



新型コロナウイルス感染症によるクラスター（感染者集団）が発生した全国の病院や高齢者施設を緊急支援してきた災害派遣医療チーム（DMAT）が、その経験から警告を発している。「高齢者はコロナ肺炎より生活不活発病のリスクが高い。陽性判定や濃厚接触認定によって一律に隔離するのはやめるべきだ」という。今年5月に予定される5類移行に向けての医療体制を考えるうえで貴重な指摘といえる。組織の指揮をしてきた国立病院機構本部 DMAT 事務局の近藤久禎次長（52）に話を聞いた。【専門編集委員・滝野隆浩】

### 感染拡大防止か医療提供か

——2020年2月、横浜港に停泊中のダイヤモンド・プリンセス号の新型コロナ感染者の大規模対処では、船内の活動を近藤さんが仕切りましたね。あれから丸3年がたちます。

◆もともと感染症が「災害」かどうか、その対応がわれわれ DMAT の任務であるかどうか、微妙でした。ところが、ダイヤモンド・プリンセス号の事案の前、20年1月30日に故・安倍晋三元首相にいきなり、中国・武漢からの帰国者対応に「災害派遣医療チームの仕組みを活用する」と言われて動き出していました。以後、クラスターが出るたびに派遣要請があり、全国を飛び回ってきました。派遣先の病院や施設は550になりました。

——患者や医療者、スタッフまで感染が広がり、大混乱の現場に入り続けたのですよね。どんなことを感じましたか。

◆本来、DMAT の目標は「医療体制の確立」です。つまり、大災害などで破綻したその地域の医療体制を復旧すること。その観点でいえば、現場では「感染拡大防止」と「医療提供」のどちらを優先させるか。考え続けていました

——どういことですか。

◆感染症対策を徹底しすぎて陽性者や濃厚接触者を一律に隔離したらコロナ病床や隔離

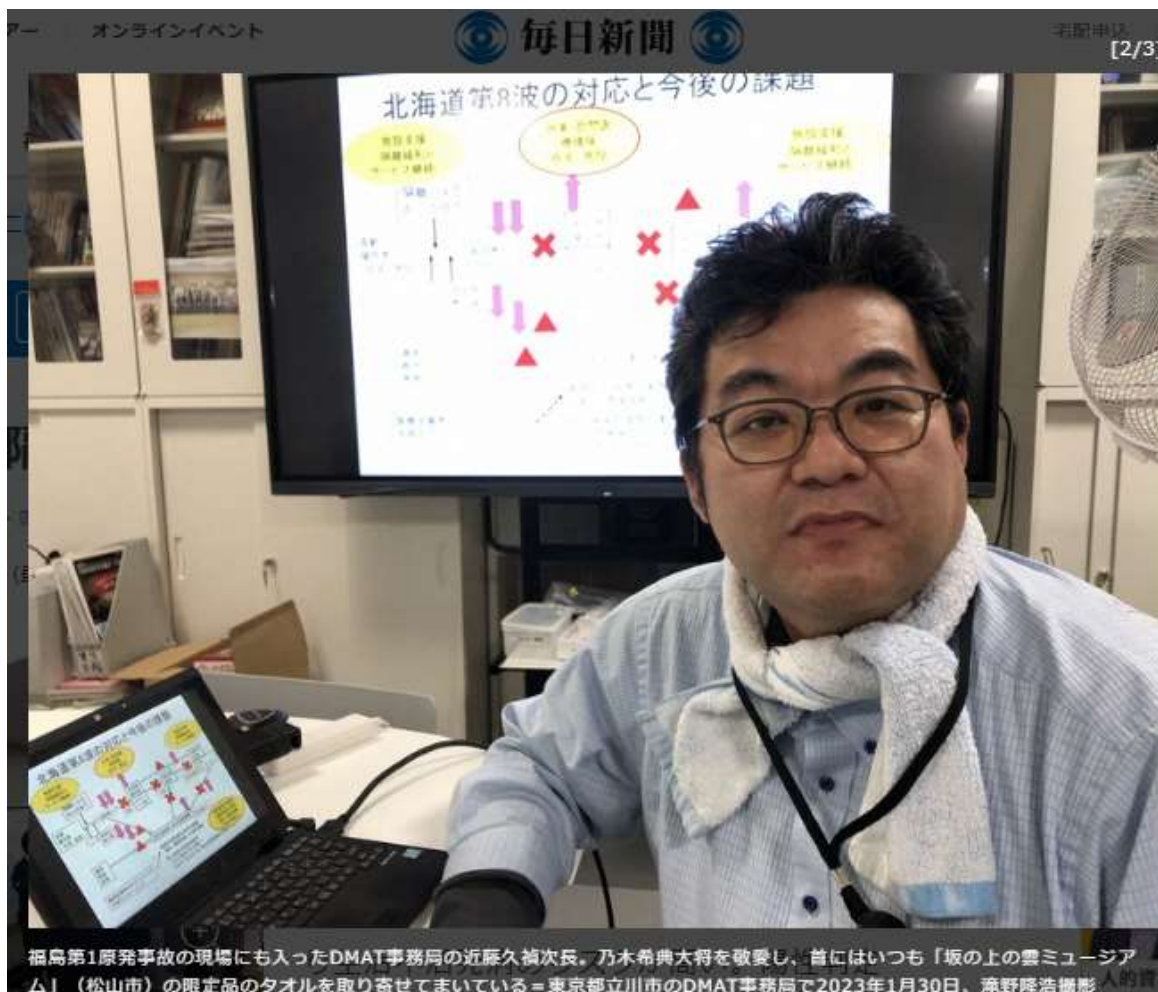
施設はすぐ埋まってしまう。また濃厚接触者となった病院・施設のスタッフを全員休ませていると、医療はストップしてしまう。だから、「感染のリスク」で入院させるのではなく、「治療の必要性」をきちんと判断して入院させよう。あるいは高齢者の施設では陽性、濃厚接触であったとしてもそのまま留め置くべきだ。コロナ感染が拡大した20年の早い段階からそう考えていたのですが、さすがに新規の感染症でもあり、簡単ではありませんでした。

——患者もスタッフもほとんど、陽性か濃厚接触者という病院もありました。

◆当初は、新型コロナに対する恐怖がまずあり、現場が大混乱する。すると、そこにいる患者、入所者、あるいは中で働く医療者、職員に対する差別が起き、それが恐怖を増幅させていく。「A 恐怖→B 混乱→C 差別→A 恐怖……」という「負のサイクル」ができていました。これは、私も現場に入った11年の福島第1原発事故のときとまったく同じパターンです。見えない放射線への恐怖から現場が大混乱し、差別が起きた。そうして救えた命が救えないという悲惨な状況を招いてしまった。「放射線」が「コロナ感染症」に代わっただけです。

——そうした「負の連鎖」を断ち切らなければならないと。

◆感染が拡大した病院や施設の死亡者をみると「五つのパターン」があると考えました。



### 【クラスター現場における五つの死】

①感染症の恐怖から混乱が起き、平常の医療・介護の崩壊が生じたことによる死

②職員の負担増や感染による職員の減員で、医療や介護の質が低下したことによる死

③新型コロナ肺炎の典型的な死

④体調がよくないときに、たまたまコロナで亡くなった（「最後の一滴」の死）

⑤持病を悪化させて亡くなった人が陽性判定

オミクロン株が主流になってからは重症度が低下し、①の「恐怖で混乱」する地域は少なくなってきています。一方、②は相変わらず問題で、多くの職員が休めば医療の需給バランスはすぐ崩壊してしまいます。③の肺炎による死亡者は、いまはさほど多くない。いま亡くなっているのは④と⑤のケースです。とくに⑤は着目すべきで、コロナではなく持病で亡くなり、その方の検査をしたらコロナ陽性だったというケースなんです。

——症状の重い人がどんな状況、病態だったか、データはありますか。

◆私たちが持っているのは、かかわった地域のデータです。まずは沖縄県における入院患者の中で人工呼吸器を使用している人の割合は、第5波の平均3・0%から第7波では1・1%に。重症度は3分の1になったとっていいでしょう。それから入院すべきなのに病院が満床で入院できない「待機ステーション」に入った人への医療的処置の数字です。第5波のとき「酸素投与」は71・1%だったのが、第7波では22・4%に激減しています。肺炎患者が減ったということです。一方「補液（点滴）」は15・9%から50・5%に増えている。そして「入院待機ステーション」の年齢構成をみれば、80代が2%から38%に。ここから読み取れるのは、高齢者が弱って緊急搬送されているという状況です。隔離終了後に死亡する人も

——そうした裏付けの数字が出てくれば、支援の戦略も変わりますよね。

◆というより、私たちはさらに重大なことに気づきました。施設などでコロナと認定されて隔離された人たちが隔離期間を終えたときに、日常生活動作（ADL）がぐんと落ちて、最悪の場合、持病が悪化したり誤嚥（ごえん）性肺炎になったりして亡くなっているというのです。現場の福祉関係のスタッフたちと話すときみな口をそろえます。私たちも当初からそういうストーリーは想定していましたが、やはり感染症対応にばかり目を奪われ一律に隔離していると、生活不活発病のリスクがあったのです。

——だから冒頭に言ったように、「感染のリスク」を避けるための隔離はやめよう。

◆もうひとつは、これだけ軽症化が進んでいるのに、なぜ、医療逼迫（ひっぱく）が起こっているのか。それを考えたときに、見えてきたのは「職員の休業」という問題でした。病棟で感染者が出たら、かかわった全員が検査を受けて陽性、もしくは濃厚接触者になって休む。あるいは学校で感染者が出るとスクリーニング検査が行われ、陽性と判断された子供の親が職員だったら、こちらも休業となる。これでは地域で医療やケアにかかわる大半の人が仕事に就けなくなり、すぐに医療崩壊になります。病院、施設で全員に検査をし陽性者をあぶりだして、結果、自分たちの首を絞めていませんか、と。症状が出ていないなら検査はしないことにしよう。そうして濃厚接触者、場合によっては陽性者でも発熱のない職員には、もちろん本人の意向を確認してですが、働いてもらおうと。

——そうした支援を実際にやったのですね。

◆沖縄の第7波のときに立てた仮説をもとに、昨年11月から12月にかけてクラスターが発生して派遣された北海道の北・東部地域で、以下のような方針で支援を実施しました。

【北海道のクラスター病院・施設で実施した支援】

- ①スクリーニングのための検査はしない。症状が出た人には抗原検査
- ②個室隔離せず。食事や排せつ時はベッドから起きてもらうなど、普段どおりの生活保持
- ③陽性・濃厚接触者と判定された医療者・職員の「継続勤務」を検討

私たちが目指すべきは「患者・入居者の生命や生活を守る」ことです。オミクロン株の特徴から、流行して致死率は下がっても死者数は増えている。その大半は70歳以上の高齢者です。しかもコロナが原因というより、誤嚥性肺炎などで入院し重症化するケースが半数以上を占めていることを考えれば、ADLを落とさない形での療養が必要になる。①②はその対策のための方針です。

③はスタッフ減員による医療・ケア体制の崩壊を防ぐためのもの。もちろん本人が勤務継続を希望・合意しているのが最低要件。そのうえで食事や休憩のスペースを別にし、陽性（濃厚接触）患者のケアを主にやってもらうことにしました。

——成果はありましたか。

◆この3本柱で支援を実施し、支援の前と後のデータを比較してみました。その地域のクラスター発生施設の全入所者に占める入院した人の割合（入院率）は1・1%から0・4%になり、死亡者の割合（致命率）は1・2%から0・3%に低下しました。つまり、従来の感染拡大防止策よりもADLの低下防止策を重視した結果、入院率も致命率も減ったということです。

入院や隔離が終わってそのあとADLが低下して亡くなったということを直接示す全国レベルのデータはありません。複合要因がたくさんあるから、簡単には出せないでしょう。ただ、現場の職員たちは肌で感じていました。私たちDMATがクラスター発生施設に派遣され、まず「感染拡大防止が基本的な使命ではありません。皆さんがやるべきは入所者の命や生活を守ることですよ」と告げると、職員の人たちは「やっぱりそうだったんですね。入所者のADLが落ちることがいちばんヤバいと感じていたんですよ」と言うのです。

### 「コロナは一つのリスク」

——こうした知見を、今後、どう役立てようと考えていますか。新型コロナは今年5月8日から、季節性インフルエンザなどと同じ「5類」に移行しますよね。

◆最も訴えたいのは「コロナは、生命・福祉の危機の一つのリスクにすぎない」ということです。感染症のリスクを少しでも下げるために、ほかのすべてのリスクが度外視されていないかと。全国のクラスター病院、施設を支援しながら見えてきた事実のひとつが、隔離することで生じる生活不活発病の増加です。通常の医療やケアが提供できないリスクは、新型コロナ感染拡大のリスクを上回るということを、私たちは現場から学びました。ところが医療現場ではいまだに、感染症対策が最優先なのです。変わっていません。

最前線にいる医師らと腹を割って話していると、彼らも「実は僕らもそう考えているんですが……」と言う。「だけどいったん感染を拡大させてしまったら、鬼の首を取ったように非難されるから……」と。そんな世の中はきわめて脆弱（ぜいじゃく）な社会ですよ。

——つまり、これは日本のリスク文化の話になると。

◆そう。自然災害にしても、感染症対策にしても、リスクをゼロにすることはできません。どの機関も感染症拡大のリスクはあるのだから、ひとつのリスクにとらわれるのでは

なく総合的にリスク評価をする必要があります。そうして、かかりつけ医や発熱外来が初診をし、入院の必要性を判断するという通常の医療体制に戻していくことです。病棟単位または確保されている病床ということにこだわらず、コロナ感染者とそうでない患者が混在できるような形が望ましいとも考えています。

これまでは「通常医療に戻す」といってもなかなか前に進まなかった。ところが、5月8日には「5類」に移行することが決められました。期限が切られているので工程を設定して進められる。コロナを特別視しない。すべての医療機関、社会福祉施設でそれぞれの特性に応じたコロナ対策を取りつつ、通常の医療を取り戻していかなければなりません。