

高齢者・障害者施設におけるコロナ患者^{とめおき}留置問題を考える

第1回ミーティング（2022年6月18日）報告書

京都府保険医協会 2022年7月

新型コロナウイルス感染症第6波では、京都府内でも新型コロナウイルス感染症に感染した多数の高齢者や障害のある方が入所先の施設に留め置かれたまま、医療につながることなく、命を落とす事態が発生した。医療団体と福祉関係者が同じテーブルでこの問題の解決方向をディスカッションし、行政に対する要望をまとめ、その実現を目指すためのミーティングを6月18日にWebで開催した。

主催は社会福祉法人七野会、きょうされん京都支部、京都民主医療機関連合会、京都社会保険推進協議会、京都府保険医協会がよびかけ団体として名を連ねた。

ミーティングに向けては、先だって実施したアンケートのフィードバックを兼ね、府内の高齢者施設や障害のある方の施設等へ幅広く案内、(一社)京都市老人福祉施設協会会長との面談や、直接訪問による聞き取りも行った。

当日は診療所5人、病院5人、特養7人、障害者施設5人、介護医療院1人、関連団体6人、研究者1人、議員2人、主催者・コメンテーターが10人の計42人が参加した。

冒頭、主催団体を代表して、京都府保険医協会・礒部博子政策部員があいさつ。協会の実施した高齢者・障害者施設における留め置き調査から明らかになった実態に対し、医師団体としての責任と役割を感じる。活発に意見交換したいと述べた。

〔基調報告〕

続いて、「ミーティング開催にあたって基調報告と『調査結果』報告」と題して、よびかけ団体一同を代表し、事務局が報告。

発言要旨は次の通り。

コロナ禍の下、高齢者や障害のある方が感染したとき、医療につながらないまま生命を落とす事態が広がっている。医療関係者、福祉関係者が同じテーブルで実態と意見を交流し、事態を改善するために何が必要かを考え、京都府や医療・福祉界に発信したい。

新型コロナウイルス感染症の「波」は来るたびに大きくなる。第6波に重なる2021年12月21日～3月31日の間に、京都府内で新型コロナウイルス感染症により亡くなった人は375人（京都府発表データ）にのぼる。報道によるとその数は第5波の実に7倍である。その内、60歳代以上が360人（96%）を占めた。第6波がピークを迎えた2022年2月頃、「高齢者施設の入所者が新型コロナウイルスに感染しても入院できない」という声が聞かれるようになった。2月、京都府保険医協会や京都社会保険推進協議会は「高齢・高リスク者の入所先への放置を解消し必要な医療を保障すること」を求める要請書を府知事宛に提出。（一社）京都市老人福祉施設協議会も要請書を提出したと聞いている。

府ではコロナ感染者の入院調整を入院コントロールセンターが行っている。第6波の最中である3月18日現在の京都府の確保病床状況は病床数が794床（内訳は重症病床171床 ※内51床が高度重症、中等症病床485床、軽症・無症状病床138床）+入院待機ステーシ

ョン（臨時的医療施設）110 床で、計 904 床（3 月 31 日からは中等症病床が+5、軽症・無症状が+31 で、計 940 床となった）。

国の「COVID-19 診療の手引き」は「65 歳以上の高齢者」であることを重症化リスク因子に位置づけ、次のように述べている。「COVID-19 は自然に回復

する患者も多いが、特定の属性や基礎疾患があると、医療上の入院、酸素投与、集中治療が必要となるリスク（重症化リスク）が大きくなる」つまりコロナに感染した高齢者は医学的には入院が望ましい。

京都府保険医協会は 4 月、「新型コロナ「第 6 波」における影響調査」を「コロナ患者受入病院」と「高齢・障害者施設」を対象に実施した。

【病院調査】では、対象の 50 病院（「第 6 波」で最高の確保病床使用率 75.2%を記録した 2 月 27 日時点の受入病院）に対し、33 病院（回答率 66%）が回答した。結果、確保病床数を超えて患者を受入れた病院 3 割（少なくとも、のべ 200 人近く受け入れ）、搬送時に心肺停止していた事例は 7 病院、22 人が確認された。府に対する要望としてもっとも多かったのは「必要な人を確実に入院できるよう振り分け」の 48%だった。

【施設調査】では、対象 278 施設に対し、回答数が 120 施設（回答率 43%）。回答率内訳は、介護老人福祉施設が 40%、介護老人保健施設が 41%、障害者支援施設が 57%だった。54%の施設で入所者の感染が発生し、その人数は 948 人にもものぼった。そのうち 74%（703 人）が入院でなく施設内で治療（往診）となった。うち 53 人が急変し、その中で「入院できずに亡くなった方」が 15 人確認された。内訳は、7 人（特養・乙訓）、4 人（特養・京都市）、2 人（老健・京都市）、1 人（特養・京都市）、1 人（障害・山城北）であるまた、「救急車を出せない」と言われた事例も 2 件あった。さらに京都新聞報道によると施設死亡は「50 人」。最新の府議会議員からの情報提供では 51 人になったとのこと。

自由記入欄の書き込みは膨大なものであり、その一つ一つが深刻な実態を浮き彫りにした。とりわけ入所者が「入院できず亡くなってしまったこと」に対するつらい思い、生活施設でのゾーニングの難しさからクラスターが発生すること、職員の疲弊が生々しく綴られている。

特養からの京都府への要望としては次のようなものがあつた。感染者の「留め置き」は最小限にとどめ、やむをえず施設内療養の場合には、①酸素濃縮器の無償支給、②抗ウイルス薬やカクテル療法への円滑利用、③施設医と保健所医師の連携強化、④重症化した場合の 100%入院の確約がほしい。

「島津アリーナをどうして活用しなかったのか教えてほしい」との要望もあつた。

これは重要な指摘である。府は島津アリーナに 110 床の「入院待機センター」を「臨時的医療施設」として設置（現在は東山サナトリウムに移転）し、これも確保病床数に繰り入れている。福祉施設での入所者「留め置き」が起こっているのに、臨時的医療施設はほとんど稼働していなかったことが府議会の審議で明らかになっている。稼働しなかった理

京都府のコロナ入院体制

京都府の確保病床状況（3月18日現在）

京都府ではコロナ感染者の入院調整を入院コントロールセンターが行っている。

右は第6波の最中の病床確保状況。3月31日からは、中等症病床が+5、軽症・無症状が+31で、計940床。

入院待機ステーションは「臨時的医療施設」でもある。

病床数	794床
重症病床	171床
高度重症病床	(51床)
中等症病床	485床
軽症・無症状病床	138床
入院待機ステーション	110床
合計	904床

由は、介護が必要な人、認知症の人などを受け入れる体制が臨時的医療施設には確保されていなかったことにある。

京都府保険医協会の調査結果は京都新聞に大きく報じられ、府議会でも追及された。これを受け、京都府は新たな仕組みを構築。新たに高齢者施設等に対して、「往診チーム」を二次医療圏域（高齢者保健福祉圏域）単位に構築し、往診に協力する地域の医療機関をバックアップすると明らかにした。つまり、「入院」を前提にするのではなく、地域の医師が施設に出向く方向での対策が進められているといえる。新興感染症パンデミックの下、地域の医療・福祉関係者が連携し、共同で入所者や人々の生命を守ることが必要。地方自治体がその中核となって公衆衛生体制を強化するべきと考える。その点で、地域の医療者に施設や自宅療養者への往診を求める方向性自体は間違っていないし、必要である。しかし、福祉施設はあくまでも生活施設。施設の形状や入所者の障害特性や高齢者個々の状態があり、「ゾーニング」自体がほぼ不可能に近いと考えれば、高齢者施設の入所者について、少なくとも「必要な入院」が確実にできるようにすべきではないかと考える。

【コメンテーターの発言①】

報告を受け、コメンテーターの新井康友氏（佛教大学）がコメント。自分の学生は介護現場で働く者が多い。その立場から留め置き問題は極めて関心がある。市老人福祉施設協議会が要請書を提出されたことには感謝を申し上げたい。介護施設は生活の場であり、陽性患者の留め置きが感染拡大につながるの容易に想像できる。基礎疾患のある方の多い方が入所する施設で入院先がないというのは介護スタッフの負担も含め、とんでもない話である。入院コントロールセンターが入院調整するというが、センター長は医師だというが、救急車を出せないとか、入院できないというトリアージはどこの誰がやっているのか。往診チームを圏域ごとに構築するというが、留め置きが前提の話である。51人の入所者の死。クラスターに対する反省が府の政策にはない。入院できる体制の構築が必要である。認知症で介護が必要である、障害がある、こうした状況の人が入院できないことを容認することはできない。感染したら適切な治療が受けられる体制を構築していただきたい。治療が受けられないというのは人権・生存権の侵害である。協会のアンケートには現場の大変さが伝わっている。



【現場実態の報告】

続いて、現場実態報告として4氏が発言した。発言要旨は次のとおり。

①入院現場と救急現場から

増田道彦氏（京都府保険医協会監事・宇治徳洲会病院名誉院長）

第6波の新規感染者数は第5波を大きく上回った。感染者は若い世代が多く、50歳未満が83.5%を占める。60歳以上は9.2%だが、この年代が亡くなった。高度重症病床に入院

した方は極めて少ない。重症化率より死亡率の方が高かったのが6波の特徴である。重症の定義が人工呼吸器やECMOの適応とされているので、施設の高齢者は適応がないと判断され、分類は「軽症」となる。にもかかわらず亡くなる。2月は集団感染が多発した。医療機関25カ所で697人、高齢・障害者施設が69カ所で1633人である。全体の病床使用率は第5波までと変わらないが、重症病床使用率は低い。病床使用率は75.2%の2月27日がピークだった。50%を超えると入院がしにくくなる。あくまでこの使用率は府内全域の病床数を分母にしているためである。

当院の状況は、許可病床473床、京都府の救急救命センターであり、南部では当院のみ。いちばん逼迫した2月のデータをみると、新入院患者数が74人。その内、高齢者・障害者施設からの入院が9人で3人が死亡している。74人の内、17人は60歳未満である。延入院患者数が540人で1日平均19.3人。当院の確保病床数30床であり、2月8日には満床になった。当院でもクラスターが発生し、救急受け入れが難しくなった。死亡退院が10人あり、全例高齢者で、人工呼吸はなくNHF（ネーザルハイフロー/高流量鼻カニューラ酸素療法）までだった。高齢者は人工呼吸器を離脱できないため、適応にならないケースが多い。救急搬入件数は88件、うち41人が入院した。2月総数が827件だった。搬入時にCPA（心肺停止）だった人は9件で、そのうち施設から来た方は3件。2月総数は44件だった。搬入時コロナ陽性判明は5件、搬入後コロナ陽性判明が4件（内、3件は検死）。救急現場はこのような状況だった。

（事例1）は84歳の男性。高齢者施設内でクラスター発生。2月23日、SP02低下あり、救急要請するも3回断られる。施設内で酸素投与していたが、2月25日深夜、心肺停止状況になり4回目の救急要請で当院へCPAで搬入。

（事例2）は91歳の男性。1月29日、某病院でコロナ陽性と診断されて自宅療養に。2月9日、食事入らず救急で京都市内の病院を受診するも輸液後自宅へ。ここで入院できていれば良かったができなかった。そして2月10日明け方に呼吸停止で救急要請、当院へCPAで搬入された。

2月はただでさえ、入院患者が多い時期である。その上、病院のクラスターもあり、こうした事態になり、申し訳ないことになった。900床という確保病床では足りない。協会は第6波では1300床が必要となると提言していた。本当にそのとおりにってしまった。

②特別養護老人ホームから

介山篤氏・大島浩子氏（原谷こぶしの里）

こぶしの里では1月31日から3月3日にわたり長期間の大規模クラスターが起こった。感染者数は65人で、内訳は特養入居者25人、ショートステイ利用が17人、職員が23人だった。コロナに感染して亡くなった方は2人。内訳は特養入居者1人とショートステイ利用者が1人だった。特養の利用者は、施設にて抗原検査（+）となり、確認後救急搬送するも翌日医療機関にて亡くなられた。ショートステイ利用者、施設にて抗原検査（+）、2度の救急搬送も帰園、3度目の救急搬送で入院できたが、約1週間後に医療機関にて亡くなられた。救急搬送した人数は上記2人を含め、3人だった。

介護職員に限っては14人中3人しか陰性の職員がいない状況になった。職員の心身の状態は限界だった。ゾーニングや居室で過ごしてもらおう対応も試行錯誤だった。認知症の方

も多く、陽性になっても居室から出てくる方、陰性の方も居室で過ごせず陽性の方と関わってしまう。物理的に離れてもらうには、職員が常に間に入る必要があるが、その職員がいない、この状況で二次感染、三次感染に繋がってしまったことは本当に申し訳なく思うが、どうすることもできない状況だった。ここに留め置きの問題が大きくかかっていると考え。陽性の方でも初めは症状も軽く普段と変わらない様子だったのに、急に高熱が出て、水分も食事も摂れない、重篤な状態になったショート利用者がいた。酸素投与が必要な状態で救急搬送しましたが、誤嚥性肺炎も併発した。入院治療が必要な状態だがベッドがないと施設に戻され、この時「お年寄りには諦めてもらうしかない場合もある」と医師から言われ、この京都で、高齢者の命が見捨てられる状況を目の当たりにした思いだった。その後も医療衛生企画課に入院の相談をしたが、人工呼吸器が必要な状態でないと対象にならないとの返答だった。発症から2週間経った時点で、誤嚥性肺炎の治療で一般の病院に入院できないか、病院を当たってみたが、「陰性の証明がないとムリ」等で断られた。医療衛生企画課に相談しても37.7℃の発熱がその間に一度あり、基準をクリアしてないで解除できない、状態が悪化したら救急搬送してくださいとの指示しかもらえなかった。この状況にいたたまれず、息子さんも「コロナで死なせたくない」と必死に病院や関係機関に相談・抗議したが中々状況は変わらず、ただただ弱っていかれるのを見守ることしかできなかった。

陽性になられて17日目に意識状態が低下され、3度目の救急搬送でやっと入院できたが、その後亡くなった。後日入院先の病院から届いた報告書には「抗原陽性日から時間が経っており、コロナの治療適応はないと考え誤嚥性肺炎に対して治療を開始しました」とありました。陽性者だが人工呼吸器が必要ないという理由で入院できず、日数が経っていても発熱を理由に解除してもらえず、どうしたらもっと早く治療につなげられるのか、助かった命ではなかったかと思うと、今でもつらい気持ちになる。

今後に向けて、まずは何より施設での留め置きを前提としないこと、必要な治療が受けられるように改善してほしいと思う。

原則入院を貫いてほしい。そして、原則入院により健康観察機関満了後に退院することを大前提にしつつ、病床ひっ迫時に早期退院になる場合も、残る期間は医療機関のフォロー、状態悪化時の再入院要請に確実に応える入院コントロール、施設医と保健所医師の密接な連携と医療チームの発足、積極的な検査、クラスター発生時のクラスター班による現場への即時介入、酸素濃縮器の無償提供。市と府の「BCP」（事業継続計画書）の公表と策定への現場からの参加を求めたい。

③障害のある人の事業所から 梅田三木子氏（あみの福祉会「だるまハウス」）

現在、きょうされん京都支部はコロナ影響調査を実施中であり、留め置き事例も数例の課題が上がっているため、最終報告が出来次第、機会があれば報告したい。あみの福祉会のだるまハウスは京都府の最北端京丹後市にある。2月22日15時、Sさん（脳梗塞後遺症、左片麻痺）が発熱。かかりつけの病院に電話したが発熱外来が閉まっていて診察してもらえなかった。16時に近隣の病院で検査を受け、陽性判明。既往歴もあり、基礎疾患もあるため入院を希望したが体制が整わないとしてその時点では入院させてもらえなかった。

21時まで車いすに乗ったまま車で待機し、疲労され、だるまハウスの中で待機された。翌朝、ようやく救急搬送となった。その時点では肺炎を併発されており、点滴。一時は重篤な状態になりながらも、3月10日には退院。一方、Sさんの入居するグループホーム、だるまハウスで陽性が多数判明した。グループホームでは濃厚接触者と陽性者が混在し、ゾーニングが不可能だったので、陽性者はグループホーム、それ以外の方は京丹後市の協力により、他施設へ移った。グループホームは無症状の陽性の職員が、濃厚接触者の支援は陰性の職員が防護服を着て支援にあたった。その後も陽性者は発生した。

行政が限られた条件の中で対応をしていたただいたことは感謝するが、もっと早くに入院できていたら重症化も感染拡大も防げたのではないかと推測している。

私も25日の金曜日夜に発熱し、診てもらえず、翌朝、個人の医院で検査。検査陽性になった途端に「何もできない」と帰され、自宅で高熱のまま過ごした。病気になっても医療にかかれぬ、入院できずに重症化する、クラスターが起こる。この国の社会保障の脆弱さが露呈してしまったと考える。今後もみなさんと情報を共有し、制度・施策を良いものにしていきたい。

④介護医療院から

田波英五郎氏（「葵の郷」看護師長）

おおみや葵の郷は、2020年4月より介護医療院になった。介護医療院は、生活施設として、その人らしく生活できる援助を行なうとともに、他の介護施設では対応が難しい、吸引や経管栄養といった医療処置や医学管理の機能を併せ持っている。長期療養が可能で、看取り・ターミナルケアも行う。また、短期入所を通じて地域で療養している人々も支える。当院は60床（入所58床・ショートステイ2床）で、個室が2室、2人部屋が3室、4人部屋が13室ある。平均介護度は4.57である。

当院は2回のクラスターに見舞われた。

1回目は、2021年1月18日～2月15日であり、利用者7人、スタッフ4人が陽性となった。利用者7名は軽症・中等度の症状があり、全てが病院へ転院したが3人の利用者が亡くなった。職員も看護師11人中9人など、全体で16人が濃厚接触者になり、かなり体制が逼迫した。このクラスターでは、陽性者発生後4日目によりやく京都市の医療衛生企画課より連絡があった。ICTによる施設訪問、感染予防の指導を1回受けた。期間中、PCR検査も4回実施した。

2回目は、2022年2月2日～2月28日であり、利用者14人、スタッフ5人が陽性となった。発生翌日に京都市医療衛生企画課より連絡があり、以降はメール・HER-SYS管理支援システムで連絡となった。利用者14人は軽症だったが、後に1人の利用者が亡くなった。この時の転院者は0人であり、入院できなかった。陽性確認後、翌日には内服薬の投薬を開始した。スタッフ濃厚接触者は0人で、期間中、PCR検査は2回実施した。

2回目のクラスターでは、陽性者は全て施設に留置された。当時、ベッド逼迫のため、入院は中等・重症が対象とされてしまった。2022年初めから厚生労働省・京都市より「軽症者は入院できない」というネガティブキャンペーンがなされていた。1例目の陽性発生時、相談するが軽症なのでと入院の判断がなされなかったことに対しても「やはりか」と思った。HER-SYS管理支援システムで体調管理をしているのに、なぜか毎日電話が3回か

かってきて、家族関係とか同じこと、あまり関係のないことを聞かれた。恐らく委託先の職員だったのだろう。その方に入院できないかと聞いても「私では何とも」という反応だった。健康観察期間の終了時、咳症状があっても解除通告となったり、発生届もネットで登録となったり、濃厚接触者の判定基準が緩かったり、PCR 検査よりも抗原テストが優先され、PCR 検査を提出しても、最長で 14 日後に結果報告という有様だった。京都市の仕事の仕方に疑問を持っていた。

課題と問題点として、業務内容への負荷やスタッフの負担の重さである。2フロアなので、各階に従事するスタッフは固定で対応。スタッフ・利用者の交差がないように配慮した。併せて、通常業務ができないことで、業務手順の変更を行った。いつ自分が陽性になるかもしれない不安、家族への感染拡大の不安、先行きの見えない不安など日常にない不安と不満によるストレスが高まってしまう。心理カウンセラーも配置していないので、当該の管理者にかかるストレスは大きかった。入所の利用者および家族の状況も、面会もできないので心配、スタッフから細やかな電話連絡が必要だった。休止したショートおよび施設リハビリ…利用者の ADL 低下、拘縮などが増えた。陽性者が出た早期の時点で入院できておれば、その後の感染拡大につながらなかった可能性がある。事実上、行政の指示による「施設内留置」であり、重点医療機関と同様に、陽性者を受け入れ対応しているのに、施設の減収補填（収益マイナス 500 万円）がない。こうした状況では施設自体が持たない。

政府、地方自治における公衆衛生に対する予算の削減（保健所の統廃合）、姿勢が弱く、後手後手となっている。

また、入院できる病院が少なすぎる。「延命治療しないなら入院させてあげる」と言われたが、人権侵害である。医療予算削減、公立・公的病院の統合再編、民間病院ベッド削減の影響が大きい。感染症は自然災害だが、医療・公衆衛生が適切に受けられないことは、人災である。

【参加者の発言】

続いて参加者からの発言を求めた。

- ・ 障害の事業所では梅田氏の報告のような事例が多数起こっている。職員の日常業務はコロナによって大きく変わった。毎日の消毒、利用者の発熱状況の確認等が必要となったが、障害特性でマスクの出来ない方も多く、マスクをしている人のマスクを取りに来る利用者もいる。病院は付添がないと受け入れてくれない身体特性の方もいる。一般の入院なら同伴できるが、コロナでは同伴できない。そこでグループホームでの留め置きが発生している。障害のある人たちの基礎的な法律（障がい者総合支援法）では、報酬体系が日割り計算であるため、入所者の感染や濃厚接触により減収が法人経営の危機につながるケースもある。法体系の脆弱性がコロナで浮き彫りになってしまっている。現在進めているアンケートを集約し、実態から対応の改善を求めたい。（きょうされん京都支部支部長・西村清忠氏）
- ・ 救急車を出せないというのはとんでもない事例だ。（田波氏）
- ・ 壮絶な現場の状況を知ることができた。残念なことだが感染症対応の基本は感染者の隔離が必要である。しかし、隔離だけでなく治療が必要である。その意味で感染症法の「全

員入院」は正しいが、その体制がまったく作られておらず、国は「とにかく受け入れろ」「受け入れない病院が悪い」と言い募っていた。大病院でも受入れ数が少ない。軽症であれば健康観察の体制が必要で、軽症者用療養施設も大規模に必要なはずだ。他国からも学び、良いところは取り入れねばならない。治療薬も出てきたが感染早期に投与せねば意味がないとされ、もたもたしていたらあっという間に5日が経ち、対症療法しかできず、その間に感染者が広がってしまう。ワクチン問題も重要である。特に高齢者施設入所者や職員は優先順位がもともと高かったのに、国は「大規模接種」を優先してしまい、必ずしも優先されなかった。高齢者への3回目接種がちゃんと優先で進んでおれば、第6波の悲劇はある程度防げたのではないだろうか。政府はこうしたことも総括していない。留め置き問題はあってはならない事態。臨時的医療施設を作ってもベッドだけあっても対応できない。スタッフの確保、そのための公費支出が必要である。国はコロナ感染をまるでなかったかのように経済活動のリベンジに傾注し、例えば公共交通利用促進といって鉄道・飛行機等の民間大企業にばかりお金を出そうとしている。施設の窮状にまったくまなざしを向けていない。この点も協会として取り組んでいきたい。短い時間で今日の感想は言い尽くせない。死亡者を0にするのが国として当然追求すべき政策である。欧米よりましというような論理は許せないことだ。韓国や台湾、ニュージーランドは死亡者を抑えている。上滑り、前のめりの緩和対応を転換させなければならない。有識者会議のまとめや政権のあらたな方針も分析し、批判が必要である。(京都府保険医協会理事長・鈴木卓氏)

- ・単純に京都府、市は第6波の被害を想定していなかったと考えるべきなのか。(介山氏)
- ・当院はコロナ患者の受入れ病院ではないが、疑似症例の患者さんは多数受入れ、陽性になれば転院先を探す役割を担っていた。第6波では入院できず自宅療養の方への往診を担った。在宅で完結することは極めて難しく、救急隊を呼んでも、2時間も搬送先を探すことになる。「人工呼吸器を希望される人は無理だ」と言われたこともあり、生命の選別は確かにあったと考えている。クラスターが起ると、病院は医師がいるからまだ何とかかなるが、施設はゾーニング等が難しい。医師が施設に往診に行ったとしても、その後患者さんを見るのは施設スタッフである。コロナは状態が難しく、急変しやすい。ケロッとしている人が、突然状態悪化するということはしょっちゅうある。だから搬送時にCPAという事例も起こる。そのため、往診で対応して施設療養というのは無理である。病院の医師ですらコロナ患者を診るのは難しい。留め置きは許し難いことだと共感して話を聞いていた。(医師)
- ・医療生協の理事をしている。診療所はコロナ患者の往診にも取り組んでいる。診療所のゾーニングにも苦心している。ワクチンも積極的に取り組んできた。地区医師会の運営する集団接種にも出務している。質問として、入院コントロールセンターと保健所の関係が一般の人にはわからないのではないか。それから本日の主催者のご家族の代弁者でもあると考えるが、自宅療養で亡くなられた方には代弁者がいないのではないか。(研究者)
 - ➡ 保健所と入院コントロールセンターの関係は簡単に事務局より説明。後日、資料も提供した。

【コメンテーターの発言②】

発言を受け、コメンテーターの新井康友氏（佛教大学）が2度目のコメント。増田先生の報告は数字に基づき、病院の対応をお聞きできた。救急搬送時に死亡されていた方が9人おられたとのこと。これは手遅れの事例なのだろう。3回入院を断られ、4回目には心肺停止でようやく搬送されたという事例は極めて残念だ。特養の報告は、職員も極めて感染のリスクの中で働いておられることがわかった。卒業生の様子を見ている、介護現場で働く若い人たちは本当に大変な激務である。就職してすぐにクラスターを経験し、感染しなかったために逆に休むことが出来なくなった。生活も不自由になり、仕事中には感染に怯える。田波さんの指摘にもあったが、メンタルヘルスへの対応が必要だと考える。従来型（4人部屋）の特養ではゾーニングは難しい。中川先生のご発言でもあらためて、留め置きではなく、入院ができる体制が必要。また立命館の佐藤先生の指摘は宿題であり、自宅療養の問題もつかんでいかねばならないと考える。梅田さんの指摘した社会保障の脆弱性、田波さんの指摘した人災ということはもっともである。生命の選別という指摘もあった。自分は社会福祉士の養成課程で高齢施設の実習をサポートしているのだが「看取り」が実習生にネガティブな影響を与えることが心配される。しかし「看取り」とは大切なもので、最後のこの施設で、このスタッフと過ごせて良かった、と思ってもらえることが大事。しかし、コロナの留め置き死は本来の看取りケアではないし、その条件もない。生存権・人権が危ぶまれていることを意識せねばならない。往診だけで対応するのではない、仕組みを府には求めたい。新たな仕組みをつくるためにも、質問にあった行政の「見込み」についても問うていく必要があると考える。

〔声明の採択〕

最後には、井上ひろみ氏（社会福祉法人七野会理事長）が「声明」を読み上げ、採択した。「声明」全文は以下のとおり。

【声明】福祉施設入所者の「留め置き」死亡事例を防止し すべての人に必要な医療が提供できるように求めます

新型コロナウイルス感染症の拡大は、人々の生活と健康、生命を脅かしています。

すべての人は、高齢であっても、障害があっても、どんな差別も分け隔てもなく、確実に医療を受ける権利があります。これはコロナ禍であっても不変の原理であり、国や地方自治体はその権利保障の責務を負っています。

しかし、とりわけ第6波では、京都府でも多数の高齢・障害の施設入所者が医療にかかれなまま死に至る事態が発生しました。

京都府保険医協会のアンケート調査では 15 人の人が施設に留め置かれたまま亡くなったことが明らかになりました。さらに聞き取り活動を通じ、それを超える人数の死亡者が確認されています。「救急車で搬送されたが結局受け入れ先が見つからず、入院できずに施設に帰ってきた」「入院を依頼したら認知症があるかと確認され、あると答えたら搬送先がないと言われた」。ご本人・ご家族の無念はもとより、目の前の対象者の生命を守れない事態が、社会福祉を志してその仕事を選んだ施設職員をどれほど絶望させたことでしょうか。

病床ひっ迫時には、入院が困難になることはあるでしょう。それでも「医療にかかれないうこと」は絶対に回避されるべきであり、今日、京都府が進めているように、地域の医療職が施設を訪れて医療を提供する仕組みの構築は当然必要です。

しかし福祉施設は生活施設であり、入院医療機関の代わりにはなりません。施設では様々な状態の方が共同で生活しています。1人でも感染が発生するとハード面や人員体制面から、完全にゾーニングすることは不可能です。したがって施設入所者については「留め置き」は可能な限り回避され、少なくとも重症化の危険性が高い人は確実に入院できる体制を目指す必要があります。

生命と人権を守るための最低限のこととして、緊急に以下の点を求めます。

記

- 一、高齢であることや障害のあること、施設入所者であることをもって、入院が受け入れられないような事態を引き起こさないこと
- 二、重症化リスクの高い高齢者や障害のある人が必要な入院に確実につながるようにすること
- 三、そのため、ほとんど稼働していない「臨時的医療施設」に医療職・介護職を確保し、フル稼働させること
- 四、介護が必要な高齢者、障害のある人たちのための療養施設の設置を検討すること

2022年6月18日

高齢者・障害者施設におけるコロナ患者留置（とめおき）問題を考える
第1回ミーティング参加者一同

〔参加者の感想文〕

終了後に寄せられた感想文は以下のとおり。

- ・ミーティングの開催ありがとうございました。各施設、分野の状況について、たくさん学ぶ機会となりました。発言の中でもありましたが、政府はコロナは終わった・過去の事のように、海外からの旅行者受け入れ、旅行、食事会の推進を自ら旗を振っています。感染者は減っていますが、消滅したわけではありません。特に施設はクラスターになりやすい環境下にあります。本当に公衆衛生の弱い国だと痛感しています。第2回目を楽しみに待っています、お疲れさまでした。
- ・高齢者施設等への医療提供体制の強化のフロー図をみても、これで本当に必要な治療が受けられず亡くなってしまふ方がいなくなるのか、とても疑問です。コーディネートチームや訪問診療機関から保健所に入院依頼しても、第6波の感染爆発のようなことがおこればやはり同じことが繰り返されてしまうのではないかと、思ってしまう。また、福祉施設ではたらく介護職員に医療行為はできず、看護師の配置も少ない中で、派遣される医師・看護師とどこまで連携をとっていいのか疑問が残ります。
- ・それぞれの現場からの実体験の中で、コロナ禍において基本的な社会保障制度が揺らいでいる実態を目の当たりにした気分です。施設での留置の中で適切な治療が受けられず、命が守れなかったケースや多くのクラスターが発生する原因になった点は重く受け止めるべきことであり、医療や行政において十分な体制づくりや対応策を準備できていなかったことが残念でなりません。
- ・自事業所においては3月下旬に1名の利用者の陽性確認（その後対応した職員1名が陽性）がありましたが、幸い入院治療を受けることができ無事に回復されました。しかし、より障害の重い方で単独で入院治療が受けられない方が陽性になった場合にはどうだったのだろうか、という不安もありました。
- ・感染症対策という観点からは人と人との接触を最大限に避けることが最善ということも理解しています。しかし、私たちの仕事においては、人と人との交流自体が大切さの大部分を占めています。いかに感染拡大防止策をとりながらこの仕事を遂行していくのか、悩みや不安は続いていきます。
- ・この2年間、高齢者は命の危険と隣り合わせの状況下で生きてこられた。第6波では、入院できずに一般病院や施設、在宅に留め置かれ、亡くなった方々もいる。京都市からの委託を受けて実際に健康観察を行って来て、入院をはじめとする医療にアクセスできない事態に直面する場面を何度も経験した。また、あきらかに命の選別が行われる場面も経験してきた。第6波では、京都市のクラスター対応班は、機能不全に陥っていた印象である。ファーストアクセス後の健康観察は、健康観察班が担っていたのが現状であった。実際に私どもも京都市からの丸投げ状態でいくつもの施設とやり取りを行って来た。その中で、クラスターが発生していても施設医や連携医は、一度も顔を見せずに電話のみの指示しかしていないこと、府のコントロールセンターに往診医の派遣依頼をしていないこと、医師の治療に対する姿勢に問題があるケースもあると感じた。また、施設にはコロナ治療の薬剤の確保が困難であるということも考えなくてはいけない（病院や少数の診療所でしかコロナ治療薬は手に入らない）。課題は、たくさんあるが、夏には

大きな波が来る可能性もあり、命を守るためには、コロナ判明後、早急に治療につなげることができる環境を作るべきである。現在は、一泊入院で早期の治療、その後は、在宅で経過観察治療のスタンダードになっているということも知っておく必要があると感じた。

- ・ 知らなかったことを知ることができたり、第6波で受けた被害に対する府政・市政への怒りの感情は自分だけのことではなかったことを知ったり、学びのある時間でした。第6波から3カ月程度が経過し、風化されつつある中で、府政・市政に物申したい内容は一部対応されていたり、対応されつつあつたりします。しかしながら、医療チームの件については、いまだ明確ではない点等から、次に訪れるかもしれない大きな波のときに、第6波の二の舞になる可能性は排除できません。京都府・京都市はコロナ対策が他都市・他府県に比して弱いと言わざるを得ません。
- ・ 「留め置き」に関して、医療機関はどのような準備をすれば、高齢者・障害者施設に留め置かれずに入院受入ができると考えておられるのか聞かせていただきたいです。私は、医療逼迫を医療機関の怠慢だとは考えたことはありません。第6波当時は、通院受入をしてくれなかった医療機関や、夜中に送り返してくる医療機関をひどく憎みました。冷静になると、憎むべき矛先は医療機関ではないことに気づきます。
- ・ 声明について、深く同意いたします。声明をもって、府知事・市長との懇談の場所を設けていただきたい一心です。彼らには伝わらないかもしれない。しかし、反省してほしい。コロナに感染するのは仕方ないと思いますが、拡大を防ぐのは施設内の対策の精度もあると思います。「留め置き」は施設内での治療ということであり、「留め置き」により感染拡大することは府政・市政の責任100%です。隔離対応の必要な人を生活施設に留め置くことの意味がわかっておられない。
- ・ 皆さんと一緒に頑張りたいです。ありがとうございました。