

[地球を読む] 新型コロナ 大竹文雄 (寄稿)

◇大阪大学特任教授

◆リスク判断 価値観次第

新型コロナウイルス感染症が5月8日、「2類相当」から5類感染症になって約4か月が経過した。

5類は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関し必要な措置」を定めている感染症法上の分類である。感染力や重症化リスクに応じて、1類から5類まで分かれているほか、「新型インフルエンザ等感染症」などがある。

5類の感染症は、季節性インフルエンザや麻疹などだ。感染者に対する行動制限はなく、国が発生動向を調査し、国民や医療機関に情報提供する。

一方、2類は結核や鳥インフルエンザなどで、感染者の入院や物を消毒することが定められている。1類から3類は、入院や就業制限など、感染者に対する私権制限も可能である。

新型コロナが2類ではなく「2類相当」とされたのは、実は「新型インフルエンザ等感染症」という別の分類だったからだ。

この分類は、感染防止のための私権制限を比較的柔軟に行うことができる。その中で、2類感染症に相当する対策が取られてきた。新型コロナでは、患者だけではなく無症状の病原体保有者に対しても、入院などを勧告した。これは、より危険度の高い1類相当の措置である。

感染症法によって入院した人の医療費を全額公費負担としているのは、感染者の行動の自由を制約していることも大きな理由だ。単に深刻な病気だから、というわけではない。

「2類相当」として、新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）の対象になったことで、政府は感染者だけでなく、濃厚接触者にも外出自粛要請という私権制限を課すことができた。さらに、緊急事態宣言期間中に政府・自治体は、濃厚接触者以外の健康な人への外出自粛や、店の営業自粛要請まで実施した。

国民や企業に、政府がマスク着用などを求めることができたのは、特措法で私権制限が可能とされているからだ。この法律で私権制限できる条件の一つは「病状の程度が季節性インフルエンザに比して相当程度重い」というものである。

新型コロナが特措法対象ではなく5類に移行したのは、憲法で保障された基本的人権を制限するほど重篤な病気ではないと判断されたことを意味する。この判断は、事故や環境悪化などの危険があっても自動車を使うのと似ている。社会の様々なリスクの中で何を重視するかは、私たちの価値観の問題なのだ。

◆対策と根拠 検証欠かせず 政策の策定にあたり、専門家は科学的な情報を政府や国民に提供する。もちろん、政治的判断が科学的情報と矛盾したものであってはならない。しかし、政策には複数の目標があり、どの情報を重視するかという価値判断を伴う。

また医学では、治療法や薬品が本当に効果的なのかどうかを、科学的エビデンス（証拠）に基づいて判断する医療「EBM」が主流になっている。効果に厳密なエビデンスがなければ実際の治療に使うべきではない、という考え方は医学界でかなり定着してきた。その結果、従来の治療法が変更されたケースも多い。

ただし、「エビデンスに基づいて治療法を決めるべきだ」ということと、「エビデンスがあれば治療法は一つに決まる」ということは異なる。それは、回復までの期間は短いが副作用は大きい治療法と、回復までの期間は長いが副作用は小さいという、二つの治療法があった場合を考えればわかるだろう。どちらの治療法が望ましいかは、患者本人や家族の価値観によって決められるべきで、医療者がエビデンスから自動的に選択するものではない。

同じようなことは、新型コロナウイルス感染症対策にもあてはまる。

緊急事態宣言などの行動制限が感染拡大をどの程度抑え、それが社会経済にどう影響するかについて、専門家は政策決定者に情報提供をしてきた。私も参加した新型コロナウイルス感染症対策分科会や基本的対処方針分科会は、こうした役割を果たすべき場だったが、構成メンバーは医療関係者の比率が高く、社会経済への影響に関する専門的知見が十分に生かされなかったように感じた。

もう一つの問題は、感染実態についての新しい情報が得られても、それを政策対応に反映させるための情報更新が遅れたことだ。

第1回の緊急事態宣言では、人と人との接触を、通常より8割削減させることが目標とされた。この目標は、8割の行動自粛が行われないと、4週間で新規感染者数をクラスター対策が可能な人数に抑えることができないとするシミュレーションが根拠とされた。

しかし、最近の研究で当時の数理モデルを再現したところ、人と人との接触を8割削減させると、わずか1日で新規感染者数が目標まで減少するとの結果が出た。最初の緊急事態宣言の際に、1か月間も接触を8割削減させる必要が本当にあったのか、疑問を呈する結果である。

もちろん、新型コロナ感染症が急拡大していた緊急時に、短期間で行われたシミュレーションの貢献は大きかった。とはいえ、科学的エビデンスにも限界はある。データの不十分さなどによって、すぐに確度の高いものが示せるとは限らないことを前提に、判断する必要がある。

こうしたことは、世界的な感染防止策についても見られた。

世界保健機関（WHO）は当初、新型コロナの感染経路は、飛沫（ひまつ）感染と接触感染だとした。日本もこれを前提に対策を取った。飛沫感染を防止するために、アクリル板やビニールシートを店舗に設置した。マスクの着用も求めた。スーパーコンピューター富岳による飛沫拡散のシミュレーション映像は、アクリル板やマスクの効果が大きいことを説得的に示した。

ところが、WHOは2021年4月30日、飛沫よりはるかに微小で空気中を長く漂う「エアロゾル」を感染経路に加えた。これにより、室内の感染防止対策は換気がより重要となった。アクリル板は空気の流れを遮るため、換気には逆効果となる面もある。

ある感染対策が一度定着すると、新たなエビデンスによって効果に疑問が出た後も、従来型の対策が長期間続けられてしまう傾向が見てとれる。

エビデンスの更新が遅れると、感染対策にも社会活動にも悪影響を与える。エビデンスが更新さ

れた際には当然、対策自体を更新する必要がある。これまでの新型コロナ対策を検証し、政策と科学の関係を整理し直すべきだ。

◇大竹文雄氏 1961年生まれ。大阪大学副学長、日本経済学会会長などを歴任。専門は労働経済学、行動経済学。「競争と公平感」「行動経済学の使い方」など著書多数。