

寄稿

| 寄稿 |

大阪コロナ重症センターの果たした役割と これからの感染対策に必要なもの

地方独立行政法人大阪健康安全基盤研究所
理事長
朝野 和典



2009年にいわゆる“豚インフルエンザ (A/H1N1pdm09)”が流行したのを受けて、新型インフルエンザ等特別措置法(特措法)が制定され、制度設計としては、臨時の医療施設の設置など感染症危機事態に備える用意ができた。その後、幸い日本には患者が発生しなかったものの、SARS(重症急性呼吸器症候群)ウイルス、MERS(中東呼吸器症候群)ウイルスの流行が複数の国で起こり、また次の新型インフルエンザの候補として鳥インフルエンザA(H5N1)やA(H7N9)などが想定され、ワクチンや抗ウイルス薬の備蓄が続けられた。しかし、実際には新型インフルエンザ等特措法の対象となる新興再興感染症の流行は日本では起こらず、感染症危機事態への備えは未成熟の状態での新型コロナウイルス感染症の世界的流行(パンデミック)を迎えた。その結果、初期のPCR検査数が不足し、恒常的に病床も不足し、何よりも感染症専門の医療スタッフや保健所の人員の不足が露わとなり、“医療のひっ迫”として連日報道される事態となった。

大阪府に目を向けると、重症病床のひっ迫した第4波と軽症中等症病床のひっ迫した第6波において、大阪府の死亡率(人口当たりの関連死亡者数)は他の都道府県に比べ最も高くなった。新型コロナウイルス感染症患者の予後に病床確保が密接に関連することがわかる。特に関西で先行して広がったアルファ株による第4波では、大阪府の重症病床が100%を超えてひっ迫し、大阪府、兵庫県では多くの死亡者数が記録された。その時期に大阪コロナ重症センターも最も多くの患者を受け入れていることが本記録集から読み取れる。もし、センターがこの時期に稼働していなければ、医療のひっ迫は更に激しいものとなり、死亡者数が増えたことは容易に想像できる。

大阪コロナ重症センターが運用を開始したのは、重症者数の増え続けた第3波のときであった。運用開始に当たっては、私が勤務していた大阪大学医学部附属病院からも医師と看護師が派遣され、他の大学病院や基幹病院からもスタッフが集まった。このように、重症センターの実際の運用には専門人材の確保が必要条

件となり、次の感染症危機事態に向けて、不断の専門人材の育成が課題となる。

大阪府は新型コロナウイルス感染症関連死亡者数が多いと言われているが、人口動態統計などから死亡に関する疫学情報を分析すると、2020年から2021年にかけての新型コロナウイルス流行の初期とオミクロン株になった2022年以降では、死亡率が地域によって次第に変化してきていることに気づく。初期の流行のもとになった武漢株(第1波)からデルタ株(第5波)までの流行では、致命率(感染者あたりの死亡者数)が高く、特に東京都や大阪府などの大都市部で死亡者数が多く記録された。オミクロン株になって以降は、ワクチンの普及やウイルスそのものの病原性の低下の一方で、感染力が強まり、それに連れて、全数報告が続けられた第7波までは感染者数が流行の波ごとに倍々で増加し、大都市部よりも九州や四国の県などむしろ地方における死亡率の上昇がみられるようになった。感染症に対しては一般に高齢者が脆弱になるので、病床数の限られている新興感染症の流行初期には、大都市部に集中して病床確保と高齢者に対する対策を立てることの必要性が教訓となった。そのため、大都市である大阪府における臨時の医療施設としての重症センターの設置は、重症者の増える流行の初期に迅速に行われることが今後求められる。

医療機関の感染対策の強化が病床確保には重要な要件となる。大阪府で新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れた重点医療機関を分析すると、感染対策向上加算1を取得している病院は100%入院を受け入れ、加算2の病院の74%が入院を受け入っていた。このように感染管理専門のスタッフのいる病院は、適切な感染対策を行いながら新型コロナウイルス感染症の診療を行っており、病床数の確保には、感染対策のできる医療機関を増やすことが必須となる。そのためにも専門人材の育成が鍵となり、重症センターでの経験を活かして、感染対策の専門スタッフの育成も今後とも続けてもらいたい。