

新型コロナウイルス

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

(聞き手 山内俊一)

新型コロナウイルスについてご教示ください。

〈東京都勤務医〉

山内 この収録は2020年7月28日現在ということで、その点を念頭に置かれてお読みいただければと思います。

まず先生、直近の感染拡大ですが、大都市圏で非常に多くなっています。現状、3～5月頃との違いですが、どうとらえていらっしゃるでしょうか。

大曲 お気づきのように、3～5月頃の流行と今の流行では、特に診断で陽性になって来られる患者さんの構成が全然違うと思って見えています。前回の波のときには、どちらかといえば40、50、60代、あるいはもうちょっと上の世代の方々が診断されて来ることが多かったのですが、むしろ今は若い20代、30代の方が多いのです。この違いは議論になっています。

ただ、一つ考えなければいけないのは、前回と今回の違いで大きいのが診断の仕方です。前回、3～5月はまだ

PCRを比較的、肺炎がある方を主な対象に行っていたと思っています。そうすると、比較的重症の方が多く診断されます。おそらくその結果、比較的重症化のリスクが高いといわれる40代以上の方が多く診断されていたのではないかとと思っています。

山内 そうしますと、診断の仕方あるいは定義の違いがけっこう大きいということですね。

大曲 はい、大きいと思います。私たちが専門医と話していたことを思い出したのですが、特に3月頃は若者の感染症が見えないといていたのです。診断されてこない。今、若者は軽い感染症しか起こさないことがほぼ皆さんの共通認識になりつつありますが、おそらく3～5月頃の診断の仕方では若者の感染症は十分に拾いきれていなかったのではないかとと思います。

そこを踏まえて今をとらえれば、PCR検査は受ける敷居がだいぶ低くなりましたので、若者でも軽い風邪ぐらいの症状でもPCRが受けられるようになってきました。一方で、地域によっては積極的に無症状の方でも検査をすることも行われています。

山内 死亡率が低いのもそのあたりに絡むと考えてよいですね。

大曲 患者さんの大多数が若者ということになると、結局、重症化リスクは低いので、だからこそ亡くなる方が少ない、死亡率が低いということになっていると思います。

山内 ただ、それがまた40代以降にも広がっている気配もありますね。

大曲 先生がおっしゃるとおり、それをすごく懸念しています。若者がほかの世代の方々と接する場はいろいろあると思うのです。家庭もそうですし、病院もそうです。介護の場もそうです。そういったところで、若者を起点としてといういい方はよくないのですが、そこでクラスターが高齢者の中で起こることになると話が全く変わってきて、むしろ3～5月に近いような状況になってしまうと思うのです。

山内 若い方は高齢者施設のヘルパーなどをされている方も多いですからね。

大曲 そうなのです。彼らが主力ですから。

山内 一部でいわれていますが、ウ

イルスの変異している、これはいかがでしょうか。

大曲 僕はウイルスそのものは専門ではないのですが、専門医にうかがうと、2週間に1回ずつだったと思いますが、このウイルスは塩基の位置変異が起きるといわれて、すごく変化が速いようなのです。ですので、結果的に弱毒になっていくことはありうることだと思います。ただ現状、疫学的にそれをきれいに示すのはなかなか難しいという状況ではないかと思います。

山内 次の質問ですが、医療従事者が感染して、それがまた感染源になってしまうことがあるかもしれません。医療従事者として気をつけなければならない点ですが、よく更衣室とか医局でうつるのではないかという話がありますが、このあたりはいかがでしょうか。

大曲 僕もそうではないかと思いません。よく3密といわれますが、狭くて、空気が流れが悪くて、人の間の距離が近くて、しかも話をする、あるいは声を出すところはリスクが高いと思います。確かに、更衣室という話もあります。ただ、いろいろ僕も話をうかがったのですが、やはり現実には多いのが休憩室なのです。休憩室はだいたいマスクを外して、みんなで仲よく近くに座って話をしながらごはんを食べるとか、30分ぐらいはそこにいると思います。そういうところがどうもリスクが高い

ようで、いろいろな事例からも、やはり休憩室が問題だったということは漏れ聞こえています。

山内 そうしますと、会話も非常に大きなキーポイントになりますね。

大曲 会話はこの感染症のある意味ポイントだと思います。それが原因でなるということです。無症状であっても、このウイルスはのどに大量にいることもあるので、しゃべるだけでも人にうつることがあるということは、よくわかっています。

山内 もう一つ医療現場で厄介なことは、PCR検査が進まない一つの理由ともなっていますが、検体を取るのが鼻腔ぬぐい液という点ですね。慣れた方は簡単なのですが、慣れていない方ではかなり感染リスクがあるのかなど。これですくんでしまっているとところもあるように思いますが、いかがでしょうか。

大曲 そのとおりだと思います。実際、検体を取るときに自分が浴びるのではないとか、検体を取ろうとすると防御具もしっかり着なければいけないですし、その防御具もたくさんない中で、例えば自分の外来で検体を取るのはどうかという意見は多くいただきましたし、その懸念はごもっともだと思います。

山内 これに対して最近、唾液を検体とする方法も出てきていますね。

大曲 そうです。いい方法の一つだ

と思います。唾液は自身で取れますので、これだと、医療者が取ることによって感染するようなりスクはかなり減らせると思います。

山内 新聞報道などでは空港の検疫などに応用するという話ですが、医療機関でも使うことはできるのでしょうか。

大曲 はい。これは医療機関でも使うことができます。

山内 ほかにも検体の取り方として、新しいものは何か考えられているのでしょうか。

大曲 医療者が取るのではなくて、患者さんがご自身で検体を取る方法が注目されていて、最近よく話が出るのは鼻かみ液です。鼻をきちんとかめば鼻水が出てくるわけですが、この液を取ってきたらどうかとか、あとは鼻前庭、鼻の奥ではなくて手前のほうですが、そこに例えば棒を入れてこするのは怖くない。自分でもできる。そうやって検体を取るような話が出てきています。

山内 検体を取るタイミングですが、症状が出てから、例えば10時間ぐらいたってからでないかという、タイムラグはないのでしょうか。

大曲 これが不思議なことに、このコロナに関しては問題ないといえますか、症状が出始めのところでも十分検査できると思います。インフルエンザは症状が出てからしばらく、数時間か

ら1日たって、ウイルスの量が一気に増えるので、あまり早すぎると検査が陰性になることもあるようです。ただ、この新型コロナは症状が出る前1～2日ぐらいから咽頭にウイルスがいます。症状が出る直前にウイルスの量が最大になるようなのです。

山内 そうなのですか。

大曲 そうなのです。不思議ですね。ですから、症状が出てから取っても全然問題ないのです。

山内 PCR検査ですが、保険にする要件としては、医師の判断だけで現状、大丈夫と考えてよいのでしょうか。

大曲 はい。まず医師の判断が大前提で、それで行えば、特に症状がある方であれば、まず問題なく保険償還されます。あと院内感染対策目的で行う場合ですが、例えば手術前の方とか、お産の前とか、場合によっては内視鏡とか、そういう場合に無症状の方に対して検査を行うことにも、保険が償還されるようになりました。

山内 それから、これは患者さんへの対応でよく聞かれますが、いつから社会復帰が可能かという質問があります。いかがでしょうか。

大曲 要はどれぐらいの間、ウイルスが外に出ていて、どれぐらいの時期、人にうつすのかという知見がなかなかなかったのですが、最近だいぶわかってきました。最近ですと、症状が出てから10日目、11日目以降であれば人に

感染症をうつすリスクは非常に低い。幾つかの研究がもとになって、そういうことがわかってきました。こういうこともあって、最近は入院期間も症状が出てから10日以内と短くなっています。そうやって発症からの時間である程度判断するのが一つではないかと思いました。

山内 それはかなり楽になりますね。

大曲 そうです。だいぶ楽になりました。

山内 軽症の方、これはホテルに行くか、自宅にいるかといった話もありましたが、いかがでしょうか。

大曲 3～4月と違って、今は軽い方、ほぼ無症状の方でもどんどん検査が受けられるので、今起こっているように、それこそ多くの軽症者、無症状に近い方が陽性になってしまうのです。そういう方々、特に若い方はそうですが、やはり悪くならない。そういう方々を病院に閉じ込めておくのは本人にとってもいいことなのか、あるいはベッドを確保する意味でもいいことなのかという議論はあります。ですので、悪くなるリスクが極めて低いのであれば、自宅にいていただく。宿泊療養に行ってくださいのは、これだけ陽性の方がたくさん見つかるようになった状況では、積極的に考えていく必要があるのではないかと考えています。

山内 自宅の場合は同居者の方と離れたほうが良いというのはありますね。

大曲 そうですね。保健所の方がすごく気を配ってくださると思います。例えば、高齢の方が同居されている場合は、やはり近くにいないほうが良いと思います。やむを得ない場合は離れて、ということになると思いますし、そういうときはおそらく行政で気をきかせて、宿泊療養とか、入院というかたちで配慮されていると思います。

山内 あと重症化するケースとして、例えば高齢者、糖尿病、心血管リスク、こういったものがよく知られていますが、これは事実と考えてよいのですね。

大曲 それは間違いないと思います。中国以外でも、いろいろな国で同様の傾向が見られています。

山内 肺疾患もすべてリスクになると考えてよいのでしょうか。

大曲 そうですね。あとは論文でもよく慢性閉塞性肺疾患と書かれていますが、例えば喫煙の問題等々があって、もともと肺にある程度解剖学的な変化があるような患者さんの場合は重症化する印象を持っています。

山内 非常に気になるのが喘息です

が、これはいかがでしょうか。

大曲 まだ知見がない頃は僕らも喘息の人はすごく悪い発作を起こすのではないかととても心配しました。RSウイルスの感染者にそういうことが起こるからなのですけれども、同じウイルス感染症にコロナでもなるのではないかとすごく心配したのです。でも、現実には喘息が重症化のリスクであるという知見はどうもないようです。むしろ、日本からも論文が出ていましたが、喘息の方は重症化のリスクは低いのではないかという知見、仮説も出てきているのです。喘息の方は少し免疫応答が変わっていて、いわゆるT2レスポンスが強い、応答が強いといわれています。どうもそういう免疫の動きをする方のほうが、いわゆるサイトカインストームが起こりにくいという考え方もあるようです。

山内 そういったあたりが今後の薬の開発に結びつくみたいへんいいと思いますね。

大曲 そうですね。

山内 ありがとうございます。