

オンライン座談会「感染症対策の過去，現在，未来を考える —新型コロナウイルス感染症と結核対策」（前編）

今年に入り新型コロナウイルス感染症が世界中で急速に拡大し，日本国内では4月7日緊急事態宣言が発出された。密閉・密集・密接の3密回避，不要不急の外出自粛，飲食店や娯楽施設等の営業自粛，学校の長期休校などかつてない対策が政府主導で取られた。今回盛んに語られていた「公衆衛生」という言葉であるが，結核の分野では最も馴染み深いものであり，エイズ，SARS，新型インフルエンザなどこれまで流行した感染症においては，実際「公衆衛生」分野の研究者や専門家が活躍してきた。結核予防会各支部や関連する病院でも新型コロナウイルス感染症の影響を大きく受け，健診事業の中止・延期があり，自治体の要請による患者・感染者の受入れで病院における通常診療への影響も多大なものがあつた。結核予防会は呼吸器疾患を主に扱う団体として新型コロナウイルス感染症対策の面でも国・自治体への協力要請に応じてきたが，ようやく5月下旬になって終息の方向がある程度見えてきた。そこで本会に縁のある公衆衛生の専門家と新型コロナウイルス感染症と結核対策との関わりについて，令和2年5月26日（火）に意見交換を行うことにした。

出席者

錦織信幸（世界保健機関グローバル結核プログラム医官）・松田正巳（東京家政学院大学教授）
加藤誠也（結核研究所所長）・岡田耕輔（結核予防会国際部長）・小林典子（結核予防会事業部長・司会）

〈司会〉今回の中国に端を発する新型コロナウイルス感染症の世界的流行により，感染症対策そのものが世界中で大きな話題になりました。結核対策とこの新型コロナウイルスに対する対策がどのように関連していくのか，いろいろなことを浮き彫りにするには座談会という形式が良いのではないかと錦織先生のご提案で，本日，4名の先生方にお集まりいただきました。

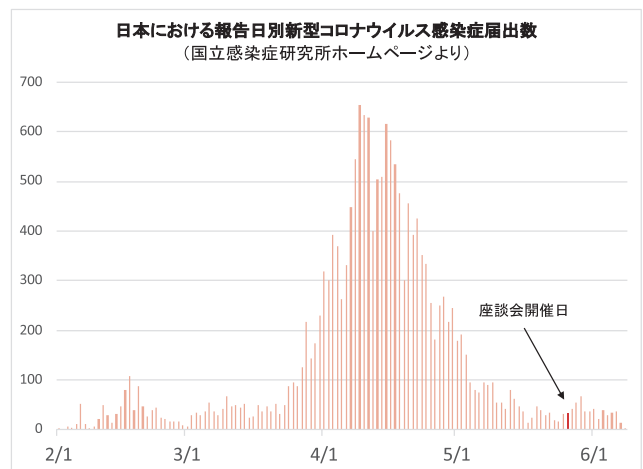
長く結核対策と公衆衛生に関わっていらっしゃる先生方に今回のパンデミックを通して感じたこと，考えたことを自由に語っていただき，これからの結核対策，感染症対策への示唆をいただきたいと思ひます。

本日は5つのテーマを用意いたしました。

1. 保健所における対策・活動

〈司会〉まず，最初のテーマは保健所における対策・活動についてです。日本では，保健所が最初の窓口として相談や検査に当たり，治療に繋げる役割を担いました。メディアでも多く取り上げられましたが，今回のコロナ対応において，保健所の機能は上手く活かされたのでしょうか。過去に保健所長として現場の感染症対策に関わり，現在は途上国での結核対策に従事されている岡田先生に問題提起をお願いいたします。

〈岡田〉最初にニュースが中国から入ってきたときに感染症に携わってきた自分としては，本当に今日のよ



座談会開催日における新型コロナウイルス感染症の状況
座談会は，5月26日に開催された

うな事態に世界中がなるということが，恥ずかしながら想像できませんでした。感染症に関心を持つ者としては非常に未熟だと思っています。

その後，保健所の活動が注目されましたが，ご承知のように，保健所は結核対策に長くかかわってきたところです。特に結核は古い疾患なので法体系もしっかりしていて，検査，診断，届け出，入院，治療，今では保健指導，積極的疫学調査といわれますが，いわゆる接触者健診もしっかりと実施されてきたと認識しております。そういった基礎があつた上に今回の新型コ

ロナが入ってきたのですが、いかんせんそのスピードと広がりがありにも急激すぎて、慢性疾患としての結核に対応してきた保健所が、このような急性感染症の、しかも急速な拡大に対応できなかった面もあるのではないかと感じていて、今の時期に、第二波、第三波に対して保健所が備えるべきこともたくさんあるだろうと考えております。

〈司会〉最前線で結核対策の役割を担っている保健所ですが、今回、コロナの急速な感染の広がりについて追いつかなかった部分があるとお話していましたが、そのあたり、いかがでしょうか。

〈松田〉最初にびっくりしたのは、突然に感染者が増えていって、特にアメリカとかスペインとかイタリアで多くの方が亡くなって、イタリアではドクターや聖職者もかなり亡くなってこんな事態は初めてではないかと思えます。日本では自粛で交通機関の中でも人が急に減っていききました。この対応の早さにもちょっとびっくりいたしました。強制されるわけではなく、人々がかなり行動を控えたということです。日本の死亡率が低いとか感染者数が低いというのは、ミステリーだというふうに海外からは言われているようです。保健所のことはあまり存じ上げていないので、見当違いかもしれませんが、私は、これは女性の力、保健所の保健師さんや地域の結核予防婦人会の皆さまにあるという点を今日お話ししたいです。例えば、濃厚接触者の追跡には、公衆衛生看護関係の学会などからもボランティアとして多くの保健師さん達が、電話連絡に動員されたと伺っています。

〈加藤〉まず、これは全く新しい感染症で、予想できないことが起こります。飛沫感染とか接触感染といわれていますが、エアロゾル感染と言われているものが実態はどうかと、どのようなものを本当にそう言っているのか、それによってどのくらい本当に感染のインパクトがあるかという真実は、今も明らかになっていないということです。そういう意味では、この感染症に対する専門家というのはまだ実はいないという認識で、真実をしっかりと見極めながら対策を進めるといことが非常に重要だと思います。

無症候感染がわかった段階で、多くの公衆衛生の関係者はSARSのような完全な封じ込めができないということは、当然わかっていたと思います。それがどうして国によって対策に違いがあり、松田先生がおっ

しかったように、諸外国でもあのように大きな感染の広がり方をしたかということについては、まだまだこの感染の実態が必ずしも明らかになってないということから、今後しっかりと検証を続ける必要があると思います。病状についても、当初、若年者は重症化しないということでしたので、これが最初のイメージとして若干こびりついていて、それがサイトカインストームによって急激に重症化する病態がわかりだしたということだろうと思います。

二つ目の保健所の対応に関しては、この感染の急速な広がりや保健所の人的資源が全くマッチしてなかったことが大きな問題であったと思います。保健所は感染症対策としては歴史がありますが、近年、地域保健法、あるいは高齢者保健、福祉、あるいは災害の対応等といったさまざまな業務が保健所の負荷になっていて、これに対して十分なりソースが担保されていないのが現状だと思います。

こういった中で、保健所を中心に実施されたクラスター対策は日本のCOVID対策の成功の中心的な意義を持っており、かなり頑張ったということは確かだと思います。ただ、保健所の人たちに聞きますと、実際に調査をやっている、この人とこの人を照合するという余裕がなく、後でやっぱり関係していたことがわかったこともあって、それに足りるだけの人的資源が保障されていなかったということが、現場ではもどかしさというような感覚を持ちながら認識されていたのであろうと思います。

先日、NHKの日曜討論で尾身先生がおっしゃっていましたが、パブリックヘルスに対する資源をちゃんと保障する必要があるということ、今回の感染症の中で反省点としてしっかりと認識することが大事かと思えます。この間、保健所もそうですけど、厚生労働省も全力で戦っていたことは間違いありません。

〈岡田〉行政というのは最悪のことを想定して人材や組織を構えているわけではないんですね。今回は、従来の人や予算の割り当てを何倍も上回るような事態になってしまったと考えています。行政は今後、広域のかつ急速な感染症の拡大があり得るんだということを想定して協定を結んだり、都道府県の枠を超えて組織間で融通し合うことを検討すべきでしょう。特にインターネットなどいろいろな手段があるので、ある地区の住民がその管轄の保健所に相談しなければならな

ということではないわけですから、そういったことを前提に組織を考えるのも一つではないかなと。

〈加藤〉私、それについては、今回の健康危機のときに保健システムのレジリエンス（弾力性）をどう保障するかという観点で考えていました。東日本大震災等々については地域的な健康危機でしたので、日本全国から人的資源を動員したわけです。ところが、今回はパンデミックですから、患者が出なかった岩手県といえども、人を出せる余裕があるかと言ったら、なかなかそうはいかなかっただろうと思います。

そのとき、私ども結核研究所が若干ながら関わったのは、研究所事業の一つである研修がなくなりましたのでその人員を保健所に提供することができました。このように社会資源をどう活用していくかが、保健システムのレジリエンスを保障する一つの重要なポイントになると思います。

結核予防会は国の委託を受けて抗体検査を実施しましたが、結核研究所はWHOが実施した有病率調査や薬剤感受性調査の経験を生かして、予防会の健診施設は健診が止まって人員が動いていなかったの、これを使って抗体検査を実施しました。医療機関は患者対応で難しいですし、地方衛生研究所もPCR検査の対応で無理であった中で、抗体検査の実施可能になったものです。これほどのパンデミックはなかなかないですから、医療・保健以外のリソース、例えば今回で言えば病院での対応が困難になったので、ホテルを使ったわけです。こういった弾力的な人的・社会的な資源の運用というのは、こういった危機に対応するための鍵だろうと思います。

〈錦織〉基本的にはサージキャパシティ、つまり急増する需要に対する対応能力をどう確保するかということになってくると思います。

保健所の機能や保健所を中心とした感染症対策のシステムがどのようにうまく使われていたかということですが、言ってみれば保健所を中心とした制度が整っていることは、建物の1階がちゃんとしているということではないかと思います。つまり、岡田先生も挙げられた届け出、診断、検査体制（こちらにはやや問題もありましたが）、接触者健診等、感染症対策に必要な基本的な機能を発揮する体制が地域の末端まできちんと整っていたというのは、やはり日本の強みだと思いました。つまり、1階部分は非常によくできている

ことが示された。

ただこのパンデミックの大きさに対して必要十分な対応能力という意味で言うと、当然いまだかつてない事象でしたから、どうしても足りない部分があった。普段機能している1階部分の上に必要に応じて2階、3階を積み上げていくような、迅速な対応能力の積み上げが困難な部分も多かったということが言えると思います。この迅速な2階、3階部分の積み上げという意味で、災害対策の分野ではコンティンジェンシープラン（緊急時対応計画）という考え方があります。何か事があったときにどのように2階、3階を積み上げて迅速に対応能力を強化するかを、予め計画として策定しておくものです。例えば医療供給体制で言えば、今回は軽症者の隔離施設を医療機関外に用意した自治体も多かったと思いますが、このような取り決めや準備を平時に済ませておいて、有事に迅速に発動できるようにするようなこともコンティンジェンシープランの一部になると思います。幸い今回は民間のホテル等の協力もあって、事前の取り決めがなくてもスムーズに実施できたケースも多かったと思いますが、感染者の増加がもう少し早かったら、入院設備の不足が医療崩壊への一歩につながったかもしれません。

同様に、例えば接触者健診についても、保健所レベルで迅速に接触者健診を実施することが難しい場合でも、厚生労働省が設置したクラスター対策班が中央から支援をするという体制は非常に有効だったと思います。実は韓国の結核対策では類似したシステムを採用しています。すなわち、通常の家内での接触者健診は保健所で対応しますが、学校や職場など規模が大きくなった場合は、中央政府から派遣された疫学の専門家が保健所の活動を支援します。今回の厚労省のクラスター対策班の設置は非常に理に適ったシステムだと感じました。

このように、日本の対策システムにもともと備わっている1階部分を基本としながらも、迅速に2階建て、3階建ての部分の積み上げるための仕掛けを、平時から準備しておくということが重要だと思います。また同時に、有事にはやらなくても良いこと、後回しにしても良いことを決めておくことも重要です。そして優先順位が低い業務のキャパシティを緊急性の高い部分に回すようなこともコンティンジェンシープランには含まれます。このような計画を国、都道府県、あるいは

は市町村とそれぞれのレベルで準備しておく重要性が今回のパンデミックからの学びの一つかもしれません。

2. 日本の感染症対策の仕組みや法制度

〈司会〉 それでは次に、日本の感染症対策の仕組みや法制度に話を進めます。日本の感染症対策はかつての伝染病予防法、そして結核予防法の時代を経て発展し現在の感染症法に行き着きましたが、結核対策で培われた保健所を中心とした感染症対策や関連した制度・法令が新型コロナウイルスへの対策にどの程度通用したか、通用しなかった部分はどこかについて、加藤先生にご発言をお願いいたします。

加藤先生は臨床現場・公衆衛生行政を経て、現在は結核研究所所長として日本の結核対策をリードされています。

〈加藤〉 保健所が全国に整備されておりまして、感染症対策の基礎的な公衆衛生機関として働いているというのが最も基本的なところだと思います。その上で、今回は法制度としては、特措法との関係です。人権制限とその関係をどうするかというのが、最も検証しなきゃいけない問題かと思えます。

これは国際比較してもあまり意味がないといえますか、国の制度として非常に強権的なことを許す国民性もありますし、そうではない国民性もあります。なおかつ、こういった感染症に対するベーシックな理解がどのくらいあるかといったことも大きな要素になっていまして、日本の場合は、小学校から風邪を引いたらマスクをしましょうというような基礎的な教育を受けているので、他の人にうつしちゃいけないということを知っているからこそ、強権的な方法をとらず要請ベースでも第一波はそれなりに乗り切りつつあるという状況になっていると思います。そこは他の国はどうかというよりは、日本の状況で実践しながら検証しつつ、先に進まなくてはいけないのではないかと思います。

〈岡田〉 新型コロナの特徴としてスペクトラムの幅、すなわち、軽症患者から重症で亡くなる人までいらして臨床像の幅が広いわけです。そういった全てに対応していくということが行政の役割とすると、一人一人の相談や接触者健診は保健所の責任ですが、一方で、医療の確保という重要な行政の役割もあるのではと思います。

東京都は患者の急変に備えて中等度の人はここ、重症の患者はここだとかいうふうに患者の増減に伴ってそれを拡大していったということがあるので、私は法や仕組みの中で、保健行政が医療の確保という非常に大きな役割を担ったのではないかと考えています。

〈松田〉 企業にも危機管理のプランがありますが、日本の場合、地震や災害が続いたので、多くのプランは災害目的で作られています。企業と行政の協力や、企業間の防災協力もかなり進んでいますが、形としては感染症対策も入ってはいたけれども、ほとんど実行されていない。プランもしっかり作られてないし、予行演習はほとんどやられていない。国際的には健康は安全保障の一環であるという見方もあるけれど、国内では「公衆衛生」が、危機管理の中で大きな役割、災害と同じようなことが起きると意識は弱かったと思います。

大学で遠隔授業をやっていますが、日本では必要性が言われていたけれども、今まであまり取り組まなかった。日本人の情緒的なコミュニケーションが、テレビを通したのでは伝わりにくいか、機材はあるけれど実際にはあまりやられていなかった、そういう日本独特の課題があるような気がします。また、日本だけではなく、IHR (International Health Regulations) という国際保健規則があって、日本の感染症予防法ができたとき(1998年)に、WHOのIHR改正に合わせて今まで病名による国際的な検疫を、症状に前倒しで切り替えていくことで日本も対応しましたが、今回の場合は症状が出る前に新型コロナに感染をしているので、想定していなかったことが起きています。こういう事態に対して国際保健規則の大本はどう練られているのかが、気になっています。

〈錦織〉 法的な枠組みがどうであったかということに関しては、基本的な部分は感染症法によりある程度の土台があって、それが柔軟かつ迅速に運用されることで、制度としての役割は担ったのではないかと思います。

ただ、関連するいろいろな法律、例えば検疫法と出入国管理法、あるいは新型インフルエンザ等対策特別措置法との関係等でいろいろと齟齬なり問題は起こりえます。ご存知のように日本における新型コロナウイルス感染症の問題はダイヤモンド・プリンセスから始まっています。ダイヤモンド・プリンセスの対応にお

いては、これらの関連する法令の解釈や運用上難しい部分があったらと思います。ただ比較的早い段階で政府のトップレベルの案件として扱われるようになりましたので、省庁間の連携・調整や政治決断により、比較的スムーズに齟齬や問題を解消できる体制にはなっていたのではないのでしょうか。健康危機管理に関わる問題は、厚労省の枠を超えて、外交、出入国管理、貿易、観光、経済等、幅広い分野に及びますので、一定のレベルを超えた時点で速やかに行政の高いレベルで対応することが重要になろうかと思っています。

松田先生がご指摘の通り、国際健康規則（IHR）は歴史的にはペストやコレラのような国際的な驚異となる感染症にどう対処するかということで枠組みが作られてきていますが、現在のIHRのもとでは未知の感染症をふくめた様々な健康に対する脅威をイベントとして捉えます。診断がつかない未知の病原体ということもありえますし、感染症ではない可能性もありますから、そういったすべての可能性を含めて健康イベントとして捉えて、早目早目に取り扱うという考え方になっています。そのため、未知の何か広がっているとか、おかしなことが起こっているというのを早目にWHOに報告し、それに対してWHOおよび各国が連携するという体制ができています。各国の感染症法や関連する法令等もこの国際健康規則を遵守できるよう整備されている、あるいは漸進的に強化していくという前提になっています。

〈岡田〉加藤先生、先ほどの医療の確保のことに話を戻しますが、ほかの国に比べて、これまである程度、結核病床が日本にあったから、少しそれが結果的にこういった入院の確保にもいい影響を与えたのではないかと思います。いかがですか。

〈加藤〉実は、近年日本の結核入院医療体制については、病床利用率が非常に低くて、国立病院機構が結核病床を維持できません。したがって、適正な病床利用率になるように、結核病床をある程度廃止、あるいはほかに転用しなければいけないといった議論をしていた最中でした。本当に結核病床の転用が進んでいて、高い病床利用率になっていた場合には、今回は対応できなかったという、たまたまその対応が遅れていたからそれを運用できたわけで、病床の転用を進めるべきと言った立場からは、非常に皮肉な結果でした。

これは結核病床がどうであったかというのでなく

て、こういうパンデミックが起きたときに医療体制としてどうならなければいけないか、根本的な課題から考えなければいけないと思います。結核病床とか感染症病床といった法律に規定された病床を含むのではなく、それ以外の疾患であっても、あるいは感染法上人権制限を伴わないような4類、5類であって実質的に空気感染あるいは飛沫感染をするような疾患も含めて、この医療体制の中で管理する仕組みをどう構築するか。そしてそのフレキシビリティ、こんなパンデミックが起きたらここをこうすればこのくらい確保できるという新たな発想で入院医療体制の構築を考え直さなければいけないというのが、今回の大きな学びであります。何としても、新しい体制を検討・構築しなければいけないと思います。

〈岡田〉IHRの話と比較すると、今は結核病床とか疾患ごとの病床ということでなく、今、加藤先生がおっしゃったように、空気感染用の病床だとか、その他接触感染用の病床だとか、そういう別の切り口で一つ制度を考えるとというのが重要と考えます。

〈加藤〉法的には人権制限を伴うとか、そういった疾患として制度の必要性から決めています。実際に医療現場は感染をどう防ぐかという、これは法的制度と必ずしも一緒ではない部分で組み合わせねばならないという発想だと思います。

今回も大きな問題と考えなければいけないのは、地域の医療機関の役割分担です。全ての医療機関がこの感染者を受け入れるのでは、全部崩壊してしまうこともありえますので、役割分担をしなければなりません。軽症者を入れる病院とか、この病院には発熱者は行ってはいけないというようなことを考えないとならないと思います。生活習慣病の診療体制が十分に機能していない、あるいは悪性疾患の手術が遅れているというのが実際起きていますから、そういった大きな目で、国民の医療体制をどうやって保障していくかということ、みんなで考えなければいけないと思います。

〈錦織〉感染症病床をどう再整備、再構築していくかというときに、先ほどの議論で出たコンテンツンジーも入ってくると思います。例えば結核病床が結核病院という形で郊外にあって、市中の総合病院では結核が診られないという状態だと、現代の結核医療にはそぐわない。総合病院の中に結核の病床も確保することで、例えばご高齢の方で合併症等があっても、結核

をちゃんと市中で診られるようにするという考えもあると思います。これは結核医療の統合の方向で、どこでも結核が診られるようにしましょうということです。一方で今回のコロナのような新興感染症であれば、患者さんもそれを扱える医療従事者もある程度集積させて、迅速にその専門性を構築したり、病院レベルでの感染症の対策がきちんと効率よく行われるようにしないといけない。この分散・統合の方向と、集中・専門化の方向は、結核対策だけでも舵取りが難しいところに、今回のようなことが起こるとより複雑化しますね。

これに加えて、加藤先生が先程おっしゃった通常の医療サービスを継続する体制も確保しなければいけないという点を加味すると、例えば有事のときには医療体制や病院の役割について違ったデザインにしなければいけないということになります。イメージとしては、都道府県は医療計画および地域医療構想で医療提供体制のグランドデザインが策定されているわけですが、それに加えて感染症に関連したコンティンジェンシーの段階に入った場合のデザイン、パターンを事前に用

意しておくということになるのでしょうか。例えば、ある病院に当該の感染症の患者さんを集めて、別の病院に一般の患者さんを集めるというような、そういうコンティンジェンシープランを含めた医療計画ということになるのではないのでしょうか。

〈司会〉このような整備構築は地域から作り上げるほうがいいのでしょうか。

〈加藤〉社会資源の大きさがありますから、なかなか地方の場合は都市のやり方で対応できるとも限らないし、逆に都市のものが地方で当てはまるとも限らないということなので、有事のときはこういうコンセプトで、ここと交渉しなければいけないとか、まず基本的な概念を作り上げた上で、地域の利用可能な医療資源の中でどうするか、こういう議論を進めなければなかなかうまくいかないのではないかと思います。

〈岡田〉そうですね。本来は、医療計画の中できちんと、そういうのを再確認する必要があるかなと思います。🐼

9月号につづく…



オンライン座談会の参加者
(左上：松田正巳，右上：岡田耕輔・小林典子，
左下：錦織信幸，右下：加藤誠也)