

コロナ時代の日本の針路

東郷 和彦 京都産業大学非常勤客員教授

本稿執筆の時点で日本は、コロナウイルスの第一波をそれなりにのりこえ、コロナとの共存の中で新しい経済・社会・文明を作り出そうと動き出そうとしている。未曾有の危機ではあったが、危機であればこそ、これを大きな機会ととらえ、変革への意欲と希望を語る声が聞こえてくる。日本はそのために、日本に対しても世界に対しても大きな責任を負っているという声もある。筆者もそう思う。

しかしそのためには、過去半年間に私たちが直面した問題を総括し、なぜ当初この問題に直面し右往左往してしまったのか、それを繰り返さないために学ぶべき問題点は何だったかを、今きちんと総括しておかねばならないと思う。本稿は、そのための拙い試みである。

*

筆者にとっての衝撃は、日本の対応が、台湾及び韓国に比べて明白に出遅れたことからやってきた。昭和時代の東アジア経済は、日本を筆頭とする「雁行形態」で発展し、韓国・台湾・香港・シンガポールの四つの龍が日本を見ながら発展してきた。それが、今回見事にひっくり返り、日本は、台湾・韓国の後塵を拝してしまった。以下の数値が示すとおりである。

『表1』北東アジアのコロナ感染数等の国際比較¹

国名	死者	感染者	人口 (1,000)	死者 / 人口 10 万
日本	927	17,293	126,850	0.73
韓国	277	12,085	51,225	0.44
台湾	7	443	23,774	0.03

台湾については、1月23日に武漢が閉鎖されると、2月6日に中国人の入境を全面禁止にした。その後少しずつ感染者の数は増えたが5月2日には感染者429名、死者6名となり、その後感染者・死者共にほとんど増加はとまっている。

韓国については、事態に振幅がある。大邱の宗教団体の会合で集団感染が発生したことが2月中旬には報道され、20日に公表された。三月中旬まで世界感染国で感染者数第4位というところに追い詰められながら、4月の後半にはいったん事態が収拾された。ドライブスルー等のPCR検査の徹底と、これとマッチングした感染程度の軽重に応じた分離隔離の整備によって危機を乗り越えつつある旨、内外に大きく報道されるようになった。

日本から見た転換点は4月26日であり、この日の韓国の感染者の数は10,674名でこの日初めて日本を下回り、死者の数236名は日本と同数となった。以後日本はまだ両者ともに非常な速度で拡大した。韓国でも、5



東郷 和彦 | どうこう・かずひこ

京都産業大学非常勤客員教授

長野県生まれ。1968年東京大学教養学部卒、外務省に入省。在ソ連邦日本大使館勤務、外務省ソ連課長等を経て、在米日本大使館総括公使、在ロシア日本大使館次席公使、外務省条約局長、同欧亜局長、在オランダ大使等を歴任。2002年退官後、ライデン大学、プリンストン大学、ソウル国立大学等で教員・研究をし、2009年ライデン大学で人文科学博士。2010年より2020年3月まで京都産業大学教授・世界問題研究所長。2011年より静岡県対外関係補佐官。専門は国際政治。主な著書に『北方領土交渉秘録』『歴史と外交』『危機の外交』『返還交渉—沖縄・北方領土の「光と影」』、編著に『日本発の「世界」思想』など多数。

¹ コロナ感染数、死者数は、6月14日付ジョンホプキンス大学統計。人口は2019年国連統計。https://www.globalnote.jp/post-1555.html 6月13日。感染者等の数値は、今後特段の断り書きがない限りジョンホプキンス大学の数字による。

月2日ソウル市内のクラブで相当数の感染者が発生したが、「分離隔離と病床の確保」、「検査」に加え、「濃厚接触者を検索する厳しい監視」の三政策の徹底により、再び安定をとりもどしている。

＊

起きたことには、原因がある。なぜ台湾・韓国・日本の間にこのような差がついたのか。過去20年間北東アジアにおける三つの疫病において、台湾と韓国はそれぞれ大きな教訓を学び、日本は学ぶべき教訓を引き出せなかったからではないかと思う。

(1) 2002～03年 SARS への対応

SARS（重症急性呼吸器症候群）は、中国南部の広東省を起源とし、2002年11月中国の症例に端を発し、2003年7月にWHOによって終息宣言が出されるまで約1年7か月の間続いた疫病である²。

『表2』 SARS 国際比較

SARS	感染者	死者
中国	5327	349
香港	1755	299
台湾	346	37
韓国	3	0
32 地域計	8096	774

台湾で今回蔡英文総統の下で実際上の指揮をとった陳建仁副総統は、SARS 抑え込みに取り組んだ公衆衛生畑出身であったことは公知の事実である。韓国は、SARS にはほとんど感染していない。日本もまた「わが国では、集団発生期間中に報告のあった可能性16例と疑い例52例すべてが、他の診断がつき取り下げられたか、あるいは、SARS 対策専門委員会でSARSの可能性が否定されている」として、SARSは十分に抑え込んだという認識しか示していない³。

(2) 2009年～10年パンデミック（H1N1）への対応

2009年パンデミック（H1N1）は、豚を発生源とし、2009年4月メキシコ、米国などで散発的に発生した。

WHOは、4月に緊急委員会の会合を開催、以後徐々に危険度を上昇させ、6月に最も重いパンデミック宣言をした。

その後の感染状況については、WHOの進藤奈邦子氏は、2010年5月時点で、「214カ国・地域で感染を確認。死者は18097人。感染者は多くの国から感染者の報告をしなくなった」⁴と講演で述べている。

国別の死者については、NIIDからの以下の資料がある⁵。

『表3』 2019 パンデミック国際比較

	死亡者	死亡率/10万	PCR
米国	約12000	(3.96)	—
カナダ	428	1.32	全例
メキシコ	1111	1.05	—
韓国	257	0.53	全例
日本	199	0.16	184 確定

韓国は、北東アジアでは死亡率・死者数共に最高であり、PCRの全例検査がすでに始まっている。2009年パンデミックへの対処が、今次コロナウイルスへの対応の基礎となった旨十分に推定できる。

日本は当初感染者を強制入院の対象とする厳しい査定をしていたが、WHOによるパンデミック宣言の直後「季節性インフルエンザとほぼ同様な扱いをすること」にきりかえた。これを総括した2010年末の日本感染症学会の文書から、今後への対応を迫る危機感は感ぜられない⁶。しかるに、日本経済新聞は、厚生労働省が2009年パンデミックのあと「対策の選択肢を複数用意」「危機管理の専門体制強化」「PCR含む検査体制強化」などの反省点を取りまとめたがそれらはなんら生かされなかったと指摘、これを生かせなかった日本の官僚主義を痛罵した⁷。筆者も同じ印象をもたざるをえないのである。

(3) 2012年 MERS（中東呼吸器症候群）への対応

MERSは、アラビア半島を中心に発生の報告のある重症呼吸器感染症で、WHOによれば、2012年9月

² SARS 関係の数値は、国立感染症研究所（NIID）IDWR2005年第6号による。https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/414-sars-intro.html 5月3日

³ 注2のIDWR2005年第6号同じ。

⁴ WHO グローバルインフルエンザプログラム 進藤奈邦子 https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/dl/infu100528-02.pdf 5月4日

⁵ NIID 感染情報センター 岡部信彦氏 2010年11月6日講演 https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/pdf/kouen-kensyuuikai_03.pdf 6月8日

⁶ 「2010年の総括と2010/2011冬に向けた日本感染症学会の考え方」2010年12月3日 http://www.kansensho.or.jp/modules/topics/index.php?content_id=5 5月4日

⁷ 『日本経済新聞』2020年6月9日1面「11年前の教訓放置」

以降2019年11月末までに診断確定患者数2494名、少なくとも死亡者858名である⁸。

北東アジアにおいては、2015年5月から12月の間に韓国で感染者185名、死者少なくとも38名が発生。韓国がMERSへの対策として様々な試行錯誤を繰り返したとの報道は枚挙に暇がない。日本と台湾はMERS感染が記録されていない。

台湾・韓国の後塵を拝した原因は、①これら感染症を抑え込んだ成功故の専門家と官僚の中に生じたかもしれない「油断」が一つ。②もう一つは、その背景にあった私を含む国民的無関心。韓国も台湾も戦後から今日に至るまで戦争の危険性の中に身を置き、その中で「防疫」が国の安全保障の根幹にあるという認識を自ずと培ってきた。日本にはそれがなかったと思う。

＊

では安倍政権とそれを支える日本の官僚組織と専門家は、新型コロナに対して何もしなかったのか。そんなことはない。この半年を振り返れば、明らかに一生懸命対応し、みごとな成果をあげ、いまの第一波抑え込みに持って行った明確な要因もあると思う。しかし、いくつかの「不幸な偶然」も重なり、更にいかんせん、対応に「出遅れ感」が生じたことは否めない。

「不幸な偶然」は、①2月5日に発生したクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」への対応⁹、②習近平主席来日をどうするかの問題によって3月4日まで中国人の入国制限が遅れたこと、③オリンピック開催問題への対応によって3月の後半コロナ問題についての重要な決定が遅れたかもしれないことの三つがある。

にもかかわらず、1月から3月まで、重要な決定は次々になされていった。

この中で、専門家会議の発足は特筆に値する。日本における疫病の専門家の組織としては、厚生労働省の影響下にある「国立感染症研究所(NIID)」及び学会としての「日本感染症学会¹⁰」があるが、これら専門

『表4』1月から3月の重要決定

日付	決定事項
1月29~31日	武漢から邦人帰国(3次チャーター便)
1月30日	政府コロナ対策本部設置
2月13日	緊急対策(第一弾)153億円
2月14日	専門家会議発足
2月25日	基本方針決定「まだ大規模感染なし」
3月10日	緊急対策(第二弾)拡大防止・医療提供
3月13日	特別措置法改正:緊急事態措置可能に

家の中から鍵となる人たちを選び、その周辺に、更に知見を有する人たちが集まり、科学者・専門家が爾後枢要な役割を果たすこととなった。テレビなどを通じて以後国民が合うことになる地域医療機能推進機構理事長の尾身茂副座長、WHOでSARSを食い止めるために英雄的な役割を果たした東北大学大学院の押谷仁教授、メンバーではないが数理計算の最強のエキスパートとして知られる西浦博北海道大学大学院教授などがその中核メンバーとなった¹¹。

3月後半、事態はついに緊迫と混迷を深めた。

このころから感染者の数が増え始める¹²。

このころから日本におけるPCR検査が他の先進国に比べて異常に低いことに対する疑問・不満があちこちから報ぜられるようになった。

あたかもこの疑問・不満に答えるように、2012年ノーベル賞受賞の山中伸弥氏のブログの3月31日の『5つの提言』は、(分離隔離治療体制の推進実行を前提として)「PCR検査を必要な時に必要な数だけ行う体制の強化が求められる」と述べた¹³。

＊

かくて4月から5月にかけて、事態は一気呵成に動き始め、5月末には、ともかくCOVID19の第一波を抑え込む事態となった。その抑え込みの論理を組み立てたのは、先に紹介した専門家会議の中核メンバーであった。この間の経緯を簡潔に振り返りたい。

4月7日の緊急事態措置の発令は特に重要である。

⁸ 厚生労働省「中東呼吸器症候群(MERS)について」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou19/mers.html> 6月8日

⁹ 岩田明子「安倍晋三対コロナ150日戦争」『文芸春秋』2020年7月号128～129ページ

¹⁰ 日本感染症学会: 新型コロナウイルス感染症ホームページ http://www.kansensho.or.jp/modules/topics/index.php?content_id=31 6月10日

¹¹ 広野真嗣「ドキュメント 感染症『専門家会議』」『文芸春秋』2020年7月号162～174ページ参照。

¹² 例えば、3月17日44、24日65、28日194、4月2日224。

東洋経済オンライン「新型コロナウイルス国内感染の状況」<https://toyokeizai.net/sp/visual/tko/covid19/> 6月13日

¹³ 「山中伸弥による新型コロナ情報発信」3月31日「5つの提言」<http://www.covid19-yamanaka.com/> 5月4日

『表 5』 6 回の緊急事態措置の地域的発動と解除

日付	緊急事態措置の発動と解除	感染者	死者
4.7	埼玉、千葉、東京、神奈川、大阪、兵庫、福岡(ター便)	377	1
4.16	全国。上記7+北海道、茨木、石川、岐阜、愛知、京都 = 13の特定警戒都道府県	596	15
5.4	緊急措置を、5月31日まで延長	177	11
5.14	北海道、東京、埼玉、千葉、神奈川、大阪、兵庫、京都の8つを除き、39都道府県解除	100	23
5.21	大阪、兵庫、京都 解除	43	19
5.25	北海道、東京、埼玉、千葉、神奈川 解除	20	16

ここで日本政府の政策は、今までと違う方向に動き出した。「感染者が増えた都市部では、クラスター対策から、接触を8割削減する方法に転換した」¹⁴のである。日本の現場からの発想として「三密」すなわち「密閉・密集・密接」回避が生み出され、その王道は「接触機会の極力8割削減」「外出自粛」となった。「三密回避」は欧米でいう「social distance 社会的距離をとる」ことであり、「外出自粛」は要請ベースの日本的ロックダウンだった。期間は5月6日まで。

感染者については、無自覚者・軽症者を公共施設乃至借り上げホテルに分離収容し、病院を重症者に割り当てる必要性が大々的に喧伝された。病状の判断については前日6日の対策本部で安倍総理から「PCR検査体制の一日2万件への倍増」という檄が飛んだ。世界の「ワクチン開発、治療薬の開発」に参加すること、その文脈でアビガンの備蓄量を3倍にすることも語られた¹⁵。

しかしすべてがすっきりといったわけではない。疫病対策という観点から特に四つの問題をとりあげたい。

(1) 第一に、PCRを初めとする検査の問題がある。

すでに日本におけるPCR検査数の低さについて述べた。4月28日発表のOECD統計では、人口1000人に対し日本はOECD諸国中36国中35位の1.8人であった¹⁶。

5月4日の記者会見に総理と共に臨んだ尾身茂副座長は、誠実・懇切・詳細に、SARS, MERSがなかったことによりPCR体制をくむことがなかった、保健所の業務過多、入院先の不安定性など様々な要因で「医者判断」ははずせないけれども、今よりもっと増やさなくてはいけないことを率直に述べた。

以後厚生労働省より、①PCR検査の目安としての「37.5度以上の発熱が4日以上続く」の削除(5月8日)、②抗原キット(速やかな検査可能)の承認(5月13日)、③唾液PCR検査の条件付き承認(6月2日)が矢継ぎ早に発表された。

にもかかわらず、PCRの数は本稿記述の時点で毎日10,000を決して上回らない¹⁷。不可解であるとしか言いようがない。

(2) 第二に、数理計算値の問題がある。

感染率とコロナ感染の度合いを測る国際的な方程式「実効再生産指数」¹⁸に従い、5月14日の専門家会議は、「概ね4月上旬以降から「1」を下回り続け、発症日データのみを用いた推定による4月28日時点での全国推定値は、0.6」と発表している¹⁹。同時に記者会見用資料には、今後の解除のための条件として「直近1週間の累積報告数が10万人あたり0.5人程度以下」という基準が入る²⁰。両者の関係は、筆者には判然としない。

いずれにせよ、PCRの不足は感染者数の正確な把握を難しくし、そのことは、「実効再生産指数」「直近1週間の累積報告数」をくるわせる。ここにもまた、不可思議としかいいようがない問題がある。

(3) 第三に、「監視体制」の問題がある。

5月21日の改訂基本方針でこの言葉が明確に使わ

¹⁴ 広野真嗣「専門家会議」西浦博教授発言引用『文芸春秋』171ページ

¹⁵ 4月7日安倍総理「対策本部」及び「記者会見」発言。

¹⁶ 高橋浩祐 YAHOO ニュース <https://news.yahoo.co.jp/byline/takahashikosuke/20200430-00176176/> 5月3日

¹⁷ 『東洋経済オンライン』参照。 <https://toyokeizai.net/sp/visual/tko/covid19/> 6月14日

¹⁸ 一人が現実社会の諸要件の下で、数理的には、一人以上を感染させればウイルスは増加、一人なら停滞、一人以下なら必ず減少しやがて消滅するという見方。

¹⁹ 専門家会議「状況分析・提言」(5月14日) <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000630600.pdf> 6月14日

²⁰ 「状況分析・提言」 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000630718.pdf> 6月14日。他方、前述の「注18」の東洋経済オンラインでは、「実効再生産数」分析も続けられている。

れたが²¹、実際の意義は、5月25日安倍総理より、「感染者早期発見のための『接触確認アプリ』の導入。個人情報保護。6月中旬をめどに開発」と発表された。6月13日のNHKニュースはこの「接触アプリ」が近く導入されると報じた。

ただし、監視体制の効果は、PCR検査体制との連動効果如何にかかるので、この点は今後の帰趨を待たねばならない。

(4) 第四に、「最終出口」としてのワクチンと治療薬の開発問題がある。

安倍総理からもその方向を向いた重要なメッセージが発せられている。

- ①「世界中の英知を結集して、ワクチン開発、治療薬の開発へ。。。アビガン120例に投与、備蓄量を現在の3倍へ」(4月7日)
- ②「レムデシビルについて米国で使用承認。日本でも特例承認へ」(5月4日)
- ③「フサン、アクテムラ、イベルメクチン、いずれも日本製。アビガン承認をめざす」「感染症流行対策イノベーション連合等を通ずる国際協力を推進へ」(5月14日)
- ④「治療薬・ワクチンを途上国も使えるようにする特許権プールの創設をG7サミットで提案」(5月25日)

本稿執筆の時点で、アビガンの承認は行われていない。G7サミットの延期とともに特許権プールの件も報道は止まっている。正当化されない遅延が始まっているのかもしれない。

*

「中間的出口」の鍵となるPCR検査の抜本拡大、「最

最終的出口」の鍵となるワクチン・治療薬の開発と利用、日本は本当にその実現を効果的にやり続けることができるのか。そういう疑問をふりはらうような真剣な提案が日本の中から始めている。

PCRについては、2020年5月8日「鹿島平和研究所国力研究会/安全保障外交政策研究会(SSDP)+有志」より『新型コロナ。V字回復プロジェクト「全国民に検査」を次なるフェーズの一丁目一番地へ』という提案が行われた。

約30名弱の安全保障、外交の専門家からの提言であり、次のステップに進むために必要なこととして、これまでの「一日1万件→1000万件検査」を提案、そのための巨額な予算措置を講じるべきという提案である²²。

治療薬・ワクチンについては、川勝平太静岡県知事による4月下旬から6月上旬にいたる4次の「緊急要請」がある。知事の要請は、全国知事、加藤厚生労働大臣、西村経済再生大臣ほか、新型コロナウイルス関係者に対し提起されている。ポイントは以下の三点である。

- ①1兆円規模の「新興の感染症治療薬・ワクチン開発基金」の創設。
- ②「防衛」「防災」「防疫」は国防の三本柱であり、上記基金は、内閣官房の国家安全保障局経済班において運用。
- ③上記基金を活用して、製品化された治療薬・ワクチンは、特許・ロイヤリティの一部を放棄し、各医療機関や途上国等に無償で配布²³。

(2020年6月14日)

²¹ 5月21日改訂基本方針は、「疫学的状況」「医療提供体制」とともに三本柱の一つとして使用。https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryu/kihon_h_0521.pdf 6月14日

²² 安全保障研究会 HP http://ssdpaki.la.coocan.jp/proposals/49.html 6月13日

²³ 静岡県庁 HP: 新型コロナウイルス感染症等に対する治療薬・ワクチンの開発・加速化等に向けた緊急要請について https://www.pref.shizuoka.jp/kinkyu/covid-19-wakutinyousei.html 6月14日

コロナ時代の日本の針路

※本稿の内容は必ずしも本研究所の見解を反映したものではありません。

2020年7月1日発行

発行所 一般社団法人平和政策研究所

代表理事 林正寿(早稲田大学名誉教授)

©本書の無断転載・複写を禁じます