

塩野義「コロナ治療薬」の危うさ

塩野義製薬が開発を進めている新型コロナウイルス治療薬の開発が大詰めを迎えている。二月七日、同社は十二歳から六十歳代までの無症状、軽症、および中等症の感染者六十九人を対象とした臨床試験で、開発中のS-217622が、「陽性患者の割合をプラセボ（偽薬）群と比較して約六〇～八〇%減少」させたを発表した。

マスコミは「塩野義承認申請へコロナ国産飲み薬期待大」（読売新聞、二月八日）、「塩野義のコロナ飲み薬、治験完了前に実用化も首相検討」（日本経済新聞、二月七日）と好意的だ。塩野義の株価は、一月三十一日の六千四百二十七円から二月七日には、七千九百八十四円に急騰した。

ただ、この歓迎ムードとは対照的に関係者の厳しい予想もある。ライバル企業の社員は「塩野義の新薬が大型商品へと発展する可能

性は低い」と指摘する。この人物が不安視するのは「ファイザーとガチンコ勝負に勝たねばならず、塩野義には荷が重いから」だ。

ファイザーに劣る有効性

現在、国内外で承認されているコロナ経口治療薬はメルクの「モルヌピラビル」（販売名・ラゲブリオ）とファイザーの「パキロビッドバック」（販売名・ニルマレルビル、リトナビル）だ。後者は二月十日に厚生労働省が特例承認したばかりで、日本政府は年内に二百万人分を購入することでファイザーと合意した。

注目すべきは、その作用のしくみだ。ファイザーと塩野義は基本的に同じなのだ。抗ウイルス薬の処方が増えれば、反復して投与していくうちに効力は低下していく。耐性化は必発だ。これを防ぐには、しくみの異なる治療薬を併用し、

一気にウイルスを殺してしまうしかない。その際、メルクのモルヌピラビルと異なるしくみで作用する薬剤の座を、ファイザーと塩野義の治療薬が争うことになる。

では、どちらが優勢か。それぞれ一長一短がある。塩野義のS-217622の長所は扱いやすいことだ。一日一回の内服でよく、普段から飲んでいいる薬との飲み合わせの問題は少ないと塩野義は説明している。ファイザーのパキロビッドバックは一日二回の内服が必要で、患者が普段内服している併用薬の一部を減量あるいは休薬しなければならない。

このため、パキロビッドバックを処方する場合、患者が服用している全ての薬をチェックしなければならぬが、「多くの高齢者は、自分がどんな薬を飲んでいいるかわからないし、安易に中止できない薬もある」（都内内科医）。また、

に過ぎず、より重要な重症化や死亡の減少は証明されていない。塩野義が、ファイザーと伍して戦うには、同レベルの臨床試験で有効性を証明しなければならない。それは難しい。臨床開発力がまるで違うからだ。ファイザーが前出の重症化リスクのある外来患者を対象とした第三相臨床試験を始めたのは昨年七月だが、これ以外に重症化リスクのない外来患者を対象とした第二・三相臨床試験を昨年八月、同居者への予防投与の有効性を検証した臨床試験も昨年九月に開始している。さらに肝機能や腎機能障害を抱える患者への安全性を検証した臨床試験や、高脂肪食がパキロビッドバックの吸収に与える影響を検証した臨床試験なども、矢継ぎ早に実施している。

米国医学図書館データベースによれば、ファイザーは、十二のパキロビッドバックの臨床試験を実施しているが、このデータベースに登録されているS-217622の臨床試験はない。医薬品開発の本場である米国で、塩野義の治療はまったく進んでいないのだ。医学の世界はエビデンス、つま

り臨床試験の結果が全てだ。S-217622が、安全で優れた薬効を有していても、臨床試験で、そのことを証明しなければ、世界で処方されることはない。

もちろん、このことは塩野義も理解している。塩野義は国内で第二・三相臨床試験、グローバルで第三相臨床試験を実施する方針だが、前途は多難だ。弱毒性のオミクロン株が流行の中心で、かつ多くが二回のワクチン接種を終えた現在、「重症化や死亡の減少を証明するのは、まず不可能」（前出の製薬企業社員）だからだ。今後の臨床試験では、臨床症状の改善が主要評価項目となるが、「オミクロン株は何もしなくてよくなるので、プラセボ（偽薬）との差を出すのは難しい」（同）。

「ガラバゴス薬剤」の可能性

塩野義は主力商品だったインフルエンザ治療薬「ゾフルーザ」の売上がなくなり、二二年三ヶ月第三四半期連結決算での売上は二百九十六億円と、前年同期比二・一%の減少だ。一方、研究開発には四百八十二億円（前年同期比二

三%増）を投じている。手代木功社長は「（コロナ治療薬やワクチン開発に）会社の資源の八割を入れている」と公言しており、ワクチン開発の目的が立たない現在、治療薬の開発に成功しなければ、屋台骨が揺らぐといっている。

こうした事実を知ると、塩野義が開発中のワクチンと治療薬について甘利明衆議院議員が「外国承認をアリバイに石橋を叩いても渡らない厚労省を督促中です」とツイッターで発信した意味が理解いただけるだろう。なり振り構わず少数の感染者を対象とした臨床試験の結果だけで特例承認を求めたのだ。マスコミの好意的報道も表層的ではないのか。

厚労省は、甘利氏の要求を突っぱね、追加の臨床試験を求めた。省内で「政治音痴」と称されることが多い薬系技官が「筋を通した」（厚労省関係者）からだ。仮に塩野義が臨床開発を成功させたとしても、日本でしか使われない「ガラバゴス薬剤」で終わる可能性が高いだろう。コロナで進化した世界の製薬業界で、日本の存在感はいよいよ薄らいでいく。



承認プロセスが拙速ではないか
（会見する手代木功社長と塩野義の治験薬・右真）



クの主成分ニルマレルビルのEC50は七八ナノモルだが、S-217622は三一〇～五〇〇ナノモルと、パキロビッドバックの四・〇～六・四倍も高い。昨年十一月、ファイザーが公表した重症化リスクのある外来患者七百七十四人を対象とした第三相臨床試験では、パキロビッドバック投与により、入院や死亡のリスクが八九%低下したが、同じことがS-217622で再現されるかはわからない。冒頭に紹介した塩野義の発表は、六十九人の感染者を対象とした第二・三相臨床試験

「コロナ」高齢者入院の惨状

「新型コロナで入院している患者の多くが軽症の高齢者で、何のために入院しているかわからない」。東京都内の感染症指定医療機関に勤務する内科医が言う。それどころか、隔離目的の強制入院は高齢者の命を危険に曝している実態があるのだ。

この医師によれば、この病院には七十人のコロナ患者が入院していて、三十五人が八十歳以上だ。そのうち、二十人は発熱や呼吸器症状はなく、酸素も投与されていない。残る十五人は酸素を吸入しながら、レムデシビルやステロイドホルモンの投与を受けており、肺炎が悪化した患者はいない。昨夏のデルタ株の流行では、病床には重症患者が溢れ、人工呼吸器が足りなくなったのは対照的だ。

マスコミは、「新型コロナ今月末にも病床逼迫恐れ 名古屋市」（読売新聞一月十九日）、「病床逼迫なく消失した。入院せず、自宅で経口治療薬を服用していれば、普通の風邪のように数日で回復したろう」。

もちろん、これは氷山の一角だ。同じようなケースは巷に溢れている。別の大病院に勤務する医師は、「オミクロン株で入院した高齢者の死因は肺炎よりも、心不全や腎不全などの基礎疾患の悪化が目立つ」という。中には、「入院後に入れた尿道カテーテルから感染し、敗血症で亡くなったケースもある」という。穏やかに余生を過ごしていた高齢者が、コロナ感染による入院で人生の最期を掻き乱されている。

増加する医療過誤

ただ、感染症指定医療機関など大病院の状況はまだまだだ。悲惨なのは、地域医療機能推進機構（ＪＣＨＯ）や国立病院機構（ＮＨＯ）のような軽症・中等症を受け入れる病院だ。このような病院グループの特徴は、二百床程度の中規模病院が多いことだ。医療費抑制に懸命な厚労省は、こうした病院の急性期病床を減らし、回復期病床

迫に備えて入院基準引き上げ 県、他県と同じレベルに／埼玉県（朝日新聞一月二十三日）など、医療崩壊の危機を煽るが、その実態は違う。

医療現場混乱の原因は、厚生労働省が昨年十一月三十日に出した通知で、オミクロン株の感染の可能性が高い人は、重症度にかかわらず全員を入院させるように求めたからだ。その後、感染者が急増したため、病床はすぐに逼迫した。全員入院させるという方針を政府が撤回するのは、今年一月五日になってからだ。

命を奪う不要な入院

一旦、入院してしまつと、退院は容易ではない。厚労省は退院基準として、発症から十日間が経過し、症状が軽快した後、少なくとも七十二時間が経過していることを求めているからだ。二月八日、

（地域包括ケア病床）への転用を進めてきた。

ＪＣＨＯ傘下のある病院の場合、一般病床は約二百四十床だが、このうち急性期が約百九十床で、残りの約五十床が回復期病床だ。回復期病床とは、急性期治療が終わり、在宅復帰へ向けての経過観察やリハビリを目的とした病床だ。

急性期病床は、看護師一人が患者七人を担当する「七対一看護」体制を採っているのに対し、回復期病床の標準は「十三対一看護」だ。回復期病床の比重が高いＪＣＨＯ傘下の病院は、一病院あたりの看護師が少ない。前出のＪＣＨＯ病院の病床あたりの看護師数（常勤換算）は〇・八九人で、冒頭に紹介した感染症指定医療機関（一・一四）の約八割だ。

この状態でこのＪＣＨＯ病院は約三十人のコロナ患者を受け入れている。しかも、八割以上が高齢者で、感染症指定医療機関や大病院から急性期の治療を終えた患者が送られてくる。つまり、コロナは軽症だが、全身状態が悪い患者が多い。病院関係者は「トイレは全介助のケースが多く、その場

市中感染の拡大に伴う病床逼迫を受けて、入院四日目以降に症状が悪化していなければ、自宅療養に切り替えるように方針を変更したが、高齢者にとって、この十日間は時に致命的となる。漫然と入院していることで体力を失い、新たな合併症を発症しかねないからだ。冒頭の内科医は、自らが担当した九十代の男性患者の経験を語る。この患者は六十代の甥と二人住まいで、「要介護一」の介護保険サービスを受けながら生活していた。サポーターは要るものの、食事やトイレなどの日常生活を何とかこなせていた。甥の付き添いが必要だったが、自宅周辺を散歩し、時に近所のスーパーに買い物に行くこともあった。

二月初旬、咳・痰・三十八度の発熱が生じ、近くの医師を受診したところ、患者の人生は一変した。ＰＣＲ検査で感染が判明し、前出

合、看護師は、ガウンなどの個人防護具を、全て取り替えなければならぬ」という。要介護状態の高齢のコロナ患者のケアは手間がかかる。第六波では、さらに状況が悪化した。看護師自身および家族の感染が多発したからだ。病院関係者は「看護師の交代勤務を組むことすら難しくなっている。いつ医療事故があってもおかしくない」という。

我が国のコロナ対策の法的根拠は感染症法だ。同法は、法定感染症者は入院させることを原則としている。オミクロン株対策でも、この規準に従い、その結果、多くの高齢者が命を落とす危険に曝された。これは事前に予想できたことだ。強制入院という思考停止は、厚労省による「業務上過失致死」と言っても過言ではない。

の内科医が勤務する病院に入院した。この病院では、軽症患者は四人用の大部屋に入る。家族の見舞いは禁止で、患者同士はほとんど話をしない。口をきくのは、一日に数回、看護師や医師が病室を訪問するときだけだ。高齢者に対しては、心身のさまざまな機能が低下する廃用性萎縮を予防するため、普通であれば適切なリハビリが行われる。だが、この内科医は「急性期病院なので、リハビリは充実していない」と首を横に振る。

高齢者が誰とも話さず、一日中ベッドで寝ていると、すぐに体力は低下し、精神的に不安定になる。この患者は、入院から数日が経過すると、足腰が立たなくなると同時に、認知障害が生じて、食事が自分で摂れなくなってしまった。内科医は、発症から十日を待ち、他の医療機関への転出を試みたが、受け入れてくれる施設はなかった。その後も入院を続けたため、同医師は、「急速な体力低下により、他の原因で亡くなる可能性が高い」と危惧する。

この患者は肺炎が悪化したわけではない。発熱や咳などの症状は、



入院が「リスク」になりかねない（地域医療機能推進機構・東京城東病院の新型コロナ病床）

日本公衆衛生学会

コロナで最悪の「役立たず集団」

苦境に直面した時、その筋の専門家が公共のために知識と経験をいければ、いつか暗闇を抜けられる。利権に目がくらめば、出口は見えない。新型コロナウイルスに立ち向かう世界の公衆衛生の専門家と、迷走を続ける日本の専門家の違いは、そこにある。

日本で公衆衛生の専門家が名を連ねる組織は「日本公衆衛生学会」だ。一九四七年に発足し、現在の理事長は大阪大学大学院医学系研究科社会医学講座公衆衛生学教授の磯博康が務める。ホームページで「九千人を超える会員」「社会医学分野での最大規模の学会」と誇らしげに紹介する割には存在感が薄い理由を、会員は「科学的に正しいことを発言すると利権を損ねるため、あえて目立たないよう

にしているからだ」と説明する。ホームページに載った新型コロナウイルス対策や声明を読む限り、専門家集団の発信としては物足りない。会員の最新研究の紹介がないことも、「研究は二の次」という疑念を抱かせる。

磯が「抱負の柱」に掲げるのは、「公衆衛生人材育成の強化と会員の拡大」「関連学会との連携・協

働の強化」「政策提言」「公衆衛生研究の充実」の順で、研究の充実が最後なのは示唆的だ。

「日本産業衛生学会」など七つの「関連学会」や厚生労働省と協力し、「業界を盛り上げる」（医学部教授）ことが存在意義だとすれば、「鉄の三角形」と呼ばれる政官業の癒着構造の一角を日本公衆衛生学会が占めているのだろう。

排他的集団の複雑な「利権構造」

役員三十四人の内訳は大学教員二十三人、研究機関所属の研究者五人のほか、保健所長二人、地方衛生研究所長、東京都福祉保健局保健政策部長、元医系技官、税理士が各一人。厚生省医系技官を退官後に母校の慶應義塾大学教授に就任した三浦公嗣も入ると六人

が行政官出身だ。後述する「日本衛生学会」の二十人の役員は十九人が大学教員、一人が研究機関所属の研究者であるのと対照的だ。公衆衛生を仕切るのは厚生省だから、日本公衆衛生学会の幹部が「厚生省と良好な関係の維持」（前出の教授）に腐心するのは分かり

やすい。二〇二一年の学会奨励賞が、同省出身で内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室企画官を務める野田博之の「疫学と政策を通じた公衆衛生活動」に与えられたのも、象徴的だった。

日本公衆衛生学会で新型コロナウイルス対応を担う「感染症対策委員会」の顔ぶれが、委員長は東京都北区保健所長・前田秀雄、委員は政府



「公衆衛生」の看板を掲げて利権を拡大
(磯博康理事長と東京都港区の保健所、左頁)



大学の衛生学教室の歴史は古く、東京大学の場合、一八八五（明治十八）年に初代教授の緒方正規が開設した、同大学で最も早く誕生した研究室だった。現在ではゲノム工学や分子生物学的手法を採り入れ、同大学大学院医学系研究科衛生学分野教授の石川俊平の専門もゲノム研究だ。公衆衛生研究に最新手法を駆使する世界共通の流れとも符合する。

もう一つの流れが日本公衆衛生学会で、戦後、米陸軍准将のクロフォード・サムスら連合国軍最高司令官総司令部（GHQ）が衛生・保健所制度を改革した際、国立公衆衛生院（現在の国立保健医療科学院）と保健所を軸に進めたことに遡る。内務省を解体、地方への事務委任を進めたGHQは、都道府県に衛生部を設け、戦時中にできた保健所を充実させた。保健所と都道府県衛生部の幹部職員の教育には公衆衛生院が当たった。GHQは大学でも公衆衛生学講座設置を推奨した。米国の公衆衛生システムと医学教育がモデルだった。米国の公衆衛生行政は州や基礎自治体の条例に基づき実施され、

保健所は人口約十万人ごとの設置が適正規模とされる。

ただ、GHQが目指した地方分権型の公衆衛生は、後述する「日本公衆衛生協会」の理事長・会長を務めた勝俣稔のような戦前から官僚に妨げられた。東京帝大医学部出身の勝俣は内務省衛生局、厚生省予防局長、衛生局長などを歴任した医系技官で、GHQ主導の改革の実務を担った一人だ。彼らは面従腹背の一方、虎の威を借りて日本公衆衛生学会を厚生省、大学の公衆衛生学教室、保健所、国立保健医療科学院の医師が仕切

多額の科研費をもらって「成果なし」

大学側は厚生省の医系技官を受け入れることで「持ちつ持たれつ」の関係築く。

典型は前出の三浦のほか、奈良県立医科大学公衆衛生学講座教授・今村知明や埼玉医科大学社会医学教授・亀井美登里だ。今村は関西医科大学出身で、厚生省エイズ結核感染症課や佐世保市保健福祉部長などを経て二〇〇七年から奈良県立医大に籍を置く。亀井は藤田保健衛生大学から厚生省結核

る排他的集団に変えてしまった。その複雑な利権構造は大学の公衆衛生学教室にも及んでいる。公衆衛生学講座は、全ての大学医学部にある。厚生省が医師法第九条に基づき、医師国家試験について「臨床上必要な医学及び公衆衛生」の知識と技能をチェックする場と規定しているため、東大のような歴史の古い大学には衛生学教室と公衆衛生学教室が併存しているのに対し、新設医大の多くには後者しかない。医師国家試験対策から研究費まで優先的に予算措置されるからだ。

三人の共通点は、学者としての実績の乏しさに反比例するような資金調達能力の高さだ。

今村が二〇二一年に主任研究者として受け取った四つの厚生労働科学研究費補助金の総額は九千四百十二万円にのぼる。共同研究者には前出の岡部や国立保健医療科学院の研究者の名前が並ぶ。亀井も二〇二一年に「検疫所における新型

の新型コロナウイルス感染症対策分科会委員を務める川崎市健康安全研究所長・岡部信彦や東北大学教授・押谷仁と行政寄りの面々ばかりでは、会員が「科学的に正しい発言」を躊躇するものも頷ける。歪んだ専門家集団の現状は、日本の公衆衛生の二つの流れを知ることが理解の助けになる。

一つは研究者本位に見える現在の日本衛生学会で、一九二九（昭和四）年に「日本聯合衛生学会」として発足し、大学の衛生学教室関係者を中心に発展した。

コロナウイルス感染症の抗原・抗体検査等の導入に向けた評価研究」として三百六十九万円の研究費を受けた。新型コロナウイルスはおろか、臨床検査の英文論文を一報も発表していないにもかかわらず――。

日本公衆衛生学会の研究職理事二十八人では、一九〇二年度に十二人が主任研究者として総額三億三百八十五万円の厚労省研究費を受け取った。日本衛生学会

の役員二十人のうち主任研究者として厚労省研究費を受け取っていたのは三人、総額は八千四百七十二万円だから、落差は大きい。

医療分野の研究費は、一五年設立の日本医療研究開発機構（AMED）に文部科学省や厚労省の予算の多くを移した。その結果、一四年度に一千七百六十件だった厚労省の公募課題は二〇年度に六百十三件に減った。日本公衆衛生学会に重点的に回るのは「厚労省の強い意向で厚労省直轄として残した予算」（同省関係者）だ。

もちろん、どれだけ公費がつぎ



厚生労働省と一体になってムラを形成(国立保健医療科学院、埼玉県和光市)

込まれても成果が出ればいい。

しかし、編集部が米国立医学図書館データベース（PubMed）で新型コロナウイルスが流行した二〇年一月以降に日本公衆衛生学会の研究職の役員二十八人が発表した論文を調べたところ、五人は筆頭か最終著者としての論文を発表しておらず、新型コロナウイルスに関する論文発表も役員九人に過ぎない。

各種事業に対する補助金の差配も利権構造を堅固にしている。

前出の日本公衆衛生協会は一九三一年に「日本衛生会」として発足し、かつては日本の公衆衛生を

牽引したが、今は一般財団法人として補助金の分配を担う。「地域保健総合推進事業」の場合、「全国衛生部長会協力事業」「全国保健所長会協力事業」など九事業から成り、二〇二一年度予算総額は一億四千七百万円にのぼる。

日本公衆衛生協会代表理事の松谷有希雄は元厚労省医政局長で、国立保健医療科学院の名誉院長や

保健所の所長。ポストも利権化

ポストも利権構造を支える大きな要素だ。ポスト数を潤沢にしているのが全国に四百七十ある保健所の所長職で、「医系技官の天下り先、大学の公衆衛生学教室にとつての『関連機関』（厚労省関係者）となっている。川口市保健所長の岡本浩二、茨城県ひたちなか保健所長を務める牛尾光宏ら多くの医系技官が所長となり、「県庁の部長級だから年収は一千四百万円程度」（同前）とも言われる。

大学の公衆衛生学教室と保健所の関係は、あまり知られていない。保健所の医師確保に苦しむ厚労省が〇四年に公衆衛生医師確保推進室を設置し、一六年に発表した「公

国際医療福祉大で副学長も務める。理事には政府の基本的対処方針分科会トップの尾身茂、東大大学院医学系研究科教授・小林廉毅、厚労省の専門家会合のメンバーである国際医療福祉大大学院教授・和田耕治ら政府に近い人物のほか、前述の亀井ら厚労省医系技官OBも複数いる。そこに、厚労省が力行使しやすい構造が潜む。

衆衛生医師確保に向けた取組事例集」で強調したのが「大学との連携」で、「大学の専門医師との人事補完制度の設立」や「研修医の受け入れ」の成功事例として群馬、東京、京都、大阪、長崎の五都府県を挙げた。「公衆衛生学教室」としては医師派遣（ビジネス）（大学医学部教授）とも言え、医師派遣の見返りに国から補助金が入る。ある県の医療担当者は「地元大学の公衆衛生学教室関係者が保健所長ポストをコントロールし、我々は口出しできない」とぼやく。

保健所長の資格は「医師」に加え、「三年以上の公衆衛生実務への従事」「国立保健医療科学院の

養成訓練課程の終了」など、通常の臨床医では満たせない要件があり、候補は公衆衛生学講座のスタッフや医系技官に限られる。

もともと、実際の診療を行うわけではない保健所の所長が医師であるべき合理的理由は乏しい。一九九六年には政府の地方分権推進委員会などから地域保健法施行令が定める保健所長の医師資格規制の廃止を求める要望が出された。その際、利権を脅かされたと思っ

と反発、全国保健所長会や日本医師会も同調し、規制緩和は二〇〇四年までずれ込んだ。

規制廃止に至らなかったのは、医師以外の人物任用には厚労相が医師と同等以上の「公衆衛生行政に必要な医学に関する専門的知識」を認めるとの要件をつけたからだ。保健所の設置主体は都道府県や中核市だが、「地方分権、規制緩和に積極的な知事、自治体の影響を排し、医系技官の意向を反映するため」（厚労省関係者）の悪知恵で、未だに医師以外が保健所長になるのは稀だ。

世界の専門家とは「雲泥の差」

国立公衆衛生院が国立医療・病院管理研究所などと合併、継承さ

れた「国立保健医療科学院」も利権の巣窟だ。「保健、医療、福祉に関する職員などの教育訓練や、それらに関連する調査及び研究」を行う厚労省の「施設等機関」で、「都道府県・指定都市・中核市指導監督中堅職員研修」や「公衆衛生看護研修」なども提供する。事業内容を考えると、二二年度の必要経費予算十一億八千七百五十九

露顕し、老健局老人保健課長を更迭された人物だ。

新型コロナウイルス対策で日本の公衆衛生の専門家は、最新の医学研究を理解せず、世界標準となったPCR検査を偽陽性が多いと否定し、古典的な聞き取り調査に基づく積極的疫学調査を大量の保健所職員を用いて行った。人海戦術は、明治時代から変わっていない。

世界の公衆衛生の専門家の姿は対照的だ。

英ロンドン大学衛生熱帯医学大学院教授マーティン・マツキー（公衆衛生学）は、英政府が非常時科学諮問委員会（SAGE）を批判し、独自に「イン

ディペンデントSAGE」を作った。彼らの活動を英医学誌『ランセット』が大きく報じ、英国は新型コロナウイルスの流行当初の迷走からの方向転換に成功した。二二年九月、マツキーは次期英医師会会長に選出された。

香港の医師、ガブリエル・レオンも特筆すべき人物だ。一三年に四十代で香港大学医学部部長に就任、新型コロナウイルス

行後の二〇年二月には、これがパндеミックに発展すると数理モデルで証明した論文をランセット誌に発表、米『サイエンス』誌や英『ネイチャー』誌にも研究成果が掲載された。

彼らの活躍を見て公衆衛生を専攻する若い研究者や医師が増えた海外と、日本の実情は対照的だ。この国での新型コロナウイルス退治には、まず、「公衆衛生ムラ」にはびこる利権という名のウイルスを撲滅する必要があるだろう。

（敬称略）



医系技官たちの縄張りだらけ
（三浦公嗣慶應大教授・右と今村知明奈良県立医大教授）

選択

3

MAR. 2022 VOL.48 NO.3

三万人のための情報誌

2022年3月1日発行 昭和50年3月17日第三種郵便物認可
第48巻第3号通巻565号 毎月1日発行

