

コロナ「2類相当」で就業制限、入院勧告や強制隔離では社会経済活動を回すのは限界では？〈dot.〉

9/7 アエラー

日々の生活のなかでちょっと気になる出来事やニュースを、女性医師が医療や健康の面から解説するコラム「ちょっとだけ医見手帖」。今回は「患者目線のコロナ対策」について、NPO 法人医療ガバナンス研究所の内科医・山本佳奈医師が「医見」します。

「全数把握の手続きが大変だと報道で知りました。コロナにならないように、無理しないでくださいね」コロナの夏の感染拡大と連日の報道によるのでしょうか、高血圧や糖尿病など定期的に受診している患者さんから、このように心配されることが増えてきた今日この頃です。

8月末、岸田首相は全ての感染者を確認する「全数把握」を9月中旬にも全国一律で重症化リスクのある患者らに限定する方針を示しました。

先月中旬からでしょうか。夏の流行に伴う感染者の急増を受け、全数把握の見直しを求める声が次第に大きくなっていきました。しかしながら、その理由はもっぱら医療機関や保健所など医療提供者サイドの視点ばかり。患者さんにとっては、「全数把握」の見直しをしようがしまいが、関係のないことです。

患者さんに寄り添い不安を取り除けるように、そして患者さんにとって最適な医療を提供することを第一に考えて日々診療に取り組むようにしていますが、ワクチンや検査体制、隔離措置などを含む日本のコロナ対策は、どうも患者さんの視点に立って考えるという視点が欠けているような気がしてなりません。

日本のコロナ対策は、1998年に公布された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、感染症法）に基づき、厚生労働省や保健所を中心に行われています。感染症法では、コロナやインフルエンザ、結核や梅毒といった様々な感染症が、症状の重さや感染力などを考慮し分類されており、その分類に応じて、入院措置、就業制限、外出禁止令、入国審査、検疫措置といった様々な措置が規定されています。そうした措置を法に基づき講じることができるのです。

コロナは現在「新型インフルエンザ等感染症」に指定されています。感染症の中でも上から2番目に危険度が高い結核や重症呼吸器症候群などの2類感染症と同等の「2類相当」として扱われています。そのため、感染症法に基づき、入院勧告や就業規制、医療費の公費負担、外出の自粛要請など、様々な措置を講じることができます。

変異株の出現や流行の波などからも分かるように、コロナの感染状況は常に一定ではありません。しかしながら、感染状況に合わせて法律を変えることは難しいため、先ほどのオミクロンの流行の時のように、厚生労働省は事務連絡である「通知」を発出し、医療機関はその通知に基づき、COVID-19対策を実施し続けています。「通知」には、法的根拠はありません。コロナの感染状況に応じて、感染症法に基づく「技術的助言」として位置付けられています。

直近の通知であれば、濃厚接触者の待機期間の短縮や濃厚接触者となった医療従事者やハイリスク施設の従事者（介護従事者、障害者施設の従事者、幼稚園や小学校の教員など）の待機の免除についても、事務連絡として関係各所に送られているのです。

2類感染症は、「感染症や罹患した場合の重篤性などに基づく総合的な観点からみた危

「危険性の高い感染症」と定義されています。岸田首相はこれまで、感染抑制と社会経済活動の両立を図る「with コロナ」へ徐々に歩みを進めると述べてきました。「with コロナ」は今後ヒトが生きていく上で避けられず、ワクチン接種や治療薬の普及、集団免疫によりコロナがたくさん存在するウイルスの一種としてヒトはコロナと共存していく必要があるということは理解できます。しかしながら、就業制限や入院勧告といった強制隔離が必要とされる感染症と社会経済活動を両立させ共に生きていく「with 2 類感染症」は、2 類感染症とズレてしまっているような気がしてなりません。

コロナは 2 類相当の扱いですから、陽性と診断されると感染症法に基づき、発症日から 10 日間の療養が求められます。現在の運用では、入院の必要性があると判断された場合を除き、原則、自宅待機です。

昨年 11 月にオミクロン株が南アフリカで確認され、その後、日本でも急速に感染が拡大したオミクロン株ですが、冬の流行（第 6 波）の当初、感染力や重症度などオミクロン株に関する情報が不足していたことから、「オミクロン株に感染した患者は原則入院させる」という対策が取られていました。急速な感染拡大と共に、病院のベッド占有率が上昇し、病院が圧迫されることが懸念され始め、厚生労働省が出した「通知」により在宅でも治療を受けられるようになる 2022 年 1 月 5 日まで、原則入院とする措置は続きました。

今年の 1 月初め、自宅療養を可能とする「通知」が出る前にコロナ陽性と診断した方が強制的に入院させられるという症例を経験しました。その方は、もともと高血圧で通院中の 50 代の男性で、新型コロナウイルスワクチンは未接種。発熱と倦怠感を主訴に受診され、迅速抗原検査にて陽性を確認し、感染症法に基づいて発生届を提出したところ、すぐに保健所から本人に連絡があり、その日の夕方には保健所の指示により入院となってしまいました。本人は自宅療養を希望し、私も入院の必要はその時点では必要ないと判断していたにもかかわらずです。

入院当日、抗体カクテル療法（発症から時間の経っていない軽症例において、重症化を抑制することを目的とし、体内に中和抗体薬を注入する治療法）が実施されましたが、翌日には 36 度台に解熱。それ以降、発熱はなくなると軽い咳を認める程度でした。

彼が入院していた時点での「通知」には、「症状軽快後 24 時間経過した後、24 時間以上間隔をあげ、2 回の PCR 検査で陰性を確認できれば退院可能とする」という退院基準が定められていました。迅速抗原検査と同時に実施した彼のゲノム解析の結果は、「デルタ陰性」。そのため、彼はオミクロン株による感染の可能性が高いと判断され、症状もすっかり改善し、入院翌日以降は治療を一切行っていかなかったにも関わらず、この退院基準をクリアするまで退院できない状況に陥り、結果として入院 11 日目になっても彼に退院許可が出ることはありませんでした。しかしながら、医療体制の圧迫への懸念から、厚生労働省が「通知」の一部改正を行い、急遽、彼も保健所の許可を得て退院することができたのでした。

病院での隔離は、患者にとって身体的、心理的、精神的、そして社会的な影響を及ぼすことが指摘されています。この患者も、入院 2 日目には回復したのにも関わらず、仕事もできず、外出も許されず、何もすることがなく、精神的に参ってしまったと言います。

結果的に重症化には至らなかった今回の症例ですが、入院する必要性はなく、自宅療養で経過を観察し、症状の悪化を認めた場合に入院を考慮する措置でよかったのではないかと

と私は考えています。

当初、オミクロン株の患者に対しては「原則入院」とし、重症度を考慮しなかった結果、上述したような患者まで入院することになり、病院のベッドが逼迫し、在宅療養中のコロナ感染者の死亡にまでつながってしまった可能性があるのではないのでしょうか。コロナの院内感染も大きな問題となりましたが、無症状あるいは軽症のコロナ感染者を入院させることによって、院内発症のコロナ感染を引き起こした要因となった可能性も考えられます。

そろそろ、医療提供者サイドの視点からコロナ対策を考えるのではなく、患者さんに寄り添った医療が提供できるよう、治療にあたる現場の医療従事者が、コロナ患者に対して個別具体的な医療を提供できるようなコロナ対策を再考することが必要なのではないのでしょうか。

山本佳奈（やまもと・かな）／1989年生まれ。滋賀県出身。医師。医学博士。2015年滋賀医科大学医学部医学科卒業。2022年東京大学大学院医学系研究科修了。ナビタスククリニック（立川）内科医、よしのぶクリニック（鹿児島）非常勤医師、特定非営利活動法人医療ガバナンス研究所研究員。著書に『貧血大国・日本』（光文社新書）