

「新型コロナ肺炎」 を考える(続編1)

—医療界は果たして
「第2波」以後と戦えるか?—

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

〈もうやってきた「第2波」?〉

この原稿は7月18日に書き始めている。7月上旬から東京都で感染者が再び増加し現時点で約300人、全国各地にも拡大・増加している。今や第1波の「余韻」というより「第2波が始まっているのでは?」と危機感が広がっている。死者数も未だに増加しついに1,000人に達し、日本はやはり極めて特異な感染経過をたどっている。

この間「専門家会議」は解散し「新型コロナウイルス感染症対策分科会」に移行している。この「分科会」の構成員は18人、感染症専門家会議から8人、他の医療・経済・弁護士・(なぜか)読売新聞等の各界から10人。そもそもこうした大所帯で実りある突っ込んだ議論が可能だろうか?

実際7月6日の「新型コロナウイルス

感染症対策分科会(第1回)」のPP配付資料[1]を見ると膨大な報告～(空疎な)官僚文章が並んでいる。会合時間はわずか90分である。個別に検討し相互討論することなど無理である。つまり、予め一部専門家と官僚による筋書きが出来ており、それを「追認」し「権威付け」する場にすぎない。委員各人の叡智を結集するとは言い難い「分科会」である。国会も休会しており、ここ数か月間繰り返されてきた「手遅れ・後手状態」が改善するとは到底思えない。

〈迫真の国会中継〉

7月16日に「参院予算委員会」で「閉会中審査」が行われた。この審議は現状と今後を示唆する議論が行われており、是非とも一度視聴して頂きたい[2]。

この場で東京大学児玉龍彦名誉教授は、以下のように述べている。

町医者をつぶやき

①ゲノム解析の結果、第1波の武漢型→欧州・米国型という流行から、今や「東京型・埼玉型」が生まれて拡大している。(これは重大な指摘である。どうして、このゲノム解析の結果が旧・専門家会議の先生方や他の感染症専門家から出てこなかったのだろうか?)

②クラスター対策は「点と線の搜索と隔離」であったが、今や「エピセンター(感染震源地・集積地)対策が必要である。つまり、現在は「集中的に面・地域への対策を行う=(都市より小さな)地域封鎖を行う」ことが最も必要である[3]。

③国全体を麻痺させた「緊急事態宣言による自粛政策」は、20世紀初頭のスペイン風邪の時代のやり方だ。今の発達した科学技術を総動員してシステムとして抑え込むべきである。

児玉先生は、その他にも極めて有効で具体的な対策まで踏み込んで陳述されている。この指摘が本当なら現場には大変きつい事態である。「第2波がもう始まったのか?これでは正に息つく暇もない。医療や介護のみならず社会・経済への打撃が計り知れなくなる」と感じる。

さらに、東京都医師会の尾崎治夫副会長は、

①東京都内では感染者数が拡大しており、各区で行っているPCRセンターのPCR陽性率が40%を超えている区もある。

②いわゆる「Go To トラベル」につい

ては、少なくとも感染が集積している東京や大阪では行うべきではない。

尾崎先生は現場からの危機感を率直に訴えておられる。

他方、尾身茂分科会会長は、「以前は検査数が少なかったが今は検査数が多くなっているので患者数が増えた」、「夜の街や若者中心に感染が広がっている」などと、小池都知事と同じことを陳述している。そして今後について「拡大するかダンス(増えたり減ったり)するのか誰にもわからない」と何とも心許ないことを語っている。議員の質問に対しては、(大変失礼だが)「年寄りの長話し」が多く聞いていてイライラした。お人柄は善良でも調整型で突破力が期待できず、「この方が今後のコロナ対策で指揮をとることこそ最大のリスクだなあ」と感じた。

一つだけ「今後はAll Japanでやってゆかないといけない」と言われた。是非とも今の権力・立場を使ってその道筋を付けていただきたい。日本の今後のコロナ対策では、もっと第1線で活躍している「パリパリの若手(感染症・公衆衛生)専門家」や全国各地・各分野の若手の叡智を動員しないとイケないからである。

〈コロナ第1波を検証しない 安倍政権〉

6月号の(下)で20年6月9日の日経新聞を引用し、「09年の新型インフルエンザ時の提言が放置されていた」と

記した。この事実は6月23日の朝日新聞でも「10年前の教訓 国は生かさず」と記載している。これによると、「報告書」で具体的に「人員体制や予算の充実無くして抜本的な改善は不可能」と提言していたが、「PCR検査体制」の予算も出されず、逆に、保健所を846カ所から469カ所に削減し、常勤職員も3.4万人から6千人減らしていた。つまりこの10年間、政府は全くの無為無策だったのである。

安倍首相は5月25日の記者会見で、記者から「(今回のコロナ禍の) 検証をするのか?」と質問を受けた。これに対して、「医療提供体制」や「検査体制」に「しっかり対応してゆきたい」と一般的な回答をしたあと、「本格的な全体の検証は、終息した後、検証していきたい」と答えた。つまり、第1波を検証し次に備えるという姿勢がない。「数年後に終息しその後やっと検証する」ということなのか? [4] その上6月18日の記者会見では、何と「日本のコロナの被害は少なかった」と自画自賛していた。[5]

〈殆どの国民がコロナ未感染者〉

7月14日、厚労省から「抗体保有調査結果」(約8,000人対象)が公表された[6]。これによると「抗体保有率」は東京都で0.10%、大阪府で0.17%、宮城県で0.03%に過ぎなかった[7]。つまり、日本では殆どの住民が「コロナ未感

染者」ということで、いわゆる「集団免疫」にはほど遠い。逆に今後感染が継続・拡大する可能性が高いこと、長期間の戦いが必要なこと[8]が示されたことになる。医療機関も国民も「第2波」以後に徹底的な備えが必要である。とにかく、コロナは「無症候性感染者がおり、その人が他人への感染力も有している」という現場では極めて厄介な疾患である。

根本的な予防策としてワクチンが期待されているが、私個人は、①インフルエンザワクチンでも「当たり外れ」がある、②コロナウイルスは特に変異が激しいので効果は不確かでは? と考えている。

また、様々な治療薬が試用され報道されているが、やはりインフルエンザでの治療薬＝タミフルやリレンザ・ゾフルーザ等のようなものが出てくるまでは安心できないだろう。医療面で“With Coronaの時代”を迎えるのは至難の業だと感じている。従って医療や介護の現場では結局の所「耐えて頑張るしかない」ようである。

〈厚労省からの「配給」は何とPM 2.5用マスクとアベノマスク!〉

7月2日付けで、厚労省から医師会を通じて病院・診療所など医療機関にマスクが配布されてきた。SUNKISS社製の「Medical Face Masks」である(図1の左)。販売元はドイツだが、製造元は浙江省杭州市である。箱には以下のような注意書きが書かれている。(図2)

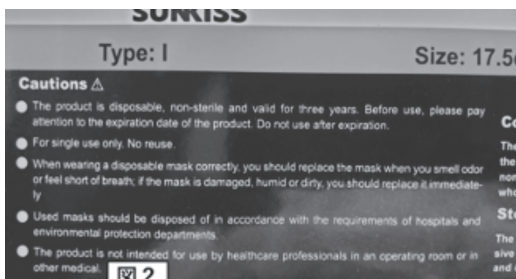
町医者をつぶやき



Cautions の最後の行に

- The product is not intended for use by healthcare professionals in an operating room or in other medical.つまり、「この製品は医療従事者用ではありません」とわざわざ断っている製品である。これを調べると「PM2.5用」で、それより1桁小さいウイルスには効果が低いものである。さらにご丁寧にもその後、アベノマスクも5枚(図1の右)送られてきた。厚労省から「医療や介護従事者向けに」である。

私は、こういう代物を平然と配布する官邸～厚労省の感覚を全く理解できない。行うべきことは、こんな戦時下のような「恩」を押しつける「配給」ではない。通常の卸しを介した流通体制をバックアップし、防護具全体を市場に十分に確保することである。



〈サージカルマスクとN95マスク〉

新型コロナウイルスについての感染防御では様々な関係機関や学会・医師会で防御策が提唱されている。

- ①国立感染症研究所は次のごとく記載している [9]。

「・上気道の検体採取を実施する場合(鼻咽頭ぬぐい液採取等) サージカルマスク、眼の防護具(ゴーグル、フェイスシールド等)、長袖ガウン、手袋を装着する

・唾液検体採取を実施する場合 検体を回収する際には、サージカルマスク、手袋を装着する」

・(その他のリスクある手技を行う場合には)「N95 マスクまたはそれと同等のマスク」の防護具を勧める。

- ②他の学会もほぼ同様に指示しているが、以下に日本医師会のガイドライン [10] から引用する。

「●患者に咳嗽など呼吸器症状を認めるときは、医療従事者はサージカルマスクとアイゴーグルを着用し、本人にもマスクを着用させる。患者が着用するマスクは、布マスクでもよく、周囲に拡散させる飛沫の量と距離を大幅に減らすことが期待できる。」

〈全ての医療や介護関係者に N95 (または DS2、KN95 マスク) を!〉

最近、WHO は「コロナは空気感染があ

り得る」と言い出した。今さら何を言うか！
だが……。

実は医療や介護の現場ではサージカルマスクが汎用されている。しかしながらその特性を検討すると、当然だがサージカルマスクと N95 マスクでは大きな差異がある [11]。

A サージカルマスクとは「装着したヒトから排出される微生物を含む粒子が大気中で広がるのを防ぐ目的で使用」されるものである。つまり、手術室やカテ室などで“術者や手術室の入室者から開腹や開頭などされた患者に病原菌が移らないようにするためのマスク”である。

B N95 マスクは逆に「微生物を含む外気から、マスクを装着するヒトを守るために使用」されるものである。つまり、実際に“医療関係者や介護従事者をウイルスの感染から守る”のが、N95 マスクである。

N95 マスクは「米国労働安全衛生研究所 (NIOSH) の N 95 規格に合格した微粒子用マスク」で、「N 95 とは約 $0.3\mu\text{m}$ の粒子径を 95% 以上ブロックできる規格」である [12]。ちなみにコロナウイルスの大きさは $0.1\mu\text{m}$ だが、N 95 マスクはその捕獲能力を有している。

他方サージカルマスクは、 $5\mu\text{m}$ 程度の粒子径を対象としている。従って、他人からの飛沫や唾液の捕獲では一定効力があるが、装着者がウイルス感染を防ぐ効果はあてにできない。実際サージカルマスクで診療していた医師を、保健所は「濃厚接触者」

として扱う可能性が極めて高い。

現在国民も各種マスクを装着している。その効果は「自分の飛沫や喀痰を他者に移さない」程度だと考えたほうが良い。「装着者をウイルスから守る効果は限定的」で、「伊達マスク」だと捉えておいた方が良いだろう。したがって感染を予防するには、マスクをしていても「対面で長時間は話さない」、「咳をしている人からは遠ざかる」しかない。

〈正直者がバカをみる！〉

ここまで書いてくると、今更何でこんなことを言わないといけないのだと怒りが湧いてくる。

ご存じの通り、以前中国で中学生が体育の時間に N95 マスクをしていて死亡したというニュースがあった [13]。このニュースを見て私は、N95 マスクの危険性に注目するより、「中国では学童全員に N95 マスクを配布する能力があるんだ」とその政治力・指導力・国力に驚いた。翻って日本の政治家や官僚や国力はどうなっているのだろうか。

今回のコロナ禍ではコロナの患者を受け入れた病院の多くが赤字になっている。7月21日の朝日新聞では「133 大学病院で 313 億円赤字」「4～5月 コロナで経営悪化」と報じている。手術件数が前年同月比で3割減少、受診控えやコロナ患者用の病床確保などで病院経営が悪化した。もちろん他の公的病院も民間病院も同じで「月に1～5億の赤字」との報道がある。正直

町医者をつぶやき

に本来の医療を行った病院が経営危機に陥っているのである。開業医も特に都市部を中心に受診控えと長期処方により外来患者数が激減している。これはもちろん患者さん自身の病状悪化にも結びつく。

お城を例にとると、コロナとの戦いでは「武器・弾薬」にあたる人材や検査法、薬剤などの治療法、医療機器・防護具が限られている。その上「兵糧」に当たる「お金」が補給されない。これでは今後最前線の現場は到底やってゆけない。

他方、国は総額 57 兆円という巨額のコロナ予算を編成した。ほとんどが上意下達、下部・現場に丸投げで計画性も乏しく、使い道には甚だ疑問を感じる。これにより将来さらに財政負担が大きくなり国民の税金が上がり、後世に負債を先送りすることが確実である。

第 2 次世界大戦の「インパール作戦」は「兵站（補給路）を無視し精神論を重視した杜撰（ずさん）な作戦」[14] [15] として有名である。兵力 9 万人を投入し、戦死は 2.6 万人、飢餓やマラリア、赤痢等の病死が 3 万人以上だったという [16]。これを指揮した陸軍中將は歴史的な断罪を受けているが、同じことが今の日本で起きないことを祈るばかりである。

（どうたれ・しんじ）

〈注釈〉

- [1] 新型コロナウイルス感染症対策分科会
－内閣官房
- [2] 【国会中継】参院予算委 新型コロナ対策で閉会中審査（2020 年 7 月 16 日）

（<https://www.youtube.com/watch?v=kUkFXIMNQ78> 動画参照）

- [3] 日経新聞 20.7.4 「コロナ再拡大、世界身構え 地域封鎖・検査徹底でしのぐ」でも世界各地での地域封鎖の効果を述べている。この記事では、「英国や中国など各国は、大規模な都市封鎖ではなく、地域を限定した機動的な都市封鎖で再拡大を防ごうとしている。地域封鎖に不可欠なのが、どこで感染が増えたかを知るカギとなる検査だ。地域封鎖と検査の徹底で経済再開と感染抑止の両立を目指す。」と記されている。（例：英国/ロスター市、ポルトガル/リスボン郊外、オーストラリア/メルボルン郊外等）
<https://ameblo.jp/yuutunartouha/entry-12608970133.html>

- [4] 新型コロナウイルス感染症に関する安倍内閣総理大臣記者会見
https://www.kantei.go.jp/jp/98_abe/statement/index.html

- [5] 20.6.22 の読売新聞は 7 つの「提言」を出している。その中に「首相直属の本部を設けよ」とある。その論理は「厚労省には限界がある」「内閣主導で感染症対策の司令塔を」と言っている。アベノマスクなどコロナ対策全般に 8 割の国民が不合格としている。肝腎の安倍首相と官邸自身が問題だったのだから、これでは「第 1 波」と殆ど同じで何ら改善の方針ではない。

- [6] 厚労省 新型コロナウイルス感染症に関する検査について > 抗体検査について > 抗体保有調査における中和試験の結果について https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00132.html

- [7] ①抗体検査に基づくと、人口約 1.2 万

人 × (0.17 ~ 0.03%) = 多くて 20.4 万人 ~ 少なくても 3.6 万人の感染者が全国で居たことになる。

- ② 他方、死者数から推定する。「(中国 CDC による) 致命率は全体の 2.3%」(日本医師会ガイドライン 20.5.29 より) とされている。公表されている 1000 人の死亡者を元に逆算すると日本の感染者数は約 4.3 万人となる。今、公表されている感染者数が 2.6 万人なので、その 2 倍の感染者が居たことが示唆される。(もちろん死者 1000 人のほかに「超過死亡」もあるので、感染者数はさらに多いだろう)

結論として「誰もわからない」と尾身茂会長が語った感染者数は、5 ~ 15 万人程度ではないか？そしてこれはさらに増加している最中である。

- [8] 西浦仁北海道大学教授は「コロナの感染は野球で例えるとまだ 2 回表に過ぎない」と語っている。
- [9] 国立感染症研究所 新型コロナウイルス感染症に対する感染管理 改訂 2020 年 6 月 2 日
「2 医療機関における COVID-19 の疑いがある人や COVID-19 患者の診療時の感染予防策」の IV
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2484-idsc/9310-2019-ncov-01.html>
- [10] 日本医師会 新型コロナウイルス感染症診療ガイド (第 2 版) 2020 年 5 月 29 日 > 2 流行期に求められる診療所

の感染防御 > E 症状のある患者を診察する際の留意点

- [11] 「マスクの種類や形、効果」
- [12] 朝日衛生材料株式会社 医療用マスクの種類と特徴、使い方の解説
<http://asahi-eizai.com/columns/medical-mask/>
- [13] 「マスク着け体育で走る、中国で中学生 3 人死亡…『N95』呼吸妨げた？」
読売新聞オンライン <https://www.yomiuri.co.jp/world/20200509-OYT1T50223/>
- [14] インパール作戦 ウィキペディア
- [15] 「インパールの牟田司令官は、最前線の兵士に『食料がなくても弾薬がなくても戦える』と叱咤したが、結果的には補給のほとんど届かない最前線では戦死者より餓死者が多かった」、「上層部が『自分たちの理解していない現場』を蔑視している」 鈴木博毅 「『超』入門失敗の本質」より
- [16] 今回しつこいほどマスクの話をしたことには理由がある。防護具 (PPE) を着てゴーグルやフェイスシールド・N95 マスクなどを装着して日常外来を行うことは不可能である。ICU や発熱外来、検査専門機関でしかこの装備は出来ない。「かかりつけ医」は通常診療の合間に「コロナ疑い」の患者さんを診ざるを得ない。その防御では、マスクとフェイスシールド及びビニールクロス程度で臨まざるを得ないのである。

(脱稿 20 年 7 月 22 日)