

報告 REPORT

令和4年度救急医療研修会

常任理事・救急医療部長 あおき ひでとし 青木 秀俊

標記研修会を去る1月22日(日)に札幌市において、講師に神奈川県理事・医療危機対策統括官/藤沢市民病院副院長・阿南英明先生をお招きし、『コロナ医療体制の課題と今後へ向けた教訓』をテーマに、ハイブリット形式で開催し、医師、救急隊員等を含め医療関係者312名が聴講した。

阿南先生は日本DMATの中核メンバーであり、東日本大震災の際も現場に駆けつけるなど、救急・災害医学の専門家である。今回の研修会では、神奈川県DMAT調整本部長として大型クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」で発生した新型コロナウイルス集団感染の救護活動を指揮したこと、神奈川県医療危機対策統括官として市中感染拡大による医療崩壊を防ぐための「神奈川モデル」を構築した経験に基づき、コロナ医療体制の課題と今後へ向けた教訓について、具体的かつ示唆に富んだ講演をいただいた。

新型コロナウイルス感染症に関しては、政府が本年1月27日に感染症法上の位置付けを季節性インフルエンザと同等の5類に移行する方針を決定し、その後、政府対策本部において、類型変更に伴う医療体制(外来・入院・自宅療養・診療報酬・高齢者施設等)および公費支援の見直し(外来医療費・入院医療費の自己負担軽減)等に関する方針を示したことから、各地域では新たな医療提供体制を整備していくことが求められている。こうした中、本研修会は大変有意義であった。以下に講演の要旨を報告する。



はじめに

これまでのコロナ医療体制を論理的に整理し、5類移行後を含め、今後どのような医療体制の構築が必要なのか。さらには、新たなパンデミックや災害発生時に活かすための考え方や在り方についてお話ししたい。



ダイヤモンド・プリンセス号の対応

2020年2月に国際大型クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」内でコロナ感染が発生し、感染者を含め3,711人の乗員乗客が横浜港に入港した。神奈川県DMATは船内活動や患者の搬送調整を実施した。

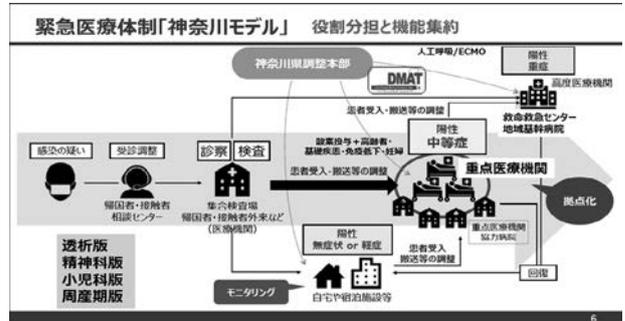
神奈川県には感染症指定医療機関が74あるが、対応可能な数の10倍にあたる集団感染となり、受け入れ病床の拡充は必須であった。厚生労働省を通じて他県の医療機関や結核対応感染症指定医療機関、新型インフルエンザ患者入院協力医療機関の一般病棟に依頼し、延べ769人の感染者を感染症法に基づき、北は宮城から西は大阪まで広域にわたる調整を行った。

ダイヤモンド・プリンセス号から得られた課題と施策

各医療機関において感染症に対応するためのマスクやガウンなど医療資器材が不足し、病床数の拡充と並行して物資の安定的な提供を強いられたが、実際にどこの病床が空いていて、物資がどれだけ足りていないのか瞬時に把握することが困難であったため、災害時と同様に共有すべき情報の「見える化」の基盤確立が不可避となった。

さらに既存の感染症法では爆発的な市中感染が起こった際に対応できなくなり、医療が崩壊することが確実であるため、制度の作り替えに取り組んだ。

実際に船内感染者の対応をする中で、①市中感染対策には高齢者、基礎疾患を有する人への配慮が必要であること、②無症状者、軽症者は必ずしも入院を必須としない体制とし、要入院者の病床を確保すること、③入院先マッチングの負担軽減を図るため、大規模な病床確保と病床数の情報共有が必要であること、④一部のICUの過剰な負担を回避するために過重を分散し人員と物資の最適化を図ることの重要性が明確となったことから、緊急医療体制「神奈川モデル」を構築した。



神奈川モデル

神奈川モデルでは感染者の重症度を3分類(軽症・中等症・重症)にすると共に、医療機関も高度医療機関、重点医療機関および重点医療機関協力病院の3種類を認定し、役割分割と機能集約を図った。軽症者は入院ではなく自宅や宿泊施設で療養、中等症者・重症者は医療機関や高度医療機関に入院し加療する体制を組んだ。本来、感染者は感染症法の観点から医療機関に入院させなければならないが、全体の8割を占める軽症者全員に入院対応を施しては病床不足に陥るため、厚生労働省を通じ各関係自治体、行政等に特例通知を發出し、病床確保の目的で自宅や宿泊施設での療養を可能にした。さらに各医療機関や保健所、宿泊施設等の病床や物資情報をリアルタイムで集約・共有できるよう、医療機関等情報支援システム「G-MIS」を開発し、よりの確で効率的

な緊急医療体制の構築を実現させた。患者の受入キャパシティ増加に向けては、「受入医療機関増加」と「病床の効率的運用」の2つのベクトルから施策を実施した。受入医療機関増加については、コロナ病床・コロナ診療への参加医療機関拡大のため、県と病院間で病床確保に関する協定を締結し、患者の増減に応じて病床の確保を可能にした。病床の効率的運用は、適正な入院基準制度（阿南スコア）や自動で搬送先候補を選出し、医療機関同士で調整、搬送ができる後方搬送マッチングシステムを導入した。

法律的な施策としては、2024年4月に感染症法が改正され、民間病院を含め、全ての医療機関が都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を負うこととなった。既存の感染症法の指揮命令系統は、国の下、都道府県と保健所設置市・区は同列であり、統一かつスピード感に欠ける体制であった。そのため系統を国→都道府県→保健所設置市を含む市町村→医療機関とすることで、国が通知で示す戦略を都道府県内で統一した解釈をし、地域の特性に合わせたきめ細かな戦術を検討しながら、それぞれのレベル毎に対応し、ガバナンスが機能する体制を構築した。

これからのコロナ医療体制

コロナ流行初期は、ウイルスが国民生活に甚大な影響を及ぼすと懸念されたことから、予防とまん延防止を目的に「新型インフルエンザ等対策特別措置法：施設使用制限要請や飲食店等への営業制限（社会活動の変遷）」や「感染症法：厳格な患者・接触者管理や限定医療機関での対応（保健医療体制の変遷）」など、法による制限を施し管理体制を強固にしてきた。アルファ株からオミクロン株に変遷した2022年以降、ワクチン接種人口が急増し、経口抗ウイルス薬が導入されたことにより、コロナ感染による致死率は全世代とも大きく下がった。

2003年の「重症急性呼吸器症候群（SARS）」が流行した際、日本では具体的な対策は実行されずリスクマネジメントが欠落し、以降パンデミック対策は不十分であった。そのため、コロナ収束期に差し掛かった段階で、災害時医療の健康危機管理（リスクマネジメント）に基づき、全体最適性の視点で医療負担を軽減し、コロナ対応が通常医療の中に位置付けられるよう、振り返りや検証を交えながら既存制度の改善をしなければならない。新型コロナウイルスの特性が不明であった当初は、感染管理対応が可能な医療機関に限定した受入体制を構築してきたが、これからは誰もが感染する「一般的な疾患」として捉え、一般医療機関が参画して、さまざまな患者に対応できる医療体制の構築が必要である。

5類移行後は医療機関での感染対策概念を転換し、診療時の感染防止装備（マスク、ガウン等）は基本的に、陽性者に濃厚な接触をする際にはN95マスクやガウンを使用するが、日常的にサージカルマスクを常用することで十分対応できる。病棟におけるゾーニングは、病院全体での接触感染対策動線確保は不要となり、

外来待合室では有症状者も同一エリアで待機（十分な換気のうえ、間隔を空けて着座）とする。医療ひっ迫回避の戦略については、自宅での抗原検査キットの使用を推進し、オンライン診療の活用を促進させ、オンライン処方・配薬システムと連携しながら、外来診療の医療負担を軽減する。神奈川県ではオンライン診療体制拡大のため、郡市医師会と連携し医療機関向けに「オンライン診療指南塾」の開催や、システム導入に係る「初期費用補助（最大30万円）」を行っている。

感染症法の位置付けも現行の感染症法規定は、行政（保健所）が主体となって予防や感染拡大の対策を講じる内容となっているが、ウイルスが社会全体にまん延し、適正な権限執行が難しくなったことから、医療体制への行政介入の在り方を見直す必要がある。これまで県との協定に基づいて、県の指示で病床確保のフェーズ調整を行っていたが、感染者数（患者数）の増減に合わせて、医療機関の判断で上下2段階のフェーズ調整を可能とする（県との5段階フェーズは存続）。上り入院調整においても、医療機関同士で実施できるよう受入可能な医療機関検索機能と患者情報送信機能を盛り込んだシステムを構築し、入院調整の効率化を図る。

コロナ感染が発生した2019年以前の医療体制には、二度と戻れないという事実は受け止めて、今後はコロナ感染の有無に関わらず、一般診療内の一部としてコロナ患者を診察しなければならない。

これからは、長年親しんできたように医療機関と患者間の2者間の関係において適切な医療提供を行い、行政は費用支援を継続するものの、あくまでもサポート役という位置付けとなるであろう。



救急医療を取り巻く環境は、医師をはじめとする医療従事者の地域偏在や患者のコンビニ受診、救急車の不適切な利用や緊急被ばく医療体制の整備などの問題に加え、災害時の医療提供体制など、重要かつ喫緊の課題が山積している。

今回の講演内容を参考に、5類移行後の医療体制や、今後発生が懸念される巨大地震等の災害に対応すべく、北海道との連携をより一層強化し、郡市医師会、医療機関など、関係者の協力を得ながら、本道の救急・災害医療体制が構築されるよう努める所存であるので、ご支援のほどよろしくお願ひしたい。

