

# 安全保障を 考える

ここに掲載された意見等は、執筆者個人のもので、本会の統一の見解ではありません。

## 感染症対策を危機管理と安全保障の視点から考える

—国民の安全確保にオールハザードとして備える—

研究班 田邊揮司良

### 1. はじめに

死者数最大約64万人、感染者数最大約3200万人は、2012年5月に成立した新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下「特措法」という。）で想定された被害見積である。この想定はスペイン風邪(1918-19年)の死者数約38万人(推定)、南海トラフ地震の最大死者数想定約32万人の約2倍である。そこまでの死者や罹患者、重度の入院患者を想定していたのに、なぜ医療提供体制が逼迫するのか、なぜ検査数が増えないのかなど、今回の新型コロナウイルス感染症への準備、対応には批判や提言が多くある<sup>1</sup>。また、感染対策はゼロコロナ、国民生活や社会経済はウイズコロナなど、立場の異なる感染症対応の方向性や、様々な媒体から多様な意見が流れる一方、マスク、手洗い、うがい、3密（密集・密接・密閉）回避等の一般的な対策等の重要性は理解しつつも、数度にわたる長期間の自粛要請などにより、多くの国民が一体となって国難を乗り越えようとする機運は低調である。諸外国の対応は様々で、完全な感染対策に成功している事例は見当たらないほど、新型コロナウイルス感染症のパンデミック<sup>2</sup>(世界的大流行)は厄介なのである。

<sup>1</sup> 例えば、一般社団法人アジア・パシフィック・イニシアティブ、『新型コロナ対応・民間臨時調査会 調査・検証報告書』、株式会社ディスカヴァー・トゥエンティワン、2020年10月。

一般社団法人 日本経済団体連合会、『新型コロナウイルス対策に関する緊急提言』、2020年3月30日

<sup>2</sup> WHOの6つの世界地域区分の異なる地域で、少なくとも2つの国でヒト-ヒト感染、他の1つの国でコミュニティ

本論文では、まず、新型コロナウイルス感染症への対応状況について、事前の準備、計画、初動対応、情報収集・分析、組織連携、国民とのコミュニケーションなど、危機管理組織運営の視点で課題を考察する。考察に当たっては、二つの感染対策の特徴に着目している。一つは、厚生労働省を主体とした感染症法等に基づく感染者に対する対策と、官邸を主体とした特措法に基づく感染者以外への対策が、併行して行われていることである。二つは、感染者の生命を守るという施策と、国民の生活と経済活動への影響を最小限にするという、相反する施策の総合的なかじ取りの難しさである。

次いで、安全保障の視点で考察するにあたっては三つの点に着目している。一つは、パンデミック対応は国内政策だけでなく海外邦人の救出、感染症対策医療品外交など国外政策がある。二つは、特措法において緊急事態宣言等が繰り返され長期化する中で、強制力に乏しい国民への協力要請等の効力が低下した状況は、武力攻撃事態等の発生やその恐れがある場合、さらにはその対応が長引いた場合においても、同様に発生することが予想されることである。三つに、感染症対策を安全保障の一つとしてとらえ、その国内対応にオールハザードの危機管理組織を運用しているアメリカの対応である。

最後に、以上の考察を踏まえ、わが国のあるべき危機管理組織体制について、改善の方向性を提言する。

なお、立場が異なる危機管理組織における感染症対策の課題を、さまざまな視点で考察しているため、同じ事象が前後して繰り返し題材と取り上げられること、感染症関係の法律・医療などの専門用語等が含まれていることで、読者の皆様にとって読みづらい点があることをご容赦願いたい。また、パンデミックの収束がいまだ見通せていない段階での考察であることを付記しておく。

## 2. 感染症対策における危機管理上の課題

### (1) 準備の不足 ー総合的、効率的に

2003年SARS（重症急性呼吸器症候群）<sup>3</sup>では、WHOからPHICE<sup>4</sup>（公衆衛生上の緊急事態宣言）が出されたが、幸いにもわが国で患者は発生しなかった。2009年

---

レベルでのアウトブレイク（一定期間内に、同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態）がある状態。

<sup>3</sup> SARS : Severe Acute Respiratory Syndrome、2002年11月中国広東省で発症例を発端、2003年8月までの9か月間に世界32か国、死者774名、感染者数8096名。

<sup>4</sup> PHEIC : Public Health Emergency of International Concern。国際的な公衆衛生上の脅威になりうる事象の発生。パンデミックまでの世界的広まりがない段階で出される。

には新型インフルエンザでWHO初のパンデミック宣言が出されたが、わが国では全国に蔓延したものの、結果的に通常の季節性インフルエンザと判断され収束、世界的蔓延にも至らなかった。感染症専門家はパンデミック発生の恐れを感じ、ワクチン開発の必要性、日本版CDC<sup>5</sup>（疾病対策センター）設立、検査体制強化などを説くとともに、政府は2012年の特措法制定により感染対策の強化を図ったが、制定後の対策は進んでいなかった。

2015年10月29日の厚生労働省における新型インフルエンザ等対策有識者会議では、被害想定で用いられている米国CDC推計モデルは、わが国の（進んだ）医療体制や、抗インフルエンザウイルス薬介入効果を考慮していないことから、今後さらなる科学的エビデンスに基づいた被害想定の方針について情報収集を行い議論するとされていた。それから約4年後、今回の事態に至ったが、その間に国内で感染症関連の情報を集約・分析し、対策を検討する国立感染症研究所の人員・予算は事業仕分け等で一部削減され、感染拡大時の医療提供体制は整えられず、保健所数等は削減集約されているのが実態である。その検討を支えてきた有識者たちが、今回の新型コロナウイルス感染症対策の専門家の中核メンバーであることも、感染症対策の難しさを感じさせる。

一方、新型インフルエンザ対応で苦勞した現場等の専門家の危機感は強く、自治体での定例の訓練、検疫所では自衛隊医官との連携<sup>6</sup>を図る努力もされている。わが国で大きな被害実績がない中で、予算や人員増は厳しく「選択と集中」が叫ばれた時の判断であったと思われるが、今後もその厳しさに変わりはなく、今後準備不足とならないような対策の検討が必要である。

ちなみに、アメリカのトランプ前大統領は、2018年5月、国家安全保障会議内のパンデミックの事前対策チーム（長は軍医・少将）を解体し、CDCの予算・人員を削減していた<sup>7</sup>ことなど、経済対策をパンデミック対策に優先している。限られた予算の中で相反する施策をどう効果的に進めるかは難しい問題ではあるが、平時か有事かではなく、普段から様々な危機対応を総合的に捉え、効率的に備えていく必要があると考える。

## （2）政府行動計画の基本的な方針等 ー目的・目標の明確化

WHO<sup>8</sup>（世界保健機構）パンデミック宣言（2020年3月11日）後の3月14日改

---

<sup>5</sup> CDC : Centers for Disease Control and Prevention

<sup>6</sup> 古閑比斗志、『ウイルスと外交』、扶桑社新書、2020.9.1、P139

<sup>7</sup> 「トランプ政権の失策でアメリカの危機は深刻に NY はピークアウトでもコロナは全米に拡散」渡辺亮司（米州住友商事ワシントン事務所調査部長）、東京経済、2020.4.19

<sup>8</sup> WHO : World Health Organization

正特措法<sup>9</sup>が施行された。特措法は、新型インフルエンザ等発生時に「国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにすること」を目的として制定されている。その前提は、「国民の大部分が免疫を獲得していないこと」であり、その具体的対策では、「感染症法等と相まって感染対策を強化する」とし、国、自治体の責務、事業者及び国民の責務、行動計画作成、物資の備蓄、訓練、知識の普及、対策本部設置、指定公共機関の応援要求、特定（予防）接種<sup>10</sup>、検疫時の停留施設の使用、運航制限の要請、医療等実施の要請、緊急事態宣言、臨時の医療施設等が規定されている。

感染症対策を、以下の三者の視点から考えると、

a. 個人で行う感染対策

- (a) 感染源の排除 罹患者との隔離、汚染源排除、殺菌消毒の実施
- (b) 感染経路の遮断 清潔・清掃、衛生管理、検疫等の実施
- (c) 抵抗力の強化 予防接種(ワクチン接種)

b. 医療関係者が行う感染収束対策

- (a) 早期診断(診断法) (b) 治療薬 (c) ワクチン (d) 医療体制安定確保

c. 行政が行う感染症対策

- (a) 検査・収容体制の確保
- (b) 人の接触減少施策の推進
- (c) ワクチン接種体制の確保

これらに共通しているのは、ワクチンである。また、特措法の前提が「国民の多くが免疫を獲得していないこと」であり、自然の集団免疫獲得が難しければ、「ワクチン接種」が大目標となり、「医療提供体制が崩壊しないために感染速度を抑制する」対策は中間目標として、ワクチン接種までの時間稼ぎの対策と読み取れる。メディア等では、菅総理のワクチン接種に対する施策強調を「ワクチン1本足対策」ですかと揶揄していたことは本質が理解されず、当面の対応評価に終始する風潮が醸成される怖さを感じる。政府は、対策を示すにあたり、常に目的、目標を明確にし、国民と共有することが重要である。

### (3) 長期化する事態 —当面对応と出口戦略

長年WHOに勤務し、現在感染症等のメディカルオフィサーの進藤奈邦子氏は、初期の段階から、新型コロナウイルス感染症は、『津波のように繰り返し発生する』と、NHK

<sup>9</sup> 2012年成立の特措法の対象に新型コロナウイルス感染症を加え、附帯決議に「国民の自由と権利の制限は必要最小限のものとする」などが加えられた。

<sup>10</sup> 医療提供業務、国民生活・経済安定に寄与する業務の従事者等への国、地方自治体での接種。

番組<sup>11</sup>のインタビューで述べていた。特措法における基本的対策とその効果の概念図は、1つの波で表されており、繰り返しを前提としていないように受け取れる。過去のパンデミックにおいても第1波では収束していない。パンデミック禍の世界は、経済活動を完全に止めることはできず、ビジネス等において必要な国際的な人の移動で変異株が拡大している。繰り返しを考慮した段階的な医療提供体制強化の要領、新種に対する連続的な水際対策、早急なワクチン開発・接種体制整備など、繰り返す感染拡大を見通した将来計画・対応が必要である。

政府の「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」<sup>12</sup>は、2020年3月28日に作成以降、緊急事態宣言等の発令・終了のたびに更新されているが、最新の変更分を見ても、政府の対処方針は「国民の生命を守るためには、感染者数を抑えること及び医療提供体制や社会機能を維持することが重要である」から変更されていない。特措法の前提である「国民が免疫を獲得するまで」か、「ワクチン接種まで」「治療薬や医療提供体制が整うまで」など、政府等対応の先を見通す方針は今もない（ワクチン接種などは、対策の一項目として途中から取り上げられている）。

当面作戦ばかりで、将来作戦構想がない戦い方では、その場対応、状況の変化を見通していないとの批判や、国民と目標を共有できない恐れがある。また、特措法における政府新型コロナウイルス感染症対策本部（以下の「政府対策本部」という。）の廃止に関する規定には、「インフルエンザにかかった場合の病状の程度に比しておおむね同等以下」とあり、津波が普段の波に戻る判断の目安や出口戦略を明らかにすることも必要であろう。特に緊急事態宣言で営業自粛を要請された事業者等は先の見通しが立たず、若い世代は自粛生活の長期化に「コロナ疲れ」を感じる者が全体の7割を超える<sup>13</sup>など、感染症専門家だけではなく、経営、社会行動心理の視点も重要である。

#### （4） 初動対応と継続的、総合的なリスク評価

2019年12月31日、中国武漢衛生健康委員会がウイルス性肺炎の流行を公式Webサイトで発表し、その情報により、厚生労働省は翌年1月5日に事務連絡で各都道府県、保健所等と情報共有し、6日には注意喚起をしている。これにより、医療機関等からの疑わしい感染症例は保健所を通じ、検疫所の水際対策情報は素早く国立感染症研究所、厚生

---

<sup>11</sup> グローバル・アジェンダ「緊急討論 どう立ち向き合う 感染爆発×ロックダウン」、BS (WORLD JAPAN)、2020.4.11放送

<sup>12</sup> 令和2年3月28日新型コロナウイルス感染症対策本部決定

<sup>13</sup> 第3回 新型コロナウイルス感染症の影響下における生活意識・行動の変化に関する調査、令和3年6月4日、内閣府（政策統括官：経済社会システム担当）

労働省に報告される体制がとられた。

新型コロナウイルスの厄介さは、ウイルス潜伏期間が一般的には約5日なのだが、1～14日の幅があること、感染力を示し始めるのが発症の2日前からであり、検査陰性・無症状者からの感染や、検疫をすり抜ける可能性が否定できないところにある。また、検査が厳しくなった時点で、解熱剤を飲んでサーモグラフィをくぐり抜けた外国人の存在や、入国後の14日間の待機要請違反に対し厳しい罰則のないわが国では、水際対策を急速に構築できたとしても、国内感染を完全に防ぐことは困難であろう。

初動対策で優れていた台湾で今年に入って感染が拡大したのは、入国者には通常14日間の隔離（罰則あり）が実施されるが、国際貨物機パイロットは特例として3日間の隔離期間を認めたためであった。当初は関係者がリスクを認識しているが、そのうち認識が薄れ盲点となっていたとも考えられる。特に、対策を緩めた事項については、継続的にリスクを評価しておく必要がある。

ちなみに、WHOへの加入等が認められていない台湾は、武漢の疑わしい情報があった時点で、中国からの入国を制限し、検査体制を強化している。全権を委任され指揮を執ったのは疾病指揮センター長<sup>14</sup>、総統を支え全体を総括していたのは副総統であるが、両者とも医者で政治家、しかもSARS対応時の失敗経験を有していることも注目される。一方、総合的に指揮を執れる政治家が常にいるとは限らないし、完璧ということもあり得ない。リーダーを支える総合的な危機管理体制と、その運営に携わる人材の育成が重要である。

#### （5）情報の集約と総合的な分析、発信

感染症関連の情報は、国内を対象とした感染症法などの法律に基づいた感染者等の情報（物理的に数日前、検査数の少なさにも課題がある。）と、WHOに依存（感染源国の対応に課題）した海外からの感染情報が厚生労働省に集約され、内閣官房健康・医療戦略室（室長は首相補佐官）経由で官房長官に伝達<sup>15</sup>される。また、その情報に基づいて厚生労働省の感染症対策本部と政府対策本部で実施されるそれぞれの会合において、感染対策を指導、助言するメンバーがほぼ同一であることにも注意が必要だ。一貫性、即時性があるといえそうであろうが、多様性、柔軟性、創造性、総合性に欠けるともとれる。

2003年SARS発生時、WHO西太平洋地域（当時の代表者は尾身茂氏）で勤務していた押谷仁氏（現在政府専門家会合委員でクラスター対策専門家）は、いち早く現地調

---

<sup>14</sup> 2003年SARSの教訓を生かし、省庁横断で指揮監督。衛生福利部長（わが国では厚生労働大臣）。

<sup>15</sup> 門田隆将、『疫病2020』、産経新聞出版、P161

査<sup>16</sup>に入っている。感染経路や患者の症状、治療状況など、アメリカCDCの協力も得ながら収集・分析された世界的情報は、日本でも直ちに共有されていたが、今回はそれが無い。発生国中国の姿勢に問題があるが、WHOの現地調査や情報発信力にも問題がある。素早く情報を共有し、わが国の感染症初動態勢を整えるためには、厚生労働省の専門家グループやWHOからだけではなく、他の専門家や組織が得た、あるいは研究した情報をリアルタイムで集約・整理・分析し、早期に政府の政策決定に生かす体制の構築が不可欠であるとする。特に一刻を争う水際対策では、海外ではいち早く中国全土からの入国を禁止しているという情報や、中国内等の感染対策情報は、SNS等を通じて感染医療に携わる様々な学者や、外務省、現地事業の本社、商社などにあり、それらが総合的に分析され判断される必要がある。

また、国内まん延防止対策では、各種の感染症対策に対しその効果をどのように評価するのか、国民の生活・経済への影響はどの程度なのか、国民の協力を得るために重要な情報は何なのかなど、分析と評価、さらには総合一貫した情報発信が求められる。なお、SNSを通じ若者の間で広がったワクチン接種に関する誤情報等に対しても、同様の対応が必要である。

感染症対応の政府司令塔の顔ぶれを見ると、政府対策本部長の菅（安倍）<sup>17</sup>総理、感染症法等所掌の田村（加藤）厚生労働大臣、改正特措法所掌で政府対策本部副本部長の西村経済再生担当大臣、ワクチン補給担当の河野規制改革担当大臣、危機管理全般を所掌し政府スポークスマンである加藤（菅）官房長官、さらには政府基本対処方針等諮問委員会会長・新型コロナウイルス感染症対策分科会会長・厚生労働省アドバイザリーボード委員等を兼ねる尾身茂氏、厚生労働省アドバイザリーボード座長・政府感染関連の委員会等委員である脇田・国立感染症研究所長など、誰が何の司令塔か、どの立場で助言しているのか国民からはわかり難く、国民一人一人が政府等の対応を理解することを一層難しくさせていたように感じる。

さらに逐次変化する状況に対し、新たな対策を考えるためには関係組織等からの関連する情報が重要である。感染が長期化するなかで、不安と死の恐怖を身近に感じなくなる人間心理の分析や、経済とのバランスの取れた施策を検討するため、体系立てた情報収集分析、検証評価体制が、検証に当たってはその関連性を評価するためのPCR検査等に係

---

<sup>16</sup> 「パンデミックとどう闘うか1 SARS と闘った男 医師ウルバニ 27 日間の記録」、NHK スペシャル 2004 年、BS,2020.4.9 放映

<sup>17</sup> ( ) 内は、2020 年 9 月 16 日菅内閣発足前の顔ぶれ。

る実施・報告の法的整備が必要であろう。そのためには、感染症の視点だけでなく各種法律制度、危機管理、社会行動心理、経済、コンピュータやデータサイエンスなど総合的視点が必要である。

防災等においては、官邸の情報集約センターに情報が集約され、初動は内閣危機管理監の下、政府内の総合調整が実施され、内閣府防災担当が政府対策本部の事務局を担い、各省庁の具体的対応や自治体への支援内容等の総合調整にあたる。内閣府防災担当は、元々国土交通省が担っていたハード防災部局を中心として、ソフト対策関係省庁の一部を総合一体化した組織である。たとえば厚生労働省の所管だった災害救助法も一元的に扱うようになってきている。感染症関係の各種情報を官邸で集約し、パンデミック時の対応を総合的に企画・調整する組織の強化が必要と考える。

#### (6) 政府と自治体、現場の連携

感染症対策における現場力の要である保健所には、医療機関等からの患者情報の収集・報告、感染者からの聞き取り調査による濃厚接触者や感染源特定、クラスター発生施設の状況調査、各種感染予防指導、患者入院調整、PCR検査調整、感染相談など多くの役割がある。各自治体は保健所でなくてもできる検体搬送、発熱電話相談窓口業務や、新たに発生した無症状者、軽症者の隔離施設の運営、市中の見回りなど、災害対策本部と同様の体制で部局をあげて総合的に取り組んでいる。保健所には、普段から厚生労働省の直接指導を受ける医政・健康・医薬関連などの業務があり、自治体と二元的管理状態<sup>18</sup>になっている。また、保健所は、都道府県管理と指定区市管理の2種類があるが、感染症法には、感染者等に関する情報を、指定区市保健所から都道府県へ通報する義務がない<sup>19</sup>。特措法において、都道府県が、管内の保健所全体を把握して対応するには、指定区市保健所からの新たな情報システムや、都道府県管理の保健所の情報を担当市町村に切り分けて通報するなど、複雑な情報連絡システムになっている。普段から政府、都道府県、市町村の一貫した体制で保健所が管理・運営されることが必要であろう。

特措法における緊急事態宣言により、都道府県知事には大きな権限（営業の自粛・停止等の要請等）が与えられる。その発令の基準や、政令で指定される権限の細部内容は、全国を見ている政府と、地域だけを見ている各自治体の間で調整が必要だが、その調和を短時間に漏れなく図ることは、至難の業である。施策を進めながら、現場の状況に合わせ

---

<sup>18</sup> 厚生労働省の所掌課から頻繁に出される事務連絡は、都道府県担当部署と保健所宛。

<sup>19</sup> 2021年3月13日の感染症法改正により、都道府県への通報が義務化。

逐次修正を進めざるを得ない。その調整の遅れや不透明さも、国民から見れば、政府と自治体の連携の悪さと映る。

ワクチン接種では、補給調整は内閣官房のワクチン担当から伝達され、接種会場の設置・運営基準など予防接種法所掌の厚生労働省からの指導を受けるため、自治体では政府の別々の司令塔からの指示を現場で総合化して運営することになる。司令塔からの指示に修正があれば、他の司令塔との整合も必要となる。接種を加速するため国設営の集団接種会場、職域接種会場、都道府県の集団接種など態勢が途中から加えられた。市区町村の接種者情報とワクチン在庫情報は政府で集約管理されているが、都市部では在住者は接種券発行自治体と接種会場運営者が異なっており、リアルタイムの現場の状況を反映していないなど、認識の齟齬が生まれている。政府や自治体にとって、度重なる補給計画の修正、個人の接種希望や見積、打ち手や会場の確保などの接種計画の変更など、タイムリーに整合を図ることは至難の業である。

このように、自治体は逐次変化する現場と、政府、各省庁からの各種対策を総合一体化して取り組んでいるが、政府としての総合化した指示や支援体制にはなっていない。また、感染症では大都市圏などでは連携した広域調整も必要となるなど、自治体の調整先は多岐にわたる。

アメリカFEMA<sup>20</sup>（連邦緊急事態管理庁）は州・地方政府を支援するため、米国本土に10の地域事務所を設置し、地方政府の自主性を重んじつつ、普段からの標準化された計画・準備、組織、業務要領、教育訓練に取り組むとともに、その実効性を確保するため予算、人員、物資、業務支援等が一体的に実施されている。わが国は、今後も予期されるパンデミック、激甚広域化する自然災害、原子力発電所事故災害、緊張が高まる安全保障環境の急激な変化などに備え、国内危機対応管理全般を見据えた広域連携、支援態勢について、各省の地方局を含め、総合的かつ効率的な体制を検討する必要があると考える。

また、平時の範疇で2000年に実施された地方分権により与えられた自治体の権限と責任は、非常時に曖昧となりがちである。予算、人員等に制約がある自治体が政府の支援を受けながら実施する危機対応に自主裁量の余地がどこまで尊重されるのか、また政府の緊急の政策、判断・指示は地方の実態を反映したものなのかなど、国の強い関与のある法定受託事務、あるいは総合調整とされる自治事務執行時の責任の所在を明確にすると同時に、その間をとりもつ仕組みが必要であろう。さらに、デジタル庁の創設により、業務

---

<sup>20</sup> FEMA : Federal Emergency Management Agency

ごとや自治体ごとに異なるシステムが総合的に見直されることに併せて、各部署の連携要領、入力要領等の標準化が進むことを期待している。

#### (7) 医療提供体制逼迫への対応

緊急事態宣言にあたっては、医療提供体制の逼迫の恐れが専門家会合、医師会等から何度も叫ばれた。欧州のように公的病院が約8割（日本は約2割）を占めるところでは、例えばイギリスでは普段の約10倍の感染症病床拡大（3万数千病床）と縮小ができるようにまでなっている。アメリカでは、当初ニューヨークの病床逼迫に全国からボランティアの医師・看護師が駆けつけるなど、救急医療体制の応用的な活動もみられる。中国では、人民解放軍の病院から医師・看護師を、約1週間で武漢に建設した感染症病院に動員している。わが国の総病床数は約164万床、そのうち感染症法上の入院医療機関は、特定感染症10床、第一種感染症105床、第二種感染症1752床（結核病床約5000床）である。感染者数の増大に合わせて一般病床（約90万床）を感染用病床に転用し、2020年5月に約1万6千床、2021年5月には約3万4千床まで拡大<sup>21</sup>している。通常の診療体制の維持との関係で、どちらの命が優先するかという事態にならないよう、それぞれの病院等で判断されているが、総合的にどう調整されているのか、どこまで増大可能なのか、国民に明らかにされないことで、医療提供体制の逼迫に対する危機感が国民には伝わらない。医療現場では、重症、中等症、軽症の患者の病院間の入れ替え調整に目詰まりが発生、特に中等症病棟で重症者対応を求められるなど、携わった医療関係者の献身的な対応で急場を凌いでいる。2021年5月改正医療法により平時の都道府県医療計画に新興感染症対策が追加される<sup>22</sup>ことが決まったが、2024年度からの適用である。早急に解決できないものかと思うが、病床数の問題だけではなく、感染症病床に変更容易な病院施設整備、感染症対応可能者数、コロナ病棟に必要な看護師数が通常病棟に比し数倍が必要など、平時の医師、看護師の養成数、普段の激務と日進月歩の技術等の知識習得の課題等もある。さらには、人員指定、病院指定、情報共有、ロジスティック、司令塔機能など総合的に検討していく必要がある。

---

<sup>21</sup> 療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査結果(2020年5月1日、2021年5月26日)、厚生労働省ホームページ、2021年7月8日閲覧

<sup>22</sup> 現医療計画の5疾病（がん、精神疾患、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）・5事業（救急医療、災害時医療、僻地医療、周産期医療、小児医療）に、1事業（新興感染症）を追加

災害時医療態勢で整備されてきた救急医療体制、入院調整、広域搬送等のシステムを参考に早急に検討することが必要である。その際、一般診療体制への影響度を合わせて評価し、総合的に国民に説明できることも重要と考える。

## (8) 国民の協力を得るための仕組み

### a. ゼロリスクとアクセプタブルリスク —総合的なリスク提示と価値観の共有

ゼロリスクを求める風潮は変わらなければならないのではないかと。医療関係者は感染者をゼロにすることが究極の目標にあるし、医療過誤、薬事承認についても過去の訴訟問題から極めてリスクに対して慎重である。また、マスコミの報道姿勢も少なからずその風潮を煽っていると思われる。現代社会における危機管理にゼロリスクがない以上、アクセプタブルリスクの概念である「受け入れられないリスク」を、個々に、そして総合的に明らかにしておくことが重要である。例えば、ワクチン接種であれば接種することによる副反応のリスク、接種しないことによる感染・重症化・死亡リスク、接種の遅れと社会経済活動の正常化の遅れが自身の生活に与えるリスクなどを総合的に提示することである。究極的にはどのような社会環境や暮らしを求めるかの価値観であり、普段から国民的な議論が必要な事項でもある。

新型コロナウイルス感染症対策においては、政府の緊急事態宣言発令の目安としてステージ区分がなされている。感染状況として、新規感染者数・感染経路不明割合・PCR陽性率が、医療提供体制等の負荷状況として、人口10万人当たりの感染者数・最大確保病床数の占有率・入院率・重症者用病床の占有率が区分の指標である。2021年2月の特措法改正にまん延防止等重点措置が加えられると、総合的にステージⅣで緊急事態宣言、ステージⅢでまん延防止等重点措置のレベルにあるとの基準が新たに示されたが、変異株による感染年齢層比率の変化、感染スピードの変化、ワクチン接種による高齢者重症化率の低下などが言われているものの、ステージ判断基準に変化はなく、また解除の基準はさらに低いステージになるまで待つことが専門家等から提言されているなど、個別の要因とその総合評価は科学的な説明力を欠いている。風水害時の気象警報に基づく避難指示と同様に、危険地域ハザードマップ、マイタイムライン作成など自分への影響度を自ら判断できなければ、行政側の一方通行になりがちである。

また、いち早くワクチン接種が進んだイスラエル、自国でワクチン開発・生産したイギリス、アメリカでは、その接種率増加と死者数の急激な低下を踏まえて、社会実験などにより「リスクを取ってリスクを評価」し、国民に危険度と生活の自由度の指標をもたらす

努力をしている。わが国においても、リスク評価の体制を整備し、国民が自分ごととして捉え、協力していくことが必要である。

#### **b. リスクコミュニケーション ー自助・共助・公助の一体化**

ドイツのメルケル首相は、国内で感染拡大し、WHOのパンデミック宣言が出された直後の3月18日のテレビ演説で、国民に対し『事態は深刻です。皆さんも深刻に捉えていただきたい。ドイツ統一、いや、第二次世界大戦以来、我が国における社会全体の結束した行動が、ここまで試された試練はありませんでした。』『あらゆる取り組みの唯一の指針となるのは、ウイルスの感染拡大速度を遅くする、数カ月引き延ばす、そして時間を稼ぐということです。時間を稼ぎ、研究者に治療薬とワクチンを開発してもらうのです。』『旅行や移動の自由を苦勞して勝ち取った私のような者にとって、こうした制限は絶対に必要な場合だけでしか正当化し得ないものなのです。』『連邦と各州が合意した休業措置が、私たちの生活や民主主義に対する認識にとりいかに重大な介入であるかを承知しています。これらは、ドイツ連邦共和国がかつて経験したことがないような制約です。』『我が国は民主主義国家です。私たちの活力の源は強制ではなく、知識の共有と参加です。現在直面しているのは、まさに歴史的課題であり、結束してはじめて乗り越えていけるのです。』『私たちは対抗する手段があります。それは互いへの配慮から人との間に間隔を置くことです。握手しない。手洗いを頻繁かつ徹底して行う』『私たちは家族や社会としてこれまでと違った形で互いに支え合う』『皆さんに呼びかけます。どうか、今後しばらくの間適用されるルールを守ってください。政府としては、再び戻せるところはないかを継続的に点検していきます。しかし、さらに必要な措置がないかについても検討を続けます。』と、行き先が不透明な中でもリーダーとして道筋を示し、対策は痛みを伴うが見直していく、今必要なポイントはルールを守ること、それは自分を守ることであり社会を守るという自助・共助を促している。

わが国では、このように国民の心を掴みながら、自身の課題と捉え社会に対する協力を促すような、要点が明解な演説ができていたとは思えない。逆に、国民（外出自粛等）対医師会（医療体制崩壊防止）、政府（経済維持）対医師会という二者対立の構図（マスコミ報道で助長された可能性は否定できない。）に、国民の当事者意識や社会貢献意識は喚起されていない。

ちなみに、医師会は特措法で指定公共機関となっており、本来であれば特措法が想定した感染対策に協力できるよう計画を作成し、訓練をしておく必要がある。医師会の行動

計画<sup>23</sup>では、医師会本部の役割が会員に対し情報収集した内容を共有すること、関係機関と連携することであり、感染症医療提供体制の維持に関する具体策はない。この際、指定公共機関としての役割と責任を明確にしておく必要がある。

### 3. 安全保障の視点から感染症対策を考える

#### (1) 政府司令塔 一事態等への総合的な備え

わが国最初の感染者の確認は2020年1月16日、中国武漢市に渡航歴のある患者だった。武漢で公共交通機関停止などのロックダウンが発表されたのが23日、翌日の関係閣僚会議において邦人の安全確保に万全を期すよう安倍総理は指示を出している。そして26日に帰国機派遣を決め、29日日本政府のチャーター便第1便で206名が武漢から帰国した。その間、官邸主導でその対応が実施されている。本来は感染症を所掌する厚生労働省が、海外からの感染情報や対応状況等を収集分析し、わが国として取るべき対応を具申・調整するところかもしれないが、平時の法律それも国内感染者が対象となっている現状と、当時の厚生労働省の危機意識の薄さが原因でなされていなかったとも指摘されている<sup>1,24</sup>。海外における事態発生時の邦人救出の成功は、内閣官房事態対処・危機管理室が外務省、防衛省等とこれまで事前準備を重ねていたところが大きいと考えられるが、わが国初めての邦人救出作戦により短期間に希望者829人全員を無事帰国させたことは素晴らしいことだと思う。また、外務大臣は中国が必要とする感染症対策医療支援物資を調整し、その支援物資輸送の帰り便で邦人を優先的に帰国させる手筈を整えている<sup>24</sup>。この手法は国外の大規模災害時等に諸外国が自国民を早期かつ優先的に帰国させる手段としても使っており、中国国内向けに日本の貢献を発信すると同時に、他国との帰国便における優先順争いにおいて優位を確保する上で、政府主導で総合的な対応がとられた成功例でもある。

ダイヤモンドプリンセス号対応では、船籍が日本でない<sup>25</sup>ため一旦入港を断っているが、日本人旅行者が多く乗船していることから、人道的判断で入港を受け入れている。一方、政府は市中感染を恐れ乗員・乗客の下船を許可せず、厚生労働省は船内感染を阻みながら乗員・乗客を検査し、隔離・入院措置、健常者は下船対応を始めている<sup>24</sup>。しかし、最初の31人の検査で10人の陽性が判明、約4千人近い乗員・乗客では千人以

<sup>23</sup> 公益社団法人日本医師会、「新型インフルエンザ等対策業務計画」、平成26年5月

<sup>24</sup> 門田隆将、『疫病2020』、産経新聞出版、P117、P120-123、P149

<sup>25</sup> 船籍イギリス、運営会社アメリカ、船長イタリア人

上の感染者にあたり、船内の検疫・隔離、陽性者の下船・病院への搬送対応で厚生労働省は現場対応能力を欠き緊急性を要していたことから、自衛隊は防衛大臣の命令による自主(災害)派遣をしている。外国人も乗船しており、SNSでの母国との連絡内容次第では、日本の対応が国際的に問われる事態でもある。自衛隊は「一人の感染は部隊全体の感染」という基本原則で臨み一人の感染者も出すことなく対応、外国人患者を自衛隊中央病院で治療するなど、国内外からの信頼を高めている。世界が注目する危機対応においては、政府、自衛隊の活動成否が安全保障における抑止力の評価につながるものと考えられる。

なお、帰国者を国内で受け入れる施設の確保や運営場態勢を厚生労働省が緊急的に準備できなかったことで、官邸主導して対応している<sup>24</sup>。事態発生時の国民保護における広域の住民避難場所の確保や運営に類似した内容であり、国民の安全確保施策を総合的に調整する体制を整えていくことが考えられる。そのことにより、事態発生時等においては、事態対応の安全保障会議と、国民の安全確保施策を総合的に対応する部署で自衛隊の運用も総合的に調整されることが期待できる。現状では政府関係組織からの自衛隊への派遣要請は、各省庁との調整や官邸の指示で個別に調整されており、多組織、突発的、五月雨式の要請で、優先順位を総合的に調整判断することが難しくなっている。事態発生時になればなおさらと危惧される。

## (2) 事態発生時の医療提供体制強化

中国武漢市からの邦人救出支援、ダイヤモンドプリンセス号感染対応、コロナ病棟・高齢者施設への支援、空港検疫支援、軽症者収容施設勤務者への教育支援、ワクチン集団接種会場運営など、自衛隊医官・看護官の出動が続いている。ダイヤモンドプリンセス号対応では、下船した患者等の対応に予備自衛官看護師が4名招集され活動している<sup>26</sup>。同時にDMA T<sup>27</sup> (災害派遣医療チーム) が派遣されているが、ロジスティック機能が脆弱で、長期間の感染症治療には、移動制限や隔離期間等の課題もある。臨時の医療施設の設置・運営においても事前に研修や施設の維持管理業務まで総合的な対応が必要である。予備自衛官として招集し、普段の訓練と緊急時の組織的・中長期的活動の枠組みの構築を厚生労働省と検討を進めることも考えられる。事態対応の視点でも、有事に自衛隊医官看護官が前線に向かえば、後方地域での医療態勢や国民保護で想定されている臨時の医療施設の設置・運営において、国民の生命・健康を効果的に守ることにもつながる。本来は、公

<sup>26</sup> 令和元年度自衛隊の災害派遣及び不発弾等処理実績について、令和2年6月18日、統合幕僚監部

<sup>27</sup> DMAT : Disaster Medical Assistance Team

的医療機関を普段から増やしておくという対策も考えられるが、現在約2割という現状と、それを拡大するまでの年数を考えれば、民間力を如何に公的力として結集するかのも視点も重要である。

ちなみに、潜在看護師の現場復帰要請において、今回特例で看護師の医療機関への人材派遣が認められるとともに、ワクチン接種に携わる医療職の人が得た収入の社会保険の「130万円の壁」<sup>28</sup>を例外扱いとする措置がとられるなど、緊急時の人材招集にあたって平時の法令の適用除外措置等の重要性を再認識させられた。

### (3) 緊急事態宣言 一 要請の限界

日本国憲法には参議院の緊急集会以外に緊急事態条項はない。一方、自然災害対策等を総合的に定めた災害対策基本法や、原子力災害対策特別措置法、警察法、そして改正新型インフルエンザ等対策特別措置法にそれぞれが対象とする緊急事態が規定されている。

感染症法では、都道府県知事は医療関係者等への協力要請（厚生労働大臣も同様。）、感染者等に対する外出自粛や就業制限要請（1類～3类等）、入院勧告（1类等）ができる。特措法では、「全国的かつ急速なまん延により国民生活・経済に甚大な影響（恐れ）」がある場合に緊急事態宣言が発令され、感染者以外への要請等が行われる。具体的には、①住民に対する外出自粛要請、②（クラスター発生が予想される）事業者等の営業制限等の要請・指示、③住民に対する予防接種の実施（国による財政負担）、④臨時の医療施設確保、⑤緊急物資の運送の要請・指示、⑥政令で定める特定物資の売渡しの要請・収用、⑦埋葬・火葬の特例、⑧行政上の手続きに係る期限の延長等、⑨生活関連物資等の価格安定、⑩政府関係金融機関等による融資、などである。これらは、「全国的なまん延防止」のため感染者以外に要請等をする事項（①～③）と、「国民生活・経済の安定」を目的とし、災害対策基本法または国民保護に同じ類似の規定がある事項（④～⑩）の、2つに区分できる。

今回の緊急事態宣言で最も着目すべきは、①、②にある。特に②の適用により、都道府県知事からの度重なる「要請」に正当な理由がなく応じない場合には「命令」をし、それに従わない場合過料が課せられる（現在、行政訴訟中）。要請により発生した損害に対する賠償はないが、要請に協力した事業者には協力金（報酬金）が支給される。当初は売上や事業規模に係らず一律の支給だったが、2021年4月から事業規模別にするなど、どれが公正かを明確に説明できないまま、手続きの複雑さは増しており、都道府県は相当

---

<sup>28</sup> 専業主婦等が、扶養からはずれて自分で国民年金、国民健康保険を払うようになる収入

に丁寧な対応が必要で、その対象も首都圏の場合相当数にのぼる。これが全国主要都市で一斉となれば感染まん延防止とはいえ、要請主体の対策の実効性確保の限界と長期間に及んだ場合のその措置予算も含めて政府として総合的に検討しておく必要がある。また、特措法①では要請に従わなくとも個人は特定されないし、罰則規定もない。自治体は、実効性を高めるために、駅周辺、繁華街などの見回りで、外出自粛等を求めるなど、相当の苦勞をしているが、強制力のない対策に現場の徒勞感が伺える。

武力攻撃事態等に際しては、「国民の生命等を保護し、国民の生活・経済に及ぼす影響を最小とするため」、緊急事態措置として警報発令や、住民の避難措置等がとられる。そして、都道府県知事は国民保護法に基づき、警報を伝達するとともに、住民避難を指示する。武力攻撃事態等法、国民保護法では、国民に協力を求める事項が事態発生時の物理的被害発生を想定しているが、今回の感染症対策で、感染のまん延防止のために国民に行動自粛等を求めたように、武力攻撃等から国民への被害拡大を事前に減らすための集団避難、治安安定等のために外出・営業自粛などの要請を行うことや、グレーな事態においてはそれが中長期に及ぶことも考えられる。

そして、国民保護法の「国民は必要な協力をするよう努めるもの」と、「国民の基本的人権の制限は必要最小限に限られる」の規定は特措法と同じであり、要請に強制力は乏しい。また罰則もない。強制力の乏しい要請でどこまで国民の生命は守れるのだろうか。医療体制の崩壊で、通常の患者が治療を受けられないで、生命が危険にさらされることの責任は誰が取るのか。集団での広域避難が必要な場合において、要請に従わない者への対応と避難者への対応で、医療提供体制を含めて各種行政支援が分散化されることや、外出制限等に応じないため、いつまでも治安が安定せず、多くの国民の生命、生活・経済活動が不安定になり得ることは否定できない。多くの国民の生命を守ることを優先するためには、緊急的に時限設定し、強制力を持った処置がとれるよう、緊急事態法の整備が必要ではないだろうか。

また、④～⑩の規定は、災害対策基本法または国民保護法にも似た項目がある。特措法は内閣官房、災害対策基本法は内閣府、国民保護法は総務省と分かれているが、緊急事態法の整備と併せて一括整理することも必要ではないだろうか。その規定の執行主体は、自治体においてはほぼ同一部署である。普段の計画・準備の標準化、事前訓練及び事態発生時の政府、自治体の調整先が同一になることで、より効率的な運営が期待できよう。

#### **(4) 感染症対策は一つの安全保障政策であり総合的な危機管理でもある**

パンデミック禍で国際情勢の変化が加速している。中国はワクチンと貿易を合わせた外交により友好国や経済圏のさらなる拡大を試みており、わが国は感染症の収束と社会経済活動の回復の遅れは貿易やサプライチェーンの再構築で不利な立場に立たされかねない。わが国も輸入したワクチンの一部を台湾支援に回すなど総合安全保障の一手段としてしたたかに使用したが、パンデミック感染症も国益を左右する重大な安全保障事態の一つであるとともに、ワクチン、治療薬は感染対策の「最後の砦」であり、国際的信頼関係を築く手段でもあるという認識を高める必要がある。まさに、国内外で活躍する自衛隊に通じるものを感じる。予算が厳しいからといって整備、訓練を怠ったり、常に新しい脅威に備えた調査、研究をしておかなければ対応はできない。

アメリカ、欧州、ロシア、中国などでは感染症を安全保障と一体的に考えている。アメリカは感染ウイルスを軍事活動に及ぼす危険な生物学的脅威とみなし、DARPA<sup>29</sup>（国防高等研究計画局）をはじめ国防総省・軍自体がウイルス研究やワクチン開発に関与している。生物兵器の使用時には無力化ワクチンや治療薬を準備していること、使用された場合でもすぐに感染ウイルスを特定し無力化させることを想定していることが伺える。

わが国においても、事態発生前後に感染症がまん延した場合などを想定し、対策を検討しておくことが必要であろう。一例を挙げれば、ワクチン接種の優先順位である。平時では、医療提供体制を維持する上で、医療関係者、高齢者等が優先されるが、非常時における、国民の生命を守るため、各種任務を遂行する自衛隊、海上保安庁、警察、消防などの実行組織の隊員等、社会機能を維持するエッセンシャルワーカー、国会議員等、各種政策の司令塔機能である政府・自治体職員などの優先順位を検討、整備しておく必要がある。今回、自治体ではエッセンシャルワーカー、警察、消防の優先接種が行われたが、政府は、医療提供体制維持とまん延防止の目的以外の優先接種を明確にしなかった。自らの組織だけで、感染やクラスター発生を防ぎきれない災害派遣活動等、国際的な信頼に関わる海外での任務、外国軍隊との共同訓練など、任務にあたる自衛官等への優先接種が示されなかったのは残念である。普段から、事態に応じ、国民の生命を守るために何を優先するかなど、総合的に検討し、計画しておくことが重要である。

また、トランプ前大統領は昨年5月にワクチン開発の目途が立った時点でワープ・ワクチン作戦を発令した。国防生産法<sup>30</sup>による調達を指示し、ワクチン製薬会社の幹部を製造調

---

<sup>29</sup> DARPA : Defense Advanced Research Project Agency、COVID-19 に対応するための医療対策では、診断、検出、治療、予防、製造等の研究を継続中

<sup>30</sup> COVID-19 対応の必要不可欠な医療品に不足が生じた場合、官邸対策本部に民間セクターに働きかけて連邦政府からの発注を優先させ、緊急対応や有事への準備など国防に関連する物資を分配する権限を与えるもの

達責任者、AMC<sup>31</sup>(陸軍兵站コマンド)司令官を補給と総括責任者として供給体制をとり、CDCがワクチン接種の優先順位など基本的考え方を示し、FDA<sup>32</sup>(米国食品医薬品局)がワクチン緊急使用承認を出した12月から全州等で接種が開始された。また、州や地方等への補給や接種体制などのワクチン接種計画をFEMAが取りまとめ調整し、州政府等の要請に応じ接種会場の共同運営を実施している<sup>33</sup>。わが国は、海外から調達・国内製造、薬事承認、接種の優先順などの基本的な考え方は厚生労働省、補給責任者がワクチン担当大臣、接種計画は自治体とシンプルであるが、総理の接種前倒し指示や職域接種など、途中での接種方針の変更、さらには海外からのワクチン分割納入数が予定通りでないこともあり、政府と自治体の補給計画と接種計画のすり合わせは混乱している。緊急時の治験のやり方、連邦政府補給計画と州政府等の接種計画をすり合わせ、接種支援を行うFEMAの役割はわが国政府の対応や自治体の関係を考察する上で注目に値する。

#### 4. おわりに ーわが国のあるべき危機管理体制について

本論文では、感染症対策においても、総合的な視点からの取り組みが必要であることを述べた。その主要な取り組みの方向性を要約、補足すれば以下のとおりである。

一つは、感染症専門家主体の対策ではなく、多様な人材を登用し、多様な情報を集約・分析、評価できる組織体制強化の必要性である。感染対策の強化と国民の生活・経済への影響を最小化する取り組みは相反する施策であり、その戦いは国民の多くが免疫を獲得するまで津波のように繰り返し、長期間にわたる。そこには、両方の視点で情報を収集・分析して対策を総合的に調整する仕組みが求められる。

二つは、各種の事態発生時等において、事態対応の安全保障会議と国民の安全確保施策を総合的に調整する体制整備の必要性である。パンデミックにおいても、国外対応と国内対応が同時に発生しており、事態発生時になればなおさらであり、国民の安全確保における自衛隊の運用、国民への協力要請等の調整が総合的になされることが期待される。

三つは、多くの国民の生命を守るために、手を尽くしても国民の協力を十分に得られない場合に、緊急的に強制力のある要請等ができる法整備の必要性である。感染症の相反する構図は、一層厳しさを増すわが国周辺情勢において予期される事態において、事態対応とそれに伴い生じる住民等への要請やその生活・経済への影響の最小化への取り組みに

---

(FEMA ホームページ、2021.7.20 閲覧)

<sup>31</sup> AMC : Army Materiel Command

<sup>32</sup> FDA : Food and Drug Administration

<sup>33</sup> COVID-19、FEMA ホームページ、2021. 7. 20 閲覧

も重なる。

四つに、政府と自治体、現場をつなぐ様々な業務の視点でFEMA的組織をもう一度検討する価値である。政府と自治体、現場の連携については、政府の政策に対して、人、物、予算、情報収集力等に乏しい自治体、現場はやれるところまでやってみますという状況にあり、過去の失敗を思い出させる。自然災害の分野では、東日本大震災の教訓を受け有識者等から日本版FEMA創設について提言があった。2014年8月に西村防災担当副大臣（公表時赤澤副大臣）を中心として政府検討がなされたが、「組織構成いかにかわらず、大規模災害時に国・地方を通じた関係機関が持てる力を最大限に発揮できるかどうかポイント」、「日本版FEMAのような統一的な危機管理対応官庁の創設など、中央省庁レベルでの抜本的な組織体制の見直しの検討については、現段階では積極的な必要性は直ちには見出しがたい」<sup>34</sup>として見送られた。現在の対応能力を上回る全国的な規模での事態である。十分ではないにしても現場が疲弊する前に支援し、短期間に民間力を含めて支援体制を増築できる仕組みを、オールハザードを見据えて標準化するべきである。

最後に、想定外が日常化する今日、先進諸国がパンデミックを、安全保障の主要対象の一つとして捉えてきた意味を、改めて問い直す機会を与えてくれている。政治家のリーダーシップ、政府・自治体の連携、役割と責任、国民の理解と協力、デジタル化、効率化、標準化など、多様な要素も含め、早期の総合的な検討と体制整備、不断の準備、訓練、見直しが必要である。

---

<sup>34</sup> 『政府の危機管理組織の在り方について（最終報告）』、平成27年3月30日、政府の危機管理組織の在り方に係る関係副大臣会合

[著者プロフィール]



田邊 揮司良 (たなべ きしろう)

1980年防衛大学校(土木工学)卒業

同年陸上自衛隊に入隊 工学博士

第5施設団長 東京地本長 陸幕装備部長

第9師団長 防衛大学校幹事

北部方面総監を歴任し、

2015年退官

2015年4月～2018年10月 東京都危機管理監