

# 命を守れ!

連続コラム Vol.2

## 市長発 COVID-19 ドキュメント 2020-2022



多摩市長  
阿部裕行(あべひろゆき)

### 第1章

### 新型コロナウイルス感染症との 闘いの検証

前号よりつづく

#### (3) 5段階の新たな指標レベルと 「改正コロナ特措法」

世界的な流行となった感染症の場合、収束に向かうカギは、病にかかる、ワクチン接種が普及する、など集団免疫が、それなりの規模・時間で達成できるかどうかにあるようです。

ただし、発症しなくても無症状であったりも感染している人が多いといわれるのも、今回の感染症の特徴です。また、ワクチン接種が進んだとされる国でも感染拡大して

いる例も見られます。日本でも、2021年4月から、65歳以上の高齢者から順を追ってファイザー社製のワクチンを中心に接種が行われ、既に2回の接種を終えた人々は、8割近くに達しています。陽性と判断された患者に対しても「抗体カクテル療法」や「レムデシビル」などの治療が行われ、早期に治療を行うことができれば、重症化しないことも臨床で明らかになってきました。

しかし、2021年8月の段階では、感染力の強いデルタ株による感染急拡大の前に、首都圏の各自自治体は医療崩壊状態に突入していました。このまま、自宅や病院等



東京都南多摩保健所(多摩市永山)

で亡くなられる方が相次いでいくのかと絶望的な気持ちになった時期もありましたが、その後、感染者数は急減し危機を脱することになります。その理由は諸説あるようです。そのあたりの考察は専門の先生方に委ねることにしますが、世界では依然として感染拡大は続いており、警戒の目を緩めるわけにいきません。市民に最も身近な地方政府の首長として、感染の再拡大の危険から市民の命を守らなければなりません。そのためにも、これまでの経験を活かし、第6波に備えていく必要があります。

地方自治体、特に都道府県が地域の感染状況を市民に知らせるアラームとなる指標について、政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会は、2021年11月8日、新たな指標となる5段階の「レベル」を発表しました。この「レベル」は従来の4段階の「ステージ」に替わるものとの位置づけです。政府は、このレベルを基に「緊急事態宣言」等を発令することになります。

「レベル0」は、新規感染者がいない状況、「レベル1」は、安定的に一般医療とコロナ医療が両立できている段階で、2021年11月中旬の都道府県の場合は、この「レベル1」に該当する、との説明です。「レベル

2」は、感染者数が増加傾向になり始めた状況を想定しています。都道府県が段階的に必要な病床確保を始め、住民に感染リスクが高い行動を避けるよう呼びかける段階となります。「緊急事態宣言」や「まん延防止等重点措置」など強い措置を国民に呼びかけるのは、「レベル3」の対策の強化からとなります。「レベル4」は、一般医療を大きく制限してもコロナ医療に対応できない事態であり、政府は、災害医療的な対応として都道府県を支援していくこととなります。2021年8月の東京の状況がこれにあたるとしています。

これらの「レベル」は、各都道府県が、数週間後の重症死者数や病床使用率などを推計し、判断するとしています。しかし、その基準は全国一律ではありません。分科会の議論では、新規感染者数と医療逼迫の関係は、都道府県ごとに大きく異なる、としています。都道府県サイズからすれば、「レベル」の大枠は示されたものの、判断すべき基準などは丸投げされた感があります。政府による「緊急事態宣言」や「まん延防止等重点措置」はこれら都道府県の「レベル」の状況さらには知事たちからの要請を受け、専門家による分科会での議論を経て、政府

が決定することとなります。

そもそも、新型コロナウイルス感染症は、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」により、国が全体方針を示し、都道府県は地域の実情に合わせて様々な措置を講じることとなっています。ただし、広域的調整の必要性から国には総合調整、指示の権限が留保されています。このあたりが、小池百合子都知事と菅義偉首相、あるいは一都三県の知事と官邸など「緊急事態宣言」をかける都県の範囲、いつからかという日程など外部から見ると責任の所在がはつきりせず、リーダーシップを誰が発揮しているかの見せ場の競争となった時期もありました。

この「新型インフルエンザ等対策特別措置法」ですが、2009（平成21）年に世界的に流行したH1N1亜型新型インフルエンザウイルスの再流行や鳥インフルエンザ（H5N1亜型）が流行したときに備え、2012（平成24）年に制定されました。当時は民主党政権の時代でしたが、国会での採決では、政党により賛否が分かれ、野党であった自民党は、この法案とは別の理由で本会議を欠席したという経緯もありました。なお、この「新型インフルエンザ等対策特別措置法」は、自然災害に備えた「災

害対策基本法」、テロリズムに備えた「国民保護法」をモデルに制定されたと言われています。当時は、略して「新型インフル特措法」とも呼ばれていました。

この「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が再び世に現れたのが、2020年の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）でした。自民党の安倍晋三首相は、対象となる感染症の種類が異なるとして、当初、この特別措置法で対応することに難色を示していました。結果として、国民の生命及び健康に重大な影響をあたえることが懸念されるとし、2年を超えない範囲でこの特措法を適用することとし、「新型インフルエンザ等対策特別措置法の一部を改正する法律」とし、国会に提出されましたが、参議院の採決の場面では野党の中で反対する議員や会派もありました。

このような経緯の後、この特措法は、2021年2月3日の通常国会で「新型インフルエンザ等対策特別法等の一部を改正する法律」として可決・成立し、2月13日に施行となりました。

この改正は、「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）、「新型インフルエンザ等対策特

別措置法」（以下、コロナ特措法）など11本の法律を対象としています。後ほど、説明しますが、まず、これまでは「新型コロナウイルス感染症」を感染症法の指定感染症に位置づけ、政令により運用されてきたが、この改正により、法律上、明確に位置付けられたこととなります。この後の説明に関係してきますので、もう少し、詳しく触れておきます。

「コロナ特措法」では、実効的な感染症対策を講じられるよう、特定の地域において、国民生活や国民経済に甚大な影響を及ぼす恐れがあるまん延を防止するため、まん延防止等重点措置を新たに創設しました。

また、都道府県は、新型コロナウイルス感染症の影響を被った事業者や医療機関等を支援するための必要な措置を講じることができるようになりました。都道府県知事は、営業時間等の変更の要請や財政支援を行えるようになりましたが、正当な理由なく要請に従わない場合は、要請に関わる措置を命令することができ、従わない場合には過料を処すことができるようになりました。

「感染症法」、「検疫法」の改正では、新型コロナウイルス感染症を、暫定的でない形

で、感染症法上の新型インフルエンザ等対策特別措置法の適用対象としました。医療従事者、検査を行う民間事業者等に必要ない協力を求めるとともに、正当な理由なく協力の求めに応じなかったときは協力するよう勧告し、従わない場合は、公表することが可能となりました。

高齢者など重症化する恐れのある患者等に対して宿泊療養や自宅療養に関する協力を求めることができるようになりましたが、協力の求めに応じない場合は、入院の措置や勧告の対象となりました。検疫法上も必要な協力要請ができるようになりました。

入院先から逃げた場合、正当な理由なく入院措置に応じない場合、感染経路やクラスターなどに対する積極的疫学調査への協力に応じなかった場合など、協力に応じずよう命ずることができるようになりました。応じない場合は過料を処すことができるようになりました。

#### (4) 医療的隔離、社会的隔離、罰則付き「コロナ対策法」の矛盾

新型コロナウイルス感染症をどの程度、危険な感染症と位置づけるかによって、そ

の後の対応は異なってきましたが、本来は、入院による隔離が望ましいとの感染症への防衛対策から、この改正は行われました。前提として危険な感染症に位置付けたことから感染した患者に「医療的隔離」を求めたということになります。

しかし、その後、感染拡大と患者の急増という事態を迎え、病院への入院措置は厳しくなり、患者に対して自宅療養を求めざるをえなくなりましたが、これは「医療的隔離」と言えるのでしょうか。本来は、入院させ、隔離しなければ感染拡大を招く、というエビデンスがあったからこそ、このような措置が行われたはずで

す。自宅療養そのものは、患者が家族と同居している場合、なおかつ同居家族の人数、自宅内での隔離が可能な環境かどうかなどによっても変わってきますが、入院措置などのような「医療的隔離」とならない限り、感染防止は厳しいと言わざるをえません。感染症法に基づき、2類同等の指定感染症という厳しい指定となっている限り、同居家族がいる自宅療養は

感染防止の観点からは厳しい、ということとは強く指摘しておきます。勿論、小さなお子さんとの同居、介護が必要な方との同

居、ペットなど別居が難しいなどの事情があることも理解しています。地方自治体として、そのような場合の支援を検討しなければならぬことも認識していかなければなりません。

一方で、感染拡大の中で、感染者、濃厚接触者への隔離の期間、また、未知のウイルスであることから、医師、看護師、介護福祉士、保育士はじめ医療、介護、保育などの現場で働く人々への差別など「社会的隔離」も問題となりました。保育園で看護師の子どもを預かることへの拒否反応などの事件もありました。目に見えないものへの恐怖が原因の「社会的隔離」の現象は、かつてハンセン病患者に向けられた視線と同じような世間の眼差しを感じる瞬間がありました。医学的理由がないまま、「社会的隔離」を求める社会の怖さを感じる場面もありました。

今回の改正により、都道府県知事は、感染者が宿泊療養などの要請に応じない場合は、先に説明したように、入院を勧告することができ、この入院を拒否あるいは入院先から逃げた場合は「50万円以下の過料」を科す、としています。また、保健所の感染経路など疫学調査について正当な理由な

く、虚偽の申請をした場合、行政罰として「30万円以下の過料」を科すこともできるようになりました。

この改正法により、新型コロナウイルス感染症だけでなく、感染症法で規定する全ての感染症感染者がその対象となります。明治以来の伝染病予防法に先祖返りしたかのような改正法ともいえます。感染急拡大の中、自宅療養しか選択肢がない場合、家庭的事情から自宅療養を選択する場合の患者の人権、人間としての尊厳は守られるでしょうか。また、他の感染症感染者への恣意的適応などが広がらないよう見守る必要があります。

### (5) 指定感染症・2類同等となった新型コロナウイルス感染症

先ほど、「感染症法」の改正により、「新型コロナウイルス感染症」が明確に位置付けられたと説明しましたが、2020年1月28日に当時の「特措法」、「感染症法」の枠内で、安倍晋三首相は、新型コロナウイルスを「感染症法」に基づく「指定感染症・2類相当」とする閣議決定を行いました。これにより、①患者に対する入院措置、②入

院費の公費負担、③診断した医師の保健所への報告義務、④積極的疫学調査などが、患者、医師、保健所等に義務付けられるなどの対応が求められることになりました。

ここで改めて感染症の類型について説明します。

感染症の危険度の高い順、言い換えれば致死率の高い順に1類から5類に分類しています。危険度の高い感染症ほど、早い段階で感染を防止するため、強制的な隔離、つまり入院措置が行われることとなります。

「医療的隔離」です。1類、2類感染症では、強制入院、就業制限、消毒などの対物措置を認めています。3類感染症では、就業制限、消毒、第4類感染症では、消毒を行うとなっています。

1類から5類の種別は次のようになっています。最も危険とされている1類感染症は、エボラ出血熱、ペスト、天然痘、ラッサ熱など、2類感染症は、急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、SARS、MARSなど、3類感染症は、コレラ、細菌性赤痢、腸チフスなど、4類感染症は、E型肝炎、A型肝炎、鳥インフルエンザ、狂犬病、マラリアなど、基本的に豚、ウシ、鳥、犬などの動物やカなどの昆虫が媒介となって発生する感染症

です。そして、毎冬に流行するインフルエンザなどは5類に分類されています。

今回の新型コロナウイルス感染症は、最も危険度の高い1類感染症、2類感染症と同等な扱いとなりました。これ以降、メディアの報道が過熱したこともあり、日本では、国民の多くがこの感染症を危険度の高いものと認識したように思います。法令に基づく対応をとるのが原則であれば、専門家会議の知見や判断をもとに感染の内容や流行に合わせ、適宜、柔軟に検討していく必要があったようにも思います。

特にオミクロン株は、これまでの新型コロナウイルス感染症と異なり、肺炎等を引き起こす重症化しない臨床が多く報告されています。これらのことから、2類同等のままではいいのか、との声が上がっています。2類同等であることから、PCR検査への税負担、ワクチン接種の無償化などの国民の命を守るための緊急出動も担保されており、保健所の機能ならびに感染症の全容を把握できることを前提に保健所の負担軽減をいかに果たしていくことができるかの仕組みが必要と感じています。

## (6) 感染症法が求める医師、保健所、患者の義務

「感染症法」では、感染者を確認した場合、医師は、保健所長を経て都道府県知事に届出することとなっています。この届出を行う文書は紙での提出となっていたことが報道等で取り上げられました。PCR検査などにより陽性となった場合、この届出用紙を医師が保健所にFAXで送信するという話です。

この事態を解決するため、国は、現場での感染者データを管理する「HERSYS（ハーシス）」というシステムを導入しました。このシステムでは、医療機関が感染者データを直接入力し保健所に送信する、あるいは医療機関が作成した紙による届出用紙を保健所へ入力する、との方法で行っています。ただし、感染急拡大の中では、現場は対応に追われ、混乱状態となったこともあり、入力ミス、確認漏れなども発生しました。

医師が「診断後直ちに（24時間以内）」届け出る対象は、1類から4類の全ての疾患と5類の侵略性髄膜炎菌感染症、麻疹、風疹となっています。5類に該当するイン

フルエンザはじめその他の疾患は「診断後7日以内」に届け出ることとなっています。

保健所の活動は、医師が届出をし、これを受理してからとなります。入院調整、病床確保など都道府県知事からの委託を受け、保健所は、その任を果たしていくこととなります。患者の急増に伴い、調整の範囲も広域化していきます。都道府県の調整本部、コーディネーター、患者を受け入れている病院、消防、救急医療関係者、宿泊療養施設、保健所などの連携、情報共有は、重要な業務となっています。東京都であれば、当初、これらの役割は保健所が担っていましたが、その後、福祉保健局内に病床調整担当がつかれ、一括し対応して行くこととなります。

一方、陽性者となった患者からは、治療薬もなく前途の見えない不安の気持ちの中に身を置かれていたと思います。保健所からの連絡を待ち、病院での診察、ホテル療養、自宅療養などの指示に従うこととなります。

2020年の4月から6月にかけて、ホテル療養をお願いされ、隔離された患者が、ホテルから外に出かけ、コンビニ等で買い物をする、あるいは身をくらす等の事態が発生し、先に説明したように罰則付きの「コロナ対策法」も生まれました。しかし、

その後の感染拡大の際には、病院への入院、ホテル療養という選択肢はなくなり、「コロナ対策法」と現実との落差に、この改正法の立法趣旨そのものに疑義も募りました。

厚生労働省は、感染拡大に対応するため、2020年4月、医師によるオンライン診療について、電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的特例的な取り扱いをまとめ公表しました。厚生労働省や各都道府県のホームページでは、オンラインで診療できる病院リストを掲載しています。

東京都の多摩地域でオンライン診療が始まったのは、2021年9月15日からでした。東京都医師会は、自宅療養者を夜間往診する体制は都心部より手薄になっているとし、オンライン診療で緊急時の患者の容体悪化をカバーすると発表しました。対象は、保健所設置市の八王子市、町田市を除く東京都の保健所が管轄するエリア。自宅療養者のうち、保健所が必要と判断した患者を平日の午後6時から9時、スマートフォン画面越しに一人当たり15分から20分の間で診療するというものです。診療結果は、保健所に報告し、投薬が必要な場合は、宅配便などで患者の自宅に届けるというものです。東京都医師会は、各保健

所が管理している自宅療養者の個人情報はどう開示していくかが、今後の課題としてあります。

## (7)「いつでも、誰でも、何度でも」を実現できないPCR検査

新型コロナウイルスに感染しているかどうかを確認する科学的検査がPCR検査です。正式には「ポリメラーゼ連鎖反応」と言い、ウイルス等の遺伝子(DNAデオキシリボ核酸)を増幅させて検出する手法のことです。

新型コロナウイルス感染症が世界的に広がった2020年の当初、韓国や台湾などでPCR検査が街中で自由に受けられる光景が報道等で流され、日本では何故できないのか、この国の対応に不安を感じられた方も多かったと思います。韓国は、2009年当時の新型インフルエンザの流行、その後の2015年5月に韓国を襲った中東呼吸器症候群(MERS)の感染拡大を防ぐことができなかつたという反省から2016年に「感染病検査緊急輸入制度」を施行し、緊急事態の際、民間機関等で検査を行える体制を整えていました。街中で

のウォークスルー、ドライブスルーなど目新しい方法にもトライし、「何時でもどこでも」検査ができる仕組みを持つ国として注目を集めました。

日本での検査体制の拡充が進まなかった理由はどこにあるのでしょうか。新型コロナウイルス感染症は日本では、感染症法に基づき指定感染症となったことから、保健所が主戦場となり保健所が行う行政検査から始まりました。従って、韓国や台湾、あるいは欧米でみられるような誰もが自由に検査を受けられるという手法ではなく、あくまで感染拡大を防止するため、陽性と判断された患者の濃厚接触者を特定し、PCR検査に協力いただくという積極的疫学調査を中心に展開していたからです。感染症に対する施策として日本の方法は間違っていたわけではありません。しかし、保健所は、後ほど説明しますが、このようなパンデミックな感染症に対応できるような組織にはなっていませんでした。

また、日本では、PCR検査そのものは衛生検査技師が行うこととされ、当初は、それなりの経験と知識がなければ検査の信頼性が保てないなどと言われていました。検査方法や検査体制にも課題がありました。

一度に大量の検体を自動的に処理できる全自動検査システムを共同開発した日本のベンチャー企業に駐日フランス大使から感謝状が贈られるというニュースもありましたが、これらの検査機器は海外で高い評価がされても日本国内での認可が進まず、PCR検査の試薬等を海外に依存し、輸入の目途が立たないといった厳しい事態となっている実態についても浮き彫りとなりました。

安倍晋三首相は、2020年8月28日の記者会見で「1日20万件の検査を目指す」とし、検査拡大に伴って陽性者が増加しても社会的に対応できるように「今後は政令改正を含め、運用を見直します。軽症者や無症状者は宿泊施設や自宅での療養を徹底し、保健所や医療機関の負担軽減を図ってまいります」と述べました。しかし、実際の検査数は、なかなか首相の方針通りに増えませんでした。

多摩市では、2020年3月頃、多摩市、南多摩保健所、多摩市医師会、市内の基幹病院である日医大多摩永山病院、公社病院の多摩南部地域病院との会合を度重ねて開き、保健所の行政検査だけでは患者の増加に間に合わないことから医師会として何か

できないかと検討を進めてきました。

多摩市医師会では、市内の診療所で通常の診療とは別に発熱の症状を訴える患者の受け入れについては、待合室、診察室、検査室などを新たに用意する必要があること、また、感染症対策の最前線で闘っている二つの基幹病院を患者の受け入れにより医療崩壊させてはならない、との二点から、医師会として発熱外来を基幹病院の玄関口に開設できないかとの検討を行い、多摩南部地域病院にこの旨、提案しました。しかし、同病院の感染症担当医師、感染認定看護師らから、提案はありがたいが、現在、病院では院内感染を防ぐため、徹底した感染予防策を講じている、地元医師会の先生方についても病院内のルールを守っていたかないと院内感染を引き起こしかねない、との危惧が表明され、医師会として、再度、議論を行うこととなりました。

この結果、基幹病院での院内感染を防ぐことを最優先とし、議論を進めた結果、地元医師会は、PCR検査センターを基幹病院とは離れた場所に設置することが望ましいとの結論に至りました。方法はドライブスルー方式。多摩市医師会、南多摩保健所、二つの基幹病院、多摩市との間で協定を交

わし、開設準備を進め、保健所設置市でない自治体としては都内では最も早く「多摩市PCR検査センター」を5月14日に開設することができました。

当時は、PCR検査そのものが発熱者等に限定されていたこともあり、無症状感染者などがどの程度いるのか、把握できない状況にあり、PCR検査の拡充は必須と私も考えていました。政府や東京都は首相記者会見や都知事のブリーフィングで検査数を増やしていくと明言。世田谷区の保坂展人区長は、区民でもある東大先端科学技術研究センターの児玉龍彦名誉教授の提言を受け「いつでも、だれでも、何度でも」受けられるPCR検査体制を創っていくことを表明。少しずつ、事態は打開されていくかに見えましたが、保健所を持つ自治体と持たない自治体との情報格差は陽性者数が拡大・増加していくにつれ、その乖離が目立ち始めていました。

私は「必要な人が必要な時に受検できる」PCR検査体制の整備を一貫して追究し、2020年7月16日の臨時市議会でも、市立小・中学校、市内保育所、介護施設などで感染者が発生した場合、保健所から濃厚接触者と特定された人以外の方も、市独自で

無料で検査できる仕組みに関する補正予算を提案し、全会一致で可決いただきました。

その後、市と医師会による「PCR検査センター」だけでなく、市内の20を超える診療機関でも咽頭による検査を行うなど多くの市民のニーズに応えられる態勢を整えました。市単独で飲食業関連の方などリスクの高い人々への機動的なPCR検査も可能となり、市民の不安の声に応える仕組みをつくることができました。

ただ、この独自検査で陽性者が確認された場合、その後の病院への入院、ホテルへの手配は、保健所でなければ対応できないという点やあくまでも保健所が行う行政検査ではなく、自由診療の枠組みを活用することから、範囲を拡大すればするほど市財政への影響は大きくなるという課題はあり、政府や東京都に独自PCRへの補助要請を行い、その後、交付金での対応が可能となりました。なお、この過程の中で、PCR検査の方法も多様化し、検査料も当初の数万円から数千円程度でできるようになりました。簡易な検査で陽性反応を確認した場合、再度、検査を受診するという流れも生まれていきました。

その後、市内医療機関でも発熱外来を設

置する診療所が増えたことや8月以降になり、新たに唾液によるPCR検査が始まったことなどから、PCR検査を行う診療所も増え、「多摩市PCR検査センター」は、当初の目的は終えたとして2021年3月末で閉所としました。

また、多摩市は、介護保険・障害福祉サービス事業所向けのPCR検査等補助事業を独自に行ってきましたが、介護保険事業所は、114事業所のうち7法人8事業所の利用。障害福祉サービス事業所は、126事業所のうち、4法人6事業所の利用にそれぞれとどまりました。この仕組みの活用については事業者によって取り組みへの濃淡がありました。

事業者からの声として、PCR検査の利用はありがたいが、万が一、職員に陽性反応が確認された場合、無症状であっても、休んでいただかなくてはならない、代替の職員を確保することが非常に厳しい、との話をよく聞きました。なお、東京都は入所施設向けにPCR検査キットを配布した事業を行っています。市としてその結果は把握できていません。

なお、政府は、2021年11月、新型コロナウイルス感染の第6波への備えとして、

column

発熱の症状や濃厚接触者など医師や保健所の判断があった場合は無料としていた検査

を無症状であっても都道府県が設置した検査会場では、誰でも無料で検査できる方針

を明らかにしました。陽性者を早期に発見し、重症化を防ぐことが狙いとしています。

「37・5度以上の発熱が4日間以上」は受診の基準ではない

あの驚きはいまだに忘れられません。加藤勝信厚生労働大臣の発言です。2020年5月8日、厚生労働省は新しい目安として「息苦しさや強いだるさ、高熱があれば、保健所が窓口となっている帰国者・接触者相談センターにすぐに連絡するように」と呼びかけると修正しました。この際、「目安ということがですね。何か相談とか受診の一つが基準のように、われわれから見れば誤解ですけれども」と話され、都道府県に弾力的な対応を求めてきたと説明しました。

この問題の発端は、令和2年2月17日付の厚生労働省から都道府県、指定都市、中核市の民生主管部(局)あての「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」に関する周知のお願いとの文書です。この中に以下のいずれかに該当する方は、帰国者・接触者相談センター

にご相談下さい。として「風邪の症状や37・5度以上の発熱が4日以上続く方」「強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある方」と明記されています。確かに帰国者・接触者相談センターに、電話する際のガイドラインであり、病院で診察をお願いする際の目安と考えているのであれば「誤解です」というお話なのかもしれません。しかし、当時、怖さと恐怖でパニックとなっていた現場を考えると、それはないでしょう、と思います。

テレビ画面を通し、ロックダウンとなったイギリスやアメリカさらには患者が溢れ、病院での診察が機能不全状態となっていたイタリアなどの映像を視聴した市民の多くが、恐怖感を味わっていたころです。国内の病院でも発熱者が新型コロナウイルス感染症にり患しているか、他の病なのか、分からない中で受け入れざるをえない救急病院の厳しさもクローズアップされていました。病院や診療所では、発熱等で新型コロナウイルスへの感染が疑われる患者への導線の確

保、発熱外来部門の設置など、院内クラスターを防ぐため、様々な対応を整え始めていましたが、新型コロナウイルス感染症患者を引き受けた病院では、通常診療にも大きな影響が出ていました。受診控えの患者さんも増えていた時期です。

3月29日には人気お笑いグループ「ザ・ドリフターズ」で活躍したタレントの志村けんさんが新型コロナウイルス感染症による肺炎により入院先の病院で亡くなったとの一報は全国を駆け巡り、新型コロナウイルスに対する恐怖と警戒感は一気に増し、多くの人が自分事と考え始めました。

そのような中、帰国者・相談者相談センターに相談する目安が「37・5度以上の発熱が4日以上」との明示は、未知のウイルスであり、どのように対応すべきか分からない中で、厚生労働省の指針と熱した患者にとって、「誤解」だったとして役所の立場に立つのではなく、国民や保健所職員の気持ちに寄り添って対応してほしかったと心底思います。