

## 新型コロナウイルス感染症対策と保健所、医療機関、社会保障制度

石橋敏郎・角森輝美・紫牟田佳子

### 目 次

I はじめに	
II 新型コロナ感染症対策からみる今後の公衆衛生看護の課題	角森輝美
III コロナ患者対応と看護体制	紫牟田佳子
IV コロナ感染症拡大を受けての特例措置と社会保障法	石橋敏郎
V おわりに	

### I はじめに

新型コロナウイルス感染症オミクロン型の予防接種が、第8波の危険が押し寄せるなか、5回目の予防接種として2022（令和4）年夏から秋にかけて実施されようとしている。当初、インフルエンザと同様短期間で終息するものと思っていたが、安易な期待は見事に裏切られ、いまや4年目を迎えようとしている。望んだわけではないが、あまりにも長いマスク着用や自粛生活のために、いつのまにか「ウィズコロナ」の生活に慣れてしまった自分がある。しかし、感染力の強い未知のウイルスの襲来とあって、当初の頃は保健・医療・福祉の分野に限らず、企業、雇用労働、自営業、行政、学校関係までほぼすべての分野にわたって大変な混乱ぶりを呈することになったのは周知のところである。

まず、感染症予防と拡大防止、患者に対する相談、入院調整、ホテル・自宅療養者の経過観察など対応のほとんどが、感染症担当の中心的機関であった保健所に集中したため、そこで働く職員の加重労働は想像に絶するものとなった。「自宅待機中に急変する人もあとを絶たず、救急車を呼んで、病院に直接連絡してベッドを確保できるまで帰れない日々が続く」、「大晦日も出勤し、夜中の1時前に帰宅。元日も朝から出勤。限られた人数で対応し翌日への引き継ぎ事項を整理し終えたときには深夜3時を過ぎていた」など悲痛な声があちこちで聞かれた。2021（令和3）年4月～8月の第4波、第5波の時には、月183時間も時間外勤務をした職員がいて、その他にも月100時間を超える超過勤務の職員が多数いたことも報告されている<sup>(1)</sup>。

感染症患者が増加するにつれて、当然に看護師の業務は過重となる。医療機関では、病棟再編成や配置転換でこの緊急事態に対応しようとしたが、それだけでなく慢性的な看護師不足に悩まされている現状では、それも限界があった。やむなく患者の入院を断らなくてはならない事態になる。看護師自身も感染し、自宅待機となれば、欠勤した人の仕事の分が現場の看護師に加重されることになるという悪循環が続いた。当然、異常事態の中で仕事を続ければストレスからくる精神的ダメージも大きい。2020（令和2）年度の新人看護師の離職率は8.2%だったことが調査の結果で分かっている。医療機関によっては、例年の約3倍に当たる看護師の離職があったところもある。また、日本看護協会が2020（令和2）年12月に開いた記者会見では、親族、地域住民、同僚から看護師に対して心無い言葉を浴びせられたり、子どもが通っている保育園や学校から子どもの登校を拒否されたという差別と偏見に満ちた事例が報告されている。

今回のコロナ感染症拡大は、いまや「予防」の中心が生活習慣病に向いていた医療の関心を一気に感染症に向けさせることになった。また、同時に、現行の社会保障制度の不備や矛盾をいっそう顕在化させることにもなった。その一つは、被用者保険（厚生年金、健康保険、雇用保険等）と国民保険（国民年金、国民健康保険）との給付格差の問題が、低所得者、ひとり親世帯、非正規雇用労働者、個人事業者など経済的基盤の弱い人たちに顕著な形で現れたことである。これに対しては、全国民を対象にした「特別定額給付金」（10万円）の支給や、ひとり親世帯に対する「子育て世帯生活支援特別給付金」（児童1人当たり5万円）、年金額の少ない高齢者に対する「年金生活者支援給付金」（月額5020円を基準に加算）などの臨時的給付が行なわれた。また、被用者でありながら国保に加入している者への「傷病手当金」の支給、小規模事業者・個人事業主（フリーランスを含む）に対する「持続化給付金」、コロナが原因で小学校が休校になった際、児童の世話のために保護者がとる休暇の助成金である「小学校休業等対応助成金」など数多くある。これらの中には、被保険者でない者への給付も含まれており、社会保険の役割を逸脱した支給ではないかとの批判もある。

感染症に対する保健所の役割、医療機関における看護体制、医療における「予防」の位置づけ、年金保険・医療保険・介護保険・雇用保険といった社会保険の役割、被用者保険と国民保険との給付格差、経済的弱者に対する生活保障のあり方などの点について、今回の新型コロナウイルス感染症拡大が国民生活に与えた影響を振り返りながら、こうした世界的規模の感染症災害に対して、今後、どのような対策が準備されるべきなのか、コロナ禍を契機として新たな保健・医療体制の整備や社会保障制度の構築に向けた議論を展開してみたいと考える。

- (1) 小松康則「コロナ禍と保健所職員の悲痛な声－死者数ワースト1の大阪から」月刊保団連1376号、2022（令和4）年6月号、26頁。

## II 新型コロナウイルス感染症対策からみる今後の公衆衛生看護の課題

### 1 問題意識

2020（平成2）年から始まった新型コロナウイルス感染症拡大により、その予防・治療の全般に

わたって調整に当たった保健所機能は逼迫し、連日、保健所で働く保健師の過重労働が伝えられた。公衆衛生の感染症対策が時代背景とともに縮小されて、最近は生活習慣病予防へと重点が替わってきた中で、今回の新型コロナウイルス感染症の拡大は、国民の目を再び感染症に向けさせる機会となり、感染症の危機管理に対する対応が注目を浴びることとなった。そこで本章では、感染症対策も含めて、公衆衛生の中心である保健所の役割に焦点を当て、公衆衛生看護業務の時代ごとの変遷と、今回のコロナ対策の現状を俯瞰することで、今後、予防に重点を置く公衆衛生看護のあり方と、健康危機管理の中での感染症対策について論ずることとする。

## 2 地域保健法による保健所と市町村保健センターの業務分担

1994（平成 6）年に従来の「保健所法」（1947（昭和 22）年）が「地域保健法」へと改正され、地域保健法において、「地域保健対策の推進に関する基本指針、保健所の設置その他地域保健対策の推進に関し基本となる事項」（1 条）が定められた<sup>(1)</sup>。この法律により、地域保健における都道府県と市町村との役割分担が見直され、都道府県と市町村の役割と機能分化が明確にされることになり、これまでの保健所に加えて、市町村に「市町村保健センター」が新たに設置されることになった。すなわち、住民に身近な母子保健サービスなどの実施主体を市町村に変更し、保健サービスを市町村保健センターで一元的に提供することにより、生涯を通じた健康づくりを市町村単位で整備することを目指したものである。地域保健法では、原則として、市町村保健センターを中心に住民に身近な地域保健業務は市町村保健師の活動とされ、これに対して、感染症対策に関しては管轄する都道府県保健所において業務がなされることになった。健康危機管理や感染症予防は保健所が中心となる業務とされ、地域保健法 6 条 12 号に保健所の事業として「感染症その他の疾病の予防に関する事項」と明記されている。

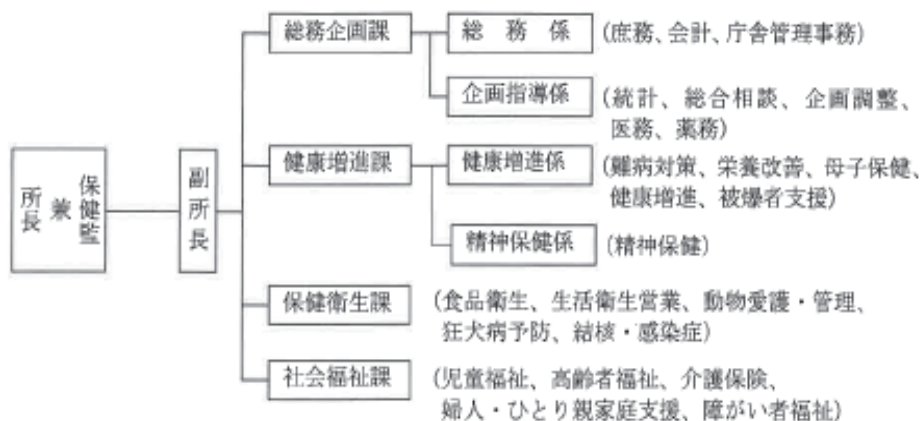
保健所の組織について、F 県 I 保健所の組織図を見ると図表 II-1 のようになっている<sup>(2)</sup>。F 県ではそれぞれの保健所の規模によって多少の違いがみられるが、保健師は主に企画指導係、健康増進係、精神保健係、保健衛生係に配置されている。そのうえでそれぞれの部署での結核・感染症担当者になっている。管轄市町村が多い保健所では、感染症係として独立して結核や感染症の業務を実施しているところもある。2013（平成 25）年に出された「保健師活動指針」<sup>(3)</sup>では、業務担当のみならず地区担当制の推進を図ることも目指されているが、地区担当を中心にしてきた「保健所法」時代の保健所保健師の業務に戻ることは、現実的にみて、この組織からは、困難を要することがわかる。

また 2022（令和 4）年 2 月、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」が改定され、厚生労働省健康局長から各都道府県知事・市町村長・特別区区長宛に通達が出されている。この指針の改正の趣旨は、新型コロナウイルス感染症への対応等保健所が住民の相談や対応などに関する業務が急激に伸び、そのため職員に過重の負荷が生じており、今後、人材の確保をはじめとした保健所の体制強化を図ることを求める内容となっている<sup>(4)</sup>。「今般の新型コロナウイルス感染症の拡大を受け、感染症対策における保健所等の役割の重要性が再認識され、その体制強化が課題となった」という認識のもとに、具体的には以下のような事項について改定がなされている。

① 自治体で確保すべき健康危機管理体制として「感染症のまん延に備えた体制構築」を明記。

保健所の運営に関する基本的事項として、感染症に関する機能強化や人材確保等を規定。

図表II-1 F県I保健所組織図



(出典) 福岡県ホームページ

②感染症業務に従事する保健師の継続的な確保、平時から健康危機時の全庁的な人員体制を検討・準備、健康危機時における感染症対策以外の業務の縮小の検討、地域の専門人材を応援職員として派遣する仕組み（IHEAT）の構築。

なお、この指針は、中長期的な観点からの地域保健行政のあり方を考えるうえで、現在の感染収束後に、この間の対応から得られた教訓および成果を検証して、新たな指針の作成に向けて検討を進めていくものとされている。

保健所職員の負担を少しでも軽減しようと、2022（令和4）年9月からは、これまでのように新型コロナウイルス感染者の全数を把握し、その記録と報告を綿密に求めていたやり方を改め、今後は高齢者等重症化リスクの高い人にだけに限定する簡略把握が全国一律に実施された。それでも保健所の加重業務は変わっていない。

### 3 保健所の現状

#### (1)保健所と市町村保健センターとの連携の必要性、全国の保健所数の変化

##### ① 保健所と市町村保健センターとの連携の必要性

保健所の設置は、都道府県、政令指定都市、中核市には設置義務が課されている（地域保健法5条1項）。市町村保健センターについては、「市町村は、市町村保健センターを設置することができる。市町村保健センターは、住民に対し、健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的とする施設とする」（同18条1項、2項）と規定されている。住民に対する地域保健活動は、市町村保健センターを中心に保健師による活動とされる一方、感染症に対しては管轄する都道府県保健所においてその業務がなされるというように役割分担が明記

されている。

地域保健法により保健所業務と市町村保健センター業務が区分されることになったが、法律上では、保健所の業務のなかに「その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項」（同 6 条 14 号）という市町村保健センター業務と重複するような規定があるだけで、両者の協力・連携についての規定は存在していない。その結果、今回の新型コロナウイルス感染症に関していえば、感染症患者の入院・ホテル療養・自宅療養などの調整に関する保健所の活躍は一躍クローズアップされたが、他方、市町村保健センターとの協働については、ワクチン接種について市町村保健センターの保健師・看護師が協力したこと以外は伝わってこなかった。市町村保健センターの新型コロナウイルス感染症の流行時の課題として、鳩野らは、全国の市町村保健センターへのアンケート調査を行い、市町村保健センターが抱えた課題として、「経験のない感染症の急速な拡大に伴う課題」、「感染症発生下での保健センター業務遂行に伴う課題」、「終わりの見えない緊急事態の継続に伴う課題」、「疾患の性質に伴い生じる倫理的な課題」などを抽出している<sup>(5)</sup>。それまで都道府県保健所の管轄とされてきた感染症対策について、今回の新型コロナウイルス感染症の拡大でその業務の一部を急に担わせられることになった市町村保健センター職員の戸惑っている様子がみてとれる。今後は、健康危機管理上必要な場合には、感染症の拡大時における都道府県保健所と市町村保健センターの連携・協力に関する規定を整備するとともに、市町村保健センター職員へ、危機的状況に遭遇した場合に困らないように、感染症対策への基本的な対応や心構えなどについて、日頃からの研修や訓練の機会が確保される必要があるだろう。

令和 2 年度厚生労働科学研究事業「市町村保健師の災害時保健活動遂行能力の向上のための教育教材及びその活用マニュアルの作成と検証」の「新型コロナウイルス感染症対策における応援派遣及び受援のための手引き」（令和 2 年 8 月 30 日）では、以下のような問題意識のもとに体制整備の必要性が説かれている。

「感染症対策は主に国と都道府県等が担当する業務であるため、保健所の保健師と市町村の間における感染症対策に関する応援派遣・受援の経験が双方ともに少ない状況にあります。…こうした状況を踏まえて、新型コロナ対策の第一線機関である保健所に対する市町村等からの保健師等の応援派遣が効果的に機能する体制を整備できるよう、応援側・受援側が事前に準備しておくことや、協議しておくべきこと、連携して業務を行うために必要なポイント等についての手引きを作成しました」。

## ② 保健所の統廃合の課題

新型コロナウイルス感染症拡大に対する保健所業務のひっ迫に関しては、保健所の統廃合にもその一因があるといわれている。保健所法から地域保健法への改正が行われてから、保健所の統廃合が進み、1992（平成 4）年には全国に 852 カ所あった保健所は 2022 年には 468 カ所と半減している<sup>(6)</sup>。それに伴い保健所保健師も削減された（図表Ⅱ-2 および 3）。そのため、F 県においてはしばらくの間、保健師の新規採用が停止されていた。

新型コロナウイルス感染症のまん延により、保健師の業務は異常なほどに増加していった。医師の指示のよりの病状確認、PCR 検査対象者の見極め、検査日時・場所の確認、陽性と判断された人の感染経路の聞き取り（疫学調査）、陽性者の受診対応、入院、自宅療養、宿泊施設への振

り分け、濃厚接触者の確認と検査勧奨、在宅療養者の病状確認などと、保健師の業務は多忙を極めた。自治労連の調査報告によると、埼玉県感染症対策課では、2020（令和2）年8月時点で、保

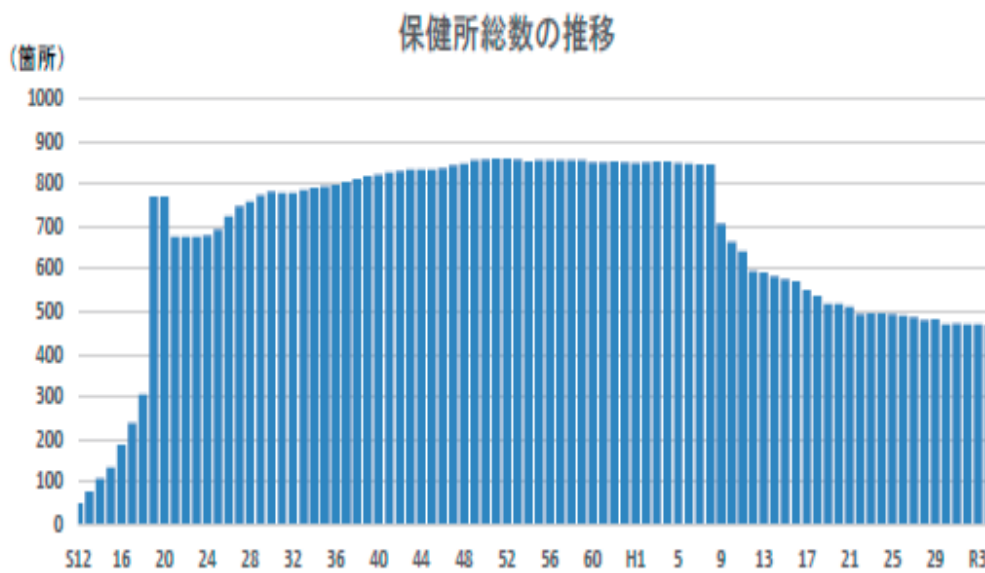
図表II-2 保健所数の推移

年度	保健所合計	都道府県保健所	指定都市保健所	中核市保健所	その他政令市保健所	23区保健所
平成元	848	632	121	0	42	53
6	847	625	124	0	45	53
8	845	623	122	26	21	53
9	706	525	101	26	15	39
10	663	490	93	28	16	36
11						
12	594	460	70	27	11	26
15	576	438	71	35	9	23
18	535	396	73	36	7	23
22	494	374	50	40	7	23
令和2	469	355	26	60	5	23
令和4	468	352	26	62	5	23

平成の合併

2022年4月12日全国保健所長会掲載  
筆者改変

図表II-3 保健所数の推移（厚生労働省健康局健康課地域保健室調べ）  
（令和4年4月1日現在）



健所職員の超過勤務労働時間は、月 45 時間以上が 70%を超え、月 100 時間以上の時間外勤務者が 60%を超えたとして、過労死ラインを越えている職員が多数いると報告されている<sup>(7)</sup>。感染症

担当係の保健師だけでは対応できなくて、他部署の保健師や、アルバイト保健師・看護師の緊急雇用、あるいは派遣看護職の雇用も見られた。人材不足のために、感染予防という本来の公衆衛生業務が十分できない状況であった。このようななか、国は新型コロナウイルス感染症等に係る対応人材（IHEAT）の確保策を2020（令和2）年9月に創設し、2021（令和3）年3月から運用することにより支援体制の強化に乗り出した。

## 4 保健師の働く場

自治体で働く保健師の勤務先は大きく分けると、都道府県保健所、政令指定都市保健所、中核市保健所、特別区保健所、市町村保健センターである。

### （1）保健師の就業場所別就業人数

厚生労働省2022（令和4）年1月発表の令和2年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況から保健師の就業場所別就業人数を見ておこう。図表Ⅱ-4の通りである。これを見ると、保健所で働く保健師数に比べて市町村で働く保健師数の方が大きく上回っていることが分かる。今回の新型コロナウイルス感染症拡大にあたっては、F県の県型保健所の場合、市町村長と県の協定により管内市町村から保健所への保健師の派遣が行われた。ここでもひっ迫した保健所業務を市町村保健センターが積極的に担うというような業務遂行のための連携というレベルの協働体制は見えていない。せいぜい、保健所業務のごく一部について臨時的・短時間に限って協力しているという形での人的協力にすぎないように思える。

### （2）公衆衛生看護活動

公衆衛生看護活動については、時代背景とともに活動の中心となるものが変化してきている。今回の新型コロナ感染症が発生するまでは、保健所・保健師の健康危機管理という意味での活動は、各種自然・人為的災害対策が中心的活動となっていた。

#### ① 疾病構造の変化による保健師活動の変化

日本看護協会の保健師活動の変遷によると、近年の疾病構造の変化により保健師活動は図Ⅱ-5のように変化している<sup>(8)</sup>。平成20年代の保健師活動の中心は、虐待対応、災害・健康危機管理とされ、感染症対応は表立って現れてはいなかった。健康危機管理においては、近年頻発する災害支援活動が中心となっており、感染症対応はさほど重視されていなかったことは否めない。さらに、三原は疾病構造の変化だけが公衆衛生活動に影響を与えたのではなく、第2の要因として、公的医療保険の規模が、その適用範囲においても適用疾病の種類においても拡大してきた点を挙げ、国・自治体の公費を財源とする公衆衛生のウエイトが相対的に減少したことも原因であると述べている<sup>(9)</sup>。

#### ② 平時からの感染症対策と体制整備

新型コロナウイルス感染症流行時に市町村保健センターが抱えた課題として、鳩野らは、全国

の調査の結果、市町村には感染症のパンデミックを想定した計画がなかったことを課題としてあげている<sup>(10)</sup>。しかし、2005（平成17）年に新型インフルエンザ流行時に、新型インフルエンザ対策行動計画が全国の市町村で作成され、これに沿って当時の行政では業務遂行計画も立てられた。また、この計画は、その後2018（平成30）年に改定されている。しかし、この時の経験が、今回の新型コロナウイルス感染症に生かせなかったのが残念である。今回の新型コロナ禍を教訓として、平時からの感染症対策といざという時にための体制整備、その時に戸惑うことのないような日頃からの訓練が必要とされる。

図表II-4 就業場所別にみた就業保健師等（実人員・常勤換算数<sup>1)</sup>）

令和2（2020）年末現在

	保健師		助産師		看護師		准看護師	
	実人員	常勤換算数	実人員	常勤換算数	実人員	常勤換算数	実人員	常勤換算数
	実人員・常勤換算数（人）							
<b>総数</b>	55 595	51 405.1	37 940	34 248.4	1 280 911	1 172 014.1	284 589	246 696.0
病院	3 559	3 329.7	23 321	22 217.2	883 715	846 036.3	101 628	93 985.3
診療所	2 301	2 088.1	8 562	7 382.9	169 343	135 240.4	92 389	76 829.4
助産所	4	3.8	2 369	1 955.6	267	218.4	68	55.6
訪問看護ステーション	307	255.0	37	28.5	62 157	53 404.2	5 347	4 327.3
介護保険施設等 <sup>2)</sup>	1 603	1 527.9	<sup>3)</sup> ...	<sup>3)</sup> ...	100 701	82 697.4	70 477	59 563.0
社会福祉施設	519	457.9	23	20.0	22 021	18 332.5	10 555	8 860.4
保健所	8 523	7 963.3	354	195.2	1 543	918.5	43	25.1
都道府県	1 429	1 349.3	65	59.7	2 099	1 717.1	39	27.1
市区町村	30 450	27 967.8	1 474	792.9	7 544	4 818.0	903	542.3
事業所	3 789	3 551.5	29	19.1	5 176	4 349.4	1 063	808.3
看護師等学校養成所 又は研究機関	1 194	1 159.2	1 562	1 487.9	17 519	16 868.1	46	39.9
その他	1 917	1 751.6	144	89.4	8 826	7 413.8	2 031	1 632.3
	構成割合（%）							
<b>総数</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
病院	6.4	6.5	61.5	64.9	69.0	72.2	35.7	38.1
診療所	4.1	4.1	22.6	21.6	13.2	11.5	32.5	31.1
助産所	0.0	0.0	6.2	5.7	0.0	0.0	0.0	0.0
訪問看護ステーション	0.6	0.5	0.1	0.1	4.9	4.6	1.9	1.8
介護保険施設等 <sup>2)</sup>	2.9	3.0	<sup>3)</sup> ...	<sup>3)</sup> ...	7.9	7.1	24.8	24.1
社会福祉施設	0.9	0.9	0.1	0.1	1.7	1.6	3.7	3.6
保健所	15.3	15.5	0.9	0.6	0.1	0.1	0.0	0.0
都道府県	2.6	2.6	0.2	0.2	0.2	0.1	0.0	0.0
市区町村	54.8	54.4	3.9	2.3	0.6	0.4	0.3	0.2
事業所	6.8	6.9	0.1	0.1	0.4	0.4	0.4	0.3
看護師等学校養成所 又は研究機関	2.1	2.3	4.1	4.3	1.4	1.4	0.0	0.0
その他	3.4	3.4	0.4	0.3	0.7	0.6	0.7	0.7

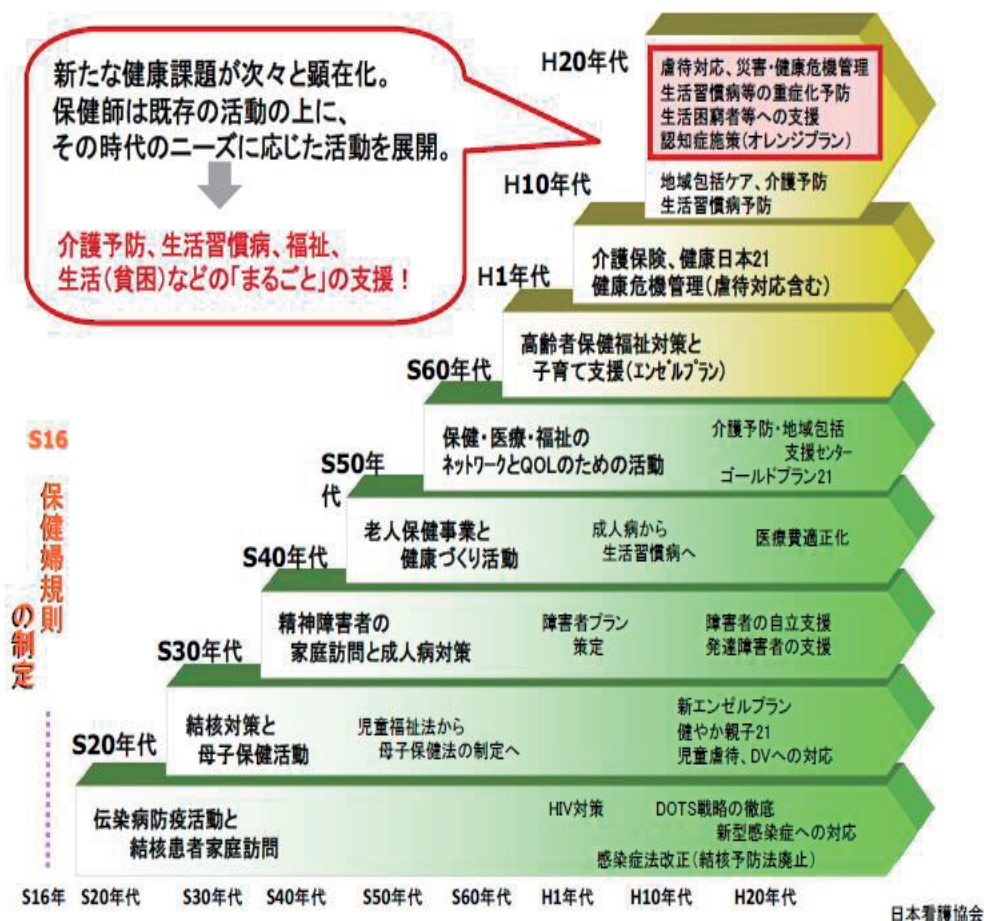
注：1) 常勤換算数とは、各就業者に常勤換算率を掛けた数値を足上げたものである。  
 2) 「介護保険施設等」とは、「介護老人保健施設」「介護医療院」「指定介護老人福祉施設」「居宅サービス事業所」「居宅介護支援事業所」等をいう。  
 3) 「助産師」は、「介護保険施設等」について調査していない。

（出典）厚生労働省「令和2年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」、3頁



図Ⅱ-5 保健師活動の変遷

(健康課題は積み重なっている→地域で包括的なケア体制の構築は必須)



ア 急激採用による現場の戸惑い

今回の新型コロナ対策として、緊迫する業務を解消するために、保健所保健師の採用が急がれた。緊急時であったせいもあるが、そのために多様な教育背景を持つ者や、新規卒業に限らず、あらゆる年代、さまざまな経験をもつ保健師が大量採用されることとなった。ある保健所においては、今回の採用が計画的採用ではないために、コロナ禍に対する現任教育の不足や、コロナ禍が収まった後の配置、あるいは昇進・昇格への歪み現象も起こるのではないかと懸念されている。

イ 日頃からの訓練・研修

2005(平成17)年の新型インフルエンザ流行時の経験と対策行動計画の策定が今回の新型コロナウイルス感染に生かされなかったのは、日頃からの研修や訓練が欠けていたことも要因のひとつであろう。保健所と市町村保健センターとの連携強化を図るため、支援を受けるための必要性の判断、必要人数の算定、応援派遣する側の準備、連携と協働のポイント(たとえば、情報共有、役割分担と相互の意思疎通、効率化、留意点など)などにつき、両機関の職員による話し合いの場や実地訓練などの実施が必要となる。

## ウ 体制整備

今回の保健師の緊急採用のようにあわてて人材を確保するようなやり方は後に人事や経営上の問題をひき起こす可能性がある。計画的な人事採用や、必要人員を確保するための民間事業者の派遣看護職（保健師・助産師・看護師）の受け入れを検討することや、都道府県で非常勤雇用の制度を整備しておくなどの体制整備が望まれる。

## エ 社会保障制度としての公衆衛生の位置づけ

社会保障制度では、医療と公衆衛生が制度の柱の一つとなっているが、これまでは事後的な治療である医療が中心になり、予防を中心とする公衆衛生については、さほどの関心がもたれてこなかった。今後は、新型コロナウイルス感染症をきっかけに、社会保障制度の中での予防や公衆衛生の位置づけを明確にするとともに、その費用を医療保険で賄うのか公費で賄うのか、一部自己負担はどうかなどの問題も含めて、感染症に対する公平で整合性のある対応を準備しておく必要がある。

## 5 小括

医療費や介護費用の高騰に伴い、最近の傾向として、医療保険においても介護保険においても、予防の視点が重要視され、各種予防措置を社会保険制度のなかに取り込んで、その費用を保険で行うようになってきた。公衆衛生看護はもちろん昔から予防活動が重要な柱であったが、そのことが公衆衛生として社会保障制度のなかで明確に位置付けられることはなかったといつてよい。今回の新型コロナウイルス感染症の影響もあり、改めて感染症の予防についての国民的関心と呼び起こすことになり、その結果、断片的とはいえこれまでにいくつかの対策が取られてきた。しかし、これだけの感染拡大と混乱を招いたのは、やはり平時からの組織としての予防行動が行われていなかったからだと考えられる。

今回の新型コロナウイルス感染症の治療に当たっては、医療保険利用後の自己負担分が公費負担となり、国民は自己負担ゼロのかたちで行われたのであるが、そのほかの予防接種の費用については全額公費で実施されている。現在、新型コロナウイルス感染症を「第2類」からインフルエンザと同じように「第5類」に引き下げて、予防接種や治療を含めて自己負担を求めるよう議論が進められている。

行政改革による保健所数の減少や、疾病構造の変化により公衆衛生看護活動が感染症対策から非感染性疾患の対応へと重点が移り、感染症に対する備えは置いて行かれたことが今回の対応が後手に回った原因でもある。今回の新型コロナウイルス感染症の流行で、保健所職員の過重労働が浮き彫りになったのであるから、保健所について、そのあり方が再度議論される必要があると考える。

また、今回の新型コロナウイルス感染症に対して、罹患の予防についてあわてて実施された感がある。しかし、それは裏を返せば、平時からの組織としての予防行動は行われていなかったということにもなる。健康危機管理としての感染症対策を考える時、災害と同じように発症前に疾病の予防のみならず、組織対応としてどうあるべきか、平時からの予防対策が望まれるところである。

地域保健法により都道府県保健所と市町村保健センターの業務が分割されたことの弊害を防ぐためには、健康危機管理下における平時から知恵を出し合う学習機会の確保や情報の共有、その世代的継続と地域保健に関する共通認識、保健所保健師と市町村保健師との協働についての密接な関係性が構築されていることが必要と考える。合わせて保健師の数的人材確保のみならず、保健師の基礎教育における危機管理の重要性についても再確認されなければならない。最近の傾向ではあるが、地域をいたずらに専門分化する臨床看護のあり方に対しても、再検討の余地がある。なぜなら地域住民の生活はさほど細分化されてはおらず、さまざまな要因による生活困難や疾病、それに対する住民の意識の多様性から、個別の要因が複雑に絡み合っ、問題がますます複雑化・多様化・総合化しているからである。

(1) 「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」平成6年12月1日 厚生省告示第374号

<https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/syakaifukushi/509.pdf>

(2) F県保健所組織 2022年12月30日、「組織から探す」福岡県庁ホームページ (fukuoka.lg.jp)

(3) 「地域における保健師の保健活動について」健発0419第1号、平成25年4月19日、厚生労働省健康局長

(4) 「地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について」(通知)

健発0201第1号、令和4年2月1日、厚生労働省健康局長都道府県知事・各市町村長・特別区区长宛

<https://www.jsph.jp/covid/files/mhlw20220201.pdf>

(5) 鳩野洋子・弓削英次・島田美喜・尾島俊之・増田和茂「新型コロナウイルス感染症流行時に市町村保健センターが抱えた課題」日本健康開発雑誌 2021年42巻 P77-83

[https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjhr/42/0/42\\_202142G09/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjhr/42/0/42_202142G09/_article/-char/ja/)

(6) 「全国保健所長会議」2022年4月、<http://www.phcd.jp/03/HCsui/>

(7) 月刊自治労デジタル NO043、2022年3月16日

<https://www.jichiroren.jp/sys/wpcontent/uploads/2022/03/a18ecf4cdd6eccecdcc8986a61c6a06a.pdf>

(8) 日本看護協会「日本看護協会時代変遷と公衆衛生看護活動の変遷」の検索結果、Yahoo!検索 <https://tokuteikenshin-hokensidou.jp/opinion/004/004/no3.php> (2022年12月16日検索)

(9) 三原岳「感染症対策はなぜ見落とされてきたのかー保健所を中心とした公衆衛生の歴史を振り替える」2020年9月15日、<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=65456?site=nli>

(10) 前掲注(5)

《参考文献》

「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示第374号)最終改正：令和4年2月1日厚生労働省告示第24号、<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000905616.pdf>

「現行の地域保健法の見直し等について(案)」厚生労働省第46回厚生科学審議会

地域保健健康増進栄養部会、令和4年9月12日資料 <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000988983.pdf>

伊藤周平「コロナ禍で明らかになった社会保障の脆弱さと今後の課題ーコロナ護の社会保障の再構築に向けて」月刊全労連 2021年2月

(角森輝美：福岡看護大学教授)

### Ⅲ コロナ患者対応と看護体制

## 1 問題意識

2019（令和元）年末から新型コロナウイルス感染症の感染が世界的に広がり、2020（令和2）年1月に日本で最初の患者が発見された。当初は病態や治療方法などがわからず多くの国民が不安になった。まず、医療機関は、民間病院ではコロナ患者の受け入れが進みにくい状況があり、主に公立・公的病院が受け入れていたが、公立・公的医療機関の病床確保がひっ迫し、やがて患者が入院できなくなってしまうという事態に陥った。最初は「どの病院に何名のコロナ患者が入院し、空ベッドは何床あるのか」ということさえわからず、感染に対して医療機関の連携が追いついていない状況があった。看護師については、コロナ患者を受け入れていた大学病院の看護師400人が過酷な業務と病院経営の悪化のために賞与がカットされたことで、集団退職の意思を示した事件があった。また、コロナ患者以外の通常疾患の患者は、予定されていた入院や手術の延期を余儀なくされたり、自ら受診控えをするなどしていた。このように、医療機関ごと、看護師ごと、そして、患者ごとに新型コロナウイルス感染症に関してはさまざまな対応がみられた。これを機会に、今後とも起こるであろう新興感染症などの有事に備えて、医療機関、看護師、患者（国民）が、いま一度立ち止まって対策を考えておく必要がある。

日本は、2025（令和7）年には、65歳以上高齢者が3,600万人（全人口の約30%）、75歳以上の高齢者が約2,100万人（全人口の約20%）に達し、医療や介護の需要が最大になり社会保障費が急増する。これを「2025（令和7）年問題」と称している。医療費を抑制し、限られた医療資源の効率化を図るため、2014年（平成26年）6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」（医療介護総合確保推進法）のもと地域医療構想という改革が進められてきた。しかし、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大によって、あらたに「新興感染症などの有事に対する対応問題」が出てきており、いまや「2025（令和7）年問題」とあわせて2つの改革の必要性に迫られることになった。

現在も新型コロナウイルス感染症が蔓延する中で、医療現場の雰囲気は常に緊張感が高まるなか、看護師は終わりの見えない激務に追われ、みな疲弊している。看護師が清掃業務も行っていたところもあり、ひっ迫する医療体制のなかで、耐えられずに退職してしまう看護師も増えている。退職者が増えれば看護師1人あたりの仕事量は増すことになる。コロナ患者を受け入れていない医療機関でも、他院にコロナ以外の病気で通っていた患者がコロナ感染を避けて、あるいは病床ひっ迫の影響を受けて入院できずに、別の病院に押し寄せているため、感染症指定医療機関以外でも業務拡大が急増している。当然、看護師一人ひとりの身体的疲労やストレスは蓄積し続けている。

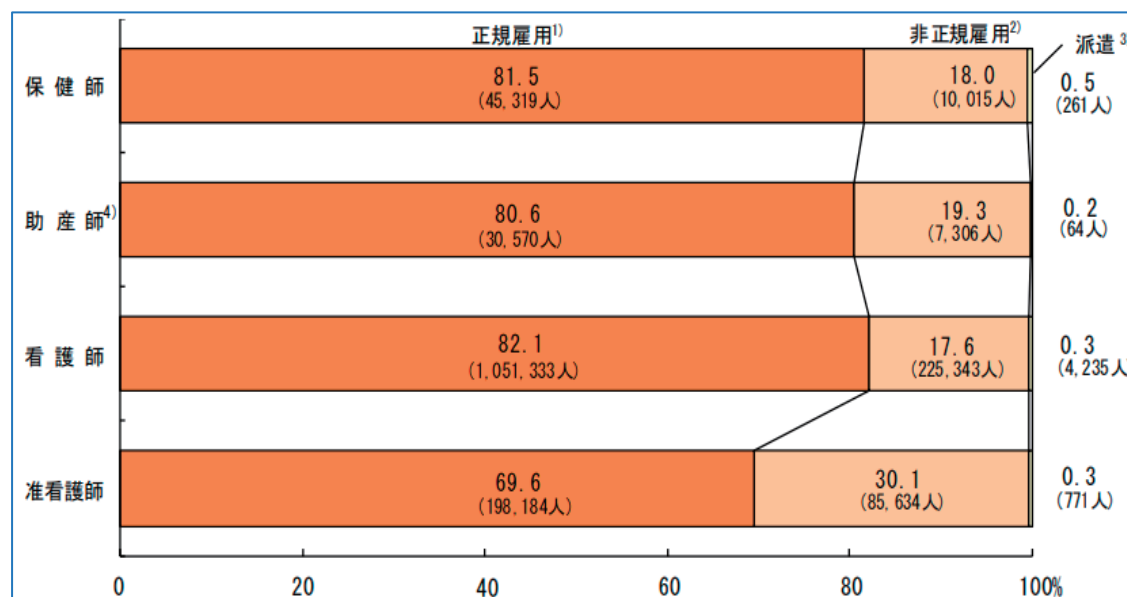
そこで、新型コロナウイルス感染症を機に今後の有事に備えて、この章では、コロナウイルス感染症拡大初期から働いてきた看護師の勤務の現状、看護師の人員体制、国の支援や今後の対策について考察することにした。まず、コロナ禍で働く看護師の現状をみていこう。

## 2 感染症拡大初期からコロナ禍で働く看護師の現状

### (1) 2020(令和2)年末現在の雇用形態別にみた看護師等の人数

雇用形態別にみた看護師等の人数は、図表III-1の通り、「正規雇用」が「非正規雇用」より多い。「非正規雇用」の保健師は10,015人(18.0%)、助産師は7,306人(19.3%)、看護師は225,343人(17.6%)、准看護師は85,634人(30.1%)である。

図表III-1 2020(令和2)年末現在の雇用形態別にみた就業の看護師等の人数



(注) 括弧内は実人員である。1)「正規雇用」とは、施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者。2)「非正規雇用」とは、名称に係わらず、「正規雇用」及び「派遣」に該当しない者。3)「派遣」とは、派遣会社から派遣されている者。4)「助産師」とは、助産所開設者を含む。

(出典) 厚生労働省令和4年1月27日「令和2年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況」4頁。

### (2) コロナ関連で働くフリーランス看護師の働き方

医療機関によっては、コロナ関連で働く看護師に対して、1年以上も待遇が改善されておらず休みも十分に取れないところもあった。一方で、同じ医療機関でもコロナ関連で働くフリーランスの看護師が、もともとフルタイムで働いていた看護師の給料(20万円前後)より高いといった逆転状況も起きている。コロナ関連で働くフリーランスの看護師は、ワクチン接種、全国の病院のコロナ病棟、クラスターが発生した高齢者施設、軽症者療養用ホテルなどの中から自らが仕事先や勤務する時間や期間を選択することが可能である。一例ではあるが、派遣会社から日給約2~3万円、宿泊費や交通費など実費も別途支給され高待遇でコロナ関連の仕事についているフリーランスの看護師もいる。ただ、自分が希望する仕事の内容や条件などがいつもあるとは限らないため、正規雇用より収入が不安定になりやすい点がデメリットと言える。

### (3) ナースセンターが行う潜在看護師の就業支援

ナースセンターとは、1992（平成4）年「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の制定により、厚生労働省の指定のもと日本看護協会に中央ナースセンターが、また、都道府県の指定のもと都道府県看護協会に都道府県ナースセンターが設置されている。都道府県のナースセンターでは、看護師の確保策として、無料職業紹介（ナースバンク）事業や離職時等の届出制度に関する支援事業、そして、潜在看護師の就業支援などを行っている。コロナ禍によって新たに必要となった業務に対する潜在看護師の就業支援は、求職者数が35,434人、求人数が27,195人、紹介数が22,728人であり、その結果、17,647人が就業している。この就業の場所と人数は、図表III-2の通りであり、多い順に、ワクチン接種業務には12,693人、宿泊療養施設には2,761人、その他施設には1,307人、コロナ関連の相談対応コールセンターには673人であった。

図表III-2 2020年4月6日～2021年10月17日迄に就業した看護職の就業場所と人数

就業場所	人数（合計17,647人）
ワクチン接種業務	12,693
宿泊療養施設	2,761
その他施設	1,307
コロナ関連の相談対応コールセンター	673
病院	118
その他の入所施設	54
診療所	41

（出典）鎌田久美子「コロナ禍における看護職員確保の現状と課題 ～第8次医療計画に関する日本看護協会の提案～」3頁。 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000851588.pdf>（2022年4月25日検索）。

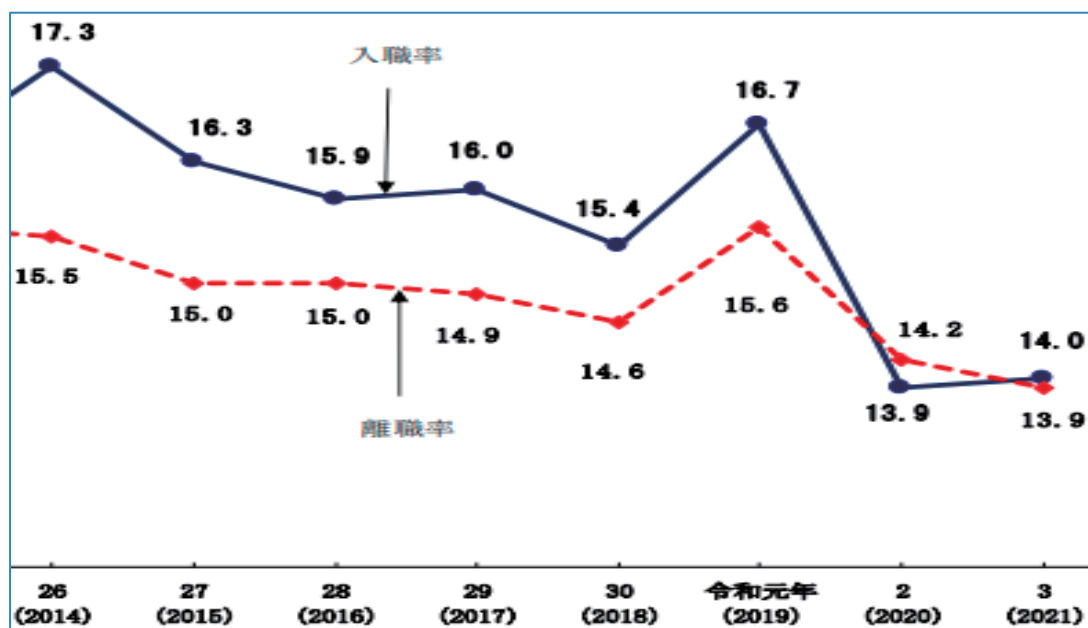
#### （4）看護師等の離職率と看護師等の負担

厚生労働省の「2021（令和3）年度雇用動向調査」によると、産業全体の入職率・離職率の推移は、図表III-3の通り、2021（令和3）年度の入職率は14.0%、離職率は13.9%である。「医療、福祉」は、入職率14.4%、離職率13.5%である。産業別にみると、入職率が高いのは「生活関連サービス業、娯楽業」28.6%、低いのは「金融業、保険業」6.2%であり、離職率が高いのは「宿泊業、飲食サービス業」25.6%、低いのは「複合サービス事業」8.1%である。

これとは別に、日本看護協会の「2021年病院看護・外来看護実態調査」によると、看護職員の離職率は、2020（令和2）年度の「正規雇用者」では10.6%（前年度比0.9%減）、「新卒採用者」は8.2%（同0.4%減）、「既卒採用者（看護職経験者）」は14.9%（同1.5%減）である。同協会の離職率とは、「総退職者数／平均職員数×100」とし、この平均職員とは、「年度当初在籍職員数＋年度末在籍職員数÷2」であるのに対して、厚生労働省の雇用動向調査の離職率は、「離職数/1月1日現在の常用労働者数×100」である。離職率の計算式が異なるという点と同協会が「非正規雇用」、「派遣」に触れられていない点が気になるが、看護師の離職率が産業別の中で特別に高いと言いつつ、言い難いところがある。一方、同協会が2020（令和2）年9月に調査した「看護職員の新型コロナ

ウイルス感染症対応に関する実態調査」によると、新型コロナウイルス感染症対応による労働環境の変化や感染リスク等を理由とした離職は、図表III-4の通り、病院全体（n=2,765）の15.4%、感染症指定医療機関等ではない医療機関（n=1,627）の11.3%、感染症指定医療機関等（n=1,138）の21.3%という結果も出ている。

図表III-3 看護師の入職率・離職率の推移



(注) 入職(離)率 = (入(離)職者数 / 1月1日現在の常用労働者数) × 100 (%)

(出典) 厚生労働省「令和3年雇用動向調査結果の概要」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/...> (2022年9月1日検索)。

図表III-4 新型コロナウイルス感染症対応を理由とした離職

全体(n=2,765)	15.4	84.6
感染症指定医療機関/新型コロナウイルス感染症重点医療機関/新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関(n=1,138)	21.3	78.7
いずれにも当てはまらない(n=1,627)	11.3	88.7

(出典) 公益社団法人日本看護協会「看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査」8頁。<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid-19/...> (2022年6月1日検索)。

コロナ禍で、看護師には、医療機関のなかでの通常業務のほかに、①ワクチン接種会場への看護師派遣、②軽症者療養用のホテルでの体調確認、③感染予防業務とクラスター対策業務、④保健所業務などが増えている。コロナ患者を受け入れている医療機関の中で働く看護師は、①人工呼吸器管理の患者のケアや体外式膜型人工肺（ECMO）管理の患者のケア、②感染予防業務とクラスター対策業務などが増えている。コロナ病棟の清掃業務などを請け負っていた事業所が減少したことにより、看護師が病床の清掃やリネンの交換などの業務も一時的に行っていた。医療防護服を着用して業務をすると、暑さでゴーグル内に汗が溜まったりゴーグルが曇ったりするほか、「暑くてつらい」、「発汗」、「倦怠感」、「口渇」、「息苦しさ」、「不快感」などが起こり、それが原因となって注意力低下が起こり、業務上のエラーを引き起こす可能性が大きくなると考えられている<sup>(1)</sup>。ひとたび、クラスターが発生すると感染が拡大してしまい、感染した本人はもちろん濃厚接触者となった看護師も仕事を休まなければならないため、こうした悪循環が繰り返されて極端な人手不足に陥ることになる。医療機関や高齢者施設に残った看護師は、過酷な勤務状況になるという連鎖に巻き込まれてしまう。感染した看護師は、自分が周りの看護師や患者・利用者に感染させてしまったと自責の念にかられ、また、患者・利用者の家族からも感染させたことを責められる場合がある。医療機関等で働く看護師は、もともと待遇がよいとはいえないのに、自身も感染リスクにさらされながら働くことになり、心身ともに疲弊している。こうした状況を見かねて看護師自身の家族から反対されて、やむを得ず退職を選ぶ人もいる。また、コロナ関連の病棟で働く看護師は、業務上の感染防止だけでなく、家族への感染を避けるため自宅で部屋を分けて生活することや外出を制限することなど日常生活でも厳しく行動を制限されている。看護師は、自らが感染するのではないかと、自らが家族に感染させるのではないかと苦しみながらも、コロナ患者の精神面を支えて看護をしながら看護師としての責任を果たしている。加えて、看護師業務とコロナ感染危険度を結び付けて、地域には看護師との接触に感染の恐怖感を持つ住民もおり、それが看護師に対していわれなき差別と偏見を生みだしている。病院や訪問看護ステーション等の医療機関で働く看護師に対しては、図表III-5のような誹謗中傷や風評など不条理な被害を受けているケースもある。経験したことがない見えないウイルスに恐怖心をもつとしても、誹謗中傷や風評など不条理な被害を与えるというのは、命を救うために努力している看護師の尊厳を傷つけることになり、遺憾である。

図表III-5 誹謗中傷や風評など不条理な被害の実例

<p>(看護職員およびその家族に対して)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもに対するいじめ。保育園への出入り禁止。</li> <li>・タクシー乗車拒否。</li> <li>・引っ越し業者からのキャンセル。</li> </ul> <p>(患者側に対して) 受診拒否、手術拒否や延期希望、転院希望。</p> <p>(訪問看護ステーションに対して)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者から「看護職員全員が陰性であるという証明が無い限り身体に触れてほしくない。訪問をしてほしくない」と言われ、訪問看護を拒否される。</li> <li>・社名の入った車の前で、「お前は看護師か、なぜ看護師が外を歩いている。お前のせい</li> </ul>
---



で感染が拡がる。迷惑だから外を歩くな」など見ず知らずの人に言われる。

(出典) 日本看護倫理学会 2020年4月2日「新型コロナウイルスと闘う医療従事者に敬意を—日本看護倫理学会 声明」<https://www.jnea.net/news/cat-oshirase/post-351> (2022年4月10日検索) を参照して筆者作成。

### 3 看護師の人員確保体制の必要性

#### (1) コロナ禍における医療機関の役割

看護師の中には、医療機関に対して、「①希望したわけではないのに専門病棟に配属されたこととその配置基準が不明瞭なこと。②帰宅する前にシャワーを浴びたい、自宅に病弱な家族がいるので宿泊施設を準備してほしいといった要求に対して組織が対応してくれなかったこと。③家族に感染させるのではないかという不安があるが、看護師なのだからそれは我慢しないといけないこと。④毎日業務量が多く、疲労困憊状態であること。⑤実際に患者さんのベッドサイドでケアするのは看護師だけで、医師や管理者は離れたところで指示を出すだけであり、患者を避けている状況に対して不公平感や理不尽さを感じる。⑥眠れないし食欲もないが、交代要員がいないことも分かっているので、無理して働くしかない」と割り切っていること。」などの不安・不満をいっていることが調査から見て取れる<sup>(2)</sup>。この看護師の不安・不満についての数々の声を聴けば、個々の医療機関の役割として、人員配置や業務内容、設備などが一定水準に足りていないのであれば、早急に改善すべきであろう。現場の声に耳を傾け、課題を明確にして取り組むことが、医療機関の役割を遂行するために必要不可欠なことがらである。

医療機関の側から見れば、人工呼吸器装着中のコロナ重症患者の看護を行う場合は、医療機器の管理や薬剤の管理もあるため、看護師の人数を多く配置する必要がある。コロナ患者を受け入れるために、一般病棟の看護師の配置を少なくして感染症患者への対応に看護師を多く配置するといった人員配置の再調整を行うこともある。人工呼吸器管理の患者への対応は患者1人対看護師1人以上、体外式模型人工肺 (ECMO) 管理の患者への対応は患者1人対看護師2人以上、体位変換を行うには看護師6人以上が必要になる<sup>(3)</sup>。このような場合、看護師なら誰でもいいというわけではなく、人工呼吸器などを装着した重症集中治療を受ける患者のケアができる看護師に限られるので、専門性の高い知識や専門性の高い技術の備わっている看護師を平時も確保しておく必要がある。ほとんどの医療機関が、コロナ禍で対応できた要因は、看護管理者として、入院や外来の体制を見直したり、看護師の配置異動をしたり、また、平時から余裕のある看護師の配置や7対1以上の看護師等配置をしていたからである<sup>(4)</sup>。有事の状況に応じて看護師の配置異動を行い看護サービスの提供ができるようにするため、また、医療機関の役割を遂行するためには、個々の医療機関の中で看護師の人員体制を常に整備しておくことが重要である。

#### (2) 看護師の日雇い派遣及びへき地派遣の解禁

「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律施行令の一部を改正する政令」(令和3年政令第40号、令和3年2月25日公布、令和3年4月1日施行)に基づき、へき地にある医療機関等において、看護師、准看護師、薬剤師、臨床検査技師及び診療放射

線技師が行う診療の補助等の業務について、労働者派遣が可能になった。これにより、新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種業務について、へき地の接種会場への看護師及び准看護師の労働者派遣や社会福祉施設等への看護師の日雇派遣などが可能になり、看護師不足解消のための緊急対策の1つとして機能した。もともと、日雇派遣労働は、派遣元・派遣先の双方で雇用管理や教育訓練が不十分なことが多くトラブルや労働災害が起こりやすいことから、労働者派遣法35条の4で派遣が可能な職種が限られており、それによるとこれまでは看護師の日雇派遣は禁止されてきた。それを今回の新型コロナウイルス感染拡大により緊急特例措置として看護師の日雇い派遣が認められることになったものである。もっともこうした法律の改正に基づく特例措置でなくても、平時から人員配置基準の見直しや待遇改善により直接雇用としての看護師の人員の確保と看護体制の整備をしておくことが必要であろう。

### (3) 医療関係者チームとしてのワクチン接種

ワクチン接種関連の医療事故として、2022（令和4）年11月愛知県愛西市の集団接種会場で、新型コロナウイルスの4回目のワクチン接種を受けた女性が、接種5分後に体調が急変し救急搬送され、その後に死亡するということが起こった。同県医師会は、「アナフィラキシーが疑われ、アドレナリンの筋肉注射をしても救命できなかった可能性が高いが、躊躇なくアドレナリンの筋肉注射をすべきだった」などの検証結果を報告した。12月、岡山県医師会等では、突然起こるアナフィラキシーなどに備えて、迅速にアドレナリンの筋肉注射ができる体制などを明確にして、医師や看護師もそれに向けた訓練をするという研修を行っている。研修では、看護師が、経過観察エリア内で接種した人を見回りながら声をかけ、気分が悪そうにしている人をベッドに運んで脈拍や血圧を測定することや、アドレナリン0.3mlの筋肉注射を必要に応じて5分から15分毎に再投与する手順を実演しながら、それを参加者全員で確認している。

国は、「ワクチン接種業務の適切な実施を確保するための措置として、へき地のワクチン接種会場への派遣に当たっては、ワクチン接種の実施主体である市町村等において、ワクチン接種方法等についての事前研修を実施すること。へき地以外のワクチン接種会場への派遣に当たっても、同様の事前研修の実施を求めること」という趣旨の通知を発している<sup>(5)</sup>。ワクチン接種方法等の事前研修と併せて、緊急時の対応の仕方についての研修も必要である。ワクチン集団接種会場での死亡事故を機に分かったことだが、国家資格者とはいえ医師や看護師等は個々にスキルや知識が異なっているので、人数さえ確保して会場に配置さえすればよい、それでいつでも急変に対応できるといった考え方は通用しないことが人々に知られる結果になった。ワクチン接種には、現場での医療関係者がチームとして密接に相互連携ながら、事故を発生させないことや、万が一事故が発生しても落ち着いて緊急時の対応が十分になされることが強く求められている。緊急事態発生時も踏まえた看護師等の人員体制の整備が必要であることはいままでもない。

### (4) コロナ禍での自宅での看取りと地域包括ケアシステム

高齢者や基礎疾患のある者は、新型コロナウイルス感染症等で重症化しやすく、また、生活習

慣病等の患者には、継続的・総合的に質の高い医療を提供する必要がある。そうすると病院だけでなく「かかりつけ医」の役割も重要である<sup>(6)</sup>。また、コロナ禍では、入院病床がひっ迫して、重篤状態になっても入院できない場合も多く発生する。そうした場合には、在宅での医療提供や看取りの体制が必要とされる。川上改革と言われる地域医療構想と川下改革と言われる地域包括ケアシステムは同時に展開されてこそ効果が発揮できるのだが、「高齢化、多死社会、人口減少」という現在の社会状況では、医療・介護等の社会保障費削減や看護師等の人出不足などが避けられないため、その実現についてはなお厳しい状況が続いている。地域包括ケアシステムにおけるコロナ患者への医療支援については、特に、本人・家族・医師や看護師等のケアチーム間で、日頃からできる範囲とできない範囲を話し合っておく必要がある。地域の実情や個人の実情に応じて、看取りまでも想定して話し合いを重ね、最期に起こりうる体調の変化、急変時の連絡先（ただし、医師や看護師がすぐに訪問できない場合があることに留意する）、葬送の連絡先等を周知しておくことが重要である。そうすることによって、戸惑いを少なくして自分らしい人生の最期を迎えることが可能になると思われる。地域包括ケアシステムにおいては、コロナ感染症患者だけでなく、すべての住民の自宅での看取りが可能となるような体制構築がめざされているのであり、誰もが安心して人生の最期を迎えられるよう、日常の在宅生活の軸が揺らぐことのないよう看護師等の人員体制の早急な整備が望まれる。

## 4 国の支援と今後の対策

### (1) 国が行う医療関連の支援

2020（令和2）年度には、国としてコロナ禍事態の長期化と次の流行の波に対応するため、図表III-6の通り、医療関連の支援策がとられた。医療機関には重点医療機関の病床確保や設備整備支援が行われ、看護師等の医療従事者には慰労金の支給やマスク等の医療用物資の配布があった。

図表III-6 新型コロナウイルス感染症に伴う医療関連への支援

①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	新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金支給。
	マスク等の医療用物資の確保・配布。
②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	重点医療機関の病床確保や設備整備支援。
	診療報酬の特例的な対応。
	福祉医療機構の優遇融資の拡充。
③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	福祉医療機構の優遇融資の拡充。
	救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策。
	地域医療機関の感染拡大防止等の支援。
④万全な検査体制 ワクチン・治療薬の開発支援	検査センター設置。PCR・抗原検査の実施。
	ワクチン・治療薬の開発資金の補助。 ワクチンの生産体制の整備補助。

（出典） <https://www.mhlw.go.jp/content/000648021.pdf>（2022年5月29日検索）

### (2) 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労交付金事業

2020（令和2）年に、国は、新型コロナウイルス感染症患者の治療に当たる医療機関の医療従事者や職員、すなわち、①感染すると重症化するリスクが高い患者との接触を伴う者、②継続して提供することが必要な業務である者、③医療機関の集団感染の発生状況から相当程度心身に負担がかかる中で強い使命感を持って業務に従事している者に対して、その慰労を目的として「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労交付金事業」を行った。具体的には、都道府県から役割を指定された医療機関等に勤務し患者と接する医療従事者や職員に対し、最大20万円、その他の病院、診療所等に勤務し患者と接する医療従事者や職員に対し、5万円が給付された<sup>(7)</sup>。慰労交付金は、事業主が労働者への賃金、給料、手当等として支払うものではなく、国による特別給付金であり、また、非課税所得として源泉徴収しないこととされた。

### （3）労災保険給付と新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援制度

新型コロナウイルス感染が労災保険給付の対象とされるのは、業務に起因していると認められる場合である（業務起因性）。ただし、医療・介護の従事者については、業務外で感染したことが明らかな場合を除き、原則として労災の対象とされており、図表III-7の通り、2022（令和4）年1月現在の医療従事者等の労災保険給付の請求は92,917件、支給件数は71,703件であった。

図表III-7 新型コロナウイルス感染症に係る労災請求・決定件数（令和4年11月30日現在）

	令和元 年度	令和 2年度	令和 3年度	令和4年 4～11月	累計 ( )は医療従事者等
請求件数	1	8,477	22,897	97,150	128,525 (92,917)
決定件数	0	4,749	19,691	74,406	99,846 (71,975)
うち支給件数	0	4,556	19,526	75,311	99,393 (71,703)

（出典）<https://www.mhlw.go.jp/content/000694821.pdf>（2022年12月17日検索）と

<https://www.mhlw.go.jp/content/000627234.pdf>（2022年12月17日検索）を参照して筆者作成。

これと関連して、「新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援制度」は、新型コロナウイルス感染が長期化している状況下、経済活動の回復と感染症防止対策の両立を図らなければならない中で、感染や命の危険を覚悟のうえで、治療や国民の健康を守るために懸命に努力している医療従事者が、安心して医療に従事できるための支援策を講じることにより、医療提供体制の維持を図ることを目的としたものである。公益財団法人日本医療機能評価機構は、本制度の運営機関として、医療機関の保険加入手続、保険料の徴収、国の補助金申請の代理、医療団体からの寄付金（寄付金補助）の管理等の制度運営業務を行っている。保険料は、医療従事者1名あたり1年間1,000円である。医療機関に勤務する医療従事者が、業務に起因して新型コロナウイルス感染症、第一類～第三類感染症、指定感染症のいずれかに罹患して政府労災保険等の認定を受けて休業4日を経過した場合に休業補償保険金30万円、また、死亡の場合に死亡補償金500万円が支給されることになっている。各補償は、政府労災保険等の給付（療養補償給付、休業補償給付、遺族補償給付）が決定された場合に保険金が支給され、休業日数の認定は、政府労災保険等における決定に従って支給される<sup>(8)</sup>。ただ、この制度は2022（令和4）年度分から募集をしないことに

なっている。

#### (4) 看護職員等処遇改善事業、看護職員処遇改善評価料

看護職員等処遇改善事業は、2021（令和3）年11月19日閣議決定された「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」に基づき行われた。この事業は、新型コロナウイルス感染症への対応と少子高齢化への対応が重なる中で働く看護師等の収入の引き上げを図ることを目的としている。地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関の看護師等を対象に、賃上げ効果が継続される取り組みを行うことを前提として、収入を1%程度（月額4,000円）引き上げるための措置を2022（令和4）年2月から前倒しで実施するために必要な経費を都道府県に交付している。対象期間は2022（令和4）年2月～9月の賃金引上げ分で、以降も別途賃上げ効果が継続される取り組みを行うこととされた。地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関とは、一定の救急医療を担う医療機関（救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関）であり、対象は看護師等のほか、看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルに対してもこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めている<sup>(9)</sup>。また、2022（令和4）年度診療報酬改定により、看護職員処遇改善評価料が新設されて、2022（令和4）年10月以降の賃金を3%程度（月額12,000円相当）引き上げるようになった。

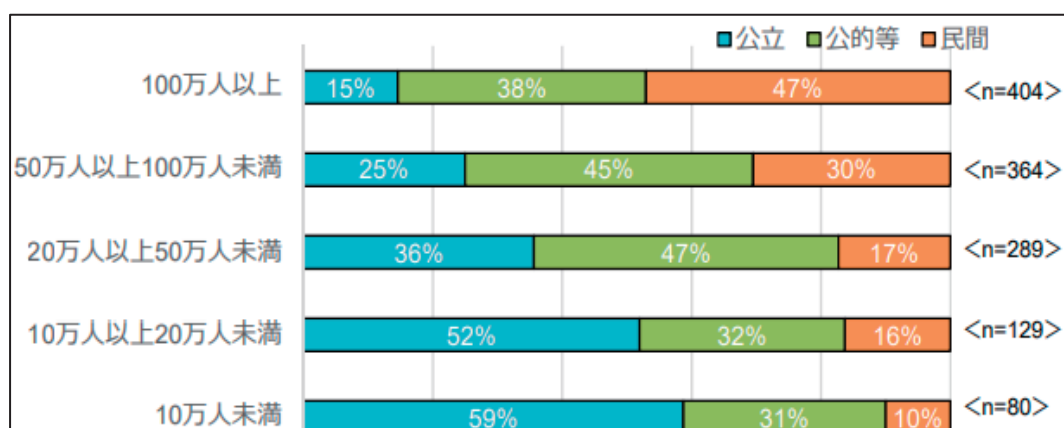
#### (5) 医療提供体制の強化

2022（令和4）年11月25日、新型コロナウイルス感染症対策本部決定の「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」によると、医療提供体制の強化としては、①入院を必要とする者が、迅速に病床又は臨時の医療施設等に受け入れられ、確実に入院につなげる体制を整備する。2021（令和3）年夏の各都道府県のコロナ感染ピーク時においては最大約2.8万人の入院が必要となったが、今後、感染力が2倍となった場合にも対応できるよう、各都道府県の「保健・医療提供体制確保計画」（2021（令和3）年11月末策定）において、ワクチン接種の進展等による感染拡大の抑制効果等も勘案しつつ、2021（令和3）年夏と比べて約3割増（約1万人増）の約3.7万人が入院できる体制を構築する。あわせて、入院調整中の人や重症化していないものの基礎疾患等のリスクがある人が安心して療養できるようにするため、臨時の医療施設・入院待機施設の確保により、2021（令和3）年夏と比べて約4倍弱（約2.5千人増）の約3.4千人が入所できる体制を構築する<sup>(10)</sup>。また、国・都道府県の協働による臨時の医療施設等の新增設、高齢者受入れを想定した介護対応力の強化を図る。②感染ピーク時に、確保した病床が確実に稼働できるよう、都道府県と医療機関の間において、要請が行われてから確保病床を即応化するまでの期間や患者を受け入れることができない正当事由等について明確化した書面を締結するとともに、休床病床の運用の効率化を図りつつ、病床使用率を勘案した病床確保料の見直しを行うこと等により、都道府県による病床確保努力を阻害することのないよう十分配慮した上で、感染ピーク時において確保病床の使用率が8割以上となることを確保することなどが定められている<sup>(11)</sup>。

## (6) 新興感染症などの有事に対しての今後の対策と改正感染症法の成立

新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ可能な医療機関を構想区域の人口別にみると、図表III-8の通り、人口100万人以上では民間病院が多かったことが分かる。人口50万人以上100万人未満と20万人以上50万人未満では公的等病院、そして、10万人以上20万人未満と人口10万人未満では公立病院が患者を多く受け入れていた。

図表III-8 構想区域人口と新型コロナウイルス感染症患者の受入医療機関



(出典) 第27回地域医療構想に関するワーキンググループ(令和2年10月21日)資料  
「新型コロナウイルス感染症を踏まえた 地域医療構想の考え方について」68頁。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000684860.pdf> (2022年5月15日検索)。

病床が世界一多い日本で一部の医療機関の病床が逼迫したのは、地域医療構想による病院の統合や病床再編の影響があったと考える者もいるが、むしろ、地域医療構想が滞っていることで、医療機能を適切に発揮できる病床の整備が不十分であり、地域内の連携がスムーズに進まなかったことによる影響があったと考える者もいる。ただし、これは地域医療構想の課題と共通していて、新型コロナによって場当たりの対応が浮き彫りになったのであり、このままでは有事の対応が困難なため、2025(令和7)年以降の人口構造の変化を見据え段階的に取り組みを進めていく必要がある。新興感染症などの有事に対する今後の対策として、第8次医療計画(2024年度~2029年度)では、これまで「5疾病5事業」であったものが、事業のなかに新たに「新興感染症対策」が追加され、「5疾病6事業」に再編成されることとなり、現在その作業が進められている<sup>(12)</sup>。また、2022(令和4)年12月2日に成立した「改正感染症法」には、コロナ禍の状況を踏まえ、平時に都道府県等と初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関に対し、一般診療を制限して感染症医療を行うことに対し、減収相当分を補填する「流行初期医療確保措置」が盛り込まれた。2024(令和6)年4月の法施行まで期間があることから、特に一般病床の活用等の基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で準備を行うことが必要である。

## 6 小括

新興感染症に感染すると、全ての人が命の危険になるわけではないが、発生初期には、原因や感染経路や治療がわからないため、それがわかるまでに感染力が強い感染症であれば急速に感染が拡大する恐れがあり、その分国民の不安も大きくなる。その不安が歪んで受け止められてしまうと、感染症患者とその家族、医療関係者などがいわれのない非難や差別を受けてしまうこともある。今回のコロナ禍でもこのようなケースが起こっていた。まず、新型コロナウイルス感染症防止のために国民側に求められるのは、①身体的距離の確保、②状況によってマスクの着用、③手洗いの励行などを継続することであり、また、患者や家族、医療関係者等に対して非難や差別をしないことである。

次に、看護体制の整備としては、コロナ病棟で勤務する看護師を選定する場合には、本人の意思、看護技術、基礎疾患の有無、同居家族の状況などの確認を可能な限り行ったうえで選定するという考え方も必要である。適切な人員配置をしても、クラスター発生になれば、濃厚接触者の看護師が数週間自宅待機となり人員不足の状態に陥ることもある。この場合、別の病棟の看護師がコロナ患者専用病棟に急に配置されるなどして、緊急事態になれば、本来、配置すべき人数の看護師が足りなくなることが大いにありうる。平時から余裕のある人員確保をしたうえで、看護師に対して感染管理等の教育を行い、感染症の対策を地震や火災などと同様に一種の「有事」としてシミュレーション訓練等を実施しておくことが大切と言える。

新興感染症や有事の事態に臨機応変に対応して看護サービスを提供していくには、まず、平時から必要な看護師の人数を配置しておくことである。教育やスキルや経験年数なども一時的、または、継続的に勘案しながら人員体制を整備することが、スタッフ全員の業務効率を改善することにつながり、結果として一定水準の看護を提供することが可能になる。患者に安心して安全な一定水準の看護サービスを提供していくには、安心して安全な一定水準の労働環境・労働条件で働きやすい職場づくりを進めていくことが必要であり、これは、有事においても十分な看護サービスを提供することができる看護体制の重要な要因である。地域医療構想のもとに置かれている医療機関の再編成と地域包括ケアシステムによる在宅医療の充実、その双方において、コロナ感染症に罹患したとしても、人生の最期を在宅生活のなかで最後まで支援できるように、それを見越して看護師等の人員体制を整備する必要がある。

次に、医療機関のトップなどが、新型コロナウイルス感染症の対策を地震や火災などと同様に「有事の体制」と明示すれば、「有事」として病院全体の迅速な意思決定や部門間調整や資源投入を行うことができるであろう。また、全職員に対して自施設の使命と職員の尊厳を守る姿勢を明示すれば、職員が安易に離職を選択することはないと思われる。医療機関の人材確保については、医療法に基づく人員配置基準や診療報酬の加算要件の人員体制が決められているため、急に人員を増員したり、配置変更することが困難な場合も多い。予備の人員を確保することが経営上の理由で困難であるならば、平時に仕事している者を有時に配置転換できる柔軟な人員体制を構築する必要がある。さらに、個々の医療機関だけでこの体制を構築することが難しいのであれば、その地域全体で人材を確保することも考えなくてはならないであろう。例えば、平時に地域の疾病予防センターを自治体が設置・運営することで、そこで雇用されている看護師を有効活用し、有事に柔軟に配置転換するというようなことなどを地域の医療機関と予め協定を結んでおくことも

考えられてよいのではないか。

国としては、地域医療構想の目的である、効率的に効果的に限られた医療資源を活かすために病床機能の分化・連携を構築することを進めていくとともに、それと並行して、「有事」や感染症発生時に備えた取組みを「平時」から構築しておく必要がある。感染症発生時、感染拡大時、感染終息時のそれぞれの局面に合わせて、感染症専門医師や感染症管理認定看護師等を中心に、個々の医療機関の全職員で対応する場合、また、複数の医療機関等の応援体制で対応する場合、そして、現在のコロナ禍を遥かに超える未曾有の事態のナショナルミニマムの確保として対応を行う場合など、それぞれの段階に応じた対応の仕方を想定しておく必要がある。

最後に、今後に向けて、新型感染症等の「有事」への対策は、看護師等の人員体制を整えさせてさえおけば、あとは国や医療機関側に任せておけばいいということではない。超高齢社会による多死社会と併せて、感染症等と関連した「急死、突然死」などで自分が死亡する場合と自分が家族を看送る場合などを日頃から家族や地域の関係者と話し合っておくことが必要である。また、国民が一体となってそれぞれが置かれた環境の中で、感染症予防の行動を引き続いて行っていくことなども必要であろうと考える。

(1) 大釜恵「つなぎ式感染防護服の2時間着用による防護服内温度・着用感と改善策の検討」

[https://www.jstage.jst.go.jp/article/kenkouigaku/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/kenkouigaku/_pdf) (2022年6月1日検索)。

(2) 寺岡征太郎『日本看護協会 2020年度新型コロナウイルス禍における看護職へのメンタルヘルス・ケア』

12頁。[https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid\\_19/](https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/) (2022年4月1日検索)。

(3) 鎌田久美子「コロナ禍における看護職員確保の現状と課題 ～第8次医療計画に関する日本看護協会の提案～」

3頁。<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000851588.pdf> (2022年4月25日検索)

(4) 同上書、3頁。

(5) 厚生労働省「新型コロナワクチン接種会場への看護師の労働者派遣について」

令和4年9月5日第90回社会保障審議会医療部会資料3、1頁。

<https://www.mhlw.go.jp/content/11650000/000986346.pdf> (2022年12月29日検索)。

(6) 厚生労働省「第8次医療計画、地域医療構想等について」第7回第8次医療計画等に関する検討会(令和4年3月4日資料1) 90頁。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000911302.pdf> (2022年12月27日検索)。

(7) 厚生労働省 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580_00001.html)

(2022年8月15日検索)。

(8) 公益財団法人日本医療機能評価機構「新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援制度」

<https://jcqhc.or.jp/w-comp> (2022年4月30日検索)。

(9) 厚生労働省「看護職員等処遇改善事業」 <https://www.mhlw.go.jp/content> (2022年4月15日検索)。

(10) 新型コロナウイルス感染症対策本部「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」令和3年11月19日(令和4年11月25日変更)、53頁。

[http://www.kantei.go.jp/singi>novel\\_coronavirus>taisaku\\_honbu](http://www.kantei.go.jp/singi>novel_coronavirus>taisaku_honbu) (2022年12月25日検索)。

(11) 同上書、54頁。

(12) 厚生労働省医政局地域医療計画課長谷川学「地域医療計画・地域医療構想の今後」23頁。



<https://www.city.shimonoseki.lg.jp/uploaded/attachment/9173.pdf> (2022年12月26日検索)。なお、5疾病とは、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神病であり、6事業とは、救急医労、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療、新興感染症対策である。

(紫牟田佳子：大牟田市役所保護課、助産師、博士 (アドミニストレーション))

## IV コロナ感染症拡大を受けての特例措置と社会保障法

### 1 問題意識

新型コロナウイルス感染症の脅威に悩まされ続けてはや3年が経とうとしている。今年(2022(令和4)年)末にはインフルエンザとの同時流行の可能性が指摘されており、政府は、1日当たりの感染者数を最大でコロナ45万人、インフルエンザ30万人と想定していることが報道された。長期にわたるコロナ禍は国民生活に大きな影響を与えると同時に、これまであまり意識されてこなかった感染症予防・公衆衛生の分野に再び国民の目を向けさせることになった。公衆衛生については、これまでは、伝染病予防・感染拡大防止など社会防衛を目的とした患者隔離等の規制行政を中心とする法分野であり、基本的に社会保障法とは別個の法体系に属すると考えられてきた。ただ、公衆衛生のごく一部を構成する個人的な疾病予防サービス(予防接種、健康診断等)だけが社会保障法の範囲に取り込まれるというのが通常の理解であった。いずれにせよ、公衆衛生の分野は社会保障法が積極的に取りあげることとはしてこなかったといえる。しかし、2020(令和2)年1月以降、新型コロナウイルス感染症の世界的大流行(パンデミック)が、その認識を一変させることになった。コロナ感染症拡大は、患者数、重症化度、感染の世界的な範囲、その期間の長さ、社会経済生活に及ぼす甚大な影響など、すべての点においていまだ経験したことのない大惨事をもたらすこととなった。

医療分野が受けた打撃も計り知れないものがある。2021(令和3)年夏の「第5波」の頃から、入院が必要な重症の患者であっても病床が足りず、医療機関が入院を断らざるを得ない「医療崩壊」現象が起きはじめ、自宅療養中の患者のなかにも容体が急変して医療サービスを受けられなまま死亡するといったケースも頻発した。国民皆保険が事実上機能しなくなる危機に見舞われたのである。医療に従事する関係者も初めての得体のしれないウイルスを相手に、恐怖心と闘いながら、緊急かつ窮迫した事態のなかで、身体的にも精神的にも追い詰められた状態で仕事に携わらなければならない日々が延々と続いた。これに対して、コロナ対応病院に対しては診療報酬の加算のほか、2020(令和2)年5月にはコロナ対応に追われる医療機関の従事者に最大20万円を支給する「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」の交付など優遇策が講じられることになった。

感染症対策の中心的役割を担った保健所の業務も同様に過酷をきわめた。感染検査、症状の把握、入院・ホテル隔離・自宅療養などへの患者の振り分け、それぞれの状態を常に把握したうえで患者への食糧その他の支援、すべての患者の病状記録等を行う業務がすべて保健所に任されたため、保健所はパニック状態に陥り、職員には想像を絶するような過重労働がなお続いている。

2022（令和4）年9月26日から新型コロナウイルス感染者の発生届を高齢者ら重症化リスクの高い人に限定する全数把握の簡略化が全国一律で実施されたが、それでも保健所業務の繁忙は変わっていない。最近では、将来をも見通した恒常的な感染症対策として、病床確保などを地域の中核病院に義務付けることを内容とする感染症法などの改正案が2022（令和4）年10月25日、衆議院本会議で審議入りした。都道府県と中核病院が事前に病床確保に関する協定を結び、これに反した病院は診療報酬を減じる場合があるなど、事実上の強制力をもった強引な感染症病床確保策といえる。

想定外のコロナ感染症拡大とはいえ、所得保障の分野も含めて、政府のとった対策は、国民の視線からみれば、いかにもその場しのぎのつぎはぎ的対応に見えたであろう。しかも、その効果がハッキリとは見えてこなくて将来が見通せないなどの多くの批判を浴びることとなった。コロナ禍もいかげんこれで終わりにしてほしいが、しかし、地球温暖化、グローバル経済といった現在の地球環境の急激な変化の様子からみれば、いつまた同様の感染症災害が起きないとも限らない。そこで、本章では、①感染症対策も含めた疾病予防について、従来の社会保障法学はどのような位置づけを与えられてきたのか、「医療保障」論と「生活障害給付」（荒木説）との関係をもとに考える、②疾病予防・介護予防を社会保険法（医療保険法・介護保険法）のなかに取り込んで実施することの適否、③予防措置に対する保険者・事業所・被保険者たる個人へのインセンティブ、ディスインセンティブ付与の妥当性、④所得保障対策としてのコロナ感染症特例措置の適否などにつき検討を加えた後、最後に、⑤コロナ禍を契機にわれわれは何を学ぶかにつき考えていきたいと思う。すなわち、今回のコロナ感染症拡大は現行の医療制度や所得保障制度の不備や矛盾を顕在化させることになり、そのことによって、早急の制度改革をせざるを得なくなった。そこで、これをきっかけに将来の感染症拡大に対応できる新たな社会保障制度の構築に向けての模索の動きなどにつき、荒木誠之氏の考え方（以下「荒木理論」と称する）を織り交ぜながら、若干の考察を加えたいと思う。約3年間にわたる個別的・具体的な医療保障対策・所得保障対策のそれぞれの個別施策については、その有効性や妥当性にいくつかの疑問点はあるものの、その評価は別の機会に譲りたいと思う。

## 2 「医療保障論」と「生活障害給付」

20世紀初頭までの公衆衛生は、結核等感染症対策が中心であり、それは個人的予防対策というより社会防衛的な要素が強く、社会保障とはまったく別の規制行政の一分野だと見られてきた。また、要保障事故が発生していない段階に属する「予防」は社会保険医療の対象ではないとされてきたし、現在でも原則としてはそうである。「予防」が社会保険医療への接近を来すようになったのは、ごく最近のことである。その理由は、①死亡に至るような疾患が、従来の感染症から生活習慣病と呼ばれる慢性疾患へと変化し、それらは、心筋梗塞や脳血管疾患といった重篤な疾患に結びつくことが医学的に証明され、それらのリスクを負った人の把握がかなりの確率で可能となってきたこと（疾病構造の変化）、②医療費の増大に対して、それを抑えるために予防の重要性が認識されるようになったことである。こうした変化を受けて、これまでの治療中心の医療を改め、予防に重点を置いた予防・治療・リハビリテーションの一貫した包括的医療体制の確立

が主張されるようになる。これがいわゆる「医療保障論」の考え方である<sup>(1)</sup>。

ところが、1965（昭和40）年の段階で、荒木誠之氏は、社会保障体系の柱の一つとして「生活障害給付」という新しい概念を立て、「医療給付を治療のみに限定せず、予防からリハビリテーションまでを含んだ包括的な体系のなかに位置づけ、それを法制度面でも明確にすることが必要である」と述べて、医療保障論と同様の主張をしている<sup>(2)</sup>。さらに続けて、障害保障給付は、生活障害を取り除き労働能力を回復させることを目的とする給付の体系であるから、保険のシステムになじまない<sup>(3)</sup>。「障害保障給付は、生存権維持の基礎的条件である労働能力＝所得能力の回復または維持のための給付である。その性質からいえば、社会がその社会構成員に対して当然提供すべき給付といわねばならない。したがって、障害保障給付の費用は、原則的には、国費又は公費によって支弁すべきものである」<sup>(4)</sup>と述べ、医療給付は社会保険方式ではなく、無料またはそれに近い社会サービス方式に切り替えることが望ましいと一貫して主張している<sup>(5)</sup>。それにもかかわらず、「医療保障論」に対しては、「医療保障論は、論理的に医療保険の否定に行き着くものであると思われる。医療を保険の枠から解放して、社会サービスの方式に切り替えるとき、疾病の予防・治療・リハビリテーションが実質的に一貫した体系を与えられるからである」とこれに真っ向から反対する立場を表明している<sup>(6)</sup>。

今となっては想像する以外にはないのだが、予防・治療・リハビリテーションの一貫した医療体制の確立そのものには賛成なのだが、福祉サービスとは別立ての「医療保障」だけを独立させることの意味は何かという疑問から始まり、むしろ「医療保障」という新たな概念を社会保障法体系のなかに立てる必要はなく、福祉サービスも含めた「生活障害給付」の一内容として説明されるべきだということが反対の理由であろうか。それとも、医療保障論によって予防と治療を連結するのであれば、社会保険方式から脱して公費による社会サービスへの転換が必要になるので、結局新たな制度構築という立法論にならざるを得ないというその点を批判の根拠にしているのか、そのあたりは定かではない。だが、荒木氏自身も、社会保険方式は一般に所得保障に適した保障方法であって、医療や介護・福祉サービスの提供は「保険になじまない」という考え方をどこかで持ちながら、他方で、社会保障法の体系を構築するうえでは、社会保険の技術を使うかどうかは立法選択の問題であって給付の性質を変えるものではないとも述べている。そのことと「医療保障論」に対する批判とは一見矛盾しているのではないか。このことは、老人保健法に対する評価と介護保険法に対する評価とがまったく違った視点とトーンで描かれていることにも表れているように思われる<sup>(7)</sup>。荒木氏には、もともと社会保険方式＝所得保障のための方式という考え方があり、そのことは医療保険が成立する初期の段階では、医療保険は明らかに労働者の医療費負担の補償だったとの記述からも見て取れる。しかし、社会保障法の体系化には、どうしても社会保険と公的扶助、社会福祉という従来からの制度別体系を否定して、給付の性格を本質的なメルクマールにした給付別体系にする必要があるという考えから、社会保険方式をとるか税方式にするかは政策の選択の問題だという説明をせざるをえなくなったと思われる。しかし、保障方法の問題は絶対的ではないにしても、給付の性質から望ましい方法というものがあることは常に念頭にあったであろう。社会保障法という学問分野を確立するための体系論を構築するうえでの最優先的基準（「要保障性的構造と程度、給付の性質」）と、各給付（荒木氏でいえば所得保障給付と生活障害給付）に適した保障方法あるいは財源調達方法があるということとは区別して、特に後

者の論点についてももう少し詳しい説明を聞きたかったというのが感想である。

次に、予防と医療との関係についてである。現在では、予防を医療費抑制策として位置づけることがいわば常識となっているが、当時は、まだそのような意識ではない。「生活障害給付」はその目的を「労働能力の回復」にしているもので、傷病が治癒したとしても、運動機能障害が残っていれば労働能力は回復していないことになる。そこで労働能力が回復するまではリハビリテーションの措置が必要になるということで、治療とリハビリテーションの関係についてはすんなりと説明がつく。一方、予防と治療が結びつく理由については、荒木論文では、明確に述べた部分はないように思われる。わずかに「保健給付（疾病予防給付）」という項目で「健康を維持し疾病を予防するための保健給付は、疾病の発生後における医療給付と不可分の関係にある」と述べているのみである。そこからは、人類の共通の願いとしての「まずは健康であること」（健康権）、それがかなわなかったときだけ医療給付により健康を回復させるという当然のことを指しているように思われる<sup>(8)</sup>。

その点よりも、荒木理論が投げかける問題は、「予防」に関する給付は公費によるべきであって、それと「治療」を有機的に結合させようとするれば、医療制度全体を社会サービス方式に切り替える以外にはないといったことの方であろう。社会保険はあくまでも要保障事故発生後の事後的救済のための仕組みであり、要保障事故発生前の対応である予防とは相容れない。だから、もし両者を結びつけるとすれば社会保険方式からの解放しかないという論理展開になるのだろうか。とすれば、最近の傾向である社会保険制度の枠内で、社会保険制度を利用した各種の「予防給付」の提供には反対の立場ということになるだろうか。「一切の医療給付を一元化して、包括的医療法を設け、あわせて疾病の予防を目的とする給付（伝染病予防のための予防接種や一般的定期健康診断等）をもこれに包摂することが望ましい」<sup>(9)</sup>という文章をみると、「包括的医療法」とあり、「包括的医療保険法」という表現ではないところをみると、社会保険の枠内での「予防」は当時は考えられていなかったと思われる。しかし、現在では、疾病構造の変化、生活習慣病対策の重要化等の新しい社会状況が生まれている。医学的に疾病の危険を生ぜしめる一定のリスク集団の把握が容易になったこともあり、いまや「予防」についての医療保険の役割にも新たな要素が付け加わろうとしているとみることもできる。ただ、生活習慣病の予防は、その人の食生活・運動・生活のリズム等個人的責任の部分が多々あるので、それをその人が支払う保険料で賄うことにはそれなりの理由が成り立つかもしれない。ただ、これとて、個人責任とはいえない遺伝的要因や労働・生活環境的要因もあるので確定的なことはいえないであろう。ましてや、今回の新型コロナウイルス感染症の世界的拡大は、個人的責任の話ではない。医療保険に今回のコロナ感染症予防の役割を担わせることは不可能とってよい。

### 3 予防と社会保険

「予防」という用語には、大まかにいって2つの意味がある。一つは健康保持・早期診断・早期治療といった個人的な疾病「予防」に関することである。もう一つは今回の新型コロナウイルス感染症のように全国的な規模で感染拡大防止のための措置をとる社会防衛的な意味での感染症「予防」である。ここでは前者の意味での「予防」について社会保険との関係を考えてみたい。

前者の予防はさらに以下の3段階に分けることができる。①第1次予防とは、疾病にかからないための予防であり、健康教育などの健康増進事業と、予防接種などの防御的処置がこれに含まれる。②第2次予防は、発症の初期段階での早期発見と早期治療による疾病の悪化防止活動を指す。③第3次予防は、疾病が発症した者に対して、治療を施し、心身機能の維持・回復をはかることをいう。③は予防というより治療あるいは重病化防止に向けた「治療」の段階（介護保険でいうと要介護度重度化防止）であるので、ここでは①と②を「予防」として取り扱うことにする。社会保険は、相互扶助の考え方のもとに同質的な保険集団を結成し、各自に保険料の拠出を求め、一定の保険事故（傷病、障害、要介護など）が発生した場合に、それに対する事後的救済を図るというリスク分散の仕組みとして考案されたものである。そのためいわば事前的防御策である「予防」を社会保険の枠内に取り込むことについては否定的な意見が多かったといえる<sup>(10)</sup>。それだからこそ、予防と治療を結びつける「生活障害給付」にあっては、社会保険の枠からの解放（社会サービス方式化）が必要条件とされたのである。

しかし、膨張を続ける医療費・介護費を抑えなくてはならないという喫緊の政策課題を受けて、政策のレベルでは、学説に先行する形で現行社会保険制度の枠内での予防施策が次々と実施されていった。たとえば、労災保険法のなかに「第二次健康診断等給付」（2001（平成13）年）、介護保険法には「新予防給付」（2005（平成17）年改正）、「介護予防・日常生活支援総合事業」（2014（平成26）年改正）、高齢者医療確保法には「特定健康診査・特定保健指導」（2006（平成18）年）というように相次いで「予防」のための給付が新設されることになったのである。もちろん学説においては、社会保険の目的と構造からいって、こうした「予防」給付を社会保険の枠内で実施することには抵抗を感じるという意見が出されている<sup>(11)</sup>。

他方で、メタボリックシンドローム等、そのまま放置すれば心臓疾患・脳血管疾患といった「深刻な保険事故に結びつきかねない事前の事態」を保険事故として位置づけ、それに対する健康診断や保健指導などを保険給付として提供することが可能ではないかと考える意見もある<sup>(12)</sup>。生活習慣病は、がん・脳卒中・心臓病等との因果関係が強く、それは食生活・飲酒・喫煙・運動等の本人の日頃の生活態度と深くかかわっていることが明らかになってきている。いわば、生活習慣病には本人の健康管理に対する「責任」に属する部分がある。したがって、それを本人自身が保険料を拠出した社会保険制度によってカバーすることはありうることもかもしれない。しかし、がん・脳卒中・心臓病等も本人の健康に関する心構えや生活態度とは関係のない遺伝因子や生活環境、外的要因（職場でのストレス）等によって起こる場合があることもはっきりしている。ましてや、今回の新型コロナウイルス感染症のように、本人の責任を問うことは難しい事態にあっては、これを社会保険の領域で対応することはおよそ考えにくいことである。

近年、「感染症から生活習慣病へ」と医療の中心的課題が変化し、それに絡めて予防の一部を社会保険制度のなかで運営していこうとしている動きがある。これに対して、コロナ禍は再び「感染症」の脅威をすべての人々に知らしめることになったし、それは社会保険による予防とはまったく違った災害級レベルの問題であることを明確にした。コロナ感染症の猛威を前にして、次々と対応策が打ち出されていったが、いずれも弥縫策にすぎないという批判も受けている。コロナ禍の経験を基にして、これまでとは違った感染症予防対策の必要性和、その根拠となる考え方、社会保障法との関係等、新たな仕組みや新制度への発想、そういったものがいま求められている

ように思われる。

#### 4 予防推進のためのインセンティブ・ディスインセンティブ

##### (1) 保険者に対するインセンティブ・ディスインセンティブ

さらに問題なのは、予防促進を図る場合に、予防に努める保険者、事業者、被保険者への利益提供（インセンティブ）、あるいは努めない者への不利益対応（ディスインセンティブ）がありうるかどうか、ありうるとしたらどのような方法と態様が可能なのかということである。2008（平成 20）年 4 月に施行された高齢者医療確保法では、医療保険の保険者に対して、40 歳から 74 歳までの被保険者および被扶養者を対象とした特定健診、特定保健指導の実施を義務付け、その実施率に応じて各保険者が負担する後期高齢者支援金の拠出額を、90%から 110%の範囲で、加算または減算する仕組みが導入されている（高齢医療 121 条 2 項）。もっとも、健保と国保では、そもそも特定健診・特定保健指導の実施率には最初から大きな格差があったのであり、その実態を無視して特定健診等の実施率だけを単純に比較したり、それとはまったく無関係な後期高齢者支援金とをからめるやり方では当初から批判の声が強かった<sup>(13)</sup>。協会けんぽでは、特定健診・特定保健指導の実施率のほか、後発医療品（ジェネリック薬品）の使用割合、保健指導対象者の減少率、要治療者の医療機関受診率などの評価指標に基づいて全支部（都道府県単位）の努力の程度に関する順位付けを行い、上位 23 位の支部に対して報奨金を交付することで、その支部の保険料率を引き下げるという対応がとられている。これとて問題なしというわけではない。

##### (2) サービス提供者に対するインセンティブ・ディスインセンティブ

介護保険制度では、介護報酬は要介護度が高くなればなるほど増額される仕組みとなっているので、介護事業所側からみれば、要支援・要介護度の改善に対する職員の意欲が湧きにくいという難点があることが当初から指摘されていた。そのため、最近では、医療・介護・福祉の分野では、予防も含めて「自立支援」のやり方や取り組み姿勢に関して実施機関や事業所に対する成果（アウトカム評価）、およびその成果に基づく優遇措置・不利益措置が次第に導入されてきている。2018（平成 30）年には、医療介護報酬同時改定に当たり、利用者の要支援・要介護状態が改善された事業所への成功報酬加算制度が導入された。たとえば、通所介護（デイサービス）では、日常生活に必要な動作の維持・改善の度合いが一定の水準をこえた場合、その事業所に対する報酬に加算することとし、反対に状態改善に消極的な事業所には報酬を減額するというものである。しかし、これに対しては、事業所が加算をとろうとするあまり、「特養において利用者の意に反して栄養剤を投与し、リハビリを重ね、歩行器で歩かせることを強いるような」事態が危惧されるといった批判がなされている<sup>(14)</sup>。

##### (3) 被保険者個人に対するインセンティブ・ディスインセンティブ

少なくとも第1次予防（健康教育、健康増進活動、予防接種など）については、これを被保険者個人の法的義務とすることは個人の生活領域への過度の介入につながり、プライバシーの侵害となる可能性が高いので望ましくない。特定健診・特定健康指導が保険者には義務付けられているが、被保険者には「勧奨」にとどまっているのはそのためである<sup>(15)</sup>。疾病予防促進のために、被保険者本人に対して何らかのメリットを与える処置については、その方法と程度によっては、許容される余地があるかもしれないが、予防に努めないという理由で個人にディスインセンティブを設けることについては極力慎重でなければならないであろう。メリット付与といっても、疾病率が高く、医療機関への受診が多い者とそうでない者との間に保険料に差をつけるといったリスク別保険料は、私保険ならばともかく、社会保険ではその趣旨から許されるはずはない。予防に努める者とそうでない者とのリスク別保険料も同様に否定される。だが、特定健診・特定健康指導が保険者の義務とされていること、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（2015（平成27）年5月）により、保険者が行なう保健事業のなかに、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援が追加されたこと（国保82条など）、健康増進法（2002（平成14）年公布、2条）、がん対策基本法（2007（平成19）年4月施行、6条）、介護保険法（4条1項）などに、健康維持やがん検診、能力の維持増進に対する国民の努力義務が定められていることなどから考えても、一定の対象者に対して過度にならない程度の内容でのインセンティブは許されるのではないかという意見が多い<sup>(16)</sup>。厚生労働省の「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドラインについて」（2016（平成28）年5月18日）によれば、①インセンティブの報酬の内容を個人の価値観に合わせて、魅力的なものとする必要がある（健康グッズ、社会的な表彰、商品券等）、②金銭的な価値が高すぎる報酬の付与（現金給付等）は、報酬を得ることのみが目的化しやすく、慎重に考えることが必要との認識が示されており、具体的事例として、健康づくりを行うとポイントがたまり、協力店舗からお得なサービス（洗車半額、マッサージの割引等）が受けられるなどの事例は適当との通知が出されている<sup>(17)</sup>。一定期間（たとえば1年間）医療給付を1回も受けなかった者に対する報奨金として金銭給付を与えること（無事故払戻し）や品物の贈呈は、無受診がその者の健康づくりへの努力の成果かどうかその関係がはっきりしないし、事実上の保険料減免の性格を有するので勧められない<sup>(18)</sup>。

自己負担の性格については、財源の確保、濫受診の防止のほか、サービスを受給した者とそうでない者との公平を図るという目的もある。確かに、介護サービスにおいても、施設入所者と在宅でのサービス受給者との間の不公平感をなくすために、部屋代と食事代を施設入所者から徴収するということは行われた。しかし、医療サービスは手術をはじめとして苦痛を伴う治療がかなりの部分を占めており、受診者とそうでない者との「不公平感」は介護サービス利用者のそれとはかなり違っているのではないか。最近の疾病状況の変化から社会保険に健康づくりまで含めた新たな役割を担わせる政策を強化していくのか（前者）、あるいは、従来のように社会保険は要保障事故発生後の対応という立場を堅持して、個人的予防については、あくまでも啓発の領域に留められるべきであると考えているのか、また、感染症拡大の防止など国や自治体が積極的施策を行う必要があるときは、その費用は公費による負担とするという考えに立つのか（後者）。荒木理論のその当時の立場からいえば明らかに後者の方であろう。

インセンティブ・ディスインセンティブの議論は、最近の社会保障のキーワードである「自立支援」およびその根幹をなす個人の「自律支援」とも関係しているように思われる。荒木氏の「生活保障」理論は、要保障者の意思や希望を重視するというより、現在置かれている生活困難状態（貧困、失業、疾病、老齢など）そのものに重きをおいて、その状態を取り除き、その者に健康で文化的な生活（生存権）あるいはそれ以上の生活水準（生活権）を国が直接保障するという基本的立場に立ってつくられている<sup>(19)</sup>。もちろん要保障者の意思を無視した生活保障はあり得ないだろうが、少なくともそこには要保障者の意思や行動が給付に影響を与えるという発想は希薄である。ところが、「自立支援」という用語には、「自立」という最終目標に向けて、給付提供者にも、受給者にも、ある理想的な意思や行動が積極的に求められるという意味合いが含まれているように思われる。たとえば、労働能力のある生活保護受給者であれば、経済的自立に向けて就労自立支援プログラムに意欲的に取り組むとか、傷病者・要介護者であれば、身体的自立に向けて積極的にリハビリを受け回復に励むとか、サービス提供者側からみれば機能回復のためのより効果的な方法を開発していくとか、そういった積極的行動が各自に要求されることになる。そうなれば、それぞれの取り組み姿勢によって、保険者にも事業所にも被保険者にもインセンティブやディスインセンティブというものがあろうかもしれない。ただし、「社会保障の第一義的な目的が国民の生活保障であるとしても、より根源的には、『個人の自律の支援』が社会保障の目的である」<sup>(20)</sup>となれば、少なくとも上記のような自立に向けた積極的取り組みを希望しない受給者に対して一定の行動を要求し、その対応の仕方によって不利益を与えることはできないことになろう<sup>(21)</sup>。こうした違いを考慮するならば、インセンティブ・ディスインセンティブの考え方は、荒木氏の「生活保障」理論からは直接導き出したい施策であるといえよう。とはいえ荒木「生活保障」理論は、あくまでも財政事情がそれほど窮迫していなかった当時の理論であって、社会保障財政の危機的状况を受けて社会保障制度の持続可能性が叫ばれている現在では、保険者、事業者、受給者のそれぞれに自立に向けての努力を問わざるを得なくなっている、そういう事態にまで追い詰められているとはいえるのかもしれない。

#### (4) 給付制限

被保険者が、正当な理由なく予防接種を受けないことや健康維持に努めないこと、介護保険の新予防給付を受けないことなどの結果、その後に疾病を自ら招くことになってしまったり、要介護度を悪化させた場合に、自己責任を追及して、給付を受けさせない、あるいは、自己負担を重くするといった不利益を課すことはできるのであろうか。医療費・介護費の急増とそれを負担する現役世代層の減少、それによる社会保障財政の危機を目前にして、さらに進んで、予防や自立支援に積極的に取り組まずに自ら疾病を招いた者に対しては、医療費を自己負担すべきであるという発想（悪行税、sin tax）も出てきている<sup>(22)</sup>。いわゆる自己責任による給付制限の問題である。健康保険法 116 条（自己の故意の犯罪行為）、117 条（闘争、泥酔又は著しい不行跡）、119 条（正当な理由なしに療養の指示に従わなかった場合）、介護保険法 64 条（自己の故意の犯罪行為、正当な理由なく要介護状態等の程度を増進させたとき）等では、被保険者の責めに記すべき事由により事故を自ら招くことになった場合、あるいは要介護状態を悪化させた場合には、保険者は、



給付の一部または全部を行わないことができると規定されている<sup>(23)</sup>。この規定は、被保険者が、明らかに故意による事故（酒酔い運転、無免許運転、自殺等）を発生させた場合に適用されるものであって、予防接種や予防給付の受給を拒否した者、あるいは、健康維持に努めない者に対して適用されるものではない（少なくとも第1次予防ではそうである）。また、自殺でもそれが精神的疾患による場合には例外扱いとなっているし、喧嘩・闘争、泥酔、著しい不行跡といってもその行為に至った事情、背景、相手方、程度等に違いがあり、それをどう客観的な統一基準で評価するのかとか、あるいは「その一部の支給を制限する」といってもどの程度の制限にするのかなど、実際の局面では困難な判断を迫られることが多い<sup>(24)</sup>。医療が国民生活を維持するうえでの基礎的条件であることを考えると、この規定の適用は制約的でなければならないし、ましてや、疾病予防においてこの規定が適用される余地はないといってよい。

## 5 コロナ対策と行動規制、病床確保

わが国の感染症対策は伝統的に3つの法律を中心に展開されてきた。水際防止対策としての「検疫法」、感染症予防および治療のための「感染症法」（「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」）、そして免疫対策としての「予防接種法」である。その他、保健所の設置根拠法である地域保健法など関係法令も多い。新型コロナウイルスは、下記特別措置法により「指定感染症」（2021（令和3）年2月まで）とされ、感染症法上の1類（エボラ出血熱、ペストなど）に準じた扱いとなり、都道府県知事は、患者に対して入院・就業制限・対物措置（消毒や立入制限、交通遮断など）等の措置をとることができるようになっていた。その後、2021（令和3）年3月からは「新型インフルエンザ等感染症」に変更され、感染症法上の2類相当（結核、ジフテリアなど）に加えてより幅広い措置がとれる位置づけとなった<sup>(25)</sup>。医療費については、医療保険が適用され、残りの自己負担分は公費で賄われる。予防接種法上は、国民が「受けるよう努めなければならない」ところの勧奨接種（集団予防目的のA類疾患）であり、かつ「臨時」予防接種に位置づけられる。接種費用は、通常は無料または一部自己負担（自治体および疾病によって異なる）であるが、新型コロナウイルス感染症に関しては特例で国が全額負担することになっている。

新型コロナウイルス感染拡大が確認されてから、政府によって2020（令和2）年2月に出された学校の臨時休校要請や大規模集会の自粛要請は、法的根拠や法的強制力のないものであったが<sup>(26)</sup>、2020（令和2）年3月、2021（令和3）年2月の「新型インフルエンザ等対策特別措置法」改正により、新型コロナにも同法適用の道が開かれ、一定の法的措置をとることができるようになった。大きくは、「緊急事態宣言」と「まん延防止等重点措置」とに分かれる。緊急事態宣言は、全国的なまん延を抑えるための対応であり、爆発的な感染拡大および深刻な医療提供体制の機能不全を避けるため、原則、都道府県単位で知事が事業者および住民に各種の「要請」を行うことができるものである。事業者には、時短要請・休業要請ができ、正当な事由なく要請に応じない場合、「特に必要があると認めるときに限り」、知事は「命令」を出すことができ、その事業者名を公表することができる（特措法45条3項、5項）。また、この命令に従わなかった場合に30万円以下の過料を科すことができる（79条）。地域住民に対しては、外出自粛要請、イベント開催制限・停止要請などを行うことができる（46条）。住民に対する措置については、緊急事態

およびまん延防止重点措置ともに罰則はない。まん延防止等重点措置（原則、6カ月以内）は、特定地域（原則、市町村単位）のまん延を防止するもので、感染者の急増および医療提供体制における大きな支障の発生を避けるために、知事は事業者に対して時短要請をすることができる。命令や事業所名公表、過料（20万円以下）については緊急事態宣言と同様である<sup>(27)</sup>。住民に対しては、営業時間以外の時間に当該業態に属する事業が行なわれている場所にみだりに出入りしないことなどの要請ができる（36条の6第3項）。休業要請・時短要請によって影響を受けた事業者に対しては、2021（令和3）年2月の特措法改正により、国は財政上の支援を効果的に講ずるものとされている（63条の2第1項）<sup>(28)</sup>。

個人に対する規制では、感染症拡大防止のためにコロナ感染者に対する罰則規定を盛り込むための感染症法改正案が議論されることになった。これまでの新型コロナ対策では、65歳以上の高齢者など重症化リスクの高いものには「入院勧告」、軽症者等については「宿泊療養」か「自宅療養」に分ける仕組みであったが、宿泊療養・自宅療養に関しては法的位置付けが与えられていなかった。そこで、宿泊療養者・自宅療養者であっても、要請に従わなかった場合、入院勧告の対象になることを明記し、勧告、入院措置を経て罰則による強制への道を開くことになった。当初、2021（令和3）年1月15日に示された厚生労働省による感染症法改正案では、①知事による入院措置を拒否したり、入院先から逃げ出した場合は、1年以下の懲役または100万円以下の罰金、②保健所による感染経路を割り出すための疫学調査に、正当な理由なく応じなかったり、虚偽の申告をした場合には50万円以下の罰金を科すという規定になっていた（2021（令和3）年1月22日閣議決定）。しかし、専門家会議では、刑罰を科すのは重すぎるのではないかという反対意見が出て、その後の国会の議論の中でも同様の意見が相次ぎ、結局、①の場合は50万円以下の過料、②の場合には30万円以下の過料という行政罰に変更されて、2021（令和3）年2月3日に成立、2月13日から施行された<sup>(29)</sup>。同時に検疫法も改正され、海外からの入国者に対して自宅待機を要請する権限等が明文化された。

コロナ予防ワクチン接種については、予防接種法附則7条に定める特例に基づき、臨時的に行う予防接種とみなされ（6条1項）、厚生労働大臣は、知事を通じて市町村長に対し臨時に予防接種を行うよう指示することができるとなっている。予防接種費用については、予防接種法では「接種を受けた者又はその保護者から実費を徴収することができる」ようになっているが（28条）、コロナワクチンに関しては特例で国が全額負担することになった（附則7条3項）。この予防接種は市町村長又は知事による「勧奨」の対象であり、対象者は接種を受けるように努めなければならないことになっている（接種法8条1項、9条1項）が、実際に接種を受けるかどうかは個人の判断に委ねられている。しかし、各種社会経済活動への参加にワクチン接種証明書の提示を条件にするとすると、事実上のワクチン接種強制となり、接種をしていない人への不利益取り扱いになりかねない。これは、感染拡大防止という公衆衛生上の課題と個人の自由や権利への制限との調整をどこで図るかという困難な問題への対応につながる。

2022（令和4）年6月15日に新型コロナウイルス対策を検証する有識者会議の報告書が公表された。病床確保のための医療機関の協力についての法的措置が不十分であったこと、かかりつけ医が組織的にかかわる仕組みがなく、発熱外来や自宅療養者への医療体制が手間取ったこと、検査体制の不備、特措法に基づく行動制限の要請を行う場合の情報提供など、2009（平成21）年の

新型インフルエンザ流行時の経験が反映されていないとして、医療機関に対する権限強化、および、政府に一元的に対策を指揮する司令塔組織を整備すること等が提言されていた。これを受けて、政府は、一連の改革に乗り出した。まず、今回のコロナ禍で一部の医療機関では発熱患者を受け入れない対応をとったところがあり、この反省の上に、厚労省は、「かかりつけ医」の役割を法律上明確にして、受診先を確保するための医療法改正案を 2023（令和 5）年の通常国会に提出する予定である<sup>(30)</sup>。また、米疾病対策センター（CDC）をモデルとした、疫学調査や臨床医療を一体的に取り仕切る専門家組織「日本版 CDC」の創設、および、有事に企画立案や総合調整機能を担う「内閣感染症危機管理庁」の新設など、感染症対策の司令塔機能の強化策を表明した。

医療機関に対する権限を強化するための医療法、感染症法、予防接種法、検疫法など一括改正法案（「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案」）の方は、2022（令和 4）年 10 月に審議入りしている。その内容はおよそ以下のとおりであるが、医療機関や国民の行動にかなりの制限や規制を加える内容となっている。①新型コロナによる医療の逼迫の経験から、病床の確保を公立・公的病院、大学病院などの「特定機能病院」および診療所と連携する「地域医療支援病院」（これらを「中核病院」と称する）に義務付ける。これに従わないと指定承認の取り消しとそれに続いて収入に当たる診療報酬の減額措置がとられる場合がある。②医師や看護師に加え、歯科医や臨床検査技師、救急救命士らによるワクチン接種も認める。③水際対策で、感染が疑われ、状況を報告しない帰国者への罰則を創設。④国が、マスクをはじめ医療物資の生産などを事業者に要請、指示できるようにする、⑤医療人材派遣等の調整の仕組みを整備し、医療人材について、国による広域派遣の仕組みや DMAT（災害派遣医療チーム）等の養成・登録の仕組みを整備する。⑥保健所の体制機能や地域の関係者間の連携を強化し、都道府県と保健所設置市その他関係者で構成する連絡協議会を創設するなどである。感染拡大の防止の観点からも感染者の治療の観点からも、緊急時の病床確保は必須の整備事項であろうが、現在も、看護師をはじめとして医療従事者の慢性的不足が問題となっている。コロナ患者受け入れ病棟も看護師等従事者に感染者が出て十分な対応ができなかったという話や、重症患者に対する人工肺機器（ECMO）を機能させるには 6～7 人近くの担当者が必要であるが、その確保が難しいという報道も目にした。単なる病床確保だけで片付く問題ではない。また、臨床検査技師や救急救命士らによるワクチン接種は医師法に抵触しないのか等の疑問も拭いきれない<sup>(31)</sup>。状況を報告しない帰国者への罰則規定もその適用次第では自由や権利への過度の侵害になりはしないかという不安もある。なお、この感染症法等一括改正法は、2022（令和 4）年 12 月 2 日に成立し、一部を除き 2024（令和 6）年 4 月 1 日から施行されることになった。

また、今回のコロナ禍による医療逼迫は、医療費抑制のための病床削減を狙って現在も続けられている地域医療構想および保健所の統廃合が大きく影響しているという側面もある。1994（平成 6）年、それまでの保健所法が「地域保健法」へと改正され、その後、保健所の統廃合が進められていった。保健所数は 1994（平成 6）年には 847 カ所あったものが、2020（令和 2）年には 469 カ所（55.4%）に半減している。保健所職員数も 1990（平成 2）年の 3 万 4571 人から 2016（平成 28）年には 2 万 8159 人（81%）へと削減されている<sup>(32)</sup>。公立・公的病院の統廃合も同様である。2007（平成 19）年 12 月、総務省が、公立病院等の統廃合を含む「再編・ネットワーク化」の改革指針を打ち出して以来、2019（令和元）年には、採算性がとれていない全国の 424 の公立・公的

病院名を公表し、統廃合を含む病院機能の見直しを求めている。ところが、2022（令和4）年4月には、総務省は、これを撤回し、代わりに2024（令和6）年3月までに病院の経営強化計画を作成するよう要請した。新型コロナの受け入れで各地の公立病院が大きな役割を果たしたのが要因とみられている。

## 6 所得保障分野での特例措置

所得保障の分野でも、コロナ感染症拡大の影響を受けて、新たな給付の創設、従来の給付の適用範囲の拡大、給付額の増額、適用基準の緩和、給付期間の延長などの特例措置がとられた。

### （1）特別定額給付金

新たな給付としては、コロナ感染症拡大による所得の喪失を補うため、2020（令和2）年8月から10月にかけて全国民を対象にした1人一律10万円の特別定額給付金があげられよう。この給付の目的は「簡素な仕組みで迅速かつ的確に家計への支援を行う」ことであった。すべての国民への一律給付はわが国では初めての試みであったが、そこには、一部の国民への給付となれば国民の分断を招きかねないこと、コロナ禍の影響で収入が減少した世帯だけに限定すればその認定に時間がかかることなどの理由があげられていた。ただし、特別定額給付金の7割は貯蓄に回ったとされており、貧困対策あるいは景気刺激対策としての効果については、疑問視されている（熊本日日新聞2021年11月10日）。特別定額給付金については、コロナ禍の影響を受けない公務員労働者や高額所得者にも支給することへの疑問は呈せられたが、日本で初めてのベーシック・インカム（BI）の試みかと注目された。

### （2）雇用調整助成金

労働基準法26条（休業手当）では、「使用者の責めに帰すべき事由による休業の場合においては、使用者は休業期間中当該労働者に、その平均賃金の百分の六十以上の手当を支払わなければならない」と規定している。この使用者による休業手当の負担を担保するものとして雇用保険法に雇用調整助成金制度が設けられた。今回のコロナ禍において政府からの休業要請や時短営業要請による休業が「使用者の責めに帰すべき事由」に当たるかについては議論の余地があるが（現に天災事変による休業は使用者には帰責事由はないと解されてきた）、全国的に休業が頻発した事態を受けて、特例措置として雇用調整助成金が支給されることとなった。すなわち、雇用保険法の雇用調整助成金は、本来は「景気の変動、産業構造の変化その他の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が、雇用の維持を図るための「休業手当」に要した費用の一部を助成する制度である。雇用調整助成金は、雇用二事業（雇用安定事業、能力開発事業）の雇用安定事業の1つとして位置づけられ、費用は事業主のみが負担する保険料だけで賄われている（国庫負担が入っていない）のが特徴である。これが特例措置により、新型コロナ感染症の影響を受けた事業主に対しても適用されることになり、2020（令和2）年4月1日から、適用範囲

の拡大、助成率及び上限額の引き上げ等を内容として、期限の延長を繰り返しながら 2022（令和 4）年 11 月 30 日までの予定で実施されている<sup>(33)</sup>。今回のコロナ禍では、雇用保険法本体の失業等給付よりも、雇用調整助成金の活躍の方が目立っていて、そのことによって結果的に失業が防止されたという見方が強い。注目すべきは、雇用保険の被保険者ではない所定労働時間が 20 時間未満の労働者等にも雇用調整助成金の適用が拡大されたことである（緊急雇用安定助成金）。さらに、同様に雇用保険の被保険者のうち休業手当の支払いを受けることができなかつた中小企業の労働者および、被保険者でない者（大企業に勤務する時短営業・シフト勤務削減等で勤務時間が減少した労働者等）に対しても、「新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金」が設けられたことも特記すべき事項である（当初は日額 1 万 1000 円が上限、2023（令和 5）年 2 月まで延長）。

受給者の範囲が拡大し、受給者数も増大するとなれば、当然、それまでの使用者負担による雇用二事業の財源だけでは足りなくなる。そこで、雇用調整助成金、緊急雇用安定助成金および休業支援金・給付金については、本体である失業等給付の積立金から借入れをすることになり、それでも不足する分については、一般会計からの労働保険特別会計雇用勘定への繰り入れによる支援（国庫負担）がなされた<sup>(34)</sup>。すなわち、「新型コロナウイルス感染症等の影響に対応するための雇用保険法の臨時特例等に関する法律」（令和 2 年法律第 54 号）により、雇用保険制度の安定的な財政運営を確保するため、雇用調整助成金等に要する費用の一部として、一般会計から繰り入れること、および、雇用安定事業に要する経費を、積立金から借入れることができると明記された。なお、雇用調整助成金、緊急雇用安定助成金および休業支援金・給付金に関しては、事業主が申請しない場合は労働者個人の申請も認められている。

問題は、雇用保険の適用対象者の範囲のことである。いかにコロナ感染症拡大という緊急事態下とはいえ、被保険者資格のない者も対象者として被保険者と同様の給付を与えることについては、社会保険の本質論からも財源の問題からも、疑問が呈されるであろう<sup>(35)</sup>。財源については、現に、雇用安定基金は 2020（令和 2）年度末で枯渇してしまい、2022（令和 4）年 8 月には雇用調整助成金は累計で 6 兆 55 億円を超え、雇用保険財政は危機的状況に陥っている。2022（令和 4）年 10 月からは労働者の保険料率をこれまでの 0.3% から 0.5% に、2023（令和 5）年 4 月には 0.6% に引き上げるほか、日額上限額を引き下げること（たとえば、中小企業の場合、1 万 2 千円を 9 千円に、現行 10 分の 9 の助成率を 3 分の 2 に切り下げる）、適用対象事業所の縮小（売上高減少 5% 以上を 10% 以上に変更）などの財源対策を行い、2023（令和 5）年 2 月以降はこの特例を廃止する方向で検討されている。こうした雇用保険財政の危機的状況を受けて、政府は安定化を図るため、さらなる国費の導入を検討しているとの報道もなされている。

荒木氏によれば、雇用調整助成金等については、これは「被保険者ではない事業主への助成、援助を行う事業であり、失業労働者に対する生活保障給付ではない。社会保障法としての要素はきわめて乏しい」<sup>(36)</sup> という評価になるだろうが、しかし、コロナ禍では、雇用調整助成金、休業支援金・給付金等は、事業主への助成を通じた間接的給付とはいえ、実際には労働者に対する重要な生活保障給付となったことに間違いはない。しかも、パート・アルバイト等に支給される緊急雇用安定給付金および休業支援金・給付金は、労働者個人による申請が認められており、純粋な事業主への助成という範疇を超えて実質的には休業労働者に対する生活保障給付の一つとなってい

る。今回のコロナ禍による休業・失業については、雇用保険制度の本体である「失業等給付」が活用されたのではなく、附帯事業とされていたところの「雇用安定事業」（雇用二事業の1つ）が重要な役割を果たしたことも見逃せない特徴である。コロナ禍による「休業・半失業・失業」といった要保障事故に対して、雇用保険法が十分機能していない状況が明らかになったという見方もありえよう<sup>(37)</sup>。

### **(3) 小学校休業等対応助成金**

小学校休業等対応助成金は、小学校等がコロナ感染拡大で休校となった場合、子どもの世話をするために保護者に有給の休暇（賃金全額給付）をとらせた事業主に対して助成するものである<sup>(38)</sup>。保育所、幼稚園、小学校等のほか、障害を持った子どもの場合は中学校、高校も含まれている。雇用保険の被保険者の場合は、上限額 9000 円（まん延防止重点措置地域の場合は 1 万 5000 円）、被保険者でない場合（週の所定労働時間が 20 時間未満の者等）には上限額 1 万 5000 円であったが、その後、12000 円、8355 円と減額されている。個人的な業務委託契約等で仕事をしている個人労働者（フリーランス等）に対しては「小学校休業等対応支援金」が支給されており、こちらの方は 1 日当たり 4100 円でスタートして、その後 4177 円に増額されている。助成金・支援金ともに、事業主が手続きをしない場合は個人申請が認められている。雇用調整助成金と同様、被保険者以外の者も適用される点、個人申請が可能な点、また、コロナ禍による児童の世話のための特別の有給休暇創設という点で、従来の雇用保険の枠内からはかなりはみ出した内容の給付となっている。

### **(4) 持続化給付金**

中小企業、小規模事業者、フリーランス、個人事業者、農林漁業などに対する持続化給付金は、コロナ禍の影響で事業収入が 50%以下に落ち込んだ者に対して、2020（令和 2）年 5 月から 2021（令和 3）年 2 月までの申請期間に申請すると、中小企業は上限 200 万円、フリーランスを含む個人事業主には上限 100 万円が支給されるものである。このほか、家賃の 3 分の 1～3 分の 2 を援助する家賃支援給付金（法人月額 100 万円まで、個人事業主 50 万円まで、いずれも 6 カ月が限度）もある。2020（令和 2）年 11 月の段階で、持続化給付金の支給総額は約 5.3 兆円に達している。

### **(5) 生活福祉資金貸付制度**

都道府県社会福祉協議会が実施主体となっている低所得者向けの生活福祉資金貸付制度のうち、緊急小口資金と総合支援資金については特例により再貸付や貸付期間の延長が行なわれた。2021（令和 3）年 3 月末までに緊急小口資金と総合支援資金の貸付が終了した者に対して、再貸付が実施され、通常最大 6 カ月 120 万円であったものが、追加で最大 3 カ月 60 万円の借り入れが可能となり、緊急小口資金と合わせて最大 200 万円まで借りられることになった（ただし、生活困窮

者自立支援法の自立相談支援機関による支援を受けることが条件である)。なおこの特例措置は2022（令和4）年12月で打ち切りとなる予定である。しかし、特例貸し付けの利用額はすでに1兆円を超えており、そのうち、返済免除分が約1295億円、免除申請は貸付件数の35%を占めており、生活福祉資金を借りても生活を立て直せない人たちが相当数に上っている実態が明らかとなっている（共同通信全国調査2022年10月23日、熊本日日新聞2022年10月24日）。

## **(6) 住居確保給付金**

生活困窮者自立支援法上の住居確保給付金は、本来は、離職・廃業等によって住居を失うおそれのある生活困窮者に対して、3カ月を原則として（最長9カ月）、家賃相当額を支給する制度である。これに関しても、コロナ感染症拡大による特例措置として、2020（令和2）年4月からは、離職や廃業には至っていないが、休業等による収入減等により住居を失うおそれがある者に対しても支給することとなった。2020（令和2）年度の新規申請者については、最長9カ月の支給期間を12か月まで延長し、その後、3カ月の再支給ができるようにした。住居確保給付金の全国での利用者数は、2020（令和2）年度は2019（令和元）年度の34倍（熊本県は75倍）という驚異的な伸びとなっている。日本においては住宅保障の後進性が早くから指摘されていたが、今回の住居確保給付金の異常な伸びがその課題をより際立たせる結果となった。再支給の申請期限は2023（令和5）年3月まで延長されることが決まっており、さらに、厚生労働省は、2022（令和4）年11月の生活保護・生活困窮者自立支援制度の見直しに向けた報告書案のなかに、住居確保給付金の新型コロナ特例措置の恒久化を検討することが盛り込まれている（熊本日日新聞2022年11月15日）。

## **(7) 生活保護行政における特例措置**

生活保護法の申請要件、親族照会等についても、行政通知によって新型コロナの特例措置がとられている。厚生労働省は、2020（令和2）年4月の事務連絡により、稼働能力の活用について、緊急事態措置の状況にあつて就労の場所を探すことが困難などの事情がある場合には、稼働能力判定を留保できることや、自動車の保有につき弾力的な運用を行うよう各福祉事務所に通知している<sup>(39)</sup>。また、生活保護申請をためらう原因の1つとなっていた親族照会につき、親族照会を不要とする事例として、従来は20年程度音信不通の場合となっていたものを10年程度に緩和するとか、親族から借金をしている場合、親族との関係が不良の場合、DVを受けている場合などの新たな照会不要要件を追加している<sup>(40)</sup>。

## **(8) その他の特別の給付金**

そのほかに、子育て世帯の生活支援として、児童手当の受給者に対して1人につき1万円を支給する「臨時特別給付金」、18歳未満の児童を養育する低所得世帯およびひとり親世帯に対して児童1人当たり5万円を支給する「子育て世帯生活支援特別給付金」、住民税非課税世帯に対し

て1世帯当たり10万円を支給する「臨時特別給付金」、65歳以上の老齢基礎年金受給者で市町村民税非課税世帯に対して、月額5020円を基準とする加算が行なわれる「年金生活者支援給付金」など次々と補足的現金給付が実施されてきた。低所得者、非正規雇用労働者、ひとり親世帯等に対する経済的支援の必要性は今に始まったことではない。その支援の必要性が新型コロナウイルス感染症拡大で一層明らかになり、結果的に、救済の緊急度が高まったことで、あわてて矢継ぎ早に応急対策がとられたというのが実態であろう。

## **(9) 出産育児一時金の増額、新たな育児手当の創設構想**

新型コロナウイルス感染症拡大の影響で出生数が想定以上に低迷し、2019（令和元）年に約86万人だった出生数は、2021（令和3）年に約81万人まで落ち込んだ。2022（令和4）年は初めて80万人を下回る可能性があるといわれている。このため、後述する出産育児一時金の大幅増額（42万円から50万円の引き上げが構想されている）や出産準備金の支給などのほかに、出生率アップや育児支援のためのさらなる新制度が構想されている。すなわち、政府は、自営業やフリーランス、非正規雇用で働く人向けに、子どもが生まれた後の一定期間、月額2万円から3万円の現金を受け取ることのできる制度の創設に向けて検討に入ったことが報じられた（熊本日日新聞2022年11月20日）。正規労働者には育児休業期間中に雇用保険から賃金の最大67%の育児休業給付金が出るのに対し、フリーランスや自営業者らは支援がないことを問題視して、2023（令和5）年から政府内で議論を本格的に進めることにしている。給付の期間は、子どもが1～2歳になるまで一律に定額（2万～3万円が想定）を支給する方向で、全世代型社会保障構築本部において2022（令和4）年末までに改革工程表が策定される見通しである。ただし、現行の雇用保険法上の育児休業給付は労働者と事業主の保険料（労使折半）と国庫負担（8分の1）で賄われているのに、それを被保険者ではないフリーランスや週20時間未満の労働時間の非正規雇用労働者にも類似の育児休業給付を支給することについては、再び社会保険の本質論や保険料を払っている者とそうでない者との間の不公平感の問題が浮上することになる。しかも、現行の育児休業給付は働き始めると停止されるのに、この新育休給付は働きながらでも受け取ることができるとなれば、さらに議論が沸騰するかもしれない。そうすると、雇用保険の被保険者ではない者に対する新育児休業給付は、雇用の維持を目的とした本来の育児休業給付ではなく、むしろ低所得世帯向けの育児手当と同様の性格のものとするべきであろう。財源の確保をどうするか議論も残されることになる。

## **7 新型コロナウイルス感染症拡大によって明確になった社会保障法上の課題**

コロナ感染症拡大は、長期にわたって国民生活に多大な悪影響を与えたが、しかし、その一方で、国民に改めて社会保障制度再編への関心を高めるという側面も持っていた。たとえば、コロナ禍の影響の一つとして、これまで長い間日本の社会保障制度の課題とされてきたのに、一向に改善が進展しなかった事項（たとえば、低所得者、一人親世帯、非正規労働者等に対する生活保障）がコロナ禍によって一層明確になって、いよいよ放置できなくなり、その解決に向けての政



策行動がより積極的になったということである。もう一つは、所得保障給付および医療・介護・福祉などの生活障害給付の両面にわたって、社会保険の役割、社会保険料と税との関係のあり方、サービス供給体制のあり方等についての見直しの必要性に気付かせてくれたことである。コロナ禍を契機に新たな生活保障制度に向けての検討が急がれるところである。以下、荒木理論と関係する部分も含めて、見直しに向けての課題についていくつか列挙してみることにしよう。

## (1) 被用者保険から適用除外されている被用者に対する対応

荒木理論は、当時（1960・70年代）の社会情勢を踏まえて、社会保障制度の恩恵が、職業の違いや住んでいる地域の違いによって差異が出ることなく、すべての国民に平等に保障されるべきだということが強く意識されていた理論である。健康保険と国民健康保険、国民年金と厚生年金の給付格差とその早急の是正、生活保護法上の医療扶助の国保への吸収については、荒木氏がたびたび指摘していた事柄である。これまで、国民健康保険法では傷病手当金の規定はあるものの（国保58条2項）、任意給付であったので、市町村国保の場合、これを実施している自治体は存在していなかった。ところが、コロナ禍のなか、国は特例として国保加入の被用者（4人以下の事業所に勤務する労働者や一定の要件を満たさない非正規雇用労働者）に限っての措置ではあるが、市町村条例等により傷病手当金を支給するよう求め、国がその全額を財政支援することになった。その特例措置は何度も延長され、現在もそれが実施されている<sup>(41)</sup>。また、フリーランスのなかで、自転車による運送事業者やIT事業者も新たに労災保険の特別加入の対象にするなど（2021（令和3）年9月1日から）、次第にその適用範囲の拡大が進んでいる。2022（令和4）年9月には、業務や報酬の明示義務、一方的な報酬の減額などを禁止するフリーランス保護法案の制定の動きが報じられた。また、「全世代型社会保障構築会議」（2021（令和3）年11月開始）では、現行の国民年金・国保加入者をできる限り厚生年金・健康保険に加入させるべく企業規模等の要件を緩和していき、将来は企業規模要件を撤廃する方向（勤労者皆保険）で議論がなされている<sup>(42)</sup>。これらのコロナ特例措置は、同一企業に勤務する被用者でありながら、企業規模の違いや週の労働時間が短いという理由で被用者保険の適用を受けることができなかった者を被用者保険制度のなかに取り込もうとする試みであり、本来であれば、コロナ禍以前に解決しておくべき課題であった。

## (2) 医療機関の地域偏在、人材確保

「生活障害給付」は、労働能力回復のためのサービス給付であるから、所得保障給付と違ってそれを提供できる施設（医療機関）と人材（医療関係者）の存在が不可欠である。しかし、わが国では、医療機関の地域偏在と慢性的な人材不足という問題がいまだに解決されていない。この問題も、コロナ禍によってその弊害が目に見える形で顕在化し、あちこちで「医療崩壊」が叫ばれる事態が生じることとなった<sup>(43)</sup>。たとえば、医療機関が少ないのに、それにもかかわらずコロナ患者が多数発生した沖縄では、一時自衛隊の医師・看護師などの派遣が行なわれ、なんとか急場をしのいだ感がある。そうした現象は各地で起こっている。2021（令和3）年12月には、厚労省

は、医療が逼迫した都道府県に対し、各地の医療機関の協力を得て、医師や看護師約 6 千人を派遣する計画を公表した。その他、医療機関相互で医師や看護師を応援のために派遣する場合の費用負担（新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金）なども行われた。コロナ対策に携わる医療機関には診療報酬の加算や医療従事者には慰労金の支払も行われたが、人材不足に対する根本的な解決には至っていない。

### (3) 医療と福祉の連携

「生活障害給付」は医療サービスと介護・福祉サービスとを比較して、その歴史的展開やサービスの内容、保障されるべき水準こそ違っているが、労働能力の維持・回復を目的とする給付として、むしろ両者の同質性に着目して立てられた概念である。社会福祉サービスに属すると考えられていた「リハビリテーション」が医療サービスたる「治療」と結びつく理由もその同質性に求められる。医療と福祉との連携は早くからその必要性が認識されてきており、最近では、各種の医療・介護・福祉法の条文の中に両者の「連携」や「一体的運用」という用語が盛り込まれることが多くなってきている<sup>(44)</sup>。これに関しては、医療と介護の明確な分離という従前からの課題があり、介護保険法制定の理由の一つには、医療から介護の分野を分離してその境界線をはっきりさせることで医療費の抑制につなげるという意図があった。しかし、実際には両者の完全な分離には成功しておらず、むしろ両者が混在したまま運営されている現実がある。高齢者や障害者が抱えている「生活障害」の様子をみるかぎり、両者の分離よりもその「協働」の方が利用者のニーズに適合している。学説にも、両者を一体化して、保健・医療・看護・介護そして家事援助まで含む広い概念をもった「総合的ケア保障法」を構想すべきだという説もある<sup>(45)</sup>。

今回のコロナ感染症問題では、高齢者施設でのクラスター（集団発生）が頻発したが、重度化しやすい高齢者なのに医療機関の側で入院病床の逼迫のために入院を断わらざるを得ない事態が生じることとなった。東京都高齢者福祉施設協議会の「第 7 波」（2022（令和 4）年夏）に関する調査（2022（令和 4）年 7 月～8 月）によれば、回答した 159 施設の感染した入所者 1795 人のうち、保健所に入院調整を問い合わせた結果、実際に入院できたのは 299 人（34%）であり、残りの 570 人（66%）は受け入れ先が見つからなかったと回答している。仕方がないので、施設としては、さらなる感染拡大にならないような工夫をしながらそのまま高齢患者が施設内で療養を続ける事態があちこちで発生している。その結果、施設内で 36 人（2%）が死亡したと報告されている<sup>(46)</sup>。医師や看護師の訪問による診療も施設からの強い要請により行われたことであろうが、それとて人材の確保には相当苦労したに違いない。上記調査でも、外部医師の往診を実際に利用した施設は 22 施設（14%）にとどまっている<sup>(47)</sup>。

これまで、医療と介護・福祉の連携は、たとえば、地域包括ケアシステムの構築等にとっては要の施策であるなどとあちこちでその必要性が言われ続けてきたが、いまだその連携は十分には構築されているとはいえない。しかし、連携がなければ救えた命が救えなくなるという現実を今回のコロナ禍の経験が物語っている。もともと特別養護老人ホームも法律上は医師の配置が規定されているのであるが、非常勤でもよいとされているため、老人福祉施設における医療の配慮は手薄であったと言わなくてはならない。コロナ対応策として、医療と介護・福祉の連携が言葉だ

けでなく、いよいよ切羽詰った現実問題として浮かび上がるようになったといえる。

#### (4) 振興感染症に対する事前の備えの必要性

「生活障害給付」は、予防と治療が不可欠の関係にあることを説いていた。コロナ感染症拡大は予防が万全でなければ、あるいは感染拡大防止策が十分でなければ、患者が医療機関に殺到し、医療機関の逼迫や医療費の高騰に直結することを明らかにした。それは「医療崩壊」とか「国民皆保険崩壊」という衝撃的な見出しで、連日、報道されることになった。今回の新型コロナウイルス感染症対策のうち、緊急事態宣言、まん延防止等重点措置に関しては、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」(2012(平成24)年)の改正(2020(令和2)年3月)によって新型コロナウイルスを急遽、時限的に「新型インフルエンザ等」に加えることで法的根拠が与えられ、2021(令和3)年改正でそれが恒久化されることになった。特措法の特徴は、その目的に従来からの「感染症の発生及びまん延を防止」(感染症法1条)に加えて、「国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにすること」(特措法1条)が加わったことである。いずれにせよ、新型コロナウイルスという新しい感染症の発生に対して、あわてて特別法たる特措法を制定して適用対象に加えるという方法で施策が実施されてきたので、どうしても後追い対策の印象を免れない。これからは次の新興感染症の発生を見越して、今後同様の事態が起きたときには、直ちに対応できるように、感染症法、予防接種法、検疫法等に包括的・弾力的な条項を盛り込むことで、新たな感染症にも迅速に対応ができるように法制度を整備しておくべきであろう。

#### (5) 失業以外の理由による「所得喪失」

「失業」が労働関係に特有の生活危険であるという認識は、荒木氏に限らずほぼ共通の認識であったといつてよい。したがって、荒木理論では労災と失業は、労働関係に特有の生活危険として、社会保障法体系の所得保障分野の中でも特別の取り扱いを受けていた。その結果、失業給付の構造に労働関係的要素が濃厚に反映されるのは当然であり、そのことが失業者の生活保障に対する資本の社会的責任を根拠づけ、その具体化として使用者の保険料拠出責任が発生するというのが基本的な考え方である。したがって、保険料は労使折半ではなく使用者の負担が多くあるべきだというのが荒木氏の主張でもある<sup>(48)</sup>。

しかし、コロナ禍の経験からは、労働関係にはない農林漁業者、自営業者であっても、需要の激減、顧客の減少などによって、所得を大幅に喪失する現象が広範囲に起きており、「所得の喪失」という生活危険は労働者と同じように自営業者にも同時的に存在することが明確になった。被用者あるいはそれに類似する働き方をする労働者であって雇用保険の被保険者ではない労働者に対しても、特例という措置によって雇用保険法上の給付が拡大適用されているのもそのためであろう。要保障性(ニーズ)の内容と性質を基礎とする給付別体系論の考え方からいけば、雇用関係にない者の所得喪失も雇用関係にある者と同様に考えられるはずである。これまでは、農林業者や自営業者の場合、所得の把握が困難であるという技術的な理由で、たとえば、傷病手当金などの支給が見送られてきた。しかし、今回のコロナ禍対策では、正確な把握とまでは言えない

としても、喪失利益というものが一定の枠内で算定されている。雇用関係の解消という意味での「失業」には当たらないが、所得の喪失をもたらした点では農林業業者や自営業者も同じである。両者を含めた所得激減・喪失に対する一元的な所得保障制度が求められる。ただし、そうになると、資本あるいは使用者の責任をどう考えるかという根本的な問題が残されることになる。

また、コロナ禍による休校が原因で仕事を休んで児童の世話を余儀なくされたためのごく短期間の「失業（休業）」状態は、これまでの失業の原因と考えられてきた「景気の変動、産業構造の変化その他の経済上の理由」とはかなり違う性質のものである。コロナ禍休校による子どもの世話のための休業というのが「要保障事由」とするのであれば、それは被用者であろうが自営業者であろうが変わりないのではないかとも思われる。

## (6) 被保険者以外の者に対する社会保険給付

コロナ禍というまったく想定外の緊急事態とはいえ、今回は、雇用保険の被保険者ではない者に対して緊急雇用安定助成金や休業給付金の給付が与えられたことをどう評価するかということである。緊急事態に対する臨時的対応であるから仕方がないということだけで済まされるように思われるからである。これについては、現行雇用保険法が適用対象者を限定していることの方が問題なのであって、今回の拡張適用は雇用保険法本来の役割を果たしているものと評価するのか、あるいは、雇用保険制度の構造そのものが時代の要請に応じて変容しているものと評価するのかといった見方の違いがあることが指摘されている<sup>(49)</sup>。だが、これを雇用保険の「変容」と簡単に評価してよいものか。この場合、医療保険が生活習慣病の予防のための健康診断や保健指導を制度内に取り込んでくるという意味での「変容」とは、「変容」の内容と質がまったく異なっているからである。雇用保険法にせよ他の社会保障制度にせよ、他の法分野との相互の関連性や連携の必要性は当然にあるだろうが、しかし、それぞれの法制度には明確な目的と独自性というものがあり、それに沿った射程範囲というものがあるはずである。

荒木氏はこれを労働法と社会保障法との関係を扱った論文のなかで「法的独自性と機能的協働関係」という用語で説明をしている。つまり、社会保障法と労働法は別の法体系と役割をもっているという意味で「法的独自性」を持ちながら、たとえば、失業給付によって失業中の生活保障を社会保障法が受け持つと同時に、失業防止・雇用の確保、労働市場への再復帰という役割を労働法が受け持つという点で、両者の密接な連携関係が必要だと述べている部分である（機能的協働関係）。さらに続けて、法的独自性と機能的協働関係を明確に区別せずに、両者を混同するならば、「労働関係における両者の具体的な存在構造も不明瞭となろう」<sup>(50)</sup>と述べている。当然のごとく、「労働法と社会保障法との間には、失業をめぐる一種の役割分担がある」<sup>(51)</sup>として、失業後の生活保障を社会保障法が、失業防止と労働関係への早期復帰は労働立法としての雇用対策諸法が担当するというように役割を明確に区別している。だからこそ、失業保障から雇用促進対策へと重点を移した雇用保険法の制定に対して、「失業保険法が雇用対策に従属した姿を見出す」<sup>(52)</sup>と猛烈に批判したのである。現在の社会・経済・雇用状況からして、労働法と社会保障法との明確な役割分担の境界線が引けるのかどうか、また、そうした明確な区分をすることが必要かどうか難しいところもあるだろうが、しかし、それぞれの法制度には、目的・要保障事由・適用対

象者といった基本的事項が存在している。それがいつの間にか曖昧になって、予想外の人たちやまったく違う性質の給付内容をその範囲内の取り込んでくるとなると、各法制度の「法的独自性」は失われてしまうし、社会保障法体系における各種法制度との「整合性」にも疑問が生じることになる。

今回のコロナ禍による緊急措置は、緊急事態という点を割り引いて考えても、社会保険の「変容」という言葉だけでは済まされないものをもっていると言わざるをえない。やはり、本来持っている社会保険の役割と適用範囲を正常な状態に戻したうえで、それでは、コロナ禍のような緊急事態に対してどのような整合性をもった制度を準備していくのか（補足的BIもその方法の一つであろう）、社会保険料と公費との納得いく財政分担をどう構築していくのか、それをコロナ禍から受ける教訓としてこれから考えて行かなくてはならない。

## **(7) 事業主の保険料負担責任**

荒木社会保障法体系論は、対象とする人間像を生活手段の差異を捨象した「生活人(生活主体)」としてとらえることにより、被用者と非被用者を同一の「社会保障法」という体系のなかに取り込んできた。そのために、初期の段階では、階級的視点が欠如しているという批判を受けることになった<sup>(53)</sup>。しかしながら、荒木理論の生活人(生活主体)を、「階級的人間像」に類するものと呼ぶかどうかは別にして、労働関係におかれた労働者の立場とそれに対する使用者の責任、あるいは労働者の生活保障に対する資本の責任というものを強く意識した理論であることはほぼ間違いないところであろう<sup>(54)</sup>。健康保険法における使用者の保険料拠出の根拠として、私傷病も労働者の職場における労働条件とは無関係ではないとか、労働者保険が一般国民を包含する社会保険へと発展する過程を「資本の支配が労働関係だけでなく流過程にも及ぶようになる」という説明でもって答えているからである<sup>(55)</sup>。そのために、年金、医療における改革議論でも、被用者保険と国民保険の統合による給付の均一化ではなく、基本的には両保険制度を並立させたまま給付格差の是正を行うという立場をとることになる。

荒木理論が登場してから60年近くが経とうとしている。社会・経済・雇用・家族さまざまに形態が変化してきた現在において、社会保障法における労働関係の特質とそれと直結する使用者責任という「労働関係の特質」をなおそのまま厳格に維持していくことが妥当なのかどうか問われているような気がする。むしろ、コロナ禍で悟ったように、これからは雇用労働者・非雇用労働者の区別なく、原因のいかんを問わず所得の喪失については社会保険プラス公費の組み合わせによる総合的生活保障給付を考えるべきではないか。その際には、使用者の拠出は、労働関係において危険を生ぜしめたことに対する使用者責任ではなく、国民一般に対する使用者利益税のような性格のものになるのではないかと思われるが<sup>(56)</sup>、荒木理論には反することになるのか。

## **(8) 災害と社会保障法**

コロナ感染症拡大を受けての社会保障法と「災害」との関係である。現在の災害は、ごく一部の人が稀に受ける「不運の事態」といった過去の状況とはまったく違っている。現にコロナ感染

症は、その程度の違いこそあれ、国民全員が何らかの形で被害を受けているし、しかもその被害の期間が長期間にわたっている。荒木理論では、災害救助は「突発的異変についての一時的・応急的救済」であるとして社会保障法の枠外に置かれたが<sup>(57)</sup>、しかし、今回のコロナ禍は「一時的・応急的救済」ではどうにもならないことを自明のものとした。最近では、災害による所得の喪失を要保障事故としてとらえ、社会保障法の枠内に取り組んでくることが考えられてよいのではないかという主張も出てきている<sup>(58)</sup>。

### **(9) 「生活保障」と「自立支援」・「自律支援」**

最近の社会保障法基礎理論の分野でのキーワードは、「自立支援」あるいは「自律支援」であろう。社会保障法でいう「自立」とは、経済的自立・身体的自立・精神的自立の3つが想定されているが、いずれも一定の決められた状態を指すものではなく、ある方向に向かうベクトルとしてとらえられる動的な概念と考えられている<sup>(59)</sup>。この考え方からいけば、各個人は、その人の置かれた環境の違いや能力の差異によって、向かおうとする「自立」の段階や方向、到達点が違うのであるから、「自立支援」は、その人の意思を尊重しながら（自律）、その人なりの「自立」の実現に向けて社会的に支援するという「自律支援」の考え方と親和性を持つことになる。個人の望む生き方を支援するという意味での「自律支援」によれば、従来の金銭的社会保障給付よりも教育、職業訓練、就労支援といった社会サービスをより重視することになるだろうが、実際には個人の望む生き方の実現は、個人の能力や本人の努力、適性といった個人的要素が密接にからんでおり、社会サービスを充実させたとしても、本人の希望する生き方と持っている能力とのギャップという壁にいつも突き当たることになる。

この点、「生活保障」論は、失業、老齢、障害、疾病等といったさまざまな原因で要保障状態にある者に対して、金銭的給付または非金銭的給付によってその生活困窮状態を脱すること、あるいは、生活障害状態にある者の労働能力の回復を図ることを目的としたいわば静的給付の法体系である。国民はその給付を憲法上の権利として受けることができるという意味での明確な「主体性」を持っている。コロナ禍によるこの3年間の国民生活の窮状を見る限り、「自立の支援」でも「自律の支援」でもなく、その実態は「生活保障」そのものの対応に迫られていたといえてよい。人の流れの遮断、顧客の喪失、サービスの停止等によってまさに今日・明日の生活あるいは生命維持に不安を抱える人たちが大量に出現したからである。まずは、日々の生活を維持できるだけの生活基盤を確保することが第一であって、その生活基盤のうえに、その人の希望する生き方をできる限り尊重する形でのさまざまな支援（自律支援）が行なわれるべきであるという理論構成のもとに、それにふさわしい仕組みが考えられることの方が望ましいのではないかと思われる。

### **(10) 社会保険による負担と公費(租税)負担**

コロナ禍によって、社会保険における拠出（保険料）の意味、社会保険料と租税との区分、あるいは、社会保険の優位性、給付と保障方法との関係といった従来からあった基本的な認識が次

第に曖昧になって行く傾向が示されているように感じられる。これまでは、社会保険給付の受給には保険料拠出が前提であるとか、所得保障の方が社会保険方式になじむとか、まずは社会保険による給付を優先し、足りない部分を公費で補うといった既存の考え方があったが、これに対して、今回のコロナ禍対策はこうした考え方へのかなりの修正を迫ることになっている。それは、たとえば、以下のような措置である。①雇用保険の対象ではない労働者（1週間の労働時間が20時間未満のパートタイム労働者、学生アルバイトなど）を対象者に特別に加えた緊急安定雇用助成金の特例措置、②持続化給付金は、コロナ禍により売上げが50%以上減少している中小企業、フリーランス、農林漁業従事者など幅広く対象にしている、③学校が休校になったので子どもの世話のため休業せざるを得なかった保護者に対する休業補償（保育園、幼稚園、小学校、特別支援学校）、④特別定額給付金（すべての国民に10万円）、臨時特別給付金（子育て世帯子ども1人1万円、低所得ひとり親世帯1世帯5万円～）、子育て世帯生活支援特別給付金（低所得世帯、児童1人当たり5万円）、生活福祉資金の特例措置、住居確保給付金の支給対象を離職だけでなくコロナ禍により収入が減少した者に拡大、出産準備金（妊産婦に10万円、2022（令和4）年10月28日「総合経済対策」）の支給、⑤低年金受給者に対して年金生活者支援給付金（月額5020円が基準額）の支給などである。このうち、公費財源による給付はコロナ禍という緊急事態ゆえにやむを得ないという理解もできようが、①のように雇用保険の規定する給付である雇用調整助成金を雇用保険の被保険者以外の者にも支給することについては疑問をさしはさむ者も出てこよう。現在の雇用調整助成金は、本来の事業主負担の財源だけでは足りなくて、労使拠出による積立金からの繰り入れと公費導入によってまかなわれているからである。特に労働者の保険料負担部分についてはどう説明するのか指摘を受けるかもしれない。しかし、ひるがえって考えてみると、導入されている公費部分には、自営業者やフリーランスの人たちが納める租税が使われているのであるから、その人たちの納めた金額が、雇用保険の被保険者のためになぜ使われるのかという反論もありうるかもしれない<sup>(60)</sup>。しかし、こうなると議論はますますややこしくなっていく。社会保険費用による事業と公費による事業とのすみ分けや整理が必要であろう。

また、これまでも高齢者医療制度への他の医療保険からの支援金・納付金の性格が問題とされてきたし、まして年々その負担が加重されてきており（2021（令和3）年度は健保組合の53.3%超赤字の状態）、その仕組みのあり方が問題となってきた<sup>(61)</sup>。加えて、ごく最近では、出産育児一時金（原則42万円）が実態に合わないとして来年度（2023（令和5）年度）から大幅に引き上げることが決まり、その増額費用の7%を後期高齢者医療制度から繰り入れる案が、2022（令和4）年11月11日の社会保障審議会の医療保険部会に提出されている。後期高齢者医療制度と出産育児一時金との関係は理解に苦しむところであろう。

最近の社会保障政策を見る限り、これまでの保険集団内部でのリスク回避・相互扶助という社会保険の伝統的な役割が明らかに変容を遂げようとしていることが分かる。社会保険と租税の違いは、どちらが抵抗なく徴収できるかとか、財政に余裕があるところから資金を調達すればよいというふうに、単なる財源調達方式の違いに過ぎなくなろうとしているようにさえ見える。荒木氏が、社会保障の法体系化に及んで、「生活保障給付の手段として、保険の技術を採用するかどうかは立法政策の選択の問題」にすぎないと言った意味は、将来はその区別があいまいになり、社会保険の役割が相対的に低下していくだろうから、租税との区別にあまりこだわる必要はない

という内容の主張であったとするならば、今の政策の動向を見る限りそうであるのかもしれない<sup>(62)</sup>。しかし、保険料の拠出や使用者の保険料拠出の法的根拠などの論述をみれば、社会保障の法体系を立てるうえでは、社会保険・公的扶助といった保障方法による区別は意味をなさず、給付の性格の方が重要だと言っているだけであって、社会保険と公的扶助それぞれの意義と役割の違いは荒木理論のなかでも歴然として残っているとみなくてはならない。時代の要請に合わせて社会保険制度の役割の変容ということはあるかもしれないが、無秩序な適用対象者の拡大（特に被保険者でない者への適用）や新たな要保障性の追加（たとえば、コロナ休校時の児童の世話のための保護者の休業など）は、社会保険の意義や性格を見失わせることになりかねないし、社会保障制度全体にとっても、整合性や公平性の点で混乱を来すことになる。やはり、社会保険の役割とその限界を今一度明確にして、そのうえで公費との有機的な組み合わせを考えていくべきであろう。

### （11）ベーシック・インカム的給付の導入と医療

20世紀型の社会保障が時代に合わなくなってきた部分があることは紛れもない事実である。その当時に前提とされた家族・雇用・社会・経済関係が大きく変わってきているからである。21世紀型の社会保障とはどのようなものであるべきか、コロナ禍はその再編成作業を各国に急がせる結果となったといつてよい。所得保障分野では、要保障性という従来の要件にこだわることなく、無条件ですべての国民に一定の金額を定期的に支給するベーシック・インカム（B I）構想が注目を浴びることになった。現行の社会保険と公的扶助による所得保障では、職業の違いや雇用形態による給付格差がなかなか解消されないし、現行の社会保険制度では、どうしても低年金・無年金者が出ることになり、その人たちが結局は生活保護制度に頼るような事態がずっと続いてきているからである。要保障性の要件をすべて撤廃したようなB Iを導入して、現在の所得保障給付の全体と入れ替えるというような完全型のB I導入には賛成できないが、低所得者に対する社会保険給付を補う形での補完型B I（これをB Iと呼ぶかどうかは別にして）の導入は考えられても良いのではないか。そこにはこれまでの社会保障による救済の基本的な要素とされてきた「貧困」という「要保障性」が認められるからである。「要保障性」は社会保障法では欠かすことのできない基本概念である。少なくとも、所得保障分野においては、生活危険や生活不能といった生活事故を抱えていること（要保障性）は、給付の必要性を決定する要件として残されるべきであって、その意味で、その要件を完全に撤廃する完全型のB Iには賛成できない。

また、こうしたB Iの発想は、長い歴史をもつ社会保険医療や福祉の分野にも影響を与えつつある。すべての国民に平等に一定の所得を保障するというB Iの構想は、医療や介護サービスが無料またはごく低額で与えられるというベーシック・サービス（B S）を前提にしなければ成り立たないことが分かってきた<sup>(63)</sup>。そのため、ここに至って、再び、医療を社会サービス方式に転換することへの期待がいくつかの文献にもみられるようになってきている<sup>(64)</sup>。コロナ禍以前からの出来事であるが、イタリアやカナダのように、イギリスの国民保健サービス（NHS）方式に移行するといった「社会保険離れ」ともいえる現象が各国で起きており<sup>(65)</sup>、フランスでも医療保険財源の「租税化」が進められているという<sup>(66)</sup>。こうした事態は少子超高齢化時代を迎えれば



当然に予想されたことであるが、新型コロナ禍はそうした動きに一層拍車をかけることになるかもしれない。だが、今の段階で社会保険医療を全部租税による社会サービス方式に切り替えることについては多くの賛同は得られないであろう。

しかし、高齢者医療における医療費の増大と現役世代にかかる過重な負担の解消、健康保険と国保との給付格差の是正、健康診断や出産費用の保険適用化、感染症に対するワクチン等予防接種の自己負担の問題等、今後公費によるかなりの予算の導入は避けられないところである。どこを社会保険料で賄い、どこを公費で賄うか、社会保険の果たすべき役割の確認とその適切な枠組みを堅持しながら、その限界や弊害を公費で補いつつ、社会保険と公費が一体となった形での医療保障のあり方を模索していくことがもっとも現実的な解決策になろう。もちろん、予防接種や健康診断、医療費は公費によるすべて無料の給付にすべきだと言っているのではない（荒木説はこれに近い）。感染力の弱い感染症には、予防接種等一定の低額の自己負担を求めるとか、健康診断も一定回数は無料だがそれ以上は自己負担とするとか、医療費に充てられる保険料と自己負担は、受診控えを起ささないような金額にするとか、あるいは、低所得者に過重な負担とならないよう配慮するといった細部にわたる検討を加えながら実施していくという意味である。

## 8 小括

今回のような新型コロナウイルスの世界的感染症拡大（パンデミック）は二度と起こらないことを願うが、最近の地球環境の悪化現象を目の当たりにするとき、また同じような事態が起こるのではないかと、それならば、むしろそれが将来起こることを想定して、それに対応できる新たな生活保障制度を構築していくべきではないかという声の方が強い。つまり、今回のように現行制度の枠のなかで給付の拡充と期限延長を何回も繰り返すというような断片的対応では限界があり<sup>(67)</sup>、また次々と打ち出される新たな給付政策によって膨大な金額の財源が放出されていることに不安を覚えている国民は数多くいる<sup>(68)</sup>。ただ、今回のコロナ禍は、戦後間もない頃と同じとまでは言わないが、現代社会において、国民の大多数の人たちが今日・明日の生活をどうするかという危機的状況に追い込まれることになった初めての経験といつてよい。まずは衣食住の最低限度の生活基盤を確保するという荒木理論の「生活保障」の考え方を実感として受け取った人たちがかなりの数いたであろうと思われる。

ではどうするのか。現在の日本が選択しようとしている対策の一つとしては、被用者保険と国民保険との給付格差を、被用者保険の適用拡大によってカバーしようとする動きがあげられる。厚生年金の適用事業所を従業員 501 人から 101 人以上、51 人以上と緩和を続け、将来は企業規模要件の撤廃という方向に持っていく政策がその例である。医療保険についてもその方向を目指すという方針は打ち出されているが、医療についてはまだ具体的な改革案までは出されていない。おそらく、健康保険の適用事業所（法定された 16 業種に該当し、常時 5 人以上の従業員を使用する事業所）要件<sup>(69)</sup>と非正規雇用労働者の適用要件（正規労働者の労働時間 4 分の 3 以上）を緩和することで実施されることになろうが、その際には中小零細企業の使用員の保険料負担能力をどう考慮するのかは問題となってくるであろう。この点については、使用者の保険料負担の意味を変えることによって解決する以外にはないのではないかとと思われる。

さらに困難なのは、被用者でもない独立自営業者でもない農林漁業その他の一般国民保険（国民年金・国民健康保険）との格差是正をどうするかということである。ただし、両者の一元化・完全統一は荒木氏の考えるところではなかったように思われる。荒木理論では、その基礎に労働者保険における使用者責任（社会保障法が課した使用者の保険料負担責任）の存在があるからである。したがって、基本的考え方は、被用者保険と国民保険との別立てを認めたいうえで、国民保険の給付の低位性を国費・公費によってカバーして被用者保険と同等水準にもっていくことであつたらう。そのために国保の給付水準向上のためには公費の導入が避けられないと述べている。今回のコロナ特例によって被用者でありながら国保の被保険者である労働者に対して、国費によって新たに傷病手当金が支給されることになったのはその一例であらう。

ただ、年金保険と医療保険とでは使用者の関わり方が違っている<sup>(70)</sup>。長年の勤務と賃金との結びつきが濃厚な年金制度と、医療保険に関わる使用者の責任とは、やはり異なるところがあると言わざるを得ない。労働者の純粋な私的行動による傷病について使用者の責任を説明することは容易ではないし<sup>(71)</sup>、ましてや、労働関係にはない被扶養者の家族療養費について使用者拠出を理由付けるのはますます困難である。医療保険に限っていえば、現行の健康保険と国民健康保険の一本化はありうるのではないか。その場合には、使用者の保険料負担は、自己の労働者に対する使用者税という形ではなく、消費者一般の購買から受ける利益税という形で徴収することになるだろうか。ただ、その場合にも、高齢者・障害者・低所得者が加入する国民健康保険部分については相当の国庫負担が生じることになる。後期高齢者医療制度については、その実態からみて、現役世代社会保険からの支援金の部分（4割）は公費負担にして、各医療保険の役割を明確にする必要がある。荒木理論は、労働者の生活に対する資本・使用者の責任を一般国民にも敷衍して、「巨大資本による生活条件の支配」という概念で説明しようとして試みていたが、もはや、そうした視点からの理論構成はかなり難しい時代状況になってきている。それよりも、商品を購入する消費者とそれによって利益を受ける使用者という関係での企業の社会的責任と一定の保険料負担を根拠づけることの方が説得力を持つ時代になったのかもしれない。

ILO『社会保障への途』（1942年）において、社会扶助と社会保険はお互いに接近して、長い進化の極点では交わって1つのものになるであろうと述べていたように、今後とも、社会保険給付のなかに公費による負担が増大し、財源からみればどちらが主流なのか分からない事態が増えてくるであろうと予想される。一部の費用だけが社会保険料で賄われていても、それでもそれを「社会保険制度」というのかどうかは別にして、超高齢社会・格差社会にあっては少なくとも社会保険の役割の相対的低下が起り、それを補う形での公費の役割が重要視されてきている。ただし、理屈の通らない無秩序な社会保険と公費との混在は許されないであろう。社会保険と租税とは、その時代の経済・財政状況や国民感情に合わせてどちらでも自由に選択できるような単なる財源調達方法の違いにすぎないのではない。同質的な集団がリスクを回避するために相互扶助の精神で、各人が保険料を負担し、危険分散の仕組みとしてつくられた社会保険の意義と役割、その適用範囲を今一度再確認して、それが時代の変化に対してどう対応してきたのか、現代における期待される役割とその限界は何なのかなどの点を再度明確にして、その限界に対して公費でどのような形で補うのが良いのか、その望ましい組み合わせの仕組みを考えて行かなければならないであろう。

今回の新型コロナウイルス感染症拡大では、国民は、医療保険の枠内での予防措置というものがコロナ禍には通用しないことや、コロナ感染によって増え続ける医療費を前に医療保険の制度のあり方の再検討というものを感じられたに違いない。65年続いてきた国民皆保険の歴史、伝統と実績、定着度を考えるときに、これを一気に覆して、医療を国費で賄う社会サービス方式に切り替えるという政策の提案は、現実的ではなく、また国民のコンセンサスも得られないであろう。現行医療保険制度を維持したうえで、その給付格差を是正するかもしくは制度を思い切って一本化し、新たに再注目を浴びるようになった感染症予防対策を一定の範囲で公費・国費の導入によって体系的整備を図り<sup>(72)</sup>、それを治療と有機的に結び付けていくことが現実的対応として求められている。所得保障については、適用範囲、給付水準ともに不完全な現行制度を一定の補完的所得保障給付の創設によって恒常的に補っていく必要があるだろう。今やそういった新たな社会保障制度の構築が求められているのではないか。超高齢社会、とどまるところを知らない少子化、こういった現代社会の状況に伝統的な「社会保険」制度ではもはや対応できないことは誰の目にも明らかである。荒木氏の言葉を借りれば、いまや「相互扶助と社会的扶養の原理によって立つ合理的な（社会保障）制度」<sup>(73)</sup>が求められているのである。今回の新型コロナウイルス感染症パンデミックは、多くの国民生活の犠牲と引き換えに21世紀型の新たな社会保障制度構築への必要性をわれわれに強く訴えかけているように思われる。

- (1) 医療保障法は「健康の維持・増進、傷病の予防、治療、リハビリテーション等の包括的な医療サービスを、国民の権利として保障する法の体系」ということになり、…」（井上英夫「医療保障法・介護保障法の形成と展開」社会保障法学会編『講座・社会保障法・第4巻・医療保障法・介護保障法』（法律文化社、2001（平成13）年）12頁）。ちなみに、荒木氏が、反対の立場をとっている「医療保障論」とは、荒木理論が登場した「熊本法学」（1965（昭和40）年）の時期から考えて、1960年代の、佐口卓（『医療保障の基本問題』勁草書房、1964（昭和39）年）と、近藤文二（「社会保障と医療」日本労働協会雑誌69号、1964（昭和39）年）の両者の論争のことを指している。
- (2) 荒木誠之『社会保障の法的構造』有斐閣、1983（昭和58）年、187頁。
- (3) 荒木誠之『社会保障法（三訂版）』ミネルヴァ書房、1977（昭和52）年、59-60頁。
- (4) 同上書、63頁。
- (5) 老人保健法の意義につき、①健保と国保の区別をなくし、同一の保健制度のもとにおいたこと、②被用者保険と国民保険からの拠出金が大部分を占めるから、構造上は従来の社会保険制度からはみ出していること、③サービス給付として医療やリハビリテーションを受けることになり、新たに社会サービス方式の医療が開拓された、④予防・治療・リハビリテーションの包括的医療制度を創設したことなどの理由により、これまで成し得てこなかった医療の抜本的改革が老人医療の分野に限ってではあるが実現したと評価している。荒木誠之『社会保障法読本（第3版）』有斐閣、2002（平成14）年、42-43頁。
- (6) 荒木誠之「医療の視点—社会保障法学の立場から」健康保険24巻4号、1970（昭和45）年。西村淳「公衆衛生・医療と社会保障—新型コロナウイルス対応を踏まえた医療提供体制のあり方」社会保障法研究15号、2022（令和4）年、80頁。
- (7) 荒木誠之「老人保健制度の意義と課題」ジュリスト766号、1982（昭和57）年。荒木誠之「介護の社会保険化—その社会保障法学からの考察」『生活保障法理の展開』法律文化社、1999（平成11）年、159頁。

- (8) 荒木・前掲注(3)、63頁。1966年の国際人権規約「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」(A規約)12条1項「この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める」とあり、2項でそのための措置として「伝染病、風土病、職業病その他疾病の予防、治療及び制圧」とある。
- (9) 「医療機関による施設的給付が社会保障としての医療の本質である。一切の医療給付を一元化して、包括的医療法を設け、あわせて疾病の予防を目的とする給付(伝染病予防のための予防接種や一般的定期健康診断等)をもこれに包摂することが望ましい」(荒木誠之『社会保障の法的構造』有斐閣、1983(昭和58)年、38頁)。
- (10) 「傷病とその治癒後残存する心身の機能障害については要保障状態の存在が明確であるから権利発生要件があらかじめ法定され得るが、予防的医療については問題がある。たとえば健康診査(母子保健12条、老人保健16条)などの予防的医療は傷病や障害の予防や早期発見にその目的があり、要保障状態の発生を前提とするものではない。…したがって、予防的医療を要する状態を医療受給権の発生要件とするとき、医療受給権の目的原理の転換すなわち単に心身の機能障害の回復のみならずより積極的な健康の保持・増進という目的をも包含した健康権概念の理論構成を必要としているといえるだろう」。良永彌太郎『社会保障法における医療受給権の特質』社会保障法7号、1992(平成4)年、170-171頁。
- (11) 「急性脳心臓疾患の予防を目的とする第二次健康診断給付等給付も、労災保険の基本構造を揺るがしかねない側面を含み、慎重な検討を要する」(岩村正彦「労災保険政策の課題」日本労働法学会編『講座・21世紀の労働法(7)健康・安全と家庭生活』有斐閣、2000(平成12)年、40-41頁)。「従来の労災保険給付が業務災害発生後の給付であったことからすると、疾病予防給付(二次健康診断等給付)は業務上疾病発症前の状態を給付事由としている点、特に要予防状態につき業務起因性の有無を問わない点で、業務災害に関する補償保険としての枠からは明かに逸脱した給付である」(良永彌太郎「労災保険給付」河野正輝・良永彌太郎・阿部和光・石橋敏郎編『社会保険改革の法理と将来像』法律文化社、2010(平成22)年、123頁)。
- (12) 石田道彦『社会保険法における保険事故概念の変容と課題』社会保障法21号、2006(平成18)年、132頁。
- (13) 菊池馨実氏は、後期高齢者支援金による保険者への財政的インセンティブの付与が、間接的に被保険者等の行動を規制し、国家による個人生活への介入という緊張関係をもたらすことを指摘する。菊池馨実『社会保障法(第2版)』有斐閣、2018(平成30)年、412頁。
- (14) 全国老人福祉施設協議会「いわゆる『自立支援介護』について(意見)」2016(平成28)年12月5日。
- (15) もっとも、第1次予防の重要性から、特定健診・特定保健指導を「努力義務」とすべきであるという意見もある。「特定健診・保健指導は保険者の義務とされるものの、加入者との関係では勸奨にとどまっている。労働安全衛生法のような法的義務とすることは難しいとしても、努力義務とすることは検討の余地がある」(伊奈川秀和「デジタル化と社会保障法—データの医療費適正化への利活用をめぐる論点」山田晋・西田和弘・石田道彦・平部康子・丸谷浩介編『新たな時代の社会保障法』法律文化社、2022(令和4)年、196頁)。
- (16) 石田道彦「医療保険・介護保険と予防」社会保障法研究10号、信山社、2019(令和元)年、213-214頁。伊奈川秀和・前掲注(15)、191頁。「予防はもちろん、特に要介護度の軽減にインセンティブが働くようなシステムへの転換が緊急の課題である」(井上英夫「医療保障法・介護保障法の形成と展開」社会保障法学会編『講座・社会保障法・第4巻・医療保障法・介護保障法』法律文化社、2001(平成13)年、21頁)。
- (17) たとえば、静岡県藤枝市では、商品購入の割引サービス、飲食店で1品サービス、スポーツクラブの無料体験、観光スポットの入館料割引、健康ドック予約で骨密度前腕検査サービスなどを行っている。

- (18) 無事故払戻しについても、それが平均的な自己負担額を上限とした利得の付与であれば、政策的な裁量の範囲内として許容されるという考えについては、石田・前掲注(16)、215頁を参照。
- (19) 「社会保障の目的は国民の生活保障にある。…収入の途を失うとか、負傷や病気にかかり、あるいは障害状態になるなど、さまざまな困難が発生する。そのような困難が現実が発生したとき、人間としての尊厳を失わないで生活ができるような手だてを社会的に講じておくのが、社会保障である」(荒木誠之『社会保障法読本(第3版)』有斐閣、2002(平成14)年、8頁)。
- (20) 菊池馨実「自立支援と社会保障」菊池馨実編著『自立支援と社会保障—主体性を尊重する福祉、医療、所得保障を求めて』日本加除出版、2008(平成20)年、355頁。
- (21) 石橋敏郎「アフターコロナのベーシック・インカム論」山田晋・西田和弘・石田道彦・平部康子・丸谷浩介編『新たな時代の社会保障法』法律文化社、2022(令和4)年、121頁。
- (22) 原田啓一郎「健康づくり・介護予防と社会保障—予防重視システムのあり方を考える」増田幸弘・三輪まどか・根岸忠編著『変わる社会福祉の論点(第3版)』信山社、2021(令和3)年、220頁。
- (23) この場合、被保険者が治癒を遅らせることで、他の被保険者に対して不当な負担をかけることになるため、これを防止する目的であるとされている。石田・前掲注(12)、133頁。
- 健康保険法116条「被保険者又は被保険者であった者が、自己の故意の犯罪行為により、または故意に給付事由を生じさせたときは、当該給付事由に係る保険給付は、行わない。」
- 健康保険法117条「被保険者が闘争、泥酔又は著しい不行跡によって給付事由を生じさせたときは、当該給付事由に係る保険給付は、その全部又は一部を行わないことができる。」
- 健康保険法119条「保険者は、被保険者又は被保険者であった者が、正当な理由なしに療養に関する指示に従わないときは、保険給付の一部を行わないことができる。」(この規定は、被保険者が給付費を増大させる点を重視するのではなく、療養上の指示の実効性を確保するための規定であるとみるべきである)。
- 介護保険法64条「市町村は、自己の故意の犯罪行為若しくは重大な過失により、又は正当な理由なしに…要介護状態等若しくはその原因となった事故を生じさせ、又は要介護状態等の程度を増進させた被保険者の当該要介護状態等については、これを支給事由とする介護給付等は、その全部又は一部を行わないことができる。」
- (24) 具体的には各健保組合の基準規定で決められているが、三菱マテリアル健康保険組合「健康保険法による給付制限のお知らせ」では、「適用の可否等に苦慮している状況にあります」と記述されている。同健保組合の基準は以下のとおりである。
- [116条関係] 交通事故の場合 酒酔い運転、酒気帯び運転による事故の場合、保険給付を100%制限します。無免許運転による事故の場合、保険給付を100%制限します。自殺(自殺未遂)の場合 故意に基づく事故であり、その行為による傷病の治療や傷病手当金の支給はしません。ただし、その自殺が精神の障害によりその行為の結果に対する認識能力のない精神的病気の患者の場合、例外として保険給付を行います。
- [117条関係] 喧嘩・闘争による場合 喧嘩・闘争行為の場合、保険給付を100%制限します。偶発的な事故だが双方の暴力行為による場合、保険給付を50%制限します。泥酔又は著しい不行跡による場合 泥酔による場合、泥酔の程度の激しいもので、それが事故発生の原因である場合には、保険給付を20%制限します。著しい不行跡の場合は、一般的な社会通念に従ってその都度決定しますが、基本的には上記の給付制限とします。※給付制限を20%としているのは、自己負担割合が30%であり、合計総医療費の半分は自己負担していただきます(本人失態への懲罰的意味もあります)。

[平成 18 年 3 月 31 日までの旧基準]

酔っ払い、無免許運転（同乗の場合を含む）、保険給付の 30%を制限します。

スピード運転または居眠り運転、保険給付の 10%を制限します。

- (25) 2022（令和 4）年 11 月には、重症化率・致死率の低下と相まって、厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症をインフルエンザと同じ第 5 類に引き下げる議論を始めたことが報じられた。熊本日日新聞 2022 年 11 月 26 日。その後、2022（令和 4）年 12 月には、「第 5 類」引き下げの議論が本格化し、2023（令和 5）年の 3～4 月をめどに引き下げを行う予定で検討に入った。ただし、5 類になると医療費自己負担が生じるが、新型コロナに限って医療費や入院費の公費負担は経過措置として継続する方向である。熊本日日新聞 2022 年 12 月 28 日。
- (26) 政府はこれまで国民にマスク着用やワクチン接種、行動自粛を促す政策を「お願いベース」で進めてきた。このやり方は、国民の高い責任感によって成果を上げた反面、同調圧力を生んだとの視点も欠かせない。熊本日日新聞 2022 年 5 月 16 日。
- (27) 飲食店におけるアクリル板の設置又は対人距離の確保、マスク着用、手指消毒、換気の徹底は、緊急事態宣言・まん延防止等重点措置ともに要請できる。
- (28) 2020（令和 2）年 5 月 1 日～2021（令和 3）年 2 月 15 日までの申請期間内に、売上が前年度比 50%以上減少している事業主に対して「持続化給付金」が支給されている。中小企業・小規模事業者に対しては上限 200 万円、フリーランスを含む個人事業者には上限 100 万円である。第 2 弾として、2022（令和 4）年には、中小法人、個人事業者を対象として、新型コロナの影響を受け、2021（令和 3）年 11 月～2022（令和 4）年 3 月のいずれかの月（対象月）の売上高が、2018（平成 30）年 11 月～2021（令和 3）年 3 月の間の任意の同じ月（基準月）の売上高と比較して 50%以上又は 30%以上 50%未満減少した事業者に対して中小法人等には最大 250 万円、個人事業者等には最大 50 万円が支給されることになった（事業復活支援金）。
- (29) 日本医学会連合、日本公衆衛生学会、日本疫学会は、過去のハンセン病、AIDS 患者等に対する差別の歴史を顧みて、患者の差別につながりかねないと反対の意見を表明している。
- (30) これまで「かかりつけ医」については法律上の定義がなかったが、社会保障審議会に提出された資料では、かかりつけ医は「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談などを行う」と定義されている。具体的には、慢性疾患の患者が希望する場合には、医師との書面で「かかりつけ医」であることを確認する仕組みや、①休日や夜間の相談・往診、②在宅医療、③介護サービスとの連携など対応できる項目につき都道府県に報告し、それをホームページなどで公表することが考えられている。熊本日日新聞 2022 年 11 月 29 日。
- (31) 磯部哲「新型コロナウイルス感染症対策と法—医事行政法の観点から」学術の動向 2022 年 3 月号 35 頁。
- (32) 伊藤周平「コロナ禍で明らかになった社会保障の脆弱さと今後の課題—コロナ後の社会保障の再構築に向けて」月刊全労研 2021 年 2 月号、4 頁。
- (33) 「それらはむしろ職業安定法や職業訓練法と同じ性格のものであって、文字どおり雇用立法そのものである。失業保険法が名実ともに雇用立法と一体化させられる政策のもとではじめて、このような雇用三事業（現在は二事業）を失業者の社会保険立法に組み込むことが可能になったのである」（荒木誠之・前掲注（2）、200 頁）。
- (34) このあたりの事情については、丸谷浩介「雇用保険の国庫負担」季労 278 号、2022 年秋季号、8 頁以下に詳しい。

- (35) たとえば、通常の雇用調整助成金は、3ヶ月で10%以上の生産・売り上げ減少（生産指標要件）、助成率は中小企業3分の2、大企業2分の1、日額上限額8370円、6カ月以上の被保険者期間などの要件を緩和して、1カ月で5%以上減少、助成率中小企業10分の10、大企業4分の3、日額上限額1万5000円、被保険者期間要件を撤廃したことなどである。2022（令和4）年度からは日額上限額が1万2000円に、2022（令和4）年12月からは9000円に変更されている。
- (36) もっとも雇用保険の適用拡大はコロナ禍だけではない。2011（平成23）年の「求職者支援法」の定める「職業訓練受講給付金」（月額10万円、3ヶ月～6ヶ月）の受給対象者は、雇用保険の被保険者ではない者が対象となっている。具体的には、雇用保険支給期間終了者、雇用保険適用外の非正規雇用労働者、雇用保険の加入期間が所定の期間に達していない者、自営業を廃業した者、学卒未就職者等である。雇用保険法の規定する「雇用安定事業等」のなかに、雇用安定事業（62条）、能力開発事業（63条）（雇用保険二事業）と並んで規定されて、附帯事業として実施され（64条）、その費用は、国庫が2分の1、残りを労使で4分の1ずつ負担することになっている。雇用保険法の被保険者ではない者に対して、労使の保険料、まして労働者の保険料が使われることについては疑問であり、公費で賄うべきだとする意見が強い。菊池馨実『社会保障法（第2版）』有斐閣、2018（平成30）年、285頁。石橋敏郎「最低所得保障給付と雇用促進政策」良永彌太郎・柳澤旭編『荒木誠之先生米寿祝賀論文集・労働関係と社会保障法』法律文化社、2013（平成25）年、169-172頁。
- (37) 野川忍「雇用保険と求職者支援制度の課題と展望」季労232号、2011（平成23）年、6頁。
- (38) 厚生労働省「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の創設について」（2020（令和2）年3月9日）。2020（令和2）年2月27日から3月31日において有給休暇を取得した労働者に支払った賃金相当額×10分の10、1日当たり8330円を上限。個人で業務委託契約等で仕事をしている者に対する「新型コロナウイルス感染症による小学校休業等支援金」を加えて、2020（令和2）年3月18日から6月30日までに申請の受け付け始まる。いずれも、2023（令和5）年3月まで延長の予定である。
- (39) 厚生労働省社会・援護局保護課「新型コロナウイルス感染防止のための生活保護業務等における対応について」（2020（令和2）年4月7日事務連絡）
- (40) 厚生労働省社会・援護局保護課「扶養義務履行が期待できない者の判断基準の留意点等について」（令和3年2月26日事務連絡）。なお、親族照会は、本人の合意が得られない場合は行わないとするべきだという意見もある。木下秀雄「日本社会保障の転機に」木下秀雄・武井寛編著『雇用・生活の劣化と労働法・社会保障法—コロナ禍を生き方・働き方の転機に』日本評論社、2021（令和3）年、189頁。
- (41) 「新型コロナウイルス感染症に感染した被用者に対する傷病手当金の支給について」（2020（令和2）年3月10日厚生省事務連絡）において、「国民健康保険及び後期高齢者医療において、新型コロナウイルス感染症に感染するなどした被用者に傷病手当金を支給する市町村等に対し、支給額全額について国が特例的な財政支援を行う」こととなった。適用は、2020（令和2）年1月1日～9月30日の間であったが、2021（令和3）年6月30日まで延長され、さらに2022（令和4）年12月31日まで再延長されている。
- (42) 全世代型社会保障構築会議「議論の中間整理」（2022（令和4）年5月17日）では、「勤労者皆保険の実現に向けて、…まずは、企業規模要件の段階的引き下げなどを内容とする令和2年年金改正法に基づき、被用者保険（厚生年金・健康保険）の適用拡大を着実に実施する。さらに、企業規模要件の撤廃も含めた見直しや非適用業種の見直し等を検討すべきである」とある。既に、これまで厚生年金は従業員数501人以上の事業所が対象であったが、2022（令和4）年10月からは従業員数101人以上、2024（令和6）年には

- 51人以上の企業が対象となることが決まっている。
- (43) 厚生労働省・医療従事者の需給に関する検討会「医師不足や地域間偏在の根本的な解消に向けた実効性のある施策の実施を求める提言書」（2020（令和2）年11月18日）。医療関係者の不足解消については各都道府県知事からの要望書が多数出されている。保健師助産師看護師法では看護師の診療補助行為については医療機関への労働者派遣が原則禁止されていたが、労働者派遣法改正（2021（令和3）年）により、ワクチン接種業務への労働者派遣が可能になった。
  - (44) 最近では、2019（令和元）年5月に成立した「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」では、後期高齢者医療制度における高齢者保健事業、国民健康保険保健事業、介護保険における地域支援事業を一体的に実施する旨の規定が置かれ（高齢医療125条3項）、市町村は一体的な実施のあり方に関する基本的な方針を定めるものとされた（同125条の2第1項）。
  - (45) 井上・前掲注（16）、6頁。
  - (46) 東京都高齢者福祉施設協議会調査では、入院調整を依頼した保健所の対応として、「軽症者は入院対象ではないと説明された」（43%）、「中等症以上でも入院は難しいと言われた」（28%）とあり、そのほかに、施設職員が感染したケースも多く、85%の施設が「職員の確保（人手不足）」に困ったと回答している。熊本日日新聞2022年12月5日。
  - (47) 厚生労働省は、2022（令和4）年4月、全国の高齢者施設のうち65%の施設で入所者がコロナに感染した場合に医師の往診を受けられる態勢が整ったと発表したが、少なくとも約1300施設は往診をしてもらう医療機関を用意できていなかったことが分かった。熊本日日新聞2022年4月29日。
  - (48) 荒木・前掲注（3）、168頁。
  - (49) 水島郁子「ミニシンポジウム・労働保険における事業主と労働者一雇用政策と社会保障政策のあいだ・趣旨説明」社会保障法38号、2022（令和4）年、126頁。
  - (50) 荒木・前掲注（2）、86頁。
  - (51) 荒木・同上書、98頁。
  - (52) 荒木・同上書、201頁。
  - (53) 片岡昇「労働基本権と社会保障の権利」日本法社会学会編『社会保障の権利』法社会学19号、有斐閣、1967（昭和42）年、18頁。
  - (54) 石橋敏郎「社会保障の変容と荒木理論の現代的意義」アドミニストレーション25巻2号、2019（平成31）年、35頁、注（4）を参照。
  - (55) 荒木氏の説明では、「業務外の傷病も、その発生原因を見るとき、職場の作業環境、労働の内容、賃金水準等の労働条件と、けっして無関係ではありえない」と説明される。荒木・前掲注（2）、71頁。当時の健康保険法立案者は、「労働条件、工場設備等の事由が被保険者の健康を損い、疾病にかかりやすい素地をつくる一因をなすものであり、また被保険者の健康保持、速やかな病状の回復は、労働能率の増進をもたらすことにより産業上に好影響を及ぼし、事業主も共通の利益を有するものであることによる」と説明している。河野正輝『社会福祉法の新展開』有斐閣、2006（平成18）年、13頁。
  - (56) 荒木理論では、企業が消費者から受ける利益が使用者負担の根拠ではない。消費者として「独占的価格の支配」を受けることが使用者負担の根拠となっている。これは、事業主の抛出義務は、企業の社会的責任を抛出という形で履行させる国家による社会保障法上の社会的義務と構成する荒木理論の独特の使用者責任論を一般住民にも当てはめた説明の仕方といえよう。荒木理論では、被用者ではない地域住民に対しても企



業の抛出責任を根拠づけようとした試みは当初から感じられていた。自営業者等地域住民も「今や巨大資本によって生活条件を規制される点では、労働者と本質的には変わらなくなった。社会構成員の大多数の者が、消費者として独占的価格の支配を受けざるを得なくなったのである」（荒木・前掲注（3）、7頁）。

「もし資本の（一般国民への）抛出義務を、これら生活危険給付についても要求するとなれば、それは生活危険の創出についての責任というより、他の観点からその根拠を求めなければならないであろう」（同 46-47頁）とし、その注釈で、「生活危険は、疾病、負傷、廃疾等として具体的に把握されるものであるから、流通過程を通しての巨大資本の国民生活に対する実質的支配を、これら擬態的生活危険の形成と結びつけるには何らかの媒介が必要であろう」、「高度に独占化した資本主義段階における社会構造と国家権力との分析が、その焦点となるであろう。それを法的に理論構成する作業は、いまだ十分ではないとみられる」（荒木・前掲注（2）、51頁）。また、荒木・前掲注（3）、8頁では、「特に自営農漁民や零細自営業者にとっては、…他方では、巨大資本により生活条件を支配され、労働者と同様に種々の生活危険にさらされているとすれば、要保障性の点では労働者とえらぶところはない」とも述べている。

- (57) 「火災・風水害などに際して、応急的に生活必需品を給付する災害救助も、その目的が生活危険に対する保障というより、突発的異変についての一時的・応急的救済になるから、給付行政の一部であっても、社会保障法とは一応区別しなければならない。」（荒木誠之『社会保障の法的構造』有斐閣、1983（昭和58）年、32-33頁）。
- (58) 災害を社会保障制度の要保障事故としている立法例として台湾法があげられる。「（台湾の）社会救助法（1980年）は、低所得世帯…又は被災している者の自立を助長することを目的とする（1条）。同法に定める給付は、生活扶助、医療補助、急難救助（世帯主が失業や失踪）及び災害救助、風水害等により被災した者への扶助もある点に特徴が認められる」（根岸忠「台湾における公的扶助法制と私的扶養—社会救助法と民法の扶養義務との関係に焦点をあてて」社会保障法36号、2021（令和3）年、139頁）。学説でも、「なお、自然災害が多発している昨今の状況からして、台湾法を参考に、公的扶助の給付として、被災者に対する災害救助を新設することも検討に値すると思われる。その際には、現在の災害救助法の給付との調整が必要となる。」（本澤巳代子「日本法の状況—韓国法及び台湾法の報告を受けて」社会保障法36号、2021（令和3）年、160頁）。「このように国によっては災害を社会保障法に溶け込ませる形で法制化している国（台湾）もあることからすれば、社会保障法制から災害リスクを分離するか否かは、立法者の政策選定によるところもあり、必ずしも社会保障の原理上当然に災害リスクが社会保障法制の対象外とされるわけではないことになろう。」（倉田賀世「災害と社会保障」社会保障法研究15号、2022（令和4）年、62頁の注（2）を参照）。
- (59) 品田充儀「社会保障法における自立の意義」菊池馨実『自立支援と社会保障—主体性を尊重する福祉、医療、所得保障を求めて』日本加除出版、2008（平成20）年、33頁。
- (60) 丸谷・前掲注（34）、12-13頁。
- (61) 健保組合の2021（令和3）年度決算で全国1388組合の53.3%に当たる740組合が赤字となり、前年の33.0%から大幅に増加したことが報道されている。熊本日日新聞2022年10月7日
- (62) もっとも、荒木説では、社会保険方式をとるか公費方式をとるかは立法選択の問題であって、どちらをとっても、給付の性格は変わらないといっているが、これは両者が単に財源調達方式の一つに過ぎないと言っているわけではない。また、将来の両者の混合形態を予測していたというより、まず社会保険に適した給付形態（所得保障）があり、それを基本にして給付を行い、その適用が難しい場合を公費で賄うという当時の

基本的な考え方に依っていると思われる。

- (63) 「ベーシックサービスとは、生活保護や年金のような現金ではなく、医療、介護、障害者福祉、教育、子育てなど、万人が必要とするサービスのことであり、これをすべての人たちに（無料で）給付することをめざすもの」（井出栄策「第4章 財政とベーシックインカム」佐々木隆治・志賀信夫編著『ベーシックインカムを問い直す—その実現と可能性』法律文化社、2019（令和元年）年、67頁）
- (64) 「（日本では）社会保険の中には、医療や介護などのサービスが含まれている。あらゆる人間は年を取り、病気になり、介護を必要とする可能性を抱えている。そのような可能性は所得とは無関係に社会全体で対処するのが合理的である。したがって、医療や介護といった現物サービス部分は、段階的に租税を財源とする普遍主義的給付に切り替えるべきである」（井出英策「第7章 福祉国家財政の基本理念と構想」齋藤純一・宮本太郎・近藤康史編『社会保障と福祉国家のゆくえ』ナカニシヤ出版、2011（平成23）年、156頁）。  
「社会保障のうち、社会保険の中の現金給付部分は、社会手当、公的扶助などがベーシックインカムに代替されるが、社会保険の中の医療保険と介護保険および社会福祉は存続する。医療や介護に関しては、保険料負担や自己負担をなくすために、そもそも社会保険方式ではなく税方式で運営するようになる可能性もありえるだろう」（森周子「第9章 ベーシックインカムと制度・政策」佐々木隆治・志賀信夫編著『ベーシックインカムを問い直す—その実現と可能性』法律文化社、2019（令和元年）年、149頁）。
- (65) 西田和弘「趣旨説明」「健康保険法制定100周年記念企画：医療保険制度の過去を顧みて、現在を問い、未来を望む」社会保障法38号、2022（令和4）年、6-7頁。
- (66) 国京則幸「医療保険の『適用者』」社会保障法38号、2022（令和4）年、20頁によれば、フランスでは、「ビスマルク・モデルからベヴァリッジ・モデルへ」とでもいうべき動きの中で、1991年に「一般化社会拠出金（CSG）」が創設され、これが医療保険にも充当されるようになり、医療保険における租税の割合が高くなってきているという。
- (67) 生活福祉資金（緊急小口資金・総合支援資金）は貸付制度であるが、貸付件数の35%（2021（令和3）年度）が免除申請を行っている。返済できない生活困窮者が多数いることがわかる。
- (68) 国の借金「長期債務残高」が2021（令和3）年度末で1017兆円1千億円になり、初めて1000兆円の大台を超えたことが分かった。社会保障費の増加や新型コロナウイルス対策の巨額の出費が原因である。国と地方の借金を合わせると1210兆円になり、2022（令和4）年4月の総人口で割ると国民一人当たり約966万円の借金を抱えていることになる（熊本日日新聞2022年5月11日）。「社会保障費総額2020（令和2）年度132兆2211億円、過去最高、コロナ対策で大幅増。前年より6.7%増。高齢化に加え、雇用支援や病床確保など新型コロナ対策が加わったことが影響した」とある（同2022年8月31日）。医療費については、厚労省は、2021（令和3）年度概算で医療費が44兆円を超えて、過去最高の44兆2千億円になったと発表した。2020（令和2）年度に比べて2兆円増加、コロナ関連が影響とある（同2022年9月17日）。
- (69) 法定された16業種以外の非適用業種には、第1次産業、法務業などの専門サービス業、宿泊・飲食サービス業、生活関連サービス・娯楽業等の個人事業所は、任意包括適用事業所でない限り、健康保険に加入することができない。
- (70) 笠木映里「労働法と社会保障法」論究ジュリスト28号、2019（令和元）年、24頁。
- (71) 前掲・注（55）、（56）の文献参照。
- (72) 財政制度審議会（財務相の諮問機関）は、2022（令和4）年11月7日の分科会で、新型コロナウイルスワクチンの接種を特例として全額国庫で負担している現状を廃止し、インフルエンザワクチンと同様に一部

自己負担とすべきだとの見解を打ち出している。新型コロナワクチン接種費用に、2021（令和3）年度だけで2兆3千億円（1人平均9600円）、病床確保等医療提供体制への国庫負担が累積して17兆円にも達しているからである。熊本日日新聞2022年11月8日。

- (73) 荒木誠之「社会保険法の形成と展開－戦後50年の軌跡」『生活保障法理の展開』熊本学園大学附属社会福祉研究所、1999（平成11）年、68頁。

（石橋敏郎：熊本県立大学名誉教授）

## V おわりに

新型コロナウイルス感染症がいつこうに終息の気配を見せないまま、政府は、2023（令和5）年の4月か5月に、感染症法上の位置づけを季節性インフルエンザと同等の「5類」に引き下げるための具体的検討に入った。コロナ感染による医療費やワクチン接種費用の公費負担は経過措置としてしばらく残されるようだが、しかし、感染力の強い変異株が新たに出現したらどうするのかなど不安はやはり残る。ともあれ、コロナ感染症の脅威がこれほどまでに長引くとはだれも予想してはいなかったことであろう。わが国では、感染症拡大後の2020（令和2）年春から、ただちに収入の低下や喪失に対する補償給付（雇用調整助成金や持続化給付金など）、低所得者やひとり親世帯に対する給付金、貸付給付（生活福祉資金など）、住居確保給付金、医療機関や福祉施設に勤務する職員に対する慰労金など次々と対策が打ち出され、それらがさみだれ式に実施されて行った。当初は、新型コロナ感染症拡大という異常事態に対する緊急避難的措置だから、ちぐはぐな断片的対応も現状では仕方がないと納得していた国民も、1年、2年と経過するうちに、つぎはぎ的な対応策を何度も延長していくようなやり方には限界があることを知るようになる。また、種々の現金給付が幅広い対象者に次々と支給されるのを目にして財源の方は大丈夫なのだろうかとの不安も増していった。

今回の新型コロナウイルス禍によって、以前から日本の社会保障制度の課題とされてきた事項が一向に解決されないまま長い間放置されてきた、そのつけが回ってきたのだという点では大方の見解の一致するところであろう。もともと経済的に弱い立場に置かれていた低年金高齢者、ひとり親世帯や非正規雇用労働者あるいはフリーランス等の自営業者の人たちが今回のコロナ禍の影響をもろに受けることになったからである。その要因のひとつには、同じ社会保険でありながら被用者保険と国民保険との給付格差があったことがあげられる。国民年金は2022（令和4）年現在で満額給付であっても月6万4816円であり、この金額は厚生年金の平均額の半分以下である。また、同じ企業に勤める被用者でありながら企業規模や所定労働時間によって被用者保険の対象から外されている労働者がいる。また、健康保険にはある傷病手当金が、国民健康保険法には事実上ないという格差も存在する。雇用保険も短時間労働者等が適用除外となっているし、農林漁業者や自営業者にはもともと雇用保険という概念がない。コロナ禍が直撃したこうした経済的弱者に対して、今回は特例措置によって、被保険者ではない者にも被用者保険の恩恵を受けられるよう被用者保険への包摂が行われた。自営業者にも持続化給付金が支給された。しかしこれはあくまでも特例的・臨時的措置でしかない。コロナ禍を教訓として、今後は、職業にかかわらず一定の水準の所得が保障される補足的給付の創設など新たな生活保障制度の創設が望まれる。

医療については、従来の生活習慣病対策とともに、感染症対策の充実が望まれる。予防・治療・リハビリテーションの一貫した医療保障体制の必要性とその整備は早くから主張されてきた。だが、予防と医療の関係については、いまひとつはっきりしないところがある。その費用負担のあり方も含めて今一度整理しておく必要がある。また、健康保険と国民健康保険の給付格差についても、早急の対策が必要である。コロナ対策特例として国保適用下の被用者にも今回に限って傷病手当金が支給されることになったが、これは特例としてではなく、もともとそうすべきであった問題である。この際に、健康保険と国保との一元化も含めた再編成構想が考えられてよいのではないか。もちろんその際には、使用者の保険料負担をどう考えるかの議論は欠かせない。

最後に、財源をどこに求めるかの話である。超高齢化・超少子化時代を迎えて、高齢者の医療費用については、これまでのように現役世代が加入する医療保険からの支援金・納付金で支える仕組みはもはや限界にきているといわざるを得ない。さらなる公費導入が避けられないとすれば、この機会に、高齢者医療制度のあり方そのものを見直す必要がありはしないか。同様に、雇用保険についても社会保険負担と公費負担のすみ分けが必要ではないかと思われる。今回は特例措置として失業等給付の積立金が雇用調整助成金に流用されることになったが、その根拠としては、たまたま積立金に余裕があったからという理由では済まされないような気がする。雇用保険は被保険者と使用者の保険料拠出による相互扶助の仕組みであるから、財源に余裕があれば保険料の引き下げによる対応が筋道であろう。現在進行中であるが出産育児一時金の増額（42万円から50万円）のための費用の一部を後期高齢者医療制度からの繰入金で賄うという案についても同じことが言える。少子化対策として育児の費用を全世代型で負担するという趣旨は理解できるとしても、各医療保険からの支援で成り立っている後期高齢者医療制度からの繰り入れには抵抗を感じざるを得ない。全世代型の費用負担ということであれば、そのための目的税（実現できるかどうかは別として）で賄うことの方がすんなりと受け入れられる。コロナ禍で一層混とんとしてきた社会保険の役割と保険料財源の意味を、この際、今一度確認して、公費負担との役割分担を明確にしておく必要がありはしないか。

まったく予想外の事態といえば、まずは自然災害が思い浮かぶが、今回のコロナ禍も同様の印象が強い。予想外の事態であるがゆえに、困惑と対応の混乱ぶりはある程度仕方がないとしても、今度の経験からはっきり言えることは、平常時の生活保障制度がしっかりと整備されているかどうかで混乱を最小限に抑えられるカギになるということである。コロナ禍を機に、これまでのわが国の社会保障制度の矛盾や不備な点を洗い出し、それをひとつひとつ改善しながら、新しい21世紀型の生活保障の仕組みを考えていくことになればよいと思う。そうなれば、3年間にも及ぶ国民の苦労は少なからず報われることになるだろう。

（進藤三雄教授にはめでたくご退官をお迎えになりました。長い間の勤務、ご苦労様でした。進藤先生の、穏やかな、温厚なお人柄に触れるにつけ、いつも癒されておりました。これからも健康に気を付けられてますますご活躍されてください。お元気で。）