

**新型コロナ感染症対策で第 1 次提言**2020 年度 Vol.3 (通番 24 号)  
**医療政策関連情報****感染症対応体制の見直しと保健所再生を**

京都府保険医協会は新型コロナウイルス感染症、および今後の新興感染症パンデミックを見据え、既存の法制度の枠組みを超えた感染症対策の確立を求めて2本の提言をとりまとめた。今、新型コロナウイルス感染症との闘いの只中であることから、第一次提言とし、多くの方々からの意見をいただきながら、第二次提言へとつなげていきたいと考えている。

**新型コロナウイルスを含む感染症パンデミックへの対応体制の見直しについて一国の果たすべき役割の見直しを中心に（第一次提言）**

京都府保険医協会

2021 年1月 26 日

**＜序文：提言を検討するにあたって＞**

新型コロナウイルス感染症との闘いは、現在も厳しい状況をまったく脱していない。

問題点や課題は様々あるが、今回取り上げるパンデミックへの対応体制上の問題点については、現在進行形で続けられている闘いの中で医療界、国民に広く問題意識を呼び起こし、認識レベルが日々更新され続けている。従って、この協会からの提言も、現時点での暫定的かつ部分的な意見表明にならざるを得ないことをまず記しておく。

また、保険医の団体として新型コロナと格闘する中で得られた知見をベースにして提言することから、カバーできる分野も限られたものとならざるを得ない。したがって、現時点での提言、すなわち第一次提言としてまとめるものであり、必要なポイントを論点としてできるだけ提示し、今後の議論を深める足掛かりにしたいと考えている。

新型コロナ感染症が鎮静化したのちには、新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議(報告書は2010年6月10日)のような議論が必ず必要で

ある。協会としても提言内容の充実をめざす取り組みを継続して、新興感染症対策を実効性あるものにするための国民的な議論において積極的な役割を果たしていきたいと考えているが、まずはその議論の前提として、この新型コロナとの闘いを通じて見えてきたこの国のあり方そのものに関わる問題について触れておく。

**①新型コロナとの闘いを支えている医療的条件は、この国のこれまでの皆保険体制が育んできたものだということ。**

皆保険体制によって支えられ維持されてきた医療提供体制の強さがなければ、新型コロナとの闘いはここまで持ちこたえられたか疑問である。特に、日本においては、重装備専門医開業型クリニックが、一次医療を一手に引き受けられるレベルで地域に普遍的に存在している。このことからくる基礎疾患に対する日常的な医療管理の水準の高さは、特筆されるべきである。開業医・診療所、中小病院が担ってきた地域医療の質の高さがあつての高度医療の実現であろう。

また、日本の皆保険制度は、医師の医学的判断に基づく医療給付を保険者など他からの許諾を待つことなく即時給付できるようになっている。「療養の給付」と言われるものの神髄はここにあるが、これにより、今回のような「医療崩壊」状態に陥るまでは、医師（医療機関）が入院が必要と考えた新型コロナ患者について、即時入院措置をとることができていた。これが新型コロナとの闘いにおいて重症化や死亡率の抑制に力を発揮していたことについての分析・評価は、必ず行われなければならない。

その一方で、この間の新自由主義改革政治によって掘り崩されてきたものや、軽視、無視されてきたものが原因となってもたらされている「必要以上の困難」にも目を向ける必要がある。新型コロナに対する医療優先の陰で、救急、がん、慢性疾患、精神疾患、健診などの一般医療が困難に陥っているのは、これまでの行き過ぎた医療機関の機能再編、病院・病床削減、医療費削減等の新自由主義政治に基づく医療政策が原因である。

また、軽視・無視されてきたものとしてまず挙げておきたいのは、新型インフルエンザ総括会議報告やそれに基づき進められるはずであった対策などであるが、そのベースには、90 年代以降進められてきた公衆衛生、アウトリーチ型地域保健活動に対する政権の軽視姿勢がある。

専門職の職能に対する評価を引き上げ、地域住民に対する個別援助業務を重視する政策を中心に据えない限り、感染症対策は今後も必要以上に困難なものとなるだろう。

## ②国民生活全体を必要以上に困難にさらした原因は、これまでの新自由主義政治にあるということ。

今、多くの国民は明日の暮しへの展望を持っていない状態に置かれている。商店、個人事業主、中小企業、母子家庭等、困難を抱える人々の現実、筆舌に尽くせない。自殺者の増加はその現われでもある。中でも今、大きな困難を強いられているのは、新自由主義改革の最大テーマである雇用・労働改革によってもたらされた低賃金、劣悪処遇を強いられている人々である。90 年代

末からの改革によってその数を増した非正規労働者は、その層を若年から中・高年齢世代にまで拡大。今や全就労者人口の3割を超えている。昨年 12 月のNHK世論調査では、新型コロナによる収入減少を回答者の 24%が訴えているが、その多くはこの非正規労働者層であろう。コロナ禍による失業は、統計上に掬い上げることのできた人たちだけで8万人に迫ろうとしている。彼ら彼女たちの暮らしは、これまでの経験に学んでいれば予測不可能とは言えなかったであろう新興感染症によって、わずか数カ月で一気に崩壊状態に追い込まれたのである。

このひどい困難の原因は、何か？この国の新自由主義改革は、ヨーロッパのような福祉国家ではなく、企業中心の開発主義的な国づくりを進めてきたことにより作られた脆弱な福祉・社会保障を、さらに変質させ、弱体化させてきた。それが今のコロナ禍による困難を、さらに増幅させてしまっているのである。このコロナ禍による被害を最小限にとどめ、国民生活を守る政策は、現政権が続けているようなこれまでの新自由主義改革政治の延長線上にはない。今、そのことに気づき始めた人々は増えている。政党、議員の中にもそのことを指摘する動きが出てきている。しかし、重要なのは、新自由主義改革からの離脱、転換は、ただそれを批判しているだけでは実現しないということである。なぜなら、多くの国民は、今の政治に代わる政治、政策に確信が持てない限り、今の政治に対する「仕方のない支持」から離れることはできないからである。

必要なのは、新自由主義改革政治に対する具体的な対抗政策を打ち出し、それが多くの国民の支持を得るということである。そのためには、福祉・社会保障、雇用・労働、地域産業・経済等の諸分野にわたる対抗政策が体系的に打ち出される必要がある。当協会は、その具体化の一翼を担うべく様々な取り組みを進めてきた。2012 年には『新たな福祉国家を展望する－社会保障基本法・社会保障憲章の提言』（旬報社）を福祉国家構想研究会との共同作業によって出版。皆保険体制をここまで困難に追い込んだ原因とこれからの運

動の展望についても『開業医医療崩壊の危機と展望—これからの日本の医療を支える若き医師たちへ』（2019 年、かもがわ書店）にまとめている。

このコロナ禍から国民と医療現場を守り、さらに、今後も予測される新たな感染症による壊滅的な事態を防止するためには、新自由主義的な政策、安倍政権下で進められてきた経済財政諮問会議の主導による医療費削減政策（医療提供体制改革や医療保険制度改革など）を改めなければならない。新型コロナや新興感染症に対する対策を実効性あるものにするためには、こういった新自由主義政治から離脱し、「新しい福祉国家」をめざす政治への転換が必須であると考ええる。

### ＜提言の前提となっているパンデミック対応体制に関する問題意識＞

新型コロナウイルス感染症は、我が国の感染症防護体制の想定を大きく超える事態となった。しかも、PCR等の検査体制や医療提供体制が十分でなかったなど、現場においては混乱も少なからず見られ、そのため国民の不安は広がった。その原因の同定とそれへの迅速、的確な対処は、今後の新興感染症に備えるために、極めて重要と考えられる。以下我々が問題とする点を列挙する。

#### 1. 病床や収容施設のひっ迫、対応できる人員の不足

各自治体は、自前でエクモなどを必要とする高度医療病床、人工呼吸器や酸素吸入を要する重中等症の病床、軽症者向けの病床といったそれぞれの段階に応じた病床、療養施設を確保することが求められたが、これまでに指定を受けていた感染症病床だけでは対応できず、新たに利用できる病床や療養施設を設ける必要があった。

しかし、こういった事態を想定しての仕組みづくりが医療政策として重視されてこなかったことや、施設基準や人員基準と診療報酬をリンクさせた病院の機能再編が、長年にわたる医療提供体制改革として続けられてきたことにより、今回のような事態を受けても病院

はフレキシブルな病床利用や病床転換を受け入れられなくなっている。機能転換に伴って改築した病棟や減らした専門職人材を、元に戻すことなど容易にできることではない。一時的な患者受け入れ補助金で解決できるような問題ではないのだ。

また、医療政策そのものの問題からは外れるが、地方の医療を支えてきた医療機関の困難は、同時にその地方の困難の裏返しでもあることを忘れてはいけない。地方の地場産業の衰退、経済の縮小、人口の減少、暮らしの基盤の崩壊は、その地域の医療機関が医療活動が続けていくうえで大きな困難を与え続けてきているのだ。

こういった問題があるにも関わらず、現在おこっている病床ひっ迫の原因を、民間病院の受け入れ率の低さに求めようとする声がある。今日の事態に至る原因を作った医療政策に対する反省もなく、感染症法の改正によって民間病院に患者受け入れを「勧告」できるようにし、「従わない場合は医療機関名を公表できるようにする」という国の動きには強く抗議したい。

今の事態を打開するためには、ここで述べたような病院の現実があることを前提にしたうえで、再度、病院間の役割分担と連携体制づくりを進めるための話し合いを、行政が責任をもって主導し、進めていくしかないだろう。これこそが、真に地域で役立つ「地域医療構想」づくりの作業でもあるはずだ。

また、こういった事態を補完するためにホテル等を活用した療養施設がもうけられているが、こちらも、療養者の立場にたった療養環境が整備されているとは言い難い点や、医療的監視や生活支援にあたる医師、看護師等の人員不足といった問題によって十分に機能しているとは言い難い。

今、東京では 7000 人超、京都府においても 787 人という入院・収容待機者が自宅療養の形で発生している（2021 年 1 月 14 日現在）。これが家庭内での感染拡大の大きな原因に



もなっているだろう。

この事態を受けて国は、不足する看護師の手当てに乗り出したが、もともと絶対数の伸びを抑制してきた中での確保は困難を極めている。

また、都道府県単位でのひっ迫状況に対応しての広域圏レベルでの病院の役割分担や、ひっ迫状態にある自治体から、多少ゆとりのある地域への患者移動といった県境を越えた調整も、場合によっては必要と思われるが、今現在そういった国の動きは見られない。

2. 未知の感染症に対する科学的知見及び予防、治療での後進性が明らかになったこと。我が国における 1 例目の新型コロナウイルス肺炎患者は 2020 年 1 月 15 日に発見され、この時点でヒト→ヒト感染であることが報告された。しかし、世界に先駆けたウイルスの単離や PCR を用いた検査法の開発は行われず、ヒトからヒトへ感染する事実は検疫や国内予防対策に生かされなかった。さらに、この Wet 力（既存の情報の分析から新たなエビデンスを見出す分析力を Dry 力と呼ぶのに対して、実験的な手法でエビデンスを見出す力を Wet 力と呼ぶ）（註1）の不足は、我が国の治療薬やワクチンの開発分野での後進性を露呈した。

3. 政府の施策および自治体の対策と国民へのリスクコミュニケーションは、密閉・密集・密接の「3密回避」「マスク着用」「手洗い励行」「外出自粛」等、国民にその行動変容を求めるものであったが、その一方で、これとは矛盾する「Go to キャンペーン」が行われ、先の行動変容の必要性についての理解が徹底できたとは思えない。

また、安倍首相の一斉休校の要請や、爆発的な感染拡大に至るかもしれないという局面についての訴え（例えば「ここが瀬戸際」といったような発言）も、科学的な仮説や根拠を国民に向けて分かりやすく示せていたかどうかという点で課題があった。

4. 2010 年「新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策

総括会議報告書」において、新規感染症に対する研究、診断方法の確立、治療法の臨床研究、人材育成、情報発信等で体制の強化の必要性が指摘された。特に国立感染症研究所については、米国 CDC を始め各国の感染症を担当する機関を参考にして、より良い組織や人員体制を構築すべきであるとの提言がなされたが、その後まったく具体的解決策に移されなかった。

また、同会議報告をベースに特措法が設けられ、対応演習が毎年全国で取り組まれてきたはずだが、そういった演習は今回何の役にも立っていないのではないかと。その原因は何か。その総括も必要である。

これら4つの問題の最大の原因として、新型コロナウイルス感染症への対応において、既存の法制度の枠組の中では、国、地方自治体、地方衛生研究所（以下地衛研）、保健所、地域の医療機関および各関係機関がその役割を十分に発揮することができず、我が国の感染症対策の体制が十全に機能していなかったことが考えられる。我々はこのような問題意識の下にこの提案を行う。

## ＜提言を検討するにあたって押さえるべき点＞

### 1. 既存の法制度の枠組みとは？

まず理解すべき点は、感染症には管理上3つの質的段階があるということである。アウトブレイク（後述）、エンデミック（地方病）、パンデミック（世界同時の流行）の3段階である。我が国の感染症対策の体系は、「旧伝染病予防法」、「旧結核予防法」を基にした感染症法と、それを支える「保健所法」を基に制定され、保健所を中心に感染症の発生原因を調査・把握するとともに、検査の結果、感染者・患者と診断された者を入院隔離し、感染症のまん延を防止するという、古典的なアウトブレイク（エピデミック）即ち、「一定期間内に、同一病棟や同一医療機関など、限られた狭い空間で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態であること」への対応を基本としてきた。当初感染症が疑われた水俣病や地域に濃厚に

存在した汚染源による四日市喘息など、エンデミック（地方病）ですら発生原因を調査・把握する疫学が十全に機能してこなかったことは歴史が証明するところである。従って未知の病原体によるパンデミックは、そもそも我が国の感染症対策の枠組みを超えていたと考えられる。未知の感染症に対しては間違いを犯さない専門家は期待できず、既存の知識経験の座学的な公衆衛生学の Dry の知識と同様に、感染症対策に Wet の分子感染症学を動員し、実体験しつつデータを見ながら方向性を定めることが必要であり、それを保障する枠組みが必要となる。

特に、パンデミックにおいては、高度医療、重症から中等症、軽症の3段階に応じた病床確保は国民の安全を確保するために必須であり、自治体の枠を超えた確保が必要となる。そのため平時からパンデミックに備えた国による医療確保のイニシアチブが求められる。現行感染症法では国の責任の規定はなくその仕組みもない。

## 2. これまでの枠組みの弱点とは？

現在我々が直面している新型コロナウイルス感染症は、エンデミックを超えたパンデミック感染症であり、感染力が強く、無症状者からも感染する。これにより、保健所の処理能力や検査体制、医療体制を超える規模の多数の患者が発生し、また同時に、海外からも多くの患者が流入したため、国境を越え、都道府県を横断し、全国的にまん延した。このため、保健所を中心とする検査から入院隔離を基本とする既存の「アウトブレイク」を想定した法体系、制度の枠組の下では、十分に対応できなかったのである。その上、国、厚生労働省から地方自治体、地衛研、保健所等に対する明確な指揮命令系統を確立することができず、全国統一的な対応が徹底されていないなどの問題も生じた。

このような問題意識に立てば、新たな、そして遺伝子変異によりこれまで以上に強い感染性や病原性を持つ感染症の大規模流行時であっても対応可能な、感染症法の改正を軸とした新たな国としての体制を構築することが急務である。

## 3. 弱点克服には何が必要か？

### ①エビデンスに基づいた情報の提供を行う感染症に特化したナショナルセンターの創設

そのためには、まず、世界の感染症専門機関と共同して疫学、診断、治療薬、治療法やワクチンの開発について、先導的な役割を果たす高度な専門性を有する研究センター（仮に日本版 CDC と呼ぶ）を創設し、未知の感染症への対応を可能とする科学的推進力の強化が必要である。

また日本版 CDC により生産される科学的エビデンスに基づき、国がより明確かつ強固な司令塔となり、地方の公衆衛生機関と医療機関が連携し必要な対策を遅滞なく実施できるよう、統一的な対処方針を講ずる必要がある。

特に検査法の開発、エビデンスに基づく予防手法の確立、治療薬の開発、ワクチンの開発、疫学情報の収集と分析、3段階にわたる病床確保は、同センターの任務であると考ええる。

### ②既存専門機関に加え、地域の医療機関、介護保険施設等の機能強化と活用

新たな国の体制の構築においては、国、地方自治体、国立感染症研究所、地衛研、保健所、検疫所等の専門性を高め、権限を強化することはもちろん重要であるが、行政機関である保健所のみを第一線機関とする現在の公衆衛生の枠組は、PCR検査にみられたように、感染症非常時の際には事務処理能力を超え、機能不全に陥るなど、限界がある。そこで、公衆衛生の枠組と地域医療介護を担う臨床現場の枠組の両者が、有機的に一体となって感染症対策に取り組む新たな体制を構築することが急務であり、その際、地域医療および介護を担う機関が、地域の公衆衛生を取り込んできた機能とその強みを活かしながら、民間検査機関を利用しつつ、新たな体制の重要な一部を担うべきと考えられる。

特に、地域医療と介護を担う機関の感染症対策への参画は重要と考えられる。一例をあげれば、日本の死亡者が少ない理由の一つとして、高齢者が入居する介護施設や老人保健施設でのアウト

ブレイクが少ないことが注目されていた<sup>(1)</sup>。米国においては、全死亡の 40%がナースিংホームのアウトブレイクで説明され<sup>(2)</sup>、イタリア、フランス、スペインなど EU 諸国でも同様に死亡の多さがアウトブレイクの多さ<sup>(3, 4, 5)</sup>と関連づけられている。

一方わが国においては、第一波から第二波のあたりまでを見ると、介護施設や老人保健施設での死亡はきわめて少なかった<sup>(6)</sup>。このことは、わが国の基本的な感染症予防対策がこれらの施設で適切にとられていたことを意味しており、医療・介護に関わる全ての職種に基本的な感染症予防対策の基本的な素養は備わっていると想定できる<sup>(6)</sup>。

特に昨年3月の時点で多くの介護施設や老人保健施設で面会を禁止としたことや、感染防止のための消毒の徹底は注目に値する。このことから今後の感染症対策に対して教訓を引き出すとすれば、地域での保健所と医療・介護者の共同的な取り組みにより、基礎的な予防技術を習得し、それによるポピュレーション<sup>(註2)</sup>戦略に基づく感染予防技術を修得させることは、感染を初期の段階で抑え込むうえで極めて効果的だということである。

#### 4. 科学的根拠に基づく政策形成過程の透明化

さらに、今回の専門家会議の関与は、そこでの検討内容が政治に反映されていく過程で不透明感をもたらし、国民に動揺と不安を与えた。特に、「Go To キャンペーン」では専門家が打ち出すメッセージと相反するメッセージが送られ、国民の間で困惑が広がった。

今後は、感染症対策の科学的根拠に基づく政策について、その形成過程を透明化すると同時に、感染症データなどの基本的かつ重要な情報を豊富かつ迅速に公開し、研究等に利用できるようにする必要がある。これにより、未知の疾病のスピーディーな真相究明や新たな治療法の開発に活かすことができるようになる。

特に、国民に安心を与える情報提供システムを安全に簡便に使えるように整備する必要がある。これらのエビデンスを基に専門家の意見を聞き、政府が政策決定を行うプロセスを構築し、これらのプロセスを透明化し、政府への国民の信頼を

高める必要がある。

#### 5. 非常時体制に速やかに移行できる平時体制づくり

これらの作業は、感染症非常時に際して平時からいかなる組織及び機能を構築しておけば良いかを確認することを意味する。非常時の体制を平時にそのまま維持することは、膨大な予算を常時確保しなければならず得策ではない。感染症非常時には、直ちに必要な人員を動員し、リスクを乗り越えうる非常時の体制を組めるように、平時から一定の専門的知識を持った人材を養成しておき、必要に応じてかかる人材を動員できるバーチャルなネットワークを組織しておく（ここでは機構とよぶ）ことが求められる。これらは、我が国の行政改革の視点からも受け入れられうるチャレンジであると考ええる。

特に日本版CDCに関しては、その研究の質と実践的な能力を高めるため、今後も進んで国際的な感染症対策に参加し、経験を積む必要がある。今回の新型コロナウイルス感染症において、早期の段階での制圧に乗り出したドイツや、ワクチン開発で成果を収めつつあるイギリス・アメリカは、ドイツのCDCによる天然痘撲滅の経験や、エボラ出血熱へのワクチン開発の経験を基礎にしている。このことは、国際的な新興感染症対策への参加の経験がいかに重要な物語を語る。

#### 6. 感染症専門家の育成と感染症予防のためのポピュレーション戦略としての標準的感染予防教育

今回の専門家会議で招集された専門家は、感染研を除いてほぼ Dry 分野における専門家の集団である。我が国においては既に述べたように未知の感染症に対して立ち向かえる Wet の専門家の数は極めて少ない。この点は、診断法や治療法の開発、ワクチン開発、治療法開発での後進性を見れば明らかである。これら Wet エビデンスを生み出すためには専門家の養成が必要であり、その専門家は日常的に感染症に On the bench（即時対応可能な形）で対応し、常に Competency（結果を出せる行動特性）を高める必要がある。そのためには国のナショナルセンターである日本版



CDC は、恒常的に Wet および Dry レベルで国際感染症対策の現地での活動に関与参画し、未知の感染症に対する備えをしなければならない。

またこの一方、医療関係者育成課程において感染症専門医をはじめとする専門職の増員・養成、並びに標準的感染予防教育を基礎教育として導入する必要がある。医療従事者において共通の標準的感染予防教育による感染症予防の Competency の向上は、地域の医療機関、介護施設等での感染症予防に直結しポピュレーション戦略として効果が期待できる。

以下に上記で述べた諸点を踏まえての提言を行う。

### ＜私たちからの提言＞

#### **提言1. 感染症対策に第一線で取り組む各自治体を効果的に支援するために、アウトブレイク対応からパンデミック対応への「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」（以下、感染症法）の改正が必要である。**

この法律の問題点は、国の責任があいまいで、都道府県知事への情報提供や助言程度に限定される点にある。

都道府県は、現在、未知の感染症に対し第一線で対応している。

ただ、それぞれの自治体の財政力、人的資源の確保状況には格差やばらつきがある。その実態を前提にした実効的な支援策を国は責任をもって実施すべきである。

まずは、PCR 検査のキャパシティを増やすため、都道府県知事の権限下の地衛研や保健所を酷使する「行政検査の枠組み」を変えることが必要である。

この点について、今回国はインフルエンザとの同時流行の可能性を踏まえ、地域の診療・検査体制の強化策（新型コロナ感染症疑いに対する PCR 検査の保険適用に加え、「診療・検査医療機関」による発熱外来の設置など）を打ち出した。今後これがうまく軌道に乗れば、これまで目詰まりの大きな要因となっていた地衛研の弱体化（Wet 力が低下し、PCRを十分確保できなかった）とい

う問題に対しては、「医療保険による検査」によって地衛研の代わりに民間の検査機関が参入し、機能が代行されていくであろう。

また同様、保健所についても、「行政検査」の委託を受任した契約医療機関が、医療保険を活用しつつ検査を担うため、検体採取や輸送に保健所のスタッフを使う必要がなくなり、その負担は軽減され、目詰まりはなくなっていくことになる。

ただ、これについては、「行政検査」の外部委託の形をとることによる患者負担の公費化はあるものの、担当する医療機関の過重な負担や院内感染を防ぎえないことへの恐れ、あるいはそれを恐れての患者の受診敬遠といった問題があり、すべての医療機関がこれを担える状況にはないのが実情である。（「診療・検査医療機関」の名簿公表が、ほとんどの自治体で手控えられているのはそのためである。）

これを解決するには、従来から当協会が提案しているように、一定の地域を単位に「公的発熱外来」を設置し、発熱患者の検査・スクリーニングを集中的に担うようにするという方法が最も合理的であろう。地域の医療機関の一般診療の維持にとっても、この「公的発熱外来と一般医療機関との棲み分け方式」が最も望ましいと考える。特に、民間医療機関にとってこれを担うことは難しい場合が多い。むしろ公的・公立医療機関こそがこういった任務を担うべきであり、担えるような体制づくりを国・自治体は行うべきである。

なお、現在、新型コロナの検査が「行政検査」の外部委託の形をとっているにも関わらず、保険適用により患者負担分以外の部分を保険者財政で賄われている点は、今後検査の適応範囲を長期的に拡大していくにあたって障害となる可能性がある。医療機関の費用請求の簡便化という点においては保険請求システムの活用は合理的だが、必要財源については公費で賄うべきである。

また、パンデミック対応という点では、都道府県単位という小さな領域で考えるのではなく、国の責任で感染症指定病床をはじめとする重症度に応じた病床や隔離施設を全国的な配置計画のもと確保しなければ、病床のひっ迫は避けがたい。国の責

任で、感染患者を専門的に診療する専門病院を近畿などの広域圏ごとに、新型コロナの病態とその特徴に応じて整備する必要がある。

現在、兵庫県、大阪府、東京などで、自治体の独自努力による専用病床の増設が行われているが、そういった努力に対しては、国が適切に補助や人材確保などにおいて支援を行うと同時に、そういった手当てが困難な地域からの患者受け入れも可能とするような、国レベルでの病床利用の調整システムが必要であると考えます。

これまで進められてきた「地域医療構想」調整の中で役割の見直しが求められ、急性期から回復期に機能転換させられた病院が、今回のパンデミックを受けて、もう一度急性期病院に戻してくれと言われ、大変困っているという話がある。こういったご都合主義的な方針転換を求めざるを得なくなるような政策については見直すべきである。

むしろこれから求められるのは、必要に応じて平時体制から非常時対応へと迅速に病床転換が行えるような医療機関間の役割分担と連携の体制づくりという意味での「地域医療構想」の構築であり、その前提としては、施設基準や人員基準にリンクした診療報酬によって医療機関を特定の固定的機能しか果たせなくなるようなところに追い込んできた国の医療政策そのものの見直しが必要である。

これに加えて、地域で感染症以外の一般医療を担っている医療機関の深刻な財政難についても手を打つ必要がある。まずは、①減収分の補填を中心に、国が個々の医療機関に対する財政支援を強化すること、②地域医療を安定的に維持していくために、一般医療を担う医療機関に対しても、感染防護のための資材を安定的に確保し提供することが必要である。

なお、新型コロナウイルス感染症について、感染症法の中での位置づけを見直すべく国の方で検討が進められたが、これに関しての我々の意見は以下の通り。

- ①現在の2類相当としている取り扱いの問題点を見直し、実態に即して運用する方向で調整が図られたことについては評価する。

現行の指定感染症の枠組みでは2類相当の患者は、医療機関にすべて収容することが原則となるが、実際には弾力的な運用が認められ、無症状および軽症の患者の多くは、ホテル収容や自宅待機となっている。但し、その問題点は、医療的監視や生活支援が無いまたは薄いことである。

昨年の国の見直しにおいて、無症状者と軽症者の入院については高齢者と基礎疾患などリスクのある者にしぼり、その他の者は、ホテル収容や自宅隔離とされた点は評価できる。但し、本人の希望によりホテル収容または自宅隔離を選択できるようにすること。そして、どちらの場合についても、医療的な監視や様々な相談に応じる体制を敷くとともに、生活物資の配送など日常生活支援を行うことは、今後の感染症対策においても必要である。

- ②診断、隔離・入院等の費用は、すべて国が責任を持つという点を外さないことが重要である。それにより対象患者の受診（発見）漏れを防止することができる。これはサーベイランス上からも重要であり、後退させるようなことがあってはならない。

## 提言2. パンデミック対応力強化のための日本版 CDC (Centers for Disease Control and Prevention) の創設と人材育成および医療介護分野での標準的感染防御の教育の導入が必要である。

### ①「日本版 CDC」の創設に向けて、多くの意見を取り入れつつ早急に着手を

現在の感染症法はあまりに地方行政の責任が重く、世界レベルの未知の感染症など最新の科学技術が必要な場合には、そこだけの力で解決することは困難である。

また、本来であれば国立感染症研究所がその役割を果たすべきであったが、それも完全には実現していない。その解決策として我々は日本版 CDC の創設を提案する。

この日本版 CDC は、機能として今回のようなパンデミックへの対応においては、最新の医学的知見、疫学、治療薬の開発、ワクチンの開発、臨床的治療



法の確立、高度医療の病床管理、教育及び研修と技術を提供できる必要がある。要するに日本版 CDC は Wet、Dry および地衛研への技術指導や保健所スタッフへの教育機能を有するものである。

また本機関は政府や行政から独立して科学的な知見から意見を述べ、感染症の医学的な検討を担い、最新の研修や知見、疫学的研究、臨床的エビデンスを提供できなければならない。

そしてこうした研究機関は、その質を保つため、WHO に参集し、世界の感染症機関と協力して、常に世界のアウトブレイクに参加し Wet 及び Dry の両面で鍛えられる必要がある。

当面、こういった組織を応急的に作るためにも、日本版 CDC に向けた過渡的措置として専門家会議を現在の「分科会」に替えて政府から独立した形で設置し、この会議を中心に、場合によっては広域的な入院調整も行い、病床のひっ迫が起こらないようにすべきである。

この専門家会議のサブシステムとして広域的入院調整を行う部署を置き、現行法において国が管理する「特定感染症指定医療機関」の拡充と、「第一種感染症指定医療機関」に関しては指定にとどまらず国による管理の権限と拡充を提案する。

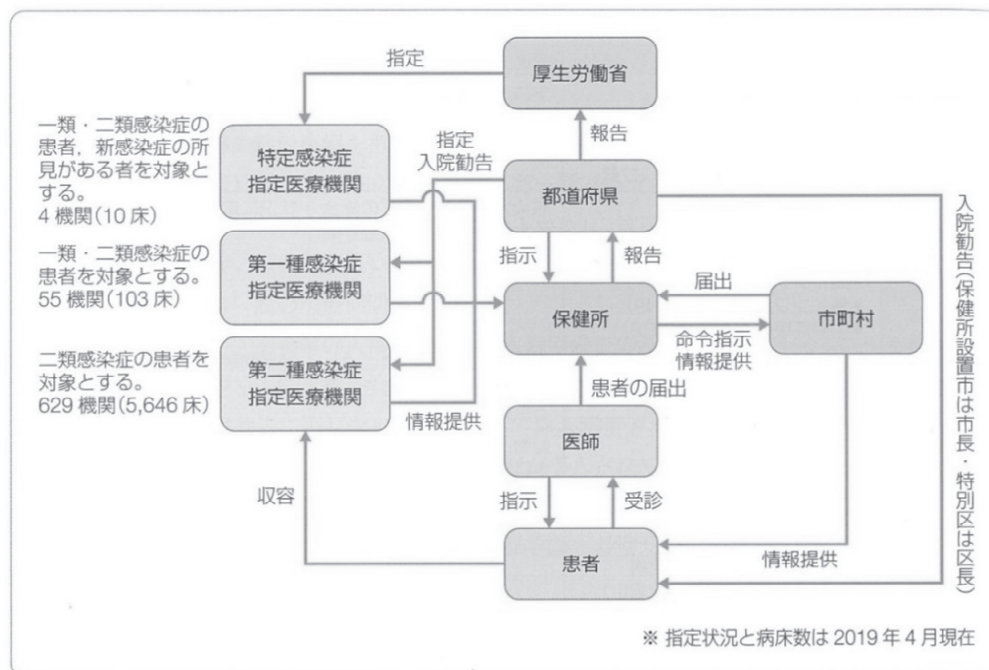
なお、今後は感染症指定医療機関のあり方全体を抜本的に見直し、感染症病床の絶対数の拡充を行う必要がある。その際には、現在の診療報酬体系の中で感染防止対策加算を算定する医療機関と、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料などを算定できている重症対応可能な医療機関など、症状に応じて受け入れ対応可能な医療機関を感染症指定病床（指

定医療機関）に指定することを提案する。

ただ、これだけでは今回のような大規模感染拡大時の対応体制としては脆弱である。この点を解決するために、今後は、感染症指定病床以外の病床でも感染患者の受け入れが可能となるよう、病床の陰圧室化、病棟内のゾーニングなど、必要な施設・設備用件を満たせるような形への改築、改修を促すこととし、これに対する公費助成制度を設けるべきである。

こういった一般の医療機関の病床は、平時は一般患者の治療に活用できる形とし、感染症非常時には、一般患者を感染症患者受け入れゾーン以外の他の病床へ移動させる形で運用することになるが、それでも対応しきれなくなった場合には、その医療機関の一般患者を他の感染症以外の患者受け入れを担当する医療機関にスムーズに転院せられるよう、役割分担と連携のシステムを行政主導で平時に構築しておく必要がある。これにより感染症患者と一般患者、その双方の医療の確保が遅滞なく行われるようにすべきである。

そして、第8次に向けての課題が検討されている各都道府県医療計画には、感染症指定医療機関の整備計画だけではなく、こういった非常事態には、感染症病床への変更が可能とする柔軟な感



▶ 図 6-2 感染症医療体制

（現在の感染症指定医療機関の指定状況は、下記 URL より（2020 年 11 月における厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou15/02-02.html>）

感染症対策の全体像を書き込んでいくべきである。

## ②現場の公衆衛生関連職の専門教育の充実を

欧米における保健所の現場で活躍する公衆衛生の専門家の多くは、公衆衛生の専門職学位を有している。この教育課程の入学者には、医療職の学士課程卒業後、通常は2年の教育年限を通じて修士レベルでの専門教育が提供される。これには、疫学、生物統計、環境科学、保健医療管理学、社会及び行動科学の必須5領域が含まれ、新興感染症に対応する基礎的な能力が涵養される。

一方、現行の我が国の保健所に関しては、保健所長に6カ月の国立保健医療科学院の研修が義務付けられているだけであり、その他職員に関しては制度的な能力向上を担保する専門職としての研修の保障がない。我が国においても、公衆衛生大学院を全国で開講し、実務能力を持つ人材の育成に有効に利用されるべきである。

同様のことは地方の衛生研究所についても言える。地方の衛生研究所レベルにおいては、公衆衛生の実務能力である MPH (Master of Public Health、公衆衛生学修士) と同時に、感染症に対する基本的な生物学的解析能力が必要である。必須能力として、分子生物学を基礎として病原体の検出、同定、診断などの能力を必要とするが、これらに関しては、定期的および必要に応じて臨時的に日本版 CDC による教育研修制度が必要である。

## ③感染症専門職の養成とポピュレーション戦略としての標準的感染防護の教育の導入

まず、医療現場で実践的に役割を果たせる感染症専門医、検査技師、看護師等の増員と養成が必要である。

そして、医師、歯科医師、看護師、薬剤師および医療・介護にかかわるすべての医療職の育成課程において、標準的感染症予防教育を導入し習得を行わせる必要がある。

また保健所などのスタッフに対する教育研修制度、医療機関、介護施設のスタッフへの感染予防のための研修を行う必要がある。

また、医師、歯科医師、看護師、薬剤師など医

療職養成課程の学生に対しては、施設の実習が義務付けられているが、感染症防御の未熟性のため実習ができない事態が生じた。感染症防御はあらゆる医療・介護サービスで必須の手技であることを考えれば、医学教育、歯学教育、看護教育、薬剤師教育等での感染症教育をより実践的なものとし、臨床実習時には確実に実践できる Competency を獲得させるように努める必要がある。

## 提言3. 感染症法の改正を軸とした、新たな国としての体制の再構築により、各都道府県における対応にばらつきや遅れがでないようにすることが必要である。

パンデミック状況下において各都道府県の医療体制、予防体制や対応にばらつきや遅れがでないようにすることが必要である。そのためには地域レベルの公衆衛生のセンターとしての保健所を中心とした地域の医療・介護者による感染防御体制の構築が平時から必要となる。

地方組織においては、国の CDC に対して地方の CDC の設置が望まれるが、財政的あるいは人材的な点から現有の地衛研の内部にバーチャルな機構として設立することが現実的である。地衛研は歴史的に地域における感染症において保健所を指導する検査機関の立場にあった。しかし、各自治体での地衛研の規模や能力にはばらつきが大きく、行政改革の結果、検査の受容力が著しく低下し、多くの自治体では行政検査としての PCR 検査の目詰まりの原因の一つになったと考えられる。従って、早急に地衛研の充実と、非常時の際には地方 CDC としての役割を果たせるよう、体制の強化と国の CDC の傘下の機構として再構築が必要である。

## 提言4. 非常時には、全ての医療団体・医療機関が災害医療に準じて行政と共同することが必要である。そのためには、地域の医療機関、介護施設および民間の検査機関等の積極的な参画が必要である。

パンデミック状況下においても、感染症を防御すると同時に地域医療を守るとは臨床現場の医



師の任務であると考え。そのためには、全ての医療団体・医療機関が災害医療に準じて行政と共同することが必要である。まずは、関係するところがすべて集まって役割分担を相談する場を作るところから始めなければならない。

地域においては、平時非常時に関わらず入院及び外来以外に「在宅」、療養管理への医療対応などを維持する必要がある。これができなくなった状態こそが「医療崩壊」である。

そのため地域医療を担う医療職は、パンデミック感染症に対する医療を行うと同時に、その困難な状況下でも、通常の医療を守る必要がある。さらに、学校医や産業医として地域で予防活動に従事することも医師の任務である。

この任務を維持するためには、我々は、地域の医師のみならず介護・福祉職種、民間検査機関等、多様な職種と多様な連携を模索しなければならない。

例えば、診療所を開設する医師が、自らの診療所で診療できない場合でも、地域の2次的な医療機関に出務して検査や診療に参加するといったことも想定できるだろう。様々な創意工夫を凝らし、多様な診療形態で地域医療を守っていかなければならない。こういった医療機関を守るために、「提言1」でも述べたが、感染症以外の一般医療を担っている医療機関に対する、新型コロナの影響による減収分の補填と、感染防護のための資材の安定供給、院内のゾーニングが可能となるような改築、改修、増築の促進策などが必要である。そのための費用助成制度についても新たに設けることを提案する。

## 提言5. 情報の共有と政策決定過程の透明化が必要である。

今回の経験を踏まえて、政府は、今設置されている「分科会」に替えて、感染症の医学的側面（例えば、ウイルスの変異の動向に基づく拡散ルートやワクチンの有効性への影響予測など専門家以外にはできない情報の製造と発信）を説明する専門家、対策の社会的影響を評価する専門家を組

織し、政府とは独立して様々な根拠を示しつつ政府や国民に対して説明をする、そういった専門家集団としての専門家会議を首相諮問機関として組織すべきである。これにより情報の共有と政策決定過程の透明化が図られ、国民の合意形成を基に種々の政策を行っていくことが可能となるだろう。

特に政府は、過去のリスクコミュニケーションの研究によれば専門家への信頼性、会議の透明性の他に、科学者の突破力が伝達の効果を高めるとされていることに留意すべきである。その点から、専門家会議の責任者は、日本版 CDC から優れた Dry、Wet の実践力のある人材を求めるべきであろう。

【註1】Dry 力: 既存の情報の分析から新たなエビデンスを見出す分析力。疫学的解析など。

Wet 力: 実験的な手法でエビデンスを見出す力。ウイルスの遺伝子の単離や遺伝子の抗原認識部位の予想による抗体の作成など。

【註2】ポピュレーション戦略とハイリスク戦略: 予防活動は集団を対象にした啓蒙や教育を通じてリスク要因を減少させる手法であるポピュレーション戦略と、早期に罹患を発見し治療に回すハイリスク戦略がある。例として、未成年に対する禁煙教育は、ポピュレーション戦略の代表であり、長期喫煙者にヘリカルCTで微小肺がんを見出し治療に回すのはハイリスク戦略である。我が国保健所は、「成人病予防」以降最近の「健康日本 21」においても常にポピュレーション戦略を行う中心的機関として位置付けられてきた歴史がある。一方、コロナ対策では、疑わしい患者に対して早期診断を行うハイリスク戦略の業務主体として位置付けられ、地衛研の弱体化と相まって体制の不備が露呈した。

### <引用文献>

- 1: 知られざる日本のコロナ対策「成功」要因——介護施設 One Secret of the “Japan Model” 2020 年 7 月 16 日（木）15 時 10 分  
マルガリータ・エステベス・アベ（米シラキウス大学准教授）読売新聞/AFLO
2. About 40% of U.S. Coronavirus Deaths Are Linked to Nursing Homes  
By The New York Times Updated September 16, 2020
3. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence Last updated 26 April 2020 Int. National Long Term Care Policy Network
4. ECDC Public Health Emergency Team ,  
<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956>
5. Graham NSN et. al. SARS-COV-2 infection, clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom Nursing homes. J Infection 81 (2020) 411-419
6. 井出 博生 介護施設で感染が拡大しなかった理由 20200820 日本医師会



## 公衆衛生行政の再確立と保健所再生に向けて（第一次提言）

京都府保険医協会

2021 年 1 月 26 日

### 1. 問題意識

新型コロナウイルス感染症拡大を受け、感染症対策の最前線に立ったのは都道府県・政令市・中核市に設置された保健所だった。保健所は「地域保健法」並びに「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」に基づく「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」並びに「新型インフルエンザ等特別措置法」を主たる法的根拠に、①効果的なサーベイランスを実施すること、②対象者を適切な医療へつなげること、③効率的に疫学調査を実施し、④感染拡大を防止・抑制すること、⑤地域流行時においても適切な保健・医療・福祉が提供できる体制を圏域内で構築すること、の「5つの役割」を期待されている。

だが現場から漏れ聞こえてくるのはただただ「窮状」ばかりである。

日本の公衆衛生政策のうち地域保健分野の大部分を担う保健所が、現実には新興感染症に見舞われてみれば、それに対応不可能な組織になってしまっていたのが現実である。私たちは別に、「新型コロナウイルスを含む感染症パンデミックへの対応体制の見直しについて」を提言し、既存の法制度の枠組みを超えた感染症対策の確立を求めている。

そうした提言内容を実現するためにも、感染症対策も含めた公衆衛生政策を国家の責務としての社会保障制度の柱として捉えることが必要である。

本提言は窮状にある保健所の再生を権利としての公衆衛生の確立の欠かせざる条件と考え、とりまとめるものである。

### 2. 保健所の困難

新型コロナウイルス感染症拡大で保健所が困

難に陥っているとの報道が頻繁になされている。市民・医療機関からの相談を受け、検査のための外来受診を調整し、陽性者の入院先を確保し、積極的疫学調査でクラスター発生を抑えるという、2009 年の新型インフルエンザ流行時に確立したはずのセオリーを実施するにも、従事スタッフの過酷な労働を生み出さずには不可能であることが明白になってきた。例えば京都市当局が市会議員に示した資料（2020 年 6 月・保健福祉局）によると、医療衛生企画課の時間外勤務時間は感染者数が増加した 7 月の平均値で 122 時間、最大値は 207 時間であり、過労死水準を遥かに超えていた。この点だけをとっても法的に求められる役割の大きさに対し、今日の保健所の人員体制は対応できるものになっていないことを示している。

### 3. 保健所とは何か

なぜ、かような事態に直面してしまったのか。その疑問を解くには「国策」に翻弄され続けてきた保健所の歴史を紐解くことが必要である。

保健所の歴史は 1935 年、米国のロックフェラー財団の資金援助を得て、都市保健館が東京京橋に、農村保健館が埼玉県所沢に設置されたことから始まる。これら为先駆けに 1937 年、保健所法が制定され、結核予防・母子衛生・栄養改善を中心に、健康相談・保健指導を行う保健所事業が開始された。当時から保健所は、伝染病のみならず、当時の公衆衛生の到達・知見から保健所は衛生全般を取り扱う機関だった。だが保健所誕生の当時、日本は泥沼の戦争に突き進んでいた。保健所も戦争勝利のための行政機関として動員され、全国の徴兵検査成績を監督する役割等を担った。

やがて戦況が悪化し、保健所も壊滅状態のまま敗戦を迎えた。敗戦後の日本に襲い掛かったのは復員した人たちが持ち帰った伝染病、食糧

不足と低い衛生水準による健康危機だった。GHQ は 1945 年 9 月に覚書「公衆衛生対策に関する件」を発出、壊滅状態にあった保健所が再出発する。続いて GHQ は 1946 年に「保健及び厚生行政機構の改正に関する件」、1947 年に「保健所機構の拡充強化に関する件」を発出、これらを受け保健所法が全面改正され、1948 年 1 月から施行された。

こうした公衆衛生政策の再構築のバックボーンとなったのは日本国憲法第 25 条であった。1950 年には社会保障制度審議会が勧告を発し、公衆衛生も含め、国家の社会保障責務を明確に謳った。敗戦までは戦争遂行のための行政機関であった保健所は、社会保障の担い手へと存在意義を転換し、再出発したのである。もとより衛生という言葉は「生を衛る」を意味する。人々の生存にとって欠かせない社会基盤を構成するのが公衆衛生なのであり、この時点で真の保健所の歴史は始まったといえる。

#### 4. 公衆衛生の黄昏と疾病構造の変化

だが、1957 年には早くも「公衆衛生の黄昏」が論じられるようになる。61 年に控えていた国民皆保険達成へ厚生省（当時）の予算が傾注されるであろうことを踏まえた論説だったが、一方では疾病構造の変化もその背景にあった。当時、生命を奪う伝染病の代表が結核だった。結核制圧は国家的課題だった。だが、1950 年代後半には衛生環境の改善と医学の進歩によって結核は死亡理由の上位から姿を消し、悪性新生物等の非感染性疾患が健康課題の上位に位置付けられるようになっていく。高度経済成長期を迎え、国内に様々な産業が発達し、労働環境の過酷さや社会構造の複雑性が増す中で、がんも含めた「成人病」への対応が強く求められることになったのである。これについて 1960 年の厚生白書は次のように述べる。「…成人病は、主として四〇才から六〇才代の働きざかりの人々を労働不能におとし入れるのであつて、個人的にも社会的にも、はかり知れない不幸と損失をもたらしている」「文明の

高度化と社会生活の複雑化が著しくなるにつれて、成人病による死亡は、さらに増加する傾向をもつものと思われる」「成人病対策の基礎となるべき研究の助成、衛生教育あるいは診療サービスの充実などについては、さらに強力に推し進めなければならないことは当然であるが、専心これらの問題に対処すべき行政機構の確立も急務となつてきている」。

あわせて 1960 年代には都市、農山漁村、へき地と地域ごとに異なる人々の様々な健康課題への対応が志向され、健康相談や集団検診の各業務について運営方針や定員等を示す「保健所運営の改善について」（1960）が通知された。老人福祉法（1963）、精神衛生法（1965）、母子保健法（1965）が次々に制定され、また公害や「成人病」と保健所が対象とする地域保健の課題は拡大し、それにつれて業務量も増え、人員不足が問題となった。厚生省は事態の打開に向け、「基幹保健所構想」（1967）、「保健所問題懇談会基調報告」（1972）と積極的な改革構想をまとめたが、予算がつかないばかりか折しも襲い掛かった石油ショックの余波も受け、何れも実現しなかった。

そのような状態のまま 1970 年代、日本は高齢化社会へ突入した。これにより地域保健課題も高齢化への対応へ大きくシフトする。位置付けられる。78 年に厚生省は「国民健康づくり運動」をスタートさせ、これが後の地域保健法による保健所の在り方の大転換へとつながることになる。国は健康対策事業の実施主体をより身近な市町村とし、その拠点として市町村保健センター設置を推進したのである。

1983 年、老人保健法が成立。同法は当時厚生省を悩ませた老人医療費無料化制度廃止を視野に入れた新たな医療費負担システム構築であると同時に、高齢者の健康相談、健康教育、機能訓練サービス等、高齢者の健康づくり事業を市町村が担うものだった。

#### 5. 地域保健法と社会保障制度構造改革

以上の経緯を踏まえ、母子保健事業も市町村事

業に位置付けた上で、対人援助業務を市町村、計画策定・企画調整・市町村支援を保健所が担うという体制が本格的に法整備されることになった。これが保健所法を全面改正して成立した地域保健法（1994）である。同法により、市町村保健センターの設置が促進され同時に、保健所設置数は従来の概ね人口 10 万人に1カ所から二次医療圏に1カ所にあらためられ、保健所数の激減が始まる。

最も身近な行政体が公衆衛生行政における対人援助サービスの実践者として最前線に立つ、という発想自体が大きく間違っていたとは考えない。だが問題は、地域保健法の全面施行（1997）が、日本で初めて新自由主義改革を発動させた橋本龍太郎政権（1996）の発足、その下で国が医療・社会保障サービスにかかる国家負担の抑制路線と併走し、混合する形で進められることになったという点にある。

当時、橋本行革と称されたそれは、国の財政をグローバル化する世界経済に対応し得る企業支援に振り向けるため、社会保障にかかる費用の抑制を志向した。分岐となったのが社会保障制度審議会の 1995 年勧告である。同審議会の 50 年勧告が国の責任による社会保障制度を勧告したのに対し、95 年勧告は「みんなのためにみんなでつくり、みんなで支えていく」のが社会保障の基本理念だと述べ、公的責任から自助・互助へ理念を後退させた。地域保健法はそうした理念後退の局面において施行されたのである。

他方、国は「社会福祉基礎構造改革」を推進し、介護保険法（1997）、社会福祉事業法を社会福祉法へ改正（2000）、障害者福祉サービスは「支援費制度」（2000）へ移行させた。介護保険法や支援費制度が市町村の保健福祉行政に与えたインパクトは甚大だった。措置から契約へ、の転換は当事者の自己決定権尊重という衣を纏っていたが、その実、拡大する医療・福祉需要に対し、本来国家が果たすべき社会保障責務を、当事者と民間事業者の契約関係に置き換えた。即ち、地域保健法によって折角保健所から市町村（保健センター）へ移管した業務は、早々と民間事業者

へ委ねられることになった。これによって市町村保健センターの対人援助業務は縮小し、当然、機能縮小を促す要因となった。さらに新自由主義改革は、老人保健法を事実上廃止し、医療の給付を後期高齢者医療制度へ移行させ（2008）、旧来の老人保健事業の根拠を 64 歳までの者に対しては健康増進法（2002）、65 歳以上の者について介護保険法における一般介護予防事業に付け替えた。さらに市町村が実施してきた基本健康診査は廃止され、新たに保険者が実施主体となる特定健康診査・特定保健指導へ移行した（2008）。地域保健法以降、それまで保健所・市町村保健センターが担ってきた事業が、地滑りのように自治体から引き剥がされたのである。

## 6. 保健所解体モデルケースとしての京都市 失われた開業医との協働

先に述べた地域保健法と社会保障分野も巻き込んだ新自由主義改革が混沌と一体になり進められた余波は政令指定都市の保健所にも押し寄せた。京都市における行政区保健所の廃止・統合は 2010 年に強行された。他の政令市が早々と統合したのに対し、一定期間は持ちこたえたといえよう。しかし、その後の今日に至るまでの徹底した機構改革は保健所解体のモデルケースに相応しい。

京都市が 11 行政区すべてに設置する保健所を1カ所の「京都市保健所」に統合する方針を示した時、当協会は警鐘を鳴らし、市内地区医師会の賛同を得て、廃止方針反対運動を展開した。当時の協会の意見書は次のように指摘している。「独居を含む高齢世帯の増加、様々な社会的要因を背景にした子育て環境の悪化による母子保健上の諸問題、自殺に繋がる精神疾患の増加、食の安全の揺らぎ、新興感染症の台頭等、市民の健康を守る上での阻害要因の増加が指摘され、保健衛生上、これまで以上にいつそうきめ細やかな施策が必要となっている」。「行政と地域の医療者が密接に連携し地域住民の健康課題の解決にあたる必要性は、むしろ増しており、連携の要とし



ての各区の保健所の役割を再構築することが重要である」。しかし京都市は廃止・統合を強行。京都市保健所が設置され、11 行政区の保健所は「支所」となった。さらに保健師の業務スタイルが変更され、いくつかの学区を保健師が担当し、オールマイティに課題へ対応する「地区担当制」から、課題別に担当が振り分けられる「業務担当制」への移行がなされた。

しかしながらこの時点では、支所となった旧保健所は従来の機能を維持していた。真に保健所解体といえる事態に至ったのは 2017 年の機構改革だった。17 年の機構改革は保健所業務のうち、食中毒対応等を担う「衛生部門」の専門職を市内 1カ所の「医療衛生センター」に統合。感染症対策を含む「医療部門」はやはり市内 1カ所の「集約化部門」（現・医療衛生企画課）に統合した。行政区に残されたのは難病・障害・高齢・母子の部門であり、それぞれ福祉部門に吸収された。これによって、京都市と地区医師会をはじめとした地元の専門職団体、そして住民が一体となったコミュニティぐるみで健康課題に対応する関係性が完全に破壊された。1行政区に 1人、公衆衛生を担う医師がおり、地区を担当する保健師をはじめとした保健スタッフがおり、地区の医師会と相談しながら地域を支えてきたのが京都市における公衆衛生行政の姿だった。

開業医が患者を診察し治療する。保健所はその「外堀」として公衆衛生を担う。その両者の協業があつてこそ、開業医自身の視界も地域全体に広がっていた。地域の保健所をなくし、地域保健機能を後退させつづけた結果、開業医は外堀を破壊され、ある意味では孤立し、ある意味では狭い視野しか持てない状態になった。保健所の廃止は「地域」という捉え方そのものを、住民からも、医師からも、そして行政からも失わせることにつながった。京都府保険医協会が保健所を中心とした公衆衛生政策にこだわる最大の動機はここにあり、以降、繰り返される京都市の医療・福祉をはじめとしたサービス後退や行政改革・リストラの一切に 反対する理由でもある。

## 7. 地方衛生研究所をめぐる課題

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、あらためて役割に注目が集まったのが地方衛生研究所である。地方衛生研究所と保健所は、地域で公衆衛生を担う車の両輪である。保健所再生には、同研究所の機能、体制強化が必須である。

京都府においては府の所管する「京都府保健環境研究所」と、京都市の所管する「京都市衛生環境研究所」がある。府研究所は 1946 年、市研究所は 1920 年と何れも古い歴史を刻む組織であり、新型コロナウイルス感染症においては PCR 検査を担うこととなった。地方衛生研究所は 1948 年、厚生省の発した設置要綱に基づき、「地域保健対策を効果的に推進し、公衆衛生の向上及び増進を図るため」「保健所と緊密に連携し」「調査研究、試験検査、研修指導及び公衆衛生情報等の収集・解析・提供を行う」機関として、都道府県並びに政令指定都市に設置されている。

地方衛生研究所をめぐるのは、根拠法が存在せず、財政規模や人員基準、設備等が地方自治体に委ねられているのが現状である。そのため人員や予算、それに伴う検査能力（検査数だけでなく、対象となる検査の範囲も）や情報発信力に地域格差が存在している。かつて国は「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議報告書」（2010 年 6 月 10 日）において、サーベイランス実施体制の強化に向け、「とりわけ、地方衛生研究所の PCR を含めた検査体制などについて強化するとともに、地方衛生研究所の法的位置づけについて検討が必要」としていた。以上の総括を踏まえた取組がなされていたとは考えらず、あらためて国は各研究所の実情把握を行い、法令上の位置づけの明確化、機能強化に向けた財政投入を行うべきである。

## 8. 公衆衛生政策と保健所の再生のために

保健所の歴史は、国政策に翻弄され続けてきた。今新型コロナウイルス感染症は保健所を中心とした公衆衛生政策が弱り切った局面において

到来したのである。地域住民が不安と恐怖におののき、差別と風評被害が蔓延しているにもかかわらず、住民に寄り添い、最新の知見から正しい情報を提供し、感染拡大を予防する保健所はもはや地域に存在しない。

敗戦後、戦争遂行目的の行政機関から基本的人権の担い手へと発展した保健所は、新自由主義改革によって再び窮地に追い込まれた。新型コロナウイルス感染症の拡大はその政治の在り方自体の転換の必要性を強く示唆しているのである。

ウインスロー（1877～1957）は、「公衆衛生とはサイエンスでありアートである。いずれも組織化されたコミュニティの努力によって、疾病を予防し、寿命をのばし、健康づくりと諸活動の能率を高めるためのものである」と述べ、「組織化されたコミュニティの努力の対象として、5つのことを述べている。第1に、環境衛生（トイレの使用など）の改善。第2に、コミュニティにおける感染症のコントロール。第3に、衛生の諸原則に基づいた人々の教育。第4に、疾病の早期診断と予防的治療のための医療と看護サービスの組織化。第5に、コミュニティに住む一人一人が健康であり続けられるように適切な生活水準を保障できる社会制度の開発。当面する新型コロナウイルス感染症において、保健所が本論「1」で述べた6つの役割を果たすべくその大前提として、感染症をコントロールできるコミュニティの再生が必要であり、そこで責任を果たし得る保健所への再生が求められる。

当協会は京都府に宛てて 10 月 29 日に提言した文書で次のように指摘している。「行政職、とりわけ保健師等専門職が地域を担当し、地域住民に対する時時刻刻の情報発信、予防策の啓発等、もしもの時の対応についてアウトリーチによって理解してもらう取組が必要と考える。地域の開業医も保健所スタッフと一体となり、その役割を果たす」。感染症に立ち向かえる地域の力を再生することが急がれているのであり、そのためのリスクコミュニケーション策の確立が求められる。

ついては、当面、国・地方自治体に次の点を求めたい。

- ①専門職の人員増をはじめ、体制強化を図ること
- ②公衆衛生を担う医師、保健師、薬剤師等の養成並びに専門教育の充実を推進すること
- ③市町村保健センター、市型保健所においては、対人援助業務を担えるよう体制強化を図ること
- ④政令指定都市においては、全行政区に保健所を再建すること
- ⑤「地区担当制」を復活すること

また、私たちは保健所にすべてをまる投げする今日の感染症対策を根本的にあらため、国の責任による感染症対策がなされるように求める。

#### 〈参考文献〉

- ・『病気の社会史—文明に探る病因』（立川昭二著、岩波現代文庫）
- ・『障害とは何か 戦力ならざる者の戦争と福祉』（藤井渉著、法律文化社刊）
- ・『自治体病院の歴史』（伊関友伸著、三輪書店）
- ・「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対応」京都府山城南保健所所長三沢あき子著、『相楽医報』第 186 号所収（2020 年 8 月 19 日）
- ・『改定新版 公衆衛生—その歴史と現状』多々良浩三・瀧澤利行著、財団法人放送大学振興会
- ・2020-09-15 基礎研レポート 感染症対策はなぜ見落とされてきたのか 保健所を中心とした公衆衛生の歴史を振り返る 保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳（03）3512-1798 mihara@nli-research.co.jp
- ・『系統看護学講座 公衆衛生』（医学書院）
- ・『安倍医療改革と皆保険体制の解体』（岡崎祐司・横山寿一・中村暁著、大月書店刊）
- ・厚生白書（昭和 35 年度版）