

## 「PCR 懐疑論」「コロナ否認主義」などをめぐる Q & A

### 【目次】

#### 〈PCR 懐疑論をめぐって〉

- Q、PCR 検査は本当に有効？
- Q、「PCR 検査では、コロナ・ウイルスと他のウイルスと一緒に検出され、病原体扱いされている」という研究者がいるようだが？
- Q、「PCR 法を発明した人は、感染症の検査に使うことに反対していた」というが？
- Q、「Ct 値が高い PCR 検査では、ウイルスの感染していなくても、感染扱いされる」という議論も聞くが？
- Q、「PCR 検査の有効性を示す論文はない」と厚労省が回答？

#### 〈コロナはただの風邪、マスクは意味がない…などの議論をめぐって〉

- Q、コロナは「風邪並み」「インフルエンザよりも軽い」？
- Q、新型コロナを「指定感染症」から外し、季節性インフルエンザと同じ「5類相当」にするべき？
- Q、「無症状者から感染が広がる」ことは証明されていない？
- Q、「マスク使用はかえって有害」？

#### Q、PCR 検査は本当に有効？

A、PCR 検査は、鼻咽頭の粘液や唾液などによる検体から、検査対象のウイルスの遺伝子 (DNA、RNA) を検出し、それを増幅することで、感染の有無を測定する検査法です。

この検査法が有効であることは、PCR 検査によってこのウイルス遺伝子の存在を確認された日本国内で 80 万人の人々の 8 割が発熱・咽頭痛・頭痛などの症状を起し、2~3 割が肺炎を発症し、1~3%が亡くなっていることにより、すでに証明されています。

これらの症状の原因が、我々が「新型コロナ・ウイルス」と呼んでいる病原体であることも、日本と世界で肺炎の流行が見られ、それらの症例中から高い確率で新型コロナ・ウイルスが検出されていること、また、肺炎を発症した人の接触者も肺炎にかかり、その症例からも同じウイルスが検出されていること——など、日本と世界で現実に行っている事態によって、科学的に証明されています。これらは、「コッホの原則」に準じた自然実験を世界中で何億回も再現性よく行っているのと同じです。

今では、新型コロナ・ウイルスの形状・構造も明らかとなり、同ウイルスが人間の細胞に取りつき、遺伝子を複製して感染するメカニズムも解明されています。同ウイルスのゲノム構造も解明され、塩基配列の一部が変わった「変異株」の存在も次々と確認されています。

日本と世界の医学会・医療界には、PCR 検査の有効性や、新型コロナ・ウイルスの病原性に異論を唱える議論が成り立つ余地は、もはやありません。

Q、「PCR 検査では、コロナ・ウイルスと他のウイルスと一緒に検出され、病原体扱いされている」という研究者がいるようだが？

A、徳島大学名誉教授の大橋眞氏が、You Tube などネット動画をつうじてそうした“説”流していますが、まったくの誤情報です。

新型コロナ・ウイルスは分離され、細胞を用いた培養系も確立されており、PCR 検査で他のウイルスと区別して陽性・陰性の判定が行われています。

先述のとおり、新型コロナ・ウイルスは、塩基配列の一部が変わった「変異株」のゲノム解析も可能な段階となっています。すなわち、数千種類ある新型コロナ・ウイルスのなかの、どの型のウイルスなのか、遺伝子レベルで区別されています。

新型コロナ・ウイルスと他のウイルスが「混同」されているなどという主張は、最新技術の到達点を知らない、荒唐無稽な物言いといえます。

むしろ、大橋氏が流布している、「新型コロナ・ウイルスとされているウイルスは、病原性のない常在性ウイルス」「常在性ウイルスが PCR 法の大量増幅で、他のウイルスと区別されないまま病原体扱いされている」「コロナ騒動の正体は、免疫力の低下による体調不良」——などの主張こそ、何の科学的論証もされていない、一方的な言い分です。

医学・医療の専門家からは、大橋氏が本当に自説を証明したいのであれば、You Tube ではなく、論文として発表すべきである、その場合は、科学的根拠がまったくないことを査読者から批判され、まともな医学雑誌には掲載されないであろう、という批判がされています。

新型コロナ感染症に関する大橋氏の言説をとりあげた、全国紙はありません。

同氏がかつて勤めていた徳島大学は、ホームページ上に「本学名誉教授 大橋眞氏の活動に対する苦情について」と題した声明をアップし、「大橋氏の見解などと本学と一切関係ございません」という立場を表明しています。

私たちは、大橋眞氏の、ネット動画による無責任な主張の垂れ流しは、新型コロナ感染症から国民の命と健康を守ろうとする、多くの医療従事者、研究者、国民の努力を妨害するものであると考えています。

Q、「PCR 法を発明した人は、感染症の検査に使うことに反対していた」というが？

それも、大橋氏をはじめ、新型コロナ否認主義・PCR 検査否定論を唱える論者の間で、もてはやされている情報です。

PCR（ポリメラーゼ連鎖反応）を活用した遺伝子（DNA）の増幅方法は、米国の研究者キャリー・マリス氏により、1980 年代に考案されました。しかし、マリス氏はもともと、感染症の専門家ではなく、エイズ（後天性免疫不全症候群）の原因が HIV（ヒト免疫不全ウイルス）であることを否定する「エイズ否認主義」を主張するなど、感染症との関連では、誤った言説をさまざま残しています。

マリス氏は、フロンガスによるオゾン層の破壊を否定したり、CO<sub>2</sub> による地球温暖化を否定したりするなど、自分の専門分野以外では、「反科学」の主張をする人物でもあったようです。

現在の PCR 検査は、キャリー・マリス氏がその手法を最初に見出した 1980 年代とは、

比較にならないほど精度管理が進んでおり、ウイルス検出における「科学的な精度、正確性、検出限界の判断」において、この検査法がゴールドスタンダード（＝もっとも確かとされる判定基準）であることは、国際的な医学界の共通認識です。

マリス氏が PCR 法の考案者であったとしても、科学の発展はいつまでもその水準にとどまっていません。同氏の発言だけを根拠に、感染症対策における PCR 検査の有効性を否定する議論に道理はないと考えます。

Q、「Ct 値が高い PCR 検査では、ウイルスに感染していなくても、感染扱いされる」という議論も聞くが？

A、PCR 検査の「Ct 値の高さ」について議論があることは、私たちも認識しています。

先述のとおり、PCR 検査は、鼻咽頭の粘液や唾液などによる検体から、検査対象のウイルスの遺伝子（DNA、RNA）を検出し、それを増幅することで、感染の有無を測定する検査法ですが、核酸を増幅するサイクルを重ねる（＝Ct 値を高める）ことで、体内に少量のウイルスしかいない人、不活性なウイルスしかいない人が、陽性と判定されることは確かにあります。

しかし、ネット上で一部の PCR 検査否定論者が流している、「Ct 値が高い PCR 検査では、非感染者が大量に『陽性者』となる」というのは、根拠がない誤情報です。

PCR 検査否定論者はしばしば、「ニューヨークタイムズ」（2020 年 8 月 29 日付）の記事を自説の根拠にもちだします。「ニューヨークタイムズ」（NYT）の記事は、上記の「Ct 値が高すぎる PCR 検査」の問題点を指摘し、増幅サイクルを増やす（＝Ct 値を高める）ことに集中しすぎて、「ウイルスが少量で、他者に感染させる力が低い陽性者」を無理に見つけだすよりも、精度向上は適当なところにとどめ、検査の数自体をもっと増やし、より多くの人に検査をした方が効率的ではないか、と指摘したものでした。

NYT の記事は、PCR 検査の有効性を否定するものではなく、PCR 検査の件数をもっと増やすべきという立場から、検査にかかる手間と時間をいかに効率化するかを論じたものだったのです。

ところが、日米の PCR 検査否定論者は、この記事のなかにある「体内に少数のウイルスしかいない人」という文言を「非感染者」に言い換え、米国における PCR 検査の多くが「誤診」であるかのように事実を偽り、「検査の数をもっと増やすべき」という NYT の主張を切り落としたうえで、“陽性と認定されている人の大多数は非感染者” “PCR 検査の無効性は NYT も認めている” などと叫んでいるのです。これは、事実を二重三重に歪めたフェイクニュースにほかなりません。

PCR 法による核酸の増幅を、どの程度とするのが適切か、議論があるのは事実ですが、感染症の専門学会をはじめとする医学会・医療界のなかで、PCR 検査の有効性を否定する議論は起こっていません。

また、実際の検査・治療の現場では、そうした PCR 法の技術的特性も踏まえながら、個々の陽性者の状態を総合的に医師等が判断し、診断を下しています。

PCR 検査否定論者がいう、「Ct 値が高すぎるせいで、大量の偽陽性が生まれている」という主張は、現実から乖離した議論にすぎません。

Q、「PCR 検査の有効性を示す論文はない」と厚労省が回答？

A、PCR 検査否定論者や、反ワクチン論者は、PCR 検査の有効性やコロナ・ワクチンの有効性を示す「論文」はあるかと厚生労働省に聞いたら、「ない」という回答がされた——と盛んに述べ立てています。これも、欺まんの宣伝です。

PCR 検査否定論者や反ワクチン論者が厚労省に提出した設問は、PCR 検査の有効性や、コロナ・ワクチンの有効性・安全性について、それを実証した「論文」を厚生労働省として「保有」しているか否かを尋ねる形式となっています。学术论文の所有権は、当該の論文を執筆した研究者と、論文を載せた医学誌が持っています。ですから、「論文を保有しているか？」と厚労省に聞かれても、同省としては「保有していない」と回答せざるを得ません。PCR 検査否定論者や反ワクチン論者は、回答のその部分だけを抜き出し、ネット上で宣伝しているのです。

日本共産党の問い合わせに対し、厚労省の担当官は、「もし、設問が、PCR 検査やワクチンの認可にあたって、厚労省が根拠としたデータやエビデンスを示せ、というものであったなら、お示しすることは可能でした」と回答しています。

「論文を保有するか？」という問い自体、厚労省が「ない」と回答することをあらかじめ想定した設問であると考えられます。

ここにも、ネットユーザーに平気で誤情報を垂れ流す、PCR 検査否定論者の手口がよくあらわれています。

Q、コロナは「風邪並み」「インフルエンザよりも軽い」？

ネット上には、「新型コロナの死者はインフルエンザより少ない」などと書いているサイトも散見されますが、それらは誤情報に過ぎません。

ネット上には「インフルエンザによる死者は年間 1 万人」という数字がよく書かれていますが、それは、「関連死」（インフルエンザにかかっているが、インフルエンザの流行の影響で亡くなった事例）を含んだ数字であり、実際に、インフルエンザにかかったことによる死者は、その数分の一にとどまります。しかも、この間、インフルエンザによる死者は、予防接種の徹底などによって顕著に減っており、2018-2019 年シーズンの国内死者数は、「関連死」を含めても 3,276 人でした。

季節性インフルエンザに罹患する人は、例年、1200~1400 万人です。この数字と、2018-2019 年シーズンの死者数の 3,276 人をもとに、国立感染症研究所は、季節性インフルエンザの致死率は、「関連死」を含んだ数で 0.027%としています。

さらに、大阪大学医学部附属病院・感染制御部（ICT）は、インフルエンザを直接の死因とする死者は年間 1000 人程度であるとし、1200~1400 万人の感染者との関係で、季節性インフルエンザの、感染症としての致死率は 0.01%未満であるとしています。

これに対し、新型コロナ感染症は、この 1 年半で国内感染者数 80 万人、死者数は 1 万 4000 人超で、感染症としての致死率は 1.8%にのぼります。単純に比較するなら、新型コロナは、季節性インフルエンザの 180 倍、死に至りやすい感染症ということになります。

もし、PCR 検査否定論者がいうように、新型コロナの陽性者（80 万人）のなかに、実際には感染しておらず、検査の不備で「陽性」扱いになっている人が大量にいれば、新型コロナの致死率はもっと高くなります。たとえば、新型コロナの「本当の感染者」が、

公表されている陽性者の半分=40 万人に過ぎないとすれば、致死率は 3.6%、季節性インフルエンザの 360 倍ということになるでしょう。

また、新型コロナに直接かかってはいないが、コロナ流行による病床逼迫のために“手遅れ死”となったケースなど、「関連死」を含めるなら、新型コロナの死者数はさらに大幅に増え、致死率も上がることとなります。

日本は、欧州諸国に比べて死者が少ないという論者もいますが、日本の医療体制の逼迫が深刻化する一方、欧州諸国でワクチン接種が進むなか、そうした状況は、大きく変わってきました。たとえば、2021 年 6 月 30 日の新型コロナ患者の死者数は日本=54 人に対して、イギリス=23 人、フランス=45 人、イタリア=42 人です。

大阪で「医療崩壊」が起こった 5 月初旬、大阪府のコロナ患者の人口当たり新規死者数は、当時、世界で最も激しい感染拡大が起こっていた、インドやメキシコを上回る水準となりました（5 月 5 日時点、大阪=100 万人当たり 19.6 人、インド=100 万人当たり 15.5 人、メキシコ=100 万人当たり 16.2 人）。

「新型コロナの死者はインフルエンザより少ない」などというのは、事実無根の虚偽情報（フェイクニュース）です。

新型コロナの危険性は、致死率の高さだけにとどまりません。

新型コロナに感染した人の 80%程度は「軽症のまま治癒」し、20%が「中等症」以上となっており、5%が「重症」状態に至るというデータが出ています。

ここでいう「軽症」には“40 度の発熱に何日も苦しめられ、一時、意識不明になった”“軽い肺炎を起こした”などのケースも含まれます。そのように「軽症」で済んだ場合も、新型コロナの場合、脳血栓や肺血栓、呼吸器障害、激しい胸痛、意識の低下など深刻な後遺症が続く事例が国内外で数多く報告されています。これは、通常の風邪や季節性インフルエンザにない、新型コロナの重大な特性です。

「中等症」とは、肺炎症状が進行して、入院治療が必要となる状態です。「重症」とは、自力呼吸ができなくなり、集中治療室 (ICU) に入って気管挿管をし、人工呼吸器や ECMO (人工心肺) を装着している状態のことです。

通常の風邪や季節性インフルエンザで、有症者の 2 割が肺炎を起こして入院するなどという事態は起こりません。インフルエンザによる肺炎発症率は、〔2009 年新型〕で 4.0%、〔ソ連型〕で 2.3%、〔香港型〕で 1.1%でした。

さらに、患者が肺炎を発症して入院した場合に、医療体制に与える負荷も、新型コロナとインフルエンザは異なります。

2009 年の新型インフルエンザで肺炎を起こして入院した患者の入院期間 (中央値) は「3 日」でしたが、新型コロナで肺炎を起こして入院した患者の入院期間 (中央値) は「11 日」です。先述した肺炎発症率の高さとあわせ、新型コロナは、感染が広がれば、インフルエンザの 5~10 倍の入院患者を発生させ、しかも、その入院期間はインフルエンザの 3~4 倍におよび、医療機関を逼迫・疲弊させるのです。

また、新型コロナの危険性として、感染力の異常な高さがあげられます。

2020 年冬、日本における季節性インフルエンザの患者数は 1.4 万人と、例年の 1000 分の 1 に減りました。これは、マスク・手洗いの徹底や海外渡航の制限など、国をあげて感染症対策が行われた結果であると、国立感染症研究所は結論づけています。

ところが、新型コロナは、その同じ時期に、感染拡大の「第3波」が起こり、ピーク時には1日の新規感染者が7,000人規模にのぼる、大流行となりました。

日本医師会総合政策研究機構の高山義浩医師は、「これだけ人々がマスクを着用し、手洗いを心掛け、人との距離をとっているにもかかわらず、流行を許してしまう、感染力の高さ」も、インフルエンザなど既知の感染症とは異なる「新型コロナの脅威」と指摘しています。そして、この感染症を「インフルエンザ並み」などという対策を怠るのは危険だと、警鐘を鳴らしています。

以上のように、新型コロナ感染症は、致死率の高さ、肺炎発症率・重症化率の高さ、医療機関を逼迫・疲弊させる危険性、感染力の異常な高さなど、あらゆる指標で、従来のインフルエンザや風邪とは異なる脅威を持っています。

各国政府が、専門家の知見を受けとめ、国民の命と健康を守るため、感染拡大を防ぐ社会的規制と、感染防護のための手立てをとっているのは当然であると考えます。

**Q、新型コロナを指定感染症から外し、季節性インフルエンザと同じ「5類感染症」とするべき？**

**A、**「コロナはただの風邪」などという論者のなかには、新型コロナ感染症を「指定感染症」（1・2類相当）から外し、季節性インフルエンザなどと同じ「5類感染症」に変えるべきという主張する人もいますが、そうした提起には、新型コロナ患者の治療にあたっている臨床現場や、感染症医学の専門家から強い反対意見が出されています。

もともと、新型コロナが「指定感染症」となったのは、同ウイルスが発見されたばかりで治療法が確立しておらず、疾病がまん延すれば国民の生命・健康に重大な影響を及ぼす怖れがある、と認められたからです。

実際、新型コロナが季節性インフルエンザに比べて重篤な肺炎を引き起こしやすく、高い死亡リスクを持つことは先に示したとおりです。

そうした重篤化リスクと同時に、新型コロナには、▽無症候感染者が多く、それらの人が大勢に感染させる、▽感染から発症までに時間がかかり、感染経路が特定しにくい、▽発症前から他者を感染させる力を持つ、などの性質があることも明らかとなっています。

無症状者を通じて大規模に感染を広げ、一定割合で重篤の疾患を引き起こし、それが医療体制の対応力を超え、「医療崩壊」が起こるなかで死者がさらに急増する——これが、この病原体の特性です。

たとえ、「指定感染症」から外れたところで、こうした新型コロナ感染症の特性はなんら変わらず、病院・医療機関の負荷が軽減されるわけではありません。

新型コロナの法律上の位置づけが「5類感染症」に変われば、行政による感染経路の追跡も、感染者の保護・隔離も行われなくなり、コロナ患者は自宅療養が基本となります。そうなれば、市中感染・家庭内感染はさらに広がり、今よりも大規模な「感染爆発」が起こって、「医療崩壊」はいっそう深刻になるでしょう。

また、新型コロナを「指定感染症」（1・2類相当）から解除することは、患者負担の問題を引き起こします。

新型コロナが「5類」となれば、現行では原則“窓口負担なし”で行われている治療には、現役世代で3割負担、高齢者で1～3割の負担がかかることとなります。こうした変更は、

金銭的負担を苦しめた受診抑制を招きかねません。それは、さらなる感染拡大の引き金になるとともに、お金のある・なしによる治療の格差、命の格差にもつながっていきます。

国民の多数がワクチン接種を受け、有効な治療方法の確立されることなどによって、将来的に、新型コロナの法律上の位置づけが変わる可能性を、私たちも否定するものではありませんが、現時点で、同疾病を「5類感染症」に位置づけ直すことは、医療体制の危機と国民の困難に拍車をかけるだけであると考えます。

Q、「無症状者から感染が広がる」ことは証明されていない？

A、“無症状者から感染が広がる証拠はない”というのも、大橋眞氏がネット上で流している誤情報の一つです。

新型コロナ感染症が無症状者をつうじて感染する可能性は、2020年1月、『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスン』に、ドイツのミュンヘン大学病院の感染症専門医が寄稿した論文によって提示されました。

大橋氏がネット上で一方的に垂れ流している You Tube 動画とは違い、この論文は、実際にウイルスの検出や患者の治療を行いながら、感染経路を精密に追跡したうえで出されたものです。その内容が感染症研究の原理原則に則っていたからこそ、この論文は査読をパスし、『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスン』という歴史ある医学誌に掲載されました。

同論文が打ち出した“無症状者からの感染”という考え方は、すぐには受け入れられず、発表当初は異論が出され、ドイツ政府が論文の撤回を表明するなどの事態も起こりました。しかし、その後、無症状感染者（サイレントスプレッダー）による感染の可能性をいち早く指摘した研究として再評価され、WHO も、無症状者からの感染を認める立場に立つようになりました。

そうした変化が起きたのは、上記論文とは別の研究のなかで、新型コロナ・ウイルスでは、感染者の鼻や咽喉に、SARS など既存のコロナ・ウイルスよりはるかに早い段階で高レベルのウイルスが出てくるのが、明らかになったからです。これは、感染者に症状が出るよりも前から、飛沫等をつうじて他者に感染させるという説を裏付けるものでした。

その後も、無症状者からの感染については、イギリスのオックスフォード大学の研究ユニットによる実証研究（『Science』 368,619 [2020] 掲載）、韓国の専門研究班の論文、ベトナムの感染症専門病院の医療チームによる臨床研究など、実証データ付きの論文が各国で出されています。

日本の国立感染症研究所も、2020年夏の「第2波」に際し、5～6月に「一旦収束の兆しを見せた」国内感染が7月に再拡大した経緯について、「6月の経済再開を機に“若者を中心にした軽症（もしくは無症候）の患者”が密かにつないだ感染リンクがここにきて一気に顕在化した」（「新型コロナ・ウイルスのゲノム分子疫学調査2」2020年8月5日）と分析するなど、無症状者からの感染を認める立場を明確にしました。

以上のように、新型コロナ感染症が、無症状の感染者をつうじて広がることは、数多くの研究によって科学的に検証され、世界共通の知見となっています。それは、たとえ、最初は少数の知見であっても、論文や研究データを医学会に提示し、自説を証明する地道な努力を続けた、科学者たちの原則的な対応によって確立されました。

「証拠がない」のは、大橋氏の方です。同氏が本当に自説の正しさを証明したいのであれば、専門的知識のない素人を相手に動画を配信するのではなく、医学誌に査読論文を載せる努力をするべきです。

Q、「マスク使用はかえって有害」？

A、新型コロナの感染経路については、感染者の咽喉や鼻の粘液でつくられた、小さなしぶきに乗ってウイルスが移動し、それを、免疫を持たない人が鼻で吸うことにより感染する“エアロゾル感染”が多数を占めるという見立てが、有力となっています。

その場合、「数個」の生きているウイルスを吸っただけで感染が成立するというのが専門家の見解です（国立病院機構仙台医療センター臨床研究部ウイルスセンター長・西村秀一氏）。そうした感染を防止する点で、マスク着用は有効です。

人と人が会話をする際、吸い込む側が布マスクを着用した場合は20～40%（N95マスクの場合は80～90%）、吐き出す側が布マスクを着用した場合は60～80%（N95マスクの場合はほぼ100%）、エアロゾルの吸い込みを防止できるという、東京大学・医科学研究所の研究成果も発表されました（2020年10月）。

ネット上には、「マスクを着用すれば、呼吸で溜まった水蒸気のせいで微小のカビを吸い込むことになる」「蓄積された二酸化炭素を吸うことで認知障害を引き起こす」など、科学的根拠のない“マスク着用リスク論”が流れています。もし、本当に、マスクの着用による大きな弊害があるなら、市販のマスクなどよりはるかに気密性が高い、医療用マスクを毎日着けて仕事をしている医師や看護師は、次つぎ免疫不全で倒れたり、認知障害を起こしたりしているはず。そのような事態は起こっていません。

これらの「反マスク情報」のネタ元は、「反医学」の立場から、さまざまな誤情報を発信している米国の専門サイトだとされています。そうした意図的な誤情報の発信は、感染症対策の妨害にあたり、私たちは考えています。

なお、子どものマスク着用については、WHOから5歳以下の子どもの着用は必要なく、小学校年齢期の子どもについても、柔軟な対応をするよう指示が出されています。

日本でも、日本小児医学会が、「2歳以下のマスク着用は危険」という声明を出し、発汗機能が未熟で、体温が下がりにくく、状態の急変が起こりやすい幼児や小学生については、柔軟な対応をとるよう求めています。

小学校に通う子どもたちについて、文部科学省は、熱中症予防も見据え、外遊びや体育の際には、マスクを外さるべきという立場をとっており、日本共産党も、国会でその徹底を求めているところです。