

# パンデミックと日本の感染症対策 ～保健所を中心とした歴史を考察する～

三原岳  
ニッセイ基礎研究所主任研究員

1. はじめに
2. 感染症対策の特徴～戦時対応との共通点を中心に～
3. 感染症の歴史と人類の対応
4. 日本の感染症対策の歴史
5. 疾病構造の変化と抜け落ちた感染症対策
6. 浮き彫りになった感染症に対する脆弱性
7. おわりに

## 1. はじめに

新型コロナウイルスの拡大を受けて、感染症対策の在り方に対する関心が集まっている。中でも、日本は最前線を担う保健所の機能低下が論じられ、感染症に対する脆弱性が浮き彫りになった。この背景としては、戦後に結核など多くの感染症を封じ込めた結果、疾病構造の中心が慢性疾患にシフトし、感染症に対する備えが疎かになっていた面がある。

ただ、人類の歩みを振り返ると、ペストやコレラ、結核など様々な感染症に苦しめられてきた長い歴史があり、今回の新型コロナウイルスは「グローバル化が進む中、新興感染症にどう対応するか」という新たな課題を突き付けた。

本稿では感染症を巡る歴史や対応策、保健所を中心とした日本の歴史を考察することを通じて、公衆衛生や感染症対策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点を明らかにする。さらに、感染症対策が短期間で意思決定を迫られる点、「最大多数の最大幸福」を目指す功利主義的な判断が求められることなど、戦時対応との共通点を論じ、グローバル化の進展に伴って新興感染症のリスクが高まっている中、今後の日本の方向性を探る。

## 2. 感染症対策の特徴

### (1) 臨床と感染症対策、公衆衛生の違い

最初に、感染症対策の特徴を整理して行こう。感染症対策で語られる医療は、平時の医療と性格を異にする。具体的には、通常の医療現場では患者個人の治療が重視されるのに対し、感染症対策は「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」<sup>1</sup>とする公衆衛生（Public Health）の一つとして理解されている。このため、「個」の利益を重視する通常の臨床と異なり、感染症対策では「集団」の利益を重視する傾向が強い。

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。増してや、今回の新型コロナウイルスのように、治療法が確立していない感染症の場合、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<sup>2</sup>。つまり、感染症対策における医療は功利主義的な「最大多数の最大幸福」を目指しており、患者個人に向き合う臨床と大きく異なる。

こうした「最大多数の最大幸福」は別の場面でも見られる。例えば、予防接種では副作用が起きる可能性があったとしても、感染拡大を防ぐ社会防衛の観点が優先される時がある。さらに、感染症が拡大する場面では、医師などの専門スタッフや医療機器などの医療資源を集中的かつ効率的に使うことで、短期間に感染を封じ込める必要がある。このため、「治る見込みが少ない患者」「軽症な患者」の治療や検査は後回しにされ、「社会機能の維持に必要な者（社会機能維持者）」「治る見込みがある患者」「重症な患者」を優先するトリアージ（選別）が実施される。

## (2) 感染症対策と戦時対応との特徴

こうした感染症対策は戦時対応と共通している。戦時対応で重視されるのは人員や資源の「選択と集中」であり、戦争での勝利という大きな目標を実現する上では、少数の犠牲を度外視する時があり、「最大多数の最大幸福」を追求する感染症対策と共通している。

つまり、感染症対策では有事の発想が必要であり、コロナ収束後も感染拡大を想定する「ウィズ・コロナ」を想定する場合、平時モードの行政だけでなく、有事にも対応できる2つの系統を準備する必要がある。

## 3. 感染症の歴史と人類の対応

### (1) 感染症の歴史

次に、感染症を巡る歴史と人類の対応を考えよう。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。6世紀の東ローマ帝国皇帝、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

---

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

DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190245191.001.0001

<sup>2</sup> 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危険性に留意する必要がある。国が敗訴したハンセン病患者に対する人権侵害が典型例となる。

遠征計画は頓挫を余儀なくされた<sup>3</sup>。

パンデミック（世界的大流行）の典型例は14世紀のペストである。東は中国、北はロシアや北欧、南はアフリカに拡大した。最終的な死者数は正確に把握されていないが、人口の3分の1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。

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次世界大戦中に拡大し、全世界で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大統領のウィルソンも感染し、会議の議論に大きな影響を与えたとの指摘がある<sup>4</sup>。

## (2) 人類の対応

20世紀に入って特効薬やワクチンが開発されたが、その以前は「隔離」「清潔」の2つが感染症対策の中心だった。前者の代表例として、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。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、隔離する措置を採用するようになった。これは英単語の「quarantine」に名残をとどめており、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<sup>5</sup>。

一方、「清潔」の典型例は19世紀のイギリスに求められる<sup>6</sup>。産業革命以降、ロンドンでは急速に都市化が進んだが、ごみや下水、汚泥などの処理システムが整備されておらず、コレラなどの伝染病が発生した。そこで、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。この発見は最終的に上下水道の整備に繋がり、近代的な公衆衛生システムを作り上げる契機となった。

その後、史上初の国際衛生協定が1903年に締結されたほか、戦間期にも国際連盟保健機関の創設（1921年）など国際協力の枠組みが構築された。さらに戦後に入ると、WHO（世界保健機関）が1948年に発足し、マラリアや天然痘への対応に関して国際協

---

<sup>3</sup> アテネや東ローマについては、Frederic F. Cartwright (1972) “Disease and History” [倉俣トーマスほか訳 (1996) 『歴史を変えた病』法政大学出版会] を参照。

<sup>4</sup> 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。

<sup>5</sup> 北イタリアの都市国家の事例については、Carlo M. Cipola (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。

<sup>6</sup> 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』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。

力が実施された<sup>7</sup>。

このほか、戦後には感染症の治療や抑制に効果を持つワクチンや薬が多く開発されるようになり、天然痘やポリオやコレラ、マラリア、腸チフス、結核、梅毒などの封じ込めに成功した。

ただ、発展途上国ではエイズ、エボラ出血熱、マラリアなどの感染症が今も脅威となっており、グローバル化の進展に伴って新興感染症のリスクも顕在化している。

では、こうした中、日本の感染症対策はどう推移してきたのだろうか、以下、公衆衛生も含めて明治期以降の歴史を振り返る。

#### 4. 日本の感染症対策の歴史

##### (1) 明治期

近代的な医療システムが「輸入」されたのは明治期以降である。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日本を襲う中、感染症に対応する医療制度が整備されておらず、多くの患者や死者を出した。

これに対し、明治政府は1897年に伝染病予防法を制定するなどの対応策を取ったが、感染症が相次いだ理由として、①江戸期の長い「鎖国」で免疫力が弱かった、②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——などが指摘されている<sup>8</sup>。

中でも、当時の人が恐れたのがコレラだった。コレラの感染スピードは非常に速く、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。しかも、当時はコレラの病原菌が発見されていなかったため、社会防衛の観点に立った「隔離」「清潔」の2つが採用された。

このうち、前者の「隔離」では感染者が判明すると、「避病院」という病院に強制的に収容された。しかし、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、コレラで約10万人が命を失った1879年には、恐怖に駆られた民衆が患者の隔離に当たる巡查を殴るなどの「コレラ一揆」が全国で24件も起きた<sup>9</sup>。

一方、「清潔」の一例としては1884年、日本初の近代的な下水道である「神田下水」が整備されるなど衛生環境の整備が進められた。

##### (2) 大正期～昭和戦前期

その後も、第1次世界大戦期に感染が拡大したインフルエンザ（スペイン風邪）では対外領土を含めて、全人口の1%程度に相当する約74万人が亡くなったとされている

<sup>7</sup> 国際保健協力については、詫摩佳代（2020）『人類と病』中公新書を参照。

<sup>8</sup> 村上陽一郎（1996）『医療』読売新聞社 pp17-18。

<sup>9</sup> コレラについては、立川昭二（2013）『明治医事往来』講談社学術文庫を参照。

<sup>10</sup>が、明治期後半から大正期に入ると、結核が問題視されるようになる。中でも、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り、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嚆矢であり、現在に繋がる健康保険法（1927 年施行）や労働安全法制の基礎となった。

感染症対策や公衆衛生を最前線で担う組織として、保健所の制度化が本格的に進んだのは昭和戦前期である<sup>11</sup>。米ロックフェラー財団の支援を受け、モデル的な保健所として、1935 年に「都市保健館」が東京市京橋区（現東京都中央区）明石町）に、「農村保健館」が 1938 年に埼玉県所沢町（現所沢市）で、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、写真は「保健所発祥之地」を示す所沢市内の石碑である。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「公衆衛生院」（現在の国立保健医療科学院）も 1938 年に設立された。

写真：埼玉県所沢市に建つ保健所発祥之地



出典：筆者撮影

さらに、1937 年には保健所法も制定された。この背景には、社会政策や疾病対策を進めたい内務省社会局（1938 年に厚生省に分離）の意向に加えて、総力戦に対応するために健康な兵士と健康な国民を作り上げる「健民健兵」を望む陸軍の動向が絡んでいた。実際、帝国議会での法律の説明に際して、政府は人口 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」と述べていた<sup>12</sup>。

その後も保健所は健兵健民を実現する場として重視され、敗戦までに全国で計 770 カ所が整備された。つまり、今回の新型コロナウイルス対応で最前線を担った保健所のネットワークは戦前に概ね完成していたことになる。

### (3) 戦後

敗戦の混乱を挟んでも、感染症対策や公衆衛生を担う保健所の機能強化は進んだ。1947 年に発せられた GHQ（連合国軍最高司令官総司令部）の覚書を受けて、同年に保健所法が全面改正された。

<sup>10</sup> 速水融（2006）『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』藤原書店 p426 を参照。

<sup>11</sup> 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。

<sup>12</sup> 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。現代仮名遣いに修正。

当時の関心事は食糧難による栄養状態の改善、復員兵が持ち込むチフス、発疹への対処に加えて、「国民病」と呼ばれた結核対策だった。保健所法の改正を受け、それまで警察が担当していた食品衛生、急性感染症の予防が保健所に移管された。その結果、保健所は(1) 衛生思想の普及・向上、(2) 人口動態統計、(3) 栄養の改善、飲食物の衛生、(4) 住宅、水道、下水道、汚物掃除などの環境衛生、(5) 保健婦、(6) 公共医療事業の向上、(7) 母性、乳幼児の衛生、(8) 歯科衛生、(9) 衛生上の試験・検査、(10) 結核、性病、伝染病予防、(11) 地方における公衆衛生の向上・増進——などを担う組織として衣替えするとともに、保健所ネットワークの復興・整備も進んだ。

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ムス准将は「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<sup>13</sup>。

実際、1970年代ぐらいまで保健婦(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ほか、保健所による予防接種、自治体による上下水道の整備などが進められた。

## 5. 疾病構造の変化と抜け落ちた感染症対策

しかし、1950年代には早くも公衆衛生や感染症対策に対する関心は後景に退き、「公衆衛生の黄昏」が論じられるようになった。例えば、1957年の専門誌では「公衆衛生は黄昏か?」という特集が組まれており、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<sup>14</sup>。

こうした変化の第1の背景として、疾病構造の変化を挙げることができる。終戦直後は図表1の通り、結核は死亡理由のトップだったが、公衆衛生の発達や特効薬の開発などを受けて、1950年代後半には姿を消した。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)が疾病の中心となった。

この結果、1960~1961年に猖獗(しょうけつ)を極めたポリオ対策が政治的なイシューになった<sup>15</sup>のを除けば、感染症対策が世間の関心を集める機会はなかった。保健所の業務についても、生活習慣病の予防が重視されるようになり、感染症対策のウエイトは減退した。実際、厚生労働省の「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たが、全体としては高齢化を見据えつつ、コミュニティベースの健康づくりに力点が置かれた。

<sup>13</sup> Crawford F. Sams (1962) “Medic” [竹前栄治訳 (1986) 『DDT 革命』岩波書店 p222]。

<sup>14</sup> 『公衆衛生』1957年第21巻1号、第21巻3号。

<sup>15</sup> この時は超法規措置として、古井喜美厚相の政治決断でソ連から生ワクチンが輸入された。ワクチンによる副作用の危険性が指摘された中、古井は「政治家をやめるぐらいはたやすいが、しかしたぐ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。

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と言える。

図表1：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。

第2に、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ことで、感染症対策を含む公衆衛生のウエイトが低下し、臨床をベースとした医療が中心となった点が挙げられる。つまり、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、病気やケガに対応する「保険」の拡充が選ばれたと言える。

第3に、社会防衛を重視する公衆衛生が時代に合わなくなっていた面もある。例えば、1960年代以降には公衆衛生の一つである予防接種に関して、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<sup>16</sup>。つまり、社会防衛という全体の利益ではなく、個人防衛という個人の利益が優先されるようになり、「最大多数の最大幸福」を追求する公衆衛生が重視されにくくなった。

第4に、市町村への権限移譲の影響である。例えば、1983年に施行された老人保健法では、市町村を中心に高齢者の健康づくりを進める方針が打ち出され、特定健診・特定

<sup>16</sup> 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。

保健指導（通称メタボ健診）を導入した 2008 年度の医療制度改革にも踏襲された。

さらに 1994 年、保健所法は半世紀ぶりに大改正され、地域保健法が制定された。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。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などを担うこととなった。

こうした要因と判断が積み重なり、保健所の数は図表 2 の通りに 1990 年代以降、急速に減少した。地域保健法の制定に至る議論や判断が間違っていたとは言い切れないが、この結果として広域的な対応が求められる感染症対策が軽視されるに至った。

実際、今回の新型コロナウイルスへの対応では、政府の専門家会議が今年 5 月の報告書<sup>17</sup>

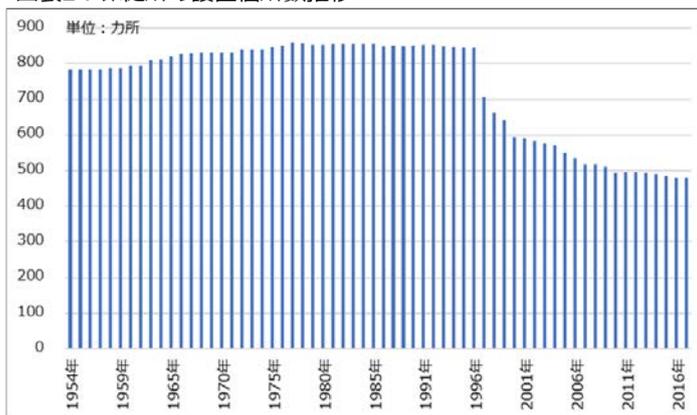
で、「保健所の業務過多により相談から検査までの時間がかかった」と論じており、PCR 検査が伸びなかった一因として、保健所のパンク状態が挙げられている。さらに、相談や検査、クラスター（感染者集団）への対応などの事務負担が重なり、過労死レベルまで保健所職員が残業していたという報道も相次いだ<sup>18</sup>。

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一連の制度改革を通じて、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。さらに、その遠因として疾病構造の変化が影響しており、戦後に感染症を封じ込めた結果、感染症への備えが疎かになった点を指摘できる。

## 6. 浮き彫りとなった感染症のリスク

今回の新型コロナウイルスの教訓として、「グローバル化が進む中、新興感染症にどう対応するか」という新たな課題を突き付けたことは間違いない。確かにエボラ出血熱など新興感染症への対応策は少しずつ打たれており、1999 年に伝染病予防法は感染症法に改められ、緊急時における国の役割強化などが定められた。さらに、2013 年に

図表2：保健所の設置箇所数推移



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

<sup>17</sup> 2020 年 5 月 29 日、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」。

<sup>18</sup> 2020 年 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。

は「緊急事態宣言」の条項などを盛り込んだ新型インフルエンザ対策特別措置法も施行された。

しかし、2003年に感染が拡大したSARS（重症急性呼吸器症候群）、2015年に韓国で感染が拡大したMERS（中東呼吸器症候群）などの被害を受けず、2009年に新型インフルエンザの感染が確認された程度にとどまり、感染症対策が医療制度改革の議論に反映される機会は訪れなかった。例えば、病床削減や在宅医療の充実などを目指す「地域医療構想」<sup>19</sup>で感染症は全く考慮されていなかった。2015年に示された有識者などによる「保健医療2035報告書」でも、新興感染症に対応する「健康危機管理・疾病対策センター」の創設に言及していたが、顧みられなかった。

つまり、平時モードの論議では、高齢化や社会保障費の増加に対応するための制度改革が優先され、感染症対策への対応は後手に回っていたと言える。

## 7. おわりに

総じて見ると、日本の死者数は少なく抑制され、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<sup>20</sup>。

しかし、今回の新型コロナウイルスは感染症に対して脆弱な日本の医療制度の問題点を浮き彫りにした。中でも戦後、結核などの感染症を克服した結果、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、地方分権などを踏まえ、医療政策の重点が市町村主体の健康づくりなどにシフトし、感染症対策の最前線を担う保健所の機能が低下してい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。

今後の感染再拡大に備える方策として、政府の専門家会議の提言<sup>21</sup>は検査体制の充実や保健所機能の強化、サーベイランスの強化、病床の確保などを挙げており、いずれも重要な論点である。中でも、災害対策の「リダンダンシー」(redundancy、冗長性)という考え方を参考にしつつ、病床や機器、人員などについて普段から余裕を持たせるスタンスが重要であり、中長期的に見ると、軽視されて来た公衆衛生や感染症の専門的な人材の育成も欠かせない。

戦時対応と共通点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。新型コロナウイルスが突き付けた課題は大きいと言える。

---

<sup>19</sup> 地域医療構想とは都道府県を中心に、世界的に見ても過剰なベッド数を削減するとともに、高齢者の生活を支えるために在宅医療の充実などを図る政策。2017年3月までに各都道府県が策定し、都道府県を中心に、民間医療機関の経営者や介護事業所、市町村、住民などの関係者と合意形成を図りつつ、それぞれが自主的な対応を取ることが重視されている。

<sup>20</sup> 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を参照。

<sup>21</sup> 2020年5月29日、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」。