

感染症対策の新たな仕組み—首都圏統治か首都圏自治か

佐々木 信夫*

目次

1. 感染症対策の問題認識の出発点.....	1
2. 政府の新たな感染対策が必要という理由.....	2
3. 保健所を狙い撃ちして問題は解決するか.....	3
4. 問題の設定がボタンの掛け違いではないか.....	5
5. 新たな感染症対策 — 5つの論点、その解は.....	7
6. むすび — 第3臨調の設置を切り札に.....	12
【編集委員会からの質問】	14

1. 感染症対策の問題認識の出発点

コロナ禍に翻弄されたこの1年半を経たところで、国は緊急時に国が地方を指揮命令できる新たな感染症対策の仕組みを構築する動きにある。

内閣官房や厚労省、国と都道府県、大都市圏における都道府県間、都道府県と市町村との間の統治の仕組みを見直す。なかでも都道府県と政令市、特別区、中核市といった保健所を所管している都市自治体との関係を問題視し、国が直接指揮命令できる仕組みはないかを探ろうとしている。

「平時」と「緊急時」と分けて捉える方法はないか、それに伴う法制度設計はどのようなものかなどが論点になりそうだ。地方自治体の保健所を俎上に上げ、保健行政を軸に国と地方の新たな関係を構築する関係から地方制度調査会等の立ち上げも検討されている。

ただ、「新たな仕組み」云々の前に、現在の制度、その運用、扱う意識の3面からの検証が必要ではないか。この1年半、政府は国民と事業者に「自粛」を求めるだけで、肝心の国内でのワクチン開発に投資しようとしなかった。人気取りにマスクと10万円を配る直接給付を行ったが、肝心の海外依存のワクチン外交も後手後手に回り、他の先進国より半年以上も遅れた。国内での配布も迷走し自治体、医療機関、国民に混乱をもたらした。

政府代表の菅首相(21年9月時点)は、コロナ対応を困難にした理由に①病床や医療従事者

* 中央大学名誉教授

を確保するむずかしさ、②省庁の縦割り、③国と自治体間の壁といった3点を挙げているが、問題の根はもっと深いところにあるのではないかと。そもそも昨春、インフルエンザ特措法の改正で間に合わせようとしたコロナ禍対応の認識自体に問題が拡散した要因も潜む。

筆者は、新たな感染症対策の指揮命令系統の構築も広域圏対応の仕組みづくりも基本的に必要だという認識だが、しかし、その前に実際のコロナ対応は保健所の問題だとそれを狙い撃ちする国の姿勢が正しいかどうか、多面的に検証してみる必要があると考える。

2. 政府の新たな感染対策が必要という理由

ここ10年ほど、地方制度をめぐる論議は人口減少が進む中での小規模市町村のあり方を問うことが多かった。人口20～30万人の中心市（これを母都市）と隣接の小規模市町村が連携し50～60万人広域行政圏をつくれぬか、そのための法整備はどうあるべきかなどを議論してきた。地制調は「連携中枢都市圏」の形成が望ましいと結論づけ、それを受け総務省ほか関係機関は補助金などを通じその形成に向け誘導策を講じている。

今回、そうした小規模市町村論議から離れ、大都市圏のあり方にフォーカスを当てようとしている点は評価される。大都市圏における国と都府県、政令市、特別区など大都市を抱える都府県との関係について議論が始まることは時宜をえたテーマといえる。

ただ、どのような事態が「緊急時」なのか。それは感染症だけでなく、首都直下地震や集中豪雨など大規模災害の起こる可能性が高いだけにそこまで含めた大都市圏のあり方を考えるのか。いずれ拙速な議論は避けるべきで、やる以上は多面的な視角が求められる。

今回、政府の示しているコロナ禍対策に関する問題認識は次のようである。

「今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、既存の法制度の枠組みの中では、国、地方自治体の各関係機関がその役割を十分に発揮することができず、わが国の感染症対策の体制が十全に機能していなかった。」

「（今般の）感染症は、感染力が強く、無症状者からも感染することで、保健所の処理能力や検査体制、医療体制を越えた規模の多数の患者が発生した。それが都道府県を横断し、全国に蔓延したため、保健所を中心とする検査から入院隔離を基本とする既存の法体系、制度の枠組みの下では、これらの状況に十分対応できなかつた点が多々あった。」

「国、厚生労働省から地方自治体、保健所等に対する指揮命令系統（コマンドシステム）が確立できず、全国統一的な対応が徹底されていないなどの問題も生じた。」

（そこで）「既存の法体系と枠組みを大きく変革させ、新たな国家としての体制を再構築することが急務。」「大規模感染流行時には、国がより明確かつ強固な司令塔となり、かつ地域の現場に至る各関係機関が必要な対策を遅滞なく、統一的に講ずる必要があり、有効な指揮命令系統の確立とその徹底こそが焦眉の急である。」（行政改革推進本部の大規模感染

流行時の国家ガバナンス見直しワーキンググループ（2020年7月2日）と。

要するに、国が都道府県、政令市・特別区といった自治体の所管する保健所に「緊急時」を理由に特別な指揮命令ができるよう、現在の国、地方が対等な政府間関係にあることを改めよという問題認識である。確かに2000年の地方分権一括法の施行以降、国は地方に通達(命令)を出せない仕組みになっている。双方は役割の異なる対等な政府間関係にあるという認識からだ、国側からするとそれは不自由であるということなのか。

上記ワーキンググループの問題認識は、ざっくり言うと2000年の地方分権改革以前の国と地方の関係、上下主従の関係にあった機関委任事務制度下の中央地方関係に戻すべきだ、国が優位の立場に立ち地方を指揮監督する、分権改革以前に回帰すべきだと言っているようにみえる。

もう1つ、現在大都市圏行政という仕組みはないが、これを機に府県を超えた大都市行政を確立する方途はないかという問題提起も含まれている。現状認識としては正しい。

分権化から集権化への回帰が必要か、広域圏への対応をどうするか、この2つの点を併せ、以下では、国がリーダーシップを強める体制構築をめざす捉え方を大都市圏統治、1都3県の場合を「首都圏統治」と呼んでおこう。これとは逆に、現在の分権化された地方間での水平連携を深める、それにふさわしい新たな自治制度を探る、これを大都市圏自治、1都3県の場合を「首都圏自治」と呼び、両者を対置しながら議論を進めてみよう。

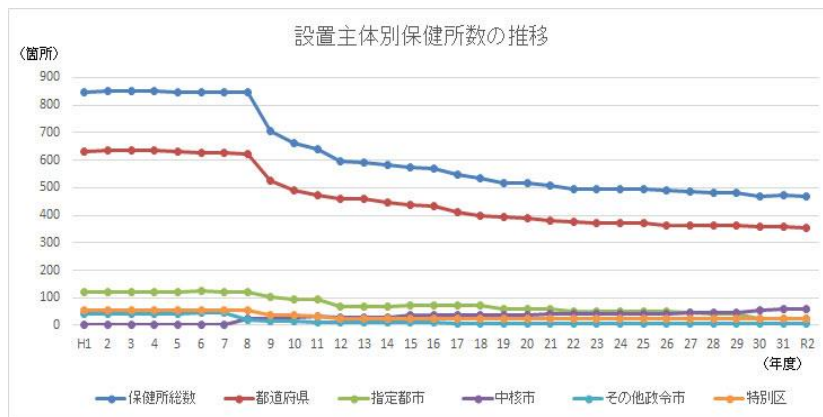
3. 保健所を狙い撃ちして問題は解決するか

今回、保健所、保健行政を俎上に乗せた大都市圏行政が焦点になっている。本来、大都市圏行政は国土利用の観点からも、大規模災害対策の観点からも、一極集中対策の観点からも議論を深めなければならない課題だが、当面コロナ禍で苦しんだ時世柄、そこに焦点を当てようという認識は理解できない訳ではない。

ただ、保健所の実態をどこまで知っての議論か疑わしい。その実態を視野から外して、指揮命令系統の議論を進めてもうまく行くとは思えない。一般に保健所が問題だといわれても、ふだん保健所や保健行政の仕組みを知らない人が意外に多い。保健所という名称や建物はともかく、それがどんな機関でどんな仕事をしているか分からない。

私たちは病気かなと思ったら病院に行くが、先に保健所に行くことはまずない。認識の出発点として保健所は、住民が病気にならないよう予防や健康づくりを進める「予防・防波堤」の行政機関だということだ。大切な任務だが、ある意味それ自体は地味な仕事であり、そこで働く医師も外科、内科医と違い、大学医学部の公衆衛生学教室の出身者が多く、日常的に患者との接点も少ない存在、それが現状の保健所の姿である。

ところがコロナ禍の蔓延でにわかには存在感が増し、クローズアップされてきた。



<http://www.phcd.jp/03/HCsuii/index.html>

日本の保健所は戦前、1937（昭和13）年の保健所法制定に伴い、国（厚生省）の機関として49か所に設置された。それが戦後「ゆりかごから墓場までを担う」視点から身近な地方自治体の機関となり、現在、全国の保健所は535に及ぶ（2020年）。

もとより、このグラフでも分かるように30年前まで850あった保健所は4割近く減っている。地方分権化に伴う行政改革で保健所の統廃合が進み職員数も減ってきた。

しかし、今回のコロナ禍対応では初期のPCR検査から患者の振り分け、患者数の把握・報告・公表まで保健所の業務とされた。過去の経緯からして対応能力の下がり気味だった保健所の現場をコロナ禍が直撃した形となり、現場は大騒動になった。

その設置者は5系統に分かれ複雑になっている。保健所をなるべく住民に身近な保健機関とするよう分権化を進めた理由によるが、大別すると保健所は都道府県が設置するもの（約75%）と一定規模の市が設置するもの（約25%）に分かれる。後者の一定規模の市といった場合、政令市、中核市、政令で定める市、そして特別区の4種類に及ぶ。

しかし、25%と比重は少ないように見えるが、今回のコロナ禍が集中した大都市圏、地方の県庁所在都市での保健所は圧倒的にこの25%の所管に含まれる。

また、都道府県が設置するものと市区の設置するものでは役割も微妙に違っている。

農村部などに多い都道府県型の保健所は、市町村と協力して医療機関や医師会、歯科医師会など調整を行い、食品衛生や感染症等の広域的業務、医事・薬事衛生や精神・難病対策等の専門的な業務、自然災害や原因不明の健康危機管理に取り組んでいる。

他方、大都市圏、大都市に置かれる一定規模の市設置型の保健所は、上記の保健所業務に加え、市民の健康づくりや母子保健、生活習慣病対策やがん対策、狂犬病予防などの業務が加わる。人口規模が20～30万人の中都市や70～380万規模の大都市におかれる関係から繁忙を極める可能性も高い。今般のコロナ禍対策で悲鳴を上げた保健所もここだ。

そこで働く職員も医師、保健師、栄養士、診療放射線技師、臨床検査技師、獣医師、薬剤師、精神保健福祉相談員、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、聴覚言語専門職など多種

多様な専門職からなっている。事務職と合わせていうと、保健所はある意味、専門店よりデパート（百貨店）に近い組織形態になっている。

ただ慢性的な予算不足に悩まされ、IT技術の導入、ネットワークの遅れなど時代のニーズに対応できていない。人員不足や設置者の違いから連携が不足し、ヘルスケアの分野では自助、共助、公助のバランスも明確でない。

市民サービスの専門機関としてリスク管理の拠点、保健福祉医療連携のセーフティネットの拠点として保健所のマネジメントは極めて重要性は高いが、しかし次々と新たな仕事を付加してきた関係から、百貨店と言えは聞こえはよいが、専門性を要する専門店の役割すら見失われて来ているのが現状であろう。

新型コロナ禍の対応ではその機能不全が露呈した形だ。そうした存立基盤に立つ保健所に対し国が直接指揮命令できる仕組みを考えよという話だが、どうすればうまく行くのか。

緊急時には一時的に自治体の保健所を国の保健所と読み替え、厚労大臣が直接府県や政令市、中核市、特別区の保健所に指揮命令できる「国の出先機関化」という便法も考えられる。だが外見上はともかく、内実として緊急時とはいえ実際それで動くかどうか。

4. 問題の設定がボタンの掛け違いではないか

政府内、内閣の対応を俎上に乗せることなく、一方的に保健所を問題視する点も看過できない。今回のコロナ禍対応の出発点に話を戻してみる。既に本誌『論壇』2020VOL. 12「コロナ対策この1年」で筆者も述べた点だが、この先のために要点を述べておこう。

周知のとおり、今回のコロナ禍対策は法律上コロナ対策特措法で各県知事を現場責任者としていた。しかし実際は「基本的対処方針」という、国のガイドラインで「担当大臣と協議の上」と書き込み、現場の箸の上げ下げまで国が関与する形になり、事実上知事の手足を縛ることとなった。当初、休業要請の範囲をめぐる国と地方との意見が食い違ったが、その際は国の意見で押し切る姿が見られ、現場無視の不満が知事らに充満することもあった。

その後、相次ぐ緊急事態宣言、蔓延防止地域の指定では、形の上では各県知事の「要請」という形式を踏むが、事実上、国の判断で該当地域の指定を行うようになり、次第に知事らは国に陳情請願する姿勢に転じ国からの指示待ち姿勢をとるように変質していった。最初の頃に見られた各県知事が競ってコロナ対策のアイデアを出すという関係は消え去り、事実上、大臣の下請け機関知事に成り下がっていった感が強い。それが現在の姿である。

国と府県の関係もさることながら、司令塔役を自認する政府内での混乱も目に余った。

GOTOキャンペーンを進めたい菅義偉が昨年9月首相に就いたことで、コロナ対策をヨソに経済再生の切り札としてGOTOトラベル、GOTOイートの推進が本格化する。東京を問題（敵）視する首相の意向を踏まえ、当初東京外しのトラベル推進に踏み切る。経済再生担当大臣は

その成果を問われるとあって、コロナ対策より経済対策に軸足を移すようになる。遅れて東京もGOTO枠に組み入れたが、すると再びコロナ感染の拡大が急速に広まった。

すると、今度はGOTOを抑制し感染対策に走る動きへ。どちらがホンネでどちらがタテマエなのか二重人格のような立場にN担当大臣は置かれた。本来感染症対策のポストを新設するなら与党に相当数いる医師出身から大臣を選び、厚労省、医師会、各県の医療機関と緊密な連絡を取りながら対策に当たるべきだったが、経産官僚出身で経済再生担当大臣のNをコロナ禍対策に充てたことで、ブレーキとアクセルを同時に踏む動きとなる。

人事面からみたコロナ禍対策の組閣上の大きな問題点の1つはここだ。

もう1つ、その混乱に輪をかける形で、今度はワクチン接種担当を新設し、外交分野に明るいK規制改革担当大臣が充てられる。医療行政はT厚労大臣の担当。K大臣はワクチン輸入までが担当なのか、ワクチンを各医療機関まで配布し接種方法まで指揮する担当なのか、仮に後者だとすれば医療行政全体を統括する厚労大臣の立場はどうなるか。

ここが明確でないまま、このKとYの2人がバラバラに発言し地方の現場は混乱を極めた。感染拡大のさなかにも拘らず、五輪実施を目論む菅首相の思い込みの一本足打法「ワクチン投与が普及すれば感染は収まる」発言でさらに現場は混乱し、菅内閣の一体性自体が疑われた。感染症対策の指揮命令系統が一本化できず、都道府県、市町村、医療現場は振り回され、ワクチン接種を求められた国民、職域接種を迫られた企業、大学まで混乱していく。

こうした政府自身の指揮命令系統を一本化できない事に伴う混乱を検証することなく、地方の保健所が問題だ、だから国の指揮命令系統が貫通するよう法体系を変えよと言っても、首をかしげる。法制度の設計より法運用の問題の方が大きいと言えないか。

もう1つ加えよう。国は47知事を足場に使うスタンスで感染対策を進めたが、的外れの感が強かったということだ。そもそもコロナ患者の発生は農村部を含めた県全域で出ている訳ではない。データ上8割近くの感染者は政令市、中核市、特別区という県の中心部の大都市、中都市地域で発生した。この事実が明確なのに、保健所を所管する政令市、中核市、特別区（首長の）出番が殆どない形を最後まで採った。

確かに、戦後長らく各省大臣の部下として各知事は国の機関委任事務を粛々として執行する便利な存在だった。だが2000年改革でその仕組みを全廃したにもかかわらず、今回国にとって便利とばかり県知事を使った。じつは府県の行政機能は政令市、中核市という都市自治体に既に移っている。大都市地域は府県行政が空洞化している。にも拘らず、この府県を全国一律に足場として使った。この認識自体に問題解決を阻害する要因がある。

中2階自治体ともいえる都道府県を足場に感染対策を打っても、感染多発の現場は政令市から大都市、中都市の地域にある。痒い所に手が届く”はずがない。統計数字しか見えない国、10階のベランダから地上の患者に向け目薬を打っても入るはずがないのと同様だ。

目薬は自分の手で打ってこそ正確に目に入る。コロナ禍対策も住民に近い、地域事情に詳しい基礎自治体（政令市、中核市、特別区）が打ってこそ直撃できたはずである。

現在、日本に政令市が20、中核市が60、特別区が23あり、これで国民全体の50%をカバーしている。府県行政の権限が及ばない区域が5割ということだ。この大都市区域で感染者の8割近くが出ている。この事実をどうみるかである。

こうした制度設計のミスマッチを放置したまま、上から目線で国の指揮命令系統が届かないから現在の仕組みを変えるべきだと言って果たして機能するのか。「緊急時」に問題解決のできる仕組みといっても、平時にすらすら機能しない事から余り説得力を感じない。

5. 新たな感染症対策 — 5つの論点、その解は

とはいえ、現状のままでよいという訳では全くない。論点は5つにわたる。

1つは有事（緊急事態）の際、民間立病院が圧倒的な数を占める現状からして、患者の強制入院などの割り当てができる権限をどう構築するか、2つめは約100に及ぶ都市自治体に対し知事並みの権限（ないし知事に代わって当該地域の措置を図る権限）をどう付与するか、3つめは府県を超えた広域圏にどのような行政圏（例えば広域連合という特別地方公共団体）を創設できるか。

そして4つめに、少し時間は掛かるとはいえ、47都道府県制度を廃止し、新たな州という広域圏自治体をどのような手順で創設するか、5つめは感染症に限らず大地震、集中豪雨、テロなどによる原発破壊など、大規模災害の発生に対し「緊急事態法」などの法制化をどう図るか、といった基本的な課題がある。これに1つひとつ答えを出す改革が求められる。

(1) 私権制限を含む法的措置

まず論点の1つ、有事の際の民間立病院の扱いについてだ。現行法（感染症法）では、各知事は感染症指定医療機関が不足するおそれがある場合には、保健所 設置市長等、医療機関その他の関係者に対し、入院の措置その他の事項に関する総合調整を行うことになっている。

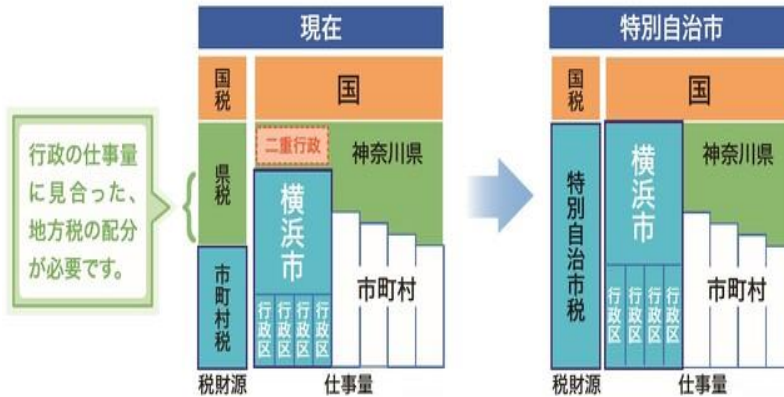
また厚労大臣や知事は、緊急の必要があると認めるときは、医療関係者・民間等の検査機関等に必要な協力を求め、その上で、正当な理由がなく協力に応じなかったときは勧告することができる。正当な理由がなく勧告に従わない場合は公表することができるとなっている。

これを一步強め、協力要請ではなく、命令とできるかどうか。これは私権制限との関わりでより踏み込んだ議論が必要だが、医療機関側から言うと、十分な補償措置もなく一方的な命令だといかに緊急事態といっても受け入れる訳に行かないとなろう。なので、経済補償措置をどこまで納得のいく水準で措置できるかが強制力を伴う命令を出す場合の要件となろう。

法的な命令権確保の議論だけでなく、現実に立脚した経済的補償の措置を組み合わせる新たな法制度設計を進めるよう望みたい。

(2) 特別自治市構想を活かす

また第2に、政令市など府県の権限を併せ持つ都市自治体に関する権限強化だが、これはいま全国で20ある政令市の全国の会で提唱している特別自治市（いわゆる特別市）の権限構成が参考になろう。

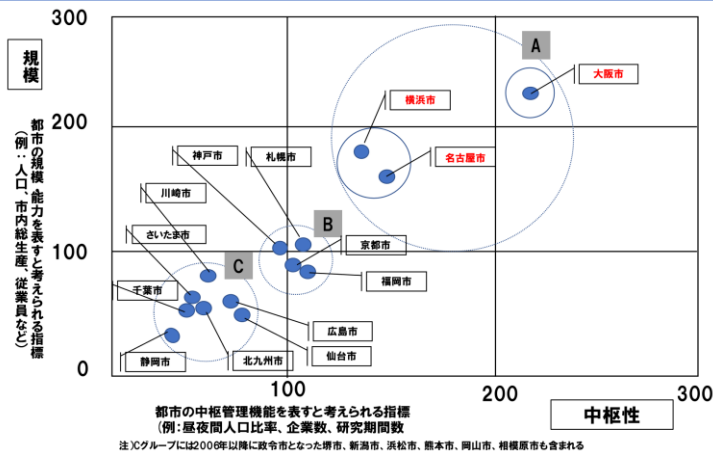


図一 特別自治市とは（横浜市『横浜特別自治市』（2019年12月）抜粋）

これはいわゆる大阪都構想と違う。大阪の場合、大阪市を廃止し広域的な仕事と財源を大阪府に集約する構想だが、「特別自治市」構想は逆のアプローチで、政令市がこれまで県が持っていた権限、財源を担う、つまり市を強くする改革案だ。警察や府県税など都道府県の業務と財源を市に移し、都道府県から完全に独立した特別自治市をつくるというもの。これは戦後地方自治法で一時認められた「特別市」を復活させる構想とも言える。

この権限構成に医療機関に対する指示命令権を付与することで、感染源となっている大都市の基礎自治体で問題処理が可能となる。中核市や特別区も加えてもよからう。

政令市20都市の機能別タイプ



20まで増えた政令市は、一言に政令市と言っても都市の規模も能力も違う。この図のように、実際にはオールジャパンを代表するAグループ、ブロック圏を代表するBグループ、後発の合併政令市など地域内の中核に止まるCグループの3つに大別される。

これを一律に扱うこと自体に問題がないとは言えない。とくにCグループなどは70万人の指定要件を満たすために広域合併した浜松市や新潟市のような例が含まれており、その後の人口減少で70万人を下回る懸念も出てきている例もあるからだ。

とはいえ、農村部など感染対策の不要な地域を多く抱える府県より、ブロック中心であったり県内中心であったりする政令市の権限を強化し、大都市行政に主体とする改革方向は都市国家化したわが国の選択としては間違っていない。

一定規模以上の大都市の経営は、交通、道路、エネルギー、上下水、食糧、防災、犯罪防止、テロ対策など日常生活の安心、安全の確保や危機管理はもとより、企業活動をコントロールする経済的規制や産業政策、観光政策など、多くの課題を抱えている。大都市の経営主体となる都市自治体には、膨大で複雑な行財政需要に的確に応え、高い政策能力を発揮できる仕組みが必要だ。

それには、これまでの府県行政と都市行政の二重行政の弊害を取り除き、司令塔の一元化、大都市に対する国・県の二重監督の解消といった本格的な改革が求められる。それは小手先の「大都市の特例」の積み重ねというレベルではなく、明確に大都市を府県区域の権限外と位置づけ、大都市（圏）をマネジメントするための固有の行財政権限を有し、「大都市制度法」のような単独法で規定した「制度」とする必要があるのではないか。

(3) 日本型州構想の検討

第3に、狭域化した47都道府県制度に代わる広域州制度の構築も待ったなしだ。明治23年の馬、船、徒歩の時代に創られた47府県の区割、これを広域自治体の単位として使っていること自体、感染症対策が「府県の壁」となり広域政策を実施できないバリアになっている。コロナなど感染症菌が「府県の壁」を超えない訳は全くない。空気感染の広がりからして、米カリフォルニア州の面積しかない日本全土に瞬時に感染が広まってもおかしくない。なのに「私の県に来ないで下さい」「私の県から出ないで下さい」と叫ぶ知事ら。狭域化した府県の現実からして致し方ない行為だが、しかしそれがいかに虚しいか。

現実には高速交通、自動車、航空機が移動手段で府県枠を遥かに超えた広域圏が生活圈、経済圏として成立している。この実態を無視した旧体制（47府県制度）のまま、国、県、市の指揮命令システムの再構築を求めても機能する筈がない。ここは広域圏に合わせた形の国と地方の関係を新たにつくる必要がある。

いま私たちの経済活動や日常生活は府県単位に止まらず、それを遥かに超えた広域圏の中

で行われている。なぜ知事らは「わが県に来るな」「わが県を出るな」と叫び続けるのか。府県を跨ぐとあたかも感染が広がるかのようなモノの言い方をしているが、果して府県を跨ぐと感染が広がると証明できるデータはあるのか。人流より超密な集まりが問題ではないのか。知事は行政上の自分らの所管エリアを互いに守ろうとしているに過ぎない。

そうではなく、ここは府県の壁を外す改革に踏み切るときに来ている。

現在の47都道府県は150年前の廃藩置県でできた区割りに過ぎず、馬、船、徒歩が交通手段であった時代のモノ。今や生活圏、経済圏は交通・情報・通信手段の飛躍的発達で飛躍的に広がり、実際の経済圏（生活圏）と行政圏は大きくずれている。にもかかわらず、そこが鎖国のように県内への籠りを言わざるを得ない。あたかも日本は47の国に分かれているかのように。これではコロナ禍対策も十分効果を発揮できないのも事実だと思う。

もはや広範囲に大都市圏で広がる感染症の対策は府県単位で対応してもその効果に限界があることをしっかり認識すべきだ。

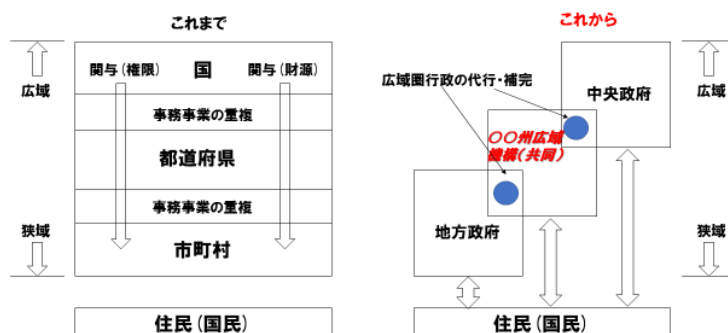
広域圏連携を強める制度措置が不可欠だが、統治機構改革は大阪都構想の住民投票が2度否決された例からもある程度の長期戦が必要だ。そう遠くない将来、47府県制度を10程度の州に括り直し、そこを内政の拠点にする「州制度」移行が必要と考えるが、日本には急激な改革を受け入れがたい国民性があることも事実だ。

(4) ブロック広域機構の創設を

そこで第4として、まずは州制度移行の前段階として、暫定的な「州広域機構」を各ブロック圏につくったらどうか。東北、関東、九州などでバーチャル〇〇州広域機構として立ち上げ、国はバーチャル州構想特区として指定したらどうか。

府県を跨ぐ感染対策はもより、地域広域計画、幹線交通網、住宅政策、観光政策など拡がりのある問題はこの州広域機構で対応する。関西広域連合のような方法も考えられるが、寄り合い所帯のような現在の「広域連合」はあまり能力を発揮できない。そうではなく、国は法改正をして条例制定権、課税権まで持てる特別地方公共団体としての州広域機構をつくれるようにする。

州制度移行までの暫定「州広域機構」（提案）



こうすると同機構を主体にコロナ禍対策の高度医療機関や研究機関も共同でつくれるし、医療機関のベット数やマンパワーの調整などの感染対策も広域圏で対応できる。緊急時だけでなく平常時も対応できる。要は生活圏、経済圏と行政圏を一致させてこそ、行政の施策は有効性を増すということだ。これを機にこうした新たな州制度を睨んだ広域行政の仕組みをつくったらどうか。

(5) 新たな仕組みにデジタル化を

この9月からデジタル庁が創設されているが、上記の仕組みをデジタル化と組み合わせるとよりきめ細かな仕組みをつくることができよう。人口減少が進む中、国民は大都市に住む者も地方都市に住む者もこれ以上の東京一極集中も地方過疎の進行も望んでいない。次代を見据えた賢い統治システムを生み、人口減時代でも元気な国になる国づくりを期待している。

第5は、デジタル化構想が日本の新たな国のかたちを創る絶好のチャンスということだ。単なるデジタル技術で塗り固める行政のデジタル化ではなく、ポリセントリック（多数の都市が一定の機能、能力を持ち、それがネットワークで結ばれ、相互に競い合い支え合う形）という考え方に立つ。それぞれの州が一定の機能、能力を持ち、それがネットワークで結ばれ、相互に競い合い支え合う形が望ましい。柔軟かくダイナミズムを生む新たなデジタル国家、それは州構想をベースにした仕組みであることが望ましい。

デジタル化（電子政府）の進め方については行政制度が類似する韓国が参考になろう。韓国では、国・地方を通じてシステムは統合されている。それまで韓国も省庁別にシステムが構築されていたが、今では、国家情報資源管理院（日本のデジタル庁に近い）が約1,500に上る省庁の情報システムを統合管理し、セキュリティ対策も一体的に行っている。

ITシステムは、省庁が政府の上記司令塔の助言を受けて開発する。その実際の管理運用については、地方自治体の行政システムに関し地域情報開発院（自治体の共同出資で設立）が開発し、自治体のほとんどの情報システムをクラウドに置き共同利用している。また、行政情報共同利用センターを通じて、国・地方そして民間がデータを交換・連携できるようになっている。この結果、各自治体は、セキュリティを含めIT業務から開放されている。つまり、日本の現状のような自治体毎にシステムが違うという様相にはない。

韓国は20年前、日本の森内閣当時に始まる電子政府構想を見習い、電子政府戦略を立てたが、今や日本を抜き、世界電子政府ランキングで第1位になっている。日本のデジタル化構想は20年の空白があったといえよう。ただ後発の利益もある。韓国を例に、これからの広域感染対策と市町村をきめ細かく結ぶ新たな電子国家をめざしたらどうか。

6. むすび — 第3臨調の設置を切り札に

こうしてみると、いま政府で議論があるように「健康危機管理庁」（岸田文雄提唱）の創設とか「厚労省の分割」（河野太郎提唱）で政府内司令塔を一本化し、それを軸に上から目線で府県や市の保健所をコントロールしようという首都圏統治という考えより、自治の原則を維持しながら広域圏化を図り新たな自治機構つくろうという、住民目線、下から目線の首都圏自治の仕組みをつくる方が現実的に機能し、地域に受け入れやすいことが分かっていく。

もとより、今回は緊急時の感染症対策がメインになっているが、首都圏自治はそれに止まってはならない。大都市圏行政はかつて首都圏整備委員会が担ったような国土利用の観点からも、関東大震災時につくられた帝都復興院が担ったような大規模災害対策の観点からも、国会等移転審議会などが担った東京一極集中対策の観点からも議論を深めなければならない課題である。

いずれ、人口減少国家に転じた日本の統治機構は広域化、分権化、簡素化しながら、より賢く機能する「スマート政府」に変えていかなければならない。その1つのきっかけとして感染症対策の仕組みとしての首都圏自治のあり方を構想することは望ましい。

大ぶりの省庁再編を行った橋本行革から20年、国鉄民営化など増税なき財政再建をめざした土光臨調（第2臨調）から40年経つ。だが今、改革風土は政治から消えている。

日本の政治行政からスクラップアンドビルドの思想が消えてしまい、目先しか見ない、〇〇庁をつくり、〇〇手当を増やします、増税は致しませんと「サービスは大きく負担は小さく」というポピュリズム政治が蔓延している。与野党問わず、こうした政治体質に染まっていることを見抜くこと。これは今年、来年と続く国政選挙での有権者の課題だ。

ここは統治機構改革も含む大ぶりの第3臨調（第3次臨時行政調査会）を設置したらどうか。専門家ら第三者の手で新たな国のかたちを国民の前に示し、本格的に次世代の日本の姿を議論すべき時期ではなかろうか。

(以上)

【編集委員会からの質問】

Q 1 : 論者が仰るように、今回の新型コロナ対策で、国と自治体（都道府県）、県と政令市・市との関係、大都市都府県関係、全国知事会の役割、わが国の医療体制、国の縦割り行政（特に、医務行政・保健所）等、旧来の制度の課題が一举に噴出した感があります。これは、ヨーロッパ諸国のコロナ対策と比べると一目瞭然です。しかし、新型コロナが収まると「のど元過ぎれば熱さ忘れる」感もあります。今後全てにわたって改革していくのは、難しいと思いますが、どこから手を付ければ良いとお考えでしょうか。

A 1 : まず保健所の位置、パワー、現状及び医療機関について1都3県と5政令市で相互融通ができるかどうか「東京圏感染対策協議会」を発足させるべきです。幸いこの9つの自治体は現在「首都圏サミット」（9都県市首脳会議）という仕組みを持っており、9月1日の防災の日に合同訓練を行うなど、防災対策を中心に定期的に知事、市長の会議を持ち、意思疎通を図っています。先般の東京五輪の実施についても競技場などについて協議しておりました。1都3県で事務局を持ち回りにしております。

ここをベースにまず「東京圏感染対策協議会」を立ち上げ、各県各政令市に受け皿となる感染対策本部を設置し、常にそれが協働で動く仕組みをつくり上げていく、これを「見える化」で3,500万東京圏民に広報活動をし、デジタル機能を生かして圏民からの要求なども受けるなど双方向性をもったものにする、安心・安全の第1歩のなるかと思えます。いずれ、のど元過ぎれば・・・が一番ダメで、冬になるともっと大きな第6波も襲来する可能性が高く、今すぐやるのがチャンスではないでしょうか。

Q 2 : Q 1とも関係しますが、論者が仰るように、本筋は、ブロック広域機構の創設、日本型州構想の推進等の中で解決すべきであり、第3臨調の立ち上げが必要と思えます。しかし、一方で、医療・保険に関する諸問題、都道府県の位置づけ等今般のコロナ禍で引き起った問題から解決していくという考え方もあると感じます。妥協的にはなりますが、将来の道州制を見据えつつ、具体的な喫緊の課題を解決していくという方法も考えられるのではないのでしょうか。

A 2 : ステップは3つあると思えます。第1は1都3県で「広域連合」を組む、第2はそれをベースに「ブロック広域機構」を創設する、第3はそれが動く段階になったら「州制度」へ移行するというステップです。

広域連合（法人格のある特別地方公共団体）は現在救急医療の連携や防災等の府県域を越えた行政課題に取り組む「関西広域連合」や県内33の市町村が力をあわせ介護保険制度の運営を行う「福岡県介護保険広域連合」といった例があります。関西広域連合は8府県と域内の4政令市がメンバーで創設から丁度10年経ちます。いま同連合は次のステップを考えているところです。

こうした先行例に照らし、1都3県（東京圏）なり、1都7県（法律でいう首都圏）で首都圏広域連合をつくることです。感染対策の情報共有はもとより、相互に病床や医療関係者を融

通し合うことで「圏域連合」の実績を積んでいくのが先決でしょう。これには東京大都市圏の母都市に当たる東京都がリーダーシップを発揮しなければなりません。時間的猶予は少なく、直ちに立ち上げるべき仕組みだと思います。

Q3 : デジタル庁が発足しましたが、当面はマイナンバーカードの整備や各省の（現在の）デジタル関連予算関連業務だとされております。この際、広域の自治体及び大学のシステム統一を図る必要があると思いますし、本来地域特性を踏まえて地域で担うべき保健所機能についても、デジタル化を推進していれば、大きな負担となった感染動向などの把握が容易になり、保健所の機能は十分発揮されたと思います。今後のデジタル化の推進によって、広域行政がどのように変化するのかについてご意見を頂ければと思います。

A3 : 「見えざるネットワークの形成」、デジタル庁はややもすると各省庁間の政府内ネットワーク化と、国と府県、市町村のタテのネットワーク形成に目を奪われがちですが、国民にデジタル庁やるじゃないか、の期待感を持ってもらうためにも、首都圏の保健所が十分機能できるよう「圏域保健所デジタルネットワーク」の形成にテコ入れしたらどうでしょうか。そのうえでデジタル広域感染対策圏と称し、情報、施設、マンパワーの共有と相互乗り入れ・利用を図れるデジタルネットワークを形成したらどうか。

本文で述べた通り、保健所は今アップアップの状態の情報スキルの面でも人材不足です。感染者数などを毎日紙ベースのFAXで都県や国に送り、そのミスが何度も発生していたのは昨年秋ごろの話で、そこから大きく改善されたと思いません。ここは新設されたデジタル庁の出番で、保健所ネットワークが圏域としてうまく作動するようになると、ブロック広域機構の形成、ゆくゆくはデジタル州域圏の形成に弾みがつくと思います。これはあまりカネと時間はかからない。知恵が必要な領域で国は率先してその「仲介機能」を発揮したらどうでしょうか。そのことは国に強く要望したいところです。