

新型コロナウイルス感染症の対応について、以下伺います。

半年以上にもわたり連日、コロナへの恐怖心を煽るテレビ・新聞報道が続いています。

政府や各自治体は専門家会議の意向を受け、行動自粛やステイホーム、三密を避けるなどの新しい生活様式を全国一律に要請したことから、社会・経済活動は急速に委縮しています。

4～6月期のGDP速報値はマイナス7.8%、年率換算でマイナス27.8%と大幅な減少となって戦後最悪となり、「大失業時代」、「就職氷河期」に突入したと考えられます。

勿論この数字は、緊急事態宣言を発して強制的に経済活動を止めたのですから、当然といえば当然の結果ですが、緊急事態宣言は解除されており、今後、コロナ禍から早期に脱却することができれば、年率換算のマイナス27.8%は縮小していくと思われま

す。政府は、コロナ対策として大規模な補正予算を組み、総額200兆円規模の事業費を計上しましたが、真水部分は3割前後であり、また、コロナ後の増税を懸念する人々は、消費よりもむしろ貯蓄に回して防衛策を講じることから、経済効果は限定的と思われま

す。多くの人がコロナに怯え、急速に社会経済活動が縮小してしまった原因は、テレビ報道の影響が大きかったと思われま

す。今年の1月23日に武漢市が閉鎖され、中共当局のガスマスクに完全防護服を着用した厳戒態勢でコロナ対応にあたる状況をテレビで見た人は、大変なことが起きている、と感じたことでしょう。

さらに、2月6日に中国人科学者が「コロナウイルスは武漢ウイルス研究所から漏洩した可能性がある」と論文発表するに至り、今回のコロナは生物兵器なのでは？との憶測も出てきました。

その後、イタリアやスペイン、アメリカで死亡者が続出し、埋葬できない棺桶が多数並ぶ映像が繰り返し流されると、日本にも同様のことが起き

るのではないかと多くの方がコロナの恐怖に怯えてしまいました。

人間は、恐怖などのストレスに長時間曝されると、大脳皮質前頭前野に影響を及ぼし、高度な精神機能を奪う、と脳科学者は述べています。

また、コロナ・ピューリタニズム、コロナ清教徒主義とでも言うべき用語が出てきましたが、これは「自らも感染している前提で、他人に移さないように振る舞うべきだ」という医学的要請が、これを道徳的要請と捉え、無意識のうちに倫理観として内面化しつつある状態を指すようです。

多くの日本人が、コロナ禍の中、不自由な生活に耐え、極めて大きな社会的・経済的犠牲を受け入れているのは、近い将来、有効な治療薬やワクチンが開発されるだろう、との期待からであります。

しかし、去る8月21日に開催された政府の分科会では、「新型コロナウイルスのワクチンへの期待は高まっているが、順調に開発できたとしても、現時点でワクチンにどれだけの効果があるかは分かっていない。感染症が専門の委員から『過度な期待はしないように』と、冷静な対応を求める意見が相次いだ」と報道されています。

分科会で感染症の専門家の一人は「肺や気道に感染するウイルスのワクチンで、感染そのものを予防する効果を持つものはこれまでない」と発言しており、季節性インフルエンザのワクチンも、効果が認められているのは重症化予防とされており、ワクチンに感染予防の効果を期待し、元の生活に戻れると考えていた一部の委員からは、落胆の声も漏れたという。

コロナ禍が始まって半年余りが経過し、今までは「未知のウイルス」のため、過剰ともいえる対策を講じてきましたが、次第にウイルスの遺伝子構造が解明され、変異の経過や毒性、伝染力が判明してきています。

私たちは、恐怖報道に惑わされることなく、今こそウイルスに関する理解を深め、適切な対応をとる必要があることから、以下、伺います。

まず、「感染者」という言葉の定義の問題です

6月議会でも述べましたが、「感染症を発症するかどうかは、微生物の病原性と人の防御力のバランスによって決まるので、人の防御能が低下すれば弱い病原性でも感染症を起こす」のであります。

新型コロナウイルス感染症だけが怖い病気ではなく、肺炎も元々は命を脅かす疾患ですが、肺炎球菌は多くの方が保有しています。肺炎球菌を保有しているだけでは、肺炎感染者とか肺炎患者とは言いません。

コロナだけではなくインフル、ロタ、アデノ、ヘルペスなど多くのウイルスに接触して私たちの体は闘って、自然に免疫をつけながら生きているのですから、PCR検査で陽性と判定されただけで、感染者と表現するのは不適切であり、「PCR検査陽性確認者」と表現すべきと考えますが、当局のご見解を伺います。

また、「今日は何人の感染者が発生した」「累計感染者数が何人となった」などの報道が続いておりますが、PCR検査実施人数は原稿作成時のデータ8月26日時点で1,237千人となっており、1か月前は606千人、2か月前は375千人でしたから急激に増加しています。

従って、**検査数に比例してPCR検査陽性確認者数は増加し、累計数は当然のことながら膨れ上がりますから、これを「感染拡大が止まらない」などと報道することが果たして適切といえるのか、疑問なところ**です。

PCR検査陽性確認者の大半は無症状・軽症者であっても、指定感染症のため10日間の入院隔離を強制されます。

その後、多くの方は陰性となって退院していくことから、肝心なデータとしては「現在の入院治療を要する者の人数」と「うち重症者数」、「累計死亡者数」であると考えますが、当局のご見解を伺います。

去る7月29日に岩手県で「新型コロナウイルス感染者“第1号”」が出ていますが、その後、複数の陽性者が確認され、厚労省の「各都道府県の検査陽性者の状況（8月27日時点）」によると、岩手県はPCR陽性者数19、検査実施人数2,859、入院治療等を要する者11、うち重症者0、退院8、死亡者0となっています。

については、これらの検査陽性者は、どのような症状があり、入院期間中にどのような治療を受けたのか、入院後の検査日程や検査結果などについて、盛岡市以外は難しいかもしれませんが、公表可能な範囲でお知らせください。

去る8月25日、盛岡市は4人目の20代男性が感染したと発表、市保健所が行動歴や濃厚接触者などを詳しく調べており、今後、市と県は新たな感染者が出た場合、国の濃厚接触者の定義に当たらない関係者も含めた「積極的疫学調査」を行い、封じ込めを図っている、と報じられています。

については、当該報道の「国の濃厚接触者の定義に当たらない関係者」とは何か、「積極的疫学調査を行い、封じ込めを図る」とは、具体的にどのような対策を講じるのか、ご説明をお願いします。

政府は去る8月28日、今冬の新型コロナウイルス感染症とインフルエンザの同時流行に備えた対策パッケージを公表し、医療現場の負担を減らすため、無症状者や軽症者にも入院勧告している感染症法の運用を見直し、無症状者や軽症者は自宅やホテルでの療養を基本とするよう政令を改正するとしています。

新型コロナとインフルエンザの同時流行の前に、懸念されるのが熱中症と新型コロナとの関係で、熱中症で救急搬送された人の主な症状は高熱や意識障害で新型コロナウイルス患者と似ており、医療機関などは対応に苦慮しています。

については、新型コロナと熱中症、さらにはインフルエンザへの対応は、救急車による搬送や、医療機関などの現場で具体的にどのように判断していくのか、伺います。

また、その場合、救急車の隊員やPA連携時の消防車の乗員は、熱中症やインフルエンザが疑われるケースでも、新型コロナと同様に完全防護服着用での対応となるのか、併せて伺います。

関連して、新型コロナが疑われ救急車が出動した件数は、どの程度あるのか伺います。

コロナは感染症法上、エボラ・ペストなどの1類に準じており、2類の結核や3類のコレラ、4類の日本脳炎より危険な感染症の扱いとなっていることから、適正な危険度を評価して無用の混乱を回避するためには、運用上の見直しではなく、季節性インフルエンザなどの5類相当に位置付けるよう働きかけることが必要と考えますが、当局のご見解を伺います。

新型コロナによる累積死亡数は8月26日時点で1,225人となっており、死亡数のピークは4月下旬～5月上旬で、5月26日時点では858人、6月26日時点970人、7月26日時点995人となっています。

死亡数に関しては、6月18日に厚労省から「新型コロナウイルス感染症患者の急変及び死亡時の連絡について」が発出され、「新型コロナウイルス感染症の陽性者であって、入院中や療養中に亡くなった方については、**厳密な死因を問わず、「死亡者数」として全数を公表するよう**」要請されています。

一方で同省は、国内全ての死亡例を取りまとめる「人口動態統計」を毎年公表し、これは**死亡診断書を精査して死因が分析されるため**、現在発表されている「**厳密な死因を問わずに集計されたコロナ死亡数**」は、最終的には相当数が別の死因に分類されて減少することとなります。

2019年の人口動態統計による日本人の死亡者数は1,381,098人で、その主な死因は、悪性新生物（腫瘍）27.3%、心疾患（高血圧性除く）15.0%、老衰8.8%、脳血管疾患7.7%、肺炎6.9%などとなっています。

死亡者数のうち、呼吸系の疾患は193,164人で、うちインフルエンザ**3,571**、肺炎**95,498**、誤嚥性肺炎**40,354**となっています。

また、不慮の事故は39,410人で、うち交通事故**4,295**、不慮の窒息**8,379**となっており、不慮の窒息の中には「**餅による窒息死**」が約**1,300**人いるようです。なお、**自殺者数は19,415**となっています。

7月20日にコロナ死者が千人を超えたとして、厚労省からクルーズ船の死者を除く**981**人の年代別死者数が発表されました。

それによると、80代以上の割合が**56.7%**、70代**27.3%**、60代**10.3%**、50代以下は**5.7%**で、年齢が高く重症化しやすい年齢層が大半を占めており、年代別の平均余命と比較して特異性は見受けられない結果となっています。

前述しましたように、新型コロナによる累積死亡数は約8カ月で1,225人ですが、相当数が最終的な死因として肺炎や老衰に分類される可能性が高く、今後、某学者達の唱えるような**41万人**とか**10万人**の規模で死亡者

が出るとは考えにくい状況です。

仮に今後、一次的にコロナ死と分類された死亡者が月間で500～1000人出たとしても、これは死因分類前の暫定数字であり、最終的に死因を精査した後の2020年の死者数は、インフルエンザと同規模か、それ以下となるのではないのでしょうか。

「コロナ死をどのように受けとめるか」は、個々で大きく見解が分かれるでしょうが、しかし、日本人の年間死亡数という統計上の母集団の中で客観的に位置付ければ、0.1%～0.2%程度の死因の一つであり、冷静に判断すべき時期にきていると考えます。

については、6月18日に厚労省から発出された連絡文書の位置づけ、年代別死亡数をどう見るか、人口動態における死因分析との関係など、コロナ死に関する当局のご見解を伺います。

次に、日本では現在のところ死亡者が少なくても、欧米では多くの人が死亡しており、今後、日本でも同様の事態が起きるのではないかと懸念についてであります。

新型コロナ死亡者数を各国別に見る場合、人口規模が違い過ぎるので、人口百万人以上の国の百万人当たり死者数で見ると、以下は8月27日時点ですが、多い順から8百人台がペルー・ベルギー、6百人台がスペイン・イギリス、5百人台がイタリア・スウェーデン・ブラジル・アメリカ、4百人台メキシコ・フランス、2百人台カナダ・南アフリカ、百人台アルゼンチン・ロシア・ドイツ・サウジアラビア、百人未満はトルコ・インド・インドネシア・オーストラリアとなっており、10人未満の一桁台は日本・韓国・中国となっています。

以上から明らかなように、ヨーロッパと北南米で多数の死者が出ている一方で、アジアやオセアニアは一桁から二桁台に止まっており、極端な差異が生じています。

これは、衛生状態や国民皆保険などでは説明しきれない差異であり、疫学的な裏付けのないBCG説やHLA（ヒト白血球抗原）説なども同様であります。

しかし、何らかの集団免疫的な状況が生じているのは確かであり、それを裏付ける分析結果が、京都大学大学院上久保教授と吉備国際大学大学院高橋教授との共同研究グループ（以下「上久保説」という）から示され、最近になってようやく注目されるようになってきました。

上久保説は、事実関係を提示しているので「説」と表現するのは適切ではないのですが、便宜上ここでは上久保説としておきます。

これによると、新型コロナウイルスは複数の変異型があり、先祖型で弱毒性の「S型」、Sの変異によりやや毒性は強いが普通の風邪程度の症状を引き起こす「K型」、これは武漢においてさらに変異して「武漢G型」となり、重度の肺炎を起こすため1月23日に武漢は閉鎖されました。

また、上海で変異した「欧米G型」は、まずイタリアに広がり、その後欧州全体と米国で大流行しました。

S⇒K⇒武漢G⇒欧米Gの変異は、国際データベース「HGISAID」に登録された「ウイルス変異の樹系図」解析によるもので、これらのウイルスが各国各都市別に何時、どの程度入ったかは、全世界で実施しているインフルエンザ・サーベイランスによる流行曲線への影響～ウイルス干渉を分析して得られたものです。

日本には昨年12月にSが、今年1月にはKが中国から入っており、その後、武漢Gが入りましたが、日本人の過半がS、Kに感染して免疫を獲得したため、Gに感染しても劇症化しなかった、という分析をしております。

早々にロックダウンを行った欧米諸国では、Sの後、Kが不十分な感染だったため、Sのみに感染した後Gに感染して「抗体依存性感染増強（ADE）」が起こり、劇症化して死亡者が続出しました。

集団免疫域値は罹患率（1－基本再生産数の逆数）によって得られ、基本再生産数は伝染力であることから、Kの罹患率54.8%で集団免疫に達した後、伝染力の強いG（罹患率80.9%）が入り、Gによって集団免疫に要する罹患率が上がる過程で、4月下旬～5月上旬の死亡数のピークが現れたと推定されます。

この上久保説は、今までのコロナに関する謎を的確に説明しうるものがありますが、論理的帰結として従来のコロナ対策の多くを否定する内容で

もあります。

このため、医学関係者などから多数反論が寄せられましたが、いずれも思い込みや科学的な証拠に基づかないものであり、全て論破されているようです。

私がこの場で、病院事業管理者や保健所長に「上久保説をどう思うか」と質問しても、立場上、回答しづらいと思います。

については、上久保説の要である「新型コロナウイルスとインフルエンザとの干渉関係」、「コロナ対策における免疫機能の考え方」について、ご所見を伺います。

上久保説では、「知見に基づく意見」として以下を公開しています。

《・国の責任官庁や会議、責任ある研究機関は、専門的な研究データ、知見、判断基準を直ちに開示する責務がある。コロナ禍発生以来半年を経過し、大規模な社会制限という国家的危機が続くのに、変異の解析、病理学的研究、抗体検査、正しいカットオフ値などについて信頼できるデータも開かれた科学的議論も見られない。また「感染者数」「第2波」「第3波」などという言葉が飛び交う中で、そもそも何をもって感染とするのか、重症者の定義、エクモの使用基準、死亡例の厳密な死因判断なども全く不明である。現状は医学的な危機というより、曖昧な情報、非専門的見解の氾濫による社会学的危機と言うべきだ。

・疫学的な見地から見る限り、日本では既に集団免疫に達して久しい。G I S A I Dの解析により、S⇒K⇒武漢G⇒欧米G⇒日本Hで日本は集団免疫に達している。ソーシャルディスタンス：三密はエビデンスがなく不要であり、マスクも必要ない。

・現在（集団検診など）のクラスターは、既感染者の再暴露でありすぐに消失する。市内のクラスターでの死者が多く出る可能性は低い。クラスター探索の必要はない。》

以上ですが、全国市長会副会長でもある谷藤市長は、今後政府に対して「信頼に足るデータに基づき科学的議論を行ってコロナ対策を進める」ことを強力に要請すべきと考えますが、これに対するご所見を伺い、私の一般質問を終わります。 (了)