ジャパン・スポットライト　日本のキーパーソン　独占インタビュー

（インタビュアー：小黒一正）

2024 年 8 月 6 日インタビュー実施

Japan SPOTLIGHT 2024 年 9/10 月号に英文記事掲載

(URL: https://www.jef.or.jp/journal/pdf/257th_Exclusive_Interview.pdf)

「パンデミックと日本」

2020 年春、新型コロナウイルスが、世界的な感染を見せた時、どうすれば、感染拡大が効果的に抑制できるか、真剣に議論された。百年に一度といわれるパンデミックに、世界各国はどのように立ち向かったのか？

2024 年夏の現在でも、日本において、新型コロナウイルスは、第 11 波を迎えており、重症者や死亡者の感染者に占める比率が、当初と比べて大幅に減るなど、市民生活への影響は緩和しつつあるが、依然として続いている。しかし、現在日本の厚生労働省から発表される唯一の感染者数の指標である、1 週間に、全国の定点医療機関から報告された新型コロナウイルスの感染者数の 1 医療機関あたりの人数は、流行のピークの数が、2023 年ころから、前の流行のピークと比べて減り始めており、パンデミックの終息の出口が見え始めたように思える。

この人類史上未曽有のウィルスとの戦いに、日本の医療専門家のリーダーは、どのように立ち向かったのか？特筆すべき日本におけるこのウイルスの致死率の低さは、どのようにもたらされたのか？

日本のパンデミック対策のリーダーであられ、2023 年 9 月、ウイルスとの戦いの実態について、将来のパンデミックに備えるための重要な教訓として、「1100 日間の葛藤―新型コロナ・パンデミック専門家たちの記録」（日経 BP）という本を出版された、尾身前新型コロナウイルス感染症対策分科会長に、弊誌編集委員の小黒一正法政大学教授が、お話を伺った。

今回のパンデミック対策の総合的評価

小黒　コロナのパンデミック当初は、不確実性が高い中で、日本の PCR 体制が十分でないことなどが、例えば海外のメディアなどで批判されていたこともあったと思います。

そのような状況を踏まえて、日本の専門家の方々は、クラスター対策として疫学情報の収集・分析をして、クラスターの早期発見と対応をしていました。市民に対しては、クラスターが発生しやすい場所や環境、行動を避けるように啓発をされていました。

その後も、尾身先生をはじめとして、致死率を抑えることにベストを尽くすと言われて、結果的に見ても極めて低い致死率が実現されたのではと見ています。

あらためて振り返られて、この点をどう評価されているのか。お考えをお聞かせいただければと思います。

尾身　検査のキャパシティーが低かったことも準備不足だったことも事実です。台湾やシンガポール、韓国など、アジアの比較的進んでいる他の国と比べたら、明らかに準備不足だったと思います。その準備不足の理由は、韓国やシンガポールは、過去に SARS があったり MERS があったり、2009 年には新型インフルエンザなど、さまざまな感染症の大流行があったわけです。その教訓を十分生かしたことで、今おっしゃった検査体制の強化、あるいは一番大事な医療疫学情報のデジタル化等々、かなり真剣に取り組んできたということがありました。

Photo：感染症専門家

Photo：西浦博京都大学教授

Emergency Operations Center　：　日本（左）、韓国（右）

日本は同じように、新型インフルエンザも経験したし、SARS も経験したけれども、比較的被害が少なかったからかもしれません。

2009 年にメキシコでブタ由来の新型インフルエンザ（H1N1）が発生したときは、日本の被害も大きく、反省会を開きました。当時、日本学術会議の会長であった金澤一郎先生が座長になって、かなり長期間にわたって検証をしました。政府の関係者も、医療関係者も、マスコミも入って、さまざまな政府、厚生労働省に対する提言を作成しました。

PCR のキャパシティーを充実しなくてはいけない、医療情報をデジタル化しなくてはいけない、あるいは、国と専門家の役割分担を明確にしなくてはいけない、リスクコミュ

ニケーションのあり方などです。まさに今回問題になったようなテーマはおしなべて、そのときの提言に入っていたのです。

ところが日本の場合は、他の韓国やシンガポールと違って、その提言がほとんど実行されないままに今回のパンデミックに直面しました。

そうした準備不足にもかかわらず、死亡率は比較的少なかったわけです。理由を簡単にまとめれば、三つの大きな要因があったと私は思います。

一つは、一般市民の行動です。日本の場合には、欧米とは異なり、要請ベースで、守らなくても罰金などのペナルティーはありませんでした。それにもかかわらず、日本人のヘルスリテラシーの高さ、また周囲からの同調圧力も関係したと思われますが、国や自治体からの強制力のない要請に対して、自主的に協力してくれたということがあります。

最初に緊急事態宣言が出たのは 2020 年 4 月 7 日で、国民の不安感が一番強かった時期ですが、実は、その前から既に一般市民は、特に高齢者を中心に、マスコミなどから流れる情報に従って、主体的に行動変容していたのです。緊急事態宣言が出て、さらに行動変容が上乗せされたのです。

国が法律の根拠を持って出す行動変容への要請に対しては、高齢者だけではなく若者もかなり協力してくれました。これは間違いなく、死亡者が少なかった一つの大きな要因だと思います。

二つ目は、これは他の国も同じですが、医療関係者が自分も感染リスクを負いながら、毎日 N95 という非常に空気の入りにくいマスクをかけて、防護服を着て、高いストレスの中でベストを尽くしてくれたことです。

保健所も、スタッフの皆さんが疲弊するまで頑張ってくれました。クラスター対策は、結局は感染源がどこかを突き止める調査をするわけです。これは臨床医がやるわけではなく、保健所の人がやります。感染者数が少ないときはいいけれども、だんだん多くなると、彼らの負担が非常に重くなります。そのような中で、保健所も含めた関係者が頑張ってくれたことが、大きな貢献でした。

パンデミックは長引いたので、感染者に対してだけでなく、当初感謝や称賛の対象だった医療関係者に対しても、偏見、差別があったと思います。

パンデミックが長引いたため、医療逼迫が起きますから、何度も行動規制の重点措置を出します。それによって、一般の市民の初期の不安が、だんだんと不満に変わって蓄積してきます。そうすると、その不満のはけ口が、医療関係者に向けられて、「これだけ医療の逼迫が頻繁に起きて、行動制限を何度もかけられるのは、医療関係者が頑張っていないからだ」ということになる。

三番目は、これは日本の感染対策の特徴と言っていいと思いますが、ハンマー・アンド・ダンスを繰り返したことです。中国やイギリス、ニュージーランドなどの多くの国は、感染のパンデミックの初期に、ロックダウンなどの強い対策を実施し、それを長期間続けました。

しかし日本の場合は、実は、行動規制の重点措置や緊急事態宣言を出した理由は、感染

者あるいは死亡者が増えたことは背景にあるけれども、医療の逼迫をなんとしても防ぎたかったからです。

第１波の死亡者数は、第８波に比べたら無視できるほど少ないです。第８波まで死亡者数は右肩上がりです。致死率が下がっているにもかかわらず、死亡者の数は第6、7、8波でぐっと増えています。

でも、第１波は非常に少ない死亡者にもかかわらず、緊急事態宣言を出しているのです。第８波は死亡者が非常に増えているにもかかわらず、重点措置さえ出していません。実はこうした強い措置を出した理由は死亡者が増えたというよりは、医療逼迫が起きそうになったら、それを回避したいから出したわけです。

感染症対策と医療、社会経済の両立は、われわれ感染症の専門家としても当然考えていました。しかし、医療が逼迫して崩壊したら、経済との両立など言っていられません。誰でもコロナにかからなくても病気になります。そこで必要な医療が受けられなくなってしまえば、世の中はパニックです。

そのような中でわれわれは、医療逼迫の状況をさけるために、緊急事態宣や重点措置を出していました。最初のころは感染症の第２類に位置づけて、厳格にやっていましたから、診る医療機関が限られていたので、医療逼迫は、起こりやすかったと思います。その後も医療の逼迫が来るとハンマーを打つ、医療の逼迫が軽減すると少し楽にしてダンスを踊る。

今言った三つの理由によって、死亡者が少なかったと同時に、GDP の落ち込みも、欧米並みに抑えられたというのが、私の感想です。

医療の専門家と経済の専門家の意見調整

小黒　コロナの政策対応については、いわゆる経済の専門家と公衆衛生・医療の専門家とで、かなり議論が分かれたところがあると思います。経済の専門家の立場からすると医療の逼迫も重要だけれども経済を回すことも重要だという議論が徐々に高まる中で、いろいろな調整があったと思います。

結果的には、致死率は非常に低い状態で収まって、それなりに経済を回していくこともできたと思うわけですけれども、公衆衛生・医療の専門家と経済の専門家の意見調整がうまくいったこと、うまくいかなかったこと、あると思います。今後の教訓も含めて、まず、うまくいった結果は何が要因だったと思われるのか、お話しいただけますか。

尾身　当初、専門家は、医療関係者だけでしたが、社会経済へのインパクトを考慮して、経済の専門家も入れたほうがいいのではないのかという議論が出てきました。

そこで、2020 年 7 月に、経済や社会、マスコミや地方自治体の人も入れた分科会ができました。

2021 年、9 月になると、分科会の中で、感染症だけではなく経済の落ち込みによっても命を落とすことがあるわけだから、そのようなこともそろそろ考えなくてはいけない、それから日常生活をどうやって戻すかという議論もしなくてはいけないという議論が始ま

りました。

特に経済の専門家からそういう意見が出てきました。分科会全体で、感染を抑えることも重要だけれども経済や社会をどうやって元に戻すかも重要であるということで、2021年の後半から議論を始めたのです。

そもそも我が国の対策の目標は、社会経済への影響を最小限にしながら感染レベルをなるべく抑えることでした。したがって、かなり早い時期から、社会経済や生活をどう戻すかという議論をしていました。その中で、経済の専門家と医療関係者との見方が違うから、かなり激しい議論もありましたが、私は、それは健全だと思いました。

医療界の人が経済の人の意見に忖度したり、彼らの意見を変えたりする必要はない。経済の人も自分たちの意見を言う。私の役割は基本的には両者の意見をまとめて会としてのコンセンサスを得ることだった。

小黒　ありがとうございます。先程の後者の質問ですが、経済の専門家と議論する中で、異なる意見の調整もあったと思いますけれども、後から振り返れば、２種類の専門家が入って、うまくいったということは、ありますか？

尾身　2021 年の 9 月に、経済の人から、感染症で亡くなる命も、失業で亡くなる命も同じなので、片方ばかりではなく、両方考えなければいけない、という意見が出され、これは非常に説得力がありました。これが経済の議論を加速する契機になったと思います。

さらに 2021 年 11 月には、ワクチンが出来たこともあり、社会生活を如何に元に戻すかという議論がかなり加速しました。

さらに、2022 年 3 月には、経済の専門家が、ウイルスによる失業率という経済へのインパクトを、数値で示しました。これによって、その点をもっと議論しなければいけないということになりました。そのような意味では、私は経済の専門家も一緒に入ったことはよかったと思います。

ところが、第１波と第８波の死亡者数を見たら、致死率は減少したが第８波になると死亡者の数が増えているわけです。

致死率は減ってきていますけれども、感染者数は特にオミクロン株によって非常に大きくなってしまっているので、死亡者の絶対数が増えるわけです。致死率が 10 分の 1 になっても、感染者率が 100 倍になれば、死亡者数は 10 倍増えます。

社会経済を回して元に戻すという部分は、われわれ医療関係者も賛成します。これについては誰も反対しません。けれども、致死率が下がっているにもかかわらず死亡者が増えている状況はなぜかということをしっかりと伝えなければいけません。しかし、どうしても経済の専門家は、致死率が低いから、経済活動を、元に戻そうというのです。

医療関係者は、確かに致死率は低いけれども、致死率が低くなったということだけで完全に普通の病気であるというのは、公衆衛生のプロとして受け入れられない。致死率・感染力と、医療や社会へのインパクトの三つを考えなければいけない。確かに普通の病気に

なりつつあるけれども、まだ普通の病気に完全にはなっていないというのが、われわれ医療関係者の当時の主張でした。だからわれわれは、5 類への移行も慎重にやってくれと言っていました。

このような立場の違いで、かなりの激論がありました。

この病気は、免疫をくぐり抜けてしまったり、今でもそうであるように後遺症の問題があったりする。だから、確かに少しずつ普通の病気になりつつあるけれども、完全に普通の病気と言ったら国民に間違った情報を与えることになると、医療専門家は主張しました。

しかし、そうした中でも医療の専門家と経済の専門家も一緒になって、2022 年 8 月には、社会経済を日常に戻すためにはまずオミクロン株の特徴に合わせた対応に徐々に変える必要を訴えました。

専門家と政府の役割分担が大きな課題

小黒　今回の対策では、専門家の科学的知識を、政治家も含めた一般の方々にどのようにしてきちんと理解してもらうのか、政治と専門家の役割分担や、コミュニケーションのあり方を含め、いろいろな問題を突き付けたと思います。

尾身　専門家と政府、あるいは政治家の役割分担の話で、これは極めて重要です。今回の対策でこの二つの関係が曖昧だったことは、一つの反省材料だと思います。なぜ私たち専門家が前面に出ざるを得なくなったかというと、実は理由があるのです。これは将来のパンデミックに向けて非常に重要なので申し上げます。

感染が始まった当初、2020 年 1、2 月に、われわれ専門家には、三つのことが分かっていました。

一つは、この感染症ウイルスは無症状者でも人に感染させてしまう病気で、多くの無症状者がいることです。無症状者でも感染させられるということは、つまり、ゼロにはできないということです。無症状者の人を全員、毎日検査などできないわけです。

二つ目は、この病気は、2020 年 1～2 月当時、感染はクルーズ船だけではなくて、地域にじわじわ広がっているのではないのかというのが、われわれの判断でした。

三つ目は、これはすぐには収まらないこと、長期戦になるだろうというのが私達の判断でした。

そのような三つのことを早く政府から一般市民に伝えてほしいと思っていました。

そこで、2020 年 2 月の専門家会議で、書面で、その旨、国に提言しました。

その事実を知った NHK が、一般市民に知らせるべきだと思い、NHK から厚生労働省を通して「尾身さんたちの提言について、夜の 7 時のニュースに出て説明してくれ」と言われました。一般市民にも当然知る権利がありますし、厚生労働省も反対しなかったので、生放送で説明しました。

その後、他の新聞やテレビなどのマスコミの要請もあり、その日の午後 9 時に厚生労働省で記者会見を開くことになりました。多くのマスコミの前で説明することになったわけ

です。

このことが先例となり、その後も、提言を出すたびに記者会見を行うことが慣例化しました。実は提言を、3 年半で 100 以上出しています。その都度、記者会見で説明するというパターンが定着化してしまったのです。

その上、官邸の要請を受けて、総理の記者会見にも出席しました。私たちは、国から要請を受けて、分科会や専門家会議という国が決めた会議の委員になっています。これについて、私の立場でノーとは言えません。総理は政治的な大きな判断はできるけれども、緊急事態宣言を出す判断基準はどうかということなどは、専門家が説明しなければなりません。更に国会にも、一時期毎日のように呼ばれました。

そのようなことで、専門家会議が今回は、国民への説明の全面に出ざるを得なかったということです。

本来、国と専門家のあるべき姿というものがあって、それを研究している研究者たちが考えていることと、私どもが考えていることは、偶然にも全く一緒でした。

つまり、本来あるべき姿は、専門家は政府に対し、あるいは人々に対して、今の状況はどうなっているか、分析をする。それを基に、どんな対策がいいのか提案する。政府のあるべき役割は、専門家の提言書を受け取ったら、採用するかどうかを彼らの政治的判断でやってもらうというものです。

われわれが 100 以上の提言を出した中で、多くの提案を国は採用してくれたのです。

ところが、政府は、提言を採用しない場合があるわけです。彼らの政治家として、あるいは政府としての視点は、当然、専門家の視点とは違うから、別に全て採用しなくてはいけないわけではありません。

しかし、採用しないのであれば、なぜ採用しないのか、採用しない代わりにどんなことをするのか、対案は何か、あるいは折衷案になるのかどうか、これを政治のリーダーシップではっきりと説明することが非常に重要です。

ところが、今回は残念ながら、政府から明確な説明はありませんでした。このため、意思決定のプロセスが曖昧になり、政府と専門家が対立しているような印象を与えてしまったのではないかと思います。

これは、今回の一つの教訓で、本当は、専門家は専門家としての意見を言って、後は政府が責任を持って最終的に対応を決める。そういうことが求められていると思います。

科学的知見の国民へのコミュニケーションの重要性

小黒　今、政府は EBPM も含めて、データに基づく客観的な政策形成を重視しているのですが、パンデミックの体験は、データに基づく政策形成の普及を、後押しすることになったでしょうか？

また、専門的な科学的な知識についての国民とのコミュニケーションが今後はますます重要になると思いますけれども、どう見ていらっしゃいますか。

尾身　我々が最も強いフラストレーションを感じたのが、情報の IT 化、デジタル化がされていなかったことです。地域全体の情報について、患者の数、男女差、地域差、発症日ということを基に、伝播がどうして起きているかを分析する学問が、疫学です。日本には、世界的に名の知れた疫学のプロが何人かいます。ところが、分析するデータそのものが不充分でした。韓国や台湾では、現場のデータが IT を通してすぐに集まりますが日本にはその仕組みがありませんでした。

各地域の現場には保健師たちが、感染者にインタビューしたデータがあります。

ところが、日本では個人情報の扱いが自治体によって違うから出せない。情報を知りたくて電話で聞いたり、FAX で送ってもらったりしていました。データを基に合理的な政策提案をしたいけれども、必要な情報が不充分でアクセスに時間がかかる。

このような限界や制約の中で、疫学の専門家は、FAX やスマホで集めた情報を基にいろいろなことを提案しなくてはいけなかったのです。そうしたフラストレーションの中での作業で、専門家の中に心身の限界を超えるとこまで行ってしまう人もいました。

今はデジタル庁などで、デジタル化についていろいろとやっていますけれども、私は施策のスピードが遅いと思っています。私は政治のリーダーシップが必要と思います。

次のコミュニケーションの話も、やはり難しさがあります。

例えば、検査のことです。専門家は検査を抑制しているのではないかという声がありました。確かに 2020 年 2 月 16 日の専門家会議で、政府から提案された「一般の人は 37.5 度以上が 4 日以上続けば受診」という案を当初検査キャパシティが極めて限られていたので、その時点で私たちも了承しました。しかし同時に 2020 年 2 月から 2021 年 8 月までに 15 回にわたり検査キャパシティの強化を提言してきました。

その後 2020 年の 8 月ごろになると、検査について国論が分かれたようになってしまいました。片方は無症状者も含めて全員に、検査を実施しろという人と、戦略的に実施すべきという人がいて、毎日論争していた時期がありました。

私はそれを見て、これはいいことではないと思いました。検査についてのしっかりした戦略や考え方をわれわれ専門家が示さなければいけないと思いました。そのころには経済の専門家が入っていましたので、彼らとも議論して、私としてもある程度自信のある検査戦略を作りました。

簡単に言えば、症状がある人に検査するのは当たり前です。ポイントは、無症状者の人をどうするかということが当時の問題の核心でした。そこで、無症状者の人を概念的に二つに分けたのです。

一つは、検査をすれば陽性になる確率が高いと思われるグループです。これはどのような人かというと、濃厚接触者です。それと、接客業、接待を伴う飲食業の人でした。
このような人達に集中的に無症状でも検査する。

このことによって実効再生産数（感染者一人当たりの感染を広げる人数）が下がることが、理論的にも経験的にも分かっています。感染対策に有効だからこそ、そのコストは自前ではなく公的負担、税金で賄った方がいいと、考えました。

一方、例えばジャーナリスト、あるいはビジネスマンが、取材あるいは商売で外国に行きたいという時に、このような感染の事前確率が相対的に低い人に検査しても、実効再生産数の減少には必ずしも結び付きません。勿論、ビジネス上のニーズはあります。このような人たちの安心のために検査するというニーズがあることは分かりますので、その場合は、税金ではなく個人の負担で行うことにしました。

この話で私はよく覚えているのは、提言を出した後に記者会見をやっても、ほとんどのメディアはそれを取り上げませんでした。われわれはこれは絶対に取り上げてほしいと思うのになぜ取り上げなかったかというと、観光業の支援のための政府の GoTo キャンペーンと、我々専門家との意見の相違の方に、大部分のメディアの関心が集中したからです。リスクコミュニケーションには、このような難しさがあり、われわれが、本当に伝えたいことが必ずしも伝わらなかったと、思います。

もう一つは、われわれは、100 以上の提言を出しましたが、当然、それはわれわれの恣意的な感情や勝手な思いで、出すことはあり得ません。われわれの提言が国に採用されれば実行されるわけですから、人々の生活や仕事や教育に直接的あるいは間接的に影響を与えるわけです。例えばわれわれが 2021 年の東京オリンピックの無観客開催を提案したときもそうです。当然、提案の中に、できるだけのデータや根拠、考え方、あるいはわれわれ感染症専門家の常識、経済についての常識を詳しく書きました。それがわれわれの最大の仕事だと思っていたからです。けれども、提言の根拠について議論されたり報道されることはほとんどありませんでした。

つまり、結論だけが、また、更に言えば、結論の一部だけが切り取られて、人々に伝わってしまうことが、リスクコミュニケーションにおける難しさでした。

私が、このパンデミックとの戦いの記録『1100 日間の葛藤』を出版した理由の一つは、われわれがどのような考え、どのような根拠、どのようなデータを基に、国民の意思決定に影響を及ぼす提言を行って来たのかを説明するのが、将来の、歴史の検証のためにも必要だから書いたのです。けれども少なくとも今まで、「専門家のいうこの根拠には、もう少し他のデータがあったのではないか」とか、「この根拠からこの結論に行くのはジャンプしすぎではないのか」という議論はほとんど全くありません。

最後にもう一つ、リスクコミュニケーションの難しさの具体的な例をお話しします。

当初、2020 年 3 月ごろは、北海道の雪まつりなどから感染が広がってるのでは、という懸念がありました。当時からわれわれは軽症者や無症状者が感染を広げると考えていたのです。後から分かったことですけれども、あのときに若い人が感染をしていたけれども気が付いていなかったから、感染状況が正確に捉えられていなかったのです。ところが感染した若い人たちが、北海道の周辺に仕事などの関係で行き、比較的高齢者と会う機会があります。高齢者が重症化しやすいから、そこで初めて感染状況が把握されたのです。これはわれわれにとってはショックでした。われわれは最初から、そのようなことも考えてはいたけれども、実際にそうだったわけです。このことを国民に、早く知らせなければいけないと思いました。

十分な言葉を尽くさないと、若者を非難することになってしまうので、そうならないようにかなり言葉を尽くしました。これは若い世代の人たちの責任では全くなく、ウイルスの特徴なのだと、説明しました。しかし、若い人は動きは激しく、若い人のせいではないが、結果的に若い人を介して高齢者に感染していることは事実なので、このことは分かってくださいと、かなり丁寧かつ慎重に伝えました。けれども、やはり若い人から「専門家の若い者いじめか」と言われました。これがリスクコミュニケーションの難しさでした。

次のパンデミックに備えるための今回の教訓

小黒　震災などであれば、パンデミックと比べて短い間隔で起きますから、地震の専門家の先生方と関係省庁が能登地震や東日本大震災に対応することによって、知見が継承されていくわけです。

一方で、パンデミックは、前回と言っても100年前などの昔の話になってしまいます。

今後に引き継ぐべき教訓として、本来、どのようなことが重要になるのでしょうか。専門家の先生と、行政の中にいる方々と、政治家の先生方も含めて、どのようなことを、きちんと考えなければいけないのでしょうか。

尾身　今回は百年に一度の危機でした。多くの命がなくなり、経済も傷んで、人々の分断も起きて、若い人の教育についても支障があったわけです。事業者は事業者で、補助金や協力金はあったけれども、経済的に傷んだ人たちもいます。高齢者なども外に出られなくて認知症が進んだ人もいるわけです。それから、医療の逼迫が起きました。世界で一番医療の質が良いと思われていた日本の医療で、頻繁に医療の逼迫が起きました。

今回のパンデミックの一番の課題であった医療の逼迫がなぜ起きたのかということをしっかりと検証しないと、また同じことが起きます。

また、今回は、多くの人が、行動規制に協力してくれましたが、一部、協力してくれなかった人も実際にはいるわけです。そのような人に罰則をかけて強制するのか。あるいは金銭的なインセンティブを付けて、従ってもらうのか。それから、専門家と政治家との役割分担、このような重要課題については、ほとんど、関係者が検証して、議論することが、今のところ、なされていません。

これだけ大変な思いをしたことを次に生かすためには、そういった十分な検証プロセスが必要不可欠です。

何が医療逼迫の本当の原因だったのかをしっかりと検証しないと、単にベッド数を増やせばいい、一般診療を制限すればいいという対症療法的な話になってしまいます。むしろ、医療制度の根本的なあり方も検討することが必要だと思います。

今後の日本の医療のあるべき姿――アジア諸国とのヘルスケア協力が鍵

小黒　周知のとおり、投薬の効果が低下する薬剤耐性（AMR, Antimicrobial Resistance）を持つ細菌について、英国の経済学者 Jim O'Neill が、2014 年 12 月に発表したレポート

によると、2050 年に全世界で，癌による死亡者を超える年間 1000 万人が AMR で死亡する可能性があるとのことです。このような薬剤耐性菌を減らすための対策が、世界各国に求められています。日本は、十分な対応策が打てるのか。

また、今回のパンデミックに効果のあった mRNA ワクチンは、たまたま欧米が開発できて、大量生産できたので、日本にも一応配布されてうまくできたと思うのですけれども、もし本当に限定的に少数ロットでしか生産できない場合、回ってこない可能性もあると思います。そのような意味では、やはり日本の製薬メーカーが開発できなかったことは、真摯に心配しなくてはいけません。

この辺りはどう改善していけばいいと思われますか。

尾身　日本の国際社会における存在感がだんだんと低下していると感じています。

リソースも限られている中で、実はヘルスの分野の経験ノウハウは、日本は、多いです。

日本は軍事でリーダーシップを取るわけにいかず、人口も減ってきている中で、日本の国際的貢献として私が考えるのは、ヘルスケアの分野で、UHC(Universal Health Coverage)を進め、人間の安全保障の実現に貢献することです。健康は誰だって関心があります。

私は今、結核予防会におりますけれども、結核などは世界の感染症の中心です。日本では少なくなっているけれども、感染症による死亡者は、世界的には、まだ結核が圧倒的です。今は新型コロナウイルスで亡くなった方が最多になっているけれども、それ以前は結核がナンバーワンキラーでした。つまり結核は恒常的なパンデミックなのです。これが発展途上国の Social and Economic Development に影響します。なぜなら、働き盛りの人がかかるからです。

AMR なども、日本は今、それに対するいろいろな診断薬や診断キットを作っています。私はこれを官民学が連携していくべきだと思っています。官民とアカデミアが、一緒になって、もっと人のネットワークを全世界に広げていかなければなりません。

若い人はやや内向きになっているので、もっと外に目を向けるようなインセンティブを付けて、日本の社会の内向きなエネルギーを外に出さないといけません。ヘルスケアの分野、あるいは危機管理やパンデミック対策などは、必ずこれから国際協力が重要になるので、国際的な人的ネットワークの形成が重要です。

また、ワクチンに対する日本の政府の予算などのコミットメントが少なかったと思います。ワクチンなどは大事なのに、もっと人材とお金を投入して、よほど政府が、牽引しないと、いつ来るかも分からないパンデミック対策としてのワクチン開発へは企業のインセンティブは、ありません。

小黒　尾身先生は、西太平洋地区の WHO の事務局長でいらっしゃったので、お聞きしたいのですが、われわれは特にアジアで日本がもっとイニシアチブを取って、ヘルスケアの協力などをやっていくべきではないかと思うのですが。

尾身　私は大賛成です。アフリカの TICAD なども大事だけれども、やはり日本はアジアでリーダーシップを発揮すべきです。日本の ODA は、アジアで、評判がいいのです。

小黒　アジア人であれば治験データも似た感じになりますよね。

尾身　そうです。中国が今は少し厳しい関係になっていますが、インドネシアやフィリピンなど、いろいろな国との外交の一つの柱として、ヘルスケア協力を、戦略的にやるべきだと思います。日本と同様に、人口高齢化の問題を抱えて、ヘルスケアについて日本と協力したいという国は多いと思います。このような問題を通じて、アジアの国々、特にアセアンの国との協調関係を深化させていく、このような仲間作りが、アジアだけでなく、世界における日本のプレゼンスの向上に繋がるでしょう。

小黒　本日は、貴重なお話を、どうも有難うございました。

（了）

<u>インタビュアー</u>

小黒一正：法政大学経済学部教授。1974 年生まれ。
京都大学理学部卒業、一橋大学大学院経済学研究科博士課程修了（経済学博士）。1997 年大蔵省（現財務省）入省後、大臣官房文書課法令審査官補、関税局監視課総括補佐、財務省財務総合政策研究所主任研究官、一橋大学経済研究所准教授などを経て、2015 年 4 月から現職。この間、財務省財務総合政策研究所上席客員研究員、経済産業研究所コンサルティングフェロー、厚生労働省「保健医療 2035 推進」参与、内閣官房「革新的事業活動評価委員会」委員、財務省・財政制度等審議会「財政制度分科会」委員、会計検査院特別調査職、鹿島平和研究所理事、日本財政学会理事、新時代戦略研究所理事、キヤノングローバル戦略研究所主任研究員等を歴任。専門は公共経済学。主な著書に、『日本経済の再構築』（単著／日本経済新聞出版社）、『薬価の経済学』（編著／日本経済新聞出版社）等がある。