

FORUM REPORT 021

「グローバルな文脈での日本」第21回、2023年4月25日、東京

## グローバルなパンデミックへの対応

### コロナ禍の13の教訓

エゼキエル・エマニュエル

ペンシルベニア大学ペレルマン医学大学院

2023年4月25日のJGCプロジェクト東京会合では、過去3年間のコロナ危機からどのような教訓が学べるかについて討議を行った。最初の報告者はエゼキエル・エマニュエル博士である。エマニュエル博士は、ペンシルベニア大学グローバル・イニシアチブの副学長であり、またバイデン・ハリス政権の政権移行チームのコロナ問題諮問委員会のメンバーであり、WHO（世界保健機関）の事務局長・特別顧問でもある。彼はアメリカのコロナ対応から13の教訓を提示した。

2020年末にジョー・バイデンが大統領に選出されてから2021年始めに彼が実際に就任するまでの期間に、コロナ禍に対処するため新たなホワイト・ハウスのチームは計画を練った。しかしながら、2021年末までワクチン接種は進まず、進行中の健康危機を管理する戦略は実質的には存在しなかった。

2022年に、エマニュエル博士は20人あまりの専門家とともに、アメリカが「持続的な形でコロナと共に」し「次段階の正常」な生活にいたるためのロードマップを発表した。ここでの関心の焦点は人々の総合的な健康であり、コロナに限らず他の主要な呼吸器疾患をすべて含むように論議を転換するように努めたものである。

今ではバイデン政権を含む多くの指導者は、コロナについてまったく語りたがらない。政策立案は、この悪いものに対して「見ざる、語らず」の姿勢を反映している。例えばアメリカは、公衆衛生上の緊急事態を宣言すれば、子供の貧困を劇的に削減でき、他にも社会的利益が得られるにもかかわらず、2023年5月11

日にこれを終了させた。またホワイト・ハウスのコロナ対策チームも解散してしまった。

多くの政策立案者が、明らかにコロナ禍の幕引きを急ごうとしたが、この原因となったウィルスは引き続き蔓延し、アメリカの国民と経済に影響を与えていて、将来の指導者が直面すべき問題は未解決なままである。重要な一例が、コロナ後遺症である。コロナ後遺症はアメリカだけでも何百万人の人々が苦しんでいて、甚大な経済上、公衆衛生上の影響がある。残念ながら、コロナ後遺症は政策の優先事項とされていない。軽いコロナ感染でもひきおこしする被害を、解明、診断、予防、そして治療するために、ほとんど何もされていないのが実情である。これまでこの研究にアメリカが費やした10億ドルに見合った成果は、事実上何もない。

シンガポールのように、自分たちのコロナ対応を評価し、将来の対応に役立てようとする国もある。アメリカでは、『コロナ戦争の教訓 (Lessons from the Covid War)』が現実に起こったことを説明する最善の書物だろう。政府の評価委員会の方は機能しているものの、政治指導者はこれに関心を示さない。しかしながら、アメリカの経験からハッキリした教訓を引き出すことは可能だ。

教訓1：人々が大きな変化を受け入れるための忍耐には限界がある。

人間が日常生活や社会的交流の大きな制限を自発的に受け入れるのは、限定的な期間だけである。約2年から2年半、あるいは



はしばしばそれより短い期間で、指導者も一般の人々も、普通の行動パターンに回帰したいという非常に大きな心理的圧力を感ずる。皮肉なことだが、教訓 12 で述べるように、このような圧力を受け入れることで、我々は自分の受け入れるリスクを、進んで大きく変えることを受容することになる。次のパンデミックに備えるためには、こういった圧力と人間の忍耐の限界を、織り込んでおく必要がある。

### 教訓 2：社会規範や環境の設計は非常に重要である。

情報だけで人々の行動が変容することは希である。事態が毎日変化し、様々な指導者が様々なメッセージを発し、誤った情報やデマが至るところにあるような時には、このことがとりわけあてはまる。これとは対照的に、社会規範によって行動を劇的に変容させることができる。自分の行動が適切かどうかを判断するために、我々は他の人々、とりわけ社会におけるリーダーたちのやっていることに目を向ける。例えば、長期にわたってマスクをつけ続けるのは、ワシントンよりも東京の方がずっと簡単だが、それはまさにアメリカと違って日本ではそれが普通の行動だからだ。

社会的規範は我々に害を与えることもある。間違ったことでもひとたび普通になってしまえば、その行動を変えるのは非常に難しい。残念ながら、アメリカなどの国々では、感染、罹患、後遺症、そして死亡が普通のことになってしまった。

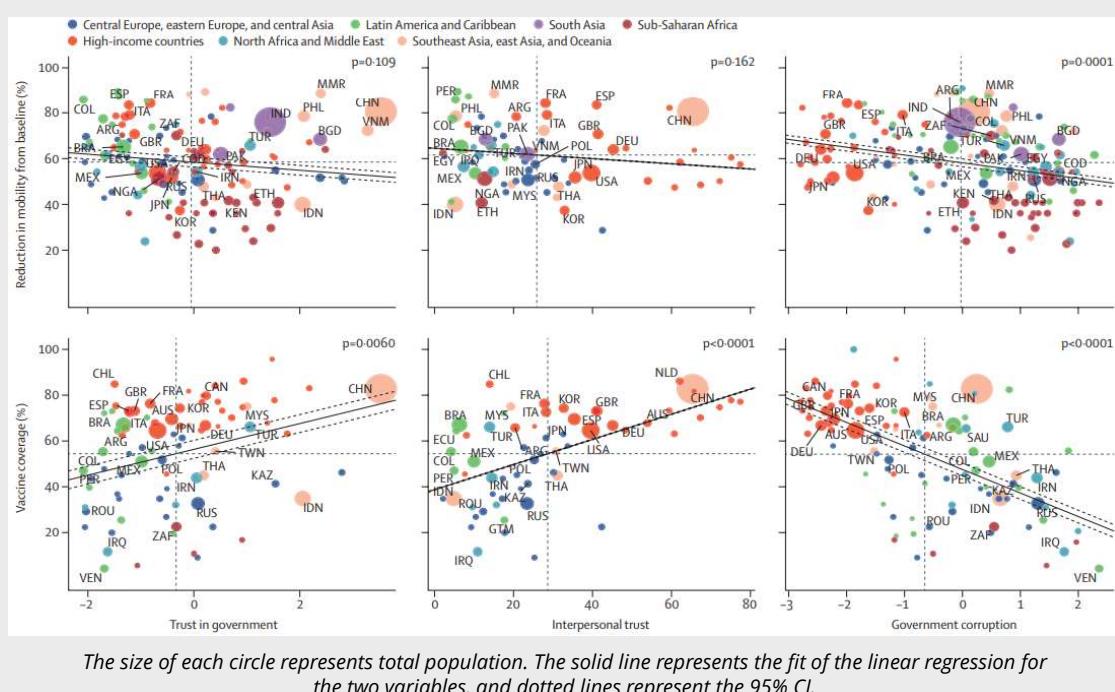
物理的環境は、少なくとも社会的環境と同等の重要性を持っている。人間の行動を変えるよりも、物理的環境を変えることの方がはしばしば容易だ。我々の持っている最も威力のあるツールは、

屋内空気の質を制御すること、そのためのインフラや規制を整備することだ。こういったツールによって、他者と共有する空間でも清浄な空気を吸うことができるようになる。残念ながら、こういったツールはほとんど使われてこなかった。クリーンエア戦略には、窓を開けること、HEPA や MERV-13 といった空気フィルターを取り付けること、二酸化炭素モニターを設置すること、暖房、冷房、エアコン (HVAC system) を改良すること、紫外線殺菌照射機や遠紫外線ライトを設置することといった方策がある。建築基準も更新すべきだし、商業空間や公共空間の屋内空気の質に関する規制も強化すべきだ。

我々の物理的環境を変えることには、現在のパンデミックへの対応をはるかに超える利益がある。屋内の空気の質がよくなれば、生産性もあがり、呼吸器系の病気の予防になり、公衆衛生全般の改善につながる。もし我々が今回のパンデミックから何かを学ぶのなら、屋内の清浄な空気のために大規模投資をすべきだ。

### 教訓 3：国民の信頼が緊急時の命を救う

緊急事態への対応は、国民の信頼があついほど成功する傾向がある。パンデミックと戦うためには市民から政府や報道機関に対する、また市民相互での信頼が不可欠である。しかし信頼は得るのが非常に難しい一方で、簡単に失われてしまうものもある。残念ながら、教訓 7 で述べるように、政治指導者たちはパンデミックを通じて国民の信頼を損ねてきた。私たちは今後の政策や次のパンデミックに対する備えを、国民の信頼にどう影響し、またどう依存しているかに基づき評価すべきである。



Source: COVID-19 National Preparedness Collaborators; *The Lancet* (February 2022)

#### 教訓 4：事前の備えがカギ

公衆衛生上の緊急事態では事前の備えによって、多くの命が救われる。また準備があれば、非常事態そのものが回避できることすらある。残念ながら、長年警告されてきたにもかかわらず、多くの国でできるはずの備えがされていない。パンデミックへの対処計画があっても、計画を実行していない国もある。感染症の発生に備えるには、多様な能力が必要になる。一例は病気のサーベイランスである。2023年には広範な下水サーベイランスがされるべきだ。これと関連して、教訓5でも述べるが、透明性のあるデータの報告が十分な頻度で実施されることは必要不可欠だ。例えば、呼吸器系疾患で病院を訪れている人の数を研究者がリアルタイムで把握できるようにすべきだ。

抗生物質、抗ウィルス薬、個人用保護具（PPE）などの十分な備蓄が欠かせない。またPPEの備蓄があったが、それが維持しなかった国もある。それと関係するが、十分に多様で、強靭なサプライチェーンと国内生産能力が必要不可欠だ。中国のような国だけにマスクや医薬品のような重要な物資を依存することは、悲惨な事態になりかねない。以上のような能力のいずれも、一朝一夕で構築することはできない。それには何年にもわたる計画、シミュレーション、政府の様々なレベルでの継続的な投資が必要になる。そのために要する価格プレミアムは、備えのない社会がパンデミック時に払う遙かに大きなコストを避けるための、わずかな保険料のようなものである。

我々は政策立案者により優れた準備をするように納得させなくてはならない。すでにインフルエンザのパンデミックに対しても準備が遅れている。パンデミックのリスクは、地球温暖化や生物多様性の破壊、農業の工業化、抗生物質の過剰使用などの理由で、全般的に高まっている。多くの専門家は、コロナに類似した出来事は、今後20年の間に50%の確率で再発すると信じている。残念ながら一般の人々の信頼が低下し、公衆衛生制度が疲弊し、しかも政策担当者がこの問題を忘れたがっているといった理由で、コロナ禍が起こる前よりも今の方が、新たなパンデミックに脆くなっているのが実情だ。

日本は、現在では2019年時点よりもより準備態勢が整っているが、台湾はこの点で絶好の事例研究の対象を提供していると言えよう。2020年1月時点では、台湾は中国との密接な人的往来があるため、大きな被害を受けるだろうと考えた専門家もいた。しかし、2003年のSARS危機の勃発後、台湾当局はサーベイランス能力を高め、公衆衛生情報システムを改善し、旅行者が感染症を拡散させないようにするための戦略を確立していた。こういった能力は、台湾を新型コロナ感染症から守るのに大いに役立った。2020年5月までに、ニューヨークやイタリアのような場所では、病院や遺体安置所が収容能力を超えるというトラウマを経験したが、台湾における症例はたった440件で、死者は6

人に過ぎなかった。

この感染爆発から学ぶには、指導者は危機が起こってから準備しても、すでに遅いということを覚えておかねばならない。

#### 教訓5：データのコーディネーションの重要性は決定的である

信頼できる、リアルタイムのデータは危機において人命を救う。公衆衛生上の有効な決定は、こういったデータに依存しているのだ。アメリカがデータ収集およびその管理に対して取った方針は悲惨なものだった。連邦政府は、州レベルで収集されたデータに対して権限を持っていない。その結果、アメリカは変異株やワクチンの有効性、入院状態について他国のデータに頼らうとした。このような劣悪な情報システムは、劣悪なコミュニケーション、劣悪な政策決定、そして人々の信頼の喪失につながった。

このような失敗から学ぶべく、アメリカは種々の医療機関が、データを中央の透明性が高いデータベースに報告するよう強いインセンティブを与えなくてはならない。

#### 教訓6：エアロゾルを利用した予防戦略に投資すべきだ

呼吸器系疾患のウィルスは空中に浮遊し主としてエアロゾル状態で広がり、6フィート（2.1メートル）以上の距離を移動する。エアロゾル感染は、2020年はじめからその証拠が現れていた。しかし、WHO、アメリカの疾病管理・予防センター（CDC）、およびその他の世界中の公衆衛生当局は飛沫感染というドグマに、あまりにも長く固執した。それと関連して、この分野で指導的立場にある人々の多くが、マスクが有効で、エアロゾル感染を制御するのに、N95規格のマスクが外科用マスクよりも優れていると伝えるのが遅すぎた。

我々は、室内の空気清浄化に投資し、高品質のN95規格あるいはKN95規格のマスクを製造することで、呼吸器疾患ウィルスの拡散を低減できる。教訓2でも論じたように、屋内換気やフィルターの設置や除菌といった解決策を工夫すれば、潜在的には非常に大きな改善の可能性があるが、そのためには政治による指導力が必要である。建築基準や屋内空気に関する規制を改定できるのは政府しかない。このパンデミックから学ぶのであれば、エアロゾル感染の防止に投資して、清浄な屋内の空気を確保すべきである。

#### 教訓7：ワクチンだけでは、おそらく感染は防げない

ワクチンは入院患者数や死者数を減らすのに著しい効果がある。しかし、アメリカやその他の国の指導的立場にある人々は、ワクチンによって決定的にコロナの感染を防ぐことができるという印象を与えてしまった。感染防止のための様々な手段や、感染者の治療に投資するのではなく、指導者たちはワクチンがあたかもパンデミックに対処し、平常の生活を取り戻すための決定

打であるかのように取り扱った。これは大きな失敗であり、人々の信頼を失う結果になった。新型コロナ感染症の潜伏期間はワクチンだけに頼るには短すぎる。コロナウィルスが世界中の何億もの宿主に蔓延し変異するにつれて、ワクチンの効果が低下したので、問題は一層悪化した。

将来の公衆衛生政策とメッセージは、ワクチンは万能ではなく、疾病の重篤化と死亡を避けるものであることを強調すべきだ。教訓2と6ですでに強調したが、我々はパンデミックの脅威に対応するには、様々な手段を併用する必要がある。教訓3でも論じたが、こういった手段は、公衆衛生上のコミュニケーションが劣悪で、希望的観測によって人々の信頼が低下すれば、成功はおぼつかなくなる。

**教訓8：それぞれの地域の文脈ごとに政策は調整されなくてはならない**

政策的対応は、地域の状況に基づいて形成されなくてはならない。ここで文脈というのは、ウィルスの蔓延の度合い、ワクチン接種率などの相異である。たとえば、アメリカでは非常に蔓延が拡大した地域もあれば、そうでもない地域もあった。最適なアプローチは、こういった地域の文脈を織り込んだ部分が大きく、一律に実施する部分が小さな政策である。もちろん地域的特性を織り込んだアプローチには、教訓5で述べたような良好なデータ連係が前提として欠かせない。

**教訓9：教育の中止は最小限に**

学校における安全性は、主として技術的工夫と制度設計の問題である。安全性の問題に解決策があるにも拘わらず、我々はほとんどそれを活用していない。こういった手法を併せて用いれば、より広い社会全体に呼吸器疾患の拡散を制御することもできるだろう。

教訓2と6で論じたように、学校の安全は屋内空気の質的改善に投資することによって向上することができる。清潔で新鮮な空気は、生徒の認知能力、活力、そして学習能力の助けとなる。既存の手段としては、空気の質的基準を制定すること、窓を開放すること、教室用の空気フィルターや紫外線ライトの導入、空調システムの改善などがある。また学校は、昼食、体育、合唱などの活動で、エアロゾルを減らすように改善するとともに、とりわけ蔓延拡大時には屋外活動を増やし、質の高い検査を実施したりN95規格のマスクを使えるようにすれば、より安全になる。

休校措置は極めて深刻な蔓延時のみに限定されるべきだ。残念ながら多くの国で学校が閉鎖され、一オーンスの予防のために一eldonの対策が選択されてしまった。

**教訓10：社会的孤立を最小限に**

社会的孤立は有害かつ時には死をまねくことさらある。またこれによってうつ病を発症して、感染症を一層悪化させるかもしれない。社会的孤立によって人々は社会的スキルを喪失するかもしれない。ありがたいことに、社会的孤立は不必要である。パンデミックの間も、戸外の公園や遊び場、ビーチおよび歩行者道などの公共スペースは開放しておくべきだ。物理的に距離をとること、N95規格のマスクを広く使うこと、また教訓2、6、9で述べたように、空気清浄化戦略を展開することで、人々が良質の空気を共有すれば、社会的孤立は低減することができる。

**教訓11：死亡を防ぐ4つのステップ**

すでに証明済みの単純な4つのステップで、死者は極小化できる。第一に、ワクチン接種は重要で、とりわけ老人ホームの入居者のような脆弱な人々や医療従事者にはそれが当てはまる。しかしながら、教訓7で述べたように、ワクチンのみに依存する戦略は、失敗する可能性が高い。第二に、危険な感染を防止するうえで屋内の空気の質の重要性は、いくら強調してもしそうということはない。教訓2、6、9ですでにそのために使える手段は述べておいた。第三のステップは、N95やKN95規格のマスクを人々がつけることができるよう、広く普及させるべきだ。そして最後に、有給休暇がもらえず金銭的余裕がないと感ずれば、人々は病気になっても自宅にとどまらない。政策担当者は労働者がみな有給の病気休暇がとれるようにすべきだ。

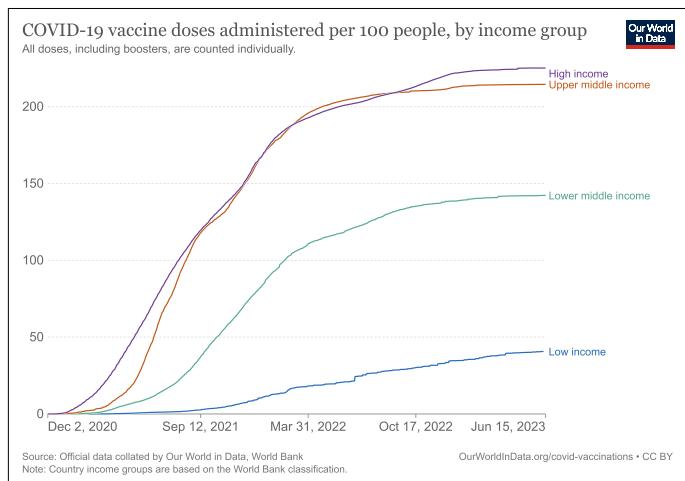
こういった単純なステップを組み合わせれば、感染による死亡を劇的に低下させることができよう。

**教訓12：リスク許容度は可塑性がある**

2020年以来、政策担当者も一般の人々も多くのが劇的にリスクに許容的になった。3年前には誰も聞いたことのないウィルスが、アメリカの死亡原因の上位5番目に入るようにになり、2022年には25万人の人々が死亡し、それは肺がんによる死者の5倍であった。2020年以降のアメリカで死者した110万人の多くは、肥満、糖尿病、60歳以上の高齢者といった人々であった。コロナは血管炎を起こすので、心臓病、卒中のリスクを高め、その他の長期におよぶ害を及ぼす。

我々がそういったことに鈍感になっていることにはなかなか気づかないかもしれない。しかし教訓1で述べたように、生活の正常化への圧力は、教訓2と6で述べた空気の清浄化ができていないこととも相まって、コロナに脆弱な人々全員に対して高いリスクを及ぼしている。将来におけるパンデミック対応計画では、こういったリスク受容の変動も考慮に入れておく必要がある。

**教訓13：「健康のための負担」基準をグローバルに公正なワクチン分配を定義するために用いるべきだ**



コロナワクチンが利用可能になる前には、世界中のリーダーやNGO、研究者たちは、世界のワクチン分配は「公正かつ衡平」であるべきだと言っていた。高所得国がワクチンを買い占める一方で、中低所得国には十分なワクチンが行きわたらないという彼らの懸念はもっともなことだった。例えばカナダは、どのワクチンがもっとも有効が分らなかつたので、すべてのカナダ人が9回接種できる分のワクチン供給契約をした。このことは重要な問題を惹起する。いったいグローバルなワクチンの分配が公正かつ衡平かどうかを、どのように判断すればよいのだろうか。

エマニュエル博士は世界の保健衛生の分野で指導的人物を集め、この問題への解答に貢献しようとした。彼らは3段階のアプローチをとて、以下の問題が検討された。第一に、希少な医療資源の公正かつ衡平な分配のための、正しい倫理的基準とは何

か。第二に、この基準が満たされたかどうかを測定するための、正しい計量的な測定基準は何なのか。最後に、経験的に衡平基準をテストすると、実際に衡平と言えるのかどうか。

倫理的基準については、二つの基準が検討された。第一はWHOおよびワクチン分配のための国際的枠組みであるCOVAXが推進した、人口を基礎にした基準である。このアプローチでは、すべての国が人口一人当たり同じ量のワクチンを受け取ることになる。これに対して、エマニュエル博士のグループは、健康上の必要性を基準とする倫理基準を発案し、それによると健康のための負担を最小化するように、ワクチンを分配すべきだとされた。そしてコロナの健康上のための負担は、超過死者数や医療の遅延などで計量的に測定される。

経験的必要性基準のテストをするには、微妙な分析が求められる。超過死亡は、ウィルスの蔓延度に加えて、人口の年齢構成、全般的な健康状態、政府の有効性や信頼性などの諸要因が複雑に絡み合って国ごとに異なる。

カギとなるワクチン分配をめぐる決定は2020年12月に下された。この段階で、超過死亡が多かった国の上位10か国は、高所得国が2か国、上位の中所得国が4か国、それに低位の中所得国が4か国であった。アメリカが一位で、サブサハラの国は一か国も入っていない。興味深いことに、超過死亡がむしろマイナスになった国もあり、それには日本(-30,139人)やルワンダ(-370人)が含まれている。6か月後も状態は似たようなものであり、低所得国は依然として上位10か国に入っていない。

世界のワクチン分配について最初の信頼性のあるデータは、

### Select Countries — Excess Deaths from March–December 2020, Vaccines from June 2021

Countries (Listed by Cumulative Excess Deaths) (Higher is worse)	Excess Deaths	Vaccines Per Excess Deaths	Ranking	Excess Deaths Per 100,000 Population	Vaccines per Excess Deaths per 100,000 Population	Ranking
United States of America	465,706	820.2	84	141.8	269,3581.3	41
Indonesia	357,988	274.3	123	132.8	739,539.2	51
Mexico	314,540	173.6	136	251.5	217,160.8	69
Peru	133,816	68.5	154	407.7	22,488.9	124
Italy	100,431	522.5	102	168.1	312,145.4	63
Egypt	90,949	76.3	151	86.1	80,617.9	89
The United Kingdom	85,504	884.6	80	127.9	591,343.3	53
South Africa	54,402	138.5	141	93.7	804,24.1	90
Colombia	54,060	545.9	100	107.7	274,032.3	65
Somalia	12,918	38.7	167	80.8	6,188.1	151
Mali	12,468	23.7	175	60.6	4,884.5	155
Lithuania	6,651	688.6	88	238	19,243.1	126
Ghana	6,461	212.4	129	20.5	66,928.7	97
Mozambique	5,717	130.1	142	18.9	39,365.1	103
Zambia	5,294	43.1	162	28.8	7,916.7	142
Rwanda	-370	-2003.4	10	-2.9	-255,600	9

High

Upper Middle

Lower Middle

Low

## Select Countries — March 2020–December 2021

Countries (Listed by Cumulative Excess Deaths) (Higher is worse)	Excess Deaths	Vaccines Per Excess Deaths	Ranking	Excess Deaths Per 100,000 Population	Vaccines per Excess Deaths per 100,000 Population	Ranking
Indonesia	1,028,565	299.9	136	381.5	808,637.4	38
United States of America	932,458	665.4	102	284	2,184,719.6	29
Mexico	626,217	311.6	135	500.6	389,798.7	53
Peru	289,668	201.2	156	882.5	66,051.4	97
Egypt	251,102	272.2	140	237.7	287,587.8	59
South Africa	238,671	124.4	170	410.9	72,265.0	94
Colombia	164,744	608.2	104	328.3	305,201.6	58
Italy	160,801	723	98	269.2	431,870.2	52
The United Kingdom	148,897	912.5	82	222.8	609,849.5	42
Mozambique	42,731	582.9	106	141.1	176,540.9	71
Somalia	35,461	163.5	163	221.9	261,23.9	121
Mali	27,311	89.9	175	132.8	18,488.0	136
Zambia	23,553	205	155	128.1	37,683.2	113
Ghana	20,907	1177.8	69	66.3	371,412.1	55
Lithuania	17,255	482.4	119	617.5	13,478.6	144
Rwanda	5,401	3,553.4	39	42.1	455,861.0	49

High

Upper Middle

Lower Middle

Low



Penn

2021年6月にユニセフから出されたものだ。それによると、超過死亡が最悪の国が必ずしも最大量のワクチンを受け取ってはない。例えば、上位中所得国や低位中所得国は、その超過死亡者数に見合うワクチンを受け取っていない。一例としてペルーがある。超過死亡者数が10万人当たり407.7人であるにも関わらず、受け取ったワクチンは超過死亡者一人当たり68.5回分にすぎない。

2020-2021年のデータを見ると、我々はこの健康負担アプローチに基づいて4つの大まかな結論を得る。

- エジプトやペルーなど、上位中所得国の中には、超過死亡率が高いのに、十分なワクチンを受け取っていない国がある。これは、衡平とは言えない。
- 超過死亡率が低いかマイナスである国が、とりわけワクチンが不足しているときに過剰にワクチンを受け取っている。これも衡平とは言えない。
- ワクチン生産国であるにも関わらず、アメリカとイギリスは非常に高い超過死亡者を出しているので、実際に受け取ったワクチンが非常に大量でも、過大だということにはならない。
- 南アフリカを除くと、低所得国やサブサハラのアフリカ諸国は一般に超過死亡率は低い。したがって、それら諸国へのワクチン分配は、衡平を欠くとは言えない。

最近になってWHOは暗黙裡に健康負担アプローチを採用したようである。WHOの新しい、パンデミック条約のたたき台となる草案によると、ワクチンは「公衆の健康リスクと必要性に基づいて」分配されるべきとなっている。このアプローチは被害を最小化し、利益を最大化し、不均衡を緩和し、平等な道徳的考慮を払おうとするものである。

エマニュエル博士の報告の後には、非常に活発な質疑が続いた。最初の質問はコロナ検査についてである。日本は当初可能な限り多くの人に検査をしようとしたが、検査キャパシティの不足のために高齢者を重点的に検査することにした。これは賢明だったのだろうか？エマニュエル博士は、検査はあくまで手段であり目的ではないと指摘した。検査の目的は、感染した人が他者に感染させないようにするための情報を得ることだ。またそれが有効であるには、検査の結果によって労働者を有給休暇あつかいにして自宅療養させるといった行動に結びつかねばならない。検査は、高齢者施設や刑務所や学校といった混雑した環境ではとりわけ有益であり、資源制約のある状態では、高齢者に検査の焦点を当てたのは道理にかなっている。

次の質問は、ウィルスの今後の変異について、今後のパンデミック対策に役立つようななんらかの一般的知見はないかというものだった。これに対してエマニュエル博士は、パンデミックの間に、ウィルスがどのように進化するのかは非常に予測が難しく、公衆衛生の当局者は、ウィルスが常に動いているターゲットであることを覚悟しなくてはならないと返答した。

ワクチンの分配について、国単位での分配を考えるよりも、地域やより小さな単位で分配を考えた方がよいのではないかというコメントがあった。これに対して、国レベルに代わる現実的な代

案がなく、諸国の政府が国内の分配方法を考えねばならないと、エマニュエル博士は答えた。そうはいっても、そう望めば地域レベルでの調整も排除する必要はないが、どのようにワクチンが分配されようとも、諸国は健康負担アプローチとして述べたような、十分に説得力のある衡平の原則を適用するよう努力すべきだとした。これについて他の出席者から、ワクチン分配の健康負担アプローチの実施にあたっては、ワクチンの（寄与の総量ではなく）限界的な寄与に基づく分配が、超過死亡を極小化するために求められるし、ワクチンへの忌避といったことも考慮されるべきとコメントした。エマニュエル博士はこれに同意したが、限界的寄与は現実には操作可能な形で把握が難しく、そのため現実に実施するのは非常に困難との考えを述べた。

続いて、ワクチンは単に抗体を強化するためだけではなく、人々の希望を支えるという面もあるのではないか。だとすると、ワクチンの分配には、この心理的要素も加味されるべきではないかとのコメントがあった。エマニュエル博士の回答は、確かに希望は非常に重要だが、死を防ぐことが最も重要で、行動指針となるべきだというものだった。

次の質問は、ワクチン生産についてのもので、エマニュエル博士は、今回のワクチン開発のスピードに驚いてはいないだろうか？同じくらい迅速にワクチンが今後も開発されると期待するのは、危険ではないだろうかというものであった。エマニュエル博士は、確かに今回のコロナワクチンの開発速度は、前代未聞のものであったと回答した。ワクチンは開発までに10年以上かかるのが普通だ。mRNA技術は2005年くらいから存在していたが、コロナワクチンはこの技術をつかった最初のワクチンだった。危機は時折、突破的革新をもたらす。今回の突破は、その実用性がはっきりしていない時代に行なった何十億ドルもの投資の結果である。よってその意味でわれわれは幸運だった。しかし先行的投資は、他の病原体に対するより迅速なワクチン開発という形で、将来回収できるかもしれない。

次に、エマニュエル博士が提唱する対策が、どこをターゲットに提唱したものなのかという質問が出た。これに対して、エマニュエル博士は、主として政府に影響を与えることを望んでいると回答した。というのは政府こそが意味のある行動をとることができるし、またそうするべきだからだ。しかしながら、パンデミック疲れのために、アメリカでは民主党も共和党も現在のところ、何もしようとしていない。しかし、これは変わらねばならないし、現在の状況でも特段論争的ではない規制手段が多数あるとした。屋内空気の質的改善は、代表的な例で、これによって喘息や院内感染など多くの疾病を防げるし、もしかするとアルツハイマー病や他の認知症も減らせるかもしれないし、生活の質全体が改善することについては言うに及ばない。またこれによって公衆衛生シス

テム全体の負荷を軽減できるだろう。つまり屋内空気の清浄化はまったく論争的ではなく、だれにとっても優先事項なのだ。

続いて誤情報や偽情報についての質問が提起された。日本は相当社会規範が強力だが、それでも偽情報が一部の右翼政治団体の間では流布している。パンデミックと関連した陰謀論については、我々は何ができるのだろうか。エマニュエル博士は、コロナ関連の陰謀論は、より大きな社会経済的環境の一部であり、それには健康、気候、それに党派的な誤情報や偽情報などが含まれている。こういった社会経済的環境は、ソーシャルメディアや情報バブルの中で繁殖する。求められているのは、不正確な情報の蔓延を可能にするような環境に対抗する、総合的なアプローチであり、それによって人々が閉鎖的な情報バブルの中にいることがないようにすることだ。

最後にコロナ後遺症についての質問があった。2020年時点からコロナは血管炎を引き起こすため比較的軽い感染であっても脳、心臓、肝臓などの器官に影響することが知られていた。WHOは1割程度の人が長期にわたる病状に苦しみ、世界では何億もの人々が長期的な治療が必要だとしている。カナダのような国では、指導者たちはすでに予防はあきらめ、人々は何回も感染したりしている。一部の銀行や保険会社は、コロナという急性疾患の後の被害として労働力や医療保険システム全般への深刻な影響について警告している。もしコロナ感染が人口全体を長期にわたって病んだ状態に置くのなら、コロナとの共存という現在のアプローチは、はたして維持できるのだろうか。また何か大きな変化があるのだろうか。

これに対して、エマニュエル博士は、確かに何百万人ものひとびとが助けを必要とし、我々にはリーダーシップと臨床試験が必要だと答えた。急性期以降の後遺症を引き起こすメカニズムを明確化する必要がある。これまでの研究で、複数の原因によって長期的な被害が起こっているらしいことがわかっている。これは、免疫システムの不全であったり、内臓の損傷であったり、血管の損傷であったり、微妙な血栓であったり、ウィルスの残留であったりといった原因である。また我々は治療のための臨床研究も必要だ。試さないといけないことのリストは長い。研究の課題は一年以上前からはっきりしているが、アメリカ国立衛生研究所（NIH）のやってきたことは、とても十分とは言えない。もしわれわれが真剣にコロナ後遺症を防ぎ、診断し、治療しようとすれば、そこで得られた知見は他の疾患、例えばライム病や慢性疲労症候群（ME/CFS）などの急性期以降にも応用可能だ。アメリカだけでも何千万人の人々がコロナ後遺症で苦しんでいる。すべての人々が助けを求めている。そして治験に参加しようという人は十分にいる。足りないのは、コロナ後遺症を本来あるべき優先事項として取り上げようというリーダーシップだけである。

# 日本のコロナ対応

相良祥之

アジア・パシフィック・イニシアティブ(API)主任研究員

二番目の報告者は相良祥之氏であった。同氏は API 主任研究員であり、経済安全保障、健康安全保障、さらには国際紛争や日本の対外政策など、幅広い専門分野を持っている。当日は、直近3名の日本の首相下でのコロナ対応を、命から繁栄、そして自由への重心の移動として分析した。

2011年の東日本大震災と津波の経験は、日本にとって歴史的かつ破壊的な悲劇であり、直接間接に19,689人の死者を記録した。コロナはこれまでのところ、少なくとも74,000人（つまり東日本大震災の4倍）の人々の命を奪い、世界中では何百万人の人々が命を落とした。新型コロナ感染症の原因となるSARS-CoV2-2ウイルスは、非常に感染力が強く、症状がなくても他者に感染させてしまう。コロナはあつという間に、戦後日本で最大の危機となった。このウイルスの感染力が非常に強いことを前提に、我々は日本のコロナ対応をどのように分析すべきなのだろうか？日本政府の対応は、日本の優先事項について、何を語っているのだろうか？

第一に、コロナが本質的に、国家的な「健康安全保障」問題であったことを銘記しておくべきだ。2001年に炭疽菌事件が続いたあと、アメリカはグローバル健康安全保障イニシアティブ（GHSI）を、それに続いてWHOはグローバル健康安全保障アジェンダ（GHSA）を打ち出した。こういった展開によって、政策担当者はSARS、MERS、H1N1インフルエンザそしてエボラ出血熱などの病気を、安全保障上のリスクとして取り扱い易くなつた。しかしながら、この「健康安全保障」という考え方において、こういった病気のアウトブレイクがおおむね低所得国で起り、高所得国（の国民にはあまり大した影響がない）と思いつ込まれる傾向があつた。しかしコロナによって、健康安全保障が真にグローバルな性

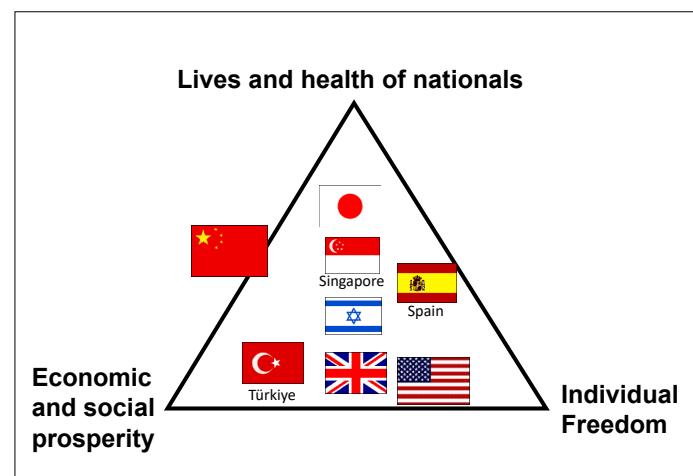
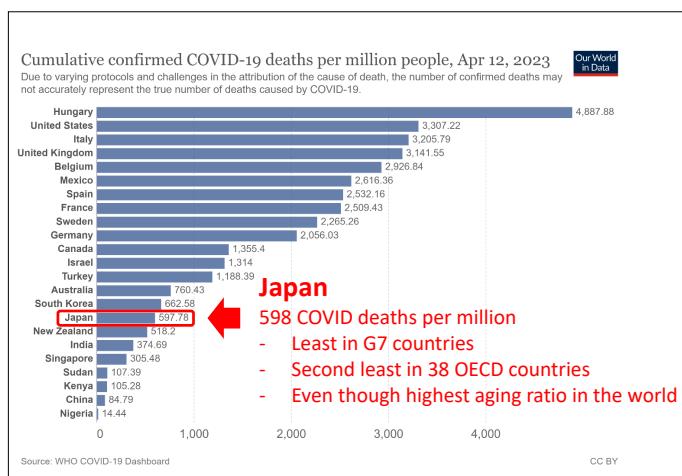
格を持ち、我々の健康安全保障が間違いなく相互に依存しているものだということが明らかになった。コロナは世界中の人々と経済活動にとって、文字通り破滅的な帰結をもたらしたのである。

日本におけるコロナの死者数は、100万人当たり598人である。よく知られているように、日本の人口は非常に高齢化しているにもかかわらず、これは38のOECD加盟国の中で下から二番目の死亡率ということになる。しかしながら、日本のコロナ対応は、単に人命を救うことだけだったのではない。政治指導者は、繁栄と自由も重視した。パンデミック下での政治決定を分析するには、この三つの優先事項間で「重心」の移動をイメージするのが有益だ。命、繁栄、自由という三つの価値の間の政策上のバランスが変化したのは、世界中で起つたことだ。例えば、シンガポール、台湾、それにイスラエルは、この三つをすべて同じ程度重視したように思える。中国は2022年10月までは、個人の自由を大幅に犠牲にして命を優先した。日本では、安倍晋三（9ヶ月）、菅義偉（12ヶ月）そして岸田文雄（18ヶ月+）の3人の異なる首相が、それぞれコロナ対応にあたつた。

## 2019年12月から2020年9月：安倍政権の対応

安倍政権の優先事項は、日本人の命と健康であった。パンデミックがはじまった当初、日本は可能な準備も整つていなかった。何人かの医系技官を除けば、日本政府は厳しいパンデミックの脅威を真剣に受け止めていなかった。台湾、香港、韓国といった国々は、過去にSARSやMERSを経験しており、備えは日本より優れていた。日本はSARSやMERSの感染が確認されておらず、最悪の事態への備えはされていなかった。

日本による初期のサーベイランスは有効だった。2020年1月



15日には、国立感染症研究所（感染研）の担当官が日本における最初の症例を確認し、これは中国以外では2番目に報告された症例であった。2019年には、翌年に予定されていたオリンピックの準備と平行して、日本は感染症サーベイランスシステムを構築したが、これはこの場合には相当効率的に機能した。

安倍政権にとって最初の大きな試練は、2020年1月23日に中国の武漢市がロックダウンされたことを受け、同市から邦人を救出することであった。1月28日には日本政府はコロナを「感染症法（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）」に基づく、指定感染症と分類することを決定し、徐々に防疫措置を強化した。

2020年2月には、ダイヤモンド・プリンセス号が、新たな大きな試練となった。イギリス船籍の豪華クルーズ船であるダイヤモンド・プリンセス号には、3711人の乗客と乗組員が乗船していた。1月25日に香港で下船した乗客一名の陽性が確認された。そしてダイヤモンド・プリンセス号は横浜に入港した。検査を受けた31人中10人の乗客が陽性だとの報告を聞いて、加藤勝信厚生労働大臣は衝撃を受けた。これは、船内におよそ1,200人以上の感染者がいる可能性を示唆していたからである。しかしその対応を協議した安倍政権は、3,711人の乗客乗員を、適切に隔離して収容できる施設を見つからないという事態に直面した。病院はこのような事態に備えがなく受け入れを拒んだので、政府は乗員乗客を船内にとどめる方針をとった。多くの病院が未知で非常に感染力の強いウィルスに感染している患者の受け入れに消極的だったため、検査結果が陽性だった乗客は横浜から遠く離れた病院へと移送された。また、自衛隊や防疫の専門家も、事態の対応に協力することになった。最終的に、712人の乗客乗員の陽性が確認され、13名の方々が亡くなられた。

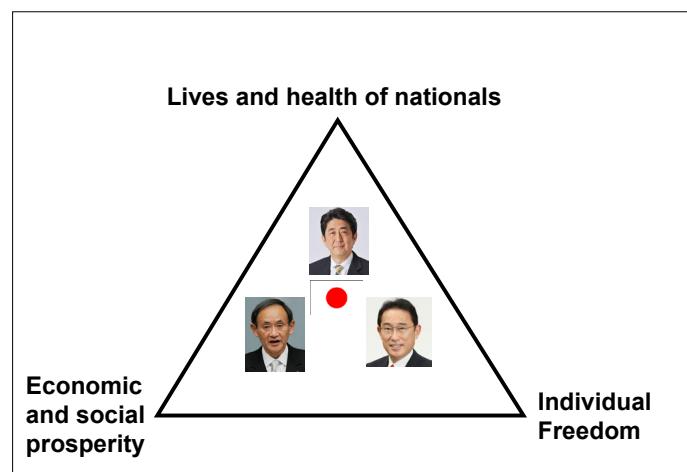
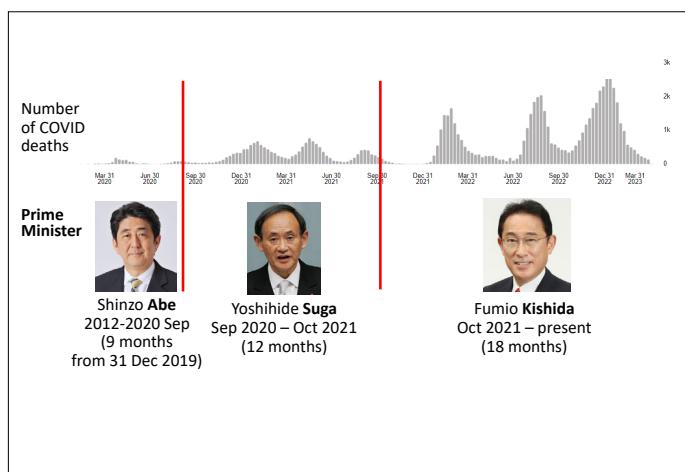
ダイヤモンド・プリンセス号への対応で、日本は国際メディアから厳しい批判にさらされた。ただ日本では、これは政府と国民の目を覚まさせる事件であった。この事件は、コロナがエアロゾル感染し無症状でも感染させる場合があるということを示す初

期の証拠となり、コロナがとりわけ屋内でいかに速く、しかも目に見えない形で拡大するのかを示した。感染研は現地調査による船内の豊富なデータに基づく報告者を公表した。米国ではカーター・メシャー博士が「なぜこの情報源に誰も注意払わないのか理解できない。これは宝の山だ」と語っていた。これは、後にウィルスがアメリカに達したときに何が起こるのかを早い段階で警告するものであったことは、マイケル・ルイスが2021年の書物『最悪の予感』で述べているとおりである。

日本では、どのようにして高リスク状態を回避し、感染者のクラスターが形成されないようにするにはどうすればよいのか、行動に結びつく知識を一般の人々が必要とすることを、専門家たちはすばやく認識した。これによって、「密閉空間」「密集場所」「密接場面」を意味する「三密」を避けようという運動につながり、SMSを通じてそれが伝えられ、人々の信頼の獲得に資することになった。この「三密」回避キャンペーンは、エアロゾルの拡散を防ぐことに重点があった。日本の公衆衛生の指導者たちは、コロナは空気中に漂う病原体であり、換気が重要であることを、他国よりも何ヶ月も前に国民に明確に伝えていた。

日本の国民健康保険システムは、効果的な対応のための強力な基盤となっていた。例えば、日本はクラスターの出現を防止するために、人々の接触追跡を展開した。この手法は非常に有効だが、古いテクノロジーでは限界も明らかだった。接触追跡はデジタル化されておらず、多くの医師はFAXを使って公衆衛生上の報告を送信していたのである。PCR検査は日本ではあまり普及していないなかたが、CTスキャンはそうではない。CTスキャンが普及していたという公衆衛生上の能力のおかげで、医師は患者を検査に回すことで、感染者を特定することができた。

高齢者施設の対応も迅速で、2020年1月-2月には対策が講じられた。こういった施設はインフルエンザやその他の呼吸器疾患の流行に慣れており、比較的よく準備態勢が整っていた。2020年1月末には厚生労働省は、高齢者施設に対して、家族の面会の制限や感染者を別室で対応するよう指導を行った。



2020年4月には安倍首相は日本で最初の緊急事態宣言を発出した。政府は、市民や事業者に経済的支援を提供し、人々が自宅に留まるよう要請した。

要約すれば、パンデミック初期に日本はさらによい対応もできたはずではあるにせよ、安倍政権がとった国民の命を最優先にする初動は、おおむね効果的だったと言える。ダイヤモンド・プリンセス号は警告としての役割を果たし、「三密」回避キャンペーンは、空気感染を抑えるための行動指針を提供することで、人々の対応能力を高めたと言える。

### 2020年9月から2021年10月：菅政権の対応

安倍政権の官房長官だった菅は、2020年9月に首相に就任した。菅政権は、政策の重心を、人命を救うことから人々の生計を確保することに移した。菅政権は引き続きコロナが蔓延することを憂慮していたものの、経済活動を再始動させることにも熱心に取り組んだ。その結果、徐々に国内の移動規制および国境管理を緩和していった。菅政権はまた、安倍政権の下で始められた「GoToトラベル」事業を推進し、感染者が増加しても国内の旅行業を振興しようとした。東京都知事はこれに消極的だったものの、多くの地方自治体がGoToトラベルを歓迎した。

2020年終わりまでには、国内のコロナは、主要都市の歓楽街から日本中の中小都市へと、そして家庭や職場へと広く蔓延した。4,500人の感染が確認され、知事たちから政府に何らかの対策をとるよう圧力がかかった。菅首相は2021年1月に二回目の緊急事態宣言を発出し、これは3月まで継続することとされた。アルファおよびデルタの変異株ウィルスの広がりを受けて、日本は再び国境を閉鎖する措置をとった。

この期間、菅首相はワクチン接種を強力に進めた。日本でのワクチン接種は、アメリカ、イギリス、ヨーロッパ諸国などに比べ2ヶ月遅れたが、その理由の一端は日本での治験を経なくてはならなかったからである。ワクチン接種は医療従事者から始まり、それから高齢者へと拡大された。2021年7月終わりまでに希望する高齢者全員に二回の接種を完了するためには、政府全体で取り組む必要があった。後から振り返れば、このアプローチはうまく機能したと言える。高齢者の接種率は高かった。それでも感染者数や重症者数は引き続き増加した。

同時に日本はワクチン外交にも関与した。例えば、日本は2021年6月にCOVAX AMCサミットの共催者となり、世界中の国々にワクチンを寄贈し、他国のワクチン保管施設や輸送インフラの欠陥に対処する行動をとった。多くのワクチンは超低温で保存されなくてはならず、これは大きな困難を招いた。また、保管および輸送システムの不備のために、ワクチンが破棄されたこともある。日本は「ラスト・ワン・マイル支援」を、自動車のシガレットライターから給電できるワクチン保冷輸送容器を提供すること

で行った。豊田通商は、冷凍設備を搭載したランドクルーザーの開発によってエチオピアのような国々のワクチン供給に貢献した。

2021年7月に、予定より一年遅れで日本はようやく東京オリンピックとパラリンピックを開催した。その際、参加のために渡航できる人数を厳しく制限し、検査を毎日実施し、しかも参加者を隔離しつづけるための「バブル」にとどめておく措置が取られた。11,300人の競技参加者と464人の関係者の中で、陽性が確認されたのは33人に留まった。「バブル」によってコロナを封じ込めることにはおおむね成功したものの、デルタ株はバブルの外側で拡がり続けた。2021年9月、内閣支持率の低下に直面した菅首相は退陣を決意した。

要約すれば、菅内閣の重心は、人命を救うことから経済と社会の繁栄を守ることに移ったと言える。GoToトラベルは感染者が増加するなかでも継続され、オリンピックやパラリンピックも開催された。ワクチン接種はうまく進み感染予防・発症予防に一定の成果を収めたが、アルファ型やデルタ型の変異株が現れ、感染者も死者も増え続けた。

### 2021年10月から現在：岸田政権の対応

安倍および菅政権の経験や教訓に基づいて、岸田政権は引き続き経済活動の再稼働を強調した。しかしながら岸田政権は、それに加えて個人の自由へと重心を動かした。

岸田首相が政権についてすぐ後、オミクロン株が世界中で蔓延し始めていた。岸田政権は、他国の動きに続く形で、「ウィズコロナ」による平常化を開始した。例えば、コロナを「5類感染症」の分類に引き下げた。また人々がマスクを外してもよいと発信し始めた。幸い、日本ではワクチン接種率は、ブースター接種も含めて、依然として非常に高い。

### 概観

つまり、コロナ対策にあらなくてはならなかつた三人の首相は、異なる政策目標の重心を持っていたのである。安倍政権は命を守ること、菅政権は社会経済の繁栄を促すこと、そして岸田政権は、個人の自由を強調してきたのである。とはいえ、三つの政権には一定の一貫した特徴もある。それぞれ、迅速に政策決定を行わねばならなかつたが、劇的な政策の逆転はなかつたことである。

面白い展開の一つに、今後設置が予定されている（2023年9月1日に実際に設置された一編注）内閣感染症危機管理統括庁がある。岸田首相は、政策の統括に寄与するためにこれを内閣官房の中に設置した。過去3年間にわたって、いくつかの問題は個別の省庁では対応できず、様々な政府組織の担当官を活用する必要があった。例えば、武漢からの邦人救出、個人用防護具の調達、ダイヤモンド・プリンセス号の問題への対処、国境管理、それにワクチン接種のいずれもが、政府が一体となったアプローチが必

要だった。

専門家のコロナ対策の検証の結果出された勧告に従い、新組織が国会で承認され、2023年秋に発足することになった。もしこの新組織によって、高いレベルの政策調整が制度化され、科学的知見に基づく情報伝達や政策決定能力が向上するのなら、日本における将来の公衆衛生危機への対処能力を強化するかもしれない。

他方で、日本のコロナ対応を他国と比較すると全般的には良好だが、日本がコロナ危機の教訓を忘れ平常への回帰を急ぐあまり、自己満足に陥る危険がある。新たな危機は確実に再来する。日本は十分に備えを整えておかねばならない。

相良氏の報告に続いて、再び活発なやりとりが始まった。

最初に、中国の対応についてどう評価するのかという質問があった。一見したところ、中国はコロナとの闘いに早い段階で「勝利」したように見える。中国の極めて強圧的なロックダウンとともに、情報の透明性の低いアプローチは機能したように見えた。中国はまた、市民に一貫して嘘を言い続けたものの、希望を与えることはできたのではないだろうか。よって、中国は、統治体制の優位性を示す証拠として、「より優れた」コロナ対応の実績を語ることができるのでないか？またそれぞれの体制ごとに選好はことなるので、尺度が異なるとなると、コロナ対応の善し悪しをどうやつたら比較できるのだろうか。

相良氏は、確かに2022年10月くらいまでは中国が「勝利」していたようにも見えた。しかし以後は急速に事態が変化し、明らかに中国の実績は、感染率の低さを重視する中国自身の指標でもおよそ良好とは言えなくなった。実際、依然としてどの時点でも中国の正確な感染者数は我々には判らない。それとは対照的に、アメリカは個人の自由を重視するので、感染率を下げることに集中せず多くの死者を出した。この面でアメリカは世界的に見て特異であり、そのため世界的に自分のパンデミック対応をソフトパワーとして利用しにくくなつた。

エマニュエル博士もこの問題についてコメントし、中国のコロナ対応を4つの観点から見てはどうかと述べた。第一は「中国の科学技術の勝利」という言説である。中国はワクチン競争で勝者と見なされたいと考え、そのためアメリカ製のmRNAワクチンを貶めた。しかしこの点では中国は失敗した。中国製のシノバック・ワクチンはほとんど効果がない。ワクチン技術では中国はアメリカやイギリスよりはるかに遅れている。第二に中国は2022年までは多くの死者が出るのを防いだが、彼らのGDPもコロナ禍の間に非常に大きく落ち込み、人々もこれによって非常に苦しんだ。今や世界中の多くの国や企業が、中国には頼れなくなっている。第三に、死亡率と超過死亡の観点から見ると、噂はあっても、データが公開されていない。最後に政治的不安定性がある。一般の中国人が当局の「ゼロコロナ」政策に怒り、その結果一氣

に政策が逆転してしまった。

次に、コロナ禍が日本の社会的、文化的、思想的な面で影響を及ぼしたのかという質問が出された。日本では、生と死は紙一重であると論ずる哲学の長い歴史があるが、多くの日本人はそれを忘れてはいた。ことによると、日本人が人命の儂さを再び心するようになり、より質素で哲学的な人生観が強まるかもしれない。しかし現実には、抑圧されていた消費欲求が解放され「狂騒の20年代」のような様相が出現しつつある。我々は過去3年間の教訓を忘れてしまうのだろうかと問われた。これに対して相良氏は、岸田首相の下で死亡率がかなり高くなった理由のひとつは、高齢者がコロナ禍の期間に孤立したため、肉体的に衰弱したためだ。こういった脆弱な人々にとっては、コロナはまだ終わっていない。日本における死者数は驚くべき水準で、東日本大震災よりもはるかに高い。多くの人々は、今や個人の自由を重視する生活を享受しているが、このことはコロナに脆弱な人々には依然としてあてはまらない。

次の質問者は、コロナ禍の前にはグローバルな保健システムがかなり上手くいっていると思われていたが、コロナ禍が起こると、WHOやCDCのような主要な保健機構はひどい勧告をして、大きな損害が生じたと論じた。日本はどうやら、WHOの勧告とは違う独自の対応を企画したようだが、これはグローバルヘルスの制度や組織全体の問題が露呈したのだろうか。それともその内部にいた人々の属人的な問題なのだろうか。

相良氏は、多国間主義がトランプ大統領とペーチン大統領によって大きな被害を受けたが、同時に多数の国の政府や指導者のWHOへの期待は過剰だったと述べた。コロナ禍の前には、そもそもいつたいどれほどの数の人が、WHOの事務局長の名前だけでも知っていたのだろうか？いずれにせよ、このパンデミックによってグローバルな健康ガバナンスに大きな改善の余地があることは明らかになった。

エマニュエル博士も相良氏に賛成して、確かにWHOはひどく失敗したと述べた。これはある程度は構造的かつ財政的な問題であり、WHOがどのように統治されるのか、それに与えられた任務(mandate)と組織文化をどう理解するのかという問題と関係している。またWHOはあまりにも専門技術的だ。例えばCOVAXは必要だったが、その規則はひどいものだった。必要とされる改革をするにはどうすればよいのだろうか？その意味で「パンデミック条約」は有益なのかもしれない。

またある出席者は、WHOの問題は、日米そしていくつかのヨーロッパ諸国などの加盟国のせいかもしれないと述べた。いずれにせよWHOがより効果的に機能するには、主要加盟国がより努力しなければならない。またある出席者からは、国際機関の改革は常に難しい問題で、究極的には加盟国と国際機関のトップが、国際機関の運営とその意味ある改革に責任を有するとのコメント

が出された。

とは言え、構造的な問題は常に存在する。コロナ禍が始まる前から、WHOが改革に取り組んでいたことは留意されるべきである。これには中国を含む多くの加盟国の支持が必要とされた。しかし、ひとたびパンデミックが始まると、事務局長は中国の怒りを買うのをおそれて、パンデミックについて効果的なコミュニケーションができなくなつた。これは非常に大きな誤りだった。

次の質問者からは二点が提起された。第一に日本の国境管理は、他国に比べると非常に厳格だとみられる。それにもかかわらず、9割以上の日本人がこの方針を依然として支持していると報じられている。日本は将来同じ事がおこれば、同様の方針をとりそうなのだろうか？第二は、社会規範と情報との関係についての質問だ。普通、社会規範が成熟するには非常に時間がかかる。しかし、日本や他のアジア諸国において人々は、テレビで政府関係者のきわめて公式的な情報発信を見れば、翌日にはそれに反応して指示に厳格に従う。つまり、情報、信頼、そして社会規範の間には非常に強固な関係があるように思われる。新たな情報が発信されれば、それがたちまち人々の行動基準になったのだから。これは東アジアに特有の現象なのだろうか？

相良氏は、日本の国内の規制措置は比較的緩やかだったが、国境封鎖は非常に厳格だったことに同意した。ここでの言葉づかいは非常に問題含みだった。国境封鎖をすれば、なんでも水際で食い止められるという前提があったからだ。国境措置だけに依存してパンデミックを食い止めるのは不可能だということを理解していた政治指導者は、ほとんどいなかつたのではないか。社会規範の問題については、確かに日本ではいわゆる同調圧力が強く、それによって日本のコロナ対応の有効性が高まつたかもしれない。

次のコメントは、日本の統治機構の分権的性格が、コロナ対応を難しくしたのではないかというものだった。中央政府の権限は限定的なものである。それに対して、地方政府の権限は強い。例えば検査の実施を義務づける権限は市長にあった。また、医療施設や病床を準備するのは都道府県の責任である。この力学のお蔭で安倍首相は大きな困難に直面した。日本の三人の首相は、自分たちの権限を強化しようとして、徐々に現行法規を改正したり、その解釈を自分たちの権限を拡大する形で変更したりした。もちろん、中央政府の権限強化に反対した知事もいた。再びパンデミックが起これば、おそらく日本は中央政府に一層大きな権限を与えることになるだろう。相良氏は、中央政府と地方政府との関係はアメリカを含む多くの国々で大きな課題であるとした。また、国が大きければ大きいほど、命、繁栄、自由のトリレンマのバランスを取るのが難しくなる。

エマニュエル博士も、中央政府と地方政府の関係が難しい点について、賛成であることを付け加えた。分権主義的な統治のあり方によって、データを収集し、非常用の物資を備蓄し、サプライ

チェーンの強靭化を図るのは、非常に難しくなる。これはアメリカでも、日本でも、ドイツでも、カナダでもどこでもあてはまる問題だ。アメリカの場合はこれに加えて、連邦レベルの政治指導者が、州政府に資金拠出する際に、適切な条件を課さなかつたことが問題であるとした。

次の相良氏に対する質問は、2022年における超過死亡者の急増をどう解釈するのかである。2022年には約66,000人の原因が不明の超過死亡者が出了。これと関連して、日本の検査能力は、三人の首相がこれを増やそうと非常に努力したにもかかわらず、依然として低い。日本の検査能力が低いのはどうしてなのだろうか？相良氏は、検査能力は、パンデミック対応の中核的能力であると答えた。今回のパンデミックによって厚生労働省が得た教訓の一つは、日本の検査能力を拡大しなくてはならないということだった。日本政府はまた検査に加え、政策評価、指導方針の改善、それに知識が潤滑に循環するような訓練など、ナレッジマネジメントにより多くを投資すべきである。公衆衛生の専門家は、常に知識や情報を最新の状態にしておく必要がある。また超過死亡について、一つの要素は、老人が孤立し極端に衰弱してしまったことだろう。ひとたび運動能力を失うと、それを回復することは非常に難しく、他の原因によつても死に至る可能性が高くなる。

エマニュエル博士も、おそらく死亡証明書上ではコロナが死因と分類されていなくとも、コロナに関連した死亡事例は多いという点に賛成した。これには、時宜を得た治療を受けられなかつたために生じた心臓発作や癌による死亡に加えて、人々が虚弱化したこと（フレイル）によって生ずる衰弱死があるとした。

別の参加者は、重要な危機から「誤った教訓」を学習した例として、いくつかの事例を紹介した。日本はH1N1インフルエンザのパンデミックの経験から、国境封鎖が有効だと「学習」した。指導者たちがこう信じたため、国境封鎖に依存しすぎて、他の重要なパンデミックへの備えを欠いてしまつた。これについては2011年の福島第一原発の事故対応についても、同様の態度が見られた。原発は安全であり、日本では十分に規制されているので、重大な結果を招くリスクや最悪ケースに備える必要はない信じられた。同様に、「三密」回避キャンペーンが比較的成功したことから、人々は検査の必要がないかのごとく振る舞えるようになつてしまつた。ほとんどの人が必要なら検査を受ける気があるものの、もし三密を回避すればコロナにかからず、よつて検査を受けなくてもよいといった態度をとつた人も多くいた。多数の人々はコロナがエアロゾル感染で広がり、無症状の場合もあることを理解していたが、コロナに感染していると知りたくないのと、「三密」を検査を避ける口実に使つた。逆に、欧米では検査の役割について誤解もあつたようで、それはWHOや保健医療分野の指導的立場にある人々の失敗にも責任の一端があつた。検査は、問題の解決そのもののように取り扱われた。検査はもちろ

ん解決ではなく、それは単にデータを生成する手段だ。よって問題は検査後に何をするかのはずだ。感染経路を辿ったり、隔離措置がとられたりしなければ、検査そのものにはほとんど価値はないのではないか。相良氏も同意した。

エマニュエル博士は、このセッションを終えるに当たって一つの見解を述べた。それはデータに関する透明性が、有害になる場合もあり得るということである。科学コミュニティの中には常

に意見の相違がある。これは知識のフロンティアを広げるために重要である。しかし、効果的なコミュニケーションと一般の人々の間で疫学や統計学についての相当洗練された基礎的知識がないと、科学者が互いに論争しているのを見れば、不安と懸念が高まるだろう。同時に透明性を下げれば、一般の人々の信頼を得られなくなるかもしれない。この逆説にうまく折り合いをつけるのは非常に難しい。



## グローバルな文脈での日本 コロナ危機をめぐる意思決定の国際比較

2023年4月25日(火)

国際文化会館

### 報告者

- エゼキエル・J・エマニュエル  
(ペンシルバニア大学医学大学院教授)
- 相良 祥之  
(アジア・パシフィック・イニシアティブ (API) 主任研究員)

### 参加予定者

- 田所 昌幸 (国際大学大学院国際関係学研究科 特任教授)
- デイヴィッド A. ウエルチ (ウォータールー大学教授)
- 渡辺 靖 (慶應義塾大学環境情報学部教授)
- 赤阪清隆 (公益財団法人ニッポンドットコム理事長)
- 五十嵐文 (中央公論新社『中央公論』編集長)
- 遠藤 乾 (東京大学大学院法学政治学研究科・法学部教授)
- 五野井郁夫 (高千穂大学教授)
- 鈴木一人 (東京大学公共政策大学院教授)
- 竹中治堅 (政策研究大学院大学教授)
- 彦谷貴子 (学習院大学教授)
- 牧原 出 (東京大学先端科学技術研究センター教授)
- 李 承赫 (東北学院大学国際学部准教授)

### アシスタント

- アラディン・ディアクン

### オブザーバー

- サラ・ハーマー  
(コンサルティングハウス エグゼクティブコンサルタント)

### 公益財団法人サントリー文化財団

- 尾崎 勝吉 (専務理事)
- 石倉 英一 (事務局長)
- 山内 典子 (上席研究員)
- 王 量亮 (研究員)
- 山口 裕吾 (研究員)



### エゼキエル・J・エマニュエル

ペンシルベニア大学グローバル・イニシアチブ副学長兼医療倫理・健康政策学部長。医師・医療倫理学者。WHO事務局長の特別補佐も務める。オバマ政権の医療保険制度改革「オバマ・ケア」で主導的役割を果たし、2020年11月にはバイデン大統領によって新型コロナウイルス感染症対策諮問委員会のメンバーに選ばれている。



### 相良 祥之

アジア・パシフィック・イニシアティブ（API）主任研究員。国連・外務省・ITベンチャーにおいて15年ほど国際政治や危機管理の実務を担当し、2020年から現職。2020年前半の日本のコロナ対応を検証した「新型コロナ対応・民間臨時調査会（コロナ民間臨調）」で事務局を務めた。国連ではニューヨークとスチーランで勤務しアフガニスタンやコソボでも短期勤務。慶應義塾大学法学部卒、東京大学公共政策大学院修了。