

# 災害に抗して

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

2021・1・8 No.27

## 今回の緊急事態宣言とは？ その①

### 入院ではなく、自宅療養でいいのだろうか？

2021年1月8日再び緊急事態宣言が発令されました。このレポートは1月7日昼時点で書いているもので、その全貌はわかりません。

しかし、国民の自粛のみを求める政権のこれまでのやり方をみても、緊急に検査の徹底拡大や医療・病床などの充実確保と医療従事者の待遇改善の強化をはかるとは思われません。むしろ危険な自宅療養を行なう一方で、自粛に従わないものを罰則で叩くというやり方になります。

ここでは、「今回の緊急事態宣言とは？ その①」とし、自宅療養とされる危険な状態を改めて考え、抜け落ちている医療・病床と医療従事者の確保こそが必要としていきます。

## 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

# 今回の緊急事態宣言とは？ その①

肝心な検査と医療の公的な緊急対応がない？

エッセンシャルワーカーの待遇改善がみえない？

しかし、給付金の申請締め切りは予定通り行う？

従わない者への罰則をはじめるといふ？

## 今回の緊急事態も「自粛」のみで実質的に公的医療が抜け落ちている

● 1月8日からの緊急事態宣言も前回と同じく肝心な基本的な公的対応が抜け落ちています。それは**検査の徹底実施と医療の集中的な確保**です。さらには医療や介護・福祉施設などをはじめとする**エッセンシャルワーカーを支える労働条件の改善**です。なぜなら感染症防止の基本とは早期発見・早期隔離入院だからであり、それを担う医療従事者などの人手が不可欠だからです。

● しかし、今回の緊急事態宣言は、こういった**基本的な公的対応がないまま**です。その内容はもっぱら飲食店などの営業時間の短縮であり、様々な自粛です。そこで働く人の補償もよく見えません。しかし対象の東京圏の東京・千葉・神奈川・埼玉の4都県に限らず、全国に自粛が強まります。政府はこの自粛に従わない者への罰則もはじめます。さらには、入院ではない軽症・無症状者の宿泊・自宅療養をも義務化し、それに応じなければ罰則も検討するようです。本来、入院を保障すべき事態でありこれではおかしい！

その一方で中小企業者らを支援する「持続化給付金」「家賃支援給付金」の申請を緊急事態宣言の最中でも継続しないで予定通り打ち切ることを決めています。

結局、この緊急事態宣言とは、主な感染要因を「飲食店」と「無自覚な若者」に目を向けさせ、そこから国民の自己管理と自己責任である自粛ばかりを求めています。菅政権の掲げる「自助・共助・公助」の「自助」の強要・強制がはじまろうとしています。

● そもそも公的な検査と医療の初動対応自体がかなり遅れました。なぜかと言えば、「医療のおける採算」を理由にしてこの20数年間で、病床は30万床以上削減し、感染症専用病床は3万床も削減したからです。

I C U（集中治療室）も保健所数も削減、国立感染症研究所も地方衛生研究所も著しく予算を削減しつづけ機能低下させました。医療・公衆衛生・防疫を弱体にし続けてきたこの間の政府の責任は明らかです。**25年前のこれらの医療資源があれば**、今のような「医療ひっ迫」「医療崩壊」など簡単に起きなかったはずですが。

●しかも感染が広がりはじめて**もう1年たっています**。国際的にみても日本の検査と医療が不十分だったにもかかわらず、その是正と改善がなされないままです。いまだに検査の徹底もできていません。感染症病床も医療従事者も確保されているとは言えません。それでいて「医療ひっ迫」「医療崩壊」だと危機をあおるだけです。

また「病院で感染症病床を増やすと1床当たりの協力金を支給する」としましたが、これでは本来の陰圧空調などの専用構造もない一般病床からの切り換えであり、一般病床を削りコロナ患者の病床にするだけとなってしまいます。これにより全体の病床が削減され、コロナ以外の入院患者抑制になり、全ての病気やケガなどの医療を後退させ、国民全体のいのちと健康を危ぶむこととなります。

●感染症の病床が足りなければ、どうして、諸外国で行っているように臨時病院の設営で病床の確保をしないのでしょうか？

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（2020年2月～3月時点）
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

（2020年2月～10月の各国感染者増加時の動き抜粋）

●「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市の初期の国際的な経験からも明らかでした。そこで**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。報道でこちらが把握しただけでもいくつもの建設が明らかです。

## 早期発見・早期隔離入院ではなく危険な自宅療養、ではいけない

●日本の政権は、コロナ災害の最中であっても、病院と病床を削減させる地域医療構想をつづけるためにも、臨時病院の開設・病床の確保を行なっていません。したがって、自宅療養を広げていくこととなります。すでに自宅療養者の数は極めて多くされています。

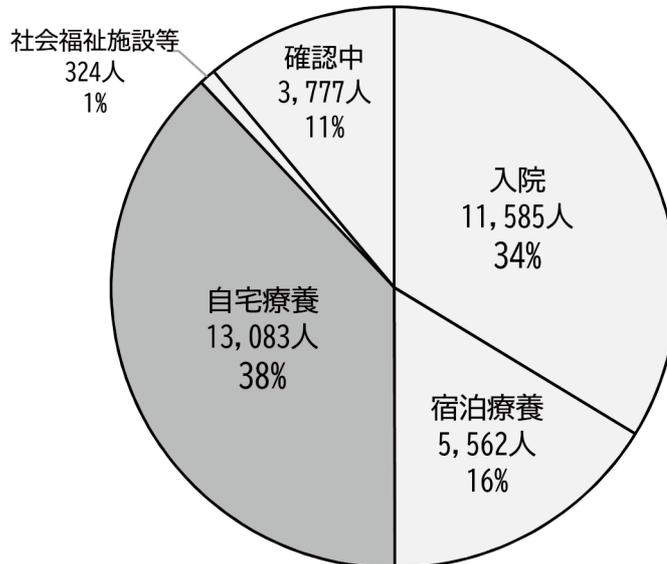
●2020年12月30日時点での日本のコロナ陽性の患者は、入院者数より自宅療養者数の方がはるかに多くなっています。

1) 入院は1万1585人の34%ですが、**自宅療養は1万3083人の38%**

入院患者より1498人も多い状況です。

2) しかも「確認中」という、どこにいるか把握できていない

**所在不明の患者が3777人の11%もいるのです。**



厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果」  
(2020年12月30日時点)より作成

都道府県名	PCR検査陽性者数（退院者等除く） (人)			
		入院者数	自宅療養者数	確認中の人数
北海道	1,591	817 (51%)	357 (22%)	0 (0%)
宮城県	432	91 (21%)	196 (45%)	0 (0%)
栃木県	382	158 (41%)	0 (0%)	186 (49%)
埼玉県	2,942	782 (27%)	1,647 (56%)	244 (8%)
千葉県	1,899	485 (26%)	1,075 (57%)	89 (5%)
東京都	8,235	2,457 (30%)	3,036 (37%)	1,603 (19%)
神奈川県	2,974	550 (18%)	1,912 (64%)	0 (0%)
静岡県	407	180 (44%)	0 (0%)	181 (44%)
愛知県	2,358	593 (25%)	1,307 (55%)	235 (10%)
京都府	1,029	265 (26%)	698 (68%)	0 (0%)
大阪府	3,349	1,040 (31%)	952 (28%)	703 (21%)
兵庫県	1,162	509 (44%)	0 (0%)	347 (30%)
広島県	1,402	305 (22%)	822 (59%)	0 (0%)
福岡県	1,360	351 (26%)	530 (39%)	0 (0%)
熊本県	343	179 (52%)	123 (36%)	0 (0%)

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果」（12月30日時点）より作成

(※自宅療養者数100人以上の県)

●この状況を、緊急事態宣言が直接対象となる都県で陽性患者における自宅療養者の割合をみると、極めて多い状態です。これ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。

	自宅療養数	入院数
東京	37%	> 30%
千葉	57%	> 26%
埼玉	56%	> 27%
神奈川	64%	> 18%

## WHOの在宅ケアのガイダンスと比べても日本の自宅療養は危険だ

●陽性が判別され自宅療養の場合でも、日本と異なりWHOの感染防止対策は厳格です。「在宅ケアと接触者の管理暫定ガイダンス（2020. 3/17）」でみてみます。（参考『人災となった新型コロナ災害』）

●WHOの指導の基本は「**隔離し、医療施設でケアすることを推奨**する」しかし「全ての患者を医療施設で隔離することが不可能の場合」として、在宅ケアのための様々な条件と対応が求められています。

#### **在宅ケアを行う前提条件があります**

- ・「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）」は医療施設が優先される。
  - ・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**に限り、在宅ケアを考慮できる」。
  - ・軽症で「**慢性の基礎疾患がない患者**（肺疾患、心疾患、腎不全、または合併症リスクを高める免疫不全状態など）であれば、在宅ケアが可能」。
- この決定には「**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**した上で考慮すべき」としてしています。
- ・可能な限り、在宅ケア期間中（症状が完全に消失するまで）は、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、個人衛生、基本的な感染予防・制御手技、感染が疑われる患者を最も安全にケアする方法などについて**指導**を受けるべきである。患者と家族には、在宅ケアの期間中を通して、**継続的な支援、教育、観察**が提供されるべき」としてしています

#### **家族にも推奨事項の順守が求められます**

- ・患者をよく換気された個室に入れる（すなわち、開放された窓とドアのある部屋）
- ・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。共有スペース（例：キッチン、バスルームなど）が十分に換気されていることを確認する（すなわち、窓を開いたままにする）
- ・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（例：別のベッドで寝る）
- ・介護者の数を制限する。理想的には、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  
.....略.....
- ・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
- ・患者の周辺環境の汚染物への不要な曝露を避ける（例：歯ブラシ、タバコ、食器、飲み物、タオル、手ぬぐい、寝具などの共有禁止）
- ・医療従事者が在宅ケアを提供する際に、適切な个人防护具（PPE）を選択するためのリスク評価を行い、飛沫および接触に関する注意に従うべきである
- ・感染が検査確定された軽症患者は、少なくとも24時間の間隔を置いて採取された2つのサンプルからPCR検査を2度行い、結果が両方陰性であることが確認されて初めて自宅隔離から解放すべきである。検査が不可能な場合には、WHOは、症状が解消した後、さらに2週間の隔離を継続することを推奨する

（WHO「在宅ケアと接触者の管理暫定ガイダンス（2020. 3/17）」より）

これら順守すべき推奨項目は全部で19項目にもなります。日本の主な家庭状態である「1人暮らし」「老老介護」「共働き」や、狭隘な住宅事情などからも、これを順守することなど出来ません。

●日本では自宅療養か入院かを、患者の無症状・軽症・重症の状態によって分けていますが、どの症状であっても感染力に違いはありません。むしろ無症状や軽症であり、自ら動ける患者を自宅療養にする方が危険と言えます。

●2020年の4月2日になって、厚生労働省は「**自宅療養時の感染管理対策**」の方針を出しました。これはWHOの指導をかなり薄めたものです。それすら守られているとはいえない実態があると思われまます。

## 本当に国民のいのちを守る気があるのか！ 危険性はここにもあります

●すでに、医療との連携が不十分で亡くなった自宅療養の方もいます。それ以上に、家庭内と地域への感染の広がりを防止することができません。

この間指摘したように、感染者から排出されるゴミの問題もあります。入院者の場合には感染性廃棄物で厳重な処理が求められます。しかし、**自宅療養で排出されるゴミは、生活ゴミ**として扱われます。厚生労働省もその指導のままです。つまり地域と環境清掃作業をする働く人たちの危険性が野放しにされているのです。

●今回の緊急事態宣言の内容も、本当に国民のいのちを守る気があるのかどうか？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。

生存権を守る立場から、しっかり是正と改善の声を上げていきましょう！

その②に続きます。