美楽 医療講座 147回

コロナ第三波に備える

―4～5月のように外出や外食を控え、ステイホームを徹底すべきか？

新型コロナウイルスの感染拡大がとどまるところを知らない。東京都や北海道の1日の感染者数は日を追って増大している。落ち込んだ経済をなんとかするために「GoToトラベルキャンペーン」や「GoToイートキャンペーン」が行われているが、それが感染拡大につながっているのではないか、との指摘もある。

読者の中には、増えつつあった会食の機会を「やっぱり減らさなくては」と思い始めた人もいるのではないだろうか？4月、5月の時のように、外出や外食を控え、ステイホームを徹底したほうがいいのか？

東京慈恵会医科大学附属病院外科学講座教授、統括責任者、対コロナ院長特別補佐で、安倍内閣の未来投資会議メンバーとして対コロナ大木提言を行った大木隆生医師は、日本で流行が顕在化する前から最新情報を集め、積極的に発信している。コロナ対策について聞いた。

東京慈恵会医科大学病院
外科学講座統括責任者
大木 隆生

東京慈恵会医科大学付属病院 臨床研修
東京慈恵会医科大学第一外科入局、外科医員
米国アルバートアインシュタイン医科大学 血管外科研究員
同 血管内治療科部長
同 外科学教授
東京慈恵会医科大学血管外科講座教授、診療部長
東京慈恵会医科大学外科学講座Chairman（統括責任者）
文藝春秋2009年にて「日本の顔」、Newsweekにて2002年「世界で認められた日本人10人」、2006年に「世界で尊敬される日本人100人」に選定されている。日本外科学会次々期会頭。

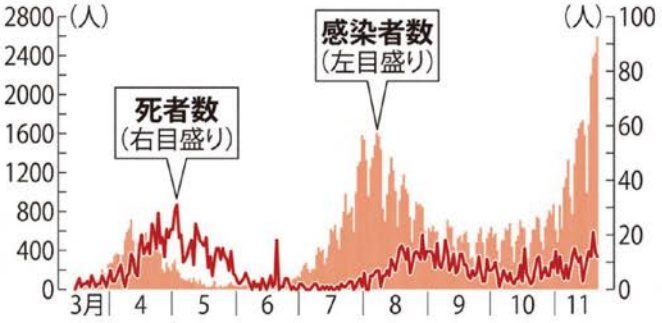
東京慈恵会医科大学附属病院
〒105-8471　東京都港区西新橋 3-19-18
TEL：03-3433-1111（大代表）　https://www.hosp.jikei.ac.jp

Q1

新型コロナウイルス感染者が爆発的に増えています。今後さらに感染拡大が続くことを考えると、もう一度「ステイホーム」を意識すべきでしょうか？菅義偉首相は11月20日の参院本会議で、「GoToキャンペーン」の見直しについて、「感染拡大と経済の回復の両立が基本的な考え方だ。今後も適切に運用する」と述べていますが…。

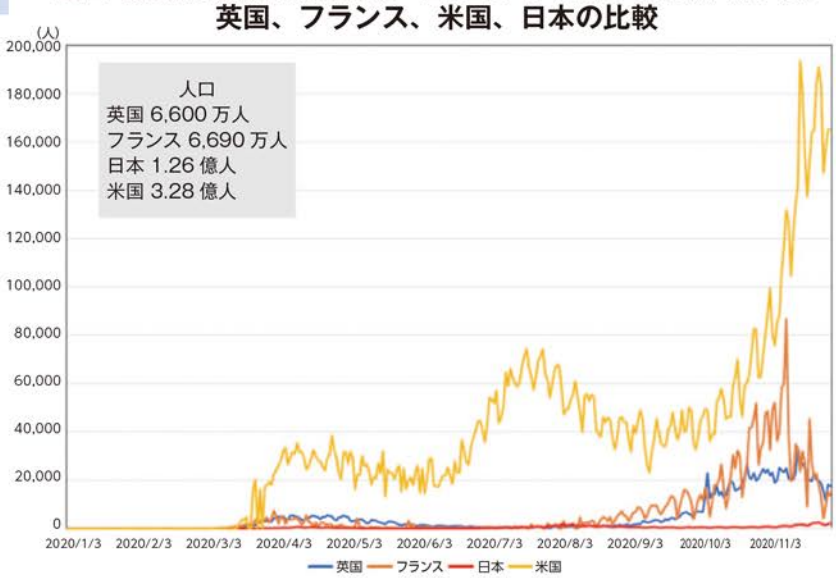
A 日本政府は4月7日に緊急事態宣言を発出。4月16日には緊急事態宣言を全都道府県に拡大し、5月4日には5月末まで緊急事態宣言を延長することが決定されました。約2カ月間にわたる外出自粛・営業自粛などの「徹底した行動変容の要請」によって、日本経済は深刻な事態に追い込まれたのは、周知の通りです。そして経済的ダメージにより企業の記録的倒産数のみならず、40歳未満の死因トップの自殺者数も8月以降急増し、10月単月で2153名を記録しました。これは通算のコロナ死者数を超えたばかりか、昨年同月比40％増で、女性に限れば約83％も増加しています。女性が多い理由として、社会と家庭の弱者である女性に不況と在宅勤務のしわ寄せが集中したためと考えられます。なお、日本におけるコロナ死者約2000名の平均年齢は80歳弱です。さらに、日本でも世界各国の状況を見ても緊急事態宣言やロックダウンにより一時的にコロナ陽性者数を減らすことはできても、その効果が数カ月しか持続しないことが明らかとなりました。少なくともオーバーシュートも医療崩壊も起こしたことのない日本では、緊急事態宣言を再度発出する必要性は現時点ではないと考えます。図1は日本のメディアで連日報道されている新規感染者数の推移です。これだけを見ると現在、第3波が猛威を振るっているように感じます。しかし、図2のように他の先進国と同じ縦軸に日本の感染者数を表示すると、日本ではオーバーシュートの兆候がないことが見て取れます。なお、オーバーシュートの定義は2～3日で感染者数が倍増ですが、現在の日本は30日かけてやっと倍というスローペースです。4月の第一波の際も感染拡大のピークは4月7日の緊急事態宣言・外出自粛の前の4月1日であったことが判明しており、オーバーシュート回避には「ほぼ日常の生活」でこと足りることは明白です。

図1 日本国内における1日当たりの新型コロナ感染者数と死者数の推移

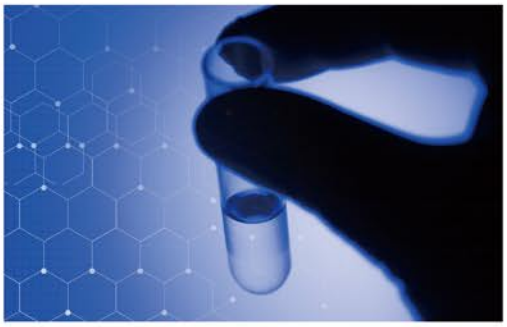


出典元：毎日新聞 2020年11月23日朝刊

図2 各国の新規感染者推移（2020年1月～11月28日）英国、フランス、米国、日本の比較



こうしたことから私は基本的な感染対策のみ励行し、「ほぼ通常の社会活動」に戻して、社会経済活動への悪影響を最小化すべきと考えています。具体的には風邪に対する自衛策と同様に、コモンセンスを働かせればよいと思います。つまり、手洗い・ユニバーサルマスクなどの感染対策を励行しつつ、バカ騒ぎは控える、そして体調が悪かったら仕事・学校に行かず自宅療養し、発熱や息切れで苦しかったら病院を受診するという当たり前の行動です。現実的ではなく、自由・民主国家では難しい「コロナを封じ込める」という考えから発想を転換し、「コロナと共生」をめざすべきだと思います。



Q2 今回のパンデミックの出口はどこにありますでしょうか？

A まず明確にすべきは、今回のコロナパンデミックのゴールです。専門家会議の説明やメディアの報道を見ていると、「感染者数を減らすこと」「PCR検査を増やすこと」「医療崩壊を防ぐこと」がゴールになっている印象を受けます。しかし、それは違います。イタリアや英国のように感染爆発と医療崩壊が起こってしまったら、燃えさかる感染を鎮めることが目先のゴールとなってしまいますが、コロナの真のゴールは、コロナに対する集団免疫を獲得することしかありません。

理想的なのは、コロナに対する完全無欠なワクチンを開発し、これを用いて集団免疫を獲得することです。しかし、ワクチンは治療薬と違い、対象が健常者であるので数十億人単位と尋常でない数の人に接種するため、安全性のハードルが極めて高いです。ほんのわずかでも健康被害があったら、「益と害」のバランスから正当化されません。特に日本においては欧米に比べて罹患率も死亡率も数十分の一～百分の一と低いのでこのハードルは一層高いです。最近、欧米製薬企業が相次いで有効性が約70％～95％を謳うRNAワクチンの開発に成功したと発表しましたが、問題点は二つあります。第一に、人類史上初の遺伝子ワクチンですので長期の安全性が全く担保されていません。また、発症と重症化阻止に有効であったとのことですが、感染伝搬阻止（無症候性感染者の感染力抑制など）に有効であるか否かは不明で、死者数が極端に少ない日本に必要なのは後者です。

Q3 ワクチンに過度の期待をかけられないとすると、免疫獲得にはどういう方法があるのでしょうか？

A 集団免疫を獲得するもうひとつの方法は、コントロールされた自然感染ルートです。かつて世界で5000万人、日本で38万人の死者を出したスペイン風邪が現在脅威ではないのは、自然感染で集団免疫を獲得したからです。2009年の新型インフルエンザも同様です。ただし、自然感染・集団免疫獲得は無策でやると患者数が短期間に激増するオーバーシュートそして医療崩壊を招いて「救えるはずだった命を救えなかった」という事態を招きますので野放図にするわけにはまいりません。そこで先に述べた通り、感染対策を励行し「ほぼ通常の社会活動」により経済的被害を最小限にしつつ、その結果コロナウイルスへの集団免疫を獲得してしまったら、歓迎すべき副産物だと考えています。

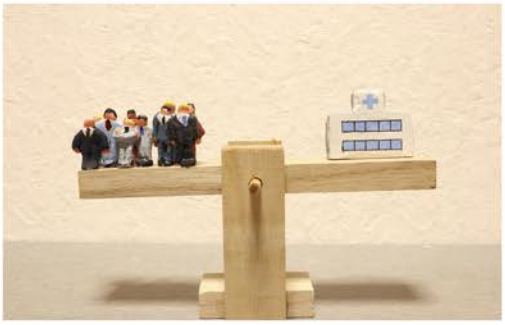
Q4 医療崩壊のリスクはどうでしょうか？

A 医療崩壊が起こるとかつてのイタリアのように命の選別や、救えるはずだった命が救えなかったという事態を招きます

ので、何としても回避すべきです。11月に入り気温と湿度の低下により予想された通り、全国でコロナ陽性者数が徐々に増え、それに伴い日本のメディアでは医療崩壊リスクが連日報道されていますので心配な方も多いでしょう。一部のコロナ患者が集中している病院にスポットライトをあて、そこの医療従事者の声を伝えるというスタイルはバランスの良い報道とは言えません。慈恵医大ではこれまでに延べ300名近いコロナ患者を入院・治療してきましたが、大多数が軽症者で、6月から5カ月間、集中治療が必要な患者は一人もおらず、常に用意しておいたコロナ用ICUベッドはこの期間中使われることがありませんでした。

まず知っておくべきは客観的事実です。例えば東京都には届けられているものだけでもICUが1095床、準ICUと言われ人工呼吸器患者の管理もできるHigh care unitが978床、合わせて2073床あります。全国ではICUが7109床、準ICUが10268、計17377床あります。無論、マンパワーの問題もあり、これらICUがすべて一度に使えるわけではありませんが、少なくともハードウェアがこれだけある、という事実は知っておくべきです。11月30日の時点で東京都と全国に各々70人と472人の重症者がいますが、単純にICU・準ICUベッド数でICU占拠率を求めると、東京都で70／2073＝3・4％、全国では472／17377＝2・7％となり、ハード面からは医療崩壊に程遠いことが分かります。また、多大なマンパワーを要する新型コロナの最後の砦として、度々メディアで取り上げられているECMO（人工肺）ですが、医療崩壊危機が叫ばれている11月30日現在、東京都でECMO治療を受けている患者数はわずか3名です。なお、現在、米国には15656人の重症者がいます。人口が日本の約3倍であることを考慮しても桁違いです。そしてその米国ですら、一度も医療崩壊を起こしていないことは念頭に置く必要があるでしょう。

新型コロナ患者は第二類感染症相当の指定感染症ですので手間が一層かかります。新型コロナの日本における実情に合わせて第二類感染症をダウングレードすれば、医療の効率は格段に高くなり、医療崩壊リスクはさらに低くなります。今年、新型コロナを受け入れた病院は軒並み赤字になりました。新型コロナ受け入れ病院へのさらなる財政支援、あるいはインセンティブ付与により第一波の際に散見されたコロナ患者のたらい回しもなくなるでしょう。いずれにしても、オーバーシュートが起こらなければ医療崩壊は起こりませんし、先に述べた通り日本ではオーバーシュート兆候が見られませんので医療崩壊リスクは低いと考えます。



ただし、日本の医療はコロナ前から救急車・妊婦のたらいまわしが社会問題化したほど脆弱でしたので要注意です。新型コロナ患者の受け皿を大きくするための財政措置が取られれば、医療崩壊リスクはさらに遠のくでしょう。

Q5 欧米と比べて日本や東アジアなどでオーバーシュートが起こらず死亡率が低いのはどうしてでしょうか？それを踏まえ、日本における新型コロナを総括してください。

A 国の政策、高齢化の程度、併存疾患・肥満の頻度、BCGワクチン接種を含む厚生制度、医療環境、国民性、衛生観念、生活習慣、遺伝的要因などさまざまな要因が絡み合っていると考えられます。中でも影響力が強いのが、遺伝的要因とBCGワクチン接種政策の有無と使用したワクチンの種類だと考えられます。日本を含む東アジアのモンゴリアンは総じて新型コロナに強い遺伝子を持っているのでしょう。

実際、2020年10カ月間の死因ランキングで新型コロナは米国では癌、心臓病に

次いで第3位ですが、日本では季節性インフルエンザにも及ばない第41位です。なお、冒頭で申し上げた急増している自殺は12位です。このように新型コロナは欧米においては恐ろしい感染症ですが、日本人にとっては緊急事態宣言を発出し、経済に大打撃を与える必要性がある病気とは思えません。従って欧米での経験・政策、それに基づいたＷＨＯの見解は日本にとって参考にならないものが多く、日本における益と害を慎重に見極めた独自の対策が求められます。実害の少ない「日々の新規陽性者数」や「過去最多」に一喜一憂せず、経済的にコロナ対応病院を支援することで受け皿を大きくし、「真」の医療ひっ迫度をモニターし、医療への負担を重くする第2類感染症相当指定をダウングレードするか、運用を緩和することで医療崩壊は防げます。そして、このコロナに強い「日本の特権」を活用し、このまま基本的な感染対策を遵守し、高齢者・有病者など感染弱者を徹底的に守りつつ、一連のＧｏＴｏキャンペーンを上手に運用し、国民の生活と心身の健全と表裏一体の社会経済活動を慎重かつ力強く推し進めるべきだと思います。

MASASHI SADA'S ANALECTS

さだ語録

あなたの心は
元気ですか？

僕の場合、人であれ、仕事であれ、”好きになろう“とすることが第一歩

さだまさし

人を嫌う、というには、
マイナス・エネルギーだ。
嫌いな人と一緒にいる、というだけで、
疲れたり、散漫になる。
少なくとも何か集中力を乱す。
これが一番損なエネルギーの“放出”だと思う。
ストレスも生まれる。
一方、人を好く、というのは逆にプラス・エネルギーだ。
恋愛を考えてみればわかる。
好きだ、一秒でも長く一緒にいたい、と思えば、
千里も一里にしか感じない。
好きな人のためであれば、
疲れなど感じないこともあるはずだ。
僕の場合、人であれ、仕事であれ、
“好きになろう”とすることが第一歩なのだ。

『さだ語録』
（セブン＆アイ出版）
630円（税別）
※セブン＆アイグループ限定発売中