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 (二) : 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 (2)
Author	藤原, 淳一郎(Fujiwara, Junichiro)
Publisher	慶應義塾大学法学研究会
Publication year	2022
Jtitle	法學研究 : 法律・政治・社会 (Journal of law, politics, and sociology). Vol.95, No.1 (2022. 1) ,p.35- 120
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	論説
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00224504-20220128-0035

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（二）

――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、九十四巻十二号）
（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、本号）
（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）

（ハ）小　括：「感染症法」の課題

本稿執筆時の最大の関心事項であるパンデミック対応という観点から、感染症法の抱える問題点なり課題をここで総括しておこう。

A　感染症の類型

一九九八年の感染症法の制定当時、感染症を一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、指定感染症、新感染症に分類した（本稿**表2**参照）。それから五年後の二〇〇三年改正で四類感染症を、二〇〇八年改正で新型インフルエンザ感染症を、右の感染症の類型に加えた。

右のような感染症の分類学（類型）の妥当性を探るため、感染症のなかでも極端な例に思えるかも知れないが、SARSを例にとって検証してみよう。

SARSは、二〇〇三年四月に「新感染症」から出発し、同年七月に政令指定による「指定感染症」、同年九月に感染症法改正による「一類感染症」、二〇〇六年再度の法改正による「二類感染症」という変遷をたどった

（本稿二（1）（ロ）A（a～c））。SARSは未知の感染症でかつ一類感染症なみの措置を必要としそうだとして「新感染症」から出発したことに違和感はない。感染症法の類型に落し込むのに際して、その後得られたSARSについての知見から、二類感染症なみの措置に格下げしたのもそれなりの合理性があろう。幸いなことにSARS患者はわが国では発生しなかったため、このような「迷走」も許されたかも知れないが、一つの感染症をめぐるめまぐるしい感染症類型の付け替えは、感染症の分類学自体が問題をはらんでいることを示している。

第一に、既知の感染症が（国内外で）発生したときに、当該感染症があらかじめ一類感染症から五類感染症に法定されていれば論じるまでもない。逆に法定されていなければ、四類感染症なら政令で（現行感染症法六条五項一一号）、五類感染症なら省令で（同条六項九号）追加指定することが可能である。

第二に、既知の感染症であっても、一類～三類感染症なみの措置が必要なときに、感染症法の一類～三類感染症は限定列記であるため、追加指定でしのぐことができない。そこで「既に知られている」感染症のうち「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もの」について「指定感染症」が登場する（感染症法制定時の六条七項、現・同条八項[207]（本稿**表2**参照））。指定感染症に指定すれば、一類～三類感染症に準じた対応を、当該感染症毎に、政令で規定できる（感染症法七条一項）。ところが右の指定感染症に指定する旨の政令は、一年以内、しかもその延長も一度限りで一年以内という制約がかかっている（同条一～二項）。法がこのような期限を設けた趣旨は、期限による「歯止め」がなければ、人権制約をともなう新たな一類～三類感染症（病名又は症候群名）が、政令により野放しに追加・拡大され、あげくの果ては限定列記で法定主義にした法の趣旨が尻抜けになり空洞化しかねないという懸念から出発していると思われる。当該感染症について引き続き一類～三類感染症なみの措置が必要なら、堂々と法改正により一類～三類感染症の類型に追加せよというのであろう。いってみればこれは国会軽視に対抗する立法機関優位説（憲法四一条）に由来する行政統制の理念からきている。右の

理屈は十分に理解できる。しかしながらパンデミック対応を考えたときには、現場はそこまで悠長に構えておられるだろうかという疑問が、正直頭をかすめる。

そこで実務的妥当性を考慮すると、指定感染症法の指定の期間について、「一年以内」プラス「延長一年以内」（七条一～二項）との規定を、せめて「最長三年以内」程度に緩和すれば、この間行政は余分な政省令や法改正の作業に煩わされずに、目先の感染症対策により専念できるだろう。また三年も経てば、当該感染症は終息しないまでも、ひとまず峠を越して、当該感染症の恒常的位置づけについて、必要ならば一類ないし五類化の立法作業に着手することも、より容易になってくるように思えるのである。

第三に、「新感染症」概念である。

日常用語で「新感染症」といえば、既知ではない未知の感染症の全てを指すように思われる。これに対して感染症法の「新感染症」は、指定感染症と同じく「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もの」との要件に加え「病状の程度が重篤」という要件が付加されている（制定当時六条七項、現・同条九項）。この結果、一類感染症法に準じた措置がとられる（本稿**表2**参照）（五三条一項[208]）ものに限定している。このため、右要件を充足しない未知の感染症は、感染症法の「新感染症」から外れるのである。

若干記述が前後するが、そもそも「新感染症」ないし「未知の感染症」と、その反対概念である「既知の感染症」との線引きはどこにあるのだろうか。当該感染症が感染症の教科書ないし一般的医学文献に掲載されていれば「既知」の感染症であることに疑いない。そうではない未知の感染症は、「病原体」の確定ないし判明により「既知」になるという扱いのようである[209]。このため既述のように、ＳＡＲＳは当初新感染症からスタートした（本稿二（1）（ロ）Ａ（a））が、ＭＥＲＳは指定感染症からスタートしている（本稿二（1）（ロ）Ｃ（a））。

「新感染症」の政令指定は、指定感染症と同じく一年以内であるが、指定感染症とは異なり、この「一年以内」

の期間を何度でも再延長できる（五三条一～二号）。この意味では「新感染症」は居心地の良い概念である。ところが逐条書は、「病原体が判明した段階で指定感染症、又は法改正等により一類感染症から五類感染症のいずれかに分類される」[210]として、新感染症をいわば「仮住まい（寓居）」でしかないとしている。

新感染症指定の判断権者及び判断のプロセスには既述（本稿二（1）（イ）C（c））のように釈然としない点も残ってはいるが、ここでは繰り返さない。SARSが当初新感染症に指定された（本稿二（1）（ロ）A（a））が、国内発症ではないこともあってか、指定に至るプロセスは、調べがつかなかった。

第四に、感染症法の新感染症（制定当時六条七項、現・同条九項）から外れた未知の感染症の取扱い（本稿二（1）（イ）C（b））は、本稿執筆時現在顕在化してはいないものの、将来問題が起こりそうに思われる。というのは、当該感染症が既知の感染症になった時点でおもむろに分類を考えるというのでは対応が手遅れになる事態も想定されるからである。

たとえば感染症法上の「新感染症」のような一類感染症級とまでいかないまでも、当面は二類感染症級の措置を構ずべき未知の感染症が発生したときに、呑気にヒッチコック映画「暗くなるまで待って」ならぬ「［病原体が判明して］既知の感染症になるまで待って」とか、あるいは逆にいきなり二類感染症へ「症候群」の名等で追加する感染症法改正案を閣議決定し国会通過に持ち込むのは、なかなか世の理解を得られず難しいだろう。それよりもやはり暫定的にせよ政令指定によって二類感染症級の措置がとれる選択肢の道筋をつけておくのが、大人の立法の知恵ではなかろうか。私のこの提案は、ある意味、感染症法制定時、国会による法案修正によって、「指定感染症」を既知の感染症に限定した（制定当時六条六項、現・同条八項）ことに異議を唱えるものである。

第五に、以上述べたところからも分るように、感染症法の感染症類型の分類学は、一類感染症から五類感染症に分類するのが「王道」であり、指定感染症や新感染症はいわば「雨宿り」的な「一時しのぎ」であり、できる

だけ早く一類感染症から五類感染症のいずれに恒常的に分類するか、または感染症法の対象からはずすというのが、議会軽視のそしりを免れる良策との思想が背景に存在するように見受けられる。その一方で、野生動物と人との接点の増加、地球温暖化、航空便の発達による格段の人の交流の増加等の諸要因によって、今後も感染症の拡大が確実に予想される。このような時代を迎えて、結果的には国内でいっさい感染流行しなかったＳＡＲＳの感染症の分類をめぐる迷走にみられるような愚と手間と苦労を繰り返さないためにも、感染症法の感染症類型間の変更・移動にかける時間と手間とをより省力化して、透明性を高めつつも、より迅速かつスムースに類型間の移動が容易になる「柔軟性」を備えた感染症類型に転換すべき時期にきているのではなかろうか。

(207) 感染症法法案には単に「感染症の疾病」とあったが、国会によって「既に知られている感染症の疾病」と修正されたものである（本稿二（1）（イ）Ｄ（b））。

(208) 一類感染症患者の入院先は「特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関」のほかやむを得ない理由があれば右「以外の病院若しくは診療所」（感染症法一九条一項）であるが、新感染症の所見のある者の入院先は、「特定感染症指定医療機関」のほかやむを得ない理由があるときは右「以外の病院」に限り「診療所」は外されている（四六条一項）。

(209) 厚生労働省・前掲註(1)・二二七頁。

(210) 厚生労働省・同右。

B　入院措置

感染症患者の入院措置について、前款（本稿二（1）（ロ）Ｂ（d）④）でも一部論じたが、ここではより詳細に再論しておきたい。

（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）

一九九八年制定当時の感染症法は、「感染症指定医療機関」として、「特定感染症指定医療機関」「第一種感染症指定医療機関」「第二種感染症指定医療機関」の三種を挙げていた（同法六条一〇項）が、結核予防法を廃止した二〇〇六年感染症法改正によって、これに「結核指定医療機関」が加わった（現・同条一二項）[211]。

患者が入院すべき医療機関は、感染症の類型毎に、一類感染症患者は「特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関」で、緊急その他やむを得ない理由があるときは右「以外の［知事が適当と認める］病院若しくは診療所」（一九～二〇条）である。二類感染症患者は、制定当時は単に「感染症指定医療機関」とされたが、右概念外延に結核指定医療機関が加わって以降、「特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関若しくは第二種感染症指定医療機関」と網羅的に列記し、緊急その他やむを得ない理由があるときは右「以外の［知事が適当と認める］病院若しくは診療所」であり、新型インフルエンザ等感染症患者も二類感染症患者と同じである（二六条）。新感染症の所見がある者は[212]、「特定感染症指定医療機関」で、緊急その他やむを得ない理由があるときは右「以外の［知事が適当と認める］病院」である（四六条）。

ところが二〇〇七年専門家会議の「医療体制に関するガイドライン」は、新型インフルエンザ患者について、右の二六条の医療機関のほかに、「結核病床をもつ医療機関など『新型インフルエンザ対策行動計画』に基づき都道府県等が病床の確保を要請した医療機関（以下、協力医療機関［という］）」を加えている。同条でわざわざ除外した結核医療機関が復活しているのは奇妙な気もするが[213]、それは措くとして、結核医療機関に限らないこの「協力医療機関」を、パンデミック時には「緊急その他やむを得ない理由があるとき」として個別に「知事が適当と認める」病院と位置づければ、感染症法と矛盾せず、なんら問題はないだろう。

法律問題ではなく実務ないし現実問題としては、一類感染症患者、二類感染症患者、新型インフルエンザ等感

染症の患者、新感染症の所見がある者（以下「患者等」という）が発生したときに、条文に描かれた図式通りに、確実に患者等を、緊急その他やむを得ない理由があるときの代替病院等を含む「感染症指定医療機関」に入院させることが可能かどうかは、未知数である。

入院が可能になるためには、医療施設（病棟数、集中治療のための医療設備・医療器材・医療機器・検査機器等）のほか、医師・看護師・薬剤師・検査技師等の医療従事者のマンパワーが必須である。患者等の人数・重症度と、それに対応する人的・物的条件をクリアした医療機関等のバランスがとれた必要にして十分な治療が行えるのかどうかは、不明なのである。

（b）感染症患者等が入院すべき医療機関（パンデミック時）

二〇〇七年専門家会議の「医療体制に関するガイドライン」は、流行の第三段階を「新型インフルエンザの診療を行わない医療機関[214]を除き」「全ての医療機関において新型インフルエンザに使用可能な病床を総動員して対応する段階」として、まさに総動員体制を示す。しかしながら地域医療を担う医療機関までが、感染症患者一色又は一部でも感染症患者優先ということになると、（慢性病を含む）感染症以外の患者が置き去りにされ得るし、一般患者と感染症患者との院内の空調を含めた接触・接点を防がない限り院内感染のリスクが増大し、「医療崩壊」「医療不在」に陥る危険性がある[215]。仮にこのような懸念を払拭したとしても、無理を承知で既存の医療設備を前提に病床をやりくりするだけで、パンデミック時に必要な病床を実際に確保できるか、心もとない。

そこで右ガイドラインは、右の第三段階では「すでに入院中の患者であっても、自宅での治療が可能な患者に対し、病状を説明した上で退院を促し、自宅での療養を勧め」「重症者のみが入院の対象となる」とする（この点は次の（C）で論じる）。さらに「医療機関内の既存の病床以外にも、新たに病床を増設することが必要とな

る」第四段階では、「医療機関以外においても医療機関を提供する体制の確保」として、「公的研修施設等の宿泊施設」を例示する。もっとも「宿泊施設は、感染拡大の一時的なものであるから、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」という(216)。

右ガイドラインがパンデミック最盛期において、患者を居宅なり法定外の代用施設として宿泊施設に誘導するのはやむを得ない面もあるとはいえ、法的に後者を医療施設ではなく居宅の延長線と称するに至っては、感染症法として「白旗」を掲げるのに等しい。これを乗り切る方策は、第一の選択肢として、応急的であれ宿泊施設を「指定宿泊施設」として感染症法六条の「医療機関」に組み込むか、あるいは入院医療機関として「病院、診療所または宿泊施設であって当該都道府県知事が適当と認めるもの」（傍点改正箇所）（同法一九～二〇条、準用の二六条）として、宿泊施設を公認することである(216の2)。

第二の選択肢は、正々堂々「新たな病床を増設」の王道を歩むことである。このためには、感染症対応の野戦病院という発想が必要である。早い話、二〇二〇年の本感染症（COVID-19）に際して、中国武漢に発生した大勢の「医療難民」の姿をＴＶ映像で目にして心を痛めた一方で、突貫工事で武漢に設置された臨時専門病棟には驚きを隠せなかった。もっともわが国の歴史をひもとくと、一八九五年に後藤新平が、二か月の突貫工事で似島（にのしま）検疫所を完成させている。このような早業（はやわざ）は、今日の技術をもってすれば、ユーテリィティ・空調装置付きで不可能ではないはずである。

野戦病院的発想の感染症の臨時専門病棟は、感染地域近郊の国・公有地又は民間から土地提供を受け設置するのが最善である。感染症法には民有地について臨時の医療機関開設のための土地の使用に関する規定は存在しない(217)(217の2)。いずれにしても気掛かりなのは、そのような病院の設置候補地の住民から忌避施設として設置に反発する声が起こりかねないことである。そうした点を考慮すると、次善の策として、たとえば富士演習場のような自衛隊

演習場や離島が、具体的な候補地として浮上するだろう。他方で政府（内閣府）も検討し始めていた「医療船」[218]、すなわち遊休客船改造を含む「病院船」建造の選択肢もあり得るだろう。いずれにせよ、既存の医療機関に加えて、右に述べた臨時専門病棟を組合わせてパンデミックを乗り切るという発想が、不可欠ではなかろうか。

むろん病棟という箱物だけではなく、感染症患者対応の医療従事者の確保が極めて重要で不可欠なことはいうまでもない。

（c）入院勧告・措置入院か自宅療養等代用措置か？

前款（本稿二（1）（ロ）B（d）④）の一部繰返しになるが、感染症患者に対して法文どおりの「入院勧告→入院措置」の途とならんで、自宅療養等の代用措置が法的に可能かどうかについて、再論しておきたい。

① 感染症法の入院規定

まず入院に関する条文をおさらいすると、旧・伝染病予防法七条は、「伝染病予防上必要ト認ムルトキハ市長村長（保健所ヲ設置スル市ニ於テハ保健所長）又ハ予防委員ハ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ヘシ（ママ）」（傍点引用者）と規定した。他方、感染症法は、細かな手続き規定を捨象すると、まず一類感染症患者について、「都道府県知事は、……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、……感染症指定医療機関に入院……を勧告することができる」（一九条一項）、「当該勧告に従わないときは、……患者を……医療機関に入院させることができる」（傍点引用者。同条三項）とする。そして二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者に右規定を準用する（二六条）。新感染症の所見がある者の入院も、「勧告→措置入院」の二段構えである（四六条一～二項）（本稿二（1）（イ）B）。そして感染症法は、旧・伝染病予防法とは異なり、第一に人権尊重から「隔離病舎」の選択肢がない、第二に手続き的に入院措置発動には勧告が前置されている（二

段構え）、第三に「入院させなければならない」との一義的義務規定ではなく、前置の勧告は「勧告することができる」、措置入院は「［入院］させることができる」にとどめている。

② 法条と実務解釈・運用案との落差

本稿**表2**のもとになった逐条書の表[219]によれば、一類感染症は「原則入院」、二類感染症は「状況に応じて入院」とある。二類感染症（及び新型インフルエンザ等感染症）の入院は、一類感染症の規定を準用する結果いずれも「［入院］させることができる」との法条で格別区別されていないため、表の実務解釈・運用（？）は、その理由を極めて理解しにくい。

感染症法制定以後、わが国ではエボラ出血熱等の一類感染症は発生しておらず、一時期ＳＡＲＳをこの範疇に加えたが、ＳＡＲＳは国内で発生せずしかも法改正で二類感染症に格下げをした（本稿二（1）（ロ）Ａ（b）（c））。このため、一類感染症の入院勧告・措置入院（一九条）は同法のもとでは未経験ですらある。こうしたこともあり、**表2**及び逐条書の落差の抱える問題点は、あやふやなままに現在に至っている。

仮に一類感染症患者と二類感染症患者への入院勧告規定及び措置入院規定が書き分けられていれば、**表2**にある実務解釈・運用（？）の理解は容易である。たとえば一類感染症患者には、入院を「勧告しなければならない」（傍点改正箇所。一九条一項）、「当該勧告に従わないときは、その者が入院しない正当な理由がないかぎり、当該勧告に係る患者を……入院させなければならない」（傍点改正箇所。同条三項）と改正し、二類感染症患者には、現行の「勧告することができる」「入院させることができる」のままとする（二六条。一九条三項改正に伴う一部読み替えて準用）案が一例である。

ところが逐条書は、「一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症は他の感染症と異なり、通院医療では対応できない感染症」と、いかにも入院が必須のように述べる[220]。また二類感染症である新型インフルエン

ザについて、二〇〇七年専門家会議「医療体制に関するガイドライン」（本稿二（1）（ロ）B（d）④）は、第一段階の流行萌芽期は、「当該患者は病状の程度にかかわらず入院勧告の対象となる」とする。第二段階の流行期（都道府県の感染症病棟が満杯になるまで）は、医療機関は「症状の程度にかかわらず入院診療を行う」とし、「患者が……入院に同意しない場合」の項で「ウイルス検査が陽性の場合、……一九条に基づき、原則……入院を勧告し、移送する」として、勧告と措置入院とがセットのように表現するものの「指定医療機関が満床の場合は、協力医療機関への入院を勧告する」と腰がひけている[221]。次にパンデミックになると、（b）で述べたように第三段階で「入院勧告を中止」して、「重症者のみが入院の対象」で、自宅療養も選択肢に入る。そして第四段階になると宿泊施設も動員されるとする[222]。

右ガイドラインが、パンデミック時に自宅療養や医療機関以外での医療提供を想定したり、入院勧告自体を中止するとしているのは、限られた医療機関の病床数等からして、実務上はやむを得ないことのように思われる。しかしながら法的には、感染症法の入院勧告・措置入院規定（一九条）の枠組みだけではなく、「感染症の病原体を保有していないことが確認されたとき」（一類感染症の二二条一項。新型インフルエンザ等感染症は二六条による読替え準用）、「病原体を保有していないこと若しくは……症状が消失したこと」（二類感染症。二六条による二二条一項読替え準用）という「退院基準」との整合性が問われることになる。何よりも当該感染症の「まん延防止」目的と整合性を有するのかうまく調和できるかが問われるだろう。

③　法条と実務解釈・運用案との落差を埋める方法

二〇〇七年専門家会議のガイドラインイン（本稿二（1）（ロ）B（d）④）は、パンデミック時の病床の絶対数の不足から、現実的でかつ苦肉の策として、自宅療養等を提示したものとみられる。これと感染症法とのギャップを埋める方法としては、第一に（b）で提唱したパンデミック初期段階での野戦病院を含む新たな病

棟・病床の設置がある。

第二に法的構成として考えられるのは、まずもって感染症法の「入院勧告→措置入院」という二段構えは、いわば平時・通常時における感染症対策と位置付ける。そして、パンデミック時のような非常時・緊急時においては、そもそも「入院勧告→措置入院」という条文どおりの手間をかけていては感染症まん延におっつかないし、あげくの果てに病床が満杯・枯渇になれば、右の二段構えの構造自体が「絵にかいた餅」としてもろくも崩れ去る。そこでパンデミック時の病床不足・病床枯渇を乗り切るための次善の策として、感染症法自体には明文化はされてはいないが、感染症法に規定する平時・通常時の入院規定を一時凍結して、入院患者を重病者に限定し、それ以外の者の自宅療養等の代用措置を組み合わせるという論法が考えられる。法的にこのことを可能にするためには、感染症法を改正して、入院勧告・措置入院の代用として、明確に自宅療養や宿泊療養を文言化するか[222の2]、又は特別法によってパンデミック対応として明文化するのが王道ではなかろうか。

もっとも入院勧告も措置入院も「勧告することができる」（一九条一項）「入院させることができる」（同条三項）と知事への授権規定にとどまり「義務規定ではない」との立場[223]に立てば、右に述べてきたような大袈裟な話ではなく、たとえ入院勧告・措置入院を全面停止したとしても「知事の裁量権の範囲内」と説明がつき、法の規定と運用との落差は存在しないことになる[224][224の2][224の3]。しかし右の行政解釈は、「患者に対する医療」及び「まん延の防止」という感染症法の法目的（一条及び一九条一項）と整合するものかどうか、私には疑問が残る[225]。

④　自宅療養等の代用措置の成功の鍵

二〇〇七年専門家会議のガイドラインイン（本稿二（1）（ロ）B（d）④）は、第三段階で「重症者のみが入院の対象」とする。ガイドラインでは、入院の優先順位を決めるトリアージ（triage）は「発熱外来」がその任にあたるとするが[226]、病床逼迫時には入院患者について再度のトリアージも必要になるだろう。

自宅療養者については、まずもって医療提供の手法や質が問われるし、何よりも自宅療養による「家庭内感染」が危惧される。仮に家庭が「クラスター」化すればパンデミックを加速させるための自宅療養という実に皮肉な結果を招来する[227]。このような自宅療養が招く最悪の事態を回避するための措置は、法令上何も用意されていないのである。加えて、自宅療養者に対する適切な医療ケアがなければ、「棄民」政策にほかならない。さらには、（本稿二（1）（ロ）B（d）④で述べたように）日常生活を営むために必要なサービスや物品の支給という（新型インフルエンザの患者との接触者に対する四四条の三第四項のような）生活配慮の視点も不可欠である。

⑤　指定感染症の状況の変化への対応

話題はがらっと変わり、たとえば指定感染症として指定された感染症について、二類感染症なみの「入院」措置」をとるべく政令で準用規定に織り込んだものの、時間の経過によって、より緩やかな措置で十分なことが判明すればどうすべきだろうか。

論理的に考えられる第一の対応は、「まん延を防止するために必要」という状況には変化がないという前提のもとで、入院を勧告（二六条による一九条一項、二〇条一項）しても相手方が勧告に従わないときに、入院措置（二六条による一九条三項、二〇条三項）を講じないという途である。感染症法は、一類感染症は文字通り原則入院だが、二類感染症の入院措置は知事にある程度裁量を与えていると解すれば、こうした取り扱いに違和感はない。

第二の対応は、そもそも当該感染症患者の入院が「まん延を防止するために必要」でなくなり、入院措置を伴わない三類感染症への措置（**表2**にあるように、就業制限や消毒措置等）に格下げする途である。具体的には政令改正によって当該感染症への準用規定のうち、無用になった措置の規定を外すことである。第三の対応は、三類感染症なみの措置すら無用になれば、当該感染症を指定感染症に指定した政令自体を廃止することである。

(211) 感染症指定医療機関の指定状況は、二〇一九年四月一日現在、第一に特定感染症指定医療機関が四医療機関合計一〇床、第二に第一種感染症指定医療機関が五五医療機関合計一〇三床、第二種感染症指定医療機関のうち感染症病棟を有するものが三五一医療機関一七七五八病床、結核病床（稼働病床）有するものが一八四医療機関三三五〇二床、結核患者収容モデル事業を実施する指定医療機関九九医療機関四三六床、第三に結核指定医療機関（結核患者に対する適切な医療［通院医療］を担当させる医療機関）が一三六六〇二床（うち病院八二〇三、診療所六八七七三、薬局五九六二六）である。http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02.html

(212) 新感染症は病原体が判明していないので、病原体が判明していることを前提にする「患者」とはいわず「所見がある者」という。厚生労働省・前掲註(1)・二〇八頁。一類感染症患者の医療機関との比較は、前掲註(208)参照。

(213) ただし「結核病床については、既に該当病棟で行われている必要な結核医療を維持し、なお空床の数が多い等から病棟の転用が可能な病床について利用を検討する」という。第五回新型インフルエンザ専門家会議・前掲註(155)・一〇一頁。

(214) 第五回新型インフルエンザ専門家会議・同右・一〇七頁は、「新型インフルエンザの診療を行わない医療機関」として、透析病院、癌センターを例示する。

(215) 第五回新型インフルエンザ専門家会議・同右・一〇一頁は「協力医療機関」について「陰圧病室等に限定せず……他の病室等へ……ウイルスが流出しないような構造をもつ病室」の存在を想定し、同右・一〇六頁は「一般患者と物理的に離し、感染症法対策に十分配慮する」「患者の重篤度で分類して部屋を分けるなどの現場の工夫が必要」と述べる。

(216) 第五回新型インフルエンザ専門家会議・同右・一〇八頁。

(216の2) 第五一回厚生科学審議会感染症部会（戸部真澄大阪経済大学教授と中山ひとみ弁護士が法律家として委員）・資料1「新型コロナウイルス感染症対策における感染症法・検疫法の見直しについて」一〇頁は、「新型コロナウイルス感染症に係る入院勧告・措置の対象を重症化リスクの高い者等に限った上で、その他の者については、宿泊療養・自宅療養を行うことを法的に位置付けることとする」（傍点引用者。二〇二一年一月一五日）http://www.mhlw.go.jp/stf/newpage-j-16087.html という。ところが二〇二一年の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（令和三法律五号）による感染症法の一部改正では、真正面からの入院規定（一九～二〇条、二六条）の改正ではなく、もともとは感染の疑いのある者が居宅等から外出しないとの協力規定である四四条の三を、「当該感染症の患者に対し……宿泊施設……若しくは……居宅」から外出しない等の協力規定（新感染症の同趣旨の五〇条の二も同様に改正）に変身させた。あわせて当該患者の報告の求めへの応諾義務（改正後の四四条の三第三項前段）等を付してしのいでいる。要するに入院勧告の対象者を法解釈・運用によって重症・重篤者に絞り込み、漏れた患者等を居宅又は宿泊施設にとどめるための規定を整備しただけである。ところが健発〇二〇三第二号（二〇二一年二月三日付）各都道府県知事・保健所設置市長・特別区長宛・厚生労働省健康局長「感染症法の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の改正について」は、これをもって「現行の宿泊療養・自宅療養の対応について、改めて感染症法に位置付けることとしたもの」と胸を張る。http://www.mhlw.go.jp/content/000733827.pdf

なお宿泊療養施設の基準は、新型インフルエンザ等対策特措法等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令（令和三厚生労働省省令二四号）二条による感染症法施行規則（平成一〇厚生省令九九号）の一部改正による新設の二三条の七に規定された。具体的には「居室について、一の居室の定員は、原則として一人」（同条一号）、「宿泊療養者の滞在する区域を職員その他の者が作業を行う区域から明確に区分……その他の感染症のまん延を防止するために必要な措置が講じられていること」（二号）、「宿泊療養者が療養を行うために必要な設備及び備品を備えていること」（三号）、「宿泊療養者の療養に関する業務を総括する者、宿泊療養者に対して適切な健康管理及び療養に関する指導を行うために必要な医師、保健師又は看護師その他の医療関係者並びに宿泊療養者の療養を支援するために必要な人員が確保されていること」（四号）、「前号に掲げるもののほか、宿泊療養者の健康状態を定期的に把握し、適切な健康管理及び療養に関する指導を行うことが可能な体制が確保されていること」（五号）、「宿泊療養者の病状が急変した場合、その他の必要な場合に適切な措置を講じることができるよう、あらかじめ、医療機関との連携方法その他の急変時等の場合における必要な措置を定めていること」（六号）と、ある意味病院顔負けの高水準の基準であり、これらに適合する宿泊施設は決して多くはないようにみうけられる。

(217) 本稿二（2）で後述する「特措法」には、臨時の医療施設（同法四八条）及び土地の使用に関する規定（四九条）が存在する。本稿執筆時（二〇二一年七月）現在、同法でいう「臨時の医療施設」が設置された話を耳にしない。

（217の2）　前註（216の2）で述べた二〇二一年の特措法改正によって、「臨時の医療施設」に関する特措法四八条は削除されて三一条の二（新設）に移り、所有者・占有者の同意のもとでの臨時の医療施設のための土地等の使用は、四九条一項を削除して三一条の三（新設）に、所有者・占有者が不同意か所在不明のときは、従前の四九条二項のみを生かし四九条本文とされた。寡聞にしてこのような面倒な条文変更の理由を耳にしない。

（218）「『病院船』再び検討：コロナで機運、来春報告書」二〇二〇年四月一二日付時事ドッコム　http://www.jiji.com/jc/article?k=2020041100285&g=eco

（219）厚生労働省・前掲註（1）・五六頁表「感染症予防法の対象となる疾病の概観」。

（220）厚生労働省・同右・一一三～一一四頁。

（221）第五回厚生科学審議会感染症部会・前掲註（155）・一〇一、一〇三頁。一〇三頁は「患者が……入院に同意しない場合」と項目立てをしながら、具体的記述はみられない。

（222）厚生労働省・前掲註（1）・一〇六、一〇八頁。

（222の2）　前註（216の2）で論じたように、二〇二一年法改正は、自宅療養等の代替措置を、真正面から位置付けたものとは解せられない。

（223）厚生労働省・前掲註（1）・一一六～一一七頁。

（224）　事実、本感染症（COVID-19）は、世上いわれた「医療崩壊」回避のため（？）、まずもって感染の可能性を懸念する者の医療機関での受診やPCR検査の対象者を厳格に制限していた。この文脈で、本感染症感染初期においても「自宅療養」が採用された。まずは入院勧告の対象とならない軽症者を宿泊療養の対象としておいて、宿泊施設の受入れ人数の状況によって「軽症者等が外出しないことを前提に、自宅での安静・療養を行う」というものである。各都道府県・保健所設置市・特別区・衛生主管部（局）宛・厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部発「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」三～四頁（二〇二〇年四月二日）。

　そもそもが入院勧告の対象外（裾切り）の者だから、本稿が問題視しているパンデミックにおける入院勧告（対象者）・措置入院（対象者）についてのオーバーフロー時の話ではなく、次元が異なる話である。

とはいえ、流行初期段階からの受診制約にとどまらないで、宿泊療養・自宅療養による医療機関の負荷軽減により「医療崩壊」回避に先手を打つという思想は、まかりまちがえば非人道的な「医療不在」につながりかねず、本末転倒になりかねない。

(224の2) 前註(224)に関連して、井伊雅子「医療体制とコスト（上）・コロナ対策データ基盤に」は「[二〇二〇年二月～六月] 全体としての［ＩＣＵ、ＥＣＭＯ等の］医療機関の逼迫は生じておらず、あったとしても局地的・部分的な逼迫」という分析結果を述べる（二〇二〇年一一月二三日付日本経済新聞一二面）。しかしこの結論部分は、データ分析という科学的体裁をとるまでもなく、人為的医療制限の実態からは当然の結末でしかない。藤原淳一郎「近況報告・追伸」一～二頁（二〇二〇年一二月一日）http://fujiwaraseminar.blogspot.com/2020/12/2020121-i-20201231222026-perper.html 参照。

(224の3) 本感染症（COVID-19）の入院勧告・措置対象者は、二〇二〇年一〇月二四日以降、「六五歳以上の者、呼吸器疾患を有する者その他の厚生労働省令で定める者」に限定された。このように行政解釈は、入院勧告・措置入院の対象者の限定も、政省令改正でまかなえるとの前提に立っているものである。健発一〇一四第五号各都道府県知事・保健所設置市長・特別区長宛・厚生労働省健康局長発「新型コロナウイルス感染症法を指定感染症として定める等の政令の一部を改正する政令等について（施行通知）」（二〇二〇年一〇月一四日）参照。

(225) 本稿は感染症法の条文の構造が入院勧告・措置入院を本流としているとの前提のもとで、代用措置をいかに法的に正当化するかという問題関心のもとで論じているのに過ぎない。換言すれば、本稿は代用措置そのものの当否・妥当性について価値判断を下すものではない。後者の点で、スペイン風邪当時、米国の「病院収容」について、内務省・前掲註(6)・九三～九四頁に次のような興味深い記載があり、参考になろう（句読点は引用者加筆）。

「理論としては凡ての患者が全病院に収容せらるる時は、防疫上最も便利なるべし。小都会にして凡ての患者を迅速に病院に収容し得る場合は、其効果著しきものあるべし。即ち凡ての患者が発見せられ、他に伝染の機会を有せざる以前に病院に収容せらるるにあらざれば流行を阻止することに効果なし。一般に家庭療法は、医師及び看護の注意の充分行届き他の家族に伝染の危険なき場合に於て望ましきことにして、患者を病症の軽重を問はず入院せしめることは家庭療法を以て右の注意の行き届かざる時に限り効果あるものとす。軽症者も全部病院に収容することに関して

は、未だ第二次的疾病を有せざりしものが病院に於て他の患者に接するが為めに感染することなきにあらずとの反対生じ、重症患者の凡てを入院せしむることは之れを運搬することに於て危険を増すとの非難起こるべし」。（傍点引用者）。

(226) 第五回厚生科学審議会感染症部会・前掲註(155)・一〇六頁。

(227) 各都道府県・保健所設置市・特別区・衛生主管部（局）宛・厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部発「新型コロナウイルス感染症患者が自宅療養を行う場合の患者へのフォローアップ及び自宅療養時の感染管理対策について」（二〇二〇年四月二日）は、自宅療養者へのフォローアップとして、同居者の感染管理も含めて、医療面に言及はしている。

C 保健所の体制

一九九七年の公衆衛生審議会小委員会報告書（本稿二（1）（イ）A）は、保健所を「地域における感染症対策の中核的機関としての位置づけを明確にすべきである。そのためには、管内における感染症患者の発生状況の把握と対策の立案、管内感染症情報の一元的把握といったことが前提になる。また……保健所長その他の保健所職員は、感染症対策や食品保健に関する知識面、技術面での研鑽に、日頃から努力しておく必要がある」（傍点引用者）と記していた(228)。翌一九九八年の感染症法制定時の国会附帯決議でも、「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。参議院国民福祉委員会附帯決議第五項）、「地域衛生研究所については、地域における感染症対策の中核的機関である保健所及び国の研究機関と密接な連携を」（傍点引用者。衆議院厚生委員会附帯決議第四項(229)）等、保健所の役割・体制強化がうたわれていた。

しかしながら二〇〇三年の感染症法改正の国会審議（本稿二（1）（ロ）A（b））でも指摘されているように、一九九五年の地域保健法施行以降の急速な保健所の統廃合によって、保健所の数は一九九二（平成四）年度の八

五二か所をピークに、二〇一〇（平成二二）年度以降五〇〇か所を割込み、二〇二〇（令和二）年度には四六九か所にまで減少している[230][230の2]。その裏返しとしては、保健所の管轄がより広域化してきている。

このような単なる保健所の設置件数だけではなく、保健所の機能について、二〇〇三年の国会審議でも引用した「保健所の体制は、予防措置が中心である」との坂口大臣の答弁（本稿二（1）（ロ）A（b））は、大臣自身が医師であるだけに問題の核心を突いていたように思われる。

右のような保健所の設置絶対数の減少、それにともなう人員削減、平時において日常的に保健所が果たしている役割を考えると、パンデミック時に保健所が当該地域の拠点として機能するための実態がそなわっておらず、改善が急がれるというのが、正直な印象である。

（228）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）・二一頁。

（229）厚生労働省・前掲註（1）・七〇七～七〇八、七〇九、七一一頁に収録。

（230）全国保健所長会「保健所設置数・推移」（二〇二〇年四月二四日）https://www.phcd.jp/03/HCsuii/

（230の2）「新型コロナウイルス感染症対応で疲弊する保健所：保健所の統合・再編のツケが」ワタキュウメディカルニュース六七七号（二〇二〇年六月）https://www.watakyu.jp/archives/8027　三原岳「感染症対策はなぜ見落とされてきたのか：保健所を中心とした歴史を振り返る」日生基礎研究所レポート二八四号（二〇二〇年一一月）https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=65972?site=nli

D　行動制限措置

パンデミック時の行動制限、といっても感染者の就業制限、措置入院を除くそのほかの行動制限のことである。前款（本稿二（1）（ロ）B（d）②）でも一部論じたが、ここでは感染症法の限界を確認する意味で、再論しておきたい。

（a）旧伝染病予防法の行動制限措置との不連続性

一九九七年の公衆衛生審議会小委員会報告書（以下「小委報告書」）は、旧伝染病予防法の「広範な拡大予防措置」は「存続、修正、廃止と……整理する必要がある」り、整理は「（1）新しい法制度が的確に感染症の拡大を阻止できるものでなければならないという要請と、（2）人権尊重の観点から国民の権利制限を必要最小限で均衡のとれたものとすべきであるとの要請とを両立させる」べきという（傍点引用者）。

小委報告書によれば、「（1）感染症の原因究明のため必要な措置（例：健康診断、立入検査、死体検案）、（2）病原体に汚染されているおそれがある物品等に対する所要の措置（例：物件、食品に対する措置）、（3）強力な措置を用いないと感染力が強く症状が重篤となる感染症の発生・拡大を阻止できないような状況における一定の措置（例：水の使用停止、建物に対する措置）について、適切な発動が可能になる様に整理する」とする[231]。裏返せば、本稿の問題意識にある感染者との接触機会の低減のために旧伝染病予防法に設けられていた交通・移動の制限、隔離（八条、一九条一項二号）、集会等の制限（同項三号）は外されることになる。まさにパンデミック時に必要な交通・移動の制限、集会等の制限の二つの措置が、感染症法に継承されない一因となっている。

①　交通・移動の制限　その1

旧伝染病予防法八条（以下「旧八条」という）は、患者居宅等及び患者等について、「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病毒感染ノ疑アル者ヲ隔離所其ノ他適当ノ場所ニ隔離スルコトヲ得」（傍点引用者）と規定した。右後段の「隔離所……への」隔離は、有名な中世のヴェネチアでの黒死病（ペスト）流行時の隔離島[232]や、わが国でも一九〇七年の「癩予防に関する件」（明治四〇法律一一号）に始まる一九三一年の癩予防法（昭和六法五八号）による「絶対隔離」の不幸な歴史[233]があった。

一九九七年の小委報告書は、患者・感染者を社会から「隔離」して切り離すのではなく、「人権を尊重し、差別や偏見なく一人一人が安心して治療を受けて早期に社会に復帰できる等の健康な生活を営むことができる権利等に配慮」するという。このように「脱」伝染病予防法の立場[234]なので、「隔離」概念[235]は、立法の選択肢としては論外である。

他方、小委報告書は旧八条前段の交通制限について、「患者の入院、家屋の消毒等により感染拡大の効果があるため、廃止して差し支えない」としていた[236]。しかし小委報告書を受けてできた感染症法は、旧八条の「交通遮断」から入院・消毒によって目的を達成できる場合を控除したうえで、「病原体に汚染され、又は汚染された疑いがある」建物について、「一類感染症の……まん延を防止するため必要があると認められる場合であって消毒により難いとき」に限り「期間を定めて当該建物への立入りを制限し、又は禁止……できる」（傍点引用者。三二条一項）と規定した。さらに「［立入り制限・禁止］によって……まん延を防止できない場合で……緊急の必要があると認められるときに限り、政令で定める基準に従い……建物について封鎖その他当該感染症のまん延の防止のために必要な措置を講ずることができる」と規定した[237]（傍点引用者。同条二項）。このように旧八条と比べると、権限行使の要件を限定し、かつ措置を二段構えにしており、よりソフトな規定に生まれ変わっていることがわかる。

②　交通・移動の制限　その2

旧伝染病予防法一九条一項柱書は、「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」とし、これを受けた同項二号は、「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」（傍点引用者、以下「旧一九条二号」という）と規定した。旧八条と同様に後段の「隔離」は論外として、前段の「交通遮断」は感染症法に引き継がれただろうか。

小委報告書は、「極めて大規模の感染症の集団発生［は］……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」として、旧一九条二号の存置・継承には否定的であった（傍点引用者。本稿二（1）（ロ）B（d）②）。こうしたこともあって、感染症法は要件・効果両面から極めて抑制し、旧一九条二号とは比較にならない「交通の制限又は遮断」（三三条）の規定につくりかえた。

まず要件であるが、旧一九条二号の「伝染病予防上必要ト認ムルトキ」からさらに絞りをかけ、「一類感染症のまん延を防止するため緊急の必要があると認められる場合であって、消毒により難いとき」に限られる（感染症法三三条。傍点引用者）というのは、建物に係る措置（同法三二条。本稿二（1）（ハ）D（a）②）と同様である。次に効果としての交通制限・遮断について、対象を「病原体に汚染され、又は汚染された疑いがある」ものに限定する（傍点引用者。同法三三条）のも先の建物に係る措置（同法三二条）と同様である。

効果については二つの論点がある。

第一に、旧一九条二号が「市街村落ノ全部若ハ一部」とするのに対して、感染症法は、「［汚染］場所」（傍点引用者。同法三三条）とするのみである。地点にとどまらないで、どの程度の面的広がりをもった区域を交通制限・遮断の「場所」として想定可能なのだろうか。

二〇〇七年の新型インフルエンザ専門家ガイドラインが、大都市では実施が難しいので、人口密度が低く交通遮断が可能な地における「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」を提唱していたことは既に述べた（本稿二（1）（ハ）D（a）②）が、これには感染症法三三条がいう「場所」概念との照合作業の形跡を感じられなかった。また翌二〇〇八年の感染症法改正法案の国会審議の場で「地域封じ込め」の可能性の質問に対する政府答弁は、右の専門家ガイドラインとほぼ同趣旨であり、あたかも同条の「場所」を「一定の地域」に置き換えたかのような答弁である（本稿二（1）（ロ）B（d）②）。右の政府答弁も、同条の「場所」概

念の文理解釈としては飛躍があるように思われる。しかも「病原体に汚染」という同条の要件からして、汚染「場所」として広域的な「一定の地域」を外延に含め解釈するのは、いっそう困難ではなかろうか。

第二に、交通の制限・遮断には「七二時間以内の期間を定めて」（傍点引用者。同条）という厳しい時間的制約が課されている。逐条書は「消毒や健康診断に要する期間を考慮」したというが[238]、本条が要件で「消毒により難いとき」といいつつ、消毒に要する期間を持ち出すというのは、自己矛盾的にも聞こえる。なにより七二時間では、当該感染症の潜伏期間には到底及ばないし、余りに短い期間だから、高々「地点」的対策しか打てないだろう。この意味で、本条は、パンデミック対策としての（広域的）交通遮断には到底なり得ないというしかない。

③　集会等の制限

旧伝染病予防法一九条一項柱書「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」に続く同項三号は、「祭礼、供養、興業、集会等ノ為人民ノ群衆スルコトヲ制限シ若ハ禁止スルコト」（以下「旧一九条三号」という）と規定した。

一九九七年の小委報告書は、右の旧一九条三号について、「人権の制限が強く、また、国民の健康・衛生意識の向上により、情報の提供・公開により、同様の効果が期待できると考えられることから、廃止して差し支えない」（傍点引用者）と断じた[239]。

まず人権制約面でみると、仮に旧一九条三号をそのまま継承すれば、「信教の自由」（憲法二〇条）、「集会……［等の］表現の自由」（同二一条）、「営業の自由（同二二条一項）等に抵触するおそれがある。しかし感染症まん延防止という「公共の福祉」の要請によって両者の調和点をみつけることはおよそ不可能ではなかろう。

他方、パンデミック対策として、小委がいうような「情報提供」による行動「自粛」だけで目的を達成できるとみるのは、余りに性善説に立つ楽観的過ぎる見解であろう。「世の常」として、およそこの種の立法作業に際

しては、性悪説に立つなんらかの仕掛けを用意しておくことが不可欠ではなかろうか。

このように、感染症法が集会等の制限をいっさい念頭におかなかったことからも、同法だけではパンデミックに対応できないということを示しているように思われる。

（231）公衆衛生審議会小委員会・前掲註（22）・一四～一五頁。

（232）「ベネチアでペスト患者の集団墓地を発見」二〇〇七年八月二九日付 National Geographic 日本版サイト https://natgeo.nikkeibp.co.jp/nng/article/news/14/46/

（233）わが国で「ハンセン病」といえば古くは光明皇后の逸話のほか、一九世紀末にキリスト教神父・宣教師による病院の設立等の宗教関係者の存在があった。厚生労働省「ハンセン病に関する主な出来事」（以下「出来事」という）一頁 https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/01/h0131-5/dekigoto.html、公益社団法人好善社「好善社の歩み」三頁 https://kouzensha.org/history.html 参照。私事にわたるが、学生時代たまたま藤原偉作好善社理事長（当時）と知り合い、理事長に塾・福音キリスト者学生会（ＫＥＣＦ）での講演をお願いしたことがある。

法令上ハンセン病がとりあげられたのは一九〇七（明治四〇）年の「癩予防に関する件」が最初で、一九三一（昭和六）年癩予防法が、医学的根拠が示されないままに隔離を決定的なものにしたといわれている。厚生労働省「一九三一年の『癩予防法』――強制隔離の強化拡大の理由と責任」七四頁 https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/kansen/kanren/dl/4a12.pdf

同法は、一九五三年「らい予防法」と改題された（昭和二八法律二一四号）。国立療養所への入所は、「勧奨」「入所（命令）」の二段構えではある（同法六条）が、厚生労働省・出来事・一頁によれば「『強制隔離』……はそのまま」残存した。なお同法は、一九九六年に廃止された（平成八法律二八号）。

（234）公衆衛生審議会小委員会・前掲註（22）・四頁。旧伝染病予防法の「隔離」について、安原美王麿「急性伝染病の推移と伝染病予防法の再検討」日本伝染病学会雑誌四三巻五号九一、一〇一頁（一九六九）は、「現今伝染病予防の三大原則として述べられているのは、1）伝染病の伝染源を除去するかまたは隔離すること、2）経路を遮断するこ

と、3）感受性のあるものの特異的および非特異的抵抗力を強化することが考えられているが、……［同法制定当時］第2、第3の方法で伝染病を予防する確実な方法は発見されなかったので、第1の［強制隔離という］方法に頼らざるを得なかったのであろう」が「新憲法施行の時代には憲法違反の疑い、または精神に反することがないであろうか」（傍点引用者）と述べる。

(235) 話はかわりヒトではなく家畜の話ではあるが、家畜伝染病予防法には「隔離」の規定がいまなお存在する。家畜の所有者は、伝染病に感染した又は感染の疑いのある「患畜又は疑似患畜……を隔離しなければならない」（同法一四条一項本文）。そしてここでいう隔離は、「患畜及び疑似患畜を遠ざけて飼養し、あわせて当該疾病の病原体の散逸を防止し得るような状況下に当該家畜を置くこと」と説明されている。家畜伝染病予防法研究会・前掲註(19)・一四〇頁。

(236) 公衆衛生審議会小委員会・前掲註(22)・一五頁。

(237) 厚生労働省・前掲註(1)・一五四頁は、この「封鎖その他の必要な措置」には、木造建築を想定しているのであろうか「建物の焼却等が想定されている」という。建物を焼却できれば感染対策としてはおそらく完璧ではあろうが、「政令で定める基準」として、「緊急の必要がなくなったときに、できる限り現状回復に支障をきたさない方法で行うこと」（感染症法施行令（平成一〇政令四二〇号）八条二号）とあるので、この規定との整合性に疑問が生じる。また消防法の破壊消防（消防法二九条）のような損失補償の要否に関する特段の定めも用意されていない。一類感染症病原体による汚染建物は、一種の「警察責任」として、焼却されても無補償と突っぱねることができるのだろうか。

(238) 厚生労働省・前掲註(1)・一五五頁。

なお家畜伝染病予防法も通行制限・遮断の規定において「七二時間を超えない範囲内」との制約を課している。同法の逐条書は、この七二時間について「防疫上はできる限り長時間の通行制限等を行えることとすることが望ましいが、通行制限等が地域社会の生活、経済等に大きな影響を与えることを勘案し、道路等を介して病原体が拡散するのを防止するための必要最小限の初動防疫措置を完了させる期間」であるが、「（病原体を撲滅させる消毒については、この七二時間以内に完了させることは想定していない）」と説明している。家畜伝染病予防法研究会・前掲註(19)・一四五頁。

家畜伝染病予防法との対比で感染症法を考えると、七二時間というのはパンデミック対応としては余りにも短すぎると感じるのは、私だけではないだろう。

(239) 公衆衛生審議会小委員会・前掲註(22)・一六頁。

(b) スペイン風邪時の対応（一九一八年～）

わが国におけるパンデミックの先例としては、「スペイン風邪」と呼ばれる「スペイン・インフルエンザ」があり、第一波が一九一八（大正七）年三月から初夏、第二波が同年秋～一九一九（大正八）年春（「前流行」）、第三波が一九一九（大正八）年暮～一九二〇（大正九）年（「後流行」）であった(240)。スペイン風邪流行当時と現在とでは、衛生・栄養状況、医学等の進歩等の反面、航空機等交通・輸送手段の格段の発達により「地球が狭くなった」ことによる加速的感染拡大リスクの増大(241)の両面があることは確実である。こうした社会的背景の変化を割り引いたとしても、スペイン風邪時の対応を分析することに、それなりの意味はあろう。

スペイン風邪流行当時はウイルス概念はなかったので細菌と考えられていたが、後年になって病原体がA型インフルエンザ・ウイルスのうち「H1N1」という亜型であることが判明している(242)。このため「流行に対して、どの国も手の打ちようがなかった。せいぜい患者の隔離、肺炎・気管支炎等の合併症の手当てを行う程度(243)」とか、「公衆衛生的な対策がほとんどなかった(244)」ともいわれている。これらのことを前提に、以下、わが国の対応、米国での分析結果という順で述べていくことにする。

① わが国のスペイン風邪対応――その1・当時の対応

肝心のわが国のスペイン風邪対応を記録する資料が、手元には極めて乏しい。そもそもが故・速水教授が二〇〇五年一二月時点で「驚くべきことに、このスペイン・インフルエンザについて、日本ではそれをタイトルにし

た一冊の著書もなく、論文すらごく少数あるにすぎない[245]」と嘆かれたくらいである。私自身、二〇二〇年一月中旬以降本感染症（COVID-19）予防のため「巣ごもり生活」を続けており、図書館等に資料収集に出掛けられないため、限られた資料をもとにせざるを得ない[245の2]。

当時の記録として、たとえば福岡日々新聞によれば、福岡県は学校の運動会や修学旅行を見合わせるよう通知した（一九一八年一〇月三〇日付）。また谷口留五郎福岡県知事が予防のために注意喚起を発表したが、その内容は「他人と談話を為す時は四尺（一・二メートル）以上を隔て、又は『マスケ』（マスク）を用い、自分が咳嗽（せき）、嘖嚏（くしゃみ）を為すときは布片を以て鼻、口を覆うべし」、「宿屋汽車汽船等に於て往々伝染することもあるを以て本病流行中は止むを得ざる場合の外は可成旅行を見あわす様努むべし」との旅行自粛、「多人数集合の場所は病毒伝播の危険多きを以て止むを得ざる場合の外は立ち寄らざるを安全なりとす」との不要不急の集会の自粛等である（同年一一月八日付）[246][246の2]。スペイン風邪対応として学校の休校措置は、福岡県以外でも珍しくはなかった[247]。

スペイン風邪流行により、たとえば北陸の人口約一千人の山間部の村で九七〇名が罹患し七〇名が死亡、七〇名が瀕死で「感冒のため、一村全滅[248]」と報じられたり、第二波で主要都市のなかで京阪神三市が「高死亡率のトップを競い［合い］……最大の被害地」で、第三波でも京阪神地方は「最大の死亡者を出した地域[249]」であった。戦後「戦前の政府は強権的」という悪のイメージを教育現場で刷り込まれた年代にとっては、これら地域には当然のこととして交通遮断ないしロックダウン措置がとられたと思い込みたいところだが、それらの形跡を文献上確認できない[250][250の2]。さらに興業・集会等についてみると、「各地での集会、興業、力士の巡業、活劇などは続々中止か、または閉鎖されていった」という指摘があるが[251]、速水教授は、「興業の閉鎖は［外地の］関東州（ママ）だけで」「日本では、劇場、映画館等の閉鎖は遂に行われなかった」（傍点引用者）し、そればかりか「神仏に救いを求めて殺到する満員電車の乗客には、車内で罹患の危険性が非常に高かったにもかかわらず、何の規制も加えられなかっ

た」[252][252の2]という。

速水教授によれば、病原体も治療法も不明なままのスペイン風邪に対して政府や自治体が講じた策は、「予防ワクチン[253]の注射を勧め、通告を出して、マスクの使用、うがいや手洗いの励行、人ごみをさけることなどを、繰り返し促」す一方「小学校や中等学校では、罹患者が出れば休校となった」。そして「鉄道や通信は人手不足で機能を低下させたが、全面ストップにはならなかった。何とかやりくりして、最悪の事態を回避した」という[254]。

② わが国のスペイン風邪対応――その2・旧伝染病予防法を使えたか？

旧伝染病予防法には、患者の措置入院（七条）、患者居宅周辺の消毒（五条）・交通閉鎖（八条）はいうまでもなく、交通遮断（一九条一項二号）、興業・集会等の制限・禁止（同項三号）の措置も用意されていたことは（本稿（a）①～③で）既述した。極めて初歩的な疑問として、それではスペイン風邪流行時に、右の交通遮断、興業・集会等の制限・禁止等の措置が発動されなかったのは、「伝家の宝刀」として床の間に飾ったままだったのか、それとも旧伝染病予防法を使うことが法的にできなかったのだろうか？

右の疑問への回答は、極めて単純なものである。

すなわち、旧伝染病予防法[255]は、コレラ、天然痘、ペスト等の限定列記された一〇ないし一一の「法定伝染病」（一条一項[256][256の2]）と、主務大臣の指定による「指定伝染病」（同条二項[257]）を対象[258]にしていた。未知の流行性感冒であるスペイン風邪は、もとより法定伝染病であるはずはない。そこで主務大臣がスペイン風邪を「指定伝染病」に指定するか、または知事がスペイン風邪を「［一条］第二項ノ規定ニヨリ予防方法ヲ施行スル必要アリト認ムル伝染病発生」として「此ノ法律中其ノ適用スベキ規定及此ノ法律ヲ適用スベキ地域ニ関スル意見ヲ付シ……大臣ニ報告」（同条四項）というボトムアップ方式によって、同法の全部または一部の規定をスペイン風邪に適用するしか途がない。しかしスペイン風邪に指定伝染病等の道筋を立てた形跡はどうやらなさそうである。このように

して、スペイン風邪に対して同法の強権的規定を用いる現実的な必要性の有無、有用性・有効性の有無を不問に付して、そもそもがスペイン風邪パンデミックに対して、旧伝染病予防法上の強権的措置を法的に発動できなかったのである。(259)

このように、中央政府なり自治体のスペイン風邪対応は、少なくとも旧伝染病予防法上の措置を用いることはできなかったが、たとえば学校休校措置については教育［行政］法の領域の話であるように、その他の法令（緊急勅令を含む）による何らかの措置の存在の論理的可能性までも全面的に否定するつもりはない。

最後にたとえば興業・集会について、旧伝染病予防法なり別法令による行動規制に至らずに「自粛」要請にとどまったとしても、スペイン風邪流行の第一次大戦下の頃の時代背景からして、今以上に「世間の目」「社会の目」からの「しめつけ」が存在した可能性を想定できなくはないだろう。この意味で、スペイン風邪当時（大正年間）の「自粛要請」が、二一世紀の時点（令和年間）での自粛要請と比べると、根本的にその意味合いや果たす役割が異る可能性がある気がしなくもない。

（240）速水・前掲註（6）・九八頁によれば、当時第二波を前流行、第三波を後流行と呼んだという。

（241）もっともスペイン風邪の世界的流行には、第一次大戦による人の大量移動が遠因となっている。加藤・前掲註（5）・一三九～一四〇頁参照。

（242）速水・前掲註（6）・二五、四三三～四三五頁、川名明彦「過去のパンデミックレビュー『スペインインフルエンザ（後半）』」二頁（二〇一八）https://www.cas.bo.jp/jp/influenza/kako_02.html　後者川名論文は、岡部信彦・和田耕治編『新型インフルエンザパンデミックに日本はいかに立ち向かってきたか』八二、九二～九三頁（南山堂、二〇一〇）に再録。

（243）速水・前掲註（6）・三〇頁。

（244）加藤・前掲註（5）・一四一頁。

(245) 速水・前掲註(6)・一四、四四四頁、前田裕之「『スペイン風邪から学ばなかった』歴史人口学者の警鐘」二〇二〇年三月二八日付日本経済新聞ブック・活字の海 https://style.nikkei.com/article/DGXKZO57320540X20C20A3MY5000/

(245の2) 仁科幸一「大正のパンデミック―スペイン風邪顛末記」みずほ情報総研レポート二一号一九頁註二二（二〇二一）https://www.mizuho-ir.co.jp/publication/report/2021/mhir21_pandemic_01.html によれば、「雑誌がスペイン風邪をどのように扱ったかさぐるべく、国会図書館に所蔵されている『中央公論』『婦人公論』『雄弁』、東京朝日新聞に掲載されていた雑誌広告を検索した」が「スペイン風邪を記事にした雑誌はみつからなかった」という。

(246) 第二波の福岡県について、速水・前掲註(6)・一〇九～一一一頁にもあるが、ここでは坂本信博・福間慎一「正しかった?新型コロナで休校、一〇〇年前、スペイン風邪の報道は……」西日本新聞（二〇二〇年三月一〇日）三～四頁 https://www.nishinippon.co.jp/item/n/590746/ による。知事の注意喚起報道について、速水・一一一頁の要約「マスクの使用を薦める以外は、これまで同様、罹患者の別室隔離、人ごみへの外出制限といった方策にとどまった」と比較されたい。

(246の2) 第二波の鹿児島県について、速水・前掲註(6)・一一六～一一七頁のほか、当時の鹿児島新聞及び鹿児島朝日新聞記事をもとにした「忘れられた厄災・スペイン風邪・鹿児島の新聞から①～⑤完」（二〇二〇年一一月二八日～同年一二月四日『南日本新聞』連載）https://373news.com/_news/?storyid=129202;129287;129356;129414;129495 に詳しい。

(247) たとえば速水・前掲註(6)・一〇三、一四八、一六二、一九〇、一九二、一九八、四三二頁等。

(248) 速水・同右・一四六頁写真。

(249) 速水・同右・一二五、一九四頁。

(250) 感染症による地域の閉鎖は、韓国一六世紀時代劇ドラマ「許浚（邦題「ホジュン・宮廷医官への道 The Legendary Doctor：Hur Jun)」（一九九九～二〇〇〇）では瘟疫による村及び周辺地域へのアクセス道路の閉鎖、「大長今（邦題「チャングムの誓い)」（二〇〇三～二〇〇四）では腐った野菜による集団食中毒を疫病と誤り村の閉鎖、「獄中花（邦題「オクニョ・運命の女)」（完全創作ドラマ。二〇一六）では陰謀による偽疫病での村の閉鎖が描かれている。

（250の2）　江戸時代の痘瘡流行時の極端な例であるが、「大村藩の隔離は、病人を山中の小屋に放置する『棄民』に近いものだった」という。磯田道史『感染症の日本史』八八頁（文春新書、二〇二〇）。

（251）　古谷経衡「日本はパンデミックをいかに乗り越えたか。一〇〇年前のパンデミック・スペイン風邪の教訓」（二〇二〇年二月二八日）https://news.yahoo.co.jp/byline/furuyatsunehire/20200228-00165191/

（252）　速水・前掲註(6)・四三三、一六三頁。

（252の2）　原敬内閣は「第一次大戦のさなか、米価が高騰し、米騒動がおき……民衆の不満の爆発を恐れ……［ロシア革命が］国内に波及しやしないかと心配もしていた」。そのため明治政府とは異なり「国民や経済に負担を強いる強い感染予防の規制は、ためらいが強かった」し、「スペイン風邪の正体も不明で、リスクや手間をかけて規制を行って、本当に効果があるのか」分らないため「警視庁の衛生係が新聞を介して『なるべく人の集まる場所に行かぬがよい』と広告するだけ」で「集会やイベントの制限は、ほぼ何も」なく、米国での「『隔離』や『社会的距離戦略』を丁寧にやらなかった」（傍点引用者）という。磯田・前掲註(250の2)・五七～五八、三一頁。

（253）　内務省・前掲註(6)・三七四頁は、世界共通の予防策としてワクチンを挙げた（前註(129)で紹介済み）が、スペイン風邪の病原が細菌ではなくウイルスであることがわかったのは後年（一九三〇年代）のことであり、ワクチンに効果はなかったといわれる。速水・同右・一七八頁。

（254）　速水・同右・一六三、一九七、四三二～四三三頁。なお一九一九（大正八）年一月の内務省「流行性感冒予防心得」（前註(129)で紹介済み）参照。

（255）　旧伝染病予防法の条文は自宅書斎の『六法全書・平成九年版Ⅱ』（有斐閣、一九九七）によっており、スペイン風邪時点と同一条文か否かの点検は、不本意ながら未完了のままである。

（256）　安原・前掲註(234)・一〇二～一〇三頁によれば、一九六九年時点で「法定伝染病は、前掲註(255)・『六法全書』三二八七頁と同様、一一疾患である。

（256の2）　岩本愛吉「新型コロナウイルスの分子疫学と日本の感染症研究・政策の歴史から見たパンデミック対策」七頁によれば、一八九七年旧伝染病予防法立法時は「一〇種類の急性伝染病を対象疾患とした」とある（日本医師会Covid-19 有識者会議）https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/2597

(257) 安原・前掲註(234)・一〇三頁は、一九六九年時点で「指定伝染病」として急性灰白髄炎のみを挙げる。

(258) 「『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案』の読み方」一頁によれば、「伝染病予防法では、法定伝染病、指定伝染病、届出対象疾患の三項目に分類されていた」という。https://jata.or.jp/rit/rj/houritu.htm

(259) その後の一九六九年時点で、安原・前掲註(234)・一〇二～一〇三頁は、届出伝染病にとどまる「インフルエンザ」は、「何故に伝染病予防法の［法定伝染病］対象にならなかったのであろうか」と疑問を述べ、「インフルエンザを検疫伝染病に指定し、わが国に一歩も入らないようにすべきではなかろうか」と述べている。

③ 米国での分析結果

米国といっても州や都市によっても異なるが、スペイン風邪への対応のカタログとして、患者の届出、患者の病院収容・住宅内隔離、患者又は家族の隔離、消毒、共同飲食器の消毒又は禁止、吐痰の監視、マスク使用、学校・劇場・映画館等の閉鎖、交通機関の雑踏を緩和する手段、救療機関の活動、衛生教示、予防注射等があったという(260)。

米国での対応を分析した二〇〇七年八月(261)と二〇二〇年の論文(262)が、わが国でも知られている。そこで以下、その概要をみておきたい。

（α） まず二〇〇七年八月論文の分析の時期は、一九一八年九月八日～一九一九年二月二日の二四週間であり、対象地域は、人口一〇万人以上の六六都市から四三の都市（＝一九二〇年時点で四三都市の人口は全米の二二%、二三〇〇万人(263)）を抽出して、連邦統計局週刊統計（weekly Health Index）、右の時期の非医薬的介入・関与（Nonpharmaceutical intervention）に関する記録、新聞、報告書等を駆使して、一九一〇～一九一六年のインフルエンザ死亡率とスペイン風邪の二四週間の週間超過死亡率（excess death rates。以下「EDR」という）等も算定している(264)。

隔離（Isolation or quarantine）、学校閉鎖（School closure）、集会禁止（Public gathering ban）という三種の非医薬的介入・関与をみると、隔離のみが延べ一五都市（平均一週間。四三都市中三五％）、学校閉鎖のみが延べ二二都市（平均一週間。二二％）、集会禁止のみが延べ六都市（平均一週間半。一四％）、隔離と学校閉鎖とが延べ二都市（平均五週間半。五％）、隔離と集会禁止が延べ四都市（平均四週間。九％）、学校閉鎖と集会禁止が延べ三四都市（平均四週間。七九％）、隔離・学校閉鎖・集会禁止が延べ一五都市（平均四週間。三五％）という結果になった[265]。

モデルを用いてこれら非医薬的介入・関与と週間ＥＤＲとの相関関係をみた結果、複数の措置、とりわけ学校閉鎖と集会禁止措置の実施や、それら措置実施のタイミングにより、死亡率（mortality）が低下するという結果が導き出された[266]。「時期（time of activation）、期間（duration）、非医薬的介入・関与の選択又は「非医薬的介入・関与の」組合わせが、成功か失敗かの重要な要因（key factors）」になる。考察対象の二四週中に二度目のピークを経験した都市でも、非医薬的介入・関与には効果があり、非医薬的介入・関与をやめれば死亡率が上昇するという[267]。

もっとも「歴史は予測科学（predictive science）ではない」。当時もそれなりに輸送手段・通信手段の急激な発達、人口の都市集中等の変革を経験している時代という点では現在（二〇〇七年）と共通点があるものの、社会的、文化的、科学的相違点がある。たとえばプライヴァシーや公衆衛生、集団ワクチン接種等の政府の措置への人権の考え方が異なる。また輸送・通信手段・人口の都市集中等の社会変革も、当時と現在とでは質的に異なる面がある……といったことから、本分析結果について留保をつけているものである[268]。

（β）　順序が逆になったが、右の二〇〇七年八月論文に先行して、全米科学アカデミー紀要（ＰＮＡＳ）の同年五月一日号に二論文がある[268の2]。そこで次に二論文の概要を述べておきたい。

（β―1）　五月の第一論文は[269]、まず人々の伝染接触を減らすことを意図した非医薬的介入・関与は、次のイン

フルエンザ・パンデミックの衝撃を緩和するうえで不可欠なものだが、非医薬的介入・関与の便益は数学的モデルでは支持されているものの、過去のパンデミックにおける介入・関与の効果（impact）の歴史的エヴィデンス（evidence）は体系的には検証されてこなかったという。そこで全米一七都市における一九種類の非医薬的介入・関与[270]の実施時期（timing）についてのデータを入手して、「早期の複数の介入・関与（early implementation of multiple interventions）が、病気の伝染の減少に結び付く」との仮説（hypothesis）を検証するという。

検証結果から以下のようにまとめられる。流行早期に複合的介入・関与（multiple interventions）を実施した都市は、そうでない都市に比べて、ピーク死亡率が半分以下で、流行曲線も急激ではない。前者都市の累積過剰死亡率は、後者都市のそれよりも最大二〇％ほど低いが、死亡率の差ほどには統計的に重要な意味を持つものではない。一九一八年に殆どの都市が、非薬学的介入・関与を六週間以上は続けなかったことを考慮すると、この検証結果は期待されなかったわけではない。学校・教会・劇場閉鎖を含む確実な介入・関与の早期の実施は、ピーク死亡率低下に結び付くが、［他方］、一つの［種類だけの］介入・関与は、一九一八年パンデミック局面への改善総計結果（improved aggregate outcomes）には結び付かない。これら検証結果（findings）は、複合的な非薬学的介入・関与のすばやい実施が、インフルエンザ流行を著しく低下させるが、重要なまん延（vital spread）の再発は、そのような［非薬学的介入・関与］手段の緩和（relaxation of such measures）にかかるだろう[271]。

（β―2）　五月の第二論文は[272]、一九一八年のパンデミックは、欧州では秋の一回きりだったが、米国には一回きりの都市もあれば二度のピークを経験した都市もあったこと、米国が学校・教会閉鎖、集会禁止、マスク着用命令、隔離、消毒等の公衆衛生的介入・関与（public health interventions）に努力を傾けたことの二点において、米国と欧州とは異なっていたとする。その違いの元は不明であるが、米国でのより広範囲の公衆衛生的介入・関与を検証するという。公衆衛生的介入・関与について、介入・関与の開始時点のみのデータが七都市、介入・関

与の開始時点のみならず時機（timing）のデータが一六都市である。[273]

四五都市の一九一八～一九一九年のインフルエンザ超過死亡率は、パンデミック前の一九一七年の過剰死亡率との間に（おそらく社会人口統計学的要素と関連し）相関関係があり、ピーク時の超過死亡とも相関関係がある。しかし流行開始日との間には相関関係はない。もっとも顕著な相関関係は、（介入・関与の開始日が分る［七都市プラス一六都市の合計］二三都市における（全体及びピークの）超過死亡と、当該都市の流行にいかに早く介入・関与（epidemic interventions）が導入されたかにある。一九一八年秋、早期に［介入・関与］手段を講じた都市は、緩やかだが相当の全死亡率の低下を達成した。長期のまん延拡大によってより大きなピーク死亡率の低下がもたらされた。[274][275] どの米国都市も最適点を発見しないが、実際、理論的に最大限可能な死亡率の低減に最も近い都市は、最初のピーク中、早期でかつ効果的な介入・関与を実施し、感染が再度増加したときには、再度［早期でかつ効果的な介入・関与を］導入することができる。[276]

一九一八年の感染が、発生件数に依存、すなわち直近の死亡率が高いときは接触率（contact rate）が自然に減少する、強い頻発依存関係を示したという結論には、注釈を要する。［これと］類似の社交的距離（social distancing）［の確保］は、香港やシンガポールの急性呼吸器症候群でも間違いなく観察される。[277]

統制手段は、それが課された期間を通して伝染［予防に］効果がある、との仮説は、明らかに単純化したものである。たとえばマスク着用命令（mandated mask wearing）などの手段は、やがて順守が減少する。我々はウイルスはずっと毒性が変わらないと仮定するが、実際には一九一八年ウイルスの致死性は、一九一九年一月迄には弱まったのである。[278]

介入・関与はいつも［感染］発生の場合に導入され、そのピーク後に解除されるので、［両者の］因果関係が証明されないことは驚くべきことではない。そこで［感染］発生と介入・関与手段の時期の間には、広い相互関

係があると［いわば］予め定義されている。しかし多変数分析（multivariate analysis）においては、死亡率と介入・関与開始時期との間の相互関係のみが重要な意味をもつ。[279] また、様々な介入・関与手段の影響（impact）を解き明かすための作業も必要である。

一九一八年を今日に当てはめることには、多大な慎重さが必要である。一九一八年の米国は、今日からは非常に異なる国である。[280]

我々の結論は、一九一八年にまさに用いられた公衆衛生手段の一種により、将来のパンデミックで重要な役割が果たされる可能性を強調するパンデミック計画努力を、ある程度まで勇気づける。しかしながら、流行時に伝染した全体の数への一時的で不完全な介入・関与の影響の我々の理論的分析は、考えさせられる。一時的介入・関与によって発病率（したがって死亡率）は三〇～四〇％削減され得るが、これを超えて公衆衛生手段のみで削減を達成するには、ワクチン予防接種の全住民の完了までの多分六か月間は、これら公衆衛生手段を維持することが必要である。一九一八年に多くの米国都市の経験は、そのような長期の集中的な政策における社会的、政治的、行動主義的挑戦が重要であることを示している。[281]

（γ） 最後の二〇二〇年論文は、[282] 一九一八年スペイン風邪で全米都市で採用された非薬学的介入・関与（non-pharmaceutical interventions, NPIs。以下「ＮＰＩ」という）[283] について、まず先行する二〇〇七年五月の二論文（前述β）及び八月論文（前述α）から、第一に、ＮＰＩが約四五％というピーク死亡率の顕著な削減を達成し感染曲線を平坦化した（flattening the infection curve）こと、第二に、早期にかつ積極的に介入した都市は、累積超過死亡率の約二〇％削減を体験したこと、第三に、このようにＮＰＩは、潜在的に過剰なパンデミックを緩和することによって、累積超過死亡率と、より少ない程度であるが累積感染率を遅らせることに成功したこと、この三点が明らかになったと整理する。

そしてこの論文は、先行論文を前提にして、一九一八年インフルエンザの間のＮＰＩの死亡率と経済活動への影響を検証することにあり[284]、「主要な分析は、米国都市における短期（short-run）及び中期（medium-run）の経済活動へのＮＰＩの影響を検証することにある」。

本分析について、心にとめておくべき重要な点として、第一にサンプルが四三都市に限られていること[285]、第二に各年次毎のデータを利用できないため［一九一八年パンデミックと比べた］一九一五、一九一六、一九一七年の生産高傾向を注意深く吟味することができないこと、第三に第一次世界大戦終結のために一九一八年末に向けて経済環境は普通ではなかったこと、第四に我々の地域を越える分析が、ＮＰＩの総合均衡効果を捕らえることを可能にするものではないこと、がある[286]。

分析結果は、「パンデミックそのものは、短期的には経済的混乱を引き起こすが、これら［経済的］混乱は、都市至る所での厳格な（strict）及び緩かな（lenient）ＮＰＩに相似する。それどころか中期的には、ＮＰＩはよりよい経済成果に結び付いているという示唆に富む証拠を発見する。ＮＰＩは、さらなる経済活動の低迷の必要性なく、これら疾病流行を低減することができる」と要約されている[287]。

理論的にはＮＰＩの経済的効果は、積極的にも消極的にもなり得る。それ以外［の条件］が同じならば、ＮＰＩは社会的交流と社会的交流を必要とする経済活動を制限する[288]。ところがＮＰＩは、疾病伝染曲線を平準化する一方、パンデミックの間、またはパンデミック後の経済成果（economic performance）悪化には結び付いていない[289]。

そこで論文共著者は「ＮＰＩは、なぜパンデミックの間に経済的に有害ではなく、中期においては有益ですらあるのか？」と自問自答する。一九一八年の限られたデータで、ＮＰＩが経済に影響した正確なメカニズムに光を当てることは挑戦的であるが、幾つかの可能性のある道筋を提供する［ことになる］」。劇場閉鎖、集会禁止の

ようなＮＰＩの直接効果は、これら措置が必然的に経済活動を制限するため、［経済］縮小的である。［ところが］ＮＰＩが制限する多くの活動は、ＮＰＩがなくてすら、ウイルスと接触することを避けるため、家計は消費を減らし労働を少なく提供し、［このため流行リスクは低減され］、企業は労働力不足、需要低迷、不確実性の増加に応じて投資を削減する。結果としてＮＰＩ発動がなくてもなお、［経済］下降を伴う。[290]

さらにＮＰＩは、経済的混乱の原因が、［ＮＰＩではなくて］パンデミックそれ自身（the pandemic itself）であることに注意を向けることにより間接的経済便益を有する。パンデミックを緩和することは、結局最悪の経済的下降（downturn）を防ぐことができる。たとえばボーデンシュタインら共著論文は、大きな累積感染を生み出すことなくＮＰＩが曲線を平準化し産出量の低下を緩和する二セクター・モデルを提供する。モデルでは、経済に必須の生産は、疾病とウイルスとの接触リスクが所与の時点でより低く、全体の産出量のより少ない下降に導くならば、混乱というほどではない。さらに累積感染率削減によって、直接疾病と死亡率削減によって、罹患率に関連するコスト削減によって、ＮＰＩは中期の経済便益を有する。[291]

論文共著者は、一九一八年と本感染症（COVID-19）とを比較して、以下のように述べる。固有の歴史的詳細は、何故一九一八年のＮＰＩが、経済的な下降に拍車をかけなかったかについて光を当てる。当時のＮＰＩは、本感染症で幾つかの国で採用された措置よりも緩かなものである。営業閉鎖のようなより厳格な措置は、ＮＰＩのコストを増加させそうである。女性労働力参加は［現在よりも］低かったので、一九一八年の学校閉鎖は［育児の手配等を含め］費用は低かった。一九一八年インフルによる深刻な影響と、［その反面］中期的にＮＰＩの便益をより連想させる働き盛り世代（prime-age worker）にとっては、一九一八年インフルは、本感染症よりもより致命的であったことを示唆する。一九一八年ウイルスは、本感染症よりも短期の潜伏期であり、［感染の］疑いのある患者の特定と隔離をより円滑にした。結果として、我々は一九一八年パンデミックからの教訓のうわ

べの正当性の限界を強調する。こうした重要な相違にもかかわらず、継続中の研究から、二〇二〇年のＮＰＩの実施は、さらなる経済的混乱なしに疾病流行を減少させ、本感染症パンデミックの早期の段階でＮＰＩを実施した国々は、よりよい短期の経済成果をもつということが分かる。我々は、本感染症中のＮＰＩ実施の短期及び中期における最終的効果（net impact）、直接費用（direct cost）、間接的諸便益（indirect benefits）を解きほぐす将来の研究を期待する。[292]

（δ）以上、米国都市におけるスペイン風邪に対する措置を分析した四論文を概観してきた。むろん第一次世界大戦を引きずった一九一八年と現在とでは、社会・生活・経済等、あまりに状況が異なるという面はあるが、四論文における分析の最大公約数的結果として、感染初期に措置を講じた都市ほど流行曲線がなだらかで、かつ経済への打撃も一時的にとどまり、その回復も早いということが判明する。ただ当時用いられたパンデミック対策には、都市ロックダウンまでは含まれていないことも確認できた。

(260) 対応策について内務省衛生局・前掲註(6)・八四頁。同書・九〇～九二頁には北米公衆衛生協会のインフルエンザに関する特別委員会決議事項のうち「公衆の集会場を閉鎖すること」の項が紹介され、学校、教会、劇場、飲食店、電車、葬儀に分けて記述されており興味深い。なお米国での流行状況について記述の同書第七章は、東洋文庫版では割愛されており、速水・前掲註(6)・六六頁以下等参照。

(261) Markel/Lipman/Navarro/Sloan/Michalsen/Stern/Cetronkn, *Nonpharmaceutical Interventions Implemented by US Cities During the 1918-1919 Influenza Pandemic*, 298 JAMA 644 (American Medical Association, Aug. 8. 2007) である。大西淳子「スペイン風邪に学ぶ―学校閉鎖、集会禁止、隔離が有効」日経メディカル（二〇〇七年八月一八日）https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/hotnews/int/200708/503993.html（ただし会員外のため全文を閲覧できず）、小原雅博「『一億人死亡』一〇〇年前のスペインかぜの教訓を生かせる国、無視する国」（二〇二〇年五月三〇日）https://president.jp/article/-/35830?page=2 参照。

(262) Correia/Luck/Verner, *Pandemics Depress the Economy, Public Health Interventions Do Not: Evidence from the 1918 Flu*（Mar. 2020; last revised June 2020）https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3561560 である。Kemp「コラム：ロックダウン解除のタイミング、スペイン風邪から学べるか」三頁（二〇二〇年四月九日）https://jp.reuter.com/article/global-economy-kemp-idJPKBN21QILN　木内登英「一〇〇年前のスペイン風邪の経験に学ぶ新型コロナ対策と日本の出口戦略」二頁（二〇二〇年五月一日）https://www.nri.com/knowwledge/1st/2020/fis/kiuchi/050 参照。

(263) 四三都市中、日本人に馴染みの深い東海岸ＮＹ州では州都オーバニー、バッファロー、ニューヨーク市（ＮＹＣ）、ロチェスター、シラキュースの五都市、西海岸キャリフォーニア州ではロサンジェルス、オークランド、サンフランシスコの三都市が含まれている。Markel/Lipman/Navarro/Sloan/Michalsen/Stern/Cetronkn, *supra* note 261 at 647 Table 1

(264) *Id.* at 645

(265) 期間中に複数の措置をとった都市があるため、都市数合計が四三を超え、割合が百％を超える数値になっている。*Id.* at 648 Table 2

(266) *Id.* at 648, 649 table 3, 650 table4

(267) *Id.* at 650, 653

(268) *Id.* at 653

(268の2) ナショナルジオグラフィック日本版とヤフーニュース連携企画「『早さ』と『徹底』が対策の鍵だった。スペインかぜの事例」（二〇二一年一月二四日）https://news.yahoo.co.jp/article/fbad/16d1176735375b6094cb988b47cd7dea40efa?page=2 には、二〇〇七年の米国科学アカデミー紀要（PNAS）に関連二論文があるとの記事があるものの著者・論文名を明示していなかった。同誌（年間五二冊）の目次 https://www.pnas.org/content/by/year/2007 を前に途方に暮れたが、Correia/Luck/Verner, *supra* note 262 の文献一覧に該当論文がリストにあり、掲載号の目次 https://www.pnas.org/content/104/18 が特定され、ほっと胸をなでおろしたのである。

(269) Hatchett/Mercher/Lippsitch, *Public Health interventions and epidemic intensity during the 1918 influenza*

Pandemic, 104 PNAS 7582（May 1, 2007）

（270） Hatchett/Mercher/Lippsitch, *id* at 7583 Table 1。「一七都市の関与及びその時期」から、実施都市数の多い順に並び換えると、インフルエンザの法定伝染病化、教会閉鎖、劇場閉鎖、集会禁止が一五件、隔離政策、学校閉鎖が一四件、その他施設閉鎖が一三件、葬儀、ダンスホール閉鎖が一一件、店舗及び輸送機関の混雑緩和のための時差営業・操業が八件、路面電車の混雑禁止ルールが六件、感染確認家族隔離が五件、緊急事態宣言が四件、子供の保護的隔離、交通機関以外の非密集ルールが三件、マスク命令が二件、全域の職場閉鎖が一件、職場での感染防止関与がゼロ件である。

（271） Hatchett/Mercher/Lippsitch, *id* at 7582

（272） Boothsma/ Ferguson, *The effect of public health measures on the 1918 influenza pandemic in U.S. cities*, 104 PNAS 7588（May 1, 2007）共著者の所属機関はオランダのユトレヒト大学とロンドン帝国カレッジである。論文括弧内にあるSI Appendix は参照できなかった。

（273） 措置開始時点のみのデータは、ボストン、バッファロー（NY州）、デトロイト、ロチェスター（NY州）、セント・ポール、シアトル、トレドの七都市であり、措置開始時点のみならず時期のデータは、アトランタ、ボルティモア、シカゴ、フォールリヴァー、インディアナポリス、キャンザス・シティ、ミルウォーキー、ミネアポリス、ニュー・ヨーク、ニューアーク、フィラデルフィア、ピッツバーグ、サン・フランシスコ、セントルイス、Spokane（＝耳慣れない地名のためそのまま標記）、ワシントン（DC）の一六都市である。これら二三都市は、いずれも八月論文（前註(261)）の四三都市に含まれるものである。Boothsma/ Ferguson, *id* at 7588

（274） Boothsma/ Ferguson, *id* at 7588, 7591

介入・関与開始時のインフルエンザ流行の数値はわからないため、感染から死亡に至る平均期間一二日をもとに、開始後一二日の死亡者数で介入・関与の効果をはかることにした。介入・関与開始一二日後の死者率は、四四％の都市間の差（between-city variance）を説明する過剰死亡率と相関関係があるという。Boothsma/ Ferguson, *id* at 7588～7589

（275） この相関関係は、統計的だけではなく相関関係が起こる信憑性のある数量モデルを論証する。理論的分析からは、

二重ピークの感染統制手段をみた都市は、統制が解除されたときに住民に残っている感染しやすいおびただしい数の個々人の伝染を効果的に停止するのに、どちらかというと効果的である。この感染しやすい残る［個人の］集団は、別の感染ピーク及び（いくつかの事案では）介入・関与の再開（resumption）へ導く感染再燃（restart）を許した。反対に、介入・関与が導入される前に長期に感染が続く都市は、不十分に感染しやすい人々が感染再燃（restart）に残っているため、流行ピークはより小さいか又は一回きりのピークをみた。Boothsma/ Ferguson, *id* at 7591

(276) Boothsma/ Ferguson, *id* at 7591

(277) 一九一八年の効果が、（たとえば病人看護・欠勤・職場閉鎖等）人々が用心深く接触を減らしたためか、個々の間接的効果によるのかは決められない。たとえば年齢関数による混成の社会的混合といった代りの説明は、これらの傾向をうまく説明できない。社会的構造は、データにみられるリアルタイムの流行増加率の急激な減少を部分的に再現することができる一方で、最高レベルの感染しやすさ（susceptibility）を負う人口の下位集合の徹底的検討を前提にする。Boothsma/ Ferguson, *id* at 7591～7592

(278) しかしながらどちらかというと、死亡率の二次または三次ピークは、死亡率データよりも流行の高水準に一致するので、一時的な毒性の低下傾向は、介入・関与のより大きな影響を示す。逆にいえば、ウイルスは抗原的に進展し、一九一九年春の発生の上昇ケースは、おそらくウイルスの部分的免疫漏れ（partial immune escape）によって説明される。しかしながら都市間流行状態の差を抗原性の差（antigenic variation）により説明するのは困難である。もしも一九一八年一〇月に、いくつかの都市において主要な流行を引き起こす画期的な新変異（variation）が広まっておれば、全都市に成功裏に［介入・関与の］拡大を期待できた。Boothsma/ Ferguson, *id* at 7592

(279) 実際、見積もられる介入・関与の効果は、短期間実施された都市（たとえばボルティモア）ですら時として高い。［介入・関与への］反応行動変化と介入・関与手段とは、そのタイミングにおいて困惑させられるが、［行動変化と手段の］両要素は、独立して適合モデルに大いに貢献する。Boothsma/ Ferguson, *id* at 7592

(280) 世帯規模はより大きく、多くの労働者は伝染が激しいことが予想される密集した宿舎に住んでいた。より一般的に広範囲の家族と交流し、子供はより少ない年数を教育に費やし、旅行の様式もまた非常に異なった。全般的に伝染病関係の死亡率はより高く、栄養失調のような伝染と死亡率に変化をもたらす補助因子（cofactors）は、広く行き

渡っていた。これら差異の効果を理解するために、一九一八年のさまざまな米国都市を比較研究するさらなる人口統計学的・社会経済学的データが必要である。さらにより意欲をそそるパンデミックへの行動反応のデータ収集は、我々の消極的社交的距離の仮説を検証することを可能にすることになるかも知れない。Boothsma/ Ferguson, *id* at 7592

(281) Boothsma/ Ferguson, *id* at 7592 期間限定（time-limited）で用いられた介入・関与は、全体死亡率を穏やかに（多分一〇～三〇％）削減するのみで、導入された介入・関与が遅すぎ、［介入・関与の］解除が早過ぎるために、その影響（impact）はしばしば限定的である。サン・フランシスコ、セントルイス、ミルウォーキー、キャンザス・シティは、伝染率を三〇～五〇％削減し、最も効果的な介入・関与であった。Boothsma/ Ferguson, *id* at 75888

(282) Correia/Luck/Verner, *supra* note 262

(283) ［先行論文にあるように］一九一八年に米国都市で採用されたＮＰＩには、学校・劇場・教会の閉鎖、多人数集会の禁止のような社会的距離［確保］手段（social distancing measures）のほかに、マスク着用命令、患者隔離、インフルエンザの法定伝染病化、消毒・衛生措置等がある。Correia/Luck/Verner, *id* at 4

論文共著者は、social distancingを、ここでは学校等の閉鎖・集会禁止の上位概念として用いている。しかし読者もお気付きのように、本感染症（COVID-19）のときのsocial distancingは、それら行動制限措置とは切離して、着席や行列のときに周囲の他者と一～二米程度の間隔を保つという用い方であり、私があえて「社交的距離」と訳すのも、そこからきている。

(284) Correia/Luck/Verner, *id* at 15

(285) Correia/Luck/Verner, *id* at 5, 36 にあるように（α）の Markel et.al, *supra* note 261 に依拠しているのである。

(286) Correia/Luck/Verner, *id* at 15～16

(287) Correia/Luck/Verner, *id* at 1

(288) Correia/Luck/Verner, *id* at 1～2

(289) Correia/Luck/Verner, *id* at 15

(290) Correia/Luck/Verner, *id* at 16

(291) Correia/Luck/Verner, *id* at 16
(292) Correia/Luck/Verner, *id* at 16〜17

（c） 感染症法の行動制限の限界

わが国では、感染症法の施行後、海外でのコロナウイルスによるSARSやMERSの流行に身構えたものの、幸か不幸か「よその国の出来事」に終わり、二〇〇九年のいわゆる豚インフルエンザ流行（後述本稿二（2）（イ））を契機にいわゆる特措法を制定した（後述本稿二（2）（ロ）〜（ハ））ものの、パンデミックはおろか、季節型インフルエンザの流行以外に目立った感染症の流行はなかった[293][293の2]。

そうしたなか、二〇二〇年一月の中国武漢市での本感染症（COVID-19）報道後も、旅行・流通業はあいもかわらず「インバウンド需要」を当て込み、同月二三日の武漢市ロックダウンも「対岸の火災」のように受け止めていた。同月二八日、国内でのツアーバス乗務員の感染と、いわゆる「黒船」ならぬクルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号の横浜大黒埠頭沖到着（二月三日）「で」眠りを覚ます」までは、あたかも「わが大和民族はパンデミックとは無縁」と錯覚していると思うほどに、楽観的でかつ呑気な状態が続いていた。

冒頭（本稿一（1）及び（2））でのべたように、本稿では本感染症に対する国、自治体の対応については考察を断念したとはいえ、わが国の本感染症対応は、特措法を用いてすら「自粛要請」のみといっても過言ではない。換言すれば、他国でみられる夜間外出禁止を含む強い外出規制や、（文字通りの濃厚接触や遊興を含む問題概念である）「飲食店」の全面または店舗内での営業禁止といった措置は、そもそも現行実定法上は準備されていないという危機管理上、お粗末なことになっている。

しかも右の「自粛要請」についても、厳密には憲法二九条三項の補償には該当しないと考えられることもあっ[293の3]

て、営業の全面営業休止に至らない（主として夜間）営業時間短縮ですら「協力金」を支払うという始末である。[293の4] 本感染症ですらなかなか収束しないとなると、繰り返される「要請」への「協力金」の原資が底を突き、（いくら日本銀行が引き受けるといっても）ますます赤字国債の借金地獄か国民に不評の増税への道を進まざるを得ないことは明らかである。また同じく本感染症による経済的影響を受けながらも、支給を受ける業種・職種と支給を受けない業種・職種・庶民との間の不平等感や亀裂を引き起こすことにもつながる。しかも地球温暖化による熱帯系の感染症の北上や動物由来の新規感染症の可能性からして、今後一〇年刻み以上の頻度でパンデミックが繰り返されることが予測されるため、今回の安易な支出は、今後に禍根を残すものではなかろうか。

（293） もっとも蚊媒介感染症のうちデング熱感染者が、二〇一四年、二〇一六年（帰国者）と二〇一九年に確認されているが、大流行には至っていない。厚生労働省「デング熱について」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunituite/bunya/0000131101.html

（293の2） 「五年ぶりに確認された日本国内で感染したデング熱の三例」ＩＡＳＲ四一号九四―九六頁（二〇二〇年六月号）https://www.niid.go.jp/niid/ja/typhi-m/iasr-reference/2522-related-articles/related-article-484/9696-484r04.html

（293の3） 野党は再三「補償とセット」と主張しているが、藤原・前掲註(14の2)・六〇、六四頁参照。

（293の4） 二〇二〇年の緊急事態宣言下、東京都を皮切りに営業自粛者に対する協力金を支給していた。ところが二〇二一年の特措法改正（令和三年法律五号）で新設された感染症法防止（いわゆるまん延防止。略称「まん防」）協力要請である営業時間の変更（いわゆる営業時間短縮。略称「時短」。特措法三一条六）についても、地方創生臨時交付金を充当等して、要請対象者への協力金が支給されるようになっている。「時短協力金、改正特措法で法的根拠」二〇二一年二月二七日付日本経済新聞電子版 file://C:/User/jf/AppData/Local/Temp/Low/1WQDK53D.htm 及び二〇二一年四月二三日付東京都産業労働部「飲食店等を対象『営業時間短縮に係る感染拡大防止協力金（四月一二日～

五月一一日実施分）』の一部変更について https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2021/04/23/39.html 参照。

（2） 新型インフルエンザ等特別措置法（二〇一二年）

二〇〇八年の感染症法の一部改正によって、新型インフルエンザに対応すべく新型インフルエンザを感染症法の対象にとりこんだ（本稿二（1）（ロ）B）。

翌二〇〇九年二月に「新型インフルエンザ対策行動計画」（以下「行動計画」という）が改定され、同計画は、新型インフルエンザの前段階（未発生期）、第一段階（海外発生期）、第二段階（国内発生早期）、第三段階（感染拡大期／まん延期／回復期）、第四段階（小康期）の五段階ごとにわけて対策を記述した。

このうち第二段階「国内での感染拡大防止」には、自治体住民・業界団体関係者へ「可能な限り外出を控える」要請（傍点引用者）、「集会主催者、興業施設等の運営者に活動自粛」要請（傍点引用者）、学校・通所施設等の設置者に「臨時休業および入学試験の延期等」要請（傍点引用者）、住民・事業所・福祉施設等に「マスクの着用、うがい・手洗いを強く勧奨」（傍点引用者）、事業者に「症状の認められた従業員の出勤停止・受診の勧奨」、事業者に「不要不急の業務の縮小」要請、公共交通機関に「利用者のマスク着用の呼びかけなど適切な感染防止対策を講ずるよう」要請（傍点引用者）というふうに、非常に具体的に要請対象者別に要請事項が示されていた[294]。

同月、あわせて「新型インフルエンザ対策ガイドライン」も策定された[295]。

このような感染症法のもとでの行動計画、ガイドラインによって、パンデミックに十分対応できるようになったのか、このことが特措法制定是非論の鍵となる。

（イ）新型インフルエンザ（豚インフル）（二〇〇九年～）

二〇〇九年四月、本稿一（1）で述べたメキシコでの新型インフルエンザ（A／H1N1。いわゆる「豚インフル」）の発生を受けて、二〇〇七年の閣議決定[296]に基づく「新型インフルエンザ対策本部」を設置した。同日、同本部はごく簡単な「基本的対処方針」を決定した[297]。次いで五月一日、「新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会」（委員長・尾身茂教授）を設置[298]し、あわせて「基本的対処方針」を改定した。その第五項（二）には、国内患者発生時の措置として「患者や濃厚接触者が活動した地域等における感染防止措置の徹底」（傍点引用者）として、「外出にあたってのマスク着用、うがい、手洗い、咳エチケットの徹底等の呼びかけ。不要不急の外出自粛の要請。時差出勤や自転車・徒歩等による通勤の要請。集会、スポーツ大会等の開催自粛の要請。必要に応じ、学校・保育施設等の臨時休業の要請。事業者に対し、不要不急の事業の縮小の要請」（傍点引用者）というふうに、先に引用した「行動計画」を下敷きにした記述がみられる[299]。

同年五月九日、検疫による新型インフルエンザ感染者[300]、同月一六日に神戸市で国内初の患者[301]、大阪府の高校で集団感染が発生した[302]。そこで兵庫・大阪両府県は、集会・イベントを中止し、学校・保育所を臨時休業した[303]。医療では、「多くの住民からの電話が保健所に殺到し、発熱相談センター[304]としての機能は麻痺状態で、……発熱外来は[305]、兵庫・大阪とも数か所しか整備されておらず、そこにインフルエンザ症状のない方も含め多くの者が押し寄せ、発熱外来もパンク状態」だったという[306]。もっとも患者の数は、同月一六日から三日間がピークといった状況だった[307]こともあってか、同月二二日の政府の「基本的対処方針」改定では、「国民生活や経済への影響を最小限に抑えつつ、感染拡大を防ぐとともに、基礎疾患を有する者等を守るという目標」のもとに、たとえば「行動計画」や「基本的対処方針」（五月一日）第五項の措置のうち、「外出については、自粛要請を行わない」「集会、スポーツ大会等については、一律に自粛要請は行わない」と緩やかなものである[308]。なお学校・保育施設の休業要

請、医療の確保については、別途厚生労働大臣が運用指針を作成した。[309]

大流行に備えて六月一九日に右の運用指針を改訂したが、[310]わが国では英米でみられた夏前の大流行はみられず、八月中旬から一一月にかけて流行のピークを迎えた。[311]翌二〇一〇年三月三一日に（民主党鳩山内閣の）厚生労働大臣は「最初の流行（いわゆる『第一波』）は、現時点では沈静化」と判断し、[312]同年八月二七日（民主党菅内閣）に新型インフルエンザ対策本部は廃止された。[313]

結びとして、二〇〇九年の新型インフルエンザ（A／H1N1）の特徴を述べておきたい。政府は二〇〇九年一〇月一日の「基本的対処方針」で、第一に本インフルエンザの感染力は強いが、多くは軽症のまま回復すること、第二に抗インフルエンザウイルス薬による治療が有効なことの二点は、季節性インフルエンザと共通であると指摘する。他方、季節性インフルエンザとの最大の違いは、基礎疾患（ぜんそく、糖尿病等）者を中心に重篤化・死亡例がみられるとしている。[314]また別文献では、幸いなことに本インフルエンザの病原性は、想定されていたほど高くはなかった。また通常のインフルエンザは、五歳以下の小児と六五歳以上の高齢者に患者が多いが、今回は七七歳以上の高齢者に感染防御の指標レベル以上の中和抗体があったという。これはかつてのスペイン風邪（A／H1N1類似）との交叉免疫と推論している。その結果、患者は高齢者ではなく、五歳から一九歳に多い特徴を示したという。[315]また、「なぜ、二〇〇九年の新型で日本の感染死亡者は［他国に比して］少なかったのか?」という問いに対して、第一に医療インフラとしての病院・クリニック・保険制度の完備、第二に早期発見（熱が出たら医療機関に行く習慣）、第三に早期治療（抗ウイルス剤タミフルは発症後四八時間以内の投与で大きな効果）、第四に重篤化リスク大の基礎疾患者への治療レベルの高さ、第五に流行初期の学校・学級閉鎖の効果、第六にサーベイランスと遺伝子検査（PCR）の六点が挙げられている。[316]

（294）新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザに関する関係省庁対策会議「新型インフルエンザ対策行動計画」とくに四四頁（二〇〇九年二月改定）http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/flu/kettei/092017keikaku.pdf

（295）新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザ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」（二〇〇九年二月一七日）https://www.mhlw.go.jp/bunya/kekkaku-kansenshou04/09.html

（296）関係省庁対策会議・前掲註（294）・三五頁にある第一段階での政府対応である。同対策本部の設置は、福田康夫内閣のもとでの二〇〇七年一〇月二六日閣議決定「新型インフルエンザ対策に対する政府の対応について」に基づく。http://www.kantei.go.jp/jp/kikikanri/flu/swineflu/ ＞新型インフルエンザ対策本部設置＞「参考：新型インフルエンザ発生時の対策本部設置等の閣議決定」

（297）これも関係省庁対策会議・前掲註（294）・三五頁にある第一段階での政府対応である。基本的対処方針は、同右ウェブサイト＞「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」。正林留章「新型インフルエンザ（A／H1N1）発生後の主な出来事と対応」、宮村・和田・前掲註（8）・二二―二五頁。

（298）同右ウェブサイト＞「新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会の設置」、正林・前掲註（297）・二五頁。

（299）同右ウェブサイト＞「新型インフルエンザ対策本部（第二回会合）基本的対処方針」、正林・同右・二五～二六頁に抜粋。

（300）二〇〇九年五月九日付厚生労働省健康局結核感染課発各都道府県・政令市・特別区新型インフルエンザ担当部局宛「新型インフルエンザ患者の発生に係る対応について」https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/090510-01.html

（301）患者は高校生であり、マスコミは学校名実名を報じた。https://www.asahi.com/special/09015/TKY200905160090.html これによると私の出身高校の後輩だが、当時の私は塾を定年退職して明治学院法科大学院赴任直後で、塾在職中の行政法授業での『週間時事事例』（藤原淳一郎「転換期の法学研究―体験的行政法教育論」慶應義塾大学学術学術情報リポジトリ＞法学研究七九巻一号一、二二～二四、三七頁「別添1」。二〇〇六）から縁遠くなりつつあり、日本経済新聞は三面記事に乏しいこともあり、見落としたのかも知れない。なお実名報道における報道機関の取材について、山下淳教授も加わった兵庫県新型インフルエンザ対策検証委員会『兵庫県新型インフル

エンザ対策検証委員会報告書―第2波に備えた対策に関する提言』七七―七八頁（傍点引用者。二〇〇九年九月）https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk42/documents/000135807.pdf 及び国立感染症研究所『神戸市・兵庫県インフルエンザ集団発生疫学調査報告』https://idsc.nih.go.ja/disease/swine_influenza/pdf09/KobeHyogo1.pdf 参照。

(302) 二〇〇九年五月一六日付厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部事務局発各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部局長宛「新型インフルエンザの国内発生にかかる対応について」https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/090516-04.html、同・別紙1・新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会「『基本的対処方針』の実施について」https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/090516-02.html、同・別紙2・新型インフルエンザ対策本部幹事会「確認事項」https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/090516-01.html

(303) 正林・前掲註(297)・三〇頁。学校の休業について、国は行動計画（関係省庁対策会議・前掲註(294)）四四、四九頁、「感染防止に関するガイドライン」（関係省庁対策会議・前掲註(295)）四八、五〇頁で言及している。学校の臨時休業について、和田耕治「地域での感染拡大防止策」和田・前掲註(8)・一一四、一三一頁以下、兵庫県における実態は、濱田浩嗣「兵庫県における新型インフルエンザ（A／H1N1）流行時の学校臨時休業」同右・一三四頁以下、兵庫県検証委員会・前掲註(301)・四二～四五、四七～五〇頁参照。

(304) 行動計画（関係省庁対策会議・前掲註(294)）四一頁には、第一段階で「発熱相談センターを設置」とある（傍点引用者）。和田耕治「医療体制」宮村・和田・前掲註(8)・一八四頁、兵庫県の実態は、兵庫県検証委員会・前掲註(301)・一一～一五頁参照。

(305) 行動計画・同右・四五頁は、第二段階で「発熱外来の整備」とあり、医療に関するガイドライン（関係省庁対策会議・前掲註(295)）には、発生前から発熱外来の準備（五九頁）、第二段階及び第三段階で「発熱外来等の対応」とある（六五、七〇頁）。兵庫県における「専門外来医療機関（発熱外来）の実態は、兵庫県検証委員会・前掲註(301)・一七～一九頁参照。

(306) 正林・前掲註(297)・三〇頁、和田・前掲註(303)・一八五頁。

(307) 兵庫県検証委員会・前掲註(301)・四頁。

(308) 外出にあたり人混みを避ける、手洗い、マスク着用、咳エチケットの徹底等は引き継がれている。「基本的対処

方針」（二〇〇九年五月二一日）https://www.kantei.go.jp/jp/kikikanri/flu/swineflu/ ＞新型インフルエンザ対策本部（第四回会合）＞配付資料。または https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/inful_cope.html ＞政府の基本的対処方針＞二〇〇九年五月二一日版。新型インフルエンザ対策本部「『基本的対処方針』等のQ&A」参照。

(309) 厚生労働省「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」https://www.kantei.go.jp/jp/kikikanri/flu/swineflu/ ＞新型インフルエンザ対策本部（第四回会合）＞配付資料＞「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」。正林・前掲註(297)・三一～三四頁。

(310) 正林・前掲註(297)・三四～四〇頁。

(311) 正林・同右・三四、四〇～四二頁。

(312) 正林・同右・四二～四四頁。

(313) https://www.kantei.go.jp/jp/kikikanri/flu/swineflu/ ＞「新型インフルエンザ対策本部廃止」。新型インフルエンザ対策本部「新型インフルエンザ（A／H1N1）に対する今後の取組」二頁は、「通常の感染症として対応する体制に切り替える」とする。https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/inful_cope.html ＞政府の基本的対処方針＞「新型インフルエンザ（A／H1N1）に対する今後の取組」。

(314) 「基本的対処方針」https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/inful_cope.html ＞政府の基本的対処方針＞「（二〇〇九年一〇月一日版）基本的対処方針」

(315) 小田切孝人「新型インフルエンザ（A／H1N1）の特徴」中「2『パンデミックインフルエンザ（H1N1）二〇〇九ウイルスのウイルス学的な知見』」宮村・和田・前掲註(8)・五〇、五四、「3疫学的特徴」正林督章・和田耕二・同書・六五頁。

(316) 加藤・前掲註(5)・一四二～一四三頁。

（ロ） 特措法制定の経緯

次に特措法の制定経緯をみておきたい。特措法の逐条書には、制定過程にわずかな記載があるのみ(317)なので、第

一八〇回国会（二〇一二年）における特措法法案審議の政府側説明・答弁[318]からも法案作成過程の輪郭を探ることになる。法案作成過程における公文書がどの程度残っているのか自体疑問であるし、外出自粛の時節がら、公文書館等に出かけて探し出すことは無理である。そこで右のわずかな手掛かりをもとにして、内閣府等のウェブで検索し、たまたま入手し得た資料によって以下述べていくことにする。不足分は、以下で紹介する資料作成の団体や委員会に関与した法学者を含む後輩研究者に委ねるしかない。

（317）新型インフルエンザ等対策研究会・前掲註（7）・四―六頁。

（318）政府に向けた要望書・提言の提出団体として、全国知事会、日本医師会、日本経済団体連合会（以下「経団連」という）、二〇〇八年六月の（当時の自民・公明）与党鳥由来新型インフルエンザ対策に関するプロジェクトチーム提言等（後藤斎副大臣及び園田康博大臣政務官・第一八〇回国会衆議院内閣委員会議録三月二三日二―三、八頁、一七頁等）、自治体実務者・学識経験者等との意見交換があった（園田大臣政務官・同右一七頁、中川正春国務大臣・同国会参議院内閣委員会会議録四月一七日二頁等）という。このうち自公両党プロジェクトチーム提言は、両党のウェブサイト等を調べたが、内容を知る手掛かりはなかった。政府と自治体実務者・学識経験者等との意見交換は本稿Ｄ（ｂ）で述べる。

Ａ　兵庫県検証委員会報告書（二〇〇九年）

まず本稿（イ）の二〇〇九年新型インフルエンザ（以下「〇九年インフル」という）の体験をもとに作成された「兵庫県新型インフルエンザ対策検証委員会報告書」からみておこう。（イ）でも述べたように〇九年インフルの渡航歴なき国内患者第一号は兵庫・大阪から始まったといえる。したがって後述Ｄ（ｂ）②で述べる二〇一二年の「法制のたたき台」をめぐる政府と自治体関係者との実務者検討協議会に兵庫県の担当者を招いたのはある意味当然であろう。そのことを捨象しても、右報告書は、〇九年当時の法令・制度の在り方及び運用上の問題点を、

災害対策基本法の類似の状況等と比較のうえ的確に指摘している。この点において、右報告書は特措法案作成において「現場の声」として貴重な提言の資料であったはずである。報告書が、政府との実務者検討協議会の参考資料として紹介されているのも、うなずけるというものである。

（a）報告書の構成

報告書の記述の流れとしては、第二編「対応状況と課題」で個別論点ごとに国・県の関係規定、県のとった対策、有効であった対応と解決すべき課題の順に述べたのち、第五章を「行政システムのあり方―法制度を中心として」で結ぶ。さらに第三編「今後の対応に向けた提言」の第五章「行政システム」第一節「法制度等の見直し」で、具体的な提言を行う。

（b）「報告書」提示の論点（第二編第五章）

第一に、新型インフルエンザ（以下「新型インフル」という）に対する組織・計画が法律で明記されず、責任の所在が不明確である。政府の対策本部の設置のほか、対策本部の「基本的対処方針」は、法律で規定されず、対処方針が「どの程度の拘束力を持つのか」明確でない。鳥インフルエンザ（H5N1）を念頭に作成されていた政府の新型インフルへの「行動計画」や「ガイドライン」には、自治体作成の計画との整合性をとる仕組みが用意されていない。さらに都道府県・市町村間や都道府県域を超える場合の調整もない。

第二に、学校・保育所・通所通施設・県民利用施設の休業、集客イベント等の自粛等、「感染症法上、社会活動制限を要請あるいは指示等する規定はない」。また、誰が社会活動制限を要請するかが明確ではない。たとえば二〇〇九年五月一六日付対策本部幹事会確認事項には「各都道府県」とあったのが、翌六月一九日付厚生労働

省運用指針では「都道府県等」（傍点引用者）とされ、ぶれがみられた。

第三に、医師等への医療実施の指示や、マスク等の物品等を収用する権限がない。医師等への補償、（二〇〇九年秋以降は地域活性化・経済危機対策臨時交付金でまかなうことになってはいるが）二次感染の休業補償が制度的にない。

第四に、感染症法には医療費等の国の費用負担の規定［六一、六二条］があるにはあるが、県市町村の〇九年インフル対策には約八五億円の経費が必要で、財源補填が課題である。

第五に、検疫・水際対策の一段の強化・徹底が必要である。

第六に、［感染症法六条七項の］新型インフルについて、［同法二六条による準用により］一律感染症法の二類感染症相当の対応と定められ、症状消失患者に入院措置等の過剰な対応もあった[319]。

（c）「報告書」における提言（第三編第五章）

まず基本的な考え方として、「地方分権の時代に即したシステムへの転換」（傍点引用者）「危機管理の発想の組み込み」（傍点引用者）、自治体の「役割と責任の明確化」の三点を掲げる。各論点について、大要次のように提言する。

第一に、対策本部、計画の法的位置づけの明確化。「国内の感染拡大を防止するためには、全国的に統一的、均一的な対策を実施する必要があるため」新型インフル対策を実施する「国・都道府県・市町村の対策本部、計画を法律で位置づけるべきである」。さらに市町村の役割の明確化、都道府県への調整権限の付与、広域調整のしくみの検討を提言する。

第二に、社会活動制限の法的位置づけの明確化。行政が社会的活動制限の「要請、勧告、又は指示を行うこと

を法律で明確に規定」。この場合、法による「拘束力を求めるのではなく、国民の総意として制限を行うスタンスを法律として位置づけることが重要」[320]（傍点引用者）で、制限主体は、都道府県及び保健所設置市が行い、都道府県が総合調整・指示する仕組みを整備すべきと提言する。

第三に、医療実施の要請[321]・指示と補償。すなわち、大量の患者が発生したとき、医師に「協力を要請をしても、正当な理由がなく、要請に応じないとき、都道府県知事等が特に必要があると認めるときに限り、当該医師等に医療を行うことを指示することができる旨を法律で規定すべき」（傍点引用者）で、このような義務化に伴い、医師の死亡・負傷の損害賠償、経費の実費弁償の制度化を図る必要があると提言する。

また、知事等が「食料や生活必需品等の所有者に……保管や売り渡しを要請し、正当な理由がないのに要請に応じないときは、正当な補償の下に、収用できるよう法律で規定するべき」と提言する。

第四に、新型インフル対策を「国家の危機管理上重大な課題としてとらえ……災害救助法に準じた、国による財政支援を行う制度を創設すべき」と提言する。

第五に、発生国からの帰国者の停留など、検疫における水際対策の強化を提言する。

第六に、新型インフルは二類感染症相当の対応とされているが、毒性、重症率、感染率、患者の発声状況等を考慮し機動的対応がとれるよう、政令で類型や実施できる対策を定めること」を提言する[322]。

（d）「報告書」の提言する法制化の選択肢

報告者は、提言のまとめとして、法制化に三つの選択肢を示している。

第一は、災害対策基本法の適用である。

第二は、「国と保健所設置団体を中心に構成されている」感染症法に「有事対応の体制と対策を盛り込んでい

く」法改正である。

第三は、「社会機能にまで影響を及ぼす感染症の発生は極めて希であり、特殊な対応をするべきと考えるなら……新型インフルエンザのみを対象とする特別法を制定することも考えられる」とする(323)。

このように報告書は選択肢の一つとして特別法制定の途を示したが、そのことにとどまらないで、（c）の報告書第三編第五章の法制度改革提案の多くが、のちに現実に特措法案に織り込まれおり、誠に意義深い報告書になっている。

(319) 兵庫県新型インフルエンザ対策検証委員会・前掲註(301)・八六～八九頁。

(320) 趣旨は理解できるが、法技術的にどのような条文になるのだろうか？

(321) 兵庫県検証委員会・前掲註(301)・一一六頁は感染症法一六条の二「協力の要請」規定では不十分とする。厚生労働省・前掲註(1)・九九頁によれば、同条がいう「措置の実施に対する必要な措置」とは、「まん延を防止するため緊急の必要があると認めるときに……病床の確保等、必要な協力」を指す。そこで本提案は、感染症法一六条の2よりむしろ医師法一九条一項の医師の診療義務を下敷きに同法五条の「医師等の責務」規定に付加しようとするものだろうか。

(322) 兵庫県検証委員会・同右・一一四～一一七頁。

(323) 兵庫県検証委員会・同右・一一七～一一八頁。

B　総括報告書（二〇一〇年）

二〇一〇年三月（鳩山由紀夫内閣・長妻厚生労働大臣時代）に設置された厚生労働省の新型インフルエンザ（A／H1N1）対策総括会議（座長・金澤一郎日本学術会議会長）は、同年六月（菅内閣時代）報告書をまとめた。「1・はじめに」「2・全般的事項」「3・サーベイランス」「4・広報・リスクコミュニケーション」「5・水際

対策」「6・公衆衛生対策（学校等の臨時休業等）」「7・医療体制」「8・ワクチン」「9・むすびに」の九章編成から成り、このうち本論部分は「A・体制・制度の見直しや検討・事前準備を要する問題」と「B・運用上の課題」に分けて提言する全体一〇頁の報告書である。[324] 報告書の各論（右の3から8）の中から、私の関心事に的をしぼって検討する。

（a） 全般的事項[325]

二〇〇九年インフル対策には、いくつかの準備不足や制約があったとする。

すなわち「行動計画」「ガイドライン」はあったが、それらは病原性の高い鳥インフルエンザ（H1N1）を念頭に置き、「突然大規模な集団発生が起こる状況」に対する具体的提示はなかった（傍点引用者）。改訂「ガイドライン」（二〇〇九年二月）に基づく対策実施の事前準備・調整不足、パンデミックワクチンの供給不足、病原性がそれほど高くない新型インフルに対応したワクチン接種の法的枠組みの未整備等である。

全般にわたる提言として、第一に「病原性に応じた柔軟な対応」として、水際作戦・学校閉鎖等、複数の対策の選択肢を予め用意し、状況に応じて柔軟に決定するシステム。第二に「迅速かつ合理的な意思決定システム」、第三に「地方との関係と事前準備」として、事前に決めておけることは事前に。地方がどこまで裁量を持つか等の役割分担も確認。第四に、「危機管理に関わる体制の強化」、そして第五に「法整備」として「対策の実効性を確保するため、感染症対策全般のあり方（感染症の類型、医療機関のあり方など）について、国際保健規則や地方自治体、関係学会等の意見も踏まえながら、必要に応じて感染症法や予防接種法の見直しを行う等、各種対策の法的根拠の明確化を図る」（傍点引用者）とする。

（b）各論（抄）

① 水際対策（報告書・5[326]）

まずもって「検疫により感染拡大時期を遅らせる［という意見の］……有効性を証明する科学的根拠は明らかではない」（報告書5・A4）こともあり、「『侵入を防ぐための対策』と［一般人に］誤解を与えない観点から、その名称について検討しつつ、その役割について十分な周知が必要」（A5）とする。そのうえで「感染力だけでなく致死率等健康へのインパクトなどを考慮しつつ、健康監視の対象者の範囲を必要最小限とするとともに、その中止の基準を明確にするなど、柔軟な対応」（A3）や「機動的に水際対策の縮小などの見直し」（A1）を求めている。

② 公衆衛生対策（学校等の臨時休業等）（報告書・6[327]）

学校・保育所・通所施設等の臨時休業は、今回（二〇〇九年インフルに）効果があった（報告書6・A1）としたうえで、病原性に応じた休業要請は、国が目安（方針、基準）を示し、自治体が運用を判断すべきで（A2）、近隣市町村と連携した休業要請と理解を得るための広報が必要である（B1）。臨時休業、集会・イベント自粛要請には社会的・経済的影響を伴うため、国は対策の是非や事業者によるBCP（事業継続計画）策定を含めた運用方法を検討すべきである。実施に際し社会的・経済的影響について理解が得られるよう更なる周知が必要とする（A3）。臨時休業情報を地域医療機関や医師会と学校等の施設関係者が迅速に情報共有できるネットワークを構築すべきで（A4）、休業中の生徒等が休業の意味、休業中の行動について理解しなければ効果がなくなるので一層の周知が必要（B2）。発病者の自宅待機期間・就業可能時期の判断等、国が考え方を示すべきである（B2）。

③　医療体制（報告書・7）[328]

国が基本的方針、考え方を示した上で、都道府県ごとに地域の実情を踏まえ医療提供体制の検討を進めるべきである（A1）。「発熱相談センター」及び「発熱外来」の設置の是非、対象者、役割・機能・体制等、病原性等も考慮しながら再整理すべきである（A2）。医療従事者が、地域医療体制維持のため協力できるよう、PPE（個人防護具）提供、休業時・医療従事者死亡・後遺症の補償を含め仕組づくりを検討すべきである（A4）。自治体が、当該地域が「感染拡大期」か「まん延期」か的確に判断し、入院措置中止や発熱外来の役割切替えを円滑に行えるよう、実地疫学等の専門家が助言する仕組みを設けること等検討すべきである（B1）。医療機関に必要かつ正確な情報を速やかに提供する仕組みについて検討すべきである（B2）。

④　報告書むすび[329]

本報告書は、「9・むすびに」において、本「提言を最大限尊重し、国において、新型インフルエンザ行動計画やガイドラインの改訂等の検討作業に速やかに着手」すること、都道府県、市町村も、国の対策見直しを受けて「各地域の実情に応じた実効性のある行動計画等の策定・改訂」をすることをうながしている。

そして報告書の最後に「危機管理対策は、……発生前の段階からの準備、とりわけ……人員体制や予算の充実なくして、抜本的な改善は実現不可能である。この点は、以前から重ね重ね指摘されている事項であり、今回こそ、発生前の段階からの体制強化の実現を強く要望し、総括に代えたい」と結んでいる。

⑤　「報告書」その後

本報告書「むすびに」にある提言を受けて、翌二〇一一年、ちょうど菅内閣（細川律夫厚生労働大臣）から野田内閣（小宮山洋子厚生労働大臣）にバトンタッチされた九月に、「新型インフルエンザ対策行動計画」が改定された。同計画は、新型インフルエンザ（A／H1N1）の「対策実施を通じて、実際の現場での運用や病原性が

低い場合の対応等について、多くの知見や教訓等が得られた」として、右総括報告書を注記でメンションしている[330]。

右の行動計画の「改定の『ポイント』[331]」によれば、「この改定により追加等を行う事項」として、第一に、従前の「発熱外来」を「帰国者・接触者外来」と名称変更し、その設置時期を従前の国内発生時ではなく海外発生時に前倒しすること、第二に、地域の発生状況により、地域未発生期、地域発生早期、地域感染期の三段階に都道府県ごとに分け、段階ごとに対応すること、第三に、製造・販売・運送事業者等への医薬品・食料品等の緊急物資の円滑な流通・運送を要請、第四に、生活関連物資の安定化のため、買い占め等の監視、国民生活窓口の設置、第五に、中小企業等の経営安定化に資する政府関係金融機関等への要請、等が挙げられている。

（324）厚生労働省「新型インフルエンザ（A／H1N1）対策総括会議報告書」（二〇一〇年六月一〇日）https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/dl/infu100610-00.pdf なお「厚生労働省・新型インフルエンザ（A／H1N1）対策総括会議報告書まとまる」二〇一〇年七月五日付日医NEWS一一七二号参照。

（325）厚生労働省・前掲註（324）・二～三頁。

（326）厚生労働省・同右・六頁。

（327）厚生労働省・同右・七頁。

（328）厚生労働省・同右・八～九頁。

（329）厚生労働省・同右・一〇頁。

（330）新型インフルエンザ対策閣僚会議「新型インフルエンザ対策行動計画」（二〇一一年九月二〇日）とくに二頁。https://202.214.194.148/jp/seisaku/ful/kettei/110920keikaku.pdf

（331）「『新型インフルエンザ対策行動計画（平成二三年九月二〇日改定）』のポイント」https://www.cas.go.jp/seisaku/ful/dai47/dai47.html ＞参考資料3。

C 「論点整理」（二〇一一年）

二〇一一年一一月一〇日、第四七回新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議は、「新型インフルエンザ対策のために必要な法制度の論点整理」をまとめた[332]（以下「論点整理」という）。

（a）「論点整理」の内容

これによれば、新型インフルエンザ（以下単に「インフル」という）対策「『行動計画』の実効性をさらに高めるために、たとえば以下のような点について法的枠組みを検討する必要があるのではないか」として四論点を挙げる[333]（傍点引用者）。いずれの論点についても「……必要ではないか」「……重要ではないか」という霞が関論点ペーパー独特の表現で結んでいる論点提示であるため、ここでは便宜上言い切り型にしておく。

四論点は、第一にインフル発生への官民の事前の備え、第二にインフル発生時の国等の対応体制、民間の協力確保や国際連携、第三に感染力・病原性が高い緊急時において、国民生活・国民経済を維持するための措置、第四に感染力・病原性が高い緊急時において、感染拡大・被害軽減のための措置である。

① インフル発生への官民の事前の備え

第一に、国・都道府県・市町村の行動計画を法律上位置づけ、地域の特性を踏まえつつ国全体のまとまりある備えの確保。

第二に、最低限度の国民生活を維持する観点から、行動計画に掲げられている医療関係者、公共サービス提供者、医薬品・食料品等の製造・販売者、運送事業者、報道機関等社会機能の維持に関わる事業者（以下「社会機能維持事業者」という）について、あらかじめインフル発生時の重要業務に関する事業継続計画の策定等の実施。

第三に、インフル対策に関する研究推進。

② **インフル発生時の国等の対応体制、民間の協力確保や国際連携**

第一に、国全体としてまとまりをもった対応とともに、地域の特性も踏まえた対策を実施できるよう、国・都道府県・市町村に対策本部を設置すること。

第二に、社会機能維持事業者の協力を確保する仕組み（たとえば要請等や災害対策基本法、国民保護法等の指定公共機関制度）。

第三に、ＷＨＯやアジア諸国との連携。

③ **感染力・病原性が高い緊急時において、国民生活・国民経済を維持するための措置**

第一に、国民生活・国民経済安定確保のための措置として、α・医薬品、衛生用品、食料、石油等重要な物資の安定供給及び物価の安定確保、β・電気、水道、ガス、公共交通、運輸、金融・決済システム、報道機関等国民生活・国民経済安定確保のために重要なサービスの継続確保、γ・埋火葬、廃棄物等生活衛生環境の確保のための措置。

第二に、企業の経済活動の安定を図るための措置として、政府関係金融機関等を通じた企業活動の継続支援のための金融支援。

第三に、民事上の債権債務や行政上の権利義務関係の混乱回避のための措置として、α・債務履行期限の延長、β・行政上の申請期限の延長等。

④ **感染力・病原性が高い緊急時において、感染拡大・被害軽減のための措置**

第一に、国内侵入を遅らせるための措置として、α・海外からの帰国者・入国者を停留する施設の確保、β・発生国からの入国の抑制。

第二に、国内感染拡大防止のための措置として、α・催事、興業等不特定多数者が集まる行事・営業の抑制、

β・学校、保育所、通所福祉施設等の休業、γ・地域封じ込めのための集中的対策（医療、交通規制、生活支援）。

第三に、予防接種の実施について、α・プレパンデミックワクチン接種（医療従事者、社会機能維持者対象）、β・パンデミックワクチン接種（医療従事者・社会機能維持者に対する先行接種を含む全国民対象）、γ・接種の優先順位、実施者、医療従事者の協力確保、費用、備蓄など。

第四に、医療を確保するための措置として、α・医師、看護師、薬剤師の協力確保（被災補償等のあり方を含む）、β・医療を行うための臨時施設の確保、γ・医薬品等の備蓄、δ医薬品承認等の医療関係法の特例（外国の支援受入れを含む）。

⑤　その他の論点として、第一に、「感染力・病原性が高い緊急時に対応するための法的措置の発動の開始・終了の判断は、どのように行うのか」。第二に、「社会機能維持に大きな影響を及ぼすおそれのある［インフル以外の］新感染症への対応をどうするか」の二点を注記している。

（332）　内閣官房新型インフルエンザ等対策室「新型インフルエンザ対策のために必要な法制度の論点整理（案）」https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/dai47/dai47.htm ＞配付資料＜資料。

新型インフルエンザ等対策研究会・前掲註（7）・五頁は、同年九月に「行動計画を改定するとともに、この新型インフルエンザの教訓を踏まえつつ、対策の実効性をより高めるための法制の検討が重ねられ……『新型インフルエンザ行動計画』の改定の過程等において、法的整備を求める声が寄せられてきており、政府部内においても法的枠組みも必要ではないかとの議論が行われた」（傍点引用者）とあり、この論点整理も、右にいう「議論」の流れに位置づけられるものだろう。

（333）　「論点整理」は、個別項目に入る前に、「（参考）危機管理に関する他制度の例」として、第一に自然災害や大規模事故への「災害対策基本法、原子力災害対策特別措置法等」、第二に他国からの武力攻撃等への「武力攻撃事態対処法、国民保護法」、第三に口蹄疫蔓延防止として「口蹄疫対策特別措置法」を挙げている。

（b）「論点整理」をめぐる意見交換

本論点整理が提示された第四七回関係省庁対策会議の「議事概要」[334]をみると、新型インフルエンザ等対策室長は、本論点整理を「今後、与野党及び関係団体にご説明し、ご意見をいただいていきたい」と述べ（傍点引用者）、内閣危機管理監は、新型インフルは「いつ発生するか予断を許さない状況にあるので、［本］論点整理を土台に……意見交換等を通じて今後検討を進めて欲しい。法制化が必要であるとなれば、次期通常国会に提案することも視野に入れスピーディに検討を進めていく」と会議を締めくくっている。このことから、本論点整理が政・民との意見調整に向けての「論点整理」であることが判明する。本論点整理には兵庫県検証報告書にある自治体現場が感じた問題点や提言も随所に織り込まれており、インフル対策法制度論点整理として完全版でないにしても、相当程度論点が網羅されているように思われる。むろん、ここで掲げられた論点の全てが法律事項でなければならないわけではないから、さらに選別されていくことになる。問題解決のため個別の法改正でのぞむか、特措法を含む新法制定に踏み切るのかといった法制化の具体的な工程にまで踏みこむ段階にはなかったように思われる。

右の「『論点整理』をもとに、法制度の必要性や法的枠組みについて地方公共団体、日本医師会や病院団体等の医療関係団体、経済団体、労働団体、厚生労働省新型インフルエンザ専門家会議メンバーなど医療・公衆衛生の専門家等幅広い関係団体との精力的な意見交換が行われた」というが[335]、内閣官房ウェブサイトに残るのは、わずかに経済団体と医療関係団体とのヒアリング二例のみである。

① 日本経済団体連合会ヒアリング（二〇一一年一二月一四日）

日本経済団体連合会（以下「経団連」という）へのヒアリングでは、内閣官房が本「資料1・論点整理」とあわせて**表3**を含む「参考資料・参考となる他制度の例」を、経団連は「資料2・新型インフルエンザ対策の法制化について」を提示した[336]。

表３　非常時における各種「措置」対照表　その１（2011 年現在）

新型インフル対策法制度の「論点整理」項目・論点③	災害対策基本法及び「災害救助法」（「救」と略記）	武力攻撃事態等「国民保護法」	その他法令の主要条文
○重要な物資の安定供給、物価の安定確保	・行政機関の長等による救助に必要な物資の生産・集荷・販売・配給・保管・輸送を業とする者に対する物資保管命令、収用［78 条］［救・23 条の２条、26 条］ ・内閣による生活必需物資の配給、譲渡、引渡し制限・禁止。内閣による必要な物の価格・役務・その他の給付の対価の最高額決定［109 条］	・知事による特定物資（医薬品、食品等）の売渡要請・収用・保管命令［81 条］ ・行政機関の長等による生活３法等に基づく措置（売渡指示・命令、標準価格決定、課徴金徴収等）の適切な実施［129 条］ ・日本銀行による銀行券発行、通貨・金融調整、信用秩序の維持に資する措置［133 条］	
○重要なサービス継続確保	・知事による医療・土木建設工事・輸送関係者への従事命令等［71 条］［救・24 条］ ・通信設備の優先使用権［79 条］［救・28 条］	・放送事業者：警報、避難指示、緊急通報の放送［50、57、101 条］ ・運送事業者：知事、市町村長からの避難住民運送の要請、内閣総理大臣からの是正措置［71、72、73 条］ 行政機関の長等からの緊急物資運送要請［79 条］ ・医療機関、電気・ガス・水道・運送・通信・郵便事業者：必要な措置を講じる義務［134、135、136 条］ ・河川・道路・港湾・空港管理事業者：適切な管理義務［137 条］	

○埋火葬等生活衛生環境確保	・行政機関等の清掃・防疫その他の保健衛生等に関する災害応急対策の実施責任［50 条］	・埋火葬の特例（近隣市町村における埋火葬実施、市長村長の許可なしの埋火葬実施を認める）［122 条］	
○金融支援	・政府関係金融機関等による特別な金融実施の努力義務［104 条］	・政府関係金融機関による特別な金融実施の努力義務［132 条］	
○債務履行期限の延長	・内閣による金銭債務の支払いの延長、権利保存期間延長［109 条］	・内閣による金銭債務の支払い猶予等［130 条］	
○行政上の申請期間延長			・行政上の権利利益満了日延長、期間内不履行義務の免責［特定非常災害の被害者の権利利益の保全等を図るための特別措置法］

［出典］ 内閣官房新型インフルエンザ対策室作成資料「参考資料」中の「措置編 2」（本稿註（336））全体 2 頁中 1 頁（2011 年 12 月 14 日）

新型インフル対策法制度の「論点整理」項目・論点④	災害対策基本法 及び「災害救助法」（「救」と略記）	武力攻撃事態等「国民保護法」	その他法令の主要条文
○　停留※施設の確保	・知事による施設等の使用［82 条］	・知事による土地等の使用	・新型インフル等感染症の所見がある外国人の上陸拒否［出入国管理及び難民認定法 5 条］ ・航空機への国土交通大臣の離着陸の方法等の指示［航空法 96 条］ ・外国籍航空機への国土交通大臣の指定空港着陸要求［航空法 126 条］

○催事・興行等不特定多数が集まる行事・営業の抑制			・知事による家畜集合施設の開催等の制限［家畜伝染病予防法 33 条］ ・知事による公衆衛生基準による興行所の営業停止命令［興行場法 6 条］ ・知事による食品が人の健康を損なうおそれがある場合の営業停止命令［食品衛生法 55 条］
○学校、保育所、通所福祉施設等の休業			・校長による感染症生徒等の出席停止［学校保健安全法 19 条］ ・学校設置者の感染症予防のための臨時休業［学校保健安全法 20 条］
○地域封じ込めのための集中的対策	・避難の指示［60 条］ ・都道府県公安委員会による特定区域の緊急通行車両以外の通行禁止［76 条等］	・避難の指示［54 条］ ・都道府県公安委員会による特定区域の緊急通行車両以外の通行禁止［155 条］	
○医師、看護師、薬剤師の協力確保	・（再掲）知事による医療・土木建設工事・輸送関係者への従事命令等［71 条］［救 24 条］	・知事による医療関係者に対する医療実施要請・指示［85 条］ ・（再掲）指定（地方）公共機関である医療機関の医療確保義務［136 条］	

○被災補償	・国、地方公共団体の土地・建物・物資等の収用に対する損失補償。都道府県の従事命令に伴う実費弁償［82条］ ・地方公共団体による応急措置に従事した者に対する損害賠償［84条］ ・知事の従事命令に伴う実費弁償［救・24条］ ・救助に従事した者に対する扶助金支給［救・29条］	・国、地方公共団体による物資の売渡要請・保管命令、土地の使用等に対する損失補償。都道府県の従事命令に伴う実費弁償［159条］ ・国、地方公共団体による要請に協力した者に対する損害賠償。都道府県による要請・指示に従った医療関係者に対する損害賠償［160条］	
○医療を行うための臨時施設の確保	・知事による病院等施設の管理［71条、救・26条］	・臨時医療施設・宿泊施設に関する建築基準法等の適用除外［89条］ ・臨時の医療施設に関する病院等開設許可等の適用除外［90条］	
○医薬品等の備蓄	・地方機関、地方公共団体の長、指定（地方）公共機関による必要な物資・資材の備蓄義務［49条］	・行政機関、地方公共団体の長による必要な物資・資材の備蓄義務［142条、145条］	
○医薬品承認等の医療関係法の特例（外国の支援受入れを含む）	・海外からの支援の受入れ［109条の2］	・外国医療関係者による医療提供の許可［91条］ ・外国医薬品等の輸入の承認［92条］ ・海外からの支援の受入れ［93条］	

［出典］ 内閣官房新型インフルエンザ対策室作成資料「参考資料」中の「措置編 2」（本稿註（336））全体 2 頁中 2 頁（2011 年 12 月 14 日）

※ 「停留」とは、感染症の病原体に感染したおそれのある者について、感染の有無を確認するため、一定期間、医療機関や宿泊施設へ収容して経過観察を行うことをいう。https://www.kantei.go.jp/jp/sing/toky2020_suishin_honbu/kansenshou/dai1wg/siryou9.pdf

右の「資料2」の経団連文書は、新法策定を歓迎・期待する一方、「要望事項」として、第一に、ワクチン接種の環境整備、第二に、パンデミック時における［社会機能維持者の事業継続を担保する観点から、労働法制・事業法等規制の］法令等の弾力的運用等、第三に、事業継続計画（ＢＣＰ）に関する国・自治体との連携・協力、第四に、政府の指揮命令系統等の一元化、適時適切な情報発信、第五に、国外在留法人に対する適切な対処を挙げ、最後に法制化と併せ政府の「行動計画」改定に沿ったガイドラインの早期改定が必要と述べた。

内閣官房と経団連との質疑・意見交換においては、とくに災害対策基本法の「指定公共機関」（同法二条五号、八〇条）の団体・企業から、ワクチンの安全性・有効性の科学的知見の確立、従事者への先行的なワクチン接種と副作用への救済、従事者への企業の「安全配慮義務」の程度への不安、封じ込めによる交通規制の想定規模（国は、離島等交通至難な場所での発生を想定と回答）の意見・質問があり、また東日本大震災が起こった年でもあり、大震災直後の超法規的措置による混乱から、今回法を定める以上は危機時にそれを遵守すべきとの意見、民間との情報共有・海外への情報提供の重要性の指摘等があった[337]。

② 日本医師会、日本病院協会ヒアリング（同月一九日）

医療三団体へのヒアリングでは、内閣官房から、「論点整理」本体のほか、「医療体制を維持する観点や医療の専門的な知見を反映する観点から……どのように考えるか」として「1・官民の事前の備え・発生時の対応」「2・緊急事態において国民生活・国民経済を維持するための措置」「3・緊急事態において感染防止・被害軽減を図るための措置」との論点抜き書きペーパーを準備し、（社）日本医師会（以下「医師会」という）と日本病院会（以下「病院会」という）は、それぞれＡ４サイズ三枚の要望・意見書、（社）全日本病院協会（以下「病院協会」という）は同二枚の要望・意見書に加え二〇〇九年、当時の舛添厚生労働大臣宛の要望書を添付した[338]。

資料中注目すべき点として、医師会は「行動計画」改訂版でも政府の決定プロセス、指揮命令系統が判然とし

ないと指摘。政府対策本部へ医師会代表が専門的意見に参画する必要があると述べる。ワクチン接種の法制化の必要性は「別途検討の要あり」とする。

病院会は、まず二〇〇九年新型インフルの教訓として、わが国が全世界のタミフルの三分の二を使用したなどと批判もあったが「医療機関へのアクセスの良さとあいまって、早期の治療開始が流行の遅延、ピークの平定化、重症者・死亡者の抑制に貢献し……早期診断、早期治療の体制が日本の死亡率が低かったことの主因」としつつも、医療機関にとって「発熱外来、渡航者外来によるトリアージ、診療動線の分離は、通常の患者が多い中、困難を伴った。分離することで新たな人員の配置や診察時間帯の再編が必要になり、また、新たな場所には診察端末が無いなど、効率が悪く、日常の診療にも支障が出た」「トリアージのための仮設テントは冬季は寒く、使用に耐えなかった。仮設するならプレハブ型が良い。十分な換気と冷暖房が必要」等と述べている。

病院会は、新型インフルエンザ対策全体に望むこととして、「省庁の縦割り行政が障害となって（［運輸自粛は］国土交通省、［学校休業は］文部科学省、［医療関係は］厚生労働省等）調整に手間取った［ことから］……医療現場は無用な体制を強いられ、必要以上に疲弊した。次回からは一本化し、迅速な対応がとれるよう」とか、「パンデミックワクチンは輸入しなくても自国で供給できる体制を整えるべきではないか」「ワクチン接種の場所に対する配慮が必要。……公共施設における、混雑しないよう時間を区切った予約制の接種も候補」「既存の病院、診療所は外来トリアージを意識して設計されたものではない。……［日常の患者の診療・入院とインフル患者を］如何に両立させるかジレンマがある」等問題点を指摘する。今後の対策として、人口呼吸器等の備蓄、死亡率が高くなければ軽症者の自宅待機・自宅療養の推奨等を指摘する。立法化について「立法がどこまで必要なのか根拠不明確」で、機敏性が失われ流動的状況に対応できないのではないか。感染経路別・重症度ごとにカテゴリーとしてまとめた形で法制化する方が、どのような感染症にも対応でき汎用性があるのではないか。規制や義

務付けの場合、支援・補償も明記する必要がある等とする。

病院協会は、論点抜き書きペーパーに近い形で「1・官民の事前の備え」「2・発生時の国の対応体制、民間の協力確保や国際連携」「3・緊急事態において国民生活・国民経済を維持するための措置、感染拡大防止・被害軽減のための措置」の項目毎に箇条書きで述べている。とくに「1・事前」で二次救急指定病院を対応医療機関として指定すること、新型インフルエンザを感染症法の二類感染症疾患から解除すること、医療機関の経済的負担の補塡の制度化、「発生時」に支援体制、報酬上の弾力的運用、病院の人員配置基準の緩和措置、国・自治体の要請での介護・福祉施設休業時の補塡等、「3・緊急事態」で医療臨時施設の確保、パンデミック対応の補助金拡大、被害の少ない地域からの医療支援等について指摘していることが注目される。

ヒアリング席上、どのような方針で制度を構築するのか、厚生労働省新型インフルエンザ専門家会議と内閣官房新型インフルエンザ対策室との関係を含め、仕組みの全体が分からないとの疑問（医師会）に対して、政府側は、まずインフルエンザは厚生労働省が関与する部分は大で、専門家会議の意見は非常に参考になるとし、法制度において「実施体制は課題」で、省庁縦割りでバラバラの対応ではなく何とかしたいと内閣官房対策室を設けているが、「対策の実施主体、責任所在については法的に位置付けることが必要」（傍点引用者）と回答する。自治体との連携も重要と付言する。

大震災の被災者連絡協議会のように各団体を含め共通認識をもつことが重要との指摘（病院会）に対して、政府側は、「行動計画」をつくり、現場でワークするか、現場での訓練を通じた検証が必要と回答する。また、国際連携の具体的内容（病院協会）を問われ、政府側は、国立感染研を中心に欧米、近隣各国と非常に密に連携しており、ＷＨＯとも当然のことである。加えてアジア地域で中心的役割を果たすべき立場にあり、発生時には当該国の対策支援やわが国の準備体制を整えるため連携すると回答する。

「縦割りではない、国を挙げてできる仕組みを……作っていただきたい」（医師会）というのがヒアリングのまとめ的発言である。(339)

③ 小 括

右の二件のヒアリングから、各団体固有の論点提起、要望事項を捨象すると、法制化への関心事として、団体にとっての緊急度・重要度を別にして、新型インフルエンザ対策の実施主体、責任所在の明確化し、指揮命令系統を一元化するというもっぱら「組織法」の論点が共通項として浮かび上がる。

(334)「新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議（第四七回）の議事概要」https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/index.html ＞開催状況＞平成二三年一一月一〇日議事概要

(335) 新型インフルエンザ等対策研究会・前掲註(7)・五頁。

(336) https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/231214hear/sidai.html ＞配付資料

(337)「新型インフルエンザ等対策で内閣官房がヒアリング開催」経団連タイムス三〇六九号（二〇一二年一月一二日号）https://www.keidanren.or.jp/japanese/journal/times/2012/0112/07.html 及び https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/231214hear/sidai.html ＞「議事概要」

(338) https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/231219hear/sidai.html ＞「配付資料」

(339) https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/231219hear/sidai.html ＞「議事概要」

D 法制のたたき台（二〇一二年）

「論点整理」から二か月後の翌二〇一二年一月一七日、第四八回新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザ等（以下本款では単に「インフル」という）に関する関係省庁対策会議は、「新型インフルエンザ対策のための法制のたたき台」（以下「たたき台」という）をとりまとめた。この「たたき台」について、自治体関係者との実務者検

討協議会や学識経験者の意見を聞く場の開催などを通じて議論されていくのである。(340)

（a）「たたき台」の内容

たたき台は、A4サイズ二枚にわたり、趣旨、責務等、行動計画等、対策実施に係る体制等、緊急事態への対応、その他という六項目いずれも体言止めの箇条書きである。

まず「趣旨」として、インフルの「脅威から国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び国民経済の安定を確保するため」新法を制定する。

国・自治体・指定公共機関、事業者、国民の「責務」を定めるとともに「基本的人権の尊重及び国際的な連携」を定める。

国・自治体は学識経験者の意見を聴いてインフル対策「行動計画」（発生状況ごと）を作成・公表。指定（地方）公共機関は、インフル対策業務計画を作成。

対策実施「体制」は、発生時に内閣総理大臣を長とする政府対策本部設置。本部長は「基本的対処方針」作成・公表。本部長は、知事、指定公共機関等と実施対策の総合調整。都道府県に対策本部設置。海外発生時の水際対策の的確実施及び国内発生時の初動強化。

発生したインフルが、国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあり、かつ、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあるとき、国は区域及び期間を定め「緊急事態」を宣言（傍点引用者）。緊急事態の措置として、①不要不急の外出自粛、学校・集会等の制限等の要請及び指示、②医療関係者、社会機能維持事業者の先行的予防接種、国民の予防接種、③医療関係者への医療従事の要請・指示及びこれらに伴う措置、臨時の医療設備の開設及び特例、④電気・ガス・運輸等の指定（地方）公共機関等は、業務計画に基づき必要な

措置実施、⑤緊急物資の輸送・物資の売渡し・土地等の使用等に関する要請又は収用等、⑥埋火葬の特例、⑦生活関連物資等の価格の安定、⑧行政・民事上の申請期限・履行期限の延長等、⑨政策金融の実施。

その他事項として、物資保管命令に従わなかった者等への罰則、インフルと同様の影響をもつ未知の新感染症にも適用。(341)

(340) 新型インフルエンザ等対策研究会・前掲註(7)・五～六頁。

(341) https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/dai48/dai48.html ＞配付資料＞資料「新型インフルエンザ対策のための法制のたたき台（案）」

(b)「たたき台」をめぐる意見交換

右の「たたき台（案）」について、関係省庁対策会議の議事概要には、予算の関係、医療従事者への補償の質問のほか、訓練の必要性が説かれた程度である。インフル対策室長は「与党、野党や関係団体からのご意見をいただいていきたい、また、パブリックコメントにかけて、広く国民のご意見をいただきたい」（傍点引用者）と述べ、内閣危機管理監は「法制化を武器にして、万が一発生した場合の被害を少なくしていただきたい」と結んでいる。(342)

右の室長発言にあるパブリックコメントは実施されたようだが、肝心のパブリックコメント結果を内閣官房ウェブサイトからは閲覧できなかった。内閣官房ウェブサイトには、全国知事会を含む自治体関係者、学識経験者との意見交換・検討協議会の記録は残されているので、以下それらの概要を検討する。

① 全国知事会との意見交換（二〇一二年一月一九日）

短時間の意見交換であったが、政府から「たたき台」、知事会から「今後のインフル対策について」（二〇一〇

年六月）と「行動計画（案）について」（二〇一一年九月）が提示された。

知事会は、二〇〇九年インフル対応は、対策にかかわる「法的根拠が不明確」であったことに起因するため、広範な対応想定の法整備、集会・イベントの開催抑制等の感染拡大防止対策の法的根拠の明確化、医療機関を含めた社会的機能の維持に関わる事業者の協力を確保する制度の創設等を従来要望してきた[343]と述べ、事前準備においても相当の財源が必要と強調した。

政府は、法制度検討に当たり実効性の確保が重要であり、都道府県・市町村の関係者の参加を得て、実務者での検討を数回行い、法案検討に活用したいとした[344]。

(342) https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/index.html ＞第四八回「議事概要」。

藤原淳一郎「転換期の行政法学―社会工学への途」『慶應の法律学・公法Ⅱ』二三五、とくに二八一頁以下（二〇〇八。慶應義塾大学学術情報リポジトリ＞法学部＞慶應義塾創立一五〇年記念法学部論文集＞2）は、「立法前段階」での意見公募・シンポジウム開催等、手順改革を提案した。行政手続法第六章は、立法前段階における「意見公募」を義務付けていないが、二〇一二年一月一九日付ＭＥＤＩＦＡＸウェブ（https://mf.jiho.jp）は「新型［イン］フル対策法案のたたき台、パブ・コメ募集」と伝える（傍点引用者）。事実、日本民間放送連盟のウェブサイトには、右意見公募に応じた同連盟の意見が収録されている。（https://www.j-bar.or.jp/category/topics/jba/100789）。ところが肝心の内閣府ウェブサイトには、二〇一二年一月の意見公募及びその結果については登載されていないようである。

(343) 二〇一〇年文書の「2法的整備等について」では、インフル発生時に万全な対策がとれるよう、感染症法整備とともに、より広範な対応を想定した関係法令の整備を求め、各論として、①医療関係者を必要業務に従事させる等の災害救助法類似権限の自治体長への付与、②感染拡大防止のため集会・企業活動等の社会活動制限、③自動車運転免許更新期間延長等行政手続に関する特例措置等についての法制化を求めていた。https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240119ikenkoukan/sidai.html ＞全国知事会配付資料「今後の新型インフルエンザ対策について（平成二

二年六月二九日）

（344） https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240119ikenkoukan/sidai.html ＞「議事概要」

② 第一回・自治体関係者との実務者検討協議会（同年二月二日）

全国知事会との意見交換で予告された「新型インフルエンザ対策のための地方公共団体関係者との実務者検討協議会」が、合計三回開催された。第一回配付資料は、「たたき台」（本体と、ＯＨＰスライド版）、兵庫県検証委員会報告書（概要及び本文）、閣僚会議「行動計画」（二〇一一年。概要及び本文）、新型インフルエンザ専門家会議「『ガイドライン』見直しに係る意見書」（概要及び本文）[345]で、出席者は、政府が内閣官房と厚生省、自治体が栃木・東京・兵庫の三都県、福島県郡山市・静岡県裾野市・三重県鳥羽市の三市、新潟県聖籠町・奈良県斑鳩町・山口県和木町の三町である[346]。

意見交換の概要をみると［括弧内は、政府事務局のコメントを示す］、第一に、対策全体の枠組・役割分担について、法律の適用対象となる時期の明確化、自治体対策本部設置・廃止のタイミングの明確化、国との協議不調の対応も考慮に入れた行動計画作成手続、県の対策本部構成における保健所設置市の保健所長の位置づけ［事務局・構成員は基本的に都道府県職員で外部から招くことは可能だが、保健所長による市の対策への関与は重要な任務］、第二に、「予防接種」について、先行接種や副作用被害者救済が論点である。あくまでワクチンが開発・ストックされているときに限ることはいうまでもない。第三に「緊急事態措置」について、集会等制限への補償、医療従事者に要請のときの補償［事務局・前者に政策金融は必要。後者の医療従事者は危険接近・高リスクの点で前者とは違いあり］、インフルエンザまん延期に社会的弱者の在宅療養支援のあり方［事務局・入院対応や配食等在宅サービスの仕組を考える必要あり］が論点になっている[347]。

（345）https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240202kyougi1/sidai.html ＞「配付資料一覧」
（346）https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240202kyougi1/sidai.html ＞「議事概要」
（347）同右。

③　第一回・学識経験者の意見を聴く場（同年二月六日）

「新型インフルエンザ対策のために学識経験者の意見を聞く場」[348]が設けられた。配付資料は、資料1「たたき台」（本文と、OHPスライド版）、資料2「御意見をお伺いしたい事項について」（A4版一枚本文と参考資料A4版一枚）と参考資料として「行動計画」及び専門家会議「ガイドラインの見直しに係る意見書」（いずれも概要及び本文）が提示されている。[349]政府から内閣官房、厚生労働省、学識経験者として、医療関係（医学部教授、国立感染症研究所、病院長、医務監、保健所長、日本医師会）七名のほか、リスク・コミュニケーション（組織・社会心理学）専門の塾商学部吉川肇子准教授（当時）の八名である。

資料1の「たたき台」について、α・医療関係者にも罰則適用と読めるが、罰則を盛り込むべきでない［事務局・懸念の趣旨は理解。要請・指示の二段階で法律は最後の手段。たたき台「責務」の項で基本的人権尊重と記述］、β・（病院のない自治体もあり）行動計画を全自治体に策定させるのは現実的でない［事務局・自治体の意見を考慮し検討］等の意見があった。法律学者不在もあって、γ・感染症法と新法との関係、δ・要請・指示の法律的位置づけ、要請・指示の権限は国か地方か（政府の意向と関係なく勝手に指示を出せるようでは困る）［事務局・検討中。知事の役割も大きい］、ε・未知の疾病にも適用できる法典名が望ましい、ζ・新法は条例制定を妨げるか、η・人権・自由の制限や業務従事指示できるので「悪法」とならない十分な配慮等の意見が出ている。

次に資料2の「お伺いしたい事項」第一の「新型インフルエンザ対策における専門家との連携」では、α・発生時に少人数の感染症対策専門家を政府対策本部の委員とすべき、β・専門家の意見を集約するシステムが重要、

γ・専門家の役割をはっきりさせるべき等の意見がでた。第二の「対策の着手、強度等に係る知見（病原性の程度についての判断の仕方）」は割愛する。第三の「国民とのコミュニケーション」では、α・コミュニケーター部門設置の可能性、β・情報開示のあり方（どのような情報をどこまで開示するか。開示できない理由を用意することも重要。感染者の行動で個人がほぼ特定されるレベルの情報開示で苦慮）、γ・病状の程度、感染リスクについて正しい知識を伝えることが重要等の意見が出た。その他として、いずれの段階の対策も、事前の計画と準備がなければ実施不可能であり、緊急時対応だけではなく、法改正を含め効果的措置をとれるよう考えるべき等の指摘があった。(350)

(348)「学識経験者」概念の内包・外延は不詳であり、「資料2（参考資料）新型インフルエンザなど対策における専門家との連携（現状）」によると、発生前の準備段階で衛生施策担当の厚生労働省に「専門家会合」、発生段階（WHOのフェーズ4宣言）で「専門家」から知見を得ることになっている。対処要領（二〇一一年九月）には、後者の「専門家」は、「厚生労働省は、内閣官房及び関係省庁と協議して、医学・公衆衛生の専門家の人選を行う。内閣官房は、必要に応じ、関係省庁と協議して、危機管理に関する分野の専門家の人選を行う」（傍点引用者）という。

「聴く場」の実際の出席者は、第二回を含めて全員が「新型インフルエンザ専門家会議」（行政法の高橋滋教授を含む総勢一四名）の委員である。同会議は、厚生労働省健康局長の下に二〇〇六年四月二四日に設置されたが、第一八回（二〇一四年）を最後にウェブサイトに登場しない。https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou_128526.html ＞第一回＞資料1「新型インフルエンザ専門家会議設置要綱」及び第一二回＞資料1「委員名簿」参照。

(349) https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240206gakushiki/sidai.html ＞「配付資料一覧」

(350) https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240206gakushiki/sidai.html ＞「議事概要」

④ 第二回・自治体関係者との実務者検討協議会（同年二月一三日）

第二回協議会には、災害対策基本法（ならびに原子力災害対策特措法）・国民保護法の概要、「措置編」と称する

措置の比較対照表、参照条文の「資料」が提示された。経団連ヒアリング（本稿二（2）（ロ）C（b）①）における本稿**表3**「参考資料・措置編2」は二頁にわたるものであったが、今回提示の「措置編」は、本稿**表4**にあるように、一頁分にまとめている[351]。自治体側の出席者は、第一回と全く同一の三都県、三市、三町の顔触れである[352]。

意見交換の概要をみると［括弧内は、政府事務局の回答］、対策の全体の枠組み、役割分担については、α・都道府県と政令指定都市・保健所設置市との分担関係［事務局・都道府県単位で行う］、β・感染症法との関係［事務局・感染が広がり社会が混乱したとき感染症法は十分ではなく、総合対策として新法］、γ・緊急事態宣言のタイミング［事務局・WHOや研究所の知見から「国民の生命に重大な被害を与えるおそれがある場合」］との意見があった。予防接種関係はここでは割愛する。臨時の医療施設関連では、δ・臨時の医療施設編成に医師や医療関係者をいかに集めるか、事前準備を周到に［事務局・新たな施設整備には技術的基準の特例を作るとか、病床数変更に医療法の許可不要も検討。藤原註記・自治体の発言はマンパワーなのに回答は施設面であり、両者はかみあっていない！］、ε・現存の医療施設の特例を認め、機能許可を全面に出す方が現実的との意見があった。その他、ζ・帰国者・接触外来での医師・医療関係者の被災補償は分かりやすいが、一般医療機関での診療はどうか、η・冬季の雪の災害時にインフルエンザが来たら大変等の問題提起があった[353]。

（351）https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240213kyougi2/sidai.html ＞「配付資料一覧」
（352）https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240213kyougi2/sidai.html ＞「議事概要」
（353）同右。

表 4　非常時における各種「措置」対照表　その 2（2012 年現在）

新型インフル対策のための法制のたたき台（2012 年）	災害対策基本法	武力攻撃事態等「国民保護法」
○不要不急の外出の自粛要請、学校・集会等の制限等の要請及び指示	・学校設置者の感染症予防のための臨時休業［学校保健安全法 20 条］ ・知事による家畜集合施設の開催等の制限［家畜伝染病予防法 33 条］	
○医療関係者への医療従事の要請及び指示、臨時の医療施設の開設及び特例	・知事による医療機関・土木建設工事・輸送関係者への従事命令等［基本法 71 条、災害救助法 24 条］ ・知事による病院等施設の管理［基本法 71 条、災害救助法 26 条］	・知事による医療関係者に対する医療実施要請・指示［85 条］ ・指定（地方）公共機関である医療機関の医療確保義務［136 条］ ・臨時医療施設・宿泊施設に関する建築基準法等の適用除外［89 条］ ・臨時の医療施設に関する病院等開設許可等の適用除外［90 条］
○電気、ガス、運送等の指定（地方）公共機関等は、業務計画に基づき必要な措置を実施	・知事による医療機関・土木建設工事・輸送関係者への従事命令等［基本法 71 条、災害救助法 24 条］	・医療機関、電気・ガス・水道・運送・通信・事業者：必要な措置を講じる義務［134、135、136 条］
○緊急物資の輸送・物資の売渡し・土地等の使用等に関する要請又は収用等・物資の保管命令に従わなかった者等への罰則	・行政機関の長による救助に必要な物資の生産・集荷・販売・配給・保管・輸送を業とする者に対する物資保管命令、収用［78 条］［災害救助法 23 条の 2 条、26 条］	・行政機関の長からの緊急物資運送要請［79 条］ ・知事による特定物資（医薬品、食品等）の売渡要請・収用・保管命令［81 条］
○埋火葬の特例	・行政機関等の清掃・防疫その他保健衛生等に関する災害応急対策の実施責任［50 条］	・埋火葬の特例（近隣市町村における埋火葬実施、市長村長の許可なしの埋火葬実施を認める）［122 条］

○生活関連物資等の価格の安定	・内閣による生活必需物資の配給、譲渡、引渡し制限・禁止。内閣による必要な物の価格・役務・その他の給付の対価の最高額決定［109条］	・行政機関の長等による生活3法等に基づく措置（売渡指示・命令、標準価格決定、課徴金徴収等）の適切な実施［129条］ ・日本銀行による銀行券発行、通貨・金融調整、信用秩序の維持に資する措置［133条］
○政策金融の実施	・政府関係金融機関等による特別な金融実施の努力義務［104条］	・政府関係金融機関による特別な金融実施の努力義務［132条］
○行政・民事上の申請期限・履行期限の延長等	・行政上の権利利益満了日延長、期間内不履行義務の免責［特定非常災害の被害者の権利利益の保全等を図るための特別措置法］	

［出典］内閣官房新型インフルエンザ等対策室作成資料「措置編」（本稿註（351））（2012年2月13日）。

⑤　第二回・学識経験者の意見を聴く場（同年二月一六日）

第二回の資料は、第一回と同様のものである。[354] 学識経験者側の出席者は、第一回との重複を含め医療関係（教授、研究所、大学病院長、医師会）五名と医療ジャーナリストの合計六名である。[355]

意見交換の概要［括弧内は政府事務局回答］をみると、「専門家との連携」では、α・専門家に意見を聴くにもスピード感が必要。どのように政策に反映されたか明確に分かるメカニズムが必要、β・海外情報の収集体制、γ・意思決定を誰がするか明確に等の意見が出た。「（対策）措置の強度」では、δ・法的な制限措置に見合う根拠が希薄［事務局・学校休業は研究の知見はあるが、効果について定量的に積み上げが難しい。できる限り自発的協力での運用が望まれる］、ε・強い措置の導入にはより詳細に資料・データを捕捉すべき。現状の取組のパフォーマンス評価も必要［事務局・措置要請や指示の法制化は、自治体からも要望がある。できるだけ合理的になるよう努力］ζ・強制を伴う措置について、国民的議論が望ましい、η・医師への強制や罰則があるように誤解されている。医療関係者から対策協力に拒否反応がでないよう配慮が必要。θ・新規立法の案は、感染症法で

は十分に対応できない部分をカバーしようとしており評価できる等の意見が出た[356]。

（354） https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240216gakushiki/sidai.html ＞「配付資料一覧」

（355） https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240216gakushiki/sidai.html ＞「議事概要」

（356） 同右。

⑥ 第三回・自治体関係者との実務者検討協議会（同年三月六日）

第三回協議会には、資料1「新型インフルエンザ対策特別措置法案（傍点引用者。以下単に「法案」という）について――的確な危機管理のために」（スライド一六枚）、資料2「法案要綱」、資料3「法案」（本則七八か条）が初めて提示された[357]。自治体側出席者は、過去二回と全く同一の三都県、三市、一町（二町欠席）である[358]。

自治体からの意見［括弧内は、政府事務局回答］は、α・各都道府県が行動計画を作成し対策本部が立ち上がる中で、各都道府県に自衛隊がどのように関わるのか等、政府行動計画で記載してほしい、β・新型インフルエンザ等緊急事態における医療提供目的での病床数変更等は、当該医療提供期間に限り、医療法七条二項の許可を要しないとの法案四八条六項は、個人診療所開設の場合は適用除外か［事務局・届出で足りるよう、省令改正を検討］、γ・「都道府県行動計画」策定時に、法案七条三項にいう関係があるとして意見を聞かなければならない「他の地方公共団体」の範囲について、運用を統一してほしい。δ・法案二八条（医療提供業務又は厚生労働大臣の登録を受けた国民生活・国民経済安定に寄与する事業者ならびにインフルエンザ対策実施に携わる地方公務員に対する）予防接種に関する健康被害の認定審査を含む接種の運用について、十分整理してほしい［事務局・国が実施するものは、基本的に国が行う］、ε・都道府県（法案七条）及び市町村（同八条）の「行動計画」のモデル計画提示を検討してほしい等の五点である[359]。

（357）https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240306kyougi3/sidai.html ＞「配付資料一覧」
（358）https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/housei/240306kyougi3/sidai.html ＞「議事概要」
（359）同右。

⑦ 小括

「たたき台」についての意見交換の唯一の手掛かりである内閣府ウェブサイト登載資料を一覧してきた。右はすべて「議事概要」付きであることもあって、これら以外に、いわゆる非公式ないしオフレコの意見交換も多数あったことと思われる。

日程的には、二〇一二年一月一九日に「たたき台」の策定、翌二月に集中的意見交換、ついで三月六日には「法案」披露（本稿（f））、そのわずか三日後の三月九日には「法案」閣議決定[360]という、極めて駆け足の日程であった。

少なくともウェブサイトに登載された意見交換機会に限れば、まずもって対象第一グループが自治体関係者で三回とも同一自治体に限定されており、さらに第二グループが学識経験者といいつつ、その実、「普段つきあいのある」新型インフルエンザ専門家会議（厚生労働省）委員限定である。このように「自治体」「学識経験者」という範疇においてすら極めて狭い範囲にとどまることが判明する。さらにこれらグループは、（意見交換の場で資料として再提示されているように）意見交換の場を設定するまでもなく、第一グループは、全国知事会からの意見書、兵庫県検証委員会報告書等、第二グループは、ガイドライン案への意見書等、これまで意見表明の機会が与えられていた者である。たたき台への修正ないし批判的意見が、議事概要からは余りうかがえないのには、こうした事情があったのかも知れない。意見交換も医療関係者からの厳しい指摘をも含め、おおむね政府側の「想定

の範囲内」の発言・指摘にとどまっていた気がする。それにしても三月六日の協議会（本稿（f））で、（私が経験したテレコムやエネルギーの審議会でも往々にしてそうだったが、全体二時間のうち一時間程度説明に費して、質疑はたかだか一時間の）時間的制約を考慮しても、お披露めされた「法案」へのはなばなしいやりとりがみられないのは、少し寂しい気がする。

右にみた意見聴取対象者の偏りを是正し補うためには、より広範囲の非公式ないしオフレコの意見交換を重ねたであろうことと切り離して、「たたき台」決定の関係省庁対策会議（本稿二（2）（ロ）D（b）の冒頭）で示された意見公募（パブ・コメ）実施は賢明だった。もっとも「たたき台」案から二か月足らずでの法案閣議決定という駆足の日程からは、意見がどの程度斟酌されたかには疑問が残るところである。

(360) 二〇一二年三月六日閣議決定「新型インフルエンザ等対策の総合的かつ強力な推進について」で「所要の法案を速やかに提出」とされた。http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/kettei.html 三日後の同月九日、特措法案が閣議決定された。新型インフルエンザ等対策研究会・前掲註(7)・六頁。http://www.kantei.go.jp/jp/kakugi/2012/kakugi_20120309O1.html