

ウィズコロナ時代の透析医療

(公社) 日本透析医会

常務理事 土谷晋一郎

新型コロナウイルス感染症パンデミックで、各国経済が急速に冷え込み、IMF（国際通貨基金）は、「世界恐慌（1929年～1930年代後半）以降、最悪の不況になる」と予測している。緊急事態宣言が2年続いた場合、日本の経済損失は、約100兆円に達するという。5月25日、緊急事態宣言が全国的に解除されたが、研究機関は、COVID-19の流行は、今後も続き、あと1年半から2年は大規模な流行に備える対策を怠ってはならないと警告している。米ミネソタ大感染症研究政策センターは、4月末、3つの流行シナリオを示した。第1のシナリオでは、第1波の後に小さな波がおこり、波の発生が繰り返された後、2021年のある時点から穏やかになっていく。第2のシナリオは、2020年秋から冬にかけて、第1波を上回る第2波が世界を襲うシナリオで、第1波より第2波が大きかったスペインかぜの経験から予想された。第3のシナリオでは、第1波が収まった後、明確な波は起きないものの、地域によって感染の拡大と収束が繰り返し発生し、じわじわと流行が続く。今後どのシナリオを辿るか見通せないが、しばらくは、SARS-CoV-2との共存を余儀なくされる。命と経済を両立させるためには、感染防止策に手を抜かず、社会全体で3密を避ける行動等を行っていきながら、経済を段階的に正常化に向かわせなければならない。企業は、ニューノーマル（新常态）に取り組み、デジタル技術で既存事業を変えるデジタルトランスフォーメーション（DX）導入を進めている。

問診と視診だけでは危険と言われているが、パソコンやスマートフォンなどで医師の診断を受けるオンライン診療が世界で急増している。米国では、COVID-19治療に集中するため、ニューヨーク市等の多くの病院が、緊急以外の外来患者の受け入れを中止した。この事態に対処するため、米政府は、3月、メディケア（高齢者向け公的医療保険）のオンライン診療における保険適用範囲を、過疎地限定から全米へと広げた。同時期、民間保険会社も州政府の指示を受け、オンライン診療の保険適用範囲を一気に拡大した。英国では、NHS（国民医療保険制度）がオンライン診断アプリ「GPアットハンド」（バビロンヘルス）を保険適用している。このアプリには、AI（人工知能）による診断とオンライン診療の2つの機能がある。患者がAIチャットボット（自動会話プログラム）に症状を伝えると、AIが、症状を即座に分析し、診断結果によっては、家庭医（General Practitioner; GP）とのオンライン診療を推奨したり、医療機関での診療予約を行っている。「GPアットハンド」のAIは、MRCGPテスト（研修中のGPが受ける最終テスト：過去5年間の合格平均は72%）で81%を取得し、診断の正確性は、GPと同レベルという。中国は、2019年夏、オンライン診療を公的医療保険の対象とした。今年の春節（旧正月）期間、オンライン診療利用者数は昨年同時期より約3割増加し、代表的なオンライン診療アプリ「平安好医生」の登録者数は3億人を超えた。日本では、COVID-19流行が収まるまでの時限措置として、4月から初診でのオンライン診療

が解禁されたが、5月になり、緊急事態宣言解除後も続けられることとなった。

ところで、米ジョンズ・ホプキンス大学の集計によると、COVID-19流行ピーク時の人口10万人当たりの1週間の新規感染者数は、米国で約66人、イタリア約65人、ドイツで約48人で、日本は約3人であった。日本は感染爆発（オーバーシュート）を回避し、一定の感染抑制を実現でき、人口当たりの感染者数を少なく抑えたにもかかわらず、医療現場がひっ迫した。感染拡大局面では各地で病床が不足した。東京都等で、中核的病院で集団感染が起こり、患者の転院先でも感染が拡大し、一時期、救命救急が窮地に陥った。政府は、4月6日、全国で新型コロナ病床5万床確保を目指すと表明したが、5月10日時点で、3割（1.4万床）の水準にとどまり、感染ピーク時に確保できると見込む病床を含めても3.1万床だった。2019年9月に再編統合の対象とされた424の公的病院の中にも、COVID-19患者受け入れを求められた病院が含まれている。今回のコロナ禍、地域医療構想が進展する前でもよかった、という声がある。

パンデミックの第1波では、台湾モデル（情報テクノロジーを活用）、韓国モデル（徹底した検査と追跡、隔離）、ドイツモデル（官学一体の合理的戦略）が注目を集めた。日本は、感染爆発を防ぎ、感染者数・死亡者数で、台湾・韓国・ドイツに遜色ないが、勝因は不明だ。専門家から、「感染数は確実に減ってきた。ウイルスを封じ込めているようだ。しかし、いったい何がこんなに効いたのか、よくわからない。」という声がかかっている。透析医療については、いち早く、東京都等の都道府県で、行政・日本透析医会支部等によって、COVID-19透析患者に係る医療体制が整備され、その後、他の地域でも感染透析患者に係る医療体制が整備されてきている。しかしながら、いくつか大きな不安が残っている。まず、PCR検査数が少ない。OECD（経済協力開発機構）は4月28日、加盟国36カ国を対象に、人口千人当たり何人がPCR検査を受けたか発表した。日本の検査数は千人当たりわずか1.8人で、下から2番目。メキシコの0.4人に次ぐ少なさとなっている。OECD加盟国平均の23.1人と比べても1桁少なく、韓国11.7人の15%程度にとどまっている。次に、ICU病床が少ない。人口10万人当たりのICU病床数は、日本は13.5床で、米国34.7床より少ない。独は人口10万人当たり29.2床だったが、すでに50床程度まで増やしている。3番目に、経営問題がある。病院団体（全日病・日病・医法協）は、4月の経営状況について調査を行い、感染患者を受け入れた339病院のうち8割近くが赤字となったと発表した。感染患者を受け入れたため、一般外来患者が激減してしまった病院が多い。感染疑い患者を受け入れるだけでも風評被害を受ける。こういった不安要素を抱えた状況では、ワクチンが行き渡り、治療薬が見つかるまで、厳重な感染防止策を徹底しながら、慎重に透析医療を続けざるを得ない。厚生労働省が4月2日に発出した事務連絡では、透析患者で感染が確認された場合、無症状や軽症でも全員入院の対象とされている。今後、第2波・第3波が起こり、感染透析患者が大幅に増えた場合、無症状者・軽症者で全身状態が安定していれば、クリニックでも診療する覚悟で、準備しておく必要があると思う。