

新型コロナウイルス感染症と医療・公衆衛生の課題

中村 暁

はじめに –新型コロナウイルス感染症パンデミック、約 1 年 6 カ月の今日–

| | | |
|--------|----------|--------------------------------|
| 2020 年 | 1 月 15 日 | 国内最初の感染者を確認 |
| | 1 月 20 日 | ダイヤモンド・プリンセス号が横浜港出港 |
| | 4 月 7 日 | 初の緊急事態宣言 |
| | 7 月 22 日 | GO TO キャンペーン実施 |
| 2021 年 | 1 月 8 日 | 2 度目の緊急事態宣言 |
| | 2 月 14 日 | 新型コロナワクチン(ファイザー製)国内承認 |
| | 2 月 17 日 | 新型コロナワクチン接種開始 |
| | 4 月 25 日 | 3 度目の緊急事態宣言 |
| | 7 月 12 日 | 4 度目の緊急事態宣言 (東京、沖縄、8 月 22 日まで) |

2020 年の年明けから感染症パンデミックに私たちは見舞われた。グローバル経済が普遍化し、物と人が世界各国を自由に行き来しているのだから、昔なら特定地域の風土病でとどまっていた未知の感染症が世界中を覆うことも当然の帰結だった。しかし日本はもちろん、(おそらく) どんな国も「備え」が十分でなかったと思われる。

日本で「十分ではなかった」典型として、「病床」の数についてはじめに紹介しておきたい。

日本の病床は、「一般病床」「精神病床」「結核病床」「療養病床」「感染症病床」に区分されている。このうち、「感染症病床」が、本来、新型コロナウイルス感染症の患者さんを受け入れる機能を持ったベッドである。

一般病床に求められる必置設備に加えて、機械換気設備、遮断施設、消毒設備の設置が求められる。

感染症病床の数は国が定めた配置基準により、都道府県知事が指定する。

| 配置基準 (第二種) | |
|-------------------|------|
| 人口 30 万人未満 | 4 床 |
| 30 万人以上 100 万人未満 | 6 床 |
| 100 万人以上 200 万人未満 | 8 床 |
| 200 万人以上 300 万人未満 | 10 床 |
| 300 万人以上 | 12 床 |

京都府における感染症病床は 38 床にすぎない。つまり京都府において 39 人を超える入院を必要とする感染症の発生は想定されていなかった、ということになる。日本の公衆衛生政策を考えると、このことが持つ意味はとても大きい。

さて、感染拡大当初は感染経路、伝播性が今以上にわからず、恐怖が蔓延した。

トイレットペーパーの買い占め、マスク不足、人々は正確な情報を得ることのできないまま、パニックに近い状態にあった。

安倍政権 (当時) が法的根拠も科学的根拠もないまま「小中学校の全国一斉休校」を断行。総額 260 億円の税金を使い「アベノマスク」ⁱを配布。当初の標的はライブハ

ウス、パチンコ屋。「自粛警察」が登場し、県境をまたいだ宅配業者が石を投げられ、顔に消毒液を浴びせられ、子どもたちは始業式の出席を拒まれ、他府県ナンバーの車が破壊された。感染した人のドアに「出ていけ」と張り紙がなされた。医療従事者さえ差別の標的になった。

菅政権期も含め、全国に3度、首都圏では4度にわたる緊急事態宣言。「人流」という言葉が流通したが、緊急事態宣言が重なる度に、人々は「自粛」しなくなった。初の緊急事態宣言時にはゴーストタウン然とした繁華街は普通に賑わっている。菅政権は「特措法」（新型インフルエンザ等対策特別措置法）、「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）の改正を企て、「入院勧告に応じない者」や「病院を脱走した者」への刑事罰導入を企てた（行政罰で可決）。「酒類の提供」が悪者になり、酒類の提供を続ける事業者との取引停止を国が金融機関に求めるという憲法違反の弾圧さえ企てられた。

そして今日、東京オリンピックの開会式を迎えた。

新型コロナウイルス感染症は人々の生命・健康・暮らしを直撃している。とりわけ雇用の収縮はリーマン期を凌ぐ大規模なものであり、特に女性・非正規に影響が集中している。これは、ここ20～30年の雇用政策の変化がもたらした結果の一つであり、旧来型の所得保障、社会保障制度の破綻が顕在化されたものといえる。生活保護制度も機能しておらず、コロナ禍に喘ぐ人々は事実上放置されている。

新型コロナウイルス感染症は、様々な形で、私たちの暮らしてきた社会の本当の姿を浮き彫りにした。

医療・公衆衛生政策も例外ではない。

NHK・JILPT共同調査より

A 2020年4月1日に民間労働者であった20-64歳のうち、4月～10月に雇用状況の急変を経験したもの

| | 割合 (%) | | | | | 左記いずれかの変化あり | 人数推計 (万人) | | | | | 左記いずれかの変化あり |
|-------|--------|-------|-------------|--------|-------------|-------------|------------------|--------|-------|-------------|-------------|-------------|
| | 解雇・雇止め | 自発的離職 | 労働時間半減30日以上 | 休業7日以上 | | | 民間20-64歳(2017就構) | 解雇・雇止め | 自発的離職 | 労働時間半減30日以上 | 休業7日以上 | |
| 非正規女性 | 3 | 5.3 | 10 | 21.7 | 33.1 | 1171 | 35 | 62 | 117 | 254 | 388 | |
| 非正規男性 | 4.7 | 6.8 | 9 | 19.3 | 32.8 | 430 | 20 | 29 | 39 | 83 | 141 | |
| 非正規計 | 3.5 | 5.7 | 9.7 | 21.1 | 33.0 | 1601 | 56 | 91 | 155 | 338 | 528 | |
| 正規女性 | 1 | 3.8 | 4.6 | 12.2 | 18.4 | 938 | 9 | 36 | 43 | 114 | 173 | |
| 正規男性 | 1.1 | 2.5 | 3.4 | 11 | 15.9 | 2004 | 22 | 50 | 68 | 220 | 319 | |
| 正規計 | 1.1 | 2.9 | 3.8 | 11.4 | 16.7 | 2941 | 32 | 85 | 112 | 335 | 491 | |
| 女 | 2.1 | 4.6 | 7.5 | 17.3 | 26.3 | 2109 | 44 | 97 | 158 | 365 | 555 | |
| 男 | 1.7 | 3.2 | 4.3 | 12.4 | 18.7 | 2434 | 41 | 78 | 105 | 302 | 455 | |
| 男女計 | 1.9 | 3.8 | 5.8 | 14.7 | 22.2 | 4542 | 86 | 173 | 263 | 668 | 1008 | |

* 「新型コロナウイルスと雇用・暮らしに関するNHK・JILPT共同調査結果概要」、および、就業構造基本調査

* 人数推計はNHK・JILPT調査による割合を就構17による20～64歳民間労働者数に乗じたもの

出典：福祉国家構想研究会 連続講座（2021年6月26日）
後藤道夫氏（都留文科大学名誉教授）講演資料より

1. 自治体における新型コロナウイルス感染症の基本的な仕組み

新型コロナウイルス感染症対策は基本的に地方自治体単位（都道府県、あるいは保

健所単位)で行われている。

「感染症法」と「特措法」、そして「地域保健法」である。

感染症法

(国及び地方公共団体の責務)

第三条 国及び地方公共団体は、教育活動、広報活動等を通じた感染症に関する正しい知識の普及、感染症に関する情報の収集、整理、分析及び提供、感染症に関する研究の推進、病原体等の検査能力の向上並びに感染症の予防に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ感染症の患者が良質かつ適切な医療を受けられるように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。この場合において、国及び地方公共団体は、感染症の患者等の人権を尊重しなければならない。

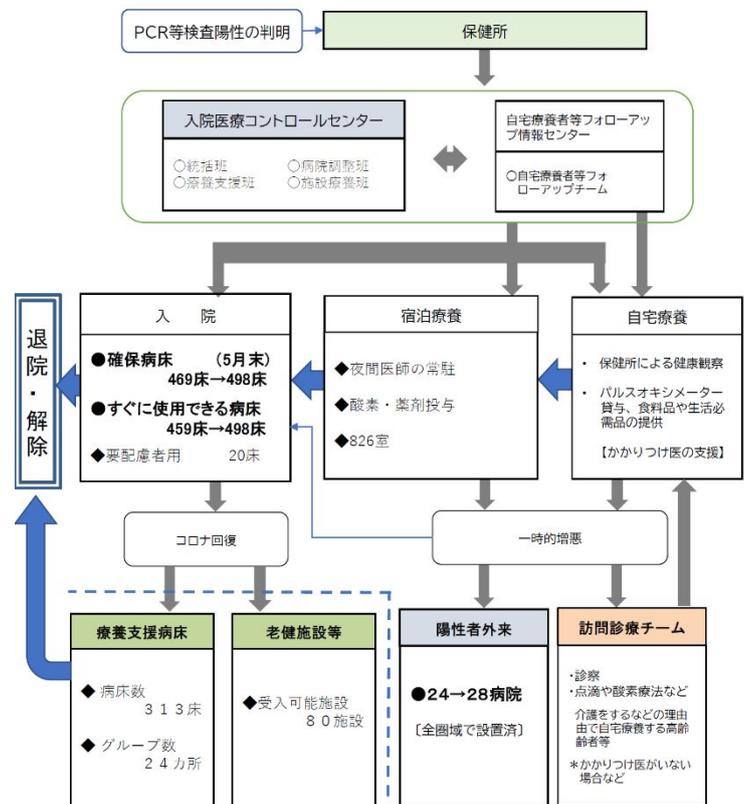
- 2 国及び地方公共団体は、地域の特性に配慮しつつ、感染症の予防に関する施策が総合的かつ迅速に実施されるよう、相互に連携を図らなければならない。
- 3 国は、感染症及び病原体等に関する情報の収集及び研究並びに感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進、病原体等の検査の実施等を図るための体制を整備し、国際的な連携を確保するよう努めるとともに、地方公共団体に対し前二項の責務が十分に果たされるように必要な技術的及び財政的援助を与えることに努めなければならない。

特措法

(国、地方公共団体等の責務)

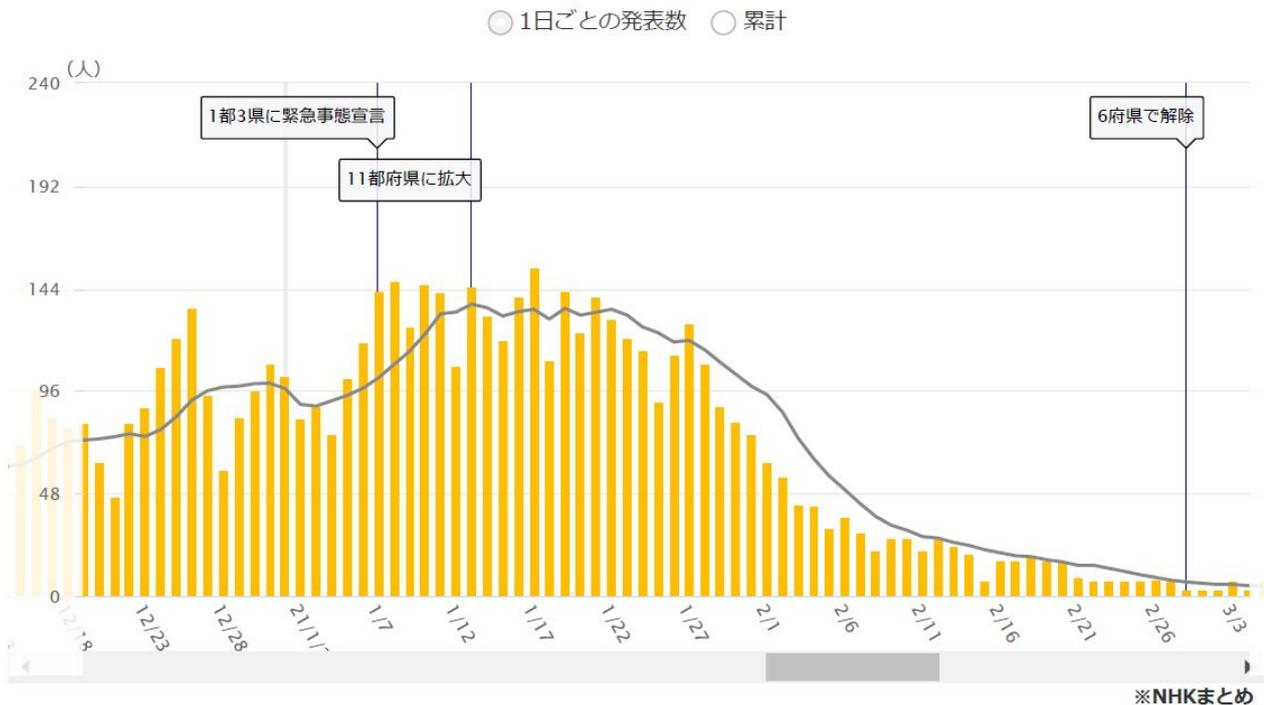
第三条

- 4 地方公共団体は、新型インフルエンザ等が発生したときは、第十八条第一項に規定する基本的対処方針に基づき、自らその区域に係る新型インフルエンザ等対策を的確かつ迅速に実施し、及び当該地方公共団体の区域において関係機関が実施する新型インフルエンザ等対策を総合的に推進する責務を有する。
- 5 指定公共機関及び指定地方公共機関は、新型インフルエンザ等が発生したときは、この法律で定めるところにより、その業務について、新型インフルエンザ等対策を実施する責務を有する。



2. 病床ひっ迫・医療崩壊

(1) 京都府の感染状況の推移

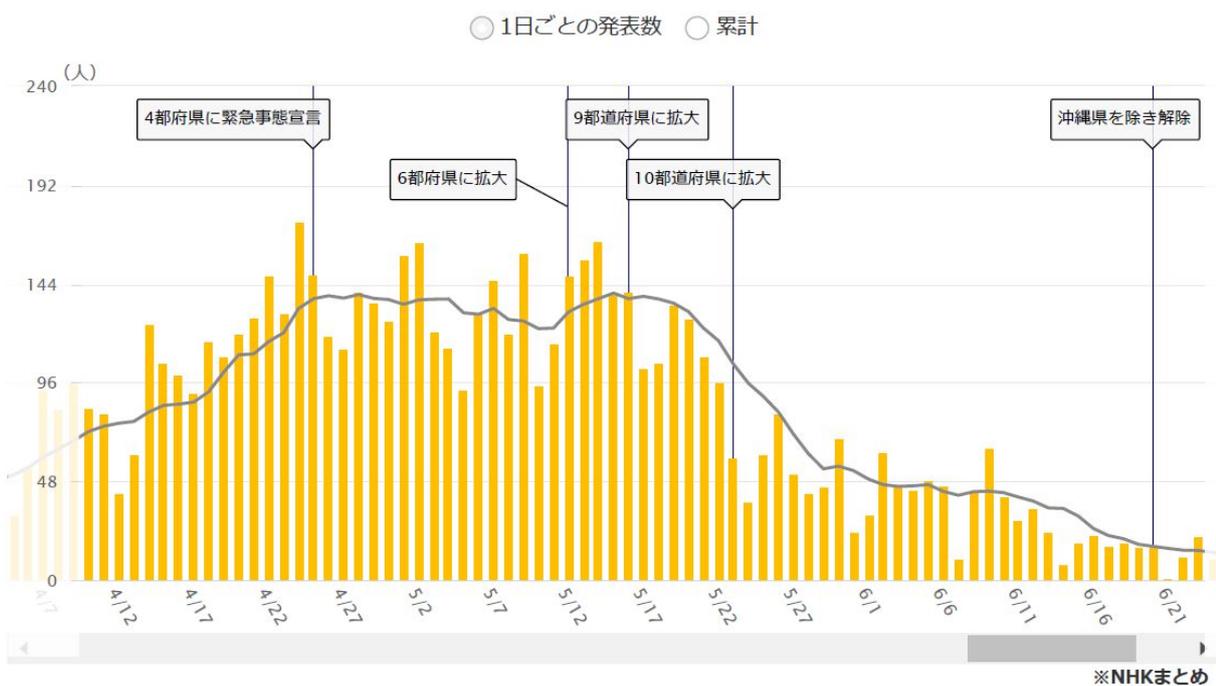


出典：NHK特設サイト 新型コロナウイルス（7月19日閲覧）

<https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/data/pref/kyoto.html>

上のグラフは、第3波といわれる2020年年末・年始の感染者数の推移。

1月17日の154人がピークとなっている。



出典：NHK特設サイト 新型コロナウイルス（7月19日閲覧）

<https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/data/pref/kyoto.html>

2つめのグラフは、第4波といわれる5月連休前後の感染者数の推移。
4月24日の174人がピークとなっている。

(2) 京都府の新型コロナウイルス感染症にかかる医療提供体制

新型コロナウイルス感染症は2類感染症扱いとなっている。

2類は法的に「入院勧告」の対象であり、入院してもらうことが基本である。

しかし、感染拡大期には病床が不足するため、保健所の関与の下に、患者さんを入院してもらうか、自宅療養にするのか、宿泊療養にするのか、その人の容体(軽症なのか、中等度以上なのか)に応じ、京都府の「入院医療コントロールセンター」と保健所が協議し、決定していく仕組みとなっている。

これは、感染症法に基づく、国の通知（地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制）の移行について R2.3.1 <https://www.mhlw.go.jp/content/000651071.pdf>、「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」 R2.4.2

<https://www.mhlw.go.jp/content/000618525.pdf>等）が根拠となった取り扱いである。

- ➡ ○ 都道府県等は、新型コロナウイルス感染症のまん延を防止するため必要があるときは、患者等を入院させることができる（感染症法第19条・20条）。
- 現状、新型コロナウイルス感染症の無症状や軽症の方で、重症化リスクのある者（※1）に当たらず、入院の必要がないと医師が判断した場合（※2）に

(参考)

| 感染症の分類と考え方 | | | |
|---------------|--|--|---|
| 分類 | 実施できる措置等 | 分類の考え方 | |
| 一類感染症 | ・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置 ・交通制限等の措置が可能 | 感染力と罹患した場合の重篤性等に基づく総合的観点から見た危険性の程度に応じて分類 | |
| 二類感染症 | ・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置 | | |
| 三類感染症 | ・対人：就業制限（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置 | | |
| 四類感染症 | ・動物への措置を含む消毒等の措置 | 一類～三類感染症以外のもので、主に動物等を介してヒトに感染 | |
| 五類感染症 | ・発生動向調査 | 国民や医療関係者への情報提供が必要 | |
| 新型インフルエンザ等感染症 | ・対人：入院（都道府県知事が必要と認めるとき）等 ・対物：消毒等の措置 ・政令により一類感染症相当の措置も可能 ・感染したおそれのある者に対する健康状態報告要請、外出自粛要請 等 | 新たに人から人に伝染する能力を有することとなったインフルエンザであって、国民が免疫を獲得していないことから、全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ | |
| 指定感染症 | 一類から三類感染症に準じた対人、対物措置（延長含め最大2年間に限定） | 既知の感染症で、一類から三類感染症と同等の措置を講じなければ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ | |
| 新感染症 | 症例積み重ね前 | 厚生労働大臣が都道府県知事に対し、対応について個別に指導・助言 | ヒトからヒトに伝染する未知の感染症であって、重篤かつ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ |
| | 症例積み重ね後 | 一類感染症に準じた対応（政令で規定） | |

は、宿泊療養又は自宅療養を行うことができる。(4月2日事務連絡)

※1) ①高齢者、②基礎疾患がある者(糖尿病、心疾患又は呼吸器疾患を有する者、透析加療中の者等)、③免疫抑制状態である者(免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者)、④妊娠している者

※2) 発熱、呼吸器症状、呼吸数、胸部レントゲン、酸素飽和度 SpO₂ 等の症状や診察、検査所見等を踏まえ、医師が総合的に判断

出典:「感染症の範囲及び類型について」(平成26年3月 厚生労働省健康局結核感染症課)

以上のように、原則入院であっても、入院病床のひっ迫を避けること、医療崩壊を回避することのため、陽性となった時点で、入院か自宅療養・宿泊施設療養かのトリアージが都道府県によって行われているのが現状である。

しかし、入院の基準から外れることを以て、自宅療養者・宿泊療養者とは重症化・死亡のリスクがない人、というわけではない。新興感染症という未知の疾患に罹った患者さんであることは事実であり、医療を必要とする。

そこで、陽性であっても入院できない、しない人の健康を守る仕組みが必要となり、その役割を担っているのが、「保健所」の**健康観察**である。

(3) 保健所の役割と困難

保健所は感染症対策の最前線に立つ行政機関である。

都道府県・政令市・中核市に設置されている。

公衆衛生政策は「地域保健」「産業保健」「学校保健」に分類されるが、保健所は「地域保健」の第一線機関である。保健所は設置根拠法である「地域保健法」において、感染症(法文上の文言は「伝染病」)対応を行うと定められている。

地域保健法

第6条

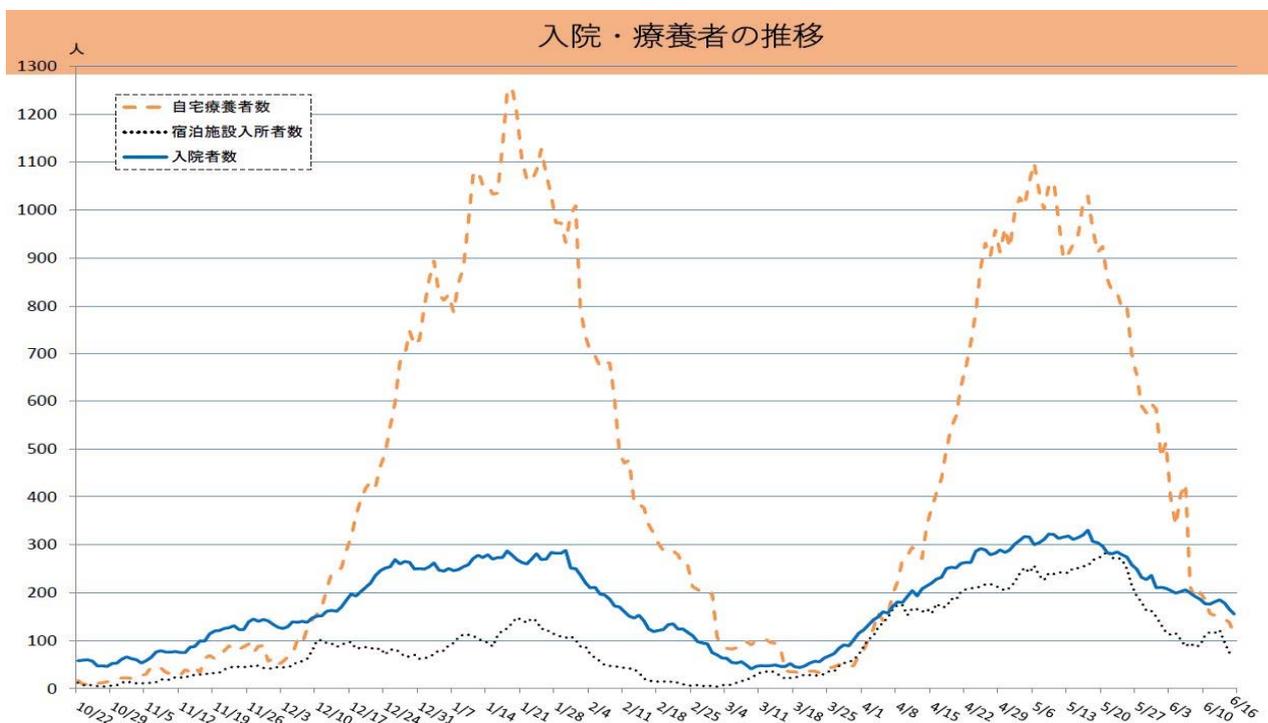
- 一 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項
- 二 人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項
- 三 栄養の改善及び食品衛生に関する事項
- 四 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項
- 五 医事及び薬事に関する事項
- 六 保健師に関する事項
- 七 公共医療事業の向上及び増進に関する事項
- 八 母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項
- 九 歯科保健に関する事項
- 十 精神保健に関する事項
- 十一 治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項
- 十二 エイズ、結核、性病、伝染病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

新型コロナウイルス感染症パンデミックを前に、全国保健所長会が整理した保健所の役割は次のとおりである。

保健所の5つの役割

- 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

「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に対する保健所の対応への助言 Ver. 4」(保健所長会 2019年度地域保健総合推進事業、新興再興感染症等危機管理推進事業班)



京都府 2021/06/18 15:00 第48回京都府新型コロナウイルス感染

1) 保健所による新型コロナウイルス感染症対応の基本的な流れ

住民からの相談を受け付ける窓口機能(京都府新型コロナ医療相談センター、または地域の「診療・検査医療機関」を通じて、対象者に検査を実施する)

- ➡ 検体を検査機関(京都府保健環境研究所等)に運搬する
- ➡ その結果、陽性となった方について、京都府の入院医療コントロールセンターと入院調整を行う
- ➡ 入院医療機関への患者搬送を行う。
- ➡ 陽性でも入院できず、自宅療養となった患者さんの健康観察を行う
- ➡ 積極的疫学調査(感染源調査・接触者調査)を実施する。陽性確定の方より、発症14日前(潜伏期1~14日)から陽性確定の日までの行動の聴取。発症2日

前から陽性確定日までの間で濃厚接触者を特定し、PCR検査を実施。陽性者は入院調整、濃厚接触者の健康観察

- ➡ 入院医療機関への患者搬送を行う。
- ➡ 陽性でも入院できず、自宅療養となった患者さんの健康観察を行う
- ➡ 積極的疫学調査（感染源調査・接触者調査）を実施する。陽性確定の方より、発症14日前（潜伏期1～14日）から陽性確定の日までの行動の聴取。発症2日前から陽性確定日までの間で濃厚接触者を特定し、PCR検査を実施。陽性者は入院調整、濃厚接触者の健康観察

2) 保健所のひっ迫

① 保健所 業務逼迫「残業200時間超も」

新型コロナウイルス感染症が猛威をふるう中、最前線で奮闘したのが保健所だ。しかし、京都府内で感染者が急増しだした3月～4月、業務はパンク寸前に陥り、京都市保健所の残業は多い人で過労死ラインの月100時間をはるかに超える200時間超に及んだ。（京都新聞 2020年6月9日）

② 京都市 コロナ対応激務 残業1000時間超38人

残業が多かった京都市職員

上位5人の時間数と所属(年間)

- ① 1995時間(保健所)
- ② 1808時間(保健所)
- ③ 1726時間(保健所)
- ④ 1724時間(保健所)
- ⑤ 1642時間(保健所)

(京都新聞 2021年4月30日)

(4) 自宅療養・宿泊施設療養中の患者さんの死亡事例の発生

1) 第3波での死亡事例 80代の方

入院できず死亡 京でも 「独居80代 自宅待機6日後に」

昨年末、京都市で新型コロナウイルスに感染した80代の独居女性が自宅で入院を6日間待つ間に重症化し、肺炎で亡くなった。今年1月には、同様に京都市の自宅で入院待ちだった70代男性が重篤な状態になった。いずれも高齢で症状や基礎疾患があり、本来は即入院すべきケースだったが、受け入れ病院が見つからなかった。家族から「なぜ入院できなかったのか」と疑問の声が上がる。（京都新聞 2021年1月16日）

2) 第4波での死亡事例 20代の方

① 以下は、京都新聞の報じた、京都市当局が5月12日に発表した経緯

4月29日、男性に39.5℃の発熱や痰、咳の症状。

5月2日、PCR検査で陽性。軽症と判断されるも、男性は入院を希望。

5月3日、入院調整を担う府の入院医療コントロールセンターに意向が伝えられた。

3日時点の京都府の「すぐに使用できる病床」(459床)は309床が埋まっており、使用率は67.3%だった。京都府は空きはあったが、若くて軽症だったことから、「入院の基準に達しない」として、様子を見ると判断した。

これを受け、京都市の保健所(医療衛生企画課)は3日から、毎日電話で健康観察を行った。

5月4日、ご本人から「全身の倦怠感は改善している」と回答。

5月5日、医師や保健師が午後2時～9時半にわたり6回電話してもつながらなくなった。同日夜、知人が消防に通報。

5月6日、自宅で死亡確認。

市保健所は6日に男性宅を訪問することを検討していた。

② 次に、読売新聞が5月14日に報じた経緯。

4月29日、発熱や咳などの症状を発症。

5月2日、感染を確認。

5月3日、入院を希望。

5月4日、男性は市保健所に「発熱や咳などは続いているが、全身の倦怠感は前日より改善傾向にある」と話したため、「軽症」と判断された。

5月5日、市が5回、電話したがつながらなかった。同日深夜、知人が救急に通報。

5月6日未明、死亡確認。

京都府入院医療コントロールセンターには3日、市から男性の状況について連絡があった。男性が薬の処方を希望したことから市側に外来受診を提案。センターは受診結果で入院もしくは宿泊施設療養を調整する方針だったが、市の報告はなく、調整対象になっていなかった。

京都市は「連携する医師」が4日に男性に病状を確認し、健康観察を続ける判断をした。

4日時点の京都府のすぐに使える病床の使用率は69.1%と逼迫していたが、府は「必要な患者は入院できる状態だった」としている。

③ 次に5月17日、京都府議会・府民環境厚生常任委員会において府議会議員が本件につき、府当局に経緯の説明を求めた際、府の中川保健医療対策監(京都府入院医療コントロールセンター長)はじめとした府幹部が説明した内容。

入院医療コントロールセンターには、京都市から「概要情報」が送られて来る。

5月2日、男性の概要情報には、ある医療機関で陽性、基礎疾患なし、20代後半の男性、一人暮らし、入院を希望すると書かれていた(と思う)。

入院は厚生労働省の基準に沿って取り扱っている。この段階では少し経過を見ていただくということに。

5月3日、京都市へは(ご本人が)咳止めを求められているとのことだったので、医療機関への受診をかなり詳しく説明した。その後、京都市から新たな問い合わせはなかった。

5月4日、それとはまた別に、京都府医師会が昼の2時から4時くらいの間に、京都市からの要請を受けて、要観察の在宅の方に電話をかけていただいている。その記録を見ると咳が続いているけれども、「しんどさはちょっとマシになった」と答えられている。

5月5日、京都府医師会の先生も電話をかけられたが出なかった（と聞いている）。京都市からも健康観察されていると思うが（電話に）出られなくて、友人が心配になって見に行かれたということで、深夜、つまり、5月6日、の0時くらいに見つかって、救急隊、警察が現場にいかれた（と聞いている）。

なので、5月4日までは話ができています。5日に何があったか、現時点では把握ができません。

私どもは、厚生労働省の基準に基づいて（入院調整を）やっている。年が若くても、酸素飽和度が80を切るとかなると年齢に関係なく入院にしておりますし、救急車を呼んでいただくこともありますので、そういう状態に応じて、出来る限りやっているという状態である。

決して誰かのせいにするつもりは全くないが、事実としては、京都市の保健所から宿泊療養を希望されているという連絡はなかった。

そうした健康状態では、できれば胸部CTを撮っていただくように、外来受診をお勧めしたつもりですので、そのデータによっては、年齢関係なく緊急の入院もこれまでずっとやっている。

3) 何が起きているのか

そもそも、現在の感染症法は新型コロナウイルス感染症レベルのパンデミックを想定していない。国の示す配置基準に抛れば、京都府における「感染症病床」の基準病床数はたった38床であることがそれを象徴している。

陽性と判定されれば主治医の手を離れ、保健所が健康観察し、必要に応じて都道府県と相談し、外来医療や入院につなぐというルールも、自宅療養者がこれほどに多人数となることを想定したものではないものと考えられる。つまり、これほどのスケールの感染症が拡大することを前提としないシステムを、自治体と医療者の努力で最大限に引き伸ばし、突貫工事で新たな仕組みを接ぎ木し、何とか運用されているに過ぎないのが今の状況ではないか。

陽性が確認されると主治医の手を離れ、当該患者が入院できない場合、保健所がその患者の医療に責任を持つことになる。

保健所業務に従事する職員の残業時間が最大1995時間。職員の生命が脅かされている事態である。この事態は市民の生命を脅かす事態でもある。

保健所が逼迫し、健康観察が十分に出来なくなれば患者は「主治医」の役割を担う者を失うことになる。新興感染症という治療法も確立していない未知の疾患の患者だけが、医療からもっとも遠ざけられるのである。

4) 宿泊療養施設での死亡事例

① 死亡患者

年齢・性別： 60 歳代 男性

基礎疾患： あり

② 経緯

5 月 17 日（月） 発症（咳、咽頭痛）

19 日（水） PCR 検査、陽性判明

20 日（木） 宿泊療養施設入所、看護師健康観察（体温 38.4℃、SpO2 95%）、鎮痛解熱剤服用

21 日（金） 看護師健康観察 5 回（体温 37.1℃～39.4℃）、医師診察（鎮痛解熱剤処方）

22 日（土） 看護師健康観察 6 回（体温 37.3℃～39.1℃）、鎮痛解熱剤服用

23 日（日） 看護師健康観察 5 回（体温 37.2℃～39.6℃）、医師診察（鎮痛解熱剤処方）

24 日（月） 看護師健康観察 6 回（体温 38.7℃～38.9℃）、医師診察（鎮痛解熱剤処方）

25 日（火） 看護師健康観察 5 回

0:38 体温 38.7℃、SpO2 92%、鎮痛解熱剤服用

15:00 体温 38℃台

17:00 体温 39.0℃、SpO2 95%、鎮痛解熱剤服用

22:10 鎮痛解熱剤服用の経過観察のため、本人の携帯に連絡し、体温等の連絡を依頼（その後、連絡なし）

26 日（水）

7:44 看護師の LINE 電話に呼応なし（12:44 まで 7 回）

LINE 電話以外にも内線、ご本人携帯で連絡を取り続けるが連絡取れず

13:10 看護師が訪室。ベット上で倒れているところを発見。心肺停止状態。心肺蘇生の上、救急車を要請

13:21 救急隊到着

13:36 病院に到着

14:09 病院において死亡を確認

5) 何が起きているのか

本当は、陽性になった方全員が入院できるベッドが必要。

しかし、感染症拡大の規模に対し、現実にはまったくベッドが足りない。

そこでこういった「宿泊療養施設」がつけられている。

しかし、そこでは十分な医療が提供できない。

医師は医師会からの交代の「出務医師」。看護師は「派遣」である。

専任の医師を中心としたチームでの医療がまったくつくりされていない。

つまり、そこで行われているのは「健康観察」であって、医療とはいえない。

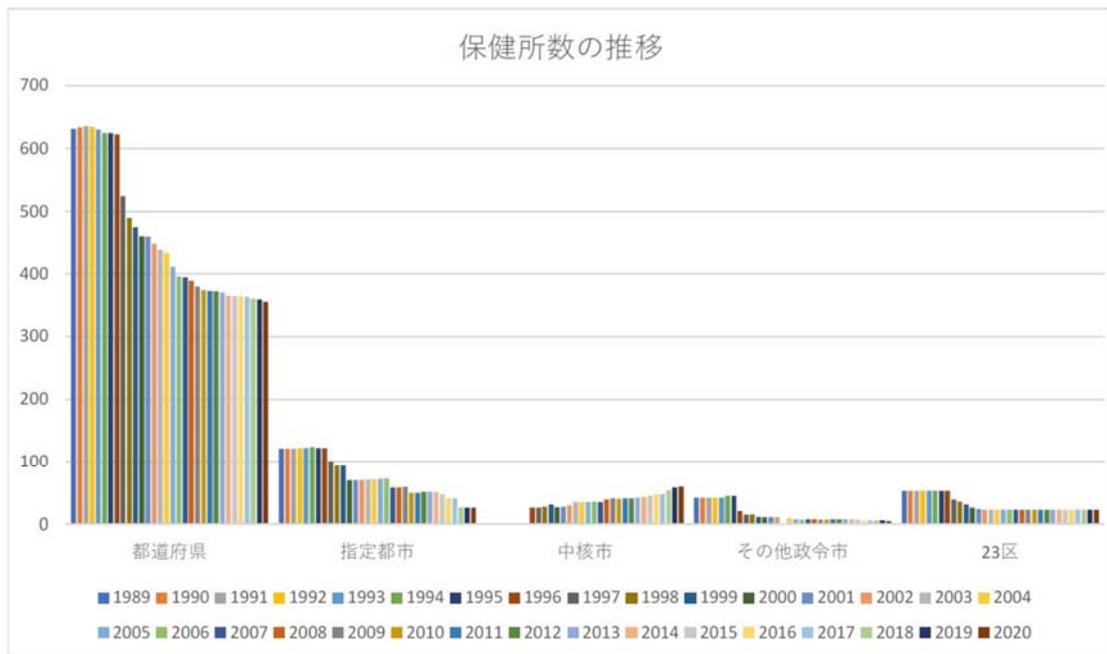
3. 保健所をめぐる歴史的経緯から考える日本の公衆衛生政策

京都府の保健所

【二次医療圏図】

丹後保健所
中丹西保健所
中丹東保健所
南丹保健所
乙訓保健所
山城北保健所
山城南保健所

加えて、各市町村に
市町村保健センターが38箇所



全国保健所長会HP(2020.6.18閲覧)

保健所のひっ迫の背景には、保健所の数、保健所スタッフ体制の脆弱さがある。なぜ、このような事態になってしまったのか、その疑問を解くために、常に国策に翻弄されてきた「保健所」を中心とした公衆衛生政策の歴史を確認するⁱⁱ⁾。

(1) 保健所の歴史 — 戦争遂行から生存権保障への変転 —

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に始まる。

これら为先駆けとして1937年、保健所法制定。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、衛生全般を取り扱う行政機関としてスタートした。

だが当時、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、全国の徴兵検査成績を監督する役割等を担った。

戦況悪化、保健所も壊滅状態のまま敗戦。敗戦後の日本に復員した人たちの持ち帰った伝染病、食糧不足と低い衛生水準による健康危機が襲い掛かった。

GHQは1945年9月、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。保健所法が全面改正され、1948年1月から施行された。

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。

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。



(2) 公衆衛生の黄昏と疾病構造の変化

しかし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。

それは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、

しかし一方、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であり、その制圧は国家課題だった。

だが、1950年代後半には衛生環境の改善と医学の進歩により、結核は死亡理由の上位から姿を消した。代わって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」への対応が求められることになった。

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、さらに強か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ってきた」。

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。

さらに、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、公害、成人病と保健所が対象とする地域保健課題は拡大し、それにつれて業務量が増え、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が高齢化対応へ大きくシフトした。

1978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。

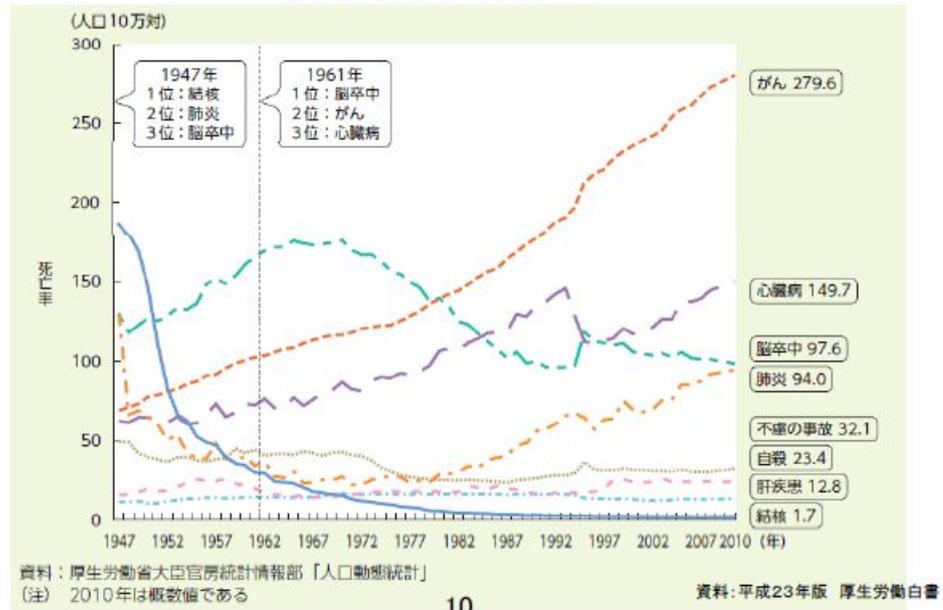
1983年、老人保健法が成立。同法は当時厚生省を悩ませていた老人医療費無料化制度廃止を視野に入れた新たな医療費負担システム構築であると同時に、高齢者の健康相談、健康教育、機能訓練サービス等、高齢者の健康づくり事業を市町村が担うものだった。

(3) 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体制が法整備された。

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

死因で見た死亡率の推移



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。

身近な行政機関を、公衆衛生行政における対人援助サービスの主体に立たせる政策は、決して誤りではなかった。しかし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(構造改革)を発動させた橋本龍太郎政権(1996)の発足、その下で国が進める医療・社会保障サービスにかかる国家財政負担の抑制路線と併走し、混合してしまっただことがその後の推移を決してしまった。

当時、橋本行革と称された新自由主義改革は、国の財政をグローバル化する世界経済に対応できる企業支援へ振り向けるため、社会保障サービスを抑制した。

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。

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に(2000)、障害福祉サービスを「支援費制度」(2000)に移行した。

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るものだった。

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)へ移管された業務が、早々と民間事業者へ委ねられることになったのである。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、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、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。

(4) 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はいえる。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された保健所を1カ所の「京都市保健所」へ統合する方針を明らかにしたとき、京都府保険医協会は医師団体としてただ一人警鐘を鳴らし、市内地区医師会の賛同を拡げながら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、これまで以上にいっ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、複数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。

さらに2017年の機構改革がとどめを刺した。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」と感染症対策を含む「医療部門」を各々市内1カ所の「集約化部門」に統合したのである。

行政区に残ったのは難病・障害・高齢・母子部門であり、各々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。

それまでは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「基盤」である公衆衛生を担う。そ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た。後退し、脆弱化した地域保健体制のまま、京都市は（他の政令市も）新型コロナウイルス感染症パンデミックに見舞われたのである。

(5) 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」（平成 22 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が必要となっている。

4. 公衆衛生政策の再生のために

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。

感染症を抑え込むには、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なのである。したがって、その中心となる行政機関の再生が求められているのであり、それこそが保健所であると考ええる。

京都府保険医協会は京都府に宛てた2020年10月29日の提言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。

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ている。

この点については、下記から提言の全文をお読みいただける。

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 2021.1.26

[https://healthnet.jp/wp-](https://healthnet.jp/wp-content/uploads/2021/01/785058c3a8b418f8bc817c76757eb56b.pdf)

[content/uploads/2021/01/785058c3a8b418f8bc817c76757eb56b.pdf](https://healthnet.jp/wp-content/uploads/2021/01/785058c3a8b418f8bc817c76757eb56b.pdf)

以 上

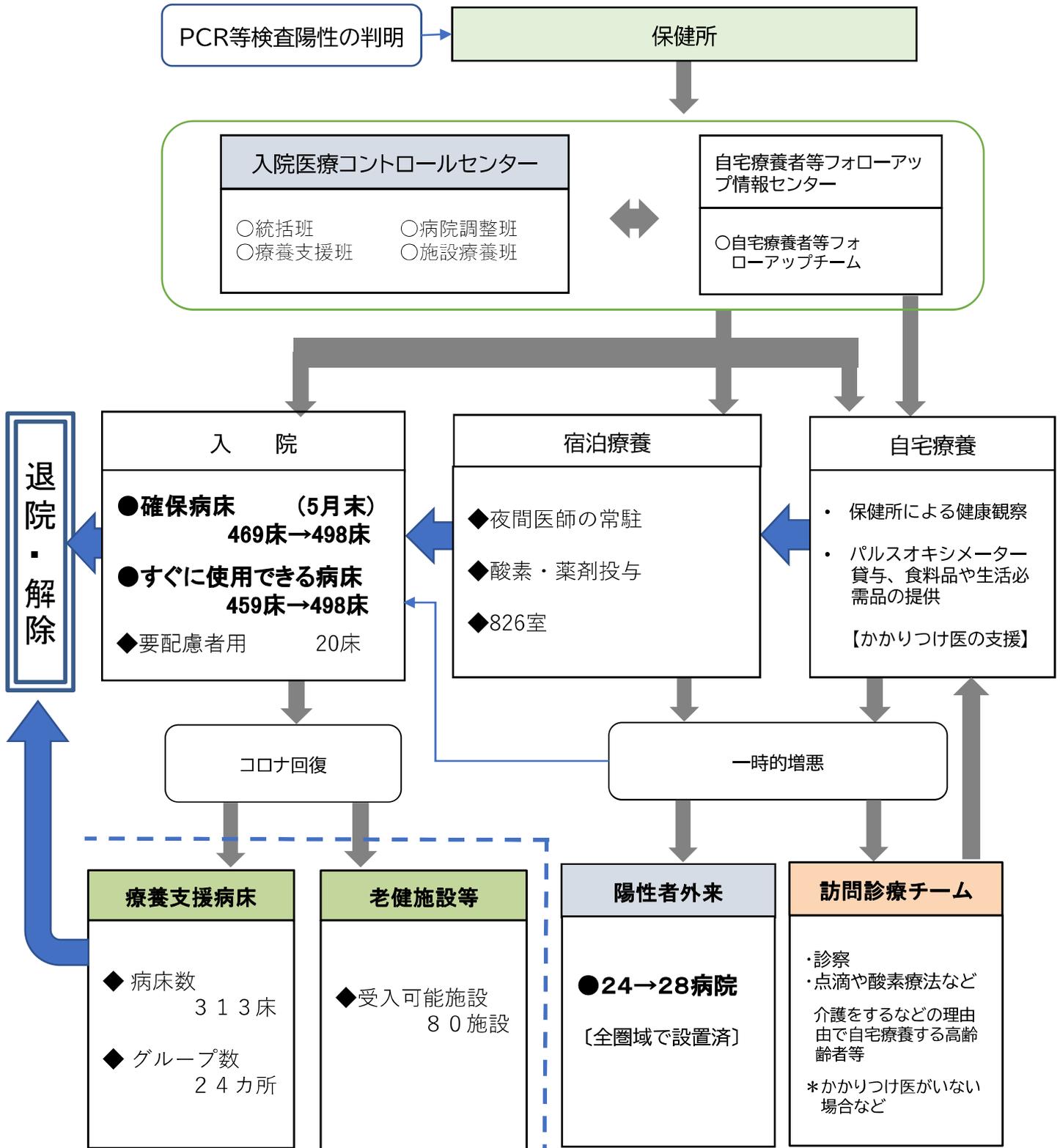
〈参考文献〉

- ・ 『病気の社会史—文明に探る病因』(岩波現代文庫) 立川昭二著
- ・ 「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)
- ・ 『コロナ後の世界を生きる』 村上昭一郎編(岩波新書)

ⁱ ライターの武田砂鉄氏は2021年になってもアベノマスクが届いていないと明かしている(『定点観測定点観測 新型コロナウイルスと私たちの社会 2020年後半(論創ノンフィクション 010)』森達也編)。

ⁱⁱ 以下、歴史についての叙述は京都府保険医協会が2021年1月に発表した「公衆衛生行政の再確立と保健所再生に向けて」からの引用を基本に加筆・修正・要約したものである。

医療及び療養の体制



2021/05/18 18:30 第45回京都府新型コロナウイルス感染症対策本部会議 資料
2021.7.19閲覧

https://www.bousai.pref.kyoto.lg.jp/dis_portal/topics.html?lang=ja

64歳以下のワクチン接種における予約方法について（京都市の例）

主に個別接種

対象となる方

- 基礎疾患のある方
- 定期的に受診する医療機関がある方

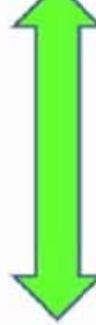
集団接種 or 個別接種

対象となる方

- 定期的に受診する医療機関がない方
- 定期的に受診する医療機関が接種を行っていない方

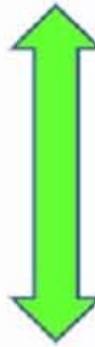
LINEを利用できない方は、

基礎疾患のある方や定期的に受診している方は、受診時や電話等でも予約可



LINEで医療機関を友だち登録

日時を指定して予約も可能



後日、接種日時・場所を指定（予約券発送）

京都市 ポータルサイト コールセンター

- 登録情報の集約
- 個別と集団への割振り
- 接種日時・会場の案内
- 医療機関への連絡
- 相談対応

登録者を割当

個別医療機関予約システム （仮称）

- 個々の医療機関が曜日ごとの接種枠を入力
- 市民はLINEで空き状況を確認し、24時間予約可能
- 予約情報、接種可能枠は、京都市・京都府医師会で共有

協力医療機関 （かかりつけ医）

- 曜日ごとの接種可能枠を入力⇒市民の予約をLINEシステムで受付
- かかりつけ患者は受診時・電話等での予約も受付⇒システムに入力

医療機関ごとに6人に満たない枠を埋める

集団接種会場

- 土日（区・支所ごとの14会場）
- 平日（イオンモールKYOTO、西陣織会館）
- 京都工場保健会、京都予防医学センター