

# 感染症対策の歴史的展開と 新型コロナウイルス感染症対策

——感染症に関する危機管理の課題——

新 川 達 郎\*

## 目 次

1. 本研究の問題設定と仮説
  - 1-1. 新型コロナウイルス感染症対策の問題設定
  - 1-2. 感染症対策における危機管理の課題と本研究の仮説
2. 伝染病予防法の対策枠組
  - 2-1. 戦前期伝染病予防
  - 2-2. 第2次世界大戦後の感染症対策：占領政策から公衆衛生黄昏論へ
  - 2-3. 高度経済成長期の感染症対策
3. 感染症対策の抜本的な見直しと新たな感染症予防
  - 3-1. 感染症対策の見直し検討
  - 3-2. 感染症の新法制定
4. 21世紀の感染症対策
  - 4-1. 新型インフルエンザ等対策特別措置法の制定
  - 4-2. 新型コロナウイルス感染症の流行と防止措置
  - 4-3. 新型コロナウイルス感染症の流行下における法改正と措置情況
5. 検疫所と保健所の公衆衛生行政
  - 5-1. 検疫法の改正と新型コロナウイルス感染症対策
  - 5-2. 保健所の体制整備と問題点
  - 5-3. 地方衛生研究所
6. 感染症対策における危機管理の帰結

---

\* にかわ・たつろう 同志社大学名誉教授

## 1. 本研究の問題設定と仮説<sup>1)</sup>

### 1-1. 新型コロナウイルス感染症対策の問題設定

現在、日本もそして世界も、新型コロナウイルス感染症（COVID-19, SARS-CoV-2）の繰り返される大流行に翻弄されており、その終息に向けての道筋は予断を許さない状況にある。長期にわたる感染症対策は、直接的な罹患の問題に加えて、個人の生活や心身の健康にも影響し、同時に防疫措置による社会経済活動の制限も極めて重く人々の暮らしに影響することになっている。

こうした現状をふまえながら、本稿において明らかにしようとしているのは、第1に、近代日本の感染症対策の基本的枠組みがどのようなものであったのかという点である。そこでは、感染症対策の戦前と戦後の体制の連続が見られると同時に、医学の進歩によって伝染病予防やその法体系の機能変化があったことが読み取れるように思われる。

第2に、現代的な感染症対策の基本的枠組みへの転換とその意義についてである。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（以下、感染症法と略記）の制定によって、現代的な感染症予防体制が出来上がるが、同時にそれは予想を超えた感染症の世界的流行の事態に必ずしも適切に対応できるものではなかった。

第3に、グローバル化が進む中での感染症対策の改革である。21世紀に入ってSARS（重症急性呼吸器症候群）やMERS（中東呼吸器症候群）、そして新型インフルエンザの世界的な感染拡大を受けて、新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下、特措法と略記）が、まさに災害対策と同様の意味

---

1) 本稿は、筆者が2021年9月26日（日）に開催された政治社会学会「COVID-19 第3回研究会」において「感染症流行と危機管理～防疫政策の展開と課題～」と題して報告した内容及び2021年12月19日に、政治社会学会第12回研究大会の特別企画セッション「新型コロナをめぐる政治社会学」において「近代以降の日本における感染症対策とCOVID-19」として報告した内容を論文としたものである。

を込めて2011年に制定された。

第4に、2019年に始まった新型コロナウイルス感染症の世界的流行（パンデミック）への対応である。2020年以来日本でも繰り返し流行が広がっており、2022年初頭には第6次の流行といわれる事態になっている。この間に、感染症法とその特措法についても事態の緊急度に対応して法改正が行われている。

以上の経過から日本の感染症対策について、とりわけ危機管理の論点からの解明を試みたい。これらの点を明らかにするために、以下では、まず、日本の感染症対策の歴史について、検討しておきたい。伝統的には伝染病予防法の制定改廃、さらには感染症法の制定と改正、そして新型インフルエンザ等対策特別措置法、地域保健法（保健所法の廃止）の制定から考える必要がある。

とりわけ、戦前期の感染症対策については、伝染病対策における公衆衛生の観点から集団的予防実現のために、感染症対策は警察行政として隔離型の対策が主に取られていた。

これに対して、医学の進歩と治療法の開発が進んだことから、戦後期の感染症対策は、個別感染症対策の進展があり、予防は大きく様相を変えることになった。とはいえ、隔離型公衆衛生対策は相変わらず基本として維持されたのである。

高度成長期とそれ以後についてみれば、日本社会の人口構造や疾病構造の変化は、明らかであった。人口の高齢化が進み始めいわゆる成人病が死亡原因の上位を占めるようになる。従来恐れられてきた致死率の高い感染症であった結核が予防や治療の変化によって、死亡原因の順位を大きく下げることになった。その一方では、ハンセン氏病の問題のように感染症に関する理解が進まず、長期にわたって世代を超えた差別の構造を生み出したが、その人権問題を通じて感染症対策における公衆衛生型の対応の問題性が強く指摘されることになった（大谷藤郎、1996）。こうして人権尊重の感染症対策への転換が進み、公衆衛生から個人の健康維持や治療に重点を

置いた感染症対策が進展することになる。こうしてみると、公衆衛生が抜本的に強化されたのは戦前だけであったかもしれず、むしろ戦後は感染症対策の転換のもとに公衆衛生的な観点よりも個人の疾病治療が重視されるようになったといえよう。

以上のような概観のもとに、本論文においては、日本における感染症対策の危機管理の考察を進め、具体的には、近代以降の感染症対策の変化について明らかにする。そのことにより、今次の新型コロナ感染症対策の現状と課題を理解することができるのではないかと考えている。近代以降の日本の感染症対策の歴史を、伝染病予防法から感染症法へ、さらには特措法の制定への経緯からたどると同時に、公衆衛生を支える組織体制である検疫所と保健所について、その設置根拠となってきた検疫法とその改正、そして保健所法の廃止と地域保健法の制定から考えることができる。

## 1-2. 感染症対策における危機管理の課題と本研究の仮説

感染症対策であれ、その他の危機事態であれ、一般的に危機管理の観点から問題にしなければならないのは、以下の要素である（関克己，2017：National Institute of Standard and Technology (NIST)，2017）。

第1に、危機の予防である。危機が発生しない行動や環境を用意することが基本となるという点である。

第2に、危機事態の把握である。通常、危機事態は外部からが多く、また想定できないような危機も多い。そうした危機事態や状況を把握することや、想定外の危機があることを認識することが要点となる。

第3に、そうした危機の評価である。この危機事態によって国民の生命や財産などにどの程度の損失があるのかその価値を評価する。こうした損失・被害を評価するのは、復興に必要な金銭的な価値だけではなく、人命や社会文化、歴史風土、自然景観など金銭価値に換算できないものの価値も評価したうえで、危機管理対策にどこまでの資源を振り向けるかの計算の基礎とするのである。

第4に、具体的な危機対策の行動方針と行動計画を案出することである。危機事態にあっても組織や活動の維持ができるかどうか、いわば業務継続計画(Business Continuity Plan: BCP)の策定と実施が課題となる。

第5に、危機事態対応方策の発動である。危機発生時に即応して具体的な危機管理の行動計画を発令し、業務継続計画を機能させることが求められる。

第6に、危機事態に対して発動した対応策が、危機状況に対して有効であるかどうかを再評価することである。

危機事態の対応評価のその1としては、危機が続いている中での再評価である。危機発生中において、危機管理の行動計画に基づいて実施されている対策、または実施されていない対策について効果の評価を行い、危機発生後の行動計画に必要な修正を加えることが肝要となる。

危機事態の対応評価のその2としては、事後再評価である。危機事態の終息後に危機対策の効果の評価を行い、危機事態の再発防止や危機事態対策の向上を図ることである。

こうした危機管理の観点から感染症対策を分析する研究上の仮説として、以下の4つを提示しておきたい。

仮説1は「感染症対策における「公衆衛生」の視点から「疾病治療」への視点の転換」である。典型的には1950年代以降に言われるようになってきた「公衆衛生黄昏論」に象徴される。戦前期の感染症対策が、伝染病対策における公衆衛生の観点からの集団的予防を実現するために警察行政としての強制権限をふるうものであり、それによって隔離型対策を有効にすることができた。しかしながら、疾病治療型の危機管理が適切に行われるのであれば、公衆衛生型の危機管理ではない選択が、社会的コストの側面からは選ばれることになる。

仮説2は「疾病治療型の公衆衛生確保策への転換」があり、その背景には「人権保護に留意した積極的疫学検査による感染症対策への転換」が認められるというものである。戦後期の感染症対策においては、結核を始め

とする従来型の感染症に対する治療方法が確立され、予防方法の開発が進んだことによって、個別感染症対策が進展することになった。しかしその一方では公衆衛生政策は全面的に新しい事態に対応することができなかったため、隔離型公衆衛生対策は相変わらず残存することになった。疾病治療型の危機管理は、単なる社会経済的コスト問題ではなく、人権保護にかかわる基本問題という価値選択を内在していたことになる。

仮説3は「想定外の新感染症への対策の欠落」であり、「従来の感染症克服経験による想定内対策偏重」だったのではないかという論点である。これらは、危機管理という観点からは、そもそも感染症予防対策が危機管理問題として認識されてきていたのか、その予防計画等において危機管理計画の策定、実施、評価と修正のプロセス管理ができていたのかという問題と結びつく。加えて、予防の条件を検討する危機管理計画策定段階において、感染とその流行の想定が適切であったのか。これまでの経験からも、想定外が発生することが前提であり、発生時の治療や社会経済的負荷想定について、科学的な知見や根拠の明示ができていたのかが、問われることになる。その負荷に見合う予防措置の準備として、対策実施の行動計画が策定されるはずであるが、現実にはその準備に失敗したと評価されるのではないか。

仮説4は「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の不備と事後の対応による被害拡大」は、危機管理計画の実施とその評価と修正のプロセス管理の不備を示すことになるという点である。感染症発生とその流行時においては、危機発生（クライシス）管理段階にあるが、感染対策は一定程度中長期にわたる可能性があり、その期間の初期対応の評価、失敗の確認、中期的な観点からの行動計画の修正が求められるのであるが、その評価修正にも失敗している可能性がある。

本稿では以上のような仮説に基づいて、結論においては、日本における感染症対策の帰結として、新型コロナウイルス感染症対策の危機管理における限界を示すことになろう。それとともに、危機管理の視点からみて、

成功した側面もないわけではないが、本来必須の要件に多くの欠落があったのではないかと示唆できるのである。

## 2. 伝染病予防法の対策枠組

### 2-1. 戦前期伝染病予防

第2次世界大戦までの戦前期伝染病予防は、明治期に制度整備が始まり、コレラ、赤痢、チフス、ペストなど10種の伝染病を指定するとともに、内務大臣は必要に応じて他の疫病を指定する制度となった。その予防のための措置としては、①医師や患者の届出義務、②患者等の隔離、③交通遮断、④病毒物の使用や授与の禁止、⑤死体の火葬、⑥保菌者は患者と同じ措置とすることなどであった。

これらの措置は、当時の地方官官制に基づく地方長官（府県知事）による法適用として制度化されていた。また、知事は、①集会の制限や禁止、②飲食物販売の禁止や廃棄、③井戸水の利用制限、④漁労遊泳の制限、⑤衛生組合による消毒を命ずることが出来た。一方、市町村には、①伝染病病院設置、②隔離病舎設置義務が課されていた。

こうした感染症対策の歴史をみると、戦前期においても、長い歴史を持つ伝染病対策が、ペスト、天然痘、コレラ、チフス、赤痢、結核、その他多数の疫病対策として進められてきたことが明らかである。もちろん明治期以前から、日本では、古くから疫病のまん延があり、不十分ながらも公衆衛生対策が取られてきた歴史がある。明治以降においては、西洋医学の摂取も進み近代的な法体系と医療技術によって対策整備が進んだ。

最初の感染症予防法制は、1880年（明治13年）の伝染病予防規則（太政官布告）である。そこでは、コレラ、腸チフス、赤痢、ジフテリア、発疹チフス、痘瘡について、届け出義務、隔離治療規定、排泄物や衣服器具などの処理規定が定められている。

1897年（明治30年）には、本格的な対策といえる伝染病法の制定施行が

あり、当初は8種、後には10種の伝染病が指定された。なお、1907年には「癩予防に関する件」が定められている。これについては、1953年にらい予防法として別途定められることとなり、1996年の廃止に至るまで、人権問題及び感染症対策の欠陥として大きな争点となった（大谷藤郎、1996）。

感染症予防対策は、様々な病因や予防・治療法をめぐって整備が進められている。1910年には種痘法制定、1919年トラホーム予防法及び結核予防法が制定されている（原田清、2017）。また、1932年には寄生虫病予防法が定められ、回虫、十二指腸虫、住血吸虫及び肝臓ジストマが対象とされた。

1937年には、保健所法が制定される。日中戦争が進む当時の戦時体制強化のため健康な兵士の確保をしていく側面もあるとされているが、海外の制度に触発されたところもあり、公衆衛生を担う機関が確立されたことになる。

## 2-2. 第2次世界大戦後の感染症対策：占領政策から公衆衛生黄昏論へ

戦後の感染症対策を特徴づけるのは、占領政策下の進展とその後の「公衆衛生の黄昏」であろう。占領軍総司令部（GHQ）による公衆衛生強化が進められ、保健所への性病対策や感染症対策、また食品衛生の一本化がすすめられた。その背景には結核予防を進めようという意図もあった。

占領下では、1947年に新たに保健所法が制定施行され、衛生指導や予防相談から、疾病検査や治療の機能、そして食品衛生に関する権限の強化が行われた。保健所は、府県に加えて人口15万以上の大都市を指定して設置されることになった。

1948年には、予防接種法が制定され、痘瘡、結核等12疾病について予防接種が進められることになった。また同年、性病予防法が梅毒、淋病等4疾病について制定施行されることになった。1951年には、結核予防法施行があった。そして1952年には、検疫法施行により、コレラ、ペスト、痘瘡、黄熱の4疾病については対象となり、船舶・航空機經由感染症の措置

と検疫所設置が定められた。その後、検疫感染症の追加も行われている。

1950年代後半に登場する公衆衛生黄昏論は、公衆衛生に対する社会的な要請あるいは期待が小さくなってきたこと、政策的に重要性が減ってきたという観点から関係者の中でいわれ始めている。具体的には、この時期になると、水道など衛生環境の整備が進んで飲料水からの感染が減り、保健指導の進展によって日常生活の衛生意識が高まり、社会保障制度の転換とりわけ健康保険制度の導入によって国民皆保険体制が確立されたことが大きかった。感染症対策は、隔離型による集団的感染対策から、健康保険制度による個別的健康維持へと向かうことになった。つまり、公費の公衆衛生から相互扶助型の健康対策へと移行し始めたのである(原田清, 2017)。

### 2-3. 高度経済成長期の感染症対策

経済成長とともに、医療技術の発展と浸透があり、日本人の健康状態や疾病構造は大きく変化することになった。加えて人口構造の変化もあった。こうした社会経済的な変化と治療の進歩による個別医療重視、公衆衛生軽視が進んでいったとみることもできる。生活習慣病に代表されるように日本人の死亡原因が変化し、1940年代には死因別死亡率では結核が上位であったものが、1950年代以降、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患が病因となってきたのである。

したがって、感染症対策については、1960～70年代における感染症の流行、例えばポリオ(小児まひ)の流行やインフルエンザの流行などもあったが、基本的な対策は占領下に確立された体制を維持することになった。ただし、新しい感染症に対する警戒は必要ということから、1981年には、感染症サーベイランス事業(18疾病)が始まり、1984年には流行が懸念されたAIDSサーベイランス事業が開始された。そして1987年には再興しつつある結核対策も含めて、結核・感染症サーベイランス事業が27疾病を対象として始まっている。そして、1989年には、後天性免疫不全症候群の予防に関する法律の制定施行が行われたのである。

### 3. 感染症対策の抜本的な見直しと新たな感染症予防

#### 3-1. 感染症対策の見直し検討

1880年以來の伝染病予防法の対策枠組に対して、戦後も様々な改正が加えられてきていたが、90年代後半に入って、抜本的な見直しが求められるようになってきた。基本的には、従来の伝染病対策では対応できない事態への対処方針を確立し、国民の健康と人権保障という観点から隔離や行為制限などを中心とした対策を組み替えていこうとするものであった（竹田美文，1998）。

これらの見直しを主導してきた厚生省の公衆衛生審議会では、1997年に感染症対策の見直しを求める意見を明らかにした（公衆衛生審議会伝染病予防部会基本問題検討小委員会，1997）。その「新しい時代の感染症対策（意見）」においては、まず見直しの必要性について、① エボラ出血熱等の新興感染症の発生、結核等の再興感染症の流行などへの対応が不十分であること、② 感染者の隔離政策から国民健康の保持と人権尊重の感染諸対策への転換へ、③ ウイルス性や動物由来の感染症対策が不備であること、以上の3点を示している。

そのうえで新しい感染症対策の基本的な考え方としては、① 個々の国民の予防や治療を重視すること、② 人権の尊重、③ 感染症の類型を整理して対策をとること、④ 危機管理の観点、⑤ 関連する法体系の整備が必要、としているのである。

新法において定められるべき事項としては、次の特徴を持つよう求められている。① 集団感染防止から個々の予防と QOL 重視への転換、② 事前対応の重視、③ 感染症類型の整理と適切な医療の提供、④ 新届出基準の設定とそれに対応した迅速な報告の確保、⑤ 入院手続時の人権配慮、⑥ まん延防止措置、⑦ 病原体管理体制、⑧ 動物由来感染症対策、⑨ 国際協力推進である。

### 3-2. 感染症の新法制定

1997年の公衆衛生審議会「新しい時代の感染症対策（意見）」に基づく新法制定に先立って、1994年には予防接種法対象の変更、寄生虫予防法の廃止、地域保健対策関係法の改正があり、1997年からは保健所法改正により地域保健法が制定施行されることになった。

翌年1998年には「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」が制定され、1999年に施行された。また合わせて、検疫法等改正があった。なお、新法に組み入れられたことなどによって廃止とされた法律については、伝染病予防法、性病予防法、後天性免疫不全症候群の予防に関する法律の廃止がある。

新しい感染症法は、その目的を、感染症の予防と患者の治療とした。そして法律が指定する指定感染症の対象分類として、危険の度合いに応じた1-5類の分類を設けた。また後に新型インフルエンザ等感染症や新型コロナウイルス感染症が追加されるようになるが、指定感染症の指定をすることや、世界保健機関（WHO）による新感染症を対象に含めることとしている。感染症の罹患に関しては、医師の届出義務を定め、保健所長を経由して知事に届け出ることとしている（中山治、2000）。

知事の措置権限については、健康診断の勧告と執行、特定業種への就労制限、入院（隔離）勧告と措置（1類、2類、後に新型インフルエンザ等や新型コロナウイルス感染症）、消毒や駆除、汚染物資等の消毒や廃棄、汚染水の使用禁止や給水制限、汚染建物の立入禁止、交通制限や交通遮断などがある。

また感染症指定医療機関としては特定医療機関として、指定感染症の1類と2類及び新感染症については国立国際医療センターが、第1種医療機関としては、感染症1類及び2類を扱う知事指定の55病院がある。なお、第2種医療機関としては、感染症2類及び結核を扱う医療機関が指定されている。

新たな感染症対策のもとで、2001年には予防接種法を改正して、インフ

ルエンザを定期予防接種対象とした。2003年には、SARS（重症急性呼吸器症候群）を指定感染症に指定するとともに、ウエストナイル熱についても指定に加えた。

新感染症法は、2007年の法改正によって結核予防法を統合することになった（厚生労働省、2008）。この改正に当たっては、結核予防法の廃止統合だけではなく、あらためて、患者の権利を守るため、人権尊重の規定と最小措置原則の規定を置くことになった（安彦忠之、2007）。なお、2008年には、感染症法分類に追加が行われ、高病原性鳥インフルエンザや、新型インフルエンザが追加されていく。以後も追加が進む状況にある。

## 4. 21世紀の感染症対策

### 4-1. 新型インフルエンザ等対策特別措置法の制定

感染症法体系の抜本的改革を経て21世紀にはいったが、その後も新たな感染症流行の脅威は世界的に収まらず、次々に対策をとっていかざるを得なくなった。そうしたなかで、新型インフルエンザの流行がありそれに対する新たな法体系の整備が求められるようになった。

2009年に新型インフルエンザの世界的流行があり、感染症法など既存法体制では世界的流行や国内でのまん延対策が不十分であり、危機的事態に対処できない懸念があることから、災害対策基本法や国民保護法などの危機管理体制（内閣府、2021）に準じた法制が求められるようになった。この法律では、インフルエンザなど感染症流行を対象に予め行動計画を策定しておくこと、発生時に対策本部を設置すること（首相が本部長に就くことを想定）、生命健康被害と生活経済被害が大きい場合には緊急事態宣言の発令を行うこと、その際には専門家諮問委員会の意見を聞くことなどとしている（内閣官房、2012）。

2012年に制定された新型インフルエンザ等対策特別措置法は、2013年に施行された。この特措法の対象となるのは、新型インフルエンザ等の感染

症であり、その感染症対策のために行動計画を策定することとしている。策定は、国及び地方自治体やその他の公共機関に義務付けられた。感染症流行時には、国は感染症対策本部を設置する。すなわち感染症の発生時に首相が設置し国会に報告するが、この国の動きに対応して地方自治体も設置義務が発生する。都道府県対策本部長（知事）は、感染症対策のために公私団体への協力要請をすることができる。具体的には事業活動の自粛等が考えられていた。また、国では、政府対策本部長（首相）による緊急事態宣言が発令できることになり、都道府県知事による実施が行われる。

緊急事態宣言は、首相が発令し、知事が執行するが、施設の営業休止・営業時間の短縮要請、その命令と違反に対する過料（30万円）が科されることとなっている。また、住民への要請や指示ができることとしており、外出制限、特定施設の使用制限を求めることができるが、基本は住民への協力要請となっている。知事には、私権制限としての医療施設や医療資源の確保ができることとしており、必要な土地施設の収容が可能である。また物資輸送の措置権限、葬儀の特例を設ける権限がある。

緊急事態宣言の発令基準は別に定められるが、専門家で構成される審議会に諮って決定することになる。通常は都道府県単位で発令するが、その範囲の制限はなく、全国でも可能である。

#### 4-2. 新型コロナウイルス感染症の流行と防止措置

2019年に発生した新型コロナウイルス感染症については、日本においては、2020年1月15日に感染症を認知し（厚生労働省健康局長、2020）、2月のクルーズ船横浜寄港問題や帰国者等への支援、国内感染対策の強化、水際対策の強化、学校の臨時休校、影響を受ける産業等への緊急対応などが3月にかけて進められた。3月10日「新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾—」を明らかにし、国内の感染拡大を防止するため、感染拡大防止策と医療提供体制を整備すること、学校の臨時休業に伴って生じる課題への対応、事業活動の縮小や雇用への対応、事態の変化に即応し

た緊急措置等が定められた（内閣官房・新型コロナウイルス感染症対策本部、2020a, 2020b, 2020c）。

新型インフルエンザ等対策特別措置法の改正が3月16日に成立し新型コロナウイルス感染症についても対象とすることとしその施行を行った。その改正があったことで、3月26日には法律に基づいて政府対策本部が設置された。4月7日には「緊急経済対策」と「令和2年度補正予算案閣議決定」があり、感染拡大防止策、医療提供体制の整備、治療薬・ワクチンの開発に必要な費用確保、雇用の維持や就職支援、生活の支援、事業の継続支援等が盛り込まれた。そして同日には、初めての緊急事態宣言が、7都県区域を指定して発出、4月16日には全都道府県が指定され、5月に解除された。

この緊急事態宣言は、首相が発令し、知事が執行するが、施設の営業休止・営業時間の短縮要請、その命令と違反に対する過料（30万円）が科されることとなっている。飲食店の感染症対策としては、マスク着用、換気、3密回避等が推奨され、イベント開催については中止や自粛もあったが同時に参加人数など制限が加えられた。住民への要請・指示では、特に外出制限に関して県外移動自粛、特定飲食店の使用制限、リモートワークの推奨が行われた。緊急事態宣言については、発令基準を定め、緊急度のステージ4にある場合について「医療ひっ迫など感染拡大時、基本的対処方針分科会に諮って決定」することとした。

なお前述のように、第1回の緊急事態宣言は、2020年4月7日から、5月25日までである。また第2回の緊急事態宣言は、2021年1月8日から3月21日までの期間である（厚生労働省、2021a）。

#### 4-3. 新型コロナウイルス感染症の流行下における法改正と措置情況

2020年の感染症流行の第1波、第2波、2020年末から21年にかけての第3波を受けて、2021年2月に対策の強化とともに柔軟で機動的な方法を確保するために、改正が行われた。新型コロナウイルス対策のための特措法

の改正では、対策の推進を図るため、「まん延防止等重点措置」を創設し、営業時間の変更の要請、要請に応じない場合の命令等を規定し、併せて事業者及び地方公共団体等に対する支援を規定することにした。また、新型コロナウイルス感染症を感染症法において新型インフルエンザ等感染症と位置付け、所要の措置を講ずることができることとし、併せて宿泊療養及び自宅療養の要請について法律上の根拠を設ける等の措置を講ずることとした（内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室長，2021）。

新型インフルエンザ等対策特別措置法の一部改正によって、①特定の地域において、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあるまん延を防止するため、「まん延防止等重点措置」を創設した。これによって、事業者に営業時間の変更等の要請が可能となり、要請に応じない場合の命令ができ、命令に違反した場合の過料（20万円以下）が定められた。また、②緊急事態宣言中に開設できることとされている「臨時の医療施設」について、政府対策本部が設置された段階から開設できること、③緊急事態宣言中の施設の使用制限等の要請に応じない場合の命令、命令に違反した場合の過料（30万円以下）を規定した。

「④事業者及び地方公共団体に対する支援」としては、国及び地方公共団体は、「事業者に対する支援に必要な財政上の措置、医療機関及び医療関係者に対する支援等を講ずる」こと（厚生労働省，2021b），そして「国は、地方公共団体の施策を支援するために必要な財政上の措置を講ずる」こととした。感染症流行に伴って問題になっていた差別については、「⑤差別の防止に係る国及び地方公共団体の責務規定を設ける」こととしたほか、「⑥新型インフルエンザ等対策推進会議を内閣に置く」こととしている。

この改正によって特に緊急事態宣言を発出する前に早期に対処が求められることに対応できることになった。具体的には「まん延防止等重点措置」が設けられ、緊急事態宣言に至らない事態にも対処することになった。

まん延防止等重点措置においては、施設営業に関しては事業者への時短要請とその命令が可能であり、違反に関しては過料として20万円が定められている。また、飲食店への感染症対策の要請ができるが、具体的には、アクリル板設置、マスク着用、消毒薬手洗いの実施などとなっている。住民への行動制限の要請も可能であり、特定区域の行動制限として、宣言された区域等の移動の自粛や、特定の飲食店等の業態の利用の自粛が求められる。重点措置の範囲は、対象となった都道府県の知事が定めるが、個別の市町村単位の区域や一定の区画を対象とするため、より柔軟な対応が可能となる（首相官邸, 2021）。

2021年2月に改正された感染症対策の基本的な考え方は、その適用の基準として、感染症流行の段階に応じたステージを設けて、対策を順次強化することとしている（内閣官房, 2021a）。

具体的な基準としては、感染症が広がっていない「ステージⅠ」はさておき、「ステージⅡ：感染者漸増と医療提供体制負荷蓄積段階」でも特段の措置をとることをしない。「ステージⅢ：感染者急増と医療のひっ迫・支障発生の回避措置の必要段階」では、感染症の確保病床使用率20%、入院率40%、週当たり新規報告数が10万人当たり15人を目安とする。この段階では総合的に判断して、まん延防止等重点措置をとり、営業制限や住民の行動制限要請によって、発生地域の封じ込めや感染拡大を防止する。

「ステージⅣ：爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全を避ける対応が必要な段階」では、医療のひっ迫具合として確保病床使用率50%、入院率25%、週当たり新規報告数10万人あたり25人を主な目安としている。この段階では、緊急事態宣言が発令され、全国的で急速なまん延を抑止することとする。そのため、事業者の時短や休業要請また命令、飲食店の対策要請、住民の外出自粛要請、イベントの縮小や停止が行われる。

2021年においては、4月1日にまん延防止等重点措置地域が、宮城県、大阪府、兵庫県に発令されたのを皮切りに、数次にわたって公示の変更を

行い全国的に広げられていった。この間に大都市圏などを中心に緊急事態措置が発令され、8月には21都道府県に宣言された。これにより、まん延防止等重点措置よりも厳しい対策が取られることになった。なおすべてのまん延防止等重点措置について解除されたのは、2021年9月30日である。

第3回目の緊急事態措置の宣言は、2021年4月25日から9月30日までの期間に、対象地域を入れ替えながら、かつ順次拡大しながら指定されて行った。4月に東京都、京都府、大阪府、兵庫県を対象区域として宣言し、その後は基本的に区域を広げまた期間の延長という変更を加えながら、8月段階では新規感染者の急増を受けて21都道府県に緊急事態宣言を行ったのである(厚生労働省, 2021c)。その後期間の延長変更のないところは順次解除され、9月30日には全面解除となった(内閣官房, 2021b)。

## 5. 検疫所と保健所の公衆衛生行政

### 5-1. 検疫法の改正と新型コロナウイルス感染症対策

世界的な流行が相次ぐ感染症対策で重要なことの一つには水際対策がある。日本の場合には、国内発生以外の場合には、海外からの感染症病原体の侵入を防止することが、予防のための最初の段階になる。そのために、検疫制度が設けられ、検疫法に基づいて検疫所が設置されている。

1951年には、検疫法が制定され、船舶・航空機による病原体の国内侵入防止が図られた。検疫法は改正もあり、伝染病予防法そして改正された感染症法と連動して機能することになっている(厚生労働省, 2009)。今日までに、防止すべき検疫感染症は、感染症法の1類全て、2類4類の一部、指定感染症、新型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症(政令指定)が対象となっている。

基本的には、空港港湾で検疫が行われる。国際港湾や国際空港に設置された検疫所で検査が行われ、必要に応じて隔離と治療が行われることになる。実際には、病院等に移送して隔離と治療を行っている。今次の新型コ

コロナウイルス感染症については、当初から、検査能力不足、人的資源不足などが指摘されており、検疫をすり抜けるコロナ感染陽性者がしばしば報告されることもあった。

2021年2月に新型コロナウイルス感染症を検疫の対象とする政令が決定されてからは、空港等では到着時に唾液による抗原定量検査またはPCR検査、陰性の場合には一定期間の宿泊施設での隔離、陽性の場合には療養施設での隔離と療養が定められた。宿泊施設等は、検疫所が用意するが、実際には、当該空港等の近隣では確保できず、遠隔地に移送される事例などもあった。いずれにしても、新型コロナウイルス感染症においては国や地域を特定し入国を制限しつつ検査をして発見しようとする水際対策では、市中感染を防ぐことはできないことが明らかになった（内閣官房・新型コロナウイルス感染症対策本部，2021）。

## 5-2. 保健所の体制整備と問題点

保健所が法制上設置されたのは1937年の保健所法制定施行によってである。それ以前には日本赤十字社が1914年に設置した乳幼児健康相談事業所があり、大都市を中心に小児保健所設置が国によって推奨され、1928年には400か所以上になったとされる。こうした保健所の前身を原型としつつ、1937年に保健所法が制定された。日中戦争が勃発しており、国民の体位向上、衛生思想の普及、日常生活衛生の改善、結核その他疾病予防が目的とされ、保健相談などを実施することになった。当初は40か所から出発して、その後、戦時中には全国に770か所が設けられた（池上直己，2014，第10章）。

太平洋戦争後においては、1947年に保健所法改正が占領下において実施され、食品衛生と急性感染症予防を警察から保健所に移管するとともに、公衆衛生の拠点として地域の保健活動を実施した。とりわけ保健婦の活躍が目覚ましく注目された時期でもあった。

その後は、疾病治療の発達、伝染病予防の進展、国民の栄養や健康状態

の改善などがあり、経済成長とともに、保健所が担う公衆衛生機能が減退する懸念が示されるようになった。公衆衛生の黄昏が主張されたのもこの時期である。

実際に、1960年あたりからは、飲料水や食品の衛生水準が急速に向上し、結核を始めとする伝染病予防が進展した。この時期には国民皆保険制度が整い、医療体制が拡充されていくのである。高度経済成長期に入ると、現実に公衆衛生の役割は小さくならざるを得なくなった。

加えて、1990年代にはいと地方分権改革が進められた。その結果、保健所機能の再編成がおこなわれ、市町村との役割分担が進み、保健所数が半減することになった。保健所法は1994年に改正され、1997年には地域保健法として施行された。公衆衛生機能の市町村への分権と地域保健法への改正が行われた結果、都道府県等の保健所は専門的な対処をし、食品衛生や感染症対応など公衆衛生の担い手となることとされた。これに対して、市町村保健センター等が母子保健や老人保健そして住民の保健福祉サービスの担い手になったのである。

加えて地方分権改革は、都道府県の保健所権限を、従来の保健所設置指定都市だけではなく、その他の大都市（中核市）にも移管することとした。高度な公衆衛生機能を期待された保健所機能の維持ができるかどうか問題指摘もあったが、都道府県の保健所が管轄する区域と、政令指定都市や中核市という保健所設置政令指定都市等が設置する保健所の体制が出来上がったのである。実際には都道府県から大都市への保健所移管が進むことになった。この改革によって、都道府県の保健所数は半減するに至ったのである。

2000年代に入って、保健所数は大幅に減少したが、人員体制はかろうじて現状維持をすることができた。感染症の流行に際して、こうした保健所機能の縮退が問題とされることもあった。2009年新型インフルエンザ対策総括会議提案（2010年）によれば、①病原性に応じた柔軟な対応、②迅速で合理的な意思決定、③発生前情報収集とサーベイランス強化、④保健

所・衛生研究所の感染症危機管理専門組織人材の大幅強化，⑤米国型 CDC 設置が提案されている。この提案のほとんどは，保健所機能の強化を求めているといつてよい（厚生労働省，2010a）。

しかしながらその後の保健所機能強化は必ずしも進んでいかなかった。むしろ保健所の感染症対策のスタッフ不足や技術力不足の指摘があり，加えて行政組織としてやむを得ないところもあるが専門家経験者の異動や兼務によるスタッフの不足や技術・知識の蓄積不足が問題視された。こうした保健所機能の制約条件は，新型コロナウイルス感染症対策に迫られた時期において，最前線で検査，隔離や治療措置，予防措置や連絡調整を，これまでにはない規模で大量に処理しなければならない状況に直面することになった。コロナ禍で限界を超えて働く保健所やそのスタッフの問題がクローズアップされて来たところでもある（三原岳，2021）。

### 5-3. 地方衛生研究所

地方衛生研究所は，都道府県や政令指定都市に置かれている。専門科学的な観点から地域保健業務の中核を担う機関である。なお名称は，それぞれの地方自治体によって多少異なっている。地域保健に関する①調査研究，②試験検査，③研修指導，④公衆衛生情報の収集・解析・提供という4機能を果たすとされてきた。設置については，太平洋戦争後，保健所法改正により，厚生省によって設置の指導がされ，今日に至っている。法的根拠や財源保障はなく，近年地方行革により人員削減や機能縮減が続いている。とはいえ，その基本的機能は，公衆衛生行政，保健所行政を支えるものであり，人材養成や検査の機能だけでもその役割は大きい。ところがその地方衛生研究所の検査の精度の問題，検査技術のレベル問題，そして検査の専門家人材の確保問題に直面しているのが実際である（厚生労働省，2010b）。

地方衛生研究所の試験検査では，細菌やウイルス感染症の検査，そして食品衛生検査が主たる任務である。したがって，新型コロナウイルス感染

症問題では、新型コロナウイルスの検査を担うのであるが、実際に検査を実施する体制問題にも直面している。小規模な団体では、十分な施設や人員を維持できないのである。もちろん大都市圏域では、例えば東京都のように300人体制のところもあるが、しかし一般の県などでは40人体制といったところがせいぜいである。流行の初期において、ウイルスの検査業務のために府県を超えて分析を依頼したところがあるように、協力関係によって補完しているところもある（関西広域連合，2021，p114）。

## 6. 感染症対策における危機管理の帰結

新型コロナウイルス感染症の流行に直面して、第1節の研究仮説に示したように、これまでのところ感染症対策の危機管理にはいくつかの問題点とその構造が明らかになってきた。

一つは、公衆衛生（集団予防）型感染症対策の相対的に低い優先順位であり、人権や私権の優先をするという観点からもロックダウンや隔離政策の実施準備や権限の不十分さが指摘できる。危機発生を予防する条件は、危機管理計画策定段階において、そもそも危機を回避すべき価値をどこに置くのか、その危機を招き得る感染とその流行の想定がされていること、そして想定外が発生することが前提となっていることである。

二つには、臨床医療や個別治療中心の対策の限界である。新型コロナウイルス感染症のパンデミック下では積極的疫学対策（感染源潰し）の限界を露呈し、医療資源の一時的な不足に陥っている。危機管理という観点からは、治療や社会経済的負荷の想定がほとんどされていなかったのではないかという疑問がある。そうした負荷の有無に関する科学的な知見や根拠の明示もなかったし、負荷に見合う予防措置の準備は見られないといえよう。具体的に言えば、想定外への対応が多少は可能な冗長性の程度で対策コストの合意・決定がなされる必要がある。

三つには、以上の要因から感染症流行の危機管理は、従来型対策におい

でも強調されてきたところであるが、旧来の感染症対策の範囲にとどまりそれを継続することになってしまった。想定外の規模の災害対応の欠落であり（新川達郎, 2021）、新感染症にも対応できるはずだという科学的根拠のない仮説に基づいていたのではないと思われる。

四つには、新型コロナウイルス感染症がパンデミック状況になり、しかも変異株が繰り返し流行する事態に対して、その場その場で後追的に対応してきたという側面である。ウイルスの変異を的確に想定することは困難であろうが、流行の様子は同種の感染症であることから、よりの確な対応が危機発生後においても考えられてしかるべきである。しかしながら現実には、感染症流行という危機発生後の対策の評価と修正という危機管理の側面は、基本的対処方針を変えることなく量的な側面に着目した改正が加えられるにとどまり、不十分だったと言わざるを得ない。

感染症が発生し流行している時期、つまりは危機発生（クライシス）の管理段階では、感染者隔離と治療、疫学調査、まん延防止（行為規制）が効果的に実現できるかが問われていたが、実際には的確な初期対応というよりは場当たりの対処になってしまった。その原因は明らかに初期対応についての評価ができていないこと、そこにおける失敗の確認ができていないこと、そのうえで実行されるべき行動計画の修正ができなかったことである。2021年の法改正は、一部分そうした評価を踏まえたものではあるが、既存の対策の枠組みを柔軟に適用する方向にはむかったが、その枠組み自体の評価や修正には失敗したともいえる。

危機管理は、はじめに触れたように、感染症予防計画の策定、危機事態発生時の実施、発生後の対応措置に関する評価と修復活動の修正のプロセスでありその管理である（IRGC, 2017）。対策実施の行動を計画するにあたっては、組織体制、資源動員、そして日常的な訓練がプログラム化されなければ実際には機能しない。新型コロナウイルス感染症に対して危機管理が機能したかどうかについては、危機事態が継続中の現時点では暫定的な結論であるが、適切には管理されていない側面が見られるということが

できる。

具体的に言えば、現段階における仮の結論としてではあるが、問題発生後に後追いの的に対処すること自体は致し方ない側面もあると考えられる。問題は、後追いをするととしても想定外への準備が多少なりともあったと考えられる節はなかった点である。むしろ、緊急事態宣言によってその場しのぎをし、問題を先送りする方式による失敗が目についたといえる。結果論からすれば、これまでの5回にわたる流行については、後発の利益もあって結局は回復できたが、しかし2021年末の時点で、その間に170万人以上が感染し、1.8万人以上が死亡したという事実をどのように評価するのかという重い課題が残るのである。

#### 〔和文参考文献・資料〕

- 安彦忠之(2007)「改正感染症法施行後の結核対策の課題と展望」『複十字』318, 2007年11月
- 池上直己編著(2014)『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ——日本からの教訓』(公財)日本国際交流センター
- 大谷藤郎(1996)『らい予防法廃止の歴史——愛は打ち克ち城壁崩れ陥ちぬ』勁草書房
- 関西広域連合(2021)『関西広域連合10周年記念誌——関西から新時代をつくる——』関西広域連合
- 公衆衛生審議会伝染病予防部会基本問題検討小委員会(1997)『新しい時代の感染症対策について(報告書)』1997年12月
- 厚生労働省(2008)『感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き』改訂3版
- 厚生労働省(2009)『検疫に関するガイドライン』
- 厚生労働省(2010a)『これまでの地域保健対策の経緯』資料
- 厚生労働省(2010b)『地方衛生研究所の現状と課題』資料
- 厚生労働省健康局長(2020)『新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令等の施行について(施行通知)』令和2年1月
- 厚生労働省(2021a)『厚生労働白書 令和3年版』
- 厚生労働省(2021b)『生活を支えるための支援のご案内』令和3年4月1日(8月18日一部更新) <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000622924.pdf>

（閲覧日：2021年8月20日）

- 厚生労働省（2021c）『新型コロナウイルス感染症について 国内の発生状況』  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html>（閲覧日：2021年8月15日）
- 首相官邸（2021）『新型コロナ対策について』<https://www.kantei.go.jp/headline/kansensho/coronavirus.html>（閲覧日：2021年9月30日）
- 関克己（2017）『自然災害時の危機管理について』JICE Report
- 竹田美文（1998）「伝染病予防法見直しの視点」『日本公衛誌』45（7）、1998年7月
- 中山治（2000）「医療機関における感染症発生動向情報の利用状況とニーズについて」『日本公衛誌』47（12）2000年12月
- 内閣官房（2012）『新型インフルエンザ等対策特別措置法について～確かな危機管理のために～』
- 内閣官房・新型コロナウイルス感染症対策本部（2020a）『新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策』令和2年2月20日
- 内閣官房・新型コロナウイルス感染症対策本部（2020b）『新型コロナウイルス感染症対策の基本方針』令和2年2月25日
- 内閣官房・新型コロナウイルス感染症対策本部（2020c）『新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾—』令和2年3月10日
- 内閣官房・新型コロナウイルス感染症対策本部（2021）『水際対策強化に係る新たな措置（17）～（23）』
- 内閣官房（2021a）『緊急事態措置、まん延防止等重点措置等について』
- 内閣官房（2021b）『新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の実施状況に関する報告』令和3年10月8日
- 内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室長（2021）『「新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律」及び「新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備に関する政令」の公布について（新型インフルエンザ等対策特別措置法関係）』2021年2月
- 内閣府（2021）『令和3年版防災白書』
- 新川達郎（2021）「with コロナ時代の災害法制と運用の課題」『計画行政』44-4
- 原田清（2017）『トラホーム消滅への歩み』<https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=5815>（閲覧日：2021年9月20日）
- 三原岳（2021）「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」<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=65456?pno=4&site=nli> (閲覧日：2021年9月20日)

「欧文参考文献・資料」

IRGC. (2017). *Introduction to the IRGC Risk Governance Framework, revised version*. Lausanne: EPFL International Risk Governance Center

National Institute of Standard and Technology (NIST) (2017) *Risk Management Framework for Information Systems and Organizations*: NIST SP 800-37 Revision 2, CreateSpace Independent Publishing Platform