JAIST Repository
https://dspace.jaist.ac.jp/

Title	COVID-19における地域社会の健康危機管理体制構築への取り組み
Author(s)	林, 功; 原, 秀憲
Citation	年次学術大会講演要旨集, 39: 715-718
Issue Date	2024-10-26
Type	Conference Paper
Text version	publisher
URL	http://hdl.handle.net/10119/19541
Rights	本著作物は研究・イノベーション学会の許可のもとに掲載するものです。This material is posted here with permission of the Japan Society for Research Policy and Innovation Management.
Description	一般講演要旨

JAIST
JAPAN
ADVANCED INSTITUTE OF
SCIENCE AND TECHNOLOGY

Japan Advanced Institute of Science and Technology

２Ｃ０４

COVID-19 における地域社会の健康危機管理体制構築への取り組み

○林　功　（林医院），原　秀憲（はらクリニック）

coccyjp@yahoo.co.jp

１．はじめに

近年日本人の疾病構造は、「感染症」などの急性期疾患が激減した一方、がんや循環器病などの「生活習慣病」が増加するなど大きく変化してきた。わが国における疾病対策は，いわゆる生活習慣病，動脈硬化性疾患が大きな部分を占めるようになり，公衆衛生における疾病対策も生活習慣の改善を目指した動脈硬化性疾患の第一次予防が必要とされ政策が誘導されてきた経緯がある。

世界中が新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）への対応に追われる中、アジア諸国を中心に感染拡大の防止に効果的な政策を行ってきた国がある一方、我が国の感染対策の遅れが世界各国およびアジア諸国の中でも目立つようになってきている。概要を言えば、疾病構造変化によって、公衆衛生政策の主眼を「生活習慣病」に向けすぎたあまり、「感染症」という人類史において幾度となく苛まれた疾病への対策が疎かになったため、失政を重ねる結果になったとも考えられる。しかし政策当局が迅速に対応できていない理由をそれだけで説明するのは難しい。今回の COVID-19 感染症の危機に関して政策当局が対応できなかった理由を本稿で検証し、実地医家がどのように現場で対応してきたかを報告したい。

2. PCR 検査体制の不備に関する行政の対応の遅さ

COVID-19 感染症が疑われた場合、患者はまず「帰国者・接触者相談センター」に電話し、必要と判断されると「帰国者・接触者外来」に紹介され、診察結果を踏まえてＰＣＲ検査が実施される。2009 年に新型インフルエンザ A(H1N1)が流行した際、政府が設置した「発熱外来」が軽症患者で十分機能できなかった経緯があった。このため今回 COVID-19 感染症対策においては、都道府県や政令市の保健所等を「相談センター」に指定している。既知の通り保健所は地域保健法に基づき設置される公的機関で、感染症対策や、母子保健・衛生・生活環境等に関する幅広い分野においてサービスを実施している。都道府県や政令指定都市、中核市などが運営する保健所は全国に 469 カ所あるが、平成 9 年の地域保健法の施行前後より統廃合が進み保健所数は 6 割以上削減されたため、元々予算や人員も慢性的に不足している状態であった。当然、帰国者・接触者相談センターは感染拡大の早い時期から機能不全を起こし、感染症患者集団の早期対応、早期発見に寄与することができなくなっていった。

政府は 2 月 27 日に決定した「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針」の中で、感染拡大を防ぐため、地域で患者数が大幅に増えた状況では、症状が軽い場合は自宅で療養を求める方針を発表した。本邦では COVID-19 を疑う受診基準として、風邪の症状や 37.5 度以上の発熱が 4 日以上としている。これは医学的に根拠がないないだけでなく、重症者の受診制限となってしまうことは容易に想像され、曖昧な受診基準として臨床家の非難を浴びることになる。

「4 日間は自宅で経過観察というのは、PCR 検査のキャパシティーとのバランスを現実的に考えたから（医学的根拠ではない）」(3/11)尾身茂氏（専門家会議副座長、地域医療機能推進機構理事長）の発言背景には、COVID-19 の感染拡大初期においては治療法がなく、軽症でも入院が必要とされるため、病床を逼迫させてしまう可能性が危惧されていた事情がある。PCR 検査数が適正かどうかに関する神学論争は稿を改めるとして、陽性確定者・推定者、発熱・呼吸器症状のある者、確定者の近親者全てを指定の病院や施設に隔離して治療するといった積極的な防疫政策が実施された武漢市の対策とは対照的である。PCR 検査のキャパシティーとのバランスを優先した結果、COVID-19 感染症を制圧するという目的を見失ってしまった。

3. COVID-19 の危機に政策当局が対応できなかった理由の検証

3.1 地域保健の実施機関である保健所が抱える問題

日本における健康危機管理の問題点、つまり保健所の機能不全を保健所の事務権限の面から考察したい。一般には知られていないが、公衆衛生の第一線の保健所が持つ権限の多くは保健所固有のものとして法令によって明文化されているわけではなく、首長（知事、市長、特別区長）の権限を委任することにより事務が施行されている。つまり誤解を恐れずに言うと出先機関である保健所は常に責任の所在が曖昧にされた状態で放置され続けている。

首長から保健所長に権限委任されている場合、その権限を執行するにあたって本庁が十分に関与できていない可能性が出てくる。また迅速かつ包括的な対応が必要な危機管理において、地方自治体行政では首長のトップマネジメントを強化する方向に進んでいるものの、健康危機管理に関しては保健所という現場に委任されているため混乱が起きやすい構造となっている。またトップマネジメントが最も必要な危機管理の中心となっている保健所長は、医師又は同等の医療・公衆衛生の知見を有する者が担当することが求められている。しかし保健所長が医師であった場合、本庁出身の危機管理部局又は危機管理幹部と歩調を合わせ、危機に判断をすることの障害となるケースも多い。

また、地域保健法施行（平成 6 年改正公布、平成 9 年全面施行）により役割分担が見直され、全国各地で保健所と福祉事務所の統合化が進んだ。「保健」と「福祉」の統合組織においても権限付与は，全国的に様々な様式で行われ、混乱に拍車をかける結果を招いた。統合組織の長を保健所長が兼ねていない場合，健康危機発生時に保健所長だけが責任を負わされるリスクがあるなど問題を列挙すればキリがない。危機管理の観点からだけ限局して考えれば，保健と福祉の全国で多様な形で発展した統合組織は現場に混乱を招くだけで必要ない。感染症対策のような広範かつ重大な権限は保健所を設置する自治体の最高責任者たる首長が総合的に判断を下すべきであり、指揮命令系統の見直しが必要である。平常時の保健福祉業務の効率化を優先させて、統合組織を作ったならば，感染症対策に関する権限を統合組織の長へ委任し直すべきである。また首長は、最初は効率化のために権限委任したかもしれないが、非常時においては危機管理に即した条文における権限付与の見直しが必要と言える。

厚生省では「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）」を平成 12 年 3 月に改正し、地域における健康危機管理等の基本的な方針を示した。ここでは地域保健の専門的、技術的かつ広域的拠点である保健所は、地域における健康危機管理においても、中核的役割を果たすべきである旨が定められている。市町村合併の進展や行政改革の要請に伴い保健所が再編されたことで責任の所在が不明瞭となり、総合行政を行う障害となった。このため中核的枠割を果たすべき保健所は大規模感染症災害において刻一刻と変化する状況に有効な対策を打ち出せず、都道府県、保健所設置市、特別区において首長との複雑な関係性の中で業務が硬直化していったものと考えられる。

3.2　新型インフルエンザ等対策特別措置法の改正法案の問題点

2012 年 2 月 18 日政府は、新型インフルエンザ等対策特別措置法施行令（案）の概要を発表した。2020（令和 2）年 3 月 13 日には、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）をその適用対象に加える新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下「特措法」）の改正法案が国会で可決・成立している（以下「改正特措法」）。

特措法については、日本弁護士連合会より２０１２年３月２２日科学的根拠に疑問がある上、人権制限を適用する要件も極めて曖昧なまま、各種人権に対する過剰な制限がなされるおそれを含むものであるとして、成立に反対する会長声明が発せられている。施行令案は、特措法において多くの人権制限の前提となっている新型インフルエンザ等緊急事態の具体的要件を定めているが、その内容は極めて緩やか、かつ不得要領なものであって過度の人権制限を招来する危険性が高いものとしている。緊急事態宣言における人権制限として「幸福追求権」（憲法 13 条）、「集会・表現の自由」（憲法 21 条）、「移動の自由」（憲法 22 条）、「経済活動の自由」（憲法 22 条・29 条）など幅広い条項が抵触するものであった。緊急事態宣言の発令以降、補償・給付措置が制度化されないまま、国民が官邸、首長からの要請という名の茫然たる「空気感」により、生存権をかけた「任意の自粛」を強いられていたのは周知の通りである。

改正特措法は、医療行政においても混乱を引き起こした。緊急事態宣言の発令は政府が決めるが、具体的な措置の権限は、政府が指定した対象区域の都道府県知事に移る。政府は、基本的対処方針を示すが、それを都道府県知事に強制する法的権限はない。改正特措法の欠点はそこにある。

改正特措法第二十条においては、政府対策本部長（内閣総理大臣）は、新型インフルエンザ等対策を的確かつ迅速に実施するために、強制はできないが、都道府県の知事、指定公共機関に対し新型インフルエンザ等対策に関する「総合調整」を行うことができるものとしている。総合調整といえば、行政事務を分担管理する国の行政機関が一体として行政機能を発揮し得るよう所管機関以外の機関がその間の協調を確保する関与活動をさしている。平常時においてこのように合議制に基づき総合調整を行うことは、責任の不明確化，非効率化などの欠点を伴うものの、行政の民主化の促進や官僚主義化の排除に役立つという利点をもち、受け入れ安い組織制度でもあり各委員会、会議体に用いられてきた。

国民生活及び国民経済に重大な影響を及ぼすおそれがある感染症危機管理においては、とかく内部調整と調和が必要な総合調整は危機管理の妨げとなった。迅速な対応が必要な危機管理対策は、当然権限を中央政府、あるいは地方政府のどちらかに一元化させることが重要である。しかし改正特措法において、総合調整の内容やその権限が及ぶ範囲などについて何ら具体的に示されていない。

改正特措法には強力な措置権限を伴うのにも関わらず、権限の所在自体が曖昧なため、各都道府県知事と政府の間では、PCR 検査体制の不備、緊急事態宣言の発令、休業要請の対象業種と、ことあるたびに両者の軋轢が生じる結果を招いた。今回の危機管理の迷走の原因は、指揮命令系統が不明瞭な組織運営で危機管理に対処したために生じたと言えるのではないだろうか。

3.3 西宮市、尼崎市での実地医家の取り組み

西宮市医師会は新型コロナウイルス感染症対策として、新型コロナウイルス PCR 検査センターの運営、新型コロナウイルスワクチン接種事業（高齢者等・高齢者施設への接種、集団接種会場への医師・看護師の派遣、会員医療機関によるワクチンの個別接種）、宿泊療養施設への巡回往診、自宅療養者に対する往診、クラスター発生施設に対する PCR 検査等の対策を行ってきた。

実地医家の視点で隣接する尼崎市との対応を比較しながら、感染症対策の現場で感じた感想は講演発表の中で報告したい

4. おわりに

本稿では、今回の COVID-19 感染症の危機に関して政策当局が対応できなかった理由を検証し、実地医家がどのように現場で対応してきたかを報告した。COVID-19 における地域社会の健康危機管理体制構築への取り組みの一助になればと考える。