



## 黄鮒(きぶな)

江戸時代、天然痘が流行したときに黄色い鮒を食べてなおったという。宇都宮市に伝わる病気除けの縁起物。

日本WHO協会・  
生産技術振興協会ジョイントセミナー  
「グローバルヘルスの集い」

新型コロナウイルス感染症が  
持続可能な開発目標  
(SDGs) の大転換を迫る

中村安秀

日本WHO協会



# グローバルヘルスの視点から 新型コロナウイルス感染(COVID-19)をみる

人類と感染症の長い歴史からみると、新興感染症が中国で発生し世界に広がるというシナリオは最も蓋然性の高い想定内の出来事。

しかし、世界で最も人権意識の高い欧米先進国が武漢と同じような都市封鎖と外出禁止を実行し、国境を閉ざしたことは大きな驚き。

感染症対策の中で格差は広がっていないか？「だれひとり取り残さない」という「持続可能な開発目標」の視点はどうなっているのか？ 過去に学び、地球上の他国に学ぶ歴史空間的視座で考えてみたい。

(感染症の専門家ではなく、グローバルヘルスの立場から)

# 根絶することができた唯一の感染症 天然痘

## 症状:

感染すると、発疹が全身に広がり、激しい痛みをもたらす。  
致死率は20－50%（国立感染症研究所資料）。

**歴史:** 中米のアステカ文明を壊滅的な状況に追いこんだ

**予防接種:** 1796年、英国の開業医ジェンナーが種痘を発明

## 世界天然痘根絶計画:

1958年世界保健機構(WHO)総会で可決

当時の患者数は約2,000万人、死亡数は400万人

1966年 資金強化(各国に天然痘チームができる)

**蟻田功氏:** WHO天然痘根絶計画の中心的役割。

のべ73カ国、20万人が参加。1980年に天然痘根絶を宣言。

『地球上から天然痘が消えた日—国際医療協力の勝利』 あすなろ書房1991年

# クウェート・WHOアドバイザー

湾岸戦争の直後、WHOが主導するクウェート復興計画調査団にWHOアドバイザーとして参加。そのときに同行して指導いただいたのが、蟻田功先生であった。(1991年3月)



# 天然痘が根絶できた理由

1. 天然痘は不顕性感染（無症状感染者）がほとんどいない。特徴的な皮疹などの症状がでるので、医療者でなくても天然痘ではないかとわかる。
2. 天然痘ウイルスはヒト以外に感染しない。
3. 有効性の高いワクチン（種痘）があった。常温で保存でき、Y字型の器具（二又針）で皮内接種する。簡単な手技なので、医師でなくても接種できた。
4. 世界各国が、協力した。患者発生が報告が届くと、天然痘チームが村に駆け付け、周辺の住民にワクチンを接種する。1977年のソマリアで最後の患者。

（人類が明確な戦略をもち、根絶できた唯一の感染症。さまざまな幸運が重なり合った、WHOの栄光の時代の偉業。）

# 持続可能な開発目標

(Sustainable Development Goals :SDGs)

2015年9月 第70回国連総会

## 理念

だれひとり取り残されない(No one left behind)

- ・17の持続可能な開発目標(SDGs)
- ・169の具体的なターゲットを設定
- ・地球の一員として先進国も途上国も同じ開発目標

## 新型コロナウイルス危機への対応

「健康危機ではなく、人間の危機であり、  
雇用の危機であり、人道の危機」

(グテーレス国連事務総長)

学校閉鎖 約13億人の子どもの教育の権利  
予防接種 国際小児科学会・WHO・ユニセフ



# SDGs目標3. あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する

- 1 世界の妊産婦死亡率(出生10万対)70未満に削減
- 2 新生児死亡率:12以下(出生千対)、5歳未満児死亡率25以下
- 3 **エイズ、結核、マラリア、顧みられない熱帯病の根絶**
- 4 非感染性疾患(NCDs)による若年死亡率を3分の1に減少させる
- 5 薬物乱用やアルコールなどの乱用の防止・治療
- 6 交通事故による死傷者を半減
- 7 リプロダクティブヘルスの国家戦略・計画への組み入れ
- 8 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成
- 9 有害化学物質、大気・水質・土壌の汚染による死亡・疾病の減少

**「持続可能な開発目標(SDGs)」の169のターゲットに、新興感染症の脅威と蓋然性に対する記述は一切なかった。**

# ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage: UHC)

## <課題>

- 多くの人が 必要な保健医療サービスを受けることができない
- 医療費が支払えない 医療機関まで遠い  
医療者がいない 教育が不十分など理由はさまざま

## <4つのシステムづくり>

- すべての人びとが必要な治療・予防・リハビリテーション・緩和ケアなどを受けられるシステムづくり
- ・(ヒト)保健医療の人材育成
- ・(モノ)保健医療施設の充実と医薬品の供給
- ・(カネ)健康保険制度の普及
- ・(情報)保健医療に関する情報システム



## ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の破綻

- ・マスク、手指用アルコール剤などが入手できない
- ・医療機関において、マスク、消毒用アルコール剤、医療用防護具、人工呼吸器などが欠乏する
- ・PCR検査が十分に提供されない
- ・重症患者を受け入れる感染症病床が不足  
(ヒト、モノ、ハコの絶対的な欠乏)

感染症の猛威の前に、医療が受けられるというUHCが先進諸国で数週間うちに破綻した。

最高級の高度医療を提供してきたニューヨークで大病院において医療崩壊が惹起した！。

# 単身赴任男性 無念の孤独死

(東京新聞 2020年4月26日)

- ・50歳台男性
- ・社員寮に単身赴任
- ・健康な元ラグーマン

## 【病状】

4月3日 発熱。保健所の相談センターにつながらず。

7日 会社の上司が陽性と判明。

9日 PCR検査。

10日 発熱。せきがひどい。

11日 死亡。変死事案。

13日 警察から通知PCR検査陽性。



症状がある人が、医療機関で治療を受けられず、警察から最終診断を通知される。必要な時に適切な医療へのアクセス(UHCの基本である)ができなくなっていた。

# 国際保健医療協力の必要性

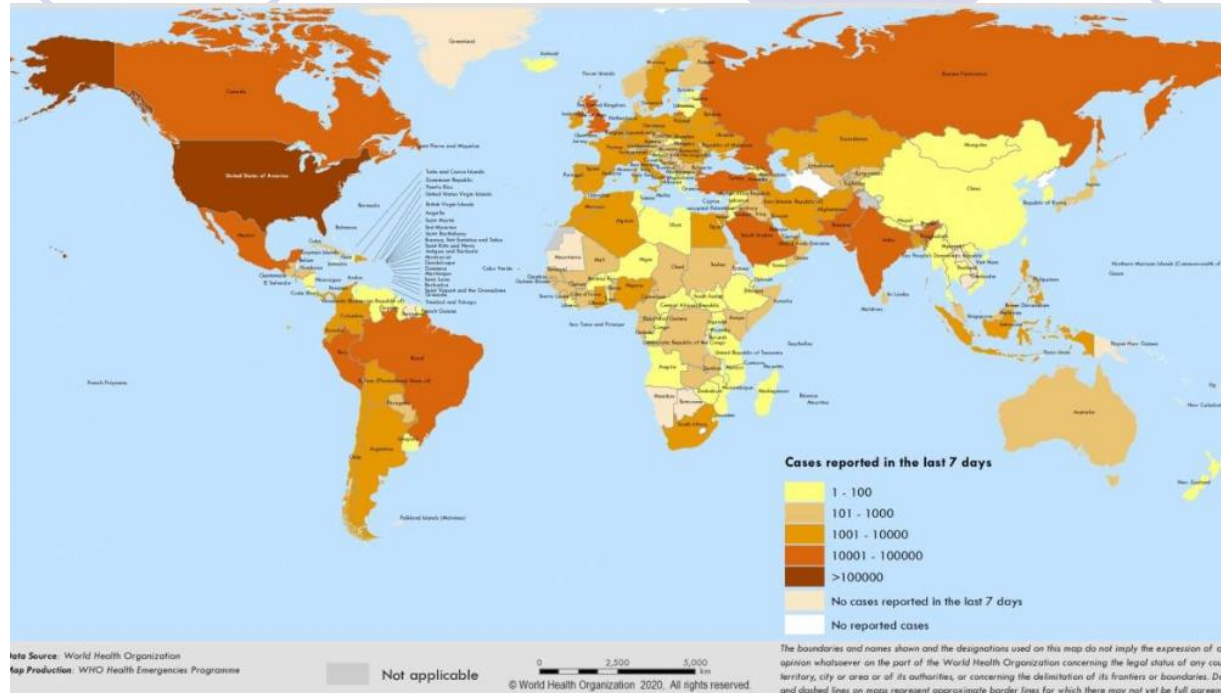
感染症に国境はない。パンデミック(世界的大流行)になった新型コロナウイルス感染症は、自国だけで解決できない。仮に日本国内で感染を終息させることに成功しても、地球上に大きな流行地がある限り、感染対策を継続する必要がある。

アフリカ・アジアの新型コロナウイルス感染対策に対する国際協力を(可能な手段を使い)積極的に行う必要がある。

- ・オンライン・セミナー
- ・遠隔医療システム
- ・E-learning などなど

# WHO: 世界各地の感染状況

## (Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report)



国・地域	患者数(万人)	死亡数(万人)
総計	391.7	27.4
WPRO(西太平洋地域)	16.0	0.6
EURO(欧州地域)	170.8	15.6
SEARO(南東アジア地域)	9.5	0.3
PAHO(米州保健機構)	165.5	9.9
EMRO(東地中海地域)	25.6	0.9
AFRO(アフリカ地域)	4.3	0.1

グローバルヘルスの視点からは、報告の出していない地域において何が起きているのか注視すべき！

# 国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態

(*Public Health Emergency of International Concern: PHEIC*)

WHO(世界保健機関)が国際保健規則(2005年改訂)に従い、発令する。

WHOによる疾病の予防、監視、対策などが加盟国に対して行われるが、強制力はない。

これまでに、PHEICに指定された事態は以下の通り。

(公表死者数)

2009年4月: 新型インフルエンザ・パンデミック(1.9万人)

2014年5月: 野生型ポリオ

2014年8月: 西アフリカ・エボラウイルス病(1.1万人)

2016年2月: アメリカ大陸・ジカ熱

2019年7月: コンゴ民主共和国・エボラウイルス病(約1700人)

2020年1月: 新型コロナウイルス感染症・パンデミック

# 100年前からマスクと隔離を実践していた日本 スペイン風邪の際の予防対策

- ・「マスク」の使用を奨励し「マスク」を得るの途なき者に対しては之を給与する方法を講じ……
- ・流行地に於いては可成多数の衆合を避けしむること
- ・頭痛発熱等身体に異状あるときは必ず速に医師の診察を受け静養すること
- ・患者は可成隔離し全治に至る迄は外出を遠慮せしむること
- ・療養の途なき者に対しては相当救療の方法を講ずること

内務省衛生局 『流行性感冒「スペイン風邪」大流行の記録』東洋文庫、平凡社 2008

当時は、PCR検査も人工呼吸器も存在しなかった。

しかし、マスクとうがいという生活様式を推奨し、「療養できない人に対する代替策を講じる」視点は存在した。

# 新型コロナウイルスが侵入するわずか2年前に 総務省が警告していた日本の感染症対策

## 水際対策の不備

入国後の健康状態等の報告が遵守されていない

→ 健康監視対象者からの報告が遅延・中断（573/911人：約63%）

## 指定医療機関の診療体制等が不十分

基準数での患者等の受入れを危惧する機関（約23%）

院内感染防止措置等が十分でない <62事例>

## 感染症患者等の搬送手段等の確保が十分でない

隔離・停留先や搬送手段の未確保 <11検疫所、5保健所>

感染症患者等の搬送訓練が不十分 <8検疫所、3保健所>

総務省（2017年12月）『感染症対策に関する行政評価・監視  
国際的に脅威となる感染症への対応を中心として』

# 感染症対策に関する行政評価・監視 調査報告書（2017年12月）

**感染症指定医療機関において指定病床数どおりの感染症患者の受入れが困難としているもの**

A病院（指定病床数4床、受入れ可能数0人）

感染症病室と結核病室の壁の仕切りがなく、出入口も共有。

B病院（指定病床数16床、受入れ可能数2人）

医療従事者の数が不足。他の医療機関からの支援が必要。

**感染症指定医療機関において感染症患者等に集中治療を行うことは困難としているもの**

C病院（指定病床数4床、ICUまたはHCU病床数なし）

ICUがなく、重症の感染症患者等に対する治療は行わない。

**感染症指定医療機関のうち、実際には感染症患者を受け入れられない、重症患者は治療できない医療機関がある。病床数の確保が課題。**



# いま、私たちに求められていることは？

## 1. 感染症対策に集中しすぎることの弊害

- ・エボラ熱の西アフリカ(他の疾病での死亡者が増えた)
- ・病院への受診抑制、人と人のつながりの欠如  
メンタルヘルス、認知症悪化、非感染性疾患(NCDs)の増加

## 2. 差別と偏見

- ・ウイルスを「悪者」と呼び、感染症を根絶する戦略は困難
- ・だれもが病気になる可能性をもっている健康教育が必要
- ・長期的な視野で、新型コロナウイルスと共生する社会

## 3. 「看護師・助産師を支援しよう！」

(2020年世界保健デー: Support Nurses and Midwives!)

- ・フロントライン・ヘルスワーカー、英国ではキー・ワーカー、
- ・社会の最前線で仕事している人がいるから、社会が成り立つ

# ビルド・バック・ベター

「災害前よりもいいものを創るのだ！」  
私たちが自然災害から学んだこと

1. 「Wellbeing has a higher value than gross domestic product」  
(The Lancet: May 2, 2020)。健康であることはGDPよりも価値があることを世界が再認識した。

『社会的共通資本としての医療』(宇沢弘文・鴨下重彦) 東大出版会

2. 学校閉鎖は有効だったのか？ 外出自粛は効果があったのか？ 緊急時の政策をきちんと科学的に検証すべきである。アジア通貨危機後の各国対応を比較した手法は参考になろう。

『経済政策で人は死ぬか？』(デヴィッド・スタックラー) 草思社

3. 平時にシステムを構築しておかないと、緊急時に使いものにならない。特別な新型コロナウイルス対策が必要なわけではない。プライマリヘルスケア(PHC)に基づいた地域保健医療体制のなかに感染症対策を包含すべき。PHCを基盤にしたユニバーサル・ヘルス・カバレッジはしなやかで緊急時にも強い。『地域保健の原点を探る』(中村安秀) 杏林書院

ご清聴ありがとうございました！



母子健康手帳の印刷数世界一のインドネシアから、新型コロナウイルス対策に関するオンライン・セミナーの依頼があった。  
日本WHO協会として、グローバル世界への発信と交流を続けたい。