

RIETI BBL ウェビナー
グローバル・インテリジェンス・シリーズ

複合リスクガバナンス — 新興・再興感染症に対する国際的国内的 的対応

東京大学公共政策大学院・大学院法学政治学研究科
城山英明

2021年2月5日

複合リスクガバナンスの課題

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

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ー横断的な探知システムが欠如
- 逆に、複数リスクへの対策が重なる可能性 – 例：津波対策とテロ対策
- 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
cf. 中央防災会議における津波対応
- リスク要因の安全保障課題への拡大（⇔安全課題）
- 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

相互連関の類型（1）

Relative Importance of Physical and Non-Physical

- **Physical factors** are relatively important
 - Natural disaster (even though preparedness matters)
 - Space/ cyber
 - Climate change (even though mitigation/adaptation matters)
- **Non-physical factors** are relatively important
 - Public health (non-physical elements entails/induce/stimulate mobility-physical factors)
 - Financial system (interactive dynamism)
 - Classical security dilemmas (interactive dynamism)

相互連関の種類（2）

Speed/time-scale - Rapid, Slow and Wave

- Rapid/Sudden type
 - Natural disaster
 - Space/ cyber
- Slow Developing type
 - Climate change
- Wave Dynamic type
 - Public health
 - Financial system

事例

グローバル保健ガバナンスの構造

<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

<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
- 貿易制限措置との関係：第17条（勧告の基準）(d) 状況に適したリスクアセスメントに基づき、適当な保健水準を満たすと思われる合理的に利用可能な代替措置よりも国際交通を制限せず且つ人に立ち入らない保健上の措置

事例1：エボラ出血熱事例

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)

• 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UNカ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

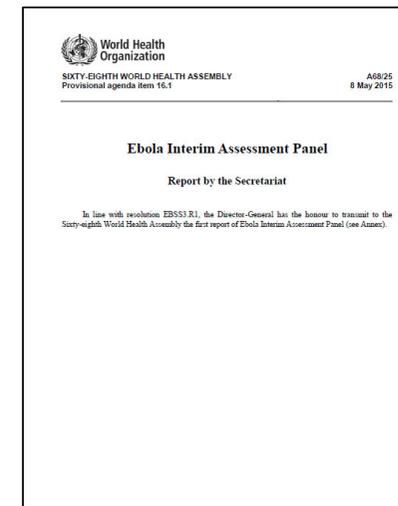
- 国連ハイレベルパネルの報告書では、国連事務総長のリーダーシップのもとUNMEERを中心とする国際組織間の調整が事態の終息に寄与をしたとの一定の評価がなされている－IASCは、2014年11月にUNMEERが**共通のオペレーション計画**を国連組織全体に示したことで実質的な変化をもたらしたと指摘
- SGLレベルで対応することで**首脳レベルの課題**となった（WHOでは保健大臣としが議論できない）
- 他方、UNMEERの副作用も－**新規の調整メカニズムを強要**することで、既存のメカニズムや構造がうまく利活用されず、調整がむしろ複雑化したとの批判もある（Ebola Interim Assessment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

リスク要因の相互連関

1. 3か国の間は歴史的にも、人の行き来が交流が激しい地域－交通条件
2. **保健システム**が脆弱－医療従事者も少ない、検体輸送手段の限定
3. 基本的なインフラの衛生の課題－**学校での水のアクセス**はエボラ出血熱の前ですら、シエラレオネで7割、リベリアで4.5割、ギニアで2割
4. **埋葬に関わる文化**（死者の体を洗って清めたりその水に浴したり、また死体のそばで幾日も寝たりする習慣）cf. WHOにおける文化人類学者の雇用削減
5. 政府や国際機関に対するコミュニティの**信頼が低い**→中央からの情報発信や対応の徹底が困難
6. 複雑な歴史的背景（植民地が分かれている）：リベリア（米）、シエラレオネ（英）、ギニア（仏）
7. 経済的リスクへの波及－鉱山が閉鎖、雇用減少、海外からの投資回避等
8. 事後的に検証したWHOの報告によれば、58か国がIHR委員会の**勧告以上の措置**（43か国でエボラ出血熱発生国からの入国を禁じ、15か国は過度な制限）

2015年5月WHOの外部評価（中間報告）

- 経緯
 - 2015年1月のエボラに関する特別セッションでの議論を受けて、WHOの対応を外部専門家によって検証することに
 - 3月にパネル設置。5月のWHAにおいて中間報告を提出。6月が最終報告
 - 失敗の要因として以下のような点が挙げられた
 - **IHR (International Health Regulation) 2005**, the emergency response frameworkがうまく機能しなかった
 - WHOに**オペレーションの能力・カルチャー**が欠けていた
 - WHOは関連する**UN機関との連携する能力**もなかった
 - 組織改革の勧告
 - 以下の3つのオプションを挙げ、③が望ましいとする。ただしそのためには組織改革の断行が必要（①緊急対応をする新たな組織の創設、②ほかの国連組織が緊急時の対応を担う、③**WHOのオペレーション能力を強化**）
- これを踏まえてWHAでは、組織改革を決定



改革対応

- 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

IHR実施強化

- IHRの実施状況の報告が自己評価に基づくことへの限界が指摘され、より客観性のある第三者との合同外部評価（JEE）が推奨
- 実際の健康危機を想定した演習が必要であることから、WHOのシミュレーションマニュアルも策定
- 2017年の11月時点でJEEの実施が61か国だったのに対し、2019年12月時点で**111か国がJEEを実施、シミュレーション演習120件以上**とその検証も59件実施
- 各国支援の**補完性**
 - US GHSA (Global Health Security Agenda)
 - China BRI (Belt and Road Initiative) Health ministers meeting in August 2017

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(2020b)：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 2017a）－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、翌月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（独立管理諮問委員会）を含め多くの報告書が認めるどころ（IOAC 2018, IOAC 2019, GPMB 2019）－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**」

スケールアップの5つのクライテリア（2019SOP 付属書1）－感染症の特徴への配慮

- ①規模：死亡者数、感染地域・国の数
- ②緊急度合：公衆衛生への深刻さ、感染の国際的な広がり、国際移動や貿易制限への深刻度合い
- ③**複雑さ**：感染症事案がなじみがあるか、予測が困難か、多層的な緊急事案か等
- ④対応能力：感染事案の調査・対応・コントロールにおいて外部の援助が必要か
- ⑤被害者に有効で適切な規模の対応ができなかった場合のリスク：メディアや公衆の関心がどの程度あるか、国連への期待がどの程度あるのか等

事例2：新型コロナウイルス感染症

新型コロナウイルス感染症の発生と初期条件

- エボラ出血熱後の感染症危機 – 2016年2月のジカ熱の流行、2019年7月のコンゴにおけるエボラ出血熱、2020年1月の中国の武漢を起点とする新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)
- 中国：2002年から2003年のSARSの経験を踏まえ一定の対応 – SARS発生の直前の2002年1月に**中国CDC**（中国疾病控制予防中心）設置、その後約10年をかけて基本的な突発公衆衛生事件のための制度構築 – 被害への補償制度の構築、地方のCDCのインフラ整備、IHR締約国として要求されているコアキャパシティの要求の達成、2013年の行政機構改革で衛生部と国家人口計画生育委員会との合併により**国家衛生計画生育委員会**が設置（現在の**国家衛生健康委員会**）

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
- より強力な公衆衛生手段を国、地方政府は1月にとりえた（Independent Panel 2021, 17）
- 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
- 2020年7月：アメリカWHO脱退宣言 cf. cf. ドイツ、中国、ゲイツ財団等による補填？
- 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)

グローバル保健ガバナンスの課題

<新たな課題>

- **保健、安全保障、経済、社会を含めた統合的意思決定**の必要（@国、IMF/世銀：preparedness をリスク評価に統合する必要：GPMB2019、国連）> 保健、人道間の調整@エボラ出血熱事例
- エボラ出血熱等と異なり主として**先進国、新興国における課題** – **コアキャパシティの評価と実体のギャップ**（IOAC2020a, b, Independent Panel 2021, 11） – **要件再検討の必要** – :UHC (Universal Health Coverage=access) との接合等
- “Whole-of-government and whole-of-society”対応必要（Independent Panel 2021, 20）
- 国際制度としては規範設定（～科学的基盤）、**情報共有**（研究開発におけるサンプル共有の重要性 cf. 生物多様性名古屋議定書）、**研究開発促進の重要性** – Science Divisionの重要性（IOAC2020b）
- ワクチン配分における不平等（Independent Panel 2021, 5）
- “Infodemic” under “geopolitical tension”（Independent Panel 2021, 11）
- 過去の危機と同種のものには対応できるがglobal pandemicへの対応は困難？（IOAC2020b）

<従来からの課題>

- PHEIC決定への段階的アプローチとEmergency Committeeにおける意思決定の透明性の必要
- IHR実施の強制性を強化 – IAEA保障措置モデル、人権理事会UPR（Universal Periodic Review）モデル
- **財政** – 自発的拠出金への依存

研究開発等における官民連携の可能性

- 2000年（WHOとして制度化）：GOARN（Global Outbreak Alert and Response Network）
- 2002年：The Global Fund to Fight with AIDS, Tuberculosis and Malaria

- 2020年1月23日：研究開発に関するCEPIのイニシアティブ
- 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 – ただし、331億ドル必要なところ48億ドルの約束のみ
- GAVIの下、COVAX (COVID-19 Global Vaccine Access) Facility – CEPI、ゲイツ財団のワクチン開発がターゲット

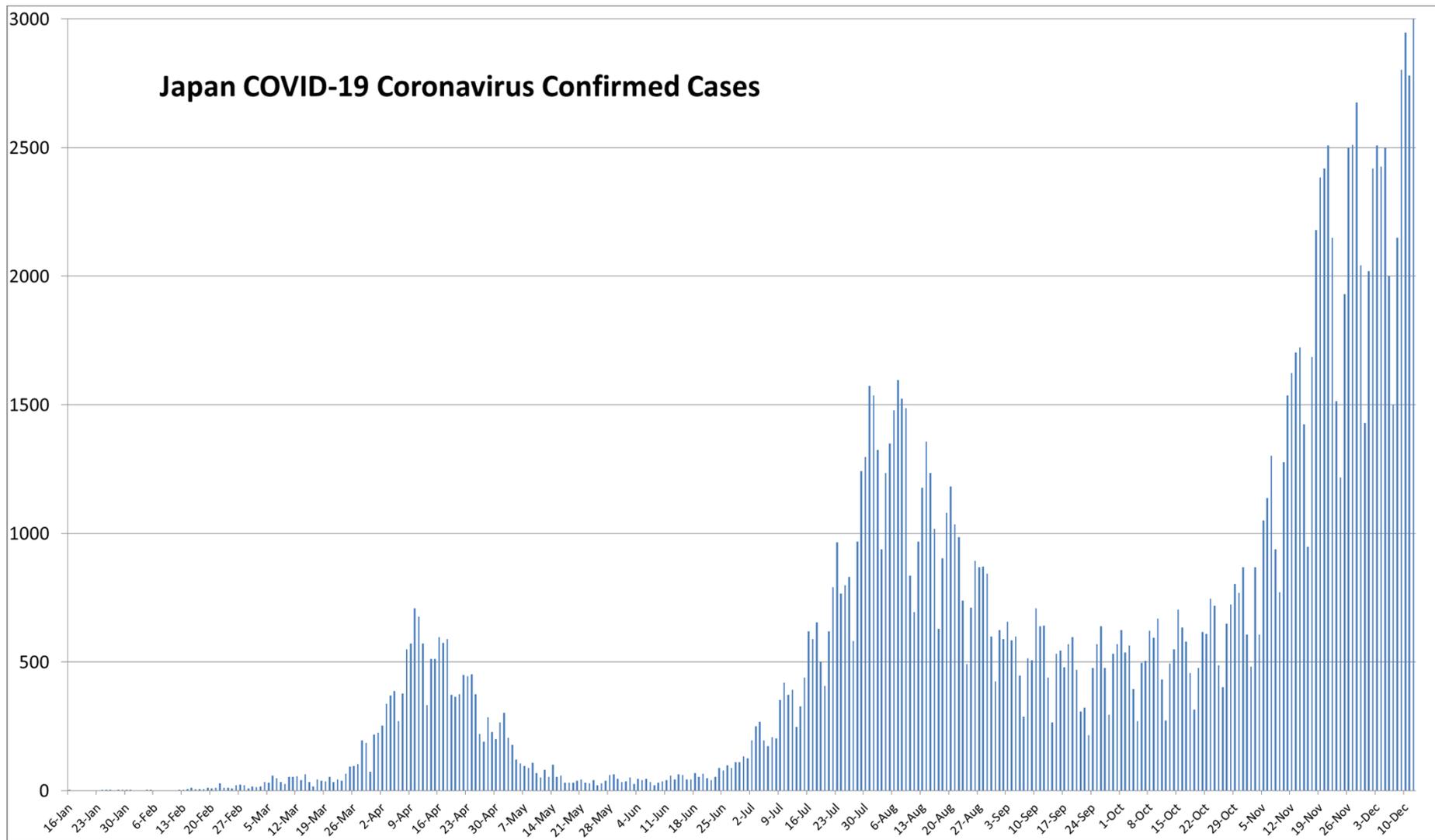
WHO財政

Amount of the funding by contributors to WHO (assessed contributions)	2018-19	2020-21
Total amount of the funding (assessed contributions)	5,503,395K (956,900K)	6,794,371K (956,900K)
Amount of the funding to WHO: USA (assessed contributions)	892,785K (236,912K)	594,796K (236,911K)
Amount of the funding to WHO: Germany (assessed contributions)	249,589K (61,136K)	600,547K (65,586K)
Amount of the funding to WHO: Japan (assessed contributions)	214,263K (92,627K)	232,070K (92,229K)
Amount of the funding to WHO: China (assessed contributions)	85,980K (75,796K)	193,080K (129,287K)
Amount of the funding to WHO: Bill & Melinda Gates Foundation (assessed contributions)	530,965K (0)	685,390K (0)

Source: WHO GHW Overview (<http://open.who.int/2020-21/contributors/contributor>, <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>) as of 10th December, 2020

日本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



Source: Ministry of Health, Labour and Welfare (Japan)
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>) as of 13 December, 2020

制度的文脈－健康危機管理

- 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**

- ③**2009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。今回は、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

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の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した
- 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

おわりに

- 専門家のインプットのあり方－Emergency Committee、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
- 調整メカニズム－IASC／国連／各国間調整、内閣
- 以上も踏まえ、**コアキャパシティ再定義**の必要
- 過去における学習（SARS、新型インフルエンザ、エボラ）／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**
- **交通・移動制限**の検証の必要- “Trade and travel restrictions have had a negative impact on the flow of essential commodities but have most likely been helpful in curbing transmission”
(Independent Panel 2021, 29)
- 専門家ネットワーク、官民連携の強靱性？

参考文献

- 城山英明編『大震災に学ぶ社会科学第3巻：福島原発事故と複合リスク・ガバナンス』東洋経済新報社、2015年10月
- Hideaki Shiroyama, Yasushi Katsuma and Matsuo Makiko, "Rebuilding Global Health Governance - Recommendation for the G 7", PARI Policy Brief, 2016.
- 城山英明「複合リスクとグローバルガバナンスー機能的アプローチの展開と限界」(杉田敦編『岩波講座現代4：グローバル化のなかの政治』岩波書店、2016年4月)
- 城山英明編『グローバル保健ガバナンス』東信堂、2020年9月

補足資料

- GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2019), “A World at Risk: Annual report on global preparedness for health emergencies”
- IOAC (Independent Oversight and Advisory Committee) (2020b), “Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme: Looking back to move forward” (A73/10)
- IOAC (Independent Oversight and Advisory Committee) (2020b), “Interim report on WHO’s response to COVID-19 January-April 2020”
- The Independent Panel (for Pandemic Preparedness and Response for the WHO Executive Board) (2021), “Second Report on Progress”, January 2021