Special Interview

ダイヤモンド・プリンセス号から学ぶ教訓

一般診療とコロナ診療の体制をバランスよく構築することが課題

正林 督章
（前厚生労働省健康局長、厚生労働省参与）

全国で3回目の新型コロナウイルスのワクチン接種が動き出し、治療薬開発の目途も立っている。だが、未だ全世界では新型コロナが猛威を振い、各国は警戒を緩めていない。わが国では2月18日、新型コロナウイルスにおける「まん延防止等重点措置」に関し、新たに17道府県を3月6日まで延長した。日本での新型コロナウイルスの本格的な防疫対策の始まりは、2020年1月のクルーズ船『ダイヤモンド・プリンセス号』への対応が記憶に新しい。その際、本格的な船内検疫と防疫対策にあたったのが、今回紹介する正林督章（しょうばやし・とくあき）氏である。本紙では、感染症対策の基本的な考え方、医療体制（検査体制）公衆衛生体制）について、ダイヤモンド・プリンセス号から得た教訓を中心に、医学生時代に直面した発展途上国での感染症対策、医系技官を目指した動機などを伺った。聞き手は早坂鄂理事。

――新型コロナウイルス感染症の国内動向についてお聞かせください。

私たちは昨年夏までに新型コロナウイルス感染症（以下、「新型コロナ」）の大きな波を5回経験しています。そして、新規陽性者数の波の形を見ると、回数を重ねるごとに、より高く、さらに感染拡大期間が長くなっています。そして第5波で見ると、過去に比べて「重症化率」「致死率」が下がっています。一般的にパンデミックが起きると、ウイルスの感染力が高まって拡大していきます。その一方で、ワクチン開発が行われ、予防接種や感染を通じて体内に免疫抗体ができ、重症化しづらくなる傾向があります。

わが国は第1波から第5波を経験し、今回の第6波となる「オミクロン株」の拡大については、明らかに過去の波よりも感染拡大のスピードが速いです。すでに第5波で最も感染者数が多かった2021年8月20日の2万5851人を超えています。オミクロン株の病原性は、デルタ株より軽度と言われていますが、陽性者の波から2、3週間遅れて重症者や死亡者が増えていきます。過去のパンデミックと同じ形を辿っているのか、もう少し様子を見る必要があります。

――感染防止対策の基本的な考え方をお聞かせください。

基本的な考え方は、パンデミック当初と同じストラテジーです。感染症対策の基本原則は、政府や行政が介入しながら、感染のタイミングを後ろにずらし、感染の波の高さをできるだけ低くすることです。感染が小規模になったうちに積極的疫学調査を行い、濃厚接触者を同定して集団発生を防ぎ、感染拡大を抑制します。そうすることによって、時間稼ぎをしながら新しい治療法やワクチン開発が進められ、医療提供体制を守ることにも繋がります。

どうしても感染拡大が防げない場合は、「社会的介入」（公衆衛生対策）を行います。つまり、接触する機会を減らすために「緊急事態宣言」を発令します。

これにより感染の波が小さくなれば、社会的介入は必要なくなるので、緊急事態宣言を解除して、保健所による積極的疫学調査（クラスター対策）を行い、極力、小波で済むようにします。感染が小規模で再度、緊急事態宣言を発令し、時間稼ぎをしながら、より良い効果が得られるワクチンと治療薬の開発を待ちます。

ある程度、感染の拡大を防げるようになり、仮に感染しても重症者数、死亡者数を減らすことができるようになれば、パンデミックではなくエンデミックに移行したと言え、コントロール可能な風邪に変わっていくのではないかと思います。

――新型コロナが蔓延した当初、「医療体制」「検査体制」「公衆衛生体制」構築時の苦労についてお聞かせください。

医療体制についてですが、感染拡大が始まった2020年2月頃は「何が起きているのか分からない」状態でした。それは国民も医療従事者も同じ認識だったと思います。そのため、医療従事者は「自分が感染するのではないか」という不安を抱えつつも、風評被害などを心配されたため、協力が得にくかった時期がありました。もともと、行政では感染症の指定医療機関を整備していましたが、各都道府県に数床しかなく、それは、指定感染症の「1類感染症」を想定したもので、例えば「ラッサ熱」「マールブルグ病」「エボラ出血熱」など、恐ろしい感染症が流行した時に対応することを目的に用意されているものでした。

そのため、今回のようにパンデミックが発生した時には、2009年の新型インフルエンザ同様に、できるだけ多くの一般医療機関の協力を得ながら、医療体制を作ることが不可欠でした。

しかし新型コロナでは、当初、想定していた医療体制は築けず、また、新型コロナ感染者を受け入れたことが医業収益の減収などに繋がり、多くの医療従事者に負担がかかりました。そのため、行政としてはできるだけ空床を用意して、いつでも患者を受け入れることのできる体制を構築するため、空床確保のための財政補填策（補助金等）や、感染者を受け入れた場合、より高い診療報酬が入るような形を取ることにしました。この点は財務省と協議しながら進めましたが、財政的な補助・支援を実行するにはかなり苦労しました。

また検査体制については、当初は検査を行うキャパシティーが大きくなかったため、ニーズに応じる検査総体制は組めずからかったと思います。2020年4月の第1波は、今に比べれば非常に小さな波でしたが、検査体制が十分に整っていなかったために感染が広がり、そして検査を希望する国民の声に応えるだけのキャパシティーも提供できませんでした。当時は、特定の症状がある場合は保健所に連絡し、陽性などが入院されたとしたっての流れで、隔離施設を中心に行ってきました。しかし、保健所への問い合わせが多く、検査の手配などの体制が追いつかず、また、当時は検査を促しても、検査結果が出るまでの時間がかかる事態が度々発生しました。2020年夏前になると、キャパシティーも大きくなってきたので、国民の二ーズにも応えられるようになりましたが、第2波、第3波とだんだんと波の高さが大きくなっていき感染のスピードが速くなったため、急激な感染拡大に追い付けない状況があったと思います。そして公衆衛生体制については、急激に感染者数となっていますが、日本で同じ状況になれば、重大な問題になります。人の命に関する考え方が違うのか、欧米の人の寛容さが出ているのかもしれません。

今回の新型コロナで難しいのが、経済とのバランスをどう取っていくかという点です。トランプ政権もそうでしたが、アメリカもイギリスも経済を重視して、マスクの着用を自由に選択できるなど、通常の生活を送ってもらい、多少は感染が広がってもいいというスタンスでやっている印象を受けました。

一方で、中国、台湾、ニュージーランドのように、日本以上に徹底的に感染を抑えていく国もあります。では「日本は？」というと、その中道といったところだと思います。経済もある程度重視しつつ、ロックダウンは法的に行えないので、政府から国民に対して感染防止に必要な考え方を示し、緩やかな社会的介入に留めました。

結局、どの国のどの感染対策がよかったのかは、最終的には世界保健機関（以下、「WHO」）に評価してもらうのがいいと思います。その国々で経済との兼ね合いで、どのやり方が合っているか判断し、感染対策を行っていくものだと思います。何が正解なのかは、まだ現時点では特定することは無理があると思います。

――「5類感染症」に引き下げるべきとの議論もあります。この点についてはいかがしょうか。

定感染症の「5類感染症」相当への引き下げについては、まだ時期尚早だと思います。ワクチンがきちんと普及して、治療薬で重症者や死者が減らせるようになり、それが普通に使えるようになることが前提です。そうなれば、いずれ風邪と同じようになる日が来ると思います。

今、様々な場所で指定感染症の分類について議論していることは承知していますが、今の段階で「風邪と同じ」と判断することは、早いと思います。オミクロン株は感染力は強いが症状は軽度と言われていますが、今後、重傷化率や致死率が増えるのか、風邪と比較してどうなのか、そういう評価は今の段階ではできていません。そういう評価を待って、我々が許容できるところまで来れば、5類扱いすることなどの検討の余地が出てくると思います。

ご理解いただけませんが、医療機関が日常診療をやっていく中で、同時並行的に感染症と対峙しないといけない現実を忘れ、新型コロナの診療体制ができていないと報道するのはいかがかと思います。

私は厚労省で健康局長として、「がんの診療」「がんの予防」「循環器系の疾患の予防・治療」など、一般診療を考えながら、同時に新型コロナの診療体制を組むことを考えてきました。そのため、新型コロナに医療資源を集中しすぎて、結果的に自殺者が増えてしまう、あるいはがんの発見が遅れてしまい、亡くなる方が増えてしまう、そういう事態を極力少なくする必要があると考えていました。

医療全体の中で、一般診療と新型コロナ診療の体制をバランスよく構築すること―これが最大の課題であり、今後も向き合っていかないといけないと思います。そのためにも、既存の医療体制だけではなく、入院へ移行する前の方に一時的に酸素だけを供給する場所を医療機関扱いにしたり、ホテルや自治体の施設などに病床を置いて臨時の医療施設としたり、新しい体制の構築をさらに進める必要もあります。また、感染者が増えた時に、宿泊療養施設、あるいは自宅療養するケースが多くなると思いますが、訪問診療による見守りや、電話一本で入院の必要な方をすぐ搬送できる体制を作ることも、今後の課題かと思います。

――本年1月末時点で、フランスでは新型コロナ感染者が50万人、イタリアでは18万人となっています。諸外国の対応についてはいかが思われますか。

国によって、まったく考え方が違うのだろうと思います。数字で見たら感染者数、重症者数および死亡者数は、日本と2桁異なります。イギリス、フランス、ドイツ、イタリアなどは、日本の10倍～100倍の感染者数や死亡者数となっています。

しょうばやし・とくあき　1989年に鳥取大学医学部卒業。都立豊島病院勤務を経て1991年に厚生省入省。1996年にロンドン熱帯医学公衆衛生学校に留学。1999年世界保健機関（WHO）ジュネーブ本部勤務。2001年に厚生労働省復帰後、生活習慣病対策室室長補佐に就任し、健康日本21や健康増進法制定作業に携わる。2003年から島根県に出向し、健康福祉部長を経て2006年結核感染症課感染症対策企画調整官、2011年より同課課長。2014年がん対策健康増進課長、2015年より健康課長。ここで健康増進法改正作業に携わる。2018年国立がん研究センター理事長特任補佐、2019年環境省水・大気環境局審議官、そして2020年8月より厚生労働省健康局長。2021年9月退官し、現在は厚生労働省参与に至る。
また正林氏は西郷隆盛の弟「西郷従道（さいごう・じゅうどう）」の玄孫（やしゃご）にあたり、同氏の祖母の旧姓は「西郷」。西郷従道は明治政府の政府側として西南の役（または「西南戦争」）に就き、西南の役以降は、文部卿、陸軍卿、農商務大臣、内務大臣、海軍大臣等を20年近く務めた。

世界57カ国から乗員1,068人，乗客2,645人の計3,713人が搭乗していたダイヤモンド・プリンセス号。2020年1月25日に香港で下船した男性が新型コロナウイルスに感染していたことが判明。香港から連絡を受けた厚生労働省は検疫を実施。２月４日には31人中10人から新型コロナウイルスが検出された……

既存の医療体制だけでなく新しい体制の構築

――医療体制はどうしたらよいでしょうか。

メディアの一部が経済重視の観点から、医療体制が十分に機能していないと報道していますが、私から見ると、メディアが指摘するような状況である医務従事者は、ほとんどいないと思っています。世の中の人には中々ご理解いただけませんが、医療機関は普段、通常の診療をしています。医療機関が日常診療をやっていく中で、同時並行的に感染症と対峙しないといけない現実を忘れ、新型コロナの診療体制ができていないと報道するのはいかがかと思います。

私は厚労省で健康局長として、「がんの診療」「がんの予防」「循環器系の疾患の予防・治療」など、一般診療を考えながら、同時に新型コロナの診療体制を組むことを考えてきました。そのため、新型コロナに医療資源を集中しすぎて、結果的に自殺者が増えてしまう、あるいはがんの発見が遅れてしまい、亡くなる方が増えてしまう、そういう事態を極力少なくする必要があると考えていました。

医療全体の中で、一般診療と新型コロナ診療の体制をバランスよく構築すること―これが最大の課題であり、今後も向き合っていかないといけないと思います。そのためにも、既存の医療体制だけではなく、入院へ移行する前の方に一時的に酸素だけを供給する場所を医療機関扱いにしたり、ホテルや自治体の施設などに病床を置いて臨時の医療施設としたり、新しい体制の構築をさらに進める必要もあります。また、感染者が増えた時に、宿泊療養施設、あるいは自宅療養するケースが多くなると思いますが、訪問診療による見守りや、電話一本で入院の必要な方をすぐ搬送できる体制を作ることも、今後の課題かと思います。

――本年1月末時点で、フランスでは新型コロナ感染者が50万人、イタリアでは18万人となっています。諸外国の対応についてはいかが思われますか。

国によって、まったく考え方が違うのだろうと思います。数字で見たら感染者数、重症者数および死亡者数は、日本と2桁異なります。イギリス、フランス、ドイツ、イタリアなどは、日本の10倍～100倍の感染者数や死亡者数となっていますが、日本で同じ状況になれば、重大な問題になります。人の命に関する考え方が違うのか、欧米の人の寛容さが出ているのかもしれません。

今回の新型コロナで難しいのが、経済とのバランスをどう取っていくかという点です。トランプ政権もそうでしたが、アメリカもイギリスも経済を重視して、マスクの着用を自由に選択できるなど、通常の生活を送ってもらい、多少は感染が広がってもいいというスタンスでやっている印象を受けました。

一方で、中国、台湾、ニュージーランドのように、日本以上に徹底的に感染を抑えていく国もあります。では「日本は？」というと、その中道といったところだと思います。経済もある程度重視しつつ、ロックダウンは法的に行えないので、政府から国民に対して感染防止に必要な考え方を示し、緩やかな社会的介入に留めました。

結局、どの国のどの感染対策がよかったのかは、最終的には世界保健機関（以下、「WHO」）に評価してもらうのがいいと思います。その国々で経済との兼ね合いで、どのやり方が合っているか判断し、感染対策を行っていくものだと思います。何が正解なのかは、まだ現時点では特定することは無理があると思います。

――「5類感染症」に引き下げるべきとの議論もあります。この点についてはいかがしょうか。

指定感染症の「5類感染症」相当への引き下げについては、まだ時期尚早だと思います。ワクチンがきちんと普及して、治療薬で重症者や死者が減らせるようになり、それが普通に使えるようになることが前提です。そうなれば、いずれ風邪と同じようになる日が来ると思います。

今、様々な場所で指定感染症の分類について議論していることは承知していますが、今の段階で「風邪と同じ」と判断することは、早いと思います。オミクロン株は感染力は強いが症状は軽度と言われていますが、今後、重傷化率や致死率が増えるのか、風邪と比較してどうなのか、そういう評価は今の段階ではできていません。そういう評価を待って、我々が許容できるところまで来れば、5類扱いすることなどの検討の余地が出てくると思います。

マラリアやコレラに罹患する人々に直面し公衆衛生・衛生教育の重要性を痛感

――厚労省の医系技官になったきっかけをお聞かせください。

国際協力について熟心に考えている人がいて、その先輩から「お前は医者になるのなら、国際協力をやったほうがいい。アフリカにはお金もなくて、餓死している人や感染症で亡くなる人が大勢いる」と繰り返し聞かされていて、漠然とではありましたが、国際医療協力に関心を抱いていました。そして、次第に「途上国に行って臨床医として働きたい」という思いが募って、医学部5年生の時に夏休みを使って、タイの山奥で1カ月間生活しました。

そこは人口1000人ほどの村で、医師はおらず、2年くらいの衛生教育を受けたサニタリアン（衛生監視員）が1、2人いて、村人の健康管理を行っていました。当時、村の中でマラリアが一番大きな病気で、抗マラリア薬を処方していました。やはり新興国には新興国ならではの感染症で亡くなる方が非常に多くて、感染症の抗生物質を配っても、抗生物質がなくなるとすぐに感染症で亡くなってしまう状況です。その時に思ったのは、医師が「時的に居て薬を処方しても、居なくなったらまた元に戻るなら、もっと手前の公衆衛生、すなわち「衛生教育の啓蒙」など、予防医学が重要だと痛感しました。

村では「コレラ」「赤痢」も問題になっていましたが、彼らには「バイ菌」という概念がありませんでした。私たち日本人は幼稚園等で手洗いを教わり、身の回りのものにバイ菌が付いていることを学びます。しかし、目に見えないバイ菌の存在を教わっていない人たちは、汚れた手で食事をし、そして下痢をしてもトイレがないから道端で排泄。そしてそれが農作物に付着し、それを食べ、コレラ菌や赤痢菌が体の中へ入っていくというサイクルを繰り返す。ここに衛生教育の介入があることによって、バイ菌があるこの場所で排便するという習慣ができれば、感染症を途中で断ち切ることができます。これが公衆衛生です。

それを当時、稚拙的に展開していたのがWHOで、疾病予防活動、公衆衛生活動を「プライマリ・ヘルス・ケア」[Primary Health Care]と呼び、世界的な戦略として展開し、各国にプライマリ・ヘルス・ケアを導入しながら、予防にも力を入れる活動をしていた。

私は新興国の人が感染症で苦しむ姿を目の当たりにし、そういう仕事がしたいと思いました。

帰国してから、どうすればHOで働けるのかを調べていたところ、大学の教授から厚生省に入ることが近道だと教えてもらい、卒業して2年ほど臨床を行い、厚生省に医系技官として入省し、公衆衛生行政の世界に飛び込みました。それから8年ほど経った1999年に念願のWHOジュネーブ本部に派遣される勤務しました。

――医務従事者に対し、健康寿命延伸について思うこと、期待していることはありますか。

民の健康づくりは、私のライフワークの一つ。20年以上取り組んでいます。2001年に厚労省生活習慣病対策室に配属された時に、当時の健康局長より指示を受け、新しい法律「健康増進法」を制定する作業を中心となってやらせていただきました。その1年前から「健康日本21」をスタートさせましたが、形としては10年後の健康目標の具体的な数字を設定し、必要な対策を行い、5年後に中間評価、10年後に最終評価を行って、次の健康目標を作っていくものです。その具体的な目標の柱の1つが「歯科保健」、つまり「歯の健康」でした。

なお、健康増進法にも歯の健康を位置づけ、現在は健康日本21（第二次）を展開しているところですが、歯科については「う蝕を減らす」「咀嚼を維持する」「歯周病を減らす」など、様々な具体的な目標数値を掲げています。

また「健康日本21」では、「たばこ」を健康対策の柱の1つに据えましたが、喫煙と歯周病は深い関係にあり、いろんな意味で歯の健康は国民の健康づくりの重要な要素だと思っています。第2次については中間評価を行いましたが、子どもの3歯蝕は減っていますが、歯周病に関しては目標を達成することはできておらず、むしろ悪化しています。これは大きな問題で、歯周病を減らすべく、引き続き、歯科の先生にご協力いただき、達成できる方向に伸展できればと考えています。

――大切にしている言葉をお聞かせください。

学生時代から部屋の壁に貼った言葉があります。戦国時代～安土桃山時代にかけて活躍した武将に山中鹿之介（やまなか・しかのすけ）という方がいます。その方が「願わくば我に七難の苦を与えたまえ」との言葉を残しています。どういうつもりでその言葉を残したのか、何百年も前の方なのでわかりませんが、私はその言葉を聞いて、自ら進んで困難を受け入れると、七難八苦を乗り越えた時に自分がさらに成長できるのではないかと思いました。人間は、楽をしたいという思いが強いと思うのですが、学生時代にその言葉に感銘を受けて、辛い経験をした時に、「この辛い経験を乗り越えれば、また一歩成長できる」と、そういう喜びを感じることができるのではないかと思い浮かべる大切な言葉です。

今回、新型コロナ対応の責任者をやってきました。しかし各方面から批判など、いろいろと辛い思いをしましたが、その時にこの言葉を常に思い出しながら、これを乗り越えれば国民の健康を保つことができ、良いことが待っているのだから、むしろ一歩進んで苦難を受け入れていこうと、そんなマインドにスイッチできました。ストレスがたまると鬱になる人も多いと思いますが、自分がそうならなかったのはこういう言葉のおかげかなと思います。

――最後に歯科医師、歯科衛生士へ一言。

国民の健康づくりの重要性、歯科医療従事者への感謝を述べる正林氏
今年は3月末のストナル保健省政策アドバイザーとして、現地ハノイにて勤務し若い頃からの夢だった新興国での公衆衛生の普及に向け、新たな一歩を踏み出す

私はとても大切です。今回の新型コロナは人間の体、特に口や鼻から排出され感染し、特に食事やお酒を飲む場面など、マスクを外した時に感染する機会が多いと思います。それを防ぐために、皆様にマスクの着用をお願いしています。そう考えた時に、歯科治療ではマスクを外して治療するため、限りなく感染する機会が高まると思います。おそらく、歯科医療機関に来院した患者さんの中には、一見、元気そうに見えてウイルスを持っている患者さんも存在していたと思います。しかし、今のところ歯科医療機関でクラスターになったケースはほとんどなく、歯科医師、歯科衛生士の方が、基本的な感染予防策を取り、感染が広がらないようにしているからだと思います。

今後も感染予防策を続けていただき、国民の歯の健康保持増進を図りながら、ひいては国民全体の健康の保持・増進、QOLの向上、そういったことに尽力していただきたいと思っています。個人的にも歯科の先生には大変お世話になり、皆様には感謝しています。

――本日は貴重なお時間を割いていただきありがとうございました。

――船内での経験から得た教訓はありますか。

訓としては、乗員・乗客を早期に下船できるように、できるだけ早期に宿泊施設を確保し、クラスター対策等を行ったうえで移送することです。当初からその方針で臨んでいましたが、すぐに3700人分の宿泊施設を確保することは非常に困難で、おそらく当時、世界中どこを探しても3700人を隔離する施設等の確保はできなかったと思います。今回は船内という特殊な環境のため、個室の確保ができなかったことが、長い時間かかったことによる精神的なダメージを受けた方もおかったと思います。そのため、DPAT（精神科チーム）に協力いただき、乗員・乗客の精神的ケアをしつつ、移送作業にあたりました。

それから早期に医療チームを派遣することが大切で重要な教訓になりました。今回はDMAT、JMAT、日本赤十字社、自衛隊の支援チームに乗り込んでいただき、乗員・乗客の「検体採取」（陽性者の搬送）などに協力していただきました。ただ、支援チームも日頃は感染症の勉強していないため、改めて感染症の知識を持ってもらう訓練も必要でした。N95マスクなどの防護具のつけ方を間違えれば、感染防止になりません。正しい装着方法とともに、何をしたら感染するのか学ぶことが重要です。

そして適宜、感染症の専門家に知見を求めることや、必要な薬剤を確保することが大切なことも教訓になりました。今回は基礎疾患を持つ乗客も多く、重症度を見ながら、トリアージ的に搬送医療機関を選別していきました。その際に、専門家の知見や見識が非常に役立ちました。このクルーズ船への対応は、後の全国に広がった感染対策に生きました。

最後に、これは船会社の教訓かと思いますが、乗員の体制維持には、いわゆるサージキャパシティーの確保が重要です。乗員に感染者が出た場合、医療機関に搬送すれば、船の機能を維持するための補充要員が必要になります。船会社には船を維持するだけのサージキャパシティーは持っていてもらえるとよかったと思います。