

公益財団法人 医療科学研究所

自主研究プロジェクト

「健康危機管理に対するガバナンス：COVID-19 からの教訓」

最終報告書

目次

1. 背景.....	3
1.1 プロジェクトの位置づけ.....	3
1.2 問題の所在.....	4
1.3 地方自治体レベルでの対応に影響を与えるガバナンスへの着目.....	4
1.4 既存文献と本研究の位置.....	6
2. 目的.....	9
3. 方法.....	10
3.1 事例選択.....	10
3.2 聴き取り調査.....	12
3.3 調査内容.....	14
3.4 分析.....	14
4. 結果.....	15
4.1 地方自治体内部.....	16
4.2 地方自治体間関係.....	31
4.3 中央・地方関係.....	34
4.4 官民関係.....	40
5. 考察.....	49
5.1 平時に形成された関係・ネットワークの重要性.....	49
5.2 危機時の対応体制へと転換するメカニズム.....	51
5.3 国と地方のリンケージ.....	52
5.4 国と地方における情報のガバナンス.....	53
5.5 健康危機と自然災害の共通点と相違点.....	55
5.6 マンパワー支援における民間部門との補完体制.....	56
6. 結論.....	58
引用文献.....	61
謝辞.....	64
付録.....	65

「健康危機管理に対するガバナンス：COVID-19からの教訓」
プロジェクトメンバー

ファカルティフェロー

城山英明（東京大学大学院法学政治学研究科・公共政策大学院教授）

コアメンバー

小坂 健（東北大学大学院歯学研究科教授）

宗前清貞（関西学院大学総合政策学部教授）

プロジェクト研究員

山邊聖士（医療科学研究所研究員）

1. 背景

1.1 プロジェクトの位置づけ

新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）の発症が日本国内で最初に確認されてから4年余りが経過した。発生から長きにわたり、多くの人びとが新たな感染症というリスクとそれに対する不安を抱えながら、それまでの日常と大きく異なる生活を切り抜けようとしてきた。同時に、現場の医療従事者や行政職員、民間事業者、医療機関、地方自治体や中央政府などが、未曾有の事態に対応しようと取り組んできた。2023年5月8日には、COVID-19は感染症法上における「5類感染症」へと位置づけられた。これを境に、感染症のリスクそれ自体が変質したわけではないものの、政府による対策や医療提供のあり方などは大きく転換した。長期にわたった COVID-19 の流行とそれへの対応の検証は、これからさらなる時間をかけて多方面からの学術的な検討に付されるべき重要なテーマである。

本研究プロジェクト「健康危機管理に対するガバナンス：COVID-19からの教訓」は、公益財団法人医療科学研究所による研究事業「自主研究プロジェクト」として、2022年度から2か年の期間で実施された。その目的は、主に地方自治体レベルにおけるこれまでの COVID-19 対応を振り返りながら、何がうまくいき、どのような課題に直面してきたのか整理することをつうじて、健康危機管理体制の改善点や今後の教訓を得ることである。

後述するように、このようなテーマに対しては、すでにさまざまな立場からの検討やふりかえりがなされている。これに対して、本プロジェクトの狙いは大きく2つある。

第一に、COVID-19 対応から浮き彫りになった危機管理体制の課題には、中央政府と地方自治体、都道府県と市町村、中央政府の各省庁、地方自治体の各部局など、既存の行政構造をまたぐ問題が含まれている。こうした問題については、医療科学研究所のような独立した立場にある組織が検討を行なうことが、関係者による反省や今後の政策検討を促すうえで重要だと考えられる。

第二に、上記のような独立した立場から学術的検討にもとづく提言を示すことも、今後の健康危機管理体制の改善に資するうえで重要であると考えられる。医療科学研究所の「自主研究プロジェクト」は、医療科学の分野で科研費などの対象となりにくいテーマに取り組むことを目的としている。くわえて、現在は「知の構造化事業」と称し、医療関連領域で国内または国際的に重要な課題や概念でありながら必ずしも情報・知識が集約整理されていないものについて、多様な立場の視点や意見を整理集約することで、知の基盤（情報インフラ）を構築することを目指している。本研究プロジェクトは、このような「知の構造化事業」として取り組まれるものであり、COVID-19 対応で浮き彫りになってきた日本の健康危機管理体制の特徴や課題について、多様な立場の見解を整理しながら、今後の健康危機管理体制における改善の方向性を提示するという実践的な指向をもったプロジェクトでもある。

1.2 問題の所在

国際比較的に見ると、日本の超過死亡数は、諸外国と比べてかなり低い数字になっているとの推計もある¹。その一方で、国内での COVID-19 対応においては、医療の逼迫や保健所の疲弊、社会経済活動の制約など、社会に大きな負荷がかかってきた。国内全体が苦境や悪循環に陥るなか、COVID-19 対応の前線である地方自治体ではさまざまな対処が行なわれてきた。流行の各局面では、さまざまな自治体「モデル」に注目が集められてきた（山岡 2021; 中村 2021; 日本経済新聞 2020a, 2020b; 朝日新聞デジタル 2021）。メディア報道では、都道府県ごとの取り組みに「点数」をつけて「ランキング」を発表するといったことも行なわれた（日本経済新聞 2021 など）。COVID-19 の流行とそのなかで行なわれてきたさまざまな対応が社会にもたらす短期的・長期的な影響をいまだ十分に解明できていない現状において、各地の取り組みに安易に優劣をつけることには慎重となる必要がある。この点は押さえつつも、国内における COVID-19 への対応においては、地域ごとに見てもかなりのバリエーションが生じてきたことは確かである。

感染症法（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）では、情報収集や感染者の行動制限、医療供給体制の整備などに関わる事務を都道府県知事が行なうこととしている。一方、実際に患者やその疑いのある人びとに現場レベルで対応してきたのは保健所であり、公衆衛生を担当する組織として、都道府県のほか指定都市や中核市、その他の保健所設置市、特別区に設置されている（アジア・パシフィック・イニシアティブ 2020: 359）。COVID-19 対応においてこれらの役割を期待されてきた地方自治体のなかにも、ある側面では比較的うまく事態に対処してきたケースもあれば、ある側面では有効な対処を講じることができなかったケースもあった。地方自治体における対応のバリエーションは、いかにして生じてきたのだろうか。全般的な苦境のなかで、それを切り抜ける対処はいかにして可能となったのか。有効な対処を行えなかったとすれば、それはなぜなのか。

こうした問いに取り組むことは、感染症対応の前線である地方自治体が、今般の COVID-19 に対してなした対処の幅と、それをもたらし条件を浮き彫りにすることにつながる。同時に、COVID-19 対応の前線である地方自治体のレベルでどのような課題が生じたのかを振り返り、今後の教訓として国や地方自治体などの各層がどのようなことを意識していくべきかを整理することにもつながると考えられる。

1.3 地方自治体レベルでの対応に影響を与えるガバナンスへの着目

地方自治体レベルでの COVID-19 対応には、当然ながら、各自治体の首長や行政官などによる決定や行動、自治体内部の組織間関係といった地方政府内部の要素が影響をもたらす。一方、国と都道府県の方針が食い違うことでせめぎ合いが生じたり²、国が各地の COVID-19 対策を人的・

¹ 「新型コロナウイルス感染症対応について——保健・医療の提供体制や新型インフルエンザ等対策特別措置法の運用等を中心とした政府のこれまでの取組～2019年12月末から2022年5月まで～」 pp.26-29 参照 (https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/coronavirus_yushiki/pdf/attachment.pdf, 2023年3月7日最終閲覧)。ただし、Lancetに掲載された論文では、日本の COVID-19 による死亡例として報告されている数に対し、実際の超過死亡数はおよそ 5.6 倍から 6.3 倍であるとの推計も示されている（COVID-19 Excess Mortality Collaborators 2022: 1520）。

² たとえば、1回目の緊急事態宣言が出されるタイミングでは、休業要請の対象などに関して、国と東京都のあいだで意向のずれがあり、調整に時間を要している（竹中 2020: 162-5）。

財政的に支援したりするなど³、中央・地方関係のあり方が地方の COVID-19 対応に影響を与えた。また、或る都道府県で実施された対策が他の都道府県に波及するなど⁴、地方自治体相互の関係も各地の対応に影響した。さらに、COVID-19 患者の診療を行う病床の確保には、民間も含めた医療機関による協力が求められるなど、官民の連携も重要となった。このように、地方レベルに焦点を当てて COVID-19 対応を検討する際には、中央政府、地方自治体、民間組織といったセクターを横断した相互作用や、その相互作用がもたらされるメカニズムなどに目を向ける必要がある。

このような現象を捉えるために、本研究では、ガバナンスという視点から COVID-19 への対応を分析・考察する。ガバナンスとはさまざまな意味で使われる用語だが、広義の用法として、たとえば M. Bevir は次のように述べる。

ガバナンスとは、政府によるものであろうが、市場によるものであろうが、ネットワークによるものであろうが、また、その対象が家族であろうが、種族であろうが、公式の組織であろうが、非公式組織であろうが、地域であろうが、さらには、依って立つ原理が法であろうが、規範であろうが、力であろうが、言語であろうが、とにかく、ありとあらゆる「治める (govern)」というプロセスを示す言葉である。(Bevir 2012=2013: 4、一部原語を補足)

ここでは、ガバナンスという語を用いる際には「治める」というプロセスに焦点がありつつも、それを行なう主体（政府か、市場か、ネットワークかなど）、対象（家族か、公式組織か、非公式組織かなど）、手段（法によるのか、規範によるのか、権力によるのかなど）は多様でありうるということが含意されている。

より細かくいえば、ガバナンスという概念は、ガバメントやヒエラルキーなどの対比として用いられ、これらの概念では捉えられなかった行為主体や行為主体間の関係性を捉えようとするために用いられる。たとえば、ガバナンスという概念を用いることで、地方自治体や非営利民間部門などといった、中央政府（ガバメント）だけでない多様な行為主体の関与に注目したり、垂直的な指揮命令にもとづく階層型（ヒエラルキー）の組織構造だけでなく、競争や交換によって情報や資源が水平的に流れる市場やネットワークのような組織構造に目を向けようとする。このように、ガバナンスという概念を用いる 1 つの意義は、それまで別個に見てきたのでは理解できなかった（とくに何事かを「治める」プロセスにまつわる）現象を理解しようとするものの見方、姿勢をとることにあるといえる（曾我 2004: 87-91）。

本研究では、このガバナンスという概念を用いることで、多様なセクター間での相互作用やそれをもたらすメカニズムに目を向ける。さらに、本研究の一義的な焦点は地方レベルでの COVID-19 対応であるから、その観点からガバナンスという概念で捉えようとする範囲をある程度限定しておくことが有益だろう。第一に、地方自治体内部でのガバナンスである。たとえば、政治と行政の関係、本庁組織と保健所との関係、異なる部門間との関係、首長のリーダーシップ、

³ たとえば、新型コロナウイルス感染症患者等の受入病床を割り当てられた医療機関を対象に、新型コロナウイルス感染症患者等の対応を行う医療従事者の人件費などを補助する事業が 2020 年度から実施された。また、集団感染が発生した病院や施設、都道府県の対策本部などには、厚生労働省による各種の現地支援が行われた（山岡 2021: 64-8）。

⁴ たとえば、2020 年 4 月 7 日に最初に緊急事態宣言が出され、東京都と国が休業要請対象に合意すると、当初は休業要請に慎重だった埼玉県や千葉県なども態度を変え、休業要請に方針転換することになったという（城山 2020: 269-70）。

COVID-19 対応の体制などが焦点となりうる⁵。第二に、複数の地方自治体間の関係性である。COVID-19 への対応にあたり、都道府県や、保健所設置市、基礎自治体などのあいだでどのような関係が形成され、それが COVID-19 への対策にいかんに影響したのかを探る。第三に、中央・地方関係である。たとえば、国から地方に対してどのような支援が行われ、いかなる影響をもたらしたか、逆に国が地方の動きを妨げる側面はあったのかといった点に関心を向ける。第四に、サードセクターなども含めた民間セクターとの関係である。たとえば、自治体は医療機関の協力をどのようにして得ることができたのか、その他のステークホルダーといかなる連携が行われたのかといった点である。

なお、地方自治体による COVID-19 への対策としては、①感染予防・拡大制御に関する医学・疫学的な対策とそれに付随する公衆衛生上の対策、②COVID-19 流行でダメージを受けた事業者や社会的弱者に対する補償・支援などの社会・経済対策、③COVID-19 流行にあっても遂行することが求められる通常業務体制の確保策などを想定できる（大森・大杉 2021: 53）。COVID-19 の経験を踏まえた健康危機管理体制の改善点や今後の教訓を得ることを目的とする本研究プロジェクトでは、まずは①に当てはまるような対策を中心的に検討する。ただし、日本国内の COVID-19 対応においては、中央政府や地方自治体によって「感染拡大防止と社会経済活動との両立」が盛んに主張された⁶。このことを踏まえて、本研究では、①を中心的な検討対象としつつも、②や③とのバランスをどのように調整しながら対策が進められてきたのかについても注目する。

各地の COVID-19 対応には、人口構造や感染の発生状況、産業構造や地理的条件といった要素が影響を与えてきたことは言を俟たない。しかし、これにくわえて、各地における COVID-19 対応をめぐる上記のような意味でのガバナンスのあり方が、COVID-19 への対処のあり方を規定してきた側面もあると考えられる。では、地方自治体レベルにおけるさまざまな対処は、いかにして可能となってきたのだろうか。そこには、各地のガバナンスのあり方がどのように影響してきたのだろうか。

1.4 既存文献と本研究の位置

2024 年 1 月時点で、すでにさまざまな立場から、この間の日本国内における COVID-19 への対応やその課題などについて検討が行なわれてきた。ここでは、①政府や公的団体によって作成された報告書と、②研究者らによる論文・研究書に分けて既存文献を整理し、そのなかで本研究がどのように位置づけられるのかを述べる。

⁵ 以下で挙げる要素はあくまで例示であり、実際にどのような要素がいかなるメカニズムで COVID-19 対応に影響したのかは、本研究をつうじて探索されるべき問いである。曾我（2004）が述べるように、ガバナンスという概念を用いる 1 つの意義が、今まで見えなかったものを視野に入れようとするヒューリスティックな機能にあるとすれば、COVID-19 対応に影響する要素をあらかじめ厳密に設定しておくことは必ずしも重要ではない。

⁶ たとえば、内閣官房に設置された新型コロナウイルス感染症対策本部が 2020 年 8 月 28 日に決定した「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」では、重症化リスクの高い高齢者や基礎疾患のある者への感染防止、検査体制や医療提供体制の確保・拡充、新技術を活用した「新しい生活様式」の支援や行政活動・社会経済活動のデジタル化を実施することで、感染拡大防止と社会経済活動との両立に道筋をつけることが示された（https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/houkoku_r020828.pdf、2024 年 1 月 16 日最終閲覧）。

①政府や公的団体が発行する報告書

中央政府のレベルでは、内閣官房で開催された「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」が、2022年6月に報告書を取りまとめ公表している（新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議 2022）。そこでは、当時までの国レベルでの COVID-19 対応の取り組みを整理したうえで、感染拡大防止と社会経済活動の両立に向けた課題と、次の感染症危機に対する中央政府の体制づくりとして、感染症対策を一元的に行なう司令塔組織の必要性などが示されている⁷。ここでは、健康危機管理体制の再編の必要性を強調しながら、主に国レベルでの取り組みのふりかえりと課題の提示がなされている。一方、都道府県など地方レベルにおける COVID-19 対応については言及されていない。

地方自治体のレベルでは、COVID-19 の発生から一定の時間が経過するなかで、各自治体がみずからの取り組みを検証する報告書がいくつか公表されている⁸。これらは、それぞれの自治体行政が、COVID-19 に対して取り組んできた事柄を記録した資料として位置づけることができる一方、個々の取り組みの背後で関係者によるどのような判断ややりとりがあったのかといった点は必ずしも明記されていない。

一般社団法人アジア・パシフィック・イニシアティブが発足させた「新型コロナ対応・民間臨時調査会」では、政府責任者や行政官、専門家会議メンバーにくわえて、いくつかの都道府県や保健所へのヒヤリングやインタビューをもとに、2020 年前半までの日本政府の取り組みについて検討している（アジア・パシフィック・イニシアティブ 2020）。中央政府と地方自治体の関係についても論じられており、グッドプラクティスともいえる都道府県の事例を紹介しながら、感染症対応における権限と責任の明確化の必要性などを指摘している。このように、いくつかの都道府県レベルでの取り組みを紹介し検討を行なっているものの、グッドプラクティスともいえる取り組みがいかんにして可能となったのかについては必ずしも考察されていない。くわえて、対象時期は 2020 年前半までであり、それ以降に展開してきた COVID-19 への対応については検討されていない。

全国知事会が設置した「新型コロナウイルス対策検証・戦略ワーキングチーム」では、各都道府県における COVID-19 対応の取り組みを検討した報告書を 2020 年と 2021 年に公表している（全国知事会 2020, 2021）。2020 年報告書では、都市部と地方部の違いに注目しながら、医療提供体制などの面でどのような対応がなされてきたのかを整理している。2021 年報告書では、国内の感染第 5 波への対応に焦点化して、医療提供体制や保健所機能の維持・拡充などの取り組みについて、各都道府県の事例を挙げながら検討している。ここでは、COVID-19 対応における地方自治体による取り組みのバリエーションや、結果としてあらわれたさまざまな地域差が示されている。一方、そうした自治体による対応のバリエーションや結果的な地域差がいかんしてもたらされたのか、そこには国や他の自治体、民間セクターとのどのような相互作用があったのかといった点についての論及はなされていない。

一般財団法人日本公衆衛生協会が 2023 年 3 月にまとめた『新型コロナウイルス感染症対応記録』は、国や地方自治体、大学や研究機関、その他の関係団体に所属する公衆衛生関係者が執筆した 500 頁を超える記録である（正林・和田 2023）。内容としては、COVID-19 発生前からの経緯や、

⁷ ここでその必要性が指摘された政府の司令塔組織として、2023 年 9 月 1 日、内閣感染症危機管理統括庁が内閣官房に設置された（朝日新聞デジタル 2023）。

⁸ 市販されているものとして、たとえば愛知県大府市（2023）がある。

発生後の主な出来事と対応、COVID-19 の感染症としての特徴等々、重要なテーマごとに記録が作成されている。このうち、「組織の体制、ガバナンス」の章では、国レベルの専門家助言組織の役割、都道府県の体制、都道府県と政令市・特別区との連携、WHO から見た日本の教訓といったトピックごとに記録が残されている⁹。具体的にいくつかの都道府県や政令市・特別区の事例にも言及されており、そこでは、たとえば医療機関や社会福祉施設などでのクラスター対応に NPO など支援団体の協力があつたことや、国から都道府県に対して国立感染症研究所や厚生労働省からの派遣があつたことなども記されている。このように、本研究が関心を寄せる地方レベルの COVID-19 対応のガバナンスに関しても豊富な情報量をもった記録が残されている。ただし、個々の事例における体制や取り組みについては詳細に記述されているものの、それぞれの事例における体制や取り組みのバリエーションがなぜ生じたのかといった疑問は残る。

②論文・書籍

日本国内の COVID-19 対応に関する主要な書籍としては、COVID-19 の発生から第二次安倍政権退陣までの時期における政権と都道府県知事らの対応を検討したものや（竹中 2020）、2021 年夏ごろまでの日本の COVID-19 対応を国際比較の視座のもと検討したもの（川上・石井 2022）、2020 年 7 月に廃止された国の新型コロナウイルス感染症対策専門家会議の舞台裏を描いたノンフィクション（河合 2021）などがある。これらの書籍は、国レベルでの COVID-19 対応をめぐる政治やガバナンスについて重要な知見を示している一方、地方のレベルにおける COVID-19 対応やそのガバナンスの実態についてはあまり検討されていない。

関西大学社会安全学部（2022）では、国レベルだけでなく都道府県の COVID-19 対応についても立ち入った検討がされており、初動期における対策本部の立ち上げ状況や、それ以降の医療崩壊の状況などについて独自の調査をもとに検討している。城山（2020）の補論では、2020 年 5 月末までの時期を対象に、COVID-19 対応における国と地方の関係などについて検討されている。このほか、自治体関係者やジャーナリストらが各自治体における取り組みを記録した書籍もいくつか公刊されている（江川 2022; 関 2021; 野尻 2023）。

学術論文としては、大杉（2022）が、危機管理における多機関連携という視点から、東京都世田谷区と多摩市の COVID-19 対応の事例を検討しており、基礎自治体レベルにおける本部運営体制の構築や保健所組織の再編などがどのようなプロセスで展開したかを記述している。鈴木（2022）も多機関連携に着目したうえで、首長のリーダーシップがいかにして関係機関の連携を促すのかについて、第 1 波と第 2 波における複数の自治体における取り組みを事例に検討している。鳩野ほか（2022）は、第 2 波までの時期における COVID-19 に対する市町村保健部門の体制整備や取り組みの状況を報告している。古屋ほか（2023）は、「COVID-19 の健康危機管理」を対象としたモニタリングなどを行い、COVID-19 の経験を踏まえて、全国で好事例や工夫を集約・評価し、自治体の対応能力向上につなげる仕組みが必要なこと、将来の想定外な緊急事態に備えて自治体全体を俯瞰する役割・機能が必要であることなどを提言としてまとめている。

総じて言えば、既存文献においても、地方自治体の個別事例における対応体制や取り組みや、国と地方との関係、行政と民間との関係などを記述したものが出てきている。ただし、複数の地方自治体の事例を比較しながら、地方レベルのさまざまな対応をもたらす要素や条件を明らかに

⁹ このほか、所々に挿まれたコラムでも、各地の保健所に所属する自治体職員や医療職らによる経験が記されている。

しようとしたものは、鈴木（2022）や古屋ほか（2023）などに限られている。さらに、こうした地方レベルの対応のバリエーションがなぜもたらされるのかを、本報告書でいうところのガバナンス——すなわち、COVID-19 への対応を「治める」ことにまつわる、国・地方自治体・民間セクターなどのあいだの相互作用や、それらをもたらすメカニズム——に着目して検討したものは、これまでのところ見当たらない。COVID-19 対応において異なるプロセスや帰結に至った複数の地方自治体を比較することは、地方レベルでの対応のバリエーションを解明するうえで有益である。ただし、地方レベルのさまざまな対応がもたらされる背景には、特定の地方自治体内部の要素や条件だけでなく、他の地方自治体との関係や、国との関係、民間セクターとの関係などもあると想定できる。こうした多様なアクターとの相互作用を視野に入れることで、COVID-19 対応のバリエーションがもたらされる重層的なメカニズムを浮き彫りにすることが可能になると考えられる。

③本研究の位置づけ

ここまでの議論を踏まえて、本研究では、地方自治体レベルにおける COVID-19 対応のバリエーションをもたらすガバナンスの仕組みを考察する。さらに本研究では、既存文献よりも直近の時期を射程に入れて検討を行なう。具体的には、国内で COVID-19 の流行が始まった 2020 年初頭から、2022 年半ばごろまでの時期を対象とする。これにより、既存文献ではあまり検討されていない第 6 波や第 7 波におけるオミクロン株への対応など、比較的最近の COVID-19 への対応とそのガバナンスについても検討をくわえる。時間がさほど経過していない現時点において、第 6 波や第 7 波における対応を検討することは、学術的な研究としては拙速にすぎるとの見方もあるかもしれない。しかし、医療関連領域で重要な課題や概念でありながらも、情報・知識が集約されていないものに取り組むという「知の構造化事業」の趣旨に照らせば、こういった試みも重要であると考えられる。くわえて、後述のように、本研究では COVID-19 対応に深く関与してきた行政官や専門家に聴き取りを行なっていくが、調査協力者の記憶が新しい時点で行なう調査だからこそ得ることのできるニュアンスに富む情報も多くあるだろう。したがって、あえて直近の時期を対象とした検討にも、一定の認識利得があると考えられるのである。

2. 目的

本研究の目的は、日本の地方自治体レベルにおける COVID-19 への対応に影響を与えてきた要素や条件を、国や地方自治体、民間セクターなどによる多層的なガバナンスに着目して明らかにすることである。同時に、この知見にもとづき、今後の健康危機管理において必要であると考えられる改善の方向性を提示することを目指す。

この目的を達成するために、本研究では以下のリサーチ・クエスチョンを設定する。すなわち、地方自治体レベルにおける COVID-19 への多様な対応は、国と地方、行政と民間などのあいだのいかなるガバナンスによって可能となってきたのか、という問いである。

3. 方法

本研究では、地方自治体レベルでの COVID-19 対応をもたらしてきたガバナンスのあり方を明らかにするために、複数の都道府県や保健所設置市を対象とした事例研究を行った。これに加えて、国全体としての COVID-19 対応の枠組みや、国と地方の関係、地方自治体間関係、行政と民間セクターの関係などについて理解するための聞き取り調査を行った。

地方自治体レベルでの COVID-19 への対応の多様さや、それを可能にしてきたガバナンスのあり方を明らかにするためには、複数の地方自治体の事例間比較の視点を持ちつつ、それぞれの事例における COVID-19 対応の実態や、さまざまなアクター同士の相互作用のあり方、それをもたらした条件などを多面的に把握することが有益であると考えられる。また、COVID-19 対応のガバナンスに関与したさまざまなアクターの意図や行動に関する情報は、文書資料などには残りにくい可能性がある。したがって、本研究では、各地の COVID-19 対応に関与してきた関係者への聞き取りを重視することにした。こうした研究デザインを採用することから、本研究では、COVID-19 対応に影響してきた要素の（因果的な）効果を検証することを主目的とはしていない。むしろ、COVID-19 対応に影響してきた要素の多様さや、それらが具体的な取り組みに影響するメカニズムを明らかにすることに主眼を置いた。

調査の進め方としては、COVID-19 への対応として特徴的な取り組みを展開してきた複数の地方自治体を事例として取りあげ、その全庁的な取り組みについて把握している担当者、専門家、保健所長らを中心に聞き取りを実施した。また、国レベルでの COVID-19 対応のあり方や、国と地方自治体間関係、行政と民間セクターとの連携などについて、厚生労働省の行政官や、報道関係者、現場の臨床医、医療系 NGO の職員、大学教員らにも聞き取りを行った。

聞き取りで得たデータについては、質的データの分析手法にもとづいて分析を行ない、COVID-19 対応のガバナンスに関して重要であったと考えられる要素を概念化した。

研究の目的や方法、手順、使用する書類は、公益財団法人医療科学研究所倫理委員会の承認を得たうえで調査を実施した（「国と地方自治体における COVID-19 対応のガバナンスに関する事例研究」、承認番号 2022-1）。

聞き取り対象者に対しては事前に依頼文書を送付して調査依頼を行ない、承諾を得たうえで実施した。聞き取りの当日は、対象者 1 人 1 人に対して書面および口頭で研究について説明し、書面で同意を得た。

3.1 事例選択

本研究では COVID-19 対応のガバナンス、すなわち COVID-19 対応のなかで形成された多様なアクター間関係や相互作用、およびそれをもたらすメカニズムを明らかにすることに主眼がある。そのために本研究では、とくに地方自治体レベルにおける COVID-19 対応のバリエーションを把握し、そうしたバリエーションをもたらすメカニズムを探り出すことを試みる。したがって、地方自治体の事例研究にあたっては、できるだけバリエーションに富む事例を複数選択し、それらを比較分析しながら背後にあるメカニズムを把握するという目的にもとづく Purposive sampling を行った¹⁰。

¹⁰ Purposive Sampling の考え方については、Foley & Timonen（2015: 1198-200）などを参照。

対象とする地方自治体は、都道府県と保健所を設置する基礎自治体（政令市、特別区など）とに分けたうえで、事例を選択した。都道府県の事例を選ぶ際の基準としては、他と比べて先進的な取り組みを進めてきたことが窺える自治体や、或る特定の側面で課題が多かったことが窺える自治体も含めて、COVID-19 への取り組みのプロセスや帰結においてバリエーションに富む事例を含めることを目指した。また、人口規模などの条件においてバリエーションに富む事例を含めることも目指した。初期段階では、COVID-19 対応において先進的な取り組みが進められてきたことが窺える事例を複数選択した。その結果を踏まえて、特定の側面でとくに課題や苦労があったことが窺える事例を追加的に選択した。このように、調査の進行に応じて、漸次的に事例のバリエーションを確保できるようにした。

なお、先進的な取り組みが見られた事例でも、実際にはさまざまな課題があったことが調査をつうじて浮き彫りになる可能性はある。しかし、事例選択の時点で各事例の COVID-19 対応の全貌を知ることはできない。その意味で、上記の基準は、事例選択を行なう時点での暫定的な情報にもとづいた恣意性を含んだものとならざるをえない。したがって、今回の事例選択の基準は、各事例における対応の良し悪しについて全般的な評価を下そうとすることではなく、地方自治体による COVID-19 への対応やそのガバナンスについて有益な洞察を得られそうな事例を、できるだけバリエーションに富む形で選択することに力点があるといえる。これは、後述する保健所設置自治体の事例選択においても同様である。

上記の方針のもと事例研究を行ったのが、6つの都道府県（A、B、C、D、E、F）と、2つの特別区・指定都市（G、H）である¹¹。

6つの都道府県のうち、A県では、予備的な聴き取りや文献調査によれば、社会福祉施設等でのクラスター対策において先進的な取り組みが行われていた。また、観光地として県内外から人の移動も多く、人口あたり感染者数も他の都道府県と比べて非常に多い一方、人口あたりの死亡者は一定程度抑えられてきた。こうした対応のプロセスや帰結がなぜ生じたのかを明らかにする観点から事例に選んだ。B県は、県庁が主導して独自の医療提供体制を構築したり、国や他の地方自治体に先駆けた情報システムの開発・運用を進めたりしてきたことで知られる都道府県である。こうした先駆的な取り組みがいかなる条件によって可能となったのかを検討するために事例として選んだ。また、B県内には複数の指定都市があり、都道府県と保健所設置市との関係構築の課題やそれへの対処の実態を探るうえでも適した事例であると考えた。C県は、COVID-19の流行が始まった直後から、陽性者を原則全員入院とする方針を立てて実行し、人口あたりの陽性者数や死亡者数を相対的に抑え込んできたことが窺える都道府県である。他方、感染第6波のさなかで、原則全員入院の方針を貫くことが困難となっていた。こうした特徴的な取り組みがいかにして可能となり、その後なぜ維持困難となったのかを探る目的から調査対象とした。D県は、予備的な情報収集から、COVID-19への対応に保健所レベルでさまざまな課題があったと認識されていた都道府県である。D県では実際のところどのような面で対応がうまくいき、どのような面で課題が生じてきたのか、その背後にはどういった要因があったのかを検討することを狙いとした。E県は、COVID-19流行前から、新型インフルエンザの経験を踏まえた司令塔組織を県が設置していたほか、COVID-19への対応では行政・大学・NPO等が連携して医療・社会福祉施設のクラスター対応にあたるといった特徴的な取り組みが見られた事例である。また、COVID-19流行下で保健医療関係部局長級のポストに厚労省の医系技官が着任し、そこで国と地方とのリンケージがど

¹¹ A～Fは、匿名性確保のため、すべて「県」表記とした。

のように図られたのかという観点から検討を行った。F 県は、とくに COVID-19 の流行初期に1つの「モデル」として注目された一方、医療提供体制の逼迫がたびたび報じられた自治体である。具体的にどのような側面で COVID-19 への対応がうまくいき、どのような側面で困難があったか、またそれはなぜだったのかという観点から事例として選択した。

保健所を設置する基礎自治体については、基礎自治体レベルで先進的な取り組みを行ってきたと窺えること、本調査で事例としてとりあげる都道府県との関係を見ることができることを基準とし、特別区である G 区と、指定都市である H 市を事例として選択した。G 区は、医療機関の拡充や PCR 検査、ワクチン接種の迅速な実施、後遺症対策などさまざまな分野で他の自治体に先駆けた取り組みを行ってきたことで知られる。この調査では、G 区において基礎自治体レベルで見ても先駆的な取り組みを可能にした条件を探ることを狙いとした。H 市は、都道府県の事例として選択した B 県内にある指定都市である。都道府県と保健所設置市とのあいだの役割分担や連携のあり方を検討するのに適した事例として位置づけ、調査を実施した。

このように、都道府県や保健所を設置する基礎自治体のレベルで特徴的かつバリエーションのある事例を選択したが、必ずしも平均的な事例を選択して検討しているわけではない。その意味で、本研究は、地方自治体の平均的な姿を描こうとするものではなく、さまざまな特徴的な事例の比較検討をつうじて、地方レベルでの COVID-19 対応に影響した重要な要素を抽出しようとするものであることには留意が必要である。

3.2 聴き取り調査

本研究で実施した聴き取り調査の対象者一覧は、次ページの図表 3-1 のとおりである。調査は合計で 20 回実施し、計 27 名にご協力いただいた¹²。聴き取りにかかった時間は、いずれも 1 回につき 1 時間 30 分から 2 時間 30 分であった。

聴き取り調査は、以下のようなプロセスで進めた。まず、各地方自治体の関係者に聴き取りを行う前段階として、日本国内における COVID-19 対応の経過や各地の取り組みを概観し、地方自治体の事例を選択するうえでの基礎的情報を収集することを目的とした聴き取りを行った。調査協力者 [1] ~ [3] への聴き取りは、そうした意図で実施された調査である。[1] は、厚生労働省の元職員であり、2009 年に新型インフルエンザが発生した際、「新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議 報告書」のとりまとめを担った人物である。この報告書がまとめられた後の国の対応や、COVID-19 への対応における課題などについて話を伺った。[2] は、厚生労働省新型コロナウイルス対策推進本部の地域支援班にて、いくつかの地方自治体での現地支援に従事した経歴をもつ医系技官である。その現地支援の経験にもとづき、各地における COVID-19 への取り組みの展開や、国による地方自治体の支援の実態や課題などについて話を伺った。[3] は、国内の放送局のディレクターとして、COVID-19 流行下における各地の医療逼迫状況を取材したドキュメンタリー番組を制作した経験をもつ人物である。その経験をもとに、医療逼迫に対する地方自治体や各地域での取り組みについて聴き取りを行なった。

これらの調査を踏まえて、3-1 で述べた各地方自治体の COVID-19 対応に深く関与してきた行政官や専門家である調査協力者 [4] ~ [11]、[16] ~ [25] に聴き取りを行った。各地方自治体の

¹² D 県庁保健福祉関係部による COVID-19 対策は複数の課で担当を分けて行われたとのことから、2023 年 10 月 10 日に実施した調査では、各課から計 8 名の職員にご協力いただき、グループ・インタビューの形式で聴き取りを行った。

事例について、全庁的な COVID-19 対策を統括・指揮するポジションや、専門家として政策決定に助言を行うポジションを経験した方などに聴き取りを行いつつ、必要に応じて保健所や医療現場の方にも話を伺った。

図表 3-1 聴き取り調査の対象者一覧

調査協力者	調査実施日	肩書（調査時点）
[1]	2022-02-03	厚生労働省健康局元幹部職員
[2]	2022-06-21	厚生労働省新型コロナ対策本部医系技官
[3]	2022-08-05	放送局ディレクター
[4]	2022-09-09	A県立病院医師・A県政策参与
[5]	2022-09-09	B県理事・B県内病院副院長
[6]	2022-10-21	G区前保健所長
[7]	2022-11-11	C県技監
[8]	2023-01-13	D県保健所長
[9]	2023-01-17	H市医務監
[10]	2023-03-13	E県保健福祉関係部局長級職員
[11]	2023-07-21	F県保健福祉関係部局職員
[12]	2023-09-12	国際医療NGOジャパンハート幹部職員
[13]	2023-09-19	大学教員（専門：危機管理）
[14]	2023-09-22	B県医療危機対策統括官・厚生労働省参与
[15]	2023-10-06	大学教員（専門：地方自治）
[16]	2023-10-10	D県保健福祉関係部局職員（企画調整等担当）
[17]	2023-10-10	D県保健福祉関係部局職員（病床確保等担当）
[18]	2023-10-10	D県保健福祉関係部局職員（入院調整等担当）
[19]	2023-10-10	D県保健福祉関係部局職員（宿泊療養等担当）
[20]	2023-10-10	D県保健福祉関係部局職員（宿泊療養等担当）
[21]	2023-10-10	D県保健福祉関係部局職員（宿泊療養等担当）
[22]	2023-10-10	D県保健福祉関係部局職員（高齢者施設対応等担当）
[23]	2023-10-10	D県保健福祉関係部局職員（BCP整備等担当）
[24]	2023-10-11	D県総務部人事課主幹
[25]	2023-10-20	F県内医療機関医師
[26]	2023-10-23	I県保健所長
[27]	2023-12-27	内閣感染症危機管理統括庁幹部職員

出所：執筆者作成。

さらに、聴き取りから浮上した重要なトピックについても追加的な聴き取りを行った。調査協力者 [12] が所属する国際医療 NGO は、COVID-19 流行下で地方自治体や医療福祉現場への支援を積極的に行ってきた団体であり、団体の活動内容やそこから見えてきた COVID-19 対応の課題などについて話を伺った。調査協力者 [13]、[15] は、いずれも大学に所属する行政学研究者であり、危機管理という観点から見た COVID-19 への対応や、一般市町村における COVID-19 への対応について話を伺った。[14] は、B 県や厚生労働省において、とくに情報共有基盤の構築・運用という側面から COVID-19 対応に関与した人物であり、その経験をもとに、危機管理におけるデジタル技術の活用や情報基盤の構築について話を伺った。[26] は、或る県の保健所の所長であ

り、圏域内の一般市町村などとの現場レベルでの連携がどのように行われたのかについて話を伺った。[27] には、2023年9月1日に発足した内閣感染症危機管理統括庁を中心とした国の健康危機管理体制の再編がいかなる問題意識のもとで進められているのかについて聴き取りを行った。

3.3 調査内容

聴き取り調査で使用した質問事項の雛型を付録①・②として末尾に掲載した¹³。なお、すべての聴き取りにおいて、調査協力者に同意を得たうえで音声の録音を行なった。

調査の初期段階では、調査協力者がいずれも国や地方自治体における COVID-19 対応について見識をもつ方々であること、聴き取りの焦点を研究者の側であまり限定しすぎず調査協力者から比較的オープンに話してもらうことがその後の調査にとっても有益であると考えたことから、質問項目をあまり詳細に設定せず、調査協力者の講演を交えた聴き取りの形式を採用した。具体的には、調査協力者 [1] ~ [7] に対しては、事前に大まかな質問事項を送付したうえで比較的自由に講演してもらう時間を前半に設け、後半に講演の内容にもとづく質疑応答を行った。

くわえて、それ以前の聴き取りから浮上した新たなトピックについて、その専門家らに話を伺う際にも、上記と同じような聴き取りの形式を採った。具体的には、調査協力者 [12] ~ [15] に対して、この形式で聴き取りを実施した。

上記以外の調査においては、半構造化インタビューの形式を採用し、事前に比較的詳細な質問事項を調査協力者に送付したうえで、聴き取りの際にはその質問事項に沿いつつ関連するトピックに関しても話を伺った。

このような内容の調査を実施したため、質問事項として一定の雛型を用意しつつも、個々の聴き取りの狙いなどに応じてアレンジを加えた。とくに、調査協力者の講演を交えた聴き取りにおいては、個々の調査協力者のポジションや COVID-19 対応への関わり方に応じて柔軟に質問項目を設定した。後の段階での聴き取りになるほど、すでに実施した調査の結果を踏まえて、研究メンバー間の焦点は次第に絞られていき、質問事項の構成や聴き取りのなかでのトピックも焦点化されていった。

3.4 分析

毎回の聴き取りが終了した後、できるかぎり速やかに、詳細な聴き取り記録（ヒヤリングレコード）を作成した。分析においては、この聴き取り記録および録音した音声を書き起こしたテキストをデータとして使用し、佐藤（2008）を参考に分析を進めた。佐藤（2008）では、データから叩き上げ式に概念化を行う帰納的なアプローチにくわえて、演繹的なアプローチを重視する質的データの分析手法が示されている。本研究では、データにもとづき重要な要素を導出することを重視すると同時に、地方自治体内部、地方自治体間関係、中央・地方関係、行政と民間セクターとの関係などの側面にあらかじめ関心を持ちながら調査・分析を進めてきた。研究者・分析者

¹³ 付録①として掲載したのは、講演を交えた聴き取りを実施する際の質問項目の雛型として、最初に調査依頼をした調査協力者 [2] を想定して作成したものである。このタイプのインタビューでは、本文中で後述しているとおり、調査協力者のポジションや COVID-19 への関わり方に応じて柔軟に質問事項を設定したので、聴き取りごとに質問事項の違いが大きくなっている。付録②は、自治体本庁や保健所管理職の職員向けに作成した質問事項の雛型である。なお、保健所保健師など自治体の第一線行政職員や、医療機関など地域の関係機関を対象に聴き取りを実施する場合の雛型も作成したが、今年度の調査ではこういった対象に聴き取りを実施していないため、本報告書には掲載していない。

サイドでも一定の想定や枠組みを持ちつつ、データにもとづく分析を進めるうえで、佐藤（2008）に示された分析のアプローチや手続きが参考になると考えた。

具体的な手順としては、はじめにテキストに対してオープン・コーディングを行ない、その結果をもとに、より焦点化したコーディングを行なった。そこで導出した抽象的なコードのなかから、本研究のリサーチ・クエスチョンに関連するもの、すなわち地方自治体レベルにおける COVID-19 対応に影響した要素や条件に対応するものを概念化した。さらに、それらを地方自治体内部、地方自治体間関係、中央・地方関係、官民関係といった異なる次元に整理した。

これにくわえて、調査協力者から提供していただいた文書やパワーポイントなどを、各調査地に関する基礎的情報の把握や、各事例に関する記述を豊富化する際の資料として用いた。

4. 結果

地方自治体レベルにおける COVID-19 対応のガバナンスにおいては、どのような要素が重要な影響を与えてきたのだろうか。分析の結果、地方自治体の内部、地方自治体間の関係、中央・地方関係、官民関係の4つの次元ごとに、図表 4-1 に整理したような要素が導出できた¹⁴。

図表 4-1 地方自治体の COVID-19 対応に影響してきたガバナンスの要素

地方自治体内部
政治と保健医療行政の関係（政治的リーダーのパーソナリティ、政治的リーダーと保健医療行政トップとの関係、議会と保健医療行政との関係）
保健医療行政の体制（COVID-19対応の組織編制、COVID-19対応の人員配置）
専門家の関わり
災害対応の枠組みの活用（DMATの活用、災害対応に関する専門知識の活用、物理的環境の活用）
情報基盤の活用
地方自治体間の関係
都道府県と保健所設置市との関係
都道府県と一般市町村との関係
中央・地方関係
通知行政の影響
国による地域支援
国からの出向人事
国による情報システムの開発・運営
官民関係
ローカルなネットワーク（感染症対策のネットワーク、過去の被災や災害訓練の経験で形成されたネットワーク、病院や大学を介して形成されたネットワーク、地域医療の枠組みのもと形成されたネットワーク）
民間セクターによる広域的支援

出所：執筆者作成。

¹⁴ もちろん、こうした要素以外にも、それぞれの地方自治体における人口規模や地理的条件、医療資源の分布といった客観的条件も、COVID-19 への対応に影響を与えている。こうした要素については、以下の記述でも個別に言及していく。ただし、こうした客観的条件の類似した自治体が揃って同じような対応をとってきたわけではなく、その背後では、上記のようなガバナンスに関わる要素が影響してきた可能性が窺える。

なお、これらの要素は、必ずしもそれぞれ独立して COVID-19 対応に影響してきたわけではない。それぞれの要素はときに重なり関連しながら、COVID-19 への個別具体的な対応を可能にしてきた。以下の記述では、上記の 4 つの次元ごとに、具体的な事例にも言及しながら、それぞれの要素がどのようにして自治体レベルでの個々の対応に影響してきたのかについてもできるかぎり詳細に記述していく。

4.1 地方自治体内部

地方自治体レベルでの COVID-19 対応には、当然ながらそれぞれの自治体内部におけるガバナンスが影響を与える。とくに、本研究の調査と分析からは、政治と保健医療行政の関係、保健医療行政の体制、専門家との関わり、災害対応の枠組みの活用、情報基盤の活用といった要素が、COVID-19 への対応に重要な影響を与えてきたことが窺えた。

4.1.1 政治と保健医療行政の関係

調査からは、地方における政治と保健医療行政との関係が、COVID-19 へのさまざまな対応に影響を与えてきたことが窺えた¹⁵。具体的には、①首長をはじめとした政治的リーダーのパーソナリティや、②政治的リーダーと保健医療行政トップとの関係、③議会と保健医療行政の関係といった要素が COVID-19 対応に影響を与えてきたことが窺えた。

①政治的リーダーのパーソナリティ

B 県では、COVID-19 の流行以前まで市民病院の副院長であり、B 県とは公式的な関係がなかった調査協力者 [5] を、COVID-19 の流行以降、理事兼医療危機対策統括官（医療提供）というポジションに就任させた。この理事というポジションは、副知事の下のポストにあたり、保健医療分野を束ねる局の局長の上のポストにあたる。災害医療の専門家である調査協力者 [5] がこのようなポストに就き、多くの医療機関や医療団体との調整や、COVID-19 への保健医療的な対策を指揮する役割を果たしたことは、B 県においてさまざまな対策が進む一因となった。また、調査協力者 [5] は、IT ベンチャー代表の経歴をもつ同県顧問の調査協力者 [14] とともに、医療危機対策統括官（企画）として、事業戦略や組織戦略を企画し、県内医療機関動向や自宅療養者などの情報を動的に把握する仕組みと、各種オペレーションを遂行するシステムなどの企画・開発・運用を指揮した（B 県における情報管理システムの開発・運用については、4.1.5 で後述する）。

こうした抜擢の背景事情の 1 つとして、知事や副知事のパーソナリティがあったことが聴き取りからは窺える。そもそも、外部の人間を副知事直下のポストに当てることは、なかなかできることではなく、その点で知事の選択が重要であった。調査協力者 [5] によれば、B 県の知事は、保健医療の分野に強みがあるという自己認識を持つ人物であるという¹⁶。また、副知事の 1 人は、もともと厚生労働省の医系技官であり、COVID-19 の流行前に副知事に就任していた。調査協力

¹⁵ ここでの政治と行政の関係とは、政治家（首長や議員など）と行政官（地方公務員一般職など）という、異なる担い手間の関係のことを意味する。

¹⁶ 実際、知事の経歴を辿ると、医療専門職などではないものの、知事に就任する以前から医療の問題に関わる仕事や社会活動に取り組んできたことが窺える。

者 [5] によれば、この副知事が国の役人らとも情報をやりとりすることで、国と両輪で県の対応を考えるうえで重要な役割を果たしたという。

B 県では、調査協力者 [5] が発揮するリーダーシップを背景に、医療提供体制の面をはじめとして先駆的な取り組みが展開されてきた。たとえば、B 県では、H 市など県内の保健所設置市も含めて、県庁の医療調整本部が一括して医療調整を行なってきた。これに関して、調査協力者 [9] によれば、B 県庁の医療調整本部には、指定都市である H 市からも人員を拠出していたという。このような県に対する人員の拠出は、H 市としてかつて行った経験はないという。また、人員拠出は、出向としてではなく、市の出張として県庁で仕事をしているという扱いにされており、出張にかかる費用はすべて市町村負担になっていた¹⁷。市の職員が出張扱いで県に行く場合、その職員への指揮命令系統をめぐって混乱が生じる可能性がある。しかし、調査協力者 [9] によれば、B 県の場合、県の理事である調査協力者 [5] の高い統率力によって、大きな反発などはなかったとのことであった。この点で、個人の能力に依存した部分はあるものの、調査協力者 [5] のような人物がいたことは、B 県にとって幸運だったかもしれないと調査協力者 [9] はいう。このようなリーダーシップを発揮できる人材を行政の外部から抜擢し、影響力を発揮できるポジションにつくことができた背景には、上記のような政治的リーダーの経歴やパーソナリティがあることが窺える。

②政治的リーダーと保健医療行政トップとの関係

C 県では、流行最初期の段階で、県内の医療機関において院内感染の事案が発生した。その際に行なわれた記者会見では、知事と技監である調査協力者 [7] が同席して、今後は県民への情報提供を知事と技監が行なうことが公言された。また、その時点で、知事から技監である調査協力者 [7] に対し、COVID-19 に対する保健医療対策の責任者として陣頭指揮をとることが公言され、これによって指揮命令系統が明確化された¹⁸。このほか、2020 年 4 月に PCR 検査の装置を全額県費で取り揃える際には、技監が直接知事に電話をして検査装置の必要性を訴え、知事が承諾を出したことで、検査装置の用意が迅速に進んだという。このように、COVID-19 への対策を進めるにあたっては、知事との「つうかあ」の関係が形成されていたと調査協力者 [7] はいう。

C 県では、保健所設置市も含めて、県内の医療調整を保健所ではなく県庁、より具体的にいえば技監である調査協力者 [7] が中心となり行っている。これは、第 6 波の途中まで、C 県において陽性者の全員入院が可能となった 1 つの要因であると調査協力者 [7] はいう。ここから、行政医師のトップである技監が責任者となって県内全域の入院調整を行なう体制の構築や、それにもとづく「全員入院」という特徴的な対策の実現の背景には、技監である調査協力者 [7] と知事とのあいだの「つうかあ」の関係や、知事の指示による指揮命令系統の明確化があることが窺える。

このような知事と技監との密接な関係は、どのようにして形成されたのだろうか。調査協力者 [7] への聴き取りによれば、C 県の知事は、以前から医療について高い問題意識を持っており、県立の医科大学の定員を増やすなど、医師不足の問題に取り組んできた経緯がある。そのなかで、技監である調査協力者 [7] は、2010 年代前半に県庁のポストに就いてから、知事が問題視する医師不足の課題に取り組んできた経歴があるという。このほか、看護大学やリハビリ大学の誘致、

¹⁷ 調査協力者 [9] によれば、市町村からの人員拠出の扱い方は、都道府県ごとに違っているという。

¹⁸ ただし、ワクチン接種が進み始めて以降は、ワクチン接種の支援を行なう本部が別に設置され、その指揮には技監とは別の担当者が置かれることになった。

薬学部の創設など、知事から要請された保健医療関係の施策を実現させてきた。また、技監の側から知事に対して保健医療に関する施策の提案なども積極的に行なってきたという。このように、知事という政治的リーダー個人の問題意識にくわえて、政治的リーダーと保健医療行政のトップが COVID-19 流行以前から比較的強固な関係を築いてきたことが、指揮命令系統や責任の所在の明確化、およびそれを基礎にした取り組みを可能にしてきた側面があることが窺える。

ただし、C 県では、第 6 波におけるオミクロン株の流行と病床逼迫によって「全員入院」の継続が困難となり、それ以降はトリアージ入院へと切り替えることになった。その結果、救急事例が増加し、これまで以上に、入院調整を中心的に行う技監にも過大な負担がかかるようになったという。その結果、C 県では第 1 波から第 6 波まで、全国と比べても新規陽性者数や死亡者数が少なく推移していたが、第 7 波では感染爆発がより起こり、施設内感染の増加などにより高齢者の感染が増えた結果、全国平均よりも高い数字になってしまったと調査協力者 [7] はいう。しかし、命令指揮系統は維持しながら、地域にとって重要なことは独自に積極的な対応が行われた。ここから、当初は有効であった取り組みは、感染流行のフェーズが変化するなかで課題に直面する事例もあったことが窺える。

③議会と保健医療行政との関係

G 区では、「足りないものはつくる」という方針のもと、COVID-19 対応の各局面で迅速な対策がとられてきた。たとえば、第 1 波の時点では、多くの自治体で PCR 検査能力が不足するなか、G 区では区立の PCR センターを 1 回目の緊急事態宣言の発出直後に開設し、ニーズに合わせた資源の確保が迅速に図られた。また、都内の病床逼迫が深刻化した第 3 波の時点で、回復期の患者に重症・中等症病床から退院してもらい、いわゆる「下り搬送」の搬送先が不足していることを認識し、高齢者向けの病院などを中心に回復期の患者の受け入れをお願いした。その際、1 病院につき 1000 万円の補助金を出し、区の病床として回復期の病床を 50 床あまり確保することで、感染指定医療機関や重点医療機関からの退院患者をどんどん受け入れた。これにより、重傷や中等症の入院受け入れも進展した。

こうした各局面でのニーズに即した迅速な対応は、4.4.1 で後述するように、COVID-19 流行以後に開催されるようになった毎週の WEB 会議や、COVID-19 流行前から積み重ねられてきた災害訓練などをつうじて形成された地域の関係者・関係機関とのネットワークによって可能になった側面があった。ただし、関係者とのネットワークがありさえすれば、必要な対策が即座に実行できるわけではない。当然ながら、そのための財源を確保する必要がある。

この点で、G 区では、区議会による強いバックアップがあった。調査協力者 [6] によれば、G 区では、保健所が出してきた予算を迅速に可決できるよう、区議会からの協力があったという。一般に、対策に必要な財源を確保するためには、事前に議員への根回しが必要であったり、議会による予算可決を待たなければならなかったりする。しかし、そうした根回しや議会可決までの待機による時間のロスによって、病床確保や検査体制整備など目下必要な対策を迅速に実行することが妨げられる可能性がある。一方、G 区では、区議会議員に説明をする前に、区民に対して対策の中身をどんどん発信するよう議員の側から後押しがあったほか、「通年議会」というかたちで必要なときにいつでも議会を開き、保健所が出した予算をすぐに可決できるような体制がとられたという。これによって、たとえば医師会など地域の関係機関から必要な対策についての要望が出されたときにも、予算の裏づけについて大きな不安を抱えることなく、迅速に対策を実行す

ることができたという。このように、行政に対する議会からの応援は、そのときどきに必要な予算の確保といった面で、COVID-19 対応への効果的な対応を可能にする 1 つの条件となってきたことが窺える。

4.1.2 保健医療行政の体制

COVID-19 への対応においては、2020 年 3 月 26 日に適用された新型インフルエンザ等対策特別措置法にもとづく対策本部が、都道府県や市町村のレベルで設置された。その直前である 2020 年 3 月 19 日には、厚生労働省から都道府県に対して、県内の患者受け入れを調整する都道府県調整本部の設置を求める事務連絡が出されている¹⁹。しかし、こうした本部機能を担う組織をはじめとした組織の編制や機能については、地方自治体のあいだでもバリエーションがあり、その違いは COVID-19 への対策の進め方にも影響を与えてきた (①)。くわえて、地方自治体の COVID-19 対応組織において、どのような人員がどこに配置されていたかという人員体制のあり方も重要であったことが窺える (②)。

① COVID-19 対応の組織編制

COVID-19 に新型インフルエンザ等対策特別措置法が適用されたことで、都道府県や市町村にも対策本部が設置されることになったが、実際の COVID-19 対応を実施する組織編制のあり方は、地方自治体ごとに違いが見られた。大別すれば、COVID-19 に対応するために平時とは異なる組織編制を行って対応したところと、平時からの既存組織の延長で対応したところがあった。

たとえば、C 県では、対策本部長である知事の下に、別途、COVID-19 の保健医療対策を統括する感染症対策に特化した本部組織を置いている。県の技監である調査協力者 [7] が、この組織の責任者となり、4.1.1 でも述べたように、COVID-19 に対する保健医療的対策の陣頭指揮をとり、保健所設置市を含めた県内全域の入院調整などを行ってきた。この組織は、平時において健康推進施策を所管している課の職員と、その他の応援職員から構成されたが、平時の組織編制とは異なる複数のグループに分かれて業務に当たった。

F 県では、厚生労働省が都道府県調整本部の設置に関する事務連絡を出す前の時点で、県内の入院調整を一元的に担うセンターが設立された。F 県では、療養の必要性を保健所長の権限で判断したのち、入院が必要なケースについては、すべてこのセンターが入院調整を行う体制となっていた²⁰。このセンターが設立されたのは、平時から置かれている保健医療部局のなかであり、基本的にはこの保健医療部局が中心となって COVID-19 対応に当たっていた。ただし、この部局でも、COVID-19 への対応にあたっては、既存の組織図に関連づく業務を分担しながら、必要に応じて新たな班がつくられ、最大時には 20 班、300 名以上におよぶ班体制が敷かれるなど、平時とは異なる組織編制が行われていた。

E 県では、2020 年の途中まで、平時から設置されていた感染症対応の司令塔組織や、県医療調整本部のほかにも、担当業務ごとにいくつかの課や班などが分立して業務に当たっていた。しか

¹⁹ 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について」(事務連絡、2020 年 3 月 19 日付)。なお、この事務連絡は、その後数回にわたって改訂されている。

²⁰ ただし、調査協力者 [11] によれば、オミクロン株の流行によって感染者数が急増した第 6 波以降では、管内の医療機関の受け入れ体制が進み、病状に合わせ保健所においても入院調整を実施した。

し、調査対象者〔10〕が新たに保健医療関係部局長級のポストに赴任した後、COVID-19 対応を一元的に担当する組織が新たに組織され、部局長級の職員が担当として配置されることになった²¹。調査対象者〔10〕によれば、この組織ができたことにより、意思決定や情報の整理・集約が一元化され、対策がスムーズに進むようになったという²²。

上記のような地方自治体とは異なり、平時からの既存組織の体制を基本的に維持しつつ、人員補強などを行いながら対応したところもあった²³。D 県では、知事を本部長とする対策本部自体は置かれているものの、業務を行う組織体制としては、県庁の保健福祉部局の既存の課から担当を決めて、それぞれの担当課で業務を行う体制をとっていたと調査協力者〔16〕はいう。COVID-19 の発生当初は、この保健福祉部局内で感染症を所管する課のなかに臨時的なチームをいくつか増設して、COVID-19 対応の業務に当たっていた。しかし、この課の組織・人員体制も COVID-19 に対応するうえでは十分ではなかったことから、感染症に対応できる組織体制をつくるために、2021 年度に組織改正がなされた。このときに、保健福祉部局のなかの既存課ごとに担当する業務を決めて、それ以降はこの体制で COVID-19 対応に当たることになったという²⁴。県調整本部も、保健福祉部局の 1 つの課のなかに置かれたが、D 県の場合は、県の入院調整を一元的に行うというわけではなく、原則としては各保健所が入院調整を行い、それが困難な場合に県調整本部が引き取って、圏域外での調整などを行う体制をとっていた。

このように、D 県では一元的な組織は作らず、既存の組織で役割分担しながら対応してきたが、聴き取り調査では、そのメリットとデメリットの両面に言及された。感染症を所管する課の職員である調査協力者〔16〕によれば、当初は感染症の所管課のみが対応に当たったものの、病床確保や医療体制の支援など様々な課題に対応することが難しく、各課の通常業務にも影響することから、それぞれの専門的な事柄について担当課に役割を担ってもらうことで効果的な対策につながったように思われるという。一方、一元的な体制をとらなかったため、それぞれの担当課で部屋も分かれ、業務も見えづらいうなかで、業務の縦割りの問題があったことは、内部の認識としても外部からの指摘としても出てきているという。

〔16〕：一元的な組織体制ではないというところに関しましては、……やはり対策本部のもとでコロナ対策を一元的に対応する形になると、いわゆる 1 つの組織体として運用というか業務ができるんですけども、それぞれやはり部屋も分かれていますし、業務もそれぞれ見えないっていうか……業務の縦割りっていうところは、やはり外部の方からも少し話が〔ある〕。……感染症なんで、■■課なんだけど、でも高齢者施設の話だから、結局、〔他課にも〕両方話をしないといけないとか。結局またがってしまうところで、じゃあ、どっちに言えばいいんですか、どっちが主導でやるんですかとかっていうところが、ち

²¹ 調査協力者〔10〕が着任した後の組織改編のプロセスについては、後述の 4.3.3 で触れる。

²² このほか、G 区では、災害対応における組織マネジメントの原則にもとづいた組織改編が行われた。これについては、4.1.3 の②で詳述する。

²³ 厚生労働省新型コロナウイルス対策推進本部の地域支援班として、さまざまな地方自治体の現地支援を行ってきた調査協力者〔2〕は、実際に支援を行った自治体のなかにも、縦割りの問題を解決したり急激に増大する業務を処理したりするための本部組織を置かず、県庁も保健所も通常の組織の延長で対応しているようなところがあったと述べている。

²⁴ 大まかには、a) 全庁調整、感染者対応、情報公開などを担当する課、b) 病床確保、入院調整などを担当する課、c) 宿泊療養などを担当する課、d) 高齢者施設のクラスター対応などを担当する課、e) 部局内の調整、保健所の統括、BCPなどを担当する課、f) ワクチン接種対応などを担当する課に分かれている。

よっと本部体制と比べればやはり明確になっていないというところは課題としてはあるのかなというふうには認識しております²⁵。

この点に関して、D 県の保健所長である調査協力者 [8] は、保健所の立場から見て、県庁から保健所への指揮命令系統も縦割りのようになっていたように見えると指摘している。たとえば、県庁の保健福祉部局には、保健所を統括する役割の課があるものの、実際には保健所との窓口がそこで一本化されているわけではなく、A 課が担当する業務に関する事柄についての指示は A 課から、B 課の担当業務に関する事柄についての指示は B 課からあり、ときには同じような事柄について課ごとにバラバラに問い合わせがきたりするという。また、保健所からの要望を一元的に受け付ける窓口が不在のため、保健所から県庁への要望が県庁の組織のあいだで「たらい回し」にされるようなことも起きていたという。調査協力者 [8] は、D 県の COVID-19 対応では、全体を見渡して判断するリーダーが不在で、それぞれの組織が担当業務を行っているものの、組織が横につながることができなかったと話している。

以上から、COVID-19 対応の組織編制には、地方自治体ごとに相当程度のバリエーションがあったことが窺える。ただし、D 県のように、県庁の既存組織で担当を割り振るような体制をとったところでは、県庁と保健所のあいだの調整などに支障が生じるケースもあったことが今回の調査からは窺える。

②COVID-19 対応の人員配置

地方自治体内部での COVID-19 対応のガバナンスという観点から見て、今回の調査からは、医療職がどのようなポジションでどのような役割を果たしていたかということが、各地の対策に影響を与えていた可能性があることが窺える。

今回調査した地方自治体のなかには、COVID-19 への保健医療的対策を指揮する役割を、医師の資格をもつ者が担っていたケースがいくつかあった。たとえば、C 県では、県の行政医師のトップである技監の調査協力者 [7] が、保健医療対策の責任者として、県内全域の入院調整などを担ってきた。調査協力者 [7] は、もとは小児科の臨床医であり、その後、県に入庁し、長らく保健所長として勤めてきた人物である。E 県では、COVID-19 流行の途中から、厚生労働省の医系技官でもある調査協力者 [10] が、保健医療関係部局長級のポストに赴任し、COVID-19 対応のための組織改正を訴えたり、県医療調整本部の運営の中心を担ってきたりした。特別区である G 区では、保健所長である調査協力者 [6] が、COVID-19 対応体制の責任者となって対応してきた。調査協力者 [6] は都の行政医師であり、COVID-19 発生の前から人事交流として G 区に派遣されていた。なお、B 県の場合、一般職の公務員ではなく理事というポジションではあるものの、県内医療機関の救急医であり、同県 DMAT の統括者でもある調査協力者 [5] が、対策を指揮してきた。

他方、医師資格をもつ職員が、必ずしも COVID-19 対応を指揮する立場になかった地方自治体もあった。たとえば、調査時点において、D 県の行政医師のトップである医監のポストは、県庁の保健福祉部局長の下でのポジションに相当し、保健福祉部局長は医師ではないという。また、そもそも D 県では先述のように、保健福祉部局内の課ごとに担当業務を振り分ける体制をとって

²⁵ 以下、抜粋中において、「■」は、匿名性を確保するために伏字にした箇所である。「……」は、一部省略をした箇所である。「[]」内は、引用者が補足した文言である。

いたため、行政医師のトップである医監が保健医療対策の全体を統括するような役割を果たしてはいなかった。また、調査協力者 [8] は、D 県では県庁内における医監の発言力が弱く、基本的には事務職の影響力が強いと発言している。

4.1.3 専門家の関わり

地方自治体における専門家との関わりとしては、専門家による助言・意見が行われる場として各地に設置された会議体（以下、専門家会議）をつうじたものが挙げられる。こうした専門家会議には、設置の体制や構成員などの面で、今回調査した事例にも一定のバリエーションが見られた。また、専門家会議が実際に果たした機能に関して課題が認識されている事例もあった（①）。これにくわえて、個別の対策を実施するにあたって専門家との関わりが発生する場面があり、それに関する課題も今回の調査では指摘された（②）。

①専門家会議

今回調査した地方自治体の事例では、設置体制、意見聴取事項、構成員、開催頻度などといった外形的な特徴においても、各地の専門家会議のあり方にバリエーションが見られた。

設置体制に関して、多くの自治体では、県の COVID-19 対策本部などに県としての専門家会議が設けられていた。その一方で、たとえば D 県では、県内の保健所設置市と合同での専門家会議を設置していた²⁶。また F 県では、県対策本部に助言を行うための会議のほか、感染拡大時にサーベイランスや感染拡大防止策、医療提供体制について医療関係者らで協議する会議体が設けられた。

専門家に意見聴取する事項として、多くの自治体においては、COVID-19 の感染状況や医療提供体制に関する事項が会議の設置要項などに示されている一方、クラスター対策およびその他の感染拡大予防策に関する事項（D 県、E 県）、関係医療機関の連絡調整に関する事項（D 県）などが含まれる自治体もあった。

構成員としては、多くの自治体において、大学などの学識経験者（とくにウイルス学、感染制御学、公衆衛生学など）、大学病院や感染症指定医療機関の病院長、医師会や病院協会の会長や役員などが含まれていた。一方、感染症指定医療機関の部長級の医師など、より臨床現場に近い医師が構成員となっている自治体（A 県、F 県）や、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、臨床検査技師会などの医療関連団体からもメンバーが入っている自治体（E 県）、介護福祉士会や弁護士会などの関連団体からもメンバーが入っている自治体（D 県）があった。さらに、E 県や F 県の会議体には、国立感染症研究所実地疫学研究センターのメンバーがオブザーバーというかたちで出席していた。調査協力者 [10] によれば、このメンバーが媒介役となることで、E 県の状況を国に伝えたり、国や他県の状況を E 県に情報提供してもらったりすることが可能になっていた。

開催頻度として、今回調査した事例では、2022 年度までに合計で約 40 回開催された E 県のような事例もあれば、対策本部への助言等として、専門家会議において委員が一堂に会した会議が 5 回、書面での意見申述が 60 回超行われ、さらに医療関係者らによる協議会が 30 回超行われてきた F 県のような事例もあり、相当程度のバリエーションが見られた。

²⁶ D 県で合同専門家会議が設置される経緯については、4.2.1 を参照されたい。

このような外形的な違いにも関連して、いくつかの自治体では、専門家会議が COVID-19 対応において果たした機能に課題もあったことが聴き取り調査から窺える。

A 県では、専門家会議のメンバー構成や、その背後にある専門家会議の位置づけをめぐる認識に課題があったという指摘がある。A 県の専門家会議では、とくに初期の段階において、感染症関連の情報分析に長けた専門家が多くの一方、医療提供体制の専門家がいなかったと調査協力者 [4] はいう。県もそのことを認識して、のちに救急医療が専門の部長級の医師をメンバーに加えたが、聴き取りを行った 2022 年 9 月時点でも、「いまだに未知の感染症と闘うときの布陣で専門家会議が作られて」いると調査協力者 [4] はいう。くわえて、とくにオミクロン株の流行が拡大した時期には、高齢者施設における感染爆発を防ぐことが喫緊の課題となったが、A 県の専門家会議には介護の専門家が入らなかったという問題があったと調査協力者 [4] は指摘する。

このように、A 県では、専門家会議を構成するメンバーの専門性に偏りがある点が課題として認識されていた。調査協力者 [4] への聴き取りからは、その背景に、専門家会議が何について話し合う場なのかをめぐるせめぎ合いがあったことが窺える。A 県では、専門家会議を医療提供体制のコントロールについてまで話し合う場にすべきかどうかで議論があり、結果的にそれはできず、医療提供体制のコントロールは DMAT（災害派遣医療チーム Disaster Medical Assistance Team）を中心に進めようということになったという。4.1.4 で後述するように、A 県では DMAT 主導による全県的な医療調整の体制がとられたが、医療提供体制に関する事柄は実質的に DMAT が引き取るというかたちになったのである。

くわえて A 県では、専門家会議において社会的制限をめぐる話し合いを行うかどうかも議論になったが、その場合に必要となる経済の専門家を会議のメンバーに加えることはなく、社会的制限についても議論しないという判断がされた。その結果、専門家会議は、感染症の専門家のみから成る会議として、隔離期間の設定などに論点が集約された一方、社会的制限に関する議論は県庁内部のmatterとされ、そのための諮問機関は設けられなかったと調査協力者 [4] はいう。

後述するように、A 県では、DMAT の枠組みを有効に活用して、県での一元的な入院調整を行う仕組みを構築した。その反面、専門家会議には、医療提供体制に関する助言機能があまり期待されなかった。くわえて、社会的制限をめぐる議論も専門家会議の論点とは見なされず、結果的に専門家会議が助言や意見を行う領域が狭く限定されることになったことが窺える。

②個別対策における専門家の関わり

専門家会議以外にも、COVID-19 対応における個別の対策ごとに、さまざまな分野の専門家との関わりが発生する。そうした専門家との関わりにおける課題の 1 つのケースとして、調査協力者 [4] は、A 県の COVID-19 対策における福祉の専門家の役割について触れている。

A 県では、2020 年夏に、県内の歓楽街で働く人びとを対象に大規模な PCR 検査を実施した。歓楽街で働く労働者のなかには、検査で陽性がわかったあと、子連れでホテルに宿泊療養する女性たちがいたという。そのときに調査協力者 [4] は、県の保健医療部局の長に対して、なぜ彼女たちをただ隔離しているのか、隔離期間のあいだに彼女たちが必要な社会的支援についてヒヤリングをしないのかということ訴えたという。しかし、結果的には陽性者を隔離するだけに終わり、その人びとに必要な社会的支援につなげるための取り組みは進まなかったという。

調査協力者 [4] は、こうしたこと背景として、行政における縦割りと、福祉の専門家たちの働きかけの不足があったのではないかと指摘している。調査協力者 [4] によれば、「感染症は社

会の脆弱なところを狙ってくる」。上記のような場合に、陽性者をただ隔離するのではなく必要な社会的支援へとつなげる仕組みを構築するには、保健医療だけでなく福祉のセクションを巻き込んだ研究班を立ち上げ、福祉を専門とする大学教員に加入してもらいながら、ヒヤリングによるニーズ把握や、感染を防ぐ社会づくりに発展させる必要があると調査協力者 [4] はいう。しかし、A 県を含めた多くの自治体、さらには厚生労働省においても、COVID-19 は感染症であるということで福祉部門の担当ではないという縦割りの影響が大きかったという。また、学者をはじめとした福祉の専門家が、こうした縦割りを突破する動きも A 県では乏しかったと調査協力者 [4] は述べる。

上記のような調査協力者 [4] への聴き取りからは、COVID-19 への対応を感染症への対応というよりも、広く社会的に脆弱な人びとへの支援として認識し、保健医療と福祉の部局をまたいだ対応や、福祉の専門家を巻き込んだ対応へとつなげていくことに課題が生じていた地方自治体の事例があることを窺える。

4.1.4 災害対応の枠組みの活用

今回の調査からは、COVID-19 という感染症への対応において、既存の災害対応の枠組みを活用しながら対処してきた事例があることが窺える。具体的には、①DMAT（災害派遣医療チーム Disaster Medical Assistance Team）の活用、②災害対応に関する専門知識の活用、③災害対応のための物理的環境の活用などによって、COVID-19 への対応を展開していった事例があった。

①DMAT の活用

もともと、DMAT の活動要領などには、感染症蔓延時における対応が規定されていなかった²⁷。しかし、2020 年 2 月に発生したクルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号での集団感染では、「船の中で起きた感染症事案」ではなく「局地災害」であると捉えて DMAT が活用されるなど（阿南 2022）、COVID-19 対応の初期段階から DMAT の活用や応援が行なわれてきた。

本研究において調査した地方自治体の事例のうち、DMAT からの派遣や応援があったことを確認できたのは、A 県、B 県、D 県、E 県、F 県、G 区であった。一方、これまでの聴き取りにおいて、C 県と H 市では DMAT としての派遣や応援が確認されなかった。ただし H 市では、病院に対する DMAT の派遣要請はなかったものの、DMAT の隊員が個人的に応援に入ることはあったという。

A 県では、2020 年 4 月の第 1 波の時点で保健所が逼迫することが認識され、積極的疫学調査以外の保健所機能を県庁に一元化する対応がとられた。調査協力者 [4] への聴き取りによれば、この契機となったのは、民間病院の救急医たちが、当初国の方針にしたがって保健所が行っていた入院調整の不調に気づいたことであった²⁸。病院の部長級の救急医たちが、このままでは地域医療に混乱をきたすため、入院調整の業務を保健所から県庁に吸い上げたほうがよいと判断するに至ったという。ただし、県庁に業務を丸投げしても、保健所で生じていたのと同じ問題が発生す

²⁷ ただし、2022 年 2 月、厚生労働省は日本 DMAT 活動要領を一部改正し、そのなかで新興感染症に係る DMAT 活動の位置づけが明確化された（厚生労働省医政局地域医療計画課長 2022）。

²⁸ 保健所は平時において入院調整の権限を持たず、そのための専門知識もネットワークも有していないことが、不調の原因となっていたと考えられる。これは A 県だけの問題ではなく、全国的に保健所における業務の逼迫や疲弊の要因になってきた可能性がある。

る可能性が高い。そこで A 県では、県庁に臨床経験が豊富な医師が常駐し、入院調整を支援する体制がつけられた。県庁に常駐する医師は、民間病院の部長級の救急医が中心であったという。入院調整が不調の場合は、この常駐する救急医が調整を引き取ることになる。現場の救急医としては、大先輩の救急医が電話をかけてくることになるので、入院調整が行ないやすくなったという。

調査協力者 [4] への聴き取りによれば、県庁に常駐して入院調整の支援にあたった医師の多くが DMAT のメンバーであり、事実上、DMAT が入院調整のセクションに陣取るようなかたちになったという。このような体制構築が県庁の側で受け入れられた背景には、国の方針として DMAT の活用が示されていたことが「錦の御旗」になった側面があると調査協力者 [4] はいう。

[4]：国が DMAT を使えっていうのは言っていましたよね。だから、それが錦の御旗になった部分もあって。もっと雑な言い方をすると、DMAT が乗っ取りました、その [県庁の入院調整] セクションを。救急医たちですから、DMAT は。DMAT の名目に入って、そして、医療提供体制の部分は災害モードでやろうと。だから DMAT だよっていう形で、仕組みをつくっていったということがあります。

——そういう意味で言うと、換骨奪胎かもしれませんが、DMAT っていう枠組みをうまく使ったということは言えるわけですね。

[4] そうですね。非常にうまくいったと思います。

B 県では、県の調整本部に DMAT の人員を中心とした搬送調整班が 24 時間体制で置かれた。この調整班によって、全県を対象とした広域の医療調整が実施された²⁹。

E 県では、調査協力者 [10] によれば、E 県 DMAT の一部メンバーを中心とし、DMAT の活動をしながら COVID-19 の対応に協力してくれたという³⁰。そうしたメンバーは、COVID-19 を危機事案とみなして、ホテル宿泊療養での常駐対応などを担ったという。

G 区における DMAT 活用としては、感染第 6 波における区主導の臨時医療施設の開設がある。G 区では、オミクロン株の流行による病床逼迫への対応として、区内の重点医療機関にあった空き施設³¹（1 つのフロアの病棟）を区が借り上げたうえで、区行政の外部から開業医や潜在看護師を募集し、臨時医療施設（45 床）を開設した。外部から医療従事者を集めるにあたって、G 区は、東京 DMAT に協力要請を出し、その要請に応じて東京 DMAT から医師派遣が行なわれた。調査協力者 [6] によれば、この臨時医療施設は、オミクロン株の流行拡大に対応して 2 週間という短期間で開業にこぎつけたという。こうした迅速な施設開業が可能になった背景には、DMAT による医師の派遣があったことが窺える。

では、COVID-19 という感染症への対応において、災害医療を専門とする DMAT はいかなる機能を果たし得たのだろうか。この点に関する 1 つの示唆的な見解として、調査協力者 [26] は、DMAT による応援には「危機管理体制として情報整理、指揮命令系統の確立等がありますが、実際の災害対応とはちょっと差がある」としたうえで、「危機管理としては DMAT で良かったんで

²⁹ 県調整本部を指揮した調査協力者 [5] も、同県 DMAT の統括を務めていた人物である。したがって、同県においては、COVID-19 対応の統括および実働において DMAT の人材や専門性が活かされてきたといえる。

³⁰ 調査協力者 [10] によれば、とくに比較的年次の若い DMAT の医師が協力的であったとのことである。

³¹ この病院では、COVID-19 病床に通常の 2 倍の人員を集約していたために人員が不足し、一部の病棟を休止せざるを得ない状況になっていたという。

すが、それプラス、やはり専門性ということなので、DMAT チームの中にたとえば感染症内科の先生を入れるとか、あとは感染制御の専門の看護師を入れるとか、そういったことをすれば、DMAT の機動力は非常に重要なことだと思います」と述べている。ここでは、DMAT による危機管理体制としての情報整理や指揮命令系統の確立などは、COVID-19 のような感染症対応においても機能する一方、治療などを含めた専門性が求められる部分では、感染症の専門家などによって補完されることが望ましいということが述べられている。

このような見解にもとづくならば、災害対応で活用されてきた DMAT の枠組みは、とくに情報整理や指揮命令系統の確立をはじめとした危機管理体制の構築という面で、COVID-19 のような感染症対応においても機能する可能性があると考えることができる。実際に、上述した A 県や B 県の事例では、DMAT のメンバーが県庁組織に入って調整を行うなど、COVID-19 対応の体制づくりの部分で DMAT が活躍していたことが窺える。

ここまで見てきた事例を特徴づけるとすれば、DMAT の活用によって COVID-19 に関わるそのときどきの課題に即した対応が可能になったという点で、比較的うまく活用が行なわれた事例といえるかもしれない。一方、DMAT の活用に課題があった事例もあることが今回の調査からは窺えた。

D 県では、県調整本部の搬送コーディネーターというポストに DMAT の医師が入っていたほか、クラスター発生時に DMAT の医師がいくつかの施設で対応に当たることがあったという。ただし、調整本部の搬送コーディネーターは、第 2 波の感染ピーク時に県調整本部に参集し、搬送の調整を行ったのみで、基本的には病院選定コーディネーターというポストの医師の助言を受けながら県職員で搬送調整をしたのが実情であったという。調査協力者 [18] によれば、基本的に DMAT の医師たちは自院での対応を優先してもらっていたという。

他方、D 県の保健所長である調査協力者 [8] によれば、D 県では流行の初期に高齢者施設でクラスターが発生した際、国の DMAT に県が依頼をして支援が入ったところ、現場が「めちゃくちゃにされた」と感じてしまうような出来事があったという。この出来事は、保健所の側で、DMAT が来ると良くないことが起こると認識される契機になったという。また、あちこちの高齢者施設でクラスターが発生した際に、県の DMAT をとりまとめている医師に支援を頼めないか打診したところ、そうした余力や能力がなく難しいと引き受けてもらえなかった経験もあったという。

また、F 県では、県内保健所設置市でクラスターが発生した際に DMAT の派遣が行われた。しかし、県の対策本部に DMAT が入ることはできなかったという。このため、臨床医のスピード感を県の対策本部にうまく共有することができなかったという指摘もあった。

②災害対応に関する専門知識の活用

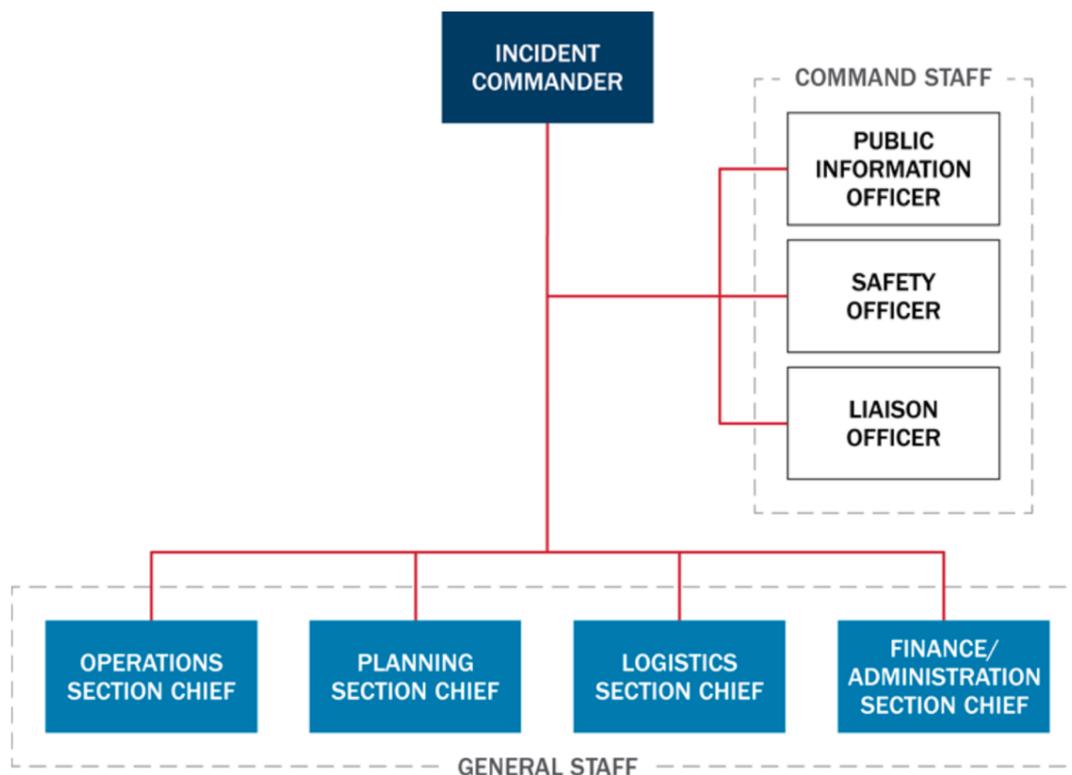
上記①と関連する部分もあるが、災害対応に関する専門知識の活用と呼べるような事例もあった。その 1 つとして、G 区における保健所の体制強化が挙げられる。

G 区保健所では、インシデント・コマンド・システム³²（以下 ICS と表記）という仕組みを導入して保健所の体制強化が行なわれた。ICS とは、アメリカで開発された、あらゆる災害対応の現場において活用できる標準化されたマネジメントのアプローチとされる（永田ほか 2015；FEMA

³² 日本では、緊急時総合調整システムとも呼ばれる（永田ほか 2014）。

2017)。そこでは、災害対応のマネジメント組織がもつべき構造と機能が図表 4-2 のように整理されている。指揮官（Commander）が直轄する機能としては、広報官機能（Public Information Officer）、安全監督官機能（Safety Officer）、渉外官機能（Liaison Officer）があるとされる。一般のスタッフがもつ機能としては、実行（Operations）、計画（Planning）、ロジスティクス（Logistics）、財務・総務（Finance/Administration）があるとされる³³。

図表 4-2 ICS にもとづく組織図の例



出所：FEMA（2017: 24）より引用。

G 区で ICS が導入された背景には、4.4.1 の②でも後述するように、COVID-19 流行前からの災害訓練の経験がある。G 区は地理的に災害リスクが高く、調査協力者 [6] によれば、災害時に「外から助けは来ない」ことが区職員などのあいだで広く共有されてきたという。そうした災害リスクへの備えとして、5 年ほど前から日本 DMAT の総括経験者である災害医療アドバイザーのもとで、年 3~4 回の医療救護活動訓練にくわえて、ICS の実装が進められてきた。

今回の COVID-19 への対応でも、G 区ではこの ICS の仕組みを応用し、保健所長を指揮官として、危機管理体制を再編成した。具体的には、指揮官である保健所長の下に対策部門、計画部門、支援部門の 3 部門制を敷き、これとは別に広報担当、コロナ調整担当、統括保健師などを置かれたりで組織図を再編した。新しい組織に人員を配置する際には、関係する職員すべてに兼務発令をして、平時の職種や職層にとらわれずに人員を配置できるようにした。調査協力者 [6] によれば、こうした仕組みを導入したことで、平時の組織図や職層・職種にとらわれず、保健所による COVID-19 対応に必要な機能やそのための人員を柔軟に確保しやすくなったという。

³³ 用語の訳出にあたっては、調査協力者 [2]、[6] から提供していただいた資料を参考にした。

ICSの仕組みを導入したことで可能になったもう1つの取り組みとして、積極的な広報戦略があげられる。G区では、住民の行動変容を当初の目的とした積極的な広報に着手してきた。たとえば、COVID-19に関する区長からの動画付きメッセージを区ホームページに頻繁に掲載し、区民や区職員に対する明確な情報発信を試みてきた。具体的な対策の細かな情報については、保健医療の専門家である保健所長が直接区民の前で情報発信を行なった。2021年8月に東京都が医療非常事態宣言を発出した際には、速やかに区長がメッセージを出し、医療提供体制を拡充するための緊急対策を講じたことを具体的な対策の中身とあわせて発信した。こうした情報発信もあって、区民からは「保健所職員はよくやっている」「G区の医療従事者はよくやっている」「G区民でよかった」といった評価が寄せられるようになったと調査協力者[6]はいう。

G区においてこうした積極的な広報が可能となった背景には、ICSの考え方にもとづく組織再編があった。ICSでは、上記のように、指揮官直轄の機能として広報官機能が位置づけられている。これにもとづき、G区では、区の総務企画関係部の広報担当課の職員を、保健所の広報担当として専従で配置した。くわえて同区では、COVID-19の流行前から民間の人材を広報専門の職員として受け入れていた。COVID-19への対応にあたっては、この職員も広報担当として保健所の専従とした。これらの人材が広報関係の業務を引き受け、区長や保健所長らがマスコミなどに発信する内容のシナリオ作成などを担ったという。そのなかで、たとえばどういう情報であればマスコミ関係者に興味をもってもらえるかなどについて、区長や保健所長に対してアドバイスを提供したりしていたという。

以上のようなG区の事例からは、DMAT経験者である災害医療コーディネーターの指導下での平時の災害訓練をつうじて、ICSという災害対応に特化した組織マネジメントに関する知識が行政に取り入れられ、それがCOVID-19対応に活用されてきたことが窺える。

③災害対応のための物理的環境の活用

今回の聴き取りからは、COVID-19の流行前から、自然災害などを想定した物理的な設備を自治体が保有あるいはCOVID-19に使用できたことが、とくに本部組織を機能させるうえで重要な条件の1つになったことが窺える。

厚生労働省新型コロナウイルス対策本部の地域支援班として、自治体の現地支援を行ってきた調査協力者[2]によれば、たとえば支援に入った或る県では、南海トラフ自身への備えとして防災庁舎のような建物があり、本部組織を設置するための大部屋や機材（モニターなど）が備わっていた。他方、都内の或る区では、そもそもそうした本部組織を設置するための大きな空間や施設がなかったという。調査協力者[2]の経験によれば、今回のCOVID-19対応のようなルーチンワークでの対応が難しい危機において、自治体の本部組織がうまく機能するためには、大きな部屋に機能班のような組織を置き、平時の組織では対応できないような仕事を巻き取っていくことが重要になる。また、そうした機能班が近くに集まっていることが重要であるという。というのも、地震などの自然災害と違い、対応の仕方が定型化されておらず、それに慣れた人材も少ない今回のCOVID-19のような問題に対しては、大きな空間に集まって本部組織を運営しながら、既存の組織には収まらない課題について相談し対応していくことが重要であるからだという。COVID-19の流行前から災害対応の本部組織を立てるための大きな空間や施設、必要な機材などがあった自治体では、こうした本部機能を発揮させやすかったという。

ここまで、災害対応の枠組みを COVID-19 対応に活用してきたいくつかのパターンとその具体例を述べてきた。その一方で、調査を行った自治体のなかには、既存の災害対応の枠組みを COVID-19 において必ずしも活用できなかった事例もあることが窺えた。

たとえば、調査協力者 [8] によれば、D 県では自然災害の発生時、県の災害医療コーディネーターが県庁に入り、全県での広域的な医療調整を担う本部に詰める体制となっている。一方、今回の COVID-19 対応では、自然災害時と同様に災害医療コーディネーターが対応に当たれないかと意見を出しても、いまだ実現していないという。そのため、広域の医療調整を担う本部はマンパワーが限られており、24 時間の医療調整には応じられない仕組みとなっていると調査協力者 [8] はいう。

F 県では、調査協力者 [11] によると、防災の備えとして設置された建物などを COVID-19 対応で活用しようとしたが、換気の面などを考慮した結果、即時的な使用が困難で、他の施設で対応するという判断がとられたものもあった。さらに、調査協力者 [11] によれば、F 県としては、今回の COVID-19 は健康危機災害であり、地震のような災害と比べるとより長期的に、行政による状況に応じた医療体制の確保・整備や感染状況の把握・発信が同時に必要であったという認識があるという。

4.1.5 情報基盤の活用

地方自治体内部での COVID-19 対応のガバナンスにおいては、情報基盤をどのように活用するかという点も重要であることが窺えた。今回調査を行った自治体のなかにも、データ基盤・情報システムなどを戦略的に活用して COVID-19 対策を進めてきた自治体もあった。

B 県では、国や他の自治体に先駆けてさまざまなデータ基盤を整備し、それを前提に情報システムの企画・開発・運用が進められた。たとえば、B 県では医療機関レジストリ・調査基盤をコロナ蔓延前から準備し全県の医療体制を日次把握し、公開情報として「見える化」していた。この調査情報をもとに COVID-19 陽性者の医療機関を集約しつつ、重症、中等症、軽症・無症状に分けて対応し、軽症・無症状の陽性者に対しては自宅や宿泊施設等での療養管理を進め、経過をモニタリングする仕組みを作った。この軽症・無症状者の健康管理は、当初、保健所ではなく県庁が一元的に行うこととし、そのためのシステムを構築した。具体的には、LINE アプリ・AI コール（AI による自動架電・聞き取り・療養システムへの記録）などをつうじて療養者の体調を確認し、得られた情報をクラウドで一元管理するシステムを構築することで、限られた人的リソースで膨大になった療養者の健康管理を行える仕組みを蔓延前から整えた。ほかにも、クラウド型のデータ管理システムを活用して、病床の利用状況や物資の在庫・供給状況など、点在する重要な情報をシステム上に集約したうえで、関係者と共有できる仕組みがつけられた。

上記のような情報システムの開発・運用が進んだ背景としては、1 つに、調査協力者 [5] とともに B 県の医療危機対策統括官を務めた調査協力者 [14] の働きが大きかった。調査協力者 [14] は、COVID-19 の流行以前から、病院や救急医療・在宅医療など臨床現場におけるクラウドやモバイル端末の活用と、一元的な運用管理に関する専門性やノウハウをキャリアのなかで形成してきたという。こうした人物が B 県の COVID-19 対応に深く関与したことが、戦略的に、高速かつ広範囲に状況を把握し、変化する状況に合わせた大規模で柔軟な情報システムの運用に大きく影響したことが窺える。

これにくわえて、システムを活用して収集した情報を、外部に公表して可視化する仕組みを用意したことも、情報システムの運用が進んだ背景の 1 つとしてあった。自治体によっては、たとえば県庁や行政が病床の確保状況に関する情報を収集したとしても、それを医療関係者などに公表しなかったところもある。たとえば、C 県では、医療機関から毎日 FAX などで提供される情報を県庁で集約し、病床管理に活用するシステムを構築していた。しかし、この病床管理システムは県庁内だけで見られるようになっており、病院間の軋轢を避けるため、あえて、ほかの医療機関では見られないようにしていたという³⁴。

これに対して B 県では、クラウド型のデータ管理システムに集約された各医療機関の病床確保状況は、医療機関に対しても可視化されてきた。調査協力者 [5] によれば、このように情報が可視化されることで、各医療機関は、自分たちだけが COVID-19 患者を受け入れているわけではないことを認識することができた。医療機関の側にとって COVID-19 の患者を受け入れることは、（とくに COVID-19 について未知の部分が多い段階では）「ババを引く」ことであるが、病床確保の状況を可視化することで、自分たちだけが「ババを引」かされているわけではないと認識できる。このことは、B 県において医療機関の病床確保を支えたと考えられると調査協力者 [5] はいう。このように、B 県では、情報基盤を構築して行政がたんに情報を収集するだけでなく、集めた情報を医療機関のようなステークホルダーに向けて公開・共有することで、医療機関からの情報提供や、県としての病床確保といった面での協力を取り付ける工夫がなされてきたことが窺える。

E 県では、J-SPEED という仕組みを活用した情報の収集・分析がすばやく行われた点が特徴的である。J-SPEED とは、災害医療の分野で用いられるデータ管理手法であり、診療記録の集計に用いる統一された様式と電子システムのことを指す³⁵。災害時には、継続的な診療のために共通の診療記録様式を用いて情報の記録や引き継ぎを行う必要があると同時に、診療記録の集計データの解析にもとづく医療資源の配分なども必要となる。J-SPEED では、統一された様式で診療記録を集計すると同時に、それらを電子化することでデータの即時集計や遠隔報告が可能となる。

E 県では、この J-SPEED の仕組みを早期に活用することで、保健所設置市なども含めた全県の（国のシステムなどを介さない）オリジナルな情報を迅速に入手することができたと調査協力者 [10] はいう。J-SPEED で集められた情報は、県庁内での議論や県民への発信にも用いられた。くわえて、以下に述べられているように、J-SPEED で集計する項目をそのときどきにに応じて柔軟に変更できたことも、COVID-19 への対応においては重要であったという。

[10]：大きいのは、項目をつねに、変更がわりと柔軟にできたので。県だけでやっているの
で。たぶん、これが国になると、各県の意向とか、都合とか、事情とかで、項目の変更
って結構しにくいと思うんですよね。

——やはりこれは、フォーマットだからっていう。

[10]：かつ、それをいじるシステムの影響とかも各県で出てくるので。なかなか項目の追加
とか減らしたりとか、そういうのってしにくいと思うんですけど。

³⁴ ただし、5.4 において後述するように、C 県では、県庁で一元的な入院調整などを担っていた技監である調査協力者 [7] が、県立医科大学出身者のネットワークなどを基盤としながら、地域の医療機関などとの信頼関係を平時から構築してきたという。そのため、情報の可視化という手段を用いずとも、ステークホルダーとのあいだで一定の信頼関係を構築することができていたと考えられる。

³⁵ 以下、J-SPEED の仕組みの概要については、「J-SPEED 情報提供サイト」(<https://www.j-speed.org>、2024 年 1 月 24 日最終閲覧)を参照した。

—そうか、国でやればいいってもんじゃないのか。

[10]：うーん、だから、そこで柔軟にやれる仕組みまで入れないと、たぶんダメで。

—かえって良くないわけですね。

[10]：はい。だから、症状とかも変わってくるじゃないですか。そういうときに症状の項目を足したりとか、引いたりとか。ワクチンの情報もあとから増えたりとかしたじゃないですか、「接種歴あり・なし」とか。そういうのも、その都度都度、J-SPEED の項目に足したり引いたりのできたので。つねに一番そのときに欲しい情報を集められたんですよね。

E 県で J-SPEED の仕組みがすばやく活用された理由としては、E 県内の国立大学に所属する公衆衛生学の教授の存在が最も大きかったと調査協力者 [10] はいう。この教授は DMAT のメンバーでもあり、J-SPEED の仕組みをどのように活用できるかの発想を提供してくれたという。また、調査協力者 [10] の前任の保健医療関係部局長級の職員が、有事の際には J-SPEED の仕組みを活用することで事前に決めていたことも、スピーディな活用に結びついたという。

さらに、情報を入力する医療機関サイドの協力を得るために、J-SPEED の仕組みを導入することで医療機関の側にどういうフィードバックがあるのか、診療データがどのように県の政策に活かされるのかということも織り込んだシステムの活用を進めたという。

[10]：医療機関の先生方に、継続的に情報を入れていってもらわないといけないという。そのためには、これを入れると何がフィードバックされるのかっていうところを、そこまで織り込んでやったら、すごい現場の先生たちは、自分たちのやっている治療とか診療とかが政策にどう生かされて、かつほかの病院でどういうことがされているのかとか、県内でどういう患者が出ているのかっていうことも、各医療機関にフィードバックし続けたので。そうすると、現場の先生たちも、自分たちのやっていることに対する納得感と満足感が上がっていくので、データを入力するっていうことに対する協力の得られ方が違いましたね。

このように、いくつかの地方自治体では、情報基盤を積極的に活用した COVID-19 への対策が進められた。B 県や E 県の事例からは、その背景にはキーマンとなる人物の存在があり、その意味では属人的とも言える要因が影響していたことが窺える。同時に、システムを活用しながら集約・分析したデータを公開したり、関係機関に対してフィードバックしたりすることで、データを入力する医療機関などからの協力を取り付ける工夫も行われており、こうした工夫も、情報システムの有効かつ継続的な運用を可能にしていたと推察される。

4.2 地方自治体間関係

地方自治体レベルの COVID-19 への対応は、他の自治体との関係性によっても影響を受ける場合がある。とくに都道府県と、指定都市や中核市などの保健所を設置する市との関係は、都道府県全体としての COVID-19 対応の一体性を左右する。また、保健所非設置の市町村は、COVID-19 対応においてワクチン接種の業務などを担ったが、都道府県とどのように連携するかが各地の

対応に影響する可能性がある。今回の調査からも、都道府県と保健所設置市、都道府県と一般市町村との関係が COVID-19 への対応において重要であったことが窺える。

4.2.1 都道府県と保健所設置市の関係

今回調査した地方自治体のなかには、特定の部分において都道府県と保健所設置市との協力や連携が一定程度うまく進められたことが窺える自治体があった。

B 県は、H 市をはじめとして、県内に複数の保健所設置市がある。しかし B 県では、4.1.1 でも触れたように、県内の保健所設置市も含めて、B 県庁の医療調整本部が一括して医療調整を行ってきた。調査協力者 [9] によれば、この県庁の医療調整本部には、指定都市である H 市からも多数の人員を拠出していたという。人員の拠出は、出向ではなく市の出張という扱いにされ、出張にかかる費用はすべて H 市の負担になっていた。市職員が市の出張扱いで県庁での業務に当たりながらも、その指揮命令系統をめぐって大きな混乱や反発が生じなかったのは、B 県の COVID-19 対応における保健医療的対策を指揮してきた調査協力者 [5] の高い統率力によるところが大きいと調査協力者 [9] は述べている。保健所設置市も含めた一元的な入院調整を県庁で行うことや、それに必要な人員を保健所設置市から出張扱いで拠出してもらうことが、保健所設置市からの大きな反発なく進められた背景には、調査協力者 [5] のような指揮官のリーダーシップがあったことが窺える。

C 県は、感染者情報の集約の面で都道府県と保健所設置市との効果的な連携がみられた。C 県には、「保健所の統合ネットワーク」と呼ばれる仕組みがある。これは、県内の中核市が設置する保健所も含めて、すべての保健所で把握した感染者の情報を、県庁の技監（調査協力者 [7]）のもとに集約する仕組みである。C 県では、保健所設置市も含めた県内の COVID-19 患者の医療調整を、各保健所単位ではなく、県庁（具体的には技監である調査協力者 [7]）によって一元的に行なっている。こうした全県での一元的な入院調整を行なううえで、上記の統合ネットワークをつうじて集約される情報が重要な役割を果たしたと調査協力者 [7] はいう。この保健所の統合ネットワークが機能する背景の 1 つには、県庁の技監である調査協力者 [7] が、かつて中核市保健所も含めた保健所長会の会長を長らく務めていたという事情がある。技監がこうした経歴をもつこともあって、各保健所は、技監による指示をスムーズに受け入れる傾向にあると調査協力者 [7] はいう。この事例からは、県庁における入院調整の中心となった技監が、行政職員としてのキャリアのなかで形成してきた平時からのネットワークが、都道府県と保健所設置市の一体的な対応を可能にする 1 つの条件となっていることが窺える。

このほか、D 県では、4.1.3 で述べたように、県内の保健所設置市と合同での専門家会議を設置し、医療提供体制などの政策決定を行うにあたっての意見を聴取する体制をとった。そこに至る経緯として、D 県では初期の段階において、県と当該保健所設置市との連携や情報共有がうまくできていない部分があったと調査協力者 [16] はいう。専門家の助言・意見を求める会議体についても、保健所設置市が先行して設置していたという。しかし、医療提供体制の政策決定については、県全体としての対応が必要になるという認識から、県も後から会議体を設置し、これを保健所設置市の会議体と合体させる形で合同の専門家会議が作られたという。

くわえて D 県では、県内の医療機関に対して病床提供やワクチン接種、検査実施などをお願いする際に、県知事、県内保健所設置市の市長、県医師会長、専門家会議座長（県内国立大学病院の病院長）の四者連名による通知を出してきたと調査協力者 [17] はいう。通知の内容について

は、それぞれの担当者レベルで詰めながら通知を発出していたという。これにより、医療機関の側でも、「この先生たちの名前が入っている通知であれば」との協力的な反応が得られた部分があったという。ここでは、医師会や大学との連携も含まれているが、通知の発出という面で都道府県と保健所設置市とのあいだに連携があり、これが医療機関からの協力を得ることにつながった側面があることが窺える。

一方、調査した自治体のなかには、都道府県と保健所設置市のあいだの協力や連携に課題が生じる場面があったことが窺える事例もあった。

たとえば E 県では、COVID-19 患者の入院調整を県で一元化したのが、これについては県内の保健所設置市との衝突などもなかったという。しかし、すべての面で連携がうまくいったわけではなく、たとえば患者情報の共有がスムーズに進まない局面もあったという。情報が共有されないこと背景には、感染症対策の基本方針のすり合わせが十分でなかったことがあるのではないかと推測されていた。方針や情報の共有が進まないことで、患者への療養環境提供の取組に苦労した場面もあったが、国立感染症研究所実地疫学センターの協力も得ながら、方針の共有や情報連携を進めていったという。

F 県でも、県庁による一元的な入院調整の仕組みを導入しており、その点では保健所設置市とも一体的な対応がとれていた。また、調査協力者 [11] によれば、保健所設置市を一括したシステムを使って宿泊施設への搬送調整を行うなど、県の側でとりまとめを行いながら対応したため、保健所設置市との搬送調整に関するやりとりで問題が生じることはそれほどなかったという。

その一方で、F 県内の保健所設置市における保健所の運営体制については、県から指導を行なったものの、なかなか状況が改善しないといった場面もあったという。

4.2.2 都道府県と一般市町村の関係

都道府県と一般市町村の関係としては、県が設置する保健所の業務逼迫に対して、管轄する市町村からの職員の応援というかたちで協力が行われることがあった。たとえば、調査協力者 [26] が所長を務める I 県の保健所では、圏域内の市町から保健師および技術職の支援があった。これは、県の側から要請を出して行われたものである。また、地方自治を専門とする行政学者である調査協力者 [15] が調査を行った 2 つの市においても、県の保健所から保健師の派遣依頼があったという³⁶。

ただし、こうした県から市町村への職員の応援依頼に対する市町村の側の応答は、かなり限られていたことが調査からは窺える。たとえば、調査協力者 [26] の保健所が管轄する市町のすべてが、保健師や技術職の応援を出したわけではなかった。さらに、母体が大きい市が応援を出したというわけでもなく、以下にくわしく述べられているように、それぞれの市町の首長が COVID-19 についてどのような考え方を持っていたかということが、職員を応援に出すことに影響していたと思われる調査協力者 [26] はいう。

——市や町からの応援とか協力を取り付けるに当たって、どのぐらい応援をしていただけるのかという時に、それを左右することは一体何なんだろうかということがちょっと疑問

³⁶ 調査協力者 [15] が 2 つの市に対して実施した調査は、2020 年末ごろから依頼を行い、2021 年 7 月ごろに回答を得られたものである。このうち、1 つの市については、今回の聴き取りを行った 2023 年 10 月の少し前に追加調査を行ったという。

として思っただけで、今のお話伺っていると、やっぱり首長の方の影響がかなりあるというふうに理解してよろしかったのでしょうかという質問です。

[26]：それは、首長さんの方々が健康危機管理、コロナに対してどのような意識を持っているかということの表れではないのかなと思います。災害対応ですと、保健師を派遣するというのは当たり前のことだと思うんですけども、それと同じように考えるかどうか、その違いではないのかな。これ、感染症法だから、保健所の仕事だから出す必要ないでしょって言われればそうなんですけども、危機管理の1つだというふうに認識してもらえば、そこは柔軟な対応できるんじゃないかなと思います。

また、調査協力者 [15] が調査したうちの1つの市では、複数回の派遣要請に対して全回派遣したものの、同じ保健所が管轄する他の市町のうち、とくに小さい自治体は、職員を派遣できなかったところもあるという。調査協力者 [15] によれば、派遣要請に応えるか応えないかは、人間的な余裕を考慮するなかでギリギリの判断であり、上記の全回派遣をした市においても、派遣させることができたのは1人だけだったという。調査協力者 [15] が調査を行った2つの市では、主にワクチン接種に関わる業務が増大し、それに対応できる人的資源の確保が十分でないなかで、担当の職員は「当時は本当に戦場と化していた」という感想を述べていたという。

防災行政や危機管理行政の研究者である調査協力者 [13] は、今回の COVID-19 対応では、自然災害対応で盛んな広域応援が低調であったと指摘している。その理由について、調査協力者 [13] によれば、広域応援は余裕のある地域が応援を行う仕組みであるものの、COVID-19 は不確実性が非常に高い事案であり、人員を応援派遣したあとに自分たちのところで感染爆発や業務逼迫が生じる可能性がある。これを懸念して、地方自治体間の広域応援では、人員の「貸し渋り」が生じうるという。

上述した調査協力者 [15] や [26] の話からも、地方自治体間、とくに都道府県と一般市町村のあいだでの応援は低調であり、調査協力者 [15] がいうように、市町村の側でも人的資源の確保が不十分であるなかで、やむをえない人員の「貸し渋り」が生じていたことが窺える。同時に、こうした基調のなかで、一部の市町村では、首長の意向なども背景としながら職員の応援も行われていたことが窺える。

4.3 中央・地方関係

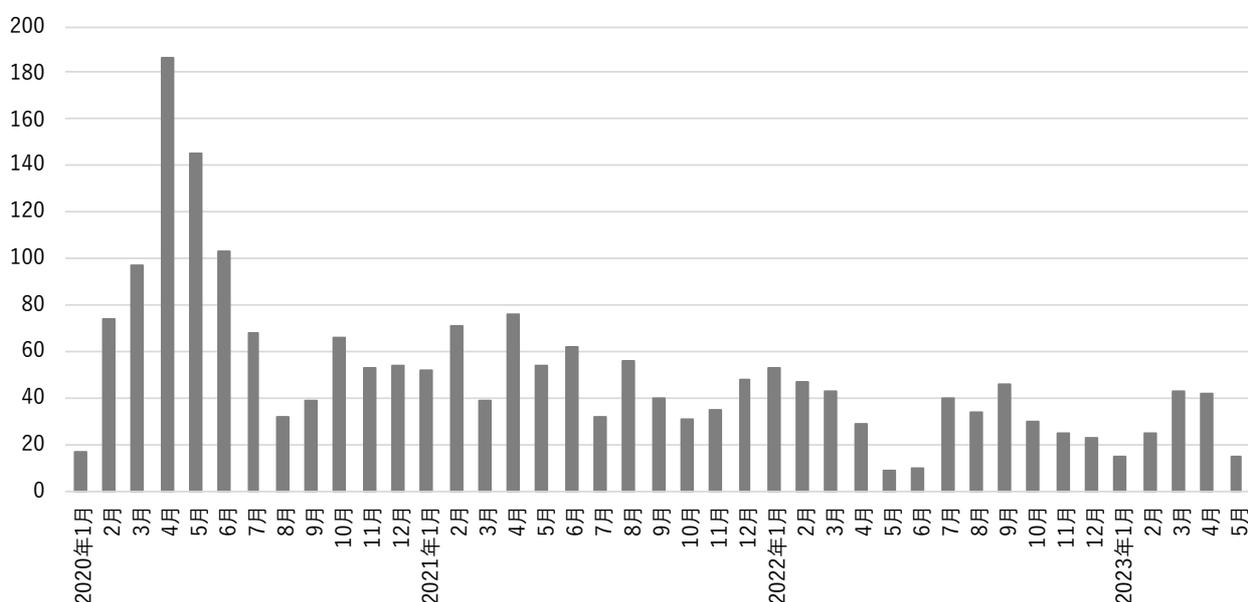
防災行政や危機管理行政を専門とする調査協力者 [13] によれば、危機対応における広域応援は、地方自治体間で行う「水平補完」と、国から地方に対して行う「垂直補完」に分けることができる。COVID-19 対応における地方自治体間の応援の仕組みについては、すでに 4.2 で見てきたが、国から地方への応援の仕組みやプロセスはどういったものだったのだろうか。他方、地方レベルの COVID-19 対応を進めるうえで、国と地方の関係がどういった側面で障害となったのだろうか。本研究からは、とくに重要なものとして、①通知行政の影響、②国による地域支援の影響、③国からの出向人事による影響、④国による情報システムの開発・運営の影響などを見出すことができる。

4.3.1 通知行政の影響

COVID-19 への対応においては、国から地方に向けて出される通知や事務連絡との関係で課題が生じていたことが窺える。具体的には、通知や事務連絡の数の多さ、出されるタイミング、内容の柔軟な理解・解釈の難しさといった課題があった。

第一に、COVID-19 に関しては多数の通知や事務連絡が出されてきた。1つの指標として、厚生労働省のホームページで公開されている情報によると³⁷、国内で COVID-19 への対策が本格化した 2020 年 1 月から、COVID-19 の感染症法上の位置づけが 5 類に移行した 2023 年 5 月 8 日までの期間で、計 2059 本の事務連絡等が出されている。また、月毎に出されてきた事務連絡等の数を集計すると、1 回目の緊急事態宣言が出された 2020 年 4 月から 5 月にかけての期間が特に数が多く、通知や事務連絡の数にもある種の「波」があることが窺える（図表 4-3）。

図表 4-3 COVID-19 に関する地方自治体・医療機関向け事務連絡等の本数



出所：厚生労働省ホームページ³⁸の公開データより執筆者作成。

注：2023 年 5 月の数字は、5 月 8 日までのもの。

この期間、厚生労働省や政府の新型コロナウイルス感染症対策本部などで対応にあたってきた調査協力者 [27] は、COVID-19 対応における反省点として、「地方自治体に厚労省が毎日何通も送る事務連絡が、とても読んでいる暇がない。なので、少し直近の動きがうまく伝わっていないような話ですとか、その重要性の度合いが埋もれてしまっている、みたいなことがありました」と話している。このように、国から出される膨大な数の通知や事務連絡に対して、地方自治体の側が目を通すことが難しくなっていたということは、既存文献でも指摘されている（関 2021）。

第二に、数の多さだけでなく、通知がいつ出されるかという点でも難しさがあったことが窺える。県の保健所長として COVID-19 対応にあたってきた調査協力者 [26] は、以下の抜粋にある

³⁷ 厚生労働省「自治体・医療機関向けの情報一覧（事務連絡等）（新型コロナウイルス感染症）」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00088.html、2024 年 1 月 24 日最終閲覧）。

³⁸ 厚生労働省「自治体・医療機関向けの情報一覧（事務連絡等）（新型コロナウイルス感染症）」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00088.html、2024 年 1 月 24 日最終閲覧）。

ように、金曜日の夕方ごろにいきなり厚労省から通知が届くことがたびたびあったと語っている。ここでは、あらかじめ国から、あるいは国の議論の流れを把握している県の側から、対策の方針などについて事前に情報がもらえていればよかったということが述べられている。

[26]：よくあるのは、金曜日の夕方ぐらいからいきなり国から通知が来るということで、慌てて土曜日の昼間に保健所に、こう変わりましたっていう。われわれ、金曜日の夜のいつもの厚労省の送り逃げねって言うんですけども、逃げてやるって感じ。いきなり来るんですよね。そうではなくて、もう少しビジョンでこういうふうに進むということを知って、そうなるんだよって事前に情報がもらえれば、われわれとしてはもう少し事前準備、根回し等ができたんじゃないのかなって思います。

第三に、国から大量の通知が送られてくるなかで、地方自治体の側ではその内容を解釈したり、各地の状況に即しながら対応に反映させたりすることに課題もあった。厚生労働省の地域支援班として各地の地方自治体の現地支援を行ってきた調査協力者 [2] は、支援先の自治体の関係者から、国の通知がわかりづらかったり曖昧であったりすることに対してたびたび問い合わせがあったことを話している³⁹。I 県の保健所長である調査協力者 [26] は、感染症は地域ごとに流行が異なるため、地域ごとの判断なしに国の方針をやれといわれてもニーズに合わないことがあると話す⁴⁰。しかし、I 県では、国の通知を「右から左に流す」だけであり、それを踏まえた県独自の方針が保健所の側からは見えなかったという。その理由として、県庁の側では、国の通知文は理解できたとしても、その次の次の一手として何が出てくるのかを予想しながら対応の方向性を決めることができず、個別の通知ごとのアドホックな対応になっていたと調査協力者 [26] はいう⁴¹。

では、こうした国の通知にまつわる課題について、COVID-19 への対応においてはこういった対処がとられてきたのだろうか。第一に、調査協力者 [27] によれば、厚生労働省から各地の衛生部局へ事務連絡を出す際には、概要のパワーポイントをできる限り添付するようにし、それを衛生部局から幹部職員へ共有してもらうことで、通知の文面を見ずとも内容を理解できるようにしていた。これは、地方自治体の側から非常に重宝がられたと聞いていると調査協力者 [27] は話している。ただし、感染流行の最中で忙しくなると、この仕組みが回らなくなる局面もあったという。

第二に、厚生労働省新型コロナウイルス対策本部地域支援班によるサポートが行われた。この地域支援班は、平時および感染拡大時における地方自治体の支援を目的として、2020年7月3日、厚生労働省の本部に設置された⁴²。地域支援班の役割の全体像については 4.3.2 で後述するが、そ

³⁹ 例として、調査協力者 [2] は、或る県の現地支援に入り、病床確保に関する支援を行ったことについて話している。調査協力者 [2] が病院長会議に参加すると、通知のわかりづらい点や、補助金がどういったところに出るのかといった点について疑義が出されたという。

⁴⁰ 具体例として、I 県では、国から地域検査センターを作るようにとの通知が来ているため、各保健所でセンターを作るよう指示があったという。しかし、保健所の立場としては、そのようなものを作る必要はなく、渋々立ち上げたものの使わずじまいになった保健所もあったと調査協力者 [26] はいう。

⁴¹ ただし、調査協力者 [26] は、自治体行政の内部だけで国の通知の裏を読んでいくことは難しく、大学などの専門家から柔軟に意見を受け入れていく体制が必要だろうとも述べている。

⁴² 調査協力者 [2] によれば、その前段階として、2020年4月13日に厚生労働省の本部のなかで「地域支援チーム」が結成された。このチームの役割の1つは、いわゆる厚労省本部の「ワンストップ窓口」のようなものであり、既存組

の 1 つとして、国の通知や法令に関する疑義照会や、各地の状況に即した柔軟な運用の伝達があったという。調査協力者 [2] によれば、たとえば地方自治体から出てきた通知などに関する不明点や曖昧な点に対して素早く明確な回答を返したり、地方自治体の側が疑心暗鬼にならないよう新しい通知を出すよう厚生労働省に訴えたりといったことを行っていた。そのなかで、可能な範囲での柔軟な解釈を伝えたり、ときには「通知は、帯に短し襷に長しになりがち。技術的助言にすぎないですし、実情に合わないなら、厚労省にも相談しつつもぶちぎってやったらいいですよ」などと伝えたりして、各地の柔軟な対応を促していたという。

第三に、地方自治体サイドに、通知を柔軟に解釈し運用できる専門性やスキルに長けた人材がいる場合には、上記のような課題に対処できた可能性がある。たとえば、先述のように、調査協力者 [26] が保健所長を務める I 県では、国の通知を「右から左に流す」だけの対応が行われていたという。これをうけて、調査協力者 [26] は、みずから通知文を読み、国が何を考え、次にどのような対策を打ってくるかを考えつつ、自分たちの圏域で「何が必要とされているか、ニーズありきで対応を進めていった」と話す。調査協力者 [26] は、感染症疫学を専門として研究者や行政職員としてのキャリアを歩んできた人物であり、こうした専門性を生かしながら、調査協力者 [26] の保健所が管轄する圏域では、同じ県の他の圏域よりも先んじた COVID-19 対策がとられてきた。この事例は、保健所の現場レベルにおける対処であるが、県本庁レベルにおいても然るべき人物が役割を發揮できる体制があれば、県全体として通知の柔軟な解釈や運用が促進される可能性がある。

4.3.2 国による地域支援

COVID-19 対応において、国による地方自治体の応援は、先述した厚生労働省の地域支援班を含めたいくつかの枠組みで行われたことが窺える。

厚生労働省本部の地域支援班は、先述した通知や法令の疑義照会や柔軟な解釈以外にも、県庁の本部機能や保健所機能のマネジメント支援や、病床確保、看護師の派遣・受援、広域医療搬送、クラスター施設支援などの各論的な支援を行ってきた⁴³。実際に地域支援班の職員として各地の支援を行ってきた調査協力者 [2] によれば、こうしたさまざまな支援メニューのなかでも、とくに県庁本部や保健所のマネジメント支援が優先的に取り組まれてきたという。一方、本部機能や保健所機能がある程度整っているところでは、上記のような各論的な支援にすぐ着手するケースもあったという。厚生労働省から E 県に出向していた調査協力者 [10] も、地域支援班の主な役割は、指揮命令系統の確立や、情報収集とフォーマットの整理・統一化などを支援しながら本部機能の強化を図ることであり、いわば「交通整理」のような役割を果たしたと述べている⁴⁴。

ただし、地域支援班による現地支援がつねにスムーズに実現したかという点、必ずしもそうではなかった。たとえば、調査協力者 [2] は、地域支援班のメンバーとして、延べ 13 の自治体に

織の縦割りから落ちるような課題に対応することが期待された。もう 1 つの役割が、平時および感染拡大時の地方自治体への現地支援であった。このチームが改組されるかたちで、地域支援班が設置された。なお、地域支援班が設置され、地方自治体への現地支援が展開された背景には、当時の自見政務官による強い意向と働きかけがあったという。

⁴³ なお、地域支援班内には DMAT チームがあり、本部機能のマネジメント支援や、クラスター発生施設の機能継続支援などを中心に活動を行ったという。

⁴⁴ 一方、地域支援班の役割は、マンパワーが不足している状況に対して応援を行うようなものとは少し異なっていると調査協力者 [10] はいう。これに対して、4.4.2 で後述する国際 NGO などによる支援は、看護師を中心としたマンパワー支援を行っており、地域支援班が果たしてきた機能を補完するような関係にあるといえる。

現地支援を行っているが、このうち或る特別区の支援に入ろうとしたときには、都も区も警戒心が強く、「来てくれるなというのが基本的なスタンス」であったという。なんとか支援に入っても、ただ椅子に座っているだけで、「支援というほどのものはほとんどできなかった」と調査協力者 [2] は話している。このように、地域支援班による地方自治体の支援には、マネジメント支援をはじめとしたさまざまなメニューが用意されていたものの、地方自治体の側が支援を受け入れるかどうかという点で困難が生じる事例もあったことが窺える。

一方、厚生労働省本部にはクラスター対策班という別の班があり、ここでも地方自治体への支援が行われた。クラスター対策班のなかには、国立感染症研究所（以下、感染研）実地疫学研究センターの職員や、実地疫学専門家養成コース（FETP）の研修員・修了者を中心としたチームがあり、都道府県からの派遣要請に応じて現地の支援を行った⁴⁵。支援内容としては、積極的疫学調査やクラスター発生施設への技術的支援などが行われている。今回調査した地方自治体のなかでも、E 県や F 県には FETP による支援が入っていることが確認された。さらに E 県では、COVID-19 対応の途中から実地疫学研究センターのメンバーが県の専門員会議にオブザーバーというかたちで加わっており、このメンバーを介して県の状況を国に伝えたり、国や他県の情報を県に情報提供してもらったりする関係ができていたという。

4.3.3 国からの出向人事

上述した国による支援とは少し異なるが、国から都道府県などに対して医系技官などが出向していたケースでは、そうした人物がキーとなって、地方自治体内部における COVID-19 対応の改革や、国と自治体の連携などが進む場合があった。

調査対象者 [10] は、厚生労働省の医系技官であり、COVID-19 流行の途中から E 県の保健医療関係部局長級のポストに着任している。それまで E 県は、COVID-19 流行前に設立されていた感染症対応の司令塔組織があったものの、担当業務ごとに課や班などの組織が分立する体制になっていた。調査対象者 [10] は、着任後すぐに、COVID-19 対策を一元的に対応する組織をつくることを要望した。その結果、着任からおおよそ 4 ヶ月後には COVID-19 対策担当の組織が新設され、担当の部局長級職員が配置された。また、同じタイミングで別の県に赴任していた厚生労働省の先輩と日常的に連絡をとりながら、国の動向などについて互いに情報交換して連携をとっていたという。このように、国から医系技官が赴任していた都道府県では、自治体の組織改編や、国および他の自治体との連携が促進されていたことが窺える。

4.3.4 国による情報システムの開発・運営

地方自治体による COVID-19 への対応にあたっては、国のレベルで開発された多数の情報システムが用いられた。たとえば、H 市の医務監である調査協力者 [9] によれば、H 市ではワクチン接種の実施にあたり、「ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）」と「ワクチン接種記録システム（VRS）」という、国が構築した 2 種類のシステムが用いられた。V-SYS とは、ワクチン等の割当量の調整や接種実績を登録するシステムであり、VRS は、ワクチンの円滑な接種を支援するため

⁴⁵ 国立感染症研究所実地疫学研究センター・国立感染症研究所 実地疫学専門家養成コース「クラスター対策班接触者追跡チームとしての実地疫学研究センター・FETP の活動報告（3）」（2022 年 11 月 18 日公開、<https://www.niid.go.jp/niid/ja/jissekijpn/11486-profilejpn-9.html>、2024 年 1 月 24 日最終閲覧）。

に、全国統一の仕様で接種状況を記録するシステムである。これにくわえて H 市では、市民による接種予約のためのウェブサイトと、医療機関によるワクチン注文のためのウェブサイト由市として開設し、COVID-19 のワクチン関係だけで4つのシステムが用いられたという。このほか、各都道府県の COVID-19 対応では、感染者等の情報を電子化して一元的に管理するための「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム (HER-SYS)」や、病院の稼働状況や病床・医療スタッフの状況などを一元的に把握するための「医療機関等情報支援システム (G-MIS)」などが国によって開発され、対策に用いられた。

このように、ワクチン接種のような個々の対策ごとに見ても、そこでは複数の(かつ一見したところ類似した機能をもつような)システムが開発される状況が見られた。くわえて、COVID-19 に関わる対策は多岐にわたり、結果的に地方自治体は非常に多くのシステムを運用することになった。これは、地方自治体の側に少なからぬ混乱をもたらしてきた可能性がある。

くわえて、それぞれのシステムは、利用側にとって必ずしも使い勝手がよくない部分があり、それが地方レベルでの COVID-19 への対応に支障を来す場面もあった。たとえば、調査協力者 [9] によれば、VRS は本来、ワクチン接種を実施した医療機関の側が接種者情報をシステム上で入力することになっていた。しかし、PC に不慣れな診療所などでは、VRS に接種者情報を入力することが難しく、代わりに紙ベースでの情報が市町村に送られ、市町村の側で1件ずつ入力をする負担が発生したという。紙で送られてきた情報をもとに市町村が入力すると、接種状況をシステム上に反映するまでのタイムラグが発生する。本来 VRS は、市町村の予防接種台帳と連動し、スマホなどから接種記録を確認できる仕組みになっていた。しかし、このようなタイムラグが発生することで、予防接種を受けた人々からは、システムに記録が反映されていないという苦情が寄せられることもあったという⁴⁶。

では、このような国レベルにおける情報システムの開発は、どのような体制で行われたのだろうか。上記のような課題が浮き彫りになるなかで、国レベルではどのような対処が試みられてきたのか。今回の調査からは、地方の側で COVID-19 への対応に関与した人材が中央政府の内部に入り、情報システムの開発・運営体制を見直す経緯があったことが窺える。

4.1.5 でも述べたように、調査協力者 [14] は、B 県の COVID-19 対応の戦略企画を担当し、その遂行に資する情報システムの開発・運用を統括していた。B 県での初動対応に当たったのち、厚生労働省から調査協力者 [14] に声がかかり、とくに情報戦略の観点から厚生労働省コロナ本部組織のマネジメントに関わることになった。背景には、当時の厚生労働省が、医療体制・物資・検査・ワクチン・水際など対策ごとに複数の班が置かれる組織体制となっており、本部組織として有機的に情報連携ができていないという事情があったという。ここに情報戦略の観点から横串を通して(=本部組織内の横の連携を取って)ほしいということで、調査協力者 [14] に声がかかった。

調査協力者 [14] の働きかけもあって、2020 年 7 月から、COVID-19 関連の情報システムの開発・運営に関わる 2 つの会議体が設置されることになった。1 つは、週に一度、調査協力者 [14] に対して、担当者レベルがシステムの現状について説明する会議である。もう 1 つが、調査協力

⁴⁶ 同様の課題が H 市以外の自治体でも見られたことを指摘した新聞記事もある。「ブイアールエス [VRS、引用者注] は『マニュアルが分厚くて医療従事者には分からない専門用語が多く、専用端末も使い勝手が悪い。利用者目線で作られていない』。この結果、一部の自治体で接種状況の入力作業遅れが発生。国がリアルタイムで自治体ごとのワクチン在庫量を把握しづらくなっている」(毎日新聞 2021)。

者 [14] が補佐を務め、副大臣や政務官、局長級が毎週参加する「システム統括会議」であり、担当者レベルの会議で課題と見なされたものについてアジェンダを設定し、COVID-19 対策全体の中で必要とされる中期的な論点を明らかにしながら、意思決定が行われた。そのうえで、仮に新しいシステムを開発しようとする場合でも、このシステム統括会議で提起・承認が得られなければ、企画が通らないという仕組みになった。これにより、調査協力者 [14] が以下に述べるように、システム開発の意思決定を特定の会議に集約することで、担当する業務ごとに個別にシステムを開発し、ときに似たようなシステムが乱立することを防ぐ体制が整えられた。

[14]：この会議体で説明しなかったものは企画も開発も進められません。「あなたのシステムと、こっちのシステムは同じ相手に別のことを聞いているだけではないですか？」というものもあるわけです。あるいは、「ID を一緒にしたほうがよくないですか、データを共有したほうがよくないですか」、とか。作りはじめてからそういう指摘をされると、案外困っちゃうんですね、作っている側は。ID 構造をいまから変えるんですかとか、認証基盤を別のにするんですかとかって、すごいストレスだから、データ連携などせずにスタンドアロンな業務にしようとするわけです、お互いバラバラに。私は俯瞰して構造的に管理する立場なので、ヒヤリングを毎週して、バラバラにやるのはダメだよと。……横串を刺さないで、水際などで、入国前から入国後まで切れ目なく一貫通貫で見るべき情報などが、検疫業務のシステムと、保健所業務のシステムが、切れ目だらけになってしまう。[それは] ダメだよ。

以上のように、国で開発された COVID-19 対応に関する情報システムは、システムの乱立や使い勝手の悪さといった面で、地方レベルでの対応に支障を来す場合があった。こうした課題に対し、厚生労働省の側では、初動対応の後の時期から、COVID-19 対応における情報戦略に長けた人物を地方から呼び寄せ、システム開発の意思決定を集約的に行うような体制の見直しが図られたことが窺える。

4.4 官民関係

地方レベルにおける COVID-19 対応は、行政と民間セクター⁴⁷の関係性によってもさまざまなかたちで規定されてきた。本研究の調査からは、そうした関係性は大きく分けて、各地方自治体レベルのローカルなネットワークと、民間セクターによるより広域的な支援の 2 つに整理することができる。

4.4.1 ローカルなネットワーク

今回の調査からは、各地方自治体において形成されてきた行政および他のセクターとのローカルなネットワークが、COVID-19 への対応にさまざまな側面で影響してきたことが窺えた。こうしたネットワークには、COVID-19 の流行前から形成されてきたものもあれば、COVID-19 の流行を受けて形成・強化されてきたものもあった。さらに、COVID-19 流行前から形成されてきたネットワークのなかにも、感染症対策を明示的な目的として形成されてきたものだけでなく、他の

⁴⁷ ここでの民間セクターとは、すなわち非政府部門のことであり、いわゆるサードセクターも含んでいる。

さまざまな目的や契機のもとで形成されてきた基盤的なネットワークとも呼べるようなものが含まれていた。

まず、COVID-19 流行前から形成されてきたネットワークのうち、とくに COVID-19 対応に寄与したものとして、①感染症対応のネットワーク、②被災や災害訓練の経験で形成されたネットワーク、③病院や大学で形成されたネットワーク、④地域医療の枠組みのもと形成されたネットワークがあることが、今回の分析からは窺える。

①感染症対応のネットワーク

平時から感染症への対応を目的として行政と民間セクターが形成してきたネットワークは、今回の COVID-19 対応においても有効に機能する場面があった。

たとえば、今回調査対象とした E 県では、2009 年の新型インフルエンザ流行を踏まえて、感染症対策の司令塔となる県の組織を 2010 年代に設立した。この組織は、立ち上げ以降、感染症対応にあたる人材の育成や、感染症情報の収集・分析、感染症事案発生時の保健所に対する司令塔機能などを果たしてきた。このうち、とくに感染症対応の看護師を育成してきたことが、今回の COVID-19 への対応において影響が大きかったと調査協力者 [10] はいう。こうした人材育成をつうじて、多くの看護師との人的なネットワークが形成され、E 県でクラスターが発生した際にも、ここで育成された看護師たちが数多く現場の応援に入っていた。また、感染症看護師の育成には、県の看護協会も協力的であり、この取り組みをつうじて、県と看護協会との関係性も緊密になっていった。この関係性が基礎となって、看護協会からは、とくに流行初期における宿泊療養施設への看護師派遣なども積極的に行われたという。

②過去の被災や災害訓練の経験で形成されたネットワーク

上述した E 県の事例からは、平時から感染症対応を名目に形成されていたネットワークが COVID-19 への対応に寄与した側面があったことを窺える。他方で、必ずしも感染症対応を名目とせず形成されたネットワークも、COVID-19 への対応に寄与する場面があった。その 1 つとして、過去の被災経験や災害訓練をつうじて形成されたネットワークがある。

たとえば C 県では、災害対応として地域の中核病院との連携体制が平時から築かれてきた。同県の技監である調査協力者 [7] は、みずからも保健所長時代に災害対応マニュアルの作成に携わってきたという。また、災害訓練も継続的に行われており、地域の中核病院関係者や県内市町村の担当課長らとともに、大規模な地震を経験した他県での訓練に同行したこともあるという。こうした災害訓練の経験は、地域の医療機関や県内の市町村とのネットワークを強め、全県的な医療調整などに寄与した可能性がある。

G 区では、海拔ゼロメートル地帯が広がり、浸水による被災のリスクが非常に高いと予測されていたことから、COVID-19 流行前から地域の関係者・関係機関が参加する災害訓練が積み重ねられてきた。調査協力者 [6] によれば、日本 DMAT の総括経験者である災害医療アドバイザーのもとで、自治体、病院、住民らがともに参加して、災害時の動きや救護活動の訓練を、5 年ほど前から年 3~4 回ほどの頻度で実施していた。こうした取り組みのなかで、それぞれの住民や関係者は、災害の発生を自分ごととして想定して備え、皆で協力するという文化が根付いてきていたと調査協力者 [6] はいう。こうした災害訓練の経験は、先述した PCR センター設置のような区

行政による迅速な資源の確保や、医療機関による患者の受け入れなどを促進する要素になったと考えられる。

4.1.4 で述べたように、COVID-19 への対応では、各自治体において災害対応の枠組みがどのように活用されたかという点も重要であった。これにくわえて、上記の事例からは、各自治体における行政と民間、あるいは住民などとのネットワークの形成においても、災害対策の経験やそれに対する平時からの備えが寄与していた側面があることが窺える。

さらに、一般の災害対応と感染症対応の両方への備えを狙いとしたネットワークを、保健所圏域のレベルで形成してきた事例もある。調査協力者 [26] は、2017 年に県の保健所長に就任した直後から、新型インフルエンザ等対策特別措置法をもとに、所管する圏域内で地域の対策会議を立ち上げた。この会議体には、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、各医療機関、市町の担当者や保健師、地域消防、社会福祉施設⁴⁸などの関係者が参加し、医療機関の機能分担や、業務継続計画（BCP）、院内感染対策、患者搬送訓練などの活動を行ってきた。調査協力者 [26] の保健所圏域では、これらの会議体に参加したメンバーと連携しながら COVID-19 対応が進められた。たとえば、在宅や施設で医療が必要になった場合に、薬局から薬の配達が行われたが、ここでは薬剤師会との連携が非常に重要だったという⁴⁹。

重要なのは、この新型インフルエンザ等の対策会議が、一般の災害対応の会議と連続的に開催されていたことである。その背後には、一般の災害対応も感染症対応も「ステークホルダーが同じ」であり、感染症も災害対応の「特殊な一事例である」という考え方があることが、調査協力者 [26] による以下の語りから窺える。

[26] 今回のパンデミックということで、県も含めて全所対応で行っていたように見えますが、実際これは感染症の事例であるということで、これが災害対応だと認識してる職員は非常に少ないです。なので、あくまでも感染症を専門にやってる職員がやればいいでしょう、これは感染症指定医療機関のみが感染症をやればいいでしょうって発想と全く同じで、みんなでやりましょうという雰囲気はまだ行政内でも少ないかなと思っています。なので、一般の感染症の災害対応の特殊な一事例であるということで、全所対応でやるということは今後意識づけなくちゃいけないんじゃないかなと強く思ってます。

その観点からすると、災害対応だとすれば、日頃からの備えなんですよ。実は、一番最初に私が新型インフルエンザ等の会議を行ったとき、どういうふうな会議をやったかという、2部構成にしたんです。1部は、一般の災害対応の会議を行って、第2部は新型インフルエンザ等の会議にしたんです。要は同じメンバーなんです。ステークホルダーが同じなんですよ。なので、それぞれの方々と常につながっていれば、感染症だろうが、一般災害だろうが、同じ対応で同じメンバーでやることになるんです。

この抜粋からもわかるとおり、調査協力者 [26] が勤めるI県では、必ずしも感染症が災害対応の一部であるという認識は共有されていなかった。こうしたこともあり、県下では調査協力者

⁴⁸ 社会福祉施設については、会議体の設置当初は参加メンバーに入っておらず、のちに加わるようになったという。

⁴⁹ ほかに、この圏域内では、COVID-19 の流行下で救急車をタクシー代わりに使わない、すなわち医療崩壊を防ぐためにも医学的に必要な人だけに救急車を利用するという方針を立てたが、その運用を徹底するうえで地域消防と考える共有や連携を行ってきたという。

[26] の圏域だけで COVID-19 対応がスムーズに進み、県全体のバランスを考慮しあえて対応できない地域にあわせて対策レベルを落とさなくてはならない事態にもなったと調査協力者 [26] は話している。

調査協力者 [26] の語りからは、とくに保健所の現場レベルにおいて、災害対応と感染症対応を地続き的に認識した平時からの備えが、ローカルな関係者間のネットワーク構築を促し、COVID-19 へのスムーズな対応を可能にしたことが窺える。その一方で、保健所の現場レベルにおける独自の連携の取り組みは、同じ自治体の他の圏域や、自治体全体における認識や対応へと波及するとは限らず、局所的なものに取り組みに止まることもあることが示唆される。

③病院や大学を介して形成されたネットワーク

A 県では、4.1.4 で述べたように、県庁での一元的な入院調整体制が構築された。県庁に救急医が常駐し、入院調整を支援する体制がつけられたが、県庁に常駐したのは、民間病院の部長級の救急医が中心であったという。外部の民間救急医が入って入院調整を支援することが県庁側で受けられた背景には、すでに述べたように、国の方針として DMAT の活用が示されていたことが「錦の御旗」になった側面があった。これにくわえて重要だったのが、同県の県立病院で形成された救急医のネットワークである。この県立病院は、県内の高度医療を担う中核病院であるが、県庁で入院調整を支援する救急医の部長や行政医の多くが、この県立病院のOBであるという。調査協力者 [4] によれば、この県立病院を介して形成された非常に強い先輩・後輩の関係があるため、医局ごとの対立といった障害もなく、「〇〇先生がそう言うのだったらそうだよ」というかたちでスムーズに入院調整が進むようになったという。

[4]：その部長級の救急医が、調整不調の場合には、最終的に引き取って、調整をします。そうすると、現場の救急医にとっては、大先輩が電話かけてくるんですよ。これは、かなり大きかったと思います。「これはもう、君のところで見なきゃダメだよ」みたいなことが言えると。……それができたのは、1つは、A 県の救急医療が非常に発達していて、部長が抜けたって救急医療が成り立つんです。……それともう 1つは、その救急部の部長たちは■■■病院のOBです。軍隊的な。■■■病院なので、先輩・後輩の関係が非常に強い。つまり、医局ごとの対立だとかめんどくさいものがなんにもなくて、多くが■■■病院のOBなので、■■■先生がそういうふうにいふんだったらそうだよ、っていうふうになって、非常にスムーズになったなあと思います。

以上の A 県の事例からは、民間救急部の上司・部下関係や、県立病院時代の先輩・後輩関係といった垂直的なネットワークが背景となって、A 県では県庁で一元化した入院調整が可能になっていることが窺える。

別の事例として、C 県の事例を見てみよう。先述のように、C 県では、保健所設置市も含めた県内の医療調整を各保健所ではなく、県庁で一元的に行なっている点に特徴がある。こうした取り組みが可能となってきた背景にはいくつかあることが聴き取りからは窺えた。1つは、県内の医療提供体制に関する条件である。県内唯一の中核市は、人口も感染者数も多い反面、人口 10 万人あたりの病床数が比較的少ない。そのため、他の医療圏に病床に頼らざるをえない側面があり、このことが県での一元的な医療調整を促している側面がある。もう 1つは、県による一元的な医療

調整の中心となってきた技監（すなわち調査協力者 [7]）が、C 県の出身であることにくわえて、県立医科大学の出身者であるという点がある。この医科大学の先輩・後輩という顔の見える関係があることは、医療調整を行ううえで良い方向に働いていると調査協力者 [7] はいう。

このように、C 県では、出身大学の先輩・後輩というネットワークが、COVID-19 への特徴的な対応の基盤となっていることが窺える。

④地域医療の枠組みのもと形成されたネットワーク

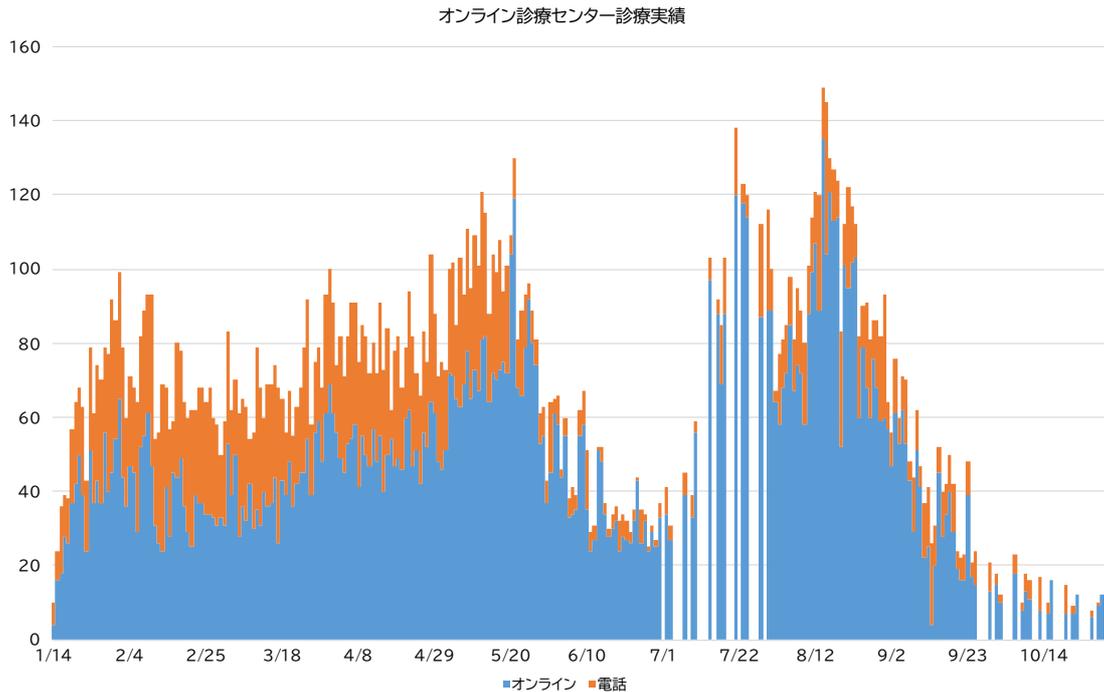
E 県では、県民の健康増進に寄与することを目的として 1970 年ごろに設置された協議会の存在が、医師会との連携において非常に重要であったと調査協力者 [10] はいう。この協議会は、E 県、県庁所在地の市、県内唯一の国立大学、県医師会の四者で構成されており、互いに資金を出しあい、医療計画などについて議論を行なっている。この会議体が基盤となることで、平時から医師会とのコミュニケーションが円滑にとれていたという⁵⁰。くわえて、E 県医師会は、医師の加入率が全国的にも非常に高く、医師会が方針に賛同し、地域の医療機関もそれに協力的に動くような素地ができていた。

このような医師会との良好な関係性があったことで、COVID-19 対応のさまざまな場面でも連携が行われた。たとえば、発熱外来を受けるクリニックの数を全国的に見ても多数確保することができたほか、医師会が旗を振ってどこのクリニックでも検査を受ける体制が整えられた。さらに、2022 年 1 月に運用が開始された県のオンライン診療センターにも、医師会の医師たちが応援に入っているという。この県オンライン診療センターは、運用開始から約 10 ヶ月で 17,000 件を超える診療実績を上げている（次ページ図表 4-4）。このように、平時から継続されてきた地域医療の枠組みや、それを基盤にしたネットワークを活用して、地域の医師会と積極的に連携した対応を行ってきた事例があることがわかる。

また、放送局のディレクターとして、全国各地における医療逼迫の状況やそれに対する各地の対応などをまとめた番組制作の経験がある調査協力者 [3] は、COVID-19 対応において地域連携が機能した 1 つの事例として、某県のとある区域に言及している。この地域では、流行初期の段階で、COVID-19 重症・中等症および通常の高高度医療を行なう基幹病院、軽症・中等症を受け入れる公立病院、二次救急その他を担う救急病院のあいだで役割分担についての合意形成がなされた。しかし、その後、第 3 波で COVID-19 患者が急増するなか、地域の医療関係者が再協議し、上記の公立病院を「コロナ専門病院」化することが決定され、そのために地域の医療機関のあいだでさまざまな連携が行なわれた。たとえば、人手が不足する場合には地域の医師会から支援に入ることを確約する、基幹病院の感染症専門医がフォローに入る、入院中の回復期患者を地元のリハビリ病院に受け入れる、COVID-19 患者情報を上記の基幹病院・公立病院・救急病院間で共有するといったことが行なわれた。これらによって、公立病院によって増加する患者を受け入れる体制が構築されたという。

⁵⁰ さらに、調査当時の県医師会長に代わってからは、医師会と県が共同で仕事をする傾向が強まっており、県職員が県医師会の理事会に月に数回ほど出席するようになっているという。

図表 4-4 E 県オンライン診療センターの診療実績



診療実績 (R4.1~10)	(件)		処方件数	(件)
	オンライン	電話		うち ラゲブリオ
17,218	12,486	4,732	15,878	277

出所：調査協力者 [10] 提供資料より一部改変して転載。

こうした連携の基盤にあったのは、「地域医療連携推進法人」という地域医療の制度枠組みである。これは、医療法一部改正によって 2017 年に開始された制度で、「地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、病院等に係る業務の連携を推進するための方針（医療連携推進方針）を定め、医療連携推進業務を行う一般社団法人を都道府県知事が認定（医療連携推進認定）する制度」である⁵¹。この制度を基盤として、上述の地域では、地域の医療機関の垣根を超えて医療人材や資材を融通することが可能になったという。

ここまでは、いずれも COVID-19 の流行前に形成されてきたローカルなネットワークについて述べてきた。一方、COVID-19 の流行以後、対応が長期化するなかで、地域の関係者のネットワークを新たに形成・強化する自治体もあることが調査からは窺えた。

たとえば、B 県では、COVID-19 の流行以降、行政の側が働きかけて医療機関などとのコミュニケーションを図る場が数多く、かつ頻繁に設けられてきた（次ページ図表 4-5）。こうした場を設けてきた目的の 1 つは、COVID-19 診療に参画してくれる医療機関を増やすためであったという。さらに、こうしたコミュニケーションの場には、同県の医療対策を統括する調査協力者 [5] も積極的に参加してきた。県の指揮官みずからが地域の関係機関や医療従事者と関係づくりや情報提供を行ない、それをもとに全県的な医療調整などの対策を進めようとしてきたことが窺える。

⁵¹ 厚生労働省「地域医療連携推進法人制度について」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177753.html>、2023 年 3 月 5 日最終閲覧)。

図表 4-5 B 県で設けられた医療機関とのコミュニケーションの場

○ 県医師会・都市医師会との会議	1回/月 + 適宜理事と打ち合わせ
県病院協会での毎月新型コロナウイルス対策会議での情報共有と意見交換	
○ 県病院協会との会議	1回/月 + 適宜理事と打ち合わせ
新型コロナウイルス対策会議での情報共有と意見交換	
○ 認定医療機関連絡会議	不定期 1回/2週間 程度
認定医療機関の病院長・事務長等と現状課題や方針共有と意見交換	
○ 各領域打ち合わせ	不定期
周産期、小児、精神、透析	
○ Bモデル認定医療機関ニュース	適宜 1本/1～2週間程度
会議の決定事項、通知、ホットな話題、リマインドを伝えるメール	
○ COVID-19臨床懇談会（勉強会）	1回/月
COVID-19の臨床上の知見や工夫・課題などを共有するための懇談会 医師向け内容 看護師向け内容	

出所：調査協力者 [5] 提供資料より一部改変して転載。

G 区では、医療関係者（区内病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション協会、柔道整復師会、行政）が参加する WEB 会議を、2020 年 7 月から週 1 回の頻度で開催してきた。この会議で医療関係者と情報交換を行ないながら、現場のニーズや課題を行政が把握し、議会のサポートのもとで即座に対策を実行することで、すでに述べた、そのときどきのニーズや課題に対する G 区における迅速な対応が可能になってきた側面がある。

E 県では、感染第 3 波の局面で、県の感染症司令塔組織のセンター長と、県内国立大学の公衆衛生学教授が中心となり、医療施設や社会福祉施設のクラスターに対応する班が組織された⁵²。この新しい班と、県および市の保健所や、県市町の所管課などから構成される会議体を立ち上げ、毎日の夕刻から会議を開いて、クラスター現場の情報共有とそれに対する助言などを行い、感染急拡大時におけるクラスター対応班として機能したという。さらに、この班のなかには、保健所や施設への支援チームがつくられ、主に看護師が保健所や施設へと派遣された。この看護師派遣の背景には、先述したとおり、感染症司令塔組織のもとで平時から形成された看護師のネットワークがあったと調査協力者 [10] はいう。

4.4.2 民間セクターによる広域的支援

それぞれの地方自治体や、より限定された範囲のなかで築かれてきたローカルなネットワークだけでなく、全国的な活動を展開してきた民間団体が、行政などと連携しつつ、ときにはそれらを補完する役割を担いながら、COVID-19 への対応にあたったケースも見られた。

たとえば、先述したように、E 県で立ち上がった医療施設・社会福祉施設のクラスター対応班では、県看護協会や県内医療機関の看護師などが施設支援を行うなど、E 県が平時から形成してきた看護師のネットワークが機能した。同時に、調査協力者 [10] から提供いただいた資料を見ると、国際医療支援や海外人道支援などを行う複数の NPO 法人からの看護師派遣も行われていた。調査協力者 [12] が所属する国際 NGO の「ジャパンハート」も、そうした団体の 1 つである。

⁵² この班の本部は、当初は県内国立大学の公衆衛生学教室のスペースに事実上おかれていたが、その後は県庁に引き取られたという。

ジャパンハートは、平時には海外に軸足を置いた医療活動を行っている。とくに、小児がん治療をはじめとした高度医療を無償で提供している点に活動の特色がある。また、海外で看護師研修を提供する事業も展開しており、これにより平時から看護師との強いネットワークを形成しているという。この看護師とのネットワークが、COVID-19 流行下における看護師不足への対応に貢献できた1つの要因であると調査協力者 [12] はいう。

この団体が行ってきた COVID-19 流行下における救援事業は、①物資提供、②対策指導、③人的支援に大別される。①としては、全国的な感染第1波のときに、約200万枚のサージカルマスクを全国の医療機関に配布する取り組みが行われて以降、継続して不織布ガウンなどの感染防護具を支援した。②としては、全国の介護福祉現場において感染対策ノウハウの指導が行われ、36都道府県658施設がこれに参加した。そして、第2波の終わる頃から、団体のなかにクラスター支援班が組織され、③人的支援の活動が積極的に展開された。具体的には、クラスターが発生した医療機関や社会福祉施設などに看護師を中心とした人員派遣を行った。2020年4月から2022年9月までの期間で、17都道府県の201ヶ所、延べ485名の派遣が行われた⁵³。都道府県別にみると、沖縄県への支援が施設件数としては最多で、次いで兵庫県、大阪府、北海道、福島県の支援件数が多い(図表4-6)。

図表4-6 ジャパンハートによるクラスター対応支援の実績(2020年4月～2022年9月)

都道府県名	件数	都道府県名	件数
北海道	20	滋賀県	0
青森県	1	京都府	0
岩手県	0	大阪府	33
宮城県	15	兵庫県	36
秋田県	0	奈良県	0
山形県	0	和歌山県	1
福島県	17	鳥取県	0
茨城県	0	島根県	1
栃木県	3	岡山県	0
群馬県	0	広島県	2
埼玉県	0	山口県	0
千葉県	0	徳島県	0
東京都	4	香川県	0
神奈川県	0	愛媛県	0
山梨県	0	高知県	0
長野県	0	福岡県	0
新潟県	0	佐賀県	0
富山県	0	長崎県	2
石川県	0	熊本県	5
福井県	0	大分県	0
岐阜県	0	宮崎県	0
静岡県	3	鹿児島県	0
愛知県	0	沖縄県	57
三重県	1	合計	201

出所：調査協力者 [12] 提供資料をもとに執筆者作成。

⁵³ 派遣された485名のうち、医師は4名、看護師は422名、調整員が59名で、看護師のボリュームが大きかったことが窺える。なお、1人あたりの経験件数はほぼ複数で、多いケースでは30件以上の支援に入っていたという。各地を転々としながらクラスター対応の修練度を高めたメンバーが繰り返し支援に入ることができたことは利点であったと調査協力者 [12] はいう。派遣先の施設種別としては、201ヶ所のうち76%が社会福祉施設、24%が医療機関であった。第2波～3波にかけては医療機関への支援が多かったが、第4波以降は社会福祉施設への支援が急増したという。

上記のクラスター施設支援では、主として「マネジメント支援」、「感染制御」、「マンパワー補填」が一体的に行われたという。「マネジメント支援」では、陽性患者のラインリストに情報整理を行って感染の拡大見込みや収束見込みを立てたり、施設職員から言い出しにくい業務縮小の提案をしたり、施設内に対策本部を設置して感染状況をスタッフに情報共有したりといったことが行われた。「感染制御」では、施設内のゾーニングや PPE の着脱指導などが行われた。「マンパワー補填」では、施設利用者の食事介助のような、平時と地続きの医療介護業務を回すためのマンパワーの支援などが行われた。

これらのうち、ラインリストを活用した情報整理などは、各地の支援で DMAT と活動を共にするなかで知り得た DMAT の仕組みをカスタマイズして行われたという⁵⁴。他方、この団体の活動と DMAT の活動との大きな違いは、看護師をピックアップして派遣し、マネジメントの支援とマンパワーの投下を一体的に行えることであると調査協力者 [12] はいう。

[12]：DMAT さんとの決定的な違いは、もちろん彼らも 1 万 5000 人⁵⁵の隊員がいらっしゃるとは思うんですが……看護師をピックアップして出すということができなかったはずなんですよね。われわれはそういう意味では、職種や役割を個別案件毎にカスタマイズしつつ一気に通貫した支援展開ができる。いわゆるマネジメント支援をするというところだけではなくて、合わせ技でマンパワーを投下するということによって、あるいは、DMAT さんとセットで [支援に] 入るケースもあります。DMAT さんのほうでマネジメント支援を終わらせていただいて、そのあとでうちが入って行って、マンパワー支援でまずはオリジナル職員の業務負荷を低減しながら感染指導の内容（PPE 着脱やゾーニング方針）とかを定着させるという感染制御をセットでやっていくというような、そういうオペレーションでご一緒させていただいたことということもかなりあったなと思っていますので。実働部隊を持っているというところが、なんていうんですかね、棲み分けというか、たぶん評価いただいて、[DMAT との] 協定に至った一番大きな要因かなというふうには思います。

抜粋の末尾にあるように、現場のマンパワー支援を行うことによる役割分担ができるとして、ジャパンハートと DMAT は 2023 年に連携協定を結んでいる。調査協力者 [12] が所属する団体では、DMAT が行うようなマネジメントの側面での支援も重視しつつ、看護師派遣を中心としたマンパワーの支援にも取り組むことで、DMAT などによる支援をある意味で補完するような役割を果たしてきた側面があることが窺える。さらに、こうした看護師派遣によるマンパワー支援が可能となった背景には、団体として看護師たちとのネットワークを有していたことや、海外事業も含めて看護師を中心とした取り組みを展開してきた経験などがあると調査協力者 [12] はいう。

ここまで述べてきたような取り組みにくわえて、この団体では、2021 年末に、濃厚接触者専用の隔離施設を独自に設置した。この施設は、介護者が陽性となった場合に、濃厚接触者である要介護者が取り残されてしまうような事態を防ぐことなどを目的として開設された。行政に相談したところ、COVID-19 支援の文脈ではこの施設の費用を拠出できず、福祉予算からの拠出も難し

⁵⁴ 上述した 201 ヶ所へのクラスター対応支援のうち、半数ほどで DMAT との連携があったという。

⁵⁵ 2022 年 7 月 8 日に開催された「第 6 回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」の資料「第 8 次医療計画策定に向けた災害医療について」によれば、2022 年 4 月 1 日時点で、日本 DMAT 隊員養成研修受講者数は 15,862 人である (<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000962220.pdf>, 2024 年 3 月 26 日最終閲覧)。

いと言われたため、施設の開設資金はすべて団体の寄付金で賄われた⁵⁶。調査協力者 [12] は、以下の抜粋にあるように、行政や企業を含めた他の団体がやらないことに取り組むのが NPO の役割であると考えて、この施設を立ち上げたという。そうして運営をするなかで、他の家族が全員感染した医療的ケア児の受け入れを施設が担うことがあり、そのときにはじめて施設を開設した意味が周囲に認められたと思うと話している。

[12]: 当初、じつは周辺の医療機関さんからは、そんなことやるよりもクラスター [対応支援] に人を出してほしいと言われていたんですよ。なんですけど、ほかのだれもやっていないことをやるのが NPO の社会的意義だと思っているので、行政さんとか企業さんが、濃厚接触者の隔離施設なんて、当然コロナ支援の文脈でもなければ、採算が合うわけもないので、絶対にやらないですと。なので、うちがやるんですってことでやらせていただいた結果、よかったのは、最終的に医療的ケア児の子を受け入れるっていうことがあったんですよ。ご家庭で医療的ケア児の子以外が全員感染してしまったみたいなケースがあって。そういうお子さんを受け入れさせていただいたり、高齢者の方もそうなんですけど、そのときにはじめて、なんかこの施設意味あったよね、みたいな感じで、みなさんに思っていたのかなというようなことはありました。

このように、NPO 法人のようなサードセクターの組織が、寄付金を裏づけとして、行政や企業に取り組むことの難しい取り組みを COVID-19 対応のなかで展開し、特定のニーズに応える機能を果たす場面があったことが窺える。

5. 考察

本節では、ここまで述べてきた分析結果にもとづいて、①平時に形成された関係やネットワークの重要性、②危機時の対応体制へと転換するメカニズム、③健康危機と自然災害の共通点と相違点、④国と地方のリンケージの重要性、⑤国と地方における情報のガバナンスのあり方、⑥マンパワー支援における民間部門との補完体制の重要性について議論する。

5.1 平時に形成された関係・ネットワークの重要性

自然災害への対応に関する研究では、災害発生直後や復旧プロセスにおいて、ネットワークやそこから生じる信頼関係が重要であることが指摘されてきた (Aldrich 2019=2021: 15-22)。本研究の結果は、地方自治体レベルでの政治と行政の関係や、地方自治体間の関係、ローカルなネットワークなどが、COVID-19 という感染症への対応において重要な影響を与えてきたことを示している。とくに、どのような種類の関係やネットワークが、COVID-19 対応のどのような局面でいかに影響してきたのかというメカニズムを浮き彫りにしている点が、本研究の 1 つの意義だと考えられる。

⁵⁶ この団体は、活動費全体の 8 割以上を寄付金で賄っており、こうした寄付金の裏づけがあることで、ここで述べる濃厚接触者の隔離施設のような、行政や企業などが着手しないことに団体独自で取り組むことが可能になったと調査協力者 [12] はいう。

一方では、COVID-19 流行後に新たに形成されたネットワークや、感染症や自然災害といった危機への対応を想定して形成されてきたネットワークが、COVID-19 への対応に影響してきた。B 県や G 区では、COVID-19 の流行以後、保健医療行政のトップが積極的に参加して、地域の関係者と行政とのネットワークを強固にしようとする取り組みも行なわれていた⁵⁷。E 県では、COVID-19 流行前から感染症対策を目的とした人材育成やネットワーク形成を進めてきた。C 県や G 区の事例からは、災害訓練などをつうじて形成されたネットワークも、COVID-19 対応に一定の影響を与えていたことが窺える。

他方、本研究の結果からは、COVID-19 流行前の平時において醸成されてきた、必ずしも感染症対応を想定せずに形成されてきた関係やネットワークも、さまざまな部分で COVID-19 への対応に影響してきたことが窺えた。たとえば、C 県で見られた首長と保健医療行政トップとの緊密な関係性は、医師不足問題への取り組みや看護大学の誘致など、COVID-19 流行前からの保健医療に関わる取り組みをつうじて形成されたものであり、必ずしも感染症対応のために築かれてきたものではなかった。地方自治体間の関係に関しても、C 県では、県庁の中心職員が平時から形成してきた保健所とのネットワークが、都道府県と保健所設置市の一体的な対応を可能にしていた。行政と民間セクターとの関係では、病院や大学を結節点として形成されたネットワークや、地域医療の枠組みのもとで形成されたネットワークなど、感染症や災害への対応に特化しない、より基盤的なネットワークが、COVID-19 対応にも影響を与えていた。

感染症をはじめとした危機への対応に資することを意図して形成されたネットワークは、COVID-19 への対応においても重要な要素となっていた。しかし、それと同様に、主に保健医療の領域における平時からの基盤的な関係やネットワークが、COVID-19 のような感染症危機への対応においても重要となる場合があることが、今回の検討からは示唆される⁵⁸。

さらに、今回の結果からは、異なる種類のネットワークが COVID-19 対応において似たような機能を果たしてきたことも窺える。たとえば、C 県の事例では、県立医科大学出身者のネットワークが、県による一元的な医療調整を可能にしている側面があった。一方、A 県では、救急医療専門家間での上司・部下関係や、県立病院時代に形成された先輩・後輩関係といった垂直的なネットワークが、同じく県庁での一元的な入院調整を可能にしている側面があった。この意味で、C 県における県立医科大学出身者のネットワークと、A 県における救急医療専門家たちのネットワークは、COVID-19 対応において機能的に等価であったとみなすことができるかもしれない。

COVID-19 流行下での医療調整という課題に対しては、上記のようなネットワークが一定の機能を果たしてきたが、そうしたネットワークが形成される背景には、地域ごとの特殊な事情やきっかけがあった。C 県の場合は、県立医科大学がネットワーク形成の拠点のような意味をもったが、都道府県立の医科大学は全国でもわずかしかな存在しない。A 県においては、歴史的な経緯か

⁵⁷ Boin らは、危機時のリーダーシップにおける最も手強い課題の 1 つは、危機に対応するネットワークを形成し調整することだと述べている。危機時に決定された施策の実施には、多くの組織や集団が関与するが、効率的かつ正当なかたちで施策が実施されるためには、そうした組織や集団のふるまいを調整するリーダーシップの発揮が重要となる (Boin et al. 2017)。今回の研究では、B 県や G 区などいくつかの自治体において、そうした調整型のリーダーシップにもとづくネットワークの形成が図られてきたことが窺える。

⁵⁸ 今回の調査結果からは十分に議論を展開できないが、危機管理や保健医療にとどまらない領域における関係やネットワークが COVID-19 対応において重要な要素となった側面もあるかもしれない。たとえば、G 区の事例で見られた予算確保に対する区議会のバックアップは、必ずしも保健医療領域において固有に機能するような議会との関係性ではないかもしれない。

ら、ネットワーク形成の拠点となった県立病院や医療機関が、救急医療や感染医療に強いという特殊事情があった。

このように、各地のネットワーク形成の背景には、地域ごとの特殊な事情やきっかけがあり、それらは必ずしも他の地域において成立しないものである。このことを踏まえれば、特定の地域におけるネットワーク形成の取り組みを「グッドプラクティス」として模倣しても、そうしたネットワーク形成を可能にする事情や文脈が異なるために、うまくいかない可能性が高いかもしれない。むしろ、今回の検討からは、COVID-19 対応における特定の取り組みを可能にするネットワーク形成のきっかけには、地域の事情に応じていくつかの可能性があることが示唆される。実践的には、その地域でどのようなネットワーク形成が可能かを、各地の事情や文脈に通ずる関係者たちが当事者となって考えることが重要であると考えられる。

5.2 危機時の対応体制へと転換するメカニズム

上記のように、平時および危機時に形成された関係やネットワークは重要である。しかし、そうした良好な関係やネットワークがあれば、COVID-19 対応のガバナンスはすべて円滑に進むかという点、必ずしもそうではない。平時から形成された関係やネットワークがあったとしても、現状が危機あるいは災害時であるという認識を行政組織のなか（とくに対策の指揮を担う職員のレベル）で共有し、さまざまなネットワークを活用あるいは動員しながら体制を再編していく契機がなければ、地方レベルでの一体的な危機対応がうまく進まない可能性がある。

本研究の調査結果からは、このような契機にはいくつかのパターンのようなものがあったことが窺える⁵⁹。第一に、政治的リーダーや保健医療行政トップなどによる地方自治体内部の判断によって危機時のモードに切り替わるパターンである。これは、地方自治体レベルでの内発的な契機と呼べるかもしれない。たとえば、B 県や C 県では、知事的意思決定によって、外部から災害医療の専門家を保健医療対策の指揮官として抜擢したり、技監をトップとした危機対応の指揮命令システムを確立させたりすることが行われた。G 区では、平時からの災害訓練で導入されていた ICS の仕組みを COVID-19 対応に応用し、保健所長が指揮官となって危機管理体制の再編を行なった。このようなパターンが生じる際には、医療や危機管理に通じた人材が政策決定に関与できたこと、組織として危機対応のノウハウが蓄積されていたこと、あるいは当該自治体の区域内で感染爆発が生じたことなどが条件となっていた。

第二に、災害対応の枠組みを活用して、行政の外部で醸成された危機意識やネットワークを「内部化」するパターンである。A 県では、感染流行の初期に、民間の救急医たちが、保健所による入院調整の不調を危惧し、入院調整の業務を保健所から県庁に吸い上げたうえで、救急医たちがみずから県庁の医療調整本部に陣取り、入院調整を支援する体制がとられた。ここでは、国が COVID-19 対応における DMAT の活用を進めていたことが「錦の御旗」となった。DMAT のメンバーでもある救急医たちが、DMAT の名目で県庁のなかに入り、県立病院を結節点として形成された先輩・後輩のネットワークなどを活用しながら一元的な入院調整が実施された。このケースでは、国が DMAT の活用を進めていたということが、県庁の外部から救急医たちの危機意識と

⁵⁹ ここで整理している 3 つのパターンは、あくまでも本研究の調査・分析をつうじて帰納的に概念化したものであり、論理的にこれ以外の可能性がないということを主張しているわけではない。このほかにどのようなパターンがあり得るのかということは、本研究の知見を叩き台として、今後さらに検討されるべき課題である。

そのネットワークを内部に取り入れることに対して、ある種のお墨付きを与えるような機能を果たしたといえる⁶⁰。

第三に、国からの職員派遣や地域支援によって、危機意識の共有や対応体制の再編が促されるパターンである。E県では、厚生労働省の医系技官である調査協力者 [10] が保健医療関係部局長級の職員として赴任したことが、COVID-19 対応を担当する組織の新設や、ローカルなネットワークの活用といった体制の再編につながった。また、厚労省本部の地域支援班が支援に入った地方自治体では、本部機能の強化や指揮命令系統の確立、情報収集などのマネジメント支援を手始めに、病床確保や看護師確保といった各論的な支援が提供され、COVID-19 に対応するための危機管理体制の再編が進められた。ここでは、国と地方の人事交流や、厚労省本部による現地支援という枠組みのもとで、国が地方自治体に対して危機管理の意識やノウハウを注入することが行われたといえる。

このように、地方自治体のレベルで危機時の対応体制への転換が生じる際には、自治体内部での内発的な契機だけでなく、民間の医師たちによる働きかけや、国からの応援といった外発的な契機も重要であったことが窺える。自治体によっては、首長や保健医療行政のトップによる危機意識の共有や体制の再編が必ずしも迅速に進まないケースもあるかもしれない。そうした場合には、上記のような外部の要素を活用しながら、地方レベルでの危機対応を促していく選択肢も重要であると考えられる⁶¹。

5.3 国と地方のリンケージ

前項で述べたように、COVID-19 に対する危機意識の共有やネットワークが、地方自治体の体制や対策に反映されることを促す 1 つの要素として、国と地方のリンケージ（とくに国から地方への人員派遣）があったことが窺える。とくに、自治体内部で内発的に危機意識を共有することや、地域のステークホルダーが自治体の決定や判断に関与することが難しいような状況下では、こうした国からの関与がいつそう重要になると考えられる。したがって、有事の際における地方自治体での危機意識の醸成や、対応体制の整備を後押しするような国からの関与の仕組みを用意しておくことは、今後の危機管理体制のあり方として重要になるかもしれない。

今回の COVID-19 対応で機能した関連する仕組みとしては、DMAT や、厚労省本部の地域支援班、厚労省からの医系技官の派遣などがあった。ただし、本研究の結果からは、こうした仕組みにはそれぞれ難点もあることが窺える。DMAT の活用については、DMAT が関与することを忌避するような地方自治体もあった。地域支援班については、その支援を受け入れることで本部機能の強化などが図られた自治体もあれば、国から支援が入ることを警戒し、実質的に支援を受け入れなかった自治体もあった。厚労省医系技官の人事交流については、そもそも感染症対策に特化

⁶⁰ COVID-19 への初動対応においては、多くの都道府県では DMAT が本部に入り、28 都道府県においては常駐体制が引かれたという報告もある（近藤ほか 2022: 24）。

⁶¹ 一方、都道府県のレベルで危機意識を共有して、全県的に体制を整えるのではなく、調査協力者 [26] が保健所のレベルで独自の対策を行ったように、現場での自律的な対応に委ねる方向性も考えられるかもしれない。ただし、この場合にも、①それぞれの現場レベルで、危機対応を主導できるだけの専門性やスキルを持つ人材を確保できるか、②現場レベルでの自律的な対応を可能にする予算や権限をどのように付与するか、③地方自治体内部で発生する横並び意識のようなものをいかにして取り払うかといった課題があるだろう。

した目的を持つ仕組みではなく、また地方に派遣することのできる人員の数にも限りがある⁶²。このように、既存の仕組みにはそれぞれ限界もあることから、新たなオプションを用意することを含めて⁶³、地方自治体レベルでの危機意識の共有や危機対応体制の構築を国が必要に応じて後押しできるように複線的な選択肢を用意しておくことが重要であると考えられる。

また、COVID-19 への対応における厚労省本部の地域支援班がそうであったように、国からの人員派遣は、国の通知や法令を地方自治体の側が理解し、それを柔軟に運用していくことを手助けする機能も果たしうる。ただし、それとは別に、通知文のそもそものわかりにくさや、通知が出されるタイミングの問題などは、国のサイドで改善されるべき問題であるといえるだろう。2009 年に発生した新型インフルエンザの対策総括会議においても、広報・リスクコミュニケーションに関する運用上の課題として、「通知や事務連絡については、できるだけ簡潔・明瞭に」すべきであることが提言としてまとめられている（新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 2010: 5）。しかし、調査協力者 [1] がいうように、今回の COVID-19 対応においても、長文で内容も難しい事務連絡等が大量に出され、2009 年の反省があったにもかかわらず、状況はむしろ悪化したともいえる。4.3.1 で触れたように、今回の COVID-19 対応では、事務連絡等が出される際に、概要をまとめたパワーポイントを添付するといった工夫が行われた。しかし、こうした通知や事務連絡を理解しやすくする工夫や、通知を発するタイミングの改善などは、今後の健康危機管理においても取り組むべき課題として残されていると考えられる。

5.4 国と地方における情報のガバナンス

国と地方の関係に関しては、4.3.4 で述べたように、COVID-19 に関わる情報システムの開発・運営にまつわる課題もあったことが指摘できる。具体的には、国によって数多くの情報システムが開発されたことにくわえて、その使い勝手にも課題があったことから、システムを運用する地方自治体の側に負担や混乱が生じていたことが窺えた。その背景には、とくに初動対応時における厚生労働省の組織体制が、既存組織の延長による縦割りになっており、情報システムの開発を横断的に統制する体制ができていなかったという状況があった。想定外を想定して、想定外においてどのような情報基盤を、誰がどのように作るのかということが詰められていなかったといえる。

こうした状況に対して、厚生労働省の側では、いわゆる感染第 1 波が収束した 2020 年夏頃から、地方レベルの COVID-19 対応を指揮してきた人物を招き入れ、情報システムの開発体制の見直しが図られていた。これにより、国レベルでの情報システム開発の意思決定が、所定の会議の場で集約的に行われる体制がつけられた。

⁶² 調査協力者 [27] は、「[国と地方の] 人事交流まで行ければ非常に良いかと思いますが、まだ国の人材も手薄いなかで、どこまでできるかっていうのは、なかなか難しいと思います。厚生労働省の医系技官が、実際に都道府県の部長等としてお伺いしている県も、たぶん複数、複数っていうか 2 桁の数字はあろうかと思いますが、なかなか各都道府県のニーズには応えられていないような話も伺いますので、やっぱり [地方の側で] 人材を育てていくことも大事なのかなと思います」と述べている。

⁶³ たとえば、厚労省本部の地域支援班の活動において、当該自治体に出向経験のある職員を派遣することにより、派遣に対する受け入れ側の不安を軽減し、「旧知の関係」を生かして速やかに実効的な支援が可能となったケースがあるという。今回の COVID-19 対応の経験を教訓に、こうしたさまざまな地域支援の策を考慮できるようにしておくことが重要であると考えられる。

こうした経緯からは、次のような教訓を導くことができよう。すなわち、COVID-19 のようにさまざまな分野で複合的な対策が必要となる健康危機においては、国レベルでそれぞれの対策を所管する個別の組織ごとに情報システムを開発するのではなく、組織横断的にシステム開発を統括する体制を、初動対応時から構築することが、各種の対策を総合的に担う地方自治体の側に不要な負担や混乱を来さないために必要であるということである。今後、COVID-19 と類似の健康危機が発生した際には、このような点を念頭に置いた体制を国レベルで構築することが重要であると考えられる。

くわえて、情報システムを新たに開発し運用する際には、そのシステムに対してだれがどのように情報を入力するのか、集められた情報がだれのどのような役に立つのかといったことを考慮したガバナンスも重要になると考えられる⁶⁴。この点に関しては、4.1.5 で触れた地方自治体レベルでの情報基盤の活用の事例が示唆的である。B 県や E 県では、独自の情報システムを導入するだけでなく、データを入力する医療関係者に対して集約したデータを公開したり、得られた情報を活用して行政がどのような対策を行うのかをフィードバックしたりしていた。これが、データ入力を行う医療関係者の不信感を払拭したり、情報提供を行うことへの納得感を高めたりすることへとつながり、情報提供をはじめとした協力を取り付けることが可能になっていた。こうした協力が得られることで、情報システムの運用それ自体の持続可能性も高まり、それを活用した対策の有効性にもつながっていた。

なお、行政に対する関係者の信頼感や納得感を高めることは、必ずしも情報システムの開発や運用にかぎらず、他の手段や要素によっても促されうる。たとえば、C 県では、県庁で集約された各医療機関の病床確保状況を、医療機関に対して可視化することはしなかった。しかし、C 県の場合、県庁で入院調整などを行ってきた技監が地域の医療機関と平時から形成してきたネットワークを基盤として、医療機関とも一定の信頼関係を構築していたことが窺えた。

いずれにしても、今回の分析から示唆されるのは、COVID-19 対応において情報システムが有効に活用された事例では、技術的な部分のみならず、情報をだれからどのように集め、集めた情報をどのように公開したりフィードバックしながら、どのような課題を解決していくのかといった、情報活用の指針（principle）が重要な意味を持っていたということである。全体として見れば、日本国内における COVID-19 対応では、この点における課題が多かったと推測される。4.3.4 で触れた、ワクチン接種に関するシステムの乱立や使い勝手の悪さなども、国が開発したシステムにおいて情報収集の流れの面で課題があったことを示している。また、今回の調査ではあまり言及されなかったが、「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）」に関しても、当初は入力項目の過多といった入力側の使い勝手の悪さや、収集したデータが公表されないことなどに関して問題点が指摘されてきた（朝日新聞デジタル 2020 など）。

こうした COVID-19 対応の経験を踏まえれば、今後の健康危機管理においては、情報活用の目的、情報収集の方法や流れ、情報の公開・共有などの指針を重視した情報システムの開発・運用を国や地方で広く進めていくことが、1 つの課題になると考えられる⁶⁵。

⁶⁴ この点については、橋本英樹氏（東京大学大学院医学研究科教授）から、報告書の草稿に対して頂いたコメントから示唆を受けた。記して感謝申し上げます。

⁶⁵ 現在進められている国の取り組みのなかでも、こうした課題に向き合う動きが見られる。2023 年 12 月 19 日に新型インフルエンザ等対策推進会議がまとめた「新型インフルエンザ等対策政府行動計画の改定に向けた意見」のなかで、「複数の対策項目に共通する横断的な視点」の 1 つとして、「DX（デジタル・トランスフォーメーション）の推進」が挙げられている。内容としては、①国と地方自治体、行政と医療機関との間の情報収集・共有・分析の基盤を整備

5.5 健康危機と自然災害の共通点と相違点

4.1.4 では、DMAT をはじめとした災害対応の枠組みが地方自治体における COVID-19 対応に活かされてきた事例があることを明らかにした。また、G 区の事例に言及しながら、ICS という災害一般への対応を想定したマネジメントの仕組みが COVID-19 対応でも応用され、一定の効果を示してきたことを述べた。

こうした災害対応の枠組みがとくに機能したのは、危機管理体制のマネジメントに関する側面であったことが、今回の分析からは窺える。たとえば、A 県や B 県では、DMAT を活用して、県庁での一元的な医療調整の体制が構築された。また、G 区では、ICS の仕組みを応用することで、平時と異なる効果的な危機管理体制の構築や、積極的な広報活動が行われた。COVID-19 をめぐる情報発信に関しては、地方だけでなく国レベルでも問題が大きかったという指摘もあり（関・西塚・青木 2022: 805）、ICS の仕組みにもとづく積極的な広報活動は、G 区の先駆的な取り組みであったといえる。くわえて、自然災害などへの備えとして用意されていた物理的な設備は、各自自治体で本部組織を機能させるうえで重要な条件となっていた。

ここから、とくに危機管理体制のマネジメントに関しては、自然災害や感染症といった危機の種別を問わず、危機管理一般に通用する汎用的な枠組みやノウハウを用意しておくことが、COVID-19 のような感染症危機管理においても有効である可能性が示唆される。

実際に、COVID-19 対応の経験を踏まえて、そうした方向性での変化の動きも生じている。たとえば、2022 年 12 月 3 日に国会で可決された「感染症法の一部を改正する法律案」の改正内容として、DMAT などを中心とした「災害・感染症医療業務従事者」の養成・登録の仕組みなどを整備することが医療法第 30 条に定められた（坂元 2023）。この改正は、今回の COVID-19 対応で、DMAT が本来想定していた自然災害ではないものの、これまでの災害時の経験を活かしてさまざまな役割を果たしてきたことを踏まえて、災害時医療だけでなく感染症発生・まん延時の医療を確保するために、国が養成・登録し、都道府県知事の求めに応じて派遣される医療チームの仕組みを医療法に位置づけるものである⁶⁶。この改正は、少なくとも医療従事者に関して、災害と感染症をともに危機管理と位置づけて対応にあたることを明確化するものだといえる。

COVID-19 への対応を踏まえて、今後の危機管理体制における課題を検討する文献のなかには、オールハザードアプローチの重要性を指摘するものがある（杉山ほか 2020: 570; 田治ほか 2022: 99-100; 古屋ほか 2023）。オールハザードアプローチとは、ある程度標準化した体制や装備や専門性で、自然災害のみならず、感染症によるパンデミックも含めた他のハザード⁶⁷にも満遍なく対応できるよう整備を行うべきとする考え方である（永田 2022: 39）。今回の調査結果から窺えるように、危機管理体制のマネジメントの部分において、自然災害などへの対応と感染症への対応の枠

する観点からの医療 DX の推進、②医療 DX の推進による保健所や医療機関などの事務負担軽減とそれによる対応能力の強化、③研究開発への活用をはじめとした感染症対応への臨床情報のさらなる活用などについて述べられている（新型インフルエンザ等対策推進会議 2024: 38-9）。本項の議論を踏まえれば、国や行政による一方的なものではない情報の収集・共有・分析の基盤を構築することや、現場の負担を減らしこそすれ増やさないと、研究開発への活用を含めて情報をフィードバックすることを重視した DX の推進は、COVID-19 対応の反省を踏まえて今後期待される方向性であるといえよう。

⁶⁶ 「感染症法等の一部を改正する法律案について（参考資料）」2022 年 10 月 13 日第 92 回社会保障審議会医療部会（<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001000543.pdf>、2024 年 1 月 27 日最終閲覧）。

⁶⁷ 具体的には、CBRNE 災害などのことを指す。CBRNE 災害とは、化学（Chemical）、生物（Biological）、放射性物質（Radiological）、核（Nuclear）、爆発物（Explosive）の頭文字を取ったものである。化学災害や化学物質、生物兵器、爆発物によるテロ、感染症によるパンデミック、原子力災害、核攻撃、武力攻撃災害などが含まれる（永田 2022: 39）。

組みに汎用性が見られるのであれば、財源や人材といったリソースの限界を考慮すれば⁶⁸、オールハザード的な枠組みを整備しておくは合理的であると考えられる。

一方で、感染症危機においては、感染症に関する専門性が求められる。4.1.4 の①で触れたように、感染症対応においては、DMAT による危機管理体制のマネジメントを、感染症の専門家などが加わることで補完することが望ましいという見解もあった。こうした見解を踏まえれば、感染症対応においては、危機管理体制のマネジメントに関してオールハザード的な枠組みが一定程度機能すると考えられる一方、患者の治療などに関する部分では感染症に関わる専門性を確保する仕組みが追加的に必要となる可能性がある。

この点に関して、4.4.1 の②で触れた、調査協力者 [26] がみずからの保健所圏域で独自に取り組んできたネットワーク形成の取り組みは示唆に富む。このケースでは、新型インフルエンザ等の対策会議が、一般の災害対応の会議と連続的に開催されており、同じステークホルダーが集まって、災害対応一般に通用する備えと、感染症に特化した備えが平時から進められていた。このような保健所レベルでの取り組みは、災害一般への備えと感染症特殊な備えをいかに相互関連させながら進めるかにおいて、参考になる部分があるかもしれない⁶⁹。

5.6 マンパワー支援における民間部門との補完体制

前項では、感染症の危機対応においては、体制のマネジメントに関する部分において、自然災害なども含めた汎用的な枠組みが有効でありうる一方、患者の治療などに関する部分においては、感染症に特化した専門性が必要となる可能性があるとして述べた。これにくわえて、感染症の危機対応では、現場の実働部隊となるマンパワーの確保やその支援も重要な課題となる。DMAT の枠組みは、こうしたマンパワーの支援という面では一定の限界を有していることが、今回のインタビューからは窺えた。

この点について、COVID-19 対応では、ローカルな関係機関とのネットワークや、全国的に医療支援の活動を展開した NGO などによる支援が、マンパワーの確保において重要な機能を果たしていたことが窺えた (4.4)。たとえば、E 県では感染症の司令塔組織を介した看護師とのローカルなネットワークが平時から構築されていたほか、全国で活動する NGO などからの看護師派遣を受けることで、医療施設や社会福祉施設のクラスター対応にあたるマンパワーの確保が可能になっていた。

このように、感染症危機への対応においては、とくに看護師など医療職のマンパワー確保を支援するにあたって、行政と民間セクターが連携する体制を構築しておくことが重要である可能性

⁶⁸ 危機管理行政の専門家である調査協力者 [13] によれば、そもそもアメリカにおいてオールハザードアプローチが登場する背景の 1 つには、重複行政による法律の濫立や非効率的な予算を整理・効率化するという行政管理的な発想があったという。

⁶⁹ 調査協力者 [27] によれば、新型インフルエンザ等対策推進会議への首長レベルの参画に加え、内閣感染症危機管理統括庁の設立に伴い、統括庁と地方自治体との情報共有や意見交換の場として、複数の会議体が設けられることになった。このうち、全国会議は、参加者を各都道府県の担当部局長としているが、直近の会議では衛生関係の部局に加えて、危機管理関係の部局長が参加していた自治体もあったという。このように、中央政府が主催する地方との情報共有・意見交換の場に衛生部局と危機管理部局がセットで参加することで、地方レベルでの両部局間の連携を確保し、災害対応と感染症への備えを一体的に進めることが促される可能性があり、重要な取り組みであると考えられる。

がある。さらに、こうした連携体制の構築は、5.1 で述べたように、平時から形成した関係やネットワークを基盤としながら進めることが有効であると考えられる⁷⁰。

なお、通常自然災害においては、被災地の地方自治体に対して他の地方自治体からマンパワーの応援が行われることが一般的である。しかし、4.2.2 で触れたように、COVID-19 への対応においては、こうしたマンパワーの応援は低調であった。その背景として、COVID-19 のように流行が長期化し、かつどの場所で・どのタイミングで感染拡大するかの不確実性が高い感染症危機では、地方自治体のあいだで人員の「貸し渋り」が発生する可能性が高いことが窺えた。

COVID-19 対応の経験を踏まえれば、今後類似した感染症危機が発生した場合には、このような「貸し渋り」に対処し、地方自治体間におけるマンパワーの応援を促進するような対策を講じておくことが重要となろう。COVID-19 対応においては、2020 年 9 月、都道府県単位で潜在保健師などを登録する人材バンクを創設し、支援要請があった保健所などに対して潜在保健師などを派遣する IHEAT (Infectious disease Health Emergency Assistance Team) という仕組みの運用を厚生労働省が開始し、その後の法改正によって法定化された⁷¹。保健所支援の観点からは、この IHEAT の枠組みの強化や要員の確保・育成に取り組むことが重要である⁷²。

このほか、感染症に特化しない枠組みとして、災害発生時に被災自治体に対して都道府県および指定都市の職員で組織されたチームを派遣し、被災自治体の本庁や保健所における指揮調整 (マネジメント) 機能の支援を行う DHEAT (Disaster Health Emergency Assistance Team、災害時健康危機管理支援チーム) という仕組みがある⁷³。2024 年 1 月 1 日に発生した能登半島地震への対応においても、この DHEAT の枠組みにもとづいて医師や保健師らが被災地に派遣されている (日本経済新聞 2024)。COVID-19 への対応においても、初期の院内感染事例への対応に DHEAT が派遣されたという報道がある (毎日新聞 2020)。こうした災害対応の枠組みを活用したマンパワー支援を強化することも、今後の感染症危機対応において重要であると考えられる⁷⁴。また、既存のものに囚われない新たな広域支援の枠組みを整備することも重要であろう。

このような公的セクターにおける取り組みを進めると同時に、COVID-19 のように長期的で不確実性が高い感染症危機においては、今回取り上げたジャパンハートの活動に見られるような、民間セクターとの補完的な連携を模索することも重要である。マルチセクターが関与するガバナ

⁷⁰ 調査協力者 [12] が所属する NGO では、COVID-19 流行の期間中に、複数の都道府県とのあいだで進出協定や災害時支援協定を締結している。こうした協定を行政と民間団体のあいだで結んでおくことで、危機時におけるスムーズな補完体制の構築が可能になるかもしれない。

⁷¹ 厚生労働省「IHEATについて」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/nettyuu/index_00015.html, 2024 年 3 月 15 日最終閲覧)。

⁷² 同様の指摘として、新型インフルエンザ等対策推進会議が 2023 年 12 月 19 日にまとめた「新型インフルエンザ等対策政府行動計画の改定に向けた意見」のなかでは、「IHEAT 要員の確保・育成等にも継続的に取り組む必要がある」と記されている (新型インフルエンザ等対策推進会議 2024: 37)。

⁷³ 「DHEAT 活動ハンドブック (第 2 版)」令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金 (健康安全・危機管理対策総合研究事業)「実践を踏まえた災害時健康危機管理支援チーム (DHEAT) の質の向上、構成員、受援者の技能維持に向けた研究」研究成果物 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000998894.pdf>, 2024 年 3 月 15 日最終閲覧)。

⁷⁴ ただし、「DHEAT 活動ハンドブック (第 2 版)」によれば、DHEAT の対象となる災害の種類は、災害対策基本法第 2 条が規定する「災害」、すなわち「暴風、竜巻、豪雨、豪雪、洪水、崖崩れ、土石流、高潮、地震、津波、噴火、地滑りその他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害」であり、感染症によるパンデミックは明記されていない。この点の解釈が、感染症危機対応において DHEAT を活用するうえでの論点になるかもしれない。

ンスという観点からは、このような複線的なマンパワー支援策を考慮しておくことも、今後の健康危機管理において重要になると考えられる。

6. 結論

本研究の目的は、日本の地方自治体レベルにおける COVID-19 対応に影響を与えてきた要素や条件を、国、地方自治体、民間セクターなどによる多層的なガバナンスや、地方自治体各部門間の多セクター間のガバナンスに着目して明らかにすることであった。本報告書の冒頭で述べたように、他国と比較すると、日本では全体として死者数などが低く抑えられており、その意味では COVID-19 対応がうまくいった国だといえる。このことは、あらためて確認しておく必要がある。その一方で、対策の現場には大きな負荷が生じ、地方自治体ごとに対策のプロセスや帰結にもかなりのバリエーションが見られた。こうしたバリエーションはなぜ発生したのか。それぞれの自治体において何が有効な対策を可能にし、何が有効な対策を阻んできたのか。これは、COVID-19 の経験をもとに、今後の健康危機管理に向けた教訓を得るうえで取り組むべき問題である。

このような関心から、本研究では、地方自治体レベルにおける COVID-19 へのさまざまな対応は、国と地方、行政と民間などのあいだのいかなるガバナンスによって可能となってきたのか、という問いを設定した。この問いに応答するかたちで、本研究によって得られた知見と、それにもとづく提言を示し、本報告書の結びとしたい。

- 地方自治体レベルにおいては、感染症対策を目的に形成されたネットワークや、自然災害に備えた訓練をつうじて形成されたネットワークなど、危機対応を想定した関係やネットワークによって、感染症対応に当たる看護師の確保や、医療機関による患者の受け入れ促進、迅速な資源の確保などが可能となった。これにくわえて、首長と保健医療行政トップの関係や、病院や大学を結節点に形成された上司・部下、先輩・後輩の関係など、保健医療領域における平時からの基盤的な関係やネットワークによって、COVID-19 対応における指揮命令系統の確立や一元的な医療調整などが可能となってきた。各地の COVID-19 対応で機能した関係やネットワークは、その地の特殊な事情や背景のもとで形成されたものであり、異なる地域で形成された異なる種類のネットワークが、COVID-19 への類似した対策を可能にすることもあった。

→ **提言 1：地方レベルにおける健康危機への備えとして、災害訓練などをつうじて形成される危機対応のネットワークだけでなく、首長と保健医療行政トップの関係や、病院や大学を結節点としたネットワーク、地域医療の枠組みにもとづくネットワークなど、各地の事情や背景に照らして可能かつ有効な関係形成やネットワーク形成を平時から進めておくことが重要である。**

- 地方自治体レベルでは、首長や保健医療行政トップの判断といった内発的契機や、中央政府からの人員派遣や民間臨床医たちの働きかけといった外発的契機によって、地方自治体内部における危機意識の共有や、本部機能の強化といった危機管理体制の再編、平時から形成されたネットワークの活用・動員などが進展した。医療や危機管理に通じた人材がおり、そうした人材が政策決定に関与できた自治体や、組織として危機対応のノウハウが蓄積されていた自治体で

は、危機時の体制への転換が内発的に生じた。外部の民間医たちが行政に働きかけた事例では、DMATの枠組みが活用された。中央政府からの人員派遣は、厚生労働省新型コロナウイルス対策推進本部による地域支援や、医系技官の出向というかたちで行われていた。

→ 提言 2：健康危機の発生時に、地方自治体における危機意識の共有や危機管理体制の構築が迅速かつ有効に進むよう、自治体の内部において医療や危機管理に通じた専門人材の確保・育成、専門人材が政策決定に関与できる仕組みの整備、組織として危機対応のノウハウの蓄積などを進めてことが重要である。

→ 提言 3：地方自治体において危機意識の共有や危機管理体制の構築に困難がある場合は、地方における対応力の底上げを図るために、COVID-19 対応でも有効に機能した DMAT や厚労省本部地域支援班による人員派遣など、国が地方における対応を後押しできるような複線的な選択肢を用意しておくべきである。

● COVID-19 対応においては、国から地方に出される通知や事務連絡の数の多さ、タイミング、解釈の難しさなどによって、地方自治体の側に負担が生じていた。概要版の説明資料を添付するといったことも行われたが、必ずしも十分に徹底されたわけではなかった。こうした課題に対しては、たとえば厚生労働省新型コロナウイルス対策推進本部の地域支援班のように、国からの人員派遣が行われたことで、地方自治体の側での通知や法令の理解や柔軟な運用が促される場合があった。

→ 提言 4：危機時における地方自治体の負担や混乱を全体として軽減するために、通知や事務連絡の簡素化・効率化が必要である。具体的には、国が地方に出す通知や事務連絡の本数をむやみに増やさない、誰が読むべきどんな性格の情報なのかを明示する、読み手にとって理解しやすい文面にする、週末など地方の負担になるタイミングを避けるといった取り組みが必要である。

→ 提言 5：危機時において、国は、地方自治体の側における通知の理解および柔軟な運用を後押しするような工夫を講じる必要がある。具体的には、概要版の説明資料を作成する、説明会や相談会を設ける、必要に応じて特定の地方自治体へ国からの人員派遣を行うといった取り組みをさらに体系的に行う必要がある。

● 初動対応時における厚生労働省の組織体制は、対策ごとに複数の班が置かれる縦割りの構造になっており、想定外の事態における情報基盤の構築を組織横断的に統制する体制ができていなかった。こうした背景もあり、COVID-19 対応においては、情報システムの乱立や使い勝手といった面で、情報システムを運用する地方自治体の側に負担や混乱が生じていた。感染第 1 波が収束した 2020 年夏頃からは、地方レベルでの COVID-19 対応を指揮してきた人物を厚生労働省が招き入れ、情報システム開発の意思決定を集約的に行う体制が整えられた。

→ 提言 6：情報システムの乱立は、地方自治体に不要な負担や混乱を来す恐れがある。これを防ぐために、多様な分野で複合的な対策が必要となる危機管理においては、初動対応の時点から、国による情報システムの企画・開発・運用を組織横断的に統括する体制を構築することが必要である。

- 地方自治体のレベルでは、データを提供する関係者の不信感を払拭したり、情報提供を行うことへの納得感を高めたりする工夫を講じることで、COVID-19 対応における情報システムの有効かつ持続可能な活用が可能となっていた。このようなケースでは、技術的な部分のみならず、情報をだれからどのように集め、集めた情報をどのように公開・フィードバックしながら、どのような課題を解決していくのかという指針（principle）の部分が重要な意味を持っていた。
- 提言 7：地方自治体および国において、危機時における情報基盤の構築を、関係者からの信頼感や納得感を得ながら進めるためには、そもそも何のための情報活用なのか、どのような方法や流れで情報を集めるのか、集めた情報をどのように公開・共有するのかといった、情報活用の指針（principle）を持つことが重要である。
- 地方自治体レベルでは、DMAT やインシデント・コマンド・システムなどといった災害対応の枠組みを、とくに危機管理体制のマネジメントに関する側面で活用することで、COVID-19 への有効な対策が可能になる場合があった。一方、COVID-19 のような感染症危機においては、とくに患者の治療などに関する側面で、感染症に関する専門性も必要とされた。保健所圏域のレベルでは、平時から新型インフルエンザ等の対策会議と一般の災害対応の会議を連続的に開催することで、災害対応一般に通用する備えと感染症に特化した備えを同時並行的に進め、COVID-19 対応がスムーズに進んだケースもあった。
- 提言 8：健康危機管理においては、とくに危機管理体制のマネジメントの部分で、自然災害などにおいても用いられる汎用的な枠組み、知識、設備（たとえば DMAT、インシデント・コマンド・システム、本部組織を設置するための大部屋や施設など）をできるかぎり有効に活用することが必要である。
- 提言 9：感染症対応においては、患者の治療などの部分で、感染症を専門とする医師や感染制御看護師が加わるなどして、感染症の性質に対応した専門性を確保することが必要である。また、災害への備えと感染症への備えを相互連関させながら進めるために、災害および感染症にかかる対策会議や情報交換などを一体的に行うといった工夫を講じることも重要である。
- 長期的で感染拡大の不確実性が高い COVID-19 においては、人員を応援派遣した後に自分たちの地域で感染拡大や業務逼迫が生じる可能性があることから、通常自然災害で見られるような地方自治体間でのマンパワーの応援が低調であった。その一方で、ローカルな関係機関とのネットワークや、全国的に支援活動を展開した医療 NGO などの働きによって、COVID-19 への対応を可能にする看護師などのマンパワー支援がもたらされた地方自治体もあった。
- 提言 10：COVID-19 のように、長期的かつ不確実性が高い健康危機においては、地方自治体間における人員の「貸し渋り」が起こりやすいことから、広域的なマンパワー支援を促進する国レベルでの対策が必要である。具体的には、IHEAT の枠組みの強化や、DHEAT など災害対応の枠組みのさらなる活用を進めることが求められる。
- 提言 11：長期的かつ不確実性が高い健康危機においては、地方自治体間の広域応援が低調になる傾向にあることを前提として、公的セクターの枠組みにくわえて、医療職の実働部隊をもつ民間団体などと連携しながらマンパワー支援を行う仕組みを構築しておくことが重要である。

引用文献

- 愛知県大府市, 2023, 『No Rain, No Rainbow——大府市新型コロナウイルス感染症対策記録誌』.
- 朝日新聞デジタル, 2020, 「HER-SYS、道半ば コロナ感染者データ、国・自治体で共有 医療機関入力進まず、保健所に負担」 (<https://www.asahi.com/articles/DA3S14629136.html>, 2024年3月7日最終閲覧).
- , 2021, 「『福井モデル』成功の鍵は? 5月の新規感染165人」 (<https://digital.asahi.com/articles/ASP627T8ZP5TPISC00C.html>, 2024年1月16日最終閲覧).
- , 2023, 「感染症対応の司令塔『危機管理統括庁』 コロナの反省ふまえ発足」 (<https://digital.asahi.com/articles/ASR806GRVR8YUTFL015.html>, 2024年1月16日最終閲覧).
- アジア・パシフィック・イニシアティブ, 2020, 『新型コロナ対応・民間臨時調査会: 調査・検証報告書』ディスカヴァー・トゥエンティワン.
- 阿南英明, 2022, 「災害医療の視点から見た COVID-19 に対する公衆衛生システムの現状と課題」『公衆衛生』86(7): 612-9.
- 江川紹子, 2022, 『「想定外」をやっつけろ! ——検証・なぜ墨田区はコロナ禍第5波で重症者を出さなかったのか』時事通信出版局.
- 大杉寛, 2022, 「都市自治体におけるコロナ禍対策と多機関連携——絶対的リソース不足での保健所業務のBPRと多重防御」『都市とガバナンス』(37): 48-61.
- 大森彌・大杉寛, 2021, 『これからの地方自治の教科書 改訂版』第一法規株式会社.
- 正林督章・和田耕治編(尾身茂・脇田隆字監修), 2023, 『新型コロナウイルス感染症対応記録』日本公衆衛生協会.
- 河合香織, 2021, 『分水嶺——ドキュメント コロナ対策専門家会議』岩波書店.
- 川上高司・石井貫太郎編著, 2022, 『パンデミック対応の国際比較』東信堂.
- 関西大学社会安全学部編, 2022, 『検証 COVID-19 災害』ミネルヴァ書房.
- 厚生労働省医政局地域医療計画課長, 2022, 「日本 DMAT 活動要領の一部改正について」 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000898830.pdf>, 2023年3月6日最終閲覧).
- 近藤久禎・赤星昂己・松田宏樹・小早川義貴・矢嶋祐一・若井聡智・小井土雄一, 2022, 「新型コロナウイルス感染症に対する災害医療対応」『日本災害医学会雑誌』27(Suppl): 24-33.
- 坂元昇, 2023, 「新型コロナウイルス感染症に対する自治体の対策」『危機管理防災研究』(29): 13-29.
- 佐藤郁哉, 2008, 『質的データ分析法——原理・方法・実践』新曜社.
- 城山英明編著, 2020, 『グローバル保健ガバナンス』東信堂.
- 新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議, 2010, 「新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議 報告書」(平成22年6月10日).
- 新型インフルエンザ等対策推進会議, 2024, 「新型インフルエンザ等対策政府行動計画の改定に向けた意見」(令和5年12月19日).
- 新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議, 2022, 「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた 次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」 (https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/coronavirus_yushiki/pdf/corona_kadai.pdf, 2022年6月20日最終閲覧).

- 杉山雄大・今井健二郎・東尚弘・冨尾淳・田宮菜奈子, 2020, 「COVID-19 後の公衆衛生対応の強化に向けて——米国 CDC の概説と日本版 CDC 構想への論点整理」『日本公衆衛生雑誌』67(9): 567-72.
- 鈴木潔, 2022, 「新型コロナウイルス感染防止対策における行政組織間の連携——冗長性・多機関連携・リーダーシップ」『年報行政研究』(57): 61-83.
- 関なおみ, 2021, 『保健所の「コロナ戦記」TOKYO2020-2021』光文社.
- 関なおみ・西塚至・青木眞, 2022, 「座談会 保健所のコロナ戦記 after 2021——残された課題とこれからの対応」『公衆衛生』86 (9): 800-6.
- 全国知事会, 2020, 「新型コロナウイルス対策検証・戦略 WT 報告書」(https://www.nga.gr.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/2/2_houkokusyo%2020200831.pdf, 2023年3月3日最終閲覧).
- , 2021, 「新型コロナウイルス感染症『第5波』検証等結果報告書」(https://www.nga.gr.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/3/20211119_corona5th_report.pdf, 2023年3月3日最終閲覧).
- 曾我謙悟, 2004, 「ゲーム理論から見た制度とガバナンス」『年報行政研究』(39): 87-109.
- 竹中治堅, 2020, 『コロナ危機の政治——安倍政権 vs. 知事』中央公論新社.
- 田治明宏・古賀聖典・弓屋結・久保達彦, 2022, 「新型コロナウイルス感染症クラスター対応における『広島モデル』の検証」『日本災害医学会雑誌』27(Suppl): 95-100.
- 永田尚三, 2022, 「新型コロナウイルス感染症対応の課題と今後の危機管理のあり方について」『都市とガバナンス』(37): 38-47.
- 永田高志／石井正三／長谷川学／寺谷俊康／水野浩利／深見真希／レオ・ポズナー, 2014, 『緊急時総合調整システム Incident Command System (ICS) 基本ガイドブック』日本医師会.
- 永田高志・王子野麻代・寺谷俊康・長谷川学・石井正三, 2015, 「災害時の指揮命令システムの構築——インシデントコマンドシステム (ICS) 緊急時総合調整システムの紹介」『杏林医学会雑誌』46(4): 275-9.
- 中村雅彦, 2021, 『「松本モデル」の挑戦——新型コロナ医療崩壊を防げ』信濃毎日新聞社.
- 日本経済新聞, 2020a, 「追跡大阪モデル (上) 独自策連発、知事に脚光 「前のめり」に戸惑う声も」日本経済新聞大阪朝刊, 2020年6月3日.
- , 2020b, 「追跡大阪モデル (下) 情報集約、進む府・市連携 他地域とは足並み乱れも」日本経済新聞大阪朝刊, 2020年6月4日.
- , 2021, 「コロナ対応、優等生に学べ——医療充実で第6波へ先手、和歌山、感染したら『全員入院』」日本経済新聞朝刊, 2021年10月23日.
- , 2024, 「福岡・熊本両市など、給水車や医療チーム派遣 能登地震、被災地支援で」日本経済新聞 地方経済面 九州, 2024年1月5日.
- 野尻孝子, 2023, 『“和歌山方式”を生んだ新型コロナとの連戦に思う——3年間の苦悩と葛藤の日々の軌跡』ぎょうせい.
- 鳩野洋子・島田美喜・弓場英嗣・尾島俊之・増田和茂, 2022, 「新型コロナウイルス感染拡大第2波までの市区町村保健部門の体制や取り組み」『日本公衆衛生雑誌』69(8): 625-33.

- 古屋好美・中瀬克己・西塚至・寺谷俊康・砂川富正・坂元昇・富尾淳・平尾智広, 2023, 「COVID-19 を経験したわが国の健康危機管理の課題と展望——日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会活動報告」『日本公衆衛生雑誌』70(9): 519-28.
- 毎日新聞, 2020, 「新型コロナ：新型コロナ 門司の院内感染 支援チーム派遣」毎日新聞地方版／福岡, 2020年4月4日.
- , 2021, 「新型コロナ 政府、システムなぜ乱立 省庁ごと、バラバラ発注 『共有できない』『使いづらい』」毎日新聞東京朝刊7頁経済面, 2021年7月15日.
- 山岡淳一郎, 2021, 『コロナ戦記——医療現場と政治の700日』岩波書店.
- 山北晴奈, 2022, 「コロナ対策の中に見えた今後の危機管理体制について——地域医療体制支援拠点の活動を通して」『都市とガバナンス』(37): 86-90.
- Aldrich, D. P., 2012, *Building Resilience: Social Capital in Post-Disaster Recovery*, University of Chicago Press. (石田祐・藤澤由和訳, 2015, 『災害復興におけるソーシャル・キャピタルの役割とは何か：地域再建とレジリエンスの構築』ミネルヴァ書房.)
- , 2019, *Black Wave: How Networks and Governance Shaped Japan's 3/11 Disasters*, University of Chicago Press. (飯塚明子・石田祐訳, 2021, 『東日本大震災の教訓——復興におけるネットワークとガバナンスの意義』ミネルヴァ書房.)
- Bevir, M., 2012, *Governance: A Very Short Introduction*, Oxford University Press. (野田牧人訳, 2013, 『ガバナンスとは何か』NTT出版.)
- Boin, A., P. 't Hart, E. Stern and B. Sundelius, 2016, *The Politics of Crisis Management: Public Leadership Under Pressure*, Cambridge University Press.
- COVID-19 Excess Mortality Collaborators, 2022, "Estimating Excess Mortality Due to the COVID-19 Pandemic: A Systematic Analysis of COVID-19-Related Mortality, 2020–21," *The Lancet*, 399(10334): 1513-36.
- FEMA, 2017, *National Incident Management System*, 3rd Edition.
- Foley, G. and Timonen, V., 2015, "Using Grounded Theory Method to Capture and Analyze Health Care Experiences," *Health Services Research*, 50(4): 1195-1210.

謝辞

一人ひとりのお名前を挙げることはできませんが、ご多忙のなか、本研究の聴き取り調査に協力して下さった27名のみなさまに、深く御礼を申し上げます。

また、曾我謙悟先生（京都大学大学院法学研究科教授）と橋本英樹先生（東京大学大学院医学研究科教授）には、本研究プロジェクトの外部評価をお願いし、本報告書の草稿に対して貴重なコメントをいただきました。記して感謝申し上げます。

付録

①聴き取りにおける質問事項の雛型（講演を交えた形式の場合）

- ・調査協力者の経歴、COVID-19 や健康危機管理との関わり
- ・全国各地における医療逼迫の発生状況とそれへの対応
- ・医療逼迫が生じる中での各地の現場における苦悩や対処
- ・番組制作や取材を通じて感じた医療提供体制の課題、今後の健康危機管理に向けた教訓

②聴き取りにおける質問事項の雛型（自治体本庁職員、保健所管理職向け）

- ・調査協力者の経歴、COVID-19 や健康危機管理との関わり
- ・調査地における COVID-19 のこれまでの感染状況、行政としての主な対応
- ・調査地における健康危機管理の実施体制と課題
- ・調査地での COVID-19 対応における国（中央政府）との関係構築や役割分担
- ・調査地での COVID-19 対応における他の地方自治体との役割分担や連携
- ・他の地方自治体の取り組みとして参考になった事例
- ・調査地での COVID-19 対応における関係機関との連携や協力
- ・調査地における専門家の助言や提言の政策決定への反映
- ・調査地における COVID-19 に関する情報システム運用上の課題
- ・調査地における COVID-19 に関する対外的な情報発信やコミュニケーション
- ・COVID-19 対応における調査協力者の苦労
- ・COVID-19 対応や過去の健康危機管理への関わりを通じて感じた課題、今後に向けた教訓