



CiDER-PDP

Center for Infectious Disease Education and Research, Policy Discussion Paper

PDP006

「コロナ危機から視る政策形成過程における専門家のあり方」
鼎談・企画2：コロナ危機における法とそれらの運用

岩本康志 東京大学大学院経済学研究科

齋藤智也 国立感染症研究所感染症危機管理研究センター

大竹文雄 大阪大学感染症総合教育研究拠点(CiDER)

「コロナ危機から見る政策形成過程における専門家のあり方」

鼎談・企画2：コロナ危機における法とそれらの運用

岩本康志¹ 齋藤智也² 大竹文雄^{34*}

要約

新型コロナウイルス感染症がもたらしたパンデミック下における危機管理については多方面からさまざまな指摘がされている。本鼎談では、今回の危機管理で中心的な役割を果たした齋藤智也氏をお招きして、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（感染症法）、新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）、新型インフルエンザ等政府行動計画（行動計画）など事前に準備されていたシナリオに対して、想定シナリオと現場で生じていた混乱と諸対応の実態のギャップについて、背景・要因を具体的に考察し、それらの教訓を最大限活用するために問題点・課題を議論した。はじめに、特措法制定までの経緯・背景をおさらいし、続いて、想定シナリオと実態について、コロナ危機初期から緊急事態宣言発出まで順を追って振り返った。特に、感染抑制のためにとられた行動制限と法的根拠、政策と科学的根拠、政策研究と学術研究の違い、などを主要な論点として取り上げた。今回の鼎談を通して、1) 過去（主に新型インフルエンザ）の経験に引き継がれていた危機管理システムからの脱却と強靱なシステムの制度設計、2) 危機管理のスイッチを押す際に出口戦略（解除基準）を設定する難しさと制度設計、3) 一部の専門家からの脱却-委員構成や有識者会議のあり方、4) 政策研究と学術研究の峻別と政策研究に動員する制度設計、などの論点が指摘された。

* The author to whom correspondence should be addressed.

ohtake@cider.osaka-u.ac.jp

キーワード：

コロナ危機、感染症法、新型インフルエンザ等対策特別措置法、行動計画、感染対策、クラスター対策、緊急事態宣言、基本的人権、私権制限、行動制限と法的根拠、政策研究と学術研究、若者と高齢者、要請という外圧、「緊急事態」という言葉と印象、有識者会議、委員構成、一部の専門家、出口戦略

最終更新日：2024年2月2日

-
- 1 東京大学大学院経済学研究科
 - 2 国立感染症研究所感染症危機管理研究センター
 - 3 大阪大学感染症総合教育研究拠点（CiDER）
 - 4 大阪大学大学院経済学研究科

< 目次 >

◆新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）制定までの経緯と背景

◆想定シナリオと実態

- ◇想定シナリオと実態 1～発生当初法律で新型コロナを読めなかったという事態
- ◇想定シナリオと実態 2～封じ込め戦略-クラスター対策
- ◇想定シナリオと実態 3～クラスター対策と行動制限
- ◇想定シナリオと実態 4～枠組みについて
- ◇想定シナリオと実態 5～緊急事態宣言と私権制限
- ◇想定シナリオと実態 6～行動制限の期間と法的根拠

◆政策と科学的根拠

- ◇行動制限の科学的根拠
◇行動制限開始と解除基準の設定（出口戦略）

◆危機管理対応に携わる人材選定の課題

- ◇専門家会議の役割を再確認する必要性
- ◇一部の専門家が科学を代表していた

◆コーディネーション機能・共同拠点の必要性

- ◇分野に応じた知のキュレーション体制整備の重要性
◇学術研究と政策研究の違いと政策研究に動員するための仕掛け

本研究の実施にあたり、大竹は日本学術振興会（JSPS; Japan Society for the Promotion of Science）より「課題設定による先導的人文学・社会科学研究推進事業 学術知共創プログラム」課題 A「コロナ危機から視る政策形成過程における専門家のあり方」(JPJS00123812864) を、本 PDP における企画・収録・編集・図表作成に従事した小出直史³⁵⁶⁾は、「日本財団・大阪大学 感染症対策プロジェクト」の一環として CiDER 部局横断型「感染症」研究促進プログラムより、それぞれ研究資金の支援を受けている。

5 大阪大学社会ソリューションイニシアティブ (SSI)

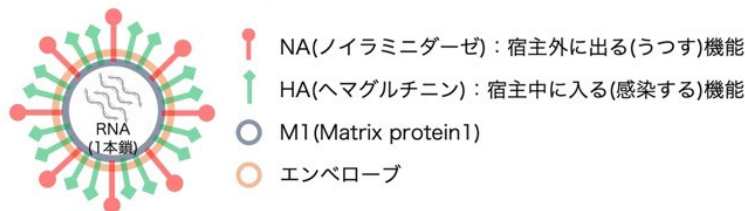
6 大阪大学社会技術共創研究センター (ELSI センター)

時あまりインフルエンザに対して具体的にできることがなく、しっかりとワクチン接種を進めましょう、ワクチンの製造能力を確保していきましょうという内容がメインになっていました。そして本格的に新型インフルエンザ対策が動き出すのは 2004 年からになります。このときにまず何があったかという、鳥インフルエンザが人に感染して、人が重症化して亡くなるという事例が起きるようになってきました。そうすると、これが人から人への感染性を持ったら大変なことになるということで、真剣に考え始めたのがこのころです。

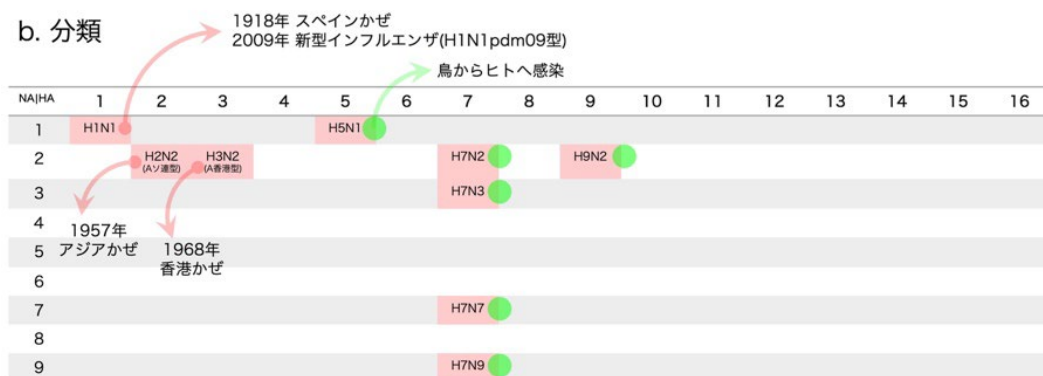
もう一つは、2003 年の SARS⁸です。これはコロナウイルスです。当時、新型コロナウイルスと呼ばれた SARS という病気がありました。これは世界的に流行する一歩手前くらいで終息させることができたのですが、社会に対するリスクということをもみんなが認識して、事前にしっかり対策をしていこうということで検討会などが始まります。当初は鳥インフルエンザがヒト型に変わったらどうしようという形で議論が進んでいて、特に鳥インフルエンザ H5N1 というタイプに対する備えをつくっていこうということで、政府の対策会議が開かれたり、行動計画がつけられたり、さらに細かい内容を書いたガイドラインができたりしています（図 1）。

図1. インフルエンザの構造と分類

a. A型インフルエンザの構造



b. 分類



そうした形で少しずつ新型インフルエンザ対策を徐々に徐々に進めていたときに発生したのが、2009 年の新型インフルエンザ H1N1 ウイルス⁹です（図 1）。当初は豚インフルエンザといわれたのですが、人に感染しやすいものが豚からできてしまったという形で始まったインフルエンザで、このときにまさに行動計画などを発動して対応し始めたのですけれども、実際にはそれほど重症化するものもなく、いわゆる季節性インフルエンザ

8 重症急性呼吸器症候群（SARS: severe acute respiratory syndrome）

9 H1N1pdm09 型（pdm09: pandemic 2009 の略）

とほとんど同等のものであったので事なきを得たということがあります。ただ、例えば検疫の強化や、発熱外来をつくって検査を希望する感染した患者さんを診るといった対策は行われたわけです。

このときの反省は二つありまして、一つは、パンデミックのときに社会的な行動制限を呼びかけて、なるべく社会的な人々の接触機会を抑制して、できるだけ流行の波を小さくしようという考え方がありまして、それは行動計画にも書かれていたのですが、それに法的根拠がなかったということです。もう一つの問題は、鳥インフルエンザ H5N1 という、人で重症化して、さらに人から人にまん延しやすい、最もリスクが高いタイプのインフルエンザに備えて計画を進めていたのですが、実際に起きてみたら、そんなに病原性が高いものではなかったということで、うまく行動計画とかみ合わなかったという問題がありました。

では、次にまた新型インフルエンザは起きるだろう、ただ、どんな病原性のものであるか、どんな感染性のものであるかは分からないことを前提に、どんなものが起きても対応できるように行動計画をつくっていこうという話になりました。その後、行動計画の見直しをしながら特別措置法というものをつくるに至りました。

まず行動計画の考え方としては、どんな新しいインフルエンザが出てきても対処できるように、そういったパンデミック状態になったときに政府が取らねばならない対策を全て書き出しておこうと。いわゆるメニュー表として用意しておいて、起きたときにその病原性や感染性を判断して、それに見合った対策を選んで基本的対処方針という形で示して、政府と地方自治体も含めて日本で一体となった連携の取れた対策を取っていきましょうという考え方になっています。

特措法は、先ほど申し上げたように、人々の行動制限を行う根拠とする法律としてつくられたというのが一番大きなポイントになります。元々、感染症対策の法律としては感染症法があります。これに上乗せしてさらに特措法がなぜ必要なのかということなのですが、感染症法は、感染源をコントロールしよう、感染した方やその病原体に汚染されている場を封じ込めていこうという考え方でつくられています。パンデミックのような状態は、もう誰が感染者なのかが分からなくなってくる状況になってきて、できるだけその感染の広がりを抑えるために人々の接触機会を、いわゆる感染していない人も含めて行動制限を取っていく必要があるだろうと。そういったときには感染症法では対処できないので、上乗せして法律をつくらうということになりました。こういったことが基本的な考え方になります（表 1）。

（大竹） ここで一つ確認させて下さい。今のお話しですと、特措法があって、その下に行動計画があるのではなくて、元々行動計画をつくって対処していたけれども、それが何の法律の裏付けもなかったから特措法ができたという感じなのですかね。

（齋藤） はい、そうです。行動計画という形で政府の文書には書いていたけれども、それに法律的な裏付けがなかったということです。

表1. 感染症法・特措法・行動計画等の主な変遷

年	感染症法*	特措法**	行動計画・ガイドライン
1998	<制定>		
2003 : SARS(SARS-CoV)の蔓延			
2003	<改正> 緊急時の対応強化(SARSの教訓)など		
2005			新型インフルエンザ対策行動計画
2006	<改正> 病原体管理体制の導入、類型見直しなど		インフルエンザ (H5N1) に関するガイドライン~Phase3~
2007			インフルエンザ (H5N1) に関するガイドライン~Phase4以降~
2008	<改正> 「新型インフルエンザ等感染症」新類型など		
2009			新型インフルエンザ対策ガイドライン
2009 : 新型インフルエンザ(H1N1pdm09型)の蔓延			
2013		<制定>	新型インフルエンザ等政府行動計画 新型インフルエンザ等対策ガイドライン
2014	<改正> 2類感染症追加(MERS)など		
2020 : 新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)の蔓延			
2020	政令指定により新型コロナウイルス感染症に 感染症法を適用させる	<改正> 感染予防対策の法的根拠 (新型コロナウイルス感染症を新型インフルエンザとみなす)	
2020 : 4/7~ 緊急事態宣言発出(東京都を含む7道府県)***			
2021	<改正> 新型コロナウイルス感染症を 「新型インフルエンザ等感染症」に位置付け 対応の实效性強化	<改正> まん延防止等重点措置の追加など	
2022	<改正> 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等 事前準備の強化 主に医療提供体制		

*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

**新型インフルエンザ等対策特別措置法

***地域により解除のタイミングなどが異なります

増原宏明・細谷圭 社会保障研究 2022, vol.7, no.3, pp.184-198

齋藤智也氏発表資料を参照

一部改編

(大竹) 行動計画は、一番最初、2009年の豚インフルエンザのときにつくったということなのですが、行動計画が何もないときに豚インフルエンザの感染が始まって、行動計画をつくりながら対策を進めていったという感じなのでしょう。

(齋藤) 最初にできたのは2005年です。

(大竹) では、豚インフルエンザの前ですから、SARSの後につくったということですか。

(齋藤) SARSの後につくっています。

(大竹) SARSの後に、SARSの経験で、これは行動計画をつくっておかないとダメだということをつくったということですね。それで行動計画を実際に適用したのが2009年のH1N1の流行のときである。そのときに問題となったのが、法的な根拠がなかったことと、想定したよりも軽症であったことだった。それを踏まえて特措法あるいは行動計画の改定を行ってきたという感じですか(表1)。

(齋藤) はい。

(大竹) ありがとうございます。途中で止めてしまいましたけれども、続きをお願いします。

(齋藤) あとは、特措法で良いところがあったとすると、これも以前から閣議決定という形で政府の閣僚級の対策本部を立ち上げる仕組みがあったのですけれども、これもまた法に基づいてはいなかったので、特措法の中で法に基づく政府対策本部というものが設置できるようになりました。

(大竹) なるほど。

(齋藤) それで、仕組みとして、より強固になったといえるかと思います。

(大竹) 法に基づいている対策本部で何か政府が決められるということは全然違うのですか。やはり行動制限、私権制限をするところに一番大きな違いがあるから、それを決める対策本部に裁量を持たせるわけですね。いちいち国会で審議しなくても対策本部で決めればいいという。

(齋藤) はい、その手続きも含めて、より政府がやる、事前に合意された方向ということになったといえるかと思います。

(大竹) そこまでが大体解説になりますが、岩本さん、この段階で何か補足、質問はありますか。

(岩本) 特措法なのですが、緊急事態や対策本部が規定されていますが、他の法律でも緊急事態に関係する法律があるのですが、それはかなり参考にされていたのでしょうか。そのあたりで何か分かることはありますか。

(齋藤) 大体こういった法律は既存の法律で似たようなものをベースとしてというところがあるので、災害関係の法律や、恐らく事態対処関連法制でしょうか、その一連の議論も参考にされてつくられているかと思います。

(岩本) それはもう対策本部などがあるわけですから、そちらを参考にすれば自然と措置法の中にも対策本部というところが入ってくるということですね。

(大竹) ここまでご説明していただいた形で、新型コロナの感染拡大の前には特措法ができていて、行動計画も政府対策本部も法律の枠組みできちんとできてきた。ある意味、法的には準備万端だったところに新型コロナがやってきたわけなのですが、初めての適用ですから、いろいろな混乱はあったと思います。そのあたりを今から振り返って、その行動計画や特措法をつくったときの想定と、実際に適用していったときにどんな混乱があって、どのように対応していったのかということをお話いただけますか。

◆想定シナリオと実態

◇想定シナリオと実態 1~発生当初法律で新型コロナを読めなかったという事態

(齋藤) 特措法の対象となる疾患は、新型インフルエンザ、つまりインフルエンザウイルスの新しいものが出てきた場合というのがまずあって、それに加えて「新感染症」もスコープに入れています。新感染症というのは、病原体がまだ分からない、診断方法がないけれども、どうも人から人に移る感染症らしいというときに使われるカテゴリーになっています(図2)。ですので、ある程度、未知の感染症を想定した計画になっていました。ただ、今回出てきたのは新型コロナウイルスで、新しい感染症として出てきて、割と早いうちに病原体が分かってしまった。そうすると、どうもこれはパンデミックを起こしそうだということではあるのですけれども、新型インフルエンザでもない、そして病原体が分かっているのに新感染症にも入らないという状況から始まっています。

図2. 感染症法・特措法の対象と新型コロナ対応

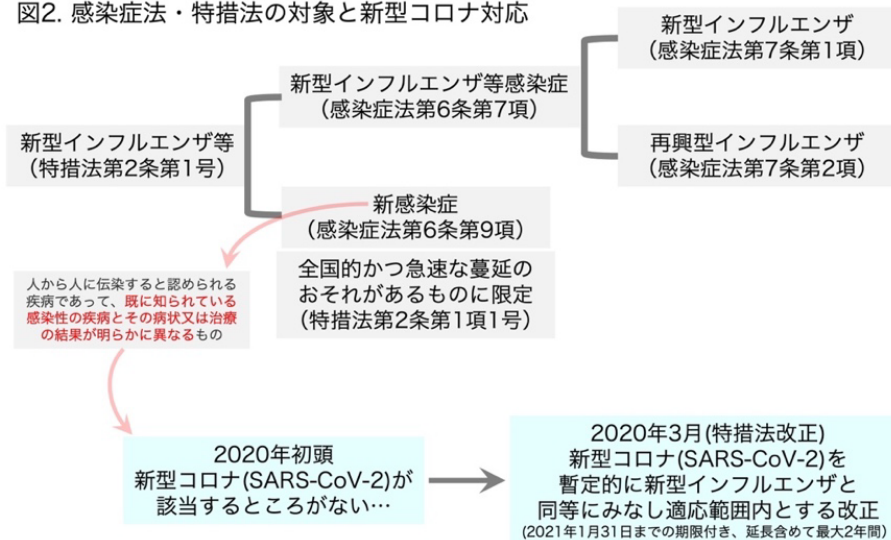


表2. 指定感染症の枠組みと新型コロナ対応

厚生労働省の公開資料を一部抜粋・改編

	指定感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	新型インフルエンザ等感染症
規定されている疾病名	新型コロナウイルス感染症	エボラ出血熱・バスタ・ラッサ熱等	結核・SARS 鳥インフルエンザ(H5N1)等	コレラ・細菌性赤痢・腸チフス等	黄熱・鳥インフルエンザ(H5N1以外)等	インフルエンザ・性器クラミジア感染症・梅毒等	新型インフルエンザ・再興型インフルエンザ
疾病名の規定方法	政令 周知に際しては感染症法第2条第1項に規定	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	法律
疑似症患者への適用	○	○	○ (政令で定める感染症のみ)	—	—	—	○
無症状病原体保有者への適用	○	○	—	—	—	—	○
診断・死亡したときの医師による届出	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	○ (直ちに)
獣医師の届出・動物の輸入に関する措置	—	○	○	○	○	—	○
患者情報等の定点把握	—	—	△ (一部の施設にのみ)	△ (一部の施設にのみ)	△ (一部の施設にのみ)	○	—
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	○
健康診断受診の勧告・実施	○	○	○	○	—	—	○
就業制限	○	○	○	○	—	—	○
入院の勧告・措置	○	○	○	—	—	—	○
検体の収去・採取等	○	○	○	—	—	—	○
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○	○	○	○	○	—	○
ねずみ、昆虫等の駆除	○	○	○	○	○	—	○(※)
生活用水の使用制限	○	○	○	○	—	—	○(※)
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	○	○	—	—	—	—	○(※)
発生・実施する措置等の公表	○	—	—	—	—	—	○
健康状態の報告、外出自粛等の要請	○	—	—	—	—	—	○
都道府県による経過報告	○	—	—	—	—	—	○

黄：指定時に適用(2/1施行)

橙：改正①時に適用(2/14施行)

桃：改正②時に適用(3/27施行)

※感染症法第44条第4項に基づき、政令が定められ施行することとされた場合に適用

(大竹) なるほど。

(齋藤) そして、まず最初に指定感染症というカテゴリーに入れて、入院措置など人権の制限を伴う措置ができるようにはしたけれども、指定感染症もこれまた特措法の対象にはなっていない(表2)。それで、特措法の枠組みでは動かせないというところから・・・。

(大竹) 一番最初は特措法には簡単には入らない状況だったと。だから、当然だけれども感染症法には指定感染症で入れることができたという状況ですね。

(齋藤) そういうところでスタートして、では新型インフルエンザ等対策の行動計画は開くのか開かないのかというのが分からないうちに1カ月が過ぎていって、いよいよこれはやはりパンデミックとして特措法に基づく対策が必要ということになり、特措法の中で新型コロナウイルス感染症も読めるように法改正が行われていくということです(図2)。

(大竹) そこに「等」というのが入った？

(齋藤) 「等」というのは、前から新型インフルエンザ、プラス新感染症で「新型インフルエンザ等」ということなのです。

(大竹) 同じ「等」でも意味が違うんですね。

(齋藤) その「等」だけではコロナは読めなかったということです。そういうところから始まっています。そして、ようやく対策本部を設置するところまで決まったところで、ようやくこの特措法に基づく措置ができるようになったのですけれども、それが3月の終わりです。その時期には、行動計画などで想定していたシナリオと大きく状況が違っていました(図2)。

(大竹) それは例えばどんなところですか。大きくというのは、幾つか挙げるとすると。

◇想定シナリオと実態 2~封じ込め戦略-クラスター対策

(齋藤) 一番大きいのは、行動計画ではインフルエンザをまず最初は封じ込めといいですか、感染者を一人一人丹念に追って行って疫学的なつながりをずっと見ていく。それが見られている間は入院措置をずっと行っていく。ただ、いったんそれが見えなくなってしまうたら、入院措置などはやめて、それぞれの医療機関で診療していく体制に切り替える。

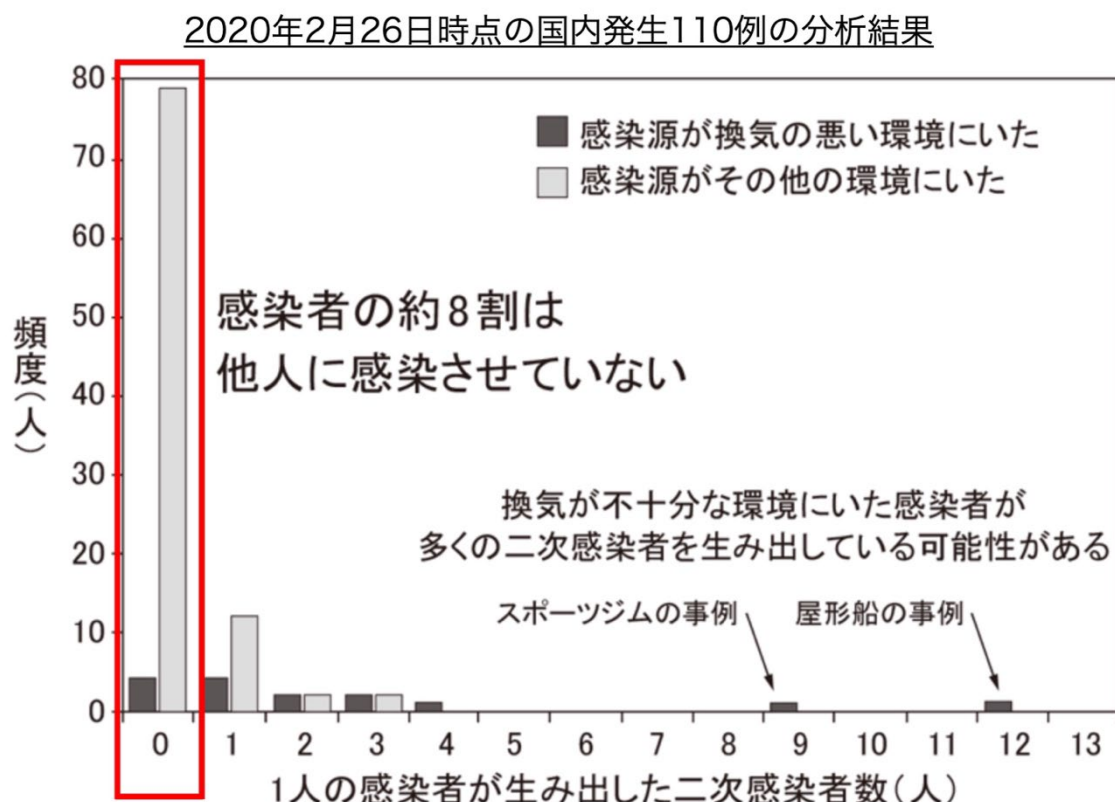
(大竹) 特別な医療機関だけで対応する期間はある程度短くて、まん延してしまったとすれば、どの医療機関でも診られるようにするということが行動計画のレベルではきちん

と想定されていた。ところが実際、新型コロナの場合はそれができなかったというのは何か理由があるのですか。

(齋藤) 二つ理由があります。インフルエンザでは確かにそのように計画をつくったし、みんなそういう認識でいました。ただ、ふたを開けてみたら起きた感染症は新しい感染症だし、薬もワクチンもなく、検査もできない。こんな状況ではインフルエンザのようにどこの医療機関でも受け入れますよというわけにはなかなかいかないですよという話にやばりになってしまった。それが一つです。

もう一つは、インフルエンザであれば、感染した人は誰でもどんどん周りの人に移してしまっていて、あまり疫学調査を行って誰から誰に移ったかを探すのはだんだん意味がなくなってくるのですが、今回のコロナの場合は、比較的、感染者が次の感染者を生み出すまでの時間が長くて、さらに感染者みんなが誰かに感染させるわけではない。一部の人がたくさんの人に感染させるという現象が起こってこの感染症は広がっているらしい。だとすると、その1人が何人も感染させてしまうところを見つけて、そういったところをできるだけ抑えていけばこの感染症は制圧できるのではないかという考えがあったので、リンクは全部は追えなかったけれども、なるべく追いつけるという戦略を試みたのです(図3)。

図3. クラスター対策への道のり



新型コロナウイルス厚生労働省対策本部クラスター対策班
国立感染症研究所 病原微生物検出情報(IASR) Vol. 42 p30-32: 2021年2月号
Endo A, *et al.*, Wellcome Open Res 10; 5: 67; 2020
一部改編

(大竹) 新型インフルエンザの想定では疫学調査の可能な期間は短いから、やってもいいけれどもすぐに切り替えるという形になっていたけれども、新型コロナの場合には、結構、疫学調査で対応することに効果がありそうだとすることで、それがかなり長く対策として用いられたというので想定と全然違っていたという感じですか。

(齋藤) はい。

(岩本) 質問をいいですか。最初の方の、新型インフルエンザではなかったから一般の医療機関が診られなかったという話ですけども、特措法の中には新感染症も入っていますよね。そちらの方はもっと一般の医療機関が診られなくなるのではないかと思いますけれども、行動計画ではそこは考えられたのでしょうか。

(齋藤) 行動計画では、確かに新感染症という言葉は入っていたのですがけれども、では新感染症でこれがうまく行くかという話はほとんど議論されていませんでした。

(大竹) 事実上、新型インフルエンザしか想定していなかったという感じなのですね。

(岩本) そこがかなり大きな問題点として後々ずっと響いていくと思います。場合によっては新型インフルエンザもかなり強毒性であれば一般の医療機関が診ないという事態も、実際にコロナの対応を見ていると考えられそうなのですけども、そのような心配はなかったのでしょうか。

(齋藤) そういうシナリオ、本当に激しいインフルエンザが出てくる可能性を指摘されている先生はいらっしゃった。ただ、現場での訓練や演習というところになると、そういうシナリオを考えて、本当に人がたくさん亡くなって人工呼吸器をどちらに付けないといけないのだなという話になったらどうするというような議論にはなかなか至らなかったというのが実情です。

(大竹) その背景には、やはり直前の2009年の豚インフルエンザが思ったほど重症化しなかったからというのはかなり影響しているのでしょうか。

(齋藤) はい、それはかなり影響があったと思っています。やはり直前のシナリオに引きずられるというのはいろいろなところでの議論でも見られましたし、往々にして、直前の経験に縛られる人と、本当に激しいシナリオを考える人で二極化して議論が全くかみ合わないみたいな状況にも置かれてしまうぐらい、みんなの中で同じ絵を頭に浮かべるのは難しい状況があったということです。

(大竹) そういう議論があったということは多分ほとんどの人は知らない気がしますがけれども、それは、まだそんなに社会全体にパンデミックが危機感を持って受け止められて

いなかったから、専門家だけの議論で広く受け入れられなかったというのはあるのですね。

(齋藤) 2009年の新型インフルエンザの前に、2008年1月ですが、NHKで新型インフルエンザのパンデミックのドラマが放映されて、それが結構激烈なシナリオで、すごくインパクトがありました。ところが、そういうものを前提で考えていたら、2009年のものは普通のインフルエンザだった、新しいけれども普通のインフルエンザが出てきてしまって、そんな激烈なものは起きないよと、むしろ割と初期にそんな大したことはないと分かるようなシナリオに、みんなの考え、社会的な考えが傾いてしまったという感じはします。

◇想定シナリオと実態 3~クラスター対策と行動制限

(大竹) 当初想定したのと違うということで私がもう一つ思ったことがあります。先ほど疫学的な調査が結構有効な病気だったということが当初の想定と違うとおっしゃったのですけれども、感染拡大の仕方が全然違ったところも想定と違ったと思いました。営業規制をするという議論をしたときに、当初の行動計画というか特措法の中で決められていたのは、百貨店など大きく人が集まる場所、イベントなど、そういうところだけが想定されていたのですけれども、新型コロナのクラスターとなっていたのは飲食店だったということで、飲食店が当初の規制対象に入っていないまま緊急事態宣言に入ったところがありましたよね。あのあたりの法的な枠組みというか、行動計画にないところだけでも規制していこうという感じは、どんなふうに議論されていたのですか。

(齋藤) クラスター対策という形で、クラスターがしやすい場をどんどん追っていったら自然とそういう場所が浮かび上がってきたということがあって、最初は、リスクが高いところはここですと呼びかけていく。その中でだんだんと飲食店や夜の街というキーワードが出てきたわけです。最初は社会全体に対して自粛という形で始まったわけですが、だんだん、もっとリスクが高い場所にピンポイントに絞れないのか、という話になってきて、そうすると飲食店という場が出てきて、ではそこだけピンポイントに行動制限あるいは営業制限みたいなことをかけられないのかという議論が出てくる。最初はそれを呼びかけという形でやっていったり、こういうところがリスクですよと言ってきたりしたけれども、さすがにそれだけではもたなくなってきた、法改正をして、まん延防止等重点措置という形で緊急事態宣言の前段階でピンポイントにリスクが高いところに行動制限をかけられるようにしていった。そんな流れであったと思います。

(岩本) 特措法が成立した後に、政令で建物の使用や営業の制限をかける場所を決める議論が有識者会議であったと思うのですけれども、一つは先ほど大竹先生がおっしゃったように、大規模なところに限定するというところで、床面積1000平米というところに線が引かれる議論がありました。それをしたのは大規模イベントを制限するという観点が一つあったかと思うのです。ですから、小規模はまず対象から外れる形で政令もつくられていた

ので、特措法の体系と今回のコロナの場合のずれを生んだ。あとは、政令では飲食店も外れている。飲食店は生活に必要な、必需的なものだというカテゴリーの中に含まれていて、除外されていたので、そこである意味、リスクと必需的な性格なものとの兼ね合いといった議論もあって決まったようには見えただけですけども、そういう理解でいいのかということをお伺いしたいです。

(齋藤) コロナ前は大規模に広がりそうなところをなるべく絞り込んで、そこに制限をかけるという考えだったので、大規模な施設に限定していたのですが、もう一つ、多分インフルエンザを想定していたせいで、活動的な若者、20代、30代、40代という世代で大きく広がる場所になるという意識は、実はあまりなかったのではないかと思います。ですから、どちらかというと学校などは気にしていたけれども、若者たちの飲み会などの場は、どちらかというと抑え込んでいく対象とはあまり考えられていなくて、議論もされなかったところはあるかと思います。

おっしゃるとおりで、一般的な普通の生活の維持ということも外出自粛期間中の重要なテーマですので、最低限、そういった市民が社会生活を送るための施設は制限しないという考えでやっていた。ですので、ホテルなどでも宿泊の部分と飲食の部分はまた分離して考える、といった想定になっていたかと思います。

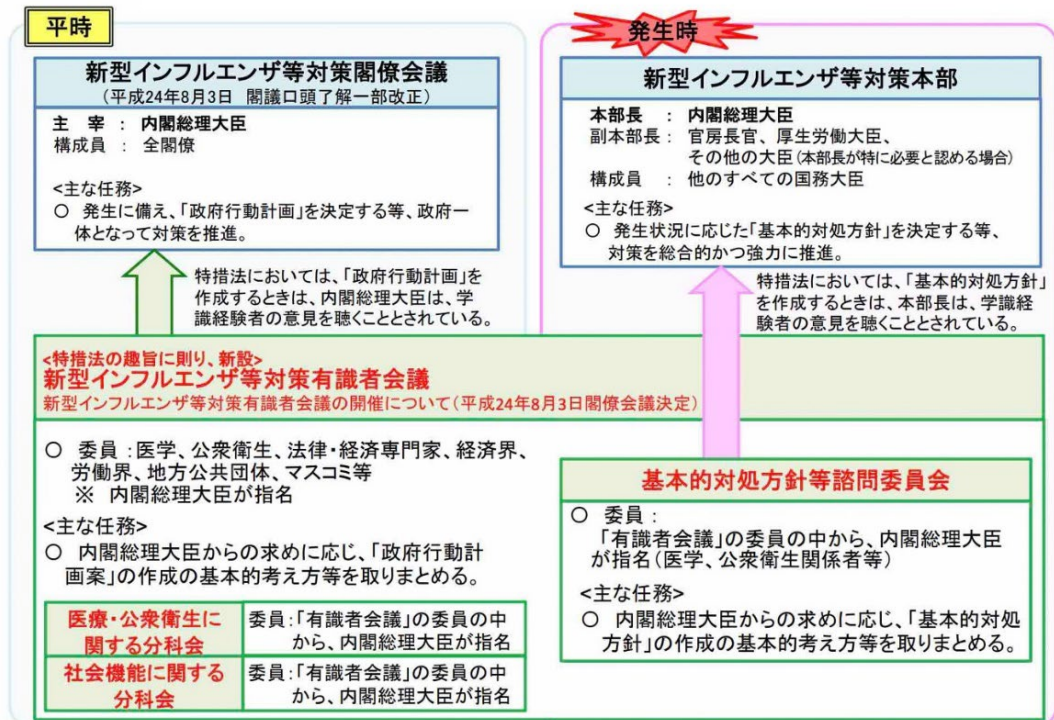
◇想定シナリオと実態 4~枠組みについて

(大竹) 少し戻ると、この特措法の対象になって、分科会が設置されたり、専門家会議は特措法対象前からできていたと思うのですけれども、そのつながりはどんな感じだったのでしょうか。どういうふうに設定していった、分科会がどんなふうにできていったのでしょうか。

(齋藤) まず、元々は有識者会議という枠組みがありました。その下に医療・公衆衛生に関する分科会と社会機能に関する分科会という形で分かれて、さらに基本的対処方針等諮問委員会が別に用意されていました。これらは実は法に基づくものではなかったのですけれども、ただ、法の中で、行動計画をつくる時には専門家の意見を聞く、緊急事態宣言を出すときには専門家の意見を聞くという条項¹⁰はあったので、法に基づいて専門家の意見を聞く場としてそういった場所が使われることになっていました。基本的に有識者会議が大きな母体となって、その構成員の中で分科会や基本的対処方針等諮問委員会のメンバーが選任されて幾つかの議論をするという形でメンバーは構成されていました(図4)。

10 特措法第6条5：内閣総理大臣は、前項の規定により政府行動計画の案を作成しようとするときは、あらかじめ、感染症に関する専門的な知識を有する者その他の学識経験者の意見を聴かなければならない。

図4. 新型インフルエンザ等対策に係る対処体制



内閣官房 新型インフルエンザ等対策有識者会議(第1回)・資料1-1 (一部改編)
<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/yusikisyakaigi/dai1/siryou1-1.pdf>

(大竹) 最初から有識者会議のメンバーは事前において、特措法対象になったときに分科会がその中から選定されるという感じですか。それも以前からできていたのでしょうか。

(齋藤) 分科会もありました。

(大竹) 新型コロナ対策はあらかじめ準備されていた体制で始まったという感じですね。この点についてはまた後に議論するとします。緊急事態宣言の運用と実態との乖離として、岩本さんが問題提起されている話は、緊急事態宣言はもっと長期でも運用されていることを想定されたのではないかと。というものです。実際には私権制限が行われるのと緊急事態宣言が全く同一とみなされて運用されたわけです。私権制限を決めた特措法45条¹¹の実施の話と、緊急事態宣言そのものが同一視されるようになってしまったということについて、岩本さんの方から、今の問題点があったのではないかと話をしていただければと思います。また、そのような運用をせざるを得なかったのだとしたら、そう背景の議論を齋藤さんの方からしていただければと思います。

11 特措法第45条 (<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=424AC0000000031>)

◇想定シナリオと実態 5～緊急事態宣言と私権制限

(岩本) 問題意識の大きいところから始めますと、特措法は私権制限を伴うので、憲法にも抵触する恐れがある。第5条で基本的人権の尊重をうたっていて、自由と権利の制限は必要最小限であるべきであるとしています。この必要最小限をどのように規定するのかということですが、一つあるべき運用は、立法時に国会で限度を説明して、その範囲内で対策を実施すること。それを超える、国会で説明した以上のことをやってしまうことは、かなり問題にならないかという問題意識があります。緊急事態措置に関しては、国会に事後報告することが規定されているので、まず国会の抑制が働くような仕組みを想定していたのではないかと思います。けれども、実態はその説明以上の私権制限が実行されてしまった。

この45条による措置ですが、国会に対しては1～2週間程度ですという説明がされていた¹²。その根拠が果たして妥当なものだったのかという課題もあるのではないかと思います。場所としては、これが議論されたのは政令で肉付けする議論をした有識者会議の方で、田代真人¹³先生から、インフルエンザの潜伏期間や発症期間などを踏まえて1～2週間といっているのですが、これは病気になっている人ではなくて一般市民の制限なのに、なぜそちらの数字がこちらに出るのかという趣旨の質問が出てきました。結果的に、それに関して真っ向からの回答は有識者会議ではできていない¹⁴。

国会の方ではその説明で通ってしまっているということですから、そうすると、基本的人権を尊重するとなれば、45条の措置はその期間でしか出せないという解釈も成り立つのではないかと。しかし、それ以上のものがされてしまった。1年のほとんどの期間に営業制限が加わるとか、そういったことが行われてしまった。もしこれが通るのであれば、これは先ほど少し出しましたが、よその法律も似たような構造を持っているわけで、有事法制でも基本的人権の尊重をうたっているのですが、それに関してどの程度の制限が加わるのかということは懸念事項なので、当然その法律を制定する段階で、国会で議論されると思うのですが、そこで説明していることが何の歯止めにもならないということにつながってしまう。法律で制限できるというものを加えてしまえば、もうあとは自由に行政でできてしまう。まん延防止等重点措置（まん防）の場合は国会に報告しなくてもいいという扱いだったと思うのですが、そういうことをしても何も国会に対して説明する必要すらないという法律になってしまったということに関して非常に懸念を感じています。

というのが問題意識なのですが、ここまでのところの1～2週間という説明に関してどのようにお考えなのかということをお伺いしたいのですが。

12 2012年3月28日の内閣委員会での政府参考人答弁。

<https://kokkai.ndl.go.jp/txt/118004889X00620120328/21>

13 田代真人 国立感染症研究所（当時）

14 新型インフルエンザ等対策有識者会議（第3回、2012年10月16日）議事録。

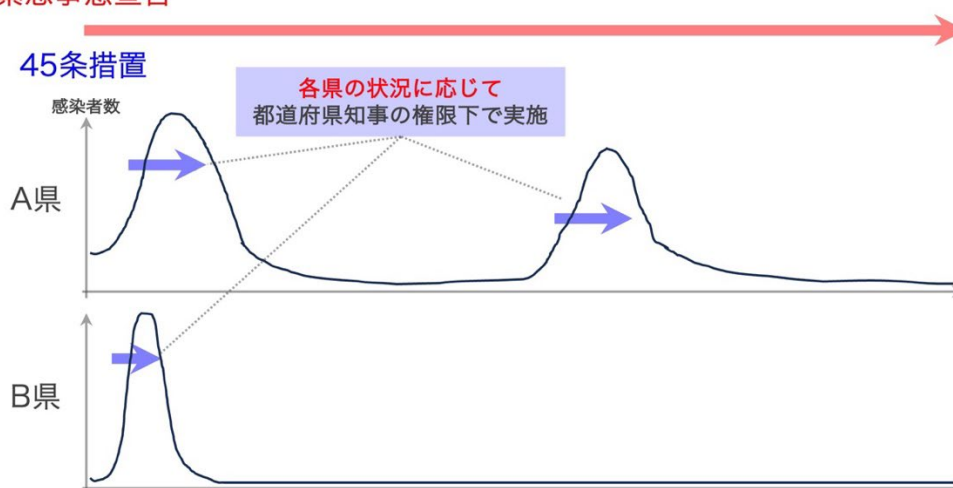
<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/yusikisyakaigi/dai3/gijiroku3.pdf>

(齋藤) はい。元々インフルエンザの方は、比較的感染が起きてからのサイクルは短いので、ある程度、行動制限の期間が短くても効果が見えてくるだろうと考えられていました。それで、実際に外出自粛や行動制限をかけるにしても2週間程度ではないかという想像が働いていました。以前の訓練のシナリオを見ると分かるのですけれども、例えば全国や、ある都道府県などに2年間という最長の単位で緊急事態措置を取れる期間を宣言してしまって、その後、外出自粛やそういった措置を行うのは都道府県の知事の権限で、流行に応じてやっていく。そういう考え方、運用がされるのではないかと考えられていたということが前提にあります。そうであるとするならば、実際に行動制限がかかる期間はそれほど長くはない。そうすると、事前に影響を受ける商店など事業をやっている人にとっても、いわゆる風水害や自然災害と同じように自分たちで準備をしておくべきリスクの一つですよね、という前提で考えられていたという背景があります(図5)。

図5. 緊急事態宣言と緊急事態措置

<想定シナリオ>

緊急事態宣言



<実態*>

*都道府県により発出期間や解除時期にばらつきがあります

緊急事態宣言

2020/4/7-5/25
(1.5ヶ月)

2021/1/8-3/21
(2.5ヶ月)

2021/4/25-6/20
(2ヶ月)

2021/7/21-9/30
(2ヶ月)

45条措置

緊急事態宣言と"セット"で45条措置を実施し、
その期間は1~2週間ではなかった(→と→)

まん延防止等重点措置
(まん防)

2021/4/5-9/30
(6ヶ月)

2022/1/9-3/21
(2.5ヶ月)

(大竹) 私も、尾身¹⁵先生の勉強会でそういう話を齋藤さんから聞いて、そういう背景なのかと思っていました。齋藤さんが、緊急事態宣言は長期で出す想定だったと勉強会でいわれたときには、ああ、なるほどと、思いました。緊急事態宣言の内容を説明する基本的対処方針の文書の多くは医療提供体制をどうするかということなのです。その中に、臨時の医療施設を建設できる条件は緊急事態宣言のときだけだと当初の特措法には書いてありました。実際に発令されたのは1カ月などという形で、1カ月で医療機関を造ってというのは不可能な状況なので、それは現在の法律では、改正されました。緊急事態宣言が長期で発令されるとすると、その間にはかなり自治体の長が権限を持って医療提供体制を整備できることになります。緊急事態宣言は長期に発令されて、岩本さんがおっしゃっているように、私権制限の45条のところは短い期間で発令するというように、想定としては全く分けられていた感じがするのです。そこはやはり、特措法が作られたときはそういう感じだったのですね。

(岩本) 緊急事態宣言は国の方で設定して、45条措置を取るのは都道府県の判断という仕分けがあったとして、ただ、今回の経験では、地方が制限に関してかなり積極的であって、むしろ国が抑えるという方に働いたので、45条措置が大きくなって緊急事態宣言の枠に重なってしまったという流れですか。

(齋藤) 幾つか複雑な話があるのですけれども、恐らく緊急事態措置と緊急事態の期間を多分、みんな分かっていなかった。

(大竹) みんなというのは誰なのですか。

(齋藤) 今回、緊急事態宣言を出すに当たって国会で事前に説明しているのです。本当は事前には要らないのですけれども、ただ、国会では説明した。その中で期間が2年間というのは多分、説明しても分かってもえなかったのだろうと想像されます。

(大竹) 国会議員が理解していないだろうから、そもそも2年というのは選択肢がなかったと政府側の人は考えた。

(齋藤) 多分、説明的にもたないと考えたのではないかと想像します。

(大竹) なるほど。

(齋藤) 当然それは長過ぎると言われるに決まっていて、いや、これは短期間でまずやりますという説明にしかかなかでなくなる。本来は事前に承認は必要ないのですけれども、この国会での議論の中で緊急事態宣言を出すには先に説明してくださいねと言われて「はい」と言ってしまったので、説明せざるを得なかった。その説明の際に、やはりそ

15 尾身茂 独立行政法人地域医療機能推進機構・理事長（当時）

こで大反対が起きてしまったら、説明だけであっても前になかなか進まなくなってしまうので、どうしてもいきなり2年みたいなことを運用するのは難しくなったという状況もあるのではないかと思います。

(大竹) そういう意味では、名称が悪かったのかもしれないですね。

(齋藤) それはあると思います。

(大竹) でも、実際にその後、特措法が改正されて臨時の医療機関の開設は、政府対策本部ができていた間だったら可能だという形になったので、そちらの方が自然といえば自然だったのでしょうか¹⁶。

(齋藤) 本当に早い段階で緊急事態宣言のスイッチを押すという考え方だったのです。本当の始まり、人から人へ感染していった、もうリンクが分からないという状況になって重症者もたくさん出そうだなと思ったら、もう緊急事態宣言。相当早い段階で始める想定だったのです。

(大竹) けれども「緊急事態宣言」というのは何か強過ぎますよね。緊急事態ということやはり本当に外出規制と同一視すると思うのです。しかし実際には医療提供体制を緊急事態に備えますよというのが中身だとすると、医療者向けの緊急事態と一般国民向けの緊急事態が違っていたのを正しくネーミングできなかったということは、影響があったと感じます。

(齋藤) この「緊急事態」という言葉はすごく強くて、当初、緊急事態宣言を出せ、出せというのは、出せばみんなそれで解決するという期待感がすごくあったと思うのですけれども、ただ、そういう緊急事態宣言でできることの中身を知っている人間としては、「いや、別にただのお願いですよ」と。ただ、みんなは「緊急事態」という言葉を聞いて行動を自粛するかもしれないけれども、ただ、実体的にはそこで劇的に何か変わるものではないということは、少し考え方にずれがあったと思います。

(大竹) 多くの人は多分、海外でロックダウンがされているのを見て、それに近いようなことが行われるのが緊急事態宣言だと思ったということはあると思うのです。それで実際の運用が45条と一緒にやって行われたものだから、もうそこからは修正が利かないですよ。いったんそれで始めると、緊急事態宣言と私権制限は同じだということになってしまう。

16 令和3年2月13日 新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律の施行 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000739057.pdf>)

(齋藤) そのメッセージ部分が非常に大きいと何となく思っていたので、このスイッチは何度も押せないスイッチだと。1 回目でいきなり空振りというか、緊急事態宣言を宣言したけれども何も世の中が反応しなかったということがあると逆に危ないなど。むしろ、「ああ、もう本当に増えてくる。これはまずいのではないかと」と7割ぐらいの人が思ったときぐらいまで待たないとよくないのではないかという印象は持っていました。

(大竹) だから、そういう状況に近いところで実際に発動したという感じなのですか。

(齋藤) 実際にそういうことを意図されたかどうかは分かりませんが、最終的にいろいろな調整を経て決断された時には、そういう時期になってはいたと思います。

◇想定シナリオと実態 6～行動制限の期間と法的根拠

(岩本) それで、結果として緊急事態措置の期間が当初は1カ月ということだったのですが、既に2週間という当初のものから外れてしまっているわけですね。それが新型インフルエンザではないからという説明だけでいいのかどうかも少し疑問に思います。

それはもろもろに関わってくるのですが、特措法の当初の段階では、要請に応じる場合の補償がないということになって、その根拠としては、こういうことが制限されても短期であるわけだから、それは事業のリスクとして承知しておくべきだという説明になると思っています。事前の説明はそれでいいのですけれども、既にここから補償がないということが問題になってくるというのが1点です。これに関しては、法と経済学的な観点からいうと、事前の説明が大事になって、それはある意味、権利の根拠になるわけですから、その権利が侵害されるのであれば、当然その損失の補償は発生するという理屈になってくるので、当初の説明では制限がかからなかったと考えている事業者に関しては、当然、補償が必要になってくる。そのような考え方になるのではないかと思います。どうか。

(齋藤) まず、特措法の第3条、4条に、「国、地方公共団体等の責務」「事業者及び国民の責務」というものがあります。その中で国が、地方公共団体ももちろんこの特措法に基づく措置を実施するというのがあります。事業者及び国民は予防と対策に協力する努力義務があつて、要は、この法律が成立したということは、それに対して責務がもうあります、そしてこの法に基づいて行われた措置は、それに協力する努力義務がそもそもかかっていますという想定なので、お願いされたならばそれに協力するという前提の法律です。

(大竹) ただ、努力義務だからペナルティはないわけですね。

(齋藤) ペナルティはないです。ペナルティを科してまでやるものではないという前提があつたので補償の措置がない。そして、先ほど言ったように期間も短いので自己リスクとして、最初に補償という制度設計がないということだったのだと思います。ただ、それ

では絶対協力が得られないだろうということは専門家会議でもだいぶ話が出て、尾身先生なども、こういった事業者がきちんと緊急事態宣言になって生活を守るように、そういう補償を考えるべきだという議論はされていました。

(大竹) そうですね。実際、専門家会議の提言の中にも経済的補償が必要だという話が入っていました。

◆政策と科学的根拠

◇行動制限の科学的根拠

(大竹) 別の論点についてお聞きしたいと思います。岩本さんが最初に提示された、特措法という法律というか特措法の国会説明では、私権制限の45条の発令期間が1〜2週間という想定だったのが、新型コロナの際には、いきなり4週間という形でかなり45条の適用期間が延びてしまった。そこは、新型コロナだったということかもしれないのですが、例えば西浦¹⁷さんのシミュレーションがかなり大きな影響力を持った感じなのですが、あれがなかったとしたら、やはり45条の適用期間は2週間というものが想定として取られたのでしょうか。

(齋藤) あの想定といいますか計算結果がなければ、2週間という形で始まった可能性は高いと思います。ただ、あの当時、それ以外に信頼できる計算結果、頼りにできる計算結果は誰からも出てこなかったもので、一番確からしい計算の結果を基に期間を議論することになりました。

(大竹) なるほど。

(岩本) そうですか。西浦先生の本¹⁸を読む限りでは、3月の時点で既に1カ月という期間が念頭にあったというような書き方で、西浦先生が8割削減の計算を出してきたのは4月に入ってきてから、1日に専門家会議があつて、その翌日、2日の夜の打ち合わせで話が出て、3日に取材を受けて、それでマスコミに出た¹⁹。専門家会議では何も出てきていないというタイミングです。ですから、その本を読む限りでは、最初に1カ月という相場感があつて、それから西浦さんの8割が出てきたというような書き方だったのですけれども、それとは違うということですか。

17 西浦博 北海道大学大学院医学系研究院・教授（当時）

18 西浦博・川端裕人『理論易学者・西浦博の挑戦 新型コロナからいのちを守れ！』174頁より引用「科学と政治で共通した目標は、1カ月以上この宣言を続けるのは避けたいということでした。」

19 河合香織『分水嶺』122頁

(齋藤) 死亡者の、いわゆる何もしなかった場合の見積もりの話と、対策を実施してそのカーブを何日に縮められるかというのは別の議論だったと思います。

(大竹) そうですね、3月の専門家会議²⁰で出したときは対策うんぬんというのはなかったですね、確か。

(岩本) ああ、そうですか。対策がないのが出てきて。

(大竹) オーバーシュートの可能性という話だったと思いますけれども。

(岩本) そちらの方が影響を与えたという。

(大竹) はい。どのくらいの期間で抑えられるかという話はあったと思います。そこが多分、岩本さんが問題視しているところですね。

(岩本) 話としては、最初に対策がなければこれだけ広がるという計算が出てきたので、1カ月という相場感が出来上がって、その中で今度は8割削減が必要だというのが後から出てきたという順番ですね。

(大竹) 8割削減であったとしても1カ月というシミュレーションだったからということですね。だから、仮に8割削減で2週間で終わるというのだったら、新型インフルエンザと同じように2週間の45条適用という形になった可能性は高いということですね。

(齋藤) あのとき一番議論になっていたというか、多分、世の中的に誤解があったのは、このカーブを下向きにすればそこで終わりと当初は思っていた。ただ、カーブを下向きにしても、またみんなが接触し出せばその時の感染者数からスタートして再び感染が広がってしまうということが、多分、認識のずれがあったと思います。どうせすぐに上がってきてしまうので、また次の大きな波が来るまでの時間を十分に取るにはここまで下げなければいけない。それには8割で1カ月頑張ってここまで下げないといけないというのが、彼の主張だったと思います。

(岩本) そこが日本の場合は西浦先生が主張して、イギリスだとFergusonら²¹が主張したサプレッション（抑制）という考え方になるかと思うのですけれども。これは新型インフルエンザでも新型コロナでも、抽象化された数理モデルですと、どちらでも適用できるモデル体系になっている。元々特措法で考えられていたのは、サプレッションではなくて

20 「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言（3月19日）」（新型コロナウイルス対策専門家会議）<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000610566.pdf>

21 Ferguson, Neil M., et al. (2020), “Impact of Non-pharmaceutical Interventions (NPIs) to Reduce COVID-19 Mortality and Healthcare Demand.” <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-03-16-COVID19-Report-9.pdf>

ミティゲーション（緩和）、実効再生産数²²を1に抑えて横ばいで推移するという考え方であったように見受けられます。しかし、実際起こってみると、イギリスでも日本でも、もっと1以下にもっと抑えて、おっしゃったように次の波までの時間を長く取ろうという考え方が後から出てきたようにも見えるのですね。そうすると、ミティゲーションが出てくるのは行動計画ですが、行動計画の基本戦略と実際に取られる基本戦略が違ってしまったという印象を受けるのですけれども、これはいかがでしょうか。

（齋藤） まず、実効再生産数、基本再生産数²³の数値がインフルエンザの場合、1から2ぐらいで恐らく見積もられていた。コロナではそれをはるかに超える性質を持つというか、みんな免疫がない中で感染性がそれなりにあるということで、相当強力だったので、どうしてもちょっとやそっとカーブをフラットにするだけでは全然太刀打ちができない。少し気を抜けばすぐにまた感染者数が跳ね上がってしまうという性質だったというのがやはり大きいのかなと。インフルエンザであれば、恐らくそんなに頑張らなくても1に近いところで粘れるという考えはあったとは思いますが。これは全体的にみんな楽観視していたのだというのがあって、楽観していたというのと、自分たちで抑え切れる、この現状で少し頑張って抑えられる範囲で終わってほしいという期待感も含めたシナリオになっていたので、行動計画もそういう想定になって、現実とは合わなかったということです。

（大竹） 岩本さんがおっしゃったことと実際は少し近いと思ったのは、第1回目の緊急事態宣言をいつ解除するかという解除基準をつくったときの議論です。私は、当初の目的の保健所でクラスターの追跡ができる数が何人ぐらいだという議論があって、それができなくなったから全体で押さえ込むという形になったのだから、そこに戻ればいいのではないかと、それを基準にすべきだということを申し上げました。そのときに、かなりの人たちは、ここまで下がってきたのだから、それこそ次に絶対上がらないぐらい下げられる、あるいは極端な話、ゼロにできるのではないかと、だからゼロにできるまで緊急事態宣言を続けるべきだという議論が入ってきたというのは、岩本さんがおっしゃったのと、感染レベルをどこに維持するかという議論としては少し似ているかなと思います。4月末の時点で、あんなに下がるとは思ってなかったところが下がってきたのだから、少し目標を変えたい、その方が長期的に楽だという気持ちはよく分かる。そういう議論が出てきたのは事実かなと思います。

（齋藤） そこは専門家の間でも揺れていたところだと思っていて、これはひょっとしたらゼロにできるのではないかと期待もあったのは事実です。

²² 実効再生産数（effective reproduction number: R_t ）：ある時刻 t における一定対策下での1人の感染者による二次感染者数（西浦博ら、統計数理 第54巻: 461-480, 2006）

²³ 基本再生産数（basic reproduction number: R_0 ）：ある感染症に対して全く免疫を持たない集団の中で、1人の感染者が平均して何名の二次感染者を発生させるかを推定した値（国立感染症研究所 IASR Vol. 42 p30-32: 2021年2月号）

◇行動制限開始と解除基準の設定（出口戦略）

（岩本） ちょっと論点が変わってしまうかもしれませんが、出口というか解除基準を決めるところで、最初に接触 8 割削減の根拠になった数理モデルと乖離がどうもあったように見受けられます。数理モデルですと、抽象化されていて、コンタクトトレーシングができるまでの人数が 100 人と設定されていて、ただ、それは現実には落とし込めていないので、解除基準のところでも議論していたようなことにちょっと唖然としました²⁴。要するに、入るときに出口が考えられていないという状況になっている。そうすると、入るときには、こういう私権制限をやっているわけですからきちんと出口のことまで考えて入った方が良く、これは戦争などになったら本当に大変な話になってしまうので、そこはすごく唖然としたのです。

それで、今回は数理モデルを適用したことによってハードルが上がってしまって、解除基準に関しても数値で出してきちんと根拠をつくるということが求められるようになると、なかなか応え切れないということもあるかと思うので、数理モデルを適用することの限界を感じました。入るのと出るのとでの問題点は特措法の適用自体にもあって、政府対策本部の設置と廃止と関係しているのですけれども、入るときは非常に致死率が高いとかいう状況を踏まえて決めている。行動計画にもその点の情報が全部入っていて、新型インフルエンザに関する想定ですと、スペイン風邪を想定した 2%という致死率と、アジア風邪を想定した 0.53%という数字が入っている。これは行動計画そのものではないですけれども、ガイドラインの方で季節性インフルエンザは 0.1%以下という数字が入っていて、基本的対処方針の方もそういう数字が書かれていました。それなら出口の方も、新型コロナは致死率が 0.1%に近いところまで来たら、そこで出られるという話にはなるべきではないか。逆に、そのあたりがはっきりしないと、早く出たい人は緩い基準に持っていくとか、いや厳しい基準に持っていくとかで、出口が決められなくなるという問題が生じるわけです。

実際、特措法でも政府の対策本部を廃止する条件が書かれているので、それに対応するものがあつたのですが、最後の出るところでは、非常に抵抗があつたというか、まずは季節性インフルエンザの致死率は 0.1%と最初を書いてあつたのに、0.02~0.03%に下がってしまっていた²⁵。しかも季節性インフルエンザと新型コロナは全然性質が違うものだから、致死率で比べるのは適切ではないという専門家の見解が出されて²⁶、出られなくなってしまう。これは特措法の適用自体に問題があつて、慎重に考えないといけないということにつながると思うのです。ということで、数理モデルあるいはデータを用いた政策決定を目指すのもいいのですけれども、かなり不完全なところがあつたということを感じました。

24 河合香織『分水嶺』153 頁

25 「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（2021 年 11 月 19 日）。

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kihon_r_031119.pdf

26 押谷仁・鈴木基・西浦博・脇田隆宇「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」（2022 年 12 月 14 日）。

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

(大竹) 今の補足ですけれども、特に実際の第1回目の緊急事態宣言の出口の話は、緊急事態宣言というよりは45条の問題ですよ。45条の適用のときに、入り口と出口の基準を同時にやっておかないといけなかったのが一切なかったというのが多分、大きな問題だったのでしょうね。

それから、全体について、何か出口戦略を考えること自体がけしからんという雰囲気が常にありました。今、一生懸命守る、自粛しろと言っているのに、出口を議論すること自体が、その行動を緩めるのではないかというのが、あらゆる事態で常にいわれていたということもあって、そこはすごく経済学者としては違和感を持っていました。経済学者は、われわれの言葉だったらバックワードインダクション（後ろ向き帰納法）といって、将来のことを考えて、そこから後ろ向きに今を考えて、現在の最適な行動を考えるのが合理的だという考え方で訓練されています。そのため、出口がどうなるのか全く想定しないで今のことを考えろというのはすごく不思議な感じがするのです。行動経済学では、人間は今まで行ってきたことを維持する傾向があると考えられているので、行動経済学者としては、それは分からないではないのです。でも、出口のことを考えてはいけないという発想はないです。しかし、医療の人たちは、特に政治的にもそうだったのかもしれないですけれども、行動が緩むので出口がどうなるかということは今考えてはいけないという感じがすごく強かったと思います。そういう意味で、他の有事の場合にでも大丈夫なのかというのは、岩本さんがいうとおり、心配になるかなという気がします。その辺りは振り返って、いかがですか。

(齋藤) もうまさにおっしゃるとおりで、危機管理をやっている人間からすると、危機の始まりのスイッチを押すのは簡単です。ただ、危機はなかなか終われない。当然もう戒めのように終わりを考えてきちんとスイッチを押すということはずっといわれているのですけれども、実際のところ、終わりを具体的にここと決めて突入することはなかなか難しいと思っています。

(大竹) ただ、そこを何かルールで縛っておくと、押す側は非常に押しにくくなるのですか。でも、押しやすくなるというところもあるとは思いますが。

(齋藤) そういう効果はあるとは思いますが、もし今後、緊急事態宣言がもう少し強権的なものであれば、恐らく、他の国もそうだと思いますけれども、かなり厳密に期限を切ってやるべき話だったろうとは思っています。緊急事態宣言も入るときに毎回、これは何週間やるのだ、どうなったら終わるのだということは相当議論していたと思うのですが、専門家の間でも、これでいいのではないのかという線がまず区切れないという問題と、あとは専門家では決められない社会的合意の問題であるという二つの側面があったと思います。

(大竹) 感染症の専門家のその傾向は仲田²⁷さんなどがよく批判されたものですが、感染の最悪の状況と最善の状況の見通しが全然出なかった、中間的なものという条件付きでさえもなかなか出せなかったというところは大きいと思います。そこが、岩本さんがいうとおり、数理モデルがもう少し使われるのだったら、そういう形で使えたと思うのですが、そもそも数理モデルと現実がずれていたというところから、なかなか使いにくいという状況になっていたのかなという気がしますけれども。

(齋藤) 今回のパンデミックは、感染症数理モデル元年というべきイベントで、実戦投入といいますか、実際にリアルタイムで検討しながら使うツールとして運用したのは本当に初めてなので、相当そこはいろいろ改善点を今後考えて運用しなくてはいけないと思います。

◆危機管理対応に携わる人材選定の課題

(大竹) では、次の話題に移りましょう。専門家会議、あるいは分科会のメンバーも途中で替わったりもしていますが、その人員の選定をするときに、課題として今から考えられるものは何かということです。恐らく、当初の委員は、それまで関わってきた感染症の専門家の人たちを中心に、あるいはそういうネットワークの下で選ばれたのだと思うのですが、実際にはその専門能力だけでは対応できない課題がたくさん出てきて、一つの専門分野だけでは対応できないわけです。換気の議論やマスクは効果があるのかどうかということも含めて、あるいは社会経済的な対応の問題点や、教育に対する対応はどうかということも含めて、どんどん問題が想定されていた以上に広がったと思うのですが、今から考えると、そこまで想定していなかったから、やはり人材の選定が分野含めてかなり偏っていたのかなという気がします。そのあたりも含めて、どういう状況だったのか、あるいは今後どうしてすべきかということを議論したいと思います。

◇専門家会議の役割を再確認する必要性

(齋藤) まず、政府の専門家会議という部門がどういう役割を果たすべきなのかというところから考えないといけないと思うのですが、助言組織であるべきなのか、あるいはもう少し社会的合意形成のミニチュア版を行うステークホルダー会議的な側面を持つものなのか、それは性質としてよく考えておく必要があると思っています。どちらかというところ、日本の審議会などはミニチュアステークホルダー的で、「有識者」と呼んでいるコアな関係者で合意形成を目指し、政府の政策の妥当性に外部でお墨付きを与えるような位置付けだと思うのですが、そうあるべきなのか、あるいは政府の対策に関する知恵袋というか、助

27 仲田泰祐 東京大学大学院経済学研究科・准教授

言組織として実効的なものをより目指すのかということで、人の選び方が変わってくるかと思います。

（大竹） 経済学者としては価値観のところまで踏み込まないという意味では、助言組織でいろいろなシナリオを提示するというのが自然な発想だとは思いますが、ここはやはり審議会的に何か答申案を出して、それを政府に提案して、政府がそれを受け入れるというのに近いものを想定されていたということでしょうか。今回の分科会などは。

（齋藤） 今回のコロナ前の有識者会議全体は、どちらかというとミニチュアのステークホルダー会議的要素が強かったと思います。基本的対処方針分科会に関しては答申型の、「これでいいですか」「いいですね」という……。それは少し答申とは違いますね。答申はもう少し政府側から出す感じですね。

（岩本） 諮問を受けて答申を出すという感じでしょうか。

（大竹） そうですね、「これを考えてください」と言われて、それに対して「こうだ」と。それで、それを受け入れるかどうかは政府に権利があるという。

（岩本） 基本的対処方針を諮問して、それに関して答申することなのかもしれません。

（大竹） そうですね。

（齋藤） とすると、基本的対処方針のところは答申型だったのかなと思います。他はステークホルダー的要素が強い形で運用されてきたと思います。いわゆる助言型の組織がないので、どうしても緊急事態のときにバタバタとすぐ、2009年もそうですが、今回も、専門家会議がアドホックに立ち上がるという構造になっているのかなと思います。

◇一部の専門家が科学を代表していた

（大竹） もう一つの論点は、岩本さんと私で議論した点です。それは、専門家という名称で感染症の専門家が中心になることの問題点です。実は専門家は感染症以外にもたくさんいるわけです。経済学者などは専門家会議や分科会を通さずに、例えば政治家や政府に対して助言をしている。別の分野の専門家の助言が政府の意見になった場合に、専門家と専門家の対立の議論ではなくて、政府と感染症の専門家という対立で現れてくるということが若干あったかと思うのです。実際、新型コロナでも AI シミュレーションチーム、あるいは経済学者だと渡辺努²⁸さんのシミュレーションがかなり政府の政策に影響していきま

28 渡辺努 東京大学大学院経済学研究科・教授

したし、仲田さんのシミュレーションもそうですけれども、どうもそれが専門家と専門家ではなくて、専門家と政府というように見られる。というのも、助言組織であるべきはずのところ、一部の専門家が科学者全般を代表しているように見られてしまったのは少し問題だったとは私自身は思いますけれども、岩本さん、補足していただけますか。

(岩本) そもそも法律の方で感染症に関する専門的な知識を持つ者、あとはその他有識者ということで、主流は感染症の専門家ということが有識者会議に関しては規定されているし、実際の人選もそのような形になっていて、経済学者などは後から追加されたような感じになっているので、大竹さんがおっしゃった形に私の方から見ても見えるという状態です。

ですから、感染症の専門家以外のさまざまな分野の専門家がいろいろな助言を政府に対してにくい状態であった。それは、逆に政府も受けづらいというか、表に出ているのは分科会や専門家会議という経路になっているので、そういうフォーマルなところ以外からいろいろな助言を受けて決断しますというような形は、一般から見ると非常に不透明に見えてしまうという面があります。制度的にこの形でいいのか、法律の文言も含めてこれでいいのか、もう少し幅広い専門家を受け入れるという考えがいいのではないかと。特措法自体が社会経済に影響を与えるものですから、ELSI²⁹の課題を持つものだという認識であれば、書き方が少し前の改正で変わって、「高い識見を有する者」と変わったのですが、そこのところから問題ではないかという気がいたします。それから、専門家会議の方は、「医学的見地から」とさらに絞って書かれているので、医学以外の者が入っていないという状態です。ですので、やはりこれは大竹さんと同じで、経済学者だけではなくて、他の分野の科学者もそういう問題点を指摘するのではないかと思います。これは改善する余地というか、そういう議論はないのでしょうか。

(齋藤) 今回、対策推進会議のメンバーが替わって、本当に昔と比べると医療、公衆衛生、などをここまで削ったのかというのが結構驚きというか、逆に戻ってみると、昔はこんなに医療、公衆衛生の人たちがたくさんいたのだと逆に感じた部分もあるのですけれども、この新型インフルエンザという問題における社会の認識が、「あくまで医療、公衆衛生だけの話ですよ」と、やはりみんな昔は思っていたわけです。それが全然そうはいかなくて、社会の隅々まで影響を及ぼす問題だということに今回やっと気付いたのです。本来は厚労省と内閣官房、統括庁³⁰ですけれども、役割分担をして、医療などは徹底的に厚労省から議論をして、それと統括庁の方で社会全体を見渡してバランスを取るという構造にすべきだったのだろうと。ところが、これが全部医療の方の議論に流される形になって、本当にうまくなるかどうかということが問題なのかと思っています。

少なくとも最初の3カ月は、僕はそれで全然よかったのではないかとと思うのですけれども、全体にいわゆる子どもの団子サッカーみたいなところがあって、同時並行でさまざまな問題に手をつけていかなければいけないのに、その時々注目されたトピックに全集

29 倫理的、法的、社会的課題 (ELSI; ethical, legal and social issues)

30 内閣感染症危機管理統括庁 (CAICM; The Cabinet Agency for Infectious Disease Crisis Management)

中していたところがあると思います。本当は全方位的に最初の段階から次に起こる問題を考えて、同時並行で社会経済学のグループなどもこういう議論を始めていないといけなかったのですが、最初から医療という形で議論がドーンと引きずられた状況は、本当は社会経済の分野も議論しておかなければいけないのに全然聞いてもらえないという状況を最初につくったのかなとは思いますが。

（岩本） 最初は他の分野の態勢も整っていないわけなので、それはみんな、こんな多大な影響を及ぼすということには気が付いていなかったというのはあります。そういう説明もされておらず、国会での説明ですと1~2週間で済むわけなので、補償も用意しなくてもいいレベルの措置だということであれば、研究テーマとしても、そんなに深刻な問題でもないということで取り組む人も出てこないで、われわれの方に罪があるかどうかと問われると、それほどわれわれが怠惰ということでもなかったかなと思います。

ただ、今回の経験があるので、これを踏まえてどう考えるのか、どう変えていくのかという議論になった場合、最初の出発点として新型インフルエンザ等対策推進会議のメンバーの入れ替えのところから考えられなかったのか。実際、これで次の行動計画の見直しを議論するわけなので、当然こういった多大な影響を及ぼすものが入ってくるわけですから、その部分は、そういう専門家をかなり動員して議論した方がいいと思うのですが、その体制を今取れていない。外部からの不満みたいになってしまうのですが、そういった懸念を感じるのですが、どうでしょうか、推進会議できちんと議論していただけるのでしょうかね。

（齋藤） まだ3回目なので、次から経済やコミュニケーションなど人文社会科学の先生方のお話を聞く場合が出てくるので、そこでようやくきちんとバランス良く議論できる形になるのではないかと思いますのですが、コロナの以前から、例えばヨーロッパなどで感染症対策の緊急研究プロジェクトをつくるときに、社会、人文、文化人類学・・・。

（大竹） 人文社会科学ではなくて。

（齋藤） 人類学も。

（大竹） 人類学も入ってくるのですか。

（齋藤） はい、そういう方も必ず入れましょうねという考え方があって、ウイルスが何とかとか公衆衛生が何かというだけでなく、社会科学的なアプローチも含めて検討する研究プロジェクトをつくりなさいという機運はあったので、もう少しそういう流れを学んでおく余地はあったのかなと。感染症対策を研究するときに、厚生労働科学研究の中に、積極的に人文社会系の先生を入れた研究グループをつくることはできたとは思いますが。

◆コーディネーション機能・共同拠点の必要性

◇分野に応じた知のキュレーション体制整備の重要性

(大竹) もう1点、私が有識者会議に入って感じたことがあります。今回有識者会議に入っても、各分野数名、1人という分野もありますけれども、そこでその分野の知見を全部集めるとするのは到底不可能なわけです。医療系だと、そもそも研究がチームでなされているから、1人の委員が入ってもその下にはたくさんの方がいるというイメージが付いているのですけれども、例えば経済学だと、その下に別にたくさんの研究チームがあるわけではないのです。だから、そのチームを同時にきちんとつくっておかないと、いざ対策のための研究をはじめようと思っても全然動きが取れない。それは私が分科会に入ったときに、全然知見が足りないから経済学会全体で情報を集めたいというのがあってワーキングをつくったのですけれども、そういうことをきちんと分野の特性に応じてつくっておかないと、1人の人が有識者会議に入ったからといって、やはり神様ではないので、その分野を代表した知見をきちんと提供できるようにはならないのではないのかと思うのです。

◇学術研究と政策研究の違いと政策研究に動員するための仕掛け

(齋藤) おっしゃるとおりで、準備が事前がないと難しいということと、このリアルタイム研究というのは本当に死ぬほど辛い。疫学の人間でも、自分の研究費や研究プロジェクトを投げ打って、それこそ3日ぐらいは寝ずに分析しているという世界で生きていけないといけないので、その苦楽を共にしてくださる方がいらっしゃれば、もう本当にウェルカムということです。

(大竹) そうですね。そこはアカデミックな研究と政策研究の違いで、アカデミックなものは厳密で新規性があるものでないと全然評価されないのですけれども、リアルタイムの政策研究では、厳密性と新規性の二つはそれほど重要ではなくて、使い古された道具でもいいから、きちんと大まかな数字を出していく、タイムリーに分析結果を出していくということが大事なわけです。したがって、政策研究は純粋のアカデミックな業績だけを求めている人には全く魅力がないわけです。その部分を魅力的なものにしていけない限り、多くの研究者が緊急時に参加してくれるというのはなかなか期待できないということで、それは日本経済学会ではいろいろな工夫はしましたけれども、限界があると思います。何か政府としてきちんと対応していくようなものがあれば、今後、これだけ頑張ったものがやはり評価されるのだということをつくっていかないと動かないと思います。

もう1点、分科会で思ったのは、経済学では、例えば行動制限や営業規定をしたらどれだけ経済的な損失があるかというのは、内閣府の研究所でシミュレーションしてくれたらいいのにと思いましたけれども、全く動いてくれなかったのです。厚労省だと感染研がそれに近い感染のシミュレーションをするのでしょうけれども、他の分野についても、緊急時にきちんと政府の中でやるか、あるいはそれを委託するような仕組みをつくらないと、

専門家も幾ら時間を使ったとしても全部には対応できないところがありますから、その仕組みもやっていかないと、良いエビデンスというか、政策の指針になるようなものが出てこないのかなとも思います。その辺が今回の学びですけれども、なかなか簡単には解決しそうにはないのですが。

（岩本） 従来の審議会ですと、委員はそこで口頭で何かをしゃべるということで、本当に薄謝で出ていて、それ以上の対価はないわけです。専門家もそういうことであれば、何か特定の課題について十分調べなければいけない、研究しなくてはいけないということに関して応えられない状態が通例です。大竹さんがおっしゃったように、こちらの方はそういう問題が大きいのだろーと思います。感染症対策は、具体的には何をやるかとなると非常に細かくなってくるので、それに合わせたオーダーメイドの分析を用意しないといけないし、データもどんどん変わるわけですから、その都度やらなければいけないので、アカデミックな研究とは相性が悪いと思います。その代わり、内閣府の研究所、あるいは民間のシンクタンクなど、アカデミックな研究の次元とは違う形で動いているところを活用するという、あとは十分なお金を付けるということです。そういう体制が必要なのかなと思いますね。

（大竹） そこを充実していかないと、政策に資する知見が有識者の方から十分に出てこないと思います。

（岩本） 社会としては専門家の知見を入れないで感染症対策を政治が決めるという状態は受け入れられないと思うので、研究者をただ審議会に呼んで仕入れるだけではなくて、その背後の活動までサポートするところまで踏み込んで考えてもらうことは、これから必要になってくると思います。

（大竹） 齋藤さん、岩本さん、今日は丁寧な議論をしていただき、ありがとうございました。今まであまり議論されておらず知られていなかったことが整理できたと思います。特に特措法がどうやって出来上がってきたか、それが想定とどう違ってきたかということ、それから、それに応じて出てきた問題点について、それに直接関わった齋藤さんから情報を頂いたので非常によく分かったと思います。岩本さんと私からの質問にもきちんと答えていただいて、今までどこにも出ていなかった情報かと思いますので、非常に価値の高い鼎談になったと思います。改めてお礼を申し上げます。どうもありがとうございました。