慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	わが国コロナ・パンデミック危機管理前史 (一) : 感染症法制定から二〇二〇年三月特措法改正まで
Sub Title	Prehistory of the corona pandemic management : 1998 to Mar. 2020 (1)
Author	藤原, 淳一郎(Fujiwara, Junichiro)
Publisher	慶應義塾大学法学研究会
Publication year	2021
Jtitle	法學研究 : 法律・政治・社会 (Journal of law, politics, and sociology). Vol.94, No.12 (2021. 12) ,p.43- 120
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	論説
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00224504-20211228-0043

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

わが国コロナ・パンデミック危機管理前史（一）

――感染症法制定から二〇二〇年三月特措法改正まで――

藤原淳一郎

一　問題の所在
（1）はじめに――本稿の問題意識
（2）当初検証したかった命題
（3）本稿の構成
二　感染症対応法令
（1）感染症法（一九九八年）
（イ）旧・伝染病予防法（一八九七年）から感染症法へ
A　感染症法の制定経緯
B　感染症法の制定理由
C　感染症法の主要論点
（a）感染症の分類学（類型論）
（b）感染症の分類学　その2――指定感染症と新感染症に特化して
（c）感染症の分類学　その3――指摘された問題点
（d）感染症法の人権論
D　法案修正
（a）「前文」の追加
（b）感染症の分類学
（c）人権論
E　附帯決議
（a）感染症の分類学
（b）人権論
（ロ）新しい感染症への対応例
A　新型肺炎SARS（二〇〇三年～）
（a）新感染症から指定感染症へ
（b）「一類感染症」へ――感染症法改正（二〇〇三年）
（c）「二類感染症」へ――感染症法改正（二〇〇六年）
B　新型インフルエンザ――感染症法改正（二〇〇八年）
（a）改正の経緯
（b）改正法案の概要

（c）主要論点――総論
（d）主要論点――各論「まん延ないしパンデミック対策」
C　新型肺炎MERS（二〇一二年～）
（a）情報提供及び協力要請から「指定感染症」へ
（b）「二類感染症」へ――感染症法改正（二〇一四年）
（以上、本号）
（ハ）小括：「感染症法」の課題
A　感染症の類型
B　入院措置
（a）感染症患者等が入院すべき医療機関（プレ・パンデミック）
（b）感染症患者等が入院すべき医療機関（パンデミック時）
（c）入院勧告・措置入院か自宅療養等代用措置か？
C　保健所の体制
D　行動制限措置
（a）旧伝染病予防法の行動制限措置との不連続性
（b）スペイン風邪時の対応（一九一八年～）
（c）感染症法の行動制限の限界
（2）新型インフルエンザ等特別措置法（二〇一二年）
（イ）新型インフルエンザ（豚インフル）（二〇〇九年～）
（ロ）特措法制定の経緯
A　兵庫県検証委員会報告書（二〇〇九年）
（a）報告書の構成
（b）「報告書」提示の論点（第二編第五章）
（c）「報告書」における提言（第三編第五章）
（d）「報告書」の提言する法制化の選択肢
B　総括報告書（二〇一〇年）
（a）全般的事項
（b）各論（抄）
C　論点整理（二〇一一年）
（a）「論点整理」の内容
（b）「論点整理」をめぐる意見交換
D　法制のたたき台（二〇一二年）
（a）「たたき台」の内容
（b）「たたき台」をめぐる意見交換
（以上、九十五巻一号）
（ハ）特措法案の国会審議（二〇一二年）
A　本法案の概要
（a）本法案の提案理由
（b）本法案の内容の概要
B　重要論点に関する審議概要
（a）本法案提案の理由及び経緯
（b）国内感染対策の体制
（c）緊急事態宣言
（d）まん延防止措置
（以上、九十五巻二号）
（ニ）小　括
A　特措法の対象となる「感染症」（二条一号）
B　入院措置
C　行動制限

三　新型コロナへの対応（二〇二〇年初動期）
（1）感染症法
（イ）感染症の「類型」あてはめ論
（ロ）本感染症を「指定感染症」に
（2）特措法
（イ）特措法一部改正法案
（ロ）国会における改正法案審議
A　附則一条の二第一項
B　感染症法又は特措法（二条一号）改正論
（ハ）小括
四　結び
（1）感染症法及び特措法の構造上の問題
A　特措法適用の第一関門（特措法二条一号）
B　特措法適用の第二関門（特措法三二条一項）
C　特措法適用の第三関門（特措法四五条）
（2）感染症法及び特措法の運用上の問題
（3）終わりに
（以上、九十五巻三号）

「私の愛する友たち……、医療に頼り、助かるために必要なことは何でもしなさい。家や庭、通りを燻しなさい。不要不急の外出を避け、人と会うのも避けなさい。……ペストも木材や藁の代わりに体や命を燃やす火事のようなものだからです。……それで、次のように考えなさい『……空気を浄化するために燻し、医療に頼り、必要の無い場所や人との接触を避け、私自身を蔑ろにせず、私のせいで多くの人たちを感染させないように、私の不注意で隣人を死なせないようにしたいと思います。……しかし、隣人が私を必要としているならば、人も場所を避けることなく、すでに述べた通り、進んでそこへ行き、助けます』と」

――マルティン・ルター／多田哲・訳「人は死から逃れることができるのかどうかについて」（いわゆるルターのペスト書簡。一五二七年）ルター研究第一七巻「特集・宗教改革と疫病」二二～二三頁（ルター研究所紀要。発売元・リトン。二〇二一年四月）。

一　問題の所在

（1）　はじめに――本稿の問題意識

人類の文明の歴史は「感染症」[1]とともにあったといっても過言ではない。

二〇一九年秋、中華人民共和国湖北省武漢市で、新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）[2]による新たな感染症（COVID-19。以下「本感染症」という）[3]が発生し、翌二〇二〇年にパンデミック（pamdemic）を引き起こした。[4]本感染症の真最中に、人は中世の「ペスト」[5]を連想してか、アルベール・カミューの『ペスト』がいつになく売れたという。そこまでさかのぼらないまでも、百年ほど前の通称「スペイン風邪」といわれる「スペイン・インフルエンザ」[6]まで引き合いに出される始末である。

二〇〇九年、新型インフルエンザ（H1N1亜型。いわゆる「豚インフル」）が流行した。この年は九月に（自民党・公明党連立の）麻生内閣から（民主党、社会民主党、国民新党連立の）鳩山内閣にかわっている。それはともかく、わが国の感染死亡者が他国に比べて少なかったことが国際的にも注目された。[7]ところが今回の新型コロナウイルス感染症対策において、中央政府（以下「政府」という）も地方公共団体（以下「自治体」という）も、格別二〇〇九年の経験や記録を表立って引用することもなく、その記憶は、大袈裟にいえば封印されつつあるといっても過言ではない。[8]むろん、本感染症は豚インフルとは異なるので、単純な比較や類推ができないということを割引いたとしても、二〇〇九年の出来事を継承し尽くしていないのは、むしろ不可解なことといわざるを得ない。[8の2]

本感染症パンデミックの比較的早い時期に、早くも日本経済新聞滝田洋一編集委員による著作が公刊された。[9]今後も、本感染症が武漢市発生由来か否か、[9の2]中華人民共和国の対応の是非、世界保健機関（以下「WHO」とい

う）の中立性、わが国政府の対応の是非等、本感染症の「事実」経緯に関して、ＷＨＯを含む国内外の公的機関、ノンフィクション作家、ジャーナリスト等による詳細なレポートや分析が続々と公にされるであろう。[9の3] これら「事実」の解析結果が出揃ってから分析を開始するのが、学問の王道であろう。

ところが、本感染症の六〇歳以上の高齢者の致死率は高く、持病持ちならなおさら高い死亡リスクがあると聞く。[10] おまけに本感染症の収束は、一時期二〇二〇年九月との楽観的予測も聞かれたが、[11] 感染の第二波、第三波等を含めた長丁場で、越年の可能性を示唆する予測も目につくようになった。[12] 学生時代にアートシアターギルド「新宿文化」で観たイングマール・ベルイマン（Ingmar Bergman）監督作品「第七の封印」[13] でいえば、後期高齢者の私は、今まさに「死神」とチェスの真っ最中にあり、本感染症の収束・公的報告書完成のときまで悠長に待機しつづける時間的余裕は与えられていない。私は、わが国政府・自治体の本感染症対応を検証し、近未来に予想される次のパンデミックに的確に対応するための教訓（lesson）を得たいと考えるに至った。[14]

そこでまず（落語調）不定期連載「町内会長がみた行政法・新型コロナで緊急事態宣言！」を二〇二〇年四月一一日に脱稿した。ところが出版社在宅勤務態勢も手伝い、なかなか日の目をみなかった。[14の2] そこでやむを得ず、考察対象を二〇二〇年上半期あたりで区切る論文の執筆準備に入ったものの、本感染症対策の問題点、論点は、五月頃にほぼ出揃ったか、または出尽くした感があった。そこで思い切って本稿本文を二〇二〇年五月末（＝六月一日付朝刊）時点で区切り、右の五か月間に、市井の老行政法学徒が感じ、考えた問題意識を、後世に向けて発信しようとした。

ところが、いざ執筆にとりかかると、本感染症に対処する実務の根拠法である「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」（平成一〇法律一一四号。以下「**感染症法**」という）、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」（平成二四法律三一号。以下「**特措法**」という）等について、私自身が余りに不案内であることに気付い

た。

というのも、いささか私事にわたるが、私は一九七〇年に塾「行政法」助手として採用され、西ドイツ在外研究ののち一九七七年以降は、全人類的課題の一つである「エネルギー」をキーワードにした「エネルギー法」が主たる関心事だったからでもある。[16][16の2][16の3][16の4]今回のパンデミックも、エネルギー同様に全人類的課題の一つであり、両者の接点も決して少なくはないが、[17][17の2][17の3][17の4]パンデミックを契機に加速したパラダイム転換によるエネルギー政策やエネルギー産業構造の変革等については、後日別稿で詳しく検討する計画である。[17の5][17の6]

それはともかく、「残された時間との闘い」であるはずなのに、いつもの癖で、執筆中に浮かんだ論点や疑問を残したくないという「凝り症」が頭をもたげ前に進めない。すなわち、本感染症への政府等の対応の報道に接して憤りに似た疑問を感じるたびに、その原因が、①関連法令がパンデミックを想定した「つくり」になっているのか?、②対応を可能にするための措置に関する規定や罰則が十分なのか?、③あるべき（?）対応を困難にする人権保障や営業補償等の阻害要因があるのか?といった既存の法典自体に内在するものなのだろうか?。それとも、④為政者の決断力や庶民感覚の欠如なのか、⑤東京五輪・中国主席来日・聖火リレー等のイヴェント配慮なのか、⑥その他の極論すれば党利党略・選挙対策上の利害調整等による運用の問題なのだろうか?。

これら疑問に目をつぶったまま現実の政府対応をある意味評論家的に分析することは気が進まない。本稿では法律家らしく①～③を分析したいと考えたが大学図書館は閉鎖、一部開館後もネット予約本の授受限定で役立たない。私自身二〇二〇年一月中旬以降は自宅に巣ごもりで「外出自粛」を続けており、散乱した自宅書斎でたまたま手に取り得た文献と丸善及び出版元へのＦＡＸ注文での和書、新聞・雑誌、さらに能力不足気味のＰＣ経由のＷＥＢ情報を頼りにするしかない状況下にある。当初は甘く考え、二〇二〇年夏には脱稿のつもりが、六月以降の炎暑に加え持病薬の副作用による胃腸障害で体調が狂い、実働は高々週に二～三日程度のため、遂には越年

してしまった。

そのうえ二〇二一年一月の（俗に「第三波」というが、私の基準では）感染第二波到来により、特措法及び感染症法の改正が政治日程に織り込まれ、遅筆の本稿は、余りの「間延び」によって「お蔵入り」の憂き目にあいそうになった。そこで急きょ本稿の戦線を縮小して、本感染症対策の前提となる感染症法と特措法の二法の概観にとどめ、これをもってパンデミック対応「前史」として世に問うこととした。

（2）当初検証したかった命題

右の次第で、本稿は結果的に本感染症パンデミック前史で終えるが、私が当初執筆を思い立った時点で検証したかった八命題（これら命題定立は二〇二〇年四月下旬頃）を、歴史に対する責任としてここに記録として残すわがままをお許し戴きたい。便宜上、各命題とも、体言止めでの表現にしている。

本感染症が投げ掛ける問いは、法律学に限定して思い付くまま挙げただけでも、行政法はいうまでもなく、民法（契約法、借地借家法、不法行為法等）、会社法（入場者抽選ないし先着順の株主総会の開催。決算書類の作成・監査等。身近な「町内会」でも類似の問題があり「書面」総会で代替）、労働法（失業・休業手当て等）等、いわば全法律分野にまたがることはいうまでもない。本稿は当初行政法を核にした社会科学的分析を意図し、私の関心事に的をしぼって命題化したものである。

第一命題：わが国は発症者が早く出ながらも、「初動体制」の遅れに加えて、感染検査態勢、治療薬アビガンの承認の遅れ等もあって、発症は後発であった欧米に比べ、一周ないし二周以上の遅れ。加えて、

国民生活・産業・中小企業・中小商店救済の給付金支給等の遅れもあり、国内経済は疲弊。

第二命題：政府と国民との間のリスク・コミュニケーション不足。

第三命題：本感染症を「**特措法**」の適用対象に加えるための法改正（令和二法律四号）は、時間を浪費しただけで無用。

第四命題：本感染症対策に関して政府対策本部（特措法一五条一項）は、「基本的対処方針」（特措法一八条一項、二項三号）において、都道府県対策本部（二二、二三条）への目に余る過干渉。

第四命題の2：「新型インフルエンザ等対策有識者会議」（特措法六条五項）及び「基本的対処方針等諮問委員会」（同法一八条四項）の議事録は公にされず、「政府行動計画」（同法六条一項）及び「基本的対処方針」（同法一八条一項）策定手続の透明性・事後検証可能性の欠落。

第四命題の3：朝令暮改の協力要請対象施設（同法四五条二項、同法施行令一一条）：「理髪店」「パチンコ屋」「居酒屋」「博物館、美術館又は図書館」等

第五命題：自治体による感染防止のための施設の使用制限・停止要請（特措法四五条）について憲法上の「補償」ではない事業者への「協力金」。

第五命題の2：協力金は「営業自粛契約」上の「反対給付」か「報償金」？

第六命題：諸外国なみの厳しい行動制限もないままに、安易な出口戦略。

第七命題：現行憲法下でも、特措法改正等の立法措置で、より強力な行動制限や私権制限可能。

第八命題：パンデミックはビジネス・モデル、統治モデルの転換を加速。インバウンドに象徴される「花見酒の経済」は終息。

（3） 本稿の構成

第二章「感染症対応法令」は、本稿の中核部分である。当初、感染症法、特措法、検疫法の三法を中心に分析する予定であったが、検疫法の検討は割愛せざるを得ない。

第三章「新型コロナへの対応」は、本感染症の初動期における感染症法、特措法の用いられ方、ことに二〇二〇年の特措法改正について略述する。換言すれば、本稿は、法運用・実務の詳細、功罪を含む評価には立入らない。

第四章「結び」は、第二章、第三章と、将来の「新たなパンデミック」の「橋渡し」として、残された課題と今後の展望を略述する。

本稿では、本文と同様に註も、二〇二〇年五月末時点でいったん区切り、六月一日以降の情報は、「枝番号の註」で補足するにとどめている。また最終脱稿が二〇二一年七月のため、ウェブサイト引用資料には、現時点で検索できないものも含まれ得ることをお断りしたい。

（1） 厚生労働省健康局結核感染症課監修『詳解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・四訂版』五二頁（中央法規、二〇一六）によれば、「細菌、ウイルス等の病原体が人体に入って引き起こされる疾病」が感染症で、石弘之『感染症の世界史』三頁（初出・二〇一四。角川文庫、二〇一八）によれば、「微生物が人や動物などの宿主に寄生し、そこで増殖することを『感染』といい、その結果宿主に起こる病気を『感染症』」という。

（2） 二〇二〇年二月一一日、国際ウイルス分類委員会が命名。「インタビュー（京都大学教授朝長啓造氏に聞く）ウイルスの構造とその意味」日経メディカル（二〇二〇年三月三〇日）https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/report/t344/202003/564951.html?pr=1、「見えない敵の真実・新型コロナウイルスQ＆A」週刊東洋経済六九二〇号四七頁

（二〇二〇年五月）参照。二〇二〇月五日一七付日本経済新聞二面「『欧州型』世界で猛威―コロナウイルス遺伝情報分析」によれば、新型コロナウイルスのゲノム配列調査の結果、中国型、欧州型、米国型に分類でき、米国ドレクセル大学の研究チームがゲノム変異の違いを指紋で分類した結果、一七種になったという。

（3）Corona, Virus, Disease, 年号を組合わせ二〇二〇年三月一一日ＷＨＯが命名した。https://www.bbc.com/japanese/51470319

（3の2）ＷＨＯは感染第一号は二〇一九年一二月武漢市としたが、異論もあった。その後の英米でのゲノム解析結果を伝える二〇二〇年六月二一日付日本経済新聞二面「中国感染昨秋から拡大か・『武漢発生源』異論も」参照。

（4）ＷＨＯテドロス事務局長は、本感染症が欧州に拡大した二〇二〇年三月一一日ようやく「パンデミック」と表明した。https://medical.jiji.com/topics/1576

（5）ペストについて、加藤茂孝『人類と感染症の歴史―未知なる恐怖を超えて』三一頁以下（丸善出版、二〇一三）、石・前掲註（1）・九八頁以下参照。

（6）スペイン風邪について、内務省衛生局『流行性感冒―「スペイン風邪」大流行の記録』（平凡社東洋文庫に再録、二〇〇八）、速水融『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ―人類とウイルスの第一次世界戦争』（藤原書店、二〇〇六）、東京都健康安全研究センター「日本におけるスペインかぜの精密分析」東京都健康安全研究センター年報五六巻三六九頁（二〇〇五）https://www.tokyo-eiken.go./jp/sage/sage2005/、加藤・前掲註（5）・一三九頁以下、石・前掲註（1）・二〇一頁図、二一一頁以下、二一五頁以下等参照。

（7）新型インフルエンザ等対策研究会編『逐条解説新型インフルエンザ等対策特別措置法』四―五頁（中央法規出版、二〇一三）によれば、国内で約二千万人が罹患、入院患者約一万八千人、死亡者二〇三人、死亡率〇・一六にとどまった。加藤・前掲註（5）・二〇四―二〇五頁も参照。

（8）二〇〇九（平成二一）年「首相官邸ホームページ・新型インフルエンザへの対応」http://www//kantei.go.jp/jp/kikikanri/flu/swineflu/には、当時の政府対応の記録が収められており、重要な資料である。ところが本稿執筆時にクリックすると、元の頁が本感染症対策に塗り替えられ始めており不便である。この意味から宮村達男監修・和田耕治編『新型インフルエンザ（Ａ／Ｈ１Ｎ１）・わが国における対応と今後の課題』（中央法規出版、二〇一一）は、

貴重である。

（8の2）　ようやく六月に入って「検証コロナ・危うい統治1・一一年前の教訓放置」二〇二〇年六月九日付日本経済新聞一面が登場した。

（9）　滝田洋一『コロナクライシス』（日本プレミアシリーズ。日本経済新聞出版、二〇二〇）。滝田君は、塾在学中に私のドイツ法文献講読等を受講した。

（9の2）　二〇二一年三月三一日付日本経済新聞夕刊一面「WHO武漢調査、一四カ国が『懸念』。遅れや透明性問題視」参照。

（9の3）　二〇二〇年秋になって本感染症に関する多くの出版物が世に出た。一般財団法人アジア・パシフィック・イニシアティブ『新型コロナ対応民間臨時調査会調査・検証報告書』（株式会社ディスカヴァー・トゥエンティワン。二〇二〇年一〇月）は、パンデミック対応に強制力を伴わないいわゆる「日本モデル」が成功したかどうかを関係者のヒアリングを含めて検証するものだが、市井の私からすれば腹立たしい失態の連続の本感染症第一波への対応について、批判・提言ともに随分と遠慮がちなように思えてならない。単著のものとして竹中治堅『コロナ危機の政治：安倍政権vs知事』（中央公論新社、同年一一月）、黒木登志夫『新型コロナの科学：パンデミック、そして共生の未来へ』（中央公論新社、同年一二月）等がある。

（10）　基本的対処方針等諮問委員会第4回配付資料・参考資料2「基本的対処方針に係る背景資料」より。https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/yushikisyakaigi.html〉基本的対処方針等諮問委員会〉開催状況〉第4回資料

（11）　「シンガポールの研究者が予想・日本の新型コロナ感染の収束はいつか」https://jp.sputniknews.com/covid-19/202004277401588参照。

（12）　ハーバードのシミュレーション結果、*Report: Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period*, https://science.sciencemag.org/content/early/2020/04/14/science.abb5793. 要約がhttps://www.sankeibiz.jp/econome/news/200415/ecb2004151607012-n1.htm　〃ネソタ大学報告書COVID-19：The CIDRAP Viepoint, *Part 1: The Future of the COVID-19 Pandemic: Lessons from Pandemic Influenza*　概要がhttps://news.yahoo.co.jp/byline/iizukamakiko/20200502-00176425/等海外研究のほか、「今求められる対策は？」『山中伸弥によ

る新型コロナウイルス情報発信」二〇二二年四月一八日 https://www.covid19-yamanaka.com/「二〇二一年の五輪開催、有効なコロナワクチンなければ難しい＝日本医師会会長」https://jp.sputniknews.com/japan/202004287403096/ 等、枚挙にいとまがない。二〇二〇年五月二一日付日本経済新聞一面「自治体、第二波備え・PCRセンター・政府の動きに先行」、同月二九日付第一五回新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「状況分析・提言」中「今後の政策の在り方―次なる波に備えた安全・安心のためのビジョン」（傍点引用者）https://corona.go.jp/expert-meeting/、同月三〇日付日本経済新聞二面「感染『第2波』警戒・東京、北九州」、出村政彬「長期戦略の模索―第二波に備える」日経サイエンス五〇巻七号五六頁（二〇二〇）等も参照。

（13） 藤原淳一郎「読書随想・ベルイマン映画の世界」法学セミナー一九八九年六月号参照。

（14） デンワース「パンデミック終息へのシナリオ」日経サイエンス・前掲註(12)・五二、五四頁によれば、シカゴ大学疫学・進化生物学のコービー氏は、「このパンデミックがどう展開するかの少なくとも五〇％は社会と政治の問題」という。

（14の2） 二〇二〇年四月の原稿は、「町内会にも新型コロナ禍押し寄せる！」と改題のうえ、自治実務セミナー二〇二〇年一一月号六〇～六五頁に掲載された。

（15） 二〇二〇年七月一二日付藤原淳一郎研究会「近況報告」二頁 http://fujiwaraseminar.blogspot.com/2020/07/202012.html

（16） 藤原淳一郎「日本におけるエネルギー法学の現状―エネルギー法研究序説」慶應義塾大学学術情報リポジトリ→法学研究五〇巻一二号（一九七七）に始まり、比較的最近では同「三・一一以後の電力市場序説（一）（二・完）」同誌九一巻九号・一〇号連載（二〇一八）。

（16の2） 右の法学研究九一巻論文（一八年）に関連する動きとして、以前からの悪名高きいわゆる「束ね法案」である「強靱かつ持続可能な電気供給体制の確立を図るための電気事業法等の一部を改正する法律」が二〇二〇年六月五日成立した。「エネ強靱化法案、二六日に衆院通過へ・経産委で可決、附帯決議も」https://www.denkishimbun.com/archives/56577、「エネ供給強靱化法案、きょう可決成立へ・参院経産委、附帯決議を採択」同右・/archives/59031、「エネルギー供給強靱化法が成立。二二年四月に施行」https://www.denkishimbun.com/sp/60613

同法は同月一二日公布された（同月一二日付官報号外一一六号三七頁。令和二法律四九号）。安藤利昭「強靱かつ持続可能な電気供給体制の確立―強靱かつ持続可能な電気供給体制の確立を図るための電気事業法等一部を改正する法律案」立法と調査四二三号一七頁（二〇二〇）、「制度変更は新事業の契機・エネ強靱化法が成立」二〇二〇年六月二九日付ガス事業新聞三面参照。

その後、同年七月一日、総合資源エネルギー調査会基本政策分科会が再開され、配付資料「エネルギー情勢の現状と課題」の目次に、『2コロナを起因とするエネルギー情勢の変化』『3これからの課題と方向性』とある。https://www.enecho.meti.go.jp/committee/council/basic_policy_subcommittee/031/「コロナ後のエネ政策、基本政策分科会で審議へ」同年六月二九日付ガス事業新聞一面参照。

（16の3）　藤原・前註（16）（法学研究九一巻）論文は、「ベースロード電源として原子力と石炭に期待する非現実的な想定からの脱皮」（一〇号二七～二八頁）、「発送配電分離……による副作用に警鐘」（同二九頁）、「地域分散型エネルギーを主役にすえるシステム改革」（同二〇、三一～三二頁）を提言していたが、コロナ禍にあって注目すべき二報道があった。第一は「NTT、再生エネ本格参入・自前で発送電」二〇二〇年六月三〇日付日本経済新聞一面報道で、第二は国もようやく重い腰をあげ①「石炭火力抑制に転換」二〇二〇年七月二日付日本経済新聞夕刊一面、同月三日付同紙三面、同日同紙夕刊一面、②「送電網、再生エネ優先」同月三日付同紙一面という新政策であった。

その後、安倍晋三内閣を引継いだ菅義偉内閣は、「バスに乗り遅れるな」とばかりに米国バイデン新大統領に追随する形で、脱炭素政策を全面に打ち出した。「エネ政策不作為の一〇年」二〇二一年三月一一日付日本経済新聞三面、「脱炭素［二〇］三〇年目標壁高く」同年四月一日付日本経済新聞三面等参照。果たして大変革が実現されるのかどうかを含めて、藤原・後掲註（17の6）で予告済みの別稿において後日論じる予定である。

（16の4）　藤原・前註（16）（法学研究九一巻）論文において指摘した「発送配電分離……による副作用」（二九頁）に関連して、たとえば政府審議会の知恵袋である松村敏弘「（電力安定供給の課題上）市場メカニズム、今後も軸に」二〇二一年四月八日付日本経済新聞二五面は、二〇二〇年一二月下旬から二〇二一年一月下旬にかけての電力卸売市場価格の急騰は、「容量市場」と需要家の対応（DR）による需要抑制という「市場メカニズム」で対応可能として、「需要逼迫を市場メカニズムの行き過ぎと安易に決め付け、安定供給と結びつけて国民の不安をあおり、改革をゆが

めるべきではない」という。しかしこれは実証性を欠く単なる理論上の「仮説」に過ぎず、市場メカニズムに依拠すれば万事めでたしめでたしとの経済学者のモデル（楽観的シナリオ）による「決め付け」ではないかろうか。慎重な検証を要する問題提起（命題）のよう思われる。

(17) 二〇〇九年の新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザ［H５N１］に関する関係省庁対策会議「新型インフルエンザ対策ガイドライン」（同年二月一七日）は、離島・山間部等における感染拡大防止のための「地域封じ込め」においてすら、「住民の最低限に生活維持のために不可欠な公共サービス（医療、電気、ガス、水道、電話、廃棄物処理等）については、提供を継続することが必要である」と述べていた（傍点引用者、五六頁）。http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/09.html。また本稿第二章（二）イで述べる新型インフルエンザ（A／H１N１）発症のときには、当初段階から「基本的対処方針」において「電気・ガス・水道、食料品・生活必需品等の事業者に対する供給体制の確認や注意喚起」が織り込まれていた（傍点引用者、二〇〇九年四月二八日）http://www.kantei.go.jp/jp/kikikanri/flu/swineflu/）新型インフルエンザ対策本部（第一回会合）基本的対処方針。

本稿第二章（二）ハで述べる「特措法」においても、水道、電気通信と同様に「電気又はガスの供給……その他の公益的事業を営む法人」のうち、政令で定める「指定公共機関」（二条六号）又は知事指定の「指定地方公共機関」（二条七号）に該当するものは、「新型インフルエンザ等緊急事態において、それぞれの業務計画で定めるところにより、電気及びガスを安定的かつ適切に供給するため必要な措置を講じなければならない」と規定する（五二条一項）。前者の「指定公共機関」を定める特措法施行令（平成二五政令一二二号）は、制定当時、一般電気事業者及び卸電気事業者（同令三条一九号ト）、（供給区域が一の都道府県の区域内にとどまるものを除く）一般ガス事業者（同号チ）のうち「内閣総理大臣が指定して公示するもの」（同号柱書）とされていた。その後の規制改革による電気・ガス両事業法の改正により、「内閣総理大臣が指定して公示するもの」との条文柱書（現行同令三条二〇号）は変わらないが、電気は一般送配電事業者（電気事業法二条一項九号）、送電事業者（同項一八号）及び「円滑に実施されないことが公共の利益を著しく阻害すると認められる」小売電気事業者（同項三号）ならびに発電事業者（同項一五号）と改正され（現行特措法施行令三条二〇号ト）、ガスは、「円滑に実施されないことが公共の利益を著しく阻害すると認められる」ガス小売事業者（ガス事業法二条三項）、（供給区域が一の都道府県の区域内にとどまるものを除く）一般

ガス導管事業者（同法同条六項）、ガス製造事業者（同条一〇項）へと改正された（現行特措法施行令三条二〇号チ）。

このように電気及びガス事業は、緊急事態において、事業所内で感染者が出ても、事業の継続が求められている。感染症だけでも大変だが、さらにこれに加えて、万一地震、津波、風水害等の自然災害が加われば、事業者は感染予防をはかりつつも復旧作業に従事する責務も負っていることになる。角田憲司「地方ガス将来展望6・未知の危機管理」二〇二〇年五月一八日付ガスエネルギー新聞二面参照。

私がいま思い付くパンデミックによる経済社会変化のほんの一例として、部分的にせよオフィス勤務から在宅勤務へのシフトがある。これによって、好むと好まざるとを問わずエネルギー消費に変化をきたす。たとえば都心中心の地域熱供給の役割の低下、家庭（マンション、戸建て、賃貸アパート）の一層の省エネルギー化の重要性、配電レベルでのマイクログリッド等の役割の増大等々が必至の課題群になるだろう。

より長期的視点として、ジャック・アタリ氏は「インタビュー」週刊東洋経済六九二〇号七四、七五頁において、パンデミック終息後は「生命経済」こそが長期的課題であるとして「クリーンなエネルギー」を一例に挙げている。

（17の2）　電力規制改革の流れの中で、二〇二〇年四月一日、旧電力十社及び電源開発株式会社の送配電部門が分社化された（藤原淳一郎・前掲註(16)・九一巻一〇号・四頁参照）。「法的分離」の形態は、先行の東京電力（同・七頁）と中部電力が持株会社方式（＝送配電は持株会社の子会社）、他社は「発電・小売親会社」方式（送配電は発電・小売親会社の子会社）に分かれた。「発送電部門の法的分離（発送電分離）実施」Ｅｎｅｌｏｇ四二号（電気事業連合会、二〇二〇年）、伊藤敏憲「発送電分離、料金影響は当面なし、安全・安定供給の命題は変わらず」同右・所収参照。

（17の3）　塙和也「再生エネ、コロナ下で脚光」二〇二〇年六月一一日付日本経済新聞五面は、太陽光・風力等は、火力・原子力発電に比べて運転に人手がかからない利点もあるが、サプライチェーンの寸断や導入計画の遅れもあって「今回のエネルギー構造の変化が新常態となるかは不透明」と指摘する。

（17の4）　「コロナ後のエネルギー、事業モデルに影響大」二〇二〇年六月一日付ガスエネルギー新聞一面も「マーケットやビジネスモデルを大きく変えていく可能性」を述べる。金田武司「新型コロナ感染拡大がエネルギー基本計画・業界にもたらすもの」Ｅｎｅｌｏｇ・前掲註(17の2)・所収、松尾博文「経営の視点・ウィズコロナ時代の条件

は・エネルギー安保の新常態」二〇二〇年六月八日付日本経済新聞五面等参照。

（17の5） 第九回公益事業学会政策研究会（電力）シンポジウム「電力自由化二〇年の検証と二〇五〇年への展望・抄録」（二〇二一年一月一八日）http://www.jspu-koeki.jp/simpo/docs/20210118_symposium.pdf、同シンポジウムから穴山悌三「マクロ制度設計（パースペクティブ）」http://www.denkishimbun.co/pb5012h/wp-content/uploads/2021/01/20210118_003.pdf、「座談会・安定供給と脱炭素の両立探る。総合力×技術革新で推進、エネルギートランスフォーメーション」二〇二一年三月三〇日付日本経済新聞二四～二五面等参照。

（17の6） 二〇二〇年一〇月二八日付藤原淳一郎研究会「近況報告」http://fujiwaraseminar.blogspot.com/2020/10/20201028.html

二　感染症対応法令

本感染症（COVID-19）への初動態勢を分析する準備作業として、本章では、本感染症への対応にも用いられた代表的ないくつかの法律（**表1**参照）のうち、「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**」という）及び「新型インフルエンザ等対策特別措置法」（以下「特措法」という）の二法に限って概観する。

右の二法は、それぞれ幾多の法的論点を抱えており、その細部が気になりだすと切りがない。そこで本稿では、本感染症との関連性を意識し、その他の個別論点には極力深入りしないことにしたい。

表１　パンデミック対策関連の主な法律

感染症法	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（平成10法114号）
パンデミック特別法	新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24法31号）
医療行為及び医療機関	医師法（昭和23法201号） 医療法（昭和23法205号）
医薬品（ワクチン・治療薬）	医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 （題名の「薬事法」を平成25法84号により改めた）
予防接種及び健康被害救済	予防接種法（昭和23法68号）
	新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法 （平成21法98号。題名の「等」を平成23法85号により削除）
水際対策	検疫法（昭和26法201号）
	出入国管理及び難民認定法（昭和26法319号）
休校措置	学校保健安全法（昭和33法56号）20条。同条でいう「設置者」について学校教育法（昭和23法26号）２条、地方教育行政の組織及び運営に関する法律（昭和31法162）21条１号参照。

（C）Copyright by Junichiro FUJIWARA, 2021　All Rights Reserved

（1）感染症法（一九九八年）

（イ）旧・伝染病予防法（一八九七年）から感染症法へ

後期高齢者世代にとっては、「伝染病」という言葉からは、「行政法総論」の教科書において「即時強制」の項で旧・伝染病予防法（明治三〇法律三六号）の強制隔離・交通遮断（七、八、一九条）、強制入院（七条）、健康診断の強制（一九条）といったことがお馴染みである。[18]

ところが「伝染病」という言葉は、現行法典では家畜伝染病予防法（昭和二六法律一六六号）[19]のように「農業・家畜関係を除いては、公的な文書や機関名では感染症にほぼ統一」（傍点引用者）されているようである。[20]

ちなみに伝染病概念と感染症概念との関係は、「細菌、ウイルス等の病原体が人体に入って引き起こされる疾病」が「感染症」であり、その感染症のうち「人から人への感染がある疾病」が「伝染病」である。[21]

A　感染症法の制定経緯

第一次橋本龍太郎内閣（菅直人厚生大臣）の一九九六年、公衆衛生審議会伝染病予防部会は、感染症対策の抜本的見直しを図るべきとの結論に達し、同年、同部会に基本問題検討小委員会を設けた。第二次橋本龍太郎内閣（小泉純一郎厚生大臣）にかわった翌一九九七年、同委員会は報告書をとりまとめた（以下、「小委報告書」という）。[22] その翌一九九八年、政府は法案作成作業に入り、同年の第一四二回国会に、伝染病予防法、性病予防法（昭和二三法律一六七号）、後天的免疫不全症候群の予防に関する法律（平成元年法律二号）の三法を廃止し「感染症法」に統合するという「感染症法案」が上程された（同法案附則三条）。同法案は、参議院先議で同年四月に国民福祉委員会に付託され、法案一部修正のうえ委員会及び本会議で可決され、五月に衆議院に送られた。衆議院は厚生委員会に付託し、継続審議になった。同年九月、小渕恵三内閣（宮下創平厚生大臣）の第一四三回国会で、衆議院の厚生委員会及び本会議で感染症法案を一部修正のうえ可決し、修正案とともに再度参議院に送付された。同月、参議院は国民福祉委員会及び本会議で、衆議院通過の修正案どおり感染症法案を可決し、成立をみた。[23] これが感染症法（平成一〇法律一一四号）である。

結核予防法（昭和二六法律九六号）は右の感染症法には含まれず、別個の法律として存続した。二〇〇六年、第三次小泉純一郎内閣のもとでの第一六四回国会に「感染症法の一部改正法」が上程され、同年、第一次安倍晋三内閣のもとでの第一六五回国会で成立し（平成一八法律一〇六号）、結核予防法は、改正法附則二条によって廃止されて、結核は感染症法の「二類感染症」（感染症法六条三項）に位置付けられた。[24]

B　感染症法の制定理由

小委報告書は、感染症対策の見直しの必要性として、第一に、エボラ出血熱等の新興感染症や、制圧したと考

えられていた結核・マラリヤ等の再興感染症が世界的に問題となり、国際交流の活発化・航空機による迅速大量輸送によって、短期間のうちに国内に持ち込まれるおそれがあること、水際防疫による感染症侵入を防ぐことに限界がある等の「感染症の発生・拡大の状況の変化」、第二に、ハンセン病を始めとする感染症患者への差別・偏見の反省、過去脅威となっていた感染症へのワクチン開発もあり、一律の「隔離」対策無用等から、良質かつ適切な医療を提供し早期の社会復帰の仕組みの構築、新しい時代の感染症対策において患者・感染者の人権の尊重、原因不明の感染症等の危機に際し国、地方公共団体等関係機関の連携及び関連情報の提供・公開により一般国民、医療関係者、報道機関等の協力を得ながら適時・適切な対応を図るという「患者・感染者に対する医療の提供と国民の理解・協力を得た総合的な取り組みの必要性」、第三に「現行伝染病予防法等の問題点」として、伝染病予防法は制定後百年経ち、この間、国民生活・公衆衛生水準の向上、国民の健康・衛生意識の向上、医学・医療の進歩、高齢者等の増加による感染者の増加、人権の尊重及び行政の公正透明化への要請等、諸環境は大きく変化しているため、現行法体系では、新しい時代の感染症対策に対応できなくなってきていると指摘する（傍点引用者）。

小委報告書は、現行法の問題点の具体例として八例を挙げている。第一に法定伝染病としての対応が不要となった感染症がある一方で、危険が世界的に問題視されるウイルス性出血熱等への対応が図られていない。第二に法定伝染病について、法文上は発動する措置が一律で硬直的。第三に患者等への行動制限に際し、人権尊重の観点からの体系的手続き保障が設けられていない。第四に原因不明の感染症の発生や感染症集団発生といった国民の健康危機に適切に対応出来る規定が設けられていない。第五に患者に対する良質かつ適切な医療の提供の視点が欠けている。第六に動物由来感染症に係る対策が設けられていない。第七に検疫体制について、国内制度との連携。第八に、個別の感染症ごとの立法が、患者・感染者に対する差別・偏見につながったことである（傍点

引用者[25]）。

右の小委報告書の問題意識は、国会における大臣の感染症法案提案理由に、ほぼ引き継がれているとみることができよう。すなわち、新興感染症、再興感染症等の感染症の脅威を背景に、伝染病予防法は、①強制的な予防措置がすでに不要な感染症を法定伝染病に位置づける一方、エボラ出血熱等の世界的に問題視されている危険な感染症が法の対象にされていないこと、②感染症の予防措置に関し、感染症が発生した事後の対応に偏っていること、③患者に対する行動制限に関し、人権尊重の観点からの体系的な手続保障規定が設けられていないこと等の点で「時代の要請に答えることができないもの」であるとして、「こうした状況を踏まえ、総合的な感染症予防対策の推進と、これに伴う医療の充実を図るために」感染症法案を提案したというのである[26]。また逐条書も、「患者の隔離といった強制的な予防措置を中心としてきた」が、「感染症の発生予防及びまん延の防止に重点をおくという考えから、患者に対して良質かつ適切な医療を提供し、患者を早期に社会復帰させるという視点［の欠落］や、人権に配慮した適正な手続きが保障されていないという問題点があった」として、「感染症法においては『感染症』の患者に関する医療』の提供を例示的に示していく必要があり、法律の名称を『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』とし、予防及び医療について規定した」と述べている[27][27の2]。

漢字カタカナ混じりの旧・伝染病予防法から漢字平仮名混じりの感染症法にかわったことを示す一例として、たとえば入院措置規定をみると、旧伝染病予防法は「伝染病患者ヲ伝染病院、隔離病舎其ノ他適当ノ場所ニ入ラシム（ママ）ヘシ」（旧伝染病予防法七条）とのみ規定する。これに対して感染症法は、入院勧告（同法一九条一項。二三条で書面）に適切な説明の努力義務（同条二項）を課し、「勧告に従わないとき」（傍点引用者）に初めて「入院させることができる」（同条三項。二三条で書面）と規定する[28]。さらに一〇日以内の入院延長のときには、入院勧告（同法二〇条一項。二三条で書面）と説明（同条六項）のほかに、意見聴取・原因事実の通知（二三条で書面によ

る）・聴取書作成（同条六から八項）が求められている。また後述の新感染症（六条九項）についても、勧告（四六条一項）と説明（同条五項）のほかに、入院延長のときと同様、意見聴取・原因事実の通知・聴取書作成（同条五から八項）が求められている。

（18）代表的には田中二郎『新版行政法上巻全訂第二版』一八二頁（弘文堂、一九七四）。

（19）家畜伝染病予防法研究会編著『逐条解説家畜伝染病予防法』四頁（大成出版社、二〇一三）にあるように、同法は旧家畜伝染病予防法（大正一一法律二九号）を全面改正したもので、その後の豚コレラ、高病原性鳥インフルエンザ等には、同法（一部改正を含む）で対応してきている。同書・一一～一二、一七～一九、二〇～二一頁参照。なお「伝達性海綿状脳症」（同法二条一項表一五）のうち牛にかかわるいわゆる狂牛病（ＢＳＥ）については、「牛海綿状脳症対策特別措置法」（平成一四法律七〇号）がある。

（20）石・前掲註（1）・三―四頁。

（21）厚生労働省・前掲註（1）・五二頁。

（22）公衆衛生審議会伝染病予防部会基本問題検討小委員会「新しい時代の感染症対策について・報告書」（一九九七年一二月八日）https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s1208-1.html

（23）厚生労働省・前掲註（1）・六―七頁。

（24）結核予防法の廃止について、厚生労働省・同右・一三、三八八～三八九頁。なお私が小学生当時受けたツベルクリン反応検査及び同検査陰性者へのＢＣＧ接種は、すでに結核予防法時代に緩和されてきたという。同書・二六～三〇頁。

（25）公衆衛生審議会基本問題検討小委員会・前掲註（22）・二―三頁。

（26）小泉大臣・第一四二回国会衆議院厚生委員会議録一三号二頁（一九九八年五月二二日）。

（27）厚生労働省・前掲註（1）・二五頁。

（27の2）「コロナが映す法の穴・感染症法・検疫法」二〇二〇年七月八日付日本経済新聞四面は、「感染症法は総則で

国や自治体がとる措置について人権の尊重を求める。かつて患者を強制的に隔離したハンセン病への反省から、私権制限に抑制的な対応になりがち」という。

(28) 本稿では詳論しないが、強制入院の法的性格について、塩野宏『行政法・第六版』二七九頁註（1）（有斐閣、二〇一五）、藤田宙靖『行政法総論』（青林書院、二〇一三）三二一—三二二頁、阿部泰隆『行政法再入門上・第二版』三七六頁（信山社、二〇一六）等参照。

C　感染症法の主要論点

感染症法案をめぐる国会審議の委員会会議録を読むと、総論的な意味で法案の法的論点としては、①感染症の分類学（類型論）、②患者の人権論、③法案と国際ルールとの整合性という三大論点に集中しているように思われる。

このうち①感染症の分類学は、感染症法の本感染症（COVID-19）への適用の場面でも本稿二（2）で検討する特措法との関連でも重要な論点である。②人権論は、感染症の分類学による入院を含む「行動制限」と関連する同じく重要な論点である。さらに、国会審議では目だった質疑はなかったが、本稿二（2）で述べる特措法との関係でいえば、本感染症のような集団発生のときの対応をどの程度想定するかも、論点になろう。

(a)　感染症の分類学（類型論）

まず一九九七年の小委報告書は、感染症の感染力・重篤性に応じた医療の提供と感染症発生・拡大防止のための必要最小限で均衡のとれた行動制限が求められるため、感染症類型の再整理が必要として、類型化の案を示している。

具体的には、①危険性が高くなく入院勧告・入院命令に基づく感染症指定病棟（床）への入院は必要ないが、

国等の発生動向調査結果に基づく情報を国民や医療関係者に提供・公開し、発生・拡大を防止すべき「一号感染症」。例として、A群溶連菌咽頭炎、MRSA感染症、破傷風、百日咳等。

②同じく感染症指定病棟（床）への入院は必要ないが、特定の職種への就業によって感染症の集団発生を起こし得るため、就業制限すべき「二号感染症」。例として、腸管出血性大腸菌感染症。

③感染力・重篤性等の総合的観点から危険性が高く、状況に応じて入院勧告又は命令に基づく感染症指定病棟（床）への入院を求める「三号感染症」。例として、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス、ジフテリア等。

④感染力・重篤性等の総合的観点から危険性が極めて高く、原則として入院勧告又は命令に基づく感染症指定病棟（床）への入院を求める「四号感染症」。例として、ペスト、ラッサ熱、エボラ出血熱等。

⑤上記の各感染症類型に規定される感染症を含めた既知の感染症ではないが、感染力が強くかつ症状が重篤で、予防・治療法が決定されない「原因不明の感染症」。

翌年の感染症法案は、①小委報告書の四号感染症を「一類感染症」、②三号感染症を「二類感染症」、③二号感染症を「三類感染症」、④一号感染症を「四類感染症」とし、一類から三類は法文上感染症名を限定列挙する（六条二から四号）。四類に限って感染症名は例示にとどまり「その他の感染性の疾病であって、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ものとして厚生省令で定めるもの」（同条五号）とする。そして感染症の分類の順序が小委と法案とで逆転しているのは、政府答弁によれば、「限定列挙できる類型を先に明記するということが基本的な［立法］技術であるとの法制局の意見」にしたがったものとする。[29]

小委報告書では五番目に「原因不明の感染症」を掲げたが、法案は⑤「感染性の疾病（一類感染症、二類感染症及び三類感染症を除く）であって、第三章から第六章までの規定の全部又は一部を準用しなければ、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ものとして政令で定める」指定感染症（法案同六項。現・八項）、

⑥「人から人に伝染すると認められる疾病であって、既に知られている感染症の疾病とその病状又は治療の結果が明らかに異なるもので、当該疾病にかかった場合の程度が重篤であり、かつ、当該疾病の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」新感染症（同条七項。現・九項）の二類型を加えている。

このうち一類から四類までの四分類について、妥当な分類かどうかの質問[30]に対して参考人は、「今現在の時点では妥当」だが、病原体は大変な勢いで変化するため、変化が起こったときにどう対応するかを考えなければならない[31]と答えている。また病名による類型化か、症候群による類型化か、それぞれのメリット・デメリットの質問[32]に対して、政府は、病名による類型化のメリットとして、①法律が対象とする感染症が明確に分かること、②発生動向調査を通じ、一般国民や医療関係者が、感染症の流行［状況］・予防を容易に判断出来ること、③就業制限・入院勧告の際に不必要な行動制限を強いる危険性がないこと、④入院勧告に基づく入院患者に最も効果的な医療が提供されること、デメリットとして、⑤病名診断まで時間がかかる場合があること、⑥個別感染症について危険な疾患との認識が生まれやすいことを挙げる。他方、症候群による類型化は［病名による類型化の裏返しで］、メリットとして、①症状で判断出来るため、判断までの時間が短いこと、②個別感染症について危険な疾患との認識が生まれにくいこと、デメリットとして、③法律が対象とする感染症が不明確になること、④発生動向調査を実施しても、一般国民や医療関係者が、どのような危険性を有する感染症が流行していてどのような予防を行うべきか判断出来にくいこと、⑤就業制限・入院勧告の際に不必要な人に行動制限を強いる危険性があることを挙げる[33]。

表 2　感染症の分類学（感染症法制定の 1998 年現在）

分類		指定方法	対人措置	対物措置
一類感染症（6 条 2 項）		「法律」エボラ出血熱、ペスト等	原則入院（19 ～ 20 条）	消毒等（27 条等）例外的に建物立入制限・禁止（32 条）、交通制限・遮断（33 条）
二類感染症（6 条 3 項）		「法律」	状況に応じて入院（26 条で準用）	消毒等（27 条等）
三類感染症（6 条 4 項）		「法律」	特定職種の就業制限（18 条）	消毒等（27 条等）
四類感染症（6 条 5 項）		「法律例示」＋省令	発生動向調査	
指定感染症（6 条 6 項）		「政令」	一類から三類に準じた対人・対物措置。適用措置は政令で限定。延長含めて最長 2 年間（7 条）	
新感染症（7 項）	症例積重ね前	当初は知事	知事の対応（45 ～ 49 条。50 条による 27 ～ 33 条等準用）について、厚生大臣が個別に指導・助言（51 条）	
	症状等の特定可能な段階	「政令指定」（53 条）	一類感染症に準じた措置（53 条 1 項）。適用措置は政令で限定。当初 1 年以内。期間の再延長は何度でも可能（53 条 2 項）	

＊　法改正により 2020 年現在、二類感染症のうち急性灰白髄炎、ジフテリア以外は、二類から「三類感染症」に、四類感染症のうち黄熱、Q 熱、狂犬病、マラリア以外は、四類から「五類感染症」に分類替えされている。

＊　厚生労働省『詳解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・四訂版』56 頁（2016 年）及び同省参考資料「感染症の分類と考え方」をもとに、本稿執筆者が、法制定時（1998 年）に即して作成し直した。

（C）　Copyright by Junichiro Fujiwara, 2021　All Rights Reserved

（b）感染症の分類学その 2
――指定感染症と新感染症に特化して

法案における感染症の分類学について、議会の質疑で最も議論を呼んだのが、指定感染症（法案六条六項）と「新感染症」（同条七項）のそれぞれの「定義が大変あいまいに過ぎる」[34]ということや、両概念の関係を含め両概念の理解の仕方である。

予め念頭におく必要があるのは、指定感染症と新感染症とは、当該疾病が「既知」か「未知」かだけではなく、人的及び物的にとり得る「措置」に差があることである。表 2 に示すように、「指定感

染症」は、一類感染症から三類感染症のどのレベルの措置か政令で定める。他方、「新感染症」は、エボラ出血熱等の一類感染症レベルに限定しているのである。

話を分類学に戻すと、「指定感染症」について、法文括弧書きに「一類・二類・三類を除く」とあるので、四類を含む全ての感染症が入るのかとの質問[35]に対し、委員会での参考人は、［論理的には］四類を含む全ての感染症が入る。ただ法文に「国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれ」とあり、病原微生物を考えると、重篤な菌（国民の生命に重大）で感染力が強い（健康に重大）という意味[36]で、「［これに該当するのは］既に感染症として教科書に記載……なり学会で報告されているもので非常に重篤で感染力が強くなった場合」と説明する[37]。地域医療の立場からは、インフルエンザの流行（たとえばスペイン風邪を想起）、O（オー）一五七感染症等「いろんな事象が起こったときに［この指定感染症によって］ある程度対応出来る」とも指摘されている[38]。

「新感染症」は小委報告書でいう「原因不明の感染症」である[39]。未知の感染症の全てが法案の「新感染症」になるのではなく、法文上「病状の程度が重篤であり、かつ当該疾病の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」（傍点引用者）という縛りがかかっているため「未知の感染症の多くはこの法案でいう新感染の定義には合わない」とみられる。未知の感染症が出現しても、感染力が弱いとか危険性がないものは「新感染症」の対象外になるのである[40]。

参考人及び政府答弁によれば、未知の感染症について、病原体等の究明を速やかに行った上で、病原体が確定し既知の感染症となった段階で、その性状に応じて、入院等の対応や消毒の措置が必要なら、公衆衛生審議会に諮った上で「指定感染症」に指定することになる。他方、危険性が低くてこうした対応も必要とせずに、発生動向調査を進めるべき場合とにわかれていくという[41]。

（c）　感染症の分類学　その3――指摘された問題点

「指定感染症」には法案第三章（情報収集・公表）、四章（健康診断、就業制限、入院）、五章（消毒その他）、六章（医療）までの全ての強制的措置がとられる仕組みになっている（本稿表2参照）が、委員から、何が「指定感染症」かは政令指定であり国会が関知できない点を問題視する指摘があった[42]。

次に「新感染症」に移ると、その要件に「……影響を与えるおそれ」（傍点引用者）とある（法案六条七項）が、参考人から、より明確な要件を立てる必要性の指摘があった[43]。また委員からは、「未知の感染症」のうち極めて恐ろしいものを「新感染症」にし、それ以外のものは直ちには「指定感染症」にしないことの確認が必要との意見があった[44]。さらに事実確認として、過去の事例として、未知の感染症が発生してから病原体が判明するまでに要した期間の質疑があった[45][46]。

法案の法文からは、「新感染症」の判断権者及び判断のプロセスに、必ずしも釈然としない点が残っているという趣旨の質疑が相次いだように思われる。

まず「既に知られている感染症の疾病と……明らかに異なる」（法案六条七項）、換言すれば既知の感染症ではなく未知の「新感染症」であると判断する主体についてである[47]。政府答弁によれば、実際に新感染症と分からない病気が発生したときに健康診断、入院、食品等の物品の検査・処分、消毒、万が一の交通遮断等の対応は、現地の実情に即してきめ細かく行う必要があり、国がどう対応するか、現場の知事にお願いせざるを得ないこともあって、法律上、知事を第一次的判断権者としたという[48]。ただ、病像の解明に際しては最新の高度な医学的知見が必要とされることから、知事が新感染症にかかわる措置を実施する場合は、予め厚生大臣と密接な連携を図った上で行うこととし、その際大臣は、公衆衛生審議会の意見を聞いて知事に技術的指導、助言を行うこととしているという[49]。

これに対して委員からは、知事に判断させるのは非常に酷な難しい話であり、「国が全面に出て判断する方が、責任の所在もはっきりする」という声があがっていた。[50] たとえば法案四六条見出しには「新感染症の所見がある者の入院」とあるが、当該疾病に対する知見の蓄積がないものについて、どうやって知事は判断出来るのかとの疑問も発せられる。[51] これへの政府答弁は、現場の医師→保健所→知事に報告され、知事の要請に基づき厚生大臣が専門家のチームをつくり現地派遣・調査し、データが揃った段階で公衆衛生審議会に諮り、大臣から知事に具体的な知事の対応措置の内容を伝え、保健所長が実施するという手順を考えており、[52] 入院から退院まで一貫して知事と国とが協力しながらやっていき、技術面は国が全面に出る形を想定しているという。[53] これに対して「新感染症への対応についての厚生大臣と知事の責任の所在が非常にあいまい」で、「知事の対応に問題があったときに、大臣そして知事のどちらに第一次的責任があるのか明確にお答えいただきたい」との疑問[54]は、事案によるとはいえ、なかなか氷解しないだろう。

政府は、法文上は知事が第一次判断者・国が技術的指導助言という形で整理はしているが、知事が勝手に対人・対物措置をとるというのではなく、知事は必ず実質的には厚生省に連絡し、国が審議会の意見を聞いて技術指導することを想定し、「都道府県は必ず厚生省と相談をし、対応をきちっととられるものと思っている」と答えている。[55] これら政府答弁は、国と現場の都道府県との蜜月関係を前提にした予定調和的楽観シナリオとの疑問をぬぐえないのではなかろうか。政府は、未知の感染症に対する知事による過度の対応への懸念を示しているかのように読める箇所があるが、むしろ風評被害等をおそれての知事の消極的対応も起こり得るだろう。さらには複数の都道府県で多発したときに、我が国全体として、整合性のとれた対応をとれるのかという疑問も消えないだろう。

私の見落としかも知れないが、本稿表2にもある新感染症の「政令指定」（法案五三条）への移行について、そ

のプロセスを含めて格別の質疑が目に付かなかったのは、意外な感じがする。

(29) 伊藤雅治政府委員（厚生省保険医療局長）・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号二七頁（一九九八年九月一六日）。

(30) 久保哲司委員・第一四二回国会衆議院厚生委員会議録一五号一七頁（同年五月二九日）。

(31) 竹田美文参考人（国立国際医療センター研究所長）・同右・一七頁。

(32) 櫻井充委員・第一四三国会参議院国民福祉委員会会議録四号九頁（同年九月二四日）。

(33) 伊藤雅治政府委員・同右・九頁。

法案は病名による類型化を採用してはいるが、こと「新感染症」は、「地球上で初めての病気が例えば我が国で起きるということも想定」するため、そういう感染症の把握については「当然のことながら、はっきりとした診断基準などがない段階では症候群による報告方式というものも……採用していきたい」と答えている。伊藤政府委員・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三三頁（同年九月一六日）。

(34) 岡崎トミ子委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録七号八頁（同年四月一四日）。

(35) 西山登紀子委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録九号一一頁（同年四月二一日）。

(36) 清水喜八郎参考人（聖マリアンナ医科大学客員教授）・同右・一一頁。

(37) 竹田美文参考人・同右・二一頁。

(38) 小池麒一郎参考人（日本医師会常任理事）・同右一二頁。

なお厚生労働省・前掲註(1)・五四頁は、「指定感染症とは、現時点では［一類から三類に該当せず］法的な対応は必要ないとされる感染症が集団発生等し、緊急に強権的な措置を講じなければならない場合等に政令で指定される感染症」という。

(39) 小林秀資政府委員（厚生省生活衛生局長）・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録七号一五頁（一九九八年四月一四日）、新美育文参考人（明治大学法学部教授）・同会議録九号一七頁（同年同月二一日）参照。

(40) 小林秀資政府委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録七号八頁（同月一四日）、同会議録一〇号二頁。

(41) 小林秀資政府委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録八号一四頁（四月一六日）、一〇号二頁（同月二八日）、第一四二回国会衆議院厚生委員会議録一三号三頁（同年五月二二日）、清水喜八郎参考人・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録九号三頁（同年四月二一日）等。

なお厚生労働省・前掲註(1)・五五頁は、新感染症の「重篤」要件は、「病状が重篤でなければ、原因を究明した上で指定感染症として指定することで対応が可能」と述べる。表2にあるように指定感染症にとり得る措置には一類から三類の選択肢があり弾力的ではあるが、期間は最長二年に限られる。そこで仮に恒久的あるいは連続的に対策が必要なら、当該感染症名を一類から三類等どれかに位置づける法改正が考えられる。厚生労働省・同右・一九八頁。

また竹田参考人は、水島裕委員の「重篤以外の未知の感染症」は「指定感染症にも新感染症にも指定しないで、公衆衛生審議会で意見をじっくり聞いて一類から三類あるいは四類に入れるという解釈ですね」と尋ねられ、「私はそう理解」と回答する。第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録九号二一頁（同年四月二一日）。

(42) 児玉健次委員・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三二頁（同年九月一六日）。

(43) 新美育文参考人・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録九号一七頁（同年四月二一日）。実は指定感染症にも「おそれ」とあるが、参考人は、新感染症に言及するのみである。

(44) 水島裕委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録一〇号一頁（同月二八日）。この点は、後述の法案の修正によって解決されている。

(45) 水島委員・同会議録同号二頁（同日）、児玉委員・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三一頁（同年年九月一六日）。

(46) たとえば一九七六年エボラ出血熱で三から四か月、一九六九年ラッサ熱で二か月を要し、一律には評価できないが、医学の進歩がみられることから、より迅速な病原体の確定が可能になるものと思うと答弁している。小林秀資政府委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録一〇号二頁（同年四月二八日）、ほぼ同旨・伊藤政府委員・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三一頁（同年九月一六日）。

(47) 清水澄子委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録七号一四頁（同年四月一四日）、福島豊委員・第一四二回国会衆議院厚生委員会一三号一三頁（同年五月二二日）。

（48）小林秀資政府委員・同会議録同号一四頁、同政府委員・同会議録八号一四頁（同年四月一六日）、同政府委員・同会議録一一号三頁（同月三〇日）、伊藤政府委員・第一四三回国会参議院国民福祉委員会会議録四号一〇頁（同年九月二四日）。

（49）小林政府委員・同会議録七号一四頁（同年四月一四日）、同政府委員・同会議録一一号三頁（同月三〇日）等。

（50）西山登紀子委員・同会議録一一号三頁（同月三〇日）等。

（51）児玉健次委員・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三〇頁（同年九月一六日）。

（52）伊藤政府委員・同会議録同号三〇頁。

（53）伊藤政府委員・第一四三回国会参議院国民福祉委員会会議録四号一〇頁（同年九月二四日）。

（54）櫻井充委員・同会議録同号一〇頁。

（55）小林秀資政府委員・第一四二回国会衆議院厚生委員会一三号一三～一四頁（同年五月二二日）。

（d）感染症法の人権論

小委報告書では「患者・感染者の人権の尊重」と表現する。[56] ところが法案二条は、「［患者等の］人権に配慮」（傍点引用者）という言葉に置き換えられ、何故かとの疑問が、委員から発せられた。[57] 政府は、感染症予防のための必要な施策実施に当たって患者等の権利に一定の制限を加えることになるため、人権尊重の要請との間で最大限の調和を図るため、他の価値と比較してより人権を重んじるという意味の「尊重」ではなく、「人権に配慮」の語を法案の基本理念に用いたと答弁している。[58]

参考人からは、強制的な健康診断（一七条二項）及び入院（一九条二項、二〇条二項）について、手続き的保障が用意されておらず、一類感染症患者の入院勧告（二〇条一項）・入院期間延長（同条四項）判断の際の保健所単位の診査協議会（同条五項）構成員に医師（二四条四項）はあっても法律専門家が規定されていないこと等を疑問

視する。[59] また別の参考人は、法案は公権力行使への救済メカニズムの点で憲法、国際人権自由権規約等違反とか、「強制措置必要最小限の原則」を宣言していないと批判する。法案の入院に関する規定には、小委報告書にあった協議会による強制入院の事後評価や協議会自らが判断する旨[60]の規定がなく、審査請求（二五条）はあっても独立かつ公正な審査機関での審査を認めていないと批判する。[61] また、四月七日付の日本弁護士連合会意見書[62]案を援用する委員は、小委報告書が当然の前提とした患者等への健康診断、入院勧告に関する「十分な説明と同意」[63]が、法案では欠落していると指摘する。[64]

小委報告書にも関与したある参考人は、先の小委報告書における人権の中心課題は「患者を強制的に入院させるか」否かにあり、極めて危険性の強い感染力の強い患者に強制的に入院させないで感染症を予防することは医学的にはできないが、他方、感染力が強くなく治療出来る疾患に関しては入院措置は必要ではないという意味合いで書いたと答える。[65] また別の参考人は、表現をかえて、小委報告書の趣旨は、公衆の健康に対する危険性が大のときは人権制約の度合いが大でやむを得ない、しかし公衆の健康に対する危険性がそれほど大きくないとき、個人の人権制約は極力小さいものにすべきで、「[人権を] 制約する度合いが大きくても許されるのか、小さくしなければいけないのか」というものと答える。[66]

参考人は、小委では、決して人権の尊重と危機管理が二律背反で議論されたわけではなく、「人権の議論のときは四類感染症をのことを中心に議論されており、危機管理のとき一類感染症のことを議論」しており、[このように]「人権」を議論するときは、何を [議論の対象に] 考えるかを分けて考えていただきたいと述べる。[67] むろん一類であろうが四類であろうが「患者の人権尊重は当然のこと」であるとも補足する。[68] そこでいう「人権」は、憲法典ではなくＷＨＯ国際保健規則が想定するメディカルサービスにアクセスできる権利、差別されない権利、プライバシーの権利、入院の手続保障の権利の四つと理解していると述べる。[69]

伝染病予防法、性病予防法、ＨＩＶ予防法等を廃止して新しい感染症予防・医療法体系にする法案は、前進か後退かを委員から問われ、[70] 参考人は、現行の感染症関連法に比較して「人権の配慮および適切で良質な医療体系の提供という点においても前進」として、たとえば第一に伝染病予防法は［現在死語の］避病舎への隔離が主体であったが、法案にはそのような類いの隔離は想定せず、医療体系の近代化・良質な医療の提供に言及していること、第二に伝染病予防法はコレラ・赤痢等の国内での伝染病まん延防止が基本にあったが、現在は国外から入ってくる疾病をどうするかを視点においていると答えている。[71] 別の参考人は、一番きつい制約を受ける人にポイントを合わせると従来の法律と変わる点はほとんどないとも答えている。[72]

（56）公衆衛生審議会基本問題検討小委員会・前掲註(22)・四、一二頁。

（57）石毛金英子委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録一四号六頁（一九九八年五月二七日）、児玉委員・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三三頁（同年九月一六日）。

（58）小林秀資政府委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録一四号六頁（同年五月二七日）、同・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三三頁（同年九月一六日）。

（59）新美参考人・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録九号一七頁（一九九八年四月二一日）。

（60）公衆衛生審議会基本問題検討小委員会・前掲註(22)・一四頁。

（61）光石忠敬参考人（日本弁護士連合会人権擁護委員会委員）・第一四二回国会衆議院厚生委員会議録一五号三頁（同年五月二九日）。

（62）日本弁護士連合会ＨＰには意見書は登載されていないようである。

（63）公衆衛生審議会基本問題検討小委員会・前掲註(22)・一四頁は、「入院勧告又は命令が必要な場合の発動の方法について、説明と同意に基づいた当該患者の自覚に基づく入院を基本に考える方向性が、求められている」という。

（64）西山委員・第一四二回国会参議院院国民福祉委員会会議録一一号四頁（一九九八年四月三〇日）。

（65）竹田美文参考人・同委員会会議録九号二四頁（同年四月二一日）。
（66）新美参考人・同会議録九号二四頁。
（67）竹田参考人・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録一五号一〇～一一頁（同年五月二九日）。
（68）竹田参考人・同会議録一五号一三頁。
（69）竹田参考人・同会議録一五号一一、一三頁。
（70）安部正俊委員・第一四二回国会参議院院国民福祉委員会会議録九号二〇頁（同年四月二一日）。
（71）竹田参考人・同会議録九号二〇頁。
（72）新美参考人・同会議録九号二〇頁。

D　法案修正

法案に対して両院で若干の修正提案があった。ここでは、「前文」の追加と、前款（本稿二（1）（イ）C）で検討した二論点に限って述べておきたい。

（a）「前文」の追加

第一四三回国会衆議院での自由民主党、民主党、平和・改革、自由党及び社会民主党・市民連合の五派共同提案による修正案においても、日本共産党提案の修正案のいずれにも、「前文」の追加が含まれている。

まず前者（五派共同提案）の趣旨は「人権の尊重と感染症予防とが対立するかのような社会防衛を中心とした政策から脱し、人権と公衆衛生の両立は可能であるという国際的共通理念に立脚するという……理念に基づくものであることから、解釈・運用に当たり、その趣旨がさらに明確になるよう前文を加える」もので、「特に過去における［ハンセン病やＨＩＶ等］感染症に対する差別や偏見が存在したという事実を重く受け止め、これを教

訓として今後に生かすことが必要［で］……感染症の患者等の人権を尊重しつつ、これらの者に対する良質かつ適切な医療の提供を確保する」というものである。[73]

後者（日本共産党提案）の趣旨は「過去の感染症施策に対する深い反省の上に立ち、感染症患者等の人権を尊重し、適切な医療の提供を確保しつつ、感染症の予防に関する施策を総合的に推進するとの制定の理念を宣明するため、前文を加える」というものである。[74]

両者提案は、表現ぶりに微妙な差があるものの、前文の趣旨は共通しているものといえよう。結果的には五派共同提案を可決、共産党提案を否決し、法案・法案修正案ともに（先議の）参議院に再送付した。

（b）感染症の分類学

第一四二回国会参議院（先議）で可決された自由民主党、社会民主党・護憲連合からの法案修正案のうち、感染症の分類学に関するものは、四類感染症及び指定感染症の範囲について「既に知られている感染症」の疾病に限定されることを明確にするため、法案六条五項及び六項の「感染症」を「既に知られている感染症」に改めるものである。[75]

また否決された日本共産党の修正案のうち、感染症の分類学に関するものは、指定感染症を「当該疾病の感染力が強く、かつ当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり」に限定するというものである。[76]

これにより法案とともに右の修正案が、衆議院に送付された。これを受けて第一四三回国会衆議院で可決された自由民主党、民主党、平和・改革、自由党及び社会民主党・市民連合の五派共同提案による修正案には、感染症の分類学に関する新たな条文修正は含まれていない。[77] 他方、否決された日本共産党の修正案のうち、感染症の分類学に関する修正案は、参議院と同文である。[78]

右の法案修正により、未知の感染症をいきなり四類感染症や指定感染症に指定できないことを明文化することによって、既知の感染症と未知の感染症との線引きが、より鮮明になった。裏返せば、未知の感染症は、既知の感染症になった時点以降においては、そのまま新感染症としてとどまるほか、（省令により）四類感染症、（政令により）指定感染症、（法改正により）一類感染症・二類感染症・三類感染症に移行できることも明確になったといえよう（表2参照）。

（c）人権論

第一四二回国会参議院（先議）で可決された自由民主党、社会民主党・護憲連合からの法案修正案のうち、人権論に関するものは、まず法案三条（国及び地方公共団体の責務）一項「［患者等の人権の保障に］留意しなければ」を「［患者等の人権の保障に］配慮しなければ［ならない］」に修正すること、さらに法案九条二項の国が定める「基本方針」に「感染症の病原体等の検査に関する事項」（新六号）を加え、七号「感染症に関する啓発及び知識の普及」の下に「並びに感染症の患者等の人権の配慮」を加えてこれを八号とするものである。[79]

また否決された日本共産党の修正案のうち、人権論に関するものは、法案二条（基本理念）の「［患者等の人権］に配慮しつつ」を「［患者等の人権］を尊重しつつ」に、法案三条（国及び地方公共団体の責務）一項「［患者が適切な医療を受けられるよう必要な措置を］講ずるよう努めなければ」を「講じなければ［ならない］」に、同項後段「［患者等の人権の保障に］留意しなければ］」を「［患者等の人権の保障に］配慮しなければ［ならない］」に修正するというものである。[80] このうち、三条一項後段の修正案は、可決された自民党らの修正案と同文である。

第一四三回国会衆議院で可決された自由民主党、民主党、平和・改革、自由党及び社会民主党・市民連合の五

派共同提案による修正案には、人権論に関する新たな条文修正は含まれていない。[81] 他方、否決された日本共産党の修正案のうち、人権論に関する修正案は、（第一四二回参議院で修正された三条一項後段部分を除いて）第一四二回国会参議院のものと同文である。[82]

人権論について「人権の尊重」か「人権に配慮」か華々しい論争があった割には、穏健な落ち着きどころにとどまっている。

後日談になるが、二〇〇六年になって、旧結核予防法の廃止を含む感染症法の一部改正法案[83]によって、患者の「人権尊重」の観点から、感染症法の人権規定にメスが振るわれた。たとえば同法案は、右の第一四二回及び一四三回国会で議論になった条文についてみると、二条の「［人権］に配慮しつつ」を「［人権］を尊重しつつ」に、三条一項の「［人権］の保護に配慮し［なければならない］」を「［人権］を尊重し［なければならない］」に、九条二項九号の「［人権の］配慮」を「［人権の］尊重」にそれぞれ改めるほか、「就業制限、入院勧告等の感染症予防のための措置に関して、必要最小限の原則、感染症診査協議会の関与の確保、同協議会への法律専門家の参画、患者の意見陳述手続、苦情処理制度の創設など、人権の尊重の観点から、所要の規定を整備する」ものであった。[84] 同法案は原案どおり可決された[85]（平成一八法律一〇六号）。

（73） 金田誠一委員・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三七、五六頁（一九九八年九月一六日）。なお家西悟委員が、民主党の「過去の反省を盛り込んだ前文」提案について、参考人に意見をもとめたところ、松田正己参考人（静岡県立大学看護学部教授）と早川雅人参考人（東京ＨＩＶ訴訟原告団事務局長）は賛成し、小池麒一郎参考人（日本医師会常務理事）は、反省文は旧枢軸国の憲法にも載っていないとの理解のもと、反省文に反対と述べている。第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録一五号一一頁（同年五月二九日）。

（74） 児玉委員・同会議録五号三七～三八、五六頁。

(75) 尾辻秀久委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録一一号四頁、七頁（同年四月三〇日）。
(76) 西山委員・同会議録一一号五頁、七頁。
(77) 金田委員・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三七、五六頁（同年九月一六日）。
(78) 児玉委員・同会議録五号三七、五六頁。
(79) 尾辻委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録一一号四頁、七頁（同年四月三〇日）。
(80) 西山委員・同会議録一一号五頁、七頁。
(81) 金田委員・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三七、五六頁（同年九月一六日）。
(82) 児玉委員・同会議録五号三七、五六頁。
(83) 衆議院ＨＰ＞立法情報＞議案情報＞第一六四回国会議案の一覧＞議案本文情報一覧＞閣法七六号。
(84) 厚生労働省・前掲註(1)・七四二、一三～一四頁。
(85) 第一六五回国会参議院［本会議］会議録一六号一七頁（二〇〇六年一二月一日）。

E　附帯決議

本法案と同時提出の「検疫法及び狂犬病予防法の一部改正法案」をあわせて、衆参両院で附帯決議が付された。以下、二論点に限定してその内容を記しておきたい。

(a)　感染症の分類学

第一四二回国会では、先議の参議院において、自由民主党、民主党・新緑風会、公明、社会民主党・護憲連合、自由党及び二院クラブの各派共同提案による附帯決議が可決された。その第二項は、「感染症の新たな分類について、国民や医療関係者の理解が深まるよう、その定義の明確化に努めるとともに、その内容を本委員会に報告すること。また、これらが新たな差別や偏見につながらないよう、特段の配慮を行うこと」（傍点引用者）とする。(86)

第一四三回国会では、衆議院で自由民主党、民主党、平和・改革、自由党及び社会民主党・市民連合の五派共同提案による附帯決議が可決された。その第六項は、「感染力の強さを含めた、新感染症及び指定感染症の要件をより明確化し、地方公共団体や医療機関など、関係者に周知徹底を図ること。また、新感染症についての取扱いが、迅速、かつ公正・的確に行われるよう、国が積極的な施策を講じるとともに地方公共団体と密接な連携をとること」（傍点引用者）とする。[87]

次いで参議院では、自由民主党、民主党・新緑風会、公明、社会民主党・護憲連合、自由党及び二院クラブ・自由連合の各派共同提案による附帯決議が可決された。その第二項は、第一四二回国会参議院の附帯決議の第二項と同文である。[88]

（b）人権論

第一四二回国会での先議の参議院における附帯決議の第三項は、「健康診断、入院、移送等が、患者等の人権に配慮し、客観的に運用されるよう手続の明確化を図るとともに、これらの手続、退院の請求、審査請求等について、患者等に対して十分な説明が行われるように配慮すること。また、感染症指定医療機関等における通信等の自由を保障するため、必要な措置を講ずること」（傍点引用者）、第六項は、「感染症の患者及び感染者に対し、その人権に配慮した良質かつ適切な医療が提供されるよう、医師、看護婦等の医療従事者の教育・研修、感染症専門医の育成等に努めるとともに、感染症指定医療機関について、国立国際医療センターや大学病院の充実・活用を含め、人材・設備の両面から計画的な整備を進めること」（傍点引用者）とする。

第一四三回国会での衆議院における附帯決議の第二項は、「本法が目的とする感染症政策を実現するため、今後具体的な政策形成を行うに当たっては、感染症の患者等の意見を十分に徴すること。特に、法の定める『基本

指針』、『特定感染症予防指針』などの策定に当たっては、患者の意見の十分な反映を図ること」（傍点引用者）、第三項は、「感染症の患者及び感染者に対し、その人権に配慮した良質かつ適切な医療が提供されるよう、医師、看護婦等の医療従事者の教育・研修、感染症専門医の育成等に努めるとともに、感染症指定医療機関について、国立国際医療センターや大学病院の充実・活用を含め、人材・設備の両面から計画的な整備を進めること」（傍点引用者）、第七項は、「患者に対する説明と理解を尊重した医療を実現するよう、趣旨の徹底に努めること。その際、患者等のプライバシーを確保するため、医師が都道府県知事への届出を行った場合には、当該患者等または保護者へ当該届出の事実等を通知するように徹底を図ること」（傍点引用者）、第八項は、「健康診断、入院、移送等の措置がなされる場合において、患者等の人権を尊重し、厳格かつ客観的に運用されるよう手続の明確化を図ること。また、これらの措置に係る手続や、退院請求、審査請求などの不服申立手続きについて、患者等に十分に趣旨が理解できるような説明が行われるよう徹底させること、実際に、入院患者が退院請求を行った場合には、その判断は速やかに行われるようにすること」（傍点引用者）、第九項は、「感染症の診査に関する協議会は、患者の入院の必要性等を診査する機関であるとの趣旨にかんがみ、その構成員である『医療以外の学識経験を有する者』としては、患者・感染者等の人権尊重の観点からふさわしい人材が選ばれるよう、都道府県等に対し、趣旨の徹底を図ること」（傍点引用者）、第一〇項は、「入院時の通信・面会の自由が保障されるよう必要な措置を講じる等、入院患者の処遇について明確化すること」（傍点引用者）、第一一項は、「感染症情報の収集・公表に当たっては、個人情報の保護に万全を期し、無用な不安や不当な差別。偏見を引き起こすことがないように努めること。特にマスコミの影響が大きいことから、常時、的確な情報を提供するとともに、誤った情報や不適切な報道がなされたときには、速やかにこれを訂正する報道がなされるようにしておくことなど、マスコミその他関係機関との連携を図ること」（傍点引用者）とする。(90)

第一四三回国会参議院の附帯決議の第三項及び第七項は、第一四二回国会参議院の附帯決議の第三項及び第七項と同文である。[91]

ことに衆議院の決議案は、委員会審議において法案及びその運用の問題点として委員が指摘した人権論を反映した、という印象を強く受ける。[92]

（86）水島裕委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録一一号五～六頁（一九九八年四月三〇日）。厚生労働省・前掲註（1）・七〇七頁に採録。

（87）佐藤静雄委員・第一四三回国会衆議院厚生委員会議録五号三九～四〇頁（同九月一六日）。厚生労働省・前掲註（1）・七〇九～七一〇頁に採録。

（88）清水澄子委員・第一四三回国会参議院国民福祉委員会会議録四号二五～二六頁（同年同月二四日）。厚生労働省・前掲註（1）・七一一頁に採録。

（89）水島委員・前掲註（86）・六頁、厚生労働省・前掲註（1）・七〇八頁に採録。

（90）佐藤委員・前掲註（87）・三九～四〇頁、厚生労働省・前掲註（1）・七〇九～七一〇頁に採録。

（91）清水委員・前掲註（88）・二六頁、厚生労働省・前掲註（1）・七一一～七一二頁に採録。

（92）ことに衆議院附帯決議第七項、第九項等。なお第一一項は、今日ではマスメディアだけにとどまらず、ＳＮＳ等のインターネット経由で拡散する情報という厄介な代物（しろもの）を抱えていることを実感させられる。

（ロ）新しい感染症への対応例

Ａ　新型肺炎ＳＡＲＳ（二〇〇三年～）

二〇〇二年、中国広東省で重症な非定型性肺炎が集団発生し、翌二〇〇三年にかけてアジア諸国等で拡大した。ＷＨＯは、二〇〇三年三月一二日、右肺炎について地球規模で警戒すべき原因不明の感染症としてGlobal Alert

を発し、同月一五日、ＷＨＯは、「重症急性呼吸器症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome 以下「ＳＡＲＳ」という）」との疾病概念を提唱して、各国から情報提供を求めた。翌四月には、病原体としてベータコロナウイルス属の新型コロナウイルス[93]の存在が明らかになり、ＷＨＯは同年四月一五日、これをＳＡＲＳ-ＣｏＶと命名した[94]。その後ＷＨＯによる渡航自粛勧告等により流行は収束に向かった[95]。わが国では、同年五月に観光目的で関西・四国を旅行した台湾の医師が、帰国後ＳＡＲＳの疑いで隔離されたことが判明した。医師との接触可能性のあった六〇四名中、疑わしい症状のあった二名も抗体・ウイルス遺伝子検査結果が陰性であり、結果的にはその後も、わが国でのＳＡＲＳ患者はゼロにおわった[96]。

（a）　新感染症から指定感染症へ

ＳＡＲＳに対する政府対応をみると、いわゆる水際対策を別にして、二〇〇三年四月三日、ＳＡＲＳを感染症法上の「新感染症」として取扱うことにし、厚生労働省結核感染症課長名で、ＳＡＲＳを「新感染症として取扱うことが適当である」と通知した[97]。そもそもＷＨＯが原因不明の「病名」不明の未知の「症候群」としてスタートしていることに加えて、重症リスクがあると認めていることからすると、本稿二（1）（イ）Ｃ（b）（c）及び表2の「感染症の分類学」でいう「新感染症」（感染症法六条七項・現九項）に分類することに、何ら不思議はなかったと思われる。

感染症法制定時の国会審議では「新感染症」の判断権者及び判断プロセスが論点化していた（本稿二（1）（イ）Ｃ（c））が、ＳＡＲＳの国内感染がゼロに終わったこともあってか、私の調べた範囲では、今回の判断プロセスを記した資料には遭遇しなかった。

ただ、新感染症に分類したわずか一二日後の同月一五日に、ＷＨＯは病原体を新型コロナウイルスと断定した。

となるとＳＡＲＳはもはや未知の症候群ではなく「既知」の症候群であり、法文の定義規定からいって、「新感染症」から外れるはずである。

事実、厚生労働省は、四月一六日にＳＡＲＳを「指定感染症」（感染症法六条六項・現八項）に指定する方針と報じられていた。[98] ところが指定感染症に切換えるのに手続き的に時間を要したのか、二か月以上経った七月一日に閣議決定、同月四日公布、同月一四日施行の「重症急性呼吸器症候群を感染症法第六条第六項の指定感染症として定める等の政令」（平成一五政令三〇四号）によって、ＳＡＲＳはようやく「指定感染症」に指定されたのである。[99]

ＳＡＲＳについて新感染症から指定感染症への分類変更に時間を要しているものの、新感染症であれ指定感染症であれ、対人・対物ともに最も重篤性・危険性の高い「一類感染症」に準じた対応を行える点においては両者に差異はないため、結果的に格別の実害もなかったと考えられる。

ところが仮に当初新感染症として一類感染症級の対応をしていたが、既知の感染症になってから、対応レベルを一類感染症から二類感染症級に引下げる等の必要が出てくれば、これは速やかに指定感染症に指定替えして対応レベルを引下げる必要がでてくる。こうした煩わしい問題を抱え込んでいるのは、感染症法の分類学が、人権尊重・予見性・透明性の確保の裏返しもあってか、融通のききにくい硬直的な立て付けになっていることに起因すると考えられる。

（b）「一類感染症」へ――感染症法改正（二〇〇三年）

小泉純一郎内閣（坂口力厚生労働大臣）時代の二〇〇三年九月、感染症法の一部改正法案が、第一五七回臨時国会に上程され、衆議院厚生労働委員会で審議・可決、次いで参議院厚生労働委員会で審議・可決し成立した

（平成一五法律一四五号）[100]。これにより「重症急性呼吸器症候群（病原体がＳＡＲＳウイルスであるものに限る）」が一類感染症に分類された。右の法改正は、ＳＡＲＳ対応問題にはとどまらない[101]。国会審議で委員からは、今回の法改正のモチーフが、「施行後五年」の見直し条項（感染症法附則二条一項）[102]にあるのか、それともＳＡＲＳ対応からのみなのかと質問され[103]て、大臣は、台湾の医師が五月に関西・四国を旅行し帰国後に発病した件で、国内旅行先が五府県にまたがっていたことから、府県による意見の食い違いもあり調整に手間取ったというＳＡＲＳ対応のほかに、痘瘡（そう）の問題があると答弁している[104]。後者の痘瘡というのは、現在は撲滅はしているものの、米国疾病管理センター（ＣＤＣ）が最優先でバイオテロ対策の必要性を指摘する病原体の一つであり、法改正により、ＳＡＲＳとともに「一類感染症」に加えるものである。右のＣＤＣは、痘瘡のほか、感染症法で一類感染症に位置づけられているペスト、ウイルス性出血熱のほか「炭疽（そ）、ポツリヌス、野兎（と）病」の三者もテロ対策病原体に挙げている。そこで改正法案は、「四類感染症」（例示＋省令指定）を「四類感染症」（例示＋政令指定）と「五類感染症」とに改組し、右炭疽、ポツリヌス、野兎病の三者を、消毒等の対物処理をとれる新「四類感染症」に位置づけるのである[105]。そして法案の「五類感染症」は、旧・四類感染症の例示から「インフルエンザ」中、新四類感染症の「高病原性鳥インフルエンザ[106]を除き、「ウイルス性肝炎」中、新四類感染症のＥ型肝炎及びＡ型肝炎を除き、新四類感染症に移行する「黄熱、Ｑ熱、狂犬病」を削除するものである[107]。

国会審議でＳＡＲＳをエボラ出血熱・ペスト並の「一類感染症」に分類した根拠を問われたのに対して[108]、政府は、罹患の致死率が一〇％くらいで重篤の部類であること、飛沫感染のためエボラ出血熱・ペストよりも感染力が比較的強いこと、ＳＡＲＳへの対応として、海外では患者は原則入院、建物への立入制限措置がとられたことから、最も重篤な一類感染症に位置付けたと答えている（表2参照）[109]。このほか、一類感染症かどうかが検疫法（昭和二六法律二〇一号）でいう「検査感染症に入るかどうか……区別が」出てくるとの委員質問[110]がある。検疫法

制定時には、検疫対象の「検疫伝染病」をコレラ、ペスト等の個別疾病名で限定列記していた（同法二条）[111]が、一九九八年の感染症法制定時に、同条の見出しを「検疫感染症」に改め、検疫対象疾患を一類感染症（同条一号）、コレラ（同条二号）、黄熱（同条三号）とした。これにより一類感染症は検疫感染症として扱われている。さらに同法二条の二によって、一類感染症及びコレラに限り、「疑似症及び無症状病原体保有者」にも検疫法を適用することとなっていた[112]。

法案によると今回の改正内容は、ＳＡＲＳの教訓から、第一に緊急時における感染対策の強化として、厚生労働大臣（以下「大臣」という）自らによる感染症の発生状況等の調査（一五条関係）、大臣の「基本指針」及び知事の「予防計画」の中に緊急時における感染症の予防等に関する事項の追加（九、一〇条関係）、大臣による都道府県知事の事務に対する指示権限の創設（六三条の二）[113]、第二に、動物由来感染症対策の強化、第三に感染症法の対策疾病及び疾病分類の見直し等として、既述の感染症の類型の見直し（六条関係）、都道府県知事等が、市町村に指示するだけでなく自ら消毒及びねずみ等の駆除の措置等を行うこと（二七～二九条）、地方公共団体における感染症発生状況等の調査のため、他の都道府県等に対し検査研究機関の職員の派遣等の協力を求めることができること（一五条関係）、第四に、検疫との連携（一五条の二）、第五に罰則の整備である[114]。

国家審議の結果、法案に衆議院で五項目、参議院で十項目の附帯決議が付された。これらのうちことＳＡＲＳに関し、「ＳＡＲＳに係る感染症法上の類型については、ウイルスの解明、病態・感染経路の解明を急ぎ、治療薬・ワクチンの開発等などの医療の状況を含め医学的知見の集積等を踏まえ、二年毎の見直し[115]を行うこと」と決議した[116]。

なお一九九八年の感染症法制定時の国会附帯決議には、「保健所が地域における感染症対策の中核的機関として十分に機能できるよう、その体制強化を図ること」（傍点引用者。参議院附帯決議第五項）[117]とあったが、国会審

議で、「むしろ保健所の統廃合の中で縮小している」と指摘された[118]。この指摘に対して大臣は、「保健所の体制というのは……どちらかといえば予防措置……を中心としてでき上がっている」ので「感染症の問題が生じましたときに、それはその職員の中で対応するといっても、それは私は無理な面があると思っております。問題は、何かが発生したとき……その県内ならその県の中で専門家に要請してどう対応するかというマネジメントができるかどうか」であって「保健所の人数の問題ではなくて、そのマネジメントに一に掛かっている」（傍点引用者）との医師ならではの興味深い答弁を残している[119]。

（c）「二類感染症」へ――感染症法改正（二〇〇六年）

第三次小泉純一郎内閣の二〇〇六年、感染症法の一部改正法案が、第一六四回国会に上程され、審議未了・継続審議で、同年、第一次安倍晋三内閣（柳澤伯夫厚生労働大臣）での第一六五回国会（臨時）で審議・可決された（平成一八法律一六〇号）。

これにより「重症急性呼吸器症候群（病原体がＳＡＲＳウイルスであるものに限る）」を従前の一類感染症から二類感染症に分類し直した。今回の改正は、ＳＡＲＳを含む感染症の分類の見直しのほかに、旧結核予防法の廃止、テロ対策がらみで病原体の取扱い規制、本稿二（1）（イ）Ｄ（c）で言及の「人権尊重」の観点からの条文の見直し等からなるが[120]、ここでは感染症の分類学に関する部分をとりあげる。

まずＳＡＲＳは、（b）で見たように二〇〇三年に一類感染症になったが、三年後の本改正により、急性灰白髄炎、結核、ジフテリアとともに「二類感染症」に分類されることとなった。感染症分類学に関するその他の改正は、南米出血熱を新たに一類に、腸管感染症法を二類から三類に格下げ、炭疽・ポツリヌス症・野兎病を、四類感染中、政令指定から例示に格上げである[121]。

国会審議では、テロ対策、結核等に議論が集中し、その結果、ＳＡＲＳの「二類感染症」への分類替えを含む感染症の分類学に関する質疑は、格別見当たらない。[122] というのも、「二〇〇三年七月にＷＨＯが終息宣言を出し、これ以降は実験室内の研究者の感染症を除いては新たな症例が発生していない」[123] という事情に加えて、先の二〇〇三年法改正時の両院の附帯決議において、ＳＡＲＳの感染症類型見直しを織り込んでいたことがある。逐条書は、後者の附帯決議を「当時の知見を前提に［ＳＡＲＳを］当座暫定的に一類感染症に位置づけたが、二類感染症以下への格下げも視野に入れた入念な立法意思の表明」と、大いにもちあげている。[124]

国会両院の附帯決議においても、感染症の分類学に言及するものは見当たらない。[125]

（93） 加藤茂孝『続・人類と感染症の歴史―新たな恐怖に備える』一八五頁（丸善出版、二〇一八）によれば、電子顕微鏡で撮影されたウイルスの形が、太陽のコロナ（corona）のように見えるというのが、「コロナウイルス（Coronavirus）」の名前の由来である。ヒトから発見されたものは軽症の風邪症状にとどまったが、重症急性の肺炎症状を引き起こしたのはＳＡＲＳが初めてという。同書一八五～一八六頁。

（94） 国立感染症情報センター「重症急性呼吸器症候群（ＳＡＲＳ）」ＩＡＳＲ The Topics of This Month Vol.24 No.10（No.284） 一頁 https://www.idsc.nih.go.jp/iasr/24/284/tpc284j.html、春木孝祐「重症急性呼吸器症候群（ＳＡＲＳ）の伝播」生活衛生四七巻六号三一三頁（二〇〇三）、「ＳＡＲＳ（重症急性呼吸器症候群）とは」https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/414-sars-intro.html

（95） 加藤・前掲註(93)・一八九頁によれば、二〇〇三年ＷＨＯによる流行地香港・広東省等への渡航自粛勧告が功を奏して、ＳＡＲＳは、収束に向かったという。当時のＷＨＯ西太平洋事務局は尾身茂事務局長で、押谷仁教授ら多くの日本人の献身的協力があったという。

（96） 加藤・同右・一八五、一九七頁。田中慶司政府参考人（厚生労働省健康局長）・第一五七回国会・衆議院厚生労働委員会議録二号一六頁（二〇〇三年一〇月三日）にあるように、「インフルエンザとＳＡＲＳは……識別が非常に

困難」であり、他国と異なる日本人の風邪対策である「手洗い、うがい、マスク」が国際会議の折にも話題になったという。坂口力大臣・同会議録一〇頁。

ＳＡＲＳの伝播様式につき春木・前掲註(94)・三一八頁は、「濃厚接触」と「飛沫感染」が主な感染経路で、「飛沫核［(空気)］感染、動物ベクターの存在の可能性などは未解明」とする。同旨・田中政府参考人・同会議録二頁、同参考人・第一五七回国会・参議院厚生労働委員会会議録二号四頁（同年一〇月九日）も参照。

(97) https://www.anzen.mofa.go.jp/sars/k-10.pdf 及び厚生労働省ＳＡＲＳ対策本部事務局「重症急性呼吸器症候群（ＳＡＲＳ）に関する厚生労働省の対応状況について（二〇〇四年四月二八日現在）」五頁 https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou05/06-06.html

(98) 「厚労省、『指定感染症』に」（二〇〇三年四月一六日読売新聞ＷＥＢ版引用）https://www.med.oita-u.ac.jp/infectnet/SARS?SARS_report_00077.html

(99) 厚生労働省ＳＡＲＳ対策本部事務局・前掲註(97)・五頁、国立感染症情報センター・前掲註(94)・二頁、春木・前掲註(94)・三一三頁。健発〇七一四〇〇六号（平成一五年七月一四日）都道府県知事・政令市市長・特別区区長宛厚生労働省健康局長「重症急性呼吸器症候群を感染症法第六条第六項の指定感染症として定める等の政令及び関係省令の施行について（施行通知）」https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou05/06-07-06.html 参照。

(100) 厚生労働省・前掲註(1)・一〇頁。

(101) 厚生労働省・前掲註(1)・七～一〇頁は、背景事実として、感染症法の見直し条項、ＳＡＲＳへの対応、輸入動物、対象疾病の見直し、検疫体制の強化の五点を挙げる。

(102) 感染症法制定時に、参議院で追加された条項である。尾辻秀久委員・第一四二回国会参議院国民福祉委員会会議録一一号五、七頁（一九九八年四月三〇日）、厚生労働省・前掲註(1)・三八五～三八六頁。

(103) 櫻井充委員・第一五七回国会参議院厚生労働委員会会議録二号一頁（二〇〇三年一〇月九日）。

(104) 坂口大臣・同右会議録・二頁。

(105) 坂口大臣・同会議録・七頁、田中政府参考人・同右・八頁。

法案は「Ｅ型肝炎、Ａ型肝炎、黄熱、Ｑ熱、狂犬病、高原性鳥インフルエンザ、マラリア」（傍点引用者）を「四

類感染症」の例示にし、「その他既に知られている感染性の疾病であって、動物……その他の物件を介して人に感染し、国民の健康に影響を与えるおそれがあるものとして政令で定める」（傍点引用者。改正後の六条五項）とする。炭疽、ボツリヌス、野兎病の三者は、右の政令により四類感染症に指定する趣旨と思われる。ちなみに右三者のうち野兎病は、現行法では四類感染症の例示に含まれている。

(106) 高病原性鳥インフルエンザウイルス（A／H5N1）について、正林督章「準備段階の対応」宮川・和田・前掲註(8)・二～三頁、加藤・前掲註(5)・一三六頁以下、石・前掲註(1)・二〇二頁以下等参照。

(107) 衆議院HP〉立法情報〉議案情報〉第一五七回国会議案の一覧〉議案本文情報一覧〉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及び検疫法の一部を改正する法律案。

(108) 家西悟委員・第一五七回国会・衆議院厚生労働委員会議録二号二頁（二〇〇三年一〇月三日）。

(109) 田中政府参考人・同右会議録・同号二頁。

(110) 阿部知子委員・同右会議録・同号一八頁。

(111) 第十回国会衆議院構成委員会議録二四号一～二頁（一九五一年五月一八日）。

(112) 衆議院HP〉立法情報〉議案情報〉第一四二回国会議案の一覧〉議案本文情報一覧〉検疫法及び狂犬病予防法の一部を改正する法律案。

(113) 朝日俊弘委員・第一五七回国会・参議院厚生労働委員会会議録二号九頁（二〇〇三年一〇月一九日）がこれら「国の関与を強める」改正について、これら事務について、従来の都道府県・都道府県知事の責任がどうなるのかと質問したのに対して、政府は「基本的には国の緊急時における対応が強化されるということで……一義的に都道府県の感染症に係ります守備範囲、これを変えるものではございません」と答弁している（田中政府参考人・同右・九頁）。

(114) 厚生労働省健康局結核感染症課「『感染症の予防及び感染症の患者に対する医療にかんする法律及び検疫法の一部を改正する法律』の概要」IASR二四巻三二八～三二九頁 https://www.idsc.niid.go.jp/iasr/24/286/kj2865.html、「第一六回厚生科学審議会感染症分科会・資料1：『感染症の予防及び感染症の患者に対する医療にかんする法律及び検疫法の一部を改正する法律』の概要」」https://www.wam.go.jp/wamappl/bb11gs20.nsf/vAdmPBigcategory10/49

256FE9001B533F49256D0000274E55?OpenDocument のほか、厚生労働省・前掲註（1）・七～一〇、七三四～七三六頁参照。

(115) 五島委員の「ＳＡＲＳについては病原体、感染経路、ウイルスの特性などが明らかになった時点で、感染症法の一類感染症から二類感染症への見直しを行うべきではないか」と質問に対し、大臣は、「今回の改正で［ＳＡＲＳを］一類感染症と位置づける」が「今後、病態や感染経路等が明らかになり、また治療方法やワクチンの開発といった医療が進歩することに伴いまして、類型の見直しを行われることがあり得る、行わなければならないというふうに思っております」と答弁している。五島正規委員及び坂口大臣・第一五七回国会・衆議院厚生労働委員会議録二号一二頁（二〇〇三年一〇月三日）。

感染症法附則二条二項［法案段階の附則二条］は「感染症の範囲及びその類型」について、「少なくとも五年ごとに……検討」とあるが、本附帯決議では、ＳＡＲＳ見直しを二年に短縮している。

(116) 衆議院厚生労働委員会附帯決議第一項。家西委員・第一五七回国会・衆議院厚生労働委員会議録二号二一頁（同年一〇月三日）。ほぼ同文・参議院厚生労働委員会附帯決議第一項。山本委員・同国会参議院厚生労働委員会会議録・二〇～二一頁（同年一〇月九日）。厚生労働省・前掲註（1）・七一三頁、七一四頁にも収録。

(117) 厚生労働省・前掲註（1）・七〇七、七一一頁。

(118) 阿部委員・第一五七回国会・衆議院厚生労働委員会議録二号一九頁（二〇〇三年一〇月三日）。

(119) 坂口大臣・第一五七回国会・参議院厚生労働委員会会議録二号一六頁（同年同月九日）。

(120) 厚生労働省・前掲註（1）・一二～一三、七四一頁、辻明良「感染症法の一部改正のポイント」https://www.kao.co.jp/pro/hospital/pdf/11/11_03.pdf

(121) 厚生労働省・同右・一三、七四一頁。

(122) わずかに感染症の分類学に関連する質疑として足立委員の質問がある。それによれば、入院すべき医療機関は、［感染症法一九条及び二六条によれば］一種感染症は「特定感染症医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関」に、二種感染症は第二種感染症指定医療機関に入院というふうに、感染症の類型を「類」、感染症指定医療機関を「種」で分類し、両者は対応していた。今回の法案は、病原体も「種」で分類するため、二類感染症のうち「類」と病原体

の「種」の数字が一致するのは「コロナウイルスによるＳＡＲＳのみ」であり、医療現場に混乱を生じないか、というものである。これに対して政府は、「感染症に関する規制と、病原体に関する規制が違う」もので「どの医療機関に入院するか……は、感染症の分類で入院するのであって、病原体の分類というのは……別の枠立て」と答弁している。足立信也委員・一六五回国会参議院厚生労働委員会会議録五号七～八頁、外口崇政府（厚生労働省健康局長）・同右・八頁（二〇〇六年一一月三〇日）。なお現行規定上の入院すべき医療機関については、厚生労働省・前掲註（1）・一三七頁参照。

（123）津田弥太郎委員・同会議録五号一六頁（同日）。

（124）厚生労働省・前掲註（1）・一二頁。

（125）吉野正芳委員・第一六五回国会・衆議院厚生労働委員会議録六号二〇頁（二〇〇六年一一月二一日）、津田委員・同国会参議院厚生労働委員会会議録五号三八～三九頁（同月三〇日）。厚生労働省・前掲註（1）・七一六～七一七頁、七一八～七二〇頁に収録。

B　新型インフルエンザ――感染症法改正（二〇〇八年）

（a）　改正の経緯

高病原性鳥インフルエンザ（以下「高病原性鳥インフル」という。Ｈ５Ｎ１[126]）は、既述のように、二〇〇三年の感染症法改正で「四類感染症」に例示され（改正後の六条五項）、高病原性鳥インフルを除くその他のインフルエンザは五類に分類された（同条六項一号）（本稿二１（ロ）Ａ（ｂ））[127]。次いで二〇〇六年の同法改正で、高病原性に特定することなく「鳥インフルエンザ」が四類感染症に例示された（改正後の六条五項七号）[128]。

その後も高病原性鳥インフルが、鳥から人へと感染する事例が、東南アジアを中心に増加し始め、これが人から人への感染の新型インフルエンザ（以下「新型インフル」という）となって世界的に流行することが懸念された。高病原性鳥インフルに限らず、新型インフルは、既知のインフルエンザの一種であり、治療法や感染予防法に

ついて予測が可能である[129]ものの、個別具体的な性質は、発生してみないと分からない部分が残る。新型インフルは、既知のインフルエンザの一種なので、発生時に未知である「新感染症」には分類できないが、「指定感染症」への指定は可能である。そうはいってもＳＡＲＳのときのように、指定感染症の指定には、審議会に諮ったうえで政令制定という手続きが必要であるため、発生後指定までには時間がかかる。したがって、発生直後に迅速なまん延防止策を講じることができないという難点がある。

さらに、新型でなくても、アジアインフルエンザ（Ｈ２Ｎ２）のように、かつて世界的に流行したが近時発生しないものは、その後の免疫を獲得していない世代にとっては、新型インフルと同様の脅威になる。これら「再興型インフルエンザ」（以下「再興型インフル」という）も、新型インフルと同様、対策を講じる必要がある。かといって、新型インフル及び再興型インフルを、従来の一類感染症から五類感染症に位置づけるだけでは十分な対応を講じられないため、新たな類型を設ける必要性がでてきた[130]。

そこで福田康夫内閣（舛添要一厚生労働大臣）の二〇〇八年、高病原性鳥インフルを二類感染症に追加（改正後の六条三項五号）するとともに、新型インフル及び再興型インフルをまとめた「新型インフルエンザ等感染症」（以下「新型インフル等感染症」という）と称する新たな類型（改正後の六条七項）を設ける感染症法及び検疫法の一部改正法案[131]が、第一六九回国会に上程された。

同法案は、同年四月、衆議院で一部修正[132]、参議院に送付され、参議院で可決・成立した（平成二〇法律三〇号）[133]。両院ともに附帯決議を付している[134]。

（b） 改正法案の概要

改正法案のうち検疫法改正部分を除く感染症法改正の主な内容は、第一に、新型インフルとなることが懸念さ

れるＨ５Ｎ１型の高病原性インフルを二類感染症とし（改正後の六条三項五号）、国内で発生の場合の患者の入院等の措置を可能にして、まん延防止を図ること、第二に、新型インフル（改正後の六条七項）を入院、検疫の対象となる感染症に定め、発生直後から、国内への病原体の侵入を防止するための水際対策の強化、国内で発生の場合の患者の入院等の措置を可能にすること、第三に、新型インフルは感染力が強いと想定されるため、感染の疑いのある者に対し、都道府県知事が健康状態の報告や外出自粛を要請できるものとし（改正後の四四条の三）、発症を迅速に把握し、速やかなまん延防止策の実施につなげることを可能にすることにあった。[135]

（c）主要論点――総論

国会の委員会会議録からみるかぎり、法案をめぐる論点は、検疫法改正がらみの水際対策を除けば、第一に、高病原性鳥インフルならびに新型インフルの発生状況及び想定される感染率・死亡率といったインフルに関する事実認識[136]、第二に、まん延防止のためのプレパンデミックワクチン[137]ならびにワクチンの研究開発・治験・審査[138]・輸入[139]及びワクチン接種の順序ならびに接種により生じた副作用への補償問題[140]、第三に、ワクチン接種以外のまん延防止ないしパンデミック対策という、三論点に集約されるように思える。

以下では、本感染症（COVID-19）対策にも共通する第三論点のまん延ないしパンデミック対策に的をしぼってみよう。

（d）主要論点――各論「まん延ないしパンデミック対策」

スペイン風邪当時、「例へば患者を隔離せんとしても其の病毒保有の期間を明にせず、消毒を行はんと欲して其の抵抗性の如何を知らず、畢竟不確実なる知識を基礎として行動せざる可らず。……人をして或は予防不能の

病患たるの惧を抱かしむるに至れり」（原文通り）との嘆きが残されている。[141]

スペイン風邪の大正時代とは異なり、今日の医学、国民の栄養・衛生状況に格段の変化があるとはいいながら、ウイルスの飛沫感染、接触感染、エアロゾル感染、空気感染等への完璧な対策は何かと問われれば、「理念型」としては、人・物の動きを完全に凍結することしかない。都市・田園・離島を問わず、当該社会の完全封鎖、交通遮断、社会活動の全面禁止、患者及び感染者の完全隔離等である。とはいえ現実には共産圏ですら、このような強行策をそっくりそのまま実行するすることは、政治・経済・社会・法的にみて不可能に近いだろう。ましてやわが国は、武力攻撃やテロ時といった緊急事態においてすら、戒厳令はおろか外出禁止令すら発することができるのかどうか、いまだに煮詰まった議論を耳にしない状況のように思われる（武力攻撃事態及び存立危機事態における我が国の平和と独立並びに国及び国民の安全確保に関する法律（平成一五法律七九号）二二条三項等、武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律（平成一六法律一一二号）四～五条等参照）。[142]

右の「理念型」を措くとして、まん延対策ないしパンデミック対策が国会審議で意識されたのは、今回の二〇〇八年の感染症法改正案が最初ではない。早い話、二〇〇三年改正時（本稿（ロ）A（b））には、SARSの教訓から、緊急時における国と地方の権限分配の見直し（五一条の二、六三条の二等）、知事による消毒等の迅速な措置（二七～二九条）、地方公共団体における調査体制の強化・連携（一五条）、検疫との連携（一五条の二）等、[143] まん延対策も念頭におかれてはいた。そこで今回の法案審議から、まん延・パンデミック対策関連の論点を拾ってみよう。

① 感染を防止するための協力（新設・四四条の三）

高病原性鳥インフルについて「いつXデーが来るかわからない」状況でのまん延対策を問われたのに対して政府は、新設の四四条の三にある「新型インフルエンザについて新しいカテゴリーを設けまして、健康監視を進め[144]

る……とかあるいは外出の自粛をしていただくとか、そういう多面的な対策を現在とっている、あるいはこちらもとっていきたい」と答弁している。[145] インフルエンザの「感染経路が主に飛沫感染」で、新型インフルエンザも同様の感染経路と想定されるため、[146] 同条は、患者と接触して感染症にかかっていると疑うに足りる者に対し、潜伏期間を考慮した期間内、健康状態の報告を要請し（一号）、同期間中は、居宅等からの外出自粛等の協力を求め（二号）る一方、自粛協力者には「都道府県知事は……食事の提供、日用品の支給その他日常生活を営むために必要なサービスの提供又は物品の支給」に努める（四号）とある。都道府県知事は、四号での食事の提供等への実費徴収は可能である（同条五号）。

ただこれら健康状態の報告・外出自粛等は、いずれも罰則による担保等を含む強制措置ではなく、要請を求められた者は「これに応ずるよう努めなければならない」（三号）として、任意の協力要請にとどまる。[147]

②　移動制限・交通遮断・地域封じ込め（？）

旧伝染病予防法に「交通遮断・隔離」に関する規定が存在していたことは知られている。すなわち「都道府県衛生吏員又ハ検疫委員ニ於テ必要ト認ムルトキハ一定ノ日時間伝染病患者アリタル家其ノ他伝染病毒ニ汚染シ若ハ汚染ノ疑アル家ノ交通ヲ遮断シ又ハ……隔離スルコトヲ得」（八条。傍点引用者）、「都道府県知事ハ伝染病予防上必要ト認ムルトキハ」左ノ事項ノ全部又ハ一部ヲ施行スルコトヲ得」（一九条一項柱書）「市街村落ノ全部若ハ一部ノ交通ヲ遮断シ又ハ人民ヲ隔離スルコト」（同項二号）である。

感染症法制定の前年一九九七年一二月八日の小委報告書（本稿（イ）A）は、前者「患者の発生した家等の交通遮断は、患者の入院、家屋の消毒等により感染拡大防止の効果があるため、廃止して差し使えない（法第八条）」とし、後者「市街村落の交通遮断・人民隔離は、極めて大規模の感染症の集団発生等があった場合を想定した措置で、……このような状況は、自然発生的な感染症法拡大において、現代の公衆衛生水準を考慮すると想

定し難く、また、社会的に認めがたい措置である。犯罪集団により人為的に病原体が放出された場合等の対応として適用することも考えられるが、こうした場合には、国民の情報提供と誘導といった措置で対応が可能である。したがって、基本的に廃止する方向で整理を行う（法第一九条第一項第二号）[148]」とする。小委員会報告書は、楽観的であたかもパンデミックは眼中になく、移動制限・地域封じ込めに極めて否定的な論調のように写る。ところが同月二四日の公衆衛生審議会は「適確かつ迅速に感染症の拡大防止を図ることが国民が健康で安心して生活する必要であるとの視点に立って種々の措置の内容についてさらに検討を続けられたい」とした[149]。

これを受けて「ノミやねずみによって媒介されるペスト等の患者が一定地域において短期間に多数発生した場合など、病原体の外部への流出を確実に防止しなければならない事態を想定し得ることから、要件を限定し、実施期間を七二時間にするなどの配慮を行った上で」感染症法三三条が設けられたという[150]。旧伝染病予防法は、交通遮断の範囲を狭くは患者等の「家」（八条）、広くは「市街村落」（一九条一項二号）で画したが、感染症法三三条は、患者等の「場所」で画している。いずれにせよ「七二時間以内」との制約では、パンデミック対策に有効な手段ではないことが判明する。

一九九八年の感染症法制定時の国会審議では、委員が、交通の制限又は遮断を定める法案三三条について「伝染病予防法の中の規定がここに引継がれ」た「強権的な規定」のように思うが「これを残した理由」の説明を求めた[151]。政府委員は、「交通の制限または遮断については、現行の伝染病予防法において発動されたという記憶は残っておりませんが、エボラ出血熱等の、伝染力が強く、重篤になる感染症が一定の地域において短期間に多数発生し、地域の消毒や患者の入院等の対応では感染症の蔓延が防止できないような緊急の場合が考えられることから、交通の制限及び遮断の規定を盛り込んだ」もので、「この規定を設けることにより、緊急の事態が発生した場合に、地域の交通を制限または遮断して、集中的に健康診断、消毒の措置等を実施して、病原体の外部への

流出を確実に防止することができる」と答えた（傍点引用者）[152]。

右の答弁は「一定の地域」における交通制限・遮断を念頭においている。そこで、法文上の交通の制限・遮断措置の地理的範囲を確認する必要がある。旧伝染病予防法八条は患者等の「家」、すなわち地点を示す表現であるが、同法一九条一項二号は「市街村落ノ全部若ハ一部」であるから、「地域封じ込め」も可能である。他方、感染症法三三条は、患者・病原体汚染等の「場所」というから、「家」より広範囲に理解することも不可能ではないにしても、これまた地点的な表現である。政府答弁にある「一定の地域」の外延が、どの程度の地理的範囲を指すのかは不明ではあるものの、法文上の「場所」に読み込むのには、文理上難点が残されている気がする。

おまけに感染症法三三条の交通制限・遮断は、旧伝染病予防法と異なり「エボラ出血熱等の一類感染症に限定するとともに、措置の実施について必要最小限にとどめるべきことを［三四条に］[153]明文化し、実施期間についても七二時間を限定することにより、発動要件を厳しく限定している」（傍点引用者）[154]。ことに期間が「七二時間以内」という制約では、当該感染症の潜伏期間には到底及ばず、該当場所を消毒するのがやっとであるから、この程度では到底「地域封鎖」とはいえないのではなかろうか。したがって、感染症三三条は、旧伝染病予防法八条を一部受け継いだとしても、旧伝染病予防法一九条一項二号を埒外においたという印象を抱かせる。

ところが二〇〇八年感染症法改正の前年二〇〇七年三月に策定された新型インフルエンザ専門家会議のガイドライン（以下、「専門家会議ガイドライン」という）は、交通遮断措置について、「我が国の地理的条件や人口密度などを考慮した場合、交通遮断による厳格な人の移動制限を行うことは非常に困難」であるが、「人口密度が低く、交通遮断が容易な地で、かつ著しく致死率と感染症力が強い新型インフルエンザが初期に偶然発見される可能性はゼロではないことから、一つの選択肢として厳格な人の移動制限まで行う地域封じ込め」を提唱していた。地域封じ込め作戦の内容として、症例地域内における水際作戦の強化、（やむ終えなく対象地域から外部への移動の

際の）地域検疫の実施、症例発生地域内外の移動及び行動制限（交通遮断、学校臨時休業、対象者の自宅待機等）、抗インフルエンザ薬の一斉予防投与等を想定している。[155]

二〇〇八年改正法案に話を戻すと、法案には格別、「地域封じ込め」と銘打った章立てや条文は見当たらないが、右の専門家会議ガイドラインを連想したのか、国会審議において「地域封じ込め」対策の決定者・決定条件・決定手続き・国民への周知等への質問がある。[156] 大臣は、地域封じ込めの決定手続きとして「新型インフルエンザ対策本部の新型インフルエンザ対策専門諮問委員会を招集し、……この地域封じ込めの可能性について意見をまず聴取」し、「諮問委員会の検討を経て、対策本部でもし可能であれば地域封じ込めを決定」するもので、離島のように「人口密度が低く、交通遮断が比較的容易な地域で［新型インフルエンザが］発生した場合など限定的な場合のみが可能」として、専門家会議ガイドラインと違和感のない答弁をしている。[157] これを裏返していうと、大都市部での地域封じ込めは難しいのである。[158] なお地域封じ込めの国民への周知方法について、大臣は、右「ガイドラインによりますと、……地域封じ込め対策に関する情報を各種メディアを通じて発生地域以外の人々に適切に国が情報提供をするということ……［なの］で、そのガイドラインに基づいた対応」をすると答えている。[159]

専門家会議ガイドラインも右の質疑応答も、私には旧伝染病予防法一九条一項一号、感染症法三三条に基づく厳密な議論には思われない。また、実行可能性（feasibility）を重視してか、封鎖の対象地域は離島・村落のみとして、あっさりと都市部を除外している。しかも人権尊重の観点からの「最小限度」の原則（感染症法三四条）が働いてか「七二時間以内」という厳しい時間的制約が課せられている。このことから、感染症法三三条は、パンデミック対策としての交通規制・遮断の手段からは遠いことを再認識せざるを得ない。[159の2]

③　移動及び行動制限・その2「学校閉鎖」

学校の臨時休業は、専門家会議ガイドラインにおける地域封じ込め作戦中「移動及び行動制限」の一つにも挙げられていた。

委員が、学校閉鎖の手順及び閉鎖が受験時期に重なったときの受験生の救済策について質問した。[160] 政府はこのうち学校閉鎖については、根拠条文として学校保健法一三条[161]を挙げて、感染第一例判明時点で「[文部科学省は]全国の教育委員会あるいは私立学校担当の知事部局へ情報提供」すること、次いで「児童生徒や教職員等に新型インフルエンザ等患者が発生」あるいは「患者と接触をしていた者が関係する発生地域の学校等」においては、「学校の全部又は一部の臨時休業の措置」について「検討を……要請」すること、さらに国内パンデミックの場合には、「政府から非常事態宣言が発令される予定」で、文部科学省は「学校の閉鎖を行い、極力外出を控えることと併せて、閉鎖期間中の措置ということについても……[教育委員会、知事部局へ]要請」し「これを受け、全国の学校は休業と……考えている」こととしている。[162]

④　入院治療

先に②で述べた二〇〇七年専門家会議ガイドラインのうち「医療体制に関するガイドライン」は、第一段階の新型インフルエンザ流行初期に保健所等に「発熱相談センター」を設置すること、感染症指定医療機関及び協力医療機関（以下あわせて「感染症指定医療機関等」という）を即応体制にすること、第二段階の入院勧告措置に基づく医療が行われる段階では、発熱外来を設置すること、感染症法一九条に基づく入院勧告を受けた患者に対し、病状の程度にかかわらず入院診療を行うこと、第三段階の患者増加で入院勧告措置が解除され、当該都道府県の全医療機関において病床を動員して対応する段階では、原則として全ての医療機関が新型インフルエンザ診療を担うこと、医療機関は「新型インフルエンザ治療の病床確保のため」自宅での治療が可能な患者に対し退院を促

し自宅療養を勧めること、第四段階の入院が必要な新型インフルエンザ患者が膨大となり、医療機関内の既存の病床以外の新たな病床が必要となる段階では、医療機関以外においても医療を提供する体制の確保に努めること、医療機関以外での医療提供の場は公的研修施設等の宿泊施設が望ましいこと、なおこれら宿泊施設は、医療法上の医療施設ではなく居宅の延長線上のものとして整理すること、第五段階の新型インフルエンザ流行が終息傾向に入った段階では、発熱外来を解散させること、平時の医療提供体制への復帰を推進することとしている。[163]

右ガイドラインの第三段階に関連して委員から、パンデミック時に「重症者のみ医療機関での入院治療を行い、軽症者については在宅療養」という「振分け」についての質問がある。[164]

これに対して政府は、パンデミック時に「患者数が医療機関の収容能力を超えてしまう、あるいは地域の中でもベッドがほとんど満床になってしまうということは想定して」おり、「重症者と在宅療養が可能な方を医師を中心にして分けていただかなきゃ動かないだろう」が「具体的な振分けの基準については現在専門家に聴いているところ」という。また在宅療養者は、「軽症の方といってもやはり新型インフルエンザ」なので、「「二〇〇七年専門家」ガイドラインに記載されているとおり、往診……訪問看護、訪問薬剤、電話相談や薬剤の受渡しなどを通じて医療が提供できるよう、引き続き医療体制の整備を地方公共団体と一緒になって考え……推進してまいりたい」という。[165]

そもそも感染症法は、「感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、……入院……を勧告することができる」とし、入院勧告に従わないときは、その者を「入院させなければならない」とは規定しないで、「入院させることができる」と規定するにとどめている（二六条で準用の一九条一、三項）。また逐条書から引いてきた本稿「表2」では、一類感染症は「原則入院」だが、二類感染症は「状況に応じて入院」とある。そこで入院の裏返しである退院についても、「病原体を保有していない」という本来の退院基準（二六条で準用の二二条）[166]

を満たさない「患者であっても、回復し医学的に自宅療養可能と判断されるものについては極力自宅療養を推奨」[167]するとの専門家ガイドライン（第三段階）の記述に、さしたる違和感はない。

ところが逐条書は、「一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症は通院医療では対応できない感染症であることから確実に入院させる必要がある。そこで、強制的に入院させる権限を都道府県知事に与えている」という。それでは何故「ねばならない」としなかったかとの疑問がわく。逐条書は、条文上「できる」というのは、入院措置が知事権限という授権規定にとどまるという。さらに「非常に稀ではあるが」と断ったうえで、すでに感染症指定医療機関に入院している者が新たに罹患した場合のように「新たに入院勧告等をする必要がない場合も想定できる」ことを挙げる。後者のようなレアケースの存在だけでは、入院措置を義務付けない論拠にはなりにくい。

にもかかわらず入院措置が「ねばならない」との表現になっていないのは、「権限規定の一般的法制の用例」からだと逐条書はいうが、市井（しせい）の我々にはこうした「阿吽（あうん）の呼吸」を理解するのは難しい。逐条書は、「裁量と義務は表裏一体の関係にあり、当該裁量権を与えられた趣旨が没却してしまうような裁量権の不行使は違法となり、許されないもので……状況によっては都道府県知事に……入院措置をとる義務が生じる」[168]という。右は、知事がとる入院措置は知事の裁量に委ねられているという前提で、一定の状況下で措置不行使が違法という「行為規範」というより、もっぱら行政救済法でお馴染みの「裁量権零（ゼロ）収縮理論」等に依拠したのであろう。そのこと自体にとくに違和感はないものの、「確実に入院させる必要がある」という逐条書の建前との整合性は保ちにくい。前回二〇〇六（平成一八）年の感染症法改正で明文化された「最小限度の措置」（二二条の二）規定は、右の議論に援軍にはなりにくいだろう。

いずれにしても専門家ガイドラインによれば、第一段階で原則患者の入院を想定しつつも、パンデミックの第

三段階では、病床数等との関係で入院患者の一部が退院させられて自宅療養が増加する。しかもこれは、右の最小限度の措置規定（感染症法二二条の二）とは無関係にである。となると、パンデミック下では重篤者以外は原則「自宅療養」等というふうに、原則が逆転してしまって、感染症法の入院規定（二六条で準用の一九～二〇条）及び退院基準（二六条で準用の二二条）が形骸化しかねないという、実に皮肉な結末を迎えることになる。このように考えると、感染症法上の入退院システムは、ある種「竜頭蛇尾」に思われてならない。逐条書にいう二類感染症も原則入院治療という理想論的な「建前」は、専門家ガイドライン及び国会答弁等の「実務」によって変貌を遂げつつあるというと、大袈裟であろうか、

最後に一つ気になることがある。専門家ガイドラインが第三段階で「自宅療養」を推奨しておきながら、「自宅療養」自体が感染症法の表舞台に出ていないこともあって、自宅療養者への配慮条項が格別設けられてはいないことである。自宅療養者への医療サービスの提供の確保は、専門家ガイドラインもいうように、当然のことである。それだけではない。二〇〇八年改正法案には、新型インフル等感染症患者との接触者が、居宅等から外出しないことの見返りに、日常生活を営むために必要なサービスや物品の支給が規定されている（改正後の四四条の三）。このような生活配慮は、自宅療養者についても、独居者はいうに及ばず、家族同居であっても、家族が持病・高齢等で戦力にならない場合も想定されて、新型インフル等感染症患者との接触者とのバランス論から見ても、同様の配慮が必要であろう。さらに法条に落すのは難しいが、兎小屋的な日本の居宅にあって、「家庭内感染の防止」という難題解決への視点も欠落しているのである。

⑤　ライフライン企業の「行動計画」

二〇〇七年感染症対策専門家会議会議ガイドラインは、「新型インフルエンザの流行の波は複数回あると考えられており、一つの流行期間は約二ケ月間続くと考えられ……二ケ月間機能停止することで国民生活や社会機能

が破綻するおそれがあるものを社会機能維持者」（傍点引用者）として、他事業以上に業務継続についての検討が必要とする。「社会機能維持に関わる事業」の一つの範疇として「ライフライン関係」すなわち「機能低下を来した場合、最低限の国民生活が維持できないもの」として「電気事業者、水道事業者、ガス事業者、石油事業者、食料販売関係者等」を挙げている（ここでは通信事業者は例示から漏れている）[169]。

これを受けて経済産業省も「新型インフルエンザ対策に関する行動計画」を策定し、ライフライン事業者に対して「行動計画」の策定を要請した[170]。

右の「ライフライン」事業者の行動計画について、委員から質問がある。第一に経済産業省が「新型インフルエンザ対策に関する行動計画」の策定を要請した要請先のうち、電力について（以下、当時の事業区分による）「卸供給事業者」「特定規模電気事業者」「共同火力」等が抜け落ちているのではないか、第二にライフラインの確保には、電気事業者のほか、電力関係の「メーカー」「関係会社」も含まれるのではないかとの質問である[171]。政府は、第一点は、「供給義務を負う十電力、それから電源開発［株式会社］と日本原［子力発］電という大手十二社に対して行動計画の要請策定を要請」し、昨二〇一七年四月までに行動計画が策定されており、右の対象外の中小電気事業者ついては、十二社が「詳細に計画を展開していく中で、新型インフルエンザの発生時の電力の安定供給などに与える影響なども勘案しながら、行動計画の策定要請など必要があるかどうか、検討」するとし、第二点は、メーカー等は、「最終的には」電気事業者が行動計画をまとめ、「計画の詳細な展開をよく見ながら、……［メーカー等］も含め……引き続き周知徹底を図ってまいりたい」と答えている[172]。また、発電所の「定期点検」が法定どおりいかないときにどう乗り越えるのかとの質問[173]に対しては、（当時の）原子力安全・保安院としては「安全確保が大前提」であるが、他方火力発電では「災害その他の非常の場合には検査開始時期の変更を認めることを可能としております[174]」と答えている。

(126) 前掲註(106)の各文献参照。「高病原性」というのは、鳥インフルエンザのうち、特別なアミノ酸配列をもち、かつ病原性が高い極く一部のウイルスによるものをいう（加藤・前掲註(5)・一三八頁）。

(127) 前掲註(105)のほか、新型インフルエンザ対策に関する検討小委員会『新型インフルエンザ対策報告書』八頁（二〇〇四年八月）https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0903-1.html、厚生労働省・前掲註(1)・七四〇頁。

(128) もっとも小池晃委員によれば、広義の鳥インフルのうち高病原性鳥インフルは、「指定感染症の政令指定が［二〇〇八年］六月に失効する」状態にあった。小池委員・第一六九回国会参議院厚生労働委員会会議録八号三一頁（二〇〇八年四月二四日）。

(129) 古くはスペイン風邪のときの内務省「流行性感冒予防心得」（大正八年一月、内務省衛生局）は、「はやりかぜは如何して伝染するか」の項で、「はやりかぜは、主に人から人に伝染する病気である。かぜを引いた人が咳や嚏（くしゃみ）をすると眼にも見えない程微細な泡沫が三、四尺周囲に吹き飛ばされ夫れを吸い込んだ者は此病（やまひ）に罹る」として、インフルエンザを飛沫感染としていた。内務省衛生局・前掲註(6)・一四三頁。

また同書・三七四頁以下では、各国共通の予防策として、ワクチン、マスク、含嗽の三つを挙げ、詳論している。同時に視覚に訴える五種のポスターがあった。「予防注射で宿のなくなる風乃神」「恐るべし『ハヤリカゼ』の『バイキン』！マスクをかけぬ命知らず！」「『テバナシ』に『セキ』をされては堪らない」「含嗽せよ、朝な夕なに」「手當が早ければ直ぐ治る」（順不同・各傍点引用者）である。同書・一五八～一六二頁。

(130) 厚生労働省・同右書・一五～一八頁。

(131) 法案は、第一六九回国会衆議院厚生労働委員会議録八号三九～四三頁（二〇〇八年四月一八日）。

(132) 自由民主党、民主党・無所属クラブ、公明党の三派共同提案による法案修正案の主たる内容は、第一に無症状病原体保有者について、新型インフルエンザ等感染症患者とみなすこと（改正後の八条三項）、第二に、国は新型インフルエンザ等感染症に係るワクチン等医薬品の研究開発促進のために必要な措置を講ずるとともに、これら医薬品の早期の製造販売の承認に資する必要な措置を講ずるものとすること（改正後の新三条一項）、第三に、国は新型インフルエンザ等感染症の発生及びまん延に備え、抗インフルエンザ薬及びプレパンデミックワクチンの必要な量の備蓄に努めるものとすること（同条二項）である。大村秀章委員・同会議録・一〇号四〇頁及び四二頁（同月二三日）。

(133) 可決された法案は、第一六九回国会参議院厚生労働委員会会議録八号三九～四二頁（同月二四日）、厚生労働省・前掲註（1）・二〇、七五〇～七五三頁、国立感染症研究所「感染症法および検疫法の改正と麻疹対策強化、二〇〇八年五月」https://www.niid/ja/iasr-law/152_2008512.html

(134) 附帯決議は、第一六九回国会衆議院厚生労働委員会議録一〇号四一頁（同月二三日）及び参議院厚生労働委員会会議録八号三七～三八頁（同月二四日）。厚生労働省・前掲註（1）・七一六～七一七、七一八～七二〇頁にも収録されている。

(135) 舛添大臣・第一六九回国会衆議院厚生労働委員会議録八号三九頁（同月一八日）、同・同国会参議院厚生労働委員会会議録八号一五頁（同月二四日）。

(136) 岡部信彦（国立感染症研究所感染症情報センター長）参考人・同国会衆議院厚生労働委員会議録九号四～六、一一頁（同月二二日）、清水鴻一郎委員・同会議録一〇号三頁（同月二三日）、田代眞人（国立感染症研究所ウイルス第三部長）政府参考人・同号三〇頁、西山正徳（厚生労働省健康局長）政府参考人・同会議録一〇号・二五頁（同月二三日）、同政府参考人・同国会参議院厚生労働委員会会議録八号二四頁（同月二四日）、同政府参考人・同会議録同号二九頁、谷口隆（農林水産大臣官房審議官）政府参考人・同会議録同号二九～三〇頁等。

(137) 新型インフル用のワクチン、パンデミックワクチンは、発生してからでないと製造できないため、これまでの感染事例から分離されたウイルスをもとにワクチン用に開発された種ウイルスから開発するワクチンで、パンデミックになったときのウイルスに効果があるかどうかは分からないが、少なくとも基礎免疫をつけることができる。これをプレパンデミックワクチンという。感染症情報センター「インフルエンザ・パンデミックに関するQ＆A」https://www.idsc.go.jp/disease/infuluenza/pandemic/QA12.html

(138) 清野研一（聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター准教授）参考人・第一六九回国会衆議院厚生労働委員会議録九号六～七、一一、一四、一六～一七、一九、二〇、二一、二二、二三頁（二〇〇八年四月二二日）、光石忠敬（日本弁護士連合会人権擁護委員会特別委嘱委員）参考人・同号一〇、二二頁、西山政府参考人・同会議録一〇号四頁（同月二三日）、高橋直人（厚生労働省医薬食品局長）政府参考人・同号五、九～一〇頁、舛添大臣・同号五、一〇頁、郡和子委員・同号一九～二〇頁、高橋政府参考人・同頁、三井嬬雄委員・同号二六頁、西山政府参考人・同国

会参議院厚生労働委員会会議録八号一〇～一一頁（同月二四日）、舛添大臣・同号一一頁、中村哲治委員・同号二〇頁等。

(139) 高橋政府参考人・同国会衆議院厚生労働委員会議録一〇号二〇頁（同月二三日）、西山政府参考人・同号二一頁等。

(140) 西山政府参考人・同会議録一〇号一四頁（同月二三日）、中村哲治委員・同国会参議院厚生労働委員会会議録八号二二～二三頁（同月二四日）、足立信也委員・同号二五頁、舛添大臣・同号同頁等。

(141) 内務省衛生局・前掲註(6)・三七三頁。

(142) 他方、災害対策基本法に市長村長による避難指示（六〇条）・警戒区域設定（六三条）、都道府県公安委員会による交通規制（七六条）等の具体的措置が用意されているのは、感染症におけるウイルスとは異なり、災害・被害が「可視」のためだろうか。

(143) 厚生労働省・前掲註(1)・八、七三五～七三六頁。

(144) 清水鴻一郎委員・第一六九回国会衆議院厚生労働委員会議録一〇号三頁（二〇〇八年四月二三日）。

(145) 西山政府参考人・同号・同頁。

(146) 厚生労働省・前掲註(1)・一九二頁。

(147) 厚生労働省・前掲註(1)・一九三頁。義務付けを行わなかった理由として逐条書は、本条の対象者は、感染しているかどうか不確実で、他者に感染させないこともあり得ること、「一五条による調査、一七条による健康診断等によるまん延防止策も可能」なので「罰則等による義務付は行わない」とする。右の二か条のうち一五条は、いわゆる積極的疫学調査のことであり、同条六項は「調査に協力するよう努めなければならない」とするだけで、調査に関する秘密漏洩について七三条二項はあっても、調査に応じなくても罰則はない（同書・九二頁）。他方、一七条の健康診断は、勧告に基づく健康診断を原則としつつも（同条一項）、都道府県知事が「職員に健康診断を行わせることができる」（同条二項）と、健康診断を行う権限を与えている（同書・一〇七頁）。

ちなみに内務省「流行性感冒予防心得」の「罹（かか）つたなら」の項には、「一、かぜを引いたなと思ったなら直ぐに寝床に潜り込み医師を呼べ」「三、治ったと思っても医師の許しのある迄は外に出るな」（傍点引用者）とある。内務省

衛生局・前掲註(6)・一四四頁。

(148) 公衆衛生審議会伝染病予防部会基本問題検討小委員会・前掲註(22)・一五頁。

(149) 公衆衛生審議会（親審議会）「新しい時代の感染症対策について（意見）」をウェブで検索できず、厚生労働省・前掲註(1)・一五六～一五七頁による。

(150) 厚生労働省・同右・一五七頁。

(151) 武山百合子委員・第一四二国会衆議院厚生委員会議録一四号二四頁（一九九八年五月二七日）。

(152) 小林秀資政府委員（厚生省保健医療局長）・同右・二四頁。

感染症法成立の翌二〇〇九年に出された同法施行通達（平成一一年三月九日健医発四五二号・生衛発四三四号厚生省保健医療。生活衛生局長連名通知）は、同法三三条に基づく「交通の制限又は遮断は、以下の基準により行うものとすること（「同法施行」令第五条［現九条］関係）として、「ア一類感染症の広範囲の地域にわたるまん延を防止することができるよう、当該一類感染症の発生の状況、当該措置を実施する場所の状況その他の事情を考慮し適切な方法を行うこと」、「ウ当該措置の対象となる者の人権に配慮しつつ行うこと。なお、……［右の］者には、感染症の患者に加え、交通の制限又は遮断の対象となる者が含まれる」とする（傍点引用者）。しかし具体的措置である「場所」の交通制限・遮断が、達成目標である「広範囲の地域のまん延防止」につながるのかは不明である。

(153) 厚生労働省・前掲註(1)・一五七頁は、三四条を「人権を尊重した……精神が本条において具体化されているもの」という。

(154) 小林政府委員・第一四二国会衆議院厚生委員会議録一四号二四頁。

(155) 第五回新型インフルエンザ専門家会議・資料1「新型インフルエンザ対策ガイドラインライン（フェーズ4以降）（案）」八〇、八九～九三頁。https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0314_21.html

(156) 渡辺孝男委員・第一六九回国会参議院厚生労働委員会会議録八号三〇頁（二〇〇八年四月二四日）。

(157) 舛添大臣・同右会議録同号三〇頁。

(158) 質問者の渡辺委員も認めるところである。渡辺委員・同右同号三〇頁。

(159) 舛添大臣・同右同号三〇頁。第五回新型インフルエンザ専門家会議・前掲註(155)・九四頁等。

（159の2）　村上一樹・二〇二〇年四月一日及び同月二日付東京新聞ウェブサイトは、「感染症法［三三条］は、知事が七二時間以内に限り交通を『制限・遮断』できるとしています。ただ、消毒のための措置」で、「［要請を受けた交通事業者が間引き運転などに協力することはあり得るもの］広域的に長時間、公共交通を止めることはできません。菅義偉官房長官も［二〇二〇年四月］一日の記者会見で感染症法の規定について『都市封鎖のためではない』と明言」と報じる。https://www.tokyo-np.co.jp/article/14358 及び同 14365

（160）　石井準一委員・第一六九回国会参議院厚生労働委員会会議録八号九頁（二〇〇八年四月二四日）。

（161）　当時の学校保健法の第三章伝染病には「学校の設置者は、伝染病予防上必要があるときは、臨時に、学校の全部又は一部の休業を行うことができる」（傍点引用者。一三条）と規定されていた。

のちに同法は「学校保健安全法」に改題され（平成二〇法律七三号）、同法第二章学校保健・第四節「感染症の予防」に組み替えられており、「学校の設置者は、感染症の予防上必要があるときは、臨時に、学校の全部又は一部の休業を行うことができる」（傍点引用者。二〇条）と規定されている。

（162）　田中敏政府参考人（文部科学大臣官房審議官）・第一六九回国会参議院厚生労働委員会会議録八号九頁（二〇〇八年四月二四日）。

（163）　第五回新型インフルエンザ専門家会議・前掲註(155)・一〇〇～一〇八頁。

（164）　石井委員・第一六九回国会参議院厚生労働委員会会議録八号七頁（二〇〇八年四月二四日）。なお発熱相談センター及び発熱外来の設置の準備状況について南野知恵子委員・同右・二九頁、西山政府参考人（厚生労働省健康局長）・同頁。

（165）　西山政府参考人・同会議録八号八頁。

（166）　厚生労働省・前掲註(1)・一二三、一二六頁参照。

（167）　第五回新型インフルエンザ専門家会議・前掲註(155)・一〇六頁。

（168）　厚生労働省・前掲註(1)・一一六～一一七頁。

（169）　専門家会議・前掲註(155)・（事業者・職場における新型インフルエンザ対策ガイドライン）一六六～一六七頁。

（170）　ウェブで検索のところ、二〇〇七年版経済産業省の行動計画をみつけられず、その十年後の二〇一七年版しか参

照できないため、日本原子力発電株式会社「新型インフルエンザ対策に関する行動計画策定について」（二〇〇七年四月二七日）http://www.japc.co.jp/news/other/2007/20070427.html の説明文による。

(171) 小林政夫委員・第一六九回国会参議院厚生労働委員会会議録八号一八頁（二〇〇八年四月二四日）。

(172) 西山英彦政府委員（資源エネルギー庁電力・ガス事業部長）・同号一八頁。なお現行電気事業法のもとでの状況は本稿註(17)参照。

(173) 小林委員・同号一八～一九頁。

(174) 稲垣嘉彦政府委員（経済産業大臣官房審議官）・同号一九頁。

C　新型肺炎MERS（二〇一二年～）

二〇一二年、中東サウジアラビアでSARS類似の重症呼吸器疾患がみつかり、SARSコロナウイルスに似ているため「中東呼吸器症候群（Middle East Respiratory Syndrome 以下「MERS」という）」と命名された。[175] MERSの（一人の患者が何人に感染させる可能性をもつかの）基本再生産数は、〇・八～一・三で、インフルエンザ（二～三）、SARS（二～五）に比べて低いこともあり、急速には他地域に拡散しなかったが、[176] 翌一三年に拡大し、二〇一五年には隣国韓国へ飛び火したものの、[177] 結果的にわが国ではMERS感染者は出なかった。[178] なお二〇一三年、ウイルス分類に関する国際委員会によって、本病原体名は「Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus（MERS-CoV）」と命名され、WHOも同名称の使用を開始している。[179]

(a)　情報提供及び協力要請から「指定感染症」へ

二〇一二年九月以降、厚生労働省は「新種のコロナウイルスによる感染症の発生について（情報提供及び協力依頼）」[180]、「新種のコロナウイルスによる感染症の発生について（症例定義の変更）」[181]、翌年「新種のコロナウイルス

による感染症の国内検査体制及び日本における呼称の変更について（情報提供）[182]」、「中東呼吸器症候群（MERS）に関する対応について」[183]等の自治体の衛生主管部にあて結核感染症課長通知により、MERSに罹患の疑いのある患者診察の情報提供を依頼してきた。しかし右の症例の報告依頼は、「法的根拠に基づくものではない」し「検疫法に基づく検査・診察の対象にはならず、入国段階での把握ができないため、感染症法に基づく措置に効果的につなげることができないおそれ」があった[184]。

そこで二〇一四年五月の第四回厚生科学審議会感染症部会において、MERSを「二類感染症」に位置付けること、そしてそのための国会での法改正が実現するまでの間は、二類感染症相当の「指定感染症」に指定するという案が諮られた[185]。提案理由は、MERSのために必要な感染症法の措置として、医師による迅速な届出による患者の把握（四類感染症以上）、患者発生時の積極的疫学調査（接触者調査）（四類感染症以上）、患者に対する入院措置や公費による適切な医療の提供（二類感染症以上）等があり、これらのために二類感染症として感染症法に位置付けることが適当というものである[186]。これに対して部会の委員[187]からは格別の異論はなく、部会長は、MERSが結果的に二類感染症に分類するほどでもなかったような場合に「レベルダウンを行う」との附帯意見をつけて、部会としては賛成と総括している[188]。

同年六月、「感染症対策の見直しについて（案）」が第五回厚生科学審議会感染症部会に提出された。第四回部会で合意したように、MERSを指定感染症として指定し、指定時から一年で失効する（感染症法七条一項）ため、法改正で二類感染症として指定することが必要と再確認している[189]。

SARSの感染症法の位置づけは、既述（本稿二（1）（ロ）A（a）～（c））のように新感染症→指定感染症→一類感染症→二類感染症と目まぐるしくかわった。これに対してMERSは、二〇一四年時点で「既知の感染症」であるため、（新感染症であれば準用される一類感染症並の措置の妥当性を判断するまでもなく）そもそも

新感染症になる余地はない。また右に述べたように、あらかじめ二類感染症への分類が適当と判断していた。このため、SARSのような迷走を回避できたのである。

翌七月、「中東呼吸器感染症候群を指定感染症として定める等の政令」（平成二六政令二五六号）により、「病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限」り（同令一条括弧書き）、一年間（同令二条）「指定感染症」（感染症法六条八項）に指定された。[190]

（b）「二類感染症」へ――感染症法改正（二〇一四年）

同（二〇一四）年一〇月、安倍晋三内閣（塩崎恭久厚生労働大臣）のもと感染症法の一部改正案が上程された。法案には、懸案であった七月に指定感染症として指定されたMERSを「二類感染症」に加える（改正後の六条三項五号）ことが織り込まれた。それと並んで法案は、新型インフルへの変異が危惧される鳥インフルエンザA（H7N9）もあわせて二類感染症に加えている（改正後の六条三項六号）。

国会委員会審議では、鳥インフルが焦点になっているので、まず鳥インフルに関する議論をみておこう。

① 鳥インフルエンザ（H7N9）：指定感染症から二類感染症へ

鳥インフルエンザは四類感染症に位置づけられるが、高病原性鳥インフル（H5N1）に限っては、その病原性や感染力、新型インフルへの変異のおそれを考慮して、二〇〇六年六月に指定感染症に指定[192]ののち、二〇〇八年の感染症法改正で、二類感染症に分類されていた（本稿二（1）（ロ）B（a））。

二〇一三年四月の第一回厚生科学審議会感染症部会で、H7N9型の鳥インフルが議題にのぼっている。厚生労働省は、「H7N9」が四類感染症のままでは「二類感染症並の入院措置や就業制限等の措置を講じることはできない。そのため、仮に国内で発生した場合に、当該患者に対して、適切な医療を公費により提供することが

できず、患者の生命及び健康に支障を及ぼすおそれがある」として、「政令で指定感染症及び検疫感染症に指定してはどうか」と、指定感染症への指定を諮った[193]。審議の結果、渡邊部会長は、感染症法上の指定感染症に指定することに異論はないが、ただ過剰な対応にならないよう国民に十分説明するよう要望すると総括した[194]。

これを受けて同月、「鳥インフルエンザ（H7N9）を指定感染症として定める等の政令」（平成二五政令一二九号）が公布された[195]。同令は、施行日から一年を経過した日（二〇一四年五月六日。同令附則二項、感染症法七条一項）に失効するが[196]、一年以内に限っては政令で延長が可能（感染症法七条二項）で、二〇一五年五月まで延長されていた[197]。

厚生労働省は、右の二〇一五年五月の指定感染症の指定失効に備えるため、第四回厚生科学審議会感染症部会に「鳥インフルエンザ（H7N9）については、感染症法において、二類感染症として規定することが必要」と諮った[198]ところ、渡邊部会長は、「特に意見はないということで、皆さん賛成」とまとめている[199]。

二〇一四年法案によれば、鳥インフルのうち、新型インフル等感染症の病原体に変異するおそれが高いものに限って二類感染症とし、その範囲は政令で血清亜型を定めて特定する。そして四類感染症の鳥インフルと区別するためにこれを「特定鳥インフルエンザ」と呼ぶこととした（改正後の六条三項六号括弧書き）。なお法改正後の政令は、「特定鳥インフルエンザ」の病原体の血清亜型は、予想通り、従前からの「H5N1」と、新たに加える「H7N9」の両者である（感染症法施行令一条）。

② 法案提案理由

H7N9型鳥インフルやMERSをはじめ、海外における感染症の発生、国際交流の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等を踏まえ、感染症に対応する体制を強化する必要がある。このため、第一に、新型インフル等感染症に変異するおそれが高い鳥インフル及びMERSを二類感染症に追加すること、第二に、医療機関や感染症

患者に対する検体の提出要請制度の創設、第三に、一類感染症、二類感染症、新型インフル等感染症、新感染症について、医療機関や患者からの検体の採取、第四に、省令で定める五類感染症患者等の検体等の提出を担当する指定提出期間制度の創設、第五に、第二から第四により入手の検体等について、知事による検査実施、大臣による検査基準の策定、大臣から知事への提出要請等を設けるものである。[200]

③　国会審議における主要論点――二類感染症への指定

参議院先議の国会委員会審議では、鳥インフルについて若干のやりとりはあるが、ＭＥＲＳの二類感染症への指定は、とくに話題にされていない。そこで便宜上、以下、鳥インフルの二類感染症への指定について記す。

鳥インフルを二類感染症に追加し、血清亜型の範囲を政令に委任する法案について、委員から「現行法の指定感染症で十分に対応可能」として、法改正の必要への疑問が投げ掛けられた。[201]

これに対して政府は、第一に、指定感染症は緊急に一類感染症、二類感染症、又は三類感染症相当として入院等の措置が可能だが、「[感染症法七条一、二項により]」指定から原則一年間、延長しても最大二年間が限度とされ……措置内容が変わらない場合で」も、「[指定から二年間の]」指定期限が到来するたびに法改正を行うことが必要」になること、第二に、鳥インフルの「ウイルスの変種が突然かつ頻繁に生じるため、二類感染症に相当する鳥インフルエンザがどの血清亜型で発生するかを予測することができない」うえに「二類感染症相当の鳥インフルエンザについて、人への感染例がほとんど見られなくなるなど入院措置を講じる必要が認められなくなる場合もあり得る」が、現行制度の下では、「二類感染症相当の鳥インフルエンザが継続的に発生し、又は法律に位置づけられた後に終息する度に法律の改正を行うことが必要となり、迅速な対応に支障を来たす場合も想定される」ことから、法案は、「血清亜型の変異が突然かつ頻繁な鳥インフルエンザについてのみ、法律において新型インフルエンザに変異するおそれが高いものとその性質を明確化した上で、政令により血清亜型を定めるという

ことで、期限を設けることなく二類感染症法として指定することができるということにした」と答えた[202]。

ついで同委員は、「H5N1などと同等の感染力、重篤性を持つ鳥インフルエンザの血清亜型が見付かった場合」に、「一旦指定感染症に指定した上で、一年ないし二年の期間経過後、［改正後の六条三項六号にいう二類感染症である］特定鳥インフルエンザの政令指定に進む」のか、それとも、「指定感染症への指定のプロセスを飛ばしていきなり特定鳥インフルエンザの政令指定というふうになるのか」と質した[203]。政府は、法案のもとで設問の場合は「指定感染症に指定するプロセスを経ずに二類感染症として緊急に入院等の措置を講じることが可能」になるが、二類感染症の特定鳥インフルエンザ、一類ないし三類感染症相当の対応が可能な指定感染症の「いずれの政令を定める場合にも厚生科学審議会で……対象となる鳥インフルエンザの感染力や病原性等の特性、またその蔓延の防止のために構ずべき措置を勘案した上で、二類感染症である特定鳥インフルエンザと指定感染症のいずれで対応するかについてもご議論をいただく」と答えている[204]。

「動物から人へ感染する鳥インフルエンザが人から人へ感染するようになるおそれがある特定の鳥インフルエンザ」について、法案が「血清亜型を政令委任することにより二類感染症に位置づけることとしている」が、「このような病原体の変異の発生は今後もあるのか、また、どのようにこれを捉えてそれに対応しようとしているのか」との委員の質問[205]に対して、政府は、「今後も、二類感染症に相当する新たな血清亜型の鳥インフルエンザの発生はあり得るものと考えておりますが、その発生を前もって予測するというのは困難」であること、法案によって「ウイルスの変異が突然かつ頻繁な鳥インフルエンザについてのみ、……二類感染症として指定することができることとなり……新たな鳥インフルエンザが発生した場合にも、機動的にこれは対応することが可能になる」と答えている[206]。

（175）加藤・前掲註(93)・一九一頁。
（176）加藤・同右・一九二頁。
（177）平成二七年六月一付健感発〇六〇一第一号・各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部（局）長宛厚生労働省健康局結核感染症課長「韓国における中東呼吸器症候群（ＭＥＲＳ）の発生について」別添１（二〇一五）https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dl/20150602_01.pdf　加藤・前掲註(93)・一九四～一九六頁参照。
（178）加藤・同右・一九七頁。
（179）厚生労働省「アラビア半島諸国で発生が報告されている新種のコロナウイルスによる感染症の呼称について」（二〇一三年五月二四日）https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000032vm4.html
（180）平成二四年九月二六日付健感発〇九二六第一号・各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部（局）長宛厚生労働省健康局結核感染症課長　https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dl/20120926_01.pdf
（181）平成二四年一一月三〇日付健感発一一三〇第一号・各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部（局）長宛厚生労働省健康局結核感染症課長　https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dl/20121130_01.pdf
（182）後掲・註(183)による。このうち後段の「呼称」は前掲註(179)にあるが、前段の「国内検査体制」に関する通知部分を参照できなかった。
（183）平成二六年五月一六日付健感発〇五一六第二号・各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部（局）長宛厚生労働省健康局結核感染症課長　https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dl/20140516_01.pdf
（184）第四回厚生科学審議会感染症部会資料・厚生労働省健康局結核感染症課「中東呼吸器症候群（ＭＥＲＳ）の感染症法上の取扱い等について」二頁（二〇一四年五月二八日）https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkannboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000047110.pdf
（185）福島結核感染症課長補佐・第四回厚生科学審議会感染症部会議事録二～三頁 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000048258.html

(186) 厚生労働省健康局結核感染症課・前掲註(184)・三頁。当然のことながら、一類感染症を対象とする建物に係る措置（三二条）、交通の宣言又は遮断（三三条）等は、準用されない。同右・四頁「中東呼吸器症候群（ＭＥＲＳ）に準用する規定（案）」参照。

(187) 感染症部会発足時の委員二三名中、法律家は磯部哲塾法務研究科教授と山川洋一郎弁護士の二名で https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000030jzo-att/2r985200000030k47_1.pdf、第四回時点で委員二〇名中、法律家は磯部哲教授と中山ひとみ弁護士の二名である。https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkannboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000047120.pdf

(188) 渡邊治雄部会長・前掲註(185)議事録・四頁。

(189) 第五回厚生科学審議会感染症部会資料１「感染症」対策の見直しについて」（二〇一四年六月二〇日）https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkannboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000048811.pdf

(190) 同令三条により準用される主な感染症法上の措置は、疑似症患者に対する適用（同法八条一項）、医師・獣医師の届出（一一・一三条）、感染症の発生状況、動向及び原因の調査（一五条）、健康診断（一七条）、就業制限（一八条）、入院・移送・退院（一九～二二条）、感染症の病原体に汚染された場所の消毒（二七条）、ねずみ族、昆虫等の駆除（二八条）、物件に係る措置（二九条）、死体の移動制限等（三〇条）、質問及び調査（三五条）、入院患者の治療（三七条）である。平成二六年七月一六日付健発〇七一六第一七号・各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部（局）長宛厚生労働省健康局長「中東呼吸器症候群を指定感染症として定める等の政令の施行について」https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dl/20140716-03.pdf

(191) 第一回厚生科学審議会感染症部会資料６・厚生労働省健康局結核感染症課「鳥インフルエンザＡ（Ｈ７Ｎ９）の感染症法上の取扱い等について」二頁 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000030jzo-att/2r985200000030k4z-1.pdf 及び参考資料２・同課「鳥インフルエンザＡ（Ｈ７Ｎ９）の感染症法上の取扱い等について（参考資料）」二頁 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000030jzo-att/2r985200000030k6j-1.pdf 後者資料によれば、二〇一三年四月時点で「指定感染症」及び「新感染症」は「現在は該当なし」である。

(192) 「鳥インフルエンザが指定感染症に」二〇〇六年五月三一日付薬事日報 http://www.yakuji.co.jp/entry494.html

(193) 厚生労働省健康局結核感染症課・前掲註(191)（資料6）・二、五頁。
(194) 第一回厚生科学審議会感染症部会議事録（二〇一三年四月二四日）五頁 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000029903.html
(195) 同令二条により準用される主な感染症法上の措置は、のちのＭＡＲＳのときの註(190)と同じである。平成二五年四月二六日付健感発〇四二六第一九号・各都道府県知事・政令市市長・特別区区長宛厚生労働省健康局長 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000144468.pdf
(196) 第二回厚生科学審議会感染症部会資料3・厚生労働省健康局結核感染症課「鳥インフルエンザＡ（Ｈ７Ｎ９）の感染症法上の取扱い等について」二頁（二〇一四年一月三〇日）https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkannboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000036380.pdf
(197) 第三回厚生科学審議会感染症部会資料3・厚生労働省健康局結核感染症課「感染症の範囲及び類型について」二頁（二〇一四年三月一九日）https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkannboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000040509.pdf
(198) 第四回厚生科学審議会感染症部会資料3・厚生労働省健康局結核感染症課「感染症対策の見直しについて（たたき台）」二頁及び本文一頁（二〇一四年五月二八日）https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkannboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000047113.pdf
(199) 第四回厚生科学審議会感染症部会議事録・前掲註(185)・六頁。
(200) 塩崎恭久厚生労働大臣・第一八七回国会衆議院厚生労働委員会議録七号三～四頁及び同号三七～三八頁掲載の「［法律案］理由」（二〇一四年一一月一三日）。
(201) 福島みずほ委員・同国会参議院厚生労働委員会会議録八号一二～一三頁（同月六日）。
(202) 新村和哉政府参考人（厚生労働省健康局長）・同会議録一三頁。
(203) 福島委員・同会議録一三頁。
(204) 新村政府参考人・同会議録一三頁。
(205) 輿水恵一委員・同国会衆議院厚生労働委員会議録七号三二頁（同月一三日）。