用者数は、第一波以後減少トレンドに転じていることが示されている。

一方で、介護老人福祉施設（特別養護老人ホー

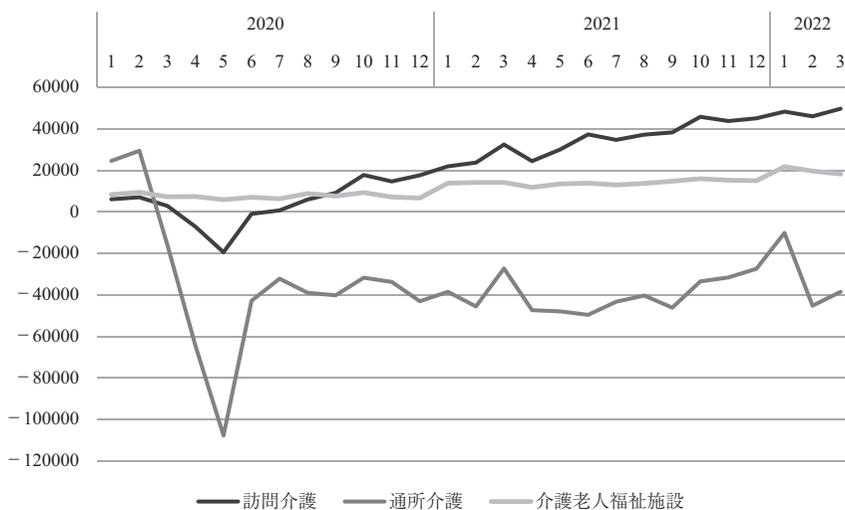


図2 2019年同月と比較しての利用者数

\*) 2022年8月に筆者がデータ提供事務局に質問したところ、市町村人口等の公開データであっても、介護DBとの突合は許可されていないとのことであった。

ム)の利用者数については、感染拡大の影響はあまりうかがえない。施設入居にかかわる意思決定は、感染状況に左右されないような、代替性の低いものであることが示唆される。このような状況で、替えの効かない財としての介護施設における感染抑制は重要な意義があると言えるだろう。

そのほか、コロナ下の在宅介護に関して、他国の研究はあまりないが、Zwar et al. (2022)によるドイツの研究では、女性のインフォーマル介護者がメンタルヘルスの問題を抱えがちになったということが示されている。やはりここにも、家族介護の担い手として女性の負担増が表れている。

### Ⅲ 介護部門の供給サイドへの影響

#### 1 介護供給事業所への影響

前節ではパンデミックによって起こされた状況の変化が利用者にもたらした影響を考察した。以下では供給サイドに視点を移し、介護産業にもたらされた状況の変化について考察する。新型コロナウイルス感染症が日本企業に与えた影響について、Miyakawa et al. (2021)は退出行動に産業ごとの多様性があることを示している。では、介護産業では退出が増えているのだろうか。まず、厚生労働省による「介護サービス施設・事業所調査」2020年版の結果概要<sup>7)</sup>から見てみよう。この調査は各年10月1日の状況を見たものである。注意が必要な点として、本調査では2017年までは全数調査を行っていたが、2018年以降は標本調査になっている。

まず2019年と2020年の10月1日における施設・事業所数の増減を見て見よう。介護サービスには要支援1、2の利用者を対象とする介護予防サービスと、要介護1-5の利用者を対象とする介護サービスとがある。前者は2015年以降行われた市町村総合事業への移行によって全国一律の議論することが困難になっており、ここでは後者のみに着目する。

居宅系介護サービスでは、事業所数が1万を超える訪問介護・通所介護・訪問看護ステーション短期入所生活介護において、事業所数が増加している。比較的小規模な訪問入浴介護などでは事業所数の減少が見られるが、おおまかに言えば居宅サービス事業所の顕著な退出があったとは言えないようである。施設介護部門では、介護老人福祉施設(特養)で1%弱の増加、介護老人保健施設(老健)で1%弱の減少が見られるが、どちらも大きな変化とは言えない。一方で介護療養型医療施設は33%(277件)の減少を見せるが、その分新しい部門である介護医療院が118%(291件)の増加を見せており、これらは新型コロナウイルス感染症の影響と言うよりは制度改正の影響を受けていると言えるだろう。地域密着型サービス事業所を見ると、1万以上の事業所を持つ部門では地域密着型通所介護が1%減少しているが、これもそれほど顕著な退出とは言えない。前節で示したように需要は顕著に減少したが、供給サイドの退出という形にはつながらなかったというのが、2020年時点での状況と言えるだろう。

なお、上記のような退出行動だけでなく、退出せずに市場に留まった事業所の経営状況がどのようになっているのかを考察するならば、厚生労働省による「介護経営実態調査」・「介護経営概況調査」が最適な資料である。しかし、現時点で結果が公開されている最新のものである令和二年介護経営実態調査は2019年決算に基づくものであり、新型コロナウイルス感染症の影響を見るには適さない。より新しい結果の公開を待ちたい。特に、Ⅱ4で示したように利用控えが長期化している通所介護部門の状況については、早期の分析が必要であろう。

#### 2 コロナ禍と介護労働：日本人労働者に関して

介護従事者の不足はかなり以前から問題視されている。2019年の厚生労働省による試算<sup>8)</sup>では、団塊の世代が後期高齢者となる2025年までに、55

<sup>7)</sup> <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service20/index.html> (2022年8月22日最終確認)。

<sup>8)</sup> 2019年7月26日社会保障審議会介護保険部会資料p.7 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000531297.pdf> (2022年8月22日最終確認)。

万人増加した245万人の介護従事者が必要であるとされている<sup>9)</sup>。この状況に対し、新型コロナ感染症はどのような影響を与えたのだろうか。

まず、介護産業に限らない、パンデミックが日本の労働に与えた労働については、さまざまな研究がなされている。コロナ禍での休業・失業リスクについて、Kikuchi et al. (2021)<sup>10)</sup>ではエッセンシャルワーカーに、照山 (2022)<sup>11)</sup>では非正規労働者に集中していることが示されている。介護分野はまさにこうした分野であるが、実態はどうであったのだろうか。以下では介護産業における労働に対するパンデミックの影響を考察しよう。

まず上述の介護サービス施設・事業所調査の2019年、2020年の概要を比較すると、10月1日時点での従事者数は訪問介護では538,678人から532,502人、通所介護では475,060人から473,146人と微減しているが、一方で介護老人福祉施設では473,034人から481,000人という微増が見られる。この結果だけを見ると、2020年段階ではほとんど労働者数に変化がないということになる。

この状況をより細かく見るには、介護労働安定センターによる「介護労働実態調査」が最適である。これは毎年行われる大規模な調査であり、その個票は東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターを通じて研究者に提供され、一級の研究資料になっている。特に2021年度、具体的には2020年12月10日から2021年2月8日にかけて「新型コロナウイルス感染症禍における介護事業所の実態調査」と題する特別調査<sup>10)</sup>を行っている。

新型コロナウイルスの影響による離職者の有無についての事業所調査からは、離職者がいた事業所が5.2%であることが示されている。なお離職原因は、感染不安や職員の家族のライフスタイル変化など多様なものが含まれている。特筆すべきこ

ととしては、地域間格差の大きさがある。感染多数地域（北海道・東京都・愛知県・大阪府・福岡県）と感染少数地域（岩手県・島根県）を比較すると、離職者がいた事業所の割合は前者では8.7%、後者では2.1%と大きな違いがある。一方で、無回答が28%に及び、無回答や「わからない」を含む標本のサイズも1,240事業所数に限られるといった点には留意が必要だろう。さらに、求人に対する応募状況については、介護業界からの転職者・他産業からの転職者に分けて聞かれているが、「応募が減った」という回答は前者で16.5%、後者で11.7%の事業所に限られている。その一方で、「応募が増えた」という回答も、前者で9.4%、後者で13.1%にのぼった。

さらに、2020年度における通常の介護労働実態調査の結果<sup>11)</sup>からも情報を引こう。2020年10月に実施した同調査からは、2019年10月1日から2020年9月30日までの介護産業における離職率は過去最低の14.9%であり、厚生労働省の雇用動向調査による2020年1月から12月における全産業集計値14.2%よりは高いものの、全産業と比べてのパートタイム労働者・女性比率の高さを考えれば、新型コロナウイルス下での介護産業の離職率は決して高いとは言えないだろう。一方で採用率を見ると、こちらは前年の18.0%から16.0%に減少している。こちらは「雇用動向調査<sup>12)</sup>」による2020年1月から12月における全産業集計値13.9%よりも高い。

以上をまとめると、介護産業における離職はある程度は認められるものの、介護産業の離職率はむしろ下がっており、コロナ禍におけるジョブ・デストラクションは起こらなかったと言えるだろう。しかし、高齢化がさらに進展している状況を考えれば、本来介護産業においてはジョブ・クリエイションがなされるべきである。全産業と比較

<sup>9)</sup> 2022年7月25日社会保障審議会介護保険部会資料p.4 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000967545.pdf> (2022年8月22日最終確認) では、介護サービス施設・事業所調査の集計方法の変更によって2019年の介護従事者数推定値が修正され、必要な追加人数は32万人に下方修正された。

<sup>10)</sup> [http://www.kaigo-center.or.jp/report/2021r01\\_t\\_chousa\\_result\\_01.html](http://www.kaigo-center.or.jp/report/2021r01_t_chousa_result_01.html) (2022年8月22日最終確認)。

<sup>11)</sup> [http://www.kaigo-center.or.jp/report/2021r01\\_chousa\\_01.html](http://www.kaigo-center.or.jp/report/2021r01_chousa_01.html) (2022年8月22日最終確認)。

<sup>12)</sup> 介護労働実態調査における「採用率」と同じ形で定義された、雇用動向調査における「入職率」を参照している。

すれば採用率は高いものの、こちらもそれほどの差異があるわけではないというのが2020年の状況と言えるだろう。

### 3 介護外国人労働への影響

前節でまとめたように、日本人介護従事者の数については大きな伸びが見られていない中、期待されているのが外国人介護労働者の受け入れである。この分野において、新型コロナウイルス感染症はどのように影響を与えたのだろうか。

まず介護分野における外国人労働者の受け入れについては、その制度と歴史について簡単に解説しよう。まず2008年以降進められてきており、比較的歴史のある制度がEPA（二国間経済連携協定）によるものである。2008年にはインドネシア、2009年にはフィリピン、2014年にはベトナムからの受け入れが開始されてきた。

EPAでの受け入れは、国家資格である介護福祉士候補としてのものである。一定期間後に国家資格である介護福祉士の資格を取れば、その後も日本での就業が可能であるという点で、定住を促す政策である。応募時点で看護学校等を卒業していることが募集要件に含まれており、応募者の質は高い。むしろ多くの日本人の介護従事者と比べてもより専門スキルを持った人材が獲得可能である。また受け入れ法人に対しては、介護福祉士の試験に合格するようにさまざまな教育を施すことが求められている。このように人材育成の視点を持った外国人労働者の受け入れは、これまでの枠組みとは異なるユニークなものである。しかしながら、応募者、受け入れ法人ともに厳しい要件を課されるEPAにおいては、受け入れ労働者の数は伸び悩んだ。

このような状況で、近年になってさまざまな新しい外国人介護労働者の受け入れ枠組みが創設された。まず2017年9月には在留資格に「介護」が追加された。これは、介護福祉士資格を取得した外国人に在留資格を付与し、日本での永続的な就業を可能にするものである。介護福祉士の資格取得

には試験に合格する必要があるわけだが、受験資格を得るためには養成学校卒業、福祉系高校卒業、三年以上の実務経験のいずれかを満たす必要がある。EPAは実務経験を經由したものであったのだが、在留資格「介護」の追加により、ほかのコースからの受験であっても外国人の日本での定住が認められることになったわけである。具体的には、介護養成学校への留学という形での外国人受け入れがほとんどである。

外国人の定住を促すEPA、在留資格「介護」とは異なり、短期的な受け入れを目的として始められたのが2017年11月の技能実習制度における「介護」部門である。技能実習制度については上林（2015）が詳しいが、最長五年での帰国が前提とされ、基本的には低熟練労働力を確保するための施策である。

また、在留資格である「特定技能」が2019年4月から定められた。これは技能実習から移行することを想定したもので、介護分野ではこのうち一号のみが認められ、取得後最長五年の在留が可能になる。

厚生労働省のまとめ<sup>13)</sup>によれば、2022年3月1日時点でのEPAでの在留者数は3,586人、うち資格取得者は675人に留まる。在留資格「介護」での受け入れも2021年6月時点で3,064人と、それほどの数にはなっていない。一方で、技能実習は2021年3月末時点での認定件数が22,858件に及ぶ。ただし、認定件数のうちには実際には来日できなかったものなども含み、受け入れ人数とは一致しない。特定技能での在留者数は、2022年3月末速報値で、7,019人である。技能実習の認定件数について補足すると、外国人技能実習機構によれば、2019年3月には1,823件、2020年3月には8,967件であり、急増していることは明らかである。

一方で、全国老人福祉施設協議会により2020年4、5月に行われた「外国人介護人材に関するアンケート」<sup>14)</sup>によれば、260事業所のうち79%にあたる210事業所で、新型コロナウイルス感染症の流行による外国人介護人材の勤務状況や採用活動に影響が

<sup>13)</sup> 2022年7月25日社会保障審議会介護保険部会資料p.19 (2022年8月22日最終確認)。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000967545.pdf>

あったと言う。また、厚生労働省は特定技能による介護外国人労働者の受け入れ見込み数として、2019年からの五年間で60,000人を最大値として上げていたが<sup>14)</sup>が、上記のように2022年において12%ほどしか達成されていない。そのほか、新聞記事<sup>16)</sup>でも多く、技能実習制度分野での来日が制限されていることが報道されている。このようなことから、事前の期待と比べれば、介護外国人労働者数は、コロナ禍において伸び悩んでいることが示唆される。

質の担保がある程度なされているEPAなどと異なり、語学以外の介護に関連する事前資格などを必要としない技能実習制度・特定技能制度での介護外国人労働者の受け入れについては、慎重に進めるべきであるという議論がある。例えば、介護福祉士団体の一つである日本介護福祉士会が2016年に出した声明(石橋, 2016)では、EPAでの受け入れに対しては一定の評価を行っている一方で、技能実習での受け入れには慎重さを求めている。コロナ禍で期待ほどは来日外国人数が伸びていない現状を奇貨として、介護分野における技能実習の実態について調査・分析を行うことが出来れば、介護の今後について考えるために重要な資料が得られるのではないだろうか。

#### Ⅳ おわりに

本論文では、特に高齢者に対して深刻な病状をもたらす新型コロナウイルス感染症が、介護分野にどのような影響を与えたかを述べた。まとめとしては、まず要介護認定については、感染拡大第一波において停滞したものの、その後は以前のトレンドに立ち返っていることが示された。サービス別利用状況についてみると、施設部門の状況についてはデータが不足しており、詳細な分析が難しいこ

と、第一波の間は通所・訪問介護部門で利用控えがおき、女性による家族介護による代替が行われていたことが示唆されていること、第一波終了後は訪問介護利用者数は以前のトレンドに復帰したが、通所介護は最新の情報でも利用控えが起きていることが示された。また、介護の供給サイドについてみると、2020年において顕著な介護産業における事業所の撤退や雇用減少は見られなかった。一方で介護分野が顕著な雇用創出を行っていたわけでもないことが示された。また、感染拡大期は外国人介護労働者を増加させるための制度改正期と重なっており、新型コロナウイルス感染症によって特に技能実習による介護労働者の来日が停滞している可能性があることが示唆された。

上記の分析は、データの制約から、主に第一波を含む2020の、感染が急拡大した時期のものを中心としている。状況が長期化しつつある現在、さらに本質的な変化が起こっていないかを検証するためには、新しいデータを用いて常に分析の目を光らせている必要がある。介護DBへの以降などによって一部の研究に支障が出ている状況もあり、より実証研究のためのデータ環境整備が必要であろう。

#### 参考文献

- Abe, K., & Kawachi, I. (2021). Deaths in nursing homes during the COVID-19 pandemic—lessons from Japan. *JAMA Health Forum*.
- D'Adamo, H., Yoshikawa, T., & Ouslander, J. G. (2020). Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-Term Care: The ABCDs of COVID-19. *Journal of the American geriatrics society*, 68(5), 912-917.
- Dean, A., Venkataramani, A., & Kimmel, S. (2020). Mortality Rates From COVID-19 Are Lower In Unionized Nursing Homes. *Health Affairs*, 39(11), 1993-2001.
- Estévez-Abe, M., & Ide, H. (2021). COVID-19 and long-term care policy for older people in Japan. *Journal of*

<sup>14)</sup> <https://www.roushikyo.or.jp/index.html?p=we-page-menu-1-3&p=we-page-menu-1-3&category=19326&key=19363&type=contents#foreigner1&subkey=331963> (2022年8月22日最終確認)。

<sup>15)</sup> 2019年7月26日社会保障審議会介護保険部会資料p.51 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000531297.pdf> (2022年8月22日最終確認)。

<sup>16)</sup> 例えば日本経済新聞2020年10月10日朝刊「在留外国人、増加止まる、6月末時点1.6%減、来日できぬ実習生多く、農・漁業など人材不足に」、日本経済新聞2021年12月02日夕刊「介護、外国人獲得に難題再び——オミクロン型でまた入国制限」。

- Aging & Social Policy*, 33(4-5), 444-458.
- Fu, R., Noguchi, H., Kawamura, A., Takahashi, H., & Tamiya, N. (2017). Spillover effect of Japanese long-term care insurance as an employment promotion policy for family caregivers. *J Health Econ*, 56, 103-112.
- Ito, T., Hirata-Mogi, S., Watanabe, T., Sugiyama, T., Jin, X., Kobayashi, S., & Tamiya, N. (2021). Change of Use in Community Services among Disabled Older Adults during COVID-19 in Japan. *Int J Environ Res Public Health*, 18(3).
- Kikuchi, S., Kitao, S., & Mikoshiba, M. (2021). Who suffers from the COVID-19 shocks? Labor market heterogeneity and welfare consequences in Japan. *Journal of the Japanese and International Economies*, 59, 101117.
- Miyakawa, D., Oikawa, K., & Ueda, K. (2021). Firm exit during the covid-19 pandemic: Evidence from japan. *Journal of the Japanese and International Economies*, 59, 101118.
- Nomoto, H., Hayakawa, K., & Ohmagari, N. (2022). Impact of prioritized vaccinations for the elderly on the COVID-19 pandemic in Japan. *Glob Health Med*, 4(2), 129-132.
- Okuno, T., Takada, D., Shin, J. H., Morishita, T., Itoshima, H., Kunisawa, S., & Imanaka, Y. (2021). Impact of the early stage of the coronavirus disease 2019 pandemic on surgical volume in Japan. *Br J Surg*, 108(4), e173-e174.
- Ouslander, J. G., & Grabowski, D. C. (2020). COVID-19 in Nursing Homes: Calming the Perfect Storm. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2153-2162.
- Rocard, E., Sillitti, P., & Llana-Nozal, A. (2021). COVID-19 in long-term care: Impact, policy responses and challenges. *OECD Working Paper*, 131.
- Seino, S., Nofuji, Y., Yokoyama, Y., Tomine, Y., Nishi, M., Hata, T., Shinkai, S., Fujiwara, Y., & Kitamura, A. (2021). Impact of the First Wave of the COVID-19 Pandemic on New Applications for Long-term Care Insurance in a Metropolitan Area of Japan. *J Epidemiol*, 31(6), 401-402.
- Sugawara, S., & Nakamura, J. (2014). Can formal elderly care stimulate female labor supply? The Japanese experience. *Journal of the Japanese and International Economies*, 34, 98-115.
- (2021). Long-term care at home and female work during the COVID-19 pandemic. *Health Policy*, 125(7), 859-868.
- Takahashi, H., Terada, I., Higuchi, T., Takada, D., Shin, J. H., Kunisawa, S., & Imanaka, Y. (2022). The relationship between new PCR positive cases and going out in public during the COVID-19 epidemic in Japan. *PLoS One*, 17(5), e0266342.
- Zwar, L., König, H.-H., & Hajek, A. (2022). Gender Differences in Mental Health, Quality of Life, and Caregiver Burden among Informal Caregivers during the Second Wave of the COVID-19 Pandemic in Germany: A Representative, Population-Based Study. *Gerontology*, 1-14.
- 石橋真二 (2016)『外国人労働者受け入れと、介護の技能と技術。日本語能力・コミュニケーションの重要性』公営社団法人日本介護福祉士会, <http://www.moj.go.jp/isa/content/930003011.pdf> (2022年8月22日最終確認)。
- 照山博司 (2022)「雇用の二極化を検証する」玄田有史・萩原牧子編『仕事から見た「2020年」 結局、働き方は変わらなかったのか』慶應義塾大学出版会。
- 上林千恵子 (2015)「外国人労働者受け入れと日本社会技能実習制度の展開とジレンマ」東京大学出版会。

(すがわら・しんや)

## **COVID-19 and Long-term Care**

SUGAWARA Shinya\*

### Abstract

Since January 2020, the pandemic of COVID-19 has had a large influence on long-term care, because the illness is especially fatal for older adults. This research describes the impacts of the pandemic on Japanese Long-Term Care Insurance, which was established in 2000 and has been effective for 20 years. I begin with considering the demand for long-term care services at institutions and at home under COVID-19, summarizing previous studies. Then I proceed to analyze the supply side of long-term care using recent data. Among the many elements in the long-term care industry, I focus on the situations of international workers in the industry.

Keywords : COVID-19, Long-term Care Insurance, At-home Long-term Care, Long-term Care Industry, International Workers in Long-term Care

---

\* Department of Business Economics, School of Management, Tokyo University of Science, Associate Professor

## コロナ禍とシーセッション：2020-2022

周 燕飛\*

## 要 約

本稿は、コロナ禍による雇用の被害が女性に集中するという「シーセッション」現象に注目し、日本におけるその実態や原因、女性自身や家計への影響などをまとめている。シーセッションは2020年3月～11月期に起きた現象であり、主に「非正規女性の不況」と見ることができる。非正規女性の3人に1人は「解雇・雇止め」「労働時間半減30日以上」など、雇用状況の大きな変化を経験している。また、非正規女性の平均月収が通常月に比べて最大14.3%も減少し、休業者比率はピーク時に7.5%に達した。シーセッションによって、家計の逼迫と消費意欲の減退、女性自身のメンタルヘルスの悪化、非正規単身女性の貧困率の上昇等の問題が生じた。他方、シーセッション期間を含め、コロナ禍でも女性正規雇用者数は堅調に伸びている。2014年以降続いている正規雇用の増加トレンドによる影響や、女性活用が進んでいる業界（医療福祉、建設業・製造業等）の牽引、女性自身が働き方の柔軟性や雇用不安の解消を求めたことが、大きな要因となっているものと考えられる。

キーワード：シーセッション、女性不況、コロナ禍、雇用の被害

社会保障研究 2022, vol.7, no.3, pp.210-223.

## I 「She-cession（シーセッション）」現象

2020年初から始まった新型コロナウイルスのパンデミックは、公衆衛生上の危機であるとともに、経済危機でもあった。特に感染拡大の初期段階においては、ほとんどの国で経済活動の自発的縮小、もしくは一時的停止が余儀なくされ、経済成長率が大きく落ち込んだ。そして、今回の経済危機は、男性よりも女性（She）の雇用に、不況（recession）の影響が大きく表れたことが大きな

特徴であり、両者を合わせた造語として、「She-cession（シーセッション・女性不況）」と呼ばれるに至った。

経済協力開発機構（OECD）は早くも2020年4月1日の政策レポートで、2014-15年の西アフリカエボラ出血熱大流行の経験から、今回のコロナ禍は男性よりも女性の雇用に大きな被害をもたらすことを予想し、警鐘を鳴らした（OECD2020）。その後の国際機関の雇用統計<sup>1)</sup>をみると、やはりコロナ禍の影響が特に深刻だった2020年第1～2四半期において、シーセッションが各国で進行したこと

\* 日本女子大学人間社会学部現代社会学科 教授

<sup>1)</sup> 詳細は、OECD Employment Outlook 2020: Worker Security and the COVID-19 Crisis, ILO Statistics and databases (ILOSTAT)などを参照のこと。

が確認できる。日本でも、女性の雇用者数（季節調整値）が、2019年末から2020年7月までの7か月で2.7%（71万人）減少し、男性雇用者（同0.6%減）の減少率よりも2ポイント高かった（総務省統計局「労働力調査」）。

また、シーセッション現象は、先進国のみならず途上国でも確認されており、OECDや国際労働機関（ILO）、国連（UN）等の国際機関が次々と政策レポートを発表し、女性雇用の現状に危機感を示している（UN Women 2020; OECD 2021; ILO 2021）。さらに、厚生労働省も、「令和3（2021）年版厚生労働白書」（第I部）においてこの問題を大きく取り上げている。このほか、学術的な研究として、Alonほか（2020）をはじめ、シーセッション現象に関する実証論文が国内外で続々と発表されている（Fabrizioほか2020, 2021; Hupkau and Petrongolo 2020; Gates 2020; Russel and Sun 2020; Fukaiほか2021; Zhou 2021など）。

シーセッションがこれほどまでに大きく注目を浴びている背景には、政策上のさまざまな懸念があるものと思われる。すなわち、これまでに官民を挙げて取り組んできた女性活躍の成果がコロナ禍で一気に後退してしまうのではないか、経済力の低い女性の貧困問題が一層悪化するのではないか、女性の収入減は家計の消費意欲を低下させて景気回復の足かせになるのではないか、失業や収入減で追い詰められた女性の間にうつ病、虐待、自殺等の深刻な社会問題が増えるのではないか、といった懸念である。

実際問題として、コロナ禍におけるシーセッション現象はどれほど深刻で、どのくらいの期間、続いたであろうか。また、上記の懸念点は現実生じたのだろうか。シーセッションがたとえ一過性のものであったとしても、今後、女性雇用を構造的に変えてしまう可能性があるのか。本稿はこのような諸疑問に答えるべく、独立行政法人労働政策研究・研修機構（JILPT）などがコロナ禍

期間中（2020-2022）に行った個人アンケート調査の結果と、それらを用いて著者が行ってきた諸研究（周 2021a, 2021b, 2001c, 2022, 2023; Zhou 2021）を元に、日本のシーセッション問題を掘り下げてゆく。その意味で、本稿は、日本におけるシーセッションの現状と課題をまとめた展望論文と言えるだろう。

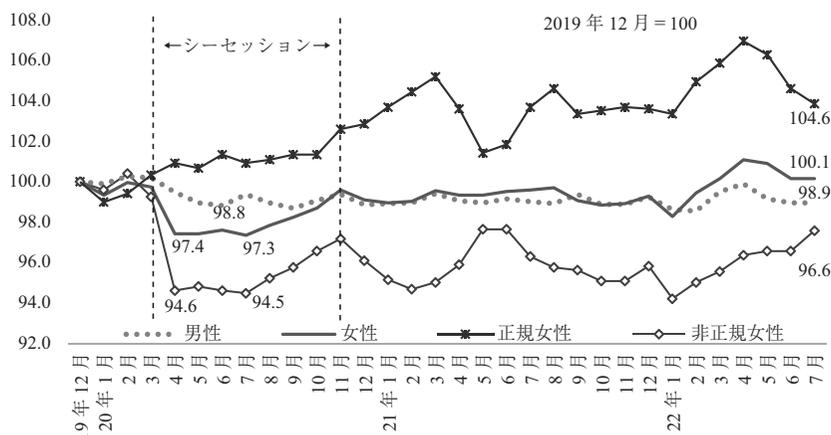
なお、本稿で用いている個人アンケート調査は、JILPTが実施した「新型コロナウイルス感染拡大の仕事や生活への影響に関する調査」（以下“JILPTパネル調査”）およびNHKとJILPTが共同で実施した「新型コロナウイルスと雇用・暮らしに関するNHK・JILPT共同調査」（以下“NHK・JILPT共同調査”）である。いずれの調査も、2020年4月1日時点で就業していた民間企業の会社員（20歳～64歳）を対象に行われたウェブ調査である。このうち、JILPTパネル調査は、2020年5月の第1回調査を皮切りに、2022年3月までの約2年間において男女4,307人に対して、計6回の追跡調査を行っている。他方のNHK・JILPT共同調査は、2020年11月中旬に行われた1時点の調査であり、スクリーニング調査の対象となる6万8千人に対して、コロナ禍で失業・離職、休業、労働時間急減といった「変化」があったかどうかを調べた上で、男女5,000人（雇用に何らかの変化があった人4,000人、無かった人1,000人）について詳細な調査（本調査）を行っている<sup>2)</sup>。本稿の第3～5節は、これらの個票データを分析した周（2021b）および周（2023）の一部を大幅に加筆・修正したものである。

## II シーセッションの実態

### 1 シーセッションの期間

コロナショックにおける景気の谷は2020年4月～6月期とされる<sup>3)</sup>。第1次緊急事態宣言（2020年4月7日～5月25日）の発令によって、日本経済は、（当

<sup>2)</sup>「変化あり」がオーバースAMPLINGとなっているため、標本にバイアスが生じないように、性別×年齢層×居住地域ブロック×正規・非正規において、「就業構造基本調査」と同じ分布となるよう、ウェイト値を算出、ウェイトバック集計を行っている。両調査の詳細については、JILPTのウェブサイトを参照のこと（<https://www.jil.go.jp/tokusyu/covid-19/enq/index.html>）。



出典：総務省統計局「労働力調査」(長期時系列表1a-4-全国、月別結果)より作成。

図表1 雇用者数(季節調整値)の推移(2019年12月～2022年7月)

時の安倍首相の言葉を借りれば)「戦後最大の危機」に陥った。4月の休業者数は597万人にまで急増し、比較可能な1967年12月以降の数字の中で過去最大となった。求職活動をやめる人も急速に増加し、非労働力人口はわずか1か月で94万人も増えた。実に労働者の10人に1人が、休業もしくは職探しを諦めている状態であったのである。

景気の谷を前後に挟んだ2020年3月～11月は、男女ともに多くの雇用が失われたが、男性よりも女性の雇用喪失の方が深刻である(図表1)。後節でJILPT調査をさらに詳しく見ていくが、日本におけるシーセッションは、まさにこの期間中に起きた現象と考えられる。

なお、日本のシーセッションの特徴として、雇用被害が非正規雇用の女性に集中している点が挙げられる。実は、女性の正規雇用者数は、コロナ禍でもむしろ堅調な伸びを示している。つまり、日本のシーセッションとは、正確には、パート、アルバイト、派遣社員等の「非正規女性の不況」と言うべきである。

## 2 シーセッションはどれほど深刻だったのか シーセッションの推定期間は約8か月間とそれ

ほど長くないものの、その進行はどの程度、深刻なものだったのであろうか。実は、雇用者数の減少や失業率の上昇等、マクロの統計指標を見るだけでは、シーセッションの切実さはあまり伝わってこない。例えば、労働力調査によれば、状況が最も厳しい2020年においても、女性失業率はコロナ前と同じく2%台を維持しており、女性雇用者数は最大でも2～3%程度の減少に収まっている。不況でも人員整理を行わず、残業削減やボーナスカット等、労働時間と賃金で雇用調整を行う日本企業の雇用慣行がその背景にあると考えられる<sup>4)</sup>。シーセッションの実態をよりよく知るためには、個人の休業状況や、労働時間、賃金、生活状況などに関するミクロレベルの変化を見る必要がある。

### (1) 雇用の大きな変化の経験

NHK・JILPT共同調査(スクリーニング調査)によると、2020年4月1日から11月中旬までの約7か月間に、「解雇・雇止め」「自発的離職」「労働時間半減30日以上」「休業7日以上」といった雇用状況の大きな変化を経験した者の割合は、男性が18.7%であるのに対し、女性は26.3%と男性の1.4

<sup>3)</sup> 日本経済新聞「20年5月「景気の谷」認定 コロナで変動、回復は険しく」(2021年11月30日)。

<sup>4)</sup> 実際、2020年第2四半期までのデータを用いた小林(2020)の推計によれば、日本の雇用調整速度は欧米諸国に比べて相対的に遅いものの、賃金の調整速度は決して遅くないことがわかっている。

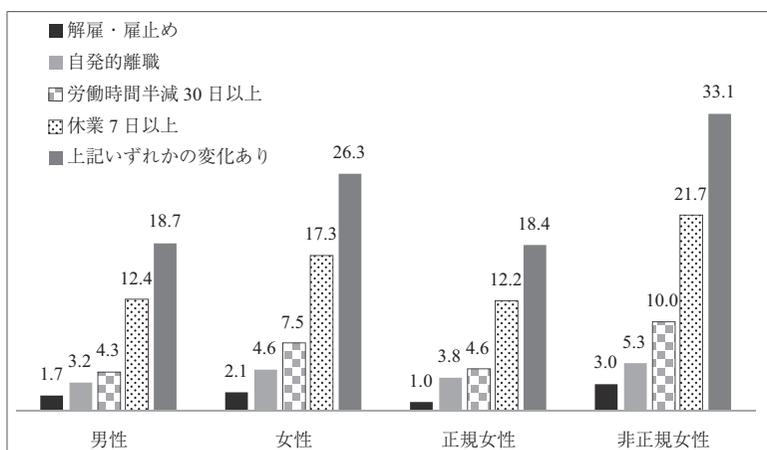
倍、非正規女性が33.1%と男性の1.8倍となっている。

その内訳をみると、「解雇・雇止め」にあった割合は、女性が男性の1.2倍（2.1% vs.1.7%）、非正規女性が男性の1.8倍（3.0% vs.1.7%）である。「労働時間半減30日以上」の割合は、女性が男性の1.7倍（7.5% vs.4.3%）、非正規女性が男性の2.3倍（10.0% vs.4.3%）である。「休業（が）7日以上」に及んだ割合は、女性が男性の1.4倍（17.3% vs. 12.4%）、非正規女性が男性の1.8倍（21.7% vs. 12.4%）に上る（図表2）。

(2) 休業者比率

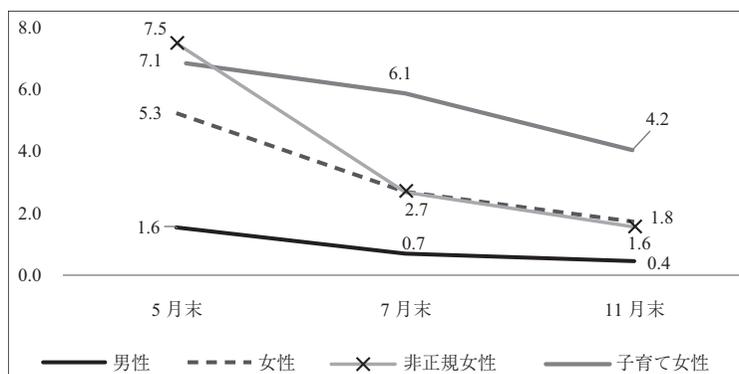
休業した雇用者は、男性よりも女性に集中していることが、JILPTパネル調査（2020年5月調査）によって明らかにされている。2020年5月末時点で職に就いているのに、実際は仕事をしていなかった「休業者」の割合は、男性が1.6%、女性が5.3%となっており、女性の休業者比率は男性の3倍以上である。とりわけ、非正規女性の休業者比率は7.5%に達している（図表3）。

7月末時点では、景気の底入れを反映して、男女ともに休業者の割合が減少しているが、依然、男女差が顕著である。特に、18歳未満の子どものい



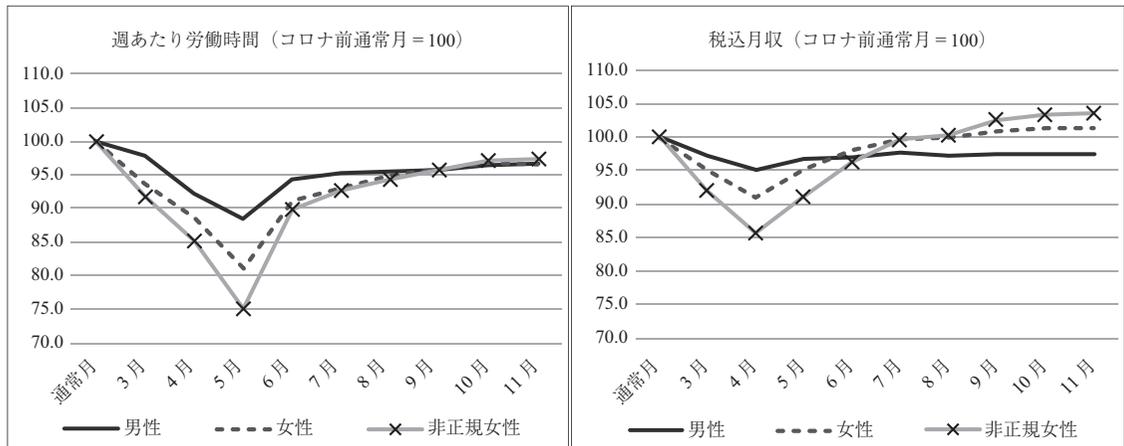
出典：周（2021c）。NHK・JILPT共同調査のスクリーニング調査（n=67,844）より筆者が集計。

図表2 雇用に変化が起きた民間雇用者の割合（%，2020年4月～11月期）



出典：周（2021b）。JILPTパネル調査（5月調査、8月調査、12月調査）より筆者が集計。

図表3 休業者になった民間雇用者の割合の推移（%，2020年5月～11月）



出典：周（2021b）。JILPTパネル調査（8月調査，12月調査）より筆者が集計。休業者を含む集計結果である。

図表4 労働時間と賃金の推移（2020年3月～11月）

る女性の休業者比率が高止まっており，保育園・幼稚園や小中高校の臨時休校（園）が影響したものと考えられる。

### （3）休業手当の受給状況

NHK・JILPT共同調査では「労働時間半減（が）30日以上」または「休業（が）7日以上」を経験した者に，休業手当の支払い状況を尋ねている。「これまでのところ全く支払われていない」と回答した比率は，男性が17.6%であるのに対して，女性は25.6%である。非正規女性に限ると，休業手当が支払われない人の割合は32.7%に上っている<sup>5)</sup>。

非正規雇用者が，休業手当を受け取れなかった理由としては，「支払い対象ではないと言われた」が最も多く，全体の約3割を占めている。「もらえなかったことを知らなかった」，「有給休暇を使うよう指示された」を挙げている人もそれぞれ17.3%と8.2%に上る。

### （4）労働時間と賃金の変化

図表4（左側）は，2020年3月から11月まで，男女別平均労働時間の推移をみたものである。労働

時間が最も落ち込んだ2020年5月第2週において，男性の平均労働時間が通常月の88.4%であるのに対して，女性は81.2%である。非正規女性に限ると，平均労働時間の5月対通常月比は75.2%であった（24.8%減）。

図表4（右側）は，同時期における男女別平均税込月収の推移をみたものである。労働時間に比べると，賃金の下落幅は男女ともにややマイルドであるが，男女差があるという点は変わらない。状況の最も厳しかった2020年4月時点において，男性会社員の平均月収が通常月の95.2%であるのに対して，女性会社員は91.0%である。非正規女性に限ると，2020年4月の平均月収は通常月の85.7%である（14.3%減）。

## Ⅲ シーセッションはなぜ問題なのか

以上みてきたように，シーセッションの期間は必ずしも長くはないものの，当該期間において女性（特に非正規女性）を取り巻く雇用環境は非常に厳しいものであったことがうかがえる。それでは，冒頭で触れた諸懸念は，実際にシーセッションの間に生じているのだろうか。調査結果を見る

<sup>5)</sup> ちなみに，非正規男性の同比率は32.4%である。男女ともに，非正規雇用であれば，休業手当をもらえていない割合は高くなっている。

と、家計の逼迫と消費意欲の減退、女性自身のメンタルヘルスの悪化、非正規単身女性の貧困率の上昇といった問題が露呈している一方で、女性活躍の大きな後退や広範囲での女性貧困の加速は確認できなかった。

### 1 女性の収入減による家計逼迫

伝統的に、多くの日本の家庭では、男性（夫）が主たる稼ぎ手であり、女性（妻）は補助的な労働力と位置付けられてきた。したがって、男性の雇用が守られている限り、女性の雇用減少が家計に与える影響は少ないものとみられがちである。しかしながら、NHK・JILPT共同調査によれば、世帯総収入のうち、妻の収入が占める割合は、正規雇用の妻で42.7%、非正規雇用の妻でも23.8%に上っている。もはや女性の収入減少は、家計にとって大きな打撃となっているのである。

実際、JILPTパネル調査（2020年8月分）からは、女性の収入減が家計を逼迫させている実態が浮かび上がっている。女性の収入が1割以上減った家庭では、5世帯に1世帯が食費を切詰めており、1割弱が公共料金を滞納している。女性の収入があまり減っていない家庭と比較すると、食費切詰めと料金滞納の発生割合は、2倍～4倍もの高さとなっている。

### 2 雇用変化の精神的な影響

雇用の変化と精神的不安の間には強い関連性が見られる。NHK・JILPT共同調査によると、新型コロナ感染拡大後に「精神的に追い詰められていた」割合は、「雇用に変化あり」と報告した女性が26.9%に上り、「雇用に変化なし」女性（16.3%）の1.7倍である。そのうち、解雇・雇止めにあった女性の34.7%、自ら離職した女性の33.6%が「精神的に追い詰められていた」と回答している。

そのほか、「雇用に変化あり」女性が「うつ病的症状（傾向）と診断された」割合は4.3%、「自殺を考えたことがあった」割合は4.7%に上り、いずれも「雇用に変化なし」女性よりも顕著に高い。もっとも、男性についても雇用状況に大きな変化が起きた場合、メンタルヘルスの悪化が著しい。特に「解雇・雇止め」にあった男性のうち、15.8%の人が「自殺を考えたことがあった」と回答しており、女性よりも厳しい精神状況に追い込まれているケースもある（図表5）。

### 3 非正規単身女性の貧困率の上昇

労働時間の減少幅に比べて、男女ともに収入は比較的マイルドな下げ幅に抑えられている。背景には、かつてない規模の新型コロナ対策費が国の補正予算に組み込まれ、「雇用調整助成金（新型コロナ特例）」、「保護者休業手当助成」、住居確保給付金や子育て世帯への臨時特別給付金等、家計への救援策が次々と打ち出されたことがある。つま

図表5 新型コロナ感染拡大後のメンタルヘルス（MA、%）

	女性						
	全体	雇用に変化なし	雇用に変化あり	解雇・雇止め	自発的離職	労働時間半減30日以上	休業7日以上
精神的に追い詰められていた	19.1	16.3	26.9	34.7	33.6	28.6	25.6
うつ病的症状（傾向）と診断された	2.9	2.4	4.3	12.8	7.9	2.3	3.3
自殺を考えたことがあった	2.8	2.1	4.7	8.2	8.0	5.7	4.7
	男性						
	全体	雇用に変化なし	雇用に変化あり	解雇・雇止め	自発的離職	労働時間半減30日以上	休業7日以上
精神的に追い詰められていた	13.4	10.7	24.9	42.9	20.6	29.6	23.5
うつ病的症状（傾向）と診断された	2.2	1.4	5.6	11.0	9.1	4.6	5.1
自殺を考えたことがあった	2.8	2.0	6.1	15.8	7.7	7.4	4.7

注：雇用に変化あり—解雇・雇止め、自ら離職、労働時間半減30日以上、休業7日以上のいずれか。  
 出典：周（2021b）。NHK・JILPT共同調査の本調査（n=5,000）より筆者が集計。

り、企業の自助努力に加え、国民の痛みを緩和する諸政策が功を奏して、貧困の広がりがある程度阻止されたと考えられる。

実際、2020年では世帯全体の収入はあまり落ち込まなかったとの調査結果が続々と発表されている。総務省統計局「家計調査」によれば、勤労者世帯の2020年分平均実収入（名目値）は前年比0.8%増である。20歳以上の成人男女を対象とするゆうちょ財団の「暮らしと生活設計に関する調査」を見ると、全対象者における2020年分平均世帯年収（税込み名目値）は595.1万円となっており、コロナ前の2018年分（597.1万円）とほぼ同じ水準を維持できている。

また、懸念されていた貧困率の上昇も確認されていない。ゆうちょ財団の調査によれば、2020年分の等価可処分所得が貧困線（127万円、2019年基準）を下回った成人女性の割合（貧困率）は、18.7%となっており、コロナ前（20.4%）よりわずかに低下している<sup>6)</sup>。コロナ禍での雇用被害が特に大きいとされる非正規女性（20-64歳）についてみると、貧困率が上昇したのは、単身女性のグループのみである。非正規単身女性の貧困率は、コロナ前の36.5%から7ポイントも上がって、43.4%となった。配偶者所得によるリスクヘッジができないことが主要な原因と思われる（図表6）。

#### Ⅳ シーセッションの発生要因

コロナ禍の被害が男性よりも女性に集中している要因として、以下の3つのものが考えられる。第1は、飲食・宿泊等、女性雇用者が多い業種に大きな被害が生じたことである。第2は、家事や育児負担の増加が女性の方に偏っていることである。第3は、半数以上の女性が雇用調整の対象になりやすい非正規雇用者として働いていることである（Alonほか2020; Fabrizioほか2021; 周2021b）。

周（2021b）は、上記の3つの要因仮説を確かめるために、本稿は「雇用に変化あり」および「収入3割以上減少」になる確率に対し、Probitモデルによる分析を行っている。具体的には、「雇用に変化あり」または「収入3割以上減少」に遭う場合を1、そうでない場合を0とする被説明変数に対して、説明変数を性別、年齢、学歴と居住地域のみとするBase推計（1）、雇用形態変数を追加したFull推計（4）の結果を報告している。図表7はその推定結果を転載したものである。一方、図表中の業種変数を追加した推計（2）、子ども変数を追加した推計（3）は、今回、新たに分析を加えた推定結果である。以下、（1）～（4）の結果を比較しながら見ていこう。

まず、Base推計を見ると、男性に比べて女性が「雇用に変化あり」に遭う確率が5.3ポイント高く、「収入3割以上減少」に遭う確率が2.4ポイン

図表6 相対的貧困率の変化：2018年vs.2020年

	2018年所得分		2020年所得分	
	n	貧困率 (%)	n	貧困率 (%)
男女計	1,374	17.6	1,549	15.8
男性	687	14.8	801	13.0
女性	687	20.4	748	18.7
a.65歳以上女性	174	28.2	203	27.6
b.20-64歳女性	507	17.2	534	15.4
b1：非正規単身	74	36.5	76	43.4
b2：非正規有配偶	256	15.6	261	8.0

出典：ゆうちょ財団「暮らしと生活設計に関する調査（2019、2021）」より筆者が集計。

<sup>6)</sup> もっとも、「家計調査」によると、救援策が逐次に打ち切られた2021年においては、勤労者世帯の実収入（名目値）は1.4%減に転じている。2021年に貧困率が一転上昇する可能性もある。

図表7 雇用と収入の変化におけるProbitモデル

	雇用に変化あり				収入3割以上減少			
	(1) Base	(2) 業種追加	(3) 子ども追加	(4) Full	(1) Base	(2) 業種追加	(3) 子ども追加	(4) Full
女性	0.0532 ***	0.0486 ***	0.0254	0.0051	0.0238 ***	0.0229 **	0.0074	-0.0036
	0.0150	0.0147	0.0174	0.0164	0.0094	0.0091	0.0101	0.0101
	[0.00004]	[0.001]	[0.1444]	[0.7556]	[0.0117]	[0.0115]	[0.4594]	[0.7201]
年齢層：20-24歳 (ref = 25-54歳)	0.1515 ***	0.1051 ***	0.0938 ***	0.0746 ***	0.0672 ***	0.0503 ***	0.0473 ***	0.0362 ***
	0.0244	0.0235	0.0239	0.0230	0.0106	0.0098	0.0102	0.0095
55-64歳	-0.0255	-0.0220	-0.0324 *	-0.0516 ***	0.0306 **	0.0312 ***	0.0287 ***	0.0184 *
	0.0171	0.0164	0.0173	0.0169	0.0106	0.0104	0.0109	0.0106
学歴：中学校・高校卒 (ref = 大学(院)卒)	0.0667 ***	0.0458 ***	0.0447 **	0.0313 *	0.0254 ***	0.0193 *	0.0184 *	0.0106
	0.0180	0.0175	0.0174	0.0170	0.0100	0.0099	0.0099	0.0095
短大・高専等	0.0695 ***	0.0778 ***	0.0759 ***	0.0670 ***	0.0208 *	0.0209 *	0.0203	0.0154
	0.0187	0.0183	0.0182	0.0178	0.0123	0.0125	0.0129	0.0129
業種：飲食サービス業、 宿泊業 (ref = 製造業)	0.2497 ***	0.2436 ***	0.2436 ***	0.2075 ***	0.0768 ***	0.0768 ***	0.0725 ***	0.0542 ***
	0.0370	0.0370	0.0370	0.0367	0.0146	0.0146	0.0145	0.0149
生活、娯楽等サービス業	0.0641 **	0.0641 **	0.0618 **	0.0477 *	0.0162	0.0162	0.0146	0.0058
	0.0284	0.0284	0.0281	0.0273	0.0158	0.0158	0.0156	0.0155
卸売業、小売業	0.0036	0.0036	-0.0014	-0.0278	0.0011	0.0011	-0.0026	-0.0158
	0.0257	0.0257	0.0256	0.0252	0.0169	0.0169	0.0171	0.0173
医療、福祉	-0.1565 ***	-0.1587 ***	-0.1587 ***	-0.1541 ***	-0.0386 *	-0.0386 *	-0.0421 **	-0.0383 *
	0.0251	0.0251	0.0248	0.0242	0.0209	0.0209	0.0206	0.0207
情報通信業	-0.1353 ***	-0.1379 ***	-0.1379 ***	-0.1350 ***	-0.0128	-0.0128	-0.0158	-0.0150
	0.0328	0.0328	0.0327	0.0317	0.0248	0.0248	0.0253	0.0245
その他	-0.0099	-0.0099	-0.0122	-0.0218	0.0024	0.0024	-0.0003	-0.0053
	0.0220	0.0220	0.0218	0.0211	0.0157	0.0157	0.0156	0.0158
未成年子あり			-0.0680 ***	-0.0523 **			-0.0413 **	-0.0320 **
			0.0229	0.0225			0.0160	0.0162
女性×未成年子あり			0.0674 **	0.0366			0.0517 **	0.0357 *
			0.0305	0.0304			0.0213	0.0215
非正規雇用者			0.0960 ***	0.0960 ***			0.0474 ***	0.0474 ***
			0.0139	0.0139			0.0083	0.0083
都道府県ダミー	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
標準サイズ	5,000	5,000	5,000	5,000	4,527	4,527	4,527	4,527

注：(1) 限界効果(1行目の数値)と標準誤差(2行目の数値)が報告されている。括弧中はp値である。  
 (2) 雇用に変化あり＝解雇・雇止め、自ら離職、労働時間半減30日以上、休業7日以上をいすれか。/収入3割以上減少＝10月の収入対コロナ前の通常月が3割以上減少  
 (3) \* p値<0.1, \*\* p値<0.05, \*\*\* p値<0.01。  
 出典：Base推計とFull推計の結果は周(2021b)からの引用。NHK・JILPT共同調査の本調査より筆者が集計。

ト高いことが分かる。

次に業種変数がモデルに加えられた推計(2)においては、男性に比べて女性が「雇用に変化あり」に遭う確率が4.9%ポイント高く、「収入3割以上減少」に遭う確率が2.3%ポイント高い。業種の影響を考慮したことで、説明されない雇用被害の男女差がわずかに縮まるものの、その差は依然として統計的に有意である。

一方、子どもに関する変数をさらに加えた推計(3)では、女性ダミーの限界効果がBase推計の半分程度の大きさとなっており、統計的に有意ではなくなる。つまり、業種と子どもの影響を同時に考慮すると、雇用被害に遭う確率に男女間の差が観察されなくなるのである。雇用形態がさらに加えられたFull推計においては、女性ダミーの限界効果はBase推計の10分の1以下の規模までに縮小し、p値も1に近づくようになっている。

推計(1)～(4)の結果を要約すると、3要因のいずれもシーセッションの発生に寄与していることが分かった。そのうち、雇用形態の影響が特に大きいことも明らかになった。

各要因の影響(Full推計)を詳しく見ると、業種においては、「製造業」に比べて、「飲食サービス、宿泊業」従事者は「雇用に変化あり」に遭う確率が20.8%ポイント高く、「収入3割以上減少」に遭う確率が5.4%ポイント高い。「生活、娯楽等サービス業」従事者は「雇用に変化あり」に遭う確率が4.8%ポイント高い。一方、比較的好況の業種もある。製造業に比べて、雇用の被害が少ないのは、「医療、福祉」および「情報通信業」である。

また予想通り、正規雇用者と比較すると、非正規雇用者は「雇用に変化あり」に遭う確率が9.6%ポイント高く、「収入3割以上減少」に遭う確率が4.7%ポイント高い。

一方、「未成年子あり」については、男女間で正反対の効果が観察される。男性の場合、子どものいない男性にくらべて子どものいる男性は「雇用に変化あり」に遭う確率が5.2%ポイント低く、「収入3割以上減少」に遭う確率が3.2%ポイント低い。一方、女性の場合、子どものいない女性と比較して、子どものいる女性は「収入3割以上減

少」に遭う確率が0.37%ポイント高い。子育て中の男女間で比較すると、子育て女性が子育て男性より「収入3割以上減少」に遭う確率が3.6%ポイント高い。子育ての負担が男性の雇用状況にはあまり影響せず、女性のみにも現れていることは、既存研究(Fukaiほか2021; Fabrizioほか2021)でも確認されている。

## V 逆境下でも増え続ける女性正規雇用

コロナ禍でのシーセッション現象は、女性自身や家計に深刻な影響を及ぼしている。ただし、幸いなことに、シーセッションは女性の長期的キャリアに影響を与えるほど、長引くことはなかったと考えられる。確かに、景気がやや持ち直した2020年6～7月期において、女性雇用の回復は男性よりも鈍かった。しかしながら、経済がさらに回復した2020年8～11月に入ると、男性の労働時間や収入が頭打ち状態になったのに対して、女性の方は引き続き改善している(周2021a)。その後、現在に至るまで、女性雇用は男性を上回るほどの回復ぶりを示している。

実は、雇用回復の牽引役となったのは正規雇用の女性である。労働力調査によれば、2019年から2021年まで2年間に、15～64歳の女性正規雇用者数は63万人も増加し、同年齢層男性の2万人増を大きく引き離している。一方、同時期の非正規雇用者数は、男女ともに大きく減少している。非正規雇用の減少と正規雇用の増加により、第2次安倍政権下(2012-2019)で伸び悩んでいた女性雇用者の正規比率は、コロナ前(2019年)の44.1%から一気に46.5%(2021年)へと跳ね上がった。

コロナ禍でも一貫してプラス基調を維持する女性の正規雇用は、労働市場の情勢から考えると、不思議に思えるとの指摘がある(斎藤2021)。労働需要の堅調さを示す有効求人倍率は、正社員は非正社員と同様、コロナ前より大きく落ち込んでいるからである。厚生労働省「一般職業紹介」によれば、正社員の有効求人倍率(季節調整値)は、2020年9月にはいったん1倍を割り込んでいた。それが、直近の2022年7月では1.30倍に持ち直した

ものの、コロナ前（2019年12月）の1.46倍を下回る水準が続いている。

コロナ禍による不景気や雇用悪化にもかかわらず、なぜ女性の正規雇用だけが堅調な伸びを続けられるのだろうか。以下、周（2023）の分析を元に、考察していこう。

### Ⅰ 正規雇用増加トレンドの延長

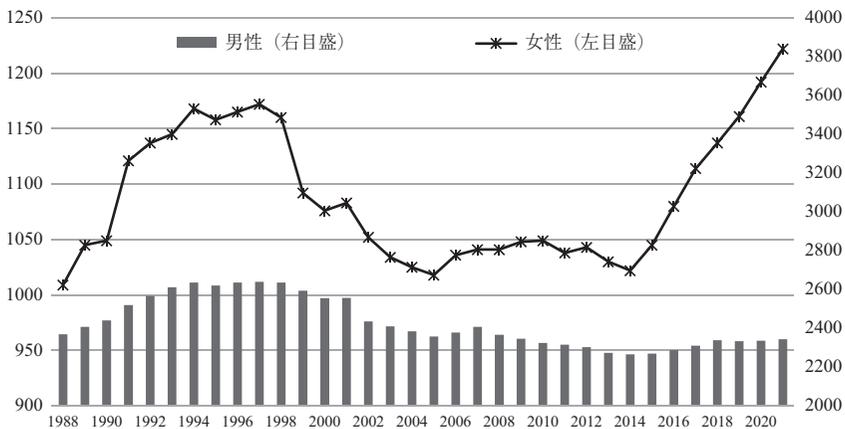
コロナ禍での女性正規雇用増加は、基本的に、2014年以降に続いた正規雇用増加トレンドの延長と見ることができる。図8に示した通り、女性の正規雇用者数はバブル崩壊後の低迷状態から、2014年に増加に転じ、その後、勢いよく増加してきている。この間、保育の待機児童問題の改善や、子育てと就労の両立支援策などが功を奏し、子育て年齢層の25-44歳女性において、非正規雇用から正規雇用へのシフトが顕著であった。また、2013年4月施行の改正労働契約法による非正規から正規への「無期転換ルール」の導入や、2013年の改正高年齢者雇用安定法による定年年齢の延長などの影響もあったと考えられる（周2022）。そのほか、第2次安倍政権の発足とともに始まった景気拡大の要因も大きかったと思われる。

### Ⅱ 労働需要側要因と供給側要因の両方が影響

正規雇用の増加トレンドは、男性がコロナ禍で突如ピリオドを打ったのに対し、女性が持続できているのはなぜなのか。周（2023）は、労働需要側の要因と労働供給側の要因の両方に原因があることを指摘している。

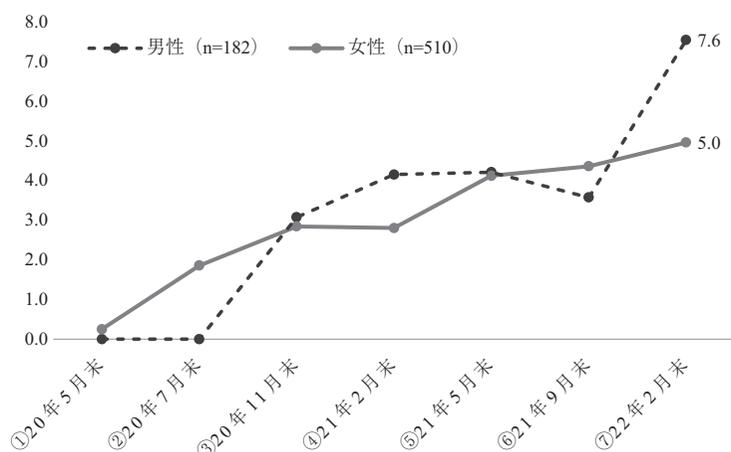
労働需要側の要因として挙げられているのは、女性の正規雇用者を多く活用している産業における労働需要の伸びである。その代表は医療福祉産業である。労働力調査によれば、2002年から2021年まで約20年間に、医療福祉産業で働く雇用者の割合は8.1%から14.2%に上昇し、雇用シェアは約6ポイントも上昇している。また、医療福祉産業は処遇条件が他産業に比べて劣っている場合が多く、コロナ禍以前から慢性的な人手不足状態に陥ってきた。コロナ禍を人材確保の好機と見て、むしろそれを逆手に取って、女性の正規雇用増を積極化させた可能性もある（周2022；斎藤2021）。

一方、労働供給側の要因として挙げられているのは、コロナ禍での家計不安の増加や家事育児負担の増加を背景に、安定雇用と在宅勤務に対するニーズが女性の間で高まったことである。コロナ禍では、失業や収入低下、労働時間減などの雇用ロスが非正規雇用者に集中していた。在宅勤務・



出典：JILPT『早わかり グラフでみる労働の今』より作成。元のデータは総務省統計局「労働力調査」。

図表8 男女別正規雇用者数の推移 (万人, 1988-2020年)



出典：周（2023）。JILPTパネル調査の全7Wave（第1回～第7回調査）回答者が対象である。

図表9 2020年4月1日時点非正規雇用だった男女の正規転換比率（％，Wave1～Wave7）

テレワークの割合も、非正規雇用者のほうが格段に低かった（山口・大沢2021）。このため、コロナ禍で露呈した非正規雇用者の立場の脆さを回避するために、正規雇用への転換を希望した女性が増えたものと考えられる。

実際、JILPTパネル調査（Wave1～Wave7）を用いた周（2023）の分析によれば、女性雇用者の正規比率上昇には、非正規雇用から正規雇用への転換が大きく寄与している<sup>7)</sup>。2020年4月1日時点で非正規雇用だった男性の7.6%および女性の5.0%は、2022年2月末までに正規雇用に移行している（図表9）。コロナ前（2016年）の正規転換比率は、男性が9.2%、女性が3.4%であったことから<sup>8)</sup>、女性はコロナ禍でも従来と同様のペースで正規転換が進んでいるのに対して、男性の転換比率は大きく低下したことが分かる。

女性の正規転換をけん引する労働需要側の要因も確認できる。予想通り、女性正規転換がもっと多い業種は医療福祉業（全体の18.7%）である。ただ意外なことに、建設業・製造業も女性正規転換全体の17.1%の貢献をしており、医療福祉業と

ほぼ同程度のけん引力を持っている。そのほか、「金融・保険・不動産業」「飲食・宿泊業」でも雇用シェア以上の正規転換が行われていることが分かった。

また、正規転換をしなかった非正規女性に比べて、正規転換した女性のテレワーク比率はコロナ前の通常月より大きく上昇し、雇用不安を感じる確率も低くなっている。週1日以上在宅勤務・テレワークを行う割合を比較すると、正規転換をしなかった非正規女性は5%前後と、コロナ前とほぼ同じ水準にとどまっているのに対して、正規転換者は、コロナ前の4.1%から大幅に上昇し、2022年2月末時点で25.5%までに上昇している。また、正規転換者は「今後1年くらいの間の失業・失職」について「かなり不安」「やや不安」と回答する確率が19.6%ポイント低い。これらの結果は、働き方の柔軟性や雇用不安の解消を求めているという、正規雇用に対する労働供給側のニーズ上昇仮説と一致している。

ただし、正規転換後の課題として、時間あたり賃金の伸び悩みと仕事満足度の低下が浮かび上

<sup>7)</sup> 女性雇用者の正規比率上昇には、正規転換のほか、非正規雇用者の失業と非労働力化も寄与している。一方、正規雇用者の非正規移行や失業、非労働力化は、女性雇用者の正規比率上昇を抑える効果がある。これらの各要素が合わさった結果、前者の効果が勝り、女性雇用者の正規比率がコロナ禍で上昇することになったと考えられる。

<sup>8)</sup> 厚生労働省（2017）がリクルートワークス研究所「全国就業実態パネル調査」に基づく集計結果である。

がっている。まず、時間あたり平均実質賃金は転換前（コロナ前の通常月）とほとんど変わっていない。平均月収は1割程度上昇したものの、労働時間も同程度増加したことが原因である。また、コロナ前と比較して、正規転換後の仕事満足度の変化に二極化傾向がみられる。すなわち、正規転換しなかった非正規女性に比べて、正規転換した者は、仕事満足度が上がった者の割合が高かった一方（29.3%vs.23.6%）、満足度得点が下がった者の割合も急増した（44.7%vs.26.2%）。周（2023）では、年齢、学歴、業種、職種等個人属性の影響を考慮しても、正規転換者は満足度が低下する確率が有意に高いことが報告されている。

## Ⅵ 結びにかえて：ポストコロナの女性雇用

本稿は、コロナ禍による雇用の被害が女性に集中するという「シーセッション」現象に注目し、日本におけるその実態や原因、女性自身や家計への影響などを、行政法人労働政策研究・研修機構（JILPT）などがコロナ禍期間中（2020-2022）に行った個人アンケート調査の結果と、筆者のこれまでの一連の研究を元にまとめた。主な結論は以下の通りである。

第1に、シーセッションは景気の谷（2020年第2四半期）を前後に挟んだ2020年3月～11月期に起きた現象である。その時期において男女ともに多くの雇用が喪失されたが、男性よりも女性の雇用喪失の方が深刻であった。

第2に、シーセッションは主に「非正規女性の不況」と見ることができる。非正規女性の3人に1人は「解雇・雇止め」「労働時間半減30日以上」など、雇用状況の大きな変化を経験している。また、非正規女性の平均月収が通常月に比べて最大14%も減少し、休業者比率はピーク時に7.5%に達した。

第3に、シーセッションによって、家計の逼迫と消費意欲の減退、女性自身のメンタルヘルスの悪化、非正規単身女性の貧困率の上昇等の問題が生

じた。一方、女性活躍の後退や広範囲での女性貧困の加速は確認できていない。

第4に、シーセッション期間を含め、コロナ禍でも女性正規雇用者数は堅調に伸びている。この背景には、まず、2014年以降続いている正規雇用の増加トレンドの影響がある。また、女性活用が進んでいる業界（医療福祉、建設業・製造業等）の牽引や、女性自身が働き方の柔軟性や雇用不安の解消を求めたことも、大きな要因となっているものと考えられる。

女性正規比率の上昇は、女性雇用にとっての明るい材料である。賃金停滞や満足度低下といった課題が残されているものの、正規転換を実現する女性が今後さらに増えれば、管理職候補となる人材の不足や、配置、昇進、教育訓練、評価といった処遇面の男女差が自然と解消していく可能性がある。

そのほか、男性の家事・育児参加の増加も明るい材料の1つである。コロナ禍で男性の在宅時間が長くなったため、夫が家事、育児を担う機会が多少なりとも増加している<sup>9)</sup>。それが新たな生活習慣として定着すれば、「男は仕事、女は家庭」という旧来の社会規範も変わっていく可能性がある。

さらに、コロナ禍において進んだテレワークをはじめとする働き方改革の波も、働く女性にとっての追い風と言える。感染症対策をきっかけに、テレワーク、時差出勤、裁量労働等の柔軟性の高い働き方が定着すれば、女性のライフスタイルに革命的な変化をもたらす可能性がある。そうなれば、出産・子育て期を乗り越えて、正社員として働き続ける女性が増えることになるであろう。その意味では、コロナ禍は女性にとって危機だけではなく、同時に転機、好機となった可能性がある（周2022）。

## 参考文献

厚生労働省（2017）「正規雇用へ転換した方の特徴と影

<sup>9)</sup> 総務省「社会生活基本調査2021」によれば、6歳未満の子どもがいる夫婦世帯では、夫の家事・育児時間は1時間54分であり、5年前より31分増え、1976年の調査開始以来最長となった（日本経済新聞「男性の育児、やっと1時間超「昭和モデル」なお根深くだった」（2022.9.21）。

- 響」労働経済分析レポート No.1 (2017/8/9)。
- 小林 徹 (2020)「JILPTリサーチアイ 第49回 新型コロナ影響下の雇用減少と雇用調整速度の国際比較」(2020.12.1)。
- 齋藤 潤 (2021)「コロナ下における女性の正規雇用増加」日本経済研究センター「齋藤潤の経済バーズアイ (第109回)」(2021/05/06)。
- 周 燕飛 (2020)「JILPTリサーチアイ 第47回 コロナショックの被害は女性に集中 (続編) —雇用回復の男女格差—」(2020.9.25)。
- (2021a)「コロナショックの被害は女性に集中 (続編Ⅱ) —雇用持ち直しをめぐる新たな動き—」JILPTリサーチアイ第55回 (2021.2.19)。
- (2021b)「コロナ禍の女性雇用」樋口美雄・JILPT編『コロナ禍における個人と企業の変容—働き方・生活・格差と支援策—』慶応義塾大学出版会。
- (2021c)「コロナショックと女性の雇用危機」JILPTディスカッションペーパー 21-09。
- (2022)「女性雇用の「危機」と「転機」—コロナ禍で見えてきたこと—」、『全国労保連』2022年5月号, 12-15。
- (2023)「コロナ禍での正規転換—女性雇用者の正規比率上昇に注目して」樋口美雄・JILPT編『検証・コロナ禍の日本の働き方—個人・企業の多様化と就労・生活支援策 (仮)』慶応義塾大学出版会, 2023年1月刊行予定。
- 山口一男・大沢真知子 (2021)「新型コロナの影響下での在宅勤務の推進と男女の機会の不平等」RIETI Discussion Paper Series 21-J-002。
- Alon, T., M. Doepke, J. Olmstead-Rumsey, M. Tertilt (2020) “This Time It’s Different: The Role of Women’s Employment in a Pandemic Recession”, *IZA DP No.13562*.
- Fabrizio S., V. Malta, and Marina M. Tavares (2020) “COVID-19: A Backward Step for Gender Equality,” *VoxEU.org*.
- Fabrizio, S., D. B. P. Gomes, M. Tavares (2021) “COVID-19 She-Cession: The Employment Penalty of Taking Care of Young Children,” *IMF Working Paper WP/21/58*.
- Fukai, T., M. Ikeda, D. Kawaguchi, S. Yamaguchi (2021) “COVID-19 and the Employment Gender Gap,” *IZA DP No. 14711*.
- Gates, M., 2020, “The Pandemic’s Toll on Women: COVID-19 Is Gender-Blind, But Not Gender-Neutral,” *Foreign Affairs* (2020.7.15).
- Hupkau, C, and B. Petrongolo (2020) “COVID-19 and Gender Gaps: Latest Evidence and Lessons from the U.K.,” *VoxEU.org*.
- ILO (2021) “An Uneven and Gender-unequal COVID-19 Recovery: Update on Gender and Employment Trends 2021,” *ILO Policy Brief* (2021.10.26).
- OECD (2020) “Women at the Core of the Fight Against COVID-19 Crisis,” *Key Policy Responses from the OECD* (2020.4.1).
- (2021) “The Pandemic Has not Improved Things for Women,” *Key Policy Responses from the OECD* (2021.8.3).
- UN Women (2020) “From Insights to Action: Gender Equality in the Wake of COVID-19” .
- Russel, R., and C. Sun (2020) “The Effect of Mandatory Childcare Center Closures on Women’s Labor Market Outcomes During the COVID-19 Pandemic,” *Covid Economics*, 124-154.
- Zhou, Yanfei (2021) “How Women Bear the Brunt of COVID-19’s Damages on Work”, *Japan Labor Issues*, vol.5, no.28, 2-8.

(ZHOU Yanfei)

## **Covid-19 Pandemic and the “She-cession”: 2020-2022**

ZHOU Yanfei\*

### Abstract

This paper sheds light on the “she-cession” phenomenon, in which women bear the brunt of Covid-19’s damages on work. In specific, we summarize the actual situation and causes of She-cession in Japan, as well as its impact on women themselves and their household finances.

She-cession spanned over a period of eight months (Mar-Nov 2020) and can be viewed primarily as a recession for non-regular female employees. During this period, one out of three non-regular female employees experienced a major change in their employment situation, such as “dismissal or termination of employment” or “working hours reduced in half for 30 days or more”. In addition, the average monthly income of non-regular female employees decreased by up to 14.3% compared to a normal month, and their furlough take-up rate reached 7.5% at its peak. She-cession caused problems such as large cut of food budget and reduced willingness to consume, deterioration of women’s own mental health, and an increase in the poverty rate among single, nonregular females. On the other hand, work opportunity of regular female employees keeps growing steadily in the pandemic. Although rising demand for female regular workers is a trend that has been continuing since 2014, factors such as female-thriving industries (health care and manufacturing etc.) competing for talented female personnel, women themselves seeking flexibility of workplace and relief from employment insecurity are also contributing to the increasing number of regular female employees.

Keywords : She-cession, Covid-19, Damages on Work

---

\* Professor, Faculty of Integrated Arts and Social Sciences, Japan Women’s University

## 特集：新型コロナウイルス感染症と社会保障

ポストコロナに向けた子どもたちの学校生活の現状  
——2022年6月の学校生活調査の結果と予備的解析——高久 玲音<sup>\*1</sup>, 王 明耀<sup>\*2</sup>

## 抄 録

本論文では、コロナ禍の子どもたちの日常性の回復を考える上での基礎的資料として、学校の感染対策や子どもたちの学校生活の満足度に関する独自調査の結果を報告する。得られた知見としては3つある。第1に、長らく続いたコロナ禍の影響として、「これからもずっとマスクをつけていたい」という児童の割合は場面によっては30%に上った。第2に、マスクの着用などの感染対策を緩める施策は子ども達の学校生活への満足度を高める効果を持っていた。最後に、「座学の時間」において「マスクを外しても良い」と先生から指導を受けた場合には、一部の生徒の間では先生の意味に反してマスクの着用意向がむしろ上昇した。これらの結果は、子ども達の間で感染対策が既に習慣として根付いていることを前提に、学校における感染症対策の在り方や日常性の回復について考える必要があることを示しているだろう。

キーワード：学校，マスク，黙食，満足度

社会保障研究 2022, vol.7, no.3, pp.224-235.

## I はじめに

2020年2月から続くコロナ禍は子ども達の日常と学校生活を一変させてしまった。安倍首相（当時）は2月27日に感染拡大を受けて小学校以上の一斉休校を要請し、その要請に従って3月2日から順次全国の学校が休校となった。萩生田大臣が2月25日の会見で明らかにしている通り、臨時休校の判断は教育委員会等の学校設置者にあり、法令上内閣総理大臣にその権限はない。3月2日の時点で全国の感染者数は14人に過ぎず、多くの感染症専門家もそうした措置の感染抑制に対する効果を

疑問視した。こうした専門家の意見をよそに、ほとんどの自治体で臨時教育委員会は開催されず、準備期間も十分にとれないままに法的根拠のない安部首相の「要請」に応じて休校は始まった（末富 2022）。多くの国で感染状況に応じて地域的な休校から徐々に導入していき、爆発的な感染拡大によってはじめて全国的な休校に踏み切ったことは大きく異なる意思決定と言わなければならない（*Global Monitoring of School Closures Caused by COVID-19 Pandemic - Dashboards - Covid-19 Response; Takaku & Yokoyama, 2021*）。

わが国の第一波の対応については、その後、多くの研究が明らかにした通り、感染抑止効果は認

\*1 一橋大学経済学研究科 准教授

\*2 一橋大学経済学研究科 博士課程

められず (Fukumoto ほか, 2021; Iwata ほか, 2020), 子どもの体重増加や育児方針に悩む母親の増加といった副作用も確認された (Takaku & Yokoyama, 2021)。学力についての研究は少ないが, (Asakawa & Ohtake, 2022) は学校行事の縮小による授業時間の増加などによって, 平均的には学力への悪影響は見られないものの, 社会経済的地位の低い層の子どもでは学力が低下したとしている。

第一波の休校が終わっても, 子どもたちの学校生活は平時へ戻ることはなかったし, いまだに戻っていない地域がほとんどである。感染には波があることから, 海外では感染縮小期と拡大期にメリハリをつけた対策が重視され, 日本でも緊急事態宣言や蔓延防止等重点措置が出されていない期間では一時的に大人たちは日常を取り戻していたが, 多くの学校では感染状況と関係なく2年以上黙食が続けられた。合理性に乏しいと思われる感染対策でも, 「子ども相手」であれば実施していた。例えば, 筆者の一人の子どもの小学校では「鼻にマスク」をつけた状態でのリコーダー演奏が推奨されており, 保護者が見ている学芸会ときには「特別」にマスクをしまつてリコーダーを吹くことが許されていた。水泳で体を洗うときもマスクを着用している学校もあった。接触感染を防ぐために, 滑稽なほど長いバトンを使った徒競走も行われた。学校以外でも, 例えば, 流しそうめんを参加した子どもたち全員で「食べずに見送る」といった行事も催された ((NHK, 2020))。こうした感染対策は無論感染を「拡大」させるわけでもなく, 子どもに直ちに明らかな悪影響があるわけでもないだろうが, 子どもの尊厳にかかわるのではないだろうかという懸念がある (Shobako 2022)。

筆者等の考えでは, こうした2020年2月以来の学校の感染症対策の顕著な特徴は, 当事者の不在である。感染症対策も感染症の専門家を決めてもらえば良いと考えがちだが, 専門家の知見を参照にしつつも当事者がすべて遍く参加した形での集会的意思決定は重要と思われる。こうしたリスクに関する意思決定・共有の在り方は, リスク・コ

ミュニケーションの専門家によって提唱されている。例えば, 吉川 (2022) によれば, 「リスクに対する知識は専門家が持っているのだから, 専門家に決めてもらえば良いのではないか」という見解はしばしば, 驚くような社会的帰結をもたらすという。その典型的な例はBSE (いわゆる狂牛病) だということ。BSEでは10代の若者2名の変異型ヤコブ病の発病など, BSE感染牛の部位を食べることと変異型ヤコブ病の発病の間の関係性を示唆するエビデンスが出てきているにもかかわらず, 専門家は「リスク・ゼロ」を一般国民に主張し続けた。こうしたリスク・コミュニケーションは一般国民の不安を増大させる結果となり, 結局, 欧州の牛肉市場を崩壊させるほどの混乱をもたらした。

コロナ禍における学校の感染症対策にみられる混乱にも, 専門家も間違えることがあり, かつ専門家の主張が関係者のすべての意見を代弁するわけではないという点で類似性が指摘できる。コロナ禍において, 感染症対策の専門家は基本的に「夏休みが終わって学校が始まると感染が拡大する」といった学校生活と感染症の増減に関する見解を表明する一方で, 感染対策の副作用や感染対策の結果としての「子どもの権利の軽視」については逆に専門的見地を守ってコメントを避けてきた。しかし, こうした専門家と世論を取り巻く環境は, 感染対策にとまなう広範な影響が政策決定に十分に反映・考慮されにくい素地を醸成してしまった。特に, 「感染のリスク」については感染症対策の専門家が最もよく理解しているはずだが, 「感染対策を続けるリスク」については子ども達自身やその保護者のほうがよく理解している可能性がある。その観点から, 長きにわたるコロナ禍のどこかで, 視野を広げた意見聴取の機会が頻繁に持たれるべきだったかもしれない。例えば, 全般的なマスクの着用には感染対策としての十分なエビデンスが存在するが (Abaluckほか, 2022; Budzyn ほか, 2021; Krishnamachari ほか, 2021), 「体育の時間に外していいのか」といった個別具体的な場面での十分なエビデンスは作ることができない。そうしたエビデンスの限界を踏まえても, 学校生活における感染症対策にかかわる

さまざまな意思決定に「当事者」を参加させる必要性は高かった。

筆者等の専門を離れたリスク・コミュニケーションの在り方以外にも、古典的な医療政策論の文脈からも、当事者への意見聴取は必要と思われる。医療政策論の古典であるHarvard大学のHiaso等の“Getting health reform right” (2003)でも医療政策全般の目的として①健康 (health status)、②リスク保護 (financial risk protection)、に加えて③市民の満足度 (citizens' satisfaction) が挙げられている。通常の経済学研究では市民の満足度に関する影響評価は捨象される傾向があるが、あえてHsiaoたちは「専門家が好きかどうかに関係なく、市民のすべての政策に対する反応が考慮されるべき」だとしている。加えて、HsiaoたちにはWHOの主張する「正当な満足 (legitimate satisfaction)」のみを考慮すべきだという立場はとらないと明記している点も注目に値する。そうした観点からも、感染症リスクを制御するのに必要な医学的要請にとらわれない、広く子どもたちの厚生にかかわる要因が検討される必要があった。

以上のような問題意識に基づいて、我々は子どもやその保護者が学校で行われている感染症対策についてどのように思っているのか明らかにすべく、2022年6月末にアンケート調査を行った。2022年6月末は感染が急拡大した第7波の前の比較的感染が落ち着いていた時期の調査であり、ポストコロナの学校の感染症対策の在り方についても一定の示唆を持つものと考えられる。以下では、その結果の概要と得られた知見について説明したい。

## II 調査概要

調査は2022年6月に株式会社クロスマーケティング社を通じて行われた。調査対象者は小学校4年生から高校3年生までの児童とその保護者であり、各学年556人に回答者が達するまで続けられた (調査期間は6月22日～6月26日)。研究に際して一橋大学HIAS Healthからの研究資金の補助を受けた。合計回答数は5004人 (556人×9学年) で

ある。調査項目は居住都道府県等の基本属性に加えて、「体育の時間」などの個別具体的な場面におけるマスク着用状況、及び、マスク着用の意向 (e.g., 「これからもずっと外したくない」) を尋ねた。加えて、基本的な感染対策の徹底度を明らかにするために、先生からの感染対策の指導の状況についても尋ねた。例えば、授業中でもマスクを外して良いという指導があったかについては、以下のように尋ねた。

「あなたが一番年上のお子さんは、先生から以下の学校の時間について「マスクを外しても大丈夫だよ」と指導されたことが最近1週間の間にありましたか。該当する時間がなかった場合には「わからない・覚えていない」とお答えください。/授業中 (国語や算数などの座学の時間)」

マスクの着脱に関する指導とともに、昼食の時間における黙食の実施状況についても調査した。こうした感染対策が子どもの学校生活の満足度に与える影響を明らかにするために、学校生活の満足度についても「すごく楽しい」など5段階の回答項目からの選択式で尋ねている。

そのほか、学校の基本属性については、感染症の流行はクラスサイズによっても影響されていること (Oikawaほか, 2020) を踏まえてクラスの児童数を調査した。また、学校での感染対策が校長先生の属性によって影響されるのか明らかにするために、校長先生の性別を尋ねた。

なお、回答に際しては、最初に子ども自身の意向を尋ねる質問があることから、子どもと一緒にいるときに回答してほしい旨をお願いしている。もちろん実際に子ども自身が回答を選んでいるとは限らない点に注意する必要はあるが、できる限り当事者 (子ども) の意見を吸い上げることを意図した調査設計となっている。

## III 感染対策に関する子どもの意向

### 1 マスクの着用意向

最初に、記述統計を確認することによって、まず学校でどのような感染対策がなされているのか、ならびに子どもたちがマスクの着用のような

表1 子どもたちはマスクを着けていきたいのか/外したいのか

具体的場面	回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
a. (学校以外の場所で) 屋外にいる場合	これからもずっと外したくない	0.18	0.38	0	1
	外したい/既に外している	0.18	0.38	0	1
b. 電車等の公共交通機関を利用しているとき	これからもずっと外したくない	0.29	0.45	0	1
	外したい/既に外している	0.10	0.30	0	1
c. 図書館など静かな公共スペースを利用しているとき	これからもずっと外したくない	0.27	0.44	0	1
	外したい/既に外している	0.10	0.30	0	1
d. コンビニエンスストアなど屋内で買い物をするとき	これからもずっと外したくない	0.29	0.45	0	1
	外したい/既に外している	0.10	0.30	0	1
e. 学校の授業中 (国語や算数などの座学の時間)	これからもずっと外したくない	0.25	0.43	0	1
	外したい/既に外している	0.12	0.33	0	1
f. 学校の授業中 (体育の時間)	これからもずっと外したくない	0.12	0.33	0	1
	外したい/既に外している	0.31	0.46	0	1
g. 学校の授業中 (音楽の時間)	これからもずっと外したくない	0.19	0.39	0	1
	外したい/既に外している	0.19	0.39	0	1
h. 学校の登下校の時間	これからもずっと外したくない	0.20	0.40	0	1
	外したい/既に外している	0.19	0.39	0	1
aからhの合計値	これからもずっと外したくない	1.79	2.87	0	8
	外したい/既に外している	1.28	2.35	0	8

注：観測値数は5004。

感染対策についてどう思っているのか確認したい。表1は、8つの具体的な場面におけるマスクの着脱の意向について、子どもたち自身の解答をまとめている。回答は「既に外している」「もう外したい」「そろそろ外したい」「いずれ外したいが今ではない」「これからもずっと外したくない」の5項目から選ぶ形となっている。

表1はこの回答項目から「これからもずっと外したくない」を選んだ児童の割合と、「既に外している」及び「もう外したい」を選んだ児童の割合をまとめた。表1で注目すべき点は、場面によらず「これからもずっと外したくない」と答えた児童が10%から30%と少なくない割合で存在することだろう。特に、電車や公共交通機関では29%の児童がそう回答しており、コロナ禍の収束にかかわらず公共交通機関でのマスクは継続して着用されるとみられる。学校においても、体育(12%)や音楽(19%)の時間はやや割合が低下するものの、座学の時間では25%が「これからもずっと外したくない」を選択しており、「もう外したい/既に外している」と回答した児童の2倍に達した。こうした回答の傾向は、長らく続くコロナ禍でマスクの着用に慣れてしまった児童が多くなって

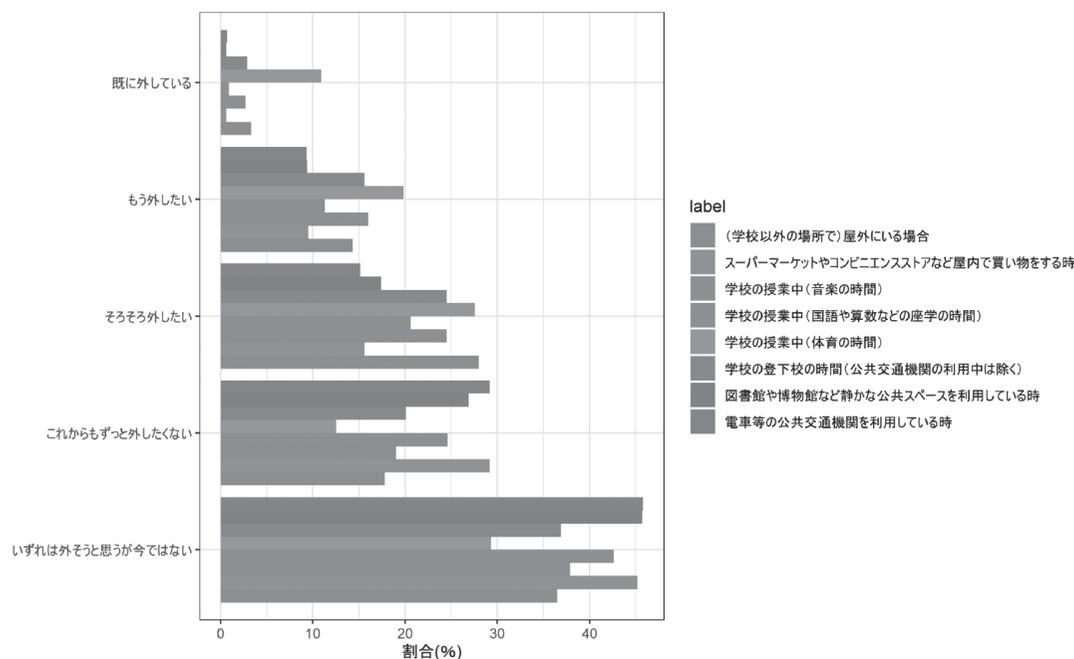
ることを反映していると思われる。

図1は回答項目別に割合をプロットしている。みると、場面によらず、最も回答が多いのは「いずれ外したいが今ではない」と答えた児童が多い。調査時期が第7波の前だったことから、感染収束期での調査といえども児童は慎重な回答を選択していると思われる。また、「これからもずっと外したくない」を選んだ児童の割合は、「そろそろ外したい」を選んだ児童の割合とおおむね同じ程度だった。

最後に分析上の便宜のために、8つの場面のマスク着用意向の合計値を「外したい」「外したくない」という回答のそれぞれについて算出した。個別の場面における回答の傾向を反映して「外したくないスコア」(1.79)は「外したいスコア」(1.28)よりも高い値となった。

## 2 そのほかの記述統計

そのほかの記述統計量については表2にまとめた。まず学校生活の満足度について尋ねたところ75%の児童が学校生活全般については「すごく楽しい」もしくは「楽しい」と回答していた。個々の授業について聞いてみると、おおむね50%の児



注：観測値数は5004。

図1 マスクの着脱意向に関する回答の分布

童が好意的に回答していた。

次に、学校における感染対策の程度を測定するために、マスクの着脱に関する指導の状況を尋ねた。具体的には「先生から以下の学校の時間について「マスクを外しても大丈夫だよ」と指導されたことが最近1週間の間にあったか」という聞き方で、個別の授業時間について尋ねている。調査当時は、マスクによる熱中症の危険等が報道されていたこともあり、体育の時間では55%の児童が先生からマスクを外してもいいと指導を受けたと回答した。また音楽の時間では19%、座学の時間では6%がそうした指導を受けていた。当時、厚労省アドバイザーボードのメンバーである国際医療福祉大学の和田耕治教授は「屋外・屋内を問わず、マスクをしなくて良い場面がある」と指摘しており、そうした場面の一つとして「黙って聞く講義」を挙げている<sup>1)</sup>。そうした専門家の意見

も広まっていたことから「座学の時間」でもマスクを外して良いと指導する先生がいたのかもしれない。

そのほかの基本属性については、学級の人数は33人、女性校長の割合は16%であった。

#### Ⅳ 学校生活の満足度と感染症対策

それでは、学校の感染症対策は児童の学校に対する満足度にどのような影響を与えているのだろうか。ここでは、都道府県固定効果を制御した回帰分析を行うことで相関関係を確認した。結果は表3にまとめた。表3の1列ではアウトカムを学校生活全般に関して「すごく楽しい」もしくは「楽しい」と回答した児童を1、それ以外を0とする2値変数を作成し、その変数に影響を与える要因を調べている。結果を確認すると、「マスクに関する

<sup>1)</sup>「特に応援したいのは子どもたちの場面である。マスクを着用した顔しかお互いに知らないということもある。学校活動でも屋外での体育や休み時間、教室でもあまり話をしないような場面では外せることもある。」(和田2022)。

表2 記述統計量

	平均	標準偏差
すごく楽しい/楽しいと回答した子どもの割合		
a. 学校生活全般	0.75	0.44
b. 授業中（国語や算数・数学などの座学の時間）	0.46	0.5
c. 授業中（体育の時間）	0.54	0.5
d. 授業中（音楽の時間）	0.49	0.5
e. 給食やお弁当の時間	0.63	0.48
先生から以下の学校の時間について「マスクを外しても大丈夫だよ」と指導されたことが最近1週間の間にあったか		
a. 授業中（国語や算数・数学などの座学の時間）	0.06	0.24
b. 授業中（体育の時間）	0.55	0.50
c. 授業中（音楽の時間）	0.19	0.39
d. 登下校中	0.23	0.42
aからdの合計値（マスクに関する指導スコア）	1.03	1.06
脱黙食/黙食ではない通常の昼食をとっているか（はい=1）	0.07	0.26
基本属性		
子どもの年齢	13	6.58
子どもの性別（女兒=1）	0.49	0.5
回答者（保護者）の学歴	0.52	0.5
回答者（保護者）の性別	0.43	0.5
子どもの学級における女の子の割合	0.49	0.16
クラスサイズ	33.22	10.32
校長先生の性別（女性=1）	0.16	0.37

注：観測値数は5004。

指導スコア」の係数は0.054であり統計的に有意となっている。「マスクに関する指導スコア」は学校における4つの場面（座学、音楽、体育、登下校）でマスクを外しても良いと指導を受けた（=1）と答えた合計数であることから、より多くの機会ですマスクを外すように指導を受けることは、児童の学校生活に対する満足度を引き上げる効果があると解釈できる。

そのほかの属性については、多くの変数は統計的に有意ではなかったが、クラスサイズは正の、子どもの年齢は負の相関を示していた。子どもの年齢が負の相関を持つことについては、より年長の児童になるほど学校に満足しなくなっていることを反映しているとみられる。

2列から4列は、座学、体育、音楽の時間が楽しいかどうかをアウトカムとしているが、結果はほぼ同様であり、マスクに関する指導スコアは児童の満足度と正の相関を示していた。5列は昼食の

時間の満足度の結果であり、この推定では「黙食ではない通常の昼食」を行っている児童では大幅に満足度が上昇した。係数値は0.135で統計的に有意となっていることから、黙食をやめることで給食の時間が楽しくなる児童が13.5pp上昇している。

こうした推定を因果関係として解釈できるかについては、地域の感染状況が児童の満足度に与える直接的な影響をどう考えるかに依存する。学校は感染状況によって感染対策を変えるため、感染が収束している地域では黙食が取りやめられたり、マスクを外しても良いと先生が指導する確率が上昇すると考えられる。しかし、感染の収束はそれ自体として児童の心理に好ましい影響を与えるはずだと考えられるため、本研究のような回帰分析は感染対策を緩める効果を過大に推定するはずである。こうした限界はあるものの、推定では都道府県の固定効果を制御していることから、都

表3 学校生活の満足度と感染症対策

	学校生活全般	座学の時間	体育の時間	音楽の時間	給食の時間
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
黙食ではない昼食	-0.009 (0.025)	-0.008 (0.019)	-0.007 (0.029)	-0.009 (0.027)	0.135*** (0.021)
マスクに関する指導スコア	0.054*** (0.006)	0.044*** (0.008)	0.067*** (0.007)	0.053*** (0.008)	0.048*** (0.005)
校長先生の性別 (女性=1)	-0.006 (0.018)	-0.021 (0.020)	0.011 (0.020)	0.012 (0.020)	-0.012 (0.020)
クラスサイズ	0.001+ (0.001)	0 (0.000)	0.002*** (0.001)	0 (0.001)	0 (0.001)
子どもの学級における女の子の割合	0.027 (0.052)	-0.058 (0.047)	-0.011 (0.038)	-0.101* (0.051)	-0.034 (0.052)
子どもの年齢	-0.007* (0.003)	-0.025*** (0.003)	-0.031*** (0.003)	-0.032*** (0.004)	-0.019*** (0.003)
子どもの性別 (女児=1)	0.011 (0.018)	0.024 (0.017)	-0.100*** (0.016)	0.147*** (0.016)	-0.004 (0.011)
回答者(保護者)の学歴	0.002 (0.017)	0.058*** (0.017)	0.011 (0.013)	0.025+ (0.013)	-0.007 (0.015)
回答者(保護者)の性別	0.032* (0.015)	-0.024 (0.017)	0.001 (0.017)	-0.022 (0.016)	-0.090*** (0.020)
観測値	5004	5004	5004	5004	5004
決定係数	0.033	0.046	0.075	0.078	0.044

注：最小二乗法による推定。表中の変数のほかに都道府県固定効果は制御されている。カッコ内は都道府県でクラスターされた標準誤差。+  $p < 0.1$ , \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

道府県レベルでの感染症の流行状況の影響は取り除かれている。加えて、「黙食の廃止」が満足度と与える影響が「給食の時間」のみに観察されていることも興味深い。もし、感染症の収束状況による直接的な影響による交絡が大きいならば、すべての推定で「黙食の廃止」は児童の満足度と正の相関を持つと思われるからだ。以上の考察を踏まえると、本研究で制御されていない交絡要因によって「みせかけの相関」が生じているというより、感染対策を先生や学校が緩めることを原因として、子どもの学校生活に対する満足度が上昇すると解釈できるだろう。「学校が楽しい」ということは子どもの健全な発達の観点からも重要であり、感染対策がそうしたメリットとのトレードオフになっていることが改めてデータで確認できたと考えられる。

## V マスクの着脱と先生の指導の関係

3節で確認したように、子どものマスクに関す

る着脱の意向は「これからもずっと外したくない」という意見と「外したい」という意見に2分されていた。そこで、先生のマスクに関する指導と子ども着脱の意向がどう関連しているのかについても解析を行った。

解析を行う前に、若干の仮説を述べると、こうした行動の検証は説得に対して我々がどう反応するのかに関する学際的な研究分野の知見と関係がある。マスクの着用は特に学校生活において徹底的に遵守されていた慣行であり、子どもたちの間でも着用に関する肯定的な信念が形成されている側面がある。こうした信念を覆すような説得が行われる場合、説得に応じる場合と、逆に「外したくない」という意向を強めてしまう場合がある。後者のケースはいわゆるBackfire効果として知られている。例えば、(Nyhan & Reifler, 2015)では、季節性インフルエンザのワクチンについて、副作用の懸念を表明している人たちにワクチンの安全性についての情報を与えたところ、接種意向が逆に減退してしまつたと報告している。マスクにつ

表4 マスクの着脱意向と先生の指導

	「外したくないスコア」 (1)	「外したいスコア」 (2)	「外したくないスコア」 (3)	「外したいスコア」 (4)
黙食ではない昼食	-0.471** (0.161)	0.530*** (0.156)	-0.482** (0.166)	0.545*** (0.157)
マスクに関する指導スコア	0.084** (0.031)	0.102** (0.038)		
マスクに関する指導（座学の時間）			0.703*** (0.155)	-0.394* (0.159)
マスクに関する指導（体育の時間）			0.163 (0.102)	0.118* (0.058)
マスクに関する指導（音楽の時間）			-0.189+ (0.102)	0.218*** (0.066)
マスクに関する指導（給食やお弁当の時間）			-0.035 (0.084)	0.197* (0.092)
校長先生の性別（女性=1）	-0.041 (0.122)	-0.03 (0.095)	-0.038 (0.122)	-0.032 (0.096)
クラスサイズ	-0.002 (0.005)	0.001 (0.004)	-0.001 (0.005)	0 (0.004)
子どもの学級における女の子の割合	0.007 (0.253)	-0.113 (0.199)	0.032 (0.249)	-0.126 (0.199)
子どもの年齢	0.492*** (0.090)	-0.294*** (0.073)	0.496*** (0.088)	-0.295*** (0.073)
子どもの性別（女兒=1）	0.075*** (0.020)	-0.094*** (0.018)	0.071*** (0.020)	-0.091*** (0.018)
回答者（保護者）の学歴	-0.047 (0.103)	-0.086 (0.059)	-0.055 (0.103)	-0.08 (0.061)
回答者（保護者）の性別	0.365*** (0.083)	-0.076 (0.060)	0.371*** (0.088)	-0.096 (0.065)
観測値	5004	5004	5004	5004
決定係数	0.027	0.03	0.029	0.033

注：最小二乗法による推定。表中の変数のほかに都道府県固定効果は制御されている。カッコ内は都道府県でクラスターされた標準誤差。+  $p < 0.1$ , \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

いても同様に、感染症の収束とともに着用を緩める措置が今後も行われると思われるが、児童の間ではそうした「説得」の結果として着用の意向が逆に強くなることも考えられる。<sup>2)</sup>

推定に際して、マスクの着脱意向に関する変数として3節で作成した「外したくない」という回答の合計スコアと、「外したい」という回答の合計ス

コアを用いた。学校の感染対策の指標としては、黙食の有無とマスクの着用に関する指導の状況を用いた。推定は都道府県固定効果を制御した最小二乗法で行った。結果は表4にまとめた。表4では1列で「外したくないスコア」、2列で「外したいスコア」の結果を提示している。みると、1列では「黙食ではない昼食」を実施することにより「外し

<sup>2)</sup> Backfire Effectsを提唱した研究として (Nyhan & Reifler, 2010) がある。イラク戦争時にフセインは大量破壊兵器をもっているかが話題をなしたが、実際にはフセインは大量破壊兵器をもっていなかった。そこでNyhan and Reifler (2010) は共和党支持者にそうした彼らの通念を覆すような「正しい知識」を与えるとどうなるか実験した。その結果、驚くべきことに共和党員は自分の見解が覆されると「実は大量破壊兵器はある」とより強く信じるようになったという。正しい知識や通念を覆す情報を与えると逆のことを強く信じるようになることはBackfire effectsと呼ばれており、近年盛んに研究されている。ただしレビュー論文としては (Wood & Porter, 2019) があり、彼らによるとBackfire effectsを示唆する研究はそれほど多くなく、全体としては人々は正しい情報を与えるとそれを信じるようになると言われている。

たくないスコア」が低下することが示されている。この点と整合的に、2列では「黙食ではない昼食」によって「外したいスコア」も上昇している。係数値をみても1列では $-0.471$ 、2列では $0.530$ であり、これは各変数の平均で評価するとそれぞれ26%と43%の効果となった。黙食の廃止は「マスクを外す」ように誘導する強い効果があると言えそうだ。一方、「マスクを外す指導」の効果は一樣ではない。「マスクに関する指導」スコアの効果は1列で $0.084$ 、2列で $0.102$ となっており、2列とも統計的に有意となっている。この結果は、先生による「マスクを外しても良い」という指導が「マスクを外したくない」という児童と「マスクを外したい」という児童を両方とも増加させることを示している。マスクの着脱については半分程度の児童が「いつか外したいが今ではない」と答えていることを踏まえると、そうした態度を決めかねている児童が両極端な考えを持つようになったとみられる。

3列と4列では、こうした結果をより詳細にみるために、個別場面における「マスクに関する指導」の効果を確認している。3列をみると、音楽の時間にマスクを外しても良いと指導することは子どものマスク着用意向を弱める一方で、座学の時間では「マスクを外しても良い」という指導がむしろ「マスクをずっとつけていたい」という児童を増やしてしまうことが確認できた。「座学の時間」においてマスクを外しても良いと指導を受けていたのは全体の6%の児童であることから、わが国の常識に照らしてみても先鋭的なマスクに関する指導を行った場合には、児童がよりマスクの着用意向を強めてしまうのかもしれない。こうした反応は、ある種のBackfire効果とみられ、今後より詳細な検証が必要かもしれない。

4列でも3列の結果と同様に、「座学の時間」の指導の係数は $-0.394$ で統計的に有意であり、やはり座学の時間における先生による「マスクを外しても良い」という指導は児童にとっては逆効果であることが示唆されている。一方、音楽や体育などの時間については、指導を行った場合には「マスクを外したい」と考える児童が増えた。

そのほか、着脱について顕著な結果がみられたのは、子どもの年齢と性別だった。年齢が高まるほどマスクを外したくないと考える児童は増加し、女兒の場合には7ppほど「これからもずっと外したくない」と考える児童が多かった。

次に、性や学年によってマスクに対する考え方が異なる点が確認されたことから、性別と学年別のサブサンプル解析を行い、結果を図2にまとめた。図2に学校や先生による感染症対策関連の指導の効果をみるために、各変数の係数と95%信頼区間を提示している。結論としては、各サンプルで顕著な結果の相違は確認できず、いずれのサンプルにおいても、黙食の廃止は「マスクをずっとつけていたい」と考える児童を減らす一方で、座学の時間の指導は「マスクをずっとつけていたい」と考える児童を増加させた。

## VI おわりに

本論文では、コロナ禍の子どもたちの日常性の回復を考える上での基礎的資料として、学校の感染対策や子どもたちの学校生活の満足度に関する独自調査の基礎的な解析結果をまとめた。得られた知見としては3つある。まず第一に、長らく続いたコロナ禍の影響として、「これからもずっとマスクをつけていたい」という児童の割合は場面によっては30%に上ることが明らかになった。これは、コロナ禍ではじまった新しい生活様式が子どもたちに定着していることを示している。次に、マスクの着用などの感染対策を緩める施策は子ども達の学校生活への満足度を高める効果を持っていた。最後に、「座学の時間」において「マスクを外しても良い」と先生から指導を受けた場合には、先生の意思に反してマスクの着用意向がむしろ上昇するようだった。この結果は、子ども達の間で感染対策が既に習慣として根付いていることを前提に、学校における感染症対策の在り方やコロナ禍の収束に向けた日常性の回復について考える必要があることを示しているだろう。

なお、本研究の限界として、アンケート調査に基づく結果であるために、代表性が必ずしも担保

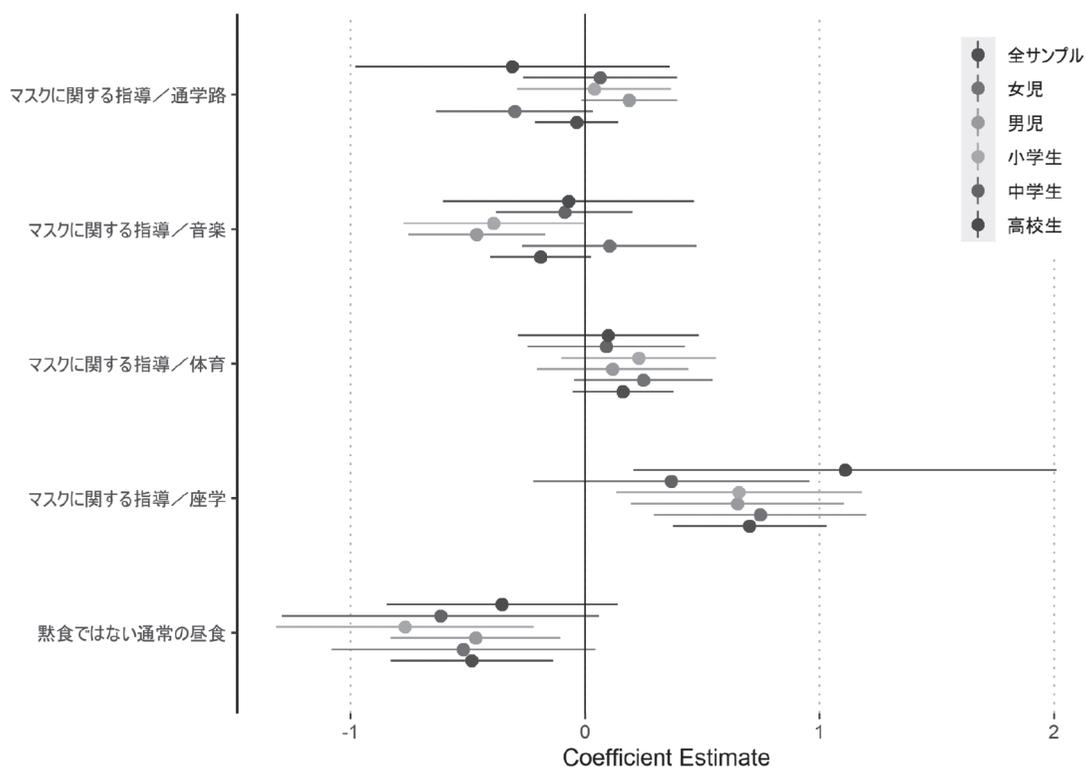


図2 サブサンプル解析の結果：「外したくないスコア」

されていない点があげられる。今後、感染症対策の在り方については多様な意見があることを前提とすると、当事者を含めた形での意思決定（および意見の集約方法の模索）が望ましく、その観点からもこうした調査がより大規模に、代表性が担保された形で実施される必要があるだろう。

### 謝辞

本研究に際して、一橋大学HIAS Healthから賞金提供を受けた。加えて安中進氏（弘前大学）の有益なコメントに感謝する。

### <参考文献>

Abaluck, J., Kwong, L. H., Styczynski, A., Haque, A., Kabir, M. A., Bates-Jefferys, E., Crawford, E., Benjamin-Chung, J., Raihan, S., & Rahman, S. (2022). Impact of community masking on COVID-19: A cluster-randomized trial in Bangladesh. *Science*, 375 (6577), eabi9069.

Asakawa, S., & Ohtake, F. (2022). *Impact of COVID-19 School Closures on the Cognitive and Non-cognitive Skills of Elementary School Students*. Research Institute of Economy, Trade and Industry (RIETI).

Budzyn, S. E., Panaggio, M. J., Parks, S. E., Papazian, M., Magid, J., Eng, M., & Barrios, L. C. (2021). Pediatric COVID-19 cases in counties with and without school mask requirements—United States, July 1-September 4, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70 (39), 1377.

Fukamoto, K., McClean, C. T., & Nakagawa, K. (2021). No causal effect of school closures in Japan on the spread of COVID-19 in spring 2020. *Nature medicine*, 27(12), 2111-2119.

*Global Monitoring of School Closures caused by COVID-19 Pandemic - Dashboards - Covid-19 Response*. (日付なし)。読み込み 2022年9月25日, から <https://covid19.uis.unesco.org/global-monitoring-school-closures-covid19/>

Iwata, K., Doi, A., & Miyakoshi, C. (2020). Was school closure effective in mitigating coronavirus disease 2019 (COVID-19)? Time series analysis using Bayesian

- inference. *International Journal of Infectious Diseases*, 99, 57-61.
- Krishnamachari, B., Morris, A., Zastrow, D., Dsida, A., Harper, B., & Santella, A. J. (2021). The role of mask mandates, stay at home orders and school closure in curbing the COVID-19 pandemic prior to vaccination. *American journal of infection control*, 49(8), 1036-1042.
- NHK. (日付なし)。“食べずに見守る” 流しそうめん 新型コロナ感染防止で 津和野。NHKニュース。読み込み 2022年9月25日, から <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200809/k10012560081000.html>
- Nyhan, B., & Reifler, J. (2010). When corrections fail: The persistence of political misperceptions. *Political Behavior*, 32(2), 303-330.
- (2015). Does correcting myths about the flu vaccine work? An experimental evaluation of the effects of corrective information. *Vaccine*, 33(3), 459-464.
- Oikawa, M., Tanaka, R., Bessho, S., & Noguchi, H. (2020). *Do class size reductions protect students from infectious disease? Lessons for Covid-19 policy from flu epidemic in Tokyo Metropolitan Area.*
- Shobako, N. (2022). Lessons from the health policies for children during the pandemic in Japan. *Frontiers in Public Health*, 10.
- Takaku, R., & Yokoyama, I. (2021). What the COVID-19 school closure left in its wake: Evidence from a regression discontinuity analysis in Japan. *Journal of public economics*, 195, 104364.
- Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. (2003). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity.* Oxford University Press.
- Wood, T., & Porter, E. (2019). The elusive backfire effect: Mass attitudes' steadfast factual adherence. *Political Behavior*, 41(1), 135-163.

(たかく・れお)  
(Wang・Mingyao)

# **On Children's School Lives After the COVID Pandemic -The Results and Preliminary Analysis of the School Life Survey in June 2022-**

TAKAKU Reo<sup>\*1</sup> and WANG Mingyao<sup>\*2</sup>

## Abstract

This paper reports the results of an original survey of school infection control measures and children's satisfaction with school life as basic data for considering the restoration of routine in children with the pandemic. The findings obtained are threefold. First, as an effect of the long-lasting pandemic, the percentage of children who said they "want to wear masks all the time from now on" was as high as 30% in some situations. Second, measures to loosen infection control measures, such as removing masks, had the effect of increasing children's satisfaction with school life. Finally, when the teachers instructed the students that they could remove their masks during "classroom time", the intention to wear masks rather increased among some students against the teacher's will. These results would indicate that it is necessary to consider the nature of infection control measures in schools and the restoration of routine, assuming that infection control measures have already taken root as a habit among children.

Keywords : School, Surgical mask, Silent eating, Satisfaction

---

<sup>\*1</sup> Associate Professor, Graduate School of Economics, Hitotsubashi University

<sup>\*2</sup> Doctoral Student, Graduate School of Economics, Hitotsubashi University

---

**特集：新型コロナウイルス感染症と社会保障**

---

## 新型コロナウイルスの蔓延下でのメンタルヘルスの変化： これまでの知見と将来への含意

山村 英司\*

---

### 要 旨

2020年初頭に日本に上陸した新型コロナウイルスは、変異を繰り返しながら2年以上が経過した。蔓延を防ぐため日常生活の制限、経済状況の悪化などのため、特に蔓延初期段階でメンタルヘルスの悪化が観察された。ただし、このようなコロナパンデミックの影響は、国や個人の属性によって大きく異なる。例えば、性別によってコロナの影響は大きく異なる。とりわけ日本においては、若年女性の自殺数の増加はほかの集団よりも顕著に観察される。このような結果をもたらす要因として、男女が直面する経済社会的な環境の違いがある。女性が置かれている状況は男性よりも不利なために、ストレスが大きくなりメンタルヘルスを悪化させる。また、臨時休校などによる子供のメンタルヘルスへの影響は短期ばかりでなく長期的に分析する必要がある。今後は追加調査を実施することで、パンデミックの長期的影響を分析することが望まれる。

キーワード：新型コロナウイルス、メンタルヘルス、自殺

社会保障研究 2022, vol.7, no.3, pp.236-245.

---

### I はじめに

2019年末以降、新型コロナのパンデミックは世界各国の政治経済、そして社会生活に大きな変化をもたらした。時代の要請に応えるように幅広い分野において短期間で、膨大な数のパンデミック関連の研究が発表された。パンデミックが始まり、緊急事態宣言などが出されると、自らの意志とは無関係に「引き籠り」的な日常をおくらざるを得なくなる。人との関わりから切り離され自由を制限される中で、パンデミックへの罹患への恐怖心もある。このような現実直面するなかで、

コロナ禍がメンタルヘルスや自殺に及ぼす影響の分析が蓄積されてきた。

本稿ではこれまでのコロナ禍におけるメンタルヘルス関連の研究成果を整理しその知見から得られる含意を議論する。同テーマは公衆衛生、社会心理学、経済学、政治学など多様な分野で数多くの研究が存在する<sup>1)</sup>。メンタルヘルスに限っても、さまざまなアプローチがなされている。先行研究の全貌を本稿で紹介することは紙幅の制限などから不可能である。そこで、本稿では先行研究を網羅するのではなく、国内外の多くの研究で共通して観察される傾向を概観しつつ、筆者がこれまで進めてきた研究やその関連研究を中心に取り上げ

---

\* 西南学院大学経済学部 教授

<sup>1)</sup> 例えば日本心理学会では学会誌で、新型コロナウイルスに関連する特集号を組んでいる(山田 2021)。

る。例えば、男女間のメンタルヘルスの差、緊急事態制限がメンタルヘルスに与えた影響、臨時休校が学童の親のメンタルヘルスに及ぼす影響、ワクチン接種後のメンタルヘルスの変化などである。

## II メンタルヘルス関連の研究動向

### 1 短期的分析

コロナパンデミックの初期段階から世界各地でさまざまなプロジェクトが立ち上げられパンデミックがメンタルヘルスに及ぼす影響の分析が進められた。その中で最大規模と思われるのが2020年の3月世界各地の研究者が連携して立ち上げたCOVIDiSTRESS global surveyプロジェクトである(Lieberoth et al., 2021; Yamada et al., 2021)<sup>2)</sup>。ここでは、本人が自覚する精神的ストレス、予防行動、政府への信頼度などに関する詳細な質問票を作成し、これを利用してオンラインサーベイにより2020年のパンデミック初期に48か国から約175,000人のデータを収集した。因果関係を明らかににはしていないが、実態を把握するために変数間の相関関係や国の間にどのような違いがみられるかが分析されている。新型コロナを心配する人ほどストレスが高い傾向が観察された。国家間の比較では、日本人は他国に比べて行動変容の要請に積極的に従う傾向が顕著にみられる。興味深いのは、ストレスを強く感じる人ほど、コロナ対策のための行動変容の要請に従わない傾向がみられたことである(Lieberoth et al., 2021)。

日本における分析を紹介しよう。コロナ禍の初期において若者、低所得家計の人、休息や睡眠が不足している人などにメンタルヘルスの悪化が観察されている(Nagasu et al., 2021)。マスク着用、手の消毒、他者と物理的距離を確保するなどの予防行動を取らない傾向が確認されている人ほど孤独を感じ(Stickley et al., 2021)、恐れなど抑鬱的な精神状態にある(Stickley et al., 2020)。つまり、メンタルヘルスの悪化は、行動変容に消極的な反

応に結びつくとは解釈できる。メンタル状況が悪いと、行動変容するだけの精神的な余裕がないのかもしれない。

メンタルヘルスの影響は感染の増減や、政府のパンデミック対策など状況変化の影響も大きく受ける。同一人物に対して3月中旬からはほぼ毎月、繰り返し調査を行うことで東京オリンピック延期や緊急事態宣言などの影響を分析した研究がある。Yamamura & Tsutsui (2020)は飲食業や観光業などオリンピック特需が期待された「オモテナシ産業」の就業者の幸福度の変化について分析している。具体的には2020年夏に開催予定だった東京オリンピックの延期が2020年3月24日に発表される前後で、幸福度および近い将来の期待所得についての変化を分析した。主要な発見は次の通り。延期発表前に比べ、延期発表直後に大きく幸福度の低下がみられる。しかし、2週間後に延期発表前と同程度の幸福度に戻る。幸福度が大きく変化する一方、主観的な1年後の期待所得額は延期発表の影響を受けない(Yamamura & Tsutsui, 2020)。つまり、オリンピック延期による金銭的な影響よりも、オリンピックに貢献する機会が失われることから一時的に幸福度が低下したと考えられる。注意しなければならないのは、この結果がパンデミック初期のごく短期間のデータに基づいていることである。現実にはその後2年以上にわたって、コロナ禍による経済損失があったので、これがメンタルヘルスに及ぼした可能性は大きい。

2020年の第一回目の緊急事態宣言は、2020年4月7日に東京、神奈川、埼玉、千葉、大阪、兵庫、福岡の7都府県で出された。全国に宣言を拡大したのは4月16日だった。同じ程度に危機的な状況にありながら、宣言が出るのが遅れた地域もある。この自然実験的な状況をいかして、緊急事態宣言の効果を分析した研究がある(Yamamura & Tsutsui, 2022)。分析結果によれば、緊急事態宣言によって予防行動が促進される一方、メンタルヘルスの悪化もみられた。緊急事態宣言解除後も予

<sup>2)</sup> 山田(2021)では、パンデミック初期における心理学研究者による迅速な研究発表プロセスが紹介されている。

防行動は持続的にとられる一方、メンタルヘルスは回復した。さらに、早めに緊急事態宣言が出た地域の方が、予防行動促進の効果は大きかった。つまり、新型コロナウイルスの情報が不足している状況下では、基本的な予防行動を浸透させるきっかけとして緊急事態宣言は有効であり持続性もあったことがわかる。

海外の多くの国で実施されたロックダウンは法的強制力を伴うために、日本の緊急事態宣言よりも行動制限が厳しくなる。Brodeur et al. (2021)はヨーロッパとアメリカにおけるロックダウン前後で人々のネット上の探索履歴データを集め、探索行動がどのように変化したがを分析している。「孤独」、「悲しみ」、「心配」などの言葉の探索が増加した、その一方で「ストレス」、「自殺」、「離婚」などの探索数は減少した。いずれも、ネガティブな感情をあらわす言葉であるが、人々の関心は一樣に変化しているわけではなく複雑であることがうかがわれる。

新型コロナの傾向への影響については年齢によって高齢者ほど重症化リスクや死亡リスクが高いことが知られている (Koh et al., 2021)。メンタルヘルスへの影響も人々が属する社会集団によって異なるだろう。例えば、自立する前の若年層に対してコロナ禍はどのように影響したのか？スペインの8～18歳の若年層を対象にした分析では、2020年4月のロックダウン中に、反抗的態度や怒りを示すようになり、一方で不安感や抑鬱などメンタルヘルスの悪化もみられた。とりわけ、男よりも女でメンタルヘルスの悪化は顕著で、不安感、自己評価の低下、情緒不安定などが観察された (Pizarro-Ruiz & Ordóñez-Cambor, 2021)。ドイツの大学生を対象としたオンラインサーベイはパンデミック以前の2019年8月とパンデミック中の2020年7月の2回実施された。この分析ではパンデミック以前に比べてコロナ発生後に、不安感や孤

独感が高まっていることが示された (Werner et al., 2021)。

2020年の5～7月の間に行われた東欧諸国など世界9カ国を対象とした分析では、ストレスや抑鬱感を感じる大学生の割合はそれぞれ61%と40%であることを示し、これは全人口年齢のサンプルを使った場合の約6倍になると論じた (Ochnik et al., 2021)。若年層は高齢者層に比較して、コロナ感染によって重症化する確率は低いとされるが、他者との接触など行動制限によってメンタルヘルスの状況の悪化は深刻であると考えられる。つまり、社会全体のパンデミック対策のために、そこから得られる便益が小さい若者がメンタルヘルス悪化というコストを負担したと考えられる。また学校生活や対面学習などから得られる便益は小さくなる。経済学的に考えれば、パンデミック対策のために若者は大きな機会費用を負担したと考えられる。

## 2 メンタルヘルスへの介入効果の検証

社会心理学の国際研究グループは、2020年3月からコロナパンデミックの影響への大規模なオンライン実験分析を企画した。世界各国から膨大な数の研究者が参加したが、非常に迅速に組織的に研究がすすめられた<sup>3)</sup>。この実験では、87か国21644人を対象に介入することによる感情変化の分析を行っている (Wang et al., 2021)。大まかな段取りは、オンラインで実験開始前に感情やメンタルヘルスの質問に回答してもらう。その後、被験者は実験の処置グループと比較対象グループに分けられ、介入効果が検証される。処置群に与える情報は、2つのタイプがある。

一つ目の情報タイプは、パンデミック克服に希望を持たせる情報。例えば、「これまで人類は非常に困難な状況におかれても、それを克服してきた。コロナも克服していくだろう」。二つ目の情

<sup>3)</sup> 研究に参加した山田祐樹氏 (九州大学) によれば、20年3月14日に既にコロナ特別プロジェクトを実施することが決まり、すぐに研究計画案と研究協力者の公募が同時に行われた。日本チームは20年3月25日には揃っていた。研究計画案は1週間で約60件くらい集まり、それらを審査・投票して、3件に絞り、それぞれの調査を即時に開始した。本校で紹介するのは、その中の一つ。この研究は、4月17日にNature Human Behaviourに実験手順が事前投稿され、査読を経て5月12日に原則的採択されている。実験後の論文は翌年の6月28日に正式採択されている。

報タイプは、パンデミックに対する考え方の方向性を変える情報である。「パンデミックによって家でゆったり過ごすことが出来るようになった。そのおかげで趣味に時間を使ったり、家族と過ごす時間が増えた」。大まかな分析結果としては、介入によって負の感情が弱まり正の感情が高まった。つまり、コロナ禍において前向きな情報を与えことによりメンタルヘルスが改善された。とりわけ、調査が実施されたようなパンデミック発生初期では、その対処法や症状などの情報が不足しているため、落ち着きや冷静さを取り戻す効果が高いと思われる。この分析結果から得られる示唆としては、マスメディアなどを通じた情報発信は、情報に誤りがない範囲で極力前向きな内容を伝えることが望ましい。

ほかの研究では、ビデオを視聴させる効果を検証する実験を行っている。ビデオの中で二人の友達が登場し、家族の話、コロナ禍での隔離生活、そこから来る孤独や恐れについて会話する。このビデオを鑑賞しないグループに比べて、このビデオを視聴したグループのメンタルヘルスは大幅に改善した (Valeri et al., 2021)。ビデオ視聴よりも、本人自身が友人と会話する機会があれば効果は大きいことだろう。コロナ禍における遠隔会議システム普及は、メンタルヘルスの維持に一定の効果を持っていた可能性がある。

### 3 長期的な分析

これまで確認したように、コロナパンデミックのメンタルヘルスへの影響は状況によって大きく変化する。短期間を取り出した観察は、パンデミックの影響を局所的にしか明らかにできない<sup>4)</sup>。しかし、コロナとメンタルヘルスをめぐっては多くの研究が短期的な分析で、コロナパンデミック発生以降の継続的分析は数少ない (Yamamura et al., 2022)。コロナが始まる以前のメンタルヘルスの状態が分からなければ、パンデミックの影響を識別することが出来ない。したがって、コロナパ

ンデミック発生以前から長期にわたる継続的に追跡調査からは非常に重要な知見を得ることが出来る。

日本ではYamamura et al (2022) が2020年3月から2021年9月までほぼ毎月同じ人の主観意識を追跡調査した。しかし新型コロナが日本でも確認された後に調査を始めているので、パンデミック以前との比較はしていない。ここではワクチン接種の前後で自分が罹患すると思う確率や罹患したときの症状の重さなど主観的評価と、メンタルヘルスの変化が分析されている。ワクチン接種前に比べてワクチン接種後は、主観的な罹患確率は有意に低下している。さらに罹患したとしても症状は軽いと考える人が増えている。これは男女ともに観察される傾向である。メンタルヘルスについて男性は変化ないが、女性は接種後にメンタルヘルスの改善がみられた。次節ではコロナ禍中に女性の自殺者が顕著に増加したことが示される。これを踏まえるならば、ワクチン接種を促進することで、コロナ蔓延を予防するばかりでなく、メンタルヘルスの改善により自殺の抑止につながる可能性がある。

Foa et al (2022) は、2019年7月から2021年6月にかけての2年間イギリスを対象とした週ごとのデータを用いている。主要な発見は次の通り。コロナパンデミック以前に比べ、パンデミック中はメンタルヘルスが悪化し、とりわけ感染者数が多いときにメンタルヘルスは悪化する。また、この期間中に2回のロックダウンがあった。いずれの場合もロックダウン開始直後に大きくメンタルヘルスが悪化する。しかしロックダウン期間内にメンタルヘルスは徐々に改善しロックダウンの終わり近くになるとロックダウン前と同程度の状態になる。さらに、最終調査の2021年6月のメンタルヘルスは、ほぼパンデミック前の水準に戻っている。彼らは2020年1月から2021年7月にかけて、英語圏のアイランド、米国、カナダ、ニュージーランド、オーストラリアで同様の調査を行ってい

<sup>4)</sup>「短期」と「長期」に分けてパンデミックがメンタルヘルスに及ぼす影響を分析することを目的とした研究でも、実際にパンデミックからの時間経過が短い場合、短期（発生から2020年4月時点）と長期（発生から2020年7月）の違いは数カ月程度となる (Andrada & Ozdemir, 2021)。

る。国によってロックダウンの回数、時期、期間は違うが、おおむねイギリスと同様の結果が得られている。以上の結果よりロックダウンの非日常生活に、精神的に徐々に適応していくと考えられる。

Cheng et al. (2022) はシンガポールの2019年7月から2021年7月の生活満足度の変化を分析した。ロックダウンでは極端に生活満足度は低下する。ロックダウン後は徐々に満足度は上昇し最終的にはパンデミック以前のレベルと同水準になる。この結果は英語圏の研究結果と整合的である。しかしながら、パンデミック中に所得減少を経験したグループについては、生活満足度は最後までパンデミック以前の水準よりも低いまだだった。

全体としては大きな経済状態の悪化が起こらなければ、人々はコロナパンデミックに順応していく傾向がある。さらに、パンデミックが終息するならば、平均的にはメンタルヘルスに関する懸念は消えていくものと思われる。問題となるのは失業等で経済状態が悪化した場合、メンタルヘルスの回復がみられないことである。

経済状態が悪化したグループ以外にも、注意を払うべきグループがある。代表的なエッセンシャルワーカーである医療機関の就業者である。彼らはコロナ感染者や感染した可能性が高い患者に接した場合や、自身の家族への感染を心配したり、孤独を感じる時にメンタルヘルスの悪化がみられた (Ruiz-Frutos et al., 2022; Saddik et al., 2021)。類似の傾向が日本でも観察された (小岩他 2021)。ポルトガルでは妊婦がロックダウン中に顕著なメンタルヘルスの悪化を示したという報告もある (Fernandes et al., 2022)。臨時休校や緊急事態宣言下の非日常的な状況の中で、子供たちのオンライン・ゲームや動画視聴が増え子供の健康に対する懸念が高まっている (Ashikkali et al., 2020)。日本においては、睡眠不足やネット視聴時間の増加などが起き、これがメンタルヘルスの

悪化と関連していた (高坂 2021)。これが習慣化することによって、成長過程においてメンタルヘルスなどにも長期的な影響があるかもしれない<sup>5)</sup>。以上のように女性や子供などを中心とする社会集団では、パンデミックの影響は長期化する可能性がある。これを検証しつつ、長期的な対策を講じることも求められよう。

### III 自殺数増加の性差とその背景

コロナパンデミックがメンタルヘルスや経済環境を悪化させ、それが極限に達するならば自殺を選択するケースも出てくる可能性がある。コロナパンデミック以降の自殺数の変化について研究が蓄積されている。コロナ禍初期における代表的な研究として、パンデミック発生から4カ月間における中・高所得水準にある21カ国を対象にした研究があり、自殺数は日本を含む9か国において減少し、12か国において変化がなかったがわかった (Pirkis et al., 2021)。この研究を実施したグループは、パンデミックの影響は複雑であり、単純にこの結果を一般化することなく、調査を継続し長期的な視点から自殺抑止の方策を考えることを提唱している (Sinyor et al., 2021)。

その後、日本を対象にした研究が蓄積された。Ueda et al. (2021) の2017年1月から2020年10月までの月次データを用いた研究によれば、パンデミック発生以前の期間に比べて、自殺数はパンデミック初期時点では減少した。しかし、2020年7月以降に増加傾向を示し、同年10月には前年比で約70%の増加をとった<sup>6)</sup>。中でも最も自殺が増えたのは40歳以下の女性グループであった。Horita & Moriguchi (2022) による2021年9月まで分析射程を広げた研究では、もともとの自殺数の水準は女性よりも男性が高いが、その水準をコントロールして変化率を観察するとパンデミックの影響は男性よりも女性が大きくなることが示され

<sup>5)</sup> 日本の大学生は、オンライン授業の増加で目、肩、首、頭などに身体的負荷がかかり、これがメンタルヘルスの悪化につながっていた (内田・黒澤 2021)。

<sup>6)</sup> パンデミック初期に自殺者数が減少したのは政府の手厚い援助や労働時間の短縮などの複合的な影響による (Tanaka & Okamoto, 2021)。

ている。具体的にはパンデミック期において、自殺数の予測値に比べて実際に観察される自殺数は、男性で17%、女性で31%多くなる (Horita & Moriguchi, 2022)。

以上のようにパンデミックが自殺に及ぼす影響は男性より女性のほうが大きいですが、この違いは何に起因するのだろうか？日本のオンラインサーベイ調査では、40歳以下の女性グループは所得低下や失職がほかのグループよりも多く、メンタルヘルスの悪化も顕著であることが分かった (Ueda et al., 2020, 2021)。日本においてはパンデミック発生直後からメンタルヘルスの悪化が観察されるが、自殺の増加が観察されるまでは4カ月程度のタイムラグがある。これは、女性の経済状態の悪化が自殺を誘発する閾値に達するまでにかかる時間と解釈できよう。

海外では屋内の閉塞空間で生活することで、ドメスティック・バイオレンス (DV) が増加したという報告もある (Gulati & Kelly, 2020; Piquero et al., 2021)<sup>7)</sup>。また、日本の30歳以下の女性はDVによってメンタルヘルスの悪化がみられる (Yoshioka et al., 2021)。小学生の子供がいる家庭では、臨時休校により低学歴の母親のメンタルヘルスの悪化がみられたが、父親や高学歴の母親には変化がみられなかった (Yamamura & Tsutsui, 2021b)。この背景にはパンデミックによって仕事と家事育児に対する夫婦間での偏りが大きくなったからかもしれない。共働き家庭では小学校の臨時休校中に母親が仕事と子育てを行い負担が増したが、父親の負担に変化はない (Yamamura & Tsutsui, 2021a)。

コロナ禍の影響の男女間の違いは他国でも観察されている。アジアと欧米の6カ国のデータを分析すると、コロナによって女性は50%所得低下し、24%失職の可能性が高まった (Dang & Viet Nguyen, 2021)。カナダでも男性よりも女性のメンタルヘルスの悪化が大きく、それは経済状況以外に、他者との接触や外出の減少などに関係していることが示された (Lin, 2022)。チリの研究で

は、コロナ禍によって男性よりも女性は家事が増える一方で、仕事を失い所得の低下がみられる、さらに女性は男性よりもメンタルヘルスの低下が大きい (Borrescio-Higa & Valenzuela, 2021)。他国においても、男性よりも女性の自殺の増加が大きくなる状況はそろっている。社会経済的に弱い立場にある女性が、さらに苦境に立たされているのである。

#### IV 結び

パンデミックの問題を考えるには、短期的な問題と長期的な問題を分けて考えることが重要である。短期的にはパンデミックの状況は刻々と変化している。デルタ株の感染者数が爆発的に増えたときには重症化リスクが高かったが、その後に出てきたオミクロン株は非常に感染力が高いが重症化リスクは低い。新型コロナは次々と変異株が登場するので、望ましい政策も変化していく。これまでのコロナパンデミックの経験を踏まえるならば、議論を一般化することには慎重になる必要がある。今後の状況変化や新たな研究成果を確認しつつ状況に応じた対策を練ることが重要である。

長期的には新型コロナの影響はパンデミックが終息した後にも残っていく可能性がある。世界中であらゆる分野の研究者が新型コロナパンデミックの研究を進めた。パンデミック初期のエビデンスが不足していた時点においては学術上の貢献が大きかったが、今や完全に成熟分野となり追加的な研究をしても学術的な貢献は限定的である。しかし、学術貢献としては目立たないものとしても、実態を把握し分析していくことは現実社会に十分な貢献をもたらすであろう。

速水融氏は約100年前前に発生したスペイン風邪のパンデミックが日本にもたらした影響を経済史の視点から分析した。速水融氏は次のように結論付けている「日本はスペイン・パンデミックからほとんど何も学ばず、あたら四五万人の生命を無駄にした (中略) 過去の被害の実際を知り、人々

<sup>7)</sup> メンタルが悪化する母親が子供にDVを働く可能性もあるだろう。DVのトラウマはパンデミック後も消えない可能性が高い (Newnham et al., 2022)。コロナ終息後もDVを受けた子供へのケアは欠かせないものとなるだろう。

がそのときの『新型インフルエンザ・ウイルス』にどう対処したかを知ることから始めなければならない。なぜなら人類とウイルス、特にインフルエンザ・ウイルスとの戦いは両者が存在する限り永久に繰り返されるからである」(速水 2006, 436頁)。一旦終息してしまうと、パンデミックのことなどすぐに忘れてしまったのである。

新型コロナにおいては、これまでかなり詳細な分析や報告がなされてきた。しかし、それだけではパンデミックの影響の全体像をとらえることは出来ない。パンデミックによってメンタルヘルスを損なった女性や子供が今後どのような人生を歩むのであろうか？海外では長期にわたって個人への追跡調査を継続したパネルデータがある。例えば、ドイツの German Socio-Economic Panel (SOEP) では1984年から現在に至るまで毎年調査を継続している。これを使って多種多様な研究が今現在も蓄積され続けている。長期的な社会の変化を分析することの意義が共有されているために長期パネルデータが構築され知的公共財になっているのだ。残念ながら日本では調査を継続することの意義が理解されず、予算もつかない。そのために、SOEPのようなデータが存在しない。当然、新型コロナパンデミックの影響を長期的・巨視的に把握することが出来ない。スペイン・インフルエンザの時代から日本が抱える問題の本質は今も変わらないのである。

## 謝辞

山田 祐樹氏(九州大学 准教授)には、心理学会におけるパンデミック研究の動向をご教示いただいた。ここに、謝意を表する。

## 参考文献 英語文献

Andrada, A., & Ozdemir, U. (2021). COVID 19 and subjective mental well-being: Changes throughout the crisis. *Traumatology*, 27(4), 444-454. <https://doi.org/10.1037/trm0000358>

Ashikkali, L., Carroll, W., & Johnson, C. (2020). The indirect impact of COVID-19 on child health. *Paediatrics and Child Health*, 30(12), 430-437. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.09.004>

Borrescio-Higa, F., & Valenzuela, P. (2021). Gender Inequality and Mental Health During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Public Health*, 66. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604220>

Dang, H.-A. H., & Viet Nguyen, C. (2021). Gender inequality during the COVID-19 pandemic: Income, expenditure, savings, and job loss. *World Development*, 140, 105296. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105296>

Fernandes, J., Tavares, I., Bem-Haja, P., Barros, T., & Carrito, M. L. (2022). A Longitudinal Study on Maternal Depressive Symptoms During the COVID-19 Pandemic: The Role of Strict Lockdown Measures and Social Support. *International Journal of Public Health*, 67. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604608>

Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry? *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 101594. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101594>

Horita, N., & Moriguchi, S. (2022). Trends in Suicide in Japan Following the 2019 Coronavirus Pandemic. *JAMA Network Open*, 5(3), e224739. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.4739>

Koh, H. K., Geller, A. C., & Vanderweele, T. J. (2021). Deaths from COVID-19. In *JAMA* (Vol. 325, Issue 2, pp. 133-134). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.25381>

Lieberoth, A., Yamada, Y., Han, H., Rasmussen, J., Amin, R., Debove, S., Gelpi, R., Flis, I., Sahin, H., Turk, F., Yeh, Y. Y., Ho, Y. W., Sikka, P., Delgado-Garcia, U., Lacko, D., Mamede, S., Zerhouni, O., Tuominen, J., Austin, T. B., ... Dubrov, D. (2021). Stress and worry in the 2020 coronavirus pandemic: Relationships to trust and compliance with preventive measures across 48 countries in the COVIDiSTRESS global survey. *Royal Society Open Science*, 8(2). <https://doi.org/10.1098/rsos.200589>

Lin, S. (Lamson). (2022). Generalized anxiety disorder during COVID-19 in Canada: Gender-specific association of COVID-19 misinformation exposure, precarious employment, and health behavior change. *Journal of Affective Disorders*, 302, 280-292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.100>

Nagasu, M., Muto, K., & Yamamoto, I. (2021). Impacts of anxiety and socioeconomic factors on mental health in the early phases of the COVID-19 pandemic in the general population in Japan: A web-based survey. In *PLoS ONE* (Vol. 16, Issue 3 March). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247705>

Newnham, E. A., Chen, Y., Gibbs, L., Dzidic, P. L., Guragain, B., Balsari, S., Mergelsberg, E. L. P., &

- Leaning, J. (2022). The Mental Health Implications of Domestic Violence During COVID-19. In *International Journal of Public Health* (Vol. 66). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604240>
- Ochnik, D., Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., Jakubiak, M., Schütz, A., Held, M. J., Arzenšek, A., Benatov, J., Berger, R., Korchagina, E. v., Pavlova, I., Blažková, I., Aslan, I., Çınar, O., & Cuero-Acosta, Y. A. (2021). Mental health prevalence and predictors among university students in nine countries during the COVID-19 pandemic: a cross-national study. *Scientific Reports*, 11 (1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-97697-3>
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Jemison, E., Kaukinen, C., & Knaul, F. M. (2021). Domestic violence during the COVID-19 pandemic - Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*, 74, 101806. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806>
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brečić, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S. sen, Colchester, D., Crompton, D., Curkovic, M., ... Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8 (7), 579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
- Pizarro-Ruiz, J. P., & Ordóñez-Cambor, N. (2021). Effects of Covid-19 confinement on the mental health of children and adolescents in Spain. *Scientific Reports*, 11 (1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-91299-9>
- Ruiz-Frutos, C., Arias-Ulloa, C. A., Ortega-Moreno, M., Romero-Martín, M., Escobar-Segovia, K. F., Adanaque-Bravo, I., & Gómez-Salgado, J. (2022). Factors Associated to Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic Among Healthcare Workers in Ecuador. *International Journal of Public Health*, 67. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604626>
- Saddik, B., Elbarazi, I., Temsah, M. H., Saheb Sharif-Askari, F., Kheder, W., Hussein, A., Najim, H., Bendardaf, R., Hamid, Q., & Halwani, R. (2021). Psychological Distress and Anxiety Levels Among Health Care Workers at the Height of the COVID-19 Pandemic in the United Arab Emirates. *International Journal of Public Health*, 66. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604369>
- Sakamoto, H., Ishikane, M., Ghaznavi, C., & Ueda, P. (2021). Assessment of Suicide in Japan During the COVID-19 Pandemic vs Previous Years. *JAMA Network Open*, 4 (2), e2037378. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37378>
- Sinyor, M., Knipe, D., Borges, G., Ueda, M., Pirkis, J., Phillips, M. R., Gunnell, D., Analuisa Aguilar, P. F., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., John, A., Hawton, K., Kapur, N., Khan, M., Kirtley, O., Niederkrotenthaler, T., Nielsen, E., O'Connor, R., ... Zalsman, G. (2021). Suicide Risk and Prevention During the COVID-19 Pandemic: One Year On. *Archives of Suicide Research*. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1955784>
- Stickley, A., Matsubayashi, T., Sueki, H., & Ueda, M. (2020). COVID-19 preventive behaviours among people with anxiety and depressive symptoms: findings from Japan. *Public Health*, 189, 91-93. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.09.017>
- Stickley, A., Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2021). Loneliness and COVID-19 preventive behaviours among Japanese adults. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 43 (1), 53-60. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa151>
- Tanaka, T., & Okamoto, S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature Human Behaviour*, 5 (2), 229-238. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>
- Ueda, M., Nordström, R., & Matsubayashi, T. (2021). Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdb113>
- Ueda, M., Stickley, A., Sueki, H., & Matsubayashi, T. (2020). Mental health status of the general population in Japan during the COVID-19 pandemic. In *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (Vol. 74, Issue 9, pp. 505-506). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1111/pcn.13105>
- Valeri, L., Amsalem, D., Jankowski, S., Susser, E., & Dixon, L. (2021). Effectiveness of a Video-Based Intervention on Reducing Perceptions of Fear, Loneliness, and Public Stigma Related to COVID-19: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Public Health*, 66. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604164>
- Wang, K., Goldenberg, A., Dorison, C. A., Miller, J. K., Uusberg, A., Lerner, J. S., Gross, J. J., Agesin, B. B., Bernardo, M., Campos, O., Eudave, L., Grzech, K., Ozery, D. H., Jackson, E. A., Garcia, E. O. L., Drexler, S. M., Jurković, A. P., Rana, K., Wilson, J. P., ... Moshontz, H. (2021). A multi-country test of brief reappraisal interventions on emotions during the COVID-19 pandemic. *Nature Human Behaviour*, 5 (8), 1089-1110. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01173-x>
- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Müller, L. M., Reichel, J. L., Schäfer, M., Heller, S., Pfirmann, D., Edelmann,

- D., Dietz, P., Rigotti, T., & Beutel, M. E. (2021). The impact of lockdown stress and loneliness during the COVID-19 pandemic on mental health among university students in Germany. *Scientific Reports*, 11 (1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-02024-5>
- Yamada, Y., Čepulić, D. B., Coll-Martín, T., Debove, S., Gautreau, G., Han, H., Rasmussen, J., Tran, T. P., Travaglino, COVIDiSTRESS Global Survey Consortium, & Lieberoth, A. (2021). COVIDiSTRESS Global Survey dataset on psychological and behavioural consequences of the COVID-19 outbreak. *Scientific Data*, 8 (1). <https://doi.org/10.1038/s41597-020-00784-9>
- Yamamura, E., Kosaka, Y., Tsutsui, Y., & Ohtake, F. (2022). Gender differences of the effect of vaccination on perceptions of COVID-19 and mental health in Japan.
- Yamamura, E., & Tsutsui, Y. (2020). The impact of postponing 2020 tokyo olympics on the happiness of O-MO-TE-NA-SHI Workers in tourism: A consequence of COVID-19. *Sustainability (Switzerland)*, 12 (19). <https://doi.org/10.3390/su12198168>
- (2021a). The impact of closing schools on working from home during the COVID-19 pandemic: evidence using panel data from Japan. *Review of Economics of the Household*, 19 (1), 41-60. <https://doi.org/10.1007/s11150-020-09536-5>
- (2021b). School closures and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *Journal of Population Economics*, 34 (4), 1261-1298. <https://doi.org/10.1007/s00148-021-00844-3>
- (2022). How does the impact of the COVID-19 state of emergency change? An analysis of preventive behaviors and mental health using panel data in Japan. *Journal of the Japanese and International Economies*, 64, 101194. <https://doi.org/10.1016/j.jjie.2022.101194>
- Yoshioka, T., Okubo, R., Tabuchi, T., Odani, S., Shinozaki, T., & Tsugawa, Y. (2021). Factors associated with serious psychological distress during the COVID-19 pandemic in Japan: A nationwide cross-sectional internet-based study. *BMJ Open*, 11 (7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051115>
- 日本語文献
- 内田 知宏・黒澤 泰 (2021)。「コロナ禍に入学した大学一年生とオンライン授業—心身状態とひきこもり願望—」『心理学研究』92巻5号 pp.374-383。
- 小岩 広平, 若島 孔文, 浅井 継悟, 高木 源・吉井 初美 (2021)「我が国における看護師の新型コロナウイルス感染症への感染恐怖の規定要因」『心理学研究』92巻5号 pp.442-451。
- 高坂 康雅 (2021)。「親の認知した臨時休業中の小学生の生活習慣の変化とストレス反応との関連」『心理学研究』92巻5号 pp.408-416。
- 速水 融。(2006)。『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ：人類とウィルスの第一次世界戦争』藤原書店。
- 山田 祐樹 (2021)「新型コロナウイルス感染症と心理学」『心理学研究』92巻5号pp. 321-326。

(やまむら・えいじ)

## **Changes in mental health during the coronavirus pandemic: Past findings and implications for the future**

YAMAMURA Eiji\*

### Abstract

COVID 19 has arrived at Japan in January 2020 and mutated repeatedly until the end of 2022. Due to regulation of daily life and economic decline, especially in the early stage of the pandemic, condition of mental health has been deteriorated. However, the impact of COVID-19 varied according to characteristics of countries and individuals. For instance, the effect of COVID-19 differed between genders. In Japan, increase in suicides of young women is remarkably observed in compared with other groups. This is because socio-economic condition is different between genders. The condition of women is worse than men, increasing women's stress and so deteriorating mental health. Further, it is necessary to examine whether temporary school closing under the pandemic has not only short-term but also long-term influence on pupils' mental health. We should conduct additional surveys to explore the long-term effect of COVID-19 pandemic.

Keywords : COVID-19, Mental Health, Suicide

---

\* Professor, Faculty of Economics, Seinan Gakuin University

---

**特集：新型コロナウイルス感染症と社会保障**

---

## 雇用保険と生活保護の狭間の所得保障ニーズへの政策的対応： コロナ禍の住居確保給付金・特例貸付と三層のセーフティネット<sup>1)</sup>

安藤 道人<sup>\*1</sup>，古市 将人<sup>\*2</sup>，大西 連<sup>\*3</sup>

---

### 要 約

本稿は、雇用保険や生活保護の狭間の現金給付制度が限定的な中で、この狭間に位置する生活困窮者層の所得保障ニーズ（第二層の所得保障ニーズ）に、コロナ禍の政府・自治体はどう対応してきたかを検証した。本稿の検証結果は、以下の4点にまとめられる。第一に、リーマン・ショック後において、第二層の所得保障ニーズに対応する制度は住居確保給付金や生活福祉資金貸付などに限られ、利用も停滞していた。第二に、コロナ禍における住居確保給付金や貸付の特例的な拡大は、緊急事態宣言後のこれらの制度利用の急増に繋がった一方で、その後数か月で利用は急減した。第三に、雇用保険による失業給付や現役世代層の生活保護利用者もコロナ禍で増加した。第四に、第二層向けの現金給付・貸付は一時的な所得保障ニーズを想定している一方で、コロナ禍のセーフティネットの利用動向や政策論議は、より恒久的な所得保障ニーズへの政策的対応の必要性を示唆するものであった。

キーワード：第二層の所得保障，生活困窮者支援，現金給付，住宅手当，都道府県別月次データ

社会保障研究 2022, vol.7, no.3, pp.246-261.

---

### I はじめに

コロナ禍において、民間団体からの食糧支援などに頼る人々の数は増加した。例えば、民間団体によって東京都庁前で週1度行われている食料配布に来る人の人数は、2020年4月には106人だったのが、2021年に入り200人をこえると、2022年には

500人をこえ、2020年半ば以降は550人前後の人数にまで拡大した（大西 2022）。リーマン・ショックが生じた2008年から2009年にかけての年末年始で東京の日比谷公園でおこなわれた「年越し派遣村」に集まった人々が500人であったことを考えると、「年越し派遣村」と同等の規模で毎週の支援活動がおこなわれている。また池袋でホームレスに対する炊き出しを行ってきた団体においても、

---

<sup>1)</sup> 著者順はアルファベット順である。本研究は、日本学術振興会の科学研究費（20K01733）の補助を受けている。また本稿は、同名のワーキングペーパーを加筆・修正したものであり、本稿で使用した図表やデータ等は、下記のリンク先で公開している：<https://github.com/michihito-ando/covid19-japan-policies>。リサーチアシスタントの脇正哉氏と金山隼人氏に感謝の意をお伝えする。なお本稿の内容や内容に関する一切の誤りは著者らの責に帰するものである。

<sup>\*1</sup> 立教大学経済学部 准教授

<sup>\*2</sup> 帝京大学経済学部 准教授

<sup>\*3</sup> 認定NPO法人自立生活サポートセンター・もやい 理事長

2019年度に炊き出しに訪れた人の平均が166名であったのが、2022年度4月から7月の平均値が487人にまで達した<sup>2)</sup>。東京都の路上生活者概数調査によれば、23区内の路上生活者数は、コロナ禍前の2020年1月の557人から2022年1月の437人とむしろ減少している<sup>3)</sup>にもかかわらず、食糧支援の列に並ぶ人は増えている。また若者や子育て世帯にも、民間団体から食料支援を受ける人たちがいる。例えば、若者を対象に大規模な食糧支援や現金給付を行う事業を行っているある認定NPO法人では、2021年度だけで、508名に約4.7万食、474人に約2,700万円の食料支援と現金給付を行なっている<sup>4)</sup>。

新宿都庁下での食料品配布および相談会での相談者記録においても、コロナ禍での生活困窮の状況の多様さがうかがえる<sup>5)</sup>。ある30代男性は、地方の工場で派遣として働くも契約更新されず失職し、寮を出てネットカフェ生活になり、うつ病も有しており、所持金数百円となって相談に訪れた。ある40代男性は、飲食店で契約社員として働くもコロナ禍で失業し、家賃滞納はないものの更新料を用意できず、貯金もなく、後述する特例貸付制度を利用して生活していた。また未就学児童を抱える30代女性のシングルマザーは、パートを掛け持ちして公営住宅で生活しているものの、コロナ禍の影響でパートのシフトが減って収入減に悩まされていた。さらにある20代女性は、コロナ禍で失業し、特例貸付を利用後に再就職したものの、再就職先の派遣は手取りで月に14万円ほどで、いつ失職するかという不安を抱えていた。

政府や自治体も、このような生活困窮層・貧困層に対して、何の対策も打ってこなかったわけではない。とりわけ2015年4月から始まった生活困窮者自立支援制度は、生活保護を受けていない多様な生活困窮世帯を主な政策対象としており、施

行後7年たった現在、さまざまな取り組みが全国の自治体でなされている。雇用保険と生活保護に挟まれたいわゆる「第二のセーフティネット」の要として、この制度は、失業給付も生活保護も受けておらず、場合によってはフルタイムで働いている生活困窮層を対象としている。

しかし生活困窮者自立支援制度は、相談支援事業が中心であって経済的困窮に対する現金給付としては有期の住居確保給付金しかないという限界がある。コロナ禍において、冒頭で述べたような民間団体の食糧支援や本稿で注目する住居確保給付金や生活福祉資金の特例貸付に頼る人々が急増したという事実は、生活困窮者自立支援制度における相談支援事業ではすくいとれない所得保障ニーズが幅広く存在することを示唆している。路上生活者でもなく、生活保護も受けておらず、場合によってはフルタイム就労を継続している状態でも、貧困や生活困窮のために、民間団体の食料支援に頼らなければならない人々が存在するのが日本の現実である。

本稿の目的は、このように雇用保険や生活保護の狭間の現金給付制度が限定的な中で、この狭間に位置する生活困窮者層の所得保障ニーズ（以下、「第二層の所得保障ニーズ」と呼ぶ）に注目して、コロナ禍の政策的対応を検証することである。本稿では雇用保険の利用者層を第一層、生活保護の利用者層を第三層とし、この狭間に位置する生活困窮者層を第二層と呼ぶ。この区分はリーマン・ショック以降の雇用セーフティネットを巡る政府の議論に沿った便宜的な分類にすぎないが、コロナ禍における政府対応やポストコロナの政策論について検証するためには有益な区分である。また、政府での議論ではこの三層構造を社会保障・セーフティネットの層ととらえることが多いが、本稿では社会階層としてもこの三層の区分

<sup>2)</sup> NPO法人TENOHASI <https://tenohasi.org/activity/log/#siryo2> [2022年10月3日最終確認]。

<sup>3)</sup> 東京都が年に2回実施している、道路・公園・河川敷・駅舎等の路上生活者の概数調査。 <https://www.fukushiho.ken.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/rojo/gaisuchosa.html> [2022年10月3日最終確認]。

<sup>4)</sup> 認定NPO法人D×P 2021年度報告書 [https://www.dreampossibility.com/wp/wp-content/uploads/2022/06/DxPrepo2021\\_noBR\\_0610.pdf](https://www.dreampossibility.com/wp/wp-content/uploads/2022/06/DxPrepo2021_noBR_0610.pdf) [2022年10月3日最終確認]。

<sup>5)</sup> 以下のケースは認定NPO法人もやいの相談記録に基づいており、プライバシーへの配慮から一部改変したり、複数の事例を組み合わせている。

を用いる。

本稿の検証が明らかにしたことは、以下の4点にまとめることができる。第一に、コロナ禍前において、第二層の所得保障ニーズに対応する制度は住居確保給付金や生活福祉資金貸付などがあったが、利用率は低く推移していた。第二に、コロナ禍における住居確保給付金や貸付の特例的な拡大は、これらの制度利用の急増に繋がったものの、その増加は一時的なものであり、数か月で急減した。第三に、失業給付や現役世代層の生活保護の利用者も、コロナ禍において持続的に増加した。第四に、第二層向けの住居確保給付金や貸付は一時的な所得保障ニーズへの対応や流動性確保を想定しているものの、コロナ禍のセーフティネットの利用動向や政策論議は、より恒久的な所得保障ニーズへの政策的対応の必要性を示唆するものであった。

本稿の意義は、雇用保険・生活保護の狭間にある第二層の所得保障ニーズという、これまであまり着目されてこなかった領域でのコロナ禍の政策的対応を制度的・実証的に検証したことである。冒頭の食糧支援や本稿の統計分析が示すように、この領域には多くの生活困窮層やその予備軍が存在するにもかかわらず、労働市場においても社会保障においても、十分な所得の獲得機会が与えられていない。本稿は、この領域の輪郭をより明確にすることを意図している。

最後に、本稿の構成を説明する。Ⅱ節では、リーマン・ショック以降の第二のセーフティネットの形成や第二層の所得保障ニーズへの制度的対応を、コロナ禍前後に分けて議論する。さらに、厚生労働省・財務省・内閣官房の有識者会議や審議会におけるコロナ禍での関連する政策論議を取り上げる。Ⅲ節では、都道府県の月次パネルデータを用いて、コロナ禍前後に第二層の住居確保給付金と生活福祉資金貸付の利用がどのように推移したかを検証し、さらに第一層の失業給付と第三層の生活保護についても同様の検証を行う。Ⅳ節では、住居確保給付金や住宅手当を巡るポストコロナを見据えた昨今の政策論を検討し、さらにⅡ節とⅢ節を踏まえて第二層の所得保障ニーズにつ

いて考察する。Ⅴ節は結語であり、本稿では検証できなかったことや今後の政策的課題について述べる。

## Ⅱ 雇用保険と生活保護の狭間の所得保障ニーズ

本節では、リーマン・ショックからコロナ禍前までの時期とコロナ禍の時期における第二層の所得保障ニーズへの政策的対応を整理し、さらに政府の有識者会議等でこの問題がどう議論されたかを検証する。そして、コロナ禍における住居確保給付金や貸付の特例措置は、高く評価されつつも、限定的にしか第二層の所得保障ニーズに応えられていないことを指摘する。

### 1 コロナ禍以前

2008-2009年のリーマン・ショックから2019年のコロナ禍直前の10年間は、第二のセーフティネットと呼ばれる第二層に対する雇用セーフティネットの形成期であった。しかし、そこでのセーフティネットは現物給付が中心であり、第二層の所得保障ニーズに応える制度は限られたものであった。以下では、その経緯を説明する。

戦後、日本における雇用セーフティネットとしての現金給付の中心的存在は雇用保険における失業給付であり、それ以外には生活保護の生活扶助や住宅扶助等があるだけであった。また生活保護は雇用セーフティネットに限定されない公的扶助制度であり、失業給付に頼れない現役世代の「最後の砦」的な存在であった。

しかし、雇用保険の対象にならない非正規労働者や長期失業者は、生活保護を利用することが難しいという時代が長らく続いてきた。なぜなら、このような人々は稼働世帯と見なされて、生活保護制度の補足性の原則を根拠に、生活保護を利用できないことが多かったからである。そのため、雇用保険も生活保護も十分に利用できない層へのセーフティネットの構築は重要な課題であった〔笠木(2015)〕。

この問題を顕在化させたのが、2008年から2009年にかけて生じたリーマン・ショックである。

リーマン・ショックは、特に製造業に大きな影響を与え、男性の正規・非正規の雇用労働者を中心に失業者が大幅に増加した。しかし、非正規労働者は失業給付を利用できず、労働者の中には突然の雇い止めで住居を失う人もいた。こういった事態を広く社会に示したのが、いわゆる「年越し派遣村」であった。

リーマン・ショックを一つの契機に、雇用保険や生活保護の対象にならない失業者や生活困窮者を対象とした諸制度が導入され、第二のセーフティネットと位置付けられた。コロナ禍直前の2019年時点では、第二のセーフティネットの中心的制度として、2011年施行の求職者支援制度と2015年施行の生活困窮者自立支援制度が運用されてきた<sup>6)</sup>。厚生労働省（2015）は、三層のセーフティネットの説明として、第1のネットには社会保険制度と労働保険制度、第3のネットは生活保護制度、そしてその間の第2のネットとして、求職者支援制度と生活困窮者自立支援制度を位置付けている。

一方で、本稿のテーマである第二層の所得保障ニーズという観点から見ると、求職者支援制度や生活困窮者自立支援制度は現金給付よりも現物給付に重点を置いた制度である。第一に、求職者支援制度は、離職して雇用保険を利用できない人などを対象に、月10万円の給付金を受給しながら職業訓練を受講する制度である。たしかに現金給付はあるものの、職業訓練制度という側面が強い。第二に、生活困窮者自立支援制度は相談支援事業が中心である。この制度における唯一の現金給付である住居確保給付金にも求職活動要件があり、就労支援としての側面も強い。つまり求職者支援制度と生活困窮者自立支援制度は、雇用保険と生活保護の狭間にいる多様な人々に対して、就労支援を軸足においた現物給付サービス提供を主たる役割としている。

第二層の所得保障ニーズに対応するほかの制度として、現金給付ではないものの、生活福祉資金の貸付制度がある。2009年のリーマン・ショック

以降は、緊急小口資金と総合支援資金の2つの貸付制度が市区町村の社会福祉協議会を窓口として提供されてきた。困窮者支援的な貸付制度は戦後まもなくから存在しており、突然生じる自然災害や社会問題の際には貸付対象者の拡大や貸付限度額の引き上げなどの特例貸付も実施されてきた〔五石（2022）〕。

以上のように、コロナ禍以前の第二層の所得保障ニーズへの対応は、就労支援的な側面を有する有期の給付制度（求職者支援や住居確保給付金）か戦後まもなくから存在してきた貸付制度（生活福祉資金）かという限定的な選択肢しかなかった。このような所得保障ニーズへの限定的対応は、リーマン・ショックや生活困窮者自立支援制度の創設などを経て第二のセーフティネットの重要性が明確に議論されるようになってからも変わらないまま、コロナ禍を迎えた。

## 2 コロナ禍以後

2020年の年初から本格化したコロナ禍およびそれに伴う経済的・社会的自粛や緊急事態宣言は、日本の雇用保険や生活保護およびその狭間にいる人々の所得保障ニーズへの政策的対応のあり方に影響を与えた<sup>7)</sup>。特に第二層の人々に対する特例措置は、住居確保給付金や生活福祉資金貸付へのアクセスを飛躍的に拡大させた。

コロナ禍初期の2020年度において、全市民をターゲットとした特別定額給付金や企業向けの持続化給付金などとともに、住居確保給付金や生活福祉資金の特例貸付などの第二層の所得保障ニーズへの政策的対応は、コロナ禍対策の中心的役割を担った。まず住居確保給付金については、もともと「これまで離職又は廃業した日から2年を経過していない」人が対象者であったが、特例的運用として「給与等を得る機会が当該個人の責に帰すべき理由、当該個人の都合によらないで減少し、離職又は廃業には至っていないがこうした状況と同程度の状況にある」人も支給対象になった（2020年4月7日事務連絡）。また生活福祉資金につ

<sup>6)</sup> その経緯や評価については例えば駒村・田中編（2019）や酒井（2020）を参照。

<sup>7)</sup> コロナ禍の初期対応については、Ando et al.（2020）、安藤他（2021）、厚生労働省（2021）などを参照。

いては、緊急一時支援と総合支援資金の特例貸付が実施され、貸付対象者、貸付の上限額、貸付可能期間などが拡大された(2020年3月11日通知)。さらにコロナ禍の長期化を受けて、2021年7月からは「新型コロナウイルス感染症生活困窮者自立支援金」という、特例貸付をすでに利用し終えた世帯等に対する期限付きの現金給付制度も創設された。なお求職者支援制度の利用は、コロナ禍でも受講開始者数が月2~3000人程度と低迷している(厚生労働省の月次実績速報値より)。

住居確保給付金・特例貸付・自立支援金については、厚生労働省のウェブサイト内に「生活支援特設ホームページ」が設けられており、各制度の簡潔な案内が記載されている。2022年10月現在、住居確保給付金は実際の家賃額を原則3か月、最大9か月間支給する制度であり、緊急小口資金は最大20万円を無利子で借りられる制度であり、総合支援資金は最大月20万円を原則3月以内の範囲で無利子で借りられる制度である。自立支援金制度は、緊急小口資金等の特例貸付を終了した世帯などを対象に、最大10万円を3か月間支給する制度である。

一方、第一層・第三層の雇用セーフティネットである雇用保険や生活保護については、コロナ禍での大きな制度変更や特例措置はなかったものの、いくつかの対応がなされた。雇用保険については、2020年6月に「雇用保険臨時特例法」が制定された。この法律によって、「休業手当を受けないことができる労働者に関する新たな給付制度」(休業支援金等)、「基本手当の給付日数の60日(一部30日)延長」、「雇用保険の安定的な財政運営の確保」(一般会計繰入や積立金からの借入)が実施された。生活保護についても、制度そのものの変更はなかったが、アクセス性を高めることを周知する通知や事務連絡などが厚生労働省から多く出された。

これらの三層のセーフティネットにおけるコロ

ナ禍対応がどのようなものだったかについては、すでに複数の統計的検証がある〔安藤・大西(2020)、周(2020)、佐藤他(2020)、全国居住支援法人協議会(2020)、石井・山田(2021)、厚生労働省(2021)、Ando and Furuichi(2022)、五石(2022)など〕。また、II-3節で取り上げる有識者会議や審議会などでも関連統計が参考資料として記載されている。これらのうち、三層のセーフティネットの利用動向に関しては、住居確保給付金や貸付はコロナ禍において急増し、雇用保険の失業給付も増加したのに対し、生活保護については大きな変化がなかった、と結論付けられることが多い。ただしAndo and Furuichi(2022)は、現役世代を多く含む「その他世帯」の生活保護利用は、コロナ禍の早い段階から、それまでの減少傾向が弱まり、増加傾向へと転じたことを指摘している<sup>8)</sup>。これらについては本稿ではIII節で検証する。

### 3 コロナ禍の政策論議

最後に、第二層の所得保障ニーズについて、コロナ禍における有識者会議や審議会などで議論されたかを整理する。具体的には、住居確保給付金や生活福祉資金貸付を担当する省庁である厚生労働省の「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会」、財政当局である財務省の「財政制度等審議会」、そして内閣官房に設置され、中長期的な社会保障のあり方を議論する「全世代型社会保障構築会議」の3つを検証する。

第一に、2022年4月に公表された「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会」の「論点整理」における、第二層の所得保障ニーズに関連する論点を取り上げる<sup>9)</sup>。まず住居確保給付金については、「住まいを喪失するおそれのある人の多さ(裾野の広さ)が顕在化した以上、住宅手当といった家賃補助的な施策も含め、普遍的な社会保障施策として検討する必要があるのではないか」あるいは「コロナ禍で特例措置を

<sup>8)</sup> またAndo and Furuichi(2022)は、event-study DID法とよばれる計量分析によって、コロナ禍の第一波時の都道府県レベルの失業ショックが、都道府県レベルの失業給付(基本手当)、総合支援資金の貸付利用、生活保護の利用者増と関連していることを明らかにした。

<sup>9)</sup> 「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理」, p.8, pp.11-12, p.31, pp.38-39。

含めさまざまな措置を講じてきたが、職業訓練受講給付金との併給等について、恒久的な対応として制度化すべきではないか」といった論点が提示されている。またコロナ禍の特例貸付については、住居確保給付金とともに「コロナ禍において生活困窮者の生活の下支えに大きな役割を果たしたと言える」と評価されつつも、「今般のコロナ禍のように影響が長期化する場面では、貸付というスキームが適切なのかどうか検証すべきではないか」、「貸付で終わりではなく、長期間（返済期間10年）にわたって伴走支援を行う必要がある」、「子育て家庭は、返済による経済的負担が子どもの将来に影響することを懸念し、利用につながらない場合もあった。コロナ禍の特例措置に限らず、通常時から子育て世帯に配慮した制度設計の必要があるのではないか」、「今後返済が開始されると、予定通り返済ができない相談者が生じることが懸念されている」など、返済の負担に関連した論点が多く出されている。

第二に、コロナ禍以降の「財政制度等審議会」の財政制度等分科会の建議においても第二層の所得保障ニーズに関する将来的な方向性が議論されている。例えば、2021年12月の『令和4年度予算の編成等に関する建議』では、生活困窮者自立支援制度と求職者支援制度を雇用保険と生活保護の間を補完する第二のセーフティネットであると位置づけた上で、「平時においても切れ目のないセーフティネットを整備しておくことは不可欠であり、これらの特例的な時限措置を検証しつつ、真に必要な施策については、財源を確保したうえで、平時においても実施することを検討すべきである」（pp.50-51）と指摘している。一方、翌年2022年5月の『歴史の転換点における財政運営』では、「償還免除付きの緊急小口資金等の特例貸付については、足もとの需要は低下しており、また、生活困窮者自立支援金といった給付措置の創設等もあり、緊急時の対応としての役割は次第に薄れてきている」（p.27）あるいは「加えて、住居確保給付金が、特例的な対応を通じて多様な年齢層・

世帯構成の者に活用され、生活困窮者等の居住支援の強化の必要性が認識された」（p.27）といった現状認識を示している。また、「他方、コロナ禍において生活保護受給者数は大きく増加せず、保護が必要と判断される場合に適切に生活保護に移行していたかは検証が必要である」（p.27）とあるように、第二層と第三層の関係にも言及している。

第三に、2022年5月に公表された全世代型社会保障構築会議の「議論の中間整理」においても、「今般の新型コロナ禍においては、住居確保給付金へのニーズをはじめ、「住まい」の課題が顕在化した。（中略）住まいをいかに確保するかは老齢期を含む生活の維持にとっても大きな課題となるため、制度的な対応も含め検討していくことが求められる」（p.4）という文言で、住居確保給付金に言及している。またこの会議の審議においては、住居確保給付金について、住宅手当への言及も含めて踏み込んだ議論が展開された<sup>10)</sup>。例えば、「コロナ禍で住居確保給付金の利用件数が増え、住まいを消失するおそれのある人の裾野の広さが顕在化」「住宅手当といった家賃補助的な施策も含めて、普遍的な社会保障政策として検討する必要」「コロナ禍で顕在化した課題の対応については、失業者や生活困窮者などの施策においても、住居確保給付金も含め、さまざまな特例措置などが設けられており、アフターコロナの対応が重要な課題」などと指摘されている。

以上のように、コロナ禍における住居確保給付金や貸付の特例措置は高く評価されつつも、住居確保給付金が恒久的な住宅保障政策ではないことや、返済義務のある貸付では十分にとらえられないニーズがあることが政策的課題として指摘された。リーマン・ショックからコロナ禍前の10年間に形成された第二層の所得保障ニーズへの対策としての現金給付・貸付制度は、コロナ禍での特例措置による利用増によって一定の役割を果たしつつも、これらによって十分には対応できない現実があることが注目されるようになった。

<sup>10)</sup> 第4回全世代型社会保障構築会議（2022年4月26日）の「（参考）これまでの会議における主なご意見」（資料2）のp.5。

### Ⅲ コロナ禍での三層のセーフティネット利用の分析

本節では、コロナ禍前後での第二層の所得保障ニーズへの政策的対応として、住居確保給付金や特例貸付の利用がどう変化したかを都道府県レベルの月次パネルデータを用いて分析する。また第一層・第三層のセーフティネットである失業給付と生活保護の利用状況も同様に分析し、コロナ禍前後の三層のセーフティネットの現金給付・貸出の利用状況の全体像を示す。ここで明らかになったのは、コロナ禍で三層のセーフティネットの現金給付・貸付の利用がすべて増加したことであり、特に第二層の住居確保給付金と特例貸付の利用は、緊急事態宣言時の急増とその後の急減という形を取ったことである。

#### 1 データと分析手法

まず本節で使用する統計について解説する。第一に、第二層の所得保障ニーズへの政策対応としての住居確保給付金と生活福祉資金貸付（緊急小口資金、総合支援資金）については、国会議員事務所経由で厚生労働省より提供を受けた利用状況の月次都道府県データを用いる。この統計における利用件数の当該年の都道府県人口10万人あたりの値をそれぞれの利用率とする。住居確保給付金に関しては、コロナ禍以前の2019年1月～3月およびコロナ禍の期間の2020年4月～2021年5月のデータである<sup>11)</sup>。入手できなかった2019年度（2019年4月～2020年3月）に関しては、公開資料に記載されている2019年度の全国値を用いて全国の月次平均値を計算して補っている。一方、緊急小口資金と総合支援資金の貸付の統計は、コロナ禍以前の2019年1月～2020年1月とコロナ禍の2020年4月分から2021年5月分の決定件数・決定金額のデータである<sup>12)</sup>。

第二に、第一層に相当する失業給付については、『雇用保険事業月報』の「都道府県労働局別一般被保険者の求職者給付状況〔(A)基本手当（延長給付を除く）〕」の「受給者実人員（計）」を用いる。ここでの基本手当とは、一定の要件を満たした雇用保険の被保険者（失業者や離職者）が利用できる手当であり、その額は原則として離職した日の直前の半年分の賃金（賞与等は除く）のおよそ50～80%（60歳未満の場合）であり、上限額は年齢区分ごとに決まっている。この基本手当の月次データを都道府県ごとに取得し、その当該年の都道府県人口10万人あたりの値を失業給付の利用率として用いる。成人人口（18歳以上）や生産年齢人口（15～64歳）で割らずに人口で割るのは、住居確保給付金や貸付や生活保護の利用率と比較するためである。

第三に、第三層に相当する生活保護については、『被保護者調査』の「被保護者実人員」の都道府県別の月次データを用いる。ほかのデータと同様に、都道府県人口10万人あたりの値を生活保護利用率として用いる。なお生活保護利用者にはコロナ禍の労働市場への影響を直接的には受けない高齢者層が多くいるため、コロナ禍の影響をみるためには、高齢の生活保護利用者を除いたデータを用いることが望ましい。しかしデータ制約の問題で都道府県レベルの分析が難しいため、今回は世帯累計別の生活保護利用世帯数の全国値の統計を補足的に分析する。

分析手法については、上記のデータを用いて、コロナ禍前後において三層のセーフティネットの利用状況がどう推移したのかを全国および都道府県レベルの時系列データを用いて検証する。すでに述べたように、異なる制度間・異なる都道府県間で比較するために、すべての現金給付・貸付の利用水準を人口10万人あたりの利用率に変換して用いる。ただし、世帯累計別の生活保護利用世帯数については、その推移の特徴を明瞭に可視化す

<sup>11)</sup> 緊急小口資金・総合支援資金のコロナ禍以後のデータの集計区分は、3月25日～5月2日、5月3日～5月30日、5月31日～6月27日のように、集計日と月にわずかなずれがある。それぞれを4月分、5月分、6月分とみなした。集計日と月の厳密な対応関係は、冒頭で示したリンク先の原データを参照。

<sup>12)</sup> 2020年2月、3月分は入手不可能であった。

るために、全国集計値を対前年同月差に変換して用いる。都道府県人口については、各年の都道府県人口の推定値（総務省統計、前年10月時点）を用いており、2021年と2022年については2021年（すなわち2020年10月時点）の人口推定値を用いている。

また都道府県データについては、とりわけ東京都と沖縄県の数値に着目し、この二地域の利用率の推移がわかるようにグラフを可視化する。なぜこの二地域に着目するかというと、東京については住居確保給付金の利用水準が突出しているからであり、沖縄県は住居確保給付金と貸付の両方の利用率が突出しているからである。

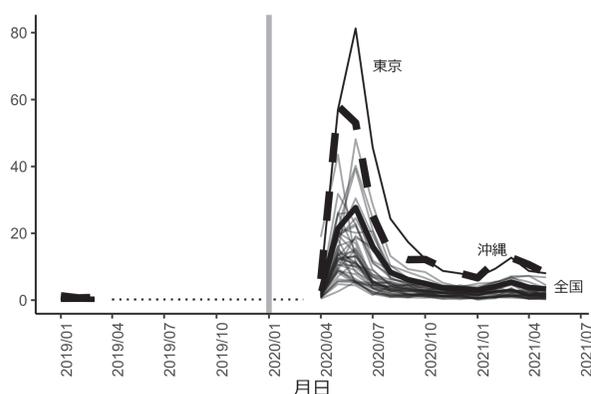
## 2 分析結果

### 住居確保給付金と貸付の利用率（第二層）

図1には、「第二層」の住居確保給付金の人口10万人あたりの推移を、全国および都道府県別に示している。また全国（太い黒線）、東京（細い黒線）、沖縄（太いダッシュ線）の3つに着目してグラフを可視化しており、それ以外のグレーの線がほかの45都道府県である。これは本節のすべてのグラフで同様の処置をとっている。

まず全国レベルの給付水準の推移をみると、コロナ禍前は10万人あたりでみるとほぼゼロの水準であり、2020年の4月から6月にかけて急上昇し、その後減少傾向になっている。ピークは2020年6月で10万人あたり28件程度である。また2021年の2月と3月に再び若干上昇するが、小幅の上昇にとどまっている。都道府県別にみると、東京が突出していることが分かる。特にピーク時の2020年6月には人口10万人あたり約80件である。沖縄についてもピーク時の2020年5月には人口10万人あたり60件である。また東京も沖縄も、その後は減少傾向にあるが、全国と比べて高止まりの状態が続いている。

次に図2は、同じく第二層の生活福祉資金の貸付の利用率のコロナ禍前後の都道府県別の推移である。パネルAは緊急小口資金、パネルBは総合貸付資金であり、図1と同様、都道府県人口10万人あたりの利用率を示している。なお両者のデータともに2020年2月と3月のデータが欠損している点には注意が必要だが、2020年1月以前はデータが存在している。2020年1月以前がほとんど0件に見えるのは、2020年4月以降に貸付水準が急上昇しているためである。



注：2020年1月の縦線はコロナ禍の始まりを示している。太線は全国、黒線は東京、点線は沖縄、グレーの線はほかの45都道府県である。

出典：厚生労働省提供の統計および都道府県人口推計（総務省）を用いて著者ら作成。2019年度の点線は全国の利用率の月平均値（0.216件）であり、厚生労働省（2022）の図表1-2-1-13記載の数値（2019年度で3,272人の利用者と2019年10月人口（総務省人口推計）を用いて計算している。2019年度の都道府県別データは欠損している。

図1 住居確保給付金の利用率（全国・都道府県別、人口10万人あたり）

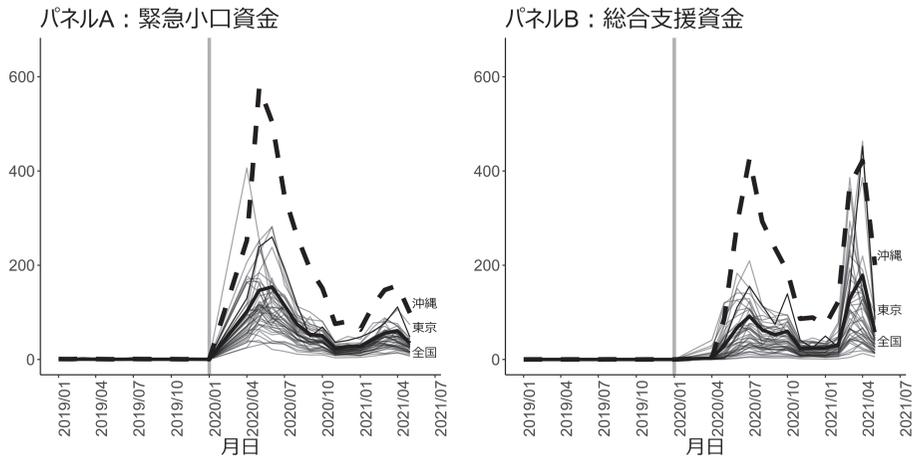


図2 緊急小口資金と総合支援資金の貸付利用率（全国・都道府県別、人口10万人あたり）

パネルAの緊急小口資金の貸付利用率の全国レベルの推移をみると、コロナ禍初期の2020年4月以降に貸付利用率が大きく上昇し、ピークの同年6月には10万人あたり154人となっている。その後、いったん低下するが、2021年12月頃から再び上昇しはじめ、2021年4月に二度目のピークを迎えている。都道府県別の推移をみると、沖縄の貸付水準が突出しており、ピークの2022年5月で10万人あたり577件である。東京も比較的高水準であるが、それでもピークの2022年6月で10万人あたり260件である。

パネルBの総合支援資金の貸付利用率の全国レベルの推移をみると、緊急小口資金とおおむね同時期に2度のピークが存在するが、1度目のピークは10万人あたり92件（2020年7月）、2度目のピークは同179件（2021年4月）で、2度目のピークのほうが高い。貸付の個票データがないため詳細は不明であるが、2020年前半に緊急小口資金を借りた人々の一部が、2021年前半に総合支援資金を借りた可能性が考えられる。また総合支援資金においても沖縄の貸付水準は突出しており、かつ2020年7月と2021年4月の2回のピークにおける貸付水準はともに10万人あたり約420件である。東京は

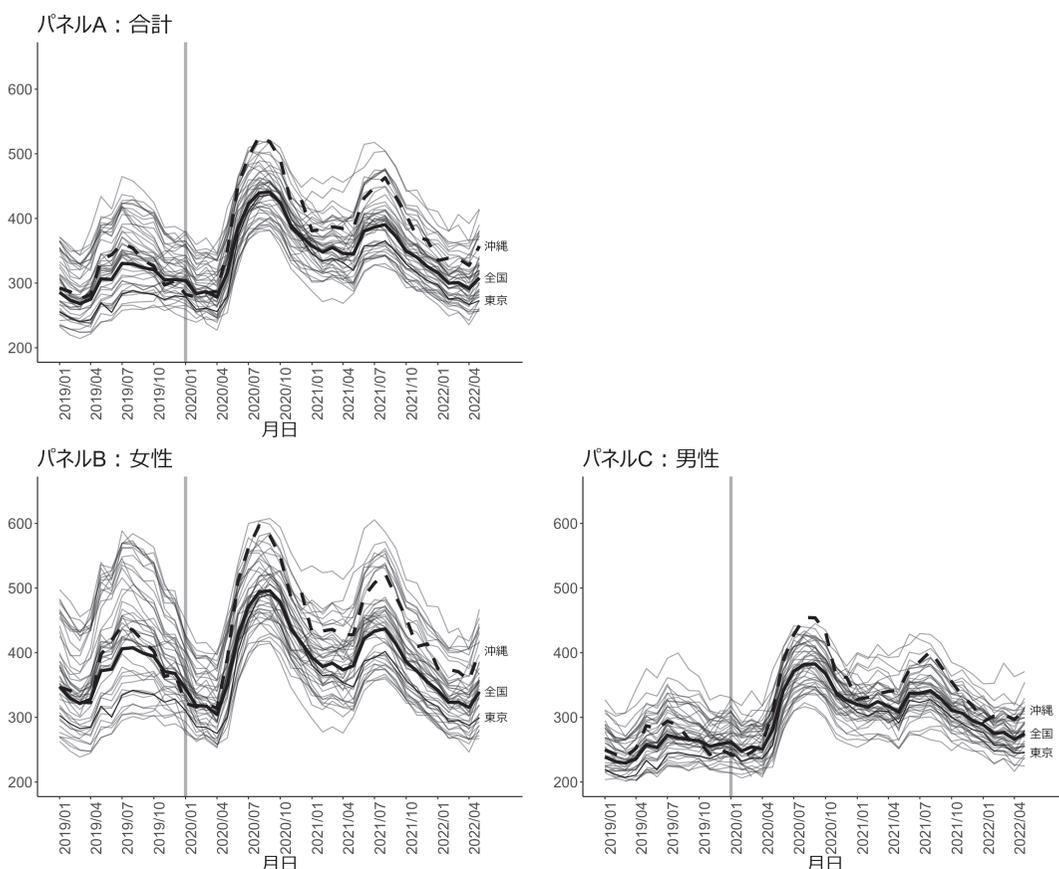
2020年7月のピーク時は10万人あたり154件程度であるが、2021年4月のピーク時は453件と沖縄以上の水準であった。また2021年4月は大阪・京都もそれぞれ10万人あたり464件、386件であった。

#### 失業給付の利用率（第一層）

図3には、第一層の失業給付（基本手当）の利用率の推移を、男女合計・女性・男性の順に示している。図1、2と同様に都道府県人口10万人あたりで計算しており、全国・東京・沖縄の推移を太線・黒線・点線で示しており、グレー線がほかの45都道府県である。

まずパネルAで全国の水準の推移をみると、2020年の5月から上昇をはじめ、9月の人口当たり約441人をピークに一度減少し、2021年の6月から上昇し、9月以降に減少している。このような動向は東京や沖縄、そしてそのほかの都道府県でもおおむね同様である。この上昇と減少は季節性の要因もあるため、解釈に注意が必要だが、特に2020年の5月からの上昇は顕著であり、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の第一波や一回目の緊急事態宣言の影響と考えられる。

パネルBおよびパネルCの男女別の推移をみる



注：季節調整をしていない実数値である。2020年1月の縦線はコロナ禍の始まりを示している。太線は全国、黒線は東京、点線は沖縄、グレーの線はほかの45都道府県である。

出典：『雇用保険事業月報』の「都道府県労働局別一般被保険者の求職者給付状況〔A基本手当（延長給付を除く）〕」の「受給者実人員（計）」および都道府県人口推計（総務省）を用いて著者ら作成。

図3 失業給付（基本手当）の利用率（全国および都道府県別、人口10万人あたり）

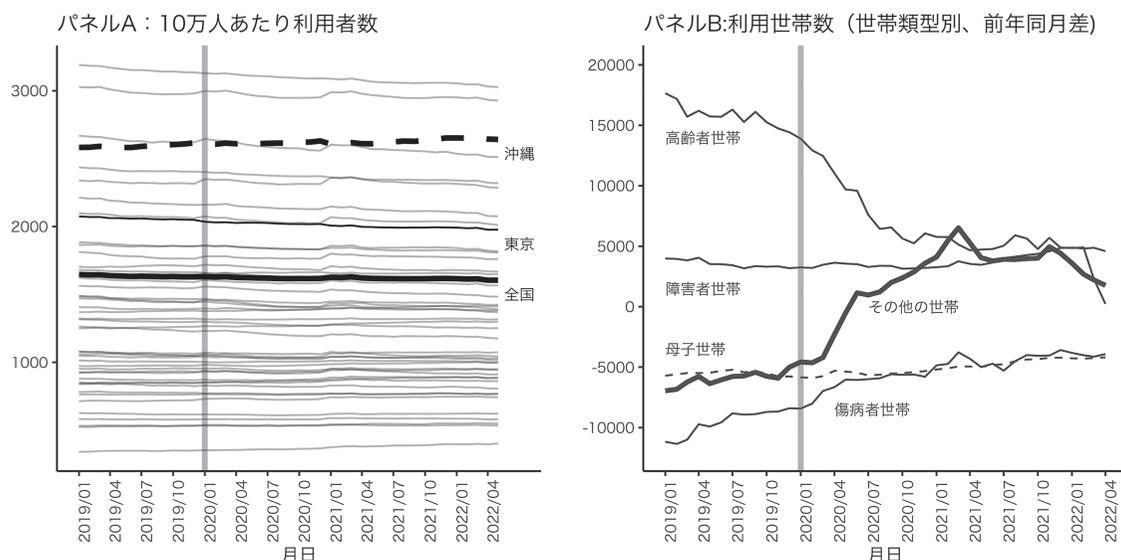
と、パネルAと同様に、男女別でも2020年5月からの全国的な急上昇が観察される。女性の利用率は男性の利用率よりもコロナ禍前の季節変動や都道府県間のばらつきが大きく、これは女性の雇用特性を反映していると考えられる。したがってコロナ禍の影響のみをこのグラフから読み取することは、男性と比べると女性では難しい。だが少なくとも、全国値では、コロナ禍以降の女性の失業給付の利用率の急増が見取れる。

また、図3における東京（直線）と沖縄（点線）の推移をみると、男女どちらでも、全国値よりもコロナ禍前後における増加の度合いが大きく

なっている。とりわけ、沖縄はコロナ禍前は全国値よりわずかに高い程度であったのが、コロナ禍後の2020年6月以降は、男女ともに全国で最上位の水準まで急上昇している。

#### 生活保護の利用率（第三層）

最後に図4には、第三層の生活保護利用の動向を示すグラフを示している。まずパネルAは生活保護利用者数の推移であり、これまでの図と同様、人口10万人あたりの利用率の都道府県別の推移を示しており、全国・東京・沖縄は別途、太線・黒線・点線で示している。一方パネルBは、世帯



注：2020年1月の縦線はコロナ禍の始まりを示している。パネルAについては、太線は全国、黒線は東京、点線は沖縄、グレーの線はほかの45都道府県である。

出典：パネルAは『被保護者調査』の「被保護者実人員」の都道府県別統計および都道府県人口推計（総務省）、パネルBは『被保護者調査』の「被保護実世帯数」の世帯類型別統計を用いて著者ら作成。

図4 生活保護の利用率（人口10万人あたり）と利用世帯数（前年同月差）

類型別の生活保護利用世帯数の前年同月差の推移を示しており、これは全国値のみの実数を掲載している。

まずパネルAを見ると、全国値は1,600人程度で推移しており、都道府県別でも、コロナ禍前後でもほとんど変化がないように見える。コロナ禍で失業給付、生活福祉資金貸付、住居確保給付金が顕著に上昇した沖縄を見ても、2020年の5月あたりに生活保護利用者数に大きな上昇があるようには見えない。

ただし、この図の解釈には注意が必要である。なぜなら、10万人あたりの生活保護利用者数の水準（約1,600人）は、住居確保給付金、緊急小口資金貸付、総合支援資金貸付、失業給付のコロナ禍のピーク時（それぞれ約28件、約154件、約179件、約441人）と比べても高水準である。これは、生活保護制度には高齢者世帯などのコロナ禍の雇用ショックとは関係なく利用する世帯が含まれているためである。したがってコロナ禍の生活保護への影響を検証するためには、世帯の属性別に生活

保護の利用水準がどう変動しているかを検証する必要がある。

そこでパネルBで世帯類型別の生活保護の利用世帯数の推移を前年同月差でみると、太線で示した「その他の世帯」の前年同月差が2020年5月から顕著に上昇している。世帯類型は、世帯主のカテゴリによって分けられており、「高齢者世帯」、「障害者世帯」、「母子世帯」、「疾病者世帯」、「その他の世帯」の5類型であり、「その他の世帯」にはいわゆる現役世代を多く含む。この「その他の世帯」の前年同月差はコロナ禍前の約-5,000からコロナ禍後の2021年1月以降は約+5,000にまで増加しており、さらに、同年同月差がプラスに転じた2020年6月から1年経過した2021年6月以降にも約+5,000程度を維持している。

つまり、「その他の世帯」の生活保護利用は、コロナ禍前後で減少傾向から増加傾向に明確に変わり、その後も増加傾向が続いている。この「その他の世帯」のコロナ禍での生活保護利用増の規模を、ほかの現金給付・貸付の利用増の規模と厳密

に比較することは難しい。しかし、「その他の世帯」の生活保護利用世帯数の前年同月差がコロナ禍前後で約-5,000から約+5,000に転じたことを生活保護利用世帯の約1万世帯増ととらえると、コロナ禍での「その他の世帯」の生活保護の利用世帯増は10万人あたり約8世帯と概算できる<sup>13)</sup>。一方、住居確保給付金・緊急小口資金貸付・総合支援資金貸付の10万人あたりの利用件数（これらも原則的に世帯単位の利用である）は、コロナ禍前のほぼゼロ件からコロナ禍のピーク時にそれぞれ約28件、154件、179件と急増した。したがって、コロナ禍の生活保護の利用世帯増すなわち第三層の利用増は、第二層の現金給付・貸付の一時的な急増と比べると高い水準ではないものの、生活保護利用の継続性も考慮すると無視できない規模だったと言える<sup>14)</sup>。

### 3 小活

本節の分析結果は以下の3点に要約できる。第一に、コロナ禍において、第二層の住居確保給付金と生活福祉資金貸付の利用者と第一層の失業給付の利用者は全国的に顕著に増加した。第二に、第三層の生活保護の利用者については、コロナ禍での増加は全体としては明瞭ではないが、現役世代が多く含まれる「その他世帯」では増加が観察された。第三に、都道府県別にみると、とりわけ東京は特に住居確保給付金において突出した水準であり、沖縄において住居確保給付金、生活福祉資金貸付、失業給付の利用増がほかの都道府県と比べても顕著であった。

これらのうちで特に特徴的なのは、第二層の住居確保給付金や貸付の利用水準の増減の推移である。一回目・二回目の緊急事態宣言後の推移をみると、失業給付の増減は比較的なだらかであり、生活保護については「その他の世帯」をみると、

コロナ禍後は増加傾向が続いている。一方で、住居確保給付金や貸付は、特に一回目の緊急事態宣言時に急激な増加を経験し、その後はすぐに急減している。

この緊急事態宣言時の住居確保給付金と貸付の利用率の急増と急減の背景には、住居確保給付金については有期の現金給付であることや、貸付については将来の返済額を減らすために少額・短期の借入れとしている世帯が多いことが考えられる。もちろん、そのほかの背景として、コロナ禍の感染や自粛の拡大・縮小や緊急事態宣言の開始・終了に伴う雇用状態や所得水準の悪化・改善を反映している部分も大きいとは考えられる。しかし、そもそも一時的で短期的な支援を想定した現金給付・貸付制度であることの影響は無視できないと思われる。

## IV ポストコロナの政策論

### 1 住居確保給付金や住宅手当を巡る政策論議の錯綜

コロナ禍で活用された住居確保給付金や特例貸付などの第二層の所得保障ニーズへの特別対応（Ⅱ節）およびその急激な利用増（Ⅲ節）は、はからずも、この領域への政策的対応の必要性を顕在化させた。その結果、Ⅱ-3節で取り上げたように、国レベルの有識者会議や審議会において、この分野についての議論が活発化することになった。

なかでも、コロナ禍以降の政策論議で特に言及されるようになったのが、住居確保給付金の住宅手当化や住宅手当制度の創設である。ヨーロッパ各国と異なり、日本の社会保障には居住保障制度が体系として含まれておらず、住宅手当や家賃補助制度が存在しない<sup>15)</sup>。したがって、現行制度の

<sup>13)</sup> 1万世帯 ÷ 1億2,500万人 × 10万人で、10万人あたり8世帯となる。なお、この1万世帯増とは、コロナ禍前の「その他の世帯」の生活保護利用世帯減が持続していた場合と比べて、実際の利用世帯は約1万世帯多いということの意味している。

<sup>14)</sup> またAndo and Furuichi (2022) は、コロナ禍による1%ポイントの失業率の上昇は、2020年7月時点において、人口10万人あたりでみて、失業給付利用者の約28人の増加、総合支援資金の貸付利用件数の約88件の増加、生活保護利用者の約10人の増加と関連していると推定している。

<sup>15)</sup> 日本や欧米の住宅政策については平山 (2020) や国立社会保障・人口問題研究所編 (2021) を参照。

中で最もそれに近い存在であり、コロナ禍で利用が急増した住居確保給付金に言及しながら住宅手当制度の創設を提言する、という議論が多くみられるようになった<sup>16)</sup>。また急増した特例貸付が、むしろ返済時の長期間の生活困窮に繋がるのではないかという危機感〔五石 (2022)〕もまた、より恒久的な所得保障制度としての住宅手当の必要性の認識を高めたといえる。

一方、現在の第二のセーフティネットの要である生活困窮者自立支援制度においては、住居確保給付金をのぞいて相談支援事業が中心であり、最も基本的な生活ニーズとも言える現金給付や所得保障の拡大については議論されていない。それどころか、社会保障審議会の「生活困窮者自立支援及び生活保護部会」では、住居確保給付金を生活困窮者自立支援制度から切り離して別建ての仕組みとすべきという議論も出ている<sup>17)</sup>。

つまり現状においては、「住居確保給付金から住宅手当へ」という議論は、有識者による問題提起という水準にとどまっており、その具体的検討や制度的受け皿については、ほぼ議論が進んでいないのが現状である。

## 2 第二層の所得保障ニーズの再検討

そもそも、住居確保給付金・生活福祉資金貸付・求職者支援制度などのいわゆる第二のセーフティネットで想定されている現在の第二層の所得保障ニーズは、雇用保険と生活保護に挟まれた領域の生活困窮者が、安定的な雇用の下で安定的な生活を実現できるようになるまでの一時的な現金支援や流動性確保を想定して設計されている。したがって、(a) 住居確保給付金が期限付きであり、住宅保障としては極めて限定的な役割しか与えられていないこと、(b) 生活福祉資金貸付が原則的に返済可能であると想定されていること、(c) 求職者支援制度の現金給付が月額10万円と最低生活水準以下の給付水準であることは、これらの施策

がそもそも一時的な所得保障ニーズへの対応のみを想定していることを踏まえれば、合理的な制度設計とも言える。

一方、リーマン・ショック以降、あるいはコロナ禍以降に顕在化した生活困窮者層における第二層の所得保障ニーズは、必ずしもこのような労働者・生活者像に当てはまてはいない。冒頭で紹介したように、民間NPOの食糧支援に頼る人々の多くは、不安定就労、低賃金、DV・虐待、家族関係の厳しさなど、一時的ではなく、恒久的な経済的困窮と生きづらさを抱えていることが少なくない。

住居確保給付金や貸付の利用者の所得保障ニーズが、一時的というよりも恒久的であることを示唆する状況は、直近のいくつかの調査結果や非正規労働者が直面している最低賃金水準からも明らかである。例えば、全国居住支援法人協議会(2020)には、コロナ禍前後に住居確保給付金を利用した人の属性を調査した集計結果が記載されている。この調査によれば、コロナ禍前の2019年4月～12月に住居確保給付金の支給決定があった89人のうち約44%は資産水準が5万円未満であった(なお無回答者は13人)。またコロナ禍後の2020年5月に支給決定した1,267人については、離職・休職前の世帯月収が20万円未満の世帯の割合は、単身世帯・2人世帯・3人以上世帯がそれぞれ約54%、34%、24%があった(さらにそれぞれで無回答者が約16～17%いる)。また鍋木(2022)は福岡県内5つの自立相談支援機関(生活困窮者自立支援制度)へのヒアリング調査をもとに「利用者の多くが、それまで就労していた人たち」であることを指摘している。また谷口(2022)は、滋賀県の特例貸付の支援実態から、「特例貸付を利用した大方の人は償還免除の対象にならない人」であり、「家族を守ろうと一生懸命に働いて、それでも全く余裕のない暮らしがこれから先もずっと続くことが容易に予想される」としている。また例え

<sup>16)</sup> II-3節を参照。また岩田(2021)や宮本編(2022)にも住宅手当についての議論がある。

<sup>17)</sup> 第19回社会保障審議会「生活困窮者自立支援及び生活保護部会」(2022年8月24日)の「これまでの主な意見」(資料1)の「総論 主な意見」に「困窮制度は相談支援を中心とした「人が人を支える」制度であることから、給付や貸付業務は困窮制度に付加せず、別立ての仕組みとすることが必要。」との記載がある。

ば、東京において最低賃金でフルタイムで働いても手取りは14~5万円程度に過ぎないことから、少なくともこの水準で働いている単身労働者層や一人親世帯層などの生活困窮問題は、一時的ではなく恒久的なものであることは明らかである<sup>18)</sup>。

近年、コロナ禍での住居確保給付金の急増も踏まえて提案される「普遍的な社会保障政策としての住宅手当」(Ⅱ-3節やⅣ-1節参照)は、このような恒久的な所得保障ニーズを想定した政策提言といえる。たしかに、住居確保給付金の支給期間を長くするなど、住居確保給付金の所得保障機能を高め、より恒久的な側面を持つ住宅手当・所得保障制度に近づけることは可能かもしれない。しかし、住居確保給付金や生活困窮者自立支援制度の現在の位置づけや運用を踏まえると、恒久的な住宅手当の制度は、これらの既存の制度の延長上というよりも、その対象世帯層の検討作業も含めて、新しい政策的議論が必要となる。

## V 結語

本稿では、雇用保険や生活保護の狭間に位置する生活困窮者層の所得保障ニーズを「第二層の所得保障ニーズ」と呼び、この所得保障ニーズに対するコロナ禍の政策的対応を検討した。本稿の検証の結果、第二層向けの住居確保給付金や生活福祉資金貸付は、リーマン・ショック以降に形成された第二のセーフティネットの中でも周位的・限定的な存在であり、コロナ禍前の利用は低調であった。また、コロナ禍におけるこれらの制度の特例的な拡大は、急激な制度利用増を実現した一方で、これらが有期であることや貸付であることの限界も顕在化したことが明らかとなった。その結果、一時的な所得保障ニーズを想定した現在の第二層向けの現金給付・貸付ではなく、第二層の人々の恒久的な生活困窮や貧困状態に対応した、より恒久的な所得保障政策の必要性を訴える議論が増えている。

一方で、本稿の分析では明らかになっていないことも数多く残されている。例えば、コロナ禍における住居確保給付金や特例貸付を利用した人々の属性やこれらの現金給付・貸付の効果がどうだったかは、これだけ多くの人々が利用したにもかかわらず、ほとんど明らかになっていない。また、本稿やAndo and Furuichi (2022)の分析によれば、コロナ禍は「その他の世帯」の生活保護増に無視できない影響を与えたと考えられるが、この状況と第二層の住居確保給付金や特例貸付の利用との関係も分かっていない。これらは本稿が用いた都道府県別データでは検証が難しく、利用者に対するなんらかの大規模調査が必要だと思われる。

今後、第二層の所得保障ニーズに関する政策論は活発すると考えられる。しかし、現行の第二層の住居確保給付金や貸付の効果や限界は何か、より恒久的な所得保障や住宅手当制度を作る場合には誰を対象とするのか、一時的・恒久的な所得保障の関係をどう整理するのか、生活困窮者自立支援制度や求職者支援制度などの現行の第二層の政策体系との関係をどうするのか、などの多くの論点がほぼ手つかずのまま残されている。これらの検証や議論を一刻も早く進めることが必要である。

## 参考文献

- Ando, Mitihito, Chishio Furukawa, Daigo Nakata, and Kazuhiko Sumiya (2020) "Fiscal Responses to the COVID-19 Crisis in Japan: The First Six Months," *National Tax Journal*, Vol.73, No.3, pp.901-926.
- Ando, Mitihito and Masato Furuichi (2022) "The association of COVID-19 employment shocks with suicide and safety net use: An early-stage investigation," *PLOS ONE*, Vol.17, No.3, e0264829.
- 安藤道人・大西連 (2020) 「コロナ禍で生活困窮者への家賃補助と現金貸付が急増：独自入手した厚生労働省データを用いた検証」, <https://note.com/ohnshire/n/n7c0773c4f861>, (2022年10月3日最終確認)。
- 安藤道人・古川知志雄・中田大悟・角谷和彦 (2021) 「新型コロナウイルス危機への財政的対応：2020年前半期の

<sup>18)</sup> 東京都の最低賃金は2022年10月1日より1072円である。1072円×8時間×22日で18.9万円であり、そこから税金や社会保険料を引くと、手取りは14~5万円程度となる。14~5万円という水準は、都内の単身の生活保護基準である12~13万円(生活扶助費+住宅扶助費)をわずかに上回る水準である。

- 記録」,『社会科学研究』, Vol.72, No.1, 129-158。
- 石井加代子・山田篤裕(2021)「コロナ禍における低所得層の経済的脆弱性: JHPSコロナ特別調査に基づく分析」,『貧困研究』, Vol.27, pp.35-47。
- 岩田正美(2021)『生活保護解体論—セーフティネットを編みなおす』, 岩波書店。
- 大西 連(2022)「『孤独・孤立対策』の現在とこれから」,『社会福祉研究』, Vol.144, pp.42-52。
- 笠木映里(2015)「関連諸法との関係からみる生活保護法—近年の改正・立法の動向と残された課題—」,『季刊社会保障研究』, Vol.50, No.4, pp.378-388。
- 鐙木奈津子(2022)「生活困窮者自立支援制度と地域福祉 コロナ前の歩みとコロナ禍の実践からみえてきたもの」,『地域福祉研究』, Vol.50, pp.5-17。
- 五石敬路(2022)「貸付化する貧困対策」,『貧困研究』, Vol.28, pp.21-32。
- 厚生労働省(2015)「生活困窮者自立支援制度について」, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyo-Shakai/2707seikatukonkkyuushajiritsusienneidonituite.pdf> (2022年10月3日最終確認)。
- (2021)『令和3年版 労働経済の分析 —新型コロナウイルス感染症が雇用・労働に及ぼした影響—』。
- 国立社会保障・人口問題研究所編(2021)『日本の居住保障: 定量分析と国際比較から考える』, 慶應義塾大学出版会。
- 駒村康平・田中聡一編(2019)『検証・新しいセーフティネット—生活困窮者自立支援制度と埼玉県アスポート事業の挑戦』, 新泉社。
- 酒井 正(2020)『日本のセーフティネット格差: 労働市場の変容と社会保険』, 慶應義塾大学出版会。
- 佐藤順子・角崎洋平・小関隆志(2020)「コロナ禍と貸付による生活困窮者支援」,『貧困研究』, Vol.25, pp.24-38。
- 周 燕飛(2020)「コロナ禍の格差拡大と困窮者支援——女性, 非正規労働者, 低収入層に注目して」,『貧困研究』, Vol.25, pp.4-13。
- 全国居住支援法人協議会(2020)『居住支援の強化に向けた調査研究 報告書要旨』。
- 平山洋介(2020)『マイホームの彼方に: 住宅政策の戦後史をどう読むか』, 筑摩書房。
- 谷口郁美(2022)「コロナ特例貸付の評価と今後」,『地域福祉研究』, Vol.50, pp.18-30。
- 宮本太郎編(2022)『自助社会を終わらせる』, 岩波書店。

(あんどう・みちひと)  
(ふるいち・まさと)  
(おおにし・れん)

## **Policy Responses to Income Security Needs Between Unemployment Insurance and Public Assistance: Housing Security Benefits, Special Loans, and the Three-Tier Safety Net in the COVID-19 Crisis**

ANDO Michihito<sup>\*1</sup>, FURUICHI Masato<sup>\*2</sup> and OHNISHI Ren<sup>\*3</sup>

### Abstract

This paper examines how the national and local governments have responded to the “second-tier” income security needs of those who receive neither unemployment benefits nor public assistance but suffer from economic deprivation under the COVID-19 crisis. Our main findings are summarized as follows. First, after the Great Recession in 2008 and 2009, policies that addressed second-tier income security needs were limited to fixed-term Housing Security Benefits and two loan programs, and their utilization was stagnant. Second, while the expansion of these programs during the COVID-19 pandemic led to sharp increases in their utilization amid the COVID-19 State of Emergency, their utilization declined sharply in the months that followed. Third, first-tier unemployment benefits for the unemployed and third-tier public assistance for the working-age population also increased in the wake of the COVID-19 economic crisis. Fourth, while second-tier cash transfers and loans are intended to meet temporary income security needs, increases in three-tier safety net utilization during the COVID-19 crisis and subsequent discussions suggest that more permanent income security needs should be addressed in Japan’s social safety net programs.

Keywords : Second-tier Income Security, Assistance for the Poor, Cash Transfers, Housing Allowance, Prefecture-level Monthly Data

---

<sup>\*1</sup> Rikkyo University, Department of Economics

<sup>\*2</sup> Teikyo University, Department of Economics

<sup>\*3</sup> Moyai (NGO), CEO

---

**特集：新型コロナウイルス感染症と社会保障**

---

## 新型コロナウイルス感染症パンデミックと公的医療保険財政

鈴木 倫哉<sup>\*1</sup>・湯田 道生<sup>\*2</sup>

---

### 抄 録

2020年に世界中に拡散した新型コロナウイルスは、我々の日常生活や社会経済活動を一変させた。本稿では、健康保険組合・国民健康保険・国民健康保険組合・後期高齢者医療制度の保険者別パネルデータを使って、新型コロナウイルス感染症のパンデミックが公的医療保険財政に与えた影響について予備的な検証を試みた。固定効果モデルによる分析の結果、今回のパンデミックが直後の年度の医療保険財政に与えた影響はほとんどないことが分かった。また、記述統計的な観察ではあるものの、パンデミックによって特に健康保険組合においてのみ、一人当たり入院医療費と入院外医療費の双方で有意な減少が確認された一方で、そのほかの公的医療保険では一人当たり入院外医療費のみで有意な減少が確認された。これら現象は、すべての公的医療保険で観察される受診率の有意で大きな減少とレセプト一件当たり医療費の有意で大きな増加が相殺した結果であることが確認された。

キーワード：新型コロナウイルス感染症パンデミック、公的医療保険財政、受診自粛

社会保障研究 2022, vol.7, no.3, pp.262-278.

---

### I 序論

2019年12月31日に、中華人民共和国から世界保健機関に原因不明の肺炎の発生として報告された新型コロナウイルス（COVID-19）は瞬く間に世界中に拡散した。世界各国で対外的・対内的に強力な封じ込め政策が実施されてきたが、それを上回るスピードでウイルスは拡散・変異を繰り返し、我々の日常生活や社会経済活動を一変させた。我が国でも、4回にわたって発出された緊急事態宣

言やまん延防止等重点措置の適用といった未曾有の政策対応が実施されてきたが、発生から2年以上が経過している現在において未だ収束の気配はない<sup>1)</sup>。この間、医療分野では、渦中の患者対応や医療供給体制の整備という点において、制度に対する過信ともろさが露呈したことは記憶に新しいが〔土居（2020）、増原・細谷（2021）、井深（2021）、Takaku and Yokoyama（2022）〕、2022年9月現在、80%を超えるワクチン接種率と、流行株（オミクロン株）の特性もあいまって、新型コロナウイルスとの共存を前提とした社会の構築が進め

---

<sup>\*1</sup> 東北大学経済学部

<sup>\*2</sup> 東北大学大学院経済学研究科

<sup>1)</sup> 新型コロナウイルス感染症のパンデミックが日本経済に与えたさまざまな影響を検証した経済的な研究は、日本経済学会の特設ページ（<https://covid19.jeaweb.org/>）にまとめられている。

られている。

これまでの新型コロナウイルス感染症パンデミック（以下、単に「新型コロナパンデミック」と記す）に対する対応は、その社会的なダメージを軽減することを目的とした短期的な施策が中心であったが、ウイルスとの共存を前提とした社会においては、このショックをどう異時点間で平準化していくべきかも検討する必要があるだろう。国民の健康水準の維持や改善という点に関しては、我が国の国民皆保険制度が、こうした異時点間のリスクを緩和させることができると考えられる。しかしながら、一向に改善の目途が立たない少子高齢化の人口構造や、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となるいわゆる2025年問題を間近に控えること、そして、財政状況が先進国間で最悪の状態にある中で、多額の公費が拠出されている我が国の国民皆保険制度は、パンデミック以前より現行制度の持続可能性自体が懸念されている。コロナ禍後の医療保険財政の在り方については小黒（2021）が試案を添えて議論しているが、実際に、今回のパンデミックが公的医療保険財政にどのような影響を与えたのかを利用可能な観察データを使って検証することは、現状確認のみならず今後の国民皆保険制度の在り方や今後起こりうるほかの大規模かつ特異なリスクへの対応を議論するうえでも重要であると考えられる。

こうした背景を踏まえて、本稿では新型コロナパンデミック前後の公的医療保険（健康保険組合・国民健康保険（市町村）・国民健康保険組合・後期高齢者医療制度）の保険者別データを使って、今回のパンデミックが公的医療保険財政に与えた影響を予備的に分析している。我が国の公的医療保険財政に関する経済学的な研究には、小椋・入船（1990）や林（1995）、岩本ほか（1997）をはじめ、公費負担の目的や在り方といった構造的な問題と実際の運用について多くの議論や検証が行われてきた。さらに詳細な分析は、国民皆保険制度を根底で支えている国民健康保険制度の財政に関する研究〔田近・油井（1999）、鈴木（2001）、Yoshida and Kawamura（2008）、湯田ほか（2012）、足立・上村（2013a）、Yuda（2016a, b）〕と、高齢

者医療制度に対する拠出金に関する研究〔安部（2000）、Abe（2007）、Yoshida and Tsuruta（2013）〕に大別できるが、新型コロナパンデミックが公的医療保険財政に与えた影響を分析した研究は、筆者の知る限り存在しない。そして、保険者の観察不可能な異質性を制御した固定効果モデルによる分析の結果、新型コロナパンデミックが直後の年度の医療保険財政に与えた影響はほとんどないことが分かった。ただし、この結果は公的医療保険財政の制度的な仕組みに起因するものであり、公的医療保険財政上にパンデミックの影響が表れるのは2021年度以降の財政状況であると考えられる。

本稿の構成は以下の通りである。次節では公的医療保険財政に関する経済学的な先行研究を概観する。Ⅲ節では、本稿の分析に用いるデータと分析方法について解説し、Ⅳ節では分析結果を報告する。Ⅴ節は本稿のまとめである。

## Ⅱ 先行研究

本節では、我が国の公的医療保険財政に関する経済学的な研究を概観する。前節で述べたように、本稿に関連する先行研究は、国民健康保険制度の財政に関する研究と高齢者医療制度に対する拠出金に関する研究に大別される。

前者の研究について、小椋・入船（1990）では、各公的医療保険制度の加入者数とその医療需要の推移を予測し、それに伴う各保険の医療コストと必要になる各種負担をシミュレーションによって定量化することを試みている。その結果、当時の社会・医療構造と施策レベルを前提とすれば、高齢化のピークとなる2021年において国民医療費は実質で分析時点に比べ5割ほど増加し、その増加の5割は政府支出によって、残りの5割は保険料によって賄われることを示した。また、この試算では患者負担がほとんど変化しないが、その分、被用者保険の保険料率は現在よりも5割高い12%程度が、そして国民健康保険の保険料は2倍の水準が、それぞれ必要になることを示した。林（1995）は、当時の国民健康保険財政の現状と課題を概観し、しかるべき改革の方向性を探っている。真の

ニーズに合った医療機会を国民に均等かつ安定的に供給していくためには、給付と負担の在り方等に関して長期的に安定した医療保険制度を構築することが必要であること、そしてその際には、医療だけではなく社会保障システム全体で議論することが重要であることを主張している。岩本・竹下・別所（1997）は、当時の医療保険制度の機能を財政面からとらえて、制度間の医療費格差と保険料負担格差の実態と原因、そして公費負担と財政調整の機能について分析を行っている。その結果、医療費の制度間格差のほとんどは各保険制度の加入者の年齢構成の違いによって生じていること、加入者1人当たり保険料の負担格差は被保険者の所得格差によって生じていること、そして、医療費と保険料の制度間格差を相殺しているのが、制度間財政調整と公費負担であることを示している。その一方で、保険制度別に適用されている公的負担は、適切に弱者に照準を合わせた補助とはなっていない可能性もありえることも指摘している。田近・油井（1999）は、1997年度の5都道県（北海道・23区を除く東京都・神奈川県・長野県・広島県）における495の国民健康保険と老人保健制度の保険者別データを使って、保険者の費用構造の実態を分析している。最小二乗法による分析の結果、保険料収入のシェア増加は医療給付費の総額に負で有意な影響を与えることと、中央・地方政府からの補助金が保険料収納率の低下による国民健康保険の財政赤字を穴埋めしているというソフトな予算制約の問題の存在を示唆する結果を確認している。これらの結果は、保険者に対する手厚い財政支援が、医療費の高騰を招いたことを示す証左となりうるとしている。鈴木（2001）は、田近・油井（1999）の問題意識をさらに詳細に検討するために、1994年度から1996年度にわたる『大阪府国民健康保険事業年報』に記載されている大阪府内の44の国民健康保険の保険者別パネルデータを使って、各種補助金が国民健康保険財政に与える影響を検証している。一人当たりの補助金総額と保険料収入額および保険事業費を諸要因に回帰した分析によれば、国民健康保険では補助金が保険者の責に帰すべき格差をも調整してい

ること、そしてその格差が大きいほど補助金が拡大していることを明らかにしている。Yoshida and Kawakura（2008）は、国民健康保険と介護保険の財政について、予算制度の違いがモラルハザードの程度に与える影響を検証している。自治体レベルのデータを確率的費用フロンティアモデルで分析した結果、国民健康保険では、被保険者の過剰な医療利用のために介護保険よりもソフトな予算制約の問題が顕著であることを明らかにしている。湯田ほか（2012）は、2007年4月から2009年9月にわたる福井県下全17市町の国民健康保険加入者のレセプトデータを集計して、2015・2020・2025年度の医療費と1人当たり保険料を推計し、かつ市町村間の高齢化の進展の違いが将来の医療費と保険料の格差の違いをもたらすかどうかを検討している。推計の結果、人口構成の変化によって自治体間で将来の医療費や保険料水準が異なることを示している。これは、後期高齢者医療制度の改革に合わせて検討されている国民健康保険の都道府県単位の統合が、上記格差を縮小させることに貢献する可能性を示唆するものであるとしている。足立・上村（2013a）は、2008～2010年度の国民健康保険の保険者別パネルデータを使って、財政調整制度が保険料収納率に与える影響を検証している。固定効果モデルによる分析の結果、都道府県による特別調整交付金と滞納繰越収納率の向上が現年分収納率の改善に有意に寄与していることを明らかにしている。Yuda（2016a）は、2005年と2010年の国民健康保険の保険者別パネルデータを使って、確率的フロンティアモデルにより同制度の費用非効率性と生産非効率性を推計している。費用フロンティアの推定では、保険者規模の拡大は保険財政の効率化に寄与するものの、被保険者の高齢化や補助金によるソフトな予算制約の問題、高齢者医療制度に対する拠出金、そして介護事業者密度の上昇が、保険財政の効率性に悪影響を与えていることを示している。生産フロンティアの推定結果からは、費用非効率性が2005年から2010年にかけておよそ15%減少しているものの、それは配分的非効率性と強い正の相関があることを示している。Yuda（2016b）は、同じデータ

を使って、包絡分析法によって保険者ごとの効率性スコアを推計し、それを地域要因に回帰することによって、効率性スコアに対する制度的・地域的特性の影響を推定した。効率性スコアの推計結果では、多くの国民健康保険が深刻な財政的な非効率性を抱えていることや、費用効率性は配分効率性と強い正の相関があることを示している。また、Tobitモデルによる回帰分析の結果からは、2008年に施行された高齢者医療制度改革が、国民健康保険財政の改善に大きく寄与したことや、都道府県からの補助金は効率性を改善させる一方で、国や市町村からの補助金は非効率性を増長させることも示している。さらに、高齢者医療制度への拠出が、依然として国民健康保険財政の重荷となっていることも明らかにしている。

後者のテーマに関する研究では、安部（2000）が、1995年度の『健康保険組合事業年報』の保険者別の財政データを使って、老人一人当たり医療費の決定要因と、それが健康保険料率に与える影響を分析している。最小二乗法による分析の結果、老人1人当たり医療費は保険者間で大きな差があり、また、それが高い組合では健康保険料率が高く設定される場合があることを明らかにしている。Abe（2007）は、1999年度の『健康保険組合事業年報』と『国民健康保険事業状況報告』の保険者別データを使って、老人保健制度拠出金が老人一人当たり医療費に与える影響を分析している。回帰分析の結果、保険者が高齢者の医療費を抑制するインセンティブが強い保険者ほど外来患者への支出が少ないという兆候が確認されたものの、経済的なインセンティブの強さが医療費の削減につながることを示唆する結果は得られなかつ

た。これは、保険者に課される非常に強い経済的インセンティブでさえ、高齢者の医療費を抑制することは困難であることを示唆している。Yoshida and Tsuruta（2013）は、1998～2006年度の『健康保険組合事業年報』の保険者別データを使って、老人保健制度への拠出金の変化から生じる費用をどうファイナンスしているかを検証している。固定効果モデルによる分析の結果、変化の7分の6以上が積立金に拠っており、保険料や付加給付もこれに用いられていることが分かった。なお、保険料の増加はほとんど従業員に転嫁されていることも明らかにしている<sup>2)</sup>。

### Ⅲ データと実証モデル

#### 1 データ

本稿で使用するデータは、厚生労働省が公表している公的医療保険の保険者レベルの財政データである。具体的には、健康保険組合のデータは『組合管掌健康保険事業状況報告』と『収入支出決算概要表<sup>3)</sup>』から、国民健康保険と国民健康保険組合のデータは『国民健康保険事業年報<sup>4)</sup>』から、そして後期高齢者医療制度のデータは『後期高齢者医療事業状況報告』から得ている<sup>5)</sup>。これらの統計は、各公的医療保険の事業状況の把握を通して、それらの健全な運営をはかるための基礎資料として実施・収集されている。本分析では、新型コロナパンデミックが公的医療保険財政の変化に与えた短期的な影響を確認するために、2019・2020年度の2年度間にわたって存続している保険者からなるbalancedパネルを用いるが、それぞれの公的医療保険に加入している被保険者の属性は

<sup>2)</sup> 社会保険料の上昇が賃金や雇用に与える帰着の議論については、Komamura and Yamada（2004）、岩本・濱秋（2006）、酒井・風神（2007）、Tachibanaki and Yokoyama（2008）、Hamaaki and Iwamoto（2010）、Kobayashi et al.（2013）、Kodama and Yokoyama（2018）でも詳細に分析されており、わが国では企業負担分の一部が労働者に転嫁されているとする研究が多い。

<sup>3)</sup> 2020（令和2）年度は『収入支出決算見込表』を用いている。

<sup>4)</sup> 国民健康保険制度は、2018年度より都道府県も保険者としての役割を担っているが、本稿では都道府県が関与している事業の情報は一切使用していない。

<sup>5)</sup> 全国健康保険協会が保険者となっている協会けんぽ・船員保険・健康保険法第3条第2項被保険者および各種共済組合については、本稿では分析の対象としていない。その理由は、事業年報の書式が統一されていないために情報の整理が極めて困難であったことや、2019（令和元）年度までの情報しか公開されていない統計があったためである。

大きく異なるため、公的医療保険制度別にサンプルを分けて分析する。なお、分析サンプルに含まれる保険者は、健康保険組合が1373保険者で、これは2019年度における保険者総数の98.9%を占める（これを「カバー率」とする）。同様に、国民健康保険は1715保険者（カバー率99.9%）、国民健康保険組合は161保険者（同99.4%）、そして後期高齢者医療制度は47保険者（同100.0%）であり、これらの公的医療保険制度におけるほぼすべての保険者が、本稿の分析サンプルに含まれている。

## 2 実証モデル

新型コロナパンデミックが公的医療保険財政の変化に与えた短期的な影響を推定するための回帰式は以下の(1)式である。

$$\ln(Y_{it}) = \beta_0 + \beta_P PDM_t + \mathbf{x}_{it} \beta_X + \alpha_i + u_{it} \quad (1)$$

ただし、 $Y$ は保険者 $i$ の $t$ 年度における財政状況を示す変数であり、収入総額を支出総額で除した収支比率を用いる。これは $Y_{it}=1$ であれば収支均衡、 $Y_{it}>1$ は黒字、 $Y_{it}<1$ は赤字であることをそれぞれ示す。差額ではなく比率を用いる理由は、例えばYuda (2016a)では、収支の差額を正值に調整した変数を被説明変数に使用しているが、そうした変換が結果に与える影響は不明瞭であるし、差額そのものを使用した場合には、対数に変換することができないことから、分析結果を容易に解釈することが困難になるためである。また、前節で挙げた先行研究が言及しているように、国民健康保険制度や後期高齢者医療保険制度の加入者は、所得水準が低く、平均年齢が高いことから、これらの公的医療保険財政に対しては、自主財源では賄いきれない費用を調整するためのさまざまな法定・法定外の補助金が存在する。これらの公的補助を含んだ収入と支出は、財政状況の適切な代理変数とならない可能性があるため、本分析では、主としてそれらを含めない経常収入と経常支

出の比率である経常収支比率も被説明変数として用いる<sup>6)</sup>。 $PDM_t$ は、パンデミック後の2020年度の観測値に1を取るダミー変数である。その係数 $\beta_P$ が負に有意であれば、パンデミック後に財政状況が悪化したことを意味する。なお、財政状況の悪化は、収入減と支出増のいずれかもしくはその双方によってもたらされる。パンデミック中における収入減には、緊急事態宣言などの発出時の企業業績の悪化に伴う所得・賞与減による保険料収入の減少が考えられ、支出増には、多くの若年被保険者を抱える保険者にとって大きな割合を占める高齢者医療への拠出金の増加や、医療費の発生に対する保険給付費など増加などが考えられる。

$\mathbf{x}$ は保険者属性であり、加入者属性と財政変数から構成されている。ただし、我が国の医療保険制度は若年層の公的医療保険から後期高齢者医療制度への資金移転が行われているため、後期高齢者医療制度サンプルとそれ以外の公的医療保険サンプルでは、 $\mathbf{x}$ に含まれる変数が異なる。すべての保険者に共通しているものは、加入者属性の被保険者数と財政変数の保険料収入割合、総務費割合、保険給付割合、そして保険事業費割合である。被保険者数は、国民健康保険財政の規模の経済性に関する一連の先行研究〔山田(1998)、岸田(2002)、泉田(2003)、湯田(2010, 2018:2章)、足立・上村(2013b)〕で用いられてきた保険者の規模を表す変数であり、対数値の2乗項も $\mathbf{x}$ に含まれている。保険料収入割合は、収入総額に占める保険料収納額の割合であり、保険者の自主財源の程度を表す。また、支出総額に占める総務費、保険給付費、保険事業費は、それぞれ、事務的な費用、医療利用に関する費用、健康増進などに関する費用の程度を表す。後期高齢者医療制度以外のサンプルでは、被保険者の年齢構成の影響を考慮するために、被保険者総数に占める40歳以上被保険者の割合と被保険者総数に対する後期高齢者の比率を加入者属性に加える。また、財政上の大きな負担になっていると言われている支出総額に占

<sup>6)</sup> 経常収入と経常支出の定義は健康保険組合の『収入支出決算概要表』による。国民健康保険、国民健康保険組合および後期高齢者医療制度では、これらは具体的に定義されていないが、健康保険組合の定義を適用して算出したものを各制度の経常収入・経常支出として使用している。詳細は補論1を参照のこと。

める前期高齢者と後期高齢者の各制度に対する拠出金の割合も説明変数群に加えている。後期高齢者医療制度については、保険者間の財政調整の性格を有さない収入に占める各種交付金（後期高齢者、市町村および都道府県）の収入に占める割合を加えている。 $\alpha_i$ は保険者の観察されない異質性を考慮する個別効果（固定効果）であり、 $u_{it}$ は誤差項である。

なお、保険給付費は、入院・外来・歯科・調剤・高額療養費などといった具体的な項目ごとに把握することも可能である。特に緊急事態宣言発出後には、外来受診の自粛や、緊急性がない疾患や重症でない疾患の手術が延期されるなど、医療需給双方で行動変容があったことが報じられた。本分析では、追加的な分析として、保険給付費をこれらの一人当たり医療費に差し替えた式の推定も行い、これらが公的医療保険財政に与えた影響も確認する。さらに、医療需要の代理変数として用いられる一人当たり医療費は、受診選択（extensive margin）と実際の医療利用（intensive margin）に分割することができ、特に前者は患者などの需要側、後者は医師などの供給側の意思決定が支配的であることが知られている。この点については、レセプト（診療報酬明細書）件数（*Claim*）を用いることによって、一人当たり医療費（ $\frac{HCE}{Pop}$ ）を、

$$\frac{HCE}{Pop} = \frac{Claim}{Pop} \times \frac{HCE}{Claim} \quad (3)$$

の2つに分割する<sup>7)</sup>。ただし、*HCE*は医療費、*Pop*は人口数である。レセプトが、医療機関が患者に提供した保険診療の費用の一部を保険者に請求するための書類であることをふまえると、年間のレセプト件数は医療機関を利用した患者の延べ人数に近い変数となる。したがって、大雑把な設定ではあるが、第一項の人口数に対するレセプト件数の比率は受診率（つまり、extensive margin）を表し、第二項のレセプト件数あたりの医療費は患者

一人当たり医療費（つまり、intensive margin）を表すものとみなせる。こうした分割は、パンデミック時における医療利用に関する行動変容を理解する一助になりうる重要な分類であると考えられる。

### 3 記述統計

表1には、実証分析に使用する変数の記述統計と2年度間の増加率をまとめている。また、増加率の列には2期間の平均の差の検定結果（有意差のみ）も付している。被説明変数の収支比率の平均は、いずれのサンプルにおいても1を超えているため黒字であり、2019年度から2020年度にかけて若干の有意な改善が見られる。参考のために、収入総額と支出総額の記述統計も報告しているが、収入総額は不変か減少、支出総額がいずれも減少しており、後者の減少分がより大きい、いずれも統計的な有意差は確認されない。なお、後期高齢者医療制度の金額がほかに比べると非常に大きい、これは県（広域連合）単位で保険事業を行っているためである。一方で、財政調整などの補助金を除いた経常収支比率については、国民健康保険と後期高齢者医療制度は平均が1未満（赤字）である一方で、健康保険組合・国民健康保険組合は1を超えている。内訳については、合計額とほぼ同様に、経常収入総額は微増か減少している一方で、経常支出総額はそれらを上回る規模で減少している。

加入者属性については、被保険者規模は国民健康保険ではこの2年度間で4.8%減少しているが有意ではなく、ほかの公的医療保険ではほとんど変化がない。40歳以上割合と後期高齢者比率に関しては、国民健康保険で、前者1.0%増で正に有意であり、後者は有意ではないが13.4%も増加している。財政変数については、保険料収入割合は、比率が高い健康保険組合で1.4%ほど有意に減少しているが、これはパンデミック宣言後の緊急事態宣言下などにおける業績悪化に伴う所得（特に賞与）の落ち込みが反映されたものであると考えら

<sup>7)</sup> こうした分割は、医療需要のTwo-PartモデルもしくはHurdleモデルなどと呼ばれている。湯田（2023）は、日本のデータを使った研究のサーベイを含めた簡単な解説を行っている。

表1 記述統計量

保険種別	健康保険組合			国民健康保険(市町村)			国民健康保険組合			後期高齢者医療制度		
	平均	標準偏差	増加率(%)	平均	標準偏差	増加率(%)	平均	標準偏差	増加率(%)	平均	標準偏差	増加率(%)
被説明変数												
収支比率	1.159	0.133	1.9***	1.004	0.024	0.5***	1.011	0.076	2.7***	1.038	0.020	2.8***
収入総額(10億円)	6.534	14.763	0.0	7.332	17.531	-2.9	5.329	15.022	-0.4	352.324	311.589	0.0
支出総額(10億円)	5.947	13.786	-1.5	7.313	17.452	-3.7	5.214	14.046	-1.8	339.743	300.580	-2.8
經常収支比率	1.047	0.122	0.5	0.890	0.048	0.3	1.295	0.151	1.6	0.819	0.017	3.6***
經常収入総額(10億円)	6.047	13.925	-0.9	6.541	15.521	-3.1	6.903	18.196	-1.5	277.732	247.285	0.6
經常支出総額(10億円)	5.849	13.550	-1.5	7.294	17.425	-3.7	5.119	13.929	-2.0	337.868	298.623	-2.9
説明変数												
被保険者数(千人)	20.713	46.551	0.1	12.094	29.976	-4.8	16.365	42.819	-0.8	383.956	334.931	0.2
40歳以上割合	0.193	0.147	-2.0	0.412	0.025	1.0***	0.451	0.053	0.7			
後期高齢者比率	0.027	0.022	4.1	0.320	0.081	13.4	0.035	0.032	6.5			
保険料収入割合	0.883	0.090	-1.4***	0.194	0.042	0.8***	0.653	0.168	0.2	0.072	0.014	6.9**
保険給付費割合	0.483	0.059	-3.7***	0.685	0.048	-0.4*	0.521	0.053	-1.7	0.972	0.009	0.2
総務費割合	0.029	0.031	1.9	0.019	0.016	7.5**	0.057	0.037	-6.6	0.003	0.001	2.5
保険事業費割合	0.046	0.026	-2.3	0.011	0.008	-3.8*	0.027	0.012	-6.0	0.003	0.001	7.3
前期高齢者拠出金割合	0.176	0.071	7.2***	0.000	0.000	-25.8***	0.053	0.051	-0.3			
後期高齢者拠出金割合	0.245	0.037	2.5***	0.121	0.021	1.8***	0.194	0.021	2.4**			
後期高齢者交付金割合										0.384	0.011	-0.8*
市町村交付金割合										0.079	0.002	-2.2*
都道府県交付金割合										0.080	0.002	0.1
一人当たり医療費(千円)												
入院	38.089	9.011	-5.3***	204.187	54.951	1.9**	59.828	17.411	-1.8	456.719	86.035	-2.0
入院外	63.703	9.277	-6.9***	174.413	31.987	-0.2	83.048	16.151	-4.2**	258.936	25.536	-3.6*
歯科	19.536	2.173	0.5	32.170	5.936	1.1*	21.362	6.399	0.0	31.501	6.109	-4.3
調剤	31.466	12.099	-2.3	89.656	21.940	3.3***	42.839	9.657	-1.4	148.487	13.922	-2.1
高額療養費	0.886	0.560	0.3	56.827	14.785	4.9***	14.646	5.474	2.5	35.939	6.704	1.1
受診率												
入院	0.075	0.013	-9.4***	0.363	0.105	-1.1	0.105	0.024	-5.5**	0.817	0.167	-4.5
入院外	5.726	0.700	-13.3***	11.081	1.729	-3.7***	6.315	1.009	-8.9***	15.159	0.999	-4.8***
歯科	1.662	0.179	-6.0	2.411	0.508	-4.8***	1.781	0.505	-6.4**	2.178	0.434	-8.9**
調剤	3.567	0.498	-12.9***	7.129	1.690	-1.7**	3.847	0.823	-7.4***	10.331	1.264	-2.8
高額療養費	0.016	0.007	0.8	0.976	0.355	5.4***	0.154	0.079	0.5	1.770	0.449	-2.7
一件当たり医療費(千円)												
入院	507.940	79.195	4.3***	568.568	62.828	2.8***	569.266	78.897	3.7***	561.417	28.001	2.5**
入院外	11.151	1.162	7.2***	15.793	2.011	3.8***	13.214	1.837	5.0***	17.095	1.423	1.2
歯科	11.775	0.821	6.9***	13.532	1.735	5.9***	12.032	1.323	6.3***	14.534	1.120	4.9***
調剤	8.868	4.239	12.4***	12.730	2.068	5.3***	11.354	2.479	6.3**	14.459	1.098	0.6
高額療養費	56.797	24.797	0.3	60.954	14.774	-0.3	102.679	27.251	1.3	20.704	2.554	3.2
概測値数(被保険者数, カバー率)	2746 (1373, 98.1%)	3430 (1715, 99.9%)								94 (47, 100%)		
相関係数	0.574	0.267								0.278		

注: 「カバー率」は2019年度における各公的保険の被保険者総数に占める割合であり、「相関係数」は収支比率と經常収支比率の相関係数である。\*\*\*, \*\*, \*は、2019年度と2020年度の平均値の差が、それぞれ1%, 5%, 10%の有意水準で有意であることを示す。

れる。国民健康保険・国民健康保険組合では微増、後期高齢者医療制度では6.9%増で正に有意となっている。また、保険給付費割合は、2020年度に健康保険組合と国民健康保険がそれぞれ3.7%、0.4%ほど有意に減少しており、国民健康保険組合は有意ではないものの1.7%減少している。これらは受診自粛の影響が反映されているものと考えられる。一方で、後期高齢者医療制度では比率が大きく増加率も正であるが有意ではない。総務費割合は、国民健康保険で7.5%上昇している一方で、ほかのサンプルでは有意な変化は確認されない。保険事業費割合は、後期高齢者医療制度以外のサンプルでは減少しており、特に国民健康保険のみが3.8%減で有意となっている。高齢者医療制度への拠出金については、前期高齢者に対する拠出は、健康保険組合が7.2%ほど有意に増加している一方で、国民健康保険では25.8%も有意に減少している。後期高齢者に対する拠出についてはすべてのサンプルにおいて1.8%~2.5%ほど有意に増加しており、若者が高齢者を支える構図は変わらないことと、高齢化に伴う定性的な負担が増えている様子の双方が確認できる。その一方で、後期高齢者医療制度への交付金と市町村交付金はそれぞれ0.8%、2.2%ほど有意に減少しているが、都道府県交付金はほとんど変化していない。

表1の下方には、医療種別ごとの一人当たり医療費の記述統計と増加率も報告している。入院外については、すべてのサンプルで0.2%~6.9%ほど減少しており、国民健康保険以外では有意である。これは、月次データを使って分析を行ったKumagai (2021) の結果とも整合的であり、感染リスクに対する受診自粛の影響が反映されたものと考えられる。しかし、入院は変動が一定ではなく、健康保険組合で5.3%有意に減少している一

方で、国民健康保険では1.9%の有意な増加、国民健康保険組合と後期高齢者医療制度については、有意ではないもののパンデミック後に減少していることが分かる。さらに、国民健康保険では、歯科が1.1%、調剤が3.3%、高額療養費が4.9%ほどそれぞれ有意に増加している。入院外以外のこれらの変化がサンプル間で異なる点については、もっともらしい説明が困難であるため、一人当たり医療費を受診率と一件当たり医療費に分けて同様の変化を確認する。すべてのサンプルにおいて、入院・入院外・歯科・調剤の受診率の増加率は減少しており、そのほとんどが有意であることが確認できる。これは、感染を回避するために受診自粛が広範に行われたことを示すものと考えられる。その一方で、一件当たり費用は、すべてのサンプルで増加しており、後期高齢者医療制度の入院外と調剤を除いて統計的に有意である。緊急事態宣言以降、不要不急の外出の自粛要請が出されていたことを踏まえれば、受診を自粛した患者層は医療サービスのライトユーザー、つまりそれほど重症ではなく医療費が総じて低い集団であったと推察される。逆に言えば、パンデミック渦中でも通院を続ける個人は、常時治療が必要な慢性疾患を抱えている患者など、医療へのニーズが高く平均的な高い医療費が高い集団であると考えられる。この一件当たり医療費の有意で大きな増加は、異なる特性を持つ患者の集団が混在していたパンデミック以前の低い平均医療費に起因するものであると考えられる<sup>8)</sup>。

#### Ⅳ 推定結果

##### 1 新型コロナパンデミックが医療保険財政に与えた影響

表2には、(1) 式を固定効果モデルで推定した結

<sup>8)</sup> この推察は、医療利用のintensive marginに関する分析を行う際には、異なる特性を持つ集団を明示的に分けて分析できるfinite-mixtureモデルによる分析が望ましいことを示唆する。医療利用の分析にfinite-mixtureモデルを使った代表的な研究にはDeb and Trivedi (2002) があり、邦語論文では増原 (2004) が詳しい。もう一つの可能性は、医師による誘発需要も解釈の候補として挙げられるかもしれない。しかしながら、コロナ禍の混乱期に健康の改善に貢献しない医療を、受診率の落ち込みをカバーするだけ提供する余裕が当時の医療機関側にあったとは考えにくい。いずれにしても、本小節の議論は、厳密な検証を行った結果ではなく、記述統計の推移に基づく推論である点には留意されたい。

果がまとめられている。ダミー変数以外の説明変数は対数化しているため、上段の推定値は弾力値を表す。下段の括弧内は、系列相関などの保険者間の誤差項の相関を許した頑健な標準誤差 (clustering robust standard error) である。

新型コロナパンデミックが医療保険財政に与えた影響をとらえる  $PDM_{it}$  の係数  $\beta_P$  は、収支比率に対してはすべてのサンプルで正に有意であり、経常収支比率に対しては、国民健康保険と後期高齢者医療制度において正で有意に推定されている。ただし、有意に推定されている係数は 0.006~0.023 と総じて低く、これは新型コロナパンデミックが直後の年度の医療保険財政に与えた影響はほとんどないことを示している。実際に、各公的医療保険財政における拠出金額や交付金額の算定は前年度の実績に基づくため、この結果はそうした制度上の仕組みと整合的である。別な言い方をすれば、受診自粛の行動変容を含めた新型コロナパンデミックが公的医療保険財政に与えた影響が表れるのは2021(令和3)年度以降の財政状況であると考えられる。

以下、保険者属性Xの推定結果についてまとめる。加入者属性については、被保険者数の一次項が健康保険組合の双方の収支比率に対して正に有意であり、二次項が国民健康保険の経常収支比率に対して負で有意に推定されている。また、国民健康保険の双方の収支比率に対しては後期高齢者比率が負で有意に推定されているが、これは相対的に保険料を拠出している若者が少ないことが、財政面に負の影響を与えていることを反映しているものと考えられる。加えて、健康保険組合の経常収支比率に対して、40歳以上割合が正で有意に推定されており、有意ではないが収支比率にも同程度の影響を与えていることが確認できる。これは、40未満と40以上の所得差、つまり、収入が高い層が多いことが保険料収入の増加につながり、それが経常収支にプラスの影響を与えていることを反映した結果であると考えられる。財政変数の影響については、保険料収入割合が健康保険組合と後期高齢者医療制度の経常収支比率に対して正で有意に推定されている。これは、自主財源の

シェア増加が財政を安定させることを示唆している。その一方で、健康保険組合と国民健康保険の収支比率と国民健康保険組合の経常収支比率に対しては負で有意に推定されている。保険給付費割合については健康保険組合における双方の収支比率と国民健康保険組合の経常収支比率に対して負で有意な影響を与えていることが確認できる。これは、支出に占める保険給付の上昇が、これら公的医療保険の財政圧迫要因となっていることを示唆している。しかしながら、国民健康保険においてはこれが正で有意に推定されている。総務費割合については、推定結果に正負が混在しているが、推定値自体は総じてそれほど大きくはないため、双方の収支比率に対する影響は微小であると考えられる。保険事業費割合は、健康保険組合でのみ双方の収支比率に対して正で有意であることが確認できるが、この係数も0.046~0.059と小さいため、財政状況に与える影響はほとんどないと考えられる。高齢者医療に対する拠出金割合については、健康保険組合・国民健康保険・国民健康保険組合からの資金流出であるため、収支比率に対して負で有意な影響があると予想されるが、それが観察されたのは前期高齢者拠出金割合のみであった。逆に、後期高齢者拠出金割合については、いずれも正で有意に推定されている。多くの先行研究でその影響の大きさに警鐘が鳴らされていることを踏まえば、この正の関係は、良好な財政を有する保険者ほど後期高齢者医療制度に対する拠出金が高いという逆因果をとらえているのかもしれない。また、後期高齢者医療制度における交付金についても正負が混在して推定されている。

このように、本分析の結果には、有意な係数が比較的多く確認できるが、保険料収入割合のように同一要因でも収支比率と経常収支比率に対する影響が真逆にそれぞれ有意であるものが存在していたり、同じ高齢者に対する拠出金であっても、前期高齢者と後期高齢者に対する影響が真逆にそれぞれ有意であるものがあつたりと、結果の解釈に困惑するものが散見される。これは、推定式自体が経済理論に従ったものではなくアドホックに

表2 新型コロナウイルスパンデミックが医療保険財政に与えた影響

被説明変数 保険種別	収支比率				経常収支比率			
	健康保険組合	国民健康保険	国民健康保険 組合	後期高齢者医療 制度	健康保険組合	国民健康保険	国民健康保険 組合	後期高齢者医療 制度
パンデミックダミー ( $\beta_2$ )	0.006* (0.003)	0.014*** (0.004)	0.016*** (0.006)	0.007* (0.004)	0.000 (0.003)	0.016*** (0.004)	-0.001 (0.005)	0.023*** (0.003)
被保険者数	0.104* (0.059)	-0.050 (0.071)	-0.070 (0.103)	-0.965 (0.844)	0.157*** (0.046)	-0.038 (0.068)	-0.094 (0.090)	-0.456 (0.878)
被保険者数2乗	-0.007 (0.013)	-0.011 (0.007)	0.016 (0.034)	0.098 (0.077)	-0.016 (0.010)	-0.018*** (0.007)	0.036 (0.033)	0.042 (0.080)
40歳以上割合	0.006 (0.005)	-0.017 (0.048)	-0.079 (0.288)		0.008* (0.004)	-0.031 (0.056)	0.156 (0.260)	
後期高齢者比率	0.009 (0.014)	-0.120*** (0.033)	-0.016 (0.055)		0.020 (0.015)	-0.123*** (0.029)	0.003 (0.044)	
保険料収入割合	-0.160*** (0.059)	-0.011* (0.007)	-0.005 (0.050)	0.073 (0.060)	0.532*** (0.074)	0.013 (0.029)	-0.151*** (0.045)	0.089*** (0.027)
保険給付費割合	-0.165*** (0.027)	0.019 (0.025)	-0.029 (0.068)	-0.126 (0.109)	-0.151*** (0.027)	0.133*** (0.029)	-0.131** (0.064)	-0.006 (0.144)
総務費割合	0.055*** (0.014)	0.008*** (0.003)	-0.051*** (0.018)	-0.007 (0.035)	0.073*** (0.015)	-0.005* (0.003)	-0.056*** (0.016)	0.005 (0.028)
保険事業費割合	0.046*** (0.016)	-0.002 (0.003)	-0.014 (0.026)	0.006 (0.008)	0.059*** (0.017)	-0.004 (0.004)	-0.009 (0.022)	-0.010 (0.008)
前期高齢者拠入金割合	-0.031*** (0.004)	-0.011*** (0.002)	-0.019*** (0.006)		-0.028*** (0.003)	-0.011*** (0.002)	-0.014*** (0.005)	
後期高齢者拠入金割合	0.150** (0.071)	0.054** (0.022)	0.345*** (0.084)		0.295*** (0.049)	0.068*** (0.021)	0.281*** (0.070)	
後期高齢者交付金割合				-0.496*** (0.152)				-0.296** (0.115)
市町村交付金割合				0.091* (0.049)				0.022 (0.050)
都道府県交付金割合				0.161*** (0.045)				0.225*** (0.046)
定数項	2.794*** (0.349)	-0.266 (0.339)	0.607 (0.765)	5.092 (3.320)	2.906*** (0.361)	-2.037*** (0.365)	2.311*** (0.728)	1.680 (3.757)
決定係数	0.219	0.002	0.044	0.021	0.216	0.244	0.001	0.422
観測値数	2746	3430	322	94	2746	3430	322	94
被保険者数	1373	1715	161	47	1373	1715	161	47

注：推定方法は固定効果モデル。対数化した変数を使用しているため、ダミー変数以外の上段の推定値は弾力値を表す。下段の括弧内は保険者間の誤差項の相関を許した頑健な標準誤差である。\*\*\*、\*\*、\*は、それぞれ1%、5%、10%の有意水準で有意であることを示す。

定式化されたものであるために、因果ではなく単なる相関を見ているにすぎないということや、医療資源などの地域要因を推定式に含めていないことによる欠落変数バイアスによる影響のためなどと考えられる。なお、新型コロナパンデミックの影響をより詳細に勘案するのであれば、各説明変数と  $PDM_{it}$  の交差項を含めた回帰式を推定し、それらの係数に注目することが考えられる。紙幅の都合で結果の詳細な報告は割愛するが、交差項を含めたモデルにおいても各説明変数の結果はほとんど変わらず、交差項の係数も有意でないものが多かった。

## 2 医療利用の分解

表3は、保険給付費を一人当たり医療費に差し替えた式の推定結果をまとめたものである。医療利用以外の変数の結果は表2とほとんど変わらないが、一人当たり医療費の推定結果については下記が確認できる。入院と入院外の一人当たり医療費は、健康保険組合と国民健康保険組合の収支比率と経常収支比率の双方に負で有意な影響を与えており、特に国民健康保険組合における影響が大きいことが確認できる。また、後期高齢者医療制度においては、経常収支比率のみに対して負に有意であり、こちらも  $-0.284$  と影響が大きいことが確認できる。その一方で、国民健康保険においては、一人当たり入院医療費と同入院外医療費の双方が経常収支に対して正で有意な影響が確認されている。一人当たり高額療養費については、健康保険組合では双方の収支に負で有意な影響を与えているが、国民健康保険組合では双方に正で有意な影響を与えている。さらに、国民健康保険と後期高齢者医療制度では調剤が経常収支比率に正で有意な影響を与えていることが確認できる。

表4には、一人当たり医療費を受診率と一件当たり費用にさらに分解した式を推定した結果がまとめられている。入院については、受診率と一件当たり費用の双方が健康保険組合と国民健康保険組合の収支比率と経常収支比率の双方に負で有意な影響を与えており、その影響はともに表3の推定値と大きな違いはない。その一方で、入院外で

は、一件当たり費用のみが双方の収支比率に負で有意かつ表3の値を上回る影響を与えていることが確認できる。また、国民健康保険組合では、調剤の受診率および一件当たり費用が経常収支比率に負で有意な影響を与えており、後期高齢者医療制度では、経常収支比率に対して受診率の影響が支配的であることが確認できる。なお、国民健康保険については、表3と同様に入院の受診率と一件当たり費用、入院外の一件当たり費用、調剤の受診率がそれぞれ正で有意に推定されていることが確認できる。また、国民健康保険では、高額療養費の受診率および一件当たり費用が双方の収支比率に正で有意な影響を与えていることが確認できる。

## V 結論

本稿では、健康保険組合・国民健康保険・国民健康保険組合・後期高齢者医療制度の保険者別パネルデータを使って、新型コロナウイルス感染症のパンデミックが公的医療保険財政に与えた影響について予備的な検証を試みた。固定効果モデルによる分析の結果、このパンデミックが直後の年度の医療保険財政に与えた影響はほとんどないことが分かった。しかしながら、公的医療保険財政における他制度への拠出金額や交付金額は前年度の実績に基づいて算定されるため、この結果はそうした制度的な背景を反映したものと考えられる。つまり、受診自粛の行動変容を含めた新型コロナパンデミックが公的医療保険財政に与えた影響が表れるのは2021年度以降の財政状況となるため、これらの結果は、公的医療保険財政の動向には引き続き慎重な観察が必要であることを示唆している。特に、パンデミック以前より、我が国の人口構成や中央・地方政府の財政状況への懸念から国民皆保険制度の持続可能性についてはさまざまな懸念が示されているため、今後の制度の在り方も含めた包括的な議論が今後も重要であると言える。

最後に、本分析の課題についてまとめたい。第一は、本稿で推定した回帰式は、Yuda (2016a, b)

表3 新型コロナウイルスパンデミックが医療保険財政に与えた影響：医療利用の分解 (1)

被説明変数 サンプル	収支比率				経常収支比率			
	健康保険組合	国民健康保険 組合	国民健康保険 制度	後期高齢者医療 制度	健康保険組合	国民健康保険 組合	国民健康保険 制度	後期高齢者医療 制度
パンデミックダミー ( <i>dp</i> )	0.007* (0.004)	0.015*** (0.004)	0.004 (0.007)	0.004 (0.008)	0.002 (0.003)	0.019*** (0.005)	-0.011* (0.006)	0.023*** (0.009)
被保険者数	-0.015 (0.069)	-0.011 (0.077)	-0.170** (0.101)	-0.912 (1.017)	0.065 (0.057)	0.113 (0.070)	-0.278*** (0.079)	-0.856 (0.859)
被保険者数2乗	-0.005 (0.015)	-0.010 (0.006)	0.016 (0.032)	0.082 (0.087)	-0.015 (0.011)	-0.016** (0.007)	0.034 (0.030)	0.075 (0.080)
40歳以上割合	0.005 (0.005)	-0.010 (0.048)	0.005 (0.243)	0.005 (0.060)	0.006 (0.004)	-0.023 (0.057)	0.193 (0.237)	
後期高齢者比率	0.002 (0.014)	-0.125*** (0.033)	-0.005 (0.052)	-0.005 (0.083)	0.012 (0.014)	-0.126*** (0.032)	0.015 (0.043)	
保険料収入割合	-0.150** (0.060)	-0.010 (0.007)	0.019 (0.049)	0.083 (0.060)	0.538*** (0.076)	0.012 (0.028)	-0.134*** (0.046)	0.101*** (0.019)
総務費割合	0.058*** (0.015)	0.008*** (0.003)	-0.057*** (0.018)	-0.002 (0.033)	0.077*** (0.056***)	-0.005* (0.003)	-0.058*** (0.017)	0.006 (0.023)
保険事業費割合	0.045*** (0.015)	-0.002 (0.003)	-0.010 (0.024)	0.004 (0.008)	0.056*** (0.016)	-0.005 (0.004)	-0.002 (0.021)	-0.012 (0.008)
前期高齢者拠出金割合	-0.030*** (0.004)	-0.010*** (0.002)	-0.019*** (0.007)	0.008 (0.007)	-0.027*** (0.003)	-0.010*** (0.002)	-0.014*** (0.005)	
後期高齢者拠出金割合	0.151** (0.074)	0.060** (0.024)	0.277*** (0.091)	0.296*** (0.051)	0.296*** (0.051)	0.067*** (0.021)	0.228*** (0.074)	
後期高齢者交付金割合								
市町村交付金割合								
都道府県交付金割合								
一人当たり入院医療費	-0.050*** (0.010)	0.011 (0.016)	-0.120*** (0.033)	-0.175 (0.146)	-0.049*** (0.009)	0.054*** (0.016)	-0.123*** (0.029)	-0.245*** (0.092)
一人当たり入院外医療費	-0.084*** (0.030)	0.003 (0.021)	-0.135** (0.054)	0.071 (0.049)	-0.054* (0.031)	0.058*** (0.025)	-0.122*** (0.052)	0.060 (0.123)
一人当たり歯科医療費	0.055 (0.035)	0.019 (0.019)	-0.001 (0.016)	0.179*** (0.048)	0.070* (0.036)	0.012 (0.017)	0.018 (0.015)	0.030 (0.032)
一人当たり調剤医療費	0.022 (0.019)	0.025 (0.019)	-0.030 (0.061)	0.084 (0.073)	0.017 (0.021)	0.085* (0.020)	-0.082 (0.050)	0.127* (0.068)
一人当たり高額療養費	-0.004** (0.002)	0.000 (0.010)	0.119*** (0.032)	0.115 (0.126)	-0.005** (0.002)	-0.002 (0.015)	0.081*** (0.031)	0.150 (0.161)
定数項	1.000*** (0.217)	-0.285 (0.213)	1.264*** (0.450)	3.277 (3.934)	1.095*** (0.221)	-1.119*** (0.238)	1.930*** (0.390)	2.995 (2.465)
決定係数	0.242	0.002	0.000	0.029	0.401	0.230	0.010	0.229
観測値数	2746	3430	322	94	2746	3430	322	94
保険者数	1373	1715	161	47	1373	1715	161	47

注：推定方法は固定効果モデル。対数化した変数を使用しているため、ダミー変数以外の上段の推定値は弾力値を表す。下段の括弧内は保険者間の誤差項の相関を許した頑健な標準誤差である。\*\*\*, \*\*, \*は、それぞれ1%, 5%, 10%の有意水準で有意であることを示す。

表4 新型コロナウイルスパンデミックが医療保険財政に与えた影響：医療利用の分解 (2)

被説明変数 サンプル	収支比率				経常収支比率			
	健康保険組合	国民健康保険	国民健康保険 組合	後期高齢者医療 制度	健康保険組合	国民健康保険	国民健康保険 組合	後期高齢者医療 制度
パンデミックダミー ( $\beta_P$ )	0.035*** (0.010)	0.012*** (0.004)	0.031** (0.014)	-0.015 (0.013)	0.028*** (0.009)	0.015*** (0.005)	0.010 (0.012)	0.011 (0.010)
被保険者数	0.038 (0.069)	-0.022 (0.078)	-0.107 (0.105)	-1.099 (0.951)	0.114* (0.060)	0.088 (0.070)	-0.292*** (0.087)	-1.179 (0.798)
被保険者数 $\times$ 乗	-0.006 (0.014)	-0.008 (0.006)	0.012 (0.031)	0.090 (0.083)	-0.015 (0.011)	-0.012* (0.007)	0.039 (0.030)	0.102 (0.075)
40歳以上割合	0.005 (0.005)	-0.016 (0.049)	0.088 (0.247)		0.006 (0.004)	-0.037 (0.057)	0.140 (0.239)	
後期高齢者比率	0.001 (0.014)	-0.122*** (0.033)	-0.018 (0.052)		0.012 (0.014)	-0.115*** (0.031)	0.009 (0.043)	
保険料収入割合	-0.162*** (0.056)	-0.009 (0.006)	0.011 (0.049)	0.065 (0.057)	0.526*** (0.075)	0.013 (0.028)	-0.141*** (0.046)	0.107*** (0.025)
総務費割合	0.058*** (0.014)	0.008*** (0.003)	-0.060*** (0.019)	0.007 (0.038)	0.078*** (0.015)	-0.006** (0.003)	-0.062*** (0.018)	0.010 (0.023)
保険事業費割合	0.041*** (0.015)	-0.001 (0.003)	-0.022 (0.023)	0.009 (0.008)	0.053*** (0.016)	-0.003 (0.004)	-0.006 (0.022)	-0.011 (0.007)
前期高齢者拠出金割合	-0.030*** (0.004)	-0.010*** (0.002)	-0.021*** (0.007)		-0.027*** (0.003)	-0.010*** (0.002)	-0.016*** (0.005)	
後期高齢者拠出金割合	0.152** (0.065)	0.060** (0.024)	0.270*** (0.086)		0.298*** (0.046)	0.068*** (0.021)	0.195** (0.075)	
後期高齢者交付金割合				-0.578*** (0.176)				-0.199*** (0.099)
市町村交付金割合				0.025 (0.063)				-0.012 (0.048)
都道府県交付金割合				0.234*** (0.056)				0.295*** (0.037)
受診率 (入院)	-0.052*** (0.018)	0.015 (0.014)	-0.125*** (0.039)	-0.165 (0.190)	-0.056*** (0.016)	0.062*** (0.017)	-0.125*** (0.034)	-0.300** (0.138)
受診率 (入院外)	0.117 (0.105)	-0.050 (0.044)	0.100 (0.241)	-0.257 (0.303)	0.072 (0.103)	-0.019 (0.051)	0.177 (0.203)	-0.037 (0.140)
受診率 (歯科)	-0.028 (0.048)	-0.004 (0.021)	-0.006 (0.016)	-0.194 (0.178)	0.017 (0.050)	-0.025 (0.029)	0.018 (0.016)	-0.001 (0.066)
受診率 (調剤)	-0.006 (0.097)	0.081 (0.054)	-0.065 (0.199)	0.439 (0.267)	0.027 (0.097)	0.132*** (0.040)	-0.284* (0.167)	0.254** (0.115)

受診率 (高額療養費)	-0.014** (0.006)	0.002 (0.012)	0.091** (0.044)	0.240 (0.172)	-0.009 (0.005)	-0.012 (0.019)	0.070* (0.039)	0.123 (0.135)
一件当たり入院医療費	-0.052*** (0.015)	0.007 (0.020)	-0.139*** (0.048)	-0.079 (0.258)	-0.048*** (0.013)	0.041** (0.017)	-0.151*** (0.045)	-0.032 (0.160)
一件当たり入院外医療費	-0.168*** (0.038)	0.007 (0.022)	-0.148*** (0.062)	0.164 (0.286)	-0.126*** (0.035)	0.066*** (0.025)	-0.142** (0.056)	0.189 (0.150)
一件当たり歯科医療費	0.025 (0.068)	0.031 (0.022)	-0.084 (0.071)	-0.043 (0.102)	0.010 (0.057)	0.031 (0.024)	-0.046 (0.068)	0.036 (0.074)
一件当たり調剤医療費	0.008 (0.014)	0.015 (0.021)	-0.056 (0.061)	-0.114 (0.112)	0.002 (0.015)	0.019 (0.019)	-0.093* (0.051)	0.046 (0.092)
一件当たり高額療養費	-0.003 (0.003)	-0.001 (0.011)	0.151*** (0.036)	0.174 (0.162)	-0.004 (0.003)	0.007 (0.013)	0.098*** (0.035)	0.107 (0.133)
定数項	0.866*** (0.264)	-0.214 (0.226)	0.938 (0.683)	3.275 (4.617)	1.080*** (0.250)	-1.051*** (0.254)	1.794*** (0.568)	2.434 (2.692)
決定係数	0.267	0.003	0.042	0.041	0.430	0.197	0.009	0.182
観測値数	2744	3430	322	94	2744	3430	322	94
保険者数	1372	1715	161	47	1372	1715	161	47

注：推定方法は固定効果モデル。対数化した変数を使用しているため、ダミー変数以外の上段の推定値は弾力値を表す。下段の括弧内は保険者間の誤差項の相関を許した頑健な標準誤差である。\*\*\*, \*\*, \*は、それぞれ1%, 5%, 10%の有意水準で有意であることを示す。

のように経済モデルに基づくものではなく、アドホックに設定した回帰式であるため、経済学的な解釈を当てはめることができないことである。Yuda (2016a, b) では、国民健康保険財政の生産物の代理変数に平均寿命を用いているが、本稿の作成時点における最新の市町村別・都道府県別平均寿命はパンデミック前の2015年度版であったため、適切な指標が利用可能ではなかったことが、経済モデルに基づく式を用いなかった理由である。したがって、本稿で推定された結果は因果関係を表しているのではなく、変数間の相関を確認していることに過ぎない点には注意が必要である。第二は、医療資源や地域特有のトレンドなどの地域要因を考慮していない点である。連続する二年度のサンプルを使っていることから、多くの地域要因は大きな変化がないと考えられるので、この影響の大部分は推定式の固定効果  $\alpha_i$  で考慮されているかもしれない。しかしながら、それは欠落変数バイアスによる影響を除去していることとは同値ではない。これらの課題を克服しつつ、新型コロナパンデミックの影響が医療保険財政上に本格的に表れる2021年度以降のデータを使って真の因果効果を推定することは、ポストコロナ時代に本格的な超高齢社会の到来を迎える我が国における皆保険制度の持続可能性についても非常に重要な今後の研究課題の一つであると言える。

## 謝辞

本稿は科学研究費補助金（基盤研究C〔#22K01532〕）の研究成果の一部である。本稿の作成にあたって、健康保険組合連合会政策部からは大変有用な助言を賜った。記して感謝の意を表したい。なお、残された本文中の誤りはすべて筆者に帰するものである。

## 参考文献

足立泰美・上村敏之（2013a）「国民健康保険制度における財政調整と保険料収納率」、『生活経済研究』, Vol.37, pp.15-26。  
 ————（2013b）「国民健康保険における事務事業費の効率化」、『生活経済研究』, Vol.38, pp.1-9。

- 安部由起子（2000）「健康保険組合における老人保健拠出金の現状」、『医療経済研究』, Vol.7, pp.5-36。  
 泉田信行（2003）「国保制度における保険者の規模」, 山崎泰彦・尾形裕也（編）『医療制度改革と保険者機能』, 東洋経済新報社, pp.121-136。  
 井深陽子（2021）「新型コロナウイルス感染症をめぐる医療提供体制に関する一考察」、『日本労働研究雑誌』, No.729, pp.20-24。  
 岩本康志・濱秋純哉（2006）「社会保険料の帰着分析：経済学的考察」、『季刊 社会保障研究』, Vol.42, No.3, pp.204-218。  
 岩本康志・竹下智・別所正（1997）「医療保険財政と公費負担」、『フィナンシャル・レビュー』, 第43号, pp.174-201。  
 小椋正立・入船剛（1990）「わが国の人口高齢化と各公的医療保険の収支について」、『フィナンシャル・レビュー』, 第17号, pp.51-77。  
 小黒一正（2021）「コロナ禍での医療財政の持続可能性と改革試案：後期高齢者の窓口負担見直しの限界も視野に」、『医療と社会』, Vol.31, No.1, pp.87-96。  
 岸田研作（2002）「国民健康保険の事務費と規模の経済：近畿7府県の国保パネルデータを用いた分析」、『日本経済研究』, No.45, pp.246-261。  
 酒井正・風神佐知子（2007）「介護保険制度の帰着分析」、『医療と社会』, Vol.16, No.3, pp.285-301。  
 鈴木 亘（2001）「国民健康保険補助金制度の目的整合性とインセンティブに関する実証分析」、『生活経済研究』, 第16号, pp.91-103。  
 田近栄治・油井雄二（1999）「高齢化と国民健康保険・介護保険：財政の視点から」、『季刊社会保障研究』, Vol.35, No.2, pp.128-140。  
 土居丈朗（2020）「コロナ危機で露呈した医療の弱点とその克服」, 小林慶一郎・森川正之（編著）『コロナ危機の経済学：提言と分析』, 日本経済新聞出版, pp.155-165。  
 林 宜嗣（1995）「自治体の国民健康保険財政」、『季刊社会保障研究』, Vol.31, No.3, pp.243-251。  
 増原宏明（2004）「Finite Mixtureモデルを用いた受診行動の比較分析」、『医療と社会』, Vol.14, No.3, pp.35-50。  
 増原宏明・細谷圭（2021）「コロナショックと日本の医療体制：状況報告と論点整理」, *RIETI Policy Discussion Paper Series*, No.21-P-003, pp.1-57。  
 山田 武（1998）「国民健康保険の総務費と規模の経済の検討」、『国民健康保険と地方財政に関する研究』, 財政経済協会, pp.17-31。  
 湯田道生（2010）「国民健康保険における被保険者の最小効率規模」、『医療経済研究』, Vol.21, No.3, pp.305-325。  
 ————（2018）『国民健康保険財政の経済分析』, 勁草書房。  
 ————（2023）「公的医療制度における自己負担率

- と医療利用および健康」, 『フィナンシャル・レビュー』, 近刊。
- 湯田道生・岩本康志・鈴木亘・両角良子 (2012) 「国民健康保険の医療費と保険料の将来予測: レセプトデータに基づく市町村別推計」, 『会計検査研究』, 第46号, pp.33-44。
- Abe, Yukiko (2007) “The effectiveness of financial incentives in controlling the health care expenditures of seniors,” *Japan and the World Economy*, Vol.19, Issue. 4, pp.461-482.
- Deb, Partha and Pravin K. Trivedi (2002) “The structure of demand for health care: Latent class versus two-part models”, *Journal of Health Economics*, Vol.21, Issue.4, pp.601-625.
- Hamaaki, Junya and Yasushi Iwamoto (2010) “A reappraisal of the incidence of employer contributions to social security in Japan,” *Japanese Economic Review*, Vol.61, Issue.3, pp.427-441.
- Kobayashi, Yohei, Koichi Kume, Keita Oikawa, and Tetsuro Sone (2013) “Social security contributions and employment structure: A microeconomic analysis focused on firm characteristics,” *RIETI Discussion Paper Series 13-E-067*.
- Kodama, Naomi and Izumi Yokoyama (2018) “The labour market effects of increases in social insurance premium: Evidence from Japan,” *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, Vol.80, Issue.5, pp.992-1019.
- Komamura, Kohei and Atsuhiko Yamada (2004) “Who bears the burden of social insurance? Evidence from Japanese health and long-term care insurance data,” *Journal of the Japanese and International Economics*, Vol.18, Issue.4 pp.565-581.
- Kumagai, Narimasa (2021) “The impact of the COVID-19 pandemic on physician visits in Japan,” *Frontiers in Public Health: Health Economics*, Vol.9: 743371.
- Tachibanaki, Toshiaki and Yukiko Yokoyama (2008) “The estimation of the incidence of employer contributions to social security in Japan,” *Japanese Economic Review*, Vol.59, Issue.1, pp.75-83.
- Takaku, Reo and Izumi Yokoyama (2022) “The financial health of “swing hospitals” during the first COVID-19 outbreak,” *Journal of the Japanese and International Economics*, Vol.65: 101218.
- Yoshida, Atsushi and Akira Kawamura (2008) “Budget systems and moral hazard in the national health insurance and the long-term care insurance”, 2008年度日本経済学会報告論文。
- Yoshida, Atsushi and Yoshitaka Tsuruta (2013) “How do Japanese health insurance societies finance their contributions to the health service systems for the elderly?” *Japanese Economic Review*, Vol.64, Issue.1, pp.122-146.
- Yuda, Michio (2016a) “Inefficiencies in the Japanese National Health Insurance system: A stochastic frontier approach”, *Journal of Asian Economics*, Vol.42, pp.65-77.
- (2016b) “Structural and regional characteristics and cost efficiencies in the local public health insurance system: Empirical evidence from the Japanese National Health Insurance System,” *Journal of Economics and Public Finance*, Vol.2, No.2, pp.262-279.

### 補論1 経常収支と経常支出の定義

脚注5で述べたように、国民健康保険、国民健康保険組合および後期高齢者医療制度の経常収支と経常支出は、健康保険組合の『収入支出決算概要表』における定義を適用して算出したものを使用している。経常収入は、収入総額から「調整保険料収入」・「繰越金」・「繰入金（退職積立金繰入、保証を除く）」・「組合債」・「寄付金」・「国庫補助金収入（特定健康診査・保指導補助金を除く）」・「財政調整事業交付金」・「雑収入・不用財産等売払代・補助金等追加収入」・「介護勘定受入」を除いて算出した額である。また、経常支出は、支出総額から「調整保険料還付金」・「営繕費」・「財政調整事業拠出金」・「積立金・その他（経常外分）」・「財政運営安定資金」・「雑支出・補助金等返還支出」・「介護勘定繰入」を除いて算出した額である。なお拠出金の未済分は、前期高齢者納付で調整されている。

(すずき・りんや)  
(ゆだ・みちお)

## COVID-19 Pandemic and Public Health Insurance Finances

SUZUKI Rinya<sup>\*1</sup> and YUDA Michio<sup>\*2</sup>

### Abstract

The global COVID-19 pandemic of 2020 has drastically changed our daily lives and socioeconomic activities. This paper preliminarily examines the impact of the COVID-19 pandemic on the Japanese public health insurance finances using insurer-level panel data from the Health Insurance Societies, municipal National Health Insurances, National Health Insurance Associations, and the medical care system for the elderly aged 75 and over. The results of the fixed-effects model show that the pandemic has little impact on public health insurance finances in FY2020. In addition, descriptive statistics show that the pandemic significantly decreases per-capita outpatient healthcare expenditures for those of all public health insurances and per-capita inpatient expenditures for those of Health Insurance Societies. Conversely, there are insignificant and positively significant changes in the most of other medical expenditures. However, this trend is the result of an offsetting significant decrease in consultation rates and a significantly large increase in per-patient medical expenditures for all public health insurances.

Keywords : COVID-19 Pandemic, Public Health Insurance Finances, Refraining from Healthcare Utilization

---

<sup>\*1</sup> Faculty of Economics, Tohoku University

<sup>\*2</sup> Graduate School of Economics and Management, Tohoku University

## 動向

令和2（2020）年度 社会保障費用統計  
——概要と解説——

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト\*

## 抄 録

国立社会保障・人口問題研究所は2022年8月30日に「令和2年度社会保障費用統計」を公表した。2020年度「社会支出」総額は136兆3,600億円、対前年度増加額は8兆4,817億円で過去最高となり、対国内総生産比は2.52%ポイント上昇した。「社会保障給付費」総額は132兆2,211億円で、対国内総生産比は2.45%ポイント上昇した。

社会支出を政策分野別にみると、最も大きいのは「保健」55兆9,026億円、次いで「高齢」48兆7,975億円であり、この2分野で総額の約77%を占めている。

社会保障給付費を部門別にみると、「医療」は42兆7,193億円で総額に占める割合は32.3%、「年金」は55兆6,336億円で同42.1%、「福祉その他」は33兆8,682億円で同25.6%であった。社会保障給付費に対応する「社会保障財源」は総額184兆8,160億円で、前年度に比べ52兆4,629億円の増加となった。項目別構成割合をみると、「社会保険料」39.8%、「公費負担」31.9%、「資産収入」23.8%、「その他」4.5%であった。

2020年は、新型コロナウイルスの国内での感染拡大が始まった年であり、新型コロナウイルス感染症対策に係る費用が、社会支出、社会保障給付費の大幅な伸びにつながった。

キーワード：社会支出，社会保障給付費，社会保障財源，OECD，ILO

社会保障研究 2022, vol.7, no.3, pp.279-290.

## I 社会保障費用統計

社会保障費用とは、社会支出（OECD基準）と社会保障給付費（ILO基準）の総称である。社会支出は、社会保障給付費に加え、直接個人に帰着しない支出も集計範囲に含む。社会支出のデータはOECDにおいて定期的に更新・公表されており、国際比較の観点から重要な指標となっている

（なお、国際比較では2019年度のを公表している（後述））。他方、社会保障給付費は1950年以降について利用可能で、長期時系列推移をみるに適しており、国内の政策議論の基礎として長年利用されている。

国立社会保障・人口問題研究所（以下「研究所」という。）は、毎年、社会保障費用を取りまとめた統計として「社会保障費用統計」を公表している。公表時期については、近年は、公表年度の8月に

\* 矢野正枝（企画部長）、竹沢純子（企画部 第3室長）、横山真紀（同 研究員）、黒田有志弥（社会保障応用分析研究部 室長）

前々年度の「社会保障費用統計」を公表しており、2022年度は8月30日に「令和2年度社会保障費用統計」を公表した<sup>1)</sup>。本稿は、「令和2年度社会保障費用統計」についてその集計結果の概要を示し、解説することを目的とするものである。

## II 「令和2年度社会保障費用統計」の概要と解説

本節では、まず社会支出及び社会保障給付費の総額の動向、次に政策分野別社会支出、部門別社会保障給付費、最後に社会保障財源の動向について解説する。なお、2020年は国内で新型コロナウイルスの感染拡大が始まった年であり、社会保障費用統計にもその影響が大きく表れている。本稿では新型コロナウイルス感染症に係る費用に関してⅢに詳細を記載する。

### 1 社会保障費用（社会支出、社会保障給付費）の総額—過去最高額を更新

#### (1) 社会支出（表1）

2020年度の社会支出の総額は136兆3,600億円、対前年度伸び率は6.6%（2019年度は1.9%）、対国内総生産比は25.46%（2019年度は22.95%）で

あった。また、2020年度の国民1人当たりの社会支出は108万1,000円であった。社会支出の総額は1980年の集計開始以来最高額であり、対国内総生産比は2.52%ポイント上昇した。

#### (2) 社会保障給付費（表1）

2020年度の社会保障給付費の総額は132兆2,211億円、対前年度伸び率は6.7%（2019年度は2.1%）、対国内総生産比は24.69%（2019年度は22.24%）であった。また、2020年度の国民1人当たりの社会保障給付費は104万8,200円であった。社会保障給付費の総額は1950年の集計開始以来最高額であり、対国内総生産比は2.45%ポイント上昇した。

### 2 政策分野別社会支出—「保健」と「高齢」で約77%を占める（表2）

#### (1) 社会支出の動向

2020年度の社会支出を政策分野別にみると、「保健」が最も多く（構成割合は41.0%。以下同じ。）、次いで「高齢」（35.8%）、「家族」（7.9%）、「障害、業務災害、傷病」（4.8%）、「遺族」（4.7%）、「積極的労働市場政策」（2.9%）、「他の政策分野」

表1 社会保障費用の推移

社会保障費用	2019年度	2020年度	対前年度比	
			増加額（分）	伸び率（%）
社会支出（億円）	1,278,783	1,363,600	84,817	6.6
1人当たり（千円）	1,013.6	1,081.0	67.4	6.7
対国内総生産比（%）	22.95	25.46	2.52	-
社会保障給付費（億円）	1,239,244	1,322,211	82,967	6.7
1人当たり（千円）	982.2	1,048.2	65.9	6.7
対国内総生産比（%）	22.24	24.69	2.45	-
参考：国内総生産（億円）	5,573,065	5,355,099	△217,966	△3.9

注：社会支出には、社会保障給付費に加えて、施設整備費等の個人に帰着しない支出も集計範囲に含む。詳しくは国立社会保障・人口問題研究所（2022）53-62頁参照。

資料：人口は、総務省統計局「人口推計-2020年10月1日現在」、国内総生産は、内閣府「2020年度（令和2年度）国民経済計算年次推計」による。

<sup>1)</sup> 国立社会保障・人口問題研究所（2022）参照。同内容は研究所ホームページおよび政府統計の総合窓口（e-Stat）に全文掲載している。なお、社会保障費用統計では、集計範囲や集計項目の分類の妥当性を随時検証し、変更の必要があれば毎年の公表時にそれらを反映させている。その際には過去の数値についても適切な時点まで遡及修正している。「令和2年度社会保障費用統計」においても細かな変更を行い、それに伴い遡及修正も行っているため、時系列表などを参照する際には最新のもの（2023年度公表予定の「令和3年度社会保障費用統計」までは「令和2年度社会保障費用統計」）を参照されたい。

（1.5%）、「失業」（0.9%）、「住宅」（0.4%）の順となっている。「保健」と「高齢」の2分野で総額の76.8%を占めている。

2020年度の政策分野別社会支出を対前年度伸び率でみると、「積極的労働市場政策」「失業」「他の政策分野」「家族」「障害、業務災害、傷病」「保健」「高齢」「住宅」（伸び率の大きい順）が増加している一方で、「遺族」は減少している。「積極的労働市場政策」の増加は、雇用調整助成金（新型コロ

ナウイルスの感染拡大の影響を受けた事業主に対する特例措置として拡大）が増加したことが大きく影響している。「家族」の増加は、2019年10月1日から開始された保育無償化に係る子どものための教育・保育給付交付金が2020度に満年度化したため増額となったこと、新型コロナウイルス感染拡大を受け、ひとり親世帯臨時特別給付金、子育て世帯臨時特別給付金などの事業が実施されたことなどが影響している。「家族」関係支出は初め

表2 政策分野別社会支出

社会支出	2019年度	2020年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
合計	1,278,783 (100.0)	1,363,600 (100.0)	84,817	6.6
高齢	483,903 (37.8)	487,975 (35.8)	4,071	0.8
遺族	64,600 (5.1)	64,199 (4.7)	△401	△0.6
障害、業務災害、傷病	62,392 (4.9)	66,020 (4.8)	3,627	5.8
保健	530,524 (41.5)	559,026 (41.0)	28,502	5.4
家族	96,730 (7.6)	107,536 (7.9)	10,805	11.2
積極的労働市場政策	8,294 (0.6)	40,202 (2.9)	31,908	384.7
失業	8,964 (0.7)	12,717 (0.9)	3,753	41.9
住宅	6,028 (0.5)	6,048 (0.4)	20	0.3
他の政策分野	17,347 (1.4)	19,878 (1.5)	2,531	14.6

注1：（ ）内は構成割合である。

2：政策分野別社会支出の項目説明は、国立社会保障・人口問題研究所（2022）53-62頁を参照。

表3 社会支出の国際比較（2019年度）

社会支出	日本 (2020年度)	日本	イギリス (2018年度)	アメリカ (2018年度)	スウェーデン	ドイツ	フランス
社会支出							
対国内総生産比	25.46%	22.95%	20.51%	24.13%	25.47%	27.63%	31.51%
(参考) 対国民所得比	36.30%	31.92%	28.48%	30.42%	38.77%	36.82%	45.08%

注：アメリカについては、2014年にいわゆるオバマケア（Patient Protection and Affordable Care Act）が施行され、個人に対し医療保険への加入が原則義務化されたことに伴い、それまで任意私的支出（Voluntary Private Expenditure）とされてきた民間の医療保険支出が、義務私的支出（Mandatory Private Expenditure）として社会支出に計上されることになった。

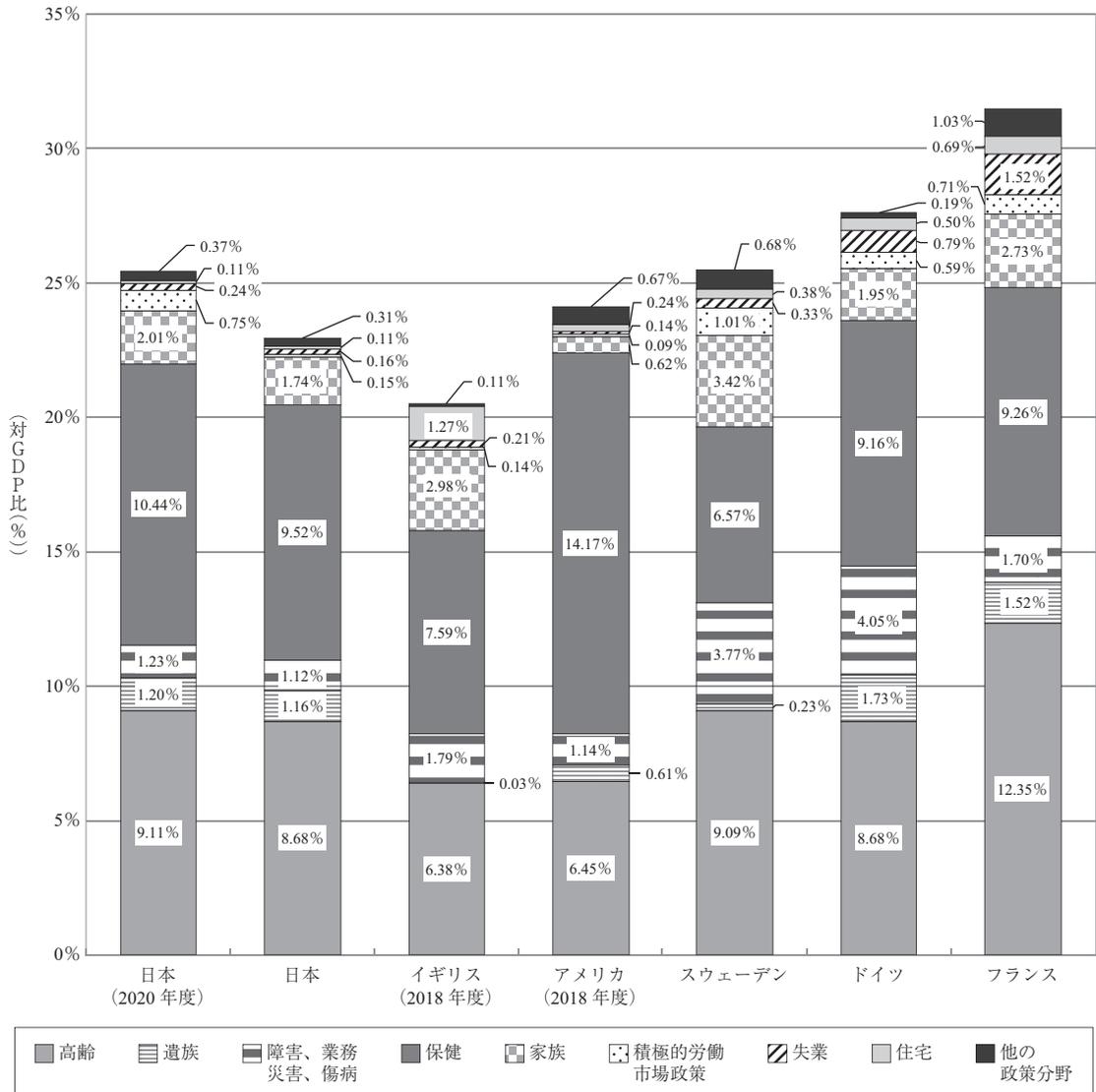
資料：諸外国の社会支出は、OECD Social Expenditure Database（2022年6月23日時点の暫定値）、国内総生産・国民所得については、日本は内閣府「2020年度（令和2年度）国民経済計算年次推計」、諸外国はOECD Annual National Accounts Database（2022年5月10日時点）による。

出所：上記資料より国立社会保障・人口問題研究所が作成。

て国内総生産の2%を超えた(図1)。その要因として、家族関係費が上述の理由により増加したことが挙げられるが、一方で分母となる国内総生産が新型コロナウイルス感染症拡大の影響等を受け縮小していることに留意が必要である。

(2) 社会支出の国際比較(表3, 図1)

表3及び図1は日本を含めた主要6か国の政策分野別の社会支出の対国内総生産比である。社会支出の対国内総生産比を諸外国と比較すると、2019年度時点で日本はイギリス(2018年度)よりも大



注：表3注参照。

資料：諸外国の社会支出は、OECD Social Expenditure Database (2022年6月23日時点の暫定値)、国内総生産については、日本は内閣府「2020年度(令和2年度)国民経済計算年次推計」、諸外国はOECD Annual National Accounts Database (2022年5月10日時点)による。

出所：上記資料より国立社会保障・人口問題研究所が作成。

図1 政策分野別社会支出の国際比較 (2019年度)

きく、フランス、ドイツ、スウェーデン、アメリカ（2018年度）と比較すると小さくなっている<sup>2)</sup>。

### 3 部門別社会保障給付費—「医療」と「福祉その他」が昨年度より高い伸び率（表4）

部門別社会保障給付費は、社会保障給付費を「医療」「年金」「福祉その他」に分けているものである。これはILO第18次調査の社会保障給付費収支表を基礎にしているが、分類は日本独自である。

2020年度の社会保障給付費を部門別にみると、「医療」が42兆7,193億円（構成割合は32.3%。以下同じ。）、「年金」が55兆6,336億円（42.1%）、「福祉その他」が33兆8,682億円（25.6%）であった。対前年度伸び率でみると、「医療」は4.9%増、「年金」は0.3%増、「福祉その他」は22.1%増であった。雇用調整助成金が増加したことなどにより、「福祉その他」の伸び率が高かった。近年、「福祉その他」の構成割合が徐々に増加する傾向にあったが、2020年度は新型コロナウイルス感染症対策

に係る支出の増加によって大幅な伸びを見せている。

#### （1）医療

2020年度の「医療」は全体として1兆9,951億円増加し、2019年度における伸び（2.5%増）と比較して高い伸び（4.9%増）となった。公的医療保険で減少したものの、新型コロナウイルス感染症対策に係る公衆衛生分野での支出が伸びたことによる。

制度別にみると、「医療」の増加に最も寄与したのは、公衆衛生（3兆3,455億円）である。一方で、後期高齢者医療制度（4,156億円減）、国民健康保険（3,654億円減）、組合管掌健康保険（2,401億円減）、全国健康保険協会管掌健康保険（以下「協会けんぽ」という。）（2,154億円減）と公的医療保険は軒並み減少している。

公的医療保険の減少は、新型コロナウイルス感染拡大に伴う受診控えや、マスク着用等による基本的な感染対策、新しい生活様式の浸透による呼

表4 部門別社会保障給付費

社会保障給付費	2019年度	2020年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	1,239,244 (100.0)	1,322,211 (100.0)	82,967	6.7
医療	407,242 (32.9)	427,193 (32.3)	19,951	4.9
年金	554,520 (44.7)	556,336 (42.1)	1,815	0.3
福祉その他	277,481 (22.4)	338,682 (25.6)	61,201	22.1
介護対策（再掲）	107,347 (8.7)	114,169 (8.6)	6,822	6.4

注1：（ ）内は構成割合である。

2：部門別社会保障給付費の項目説明は、国立社会保障・人口問題研究所（2022）25頁、48頁を参照。

<sup>2)</sup> 5カ国の社会支出値の出所であるOECD社会支出データベースは、原則として2年おきにt-3年度（tとは、OECDデータベースの更新作業が行われた年度を表す。）まで更新され、2022年秋頃に2019年度まで更新予定となっている。そのため、「令和2年度社会保障費用統計」集計時点においては、OECD事務局より提供を受けた暫定値（2018または2019年度）を利用した。2020年度の各国の社会支出が明らかになるのは、OECD社会支出データベースの次回更新が行われる2024年度である。2020年度は世界的な新型コロナウイルス感染拡大の影響により、2019年度までの数値とは大きく変化する可能性がある。

吸器系疾患等の減少などの影響と考えられる<sup>3)</sup>。

「医療」の伸びに最も寄与した公衆衛生は、対前年度比で732.9%の増加となった。新型コロナウイルス感染症対策に係る事業のうち、医療として集計すべき事業等の支出の増加による。主たるものとしては、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）（2兆4,677億円）、医療機関への医療用物資の確保・配布事業（3,570億円）等が挙げられる。

## （2）年金

2020年度の「年金」は全体で1,815億円増加し、対前年度比0.3%増となった。近年の年金の伸び率はおおむね1.0%未満で推移しており、「年金」の伸びは低い。制度ごとにみると、国民年金で4,109億円の増加、厚生年金保険で941億円減少となっている。

国民年金については、受給者数・平均年金月額ともに2019年度に引き続き前年度より増加しており、その結果、年金総額も増加している<sup>4)</sup>。

## （3）福祉その他

2020年度の「福祉その他」は、雇用保険、社会福祉、雇用対策、介護保険等で増加したため、全体として6兆1,201億円増（対前年度比22.1%増）となった。

雇用保険は、全体で3兆3,941億円の増加（対前年度比174.6%増）となった。これは主として、雇用調整助成金（2兆9,798億円）の増加による。

社会福祉は、全体で1兆8,488億円の増加（対前年度比27.5%増）となった。子どものための教育・保育給付交付金（3,915億円増）、年金生活者支援給付金給付費（2,565億円増）、介護給付費・訓練等給付費（1,227億円増）、等が増加した一方

で、児童扶養手当給付費負担金が1,329億円減少している。

介護保険については、「令和2年度 介護給付費等実態統計」（厚生労働省）によると、1人当たり給付費が増加しており、その結果、全体の給付費も増加したものと考えられる。なお、2020年度は、介護予防サービス（要支援1～2）については前年度と同程度の支出があったが、介護サービス（要介護1～5）については通所、短期入所は減少し、訪問、施設サービスが増加している。感染予防のため、自宅で生活している要介護者が、サービスを受けるために施設等に通うことを控え、自宅でのサービス給付を増やした影響と考えられる。

増加のうち、子どものための教育・保育給付交付金は、いわゆる「保育無償化」に係る交付金であり、2019年10月から無償化が開始され、2020年度は満年度化されたため、増額となった。減少した児童扶養手当給付費負担金は、2018年から2019年にかけて、支払い回数が年3回から年6回に見直されたこと等により、移行期間を含む2019年度に一時的に負担金の支出額が高くなったことによる。

「福祉その他」の中で再掲している「介護対策」<sup>5)</sup>は、昨年度の対前年度比（3.3%増）より高い伸び（6.4%増）となった。「介護対策」の増加は、そのうち94.4%（2020年度）を占める介護保険が増加したことである（2,544億円増、対前年度比2.4%増）。

## 4 社会保障財源—「国庫負担」「資産収入」が増加（表5）

社会保障財源の概念は、社会保障給付費と同じようにILO基準に対応するもので、その総額には、

<sup>3)</sup> 第145回厚生労働省社会保障審議会医療保険部会議事録（2021年9月22日）によれば、2021年8月31日に公表された「令和2年度 医療費の動向—MEDIAS—」において医療費が減少した理由として、受診控えのほかに、基本的な感染対策としてのマスクの着用の徹底、手洗いうがいの励行、社会的距離の確保など、新しい生活様式の浸透による呼吸器系疾患を中心とする疾病の減少などの影響が指摘されている。

<sup>4)</sup> 国民年金について、受給者数は対前年度比で0.9%の増加、老齢年金平均月額は同0.6%の増加となっており、年金総額は1.4%の増加となっている（厚生労働省年金局「令和2年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」）。

<sup>5)</sup> 「介護対策」には、介護保険給付のほか、生活保護の介護扶助、原爆被爆者に対する介護保険の一部負担金の助成及び介護休業給付が含まれる。

表5 項目別社会保障財源

社会保障財源	2019年度	2020年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
計	億円 1,323,531 (100.0)	億円 1,848,160 (100.0)	億円 524,629	% 39.6
社会保険料	740,082 (55.9)	735,410 (39.8)	△4,672	△0.6
被保険者拠出	389,665 (29.4)	387,032 (20.9)	△2,633	△0.7
事業主拠出	350,417 (26.5)	348,378 (18.9)	△2,039	△0.6
公費負担	518,937 (39.2)	589,527 (31.9)	70,590	13.6
国庫負担	343,867 (26.0)	410,026 (22.2)	66,158	19.2
他の公費負担	175,070 (13.2)	179,502 (9.7)	4,431	2.5
資産収入	15,929 (1.2)	439,400 (23.8)	423,471	2,658.4
その他	48,582 (3.7)	83,823 (4.5)	35,241	72.5

注1：（ ）内は構成割合である。

2：公費負担とは、「国庫負担」と「他の公費負担」の合計である。「他の公費負担」とは、①国の制度等に基づいて地方公共団体が負担しているもの、②地方公共団体の義務的経費に付随して、地方公共団体が独自に負担をしているもの、である。ただし、国の制度等に基づかず地方公共団体が独自に行っている事業については、認可外保育所等の一部の就学前教育・保育に係る事業及び公費負担医療給付分が含まれている。

3：「資産収入」については、公的年金制度等における運用実績により変動することに留意する必要がある。また、「その他」は積立金からの受入等を含む。

給付費に加えて管理費及び施設整備費等の財源も含まれる。

2020年度の社会保障財源は、総額で184兆8,160億円となり、前年度に比べて52兆4,629億円増加した（対前年度比39.6%増）。社会保障財源の総額は、資産収入の変動に大きく影響を受けているが、2020年度は、2019年度と比較して資産収入が大幅に増加し、国庫負担も増加したため、総額、伸び率ともに集計開始以降最高値となった。

社会保障財源の大項目別構成割合をみると、「社会保険料」が39.8%、「公費負担」が31.9%、「資産収入」が23.8%、「その他」が4.5%であった。また、社会保障財源の小項目別構成割合は、「資産収入」が最も多く（23.8%）、次いで「国庫負担」（22.2%）、「被保険者拠出」（20.9%）、「事業主拠出」（18.9%）、「他の公費負担」（9.7%）、「その他」（4.5%）の順となっている。前年度と比較して資

産収入の割合が大きく増加したため、資産収入を除いた各項目については、「その他」以外、総額に占める割合は減少している。

社会保障財源を小項目別にみると、前述のように「資産収入」が大きく増加し（対前年度比2,658.4%増）、公費負担である「国庫負担」（同19.2%増）、「他の公費負担」（同2.5%増）、「その他」も増加したが（同72.5%増）、社会保険料については、「被保険者拠出」、「事業主拠出」とともに2019年度より減少した。

#### （1）社会保険料

##### ① 被保険者拠出

「被保険者拠出」は、主として厚生年金保険（2,792億円減）、国民健康保険（521億円減）、協会けんぽ（506億円減）等で減少したことにより、全体として4,672億円の減少、対前年度比0.6%減と

なった。

「被保険者拠出」の減少要因について制度別にみると、最も減少額が大きかった厚生年金保険における被保険者拠出は、被保険者数は増加したものの、1人当たり標準報酬額の減少やそれ以外の要因により減少した。それ以外の要因とは、新型コロナウイルス感染症拡大への対応として実施した納付猶予特例制度の影響等である。

## ② 事業主拠出

「事業主拠出」は、厚生年金保険(2,792億円減)、協会けんぽ(510億円減)、国家公務員共済(146億円減)等で減少し、増加したものもあるが、全体として2,039億円の減少、対前年度比0.6%減となった。厚生年金保険、協会けんぽの保険料は労使折半であるため、「事業主拠出」の減少要因は、「被保険者拠出」の減少の要因と同じである。

## (2) 公費負担

公費負担とは、「国庫負担」と「他の公費負担」の合計である。

### ① 国庫負担

「国庫負担」は、公衆衛生、社会福祉、雇用保険、雇用対策などで増加し、全体として6兆6,158億円の増加となった。

公衆衛生の「国庫負担」の増加(3兆2,940億円増、対前年度比578.9%増)は、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)(2兆4,677億円(新規))、医療機関等への医療用物資の確保・配布事業(3,570億円(新規))、新型コロナウイルス感染症医療提供体制確保支援補助金(2,677億円(新規))等による。

社会福祉の「国庫負担」の増加(1兆5,790億円増、対前年度比39.9%増)は、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(介護分)(4,153億円(新規))、年金生活者支援給付金給付費(2,565

億円増)、子どものための教育・保育給付交付金(国庫負担分)(1,957億円増)、ひとり親世帯臨時特別給付金(1,802億円(新規))、子育て世帯臨時特別給付金(1,495億円(新規))、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(障害分)(1,271億円(新規))等による。

雇用保険の「国庫負担」の増加(1兆844億円増、対前年度比4,323.2%増)は、雇用安定事業費(1兆762億円(新規))等が要因である。

### ② 他の公費負担

「他の公費負担」とは、①国の制度等に基づいて地方公共団体が負担しているもの、②地方公共団体の義務的経費に付随して、地方公共団体が独自に負担をしているもの、である<sup>6)</sup>。

2020年度の「他の公費負担」は、社会福祉(2,931億円増)、介護保険(1,732億円増)等で増加した結果、全体で4,431億円の増加(対前年度比2.5%増)となった。

社会福祉の「他の公費負担」の増加は、子どものための教育・保育給付交付金(地方負担分)(1,957億円増)、介護給付費・訓練等給付費(地方負担分)(613億円増)、子育てのための施設等利用給付交付金(地方負担分)(509億円増)等による。

## (3) 資産収入

「資産収入」は、2020年度の年金積立金の運用収益額及び運用収益率が2019年度と比較して大幅に増加した<sup>7)</sup>影響で、全体として42兆3,471億円の増加(対前年度比2,658.4%増)となった。

## (4) その他

「その他」は、後期高齢者医療制度、国民健康保険で減少したものの、雇用保険(3兆77億円増)、国民年金(5,238億円増)等で増加したこと等により、全体として3兆5,241億円の増加(対前年度比

<sup>6)</sup> ILO基準社会保障財源の「他の公費負担」では、原則として①と②の事業を計上しているが、認可外保育所等の一部の就学前教育・保育に係る事業及び公費負担医療給付分については、従来から法令の義務づけを問わず計上してきた経緯を踏まえ、例外として計上している。

<sup>7)</sup> 年金積立金の運用実績について、2016年度から2020年度の収益率は、厚生年金保険では、5.47%、6.51%、1.43%、△5.00%、23.96%、国民年金では、5.63%、6.70%、1.46%、△5.07%、24.39%と推移している(厚生労働省「年金積立金の運用状況について」)。

表6 新型コロナウイルス感染症対策にかかわる主な施策・事業

主な施策・事業	額（億円）	社会支出の区分	社会保障給付費の区分
雇用調整助成金（特例措置の拡大を含む） <sup>*1</sup>	29,798	積極的労働市場政策	福祉その他
新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）	24,677	保健	医療
新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）	4,153	保健	福祉その他（介護対策）
医療機関への医療用物資の確保・配布事業	3,570	保健	医療
緊急雇用安定助成金	2,107	積極的労働市場政策	福祉その他
ひとり親世帯臨時特別給付金	1,802	家族	福祉その他
子育て世帯臨時特別給付金	1,495	家族	福祉その他
新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害分）	1,271	障害、業務災害、傷病	福祉その他
新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金	885	失業	福祉その他
生活困窮者自立相談支援事業費（住居確保給付金の支給を含む） <sup>*1</sup>	686	他の政策分野	福祉その他
新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金・支援金	575	家族	福祉その他
感染症予防事業費等負担金（感染症発生动向調査事業） <sup>*1</sup>	514 <sup>*2</sup>	保健	医療
新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（児童福祉施設等分）	464	家族	福祉その他
検疫所における検疫・検査体制の強化	439	保健	医療
新型コロナウイルス感染症患者の入院医療費等の公費負担 <sup>*1</sup>	166 <sup>*2</sup>	保健	医療

\*1：新型コロナウイルス感染症以外の感染症に係る費用、または、新型コロナウイルス感染症対策以外の施策に係る費用を含む。

\*2：本表においては国庫負担のみの額。

72.5%増）となった。雇用保険における増加は、積立金からの受入と雇用安定資金からの受入が増加したこと、国民年金における増加は積立金からの受入が増加したことによるものである。

### Ⅲ 「令和2年度社会保障費用統計」と新型コロナウイルス感染症対策

#### 1 「令和2年度社会保障費用統計」に含まれる新型コロナウイルス感染症対策にかかわる主な事業

Ⅱの冒頭で述べた通り、2020年は日本国内で新型コロナウイルスの感染拡大が始まった年である。

2020年度の社会保障費用統計においては、社会支出（OECD基準）及び社会保障給付費（ILO基準）のそれぞれについて、新型コロナウイルス感染症対策に係る事業等の費用のうち、国際基準に沿って集計対象となるものを計上している。集計対象とした主な施策・事業等と費用を表6に示している。

最も金額が多いのは「雇用調整助成金」であり、2兆9,798億円となっている。この増加が政策分野別社会支出における「積極的労働市場政策」、部門

別社会保障給付費における「福祉その他」の大幅な増加につながった。「雇用調整助成金」は、経済上の理由により事業活動の縮小を余儀なくされた事業主に対して、雇用の維持を図るための休業手当に要した費用を助成する制度である。2020年4月から感染拡大に対する特例措置として、新型コロナウイルス感染症の影響を受ける事業主に対して、助成率、日額上限額の引き上げ等が実施された。2019年度の社会保障費用統計に計上された「雇用調整助成金」は、約43億円であったことから、2020年度における「雇用調整助成金」の伸びがいかに大きかったかが分かる。

次に金額が大きかったのは「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）」であり、同交付金が政策分野別社会支出における「保健」、部門別社会保障給付費における「医療」の増加に影響した。同交付金には感染者のための病床確保、医療機関や薬局等における感染拡大防止等の措置や、医療従事者に対する慰労金等が含まれる。

以下、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）」（介護施設・事業所等における感染拡大防止措置や、勤務する職員に対する慰労金、感染拡大により休止されたサービスの再開

等のための交付金)、「医療機関への医療用物資の確保・配布事業」(医療用マスクやガウン、手袋等の備蓄体制強化・医療機関への提供等)と続く。なお、表6の施策・事業は、主なものを記載しているものであり、新型コロナウイルス感染症対策にかかわる費用がすべて記載されているものではないことに注意が必要である。このほかにも、既存の施策・事業の中で実施されている新型コロナウイルス感染症対策に関する費用や、より少額の施策・事業等があり、表6の費用を足し上げた額が新型コロナウイルス対策費用の総額となるものではない。

## 2 「令和2年度社会保障費用統計」に含まれない新型コロナウイルス感染症対策にかかわる主な事業

社会保障費用統計には含まれない新型コロナウイルス感染症対策に係る施策・事業についても、ここで触れておきたい。特別定額給付金給付事業費補助金(約12兆7千億円<sup>8)</sup>)、持続化給付金(約5兆6千億円<sup>9)</sup>)、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金(約2兆6千億円<sup>10)</sup>)、個人向け緊急小口資金等の特例貸付の実施(約1兆円)、家賃支援給付金(約1兆円<sup>9)</sup>)、介護施設等への布マスク配布事業(約280億円)、全世帯への布製マスクの配布事業(約260億円)は、社会保障費用統計には含まれない。

以下にその理由について簡単に説明する。

「特別定額給付金給付事業費補助金」(1人当たり10万円の給付)は、社会支出(OECD基準)が準拠するEUのESSPROS基準COVID-19ガイドライン(EUROSTAT, 2021)において、生活に必須でない消費や、対象等が特定されない消費支出に対する支援については集計対象外とされていることから<sup>11)</sup>、社会支出に計上していない。なお、「ひと

り親世帯臨時特別給付金」や「子育て世帯臨時特別給付金」は、特定の世帯を対象としていることから、計上している。

「全世帯への布製マスクの配布事業」については、社会支出(OECD基準)の「保健」が準拠するSHA基準のCOVID-19ガイドライン(OECD, Eurostat and WHO, 2021)において布製マスクは医療用品に該当せず集計対象外とされているため<sup>12)</sup>、社会支出に計上していない。布製ではない医療用マスクは社会支出の費用として計上されている。

これらの取扱いについてはOECD事務局にも確認を行い、妥当である旨の回答を得ているところである。

なお、社会保障給付費(ILO基準)においてはCOVID-19の費用に関するガイドラインが示されていないため、OECD基準の集計対象に準じて整理した。

## 3 新型コロナウイルスワクチン費用の推計方法

2020年度の社会保障費用統計には、新型コロナウイルスワクチンに係る費用として、ワクチン購入・流通費用(2020年度接種済み相当分)、及びワクチン接種体制確保事業が計上されている。ワクチンの費用については、SHA基準のCOVID-19ガイドラインにおいて、当該年度に接種済みの分を計上することとされている。そのため、ワクチン購入・流通費用の予算措置額(726,990百万円)と、それに対応する接種回数(3億1,400万回)から単価を算出し、2020年度の接種回数(1,002,739件)に乗じた金額(2,322百万円)を計上している<sup>13)</sup>。

## 参考文献

Adema, W., Fron, P. and Ladaique, M. (2011) "Is the

<sup>8)</sup> 金額は行政事業レビューシートに記載の市区町村に対する補助金交付額。

<sup>9)</sup> 金額は行政事業レビューシートに記載の2020年度執行額。

<sup>10)</sup> 金額は行政事業レビューシートに記載の地方公共団体に対する2020年度交付額。

<sup>11)</sup> "support for non-essential consumption and for non-specified consumption expenditure should be excluded from ESSPROS social benefits." (p.11) (EUROSTAT, 2021) .

<sup>12)</sup> " 'community masks', encompassing all kinds of textile-based products, are generally not considered as health products" (p.3) (OECD, Eurostat and WHO, 2021) .

- European Welfare States Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX), " *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, 124.
- Adema, W. and Fron, P. (2019) *The OECD SOCX Manual 2019 Edition - A guide to the OECD Social Expenditure Database*.
- 国立社会保障・人口問題研究所（2022）『令和2年度社会保障費用統計』（[https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-R02/fsss\\_R02.html](https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-R02/fsss_R02.html)（2022年10月25日最終確認））。
- EUROSTAT（2021）, Guidelines for the reporting in ESSPROS of COVID-19 related measures, DOC SP-2021-06 Rev2, ([https://circabc.europa.eu/ui/group/0a620ae5-7281-4d0e-93c1-cd85ab8bea32/library/10c26a71-afe0-43f3-8b57-b9bb2924154a?p=1&n=10&sort=modified\\_DESC](https://circabc.europa.eu/ui/group/0a620ae5-7281-4d0e-93c1-cd85ab8bea32/library/10c26a71-afe0-43f3-8b57-b9bb2924154a?p=1&n=10&sort=modified_DESC)（2022年10月25日最終確認））。
- OECD, Eurostat and WHO（2021）, Accounting guidelines for COVID-19 related activities under the 2021 joint OECD, EUROSTAT and WHO health accounts (SHA 2011) data collection, April.9,2021 (<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/10186/10693286/Accounting-guidelines-COVID-19-2021-OECD-Eurostat-WHO-health-accounts-data-collection.pdf/ed5ac5eb-7aa5-998b-492c-21d95b572dde?t=1617955591833>（2022年10月25日最終確認））。
- （やの・まさえ）  
（たけざわ・じゅんこ）  
（よこやま・まき）  
（くろだ・あしや）

<sup>13)</sup> 予算措置額とそれに対応する接種回数については財務省財政制度等審議会財政制度分科会（2022年4月13日）の資料1、2020年度の接種回数については厚生労働省新型コロナワクチンの接種実績（[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_sesshujisseki.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_sesshujisseki.html), 2022年10月25日最終確認）より2020年度分（2021年3月31日まで）の接種回数である。

## **Financial Statistics of Social Security in Japan, Fiscal Year 2020**

National Institute of Population and Social Security Research  
Project Team for Financial Statistics of Social Security\*

### Abstract

The total amount of Social Expenditure in FY 2020 was 136,360 billion yen and the highest ever. The percentage share of the Gross Domestic Product (GDP) increased by 2.52 percentage points from the previous fiscal year. The total amount of Social Benefit was 132,221.1 billion yen. It was also recorded highest ever and the share of GDP also increased by 2.45 percentage points.

Among the nine policy areas of Social Expenditure in FY 2020, Health was the largest amount (55,902.6 billion yen), followed by Old age (48,797.5 billion yen). These two areas accounted for 76.8% of the total amount of Social Expenditure in FY 2020.

Among the three categories of Social Benefit in FY 2020, expenditure (and its share in the total amount) in Medical Care was 42,719.3 billion yen (32.3%), in Pensions was 55,633.6 billion yen (42.1%), and in Welfare and Others was 33,868.2 billion yen (25.6%)。

Social Security Revenue in FY 2020 amounted to 184,816 billion yen, which was 52,462.9 billion yen increase from the previous fiscal year. The sources of revenue are 39.8% from contribution, 31.9% from tax, 23.8% from investment income and 4.5% from others.

Since 2020 was the year in which the spread of COVID-19 began in Japan, expenses related to against the infection led to a significant increase in Social Expenditure and Social Benefits in FY2020.

Keywords : Social Expenditure, Social Benefit, Social Security Revenue, OECD, ILO

---

\* YANO Masae, Director, National Institute of Population and Social Security Research  
TAKEZAWA Junko, Senior Researcher, same as above  
YOKOYAMA Maki, Researcher, same as above  
KURODA Ashiya, Senior Researcher, same as above

## 情報 (各国の動向)

香港における新型コロナの現状  
——第5波の衝撃と規制緩和への転換——

澤田 ゆかり\*

香港は2021年までは、新型コロナへの対応に成功した事例として評価されてきた。しかし21年末から始まった第5波<sup>1)</sup>においては、高齢者のコロナによる死亡率が跳ね上がり、医療現場と隔離施設を圧迫した。特に重症化した白髪の患者たちが病院の外にまで横たわる姿は、香港社会に大きな衝撃を与えた。22年9月30日現在、香港のコロナ規制は急速に緩和に向かっており、入境制限も撤廃されつつある。本稿では、第1波から第4波までの対応と第5波における状況の変化を通じて、香港の現況を紹介する。

## I 第4波までの対応と効果

香港は、新型コロナの発祥地とされる中国大陸に隣接し日常的に盛んな往来があることや、世界有数の長寿社会で高齢者比率が高く<sup>2)</sup>、かつ超過密都市であるといった特徴から、コロナ禍に対して脆弱性を抱えるとみられていた。また2019年には香港史上でも稀に見る激しい抗議運動が起きており、社会的な行動制限の実施にも不利な状況にあった。

しかし香港には有利な材料もあった。2003年のSARS(重症急性呼吸器疾患症候群)で蓄積された経験である。香港はSARS禍により死亡者数300人

と中国大陸の次に多い犠牲者を出した。その記憶に突き動かされるように、武漢での新型ウイルス流行の報に接した政府の対応は迅速であった。WHOは2020年1月4日に感染症蔓延を公表したが、香港では1月時点で政府が中国大陸との高速鉄道の営業を停止、境界での体温検査および大陸からの帰還者に対する14日間の自主隔離を求めており、公務員の在宅勤務にも踏み切った。日本の緊急事態宣言の発令は20年4月7日であったが、その時点で香港では強制検疫、営業規制、集合規制の法令も施行済みであった(松井, 2021: 58)。

さらに公共の場での2名以上の集会を禁止するとともに、レストランやバーなど飲食業やスポーツ施設の営業時間と使用人数の制限、学校の休校措置および公共の場でのマスク着用の義務化を実施した。違反者にはその場で定額の罰金が課された(金額は2000香港ドルから5000香港ドル)(松井, 2021: 58)。住民の側も抗議運動の弾圧と社会的混乱のさなかにあって政府に対する不信感が高かったが、逆にだからこそ政府の指示を待たずにマスクを率先して着用し、手洗い、対人距離を維持するなど自衛に努めた。

結果的に21年末の第5波の到来まで、香港域内での感染者数も死亡者数も低水準で推移し、国際的にも高い評価を得た。<sup>3)</sup>1日の新規感染者数は最

\* 東京外国語大学総合国際学研究院 教授

<sup>1)</sup> 本稿での第5波の期間は香港政府の定義にもとづいて、2022年12月31日から現在(同年9月30日)も進行中とする。ただし図1に示したように、7月から9月にかけての新規感染の増加は第1波から第4波のピークを上回っており、第6波と見ることもできる。

<sup>2)</sup> 2021年に政府が実施した人口センサスによれば、香港の65歳以上人口の比率は19.6%であった。(香港政府統計署, 2022)。

大を記録した20年7月30日でも149人にすぎず、第4波が収束した21年5月から10月下旬までは1日平均3名に収まった。しかもその99%が海外からの渡航者であり、市中感染はゼロといえる期間が11月まで続いた。

この状況を同じくアジアの国際貿易金融センターであるシンガポールと比べると、第1波から第4波までの人口100万人あたりの累計で、香港の感染者数はシンガポールの約17分の1、死亡者数でもシンガポールの3分の2にとどまった(21年10月22日現在)。また同時点で優等生とされた台湾との比較でも、人口100万人あたりの死亡者数(累計)では香港はわずか28人であり台湾の35人をも下回っていた。<sup>4)</sup>(澤田, 2022)。

## II 第5波の衝撃とワクチン問題

しかしオミクロン変異株による第5波は、香港のコロナ状況を一変させた。新規感染者数の7日間平均の推移をグラフにして、第1波から第4波までと第5波を含む現在までの変化を比べてみると、第5波の規模がいかに大きかったかが分かる(図1)。とりわけピーク時期の2022年3月12日には、人口10万人あたりの死亡者数が3.73人と世界最高レベルに達した<sup>5)</sup>。同時期の台湾・シンガポールと人口100万人あたりで比べると、新規感染者数でも死亡者数でも、香港の山は突出している(図2)。

最大の要因は、高齢者のワクチン接種率が低かったためである。オミクロン変異株が香港で最初に報告されたのは2021年11月末であったが、同時期の香港のワクチン接種率(1回接種済み)は人口全体でも62.9%とアジアNIEsで最低水準であった。シンガポールは11月5日の時点ですでに

93.0%を記録しており、中国大陸(84.8%)や台湾(76.4%)にも遅れをとっていた。同時期のワクチン接種率を年齢別に見ると、最も高いのが働き盛りの40代(85.1%)と50代(79.4%)で、60代になると64.0%にまで下がる。これが70代になると45.7%と半数を割り込み、80代以上にいたってはわずか18.3%であった。

こうしたワクチン未接種の後期高齢者が、第5波でオミクロン変異株の犠牲の大半を占めることとなった。第5波の累計(2022年10月5日現在)で死亡者全体に占める70歳以上の比率は87.4%に上っている。21年末の人口統計によれば、70歳以上の人口比率は13.4%にすぎないため、偏りの大きさは明白である(衛生署衛生防護中心: 医院管理局, 2022)。ワクチン接種証明書がなければ公共機関に入場できない「ワクチンパスポート制度」導入するとともに、高齢者へのワクチン接種強化キャンペーンを行いアウトリーチも始めた香港だが、3回目のワクチン接種を済ませた者の比率では台湾・シンガポールの後塵を拝している(図3)。

いうまでもなくワクチン接種以外の要因も第5波の上昇に作用しているが、水際対策や営業規制、集会・外出の規制は、基本的には第4波以降も維持されていた。感染者の動向によって集会可能な人数を徐々に増やすといった強度の調整はあったが、香港ではコロナとの共存よりも排除の対策に重点が置かれており、スマートフォンのアプリによる隔離の徹底や入境規制の厳格化が続いていた。倉田によれば、2021年1月に習近平国家主席と林鄭月娥行政長官がリモート会談を行った際に、習近平が香港の感染状況に対して関心と懸念を表明したのをきっかけに、香港政府は感染者が出たビルの封鎖や住民の強制検査を本格的に導入

<sup>3)</sup> 例えば、イギリスの新聞『ガーディアン』は香港大学のカウリング教授の調査結果を紹介し、自国のロックダウンと比べて香港のやり方には学ぶところが多いと論評した(Bosely, 2021)。また日本貿易振興機構も、香港の官民にみる防疫意識の高さを指摘し、法制度および日常生活での新型コロナ対策を迅速に導入できた地域と評価している(松井, 2021)。

<sup>4)</sup> ただし人口100万人あたりの累計感染者数では、香港は台湾を大幅に上回っていた。2021年10月22日時点で台湾の685人に対して、香港は1625人と台湾2.4倍に達していた。

<sup>5)</sup> 同時期の10万人あたりの死亡者数で見ると、シンガポールが0.17人、多くの犠牲者を出したアメリカでも0.38人であった(Cheung, Chan, Jin, 2022: 1072)。

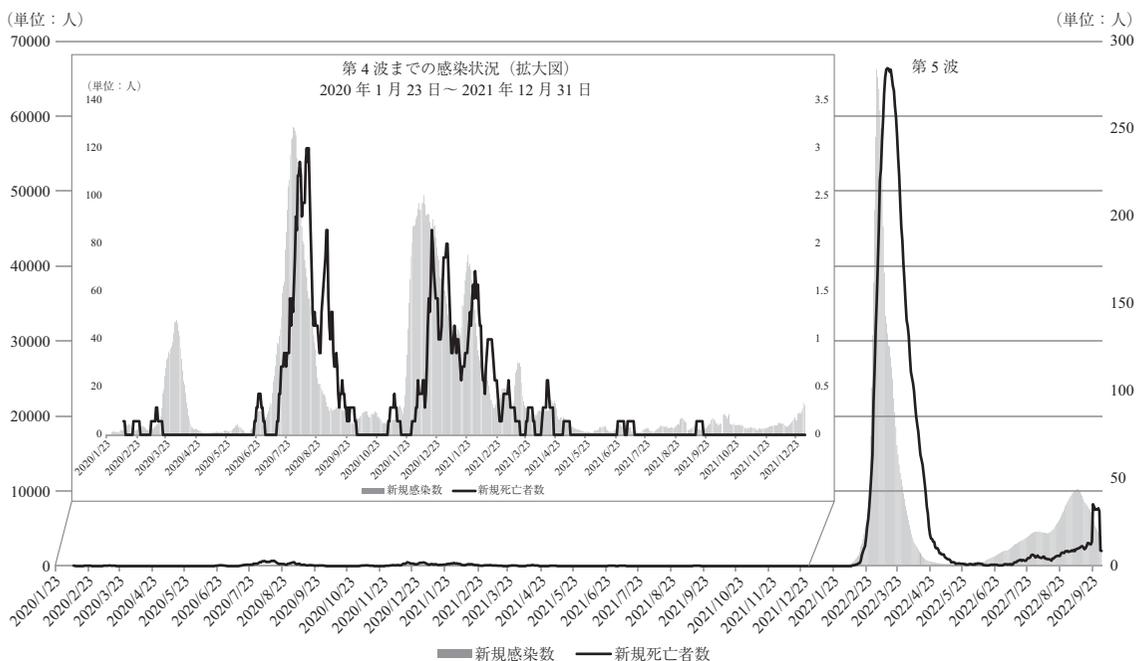


図1 第1～4波の感染状況（7日間平均）2020年1月23日～2021年12月31日

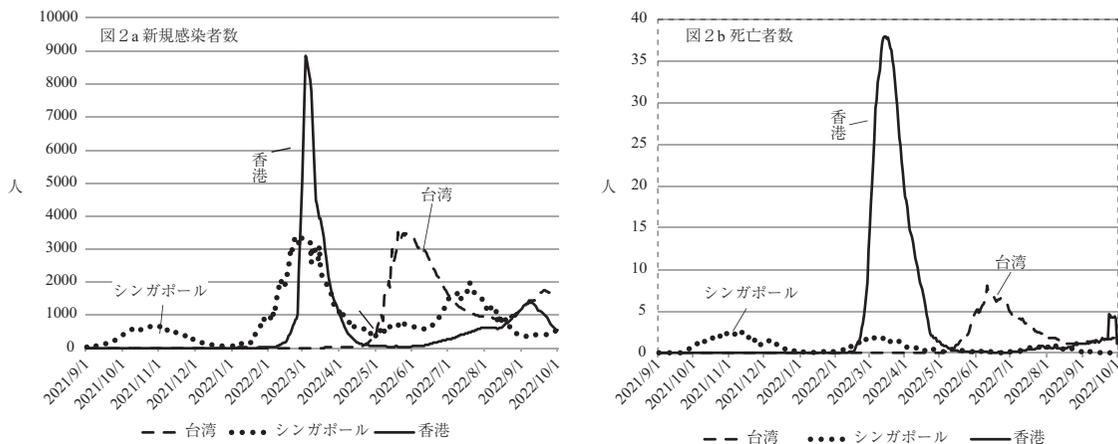


図2 人口100万人あたりの新規感染者および死亡者数（7日平均）

した（倉田2022：134）。

また同年11月から12月にかけては、香港版「健康コード」アプリによる公共施設への入場記録を義務付けたうえに、11月12日にはそれまで隔離を免除されてきた外交官、金融関係者、高級管理職などを対象から外するという、優遇措置の撤廃をおこなった。この結果、隔離免除の対象は「香港社

会と市民生活の維持に必要な職」（越境ドライバー、旅客機のクルーなど）に限定された。2021年9月以降は感染者の死亡がゼロになっていたにもかかわらず、香港政府がなおも規制を強化したのは、中国大陆との人の往來の再開を香港政府が最重要課題としたためであり、その背景には中国が極めて厳格なゼロコロナ政策を実施しているこ

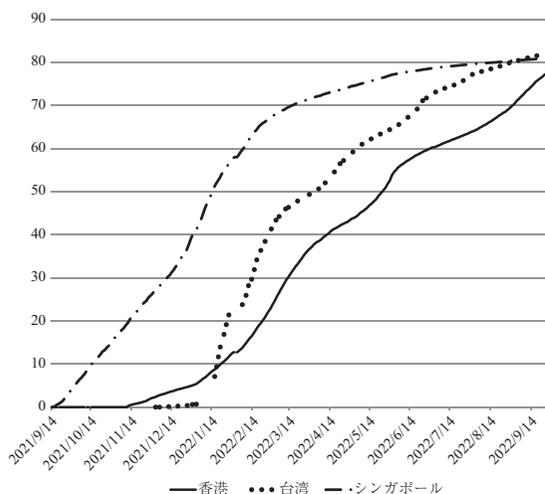


図3 ワクチン3回以上接種済み比率 (%)

とが影響したと考えられる (倉田2022: 134)。

またワクチン接種の普及が遅れた要因については、住民の強い忌避感が作用した可能性がある。中国大陸の科興 (シノバック) 社のワクチンの認可手続きが簡略化されたことへの不信感や高齢者の間では漢方志向が高いことなどさまざまな言説が飛び交っているが、その信憑性については不確実というしかない。

またワクチン接種の強力な推進は、その抜け道を模索するインテンティブにもなった。2022年9月には7名の医師がワクチン免除証明書を不適切に発行したとして警察の捜査を受け、6名が逮捕、1名が指名手配となった。香港政府は10月2日に容疑者が発行した証明書2万枚を10月12日から無効とした。しかしこの対応については、ワクチン免除証明の発行を躊躇させるとして医療関係者から抗議の声が上がっている。

最後に、コロナ対応がもたらした負の遺産について触れておく。政治的にみると、2020年に予定

されていた香港立法会 (日本の国会に相当) の選挙を延期する際にコロナ感染防止が理由とされ、集会の人数制限を根拠として抗議デモを取り締まるなど、社会運動を抑圧する強力な手段としてコロナ対策が利用された面がある。また厳しい移動制限は、国際的な投資と貿易のハブでありかつ観光都市としての香港経済を損ねることとなった。経済界は行動制限の緩和を訴えたが、香港政府の動きは鈍かった。2022年9月下旬からは、隔離期間の短縮化に続き事実上の撤廃が公表され、入境制限も緩和されつつあるが、コロナの代償が明確になるのはこれからであろう。

#### 文献目録

- Bosely, Sarah (2021) "Test and Trace: Lessons from Hong Kong on Avoiding a Coronavirus Lockdown", *The Guardian*, April 17.
- Cheung, Hinson Pak-Hin, Chan, Chi-Ping, & Jin, Dong-Yan (2022) "Lessons Learned from the Fifth Wave of COVID-19 in Hong Kong in Early 2022", *Emerging Microbes & Infections*, 11 (1), pp.1072-1078.
- 衛生署衛生防護中心・医院管理局 (2022) 「與居住人口比較的死亡及住院個案的年齡分佈2019冠狀病毒病第5波數」(10月05日閲覧) [https://www.covidvaccine.gov.hk/pdf/5th\\_wave\\_statistics.pdf](https://www.covidvaccine.gov.hk/pdf/5th_wave_statistics.pdf)
- 香港政府統計署 (2022) 「2021年人口普查」(9月25日閲覧) [https://www.census2021.gov.hk/tc/build\\_table.html](https://www.census2021.gov.hk/tc/build_table.html)
- 松井博昭 (2021) 「香港—柔軟かつ迅速な施策」(大林啓吾編『コロナの憲法学』, 弘文堂) pp.49-63.
- 倉田徹 (2022) 「民主化の終わり」と民主派の徹底弾圧: 2021年の香港特別行政区」『アジア動向年報 (2022年版)』, 日本貿易振興機構アジア経済研究所, pp.127-146.
- 澤田ゆかり (2022) 「第3章 新型コロナに向き合う香港—政府と市民の対応」(倉田徹・小栗宏太編『香港と中国化—需要・摩擦・抵抗の構造』, 明石書店) pp.75-94.

(さわだ・ゆかり)

## 書評

広瀬巖 著  
『パンデミックの倫理学』  
(勁草書房, 2021年)

山村 英司\*

著者の広瀬巖は倫理学を対象とする分析哲学者で、現在カナダのマギル大学教授である。広瀬は2006年にWHOにパンデミック対策について倫理指針を作成するためのワーキンググループに参加した。広瀬によれば、このときすでに2020年から始まる新型コロナウイルス(COVID-19)のパンデミックで議論されていることの多くは検討されていたという。本書ではこの内容に加えて、当時は想定していなかった論点を追加して分析している。哲学者の書籍といえ、抽象概念に埋め尽くされた曖昧模糊とした内容を思い浮かべる読者も多かる。本書に登場するのはごく限られた哲学概念しか登場しないし、すべての文章は意味が一意に定まるように簡単明瞭に書かれている。一部の人文系、社会科学系の専門家は、自身の専門とは無関係な持論を展開する。しかし、本書にはこのような「空中戦」も一切ない。広瀬は倫理学の専門的知見に基づき、救命措置を受ける人の優先順を決めるトリアージ、ワクチンを接種する人の優先順、外出などの自由の制限など現実に起きている喫緊の問題を正面から取り上げているのだ。

## I 本書の概要

本書は5章から構成されている。1, 2章は哲学の前提知識がない読者にも分かりやすくパンデミックに対する倫理学の基本的な枠組みを紹介している。3, 4章はより具体的な状況におけるパンデミック対策を選択するための倫理的指針が示される。5章はCOVID-19パンデミックの2020年9

月末時点までの日本の状況を対象にしている。全体として、厳しい制約の下で意思決定に迫られたときの指針を具体的に論じている。以下各章を概観していこう。

1章はパンデミック時の有限で稀少な医療資源の配分において倫理学が必要になる理由を論じ、基本的な配分の目的を明示する。医療資源への需要が供給を大きく上回る場合、市場メカニズムにまかせると貧困層は医療サービスを受けることが出来ない。それは倫理的に許容されないので、意図的に医療資源を配分する選択的配分が求められる。さらに感染拡大の抑制のために外出などに関する自由の制限も求められる。選択的配分の方法も、行動制限のやり方も数多くあるだろう。では、現実に即していずれの方法を選べばよいのか?この問いに答えるために倫理学が必要になる。とりわけ、緊急事態が発生すると冷静かつ公正な判断が難しくなるので、大まかな方針でも良いのでパンデミックの対応策とその倫理的基礎はパンデミックになる前に作成されておく必要があることが強調される。

競合する倫理理論が一致して支持する命題は、より多くの人の命を救うことは正しい行為であるという「救命数最大化の原則」である。ただし、そのためには「公平性」と「透明性」が損なわれない範囲でなされなければならない。

2章では「公平性」と「透明性」を定義し、具体的な仮想状況を設定しながら、倫理的に望ましい選択的配分の方法を示す。本書で採用する「公平性」の定義は、「複数の個人がある善を得る同じ理

\* 西南学院大学経済学部 教授

由を有している場合、すべての個人が同じ量の善を得るときに公平である。また、個人Aが個人Bより善を得るより強い理由を有している場合、AがBより多くの善を得るときに公平である」(p.37)。驚くべきことに「公平性」の観点からは、すべての人命は等しい価値を持つとは限らない。

救命措置が二人分必要な状況で、一人しか救命措置を受けることが出来ないとする。二人は次の一点を除けばすべて同じ特徴を持つとする。Aは70歳、Bは20歳である。このとき、Bに対して救命措置をとることが倫理的に支持される。Aはすでに人生から得られるさまざまな幸福を味わっている、Bはまだその幸福を味わうだけの時間を生きていないからだ。ただし必要とされる医療資源の種類によって、優先すべき年齢層が変化する。例えば、予防のための医療資源は若年層よりも高齢層優先させることも倫理的に妥当である。ここから「救命数最大化」ではなく、もう一つの有力な命題「生存年数最大化」が支持される可能性が出てくる。さまざまな可能性を考慮した後で、広瀬は次のように結論付ける「生存年数最大化を適用する領域をなるべく少なくし、救命数最大を基本原則とすべきである」(pp.53-54)。

行為や判断が公平であっても、それが公平とみなされない場合は、医療や政府への不信や不満、怒りが高まり適切な医療資源の分配が実現できなくなる可能性もある。実際に米国では黒人がワクチン接種を拒否する傾向があるという(朝日新聞2021)。経済学の実証研究では、過去に黒人に対する不適切な医療行為があったために、現代の黒人の医療に対する不信が高まったことが明らかにされた(Alsan & Wanamaker, 2018)。広瀬によれば、この状況を回避するためには「透明性」をとまうことが不可欠である。具体的な方法としては、次の4点が重要である。(1) 実際に何が行われているかを情報公開し、(2) 公聴会などを通じて意思決定の疫学的、倫理的な妥当性を示し、(3) エヴィデンスに基づく状況に応じた改訂手続き、(4) 措置、基準、手続きにおいて公平性が遵守されていることを監督する責任者を明確に指定する。

3章では医療現場の資源配分についてさらに踏み込んだ議論が展開される。

例えば、限られた数の人工呼吸器を上回る数の重篤な状態の患者がいた場合、どのように人工呼吸器を配分すればよいか？より具体的には、ある患者から人工呼吸器を外し、ほかの重傷者に人工呼吸器を装着すべきか？患者の優先順を決める手続きであるトリアージの問題である。倫理的には、患者間の回復可能性の比較によって優先順を決めることが出来る。「救命数最大化によれば、見込みがないとはいえまだ死んでいない患者から人工呼吸器を外して命を失わせることは、ほかに見込みがある患者が人工呼吸器を必要としているという理由だけによって、正しい行為なのである」(p.82)。

4章では、次の問への倫理的な答えを示す。パンデミックに対応するために、基本的な権利が抑制されるとしたら、どのような条件が満たされなければならないだろうか？これは、外出や移動の抑制、飲食店の営業、マスクの着用義務など議論が多い種々の個別問題にかかわる。広瀬によれば、J.S.ミルが提唱した「危害原理」が鍵となる。「ある個人の自由への制限を可能にするのは、その個人が他人に対して危害を加えることを防ぐことだけである。この危害原理は、パンデミック下での基本的権利と自由の制限を倫理的に正当化する」(p.110)。意図的に他人にウィルスを感染させるつもりがなくても、危害を加えようとしていなくても、パンデミック下で移動の自由を制約することでほかの人に危害を加えることを防ぐことが出来る。したがって、外出等の自由の制限は倫理的な根拠をもつことになる。一方で、飲食店の営業制限に関しては、より抑制的であることが論じられている。

自由の制限の倫理的基盤となる五つの基準が次のように示されている。(1) 公衆衛生上の必要性、(2) 手段が合理的かつ効率的であること、(3) 制限による弊害と便益を比較すること、(4) 分配的正義のためリスク、利益、負担などは公平に分配する、(5) 信頼性と公平性を損なわないこと。いずれも、常識の範囲内に収まる基準に思われ

る。重要なのはこれらの基準が倫理的な根拠によって基づいて示されていることであろう。

5章では、2020年9月までの段階でパンデミック下の日本を対象にしている。そして次の問いをたてる。新型コロナ感染症について、これほどまでに大騒ぎする必要があるのだろうか？これは、マスメディアなどでさまざまな論客が持論を展開してきた間でもある。そして、この問いに関連した4つのテーマについて検討がなされている。それは、(1) PCR検査の大規模全員検査の問題、(2) パンデミック対応策の有効性の評価、(3) 超過死亡の概念、(4) 数理モデルに基づく感染予測の批判の方法である。

(1) については、条件付確率による推論から、大規模全員検査が望ましくないことが示される。ただし、これが検査数を少なくすることが望ましいことを意味するわけでもない。本書では明示されてないが、最適なPCR受診率は0%と100%の間に存在することになる。(2) や (3) は反事実的条件法による検討がなされている。(2) で取り上げた例としては、行動制限の実施がある。日本では強制力を伴う行動制限は法的根拠がないために実施されなかった。もしも、これが可能であったならば、どの程度現実の世界よりもパンデミックによる死者数が減少したかを検討している。公開されている基礎的な情報から、強制力を伴う行動制限がとられても、効果はそれほど大きくはなかったと推論される。

(4) では2020年4月に数理モデルに基づいて提案された、人と人の間の接触「八割」削減の是非について考察している。この試算の中では、何も対策をとらない場合は、死者が40万人に達することが示され、日本社会に衝撃を与えた。現実には2020年9月末で死者は約1500人であった。現実の死者数が試算とかけ離れていることから、数理モデルや試算した研究者が激しく批判された。ただし、これらの批判は的外れである。批判が正当化されるのは、「事実に反して行動制限を何も取らなかった場合の死者数が40万人からかけ離れていた場合」、あるいは「実際に行動を取ったにもかかわらず死者数が40万人になった場合」であ

る。実際には、いずれにも該当しないことは明らかである。

上記の検討から、5章冒頭の問いにたいして、さまざまな対策をとる必要はあったことが明らかになる。なぜならば「現在から振り返れば、死者数は恐れられていたほど大きくはならなかった、しかし、もし事実に反して何も対策をとらなかったら、遥かに大きな死者数が出ると予測されていたからである」(p.151)。

## II 本書の評価と課題

ここまで紹介してきた通り、本書は必要最小限の哲学的概念を縦横無尽に駆使し、現実のパンデミック対策の方向性を具体的に示している。「救命数最大化の原則」は誰もが納得し、直感的に思いつく。しかし、本書を読めば具体的な状況にその原則を適応することは予想よりも困難であることが分かる。本書ではさまざまな状況を想定し、それぞれについて倫理的に根拠ある対応が提示されている。予備知識がない読者に意図が明快に伝わるように工夫されている。さらに約150ページのコンパクトにまとめられているうえに、すべてが明快なので読了するための読者の負担は小さい。本書を読むコストに比べて得られる便益ははるかに大きい。一部の限られた人間ではなく、日本でパンデミックに直面するすべて人が共有する前提知識とすべき内容である。そして倫理学を応用することで、ほかの分野の専門家には判断がつかないような問題について、明確な方向性を考える助けにもなるだろう。

本書は現代哲学の重要な分析方法である「思考実験」を中心に具体例を分析している。「ある特定の状況で妥当と信じられる仮説を、ほかの想像上の状況でも妥当かどうかを試すこと、これが思考実験である。その想像上の状況は極度に単純化された架空の例で、一つの変数を除いてすべての変数が一定と仮定される。こうすることによってある特定の変数に注目することが出来、当該仮説の射程が明らかになってくるのである」(p.11)。データを使うことを除いて、経済学の実証分析ア

ブローチと非常に類似した科学的な方法である。したがって、筆者にとっても非常に読みやすい。データも数式も登場しないので、一般の読者も状況を思い浮かべながら思考することが出来る。

本書で提起された「思考実験」のいくつかは、経済学者がデータを使って統計的に検証できるような仮説とみなすことが出来る。経済学の実証研究を専門とする筆者の経験からすると、実際にデータを使った分析では、論理的予想に反する結果を観察することも多い。そこに哲学的「思考実験」の限界がある。実現可能な範囲であれば、哲学者が検証仮説を考え、それを社会科学の実証研究者が検証することが望ましい。それが、「思考実験」にフィードバックされることもあるだろう。

本書はいくつかの重要な論点について触れられていない。本書の設定では、ワクチン接種は多くの人に便益をもたらし、人々もその便益を享受することを望んでいる。この場合ワクチン供給が十分あり接種費用がゼロならば、すべての人はワクチンを接種する。しかし、現実にはワクチンを無料でも受けたくない人が存在する。本書での「公平性」からすると、望まない人に対しては接種する必要はない。この点について、倫理学はどのように考えるのだろうか？

一步思考を深めてみよう。ワクチンを受けない人の割合が高くなるほどパンデミックの収束は困難になる。つまり経済学的には負の外部性が発生する。本書で登場する「危害原理」および自由制限について「五つの基準」からするとワクチン接種を強制することが可能なのだろうか？

経済学的に考えると、ワクチン接種したくない人に対して接種を促すために金銭的対価を与えることが正当化できる。経済学というピグー補助金である。最近の実証研究では、ワクチン接種を促進するために金銭的なインセンティブを与えるこ

とが効果的であることも示されている (Campos-Mercade et al., 2021)。しかし、それは倫理学からすると正当化されるのか？さらに、補助金をもらわずに接種した人は、高額補助金を受けて接種した人が存在することに不満や怒りを持つとしたらどうなるのか？政府への信頼が棄損されるならば、望ましくないと考えるのか？

現代哲学の最前線で活躍する広瀬は数多くの哲学論文、そして5冊の本をすべて英語で執筆している。広瀬自身が初めて母語の日本語で執筆したのが本書である。COVID-19は広瀬に日本の一般読者、政策担当者に対して自身の考えを発信させる強い動機を与えたように思われる。広瀬は筆者の大学院時代の学友であった。当時、広瀬は厚生経済学を研究していたが、現実社会の問題に強い関心を持ち、健康や医療なども話題にしていた。広瀬が日本を離れてから約四半世紀が経過した。その間、広瀬は哲学世界に沈潜しながら、日本の現実問題に関心を持ち続けていたことだろう。本書は現代哲学が日本で現実の政策を策定する上でも有用であることを示した。それは、広瀬巖が望んできたことである気がしてならない。

#### 参考文献

- Alsan, M., & Wanamaker, M. (2018). Tuskegee and the Health of Black Men\*. *The Quarterly Journal of Economics*, 133 (1), 407-455. <https://doi.org/10.1093/qje/qjx029>
- Campos-Mercade, P., Meier, A. N., Schneider, F. H., Meier, S., Pope, D., & Wengström, E. (2021). Monetary incentives increase COVID-19 vaccinations. *Science*, 374 (6569), 879-882. <https://doi.org/10.1126/science.abm0475>
- 朝日新聞 (2021) 「ワクチン接種率低い黒人「自分は実験台」の感覚、今も」『朝日新聞DIGITAL』2021年2月28日。

(やまむら・えいじ)

新刊紹介

ハワード・スティーヴン・フリードマン 著 南沢篤花 訳  
『命に〈価格〉をつけられるのか』  
(慶応義塾大学出版会, 2021年)

蓋 若琰\*

本書は「命の価格」という意味深い課題に関するものである。哲学的な視点から、人間の命に価格をつけるそのものが問題視されるが、命に対する値付けは現実の生活では避けられなく、人々は意識しないうちに命の価値の計算あるいは評価の影響を受けている。著者は、命におく価値で私たちは何を意味しているのか、命の価値はどのように評価するのか、それぞれの方法の限界は何なのか、命につけられた「値札」はどのような影響があるのか、意思決定でどのように公平と正義を守るのかという、日常生活から政策までの意思決定にかかわる肝心な問いを多くの具体例を挙げて詳しく説明し、命の値付けにかかわる考え方、価値観、問題点等を議論した。

第1章「お金か命か」は総説である。著者は冒頭において、高額な費用のため最新の薬物治療を拒否した患者がノーベル賞受賞者か殺人犯か、あるいは金持ちのCEOか高校中退の落ちこぼれかによって問題意識が異なりがちであるなどの事例から、「命の価格」の課題を提起し、(1) 命には日常的に値札がつけられていること、(2) こうした値札が私たちの命に予期せぬ重大な結果をもたらすこと、(3) こうした値札のおおくは透明で公平でもないこと、(4) 過小評価された命は保護されなのまま、高く評価された命よりリスクに晒されやすくなるため、公平性の欠如が問題である、と本書の論点を明らかにした。要するに、この命の値札は、単に金銭的な意味よりも広い意味を持っていて、その解釈は金銭で表現される値打ちのほか

に、有用度や重要度の意味合いもあるため、価値判断と意思決定の尺度となる。時間やお金をどのように使うかという日常の決断、戦争に突入するか、平和的解決を模索するかなどの政治的判断、刑罰や民事訴訟における賠償最低額の決定、生命保険の支出、さらに教育投資や中絶の決断など、個人レベルの行動と社会が行う決定を左右する。したがって、本書の目的は、命の価値評価のさまざまな方法をわかりやすく紹介し、関連議論と意思決定の風土をより広く醸成するために知識を共有することである。

第2章～第9章では、さまざまな事例から命の価値の評価方法とそれぞれの問題点を紹介した。9.11同時多発テロ事件の補償金の公平性の問題(第2章)、司法・裁判における命の価値の決まり方(第3章)、環境、労働、安全などにかかわる規制政策に応用された費用便益分析の限界(第4章)、企業の意思決定に用いた費用便益分析と報酬の決まり方(第5章)、生命保険(第6章)と医療保険(第7章)における健康と命の価格の決まり方、出産と子育て支援にかかわる費用と便益、また妊娠中絶や男女産み分けから生じた問題点(第8章)、さらに、命にかかわる価値判断を及ぼす不合理な決断がしばしばあるという人間の本质(第9章)をめぐる著者の議論と識見から、人々に大きな影響を及ぼす意思決定が必ずしも公平であると限らなく、命に異なる値札をつけていると示された。統計的生命価値など既存の命の値段を推計する方法はいずれも限界があるため、結果の解釈では推計の不

\* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長

確実性と限界を考慮しなければならず、また意思決定の際に医療経済評価を単一の材料でなく、複数の検討材料の1つとして利用する方法もある。最後に、命の価値の推計には不公平があるものの、人権と正義を守ってできる限り不公平を減らす努力をしていかなければならず、このプロセスに科学的な批判が不可欠である（第10章）。

著者に示されたように、命の値付けは人々の健康、権利、安全、経済力、寿命に大きな影響を及

ぼす意思決定に不可欠な課題である。そういう意味では、医療経済の考え方と命の価値にかかわる議論を小さな専門家会議に限らなく、一般の国民に共有しなければならない。また、国民の価値観は評価手法と意思決定に十分に反映するものである。本書は日本の医療と社会保障政策にも参考する価値が大きく、お薦めの一冊である。

(がい・じゃくえん)

### 『社会保障研究』への投稿論文の査読状況について

『社会保障研究』に投稿された投稿論文受付数、一回目の査読結果が投稿者に通知されるまでの期間（査読期間）、採択率はそれぞれ下記のとおりでした。

期間	投稿論文 受付数（本）	査読期間 （日：平均値）	採択率（％）	採択率に関する 備考
2021年10月～2022年3月	8	－	－	2022年3月31日までの 受付分
2021年4月～2021年9月	2	265.5	0.0	2021年9月30日までの 決定分
2020年10月～2021年3月	8	133.9	25.0	2021年3月31日までの 決定分
2020年4月～2020年9月	4	77.3	50.0	2020年9月30日までの 決定分
2019年10月～2020年3月	12	91.4	58.3	2020年3月31日までの 決定分

引き続き、皆様の論文の投稿をお待ちしております。

『社会保障研究』編集委員会

### 『社会保障研究』執筆要領

#### 1. 原稿の書式

原稿はA4版用紙に横書き（40字×36行）とし、各ページに通し番号をふってください。

#### 2. 原稿の分量

原稿の分量は、本文・図表・注釈・参考文献を含めて、それぞれ以下を上限とします。なお、図表については、1つにつき、A4サイズ原稿の1/2までの大きさのものは400字とし、1/2以上のものは800字に換算するものとします。

- (1) 論文：20,000字                      (4) 社会保障判例研究：12,000字  
 (2) 動向・資料：12,000字              (5) 書評：6,000字  
 (3) 情報：3,000字

#### 3. 原稿の構成

##### 1) 表題

和文表題とともに英文表題を記載してください。

##### 2) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、I II III … →123… → (1) (2) (3) … → ① ②③ …の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c) または・などを使用してください。

##### 3) 抄録・キーワード

「論文」、「動向・資料」については、和文400字程度、英文250語程度で抄録を作成してください。また、和文、英文各5語以内でキーワードを設定してください。

なお、編集委員会では、英文のネイティブ・チェックは行いませんので、執筆者ご自身の責任でご確認をお願いいたします。

##### 4) 注釈

注釈は脚注とし、注釈を付す箇所に上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入してください。注釈番号は論文末までの通し番号としてください。

##### 5) 参考文献

参考文献は、論文の末尾に列挙してください。表記の方法は下記を参考にしてください。

金子能宏・川越雅弘・西村周三（2013）「地域包括ケアの将来展望」、西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム―「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』、慶應義塾大学出版会、pp.311-318。

泉田信行・黒田有志弥（2014）「壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因について―一生活と支え合いに関する調査を用いて―」、『季刊社会保障研究』、Vol.49, No.4, pp.408-420。

森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』、慈学社出版。

Finkelstein, Amy and Kathleen McGarry (2006) "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market," *American Economic Review*, Vol.96, No.4, pp.938-958.

Poterba, James M., Steven F. Venti, and David A. Wise (2014) "The Nexus of Social Security Benefits, Health, and Wealth at Death," In David A. Wise ed., *Discoveries in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

Le Grand, Julian (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press.

インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。

United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> (2010年10月5日最終確認)

#### 4. 引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

(例1) … [森田 (2014), p.45] … [Le Grand (2003), p.3]

… [森田 (2014), pp.45-46] … [Le Grand (2003), pp.3-4]

(例2) 著者が2人の場合

… [泉田・黒田 (2014), p.408] … [Finkelstein and McGarry (2006), p.938]

(例3) 著者が3人以上の場合

… [金子他 (2013), p.311] … [Poterba et al. (2014), p.159]

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要ありません。

(例) 1) 森田 (2014), p.45

また、注釈などで、参考文献として列挙しない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・論文名、頁などを記載してください。

(例) 1) 森田朗 (2014)『会議の政治学Ⅱ』慈学社出版, p.45。

#### 5. 表記

##### 1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

##### 2) 敬称

敬称は略してください。

(例) 西村周三教授は→西村は      京極氏は→京極は

## 6. 図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け（例参照）、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。なお、他の出版物から図表を転載する場合には、執筆者自身が著作権者から許諾を得てください。

（例）〈表1〉受給者数の変化 〈図1〉社会保障支出の変化

## 7. 倫理的配慮

原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記してください。また、記述においてプライバシー侵害がなされないように細心の注意をはらってください。

## 8. 利益相反

利益相反の可能性がある場合は書面で報告してください。なお、利益相反に関しては厚生労働省指針（「厚生労働科学研究における利益相反の管理に関する指針」）を参照してください。

## 9. 原稿の提出方法など

### 1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してください。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは、特殊文字の認識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることがありますので、その際にはご協力ください。原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

### 2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

### 3) 投稿論文の提出方法

投稿論文の提出については、『社会保障研究』投稿規程に従ってください。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことになります。

## 『社会保障研究』投稿規程

1. 本誌は、国内外の社会保障およびその関連領域に関する理論的・実証的研究、国内外の社会保障制度改革の動向などを迅速かつ的確に収録することを目的とします。
2. 投稿は、「論文」、「動向・資料」および「社会保障判例研究」の3種類とし、いずれかを選択してください。なお、「論文」、「動向・資料」はおおむね以下のようなものとします。  
「論文」：独創的かつ政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文  
「動向・資料」：政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文、資料（独創性は問わない）であり、おおむね以下のようなものとします。
  - 1) 独創性や政策的有用性は「論文」に及ばないが、今後の発展が期待できる研究論文
  - 2) 政策的有用性に優れた社会保障に関する調査・分析に関する報告
  - 3) 国内外における社会保障の政策動向に関する考察
 投稿者の学問分野は問いませんが、本誌に投稿する論文等は、いずれも未投稿・未発表のものに限ります。
3. 投稿者は、投稿申込書とともに審査用原稿（PDFファイル）を電子メールにて送付してください。投稿申込書は研究所ウェブサイトよりダウンロードし、各欄に必要な事項を記入してください。なお、投稿論文の審査は執筆者名を伏せて行いますので、審査用原稿には執筆者が特定できる情報を記入しないでください。電子メールによる送付が難しい場合には、投稿申込書1部、審査用原稿4部を、郵送してください。
4. 採否については、編集委員会が指名したレフェリーの意見に基づき、編集委員会において決定します。ただし、研究テーマが本誌の趣旨に合致しない、あるいは学術論文としての体裁が整っていない場合など、審査の対象外とする場合もあります。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。なお、原稿は採否に関わらず返却いたしません。また、本誌において一度不採用とされた論文等の再投稿は受付をしません。再投稿に当たるかどうかの判断は編集委員会が行います。
5. 原稿執筆の様式は『社会保障研究』執筆要領に従ってください。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先・連絡先  
電子メールによる提出：e-mail: kikanshi@ipss.go.jp  
郵送による提出：〒100-0011  
東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6階  
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係  
電話03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816

**編集長**

田 辺 国 昭 (国立社会保障・人口問題研究所長)

**編集委員**

尾 形 裕 也 (九州大学 名誉教授)  
駒 村 康 平 (慶應義塾大学 経済学部教授)  
高 橋 紘 士 (東京通信大学 名誉教授)  
酒 井 正 (法政大学 経済学部教授)  
周 燕 飛 (日本女子大学 人間社会学部教授)  
林 玲 子 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)  
坂 本 大 輔 (同研究所 政策研究調整官)  
小 西 香 奈 江 (同研究所 企画部長)  
是 川 夕 (同研究所 国際関係部長)  
小 島 克 久 (同研究所 情報調査分析部長)  
泉 田 信 行 (同研究所 社会保障応用分析研究部長)

**編集幹事**

竹 沢 純 子 (同研究所 企画部第3室長)  
横 山 真 紀 (同研究所 企画部研究員)  
佐 藤 格 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第1室長)  
黒 田 有志 弥 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第2室長)  
菊 池 潤 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第3室長)  
榊 原 賢 二 郎 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第4室長)  
井 上 希 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)  
斉 藤 知 洋 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)  
岡 庭 英 重 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)  
鈴 木 貴 士 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)  
西 村 幸 満 (同研究所 社会保障応用分析研究部第1室長)  
藤 間 公 太 (同研究所 社会保障応用分析研究部第2室長)  
暮 石 涉 (同研究所 社会保障応用分析研究部第3室長)  
盖 若 琰 (同研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)

---

社会保障研究 Vol.7, No.3 (通巻第26号)

---

令和4年12月25日 発行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所  
〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号  
日比谷国際ビル6階  
電話 03-3595-2984  
<https://www.ipss.go.jp>

印 刷

日本印刷株式会社  
〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-41-24  
Tel: 03-5911-8660

---

# JOURNAL OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol.7 No.3

2022

## Foreword

- Academic Research during the Ongoing Disaster  
..... SAKAI Tadashi **182**

## Special Issue: COVID-19 and Social security

- Japan's Response to the COVID-19 Pandemic: Focusing on the Healthcare System and Human Behavior  
..... MASUHARA Hiroaki, HOSOYA Kei **184**

- COVID-19 and long-term care  
..... SUGAWARA Shinya **199**

- Covid-19 Pandemic and the "She-cession": 2020–2022  
..... ZHOU Yanfei **210**

- On Children's School Lives After the COVID Pandemic  
—The Results and Preliminary Analysis of the School Life Survey in June 2022—  
..... TAKAKU Reo, Wang Mingyao **224**

- Changes in mental health during the coronavirus pandemic:  
Past findings and implications for the future  
..... YAMAMURA Eiji **236**

- Policy Responses to Income Security Needs Between Unemployment Insurance and Public Assistance: Housing Security Benefits, Special Loans, and the Three-Tier Safety Net in the COVID-19 Crisis ..... ANDO Michihito, FURUICHI Masato, OHNISHI Ren **246**

- COVID-19 Pandemic and Public Health Insurance Finances  
..... YUDA Michio, SUZUKI Rinya **262**

## Report and Statistics

- Financial Statistics of Social Security in Japan, Fiscal Year 2020  
..... National Institute of Population and Social Security Research  
Project Team for Financial Statistics of Social Security **279**

- Current Status of COVID-19 in Hong Kong: The Impact of the Fifth Wave and the Shift to Easing Restrictions..... SAWADA Yukari **291**

## Book Review

- IWAO Hirose, "The Ethics of Pandemics" (January 2021, Keiso Shobo)  
..... YAMAMURA Eiji **295**

- Comments on "Ultimate price: The value we place on life" ..... Ruoyan GAI **299**

Edited by  
National Institute of Population and Social Security Research  
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO•JINKO MONDAI KENKYUSHO)