

# 「新型コロナ肺炎」 を考える(下)

## ——死者は語る——

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

### 〈はじめに〉

6月14日現在、東京都では「東京アラート」が解除され「自粛から自衛へ」と唱えられている。東京都や北海道・北九州市等で新規感染者が何人か出ているが、これは「第1波の余韻」であろう。この「余韻」は二つの要因による。つまり、①5月8日に修正された「相談センター」への「目安」が緩くなったため市民が保健所に相談しやすくなった [1]、同時に②保健所の検査能力の範囲内に収まった。以上により、きめ細かな検査が可能になり散発的な感染者が見つかるのだろう [2]。もちろん潜在的な市中感染が未だにくすぶっていることを示している。「第2波かどうか」はウイルスのゲノム解析をすれば明らかにはずだが、なぜかそうした報道は出て来ない。

恐らく「第2波」はコロナが地球を1周して襲ってくるだろう。それは秋なの

か冬なのか予測出来ない。南米やアフリカとの渡航制限がいつどの程度解除されるかにもよるだろう。毒性の程度もどうなるかわからない。

逆に言えば今は、国民は「気を緩め」それに備える時期であり、経済はひと時の回復と再建に努め、政治家や関係者は第1波を検証し、万全な体制を準備すべき時である。

### 〈日本の死者の曲線は他国と著しく異なっている〉

6月14日報道の死者数は931人で未だに2人の新規死者数が報告されている(朝日新聞デジタル) [3]。最近「日本の死者は少なかった」として「民度が高い」とか「ファクターXは何か」などと言われている。これについては今後明らかにされるだろうが、東アジア近隣諸国との比較を見ると決して誇れる数字ではない。

COVID-19 人口100万対死亡率比較(20.6.14時点)

	人口	死亡者	人口100万対死亡率
日本	1.265億人	931人以上 (20.6.14時点)	7.36人以上
韓国	5164万人	277人	5.36人以上
中国 (武漢)	13.93億人 (1089万人)	4638人? (4512人)	3.59人以上 (414人)
台湾	2354万人	7人	0.30人
シンガポール	564万人	26人	4.61人

図1 世界の感染者・死者数については、ジョンズ・ホプキンス大学 COVID-19 Dashboard 日本以外は20.5.17 10:00  
https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467746e6ccfd

①(図1)は6月14日時点の近隣諸国との死亡率比較である。武漢の死亡率の高さには今更ながら驚愕する。日本はその後死者が漸増しており、結局死亡率比較では「最低の結果」になっている。

人口100万人あたりの累積感染者数比較(東アジア)

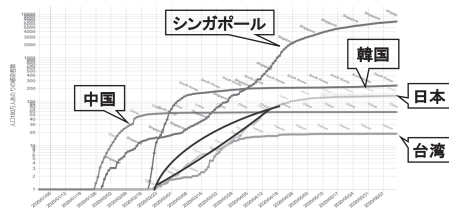


図2 人口あたりの新型コロナウイルス感染者数の推移【図解】 札幌医科大学医学部 附属フロンティア医学研究所 ゲノム医科学部門  
https://web.aapmed.ac.jp/canmol/coronavirus/index.html

人口100万人あたりの累積死者数比較(東アジア)

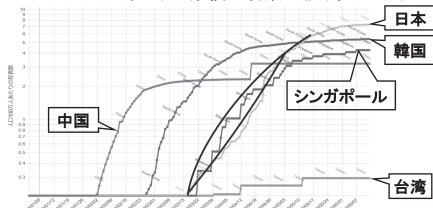


図3 人口あたりの新型コロナウイルス感染者数の推移【図解】 札幌医科大学医学部 附属フロンティア医学研究所 ゲノム医科学部門  
https://web.aapmed.ac.jp/canmol/coronavirus/index.html

②(図2)と(図3)は、それぞれ感染者数、死者数を近隣諸国と比較したものである[4]。ともに他国の殆どが、感染当初は「放物線の半分を横にした『上に凸のパターン』」であるのに対し、日本は「直線状の漸増パターン」となっている。図の太線の間=凸レンズ部分が「見逃された患者・死者」に相当する。これはPCR検査件数が少なかったため「感染者の把握が十分できなかった」ことを

示している。実際、(図2)では検査数は3番目なのに(図3)の死者数の比率は1番高かった。

③日本の死者が未だに追加報告されているのは、日本の医療現場が重症患者さんと粘り強く取り組んでいることを示唆している。「手遅れで発見されても何とか救命し得た」例もあるのかもしれない。さらにこれからは「コロナに対する薬剤治療の無力さ」も推定される。

④この程度に収まった要因を考察すると、「教育制度・国民意識の高さ」、「貧困層の集積地が少ないこと」、「国民皆保険制度の効果」、「マスクや手洗い習慣」によるものではないだろうか。他にも、①ウイルスの毒性の違い、②アジア人の遺伝子の特徴、③渡航制限・国境封鎖や都市封鎖が有効に働いた、なども作用しているのだろう。

年齢別の感染者数(東洋経済オンライン20.6.3時点より)

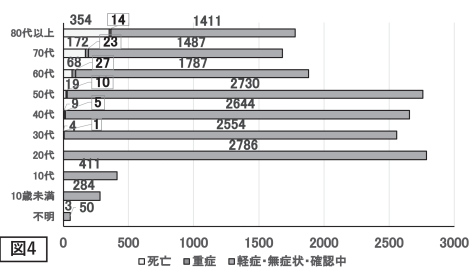


図4 0 500 1000 1500 2000 2500 3000  
死亡 重症 軽症・無症状・確認中

⑤(図4)は死者の年齢別患者数・死者数である。よく報道されていたが、死者の多くは高齢者で60歳以上だった[5]。  
⑥今回のコロナでは「院内感染」が特に目立った。今回の「院内感染」の殆どは、入院させた無症状・有症状の患者さんから、医療従事者や他の一般患者さんに感染したものだ。5月下旬まで、全

国 99 病院、2,105 人が感染し 205 人が死亡、亡くなったのはいずれも患者で「患者だけの死亡率」は 20% で全感染者の 4 倍だった。「院内感染者」は全感染者の 12%、死者は全死者の 24% を占めた [6]。

⑦ 介護施設での感染もいわゆるクラスターとして多数報告された。しかしながら「欧州各国では、全体の死者数の 50% 前後が介護施設にいる高齢者」だったが、「日本は 14% にとどまった」という。これは「日本の介護施設が以前から行っている感染防止策が功を奏した」と報道されている [7]。現場での苦労は尋常なものではなかったろうと感じている。

上記の⑤、⑥、⑦は、第 2 波では「院内感染」と「介護施設の感染防止」が特に重要ということである。私は、「第 2 波」の前には医療や看護・介護の全従事者に「N 95 マスク」(または KN 95 マスク)を配布しておくのが最低限の防護策だと考えている。この程度の防御策すら準備できないようなら、政治家や中央官僚は全員総辞職すべきである。

## 〈「超過死亡」が報道された〉

「特定警戒」地域の 4 月の死亡数				
	2020年	16-19年平均	平均との差	増加割合
茨城県	2739人	2501人	238人	9.5%
埼玉県	5827人	5092人	736人	14.4%
千葉県	5243人	4561人	683人	15.0%
東京都	1万107人	9052人	1056人	11.7%
神奈川県	6970人	6326人	644人	10.2%
石川県	1044人	1007人	38人	3.7%
岐阜県	1803人	1810人	-7人	-0.4%
愛知県	5840人	5275人	565人	10.7%
京都府	2258人	2069人	190人	9.2%
大阪府	7705人	6840人	866人	12.7%
兵庫県	4839人	4527人	312人	6.9%
福岡県	4537人	4101人	437人	10.6%

(注) 北海道は月報を非公開。人数の小数点第 1 位は四捨五入  
(出所) 各都府県の月報から算出

図5 日経新聞 20.6.12

6 月 12 日の日経新聞で「超過死亡」に関する具体的な人数がマスコミとしては初めて報道された (図 5)。「4 月の死亡数過去 4 年間の平均」と比較して、東京都では例年より 1,056 人、11.7% 増加している。(北海道以外の) 特定警戒 11 都府県だけで総数 5,700 人余りの「超過死亡」があり得るという。

実際、これまでも孤独死や路上死の報道もある。保健所には多数の検査依頼があった。そこで検査やピックアップが断られ、その後亡くなった方がいることは容易に考えられる。28 歳の力士、勝武士が 1 月以上の入院・加療後の 5 月 13 日に亡くなった。この事例でも 4 月 4 ~ 5 日と「38 度台の発熱があり、師匠らが保健所に電話をかけたが、つながら」なかったといわれている [8][9]。

つまり専門家会議が誇った「日本モデル」とは、そもそも検査数が少なかったので多くのコロナ感染者を“目こぼし”し、見かけ上死亡者が少なくでていた可能性が高い。

いずれにせよ「超過死亡」については、今後然るべき数値が出てくるだろう。

## 〈「コロナ関連死」もあるはず〉

東日本大震災～福島原発事故の際に 3,700 人余りの「震災関連死」があったことが知られている [10]。今回も同様に「コロナ関連死」があるだろう。それは、①本来行われるべき癌や急性期疾患の手術や治療がコロナのために延期また

# 町医者をつぶやき

は中止せざるを得なかったことによるもの、②今後経済面での「コロナショック」により借金やうつ病から、自殺や犯罪で死亡される人が出てくる、等である。

## 図6 日経新聞 20.6.9

この10年間で取り組んでいけば……  
(厚労省が2009年の新型インフル終息後にまとめた反省点)

- 対策の選択肢を複数用意
- 危機管理の専門体制強化
- PCR含む検査体制強化
- 国民広報扱う組織の新設
- 臨時休校のあり方の検討
- ワクチン生産体制の強化

## 〈絶望的な事実〉

この間、日経新聞はコロナに関して極めて豊富で緻密な記事を掲載している。多分、コロナが日本経済に甚大な影響を与えたので「必要に迫られて」対応しているのかもしれない。

6月9日には1面記事で「検証コロナ危うい統治」「11年前の教訓 放置」と題した記事が出た。以下、長文だが重要なのでその記事を引用する。

「09年の新型インフルエンザ流行時も厚労省は疫学調査を優先し、PCR検査を感染地域からの帰国・入国者に集中した。いつの間にか国内で感染が広がり、……渡航歴のない感染者が見つかり、関西の病院を中心に人々が殺到した。厚労省は10年にまとめた報告書[11]で反省点を記した。『保健所の体制強化』

『PCR強化』。今に至る問題の核心に迫り『死亡率が低い水準にとどまったことに満足することなく、今後の対策に役立ててゆくことが重要だ』とした。実際は満足するだけに終わった。」

そして「この10年間で取り組んでいけば……」として(図6)を挙げている。つまり、議論は10年前に尽くされており、それが今回のコロナ危機では全く生かされなかったというのである。対応策は十分に検討されていたのに、それがすべて実行できず今回のコロナ危機に至ったのである。正に暗澹たる気持ちになる。

記事では厚労省や医系技官などの官僚機構の「機能不全」「組織防衛本能」を指弾し、「目の前の現実に対処しない」「20世紀の官僚機構を引きずったままでは日本は世界から置き去りにされる」と危機感をにじませている。

私はこれまで何度も「検証作業が必要」と語ってきた。しかし、この「10年間の空白」を見ると絶望的な気分になっている。第2波は必ずやってくる。より強毒化してくるかもしれない。現在の政治家や官僚には期待できそうもない。私たちは一体どうすればいいのだろうか？

今回は紙面が尽きた。この疑問への解答は次回(続編)に回したい。この「第2波への対応策」のキーワードは、「Only “One Team”ではなく“All Japan”を！」ではないだろうか？

(どうたれ・しんじ)

〈注釈〉

[1] 5月8日に改訂された「PCR相談目安」では「息苦しさや強いだるさや高熱」があればすぐに相談できるようになった。「高齢者などで比較的軽い風邪の症状」、一般の人でも風邪が「続く場合」も可能となっている。「相談センター」には突然最前線の臨床能力を要求されている。

[2] 6月14日東京都では新規患者数が47人に増加した。これについて小池都知事は「今回は積極的に検査した結果だ」と語っている。つまり「これまでのPCR検査は消極的だった＝絞って検査していた」ことを自白したようなもので、「墓穴を掘った発言」に他ならない。

[3] 6月14日の読売新聞では、「『コロナ死』定義 自治体に差」との記事が出ている。「感染ならすべて集計」している所と「感染していても医師が老衰と診断したら、その診断名を採用している」所もあるという。つまり「死者数」の基準がマチマチで、この「死者数」は「速報値・目安」とのこと。いつから日本はこんなに「いい加減な国」になったのだろうか？

専門家会議の尾身茂副会長は、「感染者数は10倍か、15倍か、20倍か誰にも判らない」と語っていたが、「死者数も定かでない」ということになる。元データが曖昧なまま議論を進めるのは到底「科学的アプローチ」とは言えない。

[4] 人口あたりの新型コロナウイルス感染者数の推移【国別】 札幌医科大学医学部 附属フロンティア医学研究所 ゲノム医学部 門 <https://web.sapmed.ac.jp/canmol/coronavirus/index.html>

[5] 東洋経済オンライン <https://toyokeizai.net/sp/visual/tko/covid19/>

ただし、6月14日時点では、この死

亡者数のグラフは「厚労省での確認作業」が進んでいないため掲載されていない。これもおかしな話しである。

[6] 「院内感染なら死亡率4倍に 99病院 205人死亡で浮かんだ新型コロナの猛威」毎日新聞 20.6.7

<https://mainichi.jp/articles/20200607/k00/00m/040/170000c>

[7] 「介護施設で死亡全体の14% 新型コロナ、共同通信自治体調査」20.5.13 <https://news.yahoo.co.jp/articles/6216d0ae2dcf291e54f7200500c143617bd8fcd1>

「日本の介護施設のコロナ死者数が『世界最低水準』である奇跡」

<https://president.jp/articles/-/35962>

[8] 「勝武士、高熱も保健所につながらず 区長『調査に協力』」朝日新聞デジタル <https://www.asahi.com/articles/ASN5G6V5MN5GUTIL03J.html>

[9] この力士の受診経過について小池都知事は「精査する」と発言していたが、その後調査結果の発表はない。今回のコロナ禍では政治家の発言は「その場しのぎの発言をして責任をとらない」あるいは「官僚が作った作文を読むだけ」が殆どである。「口先だけの無責任政治家」が多く、国民は皆、辟易としている。

[10] NHK「東日本大震災から8年 "震災関連死"を防ぐために」(くらし☆解説) <http://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/700/316068.html>

[11] 「新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議報告書 平成22年6月10日」  
file:///C:/Users/douta/AppData/Local/Microsoft/Windows/



# 町医者のつぶやき

INetBarCache/IE/ONG3BXJG/s0616-3p.pdf

この報告書では様々な提言が為されている。3～4ページには「地方衛生研究所のPCRを含めた検査体制などについて強化するとともに、地方衛生研究所の法的位置づけについて検討が必要である」と記載されている。また6ページには「医療従事者が、地域の医療体制維持のために協力できるような仕組みづくりについて、PPE（個人防護具）の提供、休業時や医療従事者が死亡または後遺症を生じた場合の補償も含め、検討すべきである」とある。要するに提言されていても何ら準備されていなかったのである。（下線部は筆者記入）

他にも「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議」参照。

[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/info\\_local.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/info_local.html)

当時の厚労省での議論は「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策関連情報」>自治体の方々へ」参照。

[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/info\\_local.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/info_local.html)

この中の「H 22.3.31 議事録」には各委員・構成員に尾身茂、岡部信彦、金澤一郎、岩田健太郎等各先生方も含まれている。他にも忌憚ない意見交換の議事録も残されている。

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/dl/infu100331-07.pdf>