

巻頭
言

コロナ禍の中で今できること



| 会長 山崎 學

新型コロナウイルス感染症の第3波の勢いが止まらない。第2波が下火になったときに経済再生・生活復興を期待してGo Toキャンペーンをしかけたことが第3波の原因になったのはほぼ間違いない。感染者の約9割といわれる無症状の元気な20～40代の人たちが日本中を駆け巡れば結果は分かっていたはずである。

今回の騒動を見て腑に落ちない点がいくつかある。まずPCR神話によって社会全体が動かされていることである。新型コロナウイルスのPCR検査は上咽頭、唾液に含まれる遺伝子の断片を増幅して検出する検査で、新型コロナウイルスの活性を調べるものではないということである。ウイルスの断片を増幅するサイクル数Ct値にしても、諸外国では30～35回なのに日本では40回増幅させている。こうした中で「Ct値が30～34以上の場合ウイルス活性はない」ということが分かってきていて、諸外国のようにCt値を30にセットして検査を行えば陽性者数は大きく減少するはずである。この論から言うとPCR陽性はウイルス保菌を意味するが、陽性者が必ずしも感染力を有していることにはならない。Ct値40は結果として陽性者を大幅に増やすことになり、陽性者数を分母にする我が国の死亡者が諸外国に比べて一桁少ないのもうなずける。

PCR検査を考案して1993年ノーベル化学賞を受賞したキャリー・バンクス・マリスはPCR検査を感染症の診断に使ってはいけないと警告し、2019年8月7日に肺炎で亡くなっている。感染力のない無症状の陽性者まで含めて公表して社会的不安を起し、必要以上の経済封鎖をして生活困窮者を生み出し、自殺者を増加させている今の政策は原点に立ち戻って仕切り直しをしなければならない。

医療崩壊を騒ぎ立てて社会的不安を惹起するのも考え直す必要がある。社会的に必要なことは新規感染者を増加させないことという考えに異論を挟むつもりはないが、今医療現場で必要とされているのは治療後の患者の引き受け先が見つからずに既存の病床が占拠されていることへの対策ではないのか。結果として新規感染者を引き受ける病床が不足し、病床利用率が上がり、マスクミが過剰報道して必要以上に国民を不安に陥れている。

新型コロナウイルス感染症は既存病床に少数のコロナ病床を作るのではなく、既存の公立病院の病院全体をコロナ病院にするべきであると私は提案したが、実現しなかった。また、医療必要

度の低い感染者は自宅療養では同居家族感染リスクが高いためホテル収容を提案した。東京都では重度・中等症患者の受け入れ病床が不足し、小池都知事はようやく都立広尾、公社荏原・豊島3病院をコロナ病院にすることにしたが、遅きに失した感がある。病床不足の中、感染者数に比例して在宅療養患者が急増しているが、在宅療養期間中の経過観察が1日1回の電話報告くらいではとても不安を払拭できる話ではない。新型コロナウイルス感染症のサイトカインストームは急激に発症することからすれば、療養家庭にパルスオキシメーターを配布し、パソコン・携帯電話等の端末から1日4～6回体温・SPO2を監視システムに入力させるぐらいの配慮は最低限必要である。

新型コロナ感染症ワクチン接種は厚生労働省の資料では、2月下旬試行的に医療従事者1万人に先行接種し、3月中旬接種希望の医療従事者（約300万人）、3月下旬65歳以上の高齢者、4月以降基礎疾患のある人、高齢者施設等の従事者の順に接種となっている。誰が起案したのか知らないが、現場のことが分かっていない。予防接種は感染リスク、クラスターリスク予防を最優先にして行うべきである。となれば医療従事者・介護従事者、精神科病院入院患者、一般病棟の高齢入院患者、介護施設、高齢者施設入所者といった順に行われなければならない。そうしなければ、大規模クラスターが発生した場合に、地域のコロナ対応病床は一晩にして満杯になる可能性がある。

武漢での肺炎から始まった今回の感染は「ヒト→ヒト感染はない」「パンデミックにならない」と楽観的に考えていたWHOがA級戦犯筆頭だと思うが、1年経って新型コロナウイルス感染症の正体が分かってきた今、これ以上の政策の失敗を繰り返すことは断じて許されない。