



CiDER-PDP

Center for Infectious Disease Education and Research, Policy Discussion Paper

PDP016

「コロナ危機から視る政策形成過程における専門家のあり方」

対談企画

不確実性下における意思決定と専門知が果たす役割

—ダイヤモンド・プリンセス号の船内対応から市中感染対策への展開に学ぶ—

阿南英明 地方独立行政法人神奈川県立病院機構

小出直史 大阪大学感染症総合教育研究拠点(CiDER)

大竹文雄 大阪大学感染症総合教育研究拠点(CiDER)

JSPS 課題設定による先導的人文学・社会科学研究推進事業 学術知共創プログラム

課題A 将来の人口動態を見据えた社会・人間の在り方
～コロナ危機から見る政策形成過程における専門家のあり方～

対談企画

不確実性下における意思決定と専門知が果たす役割
ーダイヤモンド・プリンセス号の船内対応から市中感染対策への展開に学ぶー

阿南英明¹ 小出直史^{2,3} 大竹文雄^{2,*}

要約(和文)

本対談は、新型コロナウイルス感染症パンデミック初期におけるダイヤモンド・プリンセス号で生じたアウトブレイクへの船内対応という極限状況の経験を起点に、その後の市中感染対策へと至る対応の変遷について、経済学者とDMAT指揮官がそれぞれの立場から「不確実性下の意思決定」と専門家の役割を検証したものである。両者に共通するのは、情報が断片的で時間的制約が厳しい状況において、完全な正解が存在しないまま判断と決断を迫られるという構造的苦境に直面していた点である。経済学は確率・損失・便益の関係を整理しつつ合理的選択の枠組みを提示し、DMATは社会システムが機能不全に陥った現場において「何が困り事か」を抽出し、即応的に代替的な仕組みを構築する。アプローチの方法論には差異があるものの、いずれも不確実性を前提としてリスクを引き受け、限られた資源のもとで意思決定を行う実践知であるという点で、深く共通しているといえる。

対談ではまた、感染症対応に常につきまとう差別・偏見・誤解の問題が、歴史的文脈を踏まえて論じられた。恐怖に基づく社会反応は一定の普遍性を有する一方で、それを増幅するマスメディアや政府広報といったコミュニケーションのあり方、さらには制度設計そのものが、結果として排除を再生産してしまう危うさも指摘された。この点において、感染症法が内包する「人権の尊重」と「感染拡大の防止」という二重の理念をいかに両立させるかは、医学的判断にとどまらず、人文・社会科学の知見を不可欠とする課題であることがあらためて明確に示された。

さらに本対談は、人文・社会科学系の専門家の態様にも射程を広げている。専門家とは単一の「正解」を提示する存在ではなく、複数の選択肢とその含意を整理・構造化し、政治的判断に資する知を統合的に提示する役割を担うべき存在である。そのためには、現場感覚、制度理解、倫理的理想力を横断的に接続・統合できる人材が求められるが、その育成は容易ではない。危機の経験から得られた知をいかに次世代へ継承し、平時から異分野協働を可能とする人材開発を進めていくのか。本対談は、その困難さを直視しつつ、未来に向けた重要な示唆を与えるものである。

Summary (English)

This dialogue examines decision-making under conditions of profound uncertainty during the early stages of the COVID-19 pandemic. Specifically, it considers the onboard response to the outbreak on the Diamond Princess cruise ship and the subsequent evolution of infection

¹ 地方独立行政法人神奈川県病院機構

² 大阪大学感染症総合教育研究拠点 (CiDER)

³ 大阪大学社会技術共創研究センター (ELSI センター)

control measures in Kanagawa Prefecture. An economist and a DMAT (Disaster Medical Assistance Team) commander reflect from their respective perspectives on decision-making and the exercise of responsibility under profound uncertainty. The dialogue suggests that both share a fundamental mindset and approach when confronting the structural predicament of being forced to make decisions in situations where information is fragmented, time is severely constrained, and no single correct answer can be found. Economics provides an analytical framework for rational choice by systematizing the relationship between probability, loss, and gain. In parallel, DMAT practice involves identifying on-site needs and rapidly establishing alternative operational systems in disaster settings where social systems have become dysfunctional. Although their methodological approaches differ, both share a common underlying concept: a form of practical knowledge that enables decision-making under severe resource constraints by explicitly accepting uncertainty and operating on the premise of risk.

The dialogue also addresses issues such as discrimination, stigma, and misunderstanding—phenomena that have consistently accompanied responses to infectious diseases—by situating them within their historical context. While fear-driven social reactions exhibit a certain degree of universality, communication patterns, including mass media coverage and official government messaging, as well as institutional designs themselves, risk unintentionally amplifying such reactions and thereby exacerbating social exclusion. In this regard, it underscores that reconciling the two principles inherent in infectious disease law—respect for human rights and the prevention of infection spread—is a challenge that cannot be resolved by medical judgment alone. It emphasizes the indispensable need for integrated knowledge incorporating insights from the humanities and social sciences.

Furthermore, the dialogue expands its analytical scope to the roles expected of experts in the humanities and social sciences. Experts should not be understood as providers of a single “correct” answer; instead, they are expected to organize and systematize multiple policy options and their implications, presenting integrated insights that contribute to political decision-making. This requires individuals capable of bridging field-based sensibilities, institutional understanding, and ethical imagination across disciplinary boundaries—capacities that are inherently difficult to cultivate. How experiential knowledge gained through crises can be transmitted to future generations, and how individuals capable of interdisciplinary collaboration can be fostered in peacetime, remain unresolved and urgent challenges. By examining these interrelated challenges, this dialogue offers important insights for the future.

* The author to whom correspondence should be addressed.

ohtake@cider.osaka-u.ac.jp

キーワード:

新型コロナウイルス感染症、ダイヤモンド・プリンセス号、不確実性下の意思決定、危機管理、リスク評価とリスクマネジメント、DMAT、オプション提示、基本的人権、自由権、差別・偏見・誤解、行動制限、クライシスコミュニケーション、知の統合、専門知の社会的受容、経験知の継承と人材開発

Keyword:

COVID-19, Diamond Princess Cruise Ship, Decision-Making under Uncertainty, Crisis Management, Risk Assessment and Risk Management, Disaster Medical Assistance Team (DMAT), Provision of Policy Options, Fundamental Human Rights, Civil Liberties, Discrimination, Stigma, and Misunderstanding, Restrictions on Movement and Activities, Crisis Communication, Integration of Scientific and Social Knowledge, Social Acceptance of Expert Knowledge, Transmission of Experiential Knowledge and Human Resource Development

作成日:2026 年 1 月 27 日

本研究の実施にあたり、大竹文雄と小出直史は、JSPSより、課題設定による先導的人文学・社会科学研究推進事業 学術知共創プログラム 課題 A「コロナ危機から見る政策形成過程における専門家のあり方」(JPJS00123812864)、研究資金の支援を受けている。

JSPS 課題設定による先導的人文学・社会科学研究推進事業 学術知共創プログラム

課題A 将来の人口動態を見据えた社会・人間の在り方
～コロナ危機から視る政策形成過程における専門家のあり方～

対談企画

不確実性下における意思決定と専門知が果たす役割
—ダイヤモンド・プリンセス号の船内対応から市中感染対策への展開に学ぶ—

【議事次第】

<日時・場所>

日時:2025 年 12 月 9 日(火) 14:00～16:30

場所:神奈川県立病院機構本部

231-0005 神奈川県横浜市中区本町 2 丁目 22 京阪横浜ビル 4 階・会議室

<https://kanagawa-pho.jp/about/access.html>

<参加者>

【ゲスト】

阿南英明(地方独立行政法人神奈川県立病院機構・理事長)

【インタビュー】

大竹文雄(大阪大学感染症総合教育研究拠点・特任教授(常勤))

【進行・収録】

小出直史*(大阪大学感染症総合教育研究拠点・特任准教授(常勤))

*本稿の企画・編集・校正を担当

<プログラム(対談テーマ)>

0. イントロダクション

1. ダイヤモンド・プリンセス号の船内対応から市中感染対策の実態

- 感染症の専門家とDMATの視点や役割・専門性の違い
- 治療行為ではなく対応システムを構築したり復旧させるという概念
- 感染症の専門家の専門性と役割
- リスクとハザード
- 世間と現場のギャップと歴史的変遷
- コロナ危機のフェーズからみる対応の変化
- DMATの活動と法的根拠
- 医療提供体制と水面化の折衝

2. 社会経済活動と感染対策のバランスー「阿南ペーパー」

- ワンボイスからの脱却
- 異常事態と日常の境が消失する危機感

3. 専門家の役割

- 緊急事態を常態化させないための拳を下ろす(出口戦略)の重要性
- 人権意識の希薄さが抱える問題ー自由権と外出自粛要請
- 医療分野以外の専門家の関わりとオープンな会議

4. Q&A・Discussion

- フェーズの整理
- 人材開発ー戦術・作戦・戦略
- コロナ禍を学生として過ごした世代の課題
- リスクコミュニケーション・クライシスコミュニケーションの萌芽に向けて
- 情報の非対称性
- DMATに関わるきっかけ

0. イントロダクション

【小出】

本日進行を務めます小出です。よろしくお願いします。

本日は、JSPS⁴課題設定による先導的人文学・社会科学研究推進事業 学術知共創プログラム 課題A「コロナ危機から見る政策形成過程における専門家のあり方」(JPJS00123812864)⁵の研究代表者である大竹文雄先生と、ダイヤモンド・プリンセス号におけるアウトブレイクに対する DMAT⁶の指揮を取られていた阿南英明先生の対談を行います。2025 年 6 月 13 日に公開された映画「フロントライン⁷」では、DMAT の医師やチームメンバーとクルーズ船スタッフ、厚労省、受け入れ病院等の葛藤が描かれていました。それらを受けて、今回の対談では「災害医療・経済・法といった視点からダイヤモンド・プリンセス号におけるアウトブレイクに対する船内対応からその後の市中感染に対する一連の対応の経験と変遷を検証する」ということをテーマに掲げ、当時陣頭指揮に当たられた経験から有事や緊急事態における脆弱な部分を振り返りながら将来の体制における示唆を引き出す機会となればと考えています。大竹先生は当時専門家会議などのメンバーでもありましたので、対談の内容はお二人の興味に引き付けて展開くださればと思います。

それではよろしくお願いします。

【大竹】

本日はよろしくお願いします。阿南先生とは、尾身先生のオンラインの勉強会で毎週お会いしていましたが、対面では恐らく初めてだということに気がつきました。当時は本当に毎週毎週、長時間議論を続けていましたね。

【阿南】

今となってはあの時間返してもらいたいと思うぐらいです(笑)。すさまじい時間でしたよね。

【大竹】

平均が 5 時間ぐらいで、「今日は早く終わったな」と尾身先生がおっしゃった時で 3 時間、最長は 8 時間にもなりました。

【阿南】

毎週日曜日を潰して、すごい労力でしたよね。

【大竹】

そうでしたね。今日はそれ以来ということで楽しみにしておりました。

特に今年公開された「フロントライン」を拝見しまして、阿南さんの役を小栗旬さんが演じられていました。「ダイヤ

⁴ JSPS(Japan Society for the Promotion Science): 独立行政法人日本学術振興会

⁵ <https://www.jsps.go.jp/j-kadai/gakuzyututi/saitaku/r5.html>

⁶ DMAT(災害派遣医療チーム)は、大規模災害や多数傷病者発生時に 48 時間以内の急性期から活動する専門医療チームで、医師・看護師・業務調整員で構成される。迅速な救命処置や搬送、被災地医療機関の支援を担う。

(http://www.dmat.jp/dmat/dmat.html?utm_source=copilot.com)

⁷ 2020 年に横浜港へ入港したダイヤモンド・プリンセス号で発生した新型コロナウイルスによるアウトブレイクにおける、DMAT 隊員(医師)らが未知の感染症に立ち向かい、各種調整や船内対応、搬送などに奮闘する姿を描いたドキュメント。2025 年 6 月公開の日本映画。

モンド・プリンセス号でアウトブレイクがあった頃、私は阿南さんと面識がなかったので、どういうことをされていたのかよく知らなかったのですが、あの作品を見て本当に大変な役割を果たされたのだなと改めて思いました。

それから、CiDER-PDP⁸でも当時のお話が掲載されていて、映画でもその描写がされていましたが、やはり「災害医療」の専門家が、いきなり「感染」の現場に入っていったというところは、相当苦勞して意思決定されたと思いますが、その時の話から少しお聞きしようかと思います。

1. ダイヤモンド・プリンセス号の船内対応から市中感染対策の実態

●感染症の専門家とDMATの視点や役割・専門性の違い

【大竹】

当時、DMATとしてダイヤモンド・プリンセス号における集団感染の現場へ入られましたが、本来であれば感染症の専門家が主導すべき場面だったと思います。災害医療の専門家が入っていった、あるいは入らざるを得なかった、その時の状況からお話いただけますか。

●治療行為ではなく対応システムを構築したり復旧させるという概念

【阿南】

現場で「何が困り事なのか」、その一点に尽きると思います。確かに「感染症」という切り口ではありましたが、「感染症の専門家」と一口に言ってもいろんな種類の方がいます。

臨床の世界では、感染症科の先生というのは「患者さんをどう診察・診療して治していくか」という視点の専門家です。確かに、あのような新興感染症の発生時にはたしかに必要ではありますが、船内でやる作業ではないわけです。あの場では誰も治療行為なんかしていないのですから。

感染症の専門家が不要だという意味ではなく、主たる業務が船内の治療行為ではなかったという観点からすると、一番の困り事への対処に、DMATが最適だったのだらうと思っています。

我々DMATは、阪神淡路大震災の教訓を生かして作られました。設立初期は確かに「早く被災地に入って、そこで救命治療、救命処置をする」ということで立ち上げられたことは事実です。しかしながら、その後様々な災害の経験から、その教育内容や目標設定も大きく変えています。被災地に入ると、そこでは壊れている、あるいは停止している仕組み（照明、空調、設備・物流・インフラなどの平時の機能）があるわけです。我々は日々診療していますが、その診療の背景に様々な社会構造の上に成り立った仕組みがあります。例えば流通です。「これちょうだい」と言った時にそのモノが出てくるのは、病院の中の流通システムが機能しているからです。何かが使われると補充されますし、これが欲しいというオーダーをかければ手に入る。それらの仕組みは院内だけにとどまらず院外にもあるわけです。病院が発注行為をすれば、それに応じてモノが運ばれてくる。そこにはちゃんとした流通の仕組みがあり、オーダーがかかってお金の支払いがあって、モノがちゃんと届く。近辺には問屋さんがあって、さらに遠く工場からずっと繋がって流れてくるという社会構造があるわけです。これらが、被災地では全部途絶えてしまっているわけです。途絶えることによって、流通が機能せず、連絡もつかないから発注行為も成り立たない。同時に、発注する前に何がどれくらい必要になるのかも把握できなくなってしまうわけです（在庫管理機能のダウン）。これらが全部ブチブチと切れてしまうことによって、その地域の社会システム、医療に着目すれば医療システムが機能不全になり破綻しているという状態なのです。DMATが現場に入った時には、そのこの需要の掘り起こし（困り事の抽出）と支援

⁸ 小出直史, 山本尚範, 近藤久禎, 阿南英明. 「災害対応における医療の貢献を考える(第30回日本災害医学会・ランチョンセミナー)」
CiDER-PDP0013, 2025.7.4 (<https://cdn.cider.osaka-u.ac.jp/2025/07/CiDER-pdp013.pdf>)

体制の構築、そういうことを目標にして動くということをしています。この地域に入って何が困り事なのか、それをちゃんと拾い上げて、そこに対して対応策を構築する。これは社会システムの復旧そのものに近いことなのです。我々のスローガンにしようとしている、「やれることは何でもやる」じゃないかと。

極端な話、被災地で電気が消えちゃったと言ったら、電球を替えてあげたっていいわけですよ。これは医療者がやることじゃないと言い切るのではなくて、そこにいる方々が年齢の高い方々で、台に乗ってこれができないと言ったら、「ああ、わかったわかった、やってあげるよ」と。そういう世界の中で動くわけです。暗かったら、患者さんであるなしに拘わらず困ってしまう。困り事はちゃんと解決していく。そうすることによって、例えば明るさが確保されることで転倒防止になって、新たな怪我を防ぐということにもつながるので、私たちの社会って普段からそういう風に動いていますよね。なので、その困り事を何でも解決するというところに着目してやるのだと思います。

そういう観点から、あの当時、船内で何が困り事なのか、誰がどうなっているのか、情報が把握できないわけです。厚労省の検疫官が入って、鼻に綿棒を入れて検体を国の機関等に提出して、陽性者を把握することはやっていますが、その前に必要な課題対応として「一体誰が鼻に綿棒を入れるべき対象者なのか」という采配があるわけです。これがちゃんとできていなかったわけです。

誰を拾い上げるのか、何を拾い上げるのか、果たして「私なんだか体調おかしいです」と言ってきた人だけがいいのか、言葉も通じない外国の方も多し中で埋もれている人はいないのか、と問われたら誰も答えを持っていない。だからそこはローラー作戦⁹をして、全部を拾い上げて、誰が困っているのか。困っている人が10人じゃなくて100人になったら、今度は優先順位をつけなきゃいけない。その優先順位の考え方はどうするのか。その中で困り事をとにかく解決していく。そういったことをやらなければいけないので、これは我々が目指している災害時医療で行っている対応と骨格としては同じだろうと思うわけです。困り事の抽出をし、対応策を考案し実行すると。こういった構図なので、感染症の先生方にいきなりやってとお願いしても、なかなか難しいことだろうと思うんですね。

【大竹】

システムが破綻しているところで、その中でできる新たな機能するシステムを考えるという感じですね。

【阿南】

そうです。構造を作る、あるいは一度破綻した構造を再構築する、といった仕事だと思います。

【大竹】

完全にはもともとと同じものはすぐにはできないから、代替的なものということですね。

【阿南】

日常と違うものを作るということをしします。これには2つの理由があります。

1つは急拵えであるということ。もう1つは、普段通りやるとうまくいかないからです。

地震などの災害の時には、普段通りの仕組みをやろうとすると結果が悪くなってしまう。だから「今のタイミングで合うもの」にちょっとアレンジをするということもします。

⁹ 災害時の「ローラー作戦」とは、自治体職員や支援チームが被災地域を戸別訪問し、在宅避難者や要援護者の安否・生活状況・医療福祉ニーズを網羅的に把握する調査手法。阪神・淡路大震災や東日本大震災でも実施され、要支援者の早期把握に寄与したとされる。

【大竹】

分かりました。感染症の専門家と DMAT は随分役割が違うということですね。でも、感染症の治療の専門家が、どのタイミングで本当は必要だったかというのは、ありますか。映画だと感染症の専門家が途中で引き上げるという議論がありました。

●感染症の専門家の専門性と役割

【阿南】

感染症の専門家というのは 4 種類いると僕は思っています。

・1 つ目は「臨床」

患者さんの診断・治療をする、いわゆる臨床をやる人たち。

・2 つ目は「感染管理」

ある病気があるけど、それが移る病気だった時にどういう移り方をする病気なのか、そこに立脚してこういう対処法をしましょうという「感染管理」です。

・3 つ目は「疫学」

実際に感染症が集団や社会の中でどういう動き（伝播）をするのか。それによって感染症の特性が分かったり、あるいはこれから先感染を拡大させないための方策を打ち出す、そういう疫学の人たち。

・4 つ目は「基礎研究」

顕微鏡の世界ですね。細菌やウイルスはどのようなもので、これを培養や分離して特性を解明して、どういう分類をして、どういう判定をしていくのかを研究する人たち。

この 4 種類の人たち全部ひっくるめて「感染症の専門家」なんですよ。

この 4 種類の感染症専門家の中で、あの時点（初期）で必要だったのは、やっぱり治療の人たちではない。一方 2 つ目にお話しをした「感染管理」の方々の知見というのは必要だったと思います。船に入ってまずやらなきゃいけないのは、いわゆるゾーニング¹⁰や防護ですね。これは何をすることが適切なのか。そういったサポートは実際欲しかったし、そのためにご参画いただいた先生方もいらっしゃるの、そういった方々のアドバイスをもらって対応したということはありません。

一点申し上げたいのは、専門外どうのこうのって言われるんですが、さっき言ったように DMAT が対応しているのは多くの場合、風水害や地震などの自然災害です。我々は医学部医学科でこういった座学（地震工学や気象学）は一度もしたことないですよ。地震や震度の勉強なんてしないし、テストを受けたこともないので、どういうリスクがあるかなんて誰も知らないですよ。一方、我々医療系免許（医師・薬剤師・看護師など）を持っている人間は、須く感染症の教育を受けています。感染症というのはこういうタイプがあって、どういう感染の仕方をするのかっていう分類があるわけですね。飛沫感染や接触感染など、それがどれに当てはまるのか、それによる対処法について基本的な教育を受けているし、DMAT は実際病院で勤めている人がほとんどですから、病院で勤めていれば日常的に対処しなきゃいけない話です。船内対応した当時、すでに 1 ヶ月前に中国・武漢で出ていたの、すでに出て

¹⁰ 空間を清潔区域と汚染区域に区分し、動線や防護具の使用を統一することで院内感染を防ぐ手法。新型コロナ対応ではレッド・イエロー・グリーン
の三分区分が用いられ、区域ごとに適切な PPE（個人用保護具: Personal Protective Equipment）着脱や行動基準が定められた。

いた WHO¹¹、CDC¹²、そして中国からの論文を見ると「この感染症ってこういうものなんだ」って分かります。それに基づいた対処法をすればいいんだと一定の理解ができます。DMAT のメンバーを呼び入れた時にはこういった基本的な話をしました。「こういう病気だから、こういうふうにしてね」と言って、防護具の着脱の練習をさせて入ってもらったりしました。そうするとみんな「ああ、この病気ってこういう感じね、こういうふうにすればいいのね」と。そうするとスタートラインが全然違います。教育を受けている人たちのスタートラインってここになるので、それに対処することなので、私は全くド素人と言われるのはいかなものかと思うんですね。そんなに遠い世界ではないでしょうと。

【大竹】

私も映画を見て医師の皆さんには誰でも感染症対応の基礎知識があると思いましたし、いろんな医師の方の話を聞いていてもそう思いました。

一方で、新型コロナで「未知のウイルス」「未知の感染症」を受け入れられないっていう病院やお医者さんもたくさんいらっしゃると思います。感染症の基礎知識をもった医師と対応できない医療機関、そのギャップがなぜそんなに大きいのだろうとずっと疑問でした。阿南さんはダイヤモンド・プリンセス号に入った時から、「我々はある程度の専門家なのだから、きちっと勉強し直せば十分に、ある程度のところまでは対応できる」という印象を持たれたのではないかと、映画を見ても、今の話を聞いてもそう思いました。

●リスクとハザード

【阿南】

全くその通りだと思っています。

危機管理をやっている人間としては、リスク評価をするわけです。リスク評価に対してリスクのマネジメント行為をする。リスク¹³というのは確率論ですから、ハザード¹⁴とは違うわけですね。リスクというのはモノじゃなくて、危険なものがどれくらいの確率で我々に害を及ぼすかを掛け合わせた概念ですよね。

リスクが大きいのか小さいのかというふうに捉えた時に、相対的に我々の持っている技量とのバランスで、まあ我々に優位性があるならば対処してもいいよね、という考え方になります。そういう観点では、あの感染症は未知のウイルスだと言いながら、あの当時もうすでにほとんど飛沫感染である、一部接触感染があるかもしれない、こんなことは分かっていたわけですね。なので、じゃあこういった防護をして、こういうマスクをつければいけるよね、ということは、誰でも分かることなので、リスクに対する考え方の基本的なところは構築できます。

我々医療をやっていて、「ゼロリスク」はないと思っています。ゼロリスクって一番いいのは何もしないことです。でもそれは選択肢にない。なので、リスクの低減化を目指すのですが、ゼロでなければやらないわけではない。これが正直なところなんです。もちろんゼロが理想で目指します、目指しますが、ゼロリスクが達成できなければやらないというのは正しくない考え方ですので、極力リスク回避はするけれども、ゼロにはなりえない。

¹¹ WHO（世界保健機関）は1948年に設立された国連専門機関。すべての人々が可能な最高の健康水準に到達することを目的としている。スイス・ジュネーブに本部を置き、194か国が加盟し、感染症対策や国際的な健康指針の策定などを担う。

¹² CDC（米国疾病予防管理センター）は、米国保健福祉省の下に置かれる公衆衛生機関で1946年に創設された。ジョージア州アトランタに本部を置き、感染症監視、疫学調査、予防接種政策、健康情報の提供などを通じて国内外の健康と安全の保護を担う。

¹³ リスクとは、特定の事象が発生した場合に生じ得る損失や被害の大きさと、その発生確率の組み合わせとして定義される概念である。科学技術分野では、定量的評価を通じて不確実性を管理し、意思決定の合理性を確保するための基礎枠組みとして用いられる。

¹⁴ ハザードとは、人間社会や生態系に対して潜在的に有害な影響を及ぼし得る物理的・化学的・生物学的要因を指す。リスクと異なり、発生確率を含意せず、危険源そのものを示す概念であり、リスク評価における初期識別要素として位置づけられる。

実際に船内で活動した人の中から感染者が出たのは事実ですが、当時市中感染も生じていた時期ですし、本当にあの船にいた時に感染したのかどうかということも含めて、わからないことも多い。そういったことも踏まえて、ゼロでないからそれがいけないことかということ、それとも違うだろうと思います。

例えば、数字で見ると分かりますが、我々DMAT で活動した人間の感染率は、社会全体あるいは船の中での感染者の率からしたら圧倒的に低いわけですね。これはちゃんとリスクマネジメントができていたのではないかという捉え方もできなくはない。

非常にシビアな感染症、例えば感染症法で一類に分類されているような、感染すると非常に致死率が高い感染症を扱う先生方・専門家もいらっしゃるんですが、ああいった場合には極力ゼロリスクを目指して、防護も厳格な形でやる、これは確かにあるんだと思います。

だけど、あの船内でのリスク・バランスを考えた時に、目の前に困っている人たちがいて、1日2日遅らせるわけにいかないのであれば、リスクを一定程度下げた中で早急に対処を始めることが最大の効果を生むと考え、そういった中で私たちは判断を迫られたし、実際に判断・決断していったということです。

【大竹】

それは、経済学者がモデル化した人間像のように、確率とリターンとロスとのバランスを取って意思決定をするという感じでですね。

一方で、世間では未知の病気、感染症というところもあり、医療者の多くも恐怖、偏見の視点で受け止めていたことがあったような気もして、そのギャップがずっと尾を引いたのではないかと思います。その当時現場で常に合理的な意思決定を迫られているから、阿南さんはそういう合理的な意思決定ができた気もします。逆に、そのように極限状態で合理的な意思決定を迫られてる場所から少し離れているとなかなかそういう判断は難しいものなのではないでしょうか。

●世間と現場のギャップと歴史的変遷

【阿南】

感染症というのは昔から偏見・差別・誤解の問題が常につきまってきました。

その背景に何があるのかと言われれば、僕は2つのことがあると思っています。

1つはベースとなる知識や理解、いわゆる現代で言うところの“リテラシー”なのかもしれません。リテラシーがどの程度あるのかということが影響するのは事実だと思います。しかしながら、新しく出てきた病気に対して、一般社会にリテラシーを求めるのは相当にきついという現実があります。医療に従事している人間はそのリテラシーのスタートラインが違うからこそ、こういった現状に対してプラスアルファの知識でなんとかクリアしましょうね、と考えるべきだと、論理的にはそういうことだろうと思っています。

もう1つは、コロナ対応もずっとシビアな中でやっていて、神奈川県でいろんな市中感染対策を打ち出すときに、いつも心の中に持っている考え方があります。ニクソン大統領が残した言葉で、「人は理屈で納得をする。しかし感情で行動する」と。その通りだなと。多分政治をやられている方々は、それを肌感で感じながらやられているのだと思いますが、これは医者たちが結構苦手とするところです。

医者は患者さんに理屈や論理を立てて説明をして、理解を求めていくということを繰り返します。患者さん一人一人の診断、がんの告知や治療方針の決定においても、論理立てられた説明をして、だからこれがいいと思いますよ、次にこれがいいと思いますよ、どれにしますか、というコミュニケーションを取っていきます。その中で患者さんの一

番いい落とし所を探すんですが、実はその患者さんサイドの決定というのは、理屈通りに判断するとは限らないわけですね。ここに当然その人が背負っている社会的なバックグラウンドに基づいて、どう思うのか、どう感じるのかという中で決定をされる。このバランスの中で物事は決まっているはずなんですけども、それをうまく受け止められる、あるいはそれをうまく引き出せる人とできない人がいるのは事実で、特に社会全体の総体としてということになると、非常に感情面が大きくなってくる。恐怖というのはものすごく前面に出ますよね。怖いものはやっぱり避ける、排除するという意識が動くので、そういう意味で社会の反応は、仕方がないという言い方はあまりしたくはないですが、一定程度の普遍性のある反応だったのではないかなと思います。

【大竹】

一方で、感染制御や感染対策の面から言えば「人は動くべきではない」という面があるから、あえて恐怖メッセージを出すことで、人の行動を抑制して感染対策を強化したいという意図もあったのかなという気がします。

例えばダイヤモンド・プリンセス号でも、感染対策の面から患者さんを外に出すなというのと、いやそれは違うという議論が対立したように見ましたが、そこはやはり考え方の違いがあったのでしょうか。

【阿南】

立場、視点の違いだと思いますね。社会全体の方からしたら閉じ込める方がいいわけですね。だけれども船に乗っている患者さんの視点からしたら、閉じ込められたらたまったもんじゃない。この人たちの命を救わなきゃいけない。この中ではやっぱりどちらの立場で物を見るかによって、全く逆の答えが出てくる。

これはやっぱり何度考えても感染症にずっとつきまとう話で、我々のコロナ対応も医療という観点では感染症法が基本で、社会に関しては特措法がベースで動きました。この感染症法の、最初のところに前文と理念に2つのことが書かれています。

以下、感染症法前文（抜粋）

（引用元：<https://laws.e-gov.go.jp/law/410AC0000000114#Preamble>）

人類は、これまで、疾病、とりわけ感染症により、多大の苦難を経験してきた。ペスト、痘そう、コレラ等の感染症の流行は、時には文明を存亡の危機に追いやり、感染症を根絶することは、正に人類の悲願と言えるものである。医学医療の進歩や衛生水準の著しい向上により、多くの感染症が克服されてきたが、新たな感染症の出現や既知の感染症の再興により、また、国際交流の進展等に伴い、感染症は、新たな形で、今なお人類に脅威を与えている。

一方、我が国においては、過去にハンセン病、後天性免疫不全症候群等の感染症の患者等に対するいわれのない差別や偏見が存在したという事実を重く受け止め、これを教訓として今後に生かすことが必要である。このような感染症をめぐる状況の変化や感染症の患者等が置かれてきた状況を踏まえ、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、これらの者に対する良質かつ適切な医療の提供を確保し、感染症に迅速かつ適確に対応することが求められている。

ここに、このような視点に立って、これまでの感染症の予防に関する施策を抜本的に見直し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する総合的な施策の推進を図るため、この法律を制定する。

以下、感染症法 第一章 総則（基本理念）第二条（抜粋）

（引用元：<https://laws.e-gov.go.jp/law/410AC0000000114#Preamble>）

（基本理念）

第二条 感染症の発生の予防及びそのまん延の防止を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、これらを目的とする施策に関する国際的動向を踏まえつつ、保健医療を取り巻く環境の変化、国際交流の進展等に即応し、新感染症その他の感染症に迅速かつ適確に対応することができるよう、感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、これらの者の人権を尊重しつつ、総合的かつ計画的に推進されることを基本理念とする。

1つは感染症法の中に書かれている「患者さんにとって一番いい治療を提供する」、診断と治療ですね。患者さんにとって一番いい医療をちゃんと適切に提供をする、そのためにこの法律があって運用しようということです。もう1つは「社会に感染症が蔓延しないような止め方もする」。先ほどお話しした2つの視点そのものなんですね。

このあい矛盾しがちな2つの視点で考えなければいけないということが感染症法に書かれています。この視点で我々はいつも「人権の尊重」を意識して天秤にかけたり、両方の視点に自分の目線を移し変えながら、どういうふうにしていくことが適切なのかを考える必要があるわけです。決して社会を守るために犠牲者を出していいわけはありません。患者さんは非常に辛い思いをしている。この人たちをなんとか助けてあげなきゃいけないし、助ける姿勢もちゃんと見せてあげることが彼らのためになるわけですから、ここは絶対にどちらかに傾きすぎても駄目だろうと思っています。

感染症法というのは旧伝染病予防法に代わって1999年に日本で施行されているんですが、これは過去の歴史を背負っているからなんですよ¹⁵。旧伝染病予防法や「らい予防法¹⁶」の歴史が非常に大きな課題として背負われているのです。あの黒歴史を背負っているからこそ今の感染症法がある。このことはあまり認知されていないかもしれませんが、これは日本人として常に私たちが意識し続けなければいけないことだろうと思います。

らい予防法はその前身の法を含めて明治時代から運用され、現憲法下で戦後も運用され平成8年にやっとピリオドが打たれているので、こんなに長い間、人権問題を軽視してしまったわけです。この国は、二度とそういうことではいけないと意識し続けなければいけない。そういった理念が感染症法には書かれています。だからちゃんと社会の感染蔓延を止めることだけではなく、人権に配慮しながら患者さんに適切な医療を提供するってことも絶対に忘れちゃいけない。

【大竹】

しかも、「感染症の患者等の人権を尊重」の方が適切な医療よりも前に書かれているのですね。

【阿南】

おっしゃるとおりです。

これを私たちはバランスを取りながらしっかりやることを意識していなければいけない。

¹⁵ 旧伝染病予防法は強制的措置を中心とする防疫体制を特徴とし、ハンセン病隔離政策に象徴されるように、患者の人権侵害や社会的排除を深刻化させた歴史的経緯を有する。また、1980年代のHIV感染症をめぐる誤解や偏見の拡大は、科学的知見の不足とスティグマが結びつくことで、感染症対策が容易に差別を助長し得ることを示した。これらの反省を踏まえ、1999年施行の感染症法は、患者の権利尊重、個人情報保護、科学的リスク評価に基づく合理的措置を基本理念として再構築され明文化されている。

¹⁶ らい予防法（1953年制定）は、ハンセン病患者の隔離収容を法的に制度化し、長期にわたり強制的な入所政策を支えた法律。科学的根拠の乏しい隔離措置が差別と社会的排除を固定化したことが後に深刻な人権侵害として批判され、1996年に廃止されている。

そういう意味では、エイズやハンセン病の歴史を背負った形で新型コロナでも適切な対応を考えなければいけなかったはずですが、ここは難しかったですね。完全に飛んでしまっていたように思います。

僕はコロナの対応を振り返って、いつも真っ先に思うのは、この偏見・差別・誤解の問題ですね。改めて勉強してみましたが、コロナは特にハンセン病に対する社会の反応と非常に似ている。その根源は何かというと、明治期に政府が打ったキャンペーンに影響しているんです。明治政府が何をやったかという、当時は確かに薬がまだなかったのも仕方ないのですが、「らいという病気は不治の病である」そして「とても怖い病気ですよ」と。これを宣伝文句にして社会に発信し、だから「この人たちを施設に入れなければいけない（隔離）んだ」という考えが社会に浸透していったわけです。

【大竹】

今回とそっくりではないですか。

【阿南】

そっくりなんです。その結果何をやったかという、コロナと同じ自治体間競争が起きました。らい病では、「無らい県運動¹⁷」というのが行われています。「うちの県には“らい”の人がいなくなりました」って。これそっくりだと思いませんか、コロナを「悪」の象徴として「うちの県は徹底的にやってゼロコロナを目指そう」っていうのと。あれと全く同じことが起きていました。もう笑っちゃうほどに同じ歴史を歩んでいるなと思って、僕は本当に怖いなと思いました。これは感染症が持つある種の宿命だと思いますが、だからこそ私たちは常に繰り返し学んで、あの経験を繰り返さないようにしよう、あの時から半歩でも前に進むようなことをしようじゃないかと心がけてやっていかなければいけないと強く思っています。

【大竹】

では、患者の人権を守って救うことと感染を広げないことのバランスを取る役割を担うのは誰なのでしょう。現場の人たちは患者を救いたい、もう一方の感染を広げたくないという理念が2つ共存した時に、全体のバランスをとる役割は本来どこにあるのでしょうか。

【阿南】

国としても政治的決定をするにあたって、例えば知事も交えた「対策分科会¹⁸」を作っていますよね。あれが未熟な部分があったと思いますけども、確かに専門の視点でモノを言うことは重要ですが、最終的な決定は少なくとも議会制民主主義を取っている共和体制の国家であるならば、それを決められるのは最終的には政治家しかいないわけです。これは国民の付託を得ている政府というもの、あるいは自治体レベルであれば都道府県や市町村、国の政府と自治体という中で決定されていくことだと思います。それに対して専門家がきっちりと多角的な観点で意見を述べる場を設けなければいけないのだらうと思っています。

さらに、専門家というものに関して、ここはやはりちゃんとアカデミアという視点で捉える必要がある。アカデミアの

¹⁷ 「無らい県運動」は、1930年代以降、日本各地でハンセン病患者を強制的に隔離し、患者ゼロの県を目指した政策的・社会的運動である。誤った感染観に基づき、深刻な人権侵害を伴った。

¹⁸ 「対策分科会」とは、新型コロナウイルス感染症対策を専門的に審議するため、2020年に内閣官房の下に設置された諮問機関。感染動向、医療体制、ワクチン政策等を多角的に検討した。

1つは、医学という視点ですね。感染症の特性からすれば、医科学の専門家としての意見をしっかりとまとめていく、意見を言う場がある。一方で、科学、アカデミアの世界には、例えば大竹先生のように社会科学があるわけです。社会科学も非常に重要で、さまざまな課題がある中に先ほどの倫理や道德の問題も入ってくるとしています。過去の歴史における社会的・倫理的課題、日本が背負ってきた課題、あるいは世界に目を向けなければいけない倫理的課題、これらは医療者も本来備えなければいけないのですが、時に失念してしまうことがあるので、そこを補完するために、我々の日常生活の基盤である経済活動から倫理を含めた様々な社会的観点からものごとをどう考えていくかが1つあります。

もう1つは、政府と自治体関係者は、やはり地方と中央との差異ですから、地方を代表して地方はどう考えているのかちゃんと意見を言う、それを吸い上げて、政治がジャッジをするという構図があるべきだったと思います。

【大竹】

ダイヤモンド・プリンセス号の時には、その判断をものすごいスピードでしなければならなかったと思います。そこは阿南さんが現場で指揮官として、意思決定の大部分をされた感じだったのでしょうか。

●コロナ危機のフェーズからみる対応の変化

【阿南】

-ファーストフェーズ(初期)

おっしゃる通り、僕は船にも何回か行きましたが、主に県庁でその調整をしたり、知事に説明をしたりしていました。緊急時には、実は話し合うチャンスがないので、ここは付託を受けて危機管理という体制の中で一番良いと思うジャッジをしていくしかないと思います。これは許される話なわけです。そのための組織構造なので、その権限もあると思っています。

-セカンドフェーズ

しかし、時間が経つと変わってきます。これはリスクコミュニケーションやクライシスコミュニケーション¹⁹という視点で捉えるべきだと思いますが、とくにクライシスコミュニケーションというのは時期によって変わっていきます。

僕は社会全般にこのコロナが蔓延していったトータルの期間で言うと、3つのフェーズがあったと思っています。最初はこの病気が日本に入ってきて「大変だ!」となったときです。この時に求められるクライシスコミュニケーションは、言葉が適切かどうか分かりませんが、絶対的な「強さ」だと思います。「これはこういう病気だから、こういうふうに対処します。ですから皆さん協力してください。」このように同じ方向を向いてもらうことだと思います。

しかしながら、これは時間の経過とともに変えていかなければいけない。時間が経つことで新しい知見が出てきます。先ほどお話ししたような、アカデミアの世界でも医科学の世界と社会科学、倫理の問題、こういった多様な内容が、セカンドフェーズでは必ず出てきます。より詳細な説明を社会に対してすることや、為政者に対して説明をしていくことが求められるし、初期ではデータなしでのジャッジすることになりますが、セカンドフェーズではデータがあります。初期では、権限を与えられた人間が一番いいであろうと考える判断で進めていくけれど、セカンドフェーズになるといろんなデータがあるので、100%かどうかは分からないけれど、今ある情報の中で考えるとこれがいいんじゃないか、あるいは多様な意見の中でこうなんじゃないかという意思決定をするというコミュニケーションをす

¹⁹ リスクコミュニケーションは、潜在的な危険に関する情報を関係者間で共有し、相互理解と信頼構築を通じて適切な意思決定を促す双方向的な対話プロセスを指す。一方、クライシスコミュニケーションは、すでに発生した、または差し迫った危機に対し、迅速かつ確かな情報提供と説得を行うことで被害の最小化を図る戦略的対応として知られている。

る時期にあります。

ーファイナルフェーズ（出口戦略）

最後はいかに着地をさせるのか。ずっと拳を上げているわけにいかないの、どうやって拳を下げていくのかという時期になると、これまた新しい情報と未来を予測しながら、どういうリスクヘッジをしながらも拳を下げていくのかということを社会とコミュニケーションをすることになります。僕はクライシスコミュニケーションには 3 つのフェーズがあると思っていますが、船の時はファーストフェーズでしたから、少ない情報の中で良いと思う対処をしました。

【大竹】

非常に限られた情報の中で不確実性が大きな中で意思決定しなければならない。やはり意思決定する人が感染症法の精神をきちんと持ち続けておかないと、つい片方に寄ってしまうことになりがちでしょうね。

もう一つ、映画でも描かれていましたが、DMAT は法的には感染対策の活動をする役割がなかったのに、ダイヤモンド・プリンセス号の中に入っていったということで、法律に則って動くという役所の考え方からすると随分飛躍があったと思います。この点は、現場を見て最も重要なことが何かを天秤にかけて、これは一歩踏み出した方がいいと決断されたのでしょうか。

●DMAT の活動と法的根拠

【阿南】

目の前で困っている人がいて、そこで転んでいる人に手を差し伸べないのか、そこで血を流している人を助けないのか、単純にそれだけです。これ消去法だと思います。

実際に我々がやったのは船中での対処だけではなくて搬送調整でした。とにかく「安全に医療機関に届ける」医療機関でなければまともな医療なんかできないわけです。だから、運ぶべき人を選び、どういう方法で、どこかの病院に届けるのかという調整行為が一番主にやった仕事ですが、これをちゃんと点と点を結んで線にするという作業を誰がやるのか。行政の人はできません。そして感染症の先生でもできません。

実は DMAT がこれに近い仕事をいつもやっている。被災地で病院避難というのをしばしば実施してきました。機能破綻した病院で患者さんを抽出して、いろんな搬送方法を選択して、行き先をいろいろ探して運び入れる。これは船からの患者さんの搬送と同じ構図なので、僕は仲間たちを呼んでから訓示で言ったのは「病院避難と同じだと思って理解して」と伝えました。みんな「我々は何をするんですか？」って最初不安そうに来るんですね。「何をするかっていうと、我々が普段から慣れている病院避難と同じだよ、これはこうして、これはこうして、こうするでしょ、同じだと思わない？」って言うと、みんな「ああ、なるほど。じゃああれをやればいいんですね」ってということで、船内外の仕事をしてくれました。

こういった近似性を持たせて説明をするテクニックは使いましたが、求められているミッションを、経験的にノウハウを持っているのが DMAT だったとするならば、これはもう他の選択肢はないでしょう。そこに困っている人がいる、じゃあ DMAT がやるしかないよね、と。

ただし、実際に動くためには法的根拠や要綱が欲しいので、屁理屈を作りました。感染症事案だと捉えるから一向に DMAT が出られなかったの、船の中で起きた災害事案だよなと。当初、県庁の職員に「DMAT 無理ですよ」って言われると、「いや、普通に考えたら無理でしょう」と応えました。当時、我々 DMAT の法的根拠は災害救

助法²⁰でしたから、災害救助法の医療救護班として DMAT は対処する。だから救助法に基づいて費用支弁されとか、補償がされるという考え方になっていくのですが、感染症では、災害救助法が適用されるわけがないのです。だとするならば、DMAT を動かす根拠が何なのかが分からない。DMAT には国としての DMAT 活動要領というものもありますし、都道府県ごとでも要綱が作ってあります。少なくとも神奈川県の見解をみたって、感染症なんて書いていませんでした。地震、風水害とか台風とかに対応すると書かれていて、その中に感染症はないから読めなかったんです。

【大竹】

「…等(など)」っていうのもなかったのですか。

【阿南】

ないんです。

そうするとこれはどうするか、詭弁を使うわけです。「うーん、これ、感染症だと思うからいけないんだよね」って、職員に聞くわけですね。「これ大変だろ?」「いや大変です」「この大変な感じて何?」「災害みたいです」「よく言った! これだ! これは災害事案だよ」と。船で発生した災害事案だから、これは知事がきつと首を縦に振ってくれると確信するわけです。

非常に高い理念の話とはちょっとズレますが、実際にお金がかかります。お金がかかることに関して、どこが費用を持つのか。災害救助法が適用されると国が 90% 持ってくれます。この比率も今は 9 割ですが、昔はそんな比率が高くなかった²¹。都道府県は自分たちの費用負担が大きくなるから、なかなか災害救助法の適用申請をしないのです。それはまずいということで、後々に法改正がなされて今では 9 割は国が負担することになり、敷居が下がりました。その結果、いろんなところから災害救助法の適用申請が上がってくるようになり、自治体が国の方に求めて国が「はい、じゃあ救助法適用しましょう」ということが決まるようになりました。

災害救助法が使えないということは、費用負担は県の一般財源で見ると見えない、この覚悟を決めてくださいという話になります。少なくとも DMAT の隊員は別にお給料をもらっているわけではないから、実費弁償だけです。使ったもののガソリン代と薬代だけで、実労働分の費用は発生しませんが、とはいえやっぱり行政が予算化していないものを後で補正予算を組んでやるのはちょっとハードルも高いことなので、これは自治体の中でもハイレベルの決断、最終的には知事がイエスと言うことが求められるのです。ここを検討した時に、うちの知事なら首縦に振るでしょうと思えたわけです。案の定、イエスと言ってくださって、これは神奈川県が全部費用を持ってもいいからやろうという決断をする。そうすることによって、お金のことがクリアできた。あとは考え方の整理、これは災害が発生している、災害で困り事が発生している、これを救えるのは災害医療の専門家である DMAT だろう。ここで筋がスツと通るので、やろうという話になるわけです。

²⁰ 災害救助法(昭和 22 年法律第 118 号)は、大規模災害時に国と地方公共団体等が連携し、被災者に対して応急的な救助を行うことを目的とする法律。

²¹ 災害救助法制定当初(1947 年)は、救助費用の大部分を都道府県が負担していたが、1965 年の制度改正により、国庫負担制度が明確化され、救助費の一部を国が補助する仕組みが導入された。また、1995 年(平成 7 年)の阪神・淡路大震災以降、災害救助法における国の費用負担比率が原則 90%に引き上げられた。この大災害を契機に、被災自治体の財政的負担を軽減し、迅速な救助活動を可能にするため、制度の見直しが行われ、それ以降、特に大規模災害時には、国が救助費用の大部分を負担する体制が定着している。

【大竹】

映画では最後に DMAT の活動に感染症も含まれるようになりましたというテロップがでていました。

【阿南】

感染症法と医療法の改正²²が行われて、災害感染症医療業務従事者が法定化され、ここに DMAT が指定されましたので、今後は感染症についても DMAT を要請しやすくなるということだろうと思います。

【大竹】

本当に戦争と一緒に、緊急事態の指揮官というのは次々と決断を迫られて、法律にははっきりとは書かれていないような曖昧なところも意思決定しないといけないということが、今の話を聞いてもよく分かりました。

【阿南】

僕は危機管理やるのに、法の逸脱行為とか不法行為は極力すべきでないという考え方を持っていますので、だからこそきちんと解釈が成立するようにしたいと一生懸命考えました。お金の問題が大きいので、そこがクリアできるように、ちゃんとして極力法手続き、運用ということに関しては、成立するような枠組みをどう考えるかというところですね。

【大竹】

それを瞬時に考えていけないといけないというのが大変だっただろうと、今お聞きして思いました。

それでは、次の議論に入ります。神奈川県は医療の調整役で大変苦勞されたことについて、病床補償に対して総額約 9 兆円以上の補助金が出ましたが、それでもなかなか病床が十分に確保できませんでした。実際病床は確保されているけど、十分に病床が使えなかった問題があったと思います。

経済学者としては、本当に病床を使った場合にだけ、きちんと補助金を払えるというようなインセンティブ設計をしておくべきだったと思います。ベッドがあるのに受け入れてもらえないという状況は、病床の調整されていた当事者として、何がボトルネックにあったと思われますか。

●医療提供体制と水面化の折衝

【阿南】

作り方の問題だと思っています。神奈川県はベッドがあるのに入らないということは、基本的にはない形でした。

ある自治体において、50%（用意されているはずのベッド数の半分程度）の段階で、もう入りません、いっぱいです（受け入れ困難）、とされていたと聞きました。神奈川県は 80%ぐらいまではちゃんと稼働できていました。実際のベッドの出し入れを考えると、普段の病院もそうですが、85%ぐらいで結構入院調整が大変だったりするので、神奈川県はよくできていた方だと僕は思っています。

²² 2022 年に成立し、2024 年 4 月 1 日に施行された感染症法および医療法の改正により、DMAT（災害派遣医療チーム）を含む医療人材の法的位置づけが明確化された。この改正では、「災害・感染症医療業務従事者」という新たな法的カテゴリーが創設され、厚生労働大臣の委託を受けた機関が実施する研修を修了した医療従事者が登録される。DMAT はこの枠組みに含まれ、自然災害だけでなく感染症の発生・まん延時にも、都道府県知事の要請に基づき派遣される制度的根拠が整備された。また、都道府県と医療機関との間で事前に派遣協定を締結することが義務化され、派遣時の身分保障や費用支弁の明確化も図られている。これにより、DMAT の活動は災害対応に加え、感染症危機への即応体制としても法的に裏付けられることとなった。

作り方の問題というのは、神奈川県では各病院にお金がつくことを前提として、何床を確保してくれるのかを各病院できっちり内部検討した数字を頂いて集計しました。「この病床は無条件で入れさせてもらいますよ」「それを前提として何床ですか」「10 と言って 10 人入らないのはナシですからね」というコミュニケーションを取りました。これを積み上げて合計数を出しています。他の自治体では「ざくっといくつですか」「いくつですか」って言って、一番上積みの数を合わせたので、実際の数とギャップが出てしまったのだと聞きました。

神奈川県はきっちりとその数を教えてくださいと、これはもうノーはないですからね、いいですよという数で積み上げています。

【大竹】

そうなのですか。ということは、経済学者が言うコミットメントはかなり強かったということになりますね。

【阿南】

コミットメントは非常にこだわりました。

【大竹】

それは自治体によって全然違ったのですか。

【阿南】

違います。やり方そのものが違います。

【大竹】

分科会でもよく「病床がどれだけ確保されているか」という数字が都道府県別に出ていましたが、同じ数字でも都道府県間では全く比較不可能な数字だったということですね。

【阿南】

そうです。ベースが違います。これもさっき出たように、自治体間競争のようなところがあって、「たくさんのベッドを確保しているほうが良いのだ」と、当時の知事さんたちが一生懸命「うちはいくつです」と発表するわけです。

やはり職員としては、少しでも数が多いほうが喜ばれるから、いろんな上乘せをして「ここまで来ました」とやるんですが、そこに実効性が担保されているかどうかは別問題になってしまい、ギャップが生じたのは事実じゃないかと思います。

【大竹】

確かに、尾身先生の勉強会でもある地方の保健所の方が「うちは確保している病床数は少ないように見えていけるけれど、これだけで十分やっていけます」という発言をされていたのを覚えています。病床数が表している実情についての感覚が地域によって全然違ったのですね。

【阿南】

これは、誰がコミュニケーションを取っているかということも、一定程度影響したのだと思います。医療者の特性で

悪いところですが、医者は行政の職員の方々が言ったことに対して真摯に向き合わないんですね。どこか心の中で普段から見下している部分があって「なんだよ」となってしまう。

すると自治体職員は「申し訳ないですけど先生、20 床とかお願いできませんか」「ええ、20 なんて無理だよ」「とりあえず 20 っていう数字で OK していただければいいんですけど」という交渉になってしまうわけです。「しょうがねえな、本当の時に 20 なんか入れられないからね、いいんだな」と言って 20 にする、そういう交渉になるんです。

神奈川県では、私を行政の権限を持つポジションにつけてくれたので、これは各病院と、病院協会・医師会を通して徹底的にコミュニケーションを取りました。「こういう約束事で、これは絶対の数としてやりますから」と。また、質問は全部受けました。「こういう時にはどうなるのか」「お金はどうなるのか」など、法のことと、国が出してくる様々な政策・通知、これが全部理解できていないと答えられないんですが、それを全部答えることで「阿南が言うことは確からしい。阿南が言うんだから、それは真に受けて俺たちも正直にやろうじゃないか」というコミュニケーションを成立させるようにしたので、本当の数字を出していただきました。

もう一つは DX ですね。デジタルを使って病床の実際の数をはっきり、双方向で見えるようにしました。医療機関は当初は嫌がるんですよ。人にはすぐ「教えろ」と言うくせに、自分のことはさらけ出さない。非常に秘匿化しています。心理的に普段からそうした傾向があると思います。

そこで、これらを全部オープンにしました。「各病院、コロナの病床と言っているものが 20 とか 50 とか病院ごとにあるけれど、実際に何人入っているか」をリアルタイムで全部見えるようにシステムをバーツと作ってしまいました。

当時はコロナの患者さんは「ババ抜き」なんです。「ババ引きたくない、あーババ来ちゃったよ」という感じで捉えているので、「あれ？うちだけがババ引いていたわけじゃないんだ。あいつのところも、あいつのところも。しょうがないな、じゃあうちも頑張るか」という、ある種の競争意識が芽生えました。

【大竹】

患者を受け入れるべきだという社会規範にもなりますね。

【阿南】

そうです。ある種ナッジを利かせていると思っています。最初は「なんでオープンにするんだ」と抵抗されましたが「いや、いいからやりましょう。そんなに困り事出ませんよ」と言ってやると、ネガティブな思考が逆にポジティブになるんです。「あそこがそんなにやっているんだったら、うちがやらないわけにいかないじゃないか」と急に思想が転換するので、これは競争するようにして、とにかく言った数字のところはちゃんと満たすようにしようという方向に転換していきました。

【大竹】

素晴らしい。そこまでやっていたところは少ないのではないですか。

【阿南】

そうかもしれませんね。

【大竹】

それが可能だったのは、病院の組織がある程度組織化しやすいような構造だったからですか。例えば、〇〇大学

系の病院と××大学系の病院がたくさんあるような地域だと結構調整が難しいのではないかと思います。

【阿南】

神奈川県も大学医学部の本院が4つあるので。

【大竹】

そうですか。それではなかなか難しい地域ですね。

【阿南】

これは、僕はリスクマネジメントの「リスクコミュニケーション」だと思います。ものすごいコミュニケーションを取りました。医師会も病院協会も、毎月、ひどい時は2週間に一遍行って、そこに何十人、何百人という院長先生たちが来ている場で、リアルに説明をし、質問は全部そこで打ち返しました。

「何が心配ですか?」「大丈夫ですよ。例えば10日間経ったら感染症の対応をしなくていいから、感染症の対応がどうしてもできないって病院も、転院して受けてくださいよ」「いやでもそれ、10日で本当に大丈夫なのか」「もう私保証しますよ。『ハグして口づけしても平気ですよ』と。絶対移りませんから」と言うと、院長先生も「おお、そこまで言うなら…」となる。

こういったコミュニケーションを繰り返します。医師会やって、病院協会やって、あと大学の院長先生たち集めたり、小児科のグループ呼んで、精神科の先生たちとか。医療の特性があるので、そのコミュニティごとにしつこく、しつこくやりました。

【大竹】

なるほど、よくわかりました。

あと一点お聞きしたいことがあります。病床を確保すれば、実際に患者を受け入れなくても補助金をもらえる仕組みでした。そのため、病院の方には「確保病床数を多めに申告すれば空床補償がより多くもらえるから、嘘でもいいから確保病床を多めに言いたい」というインセンティブがあったように思います。そのような過剰な確保病床数の申告は、最初に病院との間でコミットメントを得たので、防ぐことができて、その分、費用も節約できたということですか。

【阿南】

そうです。「本当の数で行きましょう」と。「いくらもらえるからと言ったって、普通の患者さんを診ているほうがいいでしょう? 普通の患者さんを抑えてまで空床補償で食いつなごうって思わないですよ?」と。いろんな考え方はありますが、「ここだけは紳士的に行こうじゃないか」という話をしました。

いろんな辛いこととか美味しいこととかありますけれど、「どこに紳士的な判断をする、倫理的な規範を持つのか」というところで、「そこは倫理的規範で行きましょうよ」と。その倫理的規範の背中を押すのが、あくまでも「見える化」です。見える化をすると嘘がバレてしまうので。

【大竹】

ということは、病床の見える化とコミットメントが、全部一体として機能したのですよね。それらが、ほとんど同時に全

部で来たということですか。DX を整備するのに少し時間がかかるような気がしますが、それは可能だったのですか。

【阿南】

割と早めに作りました。幸いなことに、医者じゃないんですが、僕と伴走してくれたデジタルが非常に得意なもう一人の統括官（畑中洋亮氏）がいてくれたので、彼が作業スタッフを連れてきて「これ構築して」と言うと、ローコードのシステムでシャシャシャッと1、2日で作ってきちゃうんですね。僕がやることは説明です。「こういうのをやりますから、これで全てアカウントを発行しますから、これ全病院やってください。これだけは約束しましょう、お願いしますよ」と約束を取り付けたので、何らかの形でコロナの対応をしてくれたのは、神奈川県内の一般病院の 70 何%までいきましたから、これは全国でも胸を張れる数だと思います。

【大竹】

すごいですね。今の話をお聞きすると、どれか一つでも欠けたらうまくいかないということになります。

【阿南】

作戦・戦略というのはピースの組み合わせなので、一つだけじゃなくて、大きな戦略を展開するためには戦術の組み合わせなので、全てが組み合わさって初めて戦略として成立しますよね。

だからこのところはこだわってやりました。それはいつも全体像をイメージして、ゴールはここだけど、今はまだここ、これらを全部やりきると一気に動くから、と。階段をステップバイステップで上がっていくわけではないのです。動かない時は動かなくてこれら全部のピースが埋まった時に初めて一気に動くものだと。

【大竹】

ボトルネックがあったらそこで止まってしまいます。

うまくいったのは、DMAT での経験も大きかったのではないですか。

【阿南】

わからないです。DMAT ではそこまでの戦略・戦術をやらなくても回っていましたから。

【大竹】

DX とコミットメントなど全部揃っているというのがやはり大事だなと思います。どこか抜けてしまうと、不正ではないけど空床補償だけもらうという病院が出てきたり、どこも受け入れないということが起こったりしていたかもしれません。全部揃っているからそれほどうまくいったのだと思います。

【阿南】

思考として、臨床現場だけじゃなくて、最初の話に戻るかもしれません。「どうやって物事が動いているのか」ということをいつも考えているからです。

患者さんを診るためには、病院は何が必要か。ベッドが必要で、それに対する医療者が必要だ、ここまでは誰でも思いつくわけです。だけど、その背景として何が必要で、どういうことが求められて、自治体との関係の中で何をどうしているのかとか、そういうことで見るとちょっと視点が変わってくるのです。

そうすると「これも揃えてあげないといけない」「こういう約束事を作らなきゃいけない」「こういうことを各病院は求めてくるはずだ」「特に病院の管理者だったらこれが欲しいはずだ」とか、現場だけでは多分対応できないようなところをいつも考えます。

そうすると「この手」「あの手」「その手」を次々打っていくような抜けのない政策の骨格が出来上がります。病院代表者の会議ではいろんな質問が出ますが、それは大抵ピースの話です。質問に対する回答をちゃんと用意しているから、相手に「ああ、ちゃんと考えているんだな」と思ってもらえる。そういうものだと思います。

【大竹】

経済学者の発想に近いですね。経済学では、制度を設計する時に「インセンティブ・コンパチブル」になっているかをチェックします。つまり、人々がそれぞれの動機に基づいて行動した場合に、制度の設計者の考え方と同じ方向で全体が動くようにインセンティブをうまく設計しておく必要があります。関係者のインセンティブと制度の目的が整合的になるようなシステムを全体で作らないと制度は機能しません。阿南さんの発想は、経済学者と似ているなと思って聞いていました。

【阿南】

事業経営の時って必ずそうですよね。生産ラインや販売店だけで考えられるわけではないだろうということですよ。

【大竹】

厚労省はそのような細部までパッケージで出してくれないと思います。それはやはり、厚労省に、インセンティブ・コンパチブルな制度設計をパッケージで作るという視点が抜けているんですか。

【阿南】

厚労省という所管では見えてこない部分なのかもしれません。社会の中の一つの歯車として医療機関がある中で歯車の一部ってことはコンビニや他の事業体と同じじゃないですか。例えば、工場で何かを作る生産ラインがあったとして、そこには発注行為があって、卸業者から製品が送られてくる。お菓子だってなんだって同じだよ。社会共通の基盤の中で動いている話なわけですよ。

そういうことを、普段、厚労省の所管部局が意識してやっているかという、なかなか難しいのではないのでしょうか。特に、これは最後の「阿南ペーパー²³」の時に一番感じたことですが、厚労省の中でも所管部局が違うので、扱っていない分野が多々あるので、そういったことも影響していたのではないかと思います。

【大竹】

しかし、それをパッケージとして、ある程度ガイドラインで示していかないと、うまくいかないのではないのでしょうか。阿南さんのように現場で考えられる人がいたら、この制度を作ったから「これやりなさい」、「うまく使ってください」と言われた場合でも、それ補完しながら機能するように全体のパッケージを作れます。ところが、そういう人がいな

²³ 通称「阿南ペーパー」。令和4年8月3日に開催された第93回・新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの参考資料2として提出された「『感染拡大抑制の取り組み』と『柔軟かつ効率的な保険医療体制への移行』についての提言」のことを指す。

(<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000972889.pdf>、

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00348.html)

い場合だと全然機能しないというのが実際起こったことだと思います。

【阿南】

そうですね。我々神奈川県の中で考えていることというのは、もちろん私が発案するとその実際の構図は神奈川県庁の優秀な職員が「こうじゃないか、ああじゃないか」って作ってくれるので、チームでやれたからできたことですが、それを実装する前に、極力いろんなものを厚労省と共有しています。お願いしたのは「国から通知を出して欲しい」ということです。国からとなれば全国共通の目線でのアレンジも必要になりますので、様々な調整が入ります。でも、感染症のように自治体の境界なく広がるものに対して地域ごとの施策では太刀打ちできませんから大切な工程です。そうすると、通知出された同日あるいは翌日には我々神奈川県はもうカードが出せるぐらいになっています。もともと神奈川県で良いと考えて詰めてきたことですから当然です。

他の県だとそれは初めて見聞きますので、それを読み解いて意味を理解してとなると、どうしても遅れが生じてしまう。ここはしょうがないですが、僕としては神奈川県だけ走ってことは意味がなくて、やっぱり日本全国、人は移動しているの、国から出してもらう。で、国が出したものに従って我々はそのカードを切っていますよ、という形があるべき姿だと思っているので、それは随分やりました。

ただやっぱり国から下りてきた時に、受け身で見ている人たちはその全体図や根底の意義まではなかなかわからないかもしれません。だからよくいろんな自治体から「神奈川県が作ったこの運用良いですね、うちの自治体でも使わせてください」と言われました。「使ってもいいですけど、多分それだけだと上手くいきませんよ。背景となるこういうのもこういうのも、これも全部セットでやらないと意味がないですよ」とお話してもポカンとされたものです。1個だけでももってきたら、この0が10になるんじゃないかって期待されるんですけど、実際はそうならないんです。

【大竹】

確かに、難しいかもしれませんね。厚労省からの通達の中に、詳細なパッケージも同時に示してもらわないと、本当は上手く機能しないということなのですね。

それでは次の論点で、「阿南ペーパー」の話です。阿南ペーパーには、阿南さんの粘り強さに、私はもう本当に感心しました。

2. 社会経済活動と感染対策のバランスー「阿南ペーパー」

●ワンボイスからの脱却

【阿南】

あれは辛かったですね。もう二度とやりたくないです笑。

【大竹】

私たち経済学者は、感染対策の方向について、分科会が一つの方針だけを提示するのは無理なので、複数のオプションの提示型にすべきだ、ということは言いました。しかし、経済学者は大まかな方向性は示せても、みんなが納得するような非常に具体的なオプションにまで詰める作業は、阿南さんがいなければ当然できませんでした。しかも、阿南さんが原案を提案されるたびに誰かが反対して、また持ち帰って、修正ということが続きました。結局、あれは何バージョンまでいきましたか。

【阿南】

バージョン 80 までいきました笑。

ある種あの粘り強さは、僕、尾身先生から学びました。尾身先生も、いろんな人がいろんなことを言う中で、切り捨てないですよ。僕は災害でも何でもスピーディーに意思決定する時には、8 割は拾いますけど、2 割はカットすることをやってきました。スピード感のためには 2 割は仕方なくカットする感じでやってきたわけですけど、尾身先生は極力最後まで拾うんですよ。この粘り強さはすごいなと思って、毎週の辛い日曜日で学んだノウハウで、真似してみようと思いました。

これだけは本当に勝負をかけていまして、日本はこのままじゃとんでもないことになるという危機感があったので、なんとしても完成させて日本の方向性を転換させたかったので、より多くの方の納得と賛同を獲得できるように、とにかく「拾おう、拾おう」ってことでバージョン改訂をしながらやったのを覚えています。

【大竹】

最初の頃は尾身先生も専門家が政府に出す提言はワンボイスであるべきというワンボイス主義でした。それをなんとかオプション提示型に尾身先生を説得するまでかなり時間がかかったと思います。専門家からの提言をワンボイスするというのは、専門家から政府に対する影響力を強くするという意味では効果的だったと思います。しかし、先ほどもおっしゃった通り、専門家の中でもだんだん意見も分かれてきて、そしてどう着地するのかというフェーズに入ってくると、パンデミック当初の頃の「ワンボイスでこの対策をすべき」という時代とはだんだん違ってきました。そのような分科会や尾身勉強会の内部の変化というのは、案をまとめていくうえではなかなか難しかったですよね。

ワンボイスが望ましいという背景には、2つの意見があったと思います。一つ目は、政府を説得するにはワンボイスがいいという意見です。もう一つの意見は、医療関係の人が一番新型コロナのことを知っているため自分たちの意見が正しいという考えて、その考え方をもとにワンボイスの提言を出すべきだ、という考えもかなり強かったと思います。当時、医療関係者と異なる提言を支持するのは新型コロナの本当の怖さを知らないからだとも言われたりしました。複数の政策目標がある場合には、エビデンスだけでは、政策は決まらず、価値観に依存するということが多々理解されなかったと思います。まず、その状態を脱出するのが相当大変だったのを覚えています。阿南さんは、その時の議論をどのように思っていましたか。先ほどのお話からすると、だんだんフェーズが変わってきたら当然オプション提示型に変更すべきだというのが、阿南さんの考え方のベースにあったのでしょうか。

●異常事態と日常の境が消失する危機感

【阿南】

ダイヤモンド・プリンセス号の時からずっと思っていますが、過去の歴史、いわゆる新型のインフルエンザがたびたび出現して世界中に広まった時、あるいはほかの病気、ペストが流行った時など人類はたびたびパンデミックを経験してきましたが、いずれもいつか流行りの山を越えて落ちていきます（平時に戻る）。そうして、やがて社会は元に戻っていくわけです。

この波の意識をどうやって持ちますか、というところだと思います。

我々の基盤は日常にあるんですね。今（コロナ禍）は「異常事態」だったんです。しかしながら、異常事態がずっと継続すると、それはおかしいことになっていき、異常事態であることさえもわからなくなってしまう（日常として溶け込んでいく）。日本の 2022 年って、僕はその時期に入っていたんじゃないかと思います。「今は異常なことをやっているんだよ」ということを忘れつつあるぐらいになってしまっていて、本来の日常に戻さなきゃいけない、という意識が薄

れつつある、そういう怖い状況にあったのではないかと思います。

これはなんとしても、振り上げた拳（感染対策などの緊急事態の諸対応）を下ろすことを達成しなければいけないという、勝手な焦りがあって、この考え方をもっともっと社会全体で考えるべきだろうと。俯瞰的に社会の中で今どういう状況なのかと。

一つのヒントは、冒頭お話ししたように「リスク」の考え方だと思います。新型コロナは怖いけれども、今の社会が置かれているリスクと病気のリスクをちゃんと天秤にかけて考えないといけない。病気に対しては、人類は 2022 年から反転攻勢に出ています。2020 年と 21 年は確かに、感染症法上も、個人の治療もするけど、社会経済活動を止めてでも蔓延させないことが重要で、非常に受け身の政策だったと思います。

しかしながら、22 年からは、我々人類は積極的な対応ができるようになった。何が変わったかということ、これはウイルス側も変異株でオミクロンに転換したことは大きいですが、それ以外に我々はワクチンを手に入れ、様々な政策を走らせて、今は抗原検査キットも薬局で買えるようになった。あれも僕が提案して社会実装して、神奈川県で何百万キットを配布して、それらのデータを集めて有効性があるということを出していました。今では、社会に根付いてくれてよかったなと思いますけど、そういった積み重ねによって、実は人類がウイルスに対してはじめは受け身だったものが徐々に積極的な対応に転換していったのだと思っています。

この視点をもったならば、新種のウイルスで、何十万年の人類の歴史の中でつい 2 年前に出てきたウイルスだから、そりゃあ怖いし、気持ちが悪と思うのは仕方がないことだけれど、うまく付き合っていくしかないのだから、さすがに同じことを漫然と続けるのではなくて、振り上げた拳を下ろしていくプランニングをしなければいけなかった。「拳を下ろせ」じゃなくて、拳を下ろすためのプランをちゃんと提示し、社会のコンセンサスにしていこうということを早急に始めなければいけない、ここは当時強く思ったところです。

だからそれをどういう方法で示していく方がいいのが課題でした。反対意見は主に「ゼロリスク思想」と近かったと思います。「ウイルスがまた変異するかもしれないじゃないか」でもね、そりゃそうですよ、永久にそうですよ。奇跡的にウイルスが地上から完全に消滅しない限り OK にならないことになってしまうので、それはないでしょうということです。

今振り返れば、パンデミック対応開始時の「いつ戻しますか」に対して、「季節性インフルエンザと同じぐらいの死亡率になったら」という設定に振り回されたのかもしれませんが。「同じぐらい」ってどこまで言っているのか。「十分同じぐらいだと思うんですけど」って言えなくもないのに、「いやいやあれに比べるとまだ何%……いや一桁パーセントの違い……うーん、これは同じぐらいじゃないんですか、まだまだ……」っていう。さらにはインフルエンザと新型コロナは全く別物だから比較して仕方ないなんて言う考えも出てくる。例でもよく使いますが、「みかんとリンゴです」と。「インフルエンザとコロナはみかんとリンゴなので、永遠に同じ土俵で比べられない。どうやったって収める箱は違うんですよ」と。結局本来異質な二者を対比してどうのこうの言っても意味がないので、コロナはコロナで、あのひどかった 2020 年 21 年の頃と比べれば、ウイルスと人類の関係は明らかに変わっていて、今なら許容できるんじゃないか」むしろ感染症のリスクじゃなくて、社会がこのまま自粛モードで走っていることのリスク、経済も教育現場も非常にリスクが増大する懸念が出ていたと思いました。実際、医療や保健対応の現場は本当に苦労しています。あの頃、学生だった人たちが医療現場で困っています。具体的には、当時十分な実習ができなかったことから、現場に出て大変苦労することとなった。本当なら学生時代に学んでいるべきスキルを身につけられずに卒業して資格を取っているため、現場でメンタリティがもたない人たちも出てきていた。こういった影響が出てくるのだと実感しました。こういったことを私たちは考えて、ちゃんと正常化させる、元に戻すんだということを、少なくとも議論しなきゃいけないでしょ。ちゃんと議論しましょうよ、というところが、動機付けとしては非常に大きかったです。

【大竹】

私は、新型コロナが経済に与えた影響、それから教育に与えた影響も研究しています。実際、かなり大きな影響があったことがわかっています。お話になった医療における教育もそうですが、小学生も成績が下がったままということがずっと続いています。その影響は所得階層によって違います。所得が高い家庭は塾に行かせていたので、比較的影響が小さかったのですが、所得の低い家庭では成績が相当に下がったままという状態が続きました。

あと、第1回目の緊急事態宣言の頃は、若い人たちの自殺やDVが増えたりして相当な影響がありましたが、その実態が明らかになるのにも時間がかかりました²⁴。

感染症への感染や症状の強さの状況は、1、2週間でわかりますが、感染対策による社会的な影響の評価は後にならないとわからないことが多いのです。そうした影響が遅れてわかったとしても、一旦染み付いた新型コロナの恐怖の方がずっと残ってしまうことが、政策転換を遅らせてしまったと思っています。

「阿南ペーパー」を作られた時も、まだまだ新型コロナに対する恐怖心が社会では強かったと思います。会議ではいろんなところから毎回反対があって、バージョン80回までいったというのはすごいことです。毎回、前回の意見に対して阿南さんは「これではどうだ」というので冷静に対応されていましたよね。

【阿南】

全部対応しますからね。法律論から実務・運用まで全部やっていましたから。

【大竹】

それに対してまた新たな批判が出てきて、ずっとその繰り返しでした。

しかも本当に現場レベルの非常に細かいところまで次々と阿南ペーパーの中に組み入れられていて、もちろん現場の様子もわかっているから阿南さんしかできないなとは思って見ていましたが、あの粘り強さは本当にすごかったなと思いました。

【阿南】

いわゆるあそこの中にいる専門家たちだけではわからないような法律も全部引っ張ってきました。交通に関わる旅客法とか、宿泊施設に絡む旅館業法とかさまざまに絡み合います。これはここの法律で引っかかるから、さらにこういった通知が出ているからこれに対してこれを変えるって可能な限り全部詰めたつもりです。

あの場ではわからないと思いますよ。だけどそこまで詰めての話でした。

実はあれも直前の時は何度も厚労省の所管部局ともやりとりをしていたんですが、当時は厚労省も腰が引けていて、なかなか「うん」と言わなかった。こっちは一人で請け負ってやっているのに、向こうは事象によってとっかえひっかえ担当が変わるんですよ。「じゃあまず私から」「あ、わかりましたありがとうございます、じゃあ担当替わります」と、厚労省の中で細かく分かれて、そういう世界なわけですよ。

横串が刺せない、あの課題はなかなか解決できない。俯瞰的視点で横串をどう刺すか考え、他のこともそうですが、やっぱり一般に社会というのは深掘りしていけばいくほど専門分化していく問題が大きいので、ああいうやりとりも非常に違和感を感じながら半分イラッとしていましたけど笑。

²⁴ 林伴子，小出直史，黒河昭雄，大竹文雄。「コロナ下の女性への影響と課題に関する研究会」に学ぶ、現場からの情報収集と分析そして学際的議論の重要性、CiDER-PDP0015、2025.11.23 (<https://cdn.cider.osaka-u.ac.jp/2025/11/CiDER-pdp015.pdf>)

【大竹】

阿南さんが、イラッとしている感じは少なくとも勉強会では全然わからなかったですね。本当によくキレないなと思っていました。

【阿南】

「忍」の一字を学びましたよ、あの 2 年間で。

【大竹】

そうしないと進まないのはよくわかっていたのですけれど、もし自分が対応していたらキレていたと思います。これだけ完成度が高い準備してきたのに、まだ文句言われるのかって思います。

【阿南】

民主国家というものはそういうものなのでしょう。人それぞれ考え方は違いますから。

【大竹】

オプションの細かいところまで全部詰められたのと、それから移行過程もステップを全部埋められていきました。あれは「すぐにこの状態に行け」って言ってもそれは実現不可能だろうから、安心してできるような順でプロセスまで埋めていったっていうのもとても効果的だったと思います。「さあ 5 類²⁵だ」、となった時に、ほぼそのストーリーになっていったなと思います。

【阿南】

ほぼそのままでしたね。

【大竹】

ただ私は 5 類のプロセスがあんな突然やってくるとは思いませんでした。

【阿南】

あれもまた微妙な詭弁を使っているんですが、8 月 2 日(令和 4 年)に日本記者クラブで喋った時に「これは 5 類に移行するって話ですか？」って聞かれたんですね。「いや、そういうわけではありません」ってあの場では言うんです。実は内容を見れば明らかに 5 類なんですけど、「5 類に移行する」というところで騒ぎが起きちゃうので、ああいう潮目の転換の時というのは心理戦でもあるので。

さっきおっしゃったステップダウンも、これ国民・社会の心理的受容性を高めるためでした。「ゴールここだよ」って、時間をかけてやろうじゃないか。まずはここをしようじゃないか。2 年間もこんなところでやっていたら、これが当たり前になってしまっている。「学校行かないのが当たり前」になっている小学生にいきなり「学校に毎日行くんだよ」って言ったら「えっ!？」ってなります。毎日行かないけど「週 3、4 日からやろうか」っていう段階を踏んで、「さあ今

²⁵ 5 類感染症のことを指す。新型コロナウイルス感染症は、2023 年 5 月 8 日付で感染症法上の「新型インフルエンザ等感染症(2 類相当)」から「5 類感染症」へ位置づけが変更された。これにより、行政による外出自粛要請や発生届の提出などの法的関与は大幅に縮小し、季節性インフルエンザと同様に、個人の自主的判断を基本とする対応へ移行した。

度は週5日にしてみよう」っていう、当前の心理的受容性を高めるような仕組み、そしてロードマップを示すことが、社会に受け入れてもらうための納得と感情、この両方を満たすのがああいふことだろうと思ってやっていました。

【大竹】

本当にそう思いました。そういった感情コントロールをしっかりとやりながら、行動経済学者の立場からも、社会規範を一度に変えると拒否反応があるので、徐々に慣らしながら動かしていくことは本当に必要だと思いましたが、実際にそれを作るのは大変だと思いました。

【阿南】

いや大変ですよ。本当に二度とやりたくないです(笑)。

【大竹】

でもそこまでしっかり考えておかないと動かないということもよくわかりましたね。反発が強すぎたり、「変わりました」と言っても実際には社会が変わらなかったり。私はマスクの解除でそう思いました。あれだけ「やらなくていい」と言っているのに、みんなマスクを取らないですね。これが実態かとは改めて思いました。5 類移行の件も、突然であれば、「もう変えていいんだ」という時に、実態は変わらないままということが起こっていたかもしれないなと思いました。

それにしても、80 回の改訂はすごいですね。尾身勉強会での学びということですか。

【阿南】

あれも役に立ったところがあるということですね。

【大竹】

今回の新型コロナの経験では、お話いただいたように、1つのパッケージとしていろんなインセンティブを考えてシステムとして出していないと、どこかに穴があったらボトルネックになって上手くいかないの、そこを考えていくことが大事だというのが一つの教訓だと思います。では、次のパンデミックが来た場合、その教訓はまたすぐ活かせる状況になっているのか、やはりそこにはかなり不備があって、阿南さんのような個人の能力があるところとないところの格差が大きくて、同じことが繰り返されていくという状況でしょうか。

3. 専門家の役割

●緊急事態を常態化させないための拳を下ろす(出口戦略)の重要性

【阿南】

一つは医療法、感染症法が改定されて DMAT は詭弁を弄せず感染症パンデミック時に対応できるようになりました。もう一つは感染症法の改正に基づく法定計画として、各自治体で感染症行動計画を策定して、平時からちゃんと病床を確保し、協定を結ぶということが決まりました。

【大竹】

その協定を結ぶということは、阿南さんが神奈川でやられたような強いコミットメントと同じなのですか。

【阿南】

細かいことは各自治体の裁量でされていますが、基本協定締結なので実効性は担保されます。今回の経験から架空の数字を積み上げても駄目だということがわかっています。今後は各病院で検討して都道府県に出してもらっているのも、どこの自治体も、コロナの時よりも病床が少ないんです。

それは現実的なところで出せる数字を積み上げようという考え方があるので、時間もありませんし、新型コロナ騒動の最中とはちょっと違う協定になっているんじゃないかと思います。

コロナの時も、県と病院の「協定」締結は神奈川県が最初にやったと記憶しています。これは良いと思ったので厚労省医政局に「全国で協定を結んだ方がいいよ」というお話をしました。それまで口約束が多かったので、やっぱり契約ごとにしないと、コミットメントの意味がないので、ちゃんと文書でやりとりしよう。神奈川県では21年春の段階で締結が完了していましたから。今後は法定行為になったので避けて通れなくなります。そういった点では、対応しやすくなったと思います。

さっきの阿南ペーパーの話もそうですが、これは緊急事態法制の時に問題になるんですけど、コロナで思ったのは「緊急事態」有事法制の問題も含めて、緊急時では割とこの国、意外といけるんだなと思いました。心配しているよりは緊急時にちゃんと拳上げる、「もう大変だ、やるぞ!」って言うと、とりあえずみんなやるんだなっていうのがわかりました。今回の法改正でより対上り(拳を上げること)はスムーズになるでしょう。

しかしながら、一番問題なのは、拳を下ろせないことだったと思います。だから緊急事態法制とか緊急事態を考える時に一番重要なのは、僕は「拳の下ろし方をちゃんと規定しておくこと」だと思います。拳の下ろし方を規定しておく、拳を上げやすくなるんです。「上げるけど、必ず下ろすんだね。下ろす時の手続きはこうなんだね」と、あらかじめ道筋を示しておくことです。今回欠けていたことはそこだと思います。

【大竹】

そうですね。拳の下ろし方をきちんと決めていなかった例には、必要でなくなった雇用調整助成金²⁶やゼロゼロ融資²⁷などの補助金がずっと続いてしまったというのもありました。いつ止めるかを決めていないから過剰になってしまい、それに一度できてしまった補助金に既得権がついてくるという傾向もありました。

【阿南】

そうです。これは異常な時にやっていることで、「必ず戻すぞ」というメッセージを最初に打ち込むことが、実は緊急事態に対処する肝だと思います。

災害時医療では、必ず「復興フェーズ」を目指すわけですね。DMAT は行きますけど、いずれ引き上げますから。それはなぜかと言うと、日常に戻すためです。そのために心掛けることは、極力直接的に手を出さないように、現場

²⁶ 新型コロナウイルス感染症の影響により、雇用調整助成金には2020年4月から特例措置が導入され、助成率の大幅引上げ(最大10/10)や日額上限の拡大、雇用保険非加入者への対象拡大などが実施された。支給規模は過去最大となり、初期段階では雇用維持効果が確認されたが、長期化に伴い効果が減衰する傾向も指摘されている。

²⁷ ゼロゼロ融資は、新型コロナウイルス感染症による売上減少に直面した中小企業・個人事業主を対象に、実質無利子・無担保で資金を供給するために2020年から導入された特別融資制度である。政府系および民間金融機関を通じて実施され、2022年までに約234万件・42兆円が貸し付けられた。返済は2023年以降本格化し、資金繰り支援として借換保証制度が併設されている。

での治療行為は必要最低限です。大切なことは地域の医療機関をサポートすることです。日常、各地域で病院も診療所も事業展開しているわけです。これらの事業の邪魔をすることになるので「俺たちの仕事一向に戻ってこねえよ」ってなっちゃう。そうならないように、なるべく「今日できない？ じゃあ代わりにやりますけど。」「今日はどうですか？ できる？ じゃあやってください」と。「なんか困ったらサポートしますよ」と言って、大丈夫だなと思ったら「じゃあ引き上げますので」っていう、この形を極力やっていくわけです。

これは復興フェーズをイメージしているからです。元あったものを活かす、そして元あったものを困らせないように、緊急時の体制というのは、長くやると困らせ事になるので、困らせ事にならないようにする、という考え方を実践しているんです。これは感染症/パンデミックでも同じだったと思っています。

【大竹】

そこがまだきちんとできていない感じでしょうか。

【阿南】

はい。誰もイメージを作れていないですよ。こうなったらこうしようね、こうなったらこうしようね、最後こうしますよ（と規定する）。その期間は半年から1年の間でこう戻しますよと。その判断は誰がするのかというところまで決めておかなきゃいけない。今回も決める人がいなかったから阿南ペーパーなんてものを出さなきゃいけなかったわけですよ。

【大竹】

当初、出口政策（出口戦略）のことを言ったら「気が緩む」とか言われていましたよね。

【阿南】

意味がわからないですよ。

【大竹】

私たち経済学者は、将来の出口のことを考えるから、一時的には極端な政策もできると考えます。しかし、出口のことを考えるだけで、気が緩むからそれは言うてはいけないという傾向がありました。

一方で、極端な話「この感染対策はずっと続けるべきだ」っていう考えもありました。その緊急事態が普通になってしまうと、今度はその緊急事態での行動が普通なのだからそれを維持したいという人も出てきました。マスクはその例です。だからこそ「これは緊急事態なんだ」と常に警告しておかないと、本当に元に戻る力もなくなってしまうっていうのはありますね。

【阿南】

「（緊急事態の対応を）早くやめよう、早くやめよう。」と、ずっと誰かが言い続けておかないと、やっぱり入って意外と順応性が高いんですよ。

【大竹】

特に日本はそうなのではないでしょうか。外国では「もうやらなくていい」って言ったらすぐやらなくなったところの

方が多いと思います。

【阿南】

海外との比較がわかりやすいですね。アメリカやヨーロッパでは 2022 年には普通の行動（日常）に戻していましたが、我が国は 1 年遅れましたよね。ここは何に起因しているのだろう、いつも思っていて、それが全てだとまでは思いませんが、「人権意識」が大きく影響しているように思います。

【大竹】

やはり、最初の感染症法の精神の議論に戻りますね。

●人権意識の希薄さが抱える問題—自由権と外出自粛要請

【阿南】

ああいった状況に置かれるということは人権上まずいです。僕はこの人権問題は大きく 2 つのことが課題だと思っていて、一つは差別・偏見・誤解の問題、もう一つは、みんながもっと意識すべきではないかと思う、自由権が剥奪され続けていたことです。

自由権の剥奪を、あんなに安易に続けて良いわけがない。

阿南ペーパーの前からちょっと取り組みを始めましたけど、保健所がずっと行動調査をして、「公」の立場で強い権限執行で自由権を剥奪しました。「あなたは外出しないでください」という外出自粛要請。外出自粛要請を甘く見てはいけないと思います。憲法の 3 つの柱の一つである基本的人権の尊重、その中の自由権、この自由権を剥奪する行為で、これは非常に、非常に重いことだと思います。この重さを背負って保健所職員は新型コロナ陽性者に対して「あなたは外出しないでください」と言ってきた。しかし言っている本人は多分あまり意識なかったのではと思うんです。でも、保健所職員の要請には、その重さがあったということを改めて考えるべきだと思っています。

だから一刻も早く解除しなければいけない、こんなこと漫然と続けちゃいけないんだ、というところに繋がっていかないとはいけなかった。この新型コロナの問題で 2 つ目の人権の問題で僕が非常に腹立たしかったのは、このような外出自粛要請を 3 年以上も続けたことです。これは異常ですよ。これは感染症法の理念を逸脱していると思います。こんなことを本当にしていてよかったのか。

これらがさっき指摘したアメリカ・ヨーロッパとの違いだと思います。欧米は人権意識が強いのだなあと改めて思い知らされた気がします。自分たちの自由が奪われるということに対して本能的な抵抗感がある。だからとっととやめる。自分たちは自由にするんだ、と。2022 年以降急激に日常に戻っていったのは、国（政府）が言うからではなく、国民一人一人が当たり前のように自由権を行使しているだけだったのです。今更オミクロン株でなぜこんなことをやらなきゃいけないんだ、と社会が許容しないわけです。一方、もしかしたら日本ではその人権意識がまだまだ希薄なのかもしれない。これは人権意識だから押し付けることではないし、国民が良いならいいですけど、憲法の中で大切にされている、基本的人権の中の自由権というものを我々はどうやって 80 年間守ってきたのかということを改めて考えるタイミングなんじゃないかと思っています。憲法改正論はあるけれど、基本的人権の尊重に関しては変わらないはずですよ。

【大竹】

おっしゃる通りです。このプロジェクトは私たち人文社会系の研究者がもっと関与できたのではないかとということ

を分析しています。自由権については法学者、憲法学者がもっと発言すべきだったと思っています。しかし、感染症のことは感染症の専門家という考えが人文社会系の研究者にもあったと思います。パンデミックの第 1 フェーズはそれしかなかったと思うんですが、第 2、第 3 フェーズになってきた段階で、本当に法的な権利として大丈夫なのかの議論を早く始めなければならなかったと思います。しかし、第 1 フェーズの状態だという意識がずっと続いてしまったためにできなかったのかなとも思います。ですから、これは第 1 フェーズから第 2 フェーズに変わりつつあるということを経済関係者から他の分野のアカデミアにも伝えてもらえると、もう少し自分たちも発言できるという気もしたかなとは思いますが。そんなことは研究者自らが自分たちで考えるべきだというのが第一ではあります。

【阿南】

僕は法学者にもっと騒いでほしいと思っています。人文社会系の方々は大人しいですね。

【大竹】

自分たちが口を出すべきことではないのではないかという考えがあったのだと思います。そうではなくて違うフェーズに移ったところに気がついて、本来自分たち人文社会系の研究者がやるべきことは多いということについての知識の共有がすごく遅れたのだと思います。私は専門家会議や分科会に入っていたので、経済学者としてやるべきことがこんなにたくさんあるというのがわかりました。しかし、そうでなかったらどういう貢献ができるのか、何を研究すべきなのかを、リアルタイムで知ることはなかなか難しいと思いました。

【阿南】

さっきアカデミアって括弧をしましたが、アカデミアの専門性で、もっとガツガツ言うべきだったと思います。自分たちが言っちゃいけないなんてことはあり得なくて、法学的には間違ったことだ、感染症法おかしくないか、とか感染症法運用の課題をつついてもいいぐらいで、本当にその運用がいいのかってということを初期からもっと言ってもいい。その戦わせ方、あるいは戦う土俵を作ってあげなきゃいけないかなと思うんですね。

【大竹】

実は東京大学の岩本康志さん²⁸という経済学者が、財産権や自由権の立場から、そもそも緊急事態宣言で 45 条の対応を 1 ヶ月という期間で始めるのはいいのかという法的な議論をかなり早い時期からされていました。しかし、そのような法的なことを知っている人は少ないです²⁹。当時の新型インフルエンザ等行動計画の作成に関わった国立感染症研究所の齋藤智也さんによれば、緊急事態宣言は 1 年ぐらい出しておいて、その中で 45 条の行動規制は 2 週間ぐらいで行うというイメージだったそうです。だから臨時の医療施設も緊急事態宣言中であれば設置できるというのが当初の規定でした。それは緊急事態宣言を 1 年出し続けるからできた話です。実際に出された緊急事態宣言は 1 ヶ月の予定でしたから、その期間では臨時の医療施設の設置はそもそもできなかったということになります³⁰。

²⁸ 岩本康志（東京大学大学院経済学研究科・教授）

²⁹ 岩本康志，大竹文雄。「コロナ危機における学会の対応」、CiDER-PDP0005、2024.1.15 (<https://cdn.cider.osaka-u.ac.jp/2025/01/PGIFBGIB-CiDER-pdp005.pdf>)

³⁰ 岩本康志，齋藤智也，大竹文雄。「コロナ危機における法とそれらの運用」、CiDER-PDP0006、2024.2.2 (<https://cdn.cider.osaka-u.ac.jp/2025/01/gs9cElKq-CiDER-pdp006.pdf>)

【阿南】

そうですね。臨時医療施設の設置は大変だったので財政的根拠含めてブチブチ切られたらたまったもんじゃないですね。

【大竹】

だからやっぱり法律の専門家がもう少し関心を持って権利についての議論をしてくだされば違っていたのではないかと思います。

●医療分野以外の専門家の関わりとオープンな会議

【阿南】

医学と同レベルで議論すべきですね。繰り返しますが、医学・医療なんて社会経済活動、この社会の動きの中の1パーツなので、これはいくら感染症だといっても、これが全てを凌駕するところになるっておかしいと思うんです。あくまでも社会行動、社会全体のあり方という中で医学・医療はどのように考えて、どのようにして感染症を抑えていくのか。じゃあ一方教育はどうするのか、法的に問題がないのか、経済活動はどの時点でどのようにしていくのか、すべて同等のところでも常に話し続けなきゃいけない。ある種、民主主義の根源的なあり方と同じで、医学・医療を監視しなきゃいけないと思います。医学・医療を勝手に走らせるとやっぱり暴走したり違う方向に進んだりするんですよ。ここに対してちゃんと監視機構を働かせないといけないだろうと思うんですよね。

【大竹】

そういう仕組みにはなっていなかったし、今回改正された新しい仕組みの下でも十分になっていないと思います。そこがやはり大きな問題です。感染制御、つまり行動制限をして感染を拡大させないというところに力点を置く立場の人が中心になると、感染をゼロにすることを目標にすることが起こりがちです。実際には、医療者の多くも、普段の治療については、本当は様々なリスクのバランスを取りながらしていると思います。そこは社会全体でも同じ問題があることを医療関係者も共通の理念にしてほしいです。感染症法や特措法の理念もそうですが、アカデミア全体でも、関係者でも、パンデミックで生じるリスクは感染拡大そのものによる健康被害だけではないことを理解しておかないとまた同じことが繰り返されると思います。

【阿南】

いくら感染症のことでも、感染症視点のボリュームが多すぎると思いますね。あれは診療報酬と同じ部分があると思うんですが、診療報酬の議論には医療者だけじゃない他の人たちもいっぱい入っていますよね³¹。診療報酬のあり方は非常に経済、国家財務の中で大きなウェイトを占めてきて重くなってきている。そして社会保障制度をどうするかというところに大きく絡むので、ここにはいろんな人たちが入っている構図になっていると思うんです。感染症も同じです。医療の専門家ばかりが全部大きく膨らむ、特に感染症という視点だけで物事を組み立てていってしまうと、見落とす部分がどうしても出てくるだろうと思います。

³¹ 診療報酬に関する議論は、中央社会保険医療協議会（中医協）を中心に、社会保障審議会の医療保険部会・医療部会など複数の会議体で進められている。中医協には医師・歯科医師・薬剤師といった医療関係者だけでなく、保険者、経済界、労働界、公益委員など多様な立場の委員が参加し、診療報酬の個別項目から制度全体の方向性まで多角的に検討されている。これにより、医療提供者の視点に偏らず、患者、保険者、社会全体のバランスを踏まえた制度設計を目指すものとなっている。

【大竹】

本当にそう思います。私自身は人文社会系で新型コロナ対策分科会でも少数派でしたからかなり大変でした。阿南さんが厚労省で説明された時と同じように、私が分科会や尾身勉強会で発言しても、次から次へ医療関係の人に攻撃されました。東大の岩本康志さんも、特に特措法の枠組みの中なら対策分科会や基本的対処方針分科会では医療者の方が少数派になるべきで、当時もあの構図はおかしいと発言されていました。そこを変えていかないと、また同じことが繰り返されるだろうと思いますから、今後も私は指摘をし続けたいと思います。

【阿南】

難しい部分もありますが、あとはその会議体をオープンにしていなくても一定程度機密性の中で議論されていて、社会との隔絶状態が生まれている気がするんですね。

神奈川県は実は全部オープンなんです。毎月のように知事も入ってディスカッションを 2 時間しますが、すべてマスコミを入れてオープンにしています。クローズの会議はほとんどない。その前にアンダーでいろんなことやりますが、ああいう会議はオープンで、終了後のぶら下がり取材は 1 時間でも 2 時間でもやる。

そういう感じになっていないところも、社会との接点が見えてこなくなる要素のひとつで、難しい部分があるのはわかりますが、もしかすると一因になっているかもしれない。

【大竹】

そうですね。そのため、分科会の議論の中で、私が反対意見を出してもそれがオープンになるのは議事概要が公開される時点ですから、かなり遅れることになります。議事は非公開で、会議直後に尾身先生が記者に対して答える内容だけが会議内容の公開で、委員の発言内容の概要がわかるのが議事概要の公開時点になります。実際、私の反対意見が存在したことが、しばらくはなかったことになるということにつながりました。ずっと分科会がワンボイス主義でいつてきたのも良くなかったと思います。どのように公開していくかをもう少しシステムティックにしておくべきだと思いました。一方で、委員会の即時公開にも、課題はあります。例えば利益代表の人は、その人が代表している関係者を前にしているので、より利益代表としての立場で発言されるようになると思います。また、発言がすぐに公開されると、世論の多数派に反対するようなことを言いにくくなるなどの欠点もあると思います。専門家としては率直な意見を言いにくくさせるかもしれません。逆に、利益代表としての発言を抑制する方向になるかもしれません。どのようにバランスを取るかは大事な問題だと思います。しかし、複数の考え方があることを社会に出していく必要はあると思います。阿南ペーパーが出るのにもずいぶん時間がかかりましたよね。

【阿南】

数ヶ月かかりましたからね。ミンミン蝉が鳴いている夏の 8 月にオープンになりましたけれど、あれは春から作っていたんですよ。

【大竹】

複数の意見があるというのが表に出ること自体がタブーだったのもあると思います。

【阿南】

さっきも言ったクライシスコミュニケーションで 3 つのフェーズあるときに、セカンドフェーズでは多様な意見が出

ることが前提となります。立ち上げの時は確かにワンボイスには意味があるし、ここに強さを示さなきゃいけないけど、セカンドフェーズ以降は多様な意見をベースにして丁寧な結論の導きと調整、公開、広報をしなければクライシスコミュニケーションは成立しないんです。この転換、いきなり変えるか徐々に変えるかは別として、もうセカンドフェーズに入ってきたんだからやり方を変えようねっていう、このリスクコミュニケーション・クライシスコミュニケーションの考え方を持てるかどうかだと思います。

【大竹】

おっしゃった通り、制度を作るときに、セカンドフェーズに入ったら多様な意見のオプションを出しながら、最終的な出口まで持っていくということも、拳を最初に振り上げる段階で決めておかないといけないと思います。

【阿南】

そのまんまではいけないよっていう宣言をしておくべきですね。

【大竹】

拳の下ろし方を決めておかないと、気楽に拳も振り上げられないということですよ。もっと早くに阿南さんと知り合ってこういう話をしておけば、分科会の運営も随分変わったのではないかと思います。

【阿南】

共闘組んで色々できたのに。

【大竹】

対面の会議がなかったのも大きいですよ。今になって初めて直接会うぐらいですから。

対面の議論がなかったのも分断を大きくした要因になりますね。最初の頃は専門家会議も新型コロナ対策分科会も基本的対処方針分科会も、しばらく対面でやっていました。あの頃は結構会議の前後に本音はどうなんだっていう話をやっていましたが、オンラインになるとできないですからね。

【阿南】

オンラインって表情が読めないんですよ。やっぱり人って非言語コミュニケーションが色々あるので、そののどろを感じ取って、この人賛成しているんだ、反対していたんだとか、目を見ればわかるところが、オンラインではなかなかそううまくはいかないですね。

【大竹】

たぶんそれも長引かせた要因の1つですね。

【阿南】

日曜の勉強会もみんな画面顔出さないでやっていましたからね。確かに僕も長いからずっといつも洗濯物をたたみながら聞いていましたし、尾身先生も、何か食べてるな、といった音が聞こえていましたからね。

【大竹】

今後の教訓まで議論ができてよかったです。ありがとうございました。

【阿南】

ありがとうございました。

4. Q&A・Discussion

●フェーズの整理

【小出】

私の方からいくつか質問をさせていただきたいのですが、今回、クライシスコミュニケーションにはフェーズが3つあるというお話でしたが、阿南先生が捉えているファースト、セカンド、エンドの具体的な時期を教えてください。

【阿南】

ファーストは1波2波で、3波ぐらいからはセカンドフェーズだったと思います。

【小出】

エンドフェーズになるのは？

【阿南】

2022年ですね（オミクロン株以降）。

●人材開発—戦術・作戦・戦略

【小出】

ありがとうございます。もう1つ、自治体間格差の話があって、神奈川では阿南先生が活躍されたお話がありましたが、大阪府の藤井睦子さん³²も実は似た構造を指摘されておられて³³、やっていることは違うし役割も違いますが、ミニ阿南先生みたいな人は今いるのか、あるいはその候補になるような人はおられるのか所感を教えてください。

【阿南】

答えはノーですね。見たことがない。

【小出】

奇しくも藤井先生と同じですね。2つ目の質問は、このミニ阿南先生が仮にできなかったとした場合に、教育で阿南先生は育つものなのかについてはいかがでしょうか。

³² 藤井睦子（大阪府健康医療部長・当時）

³³ 藤井睦子，小出直史。「新型コロナ危機における行政と専門家との連携～都道府県における専門家組織の活用を題材に～」、CiDER-PDP0014, 2025.8.20 (<https://cdn.cider.osaka-u.ac.jp/2025/08/CiDER-pdp014.pdf>)

【阿南】

どうですかね、僕はどうやってこういうものが出来上がったのかよくわかりません。いろんなこと含めて、今この 5 病院の経営もやっていますが、跡取りを作れるかというとなかなか難しいと思っているし、ミニ阿南とおっしゃっていただきましたが、同じようなものは出てこない方がいいと思っています。

僕は自分が医者になるにも、今こうして生きているのにもロールモデルは全くいません。今の若い人は割とロールモデルを求めて、あの人に憧れてああいふうになりたいという傾向がありますが、僕は全くないです。その時々で必要とされることができるよう私が居ればいいので、ロールモデルがいなくてやってきた自分としては、次に似たようなものを作りたいという意味は発生しないんですよ。

【小出】

スケールは違う前提ですが、私も理研³⁴で iPS 細胞³⁵の再生医療やっていた時に、研究者ではやらないような病院調整や共同研究契約の取りまとめ、特許戦略、病院の内部のルールを策定するなど、といった、一般の科学者がやらないような、名前もついていない多くの雑用を含んだ仕事をプロジェクトマネージャーとして経験させてもらいました。私も外部から業務継承や次の人材を育成するためにマニュアル（業務手順書）のようなものを作れませんか、と度々言われてきたんですけど、無い/できない/勧めない、というのが答えて、たった今、先生が指摘されたようにロールモデルが存在しませんでした。

巷では次のパンデミックに備えた教育や人材開発が活発に指摘されています。アカデミアだけでなく自治体や政府もそうだと思いますが、これに対して先生は所感としてどういうことを思われますか。

【阿南】

直感的には AI でいいんじゃないかと思っています。

【小出】

AI ですか。

【阿南】

僕は人生訓というか、「浩然の気³⁶」というものを持っていて、「浩然の気」を育むということって大切だと思っています。人が考えるとかなんとかいうよりも、もっと大きな流れとかがあって、その中で人はその時にいいと思うことを適切にチョイスしてやっていく、我々にはどうすることもできない、言い方によっては見えない手みたいなものかもしれ

³⁴ 理化学研究所 (RIKEN) (<https://www.riken.jp/>)

³⁵ iPS 細胞 (induced pluripotent stem cell) は、体細胞に特定の遺伝子 (山中因子: OCT3/4, SOX2, KLF4, c-MYC (注: 2026 年現在では異なる遺伝子や別の手法も存在する)) を導入することで、多能性と自己複製能を人工的に再獲得した細胞で、2006 年に山中伸弥 (京都大学) らがマウスの繊維芽細胞から樹立に成功したことが報告された (Takahashi and Yamanaka, *Cell*, 2006)。2007 年にはヒトの細胞でも樹立に成功した報告がされ (Takahashi et al., *Cell*, 2007)、その後、再生医療、創薬・疾患モデル研究などに広く応用されている。

³⁶ 浩然の気は、中国戦国時代の思想家・孟子が『孟子』公孫丑上篇で述べた概念で、天地の間に満ちる壮大かつ剛健な「気」であり、道義に基づく正しい行いを積み重ねることで人の内に育まれる精神的エネルギーを指す。孟子は「我善養吾浩然之氣 (われ善く吾が浩然の気を養う)」と述べ、これを義と道に配し、正しく養えば天地に満ちるほどになると説いた。これは単なる情緒的な気分ではなく、道徳的勇氣や人格の根幹をなす力とされ、儒教的修養の核心概念の一つである。後世には「おおらかで物事にとらわれない心持ち」としても解釈され、文学や思想において精神の理想像として引用されることが多い。

ません。そうするとやっぱり時代が変わると、今我々がやってきたことを人材教育に活かして同じようなものを作って果たして役に立つのかとも思っていて、ちょうどこのタイミングでこれだけデジタル化、人工知能が出てきていて、大きなパラダイムシフトが社会を大きく変えていくタイミングかもしれない。逆に言うと DMAT も大丈夫ですか？とか言われるわけですよ。映画に出てきた僕ともう一人のいつもペアでやっている近藤³⁷の次の世代は育てているんですかとか。でも俺たちの後いないし、俺たちみたいなのは出てこないよねって。で、作ろうとしても作れないっていう、それが実は大きな流れなんじゃないかと。じゃあ、それで世の中が困ってしまうのかというと、なんか困らない何かが出てきて、その候補が僕は AI かもしれないなと思っているというか。

【小出】

今回では経済学でシミュレーションの仲田先生³⁸もそうでしたが、時折降って湧いて出て活躍する人達はあらかじめ備えておくというより“待つ”ってことなんでしょうか。

【阿南】

目標設定をしてそこに向かって育成する世界じゃないんじゃないかと。

【小出】

まさにそうですね。

【阿南】

僕自身がそういうふう目標設定をして生きてきたわけじゃないです。今ここを経営していますけど、それなりにやれている経営者だと思いますよ。医者と違うレベルでもものすごい経営改革や構造改革をしていますけど、こうふうになりたいからこうしてきましたっていうわけでもないの、たまたま別でこうやってきた人がなんかこれにいいんじゃないのって言ってふっと来るっていうのがあるかもしれない。

さっき言った僕が神奈川県で一緒にやったデジタルの畑中洋亮氏³⁹もそうです。ある企業で普通にやっていた男ですよ。親父さんが初代の金融庁長官の畑中さんで、あれはあれでちょっと天才的な才覚を持っていると思いますけど、ひょんなことで知り合いになって一緒にタッグを組んでやれた、これは理由では説明できないわけですね。彼自身も全然違う分野で、全くノータッチに生きてきた人間でしたが、ポツと来ていい仕事をしてくれた。実はそういうものかもしれない。

そうすると唯一必要なことは、世の中に人材というのはポロっといたりするかもしれないから、それをちゃんと採用できる柔軟さ。この点は神奈川県庁に僕は感謝ですよ。要は僕や畑中を使ってくれてありがとうございました。

普通ではないわけですよ。これを連れてきて権限を与えて、神奈川県庁の最高意思決定機関の会議全部出ているわけですよ。知事、副知事、関係局長の会議全部出てきて。何でもどうですかこれどう思いますとかそういう。アドバイザーじゃないんですよ。そういうところに使ってもらえる環境があったからで、世の中にはきっとそういう人っているんじゃないかと思うんです。

³⁷ 近藤久禎 (DMAT 事務局次長)

³⁸ 仲田泰祐 (東京大学大学院経済学研究科・准教授)

³⁹ 畑中洋亮 (神奈川県医療機器統括官・当時)

【大竹】

私もそう思います。感染症と経済活動の数値モデルを開発して大活躍した東京大学の仲田泰祐さんも、私はコロナ前まで全く存じ上げていませんでした。2020 年度に私が会長をしていた日本経済学会では、新型コロナワーキンググループを立ち上げて、感染症の研究をする経済学者に関する情報収集とその公開を行いました。その中で、仲田さんが研究を始めて有益な結果を出しているらしいという情報を得て、尾身勉強会や分科会で報告してもらいました。仲田さんは、もともとアメリカの中央銀行にいて、金融政策の数値モデルの専門家でした。技術的には疫学の数値モデルと共通するものも多いので、感染症対策に参入されたのです。社会に貢献したいと思っている研究者は意外に多いと思います。一見、異なる分野でも、実は感染症対策には有益なスキルをもっていることが多いと思います。そうした人材を情報収集でピックアップすることができました。阿南さんのご経験と同じだなと思います。

【阿南】

そういう感じだと思いますよ。網広げておいて、どっかにいるんじゃないのって。で、その時に声かけるっていう。目標に向かって育成というのは……。

【大竹】

それは無理ですよ。

【阿南】

JIHS⁴⁰でも今感染症リーダーシップ研修というのをやっていて、僕も講師をしていますけど、あれを半年間受けてリーダーになれるとは思えないし、感染症のリーダーシップってそんなので身につくものだろうか。難しいですね。「リーダーシップ」というものがどういうものか、チームの力を活用するのかということを学ぶ場として理解し協力しています。

【小出】

その上位概念であったり規範みたいなものであったりは、教育プログラムのものと相性が逆に悪いのかなとも感じています。有名な経営者、研究者も似ているかもしれませんが、恐らくリーダーシップ研修とかアントレプレナーシップ的なもので学んだものではないと思うんです。一方で、それらの要素のようなもの教育っぽく仕立てるとそれはそれで研修というビジネスが生まれ、成立しているんだろうとも感じます（意味があるかは別として）。プロジェクトマネージャーについても、アメリカにプロジェクトマネージャー協会（PMI）というのがあって、色々やっているんですが、それ通りできるのは目標が決まっているものを効率的にやることだけであって、目標そのものを考えたり戦術・戦略のシミュレーションを組み上げたりというような話とは遠いように思います。阿南先生がおっしゃった、いろんなピースを組み上げていくみたいな話というのは、第二次世界大戦で若い将校たちがやっていた盤上のシミュレーションのようなものとも近いような気もしました。

ここから質問です。シミュレーションのような考え方、概念みたいなものを内面化するために、戦略立案や想像す

⁴⁰ JIHS（国立健康危機管理研究機構）は、感染症研究の中核である国立感染症研究所と、臨床・国際医療を担う国立国際医療研究センターを統合し、2025 年に設立された日本版 CDC と位置づけられる機関。感染症の監視・分析、研究開発、臨床対応、人材育成を一体的に行い、平時から有事まで切れ目なく健康危機管理を支える体制を構築することを目的としている。

る力のようなものは鍛えることができると思われますか。

【阿南】

戦術、作戦、戦略という順番ですが、戦術と作戦まではトレーニングでなんとかできる。で、戦略構築って相当に幅広で別次元になってくるので、なかなか教育だけでは難しくて、アメリカのミリタリーの世界でもやっぱり複数の人間の合議体の中で構築されていく部分があるんじゃないかと思います。非常に多面性を求められるので、戦争に勝つためには戦争しないことって孔子が言っているのと同じで、戦略ってそれですから、いかにアメリカと中国が戦えないようにお互いするかってところが戦略観なので。だけど戦術的にはどうやって撃破するか、作戦としてはどういうふうにするかはミリタリーの中で少し競争しながら教育していくものなので。

【小出】

ありがとうございます。

最後の質問ですが、コロナ禍を学生で過ごした方が、医学生で言えば専攻医とかになっているぐらいの世代かもしれませんが、メンタルをやられてしまうというのは初めて聞きました。

●コロナ禍を学生として過ごした世代の課題

【阿南】

看護師の課題がより深刻かもしれません。

【小出】

それはコロナ前後の世代（研修が通常通り）と自分（コロナ禍で研修が十分でなかった）のやれることやれないことの差分を過度に感じてしまうみたいなことなのではないでしょうか。

【阿南】

看護師はいきなり研修もなにもなく現場に突っ込まれて、過去の人たちが即戦力として使っていくわけですよ。日本の制度上、看護師の配置というのはお金に直結しているので、本当に最低限配置して、それで診療報酬を獲得できる仕組みです。だから現場に3人の枠の中の1人に新人さんが入ってという世界が1年目の後半ぐらいから始まるわけですよ。これ自体が結構ストレスだと思うんですね。

【小出】

それで辞めてしまう。辞めた人は看護師そのものを辞めてしまうのでしょうか。

【阿南】

色々だと思います。病院を辞めて他行く人もいれば、看護師がやれなくなったり、あるいは休職している人とか出てきますよね。

●リスクコミュニケーション・クライシスコミュニケーションの萌芽に向けて

【小出】

ありがとうございます。クライシスコミュニケーションについてはまた深く議論する機会を企画できればと思います。もう1点だけ、お二人にお尋ねですが、リスクコミュニケーションの文脈でよく見聞きする話で、市民に対して分かりやすくという話はよく議論されているように感じますが、今日の議論にあったような観点から、クライシスコミュニケーションの考え方（アプローチ）やリスクコミュニケーションについて、活発に議論されている印象がありませんが、この辺りについて所感を含めて教えて下さい。

【阿南】

少ないと思いますね。特にリスクコミュニケーション含めて日本で教科書的なものがあるかという点と非常に少ないですね。蛸名玲子⁴¹さんが海外でやってきて少し書いたりしているけれど、あれが全てかもわからないし。実は世界的にそうなんだと思います。アメリカの CDC とかが一生懸命やっていますが、上手くできてないから、ああいうものが一生懸命出てくるので、裏返しの関係ですね。日本人はよく誤解をしていますが、アメリカがすごく進んでいるからではなくて、アメリカも上手くいっていないからです。上手くいっていれば、あんなこと一生懸命やるわけがないので。やっぱり普遍的な難しさがある世界なので、その中でなんとか体系化できないかをアメリカも模索している。あわせて我々もそういうことを模索していく。模索って大切だと思いますね。だから、これは一定の教育をする、さっきの戦術なんかは教育でもいけるかもしれないけど、戦略というレベルになると非常に発想の飛躍なども重要なので、定型的なことを学ぶということではなくて、もっと頭の柔らかい状態を作っておくことが求められるので、そういう育成教育の視点でクライシスコミュニケーションに関してもまずは揉むというか、みんなで考えてこうって考えること自体が能力を磨くことになると思うんですね。

【小出】

ありがとうございます。今のコメントに対して、新しいクライシスコミュニケーションの考え方の、ある種機運を作るような観点から、大竹先生は人文・社会科学がこれからどのように関わっていくことができるのか、あるいはいくべきなのかを含めて、お考えがあれば一言お願いします。

【大竹】

リスクコミュニケーションという時に、情報を得た側のショックを和らげるための技術という意味が多いと思います。むしろ必要なのは、合理的な意思決定を促すコミュニケーションの仕方だと思います。たとえば、経済学者の不確実性下の意思決定の考え方です。これは、まさに阿南さんがおっしゃった、トレードオフを考えながらリスクゼロにすることはできないのだから、他のリスクと考えながら相対的に一番いいのはどれかという、リスクの下での意思決定論の話です。それを人々に納得させるようなコミュニケーションの取り方が大事で、そこが従来のリスクコミュニケーションにはあまり無いと思うのです。そのリスクはそんなにショックを受けなくてもいいですよってということだけでは駄目で、他にも多くの心配すべきことあるのでこれだけ心配していると駄目ですよという発想が無いと社会全体は動かないですし、人々の意思決定も間違えてしまいます。そのリスクだけ注目したら非常に非合理的なことをしてしまうということも伝えていく必要があると思います。今までのリスクコミュニケーションは、ショックを受けなくてもいい

⁴¹ 蛸名玲子（グローバルコミュニケーション・代表）

ですよっていう伝え方だったから、視点が広がらないので全然解決に向かわないという感じがします。そもそもそれをリスクコミュニケーションと言うのかと思いました。

今、お話を聞いていて質問したいんです。第1フェーズから第2フェーズに変わった時は第3波の時だとおっしゃいましたが、私の印象では、感染症の特性がわかってきてある程度治療法が広まってきて、医療機関もどうしたらいいかわからない状態じゃなくなった時かと思いました。その理解でよろしいですか。

●情報の非対称性

【阿南】

両方ですね。あと国民サイドもそうですね。

【大竹】

国民サイドはでもずっと感染症の治療法が広まってきたという情報の共有はなかったのではないですか。

【阿南】

国民サイドがいろんな情報を捉えるようになった時期だと思います。第1、第2フェーズはやっぱり「怖い」が先に立っているだけ。でもその次になるといろんな情報を獲得し始める。だから多様な意見が出てくる時期だと思っているんです。これは受け手サイドの問題もあるので、専門家や医療者だけではなくて、受け取る患者サイドも多様な考えや意見を持つ時期だからこそ、これをやらなきゃいけないのです。それは情報が多様化して入ってくるから。

【大竹】

わかりました。ただその情報が伝わるのは遅かったなと思います。治療法がかなり確立しているのに「未知の病」ってというのがずっと続いたと思います。

【阿南】

だからこの時期というのは格差が生まれる時期でもあるんです。知っている人たちは知っているけど知らない人は永遠に知らないというような。

【大竹】

そこが始まった時期だということですね。

それからもう1つは最初に聞くべきでしたが、DMATに関わられるようになったきっかけは何だったのでしょうか。

●DMATに関わるきっかけ

【阿南】

僕はもともと、何がやりたいというよりも、必要だと思うこと、需要があるけどあまり人がやっていないところを割とセレクトしてきた感じなんです。だからちゃんと災害のことやらないといけないよねっていうことでそっち側へ行ったわけですし、医者になった当初は内科から入ったんです。僕らの頃って救急の分野は存在しなかったんです。だけど救急がやりたいなと思って内科やりながら救急のことをやっていたんですけど、当時は「救急というのはすべからずすべての医師がやるべきこと」だから、救急科という存在を厚生労働省も認めませんでした。確かに救急科って

いうことを認められた時点から、私、救急は専門じゃないんで、って断れるようになってしまいましたけど。感染症も同じで、感染症科というものを別にした瞬間からじゃあ私感染症無理ですからって、専門分化していくということは、同時にそれ以外は診ない、無理です、っていう言い訳を容認することにも繋がっていくんです。

途中で救急ができたので、正々堂々と救急やるべし、と思ってやっていくんですけど、妻も医師ですが、妻に救急選ぶなんてバカじゃないのって言われました。あの頃はそういう扱いでした。真っ当な人間は選ばないみたいな。だけどそれは社会にとって必要なことだからと言って、今に至っています。

その途中で災害のことも必要だから手を出していきました。その延長線で今回の新型コロナのこともやるし、それから行政に完全に移って、行政職をやるようになって、さらにいろんな問題が山積している今の組織では事業経営者をやっています。最近では元医師ですって自虐的に言うんですけど笑。

【大竹】

DMAT の創立には関わられていたのですか。

【阿南】

最初に作ったのは我々のちょっと上の世代でした。はじめは基本形を作っていて、私もすぐに参画して、教える側に回って、プログラムの改変などの責任者をずっとやってきていて、いつの間にか月日が経った今ではリーダー的な立場になっていました。実は災害といっても初期から CBRNE 災害⁴²という分野を扱ってきました。いわゆるテロ対策です。地下鉄サリン事件⁴³に代表される化学（生物兵器含む）テロを中心に勉強してライフワークのようにやってきました。CBRNE って化学剤とか生物剤とか放射線とかで、生物剤も含まれているので、僕の中で案外抵抗がないんですよ。それはちょっと背景にあるかもしれませんが。感染症の対策、いわゆる防護服を着て感染症に対処するってこういうことだよねというのは、普通の臨床と僕がやってきた特殊災害とは同じところに起点があるので、そういう意味で災害というところも、あるいは今回の新型コロナ対応も、基盤としては入りやすい素地があったのかもしれませんが。でも CBRNE 災害なんてやっている人は日本にはそうそういないので、先日でも内閣府の事態対処室に呼ばれて、日本の化学テロ対策の課題について話してきましたが、実はそっちに根源があるので、人がやらないことをずっとやってきただけです。

【大竹】

ありがとうございました。本当にいい対談になりました。

【阿南・小出】

ありがとうございました。

⁴² CBRNE 災害とは、化学（Chemical）・生物（Biological）・放射性物質（Radiological）・核（Nuclear）・爆発物（Explosive）によって引き起こされる特殊災害の総称である。テロ対策の文脈で発展した概念だが、事故や自然災害と複合して発生するケースも含まれる。日本 CBRNE 学会は、医療、消防、自衛隊、警察、自治体など多職種が連携し、こうした複合災害に備える必要性を強調している。（<https://j-cbrne.org/>）

⁴³ 地下鉄サリン事件は、1995 年 3 月 20 日の通勤時間帯に、オウム真理教が東京の地下鉄 3 路線（丸ノ内線・日比谷線・千代田線）の車内で神経ガス「サリン」を散布した無差別大量殺人事件。13 人が死亡し、5,800 人以上が負傷したとされる（司法認定）。化学兵器が平時の大都市で使用された極めて異例のテロであり、警察・消防・自衛隊・医療機関が大規模な救助・除染活動にあたった法務省。事件はオウム真理教への強制捜査を妨害する目的で計画されたと認定されている。