

# 2009年新型インフルエンザにおける 地方自治体の対応の決定要因

——神戸市，仙台市，広島市を事例に——

笹 岡 伸 矢  
宮 脇 健

## はじめに

2009年4月以降，メキシコを発生源とする新型インフルエンザは全世界を巻き込み，いわゆるパンデミックといわれる状態にまで流行した。日本では，世界保健機関（WHO）が2009年4月27日に新型インフルエンザの流行段階を「フェーズ3」から，人に感染流行が拡大する可能性がある「フェーズ4」に引き上げたことを受けて<sup>1)</sup>，内閣総理大臣をトップとする「インフルエンザ対策本部」が設置され，厚生労働省を中心として空港検疫や学級閉鎖を始めとする様々な行政対応がおこなわれた。

新型インフルエンザが発生した場合，強毒性で致死率が高いという想定のもと，数年間にわたり厚生労働省を中心として事前の準備がおこなわれてきた経緯があるが，日本においても2,000万人弱の人が感染したという事実から，政府又は厚生労働省の2009年の新型インフルエンザに対する対応について，政治家，専門家や医療従事者の間でも数多くの議論がされてきた。例えば，日本での新型インフルエンザの「第一波」終息をうけて，2010年3月末から6月末まで厚生労働省で開催された「新型インフルエン

1) WHO ホームページ「WHO 事務局長マーガレット・チャンによる声明」4月27日を参照。[http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1\\_20090427/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090427/en/index.html)

ザ対策総括会議」において、2009年の新型インフルエンザへの対応に関わる問題点が提示されている（岩田，2010；木村，2009；外岡，2009a，2009b；舩添，2009）。

これらの議論でいわれていることは、新型インフルエンザに対する政府と厚生労働省を中心とする行政対応が全般的に「過剰」であり、対策変更のタイミングが「遅かった」のではないかという指摘である。しかしながら、地方自治体に目を移すと、弱毒性とはいえ多く人が感染したにもかかわらず、国とは異なる新型インフルエンザ対応を実施したケースも散見されるのである。さらにいえば、一部の自治体の対応は、国のそれとは異なり、おおむね成功という評価が下されている<sup>2)</sup>。

では、なぜ新型インフルエンザに対して、一部の自治体では、こうした成功ともいえるような対応が可能だったのだろうか。国の対応が必ずしも評価を得ていないなかで、なぜ、ある自治体は対応を適切におこなうことができたのであろうか。この問いに答えるために、本稿では、自治体の新型インフルエンザ対応を決定する要因を明らかにする。

## 1. 先行研究

本稿の目的は、「新型インフルエンザの行政対応について仮説検証型の分析をおこなう」ことである。これに類する先行研究を、行政対応に関する「政策研究」と、今回対象とする「2009年新型インフルエンザに関する研究」の2つから整理しておきたい。

### (1) 政策研究

まず、「政策研究」に関する先行研究があげられる。自治体の対応、すなわち、事前に策定された計画、若しくは相応する対応の実施について、政

---

2) 厚生労働省ホームページ「第四回新型インフルエンザ対策総括会議 議事録」を参照。<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou04/dl/infu100512-29.pdf>

笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因  
策研究では、政策に関わるアクターの行動について資料等を用いて記述的に明らかにしてきた。そのうえで、政策が決定、実施される過程において、どのアクターが影響を及ぼしたのか、そのメカニズムを解明してきた（足立，2009，148）。この政策実施研究は、2009年の新型インフルエンザに対する自治体の対応にも活用できる。実際、仮説の選定では、これらの先行研究の蓄積を援用している。ただし、2009年の新型インフルエンザは行政にとっても大きな出来事であったにもかかわらず、政策実施の観点から、対応の評価を決めうる要因が何であったのかを明らかにしようとする研究は後述するように少なかったといえる。

## (2) 「2009年新型インフルエンザ」に関する研究

次に「2009年新型インフルエンザ」に関する研究を取り上げたい。まず、実際の当事者の評価に関する論文・報告書がある（国レベルでは、石川，2009；上田，2010；木村，2009；厚生労働省，2010；舩添，2009；村重，2010など。自治体レベルでは、桜井，2009；古川，2009など）。これらは、意思決定者が自らの対応を回顧するものや、同僚の行動について評価を下すものである。

他方、感染症の専門家からの批評も存在する（石井，2009；岩田，2010；尾身ほか，2010；田代，2012；西村，2010など）。当事者として政策実施過程に関わった人もいるが、専門家の立場から政府の対応を批判的に検討し、今後の対応策の提言をしているものが多い。同様に、研究者の側からも行政対応について分析をおこなっている（和泉，2010；上野，2012；羽原，2010；川本，2010）<sup>3)</sup>。以上の分析はそれぞれ重要な論点を含んでいる。ただし、いずれも、なぜ自治体がある行政対応をとることになったのかの分析をおこなっているわけではない。

---

3) 笹岡・福本（2012）、宮脇（2011）などは、水際対策に関する政府の対応について政治領域から分析をおこなっている。

### (3) 先行研究の問題点

以上のように、新型インフルエンザのような感染症はリスクとして我々の生命を脅かす存在であるにもかかわらず、国、自治体の対応に関する政治学領域からの研究が存分におこなわれてきたとはいえない<sup>4)</sup>。池田(2006, 306)はリスクマネジメントの研究が個別具体的におこなわれてきており、政策科学的な学際的な立場から整理してきた経験が日本でないとして述べている。つまり、政策研究という視点から、リスクに関する研究がほとんどおこなわれてこなかったことを指摘している。

では、政策研究という視点若しくは新型インフルエンザの政治学的な視座からのどのような研究が可能なのであろうか。この問題に答えることが、本稿の特色となる。

## 2. 仮 説

### (1) 従属変数

本稿の従属変数は、「自治体の対応」であるが、具体的には、「2009年の新型インフルエンザに関する自治体の対応」である。2012年にすべての市・特別区に対して実施された「2009年新型インフルエンザに対応した行政機関へのアンケート」<sup>5)</sup>では、「あなたの自治体は新型インフルエンザ対策について十分な対応ができましたか」という質問をしている。選択肢は、「十

---

4) 多くの先行研究が医学領域の研究である(Ⅱを参照のこと)。政治領域でのリスクに関する研究は危機管理研究のなかでおこなわれてきたが、戦争、テロ、自然災害に特化しており、感染症の政策研究は上野(2012)、小松(2013)、高橋(2012)など蓄積が多いとは言えない。アメリカでも、発生しなかった豚インフルエンザの政策研究を Neustad & Finberg (1983=2009)が行っているが、新型インフルエンザに対する地方自治体の政治学領域からの分析は French & Raymond (2009)など、わずかである。

5) このアンケートは筆者らが実施したものである。概要は、以下のとおりである。調査方法：郵送調査法。調査対象：市(政令市、中核市を含む)、特別区。郵送数：810票。返信数：451票。有効回答数：450票(無効回答数：1票)。有効回答率：55.6%。調査実施期間：2012年8月。このアンケートの分析は、石突・小松・小森(2013)、笹岡(2013)を参照。

笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因  
分対応できた」「ある程度対応できた」「あまり対応できなかった」「全く  
対応できなかった」の4つであったが、結果は図1のようになった。図1  
の結果から、ほとんどの自治体がある程度の対応ができたと考えているこ  
とがわかる。

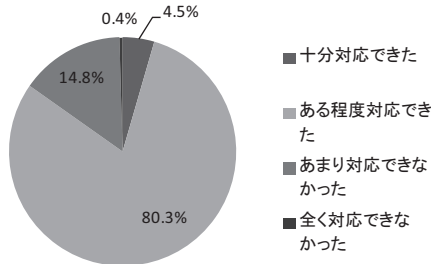


図1 自治体の自己評価 (N=450)

今回取り上げる事例は、神戸市・仙台市・広島市であるが、それぞれの対応は、自治体職員へのヒアリングや資料調査において、「十分」なものであったと判断できる。神戸市については、国内最初の感染者が確認された場所であり、緊急の対応が強いられたにもかかわらず、市が提出した「検証報告書」において、関係各所からの評価はおおむね好評であった<sup>6)</sup>。報告書では、「市民・企業は、神戸市が、感染拡大防止のために「休校措置」「神戸まつりの中止」等を迅速に決断したこと」が高く評価されていると報告されている(神戸市, 2009, 1-21)。仙台市においては、「メディカル・アクションプログラム」という名称で、かつ「仙台方式」などと呼称されることもある独自のモデルを国内での発生の前に作成し、それが機能したと評価されている(厚生労働省, 2010, 21-24)。広島市についても、ヒアリング調査の結果から「主観的に」十分な対応ができていたと認識していたということが確認できる<sup>7)</sup>。以上のように、3市とも十分満足な対応

6) 同様の評価として、東田・林(2010)がある。

7) 広島市健康福祉局保健部保健医療課職員へのメールでの質問紙調査(2013年9月-11月に実施)による。広島県に関しては、専門家委員会が「本県の新型イン

ができたとみなしたが、その要因は何であったのが本稿での問いとなる。

## (2) 要因：独立変数

では、どのような要因が自治体の対応を決定したといえるのだろうか。要因となるいくつかの独立変数が指摘できる。

第1に、「資源」の要因が存在する。この2009年の危機のように、非常時の対応が必要になる場合、もともと有している資源の多寡が影響を与えるといえる。例えば対象は異なるが、佐堀（2011）は2010年3月末日時点で、自治体のBCP（業務継続計画）が策定されているかどうかを調査し、自治体の規模が大きいほどBCPを策定できていることを、計量分析で確認している<sup>8)</sup>。

また、資源には人的なネットワークも含まれる。こうしたネットワークを踏まえた政策ネットワーク論<sup>9)</sup>は中核となるアクターとそれに関係するアクターの動向も注視した分析であり、かつ、そこには資源の問題などアクターの政策決定、実施の過程に制約を与えている要因を加味して分析を

フルエンザ対応において、大きな混乱なく計画することができた」という評価を下している（広島県、2010）。

8) 彼は47都道府県と809市・特別区を人口別に4分位法で4つに分類し、それぞれのグループごとに策定率の平均値を出し、比較している。結果、都道府県では有意差はなかったが、市・特別区ではもっとも人口の多いグループの策定率の平均値は最も高く、そのグループと他の人口の少ない3つのグループのあいだには有意差があった（佐堀、2011）。

9) 従来の政策研究のアクター分析に加えて、政策を取り巻くアクター間の関係を踏まえた分析を政策ネットワーク論と呼ぶ（Enroth, 2013；風間, 2013；杉浦, 2014；Rhodes, 2012など）。ヘクロが提唱した、イシューネットワークは少数のフォーマルな関係を見るだけでは政策決定、実施過程が明らかにならないことを指摘し、関係性やインフォーマルなやりとりにも着目した（Hecló, 1978, 102）。このイシューネットワークをRhodes（1988, 167-176）は発展させて、ネットワークには①利害、②構成メンバー、③垂直的・水平的相互依存関係、④資源の構成要素からなると指摘した。ここで重要なのは政策決定、実施には政策に関わる資源の問題も政策実施に影響を与える要因として考慮されている点にある。防災政策に応用した研究が、風間（1998）、平石（2012）である。

笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因

おこなう点で、本稿の「自治体の新型インフルエンザ対応」の決定要因を明らかにする際に1つの分析枠組みとして有効であるといえる。

では、政策ネットワーク論を採用する際に、どのアクターを新型インフルエンザの対応のネットワークに含めて分析をおこなうことが望ましいのであろうか。真山（1994, 182-183）によると、政策実施過程の場合は形式的「政策」が定められた後の過程で機能しているものであるため、その参加者は政策を実施する担当の組織、政策の対象集団になると指摘している。つまり、政策の内容により参加者の増減が変わっているのである。この指摘から新型インフルエンザの場合は、政策ネットワークに属するアクターはある程度絞られてくるといえる<sup>10)</sup>。

また、十分に資源を与えられていない場合には、その与えられた資源の範囲内で自治体は対応をおこなわなくてはならない。その結果、本当はニーズがある政策だと認識していても、人材が不足し、財源がないため、担当者はある一定の供給のなかで対応をするように決定をおこなう。このように、政策を実施する、すなわち、対応をおこなう担当者が決定に大きな影響力を持つケースも存在する（Lipsky, 1980=1986）。この研究が指摘していることは、予算がないために職員が一定のニーズがあるにもかかわらず、そのニーズのラインを決めて線引きしてしまうという行動に出た理由の1つとして自治体の財源という問題が存在することである。つまり、自治体の資源により対応の決定が変わってくると考えられる。

第2に、「発生前の準備」の要因が指摘できる。いつやってくるか分からないリスクを目の前にして、できることは準備ということになる。これがまさに「危機管理」の最初の段階である。発生前の行動計画やマニュアル

---

10) 新型インフルエンザ対応の実施に関する具体的なアクターは、本稿では、自治体の担当部局員、新型インフルエンザの専門家、病院、医師会などの医療機関があてはまる。もちろん、政策ネットワーク論の研究では、官一民アクター間のヒエラルキーが水平であるという指摘や研究もある（Kenis & Schneider, 1991）。しかし、後述するように新型インフルエンザの政策実施の場合は、感染症法や新型インフルエンザ対策ガイドラインにより、民間のアクターの行動が制限される。

は、この「災害対応対策」のためであり（中林，2012），制度的な整備だけでなく、どれだけ訓練やシミュレーションをおこなっていたのかという行動の面でも重要である。そのため、「発生前の準備」をおこなうには自治体の職員，該当する計画を作成するにあたり，助言をする専門家，医療機関などステイクホルダーとの関係の構築が必要となる。もちろん，対応の実施の主体は自治体である（佐々木，2009）<sup>11)</sup>。しかし，計画を実施するためには，ステイクホルダーの協力関係が得られなければ，計画自体が絵に描いた餅になる<sup>12)</sup>。すなわち、「発生前の準備」とは，政策コミュニティ（新藤，2004，143）を踏まえたアクター間の計画を策定する過程も含むことになる。

第3に、「危機発生のタイミング・場所」が重要であるといえる。危機が襲ってきたのが最初か否か，発生場所から遠いか近いかは，自治体の対応に大きな影響を与えるといえる。つまり，発生場所から近く，最初に対応しなくてはならない自治体の場合，準備をしていたとしても前例がない段階での行動を迫られることになる。それに対して，発生場所から遠く，直接的な対応までに時間がある自治体の場合，先行して対応する自治体の行動からその手法を学ぶことができる。これは発生前の準備不足を一定程度相殺できる効果を持つかもしれない。

加えて，様々な経験やノウハウ，アイデアの「移転」も重要である（秋吉，2007；伊藤，2006；増田，2013など）。政策移転の考えによれば，その自治体における過去の経験や，他自治体の経験が受け継がれ，学ばれた結果，類似した政策が波及していくことになる。この「移転」モデルは必ずしも，自治体の対応が十分であった要因を明らかにしてくれるものではな

11) 政策実施の主たる行動や最終決定は首長と官僚機構である（佐々木，2009，196）。

12) 政策過程の研究でも専門家の役割は問題となる。大嶽秀夫は政策案をめぐり，「実行可能な具体的政策を担う提言者という役割を担う「専門家集団（policy community）」の動向が問題となると指摘している（大嶽，1990，105-106）。



笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因

い。だが、十分な対応を導くために、自治体が「成功例」ないし「失敗例」を学んでいることは確かであろう。

そのうち、新型インフルエンザについていえば、別種の危機を過去経験したか否か、つまり「過去の経験」は重要である。過去に大規模な災害や危機を経験した自治体では、そのノウハウは蓄積されており、その経験が十分な対応をもたらすことに貢献したと考えられるからである。さらには、他自治体の成功例を学習することで、当該自治体でも類似の対応をおこない、同じような十分な対応に至るかもしれない。つまり、「伝播」の効果も重要である。

しかし、本稿ではこの「移転」を独自の変数として扱わない。まず、当該自治体の「過去の経験」は、「発生前の準備」に収れんされるといえる。つまりその経験は明文化されるか否かを問わず、発生前に職員のあいだで認識され、共有されているものであろう。過去に経験しただけで職員に事前に周知され、準備に生かされていなければ、取り立てて重要な変数とはならないからである。また、他自治体の対応例の「伝播」は、従属変数に含まれる。新型インフルエンザというリスクは事前に発生を予知できるものではないため、自治体は非常時の対応を求められた。それまでの資源や準備の状況が、対応例を参照できたかどうか反映されると考える。

以上のように、先行研究からは、自治体の対応の満足度を規定する要因として、「自治体固有の資源」、「発生前の準備」、「危機発生のタイミング」が重要であったと推測できる。このうち、「固有の資源」は本稿では独立変数とはしない。なぜなら、本稿の対象となる政令市は他の市町村と異なり、予算規模も大きく、人員も豊富であるという点で、資源に恵まれていた自治体であったといえるからである。政令市を対象とすることで、資源という条件をある程度統制することができる。よって、残りの2つの要因によって説明ができるかどうかを事例で確認することとなる。

### 3. 事例分析

#### (1) イシューの選択

新型インフルエンザの対応と一言でいっても、多様な問題が存在している。このうち、今回は、「発熱相談センター・発熱外来」の設置および撤収の問題と、「休校措置」の問題を取り上げたい。

まず、「発熱相談センター・発熱外来」である。新型インフルエンザは、場合によっては多くの人が免疫を持っていない可能性もあり、発生初期はその伝播力や毒性が定かでないために情報の取得が喫緊の問題となる。また、感染したのではないかと考える市民が医療機関に押し掛けた場合は大きな混乱が起ころう。その発生初期に、市民がまず連絡をするのが「発熱相談センター」になる。その発熱相談センターにおいて感染の疑いがあると判断された人が行くように勧められる場所が、「発熱外来」である。この発熱外来は、感染の疑いのある人が一般の病院に行ってしまうと、感染していない人が罹患してしまい、インフルエンザが広がる可能性があるため、それを抑えるために設置されることになる(和田ほか, 2011, 164-166)。

この「発熱相談センター・発熱外来」の設置と撤収の問題は、国内における新型インフルエンザ発生後からしばらくの間の自治体の対応を観察することができるので、その自治体の医療体制が機能していたのかをみることで、最適なイシューである。

次に、「休校措置」である。地域において感染が確認された場合、その拡大を防ぐ必要があるが、その対応の1つが休校措置となる。感染が広がりやすいのは人が多く集まる場所である。多数の人が集まる場所としては、職場や集会などがあるが、そのうち学校に関しては、自治体は公立学校ならば設置主体であり、さらには私立学校にも休業要請を発しうる立場であるという点で重要である。国の行動計画とガイドラインによれば、国、つまり厚生労働省と文部科学省が都道府県に臨時休業を依頼できるとされている一方で、都道府県も疫学調査の結果を踏まえて学校等に臨時休業を要

笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因  
 請できるとされている。市町村は都道府県の要請を踏まえて、臨時休業の  
 開始と終了を判断して学校を休校できるとされている（福本，2012）。

この「休校措置」の問題もまた、国内における新型インフルエンザ発生  
 後からしばらくのあいだの自治体の対応を観察することができ、その自治  
 体と、国、隣接する広域自治体および基礎自治体、学校や教育委員会と  
 いった地域の各機関とのあいだの連携が機能していたのかをみることがで  
 きるという意味で、同様に最適なイシューである。

## (2) 3市の比較の前提

以上の仮説を検証するうえで、3つの事例を扱う。事例は独自の医療体  
 制は築いておらず（のちに独自の医療体制を築き）、最初の感染者を確認し  
 た「神戸市」、独自の医療体制を築いていたなかでそれほど早い時期に感  
 染者を確認することがなかった「仙台市」、独自の医療体制は築いておらず  
 それほど早い時期に感染者を確認することがなかった「広島市」を対象と  
 する。

具体的に、3市にある程度共通する要因である「資源」についてみてお  
 きたい。2009年当時の状況を確認しておこう（表1）。3市はいずれも政令  
 市であり、人口、地方税収入額、歳出・衛生費ともに、市区町村の平均を  
 上回っている。いずれも資源には恵まれていたと解釈しても問題ないと考  
 える。

表1 「資源」：人口，地方税収入額，衛生費

|                  | 神戸市       | 仙台市       | 広島市       | 市区町村<br>平均 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 人口（人）            | 1,508,200 | 1,006,522 | 1,153,579 | 72,615     |
| 地方税収入額（100万円）    | 273,086   | 175,213   | 202,284   | 10,671     |
| 目的別歳出：衛生費（100万円） | 71,620    | 26,799    | 72,440    | 2,476      |

出所：『民力2012DVD-ROM』（朝日新聞社，2012年）から2009年当時のデータを  
 抜粋。

では仮説に移りたい。十分かつ独自の対応ができたという「結果」を説明する独立変数は2つあるが、第1が「発生前の準備状況」である。3市のうち、発生前に独自の医療体制を築けていたのが仙台市である。仙台市では、2007年当時の市長である梅原克彦が抜擢した副市長の岩崎恵美子らが中心となり、他の自治体に先駆けたインフルエンザ対策に取り組んでいた<sup>13)</sup>。仙台市では、インフルエンザに罹患した患者は通常、近隣の医療機関や診療所に向かうと考えられるため、感染者が出た場合、まずかかりつけ医に連絡してもらう、という方針であった。そのため、仙台市と医師会とのあいだで綿密な連携が事前に必要であり、2008年以降、協議がすすめられていた(岩崎, 2009)<sup>14)</sup>。

他方、神戸市や広島市は、国や隣接自治体を参考にして、行動計画やマニュアルを準備していた<sup>15)</sup>。さらに、県や市医師会などと発生前に連携を保てており<sup>16)</sup>、その意味では、発生前の準備ができていなかったわけではない。ただし、仙台市のようなシステムを作り上げられていたわけではなかったため、本稿では、仙台市を独自の準備ができていた自治体として、残りを独自の準備ができていなかった自治体として扱うこととする。

第2に、「発生時期」である。国内最初の感染者を確認したのはまさに神戸市であり、2009年5月15日のことであった(神戸市, 2009, 7)。神戸市はこの新型インフルエンザがもたらす危機に初めて対処する自治体となった。これは、参考にすべき他の自治体が存在しないということを意味する。

それに対して、仙台市と広島市はそれぞれ7月25日と6月29日に最初の

13) 岩崎恵美子氏へのヒアリング(2011年12月6日、於リージャス仙台)による。

14) 仙台市の医療機関はSARSの経験から早い段階で、医療機関の連携を進めていた。Nishimura et al. (2004)を参照。

15) 前述の「2009年新型インフルエンザに対応した行政機関へのアンケート」の分析によれば、新型インフルエンザの発生当時、「行動計画」が存在した自治体は44.0%に過ぎなかった(石突・小松・小森, 2013, 66)。その意味では、神戸市も広島市も他の市よりは準備はできていたといえる。

16) 桜井誠一氏へのヒアリング(2011年11月25日、於神戸市役所)、広島市職員へのメールでの質問紙調査(2013年9月-11月に実施)による。

笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因  
 感染者が確定しており，神戸市はじめ他の自治体のやり方を参考にし，国  
 の方針に従う一定の余裕があったことを意味する。

以上をまとめたのが表2になる。では，個別の事例に移りたい。

表2 3市の条件：まとめ

|         | 神戸市 | 仙台市 | 広島市 |
|---------|-----|-----|-----|
| 資源      | 十分  | 十分  | 十分  |
| 準備      | なし  | 独自  | なし  |
| 最初の患者発生 | 初期  | 後期  | 後期  |

### (3) 神戸市

最初が，神戸市である<sup>17)</sup>。まず，「発熱相談センター・発熱外来」からみていこう。2009年4月25日，WHOが「フェーズ3」を宣言した後，神戸市は翌26日と27日に，マニュアルに従い，「連絡会議」の開催や，医師会等関係機関への情報提供，「豚インフルエンザ連絡調整会議」の開催などをおこなった。28日に，WHOが「フェーズ4」に格上げすると，神戸市は「神戸市新型インフルエンザ対策本部」を設置した。同時に「発熱相談センター」の開設の準備が始まり，29日にその運営が開始された。「発熱外来」は4月27日に神戸市立医療センター中央市民病院に設置され，当面はそこだけで対応することが，翌28日に連絡調整会議で決められた。

政府の水際対策によって，空港で感染者が捕捉されていくなか，神戸市は5月12日に，「第1号感染者発生対応シミュレーション」案を作成していた。発熱相談センターの設置の日から5月15日まで，相談件数も徐々に減少してきていた。国内では感染者がまだ見つからないなか迎えた5月15日の夜，神戸市で海外渡航歴のない感染者が発見され，市は16日にその発表をおこなった。

神戸市はこの事態に対応するため，発熱相談センターの回線と人員も増

17) 時系列の事実については，神戸市（2009），神戸市医師会（2010），桜井（2009），福本（2012）を参照。

やしていったにもかかわらず、件数は増え続け、現場では不満の声も上がった。発熱外来も、他の病院で新たに開設されたが、こちらも外来受診者が日に日に増加し、すぐに限界を迎えることとなった<sup>18)</sup>。さらに、発熱外来に患者が集中したため、西神戸医療センターなどでは、既存の救急外来を止める事態になっていた。

神戸市は5月16日に、発熱相談センターのパンク状況を踏まえて、「一般相談窓口」を開設し、発熱以外の相談を受け入れる体制を作った。また、自ら「新型インフルエンザ対策本部」を立ち上げていた神戸市医師会は、5月18日、行政と連携して一般医療機関でも受け入れることを決めた<sup>19)</sup>。人員を確保でき、医師会とのネットワークを十分に生かすことにより、パンク状態を乗り越える体制が整った。結果として、5月下旬から、発熱相談センターの受信数と発熱外来の受診者は減少していった。

次に、「休校措置」についてである。神戸市は海外での発生から休校措置に関する議論をスタートさせ、5月11日には「全市校園長会議」を実施して学校関係者との調整に入り、前述の「第1号感染者発生対応シミュレーション」において段階的に休校の範囲、対象、期間を変えることを想定していた。そして市内での感染者が判明した5月16日、政府は市区町村の一部又は全域、場合によっては都道府県全域の一斉休校を要請できるとする通知を出した<sup>20)</sup>。これに対して神戸市は関係者が集まるコア会議を開催し、

18) 神戸市医師会(2010)の検証では、「発熱」という言葉によって、インフルエンザ以外に罹患した人が集中してしまったことが問題視されていた。また、白井ほか(2012)は、「新型」と「季節性」の質的な違いが明確でなかったことが区別を難しくさせたとし、結果、市民は違いを理解できないうまま、受診者が増加し、市民からの相談が集中してしまったと指摘している。

19) 行動計画によれば、一般医療機関での対応は「まん延期」に限られていたが、この「まん延期」という言葉は市民の不安を引き起こす可能性があり、使用を避けたい状況にあった。そこで、医師会は「まん延期直前の状態」などの文言を用いることで、直接的な言葉の使用を回避しつつ、受け入れを可能とした(桜井, 2009, 83-84)。

20) 通知「各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対

笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因

第1学区（神戸市東灘区、灘区、中央区）を範囲とし、そこに存在する高校や中学校、小学校等を対象とし、そして、7日間にわたって休校を実施することを決めた。

翌5月17日、神戸市は新たな感染の確認を踏まえて、第2学区（兵庫区、北区、長田区）と第3学区の一部を範囲に加えた。それに対し、政府は兵庫県全域に休校措置を要請した。ここで、神戸市と国との間で齟齬が生じることとなった。神戸市は、それが現場においては適切ではないと考えていたものの、最終決定者は国であるとのことで18日から22日までの期間で、全域での休校を受け入れた。

神戸市はインフルエンザの毒性が強くないこともあり、このまま休校措置を続けることの弊害が大きいと考えて、すぐに休校解除に向けて動き出す。20日には当時の矢田市長が舛添厚生労働大臣に対して、「休校措置を市が自主的に考え、学校単位で判断したい」旨を伝えた。そして、同日、市内の高校、中学校、小学校などの休校措置を、23日に解除する方針が決まった。

では、この2つのイシューへの対応は先の2つの要因からどのように説明することができるのか。まず、神戸市では発生前に十分な準備ができていなかったところに、最初の感染者が出たこと、つまり「発生のタイミング」が重要な変数となるだろう。ゆえに、発熱外来でも混乱が生じ、休校措置においても国などのアクターとの連携がうまくいかなかったとみることができる。

しかし、なぜ関係者たちは神戸市の対応がおおむね「十分」だったと評価したのだろうか。これは、新型インフルエンザが弱毒性であったことにも起因するだろうが、結果として、豊富な資源を動員して体制を立て直すことができたからであるといえる。加えて、1995年の阪神大震災の経験を踏まえて、2002年には、非常時対応を統括する部門として危機管理室を創

→ 応について（第4報）『文部科学省』2009年5月16日を参照。[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/influtaisaku/syousai/1266761.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/influtaisaku/syousai/1266761.htm)

設するなど、危機に対して、先進的な備えをしていたことも生かされたといえるかもしれない<sup>21)</sup>。結果から述べると、「神戸モデル」は用意周到に準備されたものではなく、危機のなかで市職員やその他のステイクホルダーたちが対応するなかで築き上げたものなのであった。

#### (4) 仙台市

続いて、仙台市である。仙台市の対応として、4月27日に仙台市内健康福祉センターに相談窓口を設置して、患者と思われる住民への対応をおこなっていた。そして、5月2日に発熱外来を仙台市立病院に設置している。ここまでは、新型インフルエンザが国内で発生していないということもあり、政府の「新型インフルエンザ対策ガイドライン」に記載されている発熱外来設置の対応に則っていることがわかる。

しかしながら、5月8日には「仙台方式」の医療体制の特徴である、診療所での診療行為を決定し、5月11日から「新型インフルエンザ診療協力医療機関」を募ることを決め、結果的に329の診療所から協力を得ることに成功した。診療所の協力を受けて、仙台市は、5月11日には「メディカル・アクションプログラム」を公表することで、政府とは異なる、独自の対応をおこなう意思表示をしている。

また、5月20日には、仙台市内の医療体制の整備、協力医療機関への支援をおこなうことを決定し、着実に「メディカル・アクションプログラム」に書かれている医療体制の構築を進めていたことになる。「メディカル・アクションプログラム」の基本的な考え方は、新型インフルエンザの流行がパンデミック状態に達した場合、感染者は「かかりつけ医」など「最寄りの」医療機関を受診するだろう、という現実的想定に基づいていることにある(岩崎, 2009; 渡辺, 2009)。その「最寄りの」医療機関は329個の診療所であり、発熱や咳、喉の痛みなどの症状がある軽症患者はまず、そこ

---

21) 桜井誠一氏へのヒアリング(2011年11月25日)による。



笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因で治療をうける。中等症患者と判断された場合、より設備の整った18か所の病院に患者が送られ、さらに重症患者の場合、3か所の病院が患者に対応するというように、患者の容体に合わせた対応をおこなうことになっている<sup>22)</sup>。

このように、早い時点で発熱外来は設置するも、自治体独自の対応への変更をおこなうように医師会と協議しながら、また、医師会は「メディカル・アクションプログラム」の医療体制構築の基盤となる診療所での新型インフルエンザの診療を計るために、医師会の理事会でコンセンサスを得て、仙台市医師会会長が総会などで、会員に対して理解を求めるように説明に回っていた（永井，2009，340）。

以上の指摘から、「発生前の準備」をおこなうための、自治体内での政策ネットワークの体制作りとそのためのステイクホルダーとの連携などをおこなう下地はそろっていたと考えることができる<sup>23)</sup>。

次に、休校措置であるが、「メディカル・アクションプログラム」によると「最新情報の収集・提供およびサーベイランスの実施」である。市立小学校の欠席率調査を実施・公表することで、学校休校等の措置に役立てていくことが意図としてあった<sup>24)</sup>。流行蔓延期には小学校の感染者情報を提供して感染の蔓延地域について予測をおこなっていたが、実際には休校措置がとられたのは11月2日であり、学校単位でおこなわれていたことになる。この対応は新型インフルエンザの弱毒性が判明していたこともあり、大きな混乱には至らなかったといえる。

---

22) 仙台市ホームページ「メディカル・アクションプログラム」2頁を参照。  
[http://www.city.sendai.jp/kurashi/anzen/kiki/\\_icsFiles/afieldfile/2010/12/10/0218newflu](http://www.city.sendai.jp/kurashi/anzen/kiki/_icsFiles/afieldfile/2010/12/10/0218newflu)

23) 当時の仙台市保健福祉局長の高橋宮人は新型インフルエンザ対応を「仙台市医師会、東北大学、行政といった、産学官のコラボの成功事例だったと思います」と述べている。高橋宮人氏へのヒアリング（2012年2月3日、於仙台市役所）。

24) 岩崎恵美子氏へのヒアリング（2011年12月6日、於リージャス仙台）による。岩崎は子供が感染症のワイドスプレッダーであると指摘しており、感染の広がりを予測するために子供を観測することが最適であると考えていた。

では、仙台市について2つの要因から論じると、第1に、仙台市は発生前から「仙台方式」と呼ばれる「独自」ともいえる体制ができていたことが挙げられる<sup>25)</sup>。前述したように、「メディカル・アクションプログラム」という「発生前の準備」を自治体が専門家、医師会といったアクターと協力し作成をおこなうことで、事後の対応が円滑に進んだと考えられる。第2に、市内での発生が神戸市よりは遅かったことが挙げられる。そのため、季節性のインフルエンザと同様の対応が可能となり、発熱外来のような人が押し寄せることも無く、パンクすることには至らなかったといえる。これは、休校措置も同様である。つまり、この2つの要因が仙台市の新型インフルエンザ対応を規定したと考えられる。

#### (5) 広島市

最後が、広島市である<sup>26)</sup>。まず、「発熱相談センター・発熱外来」であるが、広島市は、広島県、呉市、福山市と並んで、5月1日に「発熱相談センター」と「発熱外来」を設置している。同日から、広島市は、市医師会とのあいだで「新型インフルエンザに係る緊急協議」を開始した。以降、広島市は、広島県および呉市、福山市と連携しながら、対応を進めていく。新型インフルエンザが弱毒性であったことを踏まえ、その間、広島市は5月19日に国内発生早期（第2段階）について行動指針を改定する余裕があった。

そして、神戸市での確認からおおよそ1か月半後の6月29日、広島市内で最初の感染者が確認された。ここでも、県や他市、そして医師会などと連携しながら、国の方針に従って対応した。6月19日に、国の「医療の確保、

25) 『朝日新聞』 2009年7月4日、宮城県地方1面、27頁を参照。「新型インフルエンザ対策では、大流行時に軽症患者の診察をかかりつけ医がする『仙台方式』が全国的に注目を集めた」と記載されている。

26) 時系列の事実については、広島市職員への質問紙調査（2013年9月-11月に実施）と、『中国新聞』を参照。

笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因  
検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針<sup>27)</sup>で、発  
熱外来は中止となっていたので<sup>28)</sup>、それを受けて7月6日に、広島市も医  
師会との調整ののち、廃止した。

次に、「休校措置」である。広島市では、感染者の流行は遅れてやってき  
た。初めて休校措置を実施したのは、9月8日であり、このころには新型  
インフルエンザが弱毒性であることが分かっていた。そのため、他の自治  
体の動向を見ながら、医師会などが9月8日に「臨時休業の目安」を取り  
決めた<sup>29)</sup>。結果、大きな混乱は起こらなかった。

では、この対応を2つの要因から説明するとどうなるか。まず、広島市  
では発生前に十分な準備ができていなかったが、市内で最初に感染者が確  
認されたのが6月29日と、神戸市での確認からおよそ1か月半のタイムラ  
グが存在していたことが幸いした。ゆえに、広島県や県内の呉市や福山市  
と連携し、他の政令市の状況を見ながら対策を考える時間が存在し、的確  
な状況分析も可能となり、対応もスムーズにおこなうことができたといえ  
る。市職員への質問紙調査では、各自治体間で「役割分担をあらかじめ明  
確化していなかったが、発生時には各機関がそれぞれの役割を十分認識し  
ており、適宜、情報共有に努め、信頼熟成に割く時間はほとんど必要な  
かった<sup>30)</sup>と述べられており、豊富な資源を背景に、連携が図られたが、発  
生時期の遅さが幸いしたと考えられる。

27) 「医療の確保、検疫、学校・保育施設の臨時休業の要請等に関する運用指針」  
『厚生労働省文書』2009年6月19日。<http://www.kantei.go.jp/jp/kikikanri/flu/swineflu/unyousisin20090619.pdf>

28) この時期になると、封じ込めは意味がなく、社会的混乱を避け、感染者への対  
応をおこなうための体制づくりにシフトしたほうがよいと考えられたため、方針  
の転換となった(上田, 2010)。

29) 広島市では、「1日に同一学級内10～15%程度がり患した場合、4日間程度の  
学級閉鎖、同一学年の学級閉鎖が半数を超えた場合4日間程度の学年閉鎖、学年  
閉鎖が半数を超えた場合4日間程度の学校閉鎖として各学校単位で実施する」と  
いう方針であった(広島市職員への質問紙調査(2013年9月-11月に実施)より)。

30) 広島市職員への質問紙調査(2013年9月-11月に実施)による。

#### 4. 結 論

##### (1) 3市の比較

では最後に、3市の比較をおこなってみたい（表3を参照）。神戸市は、発生時期が早く、事前に独自のシステムを構築できていたわけではなかったため、当初は混乱することとなった。しかし、危機管理の専門家を中心として、多様な資源の活用により状況を持ち直すことが可能となったとみられる。その後、神戸市はその経験から生まれた医療体制を「神戸モデル」として定式化した。仙台市は、発生時期が遅く、自前の医療体制を築けていたので、他の自治体にあまり頼らずに対応することが可能であった。最後に、広島市は、発生時期が遅く、対応するに足る時間を割けた。県や近隣自治体、医師会との情報交換などにより、十分な対応ができた。

表3 3市の結果：まとめ

|      |         | 発生時期                                 |                                  |
|------|---------|--------------------------------------|----------------------------------|
|      |         | 早                                    | 遅                                |
| 事前準備 | 独自の体制あり |                                      | 仙台<br>スムーズな対応。<br>県に依存せず         |
|      | 独自の体制なし | 神戸<br>当初混乱。その後<br>持ち直し。新たな<br>医療体制構築 | 広島<br>スムーズな対応。<br>県や近接自治体と<br>連携 |

##### (2) 検証結果

以上から、新型インフルエンザが弱毒性であり、それほど大きな被害をもたらすものではなかったことが前提ではあるが、十分な対応の決定要因となったのは、政令市が豊富な資源を有していたことに帰される。しかし、3市とも十分な対応であったとしても、そこには異なるルートが存在したことが明らかとなる。

まず、神戸市の事例から明らかなように、発生時期が早く、事前にきつ

笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因  
ちりした医療体制を築けていなければ、発生当初の対応は後手に回らざるを得ない。しかし、副産物として、他の自治体のモデルとなるような仕組み（「神戸モデル」がそれにあたる）が形成されることになった。1つの仮定の議論であるが、資源の乏しい自治体で同じ状況に置かれたとき、神戸市のような対応はできなかったのではないだろうか。そのときは、おそらく、国や都道府県という上位アクターが重要な役割を担うことになっていたと考えられる。

次に、仙台市の事例から明らかであるが、発生前の準備が整っていた自治体は、発生時期が遅い場合、先行例を見つつ、自前の体制に基づいて、危機に対応することができたと考えられる。最後に、広島市のように、発生前に充実した医療体制を築けていなかったものの、発生時期が遅かった自治体では、「行動計画」の通りに国の対応に準じながら、近隣自治体と連携し、さらに先行例を参照して対応することができた<sup>31)</sup>。

以上のように、2つの変数の組み合わせが重要である。それぞれ重要な要因であったが、「発生前の準備」は独自の体制が築けていれば他の自治体に強く依存しない対応を可能にし、そうでなければ国や他の自治体の発生後に改めて連携することが必要となる。「危機発生のタイミング」は早ければ初期対応に混乱がみられるが、遅ければ体制を機能させる時間が確保され、他の事例を参考にする余裕を与えることが分かる。

## お わ り に

新型インフルエンザが想定した強毒性ではなく、弱毒性ということもあり、総じて政令市ほどの大規模自治体レベルでは発生したタイミングにより対応の差があるものの、大きな問題は起こらなかったと考えてよい。

31) 前述の「2009年新型インフルエンザに対応した行政機関へのアンケート」の分析でも、対応の自己評価を従属変数にした順序ロジット分析で、「行動計画」を作成していることが1%水準で有意になっていた。ゆえに、政令市に限定されない、一般的な要因として評価できる（笹岡，2013）。

すなわち、感染症が最初に発生するほど対応が後手に回る可能性は高いと考えることができ、その時間軸が遅れるほど対応をおこなうための準備の時間が増えるために、問題は小さくなった可能性が高い。

また、自治体の政策実施・リスク対応としては、資源に恵まれていれば、一定の対応は可能だが、「発生前の準備」がどれだけできていたのかという点はその対応の成否を分ける可能性がある。3つの事例からも明らかのように、豊かな資源により神戸市、広島市は対応が可能だったものの、神戸市の混乱と広島市のスムーズな対応の差は時間の問題である。また、仙台市と両市の対応を分けるものは「発生前の準備」である。この要因があれば、より問題ない対応ができると考えられるのである。ただし、今回の新型インフルエンザに関しては「資源」をもとに連携を図ることができれば、おおむね対応が可能であったといえる。その点では、資源とそれを活用するためのネットワークが重要といえる。つまり、小規模自治体のように資源がないような基礎自治体は、有限の資源を活用し、発生前の準備とそのためのステイクホルダーとの連携が対応にとって重要だと考えられる。

日常世界では、インフルエンザのように毎年流行し、超過死亡も含めると万単位で亡くなるようなリスクはほとんど存在しない<sup>32)</sup>。日本では、近年自然災害が多発し、多くの死者が出ているが、毎年数万人が亡くなるようなことはない。そう考えると我々は毎年のように、インフルエンザおよび感染症という不可視のリスクと対峙しながら生活しているのである。その点から、今回のわれわれの研究のインプリケーションが、政策実施のレベルで意味を持つと考えられる。

【付記】 本稿は厚生労働科学研究費補助金（行政政策研究事業）（政策科学総合研究事業、「リスクに対する政策過程の理論モデルの構築—新型インフルエンザを事例として—」，課題番号 H23-政策-若手-013)

32) 厚生労働省ホームページ「新型インフルエンザに関する Q&A」を参照。  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/02.html>

笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因  
の助成を受けた研究成果の一部である。

### <参 考 文 献>

- 秋吉貴雄 2007. 「政策移転の分析枠組みの構築に向けて」『熊本大学社会文化研究』  
5, 1-14.
- 足立幸男 2009. 『公共政策学とは何か』 ミネルヴァ書房.
- 池田三郎 2006. 「リスク対応の戦略, 政策, 制度」日本リスク研究会編『増補改  
訂版 リスク学事典』阪急コミュニケーションズ, 306-311.
- 石井敏弘 2009. 「危機感を共有し実効性ある自治体パンデミック対策を」『都市問  
題』100(7), 4-8.
- 石川晴巳 2009. 「新型インフルエンザにおける国の対応」『市政』58(10), 10-13.
- 和泉徹彦 2010. 「新型インフルエンザ発生に伴う即応計画修正 日本とイギリスの  
対応」『嘉悦大学研究論集』52(2), 15-39.
- 伊藤修一郎 2006. 『自治体発の政策革新 景観条例から景観法へ』木鐸社.
- 石突美香・小松志朗・小森雄太 2013. 「2009年新型インフルエンザに対する行政機  
関の対応 自治体へのアンケート調査の結果分析」『日本大学工学部紀要』54(2),  
65-79.
- 岩崎恵美子 2009. 「新型インフルエンザ対策 自治体の取り組み・仙台方式」『日本  
災害看護学会誌』11(2), 75-80.
- 岩田健太郎 2010. 「パンデミック対策 我が国の課題」『公衆衛生』74(8),  
652-657.
- 上田博三 2010. 「新型インフルエンザ対策の経緯」『日本公衆衛生雑誌』57(3),  
157-164.
- 上野眞也 2012. 「2009年新型インフルエンザ対策に関する政策分析」『熊本大学政  
策研究』3, 3-14.
- 尾身 茂・岡部信彦・河岡義裕・川名明彦・田代真人 2010. 「パンデミック (H1N1)  
2009 わが国の対策の総括と今後の課題」『公衆衛生』74(8), 636-646.
- 大嶽秀夫 1990. 『政策過程』東京大学出版会.
- 風間規男 1998. 「日本の防災政策 政策ネットワークの失敗構造」『日本公共政策  
学会年報』1-25. <http://www.ppsa.jp/pdf/journal/pdf1998/Kazama.pdf>
- 風間規男 2013. 「新制度論と政策ネットワーク論」『同志社政策科学研究』14(2),  
1-14.
- 川本哲郎 2010. 「新型インフルエンザと法政策」『産大法学』44(1), 229-242.
- 木村盛世 2009. 『厚生労働省と新型インフルエンザ』講談社.
- 神戸市（新型インフルエンザに係る検証研究会）2009. 「神戸市新型インフルエン

- ザ対応検証報告書」。
- 神戸市医師会（新型インフルエンザ対策会議） 2010. 「神戸市医師会新型インフルエンザ（A/H1N1）対策検証委員会 最終報告書」. <http://www.kanagawa.med.or.jp/01Pandemic%20Influenza/influenza/influenza/flu2009/data/40.pdf>
- 厚生労働省 2010. 「第4回新型インフルエンザ対策会議 議事録」. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou04/dl/infu100512-29.pdf>
- 小松志朗 2013. 「専門知と政策決定過程 2009年新型インフルエンザを事例に」『公益学研究』13(1), 73-82.
- 桜井誠一 2009. 『新型インフルエンザ国内初！ 神戸市担当局長の体験的危機管理』時事通信社.
- 笹岡伸矢 2013. 「2009年新型インフルエンザに関する地方自治体アンケートの分析」『修道法学』35(2), 936-927.
- 笹岡伸矢・福本博之 2012. 「リスクと政治的選択 ゲーム理論を用いた2009年新型インフルエンザへの対応分析」『修道法学』34(2), 444-466.
- 佐々木信夫 2009. 『現代地方自治』学陽書房.
- 佐堀大輔 2011. 「自治体における新型インフルエンザ BCP 策定促進要因に関する研究」『情報文化学会誌』18(2), 3-10.
- 白井千香・藤山理世・内野栄子・入江ふじこ・高鳥毛敏雄・磯 博康 2012. 「国内初発患者に対応した神戸市の2009年新型インフルエンザ（H1N1）対策における相談および医療体制の課題 神戸市と茨城県の比較から」『日本公衆衛生雑誌』59(9), 684-692.
- 新藤宗幸 2004. 『概略 日本の公共政策』東京大学出版会.
- 杉浦功一 2014. 「ガバナンスにおけるパートナーシップ ナショナルとグローバル両レベルでの実践と理論」『年報政治学』2014-II, 156-184.
- 高橋幸子 2012. 「2009年新型インフルエンザ（A/H1N1）における医療体制について 仙台市、神戸市、横浜市における政策」『政治学研究論集』37, 51-66.
- 田代真人 2012. 「新型インフルエンザ事前準備・緊急対応体制の再構築」『バムサジャーナル』24(2), 51-57.
- 外岡立人 2009a. 『豚インフルエンザの真実』幻冬舎新書.
- 外岡立人 2009b. 『新型インフルエンザ・クライシス』岩波ブックレット.
- 永井幸夫 2009. 「仙台市の新型インフルエンザ対策『仙台方式』 医師会の取り組みについて」『感染と抗菌薬』12(4), 338-343.
- 中林一樹 2012. 「自治体の危機管理と BCP」『都市とガバナンス』16, 67-74.
- 西村秀一 2010. 「パンデミック対策における不確定要素と政策決定」『公衆衛生』74(8), 676-680.
- 羽原敬二 2010. 「新型インフルエンザ対策とリスク処理」『保険学雑誌』610, 75-92.



笹岡・宮脇：2009年新型インフルエンザにおける地方自治体の対応の決定要因

- 東田光裕・林 春男 2010. 「2009年神戸市における新型インフルエンザ対応の分析」『地域安全学会梗概集』26, 99-102.
- 広島県（新型インフルエンザ対策専門家委員会）2010. 「地域医療 感染症危機管理における保健福祉行政の役割 期待と現実を踏まえ 広島県における新型インフルエンザへの対応」『広島医学』63(6), 477-496.
- 平石正美 2012. 「東日本大震災とネットワーク論の再考」『国士館大学政治研究』3, 235-264.
- 福本博之 2012. 「インフルエンザ2009に対する神戸市の公衆衛生対応 休校措置の実施を中心に」宮脇 健編『厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進事業）リスクにおける政策過程の理論モデルの構築 新型インフルエンザを事例として（平成23年度 総括研究報告書）』21-36.
- 古川 康 2009. 「佐賀県の新型インフルエンザ対策 県民に大丈夫と言えるように」『都市問題』100(7), 19-25.
- 舩添要一 2009. 『舩添メモ 厚労官僚との闘い752日』小学館.
- 増田 正 2013. 「政策移転の諸理論 政策移転, 政策波及, 政策収斂, 教訓導出の統合モデル」大山耕輔監修, 笠原英彦・桑原英明編『公共政策の歴史と理論』ミネルヴァ書房.
- 真山達志 1994. 「政策実施過程とネットワーク管理」『法学新報』100(5・6), 181-201.
- 宮脇 健 2011. 「リスクにおける日本の行政対応 新型インフルエンザの事例分析」『法学紀要』52, 487-512.
- 村重直子 2010. 『さらば厚労省 それでもあなたは役人に生命を預けますか?』講談社.
- 和田耕治・笹井康典・永井仁美・藤内修二・知花なおみ・川名明彦・飯沼雅朗 2011. 「医療体制」宮村達男監修・和田耕治編『新型インフルエンザ（A/H1N1）我が国における対応と今後の課題』中央法規出版.
- 渡辺 彰 2009. 「変貌するインフルエンザにどう向き合うか 4. タミフル・リレンザに続く新規新型インフルエンザ治療薬の開発 仙台方式の紹介を含めて」『日本内科学会雑誌』98(10), 166-169.
- Enroth, H. 2011. "Policy Network Theory," in Bevir, M. (ed.) *The SAGE Handbook of Governance*. SAGE Publications Ltd., pp. 19-35.
- French, P. E. & Raymond, E., S. 2009. "Pandemic Influenza Planning: An Extraordinary Ethical Dilemma for Local Government Officials," *Public Administration Review*, 69(5), pp. 823-830.
- Heclro, H. 1978. "Issue Networks and the Executive Establishment," in King, A. (ed.) *The New American Political System*. American Enterprise Institute, pp. 87-124.

- Kenis, P. & V., Schneider. 1991. "Policy Networks and Policy Analysis: Scrutinizing a New Analytical Toolbox," in Marin, B. & R. Mayntz (eds.), *Policy Networks: Empirical Evidence and Theoretical Considerations*, Westview Press, pp. 25–59.
- Lipsky, M. 1980=1986. *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of Individual in Public Services*. Russel Sage. (= 田尾雅夫・北大路信郷『行政サービスレベルのディレンマ』木鐸社)
- Neustad, R. E., & Finberg, H., V. 1983=2009. *The Epidemic That Never Was: Policy-Making and the Swine Flu Affair*, Vintage Books. (= 西村秀一訳・解説『1976年起きなかつた大流行 豚インフルエンザ事件と政策決断』時事通信社)
- Nishimura, H., et al. 2004. "An Attempt of a Pandemic Planning by a Local Group for 2 Years: the Miyagi Pandemic Influenza Study Group in Sendai, Japan," *International Congress Series* 1263, pp. 818–821.
- Rhodes, R. A. W. 1988. *Beyond Westminster and Whitehall: The Sub-Central Governments of Britain*. Unwin Hyman.
- Rhodes, R. A. W. 2012. "Waves of Governance," in Levi-Faur, D. (ed.) *The Oxford Handbook of Governance*. Oxford University Press.