



巻頭インタビュー

東北大学教授
政府新型コロナウイルス感染症
対策専門家会議委員

押谷 仁

おしたに ひとし 1987年東北大学医学部卒業、97年テキサス大学公衆衛生大学院公衆衛生修士(テキサス大学)。医学博士(東北大学)。専門はウイルス感染症の疫学研究、感染症対策。WHO 西太平洋事務局感染症地域アドバイザーなどを経て、2005年より現職。著書に『パンデミックとたたかう』『新型インフルエンザはなぜ恐ろしいのか』(ともに共著)など。

感染症対策「森を見る」思考を 何が日本と欧米を分けたのか

聞き手・本誌編集長

——新型コロナウイルス感染症(COVID-19、ウイルス名はSARS-CoV-2)は、グローバルに拡大し、世界各国で感染抑止や治療の闘いが続いています。

押谷 中国政府が新型コロナウイルスの感染を最初に報告したのは昨年末でしたが、すでに一月下旬ごろには、湖北省の武漢の周辺で流行していたと思われる。

これまでの日本での流行は大きく分けて二つの波があり

東京、愛知、大阪など全国で流行が起きました。この第一波は三月中旬に何とか感染者数を低いレベルに抑え込めたのですが、その頃、第二波がやってきました。

第二波は、欧州、米国、東南アジア、あるいはエジプトなど非常に広範な国々からの入国者を起点とした流行です。これらの国からの入国者からは三〇〇人程度の感染者を確認しているので、入国した感染者の実数は一〇〇〇〜二〇〇〇人くらいと推定されます。日本での感染は二月初旬に始まり、三月下旬に政府が段階的に入国制限を行うまで、感染者がほぼ自由に国内を移動できたので、大規模な流行になりました。この間の対応の遅れは悔やまれます。

しかし五月上旬の段階で、第二波の感染拡大は何とか収束の方向に向かわせることができましたと判断しています。少なくとも流行のピークは越え、今後再流行は起こるでしょうが、新規感染者はある程度低いレベルで抑えられる可能性が高いと考えています。

——当初の想定より、うまく抑え込めたのでしょうか。

押谷 このウイルスの特徴をつかんでからは、感染者数は一定レベルに抑えられると確信していました。一方で死者数については、当初は一〇〇人に抑えることを目標にしていきましたが、これは予想を超えてしまいました。いまは

ました。まず、武漢など中国からの入国者を起点とする第一波です。一月から二月初めにかけて国内で見つかった中国からの入国者での感染者は一人でした。もちろん実際はもっと多いと考えられますが、それでも数十人から一〇〇人程度が実数だったと思われる。この人たちが旅行などで入国してまず感染を拡げ、その後スポーツジムやライブハウスといった人の集まる場所を通じて、北海道、

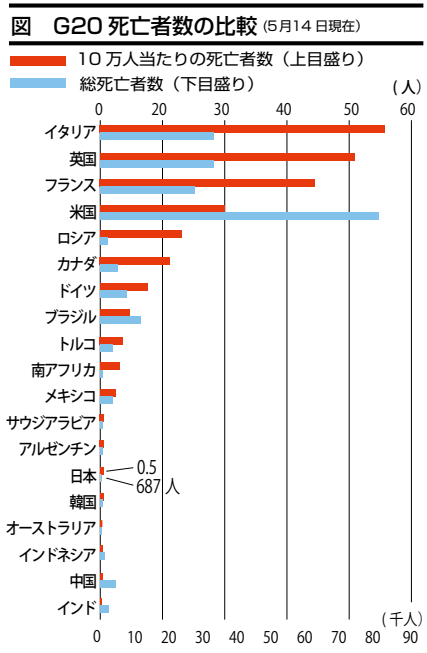
感染対策、国ごとに大きな違いが

——日本はPCR検査数が少ないため、感染の実態が把握できていないとの批判が、国内外のメディアで見られます。

押谷 そうは思いません。一時期ニューヨーク市がよく引き合いに出され、「東京もいずれこうなる」と言われました。しかし、ニューヨーク市で最初に感染者が確認されたのは三月一日です。中国は昨年から、日本でも一月一五日には最初の感染者が確認されているのに、世界中から旅行者が集まるニューヨークで感染がなかったとは、とっくに考えられませんか。むしろ三月まで「大きな感染」を見逃していた可能性が高く、それが現在のニューヨークの厳しい状況を生んでいると考えるべきでしょう。もし東京で感染者を同じように見逃していたら、ニューヨークと変わらない事態になっているはずなのです。

——両都市の違いは、どうして生まれたのでしょうか。

押谷 データを見れば、欧米諸国と日本でどちらが有効な対応なのかは明らかです。両者の違いは、感染拡大を止める戦略にあります。ひと言でいえば、日本の戦略は「森を見て全体像を把握する」ことで、ニューヨークをはじめ欧



米諸国は「木を見る」方法だと言えます。

欧米諸国は、感染者周辺の接触者を徹底的に検査し、新たな感染者を見つけて出すことで、ウイルスを一つ一つ「叩く」ことに力を入れてきました。しかし、日本だけではなく各国のデータから、接触者の陽性率は非常に低いことがわかっています。一方で、通常の方法では見つからないような軽症例や、無症状の感染者からも感染が起り得ました。したがって、そのような対応は感染拡大阻止にはさほど有効ではない上に、たいへん非効率な消耗戦となってしまうのです。

一方、日本の戦略の肝は、「大きな感染源を見逃さない」

された対応です。すなわち、二〇〇九年に新型インフルエンザが流行した際、検査目的でたくさんの方が発熱外来に押し寄せ、何時間も待たされた上に、待合室が「三密」化した、という経験がありました。それゆえ日本の臨床現場では、「無秩序な検査はかえって状況を悪化させる」という認識が、ある程度共有されていたと思います。

加えて、検査の質の問題もありました。特に米国は、食品医薬品局（FDA）が拙速にPCR検査キットを承認したため、粗悪な製品が出回ってしまいました。しかも、中国から報告されたPCRのプライマー（遺伝子配列）は精度が低く、日本はすぐに使用を中止しましたが、米国は使い続けました。こうした要素が相まって、PCR検査の精度を下げ、混乱に拍車をかけたと考えられます。

感染状況・欧米とアジアはなぜ違ったのか

——確かに、アジアと欧米では感染の状況が異なるようです。特に欧米は深刻で、社会の混乱が見て取れます。

押谷 G20諸国（EUは除く）を人口一〇万人当たりの死亡者数の多い順に並べてみると、日本を除くG7各国が非常に厳しい状況にあるのがわかります（図参照）。それに続くブラジルやトルコの増加も気になりますが、アジア・

という点にあります。われわれがクラスターと呼ぶ、感染が大規模化しそうな感染源を正確に把握し、その周辺をケアし、小さな感染はある程度見逃しがあることを許容することで、消耗戦を避けながら、大きな感染拡大の芽を摘むことに力を注いできたのです。そのような対策の背景には、このウイルスの場合、多くの人は誰にも感染させていないので、ある程度見逃しても、一人の感染者が多くの人に感染させるクラスターさえ発生しなければ、ほとんどの感染連鎖は消滅していく、という事実があります。

——検査を抑制した日本の対応には批判もあります。

押谷 欧米人の感覚では、「自分が感染したかもしれないのに、すぐに検査してもらえない」宙ぶらりんの状態に置かれることは耐えがたく、許しがたいことなのかもしれません。しかし、検査や診察への抑制的なアクセスはこのウイルスには必要な対策であり、そこを批判するのは、まさに「木を見て森を見ない」のです。

まだ私たちが専門家会議としてクラスター対策を始める前ですが、厚生労働省は二月一七日に、軽症の場合「三七・五度以上の発熱が四日以上続く方」は帰国者・接触者相談センターに相談する、という方針を示しました。この検査の抑制方針は、過去のインフルエンザ流行の経験から導き出

アフリカの国々は総じて感染者・死者数ともに少ない。今後どう推移するかはわかりませんが、私は、これまで世界をリードしてきた欧米流の社会のあり方、そして世界のあり方が、大きく問われているような気がしています。

——どんな要因があるのでしょうか。

押谷 おそらく、新型コロナウイルス、あるいは感染症そのものに対する向き合い方が、欧米と日本、あるいは欧米とアジアでは、歴史的・文化的な素地も含めて、根本的に違うからだと思います。

先ほど欧米の対応は、感染者を特定してウイルスを「叩く」ものだと述べました。そこには「悪しきものを徹底的に殲滅する」というイメージがあります。政治家のみならず見識のある学者のなかにも、新型コロナウイルスを戦争のメタファーで語る人が非常に多いのがその表れです。

他方で、日本は奈良時代から繰り返し天然痘などの感染症に苦しめられてきたことが記録されています。その過程で、人々は人知の及ばない強大な力があることを認め、ある程度は受け入れてきたのではないのでしょうか。例えば、日本には天然痘を「疱瘡神」という神として祀った神社や寺があります。もちろん悪しき神、疫病神ですが、神として認めている。また、郷土玩具として知られる会津の「赤

べこ」の身体には黒い斑点がありますが、それは天然痘を表しているという説があります。「天然痘と共存する」といった、ある種の諦念を含んだ関係が、日本やアジアの社会の中にはあるのではないのでしょうか。

新たな脅威にポスト・コロナの世界像で備える

——今後、私たちは新型コロナを克服できるでしょうか。

押谷 その質問が「日本から新型コロナを完全になくせるか」という意味ならば、答えはノーです。症状のない不顕性感染を完全に把握することは不可能だからです。

私は、少なくとも一年ないし数年の単位で、このウイルスは定着していくと考えています。もしウイルスを完全に根絶したいのならば、すべての日本国民に対して二週間、毎日PCR検査を受けさせて調べるしかありません。言うまでもなく、それは実現不可能ですし、PCR検査の感度による正確性の問題もあります。

——集団免疫 (herd immunity) を求める声もあります。

押谷 全くあり得ないオプシオンです。集団免疫は人口の七〇〜八〇%が免疫を持つことで成立すると言われていますが、それほど深刻なニューヨーク市でさえ、抗体検査の精度を信じるとすれば、感染者は人口の一五〜二五%です

発的に広がる事態は、今後いつ起きてもおかしくありません。そしてインフルエンザの感染力は、新型コロナの比ではありません。仮に日本で発生すれば、おそらく数週間ですべてに拡大すると思われま

す。ワクチンでは対応できませんか。

押谷 ワクチンの製造には早くても数カ月の時間がかかりますし、製造過程でクラスターが発生すれば、生産は止まってしまう。仮に備蓄があっても、全国民に接種することにやはり数カ月はかかりますので、流行には間に合わないこととなります。それ以外にも、エボラ出血熱が空気感染するように変異したら——。抗生物質の効かない耐性菌が生まれたら——。これまでのパンデミック対策が成り立たない世界です。一〇年後の国際社会が、地球温暖化よりはるかに深刻な問題として感染症を捉えるようになっていても、全く不思議はありません。

——国際社会の対応が問われます。

押谷 ポスト・コロナの時代に向けて変えていかなければならないのは国際社会も同様です。コロナの経験で、グローバル化した世界、言い換えれば経済効率を優先させた無駄のない世界は、感染症にきわめて脆弱であることがわかりました。コロナを経験してもなお、その脆弱な場に戻るの

から、七割以上の水準を目指すには、あの厳しい状況を三、四回繰り返し返さねばなりません。英国も一時は集団免疫の方針をジョンソン首相が表明しましたが、数日で取り消しました。無意味なことに気づいたのでしょうか。

——となると、今後の展望をどうみたらよいでしょうか。

押谷 少なくとも短期的には、日本も含めて、新型コロナが拡大する前の世界には戻ることができません。欧米のように、感染者数が少し減ったら少し外出制限を緩和するというやり方は、再び感染を拡大させ、消耗戦となります。それを繰り返せば、経済・社会はもたないでしょう。

ですから私たちは、社会のあり方がある程度は変えていかなければなりません。もつとテレワークを活用し、みんなが東京に出張する必要があるのかどうか考えなければなりません。そのような「新しい生活様式」に行動を変えたとしても、長期的にみれば、今後、感染症の被害はより厳しいものになると覚悟しなければなりません。

私は、次の脅威はインフルエンザのパンデミックだろうとみています。二〇〇九年のパンデミックは、それほど大きな被害が起きませんでした。直近の本当の意味でのパンデミックは一九六八年の「香港かぜ」ですから、もう半世紀以上前のことです。人類が免疫を持たないウイルスが爆

か。私たちは問われています。

——感染症をめぐる国際協力のあり方も考え直さなければなりませんね。

押谷 近年、グローバル・ヘルスへの関心は高まっています。しかし、豊かな国が貧しい国を助ける、欧米が作るガイドラインを途上国が実施するといった、旧態依然の垂直的な構造自体を疑うことが必要です。世界保健機関(WHO)はさしずめ、両者の仲介役の機能を果たしてきたと言えるでしょう。

しかし今回、感染症の脅威を「徹底的に叩く」文化にある欧米の先進国が軒並み深刻な状況に陥り、さながら「野生の思考」的に共存する、という考え方のあるアジア・アフリカ諸国が何とか踏みとどまっているのは示唆的です。しかも、日本、中国、韓国、台湾、ベトナムなど、それぞれが全く違ったやり方で成果を上げている。したがって、これまでの垂直的な関係、「ワンサイズ・フィッツ・オール」のやり方はもはや成り立たないのです。このことを理解し、感染症の脅威に対する国際協力のあり方を再構築すべきだと思います。日本は今回の経験で、さまざまなノウハウを蓄積することができました。これらを提供することで、世界に貢献ができると考えています。●