

特集Ⅱ コロナは世界と安倍後の日本をどう変えるのか

日本のコロナ対応の世界での実力

山梨大学学長

島田眞路
荒神裕之

山梨大学医学部附属病院医療の質・安全管理部特任教授

序章

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の猛威は、世界中に暗い影を落としている。感染対応に唯一の答えがない中で、感染拡大の防止と経済活動の維持など両立しがたい問題の解消の方向性を世界各国が模索している。日本は、二月のクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」への対応や国際的に見て非常に少ないPCR検査数^{①②③}などで、いい意味でも悪い意味でも世界の注目を集めてきた。

本稿では、これまでのCOVID-19の日本と世界に

おける対応を検証し、日本の一連の対応がミラクルと称すべき秀でたものであったのか、あるいはミゼラブルと称すべき悲劇であったのかを明らかにする。この検証により、ジャパニーズ・ミラクルもしくはミゼラブルの背後にあった機構とその機能の望ましいあり方の探究につながる事が期待される。

検証は、日本のCOVID-19に対する一連の対応を、欧米、アジア、オセアニアの各地域の主要な国々の対応と比較して行う。本稿で検証する観点は三つあり、第一に感染者数や死者数、第二にウイルス検査体制、第三にCOVID-19対応への専門家の関与についてである。

検証に用いる資料は、COVID-19の対応に関連し

て広く公表されている公的資料を中心とし、次のものが含まれる。厚生労働省が「新型コロナウイルス感染症について」と題してホームページ上に掲載している公表資料をはじめとする官公庁の公表資料、世界保健機関（World Health Organization：WHO）など国際機関が公表する資料、オックスフォード大学（University of Oxford）やジョンズ・ホプキンス大学（Johns Hopkins University）、東洋経済オンラインが公表しているCOVID-19の蔓延状況、COVID-19に関するマスメディアの報道資料と研究者らの論文、およびわれわれが山梨大学医学部附属病院において経験したCOVID-19への対応に関連してすでに公刊している資料である。

本稿では、次の順序で議論を進める。第一章では、「COVID-19に関連した感染者数と死亡者数」と題し、今回の世界的流行により世界各国から報告された新型コロナウイルスの感染者数と死亡者数を示し、日本の感染蔓延状況について「ジャパニーズ・ミラクル」とまで評された背景と、それとは逆に、真実は「ジャパニーズ・ミゼラブル」と評すべき実態ではないのかということを明らかにする。第一章での論証を通じて、これまでの日本の感染症対策のアウトカムの一つと考えられる感染者

数と死亡者数の評価を行うことが、この章の主な目的である。

第二章では、「日本と世界のウイルス検査体制」と題し、COVID-19の診断法として世界中で主軸となっているリアルタイム・ポリメラーゼ連鎖反応（RT-PCR）検査数の国際比較を行う。また、COVID-19の検査手法として新たに開発が進むウイルス抗原検査や抗体検査の位置づけについても触れる。これら第二章での論証を通じて、世界と比較した日本の検査体制の評価を行うことが、この章の主な目的である。

第三章では、「COVID-19対応への専門家の関与」と題し、日本で第一例の患者が報告された二〇二〇年一月一六日以降、本稿執筆の八月上旬までの日本全体の新型コロナウイルス対策への専門家の関与を振り返りながら、ジャパニーズ・ミラクルなどではなく、ミゼラブルと称すべき状況にあったことを詳らかにする。第三章での論証を通じて、COVID-19への対応をめぐる日本の病巣に関して、著者らの考えを明らかにしていく。

終章では、第一章から第三章の論証を踏まえて、今後に向けた変革の方向性を明らかにする。感染収束が見込まれるのが最長で二〇二二年にまで至るとの声もある中で、

襲い来る次なる感染の波を乗り越えていくための方策を探る。

第一章 COVID-19に関連した感染者数と死者数

ジョンズ・ホプキンス大学がCOVID-19に関して日々更新、公表している情報 (COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSS) at Johns Hopkins University (JHU))⁽¹⁾によれば、二〇二〇年八月二八日現在、全世界のCOVID-19患者数は二四〇〇万人を超過し、死者数も八二万人を超過した。COVID-19患者の約二五％を世界で最も患者数が多いアメリカ合衆国が占め、次いで患者数が多いブラジルと合わせると、約四〇％の規模となっている。同じく日々更新される世界保健機関 (World Health Organization: WHO) の情報 (WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard)⁽²⁾によれば、アメリカ地域が全体の五三・〇％、ヨーロッパ地域が一七・一％であり、世界のCOVID-19患者の約七〇％が欧米地域で占められている。一方で、日本や中国など三七カ国が含まれる西太平洋地域は、わずか二・〇％にとどまり、世界の感染まん延状況

に地域ごとの特性が現れている。

死者数についても、世界全体に占める割合は、アメリカ地域が五四・九％、ヨーロッパ地域が二六・五％であり、欧米地域で八〇％超を占める一方、日本を含む西太平洋地域は、一・二％と患者数と同様に非常に低い水準となっており、地域による差が大きい。

日本のCOVID-19患者数は、二〇二〇年八月二八日現在、六万三〇〇〇人を超え、死者数も一二五人と一〇〇〇人を超えた⁽³⁾。日本社会全体を揺るがすかなりの患者数、死者数ではあるものの、先に挙げた欧米と比較すると圧倒的に低い水準にとどまっていることも事実である。そのため、欧米と比較して患者数、死者数が著しく寡少な日本の状況を「ジャパニーズ・ミラクル(日本の奇跡)」という言葉を用いて賞賛する声も湧き上がってきていた。代表的な例は、五月一〇日に放送されたNHKスペシャル「新型コロナウイルス 出口戦略は」⁽⁴⁾の中で、WHOシニア・アドバイザーの進藤奈邦子氏が、日本が中国に次いで世界で二番目に患者が報告された国であるにもかかわらず、COVID-19患者数と死者数が低く抑えられおり、この状態は「ほぼ奇跡」であるとし、「ジャパニーズ・ミラクル」と称した。進藤氏は

この主たる要因として、「仰ぎ見られるような感染症の専門家が陣頭指揮を執っていること」「国民の衛生意識」という点を挙げてみる。また、安倍晋三首相も五月二十五日の会見で「日本モデル」と自画自賛した。COVID-19による感染者数、死亡者数は、先にも述べた通り、世界の地域ごとの差が顕著である。また、各国の人口が異なるため、感染者数、死亡者数を直接比較して数の多寡を議論することはできない。そこで、各種データで多く用いられている人口一〇万人当たりに換算した数で各国の比較を見てみよう。

表1は、ジョンズ・ホプキンス大学が公表している八月二日時点の感染者数、死亡者数と感染者数に占める死亡者の割合、人口一〇万人当たりの死亡者数の主要先進七カ国（アメリカ、イギリス、ドイツ、フランス、イタリア、カナダ、日本）と、東南アジア、西太平洋地域の一三カ国、および国ではないが参考データが得られたクルーズ船「ダ

表1 国別の感染者数、死亡者数（東南アジア・西太平洋地域と主要先進国の7カ国）
(8月2日時点)

国名		A. 感染者数 (人)	B. 死亡者数 (人)	死亡割合 (B/A) (%)	死亡割合 (B/A) (%)	人口10万人 当たりの死 亡者数 (人)
主要先進国	United Kingdom	305,562	46,278	0.15	15.1	69.6
	Italy	247,832	35,146	0.14	14.2	58.16
	US	4,620,444	154,447	0.03	3.3	47.21
	France	225,198	30,268	0.13	13.4	45.18
	Canada	118,523	8,986	0.08	7.6	24.25
	Germany	211,005	9,154	0.04	4.3	11.04
	東南アジア・西太平洋地域	Indonesia	109,936	5,193	0.05	4.7
Philippines		98,232	2,039	0.02	2.1	1.91
Japan		37,804	1,012	0.03	2.7	0.8
Australia		17,269	201	0.01	1.2	0.8
Brunei		141	3	0.02	2.1	0.7
Malawi		4,186	120	0.03	2.9	0.66
Korea, South		14,366	301	0.02	2.1	0.58
Singapore		52,512	27	0.00	0.1	0.48
New Zealand		1,565	22	0.01	1.4	0.45
Malaysia		8,985	125	0.01	1.4	0.4
China		87,827	4,667	0.05	5.3	0.34
Thailand		3,312	58	0.02	1.8	0.08
Taiwan		474	7	0.02	1.5	0.03
Vietnam		590	3	0.01	0.5	0
Diamond Princess		712	13	0.02	1.8	—

フランスは、他のヨーロッパ諸国と同様に、三月上旬から感染者数の急増に直面し、三月一七日から六月中旬まで、強力な外出禁止措置（ロックダウン）の実施を余儀なくされた⁽¹⁶⁾。六月中旬以降は、段階的に緩和を開始していたが、七月下旬から再び感染者の増加が始まっており、予断を許さない状況が続いている。⁽⁴⁾

カナダは、トルドー首相の妻が感染者となり首相自身も一四日間の自己隔離を行うなど対応に迫られた⁽¹⁷⁾。三月中旬から米国を含む海外からの渡航者の入国禁止措置を厳しく実施しており、八月中旬以降までの延長が決定している。国内については、三月中旬から開始された移動制限が七月中旬以降、徐々に緩和されてきており、経済活動が再開しつつある⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾。

ドイツは、爆発的な感染拡大を経験したヨーロッパの先進諸国四カ国の中では最も人口当たりの感染者数が少なく、また、死者数の増加を大幅に抑制した点でヨーロッパの優等生と称されている⁽²⁰⁾。人口当たりの死者数は、フランスの四分の一以下にとどまっている⁽⁴⁾。三月中旬から国境封鎖、ロックダウンを行ったことは、他のヨーロッパ各国と同様であることから、後に述べるPCR検査体制の早期からの充実や高い医療水準などが奏功した

可能性が考えられる⁽²⁰⁾。

以上のような主要先進国の状況と比較すると、ヨーロッパの優等生であるドイツですら、日本の一・三・八倍もの死者数を数えており、日本の一〇万人当たりの死者数は圧倒的に低い。ノーベル賞学者である山中伸弥教授は、このような差異を生じている要因を「ファクターX」と称して、日本固有の未知の成功要因があるのではないかと指摘している⁽²¹⁾。先に発言を取り上げたWHOの進藤氏も同様の理由から「ジャパニーズ・ミラクル」と称したりと見られるが、われわれはこれらの主張とは見解を異にしている。

同じく表1で、欧米と東南アジア・西太平洋地域の国々を比較すると、一〇万人当たりの死者数のトレンドが、ドイツとインドネシアの間でくっきりと分かれることが明白である。すなわち、本章の最初でも示した通り、西太平洋地域の感染者数、死者数の全世界に占める割合は、それぞれわずか一・八%、一・二%にとどまってお⁽⁵⁾り、そもその地域差が各国の感染者数、死者数に大きく影響していることが明らかである。したがって、これらの前提を抜きに主要先進国などの経済的な枠組みで感染者数、死者数を比較して公衆衛生施策等の優劣を

論じることが、まったく無意味であるばかりか、評価を見誤る弊害を生じうる。以上のことから、日本の現在の死亡者数の状況を正確に把握するためには、トレン드의異なる欧米と比較するのではなく、日本も属する西太平洋地域や、地理的近接性を有する東南アジアの国々と比較することが妥当である。

そこで、一〇万人当たりの死亡者数について、日本と東南アジア・西太平洋地域の二三カ国を比較してみると、日本を上回るのは、インドネシアとフィリピンの二カ国であり、いずれも日本の約二倍の一・九人となっている。一方、他の一カ国は、オーストラリアが日本と同数で並ぶほかは、その他の一〇カ国はいずれも日本より低い死亡者数となっている。マレーシアが日本の約半分、台湾は、日本の実に二〇分の一以下という低値である。以上のことから、八月二日時点の日本の一〇万人当たりの死亡者数は、東南アジアのインドネシア、西太平洋地域のフィリピンには勝るものの、同じく西太平洋地域のオーストラリアと同水準であり、韓国、シンガポール、ニュージーランド、中国、タイ、台湾、ベトナムなどの国々より劣っており、少なくとも、「ジャパニーズ・ミラクル」などと形容できる状況ではない。

山中教授も、新たに「アジア・オセアニアのファクターX」という表現を用いて、欧米諸国よりも死亡者数が少ない東南アジア、西太平洋地域という地域性に着目した情報発信をしており、日本の死亡者数が欧米に比べて少ない要因を日本固有と表現していた点を修正しているように読み取れる。⁽²⁾ 欧米と東南アジア、西太平洋地域の死亡者数が大きく異なる傾向がある理由は、まさにファクターXの状態であり今後の解明が待たれる。われわれはすでに、この守られた地域では、ある程度の集団免疫が存在するのではないかと考えている。この地域で流行する特別なコロナウイルスに対するヘルパーT細胞の免疫能力がある。⁽³⁾ 一方、東南アジア、西太平洋地域の中で差異については、各国の政策も影響していると考えられる。現時点では、COVID-19に対する治療薬も限られており、ワクチンも開発中であることから、各国がとり得る感染拡大防止対策としては、感染予防の観点から、①海外からの流入防止（国境封鎖など）、②国内での感染防止（都市封鎖など）、③感染の診断（ウイルス検査など）——の大きく三つの柱がある。そこで以下では、東南アジア、西太平洋地域のウイルス検査について着目し、日本の体

制について評価を試みる。

第二章 日本と世界のウイルス検査体制

COVID-19の診断は、ウイルス同定目的に一般的に用いられるリアルタイム・ポリメラーゼ連鎖反応(RT-PCR)検査と、ウイルスに特徴的なたんぱく質を検出する方法であるウイルス抗原検査、血液中のウイルスに対する抗体を検出するウイルス抗体検査の大きく三つに分かれる。COVID-19の診断法としては、RT-PCR検査が世界中で主軸となっている。その理由は、抗原検査に比べてウイルス量が少なくても検出できるため確実性が高いことと、特異抗体の検出までに感染後二ないし三週間を要する抗体検査と異なり、即時性が高いことである。

PCRとは、Polymerase Chain Reaction(ポリメラーゼ連鎖反応)の頭文字であり、遺伝子情報を担うDNA(デオキシリボ核酸)の特定の領域を増幅して検出する。汎用性が高い手法で、医療では癌やHIVウイルスの研究や診断、食品分野での遺伝子組み換え作物の検定や、親子鑑定、犯罪捜査など幅広い用途がある。とくに最近で

は、PCR反応中の増幅産物をリアルタイムでモニタリングするリアルタイムPCR(RT-PCR)と呼ばれる手法が広く用いられるようになり、標本中にDNAが存在するかの判定だけでなく、DNAと同じ核酸であるRNAの定量解析も可能となった。新型コロナウイルスは、遺伝子としてRNAを持つウイルスであり、RT-PCR検査は、少ないウイルス量でも迅速で高い精度の検出が可能である。もちろん、精度の高いRT-PCR検査であっても、患者から採取した検体に含まれるウイルス量が少なすぎて検出限界を越えていたり、適切な検体採取が行われなかったりするなどの様々な事情で、本来陽性であるはずの検査の結果が陰性と判定されてしまう場合も生じうる。検査実施のタイミングにもよるが、陽性と判定される割合は最大でも約八〇%前後とされており、本来ならば陽性と判定される患者が陰性と判定(偽陰性)されることは、RT-PCR検査が臨床で用いられる検査である以上、不可避である。また、簡易キットで実施可能な抗原検査に対して、複数の検査機器と検査技師を要する点で検査数には上限がある。こうした限界を有するRT-PCR検査法であるが、より優れた代替法は存在しないため、現時点でもCOVID-19検査のゴール

デンスタンダードである。

図1は、オックスフォード大学がCOVID-19に関して日々更新して公表している「Our World in Data」を用いて描画した東南アジア・西太平洋地域の一一カ国のPCR検査の人口一〇〇〇〇人当たりの累積実施件数である。⁽²⁶⁾人口一〇万人当たりの死者数で同水準であったオーストラリアは、比較可能な七月三〇日時点のデータで日本の一八・九倍PCR検査を実施しており、ニュージーランドが一・〇倍、韓国が三・五倍、マレーシアが三・四倍、フィリピンが一・五倍、それぞれ多くPCR検査を実施している。シンガポールは、七月二七日時点で比較可能であり日本の一二・九倍、PCR検査を実施している。日本より少ないのは、タイが一・六倍、台湾が一・四倍である。なお、ベトナムは、四月下旬以降のデータが取得できなかったため、データが取得可能な四月二五日時点での日本との比較では、一・一倍でベトナムのほうが若干多かった。西太平洋地域での日本のPCR検査数の少なさが目立つ。日本より少ないタイ、台湾の両国とも表1で示した通り、患者数、死者数とも圧倒的に少ないことから、日本よりも検査数が少なくなると考えられる。

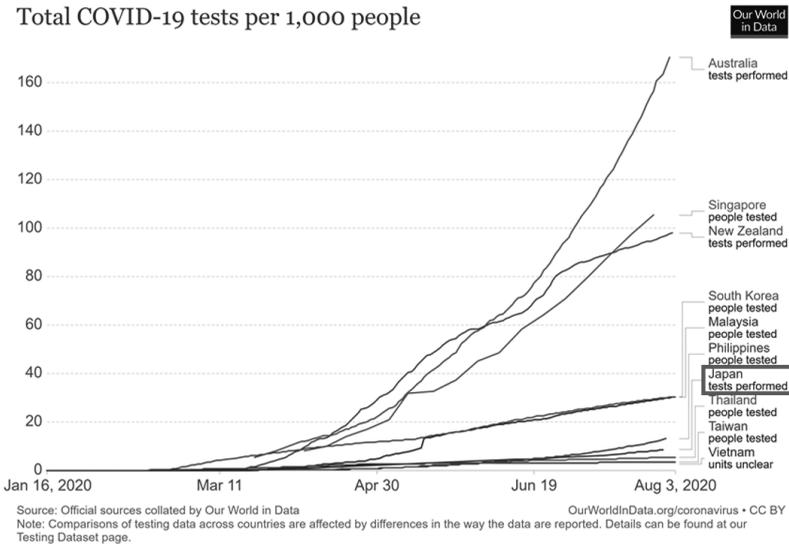


図1 人口1,000人当たり累積PCR実施件数
 (東南アジア・西太平洋地域；8月3日データ取得)

PCR検査自体は、感染者数が増加すれば、それに応じて増加する。図2では、主要先進国の人口一〇〇〇〇人当たりの累積PCR検査数の推移を示すが、データが得られなかったフランスを除いて、主要五カ国のPCR検査数は、日本に比べて圧倒的に多い。六カ国すべてで比較可能な七月二六日時点での比較では、アメリカ合衆国が日本の一九・四倍、イギリスが一六・三倍、カナダが一・二・四倍、ドイツが一・九倍、イタリアが一・八・一倍、それぞれ日本より多い。これらの差異は、各国の検査能力も大きく影響はしているが、感染蔓延状況が大きく異なる影響をより強く受けていると考えられる。

一方で、図1で検討した東南アジア・西太平洋地域の比較では、日本より感染が蔓延していないニュージーランド、韓国、マレーシア、シンガポールのほうがPCR検査を三・四倍から一二・九倍、日本より多く実施しており、政策的な立場の違いがPCR検査数に如実に現れている。つまり、COVID-19への対処として、移動制限（ロックダウン）と並んで重要なのが、PCR検査による感染者の隔離である。PCR検査をできる限り施行し、感染者を見つけ出し、非感染者との接触を断つことが重要である。この方針をとった国は、いずれも感染拡

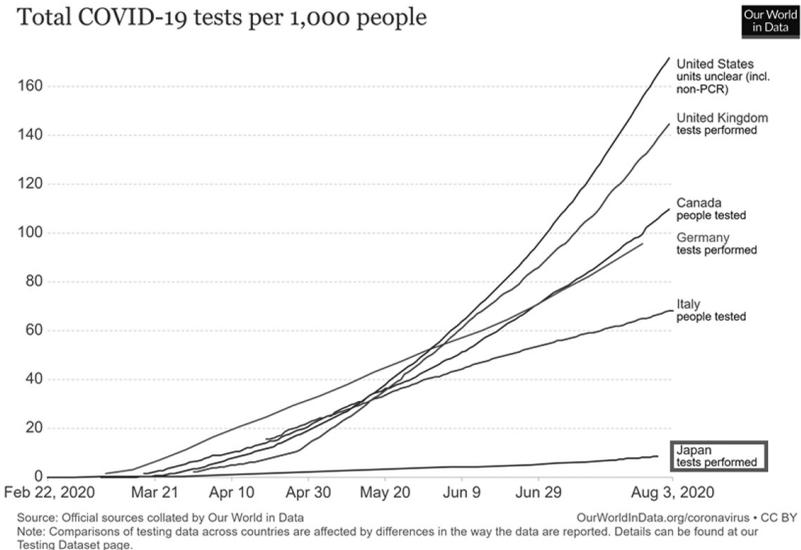


図2 人口1,000人当たり累積PCR実施件数
 (主要先進国(フランス除く); 8月3日データ取得)

大の抑制に成功している。

政府のCOVID-19対策専門家会議は、PCR検査の積極的実施には後ろ向きであった。専門家会議としては、PCR検査自体は「新型コロナウイルスを検出できる唯一の検査法」と認めつつも、「必要とされる場合に適切に実施する」と述べるにとどまり、事実上、重症者に限る高度な制限的運用が標準化していた。四月七日時点で厚生労働省は「新型コロナウイルスに関するQ&A」の中で、PCR検査の必要性の判断に関して、「渡航歴や患者との接触歴などから、都道府県が必要と判断した場合に検査が行われます」として必要性の判断を都道府県に委ねており、これが大きな障壁となっていた。具体的には、臨床医がPCR検査の必要性を認めて帰国者・接触者外来への相談を促しても、軽症者の場合には検査実施に至らないケースが発生していた。また、都道府県によるPCR検査対象者を重症者に限った極端な制限的運用も、一部で報道されていた。一例を挙げれば、さいたま市の保健所長が、四月一〇日に新型コロナウイルス感染の有無を調べるPCR検査の対象選定に関して「病院が溢れるのが嫌で（検査対象の選定を）厳しめにやっていた」と発言したことが報道された。

日本のPCR検査体制は、三月上旬までは地方衛生研究所と保健所が大勢を占めていた。三月六日に保険適用が決まったが、民間検査会社が本格的に参入してくるのはオリンピック延期が決定した三月二十四日以降であった。四月に入ってから、安倍首相もPCR検査を拡充する方針を示したが、民間検査会社参入以降も検査体制の拡充は比較的緩徐に進み、安倍首相が指示した二万件までの検査体制確保には、五月中旬までの時間を要した。全国の知事の有志一八名が取りまとめた「感染拡大を防止しながら一日も早く経済・社会活動を正常化し、日常を取り戻すための緊急提言」²⁸発表の記者会見の中でも、一日一〇万件という具体的な数字も上がったが、厚生労働省が公表しているPCR検査の最大能力は、八月二八日現在でも五万九〇〇〇件余にとどまっている。²⁹

われわれも四月二二日に、医療者向けのサイト³⁰において、PCR検査体制拡充のための大学施設の活用を提言した。³¹その後、文部科学省から全国の国立大学に対して、PCR検査機器の保有状況等の調査が実施されたので期待を持って見守っていたが、残念ながらそれ以降の進展はない。

日本では、PCR賛成派、反対派というような位置づ

けが生じたことが特徴的であった。PCR賛成派の立場はシンプルであり、諸外国に比べて寡少な日本のPCR検査体制を大幅に拡充すべきという主張であった。一方、厚労省、専門家会議、日本感染症学会、日本環境感染症学会などのPCR反対派の立場はいくぶん複雑であり、偽陽性、偽陰性などの検査の限界をことさらに強調してPCR検査を必要以上に貶めようとしたり、まだ開発段階であった抗原検査、抗体検査などへの過度な期待を膨らませて、大学など現実に投入可能なPCR検査資源の投入に際しての難点を強調したりと、PCR検査の拡大を阻止したいという意図が透けていた。これは、PCR拡充の主張により、他国に比べて検査数が少なかった要因が、日本の貧弱なPCR検査体制にあったことを直視させないための、ある種の戦略であったとも考えられる。筆者らは初期の日本のPCR戦略の失敗が、その後の長らく続くPCR検査体制強化の足かせとなり、第一波での市中感染の蔓延をくすぶらせた結果、外出制限の効果であと一步のところまで来ていた収束の途中で緊急事態宣言解除を焦り、第二波の再燃につながったと考えている。つまり、「ジャパニーズ・ミゼラブル」の元凶は、PCR戦略の失敗にあった。

第三章 COVID-19対応への専門家の関与

日本政府のCOVID-19対応は、PCR検査体制一つをとっても相当な紆余曲折の中で進んできたが、この間、新型コロナウイルス感染症対策専門家会議が持つ影響力は相当に大きいものがあった。感染拡大の初期には、専門家会議メンバーによる記者会見がマスメディアを通じて頻繁に行われ、専門家が直接、国民に対してメッセージを届けていた。安倍総理も再三にわたり「専門家の意見を踏まえ」というフレーズで、専門家会議の意向を政策的にも最大限、尊重する姿勢を見せていた。二月一日に設置されコロナ対策を政府とともに二人三脚で進めてきたように見えた専門家会議は、六月二四日に西村康稔経済再生担当大臣の記者会見で唐突に廃止が決まった。廃止の理由は、専門家会議が法的な根拠を欠く位置づけが不安定なものであったためとされているが、³⁰「あたかも専門家会議が政策を決定しているかの印象を与えた」と専門家会議座長の脇田隆字氏が記者会見で明らかにした通り³¹、政府を差し置いた専門家会議の前のめりの姿勢が突然の廃止の背景にあったことは否めない。

廃止された専門家会議に代わって、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく新たな新型コロナウイルス感染症対策分科会が設置された。構成員は一八人で、専門家会議副座長だった尾身茂・地域医療機能推進機構理事長が分科会長に就任した。メンバー構成は、従来の専門家会議から感染症の専門家四名が抜けて、新たに一〇名が加わった(表2)。新たな分科会は、専門家会議のメンバーを半数超、引き継いでいるが、外れた四人はいずれも感染症の専門家である。この四人は、分科会の上位組織である新型インフルエンザ等対策有識者会議のメンバーとなったので、事実上、一人も欠けることなく新組織に移行した。一方、新たに加わった一〇人のメンバーの中に感染症の専門家は一人だけであり、従来の専門家会議が感染症専門家に偏り過ぎた結果、経済対策等がおざりになったとの批判に応えた布陣に見える。とはいえ、二つの会議を合わせると全員が残留した結果を見れば、結局のところ、専門家会議の組織体が大規模化しただけでも言える。これまでの専門家会議の問題点を、専門家が感染症領域に偏っていたことだけに矮小化するのではなく、実態に照らせばあまりフェアではない。PCR検査体制に関する大失態やクラスター対策ばかりに傾倒して

きた姿勢、議事録も残さず事後の検証すら容易でなくなってきた会議体の運営など、これまでいくつも挙がってきた問題点を考えれば、失敗に対する責任の観点から、新たな分科会からは、全員外れる必要があるのではないだろうか。仮に、これらのメンバーが余人に代えがたいということであれば、専門家たる人材の育成を怠ってきたことそのものに問題がある。もしくは、専門家たる人材は豊富なのに登用されていないのだとすれば、政策決定に関与する専門家の選択方法そのものに問題がある可能性もある。

専門家会議も分科会も、専門家の登用のプロセスは明確でない。たとえば感染拡大兆候が続く中で強行された「GOTOトラベルキャンペーン」で垣間見られたように、仮に政府に対して感染症専門家の観点から中止を直言しにくい状況が生じてしまう専門家の選択方法なのであれば、政策の方向性に専門家が抵抗できなくなること、結果として専門家に対する信頼を失墜させてしまう。御用学者と揶揄されるような政策を裏づけするだけの専門家であるとすれば、時に国民の生命や財産を脅かすことにもつながりかねない。この点は、今回のCOVID-19対策に限られた話ではなく、日本に根深く存在し

表2 廃止された専門家会議と新設された分科会の構成メンバーの比較

新型コロナウイルス感染症対策専門家会議（12人）		新型コロナウイルス感染症対策分科会（18人）
構成員	所属	構成員(再任○) 所属
座長	脇田 隆字 国立感染症研究所所長	○会長代理
副座長	尾身 茂 独立行政法人地域医療機能推進機構理事長	○会長
	岡部 信彦 川崎市健康安全研究所所長	○
	押谷 仁 東北大学大学院医学系研究科微生物分野教授	○
	釜苞 敏 公益社団法人日本医師会常任理事	○
	河岡 義裕 東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長	(有識者会議)
	川名 明彦 防衛医科大学内科学講座（感染症・呼吸器）教授	(有識者会議)
	鈴木 基 国立感染症研究所感染症疫学センター長	(有識者会議)
	館田 一博 東邦大学微生物・感染症学講座教授	○
	中山ひとみ 霞ヶ関総合法律事務所弁護士	○
	武藤 香織 東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授	○
	吉田 正樹 東京慈恵会医科大学感染症制御科教授	(有識者会議)
		石川 晴巳 ヘルスケアコミュニケーションプランナー
		石田 昭浩 日本労働組合総連合会副事務局長
		今村 顕史 東京都立駒込病院感染症センター長、感染症科部長
		太田 圭洋 日本医療法人協会副会長
		大竹 文雄 大阪大学大学院経済学研究科教授
		河本 宏子 ANA 総合研究所会長
		小林慶一郎 公益財団法人東京財団政策研究所研究主幹
		清古 愛弓 全国保健所長会副会長
		平井 伸治 鳥取県知事
		南 砂 読売新聞東京本社常務取締役 調査研究本部長

ている可能性がある問題点であり今後が続く課題である。新たな分科会は、構成員数が増えたことで、これまでよりも多角的な視点で物事が検討されることが期待されるが、これまでの経過からは、指導性を発揮できる可能性は残念ながら低い。むしろ責任を取りたくない政治家の隠れ蓑になることは目に見えている。そうならないために専門家としての矜持を持ち奮起することを期待したい。

終章 変革の方向性

第一章では、COVID-19の感染者数、死亡者数に關して、欧米と東南アジア・西太平洋地域のトレンドが異なり、日本も属する西太平洋地域の中での日本の死亡者数は必ずしもミラクルと呼べるような水準ではないこと、第二章では、日本のPCR検査体制に關して、感染蔓延初期から世界の潮流から外れた寡少な運用を多くの専門家が許容し、誤ったこれらの方向性を見直すことが専門家の自己否定につながりかねないことから、思ったように検査数が伸びてこないこと、第三章では、専門会議の改変から垣間見えたCOVID-19対策に關する政策決定への専門家の関与のあり方をそれぞれ概観して

きた。日本の現在の政策決定、選択の状態は、ミゼラブルと呼ぶにふさわしい状況だと考えるが、われわれの指摘するところの「パンパシフィック・アジアミラクル」^②に守られて、ここまでの被害で済んでいること自体が、ある種のミラクルである。現在、第二波が襲来しているが、第一波の時のラッキーが二回目もあるとは限らない。COVID-19に対しても、治療薬、ワクチンの開発や、これまでの各国の政策判断の評価など様々な知見が集積しつつあるので、これまでの取り組みに固執せず、必要な時は政策を大胆に見直し、その代わり、国民に対して、丁寧の説明し、理解を得る努力を、政府と専門家が手を携えて進めていくことが、今後の日本における被害を最小限化するために不可欠なあり方であると考えられる。

●注

(1) 島田眞路・荒神裕之「日本のPCR検査実施件数は途上国レベル」、「山梨大学における新型コロナウイルス感染症(COVID-19)との闘い」(第三報)」、m3.com:二〇二〇年四月一五日。<<https://www.yamanashi.ac.jp/about/20772/>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(2) 島田眞路・荒神裕之「コロナ見過し患者は数万人規模?!」上、「山梨大学における新型コロナウイルス感染症(COVID-19)との闘い」(第四報)」、m3.com:二〇二〇年四月一八日。

<<https://www.yamanashiac.jp/about/20772>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(3) 島田真路・荒神裕之「PCR検査体制強化に今こそ大学が蜂起せよ」『山梨大学における新型コロナウイルス感染症(COVID-19)との闘い(第五報)』m3.com:二〇二〇年四月二二日。<<https://www.yamanashiac.jp/about/20772>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(4) COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)。<<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(5) WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard。<<https://covid19.who.int/>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(6) 厚生労働省「国内の発生状況など」。<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoutkyou.html#h2_1> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(7) 「ZHKスミナル 新型コロナウイルス 出口戦略せよ」二〇二〇年五月一日放送。<<https://www.nhk-ondemand.jp/goods/G2020107145SA000/>> (二〇二〇年五月一日最終アクセス)

(8) 安倍首相「一カ月半でコロナ収束。日本モデルの力示した」『Sankei Biji』二〇二〇年五月二五日。<<https://www.sankeibiz.jp/macro/news/200525/mca2005251826019-n1.htm>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(9) 国立感染症研究所「現場からの概況：タイアモンドプリンセス号におけるCOVID-19症例」二〇二〇年二月一九日。<<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2484-ldsc/9410-covid-dp-01.html>> (二〇二〇年八月

五日最終アクセス)

(10) Gabriel Scally, Robbie Jacobson, Kamran Abbasi, “The UK’s public health response to covid-19,” *BMJ* 2020; 369: m1932.

(11) Edward Livingston, Karen Bucher, “Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy,” *JAMA*, 2020; 323(14): 1335. doi:10.1001/jama.2020.4344.

(12) 日経ビジネス「データ・ジャーナリズム・チーム【図表で見る】新型コロナウイルスのパンデミック広がる対応」*BBC NEWS/JAPAN* 二〇二〇年三月二二日。<<https://www.bbc.com/japanese/features-and-analysis-51992741>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(13) 「トランプ米政権」WHO脱退を国連に正式通告 コロナ禍のなか」『*BBC NEWS/JAPAN*』二〇二〇年七月八日。<<https://www.bbc.com/japanese/53330702>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(14) The White House, “CDC. GUIDELINE OPENING UP AMERICA AGAIN” <<https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2020/04/Guidelines-for-Opening-Up-America-Again.pdf>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(15) 「米感染研究所長 早期の経済再開に警告『苦しみや死』を招く」『*BBC NEWS/JAPAN*』二〇二〇年五月一四日。<<https://www.bbc.com/japanese/52643773>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(16) 在日フランス大使館「新型コロナウイルス感染症」。<<https://jipambfrance.org/Japonais/>> (二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(17) 「カナダ・トルドー首相の妻、新型コロナウイルス検査で陽性」

BBC NEWS/ Japan, 二〇二〇年三月十三日。〈<https://www.bbc.com/japanese/51867840>〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(8) Government of Canada, "Coronavirus disease (COVID-19): Outbreak update." 〈<https://www.bcc.com/japanese/51867840>〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(19) 在トロント日本総領事館「新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 関連情報」。〈https://www.toronto.ca/emb-japan.go.jp/itpr_ja/11_000001_00012.html〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(20) 「コロナ優等生」ドイツの現実』『日経ビジネス』二〇二〇年四月二〇日号。〈<https://business.nikkei.com/atcl/NBD/19/world/00213/>〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(21) 山中伸弥「ファクターXを探せ!」『山中伸弥による新型コロナウイルス情報発信』。〈<https://www.covid19-yamanaka.com/cont11/main.html>〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(22) 山中伸弥「アジア・オセアニアのファクターX」『山中伸弥による新型コロナウイルス情報発信』。〈<https://www.covid19-yamanaka.com/cont11/main.html>〉(二〇二〇年八月五日)

(23) 島田眞路・荒神裕之「日本の死者数はシラケルか?」『山梨大学における新型コロナウイルス感染症(COVID-19)への関心(第六報)』。m3.com:二〇二〇年五月二〇日。〈<https://www.yamanashi.ac.jp/about/20772/>〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(24) Takara「PCR実験の手引き」。〈https://www.takara-bio.co.jp/kensa/pdfs/book_1.pdf〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(25) 一般社団法人日本疫学会、新型コロナウイルス関連情報。

〈<https://jeaweb.jp/covid/qa/index.html>〉(二〇二〇年八月五日)

(26) "Our World in Data." University of Oxford. 〈<https://ourworldindata.org/coronavirus#testing-for-covid-19>〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(27) PCR検査一日二万件に 首相が表明』『日経電子版』二〇二〇年四月六日。〈<https://www.nikkei.com/article/DGXZMO57727640W0A400C2MM8000/>〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(28) 湯崎英彦、大井川和彦ほか知事有志会見リポート「新型コロナウイルス」(22)『日本記者クラブ二〇二〇年五月二一日。〈<https://www.jnpc.or.jp/archive/conferences/35660/report/>〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(29) 「新型コロナウイルス感染症対策専門家会議の開催について」『首相官邸二〇二〇年二月十四日。〈https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/senmonka_konkyo.pdf〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)

(30) AERA dot『「我々は使っ捨っ」専門家会議の突然の『廃止』にメンバーが本音ぞろぞろ』『Yahoo ニュース』二〇二〇年七月九日。〈<https://news.yahoo.co.jp/articles/397be3b7d093e2d6ef4e34ec4bd4dc47c485f?page=2>〉(二〇二〇年五月八日最終アクセス)

(31) 週刊朝日「コロナ専門家会議を廃止『日本モデル』敗北の責任者』AERA dot.二〇二〇年七月九日。〈<https://dot.asahi.com/wa/2020063000029.html?page=1>〉(二〇二〇年八月五日最終アクセス)