

禍福喫茶

芸北に住む私たちは、
新型コロナウイルスとどう向き合えば良いのか

東條環樹 × 白川勝信、イラスト：山の灯台



禍福喫茶 開店

皆さんこんばんは。僕は北広島町の高原の自然館で学芸員をしています、白川勝信です。

6時30分になりました。一日だけの「禍福喫茶」、開店したいと思います。サブタイトルは「芸北に住む私達は新型コロナウイルスとどう向き合えばいいのか?」と設定して、東條先生と白川とでストーリーを作り、企画させてもらいました。イラストは芸北で「山の灯台」の屋号で活躍している東元さんが画いてくれました。

ハカセ喫茶というのは、科学や医療の話を、わかりやすく皆さんに聞いていただく為の催し、いわゆるサイエンスカフェです。主催しているのは西中国山地自然史研究会です。

いつもなら、皆さんと一緒にお茶を飲んだりお菓子を食べたりしながら、喫茶店で隣の席の人の話を聞いているような感覚で、わいわいがやがやと科学の話を聞けるのですが、今回はコロナウイルスの影響で、集まって開催することがしにくいということで、ライブ配信をしています。窓を開けて風を入れながら、お話を聞いていきたいと思います。

今日お話しいただくのは、東條先生です。距離は近いですが、今日は二人の間に仕切りを置いて、飛沫が飛んだり、物理的に接触したりしない形で進めていきたいと思います。

さっそくですが、自己紹介をお願いします。

北広島町雄鹿原診療所の東條と言います。

雄鹿原診療所というのは、旧芸北町に位置する町立の診療所です。僻地、田舎の診療所なんですけど、地域の核となる医療機関を目指して、少人数ながら頑張って、みんなで地域を支えるように勤めています。私は赴任して、今年でおよそ二十年になります。

これまでもウイルス感染症というと、サーズや新型インフルエンザなど、色々ありました。けれども、ここまで日本国内で深刻な影響を及ぼしたウイルス感染症というのは初めてなので、今の状況を心配しながら日々の仕事にあたっています。

世界的に見ても初めてですね。

そうですね。何もかも僕達、現代の人類にとっては初めてのことばかりなんです。

今報道では、どちらかというと東京が大変だというニュースが多いように感じますが、今日は、過疎地の芸北から、「ここに住む人たちは、どうすればいいのか?」という話を聞いていきたいと思っています。

視聴している皆さんも、家などリラックスできる場所で聞いていただいていると思うのですが、今日はハカセ喫茶なので、僕らもお茶を飲みながら進めたいと思います。みなさんの顔は見えませんが、コメント欄に書いて頂ければ僕らも後から見ようと思います。特に今は、直接お医者さんにいろんな話を聞くというのが難しい状況でもあります。

芸北で、北広島で、広島県で、もしも何かあった場合どうすればいいのかということを、今日は聞いてみたいと思っていますのでよろしくお願いします。

メッセージ

最初に、東條先生からのメッセージでもあり、僕もそうだなと思ったことを、二つ程お伝えしておきます。一つは、「最悪を想定し最善を尽くそう」、二つ目が「地域をバージョンアップ」です。この二つの軸から、今日は話を聞いていきたいと思っています。

もくじ

- ・ 基本的な情報の確認
- ・ 私たちはどのように暮らすべきなのか
- ・ 地域として、どう備えるのか



今日のお話は三部構成です。

基本的な情報の確認

第1部は基本的な情報の確認です。新型コロナウイルスってどういうものなんだろうとか、検査のことについてとか、報道でも流れていることですが、改めて東條先生に解説してもらいます。特にピークコントロールということがずっと言われていますが、そのピークコントロールについても、どういうものなんだろうとか、僕たちにどんなことができるのか、ということをお聞きします。

私たちはどのように暮らすべきなのか

第2部は、私達はどのように暮らすべきなのかということです。この芸北で感染しないため、させない為に、どんなことができるだろうか、という話を聞いていこうと思います。感染予防のための行動はもちろん、今、どういう心構えでいるべきなのか、ということも含めてお聞きします。

地域として、どう備えるのか

最後は、地域としてどう備えるのかについてです。この部分がやっぱり、大事なのかなと思います。医療を、芸北に住んでいる2,100人が共有する「資源」としてその量を見ると、今、芸北にはお医者さんはたった2人です。それから、入院はできませんし、感染症の病棟はもちろんありません。診療施設があるだけで、医療資源自体が少ない地域です。限られたお医者さんや施設を活かすために、私達はどのように行動するべきなのかを考えたいと思います。

日本における対策の変化

「封じ込め」から「感染のコントロール」へ

- ・ 封じ込め：
感染が発生した現場から拡大しないための段階
- ・ 感染のコントロール：
国や、社会全体の損失を最小限に防ぐ段階

まず基本的なところで、日本における対策の変化、対策の目的や方法が変わってきたということについてお聞きします。

封じ込め：感染が発生した現場から拡大しないための段階

「中国で新型の肺炎がはやり始めた」というニュースが盛んに報じられるようになったのが、年明けて1月ぐらいです。日本がその危機に直面したのはクルーズ船ですね。ただ、その時には、クルーズ船の中だけで感染が発生していたように見えた訳です。そこでクルーズ船の中の人をどうウイルスから守って、その方々が日本に上陸した時にどういう風に感染の拡大を止めるか、ということに集中していた時期です。

だから実際には、海外から帰ってこられた方などが、ウイルスを持った状態で、国内に徐々に入り始めていたというのは後から分かることなんです。何とか個人のレベルで感染を食い止めるために、「発症者から元気な人に移らないこと」を大前提にしていた対応でした。そのために、厳重な装備や施設管理など、とにかくお金や人などのコストをかけて対策していた、というのが最初のフェーズですね。

クラスターという言葉も、研究者にはポピュラーな言葉なんですけど、なかなか馴染みがないかもしれません。元々は星団、つまり星の集まりという意味ですが、ある一定の集まりが見られる時に、その総体を指す時の言葉として使われます。例えば、ブドウの房はブドウの実のクラスターですし、SNSなどで集まったガンダムのファンのコミュニティは「ガンダム（ファン）クラスター」と呼ぶことができます。

カタカナ英語でなく、日本語で、という話もありますが、新しいことが起きてる時には、わざわざ新しい日本語を作るよりも、クラスターをはじめ、すでにある言葉を覚えていった方がむしろ、通じやすくなるのかなと思います。今日もそういう言葉を使っていこうと思いますが、もし

も、途中で分かりにくい言葉があったら、コメント欄に書いていただければ、後で解説してもらいますので、よろしくお願いします。

感染のコントロール：国や、社会全体の損失を最小限に防ぐ段階

最初は「封じ込め」で拡大しないために凄く高いコストを使っていたということですね。そこから対策が「感染コントロール」へと変化したということですが、これはどういうことでしょうか。

ひとりの人が感染を伝える人数が少ないうちには、感染状況の監視やコントロールができるので、その時にはクラスター対策が非常に有効なんです。それが一定数を超えてしまった時に、すべてを把握してすべてをコントロールすることが不可能になります。

コストが物凄くかかるから、観察と管理というのが不可能な状況になった、ということでしょうか。

例えば、クルーズ船というのは一個のクラスターだった訳です。そこに殆どの力を注いで、そのクラスターを無くす。次にどこかに集団の感染が出たら、全て経路をたどってクラスターを無くす、というように、限られたところに、それぞれ膨大な力を注がないといけなかったということです。

それがだんだんできなくなった。

特に、都会ですね。東京や大阪、あるいは関東圏、関西圏、それから今は福岡でも、緊急事態宣言の対象とされています。一日に100人、200人という新規発症者が発生している時には、もうそれぞれをクラスターとして追いかけることができません。

最近は報道でも、感染経路が分からない感染の確定した人数が、別枠として報道されるようになりました。

事実上、現在大都市圏ではもう個別の管理コントロールでは感染を封じ込めることはできない状況に変わっていつています。広島県ではまだ、10人から20人の間（注：2019年3月10日時点）なので、ギリギリ封じ込めができるかもしれません。けれども、人が移動しますので、現代の日本では、移動する人それぞれを追跡するのは難しいですね。

個人個人の感染を防ぐことを意識しながらも、今後、クラスターとして追えなくなった時に、どのように目標を定めることが必要なのでしょう。

社会全体がいかにして「コロナウイルスによる負の影響」を受けないか、コロナウイルス感染によって社会全体が疲弊しないか、ということを、一つの指標として捉えていかなきゃいけない段階に入っています。

封じ込めが無理だというなった時点で、広がることは防げないからですね。

PCR検査

「検査の結果をどう使うのか」が大事

- ・「封じ込め」の段階では必須の検査
- ・「感染コントロール」の段階ではあまり意味がない

「封じ込め」の段階では必須の検査

全員を対象にPCR検査をしないことが、議論になっています。

一つ一つのウイルスというのは非常に情報量が少ないので、ウイルスそのものを特殊な技術で人工的に増やして、検査キットで分かるようにする方法、それがPCR検査です。けれどもPCR検査の特徴として、正確性が100%ではない、というのが知っておかなきゃいけないことなんです。

例えばインフルエンザの検査も一緒に、症状があった時に検査をしたら陽性なら陽性、陰性なら陰性で、ある程度分かるんです。けれど、元気な人を検査しても、実はある程度低い検出確率なんです。「陰性」のはずが「陽性」として出てしまうことがあるんですね。元気な人で、感染してなくてもこうしたことは起こります。

インフルエンザの検査は、コロナウイルスとはちょっと違う仕組みなんですけど、ここで大事なことは、コロナウイルスのPCR検査の確度は100パーセントではないということです。

もう一つは、ひとつひとつの検査に時間とお金がかかることです。日本は最初から、症状がある人だけにPCR検査を行なう、ということを決めていました。一方で外国では、とにかくもう全例に近く、希望者があればすべて検査しよう、という方法を採用した国もあります。

最初の、クラスターがはっきりしている時には、非常に高いコストをかけてでも、日本もPCR検査をやっていたのです。

「感染コントロール」の段階ではあまり意味がない

どうして技術的にたくさんできるのに、しないのか、という意見もありますね。

最初のクラスター対策の時には意味があったのですが、今、封じ込めが難しくなった時点で、誰を対象にして検査をするのか、ということを考えて実施する必要があります。

感染経路を追っていた段階では、疑いがある人全員を把握することで、感染をコントロールしてきましたが、この段階では、全部を捉えられないというイメージでしょうか。

検査して出た、陽性、陰性という結果が不確定というところもあるんだと思うんです。

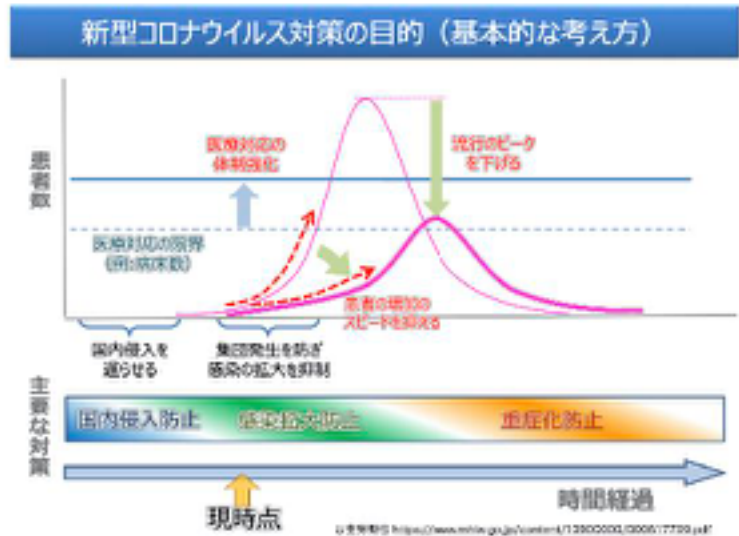
それに今からは、PCR検査が受けられないことを気にするよりも、気にしないといけないところが別にあると思います。特に、報道映像でもあるように、PCR検査というのは検体を取ります。鼻や喉を拭い、綿棒で体液を取るわけで、医師や看護師が、必ずその役割を担うわけです。限りある医療資源を消費して、膨大な検査を行うのか、ということも一つ考えなきゃいけないと思います。

医療者の人がずっと検査ばかりを、やってるわけにはいかない。では、どうするかということで、「ピークコントロール」という対応になるわけですね。

ピークコントロール

限られた医療資源を患者数が上回らないために

- ・ 社会としての感染コントロール
- ・ 感染者の総数は同じでも、医療が崩壊しない
- ・ まず「半年」の時間を稼ぎたい



社会としての感染コントロール

繰り返しますが、個人個人が感染しないことが、今後も大事になります。けれども社会全体、日本全体あるいは世界全体がコロナウイルスによって受ける影響、つまり社会的損失を最小限にしようという視点が必要と考えます。

社会的損失には、社会活動、経済活動、あるいは文化的な活動など、様々な側面がありますが。

医師である自分としては、まず医療的な側面について訴えたいと思います。

最近「ステイホーム」、つまり家にいて下さい、不要不急の外出を控えてください、と強調されていますが、これも実は、直接ピークコントロールに繋がることなんです。

「ピーク」というのは山の頂ですね。これをコントロールしようということですが、これには二つの意味があります。ひとつは「立ち上がる山の山頂を低くすること」もうひとつは「山の頂を後ろにずらすこと」です。

感染者の総数は同じでも、医療が崩壊しない

「立ち上がる山の山頂を低くすること」は、感染する人の絶対数を減らそう、ということです。

厚生労働省の図¹が表すのは、何も対策をしなかった時の患者さんの増え方と、「対策を取ってこうなってほしい」という患者さんの増え方です。何もしなければどんどん患者さんが増えて、高い山頂が早くやってくるけど、もっと低くてなだらかな山が、ゆっくり来る状況にしたい、ということを表しています。

¹ 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000617799.pdf>

患者さんの数が最大になった時に、その数を減らしたいし、「最大になる時」も出来るできるだけゆっくりやってきてほしい、ということです。

はい。この高い山がすぐにやってきたら、医療現場は大変です。仮に、コロナウイルスに感染する患者さんの、全体の人数が同じだとしても、実際に救える命は全く違ってきます。

図の点線 ----- は「医療対応の限界」とあります。医療対応の限界とは、ということなのでしょう。

これは今の医療資源で受け入れ可能な患者の数であり、その数は病床数、医師の数、医療器具の数などによって決まります。

今、医療崩壊ということが心配されています。

病院に患者さんが押しかけすぎて、通常の医療行為ができず、治療とか支障が出る状況です。

医療崩壊が起きると、コロナウイルスへの感染症だけではなく、例えば心臓の病気とか、がんの手術とか、他の患者さんにも同じように医療行為ができない状況になってしまいます。このコロナウイルスが流行っている最中でも、それとは別に、急を要する病気の人は必ずいらっしゃるんですね。ところが今、東京をはじめ、関東圏、関西圏では、コロナに感染された方が病院にどんどん押し寄せて、医療対応の限界を超え始めています。

ちなみに、芸北で東條先生が一日に診察する患者さんは何人くらいですか？

午前中が外来で、大体、多い時で30人くらいです。

すると、午前と午後に、ずっと外来の診察をしたとしても、一日で60人ですね。今、芸北地域は人口が約2,100人なので、全体の3%の人が一日にやってきたら、もうそこで「医療対応の限界」を超えてしまうわけですね。

繰り返しになりますが、コロナウイルスの影響が出ている間も他の病気が無くなるわけじゃありません。だから「医療対応の限界」を超えた時には、どの人を診て、どの人を診ないか、という選択をしないといけない段階、ということです。

実際に起きてしまえば、医療従事者は命の選択を迫られます。具体的には「この方は重傷けれども今は診られない」という状況が生まれてしまいます。治療する患者に優先順位をつけることは、非常に心苦しいことで、それ自体がストレスになります。

医療従事者のモチベーションとか、やる気が削がれてしまう状況が、欧米などでは今、本当に重大な問題になっていますよね。

欧米だけでなく、日本でも首都圏で起ころうとしています。

先ほど、「午前と午後に、ずっと外来の診察をすれば60人」と言いましたけど、一週間七日間ずっと続けて60人を診察し続けたら、色んな意味で、東條先生が診察できなくなりますね。外来の診察だけではないでしょうし。

だからこそ、ピークコントロールで一日に来る患者さんの数をとにかく減らしていくことが大事なんです。

コロナウイルスの感染者数というだけでなく、病院を利用する患者数、という視点でグラフを見た方が良いということですね。

「まず半年」の時間を稼ぎたい

「立ち上がる山の山頂を低くすること」、つまり総数を減らすということの意味は分かりましたが、もうひとつの「山の頂を後ろにずらすこと」にはどのような意味があるんでしょう。患者数が最大になる時期が後ろに行くことの利点は、どのようなことでしょうか。

今、コロナウイルスの診療というのは、みんな手探りです。治療薬、特効薬がある訳ではないですし、なんとかして呼吸の状態を人工呼吸機でサポートしたり、体全体の体調を整える医療しかありません。患者さんを支持し、サポートするような医療しかないんです。

けれど時間が稼げれば、だんだんサポートのやり方もうまくなるでしょうし、新たな治療法も見つかるかもしれません。

ワクチンの開発も進められているそうですね。

人はウイルスに対して、一回病気に掛かって回復したら次には同じ病気に対応できる「免疫」というしくみを持っています。免疫を持っている人は、二回目は発症しなかったり、発症しても軽度で済みます。この免疫のしくみを、人為的に引き出すのがワクチンの役割です。ウイルスに感染するのではなく、ウイルスに似たものを体に入れることで、免疫のしくみを引き出します。

社会全体で、免疫を持つ人の割合が多くなれば、発症する患者さんも減るので、爆発的な感染も起きなくなります。このような状態を「集団免疫を獲得した」などと呼びます。

時間稼ぎというと、なんだか先送りのような、ネガティブなイメージもありますが。

今、特にこのコロナウイルスに関しては、先送りして時間を稼ぐことが、社会全体にとって非常に大事ですね。

ピークコントロールに参加してください

社会の一員としてできること

- ・ 心構え：
「自分が感染している」と仮定する
- ・ 行動を変えてみる：
自分と、自分の周りの人を守る



心構え：「自分が感染している」と仮定する

ピークコントロールについてよく分かりましたが、医療従事者ではない、僕たち一般の人は、どのようにピークコントロールに関われるのでしょうか。

まず心構えとして「自分がウイルスをもらわない」というだけではなく「自分がウイルスを与えない」と意識しなければなりません。

自分自身も反省しているのですが、当初、医療従事者は「コロナウイルスはインフルエンザよりも毒性が弱くて、亡くなる人はあんまりいないだろう」と考えていたし、自分もそう思っていました。ただその後、高齢者に関しては、悪くなったときの致死率が非常に高いことや、若い人でも重症化する人がいる、ということが分かってきたのです。

もうひとつ困ったことが、8割の方は軽症で済んでしまうことです。この特徴は、当初良いことと考えていたのですが、今となってはこれも曲者です。特に若い人に多いと思われるのですが、ほとんど症状が出ない人は、自分がウイルスを持っていたり、コロナウイルスに感染していると本人が自覚せずに社会生活を続けてしまうんですね。

ちょっと調子が悪いくらいだと、休まずに、市販の薬を飲んで働くなんてことは、今までもしていました。

日本での感染拡大は、時期的に、鼻水やくしゃみが出る花粉症の時期と重なりました。「ちょっと風邪気味」というのがコロナウイルス感染の最初の症状なので、酷い花粉症と見分けが付きません。だからいつもの花粉症の季節だろうと思って、ウイルスを持っている若い元気な方が、出勤やレジャーなどの社会生活を続けてしまいました。

芸北で言えば、感染が確認されてないとか、発症した人がいないということで、どちらかという

と「よそに行くと、感染しちゃうんじゃないか」「ウイルスを貰ってしまうんじゃないか」って考えになります。反対に、「もう自分が感染しているかもしれない」「移してしまうかもしれない」ということも考えなければならないということです。

自分が感染している、その時にどうするか、と想像してみて、取るべき行動を考え、それを実践してください。

例えば咳エチケットなどですね。

咳が出る方はマスクをすとか、くれぐれも人に向かって咳をしないはもちろんですが、基本的には不要不急の外出を控えることが大事です。特に高齢の方や、病気がちの方と接するような場合にはよりいっそう気を付けなければなりません。

何が不要不急か、という議論もあります。

今は、本当に構えないといけない時です。

日本人には「ここまでならいいかな」と考える緩さもあるけれども、一方で慎みもあって、政府から自粛を要請されたら多くの方が協力するなど、日本人の美徳のようなものを持っていると思うんです。

欧米ではなかなか文化的に難しいので、ロックダウンとなるわけですね。

ただ、出掛けないというのは、色々難しいこともあります。咳エチケットについても、マスクが今ないとか、布マスクの効果についての議論もあります。

実際には、咳が出る時には必ず、布マスクでも良いのでしてください。特に不特定多数、たくさんの方がいるところではすべきだと思う咳エチケットです。当初マスクは、他の人がした咳を防護できるということも兼ねて推奨されていましたが、今は飛沫を飛ばさないためのもの、と認識されています。

咳をする時には、最近は肘の内側で押さえることが推奨されていますが。

ヨーロッパとかアメリカでは、握手をする習慣が、余計に感染を拡げたんじゃないかと言われてます。人との接触については、飛沫感染と言って、咳き込んだ時に飛んだツバなどが手に残り、それが他の人に移る、あるいはドアノブなどの接触したものを返して移る、ということが分かっています。

手のひらで口を押さえて咳をすると、ウイルスが手のひらに残ってしまうので、肘の内側なら、直接人やものに触れることがない、というのが「手のひらで押さえるのはやめましょう」という咳エチケットの意味です。

手のひらで押さえても、すぐに手を洗うなどすれば良いわけですね。

とにかく人に移さないための、自分が感染してるかもしれないという考え方が大事です。

「自分が飛ばした咳やくしゃみには、ウイルスが入っている」という意識で行動することです。

まだ芸北は感染者が出てないけれども、ひょっとしたらもう自分は感染しているじゃないか、と

考えて行動する時期、ということですね。

そういう心構えで、とにかく人に移さないということです。

コロナウイルスについては「感染したくない」という会話を聞きます。

もちろんみんな感染したくないですが、実は知らない間に感染していて、自分が移している可能性がある、というのを常に認識しておくべきだと思いますね。

行動を変えてみる：自分と、自分の周りの人を守る

先ほどから、「ステイホーム」という言葉が出てますけど、改めて教えてください。

ピークコントロールのところでちょっと、誤解があるような話し方をしてしまったかもしれません。ピークコントロールは、患者数をコントロールするもので、家に居ましょうという「ステイホーム」とは異なります。病院に来ないで、という意味ではありません。

ステイホームというのは、元気な人も含め、外出する人の数を下げることです。

ウイルスが感染した人の体内に存在するのは、潜伏期間も含めて大体二週間ぐらいと言われてます。二週間を過ぎると、ウイルスは自然に体の中から消えてしまいます。この「二週間」という感染可能な期間に発症しなければ、自分がウイルスを出しているというのを気づいてないので、人に移してしまいます。

望ましい行動は、感染する人がいるところにそもそも物理的に「行かない」ことです。行かなければウイルスには感染しません。

イメージしないとだめですね。普段と変わらない日本のように見えるし、普段と変わらないこの芸北の町に見えるけれども、ひょっとしたら自分が持っているウイルスをまき散らしているかもしれないし、逆に芸北のどこかにウイルスがあるかもしれないってことですね。

そういう意味で、芸北の方だとあまり、感染を橋渡しする物に触る機会はないと思うんですけども。

不特定多数の人が触るものに、自分が触る機会はないかもしれませんが、例えば街中に行くと、エレベーターのボタンとかエスカレーターの手すりとかですね。手すりは持たないとやっぱり危険ですから、持つべきなんですけど、そういうところにもやっぱりウイルスが着いている可能性が高い。

そう思うと、たくさんの人の触れるものに、日頃いかに触れているか、想像が大事ですね。

たとえばお金もそうですね。他の人の行動をコントロールすることはできません。

だから、そもそも不要な外出を避ける、外出の回数も減らす、つまり「ステイホーム」ということなのですね。

行動としては、手洗い、うがい、歯磨きを、普段よりもちょっと丁寧にやってみようという話もあります。

消毒用アルコールが全国で不足しています。では、消毒用アルコールでないとウイルスはやっつけられないかというと、そういうことはありません。一般的な石けんでも、ちゃんと丁寧に手を洗えば、死滅させることはできないかもしれませんが、洗い流すことはできます。非常に意味があることなので、外出から帰ってきた時、あるいは公共の物に触ったような時には、手を洗うことで、感染は防げると思います。

僕もドアノブなどを触った後に、手を洗う習慣ができました。

それから、自動ドアと普通のドアがあるところでは、普段だったら電気を使わないように自動ドアじゃなくて手動ドアを使っているんですが、今は、できるだけドアノブに触らずに済むように、自動ドアを使っています。

そういう細かいことも注意しておくべきですね。

ドアの自動ロック部分をふさいで、手で押すだけで開くようなドアにしておけば、ノブに触らなくて済みますね。そういう細かいこともこの時期にはするべきじゃないかな、と思いました。

年齢に応じて考えてほしいこと

高齢者は自己防衛を、若者は思いやりを

- ・「基礎疾患 + 高齢」の人が時に重症化、致死
- ・「若者の行動」が鍵を握る：
多くの若者は無症状または軽症



「基礎疾患 + 高齢」の人が時に重症化、致死

高血圧の方が重症化しやすい、ということがテレビで言われていたのですが。

実際には、高血圧の人がなりやすいわけではなくて、高齢者の中に高血圧の人が多いので、重症化した人の中で高血圧の人の割合が高い、ということだと思います。あまり高血圧だからと心配しすぎる必要は無いと思います。

ただ高血圧に関して、今コロナウイルスに対して何ができるかと言えば、例えば、飲酒や深酒を止めるとか、糖尿の治療に専念することです。糖尿の人は重症化します。糖尿をなるべくよくして、血圧の治療もしっかりしておく、栄養をしっかり取るというように、罹ったときに重症化しないようにしておくことが大事です。まだ大流行していない「今の芸北」で、できる準備じゃないかなと思います。

高血圧や高血糖は、生活習慣から来るものですよね。特別な薬を使ったり、何か手術して治すというものでもないで、自分で、自宅で改善できることです。

重症化しないために生活習慣を今のうちから変えてくことは、糖尿の人に限らず、だれにでもできることかもしれません。

「ステイホーム」で、家に閉じこもっても、おいしいものを食べてばかりでは悪くなりますよね。

「若者の行動」が鍵を握る：多くの若者は無症状または軽症

「ステイホーム」というと、掛かったら重症になる高齢者が、自分を守るため、とイメージされるかもしれませんが、今、東京とか大阪で感染を広げたのは、おそらく若者だろうと言われています。無症状あるいは症状が非常に軽い八割の人が、社会活動やレジャーで広げてしまった。

周りの人、自分の親、自分の祖父母、次の世代を守るんだ、という考えの下に、自分自身に行動制限をかけることが、今求められる行動です。

気候も良くなってくるし、花も咲き始めたので、例年ならキャンプとかバーベキューとか、という人が増えてくる時でもあります。

過密という点では、野外は密じゃないかもしれませんが、もし集団の中に感染している人がいれば、野外でも感染の可能性はあります。

おしゃべりしないわけではないですものね。

それからこれは多分「若者が悪かった」とかそういう話ではではないですよ。

だれも、感染させたいわけでも、感染すると分かっていたわけでもなく、結果として「重症化しない人が感染を拡げていたのだろう」ということが、後から分かってきたわけです。

だからこそ、今、私たちはそれを知っているわけですから、やはり「Stay home」ですね。

僕はもう高齢の方に入っているので、自分も気をつけますし、皆さん気を付けましょう。

自分や家族の感染に備える

「その時」、冷静に落ち着いて行動できるために



- ・ 受診の手順：
まずは「かかりつけ医に電話連絡」
- ・ 生活のイメージ：隔離された2週間を生き抜く
- ・ 治療のイメージ：医療の選択はなくなる

ここまでは「どうすれば感染を広げないか、どうすれば感染しないか」という部分で聞いてきました。ここからは、少しその先を考えておきたいと思います。

自分、あるいはその家族が感染した時のことです。

受診の手順：まずは「かかりつけ医に電話連絡」

芸北の場合、診療施設が二つしかなくて、診療時間も限られているなど、選択肢があまり無いと思います。芸北にお住まいの方なら、他所の病院にかかられている方以外は、大体かかりつけは八幡診療所を含めた雄鹿原診療所です。

そこで、本当にお願いしたいのが、「ちょっと症状は軽いけど、心配なので来ました」というのを謹んでいただきたい、ということです。これは本当にお願いします。

なぜでしょう？

もし、本当に軽症だけれども自分が感染していたら、診療所に来て待ち合いに座られている間にどんどんウイルスをばらまくことになってしまいます。逆に、軽症で掛かっていないけれども心配で来たとなると、診療所で病気に掛かってしまうかもしれません。

いずれにしても軽い症状の時に「心配なので受診する」というのはリスクしかありません。それは本人だけではなく、周りの人や広く芸北の人全員にとっても大きなリスクです。

とっても心配なので何か聞いてみたい、という時は、まず電話をしてください。「こういう症状なんだけれども心配なんだが、診察が必要かどうか」と、電話していただければアドバイスします。

熱が出ても四日間ぐらいは自宅待機してください、というのはそういう意味です。

咳が出たからすぐに病院に行く、というようなことになると、医療現場も混乱するし、最悪の場合には病院内に感染を広げてしまいます。

その時には、病院の方はどなたが対応するんですか？

多分、自分（東條医師）が電話を受けて、話を聞いて助言差し上げることになると思います。

「そういう症状であれば明日までは様子を見てください」とお願いした時には、「診てくれなかった、何ということだ」などと怒らずに、理解してください。

これはピークコントロールと関わってくる、すごく大事なことだと思います。僕も時々病院に行くことはあるんですけど、普段だったら、病院の待合室がまるでサロンのように、皆さんでおしゃべりしてますよね。病院が社交の場所でもあるんですけど、もしそこに感染している人がいたら、ソレはひょっとしたらその人が一週間でも重篤になるんですね。

心配だなんて思った時は電話しても大丈夫ですか。

ぜひ電話で相談してください

相談してもらえる、と思っておいていただいて、怖いな家に一人でいて怖いとか、自分ちょっと調子悪いなコロナじゃないかな、というときは、「診ない」ということではないないので、ぜひ電話をしてください。

また、誰かから「なんか調子悪いんだけど」というような相談を受けた場合にも、「すぐに医者で診てもらいんさい」じゃなくて、「まずは電話してみいや」とか、そういう声がけをお願いします。

繰り返しになりますが、お医者さんは2人だけなので。

生活のイメージ：隔離された2週間を生き抜く

次に、感染してしまった後の生活のイメージについて教えて下さい。

今は、感染が疑われる時には、発症しない場合でも、大体二週間ぐらいは自宅待機が原則になっているようです。

家で二週間を、できれば単独で過ごせるようなイメージをしておく必要があるということですが。

これは誤解されると困るんですが、二週間分の食料を買い込んでくださいとか、そういうことではなくて、数日間は単独で過ごし、そのあとは誰かに頼むなども含めて「単独で過ごせる」ということです。

二週間隔絶して生きろという、サバイバルみたいなものではありません。

自宅待機中に、例えば何か災害が起こってしまうことも考えられるわけですよね。2週間とまではいかないまでも、水と少しの非常食、そして安否確認リストを準備しておくなど、災害の備えにも似た準備が必要だと感じます。

一緒に暮らす家族や、ペットはどうすれば良いでしょう。家族に移してしまうんじゃないかとか、ペットを介して感染しないのか、とか。

家族は、家の中での導線や生活の場を分けて、できれば家の中でも隔離をすることになります。が、なかなかきっちり分けることは難しいです。

インフルエンザとか、冬場の嘔吐下痢症の時にも、例えばお父さんが掛かっていたらお父さんを隔離しますよね。あるいはお子さんが掛かったら、世話はお母さんだけがする、というようなイメージです。あらかじめ、誰が罹った時にどのようにするのか、ということを想定しておいてもらえばいいと思います。

生活の場を分けるにしても、家の中にブルーシートを張るとか、そういうのは現実的でないですよ。

大まかですが、感染した人は縁側から出入りし、その他の人は玄関などの別の出入り口を使うというように、隔絶しておけばいいと思います。

共有するトイレなどはどうでしょう。

感染している人が、ひと通り高アルコールで拭くなどの工夫ができると思います。

感染した人も、咳をしたり飛沫がなければ常にどんどんウイルスをまき散らしているわけじゃないので、みんなが必ず手洗い、マスク、うがいなどに気を付けて、アルコールで便器やお風呂場を消毒することで、ウイルスはほとんど残らないと思います。

唾液の飛沫や血液など、体から出たものに含まれるウイルスが移っていくということだったので、もし感染したとしても、それらが相手に触れなければ感染はかなり防げるということですね。

息を止めるまではできないですが、家の中でもマスクをしたり、同じ部屋は基本的には使わない、共用の場所には長く留まらないなどの意識が必要です。

ペットはどうでしょう。

ペットに移ったという報告はあります。けれども、基本的に人のウイルスは人にしか移らない、というのが前提です。

インフルエンザでも、鳥インフルエンザなどの例はありますが、基本的にウイルスは人から人へとは映らないという風に言われていて、ペットへの感染は「珍しい事例」として報告されるぐらいなのでペットに関しては心配する必要はないでしょう。

世話を誰がするかということを決めておけば、ペットを介して映るということは、あまり考えなくて良いわけです。一人で暮らしていて、ペットを預けるという場合もあるでしょうが、二週間は熱が出たりするかもしれないので、その間ちょっと預けるだけなら大丈夫です。

治療のイメージ：医療の選択はなくなる

コロナウイルスへの感染が分かったら、隔離されてしまい、入院している間は選択肢がないような

なイメージですけど、実際どうなるんでしょう。

東京が方針を変えて、無症状あるいは軽症の方はホテルに行ってもらい、そこで生活をしてもらうことになっています。大体二週間前後です。けれどもそこで過ごしたら、もう一回検査をして、社会生活に戻ってもらうという流れです。

では、なぜ方針が変わったかという点、あまりにも患者さんが多いためです。軽症や無症状の人はもう患者として扱わず、隔離だけして、生活をして貰おう、という考え方です。今はまだなんとか余裕があるのであのそういうふうにできていますが、今後、重傷者がどんどん病院に押しかけるようになると、さらに状況は変わります。

医療に負担がかかり出すと、医療崩壊ということになってしまうと思います。次の段階では、重症化しても、「もう助からないかもしれない状態の人」よりも、「頑張ればもしかしたら助かるかもしれない人」を治療することを優先するようになります。

今にも死にそうな人から順番に助けるイメージがありますが、そうではなくなるわけですね。

本当に簡単な軽症の人は自分で治してくださいという点は変わりませんが、医療が足りなくなった時には、もう本当にダメだと判断され、治療さえできなくなります。イタリアやアメリカンのニューヨーク州では、実際にそういうことが起きています。

ピークコントロールの必要性が改めて実感されました。

医療現場での「軽症」と「重症」

本人の苦しさではなく、症状によって定義される

軽症・中等症	重症
・症状はあるが、自己の力で生命が維持されている ・のどの痛み、発熱 ・ぐったりして食欲がない	・自己の力だけでは、生命を維持することができない ・酸素吸入器や、人工呼吸器（ECMO）を接続していなければすぐに命を落としてしまう

生活のイメージとして、感染を防ぐ為にという点に加えて、もしも自分や家族が感染したら、という話をお聞きしました。その中で「軽症」「重症」に分けて話があったと思うんですけど、医療現場では、どのように軽傷と重症を分けているんでしょう。

例えば熱がちょっとあるぐらいだったら軽症かな、って思イメージはあるんですが、症状の定義について、整理していただけますか。

コロナウイルスに感染した人は、「こんなにしんどいのにな」とか「ものすごく頭が割れるようにいたい」というふうに表現されるそうですが、そうした症状は、医療従事者が言う軽傷、重傷の観点とは異なります。医療者で重症というと、このままでは多分この人は命を落とすだろうという状態が重症です。具体的には、すでに呼吸が早くて喘ぐようだったり、あるいはもう意識がもう悪くなる、という状態です。一方、喉から物を飲み込めないほど痛いとか、熱が39度ある、熱があるからぐったりしてご飯も食べられない、というのは、我々から見ると、症状は強いけど軽症なんです。喉が凄く痛くて、朝からごはんを食べられてない人でも、中等症で重症ではありません。

歩ける人、しゃべれる人は、軽症ってことですね。先生のところに「もう重症です」って自分で電話できる人くらいの方は、「いや、あなたは軽症だよ」ということになる。

喉が痛いとか、吐き気がある、あるいは食事も本当に食べる気がしないと言っても、「食べるしかないでしょ」って言って、今後はおうちで療養してもらうことになると思います。これは広島でも起きることですが、すでに東京では、軽症の人はホテルに移されているんです。

だから、すべて病院に頼るんじゃなくて、自分でできるぎりぎりのところまで全部自分でしないといけない。中等症でも、本当に意識がなくなっちゃうとか、呼吸の状態が悪いという時だけが、今後は医療を受けるべき「重傷」として扱われるようになります。

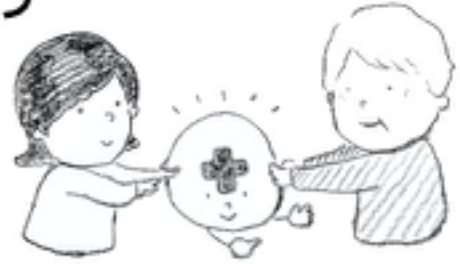
僕は一人暮らしなので、喉が痛くて発熱してぐったりして食べれなくなったらどうしようかと思っ
てますが、多分、無理やりにでも食べます。マラソンレースの時に食べる栄養材を飲んだりして。

今まではどうやってかからないか、どうやって感染を広げないかということを考えていたのですけ
ど、広島でも感染が広がってきて、遠からず芸北にも感染が拡がってくるだろうな、と感じます。

考えてほしいこと

「私をとりまく社会」と「社会の中の私」

- ・ 医療は有限の「社会資源」
- ・ 中・軽症の時は自宅で過ごす覚悟を
- ・ 家族や近所の人と話しておこう



ここから先は少し視点を広げて、「私自身を中心に考えてその周りに社会がある」という考え方から「先に社会を考えて、その中にいる私はどのように行動するのか」という方向で話をしていきたいと思います。ピークコントロールも、まさにこうした方向からの行動変容だと思います。

医療は有限の「社会資源」

私たちが持つ医療資源の総量が決まっている中で、それを必要とする人の需要が、その総量を超えるかもしれない今、社会としてどのように配分を考えるべきでしょう。

普段は、医療は無限にあって、望めば得られるような認識で過ごしているのではないのでしょうか。これを機に、私たちにとっての「医療資源の有限性」を再認識すべきだな、と思っています。

今までは、病院に行ったら待ち時間がすごく長いなあとか、手続きとかレントゲンとかあちこち行くのが大変だなあ、と思っていましたが、そもそも「いつ行っても受診できる状態」というのはとても凄いことだったんだ、と今は実感します。処方される薬にしても、薬局に行って「ありません」と言われることは無かったし、考えもしませんでした。

他の国の例を見るまでもなく、一日に診察できる人数や、処方できる薬には限界があり、重傷でも診てもらえないという状況が、芸北でも起こりうるということです。

中・軽症の時は自宅で過ごす覚悟を

軽症の人は二週間生き抜く、家で過ごす、ということでした。

やっぱり大事なのは社会を維持するという考え方です。

都市部では先に始まっていますが、医療という社会インフラが無くなってしまう可能性があります。

す。自宅で過ごすといっても、何らかの医療的なサポートが必要なので、本当に破綻してしまうと、家で過ごすということさえも実現できなくなるんです。具体的には、本当の意味で破綻してしまうと、解熱剤とかちょっとした薬さえも出してもらえません。

医療崩壊という、たくさんの人が病院に押しかけるイメージですが、例えば東条先生がコロナウイルスに掛かったら、もう診察できません。

1日30人さえも無理になって、他の病院に医師の派遣を頼んでも、手一杯だったら全くの無医地区になってしまいます。

災害などと違うところですよね。災害なら、災害現場に医師が派遣されたり、みんなの力をそこに集めることができるけど、今、逆に東条先生に離れられたら芸北の人はとても大変そうです。

家族や近所の人と話しておこう

具体的にどのようなことを話しておくべきでしょう。

症状が悪くなり始めると、非常に速やかに悪くなります。悪くなり始めてから死に至るまでが、特にコロナウイルスに関しては、本当に短いと言われています。そうした時に、どこまで延命の治療するのかを決断しなければなりません。さらに、希望するかしないかに関わらず、重症の方は治療の対象から外れてしまうことを受け入れざるを得ない状況になります。

家族や近所の方とは、二つのことについて意識を共有してください。

一つは、コロナウイルスに感染すると最後の時まで至ってしまうことがあるということ、もう一つは、芸北では独居の方も多いので、近所同士の協力も得ないと自宅で過ごすことはできないということです。コロナウイルスというのは、社会にとっても、個人にとっても、本当につらい問題です。けれどもこういう時にこそ、人と人との繋がりを確認していただきたいと思います。

例えば癌だったら、宣告されてから余命は何年ですとか、何日ですとか言われるのですが、コロナウイルスの発症の仕方というのは本当に分からない訳ですよね。若い人でも二週間ぐらいで亡くなってしまう場合もあるし、そう思うと、より命とか今の生き方とかということを考えておかないといけないのかな、と思います。

発症する前の準備

どんなことを考えるべきなのか



今日、東條先生に話してもらおうと思ったきっかけにもなるのですが、以前、この博士喫茶で話して頂いた中で「いきいきと生きて逝くために」という冊子を紹介していただきました。

10年ほど前になると思いますが、東條先生と昼ご飯を食べているときに、「地域の中で病院との付き合い方を変えていかないといけない」という議論を何度もしたように思います。その当時、僕は生物多様性戦略とか条例とかを考えていて、お互いに長期的な地域のあり方のようなものを描きつつあった時期だったと思います。

東條先生は「このままだと2020年には、特に都会で病院のベッドが不足して、重症の人が入院できなくなる」という話をしてくれました。

病床不足の解消という課題に対して「病床を増やす」のではなく、地域での「看取りのあり方を変える」ことで、課題を解決しようとしていたのです。そのためには、医療やケアのしくみを変えるとともに、地域に住む人たちの「価値観」を変えなければいけません。

具体的には、病院のベッドが足りず、最期の時を家で過ごすことを「大変なこと」とするのではなく、「喜ぶべきこと」とするのは、大きな変化です。家族に囲まれ、自分の床で死んでいく最期は、昔なら普通にあったことです。それは、高度な医療を受けながらできるだけ延命する単一の考え方に、自分の命の長さを受け入れて過ごすことという選択肢を作って、自分の最期を選ぶ権利を与えているんだなあ、と関心した記憶があります。

その後、兵庫県養父市が地域医療に従事する医者を顕彰する「やぶ医者大賞」の第一回受賞に象徴されるように、芸北では今、家で最期を看取するという仕組みができつつあります。当時から主張されていた「芸北の場合はまだやりようがある」が実現されています。

今回のコロナウイルスの話を考えていく時に、僕も自分自身の最期の時とか、最後の二週間をじゃ

どう過ごすかとか、どこで過ごしたいか、みたいなことを少し考えました。これはたぶん、東條くんの影響ですね。普段そんなことはあまり考えないですけど、もしもコロナウイルスに掛かったら二週間で死んじゃうんだな、と思うと、やはり考えずにいられませんでした。

この「いきいきと生きて逝くために」という冊子は、²。前半を東條くんが書いたんですよね。

最期の時が来たらどうなるのか、ということの次に、家族みんなの気持ちを生きている間に考えておくためのノートになっています。

とても大事ななと思いますが、死んだ後のことってなかなか家族とは話しにくいですね。

普段だったらこのノートも、家族と開くことは難しいかもしれませんが、自分自身がひょっとしたら先にコロナウイルスに感染して、最期の時を迎えるかもしれない訳です。こうした機会に、良かったら皆さん見てみてください。

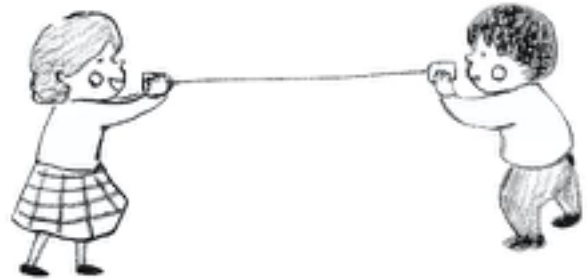
² 生きて逝くノート - 全国国民健康保険診療施設協議会

<https://www.kokushinkyo.or.jp/endingunoto/tabid/456/Default.aspx>

提案：芸北だからできること

地域医療を守るため、軽・中症患者を地域が看護する

- ・ 近所の助け合い：芸北型セーフティネット
- ・ セーフティネットを「確認」しておこう
- ・ 差別や偏見はダメ！



ここからは、僕たちからの提案として、過疎地だからできること、芸北だからできる事ということについて考えてみたいと思います。

近所の助け合い：芸北型セーフティネット

地域医療についての考え方は、自分を守るということに加え、社会を守る視点も持ってください、というメッセージでした。そのためにも、近所の助け合いが大事で、ご近所さんと話しておきましょう、ということでした」が、具体的にはどういうイメージでしょう。

向こう三軒両隣とか、そういうものが、まだかろうじて残っているところで、実際コロナウイルスに罹っても、生活者として生き続ける時に、改めて「互助」について見つめ直す機会だと思います。

物理的に家がある程度離れているので、感染が拡大したときに、芸北の場合は、東京みたいに一つホテルを借り切ってというより家で過ごしてくださいということになると思います。

どこか一か所に集まるのではなく、各家庭で過ごすということをお互いに思っておく。

自宅待機が始まった時に、「あの家はコロナが出た」などと言って近寄らないんじゃなくて、困っているからこそ、例えば何か届けてあげるなど、付き合いを続けて頂きたいのです。接触しなければ、元気な人から感染してる人に物を渡す分には絶対に感染しません。

お手紙とか添えると、元気付けられるかもしれませんね。

上がり込んでお茶をするのは、もちろん駄目です。けれども、そうじゃなくてただ届けてあげる、あるいは「困ってることないですか」と電話で聞いてあげるなども大事ですね。

芸北には「あ。」という短い挨拶もありますね。

セーフティネットを「確認」しておこう

二番目は、セーフティネットをあえて確認しておこうということです。

冒頭にも言ったとおり、今は時間稼ぎができている現状ですが、いずれ芸北でも、ある程度の流行が来ると思います。

本当に困った時には、気もそぞろでなかなか冷静な判断や行動ができません。

今のうちにこそ、「そうなった時はどうしようかね」ということを、つらいことですけどイメージして、具体的な行動に移せるものは移し始める。

「ステイホーム」からまずは始めて、罹った時にどうするのか、という話をやっぱり敢えて口にしておくということでしょうか。

「こうしてくれると思ったのに」と、後で言っても遅いですものね。

差別や偏見はダメ！

差別や偏見とかですけど。

ウイルスへの感染は、もう、ある確率で感染しますから、犯人探しとか、レッテル張りというのはくれぐれも慎むべきだと思います。

感染経路が分かったからといって、その人が治るわけじゃないので、意味がないですよ。

大事なのは、経路を探すという段階から、今は感染を広げないという段階に入っているということです。

そうです。

罹ってしまうたらもう、それ以上でも以下でもない。

だから差別とか偏見、これはもうやめましょう。

自分が止めれば止められることなので、ぜひみんなで気を付けましょう。

「強い芸北」になっておこう

— 「禍」を転じて「福」となすために —

- ・ 芸北はとても良い場所です
- ・ 行動を変えれば、容易に三密を避けられます
- ・ 人と人の繋がりがありません



芸北はとても良い場所です。

メッセージとも重なるんですけど、今日のタイトル禍福喫茶、禍転じて福となして、強い芸北になっておこうということですね。

僕は普段から芸北はとてもいい場所だと思っています。芸北より高いところに人が住んでない源流で、水が綺麗だったり空気が綺麗だったり。こんなポジティブなイメージを皆さんとやっぱり共有したいなと思います。

東條くんも、芸北を選んで長く住んでる訳ですけど、どうですか。

日本全国そうですが、水がちゃんとあって、手洗いがちゃんとできる、うがいができるってだけでも、諸外国に比べればずいぶん良い環境ですよ。また、二週間過ごすにも、米とか野菜とか、そういう食料を作っているところというのはやっぱり強いのかなと思います。

行動を変えれば、容易に三密を避けられます

「3つの密」を避けるのがわりと簡単にできるんじゃないかという話でした。

芸北は家と家が離れてます。また、そもそも人口密度が非常に低いですよ。

東京23区の昼間の人口密度と、芸北の人口密度を比較すると、1：2,310です。

普段から密になってない訳ですから、無理やり密にしようとしなければ避けられるのです。加えて、咳エチケットや部屋の換気に気を付けていただきたいと思います。

人と人の繋がりがります

村内に知らない人が住んでる地区は無いし、東條先生の頭の中には地域の人の顔がすべて入っています。雄鹿原診療所では、カルテも一元的に管理されているそうですね。

ただ「顔見知りのご近所さん」というだけでなく、コロナウイルスの感染が拡大する前に、繋がりをもっと強いものにしてほしいと思います。災害の話もありましたが、強い地域作りになるのかな、と思います。

医療と災害というのは全然違うものなのかなと思ってたのですが、社会で備え、対応していくという面で言えば、この「ゆっくりやってくる禍」という機会は、凄く大事なんだな、と感じました。

メッセージ

- ・ 最悪を想定し、最善を尽くそう！
- ・ 地域をバージョンアップ！



もう一度、僕たちからのメッセージです。

最悪を想定し、最善を尽くそう！

災害は、突然思いがけずやってくるけれど、感染はまゆつくりやってきます。もうすでに来ているかもしれませんが、今できる準備や対応があります。生活習慣を見直す、煙草を止めるなど、今この時から、できるうちに、できることをやっておきましょう。

地域をバージョンアップ！

このコロナウイルスの禍を、日々の生活を見直して地域を知るきっかけにしましょう。地域の関係、家族の関係、そして自分の生き方を、考える機会にしましょう。改めて「Stay home」。家から出てどこかに行くのではなく、地域の中で、家族の中で話すことで、強い地域になれると思います。

災害の度に大きな困難を受けるのは、社会的に弱い立場の人です。今回のコロナウイルスについても、海外で差別や暴力が起きています。また、医療機関で診察を受けることができない、移動する手段を持ってない、声を上げられないなど、弱い立場の人が安心して暮らせる社会を作るということも、改めて今、考えるのに良い時期だと思います。

この二つのメッセージを伝えたくて、東條先生や西中国山地自然史研究会の河野さんと作った会です。一時間半ずっと喋ってましたが、東條先生、ほんとにありがとうございました。

普段とは違う形の博士喫茶で、僕自身は凄く考える機会になりました。

東條先生は今から忙しくなるんですかね？

そうですね、忙しくならないのが一番ですが。

東條先生を忙しくさせないというのが、芸北型のピークコントロールを測る指標です。

みんながちょっと「心配だから」と病院に押しかけると、東條先生は一気に忙しくなりますので、一回ちょっと立ち止ってみてください。

周りの人や家族とも声をかけあって、病院に行かずに電話にしようとか、相談してみるとか、行動してください。外に出ない分、自分の人生を見つめたり、家族と話したりする時間にしてみてください。くれぐれも、一人で抱え込んでしまわないように。

地域が強くなる為には、皆さん自身で考えて、行動していただくことです。

時間はあります。できることを全部やることです。

禍福喫茶 閉店

今日の博士喫茶はそろそろ閉店したいと思います。またこういう形で、そして将来は普通のハカセ喫茶で、お会いできればと思います。また次回お会いしましょう

今日御紹介できなかったメッセージも幾つかあるみたいなので、また後程整理して、お答えしたいと思います。どうもありがとうございました。

ライブ配信中に寄せられた質問への回答

外で買った物もアルコール除菌をしてから家に持って入っていると言う話を聞いたことがあるんですがそこまでは必要がありますか？

配慮は必要ですが、あまり心配し過ぎないように、というのが結論です。雑貨類は直接口に入れたりしないものですので、通常の手洗いによる対応で十分です。食物に関しては加熱調理せずそのまま食べる野菜や魚貝類はたいてい包装されていますので、それを更に消毒する必要はないと思います。

過去に何度も肺炎に罹患しています。今も咳が続いています。私は喫煙していなくとも家族が喫煙者でした。そんな場合もリスク高いですか？

コロナウイルスに感染した時の重症化リスクは高いと思います。喫煙者は是非、自分自身を護るためだけではなく、大切な家族を守るためにもこの機会に禁煙することをお勧めします。

高齢、あるいは基礎疾患を持っている人でコロナウイルスにかかっても重症化しなかったり、無症状という場合もあるのでしょうか？

あります。しかし、特に心配な基礎疾患としてCOPD（慢性閉塞性肺疾患）が挙げられています。報道では高血圧症が重症化しやすいと言われているますが、そこまで心配する必要はないと思います。

嘔吐下痢症のウイルスにはハイターを薄めたものが効果ありますけど、消毒の役割を果たしますか？ハイターがあまり意味がないのなら、NHKの朝の番組で、、、、これも当てはまらない可能性がありますか？

配信中に不確かな情報で返答して申し訳ありませんでした。ハイターをはじめとするアルカリ・塩素系薬剤の主成分は「次亜塩素酸」で、強い消毒殺菌（ウイルス）作用があります。同様のウイルス性疾患である嘔吐下痢症の際に多く用いられる事でも有名です。ですがアルコール由来の消毒薬と違って皮膚や粘膜への刺激が強いので人体には使用しないでください。

手洗いのあとにハンドクリームをつけますが、つけないほうが良いですか？

繰り返し手洗いをすると皮脂も失われてカサカサになったりひび割れたりします。コロナウイルスが直接皮膚の傷口から侵入する事はないと言われているますが、別の細菌感染の原因になったりしますので、ひどい方はハンドクリームやワセリンで保護してください。

禍福喫茶：2020年4月10日（金）18:30～20:00（オンライン配信）

話し手：東條 環樹（医師）

聞き手：白川 勝信（Ph.D）

記録：近藤 貞治

企画：河野弥生

東條 環樹（とうじょう たまき）

地域医療のやりがい、重要性に魅せられ、それらを伝えるため国の内外から医学生、研修医、大学教員を受け入れている。広島大学、岡山大学医学部の臨床教授として教育にも力を入れている。2014年9月に兵庫県養父市による「第1回やぶ医者大賞」を受賞。

1972年生まれ、北広島町八幡在住（東広島市出身）。

【経歴】

1997年 自治医科大学卒業

1997年 県立広島病院初期研修医

1999年 公立三次中央病院内科

2001年 芸北町八幡診療所所長

2003年 県立広島病院総合診療科、呼吸器内科

2004年 芸北町八幡診療所所長

2006年 北広島町雄鹿原診療所所長、芸北ホリスティックセンター所長

寄付のお願い

寄付者や賛助会員として、研究会の組織基盤強化にご支援くださいますようお願い申し上げます。寄付金は、全額、研究会が実施する非営利活動の事業費として活用させていただきます。

税制優遇について

西中国山地自然史研究会への寄付金や賛助会費は、税制優遇の対象となります。

お申し込み方法 | クレジットカードが使えます

スマホやPCから、オンライン寄付システムをご利用いただけます。

Syncable（シンカブル）の団体ページ：<https://syncable.biz/associate/kario/>



禍福喫茶の記録

発行者 認定NPO法人 西中国山地自然史研究会

発行日 2020年4月16日

イラスト 山の灯台