

感染症対策における国と地方の役割



政策研究大学院大学 教授
小野 太一

保健・医療政策分野は新型コロナウイルス対応の最前線にて、1年半以上にわたる格闘を続けている。この間、課題が次々と浮上し、国、地方それぞれで、変動する状況を踏まえた機敏な対応が求められている。

本稿ではまず関係法令の概要と2020年秋から2021年にかけて行われた法改正について記述する。次いでこの間指摘されてきた、医療、公衆衛生、ワクチンに係る課題の幾つかについて、論点を整理した上で考えを述べる。

1 関係法体系の概要 (図1参照)

(1) 主な医療・公衆衛生関連法

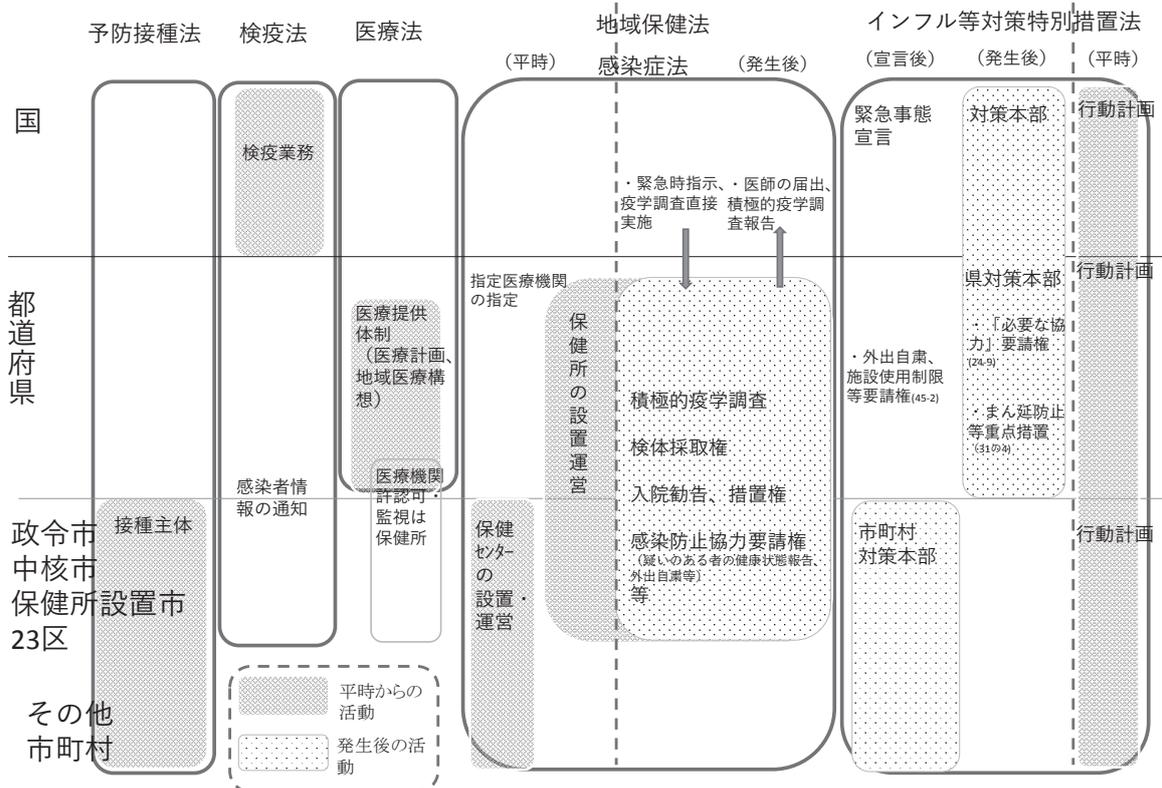
ここでは①医療供給に関し医療法、②公衆衛生の関連で地域保健法、「感染症の予防及び

感染症の患者に対する医療に関する法律」(感染症法)、検疫法、予防接種法、③パンデミック対応として新型インフルエンザ等対策特別措置法(特措法)について、特にその権限関係に着目して概観する。

①医療供給関係(医療法)

法目的は、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することとされている。基本理念及び責務規定、医療に関する選択の支援、医療の安全の確保、病院、診療所、助産所の規制、医療提供体制の確保、医療法人や地域医療連携推進法人に係る規定等で構成されており、基本的に医療機関に係る規制法の性質を有して

図1 権限配分の整理(概略)



いる。また医療計画やその一部である地域医療構想も医療提供体制の確保の一部として規定されている。ほとんどの権限は都道府県に属するが、監視業務は保健所が権限を有する。

②公衆衛生関係法

1) 地域保健法

法目的は、地域保健対策が総合的に推進されることを確保し、地域住民の健康の保持及び増進に寄与することとされている。地域保健対策の推進に関する基本指針、保健所、市町村保健センター、地域保健対策に係る人材確保支援に関する計画からなる。保健所は地域保健の専門的、技術的拠点とされ、全国に470か所、設置者は都道府県、指定都市(20)、中核市(62)、保健所設置市(5)、特別区(23)となっている(カッコ内は自治体数)。一方で市町村保健センターは市町村が設置し、対人サービスの多くを担うこととされ、全国で1,457か所ある。

2) 感染症法

法目的は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する必要な措置を定めることにより、感染症の発生予防とまん延の防止を図り、公衆衛生の向上と増進を図ることとされている。内容は多岐にわたるが、新型コロナウイルス対策関連では、国及び地方公共団体の責務等、感染症の分類、基本指針、予防計画の策定、感染症に関する情報の収集及び公表(医師の届出、積極的疫学調査等)、感染症対策に係る措置(検体採取、健康診断や入院の勧告・措置等)、医療(入院患者の医療、感染症指定医療機関の指定等)、新型インフルエンザ等感染症に係る規定、費用負担、罰則等である。予防計画の策定と感染症指定医療機関の指定は都道府県の業務であるが、その他はほぼ保健所の業務とされている。地域保健法上保健所設置市区長の権限はほぼ都道府県知事と同等であり、情報連携と調整が必要となったため、対応の初期には混乱も見られた。

3) 検疫法

法目的は、国内に常在しない感染症の病原体の船舶又は航空機を介しての国内への侵入の防止と、船舶又は航空機に関し必要な措置を講じることとされている。対象と

なる検疫感染症に新型コロナウイルス感染症が政令で指定され、また港湾や空港での検疫措置(停留等)の他、都道府県知事等(保健所設置者)との連携が規定されている。クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号の対応は、この検疫法に基づく措置であった。検疫は専ら国の業務だが、都道府県知事等に通知される入国者・帰国者に関する情報をもとに、保健所による健康観察などが行われている。

4) 予防接種法

法目的は、公衆衛生の見地からの予防接種の実施などにより、国民の健康の保持に寄与するとともに予防接種による健康被害の迅速な救済を図ることとされている。対象となる疾病、定期の予防接種の主体や対象者、接種を受ける努力義務、副反応の報告、健康被害救済措置に係る給付の範囲や損害賠償との調整等について規定されていたところ、後述の法改正により、新型コロナウイルス感染症に係る特例措置が規定された。既存の定期接種、また新型コロナウイルス感染症に関する予防接種とも、市町村長が接種主体となる。

③パンデミック対応関係法(新型コロナウイルス対策等特別措置法)

法目的は、「新型インフルエンザ、及び全国かつ急速なまん延のおそれのある新感染症」に対する対策の強化を図り、国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにすることとされている。新型コロナウイルスは2020年3月の法改正で暫定的に「新型インフルエンザ等」を読み替えて適用され、さらに2021年2月に「新型インフルエンザ等感染症」に含めるよう改正された。また目的規定からわかるように、この法令は医療、公衆衛生を超え、生活のあらゆる側面についての措置を定めている。平時の体制整備としての物資等備蓄や医療、医薬品、ライフライン関係等の指定公共機関の指定に始まり、新型インフルエンザ等発生時における国や都道府県の対策本部の設置、さらに緊急事態宣言の発出や発生時の市町村の対策本部の設置、外出自粛要請、興行場や催物等の制限、医療提供体制の確保、物資の運

送の要請、指示等、損失補償等が規定されている。

(2) 関係の法改正

新型コロナウイルス対応の医療、公衆衛生関係法令の主な改正は、2020年秋～初冬の臨時国会と、2021年年初からの通常国会で二度行われた。

一度目の改正は主に新型コロナウイルスワクチン接種に関し、予防接種法の臨時接種に関する特例として、厚生労働大臣の指示のもと都道府県の協力により市町村において予防接種を実施すること、接種費用は国が負担すること、健康被害の救済や副反応疑い報告を予防接種法の枠組みで行うこと、健康被害が生じた場合のメーカーの損失補償を国が行う契約の根拠規定等が設けられた。

二度目の改正は主に特措法、感染症法、検疫法に係るものである。特措法関連は上述に加え、緊急事態宣言の発出前に、法に基づいて知事による営業時間の変更等や住民への協力要請を行う明示的根拠となる「まん延防止等重点措置」の創設（発動要件は感染拡大のおそれがあり、医療の提供に支障が生じるおそれがあると認められるとき（政令））、緊急事態宣言発出後の興行場や催物の制限等に係る命令及び違反への過料、事業者等への財政支援等に係る根拠規定、感染者等への差別的取扱い防止に係る責務規定等が設けられた。感染症法及び検疫法関係では、保健所による積極的疫学調査の（管轄区域外の住民に係る）結果の関係自治体への通報や、保健所設置市区長から都道府県知事への報告、感染者情報管理システムHER-SYSへの入力による報告等の根拠規定の創設、医療機関や民間試験研究機関等への協力要請、宿泊療養・自宅療養の根拠規定、入院勧告・措置等の対象限定の明示及び罰則の設定等が行われた。

2 主な論点

(1) 医療

上述のように医療法上、医療政策の推進主体は主に都道府県とされている。医療機関の規模や設置者等供給構造は地域ごとに多様なこと等から、都道府県規模での分権的な政策形成が合理的と考えられている。医療計画や

地域医療構想も都道府県単位で策定・推進されているが、この関連で、今回の対応過程で提起された2点の論点について検討する。

①医療計画と感染症対策

医療計画の必須の項目として、各都道府県内の医療圏ごとの病床数の決定等に係る規制的な事項に加え、5疾病（がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神疾患）5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）及び在宅医療に関する施策等について盛り込むこととされていたが、感染症対策は含まれていなかった。医療法ではなく感染症法上、都道府県知事が感染症指定医療機関を指定するが、危険性が高い感染症等を想定しており、病床数も少ない。医療計画で感染症対策が必須とされていたのではないかとの指摘を受け、2021年の通常国会で提出された医療法等の一部改正法にて、6つ目の事業として「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加された。

具体的には、2024年からの第8次医療計画（6年に1度策定）から盛り込まれるが、記載項目についてはおよそのイメージが示されている段階である。2020年以降フェーズごとに様々な取り組みがなされ、進化を遂げてきた今回の対応の経験について、関係者の記憶と熱量が冷めないタイミングで適切に総括を行い、医療計画の記載に反映させることが望ましい。ただし医療計画は「有事の際の業務方法等を詳細に定める計画（業務計画・行動計画）とは性質を異にする」（2020年10月28日感染症部会資料）ことは留意する必要がある。

②新型コロナウイルス対応と地域医療構想

地域医療構想は税・社会保障一体改革で創設され、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能の医療需要と将来の病床数の必要量等を都道府県内の圏域ごとに推計し、医療機関の申告する病棟ごとの医療機能と照らし合わせて関係者間で検討を加えて提供体制の見直しを行い、地域医療の将来にわたる持続可能性を確保するべく進められている。既に全ての自治体で作業は行われており、各地域で、特に公立・公的医療機関等について、地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化する方向での見直しが国から

促されている中で、コロナ禍が到来し、現時点では実質的にその動きは小休止状態にある。

しかしながらこれも指摘されているように、地域医療構想は、民間医療機関が中心の日本の医療供給体制を前提とした上で、超高齢社会、人口減少、疾病構造の変化等に対応し、地域の医療機関がいわば「共倒れ」にならないよう、分権的に医療機関間でコンセンサスを形成し、役割分担と連携体制の構築を促すものである。特に医師等の過重労働が問題視され、働き方改革が進められる中で、地域ごとに医療機能を集約し、より効率的な体制に変えることは不可避である。よって大筋として、地域医療構想は着実に進められるべきである。

むしろ今回の一連の対応を経て、医療資源の有限性や、協調的な体制を築いてニーズを分担することの重要性への認識が高まったと考える。今後、状況が落ち着けば地域医療構想の議論も再加速すると思われるが、その際には、都道府県全体のみならず、圏域単位での議論も進められることが想定される。そうした場では、今回の一連の対応においてどの医療機関が、いつ、どういった症状の患者をどの程度受け入れ、また当該医療機関のみならず周辺の医療機関でのコロナ患者以外への診療にどういった影響を及ぼしたかについて客観的なデータを共有した上で、上記①の論点も含む、地域ごとの医療提供体制のあり方に係る議論が行われるべきである。これは「〇〇病院は積極的にコロナ患者を引き受けたが、××病院は忌避した」というような詮索をする趣旨ではない。それぞれの地域でいかに全体としてコロナの荒波を受け止めたかの共通理解の形成に意味がある。それを行政や議会のみならず地域住民とも共有することで、自らの地域の実際の姿に係る共通認識を生み、ひいてはコロナ後に進められる地域医療構想の趣旨と合理性への理解が得られると考える。またそうした議論のモードは、入院機能に留まらず、自宅療養者に対する、かかりつけ医を中心に訪問看護等を活用した在宅医療の評価についても同様であるべきだろう。さらには実態に忠実に向き合った振り返りは、今後並行して提起される可能性のある、緊急事態

における医療提供体制の構築と運用に係る指揮命令系統のあり方を論ずる際の、重要な参照情報になると考えられる。

(2) 公衆衛生

上述のように、公衆衛生関連の対応は、国が専ら行う検疫と市町村業務である予防接種を除き、いわゆる保健所行政での対応となっている。保健所の設置権限は都道府県だけでなく100を超える市区も有している一方で、特措法上の権限は都道府県知事が有しており、特に対応の初期において、両者の権限と情報の連携、調整が課題となった。またこれも初期において、医療機関間の分担や、患者・感染者等のトリアージをめぐって都道府県、保健所、個別の医療機関、地域医師会等との間での調整が課題となった。これらは現場での調整の結果、地域ごとに一定のルールが形成されるとともに、上述の感染症法等の改正にて根拠規定も整備された。

他方保健所のない一般市町村は、特措法上も緊急事態宣言の後で対策本部を設置することとされ、自らの住民のマクロの感染状況すらも都道府県からの連絡で知ることとなった。このため例えば独自の検査センターの設置や自宅療養者への物資支援、影響を被る事業者への感染拡大状況を踏まえた支援策など、機動性の高い住民サービスの実施に必要なリアルタイムでの情報の入手も課題となった。

①保健所の位置づけ

そこで保健所の位置づけを改めて検討する。そもそも保健所は1937年に創設され、食品衛生や環境衛生をはじめ社会全体に向けたサービスと、(歴史的過程において多くは市町村保健センター(1978年整備開始、94年に法定化)に移管されたが)対人サービスも担う存在である。新型コロナウイルス対策等の感染症対策は、社会全体に向けたサービスと対人サービスの両面の性質を有する。感染症対策の充実の必要性は、2000年代に入り新型インフルエンザやMERS、SARSの流行とともに指摘されたものの、十分でないままに今般の事態を迎えることとなってしまった。

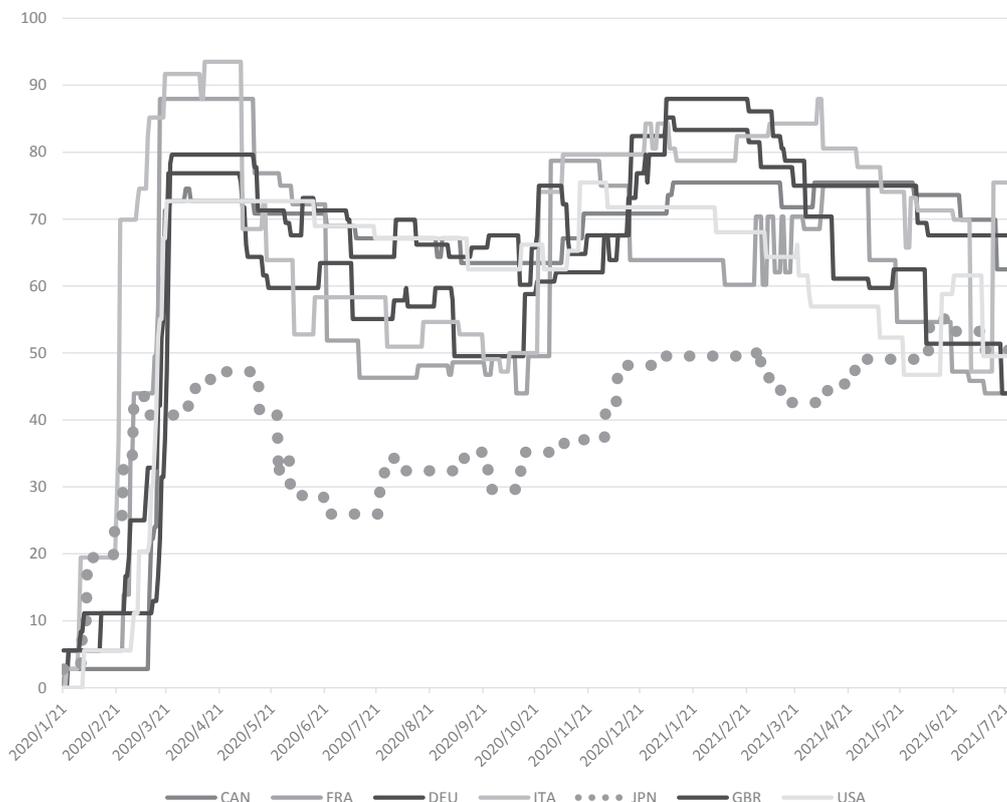
保健所の機能としては、パンデミック下での対人サービスの側面が注目されるものの、社会全体に向けたサービスの色彩が強いもの

は集権的な手法が馴染みやすい。感染症対策は、新型コロナウイルスについては妥当しないが食品や昆虫等を媒介したのも多々あり、食品衛生や環境衛生との関連性も高い。また業務効率や、公衆衛生医師のような人材の確保の観点からも、一般市町村以上の広域性を有する組織であることについては優位性がなおあると考える。他方、現在保健所を設置しない一般市が、今回の経験を受け、迅速な情報の共有による総合的な住民サービスの実施や、平時において健康づくり等の業務に従事する保健師人材の緊急時の有効活用による住民サービスの向上の観点などから、中核市への移行も含め自らの保健所設置に関心を有する場合もあると思われる。その際には、地域の実情に応じ、住民サービスの機動性の確保と、都道府県、市双方の行政の最適化を目指し、都道府県からの委託や共同設置により、例えば現在の都道府県保健所の同一所管区域に属する周辺市町村の業務まで担うことも視野に入れた検討が行われるべき場合もあると考える。

②行動抑制と私権の制限

これもこの間しばしば指摘されているが、我が国の法令では、例えば感染症法に基づき患者への一定の入院措置等は可能だが、今般の新型コロナウイルス対応で諸外国で一般的に行われた、感染者ではない者を含む往来制限、いわゆるロックダウンを行う権限は、感染症法上も特措法上も与えられていない。このことに代表されるように、我が国の法制度上講じ得る対策の「強度」は、総じて諸外国に比較して緩いものとなっている。オックスフォード大学の研究グループがまとめている、学校や職場の閉鎖、イベントの中止、人々の集まりの制限、公共交通機関の閉鎖、自宅待機指示、都市間の移動制限、外国人の国際移動の制限、普及啓発キャンペーンに関する各国の政策の「強度」を総合して指数化した“Stringency Index”という指標がある。指標の解釈には注意が必要であるが、図2（グラフは筆者作成）で見ると、G7諸国と比較すると、日本はごく初期、及び英米仏でワ

図2 Stringency Index



Thomas Hale, Noam Angrist, Rafael Goldszmidt, Beatriz Kira, Anna Petherick, Toby Phillips, Samuel Webster, Emily Cameron-Blake, Laura Hallas, Saptarshi Majumdar, and Helen Tatlow. (2021). "A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker)." Nature Human Behaviour. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>, accessed on Aug 3rd, 2021

ワクチン接種が進んだ直近を除き、常に低位であった。各国に比べ人口当たり感染者数、死者数とも少なかったことの反映とも言い得るが、日本に比べ人口当たりの感染者、死者数において抑制されてきた主な東・東南アジア諸国と同じ指標で比べても、直近を除き抑制に成功した台湾、及び一時期のタイ、韓国を除き、同様に低位の「強度」であった。

我が国における対策の「強度」に係る議論は、少なくとも国会審議では上述の感染症法の2021年の改正議論にて、違反者への罰則の一部を刑事罰から行政罰にし、罰金額を引き下げる修正が与野党合意でなされるなど、どちらかという抑制的と考える。ロックダウンに関しては、2021年8月3日の全国知事会の提言で検討も視野に入れた提言がなされたが、与党幹部は慎重な姿勢であるとの報道もある。ロックダウンと罰則のレベルは次元の異なる話ではあるが、「強度」を抑制的にするということでは共通する傾向があると考えられる。導入の是非は、ロックダウンを講じた国の人口当たり感染者数、死者数と抑制効果との比較、我が国において繰り返される緊急事態宣言や、法改正で導入された「まん延防止等重点措置」の行動変容への効果、変異株の脅威なども視野に入れた厳密な検討が必要となる。他方、今後、今回の対応を踏まえたパンデミック対応のあり方を検討する上では、諸外国に比べて制約の強い中で国、地方公共団体ともに実効性の上がる政策を講じなければならなかったこと、及び、そのことは先の国会審議や与野党幹部の姿勢が反映する、選挙や世論を通じての民意を基にしている側面があったことは、自覚されるべきものと思われる。

(3) ワクチン

執筆時点で全国民の約4割強、65歳以上の約87%が2度目の接種を終了している。高齢者への接種の本格化がゴールデンウィーク前後であったことを踏まえれば、供給量をめぐり混乱があったにもかかわらず相当な勢いで進んでいるとの指摘は可能である。他方、国内ワクチン産業が十分に育成されていなかったこと、研究基盤が十分でなかったこともあり、輸入に頼らざるを得ずスタートも遅れたことなどは反省材料である。ただしそのこと

は予防接種に係る歴史的過程の中での選択の結果を反映しているものでもあり、今後のワクチン行政に係る議論に際しても、上記の対策の「強度」に係る議論と同様、慎重な姿勢を示した全会一致での国会での付帯決議^{*1}や、諸外国と比べての人々の慎重な態度の反映^{*2}という側面があることを押さえるべきと考える。

こうした行動制限や、例えば「ワクチン・パスポート」の導入の是非やあり方は、人々の権利を巡るセンシティブな内容を含む。他方、今後のコロナとの向き合い方を考える上で、避けて通れないものでもある。だからこそ、科学的根拠とともに政治的に静かな環境の下での国民的議論が求められる。

以上、中長期的な課題にも言及したが、猛威を振るう新型コロナウイルスへの対応は、局面を変えつつも当面続くことが予測される。直接の医療従事者に加え、専門職、行政職それぞれの立場で黙々と与えられた責任を全うする、国、地方自治体全ての行政職員の方々への敬意を最後に表し、結語としたい^{*3}。

*1 2020年12月1日参議院厚生労働委員会。

*2 世界経済フォーラムの2021年2月末調査によると、ワクチン接種を受けるかどうかについては、調査対象15か国で中位であるものの、接種可能となった場合にいつ受けるかの問いに対し、「すぐ」「1か月以内」の合計は下から4番目の49%であった (<https://www.weforum.org/agenda/2021/03/confidence-in-covid-19-vaccines/>。2021年8月4日最終確認)。

*3 筆者がコースディレクターを務める政策研究大学院大学(GRIPS)医療政策コース修士による、コロナ対策への手記をホームページに掲載している。ご一読いただければ幸いです。「GRIPS 医療政策 コロナ」で検索。

著者略歴

小野 太一 (おの・たいち)

1989年厚生省(当時)入省。在ワシントン日本国大使館一等書記官、兵庫県健康生活部福祉局介護保険課長、東京大学大学院公共政策研究部教授、厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課長、国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官等を経て、2020年4月から現職。博士(経済学)。専門は社会保障論、医療・介護政策論。