

災害に抗して

編集 感染症対策研究部会(yamada@peace.email.ne.jp)

2021・1・29 No.28

今回の緊急事態宣言とは？ その②

『患者放置の緊急事態宣言』

前回のレポート No.27の続きとして、「その②」のレポートを掲載します。いよいよ患者放置の危険な実態が深まっています。

自宅療養と確認中という待機にされている危険な状態を再度考え、いのちを守るために抜け落ちている医療・病床と大切な医療従事者の確保こそが必要としていきます。

「その③」では、「罰則」の問題などを考えていきます。

感染症対策研究部会

顧問 千田 忠男（全国労働安全衛生学校学校長・同志社大学名誉教授）

相談役 福島みずほ（参議院議員） 中島 克仁（衆議院議員）

阿部ともこ（衆議院議員） 宮沢 ゆか（参議院議員）

部会長 山田 厚（全国労働安全衛生研究会代表・メールマガジン編集責任）

◆ 連絡先 甲府市北口 3-7-13 （電話 055-254-4402 FAX 055-254-4403）

◆ 労安研 HP <http://rouanken.org/> Mail yamada@peace.email.ne.jp

2020年1月29日

患者放置の緊急事態宣言

もっぱら「自粛」と入院ができない危険な自宅療養

公的な医療、病床と人手の確保の緊急対応がない

一般社団法人 全国労働安全衛生研究会
甲府市議会議員 山田 厚

今回の緊急事態も「自粛」のみで実質的に公的医療体制がない

●自宅療養と「確認中」とされる待機とは、医療でもなく療養でもありません。患者の放置です。「東京都内で小学生の子供3人を育てている30代のシングルマザーは昨年12月末、39度を超える高熱やせきの症状が表れ、検査でコロナ感染が判明した。ぜんそくなどの基礎疾患を抱えていることから重症化するおそれもあるが病院に入れず、今月上旬から約10日間、病床が空くのを待ち続けた。高熱で立っているのもつらい時もあるなか、家庭内感染を起こさないよう、子供と距離を取るようにしたり消毒薬をまいたりしている。しかし、子供たちの食事を作り続けるのは難しく、買い物にも出られないため出前に頼って余分な出費もかさんでしまった。

誰かに子供を預けたくても、濃厚接触者である3人を引き受けてくれる人はいない。結局、離婚してから5年以上会っていない元夫に託すしかなかった。…女性は『自宅待機はすべて自分でやらなければならない。毎日、出前を取れるほどの余裕はない。ギリギリの生活をしている人がいることも分かってほしい』と話す。」（1/18 毎日新聞）。

この事態の中で次々に自宅療養の患者、待機させられている患者が自殺も含めて次々に亡くなっています。「自宅療養中12月以降10都府県で21人死亡」（1/24 毎日新聞）との報道もありますが、全国的にはさらに増え続けているはずです。

●2020年1月8日、再び緊急事態宣言が発令されました。今回の宣言の発令に対して「後手後手に回った」「GoToトラベルで判断が遅れた」「小出しではないか」などの批判が相次いでいます。確かにそうです。しかし「後手後手」どころか「遅れたまま」が、公的医療対応です。検査であり、特に現在では医療・病床です。そして医療従事者などへ手厚い対応と確保ができていないこ

とです。

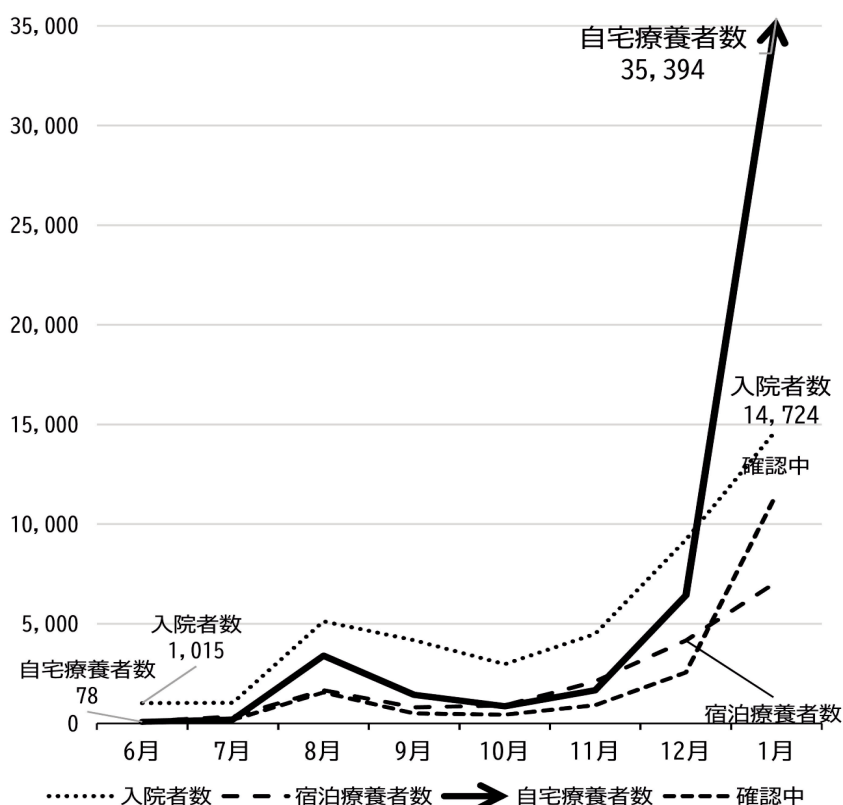
そのため感染症対策の基本である「早期発見・早期隔離・早期入院」の公的医療体制がないままに、すぐに「医療ひっ迫」「医療崩壊」となり、患者は危険な自宅療養や待機にされているのです。

しかも、その責任を国民の「自粛」に押しつけています。宣言の主な内容をみると「飲食店などの営業時間は午後8時まで」「不要不急な外出の自粛」「イベント制限」「出勤者数の7割削減」などです。相変わらず国の公衆衛生・公的医療の責任をはたさないままで国民に「自己責任」による「自粛」です。そして「自粛」や「勧告」に従わないとする国民を罰則で強制するともしています。

自宅療養の激増による患者の放置と地域感染の拡大が

●2021年1月20日時点での政府の発表では、日本のコロナ陽性の患者は、入院者数より自宅療養者数の方がはるかに多くなってきています。入院患者は1万4754人の患者数のわずか21%ですが、自宅療養患者は3万5394人の51%。しかも「確認中」という、自宅療養以下の待機や把握できていない患者は1万1504人の17%です。合計4万6898人の68%にもなっています。この実質的な患者放置の傾向が急激に強まっているのです。

激増している「自宅療養者」と「確認中」の人数



厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数に関する調査結果」（1月20日時点）より作成

しかも、緊急事態宣言の対象の都府県はさらに劣悪です。陽性とされた患者数の約8割以上が入院できていません。

入院できないコロナ感染者の割合

都道府県	入院以外の陽性者数(率)
埼玉県	5,702 (87%)
千葉県	5,359 (89%)
東京都	16,576 (85%)
神奈川県	5,503 (85%)
栃木県	946 (82%)
岐阜県	251 (38%)
愛知県	2,692 (79%)
京都府	1,392 (83%)
大阪府	5,157 (81%)
兵庫県	1,348 (69%)
福岡県	3,333 (87%)

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査結果」(1月20日時点)より作成

●本来、感染症において自宅療養とは「禁じ手」のはずです。病院・病床が足りないためにやむを得ず行うのであり、早急に病院・病床と医療従事者を集中確保しなければなりません。また危険性がともなう自宅療養をお願いする場合には、**様々な感染防止と安全上の前提条件が必要**とされています。

WHO（世界保健機構）における基本的な指導（「在宅ケアと接触者の管理暫定ガイダンス（2020.3.17）」）では、在宅ケアのための様々な条件と対応を求めています。

- ・リスクがある患者（60歳以上、または、基礎疾患を伴う症例、例えば、慢性心血管疾患、慢性呼吸器疾患、糖尿病、癌の患者）は医療施設を優先する。
- ・軽度の患者であっても自宅で家族による見守りと看護が可能な場合のみ。
- ・自宅療養の決定には慎重な臨床的判断が必要で、患者の家庭環境の安全性を評価する。
- ・症状が完全に消失するまで医療提供者および公衆衛生担当者それぞれとの連絡網を確立すべき。
- ・家庭内の感染拡大を予防するために、・・・最も安全にケアする方法などについて指導。
- ・患者をよく換気された個室に入れる。
- ・患者の住居内での移動を制限し、共有スペースを最小限にする。
- ・家族は別室にすべきで、それが無理であれば、患者から少なくとも1mの距離を保つべき。
- ・介護者の数を制限する・・・慢性疾患や免疫不全の要因がない健康な人を1人割り当てる。

などと何十項目もの基準がしめされています。これを遵守することは、日本の住居構造や高齢者や一人暮らしの多い都市部ではほとんど不可能です。

●なお、日本の**厚生労働省もの自宅療養の管理対策**を出しています。それはWHOの指導をかな

り薄めたものですが、それでも次のリスクのある患者は、無症状や軽症であっても自宅療養ではなく、入院措置が必要としていました。

- ・高齢者
- ・基礎疾患がある者（糖尿病、心疾患又は呼吸器疾患を有する者、透析加療中の者等）
- ・免疫抑制状態である者（免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者）
- ・妊娠している者

※ 発熱、呼吸器症状、呼吸数、胸部レントゲン、酸素飽和度 SPO2 等の症状や診察、検査所見等を踏まえ、医師が総合的に判断する。（「自宅療養時の感染管理対策」2020.4.2）

●しかし、現在ではこの対応も守られていません。この状況では感染した患者を守ることができないばかりか、感染を家庭内と地域に広げることになってしまいます。

さらにこの事態を広げるのが、感染患者からの廃棄物の間違った扱いです。感染患者からの廃棄物は感染性廃棄物であり公的責任で処理すべきです。WHOのガイダンスでも「在宅ケアで使用した手袋、マスク、その他に生じる廃棄物は、患者の部屋の中で蓋付きのゴミ箱に入れた後、感染性廃棄物として廃棄する。感染性廃棄物処分にかかる責任は、各衛生当局が有する」としています。

しかし日本の政府は、「入院患者から廃棄物は感染性廃棄物」ですが「自宅療養の患者からの廃棄物は**一般の家庭の生活ゴミの扱いでよい**」としているのです。これにより家庭内だけでなく地域と環境清掃労働者に感染を広げてしまっています。これでは「感染封じ込め」ではなく、「感染拡大」でしかありません。

病床が足りない！一般病床を感染病床に転換するだけでは危ない

●政府は感染症の病床が足りないために「病院で感染症病床を増やすと1床当たり最大1950万円の補助金を支給する」としています。そして感染症法を「改正」して、国や都道府県が医療機関に新型コロナウイルスなどの病床確保への協力を要請ではなく勧告できるようにする」「正当な理由がなく応じない場合、医療機関名を公表する」としています。

●しかし、これは間違ったやり方になります。本来の感染症病床とはナースステーションを含めた病棟全体の陰圧空調などの専用構造をもつものです。一般病床からの切り換えだけなら、感染防止はもっぱら消毒と防護服の対応だけとなり、医療機関と医療従事者・他の患者に**院内感染を広げる可能性**が強まります。

感染症対応の病床にしている病院は、80%以上が公的病院です。民間病院は20%程度のみです。この間、国は**公立病院の統廃合、廃院をすすめてきた**だけに、国際的にも少ない公立病院がさらに少なくなっています。そこで政府は民間病院に感染対応の病床を広げようとしています。しかし公的病院は災害対応の拠点病院の機能をもつ病院がほとんどです。そのため病院施設の構造・スペースなどからも民間病院は感染防止には向かないのです。

●さらには一般病床を削りコロナ患者の病床に転換するだけなら、全体の病床数は増加したことはありません。しかも、日本の病床数は、政府やマスコミの言うように決して多くはないのです。「日本の病床が多い」というのは、日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパーにあるように病床数の統計の取り方が諸外国と異なり、日本政府はより多くカウントするやり方をしているからです。

このことは、病床の稼働率をみればわかります。公的病院も民間病院も病床利用率は平均して約75%以上です。つまり病床のゆとりはほとんどないのです。したがって感染症が激増することで、一般病床を感染用に転換することだけなら、一般病床もすぐに「病床ひっ迫」になり、コロナ感染症に限らず医療全体が「医療崩壊」になってしまうのです。

日本の病床自体にゆとりはない

年	病床利用率（総数）
2015	72.82%
2016	72.99%
2017	73.22%
2018	73.36%
2019	74.80%

全国公私病院連盟
『病院運営実態分析調査の概要』より

●この責任は、この間の自民党政権の医療政策にあります。「日本の病床数は多すぎるので削減する」として、この20数年間で病床は30万床以上削減し、感染症専用病床は結核病床も含めて3万床も削減してきました。そのうえ現在のコロナ感染症の最中でも地域医療構想などで病床削減を目指しています。2019年11月～2020年11月だけでも、驚くことに**全国で2万1350床も削減**されています。つまり日本の病床のゆとりはなくなっており、すぐ「医療ひっ迫」「医療崩壊」になるのです。

コロナ災害期においても病床を削減しつづけてきました

	2019年11月末	2020年11月末	増減数
病床総数	1,618,303	1,596,953	△ 21,350
病院の病床数	1,527,999	1,510,227	△ 17,772
感染症病床	1,884	1,886	2
結核病床	4,301	4,147	△ 154
療養病床	307,002	291,672	△ 15,330
一般病床	888,500	887,769	△ 731
一般診療所	90,248	86,668	△ 3,580

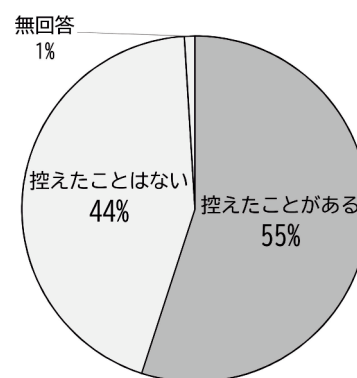
厚生労働省「医療施設動態調査」より作成

●当初から、コロナ感染症が増加した時期には、「**感染が怖くて病院に行けない**」など他の病気の受診抑制や医療制限の実態が生じました。それは感染症以外の病気を重篤化させてしまうこととなり、いのちと健康を危うくするのです。

「あなたは、新型コロナウイルスへの感染を避けるために、医療機関での受診を控えたことがありますか。次のなかから、あてはまるものに、1つだけ○をつけてください」との調査では全体で「控えたことがある」とした人39%にもなっていました。この調査で受診を必要とする人だけで見ると55%もの受診抑制になっています。

医療機関への受診抑制調査

1. 控えたことがある	39.2%
2. 控えたことはない	31.6%
3. そもそも受診する必要がなかった	28.3%
4. 無回答	0.9%



NHK『新型コロナウイルス感染症に関する世論調査』2020・11～12

●甲府市では、2020年の各月とそれ以前の5年間平均（2015年～2019年）の各月との比較を市民課の死亡届で調べてみました。やはり甲府市でもコロナ感染症の増加にともなってそれ以外の死亡者数が増加していました。

コロナ災害期ではコロナ以外でも死亡者が増加していた 甲府市の死亡者数の増加傾向

2015年～19年の5年間平均	2020年	死亡増	増加率
7月 173名	202名	29名	17%
8月 175名	199名	24名	14%
9月 172名	169名	▲3名	▲2%
10月 186名	192名	6名	3%
11月 195名	212名	17名	9%
12月 186名	206名	20名	10%

甲府市市民課調べ

●現在では、単に「感染が怖いから受診抑制する」事態ではなくなっています。コロナ感染症も含

めてすべての病気・ケガ・救急医療などで、切実で緊急の必要性がある患者でも「満床状態」「人手不足」で受診できない事態になってきています。国民全体のいのちと健康がさらに危ぶまれる傾向が確実に強まっているのです。

病床確保・医療従事者などの集中確保を恣意的にやっていない？

●感染症の病床がなければ、どうして、諸外国で行っている必要な**臨時感染症病院の設営**で病床の確保をしないのでしょうか？ 「自宅療養では家庭内から感染を広げる」「患者の治療はできないし、感染を防止できない」ことはイタリアや武漢の初期の国際的な経験からも明らかでした。そのため諸外国では臨時病院を開設して病床を確保してきました。

この臨時病院の設営は中国の武漢だけではありません。感染症発生初期だけでも諸国には以下動きがありました。日本建築技術では、武漢のような臨時病院は10日間で建設できるとされています。また日本では別に新たに作らなくても、都市部ではホールなどの様々な施設があるはずです。東京圏では、使われていないオリンピック施設もあるはずです。どうして臨時病院を設営しないのかおかしい！

国	臨時病院
中国（武漢）	1000人の患者が受け入れ可能な臨時病院を10日間で建設 他3箇所を臨時病院に転用
中国	北京郊外、広東省広州など10以上の都市で建設 1000人以上受け入れ可能
イラン	2000人収容の病院（軍によって設置）
ブラジル	スタジアムを200床の仮設病院に転用、他屋外病院の建設
アメリカ	海軍病院船USNSコンフォート（約1000人収容可能） コンベンションセンターを1000床ベッド施設に転用（コロナ感染者以外の患者の治療）、最大341の臨時病院を建設
イギリス	展示場に最大4000床まで拡張できる臨時病院
ポーランド	国立競技場に臨時病院の設営、全土で臨時病床を最大1万床確保

Yahoo!ニュース記事より抜粋

●さらには、日本では**最高の機動力と医療資源を持っているのが自衛隊**であり、その本格的な活用がされていません。コロナ感染症は社会を揺るがす大災害です。しかしコロナ災害では自衛隊の災害対応はないに等しい状況です。医療従事者は6500名もいますが、その派遣状況はよくみえません。陸海空の自衛隊の生物化学兵器対応の特殊武器防護隊も昨年4月に4名が派遣され教育支援をただけです。

全国病床利用率の平均は75%にもなっているときに、約2000床自衛隊病院の病床利用率は4%～30%です。信じられないほどの病床のゆとりがあります。しかし2020年1月7日現在で感染症の入院患者は84名のみです。これでは「戦力を維持するために隊内に感染を広げない」とか「生物化学兵器対応力を秘匿する」などの、**軍事的な意図**すら感じてしまいます。

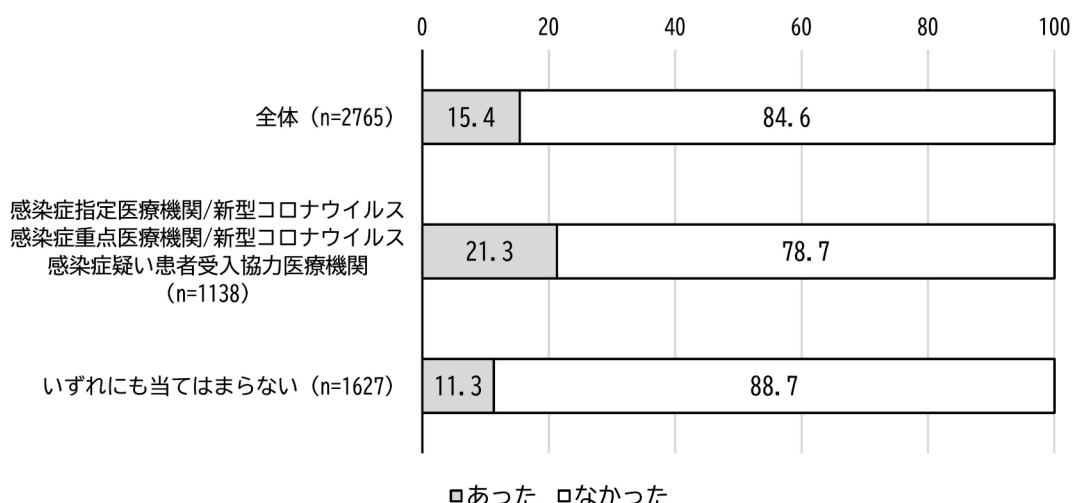
	病床数	2019年度 病床稼働率
自衛隊中央病院	500	約30%
自衛隊横須賀病院	100	約26%
自衛隊富士病院	50	約10%
自衛隊札幌病院	200	約18%
自衛隊福岡病院	200	約14%
自衛隊阪神病院	200	約12%
自衛隊仙台病院	150	約8%
自衛隊大湊病院	30	約9%
自衛隊三沢病院	50	約5%
自衛隊岐阜病院	100	約7%
自衛隊舞鶴病院	50	約5%
自衛隊呉病院	50	約6%
自衛隊熊本病院	100	約12%
自衛隊別府病院	50	約9%
自衛隊佐世保病院	50	約4%
自衛隊那覇病院	50	約15%

防衛省資料(令和3年1月13日)より

●また**肝心な医療従事者**などに対するの待遇と職場環境の抜本的な改善を行い、人的なゆとりのなかで人材を集中確保しなければなりません。しかし現状は「感謝」と「差別はいけない」の言葉だけにとどまり、過重労働を放置したままです。

医療従事者などの感染による労働（公務）災害補償もおろそかにされています。請求件数はわずか2973件、そのうち認定決定は1508件に過ぎないのです。そのため現場では医療従事者は疲弊し離職者を増加させ人手不足の悪循環を続けているのです。

新型コロナウイルス感染症対応を理由とした離職



日本看護協会「看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査」より作成
2020年9月調査

コロナ感染症の危険だけでなく 自民党の政策自体の危険性もあります

●医療従事者を大切にしないで離職者を増やすばかりで人手を集中確保しないこと、医療・病床を増床確保できるのにしないことなど、どう考えてもおかしな感染症対策です。今の政権は、本当に国民のいのちを守る気があるのでしょうか？その内容自体に極めておかしさと**政策上の危険性**を感じてしまいます。

やっていることといえば、国民に「自粛」だけを求めて、公的医療体制もなく、入院先も確保しないで、罰則でしょうか。このままではコロナ感染症を利用した密告と相互監視の「警察国家」になってしまいます。

●1月13日の首相会見では、新型コロナウイルス感染急拡大に伴う医療崩壊を防ぐために、医療法の法改正の意向を問う質問が出ました。菅首相は「国民皆保険、多くの皆さんが診察を受けられる今の仕組みを続けていく中で今回のコロナがあって、そうしたことも含めてもう1度検証していく必要があると思っている」「必要であれば改正するのは当然のことだと思います」と述べました。

これでは、**国民皆保険のおかげで**、国民の多くが受診するために医療がひっ迫して医療崩壊になりやすいとなってしまいます。翌日あわてて、加藤勝信官房長官の記者会見で「国民皆保険制度という根幹はしっかり守っていく」と述べ首相の発言打ち消しにかかりました。

●自民党政権が長年行っていることは、**自助・共助で国民皆保険の形骸化をすすめ**、民間大企業の膨大なもうけ先となる医療の営利市場化です。そのため公的医療保険の保険料を引き上げ、患者負担を強めてきました。そして医療従事者と公立病院・病床の削減を行い続けてきたのです。

国民のいのちを守るのは軍事力ではなく、公的医療・社会保障です

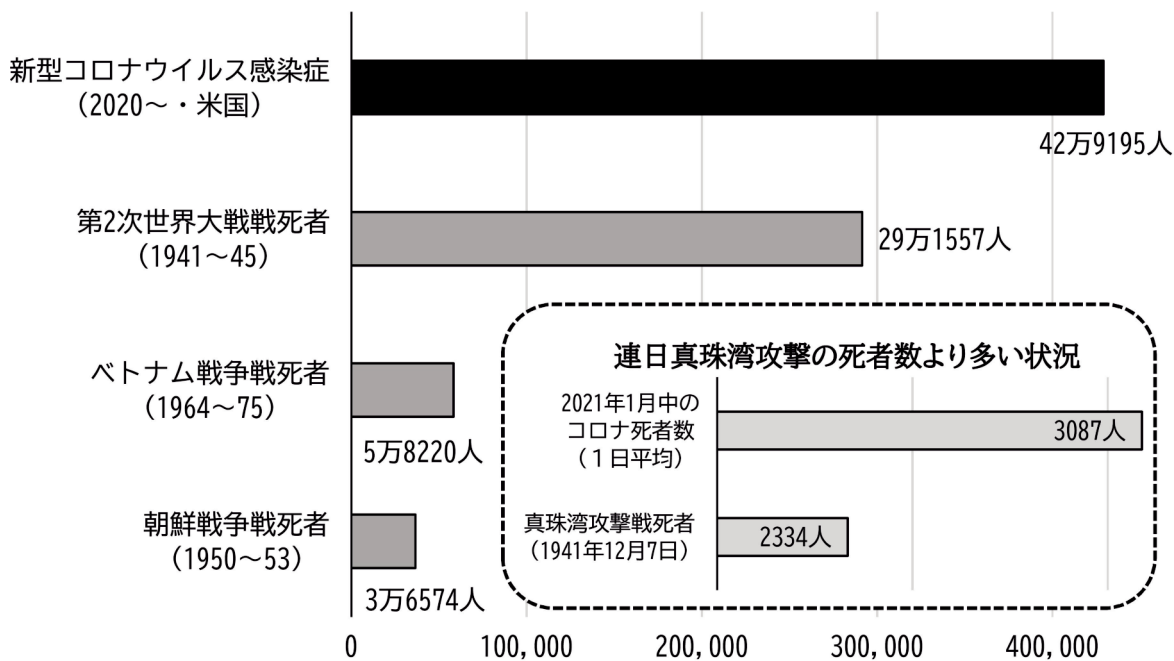
●アメリカの74歳のトランプ前大統領は感染し、ワクチンがなくても高度な医療の提供を受け、

約1週間で回復しました。しかし一般のアメリカ国民は2021年1月28日現在で、コロナ感染症で43万人も亡くなっています。第二次世界大戦のアメリカの戦死者は29万人です。ベトナム戦争は5万8千人、朝鮮戦争は3万7千人の戦死者です。これらのアメリカの戦死者は合計で38万6千人です。したがってアメリカではコロナ感染での死者の方がはるかに多いのです。

●それは、アメリカには**国民皆保険制度がなく公的医療が保障されていない**からです。貧富の格差が、医療の格差となり、いのちの格差となるのです。世界最強の軍事大国であっても公的医療体制など社会保障が確立していないと国民のいのちを守ることはできないのです。

私たちはアメリカの真似をさせません！いのちを守る政治を、生存権を守る政治を確立させる取組みを今こそ強めなければなりません。

貧富の格差が医療の格差に。それが生命の格差に… すでに米国のコロナ死者数は第二次世界大戦以上に！



出典：AFP（1月28日時点）より作成