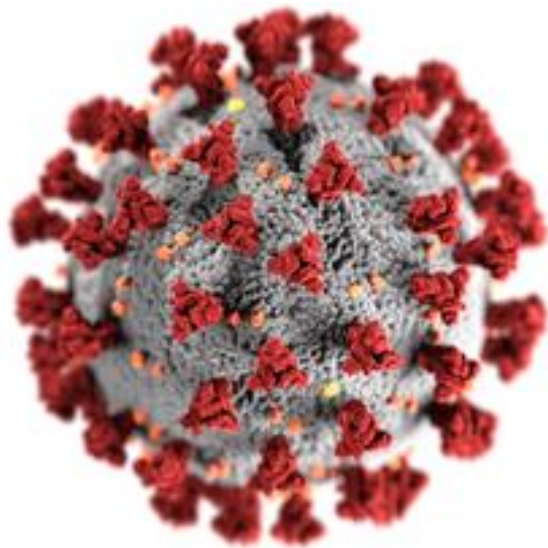


コロナに関する意見交換会基調報告

コロナの現況と論点



2021年2月8日
健康医療研究会 江村 泰一

本日の予定

15:00～17:00



- | | | |
|---|---------|---------------|
| 1 | 基調報告 | 15:00 ～ 15:40 |
| 2 | 休憩 | 15:40～15:45 |
| 3 | 質疑・意見交換 | 15:45～17:00 |

基調報告の内容

- 1 現状分析アップデート（各国別感染者と死亡者の状況他）
- 2 医療の状況
- 3 ワクチンの状況
- 4 その他参考情報

<添付：昨年11月発信情報再掲（一部略）>

- ・ コロナ感染対策によるマイナス面を考える
（高齢者の健康面に絞って）
- ・ 参考情報

1 現状分析アップデート

(1) 概要

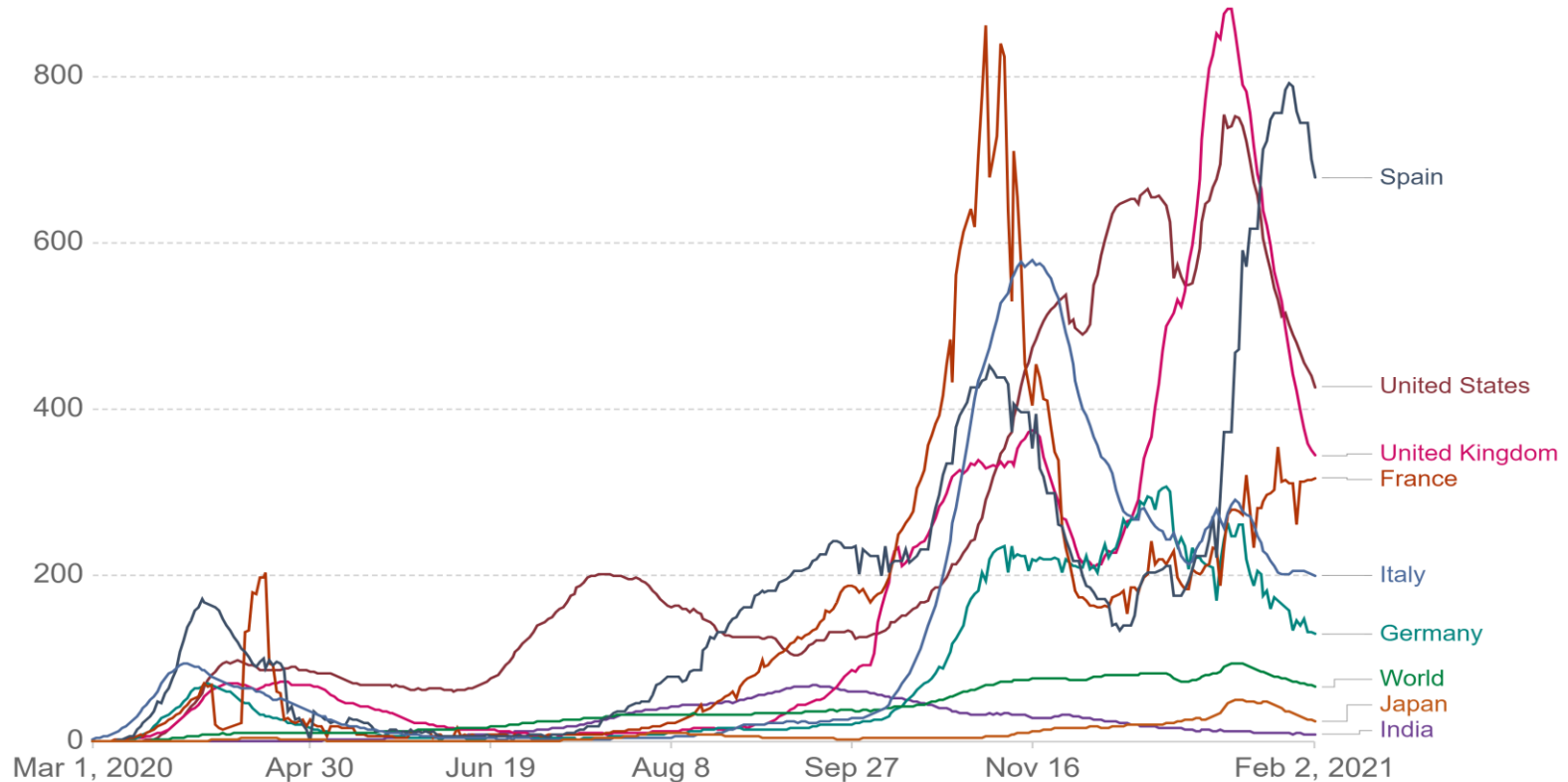
- ・ 昨秋以降米国、西欧とも感染の拡大が加速、再度厳しい措置（ロックダウン等）をとる国が多い（特に英国、ドイツ）
- ・ 日本も11月以降、依然として欧米とは規模は違うが新規感染者、重症者、死者数とも激増。
再度緊急事態宣言発出（2月2日1か月延長決定）
- ・ 上記に伴い、このところ「医療崩壊」「病床の逼迫」が叫ばれている
- ・ ワクチンの投与が各国でスタート、日本は2月下旬以降接種開始予定で準備を進めている

各国の新規感染者数推移 (7日間移動平均・百万人当たり)

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.

Our World
in Data



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data – Last updated 3 February, 21:03 (London time)

CC BY

出典：our world in data

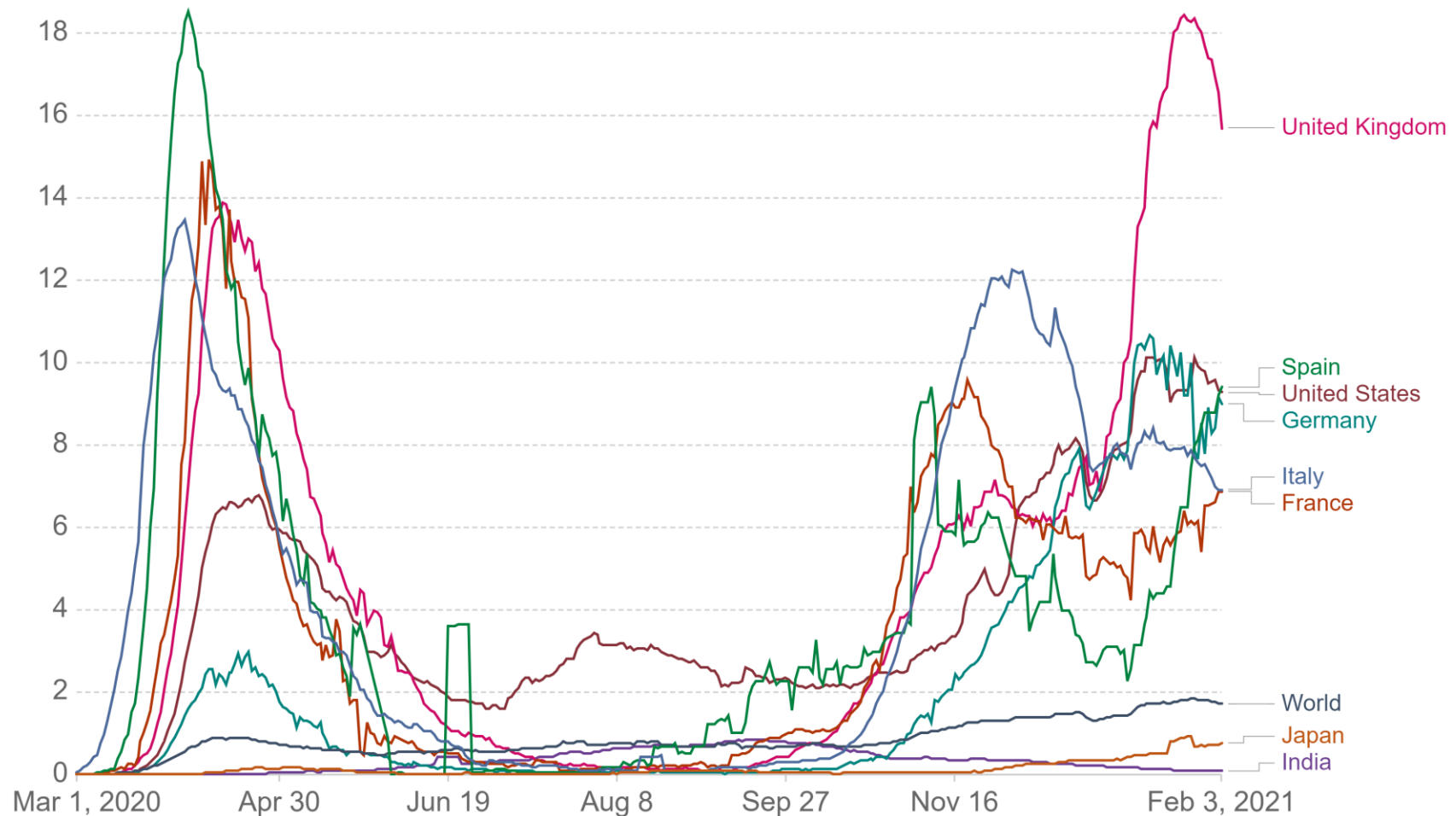
イギリス、オックスフォード大学の研究者らが各国の発表などに基づいて世界のコロナ関連諸情報をまとめているサイト

各国の死亡者数推移 (7日間移動平均・百万人当たり)

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

Shown is the rolling 7-day average. Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.

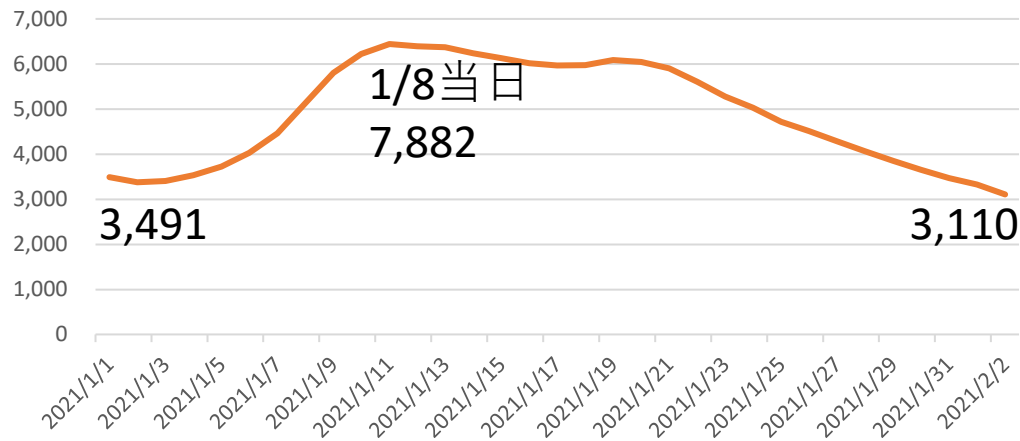
Our World
in Data



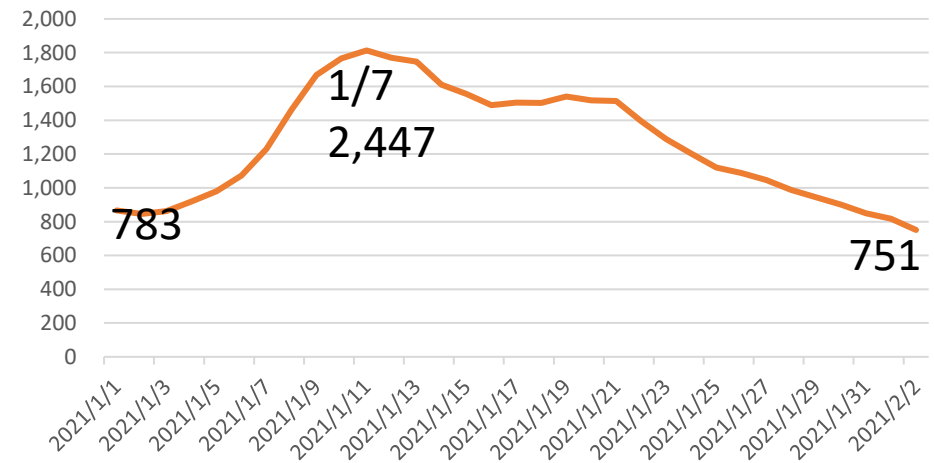
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data – Last updated 3 February, 21:03 (London time)

21年1月1日以降の日本全国及び東京都 新規感染者数、死亡者の推移

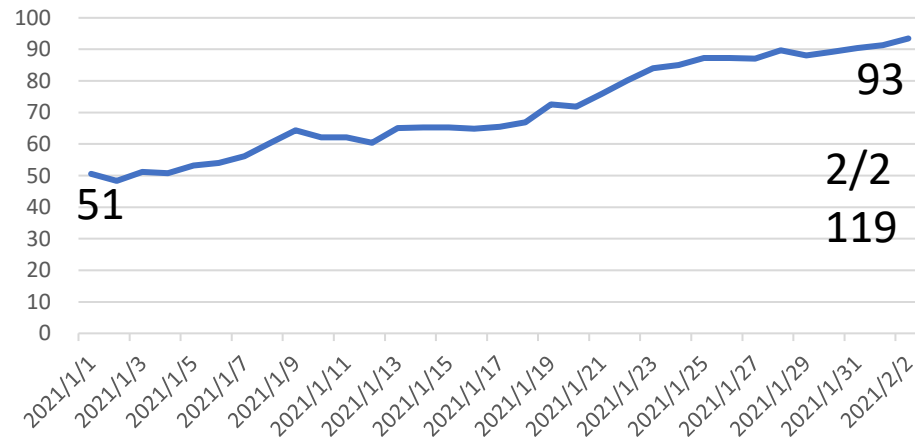
全国新規感染者数7日間移動平均



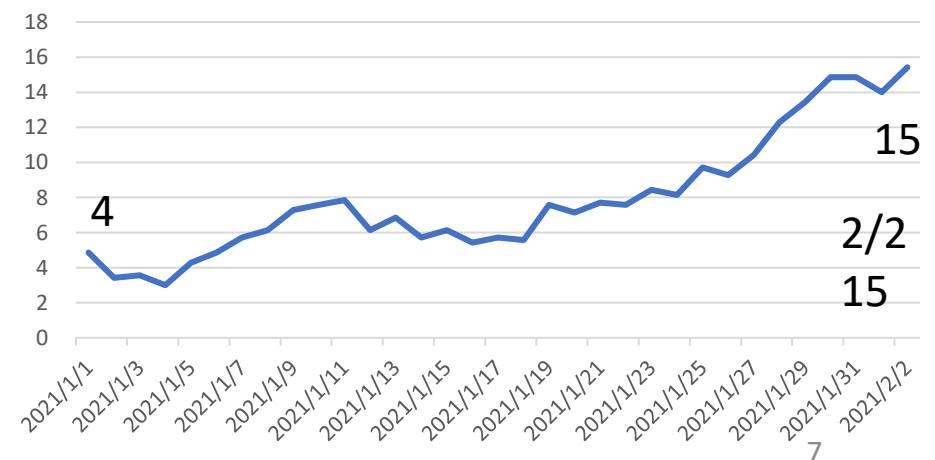
東京都新規感染者数7日間移動平均



全国死亡者数7日間移動平均



東京都死亡者数7日間移動平均



2 医療の状況

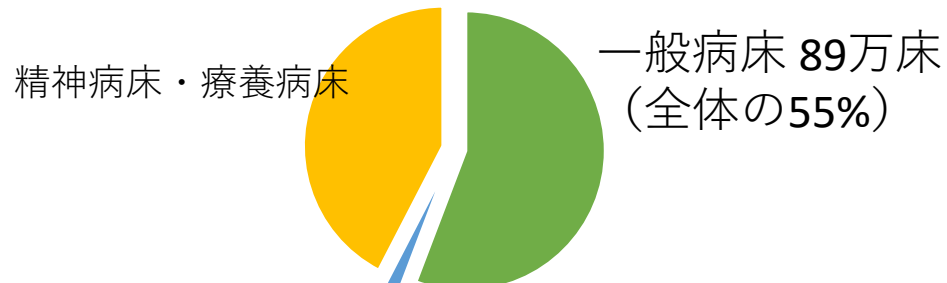
まとめ

- ① 「医療崩壊」の意味するところは、
現状はコロナ患者受入病院（全体医療機関の2割の公的病院中心）
においてコロナ病床が逼迫し、新規の感染者の受入れが困難な状況と
なっている状況と理解される。「病床の逼迫」と言った方がより
正確かもしれない
 - ② 感染者の受入れ先が決まらない、というのはこうした状況を踏まえて
のことだが、自宅待機者が増えていることは間違いない（10ページ）
 - ③ 全体医療機関の8割（民間病院中心）はコロナ感染者の受入れを行って
おらず、昨今そうした民間病院でもコロナ患者を受け入れるべき、との
論調も出ているが、種々の理由で困難なようである。
またコロナ対応病床数は昨年春に比して減少している。（11ページ）
 - ④ 日本医師会の説明によれば、民間病院は人材不足、設備の問題等から
コロナ感染者受入れが困難、としている。（13ページ）
 - ⑤ 問題は医療資源の偏在にあるようである。
 - ⑥ 現在、こうした状況を踏まえ退院者、軽症者をこうした民間病院で
受入れる、いわゆる「役割分担」が進められようとしている
- 以下、各々についての資料を掲げる

病床数と病床利用率

日本の病床の内訳

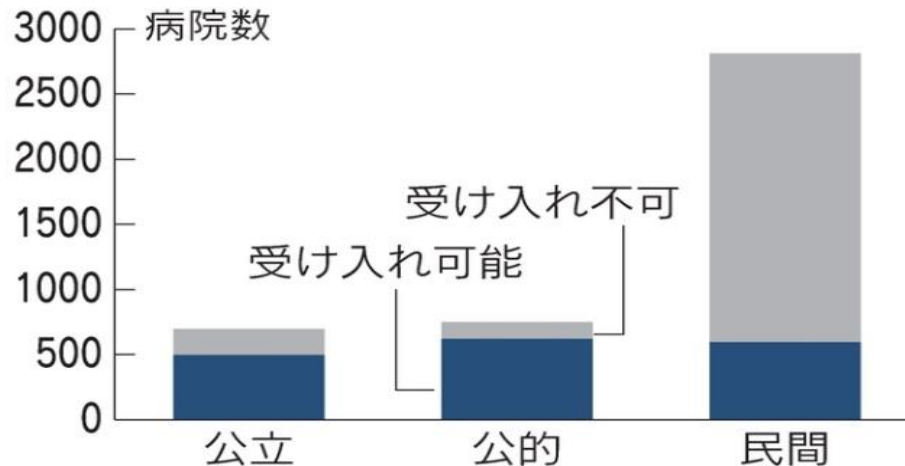
総病床数 162万床（世界一）



一般病床数のうちコロナ対応病床数 27,728床 (2021/1/27)
(一般病床数の3.1%) (次ページ)

- ・ICU病床数 17,377
 - ・人口呼吸器 28,197
 - ・ECMO 1,412
- (1月27日時点の
重症者数 1,569)
(10ページ)

民間病院の受け入れは少ない



(注) 20年11月末時点、急性期病棟のある病院。
「公的」は大学病院や日本赤十字など
(出所) 厚労省

厚労省調査

重篤患者に対応する急性期機能を備えた全国約4200病院のコロナ対応状況を昨年9月末時点
対応可能と回答した施設数は

- ・公立病院は694病院のうち69%、
- ・日赤や済生会といった公的病院は748病院中79%
- ・民間病院は2759病院中18%

出典：

病床数：厚生労働省医療施設調査
コロナ対応病床：厚生労働省発表資料
COVID19ダッシュボード

新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果（1月27日0時時点）

都道府県	入院者数	病床数		うち重症者			宿泊療養者			自宅療養者
		確保病床数	確保病床数に対する使用率	重症者数	確保病床数	確保病床数に対する使用率	療養者数	確保居室数（注6）	確保居室数に対する使用率	
01 北海道	704	1,811	39%	18	182	10%	307	1,835	17%	304
11 埼玉県	867	1,278	68%	92	140	66%	302	1,347	22%	3,189
12 千葉県	713	1,093	65%	54	88	61%	271	1,038	26%	5,116
13 東京都	2,933	4,000	73%	567	500	113%	737	2,630	28%	7,151
14 神奈川県	928	1,555	60%	105	190	55%	250	1,347	19%	2,619
23 愛知県	718	1,102	65%	67	125	54%	247	1,300	19%	1,525
26 京都府	273	720	38%	35	86	41%	124	826	15%	1,071
27 大阪府	1,211	1,776	68%	270	422	64%	1,104	2,416	46%	2,136
28 兵庫県	586	756	78%	72	116	62%	414	988	42%	0
40 福岡県	572	677	84%	35	110	32%	593	1,387	43%	1,674
合計	14,417	27,895	52%	1,569	3,620	43%	6,351	27,594	23%	26,130

東京都は重症者の基準が異なり（ICUでの治療者を算入せず、人工呼吸器、ECMO使用者まで）都の発表では重症者は159、受入れ病床数は259で使用率は54%

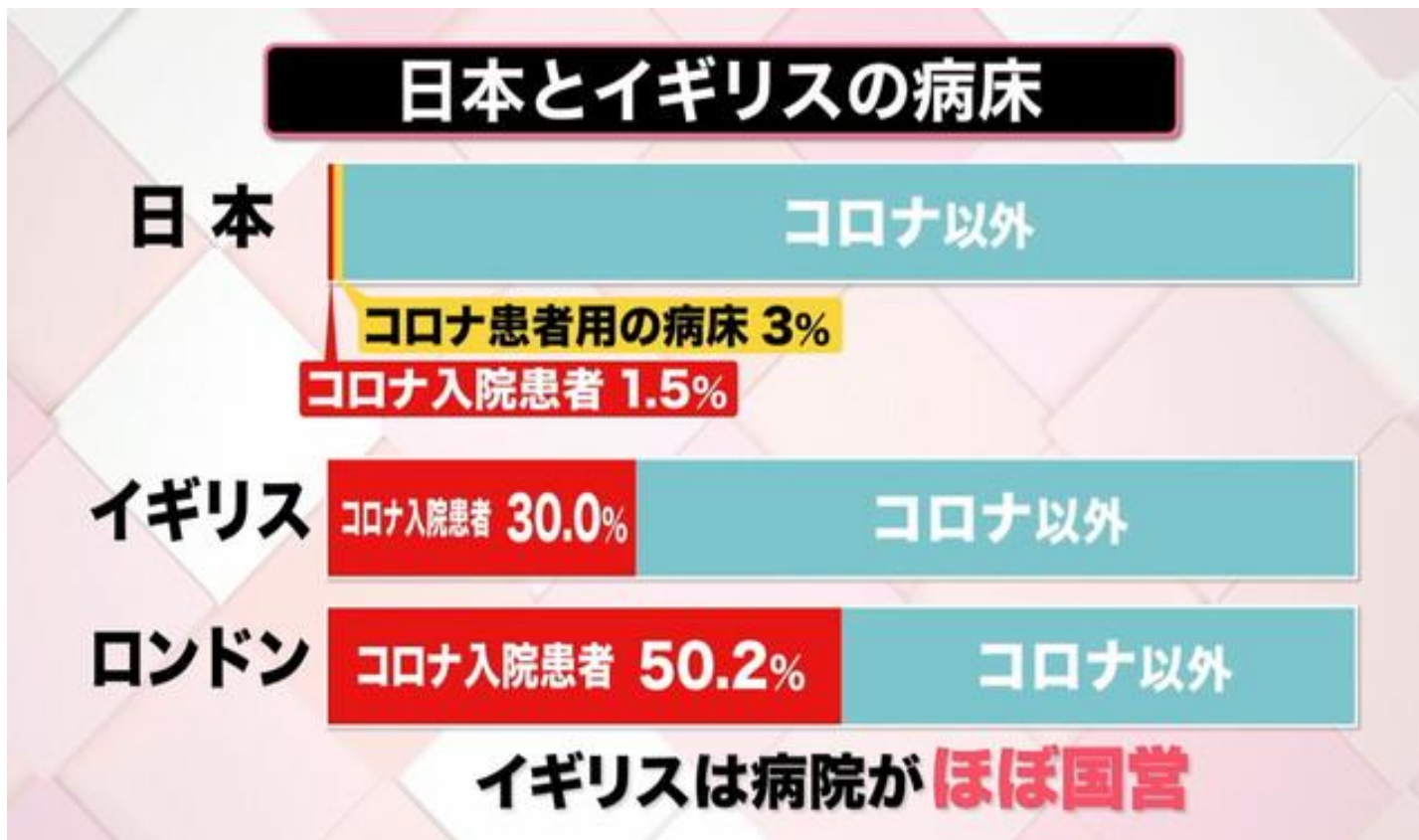
日経新聞1月6日記事

コロナ病床「1波」より減少

感染は拡大しているが病床は増えていない

		5月中旬 (第1波)	8月中旬 (第2波)	12月末 (第3波)
病床数(床)	確保見込み数	3万639	 2万7298	確保進まず  2万7624
	重症者向け	4232	 3644	 3668
感染状況(人)	入院者数	3423	 6009	急激に悪化  1万470
	重症者数	251	 192	 1017
	月間の死者数	441	 287	 1340

(注) 厚生労働省の集計などから作成



コロナ対応 民間で難しいワケ**日本医師会 中川会長によると****医師の数が
少ない****コロナ専用病棟
つくるのが難しい**

日本医師会の中川会長によりますと、公的病院と比べて、民間では対応できる医師の数がそもそも少なく、ベッドだけ増やしても、きちんと診断したり管理したりできる医師の「人材不足」の問題があるといいます。また、民間病院は公立より規模が小さいことが多く、コロナ患者と一般患者の動線を分けられないと、クラスター発生などの懸念もあります。

民間病院が尻込みするのは、経営に大きく影響するため。コロナ受け入れの有無で病院の患者数を比較したところ、受け入れている病院の方が減少幅が大きかった。大きな収入源となる手術などもあおりで延期になるケースが多く、コロナ対応が「減収要因」になっている。
グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン調査（日経新聞）

日本医師会は2020年4月1日（同日時点での累積感染者数2,348人、死亡者57人）に「医療危機的状況宣言」を行う等早い時期から危機感を表明

医療が逼迫しているのは民間病院のせいなのか？

さて、報道では「民間病院がもっとコロナの患者を受け入れれば良いじゃないか」という論調が目立ってきています。

しかし、そんなに簡単な話ではなく、そもそも医療機関で新型コロナを診療するためには「患者を診る」だけでなく「感染対策が適切に行える」必要があります。

新型コロナ診療を行うキャパシティのある民間病院はすでに新型コロナの患者を診ている、というのが私の印象です。

今新型コロナ患者を診ていない民間の医療機関は、感染症専門医もいなければ感染対策の専門家もいない、という施設が多く、こうした民間の医療機関に何のバックアップもないままに「**コロナの患者を診ろ**」と強制しベッドだけ確保したとしても、適切な治療は行われず、病院内クラスターが発生して患者を増やしてしまう事になりかねません。

新型コロナ診療を行っていない民間の医療機関は

- ・ **新型コロナを診療している病院がこれまで診ていた、コロナ以外の患者の診療をカバーする**
- ・ **新型コロナ診療医療機関からの転院など後方支援を徹底する**

ということで相互に協力をする、というのが現時点では望ましいのではないかと思います。

日本医師会について

- ・ **日本医師会**は、[日本](#)の医師資格を持つ[医師](#)のみを会員資格要件とする[職能団体](#)。任意加入であるため、会員数は2019年12月1日時点で172,763人で組織率としては日本国医師資格者らの約5割強に留まっている。
執行部は開業医が全て占めていて、勤務医の代議員は357人中38人（10.6%）と開業医主導の組織である

Wikipedia

日本医師会に加入している会員は、現在約16万8千人、その内訳は開業医約8万4千人、勤務医約8万4千人（2016年12月1日現在）

日本医師会HP

日本医師会は1957年から25年間にわたり会長を務めた武見太郎氏の剛腕のもと、保険医総辞退、全国一斉休診を強行するなど、開業医らの利益のために戦ってきた。以降最強の圧力団体と言われ、自民党に強い影響力を持っている。

また、各種健康保険において支払われる**診療報酬や薬剤価格は中央社会保険医療協議会（中医協）において決定されるが、その委員として日本医師会は大きな影響力をもつ**

Wikipediaなどから

コロナ患者を受け入れていない医療機関は受診控えにより経営が圧迫されている。また**民間がコロナを受け入れるとコストが増大するし、風評被害もたかねない**。こうしたことから医師会としてはとにかく感染者を抑えたいとの意向が強いのではないかと推測される。

また、医師会は遠隔診療にも強く反対し続けている。

日本の医療体制の問題点

この問題でわれわれが当面出来ることはないように思われる
ただ日本の医療の構造的な問題点を知っておくことは重要

- ・ **なぜ勤務医が足りないのか**
→ 診療報酬体系の問題
- ・ 日本は基本的に「出来高払い方式」
病床が埋まってなんぼの世界、入院させたがる
- ・ 過剰な検査・入院
- ・ 3時間待ち、3分診療
- ・ **根強い「開業医利益擁護」** → 中医協の問題
(利害関係者が公定価格決定に大きな力を持っている)
- ・ 厚労省における医系技官の存在 (診療側の利益弁?)

国民皆保険は素晴らしい制度だが、少子高齢化、財政問題等から今後どう維持していくかが問われている。上記のような問題を国民一人一人が考えていくことが必要

参考：日本の医療体制について
鈴木亘「社会保障と財政の危機」(PHP新書)
森田洋之「日本の医療の不都合な事実」(幻冬舎新書)

日本の医療体制の問題点（続）

- ・なぜ勤務医が足りないのか
 - ① 残業時間が長いなど、勤務医の労働環境・働き方が悪い
 - ② 開業医と比べて収入が低く、労働の対価と賃金が見合っていない
- ・収入や待遇の問題が起こる背景には厚生労働省が行っている価格規制—つまり診療報酬制度や中医協の問題がある
- ・診療報酬は公定価格であり、自由競争原理が働かない
- ・従って開業医・勤務医間の需給調整が起こらずに勤務医不足が解消されない

鈴木亘「社会保障と財政の危機」（PHP新書）

病床逼迫の解決策は？

- ・これまで挙げてきたデータ等から見ると政府、医師会等は予測されていた「第3波」への準備が不足していたといわざるを得ない
- ・そうした状況をさしおいて、国民に我慢や自粛を求めるのは納得はいかないが、ただ「今は感染しないように」というのではあまりにも策がない。
- ・対策として考えられている、もしくは必要なことは
 - ① 民間病院も、**退院者のフォロー、宿泊施設療養者のケア等**出来ることに積極的に手をあげる
またコロナに特化しようとしている公的病院等の**コロナ以外の患者を受け入れる**等に注力すべき
 - ② 都道府県では病床・医療従事者の余裕度にかなり差がある。これらを機動的に活用するべく、国と知事が協力しあうべき

森田洋之氏（開業医、夕張で診療所勤務経験）

文春オンライン1月15日「日本の医療に足りないのは機動性」
その機動性も、**病床やスタッフを機敏に増減させる「縦の機動性」**
と、**医療資源を不足地域へ移動させる「横の機動性」**の両面。

「日本の医療の不都合な事実」（幻冬舎新書）

3 ワクチンの状況

ワクチンの種類と製造者

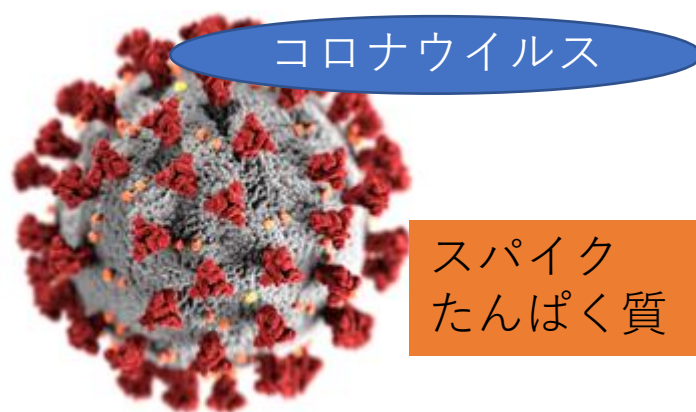
NHKコロナサイトなど

種類	作用	メーカー (実用例)
不活化ワクチン	実際のウイルスをホルマリンで加工するなどして、毒性を無くしたものを投与するワクチン	インフルエンザ 中国コロナワクチン
mRNAワクチン	ウイルスの表面にあるスパイクたんぱく質を作るための遺伝情報を伝達する物質、「mRNA」を使う 人工的に作って注射で投与することで、体の中でスパイクたんぱく質が作られ、それを受けて免疫の働きによって抗体が作られる	ファイザー & BioNTech モデルナ ロシア
DNAワクチン	ウイルスの表面にあるスパイクたんぱく質のDNAを人工的に作り出して、ワクチンとして接種 投与されたDNAは体内の細胞の中で核に入り込んでmRNAを作りだし、そのmRNAによってスパイクたんぱく質が作られることで、抗体が生み出される	アンジェス
ベクターワクチン	ウイルスのスパイクたんぱく質を作る遺伝子を、無害な別のウイルスに組み込んで、そのウイルスごと投与するワクチン。無害なウイルスが細胞に感染して、スパイクたんぱく質を作りだし、抗体が作られる	アストラゼネカ

インフルエンザワクチンの有効率は60%程度、持続期間は6か月程度とされている

核酸ワクチン（ファイザー等のワクチン）の原理

COVID-19の原因ウイルスであるSARS-CoV-2のスパイクタンパク質 (赤とオレンジ)。



こうしたスパイクが太陽のコロナのように見えることからコロナウイルスと名付けられたといわれている

ウイルスの表面に出ている突起が「スパイクタンパク質」ウイルスを攻撃する抗体の目印となる。人工的に作ったものを投与することで、人に備わっている免疫の働きによって抗体を作り出す。

日本におけるワクチン調達計画

日経1月28日

社名	ワクチンの種類	調達量	国内での生産・流通	日本での接種開始時期
アストラゼネカ	ウイルスベクター	9000万回 (国内生産)	JCRファーマが 原液生産 第一三共、明治 ホールディングス などが容器充填	未定 (治験中)
		3000万回 (輸入)		
ファイザー (BioNTech)	mRNA	1億4400万回 (全量輸入)	自社で流通	2月下旬 (見通し)
モデルナ	mRNA	5000万回 (全量輸入)	武田薬品が流通	未定 (治験中)

ワクチン接種のスケジュール

日経新聞1月25日

想定されるコロナワクチン接種の段取り	
医療従事者 (先行接種の1万人)	2月下旬に体制確保メド
医療従事者 (370万人)	3月中旬に体制確保メド
高齢者 (3600万人)	3月に接種券を郵送。3月下旬から4月上旬に体制確保のメド
その他 (基礎疾患のある人優先)	4月以降に接種券の郵送

(注) スケジュールは厚労省が1月中旬に自治体に示した目安

河野大臣1月27日発言（日経）「高齢者接種は最短でも4月1日以降。医療従事者の数やファイザーとのやり取りを鑑みて」

ビオンテックCEO 2月2日記者会見
「日本に約束通り供給出来ると確信している」

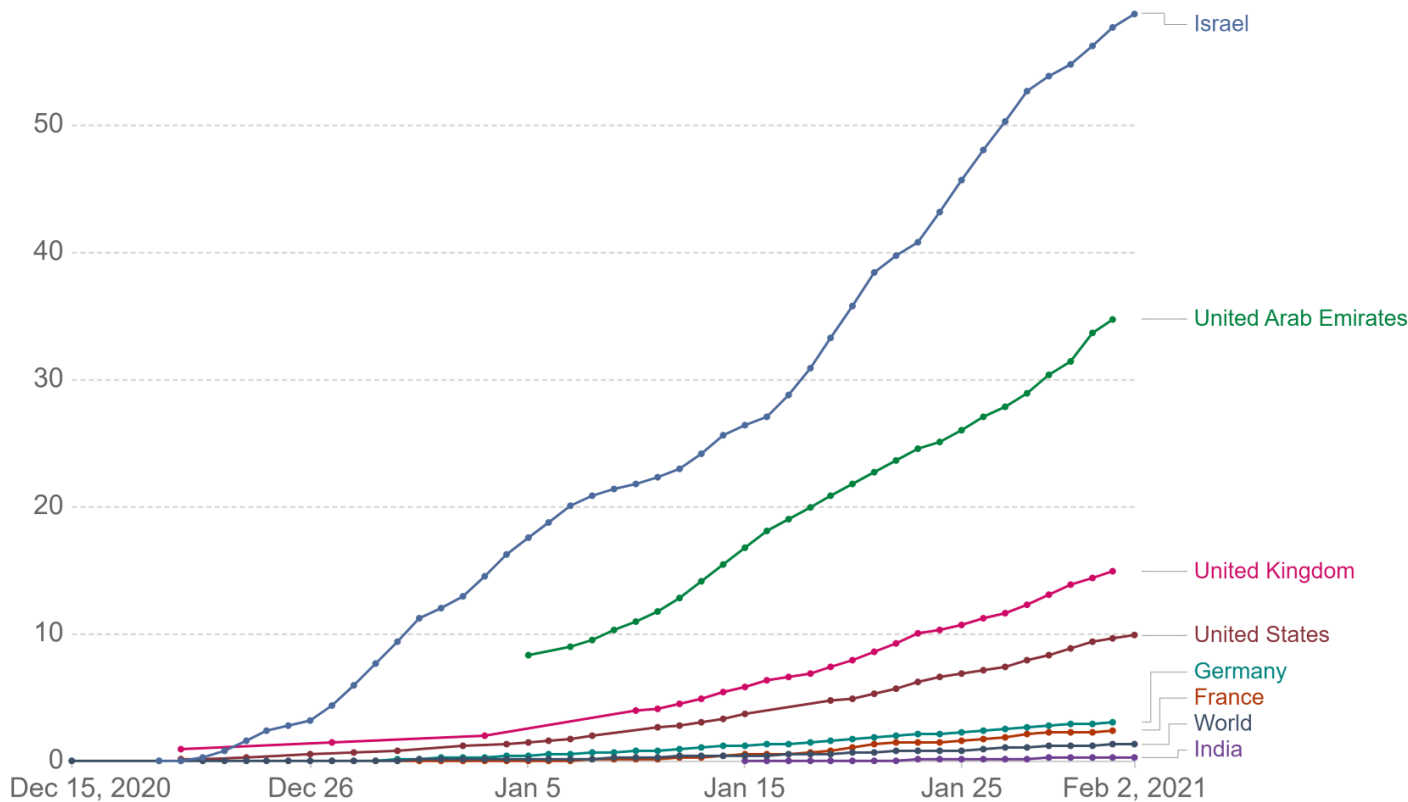
各国の接種数

21年2月2日：人口100人あたり

Cumulative COVID-19 vaccination doses administered per 100 people

This is counted as a single dose, and may not equal the total number of people vaccinated, depending on the specific dose regime (e.g. people receive multiple doses).

Our World
in Data



Source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 3 February, 09:00 (London time)

CC BY

国名	接種回数 (百万回)
世界	103
米国	33
中国	24
英国	10
イスラエル	5
インド	4
ドイツ	3

出典：our world in data

2度目のワクチン接種後は「陽性率0.01%」 イスラエルの速報値（1月26日CNN）

世界に先駆けて新型コロナウイルスワクチンの接種を進めているイスラエルで、接種を済ませたグループが新型コロナウイルスの検査で陽性となる率は0.01%前後との速報データが報告された。

イスラエルの医療保険システム、マッカビ医療サービスによると、米ファイザー製のワクチンの2回接種を完了した12万8600人のうち、2回目が終わって1週間以上経過した後の検査で陽性反応を示したのは20人にとどまった。

検査は接種済みの全員に実施したわけではなく、症状が出た人や感染者と接触があった人を対象とした。

ワクチンを共同開発したファイザーと独ビオンテックの臨床試験（治験）では、95%の予防効果が確認されている。

陽性となった20人のうち、半数には慢性疾患があるという。陽性者の症状は頭痛やせき、倦怠（けんたい）感などだが全員軽症で、入院した患者はいなかった。

同国では人口900万人あまりのうち、約250万人が1回目、約100万人が2回目の接種を済ませている

副反応の状況

CDC（米疾病対策センター）発表（1月7日時点）
ファイザーワクチンを最初に接種した190万人のうち
アナフィラキシーは21件（100万件あたり11件）

インフルエンザワクチンは51百万件中重篤な副反応は328件
（100万人当たり6件）2012年厚労省資料（別紙）

Wall street journal 1月7日

米国では新型コロナウイルス予防ワクチンの配布が始まってから9日間で、少なくとも21人が接種後に激しいアレルギー反応を起こした。米疾病対策センター（CDC）当局者が6日、明らかにした。

当局者によると、アレルギー反応の発生率はインフルエンザ予防接種をはるかに上回るものの、激しい副反応はまれで、死者は出ていない。

CDCが「罹患（りかん）率・死亡率週報（MMWR）」で明らかにしたところでは、副反応の発生件数は2020年12月14日から23日に新型コロナワクチンの接種を受けた190万人超をベースとしている。

CDC当局者は電話会見で、同期間中のワクチン接種100万回当たりのアナフィラキシー発生は11.1件だったとし、インフルエンザの予防接種では100万回当たり1.3件だと述べた。

ワクチンの種類と副反応の状況

ワクチンの種類	副反応の報告 (A+B)		A 企業からの報告		B 医療機関からの報告		C 医療機関報告のうち、重篤		接種回数
	件数	発生率	件数	発生率	件数	発生率	件数	発生率	
子宮頸がん予防ワクチン (サーバリックス) 【平成21年12月発売】	1,705件	245.1	704件	101.2	1,001件	143.9	91件	13.1	6,957,386
子宮頸がん予防ワクチン (ガーダシル) 【平成21年12月発売】	263件	155.7	68件	40.3	195件	115.5	15件	8.9	1,688,761
ヒブワクチン 【平成20年12月発売】	627件	59.2	165件	15.6	462件	43.6	84件	7.9	10,591,278
小児用肺炎球菌ワクチン 【平成22年2月発売】	869件	82.9	233件	22.2	636件	60.7	86件	8.2	10,480,144
不活化ポリオワクチン 【平成24年8月発売】	58件	20.6	14件	5.0	44件	15.6	6件	2.1	2,815,142
4種混合ワクチン 【平成24年10月発売】	5件	11.6	1件	2.3	4件	9.3	2件	4.6	430,276
日本脳炎ワクチン 【平成24年11月1日～平成25年1月31日】	49件	115.7	8件	18.9	41件	96.8	11件	26.0	423,503
インフルエンザワクチン 【平成24年10月1日～12月31日】	328件	6.4	67件	1.3	261件	5.1	47件	0.9	51,506,304

※製造販売企業からの報告については、全て「重篤」として集計

※発生率は100万接種あたりの発生数

※接種回数については、製造販売業者の出荷量からの推計

④ なぜ日本の接種開始は他国より遅いのか

日経新聞1月15日記事

- ・厚労省はファイザー製品について、日本人約160人を対象とした国内治験などの主要データが1月にまとまった時点で初めて承認するかどうかを判断する予定
- ・承認時期は最短でも2月になりそう
- ・英アストラゼネカも日本人約250人を対象にした治験を実施中だが、現時点で国内での承認申請のめどは立っていない
- ・米モデルナのワクチンの200人規模の国内治験は1月20日にも始まるが、承認は4月以降になりそうだ。
- ・海外製品の輸入に頼り、接種が後手に回る状況を積極的に改善しようという姿勢も乏しい
- ・国産初のコロナワクチンを目指すアンジェスとは21年春としていた実用化時期の後ずれが濃厚だ
- ・厚労省との協議で、安全性をより慎重に確認するために21年に海外を含む合計数万人規模の最終治験を追加実施するためだ。
- ・ワクチンの迅速な普及に向けて何が必要か、改めて考える時を迎えている

江村私見（製薬会社勤務時の経験より）

- ・安全性重視の文化。また日本の厚生行政は薬剤の承認に関して、「薬害エイズ」や「薬害肝炎」等で大きなトラウマを背負っていて、薬剤の承認には極めて慎重である。

4 その他参考情報

「ファクターX」はどうなったのか

山中教授サイト2020年12月1日

日本は何らかの原因(ファクターX)で、これまで死亡者が欧米に比べてはるかに少なく済んできました。ファクターXが何か、に加えて、今後もファクターXが続くか？は今後を予測するうえで極めて重要です。ファクターXの候補と、それぞれが今後続くかについて、考察してみました。図のように、**多くのファクターX候補は、第1波、第2波の時に比べて、減弱する可能性があります。**またこれからの冬の到来は、感染症対策からはマイナスに働きます。私の家族の多くは医療関係者ですが、第1波、第2波の時とは比べ物にならないくらい、新型コロナウイルスが迫っていることを痛感します。アクセルを外すだけでなく、しっかりブレーキを踏まないと、医療が限界に近づいています。

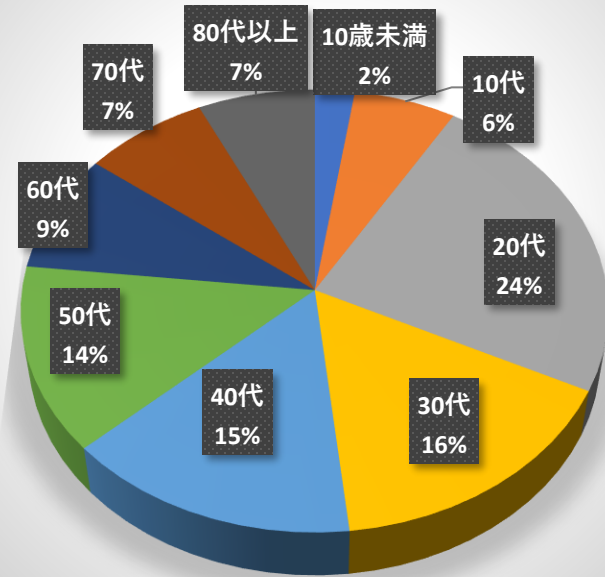
Factor Xの候補	コロナ禍初期からの変化	理由
マスク等基本的感染対策	→～↗	初期は多くの科学者がマスクを推奨せず
国民の行動自粛	↘	Go To政策等により人出が増加 コロナ慣れも広がる
遺伝的差異	→	重症化と関連する遺伝子座がいくつか報告されている
交差免疫	→～↘	他のウイルス等との交差免疫は、経時的に減弱する可能性あり
クラスター重視の対策	↘	クラスター多発で、対応に限界

その他の要因	コロナ禍初期からの変化	理由
気候	↓	1月、2月の厳冬期に感染のピークを迎える可能性大きい
検査能力	→	当初よりは増強するも、増大する有症状者、濃厚接触者等に比して不十分
医療体制	→～↘	病床数増加も、医師、看護師等の疲弊は限界に近い
治療法	↗	ステロイド剤などにより重症化率が低下
ワクチン	→～↗	海外で承認近い。しかし日本のこの冬はワクチン無しで乗り切る必要あり

高齢者が重症化するのは何故か

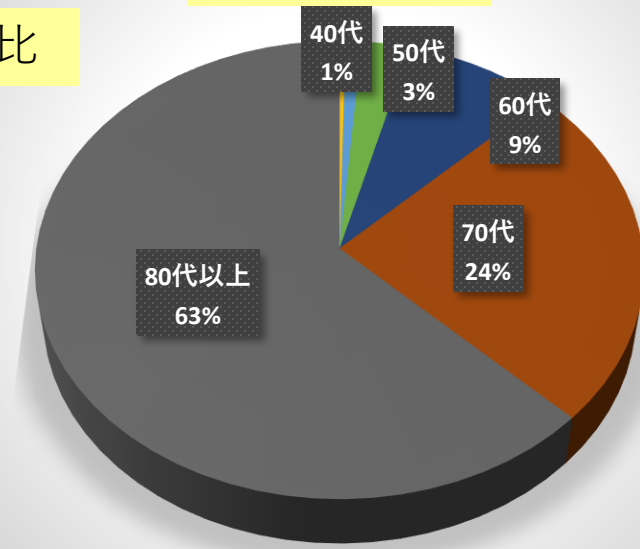
- ・ 高齢者は基礎疾患を有している場合が多い
- ・ コロナにおいては、慢性炎症を伴う合併症があると重症化のリスクが高くなる
- ・ 2020年2月に中国CDCが発表した約2万人のデータ
合併症がない患者群に比べて
心血管疾患のある人は約12倍、糖尿病では約8倍、
慢性呼吸器疾患では約7倍、死亡率が高くなっている
- ・ これらの疾患では、それぞれその根底に心血管、すい臓、
肺などの臓器に慢性炎症が存在
- ・ 新型コロナウイルスに感染すると、ウイルス感染によって
作れらる炎症性サイトカインが既存の慢性炎症巣に働き、
もともとあった炎症がひどくなる

陽性者年代別

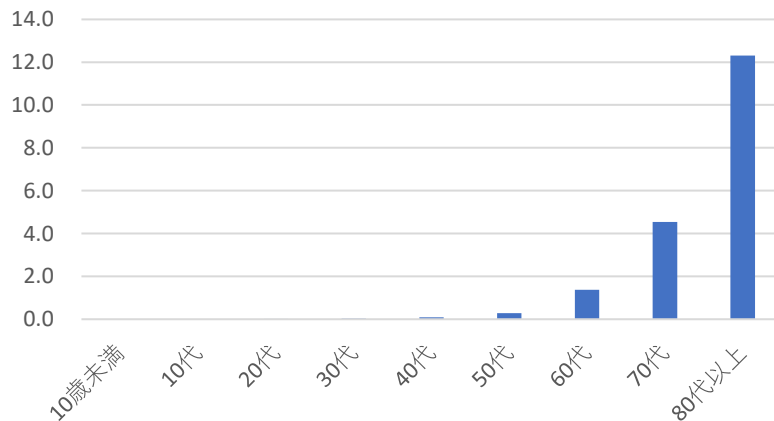


%は年代別構成比

死亡者年代別



死亡者/陽性者比率 (%)



重症者割合 (%)

	40代	50代	60代	70代	80代以上
入院治療等を必要とするもの	3,693	3,832	2,931	3,075	3,461
重症者（21年1月6日時点）	17	53	89	126	68
重症者割合(%)	0.5	1.4	3.0	4.1	2.0
30代以下は入院治療を必要とするもの11,126名に対し重症は0					

改めて自分の身を守るために

(10月28日新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料)

感染リスクが高まる「5つの場面」

場面① 飲酒を伴う懇親会等

- 飲酒の影響で気分が高揚すると同時に注意力が低下する。また、聴覚が鈍麻し、大きな声になりやすい。
- 特に数居などで区切られている狭い空間に、長時間、大人数が滞在すると、感染リスクが高まる。
- また、回し飲みや箸などの共用が感染のリスクを高める。



場面② 大人数や長時間におよぶ飲食

- 長時間におよぶ飲食、接待を伴う飲食、深夜のはしご酒では、短時間の食事に比べて、感染リスクが高まる。
- 大人数、例えば5人以上の飲食では、大声になり飛沫が飛びやすくなるため、感染リスクが高まる。



場面③ マスクなしでの会話

- マスクなしに近距離で会話をすることで、飛沫感染やマイクロ飛沫感染での感染リスクが高まる。
- マスクなしでの感染例としては、居酒屋などでの事例が確認されている。
- 車やバスで移動する際の車中でも注意が必要。



場面④ 狭い空間での共同生活

- 狭い空間での共同生活は、長時間にわたり閉鎖空間が共有されるため、感染リスクが高まる。
- 寮の部屋やトイレなどの共用部分での感染が疑われる事例が報告されている。



場面⑤ 居場所の切り替わり

- 仕事での休憩時間に入った時など、居場所が切り替わると、気の緩みや環境の変化により、感染リスクが高まることもある。
- 休憩室、喫煙所、更衣室での感染が疑われる事例が確認されている。



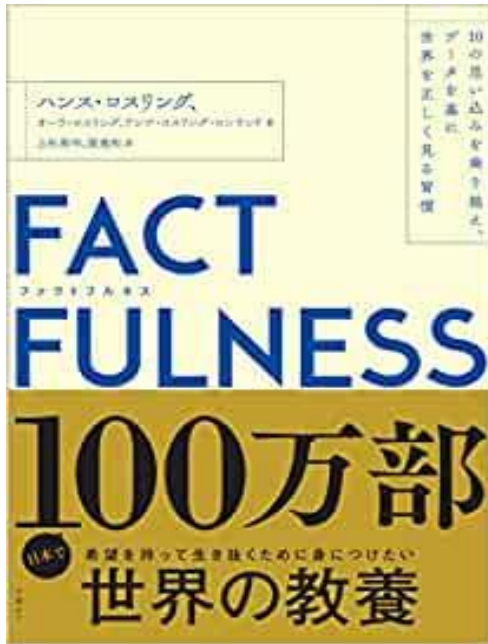
<再掲> 11月発信情報結論

緊急事態宣言だからこそ

- ・ 自分の身体状況とコロナ（感染症）の最新の知見を踏まえ、
- ・ 感染リスクと行動変容に伴って起こるマイナス面を判断し、
- ・ 自分なりの基準・工夫に従って行動することが重要（運動不足・引きこもり対策）

最後に

- ・今、世の中にはコロナに関する様々な情報がマスコミ、ネット等にあふれています
- ・政府、「専門家」、コメンテーター、ブロガー等々が種々の発言をしていて、情報の出し手、受け手とも、過剰に怖がる人、必要以上に軽視しようとする人にも分かれるようです
- ・また種々の情報が飛び交う中、中にはとんでも情報がかなりの確率でまじっているようです。
「〇〇がコロナに効く」というのはその代表例でしょう
- ・こうした状況の中では、よく言われる「正しく知り、正しく行動する」ことはなかなか難しいことです。
- ・今回種々の情報を整理・説明させて頂きましたが、こうした状況の中で最も大事なことは、「**情報の取捨選択を自分で考えて行う**」ということではないでしょうか。
(経営にもつながりますね)



- ・ スエーデンの医師であるハンスロスリングが書いた「ファクトフルネス」は世界中でベストセラーになりましたが、この中で著者は「思い込みを乗り越え、データを基に世界を正しく見る習慣をつけよう」と言っています。
- ・ これがまさに「正しく知り、正しく行動する」につながるのではないのでしょうか

ご清聴ありがとうございました

以下參考資料

後遺症の問題

東京都の国立国際医療センターのチームが、COVID-19で入院した患者の退院後の症状について、電話やアンケートを実施し、63名から回答を得た。持続するCOVID-19の症状としては、次のような症状が挙げられている。

症状	60日後の割合	120日後の割合
嗅覚障害	19.4%	9.7%
呼吸苦	17.5%	11.1%
だるさ	15.9%	9.5%
咳	7.9%	6.3%
味覚障害	4.8%	1.7%

その他脱毛が約2割に見られ症状持続時間は平均76日

感染症の指定区分

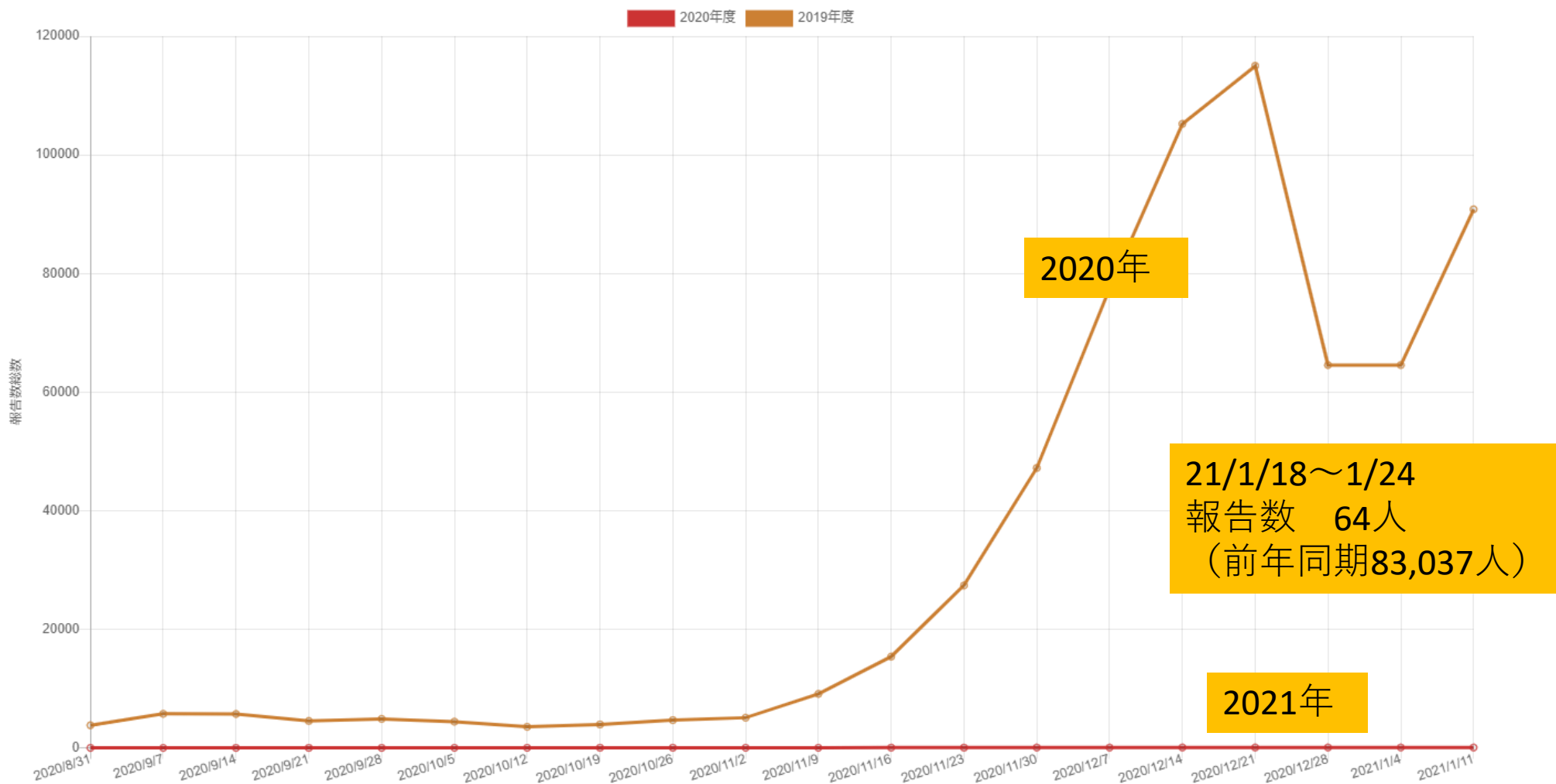
感染症法に基づいた 分類と主な措置 ○=可能 X=不可能 △=条件付きで可能	外出自粛 要請	入院 勧告	就業 制限	無症状者 への適用	交通 制限
新型コロナウイルス 感染症※	○	○	○	○	○
1類 (エボラ出血熱・ペストなど)	X	○	○	○	○
2類 (結核・SARSなど)	X	○	○	X	X
3類 (コレラ・細菌性赤痢など)	X	X	○	X	X
4類 (狂犬病・マラリアなど)	X	X	X	X	X
5類 (季節性インフルエンザなど)	X	X	X	X	X
新型インフルエンザ等 感染症	○	○	○	○	△

※現在は「指定感染症」だが、2022年1月末で期限切れのため、法的な位置づけを見直しへ

2類相当だがそれよりはるかに厳しい運用
この表以外に多くの詳細な取扱い基準があるようで、民間病院での受入れを困難にしている。
また、保健所もこの指定区分で業務が膨大なものとなり、指定区分変更を要望している

インフルエンザ流行状況・昨年との比較

厚生労働省



ワクチン接種の体制

新型コロナウイルスワクチンの 接種体制の構築について
令和3年1月15日 厚生労働省 健康局 健康課 予防接種室
厚労省ホームページ

[PowerPoint プレゼンテーション \(mhlw.go.jp\)](https://mhlw.go.jp)

シミックHD、コロナワクチン接種支援 山梨県と連携へ (1月29日日経新聞)

治験受託大手の[シミックホールディングス](#)（HD）は、山梨県と2月1日に包括連携協定を結び、新型コロナウイルス感染症のワクチン接種業務について支援を始める。自治体がワクチン接種の情報を扱う際に、同社のデジタル技術を使ったワクチン接種管理の仕組みなどを提供するとみられる。同社は2020年6月から川崎市において乳児400人を対象に、一般的なワクチン接種の回数やタイミングを記録・管理するシステムの実証実験を進めてきた。

シミックHDが新型コロナワクチン接種のために自治体を支援するサービスは初めてという。1日の協定締結式では山梨県の長崎幸太郎知事とシミックHDの中村和男会長が調印に臨む。

ワクチン接種、一元管理へシステム用意 河野氏表明 高齢者向け「間に合うように」

日経1月25日

河野太郎規制改革相は25日、新型コロナウイルスワクチンの接種状況を一元管理するシステムを立ち上げると表明した。国民の接種状況を把握し、勧奨や証明発行に活用する。「高齢者の接種に間に合うように立ち上げたい」と言明した。「入力を含め全ての費用は国が持つ」とも説明した。

内閣府で記者団に「国としてワクチン接種の数をリアルタイムで把握したい」と語った。

政府はワクチン接種を2月下旬に医療従事者から始め、3月中にも65歳以上の高齢者に広げる想定だ。河野氏が起用した小林史明補佐官らのチームが担う。

国がシステムを構築し、市町村がマイナンバーや接種券（クーポン）番号など住民情報を登録する。医療機関などで接種希望者が持参したクーポンと接種したワクチンの情報を読み取りシステムに登録する。

新型コロナのワクチンは一定期間をあけて2回接種する必要がある。河野氏は「予約が入っていない人に、2回目の接種をお願いする接種勧奨をシステムでやれるようにしたい」と述べた。

接種証明の発行にも活用する。出張や旅行、イベントの参加などで接種証明が求められる場面が増える見込みだ。

中央社会保険医療協議会（中医協）

日本の健康保険制度や診療報酬の改定などについて審議する厚生労働相の諮問機関。

日本の保険診療および保険薬剤は、今日に至るまで公定価格制であり、厚生労働大臣に価格決定権がある（健康保険法第76条）。

その価格改定の際は、厚生労働大臣は中医協に諮問しなければならない（同82条）。この中医協の答申に基づき、2年ごとの診療報酬の改定を実施している。

中医協委員の構成

参考資料

支払側 7人、診療側 7人、公益代表 6人の20名で構成

現在の会長は小塩隆士氏（東京大学大学院法学政治学研究科教授）

支払側

- ・ 吉森俊和 - [全国健康保険協会](#)理事
- ・ 幸野庄司 - [健康保険組合連合会](#)理事
- ・ 佐保昌一 - [日本労働組合総連合会](#)総合政策推進局長
- ・ 間宮清 - [日本労働組合総連合会](#)「患者本位の医療を確立する連絡会」委員
- ・ 眞田享 - [日本経済団体連合会](#)社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
- ・ 松浦満晴 - [全日本海員組合](#)組合長代行
- ・ 染谷絹代 - [静岡県島田市](#)市長

2020年8月現在

診療側

- ・ 松本吉郎 - [日本医師会](#)常任理事
- ・ 今村聡 - [日本医師会](#)副会長
- ・ 城守国斗 - [日本医師会](#)常任理事
- ・ 池端幸彦 - [日本慢性期医療協会](#)副会長
- ・ 島弘志 - [日本病院会](#)副会長
- ・ 林正純 - [日本歯科医師会](#)常務理事
- ・ 有澤賢二 - [日本薬剤師会](#)常務理事

公益代表

- ・ [荒井耕](#) - [一橋大学](#)大学院経営管理研究科教授
- ・ [関ふ佐子](#) - [横浜国立大学](#)大学院国際社会科学研究科教授
- ・ [小塩隆士](#) - [東京大学](#)大学院法学政治学研究科教授
- ・ [中村洋](#) - [慶應義塾大学](#)大学院経営管理研究科教授
- ・ [秋山美紀](#) - [慶應義塾大学](#)環境情報学部教授
- ・ [永瀬伸子](#) - [お茶の水女子大学](#)基幹研究院人間科学系教授

以下前回配信資料（一部変更）
（2020年11月23日）

コロナの現況と今考えるべきこと

2020年11月23日

健康医療研究会 江村 泰一

内容

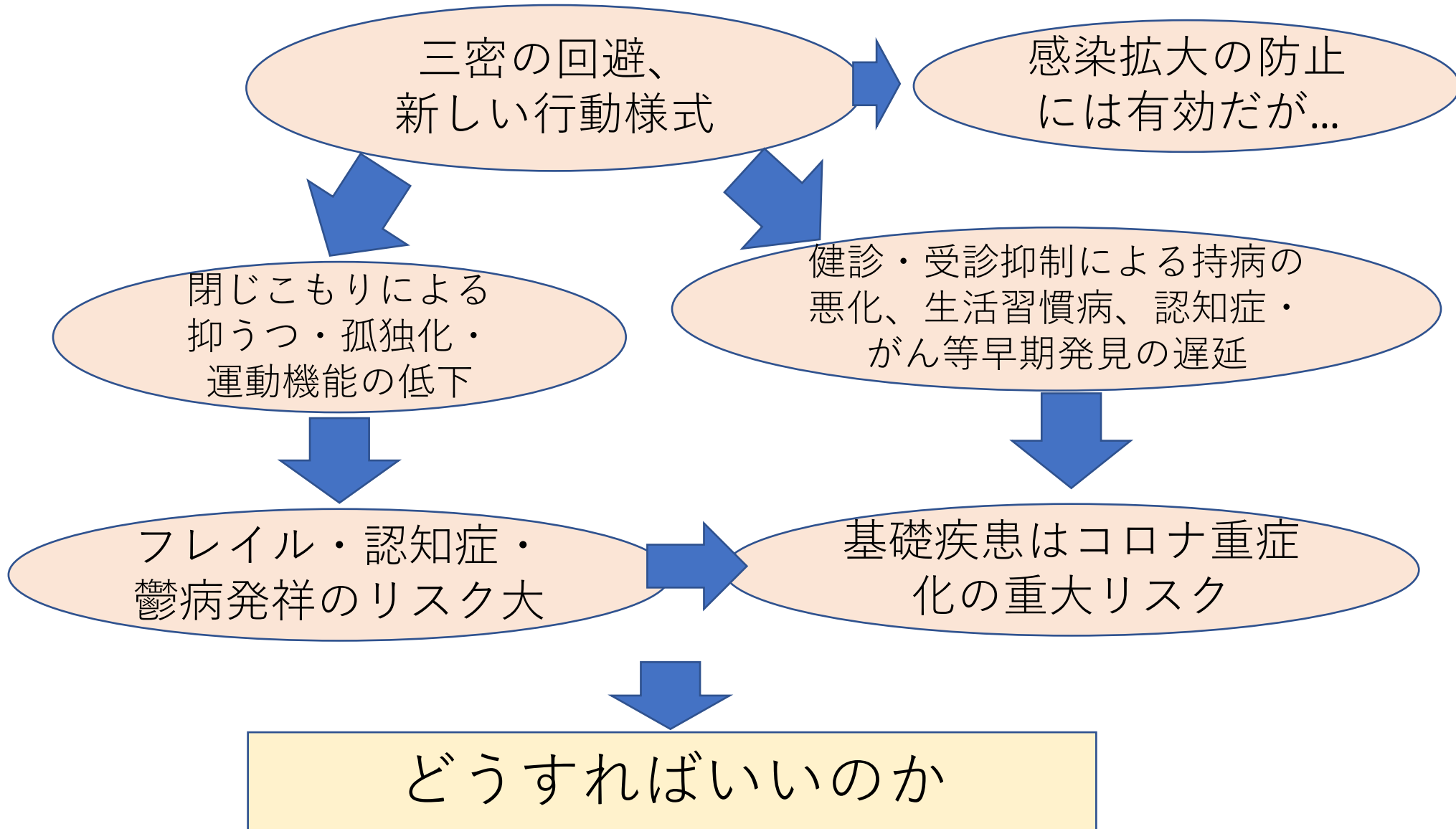
- 1 今回われわれがコロナを分析し、情報を収集・提供する意味（コロナ感染リスクと感染防止対策によるリスク）
- 2 現状分析（各国別感染者と死亡者の状況他）
- 3 コロナ感染対策によるマイナス面を考える
（高齢者の健康面に絞って）
- 4 参考情報

1 今回われわれがコロナを分析し、情報を収集・提供する意味

- ・よく言われるが、改めて「正しく知り、正しく行動する」ことの重要性を確認したい
- ・種々の情報を自分なりに選択・咀嚼して、自分はどう行動するかを考えたい
- ・例えば、「マスク着用」「手洗いの徹底」「三密を避ける」「新しい行動様式」は感染防止の基本として当然のことだが、一方、閉じこもりによる抑うつ、運動不足、孤立、ひいてはフレイル、認知症等のリスク、健診・受診の抑制等による疾患の発見遅れ、進行といったことをどう考えるか
- ・われわれが提供する情報が上記を考えるにあたり参考となれば幸いである

3 コロナ感染対策によるマイナス面を考える (個人の健康面に絞って)

今われわれが考えるべきこと



世界経済フォーラム2020年11月グローバルアジェンダ
「コロナ禍で孤立化する高齢者
ーエイジズム解消のためにすべきこと」より

- 制限措置、他者との身体的距離の確保、移動制限や集会の制限など、**新型コロナウイルス封じ込め策の実施は、高齢者の社会的孤立や孤独のリスクを高めている**
- 自宅に閉じこもっていると、運動や、バランスのとれた食事といった健康的なライフスタイルを維持することが難しくまた、精神面での負担もある。
- 社会的孤立は、喫煙、運動不足、肥満と同様に早死にするリスクを高めることにつながる。

外出自粛する人ほど「認知症リスク」高い理由、一人暮らし、運動不足の人はさらに注意（東洋経済オンライン記事）

樺沢 紫苑 :精神科医、作家

- 新型コロナウイルス感染症に伴い、メンタル疾患の患者が激増
- 全国医師561人の調査では、約4割の医師が「精神疾患」が最も増えた疾患と回答
- 具体的には「悪夢を見る」「鬱状態」「つねにコロナにおびえている精神状態」など
- もう1つ注意しなければならないのは「認知症」
- 「コロナが怖い」ということで、家からほとんど出ない高齢者が多く
自粛による運動不足は認知症発症の重大なリスク

外出自粛する人ほど「認知症リスク」高い理由、一人暮らし、運動不足の人はさらに注意（東洋経済オンライン記事）（続）

樺沢 紫苑 :精神科医、作家

- ・「運動不足」とならんで、認知症の重大なリスクが「孤独」。
- ・ 孤独な高齢者は、そうでない人と比べて、認知症の発症率が約2倍高い。
- ・ 「コロナが怖い」と人の集まる場所を避ける高齢者は、コロナ前と比べて人との接触が圧倒的に少なくなって、「孤独」な状態になっている
- ・ リアルに人と会って会話するということは、脳を活性化します。
人と会わないで家に閉じこもっていると、脳への刺激が著しく減ってしまい認知症のリスクを高める
- ・ コロナウイルスに感染しないように注意を払うことはとても大切だが、「外出しない」「人と会わない」をやりすぎると、「運動不足」と「孤独」のダブルパンチによって、認知症の発症率を大きく高めてしまう。コロナ感染を警戒しすぎるあまり、「外出自粛」と「人と会わない」を徹底しすぎて、認知症になってしまっは本末転倒

コロナ対策で「自殺者も高齢者の死亡率も上がる」？ 精神科医和田秀樹の指摘＜週刊朝日＞

・感染者がほとんど出ていない地域で「デイサービスやめます」とか「家に閉じこもってください」とかやったら、たぶん数年後に要介護率が2倍とか3倍に上がります。それと同じように、高齢者の交通事故は多いように見えて確率的にはそんなに高くはない。しかも、人をはねるという事故の確率はもっと少ないんです。ところが、**高齢者が免許証を返納すると、6年後に要介護状態になる確率が2.2倍に増えるという調査結果があります。**

・「田舎の親が高齢なので、免許証を返納させたほうがいいですか？」と聞かれたときに、「かなり少ない確率でお父さんは死亡事故を起こしますが、**6年後に要介護になる確率は10%のはずが20%に増えますよ。どっちにするか選んでください**」としか言いようがない。

・感染症予防対策として「なるべく人と会わないで家に閉じこもっていきましょう」と言う。だけど、**精神科の立場から言うと、外に出ないで日光に当たらないと、セロトニンという神経伝達物質の分泌が減るから、うつになりやすくなるんですよ**

・僕は老年医学というののもやってるんだけど、お年寄りの閉じこもり生活は足腰が弱くなるし、免疫にも悪いし心にも悪いし、脳の機能を弱めたりする。その意味で、一般的に見ると今の感染症対策は人間全体に対して悪いと思うんですね。**感染症対策にとってはよくても、ほかに弊害があるということが論じられていないから。**

他の要因での死亡者数（年間）

自殺者	20,919人（2020年、前年比+750人）
不慮の事故	38,000人
入浴中の死亡事故	14,000人
（公式の死因の多くは脳疾患、心臓疾患等と判定される）	
窒息死（誤嚥）	9,000人
認知症で行方不明者	18,000人（NHK報道）
インフルエンザ	前掲

コロナ	5,962人（2月2日までの累計）
-----	-------------------

厚生労働省 人口動態統計2020
東京都健康長寿医療センター編
「健康長寿エビデンスブック」

それではどうすればいいのか
→自宅でできること

これまで健康医療研究会で自宅で出来る体操、マインドフルネス等をご紹介してきました。

DFホームページのE-COLUMNもしくは同ホームページの健康医療研究会ページをご参照下さい。

http://www.directforce.org/DF2013/02_DF_katsudo/kenkyukai/kenko/kenkyukai-kenko.html

また、長寿科学振興財団が運営するサイト「健康長寿ネット」に掲載されている「在宅でもできる運動・活動～在宅活動ガイド2020」はコロナ禍での高齢者への悪影響を軽減するために作られたもので、これも参考になるかと思います

<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/covid-19-taisaku/zaitakukatsudo-guide-2020.html>

4 参考資料

- 1 [（2021年1月時点）新型コロナウイルス感染症 の“いま”についての 10 の知識（※2021年1月29日掲載）](#)
- 2 2021年1月5日新型コロナウイルス感染症対策分科会
「緊急事態宣言についての提言」
[PowerPoint プレゼンテーション \(cas.go.jp\)](#)

新型コロナウイルス感染症はどのようにして治療するのですか。

- ・ 軽症の場合は経過観察のみで自然に軽快することが多く、必要な場合に解熱薬などの対症療法を行います。
- ・ 呼吸不全を伴う場合には、酸素投与やステロイド薬・抗ウイルス薬※1の投与を行い、改善しない場合には人工呼吸器等による集中治療を行うことがあります※2。
- ・ こうした治療法の確立もあり、新型コロナウイルス感染症で入院した方が死亡する割合は低くなっています。

※1 新型コロナウイルス感染症の治療として承認を受けている抗ウイルス薬として、国内ではレムデシビルがあります。(10月28日時点)

※2 集中治療を必要とする方または死亡する方の割合は、約1.6% (50歳代以下で0.3%、60代以上で8.5%)

新型コロナウイルス感染症と診断された人のうち、重症化しやすいのはどんな人ですか。

- ・重症化しやすい基礎疾患には、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患、肥満があります。
- ・また、妊婦や喫煙歴なども、重症化しやすいかは明らかでないものの、注意が必要とされています。

新型コロナウイルス感染症と診断された人のうち、重症化する人や死亡する人はどれくらいですか。

- ・重症化する割合や死亡する割合は以前と比べて低下しており、6月以降に診断された人の中では、
- ・重症化する人の割合は約1.6%（50歳代以下で0.3%、60歳代以上で8.5%）、
- ・死亡する人の割合は約1.0%（50歳代以下で0.06%、60歳代以上で5.7%）となっています。