

政府対策本部の設置と廃止*

事例研究 新型コロナウイルス感染症対策

岩本 康志

目次

政府対策本部の設置と廃止	1
事例研究 新型コロナウイルス感染症対策	1
1. 序論	2
2. 特措法の適用要件とその運用	3
2.1 政府対策本部の設置要件	3
2.2 致死率の設定	4
「政府行動計画」での想定	4
「基本的対処方針」での設定	4
基本的対処方針（2020年3月28日～5月25日）	5
基本的対処方針（2021年1月7日～9月28日）	7
基本的対処方針（2021年11月19日～2022年5月23日）	7
基本的対処方針分科会（2022年2月18日）	7
「オミクロン株による新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの比較に関する見解」（2022年3月2日）	9
「新型コロナウイルス感染症の“いま”に関する11の知識」（2022年5月版）	9
基本的対処方針（2022年7月15日～）	10
3. 運用の論点	11
3.1 特措法でのリスクの意味	11
3.2 季節性インフルエンザの致死率の変更	12
3.3 まん延防止等重点措置の終了	12
3.4 政府対策本部の廃止	13
3.5 致死率の推計誤差	13

* 2022年7月26日。

本稿の作成に当たっては、JSPS 科学研究費補助金（基盤研究 C）21K01522 の助成を受けた。

1. 序論

本稿は、新型コロナウイルス感染症対策において、新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下、「特措法」）がどのように適用されてきたのかを、政府対策本部の設置と廃止を事例として検討する。

政府対策本部の設置要件は、新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの病状の程度の比較に基づく。2節では、政府対策本部の設置の法的根拠を説明した後、致死率に焦点を当てて、設置法制定時から現在にいたるまでに致死率がどのように想定・設定されてきたかを説明する。

3節では、2節で整理された事実に基づき、特措法の適用の問題点と課題を検討する。

2. 特措法の適用要件とその運用

2.1 政府対策本部の設置要件

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(以下、「感染症法」)では、新型コロナウイルス感染症は、新型インフルエンザ等感染症の一種として、「新たに人から人に伝染する能力を有することとなったコロナウイルスを病原体とする感染症であって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるもの」(第6条第7項)と規定されている。

特措法第14条¹では、厚生労働大臣が新型コロナウイルス感染症が発生したと認めとき、内閣総理大臣に対し、発生の状況、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の病状の程度その他の必要な情報の報告をしなければならない、としている。そして、感染症法第15条第1項²で、内閣総理大臣は、新型インフルエンザ等にかかった場合の病状の程度が、季節性インフルエンザにかかった場合の病状の程度に比しておおむね同程度以下であると認められる場合を除き、政府対策本部を設置するものとする、としている。

第21条第1項³では、政府対策本部が設置される条件のいずれかが満たされなくなった場合は、政府対策本部は廃止される。

¹ 「厚生労働大臣は、感染症法第44条の2第1項若しくは第44条の6第1項の規定により新型インフルエンザ等感染症若しくは新感染症が発生したと認めた旨を公表するとき、又は感染症法第六条第八項に規定する指定感染症が、当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれのあるものと認めたときは、内閣総理大臣に対し、当該新型インフルエンザ等の発生の状況、当該新型インフルエンザ等にかかった場合の病状の程度その他の必要な情報の報告をしなければならない。」

² 「内閣総理大臣は、前条の報告があったときは、当該報告に係る新型インフルエンザ等にかかった場合の病状の程度が、感染症法第6条第6項第1号に掲げるインフルエンザにかかった場合の病状の程度に比しておおむね同程度以下であると認められる場合を除き、内閣法(昭和22年法律第5号)第12条第4項の規定にかかわらず、閣議にかけて、臨時に内閣に新型インフルエンザ等対策本部(以下「政府対策本部」という。)を設置するものとする。」

³ 「第15条第1項に規定する新型インフルエンザ等にかかった場合の病状の程度が、感染症法第6条第6項第1号に掲げるインフルエンザにかかった場合の病状の程度に比しておおむね同程度以下であることが明らかとなったとき、又は感染症法第44条の2第3項の規定による公表がされ、若しくは感染症法第6条第8項若しくは第53条第1項の政令が廃止されたときに、廃止されるものとする。」

- ① 新型コロナウイルス感染症にかかった場合の病状の程度が、季節性インフルエンザにかかった場合の病状の程度に比しておおむね同程度以下であることが明らかとなったとき
- ② 国民の大部分が当該感染症に対する免疫を獲得したこと等により「新型コロナウイルス感染症」と認められなくなったとき（感染症法第44条の2第3項⁴）

これは政府対策本部を設置する条件のいずれかが満たされなくなることに同じであり、設置と廃止の条件は整合的である。②にある「新型コロナウイルス感染症」とは、感染症法の第6条第7項で定義されたものである。したがって、①は特措法由来、②は感染症法由来、である。①の条件に関する病状の程度の比較については、2.2節で説明する。

2.2 致死率の設定

「政府行動計画」での想定

法令では「病状の程度」は具体的に示されていない。病状は様々であるが、致死率（本稿では「感染者当たり死亡者数」を指す）は病状の程度を判断するには重要な指標であり、本稿では致死率に焦点を絞る。

特措法第6条第1項⁵に基づいて、「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」（2013年6月7日）が策定されているが、新型インフルエンザの致死率の想定として、0.53%（中等度。1957年のアジアインフルエンザ相当）、2.0%（重度。1918年のスペインインフルエンザ相当）の2つのシナリオが示されている。被害想定では、人口の25%が感染し、死亡者数は17～64万人とされた。これらの数値は、特措法制定以前に策定されていた「新型インフルエンザ行動計画」（2005年11月15日）で設定されていたとともに、現在の政府行動計画（2017年9月12日一部変更）⁶に引き継がれている。

一方、季節性インフルエンザの致死率は、行動計画とともに策定されている「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」（2018年6月21日改定）⁷で、0.1%以下とされた（218頁）。

「基本的対処方針」での設定

特措法第18条は、「政府対策本部は、政府行動計画に基づき、新型インフルエンザ等への基本的な対処の方針（以下「基本的対処方針」という。）を定めるものとする。」と規定して

⁴ 「厚生労働大臣は、第1項の規定により情報を公表した感染症について、国民の大部分が当該感染症に対する免疫を獲得したこと等により新型インフルエンザ等感染症と認められなくなったときは、速やかに、その旨を公表しなければならない。」

⁵ 「政府は、新型インフルエンザ等の発生に備えて、新型インフルエンザ等対策の実施に関する計画（以下「政府行動計画」という。）を定めるものとする。」

⁶ https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/keikaku/pdf/h29_koudou.pdf

⁷ https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/keikaku/pdf/h300621gl_guideline.pdf

いる。政府対策本部が設置されてからの基本的対処方針での新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの致死率の記載は、表1のような推移をたどる。

表1 「基本的対処方針」での新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの致死率

	新型コロナウイルス感染症	季節性インフルエンザ
2020年3月28日～5月25日変更	2.3%	0.1%
2021年1月7日変更～9月28日変更	1.0%	記載なし
2021年11月19日～2022年5月23日変更	1.0%	0.02～0.03%
2022年7月15日変更	0.01% (50歳代以下) 1.99% (60歳代以上)	0.01% (50歳代以下) 0.55% (60歳代以上)

(出所)「基本的対処方針」より筆者作成。

基本的対処方針 (2020年3月28日～5月25日)

政府対策本部が設置され、2020年3月28日に最初に決定された基本的対処方針では、新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの致死率について、以下のように書かれている⁸。そして、この文章は、最初の緊急事態解除宣言が発出される5月25日までの基本的対処方針に継続して見られる。

中国における報告(令和2年2月28日公表)では、確定患者での致死率は2.3%、中等度以上の肺炎の割合は18.5%であることが報告されている。季節性インフルエンザに関しては、致死率は0.00016%-0.001%程度、肺炎の割合は1.1%-4.0%、累積推計患者数に対する超過死亡者数の比は約0.1%であることが報告されている。このように新型コロナウイルス感染症における致死率及び肺炎の割合は、季節性インフルエンザに比べて、相当程度高いと考えられる。(6頁)

2020年3月27日に新型インフルエンザ等対策有識者会議基本的対処方針等諮問委員会(現在の基本的対処方針分科会の前身)に諮られた最初の「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」案⁹では、季節性インフルエンザの致死率は0.07%と書かれていた。当

⁸ 一連の基本的対処方針は、<https://corona.go.jp/emergency/>に掲載されている。また、https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/taisaku_honbu.htmlにも掲載されている。

⁹ <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/shimon1.pdf>

日の参考資料によれば、これは香港の 2009～2011 年のデータに基づくものである。また、参考資料には日本の 2018/19 シーズンの超過死亡をもとにした 0.027%も示されている。これに対して、岡部信彦委員（川崎市健康安全研究所所長）¹⁰が以下のように発言している。

「季節性インフルエンザに関して、致死率は 0.00016～0.001%程度というような数字が出て、累積推計患者数に対する超過死亡数の比は 0.07%とあります。厚生労働省が Q&A なんかに使っている超過死亡の表現としては、当然シーズンによって違うわけですが、患者報告数 1,000 万当たり 1 万という数字をよくいろいろなところを出しているの、これについての整合性というか幅のあるものであるの、1,000 万対 1 万というのも多く読まれているのではないかと常々思っているのです。これらの数字が表にいろいろなところ出ているので、これも併せて参考なり引用なりしていただければと思います。」（8 頁。強調は引用者）¹¹

岡部委員が言及した厚生労働省の Q&A¹²では、感染者数 1,000 万人（推計）、死亡者数約 1 万人（推計）と書かれてある。また、この会議の前月の 2 月 16 日の第 1 回新型コロナウイルス対策専門家会議の厚生労働省提出資料¹³でも、岡部委員の発言に沿う、感染者数約 900～1,400 万人（推計）、死亡者数約 1 万人（推計）、という数値が示されている。

結局、最初の基本的対処方針では、0.1%と書かれた。そして、諮問委員会に提出された参考資料（「基本的対処方針に係る背景資料」¹⁴）には、致死率以外にも様々な指標が示されている。私権の制限をとまなう措置を実施するにあたって、病状の程度をできる限り科学的、客観的に評価するための情報が開示されていることは、非常に重要である。この資料は（一部の会議は欠落するが）継続して諮問委員会に提出されていたが、2021 年 1 月 7 日を最後に途絶える。

¹⁰ 岡部委員の前職は国立感染症研究所感染症情報センターセンター長で、これまで新型インフルエンザ等対策有識者会議会長代理、厚生科学審議会感染症分科会感染症部会委員、同審議会感染症分科会結核部会新型インフルエンザ対策に関する検討小委員会委員を歴任し長年、新型インフルエンザ等対策に関わってきた専門家である。

¹¹ https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/shimon1_2.pdf

¹² <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/02.html>

¹³ https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/senmonkakaigi/sidai_r020216.pdf

¹⁴ 「新型コロナウイルス感染症の医学的性質」（2020 年 2 月 16 日、第 1 回新型コロナウイルス対策専門家会議厚生労働省提出資料

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/senmonkakaigi/sidai_r020216.pdf

基本的対処方針（2021年1月7日～9月28日）

2021年1月7日に再び緊急事態宣言が発出されるとともに変更された基本的対処方針から、新型コロナウイルス感染症について、新たな数値が示されることになった。一方で、2021年1月7日変更から9月28日変更までは、季節性インフルエンザとの比較は見られなくなってしまう。

令和2年6月から8月に診断された人における重症化する割合や死亡する割合は1月から4月までと比べて低下している。重症化する人の割合は約1.6%（50歳代以下で0.3%、60歳代以上で8.5%）、死亡する人の割合は、約1.0%（50歳代以下で0.06%、60歳代以上で5.7%）となっている。

出所は明示されていないが、「新型コロナウイルス感染症の“いま”についての10の知識（2020年10月時点）」¹⁵に基づくものと考えられる。その元データは、厚生労働省の第11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（以下、「アドバイザリーボード」）資料（第11回、2020年10月22日、西浦教授提出資料）¹⁶である。

基本的対処方針（2021年11月19日～2022年5月23日）

2019/2020年シーズン以降、季節性インフルエンザの患者は激減しており、それ以前の知見から変化する余地がないが、2021年11月19日に新たに決定された基本的対処方針での季節性インフルエンザの致死率は、以前の0.1%から0.02～0.03%に変化している。

令和2年6月から8月までに診断された人においては、重症化する人の割合は約1.6%（50歳代以下で0.3%、60歳代以上で8.5%）、死亡する人の割合は、約1.0%（50歳代以下で0.06%、60歳代以上で5.7%）となっている。なお、季節性インフルエンザの国内における致死率は0.02-0.03%と報告されており、新型コロナウイルス感染症は、季節性インフルエンザにかかった場合に比して、致死率が相当程度高く、国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがある。

基本的対処方針分科会（2022年2月18日）

新型コロナウイルス感染症政府対策本部が対策の基本的対処方針を決定・変更するにあたっては、政府対策本部とは別組織である新型インフルエンザ等対策推進会議の意見を聴

¹⁵

<https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/11656272/www.mhlw.go.jp/content/000689773.pdf>

¹⁶ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000686295.pdf>

かなければいけないとされている（措置法第 18 条第 4 項¹⁷⁾。このため、推進会議の下に基本的対処方針分科会が設置されている。

2022 年 1 月 25 日の基本的対処方針分科会に、まん延防止等重点措置の延長となる基本的対処方針の変更が諮られたが、大竹文雄委員（大阪大学特任教授）が反対意見をのべた。大竹委員は、反対理由の 1 つに、まん延防止等重点措置の実施の前提となる条件として政令で規定されている、新型コロナウイルス感染症の「肺炎の発生頻度が季節性インフルエンザにかかった場合に比して相当程度高いと認められること」が、オミクロン株で満たされているかどうか疑問であることをあげている¹⁸⁾。この時点でデータによる分析がされていないことになり、政府側に宿題が残された。

特措法第 31 条の 4 第 1 項¹⁹⁾では、まん延防止等重点措置（「特定の区域において、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがある当該区域における新型インフルエンザ等のまん延を防止するため」の措置）について、政令によって、肺炎、多臓器不全又は脳症その他厚生労働大臣が定める重篤である症例の発生頻度が、季節性インフルエンザと比較して相当程度高いと認められる事態が発生したとき、と規定されている（新型インフルエンザ等対策特別措置法施行令第 5 条の 3 第 1 項²⁰⁾）。

また、2 月 18 日の基本的対処方針分科会では、特措法に基づくまん延防止等重点措置を実施する要件である「国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがある」ことを満たしているのかどうかの議論の流れで、政府側から、2022 年に入ってからの新型コロナウ

¹⁷⁾ 「政府対策本部長は、基本的対処方針を定めようとするときは、あらかじめ、第 70 条の 2 の新型インフルエンザ等対策推進会議の意見を聴かなければならない。ただし、緊急を要する場合で、あらかじめ、その意見を聴くいとまがないときは、この限りでない。」

¹⁸⁾ <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/taisyo/dai21/gijiroku.pdf#page=11>

¹⁹⁾ 「政府対策本部長は、新型インフルエンザ等（国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものとして政令で定める要件に該当するものに限る。（中略）が国内で発生し、特定の区域において、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがある当該区域における新型インフルエンザ等のまん延を防止するため、新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置を集中的に実施する必要があるものとして政令で定める要件に該当する事態が発生したと認めるときは、当該事態が発生した旨及び次に掲げる事項を公示するものとする。

- 1 新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置を実施すべき期間
- 2 新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置を実施すべき区域
- 3 当該事態の概要」

²⁰⁾ 「当該新型インフルエンザ等にかかった場合における肺炎、多臓器不全又は脳症その他厚生労働大臣が定める重篤である症例の発生頻度が、感染症法第 6 条第 6 項第 1 号に掲げるインフルエンザにかかった場合に比して相当程度高いと認められることとする。」

ウイルス感染症の致死率 0.1%と、基本的対処方針に書かれている季節性インフルエンザの致死率 0.02~0.03%と比較して、前者が相当程度高いので条件を満たしている旨の発言がある。

「例えば今年に入ってから（新型コロナウイルス感染症の [筆者補足]）致死率がどれくらいかと考えますと、単純計算になりますけれども、**陽性者数分のお亡くなりになった方で見ますと 0.1%程度**となります。基本的対処方針にも書いてありますけれども、**季節性インフルエンザの場合は 0.02~0.03%**と言われておりますので、**致死率は季節性インフルエンザよりも相当程度高い**ということがいえますので、政府といたしましては、国民の生命や健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるのではないかとということで、現時点では認識してもいいのではないかと考えているところでございます。」（17 頁。強調は筆者）²¹

この後に、「これから 0.1 という致死率であれば必ずまん延防止等重点措置の対象に絶対にするというものではない」という政府側の発言もある。

「オミクロン株による新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの比較に関する見解」（2022 年 3 月 2 日）

3 月 2 日のアドバイザリーボードに提出された専門家 14 名の連名資料「オミクロン株による新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの比較に関する見解」（以下、「3 月 2 日資料」）²²では、様々なデータと研究を評価し、「オミクロン株による新型コロナウイルス感染症の現時点で分析された致命率は、季節性インフルエンザよりも高いと考えられる。また、肺炎の発症率についても、限られたデータではあるが季節性インフルエンザよりも高いことが示唆される。」としている。これは、2つの感染症の数値をただ比較するだけの作業ではなく、両者の特徴とデータの制約についての慎重な議論を積み重ねた上での結論となっている。このため、この資料から単純に致死率の代表値を対比させることは難しい。

この資料は、1月からの基本的対処方針分科会での議論に対する政府側の対応の出発点になるものと解釈できる。

「新型コロナウイルス感染症の“いま”に関する 11 の知識」（2022 年 5 月版）

厚生労働省は 5 月 16 日、「新型コロナウイルス感染症の“いま”に関する 11 の知識」（2022 年 5 月版）²³を公表し、致死率について、「2022 年 1 月から 2 月に診断された人の中では、（中略）死亡した人の割合は、50 歳代以下で 0.01%、60 歳代以上で 1.99%」と説明してい

²¹ <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/taisyo/dai24/gijiroku.pdf>

²² <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000906081.pdf#page=51>

²³ <https://www.mhlw.go.jp/content/000927280.pdf>

る。元の資料は、アドバイザリーボード（第 80 回、2022 年 4 月 13 日）への厚生労働省提出資料²⁴であり、石川県、茨城県、広島県の 119,109 人を対象にしたものである。年齢階級の数値が単純合計されていると思われるが、同様に全体を集計すると、感染者は 119,039 人、死亡者は 371 人なので、全体の致死率は 0.31%と計算できる²⁵。

内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室は 5 月 19 日、この資料を Twitter で紹介したもの²⁶、5 月 23 日変更の基本的対処方針には反映されず、7 月 15 日変更の基本的対処方針で反映された。

基本的対処方針（2022 年 7 月 15 日～）

アドバイザリーボード（第 90 回、2022 年 7 月 13 日）への厚生労働省提出資料²⁷では、季節性インフルエンザの致死率と重症化率を若者と高齢者別に示し²⁸、新型コロナウイルス感染症と比較しており、これが 7 月 15 日変更の基本的対処方針に、以下のように反映された。

令和 4 年 1 月から 2 月までに診断された人においては、重症化する人の割合は 50 歳代以下で 0.03%、60 歳代以上で 2.49%、死亡する人の割合は、50 歳代以下で 0.01%、60 歳代以上で 1.99%となっている。なお、季節性インフルエンザの国内における致死率は 50 歳代以下で 0.01%、60 歳代以上で 0.55%と報告されており、新型コロナウイルス感染症は、季節性インフルエンザにかかった場合に比して、60 歳代以上では致死率が相当程度高く、国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがある。ただし、オミクロン株が流行の主体であり、重症化する割合や死亡する割合は以前と比べ低下している。

²⁴ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000929082.pdf>

²⁵ 年齢調整（年齢階級別の数値を全国の人口構成によって集計する）には「住民基本台帳人口」が必要であるが、本稿執筆時点では 2022 年 1 月 1 日現在の数値が公表されていないため、年齢調整はしていない。3 県を合計した人口構成は全国と大きく異ならないので、年齢調整しないことの誤差は深刻な影響を与えないと思われる。

²⁶ <https://twitter.com/Kanboukansen/status/1527182264458629121>

²⁷ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000964409.pdf>

²⁸ これは、アドバイザリーボード（第 74 回、2022 年 3 月 2 日）野田先生提出資料（<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000906106.pdf>）を再集計したものである。

3. 運用の論点

3.1 特措法でのリスクの意味

2 節では新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの致死率を追跡してきたが、つぎにリスク管理の観点から、特措法をどのように運用するのかを検討しよう。

3 月 2 日資料では、「そもそも正確に致命率を計算し、異なる感染症の間での比較を行うことも難しい」(p.2) と指摘されている。しかし、この難しい作業が求められるのは、憲法で保護されている私権を制限することを正当化する条件となっているからである。ここで問われているのは、「どの程度のリスクであれば、私権の制限をもって対抗するか」という選択である。

合理的なリスク管理では「高いリスクであれば費用をかけても回避する対策をとる、低いリスクであれば受け入れて日常生活を送る」。新型コロナウイルス感染症発生前のリスクの想定は、受け入れて日常生活を送るリスクとして季節性インフルエンザの致死率 0.1% が例にとられ、高いリスクは新型インフルエンザの致死率想定 0.53%、2.0% が対比される。また、高いリスクを回避する費用については、特措法制定時には、緊急事態措置の期間を 1～2 週間と想定していた²⁹。

異なる感染症の病状の程度を比較することは専門的には問題がある作業だが、高いリスクと低いリスクを権力者が恣意的に決めて恣意的に私権の制限がされないようにするためには、客観的な指標に基づいて社会的合意を得ることが必要になる。

したがって、これらの数値は、2つの意味をもつ。第 1 に、これらの数値は政策の科学的根拠となることから、学術的な研究対象である。第 2 に、政策上は、これらの数値は、私権の制限をとまなう措置が必要となるリスクについての社会的合意を客観的に表現したものである。それらは具体的な疾病に基づいているものの、感染症のリスクをどう管理するかという枠組みでの「抽象的なリスク」となっている。また、感染症対策が社会経済活動に大き

²⁹ これは「新型インフルエンザ等対策有識者会議中間とりまとめ」(2013 年 2 月 7 日) に現れ、新型インフルエンザ感染症を念頭に置いて、「季節性インフルエンザの潜伏期間が 1～5 日、発症から治癒までの期間がおおむね 7 日程度であることを踏まえ、おおむね 1～2 週間程度(注省略: 引用者)の期間となることを想定することが考えられる。」(新型インフルエンザ等対策研究会編集『逐条解説 新型インフルエンザ等感染症対策特別措置法』、中央法規、2013 年、495 頁) とされている。この後に、特別な状況では例外的におおむね 1 週間の単位として延長の可否を判断することも想定する旨、書かれている。また、引用箇所は外出自粛に関する期間の想定であるが、休業要請の期間の考え方も同様であるとされている。

同じ想定が、政府の「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」(2018 年 6 月 21 日一部改定) に引き継がれている。

な影響を与えている現状では、感染症以外のリスクを含めたリスク管理の枠組みのなかでの「抽象的なリスク」と位置づける必要がある。

以上を踏まえて、政府対策本部設置以降の対策のあり方を検討しよう。

3.2 季節性インフルエンザの致死率の変更

2021年11月19日の基本的対処方針から、季節性インフルエンザの致死率が変更された。データが得られてより良い推計値が得られたということなら、知見が書き換えられる、ということでもよい。もし医学の進歩で致死率が下がっているようなことであれば、それは喜ばしいことである。

しかし、社会が受容するリスクの指標としてみる場合は、それによって私権制限のハードルが自動的に変わっていくのが適切であろうか。私権の制限をとまなう措置が必要となるリスクについての社会的合意であるとの認識に立つと、専門家が合意する推計値が変化するときには、慎重な手続きで社会的合意をとるべき私権制限のハードルをどうするかは、別にあらためて議論すべきことである。議論がされるまでは、高いリスクと対比させられる低いリスクは引き続き0.1%が維持されるのが妥当である。

3月2日資料での季節性インフルエンザの致死率の評価は、私権を制限する措置を評価するためのリスクから逸脱しているという問題がある。

3.3 まん延防止等重点措置の終了

3月2日資料で示されたのは、新型コロナウイルス感染症の致死率は季節性インフルエンザのそれよりも「高い」である。一方、まん延防止等重点措置の実施との関係では、政令要件にある「相当程度高い」との違いを認識することが重要である。両者は、2つの意味において違っている。まず、言葉通り、わずかに「高い」だけでは、「相当程度高い」とはならないという意味での差がある。「相当程度高い」は曖昧な表現であるが、このことはもう1つの意味の違いにおいて重要である。

もう1つの違いは、上述した学術的研究対象と社会的合意の違いである。3月2日資料は疫学的分析により科学的・客観的に肺炎の発症頻度（およびその他の病状の程度）を評価しようとしたものであるのに対して、「相当程度高い」とは、社会経済活動に制限を加える措置を実施する、という高度な判断に関する基準である。この判断は、措置の効果と費用を勘案して、総合的に下されるべきものである。根拠に基づく政策形成のためには、3月2日資料のようなものの作成は、政治が介入せず疫学の専門家が科学的・客観的におこない、後者の判断は逆に疫学の専門家だけで下すのではなく、政治が責任をもって「相当程度高い」かどうかの判断を示す手順となるべきである。

かりに3月2日資料で、誰が見ても「相当程度に高い」ことが示されたとしても、それで自動的に後者の判断がされるのではなく、科学的知見と政策判断をきちんと分離して、政府がしかるべき場で後者の判断をするべきである。誰が見ても「相当程度に高い」ということ

でない場合は、ことさら政府の判断は重要である。ただし、単に数字を論じるだけではなく、この条件は感染症が「国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるもの」であることを具体化したものであることが必要である。また高度な判断であることは、対策も国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれのあるものであることの考慮も要求されるべきであろう。

なお、2022年1月7日から実施されたまん延防止等重点措置は、3月21日に終了した。

3.4 政府対策本部の廃止

許容するリスクを0.1%で維持すると、第6波での致死率が0.1%まで低下したとする議論がおこなわれたときに、まん延防止等重点措置の是非の議論だけではなく、政府対策本部の廃止が検討されてしかるべきであったが、そのような議論は起こらなかった。このことを裏返すと、致死率0.1%は、特措法制定時には許容して日常生活を送るリスクであったが、第6波時点では国民の生命や健康に重大な被害を与えるおそれがあり、私権の制限をかけることもある（そして現に制限をかけ続ける）リスクに変容してしまったことになる。そのことの是非も問われるべきである。

廃止の条件がいつ満たされるのか、も大きな問題である。これまでの新型インフルエンザはやがて弱毒化して季節性インフルエンザになるという経験から、特措法での条件は「病状の程度が、季節性インフルエンザにかかった場合の病状の程度に比しておおむね同程度以下」とされている。しかし、新型コロナウイルス感染症は病原体が異なるので、季節性インフルエンザと同程度まで弱毒化するという経験もなく、推測もできない。感染症法での指定感染症にはもっと致死率の高い感染症が多数ある。もし新型コロナウイルス感染症の病状が現状のままでは、特措法によれば「0.31%は0.1%とおおむね同程度」と判断する以外には難しい。

2.1節で触れたように、もう一つの廃止の条件が感染症法にあり、国民の大部分がワクチン接種によって免疫を獲得したと認めて、法律上の「新型コロナウイルス感染症」から外せば、政府対策本部は廃止される。

3.5 致死率の推計誤差

ここまでは致死率が1つの数値で代表されることを前提としてきたが、3月2日資料が指摘するように「そもそも正確に致命率を計算し、異なる感染症の間での比較を行うことも難しい」(p.2)。ここでは、推計に誤差があることを前提にした場合の上記の議論の妥当性と課題を検討しよう。

新型コロナウイルス感染症は他の疾病には見られないほど、多大な労力をかけてデータが集められているが、それでも致死率の推定は難しい。感染・発症と死亡の時期がずれていることと、死亡が報告されるまでにかなり時間が経過することがある。また、地域間の違いが生じることも考えられ、他の地域での分析も必要である。なお、5月19日(第84回)の

アドバイザーボード会議に提出された資料（藤井大阪府健康医療部長提出資料）では、大阪府での第6波の致死率が0.27%と報告されている³⁰。

特措法の対象となるのは、「全国的に蔓延のおそれのあるもの」であり、実際には新型コロナウイルス感染症は全国的に蔓延している。したがって、致死率は全国での状況をとらえることが望ましい。3県のデータで推計された致死率が、全国の状況に当てはまるかは、「外的妥当性」(external validity)の問題である。3県が全国の状況を代表しなければ、このデータの利用はあきらめて、別の方法を考えないといけない。全国規模でデータを収集すると、陽性者当たり致死率を推計するために必要となるのは、診断日、関係する転帰情報（死亡、死亡日）である。これらの情報はHER-SYSに入力されているが、発生時の情報の収集が基本となっており、転帰情報が十分でないことが窺われる。

全国規模でこれらの情報が整備されているデータベースがあれば、厚生労働省や関係者は全国レベルの致死率を推計できるが、現状でそれはかなわない。したがって全国レベルでリスクがどの程度のものであるかを正確に把握することは困難である。そのなかで「いま」に関する知識」に掲載する数値を選択することは、学術的な作業ではなく、政治的な作業なところはなかなかわからない。しかしながら、私権の制限をとまう特措法の適用のための客観的な評価を提供するために、最終的には政治的な重みをもつ作業が必要となる。しかし、その際にも政治的に歪められることがなく、科学的で客観的な評価がされることが必要である。

季節性インフルエンザについても、3月2日資料では、「国際的にみても季節性インフルエンザにおける肺炎の発症率を示したデータは極めて限られて」(p.3) いる、と指摘されている。「国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがある」かどうかを判断するのに、この期におよんで、データは極めて限られている、と専門家が断じている。重要な判断を下すのに基礎となるデータが乏しいという事態は、データを整備するか、あるいは不十分なデータに基づく判断基準を設定することを避けて、判断基準を見直す、等の対応を検討する必要がある。

もしもこの問題の解決が困難であれば、曖昧で、専門家が評価が困難と認めた条件によって私権が制限されるという、特措法の存在自体の見直しも必要なことと考えられる。

³⁰ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000940739.pdf#page=29>