

# 新型コロナウイルス感染症と公衆衛生行政

愛知県の保健所元職員

## はじめに

「新型コロナウイルス感染防止のため・・・」街中で、耳目に触れる言葉です。また、マスク姿は、普通の光景です。半年前まで考えられない光景です。この新型コロナウイルス感染症が世界的に流行し、その封じ込めに、世界中が取り組んでいます。我が国も緊急事態宣言を4月に宣し、感染拡大防止にあらゆる手段を講じ、その効果からか、5月中旬には感染拡大が下火となりました。

感染拡大防止の方法は、人と人の接触を避ける、手洗い、マスクの着用と言う最も原始的な方法です。新型コロナウイルスの生態がよく分からないこと、治療方法が不明なこと、感染に対する抗体が無いことなどが理由です。マスクの着用は、予防効果に疑問が呈されたことがありました。また、街中の店頭からマスクが姿を消し、アルコール消毒剤や体温計も手に入らなくなり、マスクが高値で転売されるなど、不安な生活を強いられました。

現状の対策は新型コロナウイルス感染濃厚者をPCR検査し、陽性者を隔離、対症療法を行い陰性化するのを待つ、と言っても過言ではありません。

これまで人間に感染するコロナウイルスは、6種類が知られています、そのうち4種類が一般的なかぜの原因となるウイルスで、風邪の原因の10～15%を占めるといわれています。残りの2種類は2002(平成14)年に中国広東省で発生した重症急性呼吸器症候群(SARS・

サーズ)と2012(平成24)年に感染確認されたサウジアラビア発生の中東呼吸器症候群(MERS・マーズ)です。

重症急性呼吸器症候群(SARS)はコウモリのコロナウイルスが人間に感染し8,000人を超える感染者を出して終息しています。中東呼吸器症候群(MERS)はヒトコブラクダから人間に感染する感染症で、世界で約2,500人が感染しましたが、まだ終息していません。

そして今回、2019(令和元)年12月末から中国の湖北省武漢市で原因不明の肺炎が発生していましたが、その原因がSARS-CoV-2(新型コロナウイルス)であると判明しました。コウモリからの感染と言われてはいますが、はっきりしていません。

## 感染症法で指定感染症に指定された新型コロナウイルス

新型コロナウイルスは、未だワクチンは開発されておらず、一部治療薬が承認されているものの、その効果は限定的です。国内では2020(令和2)年1月15日に感染者が確認されて以降、一気に感染が拡大、治療体制が十分でないため、医療現場では医療用マスクや防護服の不足、また人手不足が深刻化しています。

新型コロナウイルス感染症は、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)の指定感染症に2020(令和2)年1月28日の閣議で決定(2月1日施行)されました。この指定により県や保健所設置市は、患者の入院勧告や就業制限等が可能となりま

した。

指定感染症とは既知の感染症で、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があり、対人、対物の措置が必要で、延長を含め最大2年間に限定の指定されるものです。一類の感染症はエボラ出血熱、痘そう、ペストなどの危険性が極めて高い感染症です。二類は急性灰白髄炎、結核、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）、鳥インフルエンザなどの危険性が高い感染症です。三類はコレラ、細菌性赤痢、腸チフス、腸管出血性大腸菌感染症などです。

この感染症法は、「伝染病予防法」（明治30年4月1日法律第36号）が改正され、1999（平成11）年4月1日から施行されています。感染症予防のための諸施策と患者の人権への配慮を調和させた感染症対策となったと言われています（明治30年施行の伝染病予防法は、100年もの間、赤痢やコレラ、天然痘、ジフテリア、発疹チフスなどの発生源を封じ込め、伝染病の拡大防止のために、「病毒感染者の隔離」「群集することの制限禁止」「交通遮断」などを規定していた。）。

また、感染症には感染の仕方によって、経口感染症、飛沫感染症、空気感染症などに分けられ、この新型コロナウイルス感染症は、風邪やインフルエンザと同様に咳やくしゃみによる飛沫感染する感染症に該当します。

指定感染症に指定された「新型コロナウイルス感染症」の対策は、帰国者・接触者相談センターが電話相談の窓口を設け、新型コロナウイルス感染が濃厚であり受診が必要と判断されれば、帰国者・接触者外来での受診となります。医師が検査必要と判断されると、PCR検査が衛生研究所等で実施され、陽性となれば入院調整が行われます。重症者は感染症指定医療機関等への隔離入院治療が行われます。軽症者・無症状者は、自宅待機となりますが、急激な体調変化で死に至るケースがあるため、ホテルなどを借り上げて隔離し、体調管理を行っています。

新型コロナウイルス感染症の診断治療にかかる費用（PCR検査、入院治療費等）は、感染症予防法により公費で負担されます。また、PCR検査が保険適用された検査も行政検査の委託として、自己負担はないことになっています。

「新型コロナウイルス」の正式名称を国際ウイルス分類委員会は、「SARS-CoV-2」（重症急性呼吸器症候群コロナウイルス2）としました（病名はCOVID-19）。ちなみにコロナウイルスは、ウイルスの表面に王冠（コロナ）状の突起があるため、こう呼ばれています。正式名称がないと「武漢ウイルス」とか「中国ウイルス」などの呼称が使われ、特定の人々に対する反感を巻き起こす危険性があります。世界保健機関（WHO）は名称決定についてのガイドラインを発表しており、新型ウイルスの名前に含んではいけない要素として、①地理的な位置、②人の名前、③動物や食品の名前、④特定の文化や産業の名前をあげています。これは、かつて、「豚インフルエンザ」とか「中東呼吸器症候群」などの反省からです（テレビのニュース情報）。

### 「公衆衛生」としての衛生研究所

PCR検査が諸外国に比べて、低いといわれており、正しく国内の感染状況を反映していないという意見が多くあります。また、希望しても検査が受けることができない状況があります。検査ができないのは、「保健所がネックである」「新しい感染症の流行に対応する検査体制が整っていなかった」「人的目詰まりもあった」などといわれています。これらは、これまでの公衆衛生行政を軽んじてきた結果です。

PCR検査を担当している、衛生研究所は第二次世界大戦後、我が国における公衆衛生の向上を目的として自治体に設置されました。1947（昭和22）年日本国憲法が施行され、第25条で「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべ

での生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならぬ。」と定め、1937（昭和12）年制定の（旧）保健所法は1947（昭和22）年に（新）保健所法に全面改正されました。しかし衛生研究所は法制化されていません。1948（昭和23）年4月7日に「地方衛生研究所設置要綱」が国によって発出されたことにより、全ての都道府県に衛生研究所が設置されることになりました。現在、衛生研究所は都道府県、政令指定都市によって設置され、中核市の検査施設等を含め、全国で83の施設があります。

1994（平成6）年7月1日に公布された地域保健法（地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律（平成6年法律第84号））が、1997（平成9）年4月1日に全面施行され、地域保健の体系が抜本的に見直されました。地方衛生研究所についても、地域保健法第四条に基づき策定された「地域保健対策に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示第374号）の中で、地域における科学的かつ技術的に中核となる機関として再編成し、その専門性を活用した地域保健に関する総合的な調査及び研究を行うとともに、当該地域の地域保健関係者に対する研修を実施することが示され、これらの趣旨を踏まえて、1997（平成9）年3月14日に厚生省発健政第26号「地方衛生研究所の機能強化について」（事務次官通知）で、これまでの設置要綱を改正して「地方衛生研究所は、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、都道府県又は指定都市における科学的かつ技術的中核として、関係行政部局、保健所等と緊密な連携の下に、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・提供を行うことを目的とする」と設置の目的を定めています。具体的には、県民の健康と命を守る「科学的かつ技術的中核機関」として、公衆衛生の幅広い分野にわたる行政検査や感染症発生動向調査等に関連する調査研究、感染症、食中毒、残留農薬をはじめとした食品衛生及び水道水質等の環境衛生等に関する調査研究、

精度管理・研修指導並びに公衆衛生関連情報の解析・提供など、試験検査技術に加えて探究心と経験を要する業務を行っています。

公衆衛生行政においては科学的根拠が強く求められ、地方衛生研究所が提出する科学的データの重要性はますます高まっていますが、要綱・指針等で位置づけられているものの、地域保健法などの法律で位置付けられることなく今日まで続いており、予算・人員・設備など十分なものとはいえません。一方2016（平成28）年4月一部改正の感染症法で「感染症法に基づく検査を都道府県知事が行う」として、自治体の事務として病原体検査が明記され、地方衛生研究所の感染症検査業務を法制化したものとして期待されていますが、それでも機能強化が十分図られているとはいえません。

愛知県衛生研究所で、新型コロナウイルス感染症の検査結果の誤りが4月に発生しました。報道によれば「陽性者が検査者数に比して、多いことから疑義が生じ、再検査したところ、陰性であった検体が陽性と判定されていた。」というものです。その原因は「遺伝子抽出工程において、陽性者の検体が飛散し、他の検体を汚染したもの」と考えられています。1日おおよそ100件を超える検査を、平日は6人、土日は2人の体制で行っていたという。県の担当者は「作業が毎日続き、疲労が全くなかったとはいえません。今後は複数人がチェックできる体制をとる。」と話しています。

愛知県衛生研究所のPCR検査は、生物部ウイルス研究室が担当しており、室長以下8名の研究員が在籍しており、2009（平成21）年の新型インフルエンザ流行期とその態勢は変わっていません。愛知県は検査誤りの事故を踏まえ、検査体制の強化・充実を発表しました。「5月10日現在、8名1班体制・検査機器3台、検査数1日120件から5月末までに、16名2班体制にし、280件。秋には、24名3班体制・検査機器を3台追加して6台、1日の検査能力を480件にする」計画を策定し、県内での検査能力を5月10日現在300件から保健所設置市

や民間検査機関、医療機関での検査を含めて、1日1,300件に拡充するとしています。

## 苦悩する保健所

「保健所がネックで検査ができない」と言われた保健所は、帰国者・接触者相談センターとしての役割を担っています。愛知県の例では各保健所に従来から設置されている総合相談窓口の電話番号が「帰国者・接触者相談センター」となっており、平日9時から17時まで開設。開設時間外は、24時間オンコール体制をとっています。また、一般電話相談窓口は、各保健所の代表電話番号となっており、平日9時から17時まで開設。保健所では、平素の業務に加え、この新型コロナウイルス感染症の対応に追われています。具体的には、PCR検査の必要性の判断、帰国者・接触者外来受診調整、検体搬送、医療機関調整など、迅速で適切な判断が求められる業務を休日・夜間を問わず行っています。また、陽性者の接触調査も行われ、感染源、感染経路、濃厚接触者の調査も保健所の業務です。

厚生労働省は、2020（令和2）年3月13日に各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部局あて「保健所業務継続のための体制整備について」（事務連絡）を発出し、その後「保健所体制強化のためのチェックリストについて」（事務連絡）などを行い、人員の確保、業務の優先度についての検討・整備を要請しています。愛知県はこれを受け、他部局からの応援を求め、業務を進めていますが、専門性の高い業務は、従来の保健所職員の肩に重くのし懸かったままです。

「維新は保健所を大幅削減し、コロナ大流行を招いた」「保健所の削減は太田府政時代ですよ。平成16年、本所支所府内合計28ヶ所あった保健所を14ヶ所に統合しました」「大阪府知事時代、大阪市長時代に徹底的な改革を断行し、有事の今、現場を疲弊させているところがあると思います。保健所、府立市立病院など。そこは、お手数をおかけしますが

見直しをよろしく願います」。これらは、今年の4月、吉村洋文・大阪府知事と太田房江・元大阪府知事のtwitterでのやりとりと、橋下徹元大阪府知事・大阪市長のtwitterです。

大阪に限らず、全国的に保健所の設置数は、ピーク時の半減となっています。医療機関も新型コロナウイルス感染拡大で、地域医療が崩壊する危機にある今も、厚生労働省は病院の統廃合計画を着実に進めています。

保健所の現場には、過大な負担が懸かっており、過酷な状況となっています。先に述べたように、日本国憲法で「国は、すべての生活部面について、公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と定められているにもかかわらず厚生労働省のホームページから「公衆衛生」あるいは「衛生」の単語を探すのは、困難です。「公衆衛生」から「地域保健」へと変わったことによるものです。

全国保健所長会はホームページのトップで「1億2,000万人の生（いのち）を衛（まも）る医師」と謳い、自らを「私たちは『公衆衛生医師』です。」と呼んでいます。

「衛生」とは「いのちをまもる」ことです。

保健所は戦後、結核の予防と乳幼児死亡率の減少に大きな力を発揮し、その結果、世界一の長寿国を実現しました。一方で、「保健所黄昏論」「保健所無用論」が噴出し、保健所の予算と人員は削減されました。近年、感染症による死亡が減少し、慢性疾患の予防にシフトされてきました。

## 貧弱な公衆衛生行政

保健所は、地域保健法の施行により、都道府県、政令指定都市、中核市などが設置しており、また、地方分権の中、市町村が対人保健サービスを担当することとなり、都道府県保健所から母子保健、成人保健業務が消え、保健所は数を減らすこととなりました。

同じ保健所でも、設置者によってその業務に違いがあります。厚生労働省の資料には

「都道府県型の保健所は、管内の市町村と協力して、関係機関(医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会等)と調整を行い、関係を構築して、食品衛生や感染症等の広域的業務、医事・薬事衛生や精神・難病対策等の専門的な業務を行うとともに、大規模で広域的な感染症や食中毒の他、自然災害や原因不明の健康危機管理にとりくみ、地域全体の住民の健康のレベルアップを図ります。なお、住民に身近なサービスとされる健康づくりや母子保健、生活習慣病対策やがん対策等の業務は市町村が主に行います。政令市型の保健所は都道府県型の保健所が行う専門的、広域的な業務に加え、市区町村の業務とされている乳幼児健診等の母子保健事業、特定健診・特定保健指導等の生活習慣病対策、更に、がん対策等の住民に身近な直接的な事業を行い、より地域に密着して、地域全体の健康づくりを推進します。」と記載されています。複雑な保健所行政です。これでは、住民は迷います。

30年前の1991(平成3)年度、保健所は852を数えました。これは、1947(昭和22)年に制定された保健所法で、保健所は、概ね人口10万人に1カ所設置することとされ、それを目標に整備した結果です。ところが、この保健所法が地域保健法に改悪。この法律により、都道府県が設置する保健所の所管区域を、医療法(昭和23年法律第205号)に規定される「2次医療圏」及び介護保険法(平成9年法律第123号)に規定される「老人福祉圏域」を参酌して設定することとされ、保健所法により規定されていた「概ね人口10万人に1カ所」から、医療圏単位(概ね人口30万人から50万人)の保健所に設置基準が変更され、令和2年度には、469カ所なっています。

また、保健所で働く職員も減らされてきました。地域保健法が成立した1994(平成6)年の保健所職員総数は34,134人から2016(平成28)年には28,159人と82.5%となっており、特に医師は1,312人から728人と55.5%。保健所長は原則医師であることが条件となっており、医師不足から保健所を統廃合した、指定

都市も多くあります。

保健所には、医師をはじめとする多くの専門職種の職員が働いています。列举すると、医師・歯科医師・薬剤師・獣医師・保健師・診療放射線技師・管理栄養士・歯科衛生士・試験検査技師・精神保健福祉相談員等です。これらの専門技術職員が連携して、公衆衛生行政を展開しています。また、保健所業務には民間と競合する業務もあり、「民間でできることは民間へ」という流れの中、健康診断(診察)や試験検査業務の廃止や縮小により、診療放射線技師(平成6年と平成28年比で38.7%)、試験検査技師は49.6%と半減しています。その結果、行政の検査技師の裾野が狭くなり、行政検査(新型コロナウイルスPCR検査など)に対応できる検査技師が不足し、「人的目詰まり」を起し、技術の伝承も途絶えます。

平素から、平穏無事な社会の実現のため、公衆衛生を軽んじることなく、公衆衛生の安全保障に投資すべきです。

## 参考資料

- ・厚生労働省ホームページ
- ・全国保健所長会ホームページ
- ・愛知県新型コロナウイルス感染症対策本部会議資料
- ・愛知県衛生研究所年報