

## 新型コロナウイルス感染症5類に移行 ―今後の見通し―

ツカザキ病院院長 夫 由彦

はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下コロナと略す）が出現して、3年が経過し4年目となりました。当初は、未知の感染症が世界的に大流行したため、地球規模で社会に大混乱をもたらしました。その後、コロナについての色々な知見の集積、ワクチン、治療薬の開発と進展、そしてなによりコロナウイルス自体の毒性が下がってきたことから、現在は日常生活を取り戻しつつあります。ビタミン誌で私が担当する原稿は、コロナについてこれで4回目になります。今回は、コロナ感染症について現状の考え方と今後の見通しについて述べたいと思います。

### 不顕性感染について

一般的にウイルスが、体に侵入して増えても、病気の症状を示すことなく経過して、自然に免疫ができてしまう場合があります。これを**不顕性感染**といいます。たとえば顔や口唇に水疱ができる単純ヘルペスウイルス感染症では、感染者全体の90%以上は症状のない不顕性感染です。知らない間に感染して、知らない間に免疫ができてしまうのです。症状の出る人の方が、圧倒的に少ないのです。コロナウイルスについても、同様に症状の出ない感染があります。2020年、コロナパニック初期には、著名な芸能人がコロナで死亡したことが報道され、死亡する感染症として、世間のコロナに対する警戒感が一気に高まりました。一方、横浜クルーズ船でのクラスターでは、高齢者中心の乗客のうち、約20%が不顕性感染であったことが判明しました。また、中国からのチャーター便では、33%が不顕性感染でした。ウイルスに感染しても、個々の人体との相性によって経過はそれぞれ異なります。症状の重い人から、全く症状が出ないまま免疫のできる人まで存在するのです。その後、世界中がコロナ大流行でパニックになる中、データが蓄積されてきて、コロナの全体像が徐々に明らかになってきました。重症化しやすいデルタ株を含めた場合でも、数十万例を対象にした複数の論文を統計的に解析した結果、PCR検査陽性者のうち、約30%から45%が症状の出ない不顕性感染であることが判明しています。現状、オミクロン株の場合には、不顕性感染の割合ははっきりしていませんが、ワクチン接種が普及していることや軽症者が多いことから、全体の50%くらいになるかもしれません。症状のない不顕性感染者が排出するウイルス量は、症状のあるコロナ患者と変わらないという報告もありますが、自験例では不顕性感染者の排出するウイルス量はかなり少ない印象があります。ウイルス量が少なくても、例えば不顕性感染の若者がキスをすると、唾液にはウイルスが存在するので、直接、相手に感染させることとなります。東京でなかなかコロナ感染が落ち着かない時期に、小池知事が「夜の街関連の対策が・・・」と記者会見で述べられていたのは、この若者に多い不顕性感染が理由です。感染の波が一旦収まっても、しばらくするとまた感染の波がくるのは、症状の出ない不顕性感

染者がいることが大きな原因なのです。

## PCR 検査について

綿棒を鼻孔から突っ込んで、鼻咽頭の粘液を拭って、コロナウイルスが存在するかどうかを PCR 検査で調べます。コロナパニックの最中には、つい最近まで、PCR 検査はなかなか受けることのできない貴重な検査でした。そもそも、コロナを診療する医療施設自体少なかったのです。そのため、PCR 検査を受けて陰性であれば、コロナに罹っていないコロナウイルスとは無縁であるという誤解が、世間一般で広く浸透してしまいました。

実際、コロナ PCR 検査は最も鋭敏な検査ではありますが、コロナウイルスに感染してから、すぐには陽性にはなりません。1日から数日経過してウイルスが検知されるぐらいに増えないと、陽性にはならないのです。PCR 陰性は、ウイルスゼロの証明ではありません。陽性になるほどのウイルス量は無いということで、ごく少量のコロナウイルスは持っているかもしれない。つまり言い換えると、ウイルスが増えつつあるが、症状が出る少し前の**潜伏期には PCR 検査は陰性**なのです。私は職員には、PCR 検査について「**今日の陰性は明日の陽性!**」というキャッチコピーで、陰性であってもせいぜい1日の保証しかありませんよ、と説明しています。ですから、正月やお盆の帰省前に希望者が全員、駅や空港で PCR 検査を受けて陰性確認したとしても、その時点では陰性ですが、明日には陽性になるかもしれないのです。いつでも、PCR 検査を無料で受けられるとしても、陰性を確認した翌日には陽性になる可能性があるのです。PCR 検査をいくら対象を拡げて実施しても、コロナをゼロにすることはできるはずがありません。ゼロコロナを目指した中国では、封鎖した都市住民には、症状のない住民を含めて全員、毎日 PCR 検査を実施していたのです。中国では、封鎖した区域で 10 日間連続で、一人の陽性者も出なければ封鎖を解除するという、徹底した隔離を実施していました。そこまでしても、ゼロコロナを実現することは無理だったのです。

さらに、コロナが治癒した後でも、感染性のないウイルスの残骸が残っているため、1ヶ月以上も PCR が陽性となる場合もあります。2022 年夏、コロナ第 7 波の最中のことです。ある大学病院で、患者さんが転院する際に受け入れ先に迷惑がかからないようにと、PCR 検査をしたところ陽性が判明しました。患者さんには、発熱などの症状はなかったのですが、一斉にその病棟の患者さんと看護師全員の PCR 検査を実施しました。その結果、患者さん 10 数名、看護師 10 数名、あわせて 30 名ほどの陽性が判明しました。病棟クラスターとして、新規入院中止、手術中止、患者さんの移動禁止と隔離を行いました。約 2 週間で新規陽性者なしとして、業務再開となりました。業務再開するまでに、発熱などの症状が出たのは 5 名だけで、いずれも軽症であったとのこと。症状のある人には、コロナに感染しているかどうかを判定するために、PCR 検査は絶対必要です。しかしながら、**症状のない人にまで一斉に PCR 検査を実施する意義は乏しいと考えています**。症状のない人に PCR 検査をするのは、無用の混乱を産むのではないかと思います。

## オミクロン株の毒性について

コロナウイルスの毒性については、変異株によってさまざまです。コロナウイルスは武漢株からアルファ株（イギリス株）、デルタ株（インド株）、オミクロン株と変異してきましたが、毒性もそれぞれ違っています。ワクチン普及や治療薬、治療法の進歩もありますが、致死率は徐々に下がっています。致死率は第4波アルファ株 1.9%、第5波デルタ株 0.4%、第6波オミクロン株では 0.1%以下でした。コロナ治療に関する厚労省ガイドラインでは、コロナ重症度を血液中の酸素量が多いか少ないか、すなわち血中酸素飽和度が高いか低いかで判定します。正常値は 99~96%です。コロナ肺炎が重症になると、酸素飽和度が下がっていくので、室内空気での呼吸で酸素飽和度 96%以上は軽症、93~95%は中等症 1、93%以下で酸素投与が必要な中等症 2、人工呼吸器が必要な重症と分類しています。コロナ肺炎を起こしていると中等症以上に分類しているのです。コロナウイルスが肺炎を起こすという前提があって、この分類が定められました。たしかに最初の武漢株からデルタ株まででしたら、ウイルスを排除するための免疫が暴走して、自身の肺組織を破壊する間質性肺炎を起こしたので、この重症度分類はとても意味がありました。

ところが、現在のオミクロン株では毒性がさがって、免疫暴走による肺炎を起こすことはまずありません。上気道の炎症として発熱、喉の痛み、咳といった症状が大半で普通の風邪と同様です。オミクロン株が蔓延して以降、中等症、つまり肺炎があるという理由で、当院のコロナ病棟に紹介あるいは救急搬送されてきた患者さんは、全例が高齢者または基礎疾患を有する方であって、発病後数日間、自宅内あるいは施設内で療養していました。入院後に精査すると、たしかに肺炎はありましたが、ウイルス自体が原因となる間質性肺炎ではありませんでした。コロナウイルスによる発熱、喉の痛み、咳によって食事がとれず、栄養が不足し体力が低下して、唾液や食物を誤嚥した結果、細菌性肺炎を起こしたものと推察されました。

**オミクロン株はそれまでのコロナ変異株とくらべて、毒性は弱いことが明らかでした。**

## 抗コロナウイルス薬の登場

当初から比べると、コロナの治療法は進歩したので、現在では治療成績は格段に良くなっています。まず第1段階として、コロナが重症化するメカニズムがわかりました。ウイルスを排除するための免疫が過剰に暴走して、自身の血管内皮や肺組織を傷つけることが判明したのです。それ以後はステロイドや他の免疫抑制剤が、コロナが引き起こす間質性肺炎や血管炎に対して有効に使用されました。しかしながら、そもそも重症化しなければよりダメージは少ないのです。免疫暴走が起これなければ、免疫抑制剤を使用する必要はありません。ウイルスにしる、細菌にしる、感染症が重症になるのは、原因となる病原体が体内で増えると免疫反応も強くなって、人体の炎症がひどくなるからです。感染症治療の基本は、原因となる病原体を診断してその病原体に有効な治療薬、つまりウイルスに対しては抗ウイルス薬、細菌であれば

抗生物質を、感染初期に投与することです。それができれば、炎症がひどくなりません、言い換えると重症化しないで治るのです。火事になる前にボヤのうちに消火すれば、よりダメージは少ないのです。

そこで、世界中の研究機関や製薬会社がしのぎを削って、**コロナに有効な抗ウイルス薬**を開発したのです。点滴製剤と内服製剤があります。コロナの場合、発病後、すぐに抗ウイルス薬を投与すれば、ウイルスが増えずに治癒に向かうので、ずっとダメージが少なく経過がよくなります。火事に例えると、ボヤのうちに鎮火できるのです。ウイルス量を減らして、炎症がひどくならず治癒しますので、やっかいなコロナ後遺症も軽減すると考えられます。

当院コロナ病棟のデータでは、高齢者や基礎疾患を有する場合でも、発症後、当日あるいは翌日に抗ウイルス薬を開始すると、全例、良好な経過を辿っています。もちろん、入院時よりリハビリテーション療法士と管理栄養士が介入しています。予後不良となったのは、例外なく高齢者あるいは基礎疾患を有する方で、発病後早期に抗ウイルス薬が投与されておらず、誤嚥性肺炎などが重症化してから搬送されてきた患者さんです。治療の要点は、高齢者そして腎不全、高血圧、糖尿病、免疫不全など基礎疾患を有するコロナ弱者に対して、どれだけ早く抗ウイルス薬を投与できるかということになります。発病者が多い場合には、全員が入院することはできないかもしれません。在宅療養の場合であっても、どのように早期に抗ウイルス薬を投与できるかが鍵となります。例えば、インフルエンザに対する抗ウイルス薬は、発症後 48 時間以内に服用しないと効果がありません。ウイルスが体内で増える前に、服用する必要があります。同様に、コロナに対する抗ウイルス薬もウイルスが体内で増える前に使用する必要があります。時間が経ってからでは、すでに体内でウイルスが増えてしまっているので、効果は期待できません。国産の抗コロナウイルス内服薬が、2022 年 11 月に薬事承認され投与可能となりましたが、発症後 72 時間以内に投与することが求められています。当院の経験では、発症当日、または翌日にこの薬を投与したところ、効き目は大変良かったです。

## 感染症法 2 類相当から 5 類へ

コロナはパンデミック初期、2020 年時点では、死に至る未知の伝染病として感染症法 2 類相当として扱うことになりました。**感染症法 2 類とは、1 類（エボラ出血熱など）の次に致死率が高い感染症**のことで、すべての感染者について病原体（細菌やウイルス）を排出している間は、強制的に隔離して、感染を拡げないようにする重大な伝染病のことです。そのため、コロナでは無症状であっても、自宅待機が一定期間求められました。ざっくりいうと、ゼロコロナを目標にして、感染者を隔離するための 2 類相当です。2 類相当としていたので、PCR 検査をして陽性となれば、症状がなくても隔離されるのです。さらに陽性者周辺の家族など濃厚接触者も外出制限が必要になります。国全体で、莫大なコストをかけて効果に乏しい隔離政策をしていたように思います。繰り返しになりますが、中国では陽性者の出た地域全体を強制的にロックダウンして、毎日、住民全員に PCR 検査をしてもゼロコロナは実現できなかったのです。なぜ

かという、症状の出ない感染者すなわち不顕性感染者が、オミクロン株では 50% 近く存在するという  
ことと、PCR 検査をしても潜伏期ではウイルス量がまだまだ少なく、陰性になる期間があるからです。  
そして、人と人の接触や関わりは完全に断つことはできないからです。

そもそも根本的には、毒性が 2 類相当ではありません。コロナウイルスの毒性は、変異によって徐々に  
弱毒化しています。オミクロン株での致死率は前述のように、0.1 %以下という報告もあり、インフルエ  
ンザ並みとなっています。毒性から判断すると、とくに 5 類に指定し直すのが合理的です。ゼロコロナ  
は無理なので、コロナが身近にある前提で折り合いをつけて、日常生活を取り戻していくことが必要です。  
5 月 8 日より、コロナは 5 類相当になります。発病者には、マスク着用や手指衛生など基本的感染対策は  
必要ですが、発病後 5 日間の外出制限要請はなくなります。外出自粛は個人の判断に委ねられます。発病  
者の家族など濃厚接触者については、概念そのものがなくなります。外出制限はありません。インフルエ  
ンザと同じ扱いですので、強制的な隔離はできません。全ての医療機関が、患者さんに求められれば、診  
療する義務（応召の義務）が生ずることになります。その日から一度に、コロナの診療体制が変わるとは  
思いませんが、徐々に通常のインフルエンザのように一般の医療機関で診断されて、すぐに抗ウイルス薬  
が処方されるようになると思います。

## おわりに

2020 年の 4 月 25 日にコロナについてビタミン誌に第 1 回目の原稿を書きました。当時は、未知の死  
に至る強毒のウイルス伝染病として扱われ、恐怖が世間を覆っていました。一人でも感染者が出ると、大  
きくマスコミが報道していました。病院だろうがデパートだろうが、何日間も休業して建物全体を消毒し  
ていたのです。過剰対応なのですが、それぐらい世間のコロナに対する恐怖感が強く、風評被害を避ける  
必要があったのです。第 1 回目の原稿では、恐怖感を和らげるために、インフルエンザと同じ対策で感染  
が防げることを、職員と患者さんに説明することにしました。恐怖感は職員にも浸透しており、当院が保  
健所から依頼されて、コロナ患者を受け入れるのには、当初は職員の抵抗感がありました。コロナを受け  
入れるのはイヤと言って、退職した職員もいました。コロナ感染症は災害級であること、災害医療に立ち  
向かうのは基幹病院の使命であることを丁寧に説明しました。職員の皆さんが協力してくれたので、コロ  
ナ患者さんを専用病床に入院させることができました。第 2 回目、3 回目の原稿では、当院が受け入れ開  
始 1 年後にクラスターを経験したこと、そしてコロナ専用ハイケアユニット（CHCU）の設置と運営につい  
て書きました。コロナに正面から立ち向かっていかないと、通常の急性期医療・救急医療もできなくなり  
ます。そのことを理解して、協力していただいた職員の皆様には心から感謝しています。

3 年間経過して、今回の 4 回目原稿では、コロナが 2 類相当から 5 類へ移行することについて書くこと  
ができました。この原稿は 2023 年 4 月 25 日に書いています。この 3 年間、「緊急事態宣言」や「まん延  
防止等重点措置」が発出されてはロックダウンやステイホームなど、社会活動が制限されてきました。経

済が回らずに、日本全体では大変な損失が生まれました。さらに若者の出会いが少なくなり、出生率が著しく低下して、人口減に拍車がかかりました。そんな中で、コロナ自体がインフルエンザ並みに弱毒化したこと、コロナ治療薬が開発されたこと、不顕性感染者の割合が多いことなどへの理解が、じわじわ浸透してきました。そしてようやく5月8日からコロナは2類相当から5類へと移行するのです。これからは、徐々に日常を取り戻せると考えています。2022年秋のサッカーワールドカップの中継では、誰もマスクをしていませんでした。いまだ世界でマスクを常用しているのは、東アジア特に日本と中国くらいになっています。暑くなると日本でもマスク常用は無くなっていくことと思います。

コロナに罹って重症になるのは、高齢者または基礎疾患のある方です。そういったコロナ弱者に対して、発症後に出来るだけ早く抗ウイルス薬が処方される体制を構築することが、行政サイドと医療機関に求められています。そうすれば、重症化を防ぎ致死率はさらに低下するのです。費用対効果から言っても、重症化して呼吸器やECMOを装着するより、はるかに安価で治療成績は良いはずですが。しかしながら5類になったその日から、急にコロナ診療を実施する医療機関が増えるとも思えませんし、コロナ自体がなくなるわけでもありません。当院では、5月8日以降も当面の間、コロナ受け入れ病棟は現行のまま運営する予定です。当院では発熱外来も運営していますが、従前より高齢者や基礎疾患を有する陽性患者さんが判明した場合には、積極的に当日遅くとも翌日には抗コロナウイルス薬を処方しています。全国の医療機関で広くコロナ診療が行われて、重症化しやすいコロナ弱者に対して、適切に抗コロナウイルス薬が処方されることを願っています。そうなれば、コロナもインフルエンザ並みに、社会全体が受け入れることができます。そして、コロナ以前の日常が戻ってくることを、この原稿の続きを書くことのないように切に願っております。