

『住民と自治』(通巻694号)2月号付録 2021年2月1日発行 自治体研究社

# とちぎの地域と自治

とちぎ地域・自治研究所 所報 第217号

〒3210218 壬生町落合 1-15-5 ポラノ・どんぶり103号 TEL/FAX 0282(83)5060

メール: support@tochigi-jichiken.jp ホームページ: <https://tochigi-jichiken.jp>

郵便振替 00170-7-251641 とちぎ地域・自治研究所

○ 国民のいのちと暮らしを守れ 太田 正 ----- 1

## 国民のいのちと暮らしを守れ 第3波パンデミックの中で迎えた2021年の年頭にあって

とちぎ地域・自治研究所 理事長 太田 正

第3波のパンデミックによる再度の緊急事態宣言が発令された中で迎えた新年となりました。事態が事態ですので型どおりの新年の挨拶は割愛させていただきます。

新年早々の13日、栃木県四師会協議会が開いた記者会見において、県医師会の稲野会長は「医療崩壊はすでに始まっていると言わざるを得ない。」と述べ、逼迫する医療現場の危機感をあらわにしました。これに先立つ6日、日本医師会の中川会長も記者会見を開き、同様に「現実には既に医療崩壊である」としたうえで、「このままでは医療崩壊から医療壊滅になってしまう」とする深刻な状況にあることが訴えられました。その際、「医療崩壊」とは「必要な時に、適切な医療を提供できない。適切な医療を受けられない」状態をいい、「医療壊滅」は「必要な時に、医療自体を提供できない。医療自体を受けられない」ことであると説明されました。すなわち、「医療自体を提供できない、受けられない」とは、救急車で

病院に搬送されても受け付けてもらえないことを意味し、あるいはトリアージ（優先順位）による命の選別が行われ治療の対象から外されることを意味します。

県の発表（1月22日現在）によれば、全体の警戒レベルは最も厳しい「特定警戒レベル」に設定されており、とくに「病床稼働率」が56.1%（「重症病床稼働率」は43.5%）であるとともに、「確保病床数・宿泊療養室数に対する療養者数の割合」が166.3%となっています。このことは、多くの患者が入院できずに自宅等で調整待機していることを示唆していますが、全国ではその間に死亡するケースが相次いでいます。また、例年を上回る変死者数が確認されており死後に陽性が判明した例が数多く見られるほか、コロナ対応により通常の医療が制約されたことによるコロナ関連死ともいえるケースもあるといわれています。こうした事例を含めれば犠牲者数は公表の数字を上回ることは間違いありません。世界に

誇る皆保険制度を有し医療水準も高いはずなのに、どうしてこのようなことになったのでしょうか。

そこには医療費削減を優先して、医師等の医療スタッフの抑制と病床（とくにコロナ患者を受け入れる急性期病床）の削減が継続的に進められてきたとともに、医療（治療）の前に病気にならないようにする予防としての公衆衛生（保健所）に対する軽視とリストラが行われてきたことがあります。こうして、もともと平時の保健・医療体制が脆弱であったうえに、十分な時間的な余裕と専門家の指摘があったにも拘らず、オリンピックやGo To 事業に固執して機敏な対応ができず、必要な態勢の整備もなされないまま、医療に対して一気に過大な負担を強いたことが今日の事態を招いたといわねばなりません。その意味で起こる

べくして起きた“人災”の意味合いが大きいといえます。

これまで日本は、海外とくに欧米と比較して死亡者数が少ないという特徴が見られ、山中伸弥京都大学教授によって“ファクターX”と呼ばれてきました。これについて山中教授は、昨年12月1日に自らのHPにおいて、「ファクターXが何か、に加えて、今後もファクターXが続くか？は今後を予測するうえで極めて重要」としたうえで、ファクターXと考えられる候補の多くは、下図に示されるように、「第1波、第2波の時に比べて、減弱する可能性があります。」と述べています。そして、「アクセルを外すだけではなく、しっかりブレーキを踏まないと、医療が限界に近づいています。」とすでに警鐘が鳴らされていました。

Factor X 候補、及び感染制御に影響を及ぼす因子の経時変化予測

Factor Xの候補	コロナ禍初期からの変化	理由
マスク等基本的感染対策	→～↗	初期は多くの科学者がマスクを推奨せず
国民の行動自粛	↘	Go To政策等により人出が増加 コロナ慣れも広がる
遺伝的差異	→	重症化と相関する遺伝子座がいくつか報告されている
交差免疫	→～↘	他のウイルス等との交差免疫は、経時的に減弱する可能性あり
クラスター重視の対策	↘	クラスター多発で、対応に限界

その他の要因	コロナ禍初期からの変化	理由
気候	↓	1月、2月の厳冬期に感染のピークを迎える可能性大きい
検査能力	→	当初よりは増強するも、増大する有症状者、濃厚接触者等に比して不十分
医療体制	→～↘	病床数増加も、医師、看護師等の疲弊は限界に近い
治療法	↗	ステロイド剤などにより重症化率が低下
ワクチン	→～↗	海外で承認近い。しかし日本のこの冬はワクチン無しで乗り切る必要あり

『山中伸弥による新型コロナウイルス情報発信』

(<https://www.covid19-yamanaka.com/cont11/main.html>)

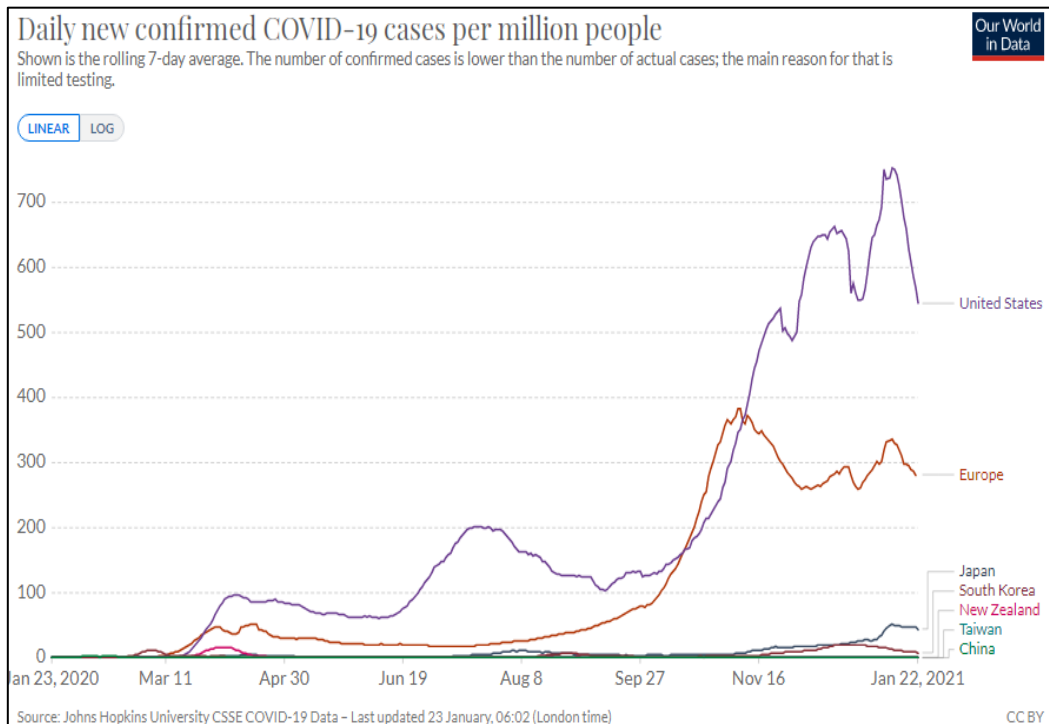
現時点において日本のコロナ対策は、少なくとも新規の感染者と死亡者の増加を限りなくゼロに維持するという点において、明らかに失敗しているといわねばなりません。その点では、アメリカやヨーロッパ、ブラジルなども「失敗」または「成功」にはほど遠い状況にあるといえますが、「成功」していると評価される国も存在しています。何が「失敗」と「成功」を分けたのか、また、そうした「成功」という結果だけではなく、それがどのような方法によって実現されたのか、「成功」と引き換えに失ったもの、奪われたものが存在しないか、について多面的な分析と評価を行い、とくに泥縄的に進められようとしている感染症法・特

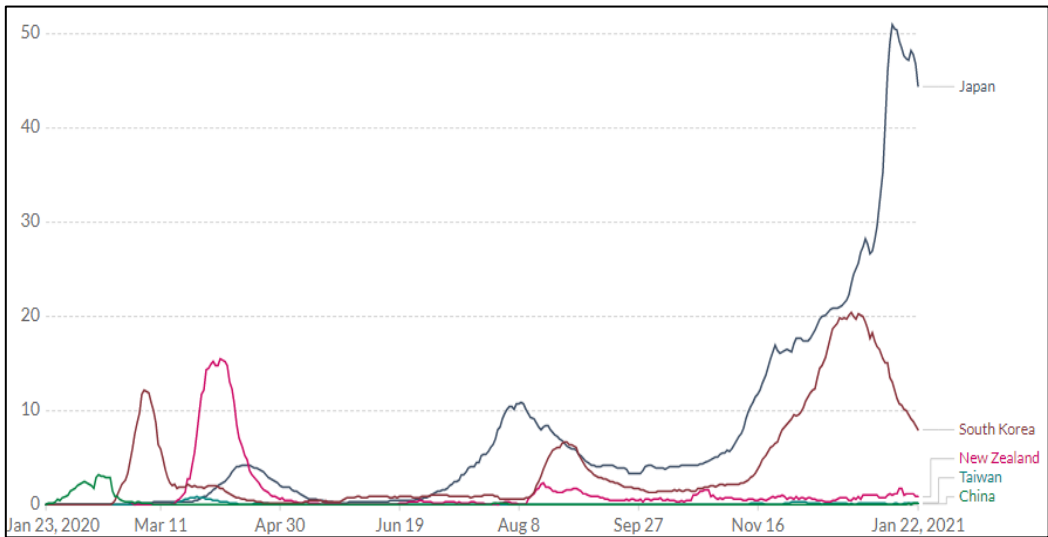
措法の改正に対する適切な判断基準を身につける必要があると思います。

そこで、まず事実をデータとして確認することにします。具体的には、①新規感染者数の推移（人口100万人あたりの7日間平均）、②新規死者数の推移（人口100万人あたりの7日間平均）、③検査実施数（人口千人あたりの7日間平均）、④コロナ対策の動向です。対象国は、「成功」と評価されているニュージーランド、台湾、中国の3カ国、「失敗」のアメリカ、ヨーロッパ、その中間に位置すると考えられる韓国です。

いずれも、Our World in Data (<https://ourworldindata.org/covid-cases>) からの引用です。

### (1) 新規感染者数の推移（人口100万人あたりの7日間平均）

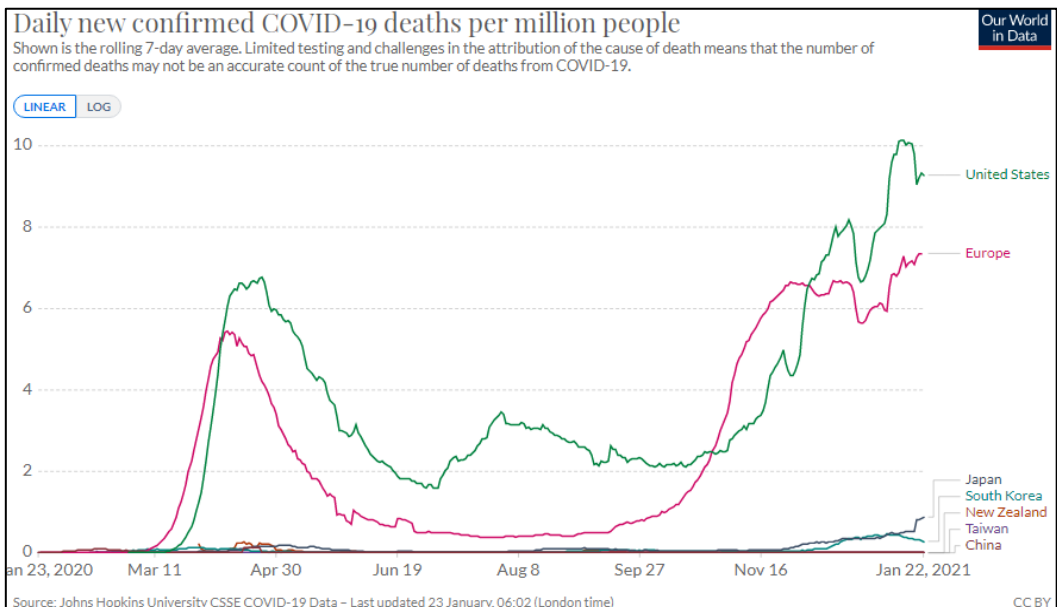


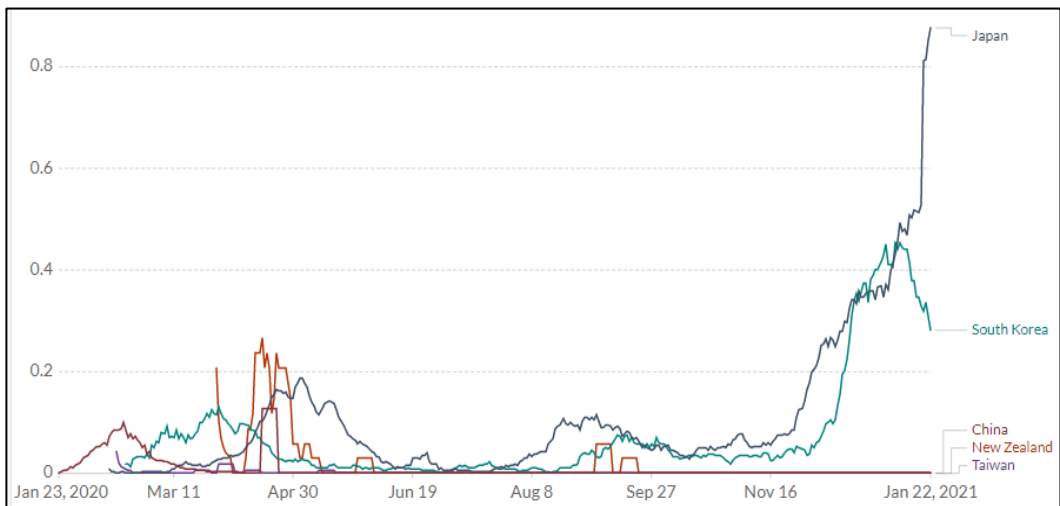


2021/01/21 現在における人口 100 万人あたりの 7 日間平均新規感染者数は、アメリカ 544.96 人、ヨーロッパ 281.54 人に対し、日本 44.3 人、韓国 8.0 人、ニュージーランド 0.89 人、台湾 0.23 人、中国 0.13 人であり、アメリカは日本の 12.3 倍、韓国の 68 倍、台湾の 2369 倍です。欧米の新規感染者数がいかに膨大なのかがわかります。このように新規感染者数の規模が大きく異なる

ため、アメリカとヨーロッパを外してグラフ化したものが次の図です。そうすると日本と韓国の感染者数が目立ち、昨年 12/24 までは似たような動きをしていたものの、それ以降は韓国が沈静化する一方で日本は急増していることが示されています。それは、後で確認しますが韓国が検査数を一挙に増やして押え込みを図った結果といえます。

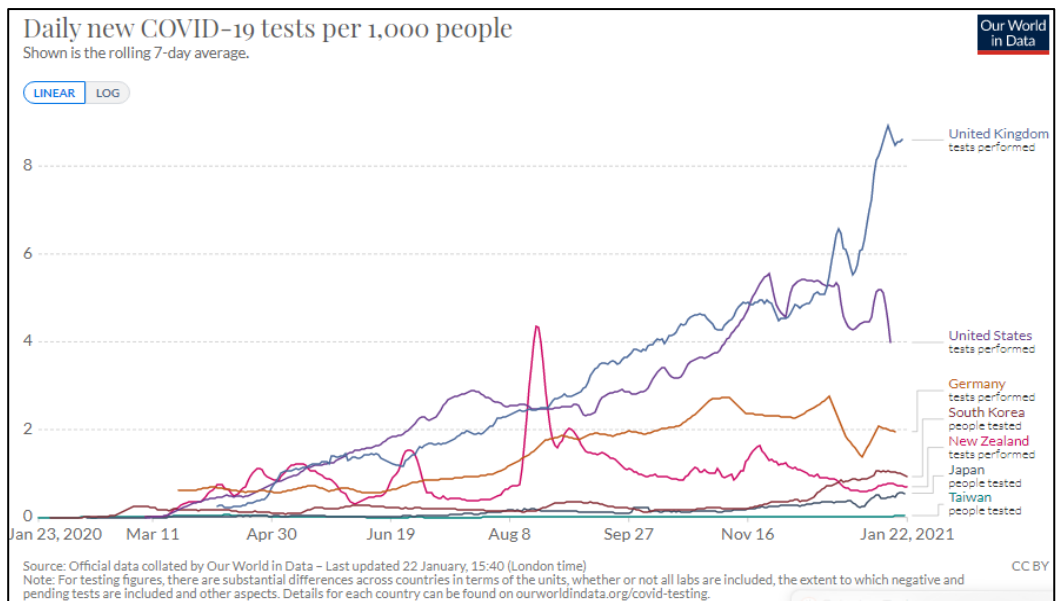
## (2) 新規死亡者数の推移 (人口 100 万人あたりの 7 日間平均)

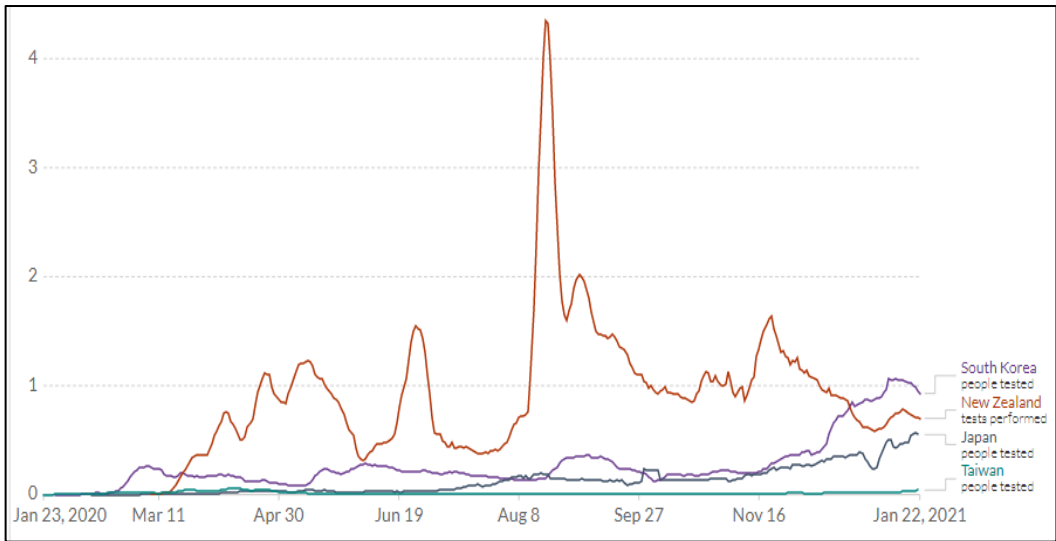




このグラフは、人口 100 万人あたりの 7 日間平均で見た新規感染者数と類似した動きが見られますが、感染者数の動向が約 2 週間後に死亡者数に反映されることが示されています。日本が 01/22 時点でピークアウトしていない点が気になりますが、第一義的にはとにかく新規感染者数を減らすことに尽きます。そのためにはどのような方法や手段が有効なのか、科学的根拠と見通しに基づいた戦略的な取り組みが求められます。

### (3) 検査実施数（人口千人あたりの 7 日間平均）

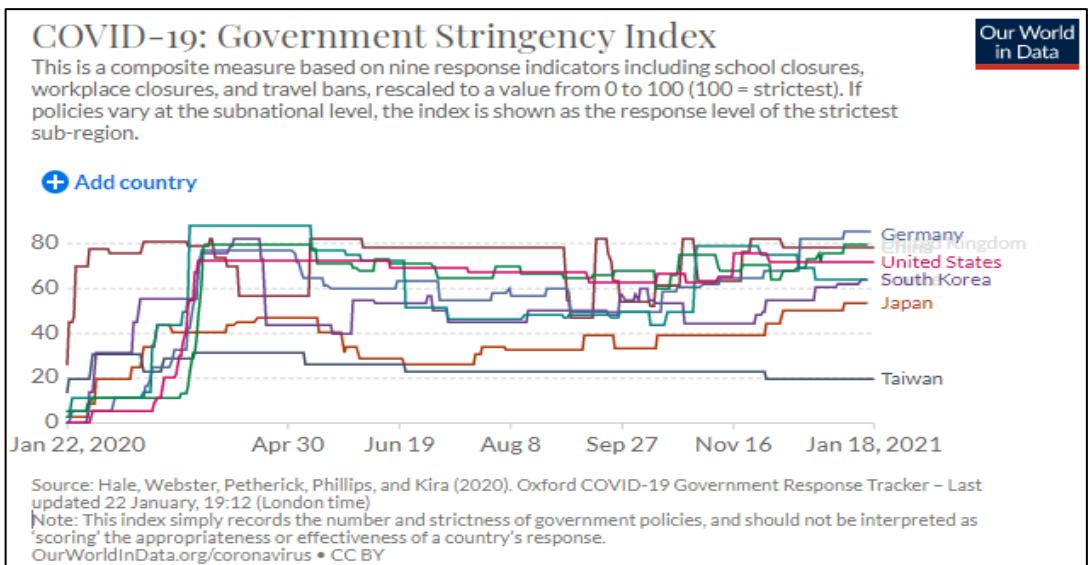


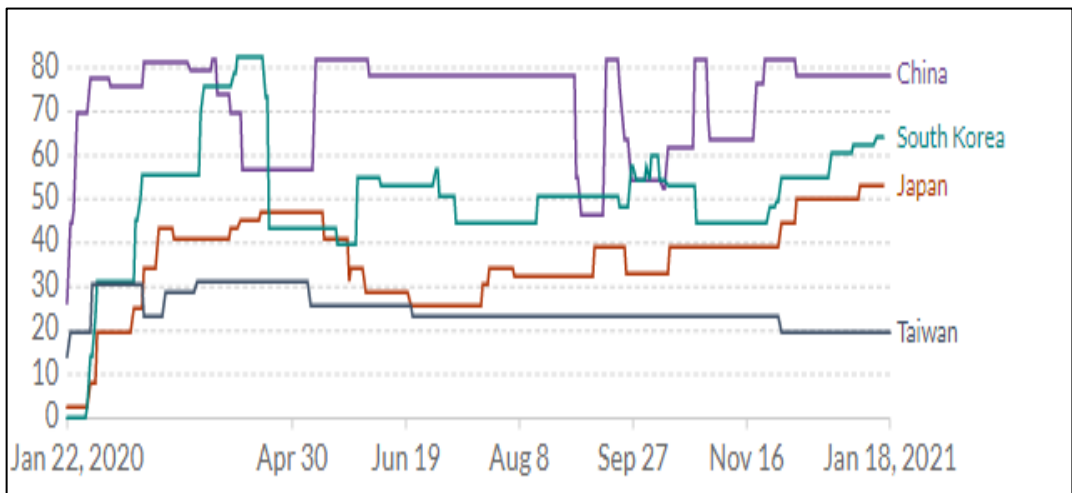


このグラフは人口千人あたりの7日間平均による検査実施数の推移を示したものです。ここでも感染者数の大きさに応じて欧米の検査実施数が非常に多いことが示されていますが、次の図はこうした欧米を除いたグラフです。これを見ると押さえ込みに成功している台湾が少ないのは理解できますが、同じ「成功」組に属するニュージーランドが日本を上回る検査を現時点においても継続的に実施していることが注目され

ます。また、日本と類似した新規感染者数・死亡者数を辿ってきた韓国が12月下旬以降は顕著な下落に転じた要因として、検査数を急増させ押さえ込みに入ったことを指摘することができます。11月中旬時点では日韓の検査数はほぼ同数でしたが、その後は日本も増やしたものの、韓国では文大統領の指示により検査体制を拡充し、日本の2倍以上の検査を実施しています。

#### (4) コロナ対策の動向





このグラフは、各国のコロナ対策（自粛や制限）について、学校や職場の閉鎖、旅行の禁止など 9 つの対応指標に基づく複合的な指標により表現したものであり、地域的に対応が異なる場合には国内で最も厳しい措置を反映させています。縦軸で 100 に近づくほど厳しい措置が講じられていることを意味しています。次の図は、そのうち中国、韓国、日本、台湾を抜き出したグラフです。これを見ると昨年暮れからロックダウンなどを実施しているヨーロッパ（ドイツ、イギリスなど）が上に位置し、アジアでは中国、韓国、日本という順になり、台湾は最も緩い制約にとどまっていることが示されています。ここからは最も緩い制約の下で感染拡大を封じ込めている台湾から、多くの学ぶことがあることが示唆されます。

これまで世界各国の新型コロナウイルスをめぐる感染の実態（事実）を見てきました。このことを踏まえながら、次のような検討を早急に行い必要な体制を整備し、全県一丸となって着実に取り組むことが求められます。

### <1>科学的な根拠と見直しにもとづく戦略的な取組みを行う。

①医療崩壊や医療壊滅に至る医療への過度な負担を回避し、適切で効果的な取組みを行うために、公衆衛生機能を社会的に

拡充する必要があります。とくに、病院や介護施設などの三蜜が不可欠なエッセンシャルワーカーを守るために、利用者を含む継続的かつ頻回の検査体制を確立することで、クラスターや感染拡大の発生を未然に防止する必要があります。

②無症候者や初期罹患による感染伝播が懸念されることから、何よりも感染の拡大が見られる震源地（エピセンター）を面的に封じ込める必要があります。そのため面的な大規模検査を行う必要があります。広島市が全市民を対象にした検査の実施を方針化しましたが、そうした必要性も排除することなく戦略的な対応を図るとともに、無料を原則に必要な財源を国や県が講じる必要があります。

③病床数と医療機関の削減再編を前提とした地域医療構想は抜本的に見直し、感染症対策を平時から見込んだゆとりある医療提供体制を再構築する必要があります。とくに今回のように医療従事者の犠牲によって乗り切るようなことは、限界であり医療崩壊と紙一重であることを共通認識とすうえで、医師・看護師の人材確保・育成を抜本的に改善していく必要があります。そのための制度・運用の見直しと必要な財源措置が求められます。

④公立・公的病院、民間病院、診療所などの各種医療機関については、医療費削減の縮小再編をめざす調整や連携ではなく、患者本位の立場から相互の連携を図るべきです。今回の新型コロナ対応についても、患者の受入と転院などが共通の理念と理解のもとで円滑に行われることが必要であり、保健所に病院調整機能を丸投げすることは改める必要があります。

## ＜2＞人権と暮らしを保障する信頼にもとづくコロナ対策を行う。

人権や民主主義の根幹に関わる問題について触れておきたいと思います。政府は感染症法と新型インフルエンザ特措法の改正案を閣議決定し、指示や要請に従わない感染者に対する刑罰と医療機関への制裁を課すことを明らかにしました。しかし、こうした対応は、社会防衛の観点から患者を犯罪者のごとく隔離・排除するものであり、これまでもハンセン病やエイズなどの対策として歴史的に行われ、司法によって科学的な根拠のない人権侵害として断罪された措置にほかなりません。また、医療機関への制裁も、現状でもカミソリの刃や脅迫文

などが郵送されてくる事態があるなかで、そうした言動を助長させることになりかねません。政府の無為無策が問われ国民の信頼を失いつつある中で、反省もすることなく逆に国民を恫喝するようなことは断じて認めるべきではありません。

その一方で、「マスク警察」や「自粛警察」などにも見られるように、一部国民の間で罰則化や強制力の行使を容認する向きがあるのも事実です。その背景として、人々が抱く恐怖心や不安感があると指摘されています。しかし、その責任は科学的根拠に基づく正確な情報の提供がなされず、安心できる方針や見通しが示されずに、場当たりの対応を繰り返している政府にあるといわねばなりません。こうした点でも、適時適切な情報の提供と国民との信頼にもとづくコロナ対策を進めている台湾に学ぶ必要があります。水際対策で入国者への14日間の隔離を求める場合も、政府が民間の協力を得て無償でホテルを提供し、1日3500円の支援金を支給したことで、日本であったような「脱走」などもなかったということです。

**地域と自治体 第39集**

## 「公共私」・「広域」の連携と自治の課題

神原秀訓・岡田知弘・白藤博行 編著 定価 (2300円+税)

コロナ禍の下、「行政のデジタル化」が最優先で進められている。地方自治制度の抜本的な改変をねらう「自治体戦略2040構想」とその具体化を諮問された第32次地制調の答申は、デジタル化の具体策とどう関係するのか。また、「組織の枠超えとしての公共私連携」論や「地域の枠超えとしての広域連携」論は、デジタル化でどう具体化されようとしているのか。コロナ禍の下、国が進めている地方自治制度再編の動向を分析し、自律・自治の自治体論を考える。

**第I部 「地方自治制度改革」の論点**

第1章 安倍・菅政権の「国家戦略」を読み解く 岡田知弘

第2章 コロナ禍から考える第32次地制調答申の論理と地方自治の原理 白藤博行

第3章 地方行政デジタル化の論点  
—自治体DXと地方自治— 本多滝夫

**第II部 「公共私連携」論を読む**

第4章 住民生活の実態と「公共私連携」 浜岡政好

第5章 「小さな拠点」形成政策に関する批判的検討 関 耕平

第6章 公共私連携の法制度をめぐって 門脇美恵

**第III部 「広域連携」論を読む**

第7章 地制調の広域連携論—その論点— 山田健吾


第8章 連携中核都市圏の現状と課題 中山 徹

第9章 連携中核都市圏・定住自立圏の実態と広域連携論 平岡和久

第10章 市町村合併を考える—合併特例法を中心に— 角田英昭

**第IV部 自律・自治の自治体論**

終章 自律・自治の自治体間連携と地方議会 神原秀訓



「公共私」・「広域」の連携と自治の課題

**自治体研究社**

〒162-8512 東京都新宿区矢来町123 矢来ビル4F  
TEL 03-3235-5941 FAX 03-3235-5933

<http://www.jichiken.jp/>  
E-mail [info@jichiken.jp](mailto:info@jichiken.jp)