

グローバル COE プログラム「アジア地域統合研究試論」 金曜セミナー 第7回

2008年1月11日 5限(午後4時20分～5時50分)
早稲田大学19号館609号室

工藤宏一郎(国立国際医療センター国際疾病センター長・アジア研究機構客員教授)
「アジア感染症対策ネットワーク」

司会

本日は工藤先生にお話いただきます。我々のプログラムでは、グローバル COE でアジアの地域統合、人材育成ということを目指しておりますが、本来アジア太平洋研究科というのは社会科学が中心なのですが、出来るだけいろいろな領域の中から、アジア地域統合の問題、あるいは課題を議論したいと考えています。そこで、早稲田大学の研究推進部から、工藤先生を大変強くリコメンド(recommend)されて、我々の5年間のプログラムに事業推進担当者として参加していただくことになりました。

本日は、インフルエンザという具体的な病気を切り口に、これからどうということを考えていかなければいけないかについて、お話し頂けるということでもあります。このシリーズでは、ディスカッションをやっていますので、先生には20分、30分ほどディスカッションの時間を用意して頂く形でプレゼンをして頂ければと思います。このシリーズ全部、記録をとっております。我々、事業推進の担当者全員、1ラウンド話が終わったあとに、これをもとに、研究、あるいは教育をしていければということでもあります。それでは工藤先生、お願いいたします。

工藤

ご紹介にあずかりました工藤と申します。どうぞよろしくお願いたします。私は、早稲田大学のすぐ近くにある国立国際医療センターという大きな病院がありますけど、厚労省の第一病院、「国際」という名前がついておりますので国際協力、あるいは国際感染症、そういう病院であります。一般的にはまあ、機能としてはジェネラルホスピタル、あるいは総合病院ということになっています。それで今、このインフルエンザというのは去年くらいまで盛んに色々マスコミに取り上げられて、皆さんの関心も高くなっていたようです。最近、マスコミの取り上げ方も少なくなっていますが、実はその脅威はぜんぜん下がっている訳ではないのです。明日ですね、土曜日、日曜日とNHKで、夜の9時からインフルエンザに関する一時間ほどの特集があって、またそこで少し盛り上がるのかなと思っていますが。

こちらのプロジェクトはいわゆる文系の政治経済、人文科学を専門としたプロジェクトのようですが、私自身は医師です。臨床医です。しかも内科医で呼吸器の専門家でありますけれども、そういう立場で、こういうプロジェクトにどうかかわりを持つのかということでも若干疑問と不安を持っておりました。しかし、こちらのテーマでアジアの統合というテーマがあって、アジアの統合という点では、我々もこういうサブテーマであるアジア感染症ネットワークがあります。将来、

決してこういう病気を扱う場合は、日本国内だけで、あるいは1つの病院でやっていけばいいというしろものではありませんので、そういう点でお声がかかったのかなという気が致します。それで、あんまり専門的なことをお話ししても興味がわかないと思いますが、これは文系・理系という事に限らず、皆様にもやはり関係することだと思えますので、おそらく興味も持っていると思えますので、医学的な病気のことについてもお話ししながら、アジアのプロジェクトに合うようなお話に持って行きたいというふうに考えております。

これからお話しする内容はですね。最近の、世界の主な新興・再興感染症について、人獣共通感染症、そしてなぜこういう疾患がアジアなのか。それから最も恐れられている新型インフルエンザへの対応。そこで、このアジア感染症ネットワークの構築と国際連携と競争。決して、美辞麗句で連帯とか統合とか言えないような面がどの分野でもあるかと思えますが、この分野でもインターナショナルコンペティションという側面が非常に強いので、その辺についても触れたい。そして最後に、日本の将来と役割ということでもあります。

まず、近年の世界の主な進行再興感染症についてちょっと触れたいと思えます。いろんな病気があるのですが、主だった、最近の5つの病気をちょっと上げてみました。一番初めにSARS。これは皆さんご存知だと思えますが、2002年から2004年にかけて突如として中国から沸き起こって世界中に伝播したのです。このときは死亡者が774人。突如こういう疾患がクローズアップされたわけです。このときの社会的不安、あるいは動揺は、若い方は高校生くらいだったのかな？ある程度の方は覚えておられると思えますけれども、大変な状況がありました。でもあつという間に忘れかけられたわけですね。

丁度このSARSが収まりかけたときに、鳥インフルエンザという疾患がまた出てきました。実はこの鳥インフルエンザは、インフルエンザの仲間として大変な病気だということがクローズアップされてきた。既に1997年から始まって、世界的に340例、死亡者が209例となっておりまして、実にかかってしまった7割くらいが亡くなっているというのが現状です。これから新型インフルエンザが出てくるのではないかとということで大きな問題になっている。その他にウエストナイル。これはエジプトのナイル川の辺りから出てきた病気らしいのですが、あつという間に北米に入って、確定症例が5000何例くらいになって、死亡者が70人。こちらは脳炎です。

SARSとか鳥インフルエンザは、主に急性の呼吸器不全で亡くなってしまふ。それからアフリカでエボラ、これも今もまだ依然として流行している。マールブルグというのは出血熱ですね。いずれにしても急性の感染症で、何も知らない、無防備でいるとあつという間に感染して、亡くなってしまふということです。多くの例は防止可能なわけですが、呼吸器に関係する病気というのは、我々が空気を吸って生きているわけですから、なかなか防止するのが難しい。他のところは媒介する鳥類とか、接触、そういうものを注意すれば防止が出来るわけですが、なかなか呼吸器に関しては難しい。

このSARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)。これは香港の奥地のところから出て、はっきり申し上げて中国の対応が非常にまず

かったためにあつという間に世界に広がって、香港、シンガポール、ベトナム、それから欧米ではカナダの方に行きまして色々なところに伝播したわけですね。2002年、3年、4年とわっと広がって、あつという間にまた消えてしまったということになったわけです。その時の、この赤いところが中国の患者さんの数です。2003年の3月から、まあ、その前から発生していたらしいのですが、4月くらいにピークに達して、7月くらいに収束したと。緑が香港、紫がカナダですね。死亡率が一番ピークのときで2割くらい。平均が10%弱というところがあります。

こういう病気は、それまで散発的に流行する病気はあったわけですが、突如出てきて世界に広まってしまったということは非常に衝撃的なことだったわけですね。実は、こういうことは大昔からあったわけですが、やはり新しい時代といいますか、この時代の状況を反映して、非常に伝播が早かったということであるわけです。この1つに、まあグローバル化時代なんて言っていますが、中国で起きていたものが、香港に入ってきて、ある人を介して、ホテルの中に広がって、そしてあつという間にいろんな国に広がってしまったということで。一昔前でしたら何ヶ月かかかって、船で伝播する疾患だったのでしょうけれども。この時代になって大量輸送時代というようなこともいわれますけれども。昨日、例えば香港で発生している病気がそのまま放置されていると、今日や明日には日本に入っている。こういう時代になっているわけでありまして。これが1つの感染症の新しい、まあ若い人にとっては今、こういう迅速性というのは当たり前になっているのかもしれませんが、一昔前の方にとっては、数ヶ月の単位で世界中を回っていたわけですが、この時代は、あつという間に、何もしなければ広がってしまうという危険を伴っている。

このときの経済的な被害はどれくらいあったのかということ、一説によれば香港だけでも2兆円位の損害になったということです。産業、あるいは観光分野ですね。ただし1年、まあ半年位であつという間に沈静化して、あのSARSのニュースはどこにいったのか？というような、この辺もまだ解明されてない。どこからきたのかという事も、あの時は、猫だの、狸がキャリアだ、あれがキャリアだということになりましたけれど、どうもそれも怪しいということで、あれはどこにいったのかになって。いつ出てくるかわからないということになっています。

こういう新しい時代の国際感染症は、国際感染症って日本語でよくそういう言い方していますが、英語では国際的にはあまりそういう言い方はないようです。パンデミックといっている。昔、一世紀前だったら局地の、地域の病気だったものが、こういう時代になって、あつという間に席を広がるという意味でパンデミックという事になっているということで、様相が変わってきています。

幸い、このSARSは日本では起きなかったのです。なぜ日本では出なかったかということ、これは幸運としか言いようがない。ただ台湾のドクターが日本に旅行に来て、関西の方に旅行して、大変な騒ぎになったのですが、結果的にみれば飛沫感染、あとで感染経路ということをお話ししますが、空気感染ではないということ、

そんなに怖がることはなかったわけですよ。初めて出てくる時は、敵が何かわからないと、非常にわれわれの心理的な不安が強くなって、今にして思えばやらなくてもいいことを、ものすごいエネルギーと手間隙かけてやったということもありました。

2番目は、人獣共通感染症、鳥インフルエンザです。SARS でやれやれと思ったら、今度はインフルエンザという話になってきたわけですね。インフルエンザは今一番重大な関心だと思いますのでこの話をします。インフルエンザと風邪。今このシーズン、1月になってインフルエンザがはやり始めたわけですが、それと風邪。何か風邪の仲間だろうという風に皆さん思っているかもしれませんが、全然違うものであります。ウイルスが全然違うということとですね。まあ風邪というのはのどの痛み、鼻水、いわゆる上気道の局所的な感染です。症状としてもあんまりひどくない。

それに対して、インフルエンザは上気道の症状がなくて、高熱、頭痛、関節炎、筋肉痛、そして後になって少し上気道の症状が出てくる。そして発症が急激である。強い倦怠感など全身症状が現れる。こちらはインフルエンザウイルスです。こちらはライノウイルスとかアデノウイルスとか、病気の性質が全然違う。風邪症候群で亡くなるということがまずないわけですね。インフルエンザは、高齢者や小児の場合は、亡くなる可能性があります。特に脳炎で亡くなるということがあります。私自身も医学部で勉強した頃、あるいは卒業し医者になった頃に、インフルエンザはありふれた病気で、皆さんが儀式的に通過する病気であって、放っておいても大丈夫だという印象を持っていました。ところが最近の色んな知見が出てきますと、このインフルエンザはとんでもない病気だと。その名残を、我々が影響をずっと受けているということがわかってきています。人類共通感染症、英語でズーノシス (zoonosis) といいます。動物に感染する菌ですね。それと、人間が感染する、共通しているものが人獣共通感染症ですね。インフルエンザというのは巨大なズーノシスの一つであるということが最近わかってきた。インフルエンザウイルスというのはいろんな哺乳類、鳥類等に感染してそのほんの一部が人間の生態系に入ってくるという代物であるということがわかってきたわけでありまして。

人獣共通感染症は色々ありますが、動物からヒトにはいつてきている。ヒトヒト感染がなければですね。移った方は隔離して。治療方法があればいいけど、なければ亡くなってしまいます。典型的なのは狂犬病です。狂犬病ですと、ヒトヒト感染はほとんどない。でもかかってしまうと残念ながら亡くなってしまいます。この人は初期の段階ではワクチンを打ったりして助けることは出来るんですが、症状が出てきてももう助けられない。しかし、こういうのは非常にセンセーショナルに取り上げられますけれども、そんなに大きな問題にならない。そこで終わってしまうのです。ところがこのインフルエンザというのは動物からヒトに入ってきて、ヒトヒト感染、そして新型になると、大変な患者さんが出て、その何%が亡くなってしまったということが起こる。大きな問題になるのはこちらのほうであります。

インフルエンザウイルスというのは電子顕微鏡で見ると丸っこい形をして、その外に突起を出している。これはA型ですけれども。

模式化しますと、少し理学的な話になりますが、HA（ヘマグルチニン）、NA（ノイラミニダーゼ）これがそれぞれ1～5型に分かれて、こちらは1～9に分かれて、いろんな種類があるわけです。非常に簡単なウイルスなのですね。実アヒルに入っていたり、渡り鳥、あるいは豚に入ったり、鶏に入ったり、そのほんの一部が人間の世界に入る。馬のインフルエンザなんて去年でしたっけ、流行りましたよね。競馬が出来ないとか言っていましたけど、馬にもあります。イタチ、哺乳類にも入っています。いろんなタイプのウイルスがそれぞれの種類のところに入ってますね、病気にしてしまう場合もありますが、ただ寄生していることが大半なのです。こういう状況の中で、われわれ人間の生態系がその中のほんの一部にはいつているわけですから。われわれが感染を受けていないHの1、2、3のタイプ、過去に入ってきたウイルスの種類、自然界にはこんなに色んなものがある。そしてですね。この中で変容した場合ですね。この中では、例えば、馬の中で流行するウイルスは人間には入ってこない。ところが変容すると、人間のほうに入ってくる。そして免疫を持たないということで猛烈な反応を起こして亡くなってしまいます。こういう状況になっています。その辺を少しお話しします。

鳥インフルエンザの、昨年9月のですね。ちょっと古いのを持ってきて申し訳ありません。世界中に鳥のインフルエンザが入ってしまった。動物にも入っているし、人間にも入っている。人間に入っているのですが、簡単にはヒトにはうつっていません。先ほど行ったZoonosisですけども簡単にヒトヒト感染にはなっていないということです。

世界の鳥インフルエンザのヒトの累積患者数と致死率を、2003年から2007年まで見ると、ちょっと古くて申し訳ありません、300例、致死率が6割くらいになっている。致死率が非常に高いですね。これは一見、かかると非常に重篤になって亡くなってしまうということが、センセーショナルに取り上げられておりますけども、その致死率が高い時は、まだ感染率が高くないのですね。つまり重症になってしまうから動けないのです。動けないっていうことは、人に感染するチャンスを少なくするということになるわけですね。広がるという意味では、多くの人に感染させるという危険率はまだ少ない。ここちょっと、知っていた方がいいと思います。致死率がだんだん下がってくるとちょっと怖い。膨大な患者さんが出てきて、これだとまだ300名で致死率が6割、200名くらいが亡くなるわけですけど、感染した人にとっては悪いことであるわけですが、感染率が下がってきて、皆さんにうつってきて、感染する人が一千万人、二千万人になって、その1%が亡くなりますよとなると膨大な数になってくる。こういうことは少し知っていると、うつったら大変だけど、まだこの位の致死率ならそう簡単には広がらないなと見ていただければ。いろんな国でこういうことになっていきますけど、概していわゆる発展途上国ですね、中国、ベトナム、インドネシア、今アジアでは一番インドネシアが一番多く感染者を出している国です。それから中近東など。

そして、パンデミックという言葉ですが、短期間に世界中に拡大し、多数の人に年齢を問わず感染する状態という事になっています。

そういう事が、実は、まあ狼少年みたいで、「来るぞ、来るぞ」と、色んな報道がなされているわけですけど、実はいつ来るかはわからないのです。でも、過去にこういうことはたびたび起きているということなのです。それを認識すれば、将来も必ず来るであろうということなのです。地震みたいなものですね。地震は局所的なものですけど、パンデミックは世界的なものですから、それで恐れられるということになる。

その全盛期の1918年には、いわゆるスペインかぜというものがありませんけれども、1918年から3年間にわたって、2千万から4千万という人が死んでいるのです。この年はちょうど第一次世界大戦が終わった年ですけれども、戦争そのもので亡くなった数よりも、スペインかぜで亡くなった方が多いということです。この時はH1というタイプです。また1957年のアジアかぜ。これはやはり統計もまだ正確ではありませんが、数百万の方が亡くなりました。1968年香港かぜ、これも数百万の方が亡くなりましたと言われています。これはウイルスのタイプです。みんな新しくなっています。新しいタイプの型になったときに亡くなっているのです。今、我々がインフルエンザにかかって、毎年予防注射を受けたり、かかって一週間くらい高熱出して寝込んでしまうというのは、このタイプの亜系です。それなりの免疫を持っていますから、高齢者か1歳に2歳の子供さん以外は、亡くなるというのは普通少ないのですけれども、その理由はこういう洗礼を受けているからです。多少変化したものが入ってきて、それなりの反応を示すわけですけど、それで亡くなるということは少ないわけです。

ただ、このタイプが違ってくると、大変な、爆発的なパンデミックになってしまう。新型ウイルス出現のメカニズムなのですが、これは鶏から豚に入ったウイルスですけれども。先程の例でも示しましたけれども、豚には鶏のウイルスも入ってくるし、人のウイルスも入ってくるのです。この中で二種類のウイルスが合体して、新しいのが出来上がってしまう。つまり鳥インフルエンザで、鳥がばたばた死ぬような怖いウイルスが豚に入って、ヒトの世界で流行しているウイルスが、豚の中に入って、新しいウイルスが入ってきますと、また人に戻って行って、そしてヒトヒト感染起こしてしまう。こういうメカニズムですね。

それから、人を介した新型のウイルスですね。人で流行しているウイルスと鶏をばたばた殺しているウイルスが、濃厚な接触で入ってくる。ここで新しいウイルスが作られる。人に感染する性質と、膠原病という性質を持ったものが出てくる。こういうメカニズムも考えられます。また、ウイルスそのものが鳥の中で変化してしまう。そして人への感染性を獲得してしまう。それによってヒトヒト感染の能力を持つものが出てくる。

こういう3通りくらいのメカニズムが考えられる。鳥インフルエンザというのは、どういう風にして合体した、新しい新型のインフルエンザになるかということはまだ予想が付かない状況にあります。そして厚労省のフェーズ分類というのがありますけれども。鳥インフルエンザウイルスが鳥の中で感染している間は鳥インフルエンザです。

鳥から人にうつる、このときはまだ鳥インフルエンザです。今の段階はここです。感染した鳥と濃厚な接触をした人に初めて感染が成立するわけですが、このヒトからヒトにうつるといふ、この段階にはまだ行ってないわけです。これがヒトからヒトにうつるようになると、新型インフルエンザ、これが爆発的なパンデミックにつながる始まりだということでフェーズ4となる。ここのフェーズ3の瀬戸際に今いるということです。フェーズ4に入ってしまうと大変です。おそらくフェーズ4からフェーズ5,6まではあっという間に進行するであろうということになる。このフェーズ6というのはいわゆるパンデミックで、大変な患者さんの数になって、何%の人が亡くなるという状況が想定されて非常に懸念されているわけです。予想されているパンデミックのインパクト。これは厚労省が試算したわけですが、全人口の25%が新型インフルエンザにかかったとした場合。受診する方は1100万から2500万。その重症度というか病原性は、致死率が0.5%、入院患者さんが63万、死亡者が17万人。重症のスペイン風邪並だと。まあ致死率が2%、入院患者さんが200万で、死亡する人が64万というようなちょっと恐ろしい状況が想定されているわけです。これをいかに防ぐか。こういう事態がいつ来るかということとは言えないわけですが、いつかはやはり地震みたいにくるんだろうと思われまふ。その時に、17万、64万、53万あるいは200万という犠牲者を出来るだけ少なくしよう、そのために準備をしておこうというのが、今、我々が取り組んでいる内容であります。

それから、何故アジアかということですが、このプロジェクトにも関係する話だと思ひます。それは、家禽が一つの媒介みたひになつてゐるわけですが、家禽の密集度、分布の問題です。これはアジアにすごく多いのです。特に中国、ベトナム。ハノイとかホーチミン。そしてインドネシア、タイ、インドも多いんですが、バングラデシュも多い。また、今、インドからはあまり出てこないけど、パキスタンからは出てきてゐるようでありまふ。この辺よく統計がわからないので示してゐませんが、こういうところがですね、家禽、鶏とか七面鳥とかいわゆるそういう類のものですね。アヒルとか、食用にしたり卵をとったりという鳥、これはアジアに非常に多い。アジアに多いだけではなくて日本にもそれなりにあるのです。

要するに、市場に行くと生きた鶏を、市場に持ってきて、殺して毛をむしって売つてゐると。つまり、人の住んでゐる所と食の文化が非常に接近してゐるわけだ。日本の場合は山奥で鶏を飼育して、殺して店頭に出す。離れてゐるわけですが、アジアでは非常に家禽が多いと同時に、住と食が接近してゐるというのが感染の機会を非常に高めてゐるということになる。

その他、アジアに行くと、鳥との接触が非常に盛んです。一般の方々も非常にチャンスが多いということになる。それから、これはベトナム料理ですが、アヒルの生血を何も調理しないで食べるという習慣があります。ここからうつつたという人もゐる。アヒルは鳥インフルエンザのH5N1ウイルスとかに感染しても平気です。いわゆるキャリアであります。鶏は、ばたばた死んでしまひまふけれどもアヒルは平気です。大丈夫だと思つて生血を食べると、人が感染してしまふ。

濃厚な接触であります。

それから、やっかいなのは渡り鳥です。これも北大の飛田先生がよく調べられておりますが、今わかっている中でも7つのルートがある。北米のアラスカ、シベリアを基点にして冬になると渡り鳥が南米やアジアのインドの方やアフリカへ、こういう幾つかのルートがあって降りてくるわけです。そして、また夏になると戻ってくるということです。それぞれの地域で感染し、ここでばたばた死んでくれればいいのですが、キャリアになってまた戻っていく。アラスカ・シベリアが、いわば卵機のようになって、世界から戻ってきた鳥と一緒にになりますから、そこでまた感染しちゃって世界に運んでしまうということですね。アジアで発生した鳥インフルエンザがいつのまにかアフリカでも、ということになってしまう。多分この渡り鳥が運んだのだろうと。渡り鳥は面白いことに北と南は行き来しますが、東西は行かない。地域で、例えば雀とか、カラスとかいますけど、それは本当の局所にいるわけですが、こういう局所に所在する鳥もやはり関係するのではないかということで、最近プロジェクトが立ち上がって調べるといことです。でも、まだ局所の野鳥からインフルエンザが発見されたということはあまり報告されておられません。時々、この渡り鳥が大量に死んで、2、3年前、中国の大きなきれいな湖があるのですが、ここで渡り鳥が何千、6千羽、多数の死骸があって、そこからH5N1が見つかった。こういうルートで広がっているのだろうと思います。

つまり、このインフルエンザウイルスというのは、とてもコントロールできる代物ではない。世界中に広まってしまっている。従って、WHOなんかが言っていますけど、当面あちこちでインフルエンザがボコボコっと出ていますが、こういう状況は、しばらく続くということです。いつ終わるっていうのは言えない。しばらく我々はこういう状況の中で生活しなければいけない。覚悟して、対策を取らなければいけないと言われています。

新型インフルエンザへの対応ということで、こういう、厄介なものを対象にしているわけです。どうしたらできるだけ被害を少なくするかということです。ここでアジアとの協力体制の確立、アジア感染ネットワークの構築、臨床と研究の結合、国内の対応策強化、そして人材の育成ということが叫ばれているわけです。今、申し上げたように、スペインかぜと、現在のH5N1（鳥インフルエンザ）、通常のインフルエンザ、ヒトの感染症の数、この波の大きさは感染した人口を示します。色付きは自主的な例を示します。スペインかぜというのは、ものすごい人たちが、5億、6億という人が感染して、その内何千万という人が亡くなったという大変な代物です。現在のH5N1は、このスペインかぜに比べれば砂粒みたいなものだろうと思いますが、そこを拡大すると、散発的に出ているわけですが、非常に致死率が高い。これがなかなか終わりそうに無い。それから、通常のインフルエンザもそれなりの山があって、多少死者も出ている。

何故、このH5N1に我々が注目するかというと、この赤い線、赤い部分が重症で亡くなるわけですが、これを何とか少なくする。それによって将来出て来るパンデミックに備えよう。この赤い部分に対

ミフルには有効性は期待できません。今膨大な備蓄をしているわけですね。まあ、予防にはいいかもしれませんが。かかってしまって重症になったら。

天児

タミフルに助けられたよ。

工藤

タミフルは、通常のインフルエンザに対して使っていますね。10代の方に、また副作用が出て、精神異常が出るということで原則禁止になりましたが。パンデミックになったときには事情が違ってきて、皆さんに使ってもらうことになるかもしれませんが、早期に使わなければ、おそらく有効性は期待できません。この辺も社会的な通念と少しずれているだろうと思います。

それから専門員及び人材の養成。我々は経験していませんけど、越南に行くところこういう症例がたくさんあります。我々の、日本側の医師を派遣して、現地で色々研修を受ける。一方、ベトナムのドクターには日本に来てもらって、ある種の高度な医療を提供して、色々研修を受けて人材を養成する。双方向でやっております。

私たちの施設ですが、特別感染症というのがあります。病棟、あるいはトリアージ室、そういう疑いのある方がこられた場合、一般の病室に入れたり、一般の外来で見ることには危険がありますから、そういう疑いのある方には特別な所に入らせていただいて、診断し、治療をするという施設もあるわけです。それから、やはりこの訓練というのは非常に大事です。医療チームのシミュレーションというのも、一年に何回かやっているわけです。

この、鳥インフルエンザですが、前後しましたけど、鳥にかかると、鳥にこの H5N1 というウイルスが入るとばたばた死にます。100%死んでしまう。人にかかった場合は非常に重症になります。鳥みたいにはほったらかしにしない。これはベトナムの患者さんですけれども、ほとんどの場合 respirator につながって何とか時間稼ぎをする、こういう状態になります。先程も少しお話しましたが、ほとんどの場合は患者さんが発症したら調査をすると、病気の鳥との直接の接触とかですね。屠殺とか、子ガモと遊ぶとか、鳥との濃厚な接触でなっている場合がほとんどであります。従って、まだフェーズ4、ヒトヒト感染は無いというふうになっています。しかし、最近中国で、息子さんから父親に感染してしまったんですね。タイでもありましたけど、患者さんを濃厚に看病したら親御さんにうつってしまった。インドネシアでもそういうのがある。濃厚な接触が無ければまだヒトヒト感染はありません。そういう意味では先ほどフェーズ4といいましたが、なっていないわけですね。これが普通のインフルエンザみたいに、そばで鳥インフルエンザにかかった人に、濃厚でもないのにかかってしまった。これがフェーズ4です。こういうふうになると、もう鳥インフルエンザではないんですね。明らかにインフルエンザの性質が変わっていると。それがフェーズ4の段階です。こうなると大変です。まだフェーズ3の段階であります。こういうことも、我々がベトナムに入って情報交換することで、わかってくるということでもあります。

これは、鳥インフルエンザにかかった患者さんのレントゲンですが、真っ白ですね。ちょっとこの辺は専門的になるかもしれませんが、普通は空気が入っているので黒くなるのですが、真っ白です。重症の肺炎になるとこういう風にして亡くなってしまいます。いろいろ管理しても、肺が弱くなって気胸を起こして亡くなってしまいます。いかに早期診断、早期治療が重要かということです。これは向こうの方ですけども、高熱、からせき、筋肉痛で、外来を受診しているわけです。ただこれは写真を撮って正常なので、まあ普通のインフルエンザ、あるいは何かの感染症であろうということで帰されたわけですね。ところが一週間後にこういう真っ白になって、呼吸不全になって、呼吸困難になって亡くなった。このときに初めて、病気死亡家禽との濃厚な接触が実はあったということがわかったわけです。ここの段階でわかっていればですね、ここで入院隔離をして、色んな治療をすればこういう風にならなかったのではないかという教訓です。我々も、もし新型インフルエンザ等が出てきた場合、そこを、気をつけてやらなければならないということを示唆するわけであります。臨床的ないろんな段階ですね、治療、感染予防、それから感染しても身体の局所で押さえ込んでしまう。あるいは発症しても抑え込んでしまう、重症化させない。色んな段階で治療の対応がありえますということです。

今、マスコミ的にセンセーショナルに言われるのは、感染したら死亡するということです。今、私も死亡例など重症例を出してしまったのですが、一直接線に進んでしまうという印象を与えたかもしれませんが、色々な段階で我々は見えています。感染予防、感染しても、発症しても、重症化させない。失敗したら死ということになるわけです。感染予防ってということでも、今の段階では鳥との回避が大事です。できればワクチンを入れる。予防的な薬も可能です。それから生態の防御向上、モディファイケイション。ウイルスっていうのは体の中にレセプターを介してやっていますのでレセプターを **modify** して、体の中に入らないようにしてしまう、物理的なマスクでもかなり防げるはずですよ。

それから環境改善ですね。インフルエンザ、何故冬にはやるのかどうもよくわかってなかったのですが、気温が下がって、湿度が下がってくる、そういう時にどうもウイルスの活動性が増して、ヒトからヒトへの感染がさかんになるらしいのですが、そういうことがわかってきました。感染を予防するということは湿度を高めて、温度を高めてやると、ぐっと減らすことが出来る。具体的に申し上げますと、湿度を高め、部屋の中を高めてやると、たとえ私が感染していて感染源になっているかもしれなくても皆さんにそう簡単にうつらない、そういうことも新型インフルエンザの場合応用できる。

それからもちろん隔離病棟、等々ですね。色々な段階、レベルで。我々はストラテジック・トリートメントと言いますが、新治療薬の開発。発症しても、あるいはある程度重症になっても治す。そういう治療薬をベトナムに提案して、ベトナムで試してもらえないかということいろいろ共同研究しています。感染予防、基本的にはマスク、手洗い、手袋で。接触感染、飛沫感染、空気感染、主に感染のルートというのは3つあります。空気感染、接触感染、飛沫感染、これを防御

するためにはマスク、手洗い、手袋こういうことでかなり防御できるということが示しております。

これは医学的にいうと空気感染、飛沫感染、接触感染、こういうものを防御するように私たちは日常的にやっているわけです。それと、我々医学の分野にいますので、病気になったら医者、病院に任せればいいと思ってもそう簡単にはいかない。それは、感染症と言うのはとても特殊な病気なのです。我々、医師あるいは看護師がこういう感染症に慣れているかと言うと慣れていない。がんという病気と感染症をちょっと対比させて考えてみてください。がんの患者さんは、進行がんの方は亡くなっていくわけです。これに対して医師は、日本の場合は濃厚な治療をやってですね、「三人称の死亡」なんですね、養老さんの言葉を借りれば。一人称、二人称、三人称の死と言いかされていきますけれども、自分には関係ない。医療従事者にとっては、自分が一生懸命やって、自分ががんをもらって、そういう病気になるということを考えなくていい。だから一生懸命出来るのです。

ところが感染症はですね、無防備でやって自分がその病気をもらって、病気になって死んでしまう。だから多くの医師、医療従事者はですね、できるだけ感染症は、はっきり本音を言うと、触りたくない。だから多くの医師はですね、こういう感染症だという疑いを持ったらみんな、そういう病院なり医療機関に送ろうとするのです。SARSの時もそうです。鳥インフルエンザとか感染症の疑いを持ったらほとんど見ようとしません。私たちの病院に「疑いがありますからよろしく」って言って、怖がって、要するに怖い。

この感染症を扱う医療従事者の態度が全然違うのです。昔は感染症というのは多くの医療従事者が接触しなければいけない疾患であったわけですが、専門分化することによって感染症を扱う方が異常に少なくなりました。そして、これは情報が間違っていたわけですが、抗生物質がうんと発達して感染症はもう終わりだという印象で、感染症をやる方が本当に少なくなりました。そういう背景があります。従って、こういう特別医療チームの体制を組まなければいけないということになる。日常的に我々は、私はまあ呼吸科の医師であります、がんも見なければならぬし、いろんな疾患を見なければならぬ。感染症だけに特化した科でもありません。外科もそうです、救急もそうです、ほかの内科もそうです、小児科もそうです。感染症科だけは感染症に特化した病気をみているわけですが、残念ながら日本の感染症専門家、といっても呼吸器、急性のウイルス感染に関しては非常に不慣れです。これが現状です。

従って、こういう特別な病気に対する専門医を養成するって言うてもなかなかできない。経済的にも無理な話ですし、我々医療従事者の方でもそう簡単に、おいそれとそういう方向に向かわない、これが現状です。従ってこういうことが、災害医療と同じと考えて、いざとなればこういうこともやれるような日常的な訓練をしてですね。平時は日常的な診療をそれぞれの所ですてよろしいですけども、教育トレーニングを積み重ねて、緊急時には特別医療チームを編成すると。こういう医療体制を作らなければいざという時には対応できない。これがやはり、今までの医療に、われわれの中で徹底的に欠けていた点

です。今こういう意味で、特別医療チームを編成すると、こういう志向で我々は動いております。

感染症だけをいつもやっている人を、新しい部門を作ると言うことは、今の医療体制、あるいは医療の経済的な事情から言うと非効率でとてもできない。この特別チームはいざという時に作ると、こういう発想でいろんな医療機関で動かなければいけないと言うことであります。

そうはいつても、特定の感染指定医療機関というのはわが院を含めて、全国に八か所しかないのです。(国立国際)医療センター、成田の赤十字、関空、泉佐野、これはどういう病気か分からないけれども新しい感染症が発生したと思われるときに収容する施設、これはまだ全国で八か所しかありません。それから第一種というの是一類および一種の感染症です。一種というのはいボラ、クリミア、SARSとかです、ペスト、こういう疾患を扱える。これは49床です。第二種というのが全国で315医療機関、病床としては1635です。これは二類感染症の患者の収容所です。今、鳥インフルエンザは指定病院ということですので、法的にはどこに入ってもいいのですけれども、初期の段階では特別感染症、第一種、こういう所でしか対応できないので、非常に限られているのが現状です。そしてもしパンデミックになった場合、こんな数では足りないわけです。もちろんわれわれもフル活動いたしますけれども、これは全医療機関で対応しなければならない。そうなったときに、先ほど言ったような原理・原則でどれだけの医療機関・医療従事者が動けるか。甚だ寒いのが現状であります。

従って、先程申し上げたような特別な医療チームの編成、そして最低のことは、自分の身を守りながら患者さんの診療にあたる、そういう医療従事者を沢山作っておかなければいけないのが、現状であります。まだそれには程遠いという状況があります。

日本の取り組み、文科省ですけれども、新興・再興感染症の研究拠点形成プログラムです。こちらは今のプロジェクトの、COEなんかと似ていると思いますけれども。文科省が、中国、ベトナム、タイ、インドネシア、インド等に拠点を置いて研究しようということです。研究機関の体制、設備の充実を図る。分野を超えた融合的な研究の推進、緊急時に即戦力として活躍できる人材、これが非常に心もとない。文科省ですから、大学の研究者が出て拠点を作ります。病原体を調べている方が多い。我々のような臨床医学と病院が直結したような施設が出て行って、多面的な展開しているというのはまだまだ非常に少ないという状況であります。

文科省はこういう事業を2年前からスタートして、我々もその中に入って、我々は文科省直轄ではないのですけれども入れてもらって、こういう活動を展開している。もっと盛んにしていかなければならない。そして、具体的に色々なことを申しあげましたけれども、患者さん、あるいは一般の方々にとって、新型のインフルエンザが来て慌てるのではなくて、普通のインフルエンザに対して基本的な態度を身に付けていただきたいということです。我々は、ワクチン接種、手の消毒、それらしき汚染されたものの消毒、マスクの着用、それから患者さんや一般の方々に、外に出る時に、自分がせきをして、なにか感染

を受けているなという時には、マスクをして皆さんに感染させないと。それをブロックする、少なくする、エチケットですが、こういうことを励行してもらおう。こういう基本的な態度を身に付けてもらおう。こういうことが基本になっていけばですね、新型インフルエンザが、わっと入ってもかなり防げるのではないかということでもあります。

アジア感染対策構築と国際連携・競争。これは我々のやっているような活動を、ある意味では肯定的に述べています。しかしアジアに出ていくと、極めて状況はシビアであります。ある種の国際コンペティションのなかに、我々は入っております。1つ例をあげます。オックスフォードというイギリスの有名な大学。それとオックスフォードトラスト、ウェルカムファンドトラスト、これはファンドが数兆円に及ぶ、ものすごい大きなファンドであります。要するに産と学が結びついて、そして連携してオックスフォード大学が国に代わるリサーチユニット、これはベトナム、ホーチミンの熱帯病病院で、ネットワーク、人材の交流等々を、同じものがタイのマヒドン大学でも、1992年ごろからこういう活動を展開している。我々が入っていても、ベトナムの人たちは「いや我々はこういう所とこういう活動をやっていて、日本は何をやってくれるのですか？」という状況ですね。これは一例を挙げたわけですが、アメリカはCDCという軍隊みたいな組織、WHOのような組織もどんどん入っている。そういう中に我々が、まさに国際コンペティションの只中に入るわけですが、先ほど我々が新しい治療方法を提案して、日本でも許可を得、ベトナム政府にも許可を得て、実際去年の5月か6月ごろじゃあやりましょう、ということになったのにやってくれないんですよ。なぜかというところから膨大な研究費が出て、そういう症例が出た場合は、そちらのほうに流れちゃうんですよ。どんなあれかといいますと、どうせ効くとは思わないタミフルの通所の二倍量をダブル・ブラインドで患者さんに投与して、そこに膨大な財政的な支援がなされている。日本円で、一例出すと200万円くらいがこういうところから出てくる。我々は特殊な治療内容を提供しているのでそれだけはタダにしますよと。財政的にもかなう状況ではない。

つまり、国際にはいい意味での産学協同がなされて、それがアジアでも展開されている。我々は全くの後発部隊であります。この遅れを取り戻すにはどうしたらいいか。我々もそう簡単には負けていけないということで、同じアジア人同士の連携、それから先ほどの文科省も、遅ればせながらそういう拠点の形成ということです。総合した活動を展開しようと。それから先行している、先輩格に当たる機関を含めてネットワークを拡大する。

それからE-medicine。これは、我々が展開している唯一のもので、テレビ会議でいつでもやれるようなネットワークを作る等々。国内の感染研究所、JICA、ODA等との協力態勢を組んで、個別ではなくて日本の国家戦略として出ていくべきではないかというふうを考えております。

もう最後の提言です。以上のことを、アジアで発生している現場に学ぶということです。それから、人材の養成、連携・連帯を進める、

国内の連携を強める、国際的な連携拠点を形成する、その中で人材を養成する、それから最後に一般国民の意識の向上ということ、こういうようなことが挙げられると思います。

最後に参考文献として、代表的なものをちょっと挙げてみました。『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』、これは日本の状況を記述したものです。それから有名なものはアメリカのジャーナリストのアルフレッド・クロスという人の書いたものが日本語で出ています。以上です。どうも冗長な話になってしまいました。これで終わらせていただきます。長時間ご清聴ありがとうございました。

司会 どうもありがとうございました。非常に面白いお話しで、特に最後の話、競争の話、あるいは日本の側がどういうコントリビューション出来るか、これから我々が考えていく上で非常に重要なお話だったと思います。まずはフロアの方々からご質問いただいて。もちろん私なんかもいろいろあるわけですけど、質問ありましたらどうぞ。

天児 いいですか？

工藤 はい、どうぞ

天児 やはり工藤先生。前からこの COE のプログラムの中でどういう風に連携を、リンクをするかが、なかなか難しいとお話しをされていたわけで。私も、伺っていると、ある意味専門の医療とか医学とか、そういう部分の話で、当然避けて通れないと。ただ、どういう形の接触というか、有機的な関連性を作れるかとい私なんか特に関心を持つのはその部分なのです。

その時に先生がおっしゃられた、1つは人材育成の問題がある。これは JICA が今年の秋に新 JICA になるときにかなり本格的な人材育成を、かなり組織的に戦略的にやっていきたいという希望を強く持っているのですね。そういう意味で、アジ太に、何らかの人材育成の拠点の1つをできればやってもらいたいという感触が実はあるんです。今週もある方が来て会いまして、来週もちょっと会うのですけれども。まあここは医療分野の科目を設置するというのはほぼ不可能だと思うのですが。しかし何らかの形で、人材育成の中のある一部を、先生の領域と感染症と、関連したようなもので、できるようなね、そういうプログラムが作れるか、作れないか。もし作れるのだったらそれを新 JICA のほうに提案して、人材育成で国立医療センターと我々が、例えばリンクを張って、そういう議論ができるかもしれないというのが1つなんですね。人材育成の問題で、どういう風にアジア太平洋研究科支援プログラムが関わるといこと、1つ先生のアイデアがあれば聞かせていただきたいと。

それから話がちょっと変わりますけれども、こういった感染症。今日の話は、感染症が起こる原因、あるいは起こったときの発生時の時点、重症時の時点、その非常に専門の領域におけるシステム的な対応があると思うんですね。ただ今度は、逆に素人の世界で、感染症という問題を考えたときに、どういう風なネットワークがあれば、より

それに対して効果的に対応できるのか。つまり、発生した時点の問題を局所化するとか、あるいはいかに連携して対応できるのかとか、そういうネットワークの部分で、専門的な部分ネットワーク作りとは違う、そういうものがあるのか、先生が日頃考えていることですかね、こういうのがあったらもっと上手く行くのにとか、そういうのがおありなのかその辺ちょっと伺ってみたいと。

工藤

全面的なお答えになるかどうか自信がありませんけれども。(PPTで)最後のところを出していただけますか。1つはですね、人材の養成って、私は主に医学的な観点から述べました。このオックスフォードメディカルリサーチユニットを運営している人材というのは、医者だけじゃないんですね。いろんな分野の方が入っているんですよ。マネジメントをしている方、こちらは別に医学に直接関係している方ではないと思いますね。具体的には一番トップの方がいて、医学的な部門も10くらいあって、そこにオックスフォードの、要するに、イギリスといってもインターナショナルなですよ。アジアの人も入っているし、日本の場合は、やれ国家公務員でなければならない、日本人でなければならないなど話がありますよね。ところが彼らはグローバルなのです。全くインターナショナルなのです。日本人はさすがに入っていないですが、ここのいろんな部門のディレクターはいろんな人種の人が入っている。ヨーロッパの人もいれば、アジアの人も入っている。こういう状況です。それから医師でない方、研究者も入っているし、いろんなマネージする方は、直接医学に関係ない人達も入っているんですね。

そういう意味で、少しこれから我々が提案したいのは、100%いいとは思っていないのですが、かなり1つのモデルになるかなと思っ
ている事業なのですけども。そういう中にいろんな人が入ってきて
いただいて、やるということは、なにも医学関係の専門家集団だけ
ではなくてですね。例えば、ここにこういう財政的なバックボーンをサ
ポートする基本があるわけですね。これを医者にやれって言ったって無
理な話なのですね。こういうことを例えば文系の方や、専門の方、企
業と連携するようなことをちゃんと、うまくやってくれるような方が
おられれば、非常に組織としては強力になるという気がします。これ
は決して医師集団、特殊集団ではありませんと。総合した、イギリス
のやはり、何百年の植民地政策の現代版なのだろうと私は思っていま
すけど、非常に多面的で、総合的な組織であると思います。医者だけ
でやれる話ではないわけですね。そういう形で一つ入っていただく。

我々のところにも JICA の援助というか、国際協力部ってのがあ
るんです。殆どの方が MD 出身でですね。ここに JICA の方がおられ
るかわかりませんが、一方的な援助なのですよ、我々のこれは援助で
はないのです。共同作業なのです。そうしない限りは彼らも乗ってき
ません。彼らは援助慣れしていますから。それで援助するところは
いっぱいあるのですよ。日本の JICA というか、ODA の予算はどんど
ん今、下がっていますからね。おそらくそんなには期待できない。今ま
では湯水のように使っていた。どういう風な使い方したかという
と、病院建ててやる、橋を立ててやる、何とかの教育システムを作っ

げると、そういうやり方ですね。これは、そういうことは全くないわけではないですけども、共同で病気に対応する、ということですからちょっと性質が違うのですね。上からお金持つて。

天児 それは今度の新 JICA はかなり転換しようとしてね、人材育成ですよ。

工藤 そこに転換を図ってもらえるならばたぶん可能性が・・・

天児 彼らはそれを図りたいんですよ。

工藤 ああそうですか。

天児 完全に今度の構想では人材育成なんですよ。じゃあどうということについてに関しては彼らの中には全くアイデアがないから、逆に色々な大学で、「ちょっと考えてみて」ということなんですよ。

工藤 提案すれば、こういうところに乗ってお金を出していただく。まあ、はじめにお金あり気ですからね。お金を取ってきて、これだけの予算があるから、ここに人材を投入するという話になってくるわけで。そういう意味では希望がある話かもしれませんね。

天児 タイミング的にはチャンスなんですよ。

工藤 (PPT 指示) これは、日本の文科省の海外拠点形成プログラムって、2 年前か 3 年前に出来たわけですね、文科省はいろんな事業を展開しています。これ 5 年間続くので、向こう 2 年半くらい続くわけですけども、その先どうするのかっていうことなのですけれども。これを支援している支援ネットワークがありますが、この先どうするのかわからない思案されているようです。産業、たとえばトヨタ、イギリスだとかこのウェルカムファンドという膨大な財団が支援しているわけなのですが、トヨタみたいな会社が出してくれないかなとか言っているわけですから。1 つはやっぱ産業界に連携すると。

このウェルカムファンドというのは、製薬会社がもともとの出発点だったようですけれども、それがファンドになって、色々な所からの寄付金を受け付けているわけです。先ほどちょっとタミフルの話をしましたけれども、膨大なお金が、タミフルを作っている会社、なんて言いましたっけ、日本は中外なのですけど、ヨーロッパの製薬会社があるのです。そこにですね、世界、特に日本の政府なんかは備蓄、これはやらないよりはいいわけですけど、あまり大きな声では言えませんが、ぼくが知っている限り一千億円以上のお金が入っていますよ。タミフルを備蓄するために、日本の国民のために、2500 万人分の備蓄、これにものすごいお金がかかったわけですね。それから WHO に寄付をする、ASEAN に援助をする。みんなタミフルの備蓄のために何百億という風に出しているわけです。

これは日本の ODA のやり方なんですよ。そのある会社に行くわけですね、それがウェルカムファンドに流れているわけです。流れて、

ウェルカムファンドはオックスフォードと協力して、タミフルの有効性ということで、現場で一例出たら、いくら出しますという構造になっているわけです。我々が入って行って、やっても弾き飛ばされてですね、コンペティションにならないんです、財政的な中身から言うと。ベトナムだと、感染症が、一面では現地の産業になっているんです。海外からの援助がどんどん入ってくると。こういう構図があるんです。裏を言えばですね。一例入れて200万入ってくる、日本円で200万だから、現地のお金にすれば10倍から20倍ですよ。日本で一例出たら2000万、3000万、4000万円入ってくる。患者さんの医療費もちろん、医療従事者に対するペイもちろん、病院にもどんどん入ってくる。こういう構図になっている。これが厳しい一面なんですね。

そのお金はどこから回っているかというのと日本の政府から回っている。ある種、彼らはそういう意味で、産学協同で、タミフルを作っている会社にもまた還元されているわけですね。そういう構図をうまく作っている。我々は政府にがんじがらめで、やれこういう風を買っちゃいけない、人をこういう風に雇っちゃいけない、日本人じゃないといけないなんていう話でやっているわけですよ。だけど向こうは初めからないんです。グローバルにやっている。ただ透明性と倫理性は非常に厳しいところがあるのですね。彼らは非常に賢いですから、批判されないようにいろいろ作っていますが、現実にはそういうことになって。研究・アカデミズムと産の実益をうまくつないでいる。こういう状況が作られている。こういう現状を見たら愕然といたしましたですね。

天児 アジアの中でそういうような組織を作っていくという、将来的にですよ、そういう可能性はあるんですか？

工藤 こういうのが核になってですね、我々が産学協同で上手くなればですね。つまりわれわれも欧米の医療従事者、スカラー、アカデミズムと勝負しなければいけない、皆さんもそうだと思うのです。そこで対等になるか、打ち勝たなければならない、あるいは競争相手にならなければいけない。産業だって、日本の製薬会社はなかなか外へ出て行けないですよ。日本の国内でしかやれない。ところがグローバルな製薬会社は初めからグローバルなのですよ。アメリカだけとかヨーロッパだけなんて考えてない。治験やる時もグローバルでやるわけですよ。日本だけなのですよ。日本の国内でやるのは、日本国内で許可を得た場合は外に持ち出しちゃいけない。日本でこういう疾患に効くなと思う薬あっても持ち出せないのですよ。始めから競争にならないのです、我々がやろうとしても。これを打ち破るような方向に行かないとですね。つまり産学協同、あるいは官もいれてですね。そういう志向性がないと、なかなかつまり win-win の関係にならないと。アカデミズムも産業界も、政府も win にならないと。彼らはそういう意味では、彼らというかアジアに入ってくるアングロサクソン、イギリス、アメリカ、フランス、ベトナムはフランスの植民地ですから、そういう状況をやはりわれわれも作っていかないとですね。ただこれまでのように ODA でお金をばらまいていけばいいという話では絶対ない。とてもそ

ういうようではやっていけない。

司会

先生のお話し聞きながら、このグローバル COE 書くときの苦しみもそうですし、私、実は留学センターの教務主任というのをやっていて、どういう風に大学を魅力的なものにするかという、その論理も多分非常に似ていると思うんですが。いろんな考え方あると思うんですけど、1つはもちろん全面戦争、きちんとできている中にどうやって全面的に戦っていくかという問題がひとつあると思うんです。もう1つは、局部、ゲリラ戦といいますか。真正面でやったらなかなか、その構造に入っていくような、まさに一症例 200 万で流れてしまう傾向があるとしたときに、もちろんその構造を変えるというのはもちろん1つの手なのですけれども。もう1つは今までにないような、新しい組み合わせで、この組み合わせがより、コストはあまりかからないけど広がっていく可能性があるみたいなところからようなそういう可能性のあるようなところから攻めていくって方法が多分ある。アジア地域統合というのは、私の頭の中ではそういうコンセプトなのですね。最初からグローバリゼーションなんていったら、これはもう英語の世界で、そうするともう大学というのはユニバーシティであって、地域の大学なんて、発想がそもそもわからないわけですけども、もう少し違うネットワークで考えるという話になったときに、組み合わせであるとか、今までの中にはない何か、そしてそれが比較優位を持ちうる何か、っていう風になっていくことによって、新たな知見が出てきたり、新たな発見が出てくる感じがするのです。先生のお話しの中では、どこに、医学としてお考えになるとすると、薬の開発だとか治療ということになるんでしょうけれども、どこの部分を部分的にてこ入れすることで突破できるのか、先生の考えをお願いします。

工藤

1つは財政的な基盤、我々は政府からもらっていますからね。それを少ないなんて言えないのですけれども。中身で勝負しようと。お金じゃなくて、ベトナムの人達、カウンターパートの臨床やっているような病気を治したいというそこに訴えるというのが1つですね。それが我々の1つの突破口になりうるのではないかということです。残念ながら第一段目である種の提案をしていた。一応 OK として準備はできていたのですが実際やらない。どうしてだということ我々は聞いたのですが、始めはオックスフォードから大量のお金が入っていたなんて一言もいわないわけですけどね。それがメインのモチベーションであるのですが、一方でタミフルを二倍量にしたってなりっこない事なんて知っているわけですから。我々の、まさに「肺炎を治そう」という臨床医の良心に訴えるような、彼らがやりやすいような方向で提案する。第二段目を提案したら、第一段目とは違った対応をしてくれているようですけども。本当にやる気になっているところがあるようですけども。内容で勝負するということが突破口になるかもしれませんね。

第2番目はアジア人の気質って言いますか、これはやはり大事にしたほうがいいんじゃないかなという気がします。やっぱり、特にベトナム人は似ているところがありますけど、そういうところを尊重し

あう。それから人材の育成ということに関しては、我々が向こうに行つて、向こうに学ぶという姿勢、そして向こうの人たちを呼んで、ある種の日本の高度な医療を、感染症だけではなくていろんな分野で広げてトレーニングコースを作る。そういうプログラムを作って連携を強める。こういうことが3つくらいの突破口になるのではないかな。

オックスフォードウェルカムファンドは、実はやっているのですけれども、我々もそういうこともやったほうがいいんじゃないかということですね。今までの JICA のような、一方的なハードの箱物を援助するのではなくて、中身をあげると。向こうも充実感、満足感を得てもらふようなことをやると。彼らは何か新しい技術とか機械を手に入れるということにも熱心ですけど、医学そのもののレベルを上げるということにも非常に熱心ですから、そこにしていかないと。分野は違うんですけど、それは共通しているのではないのでしょうか。

天児 一般的なトレンドとして、ベトナムとか、インドネシアとか、早稲田に Ph.D を出せるような、シニアの政府のオフィサーなんかを派遣して高等教育を引き受けてくれという動きがあるんですね、実際に。多分、そういう中で医療部門でも、そういった人を受け入れる対象があればね。是非、という話も出てくるのでしょうか。

工藤 医療といっても幅広いですから、公衆衛生的なものもありますし、本当の基礎研究もある。こちらの理学部の活動を拝見しますと、そういう点ではクロスするような所があるような気がします。文系の方に申し上げたいのはこういう全体をマネージするような人材をね。例えばベトナム出身の方で、日本の事情を知っていて、こういうことを理解するような方が入っていただければ非常に心強いと。我々にはできないことだと思います。

天児 結びつけつつ議論をしないと。

参加者 A 私は、いつもは違う研究しているんですけど、幼稚園児の娘がいて、インフルエンザはすごく身近で。昨年 11 月に二回学年閉鎖もあって。母親の気持ちで今日はずっと聞いていたんですけども。正直言って日本政府は、こういう感染症について本当に危機意識を持っているのかなという疑問があります。丁度 SARS がはやっているときに、二歳くらいの子供連れて行って、台湾の空港でもかなりの検査受けて、帰ってきてその後で娘が熱を出して気管支炎になったことがあって、その時私すごく心配して、成育医療センターの一番大きな立派な所に行つて、その事情も伝えたのですが。全然相手にしてもらえなかったですね。その時の気持ちはたぶん自分の娘のことだけではなくて、小児科で、他のお子さんにうつたら大変だと思つて。本当に私だけがあせて説明していたのかもしれない。全然医者には聞いてくれなかったこともありますし。東南アジアもよく出張で行くのですが、空港の検査もまあ簡単ですよ。タイから帰ろうが、マレーシアから帰ろうが、そんなに真剣にしない。

- 工藤 日本の場合ですね。
- 参加者 A ええ、日本の場合です。全然、真剣に調べられたことはないし。こんなことでは感染症への意識が高まるのかなってというのが。そのあたりが、もっと、**pretentious** でもいいから、見せ掛けだけでも厳しくしておいたほうが、こういうことに関する意識は高まるのじゃないかといっているんですけど、その辺りはどうでしょうか。危機意識を持っているのでしょうか？
- 工藤 我々は危機意識を持ってやっているんですけどね。全体に持っているかということ、どうでしょうかね、まさにおっしゃる通りじゃないですかね。だけど、やっぱり人間というのはそういう場面に出くわさないと、なかなかそういう風にならないっていうのもあれなので。例えば **SARS** の時に日本人に何例か出ればね、もうちょっと変わったのだろうと思いますけど。まあ、幸いにして出なかったわけですね。中国とかベトナム等では、そういう意味ではかなり変わりました。中国は特に今年オリンピックやるとか、万博やるとか、こういう時期に当たって鳥インフルエンザが出た、新型だ、なんて言ったらパーになっちゃうわけですから。何が何でも押さえ込もうとするでしょうし。鳥インフルエンザである限りは出たって隔離してしまえばそれで済むわけですからね。わからないですね。まあ、**SARS** の時は始め隠そうとしたわけですが、それで広まっちゃたんです。それはできなかったのです。ヒトヒトだったので。鳥インフルエンザの場合は鳥から人にはうつりませんが、かかった人に対して濃厚な接触しなければうつらないわけですから。その人たちは隔離してしまえばそう怖がらない。これが現状だということがわかってしまえば、なにやるかわかりません。
- 天見 中国なら断固隔離するでしょう。
- 工藤 ええ、断固隔離するでしょう。オリンピック、万博も再来年ですか？それまでは何が何でも制圧するでしょう。そういう意味での危機感はあるでしょうね。そういうのは日本にはあまりない。ただ日本は別に感染症に限らず、いろんな意味で、分野で崩壊しているということが言われていますけれども、それだけの危機感があるのかわからない。実際そういう風になってみないと、人間というのは立ち上がらないというのがありますから。まあ、そう絶望するほどのことではないかもしれません。
- 天見 危機感がない人の方がハッピーなのかもしれない
- 工藤 いつもピリピリしていたら我々もとても生きていけない。私は、本当は臨床医で呼吸器科が専門なんですね。特に感染症をもともと専門にしているわけですけど、だけど、**SARS** のとき副院長やっていて、実際指示を取ったわけですけども、そのあとに、**SARS** は来ないとわかって、一段落したときにこの鳥インフルエンザの話が出てきたときに、二年間くらい、今年三年目で、一年、二年というのは緊張の連続で

したね。これ出てきたらどうしよう、という。でもあの緊張感は続くものではないですね。続いたら私は崩壊していた。ただもし今出てきた場合はどうなるんだろなということは、私なりに構図を描いていますし、若手をどんどんベトナムに送り込んでいますし、少なくとも、私ひとりではないし、何十人か手勢を作っておりますので、砦を確保しようというつもりにはなっております。これ日本全体に広げようとするとなかなか難しい。

参加者 B

私は、施設の計画の側からいろいろお聞きしたいのです。医療施設の設計に従事していた者なんですけれども、丁度 SARS の後に、台湾に行きまして、台湾がかなり大きないろいろな病院を見て歩いて、そういうときにいわゆる三大作ではないのですが、かなりテンポラリーでも緊急患者の収容施設を作っていたり、既存でも使われなくなった施設を急遽改装して使えるように作ったりと、色々な準備をしていたのを目撃したわけですね。先ほどの日本の場合は、逆に、全国に特別施設がたった八か所しかない、そういう場合を考えていると、ああいう話なんか考えていくと、救急外来で、インフルエンザの疑いがあるときに、行ったときにですね、対応している医療施設は殆どないのではないかと。そうすると少なくとも、せめて国立病院くらいはそういうきちんとした対策をとった施設を用意しなければいけないんじゃないかと。その辺はどうなんでしょうか。

工藤

まさにそうだと思いますね。八所とか一種感染所というのは、パンデミックになった時の始めの時だけであって、広がってしまったらいろいろな病院がそれに対応しなければならない。本当に我々の所は初期の段階しか機能しない。今言われたような、例えば普通のインフルエンザでもきちんと対応しているのか。日本全体として責任はどうなっているんだということに関しては、甚だ心もとない。国立病院はやはり、ある意味では責任はどうなっているんだと声をあげていただければ、批判されたくないんですね。だから尻を叩くようなことはしておりますので。国立病院といたって、東京都の中では、厚労省の管轄で言うと、医療センター、駒沢、あとは、国立病院は東京の中にありませんので。あとは大学病院、民間病院。まあ一時から見れば、院内感染防止という意味では、かなり対策を取るようになっておりますけれども。万全かというとなかなかそうは言えないと思います。ただ、こういう言い方して不謹慎かもしれない。小津波が着たらピリッと来る。大津波が着たら崩壊しますが、SARS の時もそうなんです、数例出れば、今こんな状態ではないと思うのですが、幸いにも出なかった。台湾にしても中国にしてもベトナムにしても、出たところはそれなりの対応をしているのですが、日本は出なかったんです。それが尾を引いている可能性があります。我々のこういう施設も常勤は 3 人か 4 人位なんです。そんなに大きな組織ではないんです。こういう活動に専念するのは 3 人か 4 人くらいですね。日常的には渡航者外来というのがありまして、いざという時には臨機応変に対応するという、そういう態勢なわけですね。特定の部門が、呼吸器科のような大きな部のように、固定し

たスタッフが十分いるかというとなんな状況ではない。今の日本の医療みんなそうです。だからこそ臨機応変に対応できるような訓練、教育、そういう構想が大事だということを申しあげているわけです。お答えになったでしょうか。不十分でしょう、と言うしかない。不十分なりにわれわれは啓蒙活動とかモデルをいろいろな所で提案し、国内のネットワークを作ろうとしてやっているわけですけど、甚だ不十分であるといわれればそうだと思います。

参加者 B 病院は、阪神淡路大震災の後、耐震構造というのを取り入れて、構造で建物作っているわけですけど、おっしゃったように、多少ちょっと症例が発生しない限りは体制的にきちんとできないんでしょうね。

司会 えっと、本来の時間を 20 分過ぎています。大変興味深いお話を本日はどうもありがとうございました。

記録：岡野芽里（大学院政治学研究科博士課程生）
編集：上久保誠人（GIARI 特別研究員）