

2025年12月23日

村上篤太郎

## 神奈川県医療体制は新型コロナに対応できたのか — 『神奈川モデル』の実態と課題 —

はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）は、2020年（令和2）初頭から世界規模で急速に拡大し、多数の死者と未曾有の社会的混乱をもたらした。日本においては、2020年1月、中国・湖北省武漢市を訪れていた神奈川県在住の男性が国内初のCOVID-19感染者として確認され<sup>1</sup>、その後、2月1日には政府がCOVID-19を感染症法上の指定感染症に位置づけた<sup>2</sup>。

こうした状況下で、2月3日、約3,700人を乗せた大型クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」が横浜港に入港し、船内で大規模な集団感染が発生した。この事態は、感染拡大を災害レベルと判断した神奈川県によって、災害派遣医療チーム（DMAT：Disaster Medical Assistance Team）を中心とする全国規模の医療対応が取られ、患者769名が全国16都府県の医療機関に搬送されるという<sup>3</sup>、我が国の感染症医療史上、極めて例外的な対応となった。

その後も感染者数は増加を続けたが、COVID-19は軽症・無症状者が多数を占める一方、一定割合で重症化するという特性を有していた。このため、限られた医療資源をいかに効率的に配分するかが喫緊の課題となった。こうした経験を踏まえ、神奈川県は2020年4月以降、COVID-19患者を受け入れる医療機関を「神奈川モデル認定医療機関」として位置づけ、重症度に応じた医療提供体制、いわゆる「神奈川モデル」を構築した。

本モデルは、「重症患者に高度急性期医療を集中させる」「中等症以下の患者は地域医療機関で受け入れる」「宿泊療養・自宅療養を組み合わせる」という三層構造を特徴としている<sup>4</sup>。

本レポートでは、まず「神奈川モデル」の成立過程とその成果を整理した上で、感染拡大の長期化の中で顕在化した課題を検討し、将来の新興感染症に備えた改善の方向性について考察する。

### 第1章 「神奈川モデル」の概要と成果

#### （1）ダイヤモンド・プリンセス号を契機に考案された「神奈川モデル」

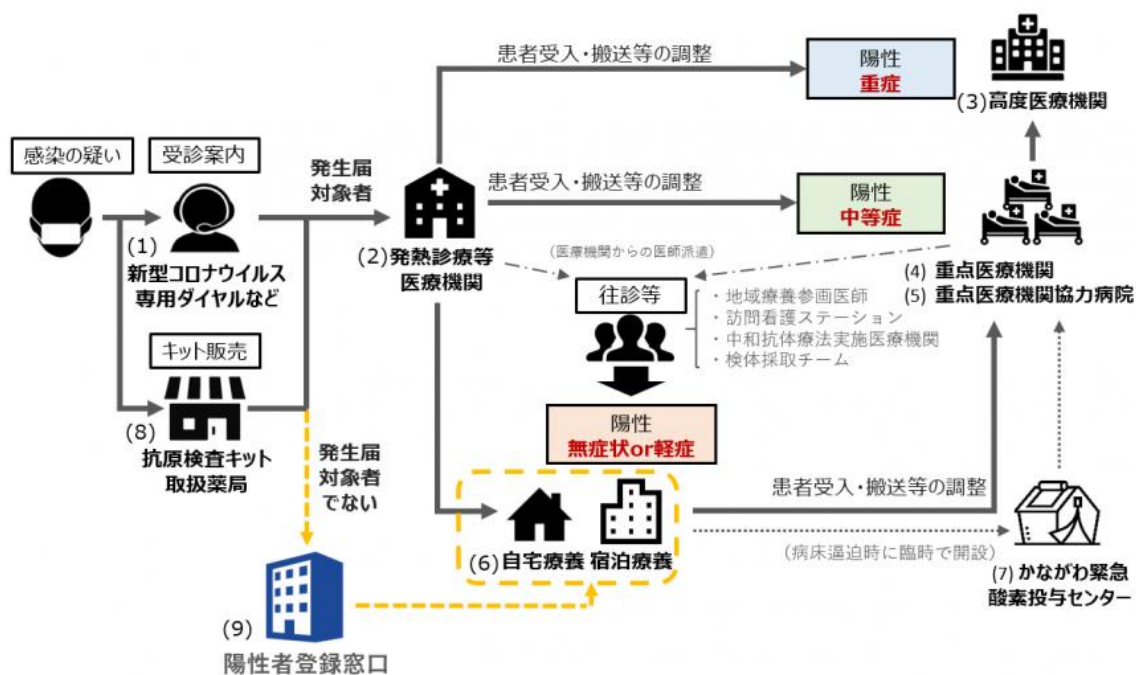
2020年2月末、神奈川県は、ダイヤモンド・プリンセス号への対応が一定の収束を迎える一方で、県内における感染者数の増加が現実のものとなりつつあった。海外の感染拡大状況を踏まえれば、日本国内での感染爆発までに残された時間は約1か月程度と認識されて

いた。

この限られた期間内に医療崩壊を防ぐ体制を構築する必要があるとの危機感から、神奈川県では新年度に向けて急ピッチで医療提供体制の再編に着手した。その結果として取りまとめられたのが「神奈川モデル」である。

「神奈川モデル」とは、感染の疑いがある場合、帰国者・接触者相談センターで受診調整を行い、医療機関で検査・診断され、陽性であった結果、重症度によって患者を次のように3パターンに分けた（図1参照）。

- ① 重症の場合、人工呼吸/ECMOを必要とする場合で、救命救急センター等高度医療機関へ入院
- ② 中等症の場合、酸素投与は必要であるが、人工呼吸器までは必要なく、特に高齢者・基礎疾患・免疫低下・妊婦の場合で、重点医療機関、あるいは重点医療機関協力病院に入院、通院
- ③ 無症状、あるいは軽症の場合、酸素投与不要の場合、自宅や指定の宿泊施設等で療養



「神奈川モデル」は、災害医療におけるトリアージの考え方を感染症医療に応用したものであり、多数の患者が同時に発生する状況下において、極めて合理的な対応であった。特に、中等症患者を集中的に受け入れる「重点医療機関」を設定した点は、院内感染の拡大防止と医療機関全体の機能維持という観点から重要な意味を持っていた。

こうして「神奈川モデル」は、患者を救うと同時に、医療機関そのものを守る仕組みとし

て位置付けられた。その構想を主導した人物が、後述する畑中洋亮氏であった<sup>6</sup>。なお、具体的な重点医療機関については、風評被害への配慮から、公開を希望した医療機関のみが一覧として公表された<sup>7</sup>。

## (2) 黒岩神奈川県知事のリーダーシップと人材登用

神奈川県が全国に先駆けて「重症度分化型医療提供体制（いわゆる「神奈川モデル」）」を構築できた背景には、黒岩知事のリーダーシップと政治的調整力があった。黒岩知事は、ジャーナリストとして長年医療問題取材してきた経歴を有し、知事就任以前から医療政策への関心が高かったことが、COVID-19 対応における迅速な政策判断を後押ししたと考えられる。

また、知事就任後に築かれた国政との人的ネットワークは、国との連携を円滑に進める上で大きな役割を果たした。黒岩知事自身はこれを「ツナガリパワー」と表現しており<sup>8</sup>、実際に国・自治体間の調整が比較的スムーズに行われた点は特筆に値する。

とりわけ重要であったのは、専門性を有する民間人材を意思決定の中枢に登用した点である。ダイヤモンド・プリンセス号対応で司令塔を務めた神奈川県 DMAT リーダー・阿南英明氏、ICT（Information and Communication Technology；情報通信技術）と危機管理に精通した畑中洋亮氏を統制官として配置し、最大時 700 人規模の対策本部体制を構築したことは、従来の行政組織の枠組みを超えた異例の取り組みであった<sup>9</sup>。

この対策本部は、2020 年 3 月 16 日から 2023 年（令和 5）4 月 27 日まで計 75 回開催され、毎回の会議資料、会議録、一部動画配信も公開されている。まさに黒岩知事を本部長とする神奈川県の COVID-19 対応の様々な内容が凝縮された記録であった<sup>10</sup>。そこからは、データに基づく状況把握と迅速な意思決定が、神奈川県の感染症対応を支えていたことが読み取れる。

## (3) 「神奈川モデル」の成果

「神奈川モデル」の成果は、主として以下の三点に整理することができる。

第一に、医療機関の機能維持である。重症患者を高度医療機関に集約し、軽症・無症状者を自宅・宿泊療養に振り分けることで、限られた医療資源を有効に活用し、結果として医療崩壊の回避に一定の効果を上げた。医療崩壊とは COVID-19 を含むあらゆる必要とされる医療提供が困難になることを指している<sup>11</sup>。

第二に、行政 DX の推進である。療養者情報の一元管理、病床稼働の可視化、オンライン診療、デジタル健康観察などの取り組みは<sup>12</sup>、結果として、厚生労働省が運営し、全国の医療機関の稼働状況、病床数、スタッフ数、医療機器・資材の状況などを一元的に把握・支援するシステムである G-MIS 構築にも影響を与え、全国的な医療情報基盤整備の先事例となった。

第三に、保健所および医療機関の業務負担軽減である。LINE を活用した健康観察やデータ連携により、逼迫する人的資源の一定の軽減が図られた点は評価できる。

## 第2章 課題の顕在化と今後の改善策

### (1) 浮き彫りとなった課題

「神奈川モデル」が一定の成果を挙げたことは前述したが、一方で、感染拡大の長期化と大規模化の中で顕在化した課題を整理すると以下の三点に整理することができる。

第一に、自宅療養者の急変リスクに対する対応体制の脆弱さである。医療資源を重症者に集中させる戦略は合理的であったが、想定を超える療養者数の増加により、健康観察や救急搬送が十分に機能しない局面が生じた。2021年（令和3）8月には、自宅療養中に容体が急変し死亡する事例が県内で複数報告された<sup>13</sup>。さらにはホテル療養中で死亡した人の遺族に対して、早期に医療施設に搬送できなかったとして和解金を支払うという珍しい案件もあった<sup>14</sup>。

第二に、保健所機能の限界である。感染症法に基づき多岐にわたる業務を担う保健所は、平時を前提とした制度設計のまま、長期間にわたる大規模感染症対応を強いられ、人的・制度的な疲弊が顕在化した。

第三に、医療従事者の過重負担と心理的疲弊の問題である。長時間労働、感染への恐怖、社会的偏見といった要因は、医療提供体制の持続可能性そのものを脅かす課題であった。

具体例として、日本看護協会による『2021年看護職員実態調査』によれば、COVID-19対応に関する業務に従事した人に対し、COVID-19発症前と比較して最も負荷が高かった時の労働環境について尋ねていた。その結果、「超過勤務時間は「増えた」が最も多く55.3%」、「在宅勤務への移行はなかったが最も多く97.8%」であった。2020年3月から2021年9月までの1年半を振り返り、COVID-19の流行に伴うどのような影響があったかを尋ねていたが、「自分自身が感染するのではないかという恐怖・不安」が最も多く78.6%、次いで「職場の労働環境の悪化」48.8%、「自分自身に対する周囲からの差別・偏見・心ない言葉」19.6%となっていた<sup>15</sup>。

### (2) 今後に向けた改善策

本節では、上記課題への改善策を三つ提示する。

第一に、感染症危機時における医療提供体制を「非常時対応」ではなく、「平時から備える制度」として再構築することである。病床転換の仕組み、重点医療機関の位置付け、民間医療機関との協定などを制度化し、即応可能な体制を恒常的に整備する必要がある。併せて重点医療機関においては、感染症対応の訓練を毎年実施すべきである。

第二に、ICTを活用した情報基盤の高度化である。療養者情報、病床稼働、医療資源の状況をリアルタイムで共有できる仕組みを平時から運用し、危機時にも混乱なく活用できる体制を確立することが求められる。ICTは人々の役に立つものである。特に、保健所・自治体・医療機関の情報連携を一本化し、連絡遅延や情報断絶を防ぐ必要がある。併せて、AIは刻々と進化しているので、平時から有効活用することが必須である。

第三に、医療・保健分野を支える人材の確保と保護である。危機時における柔軟な人員配

置、心理的支援、社会的理解を含め、医療従事者が安心して職務を継続できる環境整備が不可欠である。特に、県民へのリスクコミュニケーションを強化し、SNS での偏見や偽情報の拡散を防ぐ取り組みも必須である。

おわりに

2020年2月、横浜港に入港したダイヤモンド・プリンセス号は、我が国の感染症医療体制が抱えていた構造的な脆弱性を一挙に顕在化させた象徴的出来事であった。その後、神奈川県は、前例のない COVID-19 感染拡大に直面しながらも、試行錯誤を重ね、「神奈川モデル」と呼ばれる独自の重症度別医療提供体制を構築した。この取り組みは、少なくとも重症患者病床の逼迫を極力抑え、医療崩壊を防ぐ上で一定の成果を収めたと評価できる。

他方で、本レポートで整理したように、その成功の背後には看過できない課題がいくつか存在していた。すなわち、自宅・宿泊施設での療養者に対する医療安全確保の限界、保健所機能への過度な業務集中による疲弊、さらには医療従事者にかかる身体的・精神的負担の増大であった。これらの課題は、神奈川県単独の努力のみで解決できる問題ではなく、国と自治体の役割分担の在り方、平時からの医療提供体制や人材配置の在り方といった、より構造的な課題と密接に結びついている。

本レポートの目的は、「神奈川モデル」がいかなる経緯で成立し、何を達成し得たのか、そしてどこに制度的・運用的限界があったのかを整理・検証することにあった。その検討を踏まえ、今後に向けた課題として、少なくとも次の点を指摘することができる。第一に、重症度別医療提供体制を、非常時の臨時措置にとどめることなく、平時の地域医療構想とどう接続・制度化していくかという点、第二に、感染症対応において保健所が「すべてを担う」前提から脱却し、業務分担と機能再設計をどのように図るかという点、第三に、自宅療養・宿泊療養を医療提供の一形態としてどのように位置付け、安全性と実効性を確保するかという点、第四に、危機対応の過程で導入された行政 DX について、その費用対効果や実効性を検証し、平時の行政運営にいかにも実装していくかという点、第五に、危機時における首長の権限と責任、ならびに専門人材登用を含む意思決定体制を、再現可能な制度としてどのように整理・継承していくかという点である。

これらの課題は、単に過去の対応を総括するためだけではなく、次なる感染症危機への備え、地域医療の持続可能性、さらには自治体行政における危機管理能力の向上という、より大きな問いへと直結している。「神奈川モデル」の経験を一過性の成功事例に終わらせるのではなく、制度と知見として次世代に引き継いでいくことこそが、今回の危機を経験した我々に課せられた重要な責務であると言える。

参考文献

---

<sup>1</sup> 読売新聞東京本社調査研究本部編著 『報道記録 新型コロナウイルス感染症』 読売新聞東京本社、2021年6月。

- 
- 2 「感染者、12月以降に激増 働き盛りの世代に広がる 新型コロナ、県内の感染動向推移／神奈川県」 『朝日新聞』 2021年1月16日(朝刊)、22面
  - 3 神奈川県 「新型コロナウイルスとの闘いの足跡」 スライド61 2024年1月  
<https://www.pref.kanagawa.jp/documents/106752/zentaiban.pdf> (参照 2025年12月7日)
  - 4 神奈川県健康医療局保健医療部健康危機・感染症対策課 「新型コロナウイルス感染症対策の医療提供体制「神奈川モデル」」  
<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/ga4/covid19/ms/index.html> (参照 2025年12月7日)
  - 5 前掲4
  - 6 黒岩祐治著 『それはダイヤモンド・プリンセス号から始まった! : チーム神奈川・250日間の真実』 IDP出版、2020年11月、p.44-45
  - 7 神奈川県 「公開を希望する神奈川モデル認定医療機関の一覧」 2023年1月25日時点 <https://www.pref.kanagawa.jp/documents/86755/20230125.pdf> (参照 2025年12月10日)
  - 8 前掲6 p.265-266
  - 9 神奈川県 「第2章 総論」 [「新型コロナウイルス感染症神奈川県対応記録(保健医療編)】 <https://www.pref.kanagawa.jp/documents/101951/p7-80.pdf> (参照 2025年12月23日)
  - 10 神奈川県くらし安全防災局防災部危機管理防災課 「新型コロナウイルス感染症対策に関する本部会議の資料等について」  
<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/j8g/2020kiki.html> (参照 2025年12月11日)
  - 11 阿南英明 「神奈川モデルを基盤とした With コロナ社会医療」 武見基金 COVID-19有識者会議 <https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/3464> (参照 2025年12月10日)
  - 12 畑中洋亮 「この道とその先へ」 『とりまとめを終えて～医療危機対策統括官から見たコロナ対応の振り返り～』 [「新型コロナウイルス感染症神奈川県対応記録(保健医療編)】 <https://www.pref.kanagawa.jp/documents/101951/p379-390.pdf> (参照 2025年12月16日)
  - 13 「自宅療養、首都圏18人死亡 7月以降、半数は50代以下 新型コロナ」『朝日新聞』 2021年8月22日(朝刊)、1面
  - 14 「ホテル療養中に死亡 遺族に神奈川県が和解金575万円支払いへ」『毎日新聞デジタル』 2021年9月6日 <https://mainichi.jp/articles/20210906/k00/00m/040/216000c> (参照 2025年12月17日)
  - 15 日本看護協会医療政策部編 「2021年看護職員実態調査」  
<https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf> (参照 2025年12月17日)