

日本感染症学会の学閥構造とCOVID-19 政策——長崎大学の影響力

中国・武漢で新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が発生してから約6年が経過した。2023年5月のいわゆる「5類移行」からも2年半が経ち、「コロナ禍」は今や過去の出来事となりつつある。一方で、マスク着用や手指消毒などの感染対策は広く社会に定着し、現在も日常的に続けられているものが多い。その一方で、医療・介護施設での面会制限の継続など、妥当性が疑問視される対策も依然として残っている。また、コロナワクチンの是非をめぐる議論もなお熱を帯びている。

「コロナ禍」期、そして終息後においても、我が国の感染対策やワクチン政策の中心的役割を担ってきたのは日本感染症学会である。同学会は循環器学会や消化器病学会などと並ぶ、内科系の主要サブスペシャルティ学会(計13学会)の一つである。しかし、この学会には他の学会には見られない特殊な構造があるにもかかわらず、その実態が大きく取り沙汰されることはない。

感染症学会の中枢である理事会は、理事長を含む18名の理事および監事から構成されるが、そのうち7名(38.9%)が長崎大学の出身である。他大学では慶應義塾大学が2名を占めるものの、東京大学、九州大学、東京医科歯科大学(現・東京科学大学)など主要大学は各1名にとどまり、京都大学や大阪大学など他の旧帝大出身者は0名である。(表1)まさに「長崎大学」対「それ以外」という構図が成立していると言ってよい。(図1)

表1. 感染症学会理事会役員名簿

役職	氏名	現職	卒業大学	2020～2022までの製薬企業からの受取額	ファイザー Meiji Seika フ アルマ 由来 合計
理事長	松本哲哉	国際医療福祉大学医学部感染症学講座教授	長崎大	15,623,062	3,627,433
理事	岩崎博道	福井県丹南健康福祉センター・丹南保健所所長	福井医大	2,582,499	
	大毛宏喜	広島大学病院感染症科教授	広島大	8,566,820	216,552
	具芳明	東京科学大学大学院医歯学総合研究科統合臨床感染症学分野教授	医歯大	1,863,725	204,130
	掛屋弘	大阪公立大学大学院医学研究科臨床感染制御学教授	長崎大	18,059,913	1,151,354
	佐々木淳一	慶應義塾大学医学部救急医学教授	慶應大	6,522,852	2,113,539
	下野信行	九州大学病院グローバル感染症センターセンター長	九大	1,530,305	
	竹村弘	聖マリアンナ医科大学微生物学教室教授	長崎大	327,926	90,750
	館田一博	東邦大学医学部微生物・感染症学講座教授	長崎大	17,172,966	1,750,750
	多屋馨子	神奈川県衛生研究所所長	高知医大	237,478	18,182
	中野貴司	川崎医科大学総合医療センター小児科学教授	信州大	18,686,968	2,041,778
	三鷹廣繁	愛知医科大学大学院医学研究科臨床感染症学教授	岐阜大	54,339,304	5,149,166
	宮崎義繼	国立健康危機管理機構国立感染症研究所副所長	長崎大	496,257	
監事	迎寛	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科呼吸器内科学分野(第二内科) 教授	長崎大	37,182,543	2,111,837
	四柳宏	東京大学医科学研究所感染症分野教授	東大	7,636,196	1,278,728
	長谷川直樹	慶應義塾大学名誉教授	慶應大	3,073,468	741,789
	宮良高維	神戸大学医学部附属病院感染制御部教授	琉球大	2,614,539	170,149
	柳原克紀	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科展開医療科学講座病態解析・診 断学分野教授	長崎大	20,004,812	1,550,228

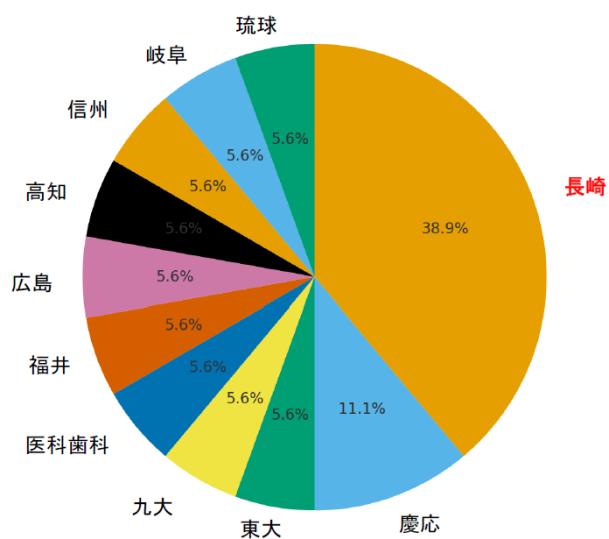
	長崎系平均	15,552,497
	非長崎系平均	9,786,741

感染症学会理事会役員名簿は https://www.kansensho.or.jp/modules/about/index.php?content_id=11 より作成。

製薬企業からの受取額に関しては製薬マネーデータベース『YEN FOR DOCS』(https://yenfordocs.jp/)より作成。

3年間の受取額が1,000万円を超える場合は太字となっている。

図1



通常、医学系学会の理事会は学閥・地域・専門分野(臨床・基礎・疫学等)のバランスを考慮して構成されるもので、特定の学閥に著しく偏ることは想定されにくい。しかし感染症学会に関しては、長崎大学出身者の一強体制が実質的に成立している。環境感染学会など感染症関連の他学会でも長崎大学関係者の影響力は大きい。

さらに、コロナ禍を通じてメディアに頻繁に登場した感染症専門家にも長崎大学出身者が多い。館田一博氏(元感染症学会理事長・東邦大学教授)、松本哲哉氏(現理事長・国際医療福祉大学教授)らは、とくに2020~2021年の初期コロナ禍において連日のようにメディアに登場し、多くの国民にとって「顔なじみ」の存在となつたが、いずれも長崎大学第二内科の出身である。

長崎大学医学部の起源は幕末にさかのぼる。安政4(1857)年、長崎奉行所西役所医学伝習所において、オランダ海軍軍医ポンペ・ファン・メールデルフォルトが医学伝習を始めたことがその始まりであり、日本最古の医学校である。伝統的に熱帯医学、とりわけ感染症学の分野で強みをもち、長崎大学熱帯医学研究所(熱研)は、日中戦争下の1942年(昭和17年)に、コレラ、チフス、赤痢など風土病研究のため「長崎医科大学附属東亜風土病研究所」として設立された。原爆で甚大な被害を受けながらも、長崎県には古くからフィラリア症、成人T細胞白血病(ATL)など多くの風土病が存在したため、研究所は戦後も存続した。五島列島でのフィラリア症、戦後の彦根でのマラリア、久留米・山梨で流行した住血吸虫症など、国内の風土病の撲滅に寄与し、1960年代までに他機関と協力して多くの成果を上げている。熱帯医学研究所は国際保健の拠点でもあり、アジア・アフリカに海外研究拠点を有する。さだまさし氏の曲「風に立つライオン」(後に大沢たかお主演で映画化)のモデルである柴田紘一郎医師も、同研究所の医師としてケニアに派遣され現地医療に従事した。

こうした歴史的背景から、長崎大学が日本の感染症分野に多大な貢献をしてきたことは確かであり、多くの同大学出身者が感染症学会の理事として強い影響力をもつことも一定の合理性がある。また、理事選出が正規の規則に基づいて行われている以上、それ自体を批判するのは適切でないという反論もあり得る。

さらに、これはやや俗な視点かもしれないが、東京大学のような国内トップレベルで大きな権威を有する大学を批判す

ることには抵抗が少ない一方、地方大学を批判する行為は「弱者いじめ」に映るという社会心理的なバイアスが働く可能性もある。同じ構図で東京大学が圧倒的多数を占めていたとすれば、もっと強い批判にさらされていたかもしれない。

では、特定の学閥が学会で圧倒的な力を持つと、どのような問題が生じるのか。緊急時には意思決定が迅速に進むという利点がある一方、支配的学閥に反対にくくなり、誤りや利益相反(COI)があっても内部批判が起きにくくなる。ガイドラインや政策提言が「学閥の見解」と「科学的合意」を混同しやすくなる危険性もある。さらに、支配学閥が特定企業・機関と密接な関係を持つ場合、政策提言や学会声明が中立性を欠くおそれもある。

なお、表1には製薬マネーデータベース「YEN FOR DOCS」を用い、コロナ禍(2020~2022年)において各理事個人が製薬企業から受け取った講師謝金、コンサルティング等の業務委託費、原稿執筆料・監修料等の合計額と、そのうちコロナワクチン関連企業(ファイザー、Meiji Seika。なお、モデルナについてはデータを確認できなかった)に由来する合計額とを示している。

製薬企業から大学教授などの医師に支払われる謝礼が高額である例として、しばしば話題に上るのが日本高血圧学会である¹⁾。高血圧や糖尿病といった生活習慣病、循環器領域などは患者マーケットが極めて大きいことから、これらを対象とする学会では、製薬企業との関係性や利権がしばしば取り沙汰される。こうした見方の背景には、過去に臨床研究不正の象徴とも言える大スキヤンダルであったディオバン事件の記憶が影響していることも否定できないだろう。

高血圧学会理事への謝礼については、5年間で16人が1,000万円超、最多では1億円超と報じられているが、金額の規模という点では感染症学会の理事も決して引けを取らない。コロナ禍の3年間において、受取額が最も多かったのは、メディアにも頻繁に登場していた三鶴廣繁氏(愛知医大教授)である。また、他に3年間の受取額が1,000万円を超えていた理事は三鶴氏の他に6名存在するが、そのうち5名は長崎大学の出身であった。

受取額には個人間で極めて大きなばらつきがあるため、平均値で評価することには疑問も残るが、あえて平均値を算出すると、長崎大学系理事の平均は、非長崎大学系理事の平均を大きく上回っている。さらに、コロナワクチン関連企業(ファイザー、Meiji Seika ファルマ)由来の謝礼に限定した場合でも、同様の傾向が認められる。これらの集計額は、Web上のデータベースを二次利用して算出したものであるため、一部に漏れや誤りが含まれている可能性を否定することはできない。しかし、全体的な傾向としては大きな誤りはないものと考えられる。

一般に大学教授の本給は、大学からの給与のみで見れば年1,000万円台前半であることが多い。これだけ多数の講演をこなしていれば、他の業務に割ける時間が限られるという側面もあり、こうした謝礼額が彼らの労働量や能力に比して法外に高いかどうかについては、議論の余地があるだろう。また、正当な手続きを経て支払われた謝礼金について、過度に問題視するのは適切ではないとする考え方もある。しかし、製薬メーカーとの間に利益相反(COI)が存在する場合、とりわけコロナワクチンのようなテーマに関しては、メーカーに少しでも不利となり得る情報の発信がしづらくなる傾向が生じる可能性は、否定できないのではないだろうか。

長崎大学関係者を中心とする感染症学会の専門家らは、コロナ禍初期から徹底した感染対策を訴え、コロナワクチンの有効性と安全性を強調し、接種推進を積極的に後押ししてきた。長崎大学が主導した研究として、コロナワクチンの有効性を評価する「VERSUS研究」がある。本研究では、ワクチン追加接種が重症化を大幅に減少させた一方、症状のある感染を明確には阻止できなかったことが示されている²⁾。

ただし、本研究では受診者のみが対象であるため、受診バイアスの影響を受ける可能性が指摘されている。ワクチン接種者は軽症でも受診しやすい一方、未接種者は重症化するまで受診を遅らせる傾向がある。この相違は比較結果を歪め得るため、VERSUSのようなテスト陰性デザインは慎重に解釈されるべきである。また、研究の症例選択に恣意性があるとの批判も提示されている³⁾。こうした論点については、研究を主導する長崎大学側も根拠を示して反論すべきだと考えられるが、現時点では公式の場で議論されている様子は見られない。

なお、2025年9月、日本感染症学会理事長・松本哲哉氏を筆頭に「新型コロナワクチン定期接種に関する見解」が公

表された 4)。そこでは、「COVID-19 の高齢者における重症化・死亡リスクは依然として高く、免疫を逃れるウイルス変異も続いているため、冬季の流行に備え、2025 年 10 月から開始される新型コロナワクチンの定期接種を強く推奨する」と明記されている。さらに、接種推奨の根拠として、「わが国でも、もし新型コロナワクチンが導入されていなかつたとすれば、2021 年 2~11 月の感染者数は報告数の 13.5 倍、死者数は 36.4 倍に達したと推定されている」と、西浦博氏による研究成果が引用されている 5)。しかし、この論文については、直前の実測値に基づく短期予測をつなぎ合わせることで、あたかも高精度な長期予測が成立しているかのように見せているのではないか、という重大な懸念がすでに指摘されている 6)。本論文の評価については現時点では結論が出ておらず、今後の検証が必要である。

学会執行部のバックグラウンドに多様性が乏しい場合、異なる視点が十分に反映されにくく、また多数派の支持を得た意見であれば、偏りや誤りを含む場合でも容易に通ってしまうのではないかという懸念は、どうしても拭えない。コロナワクチンに関しては、メーカーが 2025 年秋も接種促進のオンラインセミナーを多数開催しており、その演者には長崎大学関係者が多い。接種推進派にとって 利益相反(COI)が避けがたい点は否定しようがない。

本稿は、コロナワクチンそのものの是非を主題とするものではない。しかし、接種への公的補助が大幅に縮小された 2024 年秋以降も、学会は引き続き高齢者や基礎疾患有する者に対し追加接種を強く推奨してきたものの、同年秋の追加接種率は高齢者も含めて大きく低下した。一方で、映画『ヒポクラテスの盲点』に象徴されるように、コロナワクチンの負の側面が社会的に広く認識されつつある状況も相まって、一般国民の反応は必ずしも芳しくなく、2025 年秋の接種率はさらに低下することが見込まれる。また、医師を含む医療従事者の間にも、追加接種の意義に懷疑的な見解を持つ者は少なくない。

COVID-19 による死亡数は依然としてインフルエンザの 10 倍以上とされるものの、「肺炎死であっても COVID-19 陽性であればコロナ死に計上されているのではないか」という疑問が残る。追加接種率の低下が本当に医療逼迫を招くのか、接種推進側はさまざまな交絡因子を十分に考慮した精緻な検討を示す必要があるのではないか。

感染症学会は 2025 年 8 月に「新型コロナウイルスワクチン定期接種の公的助成継続に関する要望書」を公表した 7)。しかし、学会だけが接種推進一辺倒で、コロナワクチンの負の側面にほとんど言及しない姿勢を続けるならば、公的補助を縮小する国の方針や、追加接種に慎重な世論との乖離がさらに深まるのではないか。結果として、感染症学会そのものの信頼性を損ねる恐れがある。追加接種を推進する以上、感染症学会は本当に説得力のある根拠を示すことができるのかが問われている。このような“意固地”にも映る学会の態度は、理事会が特定の学閥により実質的に支配され、多様な意見が言いにくい雰囲気になっている可能性と、本当に無関係なのだろうか。

国民が納得できない政策は、どれほど専門家が強く推奨しても実行困難である。2024~2025 年に顕著となったコロナワクチン追加接種率の低迷は、その典型である。エビデンスの正しさとは別に、政策形成の過程が見えず、議論が特定の専門家集団に偏っているように映れば、人々は「自分たちの声が反映されていない」と感じ、政策への参加意欲を失う。さらに専門家への信頼が揺らぐと、正しい政策であっても国民に届かず、逆に不十分な政策が修正されないまま維持されるという悪循環が生じ、公衆衛生全体の信頼性が低下する。こうした事態を避けるためには、透明性のある政策決定、多様な立場の専門家によるバランスの取れた議論、製薬業界との関係を率直に説明する姿勢、そして異論を排除せず議論を可視化する文化の醸成が必要ではないだろうか。感染症に限らず公衆衛生政策は国民の理解と信頼を得てはじめて機能するのであり、その基盤を支えるのは開かれたプロセスと説明責任である。

長崎大学には、Biosafety Level 4 (BSL-4) 施設—極めて危険で治療法・ワクチンのない病原体を扱うための、最も厳格な安全基準を備えた研究施設—である「長崎大学 高度感染症研究センター」が稼働している 8)。本施設は、河野茂前学長(第二内科前教授)の強い主導のもとで推進された経緯があると報じられている 9),10)。本施設のセンター長は長崎大学小児科前教授の森内浩幸氏であり、小児へのワクチン接種推進の立場ながら、映画『ヒポクラテスの盲点』にも唯一出演し、コロナワクチンの問題点を認めた希少な専門家でもある。

この施設は附属病院や医学部を含む医療系キャンパス内に設置されており、患者や学生への安全性への懸念から、近隣住民の根強い反対があったものの、それを押し切って建設された。反対運動には、長崎大学工学部の吉武裕名誉教授も加わっており、学部は違えど学内の“身内”からも安全性に懸念を抱く声が上がった格好である。反対デモは長年にわたり行われているが、大手メディアでの扱いは小さく、全国的な注目は限定的である。長崎大学関係者の中には、「またやっているのか」という程度の受け止めをしている向きもあるようだ。2025年11月には周辺住民らが、「数十万人の幸福追求権が犠牲となる」と国を訴えた「施設指定取り消し訴訟」が長崎地裁で開始された¹¹⁾。

一部では、トランプ政権以降アメリカで機能獲得研究(Gain-of-Function)が事実上実施困難となったため、その研究の一部を日本のBSL-4施設に誘致しようとする動きがあるのではないか、との指摘もある。

誤解のないよう強調しておく。本稿が指摘しているのは、感染症学会および関連学会における「特定学閥の支配の可能性」という構造的问题であり、感染症学会そのものの存在意義を否定したり、長崎大学全体や個々の関係者を批判・中傷する意図は一切ない。むしろ、臨床感染症学に本気で取り組む大学が長崎大学以外にきわめて少なく、他の学派が育たなかつたことが背景としてあるのだろうと筆者は考えている。

本稿で述べた事項の多くは、暗黙の了解として共有されてきたにもかかわらず、指摘しにくさゆえに十分に顕在化してこなかつた側面が大きいのではないだろうか。本稿では、あえて「空気を読まず」にこれらを明文化し、問い合わせこととした。なお、本稿で提示した情報はすべてWeb上で公開され、誰でも閲覧可能な情報を二次的に利用したに過ぎないことを強調しておきたい。したがって、内部事情を知る関係者による告発と本稿をみなすのは的外れである。本稿でとりあげた内容は、個別の不正やスキャンダルとはいえない。本稿の目的はあくまで構造的な問題提起を行うことにある。健全な公衆衛生政策を確立するためには、学会の透明性を高め、多様な専門家による議論を促進し、国民の理解と信頼を確保することが必要であると、改めて強調しておきたい。本稿は匿名で公開するが、不快に感じる読者も少なくないと考えられる。しかしながら、批判的意見こそが、健全な議論には不可欠である。本メルマガを通じて、本稿への誤りの指摘や厳しい批判を含め率直なご意見をお寄せいただければ幸甚である。

参考文献

- 1) <https://www.moneypost.jp/1311889>
- 2) Maeda H et al. Effectiveness of primary series, first, and second booster vaccination of monovalent mRNA COVID-19 vaccines against symptomatic SARS-CoV-2 infections and severe diseases during the SARS-CoV-2 omicron BA.5 epidemic in Japan: vaccine effectiveness real-time surveillance for SARS-CoV-2 (VERSUS). Expert Rev Vaccines. 2024 Jan-Dec;23(1):213–225. doi: 10.1080/14760584.2024.2310807.
- 3) <https://www.youtube.com/watch?v=EDTKVSZs9i8>
- 4) https://www.kansensho.or.jp/modules/news/index.php?content_id=797
- 5) Kayano T et al. Evaluating the COVID-19 vaccination program in Japan, 2021 using the counterfactual reproduction number. Sci Rep. 2023 Oct 18;13(1):17762. doi: 10.1038/s41598-023-44942-6.
- 6) <https://zenodo.org/records/17114687>
- 7) https://www.kansensho.or.jp/modules/news/index.php?content_id=793
- 8) <https://www.ccpid.nagasaki-u.ac.jp/about/>
- 9) <https://www.nagasaki-u.ac.jp/ja/news/news3385.html>
- 10) <https://www.m3.com/news/iryoishin/846214>
- 11) <https://www.ncctv.co.jp/news/article/16147916>