

初めに**感染症対策**について伺います。

私は3月の予算審査特別委員会において、「今回のコロナウイルスは、弱毒性だと言われているが、なぜ全世界を挙げて厳戒態勢を取るのか、何が特殊なのか」と質問いたしました。

それに対し、加藤病院事業管理者は「人類にとって新しい感染症については、多分人類はそれに対して免疫を持っていないし、人によっては重症化する場合もあり、治療薬もない時点では十分注意をしなければならない。

昔、スペイン風邪が大流行した時も、最初の頃は大したことがなかったが、途中でウイルスが強毒性に変異し多数の死者が出たという史実から、最初の段階できちっとした対応をする必要がある」という趣旨の回答がありました。

その後、3カ月が経過し、当該ウイルスの遺伝子構造等も解明され、治療薬やワクチン開発も進んでいることから、従来の感染症との違いや特殊性について、以下、改めて伺うものであります。

1月28日、政府は本感染症を「指定感染症」に指定しましたが、これによって、医療現場では季節性インフルエンザの診療に比べはるかに煩雑なものとなったといわれています。

この感染症の診断はPCR検査によって行われますが、陽性の場合、無症状や軽度の症状の人も含めて新型コロナウイルス感染症と診断されるので、指定感染症である以上、原則的には入院隔離措置が執られることとなります。

感染症法では、感染力、罹患した場合の重症度や致死率などに応じて感染症を1類～5類などに分類しますが、指定感染症は、これまで感染症法に指定されていない感染症のうち、緊急で患者の行動を制限することが必要な場合に、一定期間に措置を行えるようになります。

これまでに指定感染症になった感染症は、鳥インフルエンザ、2002年のSARS、2012年のMERSなど4例あるようです。

過去の4指定感染症の事例で、政府が緊急事態宣言を発出したケースは

ないと私は記憶していますが、今回の感染症と比較し過去の事例は、伝染力や毒性などにおいてどのようなレベルにあったのか、また、日本における感染者数や死亡者数、さらには治療薬やワクチンの開発動向、どのようにして終息したのか、について伺います。

関連して、これらの感染症はどのような診断方法によって感染者を特定しているのか、併せて伺います。

次に新型インフルエンザと季節性インフルエンザについて伺います。

20世紀に入ってからパンデミックとして、1918年から流行した「スペイン風邪」は、世界で6億人が感染し、死亡者は4,000～5,000万人、全人類の約3割が感染したといわれ、日本での感染者は約2,300万人、死亡者約45万人とされています。

また、1957年の「アジアかぜ」は世界の死亡者が100～200万人、日本では感染者は約300万人、死亡者約5,700人、1968年の「香港かぜ」は世界で50万人死亡したとされます。

また、直近で2009年新型インフルエンザは、WHOなどによる推計では、2012年の段階で死亡者数が28万4千人とされていますが、一方で重症化率は季節性のインフルエンザと同等かそれ以下とされており、季節性のインフルエンザによる毎シーズンの死者数はWHOの推計で25万人から50万人となっています。

今回の新型コロナウイルス感染症は、空港検疫、チャーター便案件を除く国内事例において感染者が16,923人、死亡者数916人（6月6日24時時点）となっていますが、過去のパンデミックと比較し、どの程度の伝染力と毒性を持つと考えられるのか、ご所見を伺います。

また、過去のパンデミックは、どのようにして終息したのか、併せて伺います。

2018年の日本の年間死亡者数は136万人で、死因のうち肺炎が6.9%、誤嚥性肺炎が2.8%であり、広義の肺炎による年間死亡者数は約13万人となります。

一方、インフルエンザによる死亡者数は、肺炎による死亡との判別が困

難なケースが多いため、WHOの提唱する「**超過死亡（エクセス・デス）**」という概念により推計しており、これによると年間**3千人～1万人**となっています。

3月議会でも同趣旨のことを申し上げましたが、その後3カ月が経過した現時点でも新型コロナウイルスによる死亡者が千人未満であるとすれば、例年の季節性インフルエンザと比較して、厳戒態勢をとるレベルなのか疑問に感じるどころですが、ご所見を伺います。

新型コロナウイルスを原因とする死亡者数には、季節性インフルエンザや肺炎による死亡者数が含まれている可能性があり、また、逆に肺炎等による死亡者の中にも、PCR検査で感染を確認されていないケースもあると思われま

す。これらがある程度判明するには、超過死亡を算定するためのデータが揃わなければならない、通年を経していない現時点では難しいものと思われま  
すが、途中の時点で推計が可能なものかどうか、ご所見を伺います。

関連して、季節性インフルエンザの今季（2019/20シーズン）の状況は、例年と比較してどうだったのか、全国、岩手県、盛岡市のそれぞれについてご見解を伺います。

また、盛岡市のインフルエンザ予防接種の状況は、例年と比較してどのような状況であったのか併せて伺います。

なお、盛岡市における平成30年度の死亡者は**3,087人**で、うち肺炎が**200人**、29年度は死亡**3,050人**、肺炎**201人**となっていますが、令和元年度の死亡者数と肺炎による死亡者数について、判明しているのであれば参考までに伺います。

次にPCR検査について伺います。

岩手県のPCR検査数は、6月6日24時時点で**705件**となっており、全国で最も少ないものの、次いで少ない徳島県**773件**、青森県**882件**であり、極端に少ないという水準ではありません。

本県のPCR検査態勢は、「岩手県新型コロナウイルス感染症対策専門

委員会」の委員6人が検体ごとにPCR検査にかけるかどうか投票で決め、保健所に助言する、という他県に比較して1段階多い方法に依っていると聞いています。

ついては、当該委員会で検査不要とされた件数は何件か伺います。

また、現在は「発熱外来」の設置などにより検査数が大幅に増えたことから、4月末からは専門委員会の助言を待たずに検査ができることになったとされていますが、これにより本県のPCR検査は他県と同様の方法になったと理解してよろしいか伺います。

PCR検査をもっと増やせ、というような声が国会やマスコミなどからあがっていますが、**無症状の人まで検査対象を拡大すると、感度・特異度の確率計算から陽性的中率・陰性的中率が低下する**ようです。

とすれば、本県の検査態勢は、今までどおりの慎重姿勢で臨むべきと思料しますが、ご所見を伺います。

PCR検査に関しては、政府の専門家会議に属していないある臨床医から次のような見解が示されています。

≪PCR検査（ポリメラーゼ連鎖反応）とは、ウイルスゲノムの一部をプライマーという短い塩基配列で挟み込み、温度条件を変えて増幅して視覚化するもので、プライマー設定を適切にしないと何を見ているのか分からなくなり、**新型コロナではなく常在ウイルスを検出している可能性がある**。

PCR検査の診断精度を下げる要素が色々なレベルで発生する。

具体的には①プライマー設定、②検体採取手技、③検査技師の熟練度、④増幅条件、⑤機器の精度、⑥判定レベルの設定、などの原因が想定され、これらを合算すると**正診率30～70%**であろうと推定される。

従って、PCR検査で陽性反応になるケースは、①武漢ウイルスによる重症肺炎、②土着コロナでの風邪、③土着コロナを保菌、④（未知の病原体やインフルエンザを含む）コロナ以外の病原体による肺炎だが土着コロナも保菌、⑤主因は細菌性肺炎だが土着コロナも保菌、以上が想定される。

④や⑤のケースでは、「コロナで重症肺炎になった」という誤解につながっている。

PCR検査は「微量であっても存在するDNAを検出する方法」であって「ウイルスを疫学的に検出する方法ではない」。人類世界が初体験しているのは「コロナウイルスの脅威」ではなく「PCRを大規模に疫学調査に使う怖さ」。》

以上の指摘ですが、これに関する当局のご所見を伺います。

政府の専門家会議では、国民に対してこうしたPCR検査についての説明責任を果たすこともなく、クラスター追跡一辺倒で「接触率8割減」とか、「対策ゼロなら40万人死亡」などと国民の恐怖心を煽り、縮こまるばかりの方策しか示しておりません。

現場のある臨床医は、「新型コロナウイルス感染症だけが怖い病気ではなく、肺炎も元々は命を脅かす疾患ですが、肺炎球菌は多くの人が保有しており、コロナだけではなくインフル、ロタ、アデノ、ヘルペスなど多くのウイルスに接触して私たちの体は闘って、自然に免疫をつけながら生きている」と述べていますが、これに対する病院事業管理者の率直なご見解を伺います。

次に、「新しい生活様式」について伺います。

去る5月4日の専門家会議において「新しい生活様式」が示され、今後は、①身体的距離の確保、②マスクの着用、③手洗いや、「3密」を避ける等の対策を取り入れた生活様式を実践することが求められています。

感染者が出ていない本県だけではなく、現在は隣接する秋田・青森・宮城の各県でも入院治療を要する人がゼロとなっており、東北地方はほとんど感染者が存在しないことになっている状況にあります。

しかし、全国一律に「新しい生活様式」を要請することは、既にエチケットというレベルを超えて半ば強制することに等しく、私は非常な違和感を覚えます。

一方で、去る5月26日、厚労省は「熱中症予防行動について」として各都道府県や保健所設置市などに対し、「屋外で人と十分な距離（少なくとも2m以上）が確保できる場合には、熱中症のリスクを考慮し、マスクをはずす」よう周知依頼を行いました。

夏に向かう中でのマスク着用は、熱中症を引き起こす原因となるだけでなく、自己免疫力の低下を招くとの指摘もあります。

また、頻繁に手洗いをするなど、除菌を行うことにより、本来人間が保有している常在菌を減少させ、肺疾患などの病気が増加するともいわれています。

以上から、「新しい生活様式」を頑なに守ろうとすると、むしろ反作用の影響が大きくなるものと思われませんが、病院事業管理者としてのご見解を伺います。

関連して、次の項目、**新型コロナウイルス感染症対策本部の対応**について伺います。

去る5月25日に国の緊急事態解除宣言が行われたことに伴い、5月27日には当市の対応方針の改定が同本部から発出されました。

内容的には、国と県の基本的対処方針を踏まえたもので、全般的な方針としては「新しい生活様式」の定着等を前提として、「地域の感染状況や医療提供体制の確保状況等を踏まえながら、市における社会経済の活動を、段階的にレベルを引き上げていく。」としています。

分野ごとの留意事項の中で、まん延防止としては「6月以降は、都道府県をまたぐ移動については、観光振興の観点からの人の移動も含め、**県が示す外出自粛の段階的緩和の方針に従い対応する**」、「催物等の開催の制限については、**県が示すイベント開催制限の段階的緩和の方針に従い対応する**」などとしております。

また、本方針は「県内及び国内の感染状況や国の動向等を踏まえ、適宜見直しを行う。」としております。

改正新型インフルエンザ対策特別措置法上の主な権限として、都道府県知事は「外出自粛や休業の要請・解除」、「学校や施設などの使用制限の要請・指示」などの権限を行使し、国は「都道府県との総合調整」を行うこととしています。

当該特措法では、知事に制限解除の権限を委ねるなど大きな権限を与えていますが、同法における市の権限はどのようになっているのか、具体的

には、県が定めた「外出自粛やイベント開催等の制限の段階的緩和方針」を超える緩和あるいは制限を加えることが可能なのか、ご見解を伺います。

PCR検査において、6月6日24時時点で岩手県は依然として陽性者ゼロであり、また、東北地方でも陽性者のほとんどが退院または療養解除となっており、わずかに山形県2人、福島県3人が入院治療中で、うち重症者は1人、現在までの死亡者は2人という状況にあります。

マスコミは連日のように「新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するために・・・」といったフレーズを枕詞にして、今月に入ってから「東京都では新たに何人が感染した」、「北九州市はクラスターが発生した」などと恐怖心を煽るような報道を続けております。

各都道府県の検査陽性者の状況（空港検疫、チャーター便案件を除く国内事例）によると、全国の合計では既に陽性者のうち14,961人が退院または療養解除となっており、現在入院治療を要する人は1,042人（うち重症者は98人）まで減少しています。

PCR検査陽性者の累計報道だけに接していると、感染拡大が止まっていないような錯覚を起こしてしまいがちですが、実際には全国の感染者は連日縮小していて、現時点では千人程度の状況にあります。

以上の情勢を踏まえ、盛岡市としては、感染者が「広域盛岡以外の県内・広域盛岡・盛岡市内」の各段階で発生した場合の対策と、軽症などで退院した場合の解除措置を講ずるなど、段階別の対応を予め検討すべきと考えますが、谷藤市長のご所見を伺います。

最後の項目、今後の日本経済の動向と市政への影響について伺います。

内閣府が6月5日に発表した4月の景気動向指数速報によると、景気の現状を示す一致指数が前月比で7.3ポイント低い81.5となり、下落幅は比較可能な1985年1月以降で最大となり、また、数カ月先の動向を示す先行指数も8.9ポイント低下の76.2となって2カ月連続で過去最大の下落幅を更新しました。

外出自粛状態がこのまま長期化すれば、経済社会は、社会心理的な面も含めて、取り返しのつかない崩壊へ向かうのではないかと懸念され、倒産

や失業、犯罪、精神疾患など「出口」以降の復元力も大きく損なう恐れがあります。

令和2年度の当初予算策定時、県内経済の見通しについては、生産活動の緩やかな持ち直しと雇用情勢の改善などにより「県内経済は緩やかに回復しつつある」との前提のもとに、主要税目の収入を見込んでおります。

今回のコロナショックで、固定資産税は直ちには影響を受けないとしても、個人市民税や法人市民税は大きな影響を受けるものと想定されます。

については、今後の市内経済の見通しにおいて、どのような業種が大きく影響を受けるとみているのか、また、現時点で税目別の影響度を予想できるのであれば、ご見解を伺います。

疾病に関するテキスト（放送大学）には「感染症を発症するかどうかは、微生物の病原性と人の防御力のバランスによって決まるので、人の防御能が低下すれば弱い病原性でも感染症を起こす」とあります。

季節性インフルエンザが秋口から冬にかけて流行し、春になると終息していくのは、気温が低く乾燥した気候が原因であるように思われていますが、科学的に証明されたものではなく、むしろ春になって人間の屋外活動が活発になり免疫力が高まるため、との見方もあります。

この見方からすると、外出自粛やステイホームなどという要請は、免疫力を低下させ、感染症の発症リスクを拡大することになりかねません。

コロナ対策は、エピカーブ（流行曲線）のピークを抑えて先送りし、医療機関の対応を可能なものとするのが目的であるべきで、治療薬やワクチンが簡単に開発されない現状では、罹患自体の抑制を目的とすべきではありません。

従って、新型コロナウイルスとの共存、つまり感染しても劇症化はしない状態が可能となる態勢づくりこそが次善の策であり、予防策は通常のインフルエンザや肺炎、風邪並みの対策で十分であるという、いわば社会的に受容する段階に進むことが必要と考えます。

これに対して谷藤市長と加藤病院事業管理者から、それぞれご所見を伺い、私の一般質問を終わります。

(了)