

新型コロナと生きる令和の日本(追補)
—疑問を解き明かす2年間の記録—

京都大学名誉教授
 公益財団法人 国際通貨研究所
 上席客員研究員 村瀬哲司
murase.tetsuji@gmail.com

はじめに

2週間で100万人のペースでコロナ新規感染者が増えるさなか、一冊の本を読み終えた。岡田春恵著、秘闘—私の「コロナ戦争」全記録—(382ページ)で、2021年12月20日新潮社から出版された。著者は、国立感染症研究所やマールブルク大学ウイルス学研究所で研究生活を送り、現在は白鷗大学に籍を置くウイルス感染症学者である。新型コロナウイルスについて国レベルの感染抑制策から災害避難場所や自宅での感染対策の手引きに至るまで、活発に情報発信している。

新型コロナと生きる令和の日本と題する寄稿シリーズは、昨年12月いったん最終回として区切りをつけたが、岡田教授の2年間の記録を読んで、再度書かねばという衝動を抑えきれなかった。筆者は「なぜ日本でPCR検査が少ないのか」「なぜ感染発生1年半も経て、官製トリアージ=医療崩壊が起きたのか」との疑問を抱いてきた。彼女は、そのヒントとなる事象を実名のまま率直に、ご自身の不利益にもなりうるリスクをとりつつ、専門家・科学者の良心にかけて描写している。

1. 間違いの始まり

表題「秘闘」は意味深長だ。岡田教授、すなわちウイルス感染症の恐ろしさを知る科学者が、論拠なく「大丈夫」と国民に安心感をもたせようとする政権中枢の専門家に挑む闘いである。動かざること山の如き中央・地方の官僚組織を動かそうとする。そして「日本は地震には敏感だけど、感染症には不感症だよね」(ドイツの研究者)と言われる、危機意識に欠ける土壌を変えようとする、秘められた闘いである。なお、本稿で著書から文章を引用する場合、括弧書きで記し、ページ記載は省略する。

著者は、2019年末武漢で重症肺炎患者が発生との情報が届いてから、初期のリスク評価の甘さ、初動の鈍さ・不徹底に加え、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく「新感染症」に指定せず、既存の感染症法の「指定感染症2類相当」(20年1月28日閣議決定)に位置づけたことが、すべての間違いの始まりとする。特措法の「新感染症」ならば「既存の感染症法に縛られない柔軟な対応をとることで・・・省庁横断のオール日本態勢で事にあたれる。」しかし、「指定感染症2類相当」に指定し厚労省マターとしたことで、「医師の届け出義務、感染症の発生・動向・原因の調査、入院、移送・・・ほとんどが保健所の仕事、全ての感染者を隔離する感染症病床が必要」となる。

現実には、保健所は 1997 年 706 から 2020 年 469 カ所へ三分の二に数を減らされ、常勤職員も削減されたことで、新型コロナ対策に十分対応できる状況ではなく、また感染症病床の拡大も容易ではないことが間もなく判明した。感染対策の初動体制は極めて限定的で、「帰国者・接触者相談センター」の名称が示すように、市中感染はないかのごとき前提で、「37.5 度以上の発熱 4 日以上」でないと相談さえ受けなかった（横浜市、京都市などは 2020 年 11 月 1 日「新型コロナウイルス感染症コールセンター」など一般的名称に変更）。

2. 最大の失敗は PCR 検査の制限

「日本の新型コロナ対策において最大の失敗は、コロナの PCR 検査に制限を加え抑制したことにある。感染しているか否かを確認するためには、このウィルスの遺伝子を PCR 検査によって検出するしかない。PCR 検査を行わずして、コロナ対策は打てるはずがない。」

検査には、大きく分けて、「行政検査」、「自治体等の独自検査」及び「自費検査」の 3 種類がある（東京都福祉保健局）。行政検査は、感染症法に基づく検査で感染の疑いのある人に行い、そのデータは国立感染症研究所で集約、解析、発表される。自治体等の独自検査は、無症状の人に対し、施設等での発生予防や感染拡大の早期探知のために行われる。厚労省は、行政検査以外の後 2 者、特に自費検査については消極的だった。

2020 年 5 月「厚労省作成の『不安解消のために、希望者に広く検査を受けられるようにすべきとの主張について』という文書を読んだ・・・『PCR 検査は特異度が低いために（注）、検査を増やすと偽陽性の人が増え・・・病院に押しかけたら医療が崩壊する』という主旨だった。他国が積極的に検査をして感染者を見つけ出し、ウィルスの拡大を押しさえ込もうとしているのに対し、正反対の論旨である。」（筆者注：特異度とは、実際に感染していない人のうち陰性になる人の割合。「適切な方法で検査が実施された場合、偽陽性率は、0.1%よりも低い、すなわち、特異度は、0.999 よりも高いと考えられる。」 [COVID-19 での PCR 検査体制 | COVID-19 有識者会議 \(covid19-jma-medical-expert-meeting.jp\)](https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/))

現場を預かる医師も厚労省の文書を批判している。「PCR 検査は原理的に特異度 100% で、コンタミネーション等がなければ偽陽性となることはありません・・・全世界的にも PCR 検査の偽陽性は全く問題になってはいません」（長野県医師会 新型コロナウイルス感染症診療体制—PCR 検査数は何故増えなかったのか？—）。

第 1 回の緊急事態宣言が出された 2020 年 4 月上旬、東京都のコロナ相談件数 56,044 件に対し、検査数は 4,586 件に過ぎなかった。在日アメリカ大使館は、日本にいる自国民に対し「日本政府は PCR 検査を広く実施しない方針をとっており、感染率を正確に評価することは困難」として帰国を勧告している（4 月 3 日ウェブサイト）。また同月、在日フランス大使館は、全自動 PCR 検査機器を開発した千葉のプリジジョン・システム・サイエンス社に、欧州のコロナ流行下での PCR 検査に貢献したとして、感謝状を贈呈している。しかし、この機器は日本ではまだ未承認で、ようやく承認発売されたのは感染第 2 波が襲った 8 月だった。

念のため筆者は、2020 年 10 月 29 日付感染症対策分科会提言（提出者：脇田、尾身、岡部、釜萯構成員など）「検査体制の基本的な考え・戦略（第 2 版）（案）」を読んでみた。検査対象を 3 つのカテゴリー①有症状者、②無症状者（感染リスクおよび検査前確率が高い場合、例えば濃厚接触者）、③無症状者（同じく低い場合、例えば一般人）に

分け、①と②については「感染が拡大した場合に想定される国全体の検査ニーズを明らかにし・・・その検査体制を確保する。」他方、③については「広く一般に推奨されるわけではないが、想定される課題や留意点を踏まえつつ、社会経済活動の観点から個別の事情などに応じて検査を行うことはあり得る」という原案の、下線部分が「受ける際は、検査の内容やその際の留意事項を理解した上で受けることが重要」に消去・訂正されている。そして「感染拡大防止に対する効果も低い」と断じる。一般市民向け検査に対する、分科会の消極姿勢が表われている ([corona13.pdf \(cas.go.jp\)](#)178-188 ページ)。

3. 国の舵取りをする専門家二人

コロナ対策は、新型コロナウイルス感染症対策本部を司令塔として実施されている。対策本部の構成員は、本部長が内閣総理大臣、副本部長および本部員は全て国務大臣、すなわち政治家である。発足当初の本部長は安倍首相、副本部長は菅官房長官、加藤厚労相と西村特命担当相で、現在はそれぞれ岸田首相および松野官房長官、後藤厚労相、山際特命担当相が任にある。

この政治家により構成される対策本部を、医学的な見地から助言を行うため、2020年2月に新型コロナウイルス感染症対策専門家会議（「専門家会議」）が置かれた。同年7月「専門家会議」は解消され、新型インフルエンザ等対策有識者会議（「有識者会議」）とその下に開催される、基本的対処方針等諮問委員会ならびに新型コロナウイルス感染症対策分科会（「分科会」）が、首相に対して意見具申する体制となった。また別途、厚労省には助言機関としてアドバイザリー・ボードが置かれている。

これら全ての専門家助言機関にメンバーとして加わり、安倍晋三、菅義偉そして岸田文雄の3代の首相に進言をし、現在（本稿執筆時点）も中枢のポストについている厚労省の医系技官OBが二人いる。岡田氏は、彼らが国のコロナ対策の誤った舵取りをしてきたと、厳しく批判する。なお二人は、「新感染症」の根拠法になり得たはずの「新型インフルエンザ等特別措置法」の立法経緯にも、2010年当時「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議」のメンバーとして関わっていた。

彼女が国立感染症研究所に在籍した頃、「サイエンスよりも政治的落としどころを重視し、調整力に長けた人物と、サイエンスを信奉し、調整には関心を持たない人物という両極端のセンター長が、感染研には同時にいたのだ。この時代は長かった。私はその時代をずっと経験し、・・・SARS 対応でも鳥インフルエンザ問題の対応でも、極端な温度差の漂う現場を見てきた。特にH5N1型鳥インフルエンザからの新型インフルエンザ問題では、同じ感染研でセンター長の肩書を持つ公務員が真逆のリスク評価をしていた。」調整型の前者は「平時の指揮官」であり、サイエンスに立脚する後者は「緊急時に必要な指揮官」である。新型コロナ感染の緊急時に「彼らは『調整型』を選んだ。」

著書のなかで田村憲久（前）厚生労働大臣との会話を紹介している。「そんなふうに専門家が政治的にやっていたから、この国の意思決定がおかしくなったんじゃないですか。」大臣は答えた。

「いや、政治に長けた専門家を選んだってことがダメだったんだ。僕から見たらどっちもどっちだよ。この30年間、厚労省が先生（注）を重宝してきたんだ。」（筆者注：本では実名）

そして著者は最後に総括する。「新型コロナ対策で国の舵取りを担うという最重要の『公』の役職を引き受けたお二人は『私』を優先した。」

4. 感染第6波の到来

「冬のコロナは怖い。コロナは冬のウィルスだと思って準備しないと・・・医療はもちません」と岡田氏は繰り返し警告する。南アフリカで発生した変異ウィルスは日本にも侵入し、昨年12月末の新規陽性者数450人は、2月初め10万人を超え、重症者数51人は1,100人に増えた。医療崩壊（注）を起こした昨年8月～9月第5波のピークは、それぞれ2.5万人と2,200人だった（注：「自宅療養者も増え、医療は事実上崩壊していたが、政府は『医療崩壊』という文言を決して認めなかった」と著書に記される）。

オミクロン株は感染拡大の速度が非常に速い一方、デルタ株に比べ重症化のリスクが低い可能性が示されている（感染研HP）。感染者数が多いため、自宅療養者は1月下旬、第5波ピークの2倍の26万人に達し、入院者数も増えている。医療機関から3回以上断られ、患者の搬送先がすぐに決まらない「救急搬送困難事案」は、3週連続で過去最多となり、1月第4週5,303件を記録した（消防庁）。このうちコロナが疑われるケースは三分の一で、心臓や脳の疾患など一般の緊急事案が少なからず含まれる。ワクチン追加接種の遅れもあって、2月8日新たな死者は159人と過去最多（注）となった（筆者注：統計上は昨年5月18日228人が最多だが、うち121人は神戸市が未発表だった数を一括計上）。岡田氏は「医療崩壊は多くの場合、最初に救急救命がダメになることから始まる」と書く。

感染急拡大によりPCR検査が追いつかない。日本のPCR検査能力は39万件/日（2月3日厚労省）、すなわち人口10万人あたり325件と公表されているが、実際の検査件数は1月末で175件（7日平均）、英国の十分の一、米国の三分の一に過ぎない。他国に比べ少ない検査実態にもかかわらず、PCR検査も、自宅で実施できる抗原検査も、検査キットの不足等により必要に応じられない状況に陥ってしまった。

主要国の新型コロナ感染、検査、ワクチン接種状況

（2022年1月最終週現在、出所：Our World in Data）

	日本	台湾	米国	英国	ドイツ	瑞典
新規感染者数/百万人	568.8	2.5	1359.4	1281.7	1900.1	4,027.6
入院者数	17,269	不詳	125,145	15,669	2,264*	2,037
検査件数/十万人	175	116	556	1,950	425	858
陽性率	32.6%	0.2	23.6	6.8	32.3	36.7
ワクチン接種率	80.51%	80.03	75.16	76.74	75.12	77.08
追加接種者の割合**	3.5%	23.1	26.5	55.5	52.7	36.4
*ドイツ重症者のみ 出所：RKI **出所： https://vdata.nikkei.com/newsgraphics/coronavirus-vaccine-status/						

医療機関や保健所が対応しきれなくなったことを受けて、1月24日、政府は従来の医療・検査方針を変更した。①感染者の同居家族など濃厚接触者は、医師が検査なしでコロナと判断する「みなし陽性」を認める。②医療逼迫地域では、自らの抗原検査で陽性となれば、医師の診断もPCR検査もなしで自宅療養し、自治体の健康フォローアップセンターに連絡すればよいとされた。

「みなし陽性」の問題点として、PCR 検査を省略して約 20 名を診断した医師が、後日フォローしたところ、陽性と判断したが感染していなかった者が数名、逆に陰性と判断したが実際は陽性だったケースが数名いたと報道されている。PCR 検査は、他の先進諸国では積極的に実施されてきたのに対し、わが国ではこれまで抑制されていた。そのツケが感染第 6 波でまわってきたようだ。検査せずにコロナ感染症を診断するとは、100 年前のスペイン風邪の時代に逆戻りした感がある。

おわりに

スウェーデンでは小学校から、情報の真偽を確かめるシェルクリティーク (Källkritik、ファクト・チェック) を訓練すると言う。筆者も見習って、「秘闘」を通読した後、重要と思われる事項や気になる内容をネットで調べ、できる限り原資料に当たった。その結果、ほとんどの裏付けが得られ、少なくとも記述に反する材料は見つからなかった。すなわち、岡田春恵氏の記録は信用に値すると考えられる。

昨年 12 月の本シリーズ最終回で、政府への信頼度が、日本は OECD 加盟国で 26 位と低いことを指摘した。その背景として、政治指導者の科学的知見の軽視、異論の排除と説明責任の排除という、民主主義を奉じる先進国とは異質の政治風土があるのではないかと問うた。今回紹介の図書は、感染症対策という危機管理の舞台裏を生々しく描くことで、政治家と専門家のなれ合いが、いかに国民の健康・命と生活を危うくするかを明らかにしている。

テレビの報道番組で、心筋梗塞で救急搬送された男性が、受け入れる病院が見つからないまま 3 時間後に死亡し、遺族が「コロナが憎い」と語る映像が流れていた。新型コロナウイルスの感染が国内で最初に見つかったから 3 年目の今、ウィルスの正体はかなり明らかになり、ワクチン、検査手法は確立し、治療薬も開発が進んでいる。しかし、五輪のさなか「入院制限」を実施した第 5 次感染から半年を経て、同じ悲劇が繰り返されている。もはや天災ではなく、「人災」と言わざるを得まい。

「オミクロン」・・・「もちろん、これが最後の変異株ではないだろう。」安心して生活できる日は、しばらく先になりそうだ。

以上

当資料は情報提供のみを目的として作成されたものであり、何らかの行動を勧誘するものではありません。ご利用に関しては、すべてお客様御自身でご判断下さいますよう、宜しくお願ひ申し上げます。当資料は信頼できると思われる情報に基づいて作成されていますが、その正確性を保証するものではありません。内容は予告なしに変更することがありますので、予めご了承下さい。また、当資料は著作物であり、著作権法により保護されています。全文または一部を転載する場合は出所を明記してください。

Copyright 2022 Institute for International Monetary Affairs (公益財団法人 国際通貨研究所)

All rights reserved. Except for brief quotations embodied in articles and reviews, no part of this publication may be reproduced in any form or by any means, including photocopy, without permission from the Institute for International Monetary Affairs.

Address: Nihon Life Nihonbashi Bldg., 8F 2-13-12, Nihonbashi, Chuo-ku, Tokyo 103-0027, Japan

Telephone: 81-3-3510-0882

〒103-0027 東京都中央区日本橋 2-13-12 日本生命日本橋ビル 8 階

電話 : 03-3510-0882 (代)

e-mail: admin@iima.or.jp

URL: <https://www.iima.or.jp>