

「zero コロナ」と「with コロナ」

コロナウイルスとどう付き合うか？感染予防を医療現場ではどのように考えるのか？見てみよう。医療現場では、感染を完全にゼロにすることはできないが、ゼロをめざして対策が立てられている。

手術の歴史は感染との戦いでもあり、外科手術では感染をおこさないように様々な工夫がされている。特に金属などの異物を体に埋め込む手術では、感染の頻度が高くなり、感染が起きると重症になるため、病棟における感染予防レベル以上に「感染ゼロ」がめざされ「バイオクリーン手術室」での手術も行われている。

コロナウイルスとの付き合い方も同じだ。医療従事者は感染しないように、院内感染が起きないように可能な限りの対策を準備している。

「どうせゼロにできないならゼロは目指さない」＝「with コロナ」ではなく、「zero コロナ」をめざしている。

福島事故の後に、放射能でも同じような議論があったが、医学的には「放射能もできるだけゼロをめざす」ことは共通している。

厚労省は「共存」政策¹⁾

厚労省はどう考えているのか？「地域医療構想に関するワーキンググループ」での議論を追ってみよう。

10月21日の議論²⁾では、今まで議論の対象となっていなかった感染症にどう対応するかという議論に集中することはせずに、「コロナとの共存」を掲げ、中長期的な病床削減(地域医療構想)と短期的な感染症による患者増にどう対応するか²⁾の2つを同時に議論しようとしていた。

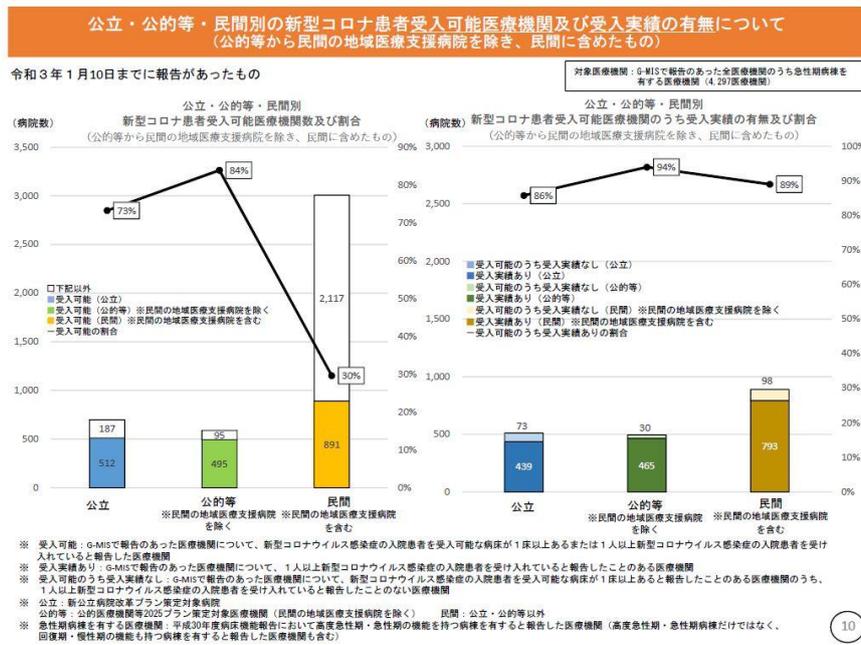


また、民間病院のコロナ患者受け入れが少ないと民間病院バッシングが出たが、その根拠になったグラフが初めて出されたのもこの会議だった。この時点では、地域医療構想を進めるうえで民間病院の病床を削減するという下心があったようだ。

11月5日³⁾、11月25日の議論を経て、12月9日には「感染拡大時の対応はしても、地域医療構想は、その基本的な枠組みを維持しつつ、引き続き、着実に取組を進める。」「2023年度に第8次医療計画の策定作業が進められるので、2022年度中に地域医療構想の実現に向けた地域の議論を進める」事務局案が承認された。つまり、Gotoで感染が拡大し病床がひっ迫し始めているにもかかわらず、民間病院の病床削減の方針を継続するというものだった。

1月13日に菅首相の会見に先立って、厚労省は1月10日までのG-MISデータをまとめ⁴⁾、「コロナ受け入れ可能病院」は、公立73%、公的等84%、民間は30%と集計し、これが「民間病院はコロナ患者を受け入れろ」との主張につながった。

菅義偉首相は1月13日の記者会見で、公立や公的病院に偏っているコロナ患者受け入れを、民間にもより広げる必要性に触れた。さらに、1月16日には、菅首相と東京慈恵会医科大学の大木隆生教授が面会し、「民間病院が商売としてコロナの治療をやりたいと思うぐらいのインセンティブ報酬をつければ、日本の医療体制は瞬く間に強化される」と伝えたという。



これに対して、1月17日に忽那賢志医師は「医療が逼迫しているのは民間病院のせいなのか？」で反論し、「単にお金を配って病床を確保するのではなく、“医療従事者の安全”と“診療の質”の両方が担保された上で民間の医療機関での診療拡充を行うべきだ」と主張している。

感染爆発の今、知恵を絞って議論するべきは、「病床確保であり、医療従事者の安全確保、そのための政府の支援」だ。医療計画(医療計画の見直し等に関する検討会)や地域医療構想(地域医療構想に関するワーキンググループ)の議論はいったん中止し、軌道修正してはどうか。これらを担当している厚労省の全ての職員は、コロナ医療のために時間を割くべきだ。

「with コロナ」の政府・厚労省の対応のまずさが露呈されてしまった。今後は、ワクチン接種で時間も人手もとられてしまうため、今から第4波への備えにエネルギーをさき、「お粗末な政策」をリセットする必要がある。

医療確保計画

第4波に備えて、最悪のシナリオを描くことが必要だ。2021年2月1日現在のデータを地域別に比較し、今後について推計してみる。

青森県の患者数は58人(入院35、入院調整中5、宿泊13、自宅5)、東京都は患者数11,719人(入院2,899、入院調整中3,472、宿泊656、自宅4,692)で、沖縄県は患者数759人(入院359、入院調整中104、宿泊132、自宅164)となっている。

確保病床数と入院数から空床数を求め、調整中人数と比較する。東京は空床1,101床に対して調整数3,472床と大きく超えている。沖縄は空床110床で調整中104床とギリギリの状態になっている(表1)。東京都では調整中に急変し、救急搬送される人が続出していることから、「医療ひっ迫」を乗り越えて「医療崩壊」といえる。

表1. 空床数と調整中数(2月1日現在)

	確保病床	患者数	入院数	空床数	調整中	宿泊	自宅
青森県	212	58	35	177	5	13	5
沖縄県	469	759	359	110	104	132	164
東京都	4,000	11,719	2,899	1,101	3,472	656	4,692

第一波の後、第二波に備えて「都道府県ごとに医療確保計画」が策定された。青森県の場合は、2020/7/17に新型コロナウイルス感染症に係る危機対策本部保健医療調整本部から「新型コロナウイルス感染症に係る医療確保計画」⁵⁾が発表された。感染が拡大したフェーズ4になった場合、1日患者数は23人、7日で161人、入院患者数は211人を想定し2021/1/27現在212床の病床を確保している。(2021/2/5で209床に減っている)

現在の青森県の感染状況からすれば、今のところ問題なく経過しているが、今後も大丈夫という保証はない。青森県も、東京や沖縄と同様に感染が広がったと仮定して、最悪のシナリオを描いてみた。

感染の広がり、人口10万人あたりの7日間の患者数(7 day case rate/100,000:以下7dcrと略)で比較することが一般的だ。2月1日現在、青森県は2.89、東京都は41.13、沖縄県は36.48となっている(表2)。医療機関でもクラスターが発生し特に医療がひっ迫している小樽市では98.7で、宮古島では201.4となっている。世界的に見れば、ヨーロッパ各国は200~300で、英国では800以上の地域もある。

現在の青森県の確保病床212床の根拠となる1日23人新規発生(フェーズ4)は、7dcrで計算すると、12.75となり、各地で起こっている感染の状況よりかなり少なく見積もっている。

青森県で沖縄県と同じくらい感染が広がった(7dcr 36.48人)と仮定すると、1日の新しい患者数は65.8人、東京都と同じ(7dcr 41.13人)と考えれば74.2人となる。これからも、青森県のステージ4の推計(1日新規患者23人・7dcr 12.75人)は過小評価であることが明らかだ。

ウイルスの変異が進み、ヨーロッパと同じように拡大した(7dcrが200人)と考えれば、青森県で毎日360人感染することになる(表2)。

表 2. 10 万人当り 7 日間患者数(7dcr)と 1 日当たりの新規患者数推計

	7dcr 10 万人	青森県 2. 89	青森県 12. 75	沖縄県 36. 48	東京都 41. 13	欧州 100	欧州 200	人口 (千人)
青森県	2. 89	5. 2	23	65. 8	74. 2	180. 4	360. 8	1, 263
沖縄県	36. 48			75. 5	85. 1	206. 9	413. 7	1, 448
東京都	41. 13				812. 1	1974. 6	3949. 1	13, 822

一方、新規患者数から入院患者数を推計し、確保病床数を何床にするのかを考えると、とても大きな数値になり思考を停止してしまふ。しかし、気を取り直して計算してみた。

現在、コロナ病床として 3 種類の病床がある。「重点医療機関」「協力医療機関」「重点医療機関退院後の受け皿(医療・介護療養病床含む)」の病床となっている。

1 月 27 日の確保病床は、重点医療機関が 212 床、協力医療機関が 18 床だったが、2 月 3 日現在では重点医療機関が 209 床、協力医療機関が 24 床となっている⁶⁾。

ヨーロッパ並みに感染が広がると、必要な病床は青森県で3千床を越えてしまう(表 3)。青森県の現在の病床数は、救急医療を担当する病院の病床の合計が 7,639 床、そのうち民間病院の病床は 1,467 床となっている。3 千床を用意すると、現在の 4 割の病床をコロナ病床に転換する必要がある。

ヨーロッパの状況は次に考えるとしても、沖縄、東京並みと仮定しても、今の 3 倍の病床確保が必要になる。以上からも、現在の青森県医療確保計画は早急に見直す必要がある。

表 3. 青森県の必要病床数推計

7dcr/10 万人	2. 89	12. 75	36. 48	41. 13	100	200
1 日患者数	5. 2	23	65. 8	74. 2	180. 4	360. 8
必要病床数		212	607	684	1, 663	3, 325

コロナ診療・療養への支援

コロナ診療へ多くの医療機関に参加してもらおうと、支援策としての診療報酬の見直し通知が大量に出されている⁷⁾。昨年 2 月 14 日から本年 1 月 22 日まで Q&A も含めて 34 個の通知と 1 つの訂正が出された。さらに、緊急支援事業は 12 月 25 日と 1 月 25 日⁸⁾にたくさんの資料が出されている。

「やっている」のはわかるが、医療現場からすると、現在どのような支援が受けられるのか全く分からない。小出し、頻回の通知、複雑な言い回しで、元をたどらなければ理解できないような仕組みになっている。通知も、「さしつかえない」、「可能」と表現し、上から目線、性悪説に立った「青本ルール」を踏襲し、一丸となってコロナウイルスと対峙しようとする姿勢は感じられない(診療報酬について書かれている「青本」2020 年版は 1,729 頁、重さ 3.0kg もある)。

さらに、コロナに関する複雑な通知を解説するために、今後 4 月には社会保険研究所(青本発刊会社)から「コロナの情報(A4・約 500 頁)」が発行されるという⁹⁾。医療崩壊の現場に対して、「500 頁もある資料を読んで理解して診療報酬を請求をしなさい」という厚労省を何とかする人はいないのだろうか? 行政も医療機関も「zoro コロナ」のためにベクトルを一致させ、単純で、懇切丁寧な支援策と説明を望みたい。

医療・介護現場で最も危惧する問題は、「院内感染」と「減収補てん」だ。院内クラスターが発生した場合、そこで医療・介護を継続できるのか？継続するときの支援についても通知は出されているが、非常にわかりにくい¹⁰⁾。職員の濃厚接触者を判断し、濃厚接触者とならなかった職員は就業を継続する。医療機関への人的支援も書かれているが、絵に描いた餅になっている。

「財政的に支援するので、現場で医師を雇い看護師を雇ってください」と言われても、青森県では以前から医師不足、看護師不足が深刻で、お金を出しても人材は集まらない。限られた医療資源で踏ん張るしかない。

熊本保険医協会の web セミナーで、熊本県の担当者は裏技を紹介してくれた。「院内でクラスターが発生したら、その医療機関を重点医療機関に指定し、感染者を1つの病棟に入院させ、そこをコロナ病棟に指定し、感染していない患者さんは転棟、転院させる、そのことによってベッドが少なくなったことについては「空床確保料」を支払う、というものだ。

言われてみれば通知にはそう書いてあるが、その情報は一部の人に限定され、多くの人は情報を取りに行っても難解な通知の連立方程式を解かないと知ることはできない状況になっている。

介護施設に入所中で、感染した場合の対応も急ぐ必要がある。かかりつけ医だけでなく、在宅医療に参加する医師の範囲を広げて、総力戦でサポートするべきだ。現場からの声を公開し、使命感に燃えた医療スタッフがサポートする、過去の大災害時に多くのボランティアが支えたように、コロナという災害にも、人々の知恵と力を活用することが大切だ。

在宅療養、施設療養

入院が必要だが、「空床がなく入院できない」、「認知症をケアできるコロナ病床がない」など入院調整中の人を、その間どのようにケアするのが、全く検討されていない。入院できない場合は、在宅かホテル療養しか選択できないので、ケア体制を準備する必要がある。

医療的には、パルスオキシメーターを準備し、酸素飽和度が低下した時は在宅酸素療法も考慮すべきだ。コンセントにつなぐと空気中の酸素を濃縮して酸素を作り、酸素吸入できる器械が使われているが、コロナ患者さんでも使うことができるが、制度上の新たな解釈が必要になる。

患者さんに了解を取って、画像モニターの設置も可能かもしれない。何といたって、24 時間相談することができるシステムが必要だろう。そのためには、遠隔医療を行っている医師に参加してもらってはどうか。

生活上の支援についても充実するべきだ。フランスでは、在宅療養者が増え、11 月から訪問支援チームがスタートしているという。日本でも、在宅療養支援チームの創設も必要ではないだろうか？支援チームを創設し、食事の確保、買い物、ゴミ出しなど支援メニューも準備してもらいたい。

コロナにかかって指示に従わないときに「過料」を課すことになったが、経済的理由で入院できない事情も考慮するべきだ。仕事を休み、収入がなくなる人にとって入院は死活問題だ。健康保険の人は「傷病手当金(標準月額日割り額の 2/3 が支給)」を請求することができる。一方、国保の人は傷病手当金を請求することができない。この場合、1日 4000 円の支援金を出すことを提案する。

4 千円の根拠としては、交通事故にあった被害者は休業損害とは別に慰謝料(4,300 円/日)¹¹⁾を受取ることができる仕組みがある。健保以外の人に出すなら、財源はさほど掛かからない。

ワクチン接種

医療者のワクチン接種が始まり、4月からは65歳以上の高齢者の接種が予定されている。当分の間は、ファイザー社製のワクチンの接種になり、1回目に続いて3週間後の2回目の接種が予定されている。

接種方法については、集団接種とかかりつけ医での個別接種が予定されているが、県内でも市町村によってそれぞれ選択されることになっている。

どれくらい大変な事業になるかは、具体的な人数を決めて接種にかかる期間を計算すると、かなりの長期間になることがわかる。

国のシミュレーション(2021/1/25)では、集団接種は1人3分、2系列で7時間接種して280人と想定している¹²⁾。高齢者は予診票の確認に時間がかかり、歩くのが不自由で、たくさん着込んでいるので、1人3分で終わるとは考えられない。1日280人に接種するためには、1会場に医師3人、看護師12人が必要になるかもしれない。

浪岡地区の場合、7割が対象者として3,728人、2回接種なので7,456回となる。全て集団接種とすれば、国が言うように1日280人としても27日間必要になる。もし国の1/3しか接種できないとしたら、3倍の日数(27*3=81日)になる。

市町村が特設会場を設けた場合における接種の具体的イメージ

必要な準備

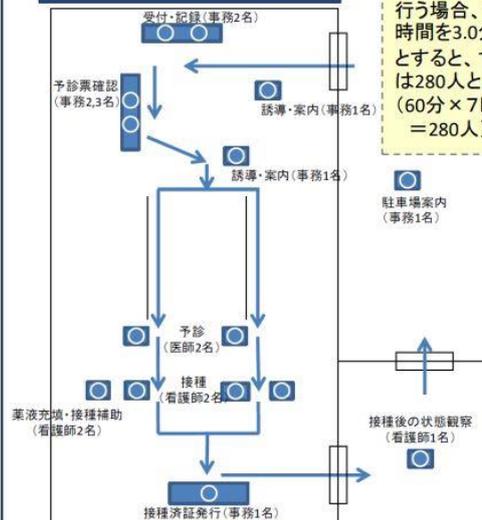
- 会場の確保 ※医療機関でない場所を接種会場として用いる場合は、診療所開設の届出等が必要
- 運営方法の検討：直営／委託、運営管理責任者の明確化、予約受付方法、応急対応の方法 等
- 従事者の確保
- ワクチン等の配送先の登録：V-SYSに配送場所、担当者名、担当者連絡先等の情報を登録
- 必要物品の確保・保管

リハーサル動画を
提供予定！

当日の流れ

- ① 受付
検温、身分証明書の確認、予診票記載の案内
- ② 予診票確認
記載項目の抜け漏れ・不備のチェック、(2回目接種の場合)接種間隔や1回目接種ワクチン種別の確認
- ③ 予診 (医師)
体調や持病を確認する等必要な診察を接種前に行い、予防接種を受けることが適当でない者または予防接種の判断を行うに際して注意を要する者に該当するか否かの確認
- ④ 接種 (医師または看護師)
薬液を充填する者(薬剤師等)も別に配置が必要
- ⑤ 接種済証の交付
接種したワクチンのワクチンシールを接種済証に貼用し、接種日・接種場所を記載する
- ⑥ 接種後の状態観察
アナフィラキシーや血管迷走神経反射等の症状が生じることがあるため、一定期間観察を行う

会場設営のイメージ



1会場あたり2列体制で接種を行う場合、予診から接種までの時間を3.0分、実施時間を7時間とすると、1日あたりの接種人数は280人となる
(60分×7時間÷3.0分×2列=280人)

参考：市町村のための新型コロナウイルス等住民接種に関する集団的予防接種のための手引き(暫定版)(2014年3月11日)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000086389.pdf>

12

集団接種と個別接種の両方を選択しても、かなりの日数がかかることになる。さらに、予約、ワクチンの手配、3週間後の連絡、受診しない人への連絡、キャンセルが出た時のキャンセル待ち接種、さらに3週間後の予約など、かなりの調整作業が必要になる。

川崎市で行われた集団接種訓練での問題点は、「問診で時間がかかる人がいる」、「肩を出すときに着ているものを脱ぐ必要がある人もいる」、「副作用の報告は誰がするのか？」などの問題点が指摘されている^{13)、14)}。

コロナワクチン接種については、新型コロナワクチンに関する自治体向け通知・事務連絡等のサイトで、情報が公開されている。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_notifications.html

自治体向け説明会は3回、都道府県向け説明会が1回開催され、そのたびに大量のQ&Aが出されている(2,460件)。また、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に係る手引き」も2020/12/17以後3回バージョンアップされ2月16日には第2.0版が出されている。自治体関係者も、医療関係者も、次々に出される通知に茫然としている。

これから、関係者が力を合わせて大変な作業を成し遂げるために、多くの時間を割くことになる。今担当している人数では、とてもやり遂げることはできず、大勢のスタッフが必要になる。営業が制限されている観光業、飲食業に従事している人、さらに倒産等で仕事を失った人を雇用して、ワクチン接種の大事業を行うことを提案する。

ワクチンを接種した人に「ワクチンパスポート」「グリーンパス」を発行し、イベントへの参加、スポーツジムの使用、さらには商品の割引などが検討されている。

しかし、ワクチン接種は、「一人一人が自分で接種を決める」ことになっていて「義務」ではない。接種の有無によって分断が持ち込まれ、接種しない人が非難されるようなことは許されない。

「ワクチンパスポート」「グリーンパス」の発行には反対する。

コロナ感染後遺症

感染後に様々な後遺症が報告されている。

新型コロナウイルス感染症診療の手引き 第4.1版

<https://www.mhlw.go.jp/content/000712473.pdf>

日本(63人)

嗅覚障害 19.4%、呼吸困難 17.5%、倦怠感 15.9%、咳嗽 7.9%、
味覚障害 4.8%、脱毛 24%

Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection

JAMA Network Open. 2021;4(2)

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2776560>

米国(177人 31-300日 中央値は169日) かなり長期にわたる調査

何らかの症状がある人は30%でQOLが低下していた。

症状が1~2 16.4%、3個以上 13.6%

症状別では、疲れやすい、味覚嗅覚の脱失、頭痛、呼吸困難、筋肉痛などの比率が高い。

参考資料

- 1) 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針(令和3年2月2日変更)
新型コロナウイルス感染症対策本部決定
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryu/kihon_r_030202.pdf
- 2) 第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000684860.pdf>
- 3) 第28回地域医療構想に関するワーキンググループ 2020/11/5 資料6
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000691238.pdf>
- 4) 厚労省の資料 2021/1/10
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000726034.pdf>
- 5) 青森県新型コロナウイルス感染症に係る医療確保計画(令和2年7月17日策定)
<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/hoken/files/ippankeikaku.pdf>
- 6) 重点医療機関の指定状況
<https://www.mhlw.go.jp/content/000704813.pdf>
- 7) 東北厚生局 新型コロナウイルス関係
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/news/2012/01_00007.html
- 8) 「令和2年度新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急支援事業の実施について」の改正について
<https://www.mhlw.go.jp/content/000726532.pdf>
- 9) 点数表の新型コロナ特例(令和3年4月版)
https://shop.shaho.co.jp/shopdetail/000000000468?utm_source=ik&utm_medium=mail&utm_campaign=210222
- 10) 新型コロナウイルス感染症の院内感染の早期収束と入院・外来機能への影響の最小化(2020/12/25)
<https://www.mhlw.go.jp/content/000712411.pdf>
- 11) 自動車損害賠償保険の保険金等及び自動車損害賠償責任共済の共済金等の支払い基準
https://www.giroj.or.jp/cali_survey/standard.pdf
- 12) 市町村が特設会場を設けた場合における接種の具体的イメージ
新型コロナウイルスワクチンの接種体制確保について自治体説明会②令和3年1月25日
<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000726452.pdf>
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_notifications.html
- 13) Vol.029 新型コロナワクチン集団接種訓練(上)見学・取材の記録
<http://medg.jp/mt/?p=10111>
- 14) Vol.030 新型コロナワクチン集団接種訓練(下)追加取材で見たこと
<http://medg.jp/mt/?p=10113>