The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	異なる景色 ： 新型コロナウイルス感染禍に際する感染経験者・医療従事者へのインタビュー記録
Author(s)	三浦, 麻子; 村上, 靖彦; 平井, 啓
Citation	
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/89370
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

異なる景色

新型コロナウイルス感染禍に際する
感染経験者・医療従事者へのインタビュー記録

三浦麻子・村上靖彦・平井 啓　編

巻 頭 言

本インタビュー録は，今般の新型コロナウイルス感染禍にさまざまな立場で関わられた方々に，なるべくありのままにその経験をお話しいただくようお願いした，その語りの記録である。

2020 年 1 月に突如出来したこの感染禍は，人間行動，そしてその総体としての社会構造を大きく変容させる可能性を孕んでいる。人間科学を標榜する研究者として，こうした緊急事態への人々の反応とその変化を調査によって把握することで，ポスト COVID-19 社会の見通しをつけ，ウイルスとのある種の共生を目指して何をどのようになすべきかを探究することは喫緊の責務である。そう考えて，一度目の緊急事態宣言発出後すぐに村上・平井の両氏に声をかけ，社会心理学・現象学・行動経済学・健康心理学という複数アプローチによる学際的共同研究を企画した。このプロジェクトでは，こうしたインタビューのほか，一般市民を対象とするパネル調査や，国際比較調査も行っている。

社会心理学を専門とする私は，量的なデータを分析対象とする調査研究にはある程度習熟しているが，インタビュー，しかも現象学的アプローチによるそれについてはまったくなじみがなかった。なじみがなかったからこそ，感染禍を眺める複眼的視点の 1 つとして重要だと考えたのである。東日本大震災の際に実感したことだが，こうした大きな社会的事象がもつ意味を読み解こうとするとき，単一のアプローチでは到底足らない。あのときは SNS データを対象とする分析を積み重ねることでそれをある程度実現したのだが，このたびはより質的な，深く思索的なアプローチを加えたかった。親しい社会心理学者にこの話をしたら「現象学は質的研究の中でも極左だよ」と言われ，極左ってどの程度振り切れているんだろう，とわくわくしながら毎回のインタビューに（一応，インタビュアーとして）参加した。研究者 3 名の学問的視点がそれぞれ異なるように，対象者が感染禍を見る視点もそれぞれ異なる。現象学の振り切れ感を味わうところまではまだ至っていないが，3 つの視点が交錯することで立体的な像が浮かび上がってくることを，語りに耳を傾け続けるなかで実感することができた。村上さんによってそれぞれの語りがどのように解きほどかれていくのか，今後の展開も楽しみにしている。また，平井さんは医療現場での研究キャリアが豊富で，心理師としての実践活動と実証研究の両刀遣いという，これも希有な研究者である。こうした同僚に恵まれているのが，大阪大学大学院人間科学研究科の強みであると実感できる機会ともなった。

共同研究に着手した当初は，年度末には「あのときはこんなに大変だったんだね」と振り返ることができるかもしれないと考えていた。しかしその想定はひどく楽観的だったわけで，いまだわれわれは，数値的にはむしろ当時よりも深刻さを増した感染禍の中にあ

る。だからこそ，いまこれらの声を多くの方々に読んでいただきたいと考えて，当初予定していなかった電子出版を企画した。

われわれのわがままをご寛恕くださった対象者の方々に心から感謝申し上げます。

三 浦 麻 子

2020 年 1 月に日本に上陸した新型コロナウイルス感染症は，社会全体に深刻な影響を与えた。医療について論じられることだけでも多岐にわたるが，とりわけケアという側面からは，対面で人と出会えなくなるということが大きな問題となった。

感染者が不幸にも亡くなる場面でも家族はそばにいることができない。あるいはそもそも入院患者に家族が面会することはできない。感染していなかったとしてもほとんどの高齢者施設で面接が制限された。あるいは誰かが重症になったとしても，家族もまた感染者あるいは濃厚接触者であるので，病院で十分な説明を行うこともできない。あるいは幼い子どもがいる家庭で母親が感染した場合，まだ言葉を解さない子どもであっても母親は隔離しないといけないとしたら，親子ともに大きなストレスになる。

私たちが患者や医療者にインタビューを重ねるなかで見聞きしたのは，このような場面だった。他にもさまざまな形で人と人とのつながりが断たれてしまい，それによってケアそのものが難しくなった場面があるだろう。コロナ禍はケアの核をなすであろう人とのつながりが，広範なものであり繊細なものであることを，それが不可能になったことによって露わにした。つまり感染症は，ケアとは何か，いかにしてケアは可能なのかという問いを私たちに突き付けた。

もう 1 つ明らかになったことは，日本の医療はその資源（結局のところはマンパワー）において感染症の拡大以前からすでに決定的に不足していた，ということだった。感染の拡大に伴って急性期医療のひっ迫はすぐに他領域の医療資源をも圧迫することになり，保健所は感染症対策以外の業務をすべてストップしたとしても対応しきれなくなった。あるいはもともと資源が不足していた在宅医療でも，感染症の患者が出現するに先立って対応が難しくなっていったのだった。医療資源のひっ迫は大きな帰結を生んだ。トリアージは，救命に関わる医療を受けられる患者を選択することであるが，いままでは人工呼吸器や ECMO をどの患者に用いるかの選択のことだと思われていた。しかしとくに 2020 年 12 月から 2021 年 1 月の感染拡大期に起きたことは，入院の可否，あるいは入院時に延命治療をしないという了解をとる，あるいは人工呼吸器を使用できないことを前提に搬送するといった，さまざまな水準で医療資源の選択が行われたことだった。じつはトリアージは医療システム全体に関わる多様な絞り込みのことであり，人工呼吸器の制限はその末端なのだということだ。

インタビューの中から見えてくる，ケアに関わる問題と医療に関わる問題を 1 つずつ指摘したが，みなさんは他にもさまざまなことを教えてくださった。病の後遺症がまだ残るなかで快くインタビューをお引き受けくださった元患者のみなさん，そしてご多忙のな

か快くインタビューをお引き受けくださった医療者のみなさんに心からお礼を申し上げたい。

村 上 靖 彦

2020 年から世界的な流行が始まった新型コロナウイルス感染症は，私たちの生活に大きな影響を与えている。日々，テレビやネットのニュースや動画などを見ていると，何か大きな 1 つの雲に覆われているような印象がある。たとえば，3 密場面に遭遇すると必ず感染してしまうのではないか，感染するとそのまま重症化し，人工呼吸につながれるのではないか，さらに医療機関では治療されない患者であふれているのではないかというようなイメージである。しかし実際の新型コロナウイルス感染症は，関わる人，1 人ひとりに異なる「経験」があるはずであり，「異なる景色」が見えているはずである。今回のインタビューでは，そのような「異なる景色」を記述することが最大の目的となっている。実際に新型コロナウイルス感染症に感染された方も経験した症状によってまったく異なる景色が見えており，医療者も重症者をおもに診ていた人たちと，中等症の患者を中心に診ていた人たちでもまったく景色が異なる。

そのため基本的には，村上先生の現象学的アプローチでありのままを語ってもらうことになった。ただ，私が主担当となったインタビューでは，いつもの癖で，自分の仮説を確かめるような聞き方をしており，厳密には現象学的アプローチとはいえない部分もある。

ちなみに私に見えていた景色は次のような景色であった。私は，非常勤の公認心理師として大阪府内の中規模急性期病院に勤務している。おもな活動は，緩和ケア病棟，認知症ケアチームでの心理コンサルテーションと職員のメンタルヘルス対応である。3 月末，いわゆる第一波のとき，徐々に感染者が増えてきた。その中でも緩和ケア病棟では，公認心理師の実習がなんとか行えていた。最も衝撃的だったのは，4 月に入ったときに急遽，コロナ病棟開設のため，緩和ケア病棟が閉鎖されたことである。先週まで緩和ケアを行っていたスタッフが新型コロナウイルス感染症の患者さんのケアを行うことになったというのは，とても複雑な心境であった。その後，病床数を増やすために，別の病棟が新型コロナウイルス感染症対応病棟となり，緩和ケア病棟のスタッフは，新型コロナウイルス感染症対応病棟の応援と別病棟の一部を借りて緩和ケアを提供する体制となった。このとき，スタッフのメンタルヘルス対応を行っていたため，看護局長に新型コロナウイルス感染症対応スタッフに対する支援を行うことを申し出た。

第一波の緊急事態宣言が明け，6 月になると元通りの緩和ケア病棟が復活することになり，一安心することとなった。そして第二波のときに感じた変化は，認知症ケアチームのカンファレンスであった。第一波のときには認知症ケアチームにとくに新型コロナウイルス感染症の影響はなかったが，第二波のときには，認知症ケアチームの依頼に新型コロナウイルス感染症対応病棟の患者さんの依頼が増えてきたことであった。それは高齢者施設でのクラスター発生の影響であり，新型コロナウイルス感染症対応病棟では，感染防護具

を身にまとった認知症ケアを行わなければいけなくなっていたからである。

9 月になって起こったことは，第二波の収束に伴って，新型コロナウイルス感染症対応病棟の患者さんが 0 に近い数に減ってきたことである。そうなってくると新型コロナウイルス感染症対応病棟のスタッフは他病棟の応援業務がおもな仕事になり，逆にストレス負荷が上がっていった。このとき，病棟スタッフとストレス状況を整理する簡単なワークを行い，多くのスタッフに思っていることを付箋に吐き出してもらった。

そして 11 月からの第三波では，院内感染の発生などが生じ，管理側も含めてつらい時期となった。そして，年末から年始にかけての感染拡大が起こった。テレビでは医療崩壊しているというような報道がなされていたため，年明けの病院勤務はとても緊張して病院を訪ねることとなり，看護局に顔を出し，「どうですか？ 何かできることはありますか？」と聞いたところ，「落ち着いているよ」と言われて，逆にびっくりした。エレベーターで一緒になったソーシャルワーカーさんからは，年末はさすがに定員調整が大変だったという話を聞いた。後になって，政府の新型コロナウイルス感染症に関する委員をしている共同研究者の先生から，大阪府は入退院の調整を大阪府が一括して行っているため，役割分担ができているという話を聞いて，それによって個々の病院は守られていたのではないかと感じた。

1 月末には，大阪府の要請で対応病床をさらに増やすこととなり，その準備が大変であったようであるが，2 月に入り，状況はさらに落ち着いてきていると感じる。そうすると再び 9 月と同じようなストレス状況が起こるのではないかと感じている。また，新型コロナウイルス感染症に罹患したスタッフ数名のフォローアップとして話を聞く機会があった。やはり微妙な疲労感を抱いて仕事をされているようであったが，心理的には大きな影響はなさそうで少し安心することができた。

上記が，私が実際に見た「景色」であった。やはりテレビやネット動画で語られる景色とはずいぶん違うものであったと思われる。今回のインタビューの記録は，それぞれ「異なる景色」であり，それを追体験することで，まずはいまの状況を理解することができると思われる。

平 井　啓

本インタビューは，令和 2 年度大阪大学大学院人間科学研究科ヒューマン・サイエンス・プロジェクト分野間共同研究「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）禍における人間科学 ── 実態調査と介入研究による探求」の一環として行われた。

目　次

感染経験者編

協力者 A さん …… 8
協力者 B さん …… 21
協力者 U さん …… 34
今村優莉さん …… 41
協力者 T さん …… 55

医療従事者編

協力者 C さん（保健所長） …… 64
協力者 D さん（保健師） …… 76
協力者 E さん（内科医師） …… 86
重田由美さん（地域包括ケア団体理事長） …… 91
協力者 G さん（看護師） …… 99
協力者 V さん（感染症科医師） …… 112
協力者 M さん（感染症科医師）と N さん（看護師） …… 124
協力者 J さん（看護師） …… 136
森井大一さん（感染制御部医師） …… 144
協力者 L さん（看護師） …… 160
協力者 Q さん（呼吸器内科医師） …… 170
協力者 P さん（呼吸器内科医師） …… 182

感染経験者編

協力者 A さん――40 代女性。4 月中旬に発症し，感染が判明。ホテルでの隔離と自主隔離の両方を経験する。

村上　最初，体の調子が悪くなったあたりからお話を伺えたら。で，そのまま流れに沿って，思いつくことをお話しいただけたらと。

A さん　まず発症なんですけれども，4 月 13 日に症状が出ました。私は保育園に入って仕事をしているので，保育園の園内でもうすでに感染者がいて，その感染者が陽性判定を受けてから，次に私が発症という流れになります。で，13 日発症の PCR 検査の陽性判定が 4 月 17 日。そこから都内のホテルに割り振り等で自宅待機期間があり，4 月 20 日からホテルに隔離開始。で，5 月 1 日まで第 1 回目の隔離があったという流れです。そのときは，都内はみなし陰性という形で，ホテルから出る際の PCR 検査はない状態だったんです。私は 4 つほど教室をやっているので，みなし陰性っていうどうも白黒はっきりつかないのが嫌で，自主的に病院に行って。その当時はもう，退院後の PCR はしないっていう方針は浸透していたので，せめて，肺の状態と，あとは個人的には血栓が気になっていたので，血液検査をしてもらおうという気持ちで，翌 5 月 2 日に病院に検診に行ったんです。そうしましたらその日がたまたま土曜日で，担当されていた先生が「今日は検体を一体しかとってないから，じゃあもう 1 回 PCR やってあげるよ」みたいな，軽いノリで 2 回目の PCR ができたわけなんです。で，この退院後の，通算でいうと 2 回目の PCR でじつはまた陽性が出まして。私，まさか陽性が出るとは自分では思っていなかったので，ちょっとびっくりしたっていうのもあるんですが，じつは入院中にいろんな文献とか読んでいたら，PCR 検査っていうのは生きてるウイルスを拾うか死んでるウイルスのどちらを拾っても陽性になりうる検査だから，隔離後一定期間を置いても陽性になる確率はあるっていうことは，何となく自分の中では承知してたんですけれども，正直 2 回目，退院後に，陽性が出たことは非常にショックだったんです。それでまず保健所に電話をして。で，そのときは病院の先生も保健所も，予後はそういうこともありうるので，1 カ月ぐらい様子を見ながら，お医者さんと相談しながら定期的に PCR をやっていけばいずれウイルスはなくなるよ，という話だったんです。自治体の感染対策チームにも確認したら，まったくその方針で問題はないということで。ショックだったんですけど，定期的に PCR やっていけばウイルスはいずれなくなるんだろうっていう認識だったんです。それで，先生の勧めもあって，5 月 7 日に通算でいうと 3 回目，退院後 2 回目の PCR をやりました。その結果が 5 月 11 日に出たんですけれども，その結果も陽性だったんですね。その通算 3 回目の PCR の陽性から，検体をとった先生と保健所の声色が変わって，もうこれは再感染しかありえない，っていう話に

なったんです。じつは私，みなし陰性っていうのがちょっと怖かったので，自宅には帰らずに実家の父の会社にベッドがありまして，そこが一部屋空いてたんで，そこに自主隔離みたいな感じで生活を別にしていたので，人と接する機会はなく，再感染はありえないんじゃないか，と思ってるんですけれども。この通算第 3 回目の PCR の陽性で，保健所と病院からはもう再感染しかありえないと。私は，本当にこれが隔離を伴う陽性であるかどうかと主張したんです。抗体検査っていう手もあるから，それと併せて，臨床と絡めて体を診てほしいってことを言ったんですけど，現状そういう制度はないので残念ながら隔離です，という形で。この 2 回目の隔離ぐらいから，あ，これはもう何を言っても PCR でプラスに出てしまったら，もう一切，犯人じゃないんですけど，陽性者なので隔離隔離っていうような。私の中では理不尽をずっと感じながらスタートしたわけなんですね。それで 5 月 12 日から第 2 回目の隔離の経過観察に入ったんですけれども，保健所から，みなし陰性で第 1 回目の隔離を終了したのに何で法律外の PCR をわざわざ受けに行ったんだ，とすごく責められました。要は，法律外の検査をしに行ったわけだから，2 回目にホテル隔離はありえない，っていうふうに言われたんですね。で，そこで私，これ，人が人に言うことなのかなってすごい疑問を感じて。悔しくって。これが●●ホテルから入ってたときの経過観察表なんですけれども，言われた担当者の名前とか，逐一何を言われたかって，全部書き留めてあります。保健所に，法律外のことをやったからホテルでの手厚い隔離の対象になるかどうか微妙なところだってことをはっきり言われたのを，いまでも思い出します。

で，自分が本当に第 2 回目の隔離を伴うような陽性なのかどうかっていうことを経過観察開始から主張したんですけれども，そのときに言われたのが，保健所の，女性の担当者だったんですけれども，PCR のプラスに出たからにはもうしょうがないよね，と。で，私も，じゃあ自分の体がどうなっているかをどうやって立証すればいいのか。お医者様にも頼れない，保健所に言っても現行そういう制度はない，抗体検査もメジャーじゃないからできない，甘んじて隔離を受け入れてください，って言われたら，ウイルスがどうなってんのかをいったいどうやって立証すればいいのか，と申しましたら，ちょっと思い詰めちゃってるね，と言われたんです。自宅は●●区なんですがそのときは両親の会社の所在地がある●●区にいたので，あんまり思い詰められちゃって何かあると私たち隔離先まで行かなきゃいけないからね，っていうようなことを言われたんです。それで，何かあったら隔離先まで行かなきゃいけないっていうのはどういうことですか。たとえば自殺でもされちゃったら困るとか，そういうニュアンスにとれますけどって言ったら，ハハハ，まあそういうことなんだけどね，って言われたのが，ああ，何かこういう感染症になると人としての会話もまともにさせてもらえないんだ，もう何をやってもだめなんだ，っていう。5 月 12 日の夕方の会話だったんですけれども，それからもう一貫して，何を言っても，感染した，プラスに出たら，もう犯人なんだっていうような気持ちに追い込まれて。1 回目の隔離のときは，まだ私の中で希望があったんで

す。1 回目の隔離が終われば，これでもう晴れて，ちょっとこういう言い方…，無罪放免，と私の中では思ってたんですね。ウイルスも消え去って世の中に出ても大丈夫。それにプラス，PCR の陰性がつけば，なお免罪符をもらえた感じで，もう私堂々と街中歩けるっていう感覚だったんですけれども。

2 回目の隔離でそういう問答があって，もう何言っても無駄なんだってわかると，あまりご飯も食べず，誰に何を言っても結果は覆らず，5 月 12 日から 5 月 25 日の経過観察だったんですけれども，変な話，刑期が明けるまでおとなしくしてれば，世の中に私も出られるんだっていうような考え方に変わったのをすごく覚えてます。で，5 月 25 日以降は，保健所に対しても医療機関に対しても非常に不信感がありましたので，予後の検査を受けたかったんですけれども一切受けに行かなかったんです。意固地になって。私，何が怖かったかっていうと，今後のことを考えると近隣のお医者さんにかかって血栓なり何なりを定期的に診てもらうのが一番いいわけなんですけれども，とにかく嫌だったのが，受付なんかに行って，配慮なく「あ，コロナの方ですよね」って言われるのがすごく嫌だったんですね。

っていうのは，不思議なんですけれども，保健上の経過観察は厚労省管轄，ホテルの隔離は自治体管轄で，まったくリンクしてないんです。最初の隔離は 4 月 20 日スタートなんですけれども，このときに突然お迎えのタクシーから「いま，ご自宅の近くなんですけれども，下に降りて来ていただけますか」っていう電話が入ったんです。保健所から「4 月 20 日に，ホテルの行き先が決まりましたので」っていうような連絡もなく，保健所と自治体がリンクしてないので，突然お迎えに来られたっていうのが，正直なところなんです。そのタクシーにしても，お迎えに来てもらうのはたしかにありがたいです。ありがたいんですけれども，こんな時期に大きい荷物を持って家からガラガラ出たら，勘が良い人であれば気づきます。あれ，どうしたのって。なので，私いまでも思い出すんですけれども，自宅からのエレベーターに乗るときに，大きい荷物持って当然降りるんですけれども，誰か知り合いに会うようなことになって，あれ，大きい荷物持って，緊急事態宣言下でどこ行くの，って聞かれたときに，友達が以前「突発性難聴になると，1 週間連続で抗生物質の投与をすれば治るんだよ」みたいな経験談を話してたことを思い出して，誰か知り合いに会ったら「あ，ちょっといま，突発性難聴になっちゃってね。これから病院に入院するんだ」って，嘘を言おうって。なんか，そういう変な小芝居まで考えて下に降りてったのをすごく思い出します。その日は雨だったので，たまたま知り合いには会うことはなかったんですが。

タクシーに乗ったら乗ったで，タクシーに乗る乗客は 1 人だと思ってたんですけど，じつはもう 1 人いらっしゃって。そりゃあそうですよね。効率考えれば近くの人一緒に乗せてっちゃった方がいいやっていう感覚なんでしょうけれども。先に乗ってる方がいらっしゃって。私が乗り込んだときに，運転手の方が「すいません。お名前フルネームでお願いします」って言われたんです。先に乗ってる方がいて，後から乗った私がフル

ネームを言うっていうことは，先に乗った方に私のフルネームがわかるっていうことなんですよね。かつ自宅の横につけてもらってるので，ここに住んでる A さんってことが先に乗ってる人にわかっちゃうわけなんです。いまとなってはその人が良い方だったと思うしかないんですけども，たとえばその人が悪意がある方で，あそこの住所に住んでる A さんは元罹患者でしたって SNS で広められたら，一発でアウトなわけなんです。で，隔離先まで運ぶなかで，そういうことがあったっていうのも，私の中で「ああ，こういうところであんまり人権ってないのかな。かかっちゃったモン負けなのかな」っていう感覚を覚えたのが，まず，一点です。

それで，結局近隣の医者に行かなかったっていうのは，そういう配慮がないところが非常に気になって。で，もう 1 つ言うと，私，保険に入っていたので，簡易保険の窓口に行って，請求してくださいって言って資料を出したんです。そうすると，その簡保の窓口でも，担当者がクリアファイルに私の診断書を書いたものを，普通人に見せないためには自分の方を向けるんですけど，外側の方を向けたまま窓口の中から出て来まして。待合室で待ってる私に向かって，あ，コロナの請求の方ですよねって言われたわけなんです。そのときに，近所の医者に行って知り合いがいるなかでこんなことされたらもう終わりだと思って。

それで意固地になって。ずっと医者にかからなかったんですけれども，さすがに頭痛がなかなかとれなかったので，教えてくださる親切な方がいらっしゃって，コロナの罹患後の体を診てくださる先生が池袋にいらっしゃるということで，私も観念して 6 月後半に行ったわけなんです。病院に行く前に，コロナにかかって，いまちょっと頭痛があって，血栓との絡みも心配だしっていうような話をさせていただいたんですけれども，病院では「コロナにかかったとかかからなかったとかによる医療制限は当院では一切していません。安心していらっしゃってください」と。それでも，私は病院に入って先生に「ああ，コロナだったんだよね」とか，受付の方に「ああ，コロナの方ですね」って言われるのをある程度覚悟して行ったんです。それで自分が嫌な思いするようだったら「今日はもうけっこうです」って帰ろう，と。そこまで自分の中で覚悟して行ったんですけれども，その病院，先生も新型コロナっていうことにすごく理解がある先生で。受付の方も大声で「ああ，コロナの方ですね」って言うことはなく，耳元でこっそり「お電話いただいた方ですよね」っていうご配慮もいただきましたし，周りに知られないように，私が心配事を言ったものをメモ帳でちゃんと連絡をしておいていただいて。先生もちゃんと「これとこれが不安だということであれば，まず，抗体検査と血液検査をして，この値がこうであれば，こうであるから。あと心因性のものも当然ありうる。それは否定できない。でも心因性じゃないってことを否定しない限りはウイルスがまだ暴れてるねっていうふうになるし，ウイルスの仕業ではないっていうことを証明すれば一種の心因的なものだよっていうふうに言うし，とにかく原因を解明しましょう」って言ってくださる先生だったので，非常に救われました。これで結果が出て「抗体はあり。血

栓の心配もない」ということで私の中では一連の罹患は無罪放免であるっていうことで自分の中では一応決着をつけたっていうような現状でいまに至ってます。おおまかにはいまのような流れになります。

村上　ありがとうございます。思いもかけない，というか，全然知らないお話ばかりでした。なんていうのかな。そうすると A さんにとっては，受診までの経緯は，お話にならなかったので，それよりも PCR 検査をされた以降の，保健所や行政の対応の部分の方がコロナの経験としてはずっと重たいことなわけですよね。

A さん　はい。どうして私が発症から第 1 回目 PCR 受診までをあまり語らないかって言いますと，私，たらい回しにされたっていうことがなかったんですね。4 月 13 日の夜から発症したんですけれども，おもな症状が肺炎とかではなく，嘔吐だったんですよ，珍しいパターンで。で，いまでこそ嘔吐っていうのもありうるっていう症状の 1 つになってるんですけれども，その当時「コロナウイルス＝嘔吐」っていう感覚が浸透していなかったので，肺炎じゃないので，まず保健所に電話したときに言われたのが「嘔吐っていうことは，胃腸炎ですよ，あなた」って。「でもそこまで言うならば胃腸炎を診てくれる医者を紹介します」ということで，胃腸炎でという紹介状で診察っていう形になって。で，またそこで診た先生が「じつは私の行ってる保育園の先で，陽性者がいる」と言ったら「そしたら PCR やってみようよ」みたいな感じで。先生の興味範囲で「じゃあ，やってみよう。やってみよう」みたいな流れで運良くできたっていう経緯があるんですね。なので，私は他の方みたいに，PCR やってもらえなかった，病院のたらい回しにされた，っていうことが一切なかったので，そこら辺の経緯をあまり語らない。そこはまったく，逆に「え？」っていう感じで，受診拒否もなかったので。

村上　わかりました。ありがとうございます。いまお話伺って印象的だったのは，病気そのものの症状の重さではまったくない部分ですごくストレスがかかったわけですよね。「人権が無視されてる」っていうふうに 1 回おっしゃってましたけれども，その部分の方がこのコロナウイルスについては大きな問題であると。

A さん　私は，発熱はトータル 2 日だったんですね。で，嘔吐はもう丸 1 日。それで症状はほぼ改善してました。発熱も 4 月 14 日以来本日まで一切ないんです。で，症状で気になるっていうと，頭痛が数日，ホテルに隔離されてから，また退所後もあったんですけれども，結局，よくテレビに出てる専門家の方々って，現場見てるのか見てないのかわからないですし，私がいたのは●●ホテルだったんですけれども，●●ホテルに関していえば，私は頭痛を一貫して訴えたんですけれども「熱，ありますか？」っていうふうに聞かれて熱がないって言うと「熱がないので大丈夫です」で終わりなんです。じつはですね，ホテル隔離中にもう 1 つ，手の発疹も出たんですけれども。そのときにちょうどアメリカから「コロナのしもやけ」っていって，血栓ができると赤くなる，っていう症状があって。「あの，すいません。手に赤い発疹が出てるんですけれども，気になるんですが」って言いますと，実際には診ないで電話でのやりとりなんですけれど

も「多分●●ホテルから出されているシャンプーが合わないんだと思います」って言われたんですよ。「コロナのしもやけとか言われてるんですけれども大丈夫ですかね」って言うと，二言目には「熱，ありますか」「熱，ありません」「じゃあ，大丈夫です」と。あまりにもその応酬が多かったので，最後は看護師長みたいな人が出てきて「あなたね，血栓血栓とおっしゃってますけれども，血がサラサラになる薬を飲むと，手術はできなくなるし，もう，そりゃ大変な話です」と。「もし血栓とか気になるんだったら，毎日ホテルの鏡を見てください」って言われました。「え。鏡見て，どうするんですか」って。「脳血栓とどっかの血栓になると顔や手が引き攣りますから。そうなったら内線を押して呼んでください」って言われたんですね。手や顔が引き攣ってるときに 7 桁内線なんて押せませんよ。

だめだこりゃ。もし何かのときは手が引き攣って 7 桁の内線なんか押せないと思って，娘たちに連絡をとって，●●ホテルの何号室にいる，と。で，もし私が連絡するようなことがあったら●●ホテルの医療班の電話につないでほしいってお願いしたのを記憶してます。ホテル療養って聞こえはいいんですけれども，私に関していえば，結局何もしてもらってません。なので，私は 2 回目の隔離ではホテル療養を希望しなかったんです。行って何もしないんだったら，普通に家にいるのと同じ。朝かかってくる「今日は元気ですか」っていう電話のときにそんな憎まれ口叩かれるぐらいだったら，よっぽど 1 人でどっかの個室にいる方が良いっていう判断で，2 回目はホテル希望をしなかったんです。

村上　ホテルにいらしたときに対応した電話の向こう側っていうのは誰だったんですか。

A さん　看護師ですね。日替わりだったんですけれども。お医者様による診療，っていうのは 1 回もなかったですし，「退所のときぐらいは診ていただけるのかな」と思ってたんですけど，最後までお医者さんの姿は見たことなかったです。だから変な話「お医者さんっていたのかな。看護師さんっていたのかな」って疑問になっちゃうぐらい，医療っていう形では疎遠だったんですね。

村上　要するに電話だけでやって，対面はないっていうことなんですよね。

A さん　ないです。一切ない。なかったです。はい。なので，その当時テレビで専門家の方は，本当にホテル療養は手厚いので一人暮らしの方とかは許す限りホテル療養をっていう感じでおっしゃってらっしゃったんですけど，まったく私の感覚では手厚くはなかったです。診療が一切なかったので。1 人でいるのと変わりなかった感覚です。

村上　で，そうすると，それと比べて，2 回目に隔離されたときは，違いますか。

A さん　2 回目は，健康観察は保健所から。ホテルにいるときはホテルの医療チームという方からかかってきたんですけど自主隔離の場合，保健所の保健師さんから経過観察が来るんですけれども。それでも何をしてくれるというわけではないですし。保健師さんももち回りで何人かの方が当たるんですけれども，中には，え，そんなこと言わなくてもいいよねっていうような，そんな経過観察だったら必要ないよ，こちらからメールか

なんかで，今日も発熱なし，異常なし，って送ればよっぽど気が楽だなっていうような印象をもちました。なので，1 回目も 2 回目も変わらなかったですけれども，2 回目の隔離のときはもう何言ってもだめなんだっていうのがあったので，2 回目の隔離の方が精神的にやられて寝っぱなしだったんですね。ご飯もろくろく食べないで。ここの隔離期間で 6 kg 体重落ちたんですよ。

村上　お話伺ってて非常に疑問だったのは，これが制度の決まりだから，って言われてしまって医療すら受けられなくなるっていう。非常に奇妙ですよね。

A さん　1 回目の隔離後の PCR 2 回やって陽性出たときは，本当にこれ陽性？ 陽性っていっても，入り口と出口は違うんだっておっしゃってる専門家の方がいらっしゃったんですよね。たとえば，陽性って出てもそれが市中にばら撒く陽性であるか，それとも，死んだウイルスだけを拾った陽性なのかっていうのと，意味合いが違うとおっしゃってる専門家の方がいて。私もそのテレビを見て，ああそうそうって思ってたんですけれども，結局，そう家の中で思ってるだけでは何も立証できないわけで。結局，私の母の主治医の先生にも相談したんですけれども，そういう可能性はおおいにあるっていうことは医者としてわかるんだけれども，それは現時点で臨床医として，申し訳ないけれども，立証しきれないし，してあげることができないって言われました。

村上　うん。うん。

A さん　それでも私，悔しくて，大学病院 2 つ電話かけて，何でもデータ提供するから調べてもらえないかってお願いしたんですけれども，そういう検証作業っていうのは国が音頭をとってもらわないととてもできないと。コロナもだんだんその当時 5 月の中旬には収束傾向になってきたので，だんだん病院の方も通常稼働に切り替えてるときで，検証作業が必要だっていうことはわかるんだけれども，やってあげられないって言われたのがすごく印象的です。

村上　やってあげられない，というのは何ですかね。別にやっちゃいけないわけじゃないと思うんです。

A さん　私としては，変な話，もう血でも何でもどうぞっていう感じで言ったんですけれども，じつはこういう症状でって一連の症状を言ったんですけれども，検証するっていう作業のためにあなたを検査するっていうことはできないっていう結論でした。2 病院とも。

村上　2 回目と 3 回目に PCR 検査で陽性が出た後の経緯の中で，A さんが病院ですごく配慮のない対応をされた場面についてお話くださったんですけども，他に何か人から言われるみたいな経験っていうのはありましたか。

A さん　私は先に罹患した方がいらっしゃっての発症だったんですけれども，その気持ちはわからないでもないんですけれども，その方から LINE で「私のウイルス，ちゃうやろ」と。大阪の方だったんでね。「私のウイルス，ちゃうやろ」って来たんですよ。私が先になったけど，あなたがなったことは私からうつったわけではなくて，あなた

はあなたでどっかからウイルスをもってきたんでしょっていうような LINE が来たんですよ。私もそうなんですけれども，やっぱりこのウイルス感染症って〈なった者負け〉っていうとこがあるんですよ。発症すると「はい，主犯，あなた」ってなっちゃう傾向が強いんですよね。なので，ウイルスじゃなくて，人とのやりとりにほんっと疲れるんですよ。もう，その応酬ですよね。でも，その人の気持ちもよくわかるんですよ。「私が最初になっちゃったけど，別に，私が撒いたわけじゃないよね」っていうようなニュアンスなんですよね。私としてはそんなこと責める気はさらさらないんです。ただ，変な話，私もそうなんですけど，どうしても話の枕詞として，主人と話してもそうなんですけど，「陽性」って出たときに「ごめんね」って言っちゃうんですよね。でも，声を大にして言うと，私だってどっかからもらっちゃったんだよっていう話で。でも，私は別にここで罹患した罹患しない関係なく，身近な人がなっても嫌だなーとか思うつもりはない。もうここまで蔓延するとお互い様だと思ってるんですよね。実際インフルエンザになったときなんか，そんなことないじゃないですか。

でもなんか，こと新しいものに関しては，昔の結核とかそういう感覚と一緒ですよね。話に聞くところによると，保健所が来て，これみよがしに嫌っていうほど家に消毒液撒いてったって。悪気はないと思うんですけど，うちの主人も「陽性」って出たときにまず娘たちに言ったのは「友達に絶対言うなよ。周りの人間にも絶対言うなよ」と。私は集合住宅に住んでるので，周りの人間にも絶対言うなと。「言ったらお前ら村八分にされるぞ」ってまず言ってました。まだそのときはホテル隔離前だったんですけれども，未知の感染症になって，これからホテル入ったとしても，朝突然亡くなってるっていう症例もあって，私も朝ホテルで起きて冷たくなってんのかな，とかいろいろな不安があったなかで，まず開口一番言うのが村八分にされるぞって，そういうことなんだろうかって，ちょっと疑問に思うんですけど。いま冷静になると，いろいろな混乱期なので気が動転してそういう発言したのかなっていうところもあるんですけど。何ていうのかな。過剰反応な部分はあるんだと思うんですけれども，じゃあその過剰反応ってどっから出てるのかなってなると。ウイルスをもってる，私が外に出るとばら撒く可能性がある。そうすると，自分は良い人なのか悪い人なのかっていうと，カテゴリーとしては，自分の中では悪い人。それが多分引け目になって，主人から言われたこととか，先に罹患した人から言われたこととか，いろいろあるんですけれども。じゃあ誰に何言われたって言うと「お前，ウイルスもってんだろう」とかいう言い草はされてないんですけれども。もしかすると，第三者とかまったく違う人からいうと「あなた過剰反応だよ」っていうところは，正直，否めないのかもしれません。

村上　ただ，A さんご自身としてはすごくずっと心配されてないといけない。そうしないと生活ができない状態，ですよね。

A さん　そうですね。あと，私，教室をやってるのでアルバイトさん使ってるんですけれども，1 人の本当に仲の良い方にはお伝えしたんですね。その方は，大丈夫だよって。

こういう状態なんだけれども教室再開するに当たってどうかなって言ったら，そこはもう気にしない，もう大丈夫だからと。ただ，3 人いるバイトさんの中であとの 2 人の方には伝えてないんです。生徒さんにもアナウンスしてません。っていうのは，私のいまやってる教室は●●地区にあるんですけれども，先日公立小学校で教師の感染が発覚したんです。そうすると，新興住宅街で人口が多い若い世代の人たちは「誰がなったんだ」「どういうふうになったんだ」って，吊るし上げみたいに。そういうのを目の当たりにすると，とても「私，罹患してました」なんて言えません。

私の中では「抗体もってるから，もう治ってますよ」って最終パスポートはもってるつもりなんですけれども，吊し上げをしてる方々の話を見たりすると，それはもう震え上がるほど怖いですよ。「なるとこういう目に遭うんだ」と思うと本当に怖いです。なので，個人攻撃をされたことはたしかに何 1 つないですけれども，正直，まだ恐怖におののいてます。誰に何言われるのかと思って。

村上　そのお話が伺えて，僕はすごい勉強になりました。インタビューはもっと病に対する苦痛だったり不安を伺うことになるのかなと思ってたんですが，そうではなくて。今回僕が気になってたのは，ほぼ日本だけ病が排除の論理になってますよね。ひどい差別が起こっていて。で，その対象がどんどん変化していて，いまは感染された方たちへの差別等がすごくあるので。具体的にこういうふうにこういう差別，排除が働くのかなっていうのがわかりました。で，しかも世間一般の人だけじゃなくて，行政の側も加担してますよね，明らかに。

A さん　ある先生が「保健所の拡充」ってことをおっしゃってたんですけれども，私，安易な「人の拡充」は反対なんです。っていうのは，あんな暴言吐く人がたくさんいられても感染者にとっては何のメリットもないんですよね。逆にいうと，先ほど言ったとおり，毎日「お熱ありますか」「何か体調変化ありましたか」で，私も途中から憎まれ口を叩く前に「はい。今日は大丈夫です」って言って電話を切っちゃうようにしてたので，そういう単純な業務報告だったら，正直メールでもアプリでも良いんじゃないかって思ってるんです。なので，安易な「人の拡充」は逆に苦しむ人を増やすだけだと思うんですよね。質が良い「人の拡充」であれば寄り添えると思うんですよ。保健師さんはお医者さんではないので，当然私も医療アドバイスは求めてないわけなんですけれども，ただ，すごく甘えた理屈になっちゃうんですけれども，私が何か言っても「あ，じゃあ，伝えときます」って，いったい誰に伝えるの？ その場凌ぎの返事だけをするようであればアプリで良かったと思います。それで，個別に連絡がほしいっていう人だけ自分から連絡をして保健師さんに話をすればいいだけの話なので。行政も，ただ隔離してあげてるからっていうような印象ですね。●●ホテルなんか入ると，ご飯等は不自由なく出していただけてっていうことはあります。民間企業さんがいろいろ差し入れをくださるんですよね。そういう意味では，ああ助けられてるなーっていう思いはあったんですけれども，医療チームや保健所に対してはまったく良い思い出がない。これで本当に感染

者に配慮してるのか。だから途中から卑下してきちゃって。「感染者だからあんたたち十把一絡げ」っていうような。だから「もう感染したもの負けだよ」って言ってるんですよね。そこの扱いが，加担っていうか，雑ですよね。なっちゃったから，はいこっちこっち，みたいな。そういうのはすごく感じました。

村上　ずっと A さんの使っていらした「犯人」っていうメタファーだったりとか，「刑期が明ける」っていうような表現をされてましたので，受刑者の人たちと同じように人権が剝奪されて壁の向こう側に，っていうニュアンスなんですよね．きっと。

A さん　とくに私は周りにかかった人がいなかったんで。ホテル療養なんかすると当然「ああ。ああ。こんにちは！」みたいな人はいないわけで。個々なんですよね。ところが罹患して何日目かに，大学の，多分一団か何かで感染した子たちが一気に入って来たんですよ。5〜6 人いたんですけれども。ホテル療養の場合は決められた時間に 1 階にお弁当を取りに行くんですけれども，みんなで何階かに集まって，それこそサークルみたいな感じで。その姿を見てると，私もたとえば同じマンションとかで集団で 10 人でなったっていうと，罹患したことを悲観しないでも，楽しく，もしかしたら「なっちゃったから，しょうがないよね」ぐらい言えたのかなーっていうのはあります。「赤信号，みんなで渡れば怖くない」みたいな。ホテル療養のときは「まったく，ワイワイ，ガヤガヤと」と思ってたんですけど，ちょっとうらやましいっていうのがありました。

村上　やっぱりすごく孤独だったっていうことですか。

A さん　そうですね。誰にも言えないですし。家族に言っても，主人は主人で仕事もありますし，家のこともありますしっていうのもあるので。当然「村八分になるだろう，おまえらー」っていうのも子どもたちを守るためっていうのもあるんでしょうけれども。とにかく同じ温度で話せる人っていうのは当然いなかったわけで。そういう意味では，2 回目の隔離のときは，誰に何言ったらいいんだろうっていう諦め感しかなかったです。

村上　今回，病を経験されて，それ以前と，いまこれからの暮らしで変化は何かありますか。生活というか考え方とか。すごく大きな，普通は経験しなくていい経験をされたと思うんですよね。

A さん　180 度変わるっていうことはそんなに大きくは私の中ではないんですが，ただ私，教室やってて生徒さんがいて，非常に距離を近くとって話をするのが好きなんです。距離的にっていうのは，人間としての距離も詰めるっていう意味ですごい好きなんですけれども，やっぱりちょっとためらっちゃう自分がいるんですよね。で，お医者様に対してもどこか信用してない自分っていうのがいるんです。ずっと頭痛は続いてたんですけれども，どうして頑なに病院行かなかったかっていうと，やっぱりお医者さんに対する不信感があったんです。今回の感染症で，お医者さんに PCR 検査はしてもらいましたけれども，この 40 何日間，問診ってされたこと 1 回もないんです。

村上　ええ！？

A さん　症状を聞くっていうこともなかったんです。お医者さんから症状をどうですかっ

て聞かれることも 1 回もなかったんですよ。それで，教室のバイトしてくれてた方が看護師さんだったので，今回の罹患に関して話をしてたんですけれども，「ウイルスを薬もなくゼロにするっていうのは医学的にはちょっと不思議なことなんですよ，先生」って言われたんです。ただ，免疫力を上げていけば絶対ゼロにはなるから頑張りましょう，と。その言葉でいかに救われたかって話なんです。でも病院からその手の類の話って 1 回もなかったんですよ。

私は最初に 4 月 13 日の夕方に調子が悪くなって，まずいつものかかりつけ医に電話したんですけれども，まず言われたのが「来ないでくれる？」って。「来ないで」って。で，「一般的にコロナって市販薬飲んじゃだめって新聞で言われてるけど，あれ，すーごい嘘。市販薬飲んじゃっていいから」って言われたんですよね。「いまどういう熱の状態で，吐き気あんの？ 下痢とかしてる？」とか，そういう症状聞きません？ 先生，って思った記憶があるんですけど，それから，かかりつけ医ってこんなもんなんだ，と思ったんです。正直，病院って困るから行くわけで。「かかりつけ医っていったい何なんだろう」ってすごい考えちゃって。あ，そっか。咳が出ます。薬ください。あと，予防接種だけ？かかりつけ医って，そういう定義だったんだって思うと，いざ困ったときは，助けてくれないって思うと，じゃあ医者なんか頼らなくてもって思っちゃったんですよね。

それから一切，2 回目の隔離終了後も病院に行かず，調べるだけいろんな文献とか調べて，結局，副作用が少ないって言われる漢方薬飲むようにしたんです。それで治んなくて朝死んじゃっててもそれはそれでいいや，って諦めに近い感覚だったんです。でもさすがに車に乗ってちょっと遠出するような仕事もあるので，血栓がやっぱり気になってたっていうのもあって。首が痛かったんですよ。頸動脈の血栓とかかも，って悪い方にばっかり考えちゃうので。血栓かなんかが脳に飛んで，車運転してるときに暴走して，誰か罪のない人を轢いちゃったりしたら，それこそもう，私，本当に害のある人間になっちゃうと思って。

それで，思い切って池袋の予後診てくださるっていう先生のところに行ったっていうのが一歩を踏み出したとこなんですけれども。それまでは死んだって病院なんかかかるもんかって，すごいひねくれた考えでした。

村上　じゃあ結局 A さんの立場に立って診てくれた医療者というのはその池袋の方たちだけ。

A さん　はい。だけですね。そういうこと言われなかったんですけど，それまでに何があったかを書いた経緯書を持って行って，じつはこういう罹患経過ですってお見せしたら，もう一刀両断。「2 回目の隔離なんか必要あるわけがない」って言ってくださったんですよ。それが私，何よりも嬉しくて。「勉強してない医者が楽な方に楽な方に行くとこういう結果になる」って言ってくれたことが一番救われました。いまわかったからって 2 回目の隔離がなくなるわけじゃないんですけれども，本当に救われましたよ。それ聞

いて，ああ来て良かったなって。そのときはじめて「臨床医ってこうだよね」って思ったんですよね。

村上　本当にそうですね。結局隔離って自分たちがわかんないからとりあえず遠ざけてるだけで何もしないっていうこと，

A さん　現状，実際の報道や専門家さんたちが言ってる話とちょっと乖離があったっていうのはすごく感じました。ホテル療養に関しては。けっして私がいた●●は，状況が改善してるのかもしれないですけど，手厚くはなかったです。

村上　ありがとうございます。ご家族のお話が，少し出てきましたけども，お嬢さんですか，お子さんはどんな感じでしたか。

A さん　携帯に保健所から「陽性」って来たんですけれども，そのときはもう症状ほぼ何もなくなってたので，吐き気もなく熱もなかったので，逆に「陽性」って言われて「え？」っていう感じだったんですよ。でも「ごめんね」っていうような話はしたんです。ただ，娘たちは「なりたくてなってるわけじゃないから気にしないで」って。娘たちは几帳面なので，定期的に 1 時間に 1 回ぐらいは家の中をシュッシュッシュッシュッって除菌したりして。すごく協力してくれました。主人もいろんなとこ除菌してくれたりとかの協力はしてくれましたけれども，やっぱり温度差があるのは，主人としては「誰にも言うな。絶対知られるな」で。私に対しても「友達に安易に言うな。広まるぞ。そしたらとんでもないことが起こるぞ」って言うようなことはずっと言ってました。

三浦　ありがとうございました。周囲の人々に感染者がいるときの反応っていうのが，うーん，うまく言葉にならないですけど，その，デリカシーがないものなんだというのがよくわかったというか，すごくそれを聞かせていただいた気がして。私はもっと一般的な形で「コロナに感染した人がいたら，どう思いますか」とか「こういうことに関してどういうふうな対応をしたらいいと思いますか」っていう「べき論」みたいなことを聞いたりしているわけですけれども，そこでもやっぱり日本はだいぶ極端な考え方をする人が他国に比べると多いと。日本の中では少ないけれども他国よりは多い。ということがわかっているわけですが，実際にそれが出現，いや出現なんていうのは申し訳ないですが，患者の人が身近にいるってときの反応はかなりそれに上乗せしたものがどうしても出てしまっていて。聞いててもすごくつらい気持ちになったし，なぜそうなるのかがまだ自分の中でもよくわからなくて。でも，お話を聞くと，もしそういう気持ちになったとしても，相手に表現するようなことは本当にやってはいけないことだという気持ちをあらためて強くもちました。結核患者の話をされましたけど，まさにそれなんだろうなと。もちろん，私たちは結核罹患者の方がどういう扱いを受けたかは，生でそのときに知ったわけじゃないですけども，先ほど語られたエピソードなんかはすごく言われてることですし，あとはハンセン病の方もそう。

で，本当にそういうことなんだっていうことと，いまは「夜の街の人が」っていうふうな形で紐づけて語って，非常に単純に排斥しようとしているので，そういう扱いをし

てるっていう流れがあるなぁということを痛感しました。お話を伺うことができて本当にすごく私にとってはためになって。この感染禍は何なのかってことをより深く知らなきゃいけないなと思いました，という感想しか言えなくて申し訳ないんですけど。

村上　A さんのお話伺ってて，三浦先生がこの間出された「自己責任論が日本人は強い」っていう調査結果があるじゃないですか。それが，具体的にどういうふうに差別とか排除の論理になって，患者さんに大きな負担をかける，患者さんが本当に排除されてしまう力になるのかっていうのがよくわかりました。本人は自己責任って言ってるだけなんだけど，こういう形でどんどん追い込まれていくわけですよね。

三浦　ですよね。で，そのことがそういうムードというか，周りがそうなので，感染された方も私の責任じゃないよねっていうふうにおっしゃった。保育所の方もそうだし，「私が悪いんじゃない」と言いたくなる。「あなたのせいですよね」って言われてるからこそ「いや，私のせいじゃないよ」って言いたくなる。そういうプロセスがすごくあるのがわかりました。

村上　うん。わかりました。ありがとうございました。本当に僕にとってはまったく思いもかけなかった。しっかりお話伺えて良かったです。

A さん　先ほど言ったとおり，言葉は悪いんですけど，感染者が出ると吊るし上げなんですよね。私は罹患者なので，かかった方の気持ちを思うとつらくてつらくて。「私だってもしかすると無症状の誰かからもらったかもしれませんよ」って申し開きしたいだろうなっていう気持ちが，痛いほどよくわかるんです。でもその周りの地区の方々の反応を見ても，吊し上げて「あそこで，こうだったらしいわ」で，もっと酷い話はそれに尾ひれがついて「どうも夜の街に行っていたに違いない」「行っていたんだろう」「行っていた」ってなっちゃうんですね。どうしてそんな話になっちゃうのかなって，その話の顛末を聞いてると震え上がるんです。とにかく吊し上げて，誰か 1 人悪者にしてこの人たち楽しいのかなって逆に思っちゃうぐらいですね。だから，こういう思いを罹患した方が今後感じないような社会になれば。ちょっと早急な舵切りは難しいと思うんですけど，それを私は祈ってます。

村上　本当にありがとうございます。

A さん　ありがとうございました。

三浦　ありがとうございます。

（2020 年 7 月 10 日実施）

協力者 B さん——20 代男性。大学生。4 月 1 日に発熱し，陽性が判明。退院後も後遺症が続く。

村上　よろしくお願いいたします。

B さん　はい。僕の場合は，発症，っていうか 4 月 1 日なんですけど，その前にちょっと違和感があって，それは，後々，気づいたことなんですけど，3 月 28 日に満員電車に乗ったときに，帰って来たとき目が充血してたっていうのが，やはりちょっと気になる点でありました。それで，4 月 1 日に発熱して，37.8 度ぐらいの熱が出たんですよ，最初 37.8 度ぐらいで他の症状もあんまりなかったので，そのときは風邪薬飲んで寝てたんですけど，その次の日も，朝，熱が下がってたんで，全然普通にちょっと疲れたのかなぐらいの感覚だったんですけど，2 日目，4 月 2 日の夜に 38.5 度ぐらいの熱が出て。その 38.5 度の熱が出たときも，まだ普通の風邪症状だったので，なんともなかったから，風邪薬を飲んで寝たんですけど，4 月 3 日になって容体が急変して，いきなりコロナの症状といわれる症状がすべて出てきて，具体的にいうと，肺の痛みとか，嗅覚障害，味覚障害も出てきて，その頃から食べ物を食べるのもきつくなってきたので。嗅覚障害，味覚障害に気づいたのは 4 月 12 日頃の話なんですけど，4 月 3 日時点での症状としては，肺の痛み，頭痛と倦怠感，呼吸困難とか，すごいインフルエンザの何十倍も痛い痛みっていうのを感じてました。その頃には 40.5 度以上の熱が出てて，すごいつらい状況だったですね。

で，4 月 4 日の朝になって，これはちょっとまずいかなと思って，体調がいい時間を見計らって保健所に電話をかけまくったんですけど，やはり全然保健所には出てもらえなくて，結局 8 時間ぐらい，かけたり，かけなかったりの繰り返しをやってたんですけど，まったく出なくてそれで，4 月 4 日の夜 7 時か 8 時頃に，呼吸困難とか，あと，肺の痛みが，もう，肋骨骨折したんじゃないかってぐらいの肺の痛みに襲われて，それで，救急車を呼んだんですよ。でも，救急車を呼んで，来たんですけど，コロナって波がある病気だと思って。救急車呼んだときはめちゃくちゃつらかったんですけど，救急車 20 分後ぐらいに来たんですけど，そのときはちょっと歩けるぐらいの感覚にはなってて，下の救急車まで歩いていって。それで，救急車の中で測った熱は 40 度以上だったんですけど，普通だったらそこで運ぶっていうのが流れなんですけど，コロナかコロナじゃないかもわからない状況だったので，その判断が難しかったらしくて，呼吸もどんどん，乗ったときよりは全然，呼吸の（酸素）濃度も上がってきたので，その頃は，若者は重症化しないっていうのが流れだったので，僕の場合は，いろいろおっしゃいましたけど，いろんな病院には連絡とってくれたらしいですけど，結局，受け入れ先が見

つからず，僕も，もう，受け入れ先見つからないのかなと思って，ちょっと諦め状態で，そのときは終わって，結局，救急車には乗ったんですけど，自宅待機っていう流れになって。

すんごいつらかったんですけど，そのときは自宅待機になって。4 月 5 日にやっと保健所に電話がかかって，保健所の方にすんごいつらいんですっていう話をしたら，その 4 月 5 日がちょうど日曜日だったので，月曜日に内科に行ってくださいっていう話を聞かされて，何で行けばいいんですかとか，すごくつらくて歩くのも大変なんですっていう話をしたら，タクシーとか呼んで行くしかないみたいな話はされました。でもけっこう，僕も，絶対コロナに感染してる感覚があったので，タクシーとか乗るのも，なんか罪悪感みたいなのも感じますし，6 日は，結局，ちょっとの距離ですけど歩いて，内科まで行った感じで。そのときの症状としては，前の症状プラス，下痢とか吐き気とか，あとは血痰まで出てきまして。もう，すごいつらい状況だったんですけど，内科に行ったときは，やはり昼間になると熱がぴたって止んだり，あとは症状がぴたって止まったりとかもするので，熱は 36 度台まで戻っててみたいな。それで検査をしたんですけど，やはり症状，血痰とか出てる話もして，いろいろ症状つらいっていう話をしたんで，やはりこの状況ではだめだから，PCR 検査とんないとねみたいなこと言われて，その内科の方も，はじめてかわかんないですけど，あんまりとんないけどみたいな感じでとってくれて。そのときも保健所にはなかなかつながってない様子でしたけど，PCR 検査とってもらったって感じですね。

そのときにレントゲン撮ってもらったんですけど，レントゲンに写る肺炎っていうのはかなりもう末期の肺炎しかないっていう話を聞いて。そのときには全然肺には異常がないって言われたんですけど，結局 4 月 29 日に入院するんですけど，そのときに肺炎ということが発覚しました。4 月 6 日はそのまま帰って，4 月 7 日に陽性判定っていう結果が内科の方から届いて，保健所から経路確認の説明やらなんやら聞かれて答えた感じですね。4 月 7 日時点でも，やはり呼吸困難とかちょっとあったりして，ひどかったので，保健所の方には，早く入院したいですっていう胸の内をすごい訴えたんですけど，やはりなかなか。3 日，4 日で入院できるっていう話をそこではしてたんですけど，やはり，そのときちょうど老人ホームのクラスターとかあってベッドが埋まってたらしくて。後々，聞いた話なんですけど若者の僕は優先順位としては下がっちゃったのかなと思って 3 日，4 日で入院できるとは言われたんですけど，結局陽性判定から 22 日後の入院になりました。

4 月 12 日まではピークだったんですが，その辺までは 40 度超える熱が毎日続いてたって感じです。4 月 13 日に 38 度台ぐらいまで戻ってきて，症状も肺の違和感ぐらいしか感じないぐらいまで回復したと思ったんですよ。食べ物もちょこっと食べれるぐらいで，健康といったら，健康ではないんですけど，その状態で 1 週間すごして，熱とかも 37 度ぐらいまでは下がってきたんですけど，昼間は平熱とかで，夜が 37 度，38 度出る

っていうサイクルの繰り返しで 4 月 20 日くらいまできたんですけど，やはりそこでも症状が治まることがなく，また，ぶり返しっていうかわかんないですけど，肺の痛みとか，呼吸の荒れ具合とかがどんどん荒れてきて，4 月 20 日ぐらいから，保健所の方にも，やはり治らないのがつらいですっていうのを話してて，熱もそのときは，38 度ぐらいまで出た日もあってみたいな感じで。

ずっと寝たきり状態で，苦しい状態だったんですけど，4 月 29 日になって，ここまで治んないのはさすがにおかしいと思って，僕もけっこう保健所の方に強く救急車呼んだりしますよみたいな感じで言ったんで，急遽入院できることになって。その入院した病院っていうのは指定感染症病院なんですけど，入院したときは，熱は 37.7 度ぐらいまで上がってて，CT 撮ったんですけど，その CT で，やっと肺炎っていうのがわかったって形になります。29 日に入院して，5 月 3 日と 4 日に PCR 検査，再検査をしたんですけど，そのときは，1 回目は陰性出たんですけど，2 回目に陽性出てしまって，やはりまだウイルスが残ってるねみたいな感じで，また入院になって，5 月 7 日と 8 日の PCR 検査で陰性が出て，5 月 9 日に退院っていう形になりました。

入院してるときの新たな症状としては，湿疹とかもすごい出てきたりして，指先のひび割れとかもすごい出てきたりして，それでけっこうつらい状況だったんですけど，退院って形になって，退院時の症状としては，熱が 37.5 度の熱があって，頭痛と倦怠感，湿疹も治ってなくて，味覚障害，嗅覚障害もまだ残ってる状況で，退院っていう形になりました。でも，その時点ではもう陰性が出たっていう判断だったので，病院は退院っていう形になったんですけど，症状は変わらずって形です。5 月 9 日に退院して，一人暮らしの家に帰ったんですけど，やはり買い物に行けるぐらいの体力もなくて，ずっと倦怠感で寝込んでた状況で，その状況で，熱も 38 度まで上がっちゃったりもしてたんで。全然，治ってなくて，5 月 14 日に再受診したんですよ。同じ感染症指定病院に再受診したんですけど，そのときに血液検査とかをとったら脱水症状っていうのを言われてて，5 月 14 日に検診したときに病院で倒れちゃって。多分貧血か何かで倒れたんですけど，気づいたら点滴打たれててってみたいな状況で，やはりこの状況ではどうにもならないからみたいな感じで，5 月 15 日から予約入院っていう感じですけど，次の日に入院っていう形になりました。

5 月 15 日に入院して，点滴とか打って，栄養とかも徐々にとれてきて，脱水症状じゃなくなったから，5 月 20 日に退院ってなったんですけど，その 5 月 20 日に退院したときも熱は 37.3 度かな，あって，あと，頭痛，倦怠感，嗅覚障害と湿疹とかも全部，残ってる状況で退院しました。そのまま退院して家に戻って，また同じ状況の悪循環が繰り返されると思ったので，病院の方からも，実家に帰って母親とかに面倒見てもらうのがいいかなみたいな判断もあったので，そのまま実家に帰った感じです。実家の方でも病院がないと困るということで，その指定感染症病院から紹介状っていう形で，実家の近くの感染症知ってる先生がいるよっていう病院紹介してもらって，いまはそっちの

病院に通ってる感じですね。

5 月 28 日ぐらいの診断で，やはりウイルス性の病気とか長引くっていうことで，罹患後にこういう症状が続いてるから自宅待機が望ましいっていう診断書を受けました。学校も始まってたりしたので，やはりこの状況では全然。オンライン授業なんで，授業自体は受けられるとは思ったんですけど，授業内容を覚えてテストするっていうことは，まだ全然無理だと思ったので，結果，休学するっていう形にしました。結局，いつ治るかもわからない状況なので，休学っていっても半年なんで，10 月からまた再開するんですけど，その 10 月までに治るかもまだわからない状況なので，まだ不安なところはあります。

そんな感じで徐々にいまに至るんですけど，1 カ月前くらいからは徐々に回復傾向には向かってるなって思うんですけど，やはりいまだに熱が続いて，3 日前ですけど 37.6 度ぐらいまで上がったりとかもしてて。平熱の時間は徐々に伸びてきたんですけど，そうやって突発的に上がったりする時間とかもあって。最近治ってきた症状としては，頭痛と湿疹なんですけど，前までは頭痛のせいで不眠になってたりとか，倦怠感のせいで食欲不足，食欲不全になってたりとか，いろいろあったんですけど，いまのところは頭痛が治ってきたって感じです。足の湿疹がなかなかとれなかったんですけど，徐々にとれてきたって感じのところが，やはり回復傾向にあるのかなと思いました。

でも，いまだに続いてる症状としては，倦怠感と，あと少し，嗅覚障害と，あと，頭痛とかなくなってきたときに感じ始めたのが，左腕の血管痛がなんかすごい敏感になってきて，いままでだと少し違和感あるかなぐらいの感覚だったんですけど，頭痛とか初期症状がなくなってくるとその痛みに敏感になるのかわかんないですけど，なんかちょっと左手が捻挫した感じの痛みになったりするんです。他の感染者の方から聞いたりすると，血管痛があるけど原因はわからないっていうことだから，結局，血管痛になっても原因がわからないっていうことなので，不安ではありますけど。あとは，20 分程度の散歩をするのもけっこうつらいという感覚はありますね。

で，2 カ月ちょいぐらいは寝たきり状態が続いてたんですけど，最近はいすに座ってみるとか，ちょっと散歩に出てみるとか。社会人ですごい切羽詰まってたら社会復帰しなきゃだめなんだろうなぐらいの体力には戻ってきてみたいな。でもいま休学中なので，安静にすごそっかなみたいな感覚ではいます。それぐらいがおおまかな流れです。あとは，波が激しい病気だと思ってて，時間でも日でも波があって。波が強いときだと本当に食欲も全然なくなって脱水症状気味になっちゃって。2 週間前に受診したときも，脱水傾向にあるので気をつけてくださいみたいなことを言われて。2 日前くらいに抗体検査したんですけど，陽性判定で。IgG が 7.01 ぐらいあってけっこう多かったんです。でも，抗体があってもとか，いろいろ未知の部分はあるので，油断はできないかなっていう感じではいますね。それがおおまかな流れって感じです。

村上　ありがとうございます。それはすごい大変ですよね。そんなふうになるんですね。

いくつか入院中のことについて教えていただきたいんですけども。まず，近いところから。湿疹っていうのはじんましんみたいな形で出るんですか。

B さん　湿疹は手のひらと足の甲に，じんましんっていうか，川崎病に似てるって。

村上　あ，はいはい。しもやけみたいな。

B さん　はい。しもやけみたいな。川崎病なんじゃないかっていうくらいの感じの湿疹ですね。看護師さんとかにもけっこう，それっぽいねみたいなこと言われてて。

村上　なるほど。あ，じゃあ，報道でされてるような，ああいう形のものが出てきた。

B さん　そうですね。まったく一緒な感じ。

村上　そうですね。では，最初に入院されたときには，治療ってどんな感じだったんですか。

B さん　最初に入院したときは，点滴と酸素を測るやつを手に着けたりぐらいの感じだったんですけど。

村上　酸素は着けなかった？

B さん　酸素は着けなかったです。発症から 1 カ月ぐらいたって，ある程度は回復してたので。多分ピーク時に入院してたら酸素着けてたんじゃないかとは思います。

村上　どんな感じなんですか，つらさって。

B さん　ピーク時のつらさっつうのは，なんか，呼吸が，肩で呼吸してんのかわかんないですけど，全身使いながら呼吸してるっていうか，もう，寝てるだけじゃ詰まりそうな感覚がありました。眠れなかったときとかもあって，なんか意識もうろうとしてたんで，親に電話かけて，意識なくなんないか見てもらったりもしてました。

村上　ご無事だったからよかったですけど，一人暮らしされていて，すごく怖いですよね。どんな感じだったんだろうって，ちょっと心配に。

B さん　その頃ちょうど自宅待機中に亡くなった方とかのニュースも。

村上　ありましたよね。

B さん　はい。僕，それ，自宅待機のめちゃくちゃつらいときに見てたので，不安でしかなかったですね。

村上　ずっと肺が痛くて，痛い状態が間欠的に上がったり下がったりするっていう感じなんですか。

B さん　そうですね。もう，ずっと続いてて，本当にひどくて，ずっと訴えてたんですけど，その頃，テレビでも見てたんですけど，若者は重症化しないみたいな流れがあって。それのせいで，落ち着かせるために言ってくれたのかもしれないですけど，若者は重症化したの聞いたときないからみたいな感じでいろいろ言われてて。

村上　ええ。そうですね。たしかに，そういうふうに報道されてましたね。でも，B さんの症状自体は，軽症っていわれるものにまだ入るんですかね。

B さん　軽症とははっきり診断はされてないんですけど，最初に検査されたわけでもなくて，1 カ月後に治ったあたりに検査されたので。多分僕は軽症ではないなって自分では

思ってるんですけど。検査されたときの症状が軽症とか中等症に当たるのかなと思って。大変だったんですけど，軽症扱いってことにはなってますね，多分。

村上　ありがとうございます。じゃあ，医療の対応とか，最初，救急車が病院を見つけられなかったりとか，保健所につながらなかったりとか，入院のときの看護師さんの方の対応とか，教えていただけたらと思うんですけど。

B さん　救急車の対応はちょっと，僕的には入院させてほしかったなっていうのはありましたけど，でも，救急隊の方はすごい頑張って探してくれたんですけど，やはり陽性が確定する前の人を受け入れる場所がなかなかなくて。ちょうど老人ホームのクラスターとかもかぶっててみたいな。それで僕も大丈夫ですみたいな感じになったんで。そんときの対応としては，救急隊の方はちゃんとやってくれてたなって思います。内科の方の対応としては，ちゃんと PCR 検査も受けてくださったし，レントゲンも撮ってくださったので，そのときの対応も満足してますね，あんまり自分的に満足してないのが保健所の対応ってことですね。自分がいくらつらいっていうのを出しても，みんなつらいからとか，若者は重症化しないからの一言で終わらされてしまうので。電話はあったんですけど，ちょこっと容体を聞いて終わりぐらいの感覚で，医療崩壊起こしてんのかなみたいな。自分，死を覚悟してたんで，ビデオレターとかで，最後にメッセージとか伝えたりとかして，もう，そういう状況でしたね。毎日襲ってくる波が怖すぎて，夜にそんな状況で。保健所の対応はあんまり納得しなかったんですけど，4 月 29 日に入院した病院では CT とか撮ってくださったり，血液検査とかして，満足する対応はしてもらえましたね。実家に帰ってから病院も，ちゃんと毎日，毎週，2 週間に 1 回，病院に行ってるんですけど，聞いてくれたりとか，いろいろ管理体制は整ってました。でも，陰性が出たら退院っていうのは，国の決まりだとは思うんですけど，やはり全然治ってない状況でいきなり退院させられるっていうのも恐怖でしかないんで。陽性時はがっちり防護服とか着た看護師さんとかが対応してくれてたんですけど，症状も変わらず陰性になっただけで，タクシーで帰ってくださいみたいな感じだったんで，すごすぎて，僕，びっくりしましたね。正直。再入院時も，隔離病棟ではなく，普通の一般の人と入院していましたね。

村上　ああ，そうか。もう，ウイルスがないのでという。

B さん　感染させるウイルスがもうなくなってるのでって形で。

村上　ああ，そうですか。じゃあ，最初に入院されたときの病室っていうのは個室ですか。

B さん　はい。個室で，感染症指定病院の 7 階だったんですけど，7 階は全部コロナウイルス患者を受け入れるようにしてるらしくて，そこの病室に行きました。再入院時は普通の病棟です。

村上　最初の入院されたときって，個室で，防護服を着た看護師さんが時々やってくるっていうやつですか。

B さん　そんな感じですね。

村上　機械は着いてる，点滴とかはつながってるけども，ほうっとかれるというか，外から見てるみたいな感じになってたんですか。

B さん　はい。たまに入ってくるみたいな感じで。

村上　なんか 2，3 時間に 1 回って聞いたことがあるんですけども。

B さん　僕の場合は，脱水気味だったのかわかんないですけど，もうちょっと，水飲んでる？みたいな感じで。

村上　ああ，じゃあ，来てくれたんですか。手厚かったんですね。

B さん　手厚かったですね。

村上　病院の，医療以外の面のケアというか，対応についてはどうでしたか。

B さん　医療は，陽性のときは比較的ちゃんとしてくれてたんですけど，陰性になった瞬間，もう見放された感覚になる。歩けないくらい倦怠感もつらかったのにみたいな感じで。今後ちょっと希望するならば，陰性が出たからって治るわけでもないっていうことが証明されて，陰性が出ても手厚く治療が受けられる環境を整えてほしいかなって思う。あとお金の面では，陽性では公費が下りるんですけど，陰性になった瞬間，全部自己負担っていう形になっちゃうので，その点に関してもちょっと疑問があります。

村上　え，じゃあ，2 回目の入院のときには，自己負担なんですか。

B さん　はい。自己負担ですね。自分で保険入ってる分には，3 割負担とかあるんですけど，結局公費が下りなくて，8 万近くかかったって感じです。

村上　ああ，そうか。普通の入院ですよね。

B さん　はい。普通の入院ですね。あとは，通うのも全部自己負担ですし。何回も病院に通ってて。そこまで行くのもタクシーで行かないとだめなんでみたいな，もろもろ 2，3 万はかかってますね。

村上　そうか。それはたしかに負担ですね。

B さん　あと負担としては，学費が返ってこないかもしれないって。原則，返ってこないって言われたんですよ。それが一番。50 万円ぐらいするんで。あとは，一人暮らしの家が空き家状態になってるっていうのもあって，それでもまたお金がかかってみたいな。トータル合わせれば，100 万近くいってんじゃないかなみたいな。

村上　ああ，なるほど。いま，ご実家にいらっしゃって，ご家族はどうでしたか。

B さん　家族はなんか，症状的にはうつったりはしてないんですけど。陰性出てから帰って来たんで。でも，電話だけでのやりとりだったんで，帰ってきて実際に僕のこと見たらつらそうだなみたいな。これでは大学行けないなみたいな感覚ではいたみたいです。

村上　いや，すごいご心配されたんじゃないかなと思うんですけど。

B さん　かなり心配はしてましたね。一番ピークのとき，母親と連絡途絶えないようにって，僕が意識なくなったとき用に，母親の携帯と一緒に，連動してる形で置いといたので。

村上　ああ，そうなんですね。さっき，死を覚悟されたっておっしゃってましたよね。

B さん　死，覚悟してましたね。なんか，テレビでは，医療崩壊は起きてないとかいろいろいってたんですけど，僕，それをその状況で見てたので，全然信用できないなと思いながら。それが医療崩壊に当たるのかはわかんないですけど，自分の感覚的には，主観的には，医療崩壊起きてたんじゃないかなって思ってます。ちょうどその頃の感染者の方に話聞くと，同じ状況だったから，いまだに症状残ってるって。関係性があるかないかは，まだわかんないですけど。そういう状況だった人が多いっていうのは耳にします。

村上　感染者の方とお話しになる機会，けっこうあるんですかね。

B さん　Twitter やってるんで，けっこう Twitter から。はい。

村上　なるほど。

B さん　陽性時から仲良かった人は，ほぼほぼなんか後遺症みたいなので悩まされてますね，いまだに。後遺症はいろんな病気にもあるみたいなことはいわれてるんですけど，割合が全然違うと思うので。僕はインフルエンザとかけっこうかかって免疫自体が弱いのかなと思ってたんですけど，インフルエンザはかかっても 1 回も重症化したときとかなかったんです。後遺症とかも。でも，いきなりコロナウイルスにかかった瞬間，1 回目でこんな経験したときもないくらいのつらさを味わったので，感覚的にはまったく違うものだと思っています。

村上　ああ，なるほど。ありがとうございます。

B さん　インフルエンザとかただの風邪とかと比べる人たちも現れてきてて。感染者からすると，本当にそんなわけがないみたいな感じなんですけど。それを言っちゃうと，そういう人たちから普通に，たまたまレアケースとか言われたりして。でも感覚的には，レアでもなんでもない，普通にそういう人たちがいるのでみたいな感覚なんです。

村上　なるほど。いまちょっと社会の話が出たんですけど，どうですか，身近な社会とか，ネット上の世論だったりとか，いろいろ思われることもあると思うんですけども。

B さん　身近な社会的には，現実の友達にはゆっくり治してねみたいな優しい言葉をかけられたりしてけっこううまくやってるんですけど，ネット，Twitter とかだと，やはりいろんな人が見てて，フォロワーとかも多くなってきたので，いろんな人が見てるっていう感覚はありますね，けっこう。理解してくれない人たちもいるんだなっていうのは感じましたね。

村上　なるほど。じゃあ，身近なご友人とかには，コロナウイルスにかかったっていうことは伝えてある？

B さん　仲いい友達には伝えてるんですけど，ゆっくり治してねみたいな。治ったら遊ぼうねぐらいの優しい言葉をかけられました。

村上　じゃあ，友達だったりとか近所に住んでる人とかだったりで嫌な思いをされたみたいなことは。

B さん　一切ないですね。コロナウイルス自体，なんか，近くにかかる人がいないと，やはり実感とかしないのかなとか思いながら。人ごとの人が多すぎて。そんな感覚はあり

ますね。

村上　うん。想像できないですよね。そういう風邪って，周りに存在しないですもんね。風邪というか，あの…。

B さん　自分でも，こういう症状をどうインフルと違うとか説明するのも難しくなってくるんで。でも全然感覚的には違うんです。経験したからこそ，その症状を語んないとだめなのかなっていうのはあります。

村上　コロナにかかる前といまとでは多分，いろいろ感じ方が変わったと思うんですけど，これから生活にも大きな変化があるわけですけども。

B さん　気持ち的な面では，やはり死を覚悟する経験をしたっていうのはあるんで，ちゃんとした生活がすごい幸せなことなんだなって，思い知らされるほどわかりました。いままでは，普通に生きて，なんか楽しいことないかなとか，つまんない日常だなとか思いながらすごしてたときもあったんですけど，すごいつらかったり，自宅待機で死ぬ覚悟ですごしてた自分がいたので，その頃を思い出すと，やはり普通の生活が幸せなんだなって思い知らされました。症状的には，やはり健康時の状態とはいまだにまだ違うなっていう感覚はありますね。それが治るのもわからないですし。もう本当に健康時の状態に戻るかもわかんないっていうような。

村上　まだ相当体調は良くないというか。

B さん　前に比べればっていうのはあるんですけど，全然健康ともほど遠いし，起き上がれないときはいまだに倦怠感で起き上がれないしみたいな。なんか普通の生活の何十倍の負荷がかかるっていう感覚なんですよ。すごい起き上がるのがつらいですし，食べた後とかも，かなり体力を使って寝込んでしまうしみたいな，そんな感覚なんですよ。

村上　じゃあ，いまこうやってお話していただいてるのも，多分すごい疲れますね，あの…。

B さん　でも，なんか慣れてきたんで，気晴らし程度に。なんかずっと寝てるわけにも。はい。全然大丈夫です。

村上　じゃあ，世の中の人に伝えたいことっていうのは，ありますかね，いま。

B さん　伝えたいことっていったら，いまはけっこう陽性者が増えてきて，若者中心に広がっているっていう傾向にあるので，なんか若者は重症しないから大丈夫とかいう噂が流れて，若者は感染しても大丈夫とか言われてるんですけど，でも，重症じゃなくても，軽症でもめちゃくちゃつらい思いをするんだよとか，あと，死ぬ可能性だってあるんだよっていうのを知ってもらいたいのと，あとは，自分が軽症だからといって安心して他のお年寄りとか，高年齢層の人たちにうつしてしまったらすごいつらい思いをさせるから，本当に予防と対策をしっかりしてほしいなって思います。

村上　そうですね，たしかに。あと，普段，テレビだとかインターネットでいろんなコロナの情報をご覧になったと思うんですが，どう思われますか。自分が体験されたことと，報道とのずれがあるのかないのとか。

B さん　僕が後遺症あるんじゃないかなって思い始めた頃には，まったくそういう情報が流れてなくて，イタリアの方で重症患者の 3 割が呼吸器に障害を残すぐらいの報道しか流れてなくて。周りの人とかも陰性出てから後遺症みたいなのあるのに，そんなのも報道されてないのかなと思って，自分でもちょっとつらかったんですけど，そのつらい状況の中，発信していかなくちゃだめなのかなとかも思ったりもして。社会人とかだと報道規制とかもかかっちゃうし，未成年もあんまりテレビに出るなって学校からも言われてるらしいので，大学生でできることって，発信することなのかなと思って。

村上　それで，テレビ出られたりということなんですね。

B さん　僕が後遺症について発信していかなかったら，海外ではけっこう言われてるのに，日本で言われてないっていうのはおかしいなって思って，それからずっと発信を続けてるって感じです。

村上　Twitter は前からされてたんですか。それとも今回，コロナを発信するため？

B さん　Twitter はもともとグルメっていうか，食べ物が好きだったんで，グルメアカウントみたいなのをしてたんですけど，そのときのフォロワー自体は，まあ 4000，3000 人ぐらいであんまりいなかったんですけど，その人たちにだけでもいいから伝えようかなって始めて。その人たちにずっと日記感覚で自分の症状を伝えてました。陽性時しかその Twitter 使わないのかなって思ってましたけど，陰性になってからも症状が続くので，ずっと記録してた感じで。それで，知らない間にどんどん，フォロワーが 1 万人超したりしてて。みんな症状とか知りたいのかなとか思って。それで，テレビ局とかの取材とかもあって，最初の方はちょっと体調がすごい優れなかったりとかして断ってたりとかはしたんですけど，結局誰も流す人がいなかったんで，僕が，積極的に。回復傾向にあるので，放送とかも出ようかなと思ったりしてました。

村上　実際，出られてみてどうですか。何か変わったという実感ありますか。

B さん　はい。僕が発信したことで，周りでも，Twitter の中でも，後遺症を訴える人が徐々に出てきて。僕が最初に Twitter やったときは，コロナ後遺症なんていう言葉もなくて。でも，後遺症って呼んでいいのかなみたいな感覚ではあったんで，陰性後も続く症状みたいに書いてたんですけど。テレビとかの取材でも後遺症っていう形になってきたので。

村上　認知されてきたなって？

B さん　認知されてきたなって思って，その流れで，勢いそのままいま訴えないと，知らない感じになっちゃうかなと思って，そのまま訴え続けて。最近だと，来月あたりに呼吸器学会の方が 2000 人対象に後遺症について調査してくれるっていう動きが出てるんで。

村上　ええ。じゃあそういう医療者の専門家の人たちともつながり始めてるっていう感じ？

B さん　専門家の方はテレビとかに出たら僕の症状について分析してくれるぐらいの感覚

なんですけど。

村上　ありがとうございます。三浦先生も，いいですか。

三浦　報道の中でいうと軽症の方なんだろうなと。ECMO とかにつながれない人は軽症らしいので，そういうことなんでしょうけども，それでも，陰性もそこまで続くっていうのがね。先が見えない感じっていうのが。

B さん　軽症のくくりが大きすぎて。

三浦　うん。ですよね。

B さん　もっと段階ごとに分けてくれるとかいう，対策をしてほしいとか思い。

三浦　軽症と無症状の間の差が大きすぎて，無症状は何もでない人っていうことになるんでしょうけど，軽症っていうのは大変なんだなっていうのは，あらためてわかりました。さっき Twitter の話が出てきたんですけど，私も村上先生も Twitter やってるんですけど，感染者の方がいろいろ語られてるってこと，村上先生ご存じでした？

村上　僕は知らなかったです。

三浦　私も全然知らなくて。そこにそういうある種の匿名同士のネットワークがあるんだというのを聞いて。当たり前なんですけどね。そういえばあるだろうと思うんですけど，知らなくて。

B さん　自分的にも Twitter が一番使いやすいツールだと思うんです。個人情報とかも流さないツールみたいな。あとは，気軽にできるっていう。最初，情報探してたときも，Yahoo! とか Google で調べてもまったく出てこないんですけど，Twitter で調べると同じような記事が出てくる。

村上　いま，ちょっとざあっとツイート拝見してて，何ていうか，多分コロナ以前と意識がすごい変わったんじゃないですか。

B さん　めちゃくちゃ変わりましたね。

村上　これ，本当，シリアスに社会に対して訴えてる。

B さん　はい。社会に対してって，社会なんか考えることなんて，いままでまったくなかったんですけど，なんか，ちょっと違うなっていう疑問点とかも書いたりしてますね。

村上　ええ，ですよね。だから，もちろんコロナが話題だけども，何ていうか，本当に，いろんな意味で変わったんじゃないかなと。

B さん　いろんな意見聞くんですよ。経済回してる人もいるんだよとか。あとは，客観的に人のところ見てツイートしてほしいとか，いろんな意見がくるので，僕，個人で思ってることをつぶやいてみたり。

村上　ええ。どうですか，これからたとえば，就活をすることになるじゃないですか。いままでと思ってたのと変わりました？ 職業選択とか，そういう点で。

B さん　ちょっと自分が思ってるのは，国がこういう体制ではいけない部分もあるかなと思い始めてきたんで，そういうのに携わる仕事とかしてみたいなとかも思ったりとかはしましたね。医療系の人とかすごいかっこいいなとか思ったんですけど，さすがにこの

年になって，医療系にいきなり方向チェンジとか難しいとか思って。

村上　いや，それもできますよ。大学 1 回，出られてから，もう 1 回。余裕が必要ですけど，医学部は国立もあるし，あるいは，それ以外にも，医療職はもちろんありますしね。

B さん　現実的なところ考えると，いろいろ，国の方向転換をいろいろ考えたりはしてますね。

村上　すごい克明に書かれてる。これ，後で読みますわ。

三浦　そうですね。これだけでも，なんか。

B さん　ありがとうございます。自分の気持ち，思ったこと，すべてつぶやくようにしてますね。

三浦　それは，すごい貴重ですね。本当だ。ああ，そうですね。

B さん　でも賛否両論あるんで，けっこう，反対意見とかも来るとは思うんですけど。

三浦　うん。ただ，ご自身がいま体験してることをそのまま書かれているのであって，それに反論されても困りますよね。

B さん　怖がらせてるみたいなのを，めちゃくちゃ言われるんですよ。怖がらせたくてやってるみたいな感じで。でも実際，そんぐらい怖いんですよ，このコロナウイルスというものって。それで，そういうふうに書いたりしてて。

三浦　そっか。なるほど。

B さん　そんな感じで，ぽちぽち Twitter はやってるみたいな。

三浦　なるほど，そっか。もう 1 つ，Twitter 絡みでお伺いすると，B さんの感覚としては，そこで何か書いてらっしゃるような方々は，何か語りたいというか，話をしたいなと思ってらっしゃる感じの人は，それなりにはいそうな。

B さん　それなりには，はい。多分，後遺症をいま発信してる人たちは，みんなに知ってもらいたいっていう認識がけっこうあるんで。なんか社会的にもまだ受け入れてもらえない部分があるので。そういうところも訴えてる人たちが多いと思うんで，いま，後遺症で訴えてる方たちは，コンタクトをとっても，嫌なふうには捉えないと思います。

三浦　なるほど。いま，社会に後遺症の話が理解されてないっていうのがあると思うんですけど，それ以外に，いわゆる感染者に対する差別のような問題がありますよね。これに関しては，いまずっと B さんの話を伺ってる限りでは，B さんご自身はそんなにそういうつらい経験をされてはいない？

B さん　いないです。でも，Twitter 上ではかなり言われてますね。

三浦　それはよくわかるんですけど，周りのご存じの方々の中では？

B さん　全然ないです，はい。

三浦　それはよかった。

B さん　その辺は全然。気楽で，ストレスケアにはなってます。

三浦　そうですか。わかりました。ありがとうございます。

村上　ありがとうございます。伺いたかったことは伺えたもので，もし何か，これ言っと

きたいみたいなことがあったら。

B さん　コロナの症状としては，波がひどいところがあるので，理解してもらいたいなとか思います。すごい元気になる，走れんじゃないかなぐらいの元気になるときも，すごいピーク時にもあったりして，いきなりすごいやばい倦怠感とかも襲ってきたりして，その波がすごいっていうのを。食欲とか睡眠も波があるんですよ。長い闘病生活のストレスなんじゃないかなともいわれてるんですけど，明らかに，いつも経験しない睡眠不足とか。

三浦　波は，いきなり高いのがバシャーンって来るのか，だんだんぞわぞわぞわぞわって来るのか。

B さん　風邪の入りたてみたい感覚が，毎日来るみたいな。あのだるさがぐわあって感じで。

三浦　それが入り口なわけですね。

B さん　そんな感じで，20 分，30 分くらいかな，ずっとぐだあってなり始めてきて，そしたらいつの間にかベッドから起き上がれないぐらいの倦怠感とかに襲われて。それで，ちょっと経って寝たりして，寝て終わった後とかはすっきり治ってたりとか。すっきりっていうわけではないんですけど，基本的に症状はどこかは感じてるんですけど。波は，めちゃくちゃあります。

村上　さっき，血中の酸素濃度の機械，サチュレーション測る機械着けられてたっておっしゃってましたけど，どういうところで。いまもお持ちですか？　どのくらいまで下がりました？ 測ってたときって。

B さん　あれは，下がっても 95 未満にはならなかったです。

村上　そうか。着けたときには，ある程度サチュレーションがあったんですね。

B さん　そうですね。

村上　でも，そのときはまだ，息苦しさはあったんでしたっけ。着け始めた頃とかも。

B さん　はい。息苦しさが多少あっても，下がっても 96 とかまで下がんないんで。でも，最初の息苦しさっていうか，初期ピーク時の息苦しさは桁が違ったんで，多分，それよりは下がってたと思います。

村上　ありがとうございます。どうも本当にありがとうございました。貴重なお話を伺えました。

B さん　こうやって経験を話さないと進展しなのかなとか思って，いろいろ経験話すようにしてます。

村上　はい。ありがとうございました。

B さん　こちらこそ，ありがとうございます。

村上　じゃあ，失礼します。

三浦　ありがとうございました。

（2020 年 7 月 31 日実施）

協力者 U さん――60 代女性。4 月初旬に発症し，感染が判明。入院中には人工呼吸器を装着した時期もあった。

三浦　本日はよろしくお願いします。U さんが今回こういうご経験をされたことについて，そのときのお気持ちも含めて，差し支えない範囲で，ありのままをお聞かせいただければありがたいです。もし可能であれば起きた順番にお話を聞かせていただければ，こちらから補足で伺いたいことを質問させていただきます。ひとまずは U さんのお話を伺いたいです。

U さん　かしこまりました。それでは，最初にコロナかなと思ったところからお話しすればよろしいですか。わかりました。

私は，3 月いっぱいは何もとくに症状はなく，4 月 1 日に出勤をして，4 月 2 日がお休みでした。そのお休みの日の夕方以降に熱が出まして，それがその頃の基準だった 7 度 5 分を超えていました。風邪だろうと思いましたので 3 日に病院に行きました。

そのときも，朝から熱はあったんですが，病院までは歩いて行くので，その間に発汗して，7 度になりました。病院の入り口では 7 度 5 分に引っかからなかったです。昨日熱が出たので内科にかかりに来たという話をしました。それで内科で，とりあえず熱が出ている，喉もなんとなく痛いような気がすると言いましたら，「どうですか，インフルエンザだと思いますか」って言われたので，「いや，どうもそれっぽくはないです」とは言いました。向こうも「そうですね。お話聞いてるとそうではなさそうなので，風邪薬を出しましょう」と。喉も診てそう言われましたので，その日はじゃあそれでっていうことで，自宅まで歩いて帰りました。

三浦　ということは，ご近所でよく行ってらっしゃるお医者さんにかかられたっていうことですよね？

U さん　はい。大きな病院で，内科だけでも 20 くらいあるんです。私はぜんそくで内科に行ってるんですけど，診てくれたのはその先生ではないです。それで，その日はお昼には家に戻ったんですけども，戻ってちょっとしたらやはり熱は出まして。37 度 5 分は超えて 8 度ぐらいは上がって。痛み止めをもらったんですけど，その痛み止めが効かないんですね。カロナールをいつももらうんですが，効かないんですよって言ったら，普段の倍のカロナールの 500 を出しましょうということで，それを飲んだんですけど，やはり下がらないんです。でもとりあえず風邪かもしれないと思って，その日はそれで寝ました。

次の日も朝から熱が出て，土日だし薬も効かないしということで，水と薬と，フルーツなんかは少しは食べました。その間，保健所に電話もかけたんですけどつながらない

んで，月曜日にお電話したらPCR検査はすぐに受けられるものじゃないんだって言われて。ただ，発熱してずっと下がらず，ぜんそくと，去年の11月に糖尿病にもなったので，ちょっと危ないと思うと言いました。

言ったんですけど「一応，探しますけど，すぐには無理だから」って言われたんです。言われたんですが，次の日もしつこく電話をしまして，8日に受けられるところがあったんですが，それが私がいつも行ってる病院でした。検査だけはしてくれるという病院だったんです。そのときには，ふらふらで食事もできないし，普通に歩くのもつらいような，歩いても10分ぐらいのところなんですけど，タクシーで行って。行ってすぐそこで検査をして，肺炎がひどいということと，検査は終わったけれども，うちではじつはコロナの患者さんの受け入れができないので，病院を探してほしいと言われて。

三浦　探してほしいと言われた？

Uさん　はい。自分で探すようにと言われました。それで保健所にすぐ電話をして，自分で探すようにと言われましたと言ったら，「わかりました，じゃあ，こっちでも探します」と。でも，ずっと38度から下がらないし，薬も効かないんですと言いまして。病院でも顔を診たのと，レントゲンとかMRIとかの検査の症状がひどかったので，肺炎にはなってますと。あと，あなたの顔色も土気色ですし，このまま本当は家に帰るようにとは言えないんだと。ただ，うちではコロナ患者を受け入れてないので，申し訳ないんだけど，できればすぐに救急車を呼んで，病院の入院をしてほしいと言われました。

そういうことも保健所にお電話してお話しして，自宅でとにかく水だけ飲みながらすごして，毎日病院どこかありましたかと聞いてたんです。毎日というか，1日3回ぐらいですね。でも，いまのところありませんという返事で。9日に歯医者さんでもらっていたロキソニンを飲んだら，熱は下がったんです。でもだいたい6時間ぐらいですぐまた上がるので，1日3回か4回ぐらい飲んですごしてました。もう薬も終わってしまうし，9日，10日に39度近くまで上がったんですかね。それで自分自身がもうまったく動けないんで，症状がひどくて。

三浦　それだと10日間ぐらいずっと高熱ですもんね。

Uさん　そうですね，2日からですから。耐えられなくなって，10日夜に消防署に電話したんですけど，自分が話ができないのでとりあえずその日の夜はやめて，11日の朝にもう一度電話をし直しました。救急車に，じつは昨日も電話したんですけど，こういう症状で熱も下がらず，息も声も出ていないような状態だったんです，と伝えたら，すぐ行きますと言われて，10時か11時ぐらいに来ていただいたんです。それまでに用意をしてくださいと言われたんですけど，なんか頭もおかしくて，ほとんど何を用意すればいいのかわからなかった。とりあえず詰めるだけ詰めて。救急車に乗る前にマンションのエントランスのところに寝かされて，そこで症状とか見て。ちょっと私が落ち着いてから救急車に乗せたという感じですね。それで，救急車の中で病院を探さないといけないと言われて，救急隊員の方が3人いらっしゃって。救急車に乗ったときに，私の酸素

が，いつもだいたい指で測ると 98 ぐらいあるんですけれども，そのとき 80 ぐらいだったのかな。これはだめだっていうことで，そのときから酸素吸入をしてました。そこからはうつろなんですけど，3 人の方が電話をとにかくかけまくって，1 人の方が iPhone の充電器ある？とか言われてるのも聞こえました。3 時間 3 名で電話かけまくって，一度断られた病院に最終的には受け入れてもらって，そこに行きました。そのとき私はうつろでよく覚えてないんですけれど，病院に行って，すぐ治療室の方につけられて，MRI とかレントゲンとかいろいろ撮られて。レントゲンは部屋の中で撮ったので，そこではなかったのかな。酸素の量とかいろいろ測られて。話すこともあんまりできない症状だったので，すぐ個室に入って。食事はできないと思うけど，自分で食事をしないと良くはならないから，とりあえず今夜から食事は出ますと。食べられないのはわかるけど，でも食べられる範囲で食べてほしいと言われたのは覚えています。個室に移って，ここは，エボラ出血熱の感染症対策に使える陰圧室なので，声をあげても何をしても外には聞こえませんという部屋に移されました。その病院の寝間着に着替えて，人工呼吸器付けて。人工呼吸器は酸素を押し込むような感じのもので，息吸えないからこういう形で酸素が吹き込まれますという感じのをずっと付けてました。入院はして，食事は出るんだけど，どうしても何も食べられないという状態でした。そこから退院が 25 日ですね。

三浦　本当に，びっしり 2 週間ですね。

U さん　そうですね。2 週間と 1 日だったと思いますね。22 日にもうちょっと軽い人工呼吸器に変えてもいいということになって，個室から移動しました。それから 2 日か 3 日で退院しました。そのときから 1 日 1，2 回ぐらい PCR 検査をして，最初は陽性が続いたんですけど，陰性になったとたんにすぐに退院しろと言われて。まだ私歩けないんですがって言ったんですが，車で帰るとか何とかしてくださいと。陰性になったら，とにかくコロナは治ったことになるので，これ以上入院させられないんですと。すぐにって言われたんですけど，ちょっと動けないって言って，すみません，25 日の朝とにかく帰るから今晩は勘弁してくれってお願いして，24 日はおりました。それで 25 日に一応は退院はしたんですけれども，動けないのでタクシーで自宅には帰ったんですけど，声も出ないし体も動かないしっていう症状が 5 月末ぐらいまでは続きました。

家にあるレトルトのおかゆとか，そういったものと，ゴールデンウィーク明けてから 5 月半ばぐらいになると少しは歩けるようになったので，目の前のコンビニとかに行く。病院に行かなきゃいけなかったんで，5 月 20 日ぐらい病院に行ってっていうようなことをやってたんですけど，5 月いっぱいは普通に生活することがつらい状態でした。

三浦　本当に必要最低限のことだけは，何とかできたと。その頃は熱はあったんですか。

U さん　いえ。熱は 7 度近くまで上がったことはありますね。普段は低いので，35 度 2 分とか 5 分とか，そんなもんなので。

三浦　7 度ぐらいでもけっこうつらいですよね。普段と違うから。

Ｕさん　つらいです。フウフウという感じでしたね。5 月はそういう感じでした。出勤できないという電話をしたときも普通に話ができてなかったみたいで，4 月はずいぶん良くはなってたんですけど，まだすごくしんどそうだと言われました。

5 月末もう一回入院した病院に行かなければいけなくて，検査を受けました。そのときに入院したときのレントゲンといま現在のレントゲンを比較して，だいたい 8 割方は良くなってますね，ただ脈拍が高いのがすごく気になります，と言われました。脈拍は 60 とか 70 台だったんですが，退院してから 110 とかなんです。

三浦　それは体力，使いますね。

Ｕさん　普通に生活がしづらかったので，ちょっと様子見て，入院していた病院まで通うのも大変だろうから他の行きつけの病院の方でって言われました。行きつけの病院では，肺の機能がまだ十分ではないので，そこに酸素を送り込もうとするために脈拍が早くなっているところはありますと言われました。だから，すぐにどうこうっていうことはないけれど，もうちょっと様子は見た方がいいでしょうと言われました。6 月から出勤する予定だったんですが，5 月はそういう状況で非常につらかった。そういうところがつらかったものですから，他のところが痛いとかおかしいっていうのはわからなかったんですけど，6 月ぐらいに右腕が上がらないことに気がついて，なんか腕が痛くて上がらないんですって整形外科に行ったら，骨じゃないし何だろうちょっとこれわかんないですねって。痛み止め飲んでてって言われたんだけど，飲んでても効かないんで，動かないことにはどうしようもないと思って。

三浦　動かないっていうのは，上に上げようとすると，すごく痛いとかですか。

Ｕさん　何にもしなくても痛いんです。そう言ったんですけど，ちょっとわかんないですねと。これは出勤できないなと思ってその事情を話してたんですが，でもその間何もしないわけにいかないんで，痛み止めになるのかもしれないと思って整体に行ってとりあえずはりを打ってもらうってっていうのを 6 月，7 月もやってました。

ただ，体調は本当に良くなくて，においもわからなくなりました。いまでもあまりにおわなくて。もともとぜんそくで喉もあまり良くなくてっていうのもあるんですけど，その調子も発作までは起きないんですけどずいぶん悪いし。でも，ただ，どこに行ってどう治療してもらえばいいのかがいまだにわからない。いまだに体調は良くないですね。ただ，7 月の半ばぐらいにこれでも出勤はできるようになったのかなというところで，とりあえず 1 週間に 2 日ぐらい出させてみていただいたりとか，そういった感じでやってました。そうこうしてるうちに，右腕を上げると痛いっていう症状が出て病院に行ったら，それはいわゆる五十肩ですって言われて。これは五十肩なんだと。どう関係があるんだろうかというのはわからないままに，いまだに五十肩のリハビリだけは続けています。ちょっと上げられない。90 度以上は上がるんですけど，125 度ぐらいまでしか上がらない。症状的にも何がどうなってるのかわからないけど，退院してからとにかく変です。

三浦　よく他で話を聞くのは，手とかに発疹が出るという話も。

U さん　手のひらとかがかゆくて。私はアレルギーのお薬を飲んでるんで，あまりそこまでひどくはないのかもしれないですけど，ただ自分でよくかきむしって血が出ていたりとかはありますね。あとは倦怠感。以前のように，しゃきっとしない，できない。

三浦　けっこう，日によって違う。波があるみたいなことはありますか，ずっと。

U さん　それはもちろんです。ずっと調子はあんまり良くはないですけど，ずっと悪いわけではなくて，ある日は少しはいいけれどもっていう感じです。

三浦　7 月ぐらいから，お仕事に少しずつ戻られ始めて。

U さん　7 月の後半ですけど，少しずつですね。10 月は絶不調で。14 日ぐらいから，体がうまく動かない，声も出ない，つらいっていう感じで。ちょっと 10 月のその頃からは仕事ができなかったんですけど。

三浦　いまは，それよりは少し良くなられました？

U さん　はい。少しは良くなってるので出勤，コールセンターなので，あんまりそれ以上もお休みできないかなというところで行ってはいるんですけれども，こういう状態だと，いつまで行けるのかなと。

三浦　そんな中で協力くださって，本当にありがとうございます。

U さん　いえ，それは大丈夫です。普通にお話したりするのは，いまはできます。声はすごく変なんですけど。

三浦　気を張ってコールセンターでお客さんに対応されるのはだいぶ疲れますよね？

U さん　そうですね。咳込みをすると声が出なくなってくるので。だからいまの状態だとコールセンターは向いてないのかなと。もう無理だろうなとは思ってます。

村上　どうもありがとうございます。コールセンターでお仕事をされていて，職場の病気に対する理解とかは，別に不都合はなかったんでしょうか。

U さん　はい。7 月末，8 月ぐらいまではとくになかったんですけれども，そこから体調が良くならなくてっていうところはあんまり理解はしてもらえないです。でも，それはわからないと思います。つい先日，NHK のコロナ特集を見て，退院してから，陰性にはなったけど，その後も訳のわからない症状が出てる人がけっこうたくさんいらっしゃるっていうのを見て，同じような方がいらっしゃるんだなと。

村上　以前お話を伺った同じ時期にかかられた患者さんも，同じような形で後遺症を訴えておられました。ずっと外に出られなくなっちゃってるとおっしゃってました。

U さん　ただ，生活もあるのでそんなことも言えないしな，と思ってはいるんですけれども，どうも，ちょっといまの状況だといったいどうしたものなのかなと。私はみんなこうだと思ってたんですけど，重症だったそうなんです。ずうっと入院中，人工呼吸器付けてて，それも普通の人工呼吸器じゃなくて，これ効かなかったら ECMO のようなものになるからねとは言われたので。肺はまだ動いてたからそうはならなかったんですが，1 人で起き上がれなかったり，話ができなかったりとか。尿の管を付けましょうって言

われたから，それは勘弁してくれって拒否したらしいんですけど。

村上　人工呼吸器は管を入れる，陽圧するタイプのものもされたんですか。

U さん　そちらのタイプです。

村上　それは本当に，重症のを経験されたんですね。

三浦　その後も定期的に PCR はされてるんですか。

U さん　いまのコールセンターが 1 月 2 回するんです。唾液で。一応，陰性です。だからコロナウイルス自身はいまのところはないです。コロナとどういう因果関係があるのかまったくわかりませんし，コロナのせいだとも言えないんですけれど，退院してからとにかく調子が悪い。どこが，何がっていうのがはっきり言えないので。

村上　つらいですね。

三浦　そういうことだとなかなかわかってもらいにくいし。

U さん　そうですし，どこに言えばいいのかがわからない。

三浦　内科行ったり整形外科に行ったり，いろいろして，それぞれでわからないって言われるから。

U さん　レントゲンも何回も撮ったし，血液検査を何回もやってもわからず。脈拍はつい今月の 3 日か 4 日ぐらいに測ったら 100 をやっと切ってましたけど，99。普段より速いけど，それは本当に何なのかが全然理由がわからないです。

村上　たしかに，そのわからなさって，すごいつらいですよね。

U さん　はい。退院した後の 5 月末ぐらいから右腕がとにかく何もしなくても痛いっていう症状は，夜も 1 人で悲鳴を上げてるぐらい痛かったんです。肘より上から肩にかけての部分だと思うんですけど，とにかく我慢できないくらいの激痛が走っていたので。こんなのとても我慢ができないっていうぐらいひどかったんですけど，それはいまはないんです。五十肩ですよって言われてリハビリに行っている頃になくなってるので。別の五十肩の痛みはあります。

村上　ありがとうございます。もちろんコロナで入院されたときは本当に大変だったと思うんですけど，いまの状態を伺うと，希少疾患で診断名がつかない方たちのご苦労とすごく似てますよね。病院に行くんだけれどもわからなくて，どうしていいかわからない。

U さん　そうなんです。コロナで退院してからなので，それに紐づけてよいものなのか。他の方でもいまだに動けないっていうのもあるみたいで，そこに比べたらまだ全然いいわと思ってはいるんですけど。

三浦　他に同じような経験をされた感染者の方とかと，何かお話しされたことはあるんですか。

U さん　いえ。私が行ってるコールセンターの部署だけでも何百人いますけれども，退院した頃に私以外にいますかって聞いたら 4 人いるって言われたんです。7 月ぐらいから全国の人全員が月に 2 回唾液検査をやってる。それでも数人出るか出ないかなので，ほとんど話すことがないんです。それ以外でコロナだったっていう人も，この同じマンシ

ョンの中にもいないし。なかなかお話しする機会がなくて。

三浦　お友達とかお知り合いの方とかとお話しされたりとかはどうですか。

U さん　話はしたことはありますけど，そんな身近にそんな人がいたなんてっていう感じでびっくりされるっていう方ばかり。

三浦　U さんが感染された経路はまったくわからない，突然なのですか。

U さん　まったくわからないんです。私，お休みの日に歯医者に行ったんです。そのときは，熱っぽくはなかった。入院したときにコロナだったのでっていうのは，その歯医者さんには電話したんですけど，その歯医者さんでも，私以外にコロナだったっていう患者さんは結局なかったです，一応すぐに電話をして，申し訳ないって言って。消毒はしたんだけど，ただ，私だけみたいですよ。なんか，エレベーターで感染したんだって言い張る人がいたらしくて，そういう可能性もあるわなと。

三浦　だけどそれはほとんど偶然というか，どうしようもない話ですしね。

U さん　全然わからないですね。3 月はとにかく普通に仕事をしてましたので。仕事の中でもとくになかったですね。社内にも私が入院するまではいなかったです，でも無症状の方はわからないです。

平井　テレビとかでコロナのニュースずっとやってますが，感染を経験された後，そういうのを見てどう思われましたか。

U さん　いまはそれほどでもないんですが，5 月，6 月，7 月頃は感染の経路だとか，コロナウイルスに関しての症状だとかが報道されるのを聞きながら，間違ってるよなとか，もうちょっとちゃんと確認してから放送してほしいなとか，ずうっと感じてました。

平井　一番それを強く思われたのは，たとえばどんなことだったですか。

U さん　感染経路だとか症状だとか。最初の頃は，PCR 検査を受けたら保健所からすぐ入院させてもらえるだとか嘘だよとか。病院もなかったしとか。自治体がいろんな発表をするときに，それは感じましたね。それは違うでしょうとか思いました。いまはずいぶん報道される内容も変わってきて，そういったことはほとんど思わなくなりましたけど。

平井　逆に何か助けになったこととかってあります？ 報道とか，テレビとか，雑誌とか。

U さん　コロナが治癒してからもいろんな症状が続く。訳のわからない症状がいっぱい出てる方がたくさんいらっしゃるんだっていうのがわかったのは，助かったというか何というか。やはり，そうなってらっしゃるんだなとは思いました。

三浦　実際に感染を経験された方の話を伺える機会はなかなかないので，U さんとご縁ができて，私たちとしては本当にありがたいです。つらいご経験のことをたくさんくわしくお話しさせてしまって申し訳なかったんですけれども。本当にありがとうございました。なるべく早くもとのお元気な U さんに戻られますように，心から。

（2020 年 11 月 10 日実施）

今村優莉さん――30 代女性。朝日新聞社記者。2020 年 3 月 28 日に発症し，4 月 4 日に陽性が判明。2 週間の入院を経験。新聞記者としてみずからの感染経験や他の感染者についての記事も書いている。感染者が社会で孤立したり，感染の事実を隠したりしなくてはいけないという風潮を防ぎたいという思いから，実名で発信し続けている。

三浦　基本的には，まず時系列でお話をしていただいて。こういうことがあったというのと，そのときどうお考えになったか，どういうお気持ちだったかとか，あるいは周りの方々とのやりとりなども含めて，思い付くままにお話しいただいて。その中で，私たちが聞かせていただきたいことを補足させていただいたり，あるいは，ひとあたりを話し終えていただいてから，私たちがこういうこともっと伺いたいということを伺うというふうな形で進めさせていただければと思います。

今村さん　発症したのは 3 月 28 日です。何があったかというのをざっくりお話しすると，当時は（勤め先の新聞社の記者として）国際報道部に所属し，東京の内勤記者として勤務していました。中国語ができるので，はじめて中国の武漢で発生したときは，電話や SNS を通じて武漢にいる人に話を聞いたりという取材をしてました。1 月 23 日に世界ではじめてロックダウンした武漢の町を中心に聞いていたので，ある程度，コロナって日本に来たら大変だなとか，怖いなというので気をつけてはいました。そのときは東京はクルーズ船の方がニュースの主で，こんなことになるとはと誰しも思っていなかったのではないかと思います。私が感染したのは，わりと早い方だったんですね。第一波の，はじめて感染者が 3 桁になったっていう 4 月 4 日に PCR で陽性になりました。

朝日新聞社では，もし感染者が出たら，報道機関として報道しなければならないよねという話でした。多分周りの人たちも感染しちゃったら仕方がないって思っていたと思うんですけど，ただ第 1 号にはなりたくないよねっていうことを同僚から言われたこともありました。

三浦　大学でもそうですけど，第 1 号はすごく言われるので。

今村さん　そうですね。じつは私が発症する少し前に熱が出て PCR 検査まで受けた人はいたと聞きました。幸い陰性でしたが，会社の広報担当の方たちはもし陽性になったときの公表の仕方を検討していたと聞きました。

私は武漢への取材を通じてある程度知識がありましたが，熱はまったくない，咳もまったくない，むしろ体調は良い方だったけど，においが突然わからなくなったんです。3 月 28 日はたまたま出社していて，早番で朝 6 時から昼 12 時までの勤務なのですが，残業があったので 1 人で作業していました。首都圏ではじめて，週末の外出自粛要

請が出た週末だったのであんまり社員もいなくて 1 人でいたら，突然。なんで突然と言えるかというと，エッセンシャルオイルを入れていい香りになる消毒液を自分で作っていつも持ち歩いていまして，当時はラベンダーが入った消毒液だったんですけど，それをシュッシュッてやってもまったくにおわなくて。その瞬間に背筋が凍った感じでした。

だけど，あまりに急で自分の中で受け入れられなくて。オフィスの除菌ティッシュや消毒スプレーとかをいろいろ自分で嗅いだんですけど，やっぱりわからなくて。だけどそういうときって，「いや違うはずだ」と。頭ではこれはコロナの症状だってわかっている一方で，私がなるわけないみたいに思いました。

三浦　気のせいだとか，すぐ治るだろうとか，いろいろ思う。正常性バイアスですよね。

今村さん　そうですね。藤浪選手（阪神タイガースの藤浪晋太郎選手）が訴えるまで，においがしないのがコロナの症状だとは，まだ世間的には認知されていないときでした。ただイタリアや韓国などでは多いと 3 分の 1 ぐらいの患者に嗅覚，味覚が失われると報道があったから，もしかしたら自分もそうかもしれないと。夫はそのとき家に子どもといたんですけど，「においがわかんなくなったんだけど」と電話したら，いきなり「アイスクリーム食べてみて」と言われました。すごく甘いものを食べても味がわからなかったり苦く感じたりしたらそれは味覚が失われていることを示すとテレビでやっていたと。すぐに社内にあるコンビニでチョコ＆クリーム味のアイスクリームを買って食べたら味がまったくわからなくて，これはきたなって思いました。

上司に連絡をしたら「とにかく落ち着いて」と最初に言われました。「誰がかかってもおかしくないから」と言われ，とりあえずすぐに会社を離れて自宅に戻り，保健所に連絡してと言われました。

とはいえ，土曜日だから地元の保健所は休み。東京都の新型コロナ相談窓口に電話したら 1 時間ぐらいかけ続けたけど全然つながりませんでした。電話しながら，マスクして，人が多い車両を避けながら電車で帰宅しました。

最寄り駅のちょっと前で降りて少し歩くと，開いていた内科を見つけました。「突然においも味もしないのですが」と受付で伝えたら，一瞬，「え？」という表情をされましたが，熱がないので受診させてもらえました。でも，診察した内科医の先生は「コロナじゃないでしょう」と。藤浪選手の場合はたまたまだったんだよ，みたいなことを言っていました。そのときはお医者さんでもそういう認識だったんです。だからもし私が武漢の取材をしていなければ，もっと正常性バイアスがかかって，お医者さんにそう言われたんだし，コロナではないだろうと思ったかもしれません。でも，いきなりにおいがなくなるというのはただごとじゃないなと思っていたので，帰宅してからもずっと都の相談窓口にかけ続けました。夫とも手分けしてかけて，ちょうどリダイヤルの記録が 200 回になったところでつながったんですけど，やっぱり窓口の担当者の方にも「コロナの疑いはないでしょう」と言われました。「花粉症でも嗅覚と味覚がなくなることはある」「子育てで疲れてるんだよ。年子の男の子が 2 人もいたらね」と。「熱が出て，自

分はコロナじゃないかって思う人多いのよ」と言っていました。慰めてくれていたとは思うんですけど，私はすごく戸惑いを感じました。

三浦　検査してくれるところまでいかないわけですもんね。

今村さん　そうですね。37.5 度以上の熱が 4 日以上，咳がある，息苦しさがある，海外からの帰国者，もしくは直近で陽性と診断された人と濃厚接触したなどの項目に 1 つも当てはまらなかったので，「コロナじゃない」と何度も言われました。寝たら治るみたいな。家族全員隔離する必要はないとも言われました。「インフルエンザになっても家族は会社行くでしょう？ 旦那さんも会社行ってもいいし，子どもさんも保育園行かせなよ。じゃないとママ疲れちゃうよ」と言われました。

三浦　そうすると，騒いでる，ちょっと変な人になっちゃいますもんね。

今村さん　そうですね。夫は，「コロナの相談窓口の人がそう言ってるから，せめて子どもは保育園に行かせれば」って最初は言っていたんですよ。だけど万が一陽性だったときに，自分の中で陽性かもしれないと思っていたにもかかわらず保育園に子どもを預けたっていうことを，保育園の先生とか，お母さんとか，子どもたちが知ったらどう思うか，と考えました。これは陽性であるっていうことを意識して生活をした方がいいんじゃないかっていう私と，「でもコロナ相談窓口の人もお医者さんもコロナじゃないって言ってるじゃん」という夫とで意見が分かれ，夫婦で，どう行動すべきかっていうのはすごく悩みました。

結局，うちの夫も，「妻がコロナ感染の疑いがある」と勤務先に言ったら，出社はせず，自宅で経過観察してくださいということになりました。

その日から私は子どもたちとは別室で寝ることにしました。夫が，感染疑いの晴れない妻である私の世話をしながら，1 歳，3 歳の幼児の世話もする，という想像したこともない生活が始まりました。

私は，PCR 検査をしてほしくて，翌日からもずっと都の相談窓口や地元の保健所に電話をかけ続けましたが，電話口では「あなたの症状からしたらとてもじゃないけど PCR 検査させられない。とりあえず近所の病院行って」，と言われました。今度はもう一度近くの耳鼻科に行きました。でも，そこでもコロナの疑いがある，とまでは診断してもらえませんでした。お医者さんが「疑いがある」と言ってくれないと保健所も PCR 検査を手配してくれないので，あの時期はけっこうつらかったです。

三浦　においがしないといまではよく聞くんですけども，今村さんは，においがしない，食べても味わかんないってことを経験されたことはいままでにはまったくなくて，本当に突然そうなったんですか。

今村さん　そうです。花粉症もちなので，鼻水とか鼻づまりとか，鼻に症状があってにおいがわからないというのは経験があります。だけどあのときはまったく鼻が詰まっていなかった。消毒液もどんなに鼻に近づけても何も感じない。消毒スプレーや除菌ティッシュも思いきり吸い込んでも，かぎ慣れたアルコール臭がわからないのです。ハーゲン

ダッツのアイスクリームもかなり甘いはずなんですけどまったく味がしなくて。だから，自分の体に尋常じゃないことが起きているなとは思いました。いままで，鼻が通っているのににおいがわからないっていうのはなかったので。

後から考えると，この日の朝にコーヒーを飲んだんですが，たしかに「お湯っぽい」と思っていました。でも，そのときは「異変」と受け取りはしなかったのです。なぜかというと，その後，勤務を終えてからお昼に社内食堂でラーメンを食べたのですが，私，普段からラーメンにお酢を入れる習慣があったので，その日もお酢を入れました。後からわかったのですが，私はコロナで味覚を失った後も，梅干し，お酢，レモンとか，酸味が強いものは味がわかったんですよ。だから，おそらくラーメンの味が本当はしなかったんですけど，お酢を入れていたから，味がしないことに気がついていなかったのだと思います。

コロナかもしれないと，会社に報告したとき，産業医から過去 2 週間の行動について聞かれました。1 週間以内に誰とどこで会ったかとか，取材先はどういう人かとか。そのときに，お昼のラーメンまではわかりましたけど，その後のラベンダーのスプレーが突然わからなくなったと報告したのを覚えていて。でも後から考えたら，じつはコーヒーもあんまりわかってなかったけど，コーヒーがわからなかったことに反応し切れなかった。だからラベンダーのにおいがわからないときまで自分の異変に気づかなかったんです。

三浦　コーヒーがお湯っぽいのに入っちゃうことあるので，そうなのかなって思ったのかもしれませんね。オイルはご自身で作られたから，絶対ににおいするはずなのにしないって気づかれたんですね。それなのに検査がなかなか受けられなくて受診もできない。

今村さん　3 月 31 日になって，倦怠感とだるさが始まりました。熱は 37 度程度で，咳はありませんでした。でも，立ち上がるのもつらく，力が入りませんでした。倦怠感って，二日酔いのときも経験がありますが，比べ物にならないです。立ち上がるのもつらくて，全身力が入りませんでした。体調はあきらかに 2 日前より悪くなりました。不安になって保健所に電話しました。このときもなかなかつながらず，リダイヤルが 134 回を記録したこともあります。ようやくつながったものの，「まずはかかりつけ医を受診して」と言われました。かかりつけ医は，妊婦さんや高齢者もくるような小さな病院です。診察室には入らないようにして受診できるか聞くと，「設備がないし，妊婦さんもいるから院内から出て」と言われました。ただ，呼吸器科がある別の病院の紹介状を書いてくれたので，自家用車を運転して自分で行きました。その病院まで行くと，事前に連絡を受けたのか，男性の事務員の方が待機されていて，「病院内には入らないでください」と言って駐車場の近くで対応してくださいました。「診察はできませんが，症状を聞く限りコロナの疑いがあると院長が言っています」と言われました。診察されていないのに，それでいいのかと思いましたが，「院長がそう言うので」とのことでした。また，近くに総合病院があるのでそこへ駆け込んだら，とも言われました。「コロナの

疑いがある」状態で駆け込むのもどうかと思いましたので，総合病院の近くで車を止め，車内から「いま近くにいますが，診察してもらえませんか」と電話しました。でも，電話に応じた方に「保健所に連絡して」と言われてしまいました。その保健所に「病院で診てもらって」と言われているのに。本当に途方に暮れました。そんな状態で再び保健所に電話をし「3 つの病院に受診を断られましたが，そのうち 1 つから『コロナの疑いがあるから保健所に伝えて』と入れました。お願いします。とにかく検査を受けさせてください」と懇願しました。「これだけ受診断られて，保健所にだめだって言われたら，私，どうすればいいんだ」という気持ちでした。結局，その電話でようやく保健所の方が「そうなんですね。調整します」と言ってくれました。それで，次の日，4 月 1 日にようやく PCR 検査を受けることができました。

家からは公共交通機関使わないでください，歩きか，自転車か，車でと言われました。「車をもっていない人や，高齢者や，体調が悪くて運転できない人はどうするのだろう」とか思いながら，ハンドルを握って指定された病院へ行き，仮設テントで受けました。その日から，帰ったら家族とは部屋とか食器とかを別にしてくださいと言われました。その前から私は自宅で隔離を始めていましたが「わかりました」と言って帰宅しました。

検査を受けた後は自分の心の中で，おそらくこれは陽性だと感じていました。その頃から体調がだんだん悪くなっていました。咳は相変わらずなかったんですけど，すごい倦怠感と痛みがありました。体の痛みがすごく，これがコロナじゃなかったら私は何なんだというぐらい痛かったです。熱はないけど，どう考えても普通の体じゃないなっていう感じで，自宅で，1 人で部屋の中でもがいている状態でした。

三浦　痛みがすごいんですね。

今村さん　熱とか咳がなかったから他の痛みをすごく鮮明に覚えています。下痢とか頭痛もあったんですけど，何が一番つらかったというとこの全身の痛みでした。一番痛かったときは，体重がかかるところが痛むので，なるべく床につく体の面積を小さくしようと，手と膝で四つんばいになって「うーん」とひたすら唸っていました。痛くて動けませんでした。全身が本当に痛かったです。内側から無数の小さな針が筋肉を刺しているようなそんな痛みでした。

三浦　いわゆる神経的な痛みみたいなものの感覚ですか。

今村さん　リウマチとかを経験したことないんですけど。ものすごく痛い筋肉痛という感じでしょうか。体を動かすとあちこち痛い，みたいな。筋肉痛なら寝てて動かさなければいいけど，寝ていても体重がかかるとそこが痛いのです。だから，横になっていても痛いんですね。

上司にも，多分陽性だと思いますという話はしました。会社の広報部門も情報は共有していたようでした。

三浦　24 時間態勢で待ってますもんね。

今村さん　保健所から連絡が来たのは3日後ですが，その間，1日一度は上司と連絡とっていました。「体調はどう？」とか「どんな痛み？」とか聞かれました。あとは「もし陽性になったら，発表することになる」ということも言われました。報道機関だし，第1号の感染者なので，企業としてきちんと報道するんだろうとは思っていたので「わかりました」と答えました。「どこまで個人情報を隠すか，出すか，などを慎重に判断しているけど，30代の女性，というのは出るかも」とも言われました。私は「別に隠すことでもないし，ちゃんと出した方がいいと思います」とは言っていたと思います。

3日後の土曜日の夕方になって，保健所から連絡が来ました。「陽性です」と言われのではなく「体内にウイルスがいることが確認されました」と言われたのが印象的でした。最初，ピンとこなくて思わず「陽性ってことですよね」と聞き返し，「はい」と言われたことをよく覚えています。そこまでは覚悟していましたので，深呼吸をしました。そばで不安そうな顔をして見ている夫に軽くうなずいて，「やっぱりそうだった」と目で伝えました。陽性，という覚悟はしていましたが，保健所の担当者からは「病院はどこもベッドがいっぱいです。すぐにでも入院のご案内をしたいのですが，いつになるかわかりません」と言われた方がショックでした。子どもがいるなかでの自宅隔離がとてもつらかったのです。

私には当時3歳になったばかりの長男と，1歳の次男がいます。「感染症」を理解できない子どもたちは，なぜ私が急に部屋にこもり始めたのかを理解できませんでした。とくに次男は抱っこしてと泣き叫び続けました。保育園に行けず，家からも出られず，朝から晩まで「ママ！」と泣きながら私を探しました。私がトイレに行こうとそろりと部屋から出ると「見つけた！」と言わんばかりに抱きついてこようとして，それを，夫が全力で押さえつけるからまた泣きまくる。その繰り返しでした。うつっちゃうと怖いから抱っこできないんだよ，と言いました。3歳の長男は，ママが病気なんだろうということは理解しているのですが，なんでママとパパが，怖い顔しながら，自分たちからママを引き離そうとするんだと，必死に理解しようとして怯えた顔になっていました。それが，とてもつらかったのです。あの表情は忘れられません。

だから，保健所の人に毎日電話をして「医療設備がなくてもかまいません，早くホテルに行かせてください」って言いました。当時，都知事の小池百合子さんが都内のホテルで軽症と無症状の患者を受け入れると発表していました。だけど，電話の向こう側の担当者は「そんな話，現場にはまったく降りてきていません」と言っていました。

ご自宅か病院です。ホテルは具体的に受け入れられる状況じゃないですと言われたので，じゃあ子どもがこんな状況なので自宅だけはやめてほしい，どこかに隔離してほしい，そう訴えました。でも，そこからさらに2日間，病院が見つからなくて，2日後の4月6日になって入院が決まったというのが，おもに発症から入院までの流れです。

三浦　今村さんはどれぐらい入院なさったことになるんですか。

今村さん　トータルで2週間です。途中で1回症状が良くなったというので，受け入れを

始めたばかりの都内のホテルに移ったんですけど，すぐまた体調が悪くなって同じ病院に戻されたんです。ホテルに移った期間も一応入院と数えるので，4 月 6 日に入院して，9 日にホテルに行って，戻ってきて 20 日に退院してます。

三浦　濃厚接触者等は大丈夫でしたか。

今村さん　国際報道部もずっとコロナ取材の最前線を東京でやっていたから，社内の中でも早く在宅勤務に切り替えた部署の 1 つでした。2 月の後半ぐらいから基本的にオンライン取材に切り替えていたので，社内や取材先にいわゆる濃厚接触者というのはほとんどいませんでした。ただ，会社で当日会って話した人たちは，私の陽性が確認された後，自宅で経過観察になりました。4 人ぐらいいました。家族は濃厚接触者に当たりますが，夫も子ども 2 人も症状がまったく出ませんでしたので，PCR 検査は受けられず，自宅で経過観察となりました。私が入院した後も，保健所からは日々夫のもとに連絡は行っていたようです。「症状が少しでも出たら，すぐに連絡してください」ということでした。

三浦　こうやって報道されて，周囲も含めて，いろんな形の懸念されてたリアクションはどうでしたか。

今村さん　企業としての報道資料が出る 1 時間ほど前に，まず全社員向けにメールが流れました。東京本社の社員（女性，30 代）が PCR 検査で陽性と診断されました，という内容でした。同じ職場で働いていた社員には，所属長がいち早く感染の事実を伝えました，現時点で接触があった社員らに体調不良者は出ておりません，とも書かれていました。ただ，当たり前といえば当たり前ですが，そのメールの後に「社員の机の周りや共有 PC，電話などの消毒をしました。念のためもう一度清掃業者による職場の消毒清掃を速やかに行います」といった案内文があって，それを読んで地味に傷ついた記憶があります。他の社員に対して感染防止策を示すために必要なメールではあると思います。ただ，最後に出社してから，陽性確認されるまでもう 1 週間経っているのに，消毒業者を呼んで消毒するのか，やっぱり私はそういう病気になったのか，とあらためて感じて，メールの文面を何度も読み返しました。

ちなみに，全社員向けメールが流れる少し前に，部長から，国際報道部員に向けてメールが流れました。うちの部は 100 人近く記者がいて，そのうちの半分以上が海外の取材をしている海外特派員なんですが，その 100 人ぐらいに向けて，今村さんが体調悪くて検査受けたら陽性になりました，という内容でした。

その一番最初の部員の中のメールが流れたときに，何人かの同僚から「気にするな」っていうのを電話やメールでもらいました。これからすぐ朝日新聞第 1 号とか言われたり，ニュースで流れるからネットでもいろいろ言われるかもしれないけど，絶対気にするな，お前は何も悪くないから，と彼らは言ってくれました。連絡をもらったときは，涙が出そうになるほど嬉しかったです。じつは，自分の中で「コロナの取材していた自分がコロナになるなんて」とか「感染対策が不十分だったのかな」と，自分を責めてい

た気持ちがありました。「気にしなくていい」って自分では思うものの，やっぱり気にします。感染対策ちゃんとやっていなかったと思われるかな，とか，遊んでいたとか誤解されるのかな，という不安がありました。全社員への全員メールでは具体的にどこの誰，とは流れませんでしたが，人伝に「今村さんらしいよ」と知った人はいたみたいで，そういう人たちから「なんて声かければいいかわからなかった」「メールできなくてごめんね，大丈夫？」みたいなのがずいぶん後になって来ました。びっくりして何て声かけたらいいかわからなかったようでした。周りにいなかったからでしょうね。

当時の私の気持ちとしては「気にするなよ！」という声をかけてもらったことはとても大きな励みになりました。だから，もし周りにコロナになったという人がいるなら，ぜひ声をかけてあげて，応援して，「回復を待っているからね」と言ってあげてほしいと思います。そういう言葉をかけてもらうだけでも，感染者としてはすごく励みになると思います。

三浦　まだ通算でも数百人くらいのときですもんね。

今村さん　そうです。4 月 4 日は，東京都で 1 日の感染者数がはじめて 3 桁になった日でした。

三浦　そうするとすごくまれなことだから，びっくりするのが先で。その頃だとすごいトレースルートしてたから，どこの電車のどこの何とかでとか言ってましたもんね。

今村さん　私が知りたかったです，本当に。一番最初に疑ったのはうちの夫だったんですよ。そのときは夫の方が毎日電車で通勤していたんですよ。私はどっちかというと 1 週間の半分ぐらいは家にいたので。だけど，夫じゃなかったんですよね，どう見ても，症状からしても。もしかしたら無症状かもしれなかったんですけど，その後抗体検査を受けて，抗体なかったので。夫でもなかったので，本当にわからなくて。産業医の方にも感染経路に思い当たる節はありませんかと聞かれたんですが，いや，まったくないです，みたいな。

村上　いくつか教えていただきたいんですけども。記者さんっていうお立場があるので，ものすごく気にしないといけなかったんじゃないですか，社会のことというか，見えない圧力みたいな。これって記者さんとして考えることがあると思うんですけども。僕，やっぱり日本って異常だなって思ってるんです。感染した方が排除されてる。

今村さん　子どもを保育園に通わせるかどうかときが一番でした。まだ陽性かどうかわからないとき，私が味覚・嗅覚がないという状態だけで「どうする？」という話をしていたときのことですが，夫は「医者も保健所も感染の疑いがないって言ってる。保健所の人が子どもは通わせればいいじゃないですかって言ってるんだから通わせてもいいんじゃないの」と言いました。私はふと何を思ったかというと。記者っていうこともあって，もしかしたら私はこの経験を，落ち着いたら書くかもしれない。そのときに，自分がこういう状態で，PCR で陽性とはなっていないけれども，においがなくなって，自分の中ではコロナであるかもしれないと思っているのに，子どもを保育園に預けたっていう

ことは書けないと。なんで書けないかっていうと，悪いことしてるという気持ちがありました。

村上　ってなっちゃいますね。

今村さん　だから，書けないことはやりたくないと言って，夫は，は？みたいな感じで，とんちんかんな感じだったんですけど，最終的には「感染しているかもしれない，と思って行動したい」という私の気持ちを理解してくれました。それからが大変でしたけどね，夫は。1 人で，在宅勤務しながら，1 歳 3 歳の幼児 2 人と，感染疑いが晴れない妻の世話をするという，想像したこともない生活が始まったわけです。

その前後に，ニューヨーク・タイムズの記事を読んでいて。ニューヨークでの感染が爆発的に拡大していたとき，現地の記者が体調が悪くなって PCR 検査を受けるまでをすごく克明に書いたルポがあって，読んだのです。変な話ですが，それをすごく面白いと思っちゃったんですよ。ここまで書くと面白いなって思って。

自分がもしそうなったら，やっぱり私は書くだろうと思いました。自分に何が起きたのか，世界に大異変を起こしているこのウイルスは，自分の体に，自分を取り巻く社会に，何を起こしているのか，詳細に書き残しておこうと。ただ，アメリカと違って，当時の日本の感じだと，感染した人が悪いみたいな雰囲気がありましたよね。当時は，感染したことを公にした人は芸能人やニュースキャスターも含めてまだそこまでいませんでした。だから，きっと自分の経験は，書き残すことで他の誰かの役に立つことがあるだろうと思いました。そのときに，世の中の迷惑になることはしたくないし，書けないことはしたくない，と思いました。自分が感染したかもしれないと思っているときに，いくら保健所や医者から「コロナじゃない」と言われても，子どもを預けたら，保育園の先生や保護者が後から知ったらすごく嫌な気持ちにさせてしまうだろう，と思いました。

村上　ものすごく，ある意味，空気を読まれてるじゃないですか。日本のこれってどう思われますか。感染した方にものすごく厳しくて，いろんな差別がいま起きている。今村さんが感染する直前は，たとえば中国の方たちとかにすごい差別があったじゃないですか。

今村さん　中国の人たちを取材していたので，感染はできればしたくない，したら嫌だとは思っていました。感染したらみんなそりゃ嫌だって言いますよね。でもそんなこと思っても，感染するときはするから，対策を頑張るしかないよねと思っていました。

ただ，中国で SARS が流行ったときに北京に住んでいたのですが，あのときもすごかったですが，ある意味，日本以上にバッシングはあります。私が取材した中国人の中には，感染したら学校で白い目で見られたり，友達が遊びにきてくれなくなるから感染したくないという人もいました。取材して感じたのは，中国では感染者はたしかに差別されていたと思います。中国しか起きてなかった，というのもあったと思います。

村上　当時はね。

今村さん　そう，当時は。あっという間にイタリアもアメリカでも感染者が増えて，そこからだんだん雰囲気が変わってきたと思います。でも，日本でなったら絶対叩かれるなっていうのは何となく感じていました。

私は実名でツイッターをやっていますが，感染がわかった後，わりと早いうちから上司に「いまは Twitter とか Facebook に自分のことをつぶやかないで」と言われたんです。私は，会社のそういう規制はすごくおかしいと最初は反発しました。記事を拡散するときは「どんどん Twitter やれ」とかって言ってるのに，自分の責任で，いまコロナになってこんな状態だって，保健所は電話つながらないっていうようなことを言いたいのに，会社から「絶対つぶやかないで」って言われたんです。会社の危機管理上の措置であることと，ネットで炎上したときに，私が精神的に追い込まれてしまうかもしれない，その両方の懸念があるからと言われました。

朝日の記者は，もともとネットでもいろいろ炎上しやすい傾向もあったので，もし安易につぶやいて，誹謗中傷などを受けたら心理的に耐えられないんじゃないかという心配もされました。だから Twitter とかはやめてと。

これは，その後上司ともいろいろ話したんですけど，「Facebook もやめて」って言われたのにはすごく反感を覚えました。Facebook は私のクローズドな空間で，友達が中心なので，その人たちに向けて自分のことを伝えるのは自由なはずだ，と。でも，上司としては，やはり不本意に拡散されたりするおそれはあるから，いまは SNS での発信は控えてほしいと，かなり強く釘を刺されました。

三浦　私，GLOBE ＋の親子留学の記事を読んでたので。

今村さん　ありがとうございます。びっくりしました。

三浦　連載は続いてたじゃないですか。いまも，4 月とかもずっと記事が出てますよね。

今村さん　正確にいうと，本当に感染したときからは止まってました。あの記事は毎週更新していたのですが，コロナになって止まって。

三浦　ああ，1 カ月ぐらいだけ止まってるんだ。

今村さん　そう。じつは，コアなファンが何人かいらっしゃって。止まった同じタイミングで朝日新聞の 30 代の女性がコロナになったと報道されたから「今村さんじゃないですか」って問い合わせが来たんですよね。

三浦　なるほど。私はそこまでコアなファンじゃなかった。

今村さん　それは Twitter の世界でもあって，私はそれまでほぼ毎日つぶやいていたのですが，止まったことで，直接，ダイレクトメッセージをもらったこともありました。今村さんじゃないですかって。その人は信頼関係もある人だったから，「そうなんです。だけど，いまは会社からソーシャルでつぶやかないでくれって言われてるから言えないんです。落ち着いたらまた連絡します」と返しました。その人たちは信頼関係がある人なので，本当に純粋に心配してくれて「やっぱりそうなんですか，お大事に」などと言われました。

三浦　回復なさってからわりとすぐ出てこられたんですね。連載が続いてるなかで 6 月 1 日に感染してましたっていう記事が出てたので，最初今村さんだと思わなかったんですが，あれ？ これ親子留学の今村さんだよね？と思ってすごいびっくりしました。

今村さん　退院後，2 週間ぐらいは経過観察するよう言われていて，家で何もしないでいたときがありました。その間，原稿を書いていました。ただ，この記事をめぐっては当初，社内で心配する声もありました。1 つは特定されることでバッシングされたり，誹謗中傷されたりする私自身を心配する声でした。もう 1 つは「会社としては匿名で発表したのに実名で書くと整合性がないんじゃないか」と言う人もいました。

ただ，最終的には同僚や上司も「記者が感染して自分の責任で署名記事を書くことのどこに問題があるいうの」という雰囲気になりました。感染者がわかると，SNS 上でバッシングすることもありましたから，記事の中の表現にはかなり気を遣いました。4 月に退院した後すぐに書き始めましたが，記事が出たのは結局 6 月になりました。

三浦　ちょっと様子見ってことですよね。たしかに保育所には行かせなかったけれども，どこをどう言われて批判されるかわからないっていうリスクもあるので。

今村さん　そうですね。記事の中には「朝日新聞社は 4 月 4 日，東京本社に勤務する 30 代の女性記者が新型コロナウイルスに感染したと発表しました。記者として経験を伝えたいという今村記者の意思を踏まえ，署名記事として報道します。」といった一文を入れたり，まだ，感染者も多かったし，亡くなった方の家族が読まれたりする可能性もあるから，「自分は治って良かった」というニュアンスの記事にならないように，などといろいろ考えました。

私，母親が中国人なんですけど，中国からコロナ持ち帰ったんじゃないかとか，いわれのない記者個人への誹謗中傷があるかもしれない，とかもしかしたら親御さんが中国人であることもネットで書かれちゃうかもしれないけど，いいですかと。全然，いいですよ。何が悪いんですか。むしろ隠す方が違和感がありました。私なんか名前で検索すれば，子ども抱えて親子留学したとか，ある程度の個人情報はいくらでも出てきますし。

だけど，30 代の女性記者のまま，つまり，報道をしたときの肩書きで書いた方がいいんじゃないかと言う人までいて，それはさすがに反発しました。記者が実名で書かないということは，まるで私自身が感染したことは良くないとか，隠した方がいいとと思っているということを証明しているようなものじゃないかと。書くとしたら実名しかありえなくて，書かないんだったら一切書かない。だけど，書かないっていう選択肢はないので，ここはきっちり書くべきだという気持ちをもっていました。何があったかを丁寧に書いていけば，読者には届くんじゃないかと思っていました。

結果的には誹謗中傷とかなかったんですけど。

反響はいろいろありました。記事が出る前は，こんなこと言われるんじゃないか，あんなこと言われるんじゃないかと思ったんですが，この記事に関してはほとんどが激励でした。もちろん厳しい意見もありました。母親として大変だったみたいな話なんかど

うでもいいとか，記者ならどうしてうつったのか感染経路を徹底的に調べろという内容もありました。そういう厳しい声もありましたけど，総じて，SNS 上の反響や読者からのお手紙を含めて，今回は激励の方が多かったです。「よく実名で書かれました」といった内容も多かったです。

村上　僕，もうちょっと聞きたいことがあったんですけど，いいですか。1 つが，今村さんが大変になったときにお子さんと部屋を分けてましたよね。すごく大変だったと思うんですけれども。重症者の診療されてるお医者さんたちは，コロナってじつは家族との関係がすごく大変だってみなさんおっしゃっていて。コロナで亡くなったり，亡くなりそうになったりするとき，ご家族がまったく面会できないということがすごく大きな問題になるって。軽症の方でも家族の問題，家族と会えなくなるっていうすごくつらいことが起きるのが，多分，医学的なこととは別の特徴の 1 つかなと思います。何かそのあたりで思われたことがあったらと思うんですけども。

今村さん　子どももそうだったんですけど，私の母親も家から 20 分くらいのところに住んでるんですけど，やっぱり会えない。面会にも来てもらえない。子どもは入院がわからなくて，とくに 1 歳の方はわかってなくて，夫は大変だったみたいですね。子どもたちに説明もできないけど，ママが突然いない。しかも入院するから帰ってこない。3 歳になったばっかりの長男は入院はわかるんですよ。次男を産んだときにママが入院しているから。でも病院に行けば会えたから，いきなり母親が目の前からいなくなるってことがわからなくて，うちの夫はそれを説明できないのが一番つらかったと話していました。

病院では 4 人部屋だったので，電話することもはばかられてしまうんですよね。個室に入院していたら自分の姿をビデオで撮りながら通話することもできたと思いますが，私の隣の人がすごい咳をしていて，カーテン越しにでもつらそうなのがわかったし。私は軽症で意識もはっきりして熱もあんまりなかったんですけど，子どもたちと話すと「ママ，元気だよ」とかって絶対言っちゃうじゃないですか。そんな雰囲気が感染棟の中になくて。だからスマホがあっても病室で子どもたちと話をする気分になれませんでした。

チャットを使って家族とは話しましたが，倦怠感はずっとあったのですぐ疲れちゃって，スマホ持ちたくないと言ったら，母親はすごい心配していました。会えないっていうのは，目に見えない形で，理屈でわかっている人もつらいし，理屈でわからない子どもも，それを説明できない親もつらいです。

夫がその後，朝日新聞ポッドキャストで取材に応じているんですけど，子どもたちに感染症のことや，ママに会いにいけないこと，電話ができないことを説明できないのがつらい，と言っていました。あとは，2 人の子どもたちにご飯作って食べさせて，寝かしつけて，洗濯機回してっていうので精一杯だったと。私と夫の間で，そのときの話を振り返ったことはじつはないので当時どんなに大変だったのかはポッドキャストで聞く

まで知らなかったのですが。

夫はその後受けた抗体検査で抗体がなかったので，家庭内感染を防げたことになります。我が家が防ぎ切ったのは，子どもたちにどんなに泣かれても，こっちも泣きそうになりながらだけど，一緒にお風呂に入らない，一緒に寝ない，絶対に部屋から出ないっていうのを徹底したからだと思います。だけど，ここまで鋼の意思をもつなんて，みんながみんなそうできるわけじゃないし，うちはたまたまお父さんが料理もできたし寝かしつけやお風呂などの育児もできたけど，パパじゃ寝ない子だったらやっぱりママがやるとなりますよね。そうするとそこで絶対感染する。家庭内感染を防ぐのってものすごく大変なんだと思います。

村上　あと，もう1つ教えていただきたいんですけど。さっき今村さんが記者としての矜持というか，報道のプロとして，コロナをどう書いていくかをお話しいただいたんですけど，同時に，当時って間違った報道がすごくたくさんあったじゃないですか。どう思われてました。多分大手のメディアは，とくにテレビは嘘ばっかり垂れ流してたと思うんですけども。

今村さん　お恥ずかしいんですけど，自分がコロナになってからテレビを見るのがつらくなっちゃって。あおられてるって本当に思っちゃって。なる前はそっち側だったと思うんですけど，たとえばタレントさんが感染したことを報告するときに，申し訳なかったです，ご迷惑おかけして，と謝罪しているのがすごくつらくて。テレビが謝らせている，もしかしたら社会が謝らせているのかもしれないと思いました。あとは他国で偽陰性がすごく増えてるっていう話とかをやってるときに自分もたまたま偽陰性と言われて，なんでこんなのずっとやっているんだ，不安ばかりあおりやがって，みたいな気持ちになりました。それで，途中から消しちゃいました，つらくて。

当時はどのチャンネルを見てもコロナばかりだったです，そのときは本当につら過ぎて耐えられないと思って，音楽ばかり聞いてたんですよね。パソコンは開けっ放しにして，ブルートゥース付けて。そのときはテレビを見ると心臓がばくばくしちゃって。ちょっと前まではそっち側だったのに。だから新聞も読んでなかったんです。朝日新聞がどんな報道していたのかも，そのときだけすこんと記憶がありません。

Twitterとかも最初は見ていましたが，悪い情報ばかり何となく目に付いちゃったりして。怖いもの見たさで悪い情報を探して落ち込む，そんなことの繰り返しでした。病室内で他の患者さんともうちょっと話ができる雰囲気だったらよかったのかもしれませんが，やっぱりそういう雰囲気もありませんでした。みんな症状が違いましたしね。

村上　いままで何人かの元患者さんの方，回復された方にお話を伺うことができたんですが，その方たちって自分で顔を出して語れる方ですよね。これって特殊ですよね。他の患者さんはこうやって出てこれない。だからおそらくすごく孤立してますよね。

今村さん　実名で話ができる人たちは，いまの社会ではまだ増えないと思います。実名まではいかなくても，調査に協力される方たちも，わりと前向きに行動できている方だと

思います。いまの日本では，まだまだ感染したことを隠さざるをえない方の方が多いと思います。それがとても悲しいです。だから私は自分の記事だけでなく，こうして自分を取材してくださるすべてのインタビューに対しても実名で応じようと思っています。感染したことは悪いことでも何でもないし，まして治って普通に社会復帰もして健康に生きている人が，感染したことを隠すように生きないといけない社会はおかしいという私なりの抵抗です。

私が過去に取材した元感染者の中には，SNS で感染経験者として発言をしていただけなのに，とてもひどい誹謗中傷をされた方もいました。

三浦　一部の人たちに偽患者認定されてる方もいますよね。

今村さん　その方にお話を伺うと，若い自分がコロナになっていかに大変か，ということをただ伝えたいだけなのに，「嘘つき」とか「不安をあおりたいだけだろう」といった言われ方もされてかなり落ち込んでいました。その方のお母さんがすごく心配されていて，「お願いだからあんまりマスコミに出ないで」と言われたくらいくらいです。不安をあおりやがって，という風潮は海外でもあるようなので，日本特有かどうかはわからないのですが，感染したわれわれからすると，私たちが嘘をついて得られることなんか 1 つもない。だから，嘘つき認定されるのが一番つらいんです。

三浦　嘘つき認定している人たちは，テレビに出たりするのが報酬になってるんだみたいなことを言ってましたよね。

今村さん　そうなんです。私は，幸か不幸かっていうのも変ですけど，実名ですべて書いてしまっているので，逆にそういう中傷はありませんでした。でも，私みたいなのは多分少数派で，SNS 上で体験を発信している多くの方は匿名です。それでも，感染したことでそのつらさがわかり，少しでも感染者を減らしたいという気持ちや，感染したときにどういうふうに行動すればいいか，といった体験を伝えようとしているのに，そういう方々に向かって嘘つきと呼んだり，心ない言葉を投げかけたりするのはあまりにひどいと思います。

病室で私と一緒だったある女性の元患者さんも，職場では「周囲の人が不安に思うから」という理由で感染の事実を隠すよう上司に言われたと話してくれました。「いつまで嘘をつき続けないといけないんだろう，いつまで隠れてないといけないんだろうと思うと，すごい胸が痛い」とおっしゃっていました。私はその方について記事でも書きましたが，書きながら涙が出てきました。

村上　すいません。もう 1 時間半か。

今村さん　私，ずっとしゃべってて，すいません。

村上　いや，とんでもないです。すごい貴重なお話を伺いました。

三浦　ありがとうございました。

（2020 年 11 月 11 日実施）

協力者Tさん――40代女性。飲食業（居酒屋自営）。3月末に自覚症状があり，4月上旬に感染が判明。10日程度入院。

三浦　まずTさんのお仕事が飲食業でいらっしゃるということは存じ上げているんですけれども，どんな感じで普段生活されているかをよく知らないので，ひとまず自己紹介をお願いしてもいいですか。

Tさん　居酒屋を経営しています。家族は主人と子ども，1人息子がいますが，居酒屋を経営しているのは私単独です。いま，時短営業なんで，早い時間からやっているんですが，基本は5時から朝まで働く感じです。で，昼間寝るみたいな生活をしています。

三浦　ご家族はまた別で働いていらっしゃる？

Tさん　主人は会社員で，夜，息子の世話をしてくれています。

三浦　そうなるとけっこう，時間帯がずれますね。

Tさん　だいたい，4時くらいで上がる感じなんで，それで帰って，朝子どもが登園するときにちょっと起きるか起きないかぐらいの感じです。で，主人がそのまま登園させて，会社に行くみたいな感じです。

三浦　なかなか大変ですね。居酒屋はいつ頃からなさっているんですか。

Tさん　もともと，私，飲食で，お店をもっていて。そっちはバーだったんですが，いまの店自体は3年。前のお店はもう12年やっていたのですが，コロナ前に譲っちゃったんです。

三浦　じゃあ，感染に関わることをお伺いしたいです。時の流れに沿って話していただくのが一番わかりやすいのかなと思うんですが，いつ頃に感染に気づかれたんですか。

Tさん　多分，感染元がおそらくここっていうのがあって。クラスターが出たんです。普通のカラオケバーみたいなところだったんですけど。後から聞いたら，何人か出てるっていう話だったので，おそらくそこであろうと。3月28日かな。土曜の晩に，先輩のお店だったんで，お祝いごとで明け方にちょっと顔出したんですよ。ほんの2時間ぐらいいたぐらいだったんですけど。それで帰って翌日に普通に店を営業して。月曜日の朝に，あれ，なんか熱上がったぞ，と。30日の夕方起きて，仕事行こうかなと思ったら37度ぐらいあって。ちょっと熱あるなと思って，もう少し寝て下がったらそのまま出勤しようと思ったんですが，2時間ぐらいで熱が急にバンと上がって9度超えしたんですよね。こんなに上がることないし，もう，これはそうだなと思って。

三浦　そうなんだ。

Tさん　ぜんそくとかもってるんですけど，味覚がないとかそういう前触れはまったくなくて。咳が出るとかもなかったんですよ。

三浦　ただ熱だけ上がる？

T さん　具合が悪くて，ただ単に熱があった。ずっと高熱が出たから，筋肉痛がある，でも味覚もなくないし，気だるさとかもないし。でも，この時期の熱だし，早々に家で隔離をして，主人とかとは別に寝起きして。保健所に電話したら，2，3 日熱下がんなかったら病院行ってくださいみたいな感じで。で，下がらなかったんで，3 日目に町の医者に行って。そこの先生から血液検査を簡易のはやれるよって話になって，検査してもらったら，インフルエンザなのかコロナなのかわからないけど，何かのウイルスにはかかってる数値が出てるという話でした。先生は，熱もう 2 日ぐらい下がんなかったら保健所にもう 1 回連絡すれば？みたいな感じだったんですよね。翌日，だから 3 日ぐらいかな，その週の水曜とか木曜ぐらいに，うちの主人もたまたま休みをとってたので，旅行に行く話があったんですよ。でもそれがコロナでキャンセルになったのでお祝いに出かけちゃったんです。それまでご年配の方の家に行くので全然出かけたりとかしてなかったんですけど，行く予定がなくなっちゃったので，じゃあ行こうかな，みたいな感じでした。その前後はお店に出かけて飲んだりしてないんですよね。自分の店には新規のお客さまとかいらっしゃってましたけど，別に体調悪そうな方とかもいらっしゃらなかったし。

それで木曜ぐらいに保健所に連絡して，うちの主人も，そんなに休むなら俺もちょっと休むから検査しないと，という話になったんですよね。検査してもらうまでけっこう時間かかったんですけど。

三浦　当時はだいぶ時間かかってましたね。

T さん　いろいろ話をして，どこでかかっているとかは接客業なのでわからないという話をして，保健所の方に折れていただいて，最短で土曜日だったら行けますと言われて。土曜日に検査したらギリ月曜日に結果が出るかもしれない，感じだったので。じゃあお願いしますって。うちの主人も，そういう検査を受けることになったって言ったら，会社の社長からお休みとってくださいって話になり，引き続き子どもも登園できないし，みたいな状態で。でも結局，週明けに結果が出なかったんですよね。月曜日出ない，火曜日出ないっていってる間にどんどん具合悪くなってきて。

三浦　じゃあ，熱も下がらないし？

T さん　なんか背中が痛くなってきて，熱も下がらないのもあるんですけど，寝れなくなってきたんですよね。耳鳴りとか熱で。心臓もバクバクいう。背中が痛くて，横に寝れなくなってきて。PCR 検査を受けたときに，多分コロナの肺炎にもうなってると思うって言われたんです。「肺炎になってるけど，つらくないの？」って言われて，そのときはつらくなかったんで，そんなには，みたいな感じだったんですけど，週明けぐらいから急に肺が痛くなってきて。検査してくれた病院に電話したら，本当に具合悪かったら救急車呼んじゃってください，みたいな感じで。で，8 日に，あっ，だめだってなって救急車呼んで，入院。病院に行ったときに陽性だって結果出て，そのまま入院になっ

たという流れですね。そこから 10 日間入院して。つまり，ほぼほぼ入院前に 1 週間か 10 日ぐらい自宅にいて，どんどん具合悪くなる，みたいな感じを経験して，もう限界なんでって話で入院した，というような流れでした。

三浦　ご主人は最初，お子さんもともに隔離をして，みたいなことをおっしゃってましたが，ご主人はそのときはどう…。

T さん　かかってないんですよ。他にも地方から来てる子が泊まりに来てて，たしか熱出た朝に帰ったんですが，その前日にその子の送別だって 1 軒だけ飲みに行ったんですよ。でも，そこにいた人は全員かかってなくて。でも，保護観察対象にはさしてもらったんです。誰と誰と誰に会ったからって話をして，多分保健所から連絡行くと思うよ，みたいな話をして。私が検査をした段階で観察状態になって，毎日熱を測って報告するみたいな。で，私以外は誰もなってなくて。

三浦　じゃあ，カラオケのお店に行ったときに一緒にいた方は？

T さん　現地で会った方のうち顔見知りの何人かが，私が具合悪いっていう話をしてたら連絡くれて，なんかあのときコロナ出たっぽいよと。8 日にコロナだとわかった段階で，そのお店の方から，じつは関係者で何人か出たので体調が悪いようでしたら各自保健所連絡とってください，みたいな連絡が来たんです。それで，そこなんだ，みたいな感じになって。一番最初にかかった子とかとタイミングが合うので。なった人とも一緒に飲んでたし。何人かそこで具合が悪い人も出てて，じゃあ多分そこであろうと。

三浦　行ってから症状が出るまで本当にすぐだったんですね。

T さん　1 日半とかですね。

三浦　症状としては，最初は熱が高くなっただけで，その後，肺炎が進行してだんだん体が痛いとかすごくつらくなったと。

T さん　そうですね。入院する直前ぐらいになって咳が出だして。咳止まんなくなったんで，これはいよいよやばいなって感じになって救急車呼んで入院。うちの主人が見るに見かねて，救急車呼んじゃえばって言ったんです。うんうん言ってるし，と。

三浦　ということは，3 月 30 日あたりはお店はなさったんですね。

T さん　30 日はやったんです。なので，30 日にいらっしゃった人には一応こうでしたよって連絡しました。

三浦　でも，そこからとくに広がったということは幸いにしてなかったと。検査の結果が出るのが遅かったっていう以外は，比較的スムーズだったんですね。比較的早くお医者さんにもかかられたし，保健所も検査はしてくれたしと。

T さん　そうですね。早くは動いてくれたんですけど，混んでて時間もかかってて。ただ，たまたま私が通院していた病院でちょうどベッドが 1 個空いていて。それで最初に個室に行って，2 泊か 3 泊してから一般の病棟に行って。そこは 4 人部屋で，1 週間ぐらいいました。だから全部で 10 日入院してるんですよね。16 日に退院しました。

あと印象に残ったのは，保健所の人のコメントが，当たる人当たる人で違ってたこと

です。周りの人が「保健所に電話したらこう言われたよ」みたいなのが，ことごとく私と違ってて。まだその頃はきっと対応が統一されてないからだと思うんですけど。検査行くときも，どうしたらいいんですかと聞いたら「車ありますか」って言われて，「車ないです」って答えたら，「じゃあ，普通の公共機関使って来てください」みたいなこと言われて。えっ，そんなんでいいの？って。周りの人が保健所に電話して「あやしいなと思う」って言ったら，「タクシー窓全開で開けて，タクシーでみえてください」とか「タクシー会社さんの発熱タクシーで来てください」みたいな感じで言われてるのが大半だったんですけど，私は「普通に電車とかバスで来てください」みたいな感じで言われて。

三浦　それ，すごいですね。

T さん　何だろう，軽いな，みたいな感じでした。私，自宅が●●なんですけど，隣の区に検査してる病院があるから行けますかって言われて，じゃあ行きますって話でバスと電車で往復して，その後は家にずっといて。そのときはちょっと熱冷ましみたいなのをもらって，まあ，頑張ってください，みたいな感じで。入院した後も，けっこうみなさん退院してから 2 週間はご自宅にいらっしゃってくださいとか言われてるんですけど，私が「今日退院って言われたんですけど，なんかすることありますか」って保健所に電話したら「いや。病院が OK って言ったら OK です」って。「みなさん 2 週間とか自宅待機してとか言われてるって聞いてるんですけど」って言ったら「いや。とくに保健所からはとくにないです」って。

でも病院の先生が「一応治まってるだけだから，1 週間ぐらいは自宅待機してください。ご家族いるんだったら，1 週間は別に生活された方がいいと思いますよ」みたいな感じで言われたんで，一応 1 週間は別。もう 1 週間は自宅待機。2 週間経ったぐらいからちょっと外に出始めました。5 月の半ばから現場に復帰したんで，1 カ月半ぐらい丸ごと休んでました。

三浦　入院中は症状としてはどうだったんですか。もう入院しないとこれはだめだと思って救急車で行かれたわけですけど。たとえば，人工呼吸器着けたとか？

T さん　そういうのはないんです。私は●●病院に入ったんですけど，●●病院はマラリアとかフィラリアの治療薬を対応処置薬にしてたみたいで，「これ以上ひどくなるようだったらこの薬を使うんですけど，使うとすごく低いパーセンテージで副作用で弱視や色覚異常になったりすることがあります」みたいな説明をされて。「あっ，そうなんですね」って言ったんですけど，結局それも飲まずに終わったんです。

入院して個室に入った 2 日目ぐらいが一番ピークだったみたいで，後はどんどん良くなって。熱上がったり下がったりはするんですけど鼻水と咳だけで，背中痛いとかそういうのは落ち着いてきたし，症状としてはそんなに。家にいるときが一番つらかったです。

三浦　その後，ピークがだんだん下がってきて。

T さん　そうですね，入院中って何もしないじゃないですか。体動かさない分，早く体調が良くなったんだと思うんですけど。家にいると，なんだかんだ自分でご飯作って何やってって動くから。

三浦　ということは，入院して 1 週間少しぐらいで陰性になったってことですかね。2 回陰性で。その意味においては，わりと軽かったということですね。

T さん　そこもなんか，一緒に入院していた方には「T さん来たときすごい重症でしたよ」って言われて。「すごい咳してたし，夜中うんうん言ってたし，けっこうナースコール鳴らしてましたよ」みたいな感じで言われて。でも私はもともとぜんそくももってるので，それに関しては周りが言うほど自分はあんまりつらくないっていうか。ぜんそくよりまだ楽で。たしかに夜寝るときに咳止まんないからちょっとお薬もらったりとかはありましたけど。でも 3 日目ぐらいにはほぼほぼ咳も止まりだしてて。退院の頃なんてほとんど咳出ないみたいな感じでしたから。

三浦　お店の方も 1 月半ぐらい休業なさってた間っていうのは，ちょうど緊急事態宣言がずっと出てたときですよね。そうすると，どのみち閉めてないといけなかった感じですかね。

T さん　そうですね。ちょうどそのタイミングで休んでたんで。

三浦　退院して，2 週間置いて，お店始められて以降はどんな感じですか。

T さん　全然，もう何もない。普通ですね。はい。

三浦　後遺症がすごく残って，みたいなことをおっしゃる方もいらっしゃるんですけど，それについてはどうですか。

T さん　まったくないですね。

三浦　わりとすごくひどい呼吸器系の風邪をひいたみたいな感じですか。

T さん　そうです。

三浦　でも，それは幸いでしたよね。その後，たとえば，ぜんそくがひどくなるみたいなこともとくにはなく。

T さん　ないです。

三浦　じゃあ，お店の方はいかがですか。休んでらっしゃって，感染したという話っていうのももちろん常連さんとかだったらご存じにならざるをえない状況だったので，どうなったかなと思うんですけど。

T さん　私，Facebook でオープンにしちゃってたんですよね。一般公開じゃなくて知り合いのみで。なので大半の方は「ああ，復帰したのね，無理しないでやりなよ」みたいな感じでしたよ。2 人ぐらいは，コロナもちなんだから，抗体検査するとか，もう 1 回 PCR 検査受けるとかした方がいいんじゃないですか，みたいなコメントの人はいましたけど。あと「治ったから飲み行こうよ」って言ったら，「保菌者だっていう自覚もった方がいいよ」とか。

三浦　じゃあ，そんなにそれも大きな変化はないと。

T さん　ですね。お店でもそういう話になったときに，私コロナだったんですよ，みたいな感じで言ってると，コロナになった人はじめて見ました，みたいな人は多いですよ。身の回りでなってる人いないから都市伝説かと思ってました，ぐらいのことは言われました。

三浦　実際にいらっしゃったんだ，とね。

T さん　はい。「メディアに出るような人だから話に上がるだけで，一般人の人とかはいないのかと思ってました」みたいな感じで，いうほど周りにいないっていう。いまだに看護師さんの方とかでも「看護師だけどコロナになった人はじめて見た」みたいな人とかもいますよ。

三浦　T さんご自身は，そんなにお客さんとの関係も変わらないんですね。

T さん　変わらないし，逆にコロナどうだった？って聞かれることはよくありますよ，人によるんじゃないかな，私は入院したけどって話して。PCR 検査受けた段階でもう肺炎で，具合悪くなって入院したけどって話したら，じゃあ大変でしたねって。でも，私は多分重症にもなってないぐらいなんで，重症の人たちは大変だよね，みたいな話はします。

三浦　ご主人とかお子さんはどうですか。

T さん　主人は会社の方が気を遣ってくれて。社長が年配の方なので，1 カ月有休使って休みなさいみたいな感じになって，まるっと 1 カ月。会社の人には「嫁がなっちゃったんで」みたいな感じで，ああいいよ，こっちで分散してやっとくから，と。息子は息子で保育園登園してなくて，ずっと休んでて。ちょうど緊急事態で保育園もお休みになってて，来週から登園始まります，というときに保育園でもコロナ出ちゃって。休園中も臨時保育をしていたらそのときに先生うつっちゃったみたいで。結局，保育園休むのが延びちゃって，他の保育園に振り分けしてもらって登園するようなこと 1 週間ぐらいやって。で，他の先生がうつってないのがわかって，2 週間後ぐらいに開いたので，保育園でも「あの人なったから」みたいなのは言われない環境だったんです。

三浦　そういう意味でも運は良かったんですかね。

T さん　そうですね。私はあんまり保育園行かないんですけど，うちの主人は「奥さまどうでしたか。大丈夫でしたか。いま PCR 検査ってどうなんですか」みたいな感じで。比較的その辺は柔軟な感じでしたね。保育園の方も，お気になさる方は落ち着くまでご自宅で見ていただいて大丈夫ですよ，みたいな感じにしてたので。でもみなさんそんなに気にせず，6 月いっぱいは休んだ人は何人かいましたけど，7 月ぐらいからみなさん普通に預けてましたよ。

三浦　そうですか。もちろん感染して入院されて，そのときはすごく大変だったと思うんですけど，比較的いろんな意味でそんなにすごく大変な目に遭い続けるみたいなことにはなってないんですね。飲食店はいまもまた時短みたいな話が出て，それ以外でも客足がずいぶん止まってて，みたいなことをよく聞くんですけども，そちらについてはどう

ですか。もともとわりと常連さんがたくさんいらっしゃるお店なんですかね。

Ｔさん　年末にちょっと売り上げ下がってて，そこからコロナなので徐々に下がって，いまはご近所の常連の方に支えられてなんとかやりくりしてますよ。いまの常連さんの方は，コロナちょっと前ぐらいにいらっしゃったりとか，コロナ期間中に常連になった方が多いので。

三浦　じゃあむしろ，悪いとこから戻ってきてる。

Ｔさん　戻ってきたくないっていう人もいますけど，ごく一部です。でもそれはそれなりに，お年召してる方だったりする事情があるので。この町で一番最初になった人みたいな話はもう回ってるみたいなんですが，それでもみなさんいらっしゃったりするので，まあまあです。

　でも遅い時間のお客さまは減りましたね。ちょうど一昨日からいったん早く開けるようにしたら，早くしたんなら行こうかなみたいな感じで来てくれた方がいらっしゃって。いま，会社もまた自宅待機の人が増えたから，早く飲める，ご飯食べに行ける人が増えたので。

三浦　じゃあそういう意味でもそんなに困って困ってみたいなことはない？

Ｔさん　売り上げ自体は低迷してるのはわかってるので。徐々に戻してくしかないなっていう感じです。コロナだからどうのこうのっていうわけではなさそうな。第一波のときに何軒か顔見知りの方で店畳んだ方いましたけど，それ以外は何とかみなさん暇は暇なりに頑張ってらっしゃる方が多いです。大きい街の方はすごい暇だとは言ってましたけど，私の店は連絡とれる方たちが多いので，こうだよ，ああだよって言いつつ，連絡やりとりしながら，じゃあ顔出すみたいな感じのノリで見える方が多いですね。ありがたいなとは思いますね。

三浦　みなさんむしろ積極的に来てくださる。

Ｔさん　そう。逆に，あんまり街に遠出はしたくないからみたいな感じで。徒歩５分以内の方ばっかり，みたいな感じですよ。

三浦　じゃあ，少し漠然とした質問ですが，ご自身が感染したっていうお立場から見て，いまの社会の雰囲気をどう思われますか。

Ｔさん　なんか情報過多になってる感じがします。私たちがなったときといまは全然違うので。あと，必要最低限の，マスクする，うがいする，というのは習慣として続けた方がいいんじゃないのかな。なったら大変だから気をつけてね，と思います。なったらなったで，けっこう具合悪いよ？みたいな。「なったらなったで」みたいな方が多くなってきてるのかな，という感じでは見てます。後々インフルエンザと同じようになると思えば，そういう発想もありなのかなとは思いますけど。

三浦　いま，コロナにかかった人とか，お医者さんとかの医療者に対して差別とかあるっていう話があるじゃないですか。感染した人が本当にのけ者にされるみたいな。その点はいかがですか？

T さん　私は繁華街の方に住んでいて，比較的なってる人多いので，差別的なところがないんですよ。環境がいいというか。だから多分，地方の方とかはすごい大変だと思います。私は比較的そういう差別がない環境なので，本当に幸いですよね。店でもマスクしてない方お断りしますとか，アルコール消毒協力してくださいとか，ちょっと換気しますんで寒かったらごめんなさい，ぐらいの対応をしてくれる人しか見えていただいていないので，比較的理解力の高い人たちが多いかなと。

三浦　なるほど。感染する可能性がすごく低いわけじゃないところで，みんながそれぞれ協力し合って，普段の生活をなるべく保とうとしてるってことですかね。わかりました。

　最後に，T さんが今回コロナにかかってからいままでの中で一番印象的だったことって何でしょう。コロナにかかった経験談をもし誰かに話すとしたら，絶対このことは話すな，というような，すごく強い印象をもったこと。

T さん　本当に人に会えないし，看護師さんもガチガチの装備で来るので，最初は病気になった感がすごくありました。入院したときもとても物々しくて，それぐらいしないとうつっちゃうみたいな感じがあったんです。なので，逆に陽性でもそんなにすごく熱が出るわけでもなくて，自宅とかでずっと待機するだけで終わっちゃう方だと，そんなにそういうところを見てない方は多いでしょうね。検査に行ったときぐらいしか見てない。まだホテルとかに行かれた方だったら「そうなんだな」って認識出ると思うんですけど，自宅待機の方も食べ物買いに行くときだけ外出 OK みたいな感じで，けっこう緩いじゃないですか。だから，なってる方でも意外と認識緩いんじゃないかな。でも，私の知り合いにも絶対入院した方がいいよっていう人が自宅待機させられてましたよ。後から聞いたら絶対私よりこの人体調悪かったはず，みたいな人がいました。

三浦　その辺も，インフルエンザみたいなものと同じ扱いみたいな人とすごくそうでないような人のギャップがすごく大きいってことですかね。

T さん　そういうのはちょっと感じましたね。私，入院してる間の記録を日記みたいにして書いて，それを Facebook にあげたりとかしてたから，何となく自分で自覚はしているんですけど。すごく軽症の方は自覚薄いんじゃないかなと思います。

三浦　わかりました。ありがとうございます。年末にかけて，またお忙しくなると思いますけど，どうぞお体お気をつけておすごしください。

T さん　はい。ありがとうございます。

（2020 年 11 月 30 日実施）

医療従事者編

協力者Cさん――60代男性。保健所長で公衆衛生の専門家。内科臨床医経験も豊富。

村上　村上と申します。看護師さんの聞き取り調査をずっともう10年以上しておりまして，その流れで三浦先生にお誘いいただいてこの研究をしています。普段インタビューをとるときにまったく構造化をしません。つまりインタビューガイドを作らないで自由にお話をいただくという形でインタビューをとっております。なので今日も先生に自由に，ただもちろんコロナというテーマなんですけれども，準備を始められてから非常にお忙しい対応をされてきたと思うんですけれども，そこを含めて自由にお話しいただけたらと思います。よろしくお願いします。

三浦　そうすると，そもそもどんなところから始まったかっていうところから時系列でお話ししていただくのがいいですかね。

Cさん　1月頃だったですかね，中国で感染症が発生しているという話があったと思います。新型インフルエンザとかSARSとかは所長になってから経験してましたので，また中国かということだったんです。

2009年の新型インフルエンザ（H1N1）の場合はメキシコで起こったんですけども，中国はつねにライブマーケットがあって，鳥インフルエンザが問題になり，それが人にうつるんじゃないかということでH5N1や似たような亜型のがくすぶっていて（インフルエンザはHとNによる亜型がある）。ただ，人人感染（人から人への感染）はなかなか起きず，鳥インフルエンザはこのまま収束していくんではないか，SARSはもう制圧できたので，そういった感染症が中国で起こっても不思議じゃないけども，またこの新しい感染症も制圧されるんじゃないかなと最初は思っていました。

1月だったと思いますが，最初の中国からの説明によると，人人感染はない，家族内感染だけだ，ということだったんです。鳥インフルエンザの場合は実際そうだったんですね。それだったらあんまり心配しなくていいよな，という気持ちと，中国の場合はなかなか当てにならないような情報がじつは非常にいままで多くて，SARSのときもそうだったし，鳥インフルエンザのときも。実数と正確な情報がなかなか伝わりにくいということで。今後どうなるのかなとちょっと心配して様子を見ていました。

そうしたらしばらくして今度は人人感染が起こるということと，武漢市を中心にけっこう広まっているということがだんだんわかってきて，これは大変なことになったなと感じました。そしてこの新型コロナウイルス感染症COVID-19の状況がわかるにつれ，これは封じ込めはできないという感じを受けました。

なぜ封じ込めができないかというと，新型インフルエンザはメキシコから始まったわけです。豚インフルエンザですけど。あれが封じ込めがまったくできませんでした。そ

の封じ込めができるものとできないものの大きな差は，不顕性感染があるかないかということ，それが非常に大きくて。SARS の場合は不顕性感染はない。感染したら発病し，その後人に広まるので，1 つひとつ周りをつぶしていけば治療法がなくても制圧することができる（接触者を隔離する）。

一方，新型インフルエンザの場合は診断法があって，簡易診断キットがあって，抗インフルエンザ薬のタミフルとかがあるにもかかわらず，まったく制圧ができなかったわけです。瞬く間に人人感染で広がっていったんです。専門用語ですとアール・ノート（基本再生産数），1 人から何人に感染が広がっていくのかがわかってくると，インフルエンザまではいかないけどもそれに近いような感染力があって，不顕性感染が多い，症状が出ない人がけっこういるということで，そういう人たちからも感染が広がっているらしいということがわかった時点で，これは制圧は絶対無理で，日本に必ずやって来て蔓延していくんだろうなという感じをもちました。

保健所の仕事は非常に多岐にわたっていて，感染症に対する危機管理は健康危機管理の大きな 1 つです。健康危機管理といいますと災害も保健所の仕事なんです。熊本で水害とか起こってますけども，そういう健康危機管理の仕事は保健所のメインの仕事になっています。そういった感染症が起こってきたということで，こんな言い方をするとちょっと語弊があるのかもしれませんが，なんかわくわくする気持ちと，これは絶対に制圧できないから今後どうなるんだろうなという不安，つまり相反するような 2 つの気持ちをもちました。

僕はサイエンスの方もずいぶんやっていたので，ワクチンができるとか，治療法があるとか，いろんな人が最初の頃はワーワー言ってたけど，そう簡単に治療法はできないと思いました。そしてワクチンはできるとしても最短でも 1 年半くらいかかると。またコロナウイルスみたいな風邪ウイルスに対する効果的なワクチンができるかどうかってきわめて難しい問題で，インフルエンザのワクチンも結局数カ月しか長続きしないし，全員に効くわけじゃないですね。これはもう大変なことになると思いました。

実際には国は，オリンピックがあるからだとか，中国から国賓を招くとかいうことで，水際対策というのをためらってたわけですね。なんで水際対策をやらないんだろう，中国から感染者がばんばん入ってくれば感染爆発が起こるのはもう時間の問題だから，早くそこを止めないのかなと最初の頃は思ってました。新型インフルエンザのときは舛添さんが厚生労働大臣だったんですけども，お二方もご存じのとおり，飛行機の中に入って検疫を必死になって行った。けっこう話題になりましたけども，こういうウイルス感染症は潜伏期があるので，結局検疫では抑えられないということは公衆衛生の常識だったんですが…。

それでも検疫をしっかりやって患者数を低く抑えている間に対応を考えなければならない。海のものか山のものかわからないし，診断方法もはっきり決まっていない。その対応方法をどうするか。重傷者がどれくらい出て，どういう対応をすればいいのか。効

果的な対策として感染のピークを遅らせると言いますけども，水際でとりあえず止めといて，止めといても必ず入ってくるわけですけども，そのときに対応を考えなければいけなかったのに，国のいろんな事情で遅れているのは非常に歯がゆい感じでした。

それからクルーズ船の問題がその後にわかに脚光を浴びまして。クルーズ船で患者が次から次に出て，船自体が自然の培地みたいになっていて。先ほど言ったように保健所は災害も扱うので DMAT の知り合いとかけっこういて，ひどいことになってるということが伝わってきて。極めつけは，感染症専門の岩田健太郎先生。彼が YouTube かなんかでワーワー言ったわけですね。

それの裏をとるような話は DMAT から聞いていたので，これはひどいと。DMAT は災害の専門家で感染症の専門家じゃないわけで，極端にいえば，勝手にそういう人たちを集めてクルーズ船の世話をさせてるやり方がはっきり言ってでたらめと。感染症の専門家が乗り込まなきゃならないのに，DMAT は外科系の先生，救急の先生が多いので，そこら辺は非常に甘いところがあるんです。そういった人をそういうところにあてがうのでいいのかなと。

あと，武漢から時を前後して，千葉県勝浦市のホテルに人を収容することがありましたよね。あそこのホテルによく人を入れたなと。あそこは亀田総合病院が近くてそのスタッフが面倒を見たので広がらなかったんですけども，やはり感染症の専門家がいるかいないかで全然違う。最初から専門家の話を聞かずに進めていった対策というのはまずいなと思っていた次第です。

案の定どんどん広がっていって，国は場当たり的な，アベノマスクとか学校休校にしたりとか，公衆衛生学的にはあまり意味のないようなことをどんどんやったりしてたわけです。こんなんでいいんだろうかなと思っても，結局専門家会議で強く言わない限りそのままの，言ってもだめだったのかもしれませんけども，対策は後手後手に回っていったと。そうこうしながら特措法のどうのこうのという話になってきたわけですけども，あれは公衆衛生の方から言わせればはっきり言ってざる法みたいなもんで。海外みたいに強力な権限はありませんし，自粛自粛という話が出てきて，最終的には緊急事態宣言になっていったわけです。

ちょうど娘家族がイギリスに留学をしていてそちらの状況をよく聞いていたので，これは全然イギリスとは違うなと。イギリスは出遅れたけれども，ロックダウンとかそこら辺の対策はすごいなと思っていました。国の対策に対して専門家会議がいろいろ言い出したわけですけど，その大元となる WHO の対応もけっこう甘くて。トランプ大統領が WHO は中国に肩入れしすぎとかなんかいろんなこと言ってますけども，実際もうちょっと早めに PHEIC（国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態）指定を出して，もっとくわしい情報を早めにみなに広めるべきだったと非常に感じました。

それに対していろいろコメントをしていた先生方のこともよく知っているんですが，ワーワーとかなりきついことを言うなというふうに思いながらも，じつは当たらずとも

遠からず。検査もあまり増えないし，どんな方向性に国がやっていくのかというのが結局わからないまま，とりあえず緊急事態宣言で患者が減ったから日本のやり方はよかったんだみたいなことを国が言ったときには唖然としました。

あの時点で台湾みたいに完全に抑えられてるわけではないので，また緊急事態宣言を緩めたらいまみたいに患者がばばっと出てくることは明らかで，緊急事態宣言で自粛自粛といいながらも，けっこう金遣ったわけです。でもそれには限りがあるので，じつはドラスティックな対策を打たなきゃいけないのに，Go To キャンペーンとかめちゃくちゃなことをやって。おそらく取り返しがつかないようなことになるんではないかなと危惧しているというのがいまの状況ですかね。

保健所としての対応は，最初の頃はモグラ叩きみたいでした。熱があるとか調子が悪いとかいう人たちがコロナの検査を個人的にしてくれとか開業の先生がしてくれとかたくさん言ってきたんです。テレビでなぜ検査をしないのかと言われてましたけども，あの当時はほとんど陽性者がいないわけです。だから検査をしない，もしくは保健所が関所みたいになって検査をある程度絞り込んでいくのはありかなと私は思っていました。検査してほしいというのはたいてい不安だからという人が大半だったので，検査を絞り込むというのはよかったのかもしれません。

でも，いまは第二波が来てるんですね。来るのはわかっていたんですが，そういうときは検査をばんばんしなければ感染をコントロールできない。そういう時期になったにもかかわらずなかなかできない。要するに何を言いたいかというと，対応が後手後手に回っている。経済の方が大事なことは非常によくわかるんですけれども，そういった国の方針に現場は振り回されていっているという感じをずっともっていて，職員は疲れ切っているということです。

村上　所長をされている保健所で何が起こってどういう対応をされてきたかをお伺いできたらと思うんですけども。

Ｃさん　まず電話がじゃんじゃん鳴ってくるんです。一般の人，もしくは開業の先生からですね。先ほど言ったように，コロナじゃないかということで調べてほしいとか，不安だから調べてほしいとか。なんか調子が悪いから，コロナじゃないか調べてくれとか。管内に入院してるやつがいるはずだからその病院を教えろとか。極端にいえば，最初の頃はどうでもいいような電話が延々とかかってくるんです。それでほとんど忙殺されていく。相談センター（帰国者・接触者相談センター）という形をとっているから電話がかかってくるんです。

そこで振り分けて，必要な方は帰国者・接触者外来をもつ病院に行ってもらって，そこで判断してもらって，検査をする，ということをずっと続けてきたわけです。電話対応だけではなくて，その検査をしたサンプルを職員がとりに行って，それを検査機関（衛生研究所等）まで送るという，膨大なエネルギーが要るわけです。たとえば大阪大学の病院（大学病院はたいてい自前で検査）が帰国者・接触者外来だとすると，保健所の職

員がわざわざそこにとりに行くわけです。それがけっこう大変なエネルギーで，そのとった検査サンプルを検査機関に運ばなきゃならないと。

三浦　そこに必ず保健所が介在するわけですか。

C さん　そうです。電話相談だけではなくて，検査のすさまじい下働きです。だから職員を全部ローテーション式にして，君ちょっとあの病院に行ってサンプル 10 検体出たからとってきてと。そしてとってきたものを検査機関にもっていくということをずっと続けていました。理由は簡単で，直接もっていかないとタイムラグが生じてしまうんです。郵便とかで送ると検査結果が 1，2 日遅れるんです。ところが直接もっていくと翌日には検査結果が出るわけです。この病気って周りにまき散らしますから，なるべく早く検査結果が出た方がいいだろうということでそういうことをずっと繰り返していたと。だから他の保健所の事業はほとんどストップしたような感じで電話相談と検体搬送をやっていたっていうことです。

村上　クラスター対策っていわれてるものは保健所が担っているのかなって思ったんですけども，そうではないんですか。

C さん　まずクラスターかどうかというのを調べるのがうちの役割です（クラスターの定義は 1 事例で 5 人以上の感染者が出ること）。たとえばある施設で 1 人陽性が出たとしたら，その接触者を調べて，感染してるかどうかをチェックする。その時点で熱があるとか，なんか調子が悪いったらもうだいたいこれは感染してますから，それでクラスターができるという感じになります。そのクラスター対策を最初は保健所が全部やってたんですけども，ちょっとこれはもうやりこなせないと。たとえば極端な場合，1 人が 10 人とかうつすことだってありうるわけですね。アール・ノートが 2 強だから 1 人が 2 人ぐらいかもしれないけど，3 密のところで接触すると多くの人にうつってしまう（実際の感染はその事例／人による。5 人の感染者がいるとすると，4 人は他人にうつさないが，1 人は多くの人にうつしている）。フィットネスクラブとか，夜の飲み屋とかがありますけれども，けっこう広まってしまうので，そこの対策は，最初は保健所がやってましたけれど，それじゃやりこなせないということで，いまはクラスターチームみたいなものを作る形に移行しつつあります（大規模クラスター対応チーム）。

村上　じゃあどこか別の，でも行政ですね。

C さん　簡単にいうと県庁が専門家集団を作って対応すると。

村上　そうなんですか。なるほど，わかりました。じゃあいまの段階では保健所は電話相談および検体の移送の 2 つを担っていると。

C さん　もう 1 つ疫学調査といって，1 人感染者が出た場合その人がどういう人と接触したか，濃厚接触者を割り出して対応し，感染を広げない対策です。それがけっこう大変です。実例で話をすると，この間シェアハウスの中で 1 人感染者が出たんですね。そのシェアハウスを徹底的に調べてみると，もう 1 人感染者がいて，その人を調べてみると，発症がその最初の人よりも早い。ということで調べてみたら水商売の人で，東京の某夜

の街に行っていたとか。それからはその人がどこにうろうろしていたかを聞きまくって。隣の市のどこどこに行って誰々に接触したということならそこに連絡をして濃厚接触者ですと，その濃厚接触者を調べてくださいっていうふうなことをやるというのが本来ならうちの仕事です。

大変なんです。なかなかしゃべってくれないし。人海戦術で調べることが大事なんですけど，一番やっかいなのは学校の生徒や先生が陽性だった場合です。そうするとその学校は大騒ぎになって，濃厚接触者は誰かとか，どこまで調べるのかとか，そういうのがけっこう話題になるんです。保護者がそこにやってきて騒ぎに火に油を注ぐ。そうなってくると，学校というのは教育委員会をトップとしたピラミッド組織ですから，ある意味治外法権的なところがあって，それをどうするかっていうのは最終的には校長／教育委員会等が決めるんですけども，だいたい過剰反応になって大騒ぎになって，休校とかね。

それに対してうちはコメントをする。市町村とか医師会とかのミーティングに呼ばれていって，言われることは情報を出せということです。情報を出したからどうなるっていうわけじゃないんです。個人情報だから出せないにもかかわらず情報を出せとかね。なんかああしろこうしろとか言ってくるわけです。極端にいえばもう素人に毛が生えたようなレベルなのにワーワー言って。何とか騒ぎを収めるようなことにもエネルギーはけっこう使います。

村上　そういう場所に行ってそういう対応をするのは管理職の方。きっと先生ですね。

Ｃさん　大本営じゃないですけど，私は一番後ろに備えていて，絶対そういうのには出ません。私は出てはいけないんです。最終決定権者なので，いろんなことを不用意に言ってしまうとそこで決定になっちゃうわけです。レベルが違うんだけど，総理大臣がテレビで一言ぽろっと言ってしまうともう取り返しがつかないじゃないですか。あれが起こるんです。最初の頃は首長ともホットラインをつないでいろいろ情報連絡をしてましたけども，もうやめました。たいていいいことがないので（これはある程度地域差があると思います）。

村上　そうなんですか。

Ｃさん　いいことないです。やっぱり，彼らは彼らのいろいろな論理があるんですね，支持者の問題とか，住民の問題とか。いろいろあるんだと思いますけども，それは科学とはちょっと関係のないようなところにある。医師会も，自分の病院にコロナが出たりすると病院が閉鎖されるとかいったことを非常に怖がっていまして。気持ちはわかるんです。個人企業だから，そこで出たとなると大変なことになる。実際いま，高齢者施設で職員がばんばん辞めたりとか，病院で看護師の方がどんどん辞められたりされてる。それはわかるんですけども。そういったこともあってかなり感情的なことを言われています。それに耐える職員も精神的には大変だから，所長代わりに行ってくださいって言われるんだけど，いや，いま俺が行くと大変なことになるからと言って，申し訳ないけど

ちょっと下の人に行かせてます（前述しましたが，この地域での話です。別の地域では，私は必ず所長出席としていましたし，他の所長もそのようにされておられる方も多いかと）。

一言そこでぽっと言ってしまえば取り返しがつかないんです。まどろっこしいかもしれませんけども，感情論に対しては必ず持ち帰って考えるというようなことをしないと，事件に巻き込まれてしまいます。実際，私は巻き込まれました。

村上　お疲れさまです。組織論の問題になってくるんですね。

C さん　そうです。行政っていうのは責任問題がけっこう大きくて，責任を回避するように回避するようにできてるんですね。そうなると，誰が責任を押しつけられるかというと，絶対県庁は責任とりませんから。となると，ここの現場の人っていうことになるわけです。そういうことがずっと，他のところも多かれ少なかれ，おそらく起こってるんだろうなと思います。

村上　なるほど，大変ですね。ちょっと話を変えてもいいですか。患者さんが時々見つかると思うんですけども，病院との連携ってどうなっているんですか。

C さん　入院させるところは限られてるんですね。だから，入院させられる病院で病床を広げてもらいました。もうちょっと診てくださいよというような交渉は患者が出るか出ないかというところから始めました。病院職員の用意や体制の準備もありますし。最初の頃は 2 床（どんなに頑張っても 5 床）しかないとか言ってたんですけど，それじゃちょっと対応できないので，いまはこれでいいですけども少しずつ増やしてくださいとか，そういうこと。

ものすごい手間が要るんです。最初の 1 人入院したときなんか，感染症病棟という閉鎖区に 1 人置くだけで，食事も別，看護師とか医者も中に入るときは防護服を着て対応しなきゃいけないので。莫大なエネルギーを食うので，少しずつ増やして。今後受け入れ患者は増えますからという話はずっとしてました。当然，なにかと理由をつけてそれをさせまいとする病院側とのやりとりもずいぶんありましたけれども。好むと好まざるとにかかわらず患者は来るわけだから，診ざるをえないといって，いまここでは 20 人ぐらいは軽く入院できるかなという感じです（一応 35 人程度がマックス）。

なんか最初，東京都とかはベッドを 2 倍に増やすとかなんか言ってたじゃないですか。絶対無理。だってそこにスタッフが要るから。ベッドを体育館に並べるんだったらいくつでもできますよ。10 倍ぐらい簡単に増えますけど，そこに専門のスタッフを必ずつけなきゃいけないとなると絶対だめなんです。人が要りますから。実際，管内の病院でもモグラ叩きのもっと激しいようなもの（診療）が延々と行われるわけです。患者が次から次へと来て休む暇がないと。うちに電話かかってきて，このままじゃやっとれない，病院自体がストライキを起こすか，金を上げるなり待遇をどうかするなり，県の方にお願いしますとか，医師会の方にお願いしますとか。

結局もうお金しかないんですね。最初は医療を思う気持ちでやってたんだけど，だんだん耐えきれなくなって，不穏なムードが出てきたときもありましたね。いまは軽症者

はホテルに連れていくとか自宅待機とかになったので少し楽になりましたけども，以前は軽症だろうが無症状だろうが陽性であれば病院入院，しかも隔離病棟ということで，病院の負担は莫大なものがありました。

村上　病院との交渉を担当するセクションは保健所にあったんですか。

C さん　あるというか，感染症担当の課長が細かいことはだいたいメインにやってます。

もちろんポイントとなるときは僕が。初期の頃，こうなりますからお願いしますということは言っておきました。ちょっと話が飛びますけども，このコロナウイルス感染症というのは四次元でものを考えなきゃいけなくて。要は時間軸というのがものすごく大事で，1 週間経つと話が変わってくるんです。だからそのたびごとにいちいち言っても難しいので，担当課の課長が直にベッドコントロールする，看護師長と話し合いをしながら入院を推し進めていくということです。ついでに言うと，四次元って言ったのは，いま Go To キャンペーンとかいってますけども，感染が起こってないところは起こってないんです。たとえば前述の人吉なんてコロナ対策なんかする必要ないんです。あそこ患者いませんから（外部からの持ち込みを除けば）。ところが先生方が東京に新幹線で来るだけでやばいといえるかもしれません。ものすごく陽性者が多い。

村上　僕，わりとしょっちゅう行ったり来たりしてますけどね。やばいですかね。

C さん　要するに東京はどこに潜んでるかわからないぐらいに市中感染者が広がってるんです。そういうところと地方は全然対策が違わなければいけないんです。それなのになかなか先に進めない。専門家会議なんか御用学者の会議みたいになってるじゃないですか。これは公衆衛生学的に見れば誰だって，Go To キャンペーンなんて狂気の沙汰です。あれでやられたら地方はもたないです。病院自体もそんな人がいませんから（医療の体制が脆弱）。東京が一番ベッド数もあり，医師数もあり，潤沢なんです。ところが一発で埋まったでしょ。人が多いからです。地方は受け入れ病床数も少ないしもともと医師数が少ない。そんなところにクラスターができたらたまったもんじゃないです。

そういうこともほとんど議論にもならず，Go To キャンペーンがごり推しされてしまった。だからいまうちで見つかる陽性者は必ず東京，埼玉と関係してます。あそこら辺でいっぱいなんかあるんです。あそこで食事したとか飲み行ったとか，そういう人と接したとか。そういう人が私の管内で発症しているということですかね。

村上　じゃあもう 1 つお伺いしたいのは，保健所って通常時のおもな業務は感染症対策と母子保健と，あとは僕の知ってる範囲だと障害の対応だと思うんですけども，今回はどうされてるんでしょうか。感染に資源を全部集約されたんですか。

C さん　他の事業はほとんどできないですね。たとえば感染症 1 つをとったとしても，いまはコロナが問題になってますけど，結核とかも一定数必ず起こるんです。だから，とくに結核対策はそのまま続けなきゃいけない。感染症も，レジオネラだとか腸管出血性大腸菌症とか，そんなのずっと延々とあるわけですからその対策。それから食中毒。うちは別のところに集約してますけど，犬や猫の話とか。あと温泉とかプールとかの環境

衛生。食品は，食中毒対応だけではなくて，定期的にスーパーとか回って食品のサンプルをとってきて，菌がいないかどうか調べたりとか（食中毒を防ぐための食品衛生）。いろんなことをやってます。食堂開くなら営業許可するとか。

じつは保健所の仕事はきわめて多岐にわたっています。母子保健の次は成人，高齢者，難病，障害者，精神保健等です。措置入院とか，精神に異常を来し暴れている人がいればそこに行って病院の治療につなげていくとか。そういう人をなるべく病院に長く入院させないで退院させて地域で見ようとか。保健所の仕事をいま説明すると，こんなことまでやってるのかとみんな驚きますよ。

私が学生の頃は，保健所って暇だというイメージが非常に強かったんです。僕は公衆衛生なんて将来進もうと絶対思わなかったですね。授業も面白くないし，なんでこんなのがあるのかなと思ってました。ところがそうじゃなくて，いまはもう公衆衛生が医療の中心になっています。なぜかというと，地域の医療をどうするかという医療計画があるんですが，それも保健所が関係。病院を回ってちゃんと医療をやってるかという医療監視も。病院だけじゃなくて薬局とか歯医者とかも同様で，それも保健所。その他ありとあらゆるものがうちという感じ。さっき言ったように災害もでしょ。だから大雨や台風には戦々恐々としてますよ。申し訳ないけど，母子保健の人間もその仕事は 1 割ぐらいで，あと 9 割はコロナの仕事。母子保健の健診は市がやってるんですけど（以前保健所でやっていた母子保健事業の多くは市町村に移譲），それもほとんどいまもうなし。こんなんでいいのかなと思いますけども，予防接種なんかもなし（市町村の事業）。

村上　とすると，コロナ対策に関しては，いったんは医師会に話がいくけども，実際のイニシアチブは保健所でずっととっていると理解していいですか。

C さん　そうですね。早急な検査などすべてはやっていられないので，医師会に PCR センターみたいなのを作ってもらい，そこでもやる方向にだんだんなってきつつありまし，コロナを積極的に診てくれるクリニックの先生もおられます。

村上　患者さんとの接点は保健所はどうなんでしょう。

C さん　いまは電話ですね。直接調査することはほとんどないです。疫学調査も現場に本当は行くんですけども，最近はほとんどもう電話です（疫学調査は原則現場に出向いて，直接関係者と会って対応，しかし，コロナではそうできない場合も多い）。たとえばどこの飲み屋で働いていたんだとか，どういう接触があったのだとか，そういうことを調査することをやっています。ホテルへの搬送の件は県がやるようになっています。

もう 1 つ，ちょっと脱線しますけど，いまもう第二波なんですが，わりと重症がいないんです。若い人にものすごく広がってるんです。高齢者で重症になって人工呼吸器管理というのはほとんどいないです。だから，若くて感染した人をとりあえずホテルに入れて，何日間かしたら外に出すと。いまは完全に陰性化しなくても日が経てば出していいことになってますから，それで回していくということでいまやっとるとこです。

村上　やっぱり先生からご覧になっても病態って変化してるってことなんですね。

C さん　感染を起こしてる層が違いますもん。そして感染の度合いが違いますね。このままこういう状況が蔓延してみなさん軽症で済むんだったら，極端にいえばワクチンは要らないかもしれない。新型インフルエンザのときと同じような感じで終わる。ワクチンはどんなに幸運でも 1 年半ぐらいかかるので，もし第一波と同じような形であれば，大阪の方では…。

村上　アンジェスがやってますけど，無理でしょうね。

C さん　無理だと思います。最終の第Ⅲ相にいって効果があるかないか。そこができなくて。そこでみんな引っ掛かるんです。抗体ができてもそれが効果があるかどうかっていうのは別問題ですから。それなのにワクチンがどうだこうだとかオリンピックがどうのとか。こいつら頭がどうかしてんじゃないかと公衆衛生の連中はみんな思ってますよ。

先が読めない。たまたま若い人しか感染してないから軽症なのか，それとも今後また変わっていくのかわからないけども，感染爆発に進んでることはもう間違いない。感染者が増えれば，高齢者の感染者も必然的に増えて重症者が増える可能性も高く，いままでのやり方では絶対だめです。

三浦　先生は何年ぐらい前に行政に転じられたんですか。さっき SARS のことをおっしゃってたからもう 10 年以上ですかね。

C さん　そうです。もう 15 年以上前ですね，

三浦　お話聞いてて，たしかにここにもあそこにも保健所が登場するなあ，飲食業とかの許可とかも全部そういえば保健所だと思って，非常に多岐にわたるお仕事なんだなというのを認識を新たにしました。保健所の所長は，みんな基本的に医師でいらっしゃるんですか。

C さん　保健所の所長は医師ということが法律で決まってます。

三浦　他にお医者さまはいらっしゃったりするんですか。ある程度いる？

C さん　いません。

三浦　いないんですか。じゃああとは保健師さんか，普通の職員さんか。

C さん　薬剤師，臨床検査技師，管理栄養士，獣医師などですかね。あとは事務職員です。都市部の，東京都とか大阪市だったら所長以外に医者が何人かいるかもしれませんが，普通はいないどころか 2 つの保健所を所長が兼務してたりとか。

三浦　なるほど。法律上必ず医師じゃないといけない。だけど必要数の半分もいないかもしれないぐらいになってる。

C さん　そういう悲惨な県もあります。僕は，有名な「白い巨塔」がかわいいぐらいの世代の大学の医局で育ちました。そのときは公衆衛生なんか誰も見向きもしなかった。その重要性なんか誰も言わないし，ずっとほったらかしにしていて。そのせいで公衆衛生ができる人は非常に少ない。だから所長になるという人は，都市部を除けばとくに東北地方とかはもう兼務，兼務，兼務。いま法律がちょっとだけ変わって，どれだけ探しても医者がいない場合は歯科医師等でも所長にできるということになってますけども，そ

ういう人は日本全国でも数えるほどしかいないですね。

三浦　やってらっしゃることが非常に多岐にわたっているにもかかわらず，組織がそれに似合ってない感じがして。これはコロナのことと無関係ではないとは思って，なぜそのようになってるんだろうと思いました。いまおっしゃってたような専門家の方が，たとえば犬猫の話もするし，食品の飲食業のこともするし，感染のこともするし，母子保健も虐待のこともするっていったらもう，何でも屋にもほどがあるというか。市役所の庶務の窓口みたいになってて。

C さん　そのとおり。似合ってません。

ただ私は，何でもやっとかなきゃいけないと思います。これは自慢ではないですけども，私は自称シュード（pseudo）スーパードクター。内科の指導医をもっていて，アレルギーの専門医をもっていて，結核の専門医，インフェクションコントロールドクター，介護支援専門員でもあり，認知症サポート医でもあり産業医。

三浦　すごいな。

C さん　公衆衛生に関することは社会医学系の指導医であって，学会の認定する公衆衛生専門家であり，Master of Public Health ももっている（もちろん Ph. D. も）。さらに DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）にも登録されている。もともと若いときから腸が弱いので防災トイレアドバイザーになり，防災通信エキスパートにもなっている。某大医学部臨床教授にもなっていて，アメリカにいたので Mayo Clinic（つねに全米で最も優れた病院の 1 つに数えられている総合病院）の同窓生にも。最近認定心理士になって，社会福祉主事でもある（精神保健や福祉にも対応するため）。そういうことを勉強しておかなければ職員がいろんなことを言ってきても右から左に終わってしまうというような職業なのにもかかわらず，そういう人はなかなかいないというのが現実ですかね。

三浦　スーパードクターというか，スーパーヒューマンじゃないとできないような感じになってるなと思いました。そこまで多岐にわたっていろいろなさってるなかでコロナに忙殺されるっていうことがもってる社会的にネガティブな意味がちょっと後で出てくる，経済的インパクトと同じようにすごく出てくるんだろうなと思いました。

C さん　ありがとうございます。ナポレオンみたいな生活してますからね。夜中に急に起きて放送大学の講義を聞いたりするのがけっこう楽しみなんです（注：C さんは放送大学の学生として，三浦が主任講師を務める「心理学研究法」を受講されていた）。

三浦　そうやって自分から求めて刺激に対応するみたいな構えでなければ，タフじゃない人はただいろんなことをさせられてつぶれてしまうんじゃないでしょうか。

C さん　そう。やらされ仕事をやると精神的にもきつくなるので，職員にもなるべくそういうことはやらせない。やっぱり考え方をポジティブにもっていくようにしてる，してやっている。だから休みのときは運動したりとか。運動好きですので。それからおいしいものを作ったり食べたりする。そういったことでエンジョイライフをしているという。

三浦　そういうことを職員さん 1 人ひとりも心がけてないと，コロナに感染しなくても別

の変なものに感染，心理的な意味ですけど，してしまうように思いました。C 先生のところは感染者がすごく多いわけじゃないのにこうなのだから，もっと多いところは大変ですね。

C さん　先が見えない。外的な動機（お金などの物質的な報酬がほしいと思う気持ち）じゃとてもやっとれないです。自分でなんか価値を見出してやっていくような内的な動機を自分で見つけてやらないと（心理学のストレス理論は大変役に立ちました）。保健所長っていうのは研究者のような形で評価されるわけでもないし。自分の内的な動機を見つけてやっていくのが大事じゃないかなと思います。

私は若いときから貧乏生活だったんです。大学病院は超薄給，大学院はお金を払うし，留学生活（極貧生活）もずいぶん長かったので，私は物欲がなくなりました。欲しいものがない。そんな人間になって，病んでいる，悩んでる，精神的に苦しんでる人を助けられないかなということを，実際はできないのかもしれないけども，志していくというのが支えという感じになってます。

三浦　なるほど，わかりました。ありがとうございます。

C さん　いいえ，こちらこそ。

（2020 年 7 月 22 日実施）

協力者 D さん――20 代女性。行政保健師。看護師として，大学病院等で勤務経験あり。2020 年 4 月，地方の保健所に保健師として入職し，感染症対策の部署に配属となる。

村上　D さんが今回のコロナ対応で経験されたことを最初の頃から構造化しない形でお伺いしたいです。どうぞよろしくお願いします。

D さん　まず，私は 4 月 1 日に採用になって，最初の 1 週間は全体の研修みたいな形で一般的な公務員のマナーのことや法律のことの研修を受けて，1 週間してから部署に配属になりました。そのときからもうちょこちょこ陽性は出ていて，はじめて私が部署に行った日の 2，3 日前かなんかにはじめて陽性が出たみたいな感じで。みんなも手探りで，はじめからこんなことで大変だね，みたいな感じで。

村上　感染症対策に入ったんですか？

D さん　はい，感染症対策課です。

村上　本当にど真ん中のところに行っちゃった。

D さん　はい。普段は結核とか HIV 検査とかをしてるような部署なんですけど。最初の印象としては，意外とそんな殺気立ってる場所じゃないなということです。行く前はすごいびびってたんですけど。みんなかなり大変だって言ってるけど，私の印象は，病院の平常時の方が大変ぐらいの感覚で。むしろ，台風の目みたいな感じで，情報がそこに集まっている分みんな冷静というか。私自身も，他の部署に行くよりもかえって安心してこの事態を乗り切れるなっていう気持ちになった感じで。4 月の中旬に体制を大幅に変えて，感染症の部署の人数が 2 倍近くになって。だから，人員も足りてたし。

感染症対策課が 2 階にあって，同じ保健所の建物の 1 階に新型コロナ相談センターっていう特別対策室みたいなんができてて。そこが直接市民から電話がかかってくる場所で，それを重症度に振り分けて，コロナの疑いが高いなっていう人は 2 階に上げて，そこから受診調整するっていう流れなんです。私は最初，市民の声をまず聞けってことで 1 階に配属されて，2 週間弱ぐらいとにかく市民の電話に直接出る。症状と，エピソードとして海外に行ったかとか，東京とかに行ったかとか，普段のかかりつけどうしてるかとか，ハイリスク疾患，高血圧とか糖尿病とかあったら重症化しやすいからそういうのを聞いて。これはコロナの疑いが強いなっていう人は 2 階に上げて，そうじゃない人は近くのお医者さんに行ってくださいねと案内するという仕事をひたすらやって。それにしばらく慣れてきた頃にまた 2 階に行って，今度は受診調整が必要な人の方に，保健所の管内で 4 つのところで PCR 検査ができるから，何日にどこどこ病院に行ってくださいねっていうような調整をして，というところまでが一段落。もしその人が PCR が

陽性になったら，今度は濃厚接触者の調査といって，以前は発症日から，いまは発症の 2 日前からが感染性があるっていうことで，それの，何時間誰とどんな場所で会ったみたいな調査と，あとは 2 週間さかのぼってどこで感染したのかを探すっていう調査が大きくあって。その調査も電話でするので，結局患者さんと会うことはほとんどなくて。患者さんは，いまはＴ県の場合は全員すぐに病院に入院できるから，そっちにつなげて，ひたすら電話のやりとりをするという感じです。

村上　入院のベッドの方の確保みたいなのもされた？

D さん　入院は県にコーディネートセンターみたいなのがあって，そこで確保してくれます。だから，陽性の人がいたらそこに連絡して，そこの人が何々病院に入院してくださいっていうのをして，入院のときの持ち物を案内してから行ってもらうみたいな感じです。

村上　そのコーディネートセンターは，コロナのために作った？

D さん　コロナのために作ったやつです。

村上　すごいな。即座に作ったんですね，そういうの。

D さん　そうですね，私が入ったときにもうすでにあったと思います。

村上　じゃあ発症者が出るか出ないかのときにすでに準備してあったっていうことなんでしょうね。

D さん　そうですね。あと，電話相談の窓口もいっぱいあるんです。症状がある人の電話以外に，症状はないけど，自分のお店は閉じた方がいいのかとか，消毒どんなふうにした方がいいのかとか，お金がなくて困ってるんだけどみたいな，総合的なところと，障害者とか高齢者とかで自分が行けるところが閉まってしまって，ケアが必要で困ってる人の電話とか，そういうのがあるので，かなり自分の仕事に専念できるような状況でした。

村上　もう少し，実際に電話が具体的にどんなだったかを教えていただけますか。

D さん　最初，4 日以上だったかな（注：高齢者・持病のある人・妊婦は 2 日以上），発熱してから何日もしてからじゃないと相談しないっていうのがあったじゃないですか。市民の人もそれを守ってくれてる人が多かったんですが，志村けんさんが亡くなったときとかにすごく増えたりとか，藤波晋太郎選手とかが嗅覚の異常があったとか，そういうテレビのニュースがあると，すぐにそれに対して「私もそれがある」とか。すごい不安が大きくなって感情的な電話が来たりすることも増えていきました。PCR の検査は，わりとちょっと広めにやってあげる，3 日間経ってなくても心配そうだったらとか，持病があったらとかで，けっこう緩めにやってたんですけど。それよりもむしろ地域の医療機関がちょっとでも熱があるだけでもともとのかかりつけの患者さんを見ないことがすごい増えちゃって。たとえば，手術後に大きい病院を退院したから紹介元のクリニックでフォローしてほしいけど，うちじゃ診れません，みたいな。臨月の妊婦さんが熱が 37 度 5 分あるだけでもともと通っていた産婦人科に受診を断られたりとか。医療機関側も

まだ状況がわからないからすごく拒否的なことがあったんです。それは困るなっていうことで，5 月の中旬ぐらいに，帰国者・接触者外来とは別に発熱外来協力医療機関みたいなのを作って，発熱してる人でも診てくれるところを保健所が連携して確保しておいて。新型コロナ相談センターでコロナの疑いじゃないけど医療機関が見つからないっていう人をつなぐところを調整したりして。それでだいぶ普通にみんな受診できるようになっていったかなっていうのはありました。

村上　そういうのは公立の病院なんですか。

D さん　いや，普通の地域のクリニックとかに，医師会と調整して。

村上　そういうのを調整するのは，上の方の人ですか？

D さん　課長級とか係長級の人が医師会に説明会を開いて。もともとコロナになる前から医師会との提携の連絡調整会議みたいなのはちょこちょこあって。その中で発熱がある人をお願いできませんかみたいな感じで，発熱に対応してくれる病院のリストを作って，市民の人が自分で行く病院が見つけられなかったら，そこのリストから紹介する体制に変えていったということです。

村上　なるほど。医療機関が拒否していたというのがすごく気になります。

D さん　すごく多い。コロナの症状って，初期は普通の風邪症状と一緒じゃないですか。だから，ただ鼻水があるだけでコロナかもしれないとか，7 度 2 分とかでもコロナかもしれないっていう拒否感をもってる。自分の病院の中で院内感染を起こしたら，2 週間閉めなきゃいけないとかになるから，経営の問題で。とにかく自分のとこではリスクがある人は入れたくないっていう。だから，患者さんからも門前払いされたという相談がすごく多くて。そもそもコロナがなくても病院というのは感染のリスクと闘いながらやってるところだし，熱心な先生とかは，ゾーニング，ちょっと熱がある人は場所変えてとか，時間を変えて夕方に集めるとか，しっかりマスクとかフェースシールドしてとかでやってくれてるところはあったんですけど。とにかく自分さえよければいいみたいなクリニックの医師の性格がすごく出るなっていう感じでした（注：当時は PPE の不足で発熱外来の設置が難しい事情もあった）。

村上　そうすると，コロナと自分は思ってない人たちの相談も受けることに，結局はなってるんですね。実際，D さんも陽性の人とかの対応されたと思うんですけれど，どうですか。

D さん　それが，5 月終わりから 7 月中旬ぐらいまでずっと陽性者がいない期間がずっとあったので，私が直接担当して濃厚接触者調査したことはないんです。でも，施設調査には 2 個行きました。陽性の人が働いてた会社に 4 月に 1 回行ったのと，陽性の人が働いてた保育施設に行きました。会社は，何百人っているフロアで，その人がどんなチームで，どんな人が近くに座っててどんな作業してたとか，出勤してる間はどんな症状だったかとかを聞いたりとか。あと，施設の消毒とか，濃厚接触者は誰々だからその人たちは 2 週間家にいてくださいとか，濃厚接触者じゃない人は普通に出勤していいですよ

とか，そういう指導に行くのを保健師の先輩と 3 人で行きました。そのときはその職場がすごい殺気立ってて。陽性者が出てから一晩みんな家に帰らないで。同じ職場の人が陽性になったってことは，その同僚が家に帰ったら家族にうつすかもしれないから帰らないみたいな感じで，みんな疲れ切ってて。わかってから全然帰ってないって言って。みんな自分が濃厚接触者かもしれないってなったら心配なのは家族のことで。一応ガイドライン上は濃厚接触者の濃厚接触者は一般人っていう扱いで，PCR の対象にもならないし，一般生活を送っていいっていうことになってる。そうしたら，どうやって家族に僕は説明したらいいんだ，とかもあるし。真ん中に 3 人保健所職員が立ったら視線が一堂に集まってきて，すごいざわざわするような感じでした。先輩がすごく慣れていて，上手に話してくださって，とりあえず納得していただいて。ウイルスも最大 3 日間ぐらいしたらプラスチック上では生き残れなくて，消毒もしたらもう翌日から再開していいですよっていう感じになってたんですけど，結局，会社の窓口も顧客の目があるからすぐに再開はできないみたいな感じで，2，3 日おいてから再開みたいな感じでやってました。

村上　いまみたいなことが知りたかったです。実際，どういうふうに動いてるか。

D さん　対象者が多すぎない状況だと，午前中に電話相談してくださった方がいたら，その日の午後には病院受診できて，PCR 検査して，翌日に検査の機械を回して，午後 1 時から 3 時ぐらいまでには結果が出る。そこから，陽性だった場合は濃厚接触者調査をするために施設に行ったりとか，動き出すっていう感じの流れです。

村上　最初の電話を受けたときに，あやしいって思う，あやしいって言ったら失礼か。どんな感じなんですか，スクリプトというか。

D さん　最初は 4 日間 37.5 度以上と，咳とか呼吸症状があるとかだったのが，もういまは 4 日じゃなくても強い症状があればというふうに変わってて。最初しばらくはずっと，その 4 日間っていうのを保健所の職員も気にしながらっていうのと，あと，クラスターになりそうな場所，飲み屋に行ったとか，そういうので。でも，はっきりしたラインはなくて。なんとなくちょっと心配だったら一応検査しとくか，みたいな感じで。クリニックとかの医師が，絶対コロナの疑いがあるって言ったらやる，みたいに，医師の判断は尊重して。他のところだと，医者が保健所に電話してもそれは対象外ですって言って断られることもけっこうあったみたいなんですけど，うちは医者が言ったら OK という感じにしてて。

1 階の市民から直接が電話かかってくるところはアルバイトがやってるんです。看護師さんの資格をもってる人が，多いときだと 8 人ぐらい来て，電話に出て。一応，そこで課長級の人が相談に乗れるように近くにいたりとかっていう感じでやってて。2 階に相談が上がってきても，結局総合的に判断みたいな感じです。その場でいる人で話し合って決める。

村上　でもいままでそれで問題は起きなかったわけですよね。

D さん　そうです。近所の病院に行ってくださいって言った後に陽性になった人いたかな。最近までそういう人はそんなに多くなかったっていうことで，そこまで問題にはなってないですね。

村上　直接お医者さんに行っちゃう人も多いから，保健所経由でっていうのは全員ではないわけですね？

D さん　そうですね。一応市民の人には保健所に電話してから行ってくださいと伝えてますが，医者の方も直接患者さんが来ちゃったら診てくれることもあるし，1 回保健所に相談してから来て，って言うこともある。どうしても検査してほしいとすごく言ってくる人は中にはいますが，明らかに違うと思うときは受けないです。他の人との公平性もあって。

村上　保健所で断って，その後にじつはコロナだったみたいなケースはなかったってことですよね？

D さん　そうですね。いまのところコロナかどうかは保健所でしかわからないですし（注：当時，市内の PCR 検査はすべて保健所で行っていたため。後に，病院から民間検査会社に検査依頼できる体制に変わった）。たまに大きい会社とかで，すごい高いお金払って会社のみんな PCR してるとこがあるみたいな話は，噂は聞いたんですけど。基本的には病院で勝手に PCR することはできないですね。

村上　いや，なんで伺ったかというと，関東の方で患者さんにお二人にお話伺ったんですけど。お一人の方は PCR をなかなか受けられなくて，かなり深刻になったときに受けて陽性が出たんだけど，入院のベッドが空いてなくてほっとかれて呼吸困難になるみたいな状態だったらしいので。そういうケースはない？

D さん　ないですね。たとえば 5 日も熱が続いたらさすがにするし。検査が必要と思ったら，翌日には検査結果が出るような検査体制ではあるから。全然違うと思いますね。

村上　逆にいうと PCR 検査の余力があるということですか。キャパシティーは余裕がある。

D さん　いま，機械を買い足して最大 60 件できるんです。だけど，まだ 2，30 件しかしてなくて。検体をとる医者や検査技師は大変なんですが，検査機械としては 60 いける状況で，何日も待つっていうのはいまんとこない状況です。

村上　そうなんですね。検査する病院で直接，検体をとるんですか。

D さん　原則，そうですね。

村上　じゃ，そこに患者さんに行ってもらうってことですね。

D さん　そう。マスクして窓開けて自家用車かタクシーで行ってもらって。少なくとも電車とバスはだめっていう言い方です。どうしてもお金がなくてタクシーに乗れないとかは，防疫車っていう感染対策ができる，運転席と後ろが完全に空気がいかないような車で，職員が連れて行く，みたいなのもできるんですけど。あと，最近は唾液の検体が OK になったので。うちの場合は，原則，病院で受診して検体とるんですけど。濃厚接

触者が最初は 14 日間健康観察で，その途中で症状が出た段階で PCR という決まりだったんですけど，最近それが濃厚接触者ってわかった段階で PCR しようということに変わったので，検査する量が増えてしまって大変だから，唾液でやるようになって。唾液だと医者がとらなくても自分で唾液垂らして検体とることができるから，濃厚接触者の人が家で検体をとって，それを保健所職員が回収してというのができるようになったんです。そういう場合は，病院に行かないでも検査できる。

村上　でも，そういうときには，保健師さんが家まで行って病院に届けるっていうことでやってるわけね。

D さん　保健所の中に PCR の機械があるんです。だから，病院でやるときも病院でやった検体を保健所に持ってきて保健所で検査する。

村上　そうなんだ。じゃ，保健所で一括されてるんですね。

D さん　それも自治体にもよると思うんですけど。

村上　先週もう 1 人，関東の方のある自治体の保健所の所長さんの話を伺って。その方のところは病院に持ってかなきゃいけないから，保健師さんがそれぞれの病院に検体とりに行って，それを PCR 検査ができる病院まで持っていくのが作業の大きな労働になってて，それが大変って言ってた。

D さん　そうか。うちの部署は運転手さんが 2 人専属でいるんです。その人が検体を運んでくれたりとかは基本してくれてて，それも助かってますね。

村上　さすがだね。そういうところは充実。

D さん　けっこう，柔軟にやっていただいてる感じですね。

村上　それって，現場の声がすぐに届いて動いてくれるっていう仕組みなんですか。

D さん　保健所長ぐらいだと，首長や局長みたいな方とはけっこう直接話すと思うんですけど，その人たちが上手に言ってくださっているのかな。

村上　帰国者・接触者外来も担当されてたんですか？

D さん　この間，帰国者・接触者外来にちょっと手伝いに行きました。陽性者が出た保育施設の人が一気に 20 人近く PCR をするっていうので，0 歳から 2 歳ぐらいの子どもとその親が病院に行くっていうので，それの案内。ガウン着て，1 人ずつ順番に，あんまりお互いが近くに寄らないように受診のところまで案内して，その後の説明とかをして帰ってもらうというので行ったことはあります。直接，検体をとる作業に関わったことはないですね。

村上　そういう場面では，いわゆる PPE（個人用防護具）ってやつ着るんですか？

D さん　そうですね。

村上　帰国者にポイントがあるんじゃなくて，接触者外来なわけですね。

D さん　そう。名前が帰国者・接触者外来なんですけど，厚生労働省が帰国者・接触者外来って名前作ってるからやってるだけです。以前は，海外から来た人とその濃厚接触者だけがとくにかかっている可能性が高いっていう感じだったから，その名前で。いま

は感染源不明な人もいるから当てはまらないんだけど，結局，そういう人たちもみんな帰国者・接触者外来で診てるんです。全員検査はそこでやるんです，空港の検疫所でもPCRやってるんですけど，それはまた保健所と別の動きでやってますね。

村上　じゃあ，受けるところまでなので，重症の方のこととかは，あんまり関係はしないわけですかね？

D さん　誰がいま入院中で，誰がどんな状況か，誰が重症かは把握してます。

村上　何床もってるんですか？

D さん　県全体で，多分××床ぐらいだった。ベッドはかなり足りてる。かなり全然余裕があるぐらい足りてて。だから全然東京と違うと思います。

村上　違うんですね。あと，ご家族の方とかとの濃厚接触者とは関わりありますか。

D さん　家族は濃厚接触者に当たるので，いまは家に検体とりにいって会うこともあるんですけど，前までは病院で受診してもらって検体をとっていたので，電話だけの関わりがメインですね。前あったのは，ご家族で陽性になって，そのうちのお一人亡くなったんです。先に陽性が判明した方が，自分のせいではないかととても精神的に落ち込んで，1回保健所に面談に来て，保健師と話をしたりとか。あと，もうすでに退院した人が挨拶に保健所に来てくださったりすることも時々ありますね。

村上　もしお話しいただけたら印象に残ってることとか，あるいは，困ったこととか？

D さん　陽性の方っていうわけじゃないんですけど，PCRが陰性とわかった後も，ずっと原因不明の微熱や不整脈が続く方がいて，コロナの後遺症ではないかと相談がありました。国も調査中だからまだわかってないことが多いんですけど，不定愁訴や精神的な問題として片づけられやすい。一応，「コロナであることもコロナでないこともいまは証明できないから，一応，PCR陰性だったし。だけど，もう，とりあえず，あなたの体調不良は確実にあるから，心配だから病院でしっかり精密検査してもらってください」，みたいなことぐらいになったんですけど。これからそういうのも増えてくるかなと思って。これが国が補償するようなことなのかわからないけど，もし将来，コロナの後遺症で悩む人に何か補償が入るとなったときに，PCRをしてた人はコロナって証明できるから何か補償を受けられるかもしれないけど，陰性が出ちゃったとか，PCRを受け損ねた人は何もそういうことが受けられないとなると，短期的な医療の問題じゃなくて長期的に関わってくることだなと思って。それを私は個人的にちょっと心配してるんです。

村上　いまはPCRが陰性になったら，その時点で保険で払わなきゃいけない。

D さん　そうなんですよ，自分でお金払わないといけないんですよ。

村上　ですよね。そこまではタダだけど。

D さん　そうなんです。だから，そういう人もいましたね。2人家族で1人はPCR陽性だったから公費負担で，もう1人は同じような症状なのに陰性だったから自分でお金払うというのもあったり。PCRも，偽陰性が出るってこともあるから。完全に検査で線

引きしちゃうっていう。

村上　陽性者はぽつぽつ出始めている感じですね。

D さん　そう，ぽつぽつ出始めてる。ぼちぼち対応するのかなとは思うんですけど。

村上　でも，1 回もう仕組みができたから大丈夫って感じですか。最初に教えてもらったときの印象といまとでは何か違いますか。

D さん　4 月より，いまの方が増えてきてるから，けっこう，忙しくなってきたなって感じです。

村上　検査数も多いからってことですか。

D さん　そうですね。あと，いまは濃厚接触者の他市からの依頼がすごく多いんです。他市で陽性者が出たら，その人の濃厚接触者をそこの保健所が調べて，うちに連絡が来るとか。それを対応しなきゃいけなくて。他の市がクラスターとして発表してないクラスターがいっぱいあって，そういうところのとか。あと，濃厚接触者の検査をするのは，原則本人（濃厚接触者）が住んでるところっていうことだけど，他の市が大変だってわかってたら，うちに会社があったらうちの保健所でまとめてやっちゃいますわ，とかは臨機応変にやってます。

村上　それって報道で言われてるクラスター対策ってやつなんですか。濃厚接触者を調べてっていう。さっきの保育園の話とかもそう。

D さん　そうですね。感染源と重なるんです。1 人の人がいて，その人が誰からもらったかっていうのが感染源で，その後の誰に移したっていうのが濃厚接触者に当たるんですけど。結局，ずっと一緒にいた人はどっちにも当てはまる人がいるわけで。その日にたとえば，バーに行ってて，どっちが先かわからないような状況だと，結局クラスター対策になるっちゃなるという。

村上　クラスター対策って世の中で言われてることは，保健所がやってる？

D さん　保健所がやってることですね。保健所はもともと結核のことで，クラスター対策じゃないけど，そのノウハウをもってるんです。結核の場合だと，感染から発症までが半年から 1 年とかそれ以上とかの期間があるんですけど。いつ，どこで，誰と，どれぐらいすごした，みたいなのを調査して，どこからが濃厚接触というか感染リスクがあるかを線引きするみたいなのは，日頃から行っていることだから。それの応用という感じで。

村上　しかも結核より対応が簡単か。短期ですぐ出る。

D さん　そうですね，スピード感が違います。だから，結核だとゆっくり調査してても大丈夫だけど，コロナだったらさっさとやんなきゃいけないっていう点ではちょっと大変ですけど。

村上　でも，潜伏期間が短いし，一応空気感染がないから。じゃ，そういう教育も保健師さんだから受けていたんですね。

D さん　一応。でも，ざっくりですね。現地でその場で学ぶみたいなのが多いです。一応，

結核のときはこういうふうに調査して，こういうふうに接触者を探して検査していくみたいなのは，勉強してる感じです。

村上　さらに，いまこのコロナの対策のことでそれをいま学んでるっていうこと。

D さん　そうですね。

村上　じゃあ，日本が保健所をもっていて，結核対策にすごく苦労してきたっていうのは，今回生きてますか？

D さん　そうですね。みんな手順がわかってるから。あと，新型インフルエンザ対策とかで定期的にそういう訓練を毎年やってて。PPE の着方とかゾーニングの訓練は病院と一緒にやったりとかあるので。そういうのが役に立ってるのもあるかなと。

村上　さっき，感染症の部署を 2 倍に増やしたと伺ったんですが，逆にいうと，それ以上にはしなかったんでしょうか。他の通常業務を閉じるようなことはなかったってことですかね。検診とか予防接種とか，障害のある人たちへの対応とか。先週お話を伺った保健所の方は，もう全部閉じて，全部コロナ対策にしたって言ってました。

D さん　そうなんですか。全部ではないですね。普通に家庭訪問とかもしてるし。首長が感染対策で日常生活をつぶしちゃだめだっていう考えだから，学校もなるべく開こうってやってたんですよ。だから，検診とかも多分やってたんじゃないかなと思います。

村上　じゃあ，普通の通常の範囲内でやり切るっていう。

D さん　他の子育ての部署とかはわからないんですけど。私のところだと，たとえば，月 2 回ある HIV の検査の対象人数を減らすとかはしてます。ちょっと縮小，みたいなのはしてたんですよね。

村上　でも，逆にいうと，感染症の部署でも，全部閉じるということはなかった。

D さん　ないですね，結核も普通にやってたし。長期戦になるだろうから，後でしわ寄せがいくような閉じ方をすることはできないっていうのもあるんです。

村上　ありがとうございます。だいたい聞こうと思ってたことは伺えました。最後に，何か言いたいことなどありますか。

D さん　とにかく基準が変わるんですよ。エビデンスが増えればっていうのもあるし，いまの状況だと，エビデンスがそろってない状態でもどんどん進んでいく。実務をする側としても，ルールがあるってことは，それは理由がちゃんとしてる，根拠がちゃんとしてることだろう，みたいなのが通用しない。だから，市民の人に説明するにしても，この症状がないってことはコロナの可能性はありません，みたいな形の言い方をしちゃうと嘘になるので，それにすごく気を遣いました。行政の対応と事実認識を混ぜないように気を遣って。相談センターのバイトの人とかは，考えてないと，4 日間の基準とか発熱がないとかだけ見て，それだったらコロナの可能性はもうほぼないと思われますので，とか言っちゃうんです。そうすると後々トラブルになるかもしれないし，もし，その人がコロナかもしれないと思って勇気を出して電話したのに，それを否定するような感じになるから。行政の対応も結局，妥協策というか，いまの一時点での解でしかないって

いうのをずっと意識しながらやってます。

村上　公衆衛生って，元々はすごいエビデンスベーストですよね。

D さん　そうなんですよね。いまは根拠だけじゃなくて方針によって対策が変わるから，そこを踏まえて市民に理解してもらわないといけない。

村上　ありがとうございます。いまの聞けてよかったです。どうもありがとうございました。これから，きっと忙しくなるからお体に気をつけて。

D さん　ありがとうございました，お疲れさまです。

（2020 年 7 月 26 日実施）

協力者 E さん――50 代男性。医師（内科医院自営）。

三浦　ご協力ありがとうございます。では，このたびの感染禍について，思いつくままでかまいませんので，お話をしていただけるでしょうか。

E さん　例年インフルエンザが流行する時期になって，年末年始にかけて，高熱でインフルエンザが疑われる患者様がたくさん受診されました。でも，インフルエンザ迅速検査が陽性に出ない方が，けっこうたくさんいて…。

三浦　そうなんですか。高い熱で来て，きっとインフルやと思ったら，そうじゃない人が多いと。それは 12 月末から 1 月とかその辺ですよね。開業医の先生方の中で，なんか，ん？ みたいなことってあったんですか？

E さん　そうです。例年だとこの時期にたくさん受診されるインフルエンザが流行らないなっていうのは，多分みなさん感じておられたと思います。そんな状況でコロナが中国で騒がれだした。2 月終わり頃から日本国内でもコロナ感染が確認され，あまり病院を受診するなってことを政府が言い…。しかし，熱が出た方であれば，その原因はいろいろな病気があるので，当然病院で診ることが大切。それなのに，まず熱が出たら家でおとなしくしてなさいと言われだしたのは，その頃からです。そうすると，他の患者様と接するので，発熱患者様は受診しにくい状況になりました。それであれば，解熱薬を事前に渡しておいて，あとは詳細に電話とかで状況を聞けば何とかなるのではないかと考えて，アセトアミノフェンを渡し始めました。「とりあえず，熱が出たら飲め」ということです。

　かかりつけの患者様をしっかり診るのがかかりつけ医の責任で，いままでなら熱が出たらみなさん来られていました。また従業員もコロナ感染に対して非常に過敏になるので，診づらい。普段から発熱で受診される方には診察して緊急性がなければ解熱剤のみを処方し帰宅。早寝安静のみで次の日には解熱して元気になっている方が一定数おられます。そうすると，まず解熱剤を渡すというワンステップを置いて，国の方針に従おうかなと。

三浦　なるほど。それは 2 月の終わりぐらいですね。

E さん　そうですね。4 月に入って緊急事態宣言が出て，大変なことになって。家にこもったりすると運動不足となり，体重が増えたりしてよくないので，来られた方全員の体重測定，体温測定とをして，パルスオキシメーターで酸素量を調べるようにしました。一方で，従業員がものすごく不安になっていたので受付をシールドで囲ったりして。建て替え前の医院の受付は完全に壁に囲われて閉まっていた状態の部屋で，小窓を開けて患者さんに薬とか渡していたんです。

三浦　以前はそうだったんですね。

E さん　はい。もう長いこと働いている従業員が，先生，「昔の医院もこんなのありましたね」と言っていました。昔は閉鎖的だった世の中がより開放的になって，病院のカウンターも対面になって。そういう時代になってきた。途端にコロナでまた昔の方向にいったのかなって。患者さんにも「前，先生のとこもこんなやった」って言われて。ハハハ。そして，この頃からガウン姿で診察するようになりました。いろんな面で，よりわれわれが安全な状態で診察することが大切なので。そうしいるうちに緊急事態宣言が 5 月 21 日には解除されて，大丈夫かなと思っていていたら，また最近どんどんと…。

三浦　そうですね，また増えてきてね。

E さん　はい。ただ以前は重症者が多くて。今回の状況は患者数が多いけど，重症者を含めて人工呼吸器管理になる人はあまり増えてない，病気としてのコロナの怖さがわかってきた。まだまだ不明な点が多く怖い病気なので，気をつけなきゃいけない。コロナを心配して受診される患者さんの中には他の病気でも悪くなって大変なこと起こっている方もおられるので，やっぱり，その辺を落とさず診ていくのが大切なのかなと思ってね。

三浦　そうですよね。そっちの役目がかかりつけの先生は一番大事ですもんね。

E さん　やっぱり受診控えが起きていると思います。これに対して家庭医のわれわれはどうしていくのか。風邪などの急性期患者様が多い耳鼻科と小児科ではとくに受診控えが多く，内科の場合は一定数の生活習慣病で来られる方が長期処方になってしまいました。

三浦　通わなくていいのに来てはった人がいるとしたら，それはある程度ノーマルなのかもしれないけど。本当は行かなきゃいけない人だったら。

E さん　そう。適正な受診間隔は非常に難しいです。ある一定の間隔で来ることはとくに高齢者の場合は体調の変化を診るために私は大切かなって思っています。

三浦　そうですよね。私みたいにちょっと調子悪くないと行かない人間はあまりよくないのかもしれない。定期的に来てはったのに来ないようになった人とかに，何か先生からおっしゃったりしてるんですか。

E さん　基本，定期受診は 1 カ月に 1 回ぐらい。1 カ月を超えてしまうと，人に会うのも久しぶりってなりますよね。なので，近くに住んでおられる患者様は可能であればそれぐらいの間隔で，来ていただくのがいいと思っています。とくに最近，医院に行く以外での外出回数が減っている患者様が多いって感じがしたんで。

三浦　先生のとこは，1 カ月に 1 回ぐらい来て健康をチェックしてるみたいな患者さんは，どれぐらいいらっしゃるんですか。

E さん　うちはそんなに多くはない。500 から 1000 の間だと思います。

三浦　そんなにいるんですか。

E さん　もっと患者様が多いとこもあります。僕は消化器内科と糖尿病内科を主体とした一般内科医ですが，より専門に特化した医院ではもっと多いと思います。1000 人以上で。

三浦　で，そういう方じゃなくて，急患の人が当然いるわけですよね。

E さん　今回のコロナで，急患で来られる方の数は間違いなく減りました。かかりつけ患者様から熱出たなど連絡あったら，電話で詳細に症状聞いて，まず受診時間をずらしてもらいます。他の患者様がいない時間帯に診察して，裏の出口から帰っていただくとかね。そういうことを何人かやりましたね。熱の人全員に対して。

三浦　非常にあやしいというか，いや，これは，これは感染してるだろうみたいなケースはありましたか。

E さん　4 月に発熱と息苦しいと連絡があり基幹病院に紹介。ステロイドに反応して良くなった肺炎。57 歳の糖尿病患者様です。コロナ PCR 検査は陰性でしたが，この人は間違いないと思います。

（この方は 12 月に入り再度，発熱と咽頭痛。このときはコロナ PCR 陽性となりました。2 回目はホテル療養で軽快。コロナ再感染で交差免疫があり軽症ですんだと推測されます。コロナウイルスが肺の深部に感染するので初回は PCR 陰性だった。PCR が陰性でも症状を加味してコロナの可能性を考えることは大切だと思います。）

あと勤務医時代に 2009 年の新型インフルエンザの 39 歳の男性。ヘビースモーカーの健康な方でした。高熱と頻回の下痢のみ。消化器症状のみで呼吸器症状なし。何となくあやしいなと思い入院していただきましたが急に呼吸不全になって夜中に緊急転院させました。マスクをせずにインフルエンザの家人を看病されていました。この方のインフルエンザ迅速検査は鼻腔そして便でも複数回しましたがすべて陰性でした。しかし転院先で人工呼吸器管理となり肺胞洗浄液つまり肺の奥からの検体の PCR 検査で陽性となりました。転院先の主治医から，「肺胞洗浄液の PCR で新型インフルエンザが検出されました」といきなり電話があって衝撃的でした。PCR などの検査結果も大切ですが，この 2 つの症例から重症化を疑う病状変化にいち早く気づくことが大切であることを学びました。

三浦　なるほど。じゃあ，診察のときの対応をこういうなり（注：インタビューもガウンとフェイスシールド着用で応じていただいた）でされるのは 5 月から。

E さん　そう，5 月ぐらいから。知り合いの耳鼻科の先生など何人かの先生は 3 月ぐらいの早い段階からずっとこういう格好していて。僕自身も正直なところ，えらい大層だなと思っていたんですけど。そのうち発症前からウイルスを排出しているなどがわかってきて。われわれ自身が休むわけにいかないので。そうすると，まあ，これはせざるをえないかなってことで。はい…。

三浦　普通はインフルエンザにせよ，なんにせよ，その他のいわゆる感染症だって，こういうなりにはならなかったですよね。

E さん　ならなかった。ただ，いまはたくさんある感染症の中で保健所への届け出が必要な 2 類感染症としてコロナが非常にクローズアップされて，みんながそれに感染することを非常に危惧する状況です。われわれも感染して診療を休むようなことが起こったら困る。そうすると，それに対してより 100％の防備をした方が。

三浦　先ほどおっしゃったように，また報道もされているように，重症者の比率はすごく小さいし，だいたいは無症状とかいうことですけど，数自体はもうスケールが若干変わってきてるじゃないですか。

E さん　まず調べる裾野が広がって，いろいろなことがわかってきた。市中感染が起こっているのは間違いない。で，このウイルスの性質上，急に悪くなる人が確認できていますね。そういう患者様に気をつけて診ていかなきゃいけない。あとは経済を止めることの怖さ。コロナ自体で亡くなる人と，うつで亡くなる人。その 2 つを天秤にかけて考える。自殺者数がコロナの死者数より多い現状，コロナ感染禍の社会困窮で自殺する人をなるべく減らしたい。経済を回しつつ，どのようにして自殺者を減らしていくのか考えるのが大切だと思っています。

三浦　先生は，来られた患者さんからいろんな不安の声を聞かれると思うんですけど，それに対して，すごく漠然とした聞き方をすると，どういうふうに思われますか。

E さん　患者様はコロナに対する不安，ウイルス自体に対する恐怖をもっておらます。まずは自分の現在の生活パターンつまり生活習慣の確認をしてもらうようにしています。体内時計を意識した適正な食事時間と食事量のバランス，就寝時刻と睡眠時間とかについて。コロナの特効薬が見つかってない現状では恐れるよりもまず，コロナに勝つ自然免疫力を高める形の日常生活を送ることを大切にするように申し上げています。そういうことを繰り返し患者さんに言うのが僕らの家庭医の使命かなと思っています。

三浦　ああ，なるほど。それは糖尿病の患者さんを長く診てこられたご経験によるものですか？ あれって，悪い生活習慣のかたまりみたいなものもあるじゃないですか。

E さん　それもありますね。あと心療内科的なアプローチも大切だと思います。心理社会的背景つまり家族構成そして親と子どもの日常生活での関係とかも含めて，総合的に生活習慣を確認して健康状態のチェックをします。うちの場合であれば世代を超えて来られているんで，親が来たときは，子どもさんのこと。子どもさんが来たときは親のこと。そういう相互コミュニケーションの橋渡しをするのが，われわれの 1 つの役目かなと思って。

三浦　なるほど。わかりました。ありがとうございます。あと，ご自身で心がけていらっしゃることであるとか，ありますか。

E さん　生活習慣病の患者さんは，しっかりかかりつけ医を定期受診していただくことは大切です。何か心配があったら，遅い時間にも電話には出ますので，かけてきてもらえればいいですよ，という形で対応しています。

三浦　どんなふうに患者さんに対応してるかみたいなことを，同じようなお立場の地域のかかりつけ医みたいな存在の方々で情報交換なさることってありますか。

E さん　発熱患者様の対応は診療所では動線が分けられず他の先生方も苦慮されていました。マスク，アルコール，そういうものの調達が非常に難しくなりました。そのときは知り合いの医者と入手できるサイトの情報交換はしました。医師会を通じて行政からも

配布されていますけれども，一時，本当に足りなくなった時期があり，アスクルなどでいま購入できる瞬間に緊急連絡を LINE 等でしました。そうすると，「今日は買えたよ，ありがとう」。と連絡がありました。大阪市内や京都市など地域を越えて情報交換はしていましたね。

三浦　保健所も含めて，地域行政との連携というか関係はどんな感じになってるんですか。

E さん　コロナ PCR は保健所が管轄しています。またその保健所を設置する自治体は市だったり都道府県だったりがまちまちなんです。私が開業している●●市では大阪府が設置していますが，同じ府下でもその市が設置しているところもあります。

三浦　あ，そうなんですか。中核市かどうかで違う。

E さん　●●市は人口 30 万人近いですが中核市ではないので。だから，いろんなことお願いする場合，保健所の設置がどこであるのは重要で。●●市では●●市の設置でないので。そうするとなかなか難しい面が出てきたりとかして，保健所長さんも非常に苦労されていますね。

三浦　なるほど。今回保健所の所長さんにもお話を伺ったので，けっこう，連携がややこしいんやなあっていうのは実感しました。

E さん　かなり難しいですね。なんかあれば患者さんは保健所に電話かけてくださいって言われますけど，やっぱり保健師さんはわれわれに比べて病状を聞くことにも限界があると思うので。たくさん電話かかってきて，かなり疲弊されている状況です。そして大阪府が設置した保健所では，●●市の行政と大阪府の行政の両者から指示があってその板ばさみとなりさらに大変な感じです。

三浦　なるほど。わかりました。他に何か思うことはありますか。

E さん　まだまだこれから先，コロナとの戦いは年レベルで続くと思います。コロナで受診控えをせず生活習慣病の患者様は定期受診をして，しっかりわれわれ家庭医を大切にしていただきたいです。より適正な間隔でかかりつけ患者様が受診することができればいいと思います。ただ，以前よりたくさん来られることは，なかなか難しくなっています。

三浦　いわゆる町医者の在り方も変わるというか。

E さん　患者様 1 人ひとりの心理社会的背景を大切し家族構成と親子の交流状況をしっかり把握して家族の絆を確認しながら診ていくことがより大切になるかなとは思っていますね。とくにステイホームで会えない遠方の家族との絆の確認は大切です。

三浦　なるほど。先ほど，500 とか 1000 とかおっしゃいましたよね。自分が定期的に病院に行くという経験がいまのところないので，そういう人たちがそんなにたくさんいるんだというのが発見でした。ありがとうございました。

（2020 年 7 月 31 日実施）

重田由美さん――一般社団法人日本地域統合人材育成機構理事長。看護師出身で，大阪府豊中市で地域包括ケアシステム「とよなか縁結実」を運営している。

三浦　はい。じゃあ，お話を聞かせていただいてもよろしいでしょうか。

重田さん　はい。ありがとうございます。そもそもから，話をしてもいいですか。

三浦　はい。もちろん。

重田さん　もともと私，看護師で，いま，人材育成の会社を運営しています。大阪市北区にある急性期病院で働いていたんですが，地域連携分野の看護師をずっとやっていたんですね。地域連携って，治療が終わって次の目的の病院に移る手配とか，医療依存度が高かったとしても住み慣れたおうちですごす環境を整える支援とか，診療所の先生からの依頼で患者さんが病院受診をする際の調整など，地域の窓口の役割をしていた看護師です。

そのときに，病院の連携体制作りなどいろんな経験させてもらうなかで，医療現場で「人」対「人」の関係性をいかに作っていくかということにすごい興味をもって。連携で同じように患者支援の思いを1つにしたり，同じように立ち振る舞える人をたくさん増やしたいと思って，人材育成の会社を5年前に立ち上げたんです。

そして地域連携をやっていくなかで，医療体制の構築は，それぞれの病院が独自でいろんなことはやっているんですけれど，地域で市民の理解を得て連携体制を整えていこうと思ったら行政をしっかり絡めなきゃいけないという思いがずっとあったんです。なので，地域連携を語る以上，当法人も地域に根差してしっかりやらねばいけないと思い，地元豊中市と連携することを目指してやってきました。ありがたいことに，地域包括ケアシステム・豊中モデルの中の1つである地域市民の交流や支え合いの場を推進していくという事業を受託して，去年7月に『とよなか縁結実』という市民の居場所作りを始めることができました。ここで医師，看護師，言語聴覚士，理学療法士といった医療専門職が地域の中に「お邪魔します」っていう形で入っていったというのがスタートだったんです。

というのも，以前から私が抱いていた課題が，市民は自分が病気になったときにどうしたらいいのかという情報量が少ないとか，知ったとしてもタイミングが遅くて問題を解決するのにちょっと遠回りしてしまうということでした。私が病院の地域連携室で働いていたときも，「もっと早く相談してくれたら，もっと適切なタイミングで医療を受けることができたのに」とか，「つらい介護の状況を作らなくてすんだのに…」とか，情報はたくさんあるのに欲しい人のところに届いていない現状を，もう何回も目の当たりにしていたんですね。病院の中にいると地域連携室をみんなが知っていると思ってい

たけれど，地域に出てみたら市民の人なんか本当に地域連携室の存在を知らない人が多くて。病院の機能分化や，選定療養費でお金がかかるとか，知る機会もあんまりないし，病院に行ってはじめて知るっていうような状況で。もっと生活の中でそういった情報をさりげなく知ることができたらいいなという思いがあって，そういったことをこの「とよなか縁結実」という居場所の中でやっていけたらいいなっていう思いがあったんです。

ただ，地域の中の居場所に医療従事者が入ったところで，市民の反応は無関心でした。たとえば，市民公開講座みたいに「健康の話をしますから来てください」みたいなことをやっても誰も来なかったんですよ。それが 2，3 カ月続いたんです。私ははじめ，地域に医療従事者が入っていったら重宝されるだろうと思っていました。でも実際にやってみたら誰も来なくて…，これは医療者のおごった考え方だと気がつきました。そういう中で悩んだ結果，アプローチ方法を変えてみました。たとえば医療者の中にはヘアメークが得意ですとか，クラフトができますとか，一芸とか特技とかを一緒に行いながら，「インフルエンザの時期ですよね，予防接種，受けました？」とか，「手洗い，やっていますか？」など，ついでのように健康に関するの話をしながら，市民の健康意識を高めるというアプローチに切り替えたんですよ。すると，ちょっとずつ，ちょっとずつ，人が集まってくれるようになってきたのです。

そうやって，人がいっぱい集まる仕掛けをいろいろ考えてやろうとしていたときに，ちょうど新型コロナウイルスの感染問題になり，人が集まる仕掛けがすべてパーになってしまいました。とよなか縁結実は，全世代対象なんですが，そのときはご年配の方が来てくださることの方が多くて。集まることで感染し重症化リスクが高くなることを考えたら他の「交流する・支え合う」方法を考えなければいけませんでした。

そこで「スタジオ縁結実」というオンラインで市民の人とつながる方法にトライしました。

はじめ，オンラインにすると妊婦さんや出産後のママさんがつながってくれました。コロナの影響でいままでは子育てサロンとかがあったのができなくなったから，豊中市の Twitter を見て，オンラインで居場所があることを知り，アクセスしてくれました。で，その子がまた，実際の場所に来てくれるとか，そういったリアルなつながりのきっかけになったのが，スタジオ縁結実でした。でも，実際にやってみて思ったのは，オンラインって慣れてないので，実際に来てもらって取り扱い説明を先に広めないといけないということでした。ご年配の方ならスマホやパソコンの使い方から説明する必要があり，オンラインでつながるということのハードルの高さを実感しました。

三浦　ありがとうございます。重田さんのところに，地域の，たとえばお母さんとか，高齢者の方も集まってくる，何ていうんでしょう，サロンみたいな場所があるということだと思っていいんでしょうか。

重田さん　そうです。とよなか縁結実は，庄内と北緑丘に 2 つ拠点があるんです。庄内は 10 時から 16 時まで開放していて，医療スタッフ 1 人，メインは看護師ですけど，い

ろんな医療専門職が常駐している。で，そこで普通に他愛もない話をしたり，健康っていうところを前面に出さずに，マスクグリップ作りに来てもらうとか。このマスクグリップ作りというのがコロナ禍の取り組みの 1 つなんですが，市民の「何かお役に立ちたい」という気持ちが居場所作りの継続の秘訣であることに気づかせてくれた取り組みです。

このとき，医療従事者が誹謗中傷で心病んでいる状況を私もいろんなところから聞いていて，最前線でやってくれている人たちを応援するメッセージとして，マスクグリップのプロジェクトを立ち上げたんです。それを始めたのが 4 月ですね。まずは医療従事者への応援メッセージを，SNS やホームページを使って募集しました。市民のみんなが誹謗中傷を言っているわけじゃない，むしろ感謝している人の声の方が多いんだということを医療従事者へ届けたかったんです。

そして医療者のためにマスクグリップを発案しました。マスクをずっと着けていたら耳が痛くなったり，頭が痛くなったりとか，不快感を自分自身も感じていて，何とかならないかなと思っていたときにマスクグリップを考えたんです。フェイクレザーを 2.5 cm に切って，子ども服とかにあるスナップボタンを両端に付けて，マスクのゴムに引っ掛けるようにしています。こうすることで，顎マスクにもならず，耳に掛けなくても固定できます。これを市民の方々と作って，コロナ禍で頑張って働いている医療従事者に贈ろうと思いました。他にも，コロナ禍で大変な市役所の人たちとか，コロナ禍でいろんな制限があるなかでの商店とか飲食店をしている方とか，人が生活していくために働いてくれてる人たち，福祉関係の人たち，そういった人たちに，プレゼントしようと考えました。これが『ありがとうの連鎖をつくるマスグリプロジェクト』です。ちょうど『報道ランナー』で取材もしてもらえて，とよなか縁結実という場所に来てもらって簡単に作れるので，年配の方から，子どもさんを連れて気分転換に来てくれるお母さんなど来てくださっています。そういった市民の方々みんなでマスクグリップを作るっていうことを，いまやっているとこなんですね。このときに実感したことは，マスクグリップを作って贈るということが，自分も社会貢献しているという思いになってくれるみたいで，本当にささいなことなんだけれど，何かしたいって思っている人たちがたくさんいて。そんな人たちがこれを作って贈ることで自分の役割を認識してもらえたりとか，社会につながっているなという感じがしています。このとよなか縁結実の事業自体が，市民の健康意識を高めるとか，市民がまちづくりに参画できるとか，自分自身にちゃんと役割があるということを認識できるであるとか，そういった関わりができることを目指してやっているので，このマスクグリップのおかげでちょっとそういったことができつつあるなと感じました。

三浦　北緑丘とか庄内とかに，だいたいどのぐらいの方が来られるんですか。

重田さん　狭い場所なのでいまは感染拡大防止の関係で 7 人来たら最大です。その時間帯にずっといる方もいらっしゃいますけれども，買物帰りにちょっと寄って顔見に来た，

みたいな感じの人もいます。庄内の場所は食堂をリノベーションした場所です。密になっちゃいけないから，庄内は 5 人でもういっぱいかなっていうぐらいです。庄内は，だいたい毎日 3 人は必ず同じ人が来ていますね。なぜその 3 人かというと，習い事グループの人たちですね。70 代，80 代の方々でマスクグリップを作りに来ることを，楽しく，生きがいのようにやってくれている方が固定客としていま 3 人います。北緑丘は団地の中の集会所を使わせてもらっているんです。そこはもうちょっと広いので固定客 7 人ぐらいです。マスクグリップが固定したので，リピーターがよく来てくれます。

三浦　最初におっしゃっていただいたとおり，そうやって集まる場っていうのはいろんな形で提供可能だと思うんですが，そこに医療の専門職の人たちがいるっていうようなことで，地域に根差した医療っていうのが，そこにただあるっていうだけでは普及できないので，それに対する取っ掛かりを作るみたいな感じですかね。

重田さん　そうです。医療を全面に出しても最初は参加者ゼロ，ゼロ，ゼロの日ばっかりで。でも「何でなんやろ…知っていて得やと思うねんけどな…」という思いだったんですよね。じつはその考え方が間違っていたのだと気づかされました。市民の方々は健康であることの価値をあまり意識されていないんだなというのをやってて感じるんですけど，健康であることの価値を知ることによって，もっと人の行動って変わるんじゃないかなと思っていて，次はそこにアプローチしていきたいと考えています。困ってることを解決してあげるっていうのはできるんですけど，もうちょっと先のことを考えて，予防的な意識を高めていけたらなって。

三浦　たしかに空気みたいなもので，普通は健康だからっていうことですね。コロナになって，自分がいつなんどき健康でいられなくなるかもしれないと思ったりすると，医療に対する注意はすごく向くわけですけど，そのときに慌ててじゃあどうしたらいいかってなるよりも，もうちょっと，じゃああの人にちょっと相談してみようみたいな形のことができやすくなるというようなことですかね。

重田さん　そうですね。コロナって良いきっかけやったかもしれないなと思っています。健康に対する意識を今回多くの方がもったと思うんですよね。自分の身体を守るであるとか，人にうつさないっていうことも含めてですけれども，そういった意識が高まったのはいいきっかけだったので，それをもとにもっと自分のもっている基礎疾患的なところも意識を高めていただけたらなと思います。たとえば糖尿病など生活習慣病の人たちで，指導されても行動できない人とかいるじゃないですか。それが，じゃあいざっていうときにどうなるのかっていうことを伝えやすくなったかもしれないなと思っていて。世の中的にはコロナはよろしくないんですけれども，市民への医療に関する啓発活動がしやすくなったと私は思っています。

病院勤務時代，患者さんという病をもった方を対象に私は関わってきたけれど，地域社会の中に入ってみたら，思ってたこととは全然違うことがいっぱいあって。ここでやれることって何だろうということを模索しながらやっているなかで，医療従事者たちが

もっている他の特技を使ってのアプローチであるとか，マスクグリップで市民が医療に貢献しているんだという意識を高めてもらう活動によって，もしかしたら健康意識ってもうちょっと高くなるのかなっていうのを，漠然と考えているような状況です。

三浦　いまいろんな医療従事者の方々が，参画してらっしゃるわけですよね。その方々は，いまはその専門職には従事されてなくて，そういう資格をおもちでありつつとよなか縁結実さんの方に来てらっしゃるっていうことなんですかね。それとも，専門職をもちつつ，そちらもやってらっしゃるのか。

重田さん　リタイアして活動している人もいますけど，働きながらやってくれています。病院に認めてもらっている人もいれば，休みの日にボランティアで来てくれている人もいます。去年やったので面白かったのは，歴史がすごい好きなドクターに豊中の歴史的なこと話してもらいました。話の後に「じつは医者なんだけど，何か困っていることある？」みたいな感じで聞いたら，ワーッと人が質問しだして賑やかになりました。ただコロナ対応で病院の方が忙しいのでいまは来てもらえないっていうのはあります。なので，うちのスタッフの看護師 4 人でやってくれています。

三浦　ありがとうございます。村上先生，どうですか。

村上　村上と申します。10 年ぐらい看護師さんの聞き取りをずっとやってたのですごく興味深く伺いました。3 年ぐらい前まで訪問看護師さんの調査をしていて，地域連携の部分がすごく興味があって。重田さんのお話は，わりと予防的な側面を大事にされてるっていうことですね。

重田さん　いまは，ですね。地域に入ってみたら，そこの部分はやっぱり拭えないというか，避けれないなと思っている部分で。

村上　あー。なるほど。そこは入り口ということですかね。まあ，でも，最終的に一番大事なのは，一次的な予防ですよね。

重田さん　そうですね。私は病院にずっといた人間なので，病院に来てもらわないようにするためにはどうしたらいいかなっていうのを考えています。

村上　公衆衛生的なことになりますよね。

重田さん　病院に来るにも，適切なタイミングで適切な場所に行けるっていう情報をしっかりもっといてもらったら，遠回りしないやろなって思って。そこを確認するとか，何を調べたらいいとか，行政も教えてはくれますけど。いろんなお金の手続きとかも，言わないと教えてくれなかったりとかあるじゃないですか。そういうのがさりげなく街の中にあったらいいなと。

村上　重田さんが目指してることって，ある年齢，ある健康状態になったら，全員に必要なことじゃないですか。でも全員がある 1 カ所に集まるわけにいかないから，緩いネットワークみたいなのを作っていかれるのかなっていうふうに聞こえたんですけど。どうでしょう。

重田さん　緩いネットワークというか，そこに多世代の人たちがいつでも来てもいいよっ

て，来れる場所「居場所」を作っているんですけれど，そこにもしかしたらその後にネットワークができるかもしれないし，ネットワークができたら，またそこから居場所も増えていけばいいなとも思っています。そういう形の気軽に誰でも来れる場所っていう意味では何でしょうかね，ネットワークを作ることが目的ではなくって，誰もがそこにふらっと来て，心理的安全な場所っていいますか…。

村上　お伺いしたいこと他にもあって。いま，重田さんがされようとしているプロジェクトって，たとえば社協（社会福祉協議会）が試みていることと近いかなと思うんですけど，そのあたり，なんか連携されてたりとかされてますか。地域見守りとか。

重田さん　いまは連携はしていませんね。私たちは医療・健康からアプローチしているっていうことなんで，最終的には連携することになると思うんですけど，ちょっとアプローチ方法が違うという認識が自分の中にはあります。

村上　なるほど。ちょっといまので整理できました。もっと広いし，福祉ではなくて医療であるっていうことですね。保健所とのつながりはどうですか。

重田さん　連携しています。たとえば，保健所からいま委託を受けてるのは，大阪府がやっていて豊中市も導入している健康アプリのアスマイル事業です。市民の人へのアスマイル導入啓発活動をうちが受けています。広く，平等にみんながちゃんと知らなきゃいけない情報を届けるためにも，医師会や看護協会などの医療系団体や行政など大きな組織と一緒にお仕事をさせていただいています。

村上　あー，なるほど。

重田さん　やっぱりちゃんと必要とされるところに情報を届けようと思ったら，行政との連携は絶対に押さえておかなきゃいけないと思っています。何でそんなことをずっと思っているかというと，やっぱり地域連携を現場でやってきたからなんですよ。病院の中で地域連携をやっても社会の中の一部分です。地域の中で包括ケアの形を作っていこうと思ったら，行政を絡めないと絶対無理だっていうのをずっと 15 年間感じてきたので。それができるような形を意識して動いています。

村上　なるほど。ありがとうございます。すごい勉強になりました。あ，あと，コロナとは全然関係ないんですけど，最初人材育成をずっとされていて，その後いまの地域連携の仕事を始められたという移り変わりの最初はどういうきっかけだったんですか。

重田さん　病院の中で病棟とか外来とか経験した後に地域連携の専任として地域連携室に入りました。まだまだ全然地域連携という分野に看護師がいる時代じゃありませんでした。私は紹介患者さんのトリアージをして院内につなぎ，その患者さんの診察結果などの情報を開業医の先生にフィードバックして，病院と診療所との関係性作りがおもな仕事でした。その中で，関係性の構築って，結局使う言葉とか伝え方とか話の聞き方とか，コミュニケーションの部分がとても重要で，それが次の紹介にも関わってくるみたいなぐらいの勢いだったんですよね。だからこそ，きちんと対応ができる人を増やしたくて人材育成の会社を起業しました。

三浦　ということは，コロナは重田さんのお仕事にとっては良い転換点の1つではあったのかもしれないですね。今回の状況にみんなが至ってしまったってことは私たちにとっても医療が日常的に大事だみたいな気づきにつながるわけですし。普段からいろんな医療の情報に接触しておくことの重要性に気づく人が増えると，重田さんの仕事にとってはそれを展開できるチャンスみたいな感じですよね。

重田さん　本当にそういうふうに捉えないといけないなと思っています。感染してしまった方やいまの制限体制とか，人々にとってよくないことも多くあるんですけれども，地域の中で医療をもっともっと知ってもらうっていう私の活動に特化していえば，先生が言ってくださったとおり，きっかけになりましたので，正しい情報と居場所が広がっていったらもっといいなと思っています。

三浦　感染禍が始まって半年ぐらい経つんですけど，ひょっとして私感染したんちゃうんやろかみたいな相談とかってあったりしたことはありますか。

重田さん　そこは，ないです。あったとしても保健所に連絡するように言います。結局，どこに行ったらいいのかということがわからないから，つなぐ場所とかつなぎ方がわからない。そこを伝えてあげるだけでいいんですよ。正しい情報をきちんと知るっていう術を知るような関わりができたらと思っています。

三浦　ありがとうございます。私もだいたい聞きたいことは伺えたと思います。何か話し残したこととか，これだけは伝えたいとか，何かありますか。

重田さん　豊中市の中でも，問題を抱えた人や課題がいろいろあって，そこを，全部を担うわけではないんですけれど，何かタイミングが合ったときに，1つひとつ問題を解決するきっかけになる場所になればなと思っています。医療や健康って，多くの人に関係あることなんで，病気にならない人もいるかもしれませんけれど，関わった方が何かあったときに遠回りしないというのが私の目標です。市民の方々が「何かお役に立ちたい」と感じてつながりができるとわかったのでイベントの内容も変えていく予定です。「近所にちょっとしゃべれるような看護師さんおったな，とよなか縁結実行ってみようか」みたいな感じで来てくれる場所になれば幸いです。

ところで…自分の話ばかりで，よかったですか？

三浦　それぞれの研究者のスタンスがいろいろあると思うんですけども少なくとも私自身は普段はこういうインタビュー調査っていうのをしてないんですよね。いつもはいわゆるアンケート調査で，あなたはこのことについてどう思いますかっていうのに，すごくそう思うとか，まったくそう思わないみたいな感じで選んでもらうみたいな形で，平均値でものをいうような研究をしてるんですよ。

普段のことでしたらわりと人間は一般にだいたいこんな感じで，カテゴリーによってちょっとずつ違いがあるみたいなことを議論しているんですけれども，今回のような事態だと多分それだけで，つまり普通の人が見ている世界だけ見ててもわからないことがいっぱいあるなと思ったので。直接それに関わりそうな方々にお話を聞いて，それぞれ

どういうふうに感じてらっしゃるかとか，どういう経験をされてるのかみたいなことを深く知らないと，考える材料が足らないなと思って，インタビューをしようと思いました。インタビューをメインで仕事をしている人として村上先生がいるので，助けていただいているという感覚で，私はただ本当に興味深くいろんな方からのお話を聞いていろいろ考えているという段階です。

村上　僕，もうすごいたくさんインタビューとっているんですね。で，いつもインタビューをそのまますごい長い引用をして看護師さんたちがどういうふうに考えて，どういうふうに実践をしてるのかを描くというのを，ずっとやってきてました。今回については立場によって全然捉え方が違うと思うんですよね。違った角度から，全然違ったふうに見えている。だけど同じコロナの感染症っていう事態を 1 つにまとめちゃいけないなと思っていて，いろんな経験をみんながしたものを並列する意味があるだろうなと思ってます。全体として日本人はいま，何を経験しているのかっていうのを知っておいて振り返っとく価値があるだろうなとは思ってます。

三浦　なので質問にシンプルに答えると，非常に役に立っているという。上から目線な答え方で恐縮なんですけどとても，みなさんすごく役に立ってる。はい。すごくありがたいです。

重田さん　ありがとうございます。

三浦　この間，村上先生とも話をしてたんですけども，変に私たちが考察するっていうのではなくて，こうだったんだよっていうことを出すためには，本当に渦中にあるときから話を伺っておくことっていうのが大事だと思いましたし，もう少し時間が経って，ある程度状況が変わったときに，また同じ方に振り返っていただくみたいなこともあってもいいかもしれませんし。取る物も取りあえずこうやって始めてるわけなんですけれども，インタビューに協力していただける方っていうのがいらっしゃることが，本当にありがたいと思ってます。今日は本当にどうもありがとうございました。

（2020 年 8 月 4 日実施）

協力者 G さん――40 代女性。訪問看護師。看護・リハビリセンター所長。ヘルスケアマネジメント学の修士号ももつ。

村上　どうしましょうか。時系列でお話しいただくのがいいのかな。もう自由にお話しいただいて。三浦先生，いらっしゃる前にお話ししてたんですが，いま，もう在宅勤務にしてらっしゃるんですって。感染のリスクを避けるために。

G さん　接触をできるだけ避けるために。でも第一波のとき，離れ離れになりすぎるデメリットがうちはけっこう大きかったですね。世の中，みんなリモートがうまくいってる情報ばっかりしかないから，誰か心理の先生とかが，日常の雑談の大事さとか出してくれへんかなぐらいにずっと思ってたんですけど。離れ離れになると，とにかく接触を避けようと思って直行直帰。お昼も近所の人だったら家に帰って。あとは遠い人だと事務所に出勤して，お昼も事務所になって。はじめて Zoom をやってみたら，明らかに在宅勤務の人の方が顔色が悪い。顔色が悪くて，なんか表情がないから，あーっ，これはまずいなと思って。うちは大事なステーションなんだなっていう。そこからアンケートをスタッフにとって，とにかくなんか思うこととにかく書いてってしたら，顔見てさいな雑談とかができなくなって，ストレスがたまるとかっていうのと，あと，ちょっと無自覚にしんどくなってっていうのが特徴だなって思ったんですけど。

なんか「うちなんか直行直帰で誰も会わなくてもオンライン駆使してうまくいってますよ」とかいうようなの聞くと，なんか私も苦手だし，スタッフもどうなのかなとか，ちょっと悩んだ時期あるんですけど。どっちかっていったらいい特徴なんじゃないかって思うようになって。メールとか文字で報告できるレベルと，プラス顔見て話すことで，うちのケアのクオリティーがもしかしたらいい具合に保たれてたのかもっていうので。第二波は，この雑談の良さみたいなものにオンラインをどうやってミックスしようかなってのがいまテーマで。私も事務所にいるかのような。いつもみんなの私のこと砦って言うんですよね。おるとうっとうしいけど，いざとなったら砦みたいになるから。砦感をどうやってコロナとつき合いながら出すかいうのがいま，私のテーマで。

個人的なことでいうと，子どもがちょうど大学生なので，アルバイトもして，控えながらもお友達とも会うから，家庭内感染リスク者。だから私は，本当はちょっと事務所に時々行きたいんですけど，行くときは誰もいないときとか，15 分に限定するとか。でも，いかにも所長がびびってる感がみんなに伝わると一気にそれがまた広がるから，気にしてなさそうにしながら，ささやかに事務所には行かないようにしてるっていうのが，いまの私の在宅のワークです。

村上　いまはみなさんいらしてるんですか。もうステーションに集まってらっしゃる方が

多い感じなんですよね。

G さん　どうやって人数をコントロールするか。25 かな，全部で。どう考えても，2 m は無理。1 m 間隔を測ったら，だいたい 10 人が定数だなっていう。それでも歯磨きするところとかは，一瞬は通りすがったりとかはあるんですけど，どうやってこの 10 をコントロールするか。あんまりコントロールしすぎると，いまストレスフルなのに，あなたお昼ここに寄っちゃだめとか，定数オーバーですとか言いたくないから，どうやって邪魔せずにとか思って，いま，投票みたいにしてるんです。毎朝 8 時半から 9 時まで絶対ミーティングすることにしたんですけど，これがみんなのけっこう命になってることがアンケートでわかって。何にしろ続けようと思って，朝，お昼，夕方，どこでどうするかとかいうのを前日に入力してもらって，定数はそこに書いてあるから，だいたいそれで調整してもらう。何となく緩やかに選択制。そしたら，サボってるんじゃなくて，本当は事務所来たかったけど定数オーバーか，みたいのがみんなの中でふわっと認識されて，不公平感みたいなものがちょっと減らせるとかいうのを駆使しながら。だからだいたい定数 10 人で，どこまでどうかわからんですけど，マスク着用で 1 m ごとに印つけて，やっと何とかいまいけてるかな。で，私がずっとそこに行っちゃうと，カウント 1 になっちゃうんで。事務所から家が近いっていうのもあって直行したり，24 時間 LINE でなんか入ればつながってみたいな，どうやって事務所にいるかのようなのができるか，いま挑戦中。

村上　じゃあ，コロナになって，在宅看護ステーションではどんなことを懸念されて，どういうふうに対応されてきたのか，一通りお話しいただけますか。

G さん　最初クルーズ船のときぐらいは，武漢よりは近いけど人ごとぐらいで，そこからぽつぽつ国内に広がりだして。神戸市内にもクルーズ船から帰って来た人おるとか，そのぐらいはまだ余裕。余裕やけど，準備もしてない。で，やばいな，どうしようとか思ってから，だーっていう速度がものすごく速くて，感染者の身近に迫ってくる感じが。で，やっぱりちょっと動きは遅くて，マスクも事務所に 10 枚しかなかったんです。普段そんなに使わないから。

だから本当に自分もものすごく反省したけど，準備が遅かったことで余計パニックになって。もうその時点ではサージカルマスクなんて入手できなかった。もうすべてですね。アルコールもそうだし，出遅れたな，ですけど。それでも Facebook で叫ぶと，レインコート余ってるよとかいうので，なんか駆使して，当面の分がまあ確保できたみたいなところで，ちょっと一息を。ちょっと偽物も含めて，本物を 100 点としたら 40 点ぐらいのなんちゃってセットとか，マスクも，とんでもない値段に手を出しましたけど，手に入り。1 万円ぐらいしたんです。1 箱。

もう眠れないですね，3 時，4 時とか，いろんな通知文書見ながら。昼間は通常業務で，みんなも混乱しているのを落ち着けて指示出さないといけない。発熱者がものすごく多い。そもそも 3 月，4 月っていうのはもともとコロナでなくても不調な高齢者の多

い時期だけど，熱出てるんですけど大丈夫でしょうかとか。スタッフの動揺を全部引き受けつつ，物もないっていう感じだったから，多分急性ストレスで，なんか自分の中の何かが崩壊したんちゃうかっていうぐらい，1 週間ぐらい眠れなかったですね。出遅れて，竹やりも持たさずに戦場に子どもを送るような思いでした。

正直なところ言ったら，緊急事態宣言が出たあたりって，誰も家からもう出てほしくないわけです。職員の命を思うと。そこから出勤させるっていうところから，もう自分の決断が重い。重かったし，休める職員だったら休ませようと思ったんですけど，収入がなくなるので。パートの人もけっこう多いから。「とにかく休める人は，休んで」みたいに言ったら，個別でものすごいメールがたくさん来て。先月父が首になって，どうしても私が生計を立てていかなあかんとか，これ以上収入が減ったら何とかとか。当時，新人看護師が 2 人入ってきてて，若い 20 代でまだ新婚さんだし，いまから妊娠を計画したりとかあるのに同行させてええんかって。そういう決断が 3 年分ぐらいがぎゅっと来た。その当時は本当に判断も難しかったですし，発熱者はコロナが否定できないですよね，長くご利用いただいた利用者さんが発熱して苦しいっていうところを，いや，可能性あるから行かないですとも言えず。竹やりもないみたいな武装で，後ろ姿を見送る自分。

村上　うん。

G さん　そのときは，なんかちょっと思い出すと泣けちゃうんですけど，自分は何にも守れてないんじゃないかって。自分は何かを守るためにこの職務を果たそうと思ってるけど，結局は何にも守ってないんじゃないかとかいう自分への問いかけも起きてたんです。そんなこんなで，そうやって動きながら，職員から質問あるたびにルールを決めていきました。いわゆるマニュアルというか，家族の会社でコロナが出て，その家族は濃厚接触者じゃないけど，会社が休業になって家にいるんですけど，その場合はこっちの武装はどうしたらいいですか，とかいう。大筋はいろんなガイドラインがいろんな団体から出てるんですけど，引き算とか，割り算とか。引き算のやつはやっぱり現場判断でしかないなっていうのは気がつきながら，そういうものができていった。

それで，こちらは管理者としてこう動いてるけど，他のところの実態はいったいどうなってるんだろうと。神戸市内全体がどうなってるって情報って全然入ってこないので。あとは，いくら私個人がステーションこんなに苦戦ですよって，いろいろ言うたところで声は届かないけど，一定のデータをまとめたときに，その声ははじめて通るっていう経験は何度かしてきていたから。それで，なんとか当たりをつけてアンケート作りました。

村上　相当早いですよね。4 月 13 日ですよね。多分，中央市民病院でクラスターが出始めた頃？

G さん　ええ，そうです。あれよりちょっと前だったかな。わりと早かった。もう 1 つ早く動いてたのが，訪問看護ステーションは物資が足りないだろうと思ってたので，クラ

ウドファンディングで挑戦してたんです。審査員の方には，200 カ所の神戸市の訪問看護ステーションが物がなくて困ってるんです，ぜひマスクを買うお金をください，みたいな。それと同時進行していて，裏づけが必要だったというか。

村上　そうすると，G さんの経験としては，最初に備品がないってなって，その次に，管理者としてスタッフの安全を守るのにまずいって感じがあって，で，実際に発熱の患者さんが出始めたっていう順番なのかな。

G さん　そうです。で，出遅れたっていう。トイレットペーパーとかと一緒なんですけど，ちょっと疎いというか，マスクの買い占めが起きるわけがないとどっかで思ってるから。もう私が気がついたときは，早い人はもう全部買い占めちゃってたから，出だしでもうすでに焦りが出た状況で，なんか周回遅れで走り始めたっていう感じですけど，やっぱりまずは物と，え，訪問に行かしていいん？ え，誰が決めるの，私？ みたいな。通知文書は日に日に多いし，いろんな専門家たるところに情報を求めていくのに，みんな見解は違う。絶対にこうしてくださいなんて，感染予防のところで言われても実際の生活の場でどうしていくんか。マスク 1 つも，利用者さんって，たとえば認知症の人とか，すごく物々しさをよく感じるんですね。マスクしてるかしてへんかやけど，みんなの緊張感が移っちゃって。あの当時，認知症の方は「あんた誰？ あんた誰？」って言ったのをいまでも覚えてるんですけど，すごく怖がられて。よく私は，もう自己責任でマスクを外して「私です」「あ，G さんかいな」みたいに。スタッフにそうしてとは言えないけど，この暑い中で，シャワー浴しながらマスクしてるんで，スタッフの顔色が悪いんです。私は，看護師が体調が悪くなるほどの感染予防の装備っていらないというか，熱中症対策を先にしてからと思っていて，いろんな専門家会議みたいなところで発言して。で，やっぱり熱中症の方のリスクが高いからマスクは外してもらっていいですと言ってもらえたんです。エアコンがなくて，部屋の温度が 36 度とかのところで，窓も開けれず，そこで 1 時間ぐらい排便ケアとか，体拭いたりとか，自分の汗が利用者さんに落ちるようなおうち。

そういうおうちに関しては外してもらっていいといったん思い切ったのに，その後，また別の専門家の先生たちと検討会してるときに，「それはとても理解はできるけど，もし，たまたまマスクを外して利用者さんが感染が出たら，訪問看護師マスクをせず利用者感染，っていうダメージに事業所が耐えれますか」と。「おそらくそのダメージから立ち直るのは難しいんじゃないか。苦労はわかるけど，マスクは外してはいけません」って言われたら，ものすごいそれは説得力あって，スタッフに，「申し訳ない」と。暑さは十分わかるけど，ダメージから立ち直れなかったらステーション自身も厳しくなるから，何とか我慢して，たとえばお風呂中にポケットに水筒入れて，吸うストローでマスクの下からとか。マスク問題はそんな感じで，とても暑くて心配してる。

村上　じゃあ，結局いまはしてるということですか。

G さん　してます。

村上　うわー。きつい。

G さん　ちょっと稼働率を下げて，本来，だいたいこれぐらい売り上げれば何とか事業が継続できるかなってあるんですけど，自分が首になる覚悟で稼働率を下げて。だって 1 日，朝お風呂，次の家エアコンなし，で，次がまたお風呂介助があって，夕方，たとえばうつの方のお話聞く，みたいなことだとちょっと隙間がなさすぎるから，たとえばお昼休みを 2 時間とって，ちょっとおうちで冷やしてもらう。事務所だったら，冷やせないんですよね，換気してるから。前だったら，みんなが帰ってくる前に，事務所をきんきんに冷やして，一瞬帰ってきたときにすーっと涼しく。冷蔵庫に冷たい飲み物置いといてとかしてたんですけど，いま，事務所も開けているので。そうすると稼働率を下げて早く帰れるか，夕方の訪問あるんだったら間のお昼休みを延ばしてちょっと仮眠とか。家でだったらちょっとクーラー当たってこれるんで。しんどい体をちょっとどう休めてやれるかっていうのがまた個人によって好みが違っていて，私，早く帰れるのが一番休めますっていう人も，子どものご飯が作れるんで朝ゆっくりの方がいいっていう人も，いや 4 軒くらいいいですっていう人もいる。いろいろ違うから，これはもうおおまか。ちょっと稼働率下げるっていうのは決めていて，あとは個人が好きなやり方をこのメニューの中からお選びくださいっていうのが一番合ってるんかなと思って。一律に決めると，必ず「えー，私，早く帰りたくなかったな」とか言うんですよ。「やりたいことあったのに」とか。むしろ，早く帰るより，全部記録を丁寧に書いて帰る方が気が落ち着きますっていう人もあるんで。

村上　稼働率下げるのって，お断りしてるんですか，利用者さんに。

G さん　そうですね。でもいま，なぜかコロナになってから，うちだけなんかな，がんの末期みたいな人はだいたい年 15％ぐらいだったんですけど，4 月から 9 割ががんの末期なんですよ。

村上　へー。

G さん　だから，1 年間にうちがだいたいおうちでお亡くなりになる人看るのが，月 2 人だから 24 人とかなんですけど，4，5，6 月ですでにそれを突破してしまっているっていう。何ていいますでしょう，1 件ずつが重い。だからみんなのグリーフケアが間に合わなくて。亡くなった人を看たスタッフがまた次の週も新しい人もたないといけないから，本当はいつも「あのときもうちょっと早く声かけといたらよかったです」とか，少し語る時間をとるんですけど，もうその間もなく動いてる状況が。うちだけなんかなって思うけど。なんか普通の依頼はどこに行ったんやろうっていうぐらい，ものすごく亡くなる方が偏っている。

　でも，依頼が来てもちょっとセーブはしていて，隙間を入れるっていうか，冷やす隙間を作るっていう。インシデントもちょっと目立つんですよね。「え，なんで救急車呼ぶ前に主治医呼ばんかったん？」って言ったりしたことあったんですけど，ものすごい暑い部屋なんです，そこ。ちょっと雑さが目立つ。

村上　そうなんだ。

G さん　それは何を物語るかやけど，わりと厳しく指導したんです。「暑さもわかる。コロナの不安もわかる。だから何とかしたいけど，だからって暑かったから頭が回らずに主治医に電話しなかったとかいうのは困る。これとそれとは分けてね」って。いまのうちから言うとかないと。コロナとか暑さのことはしっかり心配しつつ，私たちの仕事は大事にしようっていうのはあります。

村上　ちょっとさっきのお話に戻って，いま，稼働率下げてるときに，がんの終末期の方が増えてるって，これってコロナとは何の関係もない形で増えてる？

G さん　ええこと聞いてくれた。コロナと関係あるんです。

村上　あ，そうなの？

G さん　面会謝絶です。いま，どこの病院も，いろんな人たちの選択を大きく変えているのは。うちももちろん最期までおうちでって望まれる人をもともと見てるんですけど。そこがハイグレードになってるのは，いまが最期の別れかっていう，家族にしたらある程度は納得する時間があって，じゃあこのあたりで，なんですけど，いま別れたら，もう会えない。病院に 1 人置いてしまう。

村上　そうか。

G さん　ホスピスに入った後も行き来ができるっていうところがあるんですけど，面会謝絶となると。だいぶ問題になっていて，緩和ケアでもそんなことするんか，なんですけど。それやったらもう 1 日頑張る，もう 1 日頑張る，みたいになって。大事な家族が目の前で弱っていくのを折り合いながら，看護とか医療的なこととか家族もしてもらわないといけないから，必ずしもそれが耐え切れる人ばっかりでないので私はすごく推奨はしていないんですけど，「我慢するわ」みたいな，いままでよりはみんなが家で看るしかないというか，今日こんなに話せて元気な段階でいまお別れっていうところが，あまりにもつらくて。だからもうちょっと頑張るっていうので，本来だったら緩和ケア病室に行こうと思ったんですけどっていう人は，半分はおるかな。

村上　じゃあ病院から退院してくるんではなくて，昔だったら入院して亡くなった方が，入院しなくなったっていうことですね。

G さん　そうです。それはがんの人に多いんですけど，いわゆる慢性，高齢者の方で，介護力がなかったら，普通は転院とか施設だったんですけど，それも面会ができない。えー，この人無理やろう，老老介護も老老介護じゃんっていう人も，病院からは転院っていう方法があって，もう少し療養ができる病院に行くっていうのあるんですけど，でも会えない。本人が帰りたがるくらいだったら「無理，無理」とか言うんですけど，会えないっていうのが，切なさと，見放し感みたいなところで，多分圧倒的に増えているかなっていう。そろそろちょっと身の回りのことができなくなったらホスピスに行ってお世話になろうかなって，それぐらいになったら自分もお世話になることが苦痛じゃないからっていう人，何人かいるんですけど，でも「会われへんのか」って言うんです。

「お母さんの顔，もう見られへんのか」とか，お父さんの顔見られへんのやったらもうちょっと頑張ろうか，みたいな感じで。もともとホスピスを計画してた人が，けっこうちにいるから。

村上　そうなんだ。

G さん　私たちも，いつもの意思決定支援の中に，面会ができないことも含めて，どれが幸せでしょうね，みたいな，なんかどれがいまいいやろうねっていうのが，コロナのニューバージョンですね。

村上　なるほど。僕ちょっと意外だったのは，G さんは，『家に帰りたい』って本（『「家に帰りたい」「家で最期まで」をかなえる――看護の意味をさがして』医学書院）を書かれたぐらいだから，すごく強く勧めるのかなと思ったら，そうじゃないんですね。在宅での看取りをそこまでしてとは思ってない，いま増えてる方たちはそういう無理があると。

G さん　そうですね。自分がどういうふうに見極めてるんやろう。まず 1 つは，最期も含めて家ですごすこともできますよっていうのを多くの人が知らなかったっていうところで，ちょっと頑張らないといけなかったなっていうのがあるんですけど。え，病院じゃなくていいの？っていうのがあるから，そこはちょっと強調点ではあったんですけど，中には，お会いした瞬間とかファースト・アタックの段階で，向かってる方向，幸せのベクトルってどっち向いてるんかな，みたいなの，なんか頭の中で，よし，帰ろう，みたいな。なんかこうファースト・インプレッションみたいなものがあって。で，それはまた変わるんですけど。この人多分家に帰るとしんどいやろうなとかいうのもあるから，何だろうな，うーん，絶対おうちでもない。基本的には，どの選択が幸せなんだろうな，のお手伝いがベースで。

村上　ええ。そうか。そこのところに。

G さん　自分は看護師になったときって，高齢者は明治生まれぐらいの方でしたけど，家族は変わるんですね。延命治療の選択肢も増えましたし，もう何が延命治療かいまちょっと線引きもわからんのですけど。いろんなこと変わったけど，変わらないものが 1 つあって，やっぱり家に帰りたいってことが変わらないです。18 ぐらいのときに，認知症部屋みたいな男女混合部屋の担当になったんですが，みんな帰りたい。いまも変わらないものは，家に帰りたいってことなんやなとは思うので，それがかなうといいなっていうことは変わらず思うけれども。だから，必ずその人に響く形で提案はします。家に帰ろうって言ったら，すごいベクトルが反対に向いちゃう言い方になる人だったら，1 日帰ってみる？みたいな。なんかいろいろ言い方を変えながらですけど。

村上　うん。

G さん　一応提案はしてみて，帰らなかった人，おったかな？ だいたい出会うときは，誰かがその意思があって私たちに相談来てるので，帰れない人はそもそもご縁がなかったかなと思いますけど。

村上　そうか，そこの部分が違うんですかね。いままでだったらご縁がなかったかもしれ

ない。そうでもないか，在宅で見てる方が入院ないのか。どういう感じなんですかね。今回新しく増えた患者さんとご家族の層って，どうなんですかね。

G さん　いや，もう考えられへんぐらい，なんかいまって，ノーマルの依頼がない。

村上　そうなんだ。

G さん　たとえば介護保険の一番落ち着いてる人で，ほぼヘルパーさんで生活支援できるけど，週 1 回だけお薬の調整しないと不調になるとかいうような人やったり，脳血管障害でできなくなったことをお手伝いするとかいうのがノーマルなんですけど，そういう人なくて。そういう人だったら，プラス，同居している息子さんが暴れる系の引きこもりとか。なんか必ず，ここまでだったらノーマルなのにな，なんか複雑なおまけがついとるやないか，みたいな。本当は病院に行かなあかんけど，お金がないから家におるとか。なぜその人たちが来てるかはわからんけど，他のステーションどうなってるんやろうと思って。

村上　G さんとこだからケアを受けられるってみんな思ってるんじゃないですか。

G さん　それはそうです。なんか，もともとうち，平成 16 年に立ち上げたときに，当時は，名ブランドの訪問看護ステーションとか，老舗が並ぶところだったんです。だから何で売っていくかやけど，それはその人たちのできないこと，たとえば，日曜日の訪問とかは人気なかったから，それを積極的に受けるとか。あとは，難しいケースを受けるっていうところしか参入していけなかったので。しだいに，切り札に置いておこうとか言われだして。切り札じゃない，普通の方ください，みたいになってるんですけど。多少はそういう信頼というか，あそこに頼んだらっていうの，あるんですけど，けどひどいわ，コロナになってから。普通の人どこおるんやろうっていう。

村上　それ，面白いですね。面白いって言っちゃ，ちょっと語弊あるかもしれないけど。

G さん　訪問診療を同じぐらいやってる先生に聞いたら，うちも重症者ばっかりって言ってたから。この間，病院の人に，いやじつはうちこんな事情なんですっていまの話したんです。「重症者ばっかりか，新規の依頼はちょっと減ってるわ」って言ったら，「病院としたらいままでどおりやってるけど，在宅側は，たとえばちょっとお掃除がいるとか，ご飯を作るぐらいのヘルパーの依頼ぐらいじゃもう受けてくれなくなってる」と。「受け入れ側が，なんかちょっとあやしい病状の人だと受けへんとかなるから，病院としては在宅よりはサ高住（サービス付き高齢者向け住宅）みたいなところに帰すケースが増えてます」っていう。1 病院だけの話なんですけど，なんかいろんなことが，いろんなところで起きてるんだなと。トータルでどうなってるのかは誰も知らないんですけど。

村上　そうか。わかんないんだな。

G さん　こんなに世の中にがんの人ばっかりおるんやっていうぐらい。事務の人が「新規依頼来ました」言うのに「え，どんな人」言うたら，必ず，もう，やっぱり。しかもわりと厳しいがん。末期のいわゆる最終段階っていうか，数カ月だったりをすごさないといけない。1 つずつがパンチが効きますよね。みんな命は終わりたくないし。ACP（ア

ドバンス・ケア・プランニング）とかいうけど，いま行ってる利用者さんは，私以外は誰のことも受け入れへんのですけど，「生きてるあんたが憎らしい」って。

村上　うわー，厳しいな。

G さん　もう荷物の整理始めたとか言って，そのつらさを，悲しいってこういうことなんやろうなっていう涙流して。そんなふうに開いてみたと思えば，ものすごい憎しみの目で「なんであんたは生きてるの」みたいなっていう訪問は，重みがあります。末期の人がいま増えてるっていうのは，1 つずつのみんな家族の深い痛み，何ていうんやろう，それでも前に進もうとしてるけど，そんな大事なものがいなくなるとか，なくなるとかいうところは，信じたくないから，こっちはちょっと将来の話というか，この先の話を少ししたいんですけど，いまのことさえ受け入れ…なんかいい言葉がないな。明日の話をしとかんと看護師は困るっていうことは，こっちはわかるんです。明日少し痛くなるかもしれへんからモルヒネの準備をしないといけないとか言えんよなとか思いながら。でも明日になってその人がはじめて痛みというものを受け入れたときに，モルヒネは在宅だと 3 日ぐらいかかるから，極端に言ったら土日とかだったら物そろわないんです。だからいつもその人たちの気持ちを通り越したりせんようには気をつけて，そこがけっこううまくいかないと。絶対通り越さんとこうって思っても，昨日や今日のことで精一杯やのに，明日のこっちの見えてる現実をどう伝えたらいいかとかいうのが。一言で言ったら末期ですけど，最期を最期とも思いたくない人たちの最期を受けるということは，とてもチャレンジでもあるし，1 つずつ重みが。こっちはこの人が困らんようにと思って 3 手ぐらい向こうが見えるんですけど，その 3 手を脇に置いて，いまに心をとどめなあかん。

なんか嫌じゃないですか。自分は今日が諦められへんで，今日が今日であってほしいと思う。この目の前におる人は，そんなことよりも 3 日後の話やけど，みたいな感じにもなりたくないから，看護師としての頭だと，3 手向こうの，この人が次来たときにちゃんとキャッチできる，困らないようにしときたい。すごい頭がこっち行ったりあっち行ったりして，なんか昨日ぐらいはもういいやと思って。「なんであんたは生きて，私は死ぬん？」みたいな，その人はとくに同業なので腹が立つんです。だいぶ先輩ですけど。だから，何だったかな，「G さん，前からあなたに会いたかったわ」って言ったから，ちょっとほっとしたんですよ，受け入れてもらえてるかなって。そしたら「あなたの名刺見せてもらったけど，勉強ちょっと足らないでしょう，資格がちょっと足らないのよ」とか言って。

村上　なんだ，それ。

G さん　「あれー？」とか思って，「あ，申し訳ない，その資格，前もってたけど」とか，なんか，まともにちょっと受け答えしてたんですけど，あんまりそこに意味なくて，なんか帰り際にふと思ったのは，きっと憎らしいんやろうなって。で，それだけで終わったら，もう超嫌な人なんですけど，その前の訪問のときになんかケアの指導みたいなの

があって，「あ，そうですね，勉強足らないから，もっと頑張ります」って言った後に，急にまたその人の世界が変わって，「残念や」っていう，何ていうのかな，涙が水が湧くみたいに，その方が泣けてらっしゃる。悲しくてぽろぽろでもないんですよ。ずっとその人が話してる間，涙が染み出てるみたいな。

だからなんか，いいかって思って。現役でいるあなたが憎らしいというか，うらやましいし，「体の隅々まで私は看護師なのに」っておっしゃったりして，上げられたり下げられたりしながらですけど，怒ってみたり，泣いたりしながら，ほんで「はよ帰って」って言われて，そこそこで追い出されたんですけど。なんか数ではないっていう。稼働率下げると，一言で言うとそうなるんですけど，そんな訪問が多いから，本来だったら 4 件か 5 件分を稼いでこないと事業が継続できないんですけど，そんなケースだと 3 件ぐらいでけっこうこっちも消耗しちゃうのね。それが 4 月から顕著な感じだった。

村上　じゃあ，本当にコロナと重なってるんだ。

G さん　はい。コロナの影響で病床のコントロールとか，逆に緩和ケア病床がすいてるっていう話なんです。どうやって立ち行かそうみたいな。だから緩和ケア病床までコロナで家族を制限しないといけないかっていうのは，何とかしてほしいなと思います。

村上　そうか，そういうこと。

G さん　本当はこの人のストーリーは，緩和ケア病床にお願いしてそこでいいケアを受けながら，家族は部分的にその人のところに通うことで，多分きっとなんかいい形だっただろうなって思うんですけど。家だとあれもできへんかった，これもできへんかった，そして眠れてへんから，ちょっとしたうたた寝してしまった時間が後悔になったりとか，でも奥さん 3 日も寝てないねんから，とかっていうのが。予定どおり緩和ケア病床に入れて，自分がいられるのだけ一緒にいてっていうのが最善だったんだろうなと思うケースは何件かありました。後でこの人たちは，よかったとか考える時間あるかなっていうぐらい，歯を食いしばって在宅みたいなのが何件かあったんで，それはちょっと違うなって思いながら，でも会えないんだったらと本人と家族が話してるの見ると，もう，これはなんかニューバージョンだなっていう。

村上　なんか意外な，まったく予想してない話で。でも，すごく関係があるっていう。

G さん　そうなんです。

村上　かつての G さんにお話し伺ったときの話ともつながってて，だけどまた違う新しい話で。

G さん　よくぞもちこたえて，誰も辞めずに。やっと自分も，このちょっとした休憩時間っていうか，大混乱の第一波から第二波が来るまで時間があったので，物を買う時間や自分を休ませる時間があって，少し管理者としての本来やるべきこと発揮できて，じゃあ，こう来るんやったら，ていうか。最初の頃の，つねにコロナが自分の中にあって集中できへん自分がすごい嫌だったです。前みたいに作品が生まれてこない。緊張感もあるから。その中で最高のパフォーマンスってどういうふうにしたら出せるのかなってい

うのが，いまのテーマかな。どうこの距離の中で作るのか，報告なんかで上がってくる文字のものって，本当はあんまり私は知らなくてもだいたいなんかわかったりして，こぼれ出るため息とか，たいしたことない話とか，ささいなこととか，じつはそこが宝だと。

村上　うん。

G さん　そんなことを拾い上げていく。雑談ってたいしたことないじゃんっていう話がありますけど，私にとったら，いいケアをしようとするときに顔見ての雑談ってものすごく大事。

村上　いまは少し雑談の場は取り戻せてるってことなんですかね。

G さん　前よりはましですね。朝のミーティングは絶対入れることにして，それとあと LINE。メールだとなんか報告チックにお疲れさまですとかになるんで，ここに書かれてないものをもう一段階拾うのが LINE やったんで，LINE を入れて。あともう 1 つ，グループごとに分かれて夕方ミーティングしようかとか。朝のミーティングは私がわりとびしびし厳しいんですけど，夕方ミーティングはどっちかっていったらフォローの雑談で，5 人単位ぐらいで分かれてやると，よりちょっと雑談感が出るかなと。それも試しですけど。前よりだいぶましになりました。事務所の人数も前はその日に誰が何人来るってわからなくて難しかったけど，すっごいコントロールしてだいたい 10 人ぐらいで。朝昼晩のうちどっかは人数の少ないところで事務所に行って，顔見てしゃべるって，それが短くても。それでだいぶイメージに近づいて，あと 2 割ぐらいです。

村上　あとは G さんが顔出すことじゃないですか。

G さん　たまに顔出したら，「うわー，本物や」って。「所長，本物や」言うて。一応濃厚接触にならない 15 分以内にしてるけど，本物や，所長，あのね，あのね，あのね，所長，あのね，やから。他のところで，マスクと手洗いしてても感染したっていうケースがあって。

村上　あー。

G さん　事務所でもちろんマスクしてるし，距離も置いてるんですけど，みんな近くに寄ってくるんですよ。人間って，寄りたいものなんやなと思って。いまほどひどくないとき，事務所にみんな来ていいよってしたときがあって，そしたらみんな人と寄りたい。だんだん寄ってきてめっちゃ近，って思って。気がついたらマスクも外すようになったりして。日常に戻りたがるんやと思うから，事務所に私が行くと，いっぱい話したくて，時間制限多分難しくなって，かえって欲求不満になっちゃう。20 代の感染が少しピークアウトしてくれたら，もうちょっと事務所には戻りたいなと思っているんですけど。この間「本物や」言うて嬉しそうにしてたのがすごい印象的やったなと思って。自分はうまくいってると思っても，時々本物が行った方がいいんやなって。

村上　ありがとうございます。もう 1 時間ぐらいお話しいただいてるので，どうでしょう，三浦先生。

三浦　はい。ありがとうございます。雑談が大事なのは，看護師さんも当然そうだと思うんですけど，学生も同じで。課題を解決するとか，課題をこなすみたいなことに関しては，Zoom なんかでやりとりするのでもけっこううまくいくんですけど，なんかちょっとあれどう？とかのちょっとした無駄話ができないっていうことがかなり学生もストレスフルだと言いますし，われわれもそうだなというのはあるので。心理学の，たとえばリーダーシップの研究とか，ソーシャルサーポートの研究とかでも，それ自身が何か直接役に立つわけじゃないんだけれども，その場を和ませるとか，ただおしゃべりすることにはかなり意味があるっていうことは言われているので。やっぱりそれはどういうところでも同じだなとお話を伺ってて思いました。

1 つつけ加えて質問させていただくとすると，最近，エッセンシャルズとかいわれるようになったんですけども，在宅看護とかに関わっておられる方々等も含めた医療従事者に対するある種の差別的な言動であるとか，偏見であるとかがあるということをよく言われたりするわけですけれども，G さんが関わられたり見聞きされるなかで，そういうケースがあったよ，っていうのはございますか。

G さん　うちの職場では聞いてないんですけど，隣っていうか，同じ系列のところは，関連病院が感染出たんですよね。そうすると翌日から保育所預かってもらない，ママ友 LINE から外されーの。怖いよね。ていうような，一連の報道されるようなことは，一通り。

村上　やっぱあるんだ。

G さん　感染者が出ただけでもいまショックだけど，何が一番心にこたえたかって，嫌がらせです。嫌がらせの電話が 1 日 400 件かなんか。もう，いったら加害者。

三浦　ということですよね。先ほどそのマスクしてない在宅看護で感染があったら，そのように報道されて，ある種一巻の終わりみたいなことをおっしゃってたのは，やっぱりそういうところがあるんですね。LINE の友達から外しても，何もならないのに。

村上　それは別に関係ないのにね。

三浦　ねー，そんなことするかな。

G さん　こたえますよね，今日 LINE やってたのに，それを出たからって。一番傷つける方法で，誰の何の仕返しかわからんけど，なんか普通の人の心理が怖いって感じですよね。うちのスタッフも言わんだけなんやろうね，私に。「どうかな」とか言っても，「大丈夫です，所長，うちは」とか言ってるけど。

三浦　うーん。

G さん　わからないですけど，周辺では聞いて。ステーションって，車に名前書いてあるところもありまして，そしたら近所のおじいさんが追いかけてきて「菌もってくるな」かなんか言われて。ものすごい剣幕やったらしくて，みんなポロシャツとかロゴ入りの物を車の中に置いてから訪問してるっていうのは，近くのステーションが言ってました。うちは直接的に言われたことはないけど，言われた人がだんだん近くに増えてるから。

三浦　なるほど。だからあらかじめの対応をなさってるってことですね。わかりました。ありがとうございます。

村上　他で聞けない話を伺えたのでよかったです。ありがとうございました。

（2020 年 8 月 12 日実施）

協力者 V さん――40 代男性。感染症を専門とする医師。このたびの感染禍にあたり，感染症指定病院で治療に当たる。

村上　今回の研究では，はじめての感染症について日本人が何をいったい経験していて，どういうことが起きているのかを知りたいと考えています。

V さん　では，私が 1 月からどういうことをしてきたかをお話しするので，その中で掘り下げて話した方が良いところがあったら聞いていただくということでよろしいでしょうか。

村上　はい。よろしくお願いいたします。

V さん　私たちの病院は，感染症指定病院といって，特別な感染症の患者さんを診療する役割をもっている病院です。また国際空港に近いので，輸入感染症疑いの患者さんの診療も担当しています。

武漢で原因不明の肺炎が広がっているという話は，正月休みで実家に帰っていた 1 月 1 日にはじめて知りました。仕事柄，違う国で起きたアウトブレイクの情報とかニュースには敏感になっているんです。年始のはじめての出勤日が 1 月 2 日だったのですが，原因不明の肺炎が武漢で流行しているという話があるので，中国に渡航歴のある患者に肺炎症状がある場合には感染症科に連絡するように，というような院内の案内を出しました。ただ当時は，そもそもヒト－ヒト感染するというような事実はわかってなかったですし，どれくらい流行が広まるか，日本に本当に入ってくるかどうかについてもわからなかったです。それが最初の記憶です。

その後，1 月中旬頃に最初の患者さん，武漢からの旅行者の肺炎の方が入院し，その後だんだんと患者が増えてきました。

当時は，近隣の病院で診療拒否みたいなことが頻繁に起きていて，総合病院の呼吸器内科の専門の先生からも，中国から帰国した方の肺炎は怖くて診たくないので，診療をお願いしたいと相談が来るような状態でした。一般の方や感染症を専門としない医療者の方に正しい知識が伝わっていないので，熱が出ただけで，新型コロナウイルス感染症だと思ってしまう。1 月の段階においては，風邪症状や肺炎症状の患者さんのほとんどは普通の風邪や肺炎だったわけなのですが，そのことがなかなか伝わらなくて，院内外を含めて医療者の方の認識が追い付かないところがあったように思います。

私自身は，最初の頃から，新型コロナウイルスの肺炎で患者さんが亡くなるよりも，その病気を過剰に恐れることによって，本当に救わないといけない，診療を受けないといけない患者さんが医療にアクセスできなくなるとか，正しい診療が行われなくなるということが一番問題だと思っていました。行政の会議の場などで，そのことを繰り返し

主張していましたが，2 月，3 月頃は，救急車の受け入れ拒否，発熱患者の診療拒否みたいなことが頻繁に起きていました。

村上　正しい知識とさっきおっしゃいましたが，先生方の間では，こういうふうに診ていけば大丈夫というようなのはあったんでしょうか。診断についても。

V さん　もちろん未知の感染症なのでわからないところはたくさんありました。実際に，1 月の時点での知見といま現在の知見は変わっています。それでも，信頼できる情報ソースにアクセスする術を理解していれば，その時点での正しい情報を入手することは，そんなに難しいことではありません。ただ，一般の方の情報ソースというのはテレビとか新聞に頼っている部分が大きいですよね。意外かもしれませんが，病院で働く医師を含めた医療者も案外テレビや新聞から情報を得ていたりするので，テレビのニュースやワイドショーなどで流れる意見に左右されやすいんですよ。もちろん，きちんとした医師が出演して正しい意見を伝えてくれていることもあるのですが，いい加減なことを自信たっぷりに言うあやしい人もたくさんいて，メディアから発せられた誤った情報が，医療の現場を混乱させていたことは間違いないと思います。

村上　なるほど。ありがとうございます。この当時患者さんへの治療はどんな感じだったんですか。その他の感染症と比べて，何か大きな違いはありましたか。

V さん　重症になる人がそれほど多くないことは当時からわかっていました。当時，早期に診断して治療することが大切ということが報道で強調されていましたが，治療薬自体がなかったので，早期に診断したら救命率が上がるというわけではありませんでした。どんどん悪くなる人には酸素を投与したり，人工呼吸器を付けたりする必要があるわけですが，多くの患者さんは軽症で自然に良くなっていきます。初期の，混乱していた時期においては，そもそも疑いの低い軽症の人たちが病院に殺到することの方が非常に問題でした。後に，いろいろな議論が起こりましたが，当時，軽症の人は 4 日間程度は自宅に待機して，簡単に病院を受診しないようにというメッセージが出たのは，私たち的には非常にリーズナブルな判断だったと思っています。そのおかげで，軽症の風邪の患者さんが病院に殺到して混乱が起こることが，ある程度防がれたと思います。

最初の頃は，まあいまもそうなんですけど，PCR 検査がメディアの中で大きな議論になっていましたよね。私たちのような現場で患者を診ている臨床医からすると，臨床診断というのは病歴で決めるものなんです。たとえば 1 月中旬頃の状況においては，武漢に渡航歴のない人が新型コロナウイルス感染症である可能性はほぼゼロだったはずです。2 月頃の時期においても，海外渡航歴や患者との接触歴などのリスクが何もない方が，新型コロナウイルス感染症にかかっている可能性は非常に少なかったわけです。なので，診察した医師が PCR を依頼したら保健所に断られた，けしからんという報道が流れて騒ぎになっていましたが，私たちからすると，病歴上のリスクがない患者の PCR 検査を行う必要がないというのは当然の判断だと思っていました。新型コロナが心配だから検査を依頼したのに，行政が受けてくれなかったという感情的な批判が出て

きたことで，保健所の人たちは大変ご苦労をされていたと思います。メディアもそういう事例を取り上げて，保健所の対応を叩くという悪い流れになってしまって，本当に可哀想に思いました。もちろん中には保健所側の判断や対応がちょっとまずかった場合もあったのだと思いますが，現場でいろいろなやりとりをしてその大変さを知っている立場からすると，この半年間の騒動で一番大変な思いをして頑張ってきたのは，マンパワーが足りないなか，とてつもない量の業務をこなしてきた保健所の担当者であることは間違いないと思います。

村上　なるほど。そうなんですね。ありがとうございます。いまお話しいただいてる内容というのは 2 月から 3 月にかけてぐらいのことでしょうか。

V さん　そうですね。そのくらいの時期です。ピークは 4 月上旬頃。日本国内の患者発生数が一番多く，重症者も非常に多かった時期ですが，私たちの県内でも，人工呼吸器や ECMO の治療が必要な重症患者が多く発生し，とても大変でした。4 月の中旬頃から少しずつ落ち着いてきて，ゴールデンウイークの頃にはだいぶ収まってきたという状況でした。

村上　ピークだった頃に何が起こって，どんな感じだったのか。

V さん　指定感染症という扱いになったので，一般の病院では診ないで，感染症指定病院で診てくださいという話になったんです。感染症指定病院といってもいろいろなので，特別な感染症の患者対応を比較的積極的にできる病院もあれば，そうでない病院もあります。昔から感染症指定病院にはなっているけれど，感染症の専門家はいないし，スタッフもトレーニングされていない病院はたくさんあります。それと，診断が確定した患者を感染症指定病院に入院させるのは良いとして，疑いの患者も同じように感染症指定病院で診てくれという話になってしまったことも問題でした。あの混乱の時期に，診断する所と治療する所が一緒になってしまったことも大変でしたね。

村上　もう少し具体的にいまのところを教えてください。診断する所と治療する所とは。

V さん　疑いの患者さんは，病院を受診して，PCR 検査を受けます。それで，診断が確定したらどこかに入院しないといけないわけですが，当時は，入院を担当する医療機関と検査を担当する医療機関が，かなり重複していました。本当はある程度役割分担をした方が効率は良かったと思います。あとは，入院基準や退院基準が厳しすぎて，ベッドが効率的に利用できなかったという問題点もありました。その頃は PCR の 2 回陰性化を確認しないと退院できない決まりになっていました。PCR はいったん発症すると 2〜3 週間は陽性になり続けるんです。PCR はウイルスの残骸のようなものも検出して陽性になるので，PCR が陽性であることと，他の人に感染させることは，同義ではないんですね。もちろん，未知の感染症はデータが不十分なので，知見が集まるまでは PCR の 2 回陰性化を確認する方法がとられることはあります。エボラなんかでもそうです。ただ，2 月の下旬から 3 月くらいの時期には，PCR が陽性であっても発症から 10 日程度経過すれば，他の人に感染させる感染力はなくなっているという知見がそろってきて

いたので，もう少し早く退院基準を緩めるという対応が必要だったように思います。海外旅行から帰国した無症状の方が検疫所で実施された PCR 検査が陽性だったために入院依頼というケースはよくありましたが，そういう方でも PCR が陰性になるまで退院できないわけですね。陰性化を確認するのに 35 日かかった患者さんもいます。その間，患者さんは，部屋の中でスマートフォンをさわって，普通に生活してるだけなんです。私たちは，退院基準の判断のために，毎日 PCR 検査のための検体採取を続ける日々でした。限られた病床を効率よく使うための，基準の変更を現場が求めるスピードで実施できなかったというのは，反省点なのではないかと思います。

村上　あと，もう少し具体的なところを教えていただきたいんですけれど，感染者の方の病棟って特別に作られたんですか。

V さん　そうです。われわれはもともと感染症病棟という専用の病棟に陰圧個室という，中の空気が外に漏れないような構造になっている病室を 7 つもっています。それだけではまったく足りない状態になってしまったので，感染症病棟に隣接する病棟を新型コロナウイルス感染症患者の専用病棟として使っています。全部で 50 床ぐらいの病床をフルに空けていることになります。

村上　じゃあ 1 個病棟を空けるという形なんですね。重症の方が出た場合はどうされる？

V さん　うちの病院の感染症病床の中には，人工呼吸器を利用できるような環境になってるような大きめの部屋が 1 つあるので，重症者が発生した場合には，そこを使っています。ECMO 治療が必要なレベルの重症患者が発生した場合には，ICU の個室を使う場合もあります。

村上　でも ICU に患者さんが入ってしまうと，他の患者さんも出さないといけない？

V さん　ICU 内に個室がある環境であれば，他の患者さんがまったく利用できなくなるわけではありません。ただし，ゾーニングの問題などで，一般の患者さんの利用に大きな制限は加わってしまいます。また，防護服のような格好をしているスタッフが目に入ることになれば，他の患者さんやそのご家族も驚かれますので，そういう難しさもありますね。

村上　なるほど。ありがとうございます。7 床で，その次に 50 床の病棟を作られて，シフトとかスタッフの体制というのはどうですか。コロナ専用のチームを作られたんでしょうか。

V さん　病院によってやり方はいろいろだと思いますが，うちの場合は自分たちの診療科の医師の人数がある程度いたので，自分たちだけでだいたいの対応をしてきました。感染リスクがあるから専属にして家に帰らないようにするとか，他の患者さんの診療には関わらないようにするスタイルでやってるところもあるようです。私たちはもともと感染症が専門なので，飛沫接触感染の対策をきっちり行っていれば，感染リスクが低いことはわかっています。いまのところ，専用病棟のスタッフで感染したメンバーはいないんです。感染しているとわかっている患者さんに看護や診療で関わって，感染するリス

クは非常に低いと思っています。むしろ，救急外来のように，診療する患者さんの中にコロナの方が紛れているかもしれないという環境の方が，感染リスクが怖いです。そういう考えに基づいて，僕たちはグループを分けずに，通常診療プラス，コロナの患者を診るというやり方を続けています。

村上　なるほど。普段から感染症対策されてるから，別に変わらないということですか。

V さん　そうですね。ただ，家族がナーバスになってしまうケースはあると思います。私の家には小さな子どもが 2 人いますが，妻も医師でその辺のことをきちんと理解してくれているので，家に帰って普通に子どもと接しています。うちの診療科の他のメンバーについても，ナーバスになる配偶者とか家族はいなかったので，あまりトラブルはありませんでした。ただ，周りの話を聞くと，本人がリスクをしっかりと理解していても，家族の理解が追い付かない結果，家に帰ってこないでほしいと言われてしまうようなことはあるみたいです。風評被害についても深刻で，僕自身は直接感じたことはないですが，たとえば当院の看護師が，風邪症状が出たので近隣の小さな病院にかかろうとしたら，コロナ対応をしている病院の職員だということで，受診を拒否されかけたという事例があったようです。

患者が少ないうちは，うちの病院で新型コロナウイルス感染者の患者を受け入れてることを公表していませんでした。私たちとしては，やるべきことをしっかりやってるわけなので，公表されても何ら問題とは思ってないのですが，風評被害があるので，あえて公表する必要はないだろうという議論になっていました。HIV もそうだったわけですが，希少な感染症に関して，偏見や差別が発生するというのは歴史的に繰り返されてることなんです。だから，周りの人の理解レベルが低いと言うつもりはないです。患者数が少ないうちは「あそこの病院に新型コロナの患者が入院している」という噂が広まると，患者さんが来なくなるとか，紹介状を書く先生がそんな病院に紹介するのは心配だとか，そういう風評被害が発生してしまって，病院経営的にも非常にダメージが大きい。

村上　逆に公表するタイミングというのは，何か。

V さん　いまも公表はしていないですが，これくらいの時期になると，いろいろな病院に入院患者がいるのはみなわかっているので，もう問題になることもないように思います。

村上　ありがとうございます。じゃあさっきの質問に戻ると，特別なコロナチームを作られなかったということなので，ナースや技師さんたちも，他の病棟にいらっしゃる方がコロナの患者さんのところにもやって来てという感じですか？

V さん　看護師は原則として，その病棟のみで働きます。コロナの専用病棟を確保するに当たって，厚労省は看護単位を必ず分けるようにという指示を出しているので，同じ日にコロナの確定患者さんのケアをしてる看護師が別の患者に対応するということは通常はないはずです。ただし，放射線技師など検査を担当するスタッフを専属化することはできないので，他の患者さんにももちろん関わっています。

村上　わかりました。ありがとうございます。いまのお話だと，先生の中では，ずっと一貫して普段の業務の延長線上で実践をされてたように聞こえたんですけども，何か違いってありましたか。一般的に，僕たち何も知らない人間は，コロナってすごい大変なことが起きてると思っちゃうんですけど，いまのお話だと，わりと普通のお仕事のとおりに。

Ｖさん　私たちは感染症科という特別な診療科なので，エボラウイルス感染症の疑似症患者さんを受け入れしたこともありますし，輸入感染症疑いの患者さんの対応をすることが日常的にあるので，新型コロナウイルス感染症の患者さんを診療すること自体には恐怖心はないんです。ただし，社会の注目度が非常に高いところとか，病院のキャパシティーを超えた依頼が来るので，社会的に難しいケースはたくさんあって，その辺の対応はすごく難しいと感じています。たとえば検疫所とか保健所とのやりとり 1 つにしても，平時であれば当番のメンバーに任せることができますけど，今回はうちが断ったらその患者さんが本当に行き場を失うとか，県庁に連絡が行くとか，もっと忙しい病院に行っちゃうとか，そういうケースもあるので，連絡窓口と判断は責任者がした方が良いと考え，県庁とか保健所とか検疫所からの連絡は直接僕の携帯に来るようにしていました。あとは夜間の対応が非常に多いことも大変です。行政検査の PCR の結果はだいたい夕方ぐらいにわかるので，午後 6 時以降に入院依頼が来ることが多いです。検疫所からの依頼も夜が多くて，最終便で着いた人の受け入依頼が来るのは，午後 11 時半とか 12 時とかになることもしばしばです。一番大変だったときは携帯電話の着信記録全部が県庁とか保健所とか検疫所からの連絡で埋め尽くされるみたいなこともありました。変則的な時間の対応が多いことを含めて，平時の対応とは違うことは多いです。

　あとは病院内での診療体制を整えることが難しいと感じます。4 月頃にうちの科だけではとても回らないというような状況になりかけたので，内科の別のグループから支援の先生に加わってもらうことになったのですが，では誰が加わるのかという話になると，個々人の恐怖心の程度が違ったり，家族の理解の問題なども出てきたりして，簡単ではありませんでした。私たちは，この半年間とんでもなく大変だったんですけど，医療者がみんな大変になってるわけではなくて，普段よりも暇になった医療者もいっぱいいるんです。実際に，平時よりも全然患者が来なくて暇でしょうがないと言ってる先生たちもいるので，その辺のバランスが崩れてしまっているところも難しいですね。自分たちはもともとの専門の仕事なのでその不平等について不満に思うことはそれほどなかったのですが，やらされてると感じている医療者の中にはいろんな思いを抱えている人がいるだろうなと思います。

村上　たしかにそうですね。不公平感はありますよね。もう少し教えていただきたいんですが，たくさんの患者さんを受け入れられてると，突然重症化する患者さんも何割かいらっしゃったと思うんです。そういう場面でドクターの役割は当然すごく大きいと思うんですけども，どうなんでしょうか。

V さん　ワイドショーやインターネットであやしい先生たちが，ただの風邪って言ってるのを見かけますが，実際に患者をたくさん診ている自分たちからすると，ただの風邪では絶対ないと思っています。ただ，軽症者が多いというのは事実です。重症化については，ある程度予測可能なところはあって，基礎疾患もってる人とか高齢者が悪くなるという傾向は，現場感覚としてもまさにそのとおりですね。熱がずっと続いて，だんだん酸素が悪くなって，これはちょっと人工呼吸器つけないと命が助からないなという経過になることがパターンとしては多いです。悪くなるスピードが早い場合もあります。

人工呼吸器がついている患者さんでは，看護ケアにかかる労力が違うので，人工呼吸器が 1 台稼働しているだけでも，病棟スタッフの仕事量は増えるんです。また，家族がみんな濃厚接触者になってしまっているので病状説明がスムーズにできないという問題もあります。患者さんの病状が悪くなったときに，人工呼吸器を使用した治療を行うかどうかを含めたコードの確認をするのですが，家族が濃厚接触者で別の病院に入院してるとか，自宅にいても濃厚接触者なので病院に来てもらうわけにはいかないというケースがけっこうあります。

村上　どうされたんですか，そういう場面って。

V さん　電話でやりとりすることが多いですが，亡くなる間際の家族の面会はタブレットでもできるようにしています。最期の面会はご家族にとってとても大切なことだと思うので，手袋とかマスクとか着けてもらって，直接中に入っていただく場合もあります。

村上　いまの部分って，すごく今回，他の病気で亡くなる場合と違う。ご家族が会えないって話はすごくたくさん聞くので。

V さん　どこかの自治体で，PCR 検査で陰性だった方が，間違えて陽性と報告されて，そのまま面会できずに火葬されてしまったという報道がありましたが，ああいうことも起こりうるんです。つい先日，病院に長く入院している肺炎で亡くなった患者さんのご家族が，PCR 検査を念のためやってもらえないかと希望するという事例がありました。主治医の先生も困っていたので，私が直接ご家族と話して，検査は不要であることを納得してもらいました。ご家族は，葬儀で「肺炎で亡くなった」と親族に伝えたら，「コロナではないのか？」「本当に大丈夫なのか？」と聞かれるのを心配しているとおっしゃっていました。新型コロナウイルス感染症について，私たちが伝えてほしいと思うポイントとまったく違う，不安を煽るような報道が多いことはとても残念だと思っています。

村上　とすると，社会にとってこれから何が必要になりますか。これから冬に向けてもう 1 回流行ると一般的には言われてますね。どのように構えるべきだと思われますか。対策としても，あるいはメディアなり政府なりが社会に対してどう投げかけていくべきか。

V さん　なかなか難しい質問ですね。今回のいろんな騒動を考えると，メディアは結局注目を引くような報道をする傾向があるので，メディアに正しい情報を流してくださいってお願いしても，無理なのかなと半分諦めています。ワイドショーみたいなテレビは見

ないでくださいっていうのが，当座の解決策かなと個人的には思っています。

リスクコミュニケーションが上手な国は，政府が豊富なマンパワーの下に，透明性をもった情報を迅速に開示するという方針を徹底しているように感じます。日本ではそういうことができないですよね。政府が悪い，厚労省が悪いって言う人はいっぱいいるんですけど，私も厚労省で働いている人たちから聞いて状況は知っているので，まず圧倒的に人が少ないことは問題視するべきだと思います。CDC（アメリカ疾病予防管理センター）を日本で作れとか言ってる人がたくさん出て来ましたが，どれくらいの予算を付けて，どれくらいのマンパワーをそこに投入すれば役割が果たせるのかを考えて意見を言っている人は非常に少ないような気がします。厚労省の現場が無能なのではなくて，役割を果たすだけのマンパワーもなければ，もともとの組織構造的に，能力高い人が集まっても上手に能力を発揮できる環境にないというのが問題なのではないかと思っています。

村上　ありがとうございます。全然違う質問になるですが，先生の病院は空港が近いんで，外国人がたくさんいらっしゃるんじゃないかなと思うんですが，それについては今回いかがでしたか。

Ｖさん　うちは空港に近いので外国人の患者がもともと多いです。今回の件でも，検疫所から患者を受けることがあるので，たくさん対応しています。日本在住の人が海外に一時的に滞在して，戻ってくるみたいなケースもけっこう多いですね。英語も日本語も話せない患者さんとのコミュニケーションはすごく難しいので，翻訳ソフトが入ったタブレットなどを使っていますが，細かいニュアンスを伝えるのは難しいです。

空港検疫所では，ほとんどの国から帰ってくる人にPCRの検査をやっているんですけど，じつはPCRが陰性でも2週間自主隔離目的に待機しないといけないんです。そういう事情で，空港の近くのホテルにPCRが陰性と確認されて14日間健康観察しないといけない人がたくさん滞在されています。その人たちが期間中に自宅に帰る場合には，公共交通機関を使ってはいけないというルールになっています。そうはいっても海外から帰ってきた人のほとんどは，公共交通機関使わないで自宅になんて帰れないですよね。この件もそうなんですが，政策を決める場合に運用上の細かい部分まではしっかりと考えていなくて，とりあえずこういう方針でやろうって決定して進めた結果，現場がとんでもないことになっているということは多い気がします。保健所とか検疫所の職員の方は，まさに政府が決めた方針と現場のギャップが原因で，ご苦労されているのではないかと思います。

村上　たしかに，そうですね。なるほど。ありがとうございます。先ほどのお話にちょっと戻っちゃうんですけども，ある時期までは，外国から帰国された方，あるいは武漢から来た方の感染だけだったと思うんですけど，ある時点から国内感染が広がっていますよね。何かお仕事されてて変化はあったんでしょうか。

Ｖさん　3月下旬から4月上旬ぐらいに感染経路不明の患者さんがたくさん出てきて，明

らかに流れは変わってきたなというのは感じました。県内で発生した患者さんの行動歴を含めた詳細な情報を行政側が開示してくれないという点も課題だと思っています。現場で診療している立場としては，このエリアで何人くらい患者が発生しているとか，この施設を利用した人で患者が散発しているとか，そういう情報を迅速に教えてもらえないと，質の高い診療ができないと感じます。とくに患者数がそれほど多くない時期においては，そういった疫学情報はとても大事なんです。保健所の職員の方が頑張って患者さんから聞き取り調査をして集まった情報が，現場になかなか還元されない。行政の会議でも何カ月間もずっと訴えているのですが，報道発表以上の情報を医療機関の現場に与えることはできないという回答が続いています。その結果，最前線の自分たちは，地方新聞が夕方に発表するインターネットのニュース記事を見て，限定的な情報を知るという状況になってしまっています。

三浦　いままで聞いてないような話もたくさん聞かせていただいて，ありがたかったです。インタビューのもともとの目的と関係ないことを 1 つ聞きたいなと思うんですが，感染症の専門医の方というのは非常に少ないといろいろなところで聞いているんですけれども，実際そうなんですよね。

V さん　感染症専門医は全国に 1500 人くらいいます。ただ，感染症専門医という資格をもっていることが，あらゆる感染症の診療にしっかりと対応できることを担保しているわけでは必ずしもありません。日本は歴史的な経緯で，いろんな診療科の先生が感染症専門医の資格をもっています。いま求められてる感染症の専門家というのは，もともとの専門性にとらわれずに，あらゆる感染症の診療と感染管理の問題に対応できる人材です。たとえば肺炎は診れるけれども他の感染症は診れませんというのだと困るわけです。最近では，真の感染症の専門家を育成するための教育を提供する研修プログラムは増えてきましたが，こういった有事に現場で指揮を執れるような専門家の数はけっして多くないように思います。

三浦　V さんご自身は，なぜその感染症の専門医になろうと思われたんですか。

V さん　私の場合は，半分成り行きなんですけど，一般内科の研修を終えて，専門を選ばないといけない時期に，手技を身につける分野よりも，現場でコミュニケーションをとりながら，いろいろな人と関われる領域で働きたいと思ったことが，感染症という領域を専門に選んだことに関係しているかもしれません。あとは公衆衛生に関係する分野で仕事をしたいという気持ちもありました。すごく積極的に選んだわけではないですけど，気づいたら感染症の分野に身をおいていました。

三浦　今日ずっとお話をお伺いしててすごく印象的なのは，新型コロナウイルスの感染症というのが，ごく普通の感染症だということをすごく強く感じたんですけれども，世間的な認識はそれとずいぶん違うじゃないですか。症状うんぬんというよりも，こういう社会現象，社会がこうなったことそのものが私が生きているなかではじめてぐらいのことになってると思うんですが，なぜそういうある種の乖離が起きるのかなと思って。何

が恐怖心を煽っているのかなと思うんですけれども，Ｖさんの目から見ると，どういう特徴あるからそうなると思われますか。

Ｖさん　先ほどお伝えしたように，感染症の歴史は繰り返していて，新型インフルエンザのときも，多分同じようなことが起きていたと思うんです。私自身は専門家として現場にいたわけではないので，はっきり覚えていないのですけど。日本でHIVの患者さんがはじめて診断された際にも，大騒ぎになったと聞いています。

三浦　なるほど。たとえばHIVとかのときだと自分が感染するとはあんまり思わないけれども非常に怖いらしいという感覚で，新型インフルのときは私がいま住んでるところあたりで最初の感染者が出たんですけど，ここまでものすごくうつるみたいな感覚はあまりなかったように思うんですが。

Ｖさん　コロナに関しては，日本に患者が入ってくる前の時期に，外国で患者がどんどん増えていき，その伝わり方が影響したというのはあったのかもしれません。武漢の様子の映像が放映されることで，医療が崩壊している様子が直に伝わって来ましたよね。全身を防護服に包んだ医療者の映像が繰り返し流されていましたし，ああいった報道を見ると，恐怖心を感じるのは当然だと思います。感染症は目に見えない病気ですから，何となく怖いと思ってしまいますよね。

過去にも，SARS，MERSという，同じコロナウイルスの感染症が流行したことがありましたが，そのときと比較すると，非常に早い勢いで世界中に広がったことが，印象的でした。私は，いま一緒に働いてる若手の先生たちに，こんな経験ができることは，感染症医の一生のキャリアの中でもう二度とないかもしれないから，大事にした方がいいと伝えています。自分自身も，病院内外がこんなに大混乱しているなかで，どういうふうに人を説得して，やるべきことを前に進めていくかを経験できるのは，すごく貴重だと感じていて，別に同じようなことが起きたときに役立つから頑張ってるわけじゃないのですが，経験値としてはすごく意味があることだと思ってます。

三浦　はい。それはすごくよくわかります。これも非常に市井の一市民としての質問なんですが，私たち大学人ですけれども，大揉めに揉めているわけですね，大学に学生を戻せと言ったり，いや，オンラインじゃないとだめだって言ったり，もうむちゃくちゃになってるんですけれども，あんまり冷静な議論がどこでもされてないんですね。どうしたらいいのかってときに，誰もどうしたらいいのかわからないので，みんないろいろめちゃくちゃ言って，実際めちゃくちゃなんですけど，感染症予防として最低限これはしてくださいというのはどんなことでしょうか。

Ｖさん　マスコミから取材がきて感染予防のために何をしたらいいですかって聞かれるとするじゃないですか。メディアはきっと派手な回答を求めていて，これをやりさえすれば大丈夫。たとえばイソジンでうがいをすれば大丈夫とか，いままで誰も思い付かなかったことを言ってほしいんですよね。でも，専門家であればあるほど，地味な話しかできなくて，手洗いをしっかりすることと，飛沫感染をしっかり予防するしかないんです

よ。3 密を避けようというのは，キャッチフレーズとしてはすごく有効だったと思うんですが，結局飛沫が飛ばなければ，飛沫を浴びなければ，感染は成立しないという一番大事な部分が伝わっていないのではと感じることがあります。もう 1 つ，感染者が同じ空間にいない限りは，通常感染は成立しないということも理解されていないことがありますね。メディアは空気感染のリスクを強調してずいぶんと騒いでいましたけど，条件がそろわないと空気感染は簡単に起きないと思っています。簡単に空気感染するのであれば，満員電車でもっと感染は広がっているでしょうし，日本中でもっと瞬く間に感染が広がっていると思います。

患者さんから直接くわしく話を聞くと，食事の場で感染源の方と一緒だったとか，マスクを外して飛沫を浴びるような環境にいたことがわかる場合が多いです。逆にいうと，密な空間であっても，人がしゃべらずにじっとしていれば，感染が広がるリスクは低いです。たとえば，うちの病院では入り口の検温をいろいろ考えて行っていなかったのですが，そうすると投書が来るんですよ。どうして他の病院はやってるのに，お前たちの病院ではやらないのか，と言われます。新型コロナウイルスに感染していても熱が出ない患者さんもいますし，まったく別の原因で熱が出ている患者さんもいるわけなので，発熱でスクリーニングしても，それほど有効ではないと思うんですよね。仮に新型コロナウイルスに感染している患者さんが，待合室で待っていたとしても，マスクをしてじっと座ってる分には，感染が広がるリスクは高くないと思っています。大学も同じで，キャンパス内で授業を聴講すること自体は危なくないと思うんですよ。ただし，小中高と違って，大学はキャンパスライフ自体が大学教育になっているようなところがあるので，授業を受けてすんなり家に帰っていくわけではなくて，学食に行って友達と話をして，サークル活動して，夜は飲み会があるみたいなことは考えられますよね。そうなると，感染リスクは高いと思います。先日ニュースで「自治体の感染対策を守っていますという証明シールを貼っているキャバクラみたいなところで感染者が出たけど，どうして？」というのが流れていましたが，ガイドライン守ったら感染しないわけではないので，純粋に何がリスクで，それをどういうふうに避けるかってことを考えて対策を立てる必要があると思っています。Go To キャンペーンもそうですけど，旅行すること自体のリスクというよりも，旅行先で何するかというのが一番の問題です。そのあたりのニュアンスが正確に伝わらないと，ガイダンスをしっかり守ったのにどうして感染したの？というおかしな議論になってしまうのかなと思います。大学生活の感染対策って本当に大変ですよね。

村上　混乱してますよね。矛盾した命令が同時に来るんですよ。謎過ぎる。困ってます。

お話，すごい参考になりました。勉強になりました。ありがとうございます。そうですね，ちょうど 1 時間くらいお話伺ったので，もう，すみません。こんなね，お仕事の，なんか，途中で，これからもお仕事待ってらっしゃると思うんですけれど，どうもありがとうございました。

三浦　長時間にわたり，本当にありがとうございました。

Ｖさん　はい，失礼いたします。

（2020 年 9 月 1 日実施）

協力者 M さんと N さん——M さんは 60 代男性。感染症科医の医師。N さんは 50 代女性。感染症科の看護師長。同じ病院で感染者の治療に当たっている。

三浦　どのように今回の感染禍に対応してこられたかを，時系列，そのときの進行に従って，はじめのところからお話しいただけますか。

村上　どちらかというと事実だけというよりは，お二人が実際にどんな経験をされてどう思われていたのかを教えていただけたらと思います。

M さん　了解いたしました。2 人で補い合いながら話します。私たちの病院の位置づけですが千葉県のかなり広い地域の 1 つの大きな基幹病院で，この地域ではすべての疾患が当院に集中する病院です。同様の病院が近隣にない点が重要です。都内のように病院がたくさんあると，コロナ患者を紹介する病院の選択肢は複数あるのではないかと思いますが，この地域では当院しかない，結核も HIV もすべて受けていて何か起きても，エボラ以外は全部診ます，というスタンスの病院です。病床数は 989 床でほぼ全科そろっていて科の垣根も低く診療が行われています。

ですからコロナの話があったときに，当然のことながらこの地域に来れば受け入れるつもりで始まりました。時系列でお話ししますと，2 月 12 日に横浜のダイヤモンドプリンセス号から，外国籍の陽性者で，ほぼ無症状になっている段階の方，インドの方が 2 人入院されました。お二人とも元気にすごされて，3 月 3 日と 9 日に退院されていきました。

すべてを見てきたとはいえ職員にとってこの時点では非常にストレスが多かったです。というのは，テレビでクルーズ船の様子が連日出ていて，千葉県でも受けるという話は来ましたが，クルーズ船からは直接の情報がまったく来なかったのです。「今日患者さん送ります」と言われた日には待てど暮らせど来ない。問い合わせたら今日はもうやめましたと言われるような状況でした。

N さん　はい，そうですね。

M さん　そして別の日が決まったら時間の約束もないまま突然搬送されてきました。今度はすごい防御をした救急車がいきなり病院の前に止まって，白装束（タイベック）の救急隊員が突然出て来て周りの患者さんがびっくりしてしまうというところから始まりました。

このときの看護師は，病気に対する不安も強かったとは思いますが，どちらかというと風評被害的な部分が非常に大きかったです。当院に勤めているというだけで，親戚や知人から差別を受けたり「コロナ大丈夫なのか」と聞かれたり。そういう中で，最初は看護師も一部では自分は患者を受け持ちたくないとか部屋に入りたくないとかそういっ

た気持ちもあったようです。

N さん　はい，そうですね。最初にクルーズ船の患者さんが来るとなったときに，まずどうしようと思いました。結核など感染症の病床もあるので，看護師も多分来るだろうなというのは覚悟していたのですが。対応策がまったくわからないというところで，N 先生に勉強会をまずしていただいたりしました。あとは防護具の着脱方法を 2 回ほど行いました。スタッフは看護補助員さんなども含めて全部で 41 人いますが，全員が必ず 2 回着脱の講習を受けることにしました。まず自分たちの身を守れる，安心して対応できる環境を作らないといけないなというのが 1 つです。受け入れたときにどう対応するかは，看護局長さんや感染対策の認定看護師さんも入れて，入院前に話し合いができたというのも良かったのかなと思います。それで受けられる体制を整えて，2 人の入院を受けたという感じです。

実際は予定どおりにいかないと感じました。入院経路も人がいないようなところを選択して入院してもらおうと思っても，結局たくさんの人の出入りにぶつかってしまうというストレスが，ありました。カルテも秘匿処置がとられて閲覧できないようにもしたのですが。患者マップという，院内で患者さんがどこの部屋に誰がいるという図は，名前は出さないようにしましたが，見ると「コロナがいる」みたいになる。そういうところから「あそこにコロナがいるんだ」というのが，田舎なので広まってしまったんです。

M さん　いまでは職員も何とも思わなくなったのです。最初はやはり非常に興味があって，そういう中から漏れてしまったと思われます。

N さん　最初はクエスチョンだったと思います。「いるかもしれない」というクエスチョンを何とか確実にしたいので，スタッフに聞いてくる。だからスタッフとしては，それを秘密にしておくということがストレスでした。「いるの，いないの，どうなの」というのをすごく聞いてきて，興味津々なんです。それをかわしていく自分たちのストレスがすごくて，嘘をついている気分になる。「いないよ」と言えばいいと言ったんですが，そう言うことは嘘をついいていることになるから，そこがストレスということです。不思議なことに，誰彼構わず聞いてくるんです。

三浦　「いるならいると言えばいいだろう」みたいな感じですか。

N さん　そうなんです。顔の表情で「いるんじゃない？」と言う。エレベーターに乗っても「いるんでしょ？」と言う。そのストレスと，いたらいたで今度は避けられる。一緒にエレベーターに乗っていても，すぐ次の階で降りられてしまうことなども，実際に経験しているスタッフはたくさんいます。

「この子は中央病院に働いているから」ということで，ちょっと数日姿が見えないと「あんたコロナだったんでしょ」と，元気なのになぜか言われる。近所のスーパーで「あんた●●病院に勤めてるのになんで買い物してんの？ なんでいんの？ ここに」と言われる。そういうスタッフがたくさんいました。そういう差別がすごくあって，秘密にしなければいけないことと誹謗中傷でみんな非常に気持ちが疲れてきてしまっている，

という状況だったんです。

じつは患者さんはとても元気だったし，いい人だったんです。ですから，患者さんと接しているなかで「私たちはこんなに普通の人を看てるのに，なんでここまで嫌われなきゃいけないのか。みんながおかしいね」というところから始まっています。姿も見ていない，本当に接していない人の好奇心と恐怖に，私たちが翻弄されたようなところがありました。

接している看護師たちは，自分が感染して家族にうつったらどうしようという不安はよく言ってきます。病棟としては一般のコロナではない患者さんもある程度の人数残していたので，チームを 2 つに分けて，不安が大きくてコロナを看たくない人は遠慮なく申し出てくださいと言いました。「私看ます。頑張ってやります」という人にコロナの対応をしてもらいました。最初の人たちが帰った後にたくさん入院が来たときからそれを始めています。最初の 2 人のときは，2 人で終わりかなと思っていたので，とくにチーム分けもせず，普通の診療の中で担当を決めて看ていました。みんなの守秘義務のストレスがすごかった。あのクルーズ船の人たちは，一番印象に残っています。

三浦　ということは，当時は本当に無症状の外国人の方が 2 人おられて，重症でも何でもない人たちを看つつ，一方では，そんな人はいないんだという振る舞いをしなければいけなくて。でもいるだろうということで，医療従事者に差別があったと。ということは，その頃は，まだ日本人の感染者の方はいらっしゃってなかった段階ですね。

N さん　はい，そうです。

三浦　なるほど。そのときは，先ほどおっしゃった感じからすると，そういう人が非常にたくさん来ることになるとはそれほど想像はしておられなかったということですか。

N さん　実際問題，すごくたくさん来るということはまったく想像していませんでした。この 2 人が帰れば大丈夫かなと思っていました。

M さん　まだダイヤモンドプリンセスの時点では，国内でこんな流行が起きるとは，誰もが少しは思っていたかもしれませんが，実際に起きていませんでした。アメリカなどはさらに流行が遅れていたので。海外が先んじてれば違ったのでしょうが，このときは武漢を中心とした中国ぐらいだったのです。もしかしたら日本はこれで終わるかもしれないというぐらいの時期でした。

三浦　そうですね，たしかに。

M さん　そうした期待感が崩れることはすぐにわかることになるのですが，そこから先は「もう，これは全部受けなきゃ」という気持ちに変わりました。

三浦　たしかに，3 月 10 日過ぎぐらいからがらっと変わったというか。ということは，その警戒されたそのお二人が退院された後が，また別の局面ということになるわけですね。

M さん　そうです。後から思えば，出だしとしてはインド人の非常に明るい若いクルーで良かったです。明るくて踊りを踊ったりしていて。最後にはみんなで記念写真を撮り

ました。

三浦　乗客ではなくてボーディングスタッフの方だったんですね。

M さん　そうです，ルームメークなどのお仕事の 30 代くらいの男女 1 人ずつでした。あまり病気らしい感じではなかったのでそれが良かったのではないかと思います。1 人は無症状になってから入院でした。もう 1 人は少し症状がありましたが，入院の後半は退院目的の PCR 2 回陰性確認を延々とやっているだけでした。

N さん　その後はナイル川クルーズ船で感染した方が入院して最初は元気だったのです。でもその人があっという間，半日ぐらいで急激に悪くなって，挿管して ICU に入ったというエピソードを実際に目の当たりにした看護師が，テレビで報道されているコロナの怖さ，急変のスピードの速さをはじめて実感できた症例でした。

最初の 2 人の外国人の方は言葉も通じなかったですが意外と楽しくすごせたのに，本当の病気の人が来たという感覚が実感としてありました。人工呼吸器が付いて，大丈夫かなと思っているうちにお亡くなりになってしまった。スタッフがこの病気の怖さをふつふつとわかった感じはありました。濃厚接触者のご家族さんたちは元気で帰られたのは良かったですが，「やっぱりコロナって怖いんだね」ということです。このあたりが多分志村けんさんなどが亡くなった頃です。

三浦　志村さんがお亡くなりになったのが，3 月 29 日です。

N さん　多分そこと相まって「やっぱり怖いんだ」というところはかなりありました。そういうところに入っている自分たちは非常に大変なんじゃないか，という意識もだんだん出てきました。この人たちが退院したのが 4 月に入ってからなんですが，その間，3 月 28 日にクラスターが発生します。そこの人たちが私たちにとって強烈でした。

クラスターが発生した施設は，自閉症などの知的障害の関係で，まったく言葉が通じない方々がいらっしゃるところでした。注意しても注意できないし，こだわりも強い。この人たちを縛ってまで点滴をするのかという強いジレンマが看護師の中にありました。とても力が強いので，採血するときも 6 人とかで押さえないといけない。採血をするということもわかってもらえないというのがとてもストレスでした。

ある意味，この施設のクラスターの対応で，看護師たちがかなりいろんな経験を積んでいったというのがあります。ナイル川で急変の恐ろしさがわかったのと，その後のクラスター対応によって，言葉を発せないような人たちに対する看護についても考えたりする看護師も出てきました。

村上　結局，具体的にはどのようにされたんですか。

N さん　結局，外から紐でドアを縛って出られないようにして，中は汚くなってもいいから，そのまま本人の自由にさせることにしました。抑制しても外に出てきてしまって，裸になってしまう人もいたんですが，もうそのまま裸にさせておく。そういうことは本当はやってはいけないのでしょうが，先生の助言をいただきながらいろいろやりました。必ず何か病室のものは壊れていたのですが，それでも仕方ないということで，好きにし

てもらったり。他にもベッドを全部取り払って床にマットを敷いて寝てもらう，家族で入院していただいたり，いろんなことをやりました。施設関連ではいろんなことがありました。

M さん　判明前から園内では感染が広まっていたのかもしれませんが障害者施設でしたので症状がわかりにくかったのだろうと思います。職員 1 人が陽性とわかってあらためて見たら発熱者が多数いた。コロナが理解できた入所者は 80 人中 2 人ぐらいで，「マスクして」「手を洗って」といったことが一切理解できなかったのです。

私たちと，保健所職員と，県や市の担当者と，国立感染症研究所の専門家で対策本部が立ち上げられたときにはすでに利用者の 7，8 割弱が陽性で，介護職の 6 割が陽性でした。最終的に二次感染，介護職の家族などの陽性まで含めると，121 人陽性者がいました。このように多数で高度の知的障害がある場合，県内の病院に分散させてでも入院させるのはきわめて難しいことがわかりました。まず入院の理解ができない方を受けてくれない。受けられる数でもない。ということで，これはもう施設自体を病院化して診るしかないだろうと行政でも判断してくれました。すべての感染者は必ず入院させるというのがその頃のスタンスだったのですが，これはもう目をつぶるしかないということになりました。

それで，当院から医師が 2 人，毎日朝から夕方まで日替わりで詰めて，県の看護師が毎日 3，4 名，他にも市や保健所などからも応援を得て，最大で 15 人ぐらい外部から支援しました。そして，生命に関わるような病状の悪化をきたした場合のみ入院することにしました。最終的に家族や関係者含めると 15 人で入所者の方が半分くらいでした。

その中でのできごとが先ほど師長が話した通りです。施設に行ってみると，僕らが感染防御具を着ていること自体が「怖い格好してる」と入所者が思ってしまう関係だったのです。それでも，信頼している介護職を介して接していくうちにだんだんこちらにも慣れてきてくれるというような形になりました。具合悪くなった人も，本当に入院が必要なぎりぎりまでは朝から晩まで詰めている医者が施設で診て，これ以上は酸素が必要という段階ではじめて入院としました。

ところが入院すると，コロナ感染しているのに自由に病室から出てしまう。施設では，コロナと関係なく部屋から出てしまうと困る方は部屋の扉を閉めてしまっていたのですが，病院では患者さんの行動をそこまで抑制する権利がない。いままでそういう経験が精神科病棟以外ないのですが，今回は仕方がないだろうということで，できるだけ施設の状況に合わせた環境を作りました。ベッドに寝ていない人も施設にはたくさんいたので，そういう人はベッドを取り払って床に布団を引いて寝てもらう。施設の生活と同じにしたら患者さんが嫌がるそぶりがだんだん減ってきました。無理やり抑え付けたらひどく暴れられてしまったのが，むしろ抑え付けるのをやめたらおとなしくしてくれるようになった。そういう看護をしなきゃいけないんだということをこのときに学びました。

三浦　それはなかなかない事例ですね。

N さん　いままでにない経験をしました。でもこのときにいろいろ考える看護師もたくさんいました。裸にしちゃいけないというのではなくて，本人が裸になりたいならそうするしかない，とか。あとはご家族の希望で延命治療をしなかった高齢の方も 2 人ほどいらっしゃって重症でも ICU ではなく病棟で看とるという経験もこのときはじめてしました。

三浦　いま，施設のウェブサイトを見ているんですが，たしかに 2 名の方が亡くなったと書いてありますね。その方々が重症でも ICU には入らずに病床でお亡くなりになった。

N さん　はい。それを最期まで一般病棟で看たということです。この病気特有かもしれませんが，みなさん，苦しいということを一言も言わない。「全然苦しくないのかなあ」とみんな言っていたのです。

村上　でも肺炎なんですよね。

N さん　そうです。サチュレーション（酸素飽和度）が非常に低いのに，言わない。

M さん　精神疾患の患者さんもそうなんですが，つらいという身体症状をあまり言わない，知的障害が進んでいる方の場合にはあることかと思いました。

N さん　そこがなんだかかわいそう，苦しいと言えないのは不幸だという思いがありました。マスクをとらないようにしないと酸素が低くなってしまうので，やむをえずちょっと手を縛らせてもらったりもしたのですが，それもかわいそうだという言葉が看護師からだんだん出てきました。本人が病気だとわかっていないのに，医療者側が採血や点滴をするために縛ったり押さえたりということが本当にいいのか，という看護師も出てきていました。ここら辺からいろいろ考えることが出てきたのかなと思います。日常生活援助がかなり必要な方が多かったので，1 人の人に対して 3，4 人のスタッフで身体拭きからやらなければならない。ちゃんと歩行ができる患者さんもそれほどいないし，這って足を握ってくるような方もいらっしゃいました。接触が濃厚になってきたので，看護師としては，普段着ている白衣とかを触られたり，咳を浴びたりとかするとことに対して，うつったら困る，どうしようという不安も出てきました。

　このときにちょっとここで 1 回みんなの気持ちを聞かないといけないと思いました。この中で完結できる問題ではないことがたくさん出てきたので，アンケート調査をちょっとずつ始めました。あまりにも忙しくて，みんなが 1 つのところにまとまって意見を言い合える場がなかなか作れない仕事の忙しさもあったので。第 1 回目のアンケートを看護局長室に持っていったら，「こんな大変だったんだね。白衣も洗濯が大変だったんだね」と言われました。自分の家にコロナで汚染されている服を持って帰って，洗濯機で洗う。「洗濯が間に合わない。自分の家の洗濯機はどうなるんだ」という意見が出たので，着替えて入れるようにスクラブ（医療用白衣）も借りることができたり，いろんな面で病院全体での支援が受けられるようになってきました。それで，アンケート結果というのはすごく有効なんだなというのがわかったので，定期的にとっていこうということで始めています。

また，亡くなった方の帰し方について，家族に最期まで面会ができず，帰るときには納体袋というビニール袋に入ってお棺に入れて，お棺の中で面会するという状況も経験しました。やっぱり最期まで会えない病気なんだ。本当だったら家族に看取ってもらいながら最期を迎える人たちが，コロナにかかってしまったことでそれができない。看護師としてこんなかわいそうな最期でいいのかというジレンマを言ってくる者もいました。「感染症だからしょうがない」とみんなで話し合ったこともありました。

病院内で調整して，コロナに対応できる看護師さんや補助員さんの応援がどんどん病棟に来てくれるようになったので，スタッフの孤独感もなくなってきたとも感じました。対応の中では4月が一番ピークだったのかなと思います。

Mさん　5月になるとちょっと楽になって。

三浦　6月はじめに収束の発表がされているようなので，そのあたりですかね。調査をなさったというのは，アンケート用紙みたいなものを作られて，みなさんにお好きなタイミングで書いていただけるようになさったんですか。

Nさん　最初は3月のクルーズ船で終わりだと思ったので，まずそこで1回目のアンケートをとったんです。「終わってどうだった？」みたいなつもりでした。だけど，どうも違うという状況になったので，4月にもう1回とり，5月にとり，という感じで3回とっています。5月の終わりにはここの地域ではもうほとんど患者さんがいませんでした。それから第二波が来て，4回目も取りました。

第一波と明らかに変わってきているのは，患者さんや病気への対処は，PPE（個人用防護具）をちゃんと着てれば大丈夫という自信ができています。それよりも，病気をもった人が入っているのに，なぜこの人たちをみんなが嫌うのかということが気になっているようです。他の人たちがどうしてこの人たちを避けるのか。アンケート結果にはそういうことがずっと書いてあります。4回目のアンケートは，第一波とはまったく違った内容になっています。

第一波のときのピークのときは，みんなへとへとになっていました。残念なことに2人は亡くなりましたが，みんな元気で施設のホームに帰って行って，クラスターも収束してきたというのを聞いて，「良かった良かった」と言っていました。他に認知症の方や高齢者施設の方の入院とかもありましたが，みんなが，今度は言葉が通じるから良かったと言っていました。

三浦　外国人の方や心身障害の方という，2つの意味で言葉が通じにくい方々をその前に受け入れておられましたもんね。

Mさん　認知症は，一般医療の中でもごく普通なので市中病院では慣れています。

Nさん　そういう方は字が読めるので忘れて出て行かれないように「コロナで入院してます」というのを部屋のドアに貼っておきます。

Mさん　そうしないと「私，何でした？ なんでここにいるんでしたっけ？」と毎朝言われてしまいます。

三浦　うん，これですよって言ったら，「ああー」と。

N さん　それ読んで「そうか」と言ってまた戻ってくれる。そんな感じで，みんないろんなことを考えながらやっていました。施設や外国の方でかなり自分たちのスキルが上がりました。大変でしたが，第二波は言葉の通じる人ばかりでしたので，そうした大変さがなかった。みんなストレスはないって言っていました。

三浦　いまもコロナの患者さんはある程度はおられるんですか。

N さん　いまは 1 人です。

M さん　第二波は，肺炎を起こしていなければ 10 日経てば退院なので，回転はどこの病院でも速いのです。ここの地域は，近郊のクラスターが最近あって，その患者さんを受けていったん増えたのですが，原則は患者さんが少ない郡部です。いまは県内でも都市部の患者さんを遠くから受け入れる役割をしていますが若い人が多く，こちらが気をつければならない持病がほとんどありません。

三浦　なるほど。そうすると，ごく普通の，いままで扱っておられる感染症の方々とまあ同じ。

M さん　同じというレベルにいまはなりました。当院は特殊な経過をとってきたと思います，知的障害を病院で受けたというのはあまりないようです。それが大変だったけれども，大きなハードルを越えたので自信がつきました。患者さんの側の視点，「なぜこの方々を診なければいけないのだろう」ではなく「なぜ差別されてるんだろう」という逆の視点に立てるようになりました。

あとは，僕が「今日入院 1 人あります」と言うと，意外と看護師さんの声が明るい，と言ったら語弊がありますが，どちらかというと使命感からかウエルカムな気持ちにすらなっているのかなと思いました。そう思って師長さんに聞いたら「いや，さすがにウエルカムという人はいないだろう」と言われましたが。ただ，アンケートに看護師さんが書いたのを見ると，「最初は不安が大きかったが，慣れてくると使命感で仕事をした」「コロナを看護する先輩を見ていて，かっこ良く思った」「自分たちも早く手伝いたいと思った」とありました。

コロナ患者を看護しているうちに，普通の患者と同じであるという気持ちになってきた。先輩が必死で汗をかきながら頑張っている姿を見て感銘を受けた。自分ももっと頑張らないといけないと感じた。コロナの患者さんはいるけれども，頼もしい先輩がいたので，不安は感じなかった。病棟で仕事をしていること，コロナの最前線で仕事ができたこと，感染を起こさず乗り切れたことは誇りです。社会貢献ができたと実感して，やりがいをもった。こういう感覚をもっているようだと何となく感じていました。だからたしかに，ウエルカムではないですが，普通に，がんも結核もコロナも同じだというレベルになったのではないかと思います。かつ，世の中でちょっと差別されている疾患に対して，患者さんの側に一歩立って使命感をもってやる，というところにたどり着けているんだろうと思っております。

三浦　なるほど。もともと看護師さん同士の情報交換や技術やスキルの伝達であるとかがうまくいくようなチームでいらっしゃったのかなという気がしました。自然とそうなったのか，工夫されたことが何かありますか。もちろんアンケートされたというのは非常に大きな工夫だと思うんですけれども。

N さん　そもそもスタッフ同士の仲が悪いということがありません。意外とチームワークが良かったです。

その中でコロナに対応していたチームは，一番ピークのときには分けざるをえなくなってしまったわけですが，どういう基準で分けたかというと，まず病気をもっている人，たとえばぜんそくでステロイドを飲んでいる人，あるいは妊娠している方はコロナの部屋には入れないようにするとみんなに言いました。それで，ある程度の一般の患者さんも病棟に残しつつ，2 つに分けました。なぜ一般の患者さんを何人か残したかというと，まったくコロナを見ないスタッフが「病棟は大変なのに」と負担に思ってしまってはいけないと考えたからです。うちの病棟は，呼吸器とアレルギー，膠原病科，それから感染症科という 3 つの科が入っていますが，呼吸器科の患者さんだけを残して一般床として稼働して，コロナを看られない人はそこにまわってもらいました。そして，一般の患者さんも大事だから，感染に気をつけて一般床の患者さんをしっかり見てくださいとお願いしました。そちらはそちらで自分たちの中で看護を展開していったということです。まったく動きとしては別なんですが，ナースセンターを別にすることもなく 1 つにして，できるだけ朝など何かのチャンスで全員にコロナの状況などの情報共有をしました。中には「私，コロナの方を看させてもらいたいです」って言って来る人もいました。人数的に一般の患者さんの方が手薄になっては困るからという理由で配置した人と，コロナ病棟で患者を看たら不安になった，子どもがいるので不安と言ってくる人とトレードしたこともありました。

あとは，自分でもうこれ以上仕事が続けられないとなったらいつでも言ってきていい，いつでもそれは聞くから，とも言いました。看護局長さんにも，精神的につらくなるスタッフもいるはずだということは再三お願いしました。とにかくできるだけ支援をということです。もう 1 つ大きい不安として，第一波のとき防護服が枯渇してしまったというのがあって，そこのストレスがものすごかったんですが，これも，病院あげてもう絶対ここの病棟には切らさないようにすると言ってくれました。みんなが応援してくれるというのを実感できたので，どんどんまとまっていったと思います。他の病棟から応援メッセージをもらったりとか，他の病棟のスタッフからお菓子の差し入れをもらったりということもありました。「太る太る」と言いながらみんなで食べたんですが，ありがたかったです。もう本当にスタッフには感謝しかないですね。みんなが一生懸命やってくれたので乗り切れたというので，さらにまとまることができました。

三浦　なるほど。当初に無症状のダイヤモンドプリンセスの方々が入院されたときに，外の一般市民の方々から誹謗中傷があったと伺ったんですけれども，その後はだんだん

マイルドになっていったんでしょうか。もう 1 つは，自分たちも感染禍の当事者として，当事者じゃない人たちからちょっと距離を置かれてしまったことが，いまおっしゃったような看護師さんたちのまとまりに関連していたところはありますか。

N さん　あると思います。ひどい人は，親が働いている職場で「もう来ないでください」と言われて，自宅待機させられているスタッフもいたんです。ただ，病棟に来るとみんなコロナを看ているスタッフで，みんな当事者なので。お互いに何となくわかり合える。いろんなことを言われても病棟に来て吐き出すところがあるので，そこで何とか頑張れる。やっぱりいろいろ差別されることはけっこうありました。犬の散歩に行ったら避けられる人もいたり。そういうことはいまだにあります。入院するときには人をあんまり寄せ付けないように「ちょっとどいてください」と廊下に座っている患者さんにお願いするんですが，「きゃーっ」と悲鳴を上げて逃げる人もまだいるんです。

M さん　そういうのはいまだにあります。実際に感染した患者さんも，田舎なので近所の人からいろいろ言われて，そこに住めなくなったという話も聞いています。そういうことを聞くにつけて，自分たちだけじゃなくいろんなところで差別は発生しているんだなと思います。それでもここのスタッフはみんな「コロナだからしょうがない」とかいう感じではなく，普通に「病気をもった人だから」と接してくれるようになったのはすごいなと思います。

最初の数カ月でスタッフから 1 人の感染者も出なかった。いままでの自分たちのやり方をやっていれば感染しないんだというのは，1 つ大きな自信となったと思います。あとはやはり，病院が多数ある都市部とは違って，おじいさんもおばあさんも家族みんなここに通院している，スタッフもみんな自分の車で通勤してくる，地元の，自分たちの病院という意識は，もう何十年という単位で培われているものとして根本にきっとあるような気がします。新宿に住んでいて池袋の病院で働いているとかいうのとは地域性が違うんじゃないかという気がします。

先ほどあったように田舎の弊害で，逆にたくさん陽性者が逆に出ないので，むしろ患者さんの方もかわいそうです。1 人陽性者が出ると，防災無線を使って「1 人陽性者が今日出ました」というのが町中に放送で流れたことがあります。ひどい話ですが，名前を言わなくても誰だかわかってしまうことがあります。そうするともうここに住めなくなりました。ということになります。いまでは世の中でだいぶ広がってきたのでそうした感覚も薄れてはきているとは思いますが。

三浦　そこらあたりがやっぱりすごく難しい。地域に根づいた病院で，コミュニティーの中が温かく支え合うかと思いきや，石投げたりする人は逆にいるというようなところが。

M さん　そうですね，ただ，この地域には基幹病院は当院しかないので，誰もがコロナ感染者は必ず入院する病院だと思っているのですが，ここにかかるしかないのです。だから「コロナの病院に私は行きたくありません」とは言えないです。

村上　ありがとうございます。本当にすごく勉強になりました。印象的だったのは，障害

者の方たちを看護されたときの，縛らないということのジレンマを教えていただいて。で，逆にいうと，普段縛らない看護を徹底されている病院なんだなというのを実感しました。

N さん　それはいつもジレンマです。縛らないようにしたいですが，点滴を何回も抜かれたりするとどうしても縛らざるをえない方も多い。看護婦もみんな，なるべく縛らないようにするにはどうしようかと考えていて，かわいそうだから外しましたとか，車いすに乗せてみましたとか言ってきます。根底には「縛ってしまったらかわいそう」というのがすごくあるんじゃないかと思います。縛らない看護を目標に頑張っているんですが，なかなか。

M さん　もちろん，抑制しないとけがをしてしまう可能性がある人もいますから，一切やっていないわけではありません。

村上　でもそこがしっかり普段から教育されていて，文化ができあがっているというのが今回のコロナのことでもすごく窺えたので，すごくいいお話を伺えたなと思っています。もう 1 つ質問なんですが，病棟を分けられなかった，一般の患者さんとコロナの患者さんを同じ病棟で見られたというのは，どういう構造だったんですか。普通，他の病院はコロナ専用病棟を作っていますよね。

N さん　当院は感染症病棟があるので，感染症の病室は陰圧室で 10 室あり，二重扉で仕切られているので，そこに患者さんが収容されれば大丈夫です。

M さん　2 類感染症を見る，陰圧の病棟を 6 床作っています。それがちょうど亀の形をした，亀の甲羅の部分が病棟だとしますと，左の亀の手が 6 床で，右の亀の手が結核の 4 床みたいな，飛び出た造りになっています。真ん中にナースステーションがあります。通常の疾患を診ながら，左と右の陰圧の亀の手の方に看護師も出て行く。普段から結核などの診療をしていますので感染症を見ない病院とは少し違うと思います。結核も病棟が新しくなった 7 年前から平均年に 20～30 人ずつ入院しますので N95（ウイルスを含んだ飛沫の侵入を防ぐことができる高性能なマスク）などはルーティンで全員が着けている病棟です。

村上　そういう準備がされていたということですね。最大何人ぐらい一遍に受けられたんですか，コロナの患者さんは。

M さん　15 人ぐらいでしょうか。

N さん　そうですね。

村上　それは陰圧室とは別の場所でも看ているということですよね。

M さん　そうですね。リスクが高いうちは陰圧に入れて，日数が経つと感染性が薄れてきますので外に出していく。あふれてきてしまった場合はそういう形にしています。

三浦　いま，村上先生もおっしゃいましたが，精神障害者の方への対応が非常に，面白いという言葉を使うことをお許しいただければ，すごく面白かったです。精神科の先生がたからのアドバイスとかも得られたりはなさったんですか。

M さん　ありません。生来の知的障害の方ばかりで，精神科医が介入することで何かが変わる部分がない。いままでいた施設の個室に住んでいた人たちが移動してきたので，統合失調症とかうつ病とかと違って，それ自体がその方々たちに備わったものなので，精神医にかける意味はありませんでした。そうした考えは起きなかったです。

三浦　たしかに。だからその方々がなさっていた生活をなるべくあんまり壊さない形で治療する方が良いと。ただそうすると，医療従事者の方々の感染可能性は上がるわけですから，そこを感染なしで乗り切られたというのが，看護師の方々が自信をつけてらっしゃるというか，その後も前向きに取り組んでおられることに大きく，寄与したんだろうなと思いました。本当に貴重なお話を聞かせていただきましてありがとうございました。

村上　ありがとうございました。

（2020 年 9 月 24 日実施）

協力者 J さん――50 代女性。感染管理認定看護師として民間病院で感染患者の看護に当たっている。

三浦　今回のことは，感染が報告されるようになって，あれよあれよという間に入ってきたという時の流れがございますので，その最初から春頃のピークのあたりのことをお話ししていただきつつ，いま，どういう状況かというところまでお話をしていただければと思います。その中で，J さんの場合は感染管理認定看護師でいらっしゃるので，まず，それがどういう資格の看護師なのかということと，それに付随して具体的なお仕事内容なども伺いたいです。

J さん　認定看護師は，日本の看護協会が特定の看護分野，認知症や緩和ケアなど 21 部門について認定しています。その中にある感染管理認定看護師という分野です。熟練した看護技術や知識を用いて，水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出す。そして，現場での看護ケアの広がりと，質の向上を図る目的として発足したのが始まりです。現場に赴いて感染管理の指導をする仕事です。

三浦　感染管理認定看護師は，感染症を専門に扱う病院や診療科では置かなければいけないんですか。

J さん　それはないです。当院は民間病院で，感染症の専門医もいません。ICT チームを立ち上げ，地域に根差した病院なので，地域に貢献することを理念に掲げ日々感染対策を行っています。

三浦　どういう特徴のある病院かをもう少しご説明いただけるとありがたいんですが。

J さん　当院を受診する患者様は半径 4 km から 7 km 圏内の方で，高齢者が多く近隣には総合病院が少ない地域です。夜間は二次救急で救急車を受け入れていますし，地域の方々はなるべく受け入れるようにしている病院です。近くには古くからの団地があるのですが，高齢化が進みその方々をすくい上げて医療を提供している病院です。近くには●●大があり，患者さんが●●大で高度な医療を受け，当院が回復期治療を引き受けることがあります。がん患者さんの緩和ケアも行っています。急性期を脱した患者さんの慢性期や回復期病院として当院が引き受けリハビリも行っています。地域連携で担当看護師により病院間の連携も行われています。地域の診療所と連携をとり，在宅への移行にも力を入れています。

三浦　では，そういう病院で，いまお話のあったようなキャリアと資格をおもちの J さんから見た今回の感染禍について，できれば順を追った形でお話をいただければと思うんですが。

J さん　まずコロナが武漢から始まったのが，12 月の末頃です。新型の感染症が流行って

いるということを耳にして思ったのは，当院は国際空港に近いため，空港からそのまま当院に受診するケースのリスクがすごく高いということです。症状のある患者が外来受診をした場合の病院としての対応方法が感染症委員会で議論されたことがスタートです。たとえば，空港を利用した方に熱があります，じゃあどこの病院で診てくれるかということです。

当院は加算 1（注：専任の院内感染管理者が配置されているなど院内感染対策に関する取り組みを推進している病院に与えられる診療報酬の加算基準）です。施設基準をとられている施設は，保健所や行政からも，帰国者・接触者外来を開設し患者さんを引き受けて診療するように連絡がありました。感染症委員会で何回か話し合われ，当院の院長をはじめとしたメンバーが協力し帰国者・接触者外来を立ち上げることになったんです。1 月に入りまして，渡航歴のある患者さんに関してはポスター掲示をし，受診についてお知らせをいたしました。

また，受診までの流れを作成し，マニュアルも急遽作成することとなりました。臨時の感染症対策委員会も開催し，院長や理事長にもお集まりいただき有熱者をどういう流れで診療までもっていくかを何度も話し合いました。

その後苦労したことは，資材の不足です。多分，1 月末ぐらいにはもう始まったと思います。当院は中規模病院なので，備蓄している量も少なく不足の事態に陥ったことが何回もありました。たしかマスクの在庫がなくなってしまったという状況になってしまい。何度も院長先生にご相談に行った記憶があります。

三浦　そのときはまだ感染者の方が来てるということはないですよね。

J さん　まだそのときの受診者はいませんでした。一番最初にコロナの患者さんがいらっしゃったのは 2 月 25 日です。

三浦　ということは，その前の段階で異常に備蓄不足が起きてたと。

J さん　病院にマスクの入荷が突然なくなったと情報をもらったのは，同じ認定看護師からの情報でした。「マスクが院内からなくなってしまい，業者に連絡をして入荷が見込めない事態になっている」と情報を受けました。いや，そんなことはないかなと思い耳を疑いつつもすぐに SPD（院内物流管理システム）に連絡をすると「じつを言うとマスクは品薄状態です」と言われました。その頃にはもう，新型コロナウイルスがどこかで検出されマスクが感染対策に効果的であることが広がり，高値で売買さ，買い占めが始まっていたと思われます。

当院では，全職員に対し新型コロナウイルス対応について研修をしました。そのときはまだ N95 マスク（注：ウイルスを含んだ飛沫の侵入を防ぐことができる高性能なマスク）の少し在庫があり，それをそれぞれの部署からもってきてもらい，N95 マスクの装着方法とシールチェックの研修をしました。その後にマニュアルを作成しました。

その後 2 月に入って正式に保健所から新型コロナウイルスの帰国者・接触者外来を引き受けていただけないかとの連絡が入り引き受けることとなりました。2 月に入りすぐ

に PPE（個人用防護具）の訓練です。新型コロナウイルスの特徴や PPE 着脱の方法，着る順番，脱ぐ順番を誰に徹底的に指導したかというと各部署の師長さんです。現場を取り仕切っている師長に徹底的に標準予防策と PPE 着脱と手指消毒の方法とタイミングを指導することで，現場のスタッフの指導をしていただくことが第 1 の目的で大事だと考えたからです。当院の 10 名の師長に徹底的に個人レッスンを実施いたしました。

その後は帰国者・接触者外来患者の院内の流れをパワーポイントで作成し職員への説明を行いました。保健所から患者の依頼を受け，どういった形でその患者さんが搬送されて来るのか。どういった経路で病院に到着するのか，どこの診察室に入れてどういった形式で診療をするのか。肺炎を疑った場合の放射線検査をどのように行うのか。当院は 32 年前に創立された病院でかなり老朽化もあるのですが，一般外来待合室に放射線科がありハード面に対応しなければならないという問題がありました。CT 検査や一般放射線の検査を行う場合には，一般外来の患者さんの診療を一時中断してもらい外来患者さんとの接触を避けるため別な場所に移動をしていただくいわば人払いをスタッフ総出で行うことにしました。

流れが全部できあがった後に，全管理職向けにパワーポイント資料を作りました。検査室，リハビリ，放射線科，栄養科，薬局，全セクションを対象に，パワーポイント資料を用いて，患者さんが来院したらどういった流れで対応するのか，検査を行う際のゾーン分け一斉放送をどうするか詳細なところまで，ロールプレイ方式で訓練もしました。各部署からの意見を取り入れながら修正を繰り返したため数回実施しました。

三浦　それはどういう時間帯に。普段の診療のときは無理ですよね。

J さん　診療が終了するだいたい 16 時ぐらいの患者さんがちょっとすいた頃に行いました。放射線や CT 検査を行う場合の，患者さんが通る動線を人払いした後に，パーテーションで区切り，一般患者さんを入れないようゾーン分けにしました。はじめて帰国者・接触者外来の患者の受け入れをしたのが 2 月の末です。たしか 2 月 25 日でした。私がまず患者さんの対応をしたのですが，なんと 1 時間もかかってしまいました。

その時期はインフルエンザの流行期でもありインフエンザ検査も一緒に検査を行っていました。インフルエンザ検査を行い検査結果待ちと新型コロナウイルスの PCR 検査を行うと 1 時間もかかってしました。訓練したがなかなか思うような流れにならず，先生からのアドバイスもあり，業務終了後に振り返りを行い課題について話し合われ改善を行っていきました。何回か改善され手際も良くなり，1 日に 20 人の患者さんを保健所から依頼され PCR 検査したときもあります。帰国者・接触者外来を引き受けた病院は当初市内で 10 施設あったのですが，人手不足や業務の煩雑，何よりも院内感染のリスクにつながることで徐々に引き受ける施設も少なくなってきたようです。当院は小児科はありません。内科医 2 名，循環器医が 1 名の合計 3 名の医師が順番で帰国者・接触者外来の診療を行っています。午前中外来診療し，午後は病棟患者さんの診療を行いながら合間で新型コロナウイルス疑い患者の診察をするという態勢にしました。保健所か

らの依頼連絡と受診される患者さんの情報収集と医師との連絡で私の通常の業務ができていない状況が続いています。

三浦　2 月末に来られた方が入院されてということですか。

J さん　2 月はまだ感染者が少なく，陽性者は地域の指定医療機関に入院させていただいていたため，その時点では入院事例はありませんでした。当院の役割は，入院対応はしていないが，保健所から依頼のあった地域住民の PCR 検査はできる限り協力するという病院の意向があり，帰国者・接触者外来に力を入れることにしました。しかし，地域で新型コロナウイルス感染症が増加し，指定医療機関が満床となり，感染した患者さんが入院できなくなってしまう事態になってきました。地域が危機的状況になってきたこと ICT 委員会で話し合われ，入院に関しては 6 月頃より 1 床だけ受け入れることとしました。

村上　陽性がわかったら救急車で搬送されるんですか。

J さん　陽性と判明したときには保健所が入院調整をしてくれます。陽性者や濃厚接触者は公共交通機関の利用ができないため，保健所が準備した車で入院施設まで搬送されます。

保健所依頼で当院医師の問診と必要であれば放射線検査そして検体採取をし，保健所が検体を回収に来ます。保健所で検査をしていただき，その検査結果の報告が電話連絡であります。当院から患者さんに電話で結果説明をするという流れになっています。名前間違いなどないよう慎重に行っています。とくに陽性の結果を本人へ報告する場合には相手の気持ちを汲み取りながら，お話しするようにしています。結果報告時には患者さんからの相談がとても多くあります。濃厚接触者の方に関しては，14 日間の自宅待機についてや待機中の体調不良時の連絡先等のアドバイスをしたりしています。陽性者には現在の体調を伺いながら傾聴し，少しだけですが支援を心がけています。入院時には公共交通機関は使えないので，ご自宅に保健所が準備した車で入院することになります。

当院には小児科はありません。地域に小児科クリニックはあるのですが，PPE 着脱ができないため小児科からの紹介が増えてきました。検体採取する職員も当初は泣いている子どもに慣れない手つきで緊張していましたが，付き添い家族に協力していただき現在は 3 カ月の赤ちゃんの依頼もあります。小児の依頼があった場合には病院から必ずご家族に，小児科がない旨をお伝えして内服薬が出せないこともお伝えしています。「先生は一般内科の先生なので，診察も症状を確認するだけの簡単なものになってしまいます」とご説明させていただいています。当院は 0 歳児から 100 歳近くの方まで新型コロナウイルスの PCR 検査をしている状況です。小児は唾液採取が困難なため鼻咽頭ぬぐい液を綿棒で採取するしかありません。

拒否が激しい小児の検体採取には鼻水やクシャミ，咳などによる飛沫感染曝露のリスクが高くなります。なるべく避けたい医療行為ですが，「みんなすごい」と思ったのが，

当院の師長たちです。当院の師長は感染対策に日頃から理解を示していただき，実戦力もあります。

とても頼もしい師長たちばかりです。屈せずにPPEも着ていただき，雨が降ろうが，寒かろうが，暑かろうが新型コロナウイルスに立ち向かっていくという感じです。

村上　職位が上の方が現場の最前線に立たれてるんですね。僕が他で聞いてるのは，わりと若手が最前線に出るケースが多いので。

Jさん　そうですね。現場の師長が率先して対応している場面を見ていると，おのずとスタッフも刺激されやる気が出ているようです。いまでは主任，副主任が師長からPPE着脱の指導をされ検体採取も行っています。一部の施設では検体採取は外来の看護師に任せた状態になっていることもあるそうです。新型コロナウイルスは少しのウイルスでも曝露してしまうと感染拡大してしまいます。院内感染を防止するためにも現場任せにするのではなく，正しく防護具は着脱できているのか，手指消毒は行われているのか，そこは毎回厳しく監視と指導をしています。

三浦　なるほど。ということは，各診療科に師長さんがおられて，その下にまた主任さんがおられてという構造で，Jさんの立場としてはそれをまた上で統括しておられるということですか。

Jさん　そうですね。1カ月の帰国者・接触者外来の対応看護師の予定を作成するのも私の業務です。PPEを装備し検体採取する看護師，その介助をするスタッフの調整を行っています。保健所からの依頼については私の方で調整しています。帰国者・接触者外来受診者の一報が私に入ります。患者の個人情報や状態の情報を受けます。担当医へ報告し受診時間の調整をします。それから保健所からの情報をもとに患者へ連絡し詳細な受診方法についてのご連絡をしています。新型コロナウイルス感染症については，わからないことが多く情報が錯綜しているため保健所からの問い合わせには代表で私が対応することになりました。

いずれは院内に，新型コロナウイルスセンターを立ち上げ対応することが必要と考えていますが人手不足のため時間が必要です。

新型コロナウイルス対応をしている師長は，現場の業務もありプラスして検体採取となると，かなり業務負担が大きいと思います。一部の師長に偏りがないようになるべく平均的に師長が対応できるように分担表を作成しています。家族に感染させてしまうんじゃないかと不安を訴えられる師長には，傾聴し対応回数を少し減らしていくなどの精神的なフォローもしています。

三浦　なるほど。そうか。で，他のところでわりと聞くのが風評被害の話ですが，そのあたりはどんな感じですか。

Jさん　そうですね。よくお電話いただきます。「おたくはコロナを診ているだろ。コロナの患者さんを入院させているだろ。そんなことして地域の住民が許すと思っているのか」みたいな感じで。あとは，外来受診の患者さんが減り減収になってしまいました。

三浦　先ほど，検査可能な施設は 10 ぐらいあるうち 3，4 しか結果的に残ってないとおっしゃってましたが，それにもある程度はそういうことが影響しているんですかね。

J さん　そうだと思います。新型コロナウイルスの患者を診察しているとわかった時点で患者は激減してしまうことを恐れて，PCR 検査を行わないことになった病院もあるかもしれません。どうすれば感染しないかを地域の方々はわかっていらっしゃらないことが多いので，正しい知識を伝えていくことが大事じゃないかなと思います。コロナというと，頭の中で死と結びついてしまうことがあるんでしょうね。「あの病院にコロナがいる。受診したらうつされてしまう」となると受診も控えたくなりますよね。

三浦　なるほど。じゃあ，春はもうひたすらもう毎日検査をして。

J さん　ええ。当院は内科医が 2 名で少ない現状で帰国者・接触者外来を行っています。1 日平均 15 人の患者の対応をする先生方の感染対策も必要です。いかに感染対策を行いながらスムーズに診療ができるのか検討した結果がテレビ電話での診察です。タブレットでの遠隔診療をしています。外国人の翻訳用としてタブレットが 2 台設置されていたため，それを利用してできないかと考え，帰国者・接触者外来がスタートした時点でテレビ電話での診察を始めました。いまでは，先生方も安心し診療されているようです。

三浦　そのタブレットでどんな形で患者さんを診察されたんですか。

J さん　2 枚重ねのジップロックにタブレットを入れしっかりとジッパーを閉じます。それを検体採取担当で PPE を着用している師長が患者さんにお渡しし，医師と診察していただきます。診察が終了したら 2 枚目は直接患者が触るためウイルスで汚染されています。汚染された物品や検体を受け取る介助の看護師がいます。師長は介助看護師にウイルスが付着した 2 枚目のジッパーを取り外しつつタブレットを渡します。介助看護師も個人防護具をしています。ジプロックを外しタブレット消毒後次の方用にまたジップロックを新しくしています。

その流れで行っています。

村上　じゃあ大量のジップロックがいるわけですね。

J さん　いろいろ検討しましたが，この方法が最も業務がスムーズ行われています。保険証やお薬手帳，お会計する際のお金も受け取る際は全部ジップロックです。ジップロックに入れてもらい，手袋をした看護師が中身を出し消毒し，受付のスタッフに渡す手順になっています。

村上　そこまでする必要があるんですね。

J さん　新型コロナウイルスは 72 時間環境に生息しているといわれ接触感染，飛沫感染もあるからです。

三浦　それは PCR 検査絡みの患者さんのみの話ですか。

J さん　そうです。新型コロナウイルス感染症疑い患者のみの対応です。

困ったことに，医療材料費がかかるということです。とくに補助制度があるわけでもないのでほとんどが病院の負担です。病院長とか理事長先生のご理解があるので，費用

に関してはあんまり何も言われることなくやらせていただいています。タブレットの操作も師長たちがなかなかできなくて，最初はすごく時間もかかり大変だったのですが徐々に慣れ，現在は 6 台導入され師長さんたちの操作は完璧です。

村上　すごく早い段階から準備をされて，演習と訓練を重ねたというお話でしたけど，なぜそういうふうにできたんでしょう。1 月ぐらいの段階では何も情報がなかった状態だったと思うんですけども。

J さん　2009 年の新型インフルエンザ発生時に保健所から帰国者・接触者外来設置依頼がありました。それで協力病院となり新型コロナウイルス対応依頼も絶対あるなと思いましたので早速マニュアル作りをしました。新型インフルエンザ発生時に作ったものをアレンジし作成しました。

村上　ああ，なるほど。そうなんですね。あと，飛沫感染でのみの対応で大丈夫だとかなり早い時期で判断されてたってお話だったと思うんですけど，これは 1 月ぐらいにもうわかってらしたんですか。あんまりそういう情報はなかったような気がしたんですけど。

J さん　新型コロナウイルスは風邪の菌の一種だと情報がありました。そうなると空気感染ではなく，一般の風邪症状であれば飛沫感染と接触感染予防策でいいじゃないか。プラス，気管挿管とかのハイリスクの治療をする場合は，エアロゾルがあるので N95 マスクをした方がいいと考えました。

村上　へえ。いや，すごいスムーズに準備されてるので。

三浦　ねえ。すごく早い段階で準備なさってます。

J さん　そうでしょうか。感染対策については職員からすごく理解と協力も得られるので，他の医療機関の話を聞くと当院はスムーズだったのかなとは思います。普段からスタッフの感染に対する関心はすごくあります。質問攻めじゃないですけど，相談とかもかなりあります。

村上　そもそも J さんが感染の認定をとられたことには何か理由があったんですか。

J さん　現職場に勤務して 30 年になります。開院して 1 年ぐらいで入職しいまに至っています。地域に根差している病院が私と方向性が同じで，自施設だけの感染対策ではなくて，介護施設とか，地域の感染対策も含めてみなさんと一緒に活動したいという気持ちがあり，感染管理認定看護師の資格を取得することにしました。

村上　感染って，今回クローズアップされましたけどもあんまり 20 年前とかには強調することがなかったんじゃないかなと思うんですけど，あえて感染に焦点を絞られたのはなぜですか。

J さん　きっかけは部署移動で手術室勤務になったことです。手術室師長と感染症委員の両立がスタートしてしばらくしたときに，新型インフルエンザウイルス発生の騒動がありました。とても対応に困ってしまったのがきっかけでした。そのとき自分自身の感染に対する知識不足を痛感しました。知識を深め現場の指導が行える感染管理認定看護師を目指しました。

三浦　その後は，診療そのものの変化というのはそれほど大きくはないですか。

Ｊさん　新型コロナウイルス感染症の患者は増えていく一方で，先生方から「業務が多くなり帰国者・接触者外来受診人数を減らしてくれないか」と要望があったときにはどうすればいいのかと何度もくじけそうになったのですが，受診患者の人数を事前に担当医とコンタクトをとり調整をすることによって協力を得ることができてきました。

三浦　人材を増やすような対応はなくて，ずっと同じメンバーで折り合いをつけながら？

Ｊさん　そうです。ほぼ同じ顔でチームができるかと思うぐらいです。

あとは入院の受け入れです。当院は築30年と老朽化が進みハード面では何時も苦労している状況です。通常は多くて4床部屋の入院施設が多いと思いますが，当院はほとんどが6床部屋と個室が1病棟に2部屋の対応となっています。その状況で入院を受け入れることは困難なのですが，なんとかゾーニングをしながら受け入れている状況です。

あとは，陰圧のお部屋もないです。指定医療機関病院ではフロア全部陰圧室になっているところもあると思いますが，民間病院にはなかなかそういう設備投資は経済的に無理な状況です。

ひっ迫した状況にならないために当院の役割として重症者は指定医療機関病院にお願いし，軽症の方は受け入れるようにすることが必要だと思っています。保健所との連携をとりながら帰国者・接触者外来の患者さんのPCR検査も継続して行っていきます。

村上　1床で入院患者とられてるのはどうされてるんですかね。特別なお部屋を？

Ｊさん　個室を1床専用のお部屋にして，もう1床が準備室という形にして入院患者を管理しています。ゾーニングが重なってしまうので，床に色分けでテープを貼り，看護師はなるべくベランダを通って患者さんのところに行くといった方法も行っています。

なるべく接触を避けるためです。

三浦　わかりました。長時間ありがとうございました。

村上　ありがとうございました。

（2020年9月28日実施）

森井大一さん――大阪大学附属病院感染制御部医員。厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部技術参与。

村上　新型コロナウイルス発生に当たっての先生のお仕事には，臨床だけじゃないものもあったかと思うので，どういう関わりをされて，どういう経験をされて，その中で何を感じられてきたのかを教えていただけたらと思います。

森井さん　そうですね。私は一応医師ですけれど，コロナウイルスの患者をめっちゃがんがん診てるかというとそうでもないんです。私は感染対策をしてるので，とくにコロナっていうものが来るぞってなってから，実際の患者が来るまで2カ月ぐらい，阪大の場合はスパンがあった。その間，つまり準備期間に，来たらどうするとか，誰が診るとか，どこで検査するとか，そういうルール作りを病院の中でやっていました。

ただ，私自身はその病院の決定1つひとつに意見を言うし，ディスカッションには参加するんだけど，決定する責任のある立場では全然ないんですね，下っ端というか，チームの一員ではあるけど，私自身ががんがん決定していくということではない。それはどういう意味かというと，要するに，言ったことがあんまり採用されない立場です。フラストレーションが一番あったのは，じつはそこで。自分のフィールドの中で，こうあるべきと思うことがあんまり採用されなかったのは不満ではありました。

村上　たとえば，具体的に。

森井さん　たとえばいわゆるPCR検査です。入院患者のうち無症候の人に，手術の前にPCR検査をしなかったら，手術しないという先生たちがけっこういたんですけど，そこでPCR検査でスクリーニングをかけることに対して，私はすごく反対してて。感染対策のつもりでやってるんだけど，感染対策にならないという話を対外的にも言ったし，中でも言ってたんです。

だけど，結局それは押し切られてしまって。その1つの理由は，5月から，無症候，無症状の人にPCR検査を施すことに診療報酬が認められたので，病院にとって儲かる検査になったんですよ。やればやるほど儲かる。打ち出の小づちみたいに，患者さんには一切自己負担はなくて，やるかどうかは医者の裁量で，しかも，医者の裁量であれば，他の要件は一切問わないという謎のルールができたんですよ。しかもそれを公費で賄うと。具体的には，普通の人であれば7割は保険料で，3割分の本来自己負担である分に関しては都道府県と国が折半する，要するに税金で賄うというルールができてるので，病院からすれば，目の前の患者さんには経済的負担は一切負わせることなく，数やればその分だけ儲かるというシステムになったんです。1人のタックスペイヤーとしてその利益構造自体が非常に不当だと思ってて。

しかも，それで安心を買った気でいる多くの医療者がなんてアホなんだろうと，ハハ，思ってて。それは違うよということを説明してもまったく理論的なディスカッションにならなくて，感情的な部分で押し切る。いや怖いし，みたいな。「怖いのはわかるけど，怖いなら怖いで，自分が感染しないような理性的な対処の仕方を考えましょう。ロジカルに考えましょう」と言ったんだけど，まったくそういう議論にならなかったです。

もう 1 つのポイントは，たとえば，阪大の私がいる部局の中では，私が考えていることに反対する人はいなかったんですけど，世の中こうなってるからこの流れで行こう，うるさいこと言うなというような形になって，なおかつ，社会全体として見れば合理的と思わないけど，病院単位として見れば，そこで稼ぐ経済主体としては合理的な振る舞いだから，ここはもう目をつむろう，ごちゃごちゃ言っても多勢に無勢だしみたいな感じで，正論を言うということを放棄したところがあって。一番の専門家である感染対策の部署が，です。それには強い不満をもちました。

私は一般市中でも診療をしています。コロナの患者さん，あるいはコロナ疑いの患者さんを直接診察するという意味では，外勤先の市中病院で検査することになります。で，そこでは検査するかどうかの医師の裁量を科学的に自分でオペレーションできるんです。自分の裁量だから，心のバランスを保つうえでは多少癒やしになって。それで満足を得るというか。

私は，コロナ以前からですけど，『日経メディカル』というオンライン媒体にコラムを書くこともずっとしていて。そこでコロナの話もずいぶん書くようになって，無症候者への PCR の検査を拡大することのデメリットを強調することをかなり書きました。むしろ社会的コストをかけて無症状者でも全員やるべきだというまったく反対の見解をとる人たちも世の中にはたくさんいて，そういう言説がかなり大きな支持を得ていることは事実だと思うので，そういう公的な発言をすると強い批判にさらされることもあります。言論している以上は覚悟の上というか，そこに関しては別にいいんですけど，一方で，自分が籍を置いている阪大病院でやってることと公的に発言してることはまったく矛盾するというのも事実で，それはとても居心地が悪い感じがしました。

村上　外勤先では「癒やしになった」とおっしゃってたのは，どういうことかもう少しくわしく教えてくださいますか。

森井さん　自分でオペレーションできるので，たとえば，患者さんが来て「不安なんで検査してください」とおっしゃるのはきっぱり断れるわけです。それこそ私が批判してやまない国の事務連絡を持ち出して，「ここに医師の裁量と書いてあるだろう。ここでいう医師は私だ」とは言わないですけど，おおげさな言い方をすると，サイエンティフィックに公的な資源を，使うにあたっての砦は自分だみたいな感覚があって。

私自身，それが医師たる者の仕事だと思っているんですが，「リンゴ 1 つ頂戴」と言われて「はい，130 円ね」とか言ってあげる仕事ではない。「あなたにはリンゴは必要ないんだ」「あなたにはむしろオレンジなんだ」って言うのが医者たる者の仕事だと思

うので，そういうオペレーションをしてる感覚というのはありました。

村上　1 月からの 2 カ月間はそのような準備期間という感じでしたか。

森井さん　そうです。実際の患者が増え始めたのは 3 月の終わりからなので。この問題は 1 月の半ばぐらいから大きくなり始めて，阪大病院では軽症の患者は受けない，コロナと診断されて非常に重症の患者だけが来るんですけど，それは救急や集中治療の先生たちがおもに担当されるので，私たちはルール作りをするのが一番でした。

阪大で検査をするかどうかという決定に関して，われわれの部局が一種のゲートキーパーになってたんですけど，途中から，とくに 5 月の通知が出てから，無症状者でも診療報酬で認めるという話になって経済的に断る理由がなくなったので，ゲートキーパーが，検査の適用を何も考えずに，言われたまま唯々諾々と認めていくという状況になったんです。で，それは医者たる者の仕事かということに強い不満を覚えました。1 つひとつの症例について，この人にとってこの検査は必要なのかどうかを，やっぱり考えないといけない。多くの場合は患者さんに多少なりとも自己負担が発生するので，漫然と，だらだらと，不必要な検査をあれもこれもと行ってはならないという暗黙の前提があるんですけど，この新型コロナウイルスの PCR 検査に関しては，基本的には患者負担が発生しない仕組みになってるので，考えるのは社会資源の使い方の哲学しかなくなってしまうんですよ。

医者の側にもそこがすごくルーズな人たちがすごく多くて。私は元役人で，公的な資源というのが限りあるもので，何か 1 つ新しい政策を打つというときに，財務省と協議をして予算をぶんどってくるっていうことがどれだけ大変かよくわかっています。コロナというみなが恐れるもの，それは恐れてしかるべきものだと思いますけど，それによって何でもありになってしまってる。そのことで，そういう社会資源をどう使うかを，本来はゲートキーパーである医者たる者が判断してくださいと国の通知にも書かれてるんだけど，医者たる者が医学的な根拠で判断するという現状になっていない。国も医者がそのようなルーズな状況になることはわかっているし，半分諦めてるわけですよ。だから，そのような通知を出した国に対しての不満があるし，それを出せというロビー活動をした大学病院の圧力団体，全国医学部長病院長会議の人たちの運動についても非常に下品極まりないと思いました。で，理屈はわかっていても，そういう流れができた後に抵抗を見せることのない現場の，われわれの仲間に関しても，強い不満をもちました。

村上　つまり，多くの指導的な位置にある医療者たちが，非合理的な判断というか動きをしたわけですね。

森井さん　そうです。ある検査，たとえば「コロナウイルスの PCR 検査が陽性です」と言われたときに，何も知識がない人だと「私は 100％感染している」と思ってしまうはずです。ところが，検査前確率，感度，特異度のような検査の特性を考えるとそうではない。検査前確率はすなわち有病率です。いまこの瞬間にランダムに 1000 人や 1 万人を集めてきて，何人感染してるかという検査前確率を考慮してはじめて，検査後の確率，

すなわち，陽性だったら何％その人は感染してるかがわかるという判断をしないといけないということは，毎年の医師国家試験に出るきわめてイージーな問題なんです。

たとえばいまの大阪の有病率は 1000 人に 1 人もないわけです。仮に 1000 人に 1 人だったとして，陽性という検査結果を受け取った患者が本当にそのウイルスに感染している可能性は半分もないことが手元の計算でわかるわけです。1 万人に 1 人になればほんの数％という世界なんで。これは医師国家試験に毎年出されるボーナス問題で，医者はみなそれを勉強したはずで，しかも，それは複雑な数式は何も要らない算数の世界で，ちょっと考えればわかる話だし，みんなやったことがある話なんです。それをかなぐり捨てて，検査が陽性だったら病気が陽性と考える，陰性だったら陰性だと考えるという，まったく医学を知らない人とほぼ同等の捉え方をする医者があまりにも多くて，唖然としました。専門性の放棄のように思いました。

とはいえ，経済的には合理的なんですよ。儲かるから。全国医学部長病院長会議は戦略的に，経済的に困るからやらせてくれと言ってるんですよ。彼らはそれを確信犯的にやったところがあって。経済的に困っているというのと，PCR スクリーニングを保険収載せよというキャンペーンを抱き合わせでやりましたから。その振る舞いについては合理的なんです。下品だけど合理的で。ただ少なくとも限定合理的だと思ってて。限定を付ける意味は，それは，医学という学問を代表する立場である大学病院の代表者たる者たちが，医療という経済主体としての要請に隷従する行いだと僕は思ってて，それは学問としてどうですかということなんです。そういうことを言うと青臭い，現実をわかっていない人だという批判を多分受けるんだと思うんです。というのは，医学という学問は，純粋な学問とはもう言い難いというか，分かち難く医療と表裏の関係にあって，経済活動の代表者としての顔がどうしても出てくるんです。

だけど，それならそうと言えと。そこで感染対策のためにとか，何とかのためにとか言うのは，学問としての専門性をかなぐり捨てて，人々の不安につけ込んだ，しかも，それを公的な資源を使って行うビジネスです。ビジネスとしては合理的かもしれないが，きわめて下品。下品であるばかりか，学問としての存立の問題のような気がしました。

村上　うん。そこはたしかに。

森井さん　そういう意味では，とくにこの 1，2 カ月ぐらいは，おおげさな言い方になるけれども私自身のアイデンティティの揺らぎというか，学問としての医学というものを信じて来たんだけど，愛想が尽きるというか，もう関係ない世界に行きたいというぐらいな感じになりました。

村上　なるほど。いままで，これだけの強い批判を語った方はいないですね。

三浦　そうですね。

森井さん　なんか化けの皮剝がしたという感じがしました。こういうことがないと，学問としての医学と経済活動としての医療という側面の中で，学問としてきちんと立っているということについて強く意識をすることが私自身ありませんでした。冗談的に，産業

に隷従した学問としての医学みたいなことは，もちろん日常的に見聞きしても，それを鼻で笑い飛ばすようなところがあったわけですけれど，そのグロテスクさみたいなことを，しかも，それを公費を使ってやっているということに，非常に強い違和感を覚えました。これが，医療が他のサービスと同じように個人の買い物のようなものであれば，下品だとは思うけれども，一種の社会的な害悪というほどまでに彼らの活動に対する嫌悪感をもつことはなかったような気がします。

村上　経済活動としての医療とおっしゃったんですけども，でも実際には医療って患者さんを治療する，キュアやケアをすることだから，本質は経済ではないはずですよね。そこの部分でもおかしくなっちゃって，もう経済しか見てなくなっちゃってる。ケアとしての側面，キュアとしての側面が…。

森井さん　うーん，そうですね。大学病院もそうでない病院も，現実問題として少なくともキャッシュフローはめちゃくちゃ落ちてて，経営的に厳しい環境になったのは間違いないですね。

とりわけ，コロナウイルスの患者を診ることで，他の医療が展開できなくなって，入ってくるはずの収入が入ってこなくなって，しかも，コロナウイルスに充てがわれた診療報酬が，私は不当に低かったと思っていますけど，他を埋めるようなものではなかったのは間違いないですね。で，そこに対する強い不満が，実際に社会的役割としてコロナウイルスの診療を担当した多くの医療機関にあったのは間違いないと思うんです。

村上　ああ，そうですね。

森井さん　でも，それとこれとは話が違うというのが私の意見なんです。それを，まったく無駄な検査で埋め合わせるというのは話が全然違う。もっというと，さっき言ったことの繰り返しになりますけど，それは院内感染対策に資するものだというふうにものすごくおめでたく，要するに，経済的な問題とは切り離して必要だと本当に信じているような医療者が少なからずいるんです。それには本当に愕然とします。

村上　なるほど。厳しいですね。

森井さん　4 月 7 日に 1 回目の緊急事態宣言が発出されたときに，それに併せて政府の基本的対処方針が出ています。その文章を見ると，症状発現から PCR で確定されるまでに平均で 9 日間かかってるって書いてあるんです。どう考えたってかかり過ぎで，必要な人が，熱が出てコロナかもしれないというのに検査がなかなか受けられない，検査を受けるまでに取り次ぐ保健所にも電話がそもそもつながらないという強い不満をもったことについて改善の余地があるのは間違いないです。そのことと，まったく無症状の人をランダムに検査しまくって，そのことで医療機関にばかばかお金をあげて検査の数自体を増やして，いついつからこれだけ増えましたとアピールするのはまったく関係のない話で，問題の本質と解決の見せ方がすごくずれてると思いました。

で，私自身はパブリックに議論する拡声器のような媒体をたまたまもっていたので。もちろん書くと強い批判にさらされますけど，それですっきりするかというと全然そん

なことなくて。自意識過剰なのかもしれないんですけど，私の言ってることは理屈としてわかるという人たちの中にも，空気読めへんやつやみたいな反応もちょっとあったりして。言っても無駄でしょとか，そこで波風立てても始まらへんからみたいな反応もあって，それは専門家としていかがなものかと思いました。やっぱり正論を言い続けないといけないんじゃないかなと思いましたけど，そのことはとてもストレスでしたね。

検査の結果がすべて100％ではありえないということについては，分科会の会長でよく出てくる尾身先生，元WHOの西太平洋事務局の事務局長ですけど，彼なんかは，プレスカンファレンスとかで，事前確率がこれぐらいのときに，感度70％，特異度99.9％だと，検査後確率，すなわち，検査が陽性だったときにこれぐらいの確率で感染していることになりますよ，という解釈の問題について，かなり丁寧な説明をされたりしてるんです。それは，私に言わせれば，ささやかな抵抗なんです。いかに無症候者に検査するのが詮無いことかということを，彼らなりのぎりぎりの表現で訴えている。それが専門家を名乗る人たちのせめてもの良心だと，私は思いました。

でも，立場があるが故に，政治的に外堀を埋められてしまうと，しかも，国の制度としていったん認めてるんだろという話になると，前言撤回とまでは言わなくても同じ主張をできなくなると。物言えば唇寒しというような状況で，思ってることを誰も本音で語り合えない。独立した学問であれば，たとえ間違ってたとしても，みずから思うところを真摯に発言して，自分なりのロジックで，ロジックとロジックを戦わせればいいということになるんだけれども，ことはそうはいかなくて，社会的関心が非常に強いものであるからこそ，下手なことは言えないという方が先に立つと。下手なことというのは，間違ったことを言えないという意味じゃなくて，社会的にアンポピュラーな意見については口をつぐまないといけないというような空気がすごく醸成されたと思いますね。そのこと自体に強い不満をもちました。

むしろちょっと意地になったところもあって，知ったことかと思って，いろいろ書いたり言ったりしてるわけです。だけど，社会的な発言をすると，自分が思ったとおりに行かないことの方がきっと多いんだろうという気はしてて。いちいちそれに「俺が言ったとおりにならへんやないか」と腹を立てても仕方がないと思います。

村上　ちょっと話を変えて，お話しできる範囲で厚労省での今回のことについてのお仕事についてお聞かせいただけますか。

森井さん　はい。厚労省の仕事は，1つは，私が普段から院内感染対策の従事者であるという立場から，政策のこまごまとしたことについてアドバイスが欲しいと。たとえば，細かな数字の解釈であるとか，今後の見通しであるとか。で，オフィシャルのものとしては，分科会やアドバイザリーボードのように，教授レベルの先生たちがずらっと並んで開催されるものがあるんだけれども，もっと細かいレベル，役所的な言い方をすると，つかさつかさのところで，たとえば事務連絡のような行政文書をがんがん発出する1つひとつのライン・バイ・ラインで文言を確認していくというような作業を種には求めら

れていました。

村上　じゃあ，ある種，そこでも別の意味でもゲートキーパー的なものが。

森井さん　そうですね。たとえば，大きな話題としては，冬にかけてインフルエンザが同時流行するんじゃないかと。で，コロナウイルスは，日本では 1 月に 1 例目が出て，3 月，4 月の第一波のピークがあって，8 月のはじめ頃にピークアウトして，次に第二波のピークがあって，今日時点で陽性確認者が合計で 8 万人強ぐらい出てます。一方，インフルエンザは毎年 1500 万人，そのほとんどは 11 月末から 3 月末までの 4 カ月ぐらいの間に感染する感染症です。 Disease's burden，疾病負荷といいますが，社会に対するインパクトとしては圧倒的に例年の季節インフルエンザの方が大きいわけです。それを踏まえて冬場の診療体制をどのように組むかということが，行政的に大きな課題になっていました。

従来は，というか現時点でもですけど，たとえば自分が発熱して，コロナかも，あるいはインフルエンザかもと思ったときに，どのように行動したらいいかということについて，国は，まず相談センターに電話してくださいと言っています。いきなり病院に行かずに，帰国者・接触者相談センターという謎の名前が付いていますが，要は保健所に電話をして，保健所がそれを聞いたうえで，帰国者・接触者外来を開設している医療機関へ紹介するというスキームをとったわけです。そんなことしたもんだから，保健所の電話がパンクしてしまって，なかなかつながらないという問題が起こったわけですけど。このことの裏の意味は，帰国者・接触者外来を公表しなかったということなんです。インターネットでどこを探しても，帰国者・接触者外来がどこで開設されているのかということが一般の患者さんたちに見えないように，行政側がむしろ指導したわけです。それは，行政側の要請というよりは，医療者側の要請があったはずです。先ほど申し上げたように，コロナはこの 10 カ月ぐらいの間で 8 万人です。一方，インフルエンザは 1500 万人が感染するという圧倒的な Disease's burden の違いを迎えようとするなかで，同じオペレーションをできないと国は考えたわけです

なので，この新しい冬を迎えるにあたっての 1 つのディスカッションポイントは，発熱者を診る医療機関というのをあらかじめ指定したうえで，そこを公表するかどうかということだったんです。医療機関の中には，もう公表してしまってください，あるいは公表したいとみずから希望をもつところもあったんですけど，マジョリティーは公表しないでくれということになって。公表を前提とするという声も当然あったわけですが，さまざまな意見をすり合わせるなかで，最終的に一律の公表までは求めないという話になって，公表を前提とするというのは落ちたわけです。なので，玉虫色決着なんですけど，都道府県の裁量で公表できるという規定になっているんです。それが 9 月 4 日に出た行政文書の事務連絡です。少なくとも地域の医療機関の間では，どこでそれが開設されているのかという情報については共有することにしようと。僕自身は漏れてもいいと思ってるわけですけど。

医療機関が本当に公表を嫌がっているのかと言われたときに，官僚は生の声を日々聞いているのではないわけですよ。職能団体は窓口だけど，彼らが言ってることが全部じゃないし，私も代表ではないですが，そうでもないところもありますよという反証の1つは申し上げることができた。

もう1ついうと，そこで前提となっている問題は，発熱患者の押し付け合いが起こるということでした。どこで診るかという当番を決めて，その当番に当たったところを公表するかどうかという議論をしてたわけです。そこで，私自身の読みは違う，むしろ発熱患者の取り合いになるだろうという話をして。

まず，インフルエンザ自体がめちゃくちゃ減ってるんです。この夏，日本の反対側なので冬ですが，南半球の主だった国はどこも軒並み記録的に低いわけです。検査をしてないからだろうとも言われているんですけど，その影響は多少ありますが，でも，たとえば，少なくとも英語でレポートが読めるオーストラリアなどを見ても，それなりの検査をしていても，やっぱり出ないです。それどころか，日本のこの夏のデータをずっと見ていっても，いわゆる夏風邪，プール熱とか，ヘルパンギーナとか，いろんなウイルス感染症があるんですけど，軒並み減ってるんです。それは，みんな感染対策に気をつけてるってこともあったし，人の動き自体がとても弱かったってこともあったし，学校や保育園がしばらくの間休みになったとか，そういうこともあるんですね。一方で，減らない感染症もあって，それは細菌性髄膜炎とかのいわゆる内因性の感染です。自分がそもそももっているばい菌によって急に起こる感染症は減ってないです。それは社会的な動きと連動しないから。

社会的な動きと連動する感染症インディケーターと社会的な動きから独立した感染症インディケーターの両方を見ると，前者は軒並み減ってる。それを見ると，さっき言った話に少し関連するんですが，小児科の開業医が干上がるのがよくわかるなと思ったわけです。

村上　ああ，そうか。

森井さん　これでは商売上がったりやろという感じなんですね。子どもの感染症がほとんどないので。小児科の商売なんてほとんど感染症ですから。もちろん，マニアックな疾患を診る先生はいますけど，それでは食えないので。そういう状況で，冬になったらインフル，増えるだろうと思ってるんですけど，例年のような1000万人を超えるような感染者が出ることは，いまの状況から考えればほぼない。南半球から入ってくるインフルエンザのウイルスの量が圧倒的に違うので。

そもそも南半球で流行っていないというのと，人の流入そのものが極端に落ちてる。5000万人の外国人観光客が去年まであったわけですが，いま，国はようやく増やすと言って10月から1日1000人ずつにするというふうに言ってる。去年までは1日で数十万人，ピーク時には100万人を超えるような旅行者が入ってきたことを考えれば微々たるものです。国としては，来年オリパラやりたいという問題があって，開幕の直前に

フルオープンするというわけにはいかないので，逆算してちょっとずつ増やすんだと思うんですけど。そうだったとしても，そもそもコロナ以外のウイルス感染は圧倒的に少ないので，ダブルパンチは起こらない。そういう中で，ただでさえ干上がりまくってる小児科の先生たちは押し付け合うだろうか，この状況でと。背に腹は代えられなかったら，ぐちゃぐちゃ言わずに，あるいは社会的役割を果たすとか何とでも言えるわけで，彼らは発熱患者を取り合う環境になるんじゃないかと。

その見通しがなぜ大事かというと，10 月を目途に発熱外来を開設する医療機関を都道府県単位で指定しなさいということになっていて，そこに補助金出すという話になっています。そして，補助金の要件の 1 つに，ただし「1 カ月以上は，1 カ月で 1 人は診ないといけない」，単に開設したというだけで「ただ乗り」は許さんよという話があって。たとえば，それを週に 1 人や 2 人という設定にもできたわけです。それが月に 1 人という非常に甘い設定になったのは，いまの見通しが少し影響しています。というのは，週に 1 人だと，本当にその補助金をとれないところが出てくるんです。患者がいないんで，取り合いが起こるわけだから。で，ただ乗りは許さんなんだけど，本当に開設したところはその間は発熱以外の患者をとらないということになってるので，その間に本当に診れなかったら医療機関としてはすごく困るわけです。なので，補助金を餌にして開設させたけど，やっぱり君のところは診てないからだめだよねという形になり過ぎるのも困るわけで，そこのバランスは見通しに依存するわけです。それで，かなり緩く設定する方向になっています。1 カ月に 1 人も診ないということは多分ないだろうと思うんですけど。そういうディスカッションを，データをとってしてました。私が行くまでは，みんなひたすら発熱患者を押し付け合うということを前提に話してたので，いや，そうじゃないかもしれないよ，という議論をし始めたりとか，そういう役割でしたね。

三浦　技術参与としてはいつから行かれてたんでしたっけ。

森井さん　8 月の半ばですね。

三浦　じゃあ，1 カ月半。

森井さん　そうです。1 カ月ぐらいですね。そして，いつ呼び戻されるかわからない。

三浦　ということは，いまの森井さんみたいなお立場の方は入れ替わり立ち替わりいらっしゃるんですか。

森井さん　技術参与自体は，私が知る限りは，他に 3 人いらっしゃいました。もっといるかもしれないですけど，10 人はいないと思います。

三浦　みなさん，医学者というか，医師でいらっしゃる？

森井さん　そうです。基本的には感染症の専門家で，もう 1 つの特徴は，医系技官を経験したことのある人です。役所をまったく知らない人は入れてないはずです。

三浦　そうか。そういう立場のお話を伺うと，いままで民間の病院で医療に従事されていた方の話を聞いて，これから大学病院の先生のお話も聞くんですが，そうすると，立場はみんな違うんですけれど，共通したものにいろんな角度から光を当てると立体化する

というのをすごく感じました。

もちろん，民間病院の方は「PCR すれば儲かるので」とはおっしゃらないわけですけども，ただ，やっぱりそういう要素はどうしてもあって。もともと非常に医療の現場に対して経済的に厳しい形で感染対応が始まって，その後，検査をすれば，患者には負担をかけずに，おたくにはじゃぶじゃぶお金が来ますよという形に切り替えてしまったと。それとこれとは違う話でしょう，というお考えは非常によくわかるんですが，じゃあどうすればよかったとお考えですか。

森井さん　PCR 検査に関しては，医者の判断ってあってないようなもんなんで，こうこう，こういう患者で，という要件を定めるべきでした。最初，国は何て言ってたかというと，発熱しても 4 日間は家にいてくれと言ってたんですよ。4 日縛りと呼んでましたけど，逆に要件としてきつ過ぎるわけです。もっというと，最初は武漢縛りってのもあったんです。武漢からの渡航者じゃないと検査しない。次にそれが湖北省縛りになって。だんだん広がって。で，海外の渡航歴を問わなくなり。4 日縛りはあまりにも検査を抑制し過ぎるんだけれども，当時としては検査できる処理能力に非常に限りがあったので，それは医学的要請に伴うというよりは，検査ができる体制を横目で見ながら作ったところがあるんです。PCR の検査処理能力は 1 月時点では 1 日当たり数百。4 月に 1 万になったかな，ぐらいです。で，いまは日本全体でだいたい 2 万とか 3 万ぐらいです。爆発的には増えてないんです。限りある資源であるという本質的問題は解決してないわけです。解決してないところで，検査の無駄遣いが行われているわけです。

しかも，診療報酬は請求するんだけれど，医者がこの人はコロナだと思うので白黒つけたいと思って調べる検査以外の，自分はコロナと何とも思ってないけど，調べないといけないからやってる検査というのが，国の統計の中にあんまり上がってきてないんです。だから，2 万とか 3 万とか言いましたけど，本当はもっとやってると思うんです。そういうよくわからないことも生むことになってしまった。5 月時点に戻れるのであれば，4 日縛りはきつ過ぎるけど，何らか 1 つでも症状がある人か，あるいは接触歴があるということに絞って検査を認める。検査をする場合は，それがあったということをちゃんとカルテ上に記載しなさいということにすればよかったと思います。それがじつは普通の診療なんです。

三浦　ええ。普通は何か疑わせることがあるので検査をしようとことになりますよね。

森井さん　たとえば，頭や胸の CT 撮りましたとなると，時々レセプトという診療報酬のデータを監査してるところからお手紙が来るんです。あなた，いついつにこの人の頭の CT 撮ってるけれども，なぜ撮ったんですか，要らないんじゃないんですか，診療報酬としては認められないので保険請求は却下します，というようなお手紙が時々来るんです。来ると医者は何をするかというと，いえいえこういう理由でと書いて打ち返すわけです。それがないと認められないってことがいっぱいあるわけですが，コロナに関してはそれを放棄したってことなんです。

三浦　そういうことですね。とにかくやると。

森井さん　医者はつねに患者に対して，患者も自分のお金払うわけだから，部分的であるとはいえ，なぜその検査をしたのかという説明責任がつねに発生しているので，そんなに無茶なことはしないはず。患者は自分が買っているサービスが何なのかということを知る権利があって，売り手としても，あなたにはこういう利益というかメリットを得るためにこの検査が必要だったんですと言う義務があって，それが当たり前のことなんですね。すべての診療報酬，診療に報酬を与えるメカニズムはすべてそうなんです。だけれども，PCR 検査では患者にその説明義務は発生しないというか。

もっというと，患者の側はテレビとかで PCR 検査をしてもらえることはすごくいいことだというふうに完全に洗脳されているわけです。なぜ洗脳されたかというと，してほしいシチュエーションがあるにもかかわらずできないという強烈な刷り込みがまず 4 月 5 月のときにあったからです。たとえば，僕がいま診療してて，ちょっと風邪っぽい人がいて，「ただの風邪だと思うけど，症状があるので一応 PCR 検査しましょう」と言うと，患者さんは驚くんです。「できるんですか」と言う。ああできるんだここは，という感じで言うわけです。患者に説明責任があったところが，自己負担がないということを契機に，そこがすっ飛んで，むしろやってくれたら嬉しいみたいなマインドセットが前提になってしまった。

三浦　医療者，医師にとっても検査することにメリットが急に発生して，患者の方もずっと，欲求不満というか，してほしいのにしてもらえない状況というのをよく知ってるからこそ，してくれると言うと嬉しいので，医者に対しても，ありがとうと言う。すると，お互いにとって心理的な報酬があるし，経済的な負担はゼロ。

森井さん　そうなんです。でも，やっぱりそれはゼロサムで，本当はそれを誰かが払ってるわけです。

三浦　そうですよね。結局，税金なんですが。

森井さん　税とか保険料というきわめて負担感の薄いものによって支えられているオペレーションなんです。そこでコストを使っているという感覚を，患者に求めるのはちょっと酷かもしれませんが，少なくとも医療者にはあるべきだと僕は思うんです。そのことで自分の懐が潤うことに対する後ろめたさをもてとまでは言わないですけど，自覚というか，責任というかがあるべきと思うんだけれども。数カ年分の国家予算を一気につぎ込むような例外的な予算年度になってるわけですから。そのことの重みというか，覚悟というか，それに値することなのかということをきちんと吟味しないといけないと，僕は思うんです。

三浦　あと 1 つ，まだ伺ってない話を聞きたいんですが。いま，日経メディカルに書かれているようなものが前からあったというのと加えて，たとえば今朝のように，メディアで専門家として発言していらっしゃるじゃないですか（注：朝日放送『おはよう朝日です』にコメンテイターとして出演）。こういう事例があればいつもそうですけれども，あま

たの専門家という方々が発言されてますよね。それにはいろんな意味というか意図があると思うんです。私自身も今回の感染下で人々がそれをどう捉えているかという調査のデータをとっていて，日本の特徴みたいなことをちょっと出したならばずいぶん反応があって，ある程度取材を受けています。そのときも当然，学問をする者として本当にそれをすべきなのかというそれなりの葛藤はあって，メディアで発言することの意味って何だろうかということをあれこれ考えたあげく，これは多分なるべく出た方がいいだろうと判断して出てるという経緯があるんですが。森井さんの場合はどのようにお考えなんでしょうか。

森井さん　それは非常に個人的には大きなテーマがあるんです。書くものは，かなり自分でコントロールできます。とはいえ，学術論文を書くときの自分の裁量ほどはないんです。私は日経メディカルにも書きましたが，その後，東洋経済にも書いてるんです。東洋経済はフリーで読めるオンライン媒体です。日経メディカルもフリーなんですけど，医療者という肩書きがないと登録できないという建前になってるので，読んでる人たちは基本的に医療者という前提があるんです。それに比べて，東洋経済はかなり広く読まれるので，圧倒的に訴求する力が強かったんです。その分，編集もかなり入りました。正直いうと，私が言いたかったことと少し違うんだけどな，少しミスリードされたな，という感覚をもっています。

ただ，そのときに私なりの妥協をしたんです。たとえば，A と B という 2 つのことを書いていて，A は B を言うための前振りなんだというロジックの構成があったときに，A の方がキャッチーだったら前振りの A を強調したがったりするんです。

三浦　なるほど。

森井さん　そこを強調するのは本質的に違うんだけどな，と編集者に言っても，読まれてなんぼなんでと言われる。読まれないと，そもそも言いたいことも伝わりませんよと来るわけですね。そのロジックはわかるんだけど，ちょっと不満なところもあって。

どういう妥協をしたかというと，私はたいした学者ではないというふうに，まず思うわけです。自分自身をそう自己定義する。なので，別に学問を代表する必要はない。私ごときが，自己満足的に自分の学問的正確性みたいなことにこだわりをもっても，別に詮無いことであると。それよりも，何とか多くの読者を引きつけて，この問題を多くの人にアジェンダセット（議題設定）することだけでも意味があるんじゃないかというような妥協をして，自分の中でなんとか折り合う表現を探して，出す。

三浦　なるほど。

森井さん　だからそれこそ Twitter とかで受ける批判の中で，一番心にぐさっと刺さる批判というのは，自分が妥協した点を突いてくるものです。ごくわずかですけどあるんです。そこはやっぱりちょっとショックというか，しまったというか。

もう 1 つ，とくにテレビですけど，メディアに出ることで感じたのは，このコロナに関して，専門家という肩書きで出てくる人の中にも，人によってはトンデモなことを言

う人も，私の目から見ればいるんです。それらは私がやってることとわりとぶつかったりするんです。でも，賛否両論あるところに私はこう思ってるという議論をもっていってるので，人によっては私こそトンデモなんです。そういう中で，学問的な正確性をある程度，というか，厳密にいえばすごく保ちたい欲求に駆られる。たとえば，今後こういうふうに展開しますという未来予測については，いまわかっていることを数式に当てはめればこうだけど，未来のことなんて誰もわからないので，本当はいっぱい留保を付けたいわけです。それが学問的な正確性だし。だけど，テレビ的には留保を付ければ付けるほど何言ってるかわかんなくなるわけです。本当は，こういう場合もあって，ああいう場合もあるので，確実とは言えませんと言うと，最初からそれ言うなよみたいな話になる。そこの正確性を期せば期すほど，メッセージとか，切り口だけでもうまく伝わらないということが起こって，そのリスクはしゃべってる僕自身がとることになってしまうんです。そこは難しかったです。

もう 1 つの問題は専門性です。で，私は感染対策を実地にやってきて，それこそ，現場のお医者さんや現場のナースとかに対して，愚直に，手洗いをしましょうとかの指導をする。その愚直さの中にどういう工夫があるかを私なりに探ってきたつもりで，そういうことをずっとやってきたわけですね。そして，さまざまな病原体がどのような感染経路をたどるのかについての知識，たとえば，インフルエンザというウイルスは口から飛んだときに何 m 飛ぶのかとか，飛んだ後，ここにべちゃっと付いて何時間生き残るのかとか，ノロウイルスとどう違うのかとか，そういう知識はたくさんあるわけです。だけれども，たとえば，ウイルスそのものの遺伝子配列がどうなってるとかについては，知識としては知っているけれども，自分が手を動かして毎日シークエンスするようなことは，昔はやってましたけど，もうとうの昔に終えてるわけですね。やったことがあるというのは，おそらく普通の人とは違うと思うんです。だけど，そこでウイルスを語るということを，もし僕がテレビの前でしたときに，おまえが語るなよと言いたい人は多分山ほどいるんですよ。もちろん，コンサバティブに語るのであれば，自分の専門性を非常に細かく狭くして，それについては言及しない，一切自分の意見を言わない，というのも 1 つの態度だとは思います。ところが，コロナウイルスに曲がりなりにも関わって，曲がりなりにも公の議論の中に参画するときに，さっき言ったような「やったことある」というレベルのことでも，普通のまったくのジェネラルパブリックとは差異がありますよねということで，専門家のご意見はとマイクを向けられることもあるわけです。で，その場面で，ある程度知っていることをかいつまんで話さざるをえないシチュエーションも，正直にいうとやっぱりあったんですよね。

三浦　うん。

森井さん　それはだいぶ居心地の悪い感じはしましたね。だけど，細かい専門分野の違い，敷居みたいなことを一個一個説明しても，それはそれですごくむなしいというか，もっと遠くからそれを眺めるときに，そこの違いを一個一個厳密に何分も使って説明するっ

て，アホみたいな話なんです。だから，ばかばかしくなってくるので，そこもバランスとしか言いようがなくて。たとえば，レムデシビルというお薬がアメリカで承認されて，日本でも特例承認という形で国内での治験を経ずに，アメリカで承認されていることを経て承認されました。それで「レムデシビルってどういう薬ですか」と言われるわけです。国内で使った人いないんですよ，それまで。なんでかっていうと，そのレムデシビルというお薬はエボラ出血熱に使うために開発された薬だったわけです。そしたらもう，書いてあること読むしかないわけです。なので，そういうことしゃべるときには，僕も使ったことないですけど，エボラの薬で，腎障害とか肝障害があるらしいですけど，効くといいですねみたいな，そんな話にならざるをえないです。ものすごく厳密にいえば，エボラの治療経験があるお医者さんって，日本に 1 人か 2 人はいるんです。それこそ国の派遣などで西アフリカにまで出かけていって。もちろんそういう人たちを引っ張ってくれば，その使用経験についてそれらしくもっと語ることができたと思うんですけど，いちいちできないですよね。そうすると，総合的にコロナの問題について語る立場を与えられている者としては，ちょっと付け焼き刃的なものを含めて，「僕も使ったことないですけどね」とか言って，私なりの留保を付けながら話すしかないという感じがしました。だけど，しゃべった後に，やっぱり薄っぺらというか，自分の専門性ではなかったなと強く思うときもあります。

三浦　もっとちゃんといい話をできる他の人がいるだろうと思うことはありますよね。

森井さん　ええ。そういう意味では，あまたの専門家と呼ばれている人たちが中途半端にそれらしいことを言ってカウンターを食らうという事態にあちこちでなってますけど，そう言われても仕方がないなという部分はなきにしもあらず。そのことについては恥ずかしい思いです。もう，そう言わざるをえないというか。そういう役割はあるのかなという気もしますけど。

三浦　やっぱりジェネラルパブリックに話すときはそうせざるをえないですね。学会の中であれば，もちろん非常に細分化された専門家がいるんですが。

森井さん　そうなんです。学会の中であれば「いやそれ私専門じゃないんで」とはっきり言えてしまうんです。

三浦　ですよね。そうそう，だよね，というのもお互いにわかるので，それでいいわけですが。ややもすると，質問されることすべてに，私はわかりませんとか，専門ではないですとか答えてもよさそうなことを聞かれますよね。そうすると，たとえば，感染制御を専門にしているとか，社会心理学を専門にしているというのは何なんですかみたいな反応に普通だとなりますので，そうするとやはり，自分がやったことないことや見たことないようなものについても，なにがしか知る限りを話す以外のことはないですよね。非常に共感しました。同じようなことをずっと思ってるので。おっしゃったなかで印象的だったのは，自分でやや妥協したところを使われるというのが，私も非常にあって。記事ですと，見出しなどでかなりコントロールされるところがあって。

森井さん　そう，タイトルですね，やっぱり。

三浦　一番触らせてもらえないところがそのあたりですよね。

森井さん　そうなんです。たとえば，具体的な話でいうと，東洋経済の私の記事が「うっかり検査を受けた人の陽性・陰性のリアル」というタイトルになったんです。私は実際は実存という言葉を使ったんです。実存とリアルは違うと思ってて。

三浦　違うでしょうね。

森井さん　実存は，あなたかもしれない，1 人ひとりの個人に起こりうることというような，わりと深い意味を込めて付けたつもりだったんだけど，当然といえば当然なんですけどわかんないと。「それは絶対，訴求しない」というふうに言われて，そもそも伝わらないというので「リアル」になる。そういう言葉のこだわりみたいなことは放棄せざるをえないというか，自分で紙面を借りずに本を書くのであれば，多少融通が利くのかもしれない。それもわかんないですけど。『マスコミの煽りが PCR 検査を儲かる商売にした』というのもあるんですが，私の意図は，マスコミの煽りを問題にしたかったわけではなく，儲かる商売にしてしまったこと自体も，別に深く問うつもりはないんです。下品だなとは思うけど，問題は全然別のところにあると考えていて。それも，そこに食いつくか？と思ったんですけど。このタイトルに引っ張られるので，煽りを問題にしてると思われたり。儲かる商売というのは，どちらかというと保険が利かない PCR 検査の話をしてるんです。

三浦　ああ，なるほど。

森井さん　市場価格 4 万円ぐらいとかでやってるので。それはそれでやったらいいんだけど，別の問題あるよねということを書いてて，儲かる商売にしたことによる派生の問題をむしろ問うてるんです。具体的には，たとえば，プロ野球とか，サッカーの J リーグとか，あらゆるスポーツとか，あとは，企業活動とか演劇とかの芸術活動とかの局面で，たとえば 2 週間とか 1 週間に 1 回 PCR 検査をやりながら，社会のオペレーションを回している現実があるんです。そうすると，先ほど申し上げたように，PCR の検査数自体はじつは限られたパイなので，そこがたとえば 1 件当たり 4 万円出しますというふうにやると，保険診療の上限は 1 万 8000 円ですから，検査を請け負う会社としては 4 万円の検査を請け負った方が儲かるわけです。そうすると，マスコミにそれこそ煽られて，検査しないと社会活動を行ってはならないというような風潮がいま世の中にまん延してきてますけど，まん延すると自費でもやりたいという需要が生まれて，需要が生まれたところにマーケットが生まれるんです。このマーケットは，医療側のマーケットとじつは連結していて，しかも，医療側が払えるお金は診療報酬で 1 万 8000 円というキャップがされてるんです。シーリングといってもいいです。一方で基本的には市場価格は青天井です。出したい人がいればそれでいい。そして，いまの市場価格は 4 万円になってるわけです。そうすると，この状況が煽られれば煽られるほど検査会社がそっちを選ぶので，医療側の需要が排除されるという問題を書いてるんです。そこでは，マスコミに

煽られたばかな人たちがいるということを問題にしたいわけではないし，4 万円で検査するという商売が生まれたということ自体を問題にしてるわけでもないんです。一番大事な，本来やらないといけない人が，熱出てるのに検査してもらえないというそもそもの根本的な問題が余計悪くなるんじゃないですか，という問題意識でこの文章を書いてるんだけど。マスコミの煽り，4 万円という市場価格ができること，最終的にマーケットが 1 つ上の階層にある検査会社のとこで連結しているという問題の中で何が起こりますか，という議論を本当はしてるんだけど，キャッチーなんですよね。しかも，マスコミに煽られるという言葉が，私のそもそもの態度も良くないんですけど，よくある大衆蔑視みたいなことに回収されてしまってるんです。

三浦　なるほど。ばかな人たちが，という。

森井さん　私は，医療者という本来専門的であるべき人たちが十分な知識をもっていないということについては厳しい批判をもっています。だけれども，専門外にある人たちが，医学のこまごまとした問題について深い知識をもたないとこのことを全部判断できないという構造そのものが問題なのであって，その人たちが知識をもってないことそのものを批判の対象にするというのは，少し意図したことと違ったんです。それが大衆蔑視の議論として回収されていることについては，しまったなという感じをもちました。

三浦　基本的にメディアは，わりとそういう見出しの付け方をしますよね。あなたたちはだまされているんですよと言いたい。そうすることによって読者が読むので，という意味において，そうしようとしますね。そういう意味で。それこそ読者を煽っているという。

森井さん　形だけ見れば，そういうところに私が加担したと言われても反論できないです。なので，そこは難しいです。

三浦　そうですね。そこまで引き受けない限りは，メディアで書くなり，何か発言するなりということが多分できないですよ。どうしても無理であれば，何もしないという哲学をチョイスするか，個人で発信をして，発信というか，ほとんど発信力のない形にするかしかないですよね。

お話聞かせていただいて，本当にありがとうございました。

森井さん　いえいえ。長々と話してしまいました。

（2020 年 9 月 30 日実施）

協力者 L さん——40 代女性。大学病院の看護師。大学病院のコロナ病棟で看護に当たった。

平井　このたびはありがとうございます。大阪大学の平井です。時系列で，COVID 治療に当たられ始めたあたりから順番に，どんなことがあって，どう思ったかなどをお聞かせくださいますか。

L さん　私は●●大学病院で看護師をしています。

3 月になってすぐに COVID の患者さんが入院されたので，戻ってきたスタッフに「ぎりぎりで危なかったですね」という話をしてたんです。COVID の患者さんを看ずに済んだね，というぐらい私の中では人ごとだったんです。3 月に入院してきたその患者さんが重症化して，人工呼吸とか ECMO をしているというのを聞いて，大変なことになってるなとは思っていたんですけど，全然人ごとで。私はもともと心臓血管外科と循環器内科の混合病棟で働いているんですが，その感染症病棟にスタッフ 2 人行かなきゃいけなくなったよ，と話を聞いたときでも全然人ごとで。私は行くことはないだろうと思っていたんですが，重症患者を看られるという事情で呼ばれて行ったんです。辞令出されたときに，正直，言い方悪いんですけど，貧乏くじ引いたと思いました。というのが，私自身，災害看護とかにはまったく興味もないし，それに参加するつもりも全然なかったんです。なので，ICU とか CCU とか希望して一生懸命勉強してきたがためにこんな目に遭ってしまったという，なんだか損してるなという気持ちでいたんですけど。

そんな気持ちでは仕事できないので，誰かがしなければならないことを私がする当番が来た，みたいな感じで病棟に行きました。なので，納得いかないこととか気に食わないことがあったら仕事辞めて実家帰ろうかなというぐらいの気持ちでした。うちの両親も，COVID の病棟に行くという話をしたときに，誰かがしないといけないことだけど，なんであなたがしないといけないのかと。あなたがしなくても他にする人がいるだろうと。言ってることもすごくわかるし，心配してるというのもわかったし，本当に行きたくなかったんですけど，辞令だし，断れると思ってなかったんです。実際は断れたらしいんですけど，知らずに行って，え？ 断った人いるの？ と，話聞いてびっくりするという，そんな感じで行きました。

初日は，重症患者さんがずらりと並んでいたので，怖いとかそういうことを考えてる暇がなく 1 日が終わった感じでした。1 日仕事してたら，自分が予防策をちゃんと講じていれば怖くないなということに気がついて，そこからは前向きに仕事できました。重症患者さんを看ることが怖いとか，そういうストレスもないし。防護具をきちんとつければ大丈夫という感じでした。

平井　それは 3 月終わりぐらいですか。4 月に入って？

L さん　4 月 1 日です。だから，4 月は本当に忙しくて，いろいろ考えてる暇がなかったです。

平井　その忙しいというのは，ケア的なところですか。仕組みを作るところですか。

L さん　どちらもです。病棟自体，仕組みもなくて，急に集まってきた 20 人が一気に仕事を始めたので，マニュアル的なものもなくて，病棟内のルールもない。うちの病院は 3 交代なんですけど，感染症病棟はスタッフの出入りを少なくするということで 2 交代になったので，休憩のとり方もその都度話をしながら決めていく感じでした。なので，マニュアル作る人，患者さん看る人，業務を見て改善していく人というように自然に分かれて，わりとスムーズにチームとしては早めに完成されました。

平井　他の病院でも，ご家族が反対だったり，なかなか家族に仕事のことが言えないとおっしゃる方が何人かおられたんですが，やはり話をするのにかなり時間がかかったりしましたか？

L さん　いや，私はすぐに親に連絡しました。というのが，やっぱり黙っておける話じゃないなと思ったんです。感染症病棟に行ったときには，COVID が収束するまではここの部署にいてもらうということだったので，しばらく実家にも帰れないなと思ったので。隠し続けるのはちょっと不自然過ぎるし。ちゃんと話すと，親の動揺は想像以上に大きかったです。10 月からは一般病棟に戻ることになったので，親はすごく安心しているみたいです。

平井　その間，ずっとご心配されていましたか。

L さん　毎日感染者数をチェックしていたみたいです。しばらく連絡しなかったら，COVID にかかっているんじゃないかという疑いをかけられて，連絡があったり。

平井　やっぱりそうですよね。そこがみなさん，一番気にされるところで。

L さん　そうですね。第一波が落ち着いてからはちょくちょく実家に帰るようにしました。顔を見ると安心してくれるので。

平井　その辺の，実際に働かれている方の恐怖感と医療関係者じゃない方の感じ方って全然違いますよね。説明されたときに苦労されたのかなと思うんですが。

L さん　両親には，一般病棟で働いてる方が COVID かどうかわからない肺炎の患者さんが入院してる可能性がある，と説明しました。COVID だとわかっていたら，ちゃんと防護服着て行けるけど，そうじゃなかったらうっかり行って COVID もらうことがある。だから 100％ COVID の人しかいないところだから逆に安全だよと。

平井　たしかにそうですね。他の病院でも，救急の看護師さんたちはどっちかわからない人に対応するからすごく神経を使うとおっしゃってました。病棟に上がれば 100％完全防護で行くから，そっちはみなさんあまり心配されてなかったなという感じがあります。その感覚がなかなか一般の人にはわからないところですよね。

L さん　それでも心配と母親は言ってましたけど。私自身も，全然ということはないです

けど，そんなに必要以上に怖がったりすることなく働いてました。

平井　一番患者さんが増えたのは 4 月ですか。

L さん　そうです。ゴールデンウイーク明けには患者さんがすごく少なくなったので。ただ 4 月 1 日に私が受け持った患者さんはもう呼吸状態がかなり悪くなっていたので，挿管するという話になって。感染対策をしながら挿管というのはしたことなかったんです。防護服着て，フェースシールドして。フェースシールドの中が曇ってよく見えない環境で必死でやってました。先生たちもそんなに慣れてないので，声かけ合ってやりました。すごく汗だくで，死にそうになりました。

平井　重症の患者さんがどんな感じかとか，全然イメージがわからなくて。報道で人工呼吸器とか ECMO の話は聞くんですけど。具体的に病棟の看護師さんがその中でどういう業務をしておられるのかとか，簡単に教えていただけると。

L さん　人工呼吸を開始するときには，気管内挿管したりするのは，看護師ももちろん先生のそばにいて介助します。一般病棟で挿管するときには，先生 2 人とスタッフが 2 人ぐらいです。先生とスタッフ，実質 2 人でもできるんですけど。感染対策をしながらとなると，とにかく人がいるんです。中に入るスタッフも。でもたくさん入ると感染の機会が増えてしまう。だから最低限の人数でといっても，4 人ぐらいでやってました。先生が 3 人ぐらい入っていたんで。

うちの病院は感染症病棟の個室には前室があって，レッドゾーンとグリーンゾーンがちゃんと分けられるようになっています。中に入ると自由に動けないので，グリーンゾーンに看護師さんなどスタッフが 3 人ぐらい待機してて，足りないものを持ってきてもらったりとかしました。とにかく，何をするに関しても慣れてないので，人の手がたくさん必要でした。物一つ持ってくるにしても，最初は物品の位置もみんなわからず。中に介助に入っていても，フェースシールドが曇ってしまって視野も悪い。なので，先生も中心静脈ライン，CV をとるのも視界が悪いのでなかなか刺さらなかったりとか。悪い条件がすべてそろってるという感じの状況下でやってました。曇らないタイプのフェースシールドを用意してくれていて，それを使っていたりとかしたんですけど，長時間入ってるとどうしても曇ってきます。自分の息とか体温とかでも曇ってくるので。見える角度で見る感じでやってました。ごく最近，さらに曇りにくいフェースシールドが導入されて，それはちょっと見やすいなと思ったので，第一波のときに欲しかったなと感じました。

平井　あと，その当時って物不足，マスクを使い回してとかいうのをみなさん 4 月の頃は言っていたと思うんですけど。そのあたりはどうですか。

L さん　感染症病棟はマスクはとくに制限なく使っていたんですけど，一般病棟は週に 1 枚とかの制限受けてました。PPE（個人用防護具）とかはとりあえず全部感染症病棟に一気に集めろ，みたいな感じで集まってました。もちろん使い方もすごく言われました。患者さんが重症で気になるから，どうしても患者さんのそばに行きたいんですけ

ど，自分の思いだけで患者さんの近くに行っちゃうと，防護具が消費されてなくなっていく。なるべく入らないように工夫して患者さんを看るように言われてました。だから，自由に角度ができるモニターとかで見てたり。点滴の残量とかもちゃんとカメラでズームして見られたので，なるべくそうしてました。先生もそれで人工呼吸器の設定変えたりしていました。普通だったら「血圧 30 分後」などの指示が出たりするんですけど，COVID の患者さんに関しては，スタッフの感染の機会を減らすために，「次何時に入る予定だったら，そのときに血圧とってくれたらいいよ」というように指示も臨機応変に変えてくれてました。

平井　なるほど。あと，ECMO の対応ってかなり人手がかかるというのは聞いてるんですけど。難しさはどういうところですか。

L さん　そうですね。普通のときでも ECMO の患者さんってそんなにしょっちゅういるわけじゃないので，学ぶ機会がもともと少ないんですよね。ただ，今回集められた感染症病棟のスタッフというのは，ICU，CCU，PICU（Pediatric Intensive Care Unit：小児集中治療室）の経験者しか集まってなかったので，みんな久しぶりに見るからちょっと思い出す時間が必要というくらいの感じでした。ですから，そんなに患者さんを看るということには困らなかったです。ただ，重症患者さんなので人手がいる。スタッフ 1 人で患者さんを動かしたりというのがちょっと難しい。ECMO の患者さんに関しては，メインで受け持つスタッフが 2 人と，その患者さん専用のフリー番というのがついて看てました。なおかつ病棟全体のフリーの人がいるので，手が足りないときはフリー番が ECMO 番を助けるみたいな感じです。重症の COVID 病棟っていわれるところにいたんですけど，患者さんが 5 床，5 人で，日勤がそのとき 8 人から 9 人いたので，何とかなったと思います。

平井　重症病棟の 5 床の内訳はどのような感じでしたか。

L さん　看護部というか病院で決めてたのが，人工呼吸は 3 台まで。あと 2 床は重症予備軍みたいな人。ECMO も 1 台までしか回さないと決められていました。ただ，人工呼吸 3 台と ECMO が入った人ということもありました。夜勤になると勤務者が 3 人になるので，夜勤はすごく大変でした。あまり重症がいると，人がとられてしまって，詰め所も空にできないし，みたいな感じで。

平井　ECMO はずっと誰かは稼働していたんですか。

L さん　いや，そんなことないです。ECMO は 3 月から 4 月の半ばまでのお一人しかいなかったです。残念な結果になってしまったんですけど。その後は ECMO 回すほどの重症患者さんはいなかったです。

平井　人工呼吸器をつけられた患者さんで，良くなった患者さんというのはおられますか。

L さん　それこそ 4 月の頭は，挿管して人工呼吸を始めると翌日に亡くなったり，人工呼吸始めただけなのに極端に検査データが悪化したり，そういう患者さんが 3，4 人ぐらい続いて，COVID の患者さんに人工呼吸って本当に意味があることなのかという思い

がすごくあったんです。でも，4 月中頃に抜管できた人が 1 人いて，その人がすごく元気になったので，そこからは人工呼吸はそんなに悪いものじゃないんだなというのを知りました。そこからの患者さんは，わりとすっと抜管できたりしたんで，そういう印象はなくなりました。

平井　どういう違いがあったと思いますか。初期の人がなぜそんなに急に悪くなったかとか。

L さん　1 人は挿管したタイミングで偶然サイトカインストーム（注：感染症や薬剤投与などの原因により血中サイトカインの異常上昇が起こり，その作用が全身に及んで重篤な状況を引き起こす状態）が起きたのかなと思うんです。もう 1 人はウイルス性の心筋炎で，挿管された翌日に亡くなりました。なかなか抜管できなくて気管切開した患者さんも結局肺が戻らなくて亡くなったり。そういう悪いことが最初の頃すごく続きました。いま思えば偶然だと思うんですけど。

時々，集中治療の先生とか，そのときの担当した先生とお話しするんですけど，あれは僕たちもなぜかわからなくて怖かったとおっしゃってました。でもいま思ったら，たまたまそういうタイミングでそういうことが起きたんじゃないかと。納得はしてないですけど，そうしとこうと思ってます。

平井　なるほど。4 月以降の様子はどんな感じですか。

L さん　4 月は患者さんから息が苦しいとかいう訴えもあんまりなくて。ただ，酸素だけはどんどん上げていかないとどうにもならないみたいな。人工呼吸に関しては，看護スタッフには反対派がすごく多かったので，毎朝カンファレンスで医者と言い合いになるという感じでした。先生には早めに挿管して全身管理をした方がいいんじゃないかという意見があるんですが，看護師としては，この人もしかしたら挿管したら亡くなるかもしれないし，そのことまでちゃんと IC（インフォームド・コンセント）して，患者さんの承諾を得てるのか，先生の IC はどんな感じでやってるのか，みたいな感じでよく揉めてました。

平井　だいたいそういうときって，結果的にどっちに落ち着くことが多かったですか。

L さん　やっぱり先生の意見が通ることが多いです。意思決定をするのに，先生の IC の後に看護師も患者さんと話をして，本当は挿管することに関してどう考えるかを患者さんに聞くと，眠った状態で人工呼吸されてて，もしかしたら ECMO が回るかもしれないということまで聞いてるけど，そのまま亡くなるかもしれないとも言われてるし，それならそこまでせずに，何とかぎりぎりまで乗り越えたいというようなことをおっしゃることもあります。それを聞いて先生と話をするんですけど，結局は「挿管するようにもっていきます」みたいな感じで IC を再度されて。そのように強く言われると，患者さんは「じゃあよろしくお願いします」みたいな感じになる。そういうジレンマみたいなのもありました。患者さんと先生の間に挟まれるというか。知識もないので先生にお任せしますというのは当然だと思うんですけど。挿管されることがよくないというのは

私の価値観なので，私が決めることじゃないから，そういうんだったらそれで，それを全力で応援しますみたいな感じでした。

私が関わったなかではそういう事例が 3，4 例ありました。1 人だけ挿管は断固拒否されて，退院まですごく時間がかかりましたけど，一生懸命自分でモニター見ながら，酸素吸ったり動いたりというのをちゃんと自分で管理しされて，その人は挿管されずに済みました。あとの方は全員挿管されました。ただ，普段看ている患者さんに比べたら，しんどそうではなかったです。6 リットルとかいっても，いや大丈夫，動けばちょっと息切れるけどね，みたいな感じでした。

村上　そういうときでもデータはすごく悪いんですよね？

L さん　データは悪いんですけど，あんまり患者さんの自覚はなかった。

村上　それ，わりとよく聞く話なんで，なんでだろうと思って。

L さん　そうですね。COVID って 4 リットル以上酸素投与が必要になってくると，挿管を考えて，治療方針を決めていくみたいなんですけど，うちの施設は 6 リットルとか，多かったら 10 リットルとか投与したりとかしてます。わりと気長に見てる方だと思います。でも，第二波になったら，患者さんがわりと早く重症化の方向にころころって悪くなってても，ステロイドとか使うと元気になっていくので。第二波は切羽詰まって大変ということは全然なかったです。第一波の患者さんは 5 月いっぱいでいなくなりました。第二波は 7，8 月ぐらいからです。6 月は一般病棟にリリーフにみんな借り出されて。7 月から。7 月は妊婦の陽性者がすごく多くて。旦那さんからうつったり，切迫流産で入院してて，そこの病院でクラスターが発生して，転院してこられたり。

平井　第二波の患者さんの特徴はどういうものでしたか。

L さん　第二波は薬の使い方がちょっと変わってきたんです。すぐにステロイドを使ったり，分子標的薬を使ったりとかが始まったので。わりと重症化してってるなという印象の患者さんも，時間かけて良くなっていくという感じでした。第一波は玉を転がすように悪くなっていっていたんですけど，第二波の患者さんはわりと悪くなってもぐっと上がってくるみたいな感じで，わりと安心して見てました。感染症科の先生がわりと丁寧に診てるんだと思います。重症患者さんは集中治療医が診てるんですけど，重症患者さんじゃない軽症や中等症ぐらいの患者さんまでは感染症科の先生がメインで診てるので。

村上　その段階の治療が効くようになったって感じなんですかね。

L さん　そうですね。第一波ではステロイド使ったりはまずなかったんですけど，使われるようになってからは良くなってる印象です。

平井　あと，最近薬関係のことってあんまり報道でも触れられなくなったので。世間の人にはその辺のことはあんまり伝わっていないのかなと思うんですが，そのあたりはいかがでしょうか。たとえばアビガンが一時期は話題になってましたけど，あれはわりと普通に使ってるんですよね？

L さん　アビガン，普通に使ってます。効果がないと言われてたりもしたんですけど，あ

るんじゃないかなと思うんです。一定期間投与したら切るんですけど，切るとウイルス量が増えるので。なので，アビガンはある程度効果があると思います。

感染症にはステロイドってあんまり使わないんですけど。第二波では使うようになって，それもけっこう効果があります。炎症がある人にステロイドを使うと，普通は炎症が悪化したりとかするんですが，COVID の患者さんにはよく効いています。あと，リウマチに使うようなお薬とかも使ったりしてるんです。この人このまま様子見ておけないなというぐらいの重症リスクがあって，呼吸状態が実際に悪くなって，酸素化がすごく悪い患者さんに使うと，わりと翌日ぐらいからだんだんと患者さんが目に見えて楽そうにしてるなというぐらい改善してます。

平井　では，4 月と 8 月の違いというのは，全体として治療がある程度形が決まってきたということですね。

L さん　そうだと思います。4 月は本当にわからないことだらけで看護師として患者さん看てるうえで全部が怖かったんですけど，第二波になってからは，大丈夫，大丈夫という気持ちで看れるようになりました。

平井　いまはもうだいたい落ち着いている感じですか。

L さん　それが，9 月の終わりからけっこうハイリスクな患者さんが何人か入院してて。心臓の術後の患者さんで，リスクとしては高血圧と肥満がある方が人工呼吸されたりしています。肥満の人の予後がすごく悪い印象なんです。

平井　もともとのハイリスクの人たちの重症化がいま問題になっているんでしょうか。

L さん　そうですね。ただ第一波のときと違うのは，早めに挿管して早めに抜管しようというように治療方針も変わっているので，いままでだったら挿管しなかったような患者さんを，早めに挿管しています。

平井　この 4 月から全体を振り返って，何か価値観とか，看護師としての職業観とかで，何か変化はありますか。

L さん　看護師としてかどうかはわからないんですけど，今回私が COVID に従事してるということで，接し方が全然変わる人と変わらない人がいました。同じ病院の中でも，仲良くしてた人が一切近寄ってこなくなってきたりだとか。変わらない人は本当に変わらないんですけど。「みんなが怖いときに，そういうことをしてくれてありがとう」と言う人もいるし，「怖いんなら辞めれば」と言う人もいるし。人間ってそういうもんなんだなと思いました。

平井　人間性が見えてきたみたいな感じですか。

L さん　人間性が見えるというか，私はいまの職場にとくに大きな不満もなくずっと働いていたんですけど，COVID の病棟に行って，辞めたい気持ちがすごく強くなったんです。というのが，4 月は「行ってくれてありがとう」みたいな感じでずっと言われてたのに，急に 5 月のゴールデンウイーク明けからちょっと患者さんも減って落ち着いてたら，「あなたたちは暇なんだから，よその病棟に手伝いに行きなさい」って言われて，

いろんな病棟に。いいんですけど，急に扱いが雑になったというか。支援でお弁当とかいろいろ集まってくるのも，うちの病棟には全然来てなくて。ハンドクリームとかは来ましたけど。届いているということを知らずに，よその病棟にお弁当来てるよというのを聞いて，そうなの？みたいな。

師長さんが，おかしいんじゃないかと看護部に言ってくれたんです。そうしたら，そもそも感染症病棟のスタッフはいろんな病棟から欠員で出してもらってるのに何言ってるんだ，みたいなことを言われたらしくて。そんなふうに思われるんだと思ったら，すごく自己肯定感が損ねられたな気持ちになりました。気持ちだろって思うんです。物じゃなくて気持ちに言いたいんです。

平井　他にも，最初の特命的にやってるときはよかったんだけど，ちょっと余裕が出てきたときにそういう気持ちになったという方がいらっしゃいました。それに近い感じですよね。そこの部分がねぎらわれてないというか。

他に，今回のこの経験をされたことで，疾患や患者さんについて何か考えられるようになったことってありますか。たとえば，この経験をどこか別のところに使うとすれば，こういうことに使えるんじゃないかとか。

L さん　感染対策は完璧にできるようになりました。あと CT が見れるようになりました。そして，あんまりいろんなことに物おじしなくなったかもしれないです。感染症病棟だったら，患者さんがもし急変しても，いままでみたいに駆け足で患者さんのそばに寄ってなんかするということができない。自分の身を守らないといけないので，慌ててもしょうがない。そういうのもちょっと最初はジレンマを感じて，COVID でなければ患者さんがつらい時間が少なくて済むとか，もっとこうできたのにと思うこともありましたけど，そんなこと考えてたら仕事できないんで，考えるのやめました。一般病棟では，それではだめなのかなとは思うんですけど。

平井　そうすると，一般病棟に戻るとまたスイッチを切り替えないといけない場面が出てくるってことですね。

L さん　そうですね。働けるかなと，ちょっと不安に思います。

村上　他にも何か臨床上で実践されていてすごく大変だったという場面にはどんなものがありましたか。

L さん　人工呼吸をこの人にするかしないかという話し合いのときに，人工呼吸器が何台しかないから，この年齢の患者さんに挿管して人工呼吸器使っちゃうと，次にもし若い人が来てその人が重症化したときに人工呼吸器使えないから，この人に挿管するのはどうしようというカンファレンスもあったんです。命の選別をされてるみたいな感じで，変な汗をかきました，患者さんにも家族にも聞かせれない，私たちの中で済ませるべき話ですが。でも COVID に関してはそれは悪いことじゃなくてという，なんだかよくわからない気持ちになりました。

村上　やっぱり倫理的なジレンマが，ということですかね。

L さん　倫理的なことが多かったと思います。業務としては，何回かすれば「こんなものか」と思えるんですけど。そういう価値観は人それぞれもってるものだから，それは私の価値観として納めるしかないと思ってやってました。

村上　ちなみに，その場面は結局どうされたんですか。

L さん　結局，挿管されました。

村上　ちゃんと治療を受けられたということですね。じゃあ，逆に L さんの思っていたのと違った場面というのは他にもありましたか。さっき挿管の場面で 1 つお話になってましたけど，ご自身が思っている，看護はこうあるべきだと思われてるのと異なる決断がされてるケースもあったということなんですか。

L さん　そういう部分も何度かありました。とにかく，言い方悪いんですけど，COVID に関してはあんまり患者さんの意思が尊重されない。一応ちゃんと IC もするし，承諾も得てしてるんですけど。がんの患者さんとかだったら，患者さんに選択肢を何個か与えて，患者さんがその中から選んでいく感じなんですけど，COVID の患者さんはこういう治療をするかしないかしかない。だから，こうしますという IC をされて，患者さんは「はい」としか言いようがない場面ばかりでした。

村上　治療というのは 1 つに決まっていて，それ以外ないということなんですかね。

L さん　私の中ではそういう印象です。とくに重症患者さんに関しては。

村上　じゃあ本当に，何ていうか，IC だけど，意思決定支援という場面はもはやないという感じなんですかね。意思決定も何もないという感じですよね。

L さん　1 人，挿管を拒否した患者さんがいるんですけど，たまたまその日に私が勤務していて，先生の IC を聞いててそれはおかしいんじゃないか，患者さんにちゃんと選択肢は与えるべきだと思いました。もしかしたら挿管して，セデーション（鎮静）かけて，がっつり寝かせてしまったら，そのまま亡くなるかもしれないし，それでいいのかと。その患者さんは 70 歳前後ぐらいだったんですけど，すごくしっかりしている方で。IC の後に行って話を聞いたときに「絶対したくない。先生が言うことだから，先生に任せるしかないと思ったんだけど，そういう（しない）選択肢もあるんだったら，したくない」と言われたんです。しないと言って不利になるわけではないし，看護師全員でバックアップする。もし挿管しないという選択をしたとしても，しんどくなったらいつでも挿管はできると伝えました。その患者さんは結局，挿管せずに元気になられました。

　感染症病棟のスタッフはみんなベテランなんですけど，そういう意思決定をするような業務に就いたことがある人とない人がいるんです。がん治療とかに携わったことがある人は，ちゃんとそうやって患者さんの話を聞いて，先生に伝えたりとかできるんですけど，急性期の病棟とかにずっといると不得意なのかもしれません。

三浦　先ほど L さんも辞めたいと考えたこともあるとおっしゃったんですが，実際に辞められた方はあったんですか。

L さん　第一波が終わったときにスタッフの 3 分の 1 はもとの病棟に帰されたんですが，

第二波のときにみんなまた戻ってきたんです。第一波が終わって帰る前は，なんかちょっと扱いが雑で嫌だから，近々辞めることも考えたいと言うスタッフもいました。でも結局，誰も退職の申請はしてないみたいです。

平井　お忙しいところ，とてもありがとうございました。非常に様子がよくわかりました。

（2020 年 10 月 2 日実施）

協力者Qさん――30代男性。呼吸器内科の医師。大学病院で重症者の治療にあたっている。

村上　私たちの研究では臨床に携わった医療職の方々にインタビューをとっていますが，どういう場所で臨床に実際に当たったかによってかなり経験が異なるってことがだんだんわかってきています。そこで，それぞれの位置から見えたコロナの姿というか，コロナウイルスの診療に当たったときにどんな経験をされて，何を考えてらっしゃったのかをとくに教えていただきたいと考えております。適宜質問をお伺いすることはあると思うんですけども，まずは，ひとまず先生に自由にお話しいただきたいです。最初の情報が入ってきて，準備をされ始めたと思うんですけども，そのあたりからずっと時系列に沿って，どんなことがあって，どんなことを考えられてきたのかを教えていただけたらと考えております。

Qさん　私，今年から●●大学での勤務になったんですけれども，3月31日までは別のところで勤務をしていました。その頃からコロナウイルス肺炎は，3月なのでちょっとずつは出てきているところであったんですけれども，まだ，じつはそのとき見たことがなかったという状況です。検査はしてたけれども，幸いといったらあれですけど，当時勤務していたところでは罹患者はいなかったんです。4月1日にこちらに転勤になりましたが，コロナの診療担当に当たることが事前にアナウンスされていまして，ほとんどの方が診たことのない疾患なので，プレッシャーだったり，わからないことだらけで誰に聞いても多分誰もあんまりはっきりはわからないものを勉強していくことの不安が1つ，大きくありました。転勤ってそれだけでけっこういろんなプレッシャーがあって，普通に診療するのもちょっと難しかったりすることが多いんですけれども，その中でいままで普通に診てたような肺がん患者さんとかであっても少し苦労するところが，疾患自体も新しいものであったので，少し困ったな，精神的にすごくしんどいなというのがありました。

診療に関しては，4月に来たときは重症の患者さんがすごく多くて，●●大では重症の患者しか受け入れてはいないんですけれども，とくにECMOという一番究極の呼吸管理，呼吸補助をしてる患者さんもいらっしゃって，すごく状態が悪い方が多くいらっしゃった。それでも救わなくちゃいけないけれども，どうやって救っていいのかというのがなかなかわからないなかで，治療法も模索しながらやっていたというのが，まず不安だったところが強くあります。

村上　4月1日に異動されてきて，即座にその日から患者さんを診られたということですね。それはどういう経験になるのかちょっと想像ができないです。すでに入院されてて，

呼吸器なりECMOなりが回ってる患者さんと突然対面して，診察をされることになるんですよね。

Ｑさん　そうです。異動したその日から主治医としての診療が始まっていくというのはかなり突然で，もちろん前任の3月31日まで主治医であった先生もしっかり引き継ぎはしてくれてはいるんですけども。それでも，たとえば検体1つ扱うにあたっても，まず判断ルールもわかってないというのが1つありながら，コロナの検体というので，感染の対策をすごくしながらやっていったりとか，ストレスフルな診療になりました。

村上　そうですよね。誰がやったとしもものすごく緊張されるでしょう。個人情報あると思うので，最初に患者さんの診療に当たられたとき，どんな印象を受けられて，どう考えていったのかというのを教えていただけたらなと思うんですけども。

Ｑさん　4月1日に赴任した時点では，2人の患者さんがいらっしゃって，1人の患者様は，まだECMOが回っていたという状況で，なおかつトラブルが別件であって下痢が1日6リットルぐらいあるような状況で，それだけでかなり致死的だったんですけれども，それを何とかしなくちゃいけないけれど，まず下痢がなんで起きているのかもわからない状況だったりもして，結局はいろいろ検査して，何とか落ち着いたんです。その状況では患者さんは全例ICUにいらっしゃって，呼吸器内科が主治医で診て，集中治療科の専門の呼吸管理とかECMOの管理をしてくれる先生たちが一緒に診てくれるんですけれども，それだけ下痢が出る人は絶対助からないといわれているような状況でした。かなりしんどい治療になるなというのは感じてました。

その方に関しては，幸い，便に関してかなりくわしい先生たちに相談させてもらって，そのおかげでリカバーしていったりして，何とか闘えていけるなというのをそのときは感じました。でもちょっと感じたくらいで，いまでもいろんな治療がいわれてはいますが，はっきり強い武器があるわけではないので，不安な気持ちを抱えながら，でも何とか，患者さんが一歩ずつ前向きに動いていってくれてるというのを実感していきました。

もう1例の患者さんもECMO回ってたんですけれども，その方も特効薬がないというなかで，基本に忠実にっていったらあれですけれども，重症呼吸不全の患者さんにはARDS（急性呼吸窮迫症候群）という病態があるんですけれども，その病態に準じた呼吸管理をして，何とかもうそれでやっていくしかないなというので治療していくと，幸い少しずつは改善していっていきました。何とか闘えないわけではないんではないかというのを，ちょっとずつ，4月半ばから終わりぐらいにかけて，感じていったところではありました。

村上　何か，闘えるって思われるきっかけとなるできごととか患者さんとかがいらっしゃる感じなんですか。

Ｑさん　闘えるきっかけは，はっきりはないんですけれども，いまコロナウイルス肺炎は2割の患者さんが重症化して，そのうちの10％以上の方は亡くなるとよく報道されるかと思うんですけれども，●●大ではトータルで残念ながら1例の方は亡くなってしまっ

たんですけれども，すごく直近の話で，それまで何とか全員リカバーしていってたというのがありました。何かがキーポイントで安心だと思えたというわけではないですし，もちろん集中治療の先生がかなり尽力してくださって，集中治療室の看護師さんたちがかなりケアをしてくださってるおかげも間違いなくあるんですけれども。

何とかそれをやると，その後来た患者さんとかも回復していってくださっているので，闘えないわけじゃない病気だなと思いました。患者さんが徐々に改善していっているのを週単位とかで感じ取れたというのが，ちょっと安心材料になりました。もしそのとき，ほとんどの患者さんがそのままなすすべもなく亡くなっていってしまっていたら，本当に途方に暮れるしかなかったかなと思います。

村上　はっきりと何かがというわけではなくて，たくさんの患者さんが何とか回復されていくということの積み重ねということなんですかね。あと，いま僕が印象的だったのが，闘うという表現なんですが，これはよく使われるんですか。それとも，コロナだから出てきたんですか。

Q さん　患者さん治療で人工呼吸器管理を使ったりとか，患者さんにとって侵襲的な処置をしながら治療するときに闘うという表現をする医師はわりと多いんじゃないかなと思います。

村上　そうですか。いまお話しいただいたのは，4 月の半ばから下旬にかけての状況ですかね。ピークですよね，この頃が。

Q さん　第一波のピークに当たるかなと思います。

村上　すごくたくさんの方をご覧になっていたんですか。どんなふうに。

Q さん　いまお話しさせていただいたのは第一波の頃の状況で，第一波はそんなに患者数は多くなくて，全部で 8 例です。ほとんどの主治医を，第一波，第二波ともタイミングの巡り合わせで僕がさせていただいたんですけど，一応ピークはピークだったと思います。

村上　主治医としてご覧になってきて，コロナウイルス感染症はどういう病だとご覧になってたんですか。多分，他の病と違う部分があると思うんですけど。

Q さん　軽症例とか全然診れてないので，全体を総評して言えるわけではなく，論文とかデータを見てしか言えませんけど，たしかにただの風邪で終わってる方も多くいらっしゃいます。後遺症の問題とかがいわれてるのもありますけれども，悪くなったら本当に急激に悪くなっていくというのが他の疾患と全然違うところで，間質性肺炎の急性増悪という病気を僕たちこれまでもずっと診てるんですけれども，それはだいたい 1 日ぐらい経って，がっと悪くなったりするのが経過としてあるんです。でも，コロナウイルス肺炎は重症化が急速過ぎる。悪くなると，朝なんとなく悪いなと思ったら，夕方には挿管されて，人工呼吸管理が必要な状況になるぐらい急激に悪くなってくることが多いというのが特徴的だと思っていて。その対応がちょっと遅れると，致命率が上がってしまうんじゃないか，急に悪くなってしまうのを気をつけなくちゃいけない病気かなとは思

います。

村上　他にもありますか。

Ｑさん　他はかなり医学的な話になってしまうんですけど，肺胞上皮障害が他の肺炎に比べたら少し少ないなとか，おそらくは血栓形成が大きくできてしまってる病態なんだろうなとかは感じたりします。そういう報告もけっこうされているので，他の肺炎とはそういった意味では違う病態の部分もあるんだろうなと思います。

村上　ありがとうございます。では，その後の経過はいかがでしょうか。

Ｑさん　僕の話をするならば，病棟には僕レベルの学年の医師が 6 人いるんですが，呼吸器内科から出しているコロナ担当の医師が月に 1 人ないし 2 人，4 月，5 月の第一波のピークの本当に忙しいときは，僕ともう 1 人の先生 2 人体制でした。5 月半ばには僕のターンはいったん終わりになって，その後は一般の呼吸器診療をして，他の先生にコロナの当番を譲ったというところにはなっていて，そこからは 7 月後半まで患者さんがいなかったんです。第一波は収束していたというような状況でした。

8 月に僕にまた担当の期間が回ってきたんですけれども，第二波のピーク中のピークが来まして。第一波は 1 カ月半ぐらいかけて 8 人だったんですけれども，ひどいときは 8 日間で 8 人とか来る，毎日 1 人ずつ挿管患者さんが来るというぐらいのラッシュで，かなり忙しいかったです。夜にでも来るんですよね。他の診療科の先生にお願いすることはできない疾患で，呼吸器内科の医師で上司の先生は通してアドバイザリー的なポジションでいてくださっていて，診療を一緒にさせていただいてるんですけれども，そのときは患者さんが来るってわかったら，全部僕が呼ばれて，夜中もずっといてという状況が 1 カ月間ぐらい続いて，土日ももちろん，朝から晩までというような状況が続いていました。

村上　それはタフですね。実際の診療自体は変化があったんですか。患者さんの状態だとか，ちゃんとコントロールできるようになってきたとか，どういった感じだったんですか。

Ｑさん　この話を最初にするのを忘れていたんですが，患者さんを診察しようと思ったんですけど，診察するには，第一波のときもそうだったんですけれども，ガウンやマスクを着けたりというのが必要になるんですが，その物資の数が限られていて，正直なところ，直接の診察はしなかったんです。レントゲン撮ったりとか，血液検査とかはもちろんするんですけども，直接患者さんに触れるのは，看護師さんたちが一番最前線でやってくださってて，そのおかげである程度の情報をそこから得て診療するということになっていました。

診療が第二波で変わったかというと，少しずつだけですけれども，いろんな治療のエビデンスが 4 月，5 月はほとんどないという状況から，ちょっとだけは出てきていたというのがありまして，それに何とか則って治療をしていこうというのがあります。具体的にいうと，レムデシビルとか，アビガンとか，よくマスメディアとかでも聞かれるか

と思いますし，デキサメタゾンというのも承認されてるお薬であるんですけれども。デキサメタゾンに関しては死亡率を改善したというデータも出てきたりとか，レムデシビルは回復するまでの期間をちょっと早めたというような効果にはなって，死亡率までの改善には至ってないんですけれども，ある程度期待されるようなお薬がちょっと出てきているというような状況で，それに則って診療していくというように，第一波と第二波の担当のときではスタイルが変わりました。

村上　逆にいうと，第一波のときには薬がまったくわからない状態でということだったわけですよね。

Q さん　そうですね。大きな臨床試験とかももちろんなくて，武漢でいろんなケース報告はされてたので，これやったら回復しましたよとか，これやりましたという，その結果が多くの患者さんに当てはまるかというと眉唾ものでしたけれども，それに則って治療していたのが第一波，手探りでやっていたというところでした。第二波はある程度の臨床試験や，あとはいろんな地域での報告が多少蓄積されてきたというのが少し違っていたかなと思います。

村上　やっぱり変わるんですか。診療のやり方だったりとか結果だったりとかというのは，第一波と第二波では変化は起きてたんでしょうか。

Q さん　起きてると思います。というのは，第一波のときにはじめに使ったカトラというお薬があるんですけれども，それは後に効果がないことが示されていて，いまでは世界的に誰も使っていないものですし。2 例目で使ったヒドロキシクロロキンという，アメリカの大統領が飲んでたというような，マラリアのお薬。あんまり効果がないんじゃないかとはいわれてますが，それも当院の 2 例目では使っていました。それ使ったから良くなったのかどうかはわからないんですけれども，たしかに幸い回復はしていったんですが，多分，違うんじゃないかなと思っています。診療がそういった意味で少しずつ変わっていったのはあったと思います。

村上　患者さんの姿はどうですか。実際，診られていて，第一波と第二波で違うんですか。第二波になると，全体的としては軽症化してると言われていますよね。もちろん●●大病院は重症の患者さんだけをとっておられるんですけれども。

Q さん　軽症化してるというのは，重症化率が少し下がっていたのは事実だと思います。診療の実際の感覚として，ちょっとだけ挿管期間が短くなっていたのは事実です。

村上　そうすると患者さんの状態も，最初の 4 月の頃とは少し違った印象を受ける。

Q さん　そうですね。CT 像とかも全然違う像ができてました。呼吸状態も，第一波のときは ECMO が回ったりとかがあったんですが，第二波に関しては，ECMO が回ってる例はあるのはあるんですけれども，全然多くはなくて，第一波のときはめちゃくちゃ悪くて挿管されてたのが，呼吸状態が比較的ましな状況で挿管されているというのが少しあるのかなと思います。

多分，人工呼吸管理の間に与圧でマスク着けてやる方法とか，鼻から大量の酸素を送

り込むという酸素投与方法で粘るという方法は，普通の肺炎や呼吸不全の患者さんにはあるんですけれども，それをやるとエアロゾルが発生して周囲の医療者への被ばくのリスクがあるので，それはしないという方針が多くの病院でとられていたために，挿管も早かったんではないかなと思います。

村上　それは知りませんでした。はじめて伺いました。いまの，周囲の看護師さんたちへの暴露を防ぐということですよね。患者さんにとっては挿管であったとしても，マスクをするタイプであっても，効果は変わらないかもしれないんですか。

Ｑさん　それはまたちょっと違うかもしれないです。口に管を入れての人工呼吸管理とマスクの人工呼吸管理では，かける圧とか正確性とか呼吸の合わせ方が変わってくるので。口から管を入れて挿管の人工呼吸管理の方が，呼吸不全に対してはコントロールがかなり良くはなってくると思います。

村上　ありがとうございます。何かの偶然で，先生が一番重症の患者を担当することになっていた。何かの運命ですよね。

Ｑさん　なんでか，たまたま僕のとき。

村上　たまたま異動が決まったときに流行ってた。8 月もたまたまターンが。

Ｑさん　また第三波がくるかもしれないときは，また担当なるかもしれないんですけど，ちょっとわかんないです。

村上　もしかするとコロナの重症患者を日本で一番診られてるかもしれないですよね。

Ｑさん　ほとんどここの患者さんを主治医で診させてもらってるので，多分もしかしたらこの地域では主治医の数としては多いのかもしれないです。ただ，もちろん上司は全部診てくれています。主治医としては名前は入っていないですけれども。

村上　偶然こういうまったくはじめての病気に対峙することになった経験ってどんな経験なんですか。

Ｑさん　2 つ相反する考えになってるんですけど，こんな経験は多分二度とできないなというのはあって。多分ずっと教科書に載り続けるような事態になると思うんです。やれてることはすごく貴重な経験なんだろうなというのは思ってるんですけど，でもそこに至る前にすごくしんどいなというのがあって，これだけ治療させてもらえてるのはありがたいなって思う一方で，もしコロナがなかったら，もうちょっと楽な診療生活送れてたんだろうなというのも感じてます。

村上　さっき少しお話しいただきましたけども，どんなしんどさだったのか，もう少し具体的に教えていただければ。たとえば 1 日中，休みもなくお仕事されてたと思うんですけど。

Ｑさん　1 個ずついうと本当に些末なことだらけなんですけれども，患者さんが毎日来るとして，1 人来たら，これうちだからかもしれないんですけど，事務作業が山ほどあるんです。いろんな研究をみんなしたくて，主治医の僕のところに，この研究の同意をとってくれというのが 15～16 個ぐらい来てるんです。それの同意書を家族に説明したり

とか，もちろんご本人挿管されてるんで同意とれなくて，誰が来てくれるのかとかを調整して。濃厚接触者は来れないですし。そういったのを事務さんがやってくれる病院もあるかもしれないんですけど，●●大は全部僕らレベルの医者が調整して，家族来てもらって，話して，説明して。普通の診療の話もしなくちゃいけないですし，亡くなるかもしれないとかなり厳しい話をした後に，じゃあいまから研究の話で，と 15〜16 個ぐらいの同意書全部いただく。

ICU の看護師さんたちもめちゃくちゃやってくださってはいるんですけれども，やっぱりマンパワーが足りなくて。たとえば検体 1 つ運ぶにしても，とった検体を検査部というところに持っていかなくちゃいけないんですけども，普通の病院だったらあまり僕ら医師が関わることはないところですけれども，人手もないし，コロナ検体は助手さんとかも扱いづらかったりして，僕らが運んだりとか。そういう些末なことが山ほどあって。

何が一番しんどかったかとかいわれると，全部 1 個ずつ挙げたら，そんなしょうもないことでしんどいのかって思われちゃうとは思うんですけど，それの蓄積がすごくあってしんどいなというのと，あとは患者さん直接診療してないなかで，ほとんど同じような病歴で来られる方が多くて，自分の理解がついて行かないまま，がーっと患者さんが来ちゃうんです。この人なんだったかな，もともと基礎疾患は何があったかなというのを，患者さんの顔を見て話し掛けながら診療するとイメージが湧いてくるんですけれども，さっきの物資の問題から，直接診察に当たらずに，とりあえずデータだけをばっと入れて診療していくというのは，僕のスタイルとはちょっと，いままで患者さん直接診察したうえで診療してた者からすると，全然イメージが湧かないままで。でも主治医なので全部治療していかなくちゃいけないですし，患者さんそれぞれ毎日新しく来る患者さんで，どれがどうだったかというのを理解しながらやっていくのがストレスフルだったということです。顔もあまり見えない状況で，名前，年齢，性別がわかっていてというような状況なんで，ちょっと難しかったですね。

村上　そこは，やっぱり違いますね。いまみたいな話が伺いたかったです。普段はお医者さんがされないような些末な事務仕事に至るまで，検体を運ぶみたいな仕事まで主治医がすることになって，仕事が膨大になっていって，かつ患者さんの顔は見えなくなっていくという，すごく不思議なことが起きてますね。

Q さん　検体運ぶとかはもしかしたら僕がやらなくてよかったのかもしれないんですけど，あの看護師さんたちもめちゃくちゃ疲弊してる状況の中で，やるしかなかったと思うんです。

村上　他にもいまみたいなしんどいお話が，もしあれば教えていただきたいんですけど。ちっちゃいことってすごく大事だと思うんですよ。

Q さん　あとは土日もずっといつ来るかわからないですし，来るってわかっても実際すぐには来ないんですね。違う病院で診断された人が多いんですけれども，診断されて，こ

の人ちょっと呼吸状態悪くなったから搬送させますって言われて来るんですけど，来るにもそれなりに時間がかかるので，いまかいまかとひたすら緊張感をもちながら4，5時間ぐらい待ち続けることも。これは性格の問題もあるかもしれないんですけど，来たら対応でいいやって思う方だったらそんなにストレスなかったかもしれないんですけど，いつ来るんだろうと思いながら待つというのはストレスだったかもしれないです。

村上　ストレスはありますよ。それはそう思います。なんとなくイメージがつかめてきました。いまみたいな，お医者さんとしてのご苦労みたいなところが伺いたかったので，普通の医療ではない部分の，ストレスだったりとか，されてたことを教えていただけたらなと思ってました。いったん，他の先生，いかがですか。バトンタッチしましょうか。

平井　治療の際に，呼吸器内科の先生の集中治療の先生のチーム体制はどういった感じでやられてるんですか。

Ｑさん　正直，集中治療の先生におんぶにだっこで僕らさせてもらっていて，コロナウイルスの肺炎ってとくにだと思うんですけど，特効薬がないので，呼吸管理が何より一番大事なんじゃないかと思います。風邪重症版みたいのだと思うと，呼吸管理は全部僕ら呼吸器内科ですけど，集中治療科の先生の方が呼吸管理は上手なので，それを全部お願いさせてもらっていて，僕ら主治医業務といったらあれですけれども，いろんな診療科が関わってくることになるので，そこの調整をさせてもらったりとか。

あとはコロナのお薬に関しては，僕らがこれを使いたいとか，一般的な抗生剤とかはこれを使うというのはお話しさせてもらって，別に反対されることはないですけど，そういったディスカッションを毎日しています。僕らはコロナの治療をして，集中治療科の先生は重症呼吸不全に対応して，呼吸循環，おしっこがどれだけ出て，補液をどれだけしてという管理をしっかりやってくださっていています。役割分担としては，僕らの方が診療業務としてはちょっと少ないかもしれないと思っています。

平井　ご家族への対応とかというのは先生方のお仕事になるとおっしゃってましたが，そのあたりで苦労されたことはありますか。

Ｑさん　ご家族の対応で苦労したこととしては，すごく簡単なことだったら濃厚接触者がほとんど多くて誰も来れなかったりとか，でも同意はとらなくちゃ何もできなかったりというのはほぼ全例であって，それはそんなにたいしたことなかったんです。よくコロナウイルス肺炎って，岡江久美子さんとかも，亡くなった方のひつぎが玄関の前にぽんて置かれたような状態で会えなかったとかいうことが言われてたと思うんですけど，そうはならないように，うちの先生はけっこう考えてくださってました。

あとは看護師さんたちの提案もあったんですけど，本当は集中治療室で面会はできないけれども，最後になるかもしれないから会っておくというような状況の方に，許可を得て対応してもらうことができたケースもけっこうありました。そういったご家族との調整とかも基本的には僕らがしていますし，あと本当に些末なこととしては，おむつとかお金とか，人工呼吸器抜いた後に飲むお水とかお箸とか，そういったものをもってき

てくださいという連絡もしていました。

平井　かなりわりと細かいやりとりが。

Q さん　そうですね。ご家族とのということだったら，あとは普通の人より大変だったのは，面会に来られないのに人工呼吸管理で挿管されて家族はめちゃくちゃ不安で，病状説明ってすごく大事ですけど，なかなかそんな時間がとれなかったりもしながら，夜中にとりあえず今日の病状説明の電話をして，今日はこんなんでしたよというのを，毎日は無理でも時折していくというようなところです。でも，強く不安になるご家族も中にはいらっしゃって，ご家族が電話をこちらにかけてきて，いま大丈夫ですか，どんな感じですかというのに対応してたこともありました。週末はまだ時間がとりやすいので，週末にまとめて患者さんの家族にざっと 1 回全員電話をかけるみたいなのをやったりで，病状説明もすごく大変だったと思います。

村上　実際に亡くなったのは 1 名だけとおっしゃってたんですけど，危険な状態にあった方もいらっしゃると思うので，そのときのご家族への説明とかの場面というのは，どういうふうにというか，違ったんでしょうか。普段，先生がされてるご家族への対応とは。

Q さん　違うといえば違うのは，ほぼ人工呼吸管理をされてる状況で ICU に入ってこられてる方なので，一般的に僕らが診てる患者さんだったら，人工呼吸器しますか，しませんかってところから話しますけど，そこに関しては 1 個前の病院で終わってから来ているので，そこはむしろ少なかったです。でも亡くなるかもしれないとか，面会ができないかもしれないとかいう話は，強めにさせてもらってはいました。

三浦　私の考える主治医というもののイメージと，なさってるお仕事がずいぶん違うなというのが印象的で，診察をされてないけれども，ご家族への説明とかこまごましたこととかはされてて。普通の肺の呼吸器の病気であるとしたら，そういうところは全部，主治医の方がなさるものなんですか。たとえば私は，そんな重症なことになったことないですけど，大学病院に入院したときに，インフォームド・コンセントを説明されたのは主治医ではなかったと思うし，主治医が誰かというのもよくわからないような感じでした。イメージがすごく違うのは私が単に知らないだけなのか，今回こういう状況だから，他の呼吸器の患者さんに対する対応と違うのか，診察をしなかったというのは大きな違いだと思うんですけれども，他はそんなに変わらないものですか。

Q さん　普通の診療とは全然違うと思います。僕がさっき言ったお話って，医師免許がいらない仕事が多かったと思うんです。●●大は医師免許のいらない仕事が普通の病院に比べたら多いのも事実なんですけれども，それよりも明らかにコロナ診療においては医師免許のいらない仕事というのが多くて，8 割ぐらいは医師免許のいらない仕事だったと思っています。そこは通常診療とは違うし，ストレスフルで，すごく傲慢な言い方をすると，そんなの全部他の人がやってくれてたのに，なんでこんなことまでしなくちゃいけないんだって思いながらやってたのはありました。

三浦　そうですよね。それはいまの組織の問題とコロナの問題と両方あるんですかね。

Q さん　組織の問題はあると思います。マンパワーが足りないということなんですけど，たとえば事務さんを雇ってくださったりするといけるのかもしれないですけど，事務の方にそういうのをさせるのがまだあまりうまく進んでないというのが。あまりにも 8 月は毎日毎日そういう方が来て，やってることが医師免許のいらないこと，些末なことが多いんだけれども，とちょっと 1 回訴えかけたんですけど，それがなかなか他の人に依頼しづらい状況みたいでした。

三浦　患者さんのご家族は，主治医が直接対応してくださるんであれば，それ自身はすごくありがたいことだと思われると思うんですけど，でもいろんなところが違うんじゃないかなと率直に思いました。

転勤されるのは通常のスケジュール上で決まっていたことで，戻ってこられた形になるんですかね。卒業されて，研修いろいろ回られて。

Q さん　そうですね。医師 7 年目になるんですけれども，だいたい，多くの医師が，診療科によりますけど，呼吸器内科は 6〜8 年目がいま病棟を担当しています。

平井　別の質問になるんですけども，今後の見通し，とくに治療法がさらに良くなるとか，そういうあたりの情報なりなんなりってあるんでしょうか。

Q さん　お薬の治療に関していうと，抗ウイルス治療と抗炎症治療と抗凝固治療が 3 つの要かなと思っています。抗ウイルス治療はいろいろうまくいかなかった試験もあるんですけど，レムデシビルはある程度の効果はあるかなと思っているのと，イベルメクチンという寄生虫のお薬もある程度効果があったんじゃないかと言われていて，少し期待できるかなと思っています。まだ使えるようになるのは少しだけ先なのかもしれないと思っています。

抗炎症に関しては，テキサメタゾンというのが死亡率を改善するというのがあったと思うんですけど，いますごくトラブルになってるのは，このお薬，炎症を抑えてやる代わりに感染症をむしろちょっと助長しちゃうというような副作用があるんですね。ステロイドがどれだけ生き続けるのかというのは，当院では少なくとも問題になっていますし，一応，試験では 10 日間とか決まってるんですけど，やめた途端にまた炎症が強くなって，やめられない方がいらっしゃったりして，そうこうしてるうちに次の感染症が起きてきてしまった方とか，コロナウイルス肺炎がまた再度悪くなっているとか，なかなかウイルスが PCR で消えていかないということが問題になっているんです。それの見極めがすごく難しい。ステロイドの使い方が難しいなというのが治療において一番重要な問題で，答えはなかなか見つけれてないんですけれども，そこがはっきりしてきたらいいなとは思っています。

あと，アクテムラも海外のフェーズ 3 試験がちょっとこけちゃったのがあるんですけど，その他にはけっこういい報告もあったりして，このお薬も抗炎症治療なんですけれども，ステロイド以外にも期待されるものはあるのかもしれないとは思っています。抗凝固に関しては，こないだ重症呼吸不全を診てる病院の会議で，どんな治療してますか

ねというような話し合いもあったんですけれども，抗凝固療法に関しては多くの病院でほぼ全例でやってて，ヘパリンである程度効果は出てるって報告もありますし，そういったのは続けていくというところです。

つまり，治療の見通しとしては，おそらくはステロイドとかの抗炎症治療をどれだけやっていくか，炎症を抑えるけれども，コロナウイルスがなかなか出ていかないというのをなんとか改善してやらなくちゃいけないというのが今後の課題かなと思っています。

平井　ありがとうございます。あともう 1 つ，実際に現場でコロナウイルスの患者さんを診られていて感じる部分と，世間一般でメディア等でいろいろいわれてることに，ギャップなりなんなりがあるのかなと思うんですけど，その当たりで感じられてることとか何かないでしょうか。

Q さん　メディアの情報，最近捉えるのやめちゃったんですけど，思ってるより僕らはしんどい思いをしているというのを理解してもらえたらなと思っています。

平井　最近，見られなくなったのは何かきっかけとかあるんですか。

Q さん　4 月とかは何から情報得ていいかというのもわからないなかで，メディアでもいいから情報得てたというのがあって，たとえば車の中でも聞いてたりはしてたんですけれども，よくわかってないコメンテーターたちが何か言ってんのも，どんな内容で嫌になったかは忘れましたけど，こんな適当なこと言ってんの聞いててもしょうがないなと思って。第一波のときは，でも何でもいいから情報をくれと思ってたんですけれども，最近ではまったく聞いてないです。

平井　そういう意味では，治療法の情報を収集する一番の機会というのはどういうところですか。学会のネットワークなのか，いまおっしゃったような病院間の横のつながりなのか。

Q さん　論文をひたすら探して見ていくというようなことで，いま，有名な医学系雑誌の論文はほとんどコロナウイルス肺炎に関するもので，山ほど出てきてるんですね。それを何とかさらいながら。全部さらうというのは難しいんですけど。あとは同僚同士の話の「こんな論文出てたね」とかで，知らなかったものを拾ったりとか。あとは医師のコミュニティーサイトみたいなのもあったりするんですけど，そこにメールで流れてきたり，何々が死亡率を改善するかもしれないと報告みたいなのがメールマガジンで流れてきたのを目に留まったら見るというような感じで情報を拾ってます。

村上　どうもありがとうございました。本当に診療された先生によって全然違った姿なのがすごく印象的です。医師免許のいらない仕事が 8 割って，それコロナの明らかな影響ですよね。普段はそんなことありえないわけだから。

Q さん　細やかな，家族との，医師免許のいらない仕事というのはたしかにあまり知られてないかもしれません。

村上　すごく大事ですよね。僕自身，自分の研究では看護師さんの聞き取りを 10 年ぐらいしてるので，ケアの部分がどれだけ大事かというのをいままでずっと聞いてきたので，

それは不可欠ですし，誰かがしっかりやらなきゃいけないし。しかもそれを主治医の先生がされたというのは，先生は大変だったけれども，患者さんのご家族にとってはすごく，三浦先生も言ってましたけど，よかったんだろうなと思います。すごく助けになったんだろうなと思います。と思いながら聞いてました。本当にどうもありがとうございます。せっかくの休日にこんなお時間とっていただいて。

Ｑさん　こちらこそ，ありがとうございました。

三浦　ありがとうございました。

平井　どうもありがとうございました。じゃあ，これで失礼します。

（2020 年 10 月 25 日実施）

協力者 P さん――40 代男性。呼吸器内科の医師。大学病院で重症者の治療に当たっている。

平井　今年の冬，1 月か 2 月ぐらいから，時系列でどういうことがあったのかについて，自由に思いつくままにお話いただけるでしょうか。

P さん　わかりました。最初は，年が明けてから新型ウイルス感染症に関して情報が出始めました。最初は感染症といっても海外の感染症で，それをいかに水際で食い止めるかということでしたので，医療者として関心はありましたけど，自分が当事者としての意識は基本的にはなかったです。外来で来た方に，問診で海外渡航歴ないですかとはきちんと聞こうかなとは思ってましたけど，当事者としての意識は大きくはありませんでした。

その後，日本国内の感染者の第 1 例目が関西，2 例目が大阪で出たということで，自分の外来にそういう方が紛れ込まないかなという注意だけはしていました。そこでは，いかにして見逃さないかと，私も含めて偶然診断したときに感染しないかという感染予防を意識していました。そうすると今度は感染者が少しずつ増えてきて。私は行政とやりとりしてませんが，院内の中で感染予防に対する対策や，疑い患者の診療フローを確立するようになってきて，可能性は低くても，いつ来てもおかしくないという認識でおりました。そういうさなかの 3 月末から 4 月に，重症患者を受け入れるというのが基本的に上意下達で来たので，そのときに驚きはしました。

平井　いま，上意下達であって驚きを感じたとおっしゃったところなんですけど，具体的にどういう感じで言ってきたんでしょうか。

P さん　まず，上意下達で驚いたというのは，これは大学病院もそうですし，比較的医者の業界はそういうところがあると思うんですが，トップが命令して，ばあっといくようには必ずしもなっていないんです。たとえば大学でしたら，それぞれの医局がわりと独立していると私は思っていたので，院長が指令を出したらそれで全部そのまま実施されるとはあまり思ってなかったんです。意外とうちの病院はトップダウンでちゃんと指示が届くようなシステムになってるんだ，というのを自覚した次第です。トップダウン型の病院もありますけども，病院によっては各科の医師がいろんな大学から派遣されていたりすると，医師はその病院の社員や従業員というよりは，医局に属していて派遣されてるという感覚をもってる人もいるので。

実際，具体的には，行政とやりとりしているのは院長，感染症の教授ですが，そこから「重症者を受け入れる」という指示が院長名で通知されて。それを誰が担うかを会議する場に参加したんですけども，そこでまず，重症患者を診るにあたってどこで診るか。

救命センターで診るのか，おもに術後など院内の重症者を診ている集中治療部で診るのか。どこで診るのかが決まった瞬間に，そこでの普段の診療が止まってしまうので。当然のごとく，みんな感染症のリスクが怖いということと，普段の診療ができなくなるということで，やめたいときっと思っていたと思います。その会議の中で，救命センターの病床数だけでは診れないだろうっていう話になったときに，しばらくは沈黙だったんですけど，集中治療部の先生が「ICU 半分つぶしますか」って一言ぽろっとおっしゃって。よく言ったなと思いましたが，もうその一言で，じゃあ ICU を半分つぶして，そこで診ることにしましょうという流れになりました。

私たちのことに関して言うと，救命センターは単独で診療を行っている部署なんですけど，集中治療部って基本的には，他の科から重症患者を助けてくれという依頼を受けて，場所と環境と，集中治療が関わることを提供して，いってみれば，主科とか主治医っていう形で家族とやりとりしたり，診療全体の細やかな実施を行う医者たちの集団じゃないんです。なので，場所は集中治療部を使っていいけれども，1 人の患者さんについて統一的，包括的に診療を進めていくことができなくて困るとはおっしゃっていて。それで，ちょっと呼吸器内科が関わってあげなきゃだめかなとは心の中では思っていたんです。ただ，私は診療の現場においては全責任を担っていますが，私が一声「じゃあ呼吸器内科で診ます」と言ったら全部が決まるっていうポジションではありませんので，ここはとりあえず何も回答なしで，いったん会議は終えました。

その後，診療科長や教授に，ICU でやるにしても私たちが関わってあげないと診療できませんよ，という話をしました。私はけっこう前のめりですので，3 人でミーティングをしたときも「そんな安易に，やりますと言ってはいけない」と慎重さを求められました。部署の責任者は職員を感染リスクから守るとか，日常の業務をちゃんと達成するという責任があるので。簡単にやりますと言っても，やるのはその部署の者たちなので，責任者としても簡単には言えなかったんだと思います。

そこからはいまの診療体制になり，もういまは非常に安定的にこうなっておりますが，そこから 2 週間ぐらいは，部署内においては，呼吸器内科医が主体的に関わるのかどうか，端的にいうと，逃げ切れるのか，それとも手を突っ込むのかというやりとりでした。

平井　他の病院も同じような体制ですか。多分，病院によって感染症科の先生がやってるところとか，いろいろ形態が違うのかなと思うんですけど。呼吸器内科が主になるところと，何か治療においての違いは出てくるんでしょうか。

P さん　おっしゃるとおりです。3 人でミーティングしてるときも，他はどうしてるんだという会話に当然なってくるんですが，私の見聞きしてる限りでは，まず近隣で指定感染症を取り扱う病院は，この新型のコロナウイルスではなくても，そういうようなことが起きることを想定して計画は立てていたはずですけども，内科系全体で診ましょうと。感染症科がありませんし，いわゆる感染症を専門としている医師もいません。どの病院でも通常は ICD，感染症コントロールドクターというのが通常置かれているんですけど

も，その病院の ICD は呼吸器内科の医師で，普段からきちんと分担して診ましょうということをきっちりやられてる先生です。ですので，内科系で若手 1 人，中堅 1 人，それから部長など責任のある立場 1 人という 3 人のグループを作って，たしか 2 週間ごとぐらいにローテーションしていたようです。搬送とかの連絡があったときに，これは断らなきゃいけないとかいう大事な判断は，3 人チームの部長クラスの責任ある立場の人がやりとりをして，中堅とレジデントの若手で実際の診療を行う。それを期間を区切って交代していくという診療体制をとっていました。

この地域で重症患者をたくさん診てる別の病院には，感染症総合内科という診療科があって，彼らが中心になって，彼らはまさにいまが自分たちの出番だという気概をもってやっていて，軽症，中等症くらいまでは彼らが中心になって診ていました。多少，他の内科系の診療科の力は借りていたと思います。ですので，病院によって，嫌々みんなで診るところと，まさにここが自分たちが役割を果たすべきだという使命感をもってやっているというところがあります。感染症内科医がいるところはすごく少ないんです。

ここはどうかというと，感染制御部という部署があって，専従は教授 1 人，その他若干名の医師数人です。1100 ベッドある病院ですけど，基本的に感染制御，感染対策，いろんな抗菌剤の使用のコントロールなどをしている。感染症の症例をやるほどマンパワーがないんです。他の病院は軽症・中等症は，内科系もしくは病院によっては外科系も含めてみんなで診るという体制が多くて，重症患者は，じつは救命救急医が大半を担っています。世間では呼吸器内科医は重症症例にはあまり関わっていなくて，おもな診療対象は中等症ぐらいまでです。集中治療医もそもそも少ないのであまり担当していないようです。

当院の集中治療医は，特殊でして。先ほども言ったように，多くの病院の集中治療室は場所を提供してるだけで，集中治療医がすべて仕切っている場所じゃなくて，私みたいな呼吸器内科医が重症患者を集中治療室に入れて診療してるっていうオープン ICU がほとんどで。当院みたいに集中治療医によってきちんと管理されてるクローズド ICU は大学病院ですら数少ないです。ですので，うちのように呼吸器内科医と集中治療医で診てるというのは全国の中でもまれかと思います。この地域でも重症者は救命救急医が診ていることがほとんどで，よくテレビは救命救急が取材されてると思いますが，そういう状態です。ですので，世間では呼吸器内科医が担っていないのに，呼吸器内科医がやるなんて簡単に言ってはいけないとは言われました。そのとおりです。

院内では，感染制御部は何やってるんだと。いまがまさにあなたたちが役割を果たすときなんじゃないのかという空気はありましたが，私は現場を知ってるので，感染制御部にこの人数で感染症診療をしろというのは無理なのはわかってるので，感染制御部何やってんだって言っても，無理だろうなと思ってました。

平井　ありがとうございます。あと，ちょっと関連して，前から疑問に思ってたんですけど，テレビを見ると，今回のコロナの問題に関していろんなドクターの方がコメンテー

ターとかでいろいろ出られてるんですけど，専門性によってだいぶスタンスが違う。それこそ感染症の専門の先生と，呼吸器内科の先生と，救命救急の先生とで違うのかなと思うんです。そのあたりの何か違いというか見方の違いはあるんでしょうか。それぞれの特徴というか。

Ｐさん　テレビに出ておられるのは基本的には全体を統括してる先生やアドバイザーのような方が多いのではないでしょうか。こういう方が現場にどこまで入っているかっていうのは，その病院の規模によって違います。小っちゃい病院ではアドバイザー兼現場だったりしますけど，とくに大きい病院になればなるほど，司令塔であって，現場の個々の診療をしているわけではないので。

たとえば，当院を統括している感染症の教授は，ベッドサイドでの診療は担っていません。僕はそれで全然いいと思ってるんです。大きなところでお話ししてる先生は，基本的には本当の現場の，抗生剤，何 g でいくかとかそういうことではなくて，情報を広く院内外や学会で集まってくる情報などをもとに大局的な判断をしますし，さらには診療現場だけじゃなくて公衆衛生学的な問題があるので，行政とかからも広く情報が集まってきて，その情報をもとにいろんなところでエキスパート・オピニオンを述べている。それも大事だと思ってます。僕らは 1 症例 1 症例，目の前のことがメインなだけで，大局的な流れを決めるにはそういうことは大事だと思っています。心の中では「ほんとの現場を知らないかもね」とか思いながらも，でも，それで別に悪いとは思ってないです。そういう役割分担だと思ってますので。

救命救急医がテレビで取材を受けるときは，死亡するほどの重症者の現場がこれぐらい緊迫感をもっていて，これぐらいプレッシャーがあって，これぐらいひどいことが起きていて，亡くなった方の家族はこういうことになってますっていう形で取材を受けてることが多いと思います。一方で，感染症内科の先生は，日々上がってくる感染者数とか，病気についてのいろんな豆知識とかに関して，1 つひとつコメントをしていることが多いと思いますので，出てくる場面がちょっと違うのかなという気はしております。僕は患者さんを良くするのが役割だと思ってますので，別に僕のところにマスコミ取材来なくても，なんら何とも思いません。

平井　大局的な見方と，現場の個々の症例を診ながらの見方というのがあるとのことでしたが，具体的にどのあたりがとくに違いますか。一致するところもあれば，ずれてくるところもあるかなと思うんですけど。現場から見てちょっとこの考え方は，とかっていうようなことってありますか。

Ｐさん　たとえば私どもの施設の経験で言いますと，じつはたまたま 1 例目の方が最も重症でした。いまも人工呼吸器に依存状態なんですけど，その方がかなり長期間ウイルスを排出していたんですが，あるとこでウイルスを排出しなくなって，じゃあ隔離を解除するかどうかという議論になったとき。ずっと感染防御具をつけて患者さんの診療をしているわけですけど，じゃあ明日から防御着なしでやりましょうってなると，動揺があ

ります。しかもうちは重症を診る施設なので，軽い人が来て，ウイルスが陰性になって，良くなったね，もうあなた隔離いりません，もう退院ですっていうのを経験していなかったので余計神経質になりました。隔離解除をするという経験がそれまでゼロだったのです。このはじめてウイルス陰性化した症例では濃厚な診療がまだ必要だというときなのですごく抵抗があって。「感染制御部は何て言ってるんだ」と言われるから，感染制御部に言っても，型どおり「ウイルスが 2 回陰性化したら，もう隔離解除です」と。

だけど，現場の看護師とかが，これは本当に絶対感染することはないのかとかいう気持ちではいるので，僕らが間に立って，ミーティングをしながら埋めていくっていう作業に 3 週間ぐらい要して，それで隔離を解除しました。いまその方は一般病棟にいます。現場にいるときには全員助ける，1 人が命を落としてもいけない，医療スタッフに関しても 1 人も感染者を出してはいけないという気持ちでいますので，絶対大丈夫なのかと自問していました。

しかし，大局的に見ている人は，基本的には大丈夫ですよというスタンスです。地域住民全体を相手にすれば基本的には大丈夫なんですけど，私は診療現場にいる限定されたスタッフ 1 人ひとりの感染リスクもゼロにしなくてはいけないと思っている。あらかた大丈夫と，絶対大丈夫なのかの違いです。

普通は，一般的には大丈夫ですというのと，でも，1 人ひとりの当事者は絶対大丈夫なの？というので，どれぐらいおおげさに対応するかというところの乖離が生まれてくる。その乖離は十分理解できますので，それをもって前者がだめだとは思わないです。感染制御部の「こうだったら隔離解除でいいんじゃないですか」のコメントは，それはそれで正確だと思ってるんで。ただ，そこを埋める作業を誰かがしなくてはいけないということです。そこには科学だけじゃなくて，感情的なところもある。安心とか，信頼とかいうところですよね。そこは意識して心がけるようにしております。

平井　違いがあるのは当然わかるけども，誰かが埋めなきゃいけないというところが難しいっていうことですよね。そのとき，結果的に隔離解除にするジャッジをされたのは先生ですか。

P さん　私と ICU の現場責任医師です。うちの現場でいうと，1 人ひとりの患者さんに対して看護師さんが日々 ICU で交代制で対応していて，ICU の医師は 24 時間体制で対応してまして，呼吸器内科の医師も期間を区切りながら交代して行っております。ですので，実際の最も濃厚に現場で接しているのは看護師であったり，担当する ICU の医師や呼吸器内科の医師でありますが，時間もしくは期間を区切って交代してるので，全般的にこの春からずっと関わっているのは，結果的に私と ICU の現場責任医師ということになってます。だから大事なところは僕とその方で，それぞれの決断を合意したりサポートしたりしなきゃと思ってます。

三浦　そこのつながりが非常に重要なところになっているということですか。

P さん　そうかもしれません。もともとそういう，わりと私も ICU の責任医師者も現場

で中心的な役割を長年担っているので，普段からそういうやりとりがあるというところはあります。2 人とも長くこの病院にいるんで，顔の見える，信頼感のあるつながりで各部署とやりとりできているのは幸いなことだとは思います。

また，今回のことに関していうと，うちで重症の治療をしますという宣言が最初出たときの院内の会議のときに，感染症の統括者がネットにあがってるニューヨークのビデオを流したんです。感染制御部や病院の執行部としては，もうニューヨークがこんな医療崩壊しているので，こういう状態に日本もなるんだぞという危機感をまずもたせるために，それを流してからいろんな議題をやっていったんです。この一環の中で，感染症の統括者と病院長が，重症患者を 40 人最大受け入れるっていう宣言したんです。40 人っていう数はどういうことかというと，ICU がもともと運用約 30 床なんです。1 病棟で 10 床でもう 1 病棟で 20 床という運用をしてるので，40 床というと ICU をすべてつぶしても足らない。じゃああぶれた 10 人はどこで診るんだというと，一般病棟をまずつぶすと。一般病棟をつぶして，そこであぶれた呼吸器の症例を診るっていうふうにおっしゃって，マジかよと思ってたんですけど。

その一環もあって，まず一般病棟つぶしました。いまはつぶしてないんですが。もともと複数の診療科の混合病棟があるところをつぶして，そこに隔離エリアを作って院内で出てきたコロナウイルスの陽性の人を収容して診療をしようという構想の下に。そこは隔離エリアだから，最大 40 人来たときには，もう人工呼吸器もそこで診たらいいじゃないかということで，感染症の統括者と院長はそういう形で，もう行政にそう言ってきたんです。

で，その病棟をつぶす過程は僕は知らないんですけど，ある週末越えたらその病棟が空床，ゼロになってました。それもトップダウンでこんなことできるんだと思ってびっくりしたんです。こんなことできるんだと思いました。

そこでの診療をどうするかは，集中治療室で診る最重症の患者は集中治療医がやるけども，一般病棟で，たとえば各院内で陽性者が出たときに，そこに収容して診療する，いってみれば最重症ではない診療に関しては集中治療医は関わらないということになりました。ということで，じゃあそこのエリアでの診療をどうするかということが今度は問題になって。それが内科系にまず投げられたんです。そこでの診療をどうするかと，あと，疑い症例。コロナウイルス肺炎かもしれないけど，まだ診断がついてない人を収容するエリアを誰が診るかということです。内科系に投げられたので，内科系の診療科長と，診療局長という実務責任者が会議をして。またこれも紛糾するんです。なぜ内科系で診なければならないのかとか，紛糾して。「ちょっと説明してもらおう」とか言って感染症の統括者に来ていただいたら，その先生は「もうこういう状態だから頼む」「重症じゃない人もその病棟だし，重症患者が ICU からあぶれてもその病棟」と言うのでみんな驚いてしまいました。

当然ながらさすがに私も「呼吸器内科で診ます」なんて言わないし，言うつもりもな

かったんです。だって，診れないなと思ったので。呼吸器内科で診てほしいなという空気はすごく感じたんですけど，そこは僕，前のめりじゃなく断りました。

肺炎って一般的にたくさん病気としてあって，ご高齢で肺炎の人ってすごく多いので，それを全部呼吸器内科医が診ると，呼吸器内科として特有の肺がんや間質性肺炎のような病気の診療ができなくなる。内科系が持ち回りで肺炎患者の主治医になってる病院はまあまああありますので，そういうのを例に挙げて，これに関しては，病気は肺炎の感染症かもしれないけど持ち回りでやってほしいんですというのを内科系全体にお願いしました。感染症の統括者には「先生は重症患者や人工呼吸器の患者を一般病棟で診てくれと言いましたけど，呼吸器管理を想定していない装備の病棟で慣れていない医師・スタッフでやると，粗雑な治療になりますよ」「そんなの先生無理ですよ」と言いました。結局，その一般病棟で人工呼吸器をつけることはありませんでした。

その後診療科長が「集中治療部の患者は全員呼吸器内科が担当してるから，それ以外のところは呼吸器内科以外の内科系で頼みますわ」と言って，それもそうだなと他の内科系はみんな一応納得してくれて。ただ，呼吸器感染症だから呼吸器内科医の力が欲しいから，アドバイザー的な感じで関わってほしいということで，わかりましたと。そういう形でいったん収まりました。それが 4 月上旬です。その後 4 月下旬から，最重症じゃない疑い症例とか，もしくは重症じゃない診療は内科系だけでしよう，本当に危機だったらもう全病院的でやるべきだろう，と内科系から病院に投げかけて，外科系も含めた全診療科から人を当番みたいに集めて診療するような体制になりました。その体制は 6 月中旬まで続くことになります。

看護師にとっては，普段の専門的な看護をしてたら突然，来週からコロナの疑いの患者さんとコロナの人来ます，よろしくって言われて。病棟の入り口とか封鎖されたりして，すごく暗いどんよりしたところで，なんか怒りと悲しみで満ち満ちていて，しかもゼロからの状態だったので，これじゃあ診療できないなと。じゃあ誰が指揮を執ってやるんだということになったときに，内科系で現場が好きな教授が「これは国の危機なんだから，ちゃんとしなければならない。俺が責任者をやる」とみずから言って。「もう俺がやる」と言って手を挙げてくださりました。

それで，その先生との信頼関係がある僕が呼ばれて。「P 君，やっぱり現場の診療をちゃんとわかってる人が仕切らないと無理だから。責任者として病院とやりとりするときとか，けんかしなきゃいけないときとか，そういうのは俺がやるから，現場をまとめるのをやってくれないか」って言われて。ああ，来たかとか思って。それで僕はそこに関わるようになりました。だから，先ほど申し上げたように，名目上は呼吸器内科はアドバイザー的にと言ってたんですけど，結局そこの診療の現場のマネージメントの一部を僕がすることになって。

そのときに最初に苦心したのは，看護師の精神的な落ち込みがきつかったことです。じつはその 1 カ月前に ICU でもそういうことが起きてたんです。最初に患者さんが入

ったときに，ユニット全体を感染症患者のための病棟にしたので，開始時は患者ゼロです。第 1 号の患者さんが入ってからしばらくの間は患者さん 1 人しかいないんです。だから，現場は大変だと思ってるかもしれませんけど，めちゃくちゃ忙しいわけでは必ずしもないです。患者 1 人しかいなくて，他はがらんとしてますので。だから，夜とか行っても看護師が複数名いるけど手が空いているんです。業務はありますよ。あるけど，なにせ患者 1 人なので。手は空いているけどけっして暇で楽というわけじゃなくて，自分たちだけがなぜ感染リスクのある仕事をトップダウンでやっているのか。実際そのとき辞めた看護師もいるんです。その 1 カ月くらい遅れて次に同じことが一般病棟で起きたわけです。ICU と一般病棟の違いは，その後 ICU には患者さんがだんだんと入っていくんです。そうすると忙しくなってくるんです。だから，リスクがあって心配と不安と不満と怒りがあるなかで，しかもやることがないと，どんどんその気持ちが増長していくんですけど，やることがどんどん増えると，これはやらなければいけないし，自分たちがやってるという気持ちにある程度なったのかと想像します。一方で，最終的にその一般病棟は患者さんがほとんど入らなかったんです。準備だけはしたけれども，ほとんど患者さんが発生しなかった，患者がゼロの状態でずっと続くというのがものすごくきついことで，そこの精神的なケアには師長さんが一番苦労したと思います。そこに一番心を砕きました。

それぐらい看護師は悲痛な思いでやっている一方で，医者は 2 週間とかでころころって，とりあえず来るわけで。それで実際，患者さんに一番最前線で接する時間が長いのは医者よりも看護師なんです。医者の中には「なんで俺はこんなことをしなければいけないのか。俺は本当に感染大丈夫なのか。そんなことしていいのか」とかいうことを自由奔放に言ってくる人がいるんです。だから，当番になる医者には，病棟に来る前に，ちゃんと看護師をリスペクトしろと言いました。あなた方よりもずっとリスクの高いことやっているので，看護師リスペクトできない人とは仕事できないし，さらに，自分は大丈夫なのか，たとえば，宿泊施設は用意してくれるのかとか，家帰っていいのかとかいうことを無邪気に言ってくる人には，まったく心配としては当然なんですけど，そういうお気持ちはごもっともだけど，よりリスクの高い看護師にそれを用意していないのに，あなたたちに先に用意することはありませんと言ったりとか。だから，医者と看護師の関係性に一番気苦労しました。ICU は，死ぬかもしれない患者さん何とかしなければというところがエネルギーの中心なんですが，一般病棟の方では患者さんがほとんどいないので，いかにみんなの気持ちを維持するかという，全然違うことをしてました。

ずっとみんなが言いたい放題言うなかでやっていたので，もう医療崩壊してまえって，心の中で思ってました。医療崩壊したら誰もみんな文句言わずにやるし，医療崩壊したらもう管理的なことじゃなくて，僕も現場で勝手に診療始めようと思ってたので。若い看護師は，どうせやるんだったらどんどん来てほしいって思ってるけど，わりとベテランの看護師さんとかの一部は，来たらやっぱり感染リスクが高まるから来ないに越した

ことはないって思っている人もいる。同じ来ない状態でつらい思いをしてるけど，ちょっとまた思いも違うんです。

三浦　普段平井さんと話をしてても，やることがない看護師さんたちのストレスがすごいんだって話は聞くんですが，直感的になぜだろうという気持ちがすごく私にはあって。定常的にすごく忙しくしているというか，やることがあるのが定常だというのと比較して違うからということでしょうか。感染リスクやそれに対する怖さもあるわけですよね。

P さん　これは僕の意見ですが，やることがない方がストレスは多いと思います。ストレスの種類が違うんでしょうけど。まず感染に対する怖さという意味でいうと，もう何人も患者さんを診てると，だんだんスタッフも慣れてくるんです。で，気持ちのハードルが下がってくるので，防護着着て，患者さんのところに行って，処置終わってというのが，慣れ過ぎて注意がおろそかになるといけないんでしょうけど，気持ち的には何ともなくなる。それがまれにしかないときというのは，防護着着るのに，この着方でよかったかなとか，ちゃんとできてるかなと，めちゃくちゃお互いにチェックしたりとかして。やることがないから，お互いの感染リスクの受け取り方がどんどん膨らんできて。さらに，医療従事者は大変ですよねと世の中からは思われてるけど，自分は大変じゃないっていうのがわかっているので。

一方で，まれに患者さん，その人は最終的にはコロナウイルス感染じゃないんですけど，コロナウイルス感染かもしれないっていう人が来たときのことです。緊急で入院する人って，不安定だし病状が不確定なんですが，そのおじいさんの痰が詰まって，ハッと呼吸が微弱になったときに，気管内挿管をしなきゃいけない。普段だったら普通にやったらいいんですけど，感染対策上どうしたらいいのか，なまじ勉強して知識があるので，感染リスクを減らすためにはこういうやり方じゃいけないけど，でもどうしたらいいんだ，となって，医療者なのにフリーズしてしまったんです。そのときは救命の先生が駆けつけて処置してくれたんですけど，ものすごくそれがトラウマになって。それが起きたその日の夕方に病棟に行ったら，どうしたのというくらいものすごく暗い雰囲気で。

そこからまたそういうことが起きてはいけないということで，マニュアルを作ってすごいシミュレーションをして。どんどん症例が来たらそれで頭も体も慣れていくんですけど，症例がその後に来ないじゃないですか。だけど来るかもしれない，同じようなことが起きるかもしれない。だから練習するんです。何回も練習しました。それは大変だな，きっとつらいだろうなと思いました。

6 月の中旬にいったん第一波が終わったということで，そこを一般診療に戻したんです。戻して，今度第二波のときにまたそこの病床をつぶして，またエリアとして開けようというふうに執行部がやろうとしたんです。僕はいろんな先生に「あそこ開けるのは効率的でないからそれはやめましょう」と言いました。結局第二波のときはその病床を開けてないです。

平井　ありがとうございます。私もまさにそういう状況のコロナ病棟のメンタルサポートをしていて，応援ばっかりの看護師さんの不満の話とかをいっぱい聞いてたので，まったく同じ状況だなと思って聞いておりました。

Ｐさん　活躍できることが大事なので，だからあえて患者をICUから外の病院にお願いせずにそこに引っ張ってきたりとか，疑い患者をどんどんここで集中的に見ようとか，活躍の場を作り出すことを意識しました。

平井　僕は自分が行ってる病院の師長さんに，自衛隊のメンタル強化の人が書いた本に書いてあった次のようなことを言いました。自衛隊って別にいま戦争があるわけじゃないんですけど日々訓練して，何かあったときに力を100％出せるために日々努力をするというところですよね。いままさにそんな状況にあるので，そう考えて，それをスタッフの人にも言ってほしいという話をちょうど最近してたところなんです。まさに，また増えたときのために空けてるっていうことだと思うんですけど，なかなか普段そういう状況ではないので，かなりきついだろうなと思います。

Ｐさん　でも，多分この状況はもうちょっと長くなる。ワンシーズンで終わりとかじゃないので。だから，今度は病院全体で看護師も持ち回りにするとかの何かしらの対策は多分必要でしょうね。

平井　その後，8月以降の体制はかなり違っていますか。

Ｐさん　いまは最大で20床です。他もやりますという施設が増えてきたからですけども。一方で，病院からはコロナの患者さんが減ってきたときに，いつ患者さんは出せるんだ，いつICUを戻せるんだと言われました。ICUを戻さないと手術件数が増やせないし，手術件数増やさないと病院は何億円赤字なんですというのを，すごく言われるわけです。だからちょっと複雑な気持ちなのが，院長からトップダウンできて，じゃあその役割を呼吸器内科のみんなと担いますと言ったわけで，一方で患者さんが減ってきたときに，あなた方が診療してる患者さんで病院が赤字になってるんでいつ何とかなるんですかって言われるのは，悪意はないとわかっていても複雑です。病院に迷惑をかけてる診療をしているかのように，そういう言い方してないんですけど，そう聞こえてしまうので。事実だから，そうですねと受け止めてますけど，そういうのが現場の人たちに伝わらないように，翻訳して返すようにはしてますが，そこは複雑です。すごく大事なことを担ってると言われるときもありますが。

平井　その辺は，病院経営の主体の考え方が，通常に戻ってきたっていうことなんですね。

Ｐさん　いまの手術件数は抑制ゼロ％です。第一波のときは半分ぐらいに減らしたんじゃないかなと思うので，外科医も手が空いていたかもしれません。いまは手術件数は減らしていない代わりに，ICUで見てあげるべき重症な術後患者を一般病棟に上げているので，一般病棟とか，外科医の術後管理は大変になっていると思います。

平井　最後に，いわゆるアカデミックな観点というか，呼吸器内科学から見たコロナウイルス感染症というのはどういう位置づけだと先生たちは見られているんですか。

P さん　医学系の雑誌はほとんどコロナ一色で，査読もささっと査読終わってすぐ掲載される。だから取り下げもけっこうありますけども，コロナ一色になっています。当然，本学も，免疫がこの病気に非常に重要な役割を果たしているというのがわかっているのでそこにはすごく注目しています。とくに私の専門は呼吸器免疫内科学ですので，学術的なところに貢献しようという気持ちは強いです。じつは患者さんが来たときに，うちの呼吸器内科の主治医たちは束になるような同意書をもらいます。もらっただけじゃなくて，臨床検体をとって，学内の研究者，時には学外の研究者に届けるという役割もしています。それって目の前の患者さんが良くなることにはまったく関係のないことなので，そこにモチベーションをもてるかどうかがすごく大事だと思います。うちの大学にいるからというのもあると思うんですが，現場の医師はそこにすごいモチベーションで，すごくエフォートを割いてやってます。それはリスペクトできるところです。非常に大事な役割を担っていると思ってます。

平井　ありがとうございました。

（2020 年 10 月 26 日実施）

編者

三浦麻子（みうら・あさこ）

大阪大学大学院人間科学研究科教授，博士（人間科学）。専門は社会心理学。コミュニケーションやインタラクションが新しい「何か」を生み出すメカニズムを解明することに関心をもつ。感染禍という「状況の力」が人間の心理・行動に与える影響について量的アプローチで検討している。

村上靖彦（むらかみ・やすひこ）

大阪大学大学院人間科学研究科教授，Ph.D.（パリ第 7 大学，基礎精神病理学・精神分析学博士）。著書に『摘便とお花見 ── 看護の語りの現象学』（医学書院，2013 年），『在宅無限大 ── 訪問看護師が見た生と死』（医学書院，2018 年），『子どもたちが作る町 ── 大阪・西成の子育て支援』（世界思想社, 2021 年近刊）など。

平井　啓（ひらい・けい）

大阪大学大学院人間科学研究科准教授，博士（人間科学），公認心理師。専門は健康・医療心理学，行動医学，医療行動経済学，サイコオンコロジー。著書に『医療現場の行動経済学 ── すれ違う医者と患者』（東洋経済新報社，2018 年，大竹文雄との共著），『ワークシートで学ぶ問題解決療法 ── 認知行動療法を実践的に活用したい人へ 実践のコツを教えます』（ちとせプレス，2020 年，本岡寛子との共著）など。

異なる景色

新型コロナウイルス感染禍に際する感染経験者・医療従事者へのインタビュー記録

2021 年 3 月 20 日　発行

編　者　三浦 麻子
村上 靖彦
平井　啓

制作協力　株式会社ちとせプレス

© 2021, Asako Miura, Yasuhiko Murakami, Kei Hirai.