

WHOと感染研の不作為が
高齢者施設にもたらしたものの

昭和六十年卒

山崎英樹

特集

— 新型コロナウイルスス前には戻れない? —



昭和六十年卒 山崎 英樹

WHOと感染研の不作為が高齢者施設にもたらしたものの

WHOは二〇二〇年三月二七日の科学ブリーフで「主に呼吸飛沫と接触経路を介して伝播するものであり、中国での七五、四六五件の分析で空気感染は報告されていない」と発表した。翌三月二十八日には、「COVID-19 is NOT airborne」とnotを大文字で強調してツイートした。

二〇二〇年七月六日、三二カ国三三九人の有志が「It is Time to Address Airborne Transmission of COVID-19」と題した声明をClinical Infectious

Disease誌に発表した。これを受けて翌七月七日にはWHOも会見でairborne transmissionの可能性を認めたものの、決定的なものではないと述べた。

しかしその後、空気感染を支持する知見が著名な学術誌にいくつも報告された(二〇二〇年九月Lancet、十月Science、二〇二一年二月Nature、四月Lancet、五月CDC、八月BMJ、八月Science)。WHOが「エアロゾル感染または空気感染」

としてWebサイトのページをひっそりと(quietly)改定したのは、ようやく二〇二一年十二月二十三日である。二〇二〇年一月三〇日にWHOが緊急事態を宣言してから二年が経っていた。

この間の事情をNature誌は「Why the WHO took two years to say COVID is airborne」と題してこう批判している。「空気感染を認めたことが」各国の関係者および一般社会に十分に伝えられておらず、換気と屋内マスクの重要性が広く認識されるには至っていない。その結果、世界各国政府は手洗いや環境消毒に重点を置いている。WHOは真の強さを示し、立ち上がって『我々は間違っていた』と言わなければならない。WHOは二つの失敗を犯している。自分の考えを変えたがらないこと、そして、自分の考えを変えたことを人に話しながらないこと。他の公衆衛生機関や科学機関と同様、WHOも自分たちが何かを間違えたことを認めることで信用を失うことを恐れているのだ。」さて、この日本はどうか。二〇二〇年の段階で接触感染はむしろ稀であることも世界中で報告されていた(二〇二〇年七月Lancet、二〇二一年

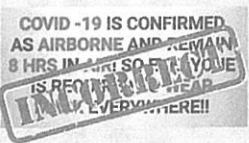
FACT CHECK: COVID-19 is NOT airborne

The virus that causes COVID-19 is mainly transmitted through droplets generated when an infected person coughs, sneezes, or speaks. These droplets are too heavy to hang in the air. They quickly fall on floors or surfaces.

You can be infected by breathing in the virus if you are within 1 metre of a person who has COVID-19, or by touching a contaminated surface and then touching your eyes, nose or mouth before washing your hands.

To protect yourself, keep at least 1 metre distance from others and disinfect surfaces that are touched frequently. Regularly clean your hands thoroughly and avoid touching your eyes, mouth, and nose.

March 28 2020



This message spreading on social media is incorrect. Help stop misinformation. Verify the facts before sharing.

#Coronavirus #COVID19

一月Nature、二〇二一年五月CDC)。しかし感染研は飛沫・接触感染を強調し続けた。わが国では「二メートル以内の感染」と考えられるものを保健所はすべて「飛沫感染」か「接触感染」とし、それ以外の感染は「経路不明」としている。「エアロゾル感染（空気感染）」のカテゴリーはないので、保健統計でエアロゾル感染が出てくることはない。このため空気感染が過小評価される一方、本来空気感染に分類されるべきものが飛沫・接触感染に分類されている。

空気感染をなかなか認めようとしない感染研に對して、二〇二一年八月には「最新の知見に基づいたコロナ感染症対策を求める科学者の緊急声明」に三八人が名を連ね、二〇二二年二月には公開質問状も出された。感染研がようやくエアロゾル感染を認めたのは二〇二二年三月二十八日である。これを報道したテレビ朝日は「二十八日、感染研のホームページにひっそりと、『感染の経路は主に三つあり、(一) 空中に浮遊するウイルスを含むエアロゾルを吸い込むこと(エアロゾル感染)』と、感染経路のなんと一番目に、エアロゾ

米国の研究チームが改めて検証し、やはりエアロゾル感染が大きく寄与したと報告している。飲食店は未だに飛沫・接触感染対策にふり回されている。入店時の検温と手指の消毒、パーティションの設置、トイレの蓋を閉めて流すようにという張り紙、客の入れ替わりのたびに椅子やテーブルの消毒。コロナに関する限り、検温を除けばすべて不要だ。パーティションは空気の流れを妨げることがあり、むしろ危ない。

令和二年四月七日の厚労省通知によって、「面会については、感染経路の遮断という観点から、緊急やむを得ない場合を除き、制限すること」とされた。以来、高齢者施設はロックダウンに近い状態が未だに続いている。徹底した水際対策と施設内における感染予防策は、入居者とその家族、そして職員にも重い負担を強いた。非日常の中で、それでもつましく営まれた生活の記録は、本稿の趣旨ではない。ここで問題とすべきは、高齢者施設も飲食店と同じように無駄な感染対策に労力を割き続けていることだ。いい加減、「コロナは空気感染」とピンポイントの事実を公表すべきだ。

ル感染が挙げられていたのです」と報じた。WHOも感染研も、ひっそりと空気感染を認めた。そして、事の重大さを認識しながら（認識したかゆえに）しっかりと広報を行わなかった。こうした不作为は、なにをもたらしたのか。

その第一は、感染対策をわかりにくくして、現場に混乱をもたらしたことだ。

エアロゾルとして漂うウイルスは、タバコの煙のようなものだ。吐きだす煙は、近ければ濃いまま、遠くなれば薄くなり、風が吹けば流れ去る。濃い煙を吸うほど、感染しやすい。吐きだされる煙をイメージするだけで、どう振舞えば身を守るのか、素人でもわかる。

夏は沖縄から、冬は北海道から感染が広がるのも、人流に加えて冷房や暖房を効かせるために扉や窓を閉めるからだ。ダイヤモンドプリンセス号の七〇〇人を超える集団感染も、この船の換気が循環式であったことを思えば説明がつく。感染研は船内の環境汚染に注目し、NHKも蛍光塗料を使って汚染を強調した番組を派手に放映したが、

タバコの煙を想像せよ、というだけで、感染対策は一気に改まるであろう。もはや『我々は間違っていた』と言うべきである。

不作为がもたらした第二の問題は、発生した高齢者施設の現場に分断をもたらしたことだ。

密集、密着を避けられない介護施設で感染者が一人発生すれば、フロア全体が濃厚接触者となる可能性がある。検査をしても偽陰性があり、無症状でも感染力があるから、濃厚接触者は誰が感染しているかわからない。交差感染を防ぐために個室管理、個別対応が基本となり、職員はPPEを装着しながら食事や排泄の介助を行うことになる。認知症のある高齢者は個室にとどまらないこともあり、マンツーマンで他の入居者との接触を防がなければならない。すべての入居者の健康観察を強化し、換気を徹底する必要がある。

一方、平時でも介護の業界は職員が不足している。高齢者やシングルマザーの雇用も多い。年齢、基礎疾患、子の養育などの家庭環境に配慮すれば、レッドゾーンで働ける職員はそもそも限られてい

る。さらにウイルスへの不安や恐怖で出勤できない人もいる。こうした中で無症状でも検査で陽性となった職員や、濃厚接触と判定された職員は勤務から外さなくてはならない。

つまり発生すれば業務が一気に増え、職員は一気に減るということだ。施設や法人の枠を越えた応援体制がなければ介護崩壊に至り、劣悪な介護環境の中で重症化リスクの高い高齢者の命が失われる可能性がある。介護施設で備えるべきは、何をおいても「応援体制」である。

二〇二〇年六月七日に認知症の当事者や家族、関係団体の代表者などの地元有志で行政（宮城県と仙台市）に法人枠を超えた応援体制の構築を要望した。六月三〇日には厚労省からも応援体制の構築を後押しする通知が出た。レッドゾーンで勤務する介護職員の労働条件や労災保険について県と話し合いを重ね、一〇月十四日に宮城県の応援体制がスタートした。

二〇二〇年十二月に要請を受けて県北の発生施設に「応援の趣旨に賛同した職員八名を派遣した。主な感染経路がエアロゾルであることは既に広く

クを外してしまい、個室に留まらず、排せつ介助などへの不同意や孤立、難聴などが原因で大きな声を出すこともある。高齢者施設はエアロゾル感染のリスクが高いことへの十分な配慮が求められる。このことを予め受援施設と合意していなければ、入居者はもちろん、派遣した職員を感染リスクから守ることもできない。

再び県に働きかけて、二〇二一年一月二十七日、関係六団体および当事者（認知症の本人と家族）、感染症の専門家からなるワーキンググループ（以下、介護WG）の設置が決まった。この介護WGから、水際対策や発生時の対応（入所系、通所系）、ワクチン接種後の面会制限の緩和など、いくつもの参考指針を出した。同時に飛沫・接触感染対策を主導する医療チームとの話し合いを何度も打診したが、ついに実現しなかった。二〇二一年七月二日に厚労省から出された「感染制御・業務継続支援チームや応援派遣予定の介護職員等が」「予め認識共有を図る場を設ける」など「相互に理解を深めていくことが重要」という通知も功を奏さなかった。

知られていたが、施設に入っていると暖房と加湿のために窓を閉め切っており（CO₂モニターは三、〇〇〇から四、〇〇〇ppm）、大量のエアロゾルが発生する口腔ケアも続けられていた。

高齢者施設で発生すると、まずDMATや感染制御チームなどの医療チームがサージカルマスクで飛沫・接触感染に準拠した感染対策の指導に入る。しかし、なかなか収束しない。二〇二一年四月と五月に医療チームが指導に入った宮城県内の一四施設では、指導前に七〇名（入居者四八名、職員二二名）、指導後に一〇七名（入居者六五名、職員四二名、内八日以降が入居者一三名、職員一三名）が感染した。エアロゾル感染を重視する介護の応援チームがN95マスクで現場に入るのは、もはや介護崩壊というべき時期であり、激変する劣悪な介護環境の中で感染リスクに耐えるしかない要介護高齢者が取り残されていた。

いくつかの施設に介護の応援に入り、施設ごとにバラバラな対応策の統一が必須であることを痛感した。高齢者は飲水時に、あるいは自分の唾液でもむせることがあり、また認知症のためにマス

介護WGが二〇二一年八月に宮城県内で実施したアンケートによれば、発生した入所系施設の七〇％で人員不足の深刻さがあげられた。施設の職員数が多くても、あるいは法人規模が大きくても、職員不足を回避できるとは限らない。また「陽性者数が二名以上の場合」「ゾーニング期間が八日目以降も続いた場合」は人員不足がより深刻になる傾向があり、発生した入所系施設の四割以上がゾーニング終了まで二週間以上を要していた。さらに感染管理指導の受援施設のうち九割は人員不足が深刻だったと回答した。人員不足の中で十分な感染対策が行われるはずはなく、健康観察は疎かとなり、介護環境は劣悪となる。東日本大震災を体験した沿岸部の施設の管理者は、コロナが発生してからは、毎日、自分の施設だけに津波が襲ってくるようだったと漏らした。施設から逃げられない高齢者にとって、これはもはや人権問題だ。

アンケートの結果をもとに、一〇月二十九日付で行政にいくつかの提言をした。その筆頭に、こう記した。「発生施設の多くは人員不足の中で速

やかに介護体制を維持あるいは再構築する必要があり、場合によっては遅滞なく応援を要請する必要がある。その助言と指導を効果的に行うために、発生初期の段階で介護施設の運営に精通した介護WGのメンバーを『介護業務継続支援チーム』として施設に派遣すべきである。人員不足の中、介護業務のなを省き、感染対策や健康観察をどう盛り込むのか、そのために必要な介護職員の数やシフトの組み方などは、現場を知らない医療チームに指導できるはずがない。

だが、この提言も聞き入れられることはなかった。飛沫・接触重視の医療チームと、エアロゾル重視の介護チームで分断が起きたことを認めざるを得ない。

二〇二二年当時、WHOも感染研も空気感染をまだ認めていなかった。介護の応援に入る私たちのチームは、先に入った医療チームの飛沫・接触感染重視の指導に従いつつ、N95マスクを着けて換気を徹底した。高齢者施設はエアロゾル感染のリスクが高いことを、現場の肌感覚として知っていたからである。さらに、他法人に職員を応援に

出せば、それは業務命令であり、運営者には安全配慮義務がある。医療チームの指導がサージカルマスクであっても、自法人の職員にN95マスクを指示するのは当然のことだ。しかし、医療チームには伝わらなかった。「N95神話」と揶揄されたことさえある。

N95マスクはエアロゾル感染対策の要だ。欧米では空気感染が注目されるにつれて感染者にはN95マスクのような高機能マスクで対応することが推奨され、エビデンスも十分だ。個人防護具PPEは、もはやN95マスクだけでもよいのではないかと思わせる報告さえある。二〇二二年一月十九日にアメリカ政府はN95マスク四億枚を無償配布すると発表した。

私たちの職場では、二〇二〇年の夏ごろにはエアロゾル感染を視野に施設でコロナが発生した場合はN95マスクを使用することにした。二〇二〇年十二月から二〇二二年八月までで、他法人の応援には一二か所に延べ八〇人を派遣し、自法人では三三か所で延べ四三九人がレッドゾーンに勤務した。職員に感染者は一人も出ていない。

介護WGが二〇二二年五月九日から六月二十四日にかけて実施したアンケートによれば、二〇二二年一月以降に発生した宮城県内の高齢者施設のうち、レッドゾーンでN95マスクを使用した施設は十八施設（N95群）、サージカルマスクを使用した施設は四二施設（サージカル群）で、そのうち職員の感染者数が二名以上となったのはN95群二施設に対してサージカル群一四施設であった。

二〇二二年一月から九月二十五日までの宮城県内の公表された死者数は二七二人であり、六〇歳

以上が二五四人で九割以上を占めた。同時期の高齢者施設クラスターは公表されたものだけで一六八件二、三二七人である。施設がクラスターに至った原因の一つにエアロゾル感染対策の不足はなかっただろうか。専門機関の不作为や現場の分断も含め、人災の要素を否定できない災害死であることを認め、十分な検証の元に合理的な対策を練らなければならない。感染リスクに耐えながら施設に暮らす要介護高齢者の人権をどう守るのか。介護と医療と行政がその一点に集中して連携することが改めて強く求められている。