

毎日発表されている全国の感染者数について（コビッドその1）

COVID 感染症に対して、国民が議論するための前提条件などを何回かにわけて投稿したいと思います。

4/11 日、東京では COVID 19 感染者が新たに 180 名、そのうち感染経路を終えないのが 80%と高く、そのうち 20-30 代の若い世代の約半分と報道されています。

この発表から、感染経路を追えない患者がふえて、若者の患者が増えていると判断できるでしょうか？

COVID 19 感染者数を議論するとき、その診断が PCR 検査でなされる限り、どのような理由で PCR 検査が施行されたかという情報抜きに単純に数字を比較できません。つまり、感染者と濃厚接触したということで PCR 施行された無症状の人から、肺炎で COVID 感染以外考えにくいので PCR が施行された人まで、その原因は様々です。各地方自治体での検査の基準は明らかにされていないし、一定でないことが事実です。

阪神の藤波投手は居住地が大阪であるため、「匂いがわからない」ということで PCR が施行されました。4/8 日現在、西宮の保健所は患者と濃厚接触がなければ、発熱が 4 日以上続き、肺炎像があっても PCR 検査を施行してくれません。それゆえ、西宮市の患者は 100%感染経路が追えるということになります。藤波選手の居住地が西宮であれば、PCR 検査は施行されず問題にされなかった可能性があります。この現状では、COVID 感染症に関して、数字で比較できるのは感染者数ではなく、それによる死者数のみです。

地域による脳梗塞の患者数を、病歴と診察からのみ、古い CT 検査、新しい MRI で診断しておれば、数字の比較は意味がないことと同じです。

2020.4.15

保健所からの PCR 検査施行の基準（コビッド その2）

保健所での PCR 検査施行を従来の発熱症状のある「武漢から帰国した人のみ」という要件から、3月のはじめに「担当医師が PCR 検査を必要と判断した例も含む」に変更したにもかかわらず、保健所はその後の1週間の間、担当医師からの PCR 検査を拒否し続けました。その原因についてあまりオープンに議論されていないようでした。

政府からの通達が現場の保健所に通達されていなかったのなら大問題ですが、私は、保健所にとっては PCR 件数を増やすことは、その capacity をこえる仕事量でありできなかったのでは、と推測します。他の医療行政すべてにも当てはまりますが、一番の問題点は上位下達で現場の人のモチベーションはあがらず、現場からの良い提案を上層部に伝達できないシステムになっていることを痛感しました。

しかし、西宮市で4月のはじめ、保健所での PCR 検査は COVID19 感染者に濃厚接触の病歴がなければ肺炎があっても施行されないということが判明し、市会議員からの情報では、これは兵庫県からの指令とのことでした。当初私は、保健所の厳しい勤務状況をサポートするべきだと思いましたが、そうではない可能性も考えられます。政府も国民もコロナ蔓延をなんとか食い止めようというのなら、医師団体と政策などの目標を共有し、お互いの信頼関係がなければ不可能であると思います。

2020. 4. 25

軽症という定義の明確化（コビッド その3）

Covid19 に感染しても、80%の人は軽症で自然に治癒するといわれています。軽症で治るのであれば、その人たちは副作用の可能性のある現在適応を検討している薬剤を服用する必要がありません。

「軽症」というのは、一般の人にとってはせいぜい37度の発熱で、仕事をしようと思えばできるというイメージであると思います。しかし、NYで感染して、死ぬような思いをしたとその経験を書かれた日本人医師は軽症と分類されていました。CTで肺炎があつてつらい咳が続いても、どうしようもないけだるさがあつても、酸素投与を必要と判断されなければ軽症と判断されるようです。このような高度のけだるさをすこしでも改善できるなら、副作用があるかもしれない薬の服用を私なら考えてしまいます。つまり、軽症のイメージが異なれば、議論がかみあいません。まずは、軽症、重症、重篤の定義を明瞭にされるべきです。

そしてこの80%の分母は感染者です。感染者とはPCR検査における陽性例と思われませんが、どのような基準でPCR検査をした集団なのでしょう。もし、国民全員に検査をすれば、分子に無症状の感染者が非常に多くなり、この80%という数字はもっと高くなります。数字を出せばあたかも客観的のように思いますが、その数字を決定するのはPCR検査の基準であるという理解が必要です。

2020.5.5

COVID19 を指定感染症から解除する議論は？（コビッド その4）

5月19日現在でも、濃厚接触者と判定されれば14日の自宅隔離が指示されます。小規模事業所では、複数名の自宅隔離者ができれば事業所としての仕事はできなくなります。大病院であっても、数十人の濃厚接触者を除いての病院運営となると、残りのスタッフにはとてつもない重労働が課すことになり医療崩壊の原因になりえます。昨日の新聞報道では、濃厚接触者に接触しただけで自粛要請された例もありました。

無症状の感染者が多数みられることが判明してきた現在、それらの人たちを放置して、その10%にも満たない感染者への濃厚接触者を14日隔離する意味はあるのでしょうか？

加えて、感染ルートの解明の副作用として、日本全国で「感染者は悪」という雰囲気になっています。自粛のなかでカラオケにいったり、飲み会をしていた人ならともかく、そうでない人には感染した責任はないでしょう。日本が相互監視社会になっていかないか心配です。

実態のわからないウイルスに対して、当初、指定感染症にしたことは理解できます。そして、発症2日後に急速に症状が悪化し命を落とした有名人（岡江久美子氏）の事例から、発症後4日の自宅安静を解除すれば、多くの人々が早期に受診して感染を拡大するかもしれません。彼女の経過は例外的なのか、通常にあり得ることなのか？早期受診を可とする政策として妥当なのかとの視点から、コロナ感染症の臨床経過の分析が必要です。

濃厚接触の程度ごとに、濃厚接触者に対するPCR検査の結果を公表して、濃厚接触者を隔離する意味があるかどうかを検証しなければならない時期であると思います。もし、濃厚接触者のPCR陽性率が一般人の陽性率とあまり変わらなければ、政策の妥当性はなくなります。

指定感染症と定められてからかなりの時間がたっています。解除するかどうかはともかく、議論の題材にはすべき時期であると思います。

2020.5.12

抗体検査について（コビッド その5）

抗体検査とは、血液を検体として15分ほどで判定が可能で、PCRにおける検体である咽頭粘膜の採取時のような二次感染の危険はない検査です。IgGが陽性なら既感染と判定されます。

4月はじめ、日赤は提供者の了解を得て輸血用の血液を1000人規模で検査し、陽性率は0.6%でしたが、COVID19が出現する以前の血液でも0.4%ゆえ偽陽性ではないかとの議論もありました。一般市民の陽性率は、東京でのおよそ200名に対して6%、NY州で14%、クラスターが発生したドイツの一地方では14%でした。流行っていた地域では陽性率が高いというのは理解可能です。

昨日の新聞で、COVID19抗体検査を、大阪、東京、宮崎で希望者を募り計10000人を目標とされています。希望者は多く、目標人数にはすぐに達するようです。この大規模検査を、感染が日本でどれだけ広がっているかの判断に使おうとしています。この大規模臨床スタディを評価するためには疫学調査として以下の群の抗体検査データが必須であると思います。

1) Covid19感染から回復した例、2) 濃厚接触者としてPCR検査を施行され陽性となったが、その後も症状がなかった例、3) 濃厚接触者であったが、PCR陰性例

もし1)や2)で100%の陽性率で、3)が市中より高い陽性率ならこの抗体検査の意義を理解できますが、もし1)が100%でなければこの抗体検査の意味が問い直されます。1)と2)が大きく異なれば、PCRの精度の問題もでてきます。

日本における疫学調査は、今回のように希望者を募っての検査です。それではグループ全体の状況が不明確になります。COVID19感染症で一定の条件で解析しやすいグループとすればダイヤモンドプリンセス号の乗客です。人権や個人情報保護という規則があっても、いまは緊急事態なので、今後のCOVID19対策の基本となるデータを国として強制してもよいのではないかと考えます。

2020.6.2

マスコミ対策なのか（コビッド その6）

昨日（6月3日）再開したスポーツクラブでテレビを見ながら自転車運動をしている時、以下のテロップが流れました。「巨人軍2選手コロナ感染」と。

今年のプロ野球は中止だなと思いましたが、夕方のニュースでは「抗体検査を施行した巨人関係者200名のうち IgG が陽性であった坂本、大城選手に PCR 検査をした結果陽性だったため、その日予定の西武との練習試合を中止し当該2選手は入院したとのことでした。

今後、日本全国で広く実施されるこの抗体検査の目的は疫学調査です。希望者を募っての抗体検査の陽性であればPCR検査が施行されるのでしょうか？そして陽性なら隔離政策をするのでしょうか？

抗体検査陽性に対してPCRを施行するのは、発症した例に対しての抗体検査を施行することと同じく重要な疫学調査です。抗体検査陽性かつPCR陽性者の臨床的意義がわからない現時点で、個人名をさらし、関与する競技開催の是非まで議論すべきでしょうか？新聞やコメンテータはこの抗体検査の目的や限界を理解していないように思います。

方針や政策に関すれば、一貫性であることが望まれます。基準が毎回かわれば議論できなくなります。この2選手は無症状でコロナ患者と濃厚接触ではありません。従来ならPCR検査には至っていないわけです。

私は、無症状のPCR微陽性の2選手を入院させたことやその濃厚接触者にPCR検査を施行したことはマスコミ対策としか思えません。

私が巨人軍のオーナーなら、「一軍やスタッフのPCRの必要もないし、開幕もまったく問題なし」と言い切るでしょう。

組織として、ある程度はマスコミに非難されないような行動をする必要はあるのでしょうか。しかし、我々のエネルギーは一定なのだから、その半分以上をマスコミ対策に使わねばならないのは勘弁してほしいです。

2020.6.8

コロナ後の世界（コビッドその7：最終）

今回のコロナ感染症は、私たちの「できない」という固定概念を変化させたと思います。種々の研究会が開かれなくなって2か月たち、必要にせまられてwebカンファランスを始めました。

参加者は、提示される心電図やレントゲンを共有でき、自分が疑問に思っている部分をマーカーペンで示して質問することが可能です。

参加者が10名くらいまでカンファランスであれば、参加者に双方向性で質問も可能で、発言者の表情もより講演者からみえます。提示者が特定の参加者に質問を投げかけている最中に、チャットにより全員の意見を参加者自身が共有することもできます。これらは通常のカンファランスより優れている点かと思えます。また先日、近々上梓予定の本の校正過程で、書き込みのみでは説明しにくい図の訂正を、編集者と同じ画面を見ながら訂正できました。

40分制限という無料のズームソフトの短い時間内のカンファランスで、リラックス時間である午後10時ころからの開始であれば、「参加する」というハードルが低いためか参加者が多いように感じます。そして、会場まで要する時間は、北海道であっても九州であっても不要です。静止画のみであれば、現在の無線環境でも十分に対応できますが、診療に使う動画を議論できるくらいに再生するには、各人のネット回線を速くする必要がありますでしょう。

学校教育でもweb授業は必要であり、そのためには、国はデジタル化をもっとすすめて高速のネット環境を無料で日本全国につける必要があると思います。

そして、このOCIVID-19の騒動で、いままで私がこのシリーズ（その1～6）までで述べてきたように、事実と想像を区別し定義や前提を考え、政策については一定時間後に検証するという科学リテラシーを持つ日本人が増えることを期待します。

2020.6.26