

新型コロナ対策をめぐる数字、あれこれ



随 筆

藤 井 睦 子*

Some Numbers about Measures against the COVID-19 Pandemic

Key Words : COVID-19 Pandemic

はじめに

マスクのない会話を楽しむことが増えた。旅行や帰省、レジャーなど、多くの人が、久しぶりの制限のない夏を謳歌し、全世界を巻き込んだ新型コロナ・パンデミックの記憶も少しずつ薄れ出している。大阪府健康医療部長として、2023年3月まで3年余りにわたり新型コロナ対応にあたった私自身も、ときに、自分の記憶が正しいのか確信が持てず、記録を確かめることが増えた。(もちろん、加齢の影響も否定できない。)

が、社会にあれほどの影響を及ぼし、非コロナ疾患を含めて医療のひっ迫を各地で起こした稀有なリスク事象である。起こったことをきちんと記録・検証し、次の対策に生かさねばならないという思いから、前職を退いてからも、微力ながら、振り返りや検証研究への協力を厭わないようにしている。

多岐にわたったコロナ対策の膨大な記憶の中から、特に脳裏に刻まれた数字の話をご紹介します。

「3割」を「10割」に

感染症法では、感染者の把握・公表、入院勧告、調査、就業制限勧告など、患者に関わる権限のほとんどは保健所長にある。保健所は、都道府県だけではなく、政令市と中核市(要件を満たす一定規模以上の市)それぞれに設置され、所管地域を持っている。

新型コロナの感染状況について、他府県で知事と政令市長が並んで、各々が所管する地域について記者会見したり、府県域内での対策について知事と市長の意見が合わなかったり、というケースをご記憶だろうか。これは感染症法の権限の現れとして間違っていない。

大阪府には、2政令市(大阪市・堺市)に加えて、東大阪市や豊中市など7つもの中核市があり、府内人口の7割が政令市もしくは中核市に居住している。大阪府保健所が直轄しているのは、実は、府内人口の3割分に過ぎない。直轄していないということは、法上、感染者情報の3割相当しか府に集まってこないことを意味する。

中国・武漢由来の新型コロナウイルス感染症が発表されたとき、健康医療部長として最初に手がけたのが「3割を10割にする感染者情報の一元化」である。国内での第一例感染報告に先んじて、「感染者情報は府に集約し、報道発表も府が一元的に行うこと」を政令市・中核市保健所と申し合わせた。各市の首長にご意見もあっただろうが、政令・中核市を含めた各保健所は情報一元化の趣旨に賛同して、個人情報などの課題を克服し、3年余、一日も欠かさず、府に感染状況等を報告するという労を取ってくれた。

結果、府内全域の感染者情報をもとに、入院調整を一手に行う「入院フォローアップセンター」や感染状況をモニタリングする「大阪モデル」、府全体での入院病床やホテル療養の確保など、その後の大阪の取組につながった。

新型コロナや2009年の新型インフルエンザのようなパンデミックでは、広域対応が不可欠だ。市町村という線引きなど、感染症はあっという間に超えていく。大阪府からは、国に対しても、「都道府県への情報集約を法に盛り込むべき」と声をあげた。



* Mutsuko FUJII

1962年8月生まれ
京都大学教育学部1986年卒・政策科学大学院1989年修了
現在、国立大学法人 大阪教育大学
副学長・健康安全教育部教授
学術修士
専門/公衆衛生・教育行政
TEL : 06-6775-6619
E-mail : fujii-m66@cc.osaka-kyoiku.ac.jp

新型コロナは2020年3月に新型インフルエンザ特別措置法上の感染症と分類され、さらには、感染症法改正により都道府県知事の権限強化を行うことで、徐々に都道府県の役割が明確化された。

ただし、各保健所（設置市）が感染者対応を担うという感染症法上の原則は変わっていない。将来、次のパンデミックが現実のものとなったときに、何より早く着手しなければならないのは、対策のコントロールセンターにいかにか感染者情報を一元化するか、であると思う。

権限の壁を超え、「3割」をどう「10割」にするか、記憶に残る数字である。

もう一つ、忘れられない「3割」がある。

コロナ・パンデミックの中盤以降で生じた課題の一つは、高齢者対応、とりわけ介護を要する高齢の陽性患者への対応だった。

高齢者施設クラスター対策として、感染予防支援や施設内一斉検査・定期検査を続けたが、感染の波が大きくなるにつれ、高齢者施設のクラスターが多発し施設内の感染者が増加、すべての方を施設から病院に入院していただくことは不可能になった。また、コロナ患者受入病院は、コロナ治療が中心で、介護を要する高齢の方に対応できる体制が整っていないことが多かった。

感染力が強いオミクロン株による第六波に向けて、施設入所者に陽性者が出了場合、可能な限り施設内で、連携医療機関に往診やオンライン診療による早期治療を行っていただく考え方で臨んだ。幸い、点滴治療薬に加えて経口治療薬が承認され、重症化を防ぐ早期治療が比較的容易に行えるようになっていた。また、前提として、すべての高齢者入所施設は連携医療機関を行政に届け出ており、いざという時、施設内患者の診療に協力できると想定した。福祉担当部を通じて各施設への周知を重ね、医療機関との連携強化をお願いするとともに、医療機関サイドにも周知しバックアップ体制を整えた。

が、第六波の感染規模が1日1万人以上と文字通り桁違いになると、高齢者施設から、陽性検査や早期治療を経ない有症状者の入院要請や救急搬送要請が相次ぎ、コロナ医療や救急医療の現場は混乱した。調査の結果、その背景にあったのは、府内3600の高齢者入所施設のうち、コロナ治療に対応できる協

力医療機関を確保できていた施設が「3割」に過ぎなかったことだ。「あるはず」「できるはず」という前提としていた認識が甘かったという批判はお受けせねばならない。その後、施設と医療機関への働きかけや支援徹底で、3か月後にはようやく「7割」の高齢者施設が協力医療機関を確保した状態になった。

超高齢社会に向けた「医療と介護の連携」は、コロナ前から政策課題とされてきたが、医介連携は道半ばであり、たとえ初期的な診療であっても全ての高齢者施設で医療を確保することが容易ではないことを痛感した。

要介護度の高い方を含めて、高齢者のQOLを確保しながら、どのように医療を確保していくのか。目前に迫る超高齢社会の課題が、新型コロナ禍で浮き彫りになったと考えている。

病床運用率 125%

大阪でコロナ対策に関わる者にとって、2021年3月に始まった第四波は、極めて苦しく忘れられない感染拡大である。

アルファ株への置き換わりにより、それまでにないスピードで感染が拡大するとともに、高齢者だけではなく40・50代を含めて、酸素吸入や気管挿管が必要な患者が急増し、強化して臨んだ重症病床があつという間に埋まった。第四波の重症患者の増加スピードは、第三波の3倍である。

4月中旬の土曜日の夜遅く、憔悴した様子 of 入院フォローアップセンター長から、「待機中のコロナ患者の入院先が決まらない」と告げられた。幹部が部長室に集まり、知りうる限りの受入病院長の携帯電話に電話し、「一人でも取っていただけないか」と、日付が変わる直前までお願いをした。この日ごとの電話は数週間続いた。「わかった。何とか」と応じてくださる有難いお返事もあれば、「現場も限界、これ以上何をせよというのか」と厳しいお叱りも受けた。職場では冷静さを保ち各チームに緊急取組の檄を飛ばしていたが、内心では自分自身も追い込まれていたのだろう。叱責を受けた後は、受話器を置いてしばし顔を上げられなかった。

むろん、こうした個別対応に合わせて、病院団体や大学病院、三次救急医療センターのトップとの打ち合わせを頻繁に行い、各病院に重症病床確保など

を重ねて要請した。大阪の医療非常事態に対し、多くの病院が最大限の努力で応えてくれた。一例をあげると、大阪大学医学部附属病院は「予定手術の休止等によるコロナ重症病床の確保」という土岐院長（当時）のご英断をいただいた。

府の緊急要請に応じて重症病床が短期間で1.5倍に増えたにも関わらず、4月25日、重症病床運用率が125%となった。これは何を意味するか。新型コロナ受入病床とは、患者の重症度を含めて行政と病院が事前に取り決めを行った病床である。運用率が100%を超えるということは、患者が放置されたということでは決してなく、多くの病院が事前の取り決めルールを超えて、重症化した患者の治療を継続したということだ。最前線のスタッフによる大変な奮闘があったことは想像に難くない。

「病床運用率125%」。私にとって、危機的事態の中で感じた緊迫と焦燥、医療現場の尽力にする深い感謝を呼び覚ます数字である。

120名の看護師・500名の患者

パンデミック発生当初、中国や欧米で、体育館に診療ベッドが並び、テント内で治療を受ける患者の映像が一斉に流れた。わが国でも、体育館などの既存施設を活用した臨時の医療施設の整備は、医療ひっ迫を防ぐ手立ての一つとされた。

大阪では、陽性患者の救命にとって最も重要なのは、人工呼吸器対応等ができる重症病床の確保であるという考えから、万が一に備えて、重症患者に対応できる臨時医療施設を整備できないかを当初から検討していた。あれこれ候補場所を探したが、「重症患者治療に必須の酸素配管が確保できない」「患者急変時に搬送できる救急病院までの距離が遠い」

「一般人との隔離動線が確保できない」等、なかなか一筋縄ではいかない。いざという時に緊急医療が確保できる場について、天災だけではなく感染症を含めた、もっと多様な条件設定で、平時にシミュレーションしておくべきだったと悔いても始まらない。検討を重ね、パンデミック1年目の夏に、課題をクリアできる策として、大阪府の基幹災害拠点病院である大阪急性期・総合医療センター敷地内に、「ゼロから臨時的な医療施設を立ち上げる」構想を発表した。これが、全国唯一の重症患者対応ができる臨時の医療施設「大阪コロナ重症センター」である。

が、構想を発表したものの、「法令上の制限をクリアできるか」と「医療従事者を確保できるか」については、実は解決策が見つかっていなかった。とりわけ、30床の重症病床を24時間運用するためには、ICU勤務経験のある看護師が120名必要となる。どの病院もぎりぎりの医療スタッフで回っている中、専門性の高い看護師をどう確保するか。有難いことに、大阪府看護協会が高橋会長（当時）のご判断で、人材バンクを設置し、府内のみならず全国からICU看護師を公募して雇用してくれることになった。また、センターの運営については急性期・総合医療センターが全面的なバックアップを決定してくれた。

発表から約5か月後、関係者の獅子奮迅の働きで、「大阪コロナ重症センター」30床がオープンした。折しも、年末年始を挟んだ第三波の最中であり、必要にかられてオープンの予定を前倒ししたが、ICU看護師120名はまだ確保できていなかった。窮余の策として、国や全国に支援を求めると、府内のみならず、国や全国知事会を通じて全国の病院や自衛隊からも看護師が応援に駆け付けてくれた。オープン直前に、泊り込みの大きな荷物を抱え、全国・府



大阪コロナ重症センター集中治療ユニット棟外観



大阪コロナ重症センター集中治療室

内から、看護師さんたちが体育館に集まった。

先述の厳しい医療ひっ迫に見舞われた第四波でも、センターがフル稼働して府内の重症病床運用を支えた。その後、人材バンクにも必要なICU看護師等が集まり、運営開始から2年4カ月、大阪のコロナ医療に重要な機能を果たし続けたのち、2022年12月、使命を終え閉所、解体工事がスタートした。閉所に際して大勢のスタッフと一緒に撮った写真は、思い出の一枚である。

「大阪コロナ重症センター」は、臨時の医療施設でありながら500名を超える重症患者を治療したというだけではなく、医師や看護師、救急医療関係者をはじめとする医療界の連携の象徴であり、府県域や団体を越えた助け合いの象徴でもあった。

おわりに

振り返ると、他の記憶も、ルールや慣例を超えた対応や、あるいは、思い込みや前提を違えた経験に関わるものが多い。未曾有のリスクが生じたときに、既存のフレームや慣例を超えた解決策をどうみつけ

るか、前提が崩れた時に諦めずにどう対処するか。その経験がコロナ対応で得た最も貴重なものかもしれない。

最後に、生産技術振興協会が、「社会的不安の軽減に寄与する」など、新型コロナ禍における行動指針を立て、日本WHO協会の「医療従事者応援はがきプロジェクト」後援等をしていただいたことに感謝申し上げる。

新型コロナ対応の記録と記憶が、様々な人の検証によって生かされ、次のリスクに最善の対応ができることを願いつつ。

参考資料

「保健健康医療分野における第一波から第八波までの新型コロナ感染症への対応」

令和4年12月（令和5年6月一部改定）
大阪府健康医療部

