

# 視点

## 新型コロナウイルス感染症対策について



福島県医師会副会長

星 北 斗

新型コロナウイルス感染症が世界中に大きな影響を与えている。我が国は、各国や国際機関から感染者、死亡者の少ない希少な例として取り扱われているようだ。衛生観念の高さやアクセスの良さなど保険医療体制の充実度、更にはBCGとの関係など多くの議論があるが、この件は別稿に譲ることとする。

この感染症は、しばしばインフルエンザと比較される。日本におけるインフルエンザは年にもよるが約300万人が感染し、死者は3,000人程度で、死亡率は0.1%という。一方、新型コロナウイルスは、感染者の実数は不明だが、確定した患者数は少ないものの死者が多いとされ、ざっと見積もっても死亡率は一桁以上高い。更に、簡便な検査法がないこと、ワクチンがないこと、決定的な治療薬がないことが不安材料となっており、医師は専門家として科学的な事実に基づいた適切な対応が求められている。

○本県におけるPCR検査状況について

今回の新型コロナウイルスと同じ仲間のウイルスが原因である、2002～3年のSARS(重症急性期呼吸器症候群)や2012年からのMARS(中東呼吸器症候群)感染の発生が事実上なかった日本において、これらの疾患の同定に不可欠なPCR検査体制の不足は感染当初からの大きな課題である。

我が県においても当初の検査体制は極めて脆弱であった。感染が確認され始めた時期から3月上旬までは一日に可能な検査数が32件しかなかった。3月中旬には100件、4月中旬には150件、その後、保健所や民間検査センター、県立医大などで順次検査が可能となり5月末現在では同450件、7月には県が各医療圏に検査機器を整備して120件の増加が予定されており、合わせて同570件の検査が可能となる。

しかしながら、PCR検査体制の整備は単に物理的な「可能数」で決まるものではなく、様々な要素によって現実の検査数が決まるこ

とに注意しなければならない。試薬と検査機器を扱う人員の確保に加え、その技術的な習熟が求められることは言うまでもないし、検査体制に加えて、検体の採取や搬送の問題も検査数に与える影響が大きい。採取施設における各種保護具の不足や当初の検体運搬の困難さなども実施件数に影響を与えている。

検査数が限られていた当初は、全て行政検査であり検査を行うかどうかは事実上行政(保健所)の判断によるものであった。その後、「医師が必要と認めた場合」にも検査を行うこととされ、保険適応がなされながら検査数は必ずしも増加せず、あるいは医師が求めても検査が実施されないといった事態が生じた。しかし、それまで一日当たり10件未満であった検査数は、県内での感染が増加した4月初旬以降は検査可能数とともに検査実施数も増加し、検査実施数は一日当たり100件を超えた。

#### ○確保病床数と入院患者数について

当初の確保病床数は、感染症病床を中心に僅か52床しかなかった。4月上旬には56床に、中旬以降は100床を超え下旬には230床程度が確保された。更に、無症状者や軽症者を収容するホテルの確保も進んだ。

病床利用率が最も高かった4月8日時点では確保病床数が56床に対し26名の入院があった。(利用率46.4%)新規発生患者の入院先の決定が滞り、遠方への搬送などもあったため、全県的な病床の確保と搬送体制の確立などが議論されたのもこの頃である。その後、5月の下旬にかけて新規発生患者はゼロが続いており、病床の逼迫は改善した。

#### ○発熱外来、PCR検査等の取組みについて

多くの医療機関では、入院患者や他の外来患者への感染拡大防止のために、面会の制限、オンライン診療の実施、発熱患者の動線

分離などに取り組んでいる。地域の医師会が協力して発熱患者を診る発熱外来や、PCR検体の採取を行うPCRセンターなどが稼働している。第二波に備えた活動の定着が求められている。

筆者は、当初「地域ごとに新型コロナ感染症を診て入院させる病院と診ない病院とを分けるべき」と提案した。仮に新型コロナ感染症を診る病院で従事者への院内感染が拡げれば、周辺の医療機関から従事者が支援に入る仕組みも必要と考えていた。前者は、神奈川モデル等として一部で実現し、従事者の派遣については県立医大で類似の構想が進められている。今回は地域のすべての医療機関・医療従事者が関わる総力戦であり、持久戦でもある。正に「地域の医療のちから」が試されているのである。

#### ○医療機関への影響について

患者の受診控えやオンライン診療の普及、新型コロナ感染症の空床の確保のためなどにより、医療機関の入院稼働率や外来患者数は軒並み減少している。特に耳鼻科や小児科などの減少が著しいとされ、医療機関の経営・運営に大きな影を落としている。政府や県では資金繰り確保対策、空床確保の費用や医療従事者への慰労金の支給などを提案しているが、これを契機に廃業を選択することとなれば、アフターコロナの地域医療に重大な影響を与えることは必至である。

内堀知事は、比較的早い時期(3月下旬)から「コロナとの戦いの後に医療機関が倒れるようなことがあってはならない」として、県を挙げての支援策を打ち出している。井出副知事を本部長とする医療調整本部会議が機能しているが、今後は更に迅速で的確、医療従事者や患者県民に安心を与えるような方策が提案され実施されることを強く望みたい。

医療従事者に対する風評被害も起きてい

る。保育園からの登園を拒否されたりする事例もあるという。こんなときこそ励まし合うべきであるのに、非常に残念としか言いようがない。首都圏などでは、今回の騒ぎの影響を受けて現場を離脱する看護師もいるというが、一方では何かの役に立ちたいと現場に再登板する動きもある。もちろんマスコミやSNSでも医療従事者を支援する動きも進んでおり、物資の提供にとどまらず大きな広がりを見せている。今回の問題は地域住民を巻き込んだ「地域の総力戦」でもある。

#### ○今後の課題と展望

諸外国の例をみると、患者と死亡者の増加は医療需要の逼迫と院内・施設内感染が大きく影響している。我が国でも感染の第一波が過ぎ非常事態宣言が撤回されて以降、感染が多かった特定の地域だけでなく幾つかの地方都市で散発的ではあるが院内感染等の報告があり、予断を許さない状況が続いていることを認識し対策を続けなければならない。対策の継続や万が一の院内感染が、医療機関の経営に長く深く影響することは必至だ。

また、医療機関の経営も勿論だが、多くの

産業が少なからず影響を受けており、飲食店をはじめとするサービス業では大打撃を受けて正に死活問題となっている。製造業などでも事業の見直しによる雇い止めや解雇、採用の見合わせなどによって失業者の増加に歯止めがかからない。

更には、外出の自粛が家庭内の問題を拡大しているという指摘も続いている。DVや弱者への虐待、ネット上の個人攻撃など心の問題にも目を向けなければならない。多くの人が被害者にも加害者にもなり得るこの状況に、医療としてどう向き合うかも大きな課題である。

アフターコロナという用語を最近よく耳にする。大きな価値観の変化が起き得ると指摘されているが、我々医療の世界も例外ではない。遠隔診療や長期処方などに限らず、医療と住民との関係が変化する節目となる事は間違いないだろう。医療の価値を守り高めるためには、経済的な痛みを負った社会全体から今後の医師をはじめとする医療従事者の態度と振る舞いが注目されていることを忘れてはならない。

