

「新型コロナ肺炎」 を考える(中)

——PCR検査抑制論について——

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

〈はじめに〉

私はあくまでも一介の臨床医、町医者である。コロナの重症患者を診療したわけでもないし、入院治療にも携わっていない。本稿には荷が重い点もあるが、この間の「PCR検査」を巡る動きにはやはり言及しなければ、と考えた。

私は(上)でも記したように「全ての疾患へのアプローチは早期発見・早期治療である」と考え実践してきた。コロナに対してもこれと同様だと確信している。ただし、コロナはこれまで町医者にも市中一般病院でも「診断法がない」「治療法もない」やっかいな病気であった。第1波の期間中、「私はコロナではないか?」「熱が出た、体がおかしいので心配だ」という患者さんがたくさんやってきた。多くの方々は「白」だったが、どうしても「グレー＝コロナの疑いが強い」患者さんが出てくる。臨床現場の医師の殆どは、「やはりPCR検査で決着を

図らないといけない」と感じたはずである。

ところが、私には当然だと感じたこの結論に、国は「PCR検査体制」を整備してくれなかった。また「PCR検査は必要ない」という「PCR抑制論」が医療界で公然と言われてきた。未だにこれを信奉している医師もいる。

幸い直近の動向では「日本だけが異常にPCR検査が少ない(外圧)」と「国民が納得していない(世論)」により、国も専門家会議もやっと「PCR推進論」に傾いてきた。

そこで、「この『PCR抑制論』の出所がどこだったのだろうか」「どういう論理で言われてきたのだろうか」、これらを検証しなければいけないと考えた。「単なる町医者」なので、的外れな指摘があるかもしれないがご容赦いただきたい。

以下の文章では「感染症専門家」の主たる方々についても言及せざるを得ない。もちろん、これらの方々のご尽力・

ご努力を否定するものではない。ただ「真実は何だったのか？そこから第2波に備える教訓は何か？」という視点からの考察だとう理解願いたい。

なお、経時的な記載となっているが、安倍首相が全小中高校に臨時休校を（突然）要請した日にちが2月27日だったことを想起しながらお読み下さい。

「PCR抑制論」の系譜1～感染関連学会は「PCR抑制論」だった

1 PCR検査についての最初の記載は「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第1版」[1]（2020年2月13日）にあった。日本環境感染学会が記した文書である。

この中で「ウイルス検査にはPCR法など核酸増幅法が用いられており、医療機関から疑似症として保健所に届出後、地方衛生研究所または国立感染症研究所で検査が実施されます。」とされていた。その対象者は「湖北省への渡航歴がある」や「37.5℃以上の発熱と肺炎」などと単に紹介・解説する記事だった。

この中では、「保健所→地方衛生研究所または国立感染症研究所」という流れが説かれており、当時の認識が「感染程度は大した人数にはならないだろう」「この程度の検査体制で対応可能である」という「甘い見通し」がうかがえる。

2 2月21日、日本感染症学会と日本環境感染学会の理事長両名により、共同声明[2]を出している。この「5.」で以

下のように明確に「PCR抑制論」を語っている。

「5. 現在、実施されているウイルス検出のための検査（PCR法）には限界があります。新型コロナウイルスは、……インフルエンザに比べてウイルス量は少ないと考えられています。PCR法（では）……ウイルスの少なさは、検査結果の判定を難しくしています。とくに早い段階でのPCR検査は「決して万能ではない」ことをご理解ください。」

①ここで明確に「PCR法には限界あり」と断定している。なぜこの段階でわざわざPCR検査に否定的な発表、しかもそれを共同声明という形で行ったのか、私は大きな疑問を感じる。これに至った理由・原因を是非とも明らかにして頂きたい。いづれにせよ、両学会が足並みそろえての声明文なので多大な影響力があったといえよう。

②なお「検査が万能ではない」などというのは臨床医では常識である。検査結果で「異常値」が出てもそれには濃淡があり、医療現場では常に各情報を取捨選択し担当医の責任で総合的に診断を下している。ここが「机の上で仕事している人」と「生きた患者さんを相手に働いている者」との決定的な相違である。

3 そして、4月2日には同じように共同声明[3]が出され、ここではもっと

町医者をつぶやき

露骨に「軽症者にはPCR検査は推奨しない、入院治療が必要な人に限定する」と語られ出した。本文では、現状認識を以下のようにとらえていた。

「国内における新型コロナウイルス感染症者が2,000人を超えようとする状況となり、感染症病棟のベッドの占拠率が高まっていく中で、感染症診療の在り方を柔軟かつ適正に変えていくことが必要になります。」

これは「患者数が増加しベッド数が足りなくなる」「医療崩壊を防ぐ」という基本認識を示したものであった。しかし、同時にこれは、先行した中国や韓国での感染者数から何も学んでいない甘い認識・見通しであった。

この後に続けて「1. 新型コロナウイルス感染症に対する検査」では「地域の流行状況によるが、PCR検査の原則適応は、『入院治療の必要な肺炎患者で、ウイルス性肺炎を強く疑う症例』とする。軽症例には基本的にPCR検査を推奨しない。時間の経過とともに重症化傾向がみられた場合にはPCR法の実施も考慮する。」とまで踏み込んだ声明となっている。

①これらの声明を出した学会で理事などの主要なメンバーがケンケンガクガクの議論をしてできあがった声明なのかどうか？これらは当時の厚労省～政府（つまり官僚・政治家）の意向をくんで「学会としても声明を出して後押ししよう」という程度だっ

たのか？いずれにせよ、この声明が一人歩きし「PCR抑制論」に「お墨付き」を与えた責任は免れない。

②ごく少数の「権威ある学会指導者の“つぶやき”」が多大な影響力を發揮し、「批判的精神を欠如した医師」に波及し、「PCR抑制論」が幅を利かすようになったのではないか。

ちなみに4月2日の「PCR陽性者数」は2306人、「患者数」は1693人、死亡数は60人（毎日新聞オンライン）だった。

実は、この「PCR抑制論」は次に述べる東北大学押谷仁教授の理論と連動するものであった。

【「PCR抑制論」の系譜2

～押谷仁教授、確信犯的な記述

東北大学押谷仁教授は「新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する厚生労働省対策推進本部クラスター対策班」の班長でTVにも時々登場していた。私がNHKニュースで得た印象は「誠実で実直な先生だなあ」だった。もちろん「能力」や「結果」とは無関係で、それは時には弊害となり得る。その感染制圧理論は、3月29日付けの「COVID-19への対策の概念」のPDFで述べられている。これは56枚に及ぶ膨大なPPのPDFである[4]。

この趣旨は、①中国で接触機会を減らすことで、②シンガポールでは感染を可視化することで、流行を収束できた教訓を述べている。そして「クラスター対策

の意義」を述べ「日本独自の対策の構築を目指す・疫学解析・数理モデル解析により最適解を探っていく」ことを基本方針とした。つまり専ら「クラスター対策」の方法で行くとした。

p 48の「急速な感染拡大の起こるメカニズム」の中で、以下のごとくPCR検査の限界を述べ明確に否定した考えが表明されている。

「PCR検査を対策の中心とした場合、初期段階ではかなりの割合の感染者を見つけることができるが、無症候感染者を中心に検出できない例がどうしても存在する。

●検出できない例を起点として感染が拡大すると検査で見つからない例がどんどん増えていく。●PCR検査のキャパシティはどこにも限界があり、その限界に近づいた時に病院や検査センターに多くの人々が密集し、さらに一部の人は興奮して大声をあげるような状況になるのは容易に想像できる。」

この判断についてだが、

- ①「PCR検査のキャパシティはどこにも限界があり」との既述は、今となっては奇妙とさえ感じる。韓国や台湾など（中国も）では実際に徹底的な検査ができています。車を年間1000万台作れる国で、どうして最初から「PCR検査体制」の規模拡大を諦めたのか？現在も、未だに出来ていないがなぜか？
- ②「一部の人は興奮して大声をあげる

ような状況になるのは容易に想像できる」も発想が逆転している。それなら最初から「しっかりした検査態勢を整えよう」「現在保有している人や物資を総動員しよう」「政府にはお金をさせよう」と考えるのが、「国民・市民のために働く人」の普通の考え方である。実際、相談センターは連日対応に追われ保健所は超多忙になった。その上、実際に発見が遅れで亡くなった方も出てきたではないか？この見解は、医療機関は総力を上げて対処する、その体制～システムを作り上げるという視点が欠如している。

北海道の第1波を総括し、「日本の第1波は保健所・自治体・地方衛生研究所・感染症研究所・検疫所・クラスター対策班の若手研究者などの努力でなんとか乗り切ってきた」（p 49）

そして結語（p 55）では「より厳しい第2波を乗り切るために必要な条件●保健所・地方衛生研究所・検疫所・クラスター対策班の人員の早急な拡充。特に保健所の負担の軽減。●日本に住むすべての人が、この問題を真摯に考え、それぞれの行動を見直してもらうこと。「行動変容、行動変容、行動変容！」」と結んでいる。

これを見ると、「保健所などの役所関係が頼り」「北海道の全ての医療機関には余り期待していない」とさえ感じられる。通常の医療体制＝開業医や病院・急

性期病院の連携の視点が見られない。

つまり押谷仁教授は、「確信犯」として今回の「PCR 検査を絞り込んだ体制」を推進してきたと思われる。私には、北海道第1波の「成功体験」が、その後の対応の手遅れにつながったのではないかと感じている。

〈「PCR 抑制論」の系譜3

～専門家会議の責任は大きい

今回の「感染症対策専門家会議」はやはりコロナ対策の中核を担っていたので、どうしてもここに言及せざるを得ない。ただし、この検証作業こそ私には荷が重いので、他の専門家にお任せしたい。「厚労省＞新型コロナウイルス感染症対策専門家会議の見解等（新型コロナウイルス感染症）[5]」と、他の出来事を比較すれば全貌が見えてくるだろう。

以下「PCR 検査」を中心に検討してゆく。下線部は問題ある文章。

① 2月24日 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議

「(3) PCR 検査について

国内で感染が進行している現在、感染症を予防する政策の観点からは、全ての人にPCR検査をすることは、このウイルスの対策として有効ではありません。また、既に産官学が懸命に努力していますが、設備や人員の制約のため、全ての人にPCR検査をすることはできません。」と全く否定的な見解が登場している。このように「PCR検査を有効では

ない」とまで断定し「最初から放棄するような見解」がどうして出てきたのか。本当に「産官学が賢明に努力して」いたのか。しっかりした検証が必要である。

② 3月17日 「専門家会議から厚生労働省への要望」の中では、「帰国者は検疫時に……検疫所におけるPCR検査を実施し」とされ帰国者対象に検査することが説かれている。ここで初めて「PCR検査」に言及されているが、逆に「日本の初期対応が不十分だったこと」を認めたことになる。すでに2月末には「PCR検査拡大論」がTVなどで盛んに言われていた。

③ 3月19日 「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（2020年3月19日）

「(8) PCR検査について……医師が感染を疑う患者には、PCR検査が実施されることになっています。……すでに、検査受け入れ能力は増強されており、今後も現状で必要なPCR検査が速やかに実施されるべきと考えています。……」

この頃はクラスター感染対策に主力を注いでいた。上記の下線部は、当時の現場感覚とは全くずれていた「フェイク文章」である。

④ 5月4日 「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」の中で（補論）として特にPCR検査が取り上げられた。これは尾身副会長が特に「PCR検査の少なさ」についてTV会見した時である。この（補論）は長いので以下批判を要約

する。

「PCR 等検査能力が早期に拡充されなかった理由」として、「……既存の機材等を利用した新型コロナウイルス PCR 検査法が導入された。……地方衛生研究所の体制の拡充を求める声が起こらなかった。……こうした背景が影響した可能性がある。」

これでは、まるで「他人事」とし「責任転嫁」している。そして日本は「SARS・MERS の経験」が無かったので「PCR 検査体制」が築けなかった(!?) のこと。自己弁明・弁解に終始したもので、一貫して「できなかった理由を列挙するだけ」であった。「なぜ出来なかったのか? 誰がどうやって解決するのか?」の記載がない。具体的な道筋や責任ある組織作りに踏み込んでおらず、役人言葉が並んでいるだけであった。

さらに最近の報道では「専門家会議の議事録がない」ことが指摘されている[6]。重大事象であるのに官僚が作成した文書だけで「ナマの意見交換の記録」がないとはどういうことなのか。

〈「プライマリ・ケア連合学会」は「PCR 検査批判論」〉

「日本プライマリ・ケア連合学会」という学会がある。これは私たち一般開業医には身近な学会である。以前の「日本プライマリ・ケア学会」では、私自身も発表し部会の末席にいたこともある。ただし学会総会が「土・日開催」なので、

普通の開業医は出席不可能に近い。

この学会はコロナについて「開業医の指針」として下記の「手引き」を公開した。「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療所・病院のプライマリ・ケア初期診療の手引き」

この (Version1.0 3月11日公開) [7] の p 24 と (Version2.0 4月30日公開) [8] の p 31 で、明確に以下のような論理で「PCR 否定論」を語っている。

「PCR 検査は……感度は 30～70% 程度、特異度は 99% 以上と推定されています。感度が低いということは、偽陰性率が高いことを意味します。新型コロナウイルス感染症患者であるにもかかわらず、誤って偽陰性となった患者が陰性結果に安心して外出する等して、感染が拡大するおそれがあります。検査件数が増加すれば、偽陰性で見逃される新型コロナウイルス感染者も増加し、感染拡大のリスクも高まります。

したがって、新型コロナウイルス感染症が疑われる患者に対して最も重要なのは、検査結果のいかんに関わらず外出を控えるように指導することです。」

実は「総合診療医」なども「PCR 検査」について「感度・特異度の論理」を振りかざしている。「実際は感染している人が検査で陰性となりすり抜けると、その人が市中感染を拡大する」という論理である。この論理は以下の理由で奇妙な「逆さまの論理展開」である。

① 「PCR 検査」で陽性者＝感染者を

町医者をつぶやき

隔離する効果を認めていない。この論理に従っても、特異度が99%ということは「検査して陽性だった人のほぼ全員がコロナ感染者として考えてよい」ことになる。つまり感染者を特定し患者を隔離する極めて有効な検査である。なぜ「偽陰性」だけに焦点を当てたのか理解できない。

- ②「……と推定されています」と記載されているが、その出典先が明示されていない。この執筆者は実際に保健所などで使用されていたPCR検査キットの感度・特異度を調べた上でこの記載をしていたのか？実はこの「感度30%、特異度99%以上」で検索するとHPがヒットするが、どこにもその根拠・原著が記載されていない。これでは「フェイク・ニュース」だった可能性も出てくる。
- ③何より、「プライマリ・ケア医」を頼ってこられる患者さんへの回答になっていない。「自分はコロナではないか？子供もいるし会社のことも心配だ。何とか診断して欲しい。せめてPCR検査ではっきりさせたい」と診察に来られる。医師としても「コロナの可能性もある。コロナでなければ他の疾患を診断し治療しないといけない」、これが普通の考えである。この文章を書いた「医師」はどう対処していたのだろうか？こんな「手引き」を堂々と公開し、しかも

(Version2.0)にも掲載し続けている「プライマリ・ケア連合学会」とは一体何なのだろう。

- ④そもそも医療ではSOAPでアセスメントが重要である。「37.5度以上が4日間続き相談センターに電話しても断られた患者さん」が来院したら、どう対応するのか？この回答を聞きたいものである。

私は、今の医学教育～医師養成課程では「患者さんへの共感力」が身につかないのではないかと疑問を感じている。「感性の欠如」、「愚者の論理である」と言ったら言い過ぎだろうか [9]。

〈まとめ〉

1 検査体制の方向転換の判断が遅かった。本来は、「クラスター対策」から、感染者の増加に従い「PCR検査大量実施」に転換するべき [10] だった。もちろん中国での発症情報を得た2か月前からこの準備態勢をとるべきだった。結局、時々刻々と変化する情勢に対し迅速で的確な分析と判断ができなかった。

2 このため日本の感染者の捕縛は遅れ、死亡者の暫時増加が未だに継続している。

3 「医療崩壊を防ぐ」という観点が優先され、それにより「国民の不安感・不満」が増え、本来は「救われるべき命」も手遅れになった可能性がある。(これは今後「超過死亡」として明らかになる)

4 検査が徹底されなかったため通常の

本来業務＝診療体制にしわ寄せがきた。例えば、がんの手術が先送りになったり急性疾患への対応が不可能になったりした。

5 「(多分) ごく一部の専門家・識者」の判断や見解が、長期にわたり独り歩きし「情報の垂れ流し状態」が続いた。

6 情勢分析や判断は「一部の人」ではなく、複数の(例えば大学や研究者)分析や判断を競わせて適宜その評価を国民にゆだねるべきである [11]。

7 一部の「権威」に「批判的精神が欠如した人々」が付き従った構図は、殆ど「ファシズム形成の構図」と同質だと考えられる。時の権力がピラミッドの頂点を抑えれば、容易に「翼賛体制」を作り上げることが可能だということが示唆された。(どうたれ・しんじ)

〈注釈〉

[1] http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide1.pdf

[2] 「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)一水際対策から感染蔓延期に向けて」一般社団法人日本感染症学会理事長 舘田一博 一般社団法人日本環境感染症学会理事長 吉田正樹

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/covid19_mizugiwa_200221.pdf

[3] 「新型コロナウイルス感染症に対する臨床対応の考え方ー医療現場の混乱

を回避し、重症例を救命するためにー」一般社団法人日本感染症学会理事長 舘田一博 一般社団法人日本環境感染症学会理事長 吉田正樹

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/covid19_rinshotaio.pdf

[4] <https://www.jsph.jp/covid/files/gainen.pdf>

[5] 厚労省>新型コロナウイルス感染症対策専門家会議の見解等(新型コロナウイルス感染症)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00093.html

[6] 東京新聞「コロナ専門家会議の議事録作らず 政府、匿名の概要公開」

<https://www.chunichi.co.jp/s/article/2020051490090018.html>

[7] https://www.primary-care.or.jp/imp_news/pdf/20200311.pdf

[8] <https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/guidance-2-0.pdf>

[9] この「手引き」には多くの「受け売り」があったが、全くの誤謬もあった。それは、p 23の「【表7】感冒様症状の患者を診療する際の標準予防策」で「問診する場合はサージカルマスクを着用し……」とある。

これは間違いで「N 95 マスクを着用し……」である。これをまともに順守しN 95 マスクなしに感染者に接し

町医者をつぶやき

た場合には、濃厚接触者として保健所から「2週間の就業停止」を命じられたはずである。この記述は4月30日に公開されたVersion2.0でも掲載されていた。私は、すべての医療や介護関係者はN95（またはKN95）マスクを着用すれば、「院内感染」は減少するだろうと考えている。したがって「プライマリ・ケア連合学会」が本来行うべきことは、「N95マスクを全診療所に配布すべき」と関係団体〜政府に要求することだったのである。

[10] 武漢で5月に再流行の報道があった。今回中国政府は直ちに武漢の全人

口1100万人全員にPCR検査を行うという。やはり、コロナではこうした機敏で徹底的な対応が求められる。

[11] 20.4.29 日経新聞「コロナ対策 足らぬ集合知」この記事では「対策の効果について」は「国立研究所のほか、ハーバード大学やワシントン大学などが成果を競い合う。様々な国が国内の英知を集めて総力戦を展開している。」と紹介している。そして日本に「集合知が生まれ」ていない現状を憂えている。

（脱稿 20年5月20日）