

# 提案 国民被害の最小化を企図した コロナ禍対策

京都大学レジリエンス実践ユニット

藤井聡

Fuji  
Satoshi

「新型コロナウイルス」は放置すれば、感染の拡大による感染死を中心とした国民健康被害が広がると同時に、感染を恐れた人々ならびに政府が社会経済活動を一部ないしは大部分停止するが故に社会経済被害が拡大する。本稿では、こうした「国民健康」被害と「社会経済」被害とで構成される災いを「コロナ禍」と呼称し、このコロナ禍を可能な限り縮小する公共政策方針の概略を論ずる。なお本稿の提案は、ウイルス学、環境衛生学、都市計画学、防災学、社会学、心理学、レジステイクス等の専門家から構成される京都大学レジリエンス実践ユニットでの議論を踏まえ、この度改めて筆者が取り纏めたものである。当ユニット提案の詳細は、同ユニットのホームページの「リスク・マネジメントに基づく『新型コロナウイルス対策』の提案」を参照願いたい。

## コロナ禍対策の基本方針

以下を、コロナ禍対策の基本方針とし、各種の政策を立案する。

「医療崩壊」を回避しつつ、新型コロナウイルスによる「死者数」「重症者数」の抑制を重視すると同時に、その対策による「自殺者増」を含めた社会的経済的被害も踏まえた上で、長期的な国民的被害の最小化を目指す。

ここに「医療崩壊」とは、医療需要がその供給量を大幅に超過し、感染者の医療が十分でなくなり、一気に重症者、死者が拡大する現象をいう。すなわち本提案は、この医療崩壊を回避することを第一優先事項に据えつつ、その前提下で感染症による「死者」「重症者」の増加と、感染症対



策による「自殺者」の増加等を含む社会経済被害の双方を見据えつつ、トータルとしての社会のダメージの最小化を目指すものである。

### 感染抑制策における「自粛」がもたらす被害の構造

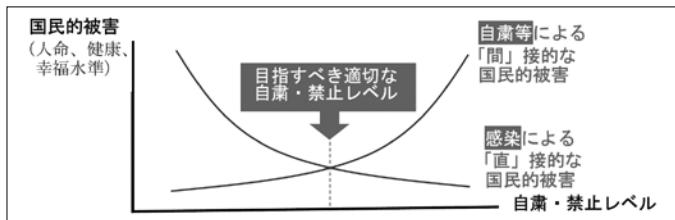


図1 社会経済活動の自粛・禁止レベルと国民的被害の関係のイメージ図

代表的な感染症対策として、

諸外国における「ロックダウン」や現在の日本政府が採用している「八割自粛要請」に象徴される国民活動の「自粛・禁止」がある。

この水準に伴う「感染症拡大による被害」と「社会経済活動の低迷による被害」の間には、図1のようなトレードオフがある。

すなわち、自粛レベルが高いと「感染拡大による直接被害」は縮小していくが、「社会経済活動の低迷による間接被害」は拡大していく(なお、この図に示した曲線は、様々な条件によって異なるものの、概してこのようなトレードオフ関係が存在する)。

ただし、自粛レベルが極端に高すぎると経済社会も医療体制も崩壊し、かえって感染被害が拡大するリスクが生ずると共に、「抗体」を持つ国民が増加せず、(抗体については未知の点が多いもの)再流行時の感染被害がかえって拡大するリスクが拡大する点に留意が必要である。また(新型コロナウイルスには後述する特徴故に当てはまらないが)、自粛レベルが低すぎて死者数が甚大となると、かえって社会経済活動が大きく混乱するリスクもある。

### 新型コロナウイルスの特徴

未知のウイルスといわれているが、少なくとも現時点までに様々な情報も集まっており、それらの基礎情報は、感染症対策を行う上で参照すべきものである。

特徴1・九五%以上が無症状、あるいは軽症である

表1に、日本における感染者、死亡、重症者の年齢階層別の分布を示す(五月七日時点)。この合計のところを見ると、総感染者数に対して、死亡者、重症者はそれぞれ二%程度である。つまり、このウイルスは感染しても九五%が無症状、あるいは軽症で済む。なおこの表は「PCR検査で陽性になったもの」をベースに作成したものであるが、実際はこの十倍、二十倍もの感染者が潜在している可能

	感染者数	死亡数	重症数	重症者中死亡率*	死亡率	死亡率の40代以下の倍率
80歳～	1,536人	228人	30人	88%	14.8%	115倍
70代	1,496人	102人	81人	56%	6.8%	53倍
60代	1,743人	44人	89人	33%	2.5%	20倍
50代	2,555人	16人	47人	25%	0.6%	5倍
40代	2,443人	8人	28人	20%	0.1%	-
30代	2,267人	2人	7人			
20代	2,458人	0人	4人			
10代	356人	0人	1人			
10歳未満	253人	0人	1人			
合計	15,380人	403人	288人	58%	2.6%	-

\*同階層における死亡数の「死亡数÷重症数」に対する割合  
 出典：東洋経済 ONLINE 新型コロナウイルス 国内感染の状況（5月7日時点）

表1 日本における感染者、死亡、重症者の年齢階層別の分布

性が想定されていることから、死亡率も重症者率もこれよりもさらに低く、無症状、軽症で済む感染者の割合が九五%よりもさらに高い可能性も考えられる。

**特徴2…死亡率は若年層で〇・一%だが高齢者ではその何十倍、百倍以上になる**

年齢階層別の「死亡率」に着目すると、四十代以下（五十歳未満）の致死率は〇・一%に過ぎない

いが、七十代ではその五〇倍以上の約七%、八十歳以上になるとその一一五倍の約一五%である。

**特徴3…若年層は仮に重症化しても適切な医療があれば八割方助かるが、高齢者は重症化すると死亡する確率が非常に高い**

次に「重症者中死亡率」（死亡と重症の合計値に対する死亡者の割合）に着目する。これは「重症になってしまったケー

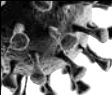
スにおいて、死んでしまう確率」だが、それは若年層は二〇%だが、八十歳以上になると八八%となる。つまり、五十歳以下の若年層なら、重症化しても（適切な医療がありさえすれば）八割方命は助かるが、高齢者になると死ぬ確率が高くなり、八十歳以上ではほとんど助からない。ただし、適切な医療がなければ、重症化した場合の致死率は極めて高い。したがって、医療崩壊が起これると、若年層の死亡率は五倍に跳ね上がる。

**特徴4…高齢者と同様、基礎疾患者、妊婦も「コロナ弱者」である**

以上の特徴は年齢階層別の特徴だが、高齢者と同様、ウイルスに対する免疫力が概して低い糖尿病や心疾患などを持つ基礎疾患者も同様に「コロナ弱者」である。ならびに、重症化によって流産のリスクが高まる妊婦もコロナ弱者と言い得る。

**特徴5…感染の大半が接触感染と考えられる。飛沫感染とエアロゾル感染もある**

新型コロナウイルスの感染ケースの多くが、感染者から発出された飛沫がテーブルやドアノブ等につき、それを手等で触りその手で口や鼻の穴に触れることで感染する「接触感染」と考えられている。また、発話や咳等に伴って発出される飛沫が「直接目鼻口に到達」し感染する（直接）「飛



沫感染」もあり得ると共に、ウイルスが含まれた微少な蒸気等の「エアロゾル」を吸引することで感染するエアロゾル感染もある。これは、換気のない密閉空間で長期間滞在することでのリスクが高まると考えられている。

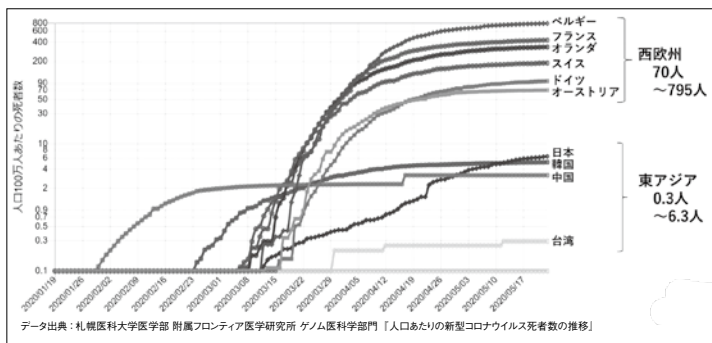


図3 欧州と東アジアとの間には感染死者数に数十から数百倍の大幅な格差がある

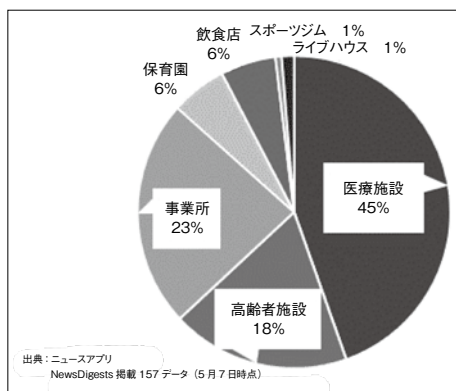


図2 クラスタ（集団感染）の施設別分布

特徴6・クラスターは病院と高齢者施設で六割を占めている  
図2にクラスター（集団感染）の施設別分布を示す。ご覧のよう

に死亡・重症化リスクがとりわけ高い高齢者施設や医療施設が六割を示している。  
特徴7・東アジアでは、欧米ほど急速な感染爆発は起こらないという実績がある

図3に、東アジアと西欧の死者数推移を示すが、これに示された通り、東アジアの感染死者数は、西欧諸国の数十分の一から数百分の一程度の水準である。この理由については様々な仮説がいわれているが（自然免疫の水準の差異、文化的差異など）、未だ決定的な理由は明らかではない。

### 感染症対策の方針

以上の基本的な特徴を加味した上で、医療崩壊を回避する前提の下でコロナ禍の被害の最小化を図るべく、下記の五つの方針から構成される感染症対策を提案する。

#### 方針1・医療対応能力を迅速に高める

十分な財政支出の裏付けの下、コロナ対応病床、医療スタッフ、人工呼吸器数、軽症感染者の隔離施設等を拡充する。同時に、医療ステージに応じた薬剤（フサン、ファイパン等の予防的使用やアビガン、レムデシビ

ル等)の検証/許認可と医療施設への供給を拡充する。なお、コロナ感染症を引き受けることで病院経営が赤字になるならコロナ病床拡充等が図られないため、政府は対応病院に対して十分な手当、補助金を支給する。また、PCR検査能力を高めると同時に検査基準を緩和し、医師・保健所の判断で迅速かつ大量に検査が受けられる体制を作り上げる。なお、現在政府が続けているクラスター対策は継続する。

## 方針2:「コロナ弱者」の保護の徹底

**特徴2・4**を踏まえコロナ弱者(高齢者、基礎疾患者、妊婦)全般に、手洗いがいい、目鼻口の接触回避などを奨励すると共に、各種検査(抗体検査、抗原検査、PCR検査)と各種薬剤の優先的活用を図る。また**特徴6**よりクラスターが頻繁に発生している病院、高齢者施設でのクラスター発生を抑止するため、換気を徹底し、コロナ弱者との接触者数を可能な限り減らすと同時に、接触者全員に対して検査、薬剤を優先的に使用する。

## 方針3:感染ルートを考慮した「効率的な感染回避行動」半

### 自粛に向けたリスクコミュニケーションの徹底

**特徴5**を踏まえ、感染の大半を占めると考えられる接触

感染を回避するためには「目鼻口を触らない」ことが最も効果的。エアロゾル感染を抑止するには「換気の徹底」がそれほど重要である。一方飲食については、「飛沫回避」が必要であり、そのために、飲食中は黙るか、会話するなら二メートル以上の距離を取るか発話時のみハンカチ等で口を覆うかのいずれかで対応することで、感染リスクを大幅に回避できる。以上まとめると、**外出時は「目鼻口を触らない」「換気を徹底」「食事中は飛沫に徹底注意(黙る/距離を取るか/発話時にハンカチ等で口を覆う等)」の三点だけに注意すること**で、感染する/させるリスクを大幅に縮減できる。逆にいえば、(手洗い、マスクなどに加えて)この三点だけ守ってさえいれば、**外出はもとより、各種イベントも、宴会、パーティ等も実施可能である**。なお、こうした「自制」を軸とした自粛方針を、「半自粛」と呼称しつつ、リスクコミュニケーションを図り、広く国民の行動変容を促す。

## 方針4:以上の三方針を基本として、医療崩壊リスクが高

### まれば各種の「自粛要請」を発令

**特徴3**より医療崩壊が起これると若年層の死亡率が五倍に跳ね上がることを踏まえ、以上の三方針「以上」のより強力な行動制限は、「医療崩壊」のリスクが高まった場合においてのみ発動する。ついてはそれぞれの地域で、日々「(あ



るいは三週間後の医療需要が医療供給を超過する。医療崩壊する」リスクを推計し、そのリスクが一定以上超過すれば、その時点で例えば以下のような形で段階的に自粛要請を発令する——「医療崩壊リスクが一〇%を超えたケース」

■高齢者・基礎疾患者等の、一〇人以上の宴会／カラオケ等の自粛要請と可能な限り他者との接触の自粛要請、「医療崩壊リスクが三〇%を超えたケース」

■全住民の一〇人以上の宴会／カラオケ等の自粛要請、「医療崩壊リスクが五〇%を超えたケース」

■全ての宴会／カラオケ等の自粛要請、および、可能な限り他者との接触の自粛要請、一〇人以上の各種イベント自粛、等。これを通して、未然に対策を打ち、医療崩壊リスクを限りなくゼロに近づけることを目指す。なお、この方針を採択しても特徴7で示したように、欧米のような感染爆発が生じない可能性が考えられるため、予測式の誤り等によって「手遅れ」となるリスクは少なくとも欧米よりも低いと期待できる（なお、こうした対策にもかかわらず医療崩壊リスクが現実化する懸念が高まった場合、木村もりよ・関沢洋一・藤井聡「高齢者と非高齢者の2トラック型の新型コロナウィルス対策について」（経済産業研究所ホームページ特別コラム）に紹介したコロナ弱者とコロナ強者で医療体制を分離する方法を採用する。詳細は、当該文献を参照されたい）。

### 方針5・感染症対策に伴う各事業者の粗利の損失を全額政府が補償する

以上の感染症対策を行えば、医療関係者においては追加投資等が必要となると同時に、経済停滞によってあらゆる事業体の収益が大幅に減少する。これを放置すれば数十兆円、数百兆円規模で経済が縮小し、倒産、失業が拡大し、長期的に自殺者数が一〇万人、二〇万人という単位で拡大していく（詳細はレジリエンス実践ユニット「新型コロナウィルス感染症に伴う経済不況による『自殺者数増加推計シミュレーション』を参照されたい）。こうした「コロナ不況」を食い止めるため、政府は徹底的に国民に支出していくことが必要である。支出方法としては、法人の倒産と解雇を完全に防ぐ「粗利の損失の補償」が得策である。また、感染症で冷え込んだ消費を喚起するために消費税凍結も必要である。

### 社会・経済を可能な限り傷付けず感染症対策を図り、経済対策も徹底的に進める

以上が、「コロナ禍対策の基本方針」に基づき、また今回のウィルスの七つの特徴を踏まえて検討した五つの方針である。この方針の利点は、以下の六点にまとめられる。

### 【利点1】現在の政府方針は、クラスター対策を基本とし

てウイルスの「抑え込み」を目指すものである。しかし特徴1に示したように、大半の感染者が無症状あるいは軽症であるため、感染者全員を拿捕することは極めて困難である。一方で本方針は、クラスター対策で拿捕できない感染者が存在することを想定しつつ、そこでの感染拡大を抑止するために方針2〜4を推進する。これにより感染拡大、あるいは、感染爆発のリスクを、現在の方針よりもより効果的に低減させることが可能となる。

【利点2】現在政府が採用している「自粛要請」を中心とした感染症拡大策を採用する前に、方針2のクラスター感染「予防」の徹底と、方針3のリスクコミュニケーションの徹底を加速させ、自粛要請を最小化する。これを通して現在の政府方針よりも効果的な感染症対策を行いつつ、経済的社会的被害をより低減させることができる。

【利点3】現政府方針は方針2を採用しておらず、したがってコロナ弱者の感染が拡大し、重症者、死亡者が容易に拡大し、医療崩壊リスクが容易に高まる事態が想定される。しかし、方針2を採用していることから、重症者、死者の爆発的拡大を抑止でき、医療崩壊リスクを回避できる可能性が、現政府方針よりも高い。

【利点4】方針4の自粛要請は、「医療崩壊リスクの回避」

を数理的な基準としており、現在の政府の「緊急事態宣言」の基準よりもより、医療崩壊リスクをより低く抑えることができる。

【利点5】上記の【利点1】【利点3】【利点4】故に、医療崩壊リスクを回避しながら、また、（現在のスウェーデンのように）高齢者における死者の拡大を放置することなく、いわゆる「集団免疫」を獲得していける可能性が、現政府方針よりも高い（無論、免疫については不明点が多い故、ここでの記述はあくまでも「可能性」である）。

【利点6】方針5を採択しているため、経済損失が生じ、倒産、失業、自殺が一気に拡大するリスクが、現政府方針よりも格段に低い。

以上が、京都大学レジリエンス実践ユニットが提案する、リスク・マネジメントに基づくコロナ禍対策の概要である。繰り返すが本提案は、医療崩壊を避けることを絶対条件としつつ、当該ウイルスについてここまで明らかになってきた各種特徴を踏まえながら、そのトータル被害の最小化を目指すものである。本提案が、我が国、そして世界の適正なコロナ禍対策の改善に貢献しうることを、心から祈念したい。