まえがき

まさか現代世界で疾病による「ロックダウン（都市封鎖）」が行なわれようとは想像もしていなかった。せいぜい小説の話ぐらいにしか思っていなかったのに、新型コロナウイルス感染症のパンデミックが起きるや、国際的な大都市が次々と鎖される。一挙に「政治」と「生活」の距離が縮まった。

日本では、感染症専門家が「これから一、二週間が瀬戸際」と警告すると、安倍晋三首相（当時）は「一斉休校」を宣言。疫学者は人と人との接触を八割減らせと言う。指導層が雲の上から「国民のみなさん」に向けて「神々の目線」で語りだした。アベノマスクに緊急事態宣言ときて、憂苦がつのる。現場に当たって書こうと決めた。首相官邸と専門家を含めた霞が関周辺の政治が「歴史の審判」を受けるには、最前線でコロナとたたかう医療従事者、保健師、行政職員やワクチン開発者、死線をさまよった感染者など、さまざまな当事者の記録が必要になると思ったからだった。

東京の永寿総合病院の集団感染の検証を振り出しに、日本初のコロナ院内感染を論理的な対応で抑え込んだ和歌山県、クルーズ船（ダイヤモンド・プリンセス号）の患者搬送に始まる医療体制の構築、GoToトラベル開始に前後して感染爆発した沖縄、置き去りにされる精神科の患者、集中治療室（ICU）の運用と病床確保の実態……と、全国の現場をめぐり、取材をした。

一連のしごとは、私にとって、かつて評伝を著した医師出身の政治家、後藤新平（一八五七～一九二

九）の系譜を継ぐ者を見出す行為でもあった。後藤は、日清戦争後、大陸から帰還する二三万余の将兵への大検疫事業を成し遂げたことで知られる。下関沖の彦島、広島沖の似島、大阪沖の桜島の三カ所に巨大な検疫施設を建設し、一刻も早く上陸しようと猛（たけ）る軍人を押しとどめ、現場を指揮した。その胸奥には、感染症の前に権力者も貧乏人もない、ともに救われねばならないという「公共の思想」が脈打つ。コロナの大流行に直面し、県レベルで病院長会議を設けて病床を増やした医師や、地域完結型の対策を確立した保健所長と職員、修羅場に飛び込んだ技官、患者を懸命にケアする看護師と救急医……ご本人たちには失礼かもしれないが、そこに後藤の現代的たたずまいを感じていた。

その間、首相だった安倍は体調不良で辞任し、菅義偉が跡を継ぐ。菅は、東京都知事の小池百合子と「政争」を展開しつつ、世論の反対を押し切って、東京五輪・パラリンピックを行ない、自身の権力維持を図った。小池は、都知事選で再選をはたすと、パフォーマンス色の濃い策を連発するが、東京は一向にエピセンター（感染震源地）を脱せられない。国も都も迷走し、現場の知が届かなかった。

政府迷走の帰結が菅の退陣である。が、しかし、失政を菅個人の資質で片づけてはなるまい。菅の次に岸田文雄が権力の座についたところでウイルスが消えるわけではない。日本の統治機構で政策を立案し、執行するのは官僚や閣僚であり、政府の諮問を受ける専門家の責任も重い。司令塔が機能せず、大本営の失策を前線の将兵が必死で補って、たたかう。そのような古くさい比喩が、いまだにこの国を覆っているのはどうしてなのだろうか。

この問いを出発点として、医療現場と政治の七〇〇日を追っていこう。

（本文中、敬称を省略させていただきました）

目次

コロナ戦記　医療現場と政治の７００日

まえがき

第1章 永寿ケース ―― 1
混乱する現場へ／流行曲線／最初の患者／アウトブレイク／最悪の事態／院内感染とPCR検査の不備

第2章 保健所と首長たちの苦闘 ―― 20
県庁のいちばん長い日／和歌山モデルの誕生／国策で縮小されてきた保健所／東京――「夜の街」の烙印と反発／感染症対策緩和ムードの中で

第3章 ダイヤモンド・プリンセス号で何が起きたのか ―― 35
クルーズ船、着岸／制度通りでは救えない／病院のベッドをどう確保するか／エクモを使える医者はどこにいる／医療機関情報をネットで公開／患者をどう割り当てるか――「神奈川モデル」

第4章 沖縄、夏の試練 ―― 53
リスクに基づいた判断／感染拡大の火種／感染が一気に

広がった／病床が足りない――「全方位医療」が崩れてゆく／医療崩壊を食い止める――「点」から「面」の支援へ／施設内感染による医療崩壊の危機

第5章　危機に立つ精神医療――72

菅とGoToトラベル／退けられた児玉案／疎外される人たち／各地の精神科病院で院内感染／苦渋の選択――身体拘束／「それでも必要な密」／絶たれる社会復帰への道

第6章　ICUを確保せよ――93

医療にたどりつけない／名大病院ICU――他診療科の医師を投入する／静岡県病院長会議――入院患者情報を共有する／国と医療現場で食い違う「重症」の基準

第7章　自宅待機ゼロ　墨田区の独行――113

命の選別／地域完結型の実現――墨田区の「下り」搬送／検査能力が足りなければ作る――独自のPCR検査／「発熱外来」病院名の公表で年末年始を乗り切る／感染対策が人を殺す、という苦い教訓

第8章 「死の谷」に落ちた国産ワクチン ―― 128
前代未聞の薬剤――驚異的な開発スピード／凍結された日本のmRNAワクチン開発／ワクチン開発を拒む国の消極姿勢／安全保障の一環としてのワクチン開発／国産ワクチン開発と「倫理の壁」／副反応と個人の選択

第9章 死の淵からの帰還 ―― 151
変異株と第四波／コロナの埋火／発症からコロナ治療へ／急変、エクモ装着／「もう一つの世界」／廃用症候群とのたたかい

第10章 大阪医療砂漠 ―― 166
医療から外れた一家／医療崩壊への道筋／保健所の機能不足、圧迫される軽・中等症病院／大阪市の自立性の崩壊／救命センター長らの連携

第11章 歪みの起点 屋形船から永寿へのリンクを追う ―― 181
タクシー運転手の行動履歴／拒まれた警告／屋形船協会の反発／屋形船と永寿をむすぶ線／ウイルスはどこから

来たか／都知事選、そして断行された局長人事

第12章　デルタ株との総力戦——198

五輪と楽観バイアス／唐突な「入院制限」／現役世代の艱難／臨時コロナ病院——海外の事例／独自に挑む墨田区——備え連携する／状況ごとの地域療養モデル

あとがきにかえて　敗北と「公」の支え　217

新型コロナと政治をめぐる出来事

第１章　永寿ケース

東京都台東区の永寿総合病院（四〇〇床）は、羅針盤が壊れた船のように方向感覚を失い、「院内感染」という暴風雨圏に突っ込んでいた。二〇二〇年三月下旬、見えない新型コロナウイルスが病棟から病棟へ侵入し、高齢患者の命を次々と奪っている。医師や看護師は殺人ウイルスの恐怖に苛（さいな）まれ、「死ぬかもしれない。子どもたちをよろしく」と配偶者に託して病棟に入った。一般の診療は全面的に止まる。二カ月あまり永寿は孤立した。

六月上旬に診療が再開されるまでに入院患者一〇九人、職員八三人が感染し、原疾患で闘病中の四三人が死亡した。陽性患者の約四割が亡くなっている。わけても白血病などを治療する血液内科では、感染した四八人のうち、二三人が命を落とした。凄まじい死亡率である。

新型コロナ感染症の第一波は全国各地で院内感染を引き起こしたが、そのなかで永寿のケースは最大の悲劇だった。病院内の感染爆発（アウトブレイク）は死と隣り合わせの非常事態であった。

永寿では、なぜこれほど院内感染が拡がったのか。感染を抑える手だてはなかったのだろうか。

院内がパニックに陥ったころ、コロナに関する情報は少なく、パンデミックは序章の段階だった。

永寿の医療者は未知の恐怖と遭遇し、懸命に立ち向かっている。だからこそ、感染の制御は「初動」が重要だった。永寿ケースは、その後、日本じゅうの医療機関や高齢者施設が直面するコロナとのたたかいの先駆けであった。その敗北の厳しい現実を解きほぐし、経緯をたどるところから本書の筆を起こしたい。それが、病原体に侵されて逝った人たちへのささやかな鎮魂であり、失敗の本質に近づく狭いけれど確かな入口だと私は思う。事実の一つ一つが「次」へのメッセージである。

混乱する現場へ

感染爆発のさなかの二〇二〇年三月三〇日、針路が定まらず、迷走している永寿に、感染制御のプロが送り込まれた。厚生労働省クラスター対策班が派遣した「永寿総合病院調査チーム」である。リーダーは具芳明（ぐよしあき）医師、国立国際医療研究センター病院ＡＭＲ臨床リファレンスセンターの情報・教育支援室長だった（以下、肩書はすべて当時）。

具は一九九七年に東京医科歯科大学医学部を卒業後、長野県の地域密着医療で名高い佐久総合病院に入職している。山間の町で臨床経験を積んだ後、静岡県立静岡がんセンターで臨床感染症のトレーニングを始め、国立感染症研究所の「実地疫学専門家養成コース（ＦＥＴＰ）」で感染制御の実践論を学ぶ。その後、東北大学病院総合感染症科の助手、講師を経て国立国際医療研究センター病院に移った。二〇二一年四月以降は、母校、東京医科歯科大学大学院の教授を務めている。

じつは、ＦＥＴＰを修了した医師や看護師たちは、燃え広がった院内感染の「火消し役」だった。その存在はメディアが持ち上げる専門家の陰で目立たなかったが、貴重な実働部隊を構成していた。

第一波の感染拡大期、具は七つの医療機関の感染の炎を消した。永寿に足を踏み入れた第一印象は「全体像がわからない」、そして「混乱」、であった。具は語る。

「すでに保健所と東京都が入って院内感染対策を講じていました。陽性者は部屋を移して隔離し、医療従事者はガウンやマスクなどの個人防護具（ＰＰＥ）を着けていた。しかし、いま何人の陽性患者がどこにいて、いつ、どこで発症し、感染が拡がったのかという全体像がまったくわからなかった。全体像がつかめなければ、どこをどう遮断するかが見えてきません。病棟は混乱していました。各病棟で陽性患者が隔離されていたけど、陰性の人も同じ病棟にいて、ウイルス伝播のリスクが高かった。感染制御チーム（ＩＣＴ）はありましたが、専門の看護師さんは院内外からの電話の問い合わせに忙殺されて現場に行けないような状態でした」

具は院内感染の全体像を描く作業に着手する。時系列で発症した患者の数を棒グラフで示す「流行曲線（エピデミックカーブ）」の作成に取りかかった。実地疫学の基本である。流行曲線が描ければ、潜伏期間や感染の拡がりを検討する手がかりができる。壊れた羅針盤をよみがえらせる作業である。そのためには錯綜する感染情報を整理し、陽性患者それぞれの発症日を確定しなくてはならない。

日本のコロナ対策は、大前提として「感染症法（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律）」に則っている。この法律の枠組みで新型コロナ感染症は「指定感染症」とされ、患者の行動制限や、入院措置、医療費の公費負担などの対応が根拠づけられた。患者にＰＣＲ検査で陽性の診断をした医師は、「発生届」を保健所に出す。保健所は記入事項を確かめて都道府県に伝え、患者の療養先を割り振る。入院調整は基本的に都道府県が担う。

具は、台東保健所や東京都と永寿の発生データを共有し、陽性の患者、職員それぞれの電子カルテを読み解き、発症時期を確定していった。混乱状態での情報の整理は想像以上に時間がかかった。

一方で、感染制御チームとともに病棟を回り、感染対策のあやふやさに危機感を抱いた。例をあげると、ＰＰＥを着た医師や看護師はへとへとに疲れ、手袋を替えるべきところで替えていない。ナースステーションに汚染物は持ち込まないというルールも崩れかけている。混乱を収めるには陽性患者と陰性患者を集団的に隔離（コホーティング）して切り離し、汚染エリアとクリーンエリアを厳格に区分（ゾーニング）しなくてはならなかった。

永寿の院内感染は主に五階～八階の東と西、八つの病棟で発生していた。病棟の呼び方は東、西に分かれているが、同じ階のフロアは廊下でつながっており、東と西の患者や職員が交差して感染を拡げた可能性が高い。具は、初めて永寿に入った三月三〇日に、湯浅祐二院長（当時）はじめ医師たちを前に、病棟を再編するよう諭した。

「各病棟でバラバラに隔離されている陽性患者を同じ病棟にまとめましょう。陰性の人のなかには濃厚接触者もいますから、丁寧にフォローして状態の変化があればできるだけ早くＰＣＲ検査を行ない、陽性者を見つけて陽性病棟に移す。これを根気よくくり返していけば、新たな陽性者は出なくなるはずです。病棟を分けましょう」

入院患者は、三つの陽性病棟と三つの陰性病棟に振り分けられた。一般の診療が止まり、陽性者の転院や、比較的安定している患者を帰宅させたことで入院患者が減ったので、残り二つの感染病棟は閉鎖する。隔離とゾーニングが強化され、院内感染の制圧モードに入った。

流行曲線

四月半ば、具らの永寿調査チームは「支援報告」を公表した。ここに院内感染の流行曲線が描かれている(後掲図)。ようやく全体像が浮かび上がってきた。そもそも院内感染はいつ始まったのか。

関係者は「起点」に注目した。始まりがわかれば伝播の過程が見えてくる。

調査チームは、感染の起点を発症のピークからポツンと離れた二月下旬、三月初旬の二人の入院患者と推定している。この二例が起点となり、病棟内で他の患者や医療従事者を介して集団発生につながった可能性がある、と指摘する。新型コロナ感染症は感染から発症まで数日から一〇日前後かかる。起点二例の患者は二月半ば、遅くとも後半には感染していたと推測される。ならば、起点二人の患者は、いつ、どこで感染したのか。ウイルスがどこから入ったのかという疑問が残る。

起点二例の発症後、二週間ばかり感染者の発生が途絶えているようだが、三月半ばに患者、医療従事者が発症し、一気にアウトブレイクが起きた。たいていの病院では数人が発症しても大騒動が勃発するが、永寿では一日に一四人、一五人と爆発的に感染者が増えている。なぜなのか。

流行曲線を手がかりに、さらに経緯を詳しく知ろうと、永寿病院の広報窓口を通して私は院長の湯浅に取材を申し込んだ。湯浅は、二〇二〇年七月一日に日本記者クラブで会見を行ない、亡くなった患者と遺族に陳謝し、状況を解説した。真摯さは伝わってきたが、事実関係にしぼった質疑応答は少なかった。総責任者の院長は多くの事実を知っているはずだ。

しかし、院長への取材は「(市中の)感染が終息しておらず、第二、第三波に向けて当院も対策を検

討中（で多忙）」と拒まれた。職員に聞くと箝口令がしかれていた。東京都も情報開示に消極的で、永寿のケースでは記者会見すら開かない。調査チームの報告と具や匿名の関係者へのインタビュー、湯浅の会見内容、その後、雑誌に掲載された院長のインタビュー記事などを手がかりに、永寿総合病院の感染爆発の経緯を再現してみたい。できるだけ時間の流れに即して記そう。

最初の患者

意外にも、永寿病院とコロナ患者の接触をたどっていくと、起点二例よりももっと前に感染患者が病棟にいた事実に突き当たった。二月初旬、永寿は二人の感染患者を入院させている。ひとりは国内初のクラスターとされる屋形船での新年会に参加していた高齢男性だ。他の病院で「インフルエンザに感染後の肺炎」と診断され、永寿に運び込まれた。湯浅はこう語っている。

「（男性患者は）病状が改善し大部屋に移ってまもなく、都内でのクラスターの報道があった際に「自分もそこにいた」とおっしゃるので検査を依頼しましたが、その時の結果は陰性だったのです。ただ、これは新型コロナウイルスの難しいところで、同室の患者さんからは陽性が出て、後になってご本人の家族も発症され、陽性と判定されています」（『文藝春秋』二〇二〇年九月号、以下、カッコ内筆者注）

「都内でのクラスター」とは、一月の半ばに屋形船で開かれた個人タクシー組合の新年会を介して集団感染が起きたことをさす。東京都は、二月一四日の記者発表で、その事実を公表した。たちまち屋形船は風評被害に見舞われて、客足が絶えるのだが、記者会見の内容を知った入院中の男性患者が「自分もそこにいた」と言い出し、永寿の院内は騒然となった。永寿側は、患者と接触した全職員の

ＰＣＲ検査を保健所に求める。

しかし国の基準が立ちふさがり、広範な検査は行われなかった。この時点で徹底的に検査が実施され、陽性者が隔離されていたら集団感染は抑えられていたかもしれない。ここが最初の節目であった。

そのころ、厚生労働省健康局結核感染症課は、ＰＣＲ検査の対象を「発熱（37・5℃以上）かつ呼吸器症状」＋「発症から二週間以内に流行地域（中国の武漢市を含む湖北省など）に渡航または居住」という基準を軸に絞り込んでいた。検査に、武漢、湖北省からのウイルス侵入というフィルターをかけて制限している。だが、この考え方では、屋形船の新年会参加者は、武漢との直接的な関係がないため、疑い例にも入らない。厚労省基準では、市中で広がる感染経路不明の患者を見つけられなかった。二月二七日に厚労省結核感染症課は「新型コロナウイルス感染症に関する行政検査について」という通知で「入院を要する肺炎」が疑われ、「医師が総合的に判断」すればＰＣＲ検査を受けられるとやや対象を広げたものの、保健所は、武漢渡航歴の有無に引きずられ、疑わしい患者や接触者を検査対象から外してしまう。永寿だけでなく、他のコロナ疑いの肺炎患者を受け入れた病院も、保健所に検査を拒まれ、医療を管轄する東京都に不満をぶつける。そのような事態が起きていた。

永寿では、屋形船の新年会に出席していた男性患者は陰性と判定されたが、同室の患者から陽性者が出て、慌てて隔離をする。その後、感染者たちはどうなったのか。院長の湯浅は、肺炎患者がいた病棟での感染は「一旦収束」したと次のように述べている。

「同室の方の発症以後は、男性（患者）がいた病棟では、新規の肺炎患者は発生せずにご本人も退院されており、今回の集団感染よりも前に一旦収束を見たこともまた、確かです」（『文藝春秋』二〇二〇

年九月号）。つまり、屋形船での新年会由来の集団感染と、のちのアウトブレイクは別のものと院長は断定している。が、はたして、ふたつの院内感染は別物なのか。永寿の感染拡大の謎を解く、検証上の最大のポイントが屋形船と永寿の感染のつながりである。

永寿の火消しに入った具は、こう語る。

「結論的には「わからない」です。関連している可能性はあるが、どこでどうつながっているかが確定できなかった」

永寿が二月初旬に受け入れたもう一人の感染患者は、欧州からの帰国者だった。他院の「帰国者・接触者外来」で陽性と判定され、永寿に入院している。こちらと院内感染のかかわりについても「不明」と具は言う。

そして、二月二六日、七〇代の男性患者Aが脳梗塞の診断で「五階西病棟」に入院した。起点二例の最初の患者である。Aは三月五日から発熱したが、誤嚥をくり返していたので主治医は「誤嚥性肺炎」による発熱と判断した。

三月四日、七〇代の男性患者Bが肺炎で同じく五階西病棟に入院する。起点の二人目の患者だ。

Bは「間質性肺炎」の再燃と診断され、新型コロナと関連づけられないまま時間が過ぎた。看護スタッフも次々高熱を発していたが、通年のインフルエンザと受けとめられている。なぜ、この段階で新型コロナ感染が視野に入らなかったのか。湯浅院長は、「当時はまだ、都内では一日の新規感染者が一桁にとどまっていて、累計の感染者数が五〇人ほどの頃でした。中国で大流行しているとはいえ、国内で、感染が広がっていたのは北海道や横浜のクルーズ船ぐらいで、医療体制のしっかりした日本

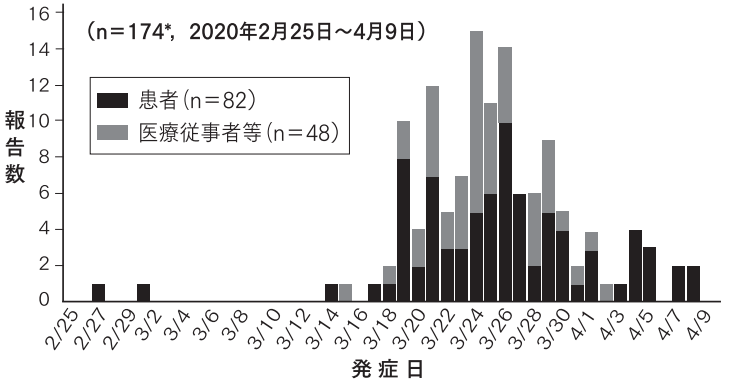
で、市中感染が広がっているという認識はまだない時期です」(同前)とふり返っている。

状況を再確認しておこう。「当時」、ほんとうに「市中感染が広がっているという認識はまだない時期」だったのか。くりかえすが、すでに永寿は屋形船の新年会出席者や欧州から帰国した感染患者を受け入れている。東京都の累計感染者数は、二月二六日の三九人から三月四日には五五人に増えていた。世のなかの雰囲気は、二月二四日、政府に助言をしていた専門家会議の尾身茂副座長が、「これから一、二週間が急速に感染拡大するかどうかの瀬戸際」と語り、一変した。警戒感が高まり、安倍晋三首相(当時)は二月二七日に「全国一斉休校」を教育現場に要請する。日に日に感染者が増えている。施設内の感染は、「北海道や横浜のクルーズ船」以外にも起きていた。二月半ばには和歌山県湯浅町の済生会有田病院(一八四床)で集団感染が発生し、仁坂吉伸知事らが積極的に動き、懸命に抑えこもうとしていた。神奈川県の相模原中央病院(一六〇床)でも院内感染が発生している。

湯浅院長は、記者クラブでの会見で、「急性期病院では発熱や肺炎を起こす、他の病気を持つ患者さんは珍しくないが、そのなかに新型コロナがいることを常に想定しなくてはならない。アウトブレイクが発生した当時には、そういう認識がなかった」と語った。院長のこうした状況把握は後々大きな意味を持ってくる。永寿の現場に戻ろう。

アウトブレイク

三月一四日ごろから「五階西病棟」で複数の患者が発症した。起点の患者ＡとＢと同じ病棟である。看護スタッフは感染制御部に報告を入れるが、ＰＣＲ検査につながらない。五階西病棟には糖尿病・



*発症日不明者（患者５例，医療従事者等３例），無症状病原体保有者（患者16例，医療従事者等20例）はグラフから除く．

永寿総合病院における COVID-19 の感染症報告例，患者・医療従事者等別．2020 年 2 月 25 日～4 月 9 日（2020 年 3 月 23 日～4 月 9 日報告分）

内分泌内科、循環器内科、腎臓内科、透析室と多種類の診療科の患者が入院していた。主治医によって患者の症状のとらえ方が違い、判断が遅れた可能性もある。

三月一九日、患者と医療従事者、合わせて一〇人が不可解な発熱をした。事態は急展開する。翌二〇日、永寿は「集団感染の可能性」を保健所に報告し、ようやく危機が行政にも伝わる。

三月二一日、五階西病棟の「起点」とされる七〇代の患者A、BのPCR検査が実施される。永寿の関係者で初めての検査だった。彼ら二人が最初に検査されたのは、容態が急速に悪化していたからだ。流行曲線では二人の発症時期は二月下旬、三月初旬とされている。ほぼ三週間、診断がつかないまま経過し、重症化していた。こうして感染の震源である五階西病棟への新たな入院が停止されたのである。

三月二三日、起点の患者A、Bの新型コロナ陽性が判明した。そして二人は、翌二四日と二九日にそ