

「新型コロナ肺炎」 を考える(上)

——診療所コロナ奮闘記——

医療法人社団緑星会どうたれ内科診療所 / 千葉大学医学部臨床教授 堂垂伸治

この原稿の論旨は5月9日に書き始めています。もちろん私は「感染症の専門家」ではありません。単なる町医者です。しかし「目の前の患者さんを何とか良くしたい」という熱意は持っているつもりです。この2ヶ月余りの「新型コロナ肺炎」(以下「コロナ」)を巡る、私の診療所＝医療現場での感想や意見を記述します。

〈1 はじめに〉

私の予測ですが、「多分5月下旬」には一段落すると予測しています。これは諸外国での経緯と国内の動向〔1〕をみて出てきた結論です。甚大な被害をもたらしているコロナもやはり「疫病」なのです。「流行」は終了するのです。

しかしながら確実に第2波、第3波が起こるでしょう。従って、これからはそれに備えるために「第1波の検証と総括」がとても大切だと思っています。第1波への対応のどこが良くてどこが

悪かったのか？どこを反省し、どこを直さなければいけないのか？国も自治体も企業も医療機関も市民一人ひとりも、これらの分析・総括作業をすることが大切だと思っています。基本的に、あの11.3.11の東日本大震災の「福島原発」の検証と同じようにするべきだと思っています。遅滞なく「第三者委員会」を立ち上げ、政治家や専門家会議等、指導的立場の人々の対応を客観的に検証する必要があります。

以下は当院での「新型コロナ肺炎」とのささやかな「奮闘記」です。

〈2 どうしたら良いか？〉

新型コロナ肺炎は、中国・武漢で19年12月中旬に発生し、20年1月中旬には、武漢で大流行が始まり、日本でも盛んに報道されだした。日本でも1月下旬に第1例目、千葉県でも1月31日に第1例目が発生した。

日本で当初注目されたのは、2月上旬

町医者をつぶやき

のクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」での集団感染だった。乗客乗員合わせて約3500人中、723人感染（感染率21%）、死者13人（感染者中の死亡率1.8%）だった。当時は「どうして早く全員を検査し、分けけて下船させないのだ」と苛立った覚えがある。

この頃私は、中国の情報などを頼りに、コロナについて次のように捉えていた。

- ①高齢者や基礎疾患がある人ではこれまでのインフルエンザと比較して死亡率が格段に高い疾患である（ちなみに、インフルエンザ感染者の致死率は、0.03%程度と言われている〔2〕）。
- ②インフルエンザは罹患直後に（しかも多くは2回以上の）発熱がある。しかし、コロナではどうも最初は無症状で、その後グズグズし1週間くらいで発熱・咳嗽が出るようである。
- ③インフルエンザでは肺炎まではなかなかゆかないが、新型コロナでは肺炎を起こしやすい。しかも難治性で致死的多い。ウイルス性肺炎なので（細菌性肺炎とは異なり）局在的・片側性ではなく両側性肺炎になることが多い。
- ④診療所での診断法はどうか？ 得られた情報は「胸部CTの診断率は85%だが、胸部レントゲンでの診断率は15%にとどまる。採血では通常のウイルス感染と同じく、白血球増多はなくリンパ球減少がある」という程度だった。

⑤当院で「コロナ疑いが強い患者さん」から採血することや胸部レントゲンをとることは、感染リスクがあるので不可能である。従って病院に紹介しCTで評価してもらうしかない。ただし病院でも感染リスクがあるので、消毒も大変だし2台以上のCTが必要であろう。

⑥现阶段では新型コロナ肺炎に有効な治療薬がない。

臨床医の常として、当該疾患を診療した経験がないとなかなか実像をつかめない。以上のように1クリニックの医師としては厳しいものがあつた。

〈3 対応策を検討〉

私は日本におけるコロナ危機開始直後の20年2月28日に労住医連のMLに以下のように（『 』部分）書いた。

『私ら第1線の医師としては「なんで診断＝PCR法を活用できないのか！」と憤慨しております。医療の基本は「早期発見・早期治療」のはずです。現在の日本のガイドライン（2月17日厚労省受診の目安）では、「じっと家で待機して病気が進行してから医療機関を受診しなさい、しかも電話してから」です。これは全くおかしいことです。』

『インフルエンザと同様に検査をさっさとして「新型コロナですが自宅でも隔離し安静にして、発熱が続いたらすぐに病院に行きましょう」とか……が、本来の疾患への対応策だと思っています。』

さらに同日、以下のように続けた。

『1 重症化・死亡者を減らすという視点で、現場が早期発見出来る体制をとるべきである。

2 韓国を見習って「ドライブスルー形式」の検査拠点を多数作るべきである。

3 病院に紹介したら、一般患者さんとは別経路でのCT撮影の流れを作るべき。

4 そのためには、「患者さんが来たら困る」という姿勢ではなく、「早く患者さんを見つける」という体制を作るべき。

5 今の報道体制＝「感染経路を探る、見つかった医療機関や職場～人を叩く」という姿勢はやめるべきである〔3〕。』

〈4 当地でも感染が始まった (3月～4月上旬)〉

4月に入ると松戸市内での感染も報告されるようになった。特に近隣の「ヤマト運輸支店」での3人の感染者が出たことが4月5日に報道され、当院でも危機感が身近になった。

この頃、住民から「コロナを疑っているので診て欲しい」という電話が入った。職員が対応したのだが「1週間くらい37度台の熱が続いている。帰国者・接触者相談センターに電話したが相手にされず『どこかの医療機関を受診してください』と言われた。病院や診療所にも

電話したが、どこからも断られた」とのこと。

これに、職員がやはり「再度、帰国者・接触者相談センターに相談して下さい」と返答したら「おまえの所もそう言って受診を拒否するのか！」と怒って名も名乗らず電話が切れた。

この件で当院としても実際の状況を確認しようと「相談センター」に電話連絡したところ、以下のような回答だった。

- 1 (松戸市では)すでに1日に200件以上の相談や検査依頼があり到底対応できない。
- 2 「近所の医療機関を受診してください」とは言っている。それでも相手にされないようなら、「もう一度保健所まで連絡してください」という対応をしている。

つまり、公表されていた「帰国者・接触者相談センター」は、当地でも機能麻痺状態であることが判明した。これについては、当時から新聞・TVなどでも報道されていた〔4〕。結局、当地でも「診療所→相談センター」のルートは頼りにならないことを覚悟した。

〈対応策準備段階〉

上記で述べたように開業医にとっては正に「竹槍でB29と戦う」ような気分だった。この頃には厚労省・千葉県・医師会等から文書が正に山のように送られてきた。しかし、「開業医が何をすべきか? どうやって日常診療を行えば良いのか? コロナ患者を見つけるコツはど

町医者をつぶやき

うなのか？」などの具体的なものは殆ど見られなかった[5]。

特に「自院で感染者を見つけた場合には、逆に私が濃厚接触者として2週間休業を強いられるのではないか？」という不安感があつた。患者さんからは「他の診療所では発熱患者さんは診ないと入り口に掲示してありましたよ[6]」という声も聞いた。

日本医師会からは4月3日付け[7]で、「標準予防策」を実施していれば「濃厚接触者に該当しない」とあつた。しかし「所轄保健所等との緊密な連携をお願いします」というもので、就業制限もありうるという不安は残つた。

この頃には「コロナの臨床像」が当初のような単純ものでなく、「無症候性感染者が多数いる」、「しかもその人たちが他人に感染力を有している」という極め

て厄介な疾患であることが報道されてきた。

とにかく今後の外来、特に発熱や風邪症状を訴えて来院する患者さんにどのような診療を行うかを考えた。検査方法がない。感染の可能性があるので採血やレントゲンも使えない。そこで「病歴と症状経過からコロナかコロナでないかを診断するしかない」、「患者さんと接触しないで全経過を把握し診断するしかない」と考えた。

当院でこれまで使っていた「問診票」を一新した。「コロナにも対応可能かつ風邪症状全員に対応可能な問診表」＝当院での通称「コロナ問診票」（図1は4.16改訂版）を4月9日に創作した。

他方、予防策として①マスク・消毒などの感染防御の徹底、②職員教育の徹底、③ビニール＝トウメイクロスで院内の区

図1 コロナ問診票

発熱等「かぜ」患者用(コロナ問診票)		20年4月16日改訂		どうたれ内科診療所	
(電話による看護師聴取及び患者さん自身の記載用) 看護師記載		患者さん記載			
	患者さんのお名前()	聴取・記載日時	日 時 分(24時間表示)		
症状経過	患者さんの年齢()歳 カルテNo.()	ご家族や友人の状況は?()			
層上の日にち(日)	日 時頃～	日	日	日	日
何時頃の体温は? (右に大体を記載してください)	時頃 ℃	時頃 ℃	時頃 ℃	時頃 ℃	時頃 ℃
症状	のどが痛い 熱がある 咳が出る 鼻水がある だるい 頭が痛い 味やにおいがおかしい	のどが痛い 熱がある 咳が出る 鼻水がある だるい 頭が痛い 味やにおいがおかしい	のどが痛い 熱がある 咳が出る 鼻水がある だるい 頭が痛い 味やにおいがおかしい	のどが痛い 熱がある 咳が出る 鼻水がある だるい 頭が痛い 味やにおいがおかしい	のどが痛い 熱がある 咳が出る 鼻水がある だるい 頭が痛い 味やにおいがおかしい
症状詳記(自由記載)					
今回の発症前は 元気だったか?	1 元気だった 2 元気がなかった				
生活範囲	松戸・柏市内 東京に通勤 海外渡航歴がある その他()		仕事・職種	()	
この間、関わって いたところ	職場のみ 近所への買い物程度 密閉空間 混雑場所 スポーツジム 飲食店 特に()				

分けを行う、④風邪症状の患者さんには個室で診察する、⑤患者動線も工夫した。

〈5 感染が拡大し緊張の日々 (4月上旬～4月下旬)〉

今回の「コロナ危機」についての当院の立ち位置は「早期発見・早期対応」、「同時に定期的な通院患者さんも守る」だった。

4月上旬から通常の外来患者さんと「コロナかもしれない風邪の患者さん」と混在する外来となった。この診察のポイントは、結局以下のようなものだった。

- ①隔離した個室を用意する（結局2部屋を用意した）。
- ②発熱患者さんには事前に電話連絡してきてもらう。
- ③発熱や風邪の患者さんで直接来院した人には直ちに個室に誘導する。動線を短くし一般患者さんと重ならないようにする。
- ④待合室では患者さんには分散して座っていただく。
- ⑤発熱に限らず風邪症状の患者さんには全員「コロナ問診票」を書いてもらい、それで臨床像を「予習」してから診察する。
- ⑥診察ではなるべく正対しない。聴診器も当てず咽頭観察程度とする。私だけが診察し看護師は同席させない。事務員も無駄な会話をせず接触時間を減らす。
- ⑦（無症候性感染の人もあり得たので）診

療全体も要領よく短時間に終え患者さんを停滞させない。

- ⑧職員には別途注意事項を手渡し、全員がこれまでより集中心・緊張感をもって仕事をするよう徹底した。

この頃には「コロナ心配症」の患者さんが多数来院した。「風邪でがまんしていたら熱が出てきて心配だ」とか「病院に行ったけど相手にされなかったので当院に来た」、「毎日体温を測っていたら高かった」等々。中には「夜1時間毎に体温を測った。心配なので診て欲しい」という方もいた。多くが「コロナ不安神経症」だったが、いつもよりずっと手間がかかる日々で疲労感は大きかった。

〈6 何とか3か月が過ぎた〉

- 1 この2ヶ月余りで、初診の風邪や発熱患者さんでは（ささやかな人数ではあったが）「コロナ疑い」で病院等に紹介した。そのうち20%弱がコロナ＝PCR陽性だった〔8〕。松戸市でのPCR検査後の陽性率が4.5%とのことで、十分門番（ゲートキーパー）役は果たせたと思っている。
- 2 当院かかりつけの患者さんからはコロナは出なかった。「コロナの可能性が低い」と判断した患者さんには、積極的に検査や点滴を行い「押さえ込み」を図り奏功した。
- 3 発熱を伴う「コロナ以外」の疾患にしっかり対応した。例えば、髄膜炎、胆嚢炎、伝染性単核球症、化膿性扁桃

町医者をつぶやき

炎、大葉性肺炎（結果は「僧帽弁腱索断裂に伴う急性心不全」だった）、腎盂腎炎、虫垂炎等々を見出し、当院で加療したり病院に紹介し、適切な対応が可能であった〔9〕。

- 4 当法人関係（診療所と訪問看護ステーション）ではコロナの発生は無かった〔10〕。また当院が“見逃して”他院でコロナと診断された人も出なかった。
- 5 通院患者さんの殆どは「自粛生活」をされ「引きこもり」だった。多くの人が「TVを見て座っているだけ」という生活をされていた。体重増加・下肢浮腫・糖尿病悪化・睡眠障害・うつ状態など、「不活発病」の方が目立った。特に「コロナ心配症」とも言える「不安神経症」が多数認められた。認知症の人ではBPSDが出た人もいたし、家族で同居人とのいさかいが生じた例もあった。

〈7 振り返って思うこと〉

- 1 今回のコロナ疑いの「目安」＝「基準」だが、37.5度以上が4日間というものだった〔11〕。しかしながら、現場ではやはり早期受診の方が診断しやすかった。早期受診してくれば、最初に問診で精査し例えば抗生剤を処方しその後体温観察を指示し、再診時の経過をみれば「これは通常の感染症とは異なる。コロナ疑いが強い」との判断が可能であった。
- 2 今回の「受診の目安」変更の内容を

見ると、実質「風邪で不安がある人全員が相談センターを受診可能」という内容である。これでは「相談センター」～保健所の業務が永続的に多忙となかなかねない。どうして未だに、かかりつけ医～医療機関を挟まないのか？理解に苦しむ。

- 3 当院では今後コロナリスクが続く限りは風邪症状の患者さんには「コロナ問診票」で対応してゆこうと考えている。もちろんこの有効性が証明されたわけではない。今回新たに「コロナ抗原検査」が登場してきた。これは「感度」は低くても、扱いはほぼインフルエンザの診断キットと同様のものである。早急に現場に届けられ、検体採取時の注意点などを明示して頂くよう期待している。
- 4 保健所はすでに発症患者さんについて様々な資料を有しているはずである。受診前の病歴はマチマチかもしれないが、今後それらの情報を是非とも公開し現場に還元していただきたい〔12〕。「開業医が門番役をしっかりと果たす」と保健所も助かるはずである。もちろん保健所以外の「PCR検査センター」が各地に配備され、十分対応可能な態勢を取る必要がある

〈8 パンデミックへの対応は疾病治療と同じ！〉

今回の政府や専門家会議の様々な対応

図2 感染症（肺炎等）とコロナ対策の比較

	早期発見	主たる検査	治療法	治療効果判定	治療に関する因子	後遺症・結果	予防
病気としての感染症（コロナではない肺炎）	早期受診・健診などの情報	培養（喀痰・咽頭・血液）・血液検査・画像診断等	抗生物質・抗ウイルス製剤・人工呼吸器等	白血球・CRP・血沈等、炎症反応のマーカ―	患者さんの元々の基礎疾患（COPD・気管支喘息・糖尿病・喫煙・肥満等）の程度	低肺機能・脳梗塞・心不全・多臓器不全・低酸素脳症・死亡	予防接種・ワクチン
コロナなどのパンデミック	感染情報収集と分析・準備・資料調達・検疫・防疫態勢（入国制限）整備	問診とCT・PCR等（今後は抗原検査も？）	大量検査と隔離・入院管理・都市封鎖・移動制限・コロナ用各種治療薬等	PCR検査数を増やし感染状況を把握する・他の指標も表示目安とする・抗体検査等	事前準備や対策の程度・物資・国力・国民の意識や生活習慣・政治家や専門家の能力・指導者の資質	社会経済的損失・企業業績悪化・教育の遅延・国家債務増大や破綻危機・国家主義の台頭・失業・自殺等	予防接種・ワクチン

に関して、すでに各所で「対応が遅い」「後手後手に回っている」と批判されている〔13〕。私は臨床医として今回の経験を通して「（コロナ等の）パンデミック対策は患者の感染症治療と極めて似ている」と認識するに至った（図2）。

肺炎治療を例にとる。まず早期発見が重要である。火事と同じで「初期消火」が一番である。手遅れ状態で来院した患者さんは重症になる。「コロナなどの感染症対策」でも同様で、感染情報を早期に把握し事前に周到な準備が必要で、それがその後の帰趨を決する。

肺炎の診断では喀痰検査・採血・画像診断などを行う。コロナでは「PCR検査」だった。途中でWHOの事務局長が「検査・検査・検査」と叫んでいたことは、振り返るとやはり真実だった。

コロナの感染率＝蔓延度は十分な検査数による「PCR陽性率」である。肺炎患者ではCRPや画像診断による追跡が相当する。「CRPの結果が2週間後にし

かわからない」なら肺炎の患者はたくさん死ぬだろう。「緊急事態宣言の効果は2週間後にしかわからない」などと繰り返してきた為政者の姿勢は厳しく追及されるべきである。国民に「8割の自粛」を強制し「気の緩み」を叱咤するのなら、「短期間で効果判定可能な基準」を提示すべきである。

肺炎では糖尿病などの合併症があれば治療効果は低い。コロナでは、政府の政策や医療資源・国民の意識などであろうか。特に「指導者の資質」が最も重要な因子だと痛感している。

健診に当たるものが、コロナでは抗体検査かもしれない。

肺炎では時々刻々と病状が変化してゆく。抗生剤や輸液製剤も適宜変更が必要で、人工呼吸器等のタイミングも重要になる。主治医がボーッとしていると手遅れで患者は死亡する。

国としてのコロナ対策も全く同じで時々刻々と変化する情勢に、その都度的

町医者をつぶやき

確に常に先手を打って対処しなければならなかった[14]。中国での発生から2か月後に始まった日本のコロナだが、その間一体何を準備していたのか？ 感染拡大に伴いPCR検査をどうして増やせなかったのか？……、私は多くの疑問を抱かざるを得ない[15][16]。

(どうたれ・しんじ)

〈注釈〉

(1) 人口あたりの新型コロナウイルス感染者数の推移【国別】 札幌医科大学医学部 附属フロンティア医学研究所 ゲノム医科学部門 <https://web.sapmed.ac.jp/canmol/coronavirus/index.html>

(2) 国立感染症研究所 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/flu-iasrtpc/9227-477t.html>

2018/19 シーズンではインフルエンザに約1200万人が罹患し「超過死亡」から死者3400人と推定している。これも驚きの数字だが、逆に言えば、私たちはこうしたインフルエンザとすでに「共生」しているのである。

(3) この頃から「クラスター対策」として、感染者が出た店舗や会社が俎上にのせられ、大々的な報道が為されてきた。と同時に、差別や中傷や流言飛語も飛び交い、中には「家に落書きされ中傷電話が絶えなかった」という話しも聞いた。これは戦中の「隣組」制度と同質で、人々に分断・密告を強い

る「ファシズム」に似た大変危険な風潮だと感じた。

(4) 今回の「コロナ」に関する新聞・TVの報道は、おおむね正確・迅速で役立つ情報が多かった。ただし、やや煽りすぎ・細かすぎで国民に不安感が生じ、また「政権の垂れ流し報道にすぎない」と感じたこともあった。

その後の「PCR検査を増やすべき」との流れは、報道の力=世論形成によるところが大きかった。

(5) 実際送られてきた紙を積み上げると5cm以上に達した。情報はそもそも多くなればなるほど「どれが大切なのか」がわかりにくくなる。「とにかく知らせておけば自分たちが追及されない」という官僚・役人の本能を感じた。「責任逃れの情報垂れ流し状態だった」と感じた。

(6) そもそも今回の「コロナ対策方針」では、現場で第1線を担っている開業医は「戦力」として組み込まれていなかった。他方、開業医の事情として、①直接感染リスクにさらされる、②建物構造上対応不可能である、③濃厚接触者として2週間就業制限を強いられる恐れもあった。やむを得ず萎縮医療せざるを得なかった。今や医療現場で常識となっている「病診連携」が、今回のコロナ対応では、全く期待されず生かされもせず機能不全だった。

(7) 「濃厚接触による自主的な就業制限……日本医師会の考え方 Ver.2.0」

(8) 千葉県医師会からは4月17日付けで「N95マスクの例外的取扱い」として「(米国FDAが承認し)KN95マスク……もN95マスクに相当するもの」との文書がやっと来た。開業医の防護具に関する極めて重要な情報なのだから、「厚労省……対策推進本部」は現場に真っ先に伝達すべきものだったはずである。

(9) これらは「病歴聴取」から「コロナではない」と判断した場合には、もちろん「聴診・打診・触診・神経学的検査」を行った。場合によっては酸素～採血・点滴なども行い救急車を手配したこともある。いわゆる「オンライン診療」や「診療態勢と独立した発熱外来」では対応困難だと考えている。

(10) ご承知のように病院や介護施設で「クラスター感染」が多数出た。しかしながらこうした施設の(家族も含めた)従業員や利用者全員がコロナに罹患しないというのは、「殆ど奇跡的」とさえ言えよう。それぞれ「貧乏くじを引かないようにしよう」、「職場と自宅の往復だけ」、「家族とも会わない日々を過ごそう」などと医療や介護の関係者に過大な負担がかかったのは間違いない。

さらに名指しされた様々な業種や職場がやり玉に挙げられ「袋だたき」にあい、経済社会活動が萎縮した。このような風潮が継続するなら、経済再建の道筋が立たないだろう。今後これら

の検証も必要である。

(11) 厚労省が2月17日に「相談センターへの目安」を、「風邪の症状や37.5度以上の発熱が4日以上続く」と示した。国民は決して「誤解」などせず、これを基準と考え長く順守してきた。臨床医の立場では「37.5度以上で4日間も過ぐすと重症者も出てくる」というのが常識である。こんな「臨床知らずの基準」を承認した専門家会議の責任は大きい。

(12) 日本感染症学会HP http://www.kansensho.or.jp/modules/topics/index.php?content_id=31ではコロナの「症例報告」が掲載されている。しかし、コロナ患者検出までの経過・考察の記録は未だ少ない。

(13) 特に大きな「後手」は二つあった。
①「(3月5日になってやっと)中韓両国の入国制限の強化を表明するわずか3時間前には、4月に予定されていた中国の習近平国家主席の来日延期が発表された」出典：「新型コロナ、中国人の『入国制限』遅すぎた代償」<https://toyokeizai.net/articles/-/335084> つまり3月になっても「コロナ感染予防」より政治日程が優先され、中国からの入国制限が大幅に遅れたのである。

②小池東京都知事は感染拡大が起きてすでに1月以上たっていた3月25日までは東京五輪を開くと固執していた。延期が決定されると同時に「ロッ

町医者をつぶやき

図3 COVID-19 人口100万人対死亡率比較と感染期間

	人口	死亡者	人口100万対死亡率	感染期間(月)
日本	1.265億人	729人? (20.5.16時点)	5.76人以上	3M?
韓国	5164万人	262人?	5.08人以上	2.5M?
中国	13.927億人	4637人?	3.33人以上	2.5M?
台湾	2354万人	7人	0.30人	2M
ニュージーランド	489万人	21人	4.29人	1.5M?

世界の感染者・死者数については、ジョンズ・ホプキンス大学 COVID19 Dashboard 日本以外は20.5.17 10:00
<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
 人口あたりの新型コロナウイルス感染者数の推移【国別】 札幌医科大学医学部 附属フロンティア医学研究所 ゲノム医科学部門 <https://web.sapmed.ac.jp/canmol/coronavirus/index.html>

クダウン」と語り豹変した。コロナより東京五輪を優先した姿勢が今の東京都の収束遅れを招いたのではないかと参照：「新型コロナ「東京での拡大」のウラにある、小池百合子知事の失敗」
<https://headlines.yahoo.co.jp/article?a=20200503-00072292-gendaibiz-soci>

(14) この「タイミングのズレ」の象徴が「アベノマスク」だった。今や誰も欲しがらない遺物となっている。

(15) 最近「日本の死亡率は低い」との声を聞くことがある。そこで近隣諸国との死亡率比較(図3)を示す。日本の感染者数・死亡者数は他国と異なり独特の増加曲線をとっている。この原因は①日本の医療機関が頑張った、②感染者の抽出を絞った対策による、の二つが考えられる。私は②の要因の方が大きかったのでは、と考えている。

いずれにせよ「よく似た国」の韓国・台湾には「及ばなかった」と考えるのが妥当だろう。両国はともに徹底的にPCR検査を行っていた。

(16) 感染症対策の目標は「死者数を減らすこと」である。驚くことに日本の「出口戦略」では「死者数」が指標に入っていない。ニューヨークの「出口戦略」では、7つの基準の一つとして「コロナ関連の死者数が14日間減少、もしくは3日間の平均が1日につき5人未満になること」が入っている。

東京都の「緊急事態宣言」の「解除基準」には「新規患者(陽性者)数」が入っている。しかし、ニューヨークの数値目標にはこれは含まれていない。日本のコロナ対策は一貫して「非科学的」で、暗澹たる気分である。

(脱稿 20年5月17日)