

地域との連携強化を図るための事業（講演会） 講演録

日 時 令和5年（2023年）1月26日（木） 15:00～16:30

場 所 ホテル第一会館 プラザホール

講 師 北海道医療大学看護福祉学部臨床看護学講座 教授 塚本 容子 氏

開会挨拶 後志総合振興局保健環境部長 築島 恵理

司 会 後志総合振興局保健環境部保健行政室健康推進課保健係 主事 櫻庭 敬之

そ の 他 当初、講師が会場にて講演を行う予定であったが、当日の荒天による交通障害によりリモート開催に変更して開催した

（司会）

定刻になりましたので、これより講演会を開催いたします。私は後志総合振興局保健環境部保健行政室の櫻庭と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、開会に当たり、主催者を代表いたしまして、後志総合振興局保健環境部長の築島より御挨拶を申し上げます。

（築島部長）

皆さま、こんにちは。後志総合振興局保健環境部長、倶知安保健所と岩内保健所の所長をしております築島と申します。開会に当たりまして、一言、御挨拶を申し上げます。

本日は悪天候の中、講演会に御参加いただきまして、ありがとうございます。

講師の塚本先生は、昨日からの交通障害で倶知安のほうに来られなくなりましたが、予定していた講演を急遽オンラインでお話いただけることになりました。塚本先生には、臨機応援な対応をいただきまして、本当に感謝を申し上げます。ありがとうございます。

後ほど先生の御略歴の紹介はありますが、アメリカで博士号を修められた後、北海道で感染管理認定看護師、私たちはICNと呼ばせていただいていますけれども、養成のコースを始められまして、現在、道内各地の病院で活躍している多くのICNも先生の教え子ということで、本日の講演会については、私自身もとても楽しみにしておりました。

さて、この講演会につきましては、振興局の職員と地域の方々がともに考え、ともに行動するという考えの下に地域との連携強化を図るための事業として実施するものです。また、開催に当たりましては、後志地域精神保健協会様にも御協力をいただいております。

新型コロナウイルス感染症につきましては、国内で初めての感染者が確認されてから今月15日で3年となりました。この3年間、多くの方々が感染への不安を感じ、ときには精神的な負担を受けてきたと思います。特に、本日お集まりの皆さまは、業務上、感染防止対策や感染者への対応などの業務に従事したり、あるいは、住民の不安に対応するなど、悩みや心配を抱えながら、日々を過ごされてきたものと思っています。

皆さま、報道などで御存知かと思いますが、現在、国では新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけについて、原則としてこの春に「5類」に引き下げるといような方向で検討が進められています。法律上の位置づけが変わったとしても、ウイルスの特性が変わるわけではないということがございますので、今後、落ち着いた生活を取り戻すためにも、ウイルスとの付き合い方を改めて考える時期に来ているのかなというふうに思っています。

そのようなことで、本日、塚本先生には「新型コロナウイルスとの付き合い方：すべての人に

Well-beingを」という題で御講演をいただくことになっています。今後、新たな局面を迎えるに当たり、この講演会をきっかけとして、お集まりの皆さまとの情報交換や意見交換が円滑に行われて、地域にお住まいの方々が安心して暮らすことができる地域づくりの一助となることを期待しております。

最後となりますが、本日の講演会が皆さまにとって実り多いものとなりますことを祈念しまして、簡単ではございますが、私からの御挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願い致します。

(司会)

本日の講演会は、先に御案内したとおり、北海道医療大学教授 塚本 容子 先生に御講演いただきます。講演の前に、塚本先生の御略歴について御紹介させていただきます。

塚本先生におかれましては、千葉大学看護学部を卒業後、看護師として千葉大学医学部附属病院に勤務されたのち、1995年に渡米し、ナースプラクティショナーとして医療過疎地で勤務されました。その後、カリフォルニア大学サンフランシスコメディカルセンターでHIVの診療に当たり、働きながら、看護学修士・公衆衛生学修士の課程を修了されました。最終学歴としましては、スタンフォード大学の公衆衛生学博士号を取得されています。

2005年に帰国し、北海道医療大学に着任され、2010年よりナースプラクティショナー（NP）の養成課程を始め、健康格差社会の課題に取り組まれています。講演、TV出演などで御活躍されているお姿を拝見したことがある方も多くいらっしゃると思います。

本日は急遽リモートでの開催となりましたが、それでは塚本先生、よろしくお願い致します。

(講師)

本当に皆さん、今日は私もとても楽しみにしていたのですが、どうしても手稲から小樽方面に向かうJRの運行が厳しいので、バスでと思ったのですが、春節でかなりの中国人の方もいらして、バスにも乗れないような状況でこのようなリモートの開催になり、申し訳ございません。本当は直接皆さんとやりとりをしながら進めていきたいと思ったのですが、今日、何人くらい、今いらっしゃっていますかね。教えていただけますか。

(司会)

30名ほどになります。

(講師)

そんなに大きい規模ではないので、また質疑応答でもいろんな御意見等も聞かせていただけたらと思います。皆さんのお手元に資料のほうはないのですが、皆さん、スマートフォンをお持ちかと思しますので、今、QRコードを共有しますね。こちら見えますか。見えてますかね。

2つ、QRコードがあるのですが説明します。こちらが資料のほうのQRコードになりますので読み取っていただいて、こちらが何か御質問があれば私の連絡先になります。

(講師)

少し自己紹介の代わりにということで、先ほど御紹介いただいたのですけれども、少し私自身と感染症との関係について、お話しさせてください。元々は、看護師になる前は東京のある大学の理学部の物理専攻で、そこから進路を変更して千葉大の看護学部に進みました。年齢がわかってしまっていますが、千葉大の看護学部にいるとき、1990年代の前半ですが文部省、その当時、文部省ですね、文科省ではなくて。文部省からの派遣でアメリカに留学してAIDS Outreachで1年間、ボランティアをしました。

私は今、北海道もなんと17年もいるのですが、アメリカに住んでいたのがちょうど17年くらい、同じくらいですから、なんだかんだで行ったり来たりしていたので同じくらいで、とうとう北海道も長くなってきました。アメリカでは、帰国子女であったので英語には困らなかったのですが、やはり専門用語というのはなかなか難しく、せっかく留学したので何か医療に関係したボランティアがしたいとお願いしたら、自分が望んでというよりは「AIDS Outreachというのがあるよ」ということを紹介していただいて、そこに行ったのです。

そこに行つての私のやりとりは、地域住民のHIV、AIDSに関する質問を電話で受け取るということでした。そのとき、いろいろ覚えているのが、その当時、実際、HIV陽性の人についてAIDSと言っていたと思うのですが、「AIDSの患者さんが座った便座に自分が座ったら感染するのか」みたいな感染経路に関することが多かったかと思うのですけれども、そういう質問に電話でお答えしてました。

そのときは学部生だったのでHIV、AIDSなんて習ったこともなかったですし、後になって知ったのですけれども、千葉大では、最初のHIVの患者さん、AIDSの患者さんを受け入れていたようでしたが、そんなに表立って、うちではそんな患者さんがいますなんて言ってないような時代の中で、私もそういう質問に対して答えなくてはいけないというので必死に勉強した記憶があります。

その後、日本に戻ってきて看護師、保健師の資格を取って、1990年代の後半にはアメリカで公衆衛生学の修士、それから看護学修士を取って、ナースプラクティショナー(NP)、ファミリーナースプラクティショナー(FNP)になって、処方権も得て医療過疎地で勤務していました。その時は感染症どうこうというよりは、医療過疎地での、私の一番大きい役割というのは、当然、突発的な症状がある方、熱だとか、頭痛だとかという対応とともに、地域住民の人たちのワクチンプログラムでした。今は日本もそうですけど、アメリカには集団接種というものがありませんから、個人個人で受けに来られるという形なので、スケジュールを逃してしまう人とかが追いつくようにするなど、プログラムというのは、結構、感染症においては重要な役割だったかなと思います。

医療過疎地で私はファミリーナースプラクティショナー(FNP)であり、ドクターはいなくて、ドクターがいる近い病院で60km先。もちろん電話でいつでも相談できる体制にはなっていましたが、私自身と看護師の方と事務の方の3人で医療過疎地に勤務していました。ですので、感染症、当然、対応も対面もしていました。その後、家族の希望があつて、カリフォルニア大学サンフランシスコ校(UCSF)というところのHIVクリニックの看護師長兼ナースプラクティショナー(NP)として勤務していました。

また、1990年代はHIVの薬剤というのがどんどん出てきていて、だいぶ治療がよくなっていったのですが、亡くなってしまう方も残念ながらいるような時代でした。大変だったのは、感染症、HIVの患者さんのプライマリ・ケアということで、HIVの感染の患者の方が糖尿病から高血圧にもなります。そのような方のプライマリ・ケアをしていました。

そういう中でUCSFというのは、多くのノーベル賞科学者を出しているような感染症の教育機関ということで、感染症に関しては本当に色々な方から学んだ感じです。その中で、南アフリカでの母子感染予防のため、UCSFから派遣されました。その当時はART(抗レトロウイルス療法)を投与をすることでお母さんから子ども、妊娠しているHIV陽性のお母さんから子どもへの感染予防ということでHIV予防のために行ったのです。私は南アフリカに行き、一緒に行ったドクターが、ウガンダにエボラの対応で行ったのですが、本当に仲のよいドクターで「ウガンダの子ゴリ

ラがかわいいから遊びにおいでよ」なんて言っているうちに彼自身がエボラに感染しました。どういふうに感染したのかというと、エボラの感染力が本当に強くて、エボラに感染した患者さん、そのときは感染していたかどうか分からないのですけれども、ある病院の中で倒れた患者さんを抱きかかえてベッドに連れて行ってしまった。防護具もなしに連れて行ってしまい、その後、感染してしまって亡くなったドクターがいて、代わりにはなれないとは思ったのですが、エボラのアウトブレイクの対応に行ったりもしました。

その当時、先ほど部長さんからお話があったように、コロナも3年ということで、皆さんも本当にいろいろと大変だったと思うのですが、未知のウイルスですよ。最初に遭ったときは未知のウイルスというか、よくわからないような状況で第一線の看護師がケアを提供しているという気持ちは、エボラのアウトブレイクのときに私も本当によくわかっていて、恐怖心というのでしょうか。今思えば、コロナとエボラを比べたら全然エボラの方が怖いのですが、本当に患者の側に行くのに腰が引けていて、PPE（個人防護具）の着脱ももう本当に真剣。でも当初ケアに携わった看護師の方たちもそういうような気持ちで本当に大変だっただろうと思うことがあって、この新型コロナウイルスのパンデミックということで、私の経歴を考えたら、当然、何かしら貢献すべきだと思い、現場の看護師さんたちが少しでも安心して働けるようにと思って色々な病院を回ったり、高齢者施設を回ったりしていました。

一番最初の仕事はダイヤモンド・プリンセス号に行き、中に乗り込む方たちにPPEの着脱の指導をしたのが始めでした。日本に帰ってきてから、先ほど御紹介していただいたとおり、感染管理認定看護師、それから大学院のほうでは感染症看護の専門看護師、それから、もしかすると後志の方でも必要なのではないかなと思うのですが、医師の働き方改革、それから北海道全体でも札幌とか旭川以外は医師がなかなかいないような状況の中で地域医療を守るようなナースプラクティショナー（NP）の養成ということで、コロナの状況が落ち着いてきて、今、急に制度化に向けて議論が活発になってきていますが、ナースプラクティショナー（NP）の養成をしています。

今日は「Well-being」というところで、今、議論もされていますが、コロナは2類から5類に変わりますね。2類から5類に変わる中で、本当に今、私たちはコロナからのリカバリーを考えなければいけないと思います。前と同じような生活に戻れるのかどうかはわかりません。悪かったこともたくさんあると思うのですが、逆に今日みたいに非常に天候が悪く移動が難しくなったりしたときにこうやってオンラインで繋がるということもとても大事だと思います。

ただ、これから話していきますけれども、悪かったことばかりではないのかなと思いますが、オンラインだけの繋がりでは、やはり人間というのは難しいとは思いますが、そういう意味でも今後、コロナからのリカバリーということをしていかなければならない中では、Well-beingというのは本当にキーワードになってくるのではないかなと思います。Well-beingを若い子たちはウェルビと略したりもしますが、Well-beingというのは、往々にして日本語では健康と言ったりしますが、健康とは病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも精神的にも満たされた、社会的にも満たされた状態にあることをいいます。

私も様々な高齢者施設を回りましたが、パンデミックの当初、みんな、怖いから外に出ないとか、面会制限だと言っていて、パンデミックの当初はそこそまだ元気な高齢者が感染を恐れるあまり歩けなくなってしまったりとか、元気を失っていつたりするのを見ていると、コロナに罹らないようにするだけが身体的に良いことなのかというのは、常々思っていました。ただ同時に、多くのク

ラスターの施設に行きましたが、その中で亡くなる方を見ていると、やはり感染予防もしていかなければいけないとも思いますし、家族ぐるみの付き合いだった私の同僚で、彼女は癌の治療、リンパ腫の治療をしていたのですが、10月にコロナに感染し、コロナの間質性肺炎が悪化して、昨日とうとう人工呼吸器になってしまいました。高齢者だけではなくて、そういう基礎疾患を抱えている人にとっては、コロナというのはまだまだ驚異である疾患だなどと思うと、やはり感染はしないようにしないとイケないし、どうバランスをとっていくのがいいのかというのは、本当に私自身、日々考えているところです。

それから後でまたデータをお示ししますが、元々、低所得の方がこのコロナと同時に、経済的により一層低所得になってしまったというデータも、日本のデータですがあります。ですので、私はナースプラクティショナー（NP）の教育をしていますが、看護師の皆さんも薬価、薬ですね。これから、4月から介護保険サービス利用時の自己負担割合が2割となる時に、患者さんの負担分というのはどう考えたらいいか、経済面も考えながら、本当に患者さんに対して対応していかなくてはいけないなと思っています。あと社会的にもそうですし、環境、感情、知識、学ぶ機会が失われたということもあるかもしれないですし、仕事もそうです。

スピリチュアルというと、みんな何を言っているのかと思っているかもしれませんが、本当にスピリチュアルというのは些細なことでもスピリチュアルで、「毎年元旦には初詣に行っているのに感染が怖くて行けない」というのは、これもやはりスピリチュアルなWell-beingの障害になっているわけです。本当にこれを全部を取り戻していかなくてはならない時期に入ってるのだと思います。実際に、これはCDCの調査でアメリカの調査ですけれども、今、どちらかという基礎疾患がある人とか高齢者の話をしましたが、このメンタルヘルスの影響というのは若い人ほど多くて、私自身の経験から日本でもこの傾向というのは該当するかなと思うのでデータをお示ししますが、若い人のところを見てください。18歳から24歳、不安症49.1%、うつ症状52.3%、トラウマリレイティッド、コロナということでの睡眠障害の割合というのが18歳から24歳で半数を占めていた。これは時期によって違うと思うのですが、今はこうではないにしても、こういうことがあるとメンタル的な影響を受けるのは若い人だということです。

見てください、高齢者。私もよく高齢者と話すのですが、笑ってはいけませんが、高齢者のほうが重症になると言われているのに、死んでもいいからカラオケに行きたいとか、やはり年の功だよねと言ったりもするので、高齢者、本当にそうなのです。年の功でメンタルヘルスの影響はないけれど、やはり重症になってしまうというところで、それぞれの年代で、これからリカバリーを考えていく上でも、ニーズが違うというところを知っておいてください。

実際、これは日本の研究ではなく海外の研究になりますが、日本でもそうかなと思います。これも自粛の影響なのかなと思うのですが、昔は子どもたちは外で雪合戦していたのに最近ほとんど見なくなりました。俱知安ではどうかかわからないのですが、札幌では本当に見なくなりましたが、小さいお子さんは毎日体を動かすと体調不良の訴えが少ない。小さいお子さんは自分がうつとか言えないですね。うちの子もそうですが、嫌な授業があるときはお腹が痛くなるんです、毎朝。それは決して仮病だとは私は思っていないで、嫌なことがあると身体的に投影したりするので、小さい子は訴えられない代わりに身体的な不調が出るということで、毎日、体を動かすと、毎日動かさない子どもと比べて体調不良の訴えが半分というから、いかに小さい子ども達は体を動かすことが大事なのか。それから、大きいお子さんでは、週何回でもいいので体を動かす機会があ

ると、大きいお子さんだと不調の訴え、自分で気分が落ち込みがちだとかを訴えられますが、不調は8割ほど減るというデータがあります。

これはどういうことかという、そもそも体を動かさないと何が起こるかと言えば、iPadでもそうですし、スマホでもいいですし、今、子どもはテレビを見ませんね。スクリーン時間が増えれば増えるほどメンタル面での不調の訴え、うつっぽくなるというのは、コロナの前からわかっています。なので、運動とかいろいろなアクティビティ(活動)をすることで、やはりスクリーン時間を減らさなくてはならないということ。これは別に、コロナはそれを助長したかもしれないのですが、今後、本当に真剣に子どもたちのメンタルヘルスを考える上では、とても大事な事かなと思います。特に北海道の運動能力というのは全国的にも下位のほうに属します。冬の問題とか、あるのであればなんとかしていかなくてはならないとは思いますが。

ここで、Well-beingというとなかなか難しいかなと思うので、簡単にいうと今後何を目指していくかということ。幸せであるということが本当に重要だと思います。では、幸せとは何かということですよ。これは本当に冗談ではなく、ハーバード大学では幸せ研究所と言ってもいいのかな、日本語で訳すと幸せ研究所みたいなものがある、実は、第二次世界大戦前から卒業生を調査していて、幸せとは何かというような研究をしています。それで、もうわかっていることがあるので、今日は皆さんも少し幸せになってもらいたい、もう本当に大変だったと思うのです、この3年間。皆さんにもお伝えしたいし、逆に皆さんから地域の住民の人たちにもお伝えしてもらいたいと思って、お伝えします。幸せとは、わかっていることはお金はある程度大事だけれども、お金持ちが幸せの条件ではないということがわかっています。あとは権力があることというのも幸せの条件ではないです。当然、身体的な健康というものは大事なのですが、皆さんに言うことはないと思うのです。では、車椅子、別に脊損とかで車椅子になっている人が不幸せということは絶対にはないですよ。幸せって何か。大事なのもうわかっているのです。見てください。数が高ければ高いほど、多ければ多いほど幸福度が高いと思ってください。どういう人が幸福か。他人と過ごす時間が多ければ多いほど幸せ、幸福度が高いということがわかっています。やはり人間は社会的な生き物なのです。社会的交流がとても大事。このコロナで失われたものはたくさんあると思うのですが、そこを感染対策と両立しながら、社会的交流をもっともっと作っていくということが大事です。この社会的交流について、今後、研究として、していかなければいけないと思うのは、他人と過ごす時間が本当に身体的に同じ空間にいないといけないのか。例えば、オンラインで繋がっていればいいのかどうかというような、現代のテクノロジーに合わせて、他人と過ごす時間の質であるとか、そういう評価も必要だと思うのです。いろいろな不安、やはり感染に対して不安を抱えている人たち、特にフィジカル的に実際に対面のほうがいいのだとは思いますが、状況的にそれが難しいときには、別の形で交流できる場を作っていく。人と人との相互作用の場を作っていくことがとても大事な事だと思います。

実際にコロナ禍、5月もなかなかの感染状況でした。昨年の5月に調査している、コロナ禍で低下した高齢者の外出頻度というものがあります。外出頻度については、実際、調査をした去年の5月の時点で週1回以下の割合が全年代で1割を超え、70歳代と20歳代では2割になっています。これは男性です。女性は週1回以下の割合が全年代で1割を超え、60歳代と70歳代では約2割。5月といったら最近の話で、もうこんな状況なのです。週1回以下、1割です。70歳代はそういうこともあるのかなと思うのですが、男性20歳代で2割というのは引きこもりですよ。本当にここは気

になります。やはり女性の方が社会的な交流が得意なのか、少ないにしてもやはり60歳代、70歳代では2割。本当にここをなんとかしていかないといけないです。

ということで、みんなが幸せになるために、私がずっとHIVの経験を通じて学んできたこととして、社会格差というものが健康格差に繋がるということを研究しています。その内容を少し、その社会格差をなくさない健康格差もなくなるということを皆さんに知っていただいて、みんなが幸せになっていかないといけないのでそのお話をしたいと思います。

これはコロナ前なのですが、プライマリ・ケア、社会格差と疾患による死亡率との関係という、少し前の研究になりますが、これはもう非常に有名な研究なので御紹介していきます。収入格差は確実に健康に影響を与えるということをお伝えします。まず、収入格差があると、すべての疾患における死亡率が高いです。だから、低所得の人の方が死亡率が高いです。心疾患における死亡率が高い。それから悪性腫瘍における死亡率が高い。悪性腫瘍に関してですが、このところにごく思うところがあって、コロナでなかなか癌のスクリーニングを受けられていない方が最近受診して癌が見つかって、やはり早期発見ではない例が本当になくなってきています。ある算出では、今後10年間で癌による死亡率というのは今まで以上に上がると言われていて、ここもなんとかしていかないといけないです。それから、低所得者層に関しては、先ほど言いましたが、死亡率が高い、心疾患における死亡率が高い。

それからここが大事なのです。例えば、心疾患となって循環器のドクターにかかりますが、循環器のドクターだけにかかっているのは駄目なのです。プライマリ・ケアというのは、本当にその人の頭からつま先までの健康を守る職種になります。すべての疾患における死亡率が低い、心疾患における死亡率が低い。そうするにはプライマリ・ケア医とか、総合医でないといけないのではないかと皆さんは思うかもしれませんが、頭からつま先までのその人の社会的な背景も考慮して、それを守れるのは看護師しかいないと思っています。だからこそナースプラクティショナー(NP)というものを養成してありますが、このプライマリ・ケアに関しては保健師さんも同じです。役割はとても大きいと思います。医師の専売特許だとは全く思いません。ですので、これから私たちが取り組まなければいけないのは格差と健康を、格差をなくして健康格差をなくしていくということも考えていかなければいけないということです。実際に今、アメリカのデータだったのですが、日本では、所得による格差のよい例としては成人の歯科受診です。実際に低所得者ほど受診していない現状があります。見てください。最高所得階層で多ければ多いほど特に歯科受診はされているというところ、例として挙げます。やはりこれも健康格差ですね。皆さん、おわかりのとおり、歯が駄目になって食べられなくなってくると、それは身体的健康に直結していきます。実際にコロナに関連して言うと、皆さん、感覚的にわかると思うのですが、歯周病があると当然、誤嚥性肺炎も増えますし、コロナも重症になるということがわかるので、今後、2類から5類に変わり、マスクをはずしたりいろいろなことが緩和されていく中で、歯周病を治していくということも結構、大事なポイントなのではないかなということで、「歯科も受診して」と思います。

実際に新型コロナ拡大による所得への影響ですが、これについては、三菱UFJのレポートがあります。もともと低所得だった世帯の所得をより一層減少させているということが起こっています。高所得者の人はあまり変わっていない。低所得者がやはり変わってきているということです。また、それに加えて、非常に物価高も問題かと思えます。本当にこの辺りについても何とかしていかなくてはという感じです。

実際に格差の話として、これは英語で発表された論文ですが、日本のことです。我が国の都道府県の比較で平均所得が低い都道府県はコロナの感染率、死亡率ともに上がってます。それから、喫煙率が高い都道府県は感染率と死亡率が上がっています。喫煙率に関しては、ヘルスリテラシーとの関係もあり、肥満についてもそういう生活習慣というところもありますので、こういうところが感染率、死亡率に関連しているということに関して看護職はアプローチしていかなくては行けないかなと思います。

実際にこれは去年のデータですけれども、社会内格差なのかはわからないのですが、東京と北海道では同じ週の感染者に対する死亡者の割合ということで死亡率を見ると、去年初めてオミクロン株が出てきた時である、1月10日から16日は4倍の死亡率。次の週は2倍。この次の週は7倍と常に東京より北海道は死亡率が高い。これは何を意味するかというと、やはり医療体制の違いだったり、先ほど言った収入の格差の問題なのか、その要因というのは今、私のほうでAIを使って分析していますが、やはりこういう現状があるということ。2類から5類になったりとかマスクを取るとかそういう話もありますけど、緩和されてもコロナはなくなるわけではないというところで、私たちは本当にこうしたことに対するアプローチは本当に急いでしなければいけないと思います。

特に女性。私に取り組んできたのは女性と格差というところが長くて、女性であるということはこれはもう世界的に様々で、もう性別が格差を生んでいるというところですね。

これは令和3年度の自殺対策白書のデータです。これが本当に格差を示していると思うのですが、これが全体、総数の自殺の割合です。人口に対しての割合では、実は2020年にはコロナの影響もあって自殺率が上がってしまっています。ただ、男性は増加はしていなかったのですが、女性は増加しています。特に働き世代の女性の自殺の割合が増えているということで、いろいろな、様々な理由はあると思うのですが、大きな理由というのが自粛によるドメスティックバイオレンス(DV)かと思います。私自身、先ほども言ったようにナースプラクティショナー(NP)なので、HIVのクリニックで働いていました。ナースプラクティショナー(NP)という役職が医師とどういうふうに違うのかということですが、今、日本では制度化されていないのですけれども、ナースプラクティショナー(NP)はアメリカでも看護師です。その研究をしたところ、医師は医療に対しての診断などを当然できているのですが、ナースプラクティショナー(NP)の方がアセスメントとして優れていたのがドメスティックバイオレンス(DV)のスクリーニングでした。

私自身、今、学生に対して、女性が来た時にドメスティックバイオレンス(DV)と医療へのアクセスをちゃんとアセスメントしないと駄目だよと。また、家で介護している人については、医療へのアクセスがどうなっているのか、アセスメントしないと駄目だよと言うのと同時にドメスティックバイオレンス(DV)のアセスメントも大事だよと言うのですが、このパンデミックにおいて、実はドメスティックバイオレンス(DV)が陰のパンデミックと言われたのは日本だけではないのです。女性と女兒に対する暴力というのが非常に増加しました。暴力というと殴られたとかではなくて、お金を使えないようにするといった経済的なドメスティックバイオレンス(DV)や、言葉の暴力であったり、暴力といっても様々なことがあると思うのですが、その中で暴力を経験した女性が助けを求めたり、告発するというのが本当に40%以下であるということが、これはコロナというよりは過去の研究でわかっています。今、コロナが落ち着いてきて、それがどう変わってきているのか、わからないのですけれども、次のセクションではよく私も聞かれるのですが、またパンデミックはやってきますかというようなこととお話ししたいと思います。

結論を言いますと、また次なるパンデミックはやってきます。その理由は次に述べたいと思いますが、災害もそうですけれども、またこういう似たような感染症はそう遠くない未来にやってくると思います。また、感染症だけではなくて、それは常日頃からしないといけないのですが、そういうときにドメスティックバイオレンス(DV)のスクリーニングをしていくということがとても大事です。

女性ばかりではなく、実は男性も女性からドメスティックバイオレンス(DV)を受けている場合もあるので、男性だから大丈夫だとか、そういう話ではないのですが、一般的には女性の方が力が弱い、立場が弱いということから多いというだけで、決して女性から男性がない訳ではないですし、男性同士のパートナーもありますし、女性同士のパートナーも様々な形があると思うので、常に家庭内というか同居家族の中でドメスティックバイオレンス(DV)がないかどうかというようなスクリーニングは必要になってくると思います。

今後の新型コロナウイルスの扱い、2類から5類への感染症法上の位置づけの変更。このお話をすると医療従事者ですとか、老人介護施設で働いている方たちはとても心配していると思います。大丈夫なのかとか、自分たちのまた負担が重くなるのではないかといいところなんです。確かにこれは、本当に世の中は通常に戻っているのに病院とかはそうではないということで、若い人たちが医療従事者とか福祉や介護ということに対して魅力を感じない、そして選択しないようになってしまっているのではないかと、私自身、本当に危惧しています。

それから新型コロナウイルスのパンデミック当初でも、いろいろな看護師の人たち、高齢者施設の人たちとお話しをしましたが、本当にみんな使命感だけでやっていました。ただこれが慢性化するとやはり負担を感じざるを得ない。そうなったときに本当にどうしていくと良いかという話になってきます。その中で、今後、自分達のそれぞれの責任、個人の責任が求められる。そこを今後準備していかななくては行けない。この新型コロナに怯えて生活する訳にもいきませんので、そこを支援していくというのが大事なと思いますし、地域住民の人たちへの支援もそうですし、医療従事者への支援ということもとても大事だと思います。

その中で、ちょっと皆さんにお伝えしたい。医療体制などについてお伝えするとすれば、この新型コロナウイルスは非常に不思議というか、何と言ったらいいのでしょうかね。免疫系統に影響を与える疾患です。実はウイルスが一番多いのは発症前だったりします。だから感染するのは発症の一日前にその感染者に接触しているときが多いです。それはウイルス量が多いからですが、必ずしもウイルス量が重症度を決めるわけではないです。その免疫的な反応で中等症になったり重症になったりするということです。

その中で大事なのは、まず重症化のリスク要因です。これは、医療従事者の方も自分のリスクがどの程度あるのだろうか知っておくことは大事ですし、それから地域の方々も自分の要因を知らないといけないといところで、オミクロンになってからどうなのかといところを少し説明しておきますと、ワクチン未接種で一度も感染していない方は、男性40から64歳、2つ以上の基礎疾患ありで12%が重症化となります。これは世界的に見ると男性と女性では、亡くなる方が多いのは男性が女性の2倍であり、これはどこの国でも同じです。なので、男性の方は気を付けないといけないということです。その理由はいくつかあるのですが、一つは男性はメタボリックシンドロームになりやすい。肥満ですね。その肥満というのが、結果、慢性の炎症状態を体内で起こしている。それから、この新型コロナウイルスというのは血管の内皮に血栓を作りやすいという特徴があります。

インフルエンザでもあることですが、コロナに関してはインフルエンザ以上に血栓を作りやすい特徴があります。ある文献によると6倍と言われていますが、作りやすいとなるとやはり男性の方が血栓ができやすいです。女性はコレステロール等々も女性ホルモンのおかげで抑制できているので。なので、男性は注意しないとイケない。あと基礎疾患というところですが。でも65歳以下で基礎疾患がない、ワクチン接種済みの場合の重症化のリスクは低いです。

実際、65歳以上で基礎疾患が一つ以上の場合では重症化のリスクは高くなると言われていますが、私の様々なクラスターに行った経験からの目安としては、歩かれています方というのは、これは年齢が102歳の方であろうとも、ワクチンを打っていればそこまで重症化しないと思います。入院時に酸素投与が必要か、重症と診断されたときに死亡率が高いかなど、自分自身がどうなのか、基礎疾患というのが何なのかということが、住民の方にきちんと説明されていないと思います。なので、若干の違いはありますが、今ここにあるような疾患の方は重症化のリスクが高いと思って下さい。これは日本のデータですが、慢性肺疾患のある方、男性、肥満、心疾患、糖尿病、高血圧。ここら辺り、慢性腎臓病、心血管疾患、脳血管疾患、COPDを含めた慢性肺疾患、固形腫瘍、糖尿病、肝疾患。

例えば、日本で多いものとして、アルコール性の肝障害を含めた何らかの肝障害については、注意が必要だと思います。高血圧、脂質代謝異常症などありますが、それ以外の要因で皆さんの知らない要因としては、先ほど言った肝硬変、肝臓疾患などもリスクが高いということ、過去に結核になったことがある等々、気管支系等もリスクが高くなるということ。これも基礎疾患ですよと言いたいのですが、妊娠の後期に感染してしまうと重症化のリスクが高いということで、妊娠もリスク要因だと考えたほうがよいのと、今日、ちょっとデータを持っていないのですが、口頭で説明しますと、精神疾患、知的障害などは重症化のリスクが高いです。そういう施設も守っていかないとイケないです。

基礎疾患のある小児もそうですが喫煙。皆さん、喫煙をなかなか基礎疾患と思っていない人もいますが、喫煙している人は基礎疾患。なぜ喫煙がというと、これは肺に影響があるからでしょうと皆さんは思っているかもしれませんが、新型コロナウイルスというのは、エースレセプターという体内のレセプターに結合して体内に入ります。喫煙歴がある方、それと現在喫煙している人もそうなのですが、このエースレセプターの数がそもそも多いのです。ですので、喫煙というのはリスク要因になるということです。

レセプターの数が多ければウイルスが入りやすいきっかけになりますので、喫煙というのはリスク要因だと認識してもらいたい。なぜそれを知らないといけないかというと、今、抗ウイルス薬はとてとても効果が高いです。日本の問題としては、なかなかまだ流通が難しいですね。

ゾコーバは良い薬なのですが、残念ながら治験がうまくいかなかったというか、重症者にテストができなかったが故に重症者の適用はないです。ゾコーバも良い薬だと思いますが、現在、保険で適用されている抗ウイルス薬、モルヌピラビル、レムデシビル。このレムデシビルというのは点滴薬なので、病院等に入院しないとイケないのですが、ニルマトレルビルというのがリトナビルとの2種の配合で、これがパキロビッドという薬剤です。このパキロビッドが処方できたらもう怖くないですね。なぜかというと、このパキロビッドのデータを見ていただくと、29日までの入院、死亡で比べたら、29日までの投与分はレムデシビルが0.7、5.3、モルヌピラビルが6.8、9.7。このパキロビッドを見てください。0.8、7.0ということで、このパキロビッドに関しては臨床試験がちょっ

とセンセーショナルでしたね。最初の一週間、投与分では誰も亡くなった方はいなかったのに、投与していない分ではやはり亡くなった方がいて、治験が実際は止められました。投与しないということが倫理的に問題になったからです。ですので、パキロビッドに関しては非常に効果が高い。

これらはどれも効果が高い抗ウイルス薬ではありますが、ただ、モルヌピラビルよりパキロビッドのほうがお勧めしたいと思います。また、5日以内となっていますが、抗ウイルス薬というのは3日以内に内服を始めると効果が高く得られます。だから、地域の住民の人たちの健康を守るためには、先ほど言ったようにこういう重症化のリスクを知っていただいて、重症化のリスクがある方はすぐ病院にかかって検査をして、このパキロビッドが投与できる体制を作る。モルヌピラビルよりパキロビッドの方がやはり断然効果は高いということがとても大事だということを住民の人たちに伝えていく必要があるかなと思います。

では、少し後遺症の話をしていきたいと思います。後遺症は、本当に問題です。これは広島県での調査になります。去年ではなく一昨年12月になりますが、広島県での調査によると感染者の後遺症の症状が1つのみの人が17%、2つから4つの症状が55%、5つ以上の症状が28%。もうちょっと読むと、後遺症の有無というのは感染者のうちの約3割が有りとなっています。

日本だけではなく、いろいろな研究を見ると3~4割の人が何らかの後遺症がある。後遺症の定義は2か月以上症状がある。文献、研究にもよるのですが、ここでは2か月以上の症状があるというところで、それで34%というのはやはり大きいですね。そのうち、「とてもある」ことで感染前の生活ができないという人が49人で15%。「まあまあある」人が76人、23%。これらを合わせると38%、約4割が社会生活への影響がある。これもなんとかしていかないといけない。では、これに関してどうしていけばいいかという、ワクチンというのは重症化予防にはとても大事なのですが、今、証明されている後遺症予防はワクチンしかありません。様々な知見もあるのですが、今現在では後遺症の軽減にはワクチンのみです。

どういうことかという、例えばワクチンを打ってなくて感染してしまったら、もう時すでに遅しかという、そうではなくて、落ち着いたらワクチンを打つことで実は自己抗体を作ります。簡単に言うと、新型コロナの感染は元々免疫系に影響を与えるので、感染しても良い抗体を作るとは限らないです。悪い抗体を作る可能性がある。これで言うとデング熱に近いのですが、デング熱というのは1回罹っただけでは重症にはならないです。ただ2回目に罹ると非常に死亡率が上がったり重症化が上がる。新型コロナウイルスにもそういう特性があって、1回で良い抗体ができる人もいて、それが保護的に役に立つ場合もあるのですが、悪い抗体ができる場合もあるということです。どうもそういう人に後遺症が出るのではないかとということで、そこで良い抗体、ワクチンを足すことで軽減されます。

実際、私のところに本学の学生が来て「ブレインフォグなんだ、頭がモヤモヤして」と言って。ブレインフォグというのは逆に後遺症としては珍しい部類です。100人に1人、200人に1人。でもこれだけの感染者の中の100人に1人なので結構、悩んでいる方もいらっしゃるのかなと思います。私の知人も感染してしまって、まだ40代前半で感染自体はそれほどではなかったのですが、今まではスーパーマーケットに5つぐらいのものを買いに行くのにメモなどは要らなかったのに、今ではメモを取らないと何を買えばよかったのかわからなくなるということを言われてました。

残念ながら、このブレインフォグと呼ばれる脳への影響に関しては、不可逆的な変化ということも言われていますのでわからないのですけれども、ただ、うちの学生に関しては勉強に集中できな

いとか、よく覚えられないと相談に来た学生がいて、その学生は2回のワクチンを打っていたのですが、5月時点で3回目はまだの段階でした。5月に感染して7月にブレインフォグがあって、もしかしてワンチャンス、ワクチンを打つことで改善するかもということでもワクチンを打って、もしかしたら時間の経過ということもあったのかもしれないのですが、今までの症状が100%悪かったとしたら、60%、70%に軽減したと言っていたので、そのように悩まれている方がいたらワクチンを打つことを勧めてください。

それからもう1つ。これは、確固たるエビデンスかどうかわからないのですが、先ほどエースレセプターの話をしました。エースレセプターが実は一番多いのが腸です。腸に一番多く分布しているとなると、便から結構、ウイルスは排泄されますので、腸の健康を保つ、便秘にしない。それから食物繊維を積極的に摂るということで、後遺症の軽減というのはいくつかの文献で報告されています。特に高齢者、便秘がちですよ。善玉菌を増やすということで、ヤクルト1000はもう手に入るのですかね。わからないのですが、ヤクルト1000ではなくてもいいのです。乳酸菌等を摂って、食物繊維を十分に摂って、水分を摂るということで、腸の健康を保つということも後遺症を減らす1つの方法かなと思います。これはみなさん、感染予防に関しても大事なので、食物繊維を積極的に摂って腸の健康を保ってあげてください。

ちょっと時間になってきたので、パンデミックが今後起こるという話をしたいと思います。パンデミックは今後起こります。なぜかという、グローバルに移動しているの、どこかの国で何かが発生したらあっという間に世界に広がるというのはこのコロナウイルスでわかりましたよね。グローバルの移動については、1990年では10億人だったのが、コロナ前の2018年では4倍、42億人になっています。それから都市化。アーバナイゼーションと言いますが、都市に住む人の割合が増えてきたということ。だから密集してきているということ。それから気候変動です。WHOの予測では気候変動で2030年から50年の間に年間25万人が感染症で死亡するとされています。これが新しい感染症なのか、古い感染症なのか。新興、再興感染症なのかはわかりませんが、感染症での死亡が増加するという見込みになっています。それから人間、動物の接触機会の増加です。都市化に関連していますが、例えばエボラウイルスだったらコウモリ、コロナウイルスもコウモリですが、人間と動物の距離の難しさ。

それから最後、これは医療従事者の皆さんに知っておいていただきたいのですが、医療従事者不足というのは日本もそうですが、世界的に低所得者の国では、例えば、フィリピンは日本と看護師・介護福祉士候補者の受入れを含む経済連携協定を結んでいて、日本に来たり、アメリカに行って看護師をしますけれども、フィリピンの看護師さんは非常に高学歴で7割か8割は大学を卒業しています。そうするとフィリピンで仕事をするよりアメリカで高所得で看護師として働いたほうがいいわけです。フィリピンは特に英語が公用語になっていますので、英語に困らないとなるとやはり高所得の国へ移動してしまうことで、低所得の国の医療従事者が不足してしまうと、このパンデミックが起きたときに、世界的にも広がるし抑えることができないということで、医療従事者の不足であったり偏在というところをグローバルになんとかしていかなければいけないという問題もあります。

それから気候変動についてですが、コロナではない新型のウイルスに遭遇する確率というのは、これは見込みですけれども、紫になればなるほどリスクが高く、北海道は若干東京より薄いかなどというところ。密集度というものもあると思うのですが、日本は結構、そのリスクが高い国になり

ます。青っぱいのが見てわかりますね。

では、そろそろ眠くなってきたかなと思うので、1つ面白い話をさせていただくと、実際、その脅威というのはやって来ていて、11月だったと思うのですが、ロシアのどこか永久凍土のところでゾンビウイルスなんて通称で呼ばれていますけれども、パンドラウイルスというのが見つかりました。その永久凍土で眠っていたウイルスです。眠っていたら人への感染性というのはないのですが、実はロシアの科学者たちはそのウイルスを眠りから起こして感染性を持たすことに成功しています。それが普通の自然環境下でも起こるという結論に至っているわけです。もし興味があったら、こちらのニュースを見てもらうといいかなと思うのですが、実際にこの北極圏にあるグリーンランドでは、一定の標高度では永久凍土になっているのですが、2021年の夏に初めて雨が降ってしまっただけで溶け出したのです。さっき言ったように、永久凍土の中には様々な未知のウイルスが閉じ込められている可能性があるのですが、こうやって溶けてしまうことで、未知のウイルスが流出してしまう可能性があると言われていています。

本当にこの温暖化という言葉よりは気候変動として、日本でもっと具体的に言うと、すでに九州ではマラリアを持った蚊が検出されています。北海道ですすがにそれはいいのですが、北海道も以前は、日本脳炎というのはワクチン接種が必要なかったですよ。今では日本脳炎を持った蚊というのは北海道でも出現していますが、九州ではすぐある危機としてマラリアを持った蚊というのが検出されているので、たぶん九州辺りはマラリアというところをなんとかコントロールしていかなければいけない状況ですし、ダニを介したものの、ダニの生存の緯度というのが、温暖化、気候変動によって上がってきているということもありますので、やはり気候変動に関して、私たち自身もWell-beingのためになんとかしていかないといけないという話をしていきたいと思います。

もう少しお話ししたいことがあったのですが、皆さんの健康を維持する話をしないといけないので、ストレスのお話をしたいと思います。皆さん、ストレス、抱えていますよね。だけど、ストレスは、ストレスだと思わなければストレスではないよという話。私は先ほど言ったように、長年、HIVの患者に接していました。HIVは御存知のとおり、CD4と呼ばれる免疫細胞、ヘルパー細胞を破壊してしまうウイルスです。なので、免疫機能が下がってきてしまうのですが、HIVの患者さんはみんな同じように治療します。

でも、HIVの進行が早い人、免疫低下が早い人、早くない人がいることに気づいたのです。これは何なのだろうと思った時に、ある性格というのが関与しているのではないかというのは、私自身が日々患者さんと接して思っていたことです。それをなんとか研究にしたいなと思って、たまたま私の研究室の隣が心理学者だったのです。名前がジョンだったと思うのですが、「ジョン、私、性格分類ってよくわからないから研究を手伝ってくれない」と言って手伝ってもらって、その性格分類とHIVの進行度、免疫の低下度を比べたら、おおらかな人はHIVの進行が進んでいなかったのです。免疫というのは気持ちがとても大事なのです。

あまりくよくよしない性格とかというのが大事で、ストレスも同じで、今日なんて、私、悪いのですが本当にストレスですよ、考えたら。昨日から本当にドキドキしていましたけれども、車で行ったら駄目だよと言われて、JRかバスで行くかと思ったのですが、最初はJRに電話で問い合わせをして、動くと言われたので行ったら、やはり駄目だ、まだちょっと駄目みたいだとなって、バス停に行ったら長蛇の列。またJRに戻ったらまた駄目だと言われて。これはストレスじゃないですよ、私は全然ストレスには感じないです。

こういう経験は、北海道にお住まいの方は御存知のように雪が多いので、どういうタイミングでJR北海道がアナウンスするのかなど、大学に行く際の一つ自分の経験値が上がったかなと思っただけです。なので、ストレスとは、「ああ本当に嫌になっちゃう、行けないし」と思ったらストレスだし、自分の経験値がまた1つ上がったなと思えばストレスではないのです。そういう風に転換していくことが大事で、物事には二面性がある、皆さん、本当にこのコロナで大変な思いをしたかと思うのですが、絶対それは役に立つこともあるし、このオンラインで色々なことができるようになったというのはさっきも言ったようにメリットですし、オンライン診療が進めば、良い面や悪い面もあるとは思いますが、オンライン診療が進んだということは、地域の人達にとってはやはりメリットかもしれない。

まあ、なかなかオンラインで繋げるかどうかは別として、メリットだったかなと思うので、悪いことばかりではない。なので、今日、本当は皆さんと対面だったと思います、コロナで悪かったことなんて挙げたらたくさんあると思うので後で聞かせてくださいね。

コロナで良かったことをこういう研修をするときに聞くのですが、面白いですよ。そうするとみんな、どういう答えが返ってくるかというと、化粧品代がかからなくなった、マスクをしているから化粧は上半分しかしていませんとか。職場の嫌な飲み会にコロナであれだから行きませんと言えるようになったとか。あとお金が貯まったとか。皆さん色々なことを教えてくれるのですが、良かったこともあると思うので、悪かったことばかり考えないようにしようねということですね。

1つは、楽しく生活するということで、0か月から6か月での幸福度の増加率というもので見ると、毎日5分間、人への感謝を記録する、日記を書くことで幸福度が増加するのです。こういう風に。なので、今日は皆さんと本当に実際に対面でお会いできなかったのですが、オンラインでも繋がったことに感謝しますし、中止かなと思っていたのですが、急遽、私の提案でオンラインで対応していただいた方々にも感謝しますし、今日はいろんな感謝があります。それを記録するだけで人間というのは幸福度が上がりますよ、楽しく生活できますよということ。

それからこれは衝撃的な研究なので本当に一度読んでもらいたい、アメリカの研究なのですが、なかなかよくやった研究ですよ。亡くなった高齢者の方の脳の状態を解剖で組織を確認しました。それとあわせた認知症のスコアなのですが、その人たちの生活を調べたところ、人生に目的がある人、こっちの脳の状態が2.5というのは悪いのです。だけど認知機能のスコアは、人生に目的があって生きていた人と目的がない人では、脳の状態は組織学的には良いのに、認知機能は目的がない人のほうが低いのです。目的がある人の方が、同じ脳の状態なのに認知機能は高いという結果があった。何が言いたいかというと、人生に希望を持って、目的を持って生活している人は、認知機能は高い。ベータアミロイドだけの問題ではないのです。

やはり人間とは社会的な生き物ですし、そういうメンタルもとても大事なのですが、目的を持って、目標を持って楽しみながら生きている人というのは、脳の状態が、ベータアミロイドがどれだけ定着しようとも認知機能は下がらない。それは認知症の心配している人たちにもやはり伝えてもらいたいと思うし、最近、さすがに私も、家系的に長生きなのですけれども、今、思うとうちのばあちゃんのことを見ているとそうなのですが、だいたい88歳を過ぎるとアルツハイマーだなど。だから目的を持って常に生きようと思っていますが、そういうことなのだよということも伝えてもらいたいですね。

希望が持てるように、皆さん、やっていってもらえたらなということで、色々なことを本当に思

うのですが、ウォルト・ディズニーも言っています。今日いろいろな話をしてきました。いろいろなことを開始するには、私の話をやめて、みんな一緒に取り掛からないと駄目ですよ。ということで、皆さんの質問を受けたいと思います。

(司会者)

塚本先生、貴重な御講演ありがとうございました。残り15分くらいですが、せっかくの機会ですので先生に御質問がありましたら、いかがでしょうか。どなたかいらっしゃいますでしょうか。

(築島部長)

先生。保健所長 築島です。今日のお話、健康格差のお話から、将来のパンデミックのお話、そして、最後にストレスの対処について、幅広くお話をいただきまして、本当にありがとうございました。先生のお話が非常に深いお話であったのに、身近すぎる卑近な質問で申し訳ないのですが、コロナの感染対策について、マスクは外す方向の中で、おそらく外す場面、着用する場面というようなことが、きっとまた基本的な考え方が国の方からも示されるのかなという風に予想しているのですが、質問したいのは手洗いの方なんです。

色々な学会とかの見解で接触感染は少ないから消毒は省略する方向という風に言われてきていると思うのですが、例えば、施設のクラスター対策などで施設に入らせていただくと、利用者さんが別にお部屋から出ていなくて、スタッフの手指を介する感染なのではないかなと思う場面がどうしてもあるものですから、接触感染は少ないとか、ないとか、「本当に？」という風感じております。その辺、環境消毒と手指衛生の部分、先生のお考えをお聞かせいただければと思います。よろしくをお願いします。

(講師)

はい。ご質問ありがとうございます。それは喫緊に必要なことだと思います。せっかくなのでマスクの方から先にさせてください。マスクを外して皆さん不安に思うと思いますし、マスクを外すのはどの場面なのかと思うかもしれませんが、私たちの免疫というのはそもそも、色々なものに曝露して活性化しているのです。だから常にマスクをしているということは、人間の健康上良くないのです。例えば、私自身、長年、医療従事者の現場で働いていて、当然コロナ前の話ですので、色々な人が色々な菌を持ち込んでいるけれども、マスクなんてしていなかった。その中で、曝露することで免疫が鍛えられたので、インフルエンザなんて本当に罹ったことがなかったのですが、当別町に行ってから、当別町なんか無菌状態ですよ、はっきり言って、車でなんて通った日には。人と接しなかったら、空気もきれいな中で、医療従事者として現場で働かない時もあったので、免疫が活性化しないので子どもが何か持ってきたらすぐやられていました。なので、マスクというのは確かに自分が症状がある時に他の人を感染させないために必要なものだと思いますが、身を守る道具かと言われると、非常に難しい面があります。よく、小さい頃からどろんこ遊びをしていたら免疫力が強くなるというのは、それは決して都市伝説などではなくて、実際の免疫学的な見地から正しいことなのです。私なんかはある程度、もういい年なので免疫というのは作られていると思うのですが、特に子どもたち、この3年間全く、生まれてから3年間、きれいな生活で暮らしている子どもたちから早くマスクを外させてあげないと、免疫が鍛えられないまま大人になってしまうというのは、非常に危機感を覚えるので、マスクが良いか悪いかと言ったら、マスクをとるということは、ワクチンもできた、治療薬もできた、ある程度、医療の体制もできたという段階では、マスクを外す方向というのは本当に必要なことだと、医療従事者の人たちは不安に思うかもしれま

せんが、みんなの健康のためには必要だということは知っておいていただきたいということ。

特にお子さんですね。同時に、手指衛生に関して、スタンダードプリコーションの考え方で、マスクも先程も言ったように、自分に症状がある方、咳エチケットですね。マスクをつけて、人にうつさないというのは大事なのですが、手指衛生も同じです。

手指衛生に関しては、一般の人ではなく、施設とか病院の話では、コロナ云々ではなくて、今、施設の方も病院に行ったり来たりしますよね。病院に入院して、病院に行って、かなり耐性菌を獲得する確率が高いと言われていています。ということで、手指衛生に関してはコロナに関係なく、WHOの5つのタイミング、「患者さんに触れる前は手指衛生」、「患者さんに触れた後も手指衛生」、「環境に触れた後も手指衛生」。それから「滅菌物」、「きれいなものに触るときも手指衛生」。それはコロナであろうと何だろうと変わらないというところなんです。コロナが緩んだから、そういうふうで緩んでいいよという話ではないというところを質問していただき、ありがとうございます。確認していただいて、病院はさすがにもうないと思うのですが、そこをちょっと間違ってしまう施設とか、高齢者施設は出てくるのではないかなという危機感があります。それはコロナに関係ない、このファイブモーメンツ、5つの場面というのは重視しないといけないというところを伝えていただければと思います。ご質問ありがとうございました。

(築島部長)

先生、とてもわかりやすいお答えをどうもありがとうございました。保健所職員一同、そのつもりでこれから頑張りたいと思います。

今こちらに来て質問していただくようなところで、会場の皆さん、引込み思案な方々が多いのか、手が上がっていない状態にはなっています。(挙手があり、) ありがとうございます、こちらに来ていただいてもいいですか。

(質問者)

2点ほど教えていただきたいのですが、1点は、コロナの死亡者の関係についてです。先日は500人を超えたとか、最高の人数になったとかで大騒ぎになったと思うのですが、個人的には大した話ではないと思っていて。というのは、これは神奈川県の数値なのですが、市中陽性率、無料PCR検査場で測った陽性率が、年末年始で平均すると11、12%ぐらいの方が陽性になったと。この国では年間1日当たりだいたい3,500人から4,000人の方が亡くなる国なので、そうすると普通の確率からすると450人前後の方、死亡した方を全員調べれば必ず、確率論から言うと、コロナに感染していることになるという風に思うのです。そうすると、そこから飛び抜けて多い数字ではないので、結果としてその位は、厚労省の通達で基本的に亡くなった方はコロナかどうかを確認するようになっていると思うので、そうすると、そのぐらいの人数というのは確率論からいくといえるのではないかと考えています。なので、実際にコロナで亡くなったと言われていたのですが、本当にコロナで亡くなった方というのは、例えば500人いるとすると実際どのぐらいなのか。お年寄り、正直、普通の風邪でも亡くなるぐらい弱っていらっしゃる方とかを考えた時に、本当にコロナで亡くなったという方は例えば500人くらいいたら実際どのぐらいなのかということも1つ。

先程、先生がマスクの話の時にもされていましたが、このコロナとは、初期の頃に無症状でもうつすということがだいぶ刷り込まれて、だからマスクをするんだというのを言われていると思います。仮にその発症した人が、他人にうつすのが、仮に確実に100だとした場合、無症状の人、発症していない人というのは同じぐらいうつすリスクがあるのか、それとも、例えば、それを100とす

ると20とか10とか全然低いものなのか。その2点を教えていただきたいです。

(講師)

ご質問ありがとうございます。なかなかデータがオープンになっていないので、コロナによる死亡者かどうかというのはデータとしては難しい。状況がわからないので、今、北海道のほうにも基礎疾患の有無も含めて、そういう情報を公開して欲しいというところは求めているところです。ただ、私自身、クラスターの施設等に多く行ってきました。このコロナは他のインフルエンザとは全く違います。クラスターが起きて、こんなに亡くなる病気はないです。なので、コロナはやっぱり特異的な病気、疾患だとは思っています。

確かに、コロナの死亡とインフルエンザの死亡の定義が違います。インフルエンザの死亡の定義は、1か月、28日だったと思うのですけれども、コロナは一応、医師の判断ということで、最初に感染して発症してから10日間を過ぎて亡くなった場合は、医師の判断の部分があるかなと思うのですが、これは私が現場に行って思うのですけれども、例えば高齢者がコロナに罹り、確かにコロナの肺炎ではないのですが、感染して食欲が落ちてしまって尿路感染、それから誤嚥性肺炎になって亡くなる方がいます。でも絶対コロナになっていなかったらまだ生きられたと思うと、私はこのコロナというのがやはりまだ違う病気だというのは、現場に行った経験から思います。インフルエンザではこうはならない。ここまでの多くの人々がインフルエンザではこうはならないと思うと、やはり対策というのは、高齢者施設、病院での対策というのは、やっていかななくてはいけない。どれだけ助けたかった命があるのかというのは、これは私の経験上、データとしてはないのですけれども、もちろんインフルエンザやノロウイルスのアウトブレイクのときも高齢者施設にも行きますが、これほど違う病気というのはまだまだほかとは比較にならないなとは思っています。

あとコロナが怖いのは、もう1つはさっき言ったように、血管内皮で血栓をつくりやすいのがインフルエンザの6倍というところです。だから突然亡くなったかのように見える方で、もちろんコロナということもある部分では、血栓という部分ではあるかなとは思っているので、本当にコロナというものがわからないことがまだまだある。

実際、データとしてはそうかもしれないけれども、科学的にはインフルエンザと比べて、同じく重症化する。例えば、基礎疾患がある人は重症化しますが、そうでもない、やはり10代のお子さんでも基礎疾患のない方がなぜ亡くなるかとかということですが、コロナというのはそもそもインフルエンザと比べて変異しづらいウイルスなのです。インフルエンザには2箇所、変異する箇所があって、コロナにはないのになぜここまで変異しやすいのかですとか、まだまだわからないこと、予測できないことがたくさんある中で、まだ軽々しく扱うべきものではないなというのが私の見解です。

それから、都道府県ごとに死亡率が大きく違うというのは、この8月のデータでもそうだというのは、その理由がわからない限りは、やはりちょっと心配な部分もある。医療体制だけでは説明がつかないとは思っています。では、北海道で高齢者の感染が多いかということ決してそうではないです。年齢を調整しても、北海道は死亡者の割合が高いというところは、もしかしたら分母が違うかもしれないですし、そこは何とも言えないところなので、分析が必要かなと思っています。

2つ目の質問ですが、正確にはなかなか難しいのですけれども、今後、例えば、札幌に至っては5人に1人は感染している、それはわかっている限りで5人に1人なので、もっと多いかもしないですが、そうなった人が感染して、症状が出ない確率があるかもしないとなると、他の人にう

つす、症状が出ない人の増える確率があるかなとは思いますが、症状が出ない人がうつす確率というのは、症状がある人に比べて難しいのは、先ほどお話したとおり、コロナに関しては、ウイルス量と症状はあまり相関していないのです。なので、症状のない方がうつす確率というのは、症状のある人と比べたら少ないとは思いますが、10分の1とかそういう話ではないと思います。

(質問者)

ありがとうございます。

(司会者)

ありがとうございました。それでは時間の関係上、質問の時間を終わらせていただきます。

(講師)

もし何かありましたら、先ほどのEメール等もありますので、個別に御質問いただければと思います。ありがとうございました。

(司会者)

どなたか質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。大丈夫でしょうか。

本日の講演では、日々コロナへの対応を求められている私達にとって非常に参考になる、貴重なお話を塚本先生から聞かせていただきました。最後に、ストレスの対応の話もありましたが、非常に前向きで背中を押してくれる、塚本先生からのお言葉もありまして、また明日から頑張っていけそうな、そんな気がしています。

それでは、本日、御講演いただきました塚本先生に、今一度、大きな拍手をお送りしまして、感謝の意に代えさせていただきたいと思えます。塚本先生、本日はお忙しい中、本当にありがとうございました。

以上をもちまして、本日の講演を終了します。本日は足下の悪い中、お忙しい中、お集まりいただきありがとうございました。