

都市の未来を語る市長の会 (2021 年度後期)

《新型コロナウイルス感染症と都市自治体
—行政・保健所・医療機関の連携を考える—》



2022 年 3 月
公益財団法人 日本都市センター

はしがき

超高齢社会・人口減少社会において、都市自治体の政策課題、住民ニーズは複雑多様化しております。都市自治体は、住民と協働しながら、限られた経営資源や財源を活用し、効率的かつ選択的にまちづくりを進めていく必要があります。このような環境において、都市自治体の最高責任者である市・区長のガバナンス能力が問われる時代を迎えています。

日本都市センターでは、呼びかけ人市・区長の発案により、問題意識の深化と情報共有を目的として、2005年度から「国のかたちとコミュニティを考える市長の会」を開催してきました。2016年度からは、広く地方自治・都市経営の課題を議論する場とするため「都市の未来を語る市長の会」に改称し、市区長間の自由闊達な意見交換を行っています。

本書は、2022年1月12日に開催した「都市の未来を語る市長の会」(2021年度後期)の内容を取りまとめたものです。

2022年3月

公益財団法人 日本都市センター

呼びかけ人市長・区長一覧

登別市長	小笠原 春一	三島市長	豊岡 武士
花巻市長	上田 東一	伊豆市長	菊地 豊
松戸市長	本郷谷 健次	一宮市長	中野 正康
流山市長	井崎 義治	いなべ市長	日沖 靖
大田区長	松原 忠義	大東市長	東坂 浩一
豊島区長	高野 之夫	川西市長	越田 謙治郎
調布市長	長友 貴樹	三豊市長	山下 昭史
多治見市長	古川 雅典	多久市長	横尾 俊彦
熱海市長	齊藤 栄	菊池市長	江頭 実

(敬称略・地方公共団体コード順)

目 次

はしがき	ii
呼びかけ人市長・区長一覧	iii
出席市長名簿	v

趣旨説明	三島市長	豊岡 武士	1
進 行	多治見市長	古川 雅典	2
問題提起①	伊豆市長	菊地 豊	5
問題提起②	京丹後市長	中山 泰	15
コメント			22
	医師・前西東京市長	丸山 浩一	
意見交換			29
	医師・前西東京市長	丸山 浩一	
ま と め	多治見市長	古川 雅典	47

出席市長一覧

南陽市長	白岩	孝夫	伊豆市長	菊地	豊
相馬市長	立谷	秀清	八幡市長	堀口	文昭
国分寺市長	井澤	邦夫	京丹後市長	中山	泰
多摩市長	阿部	裕行	池田市長	瀧澤	智子
稻城市長	高橋	勝浩	福津市長	原崎	智仁
多治見市長	古川	雅典	垂水市長	尾脇	雅弥
山梨市長	林	宏優	いちき串木野市長	中屋	謙治
三島市長	豊岡	武士			

(敬称略・地方公共団体コード順)

趣旨説明・挨拶



○三島市長 このたび通算31回目となる「都市の未来を語る市長の会」を開催することとなった。今回のテーマは「新型コロナウイルス感染症と都市自治体—行政・保健所・医療機関の連携を考える—」である。2019年末から世界的な感染拡大を見せている新型コロナウイルス感染症の蔓延によって、私たちの生活は多大な影響を受けるようになっている。

前回、「新型コロナウイルス感染症と都市自治体」と題して、関係機関との情報共有の必要性、ワクチン接種への対応、医療提供体制の構築、自主規制と自粛による対応の有効性、広域連携の必要性、今後の財政の持続可能性などについて議論をした。

これを踏まえ、今回は各都市自治体がこれまでにどのように保健所・医療機関との連携を行い、医療提供体制を構築してきたかという点を中心に、そこからどのような教訓が得られ、どのような課題が残されているのかについて、2名の市長から問題提起をいただく。そして、医師・前西東京市長の丸山浩一様も交え、御出席の皆様と

意見交換をしながら議論を深めていきたい。なお、今回は全国市長会会長で医師でもある立谷相馬市長にも参加いただいている。

本会が市長同士のさらなるパートナーシップが深まる機会となれば幸いである。



○多治見市長 久しぶりにたくさんの市長に参加いただいた。「都市の未来を語る市長の会」が、一体どういう会か分からない人がいると思うが、「一言多い」市長が多く参加するというのがこの会の特徴である。全国市長会の会議でも「ちょっと待った」と挙手して発言するような人がこの会には結構多い。

全国に市長が約800人いるが、そのうち医師は僅か7人である。全国市長会の立谷会長も、前西東京市長の丸山浩一先生もそうである。そこで今日は、机上の空論だけではなく、現地・現場で陣頭指揮を執っている市長の皆さんが何を思って、どう行動しようとしているのか、情報の収集・共有をしていただきたい。それとともに、ここで心をつなげて、立谷会長から国にしっかり物を言っていただけよう、2022年を新しいコロナに対する行動の年にしたい。



○相馬市長 立谷です。現在のコロナの問題は、ドクターとしても市長としても、こんなに深刻なことは本当はないと考えている。こんなに頑張らなくてはならないことはないと思いつながらやらせていただいている。

丸山先生は医療行政について非常に造詣が深い。西東京市長を退任されたのは本当に残念であるが、今日はアドバイザーとしてご意見をいただき、いろいろ参考にしたい。

そして、現場の市長の声を国にはこれまでも嫌というほど伝えてきたが、なかなか思うようには聞いてはくれない。さらに知恵を絞っていかなくてはならないと考えている。

私は、今日は全国市長会会長というよりは、あくまでも一市長として参加しているため、できれば次回の全国市長会の理事・評議員合同会議で今日の話をもう一回させていただけると、また出していただけるとありがたい。どうぞ皆さんの忌憚のない意見を出していただきたい。



○丸山コーディネーター 私は、医学部を出た後、23年間、都立病院の心臓血管外科に勤務して臨床経験を持たせていただいた。その後、東京都庁で成人保健課長、保健政策部長を務めた。ちょうどそのときに保健所法が地域保健法に替わり、一時は約850か所あった保健所が現在は、約470か所になった。おそらく政令市では保健所の数が増えているが、全体の数は減っている中で、今後保健所をどうするかという問題が出てくるのではないかと思う。

その後、医療政策部長として都の医療計画に携わった。現在が第7次医療計画の期間中で、2024（令和6）年度から第8次医療計画がスタートするが、その新たな事業として「新興感染症等の感染拡大時における医療」が加わったが、まさにその辺の制度の具体化がそれぞれの自治体で今後行われてくるのだと思う。

そうした中で、今回は出席の機会を得たので、皆さんの御意見を拝聴したいと思う。

問題提起①

新型コロナウイルスと伊豆市

菊地 豊 伊豆市長



1. はじめに

私が今回の話題提供を申し出たのは、この国には危機管理の制度、枠組みが全くないということに尽きる。私は医療の専門家ではないが、自衛隊に30年間奉職した身であるため、危機管理については随分考えてきた。しかし、この国には危機管理というものが徹頭徹尾ないということを今回痛感した。

2. 伊豆市で発生したこと

(1) 市長選挙

2年前の2020年4月7日に緊急事態宣言が全国に出されたが、これはちょうど4月12日が私の4回目の選挙の告示日であった。観光地であ

る当市でも、当然旅館や飲食店の皆さんより一斉に対応が求められた。マスコミも殺到した。私が「伊豆市はこうします」と言うと、「選挙前だから現職市長であってもテレビカメラの前へ出るべきでない」と言われた。

図1 伊豆市で発生したこと(1) (市長選挙)



令和2年4月7日、緊急事態宣言が全国拡大する中、市長選挙。

実際には、私は朝方と夕方だけ選挙カーに乗り、昼間は全て公務に費やした。私が選挙カーから市民にひたすら伝えたのは、とにかく「期日前投票に行ってください」ということであつた。投票日の4月19日に人が集中しないように、要するに「投票所で三密をつくらなさい」というお願いをひたすら朝と晩にしたわけである。そのため、自分が話していることが現職市長としてのものなのか、危機管理本部長としてのものなのか、候補者としてのものなのか、よく分からなかつた。これは1回目の緊急事態宣言当時のことで、まだ新型コロナウイルスの実態が十分に分かっていない状況であつたが、なぜこのようなときにスケジュールどおりに選挙をしなければならぬのかということに疑問を抱いた。

以前にも、千葉県内の市長さんが東日本大震災のときに市域の多

くが液状化したのに、選挙をせざるを得なかったと言っていた。要するにこうした状況に対応する制度が何もないため、どんな危機が起こっても「選挙をやれ」ということになってしまうのである。そもそも地方の選挙管理委員会にはこうしたことに関する権限さえない。選挙期間を1か月ずらすべきか、3か月ずらすべきか、具体的なことは分からないが、そうした判断をすることが許されないという状況を経験し、この国は一体どうなるのだろうと私は思った。

（２）経済支援策

5月の連休は、通常であれば、ありがたいことに首都圏から大量の観光客が伊豆半島を訪れる。これでもし5月も夏休みの8月も同じように「冬眠」することになったら観光業は耐えられない。そこで、当時は感染拡大が2年も続くとは思っていなかったため、私は5月の連休だけ「冬眠」してもらおうと考え、宿泊施設は300万円、飲食店は50万円の協力金を出すかわりに「冬眠」してもらうことにした。

図2 伊豆市で発生したこと（２）（経済支援策）



令和2年5月連休は「冬眠」し、宿泊施設（300万円）、飲食店（50万円）の協力金を給付。

この頃は混乱の最中で分からなかったが、国の見解では、「営業停止の命令は出せない、したがって、法理論的には損失補填もできない」ということであつた。法理論的には営業自粛の願いをして、「協力金」なら出せるということのようである。しかし、こうしたまだ正体が分かっていない感染症に対する危機管理の枠組みもいまだに全くないわけである。

その2か月ほど前の、2020年2月下旬頃、安倍総理が全国一斉の休校を要請した。後で振り返れば、あれは何の権限があつて要請を出したのだらうという気もするが、これも本当は「要請」であつた。当市は天城山などの自然豊かな田舎であり、まだ新型コロナウイルスが全くいないような街の中では、山の上にあるような小中学校が一番安全なわけである。ところが、休校すると何が起こるかという、中学生が三島や沼津のショッピングモールに行く可能性が出てくる。一番安全な状態からなぜわざわざ危険な状態をつくらなければならないのだらうと非常に不思議に思ったが、初動が大切だということなので、休校にした。後に何かで読んだが、安倍総理の判断は学校を休ませることではなく、国民の3割の動きを止めるということが理由だったそうである。それはそれで一理あるとは思つたが、地域によって差があるのに、ということは感じた。

(3) ワクチン接種

伊豆市ではワクチン接種は大変うまくいった。伊豆赤十字病院と伊豆市役所が隣にあり、そのすぐ横に市のホールがある。そこで日赤病院の看護師と伊豆市の保健師が完全に一体となって調整して接種会場を運営した。ほかの医師からの支援の申出もあったが、いろいろなチームにつくり変えると配置も変わってしまうおそれがあるため、1つのチームでやりたいという日赤の院長の方針で、伊豆市は

接種会場をこの1か所に限定した。

図3 伊豆市で発生したこと（3）（ワクチン接種）



- ・ 伊豆赤十字病院と伊豆市が連携し、集団接種1会場に集中。
- ・ 高齢者全員に、3千円分の公共交通利用券を送付。

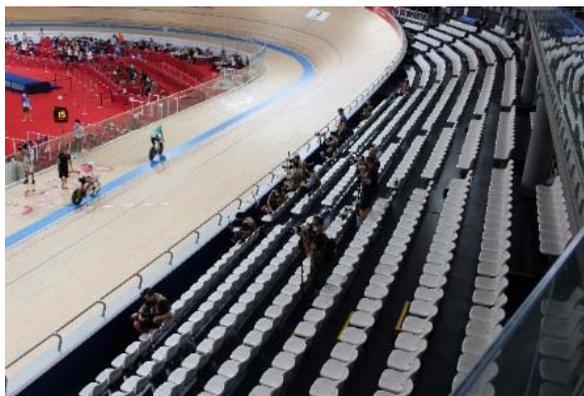
ただ、伊豆市は市域の364平方キロの中に3万人しか住んでいないため、会場を1か所に限定したことによる問題も生じた。このときは65歳以上の方にワクチンの接種券を送るとともに、公共交通券を一緒に送った。当時、「接種会場までの移動手段に困っていたらタクシーを使ってください。10人集まれば3万円になり、貸切りバスを1台借りられるため、もし可能であれば貸切りバスも使ってください」とお願いはしたが、やはりバスは使われずにタクシーが使われた。この財源は地方創生臨時交付金であったため、タクシー会社の支援にもしたかった。しかし、これは田舎の良さでもあるが、皆さん真面目で、「わしは嫁に送ってもらったから、この公共交通券をもらったけれど、もったいないから使わないよ」という方が何と6割〜7割いた。このように、公共交通は必ずしも十分には使われなかったが、9月の段階では対象者の約9割、全人口の82%のワクチン接種が終わり、スムーズに実施できた。3回目の接種は皆さんと同じように

1人ひとりの日が決まっているので、そんなに混乱はないと思う。

（４）東京2020大会

伊豆市では、東京オリンピック・パラリンピックの自転車競技であるマウンテンバイクとトラックを開催した。オリンピックについては、トラック、マウンテンバイクともに今大会ではまれに見る有観客の試合で、これは正直言って大成功だったと思う。

図4 伊豆市で発生したこと（４）（東京2020大会）



- ・オリンピックは有観客で実施。
- ・パラリンピックは無観客、学校連携観戦も断念。

つらかったのはパラリンピックの方である。私はアジア大会のパラスポーツを見たことがあり、子供にこそパラリンピックを見せたいと思っていた。そのため、伊豆市の小学生、中学生全員に学校観戦をさせようと考えていた。私は県知事に「仮に無観客になっても子供にだけは見せてください」とお願いしてあった。しかし、教育委員会がやはりどうしても学校観戦をやめたいとのことで、2021年8

月6日に私自らパラリンピックの学校観戦も断念することにした。パラリンピックが開催されるのは8月下旬であり、パラリンピックを観戦してすぐに2学期が始まる。田舎には慎重な人が多いため、もしパラリンピック観戦に行かせるのであれば、うちの子供は学校に行かせないという親御さんが出始めた。伊豆市の多くの小学校、中学校では1学年が1クラスで、3クラスや4クラスもない。1学年1クラスの学校で例えば10人ぐらいが2学期の初日から2週間休まれると、今度は学校閉鎖のようになってしまう。それを恐れて、大変残念ながらパラリンピックは子供も含め無観客としたが、これはとてもつらい経験であった。

3. 危機管理として取り扱うべき事業・活動

(1) 選挙

このような経験を踏まえた危機管理の在り方についての問題提起、課題提起として、まず1つ目は、選挙において、緊急事態宣言下のようなこれから何が起こるか分からないようなときに、1か所に集まるような投票のやり方のままでよいのかということである。皆さん御存じのとおり、いまだに投票期間は1週間でなく1日である。期日前投票もまだ投票期間としても扱われていない。法的には投票の分散化ができないような制度になっている。しかし、これでどんな危機にも耐えられるのか、毒性がもっと強い新しい感染症のときにも本当にこれでやれるのか疑問である。

また、ウェブでの議会も認められていない。委員会はよいが、本会議は駄目である。これはまだ法的にそうなっているのであろうか。ちなみに私は以前ドイツに5年間勤務していて、当時のドイツ基本法を読んだことがある。ドイツ基本法の中では軍事的な紛争、危機も想定しているが、連邦議会（下院）と連邦参議院（上院）が開けな

いときには、両院を縮小した合同委員会を設置することが憲法上、規定されている。日本でも、例えば北海道、沖縄から国会議員が東京に行けないときの国会の在り方、あるいはウェブ会議の合法化等々もやはり考えなければならぬのではないか。地方議会も現在、ウェブでは本会議はできないそうなので、やはりこれは考えて準備しておくべきだと思う。

(2) 経済支援策

さきに述べたとおり、法的に営業停止命令が事業者に出せないため損失補填ができない。これは業態によっては対応が非常に難しく、考えていかなければならない。

しかし、むしろそれよりも大事なのは、将来同じような感染症、もっと強度な感染症が出たときには、宿泊ならいくら、飲食ならいくらといったように、事業形態ではなく事業規模に応じたプッシュ型の支援をせざるを得ないのではないかと思っている。今回は宿泊と飲食だけに限定したため、例えば食材業者や土産物屋などに対する経済支援が伊豆市では何もできていない。事業規模に応じたプッシュ型の支援をするためには実はDXが必要である。当市では体制がまだ整っておらず、商工会もまだネットワークさえできていないので、商工会事務局にネットワークをつくって市と共有してくれるようお願いしている。個人情報の問題でなかなか進みそうもないが、そうしたことが大きな問題としてある。

もう一つ、伊豆市では、子育て世帯への臨時特別給付10万円のうち、「5万円分をクーポンで給付せよ」という国の方針のとおりを実施しようと思っていた。しかし、伊豆市にはランドセルを買える店や高校の制服を買える店がない。したがって、もし5万円をクーポンにしたら、お父さんのビールは買えるが、高校進学のための制服あ

るいはランドセルを買うことはできないことになってしまう。これは総理が方針を変えたのでよかったが、こうしたことこそ、とにかく現場の市長に任せてほしいということを強く感じた次第である。

(3) 感染者対策

最後に感染者対策である。これも危機管理の在り方そのものであるが、何ゆえこのような状況においても、個人情報共有してはならないのかということである。この制度は一体何なのと思った。

例えば、保健所が感染者を確認し、感染者は自宅待機になる。そこで、市は感染者に食材を提供したいが、どのお宅か、1週間分か、3日分か、どんな食材が欲しいか、といったことを保健所は市に伝えてはいけない。次にそうしたことが起きた場合に必要な範囲内で市に個人情報を提供できる協定が必要であるのではないかと感じる。私は、こうした問題には憲法に緊急事態条項を加えることで対処できるのではないかと考えている。

いずれにせよ、こうした人の命がかかっているときに、平時しか想定していない個人情報保護法を運用せざるを得ないことは本当にゆゆしき事態だと思っている。新型コロナウイルスの感染拡大を機会に将来予想される新型感染症に備えて体制を絶対に整えておかないと、我々の時代的責務を放棄することになると思う。

そして最後に、医療システムのコントロールセンターがないという問題がある。3年ほど前に、伊豆市でも2病院が地域医療構想による病院再編の検討対象になった。だが、地域医療構想としてはベッドが多いため、病院数、診療科、ベッドのいずれかを削減せよということであった。そこまで言うのであれば、全国で、病床や医師がここでは余っている、しかしここには足りないということをもまず明らかにすべきである。これほど医療の課題が顕在化した以上、通常

の地域医療の在り方も含めてどのように国としてコントロールすべきなのか、この点は絶対にこの機会に考えていただきたい。

問題提起②

コロナに向けて行政・保健所・医療機関の連携を考える

中山 泰 京丹後市長



○京丹後市長 僕からは2つ、問題意識を持っていることについて話題提供をしたい。

1つは自宅療養者の問題である。これは、これからも何ともしもはっきりと市民の不安を解消し、また市民を守っていかなければならないという問題意識からである。もう1つは新型コロナの対策についてである。人流の抑制もそうであるが、人の命を守るために行うものの、その結果として自殺される方もいる状況はどうなのか。しかも実はそれが増えている。今回はそのデータを紹介したい。

1. 自宅療養について

まず、自宅療養者の問題である。現在はオミクロン株だと思うが、陽性確認者が全国的に相当増えつつある。ここで重要なことは、病

床の確保をどうするか、あるいは保健所の体制をどう充実するかということである。感染が本格的になれば、それを超えて自宅療養者が言わば急増してあふれるということもおそらく想定しておかなければならないのではないかと思う。第5波のときに東京、大阪をはじめ、大都市で感染者が急増し、いろいろな報道があったわけである。その第5波の大都市の状況、あるいはそれ以上の状況が、地方の我々のところにやってくるという懸念がある場合、それに備えて、しっかりと体制を構築しなければならないのではないかという問題意識である。

当市は、京都の丹後半島に位置し、人口は5万人ほどである。保健所の管轄区域は当市と周辺の市町であり、保健師は約10人である。10人ほどの保健師で、周辺市町も含めた10万人を対象に、陽性確認がある場合は健康観察、あるいはPCR検査などをしてくれている。しかし、第5波のときには、この地域でも最大で70～80人の自宅療養者がいて、てんてこ舞いであった。健康観察、あるいは濃厚接触者のPCR検査のお手伝いなど、それだけでもてんてこ舞いなのに、70～80人では済まないような場合にはどうするのかということを経験した。今から考えておかなければならない。

今はどの地域でも行っていることだと思うが、僕らの地域では、かつての第5波のときまでは開業医が出張ってフォローするということはしていなかった。基本的には病院の勤務医と保健所だけで対応していた。地域の開業医の皆さんも問題意識は持っていたが、制度上、あるいは感染のリスクなどもあり、積極的にフォローをするまではしないで済んでいた。大きな制度上の骨格として保健所がまずグリップして、それで自宅療養か宿泊施設か、いざというときは病院かと判断するということが、訪問診療などを行うことは前提とされていない仕組みでもあったということである。第5波でも都市部で

は開業医の皆さんが訪問対応している自治体もあったと思うが、僕らの地域ではそこまでは至らずに済んだ。そのため、今回はあらかじめ開業医の皆さんにも、薬剤師の皆さんにも協力してもらうこととした。

訪問診療チームをつくり、まずは電話診療から始めて、オンラインの診療や、場合によっては薬をポストインするようなことも含めて体制を事前に構築をしてやっていこうということにした。現在は、自宅療養者に対して、保健所の観察だけではなく、地域の医師を能動的に組み込んでいくような体制をつくって備えているところだが、これは必要最小限の対応ではないかと思う。

オミクロン株の勢いからして、非常に多くの自宅療養者が発生した場合に、とても10人の保健師と限りある開業医だけでは対応は無理である。そのため、今回、問題提起して意見をいただきましたかったのは、保健所のキャパシティを越える数の自宅療養者にどう備えていくかということが現在やるべきことではないかということである。

2. 今後の対策

対策案候補として、事実誤認もあるとは思うが、自分なりに考えてみたものを挙げている。1つは保健所のグリップ機能をもう少し弱めたらどうかということである。例えば、現在オミクロン株以外については、保健所には濃厚接触者までの健康観察は求められていないようである。しかし、オミクロン株については濃厚接触者までの健康観察を求められているようなので、もし本格的にオミクロン株の感染が拡大したときにはとてもではないが対応できないという声を保健所サイドから聞いている。それゆえ、その際に保健所のグリップだけではなく、勤務医・開業医による積極的なフォローをしっかりと体制として能動的に組み込んだ仕組みを考えていくことが必

要ではないかと思う。

現在、開業医には訪問診療のときに協力金が出るが、話によると、電話診療には協力金はないようである。オンライン診療もそうなのだろうか。僕は電話診療やオンライン診療をもっと積極的にやってもらえるように、1件当たりいくらというのは無理だとしても、協力金を活用しながら電話診療やオンライン診療などを総動員していくべきであると思う。自宅療養者は不安なので、医師と何らかの形で24時間つながっている体制をしっかりとつくるのが重要である。そうした体制をつくるために、保健所はもちろん、医師や薬剤師など皆で協力できる体制を、国を挙げてしっかりと構築していくことが、少なくとも必要ではないか。

また、自宅療養というか自宅での「治療」が必要だと思う。新型コロナウイルス感染症の経口薬がようやく生産・流通されてきている。しかし、まだ経口薬はシニアの方を優先ということなのか、全員が使えるようになっていないようなので、これをもっと早く使えるようにする。

あるいは、先ほど伊豆市長も指摘していた情報共有の問題で、陽性確認者の情報は市にも提供されるが、濃厚接触者の情報はあまり提供されない。自治体と保健所の協力の範囲がその限りではあるわけだが、市町村の保健部局とももっと情報共有して、地域の保健資源を全部活用して自宅療養者、濃厚接触者を守ることが大切ではないかと思う。

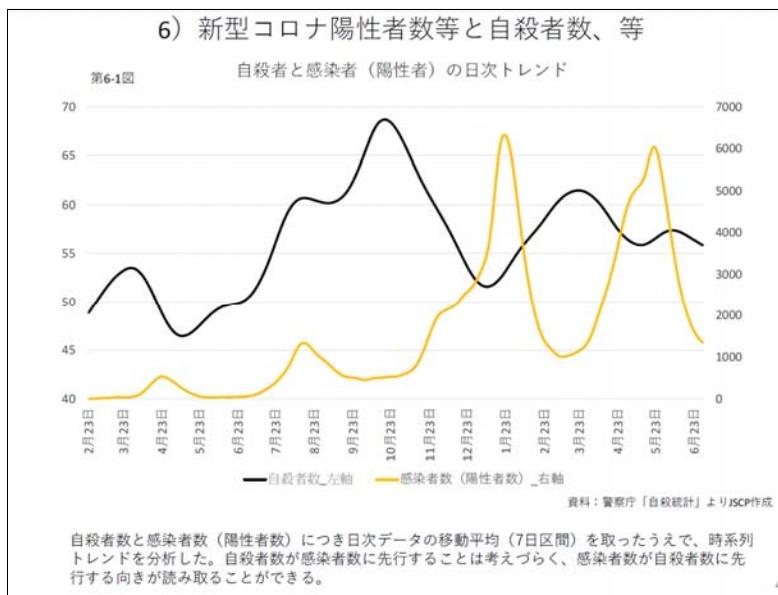
さらに、外国の例によるとオミクロン株は弱毒性だという指摘もあるため、今のうちから感染症法上の分類も見直すことなども含め、もっと広くグリップを弱くしながら、地域全体の医療資源を活用した体制をつくっていくべきではないか。その場合、感染症法上の既存の分類に単に当てはめるのではなく、新たな法律・分類などをつ

くればいわけである。そういう議論を本格的にすべきではないか。

3. 新型コロナウイルス陽性者数と自殺者数等の推移について

2つ目のテーマであるが、これはデータ（図1、図2参照）を見ていただいたら分かるように、黄色の線が感染者数である。黒い線が自殺者数である。私は厚生労働省の「自殺総合対策の推進に関する有識者会議」に委員として参加しており、この資料は、第4波までの資料である。資料では、自殺者数の山のときに感染者数は谷底である。逆は逆であり、いわゆる逆相関の典型的な例なのである。

図1 新型コロナウイルス陽性者数と自殺者数等



出典) 清水康之（2021）「コロナ禍における自殺の動向」（厚生労働省 第4回自殺総合対策の推進に関する有識者会議資料）、47頁。

これをどう読み解くかということ、おそらく感染者数が増加しているのは、人流抑制策など何もしていない、言わば人流を緩めている時期である。人流を緩めているため感染者数が急激に増えている。

図2 自殺者数と新型コロナウイルスの感染症各指標との相関係数

自殺者数と新型コロナウイルス感染症各指標との相関係数												
新型コロナウイルス感染症と自殺者数との関連性を詳細に分析するため、感染者数の波を8期間に分け、それぞれの相関係数を算出した。 なお、データは対数差分系列への変換を行ったうえで、著名男性俳優、著名女性俳優の自殺日以降の2週間分については、自殺者数に特異的な期間として分析対象から除外している。												
第6-2図												
	第1波上り (2/15~4/15)			第1波下り (4/16~5/23)			第2波上り (5/24~8/9)			第2波下り (8/10~9/28)		
	感染者数	重症者数	死亡者数	感染者数	重症者数	死亡者数	感染者数	重症者数	死亡者数	感染者数	重症者数	死亡者数
00全国_総数	-0.07	-	0.19	-0.17	-	-0.05	-0.11	0.32	0.23	-0.27	-0.04	0.10
00全国_男性	-0.03	-	0.17	-0.23	-	0.00	-0.08	0.26	0.05	-0.37	-0.11	0.12
00全国_女性	-0.09	-	0.14	0.06	-	-0.07	-0.09	0.24	0.36	0.09	0.13	0.01
	第3波上り (9/29~1/12)			第3波下り (1/13~3/2)			第4波上り (3/3~5/14)			第4波下り (5/15~6/21)		
	感染者数	重症者数	死亡者数	感染者数	重症者数	死亡者数	感染者数	重症者数	死亡者数	感染者数	重症者数	死亡者数
00全国_総数	-0.53	0.15	0.02	-0.51	0.08	0.08	-0.26	0.18	-0.05	-0.42	-0.01	0.26
00全国_男性	-0.54	0.15	0.05	-0.44	0.06	0.11	-0.28	0.15	0.07	-0.50	0.04	0.24
00全国_女性	-0.22	0.05	-0.05	-0.23	0.04	-0.07	-0.07	0.07	-0.19	0.08	-0.11	0.11

※p-value < 0.05を太字太枠にしている。赤色は順相関、青色は逆相関を示す。

- ・第1波では相関なし
- ・第2波上りでは、自殺者総数と男性自殺者数で重症者数と有意な順相関。女性自殺者数については、死亡者数で有意な順相関。
- ・第2波下りでは、男性自殺者数と感染者数で有意な逆相関。
- ・第3波上り下り第4波上り下りでは、自殺者総数、男性自殺者数で感染者数と有意な逆相関。第3波上りでは、女性自殺者数でも感染者と有意な逆相関。

出典) 清水康之 (2021) 「コロナ禍における自殺の動向」 (厚生労働省 第4回自殺総合対策の推進に関する有識者会議資料)、48頁。

そういったときには、経済活動は普通に行われているため、自殺者数は少ない。逆に、感染者数が減少している、すなわち緊急事態宣言などで人流抑制策をしっかりとやっているときには、おそらく経済活動を抑制した影響だと思うが、自殺者数は増えている。人流

抑制策をとると経済活動が制約され、飲食業などに従事する人は仕事ができなくなり、仕事場がなくなり、あるいは経営が困難になり、自殺に追い込まれる人が増えてくるといったことは、これまでも盛んに指摘されていた。これがデータとしてはっきり示されていると理解している。

したがって、こうしたことも踏まえて、今後、国は人流抑制策を打つならば、経済的な補償を確実に行ってほしいと思う。また、オミクロン株が弱毒性なのであれば、対策を打つ場合は慎重に行ってほしい。命を守るための対策が逆に命を奪うことにつながっているということがデータとして示されているということを、国にはしっかりと受け止めてもらい、我々市長も「人の命を守っていこう」ということをしっかりと声を上げていきたいと思う。

コメント

新型コロナウイルス感染症への主な対応・取組み

コーディネーター 丸山 浩一 医師・前西東京市長



○丸山コーディネーター 西東京市の今までの取組みについて報告したい。

西東京市は、練馬区の西側、ちょうど23区と境を接している。今日は同じ都内の国分寺市、多摩市、そして稲城市の各市長が参加されているが、西東京市は都内26市の中でも人口当たりの感染者数が多い。これまでのピークはやはり2021（令和3）年8月であり、このときには自宅療養者が483名おり、どう支援するかが最大の課題ではなかったかと思う。

さかのぼること、コロナ対応で市が最初に行ったのは、危機管理対策会議の立ち上げであった。先ほど伊豆市長も指摘していたように、組織としての危機管理をどうするかということがあり、職員が

感染した場合にどのくらい業務継続が可能なのかの検討、テレワークに代替できる業務の洗い出しを危機管理室に頼んだ。

なお、危機管理については、国にはもちろん専門家がいる。東京都にも自衛隊OBが参与として、三宅帰島問題などいろいろな場面で専門的な観点から指示、指導をしている。一方、各市区町村においては、対策本部の構成メンバーは、そのような専門家ではなく職員という場合の方が多いのではないかと思うが、西東京市もそうした外部の識者は入っていなかった。

図1 西東京市の主な対応・取り組み（1）



2月に危機管理対策会議を危機管理対策本部に格上げし、3月に新

型コロナウィルス感染症対策本部を設置した。4月1日には西東京市内に8名感染者がいるという情報が都から提供されたが、その8名の内訳は全く分からないという時期であった。

専用ダイヤルを早速開設し、その後すぐに地元の医師会と協定を結び、発熱外来事業の支援を開始した。市内には116か所の医療機関があるが、2月から3月にかけて、新型コロナウイルス患者を診たために2週間休業せざるを得なくなった医療機関が立て続けに出た。そこで、発熱外来に医療資源を集中させて、そこに新型コロナウイルス疑い患者を集めるという方法をとることとし、手を挙げていただいた市内の1つの病院で発熱外来事業を始めた。医師会から派遣された医師がその時間帯の応援をするという体制である。なお、市医師会のPCRセンターもその病院に開設している。ただし、市民にはそのメッセージはあまり伝わっていない。

多摩小平保健所は、西東京市を含む5市を所管している。約73万人の2次医療圏である。市民に説明責任がある市としては、保健所が出せる情報は5市に提供してほしいということから、保健所管内5市新型コロナウイルス対策協議会を設置した。

7月には、東京都から患者退院等人数も公表されるようになった。そして、9月になって初めて東京都から患者の年代、性別、療養状況に関する情報提供が始まった。そして、この2次医療圏の中では公立昭和病院が中核病院であるが、9月18日には同院への特別財政支援金の予算が成立した。

その後、これは都の事業であるが、高齢者施設等PCR検査等経費支援や在宅要介護者の受入体制整備などを行い、12月15日には課長を含めた3人の組織体制により、新型コロナウイルスワクチン接種に向けた準備をスタートした。

医師会にお願いして、発熱外来事業の支援は延長し、PCRセンター

も拡張している。そのほか、ワクチン接種などは、おそらく他の自治体と同じように取組みを進めているのではないかと思う。

そして、2021（令和3）年8月頃になると、感染のピークとなり保健所もパンクし始め、同19日の対策協議会では自宅療養者支援などの保健所負担回避策を検討している。当時は、次の月曜日から保育園や幼稚園、学校の休園・休校を行うかなどについて対策本部内で決定しなくてはならないような状況になっていたため、そうしたルールをつくった上で、保健所と連携を取りながら動いた。

図2 西東京市の主な対応・取組み（2）

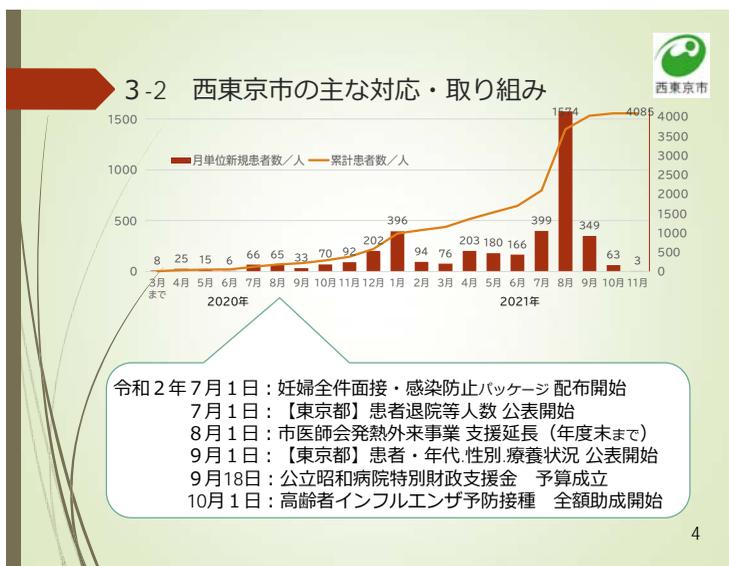


図3 西東京市の主な対応・取り組み（3）



図4 西東京市の主な対応・取り組み（4）



図5 西東京市の主な対応・取り組み（5）



なお、自宅療養者支援の取組みは、毎日、自宅療養者との電話に医師会の医師が対応をするというものである。これは東京都医師会が地区医師会に委託して、地区医師会で手を挙げた医師が協力して電話対応をしている。例えば「コロナールがもうなくなってしまったのだけれどもどうしたらよいか」というような相談への対応である。入院するかしないかといった判断は、保健所の担当であるが、そのような判断をする前に、市内31か所の薬局とネットワークをつくってポストに薬を入れてもらうという取組みである。これは、医師会からの要請情報が都サポートセンターに寄せられても、保健所がその調査に入るまでどうしても3、4日はタイムラグが生じてしまうためである。このような中で、市としては、自宅療養者食糧支援などのできることをやっというここと取り組んでいた。

図6 西東京市の主な対応・取り組み（まとめ）



4 まとめ

【東京都・保健所との連携】

- 都関係局の発表情報、Web会議や電子メール等による情報提供を受信
- 多摩小平保健所とは、電子メールでの情報提供に加え、電話・訪問面会による情報共有を頻繁に実施

【西東京市医師会との連携】

- 電話、電子メール等により情報共有を行い、医師会長及び事務局との訪問面会による協議・調整も頻回に実施

国は「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針」に、国や地方公共団体、医療関係者、事業者、国民が一丸となって感染症対策を進めるものと示しており、この対策の推進にあたっては、地方公共団体等の関係者の意見を反映しながら進めるものとされている。

このことから、西東京市でも積極的な連携が必要であるとの認識のもと、その連携を基本に対策を講じてきた。

引き続き、関係機関との連携を密に、対応を進めていく。

8

東京都多摩小平保健所が設置された当時、私が保健所にいた関係もあり、保健所とは密に連携・調整を行いながら対応してきた。

僕の報告はこのぐらいにして、皆さんのお話を聞かせていただき、意見交換したいと思う。

意見交換

○ 伊豆市長が指摘した、日本は危機管理体制が十分でないということに関連して、小渕内閣のときに小川和久氏（現・静岡県立大学特任教授）の講演で、「日本が危機管理を語るのは20年早い」というようなことを聞いたことがある。ロサンゼルス市では、24時間体制の危機管理官のようなものを置き、その人の指示で危機管理対策本部が立ち上がるという体制を構築しているが、当時の日本はそのレベルに達していないのではないかという講演であった。

現在は、京都府でも府庁の近くに部屋を借りて、そこに危機管理官が24時間体制で常駐して危機管理に取り組んでいる。しかし、自分の身に引き寄せて考えると、そうは言ってもどうやらよいのか。我々は危機管理のポイントが十分に分かっていないところがあるのではないかと思う。

例えば、ワクチン接種については、今年は十分に協力してもらっているが、平時の対応能力ではなかなかぴんとこないということがあるのではないか。

また、現時点でワクチンに感染予防、発症予防効果、重症化予防効果がどのくらいあるのかとか、定量的なレベルの情報がなかなか分からない。オミクロンについても、重症化率が低いのではないかと聞いているが、市民への説明が難しい。

私どもが一番困ったのは、介護施設に入所している60歳ぐらいの認知症患者が新型コロナウイルスに感染してしまったというケースである。たまたまクラスターは発生せず、その人と施設職員が感染した。感染者は2名で止まったが、入院先がなかなか見つからず、翌日見つかった。介護施設はもともと認知症患者等をケアする施設と

してあるわけなので、そこで新型コロナウイルスに感染してしまい、入院してもらおうという場合に、介護施設で行っていたような介護を病院で行うのは、なかなか難しい。

新型コロナウイルスはSARS-CoV-1のような強毒型ではないということである。したがって、法制度・基準が不十分な中で、緊急事態としていわば強権的な対応をずっと続けるのではなく、制度上の取り扱いについて検討する必要があるのではないかと思う。ワクチン接種についても、本市では医師の協力によりに何とか乗り切れたが、海外では薬局でも接種できるという。病院の医療体制についても、海外ではコロナの流行時期に体制を整えて、ある程度感染者が減ってきたらまた通常のペースに戻していくなど、一種の緊急事態ではあるが柔軟な対応ができています。平時の法制度で何とか対応を継続していくにも限界がある。

これだけの時間が経過して、それからある程度の研究も進んでいく中で、「正しく新型コロナウイルスを恐れましょう」と市民に呼びかけているが、どう正しく恐れるべきか、情報量も十分でなく、なかなか訴え切れない。これは、僕も市民の皆さんにワクチンのときはオーソドックスに基礎疾患ある方と、それから高齢者というのは非常に感染リスクが高く、重症化する割合が高いので、やってくださいよということをお願いはしていた。現時点では、3回目の接種を、例えば希望される方をお願いするというところでやっているが、正直な話、どの辺のところの判断が実際のところであるのかというのが、よく飲み込めないというのが本音のような状況である。

○丸山コーディネーター 1月7日に内閣府で第83回の対策本部があった。その際示された資料に3回目のワクチンに対する国の考え方が記されている。感染症防止を、万全を期するために行う、というこ

とである。それをどう市民に伝えるかについては、前回の「都市の未来を語る市長の会」でも、様々なメッセージの出し方を紹介し合ったと聞いている。各市で工夫されていると思うが、直近では1月7日の国の第83回対策本部の資料が分かりやすいと思う。

○相馬市長 当市は1月10日から一般高齢者向けの集団接種を開始した。私自身も一昨日は200人に注射を接種してきた。その後の取材で、同じようにワクチン接種はオミクロンに対してどのぐらい効果があるのかを聞かれた。

相馬市でデルタ株に対してワクチンを接種したグループと接種しなかったグループを比べた。ワクチンを接種しなかったグループの感染確率は、接種したグループの11倍であった。当市では90%の住民が接種しているから、その人たちと接種しなかった人たちの発生確率を見ると、デルタ株に関しては11分の1となる。さらに当市の場合、重症化した人はいない。県全体でも重症化した人は極めて少ない。そのため、全国的な統計になるとどうなるかをまだ私は見ていないが、重症者は極めて少ないと言えると思う。

だが、オミクロン株に対してワクチンがどのぐらい効果があるのかはわからない。ファイザーのワクチンはデルタなら96%、オミクロンに対しては75%有効などと言っているが、まだよく分からない。これは統計がなかなか出てこない。絶対とは言えないが「接種した方がいい」とは言えるのではないか。少なくなってきた抗体価をまた上げることができるため、少なくともオミクロン以外のウィルス株に関しては3回目の効果は極めて高いであろうということが言える。1回目、2回目よりもさらに効果が高くなるのは間違いない。

ただ、市民の中には、2回目を接種した人のうち7%が「あまり効かないかもしれないから3回目は接種しない」と言っている。このこ

とについてはもう少し研究結果が出ないと分からない。

私は公立病院と自分の病院の両方で、コロナ治療現場の最前線にいる。深刻なのは人工透析の患者、精神障害の患者である。例えば統合失調症患者の場合は適切な療養環境にいれば問題ないが、コロナ感染時は適切な療養環境を確保することが大変なのである。それから、妊婦、子供のケアもある。大抵の場合は、小児科医に張りついてもらうことになるが、様々なケース・バイ・ケースが出てくる。

オミクロン株の場合、中等症になる確率が現時点で7.7%、重症も入れて約10%と言われている。ということは、オミクロン株の感染者のうちの90%は無症状か軽症なのである。そうすると、無症状と軽症の場合、病院に必ずしも依存しなくてもいい。特に軽症の場合は宿泊施設での療養が適切である。

例えば、往診をしている東京都内の開業医から聞いた話によると、実際にコロナで酸素飽和度が不足している患者を抱えてアパートの部屋まで上がっていったという。また、例えば東京の古い文化住宅の3階に住む患者のケースだが、文化住宅に入る前に着替え、階段を上って、場合によっては酸素ボンベ持って行って、ということを夜中に手伝ってくれるような人はいない。このような大変な場合もある。

それなら1か所に集めて皆でかわるがわる診た方がよいということであり、酸素ステーションの最初の発想はそこにある。ただ、やはり酸素飽和度が不足しているような患者は入院させるべきである。それより軽度の症状の患者をどう皆で効率よく見るかということ、宿泊施設での療養しかない。これはそれぞれの地方、県で努力するしかない。

それからもう1つ、情報格差の問題がある。保健所が情報提供してくれる場合としてくれない場合がある。これは一昨年4月に厚生労働

省にかなり強く要望し、できるだけ県は当該市町村に情報提供しなさいということになった。しかし、それをどこまでやるかは県独自の判断である。ちなみに福島県は不十分である。

ところが、例えばPCR検査を実施している自治体には、情報が全部入ってくる。中核市は保健所を持っており、保健所は自分の部下であるから中核市の市長には情報が入ってくる。保健所がなくても、市立病院を持っている市長と市立病院を持っていない市長では全然情報の量が違ってくる。ただ、都道府県の保健所がどこまで管内市町村に情報提供できるかは、個人情報保護の問題がある。非常にこれは微妙なところで、「それでもやりなさい」と知事が腹をくくれるかどうかで違ってくる。地元の市町村長に話をしないで、例えば小学生の感染者が出た場合、小中学校の管理者は市長なので、その市長が把握していないということでは、いったい何をやっているのだということになる。これは相当私も頭から湯気を出しながら意見を言っているが、現時点では最終的には知事の判断ということになる。

○ 中等症以上に関してはやはり医師に対応をお願いせざるを得ないと思うが、軽症あるいは無症状患者をどう発見し、対応すべきかにポイントがあると思う。

感染拡大当初、無症状者が感染を拡大させるので、PCR検査を無料で広くやるべきでないかという議論があった。それがどうなのかを含めて、軽症・無症状者への対応がポイントになるのではないかと。

○ 市民のコロナに対する関心は大変高い。ワクチン接種についても、どこまで子供たちに接種を進めていくべきか、当事者である子供たちの保護者の中では様々な議論がある。コロナ対策に関する会

議の中でも、接種の案内や市長のメッセージ等について議論が交わされている。

また、3回目の接種やオミクロン株についての心配があることから、地元医師会並びに当市にある大きな総合病院と連携して、接種体制の整備をしっかりと進めなければならないと思っている。

○ 昨秋までにワクチン接種も何とか順調に進み、感染者も3か月近くいなくて何よりと思っていたが、今度はオミクロン株の感染がこのところ急速に拡大している。そうした中でこれからの対策をどうすべきかと考えている。

2回目までの接種については、高齢者をはじめとしてワクチン接種の電話予約に大変苦労された市民が多かったため、急遽、ワクチン接種の予約のお助け隊をつくり、スマホでの予約のサポートをした。その結果、現在は12歳以上の対象者の86.4%までに2回接種が完了している。

3回目の接種については、65歳以上に対して、2月1日からワクチン接種を進める。これまでを振り返ると、国からの正確な情報がなかなか速やかに届かなかった。特にワクチンがいつ、どれくらい届くかが不明だったこともあり、接種体制の確立に非常に困った。ワクチンがいつ、どれくらい、どの種類のワクチンが届くかという情報を、国はしっかりと基礎的自治体に届けてもらいたい。それがないと接種体制がつかれない。

○ 2年前は、市内でコロナ患者が出ると「あその誰々さんがコロナになった」などと噂になった。それが現在ではコロナにかかっても、そんなに噂にならなくなるなど、市民感情はかなり変わってきた。その一方で、マスコミのコロナに関する報道は、少し過敏なも

の多いように感じる。

感染拡大の初期には、放課後児童クラブを運営する中でいわゆる「コロナハラスメント」が発生した。これはいけないということで人権擁護条例も制定したが、その頃には市民に非常に不安を与えるようなことが巷では起こっていた。それから2年過ぎて、市民の思いとマスコミの報道の仕方は少し違ってきているが、あと半年もすればかなり収まってくるのではないか。

また、ワクチン接種については、開業医と厚生連の病院の協力のもと順調に進んだ。病院のある規模の小さい基礎自治体として医師の確保が重要な課題ではあるが、ワクチン接種については大いに協力していただけたと実感している。

○ 一般的にコロナ対策というと、ワクチン接種や入院患者の収容など医療が中核になる。そのため、自治体行政としては間接的な支援・関わりが多くはなると思うが、消防本部を自前で持っている、患者の救急搬送、そして本来的には消防業務ではないが、病院からの移送・転送も消防本部の方でやらざるを得ない。

本市は290床の市立病院を持っており、当初から帰国者・接触者外来、そしてPCR検査センターを設置していた。また、この市立病院は感染症の指定医療機関ではないが、東京都・保健所からの要請で、やむを得ず1病棟を潰してコロナ患者の収容も行っていた。そのため、患者情報をはじめ医療関係の情報は比較的入ってくる。それでも、保健所からの情報提供は現在でもあまり密にはできておらず、伊豆市長の指摘されたように情報連携や危機管理は課題である。

目下のところは3回目のワクチン接種が課題である。喉元過ぎれば熱さを忘れるではないが、法律改正をしなければ対応できないようなことを含めて、これまでの課題・反省点を整理しなければならな

いと思う。私は本来であれば憲法改正をして緊急事態条項を持つべきだと思っている。

今回、ワクチン接種やPCRセンターなど、地元医師会の開業医にいろいろなことを協力依頼したが、どうしても一般の市民も地元医師会も「市立病院があるのだからそこでやったらよい」という反応が多い。例えば、PCR検査については開業医の設備では十分な感染対策ができないので「市立病院で全部やればよい」という意見があった。ワクチン接種についても、接種数からして地元医師会の協力を得なければできないわけだが、やはり「市立病院でやればよいのではないか」という意見があった。このように、市立病院に依存する傾向が非常に強いため、地元医師会に協力をお願いするのに大変手間取った。

医師会の理事会等に出向いてはお願いをしてきたが、市長の権限だけでは限界がある。こうした非常事態においては、医療関係者を動員できるなどの危機管理法制による制度がないと、検査やワクチン接種などに十分対応できないのではないかと思う。危機管理の法制度整備が今後のアフターコロナでの国を挙げての課題になるのではないか。

○ 一番苦勞したのは自前の保健所を持っていないということである。都道府県がいかかにリーダーシップと緊張感を持って対応できるかが重要となる。

東京都の場合は特殊で、特別区には全区に保健所がある。例えば千代田区などは、人口は6万人ぐらいでも保健所が1つある。一方、三多摩地域には5つの保健所があるが、多摩府中保健所の所管地域は、5自治体で人口が合計約100万人いる。それでも保健所は1つだけである。

東京都の場合は情報がしっかり伝わらず、先ほど丸山前市長の話にもあったように、昨年9月の段階でようやく各自治体に情報が提供されるようになった。これは、隣県では当初からできていたことである。例えば、入院か自宅療養かという感染者の情報は多くの自治体では提供されていると思う。しかし、特に感染拡大初期の頃は、市民も恐怖感が結構あったため、どこに誰がどういう形で感染者がいるのか知りたいという声に対して、首都圏や近畿圏など感染者数が非常に多い地域の各自治体の首長は本当に大変だった。議会でも追及の嵐に相当遭った。ただ、やはり個人情報保護の壁や、これは東京都の特殊性であるが、都や保健所が逐次あるいはある程度まとまった段階できちんと情報を伝えるという努力が不十分であったように思う。

最終的に保健所のない自治体は、情報提供してもらうために都に対して同意書を提出することとなった。私は、これは本当に何なのかと思う。都道府県と市区町村は対等でないのか、このような一種の「災害」と一緒に闘う仲間ではないのかと思う。この辺は、法律上の問題というよりは、都道府県知事と基礎自治体の長との間でタッグを組むことによってしっかり乗り越えられると思う。個人情報の壁によって、例えば自宅療養者がどこにいるのか分からないということでは、命を救うことができない。保健所と一緒に連携することが改めて必要だと思う。

ただ、保健所は決して悪いわけではない。南多摩保健所に保健師が25人いるが、そのうち感染症対策担当の保健師はこのコロナ禍前までは3人だった。その3人の仕事は御存じのとおり結核とエイズが中心である。そのため、私には、今回のようなパンデミックのときに保健所の保健師だけに任せるということ自体、そもそも無理なのではないかと思う。単に保健所だけに任せるのではなく、どういう感

染症が出てくるか分からないが、今回の新型コロナは、二類同等のSARSやMERSと比べれば致死率の高いものではなかったもので、本来は特別立法で対応すべきものだったのではないかとも思う。

これから先、オミクロン株の感染の推移や、さらに地球温暖化によって想定外の感染症も出てくると思うので、そうしたときに後手に回らないように、国には地方分権の下で自治体の長の声をしっかり聞いた上で、対応をしてもらいたい。

○ 当市は、ワクチン接種を手がけたのは早かった。昨年初めからワクチン接種体制を組んでおり、ワクチンが来るのを今か今かと待っていた。民間事業者を確保し、市役所敷地内にプレハブを設置して集団接種会場を設け、いつでもワクチンを打てる体制をつくった。しかし、ワクチンが確保されず、結局は3月から始められる体制があったのに5月からしか接種が始められなかった。

これらについては、市民と市役所では認識のギャップがあり、市民は市が何でもしてくれるだろうという感覚を持っていた。しかし実際には、ワクチンの供給については国が発表し、都が発表した上で我々の確保量が決まって予約枠がつくれるという具合に、段階を経ていかなければならない。そのため、その間の市民からの問い合わせ対応のために接種予約のコールセンターとは別にコールセンターを設けなければならなかったほどであった。なお、自宅療養者が増えてきてからは、市内の保健師を集めて自宅療養者からの問い合わせに対応できる体制もつくっている。

多摩立川保健所は1か所で6市60～70万人を担当しており、ぎりぎりの状態である。当市の自宅療養者が200人を超えた第5波のピークの頃には、もう保健所では対応できない、また東京都も対応できない中で、4～5日間、自宅療養者に食料が供給されないような状況に

あった。これはまずいということで、しかし情報はないため、療養者から電話をもらって食料を届けた。このように対応が後手に回ってしまい、我々自治体としては非常に危機意識があったのに十分な対応ができず、非常に悔しい思いをした。

また、準エッセンシャルワーカーである職員を守らなければならないという課題もあった。ワクチン接種の初期の頃には、「職員を先に接種させる＝市民を後回しにする」というマスコミの論調も一部にあり、非常に悩んだ。そこで、接種会場における当日キャンセルにより発生するワクチンの廃棄防止対策として、接種を希望する職員をあらかじめ登録して、当日キャンセルが出たときに接種をさせて職員を守った。

当市には中核病院がないが、隣市に大規模な医療機関がある。そこで、医療圏を越えて近隣4市、また医師会とも協議して、その医療機関でPCR検査を行えるようにするなど、独自の対応もとった。

3回目のワクチン接種に関して、モデルナの副作用に対する懸念から、モデルナの接種を希望する市民住民が非常に少ない。国は3回目接種に当たって、もう少しモデルナの安全性を周知してほしい。

VRSの入力も、各医師会では非常に大変だったようである。それによってワクチンの供給量がまた決められるということで、早く接種を進めたいが、VRSの入力もしなければならないということで、その辺も課題だったと思う。

○ 当市を含む2次医療圏の人口は約25万で、基幹病院が1か所あり、そこで主にコロナ対応病床を確保している。先ほどの話では、人口10万に対して38床ということだが、我々の2次医療圏では25万人に対して34床しかない。昨年8月の第2波では、第5波のときに入院して治療を受けられた人の2倍の自宅療養者が生じた。幸いにも首都圏ほど

大変ではなかったとは思いますが、十分な医療がきちんと受けられたかという点、そうではなかっただろう。

これから感染者の絶対数が増えると、軽症者や無症状者が増えるので宿泊施設などが役割を増してくるが、重症者も増えるので医療が必要な人も増える。そのため、各都道府県の目標病床数を国が示さないと、都道府県の中にはそれが分からないところもあるのではないかと思う。例えば、和歌山県では総病床数9千数百に対して6%のコロナ対応病床を確保していたのに対し、山形県では同じく9千数百床に対して3%くらいしか確保していなかった。これはやむを得ないのかもしれないが、あまりにも都道府県で対応が違い過ぎる。厚生労働省が目標値を示し、各都道府県が足並みをそろえて国民が等しく医療を受けられる環境を整えることはできるのではないか。県は「これ以上コロナ対応病床は増やせない」といつも言い訳をするが、もう少しやりようがあるのではないかと思う。

感染者情報の公表について、各都道府県により公表の基準が違うようである。東北では、青森、岩手、秋田の3県は保健所単位でしか公表しないが、南の3県では市町村別の感染者数を公表している。ここまで都道府県によって対応が違っていると、「日本は連邦制だったか?」と思ってしまう。日本国民が等しく同じようなデータに基づいて、必要な医療や情報を共有できるような体制が必要ではないか。

○ 3つ指摘したい。1つ目は、3回目のワクチン接種に関して、どのワクチンがどれだけの量、いつどこに届くのか、これを正確に市長に教えてほしい、ということである。

2つ目は、国の情報はワンボイスで。いろいろな人がいろいろなことを言うのではなくて、この人が言った情報をしっかり聞くというようにする、ということである。

3つ目は、市長は「スーパーウルトラエッセンシャルワーカー」だということである。というのも、そのまちを救う決断をして、指示を出して、チームを動かしていく総大将が市長だからである。したがって、今回は無理だったが、今後パンデミックがあったときに一番にワクチンを接種するうちの一人は、市長であるべきであろう。

市職員のワクチン接種について、当市では議会の承認をもらった。幹部級、ごみ収集、学校給食、幼稚園の先生、保育園の先生、消防職員などへの接種について、何の指示も国は出していない。しかし、市民の暮らしや安全をつかさどるスーパーエッセンシャルワーカーは市役所にいるし、現地にいる。今回はこういうことを完全に見落としてしまっていた。ぜひとも、まちを守る総本部は市役所だという意識で、全国市長会としての共同声明を出したり、国といろいろな意見交換を行ったりしてもらいたい。

○丸山コーディネーター 前回の会議でも「市長はスーパーエッセンシャルワーカーとして、リーダーシップを持って、職員の先頭に立って」という発言があったと聞いている。まさに市長はそれぞれそういう立場にあるのだと思う。

各市長の話をついた中で、共有できそうなところは、ワクチンの供給、接種、スケジューリング、そしてそれに対する体制づくりである。

今日出席の市長の中には、保健所を持っている市長、市立病院を持っている市長、つまりその経営管理者でもある立場の市長もいる。

実は、国が医療法、医制をつくってから、医療計画を立ち上げて、1985（昭和60）年に、医師の地域偏在に対して、良質な医療を継続的にするために医師という資源を今後どう配分すればよいのかということから、2次医療圏という概念をそこに入れた。そのときは、ま

だ特定の疾病に対する都道府県ごとの計画は、国も示しておらず、東京都も持っていなかった。

いわゆる4疾病として脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、がんがある。その4疾病に、精神疾病を追加したものが、現在は「5疾病」と言われている。これに対して、救急医療、一東京都も1,100キロ離れた小笠原諸島を持っているが一僻地医療、小児医療、災害医療、周産期医療を「5事業」として組み立てて、そこに在宅医療と今回「新興感染症等の感染拡大時における医療」が加わった。そして、そこに予算を投じるという形で、ベースは2次医療圏で完結できるようなモデリングをした。しかし、現実の医療供給体制としては、フリーアクセスで自由開業制である。全国の病院の約8割は私立病院である。

かつては、県に1つ、その中の各市町村に1つ、中核病院をつかっていって、開業医とそうした病院が連携を取りながら、総合的に調整するということを計画した時期があった。けれども、それには予算がつかなかった。結局は、昭和40年代の後半頃から、民間医療機関への近代化補助を通じて診療所を病院にすることを支援して、今の医療提供体制が構築された。

今回のコロナ対応に際して、そうした医療機関に対する強制力はもちろんない。都内には13の大学病院があり、640ぐらいの病院があるが、それらに対してできるのは「協力要請」である。現在は、協力要請のいわば代償として協力金もしくは包括補助金を1床1,950万円（※重症者病床について（従前は1,500万円））まで出して対応している。

最終的には、第8次医療計画が2026年にスタートするため、おそらくは2022（令和4）年の末には、ある程度2次医療圏単位での病床数が出てくるのではないかと思う。また、県境にある病院について両県で調整をするなど、幾つかの協議事項を設けながら、地域医療構

想を進め、そして、新しい働き方についても2026年から取組みをスタートさせるということである。もちろん立谷会長は、この地域医療構想に本当に腐心されている。

他方、「医者を増やせばよいではないか」ということに関しては、国は、おそらくその方向に舵を切ることではないのではないかと考える。大学を新設するのではなく、各大学の地域枠を増やして、その代わりに卒業後にその地域に還元するという形で自治体支援、医師の偏在是正を図るのではないかという気がする。しかし、増やすのか減らすのかという議論は、アメリカでもそうであるが、非常に難しい問題である。

何を言いたいかというと、医療政策そのものが、まさに医療経済学や、医療経営学、医療社会学、医療倫理学、政治などに関わりがあるテーマだろう。また、こうしたアジェンダをステークホルダーである誰と最終的に調整すればよいかということや、それぞれの市長が自分のアジェンダをどうしたら予算をつけられて施策に入れられるかということは、医療政策のみならず出てくるテーマだと思う。

そうした中で、今回はコロナがまさにキーワードではないかと思う。昔、キングドンという学者が述べていた。彼が言うには、1つのテーマがあるのだと。それをアジェンダにする。アジェンダにすら乗らないようなことは幾らでもある。しかし、アジェンダに乗せるそのプロセスこそが政治なのだ。

そして、そのとき、政治の窓は完全に開いている。現在、コロナ対応ということでは様々な生活支援や協力金などが出ている。それを、次の時代のまちづくりに種をまくことにつながるようにしていただければよいと思う。

保健所問題にしても、医師不足の問題にしても、現状の認識は共有できるが、全国市長会全体で議論して方向性を決めるということ

では、なかなか前に進まない。最終的には、やはり立谷市長のリーダーシップで全国市長会として物申すということになるため、それには、今回もこのことに関して十分に情報を共有していただきながら攻めていただければと思う。

やはり現場を持っていると、現場の声を聞かなくてはならないというかなり強い意識を持つ。それから、ワン・アテンション・サイクルは、物事は喉元過ぎると大体忘れていくため、喉元過ぎる前にいわゆるアジェンダをつくり、それに対するコストがどうなのかという議論のタイミングでストーンと実現していくので、その辺のタイミングで行うのが良い。市長さん方がそれぞれ現在持っている考えを、どのタイミングで実施するかということは、周期やサイクルというものが必ずあると思う。

2009（平成21）年に母子のたらい回し事件が起きた。最終的には都内で4つの病院が、脳外科、心臓外科、もちろん産婦人科、内科、全てそろえたが、喉元を過ぎると、本当にお金も人もモノもつかなくなってしまう。

逆にいうと、現在のコロナ禍は、そのアジェンダを次の時代に種をまくことにつなげるちょうどよいタイミングだと思う。そういうことでは、それぞれのアジェンダを、これからも前に進めていけるように、そして、またそれをこの「市長の会」でこのように自由闊達に議論してもらいたい。

ただ、個人情報に関しては法律があり、いわゆる公益性を優先するのか、それとも個人情報保護という人権を優先するのかという、このバランスは非常に難しい。おそらく自治体によっても状況は様々なので、全国一律の基準でということは、なかなか難しい面もあるのではないかという気がする。

○相馬市長 私は、全国市長会会長という国にももの申す立場として私の知り得ていることと、今日の議論を踏まえてこれからどうすべきかについて述べたい。

次回の全国市長会の理事・評議員合同会議で、こんな話も皆さんから出していただければありがたい。まず、伊豆市長から、ワクチンの今後の供給計画が分からず、これを明確にしてもらわなければ困るという指摘があった。全くそのとおりでと思う。

それから、モデルナの希望者が少ない。これについては、当市のやり方を参考として全国市長会のホームページにアップする。総理が12月17日に医療関係者は先行接種してもよいと表明したので、テレビ局を呼んで、私は12月18日に接種した。右手に交互接種の方が効果的だと書いてある論文を、左手にモデルナの注射器を持って、「これを見ろ、今回は半分でいいのだぞ」というように、接種される様子を福島県内で報道してもらった。その結果、当市ではモデルナ希望者が35%にまで増えた。

それでもまだ足りないことは分かっていたので、はがきで「モデルナを希望しますか、ファイザーを希望しますか」と意向を調査した。そしてその次の欄に「1ヶ月以上待つ見込みであれば希望とは別のワクチンでもよい」というチェック欄を設けた。その結果、待つのであれば別のワクチンでもよいという選択肢を選んだ人が、全体の53%いた。全体の配分量からいうと、モデルナ対ファイザーは1対3でファイザーが多かったが、どちらでもよい人が53%だったため、この課題をクリアできた。

人口が25万いるのにコロナ対応病床が34床しかない、相馬地方は10万人に対してそんなにあるのかとの発言もあった。しかし、実は人口10万に対して、公立相馬病院と南相馬市立病院に10床ずつしかない。それでは、どうして38人も入るのかといえ、これは相馬市

長の「ごり押し」である。

これは、そのことが大事なことなのではなく、要するに、同一県内で融通し合わなければならないということである。同一地方だけで完結することは難しい。そこで、例えば郡山市で感染者が急増したときに相馬市で受け入れを行った、相馬市でベッドが不足したときは福島市に対応してもらった、というように、同県内で融通し合うシステムを、福島県では私と福島医大の学長が協力してつくり、それでコントロールしている。

そうしたことはまずは県内できちんとやるべきことなので、「〇〇地方で何床」というのではなく、「県全体で何床」と融通することを考えていくべきだと思う。そうしたことは皆さんもどンドン県に提言してもらいたい。

「国からの情報はワンボイスで」ということは大事なことだと思う。しかし、残念ながら現実には、2千数百通を超える国の通知書がある。あれを全部読むのは大変だが、読まなければならない。国は、微妙な表現の通知書でいろいろ言ってくる。けれども、それを読み込む必要がある。そのため、これは頑張って読むしかない。国も事態の推移によって言うことが変わるため、私は例えば国のワクチン担当者と定期的に会議している。

エッセンシャルワーカーの問題については、市長が率先して接種してしまえばいいのではないかと思う。

子供の接種については、こうやっているという事例を全国市長会のホームページでアップしたい。事例があるならやみくもにやって失敗する必要はない。勇気ある市長たちが既にやっているので、そういう事例を活用してうまくいくようにやりたいと思う。国は典型的な事例は出さないため、我々都市自治体の事例を共有するとよいと思う。もちろん、地域によって状況も違うため、「これが一番よ

い」というものは、なかなかないと思う。複数の事例を見た上で、自分たちの市に最も合った方法を選択するということになるかどうかと思う。

○京丹後市長 交互相種のリスクを懸念する住民も多い。そのため、もっと国が「大丈夫だ」ということをPRしてほしい。当市では、高齢者に対しては指定方式をとっているが、要はワクチンの種類を選択できなくても大丈夫だと伝えてほしい。

○相馬市長 全国市長会のホームページにも私が接種している姿を掲載している。市長はPPM（ファイザー（Pfizer）、ファイザー（Pfizer）、モデルナ（Moderna））でやってもらいたいと思う。

交互相種の方が効果的だという論文はたくさん出ている。ただ、厚生労働省でも情報を出しているが、明確には書いていない。もっと明確に書いてほしいと思うが、厚生労働省のペーパーには、交互相種の方が、抗体が上がるとまでは書いておらず、交互相種でも良いのだというような書き方しかしていない。

やはり市民はリスクも含めてどうしても、少しでも損したくないという気持ちが強い。私も、交互相種について書いている学者に多く情報を出してもらうようお願いしたい。

○多治見市長 コロナ禍で、リアルで開催できたこと、それも遠方から来ていただいた市長の皆さん、本当に感謝申し上げたい。

立谷会長は「全国市長会は日本最大の政策集団」だとよく言われるが、同時に私たちは日本最大のプレーヤー集団でもある。政策を議論し、しかも能書きを言うのではなく、乗るか反るかの判断をいつも求められる。そうした判断をした後、それを実行、実践してい

くプレイヤーでもある。このことを絶対に私たちは忘れないようにしたい。そして、丸山先生が言われたように、コロナを次の時代につなげる一つのきっかけとして、日本最大の政策集団、そして、日本最大の市民を幸せにするプレイヤーとしての市長の役目を果たしていきたい。

全国市長会は少々規模が大きな組織なので、なかなか時間をかけてコアな話はできない。参加された皆さんが今回経験されたように、この「都市の未来を語る市長の会」では非常に突っ込んだ話ができる。このあと、皆さんで名刺を交換していただき、重要な政策は共有し合う、「いい政策はパクリ」ということが、この「都市の未来を語る市長の会」の一番重要なところである。

力を合わせてコロナにしっかり対応していく。2022年もこんな年にしてまいりたい。

「国のかたちとコミュニティを考える市長の会」開催状況

回数	開催日	テーマ
第1回	2005年10月31日	国・都道府県・市町村の新しい関係を目指して 地域主権の確立とコミュニティ
第2回	2006年6月2日	コミュニティとの協働 人口減少時代の都市経営
第3回	2006年10月30日	簡素で効率的な行政運営の実現 職員の人事管理・人材育成
第4回	2007年8月28日	これからの自治体運営
第5回	2008年7月31日	基礎自治体のあり方 都市の環境政策
第6回	2008年11月18日	住民行政の対話のあり方 都市と過疎問題
第7回	2009年7月31日	基礎自治体の役割 職員の人事課題
第8回	2009年11月6日	地域医療の確保 長と議会のあり方
第9回	2010年8月2日	地域主権改革 効率的な行政運営
第10回	2010年11月9日	高齢者福祉のあり方 コミュニティの活性化
第11回	2011年5月12日	コミュニティの再生
第12回	2011年10月25日	災害時における都市同士の相互扶助
第13回	2012年4月24日	政策法務
第14回	2012年11月13日	二代表制 広域的実施体制（国の出先機関改革）
第15回	2013年6月7日	子育て支援・少子化対策
第16回	2013年11月7日	生活困窮者支援と都市自治体の役割

回数	開催日	テーマ
第17回	2014年6月5日	社会保障・税番号制度（マイナンバー）
第18回	2014年11月11日	自治体広報
第19回	2015年6月1日	社会保障と受益者負担
第20回	2015年11月30日	広域連携

「都市の未来を語る市長の会」開催状況

回数	開催日	テーマ
第1回	2016年6月22日	地域包括ケアシステム
第2回	2016年11月24日	観光立国 —国際スポーツイベント開催を見据えて—
第3回	2017年7月5日	超高齢社会のまちづくり —健康・社会参加・交通をキーワードに—
第4回	2017年11月29日	所有者不明の土地・空き家への対応策
第5回	2018年6月25日	人工知能を活用した窓口業務の効率化
第6回	2018年11月5日	憲法改正論議と都市自治体
第7回	2019年7月1日	交通弱者対策（住民の移動手段の確保）
第8回	2019年10月28日	SDGs への取り組み ～プラスチックごみ問題～
第9回	2020年9月10日	風水害と都市自治体（準備と避難）
第10回	2021年7月28日	新型コロナウイルス感染症と都市自治体
第11回	2022年1月12日	新型コロナウイルス感染症と都市自治体 —行政・保健所・医療機関の連携を考える—

都市の未来を語る市長の会（2021年度後期）
《新型コロナウイルス感染症と都市自治体
—行政・保健所・医療機関の連携を考える—》

2022年3月発行

編集・発行

公益財団法人日本都市センター

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1

TEL 03 (5216) 8771

E-Mail labo@toshi.or.jp

URL <https://www.toshi.or.jp>

無断転載、複製および準訳載を禁止します。引用の際は本書（稿）が出典であることを必ず明記してください。

This book is copyrighted and may not be copied or duplicated in any manner including printed or electronic media, regardless of whether for a fee or gratis without the prior written permission of the authors and Japan Municipal Research Center. Any quotation from this book requires indication of the source.