

# 「東(南)アジア諸国におけるコロナ禍に関する社会制度・組織 —いかに動かすか—」シンポジウムの概要と展望

山口大学経済学部教授 浜島清史

HAMASHIMA, Kiyoshi

はじめに

山口大学(教授)による公開Webシンポジウム<sup>1)</sup>

全体の中核部分

◇1)「シンガポールにおける新型コロナの現状と対応」

本田智津絵

◇2)「COVID-19における台湾の社会的リスク：曝露、

脆弱性、強靱性の分析」

林宗弘(Lin, Thung-Hong)

◇3)「コロナ禍における日中韓の社会制度・機構—いかに動かすか—」

上昌広

金明中(KIM, Myoung-Jung)

王広濤(WANG Guangtao)

補足：今後の展望

はじめに

2021年3月末、一連のシンポジウム「東(南)アジア諸国におけるコロナ禍に関する社会制度・組織—いかに動かすか—」を開催した。以下は、その概要の報告と今後につなげるための展望である。次のように、問題意識を掲げた。

(シンポジウムに関して)

現在、新型コロナ禍<sup>2)</sup>が全世界的に最も重要な問題の一つであることは言うまでもない。この度、掛かる問題に関して、一連のシンポジウム等を実施していく予定であるが、これはその一環で

ある。

この度はとりわけ社会制度的な視点からこの問題に取り組みたい。最近の感染症の拡大状況においては、日本では先進国においては感染者数が少ないにも拘わらず病床数が逼迫した。この原因として、日本では医療資源の動員や配分に機動性が乏しいことが指摘されている。翻って、「ファクターX」といった場合、血栓やBCG予防接種など医学的な要素ばかりが挙げられ、せいぜい文化的要素として手洗いや土足の習慣が挙げられるに過ぎず、医療の「専門家」では、社会制度・組織を動かすという視点が弱いように思われる<sup>3)</sup>。あるいは意識的に避けているのかもしれない。講演者の中には医療の社会制度や歴史などを追究している医療の専門家もいる。これらを社会科学的に再構築していく契機としたい。

隣国の中国、韓国、台湾などではどのように対処してきたのであろうか？マスコミ等でもよく報道されていることであるが、各国の専門家を招いてより実態を明らかにして、山口大学経済学部教授陣で対応する国々の専門家を交え、議論を深めていきたい。総じて相乗効果と波及効果を発揮することと期待するものである。

山口大学の教職員・学生、(基金提供者の)

- 1) 本シンポジウムは山口大学経済学部鳳陽基金「新型コロナウイルス危機と社会政策の制度経済学的課題—東アジア諸国との国際比較、現地識者からのオンライン会議等による知見を踏まえて」等他による助成を受けた。
- 2) 本稿では「コロナ禍」の用語を用いる。正確に言えば「新型コロナウイルス感染症」であることは言うまでもない。単に長い用語を避けるだけである。「コロナ禍」というと災害のように思われ、政府の失敗という側面が見過ごされるという指摘もあるが、拘らない。
- 3) この「医療の専門家では、制度を動かすという視点が弱い」という言い回しは、分科会の経済学の専門家、小林慶一郎氏もBS朝日「日曜スクープ」(2021年8月22日放映)で使われていた。氏の論稿は様々に公刊されているが、同様の見解にたどり着いたものと思われる。尤も同番組に同席した岡田晴恵氏は憮然としたように見受けられた。

OBOG会、学外の専門家、さらに一般市民、コロナ禍の中、様々な人々にお集まり頂き、実りの多いシンポジウムとしていきたい(文責:浜島)。

それでは早速、概要の報告に入っていこう。まずシンポジウム全体の要点を編者なりにまとめて簡潔に論ずる。既にシンポジウムから数カ月経っているために、各国の状況も著しく変化している側面もある。だが、本稿はコロナ禍の1年目の状況を伝えるものとしては、改めて今読み直しても貴重な情報源となりうるものであろう。コロナ禍2年目以降の世界的な展開に関しては、また別稿を期したい。

### 山口大学(教授)による公開Webシンポジウム

東(南)アジア諸国におけるコロナ禍に関する社会制度・組織—いかに動かすか—

◇1)「シンガポールにおける新型コロナの現状と対応」

本田智津絵 ジェトロシンガポール・アナリスト

令和3年3月25日(木) 15:00~17:00

◇2)「COVID-19における台湾の社会的リスク:曝露,脆弱性,強靱性の分析」

林宗弘(Lin, Thung-Hong):台湾・中央研究院社会学研究所研究員・清華大学兼任教授 災害社会学専攻

令和3年3月26日(金) 14:00~16:30  
(講演14:00~15:00, ワークショップ 15:00~16:30)

◇3)「コロナ禍における日中韓の社会制度・機構—いかに動かすか—」

日本:上 昌広 医療ガバナンス研究所

理事長

韓国:金 明中(KIM, Myoung-Jung) ニッセイ基礎研究所主任研究員

中国:王 広濤(WANG Guangtao) 復旦大学准教授

令和3年3月30日(火) 13:00~17:00

(講演13:00~16:00, パネルディスカッション16:00~17:00)

パネラー:上 昌広・金 明中・王 広濤  
+

陳 禮俊 山口大学経済学部教授

袁 麗暉 山口大学経済学部准教授

岩本 晋 山口大学経済学部大学院特命教授(公衆衛生学・医学博士)

鈴木 明 労働問題専門家(韓国在住)

(敬称略) ABC順

実施担当者:山口大学経済学部教授 浜島清史(司会兼任) \*編者

### 全体の中核部分

以下は、本シンポジウムの中核と執筆者が考えるところである。なぜ中核かという、それが特に日本で流布されていた通説と異なる明確な見解であるからである。オリジナリティといつてよい。

中国においては、完全なロックダウンは武漢だけであり、その後の大連や遼寧省、江蘇省等におけるそれは部分的なロックダウンに過ぎないということである(王広濤氏)。台湾における感染拡大防止のコア戦略は、国境からの露出度の遮断、平易な表現で水際作戦である(林宗弘氏)。さらに台湾においては、PCR検査は必要なかったという。疫学調査で終えれば十分である。これは感染者数が少なかったからである。<sup>4)</sup>

日本型モデルの特徴は、厳しい規制をしない

4) これなどは日本の専門家会議(現、分科会)の発想へのヒントとなろう。日本においては、後の感染爆発で状況は一変したのは言うまでもない。

ことで(飲食店の時短程度)、経済ダメージは最も大きい(上昌広氏)。韓国の感染防止策に関しては、体系的かつ詳細に語られたが(金明中氏)、編者の関心としては、旧植民地からの開放以来、日本にキャッチアップしてきた韓国が、どこで分岐し、K防疫と自賛できるような法制度を作り上げてきたのか、戒厳令下の軍事的ロジスティクスがどの程度影響をしているのか更に探求していきたい。シンガポールの講演では、日本を代表するアジアのジェンダー研究者の参加をみたが、シンガポールにおける司令塔(国立感染症センター)、コロナ患者の公立・私立病院への指定、自宅療養はなく、軽症者には別途リゾート施設等に収容されるなどが明確になった(本田智津恵氏)。

今後の日本とアジア諸国における感染症対策の道標となる取り組みであったといえよう。<sup>5)</sup>

#### ◇1)「シンガポールにおける新型コロナの現状と対応」<sup>6)</sup>

本田智津絵

ジェットロシンガポール・アナリスト

- ・1部、シンガポールのテクノロジーを活用した感染対策、
- ・2部、外国人労働者

講演は2部構成で行なわれ、第1部は、シンガポールのテクノロジーを活用した感染対策、第2部はシンガポールにおける外国人労働者(感染の

要)という順番に行なわれ、その中で質疑応答を挟む形で進行した。

#### ・1部、シンガポールのテクノロジーを活用した感染対策、シンガポールにおける新型コロナウイルスの現状

シンガポールはここ山口県でいうと下関くらいの面積である。そこに約6百万人の人々が暮らしている。新型コロナの新規感染者の推移は以下のとおりである。

サーキットブレーカー=ロックダウンは、2020年4月7日から6月1日まで。6月2日以降から3段階で経済活動が再開されており、同月2日から18日がフェーズ1、6月19日~12月27日までがフェーズ2、そして12月28日から経済活動再開の最終段階であるフェーズ3が始まった。3月23日時点で、約6万人の感染が確認された。その大部分が外国人労働者であり、ドミトリー(寮)に住んでいた。3月23日時点で、ICU入院は一人で、死亡者は累計30人に留まった。

#### シンガポールにおけるテクノロジーを活用した感染対策

シンガポールの新型コロナの感染対策は、2012年のSARSの経験が活かされている。また、テックを活用した新型コロナの対応策が進んだ。シンガポールにおいて、国立感染症センターで新型コロナウイルス感染症の7割を対応している。そこに指令センターが設置されている。病院内の患

5) なおシンポジウムの再現は、編者がオンラインの記録が不十分だったために、メモと記憶に基づいた極めて不完全なものである(PPTが提出されていればその補足はあるにせよ)。記して謝罪したい。

6) 予め編者の補足をしてあげば、シンガポールにおける新型コロナの問題は、外国人労働者に集中している。そして、対応としては、高度な情報関連機器が駆使されている。コロナ禍は、脆弱階層に集中している。ブラジルのファベラ、南アフリカのタウンシップ、米国ニューヨークでは黒人の多いブルックリン、ヒスパニックの多いクイーンズとウオール街のあるマンハッタン等では死亡者が異なることが報告されている。シンガポールの外国人労働者問題も同様の側面がある。本田氏は、長年、ジェットロシンガポールに赴任し、現地の事情に精通しており、とりわけITを駆使した介護問題においては、最も熟知している一人であると思われる。

者、医療関係者、器具にチップが付けられてリアルタイムでわかるようにしている。テクノロジー活用事例の一つとしては、マスクの配布が挙げられる。マスクは全シンガポール居住者に無料配布されている。配布は2月から始まり、5月からコミュニティセンター(CC)において、自動販売機で身分証明書をを用いて、24時間受取が可能となった。

この新型コロナウイルスの特徴は、SARSと異なり感染力が強いことである。そこで追跡調査が重視され、濃厚接触者の特定にテクノロジーが活用されている。SafeEntryやTrace Together等である<sup>7)</sup>。また国外からの入国者に対する隔離のための管理ツールも整っている。

こうしたテクノロジーの活用が速やかに進んだ背景には、シンガポールが2014年から最新テクノロジーを活用して豊かな生活と新しいビジネス機会を創出する「スマートネーション」構想を推進していることがある。それを推進する政府機関として、政府テクノロジー庁(ガブテック Govetech)がある。この政府機関は自前でエンジニアを抱え、自ら開発能力があるというのが特徴である。新しいアプリケーションを開発するにあたっては入札といった時間をかかる手続きをしなくても、スピーディに開発ができ、問題があれば速やかに改善可能で、今回の新型コロナのように速やかに対応が求める環境で強みを発揮できている。<sup>8)</sup>

(第1部終了)

## 質疑応答

7) (編者注) 特に後者のTrace Togetherは、日本でもよく報道されており、日本の厚労省の追跡ツールであるCOCOAはここから学んでいると言われている。Bluetoothを用いた装置である。但し、COCOAの方は大失敗だったという意見もある。

8) (編者注) 本田智津絵先生の著作によると、2014年末、「スマートネーション・プログラム・オフィス」が首相府に設置された。これはスマートネーション構想に関する省庁や企業、研究機関を取りまとめる事務局である。ピビアン・バラクリシュナン外相が担当大臣であるが、外相はジャバスクリプトで数独ゲームの解き方を公開している。同様に、リー・シェンロン首相も、プログラミング言語「C++」での数独ゲームの解き方を自身のフェイスブックで公開している(田村慶子編(2016)『シンガポールを知るための65章』【第4版】明石書店 p.297)。

・陳禮俊(山口大学経済学部教授)

台湾でも外国人労働者において疫病が発生してきたという歴史があり、現在も感染症が広がる土台がある。とりわけ不法労働者において、感染が確認されても一時的に強制送還しないことになっている。

(編者注) 台湾の状況から、外国人労働者に関する先行的な問題提起が行なわれた(本誌の寄稿論文参照)。日本でも、そして国際的にも、シンガポールと台湾のコロナ禍における比較は行なわれており、この両地域の比較は重要である。

・本田

台湾はシンガポールより新型コロナウイルス対策において進んでいる。シンガポールでは不正(=不法)労働者の話は聞いていない。感染後、シンガポールでは外国人労働者を含む低熟練労働者の住環境が整備された。

・袁麗暉(山口大学経済学部准教授)

シンガポールにおける、重症・中等症・軽症患者などの症状別入院・宿泊施設などの隔離などの対応はどのように行なわれているのでしょうか? また日本ではコロナの影響で病院での受診を控える人が出ているという指摘はありますが、シンガポールでは同じ現象があるのでしょうか。17)

・本田

コロナ患者の治療に当たる指定が、公立病院、私立病院に対して行なわれる。入院が必要な場合は感染症センター、軽症者の場合は別の施設、リ

ゾート施設、展示会場などの仮の施設に収容した。症状によって受け入れ施設も変わる。日本のような自宅療養はない。コミュニティ施設、監督病院に入ることになる。またシンガポールでも日本と同様に受診が控えられた。シンガポールでは、隔離は厳格に行なわれている。

・山本勝也（山口大学経済学部准教授）

質問1：日本のスマホの普及率は70%弱程度であるがシングパス・モバイル、ハンディタイプのツールはどのようになっているか？

質問2：デジタル部門が直轄的な扱いにおかれるなど、デジタル化がかなり中央集権的に行われているように見えるが、国民の情報収集にまつわるプライバシーへの配慮等に関して、シンガポール国内においてどのような議論があるのか。

・本田

スマートフォンの普及は約8～9割に上っており、若い世代にいたってはほぼ100%の感覚である。感染症対策に伴った情報収集は行なわれるが、個人情報保護法はある。当初、追跡アプリで収集した情報は濃厚接触者の追跡調査のためだけに用いるとの説明だったが、その後犯罪調査でも使ったと公表されている。

・山本勝也

ちなみに、今年夏のダボス会議では、グレートリセットがテーマとなっており、技術による社会のブレイクスルーなどが話し合われる予定である。

・進士正人（山口大学副学長 国際連携担当）

山口大学でも、コロナ禍において留学や国際連携が阻害され、観光業に大きな影響を与えてい

る。観光が産業の大きな柱であるシンガポールにおいてはどうか？

・本田

シンガポールを訪れる外国人来訪者は9割減である。空港のターミナルもかつて見られないほど空いているし、ホテルなど観光業界は打撃を受けている。入国後の隔離施設としてホテルが使われている。指定隔離施設としては、リージェントホテル、ハイアットホテルなど的高级ホテルも使われているほか、年末年始にかけ入国時の隔離者が増えた際には中堅ホテルも隔離に使われた。

## ・2部、(コロナ禍における) 外国人労働者

本田智津絵

シンガポールは月3万円、4万円で働いている外国人に何故依存しなければならないのか？外国人労働者が暮らすドミトリー（寮）は、ダイヤモンド・プリンセス号のようなものである<sup>9)</sup>。外国人労働者は休日に集まってはまたドミトリーに感染していった。だが、今ほぼ収まっている。とはいえ、未だに自由に歩くことができない状態である。

シンガポールにおいては、様々な外国人の在留資格がある。エンプロイメント・パスは、高度な専門職のための資格である。ワークパミットは低熟練外国人労働者のためのものであり、外国人労働者の占める割合はメイドが20%、建設・造船・石油プラントが25%を占める。シンガポールでは（大量高速鉄道（MRT）の延長工事が進められているほか、西部に次世代港トゥアス港の建設が行なわれている。チャンギ空港では拡張工事がたびたび行なわれてきたが、今度は第5ターミナルが建設される予定である。このようなインフラ整備

9) (編者注) 密閉（密集・密接ともいえよう）した空間で感染が拡大しやすい状況にあるという比喩。勿論、豪華というわけではない。

に外国人労働者は欠かせない存在である。

また、例えば、シンガポールは「庭園の中の都市」と国中に植樹が行われ、こうした街路樹の整備にも外国人労働者の存在は欠かせない。外国人ドミトリーの閉鎖により、ロックダウンの最中には街路樹の剪定が行われず、街中の植物が伸び放題となり、どれだけ街の美化に外国人労働者が欠かせないことを、再認識する機会となった。

現在、外国人家事労働者は約25万人おり、彼女たちは妻たちの家事・育児を担うほか、高齢者のケアにも従事している。同国ではベビーブーマーが65歳に達しており、出生率が1.14と日本よりも低く東京都並みであり少子高齢化が進んでいる。同国は、高層マンションから成る公団住宅で知られており、HDBフラットと呼ばれるが、高齢化社会に伴って、介護サービス付きのHDBフラットも売り出されている。

外国人労働者への依存を減らすため、商業施設では掃除ロボットの導入が進むが、建設現場や家庭内での高齢者の世話などを現時点では、ロボットに頼るわけではなく、当面は外国人労働者に依存せざるを得ないのがシンガポールの現実である。

(第2部終了)

### 質疑応答

・朝水宗彦（山口大学経済学部教授）

日本の外国人介護士のように、シンガポールにおける外国人家事労働者は、介護に従事する際に、資格は必要とされるのか？<sup>10)</sup>

・本田

高齢者のケアを担うメイドさんに、資格があるわけではない。研修を受けるだけである。

高齢者の中には、シンガポールの国語である英

語はもちろん、北京官話も話せない人がいる。中国系でも福建語や広東語、鄧小平の客家（ハッカ）語等しか話せない人もいる。マレー語しか話せない、マレー語なら話せるという人もおり、マレー語に近いインドネシアからの外国人家事労働者はマレー語も話せる場合はある。<sup>11)</sup>

・坂口可奈（北海商科大学講師）

まず第一に、シンガポールの支援体制についてお聞きしたい。外国人労働者は日曜も自由に外出できなくなったということだが、それは精神面への影響も大きいのではないかと懸念される。彼らへの特にメンタル面でのサポートはどのようなものが行われているのか。また（シンガポール人の）低所得層への金銭的サポートも同様に聞きしたい。

第二に、スマートネーション、ITサポートといった話が出てきたが、急速なデジタル化は「ついていけない人々」を「置いていってしまう」側面も懸念されるのではないか。これに対して、シンガポールではどのような議論や対策が行われているのかお聞きしたい。

関連して、ITを活用したコロナ対応を広く行っているということだが、もともとITに詳しくなかった高齢者層も、社会生活を送る上で必然的に変化に対応しなければならなくなっていると予想される。こうした高齢者層へのデジタルサポート体制はどのようなになっているのかお聞きしたい。

・本田

一般のシンガポール居住者ということであれば、私（本田）は現在80歳の母親と同居している。高齢者は（資産的にはともかく）社会的な脆弱層という見方もできようが、高齢者へのITサポート

10) (編者注) 日本においては、ケアマネージャー、ケアワーカー、ヘルパーなどの資格があり、資格がないと介護に従事できないわけではないが、シンガポールで外国人労働者では介護においてどのような資格があるのかという質問。

11) (編者注) 本田氏は『マレーシア語辞典』（大学書林、2007年）も編纂されている。

はコミュニティ・センターで行なっている。スキルフューチャーと呼ばれるが、徐々に将来的にスキルアップしていけばよいという考え方である。

低所得者層へのパッケージもあり、給与支援は手厚く行なわれている。メンタルのサポートという点では、外国人労働者に対しても行なわれているようである。保育施設の職員や家事労働者への保障はない。特に外国人家事労働者は解雇になった場合、本国へ送り返されることになる。(他の職業への)トランスファーは簡単ではない。外国人家事労働者は、仲介のエージェントを通しているからという側面もある。<sup>12)</sup>

・袁麗暉 (山口大学経済学部准教授)

シンガポールの医療保険は国籍所有者、永住者等に応じて保険の給付条件が随分違います。この度のコロナにおける外国人労働者への医療費、または医療的行為にはどのようなことが行なわれているか?

・本田

外国人労働者の医療保険の加入は、基本的に雇用主の責任である。でも実際に加入しているかどうか不明である。建設、造船、プラント分野の外国人労働者は定期的なPCR検査をすることになっている。

・浜島：司会 (編者)

本田先生はシンガポールのコロナに関して、現状・対策に実に精通されており体系だったお話だったと思います。参加者の皆様の活発なご質

問・ご発言もあり、とても充実したシンポジウムになったと思います。ありがとうございました。

## ◇2) 「COVID-19における台湾の社会的リスク：曝露、脆弱性、強靱性の分析」

林宗弘 (Lin, Thung-Hong)

台湾・中央研究院社会学研究所研究員<sup>13)</sup>・清華大学兼任教授 災害社会学専攻

(編者注)

林教授ご本人から、本誌『東亜経済研究』に論稿が寄せられており、それをご覧頂いた方がよいだろう。ここでは、当日配布された資料に基づき、ごく簡単に紹介しておこう。重複はあるが、当日の資料と異なる流れもあり、当初、編者がまとめた通りにしておく。

編者は、この講演会とワークショップによって、新型コロナウイルス感染症に対する災害社会学的なアプローチを学ぶことになる。災害学の専門家からすると、下記の*hazard*, *exposure*, *vulnerability*, *resilience*等の用語には、それだけで関心を引き起こす効果があるかのようなのである。

そして、台湾における感染拡大防止のコア戦略は、国境からの露出度の遮断、平易な表現で水際作戦であることを改めて学んだ。とりわけ海と空からの来訪者を遮断するやり方である。これはニュージーランド、アイスランド、など小国の島国(地域)に共通する感染症対策の類型といえよう(後述)。蛇足ながら、マスコミ報道では、台湾の感染症対策に関して、様々な点が挙げられているが、国・地域特性を活かした国境・地域境の

12) (編者注) これは日本の外国人技能実習生でも問題になっている点である。もちろん日本の場合は、法制度的に転職は制限されてきた。

13) この台湾・中央研究院は、理系、文系の様々な研究所から構成されている最高学術研究機関である。日本でいうと、アジア経済研究所、労働政策研究・研修機構、国立人口問題・社会保障研究所、産業技術総合研究所、そして理系の研究所、理化学研究所、国立感染症研究所、などを一つの研究所の傘下に収めたような組織であるように見受けられる。もちろん、日本においても、国立研究開発法人の名の下に理系の主だった法人は一括されているようであるし、特に日本医療研究開発機構等は文科省・厚生省・経産省に分散していた医療分野の研究開発の司令塔であるが、台湾の中央研究院におけるような文理の研究所を統括しているようには思われない。

封鎖がその最大の要諦であることは遂、見過ごされがちであったと思われる。

### 林宗弘氏PPTより

災害社会学なアプローチの一環として、災害の社会的リスク関数 (IPCC 2) が挙げられる。IPCCのモデルを応用した関数式である。

・社会リスク=災害確率(*hazard*)×露出度(*exposure*)×脆弱性(*vulnerability*)/強韌性(*resilience*)

「災害確率は、地震の規模、台風の強さ、疫病の基本的な発生率と致死率など、事故 (event) の原因となる。」医療データにも応用が可能である。「露出度とは、断層帯や台風経路の人口など、被災地の人口と財産の総量を指し、露出度は感染拡大防止政策の焦点である。すなわち、ロックダウン、ソーシャルディスタンス (社会的距離)、マスク着用などの戦略によって、ヒトへの感染経路を遮断する。同時に、特定の地域で感染しやすい人々の数を減らし、感染人口の成長経路を平準化する。前述の疫病の (ウイルス) 毒性と露出度は、医療感染症モデルと公衆衛生政策の中核である。」「脆弱性とは、被災者の期待と離散性に影響を与える社会的、経済的、または身体的および心理的な条件である。」低所得世帯、民族グループ、年齢・性差別、身体的・精神的健康障害、などに関わる。脆弱性に関しては、SARSの反省 (による脆弱性の緩和) があることが指摘される (この反省自体は日本でもよく知られたことである)。

強韌性に関しては、「ソーシャル・ネットワークや市民参加は、災害の対応と復興に貢献する。」これは「社会資本」と呼ばれている。「しかし、活発な市民社会は、政治的脅威として、権力体制によって抑圧されやすい。」強韌性の向上の例としては、政府と民間産業協会が協力するマスク製造のナショナルチームが挙げられる。

そして、当日配布されたPPTにおいては、台

湾における、感染確認者数、死亡者数などのデータが示され、「歴史的要因と政治動向の影響」が示された。即ち、日本統治下で始められた公衆衛生検疫、1995年の李登輝大統領による国民健康保険制度の確立、2003年のSARS、2014年、向日葵 (サンフラワー) 運動後の蔡英文総統による唐鳳 (Audrey Tan) らの任命、副大統領：陳建仁と頼清徳 (公衆衛生の専門家)、などこれも日本でもよく知られるようになったことである。

「国境からの露出度の遮断」さらに「と国内露出度の削減」に関しては、以下のような時系列的な流れがある。

- ・2019年12月31日、機内検疫を行い、すべての入国者情報の保存を開始した。
- ・2020年1月26日、湖北省からの入国が禁止され、直ちに中国全土に拡大した。
- ・2020年2月10日、香港とマカオは入国を禁止し、中国から入国した台湾人は14日間検疫のため、完全に「集中隔離」された。
- ・2020年3月6日、すべての入国者は、電子フェンスと高い罰金 (事例：宅配便を取るため、部屋を8秒離れたら、高雄市政府から10万円の罰金) で、「在宅隔離政策」が実施された。
- ・2020年3月19日、非台湾国籍の入国は全面的に禁止され、台湾国籍者は「14日の在宅隔離+7日間の自主的な健康管理」のために、隔離された。
- ・国内露出度問題：マスク、社会的距離、8つの特殊産業と観光客の流れの制御。

他に、「市民社会の自律的規範」と「流行予防をガバナンスするためのリスクコミュニケーションの政治心理学：CECCの毎日の記者の例」が挙げられた。

講演の最後は「勝者の呪い? (Winner's Curse)」と銘打たれて、残された課題が示された。即ち、

「台湾の水際対策（国境遮断戦略の台湾モデル）は、コミュニティ感染（市中感染）によって検証されていないので、すでに市中感染している他の国に参考になることは難しい。ただし、ニュージーランド、アイスランド、ルオのような小さな島国のような少数の国だけが、同じ戦略で封じ込む効果を達成している。」

また21年3月当時、台湾においては、国内予防接種人口が少なく国境が開放できない、台湾の製薬産業は電気・電子・情報・機械産業よりも劣っており、国内ワクチン開発も遅れている。感染者が少なかった分、医療データがウイルス研究を行なうのに十分でない。さらに人権・法的問題、中国の情報攻撃・軍事活動などの問題が指摘された。

（编者追加）

なお講演が終わってから、21年5月末、台湾ではコロナ感染が拡大する局面に直面する。これは報道によれば、中華航空のパイロットなど乗組員の隔離期間を短縮したこと、それにより変異株が広がってしまったことが要因であるようだ。だが、その後は9月に至るまで感染者数は激減している。

続く、ワークショップでは、予定を大幅に延長し、活発な議論が行なわれた。<sup>14)</sup>

## 質疑応答

14) 無念ながら、オンライン講演における録画・録音の不備から記録が残っていない。

15) 防災工学が専門で東日本大震災における原発避難について研究成果多数。また社会心理学専攻だが、詳しくはネット検索等でご覧頂きたい。编者の関心としては、前述のように、災害学という観点からのコロナ禍の分析である。

16) 記録が不十分だったので、類似することを補足しておきたい。

例えば、中央感染対策指揮センター（中央流行疫情指揮中心）長、陳時中氏は2020年1月21日以降、午後2時から毎日、記者会見に出て、質問に答えた。陳時中氏は、衛生福利部長（日本の厚生労働大臣）でもある。

陳氏は元々歯科医であり、記者会見では公衆衛生の専門家たちと、質問が尽きるまで、1時間でも2時間でも、記者たちの質問に答え続けた。2月4日夜の記者会見、陳氏が涙を流した。武漢市からチャーター便で戻った台湾人の一人に感染が確認されたためであった。2月15日の記者会見では、台北市長が自宅隔離者に位置情報がわかる腕輪を装着させる（香港方式を採用す）べきだと主張したのに対して、「隔離対象者は人間だ、思いやりに満ちた制度を作る」べきだと語った。

（出所）

東大社研現代中国研究拠点編（2020）『コロナ以後の東アジア—変動の力学』東京大学出版会、p146-147。

・高橋征仁（山口大学人文学部教授）<sup>15)</sup>

コロナ禍の発生当時、台湾でも中国からの春節のインバウンドを期待した声はあったと思われる。台湾はSARSから学ぶ機会があったというが、そういった声を台湾ではどうやって黙らせたのか？日本では中国からの渡航の停止が3月末と遅れた。

・林宗弘

2019年に、中国側が台湾への観光客の引き締めを行なった。それにより中国人観光客よりも日本人観光客や東南アジアからの観光客が増えた。中国からのインバウンドを制限できたのにはそういった背景があった。（後から追加の質問あり）

・山本勝也（山口大学経済学部准教授）

台湾における新型コロナウイルスに関するメディアの役割などお聞きしたいところです。

・林宗弘

台湾の感染症対策責任者が毎日、記者会見を開いて質問がなくなるまで回答し続けたこと等が語られた。<sup>16)</sup>

・袁麗暉（山口大学経済学部准教授）

日本では医療機関の逼迫問題が最近問題となりました。日本の問題点として指摘されているのは、重症患者が基幹病院等での治療を得て症状が軽くなっているにも関わらず、軽症患者を治療するほかの病院への転院ができなくて、結果、一部

の病院が逼迫状態になってしまいます。台湾では感染者の数が少なく、医療機関が逼迫状態に追い込まれることがないと思いますが、コロナ対応策として、病院の役割分担についてどうなっていますか。<sup>17)</sup>

・林宗弘

台湾がどういう状況であるかという点、まず患者数が少なかった。台湾の医療体制においても役割分担があり、重症者は基幹病院へ入院し、軽症者はより小さい診療所で受け入れる等の対応を取っている。

・袁麗暉

日本ではコロナに対応する医療機関に対して補助金を支給していますが、台湾の場合はどうなっていますか。

・林宗弘

台湾の場合、小さい診療所からコロナ感染者が出ると診療所が閉鎖される。それに対して一日一人に対して2千元ほどを支給している。それはわずかなもので、倒産の可能性もある。

・陳禮俊（山口大学経済学部教授）：コメンテーター「伝染病予防における医療ガバナンスの役割—災害社会学の視点を踏まえ」

（編者注）

本『東亜経済研究』誌のご本人の寄稿論文を参照されたい。敢えて編者なりにまとめておくと、シンポの段階で、パワーポイントからは、論文として、あるいは単独の講演として研究発表しうる内容であることが窺えた。「医療ガバナンスの10の戦略」が示され、その内容は、医療機関の感染ガバナンスガイドラインの設定、外来・入院の分流（ゾーニング：編者追加）、病床の4段階の増強、PCR検査ネットワーク等である。

統計的にも、一般隔離病床のキャパシティ、専門病床のキャパシティが示され、PCR検査ネットワークにおいては、1月から6月にかけて指定検査機関が段階的に増えていったことが機関の実名でわかるようになっている。結論としては、感染拡大に応じて、エビデンスに基づいて対策を調整し、医療システムを維持すべきだというものである。

・西山慶司（山口大学経済学部准教授）

2011年の東日本大震災から10年となりましたが、日本の危機管理能力が向上しているとは言い難い、という論調があります。コロナ禍においても、リーダーシップと専門性の議論がなされていますが、政治的リーダーシップの迷走と医学的専門性の判り難さは、東日本大震災の姿とオーバーラップしているように思えます。この2つに行政、そして国民が振り回されているのが現状ではないでしょうか。

（編者注）シンポジウムに当たって、寄せて頂いたメールで、この箇所が適合的と思われるため挿入した。

・上村泰裕（名古屋大大学院環境学研究科 社会環境学専攻 社会学 准教授）

政策に関心があり、台湾の防疫の政策に関してお伺いしたいと思います。

福祉国家でも民主主義でもコロナで成績のよくない国はあります。そのような従来型の説明変数は効かないのではないかと。一つ思いついたのは、政府と社会の関係の近さ（ある種の社会関係資本）がオードリー・タン大臣の活躍を可能にしたのではないかとという仮説ですが、どうでしょうか。

17) 「デス・マス調」に変わるのは、本人の推敲を尊重するものである。気にするまでもない。

・林宗弘

台湾においては、PCR検査はやる必要はない。疫学的トレースが可能であれば全面的な調査は必要ない。水際政策、国境遮断戦略が台湾モデルである。ロックダウンをしない、隔離をしない、医療関係者をケアする、など。SARSから教訓を得ているのは言うまでもない。<sup>18)</sup>

・高橋征仁

今回のご講演はタイトル通り強靱性（レジリエンス）が重要な要素の一つだった。「台湾の市民社会は自然な強靱性を持っている。医師および薬剤師協会、機械産業協会および他の産業グループはすぐに政府と協力することに同意した。国民はマスクを着用することに積極的に協力している。社会的距離を改善し、管理を自己監督する。政策との協力という点では、台湾と日本の社会は比較的近い。上記の低感染、低脆弱性、高強靱性の影響下で、台湾は複数のレベルで社会的リスクを軽減した。」といった解説だった。

だが、そのレジリエンスをコロナが下げてしまう。一方で、人々のコミュニケーション欲求は、コロナで制限されることによって、却って高まっている。

・林宗弘

台湾では様々な災害が起こっている。その対処政策に関して、住民の反対も起こっている。リスクコミュニケーションが取られなければならない。人々はそのことを理解している。特に若者の現・蔡英文政権への支持は高い。これはネットによって助長されている。

・高橋征仁

よく理解できました。しかし、本当にお聴きしなかったのは、以下のようなことです。

災害の社会的リスク関数（IPCC 2012）において、社会リスク＝災害確率(hazard)×露出度(exposure)×脆弱性(vulnerability)/強靱性(resilience)ということでした。だが、ここで露出度×脆弱性が一致しない、ということです。コロナを収めれば暴露が出る、といったところです。

・立山紘毅氏（山口大学経済学部教授）

3つの質問があります。

1, 防疫に関して、戦前の日本の防疫は人権の尊重ではなかった。先ほど、戦前の日本の防疫制度に関して、高く評価する発言があって驚いた。戦前の台湾の防疫制度に対する評価をもう一度伺いたい。そして現在の新型コロナウイルスにおける接触確認アプリにおける人権の尊重はいかなものか、伺いたい。

2, 確かに李登輝は親日家であった。そして英国の医療の待機時間は元々非常に長い。新型コロナウイルスにおいても治療までに時間が掛かっていることが予想される。その点、英国の医療制度NHSは脆弱である。それに対して、日本はフリーアクセスである。検査は行政検査が中心であるが、社会的検査もある。台湾の国民保険制度はどのようなものであろうか。

3, マスコミュニケーションの状況はどうか。日本では医療関係者がTVメディアに出ることが多くなっている。台湾ではそのような事例はあるのか？<sup>19)</sup>

18) 無念ながら、オンライン講演における録画・録音の不備から記録が残っていない。高橋氏の質疑も、災害の社会的リスク関数という核心部分への疑問の提起だった。次号にでも補足を願いたい。

19) (編者注)

恐らく質問の意図としては、1, は現在の台湾のIT技術による人権侵害の現状について問い質したものの。臨時的だが

・林宗弘

1, 日本は台湾国民のために検疫を行なったのではなく、台湾に入る日本人が感染しないように検疫を行なったのであるという趣旨の説明があった。1920年代に感染症が拡大した時に、台湾大学が検疫に携わった。1945-75年の間はパンデミックが発生したことがあった。だが、戦後は水際作戦によって、疫病は次第になくなっていった<sup>20)</sup>。国民党は医者を弾圧した。よって医者は民進党に近い。SARSの時は、民進党と医者・医療関係者が多かった。

(編者注) 非常に興味深い指摘で、台湾の医療政策が政権によって左右されやすいということを示している。

2, 国民健康保険に関しては、1995年にできた。それまでは軍人保険、「労工保険」、「農民保険」、「公務員保険」と業界別の健康保険制度が実施されており、全国民の健康保険制度が完備されていなかった<sup>21)</sup>。国民健康保険制度(全民健保)は、

小規模クリニック(診療所)でも奇麗なところが多く、パスポートとリンクしている<sup>22)</sup>。感染者を隔離するIC chipに対しては、反対があり、しばらく中止している。だが、どのみち臨時的なものである。

3, (先ほどの山本勝也先生の質問への回答のように)CDCが定期的に報告した。

(編者注)

ここまでで17時、ひとまず終了して再開することになった。

再開後<sup>23)</sup>

・浜島清史(山口大学経済学部教授)

18時近くになって、質問をした。

高橋先生の質問に関して、日本においても国内観光客は日本人の方が多い、GoToキャンペーンももし成功していたら、中国人観光客が来なくても日本人観光客だけで補って余りある政策となっていた筈である。それにも拘わらず、春節の中国

らといって法理的に許されるものではないと後から言明されていた。

2, の核心部分は恐らくPCR検査が日本では主に行政検査として実施されてきたが、台湾ではどうかというもの。これに関しては、陳禮俊先生は台湾ではPCR検査は部分的にしか行なわれていないとするが、それは台湾モデルが「国境遮断戦略」(林宗弘先生の表現)であったからである。

3, は、必ずしも感染症や公衆衛生学の専門家でない医師が、日本ではTV番組にタレントのように出ているが、台湾ではそのような例があるのか尋ねているもの。

20) 記録が不十分だったので、類似することを補足しておきたい。

「1919~1920年には中国の華南一帯からの船舶でコレラが持ち込まれ、全島に拡大。感染者数は3836人で、致死率は70.2%に達した。」「1929年には日本による種痘法が台湾で施行された。また、保健警察、防疫警察、医薬警察が設置され、感染症防止の各種任務を執行した。」

「台湾政府・疾病管制署の資料によれば、台湾でコレラが最後に大流行したのは1962年で、その後は感染する人がわずかになった。天然痘は1955年以降には発生しておらず、ペストは1953年を最後に、台湾から姿を消した。」

(出所)

「台湾の伝染病との戦いの道：1895年から2020年までの経験」から参考のため引用。

<https://www.nippon.com/ja/japan-topics/c029162/?pnnum=1>

21) ウィキペディアなどで補完。

22) 台湾の全民健保は、居留証の交付日から連続6ヶ月間の滞在が経過した日から加入する義務と権利が発生する。台湾でロングステイなどの目的で、特に就業ではない場合は、上記の満6ヶ月を経過した日以降に、居留地の役所(区公所など)で加入手続きをし、台湾での滞在期間を確認するため、パスポートと居留証の提示が必要になる。

(出所)

「台湾の全民健康保険のまとめ」

<https://clubtaiwan.net/blog/2014/12/05/post-0-149/>

23) 音声がよく聞き取れておらず、肝心の解答が不明だが、質問の意図はよろしかったという意見も寄せられ、掲載しておく。

人観光客を受け入れざるを得なかった。台湾にも別の理由があるのではないか？

ここから判るのは、やはり最後は政治判断であるということである。日本の場合、習近平を国賓として受け入れることになっていたから、観光客も受け入れざるを得なかった。それに対して、台湾の方の蔡英文政権は、中国と対立姿勢を鮮明にしており、観光客受け入れ断絶しても差し支えなかった。国際政治学的手法ということではよいのではないか。

・浜島清史

SARSから台湾は学んだというが、日本はコロナから何を学んだのか？慣れたところはあるだろうが、基本的に同じことを繰り返すのではないか？民主主義とか人権とかは建前に過ぎず、結局、感染抑制と経済活動の両立ということで、曖昧なやり方で、感染者が増えてしばらくして緊急事態宣言を出して、また解除してという…。専門家会議・分科会でも小林慶一郎氏は、分科会に入る前から、感染防止が最大の経済政策だと言って、多くの著名な経済学者が賛同していた。今の分科会における経済学者は皆、その立場であった筈だ。

・浜島清史

水際作戦による遮断だけでは、世界でコロナが収束しない限り、あるいはワクチン接種が行き届かない限り、限界があるのではないか？集団免疫はどう作るのか？また観光業はどうなるのか？他に遮断して困る産業は何なのか？

### ◇3) 「コロナ禍における日中韓の社会制度・機構—いかに動かすか—」

日本：上昌広 医療ガバナンス研究所 理事長<sup>24)</sup>

データを多用した解説が行なわれた。

日本の感染者数はアジアに次いで少ない。死者は少ない。ネアンデルタール人が持ち込んだ遺伝子はコロナに弱い。欧州で感染者数や死者数が多いのはそれと関連しているのかもしれない。日本は経済ダメージが一番大きい。日本型モデルの特徴は、厳しい規制をしなかったことである。スウェーデンは欧州の中で経済的影響が大きい。

PCR検査に関しては、やらない方がいいと専門家が言っていた。東北大学教授の押谷仁氏である。PCR検査をやると医療崩壊が起ると言っていた。世界の専門家でも誰もこのようなことを言っている人はいない。米国で、海兵隊員が検査をすると、無症状がものすごく大きいことがわかった。昨年2020年に、飛躍的に検査ができるようになった。

一旦コロナが出て成功したのは、中国だけである。NZや台湾は遮断しただけであり、そもそも感染がそれほど広がったわけではない。中国はPCR検査が多かった。徹底してやった。

日本は、感染症法に基づいてPCR検査をして陽性だと入院させなければならない。PCR検査は、国立感染症研究所や地方衛生研究所・保健所等だけで行なわれてきた。オリンピックがあるから、感染者数を少なく見せようと言われている。PCR検査に関して、エッセンシャルワーカーにやらないのは日本だけである。歴史的にみると、伝染症として衛生警察が対応しており、昭和13年には、内務省が結核感染者の隔離と虚弱児の対処を行なった。伝染病研究所（現 東大医科学研究所と、感染症やワクチン対策には陸軍が絡ん

24) 無念ながら、オンライン講演における録画・録音の不備から記録が残っていない。全般に関連する資料として、下記を参考までに挙げておく。

上昌広 「医師多数・コロナ患者少数」の日本が医療崩壊する酷い理由」2021.1.13

<https://gentosha-go.com/articles/-/31296>

できた。これは米CDCもそうである。<sup>25)</sup>

英国では、ビクトリア朝時代に水際対策が行なわれた。現代は中国の発展と共に感染症は拡大してきた。日本の国立感染症研究所は研究所としては小さい部類に入る。

さて感染症を抑えるには、ワクチンを接種するしかない。スウェーデン方式のように集団免疫を作るというのでは無理だ。日本はG7の中で圧倒的にワクチン接種が少ない。これにも感染症村の影響がある。そして変異株にはワクチンが効かない。中国は感染症そのものを抑え込んでいるから、ワクチン接種にも余裕がある。ドイツ、イタリアなど欧州諸国もワクチン供給が滞りつつも進めてきている。日本はワクチン接種においても負けそうで、後れを取っている。現在、変異株がどのくらい入っているかわからない。

#### ・制度的組織的対応に関して

医療崩壊に関しては、米国では大病院のICUで200人程度診る。スウェーデンのカロリンスカ大でも200床程度である<sup>26)</sup>。日本では重症者数の統計を十分に公表していない。感染症法でコロナをみるところは、国立病院、元陸軍病院、結核療養所、地域医療振興機構、元々社保病院等である。設置根拠法に書いてあるとおり、それほど患者を取らない。元厚労大臣の塩崎がブログに書いている、重症患者を診ていないと<sup>27)</sup>。

現在、ブラジルは変異株対策に失敗していて、感染者数が拡大している。ブラジルは南半球に位置しているにも拘わらず、夏場に感染者が拡大してしまい、冬場を迎えてしまった。日本における対応は、飲食店を時短したくらいに過ぎなかった。それにも拘わらず感染者数が減ったように見えるのは、既に収束する段階だったからである。日本においても長期的なスタンス・展望が必要なのに、これが全くない。当初、コロナ対策は韓国がリードした、中国はロックダウンでリードしワクチン開発で少し遅れたが、治験を沢山やっていて、米国に次ぎ2位だった。<sup>28)</sup>

・岩本晋（山口大学経済学部教授）：コメンテーター

（編者注）

当日はコメントに尽力されていたが、実は事前に「コロナ蔓延で医療崩壊はなぜ起きる：管理学的コロナ体験記」という論稿を送ってもらっていた。そこでは日本の医療崩壊に関して、この時期までに公表された先行研究を手際よく整理されており、また公衆衛生学で博士の学位を取得された医師としての体験談を克明に記されていた。

なお、コメントしては、上昌弘氏の主張には全面的に賛成するけれども、来たる東京オリンピックに関して、中止するように踏み込んでもらいたかったと持論を展開されていた。人類はある意味

25) この部分に関連する資料として、下記を参考までに挙げておく。

上昌弘「帝陸海軍の「亡霊」が支配する新型コロナ「専門家会議」に物申す（上）（下）」医療崩壊 Foresight 2020年3月5日掲載

<https://www.dailyshincho.jp/article/2020/03051030/?all=1>

26) 下記の資料で確認（編者）

日本人医師が見たスウェーデンの新型コロナ対策－カロリンスカ大学病院泌尿器外科・宮川絢子氏に聞く◆Vol.1

<https://www.m3.com/news/open/iryoshin/783678>

27) 下記の資料で確認（編者）

塩崎恭久「医療崩壊を防ぐために」

<https://drive.google.com/file/d/1v430xu41aoFU8wdJG-Jp2xhdH9d7hc24/view>

28) なお上昌弘氏には、シンポジウム終了後、幾つか質問が寄せられたが、一つ一つ実に丁寧に回答して頂いた。記して謝意を表したい。

でウイルスには勝てない。ウイルスは人類が引き起こした環境の変化によるものである。その付けが回ってきているとあってよいと。

## 韓国：金明中 (KIM, Myoung-Jung)

### ニッセイ基礎研究所主任研究員

「韓国における新型コロナウイルスの現状と韓国経済」

(編者注) 韓国の新型コロナウイルス(以下、コロナ禍)対策が詳細に報告され、また韓国の経済状況が解説された。管見の限り、金明中氏の報告並びに論稿は、韓国のコロナ禍の対策に関して、最も体系的で詳細なものであると思われる。とはいえ、本誌に寄稿して頂いているので、編者がまとめるよりも、そちらをご覧頂いた方が適切だろう。ここでは、シンポジウム当日のパワーポイントに基づいて、その主なタイトルのみを挙げておく。寄稿の方は重なる部分もあれば、進化されているところもあるようである。

### 金明中氏PPTより

#### 1 韓国における新型コロナウイルスの現状と韓国政府の対策

韓国における新型コロナウイルスの感染防止策の特徴

韓国政府が迅速に対応ができた背景

：ここで「国民安心病院」「選別診療所」「ドライブスルー検査」「ウォーキングスルー検査」「生活治療センター」「マスク対策」「医薬品安全使用サービス(DUR)システム」やPCR検査に関して論じられている。

韓国政府の支援策

：景気対策、防疫支援、消費活性化対策、自営業

者や中小企業・小商工人に対する対策、緊急災難支援金、雇用維持支援金、韓国版ニューディール、等。

新型インフルエンザ予防接種者数

：新型コロナウイルスワクチン、新規感染者と文在寅大統領の支持率の関係、等。

2. 韓国経済の現状、実質経済成長率、失業率、外貨準備高、対韓外国人直接投資、対GDP比投資率、株価・為替レート、マンション価格等の推移と分析、等。

3. 韓国経済の課題、①高い貿易依存度、②増加する家計債務、③低い出生率と労働力人口の減少、④格差の拡大、⑤首都圏と地方の二極化、⑥正念場を迎えた所得主導成長、世代間格差や葛藤の現状、等。

(編者注) なお最近の動向はさておき、シンポジウムをした21年3月末時点までの動向でいえば、韓国における新型コロナウイルスの感染拡大は、20年2月末の「新天地」、8月の保守系団体の「8・15集会」、この2つに特化していたことが統計から裏付けられる。5月初頭の梨泰院の感染者数はこの頃ほとんど収束していたため目立ったに過ぎない。だが、その後、クリスマスに向けて(初めて)本格的な感染が拡大することとなる。

また金明中氏は、下記の最新刊を上梓された。合わせて参考にされたい。

金明中(2021)『韓国における社会政策のあり方——雇用・社会保障の現状とこれからの課題』旬報社。

・鈴木明<sup>29)</sup>「緊急性を要する公衆保健と個人情報

29) 鈴木明氏は、労働問題に精通した市井の活動家である。以前、山口大学経済学部教員、日弁連弁護士等と訪韓した際、マツダ訴訟弁護団と現代自動車訴訟弁護団と報告会・交流会を催した時、通訳してもらった。それ以外にも、韓国の先進的な社会的企業の調査においても、アレンジから通訳まで協力して頂いている。

なお東大社研(2020)のシンポでも(10)参、香港の周庭さんをゲストに招いている。アジアの市民活動家からコロ

### 自己決定権のはざまで—韓国の事例—

(編者注)

コロナ禍において、韓国の個人情報の取り扱いについては、とりわけ関心のあるテーマであろう。それに対して、住民・市民がどのような運動を展開しているのか、現地からの貴重な報告である。

#### 鈴木明氏PPTより

鈴木氏は通訳をしているが、新型コロナウイルス感染症でフリーランサーとして困ってしまった。鈴木氏は結婚移民で韓国へ渡って住んでいる。

感染症疫学調査が可能な背景としては、住民識別番号＝住民登録番号が網羅されているからである。それとキャッシュレス社会であること。携帯電話普及率が100%で、とりわけスマートフォンの使用が95%であること、等がある。(2019年, Pew Research調査)

住民登録制度は、感染者と濃厚接触者の追跡の可能性を高めるものである。「住民登録番号」は出生届時に発生する、13桁の一連番号であり、基本的に生涯不変である。また「外国人登録番号」は90日以上滞在する外国人に義務化されている。この番号自体は曝すべきものではない。「住民登録番号」は紐づけされる。社会保険、金融、学生生活、職業生活、国家資格、あらゆる社会生活のキーとなる番号である。これは健康保険、銀行口座、運転免許証、パスポート等々と連携している。クレジットカードの発行には実名が求められるし、携帯電話契約とも連動している。

2020年5月の梨泰院（イテウォン）クラブ集団感染においては、関連感染者101人（2020年12月

現在）に対して、クレジットカードによる人的特定495人、移動通信3社による提出名簿は1万905人に及んだ。そしてソウル市は、PCR検査受診を携帯メールで促した。

『感染症の予防及び管理に関する法律』は、個人情報の収集を可能とする。第34条2第1項では「感染者の移動経路、移動手段、診療医療機関及び接触者現状等、感染病予防のため国民が知るべき情報を迅速に公開しなければならない」としており、クレジットカードの使用情報、携帯端末接続情報、交通カード使用記録、CCTV（管理カメラ）映像記録等が公開される。

市民団体の反応は以下のようなものである。「情報人権」を尊重すべし。感染者の動線は公開すべきである。移動経路はアプリに落として追跡できる。だが、過度の個人情報は制限されるべきである。公衆保健目的に収集した個人情報は廃棄されるべきである。公衆保健の危機に際し、個人情報の処理と保護のための法的根拠、補完が必要である。<sup>30)</sup>

市民が外食等を利用する際に記入するのが、出入者手書き名簿作成様式がある。これは月日、訪問時刻、個人情報収集・利用同意、個人情報第三者提供同意、電話番号、備考を書く欄がある。以前は氏名を書かせる欄があったが、現在は削除されている。中央防疫対策本部の「電子出入名簿QRコード収集及び破棄現況」では、運用件数収集が、およそ6億9千万件、そのうち破棄が5億6千万件、最初の収集日から29日目に一括削除されることになっている（運用期間：2020.6.1～2021.3.4）。個人情報の管理は警察でなく、保健

ナ禍の話を知りたいという点で共通している。但し、鈴木氏は非合法活動家ではない。

30) これに関して、共同声明が発せられている。韓国消費者連盟、経済正義実践市民連合、無償医療運動本部、民主社会のための弁護士会デジタル情報委員会、貧困と差別に抵抗する人権運動連帯、社団法人人権研究所、ソウルYMCA、全国民主労働組合総連盟、韓国労働安全保健研究所など19団体（2020年3月26日）である。（編者注）タサン、ファル、パラム、チングサイ等、韓国語の団体を始め、省略した。

当局が責任を持つべきだという主張がある。

以上、まとめとしては、監視社会といえる要素が高度に発達している韓国で、個人情報のご自己決定が重要な権利であることが確認され、コロナ禍の中で試行錯誤が行われている。<sup>31)</sup>

・中国：王広濤<sup>32)</sup>「中国におけるコロナ対策と政治社会の変容—私自身の体験を踏まえながら」

(編者注)

王氏の見解により最も鮮明になったのは、中国におけるロックダウンが完全なロックダウンと部分的なロックダウンに分けられ、完全なロックダウンは武漢だけであり、その後の大連や遼寧省、江蘇省等におけるそれは部分的なロックダウンに過ぎないということである。ロックダウンの用語の中国における実質的な定義づけ・位置づけも下記にみるように明らかになった。

中国においては、封じ込めが成功していることは明らかであるとし、また日本のように、第一波、第二波(2020年12月～2月)、というような言い方は中国では余りしない、ということも明らかになった。<sup>33)</sup> また中国と言うと、日本では大規模なPCR検査をほぼ全市民にまで徹底するという印象をもたらす報道がなされているが、黒竜江省や河北省では検査の正確性が疑問視されて大規模検査が断念されたという事例もあるということである。

ある。

当日のパワーポイントでは、冒頭に「コロナのタイムライン」と題された、手際よいグラフにより、中国におけるコロナの感染状況、GDPと第一次・第二次・第三次産業別動向、等が示されているが、グラフなのでここでは省かざるを得ない。他のグラフも同様に省略する。

次に「コロナ対策の概要」、(1) ロックダウン<sup>34)</sup>(都市封鎖、初期の武漢とウルムチの相違)、(2) 隔離政策(主に入国者向け、指定施設で14日間隔離)、(3) 大規模なPCR検査(青島、大連など)、これはクリニックや専門の施設で実施される、(4) ワクチン接種(医療従事者優先)、(5) 健康コード・行程コードの普及に分けられる。これに追跡調査、日本でいう積極的疫学調査が含まれる。

実質的なロックダウンは初期の武漢市だけであった。1月23日～4月8日の75日間。その後、新疆ウルムチ市(7月16日～8月29日)、黒竜江省の望奎県(2021年1月14日～2月22日)等は条件付き・部分的なロックダウンとも呼ぶべきことであり、それほど緊張的な雰囲気でもなかった。王氏のいる上海では、春節前後に感染者が発生し、ロックダウンが実施された。緊急事態では解放軍が助けに行く。

集中管理で感染拡大を防ぐことができるが、大

31) さらに、シンポでは「新型コロナウイルス感染症拡大の中で変化する集会の姿」の情報提供が鈴木氏から行なわれた。この部分は、写真が多用されており、再生が難しいため省略せざるを得ない。非正規労働者が正規職転換を要求して行なわれたデモ、露天商連合会が取り締まり強化に抗議して行なわれた座り込み運動等の写真が掲げられたが、マスクにフェイスシールド等重装備で、人数制限で人形を代用する等、コロナ禍であることが窺える。

なお韓国においても、外国人労働者に関しては、集団で寝起きをするために、クラスターの発生が懸念されるという。(編者注) 外国人労働者に関しては、シンガポールにおいては、コロナ感染の9割が外国人労働者に集中したという事例が彷彿される。また香港でも外国人家政婦の感染や対応、航空機乗り入れ禁止等の影響がマスコミ報道で取り沙汰されている。台湾においては、感染下における外国人労働者への差別への懸念と対策を求める連盟での提起が行なわれた。

32) 王広濤、復旦大学准教授。国際関係論専攻。

33) 編者の大学院ゼミでの遼寧省の報告をみると、同省における第一波、第二波と日本語に合わせて訳している事は、感染者数(7日間移動平均)では数人(10人未満)単位であり、また原因や感染経路も判っており、日本では「クラスター」と呼ぶべき事だという類であることがわかる。

34) ロックダウンは、外部と内部を分けて・外(部)からの感染を防ぐことである。またリバウンドを防ぐことであると位置づけられるという。

都市では都市封鎖を執行する場合、経済的・行政的・人的なコストが高い。そこで、集団感染者数が多い地域に限定し、「高リスク地区」・「中リスク地区」・「低リスク地区」を指定、出入り規制・勧告等でロックダウンに代わる措置が採られた。

## (2) 隔離政策

隔離政策は主に帰国者・入国者を対象として実行された対策である。3月中旬頃に開始された。最初は自宅隔離（自主隔離・政府衛生機関訪問）である。入国感染者の増加に従い、政策変更され、着陸後にPCR検査をし、14日間の隔離措置（集中隔離）となった。

キーワードは「閉環」（クローズドループ式管理）である。これは入国者が着陸の時点で完全に外部との接触を一切断絶し、PCR検査・入国申告・搬送移動・宿泊施設隔離を閉鎖的な空間で行うことである。7月27日にさらに変更され、条件付の「7日間の集中隔離+7日間の自宅隔離」となった。以上は上海空港で入国の場合である。地域によって違うが、基本的に隔離政策を継続している。

## (3) 大規模なPCR検査（青島、大連など）

初期の武漢市で全員PCR検査を、後に青島や大連で集団感染（数が少ないが）が発見された時に、千万人単位の大規模なPCR検査を行った。大規模なPCR検査は感染拡大を有効に止めたが、コストがあまりにも高い、2021年に入って以来（3月末までに）、黒龍江省や河北省では集団感染のケースはあるものの、大規模なPCR検査を断念した。PCR検査結果の精度・正確率が疑問視されるためである<sup>35)</sup>。とはいえ、高リスク地区や中リスク地区への移動はPCR検査（陰性）が前提とされてい

る。

## (4) ワクチン接種（医療従事者優先）

中国製ワクチンは、科興控股生物技術（シノヴァク・バイオテック）、中国医薬集団（シノファーム）である。その有効性は、トルコでは91.25%、インドネシアでは65.3%、ブラジルでは78%（臨床）であり、今年になって下方修正（50.4%）された。ワクチン接種は、緊急接種（関係者優先、2020年10月～2021年2月）、一般接種（大規模接種、2021年2月～）が行なわれた。

## (5) 健康コード・行程コードの普及

当初のロックダウンや大規模PCR検査から、常態化防疫：健康コード、ワクチン接種、未然防止へとシフトしていった。コミュニティガバナンス（社区治理）が重要である。

「健康コード」（健康码）とは、簡単に言えば、その人のウイルス感染に対する「安全度」を判定し、表示するアプリである。本人の申告内容やアプリが集めた行動履歴などと政府や企業が保有するさまざまなデータを照合、分析し、その人の感染リスクを3段階に分けて表示する。中国では交通機関、オフィス、ショッピングモール等に入りする場合、「緑」のコードの提示が求められる（絶対必要というわけではないが、現在ではもはや生活習慣の一部となっている）。

## まとめ

現在ではほぼロックダウンや大規模なPCR検査を廃棄し、「常態化防疫」のもとで対策を模索する。「健康コード」やワクチン接種の普遍化に従い、大規模な感染の防止を未然にするものとなっている。今後は段階的に入国対策を緩和し、「ワ

35)（編者注）いわゆる偽陽性・偽陰性の問題である。中国も日本と同様の傾向があるということは意外である。

クチン接種パスポート」の発行を模索し、訪中ビザ申請手続き簡素化、中国製ワクチン接種者に対して隔離政策の緩和を求める可能性がある。

中国国内では比較的に安全であることを理由に、国民のワクチン接種の意欲が高くない、接種カバー率は、80%以上で「集団免疫」成立するが、現在は5%足らずである。(鐘南山による)

では、中国はコロナ対策に成功したのか？結論は先にいうと、答えは「YES」である。結果が全てであり、中国はかなり早い段階で有効的にコロナの蔓延をコントロールした。それは「独裁体制」のお陰なのか？部分的に「YES」である。但し中国の言葉遣いとしては「拳国体制」という用語を使う。それでは「拳国体制」だからといって、他の国々は参考に値しないのか？答えは「NO」である。隔離政策・大規模なPCR検査・健康コードなどは場合によって普及できると思われる。それにしても、「中国モデル」とはならない、複製不可能の部分もある。

#### ・中国のコロナ対策は成功したのか

その他の理由は

- (1) 医療従事者や知識人の進言(鐘南山、張文宏等)
- (2) 情報化社会の進展とビッグデータの発達
- (3) 一般国民の協力(死への恐怖も含めて)
- (4) コミュニティ・ガバナンス(社区治理)の成功(在宅隔離、日用品の配給、人的移動の申告などは基本的にコミュニティの役割)

#### ・残された課題

- (1) 結果重視から、過程重視も視野に入れるべき

(例えば、ロックダウン時における持病者の配慮や情報化社会における高齢者への配慮)

- (2) 行政指令から法整備への変更(初期対応における法の不備及び行政権力の濫用)
- (3) 情報化社会における個人情報の保護(個人情報の恣意的な漏洩などが多発)
- (4) 経済発展とコロナ対策の両立(人的移動制限の過大制限、大規模なPCR検査やロックダウンのコスト計算も)

#### ・法整備へ

SARSからの教訓により、SARS(2003年)流行後の2004年に改正された「伝染病防治法」で明確に都市封鎖を可能となった。しかし、今回のコロナの大流行は「伝染病防治法」に基づき、「重大突発公共衛生事件」一級だったが、判断は各省に任せることになっている。浙江省は湖北省より早く「一級」を宣言した。

総合的な「緊急事態法」の作成が必要である。应急管理部が2018年設立されたが、関連法が整備されていない中、かなり専門性を有する公共衛生緊急事態に対して、縦割り行政の問題も現れている。<sup>36)</sup>

最後に、日中協力においてできること、を考えてみよう。初期における日本の援助を中国国民が好意的に受け止め、オリンピックやコロナ禍でも人的交流が行なわれた。ワクチン等コロナ対策関連のノウハウの交流などの可能性が示されているといえよう。

#### ・陳禮俊：コメンテーター

(編者注)既に台湾のシンポジウムのところで触れたとおりである。関連する論稿が本『東亜経済

36) (編者注) 付言すれば、中国は単に権威主義体制によってコロナを封じ込められたわけではない。そこに至るまでに、法制度改革を経なければならなかったものであり、それはまだ進行しなければならないのである。後掲、伊藤亜聖(2020)参照。

研究』誌に掲載されている。

・袁麗暉：コメンテーター

(編者注) 同様に、この段階で、論文として、あるいは単独の講演として研究発表しうる内容であることが窺え、関連論稿が東亜経済研究誌に掲載される予定である。敢えて概要を示しておくとして4つの仮説が示され、検討されている。

仮説1 公立病院の多さ。

中国は公立病院が多く、行政の権限が及びやすく、感染爆発という有事に迅速に対応できる体制である。中国の病院は総合病院(病院全体の62%, 2019年)、中でも大型病院が多い。三級、二級病院の病院全体に占める割合は36.2%。公立病院は35%。中国医師と看護師の約8割が公立病院に集中している。

仮説2 社会IT化の進展

人から人への接触を大幅に減少することができ、感染拡大防止につながった。行政手続き、病院の予約・医療費の支払い・診断内容のデータ等、さらにレストラン料理の配達や、スーパーでの買い物などで、関連APP: Application softwareを利用することができる。

仮説3 社区community。感染拡大防止対策の実施は効果的

行政単位ではなく、居民委員会の管轄区。大体1平方キロメートル未満が多く、住民数は数千人程度。コロナ感染拡大防止策は「社区」を単位として実施されている。

仮説4 ネットグループ「群」。ネットによる人々のコミュニケーション方式の進化が、感染拡大防止策の徹底的な執行を支えている。仕事の

群、趣味の群(マラソン)、子供学校の群、地域の群、小区(社区によるもっと小さい居住地域)の群、高校・大学の学友の群などがある。

・パネルディスカッション<sup>37)</sup>

・司会: 浜島(編者)

今回のシンポジウムでは、タイトルを「東南アジアにおけるコロナ禍に関する社会・組織-如何に動かすか」と設定しました。これは最近、日本では欧米に比べて感染者数が少ないにも拘わらず病床が逼迫した。さらにその原因としては、日本では民間病院が8割を占め、公立病院では大病院でもコロナ病床が欧米に比べて、10件以下と少ないことであることが指摘されてきました(日経新聞や朝日放送、元厚労大臣、塩崎恭久)。その要因として、医療資源の分配の問題、機動的な動員ができていないからだということが指摘されてきました。このことは、実は岩本先生が端的にサーベイされています。

このことについて、それぞれのパネリストの先生方に、ご自身の国・地域の経験を踏まえて、伺っていきたく思います。時間が非常に限られていますので、ある程度、こちら側でまずシンポジウムのテーマに沿って進行して、残された時間で他の参加者の方々から、様々な質問やご意見を伺いたく思います。その前に2つ確認しておきたいと思います。PCR検査と症例別受入制度: 即ち重症・中等症・軽症で大病院・地域病院・ホテル等に入院させる制度のことです。

PCR検査の各国のやり方に関して

一つは、日本ではPCR検査が少ないということ

37) 繰り返すが、録音録画が不十分だったため、司会への回答が十分再現できず、要旨のみとなっていることが残念である。なお司会のセリフは、元々用意し、各講演者にも事前に配布していたものである。講演者に比して長過ぎるのは本末転倒であるが、質問事項としては今読み直しても有意義なところがあると思われ、この質問への解答をシンポジウム後の展開を含めてさらに充実させていきたい。

が問題になってきました。日本においては、PCR検査に関しては、2つに意見が分かれています。旧専門家会議もPCR検査を抑制するのではなく、拡大するといっている。焦点はサンプル調査として幅広くやるのか、それともクラスターの発生するような地域や施設に焦点を絞ってやるかということになると思います。ここでは病院が逼迫するから検査を抑制しようということも実際には行なわれてきて、それで待っている間に死亡したということも大きな問題だとは思われるのですが、とりあえず置いておきます。

サンプル調査方式に近い制度としては、世田谷方式や広島方式、あるいは最近の埼玉県、栃木県での検体を学校で取って送付するといった制度も含まれると思います。

上先生、この理解でよろしいでしょうか？（こは2・3分で）。

・上昌広氏（要旨のみ）

PCR検査は、偽陽性はないことは、医学界の常識で、コロナについても各種医学専門誌で書かれている。専門家委員会は、濃厚接触者探しにウェイトをおいた積極的疫学調査中心に行なっていて、無症状感染者の存在は軽視してきた。後者を探すには、無症状者を対象に積極的にPCR検査をするしかないが、そうはしなかった。これは感染者数が少ないうちはまだよいが、感染者数が増えてくると対応できなくなっていく。日本は欧米先進国と比較した場合だけでなく、東アジアでも最もPCR検査をやってこなかった国である。

・司会

台湾においては、26日の林先生の講演でも指摘されていたように、水際作戦・遮断方式で、PCR検査はあまり関係ないと思いますが、その理解でよろしいでしょうか？

・陳禮俊氏（要旨のみ）

台湾においては、PCR検査は余り行われていない。感染者が少なく必要なかったからである。

・司会

韓国ではいかがですか？PCR検査をドライブスルー方式とかウォーキングスルー方式などでかなり大掛かりにやったということは有名です。また金明中先生の論考にも書かれているように朴槿恵政権時に「感染症検査緊急導入制度」が導入された。

ここで聞きしたいのは、韓国がPCR検査を無症状者も含めて不特定多数に対して行なったのか、それとも対象を絞って、大邱や梨泰院など対象を絞ってその範囲で大規模に行なったのか、どちらなのでしょう？その意味で日本の方式とそれほど違いがないという日本の専門家もいるのですが、いかがでしょうか？金明中先生？

・金明中氏（要旨のみ）

韓国におけるPCR検査は、最初は症状がある人だけだった。しかしながら無症状者にも検査を拡大した。本人負担も、無症状者にも金額支援を行なうようになった。

・司会

中国ではいかがですか？中国では、例えば、大連市の住民全員がPCR検査を受けたというように理解しているのですが、町全体の住民のPCR検査を行なう、あるいはロックダウンが特徴だと丸川知雄先生からご指摘を受けています。さらに隔離する、こういう理解でよろしいのでしょうか？王先生？

・王広濤氏（要旨のみ）

その通りで、大規模なPCR検査、隔離政策、ロックダウン、あと追跡調査というのが基本である。

症状別入院隔離制度に関して（重症・中等症・軽症一病院・隔離施設等）

・司会

次に、症状別入院隔離制度、とここでは言うておきますが、要するに、重症・中等症・軽症で病院や隔離施設やホテルに振り分けるといふ制度について、各国の現状をまとめておきたいと思えます。神奈川方式（黒岩知事：ダイヤモンド・プリンセス号事件から学んだ）、松本方式（キーパーソンは相澤病院の相澤医師）、大阪の十三市民病院、東京の都立病院（渋谷区の広尾病院・大田区の荏原病院・板橋区の豊島病院）などのことです。

日本の制度で問題点があるとすれば、どのような点でしょうか？上先生？

・上昌広氏（要旨のみ）

神奈川方式は、神奈川県庁が体裁を繕っているだけで実質的に機能していない。松本方式とは、相澤医師が中心となつて行なっている方式であり、松本深志高校や信州大学医学部などを中心としてボトムアップのネットワークが機能している。

・司会

韓国では重症者は病院、軽症者は生活治療センターと分類され、ホテルなどは使用されなかった。それは初期においては、感染者が大邱に集中していたからだ、と金明中先生はご指摘されています。中等症はどうだったのでしょうか？

・金明中氏（要旨のみ）

韓国の場合、講演でも解説したように、入院までの過程において「国民安心病院」「選別診療所」で対応した。その意味で、重症と軽症・無症状者

に分けているといえ、中等症という分類はなかったといえる。<sup>38)</sup>

・司会

またこのような制度が動かせたのは、日本よりも行政力が強かったということですが、具体的にどのような法制度が機能していたのでしょうか？

・金明中氏（要旨のみ）

法律というよりも、日本のような議院内閣制に比べての大統領制における権限の強さ、韓国CDCという機関（日本でも日本版CDCの創設が主張されている）、研修医を派遣できる制度、こういった制度が迅速な対応を可能にした。

・司会

中国、台湾においては、どのような制度なのでしょう。重症者・中等症者・軽症者の振り分けはどのように行なっているのでしょうか。例えば、武漢では、重症の患者は、指定病院、武漢市中心病院、そして火神山医院、雷神山医院などへ入院し、軽症の患者は「避難所病院」「方舱医院」に収容されたと聞きます。後者は、コンベンションセンターや体育館などに臨時のベッドを並べたもので、医師や看護師が付く。（武漢市には15カ所設けられ、1万床以上のベッドが据えられた）。無症状の感染者や濃厚接触者などは、ホテルや学校などに隔離された。と聞きます。もう少し全国的にどのように行なわれたのか、お聞きしたいところです。

中韓台湾がSARS、MERSに学んだように、日本はコロナで学べるのか？

38) 中等症という概念は、神奈川モデルで知られる神奈川県医療危機対策統括官、阿南英明氏が考案した概念であつて、その意味で日本独自の概念である。

（出所）

山岡淳一郎（2020）「コロナ戦記 第3回 ダイヤモンド・プリンセス号で何が起きたか」『世界』2020年12月号。

・司会

台湾や中国はSARS、韓国はMERSの経験から学んだので、コロナ禍に対応できた、ということがよく言われます。確かに各国の方々から見れば、そうなんでしょうけれども、じゃあそこから日本は学べるのか、日本は今コロナ禍から学んでいるのか、隣国のように制度を整えられていけるのか、というと聊か疑問に思われます。経験から学んで、制度を変更させるには、その前提がもっと要るのではないかと、というのが、私の問題意識です。

上先生、日本は学べますか？(なるべく下記もご覧の上で、ご持論を自由に論じてください。長短各々論じて頂いても結構ですし、批判的でも肯定的でも第三の解答でも結構です。)

・上昌広氏(要旨のみ)

十分学べると思う。中村祐輔(東京大学名誉・シカゴ大学名誉)教授のように優れた先生もいる。医系技官のレベルでは、世界の議論が理解できない。理解するまでに時間がかかり、対策が手遅れになる。総理や厚労大臣が霞ヶ関に丸投げするのではなく、独自のブレインが必要だ。

・司会

韓国、台湾は元々日本の植民地で、日本の感染症対策の防疫制度が導入されていた。

日本のような保健所の制度、そしてフリーアクセスの制度は取り入れられていたのでしょうか？それが戦後、日本と韓国、台湾では別の道を歩み始めた。日本では日本医師会が強く、民間中小零細クリニック中心の制度となっていた。先週の議論から、台湾では国民党政府が医師を弾圧した

ということでした。つまり医師の政治力は日本よりもはるかに弱かった。台湾も韓国も戒厳令が1987年まで敷かれており、それが物資を運ぶ、制度や組織を動かすという体制に結びつきやすかったのではないかと、その点は如何ですか？

・金明中氏(要旨のみ)

韓国には日本の制度を模倣してきたところもあれば、日本の制度とは別の方向をいったところ、日本よりも先行しているところもあるということであった。<sup>39)</sup>

・金明中氏(要旨のみ)

韓国の医療システムは日本のシステムを学んだが、米国などの影響も大きい。大きく異なっているのは医療保険制度の保険者一元化(1999年制定)である。日本は健康保険組合が3千もある。CDCの有無も異なる。医師会は韓国において強くない。また医薬分業ができていない。

・陳禮俊氏(要旨)

台湾において、衛生省は医者比率が高い。  
(編者注)記録が不十分につき、

先ほどの中国における、火神山医院、雷神山医院の突貫工事には、SARS時の専門病院、北京小湯山医院の成功体験があったからだと言われています。また中国が共産党一党独裁政権で権威主義体制であるからできたんだ、という理解も一面的だ。強力なロックダウンが可能だったのは、SARS流行の2004年に改正された「伝染病防治法」で明確に都市封鎖を可能としているためである。2003年のSARS流行拡大時には、大規模なロックダウンを実施できなかった。制度的な改正があったからことのできたのだという見解があります。<sup>40)</sup>

39) (編者注)韓国における、2001年女性部(日本語だと女性庁、現:女性家族部)の創設、医療保健制度における2000年施行「国民健康管理公団」への統合などを想起。

40) (出所)伊藤聖聖(2020)「コロナ以後のアジア—2020年上半期の複眼的記録」東大社研現代中国研究拠点編(2020)『コロナ以後の東アジア—変動の力学』東京大学出版会。

・司会

### 最後に改めて制度・組織に関して

最後に改めて制度・組織に関して、どのように動かしたらよいか、お尋ねしたい。各国はどのように動かしているのか？そのポイントは何か？中国、袁先生・王先生、韓国：金明中先生、台湾：陳禮俊先生、そして日本、上昌広先生の順でお願いします。

・上昌広氏（要旨のみ）

日本において感染症対策は、元々内務省衛生警察、ワクチン開発は陸軍と伝染病研究所がやってきた。この伝統を引き継ぐのが、感染研、保健所、そして医系技官である。感染症ムラは、司令塔を強化しても解決しない。国民が問題点を認識し、メディアが報じ、議会で議論し、国家的コンセンサスが必要である。そのような気配はなく、感染症ムラの暴走は止まらず、このまま行くところまで行くだらう。

・王広濤氏（要旨のみ）

中国は発展途上であり、社会保険、とりわけ全民保健を発達させていかなければならない。

・袁麗暉氏（要旨のみ）

専門家のリーダーシップが重要である。

・金明中氏（要旨のみ）

韓国は、水際対策に失敗して検査と隔離を徹底した。隔離対策においては、もっと個人に任せるべきである。K防疫というが、それは政府と企業・国民が協力してやっていくべきものである。なお韓国が学ぶべき点として、混合診療が挙げられよう。

・鈴木明氏（要旨のみ）

韓国においてはコントロールタワーも重要であるが、コミュニティの役割も大切である。

・陳禮俊氏（要旨のみ）

台湾は水際対策でこれまでやってきたが、医療

ガバナンスをもっと強靱にすべきである。

・司会

今回は、日本の現行の制度・組織のあり方に批判的で、東アジアの他国から学ぶという方向になることが予想される布陣でしたが、今後は、日本の現行の方式をモノグラフ的に把握していくという方向性も追求したいということを含みます。即ち、日本の厚労省や保健所、経産省：経済政策や防衛省：ワクチンのロジスティックスも含めて、総体的に捉えて提示するという方向性です。

本日は、長時間にわたり、誠にありがとうございました。

オンラインシンポジウムの可能性を拡げる取り組みだったといえる。コロナ禍において、日本、中国、台湾、シンガポール等の諸国・諸地域から講演者を招き、日本においては、山口県を中心に、北は北海道から南は九州まで、東京を結んで、延べ百名を超える参加者があった。山口大学からは、結果として、東アジア研究科から延べ10名以上の参加を得た。

補足

### 今後の展望

シンポジウムから未だ数か月しか経っていないとはいえ、現時点では、日本における医療逼迫の要因に関しては、様々な知見が積み重ねられており、その体系化も行なわれつつある。すなわち、日本における、

- ・1) 公立病院が少なく、民間中心であること。しかも中小零細診療所である。しかもコロナ患者の受け入れ比率が公的病院と民間病院で落差があること。

- ・ 2) 公的医療機関を含む大病院におけるコロナ感染者受け入れ人数が諸外国に比較して少ないこと。<sup>41)</sup>
- ・ 3) 重症—中等症—軽症等症状別医療関係機関の相互連携の欠如(ネットワーク論・中間組織論に関連)。
- ・ 4) 選択と集中の必要性(規模の経済性・集積のメリット論に関連)。<sup>42)</sup>
- ・ 5) 機動性・動員・コマンド&コントロールの必要性。<sup>43)</sup>
- ・ 6) さらに根本的な問題(急性期病院・慢性期病床の乱立、プライマリーケアの未確立、1日当たりから1人当りのDPCへの転換、さらに自由診療制・フリーアクセス制の全面的見直しの必要性等)。<sup>44)</sup>
- ・ 7) その他の問題(法的な不備、コロナ患者当

り必要医療従事者数、専門医の不足、ゾーニング改築のコスト等々)。<sup>45)</sup>

総じて、医療資源の最適配分の失敗、集中と選択・規模の経済性、公共財性・自由(医療)市場の失敗の問題、といった経済学的な解明が課題となろう。また医療供給体制の課題ばかりでなく、医療需要体制の側面も考察していく必要があるだろう。さらに、働き方の問題がある。世界の中で日本の病床の多さ・相対的な医師数の少なさは、長時間労働と相対的低賃金にむずびついている。これらの課題は別途、もっと具体的に歴史的経緯を踏まえて論じられる必要がある。

これらの問題は、本誌東亜経済研究に別稿として、展望論文を載せる予定であった。次号を期したい。

41) 日本の重点医療機関、特定機能病院における病院当たりの受け入れ数が少ない。ほとんど10床未満である。対して欧米における1病院当たり・ユニット当たりの受け入れ患者数は多く、1500床を超えるメガホスピタルもある。

42) 後方への連携が十分でないが、現在、対応ができてきているのはこの3)の部分だけであり、今後、公立病院における重症者の受け入れ集中を図っていく必要がある。その後は、公立病院の比率を高める政策が必要となつてこよう。これが最も難題である。6)につながる。

43) 感染拡大縮小に合わせられる機動性が求められる。欧米はICU・病床数を感染者数にあわせて増減できる。

44) 4)の公立病院への選択と集中が困難なのは、日本においては伝統的に自由診療とフリーアクセス制度による民間医療機関中心の発展がなされてきたからである。また日本は急性期病院が乱立しており、それにも拘らず、長期療養型が主体の病院が多いことも問題である。

45) 7)その他の問題として、以下も検討課題である。

・①法制度上の「不備」・運用の問題

指定感染症にしまったために、全員を入院させなければならなくなってしまった。それで快方に向かってもICUから出せないというようなことも報じられた。それよりも、法制度上はもっと機動的に医療資源を動かせる筈なのである。医師法上は、医師には応召義務があり、診療治療を正当な事由がなければ拒んではならないことになっている。特措法上は、医療機関への病床確保への命令が可能である。しかし、厚労省本省が難色を示すという。現在も、法制度上の「不備」が指摘され、改正が叫ばれているが、それよりも運用上の問題が大きいと思われる。

医師法19条1項「応召義務」「診療治療の求があつた場合には、正当な事由がなければこれを拒んではならない」。特措法(新型インフルエンザ等対策特別措置法)は、第31条「医療関係者への要請」、第55条「物資の収容」等で、都道府県知事に強力な権限を与えている。

・②コロナ患者は人手が掛かること：現場の感覚としては重大事だが、欧米でもこの条件は同じ筈である。

・③ゾーニングの問題：中小病院が多くてできない機関が多いということ。

・④医療従事者・専門医の不足：育成と補助金等インセンティブの賦与の問題に関連する。

・⑤業務の問題