

〔講演〕 pp. 23-29

人はコロナのみにて生きるにあらず

鳥集 徹

（ジャーナリスト）

「病を診ずして 病人を診よ」

これは、海軍軍医総監を務めた高木兼寛（1849～1920年）を学祖とする慈恵会医科大学の建学の精神である。同大はこの言葉について、「病んでいる『臓器』のみを診るのではなく、病に苦しむ人に向き合い、その人そのものを診ることの大切さを表しています」と説明している⁽¹⁾。

医師たちに対して、あらためてこの言葉の重要性を再認識すべきだと筆者は訴えたい。この3年あまり、「新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）」にばかりに囚われ、「その人そのものを診る」ことを忘れてしまったために、ほんらいの医療のあるべき姿を見失ってしまったのではないか。

コロナ感染対策の負の側面

その典型的な例の一つが、医療機関や介護施設で行われてきた面会制限だ。新型コロナの感染対策のために、多くの施設で面会自体の中止、面会の人数、場所、時間等の限定が実施され、現在も継続されている。

院内感染が広がれば、入院患者や入所者の命に関わるかもしれない。また、スタッフに陽性者や濃厚接触者が出れば、長期にわたり休む人が増えて、業務に差支えが出るかもしれない。さらには、感染対策が甘かったのではないかと地域社会やマスコミから非難されるかもしれない。こうした状況で、ある程度の面会制限を行うことは、新型コロナのリスクに関して未知の部分が多かった当初は、致し方なかったかもしれない。

しかし、このような調査結果がある。非常事態宣言（2020年4月7日から5月25日）が終了した5月27日から2週間の期間に、日本認知症学会専門医を対象に実施されたアンケートの結果（ $N = 1,586$ 人、回答率22.5%）によると、認知症患者の症状悪化を「多くみとめる」との回答が8%、「少数みとめる」との回答が32%と、合わせて4割に上った。また認知機能の悪化を「多くみとめる」（10%）と「少数みとめる」（38%）が計48%、BPSD（行動心理症状）の悪化を「多くみとめる」（8%）と「少数みとめる」（38%）が計46%と、いずれも半数近くに上った。

専門医個別の意見としても「うつ症状を呈する方が増加した」「家族面会が中止となり、不安定となった」「在宅生活で中核症状が進行した」「活動量やADLが低下した」「やはり外出制限や家族と会えない（面会制限）により、不穏となることが多い。さらに社会活動も制限され認知障害が悪化している印象がある」、「感染リスクへの恐れからデイサービスの利用を控えたり、一時的に住まいを変えたりした方の場合、認知症の人の意欲・発動性の低下、混乱、筋力低下などの問題がみられる」といった声があがっている⁽²⁾。

医療者なら経験的にもうなずける調査結果ではないだろうか。家族や知人の面会は入院患者の励ましとなり、身体的回復の助けにもなる。新型コロナの感染対策の実施のためとはいえ、厳しすぎる面会制限を続けることは、入院患者を孤独に陥らせ、回復を遅らせるだけでなく、病状の悪化にもつながり得る。これは認知症患者に限ったことではなく、他の疾患についても言えることだ。医療機関や施設の関係者は、その負の側面にも十分に考慮すべきではなかっただろうか。

入院患者だけでなく在宅で暮らす高齢者についても、新型コロナの感染拡大を防ぐために行われた外出自粛が、負の影響を与えた可能性が十分にある。そもそも、コロナ以前、高齢者のフレイル対策は、高齢者の転倒・骨折・要介護予防のために、重要課題の一つとして位置づけられ、取り組まれてきた。東京都医師会のホームページには、フレイル予防の対策として「栄養」（バランスのよい食事や口腔機能の維持）と並んで、「社会参加」（趣味・ボランティア・就労）、「身体活動」（しっかりたっぶり歩く、筋トレをする）の重要性が強調されてきた⁽³⁾。

しかし、過度な外出自粛によって、高齢者の身体活動量は低下した。2020年4月の緊急事態宣言中に実施された高齢者1,600名を対象としたインターネット調査の結果によると、同年1月時点（COVID-19感染拡大前）の1週間当たりの身体活動時間が、中央値ではあるが245分であったのに対して、同年4月時点（緊急事態宣言中）には180分と、約3割も減少していた。同年6月には元の水準に回復したものの、すべての高齢者がもとに戻ったわけではなく、独居で近隣住民との交流が少ない人では、1回目の緊急事態宣言解除後も身体活動が十分に回復できていなかったという結果が出ている⁽⁴⁾。

筑波大学大学院の研究グループが千葉県白子町や新潟県見附市など全国6つの自治体と協力し、40代以上の人を対象に実施した調査（有効回答数約8,000人）でも、2020年11月時点で外出頻度が週1回以下である人は、70代で22%、80代で28%、90代で半数近い47%に上っていた。また、外出機会の減少で17%が「自分の健康状態が悪くなっている」と回答。60代以上では27%の人が、「同じことを何度も聞くなど、物忘れが気になるようになった」、50%の人が「生きがいが、生活意欲がなくなった」と回答していた⁽⁵⁾。

コロナ陽性となった高齢者の扱いにも問題があった。筆者が複数の医師から聞いた話だが、高齢者施設でクラスターが発生した場合、施設では隔離や介護ができないという理由で、陽性者がコロナ受け入れ病院に送られる。軽症あるいは無症状で、健康状態がさほど悪くない人も多いのだが、コロナ病棟では家族との面会や医療スタッフとの接触機会が限られる。また、隔離された室内を出ることも制限されるため、必然的に身体活動量が低下する。その結果、入院当初より体力、認知機能が落ちたり、コロナ肺炎ならぬ誤嚥性肺炎を起こしたりして、入院以前より健康状態が悪化して退院する人が少なくないというのだ⁽⁶⁾。

また、コロナ受け入れ病院では、感染拡大時にコロナ

患者が病棟を占拠してしまうために、心筋梗塞や脳卒中といった急を要する病気の対応が満足にできなくなるケースもあったと指摘されている。愛知県病院協会の伊藤伸一会長が日経新聞のインタビューで次のように率直に語っている。

——愛知県内では新型コロナ患者のうちコロナ専用病床に入院する人と、それ以外の病床に入院する人が同数に近い時期もありました。

「コロナという疾病のためだけの病床を持つ必要はもうない。インフルエンザなど一般の感染症と同じ対応にすべきだ。病棟をすべてコロナ向けにして重装備の感染防護をする必要がどれほどあるか。感染を完全に防げるのはいいが、コストパフォーマンスの問題だ」

——入院治療でも一般医療への影響はありましたか。

「コロナは医療機関の病床を占有してしまう。一般医療にしわ寄せが来てしまった。本来なら脳卒中や心筋梗塞の患者が入院治療を受けられたはずなのに、コロナ病棟を設けるとできなくなる。地域医療として大きな問題で、影響を検証しなければならない」⁽⁷⁾

デルタ株以前の致死率が高い時期までなら、衰弱した高齢者や基礎疾患のある他の入院患者を守るために、新型コロナ患者を厳格に扱うことは、ある程度必要だったかもしれない。しかし、新型コロナをいつまでも特別視して、厳しい感染対策を続けたことで、医療や介護の現場では、明らかに負の側面があったのである。

人口動態統計から見たコロナのリスク

そもそも新型コロナは、ここまで特別視して恐れなければならない疾患だったのだろうか。厚生労働省の人口動態統計によると、2021年は日本全体で143万9,856人が死亡した。その中で、死因1位だったのは「悪性新生物〈腫瘍〉」で38万1,503人。死亡総数に占める割合は26.5%。つまり、日本人の4人に1人以上が、がんに罹患して死亡する。死因2位は「心疾患（高血圧性を除く）」で21万4,710（14.9%）、3位は「老衰」で15万2,027人、4位は「脳血管疾患」で10万4,595人（7.3%）、5位は「肺炎」で7万3,194人（5.1%）となっている⁽⁸⁾。

一方、この年にコロナウイルス感染症が死因となった

人は1万6,766人で、死因の上位10番目にも入っていなかった。死亡総数に占める割合は1.2%。つまり、新型コロナウイルスが死因となったのは、およそ83人に1人という計算になる。もちろん、新型コロナウイルスのリスクが他の疾患に比べ高いことをもって、無視していいということにはならない。しかし、この統計から見る限り、がん、心疾患、脳卒中、肺炎等の診療に影響を与えるほど、新型コロナウイルスに医療資源を割く必要があったのだろうか。

人口動態統計の2022年の確定値はまだ公表されていないが、厚生労働省が公表している新型コロナウイルス感染死のデータ（2022年1月1日～12月31日）を足し上げると3万8,881人となる⁽⁹⁾。これは、21年の死因順位に当てはめると「誤嚥性肺炎」（4万9,488人）に次ぐ7位に位置づけられる数で、「不慮の事故」（2.7%）と同程度である。

2021年に比べると2.2倍に増えたとはいえ、全死因に占める新型コロナウイルスの割合は3%未満と推計され、97%は他の要因で亡くなっていることになる。新型コロナばかりを恐れるのは、あまりにバランスを欠いているのではないだろうか。

このような指摘をすると、「感染対策を徹底したからこそ、コロナで死亡する人がこれくらいで済んだのだ」という反論があるかもしれない。しかし、新型コロナ感染死以外の死因もすべて含めた我が国の全体の死亡者が、ワクチン接種が始まった2021年以降、異常な増加を見せていることをご存じだったのだろうか。

前掲の人口動態統計の確定値によると、2021年の日本の死者数は143万9,856人で、前年比6万7,101人（4.9%）増となった。2022年の確定値はまだ公表されていないが、速報値では158万2,033万人で、前年比12万9,744人（8.9%）増となっている。国内での新型コロナウイルスの市中感染が明らかになった2020年（137万2,755人）と比較すると、2022年は死者数が20万9,278万人増えたことになる。つまり、新型コロナウイルスの国内での感染が明らかとなった2020年をベースにすると、2021年と2022年を合わせて全国の死者が27万6,379人も増えたことになるのだ。

もちろん、毎年の死者数の増加は高齢化進展の影響を受ける。だが、毎年の死者数の推移を見ると、対前年比の増加数は1～3万人前後であり、2020年は逆に8,338人減少した。グラフ（図1）を一瞥しただけで、2021年と2022年が異常な増加を見せていることがわかるはずだ。しかも、2022年は2月、3月、8月～12月がとくに増えており、12月は対前年前月比で2万4,361人、増

加率18.2%という異様に高い数値を示している。さらに付け加えれば、2023年1月の死者数も対前年比2万4,987人、増加率17.3%という高値となった。前述の通り、2021年の新型コロナウイルスによる死者は1万6,766人、2022年は3万9,000人程度と推測されている。新型コロナだけで、この死者数の増加を説明できないのは明らかだろう。

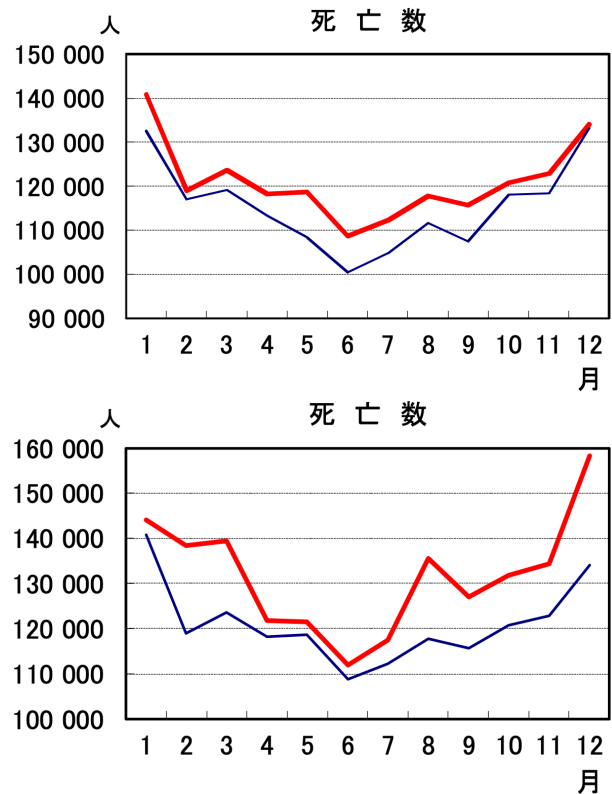


図1 死亡数の推移

（赤線。対前年（青線）との比較）

（厚生労働省「人口動態統計速報」12月分、上：2021年（2022年2月25日発表）、下：2022年（2023年2月28日発表））

国内の死者増加の原因についての説

この死者増加の要因については、様々な説が取り沙汰されている。筆者もそうだが、新型コロナワクチンの安全性に疑問を持っている人たちは、死者急増はこのワクチンの副作用によって引き起こされたのではないかと疑っている。なぜなら国内の死者数の急激な増加現象は、接種が開始された2021年から観察されるようになったからだ。

厚生労働省の副反応疑い報告では、新型コロナワクチン接種後に死亡と報告された事例は2023年3月12日までに2,059人となっている⁽¹⁰⁾。しかし、衰弱した高齢

者が死亡した場合や脳血管疾患等で死亡した場合には、ワクチン接種と関連があると気づかれないケースが多いだろう。実際、2022年の10万人あたりの死亡率は、3位の「老衰」が前年107.3から123.8人に、4位の「心疾患」が同166.6から174.9人と、他の死因に比べ大幅に増加している⁽⁸⁾。この増加分の中に、新型コロナワクチンに関連して死亡した人がいないとは断言できない。また、ワクチン接種と関連があると思っても、医師や医療機関が様々な理由で国に報告しないことも考えられる。こうしたことを考えると、接種後死亡2,059人という数字が氷山の一角であることは十分に考えられるだろう。

だが、これに対してワクチン接種を推進した側は、2021年以降の異常な死者増加には別の理由があると説明する。

まず挙げられているのが、「隠れコロナ感染死説」だ。感染して発病していても、医療機関を受診しない人が増えている。もしくは実際は感染しているが、自宅で検査をして「陰性」と出て、感染に気付かれてないケースがある。そのため、発表されるコロナ感染死は、実際の数を反映していないというのだ⁽¹¹⁾。

次に「コロナ後遺症説」が挙げられる。コロナ感染後に血管や臓器にダメージが残っており、他の疾患の罹患によってコロナのダメージが致命的となって、死期が早まったという考えだ。このような、いわゆる「Long Covid」の影響が、我々が予想している以上に多いのではないかと考えられている⁽¹²⁾。

3つ目に「コロナ自粛による衰弱説」が挙げられる。感染を恐れる高齢者が長期間にわたって自宅や施設に閉じこもった結果、体力が低下してしまったために、コロナ感染や他の疾患の罹患が最後の一押しになって、命を縮めたという考えだ。長期間の自粛が血圧や血糖値に悪影響を与えたことも考えられるだろう⁽¹³⁾。

4つ目に挙げられるのが「感染拡大による医療逼迫説」だ。前述した通り、感染拡大時に医療資源がコロナ対応に集中してしまうために、心筋梗塞や脳卒中といった一刻も早い医療的な処置が必要な疾患に十分な対応ができなくなり、死者が増加したという考えだ。院内感染を恐れて検診控えが起こり、進行がんで見つかる人が増えたという話も聞く⁽¹⁴⁾。

いずれの説もそれなりに説得力があり、頭から否定することはできない。だが、これらの説明には難点もある。まず、冒頭の二つの説は、もしコロナ感染が死者増加の要因であったとしたら、新型コロナワクチンが有効でなかった傍証になり得ることだ。常識的に考えて、もしワ

クチンに感染予防効果があるのなら、コロナ感染者自体が減らなくてはならない。しかし、第7波（2022年7月～9月）になって、国内のコロナ陽性者は世界最多となってしまった。また、重症化予防効果があるならば、コロナ感染死も減るはずだろう。だが、第8波（2022年11月～23年2月）になって、1日あたりのコロナ感染死も過去最多となった。

こうした議論に対しては、もし国民の多くがワクチンを打たなければ、もっとコロナ感染死が増えていたはずだという反論があり得る⁽¹⁵⁾。しかし、そうした推計が妥当性を持つためには、属性に偏りのない接種者と非接種者とを比較して、接種したほうが陽性率も死亡率も圧倒的に低くなるというデータがなくてはならない。だが、残念ながら我が国には、接種者と非接種者の陽性率、死亡率をフェアに比較できるデータがどこにもない。したがって、もしワクチンを接種しなければ、もっとコロナ陽性者やコロナ感染死が増えていたという主張は、現在のところ全く説得力がないと言わざるを得ない。

コロナ自粛による衰弱が死者増加につながったという説にしても、緊急事態宣言が繰り返された2020年、21年であれば説得力をもったかもしれない。しかし、緊急事態宣言は第4回目終了した2021年9月30日以降、発出されていない。一方、国内の死者増加は2022年になって顕著となり、2022年12月、2023年1月も異常な増加を認めている。もしコロナ自粛による体力低下が死者増加につながっているのだとしたら、1年以上経ってからその影響が現れていることになる。自粛による衰弱が、これだけの長期間にわたって影響するのか、また万単位の死者を出すほどの規模で起こっているのかについては、医学的な検証が必要だろう。

さらに、医療逼迫の問題に至っては、2020年の当初から問題となってきた。政府は空床補償などの予算措置をつけて、コロナ病床の確保などの対策を行ってきた。だが、コロナ禍が始まって2年、3年経っても医療逼迫が起こり、そのために死者が増えたのだとしたら、むしろ政府の怠慢、失策が責められるべきであろう。

政府の感染対策失敗の責任

いずれにせよ、我が国の陽性者数は第7波で世界最多、コロナ感染死は第8波で過去最多となった。つまり、ワクチン接種が原因であろうと、その他の説に妥当性があつたとしても、政府が推奨した感染対策——人流の抑制、ソーシャル・ディスタンス、手指の消毒、体温測定、

アクリル板、面会制限、PCR 検査、濃厚接触者の追跡、ユニバーサル・マスク、ワクチン接種等々——が成功したとは言えないということだ。それどころか、2021 年、22 年になって、コロナ感染死だけでなく日本全体の死者までが、異常に増加する結果となった。「人の命をコロナから守る」ことが、感染対策の最終目的であったとするならば、完全に「失敗」に終わってしまったのだ。

にもかかわらず、新型コロナウイルス感染症対策分科会（尾身茂会長）などの提言に沿って実施された政府の感染対策が本当に有効であったのか、現在までに第三者による検証はまったく行われてない。そればかりか、「失敗」の責任追及をされることもなく、現在も同様の対策が漫然と推奨され続けている。そして、なぜ「その日」なのか明確な理由も不明のまま、2023 年 3 月 13 日をもってマスク着用が個人の判断に委ねられることになった。さらには、同年 5 月 8 日からは新型コロナウイルス感染症の法律上の位置づけが、結核や SARS（重症呼吸器症候群）と同様の 2 類相当から、季節性インフルエンザ等と同じ 5 類に変更されることとなった。

そもそも振り返ってみれば、新型コロナウイルスは、当初からこれほどの厳しい対策が必要な感染症だったのだろうか。武漢株、アルファ株、デルタ株、オミクロン株と変異するにつれて、致死率は低下したというのが、一般的な見方だ。だが、武漢株からデルタ株が猛威を振るった 2020 年のほうが、21 年、22 年よりコロナ感染死ははるかに少なかった。陽性者を母数とすると、確かに致死率は低下したと言える。しかし、国民全体を母数にすると、コロナで死亡するリスクは武漢型ウイルスの流行当初より、オミクロン株になってからのほうが、コロナ感染死が増えただけ高くなっているのだ。

その一方で、現実社会を見渡せば、1 年目より 2 年目、2 年目より 3 年目のほうが、社会のコロナに対する恐怖心は明らかに低下したと言えるのではないか。この原稿を執筆している 2023 年 4 月現在も、まだ多くの人がマスクを着用しているが、飲食店や観光地はコロナ禍以前の賑わいを取り戻し、外国人旅行客も明らかに増えた。それでも、誰もコロナの感染拡大を恐れている様子はない。多くの人が「コロナ感染を過剰に恐れる必要はない」と肌で実感しているように思われる。

それもそのはずだろう。新型コロナのリスクは高年齢ほど高いものの年齢が下がるほど低く、季節性のインフルエンザ等の感染症と比べても、死亡リスクが著しく高いと言えないことは、当初から明らかだった。それに、高年齢ほどリスクが高いと言っても、コロナ感染死

の平均年齢は平均寿命と大きく変わるものでなかった。むしろ、医療統計情報通信研究所の藤川賢治氏が厚労省のデータに基づき推計したところ、2022 年 1～3 月の全死因平均年齢が 82.83 歳であったのに対して、コロナ感染死は 85.24 歳であった⁽¹⁶⁾。

これを見ても、少なくともオミクロン株以降の新型コロナは、他と比べて特別恐れなくてはならない疾患であったとは言えないはずだ。

過度な医療依存は害を引き起こす

そもそも、我々は、医療が介入すれば、いい結果を得られると思い込みがちだ。たとえば、がんに関して言えば、早期発見・早期治療をすれば、がんを克服することができ、死を先送りできると多くの人が思い込んでいる。

しかし、がん検診の効果は世間が思っているほど高いわけではない。検診を受ける人と受けない人が 1,000 人ずついたとしたら、それぞれどのような運命になるのかを、質の高い臨床試験のデータに基づいてわかりやすく示しているインターネットサイトがある。ドイツのマックス・プランク人間発達研究所が運営する「Harding Center for Risk Literacy」だ。

それによると、もっとも有効性が高いとされる大腸がん検診でも、45 歳以上の 1,000 人が 1 年または 2 年おきに 9～30 年便潜血検査を受けて、大腸がん死が 7 人から 6 人に減る程度の効果しかない。その一方で、偽陽性で 12 人が不必要なフォローアップ検査（内視鏡など）を受けることになり、6 人が偽陽性で不必要な腫瘍切除を受けることになる⁽¹⁷⁾。

乳がん検診の場合も有効性に疑問符の付く結果が出ている。50 歳以上の女性 1,000 人がマンモグラフィ検診に 11 年間参加すれば、乳がん死が 5 人から 4 人に減る。しかし、大腸がん検診と同様、総死亡率が低下することは証明されていない。それだけでなく 1,000 人のうち約 100 人が偽陽性（がんではないのに異常ありとされる）となり、乳房に針を刺す生検を受けることになる。これだけでも身体的心理的ダメージが大きいのに、非進行性のがんで不必要な乳房部分切除または全摘を受ける人が 5 人出るというデータが出ている。つまり、1,000 人のうち 1 人の乳がん死を予防することで、5 人が無用な手術を受けることになってしまっているのだ⁽¹⁸⁾。

これらのがん検診の例が示しているのは、過度な医療介入をすることが必ずしもいい結果に結びつくとは限らないということだ。こうした例はがん検診以外にもあ

る。有名なのが糖尿病の ACCORD 試験だ。米国国立心肺血液研究所（NHLBI）が、心血管リスクがとくに高い 2 型糖尿病患者を対象に、HbA1c を 6 % 未満に厳しく下げる「厳格治療群」と、穏やかな 7 % 台を目標とする「標準治療群」とで治療効果を比較する臨床試験を実施し、2008 年に中間結果を報告した。それにより、厳格治療群のほう約 2 割も死亡率が高いことがわかり、試験は途中で中止となった⁽¹⁹⁾。この試験が実施されたのは、厳しく血糖コントロールをしたほうが、予後がよくなるはずという強い思い込みがあったからだろう。しかし、逆の結果が起こり、これ以降、とくに高齢者の糖尿病では厳格な血糖コントロールよりも、低血糖を起こさないよう留意した緩やかな血糖コントロールが主流となった。

新型コロナウイルスに関しても、同様のことが言えるのではないだろうか。新型コロナを抑えこむことばかりに注力するあまり、他の疾患や社会に与える影響がほとんど考慮されなかった。一方で、コロナ感染死を減らすどころか第 7 波、第 8 波になって感染者が増え、日本人全体の死者までが増えてしまった。つまり、総死亡率がかえって高くなり、日本人の寿命は縮まってしまったのだ。

EBM（Evidence Based Medicine）の考え方に基づいても、総死亡率を第一の評価項目（endpoint）とすることが優先されるべきだろう。たとえば降圧薬などであれば心血管イベントの予防が評価項目とされることが多いが、心筋梗塞や脳卒中が予防できたとしても、副作用の害が上回ればその益を打ち消してしまう。本当に益が上回っているかどうかを検証するには、ランダム化比較試験を実施して予後を 5 年、10 年の単位で追跡し、プラセボ群に対して実薬群のほう総死亡率は低くなっているかどうかを確かめる他ない。

実際、抗がん剤もかつては腫瘍縮小効果を評価項目とし、それをもって国も医薬品としての承認を行っていた。しかし、腫瘍縮小効果が必ずしも延命に結び付かないことが明らかになり、現在は原則として総死亡率の低下（延命効果）を証明しなければ承認されないことになっている。その考え方に準ずると、分科会の提言を受けて実施された新型コロナの感染対策は、日本人の総死亡率を下げるどころか、むしろ上昇させてしまったことになる。感染対策が逆効果になっていなかったか、厳しく検証されるべきだろう。

さらに言えば、医療の本来の意義を考えると、医療介入によって総死亡率が低下したとしても、それはあくま

で「結果」に過ぎない。臨床的には「その人が最期までその人らしく望む通りに生きることができたか」を第一の評価指標とすべきではないかと筆者は思うのだ。もちろん、こうした個々人によって価値観の異なる定性的な指標を、客観的に操作できる定量的なデータに変換することは困難だ。だが、筆者が望みたいのは、医療者が患者に相對する場合には常に、そのことを念頭に置いて臨むべきではないかということだ。そして、その実践を貫いた結果として——なんのエビデンスもないけれども——きつとそれが健康寿命の延伸や延命効果として表れると信じている。

「コロナに感染して死ぬのだけは絶対に嫌だ」というのであれば、その人が分科会の提言するような感染対策を徹底することを妨げる権利は誰にもない。しかし、誰もがそのように考えていたわけではない。「新型コロナに感染したとしても、娘や孫に会いたい」「住み慣れた場所で、みんなと一緒にごはんを食べたい」と望む人たちもいたはずだ。にもかかわらず、入院患者や入所者に対する面会制限が行われた結果、家族に会うことも住み慣れた場所にいることも叶わず、隔離生活を余儀なくされた人たちがたくさんいた。その結果、かえって死者が増加し、日本人の寿命を縮めることにつながったとしたら、むやみにコロナの不安を煽り、感染対策を徹底させた者たちの責任は大きい。

新型コロナに対する感染対策は過剰だと訴えていた筆者のような立場の者にとって、この 3 年間は理不尽に感じることの多い、苦しい日々の連続だった。だが、怪我が功名があるとすると、新型コロナの騒ぎを通して、「専門家」の言うことを鵜呑みにしてはいけないこと、過剰な医療依存はかえって害を引き起こす恐れがあることに気づいた人が増えたと感じられることだ。

いまこそ、特定の疾患に囚われるのではなく、その人がその人らしく最期まで命をまっとうするには何が大切なのかを深く考え、それを支えるために必要十分な技術を提供できる医療に立ち戻ってほしいと願っている。その意味でも、「全人性」を意味するホリスティック医学の役割に、筆者は大きな期待を寄せている。

文 献

- (1) 慈恵の医療 | 東京慈恵会医科大学附属病院 <https://www.hosp.jikei.ac.jp/jikei/>
- (2) 新見 芳樹 他 日本認知症学会社会対応委員会 COVID-19 対応ワーキングチーム「日本認知症学

- 会専門医を対象にした新型コロナウイルス感染症流行下における認知症の診療等への影響に関するアンケート調査結果報告」(Dementia Japan 35: 73-85, 2021)
- (3) 公益社団法人東京都医師会ホームページ「フレイル予防」(2023 年 4 月 12 日閲覧) <https://www.tokyo.med.or.jp/citizen/frailty>
- (4) 山田 実「COVID-19 による高齢者の活動への影響と社会参加」(Aging & Health 2021 年第 30 巻第 1 号 No. 97)
- (5) 「コロナで外出自粛 高齢者の健康に深刻な影響 研究グループ調査 新型コロナウイルス」(NHK ニュース 2021 年 3 月 23 日) <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210323/k10012929741000.html>
- (6) 鳥集 徹 編著『医者が飲まない薬 誰も語らなかった「真実」』(宝島社新書) 初版 2023 年 3 月 16 日
- (7) 日本経済新聞『「第 7 波 一般医療への影響、検証を」愛知県病院協会長 コロナ対策 中部の教訓』2022 年 10 月 14 日)
- (8) 令和 3 年 (2021) 人口動態統計 (確定数) の概況 | 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/index.html>
- (9) 厚生労働省 | データからわかる——新型コロナウイルス感染症情報—— <https://covid19.mhlw.go.jp>
- (10) 「第 93 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和 5 年度第 1 回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会 (合同開催) 資料」2023 年 4 月 28 日 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208910_00060.html
- (11) 「新型コロナ『第 8 波』の“隠れ陽性者” 加藤厚労大臣『陽性でも登録しない人がいる』」(tv-asahi.co.jp) 2023 年 1 月 17 日 など https://news.tv-asahi.co.jp/news_society/articles/000283671.html
- (12) 「新型コロナ第 8 波 死亡が多くなった要因 専門家の考察や対策は NHK」2023 年 2 月 24 日 など <https://www.nhk.or.jp/shutoken/newsup/20230224c.html>
- (13) 上 昌広「コロナよりも死者数を増やした過剰な『行動規制』『自粛』」新潮社 Foresight (フォーサイト) 会員制国際情報サイト (fsight.jp) 2022 年 12 月 28 日 など <https://www.fsight.jp/articles/-/49437>
- (14) 渋谷 健司「コロナ第 8 波『死者急増』の真相が映す構造的課題」東洋経済オンライン (toyokeizai.net) 2023 年 1 月 24 日 <https://toyokeizai.net/articles/-/647740>
- (15) 「ワクチン接種なければ 36 万人死亡も、京大・西浦氏」m3.com 2023 年 4 月 15 日 <https://www.m3.com/news/open/iryoishin/1133025>
- (16) 医療統計情報通信研究所 (所長・藤川 賢治)「日本の月ごとの主な死因別死者 (medicalfacts.info)」<https://medicalfacts.info/causes.rb>
- (17) Early detection of colorectal cancer with a fecal occult blood test (FOBT) | Harding-Zentrum für Risikokompetenz (hardingcenter.de) <https://www.hardingcenter.de/en/transfer-and-impact/fact-boxes/early-detection-of-cancer/early-detection-of-colon-cancer/early-detection-of-colorectal-cancer-with-a>
- (18) Early detection of breast cancer by mammography screening | Harding-Zentrum für Risikokompetenz (hardingcenter.de) <https://www.hardingcenter.de/en/transfer-and-impact/fact-boxes/early-detection-of-cancer/early-detection-of-breast-cancer-by-mammography-screening>
- (19) Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Miller ME, Byington RP, Goff DC, Bigger JT, Buse JB, Cushman WC, Genuth S, Ismail-Beigi F, et al.: Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008; 358: 2545-2559.

編集・制作協力：特定非営利活動法人 ratik

<https://ratik.org>

