

政府対策本部の設置と廃止（続）*

事例研究 新型コロナウイルス感染症

岩本 康志

目次

政府対策本部の設置と廃止（続）	1
事例研究 新型コロナウイルス感染症	1
1. 序論	2
2. 政府対策本部廃止の手順	3
2.1 基本的対処方針（2022年9月8日、11月25日）	3
2.2 アドバイザリーボード（2022年12月21日）	3
2.3 基本的対処方針（2023年1月27日）	6
2.4 基本的対処方針（2023年2月10日）	8
3. データ公開の遅れ	9
3.1 データの公開時期	9
3.2 データ公開が遅れる理由の説明	10
4. 判断の課題	14
4.1 特措法適用の判断の放棄	14
4.2 社会への負荷の軽視	15
4.3 感染症専門家の遵法意識	17
参考文献	19
付録 有識者会議の委員構成	20

* 2024年4月17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）JP21K01522 の助成を受けた。

1. 序論

本稿は、岩本(2022)の続編として、2022年7月以降の新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下、「特措法」）による政府対策本部の動向を検討する。2節は、感染症法上の位置づけの見直しにともなって COVID-19 が特措法の適用を外れ、政府対策本部が廃止されるまでの手順を概観する。また、第6波以降の重症化率・致死率が低下したことが新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針にどのように反映されたかを見る。3節では、重症化率・致死率のデータの公開が遅れたことの問題点を検討する。4節では、社会経済的影響をもたらす特措法の適用外とする判断が医療系専門家のみが関与することになったことを指摘して、その要因を議論し、感染症専門家がどのような意見を出したかを見る。なお、本稿でとくに年号の指定のない日付は2022年を指す。

2. 政府対策本部廃止の手順

2.1 基本的対処方針（2022年9月8日、11月25日）

9月7日に開催された厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードに、第6波後半（3月～4月）のデータが提出された¹。致死率は、50歳代以下で0.01%、60歳代以上で1.13%とされている。全体を集計すると0.11%となるが、第6波前半の0.31%から低下した。最初の基本的対処方針に示されていた季節性インフルエンザの致死率0.1%とほぼ同じになった。

これを承けて、9月8日に変更された基本的対処方針²は以下のようになった。

「令和4年3月から4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1.50%、死亡する人の割合は、50歳代以下で0.01%、60歳代以上で1.13%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。」

変更点は、重症化率と致死率の数値のみである。60歳代以上の致死率1.13%は0.55%よりも「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」としている。この記述は、11月25日に変更された基本的対処方針に継承されている³。

2.2 アドバイザリーボード（2022年12月21日）

12月21日に開催されたアドバイザリーボードで、第7波データが公開されたことで、重症化率・致死率がCOVID-19に特措法を適用する（政府対策本部を設置する）根拠とはならなくなった。この事実の全体像を以下で説明する。

感染症法では、新型コロナウイルス感染症は、

¹ 「第6波における重症化率・致死率について（暫定版）」（2022年9月7日、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（第98回）提出資料）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000987078.pdf>

² 「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（2022年9月8日変更）

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kihon_r2_040908.pdf

³ 「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（2022年9月8日変更）

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kihon_r_041125.pdf

「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3)

と定義され、特措法の対象となるのは、

「国民の大部分が現在その免疫を獲得していないこと等から、新型インフルエンザ等が全国的かつ急速にまん延し、かつ、これにかかった場合の病状の程度が重篤となるおそれがあり、また、国民生活及び国民経済に重大な影響を及ぼすおそれがあること」(第1条、強調は引用者)

とされている。当時は感染症法上の位置づけと特措法上の位置づけが同時に議論されていて混乱を招きやすいが、特措法が適用される条件となるのは、両法の差である「かかった場合の病状の程度が重篤」である。

病状の程度については具体的に季節性インフルエンザとの比較が求められており、第15条第1項では、

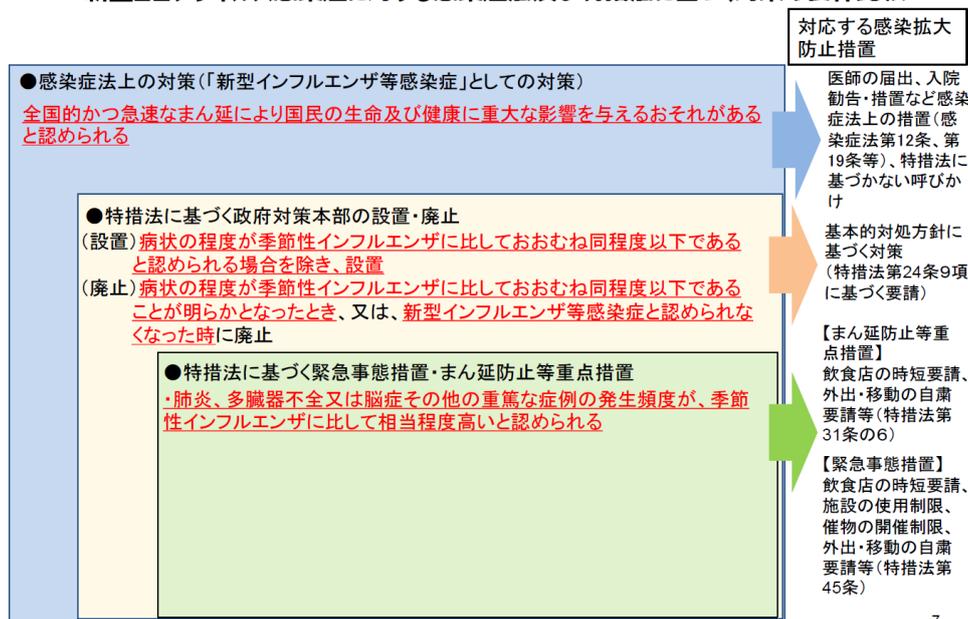
「かかった場合の病状の程度が、季節性インフルエンザにかかった場合の病状の程度に比しておおむね同程度以下であると認められる場合を除き、政府対策本部を設置するものとする」

とされている。表1は、2022年に厚生科学審議会感染症部会でCOVID-19の感染症法上の位置づけを審議する際に厚生労働省が作成された資料で、両者の関係を示したものである。ただし、「かかった場合の」が明記されていない。そもそも異なる感染症の間で比較することは難しいとの専門家の意見(例えば、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」⁴)もあったが、法令で示されている以上は比較せざるを得ない。

表1 感染症法と特措法の要件

⁴ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000906081.pdf#page=51>

新型コロナウイルス感染症に対する感染症法及び特措法に基づく対策の要件比較



(出所)「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けに係る考慮要素について」(厚生科学審議会感染症部会(第68回)、2022年12月23日)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001029786.pdf>

法令の要件を満たすように、基本的対処方針は2.1節で引用されたように記述されていた。これを裏付けるのはアドバイザリーボードの評価であり、12月14日⁵までは、

「オミクロン株による感染はデルタ株に比べて相対的に入院のリスク、重症化のリスクが低いことが示されているが、現時点で分析されたオミクロン株による感染の**致命率は、季節性インフルエンザの致命率よりも高い**と考えられる。また、**肺炎の発症率についても季節性インフルエンザよりも高い**ことが示唆されているが、限られたデータであること等を踏まえると、今後もさまざまな分析による検討が必要。」(4頁、強調は引用者)

とされていた。この評価の根拠は、9月7日のアドバイザリーボードに提出された「第6波における重症化率・致死率について(暫定版)」⁶と、上述の「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」である。

12月21日のアドバイザリーボードの評価⁷では、季節性インフルエンザと比較する記述が消えた。これは、12月14日のアドバイザリーボードに提出された、押谷仁、鈴木基、西

⁵ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001024244.pdf>

⁶ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000987078.pdf>

⁷ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001027839.pdf>

浦博、脇田隆字氏による「新型コロナウイルス感染症の特徴と中・長期的リスクの考え方」⁸に基づいていると考えられる。また、12月21日のアドバイザリーボードに提出された第7波のデータは、12月14日時点の評価を支持するものではない。

これまではデータに基づく分析によって特措法の適用の根拠が基本的対処方針に示されていたが、その土台が変化して、この根拠が失われたことになる。しかし、政府対策本部の廃止の動きはなかった。

2.3 基本的対処方針（2023年1月27日）

COVID-19を特措法の適用外とし、政府対策本部を廃止することは、感染症法の位置づけの見直しの形で進められた。すなわち、COVID-19を感染症法上の新型コロナウイルス感染症に位置づけなくなると、特措法の適用から外れることになる。

『逐条解説 新型インフルエンザ等感染症対策特別措置法』（新型インフルエンザ等対策研究会編集、中央法規、2013年）では、政府対策本部の廃止要件を定める特措法第21条第1項について、以下のように解説している。

「政府対策本部は、以下のような場合に廃止するものとする。

- (1) 発生したと認められた新型インフルエンザ等の病原性の程度が、季節性インフルエンザの病原性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になった場合（中略）
- (2) 明らかとなった病原性が季節性インフルエンザの病原性よりも高かった場合であって、
・感染症法第44条の2第3項に基づき、新型インフルエンザ等感染症とは認められなくなったとして、厚生労働大臣がその旨公表した場合（一定程度流行した後は、一度罹患した者には免疫が生じ、国民の大部分が免疫を獲得した場合、通常のインフルエンザ以上に強力な措置を講ずる必要はなくなるものとして、厚生労働大臣が公表するもの）
（略）」

このなかで、(2)によって、感染症法第44条の2第3項の規定に基づく判断がおこなわれた。『詳解 感染症の予防及び感染症の患者に対する治療に関する法律 四訂版』（厚生労働省健康局結核感染症課監修、中央法規、2016年）では、感染症法第44条の2第3項について、以下のように解説している。

「新型インフルエンザ等感染症については、人類に免疫がないことから大流行をみせると考えられているが、一定程度流行した後は、一度罹患した者には免疫が生じ、国民の大部分が免疫を獲得した場合、当該感染症は、新型インフルエンザ等感染症の定義に該当しなくなる。その時点以降は、新型インフルエンザ等感染症として通常のインフルエンザ以上に強力

⁸ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001024262.pdf>

な措置を講ずる必要はなくなっているものである。このように、一定期間経過した場合には、新型インフルエンザ等感染症とは認められなくなるという特殊な性質を踏まえ、国民の大部分が当該感染症に対する免疫を獲得すること等によって、新型インフルエンザ感染症と認められなくなった場合には、速やかにその旨を公表しなければならないとするものである。」

2023年1月27日（10時～12時）に開催された厚生科学審議会感染症部会で、

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、感染症法に基づく私権制限に見合った「国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ」がある状態とは考えられないことから、新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、5類感染症に位置づけるべきである。」

9

とされた。

同日（14時～16時）に開催された基本的対処方針分科会（新型コロナウイルス感染症対策分科会と合同会議）に諮問された上で、その後（18時10分～18時40分）の政府対策本部で決定された基本的対処方針では、

「令和4年3月から4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1.50%、死亡する人の割合は、50歳代以下で0.01%、60歳代以上で1.13%となっている。また、同年7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50歳代以下で0.01%、60歳代以上で0.69%、死亡する人の割合は、50歳代以下で0.00%、60歳代以上で0.59%となっており、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。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%と報告されている。」

となり、COVID-19と季節性インフルエンザの致死率を比較する文章が消えた。また、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について」

（2023年1月27日、新型コロナウイルス感染症対策本部決定）¹⁰において、5月8日からCOVID-19を新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、5類感染症に位置づけること、位置づけの変更前に改めて感染症部会の意見を聴くことが決定された。

⁹ 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて」（2023年1月27日、厚生科学審議会感染症部会）<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001045762.pdf>

¹⁰ https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kihon_r2_050127.pdf

この1月27日が最後の新型コロナウイルス感染症対策分科会となった。法令上はこの分科会が特措法の適用を外れた COVID-19 について審議することを妨げるものではないが、これ以降は開催されることはなかった。

2.4 基本的対処方針（2023年2月10日）

2月10日に最後の基本的対処方針分科会が開催された。同日に変更された基本的対処方針では、

「「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について」（令和5年1月27日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）を決定し、オミクロン株とは大きく病原性が異なる変異株が出現するなどの特段の事情が生じない限り、同年5月8日から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）について、感染症法上の新型インフルエンザ等感染症に該当しないものとし、5類感染症に位置づけることとした。」

と示された。そして、4月27日の感染症部会で状況の変化が無いことを確認して、厚生労働大臣から5月8日に5類感染症に分類することが発表された¹¹。そして、5月8日に政府対策本部が廃止された。

¹¹ 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る新型インフルエンザ等感染症から5類感染症への移行について」（2023年4月27日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001091810.pdf>

3. データ公開の遅れ

COVID-19 の感染症法の位置づけが変更され、政府対策本部が廃止される経緯には、様々な政策的含意がある。まず 3 節では重症化率・致死率のデータの公開時期の問題を検討し、4 節では、手続きに関する問題を検討する。

3.1 データの公開時期

オミクロン株以降でデータをどれだけ迅速に活用しているか、を見るために、2022 年のデータの扱いを時系列で対比させると、以下のようになる。

第 6 波前半（2022 年 1 月～2 月）のデータ

- 4 月 23 日 アドバイザリーボードに資料提出
- 5 月 23 日 基本的対処方針の変更に反映されず
- 7 月 15 日 基本的対処方針の変更に反映される

第 6 波後半（2022 年 3 月～4 月）のデータ

- 9 月 7 日 アドバイザリーボードに資料提出
- 9 月 8 日 基本的対処方針の変更に反映される

2022 年 5 月～6 月、第 7 波（2022 年 7 月～8 月）のデータ

- 12 月 21 日 アドバイザリーボードに資料提出
- 2023 年 1 月 27 日 基本的対処方針に反映される

第 6 波のデータは、データの期間末から基本的対処方針への反映まで 4 か月以上かかっている。データは新型コロナウイルス感染症に感染した日で集計されており、重症者・死亡者が確定するまで時間を要するので、集計作業の期間を含めて、ある程度の時間遅れが生じることは当然である。しかし、前半では 2 か月以内に資料が公表されたのに、後半では 4 か月以上かかっていることと、後半ではすぐに基本的対処方針に反映されたことから、政府内で第 6 波後半の分析結果がいったん伏せられていたことが疑われる。

私権制限をともし特措法の適用の可否に関わる情報である以上、わかり次第迅速に公表すべきである。かりに私権制限の適用に不利な材料を秘匿していたとなれば、憲法の精神に反する政府の態度は重く考えるべきであろう。

かりに迅速に致死率のデータが公開され、致死率をもとに特措法の根拠をもたないと判断して適用を外す場合、実際の判断（2023 年 1 月）よりどれだけ早くなるのかを考えてみよう。第 6 波後半のデータで判断するとして、前半のデータと同程度の遅れで公表されていたとすると、6 月末までにデータが公開される。速やかに判断するとすれば、7 月頃に判

断ができる。第7波のデータまで待つとすると、10月末までにデータが公開され、そこから速やかに判断すれば、11月頃が想定される。

基本的対処方針分科会が9月8日の基本的対処方針の変更を審議した際、大竹文雄委員から「これだけ重症化率が下がった感染症に対して特措法での扱いを続ける根拠があるかどうかをきちんと議論すべきだと思います。」の発言があった¹²が、9月に基本的対処方針が変更されても、特措法適用の可否の議論はほとんど見られない(なお、大竹委員は第7波で重症化率、致死率がさらに下がったことを念頭に置いている)。

3.2 データ公開が遅れる理由の説明

11月24日に持ち回りで開催された基本的対処方針分科会の議題である基本的対処方針の変更に対し、大竹文雄委員と小林慶一郎委員の意見書¹³では以下のように、基本的対処方針の記述が第6波のデータのままで第7波に更新しておらず、それを更新すれば特措法の適用対象でなくなるのではないかと、という意見が出された。

「現在、新型コロナウイルス感染症が特措法の対象であるという根拠は「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」ことである。他の年齢層では季節性インフルエンザと比べて新型コロナウイルス感染症の重症化・死亡リスクは既に相当程度高くないことは明らかである。そして上記したように、第7波においては60歳代以上の致死率に限っても季節性インフルエンザと比べて「相当程度高いとは言い難い」と判断するのが自然である。

基本的対処方針の新型コロナウイルス感染症の重症化率・致死率の情報は、第7波の重症化率・致死率のデータに速やかに変更すべきである。法律に基づいて人権制限を行う国であれば、最新データへの数字の変更に伴って、新型コロナウイルス感染症は特措法の対象から外れ、政府対策本部は廃止されることになる。その後、もし重症化率・致死率が上昇することがあれば、その時点で速やかに特措法の対象に戻し、政府対策本部を新たに立ち上げれば良い。」

議事録には、データが更新されないことについての政府の回答が記載されている¹⁴。

¹² 新型インフルエンザ等対策推進会議基本的対処方針分科会(第29回)議事録(2022年9月8日)

<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/taisyo/dai29/gijiroku.pdf>

¹³ <https://note.com/fohtake/n/n0d0d8c15f941>

¹⁴ 新型インフルエンザ等対策推進会議基本的対処方針分科会(第30回)議事録(2022年11月24日)

「・ 対処方針 P 4 の重症化する人の割合・死亡する人の割合に関するデータについては、現時点で、厚生労働省において、ADB・専門家との間で調整中と承知しており、今回の基本的対処方針の改正で更新することが難しいと考えております。できる限り速やかにデータを公表し、公表され次第対処方針にも反映するようにいたします。

・ なお、ADB等で提出されていた自治体のデータについては、厚労省によれば、重症化を判断するに当たっての十分な観察期間を設けられているか等の一定の課題があるデータとされており、こうした点にも対応したデータとして、3自治体協力のもと算出した重症化率・致死率を公表しているとのことです。（※石川県、茨城県、広島県の協力を得て算出した重症化率・致死率。別添資料）

・ ただ、上記（3自治体協力のもと算出した重症化率・致死率）についても信頼区間が記載されていない点をADBにおいて課題として指摘されているため、最新データについてはADB・専門家と調整中という状況とのことです。」

「調整」には政策に合わせて分析を調整するニュアンスが現れてしまうが、それは措いたとしても、他に以下の3つの重要な問題がある。

(1) 政府の回答の問題点

第6波のデータは前半と後半の2回出されたが、その公表タイミングから見て、従来と同様の形式であれば、すでに公表できるはずである。公表が遅れていることの政府の説明は、説得力がない。信頼区間が記載されていないことが課題として指摘されていることが理由のようであるが、過去のデータにも信頼区間は示されていないので、ここで信頼区間を記載するまで待つことになるのかは判然としない。

また、信頼区間の計算は、時間を要する仕事ではない。この後に公表された資料では、死亡の事象を二項分布として¹⁵、「95%信頼区間は Clopper-Pearson's exact binomial confidence interval により算出」¹⁶したとあるが、これは例えば統計ソフトウェア R が標準で実装している手法である。第6波後半の70代では感染者3,711人のうち死亡者35人(公

<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/taisyo/dai30/gijiroku.pdf>

¹⁵ 日本疫学会サイトにある「新型コロナウイルス感染症の致命率の推計について」(https://jeaweb.jp/files/about_epi_research/1_article_intro.pdf)で紹介されている Verity et al. (2020)の単純な推定値がこの方法に一致する。

¹⁶ 「新型コロナの重症化率・致死率とその解釈に関する留意点について」(2022年12月21日、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード(第111回)提出資料) <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001027743.pdf>

表されている致死率は0.94%¹⁷⁾を例にとると、「binom.test(35, 3711)」のコマンドで、致死率の95%信頼区間が[0.006577874, 0.013092627]とすぐに結果が返ってくる(R以外の統計ソフトウェアで計算することも可能である)。これが唯一の方法ではなく色々と方法があるので、どの方法で計算するのかを決めるために時間を要したのかもしれないが、そのような遅延もつぎの理由で非常に問題である。

(2) データ公表が遅れることの問題点

政府の回答によれば、第7波の重症化率・致死率が第6波より低下していることを示すデータには課題があるので採用しないという態度であるが、これによって政府の見解は第7波の状態はわからない、という事態になる。

特措法では、特措法の対象とならなくなる条件は「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であることが**明らかとなったとき**」(第21条第1項の抜粋。強調は引用者)であり、わからない状態では特措法は適用されたままとなる。したがって、基本的対処方針が第6波のデータに基づくことが問題であるとの指摘に対して、第7波の状況を「明らかでない」と基本的対処方針に書いて、特措法を適用したままにすることは合法的である。

しかし、これは好ましくない対応である。こうしたデータへのアクセスは制限されていて、行政(国と地方)のみしか利用できない¹⁸⁾。情報を独占する行政が公開を制限することで、私権制限を可能にする状態を維持することができてしまうことは好ましくない。政府の回答からは情報を速やかに公開すべきであるとの認識が読み取れるものの、データの公開が遅れていること理由の政府の説明は不十分である。

(3) 統計的検定と見ることの問題点

政府の回答が重症化率・致死率の信頼区間まで及んでいるため、あたかも統計的検定によって判定が下されるようにも見えるが、これは妥当な考え方ではない。どの程度の感染症対策を講じるかを感染症の深刻度に応じて判断するとき、感染症の病状の程度を統計学的に推測しているのが、ここでの状況である。政策の問題は、統計学的に推定するパラメータ(病状の程度)に依存する利得関数(社会の厚生)を最大化する「統計的決定」の問題であって、統計的推定・検定とは別の種類の問題である¹⁹⁾。かりに豊富なデータによって信頼区間が狭くなって、COVID-19と季節性インフルエンザの指標が非常に近いが信統計的に有意に異なる結論となっても(実際はこの資料の標本サイズではこのようにはなりそうにな

¹⁷⁾ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000987078.pdf>

¹⁸⁾ 回りくどい記述となるのは、1次情報は地方にあるが、国がアクセスできる情報はそのごく一部だからである。

¹⁹⁾ 統計的決定の教科書的解説は、竹村(2020)を参照。

いのでこれは仮想例である)、非常に近いことが確かめられたことの方が統計的決定では重要になる。

また、統計的推定・検定は科学的根拠としては重要なものの、もともと病原体が違い、病状の程度も多様である感染症を比較することは難しく、統計的検定での判断を左右する「有意水準」に盤石の理論的根拠があるわけでもないことにも留意しなければならない。

4. 判断の課題

4.1 特措法適用の判断の放棄

この節では、特措法の適用外となり、政府対策本部が廃止される手順に関する課題を検討する。

適用の可否の焦点となるのは、COVID-19 の病状の程度が感染症法と特措法での措置を講じる必要があるほど深刻なものであるかどうかである。感染症法での措置は感染者と濃厚接触者への行動制限となり医療への負荷が主となり、特措法での措置は一般市民の行動制限と事業者の営業制限となり社会への負荷が主となる。違った側面の負担であることから、独立した議論が成立し得る。実際には、感染症法での適否が判断されたが、特措法での適否は判断されなかった。

COVID-19 が感染症法での新型コロナウイルス感染症に該当しないという判断は、感染者と濃厚接触者に行動制限を課す法の規定が実態にそぐわないことが大きな理由となった²⁰。感染症法の条文では、新型インフルエンザ等感染症と認めらなくなる理由には免疫を獲得することがあげられている。しかし、厚生科学審議会感染症部会のとりまとめでは免疫の獲得は理由にあげられておらず、「感染症法に基づく私権制限に見合った「国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ」がある状態とは考えられない」とされた。12月23日に持ち回りで開催された感染症部会では、事務局資料「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けに係る考慮要素について」²¹に対して、各委員が書面で意見を寄せているが、免疫について言及した意見の多数は免疫の減弱やウイルスの免疫逃避に言及して免疫の獲得に否定的であり、1人の委員だけ「免疫を獲得していないとはいえず」との消極的な肯定の意見であった²²。

一方で、特措法に基づく私権制限にも見合わないという判断は公式にはされなかった。2つの分科会では感染症専門家以外の専門家からは特措法の適用条件（COVID-19 の病状の程度）を満たしていないのではないかとの意見が出されたが、感染症専門家からは否定的な意見が出されて、議論は交わされたものの結論には至らなかった。

尾身(2023、238頁)は、当時の認識について、以下のように語っている。

「経済の専門家である大竹さんが特措法のまん延防止等重点措置の実施要件に照らし合わせて、肺炎の発症頻度つまり重症度が「季節性インフルエンザと比較して相当程度高い」

²⁰ 公式文書に現れた記述のみから解釈すると、このようになる。政策当局と厚生科学審議会の構成員が暗黙に特措法の適用除外を求める声を配慮していたかどうかはわからない。

²¹ <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001029786.pdf>

²² 厚生科学審議会感染症部会議事概要（第68回、2022年12月23日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001029800.pdf>

とは言えないのではないかと問題提起した。大竹さんの問題提起は十分理解でき、賛同する部分もあった。しかし、私自身は新型コロナの重症度だけに議論が集中することには少し違和感を持っていた。他の医療系専門家も同様の意見を持っていた。」

そして、10月13日の新型コロナウイルス感染症対策分科会での押谷仁委員の「感染症の評価は、疾患としての重症度や致死率、伝播性、医療や社会へのインパクトといった観点が必要である」との指摘を紹介し、20日のアドバイザリーボードに提出された「新型コロナウイルス感染症第8波に向けてのリスク評価の考え方」をもとに「伝播性の観点からは季節性インフルエンザとは大きく異なる感染症と考えられる」「1年に一度の季節的な流行ではなく、年間に何度も感染の波を引き起こしていると分析した。まだ「普通の病気」になっていないということだ」としている。

こうして、感染症法と特措法の判断を合わせると、COVID-19の病状の深刻度は患者と濃厚接触者の私権制限には見合わないが、一般市民の私権制限には見合うということになる。法律の構造は、新型インフルエンザ等（新型コロナウイルス感染症）に対して、まず感染症法上の措置を講じ、それでも不足する深刻な状況に特措法上の措置を講じるようになっている。特措法上の措置は必要だが、感染症法上の措置は必要ない、という状態は法律の構造から見ると奇妙である。感染症法上の措置によって主に生じる医療への負荷が重く、特措法上の措置によって生じる社会への負荷はそれより軽いという評価が暗黙にあるように見える²³。

以上のことから、特措法の対象外となる判断は、医療提供側の理由に基づくものであったことが言える。そして、社会経済的影響をもたらす特措法の適用外とする判断の公式の手続きには、感染症専門家以外の意見は関与していなかったことになる。感染症部会は、感染症の専門家で構成されており、基本的対処方針分科会と新型コロナウイルス感染症対策分科会が感染症専門家以外の構成員を少数派であるが含むものとは異なっている。

4.2 社会への負荷の軽視

社会経済的影響をもたらす特措法の適用外とする判断において社会への負荷が軽視されることについては、構造と運営の要因がいくつか考えられる。

第1は、特措法における政府対策本部を廃止する要件である。条文では、季節性インフルエンザとかがかった場合の病状が同程度という、感染症の性質のみから条件を置いている。季節性インフルエンザの病状の程度を上回るが、特措法に基づく私権制限には見合わない

²³ 対策の選択は費用対効果で判断するのが合理的であるので、対策の費用が高くてもその効果が高ければ、その対策が選択されることが合理的である場合は生じ得る。しかし、特措法措置の効果が高いという議論は見られず、対策の費用に基づいての評価であるように見える。

いう理由で適用を除外することは想定されていない。季節性インフルエンザより病状が深刻な場合において、対策の社会経済的影響と効果を考量する余地はないという構造は妥当であろうか、という論点がある。

条文は病状を比較することを求めているが、それぞれ性質の異なる感染症の比較は難しく、条文が機能しない可能性がある。2022年にも感染症専門家から、COVID-19と季節性インフルエンザの比較は困難との意見はたびたび出されている。特措法は新感染症にも適用することが可能であり、インフルエンザとの比較がよりも難しくなる可能性がある。

特措法が適用される感染症が季節性インフルエンザと病状が同程度とまらない場合、特措法は恒久的に適用されることになる。尾身氏がCOVID-19が季節性インフルエンザと異なる理由に、「新型コロナのR₀は（基本再生産数、引用者注）武漢株でも2.5程度、オミクロン株BA.1では5程度、BA.5では5を超えるとされていた。これに対して季節性インフルエンザは1.2～1.6程度である」（尾身2023、239頁）ことをあげているが、この差が感染症の性質だとしたら、差がなくなる保証がない。また、「比較的变化の穏やかな季節性インフルエンザとは違い、新型コロナはウイルスの変化が激しく、不確定要素が多いため、ワクチンに対する確信度がない」「季節性インフルエンザにはタミフルのように安価で比較的どこでも入手可能な経口薬がいろいろとあるが、新型コロナにはそうした経口薬がない」（尾身2023、206頁）こともあげられていたが、満足できるワクチンと経口薬が開発されなければ、この論理では特措法の適用はいつまでも持続する。緊急事態とまん延防止等重点措置は期限が設定されているが、24条措置は特措法の適用時であれば可能であるので、期限の定めがないとも言える。無期限に私権制限の可能性があるという状態も想定されるが、それは是とされるだろうか。

第2は、有識者の意見を聴く仕組みと有識者の構成である。特措法制定時には、基本的対処方針等諮問委員会は医学・公衆衛生の専門家に限定する構想があり、そのように選定されていた。2012年に有識者会議が発足した際には、基本的対処方針等諮問委員会の委員は医療の専門家で構成され、それ以外の有識者は有識者会議のみに属する（付録の表A1）。2013年4月16日に開催された新型インフルエンザ等対策有識者会議（第8回）で、政府側から「「新型インフルエンザ等有識者会議の中に設置された医学・公衆衛生の学識者を中心とした基本的対処方針等諮問委員会」ということですので、有識者会議の中に設けられている会議という位置付けでございます。ここで有識者会議の中で「人数としても絞りつつ、医学・公衆衛生の知見を対策に直接反映できるようにということから、このような仕組みとしたわけでございます。」との発言がある²⁴。諮問委員会はCOVID-19に特措法が適用されるまで開催されることはなかったが、最初に開催されたとき（2020年3月）の委員構成も、ほぼ医療の専門家で構成された（表A2）。専門家が自身の専門性に基づいて意見をのべる際に

²⁴ 新型インフルエンザ等対策有識者会議（第8回）議事録（2013年4月16日）

<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/yusikisyakaigi/dai8/gijiroku8.pdf>

専門外の事項には言及しづらく、医学・公衆衛生の専門家は、専門外となる社会・経済的要素の軽視につながる可能性がある。社会経済的影響をもつ特措法措置の実施については、政府が主体的に人文・社会科学の知見を反映させる努力をしなければ、社会経済的影響についても医学・公衆衛生の知見に基づいて判断される構図となっている²⁵。

第3に、今回とられた手続きで、政府はあえて構造的要因を回避して、社会的負荷を考慮することはしなかった。法律の条文では基本的対処方針の決定と変更について意見を聴くことを求めているが（第18条第4項、第5項）、廃止に関して専門家の意見を聴かなければならないという規定はない。5月に廃止される際には、基本的対処方針分科会は開催されなかった。しかし実際の運営では、5月に廃止を予定することを3月に変更した基本的対処方針に記載したので、結果として廃止に対しても意見を聴く格好になった。つまり、特措法の適用外とする判断は政治の責任でおこなうこともできたが、それは選択されていない。廃止の判断に専門家の意見が反映されるべきか、されなくてもいいか、については、特措法の条文と今回の運用を踏まえての議論の余地がある。

4.3 感染症専門家の遵法意識

特措法の適用外とする議論において、感染症専門家がどのような意見を出したかを見ていこう。

第1に、特措法の条文に即さない意見を出している。4.1節と4.2節で引用した、COVID-19が季節性インフルエンザと異なるという感染症専門家の意見は、特措法で条件とされる、かかった病状の程度とは関係のない要素である。2.3節で見た通り、『逐条解説』では、政府対策本部の廃止については条文の内容を解説するのみで、追加の要素はない。つまり、感染症専門家は追加の要素を付け加えて政府対策本部の廃止に反対し、分科会の意見を取りまとめる立場の尾身氏はその考え方に同調している。

感染症法での位置づけの見直しと同時に議論されていたので、特措法での議論と感染症法での議論が混線していた可能性はある。感染症法では季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症の分類において重症化率と致死率が利用されているわけではないので、感染症法での措置を議論する際には、上述の感染症専門家の見解は成立し得る。しかし、それと特措法上の議論は異なるので、特措法の適用での議論で追加の要素を持ち出すのは不適切となる。

大竹委員の意見は、特措法措置の運用を特措法の条文に基づいた議論であり、それに対する違和感というのは、特措法の条文自体への違和感につながる。ここで感染症専門家が特措法措置の運用を特措法の条文に基づかないで考えているとすれば、彼らの遵法意識が問題となる。基本的人権の尊重から特措法措置は必要最小限することが求められているもど、

²⁵ 岩本(2024)参照。

特措法の適用を限定する条件が明文化されているところを、明文化されていない理由で適用を広げることは、基本的人権を尊重する趣旨が揺らぐものである。

第2に、意識的に法律と相反する意見も見られる。11月24日の基本的対処方針分科会で、鈴木基委員（国立感染症研究所感染症疫学センター長）が3.2節で紹介した大竹・小林意見書に対する意見をのべている²⁶。

「他委員から、インフルエンザの致死率と比較して、対策本部を立ち上げるかどうかを判断すべきだという意見がございました。しかし、法の条文を盾に議論すべき内容ではなく、法の趣旨に照らした議論をすべきだと思います。特措法は、「感染者・接触者以外の人に対して社会的制限をかける正当性意義がある疾患か」という点で議論すべきだと思います。」

大竹・小林意見書は特措法の条文に即して特措法の適用に疑問を呈しているのだが、それを「法律の条文を盾に議論すべき内容ではなく、法の趣旨に照らした議論をすべき」と否定する。しかし、条文を遵守しなくていいという法律の趣旨はありえない。もし特措法を適用する根拠が条文を遵守しなくてもいいということしかなければ、特措法の適用は正当化できないであろう。

厚生労働省の組織である国立感染症研究所の幹部職員は国家公務員である。国家公務員の立場で「法令を遵守しなくていい」旨の発言をすることはあり得ないはずである。たとえば法令の見直しを議論する審議会であれば、現行法の条文には縛られないで法の趣旨を議論することはあり得る。しかし、ここでの議題は特措法に基づく基本的対処方針であり、法令遵守が当然の前提となる。そのため、この鈴木委員の発言は異様である。

²⁶ 新型インフルエンザ等対策推進会議基本的対処方針分科会（第30回持ち回り開催）議事録（2022年11月24日）

<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/taisyo/dai30/gijiroku.pdf>

参考文献

岩本康志(2022)「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」

<https://iwmtys.com/Docs/2022/SeifuTaisakuHonbunoSecchitoHaishi-JireiKenkyu.pdf>

岩本康志(2024)「政策形成における経済学の役割：事例研究 新型コロナウイルス感染症」<https://iwmtys.com/Docs/2024/SeisakuKeiseiniokeruKeizaigakunoYakuwari.pdf>

尾身茂(2023)『1100日の葛藤：新型コロナ・パンデミック、専門家たちの記録』日経BP

Robert Verity et al. (2020), “Estimates of the Severity of Coronavirus Disease 2019: A Model-based Analysis,” *THE LANCET Infectious Disease*, Volume 20, Issue 6, June, pp. 669-677. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)

竹村彰通(2020)『新装改訂版 現代数理統計学』(学術図書出版社)

付録 有識者会議の委員構成

表 A1 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の委員構成(設置当初)

有識者会議のみの委員

伊藤隼也 医療情報研究所 医療ジャーナリスト
伊東紀子 まや法律事務所 弁護士
井戸敏三 兵庫県知事
大西隆 日本学術会議会長・東京大学大学院工学系研究科教授
大橋俊二 裾野市長
翁百合 日本総合研究所理事
押谷仁 東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授
折木良一 前統合幕僚長
川本哲郎 同志社大学法学部・法学研究科教授
櫻井敬子 学習院大学法学部教授
永井庸次 社団法人全日本病院協会理事
古木哲夫 和木町長
松井憲一 日本経済団体連合会 国民生活委員会 企画部会長
丸井英二 人間総合科学大学人間科学部教授
南砂 読売新聞編集局医療情報部長
安永貴夫 日本労働組合総連合会 副事務局長
柳澤秀夫 日本放送協会解説委員長

基本的対処方針等諮問委員会を兼任する委員

庵原俊昭 独立行政法人国立病院機構三重病院長
大石和徳 国立感染症研究所感染症情報センター長
岡部信彦 川崎市衛生研究所長 (前国立感染症研究所感染症情報センター長)
尾身茂 独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構理事長 (前新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会委員長)
河岡義裕 東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
川名明彦 防衛医科大学校内科学講座2 (感染症・呼吸器) 教授
小森貴 日本医師会常任理事
田代真人 国立感染症研究所インフルエンザウイルス研究センター長
朝野和典 大阪大学大学院医学系研究科感染制御学分野教授

(出所) 新型インフルエンザ等対策有識者会議(第1回)資料1-2「設置根拠及び委員名簿」

<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/yusikisyakaigi/dai1/siryou1-2.pdf>

表 A2 基本的対処方針等諮問委員会の委員構成(2020年3月26日)

岡部信彦	川崎市健康安全研究所長
押谷仁	東北大学大学院医学系研究科微生物分野教授
尾身茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
釜蒔敏	公益社団法人日本医師会常任理事
河岡義裕	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
川名明彦	防衛医科大学校内科学講座2(感染症・呼吸器)教授
鈴木基	国立感染症研究所感染症疫学センター長
田島優子	さわやか法律事務所 弁護士
舘田一博	東邦大学微生物・感染症学講座教授
谷口清州	独立行政法人国立病院機構三重病院臨床研究部長
朝野和典	大阪大学大学院医学系研究科感染制御学教授
中山ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所 弁護士
長谷川秀樹	国立感染症研究所インフルエンザウイルス研究センター長
武藤香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授
吉田正樹	東京慈恵会医科大学感染制御科教授
脇田隆字	国立感染症研究所所長

(出所)

<https://web.archive.org/web/20200412023126/https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/simon/kousei.pdf>