

健康危機発生時における中央政府と地方政府の行政体制の実態と課題—— 2009 年新型インフルエンザ（A/H1N1）の事例からみた健康危機管理の課題と方向——

平川, 幸子

(出版者 / Publisher)

法政大学大学院

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

大学院紀要 = Bulletin of graduate studies / 大学院紀要 = Bulletin of graduate studies

(巻 / Volume)

72

(開始ページ / Start Page)

237

(終了ページ / End Page)

257

(発行年 / Year)

2014-03

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00009949>

健康危機発生時における中央政府と 地方府の行政体制の実態と課題 — 2009 年新型インフルエンザ（A/H1N1）の事例からみた 健康危機管理の課題と方向—

公共政策研究科 公共政策学専攻

修士課程 2012 年度修了 平 川 幸 子

はじめに

本稿は、2009 年の新型インフルエンザ（A/H1N1）発生時の行政対応に焦点を当て、中央政府および地方府の健康危機管理行政体制を中心に政策実施過程を分析することで、健康危機管理行政の実態と課題を検証することを目的とする。

日本における健康危機管理行政は、2003 年に発生した重病急性呼吸症候群（SARS）や高病原性鳥インフルエンザなどの新興・再興感染症、腸管出血性大腸菌 O-157 による大規模食中毒、阪神淡路大震災などの自然災害を踏まえ体制が強化されてきた。しかし、2009 年の新型インフルエンザ発生時には、健康危機管理体制について、中央政府を構成する機関間の関係や、中央政府と地方府の関係や責任分担などに課題があることが示唆された。

第 1 章では、本稿で取扱う中央政府及び地方府の健康危機管理行政の定義を整理するとともに、歴史的経緯や各行政機関の役割を中心に整理した。第 2 章では、健康危機管理行政のうち 2009 年の新型インフルエンザ（A/H1N1）発生時の事例を取り上げ、中央政府における健康危機管理の体制整備、意思決定等の課題を整理した。第 3 章では、2010 年に厚生労働省（以下、「厚労省」）において設置・実施された新型インフルエンザ（A/H1N1）対策の検証会議「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議（以下、「総括会議」）」に着目し、同会議の議事録をテキストマイニングの手法を用いて分析し、健康危機管理行政の課題を整理した。第 4 章では、3 都府県 3 市を対象としてインタビュー調査を行い、地方府における健康危機管理行政体制や新型インフルエンザ発生時の対応を整理し、地方府における行政体制の課題を抽出した。第 5 章では、1 章から 4 章で整理した中央政府及び地方府における健康危機管理行政の実態と課題を、2009 年の実態をふまえながら整理し、考察した。

第 1 章 中央政府および地方府の健康危機管理行政の概要

1 背景と定義

健康危機については「厚生省健康危機管理基本指針（1997 年）」^{1, 2}において、「医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚労省の所管に属するものをいう。」と定義されている。

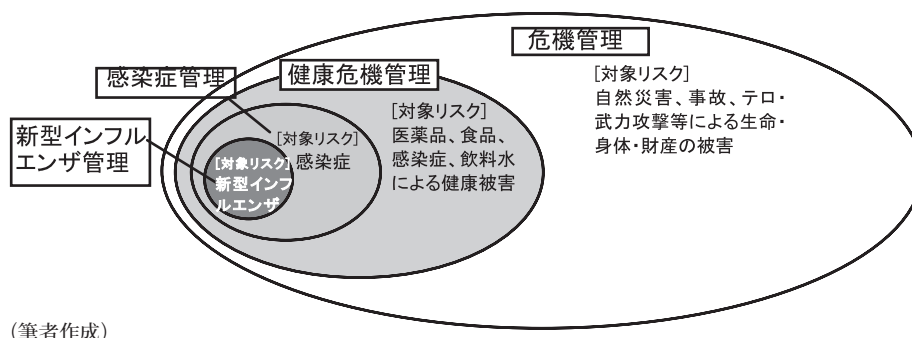
本稿では「健康危機管理行政」を「医薬品、食中毒、感染症、飲料水に起因した国民の生命、健康の安全を

1 厚生労働省大臣官房厚生科学課長〔2011〕

2 医薬品等健康危機管理実施要領（第 2 医薬品等における危機管理の基本的心得／1. 非加熱血液製剤による HIV 感染の発生、拡大の反省を踏まえ、日頃から医薬品等の安全性情報（生物学的製剤を含み、医薬品等の製造管理に係るものを含む。以下同じ。）の迅速な把握に努めるとともに、健康被害の発生、拡大を防止するため、常に総合的な安全対策の立案、実施に努めるものとする。）

脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、初期対応、拡大防止、治療等に関する行政が行う業務」と定義する。「感染症管理行政」は「健康危機管理行政」の一部に含まれる。「危機管理行政」は「健康危機管理行政」の上位概念で「自然災害、事故、テロ・武力攻撃、健康危機」を対象とする³（図1-1）。なお、感染症法において、都道府県の他、指定都市、中核市、保健所政令市、特別区において、保健所を設置することとされており、これらの市区においても都道府県と同様の権限を有している。このため、本稿では感染症法上で保健所を設置することとされている都道府県、指定都市、中核市、保健所政令市、特別区を包括して示す場合は「都道府県等」という。

図 1-1 本稿における単語の定義（イメージ）



2 中央政府の健康危機管理行政

中央政府のうち官邸の危機管理は、内閣総理大臣を直接補佐する機関である内閣官房において、内閣官房長官、内閣官房副長官、内閣官房危機管理監等を中心として担われている。1997年「内閣の危機管理機能の強化に関する行政改革会議」の提言を受けて、内閣の危機管理機能が強化された一環で、国の防衛を除く国民全般の危機管理を統括することを職務とする危機管理監の役職が設置された（1998年4月）。その後、重大テロ発生時の政府の初動措置（1998年4月）、不審船への政府の初動措置（2001年11月）など個別の危機に対する初動措置や緊急参集⁴などが決定された。危機が多様化・高度化・大規模化し、一省庁では対応できない事案が増加したことを背景に、官邸（内閣官房）が危機管理を主導する流れがあると考えられる。

厚生省における健康危機管理行政は、従来、事案ごとに担当部局を中心として対策が実施されてきた。しかし、1980年代に発生した薬害エイズ問題、阪神・淡路大震災（1995年）など、国民の生命、健康の安全に大きな影響を及ぼす事態の頻発を受けて、部局横断的な健康危機体制の整備が求められるなか「厚生省健康危機管理基本指針（1997年）」が策定されるなど、健康危機管理のための迅速な情報収集、対策の策定・実施の基本的な仕組みが定められた⁵。同時に地方自治体の保健衛生部門の役割を検討する「地域保健問題検討会」が厚生省公衆衛生審議会に設置され（1997年11月）、「地域における健康危機管理の在り方について」等の提言が公表された（1999年8月）。この提言を踏まえ「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」が2000年3月に改正され、保健所が地域保健の専門的技術的かつ広域的拠点であり、健康危機管理においても中核的役割を果たすべきであるという方針が示された⁶。

現在、厚生省では、大臣官房厚生科学課・健康危機管理対策室を中心に国内外の健康危機情報が集約されて

3 総務省消防庁に設置された「地方公共団体における総合的な危機管理体制の整備に関する検討会」において検討の対象とする危機管理事案を「当該地方公共団体において発生する、住民の生命、身体又は財産に直接重大な被害が生じ、又は生じるおそれがある緊急の事案」とされており、「自然災害、事故、武力攻撃・テロ、感染症、その他」を対象としている。

4 緊急事態に対する政府の初動対処体制について「2. 緊急参集チーム等 1. 内閣危機管理監は、事態に応じ緊急参集チームを官邸危機管理センターに緊急参集させ、政府としての初動措置に関する情報集約等を行うとともに、官邸危機管理センターに官邸対策室を設置する。」（2003年11月21日閣議決定から引用）

5 厚生労働省大臣官房厚生科学課長〔2011〕

6 「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（1994年12月1日厚生省告示第374号）

いる。厚労省内で解決できる事案は、省内の健康危機管理対策部局を中心に対策の検討・決定がなされ、省内で解決できない大規模な緊急事態が発生した場合には、厚労省の幹部（技術総括審議官）が官邸危機管理センターに参集し、省庁横断的に対応することとなる。

3 感染症管理行政の概要

日本の感染症管理行政の歴史は 1897 年の伝染病予防法に遡り、コレラや赤痢などの 8 疾病が対象とされ、患者等の届出義務や隔離等の対策が執られていた。1945 年の第二次世界大戦終戦時、コレラや痘そうなどの外来感染症の流行に伴い 1948 年に予防接種法が制定され、定期・臨時の予防接種が行われ、外来感染症の多くは消滅した⁷。しかし 1970 年以降新興感染症や再興感染症の再流行などが脅威となり、1998 年「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⁸（以下「感染症法」という。）」が制定、1999 年施行された。2008 年 5 月の感染症法改正によって、新たな感染症の類型として新型インフルエンザ等感染症が規定され、そのまん延を防ぐために患者等の隔離や停留の他、健康状態の報告や外出自粛要請などを行うことが定められた。

感染症法では、発生状況に即してきめ細かく対応するため、一義的に都道府県が現地の実情に即応して迅速な判断や実行ができる。また同法第 64 条において、保健所設置市も都道府県と同様の対応ができることとなっている⁹。保健所は、地域保健法において、都道府県、指定都市、中核市、その他の政令で定める市、又は特別区が設置することとされており、現在全国に 495 の保健所が設置されている（2012 年 4 月現在）（表 1-1）。

表 1-1 設置主体別の保健所設置数

設置主体	都道府県	注1) 指定都市	注2) 中核市	注3) その他政令市	特別区	計
設置数 (力所)	372	51	41	8	23	495

注 1）指定都市（地方自治法第 2 5 2 条の 1 9 第 1 項に定める 2 0 市）ごとの保健所数
札幌 (1), 仙台 (5), 新潟 (1), さいたま (1), 千葉 (1), 横浜 (1), 川崎 (7), 相模原 (1), 静岡 (1), 名古屋 (16), 浜松 (1), 京都 (1), 大阪 (1), 神戸 (1), 堺 (1), 岡山 (1), 広島 (1), 福岡 (7), 北九州 (1), 熊本 (1)

注 2）中核市（地方自治法第 2 5 2 条の 2 2 第 1 項に定める 41 市）1 市 1 保健所
旭川, 函館, 青森, 盛岡, 秋田, 郡山, いわき, 宇都宮, 前橋, 高崎, 川越, 船橋, 柏, 横須賀, 富山, 金沢, 長野, 岐阜, 豊田, 豊橋, 岡崎, 大津, 豊中, 高槻, 東大阪, 姫路, 西宮, 尼崎, 奈良, 和歌山, 倉敷, 福山, 下関, 高松, 松山, 高知, 久留米, 長崎, 大分, 宮崎 鹿児島

注 3）政令で定める市（地域保健法施行令第 1 条の 3 に定める 7 市）（小樽, 八王子, 町田, 藤沢, 四日市, 呉, 大牟田 佐世保）

保健所の健康危機管理業務は、①健康危機の発生の未然防止、②健康危機発生時に備えた準備、③健康危機への対応、④健康危機による被害の回復の 4 つに分類される¹⁰。なお、地域保健法において、都道府県等は、職権に属する事項を保健所長に委任することができるとされており、多くの自治体で健康危機管理に関する事項が保健所長の専決事項となっている¹¹。

7 厚生労働統計協会〔2011〕

8 同法は、従来、感染症対策を担ってきた伝染病予防法、性病予防法、後天性免疫不全症候群の予防に関する法律を廃止・統合して制定されたものである。

9 感染症法 第六十四条 保健所を設置する市又は特別区にあっては、(中略)「都道府県知事」とあるのは「市長」又は「区長」と、「都道府県」とあるのは「市」又は「区」とする。

10 「地域における健康危機管理について～地域健康危機管理ガイドライン～（（平成 13 年 3 月））」

11 地域保健法（第 9 条）第 5 条第 1 項に規定する地方公共団体の長は、その職権に属する第 6 条各号に掲げる事項に関する事務を保健所長に委任することができる。

第2章 中央政府の新型インフルエンザ管理行政の概要と課題

本章では健康危機管理行政のうち、2009年に発生した新型インフルエンザの事例を取り上げ、中央政府における健康危機管理の体制、意思決定等の過程を整理した。特に、新型インフルエンザ管理行政の中心的役割を担う厚労省と、総合調整を行う立場にある内閣官房の動向に着目した。

1 新型インフルエンザ（A/H1N1）発生前の体制整備

2003年以降、高病原性の鳥インフルエンザ（H5N1）のヒトへの感染が拡大し、世界的に新型インフルエンザの発生が脅威と認識され始めた。いわゆる季節性インフルエンザとは異なり、新型インフルエンザは大部分の人が免疫を持っていないため、世界的な大流行となり、大きな健康被害とこれに伴う社会的影響をもたらすことが懸念されていた。

日本の中央政府においても、2004年3月に省庁横断的に対策を講じる必要性から関係省庁対策会議が設置され、2005年12月「新型インフルエンザ対策行動計画」が策定された。中央政府の平時の組織として設置された関係省庁対策対策会議は、内閣危機管理監を議長、内閣官房副長官補（内政担当）を副議長とし、関係各省の局長級を構成員とする¹²。また、新型インフルエンザが発生した場合、内閣総理大臣を本部長とする政府新型インフルエンザ対策本部（以下「政府対策本部」という。）を設置することが決定された（2007年10月）。政府対策本部は、本部長を内閣総理大臣、副本部長を内閣官房長官・厚生労働大臣とし、全閣僚が本部員となる。同時に、各省庁に各大臣をトップとした対策本部等が設置され、発生時には政府対策本部が各省庁を横断的に束ねる組織として位置づけられることが決定された。また、政府対策本部が方針決定をする際に「専門家諮問委員会」に諮問することとされており、2009年5月、医療関係者（5名）から成る専門家諮問委員会が設置された。

2 発生状況及び中央政府の初動対応

新型インフルエンザ（A/H1N1）は2009年3月のメキシコにおける集団発生に端を発して、世界中に感染拡大した。日本の受診患者は約2100万人、そのうち死亡者は約200人と推計されている。毎年流行している季節性インフルエンザの受診者が約1000万人、死亡数が約300人～1,800人であることを踏まえると、2009年の新型インフルエンザは、季節性と比べて、受診患者数は多いものの死亡数は低い水準に抑えられたと考えられている。

2009年4月以降の内閣官房と厚労省の主な動きを表2-1に示す。中央政府は、4月28日のWHO（世界保健機構）のフェーズ4（新型インフルエンザ発生）宣言と同時に、内閣総理大臣を本部長とする政府対策本部を設置し「基本的対処方針」を策定した。基本的対処方針は、政府行動計画に基づき、発生国への渡航延期勧告、水際対策（検疫の強化）等の方針が示されたものである。

その後、5月1日にWHOのフェーズ5（地域的流行）宣言を受けて「基本的対処方針」が改定され「不要不急の外出自粛」や「集会・スポーツ大会の自粛」、「事業者の不要不急の事業の縮小」などが新たに要請された。一方で、海外では病原性が低いという情報が得られ始めており¹³、「専門家諮問委員会」による報告書（5月13日）¹⁴において「症状が季節性インフルエンザと類似している」などの専門的な知見が示されたうえで、水際対策の縮小を促すよう要請がなされた。専門家諮問委員会の要請を受ける形で、厚労省対策推進本部にお

12 内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、外務省、財務省、文部科学省、厚生労働省、農林水産省、経済産業省、資源エネルギー庁、原子力安全・保安院、中小企業庁、国土交通省、海上保安庁、環境省、防衛省等（新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザに関する関係省庁対策会議の設置について（2004年3月2日関係省庁申し合わせ））

13 国立感染症研究所感染症情報センター〔2009b〕

14 新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会〔2009a〕「新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会報告（停留に関する報告）（2009年5月13日）」（報告書という名称だが、3ページ程度の論点ペーパー）

いて停留期間短縮が決定された¹⁵⁾。

表 2-1 新型インフルエンザ（A/H1N1）発生時の中央政府の初動（2009 年）

	官邸（内閣官房）の動き	厚労省の動き
4 月 28 日	〔WHO〕フェーズ 4（新型インフルエンザ発生）宣言	
4 月 28 日	●（8:00）新型インフルエンザ対策本部設置 ●『基本的対処方針』の決定 ・メキシコへの渡航延期勧告／検疫強化 ・医療体制の強化準備、等の呼びかけ	●厚生労働大臣が感染症法に基づき「新型インフルエンザ発生」を宣言。 <u>感染症法に基づく検疫感染症に指定し、検疫法に基づき検疫の強化を開始</u> ※発信元：健康局長（通知）
4 月 29 日		●新型インフルエンザに係る症例定義及び届出様式について（ <u>感染症法に基づく患者・擬似症患者の報告義務</u> について） ※発信元：健康局結核感染症課長（通知）
5 月 1 日	〔WHO〕フェーズ 5 宣言	
5 月 1 日	●専門家諮問委員会の設置 ・新型インフルエンザ対策本部（第 2 回会合） ●「基本的対処方針」の改定（感染拡大防止措置を追記：不要不急の外出自粛、集会・スポーツ大会等の自粛、不要不急の事業縮小等） 強化	●新型インフルエンザに係る積極的疫学調査の実施等について（感染症法に基づく患者の報告義務） ※発信元：健康局結核感染症課長（通知）
5 月 2 日	〔国立感染症研究所〕多くの症例が軽症との報告	
5 月 6 日	※産経新聞に東京都が新型インフルエンザ擬似症患者の届出をしていない事実が報道される	
5 月 9 日	※成田空港検疫所で最初の感染患者を確認 →隔離・停留措置へ	
5 月 9 日	・新型インフルエンザ対策本部幹事会開催	●新型インフルエンザに係る症例定義及び届け出様式の改定について ※発信元：健康局結核感染症課長（通知）
5 月 13 日	○専門家諮問委員会 報告 ・停留期間を 10 日間から 7 日間に短縮するよう提言 緩和の意見書	
5 月 13 日		●新型インフルエンザに係る症例定義及び届け出様式の改定について ※発信元：健康局結核感染症課長（通知） ・停留期間を 10 日間から 7 日間に短縮 一部緩和
5 月 16 日	●兵庫県神戸市で国内最初の患者発生を確認 ○専門家諮問委員会（「『基本的対処方針』の実施について」を发出） 緩和の意見書 ・感染拡大防止措置の緩和（外出自粛、事業者の不要不急の事業の縮小などを行わない）の意見	
5 月 16 日	・新型インフルエンザ対策本部幹事会開催 ○「確認事項」の发出	
5 月 18 日	新型インフルエンザ対策本部（第 3 回会合）	
5 月 22 日	●「基本的対処方針」の改定（感染拡大防止措置の緩和：外出自粛、事業者の不要不急の事業の縮小などを要請しない） 緩和	●「運用指針」の策定 （全国を地域別に分けて柔軟に対応：学校休業の基準を季節性インフルエンザと同様とする、検疫強化基準見直しなど、対策の一部緩和） 緩和
6 月 12 日	〔WHO〕フェーズ 6 宣言	
6 月 19 日		●「運用指針」の改定（検疫強化の大幅緩和など）
8 月 15 日	●沖縄県において国内発患者死亡確認	
8 月 21 日	新型インフルエンザ流行入り宣言	

（首相官邸ホームページ「新型インフルエンザへの対応」および厚労省から发出された「事務連絡」、「通知」等の文書をもとに筆者が整理したもの。）

5 月 16 日に国内で第一例の感染者が確認された際も、専門家諮問委員会が基本的対処方針を緩和する意見書¹⁶⁾を発信し、政府対策本部幹事会（政府対策本部の下部組織）が開催され「確認事項」が发出された¹⁷⁾。患者の国内発生という節目に、政府対策本部が開催されていないこと、政府の方針である基本的対処方針が改定されていないこと、などが確認できる。国内発生から約 1 週間後の 5 月 22 日に政府対策本部が「基本的対処方針」を改定し、国内発生を踏まえて、外出自粛や事業者の事業自粛を要請しないことなど、一部の対策を緩和する方針が決定された。同日、厚労省において「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針（以下「運用指針」という。）が发出され、地域別に柔軟な対応が可能とするよう運用を定めた。6 月 12 日の WHO のフェーズ 6（大流行）宣言を受けて厚労省対策推進本部において「運用指針」を改

15 厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部事務局〔2009〕「検疫法に基づく停留の期間の考え方について（事務連絡）」
16 「基本的対処方針の実施について」
17 「政府対策本部幹事会」は政府対策本部の下部組織にあたる各省の局長級の会議であるため、「確認事項」は「基本的対処方針」の下位の文書に位置づけられるものである。

定し、大幅な対策の緩和方針が決定された。さらに8月15日には国内最初の死亡例が報告され、8月21日には新型インフルエンザの流行入りが宣言された。上記に示した対策の概要のうち、主な対策である、「海外発生期の対応（水際対策）」、「海外発生期から国内発生早期の患者発生動向調査」、「国内発生時の意思決定プロセス」の3点について、以下に個別に整理する。

2.1 海外発生期の対策（水際対策（検疫の強化））について

水際対策は海外で新型インフルエンザが発生した初期の段階で、ウイルスの日本国内への侵入を出来る限り遅らせる目的で実施するものである。2009年は、発生国（メキシコ、アメリカ、カナダ）からの直行便の搭乗者のうち、発熱などの症状を呈している者を探知し、感染者等を空港で早期発見し治癒するまで留め置く、という対策が執られた。

具体的には、発生国からの渡航者に対し、検疫所（厚労省の組織）の職員が健康状態（発熱や急性呼吸器症状等のインフルエンザ様症状）について質問紙等を用いて調査し、インフルエンザ様症状がある場合は検査を行い、インフルエンザが検出・確定された場合は、一定期間入院又は停留（隔離）措置の対象となった。また、感染者と同じ航空機の乗客のうち、感染者と近い席の者や同行者等は、本人が感染していない場合にも濃厚接触者として停留措置の対象とされた¹⁸。停留措置とは、感染している可能性がある者を一定期間、ホテル等の宿泊施設に隔離し、留め置くことである。

インフルエンザには潜伏期間があるため、入国時にすべての感染者を捕捉することが不可能であると考えられている。このため、発生国からの帰国者の住所や連絡先が、「健康監視対象者」リストとして居住地の自治体に通知され、保健所がこれらの「健康監視対象者」に対し、一定期間（7日間）、電話等で本人の健康状態を確認することが求められた（表2-2）。これは、入国後に発症した感染者を早期に発見・捕捉することを目的として、検疫法及び感染症法に定められたもので一般に「健康監視」と呼ばれる。この対策は2009年4月28日～6月18日まで実施された。5月21日までの約1ヶ月で約164万人の帰国者が調査対象となり、10人の患者が確認された。健康監視対象者が膨大であったこと、国内発生（5月16日）以降も継続されたことなどから、自治体等からの反発が強い対策であった（5月22日以降は「健康監査対象者」の範囲が限定されて6月18日まで継続された）。事後の検証の場である総括会議において、厚労省では5月初旬に水際対策を緩和することを検討していたが、5月9日に成田検疫所で日本初の患者が発見されたことで世論が盛り上がり、「（水際対策を）やめられなくなってしまったのが実情」とされている¹⁹。

表 2-2 患者及び接触者等に対する入院措置・健康監視（検疫における対応）

発生状況	対象者	措置・健康状態の把握等	外出自粛
飛行機・船舶内の乗客の中から、機内検疫により、患者が確認された場合	患者	入院措置	—
	患者の濃厚接触者（患者と2m以内に座っていた者及び同行者）	停留施設（ホテル等）に停留。 医師等が毎日健康状態を把握	外出不可
	患者の同乗者（上記を除く）	保健所が毎日電話	外出自粛が望ましい（任意）

（厚労省「新型インフルエンザ対策における都道府県等による健康監視について（事務連絡）」、他を参考に筆者作成）

2.2 海外発生期から国内発生早期の対応（患者の発生動向調査）

国内発生対策としては、都道府県等に対して感染症法（第12条）に基づく「新型インフルエンザ患者や疑似症患者」の報告が要請された。2009年に問題になったのは「疑似症患者」の定義である。「疑似症患者」は都道府県から厚労省への届け出が法的に義務付けられているが、その定義は法令で定められていない。このた

18 「濃厚接触者」の停留は、5月22日以降は中止された。
19 第3回 新型インフルエンザ対策総括会議（2010年4月28日）「現場からは人繰りが見つからないという悲鳴が上がっており。実は何とか検疫を緩める理由探しをしていたのですが、幸か不幸か5月9日に成田検疫で最初の患者発見になって、世論が一気に盛り上がって、ますますやめられなくなってしまったのが実情です。（厚労省健康局長）」

め発生時に厚労省から都道府県等に患者及び疑似症患者の定義「10 日以内に発生国に滞在した帰国者のうちインフルエンザ様症状を呈する患者」が示された。

発生当時（2009 年 4 月末～5 月初旬）は、季節性インフルエンザの流行が終了しておらず、日本国内に 6～10 万人の患者が存在した²⁰。未だ国内で新型インフルエンザ患者が確認されていない時点で「インフルエンザ様症状を呈する患者」は、論理的には季節性インフルエンザ患者である確率が高いと考えられる。実際、4 月 30 日に海外から帰国した横浜市の高校生が疑似症患者と判断されたが、季節性インフルエンザであったことが判明した。ただし疑似症の時点で厚労省に報告したところ、厚労省からマスメディアに公開され、風評被害に遭ったとされる²¹。

2.3 国内発生時の意思決定プロセス

5 月 16 日、神戸市で国内第一例目の新型インフルエンザ患者が確認された。第一例目の患者は海外渡航歴がなく、また渡航者との接触のない高校生であり、同日、兵庫県内と大阪府内で患者の集団発生が確認されるなど、発生前の想定と異なる事態であった。国内発生を受けて、政府対策本部からの発表は行われず、対策本部長である内閣総理大臣の「①談話」、政府対策本部の下部組織の幹事会から発表された「②確認事項」²²、専門家から構成される諮問委員会から発表された「③『基本的対処方針』の実施について」²³の 3 点が発表された。

その 3 つの文書・発言を比較したものが表 2-3 である。3 つの文書の中では専門家諮問委員会による文書がより具体的な対応方針の記載があることがわかる。「確認事項」は専門家諮問委員会の「基本的対処方針の実施について」の文書を受けて作成されたものなので、発信情報は類似したものである。つまり、専門家諮問委員会が、病原性等の状況を踏まえて外出自粛や学校閉鎖等の対策の可否を提案し、それを受けて政府対策本部幹事会が「確認事項」を策定した、という流れである。

表 2-3 国内発生直後（2009 年 5 月 16 日）に発出された 3 つの文書の比較

発信主体	文書名	文字数	内容（以下の項目に関する記述があれば○とする）		
			病原性	学校休業	外出自粛
①内閣総理大臣	なし（談話）	490 字	○：早期に適切な治療を受けることにより順調に回復。ただし慢性疾患患者などは油断禁物。	×	×
②新型インフルエンザ対策本部幹事会（局長級）	確認事項	1755 字	○：感染性は強いが多くの方が軽症のまま回復。	○：患者が学校・保育施設に通う生徒・児童の場合は、その地域の学校等を臨時休業を原則とする。	×
③新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会	「基本的対処方針」の実施について	3181 字	○：感染性は強いが多くの患者が軽症のまま回復。抗インフル薬が治療に効果あり。	○：患者が学校・保育施設に通う生徒・児童の場合は、その地域の学校等を臨時休業を原則とする。	○ 外出自粛要請を行わない

（各発出文書を参考に筆者作成）

さらに、約 1 週間後の 5 月 22 日に政府対策本部が「基本的対処方針」を改定し、国内発生を踏まえて「外出自粛を要請しないこと」、「事業者の事業自粛を要請しないこと」など、一部の対策を緩和する方針を決定した。一方、厚労省では、政府対策本部の基本的対処方針の改定を受けて「運用指針」を策定し、国内の対策について地域を 2 つに区分し、既に患者が発生している地域については、学校閉鎖の基準等を通常の季節性イン

20 上田博三〔2010〕
21 舩添元厚生労働大臣が 5 月 1 日の未明（4 月 30 日の深夜）に記者会見したことで大きく報道された
22 新型インフルエンザ対策本部幹事会〔2009〕
23 新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会〔2009b〕

フルエンザと同様とするなど、対策を緩和する方向を示した。

3 中央政府における初動対応の課題

3.1 初動対応において指摘された課題

新型インフルエンザ（A/H1N1）発生の約1年後に設置された総括会議²⁴において、本稿で着目している初動の水際対策（検疫の強化）については、対策を実際に担当した地方政府、特に保健衛生部局の担当者からは、①水際対策に意味があったのか、②水際対策の時期が長すぎて、保健所等に必要以上の負荷をかけた、という指摘があった。

厚労省対策推進本部事務局は「(5月上旬に)縮小を検討したが、5月9日に機内検疫で初の隔離・停留のケースが発生し、検疫強化の要望があったため、長期化した」と発言している^{25,26}。一方、当時の舩添元厚生労働大臣は「医学的に意味がないとの指摘は正しいが「国民の感情を考えた時に、『これだけ政府が頑張っているんだ』という安心感を与える意味もあった」²⁷との発言している。

事前に策定した行動計画・ガイドラインでは、発生時の実施プロセスは明確に記載しているものの、縮小のタイミングを決定するプロセスや意思決定者が未確定であった点も確認できる。

3.2 中央政府（政府対策本部）と専門家諮問委員会の関係

上記の総括会議では、対策の意思決定に関わる中央政府と専門家の関係にも課題があることが示唆された。対策の意思決定のタイミングとして、主な判断ポイントが2回あった。1回目は5月9日に検疫で患者が確認され、入院又は停留（隔離）された時期である。当初、厚労省対策推進本部では停留（隔離）の期間を10日間と設定していたが、2009年の新型インフルエンザの特徴から7日間に短縮された。この場合も、まず専門家諮問委員会から緩和の意見書が提出され（5月13日）、その意見書を踏まえて厚労省対策推進本部において短縮する、という手続きが踏まれた。

2回目は、5月16日の国内の第一例目の患者発生後、対策を緩和した時である。5月16日に専門家諮問委員会から「基本的対処方針の実施について」という意見書の中で「一律の外出自粛」や「企業活動の事業縮小」等について、これを実施しない、という方針が提出された。その後、政府対策本部が「基本的対処方針の改定」、厚労省対策推進本部が「運用指針の改定」を行った。

ここで専門家諮問委員会からの意見書における外出自粛や企業活動の縮小等は、医学的根拠のみでなく社会的影響も踏まえた提案であると考えられ、専門家諮問委員会に医学的根拠以上の対応を求めている面もあると考えられる。次章では、総括会議の議事録を分析し、中央政府（厚労省）が整理した総括会議報告書に網羅されていない課題を抽出する。

第3章「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議」議事録のテキスト分析

本章では、新型インフルエンザ発生の1年後に厚労省で対策の検証のために開催された総括会議の議事録を、テキストマイニングの方法で定量的に分析し、課題認識を精査した。

1 分析の概要

分析方法として、議事録の全文を対象として出現回数や他の単語との関連を定量化する手法を用いた。具体

24 厚生労働省新型インフルエンザ（A/H1N1）総括会議

25 第3回新型インフルエンザ対策（A/H1N1）総括会議（2010年4月28日）

26 「国内で患者を早期に発見してまん延防止を図ることを目的として実施した。縮小を検討したが、5月9日に機内検疫で初の隔離・停留のケースが発生し、検疫強化の要望があったため、長期化した。」（厚生労働省新型インフルエンザ管理行政本部事務局、第3回総括会議議事録より）

27 「医学的に意味がないとの指摘は正しいが「国民の感情を考えた時に、『これだけ政府が頑張っているんだ』という安心感を与える意味もあった」（舩添大臣,2012.4.27 参議院予算委員会）

的にはテキストマイニングソフト（R）を用いて、出現頻度の高い単語等に着目し、関連する単語を解析した。日本語テキストの解析には（MeCab）を活用した。

テキストマイニング分析対象は、総括会議議事録（計8回／各2～3時間／約20万字）²⁸とし、データのクリーニング（事務局挨拶等の削除、名詞・固有名詞の略語等の統一、専門用語の辞書登録）を行った上で分析した。分析は、発言頻度の算出の他、単語間の関連分析（共起関係）²⁹を行った。分析方法として、RMeCabパッケージに実装されている collocate 関数を用いて、頻出語の前後3スパンの単語を対象に、以下のT値を算出し有意性を判断した。

T 値＝（実測値－期待値）／実測値の平方根

期待値＝（共起語の出現回数）／（全単語数×スパン×2×中心語の出現回数）

コーパス言語学において、T 値の絶対値が 1.65 以上であれば2つのタームの想起は偶然ではないと考えられている³⁰。このため、本項ではT 値が 1.65 以上の単語に着目して分析を進めた。また関連語として、中心語の前後3つまでのタームを対象とした。頻出語に注目して共起関係を分析することで、分析者による意図を排し、客観的かつ定量的な分析が可能となると考えられる。

2 分析結果

2.1 分析結果（頻出語の抽出）

まず、全議事録を対象に議論に頻出した単語を整理した（表3-1）。

表 3-1 総括会議における頻出単語

単語	出現頻度(回)	単語	出現頻度(回)	単語	出現頻度(回)	単語	出現頻度(回)
ワクチン	425	対応	247	ゲスト	173	段階	126
非常	393	体制	238	お願い	164	パンデミック	124
情報	369	人	221	発生	163	学校	123
接種	353	インフルエンザ	217	会議	158	保健所	121
必要	342	状況	208	話	156	意味	121
対策	341	現場	206	流行	155	国内	117
先生	319	新型インフルエンザ	199	最初	148	自治体	113
国	302	医療機関	196	お話	145	説明	112
患者	297	先	193	都道府県	143	発熱外来	111
問題	295	厚生労働省	188	医療	142	専門家	109
日本	291	特別	186	サーベイランス	137	死亡	107
感染	283	地域	183	医師	136	報告	106
議論	280	資料	178	病院	136	事務	104
意見	273	感染症	177	マスメディア	134	最後	102
検疫	249	関係	177	国民	133	大事	101

（分析結果に基づき、筆者作成）

特に対策に直結する単語として、①ワクチン（425回）、②情報（369回）、③国（302回）、厚生労働省（188回）、④検疫（249回）、⑤医療機関（196回）、医療（142回）、⑥都道府県（143回）、などの総数が多い。中央政府に関連する単語に着目すると、「国」は302回、「厚生労働省」は188回出現している。一方、政府対策本部が設置されていた「内閣官房」は9回の出現回数にとどまった³¹。また、地方政府に関連する「都道府県」は143回、「自治体」は113回、「保健所」は121回出現しており、中央政府とともに、総括会議の中心テーマ

28 議事録の全文は、厚生労働省のホームページからダウンロード

29 ある語が別の特定の語と隣接して現れることは共起（collocation）と呼ばれる。また、対象となる語のことを中心語、ノード（node）という。仮にすべての単語がテキスト中にランダムに配置されている場合と比較して、ノード内のスパン内に共起する割合が有意に多いか否か、分析を行った。

30 石田基広〔2008〕

31 「内閣官房」については、「内閣府」と混在し、誤って発言された可能性があるが、別組織のため、単語の修正は行わなかった。

であったと考えられる。

以下に、中央政府に対応する単語（国、厚生労働省）、および地方政府に対応する単語（都道府県、自治体、保健所）」などの組織に関連する単語を中心に分析した。

2.2 共起関係の分析（中央政府、地方政府）

中央政府に関連する単語と有意に共起する単語は、「都道府県 (3.23)、自治体 (3.16)、地方 (3.01)」など、地方政府に関連するものが多い。また、「方針 (2.46)、責任 (2.45)、役割 (2.27)、対応 (1.77)、決める (1.67)」との共起関係の有意性が確認された（表 3-2）。これらから国に対しては方針の決定や責任、国と地方の役割を決めることの必要性が言及されていたことが推察される。

「厚生労働省」は 188 回出現しており、「内閣 (2.38)」や「諮問委員会 (1.61)」など、政府対策本部が設置された内閣官房や、政府対策本部が専門的な意見を諮問した新型インフルエンザ専門家諮問委員会との共起関係があった。また、「通知 (1.92)、マスメディア (1.63)」等との共起関係も確認できた。また、「国」、「厚生労働省」ともに「責任」との共起関係があり、国・厚生労働省ともに責任を求める意見が多かったことが推察できる（表 3-2）。

表 3-2 総括会議の議事録中の共起関係（国・厚生労働省）

中心単語	共起語（議事録中に同時に出現した回数とその統計的な有意性〔回数, T 値〕）
国 〔329 回〕	都道府県〔143 回, 3.23〕、自治体〔113 回, 3.16〕、地方〔51 回, 3.01〕、全体〔104 回, 2.67〕、方針〔51 回, 2.46〕、責任〔54 回, 2.45〕、役割〔47 回, 2.27〕、危機〔82 回, 1.89〕、対応〔247 回, 1.77〕、決める〔71 回, 1.67〕
厚生労働省 〔188 回〕	内閣〔31 回, 2.38〕、ホームページ〔31 回, 2.16〕、通知〔29 回, 1.92〕、出す〔135 回, 1.91〕、マスメディア〔134 回, 1.63〕、諮問委員会〔37 回, 1.61〕、責任〔54 回, 1.56〕

※基本的に 50 回以上の頻度で出現し、T 値が 1.65 以上の単語を抽出（議事録分析結果をもとに筆者作成）

議事録中の発言を確認すると（以下の下線部は総括会議議事録より引用）、国や厚生労働省により多くの責任を求める意見よりもむしろ、「意思決定のプロセスや、だれに最終責任があるかなどに関してやや不明確であった。」ということや、最終的には総理大臣や厚生労働大臣に責任があるという整理に対して「正しい意見を言える専門家が責任をもって議論の道筋を作っていく」ことの必要性などが言及され、国にのみ責任を求めるものではないことが示唆された。

ただし、地方政府や医療機関からの意見としては、国が、対策の一部について統制的に行い「物理的に困難な健康監視（という対策）を自治体に丸投げし、感染拡大した際の責任回避しているように見える」という意見や「全体に責任を持って取り組まなかった」点への指摘があげられた。こうした具体的な対策に関する「国」としては「厚生労働省」を指していると推察される。

新型インフルエンザ対策の意思決定は、学校や社会施設等への対策など、決定事項が多岐に渡っており、最終決定組織のみが意思決定する単一構造にないといえる。特徴的な発言としては、「国の危機管理の組織は内閣官房にあり、そこで関係省庁や関係大臣を集めて議論することが決まっていた（厚労省健康局長）」、「本来は官邸が方針を出し、厚労省は実行部隊のはずだが、厚労省が方針と実行部隊の両方を背負わなければいけないという状況になった（厚労省健康局長）」というものがある。これに対して、最終的に内閣総理大臣に責任があるといっても、「正しい意見を言える専門家が責任をもって議論の道筋を作っていく」べきである、という主張もある。つまり、感染症管理行政においては、意思決定に 2 つの段階がある、という趣旨である。1 つ目は「専門家による技術的な判断を行う」、2 つ目が「経済社会、政治、文化的に影響がある部分の、最終的な政治的判断を政治家が行う」という 2 段階である³²。具体的には、厚労省がまず医学・公衆衛生学に関する専門的知見を踏まえて方針を示したうえで、官邸の政府対策本部が経済社会への影響を踏まえた政治的判断す

32 政府諮問委員会尾身委員長の発言より

ることが提案されているといえる。

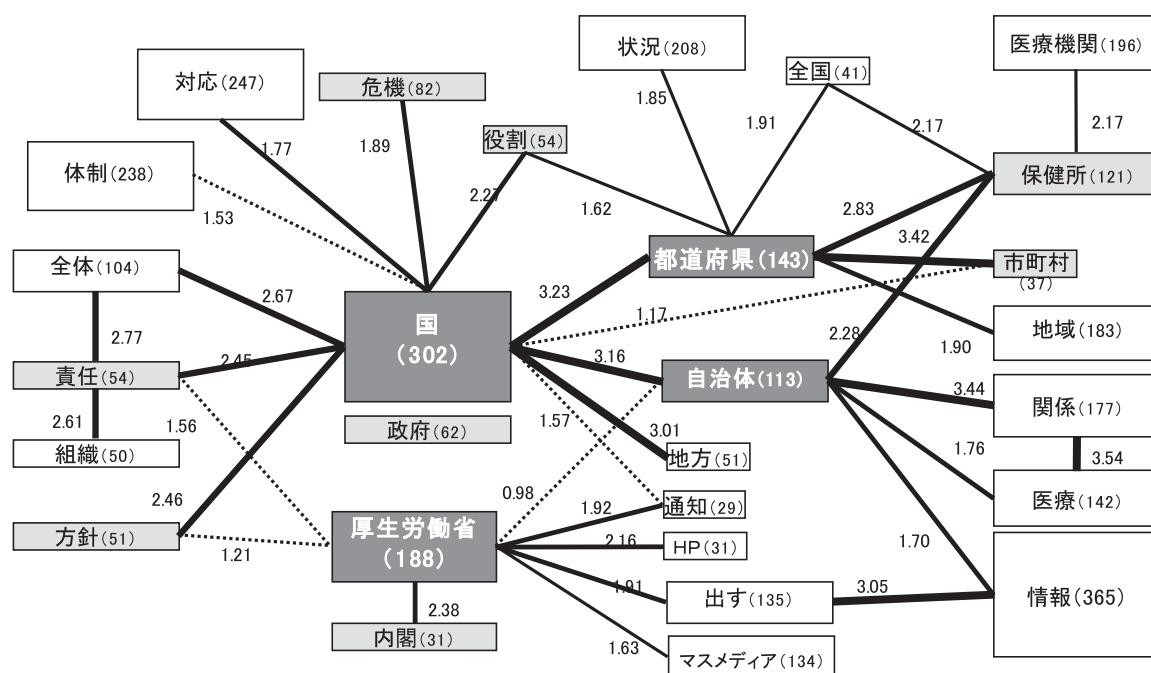
地方政府に関連する単語は「都道府県」が143回、「自治体」が113回出現している。「都道府県」は、「市町村（3.42）、国（3.23）、保健所（2.83）」など、他の組織との共起関係が有意であり、中央政府、地方政府との関係の他、保健所の関係などが指摘されたことが考えられる。また、「役割（1.62）」や「判断（1.16）」との共起関係の有意性は高いものの、関連があることが示された。「市町村」は、「国（3.15）、保健所（2.28）」など、他の組織との共起関係の他、「現場（2.29）、医療（1.76）」との関係も確認できた（表3-3）。

表 3-3 総括会議の議事録中の共起関係（都道府県・自治体）

中心単語	共起語（議事録中に同時に出現した回数とその統計的な有意性〔回数、T 値〕）
都道府県 〔143 回〕	<u>市町村</u> 〔37 回、3.42〕、 <u>国</u> 〔329 回、3.23〕、 <u>保健所</u> 〔121 回、2.83〕、全国〔41 回、1.91〕、地域〔183 回、1.90〕、状況〔208 回、1.85〕、役割〔47 回、1.62〕、提供〔82 回、1.53〕、判断〔85 回、1.16〕
自治体 〔113 回〕	関係〔177 回、3.44〕、国〔329 回、3.15〕、保健所〔121 回、2.28〕、現場〔206 回、2.29〕、医療〔142 回、1.76〕、情報〔365 回、1.70〕、連携〔48 回、1.64〕

※基本的に 50 回以上の頻度で出現し、T 値が 1.65 以上の単語を抽出（議事録分析結果をもとに筆者作成）

図 3-1 共起関係図 (国・厚生労働省、都道府県・自治体)



※枠内の（ ）数値は、議事録中にこの単語が出現した回数。四角の大きさは出現回数の多さと比例。線上の数値は単語同士の共起関係の強さである T 値を表す（1.65 以上が統計的に有意と考えられているため、1.65 以上を中心に図示）、線の太さは T 値の大きさに比例。以下同様。（議事録分析結果をもとに筆者作成）

また、発生時の地方政府と中央政府の情報共有上の課題として「(テレビを見た) 市民から多くの問合せが来て、その後に国から通知が来るということが何度かあって、現場としては非常に大きな混乱」などが言及された。また、中央政府と地方政府の意思決定者(首長)同士のコミュニケーションについて、「自治体と厚生省の責任者の間にホットラインを早期に開設すべき」など、緊急時における首長同士の意思疎通の必要性が言及された。これらの共起関係を図示すると(図 3-1) のとおりとなる。「国」や「厚生労働省」は出現率が高くかつ関連する単語が多く、対策において中核的な組織であるとともに、指摘が大きかったことが示唆される。

特に「国」には「方針」や「責任」、「役割」などとの関連が大きいことが改めて確認できる。厚労省には「通知」「ホームページ」などとの関連が大きく、実務的な情報提供が望まれていることが推察できる。

2.3 分析結果のまとめ

(1) 中央省庁内部（厚労省内部）の役割分担意識の相違

1点目の厚労省内部の関係は、政治家と行政官の考え方の相違である。厚労省の対策本部長（当時：舛添厚生労働大臣）は、後日、内閣総理大臣に対して「健康危機管理は（官邸の危機管理監ではなく健康被害等の情報が集約される）厚生労働大臣の判断を尊重すべき」という趣旨の発言を公的な場³³で行っており、現実的に政策決定の際の専門性の有無が話題となった。一方、厚労省対策推進本部事務局長（健康局長）は、国の危機管理は内閣官房であるとする姿勢を明確にした³⁴。

制度的には省庁横断的に対応するために内閣官房に組織を設置した経緯を考慮すると、厚生労働大臣の判断は尊重しつつも、決定は政府対策本部に委ねる必要がある。2009年の新型インフルエンザが、結果的には被害が小さいものではあるが、基本的に「国全体に関わるリスク」という考え方に照らすと、政府の危機管理体制のルールに則って実施すべきであると考えられる。

ただし厚労省に意思決定の役割がないとはいえない。感染症の危機管理には医学的・公衆衛生的な判断と、社会・経済、政治的な判断の2つの判断がある³⁵。最終的な責任者は内閣総理大臣や厚生労働大臣であるにしても、その前段階で医療・公衆衛生学的な判断を行う責任者が必要である。

2009年の発生時には、政府対策本部が機能せず「厚労省が方針決定と実働の両方をやることになった」という発言もあったが、その役割分担を考慮すると厚労省は単なる実働部隊ではなく、科学的な根拠に基づいて判断する主体であったといえる。

(2) 中央政府における組織間の役割分担意識（内閣官房と厚労省）

中央政府内の意思決定について、内閣官房と厚労省の間の役割分担に関して厚労省内部の認識にも乖離があることが確認された。

政府の専門家諮問委員会の委員は総括会議にも出席し、専門家として医学的な面から政府対策本部に対して知見をもとに進言し、対策に活用された経緯が説明されている。組織上、専門家諮問委員会は政府対策本部に直結しており、厚労省対策推進本部を介さずに、専門家と内閣官房の間で意見交換されるしくみとなっている。組織的には医療・公衆衛生の専門知識を有した行政官が介在せずに、専門家と内閣官房の意見交換がなされる場を持つことになる。

(3) 中央政府と地方政府のコミュニケーション不足

中央政府と地方政府の間にも、コミュニケーション不足や意思決定プロセスの認識の差異が確認された。根本的な問題として、新型インフルエンザ（A/H1N1）の対策に際して、厚労省が全体を俯瞰せずに対策の一部のみを統制し、自治体に対応を丸投げした面があるのではないかと、という指摘もあげられた。また、情報発信が自治体にとって重要であるにもかかわらず、報道が先行し、自治体が報道を通じて知る、ということがあったことも指摘された。

第4章 地方政府の新型インフルエンザ管理行政の概要と課題

中央政府レベルでは、初動対応の際に内閣官房と厚労省の役割分担等に齟齬が見られた点が指摘される。本章では、中央政府と地方政府間および地方政府内の体制について、新型インフルエンザの国内発生初期段階で国との調整が必要とされた6自治体を中心に対応を調査し、分析を行った。

33 参議院予算委員会議事録（「警察はビールの専門家ではありません。（略）どこに情報が一番集まるか、全部保健所を通じて厚生労働大臣のところに集まります。」「危機管理監の存在が大変役に立ったか、そうでなかったか、むしろ邪魔だったのか。私に言わせるとむしろ邪魔でした」（舛添元厚生労働大臣、2012年4月18日衆議院予算委員会）

34 第7回新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議議事録参照

35 第7回新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議議事録参照

1 概要

本章の調査の概要及び実施方法を示す。本章では、地方政府における新型インフルエンザ管理行政の体制、地方政府内の体制および地方政府と中央政府の関係について、6自治体を対象としてを文献調査及びインタビュー調査によって事例調査・分析を行った。事例調査の対象は、2009年の国内発生初期に患者が発生し、中央政府との調整を行った3都府県3市とした。

地方政府における健康危機管理行政の体系および新型インフルエンザ発生時の体制と対策について、文献調査およびヒアリング調査に基づいて整理した。健康危機管理行政の背景として、自治体行政内部の危機管理部局と保健衛生部局の関係や、中央政府との関係にも着目した。

1.1 事例調査の方法

事例調査対象は、国内未発生期や国内発生初期に患者および疑い患者（新型インフルエンザの疑いがある患者³⁶⁾）が発生した自治体とした。発生初期は中央政府（主に厚労省）でも、初動対応に未確定部分があり、自治体と厚労省の間で調整が必要とされた。

表 4-1 インタビュー調査対象の自治体の選定理由

対象自治体		概要（選定理由）
都府県	東京都	国内未発生期に新型インフルエンザの「疑似症患者」について、独自判断で厚労省への報告を行っていないとして、批判を受けた。
	兵庫県	県内在住者（神戸市）に国内の新型インフルエンザ患者第一例目が確認され、対応にあたった。指定都市である神戸市との情報共有に課題を有する。
	大阪府	国内発生の早期に大阪府内で集団発生事例が発生し、早期に学校休業等の意思決定を行った。県内の指定都市（大阪市等）との情報共有の課題、自治体内の体制について課題認識を有する。
市	横浜市	国内未発生期に新型インフルエンザの「疑似症患者」の第一例が発生。国との情報共有や厚労省による先行的なマスメディアへの公表によって混乱を招いた、という課題認識を有する。
	神戸市	国内の患者第一例目が確認され、対応にあたった。指定都市としての判断と県の判断の相違で課題認識を有する。
	八王子市	国内発生の早期に東京都内の初発事例が発生し、対応にあたった。都との連携および自治体内の他部署との連携が図られたとされる。

（筆者作成）

国内未発生期の例として「疑い患者」が発生し、患者情報の発信方法について厚労省との間で齟齬のあった横浜市と、自治体内の「疑い患者」について、疑い段階では厚労省への報告を行わない、とした東京都の例を取り上げた。国内発生初期の例として、国内の患者第一例目が確認された神戸市および兵庫県、同時期に高等学校での集団感染が確認された大阪府の例を取り上げた。さらに、東京都内発生の第一例目が確認された八王子市を取り上げた（表 4-1）。

インタビュー対象者は、インタビュー項目を事前に送付し、適切に対応できる方に依頼したほか、インタビュー対象者からの紹介で対象者を決定した。結果的に全自治体において 2009 年の新型インフルエンザ発生時に中心に対応した、保健衛生部局の部課長級又は保健所長に対応いただいた。

1.2 インタビュー実施方法

インタビュー調査は、平成 24 年 5 月から 12 月にかけて行った。インタビューは約 1 時間から 1 時間 30 分程度で行い、対象者に許可を得て IC レコーダーに録音、そのデータを文字化して分析の資料とした。一部は電子メールおよび電話による確認を行った。各インタビュー対象者に提示した項目は表 4.2 に示すとおり、主に新型インフルエンザ（A/H1N1）発生当時の自治体行政内部の組織体制や外部組織との関係、対策および課

36 新型インフルエンザの疑いがある患者として、厚生労働省が症例定義を行った対象者。感染症法に基づいて、医師が都道府県等、および都道府県厚生労働省に報告することが求められている。

題を中心とした。

表 4-2 インタビュー調査項目

① 2009 年新型インフルエンザ（A/H1N1）発生時の組織体制に関して
○自治体組織内の体制：新型インフルエンザ対策本部の体制（主導組織：危機管理部局・保健衛生部局） 保健衛生部局と危機管理部局の関係／保健衛生部局と保健所との関係など
○外部との関係・体制：国や市区町村との関係・連携の体制／関係機関（医療機関・学校等との連携など）
② 2009 年新型インフルエンザ（A/H1N1）発生時の自治体の対策と課題
○水際対策（初発例発生時の対応）：医療対策／公衆衛生対策（学校閉鎖等）
○国内発生対応の課題について（情報収集・組織体制・費用等）
③ 2009 年の新型インフルエンザ（A/H1N1）対策を受けての体制強化等
○2009 年以降の自治体の計画／体制変更の有無やその考え方／○国等への要望

（筆者作成）

なお、事例調査対象の3都県3市の保健所長への委任状況を見ると、委任規則等で大部分の業務が委任されている。就業制限（第18条）や入院措置（第19条～第22条）など、私権に係わる措置についても、対象自治体では保健所長への委任事項とされている一方、情報公開等（第44条の2）については、委任事項となっていないことが確認できる（表4-3）。

表 4-3 都道府県等から保健所長への事務委任の状況

○…都道府県知事（又は政令市等の長）の権限又は義務が、保健所長に委任されている項目

区分	東京都	大阪府	兵庫県	横浜市	八王子市	神戸市
第12条第1項:医師の届出	○				○	
第15条第1項:積極的疫学調査	○	○	○	○	○	○
第15条の3 第1項, 第2項:検疫所長との連携	○		○	○	○	
第17条:健康診断	○	○	○	○	○	○
第19条～第22条:入院、移送、退院	○	○	○	○	○	○
第30条:死体の移動制限等	○	○	○	○	○	○
第33条:交通の制限又は遮断				○	○	
第35条:質問調査等	○	○		○	○	○
第44条の3 第1項, 第2項::感染を防止するための協力			○	○		○

（以下の各自治体の規則等に基づいて、筆者作成）

東京都保健所長委任規則（昭和50年4月1日 規則第136号）／兵庫県 地方機関処務規定（昭和43年5月1日 訓令甲第8号）／府保健所長に権限を委任する規則（2004年12月28日 大阪府規則第百九号）／横浜市保健所長委任規則（2007年3月30日 規則第31号）／八王子市保健所長委任規則（2007年3月30日 規則第52号）／神戸市保健所長委任規則（昭和28年12月15日 規則第98号）

2 地方政府の新型インフルエンザ（A/H1N1）発生時の行政体制について

調査対象の6自治体の発生時の対策本部の体制を以下に示す（表4.4）。6自治体ともに発生前の計画段階において、国内発生時には首長がトップ（議長又は本部長）となった新型インフルエンザ対策本部を設置する計画であった。2009年の新型インフルエンザ発生時にも、事前の計画に従って、各首長がトップとなった対策本部が設置された。

表 4-4 新型インフルエンザ発生時の対策本部の体制

	東京都	大阪府	兵庫県	八王子市	横浜市	神戸市
国内発生時の対策会議議長・本部長	知事	知事	知事	市長	市長	市長
副本部長	—	副知事	副知事、防災監	副市長、教育長	—	—
事務局	総合防災部	健康保健部 保健医療室	災害対策課	防災課※ ¹ (保健福祉部)	安全管理局	危機管理室

※1 発生前の計画では保健福祉部が事務局の予定だったが、発生後に防災課が担当することとなった
(ヒアリング結果を参考に筆者作成)

各地方政府では、新型インフルエンザ（A/H1N1）は病原性が弱く、社会全体に波及する対策が少なかったことから、保健衛生部局を中心として対策が行われた。ただし首長がトップを務める対策本部・対策会議の事務局は、危機管理部局が担当した例が多く（6自治体中の5自治体）、首長部局に近い危機管理部局が対応することで、スムーズな会議運営が可能となったという利点が挙げられた。また、物理的にも対策を中心的に行っている保健衛生部局のマンパワー不足もあるため、危機管理部局が対応することで、業務の平準化が行われたと考えられる。例えば、大阪府では保健衛生部局（健康保健部保健医療室地域保健感染症課）が事務局を担当し、健康保健部の各課の協力を得ながら対策本部を運営し、負担が大きかった点が指摘された。また八王子市では、発生前は保健福祉部に対策本部を設置する計画であったが、実態として、市長との調整等の必要性や業務が錯そうしていたことから、防災課が事務局を担当したとされる。

3 地方政府の健康危機管理体制について

3.1 健康危機管理体制の主な類型

事例調査対象の6自治体における危機管理体制を整理すると、主に3つに類型される（図4-1）。

類型（A）は危機管理組織が首長直轄に設置され、副首長同等の権限を付与されるものである。類型（B）は、危機管理監が独立し部局長級である例である。この場合は①と異なり他の部局と同等であり、総合調整が難しい面がある。類型（C）は、危機管理監が防災部局長と兼務の例である。防災部局を所管するため、機動的な動きがスムーズに可能となる例もある。

類型（A）のように、危機管理監が部局長級以上の役職で知事直下に位置づけられている場合、首長の意向を反映しやすく、他の組織を総合調整しやすいと考えられる。兵庫県、横浜市などがこの類型となる。自然災害等の危機管理においてはこの類型が望ましいとされている³⁷。一方、部局長以上の職種であらゆる危機管理に精通した人材が不足している点が課題とされる。特に感染症などの健康危機管理に際しては、危機管理と医学的知見を有する人材が求められており、自然災害よりも難しい面があると考えられる。日本における危機管理は防災を中心に進展してきている背景から、危機管理に関わる行政職員は防災（警察・消防等）関係者が多い、という実態がヒアリング調査でも示唆された³⁸。

類型（B）は危機管理監が独立し部局長級である例である。この場合は類型（A）と異なり他の部局と同等となるため、総合調整が難しい場合がある。また、防災部局などの実働部隊を所管していないため、機動的な動きが難しい例もある。さらに危機管理監という独立した職種を管轄する人材が不足するのは類型（A）と同様である。神戸市がこの類型にあたる。類型（A）のように、危機管理監が部局長級以上の役職で知事直下に

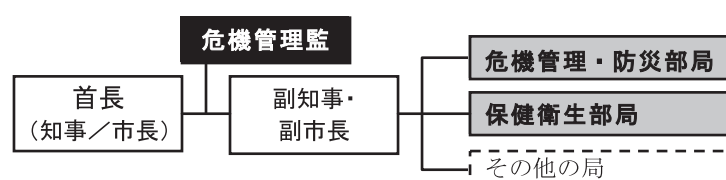
37 地方公共団体における総合的な危機管理体制の整備に関する検討会〔2008〕

38 歴代の内閣危機管理監は警察庁又は警視庁出身。ヒアリング対象自治体の危機管理監は県警察又は消防署長出身。

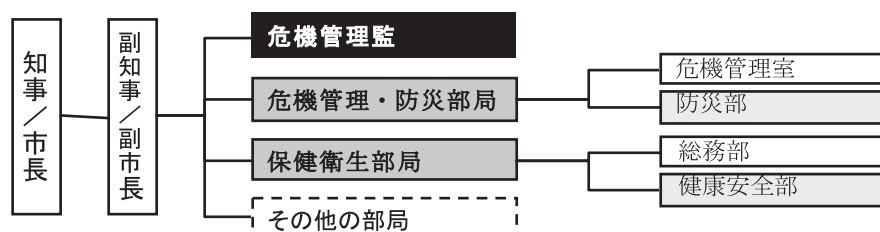
位置づけられている場合、首長の意向を反映しやすく、他の組織を総合調整しやすいと考えられる。兵庫県、横浜市などがこの類型となる。自然災害等の危機管理においてはこの類型が望ましいとされている³⁹。一方、部局長以上の職種であらゆる危機管理に精通した人材が不足している点が課題とされる。特に感染症などの健康危機管理に際しては、危機管理と医学的知見を有する人材が求められており、自然災害よりも難しい面があると考えられる。日本における危機管理は防災を中心に進展してきている背景から、危機管理に関わる行政職員は防災（警察・消防等）関係者が多い、という実態がヒアリング調査でも示唆された。

図 4-1 地方政府における健康危機管理体制の類型

類型（A）：危機管理監が独立（首長直轄）・・・兵庫県、横浜市



類型（B）：危機管理監が独立（部局長級）・・・神戸市



類型（C）：危機管理監が防災関係部局の長と兼務・・・大阪府、東京都



（筆者作成）

類型（C）は、危機管理監が防災部局長と兼務している例である。防災部局を所管するため、機動的な動きがスムーズに可能となることが示唆された。例えば東京都では、危機管理対策本部について、庁内の局長級の他、区市町村、自衛隊、指定公共機関等を構成員としており、危機管理部局から市区町村に積極的に働きかけ（訓練・研修など）を行うなど、緊密な連携が図られている。今後、発生する新型インフルエンザ等が病原性の強いものであった場合の社会規制を必要とする場合などに特に機動力を発揮することが期待される。一方で、危機管理監の業務が防災部局の業務に偏重される可能性も懸念される。

現在、都道府県や指定都市等で危機管理監の職種が設置されるなどの体制の整備は進んでいる⁴⁰。ただしヒアリング調査で指摘されたように、体制を整備するのみでなく、実行力のある健康危機管理を行うためには、

39 地方公共団体における総合的な危機管理体制の整備に関する検討会〔2008〕

40 国立印刷局「全国職員録」より

専門人材が問題である。現在の日本では、防災を中心に危機管理が進展してきている背景から健康危機管理についての専門家は少数である。このためどのように人材を育成、キャリアパスを構築していくかが、地方行政においても課題であると考えられるされる。

3.2 危機管理局および消防・警察等の実動組織との関係

地方政府（都道府県、市町村）のヒアリングを通じて共通して得られた意見は、新型インフルエンザ管理行政のように全庁的な対応が求められる事態に対しては、保健衛生部局のみでなく危機管理局も含めて危機管理監等のリーダーが中心となって事務局運営等を担当することが重要である、というものである。その背景には、緊急事態が長期化する場合、通常業務を有する保健衛生部局のみで対応するのがマンパワー的に困難である側面がある。実際、都道府県では警察、市町村では消防が、他の様々な危機に備えて 24 時間体制が整備されており、その一部として健康危機管理を位置づけることが考えられる。

4 新型インフルエンザ (A/H1N1) 発生時の情報伝達と意思決定

4.1 地方政府内部における意思決定プロセス

新型インフルエンザ発生時の地方政府における意思決定として、社会的に影響が大きいものは、施設の使用自粛及び学校休業などであると考えられる。2009 年の新型インフルエンザ発生時に特に意思決定が求められたのは、国内で第一例目の患者が確認された神戸市・兵庫県及び同時期に患者が発生した大阪府であると考えられる。

神戸市・兵庫県では、当初、患者の大部分が高校生であったことから、患者が発生した学区単位での休業要請が行われたが、他の学区の県立高校の生徒の感染が確認されたことから、翌月曜日（5 月 18 日）以降、全県の県立学校を休校とし、全県の小・中・高等学校に休業を要請することとした⁴¹。大阪府においても府内の自治体と調整のうえ、最終的には 5 月 18 日以降は府内全域の中学・高等学校を休業することとした。イベント及び施設等も学校に準じて、当初、感染者が発生した地域に限定した対策が検討されたが、広範囲における感染者の確認後、兵庫県、大阪府ともに全府県を対象とした府県立施設の自粛や民間施設等への自粛要請が行われた。

ヒアリング調査では、これらの判断について基本的には保健衛生部局で基本的な考え方を示しつつ、最終的には首長が判断し、その後対策本部を開催し、対策本部の場で決定するというプロセスを経たとされた。これらの意思決定においては、発生した新型インフルエンザの特徴（病原性の強さ、感染拡大の速さなど）の他、社会的な影響や住民に与える不安など、科学的な知見以外の要素が含まれる。また教育委員会や商工部局など、保健衛生部局以外の部局との関係も発生するため、首長が決定する必要がある点が強調された。このようなプロセスを得るため、平時から感染症のリスクについて、危機管理監や首長に理解を得ることが重要である。その場合、首長に近いポジションに危機管理監が属することが平時からの理解を得るためには重要であるといえる。

4.2 地方政府間の連絡体制

新型インフルエンザ発生時に全府県の学校休業やイベントや施設自粛等の決定を行った神戸市・兵庫県及び大阪府の事例では、いずれもまずは保健衛生部局において新型インフルエンザの病原性や感染拡大等の現状を整理しつつ、方針案が策定されている。その際、国の動向の他、周辺の自治体との情報交換等を行うことが重要である、とされた。新型インフルエンザが初期段階に発生した関西の自治体の各保健衛生部局の担当者同士は、情報交換や意思の疎通が電話や電子メール等で頻繁に行われていた。こうした意思の疎通は、平時から県域を越えた関西圏内の保健衛生部局や保健所担当者の交流が日常的に実施されていることで可能となった、とされている。特に専門職（医療職・保健師など）の勉強会・研修会等は継続的に行われていたことで、相互の

41 学校休業は、設置者の判断で行われるため、県立学校は県の判断、市立学校は市の判断で休校が可能であるが、私立学校については休業要請をし、設置者の判断で休業が可能となる。

専門的な知識レベルが一定であり、スムーズな情報交換ができたとされる。緊急時のスムーズな意思の疎通には、平時からのネットワークが不可欠であると推察される。

なお、都道府県と保健所設置市の間で情報共有に課題があったことが指摘された。保健所設置市は、法的には厚労省に直接情報を提供することが義務付けられており、大阪市や神戸市は大阪府や兵庫県に厚労省への報告と同時に発生状況等の報告が行われたとされる。

4.3 健康危機発生時における情報伝達上の課題

中央政府との連絡として、新型インフルエンザ対策本部関連の情報は、厚労省の対策本部から地方政府の新型インフルエンザ対策本部又は保健衛生部局に伝達された。また、その他の具体的な対策の情報は、関係省庁から担当部局に連絡される、という体制であった。

例えば、学校関係の情報は文部科学省から各教育委員会、病院関係の情報は厚労省の医政局から各地方政府の病院関係部局に連絡があり、自治体行政内で情報共有会議を実施し、中央政府の情報と自治体内の対応について報告・情報共有し、方針を決定する、という流れが基本であったとされる。この体制は、平時からの情報共有ルートを基本としており、緊急時にも平時のネットワークを活用できる部分は活用することが可能であれば、効率的な情報収集が実現できると考えられる。

一方、中央政府の対策本部と地方政府の対策本部間では、平時には組織が存在しないため、ネットワークも存在しない。平時に予め定めた中央政府对策本部と地方政府对策本部の事務局間で、平時から情報共有や研修を行うなどの体制整備を行う必要があることも指摘された。

第5章 健康危機発生時の中央政府と地方政府の行政体制の実態と課題

本章では、1章から4章で整理した中央政府及び地方政府における健康危機管理行政の実態と課題を、新型インフルエンザ（A/H1N1）発生時の実態を踏まえながら整理した。さらに中央政府と地方政府における健康危機管理体制の課題について、保健衛生部局と危機管理部局の関係の他、行政と専門家の関係等に着目して考察した。

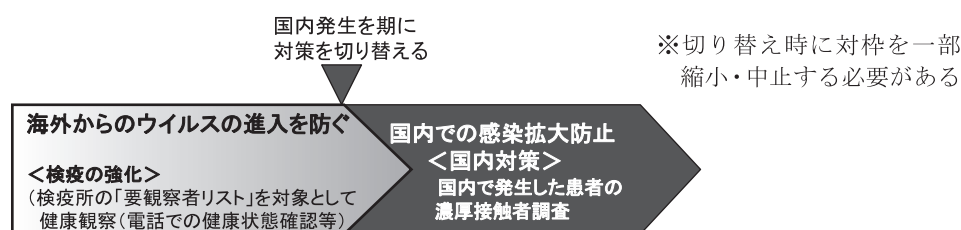
1 中央政府の健康危機管理体制について

1.1 対策の責任主体の不明確さ

2009年の新型インフルエンザ発生時は、事前に策定した行動計画等に基づいて内閣官房が中心となって対策が実施されたが、厚労省でも水際対策（検疫の強化）やサーベイランス（患者の発生動向調査）等が実施された。本調査を通じて、発生初期の大きな課題が、初動時の対策を切り替える際の意味決定であることが示唆された。水際対策は、海外で新型インフルエンザが発生し国内で未発生の場合、発生国からの感染者を一定期間停留（隔離）することで、国内へのウイルスの侵入を防ぐものであるため、国内発生後は縮小又は中止し国内対策に注力する対策に切り替えることが必要となる（図5-1）。

2009年には、対策の切り替えの判断を誰が行うのか事前に決まっていなかったこと、また対策を切り替える意味が国民等に十分理解されていなかったため、縮小や中止の判断ができずに時間が経過したことが確認できた。リスク管理行政において、対策の一部を縮小または中止することによって生じるリスクの責任の分担を事前に決める必要があるのではないかと考えられる。

図 5-1 新型インフルエンザ発生初期の対策切り替えのイメージ



1.2 中央政府の健康危機管理体制のあり方（中央政府の行政機関間、専門家間の関係）

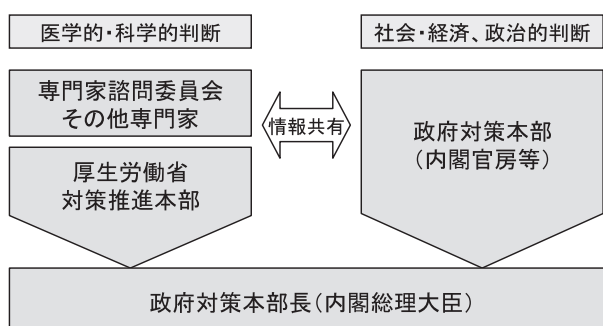
本稿で対象とした大規模かつ広範囲な健康危機管理は、省庁横断的な危機管理体制が必要となる。しかし中央政府内部でも、政府対策本部（内閣官房）の決定を尊重すべきであるという意見と、感染症の知見のない内閣官房に設置された政府対策本部に任せるべきでなく、厚労省が意思決定すべきである、という意見の相違がみられた。

具体的には当時の厚生労働大臣は、全国の地方政府から情報が集積される厚労省において行政施策を決断すべきであるとする主張を行っている。一方、厚労省対策本部事務局内では、最終決断は内閣官房内の政府対策本部で行うべき、とする意見であった。これらの2つの主張について、総括会議等では、まず医学的・科学的な観点から専門家及び行政（厚労省）が判断するべきであり、その後、社会的・政治的な判断があり得るのではないかと、という二段階の意思決定段階を得るべきとする意見があった。実際に2009年は初期に対策を緩和する際、専門家諮問委員会に医学的根拠のみでなく社会的影響も踏まえた提言を求めている面がある。

医学的・科学的判断は厚労省や専門家が行う必要があるが、その他の社会的な影響等を踏まえた判断は、省庁横断的な組織である内閣官房において内閣総理大臣が決定する、というものである。逆に、最終的な判断を内閣総理大臣等が行う場合でも、最終判断にいたるまでの個々の判断・評価の責任は各々にある点、つまり専門家にも責任がある点も明確にすべきである、とも言い換えられる。

2009年時点では、各々のステイクホルダー（利害関係者）は自らの役割と責任が不明確な状態で対策を講じている。今後、健康危機管理発生時には、医学的・科学的判断部分と社会・経済、政治的判断の部分の役割と責任を明確に切り分けて、専門家・行政・政治家がどのような役割分担及び責任を有して決断を行うのか、検討する課題といえる（図5-1）。

図 5-1 中央政府間および専門家関係のあり方



2 地方政府の健康危機管理体制について

2.1 地方政府の新型インフルエンザ管理行政への対応

地方政府の新型インフルエンザ管理行政は、中央政府の行動計画やガイドラインの整備後、順次策定され、新型インフルエンザ対策本部等の対応が整備されていた。ヒアリング調査対象とした6自治体は、首長（知事又は市長）をトップとした対策本部の設置を決定し、新型インフルエンザ（A/H1N1）の際にも計画どおり、または計画を前倒しして対策本部が設置された。対策本部の事務局は大阪府を除いて危機管理担当（防災担当）の部局が事務局を担当し、対策の中心は保健衛生部局で担当するなど、役割分担がなされていた。地方政府も、保健衛生部局のみでない、危機管理体制を整備すべきである点が計画され、実行されている実態がうかがえる。

2.2 地方政府における健康危機管理体制の実態

2009年は地方政府においても、保健衛生部局が中心に対応がとられていたが、今後、想定される様々な健康危機を想定すると、保健衛生部局のみでは対応が難しいことが推察される。今回ヒアリング対象とした自治体においては、主に表5-1に示す危機管理組織体制がとられていた。

表 5-1 地方政府における危機管理体制の類型

	類型（Ａ） 首長直結の危機管理組織を設置	類型（Ｂ） 危機管理部局が存在	類型（Ｃ） 危機管理監が防災関係部局の長と兼務
概要	・首長直轄の組織・職位として危機管理組織（危機管理監）が位置づけられる。 ・危機管理監が副知事・市長レベル	・部局レベルで（防災組織と別途）危機管理組織を設置。危機管理監は部局長級	・防災関係部局の長を危機管理監が兼務し、総合危機管理の部局を設置
長所	・首長の意向を反映しやすい ・庁内の総合調整がしやすい	・実行力を有するために庁内の体制を整備する必要がある	・実働部隊である防災部門の力が活用しやすい
課題	・実行力を有するために庁内の体制を整備する必要がある ・総合的な危機管理を行う人材難	・庁内の総合調整が困難 ・総合的な危機管理を行う人材難	・庁内の総合調整が困難 ・危機管理が防災部門に偏重しやすい
事例	兵庫県、横浜市	神戸市	東京都、大阪府

（筆者作成）

類型（Ａ）のように、危機管理監を部局長級以上の役職で知事直下に位置づけている場合、首長の意向を反映しやすく、他の組織を総合調整しやすいと考えられる。類型（Ｂ）は、危機管理監が独立し部局長級である例であり、他の部局と同レベルとなり、総合調整が難しい面がある。また、防災部局などの実働部隊を所管していないため、機動的な動きも難しい。類型（Ｃ）は危機管理監が防災部局長と兼務の例である。防災部局を所管するため、機動的な動きがスムーズに可能となるが、危機管理監の業務が防災部局のみに偏る可能性も懸念される。

現在、地方政府においては、部局横断的な危機管理組織やポストの設置が進んでいる。いずれの場合も危機管理時に実行力を発揮できることが重要である。人材面等を考慮すると、まずは防災部局と連携した類型Ｃの体制等で、地方行政の危機管理の一環として、感染症等の健康危機を組み入れる形から推進することが現実的であると考えられる。ただし、緊急時の首長とのネットワークを考慮すると、類型（Ａ）の形が最も実行力を発揮できる形式とも考えられる。

2.3 地方政府の健康危機管理におけるネットワークの重要性

地方政府における意思決定のプロセスについて、新型インフルエンザ対応の事例で検証すると、いずれもまずは保健衛生部局において新型インフルエンザの病原性や感染拡大等の現状を整理しつつ、方針案が策定されている。その際、国の動向の他、周辺の自治体との情報交換等を行うことも重要である。平時から県域を越えた関西圏内の保健衛生部局や保健所担当者の交流が日常的に実施されていることも、緊急時のスムーズな意思の疎通に繋がったことが推察される。特に専門職（医療職・保健師など）の勉強会・研修会等は継続的に行われていたという素地がある。次いで、保健衛生部局（部局長級）で策定した方針案を対策本部長である首長（知事又は市長）に説明し合意を得る、というプロセスがある。危機管理監が首長直轄の場合は、その間に危機管理監に合意を得るという段階が入る。その後、対策本部を開催し、対策本部の場で決定する、ということになる。

このようなプロセスを考慮すると、地方政府の健康危機管理において重要な要素として、平時の他の行政機関（国・県・市町村）レベルのネットワークと、首長とのネットワークという２つのネットワークが重要であると考えられる。行政機関同士のネットワークは、平時からの勉強会・研修会の他、訓練等を通じた人的・組織的なネットワークを平時から計画的に構築することが重要である。また、首長とのネットワークについても、平時から感染症のリスクについて危機管理監や首長に理解を得ることが重要である。その場合、首長に近いポジションに危機管理監が属することが重要であるといえる。

3 今後の課題

本稿では、中央政府と地方政府の健康危機管理体制のあり方を検討することを目的として、特に 2009 年に発生した新型インフルエンザ（A/H1N1）に焦点を絞り、行政体制に着目して文献調査・分析等を行ったが、体制以外に必要な点も挙げられたため、今後の課題として記したい。

本調査において、中央政府では意思決定のプロセスや役割・責任分担が明確になっていない状況であり、特に政策判断によって健康被害の拡大が想定される場合の意思決定の責任の所在が明確でない点が確認された。また行政や政治家が判断に躊躇する要因として、ゼロリスクを求める国民性があることもヒアリング調査等を通じて推察された。

大規模な感染症が海外のいずれかで発生した場合、国内に侵入することは不可欠であり、健康被害はゼロになることはあり得ない。その事実を、平時から行政内部及び国民を含めて情報共有することも、行政体制とともに重要な課題となり得るといえる。

また、地方政府では危機管理部局は整備されている状況にあるが、運用面で課題があったことも確認された。体制やポジションが整備されたとしても、従来、健康危機管理、という役割が重視されていなかったため、健康危機と危機管理行政の両方を備えた人材が不足している状況にある。今後、行政体制が整備されたとしても、人材育成が必要不可欠となることも重要な課題である。

□ 主な参考文献

- ・石田基広〔2008〕『R によるテキストマイニング入門』、森北出版
- ・上田博三〔2010〕「新型インフルエンザ対策の経緯」『日本公衆衛生雑誌』第 57 巻第 3 号（2010 年 3 月）
- ・大阪府健康医療部〔2010〕、「新型インフルエンザ（A/H1N1pdm2009）対策の検証」、大阪府健康医療部
- ・尾島俊之、他〔2009〕「保健所及び都道府県本庁における新型インフルエンザへの対応に関する評価及び提言」、2009 年度厚生労働省厚生科学研究費補助金特別研究、厚生労働省
- ・神尾友佳、他〔2005〕「健康危機に対応した保健所等の事務権限についての研究」、『日本公衆衛生雑誌』第 51 巻第 6 号、日本公衆衛生協会
- ・厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部〔2010〕、「第 3 回新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議資料」、2010 年 4 月 28 日、厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/dl/infu100428-13.pdf>（2012 年 12 月 20 日現在）
- ・厚生労働省大臣官房厚生科学課長〔2011〕、「2011 年度 感染症危機管理研修会、厚生労働省の健康危機管理対策」2011 年 10 月 12 ～ 13 日、厚生労働省
- ・厚生労働統計協会〔2011〕『国民衛生の動向 2011/2012』、2011 年 8 月、厚生労働統計協会
- ・神戸市新型インフルエンザに係る検証研究会〔2009〕、『神戸市新型インフルエンザ対応検証報告書』、神戸市
- ・小林祐一郎〔2011〕、「国の自治体への関与の改革の検証と今後の課題（上）（下）— 分権型の政府間関係の構築に向けて—」『自治総研』通巻 397 号、398 号（2011 年 11 月号、12 月号）、自治総研
- ・地方公共団体における総合的な危機管理体制の整備に関する検討会〔2009〕、『地方公共団体における総合的な危機管理体制の整備に関する検討会 2008 年度報告書（市町村における総合的な危機管理体制の整備）』、総務省消防庁
- ・八王子市〔2009〕、「平成 21 年度における新型インフルエンザに対する取り組みの総括」、八王子市
- ・兵庫県新型インフルエンザ対策検討委員会〔2009〕、『兵庫県新型インフルエンザ対策検証報告書～第 2 波に備えた対策に関する提言～』、兵庫県
- ・野沢秀実〔2010〕「保健所政令市の視点から分権の効果と限界を考察する～衛生行政の統合と健康危機管理対応型基礎自治体のすすめ（上）（下）」、『自治総研』380 号・381 号
- ・横浜市〔2006〕『横浜市緊急事態等対処計画』、横浜市