



● NPO法人ホップ
障害者地域生活支援センター

代表理事 竹田 保

昨年末、中国中部湖北省武漢市において原因不明の肺炎が発生したと伝えられてから4カ月が経過した。当初、風土病が軽いインフルエンザの一種と思われていた。実際には多くの感染者が死亡しかねない極めて危険性が高い未知の感染症として拡がり世界的なパンデミックを引き起こすこととなった。ここまで身近で深刻な問題になるとは受け止めてはいなかった。

当初、WHOの声明で「人から人への感染は確認されていない」と発表されていた。しかし、その後ヒトヒト感染も確認されることとなった。世界では200万人以上が感染し、日本国内でも8千人が感染、160名死亡、北海道内でも272名が感染、11名が亡くなっている。感染が衰えるどころか今なお世界中へと広がっている。今更ながら、自分の危機意識が足りなかったことを反省している。

日本では、1月中旬に感染が確認されてから、アルコール、マスクなど衛生用品が不足し、一時期トイレットペーパーやティッシュペーパーの購入も難しくなった。買い占めの様子はオイルショックの頃の先行き不透明感を想起させる。ニュースではマスクを買い求める大勢の人が早朝からドラッグストアに並んでいたが、ニュース価値が下がったのか、最近では目にする機会が少なくなり、代わって感染拡大による医療崩壊への懸念が繰り返し報道されるようになった。

コロナウイルス感染が身近な存在となってきたこともあり、改めて私や私の家族、介護者が感染することを考えるようになった。私は家族とマンションに二人で暮らしている。起床から就寝中の寝返り介助まですべてにおいて介助がなければ生活が成り立たない、いわゆる全介助の全身性障害者だ。家族の過重負担への軽減が

ら日常的にヘルパーサービスも利用している。

重度障害者などが感染した場合には極めて高い重症化リスクが指摘されている。具体的には、胸部あるいは横隔膜の筋力低下があり、呼吸量が正常の60%未満で、特に脊柱側彎を合併している。マスクまたは気管切開による呼吸補助を受けている。口腔咽頭筋力低下のために、咳が弱く気道クリアランスが低下している人などは重症化リスクが高いと指摘されている。

また、感染を避けるためには、可能な限り家族介護を基本に、どうしても必要な場合は訪問介護者（例えば人工呼吸器のバックアップの提供者など）は、ウイルス感染を防ぐため公的ガイドラインに従って顔面保護用マスクなどを使用する。介助者が病気や検疫のためにいなくなるなど、あらゆる不測の事態に備えておく。在宅ケア調整の責任者は、あらゆる関係者の状況を常に把握しておく。それぞれのニーズを最大限満たすような計画を立て、人手不足で入院を要する事態を避けるべきと専門家から指摘されている。

国の指針では、家族が感染した場合本人が濃厚接触者となり自宅待機が必要となる。しかし、家族に代わって24時間介護サービス、ショートステイを利用することができるのだろうか。相談支援専門員が調整することになっているが、介護現場の人材不足は深刻な状況が続いている。

医療現場では厳しい重圧が掛かりトリアージが行われている可能性がある。特に、「根治不能」や「難治性」といった言葉が誤解され必要な治療を受けられない可能性がある。根治できなくても治療法がないわけではない。院内の感染症対策ポリシーにより、患者自宅機器（例えば人工呼吸器・付属品）の使用は禁止されている場合があり、放置される危惧を棄てきれない。

重度障害者はハイリスクを背負ってきた。感染への恐怖は、いつも差別と偏見を生みだしてきた。恐怖に打ち勝つ理性と寛容、冷静な判断による公平と平等が求められていると思う。