

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と結核対策」（後編）

開催日時：2020年5月26日

形式：WEB会議機能を使用したオンライン座談会

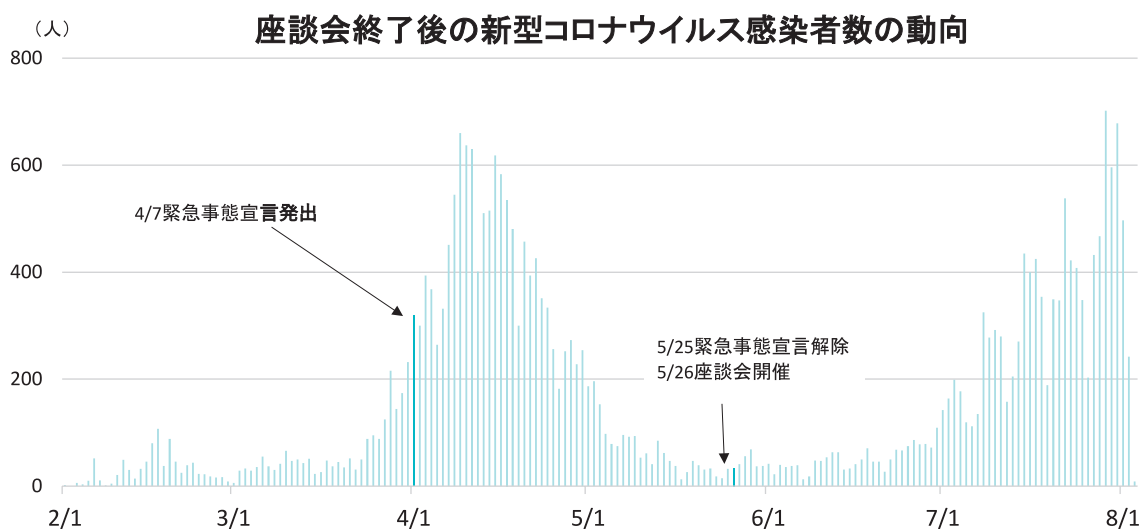
出席者：錦織信幸（世界保健機関グローバル結核プログラム医官）

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）



3. 市民，市民社会の役割

〈司会〉3番目のテーマは，市民，市民社会の役割です。報道にありますように，今回，感染の危険を負いながら患者の治療に当たった医療従事者への感謝が一般市民から表明されました。一方，医療従事者やその家族，場合によっては感染者の多い地域から来た人の排除や差別的発言など両極端な反応も見られました。この点について，タイや北イエメンでJICA 専門家としてご活躍後，結核予防会，大学等で学生教育や公衆衛生・健康福祉政策の研究に従事され，市民社会のあり方に詳しい松田先生に問題提起をお願いいたします。

〈松田〉今回，非常に印象的だったのは，先ほど申し上げたように，日本の多くの方が3月の終わりぐらいから，あるいは4月に入って自粛ということが，本当にあっという間に，一夜にしてできてしまったという

のにはびっくりしています。私は実際，週に何日か大学に行っていましたが，電車に乗ってもほとんど人がいない状況で，まるで夜中か早朝に生活をしているような感じでした。今までは交通機関にもたくさんの高齢者の方がいましたが，それもほとんど見られなくなっているわけですね。こういう自粛行動が，マスクの使用とかいろいろなことありますが，今回の対策が結果的には効果があったということの一つの大きなポイントではないかと思います。

諸外国からミステリーと言われたといえば，エイズの時も日本では感染者が発表データの10倍いる，100倍いると言われましたが，実際にはそうならなかった。同じようなことが今回起きているような気がいたします。これはおそらく日本人の行動パターンの違いに関係しているのではないかと思います。エイズの場合

合は性行動が日本人の場合あまりアクティブでなかったということが後からわかってきました。今回は、学生などに聞くと母親の役割が大きいような印象を受けます。例えば、友達と遊びに行きたい、飲みに行きたいと言うと、まず母親に止められたと、もう絶対あなたを家に入れないと言われたという話を結構聞くんですね。こういうような形で家庭のなかでは母親(女性)がパワーを持っていて、とにかく危ないと、コロナ感染は怖いからと、ドアノブの消毒と手洗い、洗顔を徹底させる、こういうことが恐らく多くの家庭の中でやられていたのではないかなと推測しています。それがかなり功を奏したのではないのでしょうか。

それに対して男性の場合は緊急事態宣言の中でも夜、路上でサラリーマンの方たちが「密」になって集まっているようなところも見かけました。男同士だどつき合いなどもあり、概してそういうふうなルーズになり勝ちな気がしました。もちろん女性、男性のなかにも個人差がありますから、一概に括れないとは思いますが、それでも今回は女性の果たす役割について考えざるを得ませんでした。

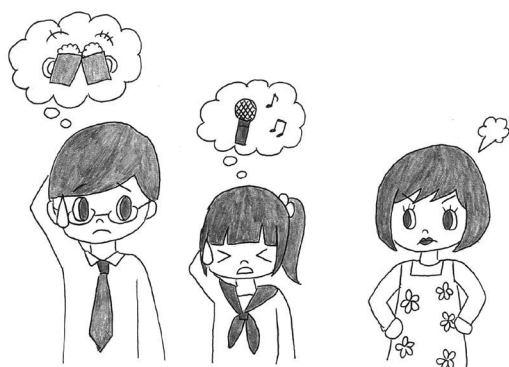
保健医療従事者や感染者に対する差別が起きていることは残念な事実ですが、病院で働く看護師や福祉施設で働く介護士もその多くは女性です。ジェンダーの視点からコロナパンデミックを見るといった調査研究をこれから社会的にいろいろやっていただくと興味深い結果が出るのではないかなと思ったりしております。

在宅を続けるという自粛生活に関しては、日本の住

宅は一般に狭いので、家のなかに居続けることを苦痛に感じる人たちがかなり多かったのではないのでしょうか。テレビで見ていると、欧米には日本より広い家が多く、庭があったりすればあちこち動き回れてそれだけ閉塞感は少ないのではないかなと思いました。それに、今まで生活習慣病対策ということで歩けとか動けとか外出しなさいと言っていたのが、今回は真逆のことを指導しなければならず、健康を進める立場から言うところの二、三か月は不健康な生活を強いてきたと思います。そのようなことをいろいろ感じさせられました。**〈錦織〉** 私はよくこの話をするのですが、結核予防アーカイブの中の婦人会の活動の映像が大好きで時々見返しています。婦人会の成り立ちであるとか、どのように地域の中で婦人会が奮闘して地域を引っ張って、行政と協力しながら結核対策に邁進してきたかということについて、映像を見ながら非常に感心する部分が多いです。

まず、その中でも松田先生がおっしゃった事と重なるのは、旦那さんの尻をたたいて結核健診に行かせるのはご婦人だったということです。だから、そういう Risk Behavior を正して、ちゃんとしなさいと、それが子供を守るためだ、地域を守るためだという、そういう意識を高める上で婦人の力というのが大きかったというのが結核対策の歴史の中ではいろいろなところで紹介されているので、そういうところとつながるのかなと思います。

もう一つ、今回の危機の中で、市民社会がどう貢献したかということを考えてとき、非常に感銘をうけた一件が思い出されます。初期のころ、まだパンデミックではないときかもしれませんが、私が非常に心を打たれたのは勝浦の地域の方々の行動です。中国の武漢から政府のチャーター便で帰国された方々を隔離する施設として、勝浦のホテルが使用されました。帰国された方々は2週間の観察期間をホテルに隔離滞在されて過ごされましたが、そのときに勝浦の地元の方々が滞在者の方々を熱心に支援されていました。私は、これは諸外国と比べても本当にすごいことだと思いました



母親が「密」になる外出を制止 🐱

た。日本でもありましたが、地域の住民が隔離施設として自分の地域の施設が使われるということに反対することはあっても、歓迎するということはあまりなかったと思います。しかし、そこに来る人たちは人であり、そこで不安を抱えて2週間の隔離生活を送らなければいけない人たちに思いを馳せて、その人たちを励ますというのは非常に、日本らしいと言うと語弊がありますが、非常に人間らしい、人間が感染症に打ち勝つときに忘れてはいけない大事な心がけだと思いました。

勝浦の地元の人たちが折り鶴を折ってホテルの部屋に届けたり、あるいは隔離の2週間で終わって皆さんが帰られるときには、横断幕を掲げて「皆さんご苦労さまでした」「元気になってまた今度、落ち着いたら勝浦に観光に来てください」と送り出したりと、本当に心が安らぐ出来事でした。他にも例えばマスクを自宅で作って養護施設に届けるだとか、飲食店を支えるためにいろいろなことを考えて地域で宅配ボランティアをすとか、いろいろな場面で市民社会の中でお互い支えあって頑張ろうという活動が見られたのは、私は地域社会、日本の社会というものを見直すいい機会になったかなと思いました。

〈加藤〉マスクの話を追加しますと、何年前かに、3月の国際結核セミナーに講師としてイギリスのナースを呼んだことがありました。一緒にセミナー会場まで行きましたが、途中、花粉症の季節ですので、みんなマスクしていましたが、イギリスのナースはこの光景に驚いたようです。イギリスだと、マスクをしていると、うつす病気を持っているということで、スティグマ(負のレッテル)を与える。だからみんなマスクをしない。これはすごい、と非常に感心されたのを覚えています。

もう一つ、日本人はお互いこういった緊急時に助け合うというのは、日本は非常に災害が多い国で、困ったときに助け合えなければ生き抜けない、助け合えない人は生き抜かれなかったということを考えると、この長い長い歴史の中で災害を生き抜いた、日本人のDNAにあるのかなと思います。

〈岡田〉偏見については、例えば東京に行って田舎に帰っただけで、あなたは2週間ぐらい私の家に来ないで、家にいてくださいと言われたという話を耳にしました。そういう理不尽なことを表明される方もいますが、要するにその人たちは、感染を過度に恐れているのではないかなど。

日本人ってほかの外国から見ると完璧なところを求める所があります。だから、それが長所として働く場合もありますが、一方では、新しい感染症から完璧に逃れたいという強い欲求もあるわけで、人によって様々、案外平気な人もいるし、非常に過度に反応する方も出てくるわけです。先ほどの疾患の幅広さと同じように、感染者や疾患に対する住民の幅広い反応というのを僕は実感しました。

その背景の一つが、感染に対する漠とした不安だろうと思います。結核の歴史で言うと、差別や偏見というのは、結核対策の中で常に重要な位置を占めている。今回コロナの中でも結核と似たようなことが、日本でも報道されたり起こったりしているということは、私から言えば大きな驚きでした。

公衆衛生学として、感染症に対する差別と偏見については常に発信し続けないと、将来また別の感染症が発生した場合にも、同じ課題が再び出てくるだろうと思います。行政としての役割は、感染症に対する正しい知識を常に発信する必要があるかと思っています。

マスクに戻りますけど、マスコミの報道とか見えますと、医療機関で求めるような手洗いとか、マスクの外し方、紐を持って外せとか、確かにそれは正しいですけど、医療機関の中で求められるような知識を一般の人に求めるというのは、僕はどうかというふうに思います。日本人はそれにこだわってしまって、それを守らない人やマスクを着けていない人を批判することにつながっているのではないかなと思いました。

〈松田〉リスク回避行動については、日本の場合、女性が大きな役割を果たした。それは結核の経験から綿々と続いているということですね。

それから先ほどの勝浦の例で私は連想したのです

が、ニューヨークの州知事のクオモさんという方が素晴らしいリーダーシップを持って、会見をやられています。初期の頃、テレビで見ていたのですが、有病率とか死亡率、感染率のデータを示した後で、最後に我々は何をすべきか、というところで、「Show the humanity」ということをおっしゃいました。今こそ人間性を示すべきだ。こういうことは、日本のリーダーはなかなか言わないなと思いましたが、言わなくても、先ほどの勝浦の例のように、あるいは加藤先生が言われたように、災害が多かったから助け合うという遺伝子があって、人間性を自然に示せたのかなと感じました。



松田正巳先生

差別、偏見については、結核の後もエイズや障害者対策などでその都度取り上げられてきていますが、今回もまた起きてしまいました。ただ、もしかしたら先ほどの勝浦の例をお聞きしても、多少の変化は見られるのかという気もします。実は私の家の近くにも、コロナ感染者の受け入れホテルがあるのですが、町内では一切何も起きませんでした。多くの住民は、多少ちょっと「んっ」とは思ったかも知れませんが、だからと言って反対というようなことにはならず、割に自然に受け入れたように思っています。

〈錦織〉「Show the humanity」というのは本当に素晴らしい、的を射た表現だと思います。先ほど岡田先生が言われた、いわゆる過剰な反応ですね。自粛警察という言葉がありましたけども、ルールを守るのが社会の美德であって、ルールを守らない人には制裁を下していいという考え方ですね。これもある意味、日本の中ではすごく根強い考え方で、みんながルールを守っているんだから勝手なことをする奴は許さないという考えですね。これと感染症対策の本来あるべき姿とはズレがありますよね。

その鍵は何かと言ったら、誰のために戦っている

か、何に対して戦っているのかということだと思います。私達は疾病、あるいはウイルスと戦っている、病気と戦っているのであって、決して人と人が戦っているわけではありません。ともすれば病気から身を守るためにルールに従った行動をみんなでがんばってしなければいけないというときに、敵はウイルスですがいつの間にか、それを守らない人はみんな敵、あるいはもっと行き過ぎると、病気を持った人が敵だと。ハンセン病、結核、ペストなど様々なスティグマタイジングな病気の歴史の中に、重く暗い差別の歴史が深く刻まれていることは私達のよく知るところです。病気と戦っているはずなのに視点がずれて、病気にかかった人、病気に苦しむ人を攻撃し始める。国籍や職種やその人の行動をもって特定の人たちを攻撃し、差別につなげると。そうなってくると、もはや病気との戦いではなくて、人間同士の戦いです。

いわゆる昔からの物語のプロットの中で、悪魔狩りがよくあります。悪魔と戦っているつもりが、いつの間にか人同士が殺し合っていたということは、いろいろな歴史の中で繰り返されていて、結局自粛警察が戦っているのはコロナ、病気と戦っているのか、それともコロナを口実にして人への攻撃を目的としているのかということです。根本的には、やはりhumanityの欠如ということにかかわる事象だと思います。何をもち我々の生きている目的とするかという根本的なところが、「Show the humanity」というところにつながっていて、humanityを持って対処していけば、本来であれば人が人を攻撃するようなことにはならないわけです。その辺がいつの間にかずれていく。あるいは、そういう傾向が人類にはあるのではないのでしょうか。その中で、「Show the humanity」という言葉で市民に呼びかけたことは、感染症対策の核心を突いた大事なメッセージだと思います。

〈岡田〉コロナウイルスが日本で流行し始めた頃に、ある感染された方が観光旅行をし、その後で陽性がわかって、非難されたことがありました。僕も当時は「えっ、何ということだ」と思いましたが、コロナウ

イルスっていろいろな重症度があるのと同じように、感染しても比較的元気で重篤感なく仕事に行ったり遊びに出かけたりできるような疾患だったということです。この疾患にはそういう一面もあるということが後でわかったので、感染拡大を招くリスクの高い行動をとることも、冷静に考えると理解できる面もあったりして、新しいことに気づかされました。

〈加藤〉感染症自体は、そもそも被害者、加害者関係というのはありません。うつす、感染源になる人も誰かにうつされている。こういうことになりますから、やはり基本的にはみんなで力を合わせてウイルスと戦う。こういうことを共通の認識として持ち続けるということが、やはり大事ではないかということです。

〈錦織〉どういうことが差別に当たって人を傷つけるか、どういうことが感染症対策として理性的な対処なのかということがわかりにくい部分があるのかもしれませんが。特に市民社会レベルでは。例えば、あそこの家はコロナが出たから行くのはやめなさいというのはNGだとか、あのお父さんは中国で仕事しているからあそこで遊んじゃだめとか、具体的にどういうことが差別的であって戒められるべきなのかというのは、こういう現象に慣れていない方は、わかりにくいところもあるかと思うので、もしかしたらそういう市民向けの差別を撤廃するためのガイダンスなどがあっても良いかもしれません。事業者や学校、施設など色々な場面ごとの指針もあると良いかもしれません。

新型コロナ感染症に限らず、疾病に基づく差別というものがどういう現象として現れ、どういうふう気をつけていかなければならないか、市民向けのガイドとか、雇用者向けのガイドとか、そういうのがもし過去のものであるようでしたら、プロモートしてもいいと思いますし、今回新たにつくってみるというのも良いかもしれません。この問題は結核の歴史の中でも非常に重要な要素でしたから、そういうものを予防会から発信していくというのも大事なこともかもしれません。

4. 諸外国との比較

〈司会〉では、次のテーマに移ります。ヨーロッパやアメリカと比較して、日本は今のところ発生も死亡率も抑えられているようですが、どういった要因が考えられるのでしょうか。国ごとの保険医療制度の違いが影響しているのでしょうか。諸外国との比較について話題提供をロンドン大学や長崎大学での研究、教育活動に従事されたのち、ミャンマーでユニセフの業務、WHO西太平洋事務局、そして、現在はジュネーブ本部で結核対策専門家としてご活躍の錦織医官にお願いいたします。

〈錦織〉対策の優劣を各国で比較するのは非常に難しく、意味があることではないと思います。ただ今回のことで、各国が持つ特徴といいますか、制度・市民社会・産業の持つ強み・弱みが比較的対照的に現れた事例がたくさんあるのではないかと思います。中でも保健システムの持つ強み、弱みがどのように現れたかということを検証することは今後役に立つのではないかと。それについてすぐにお示しできる議論があるわけではありませんが、幾つか軸があると思います。

公衆衛生の基盤がある国と、公衆衛生のシステムが弱い国というのもまず対比としてはあると思います。日本は一部ではサージキャパシティまでの余裕がなかったとは言いつつも、保健所を中心にした、あるいは地方自治を中心にした公衆衛生のシステムが構築されていますので、そういう意味で公衆衛生のシステムが比較的強い、キャパシティのある国といえると思います。一方で先進国、途上国含めて、公衆衛生のシステムが比較的弱い国も多くあります。

公衆衛生に限らず、政治システム全般という意味で言うと、強権的な対策ができる国と、比較的自由主義の中で市民の自発的な行動に任せなければいけない、そういう建て付けになっている国もあり、政府のあり方も大分違うと思います。これは突き詰めて言うと、自由権と社会権の拮抗という部分もあると思います。公衆を守るためには社会の取り組みを優先して、個人の自由はある程度制限されても構わないという暗黙の合意がある国と、あるいは何が何でも個人の自由は保

証されなければいけないという国とでは大分変わってきますし、外出制限などについてデモが起こるような国とそういう事が起こらない国とあったりするわけです。

保健システムで言えば、民間の活力がどのぐらい利用されているかということも一つの視点として挙げられます。サージキャパシティのときに民間活力を迅速に導入できる国となかなか難しい国があります。イギリスのような国民保険サービス（NHS）を中心とした公的な医療システムがある国もあれば、民間主導の医療システムを構築している国もあります。日本は民間の医療機関が多数を占めますが、公衆衛生の部分は基本的には公的なシステムとなっています。

これに関連して今回ハイライトされたのは検査のキャパシティです。これは公的な検査機関を主にしているだけだと足りない。これはイギリスと日本で初期に共通に見られた問題でした。どうやって民間の検査機関を早く使うかというときに、日本は医療保険がありますので、それをアンロックすれば比較的早くキャパシティをつけることはできますが、その上を行くのが韓国でした。韓国は民間の医療機関が多く、医療保険によってその成長を促してきましたので、民間の活力を動員するのが比較的容易です。

〈加藤〉 戦略的に大きな明確な方向があったと思っています。一つはクラスター対策をしっかりとやって、二次感染、三次感染を可能な限り防いだということです。これは最初、無症候感染がたくさんあるのに本当に効果的なのかなという少し疑問に思っていたのですが、結果から見ると大きなポイントだと思います。そのために、保健所は非常に労力を使いましたが、これによって感染拡大を防ぐことができたと思います。

もう一つは、当初から医療崩壊を防ぐということ

が明確な戦略としてあったということです。そのために、資源をちゃんと考えて、診断した人を治療あるいは確認に結びつけてから検査等を増やしていく。PCRをやっていないことを随分言われて、批判をされていますけれども、保健所の発熱センターでどういう対応をしたかという、重症者を優先してきちんと診断するという方針と、重症者ではないがもしかしてという人は、連絡した発熱相談センターでかなり丁寧に指導されていました。家から、自分の部屋から出ないように、食事と一緒にしないようにと、お風呂は最後に入りなさいとか、そういうところまで指導されていました。PCRの感度が確認できませんが、陰性であっても、除外の確認はできない方法で、それによって治療方法が変わるわけではないですから、初期のクラスターの対策ができていたうちには、むしろむやみに検査数を増やさず、陰性者も疑わしき人はちゃんと指導していたことが対策としてはうまくいった原因ではないでしょうかと思います。このような原則の元にやってきたということが、死亡者を少なくできた理由ではないかと思っています。

〈岡田〉 PCR検査をするということですが、結果が陽性だったら、陰性だったらどうするかを予めきちんと決めた上で初めて検査ができるわけです。しかし、一般市民はやはり感染不安を感じます。自分がもし陽性だったら、大切か家族にうつしてしまうのではないかと、だから早く検査を受けたい。そんな中で、何日間、体温何度以上なんていうのは待ってられないというのは当然の感情だと思うのです。そういう意味では、市民の医療に対する要求を行政のキャパシティがカバーするまでに至らなかった。ただ、全体で見れば、加藤先生がおっしゃったように、必要な人に、本当に重症者には検査をし、そしてその人に必要な医療を提供していくという、大きな方策は、僕は間違っていなかったのではないかと思います。

一方で、新しい疾患なので臨床経過がよく判らなかった。肺炎になってから全身症状が急激に悪化していくようなことが途中からわかってきて、今度はそれ



加藤誠也先生

を見越した対策をやらなければならなかったということが大きな反省点としてあるわけで、これは本当に新しい感染症だからこそ、こういったことが起こってしまったのではないかというふうに考えます。

〈加藤〉 神奈川県医師会が、「～神奈川県民の皆様へ～（神奈川県医師会からのお願い）」というメッセージを出しました。この中に「PCR検査の本当」で指摘しているのが、感度の問題で高く70%程度とされており、偽陰性で検査をすり抜けた感染者が必ずいることを決して忘れてください。また、検査をするために、マスク・ゴーグル・保護服などをしなければいけないので、装備が絶対的に不足する中で、これをどんだんやることはできないと書かれていました。

必要な装備が重症患者のケアを行う病院で不足しそうという問題からも、医療機関でもどんどん検査をするようになったら大変だったわけです。PCR検査を実施した開業医では、患者さんは電話で予約しておいて、一般の患者さんが全部帰った後で、検体の採取を行うが必要があったということです。発熱外来等でPCR検査を実施したことは、医療現場での感染を防いだということも考えなければいけないと思います。

〈岡田〉 僕はマスコミの扱い方も問題があると思います。当然、PCRの限界だとか、実際に検査をするのにどれだけの医療資源を費やし、二次感染を防ぐための予防対策がどれだけ必要だということを言わずに、検査を受けられない、受けられなくてこんなに重症化してしまった、あるいは亡くなったような人のことをニュースとして取り上げ、いかにもPCR検査が足りないことが諸悪の根源であるかのように扱ったわけですから、そこは報道のバランスをよく考えて扱ってほしいと思いました。

〈松田〉 システムや制度は学習能力みたいなことが、今回関係していたように思います。タイはエイズの感染爆発があったし、ベトナムとか香港、台湾はSARSを経験した。韓国もそうです。そういう経験が今回活かされていたということですし、サージキャパシティの学習能力というと、日本は福島の実験も多少あった

のかなと思います。放射線に対して疫学調査をすると、そのことに対する是非が結構議論され、そこには賛否両論があり、なかなか結論がつかないということがあった。

PCRはかなり混乱を起こしたものの、だからといって破壊的な混乱にはならなかった。これには、いろいろな経験が日本の場合も生きていたのかなということなのですが、学習するときに必要な情報源として、メディアの役割というのは確かにプラスとマイナスの面があって、今回先に欧米でいろいろな事象が起き、その情報がたくさん流れてきて、何が起きるかということはかなり早くから学習することができた。一方、韓国はPCRをたくさんやっているとか、その背景を十分分析せず現象面ばかりが強調されすぎて、混乱をきたしてしまった一面もあるように思いました。

〈錦織〉 日本の対策で、クラスター対策班の功績というのはすごく大きいものがあったと思います。データをきちんと使うということ、データに基づいた解釈をいかに国民レベルまで落としこみ国民の行動変容につなげるかという意味では、これはかつてない公衆衛生的な取り組みだったように思います。



錦織信幸先生

国民がここまで公衆衛生のデータに興味を持って毎日ニュースを見るということはかつてなかったでしょう。例えばドイツのメルケル首相は、基本再生産数(R0:一人の感染者が何人の新たな感染者をつくるかという指標)を国の重要指標として設定し、国民に今は1を超えているとか、やっと1を切ったとか、今は0.7になったとか、かなり事細かに国民に伝えた。首相が再生産数を使うというのは、我々感染症をやってきた者からすると、本当に衝撃的な話です。実際に再生産数を国民に説明して、これが1を超えたら増えていくと、1を切ったら減っていくという、非常にわかりやすい。

それを国民レベルの指標にした。しかもそれを国のいろいろな政策の基準にした。

今回、日本の中で私が非常に興味深かったのは、いわゆる「8割」です。数理疫学モデルがリアルタイムに国の政策の舵取りに使われたということも、かつてないのではないかと。今までは国がやっているのを、アカデミアがデータを集めてパブリッシュして、側方支援をするみたいなパターンが多くありましたが、今回は政策の根幹のところ数理モデルのデータが直結して、西浦先生が今朝までかかってコンピュータで出してきたという数字を、その日に首相が話すという、そういうサイクルだったと思います。6割ではだめ、8割になるとバツと減りますみたいなので、これは本当に数理モデルの世界で、普通の人間の直感ではわからない、それを本当に数理モデルで8割でなければだめだと、7割でもだめだというのを割り出して、しかもそれを都知事であるとか首相レベルの言葉にする。これはわかりやすい。

今はビッグデータの時代ですから、携帯電話の移動情報を使って、実際に人の出入りが測れる、定量化できるというこれもまたすごいイノベーションで、そうすると今日の東京都の人出は何割減でしたみたいなのが実際に数字として出てきます。もうちょっとやらなければいけないのか、このまま続ければいいのかとか、そういうガイダンスを国民が直接得られる。その指標があるからこそ頑張れるというのは今回のパンデミックの特徴です。国民の行動変容につながるようなデータの提示の仕方というのは非常に学ぶべきところが大きく、今後の感染症や生活習慣病にも有効ですし、我々の結核対策にも役に立ってくるのではないかと思います。

5. これからの結核対策、感染症対策への示唆

〈司会〉最後に、今回の新型コロナウイルスの流行と対策の経験を受けて、今後の感染症対策はどう進められていくべきか、感想も踏まえて一言お願いいたします。

〈松田〉今日はいろいろもやもやとしていた部分が大分解明された気がいたします。今まで日本が培って

きた公衆衛生や、住民の方が持っている学習能力とか結核対策の経験、その背後にある住民の行動というのが、予想以上に、今回のコロナ対策に大きな意味を持っていたことがよくわかりました。

ただ危機に迫られて動いていったものなので、もう一度それを整理して、教育に活かし、強化していくという作業はこれから取り組む必要があると思いました。話の中に出た過去の例で、差別や偏見を取り除くメッセージがあるならば、そういうものは結核対策の中からも掘り出して、コロナ対策に生かしていくことも行っていききたいと思います。

〈加藤〉コロナウイルスは新しい感染症で、知識も大分増えてきたということですけど、まだまだわかっていないところがあるという謙虚な態度は忘れずに、最終的に終息した段階で、もう一度それぞれの立場、保健・医療、政治、マスクミ、各界のいわゆる専門家として出てきた人等が本当に正しいことを言っていたかということ、検証する必要があると思います。また、次の第二波、第三波もありますし、また新しい感染症が出てきたときに備えないといけないと思います。

テレワークも新しいことが分かってきました。通勤時間がなくなるので、例えば、多摩川縁では夕方5時になると人がわーっと出てきて散歩とかジョギングをしているということなので、そういったポジティブな生活の変化ですね、なかなかできなかったワーク・ライフ・バランスが実践できるということがわかってきましたので、そういった新しい生活のスタートラインになるというのは大事だと思います。

〈岡田〉COVID-19というのは、公衆衛生、日本の保健所、公衆衛生教育にとって、いい意味での題材になり得ると思います。ただ結核と違うところは、やはりスピード感です。結核はすぐ発病することはない。今日のことを明日にしても大きな影



岡田耕輔先生

響はないのかもしれないけど、このCOVIDに関しては、今日のことを明日にしているのかどうかで大きな差が出てくる。特に初動の態勢とか、基本的な予防対策、個人の予防対策から社会の予防対策、そして検査、診断、治療、医療の確保、更には、社会復帰するまでのプロセスがありますが、保健行政として、その一連の流れの一つひとつに対策を講じなければならない感染症です。

全国の保健所あるいは保健行政の方は、都道府県によってぎりぎり持ちこたえたところとまだ余裕があったところがあると思いますが、お互いに情報交換して、それぞれ将来、自分の県がこうなったらどうすればいいのかということを議論し、次の新感染症に備えていくということが、非常に大事ではないかと思いました。**〈錦織〉**一つは結核対策に対してどういう影響が出て、どういうふうにしていくべきかという部分です。日本のようなある程度キャパシティが維持されたまま、とりあえずこの第一波を乗り越えつつある国。第二波がどうなるかわかりませんが、第一波を乗り越えたこの状態で考えると、新型コロナウイルスへの対策で引き上げられた政治レベル、公衆衛生の地位の上昇、あるいは予算にもつながってくるかもしれませんが、そういうものが長期的に見たら結核対策には非常にポジティブに作用していくと思います。

ただ、短期的に見ると、結核対策が受けたダメージはあるわけで、例えば一時的にサービスが後回しになっていた部分というのは必ずあって、1～2年のリカバリといいますか、結核対策をきちんと立て直すのにある程度の時間は必要になってくると思います。ただ新型コロナウイルス感染症を乗り越えた後の、少しリソースが増えた状態が継続すれば、結核対策においては比較的ポジティブではないかと。非常に強い敵と戦った後に古い敵に対処すると、案外今まで以上に対策が進むという可能性はあるかと思っています。それはもちろん、保健所のキャパシティとか政治レベルの高さというのがありますけど、感染症に対する市民の意識の高さもプラス要素でしょう。感染症対策自体が全社

会的な対策として進んだわけで、それはソーシャルディスタンスとかテレワークなども含めてですね。

ただ、同じ視点を途上国に移すと話がまったく違い、途上国で結核対策が受けたダメージはかなりのものがあります。途上国で結核対策が停滞したことにより、未診断の患者さんもかなり増加しているの見込まれています。おそらくこれまでの対策が10年分ぐらい後退する国も出てくる。対策を止めれば結核は蔓延します。止めた分だけ新たな結核感染が広がりますから、やはり途上国に対するダメージはかなり大きい。

さらにサービスが止まったことに対するダメージに加えて、もう少し長期に起こってくるのが経済からの影響です。経済の停滞が貧しい人たちをさらに貧困化し、それが結核の発症と蔓延としてあらわれてくる。途上国がポストコロナ（新型コロナ感染症後）の結核対策をどのように構築して乗り越えていくのかというときに、我々のようにおそらく比較的スムーズに乗り越えられる国が、途上国に対する支援を続けていかなければいけない。つまり新型コロナ感染症関連の支援だけではなく、結核対策に対する支援も強化していかなければいけないということだと思っています。

〈司会〉本日は結核対策の歴史、成果、課題についての知見を踏まえながら、新型コロナウイルスの世界的流行に対する対策についての振り返りを行いました。先生方には示唆に富む話をたくさんいただき、ありがとうございました。感染及び対策の状況は刻々と変化しています。この続きをぜひお願いしたいとの思いを強くいたしました。その折にはどうぞよろしく願いいたします。本日はありがとうございました。🐼