

新型コロナ、ハイリスク感染者のみ報告させることに意味はあるのか

9/1 ヨミドクター

Dr. イワケンの「感染症のリアル」

身近なインフルエンザや帯状疱疹から、海外で深刻なエボラ、マラリアまで、感染症の予防と治療について、神戸大学教授のイワケンこと岩田健太郎さんが解説します。

新型コロナウイルスの変異株「オミクロン株」の時代に、感染者全例を報告させるのは理にかなっていません。方向転換が必要でしたが、政府の対応は後手後手になりました。ようやく日本の感染者数も若干、増加のスピードが衰えたかな、と思ってきたところで、岸田首相が「全数把握」の方針転換をする表明をしました。

コロコロ変わった「見直し案」

見解は二転三転しました。まず、医療崩壊を回避するため、「全例報告」を撤廃し、重症化リスクが高い感染者に限定して報告させる、という報道がありました。これは全国知事会や日本医師会も要望していたことです。また、この時点で政府は特定の医療機関からの報告を集計する「定点把握」への切り替えも検討中とのことでした。

ところが、2日後の8月24日、政府は発生届を「都道府県の判断」でできるようにする、という方針を表明しました。本来、届け出制度は各地で比較が可能なように「どこでも同じ基準」が原則ですが、それをいきなり曲げてしまったのです。これで各所から批判を受けたためか、27日に岸田首相は全数把握の見直しを「全国一律で導入」と再度、方針転換しました。東京都の小池百合子知事は全数把握の方針を維持する見解を明らかにしています。

コロコロ変わる「全数把握見直し案」。本稿執筆以降もさらに方針は迷走する可能性があります。実際にどうなるのか分かりませんが、今後の方針をどうするべきか、ぼくの見解を表明しようと思います。

感染者を届ける目的とは

届け出制度には「目的」が必要です。しかし、日本の（いわゆる）感染症法は「目的」を十分に明確にしないままに施行されました。1999年のことです。すでに海外では「根拠＝エビデンスに基づく医療」、EBMというプラクティス（習慣的な取り組み）が一般的になっていましたが、日本はEBMの導入が遅れました。立法や行政レベルで「エビデンス」という概念を理解する者は稀有でした。

そういう時期にできた法律です。だから、「感染症法」は「形式」や「手続き」は整っていましたが、「法律が何をもたらすのか？」という「結果＝アウトカム」には無頓着だと思っています。良いアウトカムをもたらす医療こそが、EBMの実践の要諦なのですが…

新型コロナウイルス感染症は、「新型インフルエンザ等感染症」に分類されています。これは皆さんご存知の通り、「2類相当」の扱いとなる感染症です。本来、2類の感染症は「危険性が高い感染症」であって入院措置を必要とし、結核とかポリオのような、隔離を前提とします。

実際、「2019年に発生したばかりの新型コロナ」は、結核やポリオのような「危険性が高い感染症」でした。効果的なワクチンも治療薬もなく、中国の武漢では多くの方が亡くなりました。だから、「2類相当」に分類して、「徹底的に抑え込む」のは合理的な判断だ

ったのです。

そうこうしているうちに、二つの大きな変化が起きました。一つは、治療薬やワクチンが開発され、もう一つは、コロナ自体に遺伝子突然変異が起こり、致死率が下がってきました。新型コロナは、当初ほどは「危険性が高い感染症」ではなくなりました。

一方、その突然変異は感染力の増加をもたらしました。そのため、感染を抑え込むのに有効とされてきた方法の効果が、相対的に弱まってきました。新型コロナは「抑え込むのがより難しく、かつ割に合わない」感染症に変じていったのです。

対策も変えていかなければ

対峙する感染症の様相が変わっていけば、対策も変えていくのが筋というものです。

「感染症法」は（意図してか否かは知りませんが）、法律の文面を拡大解釈することで各カテゴリーの感染症対策の運用を柔軟に変化させることができる法律です。

指定医療機関に入院させるべきであった感染症は、患者の爆発的な増大に応じて「指定医療機関以外での入院」も可能になり（必要になり）、療養施設での療養も可能になり、自宅での療養も可能になり、検査なしの「みなし診断」も可能になり、患者自身でキットを用いた検査も可能になりました。

激変する巨大なパンデミックの前では役所の「常識」も通用しません。ぼくは日本の法律がこんなに柔軟に運用できるものなのか、と驚きながら新型コロナ対応の変化を見ていました。

感染者の扱いはどんどん柔軟になる一方で、「届け出制度」そのものは不自由なままでした。すでに「届け出る目的」も不明確になりました。無意味なペーパーワークを繰り返すには、医療現場も保健行政の現場も限界です。悲鳴を上げた現場に呼応して、政府もようやく重い腰を上げた、というわけです。

「ハイリスク感染者」のみを把握しても

しかし、このような「状況が逼迫（ひっぱく）したからなし崩し」という意思決定の仕方は、一番危ない方法だと思います。クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」でも、本来、隔離の対象になるべきだった船内のクルーたちを「乗客たちの対応には欠かせない」という「逼迫した状況」のため、なし崩しに船内業務を継続させ、クルーから感染が拡大しました。

隔離という有効な感染対策が十分に取れていないのですから、本来でしたら隔離検疫期間は延長しなければなりませんでしたが、それもかないませんでした。下船した後も発症者は各地で出ましたし、当時 PCR 検査のキャパシティがもっと高ければ、さらに多くの感染者が確認されたことでしょう。

Huang LS, Li L, Dunn L, He M. Taking account of asymptomatic infections: A modeling study of the COVID-19 outbreak on the Diamond Princess cruise ship. PLOS ONE. 2021 Mar 16;16(3):e0248273.

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0248273>

ハイリスク感染者のみ報告させる、というのは逼迫を回避するには便利な方法に思えます。特に、若くてリスクの少ない感染者を診る発熱外来を担当している施設では、HER-SYS（ハーシス）や、その他の報告業務が激減し、とても楽になるでしょう。そのメリットは理解できます。

しかし、「ハイリスク感染者」を報告「させる」方のメリットはどのようなのでしょうか。

「ハイリスク感染者」のみの疫学情報を積極的に集める意義はとても小さいと考えています。

コロナの感染拡大の主体は「若くて元気な感染者」なので、流行状況の把握には役立ちません。「ハイリスク患者がどのくらい発生しているか知りたい」という学者はいるかもしれませんが、現場での対応にそれほど寄与する情報とは思えませんし、そのような情報は「リスクの小さな患者」との比較においてのみ、学術的な意味を持つものだとぼくは思います。

重症化した患者数や入院患者の把握は病床管理の観点から重要ですが、こちらは、ほとんどの自治体で独自に医療機関からの報告を受けて把握しているはずです。つまり、感染症法という法律の枠内で、「ハイリスク感染者」を報告させる合理性はないのです。

届けさせるのなら、目的を

ハイリスク感染者の把握はけっこう難しいです。例えば、肥満については体重と身長 of 正確な情報が必要です。診療においては入院や治療薬の提供は各自個別の状態を勘案して行いますが、行政上の「届け出義務」となると、同じ基準でキッチリやらねばなりません。

その確認作業は、特にハイリスク患者を診ることの多い病院ではとても大変な作業になるでしょうし、届け出漏れや間違いが続出する可能性も高いです。そして、それだけ苦労しても、患者ケアや感染対策上、得られるメリットはほとんどありません。

感染対策の基本中の基本ですが、「届け出させるのなら、目的が必要」です。ハイリスク感染者を届け出させる根拠は乏しいと考えています。そのような「やったふり」をせずに病院や保健所の労苦をより改善するのが、国のトップがやるべき判断だと思います。

本来であれば、日本はDX（デジタルトランスフォーメーション）化を推し進めて、検査結果や電子カルテ情報を自動的に吸い上げるシステムを構築し、感染者数を「自動的に」把握させるべきでした。誰も報告しない、誰も報告を受けないシステムこそが最適解だったのです。

しかし、このようなシステム構築を怠り、勤勉に従順な医療従事者や保健所職員がいることをいいことに、紙やFAXや煩雑なHER-SYSといった非効率なシステムを保持することに汲々（きゅうきゅう）としてしまいました。

「全数把握見直し」は正解だが

繰り返します。医師会などが運営する発熱外来の負担緩和に「全数把握見直し」をすることは正解です。しかし、「その代わり」といって疫学上も個々の患者ケア上も必然性に乏しい「ハイリスク患者」を報告させるのは合理的な判断ではありません。「あれをやめるから、代わりにこれ」というのはありがちな政治判断でしょうが、そのような判断のために現場を苦しめてはなりません。本質的に、感染対策は有効にリソースを活用して、結果を出すこと「だけ」が大事なのです。