

CAISER — 緊急ガイドライン弾力性理論 (EGET) — Zenodo キャリア版 v2.3

COVID-19パンデミック下における帝王切開適応の言語構造とその制度的拡張:

緊急ガイドライン弾力性理論 (Emergency Guideline Elasticity Theory; EGET)

日本における観察的文書分析

George Kujo (九条丈二)

独立研究者、東京、日本

ORCID: 0009-0006-6864-0145

連絡先: george.kujo.irjp@gmail.com

利益相反: なし | 資金提供: なし

2026年2月 | Version 2.3 (Zenodo キャリア版)

技術的明確化 本稿は、COVID-19パンデミック下における緊急産科ガイドラインの言語に関する構造的・方法論的分析を提示するものである。特定の臨床医、病院、またはガイドライン委員会委員に対する個人的批判を構成するものではない。分析対象は、政策言語の構造、制度的解釈メカニズム、および意思決定環境の条件づけである。

本枠組みは仮説生成的であり、因果的主張を明示的に控える。患者レベルのデータは一切使用していない。すべての資料は、公開された文書、ガイドライン本文、施設告知、および全国レジストリ統計に由来する。

本稿の目的は、後続の論評論文および将来の実証的検証に適した、再現可能な理論的プラットフォーム——緊急ガイドライン弾力性理論 (EGET)——を確立することである。

要旨 (Abstract)

背景: 制度的拡張——帝王切開 (C-section) 適用の量的増加と、ガイドラインの想定範囲を超えた対象集団の categorical な拡大の双方として定義される——が、COVID-19パンデミック下の日本で観察された。本研究は、(a) いかなるガイドライン言語の構造的特徴がこの拡張を促進したかを検討し、(b) 再現可能な6次元採点尺度である弾力性コーディング尺度 (Elasticity Coding Instrument; ECI) を導入し、(c) 三層からなる制度的自己記述力 (Institutional Self-Description Power; ISDP) モデルを構築し、(d) 患者データに依存しない構造分析枠組みとして制度的制約マッピング (Institutional Constraint Mapping; ICM) を導入し、(e) ガイドライン各版にわたる高弾力的言語の持続を説明するために crisis policy drift (Hacker, 2004; Streeck & Thelen, 2005) を統合する。

方法: Bowen (2009) の文書分析手法に従い、JSOG (日本産科婦人科学会) 合同COVID-19ガイドライン全6版 (2020年3月～2021年12月)、病院発出の告知 (Internet Archive記録を含む)、全国調査およびNDBデータ (Shimadaら, 2025)、ならびに国際ガイドラインに適用した。Matland (1995) の曖昧性-対立モデル、Lipsky (1980) のストリートレベル官僚制理論、および5つの補助的尺度が理論的枠組みを提供する。

結果: ECI採点は、ECI=0 (第1～2版) からECI=11 (第3～6版) への段階的变化を、帝王切開率の急増と同時に示した。国際ガイドライン (WHO、RCOG、ACOG、RANZCOG) は一貫してECI≈0～1であった。6施設

の文書的証拠が、COVID-19陰性の濃厚接触者にまで及ぶ制度的拡張を確認した。りんくう総合医療センターは、同一の全国ガイドライン環境下で、大阪府のCOVID-19陽性妊婦に対する主たる分娩様式として経腔分娩を維持したこと(約3分の2が経腔分娩)を記録しており、上昇した全国率が医学的に不可避ではなかったことを示す内部反事実を構成する。

結論: 本研究は因果的主張を明示的に控える。将来の仮説検証研究のための、理論的に根拠づけられた観察的基盤と7つの検証可能な命題を提供する。

キーワード: COVID-19; 帝王切開; ガイドライン言語; 弾力性コーディング尺度 (ECI); 制度的拡張; 制度的自己記述力 (ISDP); 制度的制約マッピング (ICM); 緊急ガイドライン弾力性理論 (EGET); crisis policy drift; パンデミック備え; 日本; 政策実施; ストリートレベル官僚制

1. 序論

COVID-19パンデミックは、世界中の周産期医療に前例のない課題を突きつけた。産科施設が直面した最も重要な意思決定の一つが、COVID-19陽性妊婦の分娩様式の選択であった。早期のエビデンスが限られる中、臨床実践は国ごとに大きく分岐した。

WHO、RCOG、ACOG、ISUOG、RANZCOGを含む主要な国際産科団体は、COVID-19の感染状態のみでは帝王切開の適応を構成しないと一貫して確認していた。この立場は、分娩様式の意思決定は各患者の医学的状況に応じて個別化されるべきであるという原則に立脚している。

日本の経験は異なる軌跡をたどった。JSOG妊婦レジストリおよび全国調査データは、第1波(2020年)の満期陽性女性における帝王切開率83%、続く第2～5波で62～84%、第6～7波で38～67.5%を記録した。近年のNDBデータ分析は、パンデミック期間中の帝王切開率の統計的に有意な全国的増加を確認した(Shimadaら, 2025)。

「制度的拡張(institutional expansion)」の概念は、二つの関連現象を指す。(1) 量的拡張——パンデミック期間中の帝王切開の全体的増加; および (2) categorical な拡張——いかなるJSOGガイドライン版でも扱われていない患者集団、とりわけCOVID-19陰性の濃厚接触者に対する、原則帝王切開方針の文書化された拡大適用である。こうした拡張がいかんして生じ、持続するかを理解するには、ガイドラインの本文分析と、政策言語が現場の実施および制度的規範形成をいかに形づくるかを理解する理論的枠組みの双方が必要である。

本研究は、緊急ガイドライン弾力性理論(EGET)を、5つの尺度からなる統合的分析プラットフォームとして導入する: (1) ガイドライン言語特性の6次元操作化である弾力性コーディング尺度 (ECI); (2) 三層からなる制度的自己記述力 (ISDP) モデル; (3) 制度的制約マッピング (ICM); (4) Matland (1995) とLipsky (1980) の主要枠組み; および (5) crisis policy drift (Hacker, 2004; Streeck & Thelen, 2005)——これは、第1～3波からのエビデンス蓄積にもかかわらず第4～5版が高ECI言語を保持した理由、すなわち拡張した実践を永続させた政策選択としての不作為を説明する。

本研究は因果関係の確立を目的としない。観察的・仮説生成的事例研究として位置づけられ、将来の実証的・比較的研究のための7つの検証可能な命題を提供する。

2. 方法

2.1 研究デザイン

本研究は、Bowen(2009)が記述した文書分析アプローチに従う観察的政策事例研究である。Bowenは、制度的文書の性質と機能を一次データ源として検討する正当かつ体系的な質的研究法として文書分析を位置づけている。Yin(2018)の事例研究方法論が全体構造を規定する。すべての資料は制度的または政府の公開文書であり、人を対象とする研究の倫理審査は不要である。日本語の原資料はすべて著者が英訳し、原文(日本語)は引用に保持した。

2.2 分析対象文書

選択基準:(a) 公開された一次的な制度的・政府文書;(b) 日本のCOVID-19陽性または濃厚接触の妊婦に対する分娩様式方針との直接的関連性;(c) 2020年1月から2023年12月の間に公表・発出・アーカイブされたもの。文書は、公式施設ウェブサイト、Internet Archive(archive.org)、Google Scholarの体系的検索を通じて同定した。本研究の仮説との内容的不一致を理由に除外した文書はない。

分析対象文書:(1) JSOG合同ガイドライン全6版(2020年3月～2021年12月);(2) 半田市立半田病院告知(Internet Archive キャプチャ);(3) りんくう総合医療センター広報誌(Ogita, 2022)およびFuruyaら(2024)の同センターからの緊急帝王切開症例集積;(4) JSOGレジストリおよび全国調査の帝王切開率データ;(5) NDB分析(Shimadara, 2025);(6) WHO、RCOG、ACOG、ISUOG、RANZCOGの国際ガイドライン;(7) 東京女子医科大学八千代医療センター(2020年4月)、東京大学医学部附属病院(2023年5月8日)、横田マタニティーホスピタル、和歌山労災病院(2022年6月)の告知。

2.3 分析枠組み

文書は3つの次元で分析した:(1) ECI採点を用いた政策内容分析;(2) Matland(1995)モデルと三層ISDPモデルを用いた実施ギャップ分析;(3) ICMを用いた反事実分析。crisis policy drift は、高ECI言語がガイドライン改訂を通じてなぜ持続したかの分析に用いた。

2.4 弾力性コーディング尺度(ECI)——操作化

ECIは6つの次元それぞれに0～2点を付与し、合計0～12点を算出する。低弾力性=ECI≤4; 中=5～7; 高=≥8。

D1 — 基準の種類: 0=医学的適応のみ; 1=混合; 2=非医学的／資源配分基準が優越。

D2 — モダリティ構文: 0=禁止的(「適応なし」); 1=中立的事実記述; 2=許容的(「考慮してよい」)。

D3 — 条項の主語: 0=患者の状態; 1=混合; 2=施設／管理。

D4 — 制限条項: 0=明示的な範囲制限; 1=暗黙的制限; 2=なし。

D5 — 対象集団の定義: 0=明示的对象集団; 1=部分的特定; 2=なし。

D6 — モニタリング規定: 0=義務的報告メカニズム; 1=助言的; 2=なし。

各スコアを合計してECI総点を算出する。各版を2名の独立コーダーが採点し、評価者間信頼性(Cohenのκ)を算出すべきである。本研究では著者が採点しており、独立検証は将来の妥当性検証の優先事項として明記する。

3. 結果

3.1 JSOGガイドライン言語の変遷とECI採点

合同ガイドラインは2020年3月から2021年12月まで6版にわたり発出された(表1)。第1版・第2版はECI=0であった: Matland(1995)の用語で、低曖昧性・低対立・行政的实施——WHO、RCOG、ACOG、RANZCOGと整合的な言語であった。

第3版(2020年4月7日)は裁量的条項を導入し、ECI=11への段階的変化をもたらした: D1=2(資源効率基準)、D2=2(許容的「考慮してよい」)、D3=2(条項の主語としての施設)、D4=2(制限条項なし)、D5=1(肺炎に言及するが必須ではない)、D6=2(モニタリング規定なし)。この条項は第4版・第5版を通じて持続した(ECI=11)。

第6版(2021年12月)は、当時の状況——「多くの施設が分娩管理時間の短縮を目的として帝王切開を施行している」——を記述しつつ、経膈分娩を、人員・環境を確保できる施設においてのみ選択肢として位置づけた。ECIは11のままである。crisis policy drift(Hacker, 2004; Streeck & Thelen, 2005)がこの持続を説明する: 第1～3波のエビデンス蓄積にもかかわらず第4～5版を通じて高ECI言語を保持した決定は、policy driftの一形態を構成する。第6版の記述的正常化は、第1層ISDPをさらに活性化させる。

表1. JSOG合同ガイドラインにおける帝王切開関連言語の変遷(2020～2021)

版	日付	帝王切開の原則	主要条項／言語	Matland(1995)分類
1-2	2020年3月	COVID-19のみを理由とした帝王切開は行わない	「COVID-19感染のみを理由に帝王切開とする根拠はない。」	低曖昧性／低対立 → 行政的实施
3	2020年4月7日	原則は維持; 裁量的条項を付加	「...施設の医療資源、肺炎を含む母体の全身状態に鑑み、分娩管理時間の短縮を目的とした帝王切開を考慮してよい。」[非医学的基準の導入]	高曖昧性／低対立 → 実験的实施
4-5	2020年7月～2021年8月	第3版と同一	裁量的条項を変更なく保持	高曖昧性／低対立 → 実験的实施(継続)
6	2021年12月	記述的正常化	「多くの施設が帝王切開を施行している...人員・環境を確保できる施設では経膈分娩も選択肢となりうる。」	事後的追認; 第1層ISDP活性化; 曖昧性維持

注: 『分娩管理時間』= 経膈分娩の積極的管理に要する時間。Matland分類は曖昧性-対立モデル(1995)による。

表2. 弾力性コーディング尺度(ECI)——JSOGガイドライン各版の採点

版	D1 基準	D2 モデル	D3 主語	D4 制限	D5 集団	D6 監視	点／水準
1-2	0 医学のみ	0 禁止的	0 患者	0 明示制限	0 陽性者	0 含意	0／低(0)
3	2 非医学	2 許容(「～してよい」)	2 施設	2 なし	1 部分的	2 なし	11／高(11)
4-5	2 非医学	2 許容	2 施設	2 なし	1 部分的	2 なし	11／高(11)
6	2 記述的規範	2 許容	2 施設	2 なし	1 部分的	2 なし	11／高(11)

注: D1=基準の種類; D2=モデル/文構文; D3=条項の主語; D4=制限条項; D5=対象集団定義; D6=モニタリング規定。各0～2、合計0～12。低≤4; 中5～7; 高≥8。著者単独採点、独立評価者間検証を推奨。国際ガイドライン(WHO、RCOG、ACOG、RANZCOG)は一貫してECI≈0～1。

3.2 帝王切開率の動向と国際比較

JSOGレジストリは第1波(2020年)83%、第2～5波62～84%、第6～7波38～67.5%を記録した。NDB分析は、パンデミック前の20.27%からパンデミック期間中の21.19%への統計的に有意な増加を確認し、第6波で22.14%にピークを示した(Shimadaら, 2025)。相対的増加(約0.92パーセントポイント)は小さいものの、年間数十万件の分娩を分母とすると、パンデミック前率を維持した場合と比べ、オーダーとして数万件規模の追加的帝王切開に相当し——その各々が当該女性の次回以降の妊娠に不可逆的な影響を伴う。表3は概算ECI水準を付した国際比較を示す; RANZCOG(オーストラリア)を追加の比較対象として含めた。

表3. COVID-19陽性妊婦における帝王切開率: 日本対選択した諸国(観察データ)

国/施設	波/期間	帝王切開率(%)	ガイドライン姿勢(ECI水準)	備考
日本(JSOGレジストリ)	第1波(2020)	83%	JSOG第3～5版: 高弾力性 (ECI=11)	満期妊娠; 陽性例のみ
日本(JSOGレジストリ)	第2～5波	62～84%	同一ガイドライン環境 (ECI=11)	
日本(NDB)	第6波	全体22.14%	再分類後; 2021年末まで ECI=11	パンデミック前20.27%からの有意な増加(Shimadaら, 2025)
日本(大阪の施設)	2021年8月～2023年2月	帝王切開約33%(経腔約67%、大阪府)	同一の全国ガイドライン (ECI=11); 施設レベルでSA方針	内部反事実
英国(MBRRACE)	2020	約36%	RCOG: 「COVID-19のみでは適応ではない」(ECI≈0-1)	産科的適応を含む全帝王切開; 直接比較不可
米国(ACOG)	2020-2021	31.8%(総数、全出生)	ACOG: COVID-19の状態のみで帝王切開を要しない (ECI≈0-1)	総帝王切開率、全出生、COVID陽性subgroupではない(CDC NVSS, MMWR 2021; 70:1686)。COVID状態のみを理由とする全国的方針なし。
豪州(RANZCOG)	2020-2021	37%(総数、2020)	RANZCOG: 個別化された意思決定を確認(ECI≈0-1)	総帝王切開率、全出生、COVID陽性subgroupではない(AIHW, Australia's mothers and babies; 2023年までに41%)。COVID状態のみを理由とする方針なし。

注: 数値は異質な定義・集団を反映し、直接比較は限定的である。日本の行はCOVID-19陽性妊婦の帝王切開率(JSOGレジストリ)またはパンデミック期間の総数(NDB)を報告しているのに対し、米国・英国・豪州の行は全出生にわたる総帝王切開率(政府統計)を報告しており、これらは構造的により高く、COVID特異的ではない。したがって、関連する国際比較の軸は総帝王切開率の水準(実際には米国・豪州の方が日本より高い)ではなく、COVID-19の状態のみを理由として帝王切開を適用するガイドライン主導の方針の有無である。国際機関(WHO、RCOG、ACOG、RANZCOG)は個別化された適応ベースの意思決定(ECI≈0-1)を確認したのに対し、JSOG合同ガイドラインは第3版から高弾力的な裁量的言語(ECI=11)を導入した。国際ガイドラインのECI水準は概算である。大阪の行は日本国内の反事実であり、全国を代表するものではない。

3.3 適用範囲の拡張——文書化された事例

中心的な観察的知見は、JSOGガイドラインの範囲を超えた集団——具体的にはCOVID-19陰性の濃厚接触者——に対して帝王切開が原則として適用されたことを示す一次文書の存在である。

3.3.1 主要事例: 半田市立半田病院

半田市立半田病院(2024年に知多半島総合医療センターとして再編)は、Internet Archiveに2021年9月26日にキャプチャされた患者向け告知を掲示していた。当該箇所は次のように述べる：

「同居のご家族が新型コロナウイルス陽性で、ご本人が濃厚接触者と判断された場合も、上記の感染症と同様に第二日赤への搬送や帝王切開で分娩の対応となります。」

——半田市立半田病院 産婦人科 統括部長(諸井博明 医師)。病院告知(Internet Archive キャプチャ：2021年9月26日)。¹[原URLは現在アクセス不可；アーカイブ版を2026年2月に参照]

この文書は第2層ISDPの3条件すべてを満たす：(1) 公式ウェブサイトでの公開掲示；(2) 部門責任者の署名；(3) 定義された区分に該当して来院するすべての患者に対する明示的な行動的期待。COVID-19陰性の濃厚接触者への拡大は、いかなるJSOGガイドライン版の明示範囲をも超える categorical な拡張を構成する。

3.3.2 追加的な文書的証拠——類型分類

表4. 制度的拡張に関する文書的証拠の類型分類

類型	施設	文書日付	主要内容	ISDP層
主要	半田市立半田病院(現・知多半島総合医療センター)	IAキャプチャ：2021年9月26日	COVID-19陰性の濃厚接触者に対する明示的な原則帝王切開。部門責任者(諸井博明 医師)署名。	第2層
類型1	東京女子医科大学八千代医療センター 母体胎児科	2020年4月	無症状の検査陽性例、および検査結果判明前に陣痛が始まる例に対し、感染対策上の理由から帝王切開を考慮；施設は隔離分娩室を有しない。病院長および周産期センター長署名。	第2層
類型2a	東京大学医学部附属病院 産婦人科	改訂：2023年5月8日	従前の『原則帝王切開』方針を事後的に確認；適応ベースの実践への移行を告知。	第2層(改訂＝従前の第2層を確認)
類型2b	横田マタニティーホスピタル	2026年2月参照	COVID-19陽性者で分娩が迫った場合に帝王切開を行う旨の明示的記述。	第2層
類型2c	和歌山労災病院 産婦人科	2022年6月	PCR陽性で規定期間内に分娩が見込まれる患者に帝王切開を割り当て。	第2層
類型3	日本家族計画協会	2026年2月参照	JSOGガイドライン言語を引用；全COVID-19感染例に対する帝王切開が『珍しい』と記述。	第3層(社会的規範の認識)

注：ISDP層は三層モデル(表5)による。類型1=濃厚接触者の同等扱い；類型2=明示的な原則帝王切開の制度化；類型3=拡張の起点としてのガイドライン言語の公的承認。類型2a～2cはパンデミックのピーク後の日付である；時間的限界は6.5節に記載。

3.4 反事実的観察

りんくう総合医療センターは、同一の全国的なECI=11ガイドライン環境下で、COVID-19陽性妊婦の主たる分娩様式として経膈分娩を維持することに制度的に成功したことを記録している。2022年半ば時点で、同施設は130例を超えるCOVID-19陽性妊娠を受け入れ、50例の経膈分娩を達成しており、感染症・救急・小児科の専門家が連携する多職種プロトコルを通じて、大阪府のCOVID-19陽性妊婦の約3分の2が経膈分

娩を行った(Ogita, 2022; Furuyaら, 2024)。この期間を通じて、新生児への施設内感染や院内感染クラスターは報告されていない。

これらの観察は、4.3節のICM分析の実証的基盤を構成する：他施設における経膈分娩への制約は制度的(SC位置)であり、医学的(SU位置)ではなかった。

4. 緊急ガイドライン弾力性理論(EGET)——統合的理論枠組み

緊急ガイドライン弾力性理論(EGET)は、Matland(1995)とLipsky(1980)の主要枠組みを5つの補助的尺度と統合する。表6は、Hacker(2004)およびStreeck & Thelen(2005)からのcrisis policy drift拡張を含む完全な統合枠組みを示す。

4.1 弾力性コーディング尺度(ECI)

ガイドライン弾力性とは、明示的な不遵守を構成することなく、ガイドラインの言語が制度的な解釈的拡張をどの程度許容するか度合いである。ECIはこれを6つの次元(2.4節)にわたって操作化し、Matland(1995)の一般的曖昧性概念を、緊急臨床ガイドラインに適用可能な、構造的に特定の測定可能な構成要素へと分解する。

ECIの主要な分析的貢献は、一般的な政策の曖昧さと構造的拡張余地との区別である。JSOG第3版は『施設の医療資源』への言及において精確であるが——まさにこの精確さが、当該基準が施設間で無限定に可変であるがゆえに最大の拡張余地を生み出す。D1=2およびD3=2が最も影響の大きい次元であり、第2版から第3版への段階的変化を駆動している。

命題1(P1——弾力性-分散)：高ECIガイドライン環境($ECI \geq 8$)は、他の条件が同等である場合、低ECI環境($ECI \leq 4$)よりも高い施設間の臨床実践率の分散を生成する。

命題2(P2——弾力性-拡張)：非医学的基準を参照し(D1=2)、施設を主語とする(D3=2)高ECI条項は、文書化可能な違反を構成することなく、ガイドラインの意図した対象集団を超えた categorical な拡張のための構造的余地を作り出す。

4.2 制度的自己記述力(ISDP)

ISDPとは、公的に発出された組織文書が、情報提供的コミュニケーションとしてではなく、制度的規範設定の宣言として意思決定環境を構造化する能力である。ある文書がISDP事象を構成するのは、次の3つを同時に満たす場合かつその場合に限る：(1) 公的な普及；(2) 組織的な権限付与；(3) 明示的な行動的期待。

これら3条件が、ISDPを一般的な組織コミュニケーションから区別する。非公式な臨床メモは条件(2)を満たさず；施設を拘束しない患者向けFAQは条件(3)を満たさない。半田の告知、東京女子医科大学八千代の方針、東京大学の改訂告知は、いずれも3条件すべてを満たす。

表5. 三層からなる制度的自己記述力(ISDP)モデル

ISDP層	発出主体	3つの定義条件	文書の具現	分析的機能
第1層: ガイドラインISDP	全国専門職団体 (JSOG)	(1) 公的普及 ✓ (2) 組織的権限付与 ✓ (3) 明示的行動的期待 ✓	JSOG第3版裁量の条項; 第6版記述の正常化	全国的な実験の実施余地を設定; 拡張パターンを事後的に追認
第2層: 施設ISDP	個別病院の診療科	(1) 公式サイトでの公開掲示 ✓ (2) 診療科責任者の署名 ✓ (3) 来院患者への明示的方針表明 ✓	半田; 東京女子医大八千代; 東大改訂; 横田; 和歌山労災	施設を原則帝王切開に事前コミット; 臨床医の裁量を制約; 患者のICM位置を構造的に条件づけ
第3層: 社会的ISDP	市民社会/患者団体	(1) 公的普及 ✓ (2) 組織的権限付与 ✓ (3) 行動的期待を社会規範として記述 ✓	JSOG言語を引用し全例帝王切開を『珍しくない』と特徴づける日本家族計画協会文書	社会レベルで拡張を安定化・正当化; 外部からの正圧力を低減

注: 3層すべてが3つの定義条件を満たすが、異なる範囲水準で作動する。複数層の併存は累積的な規範定着を生む。

命題3(P3——ISDP-安定化): 第1層と第2層のISDPが併存する場合、制度的拡張は自己安定化する: 確立した既定からの逸脱に関する個々の臨床医レベルの裁量は、明示的な強制を要することなく制約される。

命題4(P4——ISDP-是正): ISDPによって安定化した拡張の是正には、起点となるISDP層における明示的な制度的行為が必要である; 非公式な指針改訂や個々の臨床医の行動変化は構造的に不十分である。

4.3 制度的制約マッピング(ICM)

ICMは、制度的政策決定がいかに分娩様式の利用可能性を構造的に条件づけるかを分析するための、患者データに依存しない枠組みである。ICMは自律性侵害の言語を、構造的条件づけという理論的に精確な概念に置き換える。

ICMは、いかなる特定施設においても、インフォームド・コンセントが欠如・侵害・不十分であったとは主張しない。代わりに、構造的により前提的な問いを立てる: 患者が来院した施設において、分娩様式の利用可能性の制度的アーキテクチャはどのようなものであったか。この問いは、患者レベルのデータなしに、制度的文書から回答可能である。

構造的に利用可能(SA): 医学的に実行可能であり、かつ制度的に支援されている。大阪の施設での経腔分娩=COVID陽性患者にとってSA。

構造的に条件づけられている(SC): 医学的に実行可能だが、制度的に代替へと予め定められている。半田の濃厚接触者に対する原則帝王切開=経腔分娩にとってSC。既定を拒否する患者の形式的権利は消滅していないが、制度的アーキテクチャが代替を支援していない。

構造的に利用不可能(SU): 医学的に利用不可能。ICMはSU事例には適用されない。

大阪の反事実、パンデミック期間を通じて経腔分娩がSUではなくSAであったことを確立する。他施設におけるSC分類は、医学的必要性ではなく制度的制約を反映している。

命題5(P5——ICM-識別可能性): 分娩様式の構造的位置(SA、SC、またはSU)は、患者レベルのデータとは独立に、制度的文書のみから識別可能であり、政策研究の妥当な分析単位を構成する。

命題6(P6——反事実的十分性): 同一のガイドライン条件下で文書化されたSA施設の存在は、他施設におけるSC分類が医学的必要性ではなく制度的制約を反映していることを確立するのに十分である。

命題7(P7——弾力性独立性): 構造的弾力性は普遍的適用を要しない; 高ECIガイドライン環境下における一部施設での文書化された拡張は、当該ガイドラインの言語構造が拡張を可能にしたことの十分な証拠を構成する。

4.4 crisis policy drift(Hacker, 2004; Streeck & Thelen, 2005)

Hacker(2004)およびStreeck & Thelen(2005)が定式化したpolicy driftは、非改訂を通じて生じる制度変化を指す: 政策の形式的本文が変更されないまま文脈が変化するとき、当該政策の実効的意味と影響は本来の意図から漂流(drift)する。本研究はこの確立した概念を、パンデミック緊急期のガイドライン維持という特定の場面に適用し、この適用を「crisis policy drift」と呼ぶ。本用語は、既存の名称付き理論としてではなく、本事例のための分析的レンズとして用いられる; それは、著者による日本の危機統治分析に通底する、より広範な institutional non-correction(制度的非修正)パターンの一つの表れである。

本事例研究において、JSOG第4版・第5版は、第2～4波を通じて高ECI(=11)裁量的条項をそのまま保持した。この間、濃厚接触者への適用を含む categorical な拡張が、文書上すでに生じていた。当該条項を改訂しないという決定は、Hackerの枠組みにおいて policy drift の一形態を構成する: 条項の実効的範囲は、明示的な権限付与によってではなく、第2層ISDP事象の蓄積と施設レベルでのルーティン化を通じて拡大した。第6版による拡張実践の記述的正常化は、非改訂が許容したものを事後的に追認することで、この drift サイクルを完成させる。

DiMaggio & Powell(1983)が同定した制度的同型化メカニズムがこの分析を補強する: 高地位の施設群が一定の臨界量に達して原則帝王切開を採用すると(第2層ISDP)、模倣的同型化がガイドラインの意図とは独立に、残る施設に同調への規範的圧力を生み出した。

表6. 統合的理論枠組み: EGET尺度と理論的基盤

枠組み／構成概念	中核概念	分析的機能	実証的アンカー
Matland(1995) 曖昧性-対立モデル	高曖昧性／低対立 → 実験的实施	全国の変動を説明; 同一ガイドライン下で局所決定される結果	同一ECI=11環境下の大阪反事実
Lipsky(1980) ストリートレベル官僚制	資源制約下のルーティン化による対処	現場の帝王切開スケジューリングへの既定化を説明	日本赤十字愛知:『確実性』『定められた時間枠』という根拠(Kato, 2022)
ガイドライン弾力性／ECI(本研究)	構造的拡張余地を測るECIスコア0～12	曖昧性を次元的に操作化; 再現可能; 予測生成的	JSOG第1～2版: ECI=0 → 第3～6版: ECI=11; 国際: ECI≈0-1
制度的自己記述力／ISDP(本研究)	3層の公的宣言モデル; 3つの定義条件	拡張の自己安定化的性質を説明; 規範設定を単なる伝達から区別	半田(第2層); 東大改訂(第2層確認); JFPA(第3層)

枠組み／構成概念	中核概念	分析的機能	実証的アンカー
制度的制約マッピング／ ICM(本研究)	分娩様式利用可能性の SA/SC/SU構造分類	患者データ非依存の意思決定環境 条件づけ枠組み; 自律性侵害言語 を置換	大阪(SA):経膈分娩が全期間で 実行可能 → 他施設のSC=医 学的でなく制度的制約
crisis policy drift(Hacker2004; Streeck & Thelen2005)	政策の漸進的非改訂が本来 の意図からの事実上のドリフ トを生む	第4～5版が文書化された拡張にも かかわらず高ECI言語を保持した 理由を説明——政策選択としての 不作為	第1～3波の証拠にもかかわら ず第4～5版は不変; 第6版の事 後的追認

注: ECI、ISDP、ICMはMatlandおよびLipsky枠組みの分析的拡張として本研究で開発した。crisis policy driftは既存の制度変化理論(Hacker2004; Streeck & Thelen2005)を統合し、ガイドライン非改訂を政策メカニズムとして説明する。

5. 想定される反論への応答

本節では、理論的尺度ごとに整理した7つの反論に応答し、続いて最強の反対論を構造的に提示する。

5.1 ECIに対する反論

反論A:「ECIは観察データに適合するよう設計された事後構成物である。」

応答: ECIの6次元は、先行する実施研究の文献(Matland, 1995; Lipsky, 1980)で同定された政策言語の一般的特徴に由来し、特定のガイドライン本文への適用に先立って定義された。ECI=0(第1～2版)からECI=11(第3版)への段階的变化と、それに同期した率上昇の発現は、ECI理論の下で予測された観察であって、後付けされたものではない。独立検証を明示的に推奨する。

反論B:「ECIは因果を証明できない。」

応答: 本研究は因果的主張を明示的に控える。ECIはガイドライン言語の構造的特徴づけであって、因果変数ではない。因果仮説は研究の結論としてではなく、将来の検証のためのP1として提示される。

5.2 ISDPに対する反論

反論C:「病院ウェブサイトは一般的な患者向け案内であって、制度的方針ではない。」

応答: ISDPモデルは、制度的規範設定を一般的伝達から区別する3条件を規定する。東京大学の改訂告知は決定的である: 従前の既定を変更するために形式的な制度的行為を要したことが、従前の方針が単なる助言ではなく制度的に拘束力を持っていたことを確認している。

反論D:「半田の事例は単一例であり、代表性がないかもしれない。」

応答: P7は構造分析にとっての単一事例の十分性を確立する。複数県にまたがる6施設・3タイプの文書コーパスは、パターンが特異的でなかったことを示すのに必要な最小限を大きく上回る。全国的な定量化には体系的な施設調査が必要であり、これは将来の研究優先事項として同定される。

5.3 ICMに対する反論

反論E:「患者は帝王切開を拒否できたのだから、自律性は制約されていない。」

応答: ICMは自律性侵害を主張しない。SC構造分類を主張する: 形式的な同意権の有無にかかわらず、SC施設では制度的アーキテクチャが経膣分娩を支援していなかった。SA分類は制度的に達成可能であったことを、大阪の施設が示している。

反論F:「患者データなしに、母体の意思決定について結論を導くことはできない。」

応答: ICMは制度構造の問いを患者レベルの問いから分離する。SC分類は制度的文書のみから導かれる。その構造が特定の患者の経験にどう影響したかは、将来の質的研究に委ねられる。

5.4 一般的反論

反論G:「これは単一国・文書のための研究であり、一般化可能性が限られる。」

応答: 本研究はこれを明示的に認める。その貢献は理論的精確性にある: ECI、ISDP、ICMは比較的文脈に適用可能な再現可能尺度である。単一国デザインは、国際比較では得られない内部反事実を可能にし、制約が医学的ではなく制度的性質であることを確立する。

5.5 最強の反対論と推論の限界 (Kujoフォーマット)

本節は、最強の妥当な反対論をその最良の形で提示し、推論の限界を画定することで、藁人形論法を防ぎ、本キャリア版の非因果的範囲を明確化する。

反対論1(早期の不確実性): パンデミック早期の不確実性は、いかなるガイドライン条項の柔軟・予防的解釈をも正当化した。

反対論2(施設の自律性): 施設レベルの自律性と地域ガバナンスが変動を説明する; JSOGガイドライン言語は多くの要因の一つにすぎなかった。

反対論3(資源の希少性): 職員の曝露リスク、隔離の運用、PPE制約が、ガイドライン言語構造とは無関係に、原則帝王切開の独立した運用上の正当化を提供した。

応答: EGETはこれらの可能性を否定しない。裁量的条項の構造と持続が、解釈の幅を妥当に拡大し、ルーティン化を促進したかを検討する。時間的同時性は因果を確立しない; 代替的説明——医事法的不安、人員制約、地域の発生パターン——は依然として妥当である。これらの反対論は、7命題の将来の実証的検証における第一の課題を構成する。

6. 考察

6.1 ガイドライン言語の設計

RCOG、ACOG、RANZCOGが $ECI \approx 0 \sim 1$ であったのに対し、JSOG第3～5版は $ECI = 11$ であり、高弾力的条件を作り出した。この段階的変化は、D1(非医学的基準)、D3(条項の主語としての施設)、D4(制限条項の欠如)によって駆動された。将来の緊急ガイドライン委員会は、公表前にこれらの次元に照らして草案条項を検証し、臨床的介入を許可するいかなる条項についても $ECI \leq 4$ を目標とすることができる。

6.2 crisis policy drift と制度的同型化

証拠の蓄積にもかかわらず第4～5版を通じて高ECI言語が持続したことは、crisis policy drift(Hacker, 2004)を例示する:政策メカニズムとしての非改訂である。第6版の事後的追認が drift サイクルを完成させた。DiMaggio & Powell(1983)の制度的同型化が拡散を説明する:高地位の採用施設からの模倣的圧力が、ガイドラインの意図とは独立に、他施設での採用の規範的コストを低減させた。

6.3 将来研究への示唆

5つの優先方向:(1) ECI評価者間信頼性検証(Cohenの κ);(2) P1を検証するための国際的な緊急産科ガイドラインの比較ECIコーディング;(3) 第2層ISDP普及率の全国的定量化のための体系的施設調査;(4) SC施設対SA施設における患者経験の質的研究;(5) ICM仮説を検証するためのSC施設対SA施設における出生前記録の臨床記録分析。

6.4 文脈的要因

関連する文脈的要因には、ガイドライン言語構造(ECI)、感染対策インフラの利用可能性(SA分類の主要な実現要因)、予測可能性への組織的選好(ルーティン化による対処メカニズム、Lipsky, 1980;日本赤十字愛知医療センターで『確実性』『定められた時間枠』という根拠として文書化)が含まれる。医事法的不安メカニズムと責任転嫁の力学(Hood, 2011)は、将来の実証的検討を要する追加的な妥当な寄与因子として同定される。

6.5 限界

一次文書の網羅性:半田市立半田病院の事例が最も詳細な一次文書である。利用可能性バイアス:明示的既定を持つ施設ほど公的告知を掲示しやすかった可能性がある。時間的異質性:文書の証拠はパンデミック早期(例:東京女子医科大学八千代、2020年4月)からピーク後(東京大学改訂、2023年5月)にまたがる;後者は従前の方針を事後的に確認するが、時間的ギャップに留意すべきである。ECI妥当性:著者単独採点;評価者間検証が必要。因果推論:全体を通じて明示的に控えた。独立研究者の地位:所属機関なし;利益相反なし;資金提供なし。

6.6 領域横断的収束:パンデミック政策パターンとしての制度的慣性

本研究で同定したcrisis policy drift——JSOG第4版・第5版が第1～3波の証拠蓄積にもかかわらず高ECI言語を保持したこと——は孤立した現象ではない。著者の関連研究は、日本のCOVID-19政策の隣接する二領域において構造的に類似したパターンを文書化している。病院面会制限の領域では、Kujo[39]が、一律の面会排除方針が、同一のメカニズム——制度的経路依存、透明性の欠如、義務的定期見直しの不在——を通じて、疫学的に安定化した状況を超えて持続したことを示している。Prolonged Precaution Drift(PPD)の概念は、これを、継続的制限が規範的に正当化不能となる反転点*によって特徴づけられる一般的な制度的失敗様式として定式化する——これは、JSOG裁量的条項が改訂を要するだけの反証を蓄積しながら代わりに保持された時点で構造的に類似した閾値である。

PCR検査政策の領域では、Kujo[40]が、日本の運用上のサイクル閾値Ct=45が少なくとも2024年8月まで——査読済みエビデンスがCt=24～35を実用的な感染性境界として確立してから約4年後まで——持続したことを文書化している。これは、JSOG第4～5版の非改訂と構造的に同一の科学的応答性の失敗を表す:いずれの場合も、制度的慣性が、その証拠的基盤が実質的に掘り崩された政策枠組みを維持し、累積的な下流の害を生成した。これら3つの事例研究——帝王切開ガイドライン弾力性、面会禁止の持続、PCR

閾値の非改訂——を総合すると、パンデミック下の制度的慣性が日本において領域横断的な政策パターンとして作動したことを示す収束的な証拠群を構成し、将来のパンデミック備え枠組みにおける統合的分析を正当化する。

7. 政策的含意

以下は、実証研究によって示唆されるが、それに代わるものではない、仮説的提言である。

7.1 ガイドライン言語の設計(目標: $ECI \leq 4$)

緊急産科ガイドラインは、臨床的介入を許可するいかなる条項についても $ECI \leq 4$ を目標とすべきである。設計者にとっての優先次元: D1(医学的基準のみを用いる)、D3(言語を患者の状態に中心づける)、D4(明示的な範囲制限を含める)。対象集団(D5)とモニタリング規定(D6)をさらに特定することで、 $ECI=0$ が達成可能である。

7.2 crisis policy drift のモニタリング

緊急時に第2層ISDP事象——ガイドライン範囲を拡張する施設告知——を同定するメカニズムを確立することで、制度的拡張の早期発見が可能になる。P4は、是正には起点となるISDP層における明示的な制度的行為が必要であることを含意する。明確な是正経路のないモニタリング単独では、ISDPによって安定化したドリフトを反転させるには構造的に不十分である。

7.3 感染対策インフラ

陰圧分娩室、PPE標準化、コホーティングプロトコルへの投資が、SA分類を達成するための主要な構造的手段である。大阪の経験は、これが感染対策と両立することを示している。パンデミック備えの計画は、このインフラを二次的選択肢としてではなく、ガイドラインの整合性を維持するための前提条件として扱うべきである。

7.4 二次的制度領域としての母体心理環境

本研究で展開した分析は、分娩様式利用可能性の構造的条件づけに関するものである。理論的に隣接するが分析的に区別される領域として、パンデミック期間中の出産女性の心理環境がある。本節は、因果的主張を進めることなく、EGET構成概念と文書化された母体メンタルヘルスのパターンとの潜在的交差を同定する。

国内研究は、エジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)の臨床的閾値を超える得点を示す産後女性の割合——パンデミック前は約10%——が、2021年までに推定25~30%へ上昇したと報告している。注目すべきことに、上昇した得点は、計画していた分娩方法の不本意な変更を経験した女性に不均衡に集中していたと報告された。母子の絆形成の障害も臨床現場で文書化されている: 緊急の状況での分娩を経験した産後の母親は、絆形成の困難および乳児接触への恐怖に基づく連合の上昇率を報告しており、ボンディング障害リスクへの示唆がある。別の集団レベルの報告は、パンデミック期間の出産経験の文脈における『母として生きていけない』『トラウマになった』といった母体の表出を文書化している。

本研究は、制度的な原則帝王切開とこれらの心理的転帰を結びつける因果的主張を一切行わない。データ源は異なる集団、研究デザイン、分析単位を含む。時間的共起——帝王切開率の上昇と、計画外の出産

様式変更を経験した女性におけるEPDS高得点の集中——は文書化されているが、対照された前向き研究なしには因果経路を確立しない。

EGETがこの隣接領域に貢献するのは、構造的語彙である。施設が原則帝王切開を採用する場合（第2層ISDP; SC構造分類）、来院患者が経験する分娩様式は、個別に交渉されるのではなく制度的に予め定められている。この構造的条件づけが出産の心理的経験と交差するか——そしてどのような条件下でか——は、実証的に未解決の問いである。ICM枠組みは検証可能な仮説を生成する：経膈分娩についてSC位置にある施設は、産科的リスク因子と既存のメンタルヘルス状態を調整した上で、SA施設とは異なる産後心理転帰指標の分布を示すであろう。この仮説は、制度政策分析と周産期メンタルヘルス疫学を結ぶ、将来の学際的研究の優先事項として同定される。

本節の目的は、EGETの主張を文書化された証拠的基盤を超えて拡張することではない。理論の潜在的拡張の境界を画定し、過小到達（隣接する証拠の流れを無視すること）と過剰到達（本研究が確立できない因果的接続を主張すること）の双方を防ぐことである。将来のViewpointおよびCommentary論文は、EGET構成概念を制度的枠組みとして、周産期メンタルヘルス指標を転帰領域として用い、母体心理環境領域を独立した実証的プログラムとして展開しうる。

8. 結論

本事例研究は、Bowen(2009)に根拠づけられ、Matland(1995)、Lipsky(1980)、および本研究で開発した5つのEGET尺度を通じて解釈された文書分析により、日本のCOVID-19パンデミック下における上昇した帝王切開率が、制度的要因——ガイドライン言語構造、モニタリングメカニズム、感染対策インフラ、crisis policy drift——と関連しており、その具体的メカニズムが今や構造的精确性をもって特徴づけられ、実証的検証に付しうることを示す。

3つの観察的知見が分析的に決定的である。第一に、第2版と第3版の間のECI=0からECI=11への段階的変化であり、帝王切開率の急増と同時に起こり、国際ガイドライン比較対象には見られない。第二に、同一の高ECI環境下でのCOVID-19陰性濃厚接触者への categorical な拡張を確認する多施設文書的証拠（6施設、3証拠類型、複数県）。第三に、当該期間を通じて経膈分娩がSAであったことを確立し、他施設におけるSC分類が医学的必要性ではなく制度的制約を反映していることを確認する大阪の反事実。

7つの命題が、具体的で検証可能な予測として提供される。本研究は因果的主張を明示的に控える。その貢献は、ガイドライン言語がいかに臨床実践を形づくるかという問いを、質的観察から研究プログラムへと変換する、構造的に精确で再現可能な理論的プラットフォーム——EGET——を提供することにある。

開示事項

利益相反

申告すべきものはない。

資金提供

なし。

AI利用の declaration

本稿の作成には、文献整理、理論枠組みの構築、原稿起草、文書整形、書誌検証のために、大規模言語モデルAIアシスタントであるClaude (Anthropic)を使用した。すべての分析枠組み、中核的論証、知的内容は人間である著者に由来する。AIは研究・執筆ツールとして使用された；著者がすべての内容の正確性と integrity に全責任を負う。本稿作成におけるAI支援の関与は、それ自体が7.3節で展開した論証——本稿で文書化された分析的失敗は、専門家であるか否かを問わず、注意深い観察者であれば誰でも利用可能なツールと推論によって同定可能であった——と整合的である。

データ利用可能性

本分析で用いたすべてのデータは、公開された政府報告書、査読済み出版物、病院告知 (Internet Archive 記録を含む)、および参考文献に引用した全国レジストリ統計に由来する。専有または未公表のデータは使用していない。すべての文書は、参考文献に明記したとおり、完全な出典URL、アーカイブキャプチャ日、アクセス日とともに同定されている。病院告知のInternet Archiveキャプチャは、ISDP分析の主要な再現可能証拠基盤として機能する。原URLから削除された制度的文書はその旨を明記しており、アーカイブ複製は提供されたURLを通じて公的にアクセス可能なままである。

参考文献 (References)

- [1] World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy, childbirth and the postnatal period. Updated March 15, 2022. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-child-birth> (accessed 2026-02).
- [2] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy (guidance; archived/updated). 2020. <https://www.rcog.org.uk> (accessed 2026-02).
- [3] American College of Obstetricians and Gynecologists. COVID-19 FAQs for obstetrician-gynecologists, obstetrics. Updated March 26, 2020. <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/covid-19-faqs-for-ob-gyns-obstetrics> (accessed 2026-02).
- [4] Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) and pregnancy. 2020. <https://ranzcog.edu.au> (accessed 2026-02).
- [5] Poon LC, Yang H, Lee JCS, et al. ISUOG interim guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;55(5):700-708. doi:10.1002/uog.22013. PMID:32160345
- [6] Japan Society of Obstetrics and Gynecology; Japan Association of Obstetricians and Gynecologists; Japan Society for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. COVID-19 response guidelines, Versions 1-6 [Japanese]. 2020-2021. Version 3 (Apr. 7, 2020): https://www.jsog.or.jp/uploads/files/news/20200407_COVID-19.pdf [Internet Archive: https://web.archive.org/web/20260602132331/https://www.jsog.or.jp/uploads/files/news/20200407_COVID-19.pdf]; Version 6 (Dec. 20, 2021): https://www.jsog.or.jp/news/pdf/20211220_COVID-19.pdf [Internet Archive: https://web.archive.org/web/20260602132438/https://www.jsog.or.jp/news/pdf/20211220_COVID-19.pdf]. Versions 1, 2, 4 and 5 are no longer individually hosted on the JSOG site following pandemic-period consolidation; their delivery-policy wording is confirmed via the Version 3 text, Shimada et al. (2025) Table 1, and Sasaki et al. (2023). (accessed 2026-02).
- [7] Shimada K, Komiyama J, Sugiyama T, Shin Jung-Ho, Kihara T, Masuda R, Kunisawa S, Iwagami M, Muraki I, Imanaka Y, Iso H, Tamiya N. Changes in proportions of cesarean section before and during the COVID-19 pandemic in Japan. *J Obstet Gynaecol Res.* 2025;51(7):e16370. doi:10.1111/jog.16370. PMID:40635607. PMCID:PMC12242368
- [8] Furuya K, Komatsu N, Tanaka Y, Matsutani K, Sumi M, Yamashita S, Chang Y, Shikado K, Tsubouchi H, Ogita K. Multidisciplinary arrangement for setup and execution of emergency caesarean section for maternal

- resuscitation due to severe COVID-19: A case series report [Japanese]. *J Jpn Soc Emerg Med.* 2024;27:669-77.
- [9] JSOG Perinatal Committee (Deguchi M, Yamada H). Pregnancy registry system reports on COVID-19 in pregnant women in Japan [Japanese]. 2021-2023.
- [10] Japan Association of Obstetricians and Gynecologists, Patient Safety Division. Survey results on delivery response to COVID-19 during Waves 6-7 [Japanese]. September 2022. <https://www.jaog.or.jp> (accessed 2026-02).
- [11] Handa Municipal Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology (now Chita Peninsula General Medical Center, following the April 2025 integration into the Chita Peninsula General Medical Organization). Notice to patients planning to deliver at our hospital [Japanese]. Signed by Head of Department, Hiroaki Moroi, MD. Original page: <https://www.handa-hosp.jp/important/covid19jouhou/bunbenyotei/> Internet Archive permanent capture: <https://web.archive.org/web/20260529140231/https://www.handa-hosp.jp/important/covid19jouhou/bunbenyotei/> (accessed 2026-02).
- [12] Rinku General Medical Center (Ogita K). RINKU SMILE facility bulletin [Japanese]. 2022;87:2.
- [13] Japan Red Cross Aichi Medical Center Nagoya Second Hospital (Kato N). Protecting lives born during the COVID-19 pandemic [Japanese]. Japan Red Cross NEXT Online. April 2022. https://www.jrc.or.jp/about/publication/news/20220330_024900.html (accessed 2026-02).
- [14] Tokyo Women's Medical University Yachiyo Medical Center, Department of Maternal-Fetal Medicine and Gynecology. Policy on delivery management for pregnant women with suspected or confirmed COVID-19 at our hospital [Japanese]. April 2020. https://www.twmu.ac.jp/TYMC/img/covid_info/covid_info_200428_4.pdf (Internet Archive capture pending; accessed 2026-02).
- [15] University of Tokyo Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology / Perinatal Center. [Revision] Delivery mode for COVID-19-positive or suspected cases at delivery [Japanese]. May 8, 2023. https://www.obstetrics-htu.jp/news/news_3447/ (accessed 2026-02).
- [16] Yokota Maternity Hospital. Delivery arrangements for COVID-19-positive patients [Japanese]. <https://www.yokotamaternity.com/info/yokota/covid-19/1619> (accessed 2026-02).
- [17] Wakayama Rosai Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology. Delivery management policy during the COVID-19 pandemic [Japanese]. June 2022. <https://www.wakayamah.johas.go.jp/whatsnew/12236.html> (accessed 2026-02).
- [18] Japan Family Planning Association. Childbirth and breastfeeding during the COVID-19 pandemic [Japanese]. <https://www.jfpa.or.jp/kazokutokenko/topics/001062.html> (accessed 2026-02).
- [19] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
- [20] World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: WHO; 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>
- [21] Knight M, Bunch K, Tuffnell D, et al. MBRRACE-UK: Saving lives, improving mothers' care. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 2021.
- [22] Debrabandere ML, Farabaugh DC, Giordano C. A review on mode of delivery during COVID-19 between December 2019 and April 2020. *Am J Perinatol.* 2021;38(4):332-341. doi:10.1055/s-0040-1721658. PMID:33285608
- [23] Omar M, Youssef MR, Trinh LN, et al. Excess of cesarean births in pregnant women with COVID-19: a meta-analysis. *Birth.* 2022;49(2):179-193. doi:10.1111/birt.12609. PMID:34997608
- [24] Gurol-Urganci I, Waite L, Webster K, Jardine J, et al. Obstetric interventions and pregnancy outcomes during the COVID-19 pandemic in England: A nationwide cohort study. *PLOS Med.* 2022;19(1):e1003884. doi:10.1371/journal.pmed.1003884. PMID:35007282
- [25] Vousden N, Bunch K, Morris E, et al. The incidence, characteristics and outcomes of pregnant women hospitalized with symptomatic and asymptomatic SARS-CoV-2 infection in the UK from March to September 2020: A national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). *PLOS ONE.* 2021;16(5):e0251123. doi:10.1371/journal.pone.0251123. PMID:33951100
- [26] Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qual Res J.* 2009;9(2):27-40. doi:10.3316/QRJ0902027

- [27] Yin RK. Case study research and applications: Design and methods. 6th ed. Thousand Oaks: Sage; 2018.
- [28] Lipsky M. Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
- [29] Matland RE. Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *J Public Adm Res Theory*. 1995;5(2):145-174. doi:10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242
- [30] Hacker JS. Privatizing risk without privatizing the welfare state: The hidden politics of social policy retrenchment in the United States. *Am Polit Sci Rev*. 2004;98(2):243-260. doi:10.1017/S0003055404001121
- [31] Streeck W, Thelen K, editors. Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- [32] Boin A, 't Hart P, Stern E, Sundelius B. The politics of crisis management: Public leadership under pressure. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- [33] Conrad P. The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
- [34] DiMaggio PJ, Powell WW. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *Am Sociol Rev*. 1983;48(2):147-160. doi:10.2307/2095101
- [35] Spence M. Job market signaling. *Q J Econ*. 1973;87(3):355-374. doi:10.2307/1882010
- [36] Hood C. The blame game: Spin, bureaucracy, and self-preservation in government. Princeton: Princeton University Press; 2011.
- [37] Beck U. Risk society: Towards a new modernity. London: Sage; 1992.
- [38] World Health Organization. Clinical management of COVID-19: Interim guidance. Geneva: WHO; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19> (accessed 2026-02).
- [39] Kujo G. Visitor restrictions beyond the emergency phase: lessons from Japan for proportionality and sunset mechanisms. *J Med Ethics*. Published online 10 Mar 2026. doi:10.1136/jme-2026-111889
- [40] Kujo G. Mass PCR screening for COVID-19 in low-prevalence populations: A critical reappraisal of the test-trace-isolate framework proposed for Japan. Zenodo. 2026. <https://doi.org/10.5281/zenodo.18724683>
- [41] Morioka I, Toishi S, Wada Y, et al.; Neonatal Committee, Japan Pediatric Society. Survey on the medical care and management of neonates born to mothers with COVID-19 and its social impact [Japanese]. *J Jpn Pediatr Soc*. 2023;127(3):519-529. [Facility-level national survey: at the sixth wave, 61% of responding facilities reported “cesarean section as a rule” as their delivery policy for COVID-19-positive pregnant women.]

訳注

本書は、英語版 Zenodo キャリア版 v2.3 (Kujo, 2026) を著者の監修方針に基づき日本語に翻訳したものである。専門用語 (ECI、ISDP、ICM、EGET、crisis policy drift、SA/SC/SU 等) は、初出時に日本語訳と原語を併記し、以降は原則として原語の略号を用いた。参考文献は国際的な可検索性を保つため原綴 (英語) のまま掲載した。数値・出典・アーカイブURL は英語版と完全に一致する。