

開業医のコロナ戦記

——政府の対策を問う

インターパーク倉持呼吸器内科院長

倉持 仁 くらもち じん

1972年栃木県宇都宮市生まれ。1998年東京医科歯科大学医学部医学科卒業。同年東京医科歯科大学医学部附属病院呼吸器内科、2008年医療法人英心会倉持病院勤務を経て、2015年よりインターパーク倉持呼吸器内科院長。コロナ感染者フォローアップ外来や自費PCRセンター、コロナ入院病床、コロナ専用治療外来、コロナ重症病床などを開設。SNSでの発信や、国立遺伝学研究所、東京大学医科学研究所との共同研究など幅広く活動が続ける。著書に『倉持仁の「コロナ戦記」 早期診断で重症化させない医療で患者を救い続けた闘う臨床医の記録』（泉町書房）。



コロナ禍も3年目になった。現在も子供たちを中心に感染が持続しているが、対策は初期から変わっていない。コロナ禍を収束させるためにはPCR検査・速やかな治療・適切な隔離が必要であり、保健所機能と国民皆保険制度を基とした医療の両輪で対応できる体制の構築が急務である。そのためには従来の法律、人的・物理的資源を根本的に見直し、ポストコロナに見合った思い切った社会構造の立て直しが必要である。また、コロナに対し前向きに検証できる体制の構築も必要である。

はじめに

コロナ禍も3年目となりました。2022年4月末の現状を見る限り、子供たちを中心として慢性的に感染が持続しており、収束する気配は見られません。第6波では家庭内が主な感染拡大の現場となり、十分な検査も受けられず、幸い軽症者が多いとの理由で自宅待機を指示され、解熱剤を飲んでやり過ごすというのが当たり前の状況になっています。一方、爆発的に感染者が増えた第6波を経験して、様々な後遺症に悩む患者さんも顕在化してきました。しかし、診断時はもちろんのこと、病気療養中にもかかわらずともに医療

アクセスできない状況です。長年にわたり守られてきた国民皆保険制度が、コロナにより崩壊しようとしています。

2022年2月24日に始まったロシアのウクライナへの侵攻を契機にコロナの報道も大幅に減っています。半導体や様々な建築資材の不足、円安による物価高騰などで国民生活が危機的状況となりつつあります。究極的な内需産業と言ってもよい開業医として、自分たちの生活もいずれ立ち行かなくなると危機感を持ち、今できることをやる、ということが重要です。

私の「コロナ戦記」

2021年10月14日に『倉持仁の「コロナ戦記」 早期診断で重症化させない医療で患者を救い続けた闘う臨床医の記録』を出版しました。その理由は今まで当たり前存在してきた国民皆保険制度がコロナ禍により崩壊し始めたことに危機感を持ったからです。この本はコロナが国内で流行し始めた2020年3月ごろから、私が自分の記録用にと始めたTwitterを基にしています。発熱患者さんを診る立場の開業医の視点で、その医療現場の状況や問題点、苦勞したことなどをまとめました。

私は2010年から3年間、地元の警察医をした経験がありました。少子高齢化が進む中、ひたすら効率化・合理化を求める社会下でひっそりと亡くなった人の遺体を検死する仕事でした。年間300体ほどの遺体を前に、その人の生活環境・社会的状況を現場の状況から推測し、遺族から生活状況を聞いて、不審死ではないか、事件性は無いかな、という視点で検案を行います。その仕事を行う中では、医師の立場のみでは解決できない様々な問題があり、社会の様々な矛盾の中で亡くなる人が増えていることにも気づきました。夜中に呼ばれることも多く、体力的にも精神的にもきつい仕事でしたが、貴重な体験でした。警察医の仕事を通して、自分がその地域に存在し医療を行う中で、人の役に立つためには何をどうすれば良いのか、いろいろ考えるようになりました。

本書第1章では、今思えば一番危機感が高まり、コロナ患者さんの対応をしているわれわれ医療者にとっては一番恐怖を覚えながら過ごした第5波の医療現場の話から始まり、オリンピックが開かれる中、時の総理と

都知事が自宅療養を指示しました。これは国民皆保険制度を放棄するようなものだと思います。私は、2021年8月3日放送のTBS系ニュース番組「Nスタ」に出演した際、「そのような方々がリーダーでは国民を感染症から守れない」と憤り、思わず「2人ともお辞めになった方がいい」と発言してしまいました。今でも純粋に医療者として間違っていなかったと思っていますが、他の出演者の方々や当事者の方々にはご迷惑もおかけしてしまったと、反省もしています。

第2章では医療者としての基本的な考え方に至った私の育った環境や受けた教育について記載しています。人生において良い恩師に出会えるかどうかということは、とても大切なことだと思います。

第3章では臨床医として地元の栃木県宇都宮市に戻り、経験した日々について、また2015年から発熱外来をつくった経緯について説明しています。感染症の対策というのはその原理原則は変わらないのです。

第4章ではPCR検査センターを自分でなぜつくったのか、その経緯について記載しています。本来必要な検査体制の確立がなされな



2020年12月、大量にPCR検査機器を購入。感染症対策の基本はまず検査。政府がやらないから、自分でやるしかない(撮影：田山達之)

い中で、自分でやることの苦勞について書いています。

開業医の立場から見た コロナ対策の問題点

2020年2月ごろから始まったコロナ禍が3年目に突入した現在、感染症としてきちんと確定診断(PCR検査)を行い、医師が病状を把握しながら必要に応じて投薬できる環境、正しい科学的知見の集積とそれに基づいた感染症対策が取られることは、残念ながらできていません。コロナ前の体制、法律、物理的能力のまま、ひたすら国民の自主性に頼るコロナ対策しかできていない現状は憂いを通り越し、もはや諦めの境地に達しています。とはいえ、少しずつコロナと向き合う医師や医療機関も増え、コロナに対して自分事として考える人も増えてきていることは今後につながる良い点だと思います。これだけ経済的にも世界中が困窮し、問題意識を高める中、有効



病棟で使用する陽圧式のヘルメット型フェイスシールド。第3波あたりから使っている

なコロナ対策ができないのはなぜか？一開業医の立場から問題提起をしたいと思います。

短期間で変化する臨床像

1点目の問題として、新たな危機に対してエビデンスがないと何も手が打てないという危機管理能力の不足が挙げられます。今までの医療はその根幹となる科学的エビデンスに基づく対策を妥当なものとして定め、運用していくことが当たり前のことでした。

しかし、コロナに関しては過去の知見が当てはまらない、つまり、新型コロナウイルスの遺伝子変異により大きく臨床像が変わること、そしてそれがごく短期間で起こることが挙げられると思います。

例えば第3波の時はワクチンもなく、変異株が出現し、高齢者がたくさん亡くなりました。その時のエビデンスは、残念ながらワクチンの効果なども含め、第5波、第6波では当てはまらないことが分かってきました。そのような中でどうやって第7波に対応するのか。エビデンスがなく、次にどんな変異株が流行するか分からない中で、コンセンサスを得て対策をすることができない難しさがあると思います。

公衆衛生学や感染症学ではエビデンスを集積した上でガイドラインを示すことが当たり前です。一方、開業医を中心とした臨床の現場ではガイドラインに当てはまらない患者さんに対していかに対応し患者さんに不利益を被らせないかという視点で診療し治療に当たります。今のコロナ対策で必要なのは、エビデンスがない中でその予測をし、その上で外れるかもしれないが、最大限リスク評価をして有効と思われる対策を打ち出し、それを運用していくことに尽きると思います。前向

きにエビデンスを集積しながら、軌道修正をし、それをきちんと国民に説明しながら試行錯誤を繰り返していくしかないと思います。

政策決定の遅さと前例主義

2点目として政策決定のスピードの不足が挙げられます。世界的に時相をずらして感染拡大、収束を繰り返すコロナ感染症に対して各国は文化・宗教・習慣などによりさまざまな方法で試行錯誤を繰り返しながら対策をしています。唾液中にウイルスが存在し、そこから飛沫により感染をすることから、流行期にはマスクの着用、ソーシャルディスタンスの確保が有効であることなどが分かってきました。また、換気が悪くエアロゾルが長く停滞する場所に長時間滞在することでウイルスをたくさん吸い込み、クラスターが発生し得ることも、多くの感染例で明らかになってきました。変異株の出現も第3波以後明確になってきましたが、変異速度が速く、その臨床像も大きく異なること、コロナに対するワクチンや薬剤の効果も株により時々刻々と変わってくることも分かってきました。

このような中、国は従来のルールや過去に決めたことに拘泥し、波が終わるのを待って評価しその特徴を述べ、それを基に次の波を予測すること、そして自粛をお願いすることだけを繰り返してきました。

コロナの対策も原理原則の根幹は通常の感染対策と同じで、感染源を同定し、感染が疑われる人の検査を速やかに適切に行い、早期に隔離し、適切な治療を行うことです。具体的には以下のような対策が必要です。①隔離中適切に休める環境と法整備、②後遺症のチェック体制、③ワクチンや治療薬の効果の前向きな検証体制、④副反応・副作用の適切

なモニタリング体制の構築、⑤変異株の流行状況を事前に把握する遺伝子検査体制(各県単位で)。また、感染拡大予防のため、社会活動を止めなくても済むように、人と人とが濃厚に接触する環境において(これは病院・福祉施設はもちろん、飲食店、職場、最近では学校、保育園などでは特に)、⑥適切な感染対策(換気や衝立)の普及、さらに感染の流行予兆を把握するための⑦定期的なPCR検査体制と、⑧これらのことが整合性を持って運用できる法律やルールの整備——などです。

大きく社会構造が変わる中で、旧来型の制度が合わなくなってきたことを気付かせるきっかけになった面も、コロナ禍にはあったのかもしれませんが。過去に経験がない中で



2021年2月にコロナ病床を建設、10床で患者受け入れを開始した。6月にも6床を追加し、第4波に備えた(撮影：田山達之)

前向きにデータを集積し、未来に生かす仕組みづくりが求められているのだと思います。今までの昭和・平成そして、令和の時代の中で培われてきた様々な仕組みや運用方法、ルール、法律が現在のコロナ禍でうまく適合していないことに初めは気付くこともなく、一時的な問題としてやり過ごそうとしていました。しかし、コロナの速い変異のスピードと強い感染力に対応できず、対応が後手後手となってしまっているのだと思います。社会の構造やニーズが変わり、新たな問題としてコロナが出現し、思い切った新しい仕組みづくりが必要な時期に来ているのだと思います。世界中の人の動き、交流がより活発になった現在では、今後も類似の感染症の流行が起こることが予想されます。国民皆保険制度が崩壊し始めたことに気付いて本を書きましたが、実は国民皆保険制度も含め見直さなければいけない時期に来たという事実を突きつけられていると思います。

第6波のオミクロン株の流行で、私どものクリニックでは5000人以上のコロナ患者さんの診断をし、165人の入院患者さんの治療を行ってきました。第7波の流行に備えるた



第5波に備えて液体酸素も増強。使わないに越したことはないが、医療は「大事をとる」ことが重要

め、東京大学医科学研究所システムウイルス学分野の佐藤佳教授らのチームと共同で、ウイルスの遺伝子変異、感染後の患者さんの血清を用いてワクチンの効果やウイルスの感染力の強さや病原性についての検証実験を行い、現存する薬剤の効果などを検証した論文を科学雑誌『Nature』や『Cell』などに発表しました¹⁾²⁾。このチームのすごいところは国や大学の垣根を越えて協力し、各所が有する研究力を短期間でサンプルを集め解析し、次々と結果を出し、一流と言われる科学雑誌に載せることをこのコロナ禍で実行していることです。各研究者の高い問題意識と寝食を惜しんでの努力の結果だと思います。そのようなチームに所属でき大変光栄ですし、臨床面にも結果を生かすことができるためとても有用です。第6波では、このように臨床データをすぐに研究面に生かせる研究体制の構築をすることができました。

また第6波以降ではコロナの後遺症の問題やワクチンの深刻な副反応についても臨床の場で数多く経験することになりました。コロナの感染により、たとえ診断時は軽症であっても、実は自覚症状が乏しいだけで、後に高度の呼吸器機能障害や高次脳機能障害を起こす例があることが分かってきました。これらの病態を把握することにより治療方法の解明も進んできています。またワクチンの副反応についても頻度は稀まれと思われませんが、従来経験したことがないものもあり、きちんと医療の現場で対応できていないことも分かってきました。症例を集積し解明に向ける方針を明確に示すことも、今後のワクチン接種を進めていくには必要不可欠なことと考えられます。

新型コロナウイルス感染症は今まで想定されてきた指定感染症には当てはまり難い感染

症です。今のように保健所職員が従来のリスク因子を基にトリアージするという方法では、特に流行期においてはその仕組みは破綻してしまい、機能不全に陥ります。保健所の役割と医療の両輪でコロナ患者に対応する運用方法につくり変えることが必要です。

「無症状者は検査・治療不要」の誤解

3点目の問題点として、新型コロナウイルス感染症の臨床像が分からない中、無症状、軽症患者には検査、治療は行う必要がないという誤った方針が非臨床医らによって広げられてしまったことが大きいと思います。コロナ診療の体制整備もその考えを基本になされてしまい、現在も続いていることが問題です。当初は保健所がリスク因子を有する疑い例に対してのみPCR検査を行い、自覚症状がある患者のうち高熱が持続する症例や酸素飽和度が低い症例に対してのみCT検査などの精密検査が行われ、入院の措置が取られる運用になっています。

しかし、子供や高齢者はいわゆる重症化しても気づきにくく、結果診断の遅れにつながり亡くなってしまった例も多数存在しています。また、重度の肺炎があっても本人が気付いていない症例や、一時的に下痢をしても改善していれば「無症状」と見過ごされるケースもたくさん存在しました。

診療体制においてもいわゆる軽症と判断された人は医療にアクセスできず、よくてホテル療養、中等症になって初めて入院ができるが、その治療の内容も医療機関により大きく異なり、人工呼吸器など高度医療が必要になれば高度医療機関に転院となります。その後回復すればリハビリ病院に転院するという流れ作業になっていることで効率は良いのです

が、正しい臨床像の把握が困難な診療体制になっています。このため感染者と接触のあった初期のみ無症状であった場合、その後の適切な診療体制がないため、のちに後遺症に悩まされる人も第6波ではたくさん出てきています。

通常の風邪と同じように、感染初期から適切に受診ができ、適切に経過を診てもらえる、当たり前環境が必要だと思います。癌やAIDSなど病状の初期には自覚症状に乏しいので、それが無い場合にも疑いがあれば検査をするのが当たり前のはずですが、ことコロナに関しては指定感染症の名の下に容易には検査をしないという運用を決めてしまい、かたくなに変えようとしなないことが問題の根幹だと思われまます。

参考文献

- 1) Altered TMPRSS2 usage by SARS-CoV-2 Omicron impacts infectivity and fusogenicity.
Meng B et al. Nature. 2022 Mar; 603(7902): 706-714. doi: 10.1038/s41586-022-04474-x. Epub 2022 Feb 1. PMID: 35104837
- 2) Tracking SARS-CoV-2 Omicron diverse spike gene mutations identifies multiple inter-variant recombination events.
Junxian Ou et al. PMID: 35474215 PMCID: PMC9039610 DOI: 10.1038/s41392-022-00992-2

倉持仁の「コロナ戦記」

早期診断で重症化させない医療で患者を救い続けた闘う臨床医の記録

倉持 仁 著

発行 泉町書房
四六判224ページ
2021年10月23日初版
1800円+税

