

特集

医療問題研究委員会特別講演会

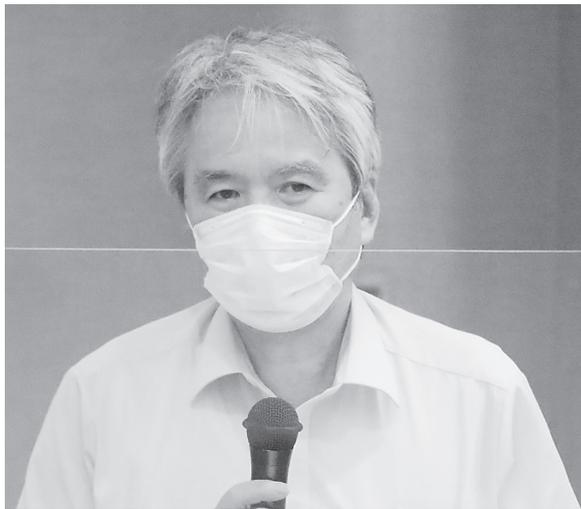
新型コロナウイルス感染症 ——現状と課題

大阪健康安全基盤研究所 理事長 朝野和典



この記事は、令和3年7月31日に会場およびオンラインで開催された「医療問題研究委員会特別講演会」の様相をまとめたものです。

本文の新型コロナウイルス感染症に係る数値などは講演時点（令和3年7月31日）のものであります。



こんにちは。大阪健康安全基盤研究所の朝野です。

新型コロナウイルス感染症は、今まさにフェーズが変わっております。この時に医療、特に医師会の先生方がどのように関与されるかということが重要になっております。社会と医療、また、大阪府医師会はこうなんだというしっかりとしたフィロソフィーを持って進んでいくことが大事だと思

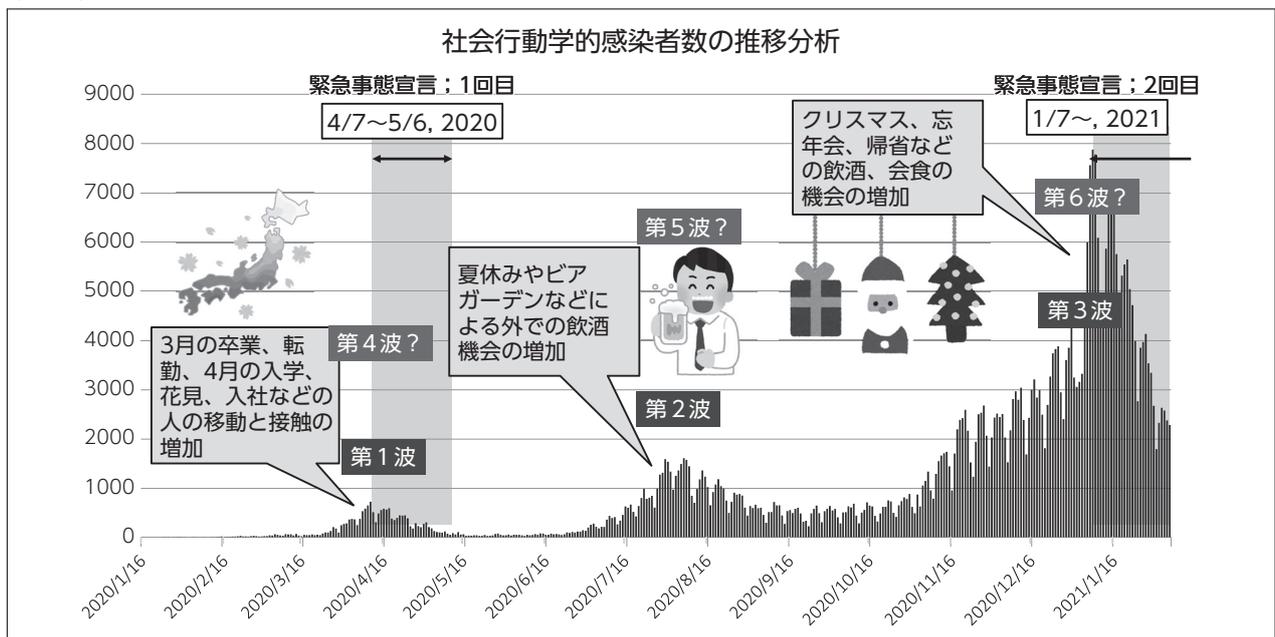
います。

【 COVID-19 これまでと現状 】

今、第5波で感染者が急激に増えて、もう1万人を超えてきております。今回は全くフェーズが違うという感じをお持ちになっていると思いますので、何が変わってきて、これから何をすべきかを一緒に考えたいと思います。

まず、去年の第3波までを振り返りますと、コロナは季節ごとにやってくるようです。日本の習慣として人の集まる時に流行が起こるのではないかと考えています。例えば3月、4月、7月、8月、そして11月、12月から1月に向けての流行は、まさに卒業や新入学、あるいは就職、それから夏休み、更に忘年会、クリスマスという波があって、お酒の消費量とも合います。つまり、人が集まる時に流行が起こってくる

〈図1〉



のだろうということです。そうすると、多分、第6波は年末年始と予測されるわけです。これは数理モデルとかそういうものではなくて、人間行動としてそうなるのではないかと予測しています。〈図1〉

第1波と第4波はすごくよく似ていて、もし社会の行動によって流行が決まるのであれば、第5波は8月ごろにピークアウトしていくかもしれません。興味を持って波の形を見ていただくことが、流行や収束を予測する時のヒントになる可能性があります。

大阪の死亡者増加は医療体制に問題？

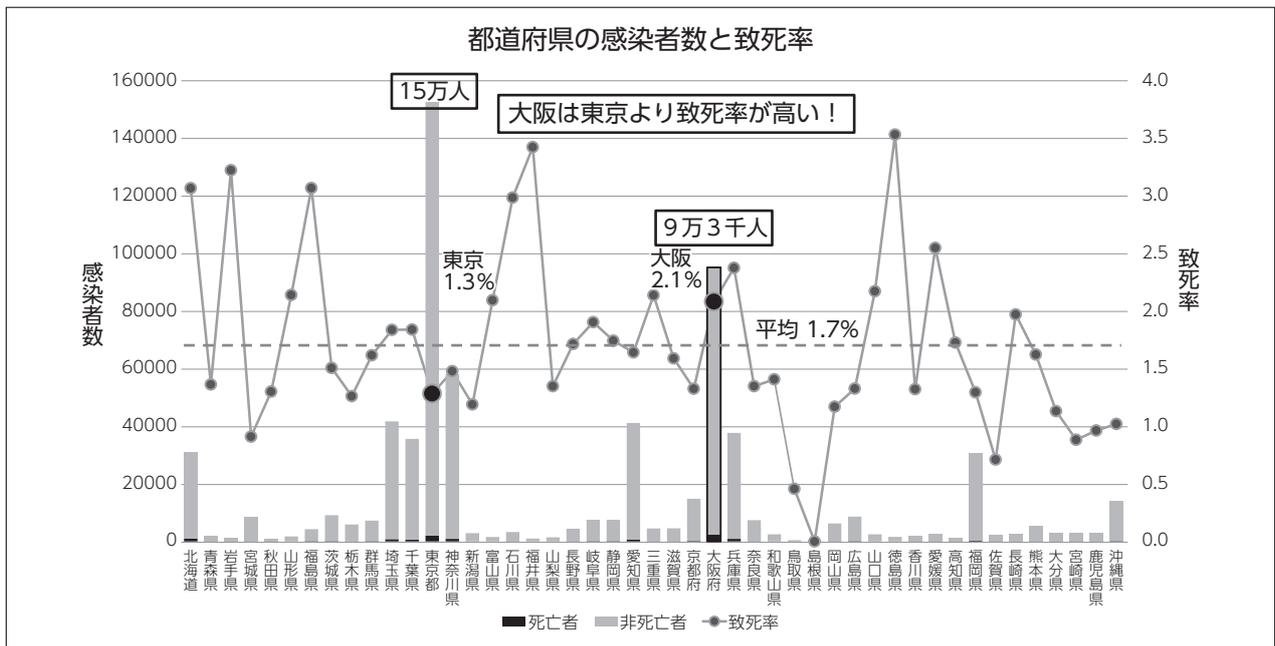
さて、5月の第4波では、大阪の医療が逼迫して崩壊していると報道されました。東京と大阪の死者の数が一緒ということで、大阪の医療がおかしいと言われたわけです。亡くなった人が多いのも、自宅で亡

くなることも、それは医療のせいではないか、というように取り上げられましたが、本当にそうでしょうか。

そこで、2021年5月までの致死率を都道府県別に調べてみました。確かに大阪は2.1%で東京は1.3%、明らかに東京よりは多い。ところが、3%を超えている県もあります。そうすると、致死率というのは医療の質によるものなのか、あるいはほかに何か原因があるのか。北海道、岩手、福島などは致死率3%を超えているので、恐らく高齢化率とも相関しているのではと思います。そういう意味で言うと、報道はちょっとおかしいのではないかと、ということになるわけです。〈図2〉

東京と大阪の年齢階層別の患者数を見ると、東京は圧倒的に10代、20代が多い。大阪はそれに比べれば半分ぐらいです。しかし、70代、80代は東京と大阪は絶対数ではほとんど変わらない。つまり、亡くなりや

〈図2〉



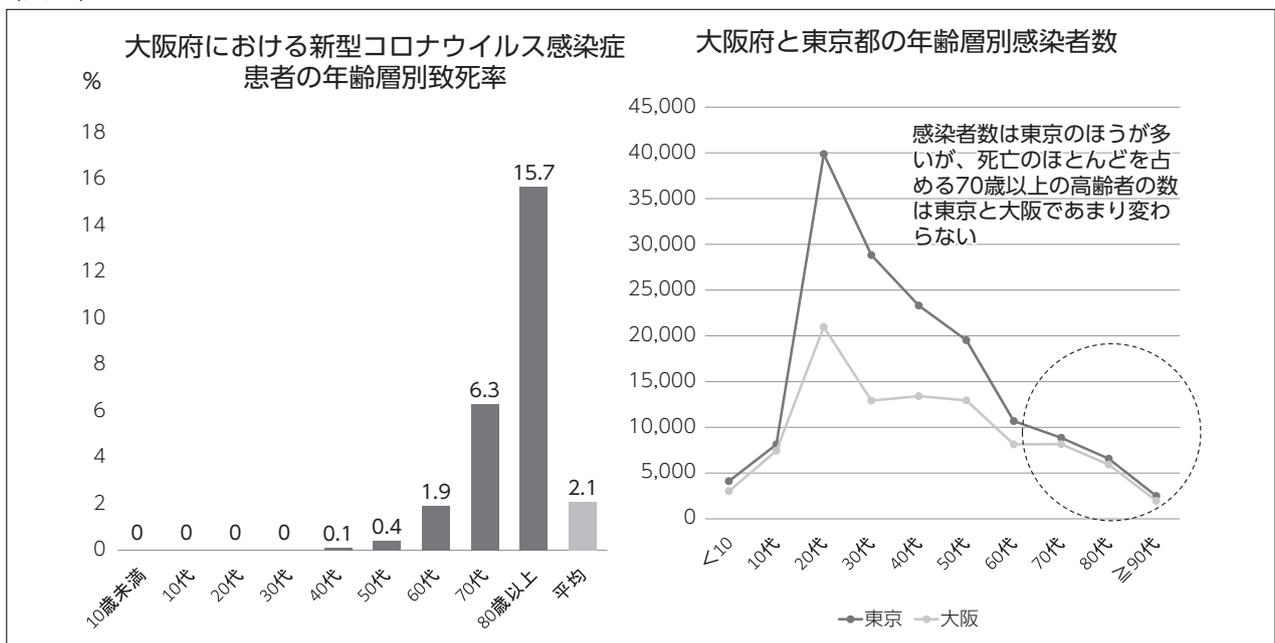
すい人達の集団は、東京も大阪もあまり変わらない。だから、死亡率が高いということになりますので、そういうファクターもちゃんと解析しながら事実を見ると、「大阪の医療がおかしい」「崩壊している」という言われ方には、科学的に反論できるということになります。〈図3〉

第3波の時の致死率を見ますと、陽性患者は3万6,000人、初めから重症は297人、軽症・中等症から重症が851人で全体では1,148人です。重症者からの死者は233人でしたので、全体の20%となります。ということは、大体3倍ぐらい軽症・中等症から亡くなります。コロナの重症の定義は、「人工呼吸器をつけているかどうか」です。したがって、ご高齢で人工呼吸器まではちょっとという方は、人工呼吸器までの治療はしない、できないということでお亡くなりになる。これが3倍あるということです。治療法によって重症、つまり治

療を選択される方が重症であって、治療を選択されない方は軽症・中等症にとどまるという事実が、「2.6%の死亡率」ということになります。あれほど医療が逼迫した第4波での死亡率は2.8%です。第3波と第4波では、圧倒的に第4波で亡くなる方が多かったかというところでもなく、全体的には致死率的にあまり変わりがなかったということになります。

さて、直近の第5波のデータですが、致死率は0.3%です。インフルエンザは0.1%以下と言われていますが、これはもうインフルエンザ並みになってきたと思います。ただ、これは途中経過ですから、これから増えていくかもしれません。現時点での0.3%というのはワクチンの効果です。つまり、70代、80代が多く亡くなっていたところをレスキューしている。そうすると、全体の分母はどんどん若い人が増えてくる。亡くなる人は少なくなる。もっとワク

〈図3〉



チンが普及したら0.1%になって、インフルエンザと変わらなくなるはずですが、これがまさにワクチンの効果ということです。

ワクチンの効果

第3波までの大阪は、高齢者施設で感染が起き治療できずお亡くなりになるという方が全体の死亡者の半分以上でした。ところが、第4波になりますと、これが半分を割りました。恐らくスタッフや入所されている方がワクチンを先行して打ったことで、施設・医療機関での感染が減ってきたということで、ワクチンの効果が少しずつ現れてきているわけです。

ワクチンについてはモデルナ、ファイザーはmRNA（核酸ワクチン）です。インフルエンザなどは抗原を入れる成分ワクチン、麻疹・風疹などは弱毒生ワクチンです。成分ワクチンや弱毒生ワクチンが従来のワクチンでしたが、核酸ワクチンが出てきて、これが1年間で打てるようになったわけです。では、従来型のワクチンは不要かということになりますが、実はこれらも大事です。例えば、核酸ワクチンはどうも嫌だという方には抗原成分ワクチンを勧めることもできます。これは、たぶん副反応が少ないと思います。中国のワクチンもこのタイプです。弱毒生ワクチンも阪大微研が作っている途中で、こういうワクチンも必要になってくるだろうと思います。

今打っているワクチンで基礎免疫を作って、ブースターとして成分ワクチンや弱毒生ワクチンを用いるという手もあります。

核酸ワクチンで免疫を高めて、毎年何かをしないといけないとなれば、こういう選択肢も必要です。国産ワクチンというのも国防上絶対に必要ですので、開発を進めなければならないということになってきます。

7月現在、大阪府の65歳以上の高齢者のワクチン接種状況は、1回目が8割以上、2回目も7割近くいらっしゃいます。これがまさに死亡者の数として現れています。ただ、全体で言うとまだまだで、1回打った方が3割ですね。これを先生方のお力で増やしていただければ、ますます重症化、死亡を減らすことができると思います。

毎月の重症者の年齢をプロットしてみました。第3波、第4波、そして現在。今までは70代、60代、50代というところに重症のピークがありましたが、6月、7月を見ると、今までピークだった70代が減り、ワクチンを打っていない60代、50代、40代が重症化の中心になってきています。次に、大阪の年齢階層別重症化率を月ごとに計算してみました。今までは毎月2%から3%の重症化率でしたが、7月になると1%を割りました。つまり、重症化率も3分の1ぐらいに落ちてきているということになります。今からは60歳未満の世代の重症化というのが問題になってきます。

感染者数、新規重症者数、重症病床数を見ると、第4波の時は1日に40人以上の重症者が出ていました。今は5人ぐらいに落ちてきています。患者数が増えるにもかかわらず、重症病床数はそれほど増えてこないというギャップが生まれているのも重症化率が少なくなってきたからということ

で、こういう現象が起こっています。

大阪の年齢階層別感染者数の割合の推移を見ると、大阪は高齢の方の割合が多いです。感染者の大体3割が60歳以上だったのですが、今は6%から7%まで落ちてきて、東京とあまり変わらなくなってきました。つまり、高齢患者さんが少なくなつて、重症者も死亡率も減ってきたというのが現在の状況です。〈図4〉

重症ベッド数は60歳以上の人と関連するわけですが、今回は全体数が増えても60歳以上はあまり上がってこない。それで重症ベッドも増えないという現象になっているので、いかにワクチンによって高齢者が守られているかということが分かると思います。希望される高齢の方のワクチンを進めていくのが一番いいと思います。

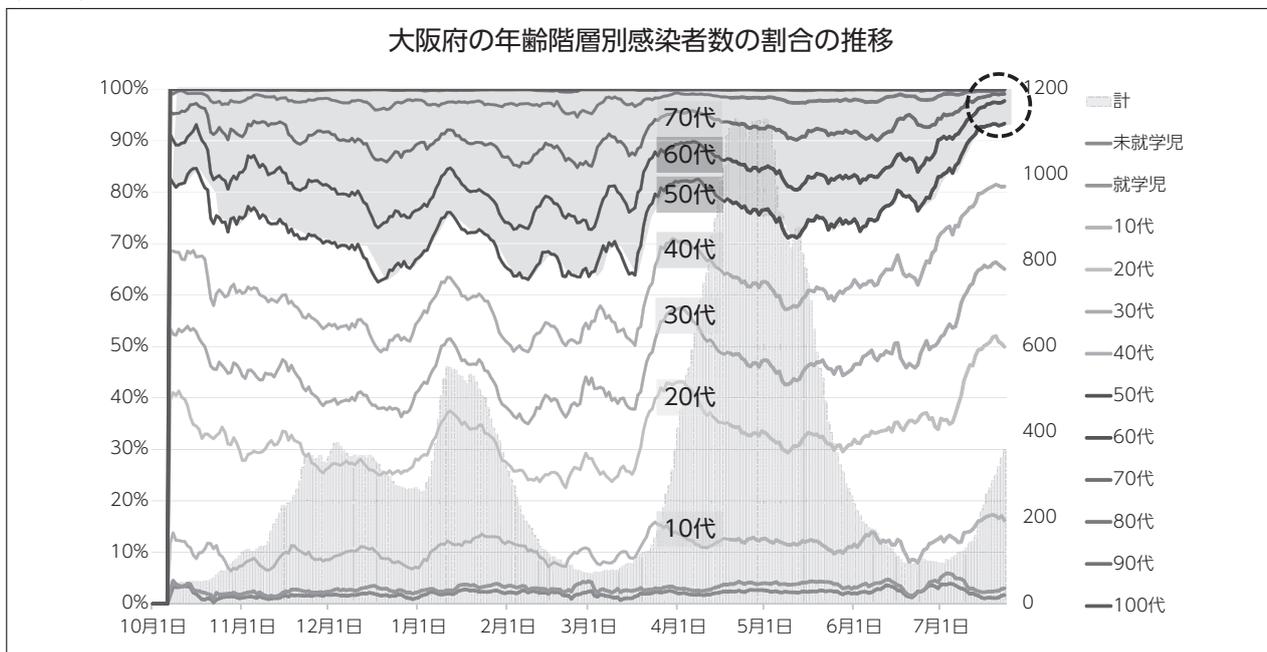
次は50代、40代です。ここは優先的に打っていかないとまた重症化していきます。最後は30代、20代はどうしますかという問

題がありますが、これはまた後で考えましょう。

〔 ワクチンと集団免疫 〕

ワクチンと集団免疫についてです。集団免疫は成立するかというと、計算値で基本再生産数分の1を1から引いて100を掛けると、集団免疫の確立のための免疫獲得者の割合が出てくるという理論的な式があります。今のコロナの基本再生産数は2から3ぐらいです。そうすると、集団免疫を獲得するためには7割ぐらいの人がワクチンを打てば集団免疫は獲得されます。でも、そこには落とし穴があります。昨日CDCが、「デルタ株は水痘と同じぐらいの感染力だ」ということを言われました。これは何を意味するかというと、水痘と同じだったら、1人が8人ぐらいに感染させるというもので、感染力はかなり強くなります。

〈図4〉



その数字を入れると集団免疫の獲得には90%が必要です。もう頑張って頑張ってキャンペーンを行い、絶対打てよと言ってやっついていかないと難しいので、そういう意味で言うと集団免疫は困難でしょう。だから、集団免疫を目指すという考え方ではなく、集団免疫はできないかもしれないという考え方で社会を作っていく方がよりリーズナブルな考え方になると思います。

ワクチンの効果については感染予防、発症予防、重症化予防、死亡予防といろいろ言われており、なかなか分かりにくいですね。感染予防・発症予防・重症化、この割合を比べてみましょう。

このワクチンはかなりいいみたいで、大体85%ぐらいは予防できる。逆に言うと、15%ぐらいの人はワクチンを打っていても感染するという事です。ワクチンを打っているから決して感染しないということはなく、やはり人にうつす可能性も出てきます。症状を発現させないパーセンテージは、変異株でなければ95%ぐらいの効果があるとされています。重症化や死亡はかなり抑えるみたいですので、これは期待できると思いますが、接種すればうつさないというのは間違いですので、マスクをしなかったら感染して人にうつす可能性があるということは患者さんにご説明いただければと思います。

イスラエルはどうかというと、95%の発症予防効果が、変異株のデルタ株になったら64%に落ちたということです。ただ、重症化予防効果は93%とのこと。イスラエルでは7割ぐらいの人がワクチンを打っ

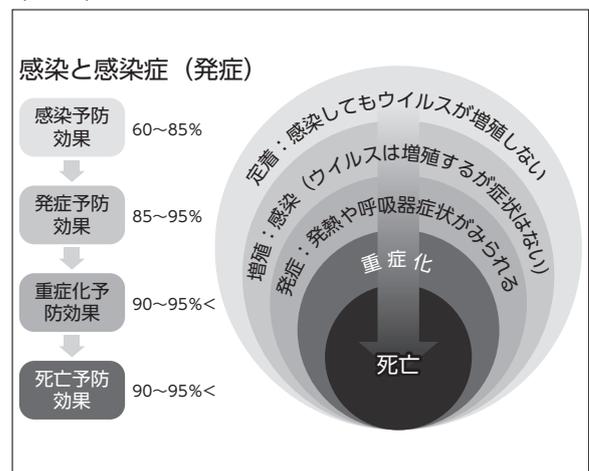
ていますが、それでもデルタ株になって感染者数が増えてきているという状況です。

アメリカも同様で、5割がデルタ株になっています。入院も18歳から49歳の若年者が増え、感染者が増えているという状況です。集団免疫を獲得して社会が元に戻ることはないけれども、それに合わせて生活するというのが大事になると思います。

イギリスは、60歳以上の1回接種率は90%に達したけれども、若い人の感染が多くなって、急激に感染者数が増えている状況です。死亡者はそれほど増えていませんが、日本よりも多くなっています。

ということで、アルファ株、デルタ株は、いわゆる従来株より少しワクチンの効果が落ちてくる。もっと落ちるものが出てくるかもしれませんので、ワクチンを全面的に信用していいですよとか、あるいは70%が打てば集団免疫ですよというのは約束できません。ワクチンを打つ時はその点もご説明いただければと思います。打たない人と比べれば重症化率や死亡率は随分下がりますが、完全ではないということです。

〈図5〉



中国のシノバックスワクチンは、発症予防ではmRNAワクチンの95%よりは落ちて65%ぐらいですが、入院予防は90%ぐらいで、インフルエンザワクチンに比べれば有効じゃないかなというぐらいの感じはしています。

感染予防効果は変異株が出ると6割ぐらいまで落ちる可能性はありますが、60%から85%ぐらいの効果は得られます。発症予防効果は60%という報告もありますが、大体80%ぐらいはあるのではないかと。よければ95%です。重症化と死亡については95%程度以上の効果が出てくると思いますので、そういう意味ではワクチンは有効です。(図5)

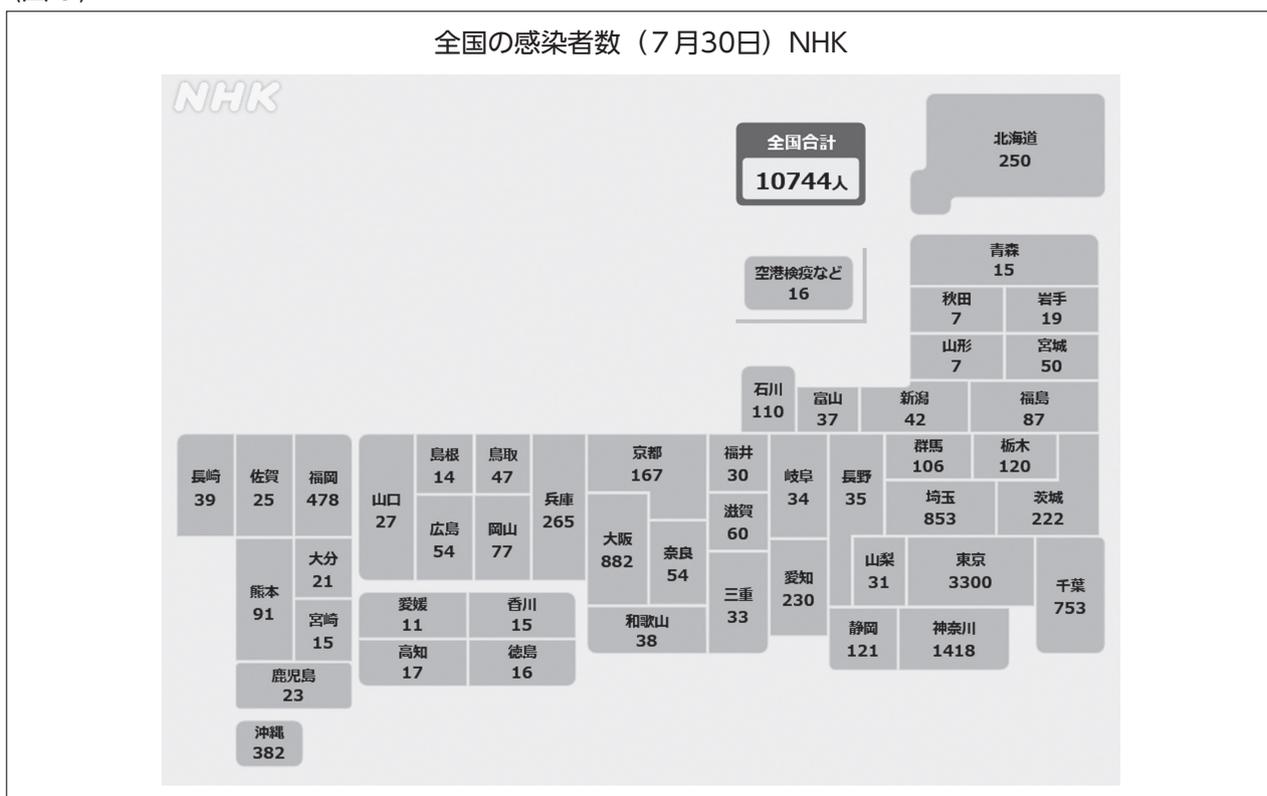
COVID-19 これまでの医療

では、ここからは医療について考えてみます。

第4波は医療崩壊でした。大阪での感染者は高齢者が多く、医療は大変でした。東京は瞬間的に上がってすぐ下がりましたが、大阪はだらだらとピークが続き医療を逼迫させました。

その原因は何かというと、大阪はアルファ株でした。あっという間に8割、9割に置き換わり、患者数が増えました。今のデルタ株は大阪で4分の1ぐらいですが、これから増えるかもしれません。東京はデルタ株が半分近くで、これが今の患者数増加につながっているのではないかと考えられ

〈図6〉



ます。

これは昨日（7月30日）のNHKの全国の感染者数の数字です。〈図6〉がらっと様相が変わってしまいました。都市部以外は大概1桁で、たまにゼロもあったのですが、これを見ると、例えば私の出身地の長崎では39という見たこともないような数値です。これが今起こっているということですので。7月の4連休の後にフェーズは変わりました。東京では、普通に3,000が出てきています。その前までは1,000に行くかどうかでびくびくしていたのに、一遍に3,000までくるとあまりびっくりしなくなる、そのぐらい状況が変化しています。全国津々浦々、今まで見たことのないような数値が並び始めています。これがデルタ株の影響であれば、今までとはフェーズが違って来る。これは非常に注視すべき状況です。

でも幸いというか、このフェーズになった時に何とかワクチンが間に合ったのではないかということです。この状況がワクチンなしで来たらくさんの人が亡くなっているはずですが、まさにインドで起こったようなことが日本でも起こり得たかもしれない。そこにワクチンがちょっと前に入ってきたので、何とか死亡者、重症者を抑えることが今のところできているかなというぎりぎりの線にいるということです。

大阪では、第4波の時、毎日の新規重症者の数が40を超えました。当初、大阪の重症ベッドは224床用意していました。第3波は184床まで来て冷や冷やしながらかも抑えたから、第4波もこれだけあれば

大丈夫だろうという思いでした。皆さんご存じのように、1床でも重症病床を増やすのは大変です。たった1床増やすだけで看護師さんは5人ぐらい要りますし、部屋もどうするかという問題が出てくるわけです。でも、第4波ではそんなことは言っていられなくて、最終的には449床までいったという、とんでもないことが起こったわけです。どんどん増やしていきましたが、それでも間に合わず、軽症・中等症は重症化しても自分の病院で診ましようということになったんです。

大阪府のICUは615床しかなく、3分の2はコロナに使ったわけです。もちろんICUだけじゃなくて一般病棟で診ていただいたこともありました。大阪の医療はかなり逼迫し、一般医療にしわ寄せがいったというのが第4波の問題です。がんの手術や心臓の手術、臓器移植とかは連休中は全部できなくなりました。医療崩壊ですね。こういうことはありましたが、全体で何とか乗り越えることができたというのが大阪の第4波で起こったことです。

崩壊から再生が始まる

この医療崩壊を経験したということが、問題提起になったわけです。この医療崩壊に近い状態があったからこそ、今の大阪の医療現場は強くなったと思います。最大449床、軽症・中等症1,738床を使いました。それだけではなくて、何千人という方が自宅で療養されていた。亡くなる方もいらっしまった。重症化しても行く病院がな

かったというようなことが起こりました。ピーク時には自宅で1万4,000人が待っていました。重症は公立病院が急激にベッドを増やしてくれました。民間も公的病院も大学病院も頑張っ、大変な努力をしていただきました。これが第3波、第4波の総括です。

これを踏まえて、大阪府は今までの重症拠点病院と軽症・中等症病院に加えて、「中等症・重症一体型病院」を作ろうと考えました。今まで重症は近くの病院に送っていましたが、第4波の経験があったから何とか重症を診られるということになって、軽症・中等症を診ていたけれども重症も診れますよという病院ができたというか、お願いしているということです。

重症拠点病院というのはECMOができるところで、大学病院、阪大病院もここに入ります。許可病床数の2.5%、つまり、阪大病院は1,000床ありますので25床用意してくれということです。それから、中等症・重症一体型病院①と②があります。①は何かというと、感染症指定医療機関、大阪市立総合医療センターとかりんくう総合医療センターなどです。それから、いわゆる市民病院は②で、何とか重症ベッド150床とプラス650床ぐらいは軽症・中等症を増やそうと要請しており、現在、重症は500だったところが580床集まったそうです。ただ、580床も集めたら、中等症ベッドを減らしながら重症に移していくわけで、中等症・軽症のベッドが少なくなります。これは「災害級」の想定ですが、これからは重症や死亡が少なくなってくるの

で、むしろ中等症が大事になり、そっちに比重を移していく必要があります。

初めから580床全部を重症用にする手術ができなくなりますので、フェーズ分けで考えます。今日からフェーズ2と連絡があると、その病床数にしていくわけです。例えば重症病床が90床を超えたら230床、161床を超えたら320床を用意というように大阪府全体で決めています。そういうフェーズがあり、最大級で580床ということです。ちゃんとカバーできるというのがフェーズ分けの考え方です。

軽症・中等症も同じような考え方です。ただ、確保目標よりも今はちょっと少ないですが、病院も協力してくださっています。まさに医療崩壊を経験したからこそその大阪独自の医療の準備で、大事なことだと思います。経験を生かさなかったら意味がないですね。ひどくご迷惑をかけた患者さんもいっぱいいらっしゃるとしたら、それを生かさないとするのは怠慢だと思います。

問題は宿泊療養です。宿泊療養が目詰まりを起こしたのが第4波でした。どんどん患者が積み重なってきて、順番に手続きをしていくわけですが、その間に悪くなる人もいます。ホテルは発症から10日したら出ていくことになるので、診断した時は発症して3日ぐらい経っています。それからホテルが空いたので行っていいですよと言われても、既に10日経っていたということも多いです。そういうこともあって、この目詰まりを何とかしないといけないというのが今回の課題でもあります。連絡があった

らずぐホテルというのを大阪府が計画しているはずで、ホテルもフェーズごとに最大で6,000室の確保を目指していて、そこは可能だと思います。

最初の頃は一つのホテルに200人ぐらいいるのに酸素モニターが1個しかなかったのですが、今は全員に配れるようになって、自宅療養でも酸素モニターが配れるようになりました。

あと、第4波から何が変わったかというところ、濃縮酸素を一つのホテルに3台置くことにしました。酸素濃度が下がっても病院にすぐに入院できないこともあるので、3台置いてそこで何とかしのいで、病院が空いたら行ってもらうということです。第4波の時は看護協会から看護師さんを1ホテルに4～5人派遣してもらい、24時間体制で診てもらって、酸素濃度が下がったら濃縮酸素を吸ってベッドが空くのを待つということをやっていました。

治療薬は、レムデシビルとステロイド、バリシチニブというのがありますけれども、抗体カクテル療法というものができて、これは期待しています。抗体カクテル療法で軽症のうちに治せば重症化を抑制できます。これは抗ウイルス薬で、タミフルやリレンザのことを考えていただくと分かるように、7日以内という発症早期でないという意味がないです。7割ぐらいの重症化を防ぐと言われていまして、できるだけ使った方がいいだろうと思っています。

そうすると、ここで医療の組み替えが起こってきます。今までは、保健所でかなり目詰まりが起こっていました。それはそう

です。保健所の職員は数が限られているのに、100人も200人もとなれば無理だというのは分かります。抗体カクテル療法ができるようになったのだから、軽症・中等症病院にリスクのある人を集め、早めに点滴する。そうすると、軽症・中等症病院を空けておかないといけません。

では、残った人はどこに行くか。抗体カクテル療法をやると重症は少なくなってくるでしょう。今ホテルを準備し、直接搬送するようなシステムを作っています。それからゆっくりと積極的疫学調査なんかをすればいいわけですから、そういう状況を作ろうと。そうすると、ホテルが重要になってきます。ここで重症化したら病院にとなるのですが、ホテル療養をサポートするのはどなたかですかという話になってきます。軽症・中等症病院、重症病院はもちろん病院です。じゃあ、ホテルはやっぱり医師会の先生方ということになるわけです。若い人達がいっぱい入ってくるホテルで重症化する可能性のある人をすぐに病院に送っていく。ホテル療養でのサポートに医療体制は移っています。自宅・ホテル療養を支えるところはもはや病院ではなくなります。ここをどう支えるかということがまさに先生方のお力にかかっているということです。

自宅療養者に対しては、知事と茂松会長がしっかりと話合っておられますが、今、そこに医療の中心が移っています。病院は抗体カクテル療法で重症化を抑えることに注力する。そうすると、自宅療養者を誰がサポートするのかという問題が出てきます

ので、社会的な意味でも医師会に期待しているところ。なかなか大変なことですが、よりよい解決策を見つけていただければと思います。(図7)

withコロナ時代の医療

今は、コロナの患者は皆隔離になっています。病院でも、レッド、イエロー、グリーンゾーンを行って非常に厳しく感染対策をしながら診ているというのが現状です。

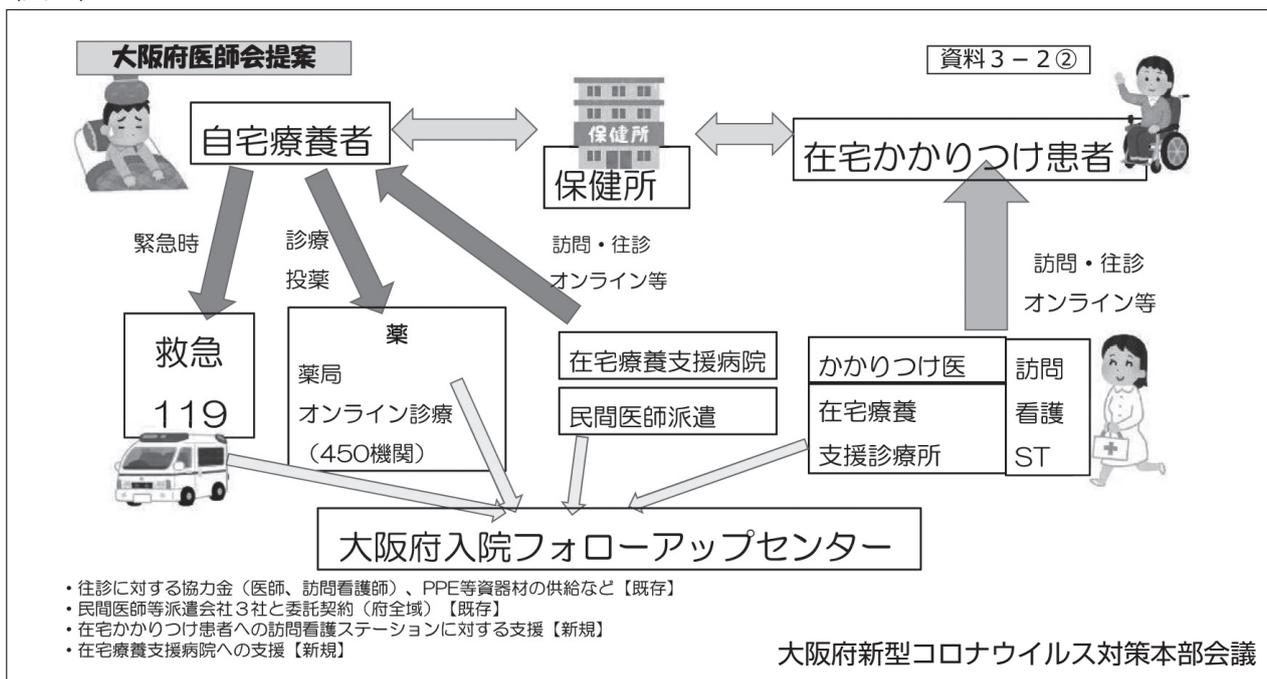
では、インフルエンザが4人部屋で発症したらどうしますか。まず個室に発症者を隔離しますよね。残り3人はタミフルとリレンザを飲んでもらって、一緒にいてもらってもこれはしょうがないかなと思います。

では、4人部屋で活動性肺結核の人が知

らない間に入っていたらどうしますか。まず一番最初にやるのは、見逃しが起こらないようなシステムに変えていきます。入院の時に必ずレントゲンを撮りますから、それを見逃さないということです。同室者にはクオンティフェロンやT-SPOTをやって、既感染か否かの鑑別をして、感染者がいた場合には潜在結核治療を行うか、半年ごとのフォローアップを行う。発症すれば結核の治療を行う。これも別に部屋を替える必要はありません。

では、4人部屋にコロナが出たら。今は専門病院に移しますが、専門病院に移せないとなればどうするか。まず、発症者は当然個室です。残りの3人も全員個室にします。というのは、コホーティングして1人発症したら残りの2人にますますリスクがある。だから、これからは個室がかなり必要になってきます。こういう次のフェーズ

〈図7〉



を考慮しておかないといけないということです。一般病床の中にコロナ専用の病棟・病室を作っていくしかない。そうすると、個室が要りますけれども、個室の中にレッドとイエローゾーンを作っていくということになります。〈図8〉

ここでもう一つ考えないといけないことがあります。それは、インフルエンザにおけるタミフルやリレンザのような治療薬、予防薬。私が今一番注目しているのは、経口の抗ウイルス薬です。ワクチンでゲームチェンジした後で経口の抗ウイルス薬で有効なものが出てくれば、これもゲームチェンジャーになりますから、大きく期待しています。

今、経口の抗ウイルス薬を開発中で、RNA依存性RNAポリメラーゼとメインプロテアーゼというのを標的とする抗ウイルス薬が出てきました。これが出てくれば、がらっと変わります。最初は治療薬として使うと思いますが、抗ウイルス薬だから多分子防効果もあると思いますので、予防と治療、まさにリレンザ、タミフルの立場に立てる薬が出てくる可能性があって、恐らく来年早々には使えるようになるのではないかとこのことを期待していて、そうなる

とまた考え方は変わってきます。

今までみたいな隔離病棟で専門病棟を作るということはないと思います。恐らくすべての病院がコロナを診ていくということになりますが、重症の患者だけは専門の病院でやってほしいと思っています。例えばコロナ重症センターみたいなものを恒久的に維持していただければと思っています。

ワクチンと抗体カクテル療法は獲得していますので、経口抗ウイルス薬ができると世の中は随分変わるでしょう。死亡率も0.1%以下になったらインフルエンザ並みになります。もうしばらくかかりますけれども、こういう未来が来るだろうと思っています。

〔未来予想——withコロナの外来〕

未来を予測してみます。ワクチンが普及しますので、ブースター効果を獲得するためにワクチンは年1回打ち、変異株が出てきたらそれに合わせていくことになると思います。ワクチンの接種率はどんなに頑張っても6割でしょうから、集団免疫は無理だと思っています。経口の治療と予防の療法で

〈図8〉



承認された抗ウイルス薬が出てきます。これは発症早期に飲まないとい効果がないでしょう。リレンザ、タミフルと同じ考え方です。インフルエンザや感冒のコロナウイルスと同様、冬期に流行の波が来ます。また、冬期だけじゃなくて、今みたいに考えると夏にも来るだろうという季節性の風邪になっていくはずで、5類相当になると予測します。ただし、5類相当になると公費で負担してくれません。重症あるいは中等症でリスクのある人は公費のままでやってほしいと思います。外来では冬期の発熱性疾患として抗原検査を行うことになって、すべての医療機関で診ることになります。軽症の患者は、かかりつけ医がインフルエンザと同様、外来診療を行うこととなります。これが多分予測される未来となりますが、恐らく近未来です。来年ぐらいには多分こうなるんじゃないかなと予測しています。〈図9〉

もう一つ、無症状者に対するモニタリング検査を街角でやっているのをご存じですか。無症状の人にどのぐらいコロナのウイルスを持った人がいるかという検査で、その結果が発表されました。大体0.1%の人が持っているみたいです。だから、無症状で街角を歩いている人の実は1,000人に1人、2人あるいは3人はコロナということで、これから病院の中にそういう人達が入ってくる可能性があります。

そうしますと、スタッフはワクチンを接種し、常にマスクと目の粘膜を保護して診ることになってきます。これからはマスクをしながら診療・看護に当たることになります。外来患者はインフルエンザと同様、発熱がある場合にはマスクを着用し、他の患者と離れた場所で待ち合ってもらおうという場所も作らないといけない。発熱患者は分けて診ていただくことが必要になってくると思います。

〈図9〉

未来予想：Withコロナ時代の外来診療はどうなるのか？

1. ワクチンが普及し、ワクチンは年に1回のブースターと変異株に有効な改良を加えて接種する。
2. ワクチンの接種率は約60%であり、変異株の流行もあって、集団免疫までは到達しない。
3. 経口の治療と予防の両方で承認された抗ウイルス薬が処方できるようになるが、発症早期に投与を始めないと効果が得られない。
4. 抗ウイルス薬は、インフルエンザの予防投薬同様高齢者、リスクのある人、および小児に適用がある。
5. インフルエンザや感冒のコロナウイルスと同様冬季に流行の波を作る季節性の増減を繰り返す感染症になる。
6. 5類相当であるが、重症患者やリスクのある中等症の患者は公費で専門病院に入院する。
7. 外来ではインフルエンザとCOVID-19は冬季の発熱性疾患として抗原検査を行うことになる。
8. 軽症の患者は、軽症病床や宿泊施設がなくなり、かかりつけ医がインフルエンザと同様の外来診療を行う。
9. スタッフは、ワクチンを接種し、マスクと目の粘膜保護をしていれば、隔離の必要はない。
10. 外来の患者はインフルエンザと同様、発熱がある場合には、マスクを着用し、他の患者と離れた場所で待ちあってもらおう。

これからは若い人にどうやってワクチンを打ってもらうかという問題が出てくるはずです。副作用が多いですから若い人は打たない人も多くなると思います。体はだるいし、熱は出るし、腕は腫れるしで、そのことを聞いたら多分打たないという人も出てくると思います。打っても打たなくても重症化はほとんどしない、一方で副反応は出るわけです。ただ、この世代がワクチンを打たないと40代、50代、もっと上の世代、あるいは家庭内に持ち込まれるということを考えてらぜひ打ちましょうと、このあたりのせめぎ合いをどうリスクコミュニケーションしていくか。「接種が絶対的に正しい」というリスクコミュニケーションはやるべきではないと思います。それは若者が判断すべきことだと思うからです。

ただ、一つだけ、受益者負担という原則はありだと思っています。つまり、重症化するのは高齢者や基礎疾患のある人だから、その人達に重点的に打ってもらう。60歳以上でワクチンを打ちたくないという人にはぜひ打ってねと説得する方がいいと思います。40歳以上の人達はワクチンを打った方が重症化のリスクは低くなるし、副反応も若い人に比べれば少ないので接種をお願いする。40歳未満の人に勧奨するよりはメリットがあるのではないかと思います。

特に小児のワクチン接種はもっと考えるべきですが、小児に打つというのはやっぱり躊躇しますよね。子どもに打ちたくないという親がいらっしゃったら、ぜひ親御さんが打ってください。なぜならば、小児は70%以上が家庭内感染だからです。という

ことは、小児にうつさないために親は打つべきだ、これも受益者負担だと思います。

そのようなりスクコミュニケーションを図って行って、メリット・デメリットを説明した上で打っていただく必要があると思います。

これからウィズコロナの時代にはいろいろ問題が起こってきますが、直近にはホテル療養をどうするか、これはもう本当に医師会に任せられたわけです。これをどうするかというのはぜひ議論をしていただきたい。「大阪府医師会は他の医師会とは違う」というふうな結論が出ると思います。それは社会に対するアピールになると思います。今フェーズが変わったということ、今まさに先生方にコロナの問題のボールが投げられているということ、今日はお話しさせていただきました。ご静聴どうもありがとうございました。

〈文責：広報委員会〉