

それでも闘いは続く  
コロナ医療最前線の700日

国立国際医療研究センター

集英社インターナショナル

はじめに 経験を記録に残すことの意味

国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター長

おおまがりのりお  
大曲貴夫

私が国立国際医療研究センターに着任したのは二〇一一年七月のことで、ほどなく新興感染症対策を受け持つことになりました。そのときに参考にしようと思ったのは、二〇〇九年の新型インフルエンザ（A/H1N1）対応の記録です。

ところが実際に調べてみると、意外なところで困りました。そもそも記録が見あたらななのです。

もちろん行政の文書は残っています。こまごまとした資料は山ほどあって、むしろ追いかけるのに苦労するほどたくさんありました。しかし「現場ではどうだったのか」という記録、あるいは時系列に沿ってまとめた逐次録的なものはほとんどないのです。

結果として、当時の空気感はなかなかわかりませんでした。一つ一つの記録の繋がりもよくわからない。だから私は困ってしまったのですが、同時に危機感を抱きました。新型インフルエンザは日本国内だけでも推計一五〇〇万人もの感染者が出た新興感染症なのに、そのたった数年後、全体像がよくわからなくなっているのです。

国や医療機関の新型インフルエンザ対応については、収束後にさまざまな反省がなされました。しかし、その反省が未来に活かされたのかと問われれば、残念ながら「ノー」と答えざるを得ません。たとえばワクチン開発の推進計画が止まってしまうなど、目標として掲げられたことの多くが実現しなかったからです。

なぜそうなってしまったのか。理由はいくつもあるのでしょうか、  
「全体がわかる記録を残さなかった」ということも、反省を活かせなかった理由の一つだと思います。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的流行が始まってから、早くも二年になろうとしています。流行初期から多くの医療従事者がさまざまな情報発信をしていて、新型コロナウイルス関連の書籍も多数出版されています。そうした意味では、今回のパンデミックの記録はもう十分に残されていると言えるかもしれません。

ん。

一方で、私が勤務している国立国際医療研究センター（NCGM = National Center for Global Health and Medicine）内のNCGMセンター病院では、流行の最初期から新型コロナウイルス患者の診療にあたってきました。

最初の患者さんがやって来たのは二〇二〇年一月二〇日前後です。その後、政府チャーター便で中国・武漢市から帰国した人たちや、クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」の船内で新型コロナウイルスに感染した人たちを受け入れています。

NCGMセンター病院は総合病院ですが、特定感染症指定医療機関であり、新型コロナウイルスの流行前は日本で輸入感染症の患者さんが最も多い病院でした。さらにNCGMは国立高度専門医療研究センター（いわゆるナショナルセンター）の一つでもあります。そうした経緯があったため、武漢市からの帰国者やダイヤモンド・プリンセス号から搬出された患者さんを受け入れたのです。

二〇二〇年三月にやって来た「感染第一波」のピーク時、NCGMでは四八人の重症患者を受け入れました。六人がICU（集中治療室）で治療を受けていて、八人が人工呼吸器を装着している時期もありました。

そうした意味では、私たちの経験には特殊な一面があります。その経験を第三者

にもわかりやすい形に整理して書き残しておけば、未来の医療従事者に役に立つところがあるはずだ——ということで本書の企画はスタートしました。

近年、新興感染症の流行は四、五年のサイクルで起きています。今から四、五年後にまたパンデミックが起きるかどうか。これはわかりません。しかし、遅くとも一〇年以内にはまた未知の感染症がやって来るだろうと、私たちは考えています。

あるいは、新型コロナウイルスとの闘いが長引いてしまう恐れもあります。ワクチンの普及や新薬の開発が進んでいますから、もう少し辛抱すれば収束の兆しが見えてくるだろうと期待はしていますが、そうならない可能性もあると思うのです。

いずれにしても、今ある無駄は省き、今不足しているものを補い、改善すべき点は速やかに改善していかなければなりません。そのためにはまず、「何が起きていたのか」という記録が必要です。

本書が未来に資するものとなれば幸甚です。出版にご協力いただいたみなさんに、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

それでも闘いは続く  
コロナ医療最前線の700日

目次

はじめに 経験を記録に残すことの意味……………3

国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター長

大曲貴夫

## 第一章

# 帰還

武漢チャーター便とクルーズ船対応……………17

国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター長

大曲貴夫

「ちょっと気持ち悪いですね」

最初の患者

武漢市からの大規模避難

政府からの「意外な要請」

受け入れをめぐる混乱

無症状の感染者を初めて確認

七九三人の帰国者のうち八人がPCR陽性

結核病棟を「コロナ病棟」に転換

深夜の「SOS電話」

若い医師たちが「おかしい」と言い出した

レムデシビルの「人道的使用」

何より大切なのはスピードだった

理解のない海外メディアの報道

「効く」とも「効かない」とも言えない  
軽症者を治験の対象にしなかった理由

葛藤

迷いの中で見えた「単純な事実」

平時とはまったく違う対応

不幸があったからこそその前進

## 第二章

# 水際

ダイヤモンド・プリンセス号 現場報告…………… 61

国立国際医療研究センター 国際医療協力局  
坪井基行

未知の病原体に対する検体採取

乗船初日の戸惑い

感染はいつ広がったのか

さまざまな対策の効果

一八〇人の発熱者は、なぜPCR陰性だったのか

検体採取作業の課題とその対応

現場と報道のギャップ

「新型コロナウイルスの流入」は抑え込んだ

コスト・アトランティカ号対応

どんな場所でも「やることの本質」は同じ

### 第三章

## 実像

臨床現場から見る新型コロナウイルスの正体……… 83

前・国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター 国際感染症対策室医長  
**忽那賢志**

嫌な感じ

クルーズ船の対応から状況が一変した

新型コロナウイルスの最も厄介な特性

「ワクチンを接種した人⇨感染しない人」ではない

アビガンにまつわる混乱

新しい情報とどう向き合うべきか

新型コロナウイルスの標準治療

危機はまだ去っていない

新型コロナウイルスをまわりにうつす人、うつさない人

変異株とは何か

相手を変異株でも感染対策は変わらない

ワクチン報道の取り扱い方

副反応のリスクをどう考えればいいか

希望は見えてきている

個人のメンタルケア

感染収束後の設計図

なぜ感染症の専門家が少ないのか

輸入感染症との出会い

パンデミックという「災害」を乗り越えるために

INSIGHT

季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症……………124

国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター 総合感染症科

山元佳

どちらがより致死率の高い病気なのか

一年中流行が続くことの恐ろしさ

二〇二〇年～二一年はインフルエンザ患者が激減

感染者・死者はなぜ減ったのか

新型コロナウイルス対策は未来に活かせる

次の流行を「大流行」にしないために

第四章

**最前線**

押し寄せる感染拡大の波と「総力戦」……………135

国立国際医療研究センター病院長

杉山温人

結核病棟の転用

ICUを簡易型の陰圧病室に「改造」  
風評被害

最大のリミッティング・ファクターは何か  
NCGMの院内感染対策

「行き場のない人たち」を受け入れる

「オール新宿」でPCR検査スポットを開設

第二波の兆し

屋外活動の限界

HCUの稼働はなぜ遅れたのか

効率を追求する医療では、有事に対応できない

「大変なのはあなた一人ではない」

第三波の逼迫が一気に解消された理由

医療崩壊とは何か

どうすれば「次の波」を抑えられるのか

医療「逼迫」の構造

公的病院の再編成は「医療の切り捨て」ではない

メディアに取り上げられないこと

医療崩壊を防ぐために

## 第五章

# 変異

ウイルスはなぜ変異するのか………

179

感染効率＝病原性の強さではない

一三世紀から人間と共存していたコロナウイルス

国内で流行する変異株への対策

ワクチンの速やかな普及が確実な「出口」である

水際対策の重要性と「鎖国」が終わったときへの備え

SARS-COV-2の起源からその次を考える

パンデミック後を見据えて

## INSIGHT

ワクチンと治療薬の最前線……

198

国立国際医療研究センター 研究所長

**満屋裕明**

メッセンジャーRNA (mRNA) とは何か

mRNAワクチンのメカニズム

すでに新型コロナウイルスに感染した人は接種すべきか

発熱、痛み、年齢と「ワクチン効果」の関係

ワクチンを打っても感染する人たち

パンデミック収束のために

## 教訓

第五波との闘いから何を学んだのか

……217

国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター長

大曲貴夫

「明らかに顔色がおかしい」

危ないサイン

離職者が出なかつた理由

「大阪発」のリスク情報もたらしたこと

モニタリング会議が捉えた第五波の「予兆」

大流行の要因

救命救急センターの決断

自前の「臨時施設」

臨時施設の「システム作り」が急務

第五波はなぜ急速に収まったのか

接種率が六〇%を超えても流行は起こる

治療薬を有効活用するために必要なこと

日本は変わらなければならぬ

INSIGHT

「ひとりでも多く」受け入れるために………248

国立国際医療研究センター病院 救命救急センター長

木村昭夫

第五波で救急患者の受け入れ体制を変えた

一度に一人の受け入れ態勢を六人に拡大

「断らない救急」ができないという苦悩

集中治療科での対応

デルタ株は消えない

崩壊寸前に潮が引くように去っていった第五波

新しい波に備えて闘いは続く

あとがき  
一〇〇年に一度のパンデミックと対峙して……………264

国立国際医療研究センター 理事長

**國土典宏**

スタッフ略歴……………269

新型コロナウイルス関連年表……………286

装丁・ブックデザイン 大森裕二

図版作成 竹中誠

カバー写真 熊谷武二 門間新弥

写真提供 Science Source/アフロ

構成 布川剛

第

一

章

.....

# 帰還

武漢チャーター便とクルーズ船対応

NCGMセンター病院 国際感染症センター長

おおまがりのりお

## 大曲貴夫

「中国・武漢市からの帰国者を診察してほしい」  
——日本政府のこの要請から、国立国際医療研  
究センター（NCGM）の新型コロナウイルス  
との闘いが始まった。チャーター便で羽田に到  
着した帰国者は二〇六人。日本で最も輸入感染  
症の患者が多いNCGMに、そのうち一九九人  
が到着した。迎え入れたNCGM国際感染症セ  
ンターのリーダーは、上陸した「未知のウイル  
ス」をどう見たのか——。

「ちょっと気持ち悪いですね」

新型コロナウイルス感染症は流行の最初期、

「原因不明の肺炎」

と呼ばれていました。

「中国湖北省の武漢市で、原因不明の肺炎が流行っている」

という情報が日本にもたらされたのは、二〇一九年一二月末のことです。

私とその情報を得たのは、一二月三〇日から翌年一月三日までのどこかです。正確な日には思い出せません。感染症専門家の中のメール回覧でそれを知ったのか、あるいは海外のネット記事を読んでそれを知ったのか、やはり記憶があいまいです。ただ、「またか」と思ったのは覚えています。原因不明の感染症が中国から出てくることはよくあるからです。

もう一つ記憶が明確なのは、二〇二〇年一月七日の火曜日、病院幹部の会議に出席したことです。そのとき誰かに「中国で流行っている肺炎の原因は何なの？」と聞かれ、

「まだわかりません」

と私は答えました。原因が特定されるまで時間がかかっていることに対して、

「ちょっと気持ち悪いですね」

と言ったことも覚えていません。

「武漢市の肺炎患者から新型のコロナウイルスが検出された」

とWHO（世界保健機関）が発表したのは一月一四日です。このときにはすでに、武漢市の医療現場の様子がテレビニュースで伝えられていました。ベッドに横たわる多数の重症者と、防護服姿の医療スタッフ——という映像は、見るからに恐ろしげではありましたが、私はそのとき、

「まだわからない」

と思っていました。新型コロナウイルスが危険な感染症なのかどうか、まだわからない——そう考えていたのです。

二〇〇九年四月に新型インフルエンザの流行が始まったとき、日本のテレビメディアが最初に流したのはメキシコの重症病棟の光景でした。これもまた不気味な印象を与える映像でしたが、新型インフルエンザの死亡率は〇・一〜一%以下であることが、その後明らかになりました。

メキシコで重症者が出たのはもちろん事実です。しかし、感染者全体から見れば重症者はごく一部で、死亡者はさらにその一部にすぎなかったわけです。

## 最初の患者

そうした記憶があったために、武漢市の映像は一步引いて見ていました。おそらくこれは全体の一部であって、軽症者や無症状者もたくさんいるに違いない——そう思っていたのです。

すでに述べたとおり、NCGMは日本で最も輸入感染症の患者さんが多い病院でした。日本で初めて診断をつけた感染症もたくさんありますし、総合感染症科を受診する外国人観光客も普段からたくさんいます。ですから私たちとしては、

「日本初の新型コロナ患者はおそらく自分たちの病院に来るだろう」

と考えていました。この時点ではまだ中国からの入国規制は行なわれていなかったので、「これから相当たくさん来るだろう」という覚悟もありました。

NCGMに新型コロナ患者がやって来たのは、一月二〇日前後のことです。この患者さんは武漢市から来た中国人の旅行ガイドさんで、発熱、鼻水、咳などの症状が出ていました。

もちろん新型コロナを疑いましたが、レントゲンを撮ったところ肺に影はなく、このときは風邪と診断しています。当時は、レントゲンによる診断で「疑いあり」でなければPCR検査を受けられない仕組みになっていたので。

患者さんはいったん帰られましたが、その後も症状は改善せず、三回来院されています。三回目の受診時に肺に影が認められたので、厚生労働省の定める「疑似症サーベイランス」という制度に従って保健所に報告し、国立感染症研究所でPCR検査を受けてもらったところ、陽性という結果が出ました（国内三例目の新型コロナウイルス陽性でした）。

この患者さんは酸素補給が必要なレベル（中等症Ⅱ）まで悪化しましたが、比較的短期間で回復し、無事に中国へ帰国されています。

治療としては、まず酸素投与です。それから、食欲が落ちていたので栄養補給のための点滴をしました。この時点では、「ロピナビル・リトナビル」というHIVの治療薬を使うという選択肢もありましたが、この患者さんには使っていないと記憶しています。

その後もNCGMでは武漢市に渡航歴のある患者さんを何人か受け入れています。そのほとんどが若い方たちで、治療にはとりたてて困難はありませんでした。

## 武漢市からの大規模避難

第一例目の患者さんがやって来てから数日が過ぎた一月二三日、武漢市は中国当局によって封鎖されました。これを受け、安倍晋三首相（当時）が武漢市にチャーター便を飛ばすと発表したのは、一月二六日の夕方です。日曜日でした。

私に政府から協力要請が来たのは同日午後で、そのときに言われたのは、

「全員無事に帰国できるように、飛行機の中を含めた感染対策を考えてほしい」

ということでした。

感染症による大規模避難は、おそらく日本に前例はないと思います。ただ、私は多少の知見を持つていました。リスクの高い感染症が海外で流行したとき、現地の日本人をどうやって連れ帰ればいいのか。このテーマについて頭の中でいろいろなシミュレーションをしていたので、大枠のプランを一時間ほどでまとめ、その後は政府担当者とやりとりをしながら中身を詰めていきました。

機内の感染対策としては、まず「全員にマスクをつけていただく」ということがあります。新型コロナウイルスはどのような病気なのか、この時点ではほとんどわかっていません。しかし最低限、飛沫はマスクで防ごうと考えたわけです。

空気感染のリスクはもちろん想定しました。しかし、飛行機の中では数分に一回、空気が入れ替わります。ただしそうは言っても、至近距離で唾が飛んだりすれば飛沫感染が起こりますから、全員にマスク着用してもらったのです。

それから、体調が悪い人とそうでない人を分けしました。これは主に接触感染を防ぐための方策です。トイレを共有したり、同じ手すりを複数の人が触ったりすれば、接触感染のリス

クが高くなります。区分けをすれば、そのリスクは下げられます。

機内の感染対策は他にもいくつか提案しましたが、それで十分だったかというところ、私にはよくわかりません。

当時はまだ「新型コロナウイルスは無症状の人からもうつる」ということが明らかになっていませんでした。これは私たち専門家にとって本当に驚きの事実でした。ですから私は、機内の感染対策では無症状者からの感染リスクを想定していませんでした。今になってみれば、「人と人との距離をなるべくとる」などの対策もすべきでしたが、残念ながらそこまでではできなかったのです。

### 政府からの「意外な要請」

受け入れについて政府担当者とやりとりを続けていく中、一月二七日夜にNCGMに対して、

「早ければ明日（二八日）にでもチャーター便を飛ばして、夜に帰国者を受け入れる」

「については帰国者を診察してほしい」

という要請がありました。

翌日の夜にも大勢の人たちがやって来るわけですから、急いでみんなで集まって「どうい

形で受け入れるのがベストか」というディスカッションをしました。そして、一晩で準備を整えました。

チャーター便が羽田に着いたとき、明らかに体調不良がある人はそのまま都立病院などに搬送される予定でした。NCGMに来るのは症状のない人たちです。ですから私たちは一般的な健康診断をするつもりでいました。

ところがその後、

「全員にPCR検査をしてほしい」

という要請がありました。

これはまったく意外な話で、私は正直なところ「そんなことをしても意味がない」と思いました。同じ意見はスタッフからも出ました。

医療の常識では、検査というのは「疑わしい人」に行なうべきものです。感染が疑われていない人を検査すると、間違った結果が出てしまうケースがよくあるからです。PCR検査もその例外ではありません。

間違った検査結果は、無用な混乱を招きます。帰国者の受け入れという突発的な状況が今ここにあるのですから、混乱の要素は少しでも省かなければいけません。それなのになぜ、PCR検査なのか。そんな疑問が私にはありました。もつと言えば、頭に少し血が上りました。

しかし、しばらく頭を冷やして、

「そうは言っても、新型コロナウイルスはまだよくわからない病気だよな」と思い直しました。

「無症状者は絶対にウイルスを持っていないと、あなたは断言できますか」

そう問われれば、やはり断言はできません。だったらやってみるしかないだろうと思いついたのです。

結果から言えば、PCR検査は必要な措置でした。「そんなことをしても意味はない」という私の考えは間違いだったのですが、これについてはまたのちほど述べたいと思います。

## 受け入れをめぐる混乱

武漢市からのチャーター便（第一便）が羽田に到着したのは、一月二十九日朝でした。早ければ二八日夜という予定が、およそ半日遅れたわけです。

帰国者は二〇六人。うち五人には発熱などの体調不良があつて、空港から都立病院などに搬送されました。NCGMに来たのは一九九人です。

帰国者のみなさんについて事前に知らされていたのは、「だいぶお疲れの様子だ」ということです。「みんな前日夜から食事をしていない」とも聞いていました。



武漢市から全日空のチャーター機第一便が羽田空港に到着。(© 共同通信)

これはあとで知った話なのですが、帰国者のみなさんは武漢市の空港で長時間お待ちになったそうです。一月末のことですから、体が冷えてしまった人もいたでしょう。肉体的なつらさの他に、精神的なつらさも相当にあったはずですよ。

私たちが受け入れた一九九人は、バスに分乗してやって来ました。午前一〇時とか午前一一時とか、それくらいの到着時間だったと思います。おそらくみんなお腹を空かせているはずで、事前におにぎりやパン、お茶などを用意しました。

とはいえ、優先順位として食事は後回しにせざるを得ません。まず行なったのは、看護師による問診です。帰国者のみなさんに乗せたバスに看護師が乗り込み、体の具合をたずねて回りました。すでに書いたとおり、NCGMに来たのは「体調に問題がない」とされた人たちです。ところが、看護師目線で細かく聞いていくと、「鼻水が出る」「悪寒がある」「少し気持ち悪い」といった症状を訴える方が七人いました。

新型コロナウイルスにどのような症状があるのか、その時点では不明です。ですから、不調を訴えている七人には全員入院していただきました。

問診が終わったあとはPCR検査のための検体採取と採血です。これはNCGMの大会議室で行ないました。検査を終えた人は食べ物と飲み物を受けとってバスに戻り、政府が用意した宿泊施設に向かう——というのが、その後のおおまかな流れです。



到着した帰国者を迎え入れるNCGMのスタッフ。(© 共同通信)

しかし、第一便の受け入れをしたときは、全員の検査が終わってもバスはしばらく動きませんでした。宿泊所の準備が完了していなかったからです。

このとき、帰国者のみなさんの中には怒り出す人もいたと聞いています。チャーター便に乗るまで、みなさんは武漢市のホテルで何日か待機しています。空港に移動したあとも長時間待たされ、羽田に着いてからもまた待たされ、ようやく必要な措置がすべて終わったと思ったら、バスがなかなか出発しないのです。これはお怒りになって当然でしょう。

一方で、飛行機の手配、バスや運転手の手配、宿泊所の確保などについて、政府担当者は大変な苦勞をされました。私は対応者の一人としてその様子を目のあたりにしていますから、帰国者の移動がスムーズにいかなかったのは、仕方ない面が多々あったと思います。あれだけのミッションを動かすとき、何もかもうまくいくはずがありません。

チャーター便の受け入れは回を重ねるごとにオペレーションが改善されていきました。最終便（第五便）の受け入れをしたときは、連絡などに時間がかかって困ることはほとんどなく、円滑に対応がなされたと記憶しています。

## 無症状の感染者を初めて確認

帰国者のPCR検査を担当したのは、国立感染症研究所の先生方でした。結果がわかったの

は翌日（一月三〇日）の午前中です。このとき出てきた検査結果を聞いて、私は耳を疑いました。

陽性者は三人。そのうち二人が無症状者だったというのです。何も症状が出ていない人の中にも感染者が存在するという事実が、このとき日本で初めて確認されました。

すでに宿泊施設に入っていた二人の感染者は、宿泊先近くの医療機関にただちに入院となりました。幸いにも宿泊施設の中で感染は広がっていませんでしたが、政府の要請を断ってPCR検査をしていなかったら、どうなっていたか。

感染が疑われていない人には検査はしない。これは症状がない人に対しては今も変わらない原則で、たとえば感染者が一人も出ていない地域に住んでいる人たち全員にPCR検査をするのは、医療リソースの無駄使いでしかありません。そうした検査で陽性と判定される人が出たとしても、間違った結果である可能性が高い。

では、武漢市から帰国した人たちはどうだったのか。武漢市ではすでに大規模な流行が始まっていました。チャーター便が到着する六日前（一月二三日）にはロックダウンという措置がとられています。

さらに、チャーター便で帰ってきた人たちの中には発熱などの症状が出ている人がいました。症状がない人たちも、宿泊施設で二週間隔離されることになっていました。そういう意味

では帰国者全員を「感染が疑われる人」と考えることもできたわけです。

新型コロナウイルスはどんな病気なのか、当時はまだ誰も把握していません。そうである以上、予断は許されたいはずですよ。

「アンラーニング」（学習棄却）というワードが近年注目されていますが、未知の状況に対応するときは、過去に学んだことを一度捨てる必要があります。今後また未知の感染症がやって来たときは、「決めつけをしない」「常識にとらわれない」といったことを必ず念頭に置かなければならないと思います。

## 七九三人の帰国者のうち八人がPCR陽性

一方で、症状のある人は全員入院という措置をとったのは、結果的に正解でした。

先ほど述べたとおり、NCGMで診察した一九九人のうち、症状があった七人には入院していただきました。ごく軽い症状しか出ていなかった人もいたのですが、「新型コロナウイルスの症状はまだ不明である」ということで、全員入院としたのです。入院すべき人とそうでない人の振り分けは、かなり慎重に行ないました。

入院した七人のうち、PCR陽性となったのは一人。第二便以降も入院患者から感染者が出ましたから、そこはうまく救い上げられたと思います。

ちなみに、羽田に到着したときに体調不良があり、都立病院などに搬送された人たちのほとんどはPCR陰性でした。症状があるけれど、感染していなかった。症状はないけれど、感染していた。正反対の事例が同じチャーター便から出たわけで、このこと一つとっても未知の病気に対しては決めつけはできません。

武漢市からのチャーター便は、一月二九日に第一便が到着したあと、第二便が同三〇日、第三便が同三一日と、三日連続でやって来ました。

帰国者のみなさんを迎える際に心がけたのは、迅速な対応です。問診から検体採取、採血といった流れを、いかにスムーズに進めるか。その工夫には現場の各担当者が大いに知恵を絞ってくれましたが、みなさんを乗せたバスが短時間のうちに何台も到着したときなどは、なかなか大変でした。

帰国者の中には小さなお子さんもいて、こちらの対応は小児科の先生たちに応援をお願いし、子ども用の休憩スペース、授乳スペースを設置するなどしました。中国語でしかコミュニケーションできない人のために、医療通訳者も配置しました。

チャーター便の第四便は二月七日、第五便は二月一七日の到着です。NCGMが受け入れた帰国者は合計七九三人で、そのうちPCR陽性者は八人でした。

こうして振り返ってみると、大規模な受け入れだったと改めて実感します。しんどい思いを

したスタッフも多数いたでしょう。

とはいえ、入院した人たちの治療には大きな困難はありませんでした。患者さんのほとんどが若い世代だったこともあり、どの患者さんも順調に回復していったのです。この時期に外来でやって来た患者さんも軽症者がほとんどで、症状が悪化するケースは稀でした。

状況が大きく変わったのは、クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」から下船した患者さんを受け入れた二月中旬以降です。

## 結核病棟を「コロナ病棟」に転換

ダイヤモンド・プリンセス号が横浜港に入港したのは二〇二〇年二月三日です。翌四日に一人の乗客が感染していることが確認され、全員が神奈川県内の医療機関に搬送されています。

この時点では、NCGMのチャーター便対応はまだ終わっていません。しかし、二つのミツシヨンが重なったことによる大きな混乱はありませんでした。ダイヤモンド・プリンセス号から患者さんの受け入れを始めたのは二月一五日で、その頃には、チャーター便対応のピークが過ぎていたからです。

第一便から第四便までのチャーター便対応では、多いときで一九九人、少ないときで一四〇

人の帰国者を受け入れました。しかし、二月一七日の第五便で受け入れたのは六三人と少なく、しかもこのときのPCR陽性者はゼロです。

ダイヤモンド・プリンセス対応の準備としては、結核患者が入院していた病棟を空けました。二二床あつた結核病棟の患者さんを、東京都清瀬市の東京病院に移送したのです。

話は少し逸れますが、NCGMのルーツは一八六八年（明治元年）に設立された「兵隊假病院」まで遡ることができます。一五三年という長い歴史の中には、もちろん大きな節目がいくつもあつて、その一つが国立療養所中野病院との統合です（一九九三年）。

国立療養所中野病院は、多年にわたつて結核患者を支えた病院です。その系譜はNCGMに受け継がれていて、だからこそ私たちは大きな結核病棟を持つていたのです。

結核の患者さん全員を東京病院に引き受けていただいて、コロナ病棟を作った――。そう書けば、さほどのことでもないような印象を持つ方もいるかもしれません。しかし、「結核の治療をゼロにする」という私たちの決断も、「一度に二二人の結核患者を受け入れる」という東京病院の決断も、平時ではまずあり得ません。

そうした意味でも、やはり新型コロナウイルスは災害だと思えます。感染症との闘いでは何年にもわたつて被害が続くことを考えれば、地震や台風より恐ろしい災害だと言えるかもしれません。

## 深夜の「SOS電話」

ダイヤモンド・プリンセス号から搬送されてきた患者さんは、結核病棟に受け入れる。そうと決まれば、私たちのやることはシンプルです。あとは運ばれてきた患者さんの治療に全力を尽くすだけで、そのための準備もしっかりと進めました。

ところが、受け入れが始まると意外なところで苦労が出てきました。たとえば夕方六時に「今から患者さんの受け入れはできますか」という電話が来て「できます」と答えると、実際に患者さんが運ばれてくるのが午前二時とか午前三時になるというケースが出てきたのです。

ダイヤモンド・プリンセス号の対応を担当していた方々の苦労はよくわかります。まずは患者さんを受け入れる医療機関を確保する。そこから搬送のための車両を手配して、ドライバーを手配するわけですから、時間がかかるのは当然でしょう。

もう一つ、当時はまだ新型コロナウイルスがどういう病気なのか、ほとんど不明でした。その点でも車両やドライバーの手配には困難があったのではないかと思います。

とはいえ、患者さん待つ側とすれば「いつ来るのか、時間が読めない」というのは大変です。受け入れを始めた当初、担当者とのコミュニケーションはずいぶん複雑で、少なからぬストレスもありました。

二〇一六年からの約二年間、私は厚生労働省の研究班でMERS<sup>マーズ</sup>（中東呼吸器症候群）の研究をしています。その他にも厚労省のみなさんとはいろいろな仕事をしていて、患者さんの受け入れを続けていくさなか、彼らからさまざまに相談を受けました。

「船内の感染対策はどうすればいいでしょうか」

「こういう状況があつて困っています。どういう解決策があるでしょうか」

「こういうことができる専門家に協力を依頼したいので適任者を紹介してください」

そんな具合に、相談の電話が昼夜を問わずかかってきたのです。

もちろんできる限りの対応をしました。少しでも彼らの力になりたいという気持ちもありました。しかし、深夜まであちこちに連絡を入れながら動き回って、ようやく寝ついたと思つたらまた電話が鳴る——といった毎日が続いているうち、自分でも「まずいな」と思うほどヘトヘトになってしまいました。

生来、私は頑丈な人間です。仕事はほとんど休みません。そのために部下たちから迷惑がられているのですが、このときは頭が全然回らなくなるほど疲れてしまったのです。

話は前後しますが、ダイヤモンド・プリンセス対応があらかた終わった三月上旬、私は九州の実家に帰省しています。祖母の法事のためでした。

これは結果的に、三月下旬にやって来た「感染第一波」への備えになりました。久しぶりの

実家でホッとする時間を過ごしたために、心身ともに回復できたと思うのです。

今回のパンデミックのような長い闘いは、体力だけで乗り切れることはできません。どんなに丈夫な人でも、どこかで休憩をとらないとパンクしてしまうはずです。私は偶然にもうまく休むことができましたが、もしもあるときダイヤモンド・プリンセス対応と感染第一波が重なっていたら、「俺がやらなきゃ誰がやる」とばかりに、いつさい休みを取らずに働いて、最終的に倒れてしまったかもしれません。

そうなれば、まわりのスタッフだけでなく患者さんにも多大な迷惑をかけてしまいます。状況が厳しければ厳しいほど、医療スタッフは勇気を持って休養をとらなければならないわけで、これも今後の大きな教訓にしたいと思います。

## 若い医師たちが「おかしい」と言い出した

ダイヤモンド・プリンセス号から運ばれてきた患者さんの多くは、高齢者でした。外国人の患者さんは高齢であることその他に、肥満や持病といったリスクのある方が多く、重症化する人たちが何人も出てきました。新型コロナウイルスの患者さんに人工呼吸器やECMO（体外式膜型人工肺）を使ったのは、このときが初めてです。

治療は試行錯誤のくり返しでした。重症化した患者さんはどういう経過をたどるのか。回復

する場合は、いつ頃からよくなってくるのか。そうしたことがまったくわからず、いわば手探りのような形だったのです。

ダイヤモンド・プリンセス号から来た患者さんの中には、人工透析が必要な方がいました。そのため腎臓内科の若い先生たちにも治療を手伝ってもらったのですが、あるとき彼らが「おかしい」と言い出しました。「血液を濾すための管（カラム）が目詰まりする」と言うのです。

「血液がネバネバしています」

「こんな経験は今までありません」

そのとき私は、彼らは何を言っているのかよくわからなかったのですが、その後の研究によって、新型コロナウイルスは血液が固まりやすくなる病気であることがわかりました。人工透析の管が詰まったのは、血液の凝固が原因だったのです。

この問題は「血液をさらさらにする効果のある薬」によって、今はすでに解決されています。しかし、当時はまだ新型コロナウイルスに「血液が固まりやすくなる特性」があることはまったくわかっていませんでした。だから私は腎臓内科の先生たちが何を言っているのかわからなかったのです。

ステロイドについても同様です。現在は新型コロナウイルスに対するステロイドの効果が明らかになっていて、標準療法の一つになっています。しかし、ダイヤモンド・プリンセス号の対応をし

ていた頃、私はステロイドを使っていませんでした。コロナウイルスを原因とするSARS（重症急性呼吸器症候群）やMERSの治療において、ステロイドは推奨されていなかったからです。

NCGMで最初にステロイドを使ったのは、呼吸器内科の先生たちでした。呼吸器内科では私たちとは違ったアプローチで「使うべきではないか」と判断し、一定の効果を得たのです。その後、イギリスから「デキサメタゾン」というステロイドが有効であるという報告が出たこともあって、感染症科でも使うようになりました。

そんな具合に、流行初期の治療にはさまざまな試行錯誤があったのです。

## レムデシビルの「人道的使用」

新型コロナウイルスに有効な薬には、もう一つ、「レムデシビル」があります。

こちらは抗ウイルス薬で、もともとはエボラ出血熱の治療のために開発された薬です。残念ながらエボラには有効性が認められなかったのですが、

「レムデシビルは新型コロナウイルスに効くのではないか」

という研究報告は早い時期から出ていました。

だからといって、すぐに使用することはできません。まずは治験をスタートさせて、薬の効

果や安全性をきちんと確認する必要があるわけです。

レムデシビルの治験については、二〇二〇年二月上旬にアメリカ政府から「国際共同治験に参加しませんか」という打診が日本政府に来て、NCGMでは二月第二週頃からその準備を始めていました。

二月第二週には、すでにダイヤモンド・プリンセス号の乗客から重症患者が多数出ていました。その中にはアメリカ国籍の方もたくさんいましたから、おそらくアメリカ側の意向だったでしょう。治験に先立って、レムデシビルの「人道的使用」を日米共同で始めることになりました。

人道的使用というのは「このままでは助からないかもしれない」という重症患者に対し、有効な治療法がない場合に限って、未承認薬を投与することです。

もちろんこれも簡単にできることはありません。未承認薬の使用にあたっては、患者さんやそのご家族にリスクとベネフィットをきちんと説明し、同意を得なければなりませんし、その他の必要な手続きをすべてクリアしなければいけません。

レムデシビルの人道的使用について、私が初めて連絡を受けたのは二月二〇日頃だったと記憶しています。

このときアメリカ政府は、ダイヤモンド・プリンセス号のアメリカ人乗客（約四〇〇人）を

帰国させるミッションを行っていました。ちょうど日本政府の武漢ミッションのように、彼らも日本に専門チームを派遣していたのです。そのチームのリーダーを務めていたのがNIH（アメリカ国立衛生研究所）の医師であるリチャード・チャイルズ氏でした。ダイヤモンド・プリンセス号の米国人乗客のうち、新型コロナウイルス感染者は五〇人ほどいました。そのうち重症者は一四人。

「彼らを助けるためにレムデシビルを投与したい。協力してほしい」ということで、チャイルズ氏は私に電話をかけてきたのです。

## 何より大切なのはスピードだった

要請を受けた私は、重症患者が入院している医療機関に片っ端から連絡を入れました。

「レムデシビルの人道的使用のプログラムが動いています。ついては、ご協力をいただけないでしょうか」

そんなふうにお願いをしたわけです。患者さんの同意はもちろん得なければいけません、その前にまず、担当医の先生に協力してもらわなければいけません。

この時点では、レムデシビルは海外でも未承認でした。そういう薬を患者さんに使うという決断は、どこの医療機関でも簡単にはできません。とはいえ、レムデシビルが比較的安全であ

ることは、すでに明らかになっていました。エボラの治療薬として開発されたときに治験が行なわれていて、安全性に関するデータはしっかり得られていたのです。

また、試験管の中での実験では、レムデシビルが新型コロナウイルスの増殖を十分抑えることが確認されていました。あとは臨床的な効果を示すだけで、本来ならそれは治験で行ないます。しかし、治験を始めるには多くの手続きが必要で、スタートを切るまでにはまだ一ヵ月ほどかかる見込みでした。

「治験が始まるのを待っていれば、救える命を救えなくなるかもしれません。レムデシビルは比較的安全だとわかっていますし、一定の効果も期待できるのですから、使ってみるべきではないでしょうか」

私が各医療機関の先生方に話したのは、おおむねそうした話です。反応はさまざまでした。「そういう薬があるならぜひ使いたい」と強く言ってくださる先生がいる一方で、簡単に話が進まないケースもありました。

私が連絡をとったのは、アメリカ人重症患者が入院している医療機関だけではありません。「希望者には国籍を問わずレムデシビルを提供する」というのがアメリカ側のスタンスでしたから、いろいろなツテを頼って、アメリカ人以外の重症患者も探しました。

コロナ診療をしている先生方とメールで情報共有したり、集中治療専門医の先生方に電話を

かけて「ひよっとしたらレムデシビルを使えるかもしれないので、重症例があったら知らせてもらえませんか」とお願いしたり、八方手を尽くして患者さんを探し回りました。

チャイルズ氏とは毎日電話のやりとりをして、レムデシビルの輸入手続きなどの事務作業も進めました。今すでに重症化している人たちを救うためのプログラムですから、何より大切なのはスピードです。万事大急ぎで、駆け回るような毎日がしばらく続きました。

## 理解のない海外メディアの報道

人道的使用が始まったのは二月二三日です。意思確認をできる患者さんには本人に承諾をいただき、そうでない患者さんについてはご家族から承諾を得ました。

プレッシャーはもちろんありました。何が起こるかわからないという不安があったし、もしも亡くなる人が出れば、海外のメディアは騒ぎ立てるだろうとも思いました。

ダイヤモンド・プリンセス号で起きた集団感染の責任はどこにあるのか。この問題は今も不明確なままです。しかし、船籍はイギリスで、所有者はアメリカの会社なので、一義的な責任は彼らにあると私個人は考えています。

もう一つ、現在の国際法の範疇では、少なくとも日本に受け入れ義務はなかったはずですが、日本政府は人道的見地から受け入れたというのが私の理解です。

なぜこんなことを書いたのかというと、多くの海外メディアが「日本が悪い」と決めつけていたからです。私は一時期、政府の仕事で海外メディアに対応していたのですが、意地悪な質問をずいぶんぶつけられて、嫌な思いをしました。

彼らは日本のことをまるでわかっていなかったし、国際法の理解もなく、船籍がイギリスにあること、船を所有しているのはアメリカ企業であることは、ほとんど伝えませんでした。

ダイヤモンド・プリンセス号が横浜港に入ったのは二月三日です。発症のピークはその四日後の二月七日で、この日は約三〇人の新規感染者が出ました。

新型コロナウイルスの潜伏期間は通常五日程度です。したがって、感染のピークが横浜入港前だったのは間違いありません。にもかかわらず一部の海外メディアは、

「二月七日に多数の感染者が出たのは、日本側の検疫と感染対策が失敗したからだ」

と報じました。そういう経験があったので、レムデシビルの人道的使用を始めるときは「何かあったら彼らはまた騒ぐだろう」と思ったのです。

余談ですが、私はメディア対応をしていたとき、「感染が拡大したことを残念に思う」という意味で「In sorry」という表現を使いました。この言葉を引いてハンガリーのある新聞は、およそ次のように書いてくれました。

「受け入れを担当した日本の専門家は、このように謝っている。しかし、船籍があるイギリ

ス、運用会社があるアメリカからは、誰もひとことも発していない。これはいったいどういうことなのか」

この記事を読んだときは「ああ、わかってきている人もいるんだな」と感激したし、胸がスツとしました。

余談のついでにもう一つ書いておくと、たしか『ウォール・ストリート・ジャーナル』がチャイルズ氏に取材して、「日米の専門家が協力して一生懸命に患者を助けた」という記事を書いてくれました。これも本当にうれしい記事でした。

## 「効く」とも「効かない」とも言えない

レムデシビルの人道的使用に話を戻します。

投与が始まってからほどなく、患者さんの肺からとれた痰のウイルス量が減っているように見えるケースが出てきました。

「ひよっとしたらいけるんじゃないか」

そう思いましたが、どの患者さんも症状はよくなりません。

三週間ほど経過しても、症状が改善するケースは出ませんでした。しかし一方で、患者さんの痰のウイルス量は少しずつではあるけれども、明らかに下がっていることがわかりました。

「やはりダメなのかな」と落胆したり、「しかしウイルスは減っている」と希望を抱いたり、一カ月ばかりしんどい日々が続きました。

このときのレムデシビルの人道的使用については、最終的に論文にまとめられています (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2007016>)。この論文には私もセカンドオーサーとして参加しているのですが、最終的に結論として得られたのは、

「レムデシビルは新型コロナウイルスに『効く』とも言えないし、『効かない』とも言えない」ということです。

人道的使用に協力してくださった患者さんは五三名。内訳はアメリカ人二二名、イタリア人一二名、日本人九名、フランス人四名、ドイツ人二名、オーストリア人、オランダ人、スペイン人、カナダ人が各一名です。

このうち三六名（全体の約六八％）に臨床的改善が得られました。しかし、この三六名の患者さんたちは、レムデシビルを投与しなくても回復したかもしれません。もちろんレムデシビルが効いた可能性もありますが、それを証明する手立てはありません。だから「効く」とも「効かない」とも言えないわけです。

薬の効果を正しく判定するためには「薬を投与された群」と「投与されなかった群」を二つに分け、比較検討する必要があります。レムデシビルの人道的使用はすべての重症患者に行な

われましたから、そこで得られたデータだけでは薬の効果はわからないのです。

人道的使用の結果があらかた見えてきて痛感したのは、

「やはり治験が必要だ」

ということでした。

## 軽症者を治験の対象にしなかった理由

二〇二〇年三月九日、レムデシビルの国際共同治験のためにアメリカ国立衛生研究所（NIH）から五名の女性スタッフがサポートチームとして来日しました。

サポートチームが来ると最初に聞いたとき、実は少し不安がありました。彼らがいったいどんなことを言い出すのか、まるで予測がつかなかったからです。「この治験はわれわれがすべて取り仕切る」とはまさか言わないでしょうが、何か思いがけない要求をされたらどうしよう、とは思いました。

しかし、それは私の杞憂でした。サポートチームは精鋭という言葉がふさわしい優秀なチームであるだけでなく、メンバーのみなさんのお人柄もすばらしかったです。

彼女たちのおかげで、通常は半年から一年かかる治験の準備をわずか一カ月半で終わらせることができましたし、治験の進め方についても学ぶところが多々ありました。

たとえば、私たちは当初「軽症者も治験の対象にするべきだ」と考えていました。新型コロナウイルスはウイルス感染症で、レムデシビルにはウイルスの増殖を抑える効果があるのだから、早い段階で投与すれば重症化を防げるのではないか。そう考えていたのです。

一方で、サポートチームとアメリカ本国のチームは重症者のみを対象にすべきだという考えでした。

これは治験の原則に沿った考え方で、未承認薬を患者さんに用いる場合、対象は重症者に限られるのが一般的です。なぜかといえば、副作用のリスクがあるからです。

レムデシビルはエボラ出血熱の治療薬として開発された薬で、安全性に関するデータはすでに示されていました。しかし、新型コロナウイルスの患者さんに使ったらどうなるか、この時点では不明です。副作用のリスクがないとは断言はできない以上、治験の対象に軽症者を含めるべきではない——というのが、サポートチームの考えでした。

とはいえ、この時点ではアメリカ国内の大流行はまだ始まっていません。新型コロナウイルスについては私たちのほうが経験はあったわけで、「この病気にはこういう特徴がある」「だから軽症者にも使うべきだ」ということを私たちはかなり言いしました。ここはぜひぶん深く議論をしたいと思います。

最終的に、治験は重症者のみを対象とすることになりました。この決定には正直なところ複

雑な気持ちもありましたが、今になって振り返ってみると、やはりそうせざるを得なかったと思います。

その後、製薬各社は新型コロナウイルスを対象とした新薬の開発を進めました。そのプロセスを見ながら感じたのは、「やはり重症者向けの薬の開発から先に行なわれるのだな」ということです。

二〇二一年七月一九日、「カシリビマブ」と「イムデビマブ」という薬が厚労省で特例承認され、「軽症者向けの薬が初めて登場した」ということで注目を集めました。

この二つを組み合わせる「抗体カクテル療法」によって軽症者が激減すれば、中等症や重症の患者さんも減ります。だったら早い時期から軽症者向けの薬の開発を進めるべきだったのではないか——という意見もあるでしょうが、新薬の開発というのは重症から中等症、中等症から軽症へと少しずつリスクの低い人に下っていかざるを得ない面があります。

今回のパンデミックが始まってから約一年半が過ぎて、ようやく軽症者向けの薬が出てきたことを考えると、レムデシビルの治験の対象から軽症者が外されたのは、やはりやむを得なかったと思います。

## 葛藤

レムデシビルの国際共同治験がスタートしたのは、二〇二〇年三月二六日のことでした。こ

のときに感じたプレッシャーは人道的使用のときのそれよりずっと大きかった気がします。

人道的使用を始めたときは、患者さん（またはそのご家族）と私たちはそれぞれ納得していました。対象となる全員にレムデシビルを投与するのですから、どういう結果が出るにせよ、それを受け入れる覚悟がお互いにあったのです。

しかし、治験では患者さんを「薬を投与される群」と「投与されない群」に分けます。対象となるのはすべて重症者ですが、レムデシビルが投与される人とプラセボ（偽薬）が投与される人がいるわけです。

偽薬というのは読んで字のごとく「ニセの薬」で、乳糖やでんぷん、生理的食塩水など、人体に無害で薬理作用のないものを用います。

自分に投与されているのはレムデシビルなのか、偽薬なのか。これは患者さんには知らされません。主治医にも知らされません。さらに「薬を投与される群」と「投与されない群」の比較検討は、第三者が行ないます。

どうしてそんなことをするのか、不思議に思う人もいるでしょう。理由をひとこと言えば、「薬の効果を正しく評価するため」です。

治験に参加する患者さんや医師には「効いてほしい」とか「効くに違いない」という気持ちが当然あります。その気持ちが行動に影響することもあり得ます。だから患者さんにも主治医

にも「『本物の薬』は誰に投与されているか」ということを知らせず、治験で得られたデータは第三者が評価するのです。

こうした方法で治験を行なうことは、もちろん患者さんに詳しく説明します。患者さんと意思疎通ができないときはご家族に説明し、納得していただいたケースに限って治験に参加していただきます。

とはいえ、私には葛藤がありました。レムデシビルの治験には、私の患者さんも参加していたからです。もしもその患者さんが「投与されない群」に割り振られていたら……。

もちろんそれについても患者さんには事前に知らせます。

「あなたには何のメリットもない結果に終わるかもしれませんが。しかし、未来の患者さんのために、治験はどうしても必要です。ご協力をいただけませんか？」  
たとえばそんなふうにお問い合わせをするのです。

## 迷いの中で見えた「単純な事実」

私の葛藤はそこにありました。仮にレムデシビルにすぐれた効果があった場合、「投与されない群」に割り振られた人たちは、薬の恩恵を得られません。助かるはずだった命が失われてしまう——という最悪のケースもあり得ます。もしもそうなったとき、自分は患者さんの死を

どう受け止めればいいのか。一日ずっと考えていても、堂々巡りがグルグルと続くばかりで、納得できる結論は出ません。

今回のパンデミックが始まってから、「この薬が効くらしい」といった話は、たくさん出ました。しかし、特効薬と呼べるものは今日まで一つとして出ていません。さまざまな治療薬の情報に接しているうちに私たちが思いあたってたのは、

「まだ何もわかっていない」

という単純な事実でした。

新型コロナウイルスに有効な薬はあるのか、ないのか。世界中の人たちが調べているけれど、まだ何もわかっていないのです。そういう段階で、自分たちがたまたま使っている薬が効く可能性は相対的に低いはずでず。

仮に「レムデシビルは効かない」という結果が出たとしても、それは一つの前進です。そうやって一人一人の医師、研究者が「この薬は効かない」と確認していくことによって、本当に効く薬が見出されていくからです。だったら自分たちは、自分の仕事を可能な限りスピーディーに進めていくしかありません。

そこまで考えが至ったとき、ようやく心の暗雲は晴れました。もちろん「投与されない群」を置くことは、医師としては決して気持ちのいいものではありません。しかし、私たちにでき

るのは適切な手続きを踏みながら、できるだけ早く治験の結果を出すことだけです。

## 平時とはまったく違う対応

レムデシビルの国際共同治験が始まった三月二十六日、東京にはすでに感染第一波が到来していました。新型コロナとの闘いで私たちが一番苦しんだのは、実はこの第一波の時期だったのですが、これについては別の章で詳しく触れられているので私からはあえて触れず、国際共同治験の話が続けたいと思います。

治験には最終的に一〇六三人の患者さんが登録されました。このうち日本人は一五人。結論として得られたのは、

「回復時間に有意差がある」

ということでした。患者さんが回復するまでの期間は、レムデシビルを投与された人たちが平均一日、投与されなかった人たちは平均一五日で、約三二%の短縮が見られたのです。この結果を受けて、厚生労働省は五月七日、レムデシビルを特例承認しました。

すでに述べたとおり、治験には半年から一年の準備を要するのが普通です。しかし、このときは約一カ月半で準備を終えました。さらに、治験が始まった約一カ月後には特例承認が行なわれました。

もちろんこれは「必要な手続きを省略した」ということではありません。関係者全員が最大限努力したからこそ、異例ともいえるスピードで承認に至ったのです。

たとえば治験の準備にあたっては、厚労省所管のPMDA（医薬品医療機器総合機構）にさまざまな書類を提出する必要がありました。そうした書類の中にはアメリカから取り寄せたものも多数あって、私たちは必要書類をすべて作成してから日本語に翻訳し、PMDAに提出するつもりでした。

ところが、PMDAは平時とはまったく違う対応をとってくれました。

「書類は全部揃っていなくてもかまいません。出来上がったものから、どんどん送ってください。英文のままでも結構です」

そうした形で私たちをサポートしてくれたのです。

厚労省の各種対応も実に迅速で、たとえば研究費はすぐに届きました。このときの国際共同治験では「日本で行なわれる治験の費用は日本側が負担する」という取り決めになっていたのですが、平時ではあり得ない速さで必要な研究費が下りたのです。

他方、アメリカのサポートチームは日本の薬事規制について、あまり詳しくはありませんでした。そこは私たちから詳しく説明して、ディスカッションをしながら丁寧に手続きを進めました。急ぐべきところは急ぎましたが、時間をかけるべきところではきちんと時間をかけたの

です。

特例承認が行なわれた二〇二〇年五月以降、レムデシビルは標準療法の一つとなりました。特に感染初期の患者さんには一定の成果を上げられたと思います。

その後、NCGMは四回の国際共同治験に参加しました。いずれもレムデシビルと併用する薬の治験で、そのうち「バリシチニブ」というリウマチの薬の有効性が認められました。バリシチニブには過剰な炎症を抑える効果があり、二〇二一年四月、厚労省に承認されています。

とはいえ、どちらも特効薬ではありません。新型コロナウイルスに使える既存薬はあるのか、ないのか。そうしたテーマでさまざまな薬を調べてみたところ、レムデシビルやバリシチニブに一定の効果が認められた、ということでした。より効果の高い治療薬は、今なお求められています。

二〇二一年九月の時点で、既存薬の調査はあらかた終わりました。治療薬の研究は次のステップに進んでいて、すでに発売が決定している新薬、あるいは治験の大部分が終わっている新薬がいくつかあります。本書が刊行される頃には、標準療法は今とまったく違う形になっているかもしれません。

## 不幸があったからこそその前進

武漢ミツシヨンとダイヤモンド・プリンセス号対応、そして国際共同治験について振り返っ

てみると、流行の最初期から「最前線」にいた意義はやはり大きかったと思います。

新型コロナウイルスはどのような病気なのか。どういう診療をして、どういう感染対策をして、どうい  
う薬を使えばいいのか。すでに書いたとおり、最初はすべて手探りでした。そのために大変な  
思いもしました。しかし、正体のわからない病気に手探りで立ち向かっていった経験は、今後  
の大きな糧になるだろうと思います。

感染第一波がようやく収束した二〇二〇年五月には、私たちの病院の空気はだいぶ変わって  
いました。

「これでひととおりの経験ができた。次の波が来ても大丈夫だ」

そんな雰囲気になっていたので。流行最初期から患者さんを受け入れた経験を、他の医療  
機関に繋ぐこともできました。

一つ不幸だったと思うのは、ダイヤモンド・プリンセス号の対応に全力を注がざるを得な  
かったために、日本では足元の対策を十分にできなかつたことです。

たとえば二〇二〇年二月は、東京都内で感染が広がり始めていた時期です。しかし、丹念な  
クラスター調査はできませんでした。PCR検査のキャパシティを拡大することもできなかつ  
た。そもそも当時は、感染が疑われる無症状者、あるいは軽症者を検査するスキームになつて  
いませんでした。

二〇二〇年一月の春節（一月二四日～三〇日）前後には武漢市からも多数の中国人観光客がやって来ましたし、三月中旬までは海外からの帰国者がほぼノーチェックのまま日本に入ってきました。

その結果、ヨーロッパの変異株が国内に持ち込まれ、水面下で広がっていきました。そして三月後半、堰を切ったように一気に感染者が急増してしまったのです。今さら「たられば」を言っても仕方ありませんが、もしもダイヤモンド・プリンセス号が日本に来ていなかったら、状況は相当に違っていたのではないかと思います。

もっとも、悪い面だけではありません。ダイヤモンド・プリンセス号を受け入れたからこそ、大きな進歩もあったのです。

一つは、重症者の診療体制が大きく整備されたことです。たとえばそれ以前は、都道府県をまたぐ患者さんの搬送にはさまざまな制約がありました。しかし、今回のパンデミックでは「もうそんなことを言っていられる状況ではない」ということで、一気にバリアが取り除かれました。平時にはどうしようもなかった壁があっさりと崩れたのです。

新薬の使用にも大きな前進がありました。新興感染症のアウトブレイクが起きたとき、海外の新薬（または国内未承認薬）を日本に持ち込むにはどうすればいいのか。それを速やかに使用するためには、どのような準備が必要なのか。これはかねて大きな課題だったのですが、具

体的な話は遅々として進んでいませんでした。ダイヤモンド・プリンセス号の来航によって、この問題もまた大きく前進しています。

武漢ミッションとダイヤモンド・プリンセス号対応を契機に、厚労省のDMAT（災害派遣医療チーム）が新型コロナウイルスに対応に参加するようになったのも、革命的なことだったと思います。これまで感染症を災害と同じ有事と捉えて対応するチームはなかったからです。

そういう意味では日本の感染症対策は、ダイヤモンド・プリンセス号対応で大きな成長を遂げました。代償は大きかったけれども、未来に活かせる財産も残ったと思うのです。

第一

章

.....

# 水際

ダイヤモンド・プリンセス号 現場報告

N C G M 国際医療協力局

## 坪井基行<sup>もとゆき</sup>

武漢市からの帰国者の受け入れ、その対応に追われているさなかの二月三日、クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号が横浜港に入港。N C G Mからも医師、看護師、検査技師、薬剤師を派遣、約三七〇〇名の乗船者たちの隔離、検疫、医療提供にあたった。七〇〇名以上の感染者が確認されたクルーズ船に乗り込んだ国際医療協力局の坪井基行医師による現場報告。

## 未知の病原体に対する検体採取

NCGM全体が一丸となって新型コロナウイルス感染症対応にあたる中で、私は武漢市からの帰国ミッション、クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」と「コスタ・アトランティカ号」の対応などに携わりました。本章では私が実際に体験したことを報告させていただきます。と思います。

まず武漢市からの帰国ミッションですが、全部で五便あった政府チャーター便のうち、私は第三便と第四便の対応に参加しました。担当したのは、帰国者のみなさんからPCR検査のための検体を採取する作業で、キャップ、フェイスシールド、N95マスク、ガウン、カバーオール、二重手袋、シューズカバーを装着して実施しました。今はここまでの重装備をすることはあまりないと思いますが、当時は新型コロナウイルスの特性に不明な点多かったため、厳重な装備で臨みました。

実際に未知の病原体に対して検体採取をするのは、私にとってはこのときが初めての体験でしたが、もちろん个人防护具着脱などの訓練は受けていますから、「訓練どおりに行なうだけだ」という心境で、特に怖いという気持ちはありませんでした。

現在私はNCGMの国際医療協力局という部署に所属しているのですが、以前は臨床で感染

症医として働いていました。当時は半日程度N95マスクをつけたまま結核患者の診療にあたることもよくあったので、長時間のN95マスク装着で負担を感じることはあまりありませんでしたが、カバールールをつけたまま長時間働くのはやはりつらいと感じました。カバールールというのはいわゆるつなぎの作業服のような形状をした防護服のことです。チャーター便の第三便は二〇二〇年一月三十一日、第四便は二月七日に羽田に到着していますので、時期としては真冬でしたが、それでも長時間の作業はつらいと感じました。検体採取は三人ほどで担当していたのですが、疲労困憊しないよう、一時間に一回は休憩できるようにローテーションを組んで作業を行ないました。

帰国者から検体を採取する際は、検体採取用のスワブ（綿棒）で咽頭を擦ります。この際にクシャミや咳をする方が少なからずいたので、飛沫を浴びるリスクも高く、大変ではありませんが、嚴重な装備で臨んだのはやはり適切だったと思います。

## 乗船初日の戸惑い

私がチャーター便の第四便対応をしていた二月七日、ダイヤモンド・プリンセス号はすでに横浜に入港していました。入港は二月三日で、二月七日は船内で最も多くの発熱を伴う新規感染者が報告された日です。



乗員・乗客約3700人を乗せ横浜港に停泊したダイヤモンド・プリンセス号。(© 共同通信)

私がダイヤモンド・プリンセス号に派遣されたのは、二月一三日でした。厚生労働省の要請に基づき、国際医療協力局からは二月七日から医師が派遣されており、現場の状況を厚生省やNCGM幹部にも報告し、全体のニーズを確認しながら、NCGMへ追加支援を求めました。国際医療協力局から派遣された医師五名、看護師二名以外にも、NCGMセンター病院から医師・看護師・検査技師・薬剤師などが派遣されており、武漢からのチャーター便の経験を活かして、自衛隊および厚労省のDMAT（災害派遣医療チーム）の検体採取の支援を行なったと伺っています。

ダイヤモンド・プリンセス号で私が担当したのは、情報の収集と整理でした。その日、新たに発熱した人は何名いたのか。それは何号室の誰なのか。PCR検査の結果はどうだったのか。まだ検査を受けていない人たちのうち、優先順位が高いのは、何号室の誰なのか。そうした情報を集め、整理するのが私の仕事でした。

とはいえ、乗船してすぐはまったく状況がわからず、

「船内ではだいたいこういう形で物事が動いている」

「自分の役割はおそらくこれだろう」

ということが見えてくるまでに、かなりの労力を費やしました。睡眠時間は初日が約一時間半、二日目は五時間程度しか確保できませんでした。必要であったとはいえ、自身の健康管理

としては、ここは反省すべき点でもあると感じています。

国際医療協力局のスタッフが仕事をしていたのは、船内に設置された詰所のようなスペースの一角で、そこで情報の収集・整理をしていました。このスペースはいわゆるグリーンゾーンとされていたので、マスクの着用と、出入りする際の手指消毒の徹底を遵守しながら作業をしていました。

クルーズ船に滞在中は、食事は提供されたものをいただき、船内の空いている一室に滞在しました。クルーズ船の一室ですから、生活に必要なものはひととおり揃っていました。

私の場合、一日の決まったスケジュールは、朝夕の全体会議だけです。この会議で新規発熱者数を報告する以外は、目の前にある仕事に優先順位をつけながら、一つ一つ片づけていく感じでした。

## 感染はいつ広がったのか

ここでダイヤモンド・プリンセス号の検疫がどのように行なわれたのか、時系列に沿って説明をしたいと思います。

先ほど述べたとおり、ダイヤモンド・プリンセス号が横浜港に入ったのは二月三日でした。同日夜に検疫官が船に入り、発熱や咳などの症状が出ている人とその濃厚接触者ら三一名から

検体が採取され、そのうちPCR陽性者は10名でした。全員が速やかに下船し、神奈川県内の医療機関に搬送されています。

二月五日には個室隔離が始まります。すべての乗客はキャビン（客室）で一四日間待機することになったのです。ただし乗員については全員を隔離せず、感染対策を指導した上で、二六六名の乗客への食事提供などの必要最低限のサービスは継続されました。

二月七日、船内に「発熱コールセンター」が設置されました。一方で乗員・乗客には体温計が配られ、三七度五分以上の発熱がある人、疑わしい症状が出ている人はコールセンターに連絡をすることとなりました。発熱を認めた感染者数はこの日をピークに減少しており、新型コロナウイルスの潜伏期間が五日程度であることを考えると、二月七日に感染が確認された人たちは二月二日前後、つまり横浜入港前に感染していたと考えられます。水面下で感染が広がり始めていたのは、さらにその前でしよう。

## さまざまな対策の効果

二月一日、検査のキャパシティの拡充に伴い、無症状者も含めたPCRによるスクリーニング検査が始まりました。

ダイヤモンド・プリンセス号が横浜に入港した当初はPCR検査のキャパシティが限られて

いたため、症状のある人だけを検査対象としていました。しかしその後、民間検査会社の協力を得るなどして一日に実施できる検査数が増えたため、無症状者もPCR検査の対象とされたのです。

ただし、一日に全員を検査できるほどのキャパシティはありませんでしたから、検査には優先順位が設けられました。優先順位としては、八〇歳以上の乗客とその同室者から開始され、七五歳以上の人とその同室者、と五歳ごとに区切って実施されました。スクリーニング検査によって陽性と判定された人たちは、速やかに医療機関に搬送されました。

二月五日に始まった個室隔離などのさまざまな対策の効果はどうだったのか、個々の対策ではどの対策がより効果的であったのか、明確に述べることは難しいですが、対策を講じてから新規の発熱者や感染者が減り続けたことを考えると、これらの対策には一定の効果があつたのだろうと考えています。

二月一九日、乗客の下船が始まりました。下船した乗客は、陽性者と部屋を共有しておらず一四日間の個室隔離を完了し、検疫期間最終日までに採取した検体がPCR検査で陰性、そして検疫期間の最終日の健康診断で異常がない者、とされていきました。

すべての乗船者が下船したのは、三月一日のことですが、その後もダイヤモンド・プリンセス号から下船した人たちから感染が広がった事例の報告は認められませんでした。

## 一八〇人の発熱者は、なぜPCR陰性だったのか

横浜に入港したダイヤモンド・プリンセス号には、三七一名の乗船者がいました。そのうちの七一二名が新型コロナウイルスに感染し、少なくとも一三名が亡くなっています。

一月二二日から二月二二日まで、発熱が確認されたのは四〇三名です。そのうち二二三名に感染が確認されました。残りの一八〇名は、発熱はあつたけれども新型コロナウイルスのPCR検査が陽性にならなかつた人ということになります。短期間なので、発熱者が多いようにも思いますが、これら一人一人の原因については、はっきりとはわかりません。

PCR検査の精度にも限界はあり、感度はおおむね七〇%とされています。これはつまり、一〇〇名の新型コロナウイルス感染者を検査したときには三〇名前後の人が「陰性」と判定されてしまうということです。この「偽陰性」の可能性も、もちろん否定はできません。一方で、新型コロナウイルス感染症以外の疾患で発熱を生じていた可能性はあるでしょうし、臨床現場でも日常的にあるように、運動や入浴後など測定タイミングによって最初に測ったときは三七・五度だったけれど、もう一度測り直したら発熱は認められなかつた、ということもあるでしょう。

## 検体採取作業の課題とその対応

一時系列の流れは以上のとおりです。

私個人は二月一七日に下船してから一八日以降は陸地からのサポートをしています。データ整理などの仕事にはその後も携わり、全体会議のためにデータをまとめてグラフ化し、関係スタッフにメールで送る——という作業を二二日まで続けました。

すでに述べたとおり、私が受け持ったのは情報の収集・整理でしたが、具体的にはまずDMATとのやりとりがありました。船内で不調を訴えた人たちの診察にあたっていたのはDMATでした。診察の結果「この人は医療機関に搬送したほうがいい」ということになったとき、私たちのところに問い合わせが来ます。その人はPCR検査を受けているのかどうか。受けているのであれば、結果はどうだったのか。そうした照合をするわけです。

一方、検体採取を担当していたのは、主に自衛隊でした。その日のスクリーニング検査の対象者のリストを作成し、自衛隊の担当者知らせるのが私の仕事でしたが、これが少し頭を使う業務でした。

前述のとおり、二月一日以降は一日に実施できる検査数が増えたため、症状のない人たちも検査対象となりました。最初に対象となったのは八〇歳以上の人たちですが、八〇歳以上の

人たちの滞在していた部屋は特定のエリアに固まっていたわけではなく、船内のいろいろなところに散らばっていました。もちろんこれは他の年代の人たちも同じです。

八〇歳以上の人の同室者が八〇歳未満であるケースも少なからずありました。こうしたケースでは、同室者の方からも一緒に検体採取をするわけですが、これらのことが検体採取を少し複雑にしていました。

たとえば、八〇歳以上のAさんが、七五歳のBさんと同室であったとしましょう。

自衛隊がAさんの部屋を訪ねたとき、Bさんも一緒に検体採取をします。これでこの部屋のスクリーニング検査は完了します。しかし、年齢のみを頼りにスクリーニング検査をすると、その後、七五歳以上の人たちの検査が始まったとき、すでにBさんの検査は終了しているにもかかわらず、自衛隊は再びBさんの部屋を訪ねることになってしまいます。

ご承知のとおりダイヤモンド・プリンセス号は大型客船で、約一三〇〇室もの客室がありますから、担当者が一日に何度も無駄足を踏んでいけば、決して小さくはない時間のロスが出てしまいます。

そこで私はこれらの情報を整理し、どの部屋に検査対象者がいるかを示すリストを作って、自衛隊の担当者にお伝えしました。前述の理由などから、リストを作る作業は複雑で、私が携わった仕事の中ではこれが一番大変でしたが、同時に、一番役に立てたところかなとも思いま

す。

「効率が非常によくなりました。ありがとうございます」

自衛隊の方にそう言っていたいたいたのは、本当にうれしいことでした。

あるエリアやフロアの人たちを順番に検査していくというローラー作戦のような方法も、もちろんあるのですが、限られた時間・限られた検査のキャパシティの中で、より重症化のリスクが高い人から行なっていく、という判断は、実際に高齢の感染者が重症化するケースが認められていたことからわかるように、正しい判断であったと考えています。

リスクの高い人たちの検査が終わったのち、スクリーニング検査は、ローラー作戦のような形に変更され、より迅速性を重視し、下船オペレーションに向けての検査を加速させていきました。

## 現場と報道のギャップ

ダイヤモンド・プリンセス号で行なわれた検疫については、さまざまな憶測が飛び交い、批判的な報道も数多くありました。私は船内にいた間はニュースを見ていないのですが、下船後はテレビや新聞、ネットなどの報道に接し、船の中と外ではこんなにも空気が違うのかと驚きました。

ダイヤモンド・プリンセス号の中では、厚生省やDMAT、自衛隊、私たちNCGMも含め、多様な組織から派遣されたスタッフが互いによく連携をとって、それぞれが献身的に仕事をしていました。少なくとも私が見た範囲では、誰もが与えられた持ち場でベストを尽くしていました。

しかし、船を降りてから目にした報道では、そうしたことはまるで伝えられていません。ほとんどのニュースは検疫への批判で、しかもそれが不確かな情報に基づいた批判であるケースもありました。

たとえば一部の海外メディアは、個々の乗客に直接連絡をとって、批判的な意見を大々的に報じていました。個室隔離中の乗客のみなさんには大きな不安があったでしょうし、ストレスも多々あったと思います。そういう状況にいる人たちから厳しい意見が出るのは仕方のないことかと思いますが、それが何の検証もされずに大きく報じられていることには違和感を覚えませんでした。

ある海外紙は、乗客の一人の言葉を用いて、

「私たちはペトリ皿の上にいる」

と報じました。ペトリ皿というのは実験で使うシャーレのことです。感染者を船に閉じ込め、新型コロナウイルスを船内で培養している——と言いたかったのでしょう。

しかし言うまでもなく、船内で働いている誰にもそのような気持ちはありませんでしたし、驚きとともに、少し悲しい気持ちにもなりました。

また、これは一つの教訓でもあるかと思いますが、乗船者へのPCR検査が迅速に進まなかったことについても、

「PCR検査を大規模に実施できる体制を、なぜ作っておかなかったのか」

というような批判もありました。三七二一名の人たちに一日でPCR検査を実施することは、今では十分可能です。たとえば、二〇二一年一〇月現在までに、東京都だけでも一日に一万件以上、全国では一日一五万件以上のPCR検査が行なわれた日もありました。しかし、ダイヤモンド・プリンセス号がやって来た当初は「検査のキャパシティが小さい」という現実がありました。そうである以上、キャパシティに合わせてリスクを考慮しながら、最大限迅速に検査を進めていくことが当時できる最善であったと思っています。

### 「新型コロナウイルスの流入」は抑え込んだ

もちろん一〇〇点満点とは言えません。しかし、ダイヤモンド・プリンセス号の乗船者は、NCGMの全病床数（七四九床）のおよそ五倍もの数です。それだけ大勢の人たち——しかもそのうちの二三七〇名は外国人でした——を乗せた船がある日横浜に現われ、

「船内で未知のウイルス感染症が広がっている」

「感染者が何人いるかわからない」

ということになったのですから、これはまさに未曾有の事態です。

なおかつ、ダイヤモンド・プリンセス号が横浜港に入ったとき、武漢市からのチャーター便での退避オペレーションはまだ継続中でした。武漢市からの帰国者は八二九名という大人数で、こちらも国を挙げた対応です。

過去に誰も経験していないような事態が二つ同時に起きていたのですから、そこにはやはりすべて理想的とはいかない事態もあり得ると思います。

たとえば、乗船者を陸上施設で隔離したほうがよかったのでは、という意見も当時よく聞かれました。しかし実際には、政府が確保していた陸上施設はすでに武漢市からの帰国者で埋まっていましたし、未知の部分が多い感染症にかかっている可能性のある乗船者を受け入れてくれる複数の宿泊施設を探すことは容易ではなかったと思います。

とはいえ、ダイヤモンド・プリンセス号での検査が失敗だったかと言えば、そんなことはないと考えています。その一番の理由は、

「新型コロナウイルスの流入を抑え込めた」

ということですが。その後の解析によって、国内の感染第一波で広がったウイルスは中国由来

の株ではなく、ヨーロッパ由来の株であることが示唆され、また、ダイヤモンド・プリンセス号の下船者からクラスターが発生した事例もゼロです。こうした事実によって、ダイヤモンド・プリンセス号からの新型コロナウイルス流入は抑え込むことができたかと現在は考えられているのです。

### コスタ・アトランティカ号対応

ダイヤモンド・プリンセス号からすべての乗船者が下りた約二ヵ月後、長崎港に停泊中のクルーズ船「コスタ・アトランティカ号」で新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生しました。こちらの対応にも私は参加しています。

コスタ・アトランティカ号が長崎港に入ったのは二〇二〇年一月二九日のことです。船の修繕がその目的でした。修繕作業は三月下旬に終わったのですが、世界的な検疫強化の影響で出港できなくなり、そのまま長崎港に停泊を続けていました。最初の感染者が判明したのは四月二〇日で、四月二五日までに一四八名の感染者が確認されました。

私が現場に入ったのは五月一日で、ダイヤモンド・プリンセス号のときと同様、オペレーションの途中からの参加でした。

コスタ・アトランティカ号での活動期間は八日で、私が主に携わったのは支援者への感染管

理指導です。現場にはいろいろな施設の方たちが応援に入っていて、ローテーションを組みながら働いていたのですが、必ずしも全員がしっかりとした感染管理のスキルを身につけているわけではありませんでした。そこでたとえば、個人防護具の着脱の仕方などを指導したのです。

防護具はウイルスから身を守るためのものですが、誤った着方や脱ぎ方をすると十分に身を守れないだけでなく、かえって危険であったりもします。特に注意が必要なのは脱ぎ方で、「どこが汚染されているか」

ということをしつかり意識しなければならず、正しく着脱するためには一定のトレーニングが必要になります。私が指導したみなさんは相当な緊張感を持っておられて、こちらの説明にしっかりと耳を傾けてくれましたし、自分が出動するタイミングでなくても何回も練習されていました。私からも防護具の着方、脱ぎ方を書いた紙を壁に張り出し、気になった点はいつでもチェックできるようにしました。

みなさんに指導をする中、私自身が気づいたこともあります。船が停泊していた港は、壁の陰に入ってもかなり強い風を受けることがあったのですが、そういう状況では風下に向かって防護具を脱がないといけません。風上を向いて医療用ガウンなどを脱げば、いくら気をつけていても自分の体に汚染された部分が当たってしまうからです。ちょっとしたことであります

が、通常、院内での対応では気にしたこともなく、屋外で活動してみて初めて気がついたことでした。

私が携わった感染管理には、消毒や清掃などの指導もありました。患者さんが待機する部屋、あるいはCTを撮るための車両があったのですが、その消毒や清掃をどうするか、ゴミをどう処理するか、そういった指導も行ないました。こういった作業においても、さまざまなチームが支援のために訪れ、同じチーム内でも人の入れ替わりがあるため、担当者が代わっても誰が行なっても円滑に業務が遂行できるよう、各作業をマニュアル化することにも努めました。

その他、陽性者の診療や、濃厚接触者の選定などにも少し携わりました。

五月三十一日、コスタ・アトランティカ号は長崎港を出港しました。前述のとおり、コスタ・アトランティカ号が長崎港に停泊していたのは、最初は修繕が目的であったため、乗っていたのは乗員だけでした。最初の感染者が確認された四月二〇日、コスタ・アトランティカ号には六二三名の乗員がいました。もちろんこれは大人数ですが、乗員の九〇%以上が四〇代以下と比較的若年者が多かったこともあってか、重症化する人はごく少数にとどまり、死亡例は一例もありませんでした。

## どんな場所でも「やることの本質」は同じ

コスタ・アトランティカ対応に参加する前後、私が所属しているNCGMの国際医療協力局では軽症者の宿泊施設の開設・運営の支援も実施していました。私もこの仕事に携わり、検体採取や健康観察、施設内のゾーニングが適切かどうかの確認、現場スタッフに個人防護具の着脱の指導などを行っていました。

チャーター便やクルーズ船の対応、軽症者宿泊施設への支援といったさまざまな現場での活動に参加できたのは、今後も感染症の専門家として歩んでいく自分にとって、本当に得難い経験になったと思っています。

私がNCGMに来たのは二〇一五年四月でした。当時、NCGMには「総合感染症コース」というプログラムがあって、後期研修を終えた私はそこで感染症診療の修練を積みました。そのコースは、エイズ治療・研究開発センター、国際感染症センター、結核病棟をローテーションしながら感染症全般を学ぶプログラムで、そこで三年ほど臨床医として診療経験を積んだあと、一年間イギリスに留学しました。NCGMに戻って国際医療協力局に入職したのは二〇二〇年一月、日本に新型コロナウイルスが入ってくる直前のことでした。戻ってきてすぐにパンデミックが始まったのは本当に不思議な巡り合わせだったと、今こうして振り返って改めて実

感します。

これまで述べてきたように、さまざまな現場を経験して見えてきたのは、「どんな場所でもやることの本質はだいたい同じ」ということでした。

支援者同士でしっかりとコミュニケーションをとって、役割分担を明確にする。データやシステムの管理に習熟した担当者を少なくとも一人は置いて、現場の担当者間で共有できる正確なデータベースを作る。感染管理は専門家の指導のもと厳密に行なう。多くの支援者が参加するため、誰でも同様に業務を実施できるように運用は可能な限りシンプルな形にする。

簡単なことのようにですが、状況が複雑になればなるほど混乱は起きやすく、冷静に本質を見極めて一つ一つ確実に実施していくといったことが大切になってくるのだらうと思います。



前・NCGMセンター病院 国際感染症センター

国際感染症対策室医長

(現・大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学教授、医学

部附属病院 感染制御部部长)

くつなさとし

## 忽那賢志

数々の感染症対策を経験してきた専門医だからこそ抱いた新型コロナウイルスへの驚きがあった。それは、「無症状の人も感染を広げている」という事実。その実像のどこまでが判明し、何がいまだに解明されていないのか。新型コロナウイルスが日本に上陸して以来、常に臨床現場の最前線でパンデミックと対峙してきた前・国際感染症対策室医長が探究する新型コロナウイルスの正体。

## 嫌な感じ

中国湖北省・武漢市で原因不明の肺炎が発生している――。そんなニュースを初めて耳にしたのは二〇二〇年の新春早々、一月二日か三日のことでした。正月休みが明けてすぐ、私は院内で周知を始めました。「こんな感染症が中国で出ています」「武漢市から帰ってきた人がいたら感染症科に相談してください」などということ、まわりに知らせたのです。「疑わしい人がいたら、まずは武漢市への渡航歴を聞きましょう」「武漢帰りの人はこういう経路でこの部屋に案内してください」といったフローチャートも作りました。

こうした対応は、NCGMでは普段から行なわれています。NCGMは日本で最も輸入感染症の症例が多い病院ですから、海外の情報を常にチェックして、何かあったら院内で周知をしているのです。

とはいえ、武漢市からの第一報があったときには「原因不明の肺炎」が日本に上陸するとは予想していませんでした。それが世界的大流行の始まりなどとは想像さえしていません。

「原因不明の肺炎」の原因が新型コロナウイルスだとわかったのは、一月八日頃だったと思います。中国ではしばしば新しい感染症が発生しますから、そのときも特に危機感はありませんでした。その時点で発表されていた症例は、わずか四一例でした。武漢市でたった四一例しか

ない疾患が日本にやって来ることは、まずないだろうと考えていたのです。

ところが、一月一六日になって「日本国内で新型コロナウイルスの患者さんが出た」という発表がありました。患者さんは神奈川県在住の男性で、武漢市に滞在していた一月三日に発熱、一月六日に帰国してから検査・入院というプロセスを経て、一月一五日に退院したというのです。さらに一月一七日、タイでも新型コロナウイルスの患者さんが出たという報道がありました。

この時点でも、私はまだ世界的流行が起きるとは思っていません。しかし、一つ嫌な感じがあったのは、中国での症例が依然として四一例のままだったことです。中国国内で四一例なのに、国外（日本とタイ）で二例発生するというのは、常識的にあり得ないことです。中国で何かまずいことが起きているのかもしれない。そう思いました。

タイで感染者が出たという報道があった翌日（一月一八日）から二〇日にかけて、中国では新たに一五七例の症例が発表されました。何かの手違いで発表が遅れたのか、意図的に発表を遅らせたのか、私にはわかりません。しかしいづれにしても、四一例のままずっと止まっていたのは正確な報告ではなかったのだろうと思います。

## クルーズ船の対応から状況が一変した

NCGMで最初に新型コロナウイルス感染症の診断を下したのは、一月下旬でした。すでに

日本国内の患者さんは出ていましたから、PCR検査などの体制は整えていて、診断はすぐにできました。

とはいえ、当時はまだ武漢市のデータ以外にほぼ何もない状況です。わかっていたのは「致死率が高い」ということくらいで、「SARS（重症急性呼吸器症候群）やMERS（中東呼吸器症候群）ほどではないにしても、危険な感染症なのだろう」というのが、その頃の私の認識です。

その後、高齢者の重症化リスクが高いことが明らかになりました。しかし、一月下旬以降に私たちが診察した中国人観光客、あるいは武漢市からチャーター便で帰国したみなさんは若い人ばかりで、重症化することなく回復していきました。

若者は重症化しにくい。高齢者は重症化しやすい。ご存じのとおり、これは新型コロナウイルスの特徴の一つです。しかし、高齢者の重症化リスクが高いのは、新型コロナウイルスに限ったことではありません。高齢になればなるほど重症化しやすいのは、実は多くの感染症に共通する特徴です。

ですから、チャーター便の対応をしていた頃は「やはり若い人たちは重症度が高くないのだろう」と考えていました。一方で、肺のCT画像には他の感染症にはない特徴的な陰影があつて、気味が悪い感じといたしますか、まがまが禍々しい感じといたしますか、とにかくネガティブな印象を持つたのを覚えています。

二月に入ると、横浜に入港したクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」の対応が始まります。NCGMで受け入れた患者さんは高齢者が多く、チャーター便の対応をしたときは状況が一変しました。重症化する人がどんどん増えていったのです。人工呼吸器やECMO（体外式膜型人工肺）を使ったのも、このときが最初です。二月中旬から三月上旬にかけては、ほとんど休む暇もなく対応にあたりました。

ダイヤモンド・プリンセス号の対応が一段落したのは三月中旬です。ここで少し息をつきましたが、今度は東京都内の流行が始まります。その頃はまだPCR検査のキャパシティが小さく、陽性と判定された人の多くは重症者でした。

三月下旬から四月中旬までは、重症の患者さんが毎日運ばれてきて、朝から晩まで対応に追われました。新型コロナの病態がよくわからない中、疾患そのものに難渋することも多々ありました。

この時期には、院内のコンサルテーション（相談）も急増しています。たとえば入院患者さんが熱を出したときに「これはコロナでしょうか？」とか「PCRは必要でしょうか？」といった問い合わせがどんどん入ってくるわけです。

そんな状況ですから、外来患者さんの対応はどうしても縮小せざるを得ません。では、具体的にどう縮小するのか。そうした病院内の話合いがいろいろあったのですが、いつも互いに

ピリピリとした緊張感があつて、病院内のストレスもかなり大きかった気がします。

今になって振り返ってみると、一番しんどかったのはこの時期でした。その後、少しずつ新型コロナウイルスの病態が見えてきて、たとえば「発症から一週間後くらいを境に急激に悪化するケースが多い」といったことがわかってきました。最初の緊急事態宣言が出てから二週間ほどすると新規陽性者は減少し、さらに感染症指定医療機関以外でも患者さんの受け入れが始まります。ホテルでの宿泊療養も拡充されていきました。

「この先いつたいていどうなるんだろうか？」

そんな恐怖心からようやく解放されたのは、四月下旬になってからだだったと思います。

### 新型コロナウイルスの最も厄介な特性

新型コロナウイルスの特性で最も厄介なのは「症状が出ていない人も他人にうつす」ということです。これはそれまでの常識では考えにくいことでした。

呼吸器感染症には「感染性」（うつしやすい）というものがあつて、たとえばインフルエンザの場合、感染性のピークは発症の一日後です。あるいはSARSなら、発症したそのときの感染性は弱く、最も人にうつしやすくなる時期は発症のおよそ一〇日後にやつて来ます。

新型コロナウイルスの感染性のピークは、発症三日前から五日後。無症状の人からも感染は広がって

それでも闘いは続く コロナ医療最前線の700日  
国立国際医療研究センター(NCGM)・著

発行：集英社インターナショナル（発売：集英社）  
定価：1,800円(10%税込)  
発売日：2021年11月26日  
ISBN：9784-7976-7405-7

ネット書店でのご予約・ご注文は [こちらにどうぞ！](#)