

【特設コラム】 No. 5

「新型コロナウイルス対策に思うこと」

2020年6月19日執筆
機械振興協会経済研究所 特任研究員 大西 昭郎

まず、個人的な事柄だが、お陰様で私自身は元気に過ごせている。抗体検査をしたわけではないが、おそらく感染せずに済んでいると思っている。その点については、政府や自治体の対策に感謝したい。

ただ、一方で、今回の一連の対策を巡っては、これまでにない事態に直面した結果、新しい動きも見られた。しかしその反面、我が国の社会やその構造が抱える様々な課題が図らずも炙り出されたように思う。以下ではそれらについて概観し、課題提起につないでみたいと思う。

1. 新しい動き：自治体や首長の牽引での緊急事態宣言

時系列に見ると、今回の感染症対策において国内で最初に動いたのは北海道と札幌市だったとあってよいだろう。2月28日に独自の緊急事態宣言を発して、外出の自粛、臨時休校や公共施設の閉鎖を実施するに至った。その後3月19日には感染拡大と医療崩壊を回避できたとして終了宣言を出している。国が指示する以前に自治体が独自の判断で緊急事態宣言を実行し、終了させた事例は珍しいのではないだろうか。ただ、その後、感染の第二波に見舞われ、4月12日、札幌市と北海道は再び緊急事態を宣言している。北海道の緊急事態は政府が発した緊急事態解除の最終宣言である5月25日まで、首都圏と合わせて全国すべてが解除の対象となるまで続くことになった。

一方、国の方は、4月7日に至って緊急事態宣言を発したが、対象は埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、及び福岡県の7都府県として、期間も5月6日までとしていた。この宣言に対し、愛知県などは知事が自ら同県も対象とするよう要請を上げたため、4月16日の記者会見で安倍総理は「北海道、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県および京都府の6道府県については、現在の対象区域である7都府県と同程度にまん延が進んでいる」と述べつつ、4月17日以降対象地域を全国に拡大している。

緊急事態宣言は、国の新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づくが、その実施は自治体や首長のイニシアティブがけん引したといってもよいだろう。都道府県知事たちは、頻りに全国知

事をオンラインで開催し、休業要請に苦しむ企業への支援策を国に提言するなど活発に活動を続けている。これもあまり過去に見なかった事象のように思える。これは見方を変えれば、国の施策がなかなか実施されない事態に、自治体や首長が国を後押しする状況に陥っているとも受け取れる。実際、国の施策は後手に回っている。

2. 主な国の施策の経緯

下図に示すように、国内で最初の感染者が確認されたのは1月16日となっているが、その後2か月余りで感染者は1000人を超える規模になり、3月後半からは感染拡大が続いていく状況になる。

政府も対応を急いでいたと思われるが、そのスピードは遅れ気味あったと言わざるを得ない。



図1 国内感染者数の推移(累計)

出所:東京新聞 2020年4月19日より転載(<https://www.tokyo-np.co.jp/article/17120>)。

まず、新型コロナウイルス感染症対策本部が設置されたのは2020年1月30日である。すでに中国では、1月23日には、武漢市で感染が拡大したことを踏まえ、都市封鎖が実施されていたが、その一週間後にあたる。この時期はまだ緊急事態宣言の根拠となる特措法は成立していない。中国などからの入国については、3月9日に入国の待機要請や、ビザ停止などの措置が取られる

ことが発表された。ただし、中国側では既に1月30日から団体での海外渡航は禁止する措置が取られている。欧米を含む入国制限措置については、まず、3月21日に欧州やエジプトなど38か国を対象に実施、米国に対しては3月26日に実施されることとなった。特措法成立後、3月26日になってこの対策本部は改めて特措法に基づく組織として設置されることとなる。政府の一部では2月から3月にかけてオリンピック・パラリンピックの延期問題が議論されていたが、3月24日になって来年7月に開催を延期することが決まっている。

3. 緊急経済対策の迷走

4月1日、総理は2月以降入手が困難になっているマスクを国内の各世帯に2枚ずつ配布することを表明。その費用は2019年度の予備費をあてたうえで、不足分は緊急経済対策の予算に盛り込まれることとなった。ただ実際にマスクが配布されるのは、マスクの品質問題などもあったことから5月以降となってしまう。そのころにはマスクの需給も調整が進む時期と重なることとなった。また、2020年度の補正予算案が閣議決定されたのは4月7日で、その柱となる施策は減収世帯に対して30万円を支給するというものだった。しかし、該当する世帯の減収を証明する手立てが必要なことなど、支給に至る手続きの複雑さなどから評判が悪かった。このため、10日あまり経った4月18日には、一人当たり10万円を支給する施策へと異例の転換をし、補正予算案の組み替えが決定された。また、補正予算案には感染症収束後に経済を回復する際の費用が、感染症と戦う医療機関への支援対策を大きく上回る1.7兆円ほど計上されるなど、感染症対策とは言い難い費用の計上が目立つ点にも批判が寄せられた。「緊急経済対策」の名の通り、必ずしも感染症対策ではないことは理解できるが、従来慣行に則った補正予算の編成をした結果、一般国民の期待する内容とは異なる印象が強くなったことがこれらの迷走につながったと思われる。それでも閣議決定を経たのちに、異例の政策転換と予算の組み替えが実行された点については、政府の迅速な対応であった。政府の危機感の表れだったといえるかもしれない。

4. 増えない検査の背景

感染しているかどうかを判断する際には、PCR検査が行われているが、この検査は総理が4月6日に国会で答弁した1日当たりの検査数目標(20000件)がずっと達成できないまま推移している。諸外国の検査数と比べてもその数は一桁以上少なく、日本が公表する感染者数や死亡者数の統計数値が疑われかねない状況が続いている。分かりにくいのは、なぜ他国できて我が国ではできないのかということだ。もっとも、5月末以降、抗体検査や抗原検査のキットなどが認可され、保険適用もなされている。6月半ばには、唾液を用いたPCR検査にも道が開かれた。広い普及にまではまだ至っていないが、関係者の方々のご尽力には感謝したい。

キヤノン国際総合研究所の研究者である東京大学公共政策大学院特任教授の鎌江伊三夫先生によれば「そもそも、これまでの医療では、検査を、感染症の臨床現場での迅速診断や、地域の疫学サーベイランスなどの手段として使ってきた。そのため、新型コロナのパンデミックが起こるまでは、その流行を抑え込む第一の手段として検査を使うという発想や理論は、十分確立されていなかった。」¹とのことだ。

別な情報として言われているのは、全自動でPCR検査が実施できる装置とそれに使用される試薬については、日本メーカーであるプレジジョン・システム・サイエンス社が開発し、欧州など50か国以上で、広く使用されているようだが、その装置とおそらくは試薬についても、国内での届出や保険適用がなされていないとのことだ²。欧州では試薬メーカーに対しての装置のOEM供給を行っていたために、国内での認可申請に不慣れだったということであるらしい。同社の広報によれば、装置の届出を既に済ませ、5月に試薬の評価と保険適用の申請を行ったとのことである。

この情報は海外で行われる検査の数が、国内よりも多い理由の一つとして理解しやすい。国内には迅速に検査できる機器や試薬の整備が遅れているということだ。10年ほど前になるが、海外で使用されている医療機器が国内で使用できるのが遅れることを称してデバイスラグとよび、また医療機器が国内で使用できない状態が続く状態をデバイスギャップと呼んでメディアなどでも話題になり、薬事法の改正へとつながった経緯がある。その後デバイスラグは解消したとの声もあったが、この状況を見る限り、あまり状況は変わっていないのかもしれない。

感染の第二波、第三波への対処が急がれるこの時期にあっては、何とか流行を抑え込むための手段としての検査の役割を整備するという認識のもと、欧州並みの機器や試薬の普及を進めてほしい。

5. 医療体制の検討

今回の新型コロナウイルス感染症に対しては、医療体制の課題もあぶりだされたように思う。感染を疑う状況になっても、医療機関にどうアクセスするのか、また、医療機関側ではどう対応するのかについて終始あいまいな状況が続いたといえるのではないか。3月から5月までの間に出された通知のうち、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の診療の手引き」と題するものは第2.1版まであり、通知³は計5件発出されている。我が国の診療体制の特徴であるフ

¹ https://www.canon-igs.org/column/macroeconomics/20200526_6447.html

² <https://www.tbsradio.jp/490799>

³ 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の診療の手引き 第1版」の通知および内容は下記を参照。

<https://www.mhlw.go.jp/content/000609467.pdf>

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の診療の手引き 第2版」は下記を参照。

<https://www.mhlw.go.jp/content/000631552.pdf>

加えて、6月17日には「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の診療の手引き 第2.1版」も発出されている。次を参照されたい。<https://www.mhlw.go.jp/content/000641267.pdf>

リーアクセス(どの機関をかかってもよいとする診療ルール)は形式的には維持されたが、各診療所や病院では外来の受付を制限する、あるいは、事前に電話での病状の確認を求めるなど様々な措置が取られている。救急体制にも影響が及び、患者の受け入れに至るまでに長い時間を要する事例なども頻発した。欧米では医療機関の役割分担と患者の診療の初期段階で、総合診療医によるゲートウェイ機能が備わっているが、今回のような状況では、患者の医療機関への誘導には比較的効果を発揮したのではないかと推測する(筆者は確認しているわけではない)。国内でも神奈川県などでは、第二波への準備として感染症指定病院のベッド数を増やす対策などを進めていると聞く。

こうした対策が効果を発揮することを期待するが、いっそ、公立の医療機関をゲートウェイとなる総合診療機能の役割から専門的な検査、診断、処置を行う医療機関などと一体的に運用できる体制を目指してはどうか。東京の新宿区の事例⁴にみられるように医師会の協力を得て、地域のクリニックや病院にも連携に参加してもらうことで、より効果的なネットワークが出来上がるのではないか。医療機関の統合に踏み込むことは難しいだろうが、診療所と専門病院の連携を強化し、よりスムーズな運営を実現することは可能ではないだろうか。

【了】

⁴ <https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t344/202004/565184.html> 参照。東京都新宿区は4月15日に国立国際医療研究センター、新宿区医師会と共同で記者会見を開催。区内で新型コロナウイルス感染症(COVID-19)患者が急増し、医療体制が逼迫している現状を踏まえ、検査体制の強化と重症度に応じた患者の振り分けを行うことを明らかにした。こうした状況の中で、区民に対する迅速な検査体制と病状に応じた診療体制の強化を図る必要があることから、区が、国立国際医療研究センター病院に委託し、準備が整い次第、PCR検査スポットを開設するほか、新宿区医師会、及び、区内の国立国際医療研究センター病院、東京女子医科大学病院、東京医科大学病院、慶應義塾大学病院、JCHO 東京新宿メディカルセンター、JCHO 東京山手メディカルセンター、大久保病院、聖母病院と連携し、区民の新型コロナウイルス感染者への新たな医療提供モデルを実施する。