

公共性の生態学的モード—新型コロナウイルス第1波(2020年1月—5月)

河本英夫 (文学部)

要旨: 新型コロナウイルスは、世界の公共性に多大な変化をもたらした。おそらく確実に「世界史的な事件」として歴史に残る。パンデミックであるから、それを事象として捉えるためには、時間的な推移と国際的な対比が必要となり、初期段階では各国で対応の仕方に大きな差異が生まれた。ウイルスじたいの正体がまだ不明で、しかも対応の仕方が決まっていない。免疫を優先する国も、都市封鎖を行う国もあった。それにしてもウイルスへの対応には、国民性がくっきりと表れた。

日本では、法による管理と制御を最小限に抑え、国民の自己抑制を社会的に持続させるという方針をとった。ガードを上げて防疫対策を強くする面と、ガードを下げて経済活動を優先する面が交互に出現するように、循環型の対応をとったのである。

キーワード: コロナウイルス、パンデミック、日本型抑制モード、免疫

公共性の試金石となるような事態がある。2020年冬から春にかけての新型肺炎コロナウイルスもそうである。連日のように膨大な報道が行われている。欧米で大流行し、いくつもの国で、「非常事態宣言」が出されている。まるで戦時中、あるいは戦争間近であるように、都市部の繁華街では、人通りが絶え、閑散としている。ヨーロッパの国々では「生活必需品の手当」以外の不要不急の外出は控えるようにという政府指示が出ている。余分な外出を控え、ともかくも生活の範囲を縮小して、しばらく隠忍の生活を余儀なくされているようである。進行形の事態をともかくも予期と推論を交えながら捉えてみたいと思う。

公共性は開かれていることによって機能するが、開かれていれば感染が広がる。とくに感染症の場合、劇的に感染者が増えれば、医療施設、医療品はどの国でも不足する。公共性のなかに新たな境界を引かなければ、対応できない事態が発生している。

いつものことだが、私にはこうした事態がなにか奇妙なことに感じられている。不要な外出を避け、その範囲内で毎日を過ごす。これはまさにすでに私自身が長年毎日行っていることである。私はインフルエンザにはほとんど罹ったことがない。感染症には縁がないというのが実情である。もっとも個人的には奇妙な経験はしている。長崎大学から東洋大学に転任するとき(1991年春)、東洋大学に健康診断書を出さなければならない。1991年の2月のことである。すべての学内手続きが進み、事務的な書類を一揃い東洋大学宛に出さなければならないが、そのなかの一つが「健康診断書」である。

私は、長崎大学構内の保健室で診断書を出してもらうために肺のX線写真を撮った。その後受け取った書類には、過去に結核に感染していると書いてあった。私は驚いた。まったく身に覚えがない。担当してくれた内科医に、その結核はどうなっているのですかと聞いた。医師は、「自分で治してい

ます」と答えた。小学校低学年で BCG 接種時に、死んでいない結核菌に感染したようであった。それを自分で治していたようである。感染症にかかわる私の唯一と言ってよい思い出である。それによって私は、BCG 以上の免疫を獲得したのかもしれない。

今回のコロナウイルスでは、日本でも「緊急事態宣言」を出すことができるように法案は成立している。かりに爆発的な感染が起き、ある地域が混乱したとき、「緊急事態宣言」を行って「都市封鎖」のような行政命令を出すことができる。法律はすでに国会は通っているのである。だがこの法律にしたがって、「緊急事態宣言」はまだ出されてはいない。安倍総理は、「緊急事態宣言」を出すような現状には至っていないと判断している。

理由はいくつもあるが、2020 年 3 月中旬には、爆発的に感染しているような地域は、ほとんど見当たらないからである。そしてさらに重要な理由がありそうである。かなり多くの人が、緊急事態が宣言された場合のような生活のモードにすでに入っているのだろうと予想される。いわば事態を察し予期して、個々人の側ですでに自主的に自粛し、自己隔離しているのである。ここには各国での公共性のモードの違いが効いてくる。たとえばイタリアで「都市封鎖」というような情報が流れれば、多くの人たちがその都市を抜け出し、別の場所に移動してしまう。都市封鎖が機能せず、いずれ全土封鎖になる。そうなればただちに外国に逃げ出そうとする人たちが出る。そのためヨーロッパでは、国境を封鎖しておかなければならない。都市封鎖が行われても、街頭に警官が立たなければ、行政命令を平気で破っていく者たちが出現する。

韓国では、週に 1, 2 回は大規模集會が開かれる。そこには政治的な思いも、宗教的な思いもあるのだろう。だが社会的行動で見れば、巨大な集會体が週に 1, 2 度は創り出されていることになる。2 月後半に今回のウイルスは、韓国ではほどなく終息すると、文在寅は公的に発言している。大邱の教会で大規模ミサが行われたのが、この直後である。少しでも制御を緩くすると、ただちに集會が行われる。こうした集會は、「理由付けられた集會」なので、娯楽とは異なり、日常のなかではかなり重要な社会行動である。そのため少しでも規制が緩めば、ただちに出現する。

土居健夫の『甘えの構造』のなかで描かれている日本人像では、「甘え」とは「相手が自分を受け入れてくれることを相互に前提しあえる関係」のことである。甘えと言っても甘ったれのことはない。これは相互に利益になるものが相互にかかわることを基調とする欧米人には理解しにくい心性である。

この甘えの構造は、同時に多くの内容を含んでいる。配慮なく他人に害を及ぼす可能性のあるものは、自動的にこの日本的ネットワークからは外れてしまう。ウイルスを他人に移すことは感染者にとつての不可抗力ではなく、社会慣習上の非礼であり、そのままではネットワーク除外者となる。意図的にウイルスを周囲に感染させることは、指定感染症である限り「傷害罪」にもなる。周囲の人たちを感染させないようにすることは、自分のネットワークを維持するための最低限の要請である。

自分が感染せず、自分の身を守ることと同じ程度に、あるいはそれ以上に、他人に移さないために、自分が感染しないようにするのである。他人に対して互助の精神のないものも、この日本的ネットワ

ークから外れてしまう。たとえば風邪をひいている人は、周囲に移さないようにマスクをしている。周囲への気遣いが無ければ、気配を読めない人だと言われる。こうしたことが諸外国からは、日本は「規律」を守る国だと呼ばれることの内実である。実際には、法に従って個々人は一貫して動いているのではない。その手前で互助のネットワーク維持におのずと適合しているようにふるまう人達の集合体が出来上がっている。これが日本的公共性のネットワークの特質である。

そんなとき例外的にイベントを強行すればニュースにもなる。浦和の埼玉スタジアムで、3月22日にK-1 グランプリが当初の予定通り強行された。それがニュースになるほど「自主的な自粛」が、日本の「公共性」のモードになっている。また愛知県蒲郡市の感染者がカラオケスナックで「自分は感染者だから、ウイルスをばらまいてやる」というやけになった言葉を吐きながら暴れたことがある。これが特殊例外なのである。この男は後に死亡した。すでに日本的公共性のネットワークから外れているのだから、誰も問題にはしない。だがここで起きていることのなかに、ウイルスの特異な性格を垣間見せる事件でもあった。このやけ男と一緒にカラオケを歌っていたホステスの女性は陰性であり、この男の座っていたソファに座り化粧を直していたホステスが、陽性になった。このウイルスは、物に付着ししばらく経っても、感染力が落ちていないらしいのである。そうなれば電車の吊革やドアノブも危険だということになる。

話を元に戻すと、実は日本的ネットワークの裏側には、他人に迷惑をかけなければ、何をやってもかまわないはずだという密かな思いが付き纏ってしまう。誰にも迷惑をかけない身勝手さがなぜ悪いのかという言い分である。そしてそれが集散的に何度も出てきそうになれば、周囲からあるいは公的機関から促されて自粛していく。ところがウイルスの感染は、暴力事件とは異なり、ただちに「迷惑な行為」であるのかどうか判別ができない。ここにタイムラグによる一時的な感染者増大のきっかけが含まれる。

またサッカーの国際大会で満員の観衆が、試合後の熱狂で大騒ぎを続けている。その一角に、会場の掃除をしている者たちがいる。会場整理の係員ではない。見れば決まって、日本人である。試合が終われば、ノーサイドになり、次の会場使用のために掃除をして終わるのである。観客は盛り上がり、その後の清掃は会場整理係の仕事という機能的な分担は、日本ではまったくそぐわない。大相撲の力士が、取組後「礼」で終わるように、観客の仕事は、次の使用のために会場を整えることである。

今回のウイルスの感染者数、死者数を国際比較するとすぐにわかることがある。どうやら日本だけが異様な数字になっている。まさに「不思議の国ニッポン」である。3月末時点では感染者数が異様に低い。死者も先進国では異様に少ない。感染者数については、検査を行った実数が少ないからだというのが当初の諸外国からの言い分であった。だが感染者を徐々に特定して行っても、一挙に爆発的に増えている様子はない。なにか今回のウイルス感染対策では、日本では特異なことが起きていると考えざるをえない。今回日本が行っている感染対応システムと、感染するウイルスそのものの本性的な性質との間に、奇妙な適合性があると推測することは、かなりの合理性がある。平易に言えば、おそらくまぐれ当たりのようにうまく行ったのである。

一般的に考えると検査を多く行い感染者数の分母が大きくなれば死亡率は下がり、検査数が少なく、感染者数がそれに応じて少なければ、分母が小さく死亡率は上がる。だが日本のように感染者数が少なく、かつ死亡率もイタリアよりも低いということであれば、なにか別の理由があるはずである。海外からは、さまざまな理由付けがなされている。おそらく複数の理由があるのだろうが、それでも不思議な現象である。

2020年1月末の時点で、この新型肺炎ウイルスが、欧米でここまで一挙に拡大すると予想した人はほとんどいなかった。3月下旬ですでに世界全体で80-90万人の感染者を出している。当初、欧米からすれば、中国で引き起こされた「アジアの感染症」ぐらいの「おおらかな対応」だったと思われる。これはある意味で欧米の油断であり、気が付いたときには「すでに手遅れ」という事態が出現していた。しかも短期間に急速に感染が爆発したのである。まだ経過中であり、進行中の紛れもない「世界的な事件」だが、日本で起きていることの固有性は検討しておいてよい。緊急事態時には、各国の特性が露骨なほど明確に出てくる。そのことはいつも念頭に置かなければならない。データだけの直接比較ができないということになる。

この報告と事実列記は、進行中の事態を進行中に記載している。各種スポーツ・イベントの実況中継に近い。実況中継は、結果が不明なまま行うしかない。そのつどの雑音からエッセンスを取り出していかなければならない。

1 ツキがあった

2020年1月末の時点では、このウイルスの特性や傾向はほとんど分かっていなかった。わからなくても対応しなければならぬのが、感染症である。中国・武漢ではパニックになるほどの感染症であるらしいこと、日本でも隅田川の屋形船での集団感染が疑われること、さらには横浜港に寄港を認められたクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス」には、かなり多くの感染者がいそうということが、報道ベースの事実として判明していた。

ウイルスの正体が不明であるために、2020年1月末時点では対応策はまだない。特效薬もワクチンも不明である。対応する術は、感染者を確保して隔離し、感染を広げないこと、個々人の免疫を高めるような措置を取り、ともかくも重症化させないことであり、その間に対応の手立てを探し出すことである。このやり方は、基本的には感染の速度を遅らせ、そのためには感染者を可能な限り隔離することが緊要であるという点に力点がある。だがウイルスそのものの性質により、この隔離は容易なことではないことが徐々に明らかになってきた。

(1) このウイルスの感染力は、インフルエンザほどではないが、かなり高い。少なくともエボラ出血熱やサーズよりも感染力は高い。空気感染はないが、飛沫感染で周囲の人たちに移る程度の感染力の高さである。

(2) ウイルスの潜伏期間は比較的長く、感染者と呼ばれるもののなかに、感染しても発症しないもの、感染しても軽微であるもの、感染して治療が必要になっているもの、感染して重症化しているものの

ように多様な分岐をしている。

これらの項目については、ダイヤモンド・プリンセスの乗客、乗務員への感染症に対応した医師は、全員ではなくともかなりの人たちは、薄々は気づいていたと思われる。クルーズ船に乗客を長期間閉じ込め、感染者数を増やしたことは、同時期には世界各国から非難された。だが感染して重症化したものはただちに下船させ、横浜市や相模原市や東京の病院で徹底的に治療している。そのため乗員、乗客を含めて3700人程度の人たちのなかで、死亡したのは11名である。感染者は700人強であるから、感染者死亡率は、0.7%程度である。これはドイツ全土の死亡率よりも低い。

今にして思えば、世界の主要都市で行われている「都市封鎖」を、横浜港に寄港を認めた「クルーズ船」というミニチュアで行っていたのである。これは後の日本の対応のモデルケースになった。ある意味で、やっかいなクルーズ船を引き受けたおかげで、ツキがあったのである。クルーズ船は、小さな個室とライブステージのような公共施設から成っている。つまりこれは疑似隔離施設だった。

クルーズ船の対応で得られた知見は大きかった。いくつもの不思議なことが見つかった。たとえばある感染者でかつ発症している人の周辺を検査しても、簡単には感染者が見つからない。陽性率があまり高くないのである。またウイルスの量によって感染の有無が分かれてくる可能性がある。さらに多くの感染者(8割程度)は、軽度もしくは無症状でありながら、周囲の人を感染させている可能性が高い。ただし重症化すれば、一挙に容態が悪化する。よくわからないウイルス像であったようである。この分からなさは、いまでも部分的に続いている。対応しにくい厄介なウイルスである。

この段階で、医療側の要請は、医療対応のできる範囲に感染者数を留めること、重症者に対して医療資源を集中的に投入することである。この段階でも、精確に全員検査をやった方が良いという意見は、マスクミを中心に行われていた。事情の分からない評論家がそれに追随した。そして世界各国でも、「検査、検査、検査」という掛け声が飛び交った。

クルーズ船の乗船者に対しても、日本は全員検査をしていない。検査なしでどうして下船させることができるのか。ウイルスの潜伏期間を超えた2週間の隔離、「経過観察」を設けている。そして必要に応じてCTスキャンを行い、肺炎の程度を調べている。これが検査を代替している。

この2週間は、外出の効かないクルーズ船上であれば、どの国の国民に対しても設定できる。ところが自分の自宅で、2週間自己隔離して、経過観察してくださいというミッションもしくはオプションを出して、どの程度の人たちがそれを実行するのだろうか。検査で告知されないままなお自分で経過観察をするという事態を、不当な自由の制限だと感じる人や、早く結果を示してほしいと訴える人や、ただ2週間じっと待つことのできない人は、おそらく相当数いる。2週間の経過観察が有効に機能する国は、実は多くないと思われる。ここにも公共性のモードが効いてくる。

他方、患者の特性で見ると、重症化するのとは比較的高齢のものであり、しかも基礎疾患のあるものである。高血圧症、糖尿病、喫煙習慣のあるものは、比較的重症化しやすい。因みに、私自身には高血圧症、糖尿病、喫煙習慣のすべてが揃っている。つまりこのウイルスに感染すれば、私は一気に「お迎え」となる可能性が高い。2020年3月6日には、お台場の会場で上演された「縛られたプロメテ

ウス」という舞台のチケットをあらかじめ入手していた。私はなにか直感が働いたのか、この舞台を見にでかけることは断念し、若い人にチケットを譲ることにした。そしてI君に代りに行ってもらうことにした。I君は、アメリカのボストンの地下鉄で迷子になった経験はあるが、迷子のついでに感染症に罹るようなタイプではない。

早期に検査が必要な感染症はある。たとえば結核は、放置すれば家族全員、集落全員に蔓延する。そのため「法定伝染病」に指定され、陽性感染者だと認定されれば、強制的に隔離される。結核のような場合には、早期に検査を行い、感染者を封じ込める必要がある。

だが今回の新型ウイルスは事情が異なる。ウイルス側の特性は、潜伏期間が比較的長く(9日-14日程度、まれに4週間)、その間に歩けば、多くの人に感染させる可能性があり、多くの人を巻き込む可能性がある。そのため感染者は、インフルエンザに似て、瞬く間に増える。そして指数関数的な増大曲線ができる。

また症状の出方にはばらつきがある。安静にして休んでいれば、免疫が形成され対応できてしまう患者もかなりいる。検査を行ってたとえ陽性であっても、あまり症状の出ない人もいる。検査時には陰性だと判定されても、数日後には陽性であることが判明する場合もある。

ここからいくつかのはっきりした対応方針が出てくる。ウイルスに対して、陰性、陽性の区分は、その区分からただちに対応方針が決まるものではない。ある時点での陰性の判定は、数日後は実は陽性であることはいくらでも起きる。ウイルスの増殖が小さければ、検査には引っかからない。また陽性の場合も、個々の感染者にとって他人に移さないようにする配慮は必要だが、全員にただちに治療が必要なわけではない。

検査は、感染を広げないための「公的な手掛かり」にすぎない。検査してもそこから対応の仕方が決まるわけではないとき、陰性、陽性の区別が決定的なのではなく、さらに細かな対応方針が必要となる。実際に膨大な検査を行っても、ただちに感染拡大が止まるわけでもない。検査率の最も高い国は、ドイツだと思われるが、それでも感染拡大は止まっていない。

医療側にとっては、医療対応の可能な範囲で、患者の病態の度合いの区分と多様な対応が必要となる。医療システムそのものが崩壊したのでは、事態に対処する以前にすでに対応不能になる。初期の武漢やイタリアで起きていることで、テントを張って、患者を密室の物置き場のように配置している映像がときどき流れるが、これは隔離のための予備装置であって、その段階ではおそらく病態の度合いの区別は付いていない。軽症の患者まで個室入院させてしまえば、瞬く間に病院はパンクする。あとはテントの中に置かれて、細かな対応はできなくなる。

すると日本では、医療システム維持のための手続き的な対応と、症状の度合いの区別が必要という治療の対応モードの区分が、たまたまうまく合致したのである。これが検査数の少なさである。PCR検査の確度が低いこと(7割から8割)が問題になっているのではなく、ウイルスの陰陽分析だけでは、科学的データとは言えないことが、今回の新型ウイルスの特徴でもある。実際クルーズ船では感染者で症状が出ている人に対して、その周辺の人たちを追跡できる範囲で検査を行っている。感染が陽性

で無症状だった人たちが、検査を行った人たちのなかで約半分いたことが、後に公開されている。

検査数は、科学的データを取るさいには、不可欠である。母集団を明示し、それが一定数なければ、統計的な規則性を出すことはできない。だがこの新型コロナウイルスでは、科学的データを取るためには、感染陽性者で症状が出ないもの、軽微の症状のもの(自宅で休めばよいもの)、なんらかの治療が必要なもの、集中治療が必要なほど重症化したもののような度合いの分岐が必要となる。そしてそれに対するの細かな対応の模索が必要となる。実際に特效薬はまだないのだから、ぜんそくの薬や HIV の薬やアビガン(漢方薬)のような薬まで、患者の理解を得ながら試してみる以外にはない。

無症状感染者のなかで、検査を受けないままになっている感染者の数を見積もることは簡単ではない。この非認定の無症状感染者の数は、検査を多くやった国でも掴めていない。実はこのことが今回のウイルスへの対応を難しくしている。ウイルスのネットワークは、無症状の人を含めて人を選ばず感染を拡大する。それがウイルスそのものの生存戦略である。ところが医療は、基本的には症状のある人に対応するシステムである。ウイルスのネットワークと治療のネットワークはずれ続ける。感染を押さえ続ける有効な手立ては、無症状の人を含めて人の接触を抑え込むことである。これは医療の領域を超え、むしろ行政の仕事である。こうした状況下でも医療は、それじたい持続可能な状態を維持しながら最善の手立てを取らなければならない。日本の医療で実際に行われたことは、医療崩壊にならないようにする配慮が、ウイルスの病態発現の度合いの多様性とたまたま適格的であったということである。これが「不思議の国ニッポン」で起きていることである。

検査で陽性になり、症状が出ていないものの扱いを、科学的にはどのようにするのか。武漢では、すでに新型コロナウイルスの新規感染者は、ゼロだと言うことになっている。だが中国のデータには、陽性無症状者は、感染者の数値には含まれていないという、香港経由の指摘が出て来ている。それによれば3人の陽性者に1人の割合で、無症状感染者が出現している。

中国国家衛生健康委員会は3月31日、新型コロナウイルスの陽性反応がありながら発熱などの症状がない「無症状感染者」は、31日時点で、中国本土で1541人に上ると初めて発表した。このうち205人は海外からの入国者である。4月1日以降も毎日の全国集計で公表すると言われている。ただし無症状感染者は、まさに無症状であるのだから、網羅的に調べることは難しい。実数がわからないのである。推定では症状のある感染者の6,7倍から10倍程度存在すると言われている。このとき必要なのが、陽性率である。あまり表示されない数字だが、全検査数のなかで陽性者がどの程度の比率でいたのかという数字である。陽性率が高くなれば、蔓延に近く、陽性率が低ければいまだ散発的である。検査と同時に、陽性率の数字はでているはずなのだが、検査日の結果の判明した日は、一般には検査日の現状とはズレている。これを公表することの効果は両面的である。ここでは過度の悲観と過度の楽観の両方が成立する。

感染者を明示的に特定することは、感染を広げないためには欠くことができない。だが医療としては、症状のないものは、病人ではなく患者でもない。症状のあるものは隔離し、治療する必要がある。だが症状のない陽性者を、ウイルスを拡散させないためだけに隔離することは難しい。無症状感染者

に必要なことは、自主的な隔離であり、患者に必要なことは死なないことである。この自主的な隔離に、公共性のモードが効いてくる。これが期待できるかどうか、国の指針に効いてくる。

ここにはさらに免疫のネットワークの形成をどの程度の速度で見込むかという、おそらく医学を超えた大きな見通しが必要となる。ある意味で行政の課題でもある。2020年3月末の時点では、決定的な治療薬もワクチンもない。そこでの対応は、治療薬やワクチンが開発されるまで、患者の増大を緩やかに抑え込みながら、その間に免疫を備えたものを徐々に増やすことである。これがおそらく日本が取っている対応戦略である。

だが今回のウイルスは、免疫についても不明な点が多い。ひとたび免疫が形成されても、どの程度の期間、効果があるのかが不明なのである。再感染のような事態が起きるところを見ると、一度免疫が形成されれば大丈夫というタイプのウイルスではない。

武漢のように電車を止め、バスを止め都市そのものを物理的に封鎖すると、かなり正確にウイルスを閉じ込め、その範囲を徹底的に検査して地域を覆うように治療を行うことができる。これは中国共産党のような特殊な指令系統がなければ実行できない。強烈なやり方だが、あまりに「中国的な成功例」である。都市機能をすべて止めたのだから、一面では19世紀的な国家主義的暴挙でもある。約2か月半で武漢ウイルスを鎮圧している。

だがこのやり方の場合には、実は多くの人に徐々に免疫を作るという手順ではない。免疫ができた人があまり多くないのでないかとも思える。ヨーロッパやロシアから帰国した中国人感染者をつうじて、小規模には何度も集団感染が起き、そのつど鎮圧するというのを繰り返すのではないかとも思える。

他方集団感染の規模が、当初から不特定多数になっている場合には、濃厚接触者の系列を抑えることができない。韓国の大邱の教会のミサでは、大規模な感染者が出現した。この教団の支部は、ソウルにもあり、中国にもある。中国の支部は、実は武漢にあった。ミサの信者は、あれだけの規模になれば、隣の人が誰なのかも不明になってしまう。人の系列を追跡することはできない。そのため膨大な検査を行い、感染者の範囲を決めていかなければならない。そして医療施設をフル稼働しながら、抑え込むのである。そして韓国では、過去の感染者への経験と、徴兵制による検査の義務が、有効に機能しているように思える。休戦状態とは言え、韓国は準戦争状態に近い部分もある。軍では、プライバシーも個々人の人権も大幅に制限される。これは韓国式の成功例である。

実際に行われたことは、相当に立ち入った対応でもある。韓国は各区で感染確認者数を管理し、それが発覚しだい地域住民個人にメッセージが入る。同区のホームページに入れば、感染者の動線(どこのカフェで誰とお茶をし、マスクはしていなかった)などという情報、濃厚接触者のことも掲示されるようである。一応名前は伏せてあるものの同じマンション内で発生者がいる場合は、エレベータに掲示されることもあるという。情報管理社会の実現である。3月末のウイルス感染者の死亡数で見れば、韓国はドイツよりも少ない。ドイツの2割程度である。

ドイツは、ヨーロッパではイタリア、スペイン、フランスとは異なり、医療崩壊は起こしていない。

検査数だけで見れば世界一多く、感染確認数は、3月末で中国本土に次ぎ5万人以上存在する。人工呼吸器のような高度な機器も揃っている。また検査では、たとえばケルン市で感染者が出ると、ケルン市全体で検査を行うような仕組みである。他方3月末で900人近い死者が出ている。この時点での日本での死者数は、80人程度である。それでもヨーロッパでは最高の成功例の一つである。実際に1月中旬にドイツ国内で感染者が一人も報告されていない局面で、すでに検査体制や治療体制を敷いていた。感染が起きる以前にすでに対応可能な防疫システムを作り上げたのである。

人工呼吸器のような機械は、機器があればなんとかなるものではない。24時間監視が必要であり、医師だけではなく、技師も必要である。この技術水準は、日本と同程度の訓練がなされ、世界で最高水準にある。

免疫を備えた陽性者は、いずれにしろ徐々に増えていく。症状が軽度でやがて回復したものも、免疫を備えたものにカウントできる。ワクチンはこれを人工的に行わせる作業である。治療を行いながら、免疫を備えたものを増やしていくプロセスは、じっくりと徐々にしか進まない。ウイルスとの戦いはすでに長期戦であり、半年、一年、二年と見込まなければならない。しかしこれが有効に機能するのは、爆発的な感染が起きないときだけである。

2 クラスタ

集団感染の仕組みは、かなり単純なモデルで作られている。一人の感染者が何人の次の感染者を作り出すかである。一人の感染者が、次に1人の感染者しか生み出さないのであれば、感染者の総数は同数のままである。治癒するか死ぬかで感染者が一人減り、一人の新たな感染者を残す。総数の増減はない。これが1以上であれば感染者の総数は増え、1未満であれば感染はいずれ終息する。

ちなみに一人の人が1.5人に感染させ、一日に一度だけ感染が起きると仮定すると、一週間後には25人強の感染者となる。5人の感染者集団だと、1週間後には100人以上の感染者となる。ここで5人の感染者を放置すれば、2週間後には25000人となって、突如これだけの患者が出現すれば、医療機関はパンクする。これがごく簡略化した感染の数理モデルである。ここでの1.5という係数が、「実効再生産数」と呼ばれ、感染者密度によって変動する。3月21日—30日での東京での実効再生産数は、1.7だと推定されている。

3月25日での日本全体の数値は2.0、4月10日では0.7と推計されている。この数値の設定の仕方によって、実は現実性の読みがまったく異なってしまう。日本でも40万人程度の感染死者が出ると予想されたことがあったが、そのときにはこの数値を2.5で計算している。ドイツの推定係数をそのままつかっている。この数値を出すためには、少し複雑な計算と細かなデータを使っているはずである。そこはよくわからない。是非公表してほしいと思う。

ともあれこの5人の感染者集団を閉じ込めなければならない。この集団感染集団が、クラスタである。クラスタには履歴がある。この履歴を辿ると、大まかな感染経路を押さえることができる。その多くは海外からの帰国者である。主要国は、人の移動を徹底的に断ち切ろうとしている。そのた

め日本人でも日本に帰ってくることができなくなる。急遽帰国したものには、感染者が多い。感染帰国者から二次感染する場合には、比較的是っきりとわかる履歴があり、紐づけすることができる。

この計算式には、もう一つやっかいな内容が含まれている。ウイルスの潜伏期を2週間だと見積ると、現在知ることのできる感染拡大の感染は、実は2週間前の現実であることになる。いま現在の感染拡大は、2週間後にしかわからない。するとそこに過度な警戒と過度の楽観という同居する二つの心性が生まれてしまう。2週間後の現実を想定しながら、現在のウイルス制御を行われなければならない。

日本では厚生労働省にクラスター対策班があり、クラスターが起きそうになると、現地に飛び、調査を行い囲い込んでいる。これが3月末の日本で行われていることである。一早く北海道では、鈴木直道知事が「緊急事態宣言」を出して、外出の自粛要請をした。これが功を奏して北海道では、この時期の感染拡大が収まっている。1月の札幌雪祭りの後に、道内に散発的に感染者が出現した。おそらく雪祭り会場からレストランやパブに移動した後、密封した部屋の中で長時間過ごした人たちのなかに、感染者が出て、道内各地の自宅に帰って行ったと推測される。冬の札幌のレストランは、ある意味でウイルスの培養器でもある。そこに長時間い続ければ感染してしまう。クラスターを調査して抑え込むことと、患者を分類しながら治療すること、さらに特効薬やワクチンができるだけ早く開発することが、基本的な指針となる。

感染者のなかには、履歴を辿ることができないままのものがある。渡航歴もなく、集団的な行動(ライブハウス等)に出入りしたこともないのに、感染し症状が出ている者たちである。まったく身に覚えがないのに、異変が起きている。例えて見れば、地下鉄での迷子に近いのだろうか。

こうした単離された感染者は、どこから感染したのか。一番大きな要因は、無症状感染者が考えられる。しかも密閉に近い状態で、比較的長時間接触した人からの感染の可能性が高い。次に物理的な環境要因の偶然性が考えられる。たまたま居合わせた場所で、そこに一定の濃度以上のウイルスが存在したような場合である。実際には、今後も外国からの来日者、帰国者のなかに一定頻度で感染者がいることを認めておかなければならない。

ここからは、今回のウイルスは、「ウイルス密度と感染率の相関」という定式化にしたがうと予想できる。この定式化は、実験で検証することはできないが、多くの場合、傾向として妥当していると推測できる。ここからでてくるのが、生活の指針として、(1)換気を行うこと、(2)人口密度の高い場所を作らないこと、(3)他人と近距離で長時間濃厚接触をしないことである。

これはクラスターが次のさらに大きなクラスターを作らないための条件である。だがこの3条件を満たすことが難しく、また選択肢の設定が難しい場所がある。典型的には、病院の待合室であり、教育現場である。

そして今回の新型コロナウイルスを難しくしているいくつかの条件がある。

(1) 検温のような体温測定で、個々人の健康状態を把握しようとする場合、もちろんただの風邪の人と新型コロナウイルスによる疾患を区別することはできない。検温での検査は、初期検査としては目が粗す

ぎで、「気持ちの持ちよう程度」にしか機能しない。

(2) 無症状感染者が一定数いることを前提し、覚悟しなければならない。

(3) 免疫のある人を増やす場合には、一定の度合いでの感染があることが大前提である。だが爆発的に感染者が増えたのでは、社会的ネットワークやローカルネットワークが破綻する。「緩やかな感染」は、地域や機関によって、モードが様々である。

(4) 医療機関や教育機関に感染者が出現した場合には、その機関そのものをロックアウトしなければならない。感染増大を防ぐための荒っぽい手立てだが、感染者以外のひとたちに対してのサービスの打ち切りになるのだから、ここには選択肢が必要となる。

(5) ウイルスに対して免疫をもつものが一定数以上になれば、「免疫の壁」(集団免疫)が形成される。ここからウイルスに感染しても、次の人には「免疫の壁」に阻まれて、感染が伝播しない。そのため感染率が1を下回り、やがて流行は終息する。だがこの壁は、感染者の5割近くが免疫を備えてはじめて十全に機能する。その手前で、少しずつ効果をもち始める局面をしばらくの間通過させることになる。

(6) 免疫の壁の主たる要素は、無症状陽性者である。無症状陽性者は、当初は本人も気づかず周囲にウイルスを感染させている。そしてやがてウイルスを免疫によって克服し、抗体を形成して周囲に移さなくなると考えられる。そのときにはすでに免疫の壁のメンバーになっている。個人差もあるのだろうが、この間に必要とされる期間には、無症状陽性者は、できるだけ出歩かないほうが良い。それが地方自治体から要請される大小の「イベント自粛」である。

こうしてみると日本式の新型コロナウイルス対策が、綱渡りであることははっきりしている。おそらくかなりの民度の高さを前提しており、どの国でも実行できることではない。この綱渡りを渡り切ろうとする姿勢が、「不思議なバランス」なのである。

この不思議なバランスには、ウイルスの特性によって、さまざまな均衡が出現する。一般に生きていることは、自分自身の生存に資するように振舞うことである。どの局面でも生き続けようとするのが、まさに生きることである。人間の個々人の口腔には、60億個程度の雑菌がいると言われている。こうした菌には、消化機能の助けになるものも含まれている。そのため人間はそうした菌とはすでに共生している。厳密には寄生しているだけのものもあるのだろうが、人間の生存にかかわるようなものではない。

ウイルスも、原初的な生命体だと考えれば、それじたいで生き延びる生命戦略を備えている。感染して宿主を死なせてしまつては、自分も同時に死滅する。だからウイルスは、自分自身をさらに生き延びさせてくれる場所に連れて行ってくれるものが、最善のパートナーである。生存の次の場所に運び込むものこそ、このウイルスのまたとない友人であり、手洗いをせず、ハグし握手をし、おしゃべりをして、ウイルス自身を別の場所に運んでくれるものが最善のパートナーである。

生存を続けるという点では、人間もウイルスも利己的である。この利己的の意味は、人間間の利己的とは、ずいぶん意味合いを異にしている。人間とウイルスの双方の利己的なものの妥協点が、人

間とウイルスとの「共生」ということになる。生きるとはそうした妥協点を繰り返し見出していくことである。

2020年3月26日(木)の夕方、東京都の小池百合子都知事が、週末の外出自粛要請を行った。都内での感染者の増加を受けてのものである。小池都知事の名言に、「火事は最初の3分、選挙は最後の3時間」という名言がある。物事の局面が変わっていくさいの政治家の勝負勘のようなものである。おそらく新型コロナウイルスの拡散では、「3週間ごとのリセット自粛、リセット自己隔離」と読み替えることができる。木曜日というタイミングも大切である。金曜日の午前中から、近所のスーパーでは売り切れの棚がではじめた。3月28日の夕方、安倍総理が国民に協力を求める記者会見を行った。感染者が一挙に増えれば、「不思議なバランス」は崩れる。このバランスの要は、「医療体制」を維持できることであり、それが維持される状態の範囲内に、感染者の増大を抑え込むことである。それが「持ちこたえている」ということの意味である。

無症状感染者の頻度が一定になれば、クラスターの意味が変わってしまう。局面(ステージ)が変わると言われるものである。システムの作動のモードはまったく別のものである。クラスターはこまめでは、感染経路で紐づけされた感染集団のことである。集団には、明確な導線を引くことができ、それによって集合が決まる。

だが3月下旬の日本で起きていることは、もはやこのタイプのクラスターではない。クラスターを見つけて、集中的に医療資源を投入し、クラスターをつぶすという対応策は、国の専門家委員会が2月中旬に発案し、実行してきたものである。かなり効果があった。このやり方が維持できるためには、「無症状感染者による感染力は低く、感染経路不明感染者による感染率は低い」という大前提を置かなければならない。この前提は満たされるのだろうか。中国からのデータでは、この前提が満たされることはなさそうである。

新型コロナウイルス・システムは、無症状感染者を含んで、集合をまたたくまに変えている。そこから一定頻度で重症者が出現する。このとき無症状感染者が「自己隔離」によって感染を遅らせること、さらには将来的には免疫の壁のメンバーになってくれること、そのための時間的モラトリアムがあることが、このシステムの制御方針となる。だがこの市中感染者の実数を調べることは容易ではない。

データとしては、無作為検査による数千人単位の陽性率、症状を訴えて検査した集合での陽性率(厚労省のホームページにある)、抗体検査による抗体保有者率等々の数値が必要だが、おそらくそれを実行するだけの医療余力は3月末時点ではないのであろう。

感染経路未定者は、紐づけができないのだから、感染場所を推定していくしかない。それについては夜の飲み屋、飲食街、カラオケ、ナイトクラブ等が統計的に多いことが明白になってきた。場所を閉鎖するという別の仕組みが必要となった。そして人と人との接点を、半強制的に断ち切るのである。小池都知事が3月26日(木)に外出自粛要請を行って後の国内感染者の推移は以下のようになっている。

3月27日(金)	109人(国内ではじめて3桁の感染者数になった)
3月28日(土)	208人(台東区・永寿総合病院、千葉・北総育成園での集団感染、慶応大病院)
3月29日(日)–4月4日	1,783人
4月5日(日)–4月11日	3,382人
4月12日(日)–4月18日	3,543人
4月19日(日)–4月25日	2,794人
4月26日(日)–5月2日	1,650人
5月3日(日)–5月9日	888人

おそらくこの数値の増減はしばらく続く。増減を繰り返しながら、事態が収束するのを待つしかない。特効薬やワクチンができるまでには、相当の時間が必要である。待つことに慣れていかなければならない。というのも今後1年、2年、3年の戦いになるからである。待つという生活のモードを獲得しなければならぬ。あえて言えば、安全な「来年」を毎年じっと待つのである。

じっと待つ習慣は、本を読むとき、ものを考えるとき、とても大切なもので、新たな着想や構想が自分のなかで出現して来るまで待つという場面で、私は年がら年中経験している。待つことが苦手になっているのが、SNSのネットワークである。そうしてみると習慣のなかに選択肢をもたせていくよい機会だと思われる。

この数値の増加は、毎日過去最多を繰り返しているように見える場合でも、翌日2倍、さらに翌々日2倍というような「指数関数的特徴」は出ていない。小さくない増加率だが、それでも爆発的増加という印象ではない。抑えながら増えている、というのが実情である。中国武漢から広まったと言え、ヨーロッパで感染爆発をし、アメリカでも感染爆発をした。だが、そうした爆発は日本では起きてはいない。しかし日本全国に広まってしまい、全国の感染者数の数字は毎日増えていく。全国的な分散的拡散であり、総数は増える。そしてその増え方によって、地域ごとに対応の仕方は異なってくる。地域ごとに細かな対応の仕方が必要な局面に入ったのである。

医療機関で集団感染が起きているところをみると、医療機関は、すでに疲弊しきっている。医療機関内で起きる初期の変化に気づけないままになっているのである。そこに注意が向かないほどの疲労が蓄積されている。休まなければならない人たちが、すでに相当数いる。病院、市役所、警察、保健所のような社会インフラは止めてはいけぬ。また止めることもできない。止めることができないものは、それじたいウイルスを拡散する。

しかも4月中旬に慶応大学病院が公表したデータによれば、新型コロナウイルス以外の症状で入院した患者にPCR検査を大学の費用負担で行ったところ、6%の患者がウイルスにすでに陽性であったという事実が判明した。病院は、すでに広範にウイルス感染に晒されているのである。さらに新型コロナウイルス肺炎以外の患者であるため、そうした人にPCR検査を実施しても診療報酬は付かない。

一般的には局所的なウイルス濃度を抑えることが、基本となる。長時間のおしゃべり、長時間のカ

ラオケ、長時間の宴会等々の「ウイルス密度が高くなる機会」を減らすのである。1メートル以内の15分間のおしゃべりを繰り返せば、確実に感染可能性は高まる。

大学では対面授業を再開した場合、はたしておしゃべりを減らすことができるのだろうか。古典的な対応の仕方はある。大きな本を、時間をかけてじっくりと読み、ノートを作りながら自分で考えてみるのである。これは情報処理とは異なる仕方、言葉に触れることでもある。そう考えてみると、実はやることはいくらでもある。新型コロナウイルスを奇貨として、習慣を変えてみるチャンスでさえある。

日常的な行動規範としては、(1)微熱、せき、くしゃみが続くような場合には、2週間程度自宅自己隔離を行う。多くの場合には、ただの風邪である。(2)全身がだるく、味覚、臭覚に異変がある場合には、ただちに病院で受診し、2週間程度は自己隔離する。同じ症状は普通の風邪でも出る。(3)ウイルス密度が高そうな場所には近づかない。相互にそうした行為を行えば、ウイルス密度の高いそのものが一時的であっても消滅する。(4)飛沫が飛び交うような場所には長時間いない。(5)時間の流れを遅くする。

マラソンのような緊張感を維持したままの長期戦である。余分なことはしないという生活の選択肢を再度獲得する必要もある。しないことが「ベスト」であるような事態はある。医療従事者は、命を懸け、体を張って働いている。この人たちに余分な負荷を与えないように「何もしない」のである。医療従事者へのささやかすぎる応援が「何もしない」ことである。24時間働き続けるものと「何もしない」もの間の落差が大きすぎて、そこでの現実感を維持できないほどである。

2020年4月7日(火)夕方に、安倍晋三総理は、「緊急事態宣言」を行い、東京、埼玉、千葉、神奈川県、大阪、兵庫、福岡の7自治体を指定した。5月6日までの措置である。日本ではじめてのことである。

4月7日時点で見ると、ドイツの死者数約2000人、韓国死者数約190人、日本の死者数約110人である。以下がその後の推移である。人口比もなく単純に比較することはできないが、推移の外観は掴める。

	4月15日	20日	22日	26日	5月2日
ドイツ	3,500	4,500	5,100	5,900	6,900
韓国	220	230	240	240	250
日本	190	250	310	380	550

疑わしい人に検査をして隔離すること、それ以上に検査数と陽性者との間の比率である陽性率が、東京、大阪を中心に極端に上がっていること、そのため行動のモードを変えて感染拡大を抑えることが目指されている。なによりも医療機関が持続可能なように、感染者数を抑えなければならない。日本の民度の高さに訴えての政策の実行である。だがこの民度そのものが試されている局面でもある。

感染確認者を隔離しても、感染拡大が一向に止まる気配のない局面は確かにある。だが一切の対応可能性が失われるような爆発的的事件にはなっておらず、限りなくそれを回避し続けなければならない。

国や地方自治体による緊急事態宣言は大きな決断ではあるが、ともかくも今後とも大小を含めて何度か繰り返すことになるような、最初の一步を踏み出したのである。事態は確かに逼迫している。

ウイルスの特性も謎が多々あり、さまざまな指標や基準を明確に決めにくいのが実情である。多くの患者は無症状・軽度に留まると言われるが、時として容態は急速に悪化して、重体化し、死に至ることもあると言われる。

一般的に言えば、広範に拡散するものは、比較的弱いウイルスである。今回も比較的弱いウイルスの面がでていいる。だが条件によって感染者を死にいたらせるのである。急速に悪化するものとそうでないものを区分する指標はあるのだろうか。その指標に対して対応する医学的な処方は明確になるのだろうか。

ここにこのウイルスの第一の特徴がある。症状の出方に定型パターンがなく、まるで両極化するように広がっている。そして症状が激変する場合には、合併症のように他の症状が出てくることもある。たとえば肺炎と同時に脳梗塞を併発するような場合である。しかも肺炎のなかに、肺胞の内部で小さな血栓がブロックを作っている可能性さえある。この可能性は小さなものではない。血栓が心臓付近の血管に詰まれば、心筋梗塞であり、それが脳に出れば脳梗塞である。それが肺の内部に詰まったとき、おそらく重度コロナ肺炎となる。

感染後治療を経て、陰性の判定が2度出て退院したのち、再度陽性化する患者がいる。免疫がどの程度確からしいのかが不明である。免疫の維持期間にも、個人差があるのだろうか。ここに第二のこのウイルスの特徴がある。免疫の壁が簡単にできそうもないことである。たとえワクチンが開発されても、ワクチンを接種すれば大丈夫ということにはなりそうもない。

圧倒的に多数の無症状感染者には、すでに免疫を獲得しているものと、なおウイルスを周囲にまき散らしているものが含まれる。この判別をすることはできるのだろうか。感染者を網羅的に調べ上げ、すべての陽性者を隔離することは困難である。「抗体検査」を広範に無差別的に実行すれば少しははっきりするかもしれない。だがそれは現場の治療とはほとんど結びつかないような統計的な行政・研究調査となる。ここにこのウイルスの第三の特徴がある。匿名化された感染者の集合が、どのようにしても不透明なままにとどまるのである。それは網羅的に検査を行うドイツや韓国でも事情は同じである。

世界各国の対応の是非は、次の冬場に再度やってくると想定される第2波、第3波での拡散状況で試されることになる。かりにワクチンが開発されても、万能ワクチンにはならない。ウイルスそのものが変化し、変化の速度が速いことが分かっている。中国型ウイルス、ヨーロッパ型ウイルス、アメリカ型ウイルスは、少しずつ性格を異にしている。これもこのウイルスへの対応を難しくしている。ここにこのウイルスの第四の特徴がある。

手強くややこしいウイルスである。当面このウイルスを地球上から撲滅させることは容易ではない。そんなことは不可能かもしれない。そうなればこのウイルスと共存していくしかない。だが簡単に折れ合える相手ではない。人間の側に「新たな行動指針」が必要とされている。これこそ「新たな公共

性」なのである。

(2020年5月10日)