

僕が「PCR」原理主義に 反対する理由

幻想と欲望のコロナウイルス

岩田健太郎

Iwata Kentaro

目次

まえがき

6

第一章 僕の「医者修行」時代

せっかく一〇〇点をとったのに／弟の死／二つの違和感／医学部に進んだ理由／バブル崩壊前後の大学の風景／「日本一厳しい病院」／先駆者の教え／意外な言葉／ニューヨークの貧乏生活／「お前はまるでなっていない」／優秀な医者の条件／みんなに悪口を言われている人

9

第二章 なぜ日本は「感染症後進国」になったのか

感染症医は世界のどこでも仕事ができる／アメリカ医療への疑問／三角測量の意義／「大学病院は無理だ」／僻地に行きたい／SARSの現場／多国籍病院／千葉県は広がった／二足のわらじ／感染症と戦った戦後日本／「日本感染症史の暗黒時代」／見よう

41

見まねの医療／人が足りず、物が足りず、システムがない／「どちらがマシか」という発想／一九六一年のポリオ生ワクチン緊急輸入

第三章

どうして僕は「PCR」原理主義に反対なのか

検査は間違える／陽性・陰性の境界線／感度・特異度——完璧な検査は存在しない／「聞くこと」が一番大切／検査の価値も意味も「事前確率」によって変わる／自分が間違っている可能性／マシに間違える、という発想／ベストタイミングは誰にも分からない／ウイルスだけ見てもうまくいかない／事前確率とベイズの定理／間違いはどれくらい起きるか／「念のため」の検査はやるべきではない／「全国の入院患者すべてにPCR」は大間違い／ベイズの定理はなぜ有用なのか／患者の言葉は検査より重い／抗原検査と抗体検査／知覚できない存在

第四章

では、どうやって身を守るべきか？

最も単純な感染対策／リスク回避の優先順位／引き算の発想で対処する／そのツイー卜はなぜ「炎上」したのか／マスクの防御効果はどれくらいあるのか／効果は状況によ

って変わる／流行の予兆をどう捉えるか／ロックダウンを成功させる要件／緊急事態宣言はどうあるべきだったか／ゲートはゆっくり開けなければいけない／「みんなの納得」は最適解か／「がんばらない」という感染対策／最悪の未来とは／悲観しすぎも楽観しすぎも危ない

第五章

「ファクターX」を追い求めるのはやめよう

「安心」は実在しない／数字とは主観である／サイドストーリーよりも事実が大事／奇跡など起きていない／ファクターXは実在するか？／死者が少ない理由は「単純なこと」かもしれない／PCRは意図的に抑えていたわけではない／アカデミズムの原則／不思議な人選／科学と政治をごちゃ混ぜにしてはいけない／韓国のドライブスルー検査に関する誤謬／責任の所在は「コト」にある／使ってはいけない言葉／考えるのをやめない

終章

我々を待つ「未来」とは

ワクチン後の世界／集団免疫とは何か／インフルエンザもコロナも対策は同じ／二つの道のどちらに行くか／死者の相対化が孕む危うさ

そりゃあ自信を持つてるでしょう。徳永家の勝手口から出てきたのがたとえ「突撃！ 隣の晩ごはん」のヨネスケであったとしても安藤貴和に見えたに違いない。みんながそれを望んでいるから。人は見たいように見、聞きたいように聞き、信じたいように信じるんです。

——ドラマ「リーガル・ハイ」より

本書のサブタイトルは「幻想と欲望のコロナウイルス」となっています。世界中のほとんどすべての人たちがこのウイルスによって人生を変えられ、生き方を変えられ、考え方にまで大なる変更を強いられています。よって、このウイルスと無縁な人はほとんど存在しないと云ってもよいくらいです。

だから、人は語りたがる。コロナウイルスについて蘊蓄を傾け、自説を披露し、他人を論破、場合によっては罵倒しないではいられない。ソーシャルメディアという便利な道具もあるわけで、この趨勢にはブレーキがかからない。市井の人々も、社会学者も、経済学者も、物理学者も、アメリカ合衆国の大統領だって、コロナについて主張しないではいられない。

もちろん、このウイルスに関係している人々が（すなわち世界中の人々が）、このウイルスについて意見を述べる権利はあるわけです。だから、意見を述べることそのものは問題ではありません。

せん。異論反論が山のように出現するのも、学問的にも感染対策の進化進歩という観点からも悪いことではありません。テーゼとアンチテーゼがもたらすアウフヘーベン、という東京都知事でも言わなそうなくさい方法は、実は学問的前進においては実に有効な方法なのです。二十一世紀の令和な現在においてだって。

しかし――。

アウフヘーベンが有効なのは、自分が持っていないなかったような見解（ジンテーゼ）を受け入れてもいいぜ、という覚悟があつて初めて成立するものです。それは、自分が変わる覚悟、覚悟の中でも最も難しい類の覚悟です。このような覚悟を持つことを、イワタは「勇気」だと換言します。変わる覚悟を持つこそが、勇気なのです。

非常に残念なことに、世界中のコロナ論者たちの多くはそのような覚悟なしに議論のファイトクラブに参戦します。そこにあるのは議論ではありません。「何があつても自分は変わらない」が背景にある演説の連打にほかなりません。まあ、学术界でも、その外でも、たいいてい「議論」は実は演説アンソロジーに過ぎないのです。

そこにあるのは、真実のコロナウイルスではありません。俺が、私が欲望し、創作した幻想たるコロナウイルスです。もちろん、真実のコロナウイルスなどそうそう感得できるものではないのですが、病原体のもたらす現象（疾患）など、そうそう感得できるものではない、とい

う自覚すら演説アンソロジーの中にはないのです。

コロナウイルスが起こす現象の多くは人間サイドのもたらした現象です。人間がこのウイルス感染症を徹底的になくそうと思えば、それはなくなりません。本稿執筆時点での中国や台湾やニュージーランドがそうしているように。このウイルスと「なあなあ」の関係になって、ちょっと自粛、ちょっと緩和を繰り返し、「ウィズコロナ」なんて耳に心地よいキャッチフレーズを作ってしまったえば、ウイルスはそのように振る舞います。今の日本のように。そして、「コロナなんて風邪みたいなものだ。人間様、なめんな」とうそぶいてふんぞり返ってしまったえば、コロナはブラジルとかアメリカ合衆国（すくなくとも大統領選挙以前の）みたいなことをやらかすのです。

我々は見たいものしか見ないし、聞きたいことしか聞きません。恣意的に読者の欲望に寄り添うアルゴリズムをもった現代のインターネット社会においては、この性向はますます拍車がかかります。でも、そうやって「俺様だけの宮殿」の王様になりたいのか、私の見たくない不都合な真実の住まう外世界も直視したいのか。まさに、コロナウイルスは人間を試しているようにも思えるのです（こういうアイデアも幻想ですけど）。

二〇二〇年十一月

岩田健太郎

第一章 僕の「医者修行」時代

せっかく一〇〇点をとったのに

本書はタイトルのとおり、世に溢あふれている「PCR原理主義」、すなわち検査を増やせばそれだけコロナウイルスの蔓延まんえんも防げると主張する科学者や識者、メディアに対して反論をするために企画されました。タイトルに偽りはありません。

が、その話をする前に、なぜ、どのような経路をたどって僕が感染症の専門医になったのかというお話をしたいと思います。

これは少々、寄り道に見えるかもしれませんが。結論だけを知りたい人は第三章から読んでいただいてもけっこうです。しかし、なぜ僕がこのような反「原理主義」を唱えるようになったかをより深く知っていたくためには、僕の医師としての「成り立ち」から知っていた方がいいだろうが、いいと判断したためです。余談に感じられるかもしれませんが、お付き合いいただければ幸いです。

アメリカやヨーロッパから見て、日本は「極東」の国です。僕が生まれた島根県は、その本州の西の果てにある山陰地方にあります。

「山の陰」というのは、ずいぶんネガティブな地方名だと思います。本州の日本海側はかつて「裏日本」とも呼ばれました。

こんなことはあまり言いたくないのですが、島根県の位置を正確に指し示せる人は、日本にどれだけいるでしょうか。だいたいの場所は分かるけれども、どっちが島根でどっちが鳥取か、微妙だな——という人もたくさんいるだろうと思います。

たとえば東京で生まれて東京で育った人なら、島根県と聞いたときに「具体的な何か」をイメージできないのではないかとも思います。そんなわけで、多くの島根県人には「自分たちは日陰者だ」という意識があります。少なくとも「自分たちは日本の中心にいる」などとは絶対に思いません。

一九七一年、僕は島根県宍道町しんじに生まれました。宍道町はその後、松江市に編入されましたが、当時の人口は一人ほどです。そんな小さな町で育った僕は、自分が小さな存在であることを、幼い頃から分かっていたような気がします。それは島根県という地理的環境の他に、両親からの教えがあつたからです。

実は僕は、小学生の頃は勉強がよくできる生徒でした。新学期になって新しい教科書が配られると、それをざっと読みます。読むと、だいたいのことは分かりました。(あるいは分かったような気持ちになりました)。だから授業は本当に退屈でした。教科書を読めば終わる話を、延々と聞かされるわけですから。

あるときから、授業中に本を読むようになりました。たとえば一時間目が国語の授業なら、国語の教科書を読んでいるフリをしながら、図書室で借りた本を読むわけです。面白本にあたると夢中になってしまつて、二時間目が算数で、三時間目が理科、四時間目が社会だったとしても、ずっと国語の教科書で隠して本を読んでいます。「はっ」と気がついたときにはお昼になっている。テストではだいたい一〇〇点でした。

ところが、両親はそれをまったく褒めてくれませんでした。正確な言葉は覚えていませんが、「たかだか六道町の小学校で点がよかつたとしても、それは全然たいしたことではない」とか「世界は広い。一〇〇点をとつたくらいでいい気分になつていれば井の中の蛙になる」といったことを言われた気がします。

せつかく一〇〇点をとつたのに。

弟の死

同級生の中には、テストでいい成績をとつて親にご褒美をもらっている子が何人かいました。たとえば「この前のテストで八〇点をとつたから、マジンガーZの超合金を買つてもらつた」といった話がときどき耳に入ってくるわけです。わが家ではそういうことはい

っさいありませんでした。成績が良くても褒められないし、ましてご褒美をもらったことは一度もなかった。

理由は分かりません。でも想像するに——これは僕の主観です。今、改めて両親に聞いてみれば「違う」と言われるかもしれませんが——あの頃は父も母も、僕の成績なんてどうでもよかった。

僕には二歳下の弟がいました。彼は二歳のとき、交通事故で亡くなりました。ですから、僕が物心ついたとき、わが家はとても暗かった。若き父、若き母の笑顔の記憶が、僕にはありません。二歳の息子が亡くなったのですから、父と母が心から笑えない日々を過ごしたのは当たり前です。

今になって思い返してみると、僕は両親に大事に育てられた幸せな子どもでしたが、遠い記憶にある父と母はすごくダウンしていて、暗い顔をしていました。弟の死から四年後、小学二年のときに僕はサッカー部に入りました。一生懸命に打ち込みましたが、まるでパツとしない選手でした。その頃はいじめに遭っていたし、いい思い出は一つもありません。本をたくさん読んだのは、一つには授業が退屈だったからです。現実逃避でもありません。本の中の世界では、空を飛べます。名探偵のコナン君のように、子どもが大人をや

つつけることもできません。現実世界ではありえないことが、本の中にはたくさんある。僕はいわば、マツチ売りの少女がマツチに火を付けて、夢の世界を想像したように図書室の本を読み漁り、つらい現実世界から逃れようとしていたわけです。

それは中学校に上がってからと同じでした。当時の小中学校では（今でもそうかもしれないが）、勉強ができる生徒はあまり好かれない。むしろそれは、いじめの原因になりました。ですから、みんな「勉強をしていないフリ」や「勉強ができないフリ」をしたものです。中学校に上がった僕は一生懸命にサッカーの練習に明け暮れながら、それでもやはりパツとしない選手のまま、勉強はできたけれども試験前は「いっさい勉強しませんでした」というフリをするのが常でした。

小中学校時代、自己肯定感を持つことはいっさいなかった気がします。あったのはネガティブな感情、ネガティブな観念ばかりでした。実は今でも、自己肯定感はありません。

二つの違和感

僕が生まれた一九七一年は第二次ベビーブームの真ただ中で、この年の新生児数は二〇〇万人を超えています。二〇二〇年の新生児数は推定で約八五万五〇〇〇人ですから、

当時は今の倍以上の子どもがいたのです。

一方で、僕が大学受験をした一九九〇年には、大学の数は今の約半分しかありませんでした。当然のことながら大学に入るための競争は熾烈で、「受験戦争」という言葉が当時がありました。

その頃、宍道町にも松江市にも予備校は一つもありませんでした。塾もなかった。受験指導を担っていたのは学校で、学校の教師たちは追加授業やら何やらで、事あるごとに生徒たちを叱咤激励しました。

その頃よく言われたのは「あそこの高校に負けるな」ということです。僕は松江南高校という高校の生徒だったのですが、模試の平均点が出ると、「今回は松江北高校に負けましたが、松江東高校には勝った」とか「次回こそ絶対に松江北高校に勝ちましょう」とか、そういうことを、うんざりするほど言われ続けました。

言うまでもなく滑稽な話です。そして僕はそのことに大きな違和感を抱いていました。世界の極東にある日本の、日本の「裏」、「山の陰」にある小さな松江市で、「勝った」「負けた」とか「今回の模試はA判定だった」「B判定だった」とか一喜一憂している。そんな人たちに対して、「馬鹿じゃねえか」と思っていました。受験のための勉強にはどうし

でも打ち込めませんでした。

理系と文系という分け方にも違和感がありました。学問をやるのなら真実が大事であるはずで、文系と理系という二元論はおかしいと、そう思っていたのです。

たとえば僕が本で出会った古代ギリシャの哲学者——ソクラテスやアリストテレス、プラトンやピタゴラスといった人たち——は、自分を理系だとも文系だとも思っていなかったはずです。彼らはただ物事の真実を突き止めようとして、あるときは自然科学を探求し、あるときは数学を探求し、またあるときは神について考えたわけです。古代のギリシャにおいては、「私は文系だから数字は関係ない」とか「私は理系だから文章は気にしない」ということはなかったはずで。

二十世紀の哲学者ハイデガーは『存在と時間』という著書の中で、時間という概念について論じています。一方で、物理学者のアインシュタインは一般相対性理論において時間の進み方が一つではないことを示しました。

哲学は「文系」で、物理は「理系」ですが、時間という概念を扱う上では、文系や理系といった区分けはナンセンスでしょう。ユニバーサルに同じものは多数あって、フッサールはそれを「本質」と呼び、カントはそれを「物自体」と仮定しました。それをどう呼ぶ

かということとは難しいけれども、とにかく立場によってモノの見方が変わるのはおかしい。ちなみに、僕が哲学の本を真面目に読むようになったのは、医者になってからです。言葉や論理について勉強しようと思いついて、いきなりヴィトゲンシュタインの全集を買ったのが、たしか二〇〇四年でした。

でもダメでした。難しくてさっぱり理解できない。何が理解できてないのか、それさえ理解できませんでした。ですから、僕の哲学の知識などはたかが知れています。特に中学・高校当時はただ直感的に「理系と文系に分けるのはおかしい」と、自分一人でウジャウジャと考えていただけです。

医学部に進んだ理由

高校時代はサッカーにも打ち込んでいました。松江南高校のサッカー部はインターハイにも出場した強豪で、二年先輩には元日本代表の小村徳男おむらのりおさんがいました。とはいえ、僕は相変わらずパツとしない選手のままでした。運動能力は低いし、技術的にも下手で、試合にはまったく出られませんでした。

ようするに僕はスポーツでも勉強でもパツとしない生徒だったわけです。宿題は真面目

にやらず、ときどき授業をサボって図書室に逃げ込み、若氣わかげの至りで何事も斜めから見て
いるだけでした。

ただし、その頃から「ちゃんとした勉強をしたい」とは思っていました。受験のための
下らない勉強は嫌だったし、「勝った」「負けた」という世界から早くドロップアウトした
かったけれども、「大学に入ったらちゃんと勉強したい」とは思っていたのです。

では、ちゃんとした勉強とは何なのか。よく分かりませんでした。例によってウジャ
ウジャ考えていくうちに、理系と文系が融合した勉強、自然科学と社会科学が融合した勉
強がおそらく本当の勉強ではないかと思うようになりました。

だったら、自然科学と社会科学が融合した勉強ができるのは、大学のどの学部なのか。
そのときに思ったのは、「たぶん医学部だろう」ということでした。人間の肉体や精神を
学ぶ——医学は理系ですが、やっていることは文系にもつながると思ったのです。そして
島根医科大学（現・島根大学医学部）に進みました。

結論から言えば、これは間違いでした。当時の大学医学部は自然科学にどっぷりつかっ
ていて、社会科学の講義はついでにやっているだけだったのです（ただし、カリキュラムは
そうでしたが、島根医科大学の「文系」の教官はとてすばらしい方もいました。ドイツ語の黒川正巳まさみ

先生、英語の三吉敏博先生みよしとしひろなどからは語学のみならず、ゲーテやマックス・ウェーバー、オルダス・ハクスリーなど、さまざまな文化・哲学を学びました。

話は前後しますが、島根医大には推薦で入学しました。理由は二つあって、一つは受験勉強をしたくなかったから。もう一つの理由は、イギリスに留学したかったからです。

僕が高校三年生だった頃、Eメールもインターネットもありませんでした。正確に言えば、Eメールやインターネットは存在していたけれども、それは現在のそれとは比べ物にならないくらい実用性の乏しいものでしたし、僕は当時、その存在すらまったく知らなかった。当然のことながら、島根で暮らしていた僕には、海外で起きていることはさっぱり分かりません。東京で何が起きているのかさえ、よく分からなかった。

そして、だからこそ僕は情報に飢えました。外国に憧れました。井の中の蛙にならないためにも、海外に出ていきたかった。井の中の蛙だったからこそ、そしてそのことを強烈に自覚できていたからこそ（島根にいたので）、海外に憧れたのです。ま、よくある話です。

当時興味を持っていた外国のうちの一つがイギリスです。どうしてもイギリスに留学したかったのです。高校三年生のときに両親を説得しました。英語圏でサッカーが好きだと消去法ですぐイギリスでした。アメリカにはほぼ同じ理由で惹かれなかったのです。

自分は島根医大に行く。推薦入試で、一発でクリアするつもりだ。だから受験料は一分ですむし、島根医大は国立大学で学費が安い。自宅から通えるから下宿代もかからない。そのかわり、イギリスに一年留学するためのお金を出してください。

そう言って両親を丸め込んで、島根医大を受験したわけです。

実のところ、この時点で、本気で医者になる気はゼロでした。僕は単に「本物の勉強」がしたかった。一九九〇年に島根医大を受験した生徒の中で、医者になるつもりがなかったのは、おそらく僕ひとりだったと思います。

ですから、面接では苦労しました。どうしてかというところ、「いい話」ができないのです。私は子どもの頃、大病を患いましたが、ある先生に助けていただきました。自分もいつか難病の子どもたちを救いたい——こういう、面接で使えるような「いい話」が僕には何もないのです。

「地雷で足を失ったアフガニスタンの子どもの姿を、中学生の頃にテレビで見た。ああいう子どもたちを救うために、僕は整形外科医になる」。たとえばそんな学生がいるのですが、僕にはそんな話はまったくなかった。幸い試験は通りましたが、医療や医学についてほとんど何も知らないまま、僕は医学部に入ったのでした。

バブル崩壊前後の大学の風景

大学に入った僕は、たちまち教室で浮きました。

理由は「真面目に勉強していたから」です。

当時のエートスとして、大学に入っただけの学生が真面目に勉強するのは、普通のことではありませんでした。九割の学生は遊びに走っていたのです。これは当時のどこの大学でも同じだったと思います。その頃、大学はメディアから「レジャーランド」と揶揄やぶされてきました。「受験戦争」を勝ち抜いて「レジャーランド」に行くというのは、ひどく馬鹿げた話ですが、バブル時代の残滓ごんじとも言える、そんな時代だったのです。

島根医大の場合、同級生の約半分は「医者になりたい」という強い意欲のある学生で、残りの半分は「単に偏差値が高いから医学部を受けた」という学生です。いずれも入学したときには疲れ切っていて、勉強の意欲をすっかり失っていました。

医学部を卒業するまでには六年かかります。当時の島根医大では、九割の学生は病院実習が始まる五年生あたりまでは真面目に勉強しませんでした。最初の四年間は遊びまくって、試験は先輩たちが作った過去問を手に入れて対処する。留年さえしなければいいや、という感じです。「一生懸命に勉強しよう」という学生は一割ほどでした。あるいは、も

っと少なかつたかもしれません。

そんなわけで僕は教室で浮いていたのですが、だからといってどうということもありませんでした。入学してすぐにイギリスに行きましたし、もともと人付き合いが苦手なたちですから、同級生たちと距離があること自体は苦にならなかったのです。

ただし、「臨床医になるのは無理だろう」とは早い時期から思っていました。将来の自分が医療現場に立ち、同僚の医者たちや看護師さんたちとコミュニケーションしている姿、あるいは患者さんに向き合っている姿が、まるでイメージできなかつた。

僕は人付き合いが苦手だつたし、実は今でも苦手です。ですから、大学時代は基礎の研究者になるつもりでした。臨床は無理だろう。だから基礎にしよう。そういう消去法だつたわけですが、「自分にはこれしかない」という強い気持ちはあつて、研究室に入り浸つて生理学や解剖学の研究の手伝いをしたりしていました。

もちろん総合的な学問についても模索していました。「ちゃんとした勉強」をするために大学に入ったのですから、自分なりにいろいろ模索していて、たとえば解剖学と生物学をつなげたいと思っていました。

解剖学は、授業を受けて、実習をやつて、試験を受けます。生理学も、授業を受けて、

実習をやって、試験を受けます。つまりコマ切れです。解剖学と生理学は本来つながっているはずなのに、バラバラにやっている。だから、つながりが実感できません。これを何とかしてつなげたいと、僕は考えていました。

あるとき、たまたまこんな話を耳にしました。

「アメリカの医師免許試験はステップ1とステップ2があつて、ステップ1は基礎医学の問題しか出ない」

この話を聞いて僕が考えたのは「ステップ1の試験勉強をすれば解剖学と生理学がつながるんじゃないか」ということです。「もしかすると生化学と病理学もつながるかもしれない」とも思いました。

イギリス留学の小さな成果として、英語の読み書きはある程度はできます。ためしにアメリカの医師免許試験を受けてみたのが、五年生の夏でした。

ステップ1は通りました。だったらステップ2も受けてみようかと、六年生の夏、漠然とステップ2も受けてみました。ところがこれは落ちてしまった。もう一度勉強し直して、二回目の挑戦で通ったのが六年生の冬、医師国家試験の直前のことです。

「日本一厳しい病院」

島根医大を卒業後、僕は研修医として沖縄県立中部病院に勤務しました。基礎の研究者になるつもりではいたけれども、研修医として二年間、臨床を経験しなければいけないから、まずは臨床を覚えなければならぬ。当時はまだ臨床研修制度は必須ではありませんでしたが、医師免許を持っていて診療ができない、では医師である意味がない。

「さて、どうしよう」

そう考えていた頃、中部病院を特集したNHKスペシャルをたまたま見ました。

詳しい内容は覚えていませんが、画面には次々と過酷な現場のありさまが映し出され、「この病院の医師たちは何日も寝ずに診療にあたっています」というようなナレーションが流れました。

僕は当時、臨床の技術はサッと覚えて、できるだけ早く基礎の研究に戻りたいと思っていました。もちろん、臨床はサッと覚えられるものではありません。今となっては自分の認識の甘さに呆れるばかりですが、臨床を早く覚えるためには環境の厳しい病院がいいだろうと、沖縄県立中部病院にアプライしたわけです。

予想していたこととはいえ、沖縄での日々は過酷でした。当時はまだ沖縄に病院が少な

くて、毎日じゃんじゃん救急車が来ました。記録をつけていたから覚えているのですが、僕がファーストタッチで診た患者さんは一二〇〇人以上に及びました。

緊急性の高い患者さんが多くて、内科系なら心筋梗塞、外科系なら交通事故による怪我、^{やけど}熱傷などです。「生きるか、死ぬか」という患者さんをたくさん見ました。

特に忙しくなるのは、お盆やお正月です。町の開業医がいつせいに休む時期になると、患者さんが病室に収まらなくなって、廊下にストレッチャー（担架）を並べることもありました。当時は紙のカルテでしたから、患者さんが殺到すると机にドーンとカルテが積み上がる。ほとんど野戦病院のようなものです。

休みもありませんでした。新聞やテレビに触れる時間すらなくて、外で何が起きているのかも分からないような状態です。それほど過酷な環境で鍛えられたわけですが、臨床の技術はまるで身につきませんでした。むしろ、やればやるほど分からなくなってしまった。あるとき、難しい患者さんについて上級医に相談をすると、「どうしてこんなになるまで俺を呼ばなかったんだ！」と叱られました。またあるときは、簡単な患者さんについて上級医に相談すると、「どうしてこんなことで俺を呼んだんだ！」と叱られました。

「それは俺の科で診る患者さんじゃない！」というお叱りもよく受けました。

これは診療拒否ではありません。たとえば僕は体中を痛がってもんどりうっている患者さんを診て、てっきり「多発外傷だろう」と思って外科の先生を呼ぶわけですが、実は熱中症などで骨格筋が壊死する、横紋筋融解症でした。こんな感じで、医者一年目の僕の見立てはたびたび誤っていたのです。

先駆者の教え

沖縄県立中部病院で、僕は喜舎場朝和先生の指導を受けています。

喜舎場先生は日本人として（たぶん）初めてアメリカの感染症専門医の資格を取った方で、いわば日本臨床感染症界のパイオニアです。

先生のご指導がきわめて貴重な体験となったことは言うまでもありません。ただし、それが貴重な体験だったと気づいたのは少しあとになってのことですし、その真価に気づくようになったのはつい最近のことです。ほんと、気づくの遅すぎますよね。

喜舎場先生は患者さんに対して、詳細に病歴を聞くのが常でした。患者さん本人の話だけでなく、家族構成や家族の病歴なども聞きます。ですから、たとえば高齢の患者さんへの聞き取りには時間がかかりました。自分は九人きょうだいの八番目で、一番上の兄は

これこれ、二番目の兄はこうで——ということになるわけです。時には「二番目の姉は米軍の砲撃で亡くなった」などといった具合に、病気とは関係ない話を延々と聞かされたりもしました。このとき僕は、沖繩にはいかに戦争による死者が多いか、ということを知りました。八重山諸島にマラリアが多かったことも知りました。しかし一方で、どうしてそんなに時間をかけて病歴聴取をするのか、疑問だったし、やや不満でもあったのです。「この患者さんは肺炎なんだから、検査をして抗生物質を出せばいいだけの話じゃないか。なんでこの人のお姉さんが米軍の砲撃で亡くなった話を延々と聞かなくちやいけないんだ」

そんな思いがあったわけです。

あるとき喜舎場先生に教えられた病歴聴取は、患者さんをよく理解するための基礎訓練でした。

感染症の診察においては、患者さんをよく理解することがきわめて大切です。検査をして、抗生物質を出せば治せる、というほど臨床感染症の世界は甘くありません。当時の僕は、あまりに無知でした。過去の病歴や、家族構成などの情報をよく聞いておけばそこに、診断のヒント、治療のヒントが見つかることが少なくないのです。

余談ですが、研修医が病院の各科を回って研修することをローテートといいます。沖縄県立中部病院の研修医になった初日、僕は感染症科にローテートしたのですが、研修早々に「お前のプレゼンは何を言っとるか全然分からん！」と喜舎場先生に激怒されました。

初日で怒鳴りつけられて、「やっぱ俺は臨床医にはむいてないな」とつくづく思いましたし、感染症など論外だな、とも思いました。もともと、僕はけっこう「やられたら、やりかえす」「やられっぱなしにはしない」という反骨精神ももっているのです、その年度の終わりにもう一度、感染症科のローテートを希望しました。研修の一年が経ったあとのプレゼンは、喜舎場先生には怒られなかったな。

それから二十数年が過ぎた今、僕は感染症の臨床医になっているわけで、人生というのはなかなか不思議なものだと、改めて感じます。

意外な言葉

余談を書いたついででもう一つ。英語では研修医をレジデントと言います。レジデントには「住み込み」という意味もありますが、沖縄県立中部病院の研修医は文字通り病院に住み込んでいました。

今はどうだか分かりませんが、当時は二人で一部屋です。窓はありません。ベッドは共用でした。そんな殺伐とした部屋に、ある日、女の子がやって来ました。ルームメイトの恋人です。いつもなら「しばらくどこかに行ってくれ」とルームメイトは言うのですが、その日に限ってはなぜか三人で雑談をしました。その雑談の中で、ルームメイトの恋人がこんなことを言いました。

「イワケンはアメリカの国家試験に通っているんだから、インタビュー（面接）を受けてアメリカに行けばいいのに」

彼女は将来アメリカに行きたいという希望を持っていて、だからそんな提案をしてくれたのですが、これはまったく意外な言葉でした。先ほど書いたとおり、僕はアメリカの医師免許試験に通っていますが、これはあくまでも自分の勉強の方便。アメリカに行きたいとは思っていませんでしたし、どうやったら行けるのかも全然知らなかったのです。

詳しく話を聞いてみると、東京海上メディカルサービス（当時）という団体が毎年アメリカに研修医を派遣しているとのことでした。

「USMLE（アメリカ医師免許試験）に受かっているんだから、応募してみれば？」と彼女は言いました。

沖縄に来てから、すでに一年あまりが過ぎていましたが、僕はその頃、日々の激務にへロへロになっていました。朝から晩までずっと頭が朦朧もうろうとしていたし、肉体的にも限界寸前でした。「もうこれ以上は無理かもしれない」。何度もそう思いました。

そんなドロップアウト寸前にアメリカに行くチャンスがあると聞いた僕は、なかば現実から逃亡するために東京海上メディカルサービスのインタビューを受けたのです。結果は「合格」でした。ニューヨーク市のセントルークス・ルーズベルト病院で、内科研修医として働くことになったのは一九九八年七月のことです。

ニューヨークの貧乏生活

アメリカの医療研修は厳しいと、渡米前によく聞きました。ハードな毎日がやって来ることを僕も覚悟していましたが、実際に働き始めてみると、業務はさほど大変ではありませんでした。沖縄県立中部病院に比べると、むしろ楽だった。

実は当時、アメリカではある医療事故をきっかけに研修医の労働環境が見直されていたのです。病院に泊まり込む必要はなかったし、週に一度は確実に休めたし、休暇は年に四週間もありました。

ただし、苦勞したこともあります。一つは言葉です。イギリス留学の経験がありましたから、渡米前は「まあ何とかなるだろう」と呑気にかまえていたのですが、ニューヨークの英語は早口であるうえにアクセントもさまざままで、うまく聞き取れないのです。

とりわけ苦勞したのは電話でのやりとりです。たとえば病棟のナースから電話がかかってきても、くぐもった声で話されたときなどは、何を言っているのかまるで分かりません。そんなときは病棟を走って相手のナースのところまで行って直接話しました。

もう一つの苦勞は、お金です。端的に言って、アメリカ時代の僕はすごく貧乏でした。どうして貧乏だったかという点、まずアルバイトができなかった。今しがた「当時のアメリカでは研修医の労働環境が見直されていた」と書きましたが、それでも研修医の給料は安く、同僚たちは夜の当直などのアルバイトで糊口をしのいでいました。ところが僕の場合は、ビザの関係でニューヨーク州ではアルバイトができなかったのです。

それから、僕が勤務していた病院には「医師はマンハッタンに住まなければならない」という決まりがありました。病院はマンハッタンのセントラル・パークのすぐそばですが、それも当然なのでしようが、マンハッタンとはニューヨーク市の心臓部です。マンハッタンの住居費はすごく高くて、最初のうちは病院が家賃の半額を補助してくれたのです。

が、ある日突然「来月から補助がなくなる」と言われました。僕からすれば、ある日突然、家賃が倍になったようなものです。

うろ覚えですが、当時もらっていた給料は手取りで二〇万円ほどでした。家賃はだいたい一二万円。ということは、月の生活費は約八万円です。実は僕はバツイチで、当時は最初の結婚中で、家族持ちでしたから、月に八万円で暮らすのは相当大変なことでした。「今月の食費はどこまで切り詰めようか」なんてことを、日々真剣に考えたものです。

たいていの場合、アメリカ留学を志すドクターは日本でまず五、六年働いて、お金を貯めます。そのお金を持ってアメリカに留学して、貯金を切り崩しながら暮らします。僕は沖縄で研修医として一年勤めてからアメリカに行きました。もちろん貯金なんて全然ありません。だからお金ではだいたい苦勞をしたわけで、そこは思慮が浅かったとしか言いようがありません。

「お前はまるでなっていない」

一方で、仕事には一生懸命に打ち込みました。朝は誰よりも早く来て、夜は誰よりも遅くまで残って、言葉のハンディキャップを埋めようとしたのです。たぶん当時、僕は病院

で一番働いていたと思います。そういう努力はアメリカではあまり評価の対象になりません。「がんばる」ことよりも大事なものは「結果を出す」ことという考えからなのでしょう。しかしそれでも、「ケンタロウは真面目だし、よく働く」と周囲から肯定的な目で見てもらえるようにはなりました。英語も少しずつ上達していったし、内科の知識も少しずつ増えました。

ところがやがて、僕は錯覚に陥ります。いつの間にか、「自分はちゃんとできている」と思うようになったのです。

内科の臨床現場に一年もいれば、毎日の仕事のパターンは身につきます。たとえば診察なら「胸が痛い」と訴えている患者さんにはこうする」とか「発熱している患者さんにはこうする」という「手順」は覚えられます。検査や回診、投薬のオーダーなども、何カ月かすれば誰でも覚えられます。

でも、それは「医者としてちゃんとできている」ということではありません。いかにも医者らしく振る舞えるようになった、というだけです。しかし僕はそのことに気づかず、渡米して三年が過ぎた頃には「自分は日本でやっている医者なんかより全然イケてる」などと、すっかり慢心していました。

カンファレンス（医師や看護師などが集まって、患者の診断や治療について意見交換をする会）では積極的に手を挙げて「ああじゃないか」「こうじゃないか」とガンガン意見を言いました。時には他の医者に議論をふっかけたりもしました。それがアメリカ流だと思っていたからです。

いずれも勘違いだったと思いつたのは、渡米四年目でした。すでに内科研修を終え、アメリカの内科専門医の資格を取っていた僕は、マンハッタン南部地域にあるベス・イスラエル・メディカルセンターという病院で感染症の専門家になるための訓練を受けていました。その訓練中のある日、ナデイーム・サラマン先生という上級医に強く叱られたのです。

「お前はまるでなっていない。思い上がるな」

「だいたいそんなことを言われました」。

「悪いところってえのは、良いところがあるから目立つんだ。お前は残らず悪くて、良いところを探したって、どこにもありやしねえ」

「こんな台詞せりふが落語『淀五郎』に出てきます。僕はまさにそんな感じで怒られたのです。もちろんショックでした。ひどく落胆もしました。自分はどこがどうダメなのか。深く考

えてみました。しかし、よく分かりません。

優秀な医者 の 条件

そこで周囲を観察するところから始めてみたのです。すると、優秀な研修医や指導医たちは意見をあまり言わないことに、やがて気づきました。

彼らはカンファレンスのとき、じっと他人の話を聞いています。自分の意見は、議論の最後になってからボソツと言うだけです。

たいていの場合、それは建設的なコメントでした。議論を前進させ、チームのためになることを、彼らは手短かにまとめて発言していた。

逆に、ベラベラしゃべっている研修医や上級医のコメントはチームにさほどの影響を与えていませんでした。むしろ「ああ、あいつがまた勝手なことを言っているよ」という感じで、まわりから冷ややかに見られていました。

「聞くことに重きをおかなければいけない。演説をしてもダメだ」。それから僕は態度を改め、人の話を聞いていねいに聞くように努めました。同時に「臨床医はどうあるべきか」「病気とは何か」ということを、初めて真剣に考えるようになりました。

それまで僕は「病気を見つけて治せばいいんだろ」と簡単に考えていました。しかし、臨床医学はそのような甘いものではありません。そのように表面的なものでもありません。「心筋梗塞の疑いのある人にはこうする」「発熱している人にはこうする」というパターン認識的な対応は、診療ではありません。単に形式をなぞっているだけです。

その患者さんの身に何が起きているのか。これをなるべく正確に把握するためには、まず相手の話をていねいに聞かなければいけません。まわりの意見にも真摯に耳を傾ける必要があります。聞く＝事実確認で、そこを怠ると正しい診断はできないし、まして正しい治療もできないわけです。そんなことがだんだんと身にしみてきたある日、別の上級医に褒められました。

「お前はまるつきりダメな奴だという評判を聞いていたけれど、よくやっているじゃないか。ずいぶん勉強したようだな」。嬉し^{うれ}しさのあまり涙がこぼれそうになった経験は、たぶんそのときが最初です。

みんなに悪口を言われている人

日々のルーティンをこなしているうち、「自分はデキる」と錯覚してしまう。これはお

そらく、医者以外の職業にもあることでしょう。

医者の場合、錯覚が起こるのは三年目から五年目あたりです。一年目のペーパーの研修医の頃は、たとえばベテランの看護師さんから「そんなことをしちゃダメですよ」と叱ってもらえます。あるいは「新人の岩田先生はこう言っているけれど、どうもあの人は危なっかしいから、念のため上の先生を呼んでおこうか」といった具合に、予防線を張ってもらえます。

ところが医者になって三年くらい過ぎると、看護師さんから意見を言ってもらえなくなります。「この人は危ないから」というリスクヘッジもしてもらえなくなる。薬剤師さんや検査技師さんは、そもそも医者には絶対に文句を言いません。

話は前後しますが、僕が大学五年生だった一九九四年、新しい病院実習制度が作られました。それまで病院実習は自分の大学で受けるという決まりがあったのですが、「学生たちが井の中の蛙にならないように」、かどうかは知りませんが、他の病院でも実習を受けられる制度を当時の厚生省が作ったのです。

その話を聞いて、僕は「東北に行こう」と思い立ちました。そして、宮城県亘理郡わたりのぐんのある病院に手紙を送りました。当時のことですから手紙で、「そちらで実習をさせていた

いてもいいでしょうか」と問い合わせたわけです。実はその頃、僕は東北地方に興味がありました。一度も行ったことがなかったので、どんなところか見てみたかった。いづれ春18きっぷで旅行するつもりだったので、「実習にかこつけて東北に行こう」と思いついたのです。しばらくして、病院から返信が来ました。「とりあえず来なさい」ということだったので、行きました。

応対に出てくださったのは内科部長の先生でした。「君のような人は初めてだから、どう扱っていいか分からない」。その先生は正直におっしゃったあと、実にユニークな提案をしてくれました。

「月曜日は看護師さんに一日ずつと付けてもらいます。火曜日は薬剤師さんに一日ずつと付けて、仕事を覚えてください。水曜日は検査技師さん、木曜日は理学療法士さんに付けてください」

つまりその内科部長の先生は、医者ではなく、コメディカル（医療関係者の中で、医師の指示の下で医療業務を行なう人の総称）と呼ばれる人たちに付けて実習しなさいと提案してくれたわけです。その提案は、内科部長の先生の深い見識に基づくものだったのか、あるいは僕のような変な奴を体よく追っ払って他の人たちに押しつけたかっただけだったのか。

今でもよく分かりません。しかし、ともかくそういうことになりました。

結論から書くと、それは本当に、生涯忘れられない貴重な経験でした。医者がコメディカルの人たちからどう見られているか、僕はそのとき初めて知ったのです。

たとえば看護師さんに付いて手伝いをしていると、その人はひたすら医者の悪口を言っていました。「あの先生はこれも間違っている」「あそこも分かっていない」「全然ダメだね」。薬剤師さんも、やっぱり医者の悪口です。「あの先生はまたこんな間違った薬を使っている」「まるっきり分かっていない」。どの職種に付いていても、朝から晩までずっと医者の悪口ばかり聞かされました。

なおかつ、誰も決して本人には言いません。「医者というのは、すぐかわいそうな職業だな」と、しみじみ思いました。これだけ他の職種の人たちから嫌われ、蔑まれ、しかもダメなところを教えてもらっていないわけです。

あれから四半世紀が過ぎた今、僕は学生や研修医を教える立場になっています。彼らには「三年目から五年目あたりは気をつけろ」とよく言います。「そのあたりから誰も自分の失敗を指摘してくれなくなるぞ」と。指摘してもらえないまま失敗をくり返していると、「あいつはダメな医者だ」と陰で笑われます。それは医者本人だけでなく、患者さんにと

っても不幸なことです。

最初はおっかなびつくりやっていた病院実習も、慣れてくるにつれて「できるフリ」が身につきます。それ自体は悪いことではないけれども、「自分はできる」と錯覚してしまうと危ない。だんだん人の話を聞かなくなり、やがて年上の看護師さんや薬剤師さんに敬語を使わなくなる。あるいは、おべんちゃらを言う製薬会社の人たちがまわりにいるケースでは、自分より年上の製薬会社社員をアゴでこき使うようになる。

僕は学生や研修医たちに「どの職種の人にも絶対に敬語を使え」と、言っています。年上だけではなく、年下に対しても敬語を使えと、くり返し言っていて、それは僕自身の戒めでもあります。

第二章 なぜ日本は「感染症後進国」になったのか

感染症医は世界のどこでも仕事ができる

すっかり話が脱線してしまいました。アメリカ時代に話を戻しましょう。

振り返ってみれば、僕が感染症のプロとして生きていこうと思うようになったのは、一九九九年頃からです。

その年の夏、ニューヨーク市西部でナイルウイルスによる脳炎のアウトブレイクが、突如として発生しました。西ナイルウイルスは鳥類、そして蚊を媒介とするウイルスで、それまで南北アメリカ大陸には存在しなかったのですが、アウトブレイクはニューヨークからたちまちアメリカ全土に広がり、カナダやラテンアメリカにまで拡大しました。なぜ、そのような時期に西ナイルの流行が起きたのかは不明ですが、カラスのような鳥が媒介する感染症は広がりだすと一気に広い国土中に広がるのだと、そのとき知りました。

当時の僕はしがない内科研修医でしたから、ニューヨーク市の感染対策は外野から見ていただけでした。ただ、この頃にはすでに感染症のプロを目指そうという意識があつて、内科研修医として働きながら院内の感染対策委員を兼務していましたし、結核患者の隔離についての研究もしていました。

セントルークス・ルーズベルト病院での内科研修を終えたのは、二〇〇一年初夏のこと

です。その後、僕はベス・イスラエル・メディカルセンターというニューヨーク市の別の病院で感染症のフェローになりました。フェローという言葉の翻訳はちょっと面倒なのですが、アメリカでは三年の内科研修期間を終えた人の多くは、さらに内科専門課程の研修を受けます。この内科専門課程をフェローシップといい、フェローシップに参加する人をフェローといいます。

感染症医という道を選んだのは、簡単に言えば消去法です。

たとえば僕は手先が器用ではありません。ですから「自分には外科医は無理だな」と、早い時期から分かっていました。そういう形で「自分にはこれは無理だ」と思えることを取り払っていったら、最後に感染症が残ったわけです。特別な思い入れや動機はありません。実は今でも、自分のアイデンティティは感染症にないと思っています。

行動原理としては「自分が感染症医でなくても同じ考え方ができるか」ということは常に考えます。「自分が医者でなくても同じ考え方ができるか」という自問自答もします。しかし、「自分の立ち位置は感染症だ」とか「俺は医者だ」という思い入れはまったくありません。「こうでなければいけない」という発想は、子どもの頃から特になかったような気がします。

一つ言うなら、島根にいるときからずっと、世界で通用する人間になりたいとは思っていません。島根でしか通用しないのは嫌だったし、日本でしか通用しないのも嫌だった。先進国だろうが発展途上国だろうが世界のどこに行っても通用する人間になりたかった。

たとえば最新のロボット手術の専門家になったとすれば、おそらくアフリカの僻地^{へきち}では仕事ができないでしょう。ロボット手術の専門家が持っている知見と技術は、世界の辺境では宝の持ち腐れになってしまう。

内科研修医時代に考えたのは、「感染症医なら世界中どこに行っても役に立つのではないか」ということです。そして、それはまさに正解でした。その後、僕はアフリカでもカンボジアでも中国でも、あるいは先進国でも、感染症のプロとして仕事ことができました。地球上で感染症がない場所といえは、南極くらいです。南極には細菌もウイルスもいません（もっとも、厳密に言えば南極でも感染症は起きるのですが、それは、まあ、マニアックな重箱^{じゅうばこ}の隅^{すみ}つきです）。自分の適性を考え、「世界のどこでも仕事ができるから」という理由で、僕は感染症を選んだわけです。

アメリカ医療への疑問

ベス・イスラエル・メデイカルセンターで感染症のフェローになってひと月あまりが過ぎた頃、未曾有の大事件が起きました。九月十一日の同時多発テロです。

その一週間後には炭疽菌たんそを使ったバイオテロが起こり、ニューヨーク市の救急外来は「炭疽疑い」の患者さんで大混乱に陥ります。僕もその対応に忙殺されましたが、そのさなか「次は天然痘のバイオテロだ」という噂うわさが流れました。

天然痘ウイルスはすでに地球上から撲滅されています。しかし、アメリカとロシアは実験室にウイルスを保有しています。それが何らかの形でテロリストの手に渡つたらしい——という噂がまことしやかに囁かれ、僕は病院から天然痘ワクチンを打つよう命じられました。天然痘ワクチンはきわめてパワフルで、一回接種すれば一〇〇パーセントの予防ができます。つまりワクチンを打っておけば、天然痘テロが起きたときに「丸腰」で働くことができます。幸いにして第二のバイオテロの現場で働くことにはなりませんでしたが、この炭疽菌事件は現在でもその全貌がつかめていない謎の多いテロで、今後もこういう事件が起きる可能性はあります。接種した天然痘ワクチンが役に立つような事件が起きなければよいのですが。

おそらくこれも二〇〇一年の出来事だったと記憶しているのですが、ロンドン大学にデ

イスタンス・ラーニングという通信講座があることを、僕は偶然知りました。

この通信講座に申し込むと、まず大量の教材が届きます。その教材を読んで勉強しながら、与えられた課題についてレポートを書いては送り、送ってはまた書く、という形で勉強を続けていって、最終試験にパスするとロンドン大学の修士資格が得られます。期間は最短で二年、最長で五年。

前述したとおり、アメリカ時代の僕はひどい貧乏生活をしていました。しかし、当時勤務していたベス・イスラエル・メディカルセンターには奨学基金がありました。勉強にかかる費用なら、何十万円かの上限までは負担してもらえましたから、その奨学基金を使ってロンドン大学の通信教育にアプライしました。それがたしか二〇〇二年のことです。

アメリカで暮らしているのに、どうしてわざわざロンドン大学の通信教育で勉強を始めたのか。その理由は、アメリカのやり方が本当に正しいのかどうか疑っていたからです。これも前述したことです。当時の僕はまさに半人前の医者でした。タイムマシンに乗ってあの頃に戻れるのなら、自分に蹴りを入れたいくらいです。

しかし一方で、アメリカの医療にはどうも欠点が多いように思えてなりませんでした。「アメリカの医療がグローバル・スタンダードだ」と断言する人がまわりにたくさんいた

けれども、「ホンマかいな？」という疑問があった。その疑問はどうすれば解消できるのか。そう考え続けていたあるとき、ロンドン大学の通信教育に行き当たったわけです。

三角測量の意義

やがて段ボールに入った教材が、ロンドンからドサツと届きました。今ならインターネットでダウンロードできるのでしようが、二〇〇二年はまだ郵送です。

昼は病院で仕事をして、夜は勉強——という日々を送っているうち、イギリス感染症学の考え方はアメリカのそれとかなり違うことが分かってきました。これはそのずっと後で知ったのですが、アメリカの感染症学はドイツやフランスのそれとも微妙に違います。僕はペルーでも熱帯医学の実習を受けていて、そのときはアメリカとペルーのやり方も違うことが分かりました。

どれが正しくて、どれが間違っているのか。そこに関しては個別具体的な仮説になるので深入りはしませんが、ともかく各国医学界の見解は同じではない。

それはつまり、「グローバル・スタンダードは存在しない」ということです。

感染症には、その土地ならではの特徴もあります。たとえばペルーならペルー独特の感

染症があり、ペルーだけに適した医療があります。ペルーではアメリカ流は通用しません。全世界に適用されるシングルアンサーはないのです。

もちろんプリンシプル（原理原則）はあります。「感染症には必ず感染経路がある」「感染経路を遮断すれば、感染は防衛できる」といったユニバーサルにあてはまる原理原則がある。それはエイズにも新型コロナウイルスにもエボラにもあてはまらず。

ただし、原理原則をどう扱うかについてはいろいろな流派がある。つまりアメリカのやり方は、アメリカ流という一つの流派にすぎないわけです。

ロンドン大学の通信教育で勉強していた頃は、そこまで深いことには気づいていませんでした。しかし、トライアングレーション（三角測量）はすごく大事だという発見がありました。

AとBの二つだけを見て「どちらが正しいのか」と考えても、結論は容易に出ません。Aを支持する人とBを支持する人が議論をすれば、それは時に立場論争になります。単なる水掛け論になることもあるでしょう。AとBを比較しているだけでは、いつまでも折り合いがつかないわけです。しかし、AでもなくBでもないCという立場から三角測量すると、Aのよさが分かるし、Bのよさも分かります。AとBの欠点も見えてきます。ロンド

ン大学の勉強を続けていくうちに、日本とアメリカには共通概念があることも分かりましたし、実はアメリカだけの習慣にすぎないやり方もあると分かりました。みんながやっているから、昔からやっているから——そんな理由で続いている習慣を、時に医療現場で見かけます。そしてそれは、本当に必要な医療行為と混在しています。両者を区別するのは、経験が浅いうちはなかなか難しい。

ロンドン大学の学位（修士号）をとるまでには四年の歳月を要しましたが、その勉強の過程で、その国や病院固有の習慣と、どこでも通じるファクトを区別できるようになったのは、非常に大きな成果だったと思います。

「大学病院は無理だ」

二〇〇三年七月、感染症のフェローシップを修了した僕は、北京の診療所に勤務することになりました。

なぜ北京だったのか。これにはちょっとした曲折があつて、アメリカで内科専門医と感染症専門医の資格をとった僕は、その先をどう生きていくのか、迷っていました。

まず考えたのは、日本に帰ることです。当時は大学の医局に所属するのがデフォルトだ

ったので、日本に一時帰国して、知人のツテを頼って五つくらいの大学病院を見学させてもらいました。いずれも有名な病院です。

それは驚きの——悪い意味での驚きです——体験でした。

どこの病院でも言われたのは「まず助手からやってみる？」ということでした。「最初からあなたを戦力として扱うことはありませんから」「だって君はまだ三十歳でしょ？」という感じの、ずいぶんな上から目線だった。

それはまあいいとして、感染症に対する理解が予想を超えたレベルで低かったことに、僕は驚き、そして落胆しました。そもそも感染症科のない病院もありました。感染症科がある病院でも、そのほとんどは専門家ではない医者が教授を務めていました。たとえば肝臓の専門家が「私は肝炎ウイルスも扱っていますから」という「ノリ」で、感染症科の教授を務めていたのです。あるいは、呼吸器の専門家が「私は肺炎を診るから」ということで、感染症科の教授を務めていた。

それはいわば、野球しかやったことがない人が「同じ球技だから」という理由でバスケットボール部の監督を務めるようなものです。

ある大学病院を訪ねたとき、細菌検査室の小さな冷蔵庫に、血液培養ボトルがちんまり

と並んでいるさまを見ました。

「これで全部ですか？」と聞くと、「そうだ」との答えで、僕は絶句しました。

詳しい説明は省略しますが、血液培養というのは感染症のワークアップにおいて最も必要になる検査です。僕が訪ねたその病院には千床ちかくのベッドがありましたから、何百という数の血液培養ボトルが保管されていて当然だった。しかし、その病院のすべての血液培養ボトルは、ビジネスホテルでよく見かけるような、小さな冷蔵庫に収まっていたのです。

回診の見学でも、悪い意味での驚きがありました。診断も治療も僕から見るとまったくいい加減で、「なぜそれを？」という抗生物質が「なぜその量で？」と思えるような量で処方されていました。先ほどの野球とバスケの喩えたとで言えば、それは野球のピッチングの要領でバスケットボールをゴールに投げ込むようなものです。「まあ、投げていればそのうちゴールに入るだろう」と。少なくとも僕が見た大学病院では「とりあえず抗生物質を出す」「効果が出なかったら、また別の抗生物質を出す」「そのうち何か当たるだろう」という行ないが横行していて、それが治療だと見なされていました。

「これは無理や」

そう思いました。ここでは絶対に働けないと思った。アメリカでも不適切な診断や治療をよく見かけましたが、「それにしてもひどい」と思ったのです。二〇〇三年当時、日本の医学教育では感染症について教えられていませんでした。そして実は、今なお教えられていません。あれから一七年が過ぎた今でも、医学生や研修医の多くは独学で感染症を学んでいるのです。

日本には今、何千という病院がありますが、感染症科のない病院のほうが圧倒的に多い。なぜか。理由を簡単に言えば、日本の感染症学はその黎明期以降、進歩を止めてしまったからです。これについてはあとでまた詳しく書きたいと思いますが、ともかく僕は日本で働くことを断念したのでした。

僻地に行きたい

日本には帰らないと決めたとき、僕には三つの選択肢がありました。

一つは、アメリカで働くという選択肢です。ただしそのためには「僻地」に行く必要があります。無医村や過疎地で三年間医療をやるとグリーンカード（永住権）を取得できるというシステムが、当時あったのです。

僕はもともと田舎の人間ですから、僻地に行くことに何の忌避感もありません。なおかつ、田舎が好きです。だからたとえ、バーモント州の無医村で働くことを想像したりして「いいな」と思いました。もう一つの選択肢は、ニュージーランドで家庭医になるという道です。家庭医とは「何でも診るお医者さん」で、赴任先はやはり僻地だという話でした。

もちろん給料は高くありません。しかし、家と車が支給されます。それから医療訴訟が皆無に近い。アメリカは医療訴訟が多い国ですから、静かな生活を求めてニュージーランドに行く医者は少なからずいるそうです。これも「いいな」と思いました。

三つ目は、カンボジアの診療所の医者になるという選択肢です。

僕はかねて、途上国医療に興味を持っていました。カンボジアという国にも大きな興味がありました。

だから最終的にカンボジアという選択肢を選んだのですが、決断をしたそのとき、そのポジションはすでに埋まっていました。愕然がくぜんとしましたが、たまたま相談した人に「北京にポジションがあるよ」と言われました。

「ま、北京でいいか」

そんな軽い気持ちで中国行きを決めたのが、二〇〇二年のことです。

二〇〇二年の中国といえば、まだ途上国です。GDPは現在の約一〇分の一。医療もずいぶん遅れていました。いわば「カンボジアに行く」というノリで、僕は北京を選んだわけです。

ところが二〇〇二年十一月、「広東省で不思議な肺炎が流行している」という報告がPRIME Dという感染症情報サイトに掲載されました。そのとき僕はまだニューヨークにいたのですが、その後「不思議な肺炎」はSARS（重症急性呼吸器症候群）という新しい感染症であることが判明し、中国各地、台湾、ベトナム、シンガポールなどへ広がっていきました。

SARSの現場

僕がニューヨークで引越しの準備をしていた頃、SARSは北京で猖獗しょうけつをきわめていました。北京の繁華街である王府井ワンフーヂンからは人影が消え、ゴーストタウンのようになっていくと聞きました。

勤務先であるインターナショナルSOS北京クリニックに赴任したのは、二〇〇三年七

月のことです。ここは日本人をはじめとする外国人を主に対象としたクリニックだったのですが、そのときには北京のSARS（病原体はコロナウイルスの一種）はピークを超え、やや下火になっていました。しかし、もちろん予断を許さない状況ではあります。

当時、インターナショナルSOS北京クリニックに感染症の専門家は一人もいませんでした。ですから、僕は着任早々に診療体制の見直しを任せられました。そして、SARS疑いの患者さんもたくさん診ることになった。SARSウイルスは人から人へ感染します。発症後の死亡率は約一〇パーセント。有効な治療薬もワクチンありません。治療は対症療法だけです。

正直に言えば、僕は毎日ビクビクしながら診察をしていました。防護服を着て、帽子をかぶり、N95という特殊マスクをつけ、手袋やシューカバーもつける。場合によってはゴーグルもつけました。そんな「フル装備」で診療をしていたのですが、やはり怖かったです。「自分がウイルスをもらったら、どうしよう」という恐怖が、かたときも脳裏から離れませんでした。しかし一方で、感染防御の方法論は確立していました。SARSの診察・治療には決まったやり方があった。恐怖はあります。しかし恐怖があるからといって、やり方を変える必要はありません。手順通りに粛々とやるだけです。

先ほど書いたように、感染症にはプリンスプルがあります。「感染症には感染経路が必ずある」「感染経路を遮断すれば、感染症は防御できる」といった、真理に近い原則があるわけです。

それは未知の感染症にも適用できません。やり方のバージョンアップは常にしていかなければいけません。これから先、どんなウイルスが現われようとも原則はさほど変わらないのです。そういう意味では、SARSの対応で悩むことはありませんでした。

たとえば「SARS疑い」の患者さんのうち、症状が軽い人にはできるだけ自宅待機をしてもらいました。もちろん電話などで病状確認を日々しましたが、「疑わしきは全員入院」というやり方はしなかったのです。

なぜか。

SARSに迅速検査キットがありません。当時はたしか、検査結果が出るまで数日かかりました。つまり、疑わしい人すべてをSARSの指定病院に入院させていると、ただの風邪でしかない患者さんが病院に送られ、入院先でウイルスをもらってしまうリスクがあったわけです。

それから、入院患者が増えれば増えるほど、医療現場で働く人たちが疲弊していきます。

最悪の場合、それは院内感染や医療崩壊につながります。

この二つのリスクを未然に防ぐためには、「軽症者には自宅療養してもらおう」という選択は必ず考えなければいけません。たとえばその軽症患者が学生寮などで集団生活をしているのなら、入院させるかどうか、慎重に検討する必要があります。しかし、その軽症患者がアパートで一人暮らしをしているのなら、自宅で療養してもらって経過観察をしたほうがいい。

検査の結果、「この人はまず間違いなくSARSだ」ということになったとしても、「軽症者は自宅療養」という選択は念頭に置いておくべきです。臨床判断は病原体の有無だけをしてもうまくいきません。その患者さんがどういう家庭環境で過ごしているのか。そこにもきちんと目を向けなければならぬのです。

多国籍病院

SARSの対応で一つ困ったのは、中国政府の隠蔽体質でした。当時は今よりもずっと情報統制が強くて、状況を正確に把握できなかつたのです。とはいえ、感染者は二〇〇三年の夏以降は急減しました。「ウイルスはどこに行つたの？」と首をかしげたくなくなるほど

すっかり終息しゆうきつして、僕も日常業務に戻りました。

先述したようにインターナショナルSOS北京クリニックは、在中外国人のための病院でした。大使館に勤務している人、外国企業の駐在員、あるいは留学生などが主な患者さんで、稀まれに難しい症例の中国人患者がやって来ましたが、そのときは通訳付きです。インターナショナル北京SOSクリニックの本社はロンドンにあつて、北京のプレジデントは当時フランス人でした。医者には各国から来ていました。南アフリカ、オーストラリア、アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツなどです。中国人のドクターもいました。さまざまな国の人たちと働くのは、楽しく面白いことでした。というのは、国によってやり方が違うのです。たとえばドイツとフランスは隣国なのに、やり方はずいぶん違う。また、いろいろな国の患者さんを診療する中で発見もいくつかあつて、たとえばニューキノロン製剤という抗生剤はアジア人（日本人、中国人など）のほうが副作用が強いのではないか、などと考えたこともありました。

一方、生活はずいぶん安定しました。インターナショナルSOS北京クリニックはちゃんと給料をくれましたし、住居もあてがってくれて、さらに車と運転手まで付けてくれました。生活費八万円のニューヨーク時代と比べれば、天と地の違いです。その日の食

費を心配せず、すむ暮らしは五年ぶりのことでした。そんなわけで、僕はずっと北京にいるつもりでした。少なくとも日本に帰るつもりはまったくなかったのですが、二〇〇四年、ある人を介して千葉県鴨川市かもがわの亀田総合病院から誘いを受けました。

当ても今も、亀田総合病院はさまざまな医者をヘッドハントしています。とりわけ欧米でトレーニングを受けた医者を積極的にヘッドハントしていて、なおかつこのときは感染症の専門家を雇いたいという意向がありました。

「旅費は出しますから、一度うちの病院を見にきませんか。滞在中にデイズニーランドに遊びに行ってもらってもかまいませんよ」

そんな感じで声をかけてくれたのです。

千葉県は広がった

僕は関東地方に馴染みがなかったので興味はあつたし、それまで子どもをデイズニーランドに連れていくチャンスはそうはありませんでした。北京を出発したときは、見学がてらデイズニーランドに遊びに行くような感覚でした。

亀田総合病院では軽いレクチャーをしたり、研修医たちとカンファレンスをしたりした

のですが、僕がかつて見た大病院とはまるで違うエートスがありました。

まず学閥がありません。年功序列もありません。給料は年俸制で、「何歳ならいくらになる」といった決まりもない。しかも、これから感染症科を作って、僕を部長として呼びたいという話でした。

当時、僕は三十二歳です。提示された年俸は同年齢の医者平均以上でした。感染症科の部長として好きなチームを作っていいたいし、そのためのサポートはどんどんやりやすとも言われました。

しばらく見学しているうち、亀田総合病院の運営が先進的な考え方に基づいていることがよく分かりましたし、研修医たちは優秀でした。僕はそれまで「日本には帰るまい」と決め込んでいたのですが、「これなら帰ってもいいかな」と思うようになりました。

ただし一つだけ、「話が違うじゃないか」と思ったことがあります。それは鴨川からデイズニールランドまで車で片道三時間もかかったことです。「千葉県ってこんなに広かったのか」と、僕はそのとき初めて知りました。

往復六時間もかかるのだから、デイズニールランドは気軽に遊びに行ける場所ではありません。正直、「騙された」と思いました。

冗談はさておき、以上のような経緯で僕は亀田総合病院に移籍しました。二〇〇四年四月のことです。新設された感染症科に、僕はまず部長代理で入り、すぐに部長になりました。

二足のわらじ

僕が赴任したそのとき、亀田総合病院に感染症科が確立されていなかったと、今しがた書きました。しかし、感染管理室というセクションはありました。感染管理室の仕事は「防御」です。具体的には、院内感染を防ぐための仕事を受け持ちます。

日本における感染制御（感染症に対する防御）のメインプレイヤーは、当時も今も、実は看護師さんです。

これについては少し込み入った流れがあって、まず一九九六年に院内感染対策に診療報酬点数が加算されるようになりました。さらに二〇〇〇年に院内感染対策を実施していない医療機関は、診療報酬点数が減算されるようになりました。こうした流れとほぼ並行して、日本看護協会が専門看護師（感染管理看護師）の育成を始めました。およそ六カ月にわたるトレーニングを受けた専門看護師たちが広く現場で活躍するようになったのは、二〇

〇二〇三年頃のことです。

僕が日本に戻った二〇〇四年、亀田総合病院には古谷直子ふるやなおこさんという専門看護師がいて、感染制御のプロとしてさまざまな仕事を受け持っていました。しかし、診療のプロフェッショナルチームはありませんでした。そこに僕が入ったのです。当然のことながら、診療のカテゴリーで仕事をしたわけですが、病院全体の感染制御の仕事も掛け持ちしていました。

アメリカ時代、僕は感染制御のフォーマルなトレーニングは受けていません。アメリカの感染症フェローシップの最大の弱点の一つが、この感染制御の訓練不足と指摘されています。しかし、正規のカリキュラムとは別に感染管理委員の仕事をやったり、感染制御の研究をやったりしていて、感染制御の経験値は他のフェローたちよりは高かったです。北京でSARS対策の感染防御を担当したのも僥倖あやうでした。そうした経験を買われて、二足のわらじでやらせてもらったわけで、いずれのカテゴリーでも実にやりやすく仕事をさせてもらいました。後に、僕は感染制御のフォーマルな勉強の必要を感じて、北米のCIC (Certificate in Infection Prevention and Control) の資格を取るようになります。

亀田総合病院では、感染診療のプロの育成にも取り組みました。僕が感染症の後期研修

プログラムを作ったのは二〇〇四年で、これは日本の感染症予防トレーニングのほぼ先駆けです。当時、こういうトレーニングを提供していたのは静岡がんセンターの大曲貴夫おおくまがりのりお先生（現・国立国際医療研究センター）たちだけだったのではないのでしょうか。

二〇二〇年の今、感染症のプロは以前と比べれば増えました。診療についても前進はしていると思います。たとえばこの五、六年ほどで、前に見たように血液培養のボトルが小さな冷蔵庫に数本という病院はかなり減っていて、多くの病院は血液培養をきちんと取るようになりました。

しかしそれでも、人は足りていません。先ほど書いたように、日本の感染制御はかなりプロフェッショナルに進んできて、現在ではどこの病院にも感染制御部門があります。一方で、診療部門にはまだまだプロが少ない。感染症科がある病院も圧倒的に人材が少ない。どうして日本にはそんなにも感染症のプロが少ないのか。アメリカで五年研修しただけの僕から見ても、信じられないほどにレベルが低かったのは、なぜなのか。ここまで読んだ方の多くも、そんな疑問をお持ちでしょう。

二〇〇八年、僕は亀田総合病院から神戸大学に異動しました。そして現在に至るのですが、自分の話はそろそろおしまいにして、日本が感染症の後進国となってしまった経緯に

ついで、簡単に説明しておきたいと思います。

感染症と戦った戦後日本

二〇二〇年の今を説明するために、どこまで時間を遡るのが妥当なのか。おそらくそれは第二次世界大戦が終わった一九四五年だろうと、僕は考えています。

一九四五年当時、日本ではさまざまな感染症が流行していました。その大きな理由としては、まず衛生環境が劣悪だったことが挙げられます。上下水道の整備も不十分で、その頃の日本は今からは考えられないほど不潔な国だったので（終戦直後に作られた黒澤明作品や他の日本映画を観るとその一端に触られます）。

しかも、そこに海外から大勢の人たちが引き揚げてきました。南洋や中国大陸からの引揚者は、発疹チフス、天然痘、コレラ、腸チフス、赤痢、パラチフス、デング熱、ジフテリアといった感染症を持ち帰りました。

このうち、たとえばジフテリア一つだけを見ても、一九四五年の発症者は約八万六〇〇〇人です。死者は約八六〇〇人。新型コロナウイルスの感染者数・死者数と比べてみれば、その恐ろしさは容易にお分かりいただけると思います。

終戦直後は、結核も流行していました。これは一九四七年の数字ですが、その一年だけで約一四万六〇〇〇人の方が結核で亡くなっています。その他、破傷風も当時は死亡率が高く、恐ろしい病気の一つでしたし、梅毒などの性感染症も蔓延まんえんしていました。

こうした難しい状況に向き合ったのは、当時、日本を統治していたGHQ（連合国軍最高司令官総司令部）です。彼らはまず、予防接種の整備に手をつけました。「一人でも多くの人にワクチンを打つ」というところから始めたわけです。

公衆衛生の王道は「清潔な生活環境をつくること」で、上下水道をはじめとするインフラ整備は、きわめて重要な対策です。しかし、それには莫大な費用と長い時間を要します。おそらくGHQは短期間のうちに成果を出すため、相対的に低コストである予防接種を選んだのでしよう。

当時の予防接種は、どれも強制接種でした。副作用が起きても「特異体質だ」ということで片付けられました。個々の人権は無視して、強引に感染症を抑え込もうとしたわけです。

これはいわば突貫工事のようなもので、さまざまな不備がありました。占領下の日本はワクチンを製造する会社のレベルが低かったこともあり、多くの人が副作用で亡くなって

います。一九四八年には、ジフテリアの予防接種を受けた子どもたちが八四名も亡くなるという痛ましい出来事が起きました。一方で、強制接種には成果もありました。たとえば一九四六年の天然痘患者は一万七〇〇人以上もいましたが、予防接種の効果は劇的に出て、翌年の天然痘患者は三八六名にまで減っています。発疹チフス、コレラ、腸チフス、パラチフスなども激減し、やがて日本から姿を消しました。

その後、日本の公衆衛生制度は少しずつ整えられていって、沖縄のフィラリア症、瀬戸内地方の片山熱、あるいは狂犬病といった感染症を少しずつ駆逐していきました。八重山諸島でマリアの流行が起きるといったこともありませんでしたが、終戦から一九七〇年代までの日本人は、感染症と一進一退の戦いを繰り返し、一定の成果を収めてきたのです。

「日本感染症史の暗黒時代」

そのあとにやって来たのが抗生物質の時代です。

世界初の抗生物質を発見したのは実は日本人で、一九一〇年、細菌学者の秦佐八郎はたさ はちろうはドイツのパウル・エールリッヒと共同で、梅毒の治療薬「サルバルサン」を開発しました（この経緯について興味のある方は拙著『サルバルサン戦記・秦佐八郎 世界初の抗生物質を作った男』光文

社新書をお読みください。

この薬は残念ながら効果が乏しかったのですが、一九二八年、アレクサンダー・フレミングによってペニシリンが発見されると、抗生物質の時代が本格的に幕を開けます。

それまでは細菌感染症に対する治療薬はほとんど存在しませんでした。北里柴三郎きたざしはさぶらうたちが開発した抗毒素（免疫グロブリン）こそありましたが、ほとんどの細菌感染症に抗毒素は効果がありません。多くの感染症に対しては有効な治療法もなく、細菌感染症の重症化は死を意味しました。有史以来、人類はなすすべもなく感染症に屈してきたのです。そんな歴史を決定的に変えたのがペニシリンです。死の病だった感染症が、注射を打つだけで治るようになったのですから、当時の人たちにとってペニシリンは、まさに魔法の薬だと感じられたに違いありません。その後、ペニシリンの他にもさまざまな抗生物質が発見され、新たな治療薬が作られていきました。

細菌感染症は目覚ましい勢いで駆逐されていったのですが、抗生物質には大きな欠点があることが、やがて分かってきました。

一つは副作用です。アナフィラキシー（抗生物質を含むアレルギーなどによって、複数の臓器に症状が起き、生命に危機を与える危険を及ぼす可能性のあるアレルギー反応）や不整脈といった、

命に関わるような重大な副作用が明らかになったのです。

もう一つは耐性菌です。同じ抗生物質を使い続けていると、薬が効かない耐性菌が一定の割合で出現します。耐性菌が出現すれば、その抗生物質はあまり効かなくなったり、まったく効かなくなってしまうです。つまり、抗生物質には「使い続けていると効かなくなる」という、実に困った特徴があるわけです。

抗生物質が日本で普及したのは一九五〇年代から六〇年代にかけての時期で、その頃にはすでに抗生物質の欠点が明らかになっていました。しかし、多くの医者はそれでも抗生物質の濫用を続けました。

理由はまったく馬鹿げています。端的に言えば、それは「収益」のためです。当時の日本では、薬を処方すればするほど病院は儲かりました。製薬会社も儲かりました。だからむやみやたらと抗生物質が処方されたわけです。一九七〇年代の日本の製薬業界は抗生物質というヒット商品のおかげで、一兆円規模の巨大マーケットを作りました。

八〇年代に入ると、感染症学という学問はほとんど進歩を止めてしまいます。新しい抗生物質は次々と開発されているにもかかわらず……いや、開発のゆえに、というべきでしょうか。「感染症は抗生物質で治る」「だからもう研究はしなくていい」ということで、抗

生物質の使い方にしても、感染症に関する臨床面の学問にしても、歩みを止めてしまったのです。

一方で、抗生物質の濫用は相変わらず続いていましたから、薬剤耐性菌は増えました。これについては、少し問題になりましたが、結局は「製薬会社がまた新しい抗生物質を作ればいい」ということで片付けられてしまいました。

感染症と入れ替わるようにして着目されるようになったのは、がんや脳卒中といった生活習慣病です。「これからは生活習慣病の時代だ」と言われるようになって、感染症はいわば過去の遺物になってしまった。

ところが、一九八〇年代に入るとMRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）という耐性菌による死亡者が相次ぎ、臨床現場で大きな問題になっていきます。MRSAが発見されたのは一九六〇年代で、当時日本にあった抗生物質のほとんどはこの細菌に効きませんでした。

一九九〇年、このMRSAの院内感染によって夫を失った富家恵海子さんという方が、『院内感染』（河出書房新社）という本を出版します。これをきっかけに、院内感染は社会問題化しました。しかし、耐性菌や院内感染にまつわる問題を改善していこうという取り

組みは、二〇〇〇年前後までほとんどなされませんでした。

こんなことを言えば少なからぬ年配のドクターは腹を立てるでしょうが、一九八〇年代から二〇〇〇年前後までは、日本感染症史の「暗黒時代」です。専門家はいない。薬剤耐性菌が増えようが、医療事故が起きようが、そこには目を向けず抗生物質を濫用する。まさに暗黒時代です。

見よう見まねの医療

十九世紀の終わりから二十世紀の初めにかけて、感染症は日本の得意領域でした。ペスト菌を発見し、破傷風やジフテリアの血清療法を確立した北里柴三郎。赤痢菌を発見した志賀潔^{しがきよし}。世界初の抗生物質を開発した秦佐八郎。そうした微生物学の巨人を、かつての日本は輩出しています。ところが、僕が日本に帰ってきた二〇〇四年、日本には感染症の専門家はきわめて少なかった。より正確に言うならば、「自称専門家」はいても、本当のプロの専門家は数えるほどしかいませんでした。どうしてそのような後退が起きてしまったのでしょうか。

一九八〇年代以降の「暗黒時代」がその理由の一つですが、もう一つの理由は日本医学

がドイツを範として発展してきたことにあります。ドイツ医学では、専門分野を臓器で分けます。脳の専門家、心臓の専門家、腎臓の専門家といった具合に、体のパーツで分けるのです。しかし、感染症に特定のパーツはありません。脳にも心臓にも腎臓にも、感染症は起こります。ですから、抗生物質の時代がやって来たときには、「脳の専門家が脳の感染症に抗生物質を使う」とか「心臓の専門家が心臓の感染症に抗生物質を使う」といった形で、それぞれのパーツの専門家が我流で、薬を出していました。

これはがんも同じです。日本にがんの専門家がいなかった時代は、たとえば肺の専門家である外科医が、見よう見まねで肺がんの薬を出していたわけです。そしてその結果、「薬の量を間違える」といった初歩的なミスを原因とする事故が起きました。僕が研修医だった頃には、そういう事故が少なからずありました。

今でも「がんの化学療法は怖い」「化学療法をするくらいならば、何もしないほうがいい」というイメージを持っている人がいるのは、その時代の記憶が残っているからかもしれません。

感染症について臓器横断的な専門家が増えてきたのは、この一〇年くらいのことです。がんを横断的に診療する腫瘍内科医も近年、ようやく増えてきました。とはいえ、感染症

のプロの数は依然として少ない。ほとんどの医療機関には感染症のプロがいない。だからこそ今回の新型コロナウイルスで、現場の医療従事者たちは困ったわけです。

足りないのは人だけではありません。たとえば「物資」です。新型コロナウイルスの感染者が急増した二〇二〇年四月、多くの医療機関では防護服が足りなくなり、ゴミ袋を切って代用しました。使い捨てマスクを使い捨てず、使い回しました。

そういう「オフレーベル」な、専用器具を使わない感染対策しかできなければ、院内感染などとても防げません。そして実際に、院内感染があちこちで起こりました。検査のキャパシティも不十分なままです。

本書は日本にはびこっている「PCR原理主義」の愚に反論する意図で書いた本ですが、必要なときに必要なだけの検査が行なえるキャパは準備しておかなければいけないのは言うまでもありません。しかしそれは、いまだに不十分です。

人が足りず、物が足りず、システムがない

システム面の不備もいろいろと明らかになりました。

新型コロナウイルスの第一波がやって来た当初は、保健所を介さなければPCRが受けられませ

んでした。保健所を介さなければ、患者を入院させることも退院させることもできませんでした。そして、保健所と医療機関の連絡は、電話とFAXという前時代的かつ非効率な手段に限られていました。

システムについて最も重大な問題は、責任を持って意思決定をする専門家組織が日本にはないことです。よく知られているとおり、アメリカにはCDC（疾病予防管理センター）という組織があつて、たとえばトランプ大統領が無茶な横槍よこやりを入れてきても、方針を変えることなく必要な施策を行ない、必要な情報を国民に向けて発信します。また、トランプ政権のコロナ対策チームのリーダーであるアンソニー・ファウチ国立アレルギー感染症研究所長も、トランプ大統領が「コロナはインフルエンザより怖くない」と言っている横から、「大統領の言っていることは嘘うそです」と突っぱねる、尊敬すべきリーダーです。

イギリスやEU、中国や韓国などにもCDCはありますが、日本にはありません。ダイヤモンド・プリンセス号で感染者が続出していたとき、誰がどういう意思決定をしているのか、まるで分からなかったのはそのためです。

要するに、日本では人が足りず、物が足りず、システムがないわけです。

二〇〇九年に新型インフルエンザの問題が起きたとき、有識者会議の会長代理を務めて

いた岡部信彦先生は、そのことについて指摘しています。日本には専門家が足りず、物資が足りず、検査のキャパは小さく、システムがない、これは改善しなければならぬと、総括会議で発言された。僕も同じことを言いました。ところが最終的に「新型インフルエanza対策はうまくいった」という話になってしまいました。うまくいったのは事実です。しかしそれは、たまたまです。いわば鎌倉時代の元寇げんこうのようなもので、偶然うまくいったにすぎない。

ところが、それはいつの間にか「日本人は偉い」という日本人礼賛、あるいは「みんながんばった」という美談にすりかえられてしまいました。事実の検証も、反省もなされませんでした。そして、あろうことか本来進むべき方向とは逆に行ってしまった。感染症研究所は予算をカットされ、CDCは作られず、保健所は統合されました。つまり、キャパシティ・ビルディングを必要としていた日本は、むしろキャパシティを減らしてしまつたのです。なお、このようなキャパシティ削減策は現在の自民党・公明党政権だけでなく、往時の民主党政権も主導しましたし、地方で言えば大阪維新の会なども積極的に行ないました。新型コロナの問題はしばしば政争の道具に使われますが、これは党派性の絡む「〇党が偉い」とか「〇〇党はだめだ」といった問題ではありません。日本の政治家、そし

て官僚の多くが、判断を間違え続けたのです。

二〇一五年、韓国はMERS（中東呼吸器症候群）によって大きな被害を受け、その反省から韓国版CDCが改組、拡充され、キャパシティ・ビルディングが進みました。新型コロナウイルスの感染が広がったとき、一日一万件ものPCRができるキャパシティを持っていたのはそのためです。

中国は二〇〇二年、SARSの被害を受けました。その後、「このままではいけない」ということで中国版CDCが拡充されました。新型コロナウイルスの流行が始まった二〇二〇年、中国版CDCはいち早くウイルスの遺伝子型を特定し、感染状況を世界に発信しています。

「どちらがマシか」という発想

新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、政府は専門家会議を立ち上げました。専門家会議はその後、分科会と名前を変えましたが、リーダーシップをとってコロナの問題にあたっていくように見えません。

四月七日、安倍晋三首相（当時）は緊急事態宣言を発出しました。その際に「七割から八割」という具体的な数値を示し、「人との接触機会を減らしてほしい」と国民に呼びかけ

ました。これについては、僕は評価しています。どちらも過去の日本になかったことで、一つの前進だと思っております。

ところが、五月四日に緊急事態宣言が同月末まで延長されたとき、その根拠は語られませんでした。延長はなぜ二週間でもなく六週間でもなく、一カ月なのか。最初の緊急事態宣言で感染を抑え込めなかった原因は何なのか。さらに一カ月延長すれば感染を抑え込めるといふ根拠は何か。いずれの問題にも安倍首相も菅官房長官も加藤厚生労働大臣（いずれも当時）も言及しませんでした。

そうした問題に対して一つ一つ突っ込みを入れていくのが科学的営為というものでしょうが、専門家会議は政府が決めたことを追認するだけでした。経済再生担当大臣である西村康稔氏やすとしが新型コロナ対策担当大臣を兼務していることが象徴しているように、政府の主眼は経済対策にあります。コロナ対策は経済対策の下位概念にすぎません。本当は、コロナ対策は経済対策の前提なのです。

おそらくこれからも、感染症の専門家がリーダーシップをとることはないでしょう。保健所にまつわるシステムの不備は、いくらか解決されました。検査のキャパも、第一波時に比べれば拡大しています。しかし、それは本質的改善ではありません。

感染症のプロの育成、医療全般のキャパシティ・ビルディング、日本版CDCの設立といった本質的改善について、僕はあまり期待していません。何かしらのマイナーチェンジは行なわれるでしょうが、「コロナ後の日本」は「コロナ前の日本」とほとんど同じままだろうと思うのです。

とはいえ、希望がないわけではありません。

日本は良くも悪くも空気が物事を決める国です。空気さえ変われば、意外にあっさり大きな前進があるかもしれません。

新型コロナの流行によって、テレワークが普及しました。その普及のスピードは、きわめて速かった。オンライン授業もあっという間に実現しました。テレワークにしてもオンライン授業にしても、「それは無理だ」と言う人たちがコロナ前には少なからずいたけれども、やってみたら案外簡単にできたわけです。大都市圏の満員電車問題も、これを契機に解消に向かうかもしれません。

たとえばZoom会議について「ここが不便だ」とか「こういう欠点がある」と指摘することは、誰にでも簡単にできます。しかし、新型コロナに感染するリスクを負ってまで満員電車で通勤することと、画や音がときどき途切れるZoom会議では、どちらがマシ

でしょうか。

未知の存在と対峙たじするときには、「どちらがマシか」という発想は絶対に必要です。何が正解なのか分からない状況においては、完璧を求めるべきではありません。「こっちのほうのマシ」という判断を積み重ねながら、一つ一つの問題点や欠点を改善していくしかない。何であれ新しい試みに完璧なスタートはありません。

そういう共通認識が広く日本に浸透すれば、僕の予想は良い意味で外れるでしょう。「どうせ何も変わらない」と岩田は言っていたけど、日本はこんなに良くなったじゃないか。そんな批判をされる日がいつか来ればいいのですが、どうでしょうか。

一九六一年のポリオ生ワクチン緊急輸入

最後に一つ、エピソードを紹介しておきたいと思います。

一九六〇年、日本でポリオ（急性灰白髄炎かいはくすいえん）の大流行が起きました。北海道を中心に約五六〇〇人の患者が出たのです。

ポリオは神経に起こる感染症で、俗に小児麻痺まひと呼ばれています。人間の糞便ふんべん中ひにいるポリオウイルスがその原因で、小児麻痺という俗称のとおり乳幼児に多い。発症してしま

うと、有効な治療法は今もありません。一部の感染者には「歩けなくなる」などの重大な後遺症が残ります。

一九六〇年当時、日本では注射で打つ「不活化ワクチン」が予防接種に使われていたが、このワクチンは効果が不十分で流行を抑えられませんでした。なおかつ、ワクチンの数が不足しました。

翌一九六一年六月、古井喜実厚生大臣は、「責任はすべて私にある」と言って、ソ連から一〇〇〇万人分、カナダから三〇〇万人分、合計一三〇〇万人分のポリオ生ワクチンを緊急輸入しました。生ワクチンというのは口から飲むワクチンで、不活化ワクチンよりも高い効果があります。

しかし、当時はポリオ生ワクチンの安全性が懸念されていました。さらに法律上の問題があつて、定期接種ができませんでした。にもかかわらず、古井厚生相の決断によって、当時の仮想敵国であるソ連からワクチンを輸入したわけです。輸入された一三〇〇万人分の生ワクチンは全国に無料で供給され、その約三ヵ月後の九月には、ポリオの大流行は終息しました。古井厚生相は決断にあたって、こんな談話を出しています（同年六月二十一日）。「事態の緊急性に鑑み、専門家の意見は意見としても、非常対策を執行しようと考えた矢

先、これらの方々もこのことに理解の態度を示してくれたことは何ほどか私を勇気づけた。責任はすべて私にあるⁱⁱ」

責任はすべて私にある——という言葉を、僕は現代の政治家には期待しません。役人も期待しません。どちらかというと、現代社会においては「責任は俺が取る」という人は皆無で、むしろ「俺の責任ではない。俺以外の誰かの責任だ」と言い逃れるのがデフォルトになってるように思います。

しかし、実際には僕たちは常に責任を取り続けなければいけないのです。何をするにしても、あるいははしないにしても。

二〇二〇年十月、厚生労働省はずっと積極的勧奨を差し控えていたHPVワクチン（いわゆる子宮頸がんワクチン）の「情報提供徹底」を自治体に通知しました。その一方、「これは積極的勧奨ではない」という立場には固執し、自治体には「情報は提供せよ。だが、勧奨するな」という非常に無責任な要請をしました。古井氏の爪の垢でも煎じて飲ませたいところです。

僕も日々、自分にできることは何かと模索し、できることから一所懸命取り組んでいきます。もちろん、己おのれの責任は背負った上で、です。

医療とは関係ない一般のみなさんにも、「自分には何ができるのか」ということを一度は考えてみてほしいと思っています。

いずれにせよ、何もしないという選択肢はありません。まずは僕個人にできることをやるのみですが、医療とは関係ない一般のみなさんにも、「自分には何ができるのか」ということを一度は考えてみてほしいと思っています。

i ポリオの生ワクチンは二〇二〇年現在、多くの先進諸国で使われていません。理由は副作用のリスクです。現在の主流は不活化ワクチンで、日本では二〇一二年から不活化ワクチンが定期接種に導入されています。

ii 「ポリオ生ワクチン緊急導入の経緯とその後のポリオ」平山宗宏（「小児感染免疫」Vol.19 No.2 189p, 2007）

第三章 どうして僕は「PCR」原理主義に反対なのか

検査は間違える

あらゆる検査には間違いが起きます。

一般的な血液検査、CT、MRI、PCRのような遺伝子検査。現代医学にはさまざまな検査がありますが、そのすべてに間違いが起きます。例外はありません。病気を見つげられないこともあれば、病気ではない人を「病気だ」と判定してしまうこともあります。

ですから、医者には「検査が間違えている可能性」を常に加味した上で判断しなければいけません。たとえば新型コロナウイルスのPCRなら、陽性という検査結果が「間違った陽性（偽陽性）」かもしれないというリスクを、必ず考えなければいけないわけです。

逆もまた然りです。PCRが陰性ということだけを根拠に「この人は感染していない」と決めつけることはできません。

新型コロナウイルスについての議論の多くは、ここを出発点にしないと不毛な議論にしかならないのですが、しかし実際には「偽陽性など存在しない」という、いわば「原理主義」とでも言うべき主張をする人がいます。

彼らに言わせれば、遺伝子を捕まえる技術は確立されている。正しい手順を踏めば、必ず正しい結果が出る。ゆえに偽陽性などは存在しない——たとえば生物系の基礎研究をし

ている先生は、そんなことをよく言います。正しい手順を踏めば、正しい結果が出る。それはそのとおりです。

ただし、それは検体を正しく採取し、検査室の環境を理想的に整え、必要に応じてバリテーション（検証）をくり返していけば——という前提付きでの話です。もし、そのような理想的環境と、時間的余裕があれば偽陽性が出る可能性はかぎりなくゼロに近くなりま

す。
しかし、現実世界は実験室とは違います。

感染者が爆発的に増えると、検査技師さんの仕事も爆発的に増えます。問い合わせの電話がジャンジャン鳴って、検査室のスタッフ全員がバタバタして、疲れてもロクに休憩をとれず、お腹が空いても食事もできず、毎日遅くまで仕事をしているために睡眠不足になれば、当然ミスが出ます。場合によってはミスが多発します。

たとえば検体の汚染です。実験室で作業をしているときにでも、ウイルス遺伝子のある検体とウイルス遺伝子のない検体が混ざってしまうというミスは、昔からあります。ウイルス遺伝子のある検体を、ウイルス遺伝子のない検体と取り違えてしまうミスも、よくある古典的なミスです。

話はちよつと飛びますが、重力の法則というものがありません。「あらゆる物体が落下するスピードは同じである」「かのガリレオ・ガリレイは、ピサの斜塔の実験でそれを証明した」という話を、みなさんは学校で習ったはずですよ。

たとえば、一キログラムの鉄球と一ミリグラムの羽毛の落下スピードは同じですよ。ただし、それには「空気抵抗を無視すれば」という条件が付きまします。

空気抵抗を無視すれば、どんな物体であれ同じ加速度で、同じスピードで、同じ時間に落下します。これは事実ですよ。しかし、現実世界には空気があります。現実世界に生きている僕たちは、空気を無視できません。

理想環境下で正しい手順を踏めば、PCRの偽陽性は起こらない——。これはいわば「地球に空気がなければ羽毛も鉄球も同じ速度で落ちる」と主張するようなものですよ。リアルワールドのデータこそが、我々の感染対策に役に立つデータなのですよ。

陽性・陰性の境界線

PCRでは「死んでいる遺伝子」を拾ってしまうことがしばしばあります。

その人の体内に、ウイルスはもういない。しかし、「ウイルスの死骸」は残っている。

そんなケースでもPCRは陽性になります。二〇二〇年六月、読売ジャイアンツの選手二人が「微陽性」と判定されました。彼らはおそらく、検査前に新型コロナウイルスに感染していたのでしょう。検査をしたときはすでに感染は終わっていて、抗体によって殺された遺伝子が引っかけたのだと思います。

その後、ジャイアンツの二選手はもう一回検査を受けました。結果は陰性でした。それから今日まで、彼らが発症したという報道はありません。つまりこれは、回復者が陽性と判定されたケースだと推測できるわけで、こういう形でも偽陽性が起こります。ちなみに、「微陽性」という言葉は医学の世界にはありません。しかし、それは言い得て妙なネーミングだと、あの報道が出たときに僕は思いました。

PCRは、ウイルスの遺伝子を見つける検査です。結果は陽性／陰性の二種類で示します。「不明」とか「微妙」といった結果はありません。

「この人の体内にウイルスがいる」と判定できるボーダーラインの数値を閾値いきちと言います。閾値を超えれば陽性で、超えなければ陰性です。

しかし、閾値というのは人間が恣意的に作った基準にすぎません。それはいわば、「身長が何センチ以上だと高身長」とか「体重が何キロ以上だと肥満」ということを、どこか

の誰かが決めるようなものです。たとえば、僕の身長は一六六センチです。そこで「身長一六六センチ以上は高身長」「一六六センチ未満は低身長」という基準を僕が独断で作ったとします。それは僕という人間が恣意的に作った基準にすぎません。

まあ、そこまで機械的にしないでも、同じ高身長にもいろいろな様相があります。身長二〇〇センチを超える「誰がどう見ても高身長」という人もいれば、僕のような身長でも「高身長」のカテゴリーに入る地域や国が世界のどこかにある（と、密かに希望しています）。

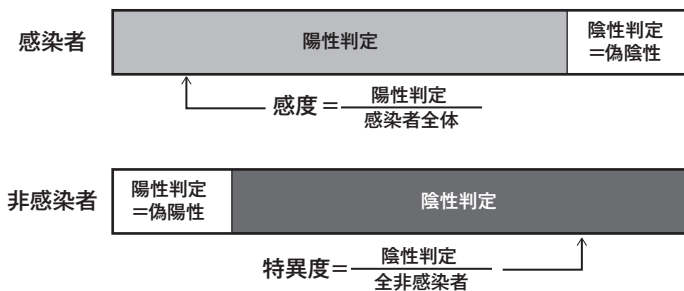
PCRの閾値もこれと同じです。同じ新型コロナウイルスでも様相はいろいろあって、「明らかな陽性者」もいれば、「ギリギリの陽性者」もいるわけです。

陰性についても同じことが言えます。陰性という結果は「ウイルスがない」という証明ではありません。「閾値を下回っている」ということです。本当にウイルスがないのか、PCRでは感知できないレベルのごく少数のウイルスがいるのか。陰性という結果はその違いを指し示してはいないのです。

感度・特異度——完璧な検査は存在しない

あらゆる検査は間違える。このことについて、もう少し説明を続けてみたいと思います。

図1
〈感度と特異度〉



検査の正しさを示す指標に、「感度」というものがあります。これは「病気を見逃さない能力」のことです。たとえば感度一〇〇パーセントの検査なら、本当に病気がある人はすべて、陽性と判定されます。感度七〇パーセントの検査なら、本当に病気がある人が一〇人いたとき、そのうちの三人は陰性と判定されます。つまり、病気がある人を三人、見逃してしまうわけです。

もう一つ、「特異度」という指標があります。こちらは、病気ではない人を正しく「病気ではない」と判定する能力です。たとえば特異度一〇〇パーセントの検査であれば、本当に病気がない人はすべて、陰性と判定されます。特異度七〇パーセントの検査なら、本当に病気がない人が一〇人いたとき、そのうちの三人は陽性と判定されます。つまり一〇人のうち三人は、本当は病気ではないのに病気だと判定されてしまう。

感度一〇〇パーセント、特異度一〇〇パーセントの検査は、もちろん理想的です。しかし、そのような検査は現実世界には存在しません。これから先、どんなに科学が進歩しても、そうした完璧な検査法は開発されないでしょう。

それはなぜか。

ある検査の感度を上げるためには「病氣と判定する基準」、つまり閾値を下げていくこととなります。たとえば、「二万個以上のウイルス遺伝子が検体から見つかれば陽性」という基準があったとして、それを「一〇〇〇個以上のウイルス遺伝子が見つかれば陽性」と変更すれば、「本当に病氣の人」を見逃してしまう確率は、理論的には下がります。

しかし閾値を下げると、特異度も下がってしまうというジレンマが起きるのです。

「あなたは病氣ではありませんよ」と判定されたけれども、「実は病氣だった」という人が増えてしまう、という現象が起きるのです。つまり、感度と特異度はトレードオフの関係にあるわけです。

たとえば、「頭に頬ほおかむりをして風呂敷を背中に担かついでいる男を泥棒とする」という「基準」を作ったとしましょう。これじゃ、ほとんどの泥棒は見逃してしまいそうです。よって、「キョロキョロしている男は泥棒だ」と基準の閾値を下げます。こうすれば、相当数

の泥棒は捕まえることはできるかもしれませんが、でも、当然ですが、キヨロキヨロしていても泥棒ではない男だってたくさんいるでしょう。トイレを探しているだけだった、とか。よって、基準を下げれば「見逃し」は減りますが、「冤罪」はトレードオフとして増えてしまうのです。

かなり、分かりやすい喩えで説明したつもりですが、これでも理解していただけないことは多いです。

なぜ「当たり判定」(感度)の精度を上げると、誤判定の割合(特異度)も上がってしまうのか——この「感度/特異度」問題については、実は医学生でもきちんと理解できていない人がたくさんいます。僕自身も腑に落ちるまでは何年もかかりました。

ですから、一般の読者のみなさんが完全に理解しようとする必要は必ずしもありません。「病気ではない人が陽性と判定されることもあれば、病気の人が陰性だと判定されること」もある。それはあらゆる検査で避けられないことだ」

そういうざっくりとした理解で充分です。ちなみに、新型コロナウイルスのPCRは感度が低いことがよく知られています。つまり、ウイルスに感染しているのに陽性にならないケースがたくさんある。

世界最高レベルの医学専門誌『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン』に掲載された論文において、執筆者たちは「PCRの感度は七〇パーセント」と見積もっています。僕の体験的実感でも、だいたいそんなところかなと思います。

もう一度くり返しますと、感度七〇パーセントの検査においては、一〇人の感染者（本当の陽性者）のうち二人が陰性と判定されます。一〇〇人のうち三〇人、一〇〇〇人のうち三〇〇人の「本当の陽性者」が「あなたは新型コロナウイルスに感染していません」と判定されてしまうわけです。

「聞くこと」が一番大切

さてそれでは、検査結果という不確かなものに対して、医者はどう向き合えばいいのでしょうか。

結論から書きます。

最も大切なのは「医者が患者さんの話をよく聞くこと」です。

たとえば、目の前にいる患者さんは微熱が二日続いているとします。軽い咳せも二日前から続いているとしましょう。それだけのデータでは、その患者さんが新型コロナウイルスに感染し

ているかどうかは熟練の医者でも判断できません。といって、それをただの風邪と断定することもできません。

だから愚直、丁寧に患者さんの話をよく聞くのです。

その人が住んでいる地域に新型コロナウイルスの流行は起きているのかどうか。その人はクラスターが発生した場所に行ったことがあるのかどうか。クラスターが発生した場所にいた人と濃厚接触したことがあるのかどうか。いわゆる「三密」が発生する場所に最近行ったのかどうか。

そういうことを根ほり葉ほり聞くわけです。

なおかつ「この人は嘘うそをついているかもしれない」ということを常に疑います。

たとえば「あなたは最近キャバクラに行きましたか」と聞いたとき、「そんなところには生まれてこのかた一度も行ったことがない」という答えが返ってきたとしても、ただちに信じたりはしないわけです。その言葉が嘘かもしれないという前提で細かい質問をさまざまに重ねて、真実につながるヒントを探します。「い、い、いえ、キャバクラなんて、そんなところ……い、い、行っていません！」みたいな口調とか。

これは他の感染症の診察でも同じで、たとえばHIV（ヒト免疫不全ウイルス）の感染が

疑われる人には、日常的な会話ではしないような質問を山のようにぶつけます。医者とは実に因果な稼業なのです。

あなたは最近セックスをしましたか。セックスをした相手は男ですか、女ですか。そのときにコンドームをつけましたか。そのときにアナルセックスはしましたか。アナルセックスでは受ける側でしたか、挿入する側でしたか。

そんなふうに詳細に聞くのです。聞き取りは、場合によっては数十分にも及びます。微に入り細を穿って相手を知る努力を重ねないと、診断も治療もできないからです。

ましてやHIVの場合、パートナーがいるのであれば、その人もかならず診察室に来てもらわないとなりません。彼／彼女が感染している可能性はもちろん、その彼／彼女には別のパートナーがいるかもしれないから、事は重大です。

医者という仕事は、人間に対する洞察力がないとできない仕事です。それは感染症の医者にかぎった話ではありません。

たとえば糖尿病の医者なら、患者さんの食生活を把握しなければいけません。精神科の医者なら、患者さんの人間関係や職場環境、家庭環境をできるかぎり把握しなければいけない。あるいは心臓の医者だったら、「その患者さんはなぜ心臓に悪いと知っていないながら、

タバコがやめられないか」ということも知っておく必要があります。

検査をして、薬を出す。それだけで事が済むのであれば、医者なんて楽な仕事です。そんなことは、いずれAIが全部やってくれるようになるでしょう。

検査の価値も意味も「事前確率」によって変わる

患者さんの話を、できるかぎり詳しく聞く。

これは専門用語で言い換えるならば、「事前確率」を推定する作業でもあります。

事前確率とは「検査前の患者さんがその病気を持っている確率」のことです。

この定義だけでは分かりにくいでしょうから、先ほど例に挙げた患者さんのケースで説明してみましよう。

微熱と軽い咳が二日続いている患者さんがいます。その人が住んでいる地域ではここ何カ月も一人の感染者も出ていません。その人は一人暮らしで、三カ月前からずっとリモートワークをしています。それから、「連日の報道を見ているうちにコロナ恐怖症になってしまっ、趣味のジョギングも今はやめています」と言っています。その言葉が事実なら、三密が発生する場所には行っていないだろうと推察できます。

この場合、事前確率はきわめて低いと僕ならば判定します。

そこで、その人には自宅で療養してもらうことにします。検査はしません。事前確率が極端に低いときに検査をすると、間違った結果が出るのが多いからです（このことについては後でまた説明します）。

事前確率について、もっと極端なケースを考えてみましょう。狂犬病という病気があります。イヌやコウモリなどに嚙かまれることで感染する病気で、発症後の死亡率はほぼ一〇〇パーセントという恐ろしい病気です。

狂犬病の症状はたくさんありますが、その一つに「急に動けなくなってしまう」というものがあります。しかし、「急に動けなくなってしまった」という人が救急車で運ばれてきたとき、感染症医である僕はその人が狂犬病である可能性を最初から排除します。

どうしてかといえ、一九五六年以降、日本国内では狂犬病患者は一人も出ていないからです。つまり、海外への渡航が極端に制限されている二〇二〇年の日本において狂犬病の事前確率は限りなくゼロに近いのです。

ただし、狂犬病は今でも世界中にある感染症で、アメリカのような先進国でもときどき感染者が見つかります。インドでは年間二十万人以上が狂犬病で亡くなっています。ですか

ら、救急車で運ばれてきた患者さんが「昨日インドから帰国したばかりだ」という事前情報があったときは、狂犬病を考慮する必要があります。

しかし、そうした事前情報がない場合は、「ウイルスがいるかどうか検査をしよう」とか「とりあえず隔離しよう」などとは考えません。「急に動けなくなる」という症状がある他の病気、たとえば脳梗塞についてアプローチするのが正しい医療のあり方です。狂犬病検査をしている時間があつたら、脳梗塞の可能性を考えて行動したほうがずっとその患者さんにとってもいいはずです。

もう一つ、季節性インフルエンザの例で考えてみましょう。ある日、僕の勤務する病院にインフルエンザが疑われる男の子がやって来ました。季節は冬で、インフルエンザが全国的に流行っています。

昨日、その子のクラスではインフルエンザになった生徒が一〇人を超えて、学級閉鎖になりました。そして今日の朝、その子が熱を出した。「喉が痛い」「体の節々が痛い」と、彼は訴えています。

この場合の事前確率はきわめて高い。

ですから、真っ先にインフルエンザを疑います。ウイルスがいるかどうかを調べます。

そして、かりに結果が陰性だったとしても、事前確率を重視して「この子はインフルエンザだ」という前提で対応します。インフルエンザの検査だって間違えることもあるからです。事前確率は、あらゆる診断において考慮しなければなりません。検査の価値も、検査の意味も、事前確率によって変わります。それが臨床医学の基本中の基本です。この基本を無視したまま検査の是非を論じて、不毛な議論にしかりません。

自分が間違っている可能性

僕たち感染症医は、たいていは疑り深い人間です。まず検査を信用しません。状況によっては患者さんが言っていることすら疑います。「厚生省のガイドラインはデタラメを言っているのではないか」と疑うこともあれば、「アメリカCDCのガイドラインを読めば真実が分かる」などとも考えません。

何事にも疑いの目を向けるのは、真実を知るためです。どうすれば真実に近づくことができるのか。一生懸命に考えれば考えるほど、疑り深くならざるをえないのです。真実を知ることとはそれほど難しい。疑って、疑って、疑ってかかることが真実への近道です。

当然のことながら、自分自身も疑います。

つまり「自分が間違っている可能性」を常に考えるということです。

ここに新型コロナと判断されて入院している患者さんがいたとします。彼はもう二週間ほど病院にいて、見たところ元気になっています。PCRをしたら陰性になりました。そして、その病院には患者さんが増えています。つまり、家に帰せる人はできるだけ帰したい。

そういうケースで第一に考えるのは「その人にまだ感染性が残っているリスク」です。もしも、その人が寝たきりの高齢者と同居しているのなら、すぐに家へ帰すわけにはいきません。ここは慎重に対応しないとなりません。重症化のリスクが高い人に、新型コロナをうつしてしまうかもしれないからです。

でも、その人が一人暮らしをしているのなら、かりに感染性が残っていたとしても、人とうつすリスクはさほど高くありません。ですから、退院してもらいます。もちろんすぐに職場復帰はするべきではなくて、しばらく自宅療養をしてもらいます。家に帰った患者さんが再び熱を出して、検査をしたら陽性になった——ということがときどきあります。「この人は家に帰してもいい」という医者の見立てが間違ってしまうことが時にあるわけです。そういうケースでは再入院をしてもらうこともあります。いったん退院して、また

入院するというのは、患者さんには迷惑な話でしょう。「なんで俺を退院させたんだ」と、腹を立てる人もいるかもしれません。しかし、それはときどきしか起こらないことです。そして、再入院のダメージはさほど大きくない。回復した患者さんには「必ず退院してもらわないといけないのですから」、「この人にはもう感染性が残っていないだろう」という判断ができて、なおかつその判断が間違っていたときのダメージが小さいのなら、退院させてもいい。

これとは逆のケースが、ICU（集中治療室）にいる患者さんの隔離解除です。ICUにいる患者さんがPCR陰性になったとしても、それだけを根拠に隔離解除をしてはいけません。なぜか。

そこでしくじってしまったときのダメージがきわめて大きいからです。PCR陰性だけを根拠にICUの患者さんを隔離解除すると、最悪の場合、院内感染が起きます。重症患者が多いICUで院内感染が起きれば重症化、死亡リスクは高くなりますし、医療従事者の間で感染が広がれば、ICUの維持が困難になりかねません。医療崩壊のきっかけにだってなり得るのです。

マシンに間違える、という発想

新型コロナウイルスの第一波が来たとき、いくつかの病院で院内感染が起きました。入院患者が亡くなったり、医療スタッフに感染が広がったり、あるいは院内感染が発生した病院が機能不全に陥ったりしたわけです。一つの病院が患者を受け入れられなくなれば、地域全体の医療が逼迫ひっ迫してしまいます。

だからこそ、ICUの患者さんの隔離解除には慎重のうえにも慎重を期さないといけないのです。

かりにその患者さんがすっかり回復していて、体内からウイルスがいなくなっていた場合、隔離を続けるのはもちろん誤った判断です。しかし、その誤った判断によって生じるダメージは——院内感染が起こることに比べれば——ずっとずっと小さい。

われわれ医者は「間違えないこと」よりも「マシンに間違えること」を考えます。これもまた感染症にかぎった話ではありません。

たとえば、心筋梗塞の疑いがある人が病院に来たとき、その人を家に帰すかどうかという判断は、その人の生死に直結します。

ですから、その人が高齢者で、高血圧で、喫煙者で、「胸の前が押されるように痛い」

僕が「PCR」原理主義に反対する理由
幻想と欲望のコロナウイルス
岩田健太郎・著

発行：集英社インターナショナル（発売：集英社）
定価：本体 840 円 + 税
発売日：2020 年 12 月 7 日
ISBN：978-4-7976-8061-4

ネット書店でのご予約・ご注文は [こちらにどうぞ!](#)