

自宅療養 患者を切り捨てる現実 離れした政府方針

政府が入院対象者を重症患者や特に重症化リスクの高い人に絞り込み、入院しない人を原則自宅療養とすることを可能とする方針を発表した。

国会議員であると同時に医師として、あまりにも唐突な方針転換に怒りを覚えている。この方針を決めた政府の新型コロナ対策本部はこれまでの医療現場や感染症対策の積み上げを全く無視している。

衆院議員

毎日新聞政治プレミア掲載記事 (2021/8/5)



陽性になっても連絡が来ない現実、「重症化の兆し」は自己申告か

医療体制を崩壊させないことを理由にしているが、感染しても診察を受けることもできず死んでいくことが医療崩壊だ。政府の考え方には誰の目からみた医療崩壊なのかが全く抜け落ちている。今、国民が感じている医療崩壊は、入院できないどころか、PCR 検査で陽性になっても待てど暮らせど保健所から連絡が来ないという現実だ。私が相談を受けた男性は、金曜日に発熱して翌日、近くのクリニックで検査を受け、陽性の結果が出たにもかかわらず、月曜日になっても保健所からはなんの連絡も来ない。高熱になって、不安になり保健所に連絡したところ、「まだ2 日前の分を処理しているので、あなたのところに連絡が行くのはあと2 日かかる」と言われたという。

政府は「軽症」や「中等症」という区分をしているが、その対応をしているのは実際には保健所だ。その保健所がパンクしている。この現実が政府は全くわかっていない。政府は「重症化の兆しが見えたらすぐに入院できる体制とする」と言っているが、その兆しは誰が判断するのか。自己申告なのか。政府は血液中の酸素濃度ををはかるパルスオキシメーターを配布するなどと言っているが、電話すら来ないのに、どうやって配布するのか。現実離れしている。そもそも、感染者の状態を見て、軽症か中等症か、リスクがあるから入院させるべきかどうかというトリージ（症状によって対応を分ける）を誰がするのか。保健所にいるのは保健師であって医師ではない。保健師は「入院の必要はない」などと診断する権限はない。そんなことを言った結果、感染者が自宅で死亡すれば「医療過誤」になってしまう。

医療へのアクセス確保が重要、急激な悪化に対応できるか、災害対策

「軽症」か「中等症」かなどは医者が診て初めて言えることだ。問題は入院する段階、つまり医療とつながること自体にハードルがあることだ。本当に重要なのは、医療にどうアクセスするかだ。すでに何例も、検査後に自宅待機をされていて死亡した人が出ている。そのほとんどは医療につながる前の人たちだ。その上、警察庁によると、昨年1 月から今年6 月までの間に取り扱ったコロナ陽性死体計536 件のうち、死後になってはじめて陽性とわかったものが347 件もある。いかに検査すらされていないか、診断すらされていない人がいるかわかる数字だ。そもそも医療は早期診断、早期治療によって救命率を上げるものだ。後手後手に回れば助けられるものも助けられなくなるのは当然だ。今回の政府方針は、患者を助ける気がないといしか言いようがない。コロナの場合、意識がもうろうとする症状が出る場合がある。パルスオキシメーターでも高齢者には使用方法がわからない場合がある。こうしたリスクを考えれば軽症であっても基本は入院したうえで、対応を考えるべきだ。さらに、コロナの恐ろしいところは急激に悪化するところだ。急死された羽田雄一郎参院議員もそうだったと思うが、呼吸が苦しいと自覚する間もなく急に悪化して死に至ることがある。血栓症も恐ろしい。脳血栓や心筋梗塞（こうそく）が、急激に来る。「悪化したら入院」というが、悪化したらもう「アウト」の重篤な症状だ。「血栓症を起こしたら入院」などというのは無理な話だ。高熱で水分補給が難しいなら点滴をし、あるいは血中酸素濃度をモニターしたり、心拍や血圧をみたりする経過観察も治療の一環だ。今回の政府方針は経過観察を医療とみなしていない。机上の空論で感染者を振り分けようとしている。感染者は自宅でいつまでも連絡を待っている。これはもはや、生存権を保障する憲法25 条違反だ。

なぜこうしたことになるのか。政府にはパンデミックが災害であり、危機対応であるという認識がない。感染症災害が来ているという認識が必要だ。早急に大人数を収容できる臨時病棟を作るべきだ。陽性者はまず

臨時病棟に入って医療につながる。そこでトリアージを受け、軽症ならば帰宅して訪問診療を受ける。重症化のリスクがあるなら転院するなどの対応をする。災害医療の観点から考えれば、初動をいかに早く、どこで誰がするかが基本であることは明らかだ。コロナ禍が災害であるという認識があれば、通常の医療体制のなかでどうやりくりするかという発想自体を変えなければならない。平時の対応のままでは、コロナ以外の通常の医療にもしわ寄せがいき、医療全体の持続可能性があやくなる。政府は感染者の現実を全く把握しないまま、医療側の既存の病床逼迫（ひっぱく）にあわてふためいて、重症者への対応だけ考えているが、まずは重症化させない対策が第一だ。



感染症対策の基礎「検査」を忘れたデータなきコロナ対策 (2021. 7. 20)

無症状者をふまえた検査体制がない、感染症の研究体制がない

ダイヤモンド・プリンセス号の問題で、陽性になっても全く症状が出ない人が一定程度いることが明らかになった。インフルエンザなどで経験してきたこれまでの常識を変えるものだった。ところが、無症状者の存在をふまえた検査体制はその後にも全く取られなかった。医療には「エビデンス・ベースド・メディスン」という言葉がある。証拠（データ）に基づいた医療という意味だ。ところが現在の政府のコロナ対策には、基礎となるデータが全く不十分だ。無症状者の把握も含めた広範な社会的検査をすることではじめて、対策の基礎となるデータが得られる。緊急事態宣言などで人の行動を縛ることにばかり意識が向き、感染症を扱う基礎が作られなかった。緊急事態宣言からワクチン接種にいたるまで、現状を把握する検査、つまりデータが無いままに政策を組み立てているため、感染が拡大するまで方針を決められない。対策を取っても、国民に理由を説明できず、国民と対話ができない。だからすべて後手後手になり、混乱する。なぜこうなっているのか。日本の公衆衛生は、明治時代の結核に対する隔離政策から始まった。戦後になって結核が減り、一方でハンセン病のように、医学上は不要なのに社会的に排除するために隔離した負の歴史があり、感染症の政策が空白になっていた部分がある。感染症はもう来ない、という前提のもとに1980年代末ごろから、感染症の病床は急激に削減された。そしてほとんどの大学で感染症が研究の中心から外れていく。日本で検査数が少ないのは、感染症に対しては検査が基本であるという基礎が忘れられてしまったからだ。感染症対策を立案するためには、もろもろの検査のデータを研究と結びつけなければならない。しかし、今の大学は必ずしもその役割を果たせていない。感染症は一般診療の問題とされ、研究のなかに占める割合が非常に小さくなっている。大学が新興・再興感染症の問題を研究する体制を再構築しなければならない。

感染症の研究体制がない、水際の検疫に問題 水際の検疫にも問題がある。検査で陰性になれば隔離もされずそのまま市中に入る。しかし検査は完璧ではない。変異株の侵入を防ぐためには、陰性であっても一定期間、留め置くべきだ。また、現在、水際の検疫は抗原定量検査によって行っているが、変異株かどうかは迅速に分からない欠陥がある。PCR検査の利点は、遺伝子解析ができることであって、変異株が早く判明する。変異株対策についてはPCR検査で遺伝子的な特性を把握することが重要だ。そのうえで抗体検査も進め、遺伝子タイプによってワクチンの効果にどのような違いがあるかなども把握していく。これらによってはじめて、変異株を含めた感染の先行きを見通すことができる。また、最近は下水のコロナ検査も進んでおり、変異株も含めて地域的対応も可能となっている。

伴走しない政治...自分で判断を 私は小児科医なので、特に強く感じるが、医師と患者の情報格差は非常に大きい。さらに政治が関わると裏付けになる情報はすべて政府が持っているにもかかわらず、国民に説明をしないことが起きる。日本のコロ対策の最大の問題点は、リテラシー（情報を入手、理解、評価して適切に意思決定できる力）が欠けていることだ。上から命令するばかりで「何が起きているから、どうしなければならない、だからどのように協力してほしい、行動してほしい」ということがない。以前は医療も、「医者言うことを聞け」だった。しかし今は、医師は専門家であると同時に、患者と一緒に伴走することが大事だと変わってきている。しかし、政治はいまだに相変わらず、情報の差を利用して国民に言うことを聞かせようとしている背後に命に関わる恐怖感があるだけに、このことには特に注意しなければならない。自分の健康に関わるため、かえって、しっかり考える前に流されてしまう。ワクチン接種について言えば、東京オリンピック・パラリンピックが開催されるから、あるいは集団免疫を作るため、みんなのため、さらに言えば国家のために接種しなければならないと思いがちだ。しかし、接種の判断は自分のために、自分でしてほしい。健康はその人にとって、最大、最高の主権だ。自分の命、自分の体のことは、可能な限り自分で理解したうえで決めてほしい。