

新型コロナウイルス感染症への日本の対応と課題 －行政学の観点から

東京大学
城山英明

内容

- I. 切り口－複合リスクマネジメントの観点
- II. 新型コロナウイルス感染症対応におけるグローバル保健ガバナンスの課題－横断的統合的調整の必要
- III. 日本のグローバル保健ガバナンス改革への対応とその課題
- IV. 国内における新型コロナウイルス感染症への対応と課題
- V. おわりに－横断的考察

I . 切り口－複合リスクマネジメントの観点

複合リスクマネジメント

- NaTech = Natural & Technological Disasters – リスク要因の相互連関
- 専門分野横断的コミュニケーションの問題：複合システム技術では、**多様な知識の動向にアンテナを張っておく必要**があるが、このようなアンテナとなるべき専門家コミュニティ横断的な探知システムが欠如
- 複合リスクマネジメントの組織体制－統合型モデルの逆機能の可能性
- リスク要因の安全保障課題への拡大（⇔安全課題）
- 海外での取り組み@Institutional Mechanism Using **All- Hazards Risk Approach** in other countries
- ① UK: Institutionalized confidential **NRA (National Risk Assessment)** in 2000 and open National Risk Register since 2008
- ② Singapore: **RAHS (Risk Assessment and Horizon Scanning)** System since 2007

参考：事例としての福島原発事故

- 津波研究の同時代的な急速な高度化
 - 理学系の研究者を主要なメンバーとする地震調査研究推進本部地震調査委員会は、2002年8月にプレート境界海域で既往地震以上の地震が起こる可能性を指摘
 - 歴史的に一定の記録のある地震である貞観地震に関しても、堆積学的研究（cf.産総研G）を基礎にする新たなシミュレーション研究がおこなわれ、福島県沿岸地域においてより高い津波高が推定されるようになった。
- 津波の専門家コミュニティでは津波予測の不確実性が強調され、津波の防潮堤等による物理的防止の限界が主張されるようになったが、津波の専門家コミュニティにおけるこのような不確実性の感覚は、原子力安全コミュニティに伝達されなかった
- 電力業界の自主的対応は、結果として間に合わなかった – 他方、規制当局の公式的規制も限界
- シビアアクシデントマネジメントにおける考慮事項の範囲の限定 – internal eventとexternal event – 安全保障的シナリオ思考と工学的確率思考の問題
- 事後：福島原発事故に伴う医療機関等からの避難のリスクへの対応、食品の放射線汚染に関するリスク評価の幅

Ⅱ．新型コロナウイルス感染症対応におけるグローバル保健ガバナンスの課題－横断的統合的調整の必要

グローバル保健ガバナンスの歴史的構造

<歴史的経緯>

- 19世紀半ば以後の国際衛生会議 – 歴史的相互依存への対応
- 1907年：公衆衛生国際事務局（International Health Office）
- 第一次世界大戦後：国際連盟の下に衛生機関（Health Organization）設立
- 第二次大戦後：WHO（World Health Organization）設立
- 1951年：国際衛生規則（ISR） – 1961年：国際保健規則（International Health Regulations : IHR） – 対象が**黄熱、コレラ、ペストの3つに限定**
- 分散的構造 – UNICEF、世界銀行、グローバルファンド等との並立

<2005年：IHR大規模改定>

- オールハザード・アプローチ – 感染症の対象拡大、安全 + 安全保障
- WHOは様々なチャネルから得られた情報に関して、当該国に照会・検証
- 国内に**IHR担当窓口（National IHR Focal Point）**設置 – ただし大部分は保健担当省内（省外は4/194：GPMB2019）
- 各国が発見、評価、通告・報告に関するコアキャパシティを確保する必要 – なかなか困難
- WHOは被害国、その他の加盟国が実施すべき措置に関する勧告を発出
- 背景：安全保障上の情報ネットワークの公衆衛生上目的への活用、例：GEIS（Global Emerging Infectious Surveillance and Response System）→1997年（2000年WHOとして制度化）：**GOARN（Global Outbreak Alert and Response Network）**設置 – 専門家ネットワーク – 独自の情報源

エボラへの対応 – WHOの対応の遅れとUNMEER設置

2014年3月	ギニア当局・WHOが87名の感染suspect(61人死者)を確認。リベリアで2名、シエラレオネで1名感染確認。
2014年4月	国境なき医師団(MSF)がエボラの感染拡大についてunprecedentedと警告、WHOスポークスマンはrelatively small stillとした
2014年7月	MSF "out of control"と宣言
2014年8月	米医者がリベリアで感染し帰国。英国の医師もシエラレオネで感染帰国。 4-6日 US-Africa leaders summitの開催 (当初アジェンダにエボラはなかったが、この会議の後にオバマが国際支援に乗り出すと宣言) USAIDが\$14.6 millionの支援、 世銀\$200 millionを3か国に支援 6日 CDCがEmergency Operations Center (EOC) to the Level 1 Response 8日 WHOが"PHEIC: public health emergency of international concern"宣言(932名の死者)。12日にexperimental drugsの使用について認める。 11日 WHOマーガレット・チャンthe Ebola epidemic, a "crisis" that is "unprecedented in its size, severity, and complexity." 24日 WHOはEBOLA RESPONSE ROADMAPを発表 28日 WHOはアウトブレイクは2万に達する見込みと警告。
2014年9月	7日 オバマ大統領the Ebola outbreak needs to be a "national security priority." 9日\$10 million追加的な支援(すでに行っている\$100 millionに追加) ゲイツ財団も50million支援 16日 米国は3000人の軍隊を病院の建設health care workerの訓練の為派遣することを発表。 18日 国連安保理決議: the Ebola outbreak "a threat to international peace and security".と宣言 19日 国連総会決議: エボラへの対応として全会一致でUNMEERの設置を決定 23日 CDCが2015年の1月には西アフリカの55万から140万人が感染する見込みと発表

エボラへの国際社会の対応(UNMEER) – 安全保障問題化

• UN Mission for Ebola Emergency Response

- 既存の国連の枠組みとして存在していた、UNDAFのUNCントリーチームにしても、緊急的な人道危機に対応するOCHAにしても、エボラ出血熱対応について率先して調整をするということとはなされなかった
- 全体の調整と役割分担が明確となったのは、UNMEERが設置された後、アクラで国連事務総長室官房長（chef de cabinet）を議長として10月15～18日に開催された運営計画会議において
- Special Envoy on Ebolaの任命（-元PKO担当）

• UNMEERの役割と限界

- 国連ハイレベルパネルの報告書では、国連事務総長のリーダーシップのもとUNMEERを中心とする国際組織間の調整が事態の終息に寄与をしたとの一定の評価がなされている – IASCは、2014年11月にUNMEERが**共通のオペレーション計画**を国連組織全体に示したことで実質的な変化をもたらしたと指摘
- SGLレベルで対応することで**首脳レベルの課題**となった（WHOでは保健大臣としが議論できない）
- 他方、UNMEERの副作用も – **新規の調整メカニズムを強要**することで、既存のメカニズムや構造がうまく利活用されず、調整がむしろ複雑化したとの批判もある（Ebola Interim Assessment Panel 2015）
- 「UNMEERにほとんど追加的な価値はなかった（little added value）」（UNICEF 2017）

エボラ後のグローバル保健ガバナンスの改革

• WHO自身の改革

IHR実施強化 – 合同外部評価（JEE）

WHOにおける健康危機（WHO Health Emergency : **WHE**）**プログラム** – 健康セキュリティと人道的緊急時対応を統合するプログラム

CFE（Contingency Fund for Emergency）@WHO

- 国連レベルでの対応 – 人道危機に関する**IASC（Inter-Agency Standing Committee）**の枠組みの下でのOCHA（UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs）による**調整手続き**再検討 – 異なったタイプのリスク（自然災害と健康）への意識的対応
- 世界銀行の対応 – **PEF**（Pandemic Emergency Facility）新設、IDA（国際開発協会）による対応
- But **ハイレベルパネルby国連SG** – 報告書「将来の健康危機からの人類の保護」グローバルな公衆衛生危機に関する上級理事会」（@国連総会）設置提案と反発

保健と人道の統合－WHEプログラムとその運用

- 2016年5月のWHO総会（WHA69）で承認され、2016年7月に発足
- 健康危機対応・グローバル保健に関連する全ての機能・要素を**一本化**して「One WHO」の実現を目指した（WHO WHE 2016）－横のライン（健康危機対応に関連する機能・要素）と縦のライン（WHOの本部・地域・国の3レベル）の一本化を図る－**ED (Executive Director)**が統括 cf. IOAC：集権化への留保
- 横のラインの一本化については、健康危機・グローバル保健に関するすべての機能・要素（①回避・予防、②備え、③早期の警告・アセスメント・対応・回復）を、組織改編と手続き改変等により実施
- 縦のラインについては、権限ライン、予算ルール、パフォーマンスの指標などを、本部・地域事務所・国（カントリーオフィス）で整合性を図ることにより試みる
- 情報収集と共有の仕組みの改善－「早期警告・警報と対応システム（EWARS）」
- 適切なリスク評価－WHOでは2015年に「**緊急時対応枠組み（ERF）**」を定めていたが、エボラ出血熱の教訓やWHEプログラムの設置等の変化を受けてそれを改定し、2017年にERF第2版が策定された－WHOではリスク評価と状況評価（situation analysis）に基づき、WHOの対応の段階を設定する－「グレード」1～3を設定
- **2017年5月にコンゴ民主共和国**でエボラ出血熱が生じた際には、即座にWHOの職員が派遣され、CFEも活用され、わずか2か月で4名の死者と200万米ドルの対応費用で収まった。しかし、その後、**2018年**以後同国の深刻な**紛争地域で再びエボラ出血熱が勃発し長期化**している。2019年6月には、国連緊急エボラ対応調整官（UN Emergency Ebola Response Coordinator: EERC）が任命され、翌7月にWHOの事務局長により「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（public health emergency of international concern: **PHEIC**）」が宣言された
- エボラ出血熱（2014-2016）後の状況は、それ以前の状況に比べて**大きな前進**があったことは、IOACを含め多くの報告書が認めるところ－ただし**紛争状況における限界**
- 「技術的・専門的規範の提供者」という従来のWHOの役割に加えて、現場でのオペレーションの役割の追加＝**組織文化**変容の課題

IASCにおける調整手続き

- WHOがグレード2および3レベルと評価する健康危機が発生した際、WHOは国連に報告することとし、健康・保健と人道の緊急時のシステムを統合
- IASC：国連児童基金（UNICEF）、世界食糧計画（WFP）等の国連機関、国際赤十字やNGOなど多様な主体との政策協議の場－国連人道問題調整事務所（Office for Coordination of Humanitarian Affairs: OCHA）が事務局
- SOP：2016年12月－WHOとIASCの間で「**感染症事案におけるレベル3稼働手続き**」－従来、国連人道システムは、紛争と自然災害を主要な対象としており、健康危機やグローバル保健はスコープになかった
- 改定SOP：2019年4月－「**感染症事案における人道システム全体のスケールアップを稼働する際のSOP**」

新型コロナウイルス感染症への中国の対応

- 中国の対応のSARS時に比べた場合の一定の改善
- 2019年12月8日：最初の患者・死者を確認
- 2020年1月1日：武漢の市場の閉鎖
- 2020年1月10日：国際的なコンソーシアムが関与する形でウイルスの遺伝子解析 – SARSのウイルスとの類似性確認 – ゲノム情報は共有、ただしサンプルは共有されず
- 当初、政府が情報の公開を制限し、また、実質的対応がとられたのが2019年1月後半であったために、旧正月を前に武漢から500万人ともいわれる大量の人々が移動 – 中国内各地、世界各地に流行が拡大 – 前例のない封鎖、様々なモノや人の移動の制限
- 厳格な制限に関する情報は、国際保健規則が求めるようにWHOを通して十分情報共有されてはならず、また、制限のあり方自身も国際保健規則に照らして適切なものであるのかは課題
- 比較的早期に感染拡大を収束させつつあった中国は、2020年3月半ばにはイタリア等ヨーロッパ諸国への医師や医療器材の支援

新型コロナウイルス感染症への国際的対応

- 2020年1月22日：DGがCOVID-19 IHR Emergency Committee (現在24名：医学関係研究者、行政官等)開催 – PHEICに関する判断延期
- 2020年1月28日：DGが中国訪問
- 2020年1月30日：WHOがPHEIC宣言
- 2020年1月23日：エボラ出血熱事例を契機に設立された官民連携組織であるCEPI (The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) といった枠組みによるMERSへの対抗手段の研究開発を足掛かりとして、新型コロナウイルスへの対抗手段の迅速な研究開発開始
- 2020年4月24日：ACT (Access to COVID-19 Tools) Accelerator: vaccine, therapeutics and diagnosis – 欧州、日本、ゲイツ財団等提案
- 大国であるアメリカと中国の間では、協力ではなく、新型コロナウイルスの原因等に関する非難合戦 – 地政学的対立との運動
- 2020年7月：アメリカWHO脱退宣言
- 独仏の対応 – 2020年8月：G7における改革提案プロセスからの離脱 – 11月EU (WHO強化を主張) がWHO改革協議主催 (日米等も参加)
- 2021年5月 – WHA (世界保健総会) に向けて各種報告書の提示 – IHRRC (International Health Regulation Review Committee)、IOAC (Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme)、IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response)

新たなグローバル保健ガバナンスの課題

- エボラ後に展開された（つつある）改革
 - エボラ出血熱→脆弱な途上国における事案：オペレーション・人道的観点の欠如、WHO内外との連携不足が露呈。
 - WHOにオペレーション、人道との連携の導入、health emergencyの一元化（WHEの設置）
- COVID-19によって突き付けられた更なる課題
 - 先進国・新興国における未知の感染症リスクの複合化、対応能力の脆弱性の露呈。一方脆弱国の資金不足やカントリーレベルの対応能力不足は依然として継続。
 - 連携・調整先の多様化・拡大：リスク対応において、保健×人道・開発のみならず、安全保障、国際貿易、国際交通、経済、社会、外交、さらにワンヘルスの観点から動物セクター、環境セクター等、幅広い調整・連携が必要に
 - グローバル保健ガバナンス上必要な仕事が増える中、何をどこまでするのかの検討が必要

15

横断的統合的調整の必要性－ハイレベル

WHO「自身」が何をどこまで担い、国連、国連関連組織、民間、加盟国との連携・調整で達成するのかの線引きと調整メカニズムが必要－強力なモニタリングメカニズムとも連携

- 検討例：IPPPRにおける検討
 - Global Health Threats Council の設立
 - ✓ 政治的コミットメントの維持やWHOにより設定されたターゲットの進捗のモニタリングなどを実施
 - ✓ 同機関はability-to-payモデルによるファンディングアロケーションとモニタリングも実施
 - ✓ Head of State Government レベルで構成され、UNGAから2人、G20から1人のco-chair によって構成される
 - ✓ 地域代表(各地域より2人)、市民社会代表(3人)、プライベートセクター代表(3人)などもメンバーとして含まれ、18人のメンバーと3人の共同議長により構成される
 - ✓ 資金配分とモニタリングも担当・実施
- 検討例：G20HLIPにおける検討
 - 鍵となるアクターを統合するメカニズムの必要－体系的な財務モニタリング、保健と財政分野の連携のための「世界保健脅威委員会」(Global Health Threats Board)を設立
 - G20+ group of countriesのhealth and Finance Ministers, heads of major regional organizationsによって構成される
 - Global Health Threats Councilを補完（complement）する
 - 国際機関や関連諸機関（WHO, 世銀, IMF, WTO等）との連携のもと、保健財政のモニタリングやレビューを実施、後述のGlobal Health Threats Fundの用途についても決定
 - 2008年金融危機後のFinancial Stability Boardをモデルとする
 - GPMBを改組してGHTBの科学諮問委員会の機能を付与 cf. IPCCモデル？
 - GHTB下のcommitteeが世界健康脅威基金(Global Health Threats Fund)－アメリカのバイデン政権は支持

16

規範設定におけるリスクトレードオフ対応の必要

- WHOの根幹の役割としての**規範設定 (norm setting)**、**テクニカルアドバイス**の役割
 - 未知の感染症対策における**予防的措置 (precautionary measures)**の位置づけ (EBPMと相反する可能性も)・対応、リスクコミュニケーションー初期のマスクやヒトヒト感染、渡航制限の影響評価等
- IHRCC報告における渡航制限に関わる規範設定、エビデンス強化の必要についての言及
 - Committee found it difficult to interpret or understand the term “**unnecessary**” in the context of a pandemic of a novel respiratory pathogen that was spreading rapidly worldwide
 - It is important to consider **the precautionary principle** when dealing with a new pathogen, where new evidence is emerging as the situation evolves (44)
 - Should support research efforts to strengthen the evidence base and its recommendations on **the impact and advisability of travel restrictions** in relation to a public health emergency of international concern or a pandemic.(45)
- IPPPR報告 – Focus WHO’s mandate on normative, policy, and technical guidance
 - All national governments to update their national preparedness plans against **targets and benchmarks** to be set by WHO within six months – 6か月以内にターゲット・ベンチマークを設定？

17

議論されている新たな国際制度の例

メリット	課題	
WHO枠組条約 Ex. タバコ枠組条約	・多様な問題を健康関係の問題として一元的・専門的に取り扱い可能 ・(枠組み条約のメリット)議定書との組み合わせによる柔軟性＋手続きの・理念的・一貫性のバランス確保可能	・所掌範囲を逸脱する課題について実効的な対処が不可能になる可能性
国連枠組条約 Ex. 気候変動枠組条約	・多様な課題へWHOを超えた調整を実施することが可能 ・(枠組み条約のメリット)議定書との組み合わせによる柔軟性＋手続きの・理念的・一貫性のバランス確保可能	・現時点ではWHO憲章下での合意を企図しており、実現のための現実性に欠く ・調整主体が増えプロセスが長くなる
単独の多国間条約	・柔軟性を確保しやすい ・枠組み条約よりもさらに加入有無の「自由度」が高く、条約成立自体のハードルが比較的低い可能性	・特定の問題を理由に締約国にならない国が出てくる可能性
その他の多国間制度 (ソフトロー等) Ex. FSB Charter	・内容面・手続き面双方で柔軟性を確保しやすい ・枠組み条約よりもさらに加入有無の「自由度」が高く、枠組み成立自体のハードルが比較的低い	・強制力や履行確保能力に欠ける可能性

パンデミック条約をめぐる米欧間での議論の構図

当初の構図：US-IHRの改正によって対応するという選択肢 vs EU- 新たな条約の導入
→IHR改正でできることはIHRの改正で対応+パラレルにWHO枠組条約の可能性を検討
※1 ※2

US ※ 1

IHR 改正

- 早期アラート・警告の共有（PHEIC前の段階的アラート、地域アラートを含む）
- 迅速な情報共有
- IHRの履行強化と履行確保（新規の履行確保委員会、定期会合を活用）
- 迅速なアセスメントと対応の強化

※ 1 Antony J. Blinken, Xavier Becerra, “Strengthening Global Health Security and Reforming the International Health Regulations: Making the World Safer From Future”, JAMA October 5, 2021 Vol. 326 Number 3 (released August 31)
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2783866>

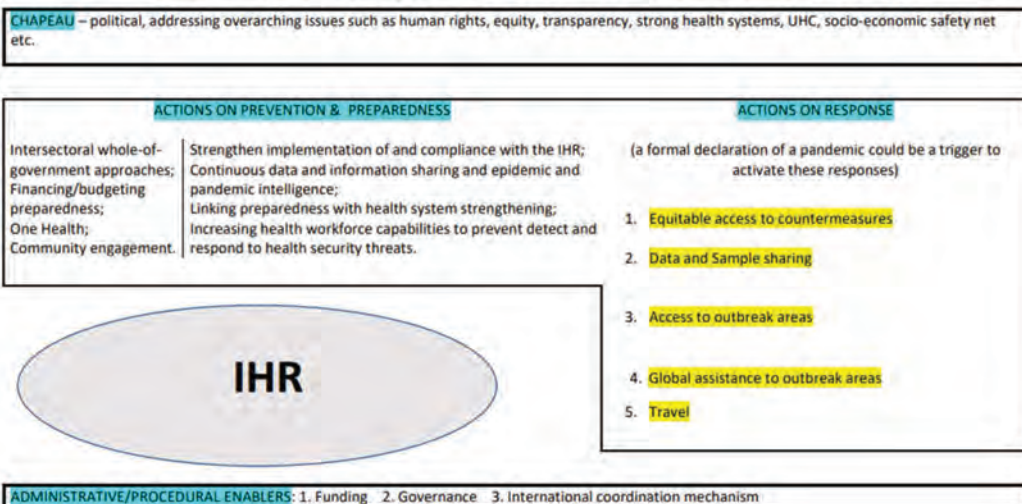
EUによるWHO枠組条約の限定的対象 ※ 2

1. Equitable access to countermeasures
cf. ACT-Aの制度化？

1. Data and Sample sharing
2. Access to outbreak areas
3. Global assistance to outbreak areas
4. Travel
cf. IHRとの接点あり

※ 2
https://eeas.europa.eu/sites/default/files/eu_member_states_initial_views_on_structure_content_of_a_pandemic_treaty_31_august_2021_0.pdf

EUMS's initial views on a possible structure & content of a Pandemic Treaty



出典：https://eeas.europa.eu/sites/default/files/eu_member_states_initial_views_on_structure_content_of_a_pandemic_treaty_31_august_2021_0.pdf

Ⅲ．日本のグローバル保健ガバナンス改革への対応とその課題

日本の国際的対応とその課題

- IHR改正、パンデミック条約（WHO枠組条約）、G20・世界健康脅威基金(Global Health Threats Fund)、国連といった「機会」に何を打ち込むのか
 - レジリエンスのモニタリング指標へのUHC的要素（アクセスを含む能力？）の具体的埋め込み
 - UHCの新たな要素（コミュニティ構築？、国内保健財政システム構築？）のパンデミック条約への埋め込み
 - 財務大臣・保健大臣会合の制度化－G20大阪の遺産の制度化？
- 安全保障問題化する中でハイレベルでの制度化の困難
- 条約・制度策定を自己目的化せず多様な枠組みに総合的関与することのメリット－WHO：「保健」のフレーミングを維持することによるフィージビリティ確保
- 多様なアクターの参画・交渉過程の透明性確保－2016 Framework of Engagement with Non-State Actorsの実質的活用

地域レベルでの重層的枠組みの重要性

- 健康危機への対応には首脳レベルのコミットメントが必要となるが、パンデミックへの備えと対応のための独立パネル（IPPPR）が提言したGlobal Health Threats Council（GHTC）の実現は容易ではない。グローバルなハイレベルの協議体の設立を念頭に置きつつも、まずは、地域的あるいは二国間及び複数国間の協力枠組みを構築し、信頼醸成を重ね、各国の対応間の協調を進めていくことが現実的かつ重要である。
- COVID-19については先進国においても感染が拡大し、感染症対応が安全保障という次元でとらえられていることを考えると、各国の感染症対策について幅広く情報を共有し、相互にレビューすることを通して、相互の感染症対策に関する信頼醸成を図る必要がある。
- このような情報共有、レビューのメカニズムも、グローバルな単位で存在するだけでなく、二国間、様々な地域レベルで重層的に構築される必要がある。このような重層的なメカニズムが、過度な交通や移動への制約を回避し、国境を開放的にしていくためにも条件となる。
- ASEAN感染症センターの機能強化や様々な二国間政府間協力も、そのような信頼醸成の一環として位置付けられる。

IV. 国内における新型コロナウイルス感染症への対応と課題

日本国内における新型コロナウイルス感染症への対応

- 2020年1月15日：日本で最初に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の事例確認－比較的早期
- 急速に拡大したのは欧米諸国に遅れ2020年3月後半以降
- 2020年4月6日：国による緊急事態宣言
- 2020年4月16日：対象区域は全国に拡大
- 2020年5月14日、5月21日：緊急事態措置の対象地域が限定
- 2020年5月25日：緊急事態宣言解除
- 2020年7月以後：第2波
- 2020年11月以後：第3波
- 2021年4月以後：第4波
- 2021年7月以後：第5波
- 2022年1月以後：第6波

制度的文脈－健康危機管理の起源

- 1997年1月：健康危機管理基本指針@厚生労働省
- 健康危機管理：医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するものをいう
- 健康危機管理調整会議設置@厚生労働省：大臣官房厚生科学課長を主査とし、**大臣官房厚生科学課**に事務局を置く－この厚生科学課は**国際保健規則（IHR）におけるナショナル・フォーカル・ポイント**（情報連絡窓口）
- 重大な健康被害が発生し、又は発生するおそれがある場合には、当該被害の程度、緊急度等を勘案し、大臣の承認を得て、対策本部を設置する
- 1997年3月：感染症健康危機管理実施要領策定－2001年3月、2013年10月改正

新型インフルエンザ対応の経験（１）

- 2005年5月：WHO世界インフルエンザ事前準備計画（WHO global influenza preparedness plan）公表
- 2005年11月：新型インフルエンザ対策行動計画策定－厚生労働省内に大臣を本部長とする対策推進本部設置、省庁横断的な仕組みとして2004年3月には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設置
- 2009年2月：新型インフルエンザは多数の国民の健康・生命に関わり、また、社会・経済活動に甚大な影響を及ぼすことから、国のみならず地方自治体、企業、関係機関等において総合的に対策を講ずることが重要－**新型インフルエンザ対策行動計画改定、新型インフルエンザに係る各種ガイドライン**（水際対策に関するガイドライン、検疫に関するガイドライン、医療体制に関するガイドライン、ワクチン接種に関するガイドライン、抗インフルエンザウイルス薬に関するガイドライン等）策定
- 2009年4月末：**新型インフルエンザ（A/H1N1）**発生

新型インフルエンザ対応経験（２）

- 総括－新型インフルエンザ（A/H1N1）**対策総括会議**設置@厚生労働省内
- 提言：
 - ①新型インフルエンザ発生時の行動計画、ガイドラインは用意されていたが、**病原性の高い鳥インフルエンザ（H5N1）を念頭に置いたものであった**
 - ②行動計画・ガイドラインは、突然大規模な集団発生が起こる状況に対する具体的な対応の提示が乏しかった
 - ③2009年2月のガイドライン策定から間もない時期に発生したことから、検疫の実施体制など、ガイドラインに基づく対策実施方法について、国及び地方自治体において、**事前の準備や調整が十分でなかった**
 - ④パンデミックワクチンの供給については、国内生産体制の強化を始めたばかりであり、**一度に大量のワクチンを供給できなかった**
 - ⑤**病原性がそれ程高くない新型インフルエンザ**に対応して臨時にワクチン接種を行う法的枠組みが整備されていなかった
- 政府専門家諮問委員会委員の総括：
 - ①専門家諮問委員も、マスコミなどに求められた時だけでなく、必要であれば積極的にマスコミ等に接触し、意見を述べるべきであった
 - ②事務局（内閣官房および厚生労働省）とは文字通り頻繁に議論を重ねたが、**直接政治家に意見を述べる機会はなかった。次回は、積極的に事務局の方々と一緒に政治家に接触し、専門家としての意見を述べるべきであろう**（尾身他2010）

新型インフルエンザ対応の経験（３）

- 2011年9月：新型インフルエンザ等対策閣僚会議設置－大臣レベルの省庁横断的なメカニズム－内閣総理大臣を本部長とし、すべての国務大臣を構成員とする
- 2012年5月：新型インフルエンザ等対策特別措置法制定－この特別措置法に基づき、2012年8月新型インフルエンザ等対策有識者会議設置@第2回新型インフルエンザ等対策閣僚会議
- 有識者会議の下に、基本的対処方針等諮問委員会設置
- 事務局：新型インフルエンザ等対策室@内閣官房

→現在の制度的枠組み

新型コロナウイルスに対するアドホックな初動体制

- 2020年1月30日：新型コロナウイルス感染症対策本部設置（閣議決定）－大臣レベルの省庁横断的な枠組み－本部長は内閣総理大臣、副本部長は内閣官房長官と厚生労働大臣、本部員は他の全ての国務大臣
- 2020年2月14日：新型コロナウイルス感染症対策本部決定－新型コロナウイルス感染症対策専門家会議設置－12人の専門家任命
- 2020年2月25日：厚生労働省内の実働部隊としてクラスター対策班設置－データチーム、リスク管理チーム－国立感染症研究所、国立保健医療科学院、国立国際医療研究センター、北海道大学、新潟大学、国際医療福祉大学等から約30名が参加

専門家会議の役割－科学と政治の関係

- 興味深い運用：「**見解**」、「**要望**」、「**状況分析・提言**」といった形で、単に受動的に政府の諮問に回答するだけではなく、社会の関係者に対して、ある程度**能動的に課題認識・提案**を行おうとしていた－新型インフルエンザへの対応時の専門家自身の反省に基づく
- 2020年2月24日第3回会議：「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針の具体化に向けた見解」－「医学的な見地から助言等を行うため、適宜、政府に助言」するという基本的役割に加え、「現在までに明らかになってきた情報をもとに、我々がどのように現状を分析し、どのような考えを持っているのかについて、**市民に直接お伝えすることが専門家としての責務**だと考え、この見解をとりまとめる」
- 2020年3月19日第8回会議：「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」－①北海道以外の新規感染者数が都市部を中心に漸増していること、②爆発的な感染拡大（オーバーシュート）の可能性があること、③重症者を優先する医療体制の構築の必要性を強調→**爆発的な感染拡大（オーバーシュート）の可能性という課題を政治的に設定**
- **政治によってオーバーライドされることも**－2020年2月29日：安倍内閣総理大臣記者会見－学校休止
- 背後に**非公式組織**－「コロナ専門家有志の会」

新型インフルエンザ等対策特別措置法改正後の体制の制度化

- 2020年3月14日：**改正新型インフルエンザ等対策特別措置法施行**－新型コロナウイルス感染症をも対象、緊急事態宣言を出すことが法的に可能に
- 2020年3月26日：新型コロナウイルス感染症対策本部が改正法に基づく組織として再設置－同日、第3回新型インフルエンザ等対策閣僚会議開催－有識者会議構成員、基本的対処方針等諮問委員会構成員の増員決定
- **2020年4月7日：基本的対処方針等諮問委員会→新型コロナウイルス感染症対策本部：2020年5月6日までの緊急事態宣言、基本的対処方針改定案決定**
- **新型コロナウイルス感染症対策専門家会議の当面の持続**－例：2020年4月1日第10回会議：「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」－都市部を中心に感染者が急増している、海外からの移入が疑われる感染者が増加しているという状況分析が示され、夜の街のクラスターへの対応、オーバーシュートが起きる前に医療供給体制の限度を超える可能性への対応の必要等を提言

省庁横断的施策－緊急経済対策等

- 新型コロナウイルス感染症－健康リスクをもたらすだけではなくその結果をとして経済リスク等ももたらす複合リスク、また、リスクだけではなくデジタル化の進展といった便益をもたらす機会を提供するもの
- 2020年4月7日：閣議決定「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策～国民の命と生活を守り抜き、経済再生へ～」－省庁横断的性格
 - ①感染拡大防止策と医療供給体制の整備及び治療薬の開発
 - ②雇用の維持と事業の継続
 - ③官民を挙げた経済活動の回復
 - ④**強靱な経済構造の構築**（サプライチェーン改革－経済安全保障の観点から生産拠点の国内回帰や多元化を強力に支援すること、海外展開企業の事業の円滑化等）
 - ⑤**デジタル・トランスフォーメーションの加速**（危機をチャンスに転換、デジタル・ニューディール）

専門家による調整の範囲－**複合リスク管理と非難回避**

- 専門家からの**能動的インプット－医学的観点**－新インフルエンザ経験の反省
cf. WHO地域事務局以来のキーパーソンの継続性
- **非医学的知識のインプットについては透明性を欠く**－2020年5月14日の緊急事態措置の対象区域を限定する局面においては、新型インフルエンザ等対策有識者会議の下に基本的対処方針諮問委員会の構成員に**4人の経済学者**を追加－しかし、実質的に分析・提言機能を担っている新型コロナウイルス感染症対策専門家会議自体の構成は医学的専門家のまま
- 新型インフルエンザ等対策有識者会議には、社会機能に関する分科会が設置されていたが利用されず
- 2020年6月24日：新型コロナウイルス対策担当大臣である西村経済財政担当大臣は新型コロナウイルス対策専門家会議を廃止し、新型インフルエンザ等対策有識者会議の下に**新型コロナウイルス対策に関する分科会**を設置するという方針を表明
- 2020年7月3日：新型インフルエンザ等対策閣僚会議において、**医学研究者、医療関係者に加えて、経済研究者、労働組合関係者、地方自治体関係者、マスメディア関係者、交通系シンクタンク関係者**も含む新型コロナウイルス感染症対策分科会を設置－当初、政府の諮問（GO TO等）に対する回答という古典的な役割の側面がより強くなった
- 能動的インプットについては分科会**ワーキンググループ**設置@8月末以降（偏見・差別とプライバシー、大都市の歓楽街における感染拡大防止対策）、**厚労省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード**の再活用@7月以降

V. おわりに－横断的考察

横断的考察

- 専門家のインプットのあり方－WHO：Emergency Committee、国内：専門家会議－分野横断的コミュニケーションの可能性と限界、政治的意思決定との距離
- 複合リスク対応の調整メカニズム－国際レベル：IASC／国連・G20・WHO・地域？、国内レベル：内閣－包括的枠組みの困難、アドホックな積み上げ・バランスの重要性
- 時間軸－過去における学習（SARS・エボラ、新型インフルエンザ）と新たな課題（新型コロナウイルス）への対応－寄与とギャップ
- 国内的ガバナンス改革の国際的対応の連動の必要－各国政策の情報共有とレビュー、UHCのアップグレード（コミュニティ等）