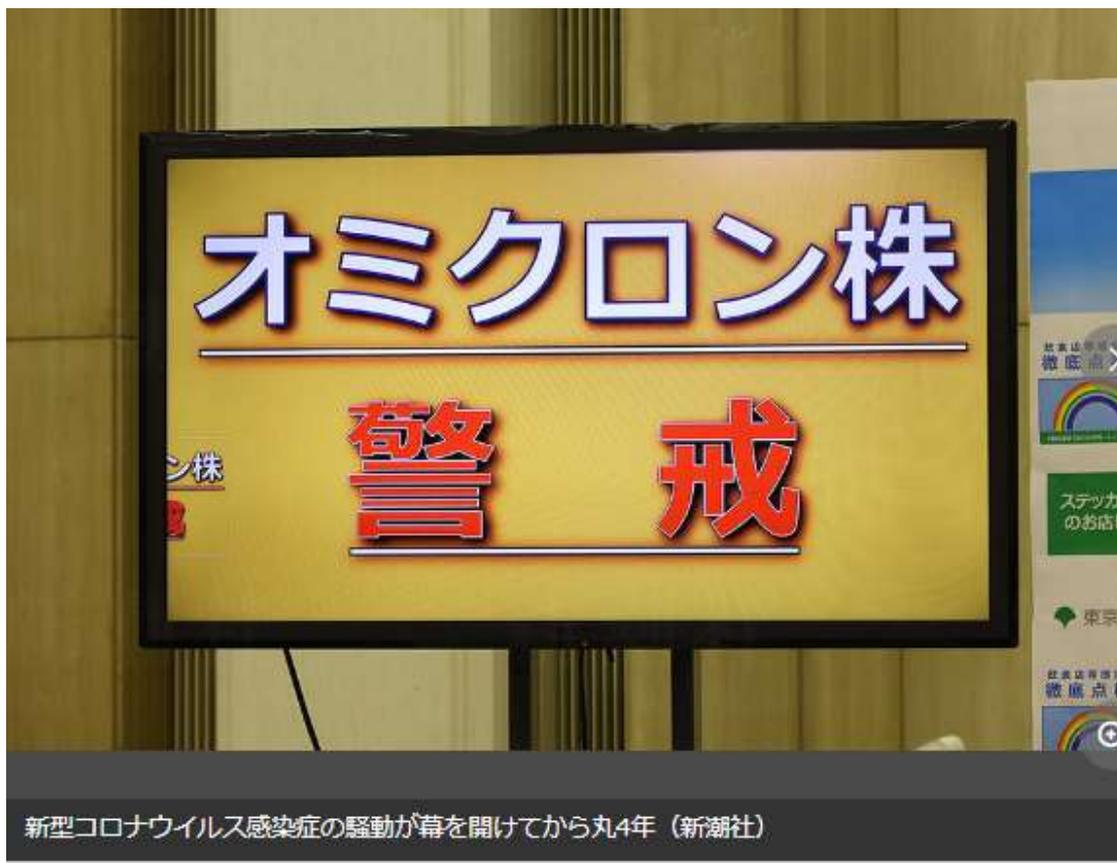


「新型コロナバブル」で誰が一番トクした？ 時代遅れの対策の原因は？ 「感染症ムラの利権を守る動きが」

2/24 デイリー新潮



昨年5月に感染症法上の「2類相当」から「5類」に引き下げられた新型コロナウイルス感染症。われわれの生活も日常を取り戻しつつあるとはいえ、約4年に及んだわが国の迷走をこれで沙汰なしとしてよいものか。厚労省と専門家たちが手にした“利権”の実態とは。

【上 昌広/医学博士、医療ガバナンス研究所理事長】

新型コロナウイルス感染症の騒動が幕を開けてから丸4年がたちました。2019年12月8日に中国の武漢で最初の感染者が報告されたこのウイルスは、翌年1月には日本にも上陸。2月には、横浜港に停泊していた豪華客船「ダイヤモンド・プリンセス号」で集団感染が起これ、日本政府の対応には世界中から注目が集まりました。

PCR検査や積極的疫学調査、飲食店の営業自粛をはじめとする行動制限など、国民にさまざまな負担を課した新型コロナ。でも、これらの対策について、果たして十分な検証がなされてきたといえるのでしょうか。

〈そう問いかけるのは、昨年10月に『厚生労働省の大罪』を上梓した、医療ガバナンス研究所理事長の上昌広氏だ。

この4年間、われわれの生活や社会・経済に課せられた多くの制約に科学的根拠はあったのか。もし、専門家を名乗る集団が、「科学的」という言葉の前に国民をひざまずかせ、利権を手中に収めていたとすれば……。

空前の感染症バブルに沸いた医療界の闇に、上氏が迫る。〉

時代遅れの対策を追認しただけ

コロナ禍では「専門家会議」や「分科会」、「アドバイザリーボード」など、いくつもの

諮問機関が設立されました。連日のようにこれらの会議の様子が報じられていましたから、「日本を代表する世界的な科学者たちがコロナ政策をリードした」と考えた人も多いでしょう。

しかし実のところ、彼らは世界レベルの知見に立って発言していたわけでも、日本のコロナ政策をリードしてきたわけでもありません。彼らが果たした役割といえば、せいぜい「日本の時代遅れの対策を追認すること」くらいでした。

では、日本のコロナ政策は誰がどのように決めていたのか。重要な役回りを演じたのは厚生労働省、とりわけ「医系技官」と呼ばれる官僚たちでした。医系技官とは、一言で言えば医師免許を持つキャリア官僚のこと。彼らが日本のコロナ政策の青写真を描き、それを“専門家”が無批判に追認する。結果、日本のコロナ政策は世界の潮流とかけ離れた方向に進み続け、日本は時代遅れの感染症対策をついに修正することができませんでした。

### 国家公務員採用試験を免除

厚労省の医系技官が特殊なのは、医師免許を持っているというだけで国家公務員採用試験を免除される点です。多くの事務系の国家公務員が厳しい試験によって行政官としての適性を問われるのに対し、医系技官はこれを課されずに官僚としてのキャリアをスタートさせる。

さらに、医系技官は自己都合で辞めない限り、ほぼ全員が「指定職」と呼ばれる、企業の役員クラスに相当する幹部ポストを経験するといわれます。ちなみに、分科会の会長を務め“専門家”の顔だった尾身茂氏も、かつては医系技官の一人でした。

新型コロナ対策で陣頭指揮を執ってきたのは、トップの課長ポストが代々、医系技官の指定席となっている「結核感染症課」です。結核感染症課という看板の字面だけを見ると時代錯誤な印象も受けますが、「結核」とあるのは、かつて日本の感染症対策では結核こそが最大の課題だったから。新型コロナ対策の根拠法でもあった検疫法と感染症法を所管する部署で、現在では新型コロナのような未知の病原体が発生したときにその対策に当たるのが主な任務となっています。

### 最大の問題点は「PCR 検査の抑制」と「クラスター対策」

ところが、国民にとって不幸だったのは“時代錯誤”が看板だけではなかったということ。かつて、赤痢やコレラなど伝染病の感染対策といえば一にも二にも「強制隔離」でしたが、新型コロナのように無症状の患者がいる感染症においてこの方法は必ずしも適切ではありません。このことは09年に流行した新型インフルエンザへの対応でも学んだはずでした。ところが結核感染症課は「PCR 検査」という科学技術をいたずらに否定し、「クラスター対策」を金科玉条として古典的な対策に終始したのです。

これから詳しくお話ししますが、私は日本の新型コロナ対策の最大の問題点はこの「PCR 検査の抑制」と「クラスター対策」にあったと考えています。

PCR 検査はコロナ禍で最も浸透した医学用語といってよいでしょう。ただ、これはコロナウイルスのために開発されたものではなく、かねて肝炎ウイルスの検査や親子鑑定、遺伝子診断など幅広い用途に用いられてきました。本来、検査を受けるかどうかは医者と患者が話し合っただけで決めることですが、日本のコロナ対策ではなぜか、厚労省が検査の実施を徹底的に抑え込んでしまった。これにより「検査を受けたくても受けられない」という人が続出したのをご記憶の方も多いでしょう。

## PCR 検査が抑制された背景

20年2月には、厚労大臣だった加藤勝信氏がPCR検査の実施基準を「37度5分以上の発熱が4日以上」と公言しました。ところがこれより前の1月24日には、五大医学雑誌の一つ「ランセット」に「無症状患者」の存在が報告されているのです。この報告以降、各国のコロナ対策はPCR検査によって徹底して無症状患者を見つけ出す方向にシフトしていった。無症状患者がいる以上、有症状者だけを追いかける日本の方法は無意味であり、PCR検査を制限するのは非科学的です。

「37度5分以上が4日間」という基準にも科学的根拠はなく、後に加藤厚労相は方針を撤回。ところが、その後もPCR検査は暗黙のうちに抑制され続けました。21年9月になっても人口1000人当たりの検査数は1.01件と主要先進7カ国で最下位。一番多かった英国の約13分の1でした。

このように日本でPCR検査が抑制された背景には「PCR検査は精度に問題がある」という間違った認識があります。20年10月には、医系技官のトップである「医務技監」が毎日新聞で退任後のインタビューに応じ、PCR検査について次のように語っています。

〈陽性と結果が出たからといって、本当に感染しているかを意味しない〉

〈感染していないが陽性になった人も結構いるとみられ、本当に感染していても7割か8割しか検出できない。PCR検査は完全ではないということは言うておきたい〉

### “感染症ムラ”の利権を守るという動機

この記事を読んで唖然としたのは私だけではないはずです。なにせ、PCR検査は近年急速に進歩したゲノム医学を活用した検査で、適切に条件を設定すれば、人為的ミスが無い限り偽陽性は生じないのです。それに、私の知る限り、海外でPCR検査の偽陽性が問題視された様子はなく、もし日本で偽陽性が問題になるくらい発生していたのなら、医学雑誌に論文を投稿して国際的に議論をすべきでした。確かに検体を扱い慣れていないスタッフにより人為的ミスが起こることはありますが、それをもって「PCR検査は不正確」と言うのは明らかなミスリード。「偽陽性が出るからPCR検査を抑制する」などというのは暴論であり、このミスリードには何らかの意図を感じてしまいます。私には、そこに“感染症ムラ”の利権を守るという動機があったように思えてならないのです。

日本の感染症ムラの筆頭といえば、厚生労働省のほか「国立感染症研究所（感染研）」や「東京大学医科学研究所（東大医科研）」「国立国際医療研究センター」などが挙げられます。東大医科研は附属病院とは全くの別組織で、前身は感染研の母体でもある「伝染病研究所」。感染研とは非常に近い関係にあります。専門家会議や分科会のメンバーも必然的に感染症ムラの在籍者やOBで固められました。

### コロナ禍で予算が急増

PCR検査が抑制された問題には、感染研が検査を抱え込もうとしたことも深く関係しています。20年1月にはすでにスイスの製薬企業が新型コロナのPCR検査キットを開発し、中国に無償提供していました。ところが、感染研は製造に手間のかかる自家調整の試薬を使った検査法にこだわり、感染研やその傘下にある全国の地方衛生研究所でのみ検査を行う体制を構築しようとしたのです。PCR検査が公費ではなく一般診療になれば感染研が検査に関与できず、研究データや利権も独占できなくなります。感染研の行いは「検査数を自分たちでカバーできる数に制限しようとした」との疑念を抱かせるに十分でした。

実際、新型コロナの流行は、感染研に大きな利権をもたらします。20年2月に政府の新型コロナ対策本部が決めた緊急対策の「研究開発費」約21億円のうち、感染研には総額約13億円が投入されています。感染研の19年度の予算規模は約60億円で、13億円の追加予算は非常に大きい。それに、感染研の予算は21年度に約106億円、22年度に約99億円と、コロナ禍で急増しているのです。

さらに特筆すべきは、感染症ムラの研究者たちに配分される研究費です。「結核感染症課」が管理する「新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業」は19年度に総額3億円余りだったのが20年度には10倍以上の約41億円に。これらの研究費は、一応公募の形を取りながら、「拠点」、「モデル事業」など都合のよい解釈により感染症ムラにも配分されるのです。

### 感染者を犯罪者扱い

〈時代錯誤な新型コロナ対策の象徴としては「クラスター対策」、さらにその前提となった「積極的疫学調査」も挙げられる。〉

「積極的疫学調査」という言葉もすっかり市民権を得ましたが、別に新しい制度ではなく、もともとは感染症法で定められた法定調査です。積極的疫学調査によって感染者の行動をヒアリングし、濃厚接触者に限ってPCR検査を受けさせる。そうして芋づる式に発見された感染者の集団は「クラスター」と呼ばれました。

クラスター対策を巡っては「8割おじさん」とあだ名された学者も登場しました。厚労省クラスター対策班メンバーのこの学者は、20年4月15日に記者会見を開き、行動制限をしなければ「最悪で約85万人が重篤化し、約42万人が死亡する」との推計結果を発表。国民に「接触8割減の徹底」を求めました。

確かに、03年に流行した「SARS」など無症状の感染者がほとんどいない感染症であればクラスター対策も意味があります。ところが、新型コロナは前述のとおり無症状者のいる感染症。無症状者はクラスター対策では検出できませんから、この方法は新型コロナには通用しません。

実は、その頃、現場で問題になっていたのはクラスターではなく「院内感染」でした。8割おじさんの会見当時、国内で死亡した新型コロナ患者のうち4割は病院内か高齢者施設内での感染だったのです。院内感染の対策に「接触8割減の徹底」が意味をなさないのは素人でも分かります。

もちろん海外でもクラスター対策は行われていました。でもその方法は、感染者と接触した可能性のある人に徹底してPCR検査を行い、陽性者だけを隔離するというもの。日本はPCR検査の対象を「濃厚接触者」だけに限定し、感染者や感染者が立ち寄った飲食店を犯罪者のようにさらすことだけが目的のように見えてしまいました。

### 曖昧な「濃厚接触者」

濃厚接触者というのも極めて曖昧でした。濃厚接触者の定義は「接触したのが発症2日前以降で、1メートル以内の距離でマスクなしで15分以上話した人」など。でも残念なことに「1メートル以内の距離でマスクなしで15分以上話した人しか感染しない」という科学的根拠はなく、保健所の手間とPCR検査数を減らす方便として使われたに過ぎなかったのです。

ちなみに「接触8割減の徹底」が打ち出された直後には、すでに中国やアメリカの研究

者が、空気中に浮遊する微細な粒子による「エアロゾル感染」の可能性を指摘していました。エアロゾル感染の可能性があるなら「飛沫感染」や「接触感染」を前提とするクラスター対策はなおさら意味をなしません。ところが感染研と厚労省はその後もエアロゾル感染の可能性にふたをし続け、外部の科学者からの公開質問状に促される形で22年3月末にようやくエアロゾル感染の可能性を認めたのです。

皮肉なことに世界の科学者たちがエアロゾル感染を想定するきっかけとなったのは「ダイヤモンド・プリンセス号」の騒動だったといえます。一方、感染研所長で専門家会議の座長でもあった脇田隆字氏は、当時、早々に「新型コロナは飛沫・接触感染である」と結論付け、エアロゾル感染の可能性を葬り去ってしまったのです。

### 補助金が目的外に使われた恐れが

〈新型コロナによって「利権」を手にした厚労省や感染研の面々。しかし、コロナで潤ったのはこれら感染症ムラのメンバーだけではなかった。〉

22年3月まで尾身氏が理事長を務めていた地域医療機能推進機構（JCHO）は、全国で経営する47病院で20年度に約324億円、21年度には約569億円ものコロナ関連補助金を受け取っていました。結果、コロナ禍の2年間で1881億円もの内部留保を築いたのです。JCHOの病院に勤務するある医師は、22年の夏、上司から「必要な備品は何でも申請するように」と声を掛けられたそうで、コロナ関連補助金が目的外に使われた恐れすらあります。

コロナ関連補助金は国立病院機構にも21年度だけで約1150億円が投入されています。さらに全国の大学病院にも平均して数十億円程度の補助金が注ぎ込まれていたのです。

このような大病院に期待されていたのは、新型コロナの重症患者の受け入れです。ところが、大学病院を中心とする全国の特設機能病院の受け入れ状況を調べてみると、第3波のピークだった21年1月7日時点で重症患者を10人以上受け入れていたのは85施設中たった6施設。重症化リスクの低いオミクロン株に置き換わってからは大学病院での治療が必要になるような重症患者は大幅に減少しましたが、新型コロナが「2類相当」のまま維持されたため、22年度も多額の補助金が投入され続けました。

### 医系技官の天下り先

さらにあきれることに、新型コロナが「5類」へ移行すると発表された直後の昨年2月3日、全国医学部長病院長会議は加藤厚労相に対し、診療報酬の臨時特例や新型コロナ補助金の継続を要望しているのです。これでは、医療界が「2類相当」にこだわった背景に補助金の存在があったと指摘されても仕方がありません。

幹部ポストである「指定職」を経験した医系技官には、退職後、保健所や自治体、医療関係団体、医学部のある大学など“天下り先”が用意されます。そんな医系技官たちに、天下り先になる保健所や大病院の利益と相反する政策を期待すること自体、土台無理な話なのです。

感染症対策だけでなく医療費の逼迫（ひっばく）など、医療界には現在もさまざまな問題が山積しています。

厚労行政について、われわれは抜本的に制度を見直す時期に差し掛かっているのかもしれませんが。