



特別インタビュー

新型コロナ対応のキーパーソン・ 自見はなこ参議院議員に聞く

クルーズ船から 市中感染まで 「命」を軸にした 対応を貫く

全世界を席卷している新型コロナウイルス感染症だが、わが国ではダイヤモンド・プリンセス号の感染者救護を皮切りに対策が本格化し、緊急事態宣言発出による飲食店への休業要請や、医療体制の構築など、さまざまな対応策を展開した。なかでも医療提供における重症者対応は、日本の医療の質の高さを裏付ける結果になったが、厚生労働大臣政務官を務め、一連の国の対策において陣頭指揮を執った自見はなこ参議院議員に、その経緯、そして今後の医療提供体制強化に向けた施策などについてねらい等も含めて話を聞いた。

人道的見地から クルーズ船対応を推進

——わが国の新型コロナウイルス感染症対策は1月28日に厚生労働省内に「新型コロナウイルスに関連した感染症対策に関する厚生労働省対策推進本部」（以下、対策本部）の設置から本格化しました。自見さんは同本部の本部長代理として当初から陣頭指揮を執ってきました。

対策本部の設置にあたって本部長代理を拝命し、まず着手したのは中国・武漢市からチャーター便で帰国する邦人の救護でしたが、2月10日に横浜港に停泊したダイヤモンド・プリンセス号の乗員・乗客の救護活動が主務になりました。

同船は乗員・乗客3711人、うち2666人が乗客で、約2000人が基礎疾患を有していました。1月20日に横浜港を出港してクルーズの旅を続け、1月25日に香港で停泊、ここで下船した乗客が新型コロナウイルスに感染したと考えら

す。乗員が乗客に感染を広めなかった決め手になったと言えます。「新しい生活様式」の重要性と効果を、身をもって示してくれたのです。

——医療支援もさまざまな形で提供されました。

日本環境感染学会のDICT（災害時感染制御支援チーム）をはじめ、DMAT（厚生労働省災害派遣医療チーム）、JMAT（日本医師会災害医療チーム）、AMAT（全日本病院協会災害時医療支援活動班）など、多くの医師、看護師の皆様が支援に加わり、高い能力を示していただきました。エボラ出血熱のような1類感染症となると話は別ですが、新型コロナ対応であれば専門チームを新設しなくても、支援体制をさらに強化することで対応できるのではないかと考えています。

病床確保と意思疎通、 情報共有を徹底

——ダイヤモンド・プリンセス号の乗

られています。これが伝えられたのが横浜港の前の停泊港だった那覇港を出港した後だったのです。この時点で30人以上が有症状と伝えられ、有症状者に検査を実施したところ、3分の1超が新型コロナウイルス性であることが明らかになりました。このため那覇港で発行した仮検疫済証を失効させ、乗員・乗客の下船を許可しないという措置をとりました。

——感染者が出た他のクルーズ船は停泊を拒否されるケースが散見されましたが、日本はそうした対応を採りませんでした。

現在の国際海洋条約では、クルーズ船内で集団感染が起きた際、国に対して対応を定めた取り決めはありませんから、停泊拒否はルール違反ではありません。ダイヤモンド・プリンセス号のケースも、仮検疫済証を失効させた時点で横浜港への寄港を拒否する選択肢はあったのですが、人道的な見地から受け入れることにしたのです。

する一方で、国内への感染拡大を防ぐというのはかなり難しいミッションでしたが、結果として、同船由来の感染拡大は国内では見られないというのが国立感染症研究所（感染症）の見解ですから、目的は一定程度、達成できたと思います。

関係者の介入、乗客の忍耐 乗員の献身がポイント

——そのポイントはどこにあったと考えますか。

これは乗客の忍耐、乗員の献身的な努力、厚生労働省をはじめとする職員や医療関係者の介入があったからこそ、実現できたことです。乗客には14日間をわたって個室で健康観察期間を過ごしていただき、乗員には乗客への食事の配膳などで献身的な協力をいただきました。さらに自衛隊隊員には検体採取、JMAT、AMATの先生方には健康チェックを担っていただきました。お一人おひとりのご尽力にあらためてお礼を申し上げたいと思います。

——クルーズ船内での感染対策というのは難しかったのではありませんか。

当然、病院とちがって感染を念頭に置いた構造にはなっていませんが、もともと個室はありましたから隔離するうえでは得がたい環境があったことは確かです。

また私自身の経験という意味で言うと、ここで得られた経験は、その後の市中感染対策を進めるうえで貴重な教訓となりました。

まず乗客の隔離は、市中感染のもとで実施した自粛要請そのものです。そしてダイヤモンド・プリンセス号の乗客も、自粛要請に添えていただいた国民の皆様も、我慢強く実践していただきました。

次に乗員には乗客への配膳をはじめさまざまな生活支援を業務として担っていただきましたが、これは「新しい生活様式」に当てはまらず。乗員は、本心にプロ意識を持った方々でした。たとえば手指衛生を指導し、徹底をお願いしたところ、船内の乗員の流行曲線はみるみる下がっていったので



自見はなこ ● 1998年、筑波大学第三学群国際関係学類卒業。2004年、東海大学医学部医学科卒業。同年、同大医学部付属病院初期研修。06年、池上総合病院内科後期研修。07年、東京大学医学部小児科入局・同附属病院小児科勤務。08年、東京都青梅市立総合病院小児科。09年、虎の門病院小児科。16年、参議院議員選挙比例区(全国区)当選。17年、自民党厚生労働部会副会長。18年、参議院厚生労働委員会理事。19年、厚生労働大臣政務官。参議院厚生労働委員会委員。

“ 感染者を減らさないかぎり 重症者は減らせません ”

客・乗員全員が下船したのを見届け、自見さんは3月1日に下船しました。その後2週間の健康観察期間を経て、15日から公務に復帰し、市中感染対策に従事しています。どのようなことを念頭に置きましたか。

厚生労働省が用意してくれた宿泊施設に滞在している間、海外のニュース番組でイタリアやアメリカのニューヨークでオーバーシュートが起きている様子を見ていました。そこで私は「4月1日に東京都でオーバーシュートが起きる」という状況をシミュレーションとして仮定をおいて、対策を進めました。

まず医療提供体制の整備です。3月下旬から都道府県知事と日本医師会や四病院団体協議会など医療界の代表に対して感染症病床のほか一般病床の転換、さらに宿泊施設も臨時で医療施設として指定できるよう事務連絡を出し、入院措置の受入体制を整えていただきました。

現場レベルでの意思疎通と情報共有の徹底も同時に進めました。

まず医療提供者と地方自治体の連絡会を頻繁に開きました。これは現場レベルでの情報共有が必須というダイヤモンド・プリンセス号での教訓も踏まえてのことです。

また情報共有の仕組みとして「G-MIS」(Gathering Medical Information System on COVID-19)を立ち上げました。各病院の人工呼吸器の台数、稼働病床数、個人防護具の過不足などを一元的に集約するものです。5月下旬からは医療人材をマッチングできる機能も追加しています。

さらに保健所から上がってくる新型コロナウイルス感染者に関する情報を集約するシステム「HER-SYS (Health center Real-time Information-sharing System)」も開設しました。これは保健所の皆様の業務がかなり多忙になっている様子がかがえ、保健所が機能不全を起こしつつあることが明らかで、支援が必要と考えたからです。感染研に報告する仕組みはすでにありましたが、使いづらいという声を多くいただいていたこともありました。

「次なる波」への対策についての検討も始まっています。

2つの考え方があります。1つは、小さい波が地域ごとにたくさん来る可能性です。もう一つは、水際を解除したときに大きな波が国内を襲う可能性です。とりわけ後者については注意を払う必要があると考えています。来年の東京オリンピック・パラリンピックを見すえた政策も必要ですが、それにはやはり検査体制の抜本的な強化が不可欠でしょう。

集団免疫は1ミリも考えなかった

—— 感染対策として、重症者への対応に注力すべき、あるいは集団免疫の獲得も視野に入れるべきではないのかという議論がありました。

重症者だけを減らすというのは、そもそも不可能です。疫学上、感染した人のうちほとんどが軽症か無症状で、発症した人のうちの2割が重症化することがわかって

います。感染者を減らさないかぎり重症者は減らせません。そのうえで、重症者が出た場合は命を守るということで医療提供体制の確保を図ったわけです。具体的に言えば、軽症者は速やかに宿泊療養に移行していただいて病院の負担を軽くし、重症者に対応できる体制を確保したのです。結果的に、現場の医療従事者の皆様のお力もあって、挿管した患者さんの8割が回復に至るといって、世界的に見ても驚異的な治療成績をあげました。

私自身はワクチン以外の集団免疫獲得については1ミリも考えませんでした。そもそも人道的にありえません。日本は1000人近い死者が出ていますが、仮に集団免疫の道をとると、数万人くらい死者が出るという規模になってしまうのです。

専門家会議の一部で、経済学者から医療提供体制にもっとキャパシティがあれば自粛要請は不要だったのではないかという議論がありました。これにも違和感を

覚えます。感染者が増えれば、それだけ死者も増えるということなのです。一人ひとりの死者にどこまで思いを巡らせているのかという気がしました。経済活動を今後再開していくことになりませんが、ここでも死者が出るのを防ぐことは軸足として当然持っているべきだと思っています。

「ビフォア・コロナ」には戻れない

—— 一方で、経済活動が滞ることによる死者数の増加を懸念する意見もあります。

多少死者が増えてもいいから経済活動を再開すべきという考えは受け入れられません。それに、そもそも経済活動を再開するにしても、以前のようなあり方には戻れないと考えるべきです。私は「ポスト・コロナ」では『ビフォア・コロナ』には戻れない」と言っています。社会のあり方は既に変わってしまったのです。文字どおり「新たな生活様式」に突入し

ているという認識が必要だと思えます。医療経営も同じです。今までのように出来高の診療報酬だけで運営できると考えると、当然、さらに難しい舵取りが迫られます。躊躇することなく手を打つことと同時に、医療とは何なのか、医者とは何なのかを見つめ直す機会とすべきかもしれません。

強調してもしすぎることはありませんが、医療機関は間違いなく「命のインフラ」です。国民皆保険制度のもとで運営しているなかで、真摯に患者さんに向き合っているにもかかわらず経営に行き詰まって病院が倒産するということが絶対に避けなければいけません。これは新型コロナウイルスに対応する病院だけに限った話ではありません。ただ、「新しい生活様式」のなかで医療へのかかり方が根本的に変わってしまったら、なかで、どう機能を存続させるかは、とても重要な検討課題だと考えています。

—— ありがとうございます。