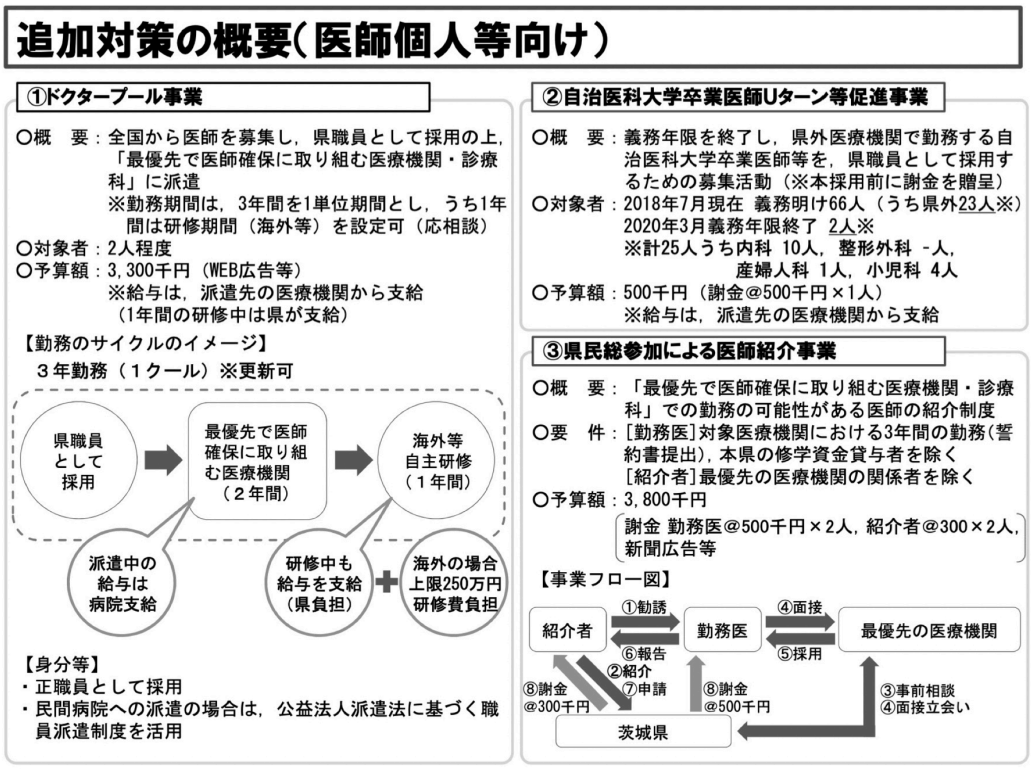
COVID-19状況下で混迷する茨城県の医療行政と教育行政

1　「茨城県の医師確保」政策の一環としての医学部受験偏重方針

2017（平成29）年９月に茨城県知事となった大井川和彦は、「医師確保」を重点的な政策として掲げて、県行政を執行している。大井川知事が注目するのは、人口比で全都道府県中46位の医師数ならびに県内での地域的偏在である。

茨城県の人口10万人あたりの医師数は187.5人で、全国で最下位の埼玉県の169.8人に次いで少ない。全国平均は246.7人であるが、いずれも300人以上である東京都と西日本の８県と比べるとたいへんな格差である（2018年の、医業に従事していない医師免許保有者を除く医療施設従事者数、https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html　の第2-47表）。茨城県内９保健所の管轄区域別では、つくば（446.3人）・水戸（237.2人）・土浦（222.8人）のいっぽうで、鉾田（64.9人）・常総（80.9人）・常陸大宮（95.2人）などで極端に少ない（https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/koso/iji/koso/stachischics/doctor-dental-drug/documents/20200204.html　の第５表。なお、2020年４月の水戸市の中核市移行により、水戸保健所は中央保健所となった）。

大井川知事が掲げる「活力があり、県民が日本一幸せな県」という能天気な標語をひきあいにだすまでもなく深刻な実態である。そこで知事は「医療体制整備」や「遠隔医療」の推進とあわせて医師確保が県行政上の重要課題であるとして、さまざまの施策の推進を宣言した。就任当初の定例記者会見

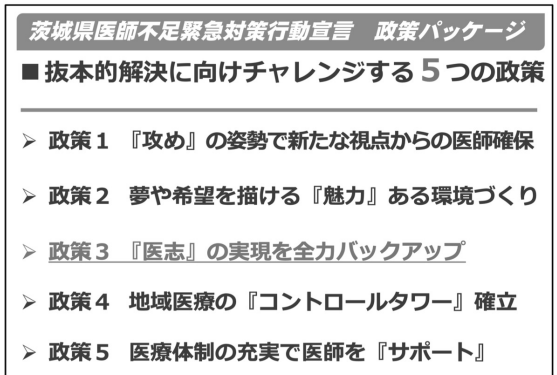


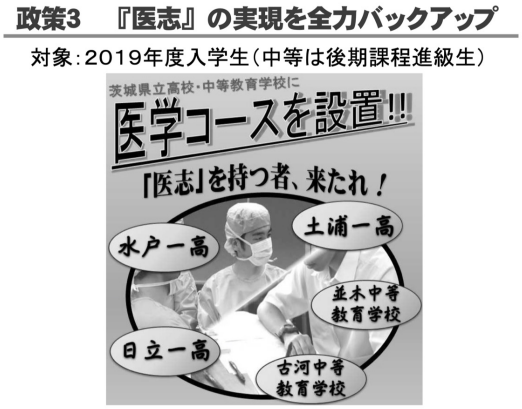
では「具体的な取り組み」として、全国の医科大学に向けた「積極的なリクルーティング」、本県出身の医師の「ふるさとへのUIJターンの促進」と「外国医師」の受け入れ、「少ない医師でもきちんとした診療ができる体制」として「ICT」による「遠隔診療」と「医療機関の機能分担や再編統合」、研修・指導体制の充実などの方針を掲げた（https://www.pref.ibaraki.jp/bugai/koho/hodo/press/19press/documents/6hoseiyosan.pdf）。

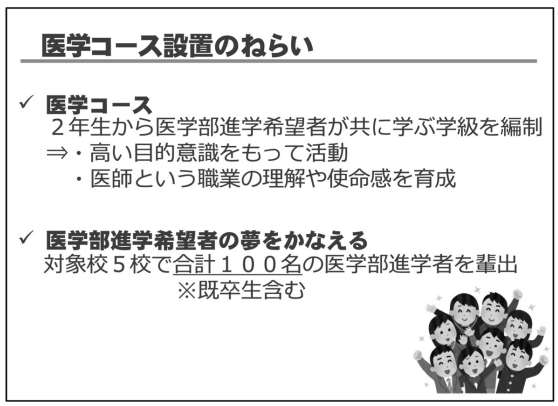
それらに加えて、「医志の実現」と称して、個人に対する金銭的優遇と具体的教育行政方針を打ち出した。すなわち、従来の県内での医療従事を条件に県出身者に奨学金を貸与する「地域枠」に加えて、「お医者さんを目指す県内の高校生をしっかりサポート」するための修学資金の貸与と、県内金融機関との提携による医学部在学中の実質金利ゼロの教育ローンの創設、さらに県立高校５校に「医学コース」を設置して、私立高校には医学部進学実績に応じた補助をおこなうというものである（2018年２月23日、https://www.pref.ibaraki.jp/bugai/koho/hodo/press/18press/p180223.html##2）。

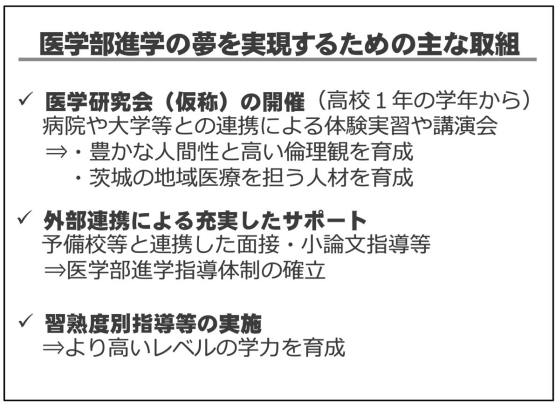
このうち「医学コース」については、日立第一・水戸第一・土浦第一・並木中等・古河中等の５校において、2020年度の第２学年ないし後期過程第２学年に各校40人・総数200人の「医学コース」を設置し、歩留まり５割で医学部進学者100人を目指すとした。具体的には県教育庁・県保健福祉部の連携のもとで、病院・大学と連携した体験実習・講演会、予備校等との外部連携による面接対策・小論文指導をおこなうこと、「医学コース」は、「難関理工」希望者や、医療系であっても歯学・薬学・看護等の希望者と混在しない医学部希望者に限定するとした（2018年７月17日、https://www.pref.ibaraki.jp/bugai/koho/hodo/press/18press/p180717.html##2、下は記者会見の際のパワポ）。

医療問題を「医師不足」という点に偏重して捉えるもので一面的であるが、対象校５校を特定し、既存の高校・予備校での実例を列挙するなどじつに具体的である。全体として厚労省の医療行政の枠内での対応に限定しつつも、知事個人の、通産省（のち経済産業省）・マイクロソフト日本法人・ドワン









ゴ（KADOKAWAの子会社、ニコニコ動画などを運営）などでの職歴と基本発想を反映しているようで、「ICT」による「遠隔医療」推進や予備校との提携のほか、医学部進学者への金銭的優遇措置を直截に打ち出している。

記者から鉾田保健所管轄の鹿行（ろっこう）地域（人口10万人あたり医師数64.9人）の高校が含まれないことについて指摘されると「今後の状況を見ながら」とごまかすなど、肝心の地域的偏在解消は考慮していない。私立高校について問われて、「白紙」だが「希望があれば是非・前向きに検討したい」とするなど、粗略な思いつきであることが露呈しているが、とくに県内高校からの医学部進学者数で、県立高校が下回っている現状にテコ入れを図る方針のようである。（2019年の実績でみると私立高校の95人に対し県立高校が64人と劣勢である。なお、県南端の取手市にある江戸川学園取手高校の医学部合格者数は、国公立大学が23人〔ほかに防衛医大が６人〕、私立大学が70人である〔進学者数ではなく合格者数、国公立と私立の重複あり〕。ただし同校の場合、県外居住者が多く含まれる〔2020年度、http://z145.e-t.ed.jp/2019/gokaku2019/〕。）

大学・短大・専門学校進学者の多くが「奨学金」と称する教育ローンの借金に苦しんでいるなかで、医学部進学者だけを極度に優遇するのは、公平性を無視する異常な施策である。

「医志」のバックアップと称する「医学コース」の中身の凡庸さもさることながら、校名と時期まで指定して発表即決定とすること、しかも茨城県教育庁が打ち出したとしても問題があるのに、教育行政を担当する県教育委員会の独立性など一切顧慮せずに、管轄外である知事部局の知事が報道機関への発表即決定とするもので、教育基本法や地方教育行政の組織および運営に関する法律（「地教行法」）に違反する行為である。東京都や大阪府など、独善的体質を発揮する知事のもとで、憲法違反の教育行政が施行されてきたが、それでも一応は教育委員会の議決を経ている。茨城県では茨城県教育委員会の審議は一切ないまま、知事が突然記者発表してしまうという、全国的にも前例のない独断的手法である。

２　知事が直接執行する教育行政

「医志」を減退させる医療行政

知事は、県内での医療に従事する医師の増加をめざし、「医志の実現のバックアップ」と称して金銭的優遇措置の拡充とあわせ、県立学校５校での「医学コース」設置などを独断で導入せしめたのであるが、2020年のCOVID-19対応においてみせた茨城県庁の対応は、それら施策でめざすものとはひどい齟齬をきたす可能性が高い。非現実的で能天気なテレビドラマが描きだす医療職の絵空事をそのまま信じて、医師などの医療関係職を希望する者はさほど多くはないだろう。医療職を志す青少年は医療業務の困難性はある程度は認識しているに違いない。しかしながら、この間のCOVID-19対応の現実は、医療職に対する青少年の認識と志望動機を根底から覆しかねないものである。

国や県のCOVID-19対応方針は、症状を訴える患者の診察にあたった医師が、感染の可能性があるのでPCR検査実施をすべきと判断したとしても、そのとおりにはさせないというものである。電話口で応対するのは医師でない保健所の職員だが、硬直したマニュアルに従って「帰国者」か感染判明者の「濃厚接触者」と認めない限りPCR検査は実施しないし、したがって治療も入院・隔離も許可しない。医療機関の勤務医はもちろん、独立性が高いと思われている開業医であっても同じである。他の疾病や傷

害において、医師がただちに対処が必要だと判断する患者の検査が拒絶され、そのまま放置されることは到底ありえない。国・県のCOVID-19対応方針は「医師でなければ医業をなしてはならない」とする医師法第17条に違反する違法なものである。患者の治療・隔離が回避されるから、放置され急激に重症化して死亡する事例が頻発する。軽症であれば家族など周囲への感染が進行する。さらに医師をふくむ医療職員への感染の危険がたかまり、場合によっては大規模な院内感染に見舞われる。

医療従事者に感謝するとしてライトアップしたり「ブルーインパルス」を飛ばしてみたりしても、医療機関・医療従事者の負担は重くなるばかりである。青少年は、COVID-19をめぐる理不尽な現状を日々見聞している。このような実態をみせつけていては、医師を含む医療職を志望する青少年が今後減少するかもしれない。「理系」大学への進学希望者において、好成績者がまず「医学部」を希望するという現状は、大きく揺らぐ可能性がある。

知事が決定し知事が発表する休校措置

COVID-19対応に関連して、2019年度末以来、茨城県の教育行政は従来にない混乱状況を呈した。

休校措置をめぐる混乱は、2020年2月27日の安倍晋三首相（当時）による独断的な「休校要請」にはじまる。２月24日に「専門家会議」が「今後１、２週間が瀬戸際」とする、趣旨の曖昧な宣言を発したのを受け、首相が突如３月２日からの全国の学校の休校要請を宣言した。PCR検査の大量実施、感染多発地域への人員および資材の投入などの医療体制の整備はないがしろにしたまま、感染防止上の措置としての必要性と妥当性の検討ぬきの行き当たりばったりの措置だった。扇情的な「ロックダウン」（法律上不可能な「都市封鎖」）発言をおこなう東京都知事など、一部知事らのスタンドプレーへの対抗心もあったのかもしれない。文部科学大臣さえ知らないうちに、首相が独断で決定した経緯をみると、「桜を見る会」での追及をはぐらかすのが真の動機だった可能性も否定できない。しかも、休日をはさむので休校前の登校日は翌28日の金曜日ただ１日だけという信じられない拙速ぶりだったが、それがかえって全国の地方教育行政当局の反射的対応を引き起こした。

地方教育行政当局というより、島根を除く都道府県庁が一挙に追随した。茨城県の大井川知事はさっそく翌28日の記者会見で、週明け３月２日（月）からの県立学校休校を宣言した。県立学校の管理運営に関する重要事項であるから、たとえ形式ではあっても茨城県教育委員会の議決を要するのにそんなことは問題にもならず、事務部門の茨城県教育庁による検討も一切省略された。そうして茨城県教育長ではなく、知事部局の長である県知事が報道機関を通じて県民に宣言する異常事態であった。県立高校のコース制について、茨城県教育委員会・教育庁の検討を経ずに独断で決定して即座に発表した、知事就任直後の行動と同じ越権行為である。しかも、影響のおよぶ範囲と重大性は「医学コース」設置の比ではない。市町村長・市町村教育委員会、さらに私立学校経営者も同様に追随し、県内すべての学校が開始日の少々の遅延はあっても一斉に以後４週間近く閉鎖されることになった。法的にいえば、文部科学省は全国の教育委員会に休校措置をとるよう「要請」しただけであるが、その教育委員会をさしおいて自治体の首長が教育行政上の措置を独断で決定し実行してしまったのである。

COVID-19状況下にあっては、学校の管理運営についても相応の措置を講ずべきことは当然であるが、それは根拠の明確でない即座の措置として国の機関（内閣）が宣言すべきものではないし、それに

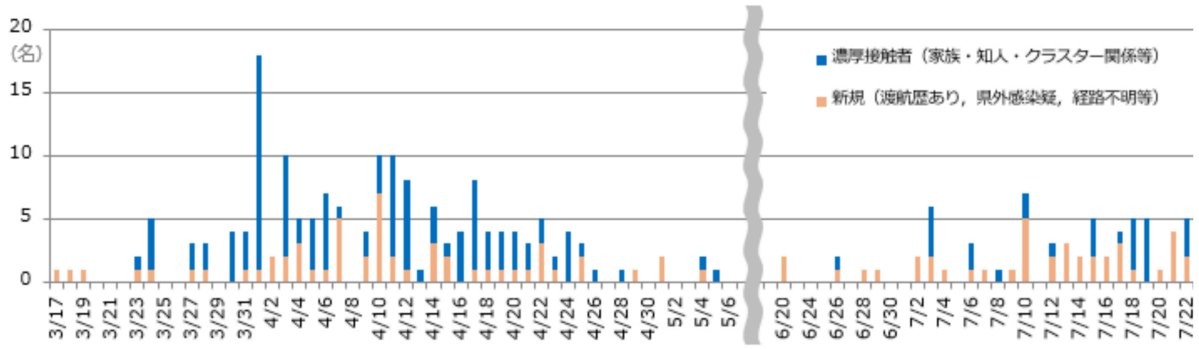
後押しされて法的な権限のない知事部局の一機関である知事が、根拠もないのに即座の措置として断行すべきものでもない。何の準備もなく、突如全児童生徒の登校を停止する徹底的措置を、１日だけの猶予しか与えずに実行したことは、いかなる前例もない暴挙だった。

疾病蔓延を阻止できるはずもない違法不当な医療行政が一向に改められず、世界的に見ても特異なPCR検査拒否体制が継続し、医療機関と介護施設への有効な支援もないうえ、「外出自粛」「休業要請」による社会的損失の回避措置もほとんどおこなわれない状況下では、妥当で有効な教育行政上の措置をとることは難しいという面もあったとはいえる。しかし、教育委員会・教育庁は、国内での蔓延が予想された時点で、知事部局と連携（必要であれば要求）しつつ学校において取るべき措置を立案実行すべきだったのであるが、外国での感染拡大を対岸の火事のごとくに傍観し、せいぜい手洗いの奨励などの指示伝達に終始してみずから熟慮して行動することを怠ってきた。ここに知事部局の介入を招来した基本的原因があった。月に一回、何の準備もなくやってきて、形式的な議決をするだけの形骸化した「教育委員会」体制は半世紀以上の歴史があるが、知事が休校措置を独断で記者発表するにいたっては、その形骸すら消滅した。教育委員会およびその事務部門たる教育庁は、相対的独立性を喪失し知事部局に全面的に屈服するにいたったのだが、それは「医学コース」問題での最初の介入行為に対して、なんらの対抗措置をとることもせず唯々諾々と従った時点で決まっていたといえる。

３月17日に茨城県内で最初の感染者が判明したあと、感染判明者数は３月末から増加し４月６日までに累計71名に達した。おもいつきの首相の行動に反射的に追随した休校措置が解除された途端に、感染拡大期を迎えることとなった。知事は、新年度開始直前の４月６日に記者会見し、感染者が続出する県南地区に古河市を加えた10市町の県立高校と中学校を、４月８日から５月６日まで休校にすると発表した。４月11日、対象地域外の県北の高校で多数の生徒が連携して登校しない件が「生徒のストライキ」として報道されると、知事は一転して４月14日から６月８日まで県立学校すべてを休校にすると発表し、あわせて県内全域に「外出自粛」を要請した。

茨城県内での１日あたりの感染判明数の推移

（茨城県庁のウェブサイト：https://www.pref.ibaraki.jp/1saigai/2019-ncov/index.html）



学校における感染防止策に関する茨城県教育委員会・教育庁の無策

知事は、たんに休校にするかしないかを発表するだけであり、具体策は一切考えていない。「『医志の実現』を全力でバックアップ」するとした際には、模倣の寄せ集めとはいえパワポ数ページ程度は自分で考えたのだろうが、COVID-19にあっては何も考えていない。及ぼす影響は甚大であるのに、独断で決定し発表した当人はまったく気楽なものである。

その意味では、権限を全部剥奪されて影の薄くなった茨城県教育委員会・教育庁にも、COVID-19対処に関してやるべきことはあった。しかし、具体的にみてゆくと、そこでは2011年の福島第一原子力発電所の爆発事故に際してとったのと同様に、文部科学省の「通達」の枠内での伝達行為に終始する無責任な消極姿勢しかなかった。

県内感染判明者がない時点で強行された休校措置は、最初の判明につづく感染者微増の時点で、開始時と同じくなんらの検討もないまま一挙に解除されることとなった。「春休みまでの休校」という場合、それは「春休み」前日までなのか、それとも「春休み」終了日までなのかについて、首相や文部科学省の担当者は厳密に考えていなかったのだろう。考えたとしても、どうせ「休み」なのだから、どちらでもたいして変わらないとしか思わなかったのだろう。しかし、中学校や高校では、「部活動」という、ある意味では授業と同等かそれ以上に重視される分野がある。体育系の「部活動」における感染の危険性は体育実技とあわせて、教室での講義よりはるかに高いことは、容易に予期できることである（実際にその後の高校での感染判明事例は、ほとんど「部活動」関連だった。講義室での授業がほとんどおこなわれていないなか実行されている大学の「部活動」も同様である。なお、大学付属病院関連および「宴会」関連は別問題である）。

こうして「春休み」にはいると、高校「部活動」は全面再開され、顧問教員の前のめり姿勢に各校長が屈して対外練習試合まで実施されるようになった。直前まで授業さえ実施していなかったのに、外来者の立ち入りもなんらの対策なく許容するようになった。

実際に学校での集団感染寸前の事象が生じた。県内の高校を卒業して東京都内の大学に進学した学生が、東京での感染判明者が激増するなか「緊急事態宣言」が話題になっていた時期に、両親らの住む実家に帰郷した。そして教員の人事異動の新聞別刷を見て思い立ち、卒業した学校に３月31日に立ち入り、翌日異動することになっているかつての担任のほか在学時の「部活動」の顧問らと面会した。ところが翌日の４月１日に発症し、１週間後にPCR検査を受けて４月９日に感染が判明した。連絡を受けた高校の校長は、３月31日に面会した教員（うち一人は他校に異動）をただちに帰宅させ、以後２週間の自宅待機を指示したが、所属の教職員らには詳細を伏せたまま、「基礎疾患」のある教職員数名を在宅勤務にきりかえただけで、それ以上の措置は取らなかった。

この件について関係者から県庁保健福祉部疾病対策課に電話しても当然「話し中」で連絡が取れない。ついで電話を受けた高校教育課の指導主事は、この件は一切知らないのに「現在事実関係を確認中」だと虚偽を述べた。管理主事らは県北の高校での「スト」対応で離席していたようで、課全体が話題性のある件に気をとられて本当に必要なCOVID-19対応を怠っていた。さらに電話を回された保健体育課の指導主事は、この件での教職員・生徒のPCR検査などは考えていないし、消毒については従来指示してあるから重ねての対応はしないと回答した。この時期は「帰国者」や病院・老人介護施設の集団感染がほとんどであり、この件は最初の県立学校関係の感染事例なのに何らの対応もしなかった。

面談した教員を帰宅させ２週間様子をみることにするだけで、それ以上の措置はとらないというのは、県庁保健福祉部疾病対策課から県教育庁への指示だったのだろう。２日前の４月７に７都府県に「緊急事態宣言」が発せられたなかでの緊張感の欠如した対応であるが、それというのもこの時点で

の「濃厚接触」の要件は「発症日以降」の接触だったからである。この事例では発症は学校立ち入りの翌日の４月１日であり、発症前日の３月31日に接触があってもそれは「濃厚接触」とはみなさないのである。接触した教員はPCR検査はもちろんのこと「積極的疫学調査」の対象ともされなかった。

非感染者と非感染者の接触回避には意味はなく、社会的活動を遮断する悪影響しかない。非感染者と感染者との接触機会を減らすのが、COVID-19対応の基本方針とされなければならない。そのためには感染可能性の高い集団から優先的におこなうPCR検査の大量実施によって感染者を割り出し、治療・隔離をおこなうことが先決である。そうしてはじめて、非感染者と感染者の接触機会を減らすことができる。PCR検査を抑制、それどころか事実上禁止しておいて、外出自粛、店舗等の営業制限などを呼びかけるのは、あきらかに失当である。休校措置についても同様である。知事は、ひとこと「休校」を宣言するだけだから気楽なものだが、本来なら県庁保健福祉部や茨城県教育委員会は、COVID-19対策の基本に立脚する医療方針と学校管理方針を樹立・実行すべきであった。しかし、保健福祉部長は厚生労働省「天下り」の医系技官であり、もっとも忠実な追随者でしかない。茨城県教育委員会はたとえば広島のように文部科学省「天下り」の教育長による直轄支配を受けたこともないのに、国家行政の枠内で行動するのが当たり前になり、それどころかとりわけ大井川知事の独断的越権に屈服し、知事部局への従属が常態化してしまった。（知事は、COVID-19対応のさなかの2019年度末に、県立学校教員出身者の教育長を任期途中で退任させ、県庁知事部局から教職経験がないどころか教育行政にまったく無縁だった職員を教育長に据えた。）

2020年６月８日までの休校措置がおわると、学校は段階的に再開され、当初は「三密」回避として１教室20人での授業とするなどの対策をとったものの、それらは一時のものに終わり、ここ数年にない酷暑のなか夏季休業を実質的に２週間に短縮するなどして休校措置の補填をおこない、以降はすっかりもとの状態にもどることとなった。

「休校」にするか否かしか選択肢がないというのでは、COVID-19対応は失敗するし、絶大な悪影響を及ぼすだけとなる。実質的に必要なCOVID-19対策方針を樹立・実行する必要があるのだが、場当たり的対応に終始している。

３　COVID-19における県医療行政の失敗

茨城の「医師不足」についての大井川知事の対応の件に話を戻す。

知事は「地域枠制度」を活用する医師養成とそれに関連する医師の優遇策などのほか、短期的対策として「最優先」で取り組む５病院を指定して、16人の医師確保をめざすとしている。そのひとつが県南の取手市にある「JAとりで総合医療センター」（以下、「JA取手病院」）における小児科医師２人の優先的募集である。JA取手病院は、「414の病床数をもつ茨城県県南部、千葉県北西部の約53万人を医療圏とする救急基幹病院」と称する竜ケ崎保健所管内最大の基幹的病院でありながら、小児科医師の不足から小児科の夜間救急外来診察を２年以上停止していて、対応が必要とされていたのである。

このJA取手病院で、COVID-19に関する国の方針とそれに忠実な茨城県庁の対応に起因して、大規模な新型コロナウイルスの院内感染が起きた。３月26日、JA取手病院から「肺炎」のため入院していた患者について竜ケ崎保健所に連絡があり、３月27日に茨城県衛生研究所（水戸市）に検体を送ってPCR検査を実施した結果、即日陽性が判明した。茨城県で12人目の感染者である。この患者は、3月19日に発熱があり近所の医院で「感冒薬」を処方されたが、３月22日に38度台の発熱がありJA取手病

院を訪れた。「肺炎」の所見があったため直ちに入院したが、症状が悪化し酸素吸入が必要な「重症」となったので、26日にいたってやっと病院から保健所に「相談」したというのである。

感染判明により保健所は「濃厚接触者」を認定し、入院患者や同病院の医師・看護師・受付職員など約60人について数次のPCR検査を実施した。まず27日のうちに同室者１人の感染が確認され、さらに翌28日に19人についてPCR検査を実施して、家族と病院での同室者の２名の感染が確認されたほか、30日に同じ病棟の入院患者３人、４月１日に同病院の看護師２人と入院患者１人、さらに４月５日には同病院で腎臓透析を受けた外来患者１人、同室だった入院患者１人、同病院の医療従事者１人の感染が確認された。最後の２人は３月29日の時点のPCR検査では「陰性」だったものがあらたに「陽性」と判定された。

最初の患者は70歳代であり一応「高齢者」なのだが、JA取手病院は「37.5度以上４日間」という国が設定した受診条件に忠実にしたがい、PCR検査を怠ったまま不用意に対応したことで、数十名の「濃厚接触者」と、すくなくとも12人の「感染者」を生じさせた。この結果、外来診療と救急診療を２週間停止することとなった。新聞記事（東京新聞、2020年３月29日）によると、同病院の冨満弘之（とみみつ・ひろゆき）副院長は、次のように述べている。

> 今回のケースはインフルエンザと違い、すぐに結果が出る検査方法がないことに尽きる。
> 肺炎患者全員にウイルス検査することは人数が膨大になり現実的でない。
> 残念ながらこういうことは起こりうる。

あきれた発言である。３月26日以降実施した患者・「濃厚接触者」に対するPCR検査は、いずれも即日または翌日には結果が出ているのであり、「すぐに結果が出る検査方法がない」というのは、明白な虚言である。国の「基準」に忠実にしたがい、ちょうど４日間座視したことを正当化しようというもので到底許されない発言である。数十万人に一斉にPCR検査をすべきだなどと言っているのではなく（もっとも、それ以上のことを中国や韓国は実行している）、COVID-19蔓延の最中に「肺炎患者」についてPCR検査をする程度で「膨大」などというのは、戯言というほかない。JA取手病院は、最初のひとりのPCR検査を忌避したために、結局60人についてPCR検査をすることになったほか、多数の院内感染、さらに病院機能の一時停止まで引き起こしたのだが、まったく反省していない。

2020年（令和2年）3月29日（日曜日）

JAとりで総合医療センター

外来や救急2週間停止

新たに1人確認 院内感染の可能性

県内の天気

厚生労働省・国立感染研をはじめ、多くの病院管理者、少なからぬ医師会幹部らが、PCR検査をし過ぎると「医療崩壊」を招くから、むやみに検査すべきではないと散々言ってきたが（現在も同様である）、事実は逆である。PCR検査を抑制禁止したために本物の医療崩壊現象をもたらしたのである。

JA取手病院は、その前月の２月には、ダイヤモンドプリンセス号から下船した重症患者14人を受け入

れていて、COVID-19対応に不慣れだったわけでもない。しかし、同じJA系列の県内の他の病院ではCOVID-19患者の識別対応を実行していたのとは対照的に、２月末の段階ですら病院の玄関はフリーパスの状態で、まったく無防備だった。正面玄関を入ってすぐの内科の待合場所は、いつもどおり鮨詰め状態だった。JA取手病院は何の対策も実施しないまま３月22日に患者を受け入れ、あっというまに地域の基幹病院の外来・救急全部停止という深刻な結果を招いた。

同じ新聞記事によると、「県は病院の対応に『瑕疵はなかった』としている」という。それもそのはずで、茨城県の保健福祉部長は、厚生労働省から「出向」（制度的には厚労省職員を退職して茨城県職員として採用）している医系技官の木庭愛（こば・あい）であり、厚労省の「37.5度以上４日間」のガイドラインに忠実に従ってPCR検査を怠った病院幹部の対応を無責任に是認しているだけの話である。

COVID-19対応にあっては、官邸はアベノマスクや犬と戯れる動画配信などの単なる愚策や、２月末の段階での突然の一律休校措置などの過剰対応、さらに緊急事態宣言の発出と停止後は、完全な無為無策状態に陥り、政権・与党幹部らの「政治主導」のもとでの「Go To」キャンペーンなどの異常な施策ばかりが目立つようになっている。

COVID-19対応の主軸をなす医療行政にあっては、厚労省・国立感染研などの厚生官僚組織が、大量検査による隔離・治療という取るべき対応を断固拒絶し、PCR検査を極度に制限する世界的にみても異例の政策をとってきた。それを主導したのが、厚労省の「医系技官」すなわち医師免許をもつ官僚である。かれらは一応医師免許は持っているが、臨床経験はほとんどないし医学研究の経歴もないから、特段の医学的知識があるわけでもない。あるのは国内あるいは派遣先の外国での医療行政上の経歴だけなのに、医療行政上の絶大な権限、さらに権限外の影響力を行使して、国内すべての医療機関とそこでの医療従事者の行動を統制している。運転免許を取得しただけのペーパードライバーや若葉マークの初心者が、Ｆ１レーサーを含むプロのドライバーに指示命令をおこなうようなものである。

かつての「専門家委員会」副座長で、その解散後は「分科会」座長となった尾美茂（おみ・しげる）も厚労省の医系技官出身である。WHOに出向した経験をもつが、時代遅れの医学的知識しか持たない元官僚が古臭い理論を持ち出して、日本のCOVID-19対応を指揮しているのである（児玉龍彦はこれを「昭和の懐メロ」と評した）。陽性者が多数判明すると「医療崩壊」を招くとしてPCR検査拒絶を貫き、検査すら受けられないまま死亡する事例を複数出したさいたま保健所の西田所長など、全国の保健所長は末端の医系技官であるが、木庭愛は茨城県保健福祉部長の要職にあって茨城県庁のCOVID-19対応を指揮している。医学部卒業後の臨床経験はわずか３年しかなく、厚労省に就職後は尾美茂と同じくWHOに出向したりしながら医系技官として医療行政にたずさわってきた（https://govt-doctor.com/interview/ai-koba/）。そして、経済産業省出身の大井川知事のもとで国の医療行政方針どおりに県の医療行政を執行しているのである。JA取手病院の集団感染の原因者のひとりであるから、いまさら病院幹部の不手際を批判するはずもなく、無責任に擁護するのは当然である。

身内に庇ってもらった冨満弘之副院長は、外来・救急が完全停止している最中の2020年４月１日に院長に就任し、次のように述べている（http://www.toride-medical.or.jp/about/greeting.html）。

> 1976年に旧取手協同病院と旧龍ヶ崎協同病院を合併して現在の地に移転したのを始まりと考えると、当院はこの地で50年近く診療を行ってまいりました。この間に増改築を繰り返し、414の病床数をもつ茨城県県南部、千葉県北西部の約53万人を医療圏とする救急基幹病院になりました。

冨満元副院長＝現院長らJA取手病院幹部は、国の方針に忠実にしたがってPCR検査を怠ったうえ、取るべき院内感染対策を取らずに患者や病院職員らの大規模感染を引き起こし、50年の実績をあっという間に棄損してしまったのだが、何の反省もしていない。

救急基幹病院の機能確保のための小児科医師２名補充を重点政策として掲げておきながら、知事と保健福祉部長は、国のPCR検査抑制方針に忠実に従うことで、県内医療機関や老人介護施設での防御体制整備をおこたり、ついには救急受け入れを含む外来診療の一時停止という甚大な結果を招いたのである。

４　国の「クラスター対策」方針の挫折

ここで、2020年３月以降の国のCOVID-19対策方針について見ておく。すなわち、PCR検査抑制方針の根拠とされた「クラスター対策」方針である。

厚生労働省は、「帰国者」の中から出てきた「感染者」と、それとの「濃厚接触者」に対してPCR検査を施し、感染の有無を確定する手法を「積極的疫学調査」と呼んでいる。「積極的」というからには、「消極的疫学調査」というものもあって、それとは違って大規模かつ網羅的に感染元や感染先を探索し尽くす手法なのかと思うと、そうではない。たんに「帰国者」と連なる「濃厚接触者」、その「濃厚接触者」から選択された「感染者」、その「感染者」」と連なる「濃厚接触者」、その「濃厚接触者」から選択された「感染者」、その……と、糸をたどっていくというだけの話である。「積極的」と対語になる「消極的」な疫学調査などというものはない。そもそも「積極的疫学調査」は医学の一環としての疫学上の概念ではない。「積極的疫学調査」はサイエンスとしての疫学 epidemiology とは無関係である。「積極的疫学調査」は医学 medical science 上の概念ではなく、行政 administration 上の概念にすぎない。

COVID-19に関する「積極的疫学調査」について国立感染症研究所が定めているのは「新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領（暫定版）」である。2020年１月17日に発して以降、数次の改訂を経て、最終的にはは2020年５月29日改訂版が出された（2020年11月現在も維持されている）。ここでは３月から５月にかけての「積極的疫学調査」の実状について検討するので、３月12日版を見ることにする（https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2484-idsc/9357-2019-ncov-02.html）。「暫定版」となっているが実施前の案文というのではなく、COVID-19問題における、その時点での日本政府の確立した基本的方針である。「（感染者の）クラスター」の定義らしきものと、それに注目する理由はつぎのとおりである。

> 「患者クラスター（集団）」とは、連続的に集団発生を起こし（感染連鎖の継続）、大規模な集団発生（メガクラスター）につながりかねないと考えられる患者集団を指す。これまで国内では、全ての感染者が２次感染者を生み出しているわけではなく、全患者の約 10-20%が２次感染者の発生に寄与しているとの知見より、この集団の迅速な検出、的確な対応が感染拡大防止の上で鍵となる。

厚労省・感染研が「（感染者の）クラスター」に拘る理由が端的に述べられている。「（感染者の）クラスター」を潰すことが感染拡大防止の「鍵」になるというのである。鍵 key を差し込んで回しさえすれば錠前 lock を簡単に閉ざすことができる、「（感染者の）クラスター」発見こそがその「鍵」を見出すことだという。「鍵」さえ手に入れてそれを使えば「大規模な集団発生（メガクラスター）」の出現を予防できる、すなわち日本社会における感染拡大を阻止できるというのだが、きわめて一面的で浅薄な方針である。実際、失敗に終わる。

つぎが「積極的疫学調査」についての説明である。

（積極的疫学調査の対象）

〇積極的疫学調査の対象となるのは、上に定義する「患者（確定例）」および「濃厚接触者」である。

感染源推定については、患者クラスター（集団）の検出と対応という観点から、リンクが明らかでない感染者〔患者（確定例）など〕の周辺にはクラスターがあり、特に地域で複数の感染例が見つかった場合に、共通曝露源を後ろ向きに徹底して探していく作業の重要性、必要性があらためて強調される。これらは地域の、ひいては日本全体の感染拡大の収束に直結している。

何を言っているのかよくわからない文である。先に「リンクが明らかでない感染者」が見つかった場合において、そこから「後ろ向き」に辿っていけば、「感染源」である「（感染者の）クラスター」に到達できる、ということのようである。「後ろ向き」とは、時間を過去に向けて遡るという意味である。そして到達した「（感染者の）クラスター」を潰すことが、「日本全体の感染拡大の収束に直結」する、というのである。しかしながら、そもそも厚生労働省・国立感染研の方針によれば、「帰国者」でも「濃厚接触者」でもない者がPCR検査を受けること自体ほとんどありえないので、「リンクが明らかでない感染者」が先に見つかる可能性はほとんどない。すなわち「リンクが明らかでない感染者」が出現することは、例外的なものである。

なにより、厚生労働省・国立感染研が現実に実行するように言っているのは、いうところの「後ろ向き」ではなく、その逆の「前向き」、すなわちすでに確定している「感染者」ないし「（感染者の）クラスター」から各「濃厚接触者」へと、つまり時間を先へと辿って調査をおこなうというものであり、それも実際には「徹底して探していく」とはほど遠いのである。実際の行動と、言っていることが完全に矛盾しているのである。

なお、「クラスター cluster 」は単に「集団」という意味であり、それを「感染者の集団」という意味でもちいるのは、一般的 general 名辞で特定の particular ものを指そうというもので、混乱は不可避である。基本的概念をこのように曖昧な意味で用いるのは間違っている。「積極的疫学調査」と同じく、この「クラスター」もまた、疫学の教科書にも載っていない単なる行政用語、しかも不適切な用語である。

この程度の過度に単純で一面的な、杜撰極まりない基本方針を絶対化してCOVID-19に対抗しようと言うのだから、もとより押さえ込みはうまくいくはずはないのである。

5　茨城県のCOVID-19関連医療行政の推移

次は、2020年９月11日の茨城県議会本会議で質問を受けた木庭愛保健福祉部長が答弁した件についての報道である（９月11日、NHK水戸放送局、https://www3.nhk.or.jp/lnews/mito/）。

> 県議会は11日から一般質問が始まり、PCR検査の体制強化について質問がありました。 現在は、発熱などの症状があり、感染の疑いがある場合、保健所の「帰国者・接触者相談センター」などに連絡したうえで、検査が必要だと判断されれば受けられることになっています。これについて木庭愛保健福祉部長は、インフルエンザの流行期にも新型コロナウイルスの患者に適切に対応するとして、「患者が直接地域の身近な医療機関に電話相談のうえ受診し、医師の判断で検査につなげることのできる体制を整備する」と答弁しました。

国はあいかわらずPCR検査抑制禁止体制をとっていて、PCR検査の関門は特権集団にだけ開かれている。「要人」や、芸能興行上必要な芸能人・プロスポーツ選手・放送関係者などは特別扱いでPCR検査を受けさせてもらえるようだが、一般の国民は排除されたままである。そのようななかで、一部自治体や一部医師会が独自の検査体制をつくっているが（ただし、そのつど国がいちいち妨害する）、茨城県はこの時点でも事実上の禁止体制が維持されていた。それを改善すると言っているように見える。

「患者が直接地域の身近な医療機関に電話相談のうえ受診し、医師の判断で検査につなげることのできる体制を整備する」というのは、すでに整備したということではない。このあと整備する予定だというのだが、いつまでに整備するかは明言していない。そもそも「検査につなげることのできる体制」というのも微妙な口吻であり、ドライブスルー検査のような、迅速かつ安全な検査機会をすべての人に提供するというというのでもなさそうである。あいかわらず「電話相談」の関門を設けて振り分けて、結果的に検査を拒否する可能性もなくなっていない。「つなげることのできる」というのはPCR検査ができないこと、つまり行政機関の判断によってPCR検査をしないこともありうる場合の言い方なのである。

県議会答弁から２か月近く経過した、2020年11月２日以降、「検査プロセスの見直し」がされたようである。しかし、「これまで」と「11月２日から」の違いについての、県庁のウェブサイトの説明（次ページ。https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/yobo/kiki/yobo/kansen/idwr/information/other/documents/20200130-corona.html）は曖昧である。

図によれば「これまで」も「地域の診療所等」に連絡すると、そこから「帰国者・接触者外来」に取り継がれて検査を受けられるように見える。実際には「地域の診療所等」から「県庁・保健所」におうかがいをたてると、帰国者または「濃厚接触者」であると認定された事例だけを非公表の「帰国者・接触者外来」に取り継ぎ、それ以外には一切PCR検査は実施しなかったのである。「11月２日から」は、「地域の診療所等」に「直接電話予約」できるというのだが、それは「これまで」でもできたことである。「検査の実施については、診察した医師が個別に判断いたします」とある。

それまでの、医師が検査が必要と判断したものを医師でない保健所職員が振り分け、多くについてPCR検査をしなかった医師法違反の取り扱いを改めたように読めないこともない。記述は曖昧だが、現実ははっきりしている。この「11月２日」以後も、PCR検査を受けられない事例が相次いでいる。

県民の皆様へ

県は，新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの同時流行に備え，発熱患者に対応可能な診療・検査医療機関を指定いたしました。

発熱等の症状がある方は，まず，かかりつけ医等の地域で身近な医療機関に電話連絡をした上で受診して頂くようお願いいたします。

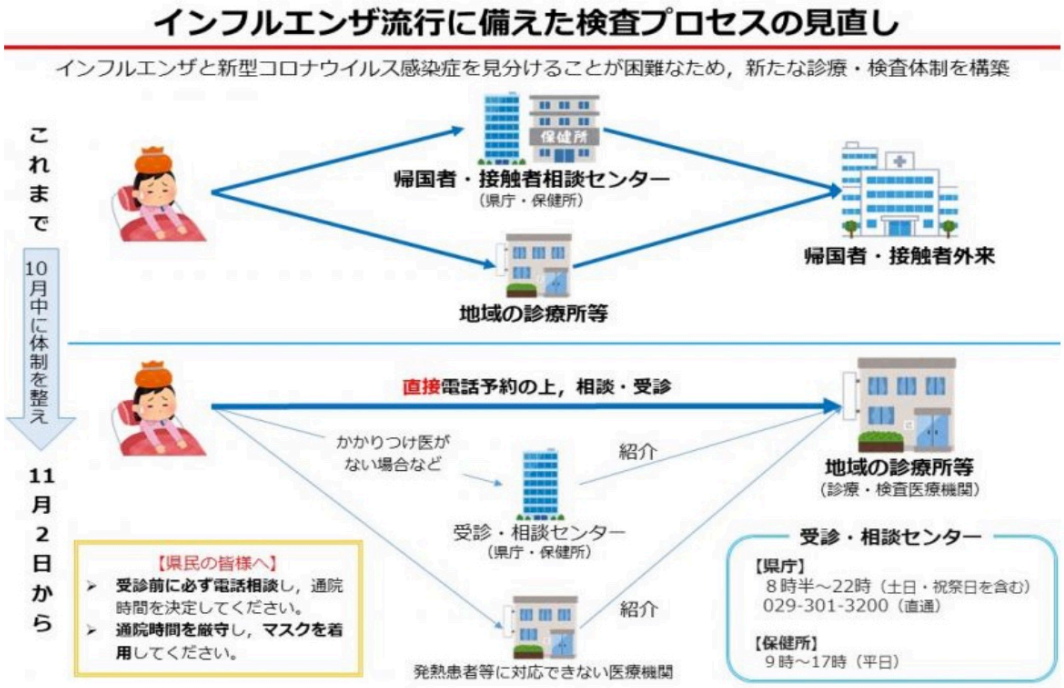
かかりつけ医がない場合などについては，近隣の診療・検査医療機関をご案内いたしますので，受診・相談センターにご相談ください。

なお，検査の実施については，診察した医師が個別に判断いたしますのでご了承願います。

【医療機関にかかる時のお願い】

・受診前に必ず電話相談し，通院時間を決定してください。

・通院時間を厳守し，マスクを着用してください。



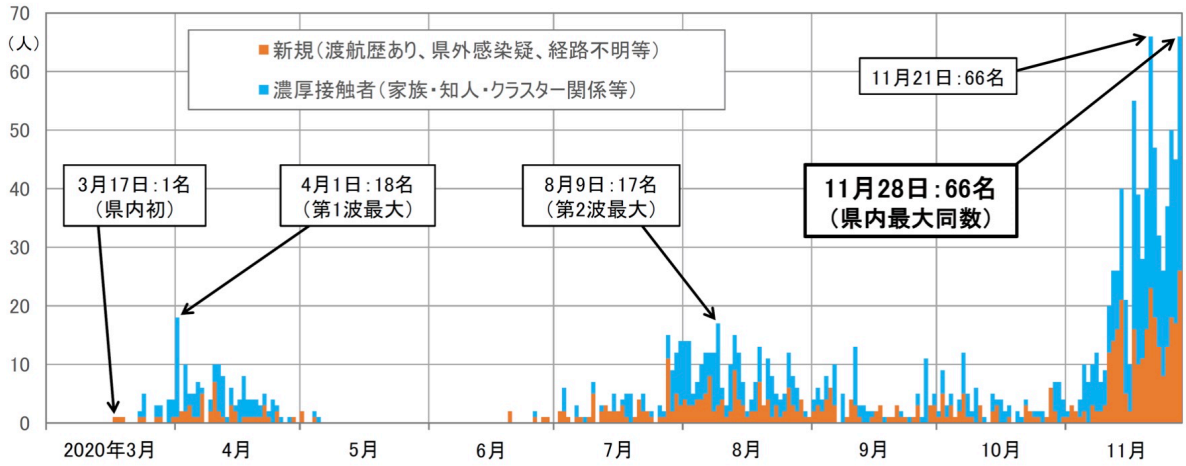
PCR検査を断られたので県外の医療機関まで出かけてPCR検査を受け、感染が判明した例もある。「診察した医師が個別に判断」するというのは、一見医師の判断を尊重すると言っているようだが、そうではない。現実には医師に対して厳重な要件を課すことで、PCR検査を抑制しているのである。医師が必要であると判断したのを保健所が拒絶すると違法のそしりを免れないので、簡単にPCR検査に回せないように、あらかじめ医師の「判断」を縛っているのである。PCR検査抑制方針はすこしも変わっていない。

「接待を伴う飲食店」や「夜の街」関連で「（感染者の）クラスター」が発生したとして、土浦市役所職員を対象に500人規模のPCR検査を実施したという報道があり（11月中旬）、まるで従来のPCR検査抑制・禁止方針が撤廃されたかのような印象を受ける。しかし、PCR検査はあくまで「（感染者の）クラスター」と認定した事例において、「濃厚接触者」であると保健所が認定した対象者に限られている。「認定」条件は厳しく、たとえば市役所職員の家族は検査対象とはしない。

茨城県内における新型コロナウイルス感染症例発生状況

累計感染者数：1,508名　茨城版コロナNext（対策指針）：Stage3

11月28日（土曜日）、県内で新たに新型コロナウイルス感染症患者（66名）が確認されました。



県庁のウェブサイトに「直接電話予約の上、相談・受診」に応ずる「地域の診療所等」のうち、「公表の了承を得られた医療機関」の一覧が掲載されている。その中には相変わらず「37.5度以上の発熱」「強いだるさ」「息苦しさ」「味覚、嗅覚の異常」などの厳重な条件を課したうえ、PCR検査ではなく、あえて感度の低い抗原検査をおこなうとしている機関がある。抗原検査で陽性だとそのあと保健所に報告するのだという。低コストが理由なのかもしれないが、意味もなく迂遠な手続きになっている。「公表」を「了承」しない医療機関があるというのも理解に苦しむことである。厚生労働省・国立感染症研究所方針に忠実な茨城県庁とそれに追随する医療機関の姿勢は、３月当時とまったく変わっていない。

大掛かりかつ高額で実施可能数も限られる特別な検査だというのなら別であるが、中国や韓国では数十万人、数百万人、さらにはそれ以上の国民に対して（それどころか食品市場の俎板についてまで）即座かつ継続的に実施している簡易で確実性の高い検査なのに、県内ではいまだに厳重な要件を充足しなければPCR検査はしないという姿勢である。「検査」を拒絶する「診察」などありえない。無症状の感染者の割合が高いというCOVID-19の特徴からしても、このような厳重な条件付けは誤りであり、感染拡大や「医療崩壊」を引き起こすことになる。

当初より、組織改変により縮小された県内９保健所体制のもとでは、感染者やその「濃厚接触者」の調査対応業務は困難を極めたようである。県庁保健福祉部による感染状況の記者発表は、だんだんおざなりになり、６月の「第二波」からは、連番も振られなくなり、従来あった感染の経緯等についての一応の説明もほとんどなくなった。秋以降の桁違いの感染拡大期になると、完全に対応能力を超えてしまった。県民に状況を知らせない秘密主義というより、そもそも県庁・保健所による実態把握ができていない。当初おこなわれていた程度の杜撰な「積極的疫学調査」であってももはや実行不可能なのである。

「診察」はするがPCR検査はしないという、入り口での不合理な取り扱いが一向に是正されないだ

けではない。感染判明後の対応にも問題がある。他都道府県同様、すべての感染判明者の入院・隔離措置が不可能になっているようで、本県でも入院できずに「自宅待機」となっている割合が高い。これでは単身者が急激に重症化すれば「孤独死」の危険があるし、家族と同居する場合には家庭内での感染さらに家庭外への感染拡大は避けられない。COVID-19の状況は、めまぐるしく変化しているのであるが、国や茨城県の対応は、医学的に有効な方針すなわち、広範なPCR検査と機敏な入院・隔離を実施する、そのために必要な人員と資源を大量に投入する、というものにはなっていない。

愚策の極致としてのアベノマスク・思いつきの休校措置・実効性のない外出自粛呼びかけ・補償措置のない休業要請のあげくに、それらと矛盾する「Go To」キャンペーン実施など、政府・与党幹部らによる「政治」主導の支離滅裂な迷走のなかにあって、PCR検査制限という行政方針だけは一貫している。無策状態にある政権・与党の唯一最大の関心事は、2021年７月にオリンピックを強行実施することのようである。こうしてウィルス感染の危険性が高まる冬季を迎え、大規模感染拡大は不可避のものとなっている。