

感染症危機管理の法制度はどうあるべきか —台湾・韓国からの示唆—

調査部 副主任研究員 立岡 健二郎

目 次

1. はじめに
2. わが国の新型コロナ対応と感染症対策法制
 - (1) 新型コロナの影響に関する諸外国との比較
 - (2) コロナ禍で露呈した課題
 - (3) 感染症対策の法制度
 - (4) 感染症対策法制の特徴
3. 台湾の新型コロナ対応体制と感染症対策法制
 - (1) 台湾の概要
 - (2) 新型コロナ対応体制と法制度
4. 韓国の新型コロナ対応体制と感染症対策法制
 - (1) 韓国の概要
 - (2) 新型コロナ対応体制と法制度
5. 台湾・韓国からの示唆と求められる対応
 - (1) わが国と台湾・韓国との比較
 - (2) 両国からの示唆と求められる対応
6. おわりに

要 約

1. わが国の新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）対応をめぐるのは、司令塔が存在せず指揮命令系統が一本化されていない、病床が確保できないといった課題が浮き彫りになった。本稿では、SARSやMERSの経験を糧に感染症危機に対峙する体制を整備してきた台湾および韓国から示唆を得つつ、危機管理の強化、行政の医療機関に対する権限強化という観点を中心に、どのような法改正を行うべきかを検討する。
2. わが国の感染症対策の法体系は、「感染症法」を中核とし、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」「検疫法」「予防接種法」などから構成される。もっとも、これらの法律は、国の所管組織が異なるうえ、法律間の序列関係なども示されておらず、医療機関に対する行政権限も限定的である。総じて、わが国の感染症対策法制は、パンデミックを想定した設計・内容になっていない。
3. 台湾では、感染症対策は、「伝染病管理法」という単一の法律に依拠し、パンデミックを含む感染症対策を包括的にカバーしている。新型コロナ対応では、国の感染症専門組織の内部に司令塔組織が立ち上げられ、強力かつ裁量性の高い権限を行使した。地方における指揮命令系統も構築されており、医療機関に対しても、有事はもとより平時から広範な権限を行使可能である。
4. 韓国では、緊急事態全般に関する対応の枠組みを定めた「危機安全管理基本法」をベースとし、パンデミックを含む感染症対策には、それに特化した「感染症管理予防法」が整備されている。新型コロナ対応では、国の感染症専門組織が実質的な司令塔機能を担い、最終的には国が地方を指揮命令できる枠組みのもと、国と地方が共同で対策にあたった。また、有事には国が医療機関を指定して医療の実施を指示できることが法定されており、実際に、新型コロナ禍でもその権限が行使された。
5. 台湾や韓国の法制度も踏まえると、わが国では、現行の感染症対策の個別法を整理統合し、パンデミック対策を主眼に据えた法律に再編・刷新するとともに、その法律を所管する司令塔として、国に常設の感染症専門組織を設置することが求められる。医療機関への権限強化に関しては、感染者への医療提供を国の責務と定めたいうえで、少なくとも有事にはそのための指示等ができるような法改正が求められる。また、現状の医療提供体制は、一部の医療機関等に負担が偏る形になっているが、このような体制では、病床拡大の余地が限られるだけでなく、医療提供の持続性が担保され得るのか疑問である。医療機関・医療従事者の間の公平性という観点でも大きな問題があり、民間も含めた病院の間で広く負担を共有できる体制を整備すべきであろう。
6. 公衆衛生学などの専門家の活用も重要である。公衆衛生学は、集団の命をどう救うかという考え方で、感染症対策と経済活動の最適化を目指す考え方である。台湾や韓国では、こうした公衆衛生学の知識を有する人物が政策決定に深く関与していた。今後、公衆衛生学などの専門家の育成、専門組織での幹部登用などが求められよう。

7. 近い将来、わが国が更なる感染症危機に見舞われる可能性も否定できない。新型コロナ対応で浮き彫りになった課題の解決に向け、政治的リーダーシップのもと確実な取り組みが進められることが望まれる。

1. はじめに

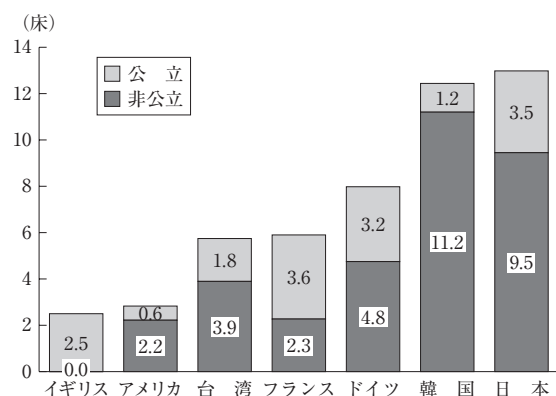
新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）の流行に伴い、わが国では感染症対策に関して多くの課題が浮き彫りになった。わが国における新型コロナの感染者数や死者数は、欧米諸国と比べて少なく、それを根拠としてわが国の対応を高く評価する声も少なくない。しかしながら、国全体として実効性の高い対策を迅速に講じることができたとは必ずしもいえず、また感染者数が少なかったにもかかわらず、医療提供体制が逼迫するといった事態が生じたことも否めない。

政府もこうした問題意識を抱いているとみられ、現在も対応策の検討が進められている。例えば、2021年11月に発表した「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」では、今後の対応として、①病床確保等に関する法的権限の強化、②治療薬・ワクチンの早期実用化、③司令塔機能の強化等による危機管理の抜本的強化、を検討する旨が明記されている（注1）。このうち、②治療薬・ワクチンの早期実用化などに関しては、2022年（第208回）の通常国会で薬事法の改正案の提出が予定されており、①に関しては、今後、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、「感染症法」）の改正が検討されている。

こうした危機管理の強化などの取り組みの方向性は、それ自体望ましいものであり、法治国家であるわが国が第1に行うべきは、感染症法をはじめとする感染症対策関連法の改正である。ただし、法改正が求められるそもそもの原因は、現行の感染症対策法制が、今回の新型コロナのような事態を十分に想定して設計されたものではないことにある。そうした理解が不十分のまま法改正を行っても、パンデミックに正面から立ち向かえる法体系にはなり得ないだろう。現行の法的枠組みを前提とした部分的な改正にとどまるのではなく、パンデミック対応を中心に据えた法制度への全面的な見直しが必要と考える。そこで、本稿では、感染症対策法制の再構築という大きな方向性を提示するとともに、そのなかでも重要トピックである危機管理の強化、医療機関に対する行政の権限強化を中心に、どのような見直しを図るべきかを検討する。

具体的な検討にあたっては、台湾と韓国に着目し、両国の感染症危機管理の法制度から示唆を得るものとする。両国に着目するのは、いずれの国も、SARS（重症急性呼吸器症候群）やMERS（中東呼吸器症候群）などで苦い経験をし、それらを踏まえ、法改正をはじめとした感染症危機管理体制の整備を進めてきたこと、その結果として、今回の新型コロナ対応、とりわけその初動対応については国際的に高い評価を受けたことがある。両国とわが国は、中央集権的な国家であり、医療提供体制に関しても、民間（非公立）の病院の果たす役割が大きいなど（図表1）、共通する部分が少なくない。なお、韓国では、オミクロン型の流行後に新規感染者が急拡大したが、これは経済

（図表1）各国の病院病床数（人口千人あたり）



（資料）OECD, "Health Statistics 2021" 衛生福利部「109年醫事機構服務量統計年報」をもとに日本総合研究所作成

（注1）アメリカは2018年、イギリス・台湾は2020年、その他は2019年。

（注2）日本の公立病院は、開設者別の「国」および「公的医療機関」の合計である。

活動正常化に向けて規制緩和に踏み切ったところによる部分が大きい。2021年11、12月に行政命令などにより病床が確保されて以降は、医療の逼迫といった状況は生じていない。

将来的に、新型コロナと同様、もしくはそれ以上に深刻な感染症が流行する恐れも十分に想定される。わが国では、2009年の新型インフルエンザの流行後、厚労省内で当時の対策を総括する報告書（注2）がまとめられ、今後の対応策について提言されていたものの、その多くが絵に描いた餅に終わり、実行に移されなかった。このような「喉元過ぎれば熱さを忘れる」を繰り返してはならない。

以下では、まず、わが国の新型コロナ対応の課題などを整理し、感染症対策法制の枠組みや特徴などを明らかにする。次に、台湾・韓国の新型コロナ対応体制と、それを支える感染症対策法制について掘り下げる。それらを踏まえ、わが国の感染症危機管理の法制のあり方について提言する。

（注1）内閣官房「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」（2021年11月12日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）の「(5) 今後のさらなる対応」として、以下の三つの取り組みを進めることが明記されている（https://corona.go.jp/expert-meeting/pdf/kihon_r_031112_2.pdf）。

①今後の感染症への対応として、病床や医療人材の確保等について、国や自治体が迅速に必要な要請・指示をできるようにするための法的措置を速やかに検討する。

②治療薬やワクチンについて、安全性や有効性を適切に評価しつつ、より早期の実用化を可能とするための仕組み、ワクチンの接種体制の確保など、感染症有事に備える取組について、より実効性ある対策を講ずることができるよう法的措置を速やかに検討する。

③また、行政の在り方も含めた司令塔機能の強化等により、危機管理の抜本的な強化を検討する。

（注2）「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 報告書」（2010年6月10日）（<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/dl/infu100610-00.pdf>）

2. わが国の新型コロナ対応と感染症対策法制

本章では、まず、わが国における新型コロナの陽性者数・死者数、および、新型コロナ以降の経済成長率について確認する。それらを踏まえ、新型コロナ対応に関してこれまでに指摘されている課題を整理する。次に、それらの課題の一つの原因である現行の感染症対策法制について、その枠組みや内容、特徴などを明らかにする。

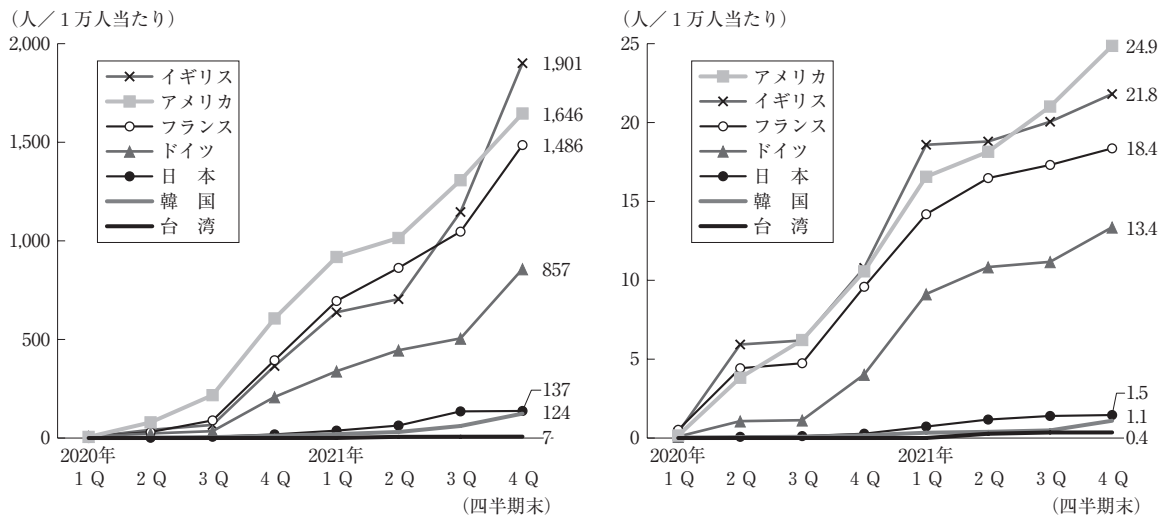
(1) 新型コロナの影響に関する諸外国との比較

A. 陽性者数・死者数

新型コロナの陽性者数および死者数について確認しておきたい。わが国では、2021年12月末時点で、陽性者数（人口1万人当たりの累積、以下同じ）は137人、死者数は1.5人であった（図表2）。一方、欧米は、アメリカがそれぞれ1,646人、24.9人、イギリスが同じく1,901人、21.8人など、極めて高い水準にあり、わが国はそれらの諸国と比べると1桁程少ない水準となっている。他方、同じアジア諸国では、台湾が7人、0.4人であり、韓国が124人、1.1人である。2022年入り後は、韓国の陽性者数が急増しているものの、少なくとも2021年までに関しては、台湾、韓国ともわが国よりも適切な対応がとれていたとみることが可能である。

真相は未だ解明されていないものの、アジア諸国における陽性者数が欧米諸国より少ないのには、遺伝的な要因や免疫的な要因、国民の衛生環境など、何らかの特殊要因があるといった指摘もなされてお

(図表2) 各国の新型コロナの陽性者数(累積、左図)および死者数(累積、右図)



(資料) "Our World in Data"をもとに日本総合研究所作成

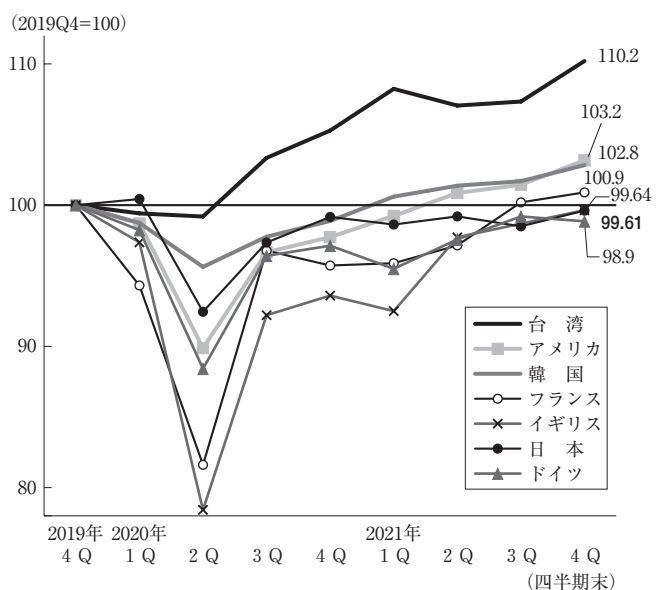
り、必ずしも、わが国政府の新型コロナ対応におけるパフォーマンスが諸外国に比べ優れていたとはいえない。

B. 経済成長率

次に、経済社会活動を測る代表的指標といえる経済成長率について、新型コロナ発生以降の動きをチェックする。新型コロナ対応について評価するうえで、陽性者数や死者数のみならず、経済社会活動の状況についても目を向けることが不可欠である。なぜなら、新型コロナの感染者数は、短期的には経済社会活動とトレードオフの関係にあるからである。政府は、感染状況によっては経済社会活動に何らかの制限を課すことが求められるが、その一方で、経済社会活動に対する制限を厳しくすれば、経済活動や国民生活に及ぼす影響は多大なものとなる。政府は、感染拡大の抑制と経済社会活動の維持の二律背反ともいえる課題について、適切なバランスを図ることが求められる。

わが国の実質GDPは、新型コロナ発生以前の2019年10~12月期の水準を100とした場合、2021年10~12月期には99.61となっている(図表3)。欧米諸国に比べ、新

(図表3) 各国の実質GDPの推移(新型コロナ発生以降)



(資料) OECD, "OECD.Stat", 内閣府、行政院主計總處「國民所得統計」をもとに日本総合研究所作成

型コロナ発生直後の落ち込みこそ小さかったものの、その後の回復ペースは鈍く、停滞し、直近もコロナ前の水準にまで戻りきっていない。一方で、台湾や韓国は、発生直後の落ち込みから順調に回復し、早い段階で発生前の水準を上回った。

以上から、確かに、わが国では欧米諸国に比べ感染者数・死者数は少なかったものの、一方で経済活動は過剰に抑制されていた可能性があり、新型コロナ対応と経済活動の両立という面で見れば、患者数の少なさのみを拠り所に、わが国の新型コロナ対応が優れていたというのは過大評価といえる。

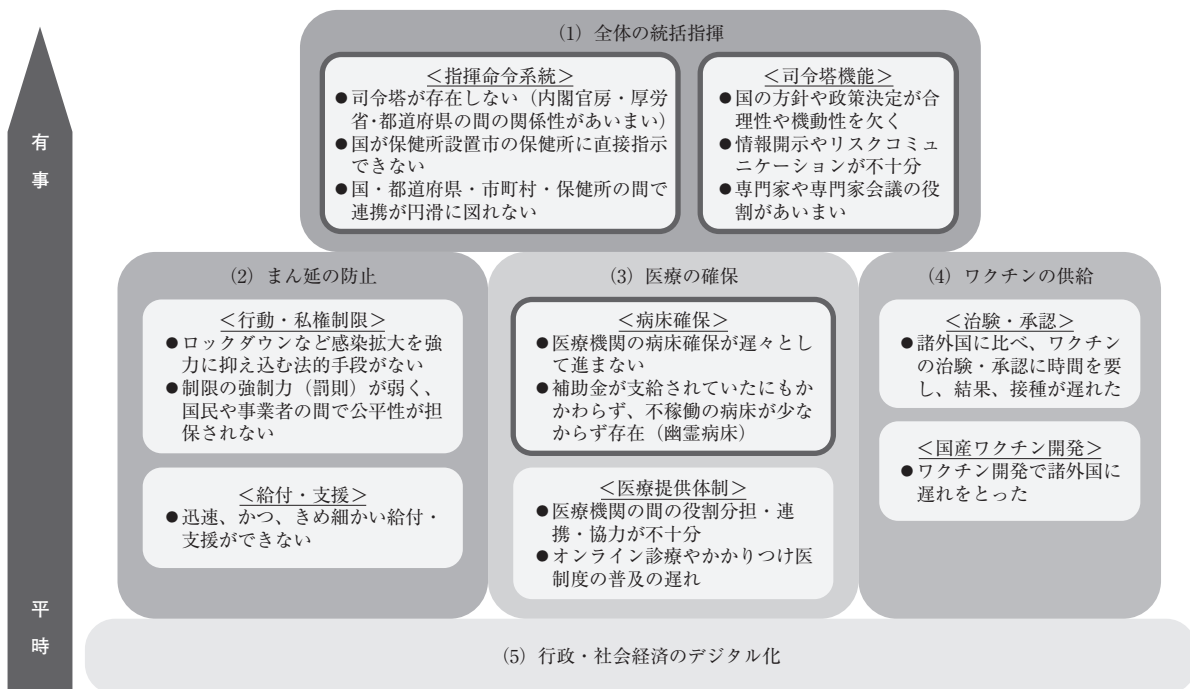
(2) コロナ禍で露呈した課題

A. 課題の全体像

わが国の新型コロナ対応をめぐっては、これまでに多くの課題が指摘されてきた。すでに一定の対策が講じられたものもあるが、積み残された課題も依然少なくない。そうした課題のうち主要なものについて整理を行った(図表4)。大きな括りとしては、国全体の対応方針を策定し、対策を指揮する司令塔や行政組織間の指揮命令系統に関する「全体の統括指揮」、個人・事業者の行動や営業の制限など感染拡大の防止策に関する「まん延の防止」、病床や医療人材・物資の確保、医療提供体制に関する「医療の確保」、ワクチンの開発・承認・確保・流通等に関する「ワクチンの供給」の四つがあり、さらにプラスアルファとして「行政・社会経済のデジタル化」がある。

それぞれについての詳述は避けるが、これらの課題については、そのすべてが新型コロナに紐づいたものというより、むしろ平時における課題がたまたま新型コロナによって浮き彫りになったというもの

(図表4) 新型コロナ対応で露呈した課題の整理



(資料) 日本総合研究所作成

(注) 太枠内の項目が本稿で主に解決を目指す課題。

が少なくない。「行政・社会経済のデジタル化」は、まさにそうした課題であり、新型コロナ禍のもとでは、例えば、接種確認アプリ「COCOA」のようなデジタル技術が十分に活用できていない、国・医療機関等の中で病床や患者に関するデータなどがリアルタイムで共有できていない、ワクチンの在庫が国全体として把握できていない、といった形で表面化した。加えて、すべての国民に一律10万円を支給した特別定額給付金をめぐる議論で明らかになったように、年収・所得など各世帯や事業者の置かれている状況に応じ、給付金等の額をきめ細かく設定し、それを迅速に支給するといったことができなかったことも、新型コロナで露呈した問題である。こちらは、デジタル化以前の問題として、そもそも国として個人や世帯の年収、口座情報などを一元的に把握できる仕組みが構築されていないという、税や社会保障に関するプリミティブな課題といえよう。

以下では、本稿において主に解決を目指すべき課題として、「指揮命令系統」「司令塔機能」「病床確保」を取り上げる。

B. 指揮命令系統に関する課題

新型コロナ対応に関する指揮命令系統については、状況を総合的に分析してわが国全体の方針を策定し、対策を指揮するような司令塔がそもそも存在しないという問題が明らかとなった。まず、国・都道府県との役割分担があいまいであり、とりわけ緊急事態宣言発令のタイミングや期間、対策の内容などをめぐり、国と都道府県知事の間で足並みの乱れが生じた。さらに、国のなかでも、内閣官房や厚労省などの間でいずれの組織がイニシアティブを取るのかが明確ではなく、“行政の縦割り”といった指摘もなされた。

さらに、国には保健所設置市等の保健所に対して直接指示する権限が付与されておらず、“通知行政”といわれるように、国は、国の方針を保健所に伝達する際、主に「通知」という行政文書を発出するという手段に依ったものの、それが正確に保健所へ伝わらなかったといった課題も生じた。保健所への指揮命令系統があいまいであったため、保健所は国と都道府県の間で板挟みに合うこともあった。

加えて、国・都道府県と保健所設置市の保健所との間で情報連携などがスムーズに図れないという課題も明らかになった。自宅療養中の住民の生活支援を実施しようとする市町村に対し、保健所が個人情報保護の観点から自宅療養者に関する情報を共有することを拒むといったケースもみられた。さらに、感染拡大初期には、保健所設置市等の保健所が保有している陽性者等に関する情報が都道府県に共有されなかったという問題も生じた。

C. 司令塔機能に関する課題

司令塔に期待される機能、すなわち、合理的かつ迅速な政策決定、リスクコミュニケーションなどの面でも、パフォーマンスが高かったとは言いがたい。政策や対策全般に通じる理念や戦略性は乏しく、対応が後手に回る場面も少なくなかった。さらに、国民に対して、積極的に情報発信を行い、政府の現状認識や考え方を説明する、それによって協力を呼びかける、さらには、国民の不安や疑問に応え、国民とコミュニケーションを図るといった機会は限られていた。

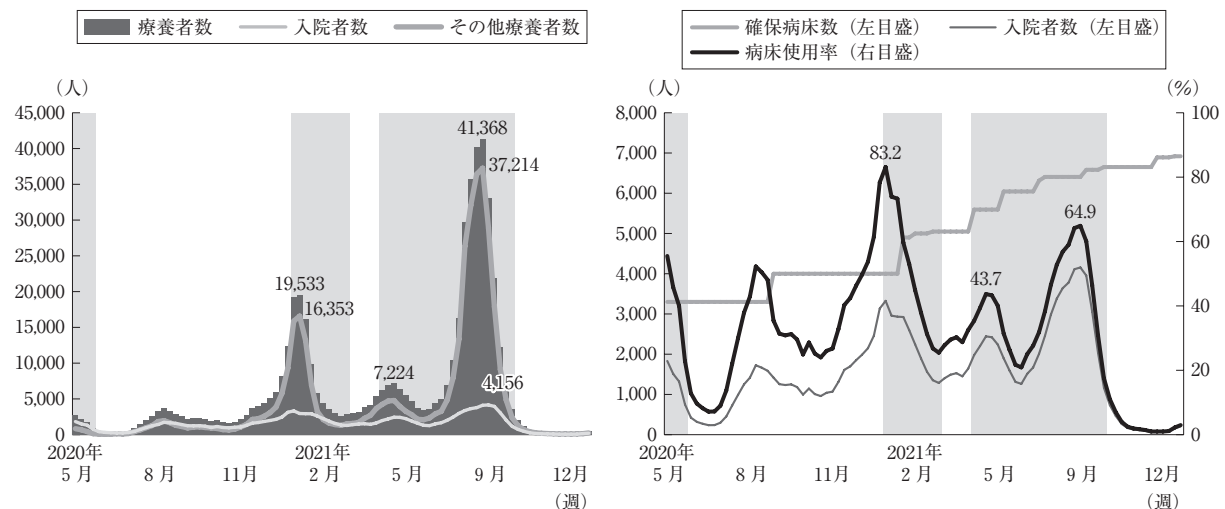
加えて、合理的・科学的な政策判断・決定において欠かせない「専門家活用」という観点でも、課題

が生じた。とくに新型コロナの流行初期には、厚労省、内閣官房がそれぞれ設置した専門家会議の役割設定があいまいで、また専門家会議と政治家の役割分担も不明確であった。そうしたなか、政策決定過程が不透明であるといった批判や、専門家の意向のみで政策が決定されているようにみられることもあった。加えて、専門家に関しては、専門家の間でも知識が分断されており、公衆衛生学をはじめ感染防止と経済の両立を図るといった視点を持った専門家が不足しているといった課題も指摘されている（小林・佐藤 [2021] 参照）。

D. 病床確保

わが国のコロナ対応で最大の課題ともいえるのが病床の確保であった。わが国では、医療機関が抱える一般病床の数自体は諸外国よりも多い。しかしながら、わが国では、陽性者が欧米諸国などに比べ圧倒的に少なかったにもかかわらず、新型コロナ患者の受け入れが進まず、とりわけ大都市圏では、新型コロナ病床が逼迫し、自宅待機者などが急増した（図表5）。新型コロナ病床を確保した医療機関に対し、国は補助金を支給する仕組みを整え、国・都道府県が積極的な受け入れを求める局面もあったが、受け入れ病床数の拡大ペースは緩慢であった。

（図表5）東京都における新型コロナの療養者数・病床数・病床使用率等の推移

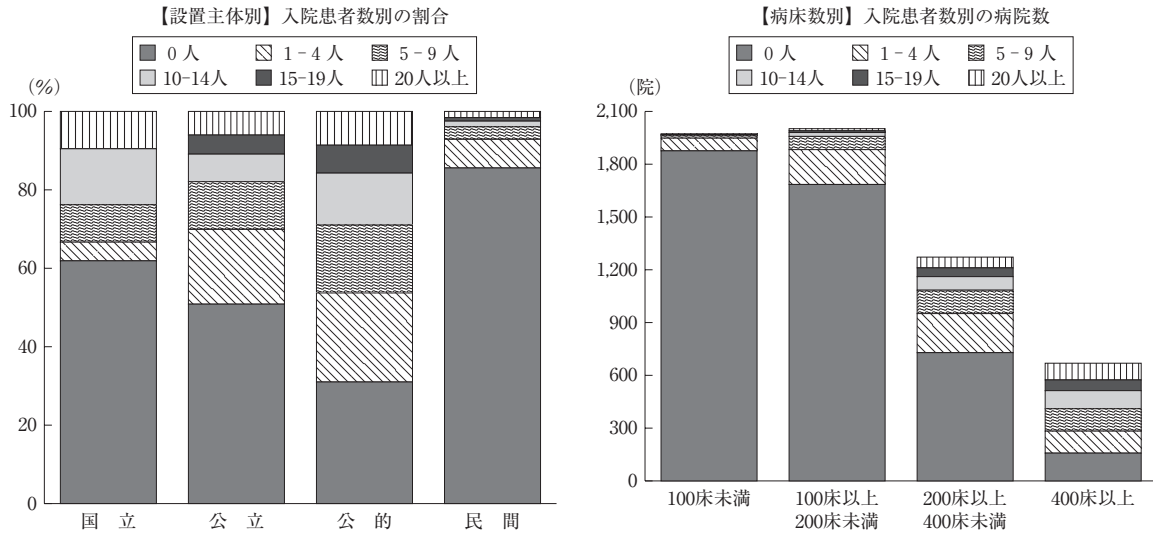


（資料）厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査結果」などをもとに日本総合研究所作成
 （注）グレー部分は緊急事態宣言発令中の期間。オミクロン型が流行する以前の2021年末までを示している。

新型コロナ患者向けの病床数が確保できない背景に、わが国における病院の多くが民間の中小病院であることが指摘されている。実際に、第4波の最中の2021年1月時点における病院の新型コロナ患者の受け入れ状況を見ると、公的病院などと民間病院の間で入院患者数に大きな差異が生じており、また病床数が200床未満の多くの病院では入院患者数がゼロである（図表6）。2021年12月からは個別病院ごとの新型コロナ病床数が新たに開示されるようになったが、そのデータからは、より詳しい状況が明らかになる。例えば東京都についてみると、都立病院や保健医療公社など、都が所管する大病院では、一般

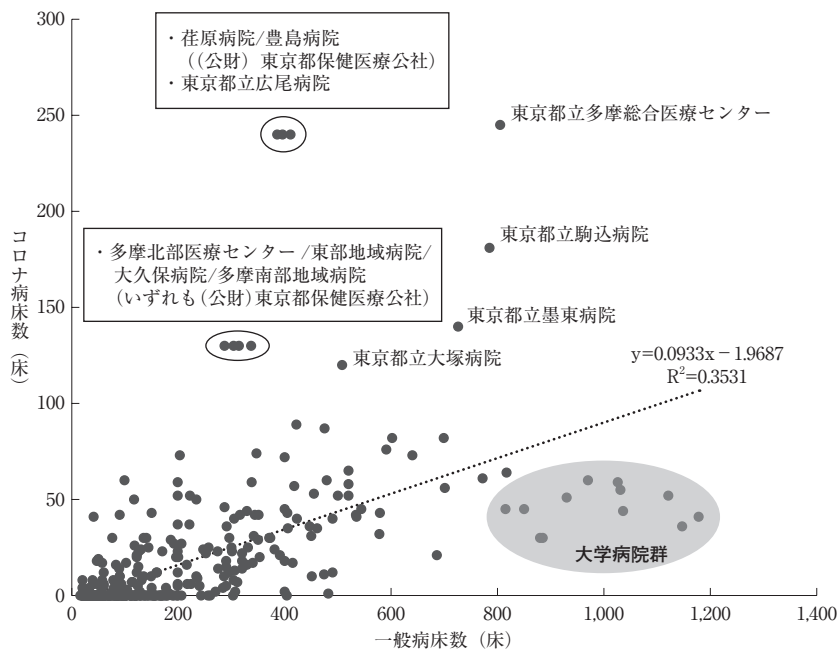
病床に対するコロナ病床の割合が高い一方で、総じて大学病院では、新型コロナ病床の割合は低く、小規模な病院では病床がゼロのところが多いを占めている（図表7）。新型コロナ患者の受け入れが著しく偏っている状況が窺え、結果として、既存病床に占める受入確保病床数の割合も9%程度と、依然と

（図表6） 病院の新型コロナ患者の受入状況（2021年1月27日時点）



（資料）厚労省HP資料「新型コロナウイルス感染症患者の受入状況（月報）（令和3年1月27日時点）」
 (https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000754962.pdf) をもとに日本総合研究所作成
 （注）2021年1月27日に医療機関等情報支援システム（G-MIS）で報告のあった病院のみが対象。

（図表7） 東京都の病院における一般病床数および新型コロナ病床数の関係性（2021年12月1日時点）



（資料）厚生労働省「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・使用率等の報告」関東信越厚生局HP「保険医療機関・保険薬局の指定一覧」（いずれも2021年12月1日時点）をもとに日本総合研究所作成
 （注）一般病床数が「ゼロ」の病院は除いている。

して低い水準にとどまっている。

加えて、コロナ病床に計上されているものの、実際には、患者を受け入れていない不稼働の病床が少なからず存在しているといった“幽霊病床”も指摘されており、必ずしも患者を受け入れなくても補助金が支給される現行の補助金制度のあり方についても問題が提起された。

さらには、新型コロナが疑われる場合の受診先として指定されている医療機関が、患者殺到などの懸念から、自治体のホームページなどにその機関名が公表されることを拒み、結果として、患者が一部の機関に偏り、診療や検査が滞るといった問題も生じた。

(3) 感染症対策の法制度

前節で述べた課題、とりわけ指揮命令系統、病床の確保については、感染症法をはじめとする感染症対策に関する法制度に起因するところが少なくない。そこで、感染症対策法制について、その枠組みや指揮命令系統、行政の医療機関に対する権限といった観点を中心に掘り下げる。

A. 枠組み・構造

わが国の感染症対策の法制度は、「感染症法」「新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下、「特措法」）」「検疫法」「予防接種法」などから構成されている（図表8）。その体系の中核に位置付けられるのが感染症法である。感染症の分類（一類～五類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症）、積極的疫学調査のほか、入院の勧告・措置など、感染症の分類に応じ、感染者等に講じる

（図表8）わが国の感染症対策法制の枠組みと国・地方の権限

	【感染症法】	【特措法】	【検疫法】	【予防接種法】	【医療法】
	厚労省 (健康局 結核感染症課)	内閣官房 (新型コロナウイルス等 感染症対策推進室)	厚労省 (医薬・生活衛生局 検疫所業務課)	厚労省 (健康局 健康課)	厚労省 (医政局)
国	<ul style="list-style-type: none"> ● 感染症予防の基本的指針の策定 (9条) ● <u>特定感染症指定医療機関の指定 (38条①)</u> ● 感染症の発生等に関する情報の公表 (44条の2) ● まん延防止に緊急の必要がある場合等の都道府県に対する指示 (51条の2、63条の2) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 政府対策本部の設置 (15条) ● 基本的対処方針の策定 (18条) ● 都道府県等の対策に関する総合調整 (20条①) ● <u>まん延防止等重点措置の発出、緊急事態の宣言 (31条の4、32条)</u> ● 総合調整に応じられなかった場合等の指示 (31条の5、33条①) ● 緊急事態宣言下、予防接種の対象者・期間の決定 (46条①) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 入国者に対する診察・検査 (13条) ● 感染者等に対する隔離、停留、報告・協力の要請 (14・15条、16条の1・2) ● 感染者が見つかった場合の都道府県への通知 (26条の3) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 都道府県に対する臨時予防接種の実施の指示 (6条②) ● (新型コロナの場合) 都道府県を通じた市町村に対する臨時予防接種の実施の指示 (附則7条) 	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>医療提供体制を確保するための基本方針の策定 (30条の3)</u>
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>第一・二種感染症指定医療機関等の指定 (38条②)</u> ● <u>入院の勧告・措置等に関する総合調整 (22条の3、48条の3)</u> ● 発生届を受けた場合の国への報告 (12条②) ● 積極的疫学調査の実施、調査結果の国への報告 (15条、15条⑬) ● 感染者等に対する入院の勧告・措置 (19・20・26・46条) ● 感染者等に対する報告・協力の求め (44条の3、50条の2) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 総合調整に対する意見の申し出 (20条②) ● 公私の団体・個人に対する協力の要請 (24条⑨) ● <u>医療関係者に対する医療等の実施の要請 (31条①)</u> ● <u>まん延防止等重点措置発出の要請 (31条の4⑥)</u> ● 事業者に対する時短営業・休業等の協力の要請・命令 (31条の6①③、45条②③) ● 住民に対する協力の要請 (31条の6②、45条①) 		<ul style="list-style-type: none"> ● 臨時予防接種の実施、又は市町村に対する実施指示 (6条①) 	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>基本方針に則した医療計画の作成 (30条の4)</u> ● <u>既存病床が計画を上回る場合の病床削減の要請、正当な理由なく要請に応じない場合の勧告、勧告に従わない場合の公表 (30条の12)</u>
設置市等 保健所 市町村	<ul style="list-style-type: none"> ● 発生届・積極的疫学調査結果の都道府県への報告 (12条②、15条⑬) 			<ul style="list-style-type: none"> ● 都道府県の指示を受け、予防接種の実施 (5条) 	

(資料) 各種法律（「e-Govポータル」記載）をもとに日本総合研究所作成

(注) 下線・傍線は医療機関等に関連する条文。網掛け部分は、まん延防止等重点措置・緊急事態宣言に関連する条文。

べき措置などが定められている。このうち、パンデミックの恐れがある（全国的かつ急速に蔓延する恐れのある）新型インフルエンザ等感染症、および、指定感染症・新感染症については、特措法によって、広く一般の個人・事業者に対し、経済社会活動における私権を制限できる措置が設けられている。検疫法、予防接種法は、文字通り、それぞれ検疫、予防接種という個別分野に関する法律である。また、これらに関連する法律として「医療法」「地域保健法」などがある。

B. 指揮命令系統

指揮命令系統という観点からみると、感染症法、特措法のいずれにおいても、対策を主導・実施する主体は都道府県である（注3）。国は、基本方針の策定や緊急事態の宣言といった国以外の主体では実施が難しいような事項のみを担う、いわば都道府県を補完する役割である。ただし、特措法では、国の権限として、都道府県の対策に関して「総合調整を行うことができる」（20条①）、さらにまん延防止等重点措置や緊急事態宣言下においては「必要な指示をすることができる」（31条の5、33条①）と規定されており、国の都道府県への関与の余地が留保されている（注4）。なお、後者の二つの条文については、新型コロナの第1波における対応で、国と都道府県の間で足並みの乱れが生じたという指摘もあり（注5）、法改正されたものである。

検疫法では、国に権限を集中させており、厚生労働省が所管する検疫所の長に、感染者の隔離・停留措置を講じる権限などを与えている。予防接種法では、都道府県に多くの権限を付与しており、都道府県は市町村に指示して接種を実施させることができる。

また、各法律で国のヘッドクォーターとなる組織もまちまちである。感染症法では、厚労省の健康局結核感染症課、特措法では、内閣官房の新型コロナウイルス等感染症対策推進室（注6）、検疫法では、厚労省の医薬・生活衛生局検疫所業務課（注7）、予防接種法では、厚労省の健康局健康課が主管組織である。いずれも感染症対策を扱っており、とりわけ感染症法と特措法ではカバー範囲がオーバーラップしている部分が少なくないが、そういった場合にどちらに決定権があるのかが明確ではない。これらが縦割りと批判される原因であろう。

ここで重要なことは、これらの法律を所管する省庁・部局が異なるほか、各法律間での連携も図られておらず序列や優先関係も示されていないため、次に新たな感染症が生じた場合の指揮命令系統が依然あいまいなことである。まん延防止措置や水際対策、医療の確保、ワクチンの供給などを有機的・一体的に運用する必要があるにもかかわらず、そのすべてを統括・指揮する司令塔がないことになる。

C. 医療機関に対する権限

次に、医療機関に対する権限という観点であるが、以下でみていくように、行政の医療機関に対する法的権限は、かなり限定的なものとなっている（図表9）。

まず、感染症法では、国や都道府県が、医療機関の同意のもと、感染症患者を受け入れ、その治療にあたる医療機関を事前に指定するという規定がある（38条）。国が特定感染症指定医療機関、都道府県が第一種・第二種感染症指定医療機関を指定するものとされている。これらのクラス分けは、感染症の種類によるものであり、特定感染症指定医療機関は、新感染症の所見がある者または一類感染症、二類

(図表 9) 医療機関に対する権限の関連条文 (感染症法・特措法)

<p>【感染症法】</p> <p>(感染症指定医療機関)</p> <p>第三十八条 特定感染症指定医療機関の指定は、その開設者の同意を得て、当該病院の所在地を管轄する都道府県知事と協議した上、厚生労働大臣が行うものとする。</p> <p>2 第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関 (中略) の指定は、厚生労働大臣の定める基準に適合する病院 ((中略)) について、その開設者の同意を得て、都道府県知事が行うものとする。</p> <p>3 感染症指定医療機関は、厚生労働大臣の定めるところにより、前二条の規定により都道府県が費用を負担する感染症の患者及び新感染症の所見がある者の医療を担当しなければならない。</p> <p>(協力の要請等)</p> <p>第十六条の二 厚生労働大臣及び都道府県知事は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、感染症の患者の病状、数その他感染症の発生及びまん延の状況並びに病原体等の検査の状況を勘案して、当該感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために必要な措置を定め、医師、医療機関その他の医療関係者又は病原体等の検査その他の感染症に関する検査を行う民間事業者その他の感染症試験研究等機関に対し、当該措置の実施に対する必要な協力を求めることができる。</p> <p>2 厚生労働大臣及び都道府県知事は、(中略)、当該協力を求められた者が、正当な理由がなく当該協力の求めに応じなかったときは、同項に定める措置の実施に協力するよう勧告することができる。</p> <p>3 厚生労働大臣及び都道府県知事は、(中略)、当該勧告を受けた者が、正当な理由がなくその勧告に従わなかったときは、その旨を公表することができる。</p> <p>(都道府県知事による調整)</p> <p>第二十二条の三 都道府県知事は、(中略)、保健所設置市等の長、医療機関その他の関係者に対し、第十九条又は第二十条の規定による入院の勧告又は入院の措置その他の事項に関する総合調整を行うものとする。</p> <p>【特措法】</p> <p>(医療等の実施の要請等)</p> <p>第三十一条 都道府県知事は、(中略)、医師、看護師その他の政令で定める医療関係者 (以下「医療関係者」という。) に対し、その場所及び期間その他の必要な事項を示して、当該患者等に対する医療を行うよう要請することができる。</p> <p>3 医療関係者が正当な理由がないのに前二項の規定による要請に応じないときは、厚生労働大臣及び都道府県知事は、(中略)、当該医療関係者に対し、患者等に対する医療等を行うべきことを指示することができる。(略)</p>

(資料) 感染症法および特措法 (「e-Govポータル」取載) より一部抜粋

感染症もしくは新型インフルエンザ等感染症の患者を受け入れる医療機関である。また、第一種感染症指定医療機関は、新感染症の所見のあるものを除くすべての類型に対応し、第二種感染症指定医療機関は、二類感染症または新型インフルエンザ等感染症の患者を受け入れる医療機関である。

これら感染症指定医療機関によって確保されている病床数は、特定感染症・第一種・第二種を合わせ計1,867床であり、これはわが国のトータルの既存病床数89万床 (一般病床 + 感染症病床) の0.2%である (注8)。これらは、あくまでも慢性的あるいはパンデミックの恐れが必ずしも高くない感染症に備え常時確保している病床といえよう。

パンデミックのような発生頻度が読みにくい有事への備えという観点では、常時病床を確保しておくというより、実際にそういった事態が発生した際に、より多くの医療機関に協力を求めるほうが効率的であり望ましい。したがって、感染症法においても、国・都道府県・保健所には一般の医療機関などに対する協力の要請や勧告を行う権限が付与されており、医療機関が勧告に応じない場合は名称の公表も可能となっている (16条の2)。

この勧告・公表を可能とする条文については、新型コロナ流行初期の対応において医療機関に対する行政の権限を強化する必要性が認識され、そうした趣旨のもとに、2021年2月の法改正で追加された。もっとも、厚労省が同法の施行にあたり公表した資料 (注9) では、当該条文について慎重に運用するスタンスが示されており、その実効性については疑問が残る。例えば、同資料には、医療機関が要請に応じない「正当な理由」が例示されており、その一つとして、「当該医療機関において、協力要請に応じると、地域における救命救急医療や他の一般診療の提供に支障が生じ得る場合」とあるなど、医療機

関の事情に配慮したものとなっている。さらに、「勧告・公表の是非を判断するに当たっては、医療機関等の事情も考慮し、慎重に行う」とも記されている。

なお、特措法においては、医療機関ではなく、医師や看護師など医療関係者に対する権限として、感染症患者の医療を実施するよう要請でき、正当な理由なく応じない場合は指示できるという規定がある(31条)。

(4) 感染症対策法制の特徴

以上からも推察されるように、わが国の感染症対策法制には大きな課題が存在する。それは、わが国法制度が、パンデミックという事態の性質やリスクの大きさを認識したうえで、それをできる限り早期に抑え込むという考え方のもとに設計されていないことである。パンデミックは予測が困難であり、一度発生すると、国民の健康を脅かすのみならず、経済にも多大な影響を与え得る。そうした事態に対処するためには、一貫した指揮命令系統の下、可能な限り多くのリソースをパンデミック対応に振り向けることが求められるが、現行の法制度はそうした考え方に基づき構築されたものとはいえない。それゆえに、国の明確な方針に基づき、機動的に対策を講じるということが難しいのである。

このことは、感染症法という感染症対策に関する基本法があるにもかかわらず、さらに屋上屋を重ねるように、特措法というパンデミック対策の特別法で急場を凌いでいる現状に如実に表れている。

さらに、政府や行政機関による対策を難しくしているのが、感染症対策法制の背景にある考え方、すなわち、人権の尊重に対する強い配慮である(図表10)。感染症法では、一類～三類感染症または新型インフル等感染症、新感染症の患者等に対する検体の摂取、健康診断、就業制限、さらには一類感染

(図表10) 最小限度措置に関する主な条文

<p>【感染症法】</p> <p>第三章 感染症に関する情報の収集及び公表 (感染症の発生の状況、動向及び原因の調査)</p> <p>第十五条 1～7 (略)</p> <p>8 都道府県知事又は厚生労働大臣は、(中略)当該職員の質問又は必要な調査に対して正当な理由がなく協力しない場合において、(中略)、その特定患者等に対し、当該質問又は必要な調査(中略)に応ずべきことを命ずることができる。</p> <p>9 前項の命令は、感染症を公衆にまん延させるおそれ、感染症にかかった場合の病状の程度その他の事情に照らして、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため<u>必要な最小限度のもの</u>でなければならない。</p> <p>第四章 就業制限その他の措置 (最小限度の措置)</p> <p>第二十二條の二 第十六条の三から第二十一条までの規定により実施される措置は、感染症を公衆にまん延させるおそれ、感染症にかかった場合の病状の程度その他の事情に照らして、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため<u>必要な最小限度のもの</u>でなければならない。</p> <p>第五章 消毒その他の措置 (必要な最小限度の措置)</p> <p>第三十四条 第二十六条の三から前条までの規定により実施される措置は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため<u>必要な最小限度のもの</u>でなければならない。</p> <p>第四十八條の二 第四十四条の七から第四十七条までの規定により実施される措置は、新感染症を公衆にまん延させるおそれ、新感染症にかかった場合の病状の程度その他の事情に照らして、新感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため<u>必要な最小限度のもの</u>でなければならない。</p> <p>【特措法】</p> <p>(基本的人権の尊重)</p> <p>第五条 国民の自由と権利が尊重されるべきことに鑑み、新型インフルエンザ等対策を実施する場合において、国民の自由と権利に制限が加えられるときであっても、その制限は当該新型インフルエンザ等対策を実施するため<u>必要最小限のもの</u>でなければならない。</p>
--

(資料) 感染症法および特措法(「e-Govポータル」収載)より一部抜粋

症・新感染症の患者の入院・移送などにおいて必要最小限のものでなければならないという規定がある。こうした規定の多くは、2007年の感染症法の改正において改めて明示されたものである（注10）。さらに、特措法においても、「基本的人権の尊重」という見出しにおいて、国民の自由と権利の制限は必要最小限のものでなければならないという定めがある。

そもそもパンデミックは、発生初期の段階など感染力や致死率といったウイルスに関する情報が十分明らかになっていない段階において、国などが一定の裁量を持ってリスク管理を機動的かつ柔軟に行うことが望ましい。しかし、わが国の法制度では、人権の尊重に対する配慮などから、国などに付与されている権限は必ずしも強くなく、その裁量も限定的なものとなっている。つまり、わが国では、とりわけ初動の段階で想定しうる最悪の状況を前提とした措置が講じにくく、対策が後追いとならざるを得ないといった素地があるといえる。さらに、裁量が限定的であることは、対策を講じる際のみならず、例えば、新型コロナの流行型が致死率の低いオミクロン型に移行した時のように、規制の部分的な緩和が求められるような際にも、不利に作用し、柔軟な対応を困難にするものである。

こうしたわが国の感染症危機の法制度の特徴は、台湾や韓国と比較することで、より一層鮮明になる。それに伴い、わが国に求められる法改正の方向性もみえてくる。

（注3）図表8に示したように、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るために、医療計画や地域医療構想を策定することも都道府県の役割である（医療法）。

（注4）特措法における関連条文は下記の通り（一部抜粋）。

（政府対策本部長の権限）

第二十条 政府対策本部長は、新型インフルエンザ等対策を的確かつ迅速に実施するため必要があると認めるときは、（中略）、都道府県及び指定公共機関が実施する新型インフルエンザ等対策に関する総合調整を行うことができる。

2 前項の場合において、当該都道府県知事等及び指定公共機関は、（中略）政府対策本部長が行う総合調整に関し、政府対策本部長に対して意見を申し出ることができる。

（政府対策本部長の指示）

第三十一条の五 政府対策本部長は、前条第一項に規定する事態において、第二十条第一項の総合調整に基づく所要の措置が実施されない場合であって、新型インフルエンザ等対策を的確かつ迅速に実施するため特に必要があると認めるときは、その必要な限度において、都道府県（中略）の知事（中略）に対し、必要な指示をすることができる。（略）

（政府対策本部長及び都道府県対策本部長の指示）

第三十三条 政府対策本部長は、新型インフルエンザ等緊急事態において、第二十条第一項の総合調整に基づく所要の措置が実施されない場合であって、新型インフルエンザ等対策を的確かつ迅速に実施するため特に必要があると認めるときは、その必要な限度において、（中略）、都道府県知事等並びに指定公共機関に対し、必要な指示をすることができる。（略）

（注5）ただし、感染症法や特措法では、都道府県が実施するとされている事務の多くは、「法定受託事務」（「国が本来果たすべき役割に係るものであって、国においてその適正な処理を特に確保する必要があるもの」（地方自治法第二条⑨1号））とされている。法定受託事務については、国が都道府県に是正の指示などの関与を行うことも認められており、その観点から、感染症法や特措法における最終的な決定権限は国にあると解釈できよう。

（注6）2021年11月に「新型コロナウイルス感染症対策推進室」「新型インフルエンザ等対策室」「国際感染症対策調整室」の3室が統合されて創設。

（注7）2021年9月に水際対策を強化するため、同局の生活衛生・食品安全部企画課検疫所業務管理室を昇格する形で創設。

（注8）特定感染症が4医療機関（10床）、第一種が56医療機関（105床）、第二種については、感染症病床を有する指定医療機関が351医療機関（1,752床）、結核病床（稼働病床）を有する指定医療機関が173医療機関（3,207床）である（厚生労働省HP「感染症指定医療機関の指定状況（令和2年10月1日現在）」（<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou15/02-02.html>））。

（注9）厚生労働省健康局結核感染症課「『感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の改正について（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関係）』に関するQ&Aについて」（<https://www.mhlw.go.jp/content/000737653.pdf>）

（注10）国立感染症研究所HP「感染症法の改正 2007年6月現在」（<https://www.niid.go.jp/niid/ja/law/181-tpc329-j.html>）では、

2007年の法改正に関し、下記のように記述されている。

4. 人権に関する手続等の改正

(1) 人権を尊重するための改正等：就業制限や入院勧告等の患者の人権を制約する措置等を実施する場合の原則として、「最小限度の措置の原則」が明記された。この考え方は、消毒等の物件に係る措置については既に感染症法上明記されていたもので、入院等の措置を行うに当たっても同様の趣旨に基づいてなされていたが、改めて法的に明示されたものといえる。

また、今回の改正において、人権に対する国民の意識の高まりや、過去の感染症対策における人権の保障についての施策に対する指摘等から、2条の基本理念において「人権に配慮しつつ」とされていたものを、「人権を尊重しつつ」とし、より人権を尊重すべきであることが明示された。

3. 台湾の新型コロナ対応体制と感染症対策法制

本章では、台湾に関する基礎情報を簡単に確認したうえで、台湾の新型コロナ対応体制の概要、および、それを支える法制度の枠組みや内容を明らかにする。

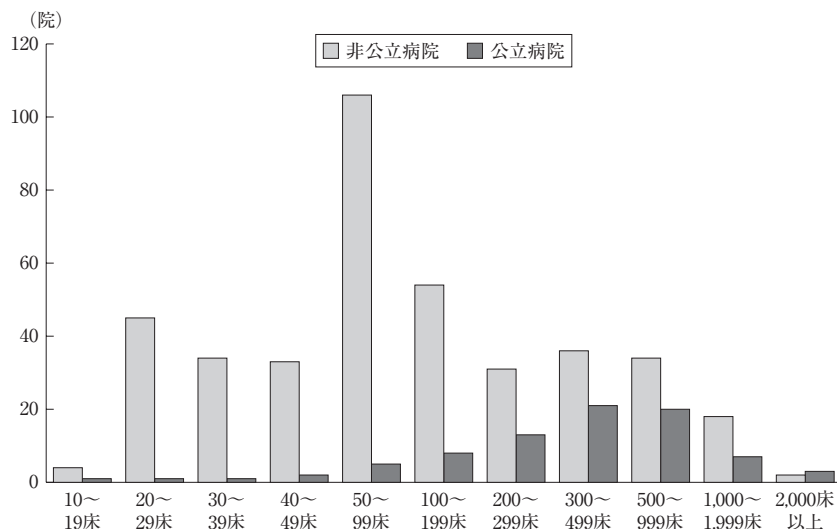
(1) 台湾の概要

台湾は、人口が2,360万人（2020年2月時点）であり、わが国の5分の1程度である。面積は3.6万km²と、わが国の九州よりやや小さい（注11）。

政治制度については、国民が直接選挙によって選出する国家元首としての総統のほか、立法院（国会）に対して責任を負う行政院長（首相）が存在しており、「半大統領制」とも称される制度である。国家の安全に関する権限は総統、その他行政に関する主要な権限は行政院に属している。総統が行政院長を任命し、行政院長が組閣する。閣僚は基本的に民間人から起用される。この点、議院内閣制を採用し、閣僚の過半数を国会議員から選ぶことになっているわが国とは、大きく異なる。

地方自治体については、基本的に2層制であり、行政院直属の6直轄市（台北市、新北市、台中市、高雄市など）、13県および3市から構成される。行政組織としては、県の下部に、市（県轄市）・鎮・郷（注12）という行政単位が存在し、3階層を成す。

(図表11) 台湾の病床規模別病院数（設置者別）



(資料) 衛生福利部統計處「機構現況及醫院醫療服務量統計年報（2020年）」をもとに日本総合研究所作成

医療提供体制は、国民皆保険制度が整えられており、また民間の中小病院が中心的役割を担っているという点で、わが国と類似している（図表11）。なお、国民一人当たりの病床数は、わが国の半数程度である（前掲図表1）。

(2) 新型コロナ対応体制と法制度（注13）

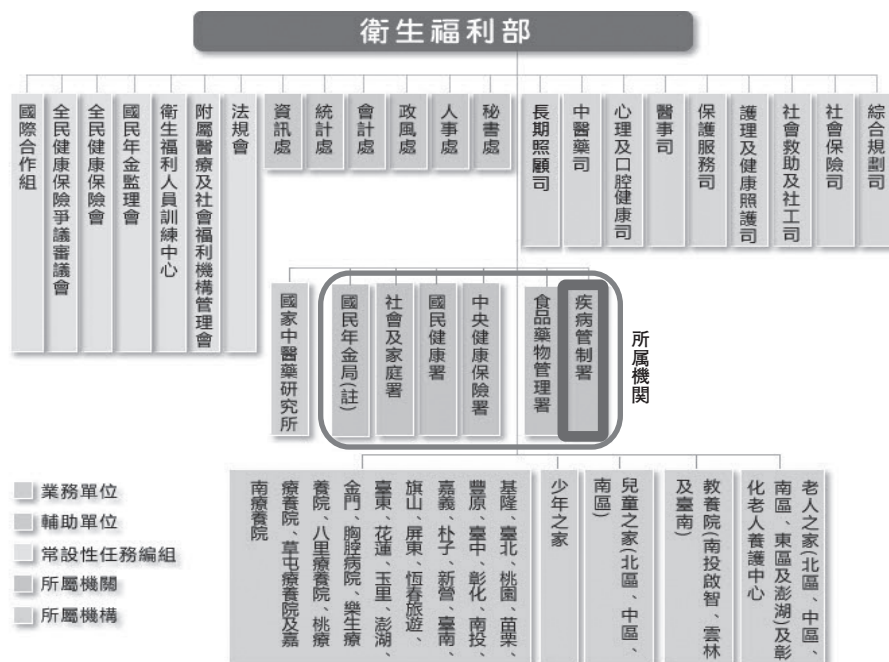
台湾では、2003年のSARSによって346人の感染者と73人の死者が発生した。その際、わが国でも新型コロナ禍で問題化しているような、指揮命令系統が一本化されていない、中央と地方で足並みが揃わないなどの課題が浮き彫りになった。加えて、政府には医療機関に感染者の受け入れなどを強いる権限が与えられていないなか、病院のなかには感染の疑いのある人の受け入れを拒否するところもあり、国民の間に医療制度に対する不信感が広まった。

こうした課題に対処すべく、その後、台湾は法制度をはじめとする感染症対策を一から見直し、感染症危機における強力な行政権限の執行を可能にするとともに、行政組織の改革などに取り組んだ。

A. 新型コロナ対応体制の概要

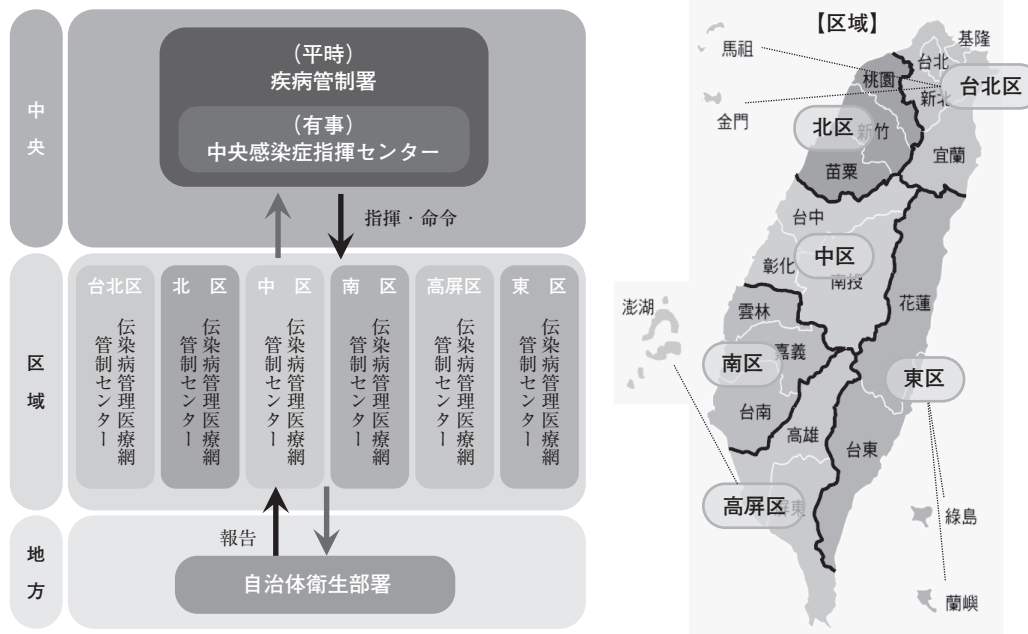
新型コロナに対する台湾の体制は、国が司令塔として対応の陣頭指揮を執り、地方自治体が国の方針に沿った対策を実施する、という典型的なトップダウン型である。平時においては、衛生福利部（英語名称：Ministry of Health and Welfare）、なかでもその外局にあたる疾病管制署が感染症関連の業務全般を担当しており、新型コロナのような有事が起きた際には、疾病管制署内に「中央感染症指揮センター」が立ち上げられ、ここが司令塔としての役割を担う（図表12、13）。中央感染症指揮センターの指

（図表12）衛生福利部の組織図



（資料）衛生福利部HPより転載

(図表13) 台湾の感染症対応体制



(資料) 衛生福利部「衛生福利年報」をもとに日本総合研究所作成

揮官をはじめとするメンバーは、感染症危機のリスクの大きさ（3段階）に応じて編成されることになっており、指揮官は、最もリスクの低いフェーズ3では疾病管制署の長官、フェーズ2および1では衛生福利部の部長（＝大臣）が務めることになっている。今般の新型コロナウイルスにおいては、2020年2月27日にフェーズ1に移行し、それ以降、衛生福利部長の陳時中氏が指揮を執り続けている。

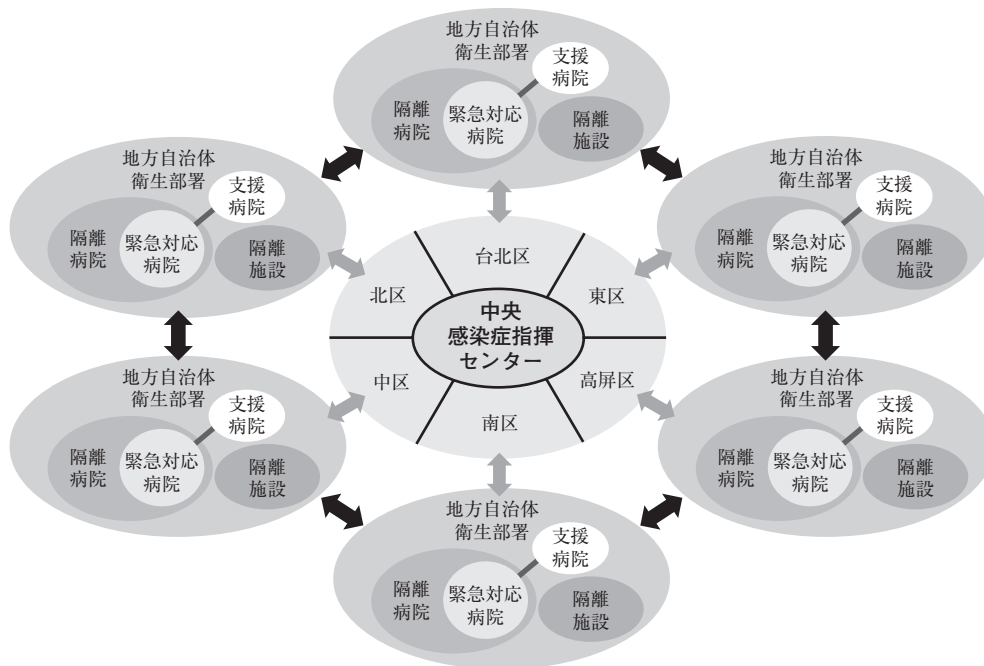
陳時中氏は、国会議員や官僚ではなく、台北医学院卒の歯科医師であり、医学にも精通している人物である。陳時中氏の下には、張上淳・元台湾大医学院長をリーダー、周志浩・疾病管制署長（台湾大学公衆衛生学修士）などをメンバーとする専門家チームが結成されており、彼らが専門的知識や知見の観点で政策判断を支えた。なお、陳時中氏とともに今回の新型コロナ対応の最前線に立った人物として、2020年5月まで副総統に就いていた陳建仁氏と行政院副院長の陳其邁氏が挙げられるが、陳建仁氏は、ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生学博士、陳其邁氏は台湾大学公衆衛生学修士と、いずれも公衆衛生の専門的知識を有している（注14）。

リスクコミュニケーションの面では、陳時中氏などが2020年1月から約半年間にわたり毎日記者会見で最新の感染状況や管理体制に関する情報を発表したほか、ホームページなど公式のチャンネルのみならず、Facebook、LINE、YouTube、さらにはスマートフォンアプリなども活用しながら、国民との双方向のコミュニケーションが試みられるなど、積極的な取り組みが行われた。

中央から地方における指揮命令系統も明確である。平時より全土を六つの地域に区切り、その地域ごとに疾病管制署の地方出先機関ともいえる管制センターを一つずつ設置している（前掲図表13）。さらに、医療面でも、それぞれの地域に「伝染病管理医療網」を整備している。各医療網には、国が指名した指揮官および副指揮官が配置され、平時には医療機関の監督などを行い、有事には医療資源の配分等

の任務に当たる（図表14）。各地域では、国が地域の緊急対応病院およびその支援病院を一つずつ指定し、さらに自治体も、医療設備や病床数などをもとに、隔離病院と、そのなかから中核となる地方緊急対応病院を指定しており、重層的な体制が構築されている。2017年時点で、134の隔離病院、21の地方緊急対応病院が指定された。緊急対応病院には、緊急対応計画の策定が求められ、感染拡大時には病棟あるいは病院が丸ごと感染症専用病床に切り替わるシステムとなっている（錢 [2020] を参照）。

（図表14）台湾における対感染症医療体制



（資料）Kao et al. [2017] の図1を一部加工のうえ転載

B. 感染症対策の法制度

a. 枠組み・構造

台湾の感染症対策は、もっぱら「伝染病管理法」（正式名称：「傳染病防治法」）という単一の法律に拠っている。現行の伝染病管理法は、SARS後に全面改正され、2005年2月に施行となった。

伝染病管理法の構成は下記の通りである（図表15）。第1章の総則で、伝染病の分類、国・地方自治体の権限や責務が規定され、第2章では、医療網の整備や有事の中央感染症指揮センターの設置など、国全体の感染症管理体制の枠組みが定められている。続く、第3、4、5章で、予防措置、感染拡大防止措置、検疫措置に関する規定がなされている。

なお、条文における細則や医療網の構築、中央感染症指揮センターなどの運用に関しては、衛生福利部令（「傳染病防治法施行細則」「傳染病防治醫療網作業辦法」「中央流行疫情指揮中心實施辦法」など）によって定められている。

さらに、新型コロナのみを対象とする特別条例として「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」が2020年2月25日に制定された。補償や罰則などに関する特別な規定がなされているほか、「中央

感染症指揮センターの総指揮官は、感染症を予防・管理するために必要な対応や対策を講じることができる」(7条)という規定があり、総指揮官にフリーハンドの裁量を付与している。

(図表15) 台湾の伝染病管理法の構成と主要な項目

<p>【伝染病管理法】</p> <p>第1章 (1~13条) 総則</p> <ul style="list-style-type: none"> • 目的 (1条) / 伝染病の分類 (3条) / 国・地方自治体の権限・責務 (5条) / 政府機関の協調・支援 (6条) / 感染者等の個人情報の開示の禁止 (10条) / 人権の尊重 (11条) / 感染者・医療従事者等の人権の尊重・差別の禁止 (12条) <p>第2章 (14~18条) 防疫体制</p> <ul style="list-style-type: none"> • 【国】 伝染病管理医療網の構築、感染症対応医療機関の指定 (14条) / 中央感染症指揮センターの設置、総指揮官の任命 (17条) • 【地方】 国の基本方針に則った対応、感染症指揮センターの設置、国への結果報告 (16条) <p>第3章 (19~34条) 伝染病予防</p> <ul style="list-style-type: none"> • 【国】 報告手続き・疫学調査手法の策定、サーベイランス体制の構築 (26条) / ワクチン接種のための基金創設 (27条) <p>第4章 (35~57条) 感染拡大防止措置</p> <ul style="list-style-type: none"> • 【国】 必要物資の確保 (51条)、中央感染症指揮センター設置時のメディアの優先利用 (52条) / 中央感染症指揮センター設置下の総指揮官による通報・隔離治療等に関する調整、検疫・隔離場所確保のための医療機関等の指定・徴用 (53条) / 中央感染症指揮センター設置下の土地・物品・建物等の徴用 (54条) • 【地方】 中央感染症指揮センター設置下のまん延防止措置の実施 (学校・集会制限、入場規制・制限、交通規制など) (37条) / 検査・健康診断・疫学調査 (43条) / 隔離治療措置 (44条) / 感染症指揮センター設置下、国の承認に基づく通報・隔離治療等に関する調整、検疫・隔離場所確保のための医療機関等の指定・徴用、土地・物品・建物等の徴用等 (57条) • 【医療関係者等】 通報・報告の義務 (39~42条) <p>第5章 (58~60条) 検疫措置</p> <ul style="list-style-type: none"> • 【国】 出入国者・輸送機・貨物への防疫・検疫措置の実施要請 (59条) <p>第6章 (61~71条) 罰則</p> <p>第7章 (72~77条) 附則</p> <ul style="list-style-type: none"> • 【国】 施行規則の決定 (76条)

(資料) 伝染病管理法 (「全国法規資料庫」ウェブサイト掲載) をもとに日本総合研究所作成

b. 指揮命令系統・司令塔機能

指揮命令系統に関しては、まず、国(衛生福利部)が基本方針を策定し、地方自治体が対策を実施する、という役割分担が明確に規定されている。国の役割として、「ワクチン接種、伝染病予防、サーベイランス(発生動向監視)、通知・報告、調査、検査、治療、検疫、教育訓練、段階別の動員、薬品・資材・防護装備の備蓄など、伝染病の予防管理に関する方針・計画を策定すること」「伝染病管理に関連する事項の実施において、地方自治体を監督・指揮・指導・評価すること」など、地方自治体の役割としては、「ワクチン接種を含む公的サービス、伝染病予防、サーベイランス、通知・報告、調査、検査、治療、検疫、教育訓練、段階別の動員、薬品・資材・防護装備の備蓄、自宅隔離など、地域における様々な伝染病対策を実施すること」(5条)などが挙げられている。

さらに、司令塔組織の総指揮官には、強力かつ統一的な法的権限が付与されている。有事には、国(衛生福利部)が、行政院の承認を得て、中央感染症指揮センター(注15)を立ち上げるとともに総指揮官を任命し、総指揮官は、政府組織・公的企業・予備役・民間団体を統一指揮・監督・調整するとともに、必要に応じ、国軍の支援も仰ぐことができる、とある(17条)。

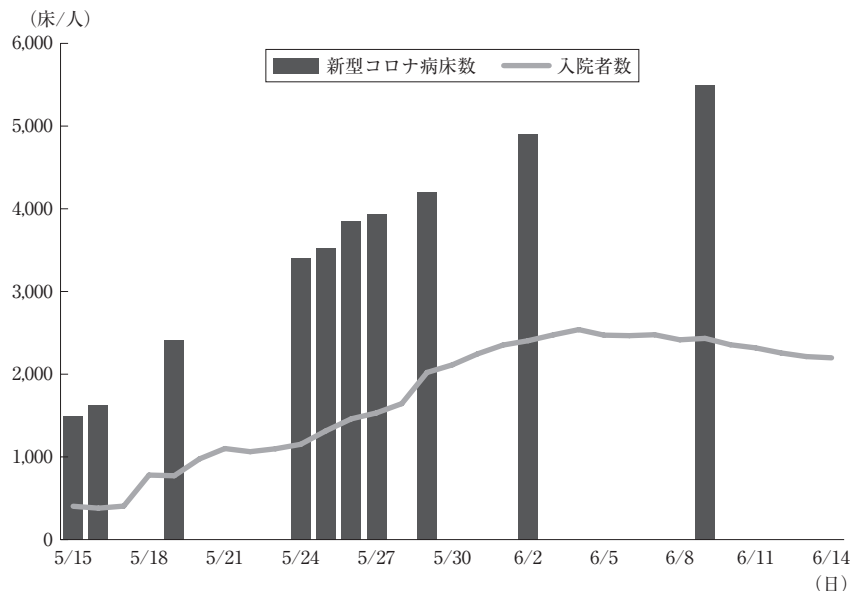
c. 医療機関に対する権限

医療機関に対しても、国は強力かつ広範囲に及ぶ権限を有している。伝染病管理法では、衛生福利部は、感染症の隔離病棟を設置する医療機関を指定することができ、当該指定医療機関は、国・地方自治体による感染者の受け入れや治療の指示について、拒否・回避・妨害することはできない、とされてい

る（14条）。さらに、衛生福利部令では、中央感染症指揮センターが設置されている期間は、各地域の医療網に配置されている指揮官が医療機関の指定、病床や人員の配分、隔離病棟のアクティベーションなどの権限を握り、さらに、感染者の入院・治療先は、総指揮官の指示のもとに決定される、とある（5条、8条）。

台湾では、感染者が拡大した時期が限られており、その数少ない局面がわが国の第4波に当たる2021年5～6月である。その時期の入院者数と新型コロナ病床数の推移をみると、事前に構築された伝染病管理医療網および国の強力な権限のもと、入院者数が増加するなかでも、病床数はそれを上回り、入院者数と同様のペースでスムーズに増加していることがわかる（図表16）。

（図表16）台湾の新型コロナ病床数と入院者数の推移（2021年の感染拡大期）



（資料）台湾地元メディア報道などをもとに日本総合研究所作成

（注1）新型コロナ病床数については、中央感染症指揮センターなどによって定期的に公表されるデータが見当たらなかったため、メディア報道から入手できた範囲で示している。

（注2）病床数、入院者数はいずれも専責病房的データ。

（注11）日本の外務省ウェブサイトによる。

（注12）市（県轄市）・鎮・郷は、直轄市や県・市と異なり、公式には「地方政府」に位置付けられていない。

（注13）本節の記述は、野嶋 [2020]、銭 [2020]、Lin et al. [2020]、朝元 [2021]（以上、新型コロナ対応）やKao et al. [2017]（医療網制度）、Lin [2021]（法制度）などに基づいている。

（注14）疾病管制署の前署長を務めた郭旭崧氏もイェール大学衛生政策博士である。

（注15）中央感染症指揮センターの役割は、下記のように規定されている（中央流行疫情指揮中心實施辦法）。

- ①伝染病サーベイランス情報の評価、予防管理政策の策定・推進
- ②物資・設備・関係機関の人員の統合・調整
- ③情報提供、教育啓蒙、マスメディアの優先利用、入国管理、自宅隔離、国際機関との協調、空港・港湾の管理、交通機関の接収、公衆環境の清掃・消毒、労働の安全・衛生、人畜感染症の予防管理などに関する事項の実施

4. 韓国の新型コロナ対応体制と感染症対策法制

本章では、前章の台湾と同様に、韓国の基礎情報、新型コロナ対応体制、および、感染症対策法制に

ついて述べていく。

(1) 韓国の概要

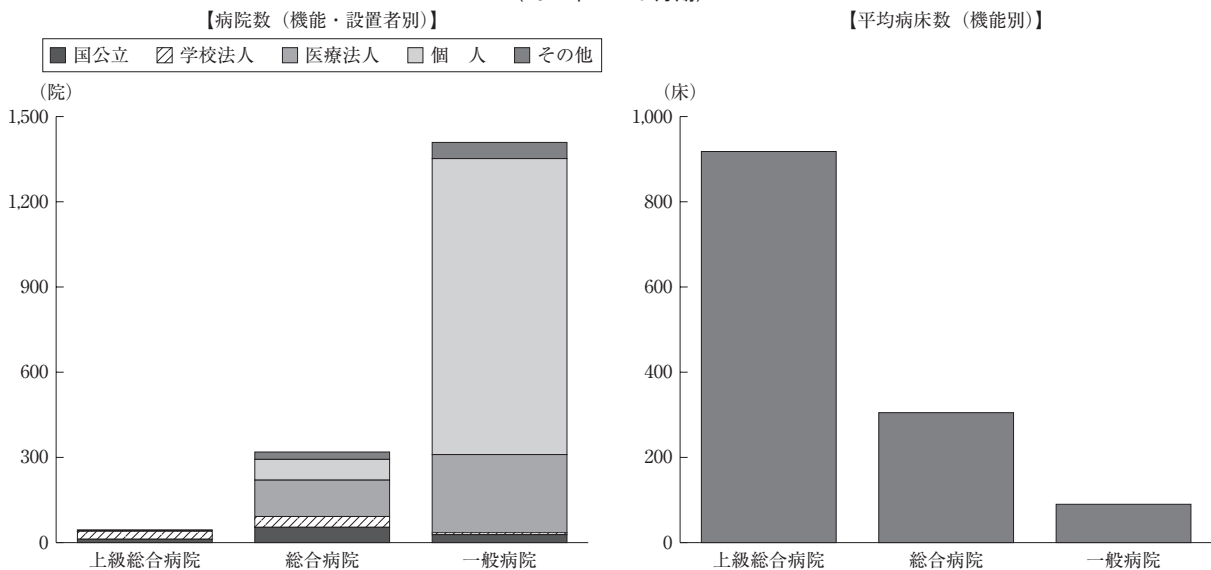
韓国の人口は、5,178万人（2019年）であり、面積は約10万km²と、わが国の4分の1程度である（注16）。

政治制度は、国民の直接選挙によって選ばれる大統領制（任期5年）である。首相は、大統領が国会の同意のもとに任命し、大統領を補佐し、大統領の命令を受けて各行政機関を統括する役割を担う。大統領制であるが、国会議員が閣僚を兼ねることは可能である。一院制議会である。

地方自治体は、大きく広域自治体と基礎自治体の2階層から成っており、広域自治体は17の自治体〔1特別市（ソウル）、6広域市、1特別自治市、8道、1特別自治道〕、基礎自治体については226の自治体（75市、82郡、69自治区）が存在する。地方行政組織としては、基礎自治体の下部組織である邑・面・洞を含め3層構造となっている（自治体国際化協会〔2020〕を参照）。

医療制度については、国民皆保険制度が整備されており、そのもとで民間の中小病院が大きな役割を担っている。これらの点では、わが国と類似している（図表17）。

（図表17）韓国の病院数（機能・設置者別）と平均病床数（機能別）
（2021年4～6月期）



（資料）KOSIS（Korean Statistical Information Service）をもとに日本総合研究所作成

(2) 新型コロナ対応体制と法制度（注17）

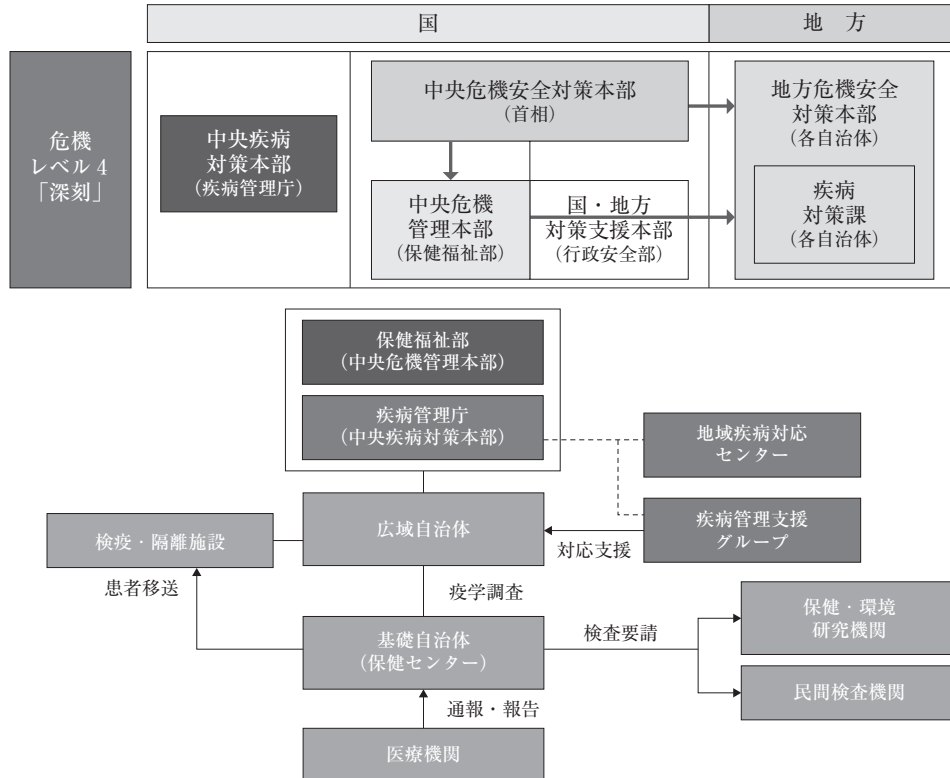
韓国も、台湾と同様、2003年にSARS、2015年にMERSを経験した。とりわけMERSによる被害は大きく、186人の感染者、38人の死者が発生した。それらの経験を踏まえ、韓国は、感染症対策の根幹である「感染症の予防及び管理に関する法律」（以下、「感染症管理予防法」）をはじめとする法律の改正を何度も重ね、感染症危機に対する備えを抜本的に強化してきた。

A. 新型コロナ対応体制の概要

今般の新型コロナでは、韓国は、中央政府レベルに主に三つの対策本部を立ち上げ、それらの組織の主導のもとに対応に臨んだ。韓国の感染症危機管理体制は、簡潔に言えば、感染症危機のリスクが高まるにつれて、「中央危機安全対策本部」「中央危機管理本部」「中央疾病対策本部」という三つの対策本部を重層的に積み上げていくスタイルである。韓国では、感染症危機という事態を、その流行の規模やスピードに応じて四つの段階に分類しており、最も危険度の低いレベル1では、後述する疾病管理庁内で対策チームが稼働し始め、レベル2（注意）になると、中央疾病対策本部が立ち上げられ、レベル3（警戒）では、「中央危機管理本部」が立ち上げられることになっている。そして、全国的な感染症流行の恐れがあるレベル4（深刻）のように、挙国一致的対応が求められるような事態になると、「中央危機安全対策本部」が立ち上げられる。コロナ禍では、2020年2月23日に中央危機安全対策本部が立ち上げられた。レベル4における対応体制、および、国と地方の指揮命令系統は図表18に示した通りである。

中央危機安全対策本部は、国の危機対応全般におけるいわば統括責任者・オーガナイザーであり、首相がトップの本部長を務める（注18、図表19）。中央危機管理本部は、感染症危機対応におけるコーディネーターで、そのトップが国の保健福祉部（英語名称：“Ministry of Health and Welfare”）の部長である。中央疾病対策本部については、感染症危機対応における実質的な司令塔であり、専門的な知識

（図表18）韓国の新型コロナ対応体制



（資料） 중앙방역대책본부・중앙사고수습본부「코로나바이러스감염증-19 대응 지침(지자체용)제12판(2022. 3. 14.)」(中央疾病対策本部・中央災害対策本部「新型コロナ対応ガイドライン(地方自治体向け)第12版(2022年3月14日)」(http://ncov.mohw.go.kr/upload/ncov/file/202203/1647216713084_20220314091155.pdf))などをもとに日本総合研究所作成

(図表19) 三つの本部の役割分担

本部名 (本部長)	主な役割
中央危機安全対策本部 (首相)	【危機対応全般の総括責任者・オーガナイザー】 ○危機対応計画の策定 ○危機の兆候・状況に関する情報の管理 ○危機状況宣言の判断に関する提言 ○自治体の危機対応措置の調整 ○行政・財政上の支援措置の要請
中央危機管理本部 (保健福祉部長)	【感染症危機対応のコーディネーター】 ○危機警報の発出・広報 ○法改正や組織体制の見直し ○国・地方間のワーキンググループの発足・運営 ○関係官庁等への協力の要請 ○中央疾病対策本部の対策実施やリスクコミュニケーションへのサポート ○入院・治療、生活支援、損失補償、精神支援
中央疾病対策本部 (疾病管理庁長官)	【感染症危機の実質的コントロールタワー】 ○疫学調査の実施、自治体の調査・隔離措置等のサポート ○感染症状況のモニタリング・評価 ○検疫措置の強化 ○感染者対応の支援・管理、感染者管理情報システムの運用、重症者のモニタリングシステムの運用 ○ワクチン研究開発、効能評価 ○検査体制の管理 ○メディア対応、リスクコミュニケーション

(資料) 図表18に同じ

も求められる政策措置を策定・実施する。リスクコミュニケーションの役割も担っており、新型コロナ流行初期には毎日2回の記者会見を行ったほか、公式ウェブサイト、テレビ、ラジオやソーシャルメディアといった様々なチャネルを通じ、陽性者数や死者数のデータはもとより、個人情報を除く感染者の行動履歴などについても公開するなど、国民に対するタイムリーかつ透明性の高い情報開示に取り組んだ。中央疾病対策本部は、保健福祉部の外局である疾病管理庁の長官が本部長を務める。本部が立ち上げられて以降その任務を果たしているのは、その後に疾病管理庁の初代長官に就任したチョン・ウンギョン(鄭銀敬)氏であり、保健福祉部出身の官僚で、ソウル大学の修士号(公衆衛生学)、博士号(予防医学)を持つ人物である。

疾病管理庁については、その前身は、2003年のSARSをきっかけに保健福祉部の一つの所属機関として発足した疾病管理本部である。それが、MERSの流行を受け、2016年1月に次官級を本部長とする組織に昇格し、さらに、新型コロナ発生後の2020年9月に、予算や人事などで独自権限を有する「庁」に昇格した。傘下には「国立保健研究院」、「国立感染症研究所」、「疾病対応センター」、「国立結核病院」、「国立検疫所」などの機関を抱える。このうち疾病対応センターは、疾病管理庁の昇格とともに、地域の特性も踏まえた感染症対策とするため、首都圏、忠清圏、湖南(全羅道)圏、慶北圏、慶南圏とエリアごとに新設されたものである。

B. 感染症対策の法制度

a. 枠組み・構造

韓国における感染症対策の根拠法は、主に、「危機安全管理基本法」(正式名称:「재난 및 안전관리 기본법」、英語訳名称:“Framework Act on the Management of Disaster and Safety”)と感染症管理予防法(正式名称:「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」、英語訳名称:“Infectious Disease Control

and Prevention Act”) の二つである。

まず、前者の危機安全管理基本法は、台風、洪水、豪雨などの自然災害のみならず、火災、爆発事故、交通事故、バイオ・原子力・環境汚染関連の災害等、そして感染症といった、幅広い緊急事態を対象としたものであり、それらに共通する安全管理の枠組みを、予防・準備から発生時の対応および事後対応に至るまで包括的に規定したものである（図表20）。この法律の所管は、行政安全部（英語名称：“Minister of the Interior and Safety”）である。この法律でとくに重要なことは、危機管理における指揮命令系統において、中央危機安全管理対策本部をトップとすることが明確に規定されている点である。

次に、この危機安全管理基本法の対象事案の一つである感染症のみに特化し、その対応について定めたものとして感染症管理予防法がある。予防・まん延防止措置から予防接種までを幅広くカバーする法律であり、疾病管理庁が所管している。なお、検疫措置に関しては、別途検疫法が存在しているが、こちらも疾病管理庁の所管である。

（図表20）危機安全管理基本法の構成と主要な項目

【危機安全管理基本法】
第1章（1～8条） 総則
目的（1条）／定義（3条）／国・地方自治体の責務（4条）／国民の責務（5条）／危機安全管理における総合管理と協調（6条）
第2章（9～17条） 安全管理組織とその機能
・中央安全管理委員会の設置（9条）
・中央危機安全管理対策本部の設置（14条）／（中央）対策本部長の権限（15条の1）／中央（地域）危機管理本部の設置（15条の2）／地方危機安全管理対策本部の設置（16条）／（地方）対策本部長の権限（17条）
第3章（18条～25条の1） 危機安全管理センター
・国の基本計画の策定（22条）／国の実行計画の策定（23条）
第4章（25条の2～33条） 危機の予防
第5章（34～35条） 危機に対する準備
第6章（36～57条） 危機発生時の対応
・危機状況の宣言（36条）／危機警報の発出（38条）
第7章（58条～66条の3） 危機後の対応
第8章（66条の4～66条の12） 安全文化の奨励
第9章（66条の13～78条の2） 補則
第10章（78条の3～82条） 罰則

（資料）危機安全管理基本法（Korean Law Information centerウェブサイト掲載）をもとに日本総合研究所作成
（注）2021年6月23日施行の法律に基づいている。

感染症管理予防法の前身は、1954年制定の「伝染病予防法」であり、2009年、SARSの発生などを受けて「寄生虫疾患予防法」（1966年制定）と統合され、感染症管理予防法となり、現在の原型が形作られた。同法は、2014年、さらにMERS流行の経験を踏まえ、2015年、2018年にも改正された（藤原[2016]などを参照）。

感染症管理予防法の構成は下記の通りである（図表21）。第1章の総則では、感染症の分類・定義、国・地方自治体の責務、国民の義務と権利などが規定され、第2章の基本計画では、国および地方の計画策定や感染症病院の設置・指定に関する手続きが明記されている。第6章は予防接種、第7章の感染拡大防止措置では、感染リスクのある場所に対する一時閉鎖・入場制限・交通規制、医療機関の業務停止、感染者の入院・隔離措置のほか、感染拡大時の情報開示、感染者の治療にあたる感染症管理医療機関の指定などが規定されている。第10章は費用の規定である。なお、詳細な事項は、大統領令や保健福祉部令によって定められている。

(図表21) 感染症管理予防法の構成と主要な項目

<p>【感染症管理予防法】</p> <p>第1章 (1～6条) 総則 目的 (1条) / 感染症の分類・定義 (2条) / 国・地方自治体の責務 (4条) / 医療従事者の責務と権利 (5条) / 国民の義務と権利 (6条)</p> <p>第2章 (7～10条) 基本計画 ・【国】 感染症管理予防の基本計画の策定・実施 (7条) / 中央感染症病院の設立・指定、地域感染症病院の設立・指定 (8条の2) / 感染症管理委員会の設置 (9条) ・【地方】 実行計画の策定・実施 (7条)</p> <p>第3章 (11～15条) 通報および報告 ・【医療関係者等】 保健センター等への通報 (11条) ・【地方】 (保健センターの報告を受けた基礎自治体) 国および広域自治体への報告 (13条)</p> <p>第4章 (16～20条) サーベイランスおよび疫学調査 ・【国・地方】 疫学調査の実施 (18条)</p> <p>第5章 (21～23条) ハイリスク病原体</p> <p>第6章 (24～33条) 予防接種 ・【国】 特別予防接種実施の要請 (25条) / 統合ワクチン管理システムの構築・運用 (33条の4) ・【地方】 (基礎自治体) 予防接種の実施 (24条) / 特別予防接種の実施 (25条)</p> <p>第7章 (34～48条) 感染拡大防止措置 ・【国】 危機管理対策の策定・実施 (34条) / 感染拡大時の情報の開示 (34条の2) / 感染症管理医療機関の指定、費用の補助、有事の医療実施などの指示 (36・37条) / 調査・診察・入院措置 (42条) / まん延防止措置の実施 (一時閉鎖、出入禁止、交通規制、医療機関の業務停止など) (47条) ・【地方】 感染拡大時の情報の開示 (34条の2) / (広域自治体) 危機管理対策の策定・実行 (35条) / (広域自治体) 感染症管理医療機関の指定、費用の補助、有事の医療実施などの指示 (36・37条) / 調査・診察・入院措置 (42条) / まん延防止措置の実施 (47条) ・【感染者】 入院の義務 (41条)</p> <p>第8章 (49～59条) 予防措置 ・【国・地方】 予防措置の実施 (交通規制、興業・集会との制限・禁止など) (49条) / 【国・地方】 その他の予防措置の実施 (50条)</p> <p>第9章 (60～63条) 防疫官、疫学調査官、検疫委員、予防委員等 ・【国・広域自治体】 医療従事者等に対する一時的従事命令 (60条の3)</p> <p>第10章 (64～73条) 費用 ・【国・地方】 医療機関・事業者等への損失補償 (70条の1) / 損失補償審議委員会 (70条の2) / 【国・地方】 医療従事者・医療機関開設者等への財政支援 (70条の3) / 【国・地方】 感染者等への生活支援 (70条の4)</p> <p>第11章 (74～76条) 補則</p> <p>第12章 (77～83条) 罰則</p>
--

(資料) 「感染症管理予防法」(「Korean Law Information center」ウェブサイト掲載) をもとに日本総合研究所作成
 (注) 2022年3月22日施行の法律に基づいている。

b. 指揮命令系統・司令塔機能

指揮命令系統に関しては、前述の通り、危機安全管理基本法によって規定されている。中央危機管理安全対策本部（首相）は、中央危機管理本部（保健福祉部）および広域・基礎自治体を、大規模な危機に対処するために必要な範囲で指揮することができる（15条の1）、中央危機管理本部（保健福祉部）は、広域・基礎自治体を関連する危機に対処するために必要な範囲で指揮することができる（15条の2⑥）、とされている。

他方、感染症管理予防法では、国と地方の間の序列関係などを明確に規定した条文は見当たらず、国・地方自治体の責務や講じるべき対策措置などに関する規定がなされている。国・地方の責務としては、感染症の予防管理に向けた各種取り組みを実行すること、感染症の発生・流行や医療機関などに関する情報を国・地方の間で共有すること、などが挙げられている（4条）。そして、例えば、感染者等の居住地等への立ち入り、感染者等に対する調査・隔離・入院等の措置、入場規制や交通規制をはじめとするまん延防止措置など、対策措置の実施権限については、保健福祉部や疾病管理庁、広域自治体のみならず、基礎自治体にも広く認めている（例えば、42条、47条、49条など）。韓国では、権限を国に集中させている台湾に比べて、国・地方の間で権限の共有が図られているといえる。

司令塔機能に関しては、専門家会議として「感染症管理委員会」が疾病管理庁のもとに設置されなければならない（9条）、その役割等については、大統領令も併せ、明確な規定がなされている。感染症管理委員会のほか、アドバイザー委員会も設置可能とされている（10条）。

c. 医療機関に対する権限

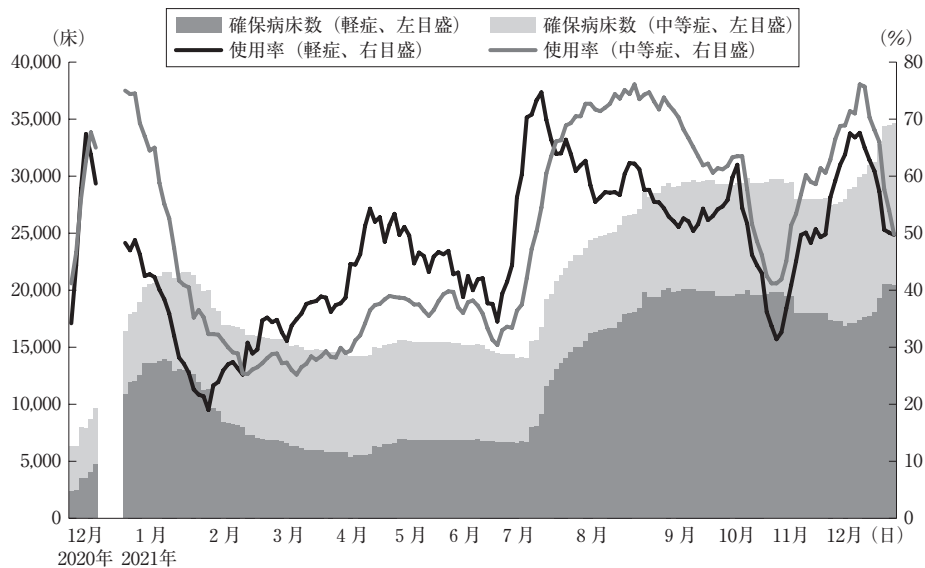
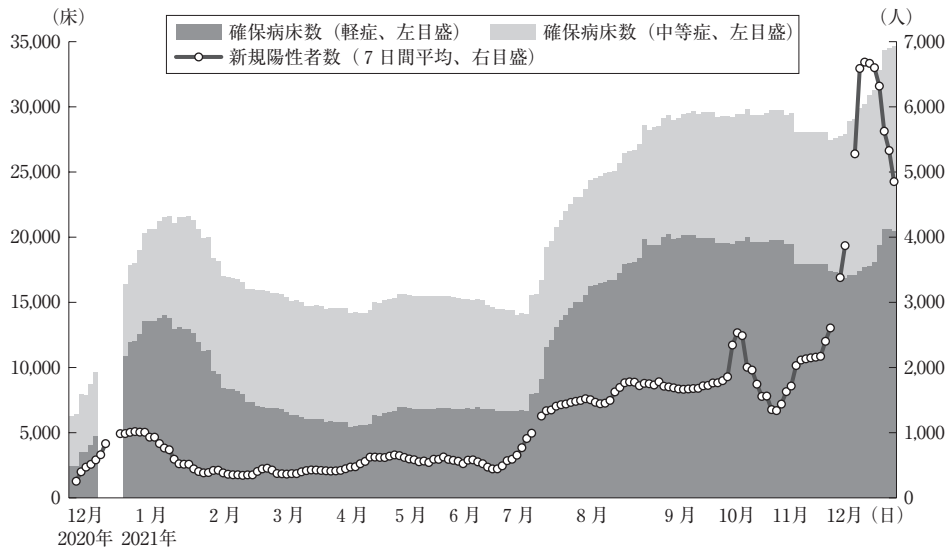
医療機関に対する行政の権限行使という点では、まず、平常時の規定として、保健福祉部は、国家レベル、および、各地域レベルで感染症病院を設置・指定しなければならないという規定がある（8条の2）。これは、わが国と同様の規定といえる。次に、感染症流行拡大などの緊急事態のもとでは、国および地方自治体は、医療機関を指定して感染者の治療を指示できるような仕組みが整えられている。具体的には、以下のような規定がある。

- 保健福祉部、疾病管理庁長官または市・道知事は、保健福祉部令で定めるところにより、医療機関を感染症管理機関に指定する（36条①）
- 市長・郡守・区長は、保健福祉部令で定めるところにより、医療機関を感染症管理機関に指定できる（36条②）
- 保健福祉部、疾病管理庁長官、市・道知事または市長・郡守・区長は、緊急事態が発生した場合、感染症管理機関に診療開始などを指示できる（36条⑥）
- 保健福祉部、疾病管理庁長官、市・道知事または市長・郡守・区長は、感染者が大量に発生する、または感染症管理機関が感染者全員を収容できない場合、医療機関を感染症管理機関に追加で指定することができ、管理機関の長は、正当な理由なく管理機関設置の命令を拒むことができない（37条）
- 感染症管理機関は、正当な理由なく感染者の受け入れを拒むことができない（38条）

こうした国や地方自治体の医療機関に対する強い権限が規定されている背景には、そもそも、感染者等を治療・保護することが国および地方自治体に課せられた責務であり、同時に医療機関の診察・治療を受けることが国民の権利であるということが、感染症管理予防法に明記されていることがあろう（それぞれ4条、6条）。

では、実際にこうした条文の効力は、新型コロナ流行下で発揮されたのだろうか。2021年8月に首都圏エリアでコロナ病床が逼迫した際には、国が病床確保の陣頭指揮を執り、その一環として行政命令が発出されている。行政命令による病床確保の動きはデータでも確認することができ、新型コロナ病床は、感染者の増加に伴い急速に拡大していることがわかる（図表22）。なお、韓国では、オミクロン株の流行により新規感染者が急拡大したものの、これは経済活動正常化に向けて規制緩和に踏み切ったところによる部分が大きい。そうした状況下にあっても、2021年11月、12月に行政命令の発出をはじめとする取り組みにより病床が確保されて以降、医療逼迫のような状況は生じていない。

(図表22) 韓国の新型コロナ病床数、新規陽性者数、および病床使用率の推移



(資料) 保健福祉部ウェブサイトのプレスリリース資料をもとに日本総合研究所作成

(注1) 期間は2020年11月20日から2021年末まで。

(注2) データは保健福祉部のプレスリリース資料から入手しており、日次のデータがすべて揃っているわけではない。

(注16) 日本の外務省ウェブサイトによる。

(注17) 本節の記述は、保健福祉部の公式ウェブサイトのほか、ADB [2021] やKim. et al. [2021]、藤原 [2016] [2020] などに基づいている。

(注18) 一般的な危機では、行政安全部の部長が中央危機安全対策本部の本部長を務める。

5. 台湾・韓国からの示唆と求められる対応

(1) わが国と台湾・韓国との比較

感染症対策の法制度について、わが国と台湾・韓国との違いを整理すると、下記の通りである (図表23)。

(図表23) わが国・台湾・韓国の感染症対応法制の比較

		日 本	台 湾	韓 国
法制度の枠組み		感染症法・新型インフル等特措法・検疫法・予防接種法などの個別法の集合	もっぱら伝染病管理法に依拠	危機安全管理基本法をベースとし、感染症管理予防法および検疫法で構成
指揮命令系統	司令塔	なし、不明 (内閣官房・厚労省・都道府県の関係性があいまい)	国 (中央感染症指揮センター)	国 (疾病管理庁。ただし、統括は中央危機安全対策本部)
	国・地方の関係	地方自治体に対策の権限。国の法的位置付けが不明瞭。	トップダウン型。地方に中央の指揮官を配置。	権限は広く共有されているものの、国が最終決定権限を有する。
	専門家会議	役割は大枠のみ規定	設置の規定なし	役割などを詳細に規定
	情報開示の規定	あり(感染症法。特措法にはなし)	なし	あり
行政権限	全体的な権限の強さ	弱い	かなり強い	強い
	医療機関に対する指示等	できない	できる	有事は可能
その他	細 則	政令・厚生労働省令	衛生福利部令	大統領令・保健福祉部例
	必要最小限の条項	あり	なし	なし
	国民の医療を受ける権利の規定	なし(国・地方自治体の責務として、医療提供の努力義務)	なし	あり

(資料) 各国の各種法律をもとに日本総合研究所作成

まず、法制度の枠組みについては、わが国では、基本法としての感染症法以外にも複数の法律が並列に存在し、さらに、それらを所管する官庁も異なっている。いわば個別法の集合体に過ぎず、感染症危機管理という観点から体系化されたものとはいえない。それに対し、台湾では、伝染病管理法という単一の法律により、パンデミックを含む感染症対策を包括的にカバーしている。韓国は、危機安全管理基本法という緊急事態全般に対する基本法という土台のもとに、感染症管理予防法というパンデミックを十分想定した法律が整備されている。

次に、指揮命令系統・司令塔機能に関しては、わが国は、国家レベルでは内閣官房・厚労省の間で権限が分散されているほか、都道府県との関係性にもあいまいさが残っており、司令塔と呼べるような組織は存在しない。それに対して、台湾・韓国では、それぞれ中央感染症指揮センター、疾病管理庁という、有事における国の司令塔組織が確かに存在する。台湾は、典型的なトップダウン型であり、総指揮官に強力かつ裁量性の高い権限を付与し、全国を区域に分け、それぞれに指揮官を配置するなど、国が下した決定が地方にも伝達され、徹底が図られる体制が確立されている。韓国は、国と地方のいずれにも感染症対策を実施できる権限が与えられているが、有事には国が地方を指揮命令できる体制になっている。また、専門家会議の役割なども詳細に規定されている。

最後に、行政の医療機関への権限に関しては、わが国では感染者の受け入れや医療の提供などを指示・命令する権限は付与されていないが、台湾では、平時を含め広範な指示・命令権限が与えられており、韓国でも、有事においては指示・命令できるようになっている。

なお、台湾でも韓国でも、わが国と同様、感染者等の人権を尊重しなければならないという趣旨の文言が法律上に明記されている。ただし、感染症対策を必要最小限にとどめなければならないといったわが国のような規定は見当たらない。

(2) 両国からの示唆と求められる対応

これまでの議論から明らかなように、わが国の現行の感染症対策法制は、予測不可能なパンデミックという事態に十分に対応できる枠組み・内容になっていない。ではどのような法改正を行うべきか。

最も重要なことは、現行の感染症法、特措法などの個別法の整理統合を図り、感染症予防管理法（仮称）といったパンデミック対策に主眼を据えた法律に再編・刷新することである。人権や私権への配慮はもちろん極めて重要であるものの、パンデミックが国民の生命や生活に及ぼすリスクの大きさに鑑みると、新たな法律には少なくとも現行の必要最小限の規定などは盛り込むべきではないだろう。

さらに、新たな法律を所管する常設の司令塔組織を国に設置することも強く求められる。司令塔に関しては、具体的には、厚労省の外局として、感染症危機管理をミッションの中核とする組織を新設することが望ましい。新組織は、厚生労働省の健康局結核感染症課を核として人員を増強し、国立感染症研究所などを下部機関に置くことが考えられる。さらに、台湾や韓国に倣い、例えば、現在、全国八つの地方に配置されている地方厚生局（注19）を改組することなどにより、有事の際には、国の方針や決定が全国の自治体などに伝達され、徹底が図られるような体制を整備すべきである。こうすることにより、感染防止策や医療提供体制について、都道府県単位ではなく、より広域な「地方」単位で調整や最適化を図ることも容易になる。

内閣官房などのより官邸に近いポジションに司令塔を設置すべきといった意見もあるものの、感染症対策を策定・指揮するためには専門的知識が不可欠であるほか、発生の予測できない感染症危機という事態に迅速かつ機動的に対応するためには、平時からサーベイランスなどを行っている組織が指揮を執るほうが望ましい。臨時的な色彩のある内閣官房下の組織より、厚労省下に常設組織として設置するのがふさわしいと考えられる。台湾や韓国において、こうした組織が司令塔機能を担っているのも、そのような理由によるものと考えられる。ただし、韓国のように、感染症対策の実務を指揮する司令塔とは別に、危機管理全般において国として講じるべき対策を総括・調整する危機管理本部などを内閣官房などに設置するといったことは有力な選択肢になろう。

医療機関に対する行政の権限に関しては、感染者に対する医療の提供を国の責務と定め、少なくとも有事にはそのための指示・命令が可能、かつ、実効性も担保されるような法改正が求められる。平時に病床数など一定の基準をもとに感染症指定病院の候補をリストアップしておき、有事の際には、患者の受け入れや治療を指示できるようにすることが考えられる。図表7に示したように、現状、公的病院や一部の民間病院のみに新型コロナ患者の受け入れが集中しているが、こうした一部の使命感や責任感の強い医療機関、そして医療従事者のみに負担が偏るような体制では、患者受け入れ拡大の余地に限られるだけでなく、新型コロナで経験したような長期に及ぶ感染症流行に対し、医療提供の持続性が担保され得るのかは疑問である。

加えて、一部の医療機関等に負担が偏在する現行の体制には、医療機関・医療従事者間の公平性という観点で大きな問題がある。米国疾病管理予防センターの論文（Jennings and Arras [2008]）では、公衆衛生危機に対する備えや対策を講じる際の倫理的目標の一つとして、それらに伴う利益や負担が国民の間で公平かつ公正に分配されることを挙げている（注20）。一部に集中する負担をより多くの医療機関や従事者に分散させる仕組みを構築することは、医療従事者間の公平性を担保する観点から望まし

い取り組みといえよう。病床数や人員などに応じ、民間も含めた病院の間で広く負担を共有できる体制を整備すべきである。ただし、医療機関に対する権限をどの程度強化すべきかに関しては、一般国民と医療機関・医療従事者の間でも公平性などのバランスを考慮する必要がある（注21）。また実際の権限強化にあたっては、医療機関や医療従事者に対する補償・支援（注22）をより明確にすることが不可欠である。

最後に、司令塔機能に関するものとして、公衆衛生学などの専門家の活用も提起しておきたい。公衆衛生学は、個人ではなく、集団の命をどう救うかという考え方であり、人口学や経済学、統計学、健康管理学を駆使しながら対策を立案するものである（野嶋 [2020] を参照）。極論すれば、すべての人の命を救うために、長期にわたり国や都市をロックダウンするのではなく、トレードオフの関係にある感染症対策と経済活動の最適化を目指す発想である。台湾や韓国では、こうした公衆衛生学の知識を有する人物が政策決定に深く関与していた。それが両国において国民への情報開示やリスクコミュニケーションが重視されていた理由の一つでもあろう。わが国では、政府の専門家会議のメンバーをみても、公衆衛生学の専門家はほとんど見当たらなかった。今後、専門家会議の役割をより明確に法定化し、政策決定過程の透明性を高めるのと同時に、公衆衛生学などの専門家を育成し、新設する感染症専門機関の幹部に登用することなどが求められよう。

（注19）支局を含む。地方厚生（支）局は、厚生行政の地方における「政策実施機関」として、医療、健康・福祉、年金分野に関する指導・監督や麻薬取締に関する業務を担当している。

（注20）倫理的な目標として挙げられているのは、以下の7点である。①被害や影響を抑制する、②すべての国民の自由と人権を等しく尊重する、③利益や負担を国民の間で公平かつ公正に分配する、④国民に透明性の高い説明を行う、⑤コミュニティの困難に対する適応能力や自立性を高める、⑥公衆衛生学の専門性を理解し向上させる、⑦国民一人ひとりの社会的責任感を醸成する。

（注21）本稿では、現状における医療機関の負担が一般国民に比べて小さく、国全体としてもそうしたコンセンサスが一定程度あるという考え方のもと、医療機関に対する権限強化を提起している。

（注22）例えば、損失補償、死亡保障のほか、感染症に関する情報提供、研修・訓練、医療設備・用品に対する財政的補助などがある。さらに、医療従事者に対する差別・偏見に対する罰則措置なども重要である。

6. おわりに

本論では、主に有事における感染症関連法の改正をテーマにしてきたが、図表4でも示したように、新型コロナで浮き彫りになった課題は、平時から問題として認識されていたものもあり、必ずしも感染症関連法改正というアプローチだけでは解決し得ないこともある。なかでも、感染症危機などの影響を受けやすい社会的・経済的弱者にきめ細かい給付や支援を迅速に行えるよう、マイナンバーなどを活用し、国が個人や事業者に関する情報を必要に応じて集約して把握できるような体制を早急に整備すること、そして、現状の分散している医療資源をより効率的に利用できるよう、医療機関の間における患者・病床等の情報のリアルタイムでの共有、かかりつけ医制度の普及などにより、医療機関間の連携・分業体制の強化を図りつつ、医療機関の再編・統合を進めるといったことが極めて重要である。

いうまでもなく、有事においては政治家や政治には大きな責務が負わされる。台湾や韓国において、国などに強い権限を付与した感染症危機管理の仕組みを整備できたのは、SARSやMERSで苦い経験を味わったことが大きい。それらの反省を活かし、感染症危機に備えるため、両国は法制度を抜本的に見

直し、司令塔組織の整備や国と医療機関の関係の見直しなどに積極的に取り組んできた。韓国では、新型コロナウイルス流行後も国会において感染症管理予防法などの改正が頻繁に行われている。新型コロナウイルスの収束はまだみえないが、近い将来、わが国が更なる感染症危機に見舞われる可能性も否定できない。今回浮き彫りになった課題の解決に向け、政治的リーダーシップのもと確実な取り組みが進められることが望まれる。

(2022. 3. 30)

(tatsuoka.kenjiro@jri.co.jp)

参考文献

- [1] 朝元照雄 [2021]. 「台湾に学ぶ：新型コロナウイルス対策はなぜ成功したのか？」『世界経済評論』2021年1・2月号
- [2] 一般財団法人アジア・パシフィック・イニシアティブ [2020]. 『新型コロナウイルス対応民間臨時調査会調査・検証報告書』 ディスカヴァー・トゥエンティワン
- [3] 小林慶一郎、佐藤主光 [2021]. 『ポストコロナの政策構想』 日本経済新聞出版
- [4] 一般財団法人自治体国際化協会 [2020]. 「韓国の地方自治—2020年改訂版—」 (http://www.clair.or.jp/j/forum/pub/docs/2020_seoul.pdf)
- [5] 錢瓊毓 [2020]. 「台湾におけるCOVID-19対応」 武見基金COVID-19有識者会議 (<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/3103>)
- [6] 藤原夏人 [2016]. 「韓国における感染症対策の強化」『外国の立法』 国立国会図書館 (https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9914665_po_02670008.pdf?contentNo=1&alternativeNo=)
- [7] 藤原夏人 [2020]. 「【韓国】新型コロナウイルス感染症対策強化のための法改正」『外国の立法』 国立国会図書館 (https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11488106_po_02830204.pdf?contentNo=1&alternativeNo=)
- [8] 野嶋剛 [2020]. 『なぜ台湾は新型コロナウイルスを防げたのか』 扶桑社新書
- [9] The Asian Development Bank [2021]. “The Republic of Korea’s Coronavirus Disease Pandemic Response and Health System Preparedness” (<https://www.adb.org/publications/republic-korea-coronavirus-disease-pandemic-response>)
- [10] Jennings, B. & Arras, J. [2008]. “Ethical Guidance for Public Health Emergency Preparedness and Response : Highlighting Ethics and Values in a Vital Public Health Service”, *CDC Stacks* (<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/44130>)
- [11] Kao, H.Y., Ko, H.Y., Guo, P., Chen, C.H., & Chou, S.M. [2017]. “Taiwan’s Experience in Hospital Preparedness and Response for Emerging Infectious Diseases”, *Health Security*, Vo.15, No.2, pp.175-184.
- [12] Kim, W., Jung, T. Y., Roth, S., Um, W., & Kim, C. [2021]. “Management of the COVID-19 Pandemic in the Republic Korea from the Perspective of Governance and Public-Private

-
- Partnership”, *Yonsei Medical Journal*, Vol.62, No.9, pp.777-791.
- [13] Lin, C.F. [2021]. “Taiwan : Legal Response to Covid-19”, Jeff King and Octávio LM Ferraz et al. Ed, *The Oxford Compendium of National Legal Responses to Covid-19* (OUP 2021).
- [14] Lin, C.F., Wu, C.H., & Wu, C.F. [2020]. “Reimagining the Administrative State in Times of Global Health Crisis : An Anatomy of Taiwan’s Regulatory Actions in Response to the Covid-19 Pandemic”, *European Journal of Risk Regulation*, Vol.11, No.2, pp.256-272.