

Web 座談会 (2020 年 10 月開催)

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対する現状の知見と対応

【司 会】長谷川好規*
【参加者】八木 哲也**
湯澤由紀夫†

浅井 清和# 中村 敦##
三嶋 廣繁†† (発言順)

長谷川 本日は新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に関する Web 座談会にご参加いただき、まことにありがとうございます。

さて、本年 (2020 年) 初めより世界中で猛威を振るっている COVID-19 は未だ終息する気配もなく、冬に向けての第 3 波への対策も大きな課題となっております。このような中、COVID-19 に対する現状の知見や対応について、専門の先生方のご意見をいち早く提供したいという観点から、急遽、本座談会を開催するに至りました。本来ですと、皆さん一同に会しての意見交換の場を設けたいところではございますが、現場の最前線にいらっしゃる先生方のスケジュール調整が困難であること、何よりコロナ禍における集団での会合は避けるべきであることから、Web 形式での開催となりました。初の試みでございますので、不慣れな点もあるかと思いますが、忌憚なきご意見をいただきますようよろしくお願いします。

I. 新型コロナウイルスの特徴を考える

長谷川 まず、「新型コロナウイルスの特徴を考える」

をテーマに、皆さんにご質問いたします。現在の COVID-19 に対する公衆衛生対策により、インフルエンザをはじめ、多くの感染症の罹患が顕著に減少しています。しかし肝心の COVID-19 は制御できていません。この原因について、ご意見ををお願いします。

八木 COVID-19 の流行に際して、コロナ以外の接触感染および飛沫感染する感染症については、罹患数が非常に減少しています。マイコプラズマ、RS (respiratory syncytial) ウイルス感染症、感染性胃腸炎、風疹、おたふく風邪に加え、麻疹や水痘も減っています。これはひとえに、手指衛生、マスク着用、ソーシャル・ディスタンシングなどの対策の励行の影響によるものでしょう。麻疹は国内での流行はないため、輸入感染症として減っていることになりましたが、他にもマラリアやデング熱なども、海外との人の行き来が減っていることによる報告数の減少がみられます。

一方で、淋病やクラミジア感染症などの性感染症は減っておらず、梅毒、HIV 感染症が減少傾向にあるのと対照的になっています。後者の 2 つの感染症は、主にスクリーニング検査で判明することが多いため、

* Yoshinori Hasegawa :
独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター

** Tetsuya Yagi :
名古屋大学大学院医学系研究科臨床感染制御学分野

Kiyokazu Asai : 公益社団法人愛知県医師会

Atsushi Nakamura : 名古屋市立大学病院感染制御室

† Yukio Yuzawa : 藤田医科大学病院

†† Hiroshige Mikamo :
愛知医科大学大学院医学研究科臨床感染症学

長谷川好規 氏



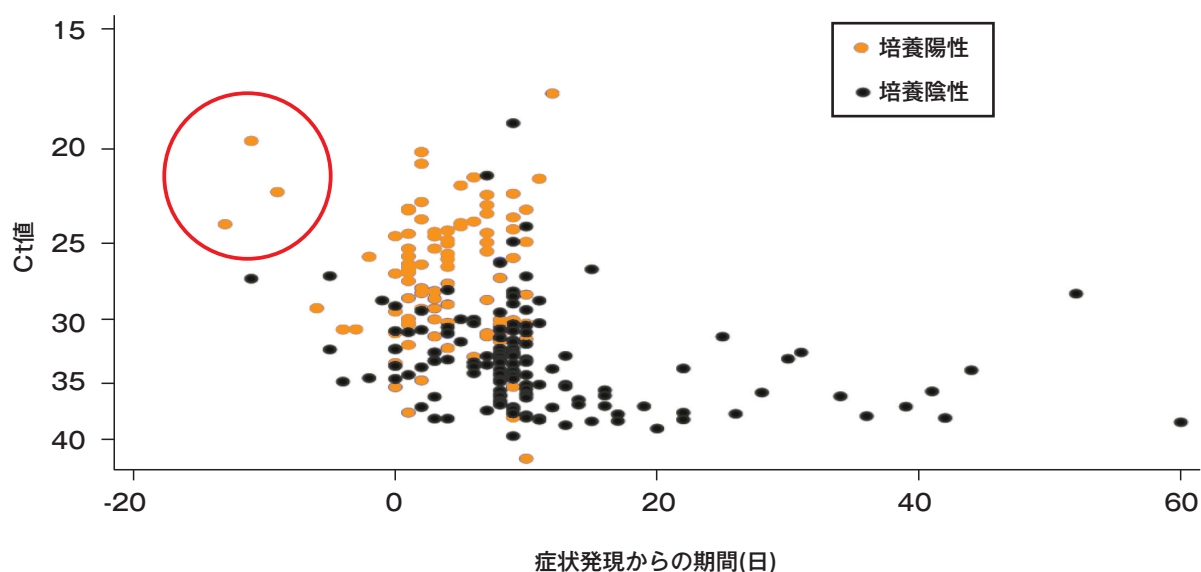


図 1 個々の検体における培養陽性の CT 値と症状発現からの期間

2020 年 1 月から 5 月までの英国における SARS-CoV-2 収集検体から見た培養陽性・陰性と症状発現からの期間との関係 (n = 246)。Ct 値：PCR サイクル数(値が小さいほど、ウイルス量が多い)。

(文献 1 より引用)

保健所や医療機関がその方面に対応しきれないのが原因かもしれません。

COVID-19 に関しても、諸外国に比べればかなりコントロールされているほうなのかもしれませんが、それでも流行が収まらないのは、やはり大部分の人が免疫をもっていないこと、無症状でも他人に移し得ること、接触調査を行っていても、スーパースプレッドとか、クラスターを形成するようなイベントがどうしても防げないことなどが理由ではないでしょうか？

長谷川 八木先生、ありがとうございます。私も先生のお考えに賛成です。図 1¹⁾は Eurosurveillance に掲載された論文ですが、左上に赤丸で囲んだ患者群が、発症 10 日前くらいから生きたウイルスを大量に排出しています。スーパースプレッダーと言ってしまうと思いますが、通常の感染対策が効果を示しにくい原因だと思っています。皆さんの見解はいかがでしょうか？

浅井 現在の公衆衛生対策をしても、感染拡大阻止がなかなか難しい原因のひとつとして、COVID-19 は感染力が強いのではないかと思います。

インフルエンザウイルスよりも一般環境下で長く生存しているため、環境衛生対策が難しく、また無症状感染者が多いことも影響していると思います。インフルエンザのように短期間で急激な症状が出ればわかりやすいのですが、そうでないため対応が遅れます。

一部のコミュニティでの「閉じにくいクラスター感染」も問題視されていますが、その対応が遅れている

のも事実です。

私の住んでいる地域では、大企業の外国人就業者が人口の 1 割を占めています。しかも 10 カ国程度のコミュニティがあるため、すべてに対応することはできません。

八木 確かにクラスターコントロールの難しい事例があり、それが感染拡大の一因にもなり得ると思います。スーパースプレディング現象は患者側の要因もありますが、密閉された空間など、環境の要因もあると考えます。

長谷川 浅井先生、八木先生、ありがとうございます。浅井先生からは、ウイルスの感染力の強さと無症状感染者の存在が衛生対策の困難につながっているとご指摘をいただきました。また、多様性のあるコミュニティでの「閉じにくいクラスター感染」については、行政との協力体制の整備が必要であると思いました。



八木 哲也氏



浅井 清和 氏

Ⅱ. 新型コロナウイルスに関するトピック

長谷川 続いて、「新型コロナウイルスに関するトピック」について、中村先生、いま気になるトピックや関心事がございましたら、ご紹介をお願いします。

中村 COVID-19 の気になるトピックのひとつとして、後遺症の問題があります。第 1 波に比べ、第 2 波では重症化や死亡する割合が低くなったとされる中、イタリアの報告では、9 割近い患者が回復した後、発症から平均 2 カ月後に後遺症がみられるとされています。後遺症の症状としては、頻度の高い倦怠感や息苦しさのほか、関節や筋肉、胸、のどの痛み、嗅覚・味覚障害、目・口の乾燥など多岐にわたっており、複数の症状を訴える患者が多いようです。また米国の報告によれば、年齢が高いほど、基礎疾患を多くもつ患者ほど、症状が持続する一方で、基礎疾患のない若年者の 2 割が通常の健康状態に回復しないと言います。私たちのような大学病院では、急性期の患者さんの診療には携わる反面、回復後の患者さんをフォローアップする機会が少ないため、なかなか実感できません。

現在、本邦でも日本呼吸器学会による実態調査などが進行しており、海外に比べて死亡率が低いとされる日本での COVID-19 の後遺症の実態がどのようなものか、とても関心があります。

もう 1 点は、やはりワクチンの今後の展開です。現時点で 40 種類ほどのワクチン候補が臨床試験中であり、その他にも 150 種類ものワクチン候補が前臨床の段階にあります。これらの中には、ウイルスベクターワクチンや mRNA ワクチン、DNA ワクチン、遺伝子組換え蛋白ワクチンといった新しい製造過程によるワクチンが多く含まれており、実用化の時期もさることながら、ワクチンの予防効果や安全性にとっても興味があります。ワクチンによって獲得される免疫はどれくらいのあいだ持続するのか、投与によって抗体依存性感染増強 (antibody-dependent enhancement: ADE) が起こる危険性はないのかなど、しっかり注目してい

きたいと思います。

長谷川 中村先生、後遺症について問題提起をいただき、ありがとうございます。日本呼吸器学会が AMED (日本医療研究開発機構) の支援を受けて、1,000 例を目標に後遺症の実態解明のコホート研究を開始しています。

湯澤先生、ワクチンについて、中村先生は「ワクチンによって獲得される免疫はどれくらいのあいだ持続するのか、投与によって ADE が起こる危険性はないのかなど、しっかり注目していきたいと思います」とのご意見ですが、いかがでしょうか？

湯澤 ワクチン開発の大きな特徴は、特定の疾患をもつ患者が対象ではなく、ボランティアの健康成人を対象とした臨床試験を実施する必要があることです。健康成人を対象とする臨床試験では、健康な方の不利益が発生しないよう、より安全性に配慮した試験デザインの設定や倫理的配慮が必要となり、注意が必要です。また、一定頻度で来院する患者さんとは違い、来院スケジュールの管理も重要なポイントになります。

ワクチンの有効性は、本来、感染しても発症や重症化を予防できるかが重要な指標ですが、血中 (中和) 抗体など免疫原性などで代用できる場合があります。しかし、それらの関連を証明する必要があります。COVID-19 に対するワクチンは早期開発が急務であり、どの程度の有効性が検証できれば臨床応用可能とするかについて議論されています。また安全性に関しては、健康人を対象に投与するため、通常薬剤と比較して高い安全性が求められています。特に重篤な副作用に関しては慎重な判断 (因果関係など) が重要です。

現在、PMDA (医薬品医療機器総合機構) のワクチン等審査部より、新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) ワクチンの評価に関する考え方が公表されており、本邦においては、それに基づいて開発されると思われます。私たちもそれを参照して、ワクチン開発治験の計画を立案しています。

八木 湯澤先生、ファビピラビルの時もかなり政治的



中村 敦 氏

な意向の影響があったように思います。本邦でのワクチン開発にも同じような影響が出ないことを祈っています。

長谷川 湯澤先生、藤田医科大学でのワクチンへの取り組みなどあれば、ご発言をお願いします。

湯澤 藤田医科大学は、AMED の「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に対するワクチン開発」課題に採択され、米国エリクサジェン・セラピューティックス社が開発を進める RNA ワクチン EXG-5003 の第 I/ II 相試験を行うことになりました。

EXG-5003 は、温度に依存した自己複製能力を兼ね備える新規の皮内投与型ワクチンです。これらの製造過程のすべてで安全性が確認されれば、藤田医科大学病院で、2021 年第一四半期に本試験による被験者へのワクチン投与を開始する予定です。

本試験は、健康成人を対象とした EXG-5003 の二重盲検プラセボ対照第 I/ II 相臨床試験です。まず低用量より開始し、安全性が確認され次第、次の用量に進む用量漸増コホートデザインにより、安全性に最大限配慮しています。本試験により、EXG-5003 の安全性と免疫原性を確立し、第 III 相臨床試験(企業治験)、さらには実用につなげることを目指しています。

長谷川 湯澤先生から具体的なワクチン開発の現状について発言いただきました。重要なお話をありがとうございました。ワクチン開発については、今後とも科学的エビデンスを検証しながら注視していく必要があると思います。

Ⅲ. 新型コロナウイルス感染症の治療を考える

長谷川 現在注目の治療について、三嶋先生、ご意見をお願いします。

1. 抗ウイルス薬

三嶋 現在のところ、COVID-19 の治療において、単剤抗ウイルス薬による治療は非現実的だと思います。併用療法、私はカクテル療法と呼んでいますが、そちらが現実的だと考えています。すでに認可されたレムデシビルや申請中のファビピラビルについても、単剤治療では効果がある症例と効果が認められない症例が存在します。どのような症例に効果があるのか、どのような症例に効果が認められないのかは、今後明らかになっていくものと推察します。

個人的には、ウイルスのメジャープロテイン阻害が確認されているイベルメクチンを用いたカクテル療法、抗 HIV 薬であるネルフィナビルに、脱毛症や放射線性白血球減少症に使用されてきたセファランチンを加



湯澤由紀夫 氏

えた治療にも期待しています。

2. 免疫制御薬

三嶋 サイトカインストームを抑制する薬剤として、ステロイド薬であるデキサメタゾン以外に、抗 IL-6R 抗体であるトシリズマブ、サリルマブ、JAK 阻害薬であるトファシチニブ、バリシチニブ、ルキソリチニブなどに期待していますが、使用のタイミングが難しいと感じています。重症化する前から使用したほうが効果があると実感しています。

3. ワクチン

三嶋 ワクチンには、古典的プラットフォームとしてのワクチンと、新世代プラットフォームとしてのワクチンの 2 種類があると思いますが、現在臨床治験が進んでいるのは、ウイルスベクターワクチン、mRNA ワクチン、DNA ワクチンなど、これまでのワクチンにはないタイプのものです。予防効果だけではなく、有害事象の発現率等の安全性に注目しています。さらに、ワクチンにより獲得された抗体持続期間を含め、予防効果持続期間が大きな問題かと考えています。

4. その他

三嶋 SARS-CoV-2 の細胞内侵入を抑制する薬剤として、ナファモスタット(注射薬)、カモスタット(内服薬)がありますが、現在、カモスタットを用いた高用量臨床試験(4 倍量)が進行しています。軽症例では内服薬による治療が基本となることを考えると、この臨床試験の結果が待たれます。

長谷川 ありがとうございます。三嶋先生は、COVID-19 に関する治療において、ワクチンについては、安全性と効果持続期間の課題を指摘されています。

Ⅳ. 所属する医療機関としての困難、工夫している点

長谷川 クリニックの立場、医療経営、検査の拡大、冬への備え等について、浅井先生、ご意見ををお願いします。

浅井 現場の医療機関(無床診療所)での問題点を報告



三鴨 廣繁 氏

します。COVID-19 の影響は診療科や地域間で異なりますが、感染を恐れての受診控えの影響がきわめて大きかったことは明らかなです。

4～5 月では、内科で 2～3 割の患者減、小児科や耳鼻科では 5 割減のところもあります。休日診療所においては、すべての施設において 7～8 割減少し、2 カ所の診療所が閉鎖されました。当然ながら医療経営状況は急速に悪化し、愛知県制度融資(コロナ対策融資)は 2020 年中に 10 億円に達する勢いで増加しています。

健診事業、産業医関連でも減少は著明で、医療経営を圧迫しています。さらに感染を恐れて子どもを登校させない親がいるため、学校検診が受けられない児童が認められるようになりました。その対策として学校医の診療所で健診するのですが、一般患者との接触を避けるために、診療開始前に健診を行うことが医療機関の負担になります。感染対策をとりながら診療を続けるために、各診療所ではさまざまな工夫がされています。

発熱患者を診るには、時間的・空間的に一般患者と分けることが求められていますが、大半の診療所は診察室がひとつしかないため、困難な状況です。

厚生労働省は午前診か午後診の一方に発熱患者を集めることを提案していますが、多くの診療所では現実的ではなく、発熱患者を院内に入れずに診療するのが妥当なところだと思います。駐車場での車内診察や玄関先診療あたりが、個人の無床診療所でも可能な対策です。発熱外来診療体制確保支援補助金が受けられる診療・検査医療機関(仮称)の指定を受けるにはハードルが高く(特に時間的動線分離)、なかなか手を上げにくい状況があります。

愛知県では 9 月末で 1,570 カ所の診療機関が、COVID-19 感染症の診療に参加する集合契約を結びました。その中で診療・検査医療機関(仮称)に手を上げた施設は 1,164 カ所でしたが、自治体のホームページ等で公表可能と返答したのは 192 カ所の医療機関に限

られました。公表することによる検査患者の集中や、風評被害の心配等が影響しているようです。

現時点では多くの医療機関が非公表ですが、愛知県としては、公表は意向調査を尊重し、公表可能医療機関に限る方向です。しかし県医師会としては、今後も会員に診療・検査医療機関への参加を呼びかけていきます。また地区医師会を通じて、休日診療所などに診療・検査医療機関への参加も働きかけていきます。そして地域医療機関と保健所、行政で、公表可・不可の医療機関を含めた情報共有を行い、会員が円滑に発熱患者を診療・検査医療機関に案内できるようにすると共に、一部の医療機関に患者さんが集中しないようにしていきます。

長谷川 診療所・クリニックの先生方にとって、感染防御できる診察室の確保は大きなハードルになっていると思います。今回、診療・検査医療機関(仮称)に手を上げた施設に対して、優先的に PPE (個人防護具) の配布を行うなどの対策はとられているのでしょうか。

浅井 診療・検査医療機関には、優先的に PPE の配布を行うようになっていきます。まず 9 月の時点で集合契約を結んだ医療機関に PPE が配布されており、さらに診療・検査医療機関には配布が予定されています。最近では県医師会に PPE 不足の連絡は来ていません。

長谷川 浅井先生、ありがとうございます。現時点では社会全体のストックも充実してきていると思いますが、患者さんが増加したときにも困らないように、各自がある程度の在庫をもてるとよいと思います。

次に、中村先生、三鴨先生にお聞きします。診療所やクリニックの先生方にとって、感染防御できる診察室の確保について、何かアドバイスはございますでしょうか。

中村 COVID-19 に対して、さまざまな制約があるクリニックで万全な感染防御体制をとることは容易ではなく、患者さんの病状と感染伝播のリスクを勘案しつつ、臨機応変な対応をとらざるを得ないと思います。

アドバイスと言えるような名案はありませんが、基本的なアプローチとして、激しい咳や検体採取に伴うエアロゾル発生の危険が少ない場合には PPE の着用とカーテン隔離、それが困難な場合には空間的トリアージをして診療を行い、診察後には清拭などの環境整備を徹底するといった、飛沫・接触感染対策で対応しているのが現実だろうと思います。

少しでも感染リスクを低減させるために、窓の開放やファンの使用などにより空気が停留しないよう室内に気流を作る工夫をしたり、診察室に独立した換気シ

システムがない場合には HEPA (high efficiency particulate air) フィルター付きの空気清浄機を活用することも一案だと思います。

エアロゾル発生の危険がある場合には個室を転用するなどして、可能な限り隔離スペースを確保して診察するべきだと思います。また、感染症状で受診する患者さんにあらかじめ連絡を入れてもらうようポスターなどで啓発し、来院時間を調整できるようにしておくこと、来院者には呼び出しシステムや携帯電話を活用し、車内など離れたところで待機してもらうなど、時間的トリアージを活用できるとよいと思います。

三嶋 ハード面では陰圧室の整備がもっともよいことは明らかなですが、実際には困難かと考えられますので、中村先生がご指摘されたような方法で対応していくしかないと思います。

少し話が逸れますが、検体採取はサージカルマスクで十分とするガイドライン等が多いのですが、愛知医科大学病院では、職員を守るという医療安全的側面を最優先していますので、鼻咽頭からの検体採取時には N95 マスクの使用を強く推奨しています^{2~4)}。

長谷川 三嶋先生、ありがとうございます。中村先生から、クリニックの感染対策に関するご意見をいただきましたが、浅井先生からもご意見をお願いします。

浅井 窓の開放やファンの使用で、空気が停留しないように室内に気流を作ることに苦心しています。HEPA フィルター付きの空気清浄機を各部屋に置ければよいのですが、コスト的に難しい面があります。先生方にお伺いしたいのは、患者さんが集中しやすい待合室の換気についてです。冬場はエアコンの使用が増えるのですが、最近の換気機器の付いたエアコン(換気と給気の両機能をもち合わせているもの)の有効性はどの程度のものなのでしょうか？ 有効性が確かなものなら、そのエアコンを稼働しているだけで、定期的な窓の開放をせずに済むものなのでしょうか？ そもそもエアコンメーカーの実験環境下での結果を、製品の効果として鵜呑みにしてよいものかという問題もありますが、知見がありましたら教えてください。

八木 今回の COVID-19 対応では、私も施設管理係の人たちと議論することがよくありました。部屋の換気については、結局のところ、どのくらいのボリュームの空気が部屋の中に入り、どのくらいの空気が外に出るかを計算するしかないようです。部屋の中の空気の流れも大きく影響しますが、実際どうなっているかを現場で検証することは難しいようです。空気の出入りの情報がメーカーの資料にあれば、どのくらい換気が

できるか、ある程度予想はできるのかもしれませんが。

結核の場合の部屋の換気回数と菌の除去との関係であれば、<https://jata.or.jp/rit/rj/nakajima.html>にある資料(結核院内感染対策 <1> 一特に施設面について)⁵⁾ が役に立ちますので、ご参考にしてください。

V. 医学教育を見ての困難や教訓

長谷川 八木先生、with コロナ時代における卒前・卒後教育について、ご意見ををお願いします。

八木 COVID-19 の医学教育への影響について感じたことを、お話しさせていただきます。

COVID-19 の流行に伴い、名古屋大学では 3 月末には対面の授業や実習が中止になりました。授業はスライドを提示し、学生が自習してオフィスアワーに質問を受けつけるという形式に変わりましたが、質問が来ることもなく、まったく手ごたえのない「講義」となりました。学生たちは学ぶ機会を奪われ、また自由に動き回ったり、人と会ったりする機会も奪われ、特にひとり暮らしの学生などは寂しい思いをしたのではないかと思います。

そうした状況になって、Web を中心とした授業形式が主流となったわけで、こちらの準備不足もあったと思いますが、やはり学生の反応が十分わからないのでやりにくいと感じました。その中で比較的うまくいったと感じられたのは PBL (problem-based learning) チュートリアルです。これはチャットベースの討議と Microsoft Teams による小グループディスカッションをミックスして進める形式ですが、チャットベースの議論が予想以上に進み、Web による小グループディスカッションも、司会進行の技量にもよりますが、割と活発に行われたと思います。ただこれは、教育センターの教員とアイデアを出し合って工夫したこと、また学生ともよくコミュニケーションをとったため、うまくいったということはあると思います。

実習も基本的臨床技能実習(感染対策)を工夫して行ったり(4年生)、いまでは臨床実習も復活して、感染対策を行い、密にならないように、いつも使用しているよりも別の広めの部屋を使用することにより、中央感染制御部としてはほぼ正常に近いレベルまで戻りました。学習の機会がなくなったことによる影響が、この時期の知識や経験上どのくらいあるのかは計り知れませんが、少なくとも実習で会う学生たちに切迫感を感じられません。

Web 講義については、自分で反省するに、準備不足であったと思います。しかしながら Web をうまく

使えば、より効率的・効果的な授業を提供できるのではないかという気もしています(Web による予習からのディスカッションを交えた、より双方向性の授業が可能かもしれません)。

長谷川 八木先生、ありがとうございます。Web による小グループディスカッションは、学生一人ひとりへの介入ができる有効な学習方法だと思います。中村先生、名古屋市立大学の教育で課題になっていることはありますか？

中村 八木先生の学生教育に関するコメントに関連し、名古屋市立大学の学生教育におけるコロナ禍での課題と対応は以下のようでした。

1. ソーシャルディスタンスのための講義・実習・試験教室の確保

中村 講義のほとんどは Zoom によるリモートで、実習や試験はできるだけ対面で実施しています。ソーシャルディスタンスを確保するために、以下の対応を行っています。

- ①学生を2グループに分けて、同じ実習を2回行う。
- ②学生を2グループに分けて、2部屋で実習を行う。
- ③実験器具等の関係で実施できない内容の実習は中止し、レポートで代替する。
- ④試験は、大教室に不足する机を追加で搬入して、2m の距離を確保して実施する。

2. 遠隔授業実施のための物品・施設の確保、教員に対するノウハウの教授

中村 Zoom での遠隔講義のための物品として、パソコン、マイク、カメラ、Zoom の有料アカウントを4学年分用意しました。遠隔授業の実施場所としては、講義室では不足するため、講義室横の準備室等も活用して、講義実施場所を確保しました。

教員に対するノウハウの教授については、教員の有志によるプロジェクトチームを組んで、Zoom の設定、基本的な操作方法、授業の進め方(出席のとり方、質問の受け方など)を講義担当者に、全体講習会と個別のハンズオン講習でレクチャーしました。現在、多くの先生方にスムーズに遠隔講義を実施していただいています。

3. 臨床実習での患者さんへの接触制限

中村 第1波前後では、手術 Video の供覧など、患者さんに接しない実習を工夫し、第2波以降はPPEの数量制限を勘案して、限定した手術見学を開始しています。手術見学を制限していた際は、学生から外科実習に対し多くの不満の声がありましたが、手術室に入れるようになってからは聞かれなくなりました。

4. 学外臨床実習の制限(一部中止)

中村 学外施設の要望に準じて、実習の場を学内実習ないし他の学外施設に変更しました。1年間の実習のうち、約3割の学外実習が中止(学内へ振替)となり、1割が他の学外病院に変更になりました。合わせて4割ほどが変更になっています。

5. OSCE (客観的臨床能力試験) など実技試験における診察の形式化

中村 頭部・顔面・口腔内には触れないこととし、診察する部位を、口頭で述べる模擬診察で代替しました。実施後の反省会では、コロナ禍での対応としては適切であったとのご意見でした。学生にフェイスシールドをさせるとよいのではとのアイデアも出されました。

長谷川 教育現場での工夫は大変だと思います。学外実習の受け入れについては、市中病院側も試行錯誤の状況です。学生に感染させないこと、また学生から持ち込ませないことを考えると、市内での感染状況に応じて実習の受け入れを制限しなければなりません。学生への日常生活については、どのような指導をされていますか？

中村 2度の実習再開前に、COVID-19の現況と感染対策に関するレクチャーの動画を作成して学生に聴講させ、視聴後のクイズで講義内容に対する理解度チェックを行いました。第1波の際には医学部生を対象とし、第2波後の実習再開時には医学部生のみならず、薬学部、看護学部の学生も対象に加えました。また経済学部や芸術工学部など、医療系以外の学部からの聴講希望があり、それにも対応しました。

学生の生活については、適切な手指衛生やマスクの着用など、日常生活での感染予防対策、3密の回避、日々の健康観察、体調不良時の対応の仕方などを指導しました。

長谷川 中村先生、学生教育における課題と対応についてご意見をいただき、ありがとうございます。

VI. 将来に向けて我々医療者ができること、すべきこと

長谷川 次のテーマとして、「将来に向けて我々医療者ができること、すべきこと」について、①医療現場で、②社会に向けて(国や自治体への要望等を含む)などのご意見を、浅井先生、お願いします。

浅井 開業医の立場で発言します。①の「医療現場で」については、開業医の主たる業務であった発熱患者を、従来通りに診察することです。COVID-19 感染症は私たちに3つの感染症をもたらしました。生物学的感染

症(疾病), 心理的感染症(不安・恐怖), 社会的感染症(嫌悪・差別・偏見)です。

開業医は医師であると同時に経営者でもあります。第1波の拡大の際, COVID-19を診察した医療機関が濃厚接触者とされ, 2週間の休診を余儀なくされたため, 多くの会員は心理的感染症に罹りました。さらに社会的感染症による医療従事者が受けたダメージは強烈で, 従業員の退職等で診療機能の低下をきたした診療所も数多くあります。その結果, 発熱患者の診察を拒否する医療機関が多数出現し, 感染症指定病院に大きな負担を与えました。いまは検査体制が整い, 感染経路もわかってきたので, いまこそ従来通りの診療体制を取り戻す時です。

②の「社会に向けて」については, 早期の感染予防策をとるため, PCR検査施設を有効に利用し, 戦略的(地域集中的)PCR検査を行い, クラスター感染の早期封じ込めをすべく, 行政に要望すべきであると思います。他に学校, 教育機関に向けた感染予防教育を行う必要があると思います。20歳代がもっとも感染者が多いという現状を考えると早急に行うべきです。

長谷川 浅井先生, ありがとうございます。同じテーマで, 湯澤先生, ご意見をお願いします。

湯澤 我々は, コロナ対応と両立して, 高度医療の提供という大学病院の本来の使命を流行以前と同じレベルで果たさなければならないと認識しています。

そのためには, とにかく基本に立ち返って, 「医療者と患者さんがマスク・マスクの関係でいること」, 「診療で患者さんに接触した場合は, 手洗いを欠かさないこと」を現場のすべての職員に徹底しています。文字にすると簡単ですが, これをすべての医療者に徹底することは, リーダーシップを試されていると実感しています。

医療従事者には「患者が持ち込む」と考えるバイアスがありますが, 市中感染のフェーズになると, 職員が家族などから感染して「無症状」で勤務している危険もあるわけです。そこから院内に感染を拡大させないためには, 「職員の休憩室・更衣室など, 職員同士の接触機会に注意すること」, 「休憩中など患者に接していないときに警戒モードがOFFになってしまう」ことに対策をとることが重要だと考えています。発熱や感冒症状を呈した職員が, 非難されず申告しやすい職場風土を維持することも重要です。

Ⅶ. まとめ ～新型コロナウイルス感染症の克服に向けて～

長谷川 最後に「新型コロナウイルス感染症の克服に

向けて」, 湯澤先生, ご意見をお願いします。

湯澤 感染流行期には, 「感染者をブロックする」から「感染者を院内で発見しても, 拡大させない」という戦略の変更が必要だと感じています。手洗いとマスクという「基本」をすべての職員に徹底させる, 病院長としてのリーダーシップをいまこそ発揮すべき時だと実感しています。

長谷川 浅井先生, 医師会の立場から, ひと言お願いします。

浅井 私のひと言は, 「親しき仲にもコロナあり」を忘れずに, 基本的な感染防止策の徹底を行うことです。

長谷川 ありがとうございます。COVID-19を正しく知り, 対策を立てた上で「従来の診療体制を取り戻す」は, 医療を担当する者として重要な示唆であると思います。浅井先生のご指摘のように, 我々医療者ができることは, 早く患者さんを診断し, クラスターを早期に封じ込めることと, 医療崩壊を起こさないこと, つまり, 医療を必要とする患者さんにきちんと医療を届けられる体制を, 社会と共に協同して維持することであると考えます。

私のひと言は, ニュージーランドのアンダーソン首相の言葉である, 「Be strong and be kind」に加えて「Be patient」, つまり粘り強くCOVID-19に対処していけるとよいと考えています。

皆様, COVID-19に関する座談会へのご参加, まことにありがとうございました。

文 献

- 1) Singanayagam A, et al : Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020. Euro Surveill 2020 ; **25** : 2001483.
- 2) Sakanashi D : Comparative evaluation of nasopharyngeal swab and saliva specimens for the molecular detection of SARS-CoV-2 RNA in Japanese patients with COVID-19. J Infect Chemother 2021 ; **27** : 126-129.
- 3) Asai N, et al : Clinical manifestations and radiological features by chest computed tomographic findings of a novel coronavirus disease-19 pneumonia among 92 patients in Japan. J Microbiol Immunol Infect 2020 ; S1684-1182(20)30168-7 (Online ahead of print) .
- 4) Asai N, et al : Could threshold cycle value correctly reflect the severity of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) ? J Infect Chemother 2021 ; **27** : 117-119.
- 5) 中島由槻 : 結核院内感染対策 < 1 > 一特に施設面について . <https://jata.or.jp/rit/rj/nakajima.html>