

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

1——はじめに～感染症対策はなぜ見落とされてきたのか～

新型コロナウイルスの感染が再拡大する中、感染症に対応した医療制度改革の必要性が論じられている。中でも、感染症対策の最前線を担った保健所の機能強化が争点となっており、感染症対策に脆弱な医療制度の課題が浮き彫りとなっている。

では、なぜ感染症対策に対して脆弱なのだろうか。言い換えると、なぜ感染症対策は見落とされてきたのだろうか。歴史を振り返ると、保健所を中心とした公衆衛生システムを整備する際、日本は結核対策を重視してきた。このため、どこかのタイミングで、あるいは何らかの理由で感染症対策が軽視されるようになったと言える。

そこで、本レポートでは感染症対策を含めた公衆衛生の歴史を振り返ることで、感染症対策が見落とされてきた背景を探る。具体的には、一部で指摘されている行政改革による影響だけでなく、疾病構造の変化、公的医療保険の拡大、国民の意識変容、地方分権の影響など様々な要因を挙げる。その上で、感染症対策にも対応できる医療提供体制改革に向けて、保健所の機能強化に加えて、災害対策を参考にした病床の確保策などを示す。

2——公衆衛生と感染症対策

1 | 公衆衛生とは何か

最初に、「感染症対策を含む公衆衛生とは何か」という点を考察する。そもそも感染症対策を含む公衆衛生（Public Health）は通常の医療と大きく異なる。通常、私達が一般的に「医療」という言葉で想起するのは「臨床」である。つまり、受診する患者に対し、医師が診断、治療する医療であり、この局面では患者という「個」の健康課題の解決が目指される。

これに対し、感染症対策を含む公衆衛生は医療の対象を集団で捉え、その集団の健康増進を図ったり、病気を予防したりするアプローチを採る。しかも、その対象範囲は非常に広く、オックスフォード大学のハンドブック¹では健康格差や感染症対策、たばこやアルコールの制限を通じた予防、食品衛

¹ Anna C. Mastroianni, Jeffrey P. Kahn, and Nancy E eds. (2019) “The Oxford Handbook of Public Health Ethics”。

生や栄養改善、水道整備、不慮の事故の防止、産業保健など幅広いテーマを網羅されている。ここでは定義に関する詳述を避け、「基本的に公衆衛生は疾病や傷病の予防を通じて、集団の健康増進に関心を持つ」という同著の指摘を踏まえ、「集団の健康増進に関心を持つ医療」と簡潔に定義する。さらに、本レポートでは保健所を中心とした地域保健と感染症対策を取り上げることとする。

2 | 保健所とは何か

次に、保健所について考察する。保健所の数は2020年4月現在で469カ所に上り、都道府県、政令市、中核市、特別区などが設置、運営している。

その役割は設置主体に応じて差異があるが、根拠法である地域保健法では表1のような役割が列挙されている。この中には感染症対策だけでなく、栄養改善・食品衛生、住宅、水道・下水道の処理などが含まれており、臨床の

表1：地域保健法で定められている保健所の役割

- 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項
- 人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項
- 栄養の改善及び食品衛生に関する事項
- 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項
- 医事及び薬事に関する事項
- 保健師に関する事項
- 公共医療事業の向上及び増進に関する事項
- 母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項
- 歯科保健に関する事項
- 精神保健に関する事項
- 治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項
- エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項
- 衛生上の試験及び検査に関する事項
- その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項など

出典：厚生労働省資料、e-govを基に作成

「医療」に比べて、かなり広範な範囲をカバーしている様子が分かる。

一方、『厚生労働白書』は保健所の役割に関して、「対人保健サービスのうち、広域的に行うべきサービス、専門的技術を要するサービス及び多種の保健医療職種によるチームワークを要するサービス並びに対物保健等を実施する第一線の総合的な保健衛生行政機関」「市町村が行う保健サービスに対し、必要な技術的援助を行う機関」と説明している。

その上で、対人保健業務として感染症対策やエイズ、精神保健、母子保健を列挙しているほか、健康危機管理、食品衛生関係、生活衛生関係、医療監視関係、企画調整などを挙げており、この中には飲食店営業の許可、クリーニング業や理容師法、旅館業法などの許可や立入、病院や診療所への立入検査なども含まれている。

さらに、近年は都道府県を中心に医療提供体制改革を進める「地域医療構想」²に関しても、保健所が重要な役割を担っている。2017年3月までに各都道府県が策定した地域医療構想では、人口的にボリュームが大きい団塊世代が75歳以上となる2025年を意識し、病床数を推計。これを一つの参考にしつつ、人口20～30万人程度をベースとした「構想区域」ごとに、病床削減や在宅医療の充実などを図ることが想定されており、構想区域ごとに設置されている保健所が調整の舞台となる「地域医療構想調整会議」の事務局を担っている。

以上のような法律や実情を見ると、保健所が幅広い業務を所管している様子を見て取れる。そして、

DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190245191.001.0001

² 地域医療構想については、過去の拙稿を参照。2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2019年11月11日「[『調整会議の活性化』とは、どのような状態を目指すのか](#)」。コロナ禍の影響に関しては、2020年5月15日「[新型コロナがもたらす2つの『回帰』現象](#)」も参照。

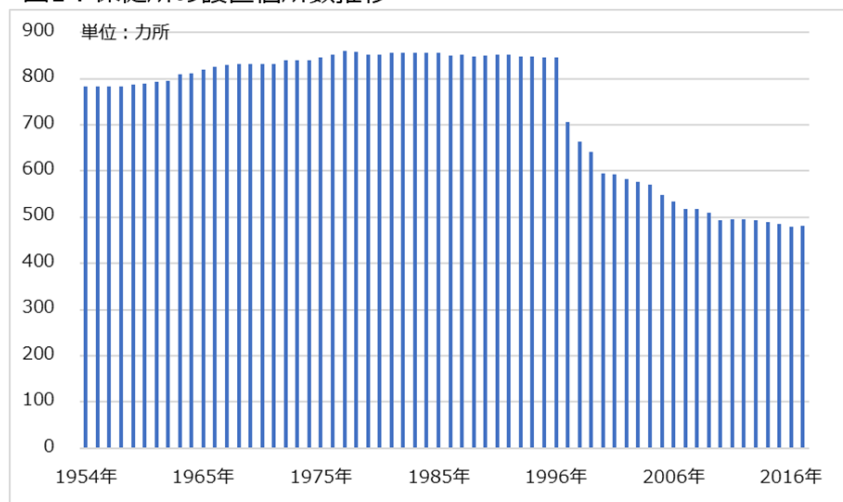
ここで期待されている多くの役割が「個」に着目する臨床ではなく、集団の健康増進に関心を持つ公衆衛生に関連しており、その中枢に保健所が位置付けられていることが分かる。

3 | 保健所数の減少

しかし、保健所数は近年、減少の一途を辿っている。図1は国立社会保障・人口問題研究所の『社会保障統計年報』に載っている保健所の設置個所数について、1954年度以降の年別推移を示している。これを見ると分かる通り、1960年代から一貫して800カ所を上回っていたが、1992年の852カ所をピークに減少し、現在は半分近くにまで減少している。こうした保健所の機能低下は今回、新型コロナウイルス対策の検査体制の充実に際して目詰まりを起こす一因に挙げられた。

例えば、今年5月29日に示された新型コロナウイルス感染症対策専門家会議による提言³では、「保健所の業務過多により相談から検査までの時間がかかったこと」が課題の一つに挙げられている。さらに、相談や検査、クラスター（感染者集団）への対応などの事務負担が重なり、過労死レベルまで保健所職員が残業していたという報道も多く見られる⁴。このほか、キャパシティをオーバーした遠因として、「行政改革で保健所職員が削減されてきた。政令指定都市でも保健所が1カ所という市もある」といった指摘が多く聞かれる⁵。

図1：保健所の設置個所数推移



出典：国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」を基に作成

注1：統計上、1963年と1987年のデータがない。

注2：データには3月末現在と4月1日現在のデータが含まれている

だが、行財政改革の影響を受けたとしても、「公衆衛生や保健所が必要」と判断されたのであれば、ここまでの減少を見なかったかもしれない。つまり、行財政改革は一つの契機に過ぎず、その遠因として何か別の要因があったと考えられる。

以下、少し迂遠になるかもしれないが、感染症対策を中心とした公衆衛生の歴史を振り返りつつ、保健所の歴史を考察する。

3——感染症対策を中心とした公衆衛生の歴史

1 | 黒死病など感染症の歴史

人類の歴史は感染症との戦いという側面を持っており、世界史の出来事にも影響を与えて来た。例えば、古代ギリシアの都市国家、アテネが衰退した一因には疫病の蔓延があったほか、6世紀の東ロ

³ 2020年5月29日に示された新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」を参照。

⁴ 2020年7月15日『東京新聞』、5月22～23日『毎日新聞』、5月20日『読売新聞』、4月14日『日本経済新聞』配信記事などを参照。

⁵ 2020年5月16日『読売新聞』配信記事における全国保健所長会の白井千香副会長の発言。

ローマ帝国皇帝、ユスティニアヌスの治世にはペストが大流行し、ローマ帝国復活を夢見た皇帝の遠征計画は頓挫した⁶。フランス皇帝のナポレオン1世によるロシア遠征では、赤痢、チフスが兵士の間に拡大し、戦闘が始まるまでに、動員兵力の1割程度に相当する6万人が重病または死亡したという⁷。

中世におけるパンデミック（世界的大流行）の典型例はペストである。中世に何回か流行し、最大規模の14世紀の流行では欧州を中心に3分の1の人が命を落としたとされ、当時の人は「黒死病」と恐れた。このほか、中世には梅毒やハンセン病が流行し、産業革命以降には急速に都市化・工業化が進んだことで、結核、腸チフス、コレラも人々を苦しめるようになった。中でも、コレラは19世紀に計6回に渡って世界に伝播したという⁸。

最後のパンデミックとされる20世紀前半のインフルエンザ、通称「スペイン風邪」は第1次世界大戦に参戦した兵士の移動を通じて全世界に拡大し、5,000万人から1億人が命を失ったとされている。パリ講和会議に参加していた米ウィルソン大統領も感染し、ドイツの処理を巡って大詰めを迎えていた会議の議論に大きな影響を与えたとの指摘がある⁹。つまり、感染症は長い間、人類にとっての脅威であり、世界史の出来事にも大きな影響を与えて来たと言える。

2 | 患者の隔離や清潔な環境の整備で対応

20世紀、中でも第2次世界大戦後、こうした感染症は特效薬やワクチンの開発を通じて、かなり克服された。特に、1948年に設置されたWHO（世界保健機関）による国際保健協力の下、天然痘、ポリオ、マラリアの撲滅運動が実施されたことで、急性感染症の脅威を相当、減らすことができた。

しかし、薬やワクチン、抗生物質を手に入れる以前の人類が取った方法を大別すると、「患者の隔離」「清潔な環境の保持」の2つだった。前者の事例としては、ヴェネチアなど北イタリアの都市国家を挙げることができる¹⁰。これらの都市ではルネサンス期、アジアとの交易で栄えた一方、間断なくペストなどの感染症に見舞われたため、感染が疑われる貿易船を40日間、検疫で隔離する措置を採用するようになった。元々、英語で「検疫」を表す「quarantine」という単語はイタリア語で「40日」という意味であり、ルネサンス期の北イタリアの都市国家が感染症の拡大を水際で阻止するため、感染が疑われる船の乗組員を40日間隔離、監視したことに由来している。これらの都市では同じ時期、公衆衛生の専門部局も設置された。

一方、後者の「清潔な環境の保持」の起源について、公衆衛生の歴史に関する書籍¹¹に従うと、排水施設などを整備していた古代文明に遡るといい、近代的な公衆衛生システムの起源としては、19世紀のロンドンに求められる¹²。産業革命以降、急速な都市化が進んだにもかかわらず、ごみや下水、

⁶ アテネや東ローマについては、Frederic F. Cartwright (1972) “Disease and History” [倉俣トーマス旭ほか訳 (1996) 『歴史を変えた病』法政大学出版局] を参照。

⁷ Nigel Nicholson (1812) ” Napoleon” [白須英子訳 (1991) 『ナポレオン一八一二年』中公文庫] を参照。

⁸ 酒井シヅ編著 (1999) 『疫病の時代』大修館書店を参照。

⁹ スペイン風邪については、Alfred W. Crosby (1989) “America’s Forgotten Pandemic” [西村秀一訳 (2009) 『史上最悪のインフルエンザ』みすず書房]、John M. Barry (2004) “The Great Influenza” [平澤正夫訳 (2005) 『グレート・インフルエンザ』共同通信社] を参照。

¹⁰ 北イタリアの都市国家の事例については、Carlo M. Cipolla (1976) “Public Health and the Medical Profession in the Renaissance” [日野秀逸訳 (1988) 『ペストと都市国家』平凡社] を参照。

¹¹ George Rosen (1958) “A History of Public Health” [小栗史朗訳 (1974) 『公衆衛生の歴史』第一出版] を参照。

¹² イギリスの公衆衛生については、Lee Jackson (2014) “Dirty Old London” [寺西のぶ子訳 (2016) 『不潔都市ロンドン』

汚泥などの処理システムが整備されておらず、しばしばコレラなどの伝染病が発生した。その際、コレラ菌が発見されておらず、その発生原因も明らかになっていなかったため、空気中の粒子が感染を生むという「瘴気説」が有力視されていた。

これに対し、ジョン・スノーという医師はコレラ患者の生活を調査するだけでなく、発生した患者の居住地を地図に落とし込むことで、感染した地区の住民が同じ水を飲んでいることを突き止め、不潔な飲み水が原因であることを明らかにした。つまり、コレラの感染患者を多く出した地区の共通点に着目し、その原因を取り除いたのである。スノーの研究については、瘴気説が広く信じられていた当時、必ずしも広範な支持を得なかったが、近代的な公衆衛生の先駆の一つとして見なされている。

こうした「患者の隔離」「清潔な環境の保持」は今回の新型コロナウイルスに関する対応策と共通している。新型コロナウイルスに関しては、現時点で有効な治療方法やワクチンが開発されておらず、PCR 検査を通じて把握された陽性者のうち、軽症者や無症状者はホテルで隔離されている。さらに、日常的な予防策としても、小まめな手洗いやアルコール消毒が励行されており、伝統的な感染症対策が復活していることになる。

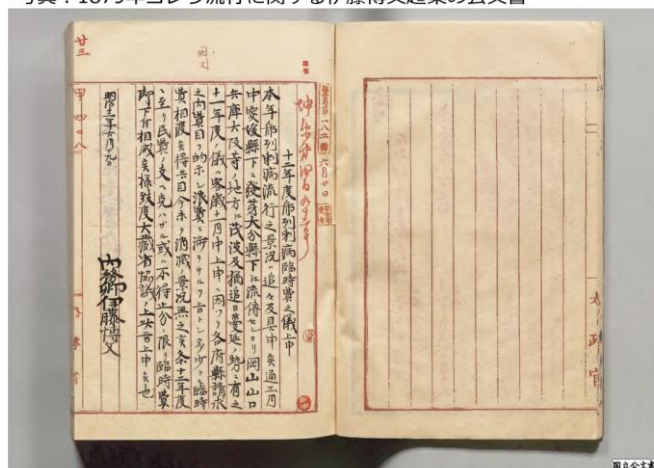
3 | 明治期日本における感染症対策と公衆衛生

近代的な公衆衛生が日本に「輸入」されたのは明治期以降である¹³。開国に伴って天然痘、性病、コレラ、ペスト、インフルエンザなどが次々と流入するようになった一方、これらの感染症に対応する医療制度が整備されていなかったため、多くの患者や死者を出した。明治期に感染症が相次いだことについて、①江戸期の長い「鎖国」で免疫力が弱かった、②一般の人の栄養状態が良くなかった、③上下水道が整備されていなかった——などの理由が挙げられている¹⁴。

そこで、明治政府はコレラ、腸チフス、発疹などに対処するため、1880 年に「伝染病予防規則」、1897 年に「伝染病予防法」を相次いで制定した。

中でも、コレラの感染スピードは速く、死亡率も高かったため、当時の人は「虎列刺」という言葉を充てて恐れた。当時、明治政府がコレラ対策に腐心していた様子については、国立公文書館所蔵の資料で見て取れる。写真 1 は 1879 年 6 月、後に初代首相などを歴任する内務卿の伊藤博文が太政大臣の三条実美に対して提出した「虎列刺病予防費支出ノ件」という資料である¹⁵。この時のコレラ流行では 10 万人規模の死者を出しており、公文書を見ると、感染が愛媛県から大分県に飛び火して西日本

写真：1879年コレラ流行に関する伊藤博文起草の公文書



出典：国立公文書館デジタルアーカイブ

河出書房新社]、Steven Johnson (2006) “The Ghost Map” [矢野真千子訳 (2007) 『感染地図』河出書房新社] を参照。

¹³ ここでは詳しく触れないが、集団で免疫を作る種痘に関しては、江戸期から一部地域で実施されていた。

¹⁴ 村上陽一郎 (1996) 『医療』読売新聞社 pp17-18。

¹⁵ 国立公文書館デジタルアーカイブ所蔵 (請求番号：公 02484100 件名番号：023)。

で感染が拡大した様子、伊藤が三条に対して「予防」のための予算増を要求している様子が分かる。これを現在に当てはめると、総務相が首相に対して予備費の支出を要求した際の公文書といったところだろうか。

しかし、完璧な予防策が取れたわけではなく、既述した西欧諸国と同様、「感染者の隔離」「清潔な環境の保持」という対策が講じられた。このうち、「感染者の隔離」に関しては、「予防」という名目で、専ら巡査が家に上がり込み、コレラ患者を強制隔離したほか、家具などを消毒していたという。しかも、「避病院」と呼ばれた隔離先の環境が劣悪だったため、強制的な隔離は「死」を意味するようになり、民衆は「いやだいやだよ じゅんさいはやだ じゅんさいコレラの先走り」と言って恐れただけでなく、1879年には死の恐怖に駆られた民衆が患者の隔離に当たる巡査を殴るなどの「コレラ一揆」が全国で24件も起きたという¹⁶。言わば「予防」という名の隔離政策が実施されていたわけである。

一方、「清潔な環境の保持」としては上下水道の整備が図られた。例えば、1884年には日本初の近代的な下水道である「神田下水」が建設された。

4 | 懸案となった結核対策

明治期後半から大正期に入ると、結核対策が懸案となった。紡績工場や製紙工場などが発展したことで、「女工」と呼ばれた女性労働者の健康問題が浮き彫りとなった。こうした様子については、農商務省による調査結果に収められており、「午前4時30分に始業、午後7時30分終業」といった過酷な労働実態が紹介されている¹⁷。こうした環境の下、結核となる女性労働者が後を絶たず、労働時間の制限などを盛り込んだ工場法が1916年に施行された。この工場法は社会政策の始まりと見なされており、現在に繋がる健康保険法（1927年施行）、労働安全法制の基礎となった。

さらに、結核にターゲットを置いた対策として、結核予防法が1919年に制定され、人口5万人以上の自治体に対して療養所の設置を命じられる規定が盛り込まれた。さらに、1937年の結核予防法改正では患者の届出制度も創設された。

感染症対策を含む公衆衛生の最前線を担う保健所ネットワークの整備についても、結核対策の要素を持っていた¹⁸。例えば、1937年に保健所法を制定する際、政府は保健所を「一般国民に対し、保健上満足の指導をなす機関」と位置付けた上で、人口20万人に1カ所程度の保健所を設置することを通じて、「国民体位を向上せしめるため衛生思想を啓発し、衣食住その他日常生活の衛生的改善を指導し、結核その他疾病予防の指示をなすなど、あらゆる角度から保健上の指導をなす」と説明していた¹⁹。ここでも疾病の代表例として、結核が挙げられていることを確認できる。

さらに、ポイントは「国民体位」の向上がうたわれている点である。前年に起きた陸軍クーデター「2・26事件」で政治的な影響力を強めた軍部、中でも陸軍は「徴兵検査を通じて国民の体力が下がっている」と主張し、総力戦を戦うために健康な兵士と健康な国民を作る「健兵健民」を重視するに

¹⁶ 明治期のコレラ流行に関しては、立川昭二（2013）『明治医事往来』講談社学術文庫を参照。

¹⁷ 犬丸義一校訂（1998）『職工事情』（上）～（下）岩波文庫を参照。発刊は1903年。

¹⁸ 保健所の歴史については、厚生省健康政策局計画課監修（1988）『保健所五十年史』日本公衆衛生協会発行を参照。以下、全て同じ。

¹⁹ 第70回帝国議会会議録 1937年3月10日衆議院本会議における河原田稼吉内相の発言。発言は現代仮名遣い、カタカナは平仮名に修正。

至った。ここでも重視されたのは結核対策であり、後に厚相となる軍医で陸軍医務局長の小泉親彦は「全国から某師団に集まる優良なる壮丁（筆者注：成人のこと）3,500～3,600名の中で約200名が慢性の胸の疾患を持っている」「口から結核菌を吐き出す人が100人につき2人ずつあるのであるから、この有症無患の健康者が全日本にどれぐらい多数あるか、よく考えてみなければならぬ」との危機感を披露している²⁰。こうした危機意識が保健所法に加えて、1938年の厚生省や国民健康保険制度の創設に繋がった。

5 | 保健所発祥の地を示す2つの石碑

しかし、陸軍の意向だけで保健所が整備されたわけではなく、社会政策の実現に向けた内務省の意思も働いていた。その以前にも日本赤十字による乳幼児健康相談事業が実施されたり、簡易保険による健康保険相談所が整備されたりするなど、公衆衛生に関する官民の取り組みが徐々に始まっていたが、米ロックフェラー財団の支援を受け、公衆衛生に関する専門人材の育成などを担う組織として「国立公衆衛生院」（現在の国立保健医療科学院）が1938年3月に建設された。

さらに、公衆衛生を実践するための施設として、1935年1月には都市型のモデル保健所が東京市京橋区（現東京都中央区）明石町に、農村型のモデル保健所が1938年1月に埼玉県所沢町（現所沢市）

写真2：埼玉県所沢市（左）と東京都中央区（右）に建つ保健所発祥の地を示す石碑



出典：いずれも筆者撮影

に、それぞれ整備された。いずれも保健所の先駆けと見なされており、写真2は所沢市と中央区に建てられている「保健所発祥の地」を示す石碑である。

その後、戦時色が強まる中でも、保健所は体力検査、健康づくり政策の場として重視されるようになり、1944年までに全国で計770カ所の保健所網が整備されるに至った。つまり、新型コロナウイルス対策で最前線を担った保健所のネットワークは昭和戦前期に一定程度、整備されていたことになり、その背景には結核に対する危機感があった。

6 | 敗戦からの復興

敗戦の混乱を挟んでも保健所の機能強化は進んだ²¹。敗戦の混乱で住宅・食糧事情や衛生環境が悪化していたほか、復員兵が持ち込む伝染病が問題視されたことで、公衆衛生を改善する必要性が意識されたためだ。

具体的には、1947年4月に発せられたGHQ（連合国軍最高司令官総司令部）の覚書を受けて、同年9月に保健所法が全面改正された。当初、GHQは保健所について、性病対策の拠点として認識するにとどまっていたが、厚生省との折衝を通じて保健所を通じた公衆衛生の改善を重視するようになったと

²⁰ 『医療及医療保険』1937年5月号。大意が変わらない範囲で文章を現代仮名遣いに変更。

²¹ 戦後の保健所改革に関しては、杉山章子（1995）『占領期の医療改革』勁草書房を参照。

いう。これを受けて、それまで警察が担当していた食品衛生、急性感染症予防が保健所に移管されたほか、保健所の体系的な再建・整備も進んだ。

さらに、GHQ は「日本の公衆衛生を改善するお手本」を示すため、東京都杉並区の保健所をモデルに位置付けた上で、細かい指導と監督の下で技術指導を実施したという。GHQ の公衆衛生福祉局長として、日本の医療改革を進めたサ姆斯准将は「全国的保健所制度の確立こそ、われわれが最も誇りとする仕事のひとつ」と自賛している²²。さらに結核予防法も改正され、BCG を含む予防接種が制度化された。

その後、自治体による上下水道の整備などが進められたほか、保健婦（現在の保健師）が農村で公衆衛生の指導などを積極的に実施した。例えば、高知県では市町村に保健婦を駐在させる「駐在保健婦」制度を採用し、公衆衛生の改善に努めた²³。実際、関係者の間では「保健婦は諸外国にはあまりない存在で、ナースをスキルアップした日本独特の保健婦という人たちが地域保健に果たした役割、これは非常に大きい」「日本の公衆衛生の発展で特筆すべきことは、保健婦の総数を大幅に増やすことができた点」という評価が出ている²⁴。

4——長く続いた公衆衛生の「黄昏」

1 | 公衆衛生の「黄昏」特集

しかし、公衆衛生は長い「黄昏」の時期を迎えることになる。独立回復後、間もない1957年の時点で、専門誌では「公衆衛生は黄昏か？」という特集が早くも組まれており、1961年実施に向けた国民皆保険に関して厚生省の社会保障予算が割かれる可能性、事務負担の増加や低い待遇などで人材確保が難しい点などを指摘しつつ、「公衆衛生に明るい見通しが全く立たない」と嘆く保健所医師による匿名の手紙が掲載されている²⁵。実際、医療制度に占める公衆衛生のウエイトは減少して行った。

では、こうした変化がなぜ起きたのか。ここでは、①疾病構造の変化、②医療保険財政の拡大、③功利主義の後退——という3つの要因を挙げる。

2 | 公衆衛生の後退を招いた疾病構造の変化

こうした変化の第1の要因として、疾病構造の変化を挙げることができる。終戦直後は表2の通り、結核は死亡理由のトップだったが、上水道の整備や衛生環境の改善、特効薬の開発などを受けて、1950年代後半には死亡理由の上位から姿を消した。初めて発刊された1956年の『厚生白書』でも結核対策に相当な紙幅を割いているが、長期療養を強いられていた患者の社会復帰が課題に挙がっており、逆に言えば、結核は「死」を意味する病ではなくなっていた。その代わりに、悪性新生物（がん）など非感染性疾患（Non-Communicable Diseases, NCDs）が疾病の中心となり、感染症対策は医療制度における主要な関心事ではなくなっていく。

²² Crawford F. Sams (1962) “Medic” [竹前栄治訳 (1986) 『DDT 革命』 岩波書店 p222]。

²³ 駐在保健婦に関して、木村哲也 (2012) 『駐在保健婦の時代』 医学書院を参照。

²⁴ 『公衆衛生』2003年第67巻第1号の座談会における上畑鉄之丞聖徳大学短期大学部教授、高島毛敏雄大阪大学講師のコメント。

²⁵ 『公衆衛生』1957年第21巻1号、3号、5号。

結核の脅威を概ね克服した後、社会全体が感染症に見舞われた例外としては、1960～1961年に猖獗（しょうけつ）を極めたポリオを挙げることができる。この時は米国の輸入に頼っていたワクチンが不足したため、政治的なイシューになった。そこで、古井喜美厚相は自民党の反対などを押し切り、政治決断でソ連からの生ワクチン輸入を決定した²⁶が、これを例外とすれば、社会や政治・行政が感染症の深刻な脅威に曝される機会は訪れなかった。

表2：日本人の死因上位5位の推移（人口10万人対）

年度	1位	死亡率	2位	死亡率	3位	死亡率	4位	死亡率	5位	死亡率
1950年度	全結核	146.4	脳血管疾患	127.1	肺炎	93.2	胃腸炎	82.4	悪性新生物	77.4
1960年度	脳血管疾患	160.7	悪性新生物	100.4	心疾患	73.2	老衰	58	肺炎	49.3
1970年度	脳血管疾患	175.8	悪性新生物	116.3	心疾患	86.7	不慮の事故	42.5	老衰	38.1
1980年度	脳血管疾患	139.5	悪性新生物	139.1	心疾患	106.2	肺炎	33.7	老衰	27.6
1990年度	悪性新生物	177.2	心疾患	134.8	脳血管疾患	99.4	肺炎	60.7	不慮の事故	26.2
2000年度	悪性新生物	235.2	心疾患	116.8	脳血管疾患	105.5	肺炎	69.2	不慮の事故	31.4
2005年度	悪性新生物	258.3	心疾患	137.2	脳血管疾患	105.3	肺炎	85	不慮の事故	31.6
2010年度	悪性新生物	279.7	心疾患	149.8	脳血管疾患	97.7	肺炎	94.1	老衰	35.9
2011年度	悪性新生物	283.2	心疾患	154.5	肺炎	98.9	脳血管疾患	98.2	不慮の事故	47.1
2012年度	悪性新生物	286.6	心疾患	157.9	肺炎	98.4	脳血管疾患	96.5	老衰	48.2
2013年度	悪性新生物	290.3	心疾患	156.5	肺炎	97.8	脳血管疾患	94.1	老衰	55.5
2014年度	悪性新生物	293.5	心疾患	157	肺炎	95.4	脳血管疾患	91.1	老衰	60.1
2015年度	悪性新生物	295.5	心疾患	156.5	肺炎	96.5	脳血管疾患	89.4	老衰	67.7
2016年度	悪性新生物	298.3	心疾患	158.4	肺炎	95.4	脳血管疾患	87.4	老衰	74.2
2016年度	悪性新生物	298.4	心疾患	158.4	肺炎	95.5	脳血管疾患	87.5	老衰	74.3
2017年度	悪性新生物	299.5	心疾患	164.4	脳血管疾患	88.2	老衰	81.4	肺炎	77.7
2018年度	悪性新生物	300.7	心疾患	167.6	老衰	88.2	脳血管疾患	87.1	肺炎	76.2

出典：厚生労働省「人口動態」を基に作成

注1：2000年度まで10年刻み。2000～2009年度は2005年度のみを記載。

注2：1990年までの「肺炎」は気管支炎を含む数字。

注3：1990年の「不慮の事故」は「不慮の事故及び有害作用」という区分。

注4：2017～2018年度の悪性新生物は「悪性新生物（腫瘍）」という区分。

むしろ、重視されたのは急速に進んだ高齢化への対応であり、多様な高齢者の生活実態・健康状態に対応することが求められた。具体的には、1978年にスタートした「国民健康づくり運動」では健康増進、疾病予防、リハビリテーションなどを包括的に進める方針が示されたほか、1983年からは高齢者のリハビリテーションなどを組み込んだ老人保健制度も開始された。

つまり、新薬の開発や公衆衛生の発達などを通じて、感染症を克服した戦後の経験が感染症に対する備えを不十分にした一方、急速に進んだ高齢化への対応が優先されたと言える。

3 | 医療保険財政拡大の影響

しかし、公衆衛生には健康増進や予防も含まれるため、疾病構造の変化だけが公衆衛生の「黄昏」を招いたとは言いきれない。そこで、第2の要因として、1961年に国民皆保険が整備されるなど公的医療保険の規模が膨らんだ点が挙げられる。

具体的には、「公衆衛生の黄昏」特集が発刊された1957年、厚生省は国民皆保険実施に向けた4カ年計画を策定し、1961年の国民皆保険実施に至った。その後も日本医師会の度重なる圧力を受けて、繰り返し診療報酬を引き上げたことも重なり、保険財政の規模が拡大し、厚生省は1970年代以降、慢性的な政府管掌健康保険（現協会けんぽ）の赤字対策に奔走することになった。さらに民間医療機関も拡大し、医療サービスに対するアクセスが改善した。

こうした過程で「医療＝公的保険」を専ら意味するようになり、国・自治体の公費（税金）を財源

²⁶ 古井は「政治家をやめるぐらいはたやすいが、しかしたくさんの犠牲者が出たときはそれで済まない。（略）私の政治生活の中の、たしかに一つの勝負でしたね」と述べている。小山路男・山崎泰彦編著（1985）『戦後医療保障の証言』総合労働研究所 pp265-266。

とする公衆衛生のウェイトが相対的に減少した。先に触れた「黄昏」特集の匿名医師による手紙が黄昏を生み出す一因として、国民皆保険の実施に向けて予算が割かれる可能性が論じられている点は示唆的である。言い換えると、戦後日本の医療制度では、公衆衛生をベースとした「保健」よりも、病気やケガに対して事後的に給付する「保険」の拡充が選ばれたと言える。

こうした傾向は高齢化への対応でも継承された。既述した 1983 年開始の老人保健制度では、市町村を通じて健康づくりを進めることを企図したが、必要な経費は医療保険財源から賄われていた。同じ傾向は老人保健制度が改組する形で、2008 年度にスタートした後期高齢者医療制度でも踏襲されており、40～74 歳の国民に義務付けている特定健康診査・保健指導（通称メタボ健診）の経費も医療保険財源から賄われている。

つまり、「保健事業の推進で疾病または負傷の発生率が減少し、ひいては保険給付を適切にすることに繋がり、医療保険の財政安定化も図られる」という名目²⁷の下、本来は「保険事故」に相当する疾病やケガに充当すべき保険財源を予防に振り向ける傾向が強まった。

こうした制度改正を積み重ねた結果、毎年の予算編成で厳しく査定される公費（税金）の代わりに、予防の経費を保険財源から賄う傾向が強まり、保健所を中心とした公衆衛生の存在感が小さくなった点を指摘できる²⁸。

4 | 功利主義の後退

第 3 に、「最大多数の最大幸福」を重視する公衆衛生の功利主義的な側面が時代に合わなくなっていた面もある。公衆衛生にも母子保健など「個」に向かい合う側面がある半面、先に触れた通り、集団の健康増進が重視されており、個人の人権侵害を招く時がある。例えば、ある個人が感染した場合、その人の家族や周辺（地域、職場）に感染が拡大しないように、感染者は隔離される。

つまり、感染者の隔離を通じて、集団を守る社会防衛の発想が前面に出て来ることになり、個人の自由は制限される。実際、感染症対策の弊害として、行き過ぎた隔離が差別や人権侵害を招く時があり、国が敗訴したハンセン病患者に対する人権侵害は典型例と言える。言い換えると、「最大多数の最大幸福」を追求する功利主義的な発想では、個人の人権や自由よりも「社会を防衛する」という全体の利益を優先する時があり、人権意識に敏感な現代の感覚に合わない場面が多くなる。

功利主義の功罪については、予防接種にも当てはまる。予防接種には副作用を伴う時があり、「感染拡大を防ぐ社会防衛のために接種を拡大するか」「それとも副作用が生まれないように予防接種を控えるか」という二律背反を迫られる。

例えば、予防接種を通じて 10 万人に 1 人の確率で副作用が生まれたとしても、社会全体で感染症拡大のリスクを抑制できた場合、集団の健康増進に関心を持つ公衆衛生の観点に立てば、その予防接種は成功と言えるかもしれない。

しかし、副作用に見舞われた当事者から見ると、「1 分の 1」であり、その被害は当然、看過できな

²⁷ 土佐和男編著（2008）『高齢者の医療の確保に関する法律の解説』法研 p85。

²⁸ ここでは詳しく触れないが、同じ傾向は介護保険でも言える。2006 年度制度改正以降、介護予防や生活支援、認知症施策などの名目で、保険財源を「流用」する「地域支援事業」を拡大させる傾向が強まっている。詳細は拙稿 2020 年 4 月 1 日「[20 年を迎えた介護保険の足取りを振り返る（上）](#)」を参照。

い。これが「最大多数の最大幸福」を目指す功利主義の欠陥であり、公衆衛生の関係で論じられる倫理問題である。実際、1960年代以降、予防接種に関して、副作用の問題が論じられるようになり、1994年の予防接種法改正で義務接種から勧奨接種に切り替えられた²⁹。

5 | 保健所が減少した理由として説明できるのか？

以上のように見ると、感染症対策を含む公衆衛生が後退した長期的な要因として、疾病構造の変化などが影響していた様子を見て取れる。言い換えると、結核に代表される通り、感染症の脅威が減退した結果、医療政策に占める公衆衛生のウエイトが小さくなり、感染症に対する備えが疎かになった点を指摘できる。

しかし、これらの要因や経緯だけでは保健所の数が大幅に減少した理由を説明しにくい。保健所の数が大幅に減少したのは1990年代以降であり、「黄昏」が長く続いたとしても、急激な減少を説明しにくいためである³⁰。この点を説明する上では、地方分権による影響を見逃せない。以下、市町村への権限移譲など「地方分権」という文脈の下、感染症対策を含めた公衆衛生が後退した理由を考える。

5——地方分権の影響

1 | 地域保健法の影響

地方分権改革は1993年の国会決議以降、明示的に進められた一方、医療・福祉の世界では、それ以前の1970年代後半以降、市町村の役割を大きくする制度改正が相次いで実施された。

具体的には、1978年からスタートした「国民健康づくり運動」の下、健康増進、疾病予防、リハビリテーションを包括的に進める総合的な対策が進められることになり、これらを進める拠点として市町村に「保健センター」が置かれた。さらに、1983年に施行された老人保健法でも、市町村を中心に高齢者の予防・健康づくりを進める方針が打ち出されたほか、1990年制定の福祉八法³¹では老人福祉計画の策定を義務付けるなど、やはり市町村の役割を大きくした。

以上のような制度改正が実施されたのは、集団による健康増進よりも、地域の実情や個人の状況に応じて健康づくりを進めることに力点を置いたためであり、急速に進んだ高齢化に対応するため、住民に身近な市町村への権限移譲が段階的に進んだわけである。

こうした流れの下、保健所法を半世紀ぶりに大改正する形で、地域保健法が1994年に制定された。この時の法改正でも広域的な視点が必要な感染症対策よりも、住民の生活に根差した健康づくりが重視され、市町村の責任を大きくする方向性が打ち出された。当時の国会会議録を紐解いて見よう³²。

²⁹ 予防接種の制度改正に関する歴史については、手塚洋輔（2010）『戦後行政の構造とディレンマ』藤原書店を参照。

³⁰ ここでは詳しく触れないが、保健所の在り方は議論されていた。例えば、1959年には保健所の再編計画が策定され、都市型、農村型、中間型、僻地型に区分されるとともに、区分ごとに定員や運営方針が定められた。その後、有識者で構成する「保健所問題懇談会」が1972年にまとめた報告書は保健所の機能に関して、市町村レベル（地区）、数市町村を合わせたレベル（地域）、数地域を合わせたレベル（広域地域）に分類した上で、市町村が住民の日常生活に密着したサービスを、都道府県が高度で専門的かつ広域的なサービスの責任を負うべきだと指摘したほか、1989年には「地域保健将来構想検討会」が報告書を取りまとめ、保健所の再編を訴えていたが、いずれの報告書も実現に至らなかった。

³¹ 福祉八法とは、老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法を指す。

³² 1994年6月21日第129回国会参議院厚生委員会における大内啓伍厚相の発言。発言は一部を省略した。

今回の法律改正案は、一つは生活者の立場を重視することとともに地方分権を推進する、二十一世紀を展望しながらそのための抜本的見直しをしようということでございます。まず都道府県は、エイズ対策や難病対策など高度で専門的な保健サービスを提供することにしたい。市町村におきましては、母子保健サービスや老人保健サービスなどの身近な保健サービスを提供するとともに、既に移譲されております福祉サービスと連携のとれた総合的なサービスを提供する場にしていきたいと思っているわけでございます。

つまり、生活者の立場と地方分権を重視する方針の下、都道府県と市町村の権限や保健所の機能を見直した結果、エイズ対策など高度で専門的な保健対策は都道府県、住民の身近な業務は市町村に委ねたとしている。その際には保健・福祉の連携を市町村レベルで強化することも想定されており、この点は「既に移譲されております福祉サービスと連携」という発言に表れている。さらに、都道府県の設置する保健所については、2次医療圏ごとに設置する形で保健所の担当区域が見直された。

この結果、市町村は保健センターを拠点に住民の生活に身近な母子保健や老人保健を、都道府県の保健所は食品衛生や感染症対策などを担うこととなった。こうした状況の下、高齢化に対応するための健康づくりに力点が置かれるようになり、広域的な対応を担う保健所の数が減少したと言える。

実際、厚生労働省（2001年に改組）の「地域保健対策検討会」が2012年に公表した報告書では、感染症対策の重要性に言及しているとはいえ、全体としては高齢化を見据えつつ、地域住民の繋がりを意味する社会関係資本（social capital）に軸足を置いたコミュニティベースの健康づくりに力点が置かれていた。

つまり、保健所数の減少など感染症に対する脆弱性を理解する上では、こうした地域保健法を含めた社会の変化や一連の制度改正を通じて、医療制度における公衆衛生や感染症対策のウエイトを小さくした影響を考慮する必要がある。

2 | 保健所長を医師に限定する必置規制の見直し論議

さらに1990年代中盤以降から本格化した地方分権改革でも、保健所は見直しの焦点となった³³。第1に、人口30万人規模の自治体を指定する「中核市」制度が創設され、保健所の設置権限が都道府県から移された。

第2に、保健所のトップを医師に限定する必置規制の見直しが焦点となった。全国知事会などの地方側は他分野との連携など地域の実情に沿った対応が可能になると主張し、規制の廃止・見直しを要求した。これに対し、厚生労働省は「感染症対策などの緊急的な対応を要する際、科学的、医学的見地から速やかに的確な判断や意思決定、関連機関との連携を図る必要がある」と反論し、長く平行線が続いた。結局、今も必置規制は継続されているが、2004年の制度改正を通じて、一定の要件を満たした職員に関しては例外を認めることになったほか、一部の自治体では福祉事務所などと統合する組織再編を進めた。

³³ ここでは詳しく述べないが、保健所に関する財政制度についても、地方の裁量を高める方向で見直しが進められた。具体的には、運営費に関する国庫補助金は1994年度までに地方財源化された。さらに、施設設備費補助金は2006年度、業務費補助金は2007年度までに地方財源化された。

3 | 公衆衛生と地方分権の相克

以上のように見ると、公衆衛生と地方分権の相克が起きていた様子を見て取れる。高齢化に対応した健康づくりでは地域・個人の実情に配慮しつつ、できるだけ住民に身近な現場の裁量性を高める必要があり、だからこそ「地方分権の試金石」と呼ばれた介護保険³⁴に代表される通り、1980年代以降の保健・福祉を巡る制度改革では市町村の役割を大きくしてきた。

これに対し、感染症対策を含む公衆衛生は多くの場面で集団の健康増進を重視するため、患者の隔離や清潔な環境の保持を進める際、広域的な対応が必要となる。さらに、どこか1カ所でも隔離や衛生改善に漏れが生じれば、そこから感染症が広がりかねないため、一律の対応が必要となる分、住民の生活に身近な市町村に対して、できるだけ多くの権限と責任を移譲する地方分権改革の流れとは合わない面がある。

実際、歴史を辿ると、感染症対策を含む公衆衛生の議論では地方分権とのせめぎ合いが続いた。例えば、英国で1834年に成立した新救貧法については、「集中化、画一化、能率の確保」が意識され、中央に構成された委員会の指示の下、地方行政が指示に従うスタイルが選ばれた³⁵。明治期の日本でも当初、コミュニティの自治を中心とした公衆衛生の充実が指向されたものの、最終的には警察行政による集権的な対応が選ばれた経緯がある。

中でも感染症に関しては、集団を守る社会防衛を優先する観点に立ち、短期間で意思決定する必要があり、集権的な対応が求められる。スペイン風邪の書籍でも「(注：大規模感染症のときは)民主主義も極めて危険な政治形態となりうる。本当に必要とされるのは(略)すべてを掌握する、強力な中央集権である」という記述が見られる³⁶。

言い換えると、感染症対策を含めた公衆衛生を強化する上では、これまでの流れとは異なる制度的な枠組みが求められる。筆者自身、全体の方向性として、市町村への権限移譲は重要と考えており、人口減少や高齢化の進展などの長期的なトレンドを踏まえると、今後も権限移譲を進めて行く必要があると考えているが、感染症対策の不備が明らかとなった今、国あるいは都道府県への集権的な対応を現行制度に加味させる必要がある。

6——最近の医療提供体制改革における感染症対策の位置付け

感染症対策に対する備えが疎かになっていた点については、医療提供体制改革の文脈でも指摘できる。既述した通り、医療提供体制改革では現在、地域医療構想が重視されており、2025年時点の病床推計を一つの参考値にしつつ、都道府県を中心に病床削減や在宅医療の充実などを進めることが想定されている。

しかし、地域医療構想の病床推計には感染症対策が考慮されていない。実際、都道府県による地域医療構想の策定に際して、厚生労働省が示した2015年に示した「地域医療構想策定ガイドライン」では、「感染症」の文言は僅かに2回登場するだけである。

³⁴ 介護保険の歴史については、2020年4月1日拙稿「[20年を迎えた介護保険の足取りを振り返る](#)」(全2回)参照。リンク先は第1回。

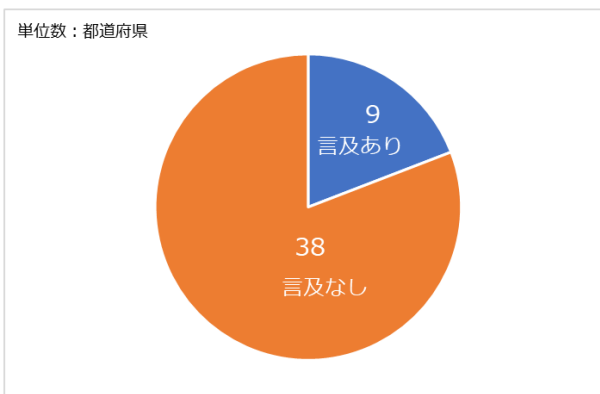
³⁵ George Rosen (1958) “A History of Public Health” [小栗史朗訳 (1974) 『公衆衛生の歴史』第一出版 pp147-148]。

³⁶ Alfred W. Crosby (1989) “America’s Forgotten Pandemic” [西村秀一訳 (2009) 『史上最悪のインフルエンザ』みすず書房 p294]。

さらに、各都道府県の地域医療構想を見ても、今後の施策の方向性や現状分析に関して、感染症対策や新型インフルエンザに言及したのは図2の通り、9都府県に過ぎない。例えば、東京都は「果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況」という項目で、「新興・再興感染症に対する診断・治療体制の確保」に触れているが、こうした事例は少数派である、しかも、いずれの事例も感染症対策に触れている個所は数行程度にとどまった。

つまり、近年の医療提供体制改革でも感染症対策は考慮されておらず、感染症対策を含む公衆衛生の視点は抜け落ちていたと言わざるを得ない。

図2：地域医療構想における感染症対策の言及の有無



出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

7——新興・再興感染症への対応

1 | 新興・再興感染症に関する制度改正

一方、グローバル化の急拡大に伴って人の移動が活発となった結果、新興・再興感染症のリスクが議論されるようになった。具体的には、1990年代以降、エボラ出血熱や新型インフルエンザ、SARS(重症急性呼吸器症候群)、MERS(中東呼吸器症候群)などが発生した。幸いにして、日本は2009年の新型インフルエンザを除けば、大規模な感染拡大を避けられたが、従来の伝染病予防法、性病予防法などを廃止・統合した感染症法が1999年に施行された。その際、感染症が発生した際に疾患、病原体などの情報を把握するとともに、関係機関の間で情報共有を図るサーベイランス(監視)システムの強化が盛り込まれた。

さらに感染症法は2003年に改正され、緊急時における国の権限強化などが図られたほか、2008年の改正でも新型インフルエンザ等感染症を追加した。このほか、2005年に「新型インフルエンザ対策行動計画」が初めて作成され、外出自粛や休業要請に関する知事の権限規定などを盛り込んだ新型インフルエンザ対策等特別措置法が2012年に成立した。今回の新型コロナウイルスへの対応は同法に基づいて、「緊急事態宣言」に伴う休業要請が出されたことは周知の通りである。

2 | 新興・再興感染症対策に関する提案

しかし、以上のような対応では不十分として、関係者の間では感染症対策の強化を促す意見が出ていた。例えば、2009年の新型インフルエンザを受けて、有識者で構成する新型インフルエンザ対策総括会議が2010年に公表した報告書では、▽病原性に応じた柔軟な対応、▽迅速・合理的な意思決定システム、▽発生前からの情報収集、サーベイランスの強化——など様々な論点を提示していた。

中でも、体制整備に関しては、「保健所や地方衛生研究所を含めた感染症対策に関わる危機管理を専門に担う組織や人員体制の大幅な強化、人材の育成」「国立感染症研究所については、米国CDC(筆者注：アメリカ疾病予防管理センター、アメリカの感染症対策の司令塔を指す)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」などと指摘していたが、実行に移された部分は少なかった。

こうした状況について、新型コロナウイルス感染症対策専門家会議委員だった川崎市健康安全研究

所の岡部信彦所長がメディアのインタビューに対し、新型インフルエンザ対策の総括にも加わった経験を引き合いに出しつつ、「感染研は予算自体が削られ、保健所は拡充どころか統廃合で大きく数が減りました。そうしたことをしておきながら、今になって『(筆者注：PCR 検査の充実などで封じ込めに成功したとされる) 韓国の体制が良い』などと言うな、と言いたいですね」と皮肉を述べている³⁷。

このほか、有識者などが 2015 年に公表した報告書「保健医療 2035」でも、感染症対策に関してグローバルに貢献するだけでなく平時には公衆衛生の司令塔としての機能を持つ「健康危機管理・疾病対策センター（仮称）」の設置に言及していたが、こちらも顧みられることはなかった。

むしろ、地域保健法の制定や感染症法の見直しを経て、感染症対策の中心が都道府県に移行したにもかかわらず、保健所のマンパワー不足が論じられていた。例えば、2003 年の専門誌では感染症法の改正を踏まえて保健所に対するアンケート調査の結果を掲載している。調査結果によると、「保健所が感染症対策を進める上での制約」を尋ねたところ、81.8%が「スタッフ数及び技術力」を挙げており、異動などによる専門家や経験者の不足、兼務などによるスタッフの不足などの答えが寄せられたことを紹介している³⁸。

8——総括と今後の方向性

1 | 感染症に脆弱な医療制度になった理由

以上のような歴史的な経緯を見ると、感染症に脆弱な医療制度となった理由が見えて来る。具体的には、疾病構造の変化や公的医療保険財政の拡大など様々な要因が重なり、感染症対策を含めた公衆衛生のウェイトが小さくなった点である。中でも、結核を中心に戦後、多くの感染症を封じ込めたことで、感染症に対する危機意識が失われたと指摘できる。

さらに、急速に進んだ高齢化に対応するため、住民の健康づくりや保健・福祉の連携を図る観点に立ち、市町村への権限移譲が重視された結果、保健所の統廃合が進んだと言える。しかも、新興・再興感染症への脅威に対しても、十分に対応しなかったため、PCR 検査の目詰まりなど今回のような混乱を招いたと言えるであろう。

2 | 5 月の専門家会議報告書、自民党の動向

では、今後どのような対応が求められるだろうか。新型コロナウイルス感染症対策専門家会議が 5 月 29 日に公表した報告書では、検査体制の充実、ベッドの確保、保健所の機能強化、治療法の確立やワクチンの開発促進、介護施設におけるクラスター対策、水際対策の見直しなどを網羅しており、いずれも重要なテーマである。

さらに、自民党の行政改革推進本部（本部長：塩崎恭久元厚生労働相）が 7 月に提出した提言³⁹でも、感染症対策の司令塔を整備するとともに、事務局長として感染症担当の危機管理監ポストを新設する必要性を強調した。具体的には、行政を中心とした公衆衛生の枠組みと、地域医療を担う民間医

³⁷ 2020 年 6 月 22 日『ダイヤモンド・オンライン』配信記事。

³⁸ 角野文彦（2003）「保健所における感染症対策の現状」『公衆衛生』第 67 巻第 4 号。有効回答は 423 保健所。

³⁹ 2020 年 7 月 2 日、自民党行政改革推進本部「大規模感染症流行時の国家ガバナンス見直しワーキンググループ報告書」を参照。

療機関の上下関係または縦割りの体制や、国と都道府県の指揮命令系統を巡る混乱などに言及しつつ、体制強化の一環として司令塔と事務局機能の整備などを訴えた。

このほか、自民党の感染症対策ガバナンス小委員会（委員長：武見敬三参院議員）でも制度改革に向けた議論が進んでいると報じられており、▽感染症法改正を通じた厚生労働相による知事への指示権限強化、▽感染症対策に関する司令塔機能の確立と常設諮問機関の設置、▽都道府県の境を超えた病床の融通システム整備——などが論点として浮上しているという⁴⁰。

こうした動きだけでなく、米 CDC のような司令塔の創設、PCR 検査体制の充実など様々な施策が官民から提案されており、直近では8月28日に決定された政府の「新型コロナ感染症対策本部」が決定した資料に、▽検査体制の抜本的拡充、▽医療提供体制の確保、▽人材の調整など保健所体制の整備、▽感染症危機管理の司令塔強化——などが挙げられている。下記は医療提供体制改革に関する部分として、「保健所機能の強化」「ベッドの確保」という2つの点を述べる。

3 | 保健所の機能強化

まず、保健所の機能強化である。先に触れた専門家会議提言では、本庁からの応援、OB 職員の再雇用、都道府県看護協会からの支援などの必要性に言及しているほか、集団感染の全体像や病気の特徴などを調べる「積極的疫学調査」の人材育成も必要な施策として挙げている。

中でも、保健所の機能低下の一因として、健康づくりなど身近な事務を市町村に移譲する一連の流れがあったとすると、公衆衛生を担う人材の育成などを通じて、機能の強化を地道に積み上げて行くことが必要になりそうだ。

その際には公衆衛生や感染症対策を担う司令塔的な組織を国に創設し、専門人材や知見を常にプールするとともに、有事には国内外に人材を派遣できるような体制整備も求められる。さらに単なる人材や財源の充実だけでなく、保健所の業務効率化に向けて、▽検査業務を大学や民間企業に開放、▽IT 化の推進、▽日常業務の見直しや規制・業務の見直し——なども必要になると思われる。

4 | 病床の確保

次に、病床の確保である。病床確保に関する6月19日付通知では短期的な対応として、重症者を優先的に受け入れる「即応病床」の整備を都道府県に促している一方、軽症者・無症状者向けホテルの確保が遅れているとされており、当面の優先課題となっている。

一方、中長期的に見れば、先に触れた通り、人口減少などを意識した医療提供体制改革として、都道府県を中心とした地域医療構想との整合性が問われる。この点について、加藤勝信厚生労働相は「（筆者注：感染症対策を）勘案をしながらそれぞれ地域でつくり上げていただく」⁴¹と述べており、中長期的に地域医療構想を進める際、都道府県は「病床削減の要素を含む地域医療構想を進めつつ、感染症に備える」という難しい対応が求められている。

この点について、日本医師会からは「新興・再興感染症について、都道府県ごとに病床数、個人防

⁴⁰ 2020年7月16日『日本経済新聞』を参照。

⁴¹ 2020年4月30日第201回国国会議録参議院予算委員会における答弁。

護具、人工呼吸器などの配置目標を計画に盛り込んでおくべきでした」という議論が出ている⁴²。さらに、「(筆者注：地域医療構想の議論では) 新興感染症に対する医療提供体制の確保という視点が欠落していました。今後は都道府県別に、地域の実情を踏まえ、新興感染症への対応を医療計画に含めるべき」⁴³として、医療計画に位置付ける「5 疾病・5 事業及び在宅医療」(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療・小児医療)に感染症対策を加えるべきとの意見も示されており、これらの制度改正も議論の俎上に上りそうだ。

こうした状況で地域医療構想に関する地域レベルの議論が影響を受ける可能性がある。例えば、今までの議論では「急性期病床を削減するか否か」といった議論に傾きがちだったが、感染症に伴う医療需要の急増に備えて、「病床稼働率が低い公立・公的医療機関等、特に病棟単位で空いているケースは、そのまま空けておくのも一つの在り方」という意見が出ている⁴⁴。

このため、地域医療構想では余剰あるいは過剰と言われがちだった病床の一部をバッファー(緩衝材)として確保する議論も想定される。これを理解する上で参考になるのは、有事に備えて施設や人員に余分を持たせる「冗長性」(リダンダンシー、redundancy)という災害対策の考え方であり、冗長性の規模及び冗長性を維持するためのコストも勘案しつつ、病床と医療スタッフの確保が必要となる。

実際、知事サイドからは「ベースとなるのは災害対策。(略)どこの自治体でも本当はやれるのではないのでしょうか」という指摘が出ている⁴⁵。さらに、有識者からもモニタリング指標の設定を通じて、災害モードの適用または解除を検討できるシステムが必要という意見が示されている⁴⁶。

9—おわりに

感染再拡大の状況を踏まえると、予断を許さない状況だが、現時点で日本の死者数は諸外国と比べても少なく抑制され、クラスター潰しも一時期まで奏功した。このため、感染症対策を最前線で担った保健所のネットワークが辛うじて生き残っていたことを幸運と見なす指摘がある⁴⁷。

だが、今回の新型コロナウイルスの対応を通じて、日本の医療制度が如何に感染症に対して脆弱か明らかにしたと言える。特に敗戦後、結核を概ね克服した結果、公衆衛生の「黄昏」が早くから論じられるなど、感染症に対する備えが疎かになっていたことは間違いない。さらに、疾病構造の変化や高齢化の進展などを踏まえ、市町村主体の健康づくりが重視されるようになり、感染症対策の最前線を担う保健所の機能が低下した影響も無視できない。

つまり、感染症や公衆衛生を長年に渡って軽視したことが感染症に脆弱な医療制度を作り出した遠因であり、脆弱性の解消は決して容易ではないと言える。

災害対策などと同様、有事対応の側面を持つ感染症への対処について、普段から何を準備し、有事にどう対処するのか。あるいは保健所の機能を含めて、公衆衛生をどう強化していくのか、今後の対応が問われる。

⁴² 2020年7月13日『日経メディカル』配信記事における日本医師会の中川俊男会長インタビュー。

⁴³ 2020年5月2日『m3.com』配信記事における日本医師会の中川副会長(当時)インタビュー。

⁴⁴ 同上。

⁴⁵ 2020年8月号『中央公論』における平井伸治鳥取県知事のインタビュー。

⁴⁶ 砂原庸介(2020)「自治体間連携の枠組み必須」8月10日『日本経済新聞』。

⁴⁷ 2020年5月25日『共同通信』配信記事による関西大学の高鳥毛敏雄教授インタビュー。