

Discussion Paper Series

RIEB

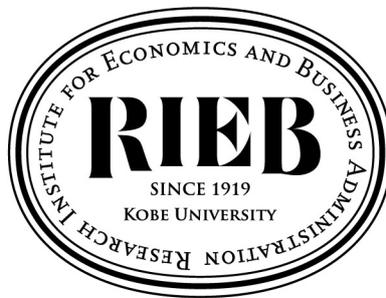
Kobe University

DP2021-J15

感染症の歴史から何を学ぶか？
——経済学と他分野との協業に向けて——

鎮目 雅人

2022年1月27日改訂



神戸大学 経済経営研究所

〒657-8501 神戸市灘区六甲台町 2-1

感染症の歴史から何を学ぶか？

— 経済学と他分野との協業に向けて —

2021年12月（初稿）

2022年1月（改訂）

鎮目 雅人*

要旨**

本稿では、COVID-19 とその対応への含意を念頭に置きつつ、感染症の歴史を振り返る。古代以来、人口の数十%が失われるような感染症の大流行が繰り返されたが、近代に入ると公衆衛生の普及等により、死亡率は劇的に低下した。1918年からのインフルエンザ大流行は、COVID-19 と疫学的には共通する部分も多かったが、社会経済に与えた影響は COVID-19 ほどではなかった。こうした違いの原因は、この百年の間に社会的規範が変化したことに求められる。社会的規範の変化には、「総力戦」思想の浸透と、近代的な生存権の確立が寄与したと考えられる。COVID-19 への対応の中で、経済学は実証的（positive）な分析の面で現実的な処方箋を考えるための有用なツールであることを示した一方、規範的（normative）な分析の面で経済学は万能ではない。自然科学だけでなく、歴史や哲学などの人文科学と対話、協業することで、社会科学としての経済学の地平がさらに広がると考えられる。

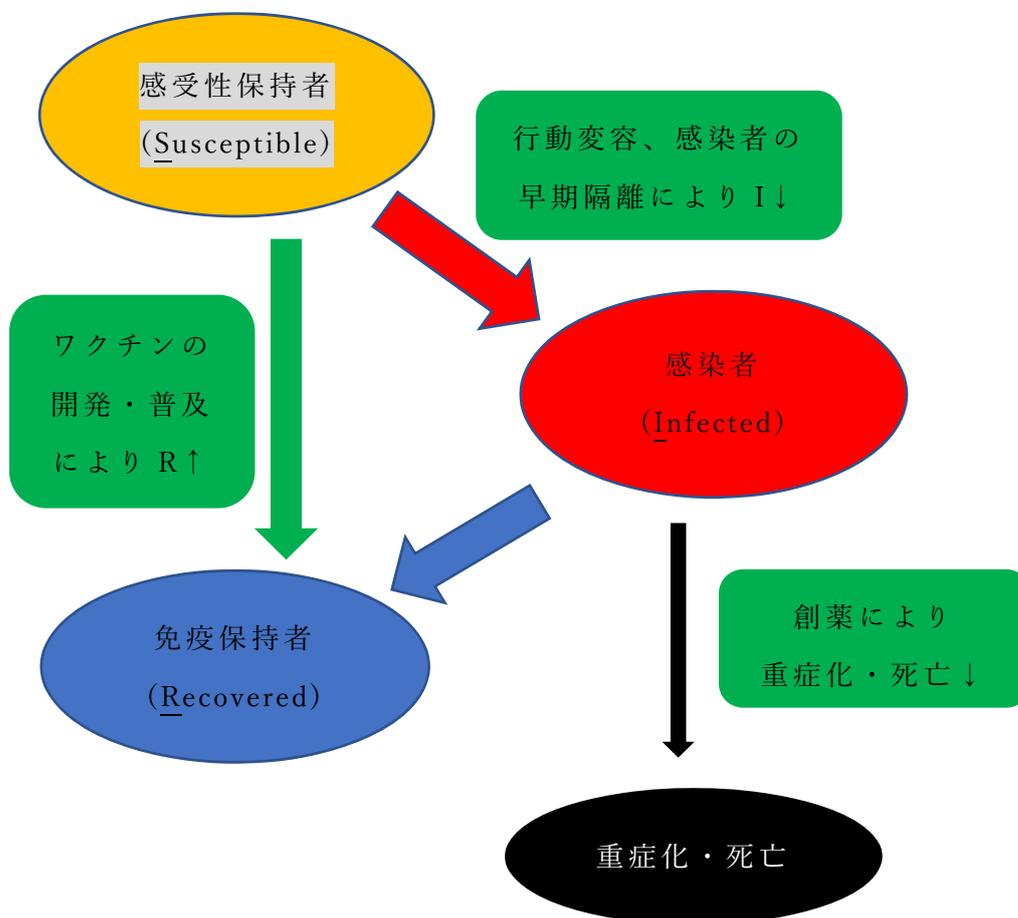
* 早稲田大学政治経済学術院教授 兼 神戸大学経済経営研究所リサーチフェロー（e-mail: masato.shizume@waseda.jp）

** 本稿は、2021年10月9日に行われた日本経済学会2021年度秋季大会（会場：大阪大学）における特別報告の内容を改稿したものである。執筆にあたり野口晴子氏、戸堂康之氏、匿名のレフェリー、および同大会参加者より有益なコメントをいただいた。ここに感謝したい。あり得べき誤りはすべて筆者の責に帰す。

1. はじめに：感染症と社会経済

本稿では、COVID-19 の感染拡大を受けて感染症の歴史への関心が高まっている中であって、21 世紀に生きるわれわれが感染症の歴史から何を学ぶことができるのかを考えてみたい。その際、感染症そのものの影響に加えて、感染症に対する人類の対応と、こうした対応が社会や経済に対して及ぼした影響をも視野に入れて検討を行い、あわせて現代への含意を探ることとしたい。

(図 1) 感染症流行と対策の図式 (SIR モデル)



(出所) 野口晴子氏のご教示による。

病理学的にみた感染症のヒトに対する影響は、人体への病原体の進入(感染)⇒感染者の発症⇒発症者の重症化⇒最悪の場合に死に至る、という経過をたどる。ここでは、感染症分析にしばしば使われる疫学モデルである SIR モデルを

用いて図式化を行う（図1）。SIRモデルでは、社会全体の人口を、感受性保持者（Susceptible）、感染者（Infected）、免疫保持者（Recovered）の3種類に分類する¹。新規の感染症が流行する前の段階では、全人口が感受性保持者であると想定する。感染症対策が採られない状況では、感受性保持者のうち、感染して感染者となった者が他の感受性保持者と接触して感染させることで、新たに感受性保持者から感染者となるものが発生する（感染症の流行）。感染者は、治癒すると免疫保持者となり、再度感染することはなく、他の感受性保持者と接触しても、感染させることはない。全人口のある一定割合がS→I→Rへと移行して免疫保持者となると、感染症の流行は収束する。その過程で、感染者の中には重症化し、死に至る者も出てくる。

感染症対策は、発症者の死亡という最悪の結果を回避するとともに、重症化を防ぎ、発症者の生活の質（QOL: quality of life）を維持・向上させるために実施される。

感染症対策のうち、医学の分野に属する有効なワクチンの開発・普及は、感受性保持者（S）が感染者（I）を経ずに免疫保持者（R）へと移行することで、重症化や死亡のリスクを軽減する。同じく医学の分野に属する有効な治療薬の開発・普及は、感染者が重症化し、最悪の場合に死に至るリスクを抑制する。

一方、感染者の早期隔離や、密閉・密集・密接という感染しやすい環境（いわゆる「3密」）の回避およびマスク着用や手洗いの励行などの行動変容は、感染者と感受性保持者の接触の機会を減らしたり、仮に接触した場合でも感染する可能性を小さくしたりすることによって、感染者の発生を抑制する。いずれも一義的には公衆衛生上の措置であるが、今回、COVID-19対策として採られた「3密」の回避に向けた社会経済活動の制限は、公衆衛生にとどまらず、日常生活ならびに一般経済活動に大きな制約を課し、人類全体に多大なる影響を及ぼすこととなった。この結果、感染拡大の抑制と日常生活・経済活動への影響との兼ね合いが政策上の重要課題となり、医学にとどまらず経済学や法律学、政治学、社会学などの社会科学を含めた総合的な対策が議論の俎上に上ることとなった。感染症対策の一環として、社会科学としての経済学が医学をはじめ

¹ SIRモデルの考え方については久保田（2021: 5-8）を参照。

とする他分野と協業することの一義的な根拠は、この点に求められる。

以下、本稿では、COVID-19 とその対応への含意を念頭に置きつつ、感染症の歴史を振り返ってみたい。第 2 節では、先行研究に基づいて、歴史上の感染症大流行 (Pandemic) を概観する。まず、古代以来の主な感染症大流行を比較する。次に、近代における変化、とくに産業革命以降の都市化の進展、公衆衛生を含めた予防法と治療法の発展の影響を整理する。続いて、感染症の流行が社会経済に与えた影響について振り返る。第 3 節では、COVID-19 と比較されることの多い百年前のインフルエンザ大流行 (1918~1920 年) について、同時代の記録をもとに当時の感染状況と経済への影響について若干の考察を行い、今日との比較と、その歴史的背景について検討する。第 4 節では、今日への含意を考える。その際、とくに経済学と他分野との協業の可能性と協業を進めるにあたっての留意点に着目したい。第 5 節は結びである。

2. 歴史上の感染症大流行

(1) 前近代の感染症大流行の社会経済への影響：労働市場を中心に

前近代の感染症としては、「黒死病」(the black death) と呼ばれ、14 世紀中頃にユーラシア大陸の広範な地域で広がったペストの大流行が有名である。先行研究によれば、このときの死亡率は、ヨーロッパおよび地中海沿岸の地域で全人口の 35~60% に達した。ペストは、このとき以外にも 6 世紀、17 世紀、19 世紀末から現在と数回にわたり大流行が観察されている (Alfani and Murphy 2017)。また、前近代においては、ペスト以外にも死亡率が流行地域の人口の数十% に達する感染症の大流行が発生している。とくに、15 世紀末に開始されたユーラシア大陸とアメリカ大陸との人的交流 (「コロンブスの交換」Columbian exchange) により、天然痘、発疹チフス、はしか (麻疹)、インフルエンザ等、従来ユーラシア大陸に存在していた感染症がアメリカ大陸に持ち込まれ、過酷な植民地支配の影響とあわせて、1 世紀半の間に先住民の人口の 80~90% が失われたとされている (表 1)²。

以下では、主として Alfani (2020) に依拠しつつ、前近代の感染症大流行の

² 詳細は鎮目 (2021a) を参照。

社会経済とりわけ労働市場と格差への影響について整理する。結論を先取りすれば、歴史的に観測される事実からは、①感染症の流行拡大が労働市場をはじめとする社会や経済に与える影響は、感染症そのものだけでなく、社会の制度的枠組み、人口の集積、政府や個人、企業などの感染症への対応といった人間の営み（human agency）に依存する面が大きく、労働人口の減少が労働需給のひっ迫や実質賃金の上昇に直結するものではなかったこと、②感染症の流行が所得や資産の分配に与えた影響も一様ではなかったことが示される。

Alfani は、14 世紀の「黒死病」の後に非熟練労働者の実質賃金上昇と資産格差の縮小が観測された³としつつ、他の感染症大流行には必ずしも同様の実質賃金上昇や資産格差縮小が観測されていたわけではなく、また、表面的に格差が縮小したように見える場合でも、実態は感染症に対して脆弱な状況に置かれた貧困層の死亡率が差別や放置などにより他の層に比べて高かった結果であった事例も存在することから、統計上の数値のみをもって格差が是正されたとみなすべきではないとする。また、感染症の大流行による死亡率の上昇が非熟練労働者の実質賃金の上昇や資産格差の縮小につながるかどうかは、例えば、移民受け入れの可能性（移民の受け入れが容易であれば実質賃金の上昇は抑制される）、相続制度の違い（分割相続制度は単独相続制度に比べ相続により格差が縮小しやすい）など、人口移動や社会制度の影響に大きく依存するとする。さらに、感染症の流行が人的資本の毀損を通じて労働の価値に与えた影響も大きかったとする。全体として、前近代において、感染症の直接的影響もさることながら、制度や慣習、政策といった人間の営みが果たした役割が大きかったと論じている。

（2）近代における感染症対策の進展とその含意

以下では、主として Easterlin（1999）に依拠しつつ、近代に入ってから感染症流行対策の進展とその結果としての死亡率の低下、ならびにその含意をみていく。

³ アレン（2017: 47 頁、原著は 2009 年）も、産業革命の前提としての 15 世紀イギリスにおける高賃金は「1348～49 年の黒死病の遺産」としている。

Easterlin は、イングランドおよびウェールズ地域における 16 世紀中葉から 20 世紀末までの長期にわたる平均寿命の推移をみると、1871 年頃を境にそれまで横這いで推移していた平均寿命が急激に伸長したこと、スウェーデン、フランス、日本、ブラジル、インドでも、時期は前後するが平均寿命が急激に伸長する時期が存在することを示した。そして、イギリスにおいて産業革命が本格化していた 19 世紀前半においては、所得水準と生活水準の向上が平均寿命を高める効果と、都市への人口集中と都市部の衛生環境悪化が平均寿命を低める効果が互いに打ち消しあうかたちで、平均寿命が伸び悩んでいたとする。次に、19 世紀後半以降、継続的に平均寿命が伸長した背景に感染症死亡率の低下を挙げ、その要因として、①19 世紀中葉以降、公衆衛生の普及など、感染防止の方法が導入されたこと、②1890 年代以降、ワクチンの開発が進んだこと、③1930 年代以降、新たな感染症の治療薬が開発されたこと、の 3 点を挙げる。とくに、所得水準ならびに生活水準の上昇とあわせて公衆衛生の普及等により衛生環境が改善したことで、産業化に伴う都市部への人口集中の悪影響を凌駕するかたちで平均寿命の伸長が始まったことを強調する。

Alfani (2020) は、近代における感染症死亡率の低下により、感染症流行による労働需給のひっ迫が軽減され、非熟練労働者の実質賃金上昇を抑制する効果があった一方、公衆衛生の浸透は、貧困層を含めた健康・生活水準の向上を通じて、社会全体として感染症への抵抗力を高めた可能性がある」と指摘する。これを感染症が社会経済に与える影響という観点からみると、近代においては、公衆衛生学をはじめとする医学の進展とその普及により、感染症死亡率が低下したため、感染症自体が社会経済に与える直接的な影響は前近代に比べてより縮小し、制度や慣習、政策といった人間の営みを通じた間接的な影響が相対的により重要なものとなったと考えられる。

3. 1918 年からのインフルエンザ流行⁴

(1) 世界的なインフルエンザの大流行

第 1 次大戦末期の 1918 年から世界的に流行したインフルエンザ（いわゆる

⁴ 本節の記述の詳細については、鎮目 (2021b) をあわせて参照されたい。

「スペイン風邪」：Spanish Flu）は、収束までに2年以上を要し、この間に37～46百万人程度の死者が出たとされる（表2、クロスビー2004、Athukorala and Athukorala 2020）。この死者数は当時の世界人口の2%強であり、前近代における大流行に比べれば人口対比でみた死亡率は大幅に低下したが、それでも第1次大戦の死者数（1千万人程度）のほぼ4倍に相当するものであった。このうち、アジアにおける死者数が24～32百万人と全世界の7割程度を占め、中でも英領インドの死者数は1670～1850万人、死亡率は人口の5～6%に達した。一方、欧米での死者数は、ヨーロッパが500万人台、北アメリカが59～73万人と推定され、死亡率はいずれの地域も人口の1%未満であった。なお、このときのインフルエンザの発祥地はスペインではなく、「スペイン風邪」という俗称の由来は、第一次大戦の交戦国が自国内での感染状況を秘匿する中で、中立国であったスペインからの情報が世界に向けて発信されたことによる。誤解を避けるため、以下本稿では「スペイン風邪」という表現は用いず、感染拡大が始まった年を冠して「1918年のインフルエンザ」と呼ぶこととする。

（表2）1918年のインフルエンザによる死者数と死亡率

		死者数（千人）	死亡率（%）
世界		36,909-46,404	2.0-2.5
	アジア	24,232-32,498	2.5-3.5
	東アジア	4,664-10,305	0.9-1.9
	日本	453-517	0.8-0.9
	中国	4,000-9,500	0.8-2.0
	朝鮮	185-235	1.1-1.4
	台湾	26-53	0.7-1.4
	東南アジア	1,719-2,049	2.4-2.9
	南アジア	17,097-18,890	5.4-6.0
	うち英領インド	16,700-18,500	5.5-6.1
	北米	588-726	0.5-0.7
	中南米	900-1,053	1.1-1.5
	ヨーロッパ	4,997-5,694	0.5-0.7
	中東	1,800	7.5
	アフリカ	2,207-2,268	3.5-3.6
(出所) Athukorala and Athukorala (2020)。			

発祥地は不明ながら、感染の第1波は1918年3月頃にアメリカ中西部で最

初に観測された後、ヨーロッパに拡がり、7月までに北アフリカ、インド、中国、オーストラリアに到達した。第2波は同年8月末頃にフランスで最初に観測された後、急速に全世界に拡大した。第3波は、1918年冬から1919年春にかけて、世界の多くの地域で観測された。第1次大戦のヨーロッパ戦線に動員されたアメリカ軍兵士から、前線を挟んで友軍、敵軍を問わず感染が拡がり、負傷、疾病のための療養や復員等により軍隊外へも感染が拡大したとされる。

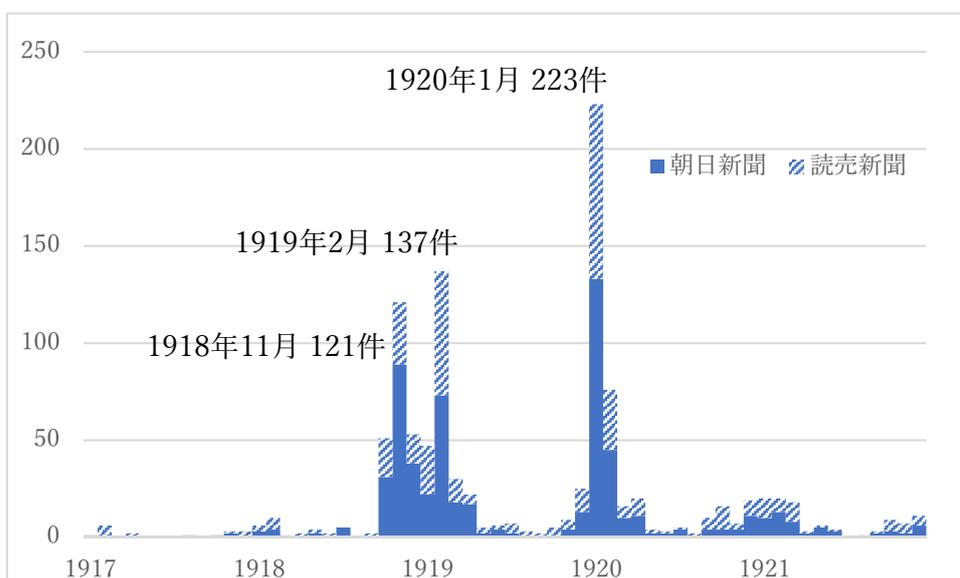
(2) 日本における流行状況

日本における流行状況とその対策については、内務省衛生局が1922年に詳細な報告書『流行性感冒』をまとめている。これによると、1918年から1921年にかけて3回の流行の波が観測され、死者数は合計39万人、全人口に対する死亡率は0.7%とされている⁵。これに対して、速水(2006)は、超過死亡者数(通常年と比較した死亡数の変動)を用いた推計(以下、速水推計)を行い、1918年から1920年にかけて2回の流行の波があったとしたうえで、死者数45万人、人口に対する死亡率0.8%との数字を示している。また、Richard et al.(2009)は、同じく超過死亡率を用いた推計により、1918年から1920年にかけてのインフルエンザによる死者数を48万人(月次統計を用いた推計、以下、Richard月次推計)ないし53万人(年次統計を用いた推計、以下、Richard年次推計)、人口に対する死亡率を0.87%(月次統計を用いた推計)ないし0.97%(年次統計を用いた推計)としている。人口比でみた死亡率1%弱という水準は、アジアの中では低く、欧米にほぼ匹敵するかそれをやや上回る水準であったと言える。日本における流行の経緯について、内務省衛生局(1922: 84)では、以下のように記している(以下同書からの引用はカタカナおよび旧字体をひらがなおよび新字体に改め濁点を補った)。

⁵ 内務省衛生局(1922)では、1918年8月～1919年7月、1919年10月～1920年7月、1920年8月～1921年7月の計3回の流行を記載している。もっとも、第3波は規模も小さく、同じインフルエンザ・ウイルス株によるものかどうか不明である(速水2006: 261注1)

船舶の往来、通商の繁劇を加へたる今次の流行に於て我国亦之が侵襲を受くるに至りしは到底免れ得ざる所なりしなり。即ち本邦に於ては西欧の流行に後ること三、四箇月大正七年八月下旬より九月上旬に至り初めて蔓延の兆を呈し忽ち急速なる勢を以て全国に蔓延し、爾来大正十年七月に至るまで三回の流行を反復せり。・・・本邦に於ける伝播の状況に就きても殆んど秩序ある系統を示さざるを以て海外よりの侵入径路並に其の内地に於ける原発地は全く不明なりと云ふの外なし。

(図 2) 朝日新聞と読売新聞に掲載されたインフルエンザ関係記事数



(注) 朝日新聞と読売新聞の本社版について、「感冒」「流感」「インフルエンザ」のいずれかの語を含む記事の数（広告を含む）。

(資料) 朝日新聞記事検索データベース「聞蔵Ⅱビジュアル」ならびに読売新聞記事データベース「ヨミダス歴史館」。

月別の死者数を推計した速水（2006: 240）や Richard et al.（2009: 1064）によると、日本全体としての流行のピークは、第1波が1918年11月、第2波が1920年1月であった。このことは新聞等によりほぼリアルタイムで国民に周知されていた。朝日新聞、読売新聞の2紙（本社版）について、「感冒」「流感」「インフルエンザ」のいずれかの語を含む記事（広告を含む）の数をみると、1917年の17件から1918年257件、1919年298件、1920年401件

へと激増、1921年には101件と減少した。これを月別にみると、1918年11月121件、1919年2月137件、1920年1月223件の3回のピークがあった(図2)⁶。1918年7月頃から海外でのインフルエンザの流行が伝えられていた(7月18日付朝日新聞「孟買インフルエンザ猖獗」など)が、同年10月に入ると、国内の軍隊や学校などにおける集団感染が報じられるようになり、その後は都市部を中心に全国で急速に流行が拡大していく様子が伝えられている(鎮目 2021b: 215-216)。

(表3) インフルエンザによる日本国内の発症者数・死者数

(単位：千人、%)

	衛生局推計					速水推計		Richard 推計			
	発症者 (a)	死者 (b)	致死率 (a/b)	人口比 発症率	人口比 死亡率	死者	人口比 死亡率	月次推計		年次推計	
								死者	人口比 死亡率	死者	人口比 死亡率
第1波	21,168.4	257.4	1.22	37.58	0.46	266.5	0.47	299.7	0.54	n.a.	n.a.
第2波	2,412.1	127.7	5.29	4.28	0.23	186.7	0.33	181.8	0.33	n.a.	n.a.
計	23,580.5	385.0	1.63	41.86	0.68	453.2	0.80	481.5	0.87	532.1	0.97

(注1) 四捨五入の関係で合計は必ずしも内訳と一致しない。

(注2) 衛生局推計、速水推計の人口比発症率および死亡率は1917年末の推定人口比。

資料：内務省衛生局(1922)、速水(2006)、Richard et al.(2009)。

内務省衛生局(1922)には、第1波、第2波について、死者数と発症者数が道府県別に記載されている(以下、衛生局推計)。衛生局推計について速水(2006: 235-236)は、統計に不完全な部分があり、過小推計となっている可能性を指摘している。表3は、衛生局推計、速水推計、Richard月次推計(以上は第1波と第2波)、Richard年次推計(第1波と第2波の合計のみ)の計数を比較した

⁶ 朝日新聞記事検索データベース「聞蔵IIビジュアル」ならびに読売新聞記事検索データベース「ヨミダス歴史館」から検索。

ものである。これをみると、ほぼ同時代の衛生局推計と超過死亡数をもとにした後年の速水推計ならびに Richard 推計との間で、第 2 波の死者数の乖離が大きく、衛生局推計の死亡者数が速水推計ならびに Richard 推計を下回っている。速水推計と Richard 推計を比較すると、Richard 推計が速水推計を上回っている（とくに第 1 波）。これは、速水が超過死亡数を求めるにあたって呼吸器系疾患と死因不明をもとに推計を行っているのに対し、Richard ほかはすべての死因についての超過死亡数を合算していることによる。因みに、Richard 推計では、呼吸器系疾患（肺炎およびインフルエンザ）のみによる超過死亡数をあわせて示しており、この計数は他の呼吸器系疾患と死因不明を加えた速水推計を下回っている。このことは、基礎疾患を有していた、あるいは栄養状態が不良であったなど、インフルエンザに対して脆弱な状況にあった人の中に、インフルエンザと特定されないままに死に至るケースが存在していたことを示唆する。もっとも、衛生局推計では、死者数だけでなく発症者数が道府県ごとの内訳を含めて明らかとなる点は、統計的分析の観点からは貴重である。

なお、内務省衛生局の統計とはベースが異なるが、内閣統計局調べによる日本国内の死者の死因別内訳をみると、インフルエンザ流行前の 1917 年における流行性感冒と肺炎及気管支炎の合計は 102 千人であったが、1918 年 275 千人、1919 年 193 千人、1920 年 284 千人と激増し、1921 年には 124 千人に減少した。流行期間中の 1918～1920 年だけを取ると、当時における死因の上位にあった下痢及腸炎（1917 年 130 千人）、結核（1917 年 125 千人）を上回り、日本における死因の首位となっていたとみてよいと考えられる（内閣統計局 1924、鎮目 2021b: 215）。

（3）日本におけるインフルエンザ対策

COVID-19 に対しては、日本を含む世界各国で社会経済活動の抑制を含む大規模な対策が発動された。1918 年のインフルエンザに対してはどのような対策が行われたのであろうか。結論を先取りすると、公衆衛生を含む医学的な面では、項目的には今日とほぼ遜色ない対策が実施されたが、必ずしも徹底されず、大規模な感染拡大を防ぐことはできなかった。一方、社会経済活動を抑制してまで感染防止を図るような対策は発動されなかったと考えられる。以下では、

鎮目（2021b）ほかを参照しつつ対策の概要を整理する。

日本における近代的な感染症対策は、1875年から16年間にわたり内務省の初代衛生局長を務めた長与専斎（1838-1902年）とその後継者たちを中心に体制整備が進められた。長与は、欧米における公衆衛生の実態を調査のうえ、1877年からのコレラ流行に際し流行防止のための公衆衛生措置を中心とする緊急措置を実施し、これを拡張するかたちで総合的な伝染病予防治法（1880年：伝染病予防規則、1897年：伝染病予防法）を制定した。1897年の伝染病予防法では、伝染病をコレラ、腸チフス、赤痢、ジフテリア、発疹チフス、痘瘡（天然痘）、ペスト、しょう紅熱、および地方官が内務省の許可を得て定める疫病とし、予防措置の詳細を定めた。具体的には、伝染病ごとに発症者の把握・隔離、排泄物や遺体の処理、河川や上下水等の清潔維持、船舶への検疫実施、群衆の禁止等について規定を設けることとし、項目的には近代の公衆衛生学において必要とされる感染症対策をほぼ網羅していた。長与の下で局員として勤務していた北里柴三郎は、1885年のコレラ流行に際してコレラ菌を、また1894年にはペストの病原菌と考えられる細菌を発見した。また、日清・日露戦争では、復員兵の検疫のために臨時検疫局を置き、成果を挙げた。このように、明治期以降の日本においては、感染症対策に関する知見が相応に蓄積されていたものと考えられる（大霞会 1971b、長与 1980、鎮目 2021b）。なお、インフルエンザは、上記の法定伝染病には含まれていなかった。

1918年のインフルエンザへの対策について内務省衛生局（1922: 110）は、「大正7年（引用者：1918年）初秋の候本病流行の兆あるを認むるや本省に於ては之が対応策を講ずるの必要を認め内外学者の研究成績及医学会に於ける報告討論等本病に関する研究の程度に順応し海外諸国に於ける予防施設を参酌し大要左の方針に拠り順次之が実施をなしたり」として、当時としてはできる限りの対策を進めようとしたとしている。具体策として、マスクの使用奨励、流行地における「多数の衆合」の回避、患者の隔離等の対策を講じたことを記している。もっとも、「多衆の集合は最も危険なるを以て之に対する施設は実に重要なも亦最も困難とする所なり」（同: 186-187）⁷とするなど、当局が問題の

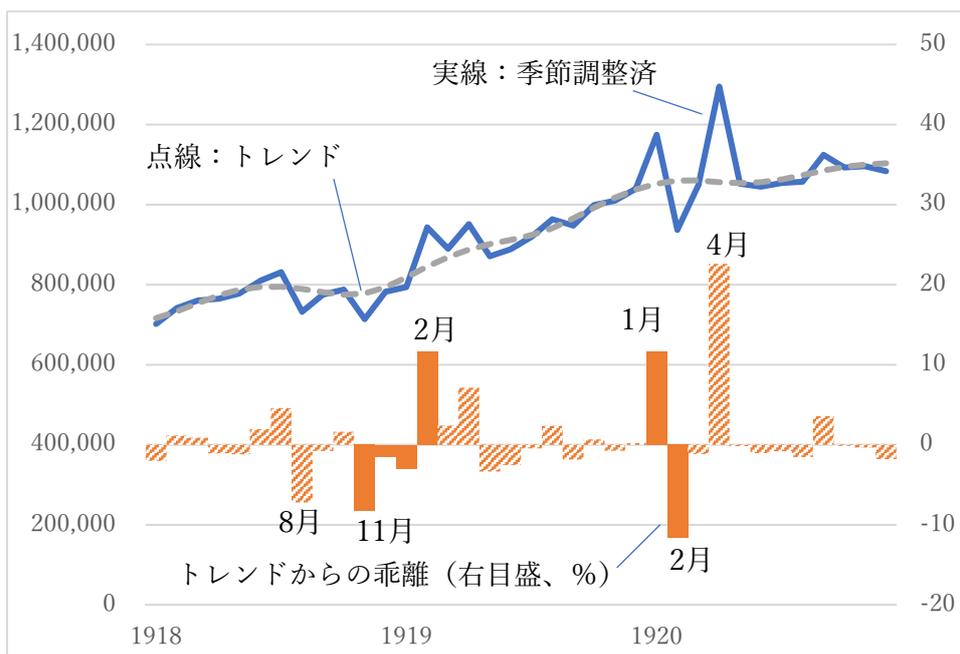
⁷ 内務省衛生局（1922: 115-116）では、1918-1919年の第1波において「学

所在を認識していたにもかかわらず、対策が必ずしも徹底しなかったことをあわせて指摘している。また、ワクチンの開発も試みられたが、当時コレラやペストなどの病原体として特定されていた細菌類よりも微小なインフルエンザのウイルス発見には至らず、「『ワクチン』の予防的实施は尚試験的使用の域にありと云ふべし」（同：341）と結論付けている。

COVID-19 に対しては、感染拡大防止に向けて、日本を含む世界各国で社会経済活動の抑制を伴う人流の抑制が実施されるとともに、これに伴う経済的損失を補償する措置が発動された。この点、1918年のインフルエンザに対しては、社会経済活動を抑制してまで人流を抑制する措置は採られず、インフルエンザ対策に関する経済的補償も行われなかった。

(図 3) 国鉄の月別全国輸送人員

(単位：人、%)



校、工場の如く多数人の集合せる場所に患者発生せる時は忽ち四圍に伝播し爆発的に流行を起し易きを以て之が予防上にも流行の徴あると共に之を一時的閉鎖又は休業するは多大の効果あるべかりしも此の流行に於ては学校、工場等の閉鎖休業せるものは既に大部分侵襲を蒙りたる後之を為すの状況なりしもの多かりしを以て其の蒙れる惨害は多大なるものありき」としている。

(資料) 鉄道院鉄道統計資料 (各年版)

1918年から1919年にかけての日本経済は、第1次大戦中からの好況が続き、高成長、高インフレの状況にあった。国鉄の全国輸送人員(季節調整済)をみると、第1波のピークである1918年11月はトレンドを下回ったが、その後は上昇トレンドに復し、2月以降は持ち直した(図3)。1918年度の旅客輸送について鉄道省(1920:2-3)は、以下のようにインフルエンザによる外出手控えは一時的なものにとどまったとしている。

11月に入りては偶々全国に亘り悪性寒冒流行し旅客の出遊を阻害したるもの鮮少なかりしも偶々常毛の野に行はれし陸軍大演習は近年未曾有の壯觀なりしを以て演習參觀其の他の旅客夥しく一方5年の長きに亘りたる世界的大動乱九千の報に接するや都鄙相競ふて平和克復祝賀会を開催するあり遠近旅客の出遊を促進せしめたるもの少なしとせず

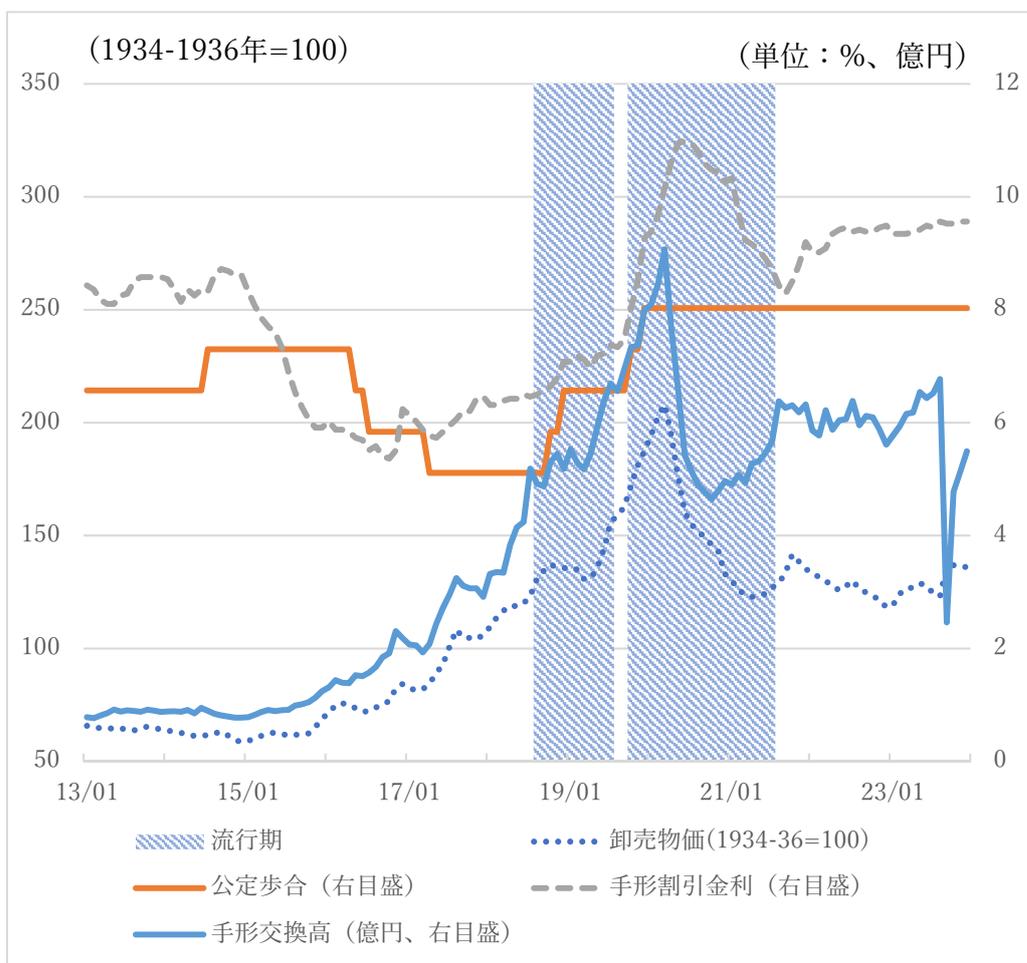
第2波では、ピークの1920年1月はトレンドを上回り、2月はトレンドを下回ったが、3月はトレンドに復し、4月はトレンドを大幅に上回った(前掲図3)。1919年度の鉄道輸送について鉄道省(1922:1)は、以下のように前年度からの好況が持続したとしている一方、インフルエンザへの言及はない。

先年来に於ける諸事業の進展は今年度に入りても依然として底止する傾向なく愈殷盛の極に達し都鄙を通じて頗る好況を持続セリ随て旅客の往来物資の移動は益々旺盛を極め百貨輻輳せしを以て輸送力の増加貨車の充実に努め以て輸送の円滑を図りたる結果未曾有の好成績を挙ぐるを得たり

当時の政策当局者の間で、インフルエンザの流行が財政金融政策運営上の課題として議論の俎上に上った形跡はなく、インフルエンザ流行対策としてマクロの財政金融政策が発動されることはなかった。財政政策について国の決算ベースの財政支出をみると、感染症対策費は1917年度の103万円から1919年度には321万円、1920年度には313万円へと増加したが、支出の大半は感染

予防と治療のための直接的な費用に限られ、一般会計歳出に占める比率は 0.1% 台から 0.2% 台に上昇したに過ぎなかった。こうした対応は、大規模な財政発動が行われた 1923 年 9 月の関東大震災後の政策対応とは対照的であった（鎮目 2021b: 218-219）。金融政策については、卸売物価でみて 2 桁のインフレが続く中、日本銀行はインフルエンザ流行の第 1 波、第 2 波期間中の 1918 年 10 月から 1919 年 12 月にかけて 4 回にわたって公定歩合を 3% 近く引き上げた(5.11% → 8.03%)。1920 年春の反動恐慌により、日本経済は低成長、デフレへと移行していったが、公定歩合は 1925 年 3 月まで 8% 超の水準が維持された(図 4)。

(図 4) 物価、手形交換高と金利



(資料)『第 46 回日本帝国統計年鑑』、『金融事項参考書』(各年版)、『明治以降卸売物価指数等計』

(4) 若干の統計的観察

Shizume (2022) では、内務省衛生局 (1922) に掲載されている道府県別のインフルエンザ発症者およびインフルエンザに伴う死者等のデータを用いて、インフルエンザの流行に影響を与えた要因と、インフルエンザ流行が地域経済に与えた影響に関する若干の考察を行っている。ここでは、その概要を報告する。

a. インフルエンザの流行に影響を与えた要因

(表 4) 第 1 波 (1918-1919 年) の流行に影響を与えた要因

	a1)		b1)		c1)	
被説明変数	人口比死亡率		発症率		致死率	
	1918-1919年		1918-1919年		1918-1919年	
定数項	1333.492 *		1551.365 **		-25.539	
	(781.585)		(731.857)		(24.219)	
人口密度	-0.1480		-0.3090		0.0154	
(千人/里、1918年)	(0.1656)		(0.4174)		(0.0228)	
最初の発症者発生日	-0.1880		-0.2208 **		0.0039	
(1918年)	(0.1141)		(0.1069)		(0.0035)	
F値	2.18		2.83		0.98	
R ²	0.0628		0.1251		0.0567	
観測数	44		44		44	

(注1) カッコ内はロバスト標準誤差。

(注2) *、**、***はそれぞれ 10%、5%、1%水準で有意。

表 4 は、第 1 波 (1918-1919 年) の流行における各道府県の感染状況 (a1 推計：人口 1 万人当たり死亡率、b1 推計：人口 100 人当たり発症率、c1 推計：発症者 100 人当たり致死率) を被説明変数とし、定数項、人口密度 (千人/里、1918 年)、1918 年における最初の発症者が観測された日を説明変数とする OLS 推計の結果である。説明変数の係数をみると、最初の発症者が発生した日は発症率についてマイナスで有意(発生日が早いほど発症率が高い)となっている。このことは、第 1 波においては流行初期に感染が拡大した地域ほど発症率が高

かったことを示しており、こうした地域を中心に不意打ちとなった可能性を示唆している。

一方、人口密度は、有意となった第2波（後述）と異なり、いずれの推計においても有意ではなかった。このことは、全人口の4割近くが発症する（前掲表3）という全国的な感染拡大の中で、都市部と農村部とで感染状況に大きな差がなかったことを示唆する。この点について内務省衛生局（1922: 86）は、「各府県に於ける蔓延の状況を見るに、其の初発の地は二三の例外を除き多くは交通頻繁なる都市に発し之より放射状に其の周囲村落を侵襲するを常とせり」として、都市を起点としてそこから農村に感染が拡大するかたちで、最終的には都市農村の別なく感染が拡大していったことを記している。

（表5）第2波（1919-1920年）の流行に影響を与えた要因

	a2)		b2)		c2)	
被説明変数	人口比死亡率		発症率		致死率	
	1919-1920年		1919-1920年		1919-1920年	
定数項	72.619		107.045		-183.086	
	(479.254)		(113.550)		(147.195)	
人口密度	0.6731	***	0.3988	***	-0.2753	***
(千人/里、1918年)	(0.1065)		(0.0568)		(0.0464)	
最初の発症者発生日	-0.0075		-0.0145		0.0265	
(1919年)	(0.0660)		(0.0156)		(0.0202)	
F値	20.17		31.82		25.47	
R ²	0.1917		0.3514		0.2202	
観測数	40		40		40	

（注1） カッコ内はロバスト標準誤差。

（注2） *、**、***はそれぞれ10%、5%、1%水準で有意。

表5は、第2波（1919-1920年）の流行における各道府県の感染状況について、第1波と同様の推計を行った結果である。第1波と異なり、最初の発症者が発生した日は有意ではない一方、人口密度は発症率についてプラスで有意、致死率についてマイナスで有意、人口比死亡率についてプラスで有意となって

いる。このことは、人口比でみた発症率が4%程度に止まる（前掲表3）中で、人口密度の高い都市部は人口密度の低い農村部に比べて感染の機会が多かった一方、第1波に比べて重症化しやすく致死率がより高かったため、都市部に比べて医療体制がより未整備であった農村部では、いったん感染した場合には死に至る可能性が都市部より高かったことを示唆している。発症率×致死率で示される人口比死亡率は、発症率の高さが致死率の低さを上回るかたちで、都市部の方が高かった。密を避け、感染を防止することが死者数を抑えるためには有効であったともいえる⁸。なお、表には示していないが、第1波の発症率を第2波の発症率、人口比死亡率の説明変数として加えても有意でなく、第1波における感染が第2波に際して集団免疫として作用していた証拠は見出せなかった。

b. インフルエンザ流行は地域経済に影響を与えたか

COVID-19への含意を念頭に、海外において1918-1920年のインフルエンザ流行とその対策として都市封鎖（lockdown）の経済的影響を検証する研究が行われている。例えば、Correia et al. (2020)は、米国において、インフルエンザ流行の激しかった地域では、そうでなかった地域に比べてその後の経済活動が停滞した一方、地域における感染のより初期段階で、あるいはより長期にわたり都市封鎖を実施した地域では、そうでなかった地域に比べて経済に与える負の影響が軽減されたとしている。これに対して、Verde (2020)は、米国におけるインフルエンザ流行の経済的影響は、一時的かつそれほど大きなものではなかったとしている、また、Siklos (2021)は、インフルエンザの世界的流行は、グローバル化の流れには影響しなかったとしている。Shizume (2022)では、先にみた府県別の感染状況のデータと制御変数を説明変数として、流行前、流行中、流行後の3期の人口動態、雇用（工場の使用人員）、投資（企業の払込資本金）の変化率を被説明変数とする回帰分析（OLS推計）を行っている。それによると、インフルエンザによる人口比死亡率が高かった地域では、流行後の

⁸ 第1波では、いずれの推計においても人口密度は説明変数として統計的に有意ではない。その要因については明確ではないが、

人口増加に正の有意な影響があったことが示唆されたほか、感染率が高かった地域では、流行後の投資がそうでない地域より増加したとの結果が得られた。なお、雇用については有意な結果は得られなかった。予備的な分析にとどまっているが、日本におけるインフルエンザ流行が、社会経済活動に対して負の影響を及ぼしていたとの明確な証拠は見出せなかった。このことは、インフルエンザが経済に大きな負の影響を与えたわけではないとする Verde (2020)や Siklos (2021)の分析結果と整合的である。

(4) 1918年のインフルエンザと COVID-19 との共通点と相違点

これまでの分析を踏まえ、日本を中心に 1918年のインフルエンザと COVID-19 の比較について整理してみたい。まず、疫学的な観点からみると、1918年のインフルエンザと COVID-19 には共通する点が多い。グローバル化の進展により国境を超えた人的な移動が活発化する中で感染が世界的に拡大したこと、公衆衛生上の観点から感染拡大防止策は認識されていたにもかかわらず、短期間では感染が収束しなかったこと、時間の経過とともに（おそらくは病原体であるウイルスの変異により）重症化するケースが増えたこと、などである⁹。また、実施された公衆衛生上の感染拡大防止策も（どの程度徹底されたかはともかく）、大人数会合の回避、マスク着用の励行、発症者の早期隔離など、共通する部分が多い。内務省衛生局（1922）の記述からは、今日と同様に百年前の衛生当局が、医療現場のひっ迫を回避しつつ、感染拡大を抑制するような個人や企業の行動変容を促すことに重点を置いた対応を採っていたことが窺われる。

疫学的に共通している点が多いにもかかわらず、感染症が社会や経済に与えた影響という観点からみると、1918年のインフルエンザと COVID-19 は大きく異なっている。すなわち、1918年のインフルエンザが経済活動全般に対して大規模な抑制効果を持ったとの証拠は見出せないのに対し、COVID-19 は明確

⁹ より細かくみると、主な感染拡大経路として、1918年のインフルエンザでは第1次大戦という大規模な戦争に伴う動員および復員が重要な役割を果たしたのに対し、COVID-19ではビジネスや観光などが重要であること、1918年のインフルエンザでは若者の致死率が比較的高かったのに対し、COVID-19では高齢者の致死率が比較的高いことなど、異なる点も存在する。

に経済活動の大幅な縮小を伴っている。その違いをもたらした主因は、1918年のインフルエンザに対しては、政府が経済活動を抑制してまで流行を抑制する措置を実施しなかった（あるいは衛生当局の意図するかたちでは実施できなかった）のに対し、COVID-19に対しては、政府が企業活動や市民生活全般にわたり、社会経済活動の大幅な抑制を伴うかたちで、個人同士の物理的接触を最小限に抑える措置を実施している（主権者の同意のもとに実施し得ている）点に求められる。この点に関連して、1918年のインフルエンザへの政策対応は、公衆衛生を含む医学的見地からの予防・治療措置が中心であり、経済対策のための財政金融政策の発動は行われなかったのに対し、COVID-19に対しては、感染防止対策によって引き起こされた経済活動の萎縮に対して、所得補償や事業支援を含む大規模な財政金融政策が発動されている点も大きな違いである。

第2節では、感染症の流行拡大が社会や経済に与える影響は、感染症そのものだけでなく、社会の制度的枠組み、人口の集積、政府や個人、企業などの感染症への対応といった人間の営み（human agency）に依存する面が大きいと述べた。この点は、1918年のインフルエンザとCOVID-19という、疫学的に共通する感染症の社会経済に対する影響の違いにも現れているといえる。

（5）1918年のインフルエンザから百年で何か変わったのか？

ここで、1918年のインフルエンザに対して、衛生当局が感染拡大の防止に向けて社会経済活動の大幅な制限を伴う措置を実施しなかった（あるいは実施できなかった）のはなぜか、COVID-19に対してそうした措置を実施した（あるいは実施できた）のはなぜか、百年間に何が変化したのかを考えてみたい。結論を先取りすると、社会的規範が変化したと考えられる。以下では、両大戦間期から戦時期にかけての「総力戦」思想の浸透と、日本国憲法における生存権に関する規定の制定の経緯から、社会的規範の変化をみていく。

1889年の大日本帝国憲法はドイツ流の国家中心主義に基づくとされるが、経済面では、第1次大戦までの日本では、その後の時代との比較において、民間経済活動における国家の介入を抑制し、企業活動に関する国家の干渉を排する自由放任主義が優勢であり、感染症対策として政府が企業活動を制限するかたちで介入する政策は忌避されていた。ロシア革命や欧州における社会主義運動

の波が日本にも波及する中で、政府の中にも社会政策を重視する風潮は生まれつつあったが、1918年から1920年の段階では、多くの場合、感染症予防のために政府が工場の操業停止や映画、演劇などの興行中止を命じることは困難であった（速水 2006: 430-431）¹⁰。このことは日本にとどまるものではなく、19世紀から第1次大戦前にかけての欧米における自由主義に基づく政策体系を引き継ぐものであったともいえる¹¹。

両大戦間期（1920～1930年代）以降、企業活動や個人生活への政府の介入が強まった。その際に有力な根拠とされたのが、第1次大戦中の欧州で実践された「総力戦」（山之内 2015）思想であった。「総力戦」思想とは、膨大な資源を消費する近代消耗戦のために一国の経済社会全体を動員させる軍事思想であり、日本では、1937年の日中戦争開始後に本格的に導入された。その背景としては、世界恐慌がもたらした資本主義体制への不信感、ソ連やナチス・ドイツの「計画」経済の成果に対する過大評価と自由主義を否定する思想の一般化があった（中村 1989: 5-17）¹²。「総力戦」と社会政策の関係について検討した富江（2007:

¹⁰ インフルエンザが他のより致死率の高い感染症（例えば、ペストやコレラなど）と比べて軽症に終わることが多かったため、深刻な疾病として捉えられていなかった可能性も考えられる。確かに、インフルエンザは1897年の伝染病予防法における法定伝染病として明示されてはいなかった。しかしながら、先にみたように、1918年から1920年にかけて日本国内の死因の実質的なトップとなり、流行の状況は新聞で盛んに報じられていたことを考えれば、「地方官が内務省の許可を得て定める疫病」とすることも法的には可能であった。また、内務省衛生局（1922: 186-187）が指摘するように、衛生当局は、多人数の集合が感染拡大を惹き起こす大きな原因となっており、その制限が有効な感染拡大防止策となることを認識していた。ここでは、そうした認識があったにもかかわらず具体的な措置を発動することが「最も困難」であった理由が重要である。

¹¹ 第1次大戦前の欧米における自由主義については、例えばグレイ（1991）を参照。なお、グレイ（同: 46-47）が指摘するように、欧米各国における自由主義の展開は、それぞれの歴史的経緯に基づいて多様で複雑な様相を示していた。ここでは深入りしないが、自由主義を含めた社会的規範のあり方が感染症への対応への違いを生ぜしめていた可能性を指摘しておきたい。

¹² 田中（2014）はフランス、イギリス、ドイツを含め「戦後の福祉国家を導

158) は、満州事変後の 1930 年代の日本において、「非常時」をかけ声にした国家統制の正当化が国家の国策遂行力を強化することへの期待と、国民の体位向上や健康増進という社会政策上の目標が「戦時革新」によって達成されることへの期待が交錯していたとする。そして、「総力戦は、人的資源としての「国民」の身体的・精神的価値を維持する社会政策の正当性と、その国策を遂行するための「国家」の強制力とを、一挙に与えるものと期待された」とする。

COVID-19 対策を進めるうえで重要な役割を果たしている保健所制度も、「総力戦」体制の下で創設され、拡充されたものである。1937 年の保健所法制定を受けて全国的な保健所の設置が開始され、1939 年には保健所が全国の国民健康保険組合を指導し保健施設を援助することとされ、1940 年の国民優生法により保健所長が優生手術の申請者に追加された。1939 年末に 108 であった保健所数は、1944 年末には 770 にまで一気に増えた¹³。戦争という国策遂行に向けて人的資源としての国民の健康を増進するために整備が進められたことが窺われる。さらに占領期には、公衆衛生に関する機能を保健所に集中するとともに、権限の拡充、明確化が進められた（厚生省 1960: 201-205, 366-370）。

歴史上、憲法に生存権の規定が初めて設けられたのは、第 1 次大戦後、インフルエンザが猛威を振るう中で制定されたドイツのワイマール憲法（1919 年）であった。日本国憲法第 25 条は、生存権について「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。②国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と規定している。この条文は、GHQ の草案、政府原案にはなく、議会審議の過程で社会党の森戸辰男の主張を容れて追加されたものである（葛西 2011: 4-22）¹⁴。生存権という概念自体は以前から存在していた（渡邊 2020、波多野 2016）

く直接の契機となったのは。20 世紀前半の経済恐慌と戦時動員の経験であった」としている。

¹³ 保険所数のピークは 1982 年 3 月末～1985 年 3 月末の 855 であり、1997 年度以降は整理・統合が進められ、2020 年 3 月末現在で 470 となっている。厚生省（1988）、全国保健所長会 HP（<http://www.phcd.jp/03/HCsui/>）、2021 年 11 月 30 日アクセス。

¹⁴ 森戸は元東京帝国大学助教授で、GHQ 草案に先立ち鈴木安蔵等が民間有志

が、国家が保証する憲法上の権利として今日われわれが考えている意味での生存権が確立したのは歴史的にはそれほど古いものではないといえる。

4. 今日への含意

(1) 実証的 (positive) な含意：経済学と経済史の有効性

感染症の歴史から今日への含意を導くためには、経済学や経済史の範疇を超えた視野からのより広範かつ詳細な検討が必要である。その際、政策選択や行動の基準をどのように設定するかという規範的 (normative) な問題と、いったん設定された基準に基づいて設定された目標をどのように実現していくかという実証的 (positive) な問題とを、分けて考えることが有益である (岩本 2021a, 2021b)¹⁵。

このうち、いったん設定された基準に基づいて設定された目標の実現という実証的 (positive) な観点からみると、COVID-19 への対応を巡り、感染症対策の経済的影響を分析する政策科学として活用されているほか、集団としての人間行動を分析する手法として経済学と疫学の研究者による協業が進められているなど、経済学は現実的な処方箋を考えるための有用なツールであることが改めて確認されたといえる (岩本 2021b)。

以下では、実証的な含意について、経済史の視点から 2 点付け加えることとしたい。

1 点目は、“with corona”という言葉で表される行動変容に対する要請から、需要の質的な変化が発生している点についてである。COVID-19 という外的ショックを契機に、物理的接触を伴う消費から物理的接触を伴わない消費への需

の立場でまとめた 25 条の原型を含む「憲法草案要綱」(1945 年 12 月) の作成に参画していた。

¹⁵ 厚生経済学の用語では、前者は社会的厚生関数をどう定義するかという問題、後者は定義された社会的厚生関数をどのようにして最大化するかという問題と言い換えることもできる。岩本 (2021b) では、COVID-19 による人的被害と経済的被害のトレード・オフを考えるにあたり「対策の選択 (重みづけの選択) は政策決定者が行う仕事であり、経済学者が示すのはフロンティアの計上である」としている。

要シフトが発生しており、これに供給サイドがどの程度対応できるかがポイントとなっている。中長期の視点でみると、感染拡大を防ぎながら市民生活の維持が可能となるような経済社会モデルへの転換が求められており、デジタル・トランスフォーメーション（DX）が叫ばれているが、実際には対応が難しい分野も数多く存在している。

日本の近代において、外的ショックにより需要の質的变化が生じた事例として、戦後復興期と2度にわたる石油危機の経験が挙げられる（鎮目 2021b）。

このうち戦後復興期には、軍需から民需への急速な需要のシフトが発生するなかで、供給サイドの構造転換が要請されていた。初期時点では、余剰労働力（引揚者、軍需産業）と労働力不足（炭鉱）が併存していた。日本は、経済面で軍需から民需への経済構造の転換を実現すると同時に、占領・主権回復を経て、政治の民主化と自由権、生存権の確立を達成した。

2度の石油危機を全体としてみれば、重厚長大型の製品構造・生産様式から、省資源・省力型の製品構成・生産様式への転換が要請されていた。日本は、一時的な混乱はあったものの、産業・生活の両面で省資源化を進めて石油依存体質から脱却し、省エネ家電や低燃費車等の非価格競争力のある製品への生産シフトにより”Made in Japan”の国際的評価が高まり、1980年代の経済大国の基盤となった。また、公害・環境問題への取り組みが本格化した。

戦後復興ならびに石油危機への対処という戦後日本における2つの経験は、民主国家としての日本が、生存権や個人の自由を確立ないし維持しつつ、外的ショックにより生じた需要の質的变化に柔軟に対応し、現在の経済的困難を克服した事例として捉えることもできる。

2点目は、欧米諸国に比べると、強い法的強制力を伴う措置を採らなくても、社会経済活動の抑制を伴うかたちで人々の行動変容が起きているように見える点である（鎮目 2021b: 223）¹⁶。その背景について現時点で確証をもって論じることが難しいが、「ムラ社会」とも形容される中近世以来の日本のコミュニティのあり方が関係しているのかもしれない（渡辺 1994、同 2020、坂根 2011、松沢 2016）。

¹⁶ この点は、戸堂康之氏のご示唆による。

(2) 規範的 (normative) な含意：価値の観点から

政策選択や行動の基準をどのように設定するかという規範的な分析に対しては、経済学は必ずしも万能ではない。政策選択や行動の基準設定において、ここ百年の間に感染症への対応に関する社会的規範が大きく変化してきたとすると、すべての時代や社会に一律適用可能な普遍的な基準が存在すると考えることは現実的ではないであろう。社会レベルでの政策選択の基準は、各時代、各社会の主権者の価値観に依存しており、個人の集合体としての意思決定の問題は、政治学の分野では政治哲学、経済学の分野では公共選択の問題として捉えられてきた。ピグーとの間で、社会的厚生関数の測定可能性について論争を繰り広げたライオネル・ロビンズは、個人が感じる価値はあくまで主観的なものであるとして、他人と比較したり社会全体で集計したりすることに対して懐疑的な見方を示している (Robbins 1981)。

そもそも個人レベルでの選択も、個人の価値観に依存しており、合理的な基準の存在が保証されているわけではない。英国の思想史家アイザイア・バーリン (1909-1997) は、西洋社会において伝統的に支持されてきた価値一元論 (すべての価値を包摂する普遍的な価値の存在を認め、これを追求することを是とする思想) を否定し、価値多元論を提唱した。すなわち、個人が日常的に行うさまざまな選択に際して依拠する価値が多元的であること、またこれらの価値が相互に通約不可能 (incommensurable) であるだけでなく、相互に衝突するもの (両立不可能: incompatible) であるとの認識を示した (濱 2008: 53)¹⁷。バーリンは、『自由論』の中で、以下のように述べている (バーリン 1997: 384-385)。

人間の思い描くさまざまな目的のすべてが調和的に実現されうるような唯一の定式のごときものが、原理的に発見可能であるという信仰は、明らかに誤りであると思うのだ。もしわたくしの信じているように、人間の目的

¹⁷ バーリンの価値多元論については、グレイ (2009) の「日本語版への序文」(vii-xii) ならびに河合秀和による「訳者まえがき」(xiii-xxx) に簡潔な解説がある。また、森 (2018) は、価値多元論を含めたバーリンの思想について、グレイをはじめとする先行研究の批判的検討を行っている。

が多数であり、そのすべてが原理的には、相互に矛盾のないものではないとするならば、衝突・葛藤の可能性—悲劇の可能性—が、個人的にも社会的にも、人間の生活から完全に除去されるということは決してありえない。そうすれば、絶対的な諸要求の間での選択を余儀なくされるという事態は、人間の状態の不可避的な特徴であることとなる。

バーリンによれば、各個人は、そもそも相互に比較することが不可能な複数の価値体系の中で選択を迫られており、また、ある価値体系に基づく「善い」選択をした場合に、他の価値体系に基づく「善くない」結果を生じる状況にある（グレイ 2009: 166-169、森 2018: 63）。バーリンは、個人あるいは社会が拠って立つ諸価値の完全な計算・比較可能性を否定し、ある価値に基づく選択が他の価値における損失を意味するときに、その損失を何らかの代替物（例えば金銭）によって完全に補償することが不可能である場合があると考える（Lukes 1997: 187-188, 森 2018: 106-107）¹⁸。

感染症への対応に引き付けて考えると、われわれは、経済的利益の追求、個人の行動の自由の追求、プライバシーの保護、生命と健康の維持、文化的価値の保護など、そもそも相互に比較することができない複数の価値の中で、何を犠牲にして何を選択するか判断を迫られている。では、どのようにして、何を犠牲にして何を選択すべきか。この点についてバーリンは、以下のように述べている（バーリン 1992: 24-26）。

いくつもの可能性の中から、どのようにして選択すればいいのか。何のために、何を、どれだけ犠牲にしなければならないのか。明確な答はないと、

¹⁸ Lukesによれば、「トレード・オフ」(trade-off)という概念は、損失が相互に比較可能で、代替物による補償が可能であるという意味において、諸価値間の通約可能性を前提としているのに対し、「犠牲」(sacrifice)という概念は、代替物による補償ができないかけがえのないものの損失を意味する点で、諸価値間の通約不可能性を含意する（森 2018: 106-107）。なお Lukes (1997: 191-192) は、人命 (human life) を「犠牲」という概念が該当し得る例として挙げている。

私は思う。しかし、衝突は避けられないにしても、それを柔らげることはできるであろう。さまざまな主張の間にバランスを作り、妥協に到達することはできるであろう。…一般原則としてなし得る最善のことは、絶望的な状況の発生を防ぎ、耐えがたいような選択は避けられるような均衡状態を、たとえ不安定なものであっても維持していくことである。それが、まともな社会を作り出すための第一の必要条件である。

この結論は、規範的原理としては物足りない印象を与えるかもしれないが、こうした衝突や葛藤の存在は、価値一元論的な規範理論のもとではそもそも認識されないものであり（森 2018: 78）、バーリンは、価値一元論的な規範から導かれる解決策の孕む危険性を指摘しているといえる。グレイによれば、バーリンは、人間の本性は未完成であり、日々の生活の中で共通の尺度のないままにさまざまな選択を行うことを通じて人間が自己を変革し、創造していくことを可能とするものとして、自由主義を支持した。裏を返せば、国家が国民に何らかの単一の解決策を押し付けるのは合理的ではないと考える（グレイ 2009: 166-169）。また、グレイによれば、バーリンは、選択の積み重ねという歴史によって形成され、継承されてきた文化が選択を規定する面がある一方で、人間の本性は歴史的に変化する可能性があることを示している（グレイ 2009: 186-187）。

感染症への対応に引き付けて考えると、われわれは、相互に比較することができない複数の価値の間で、個々人が自ら何らかの犠牲を認識しつつ何かを選択することで、自らの経験に基づいて自己を変革、創造しているともいえる。過去や他国の経験は参考にはなるかもしれないが、それが現在の日本に生きるわれわれにとって望ましい選択とは限らない。もとより個人の行動の自由の追求は唯一絶対の価値ではなく、百年前に比べ、経済的利益を犠牲にしても生存権を保障することに対する欲求が高まっているのであれば、死者を限りなくゼロに近づけるために経済活動の抑制や日常生活の制限を許容するという選択がなされるかもしれない。日本において、戦時期の「総力戦」の経験を忌避して個人の自由やプライバシーの保護を重視する傾向が強いのであれば、自由権の侵害に踏み込む措置は回避されるかもしれない。重要なことは、判断する際に、

どのような価値に基づいて、何を犠牲にして何を選択したのかを自覚することである。そのような場合に、いかなる選択であれ国家が予め優先順位をつけてそれを国民に強制することは、個人による選択と自己変革の機会を奪うことになる。現在の日本は、歴史的に形成された生活様式や社会の規範に導かれながら、個人が自由意志に基づく自発的な選択を重ねていくことが可能な社会として前向きに評価できるのかもしれない。日本に限らず、危機への対応のためと称して国家が特定の規範に基づく強制的な措置を導入することは、個人の自由意志を否定した 1930～1940 年代の日本の轍を踏むことにつながる可能性がある。

5. おわりに：歴史の一コマとしての COVID-19 から何を学ぶか

本稿では、COVID-19 とその対応への含意を念頭に置きつつ、感染症の歴史を振り返ってきた。古代以来、人口の数十%が失われるような感染症の大流行が繰り返されたが、近代に入ると公衆衛生の普及等により、死亡率は劇的に低下した。1918 年のインフルエンザは COVID-19 と疫学的には共通する部分も多かったが、社会経済に与えた影響は COVID-19 ほどではなかった。本稿では、こうした違いの原因を、この百年の間に社会的規範が変化したことと求め、社会的規範の変化には、「総力戦」思想の浸透と、近代的な生存権の確立が寄与した可能性を指摘した。COVID-19 への対応の中で、経済学は実証的 (positive) な分析の面で現実的な処方箋を考えるための有用なツールであることを示した一方、規範的 (normative) な分析の面で経済学は万能ではない。自然科学だけでなく、歴史や哲学などの人文科学と対話、協業することで、社会科学としての経済学の地平がさらに広がると考えられる。

(参考文献)

Alfani, Guido and Tommy E. Murphy (2017). Plague and lethal epidemics in the pre-industrial world. *The Journal of Economic History* 77, no. 1: 314–43.

Alfani, Guido (2020). Epidemics, inequality and poverty in pre-industrial and early industrial times. *CAGE Working Paper No.520*.

Arthi, Vellore and John Parman (2021). Disease, downturns, and wellbeing:

Economic history and the long-run impacts of COVID-19. *Explorations in Economic History* 79.

Athukorala, Prema-chandra and Chaturica Athukorala (2020). The Great influenza Pandemic of 1918-20: An interpretative survey in the time of COVID-19. *Working Paper in Trade and Development* No.2020/21, Australian National University.

Correia, Sergio, Stephan Luck, and Emil Verner (2020). Pandemic depress the economy, public health interventions do not: Evidence from the 1918 flu. mimeo.

Easterlin, Richard A. (1999). How beneficent is the market? A look at the modern history of mortality. *European Review of Economic History* 3(3), 257-94.

Jordà, Òscar, Sanjay R. Singh, and Alan M. Taylor (2021). Longer-Run Economic Consequences of Pandemics. *Review of Economics and Statistics*, online-early.

Lukes, Steven (1997). Comparing the Incompatible: Trade-Offs and Sacrifices. Chan, Ruth, ed. *Incommensurability, Incomparability, and Practical Reason*. Harvard University Press. 184-195.

Patterson, K. David and Gerald F. Pyle (1991) The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic. *Bulletin of the History of Medicine* 65(1), 4-21.

Siklos, Pierre L. (2021). Did the Great Influenza of 1918-1920 trigger a reversal of the first era of globalization? mimeo.

Richard, S.A., N. Sugaya, L. Simonsen, M. A. Miller and C. Viboud (2009). A comparative study of the 1918-1920 influenza pandemic in Japan, USA and UK: mortality impact and implications for pandemic planning. *Epidemiology and Infection* 137(8), 1062-1072.

Robbins, Lionel (1981). Economics and political economy. *American Economic Review* 71 (2), 1-10.

Shizume, Masato (2022). The Great Influenza Pandemic in Japan: Socioeconomic Consequences and Policy Responses. mimeo.

Velde, François (2020). What happened to the US economy during the 1918

influenza pandemic? A view through high-frequency data. *Federal Reserve Bank of Chicago Working Paper No.2020-11*.

アレン、R.C. (2017)『世界史の中の産業革命：資源・人的資本・グローバル経済』眞嶋史叙・中野忠・安元稔・湯沢威訳、名古屋大学出版会

岩本康志 (2021a)「感染症対策の厚生経済学：解説」CIRJE-J-299.

岩本康志 (2021b)「新型コロナウイルス感染症と経済学」CIRJE-J-302

葛西まゆこ (2011)『生存権の規範的意義』成文堂

久保田荘 (2021)「新型コロナウイルス危機のマクロ経済分析」『医療経済研究』33(1), 1-18.

グレイ、ジョン (1991)『自由主義』藤原保信・輪島達郎訳、昭和堂

グレイ、ジョン (2009)『バーリンの政治哲学入門』河合秀和訳、岩波書店

クロスビー、アルフレッド・W (2004)『史上最悪のインフルエンザ：忘れられたパンデミック』西村秀一訳、みすず書房

厚生省 (1960)『厚生省二十年史』厚生問題研究会

厚生省 (1988)『厚生省五十年史 (資料編)』厚生問題研究会

齋藤純一 (2020)『政治と複雑性：民主的な公共性にむけて』岩波現代文庫

坂根嘉弘『日本伝統社会と経済発展』農山漁村文化協会、2011年

鎮目雅人 (2021a)「感染症の社会経済史的考察：労働市場への影響を念頭に」『日本労働研究雑誌』第63巻第4号、15-19頁

鎮目雅人 (2021b)「感染症の歴史から何を学ぶか？明治大正期の日本の経験を踏まえて」『経済研究』第72巻第3号、209-227頁

鎮目雅人 (2022)「経済史からみた感染症：人的資本、需要の質的变化と供給調整」mimeo.

大霞会編 (1971)『内務省史』第3巻

田中拓道 (2014)「連帯の思想——福祉国家の哲学的基礎」宇野重規編『岩波講座 政治哲学 3 近代の変容』岩波書店、201-222頁

鉄道省 (1920)『鉄道院鉄道統計資料』大正7年度 (第1編 運輸)

鉄道省 (1922)『鉄道院鉄道統計資料』大正8年度 (第1編 運輸)

冨江直子 (2007)『救貧のなかの日本近代：生存の義務』ミネルヴァ書房

内閣統計局 (1924)『第42回日本帝国統計年鑑』

- 内務省衛生局（1922）『流行性感冒』
- 中村隆英（1989）「概説 1937-54年」中村隆英編『日本経済史 7「計画化」と「民主化」』岩波書店、1-68頁
- 長与専斎（1980）「松香私志」松本順・酒井シズ校注『松本順自伝・長与専斎自伝』平凡社
- バーリン、アイザイア（1992）『理想の追求：バーリン選集 4』福田歓一・河合秀和・田中治男・松本礼二訳、岩波書店
- バーリン、アイザイア（1997）『自由論』（新装版）小川晃一・小池 銈・福田歓一・生松敬三訳、みすず書房
- 波多野敏（2016）『生存権の困難：フランス革命における近代国家の形成と公的扶助』
- 濱真一郎（2008）『バーリンの自由論：多元論的リベラリズムの系譜』勁草書房
- 速水 融（2006）『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ：人類とウイルスの第一次世界戦争』藤原書店
- 松沢裕作「日本近代村落論の課題」『三田学会雑誌』108巻4号、2016年、765-773頁
- 森 達也（2018）『思想の政治学：アイザイア・バーリン研究』早稲田大学出版部
- 渡辺尚志『近世の豪農と村落共同体』東京大学出版会、1994年
- 渡辺尚志『日本近世村落論』岩波書店、2020年
- 渡邊裕一（2020）『ジョン・ロックの権利論：生存権とその射程』晃洋書房