

## FASID 第 239 回 BBL セミナー報告（記録要旨）

テーマ：COVID-19 と保健分野の国際協力の展望

日時：2020 年 7 月 10 日（金）12 時 30 分～14 時 00 分

場所：Zoom ウェビナーライブ配信

講師：杉下 智彦 氏 / 東京女子医科大学医学部 国際環境・熱帯医学講座 教授

出席者：合計 82 名

発表要旨：

### 第一部：疫学・臨床学的内容

#### ● 参加者の予想アンケート

「アフリカにおける新型コロナウイルス感染症の今後の拡大・収束の予想」について参加者に対してアンケートを実施。結果は以下のとおり。

- ①増える：79%
- ②減る：5%
- ③変わらない：3%
- ④わからない：12%

79%の参加者が「増える」を選択したが、まさにそのような状態である。

#### ● 病気とウイルスの正式名称

新型コロナウイルスによって引き起こされる疾患は「コロナウイルス感染症（COVID-19）」、病原体となったウイルスは「重症急性呼吸器症候群コロナウイルス 2（SARS-CoV-2）」が正式名称である。

#### ● エボラウイルス発見に貢献したピーター・ピオット先生、COVID-19 罹患

最初に、ロンドン大学衛生・熱帯医学大学院学長のピーター・ピオット先生の手記を紹介する。ピオット先生はエボラウイルスの発見に貢献したウイルス学の研究者であり、これまで大病を患ったことがなかったが、今回 COVID-19 に罹患し、重症化し、入院にまで至った。71 歳という高齢であることが唯一のリスクファクターであった。手記の中で印象的であったのが、ピオット先生が入院した際、「同じ病室にホームレスとコロンビア人の清掃員とバングラデッシュ出身の男性がおり、その病室のピクチャーそのものが COVID-19 だ」と書かれていたことである。社会的弱者、仕事上人とのコンタクトが多い人々、貧しい人々が多く入院し、亡くなっているということが COVID-19 の特徴ではないだろうか。

#### ● エコシステムを見直す

COVID-19 は、保健システム、社会システムのあり方、さらには、人間と自然のつきあい、人間と経済のつきあい、これらを人類史上なかった形で再構築しなくてはならないことを迫る大きなパンデミックである。また、「私たちの国」、つまり、途上国、先進国問わず、世

界中で起きてしまった。これまでにないような形での危機管理が求められており、エコシステム（地球全体のシステム）について考え直さなくてはならない。

- **マラウイでの HIV パンデミック下の経験**

私が 1995 年に青年海外協力隊の外科医としてマラウイに派遣された頃、現地では HIV<sup>1</sup>のパンデミックが起きていた。私がいたゾンバという町の HIV 成人罹患率は 39%と、ピークを迎えていた。多くの方が亡くなり、私も 1500 人以上の HIV の方々の手術を行った。当時は治療薬がなかったため、罹患したら 10 年以内に亡くなるという恐怖の中で仕事をしてきた。毎日大勢の患者が病院に運び込まれ、病院は限界に達していたが、誰も手伝いには来てくれないというアフリカのリモート地域の苦しさを 3 年間味わった。当時は VCT<sup>2</sup>が導入され、診断はできるが治療はできないという、まさに、今の COVID-19 と同じ状況であった。検査なんか受けても死亡宣告されるだけだから受けなくて良いと言われていた。

アフリカの村社会では、このような危機を乗り越えようと、新しい儀礼が生まれ、宗教指導者が登場した。このようなポリフォニックな社会が反響して動いていると感じた一方で、やはり治療薬やワクチンの開発が究極のゴールであるとも痛感した。そこでの公衆衛生と予防医学の重要性を痛感した。

このように新興感染症は人間の社会変革を起こしてきた。アマビエのような未知のものへの恐れが形となり、社会変革のみならず文化変容を起こしつつ、何かにすがりたい、助けを求めたいという人々の心が、不確かさの中で拡大している。

- **ペスト流行とくちばし医者**

ペストが流行った中世、臨時で雇われたペスト医師はくちばしのようなマスクを付けて防護した（くちばし医者）。くちばし部分に薬草を入れ、「汚い空気」が体内に入らないようにしていた。彼らが現代の私たちに、「君は寓話と信じるだろうか？ 嘴（くちばし）医者の物語を」と語りかけている。まさにくちばし医者が現代に蘇ってきてしまった。また、将来にわたっても蘇ると思う。このペストが原動力となって文化や政治の変革であるルネッサンスが起きた。同様に、COVID-19 が、私たちがより地球にやさしく生きること、持続的な社会を作ることの原動力となり、私たちは変革を起こさないといけない。今変わらないとまた同じようなことが起きてしまう。

- **西アフリカ 3 ヶ国でのエボラウイルス病流行**

最近、西アフリカ 3 ヶ国でエボラウイルス病が流行した際、アメリカが港や国境を封鎖するため軍隊を投入した。現代の世界を牛耳るためには「核」と「ウイルス」しかないと言われている。「ウイルス」を手に入れて、自分たちだけが有効なワクチンや治療薬を開発し、

---

<sup>1</sup> HIV: Human Immunodeficiency Virus（ヒト免疫不全ウイルス）

<sup>2</sup> VCT: Voluntary Counselling and Testing（自発的カウンセリング・HIV 検査）

それを誰にも渡さなければ、世界を滅ぼすことができる。故に、エボラウイルスをテロリスト等が持ち出さないように、国境を封鎖した。

今回の COVID-19 のように、感染症が急激に拡大すると、経済も社会も分断されてしまうため公衆衛生的なアプローチを講じる必要がある。そのアプローチは、これまでのアフリカのパンデミックの経験で培ってきており、それが今回の COVID-19 パンデミック下で功を奏している。リベリアで実施したエボラウイルス病からの復興支援では、プライマリーヘルスの充実とデータマネジメント能力の強化を通じて、感染者のクラスター対策等ができるように人材育成を行った。リベリアでは、コミュニティヘルスワーカーたちが、低い賃金にもかかわらず、一生懸命コミュニティのための防疫活動を行っていた。コミュニティの再生のために自分たちが貢献しなくてはいけないという気持ちにあふれ、尽力していた。

- **COVID-19 パンデミックの流れ**

ここで、今回の COVID-19 パンデミックの流れを振り返ってみたい。WHO がパンデミック宣言をし、イギリス、フランス、アメリカ（ニューヨーク）がロックダウンを実施し、これまでにないような対応で感染拡大防止を行う事態に陥った。日本も感染爆発の重大局面を迎え、緊急事態宣言を約 1 ヶ月実施した。自粛要請ではあったものの、多くの人が守り、感染爆発を未然に防いだ。

リスク（予防する段階）からクライシス（危機）に入ってしまった。クライシスマネジメント（その危機の中でどのように判断し、どのように動くか）に関して様々な意見が出てきたが、みんなで行わなくてはいけないという状況で、自治（autonomy）が生まれた。

- **医療崩壊による命の選択**

医療崩壊が起きてしまった地域では、命の選択が始まった。欧米の一部の国々では、予想以上の死亡率となり、その多くは高齢者である。高齢者の命を諦めなければ、若い人々の命を助けられないという状況にまで陥った。日本はそのような事態までには陥らなかった。

- **PCR 検査の精度と実施**

COVID-19 の特徴として、潜伏期（無症候期）が長いということある。無症状・軽症状の患者が全体の約 17%を占める。症状が出るまでに時間がかかるため入院するまでの間に周囲に感染させてしまう。これを防ぐためにはどうしたら良いか？検査をすれば良いという話ではない。PCR 検査をしても、検査の精度（感度）があまり高くないので、感染者を陽性と捉えることができない場合がある。つまり、見落としてしまう可能性がある。また、過剰に陽性（偽陽性）という結果を出してしまうリスクもある。無症状の人が PCR 検査を受けて陽性の判定を受けた場合、実際に COVID-19 に感染している確率は 6.5%とされている。故に、現在の PCR 検査の精度（感度・特異度）では、検査の件数を増やすと多くの人々が実際は感染していないにも関わらず陽性と判定されてしまう。すると、陽性と判定されたために、入院等で隔離されなくてはならなくなり、病院のベッドキャパシティを超えてしまい、膨大なコストがかかることになり、医療崩壊を起こしてしまう。そのような事態は回避しな

くてはいけない。有症状かつ医師が、入院治療が必要と判断したケース、濃厚接触者、帰国者等のハイリスクグループに対して PCR 検査を実施することで、的確に陽性と判断する確率が上がる。このような理由から、ハイリスクグループ以外の人に対して PCR 検査を実施することはあまり意味がないと以前から言われている。途上国においても、むやみやたらに、みんなに対して PCR 検査を実施するというのは、コスト的にもキャパシティ的にも意味がない。

日本の場合、陽性者一人に対して、また、死亡者一人に対して検査した数は世界でもトップクラスである。つまり、検査していないわけではなく、クラスター対策でトレースし、ターゲットを絞って実施している。陽性者がいれば、その周囲の濃厚接触者をしらみつぶ的に検査するということが大切である。テドロス WHO 事務局長も「Test every suspected case!」と言っている。

- **COVID-19 のサブタイプ**

現在、COVID-19 の遺伝的サブタイプが世界中を駆け巡っている。最初に武漢で感染拡大したものと欧米で流行しているものはタイプが異なる。国際交流が広がれば広がるほど、さらにインタラクションし、また戻ってきたり、新しいタイプが入ってきたりしてしまう。また、スーパースプレッダーと呼ばれる何人もの人に感染させてしまう人が出現すると、クラスターが発生してしまう。

- **超過死亡数**

ニューヨークやパリでは、COVID-19 そのものではなく、関連する病気による死亡数が急激に増えており、通常の前測よりも死亡数が多い超過死亡が起きている。COVID-19 の影響によると言われている。日本の場合、今までのデータを見る限りでは、COVID-19 による超過死亡はなく、むしろ、色々な予防をしたため、インフルエンザ等が減り、超過死亡数は減っている。

- **COVID-19 の新薬・ワクチンの開発**

現在、COVID-19 の治療薬やワクチンの開発が進められている。しかし、獲得免疫が疑問視されている。インフルエンザのように、完全には獲得免疫ができないタイプのウイルスの可能性もある。ウイルスに対するワクチンの効果は限定的という見方が強くなってきている。

- **COVID-19 の症状と経過**

発症から 1 週間程度はかぜ症状、その後、呼吸困難、咳・痰等の症状が現れ、急激に悪化したらその一途を辿る。また、潜伏期間が長いという特徴がある。

発熱が最も多い症状である。続いて、咳、だるさ等が多い。消化器症状は少ない。呼吸困難、味覚・嗅覚異常もよくみられる。臨床では、感冒症状、発熱、白血球正常値、CRP<sup>3</sup>高値、胸部 CT 異常（胸部レントゲンでは異常が見られないことが多い）、味覚・嗅覚異常が

---

<sup>3</sup> CRP（C 反応性蛋白）：身体の中で炎症が起きているときに血液中で増加するタンパク質。

ある場合、COVID-19 の可能性が高いと言われている。症状が早く現れるインフルエンザとは異なり、無症状で無自覚な期間が長いので、この間に感染が拡大してしまう。

- **「高齢者だけが死ぬ病気」ではない**

入院患者の55%が64歳未満、ICU<sup>4</sup>入室患者の38%が64歳未満、死亡患者の21%が64歳未満であり、決して「高齢者だけが死ぬ病気」ではない。日本では若い人の死亡数は少ないが、アフリカでは若い人が亡くなっている。

人工呼吸器やECMO<sup>5</sup>等の最重症者に対する治療が有限である場合、多くの人々が重症で病院内に殺到すると、医療崩壊を起し、治療の機材を助かる可能性の高い人に優先的に使用することになる。

- **無症候感染者からの感染拡大**

私たちがCOVID-19に罹患しても無症候かもしれない。感染者の5人に1人は無症候と言われている。その無症候の人が出歩くと、短時間で多くの人を感染させる。その人が20人の人に感染させたとしたら、1人は亡くなり、4人はICUに入院し、さらに4人の新たな無症候感染者を生み出してしまう。故に、外出自粛やロックダウンの必要性がある。

- **日本の基本戦略**

日本の場合は、クラスターを早期発見し、しらみつぶしに検査し、入院させたという戦略が良かった。また、高齢者を見捨てることなく、高齢者であっても重症であれば、集中治療を行った。元々の保険制度が充実していたことや、医師の熱意もあったと思うが、重症者への治療をしっかりと実施できたことが良かった。さらに、私たち自身が行動を変え、発熱時は自宅待機するようにしたり、3密を避けたり、自粛要請に応えたりしたことで、感染者数を抑えることができた。

- **日本の高齢化率は最も高いが、死亡数は欧米の1/100以下**

日本は高齢化率が世界で一番高いにもかかわらず、COVID-19の死亡数は欧米の1/100以下に抑えられている。高齢者に対して医療を充実させてきた結果であり、そのような医療制度がCOVID-19に対して強かったと言える。今後、アフリカやアジアにおいて、このようなニーズが出てくると思う。

- **今後の対策**

高齢者と基礎疾患を持つ人に対してリスク管理を行う。高齢者はインフルエンザや肺炎球菌のワクチンを接種し、COVID-19以外の病気の予防にも努めることや、基礎疾患のある人は治療を受け、COVID-19禍においても治療を継続することが強く推奨される。アメリカでは、亡くなる時の「ケアプラン」を作成することを推奨しており、医療崩壊が起きた時、ど

---

<sup>4</sup> ICU: Intensive Care Unit (集中治療室)

<sup>5</sup> ECMO (体外式膜型人工肺) : 重症呼吸不全患者または重症心不全患者に対して行われる生命維持法。

ここまで治療を行うかという線引きができるように進めている。そのくらい事態が深刻になってしまった。

## 第一部：質疑応答

Q1. アフリカではロックダウンを実施したことで経済的に打撃を受けた人々が、「私たちはコロナで死ぬ前に飢餓で死んでしまう」と訴えているというニュースを聞いた。今後、アフリカにおける COVID-19 の動向を見ていく上でどのような点に注意する必要があるか？

A1. アフリカの感染拡大が比較的緩徐であった理由の一つは、多くの国において、感染者数が少ない時点で、早期にロックダウンしたことであった。エボラウイルス病や HIV 等の教訓をもとに、早く対応することで早く経済回復できると考えた。しかし、ロックダウンを行っても、感染拡大が続いてしまい、今、急激にロックダウンを解除している。その justification（正当化）として、若い人の感染が多いので死亡することは少ないという見立て、近い将来に治療薬が開発されるという期待、困窮によって人々が飢えてしまうという問題、国家への不信や暴動を回避したいという思い等が挙げられる。

また、COVID-19 以前からスラム街では食料を求める動きがあるにもかかわらず、COVID-19 によるものと偏重報道しているという報告もある。アフリカにいる友人からは、多くの人が外出自粛を守り、それが正しいことと考えていると聞いている。スラムにいる賃金労働・インフォーマルな仕事で生計を立てている人々にとってロックダウンは厳しいが、地方は少ないコンタクトで自分の資源を得られる村社会なので、ロックダウンしても生き延びられる。ロックダウンに対してアフリカは日本よりもレジリエントであるかもしれない。

## 第二部：COVID-19 の最近の動向

### ● 今後の鍵は高齢者を守り切ること

東京では第 2 波が起きているが、COVID-19 で亡くなる人は少ない。亡くなる確率が低い若い人の間で、夜の営業、家庭内、職場、学校での感染が増えている。故に、再度の自粛要請には至っていない。自粛要請するかどうかは、若者の感染が高齢者に移行するかどうかによる。高齢者施設、リハビリ施設、病院等でクラスターが発生したら、医療崩壊につながる。今、ニューノーマルと言われる生活の中で、いかに若い人の感染を高齢者や基礎疾患のある人に持ち込まないかというアイデアが求められている。例えば、若い人が行く病院と高齢者が行く病院の区分け等、若い人と高齢者の動線を区分けする。つまり、いかに高齢者を守り切るかということが今後の鍵である。若い人と高齢者が交わることや高齢者同士が密になることは避けた方がよい。

### ● 夜の営業での感染

歌舞伎町等の夜の営業においては、クラスター対策が難しく、感染が拡大してしまう。しかし、歌舞伎町でも検査するようになってきており、素晴らしいと思う。

- **世界の感染状況**

アメリカ、スウェーデン、ブラジル、インドで感染者が急増しているが、死亡数はそれほど増えていない。アフリカでは、エジプト、南アフリカ、ケニア、ガーナのデータを見ると、いずれもうなぎのぼりである。トレースできていない部分もあるためデータより感染者数も死亡者数も多いと考えられる。

北米や欧州での感染は一気に急激に広がるロケット型であった。中南米ではじわじわと増加した。アジアは早期の対策をとっていたこともあるが、それにしても他地域と比較して格段に感染者が少ない。この理由は交差免疫ではないかと言われている。すなわち、アジアでは、多くの人々が過去に今回の新型コロナウイルスに似ているウイルス（風邪等）に感染したことがあり、新型コロナウイルスに対する免疫があったのではないかと言われている。

- **アフリカの感染状況**

アフリカは依然ピークが見渡せない形で増えている。アフリカでは若い男性の感染が多い。アメリカのデータから、黒人のアンドロゲン（男性ホルモン）が感染しやすい原因なのではないかと言われ始めている。まだ確証はない。

長崎大学の増田先生の研究によると、エチオピアでは COVID-19 で亡くなったケースの中で高齢者と若い女性が多いと報告されている。若い女性が亡くなる理由として、元々免疫不全だった、妊娠していた等が考えられる。今後、データが蓄積され、原因が明らかになれば、これまでにない対応が必要となる可能性がある。

- **アフリカの課題**

アフリカでは首都に病院が集中しているので、医療体制を地方へ分散させ、また、検体輸送等のロジスティックを確立して迅速な検査が可能な体制を整備することが今後の課題である。さらに、重症者を助けるために、集中治療ができる場所、機器、人の整備が必要である。

アフリカの COVID-19 による経済損失も大きい。これに対して、国際社会が団結し、債務を帳消しにする、新しいキャッシュトランスファープログラムを考案する等、何かしらの対策をとることが求められる。日本も、自国の経済対策と連帯して、アフリカへの対策をとる必要がある。アフリカから資源が輸入できなくなれば、日本の産業も困ることになる。

- **貧困と COVID-19**

英国インペリアルカレッジのグループは、途上国の貧困層における COVID-19 感染拡大の影響を、手洗い施設の有無、保健医療施設へのアクセス、在宅勤務のキャパシティの3点から試算し、最貧困層での死亡の可能性は、裕福層と比較して 32%もの超過死亡があると試算しており、途上国における医療システムの公正性（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）の重要性を訴えている。

アフリカでは貧困世帯の方が、家族メンバー数が多く、密集している傾向にある。また、貧困世帯の方が若い人と高齢者が多い（その間の世代は出稼ぎ等で外に出ている）。このような貧困層の居住や仕事のあり方にまで踏み込んで対策を考える必要がある。

また、アフリカでは宗教サービスに参加する人が多いので、密を避ける新しい宗教のあり方を考える必要がある。

農業・栄養関連の論文も出てきている。収穫前（6～8月）の時期は食糧が少なくなるので、栄養不良に陥りやすい。栄養不良になると、免疫力が低下するので、感染しやすくなる。感染すると、農作業が出来なくなるので、食糧生産量が減り、飢餓につながる。こういうことを防ぐための季節的な戦略が必要となってくる。

- **なぜアフリカで COVID-19 の感染が爆発的に拡大しないのか？**

過去の HIV やエボラウイルス病等のパンデミックの経験、圧倒的に若い人口構成、基礎疾患のない高齢者、社会的距離が適切、ロックダウンが容易、自給自足の社会が残っていることがアフリカでの COVID-19 の爆発的感染拡大を防いでいる。

一方で、圧倒的に弱い保健システム、HIV などの免疫不全や栄養不良の存在、併存する感染症や母子保健課題、スラムなどでの最貧困地区の存在、アフリカの特徴的な規範や儀礼、新たな差別偏見の助長、強権的国家の台頭等に注意する必要がある。

- **COVID-19 に関する国際公共財への取り組み**

新薬・診断・ワクチン等の開発に関する WHO、ゲイツ財団、グローバルファンド等による「国際連帯」の枠組み「ACT-Accelerator」が 2020 年 4 月 24 日に設立され、WHO は 30 ヶ国以上の賛同を得て「新型コロナウイルス・テクノロジー・アクセス・プール」(C-TAP) を 2020 年 5 月 29 日に設置した。日本やアメリカはこの 30 ヶ国に入っていない。

- **先進国の経済的ダメージの波及**

アフリカで経済危機が起きても、今まではヨーロッパ等の先進国で働くディアスポラ<sup>6</sup>によって支えられていたが、COVID-19 禍では先進国も経済的ダメージを受けたので、ディアスポラも職を失い、本国への送金が減少してしまった。

- **アフリカに対して日本が協力できること**

最近出た論文では、最初の一年間でアフリカの人口の 22%（2 億 2,300 万人）が新型コロナウイルスに感染し、15 万人が死亡すると予測されている。このような事態を回避するには、今、何かしなくてはいけない。日本で成功したファクター（発熱時の自宅待機、3 密回避、クラスター対策、自粛要請）のような支援を今すぐ実施すべきである。ロックダウン解除後の感染モニタリング、新しい行動様式の導入、高齢者を守る医療の展開（若い人と高齢者の分離）の戦略が各国に必要である。

- **ウイルスと共存する社会の創造**

人間が農業資源や鉱物資源を自然・野生の中で求めたことが新興感染症のきっかけとなる。このような人間の行動を促す資本主義・経済優位社会を見直す必要がある。貨幣に依存しないウェル・ビーイング (Well-being) のような新しい価値観・規範の構築が今後の鍵である。

---

<sup>6</sup> ディアスポラ：離散して古郷以外の地に住む人。また、その共同体。

自然への畏敬・畏怖の念がある人々は、ウイルス（新興感染症）に対して強いのかも知れない。自然との距離をとるので新しいウイルスを生み出さない、もしくは、コミュニティの中で処理して外に広げない。個人的には、そのような伝統的社会に光を当てても良いのではないかと考えている。また、アフリカはHIVやエボラウイルス病を乗り越えた経験より自己効力感が高いのではないかと考え、COVID-19感染状況との関連を調べ始めている。

● **アフリカ（途上国）における新型コロナウイルス感染症の対策で最も重要なことは何か？**

新型コロナウイルス感染症の対策で最も重要なことについて、様々なアイデアがあると思うが、「連帯」が必要であると思う。「私（I）」が感染したということは「私たち（We）」が感染したということ。「私（I）」から「私たち（We）」へ、日本だけでなく世界、さらには人間だけでなく自然（動物、植物）を含む地球全体のことを考えていかななくてはならない。

## 第二部：質疑応答

Q2. 日本では感染者を抑えられたと言っていたが、最近また新規感染者が増え、検査数も増加している。再度の経済活動への自粛要請は現実的でないと思うが、今後の動向についてどのように考えるか？

A2. 第2波は既に起きている。これ以上広げないための新しい戦略は必要と考える。夜の街で広がったことでクラスター対策が非常に難しくなったと思うので、一定の自粛は必要と考える。一方、高齢者施設のクラスターは発生しておらず、病院でのクラスターも限定的なので、守るべき人は守れていると思う。今後、高齢者の間や病院内での感染が拡大するようであれば、より厳格な自粛が必要になってくる。高齢者の感染が増えれば、死者も出てくるので、高齢者の感染状況が見極めるポイントである。

Q3. アフリカのコロナ対策支援は急務だと考える。渡航制限下、どのようなアプローチ方法が必要か？ネットインフラやオンライン診療等の有効な方法があれば教えてほしい。

A3. 個人レベルでは、アフリカの友人から胸部レントゲン写真やCT画像が送られてきて診ている。このようなリモート診断をシステム化して取り入れようとしている日本企業もいる。株式会社Africa Scanは呼吸器の使い方や発熱外来の設置方法等の医療従事者向けのオンラインコンテンツを登録制で公開しており、登録者数を増やしていると聞いている。国際機関は新しいキャッシュトランスファープログラムや福祉支援を、貧困層を中心に始めようとしている。現地へ渡航できない状況下では、いくつかの団体を通してアプローチしたり、国際NGO等と協力したりといった方法があると思う。

Q4. 水・衛生分野において、渡航制限下で、アフリカ等に対してどのような支援ができるか？

- A4. スラムでの手洗い普及を妨げる一番の原因は手洗いする水がないこととされている。手指衛生用アルコール導入の案が出されても、「そのお金はどこから出るのか？」となってしまう。渡航ができない中では、例えばファブラボのようなところを通じて衛生器具等を作るという取り組み方がある。アジアを中心に始められていると聞いている。しかし、本来は、平時に支援しておくべきことで、このような状況下でこの分野の支援はなかなか難しい。
- Q5. ワンヘルス (One Health) について、JICA 等の国内組織や他の国際的な組織ではどのように捉えられているのか？
- A5. 先日、ガーナの WFP (国連世界食糧計画) にいる方にワンヘルスについて話を聞いた。野生動物との接触、人畜共通感染症、開発・乱開発の影響、食用目的で野生動物を捕獲することを生業とする人々をどうサポートするか等の話し合いは、FAO (国連食糧農業機関) と WFP を中心に行われており、JICA もその議論に加わっていると聞いている。ワンヘルスは今まさに取り組むべき課題として、狩猟文化や食文化の新しいあり方が検討されている。
- Q6. 貧困とコロナ対策をどう折り合いつけていくかという話があったが、難民や移民等の移動を余儀なくされる人々の移動がコロナによって深刻な影響を受けるのではないかとされている。医学の観点から、人々の大移動は具体的にどのような危険性があり、どのように折り合いをつけることが必要か？
- A6. 戦争・内戦・テロ等の政治的な理由、もしくは、今回の九州で起きた洪水等の自然災害によって人々が移動せざるを得ない状況で、動線や居住空間における密集をいかに防ぐかということを実際に考える必要がある。COVID-19 によって停戦になった内戦の例のように、これを機に政治的な決着ということもあり得ると考える。そうでもない限り、対立する両民族共に滅びてしまい、世界に波及してしまう。やはり、連帯感、すなわち「We」の意識を皆が事前に持ち、このような危機でその意識が発揮されることが求められると考える。
- Q7. 地球が許容できる人間の生活を真に求めるのであれば、これ以上の人口増加は許容できない。COVID-19 から高齢者を積極的に守ることは本当に必要か？
- A7. 大量生産・大量消費が地球の成長限界を脅かしているとする、高齢者の生産性は低いかもしれないが、生活そのものの質は地球にやさしい。高齢者を家でみるのではなく、施設に預けているからクラスターが発生してしまうというようにも見えるが、これは、高齢者の問題ではない。このように、貨幣経済・資本主義がもたらす負の側面がコロナによってあぶり出されている。現代の仕事と暮らしのあり方が、生産性を追求しており、私たちは一生懸命お金を稼いで、税金を払うことで国家の収益事業を手伝っている。そう考えると、仕事や家庭のあり方、さらには自然との付き合い方を考え直しても良いのではないかと個人的には高齢者を大切にしたい

と思っている。大量生産・大量消費がどこで起こっているのかを振り返るいいチャンスであると思う。

Q8. 第一部でコミュニティヘルスワーカーが活躍されているという話があったが、そのような地域/ヘルスシステムの中では、どのようにコミュニティの人々に地域保健活動に参加してもらっているのか？また、どのような課題があるか？

A8. コミュニティヘルスワーカーはボランティアが若干の手当てをもらいながら引き受けているので、正規で雇われているわけではなく、コミュニティが手当ての費用を捻出しながら雇っている。非常時には、医療従事者の人手が足りなくなり、医療崩壊につながってしまう。コミュニティヘルスワーカー/ボランティアの役割として大切なのは、各世帯を回り啓発活動を行うこと、在宅でケアを実施すること、病院で支援を行うことである。

最近、私の研究で面白い結果が出た。世界中で何の医療資源が一番必要であったかということをもデータから調べた。医師の数は COVID-19 感染状況とあまり関連がないが、看護師・保健師の数が多く国は優位に助かっている状況であり、その数が少ない国は良い状況でない。重症者の看護ニーズが高いので、それを担う人材が多くいるところは多く患者を助けられる。医師が多くいても、治療法がないので、状況はあまり変わらないが、ケアができなくなると死亡につながってしまう。このような結果をもとに、人材配置やボランティアの起用が戦略化される必要があるという方向で執筆を進めている。

Q9. 若年者と高齢者の受診先を病院単位で分けることは現実的か？どのような進め方が考えられるか？

A9. 現在把握している限りでは、年齢による区分けを実施している国内の病院はないが、感染者と非感染者だけでなく、年齢による区分もあり得ると考える。今後、数年に亘り COVID-19 の流行が続くようであれば、若い人と高齢者のインタラクションを減らすような新しい医療システム設計が必要となる。高齢者は病院に行くだけで具合が悪くなることもあるので、在宅でケアできる体制をつくるのが良いかもしれない。

以上