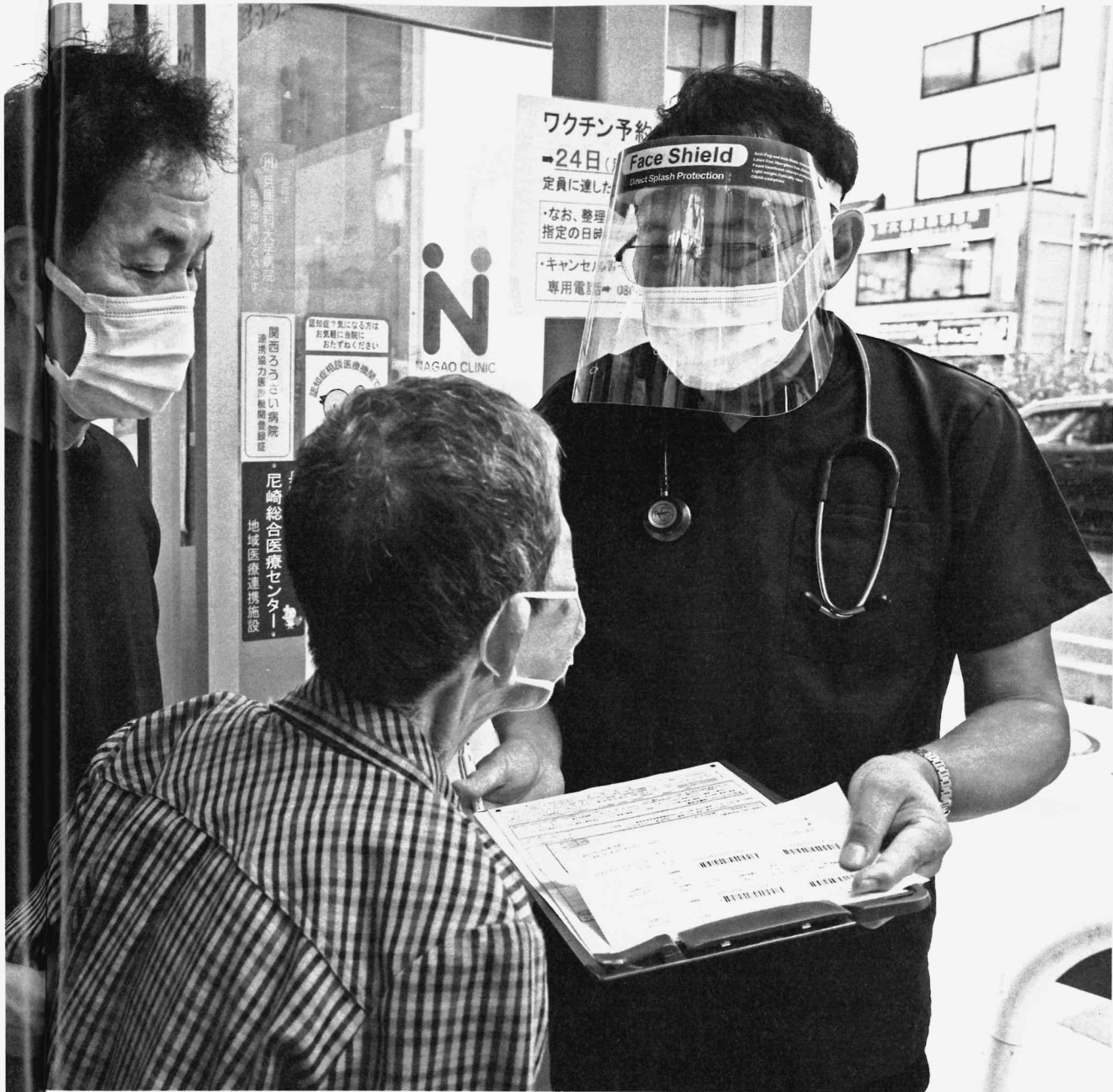




ワクチン接種後の患者と雑談する長尾院長(右)。町医者ならではの光景だ。クリニックの入口に設けた接種場所。会場に来られない患者は迎えに行く。



1時間で50回分のワクチンを準備し、これを1日4回繰り返す。



現場 scene

## ワクチン接種“町医者”奮闘記

**八** 面六臂の働きぶりというしかあるまい。なにしろ、毎日150人ほどの患者を通常外来で診て、昨年4月から発熱外来を開設し、コロナ患者の治療にあたるかたわら、ここに至ってワクチン接種まですることになったのだから――。

兵庫県尼崎市にある「長尾クリニック」の長尾和宏院長は、地域に根ざす「町医者」。5月末に接種をスタートさせてから、院長はじめ医師や看護師は怒濤の日々を送っている。

ワクチンを打つのは、1日200人。使用するのはファイザー社製で、冷凍庫から取り出したあとは、6時間以内に打たねばならない。そのため看護師が2〜4人のグループとなって、ワクチンにバラつきがないよう、ピンをふる際には「いち、にー、さーん」と声を合わせ、入念にチェックをして生理食塩水での希釈、注射器への吸引をする。

できあがったワクチンは、遮光のためにバットをアルミホイルで覆い、RNAを壊さないように揺らさず慎重に運ぶことが求められる。

肝心の接種とて、ただ打てばいいというのではない。はやくワクチンを打ってほしいばかりに、体調がすぐれないのに無理して会場へ来てしまう人もいる。そこで、院長が会場内で「どういう薬飲んでるの?」「あの病気はどう?」と声をかけ、しっかりと顔色を見定めて、ワクチン接種の可否を判断。医療の現場では、こうした細心の気配りが大切なのである。

「一度かかると長く診ないといけないコロナは、身近な町医者こそしっかり対応するべきです」

こう語る長尾院長は、無責任な提言を繰り返す日本医師会の対応にも懐疑的だ。最前線でコロナと闘う「町医者」は、現場で何を感じているのか。詳細は115頁からの特集で。

撮影・土居 善

# 「ワクチン効果」無視で煽られる恐怖 50日後の光景は激変する

特集

医師会

## 中川会長は逃げないで

## 「コロナ患者」受け入れ日本

## 「町医者」の訴え

急変を救う武器は「酸素」「ステロイド」「イベルメクチン」



新型コロナウイルスの日本の感染状況を「さざ波」と表現した内閣官房参与（当時）は、「医療従事者の前で言えるのか」などと猛批判されたが、おそらく日本で一番多くコロナ患者を診てきた、兵庫県尼

崎市の長尾クリニックの長尾和宏院長も、実は同様の表現を用いる。

コロナは人災です。日本は諸外国とくらべて感染者数も死者数も少なく、あえて言いますが、日本のコロナは「さざ波」でした。だ

から死亡者を限りなくゼロに近く抑えられたのに、政府と日本医師会は、その有利な条件を活かすどころか、悪い方向に持つて行つてしまいました。

コロナ対応で孤軍奮闘する町医者は、コロナは人災だと断じる。専門家の代表は50日後に迫った五輪について、「普通はない」と発言する。たしかに、いまはのつびきならぬ状況も、ワクチン接種がこのペースで進めば、50日後には景色は大きく違っていそうである。

長尾院長がそう語ることでできるのは、昨春から「町医者」として発熱外来に対応し、コロナ患者を治療し、ワクチンに接種しながら、コロナによる死亡者をゼロに留め、約100人のスタッフから感染者を一人も出していないからである。

私のコロナ対策の基本は、がん対策と同様で、早期診断と早期治療。町医者に使える酸素、ステロイド、イベルメクチンなどで対応し、重症化しそうな人を感染症指定病院で受け入れてもらうために、保健所に入院の必要性を訴えてきました。

日本では日本医師会の会員たる「町医者」の大半がコロナ患者を診ない。それなのに医療機関の8割超が町医者を中心とした民間病院だから、感染者数が少なくても、医療

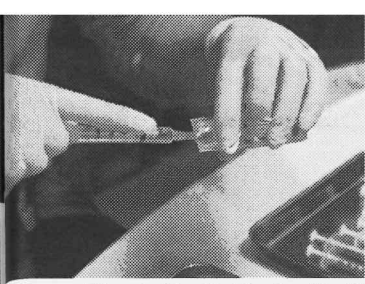
はすぐに逼迫する。だが、町医者の多くが長尾院長のようなら、コロナは本当に「さざ波」ですんだのではないか。長尾院長は「日本医師会には開業医に、コロナ治療を拒否しないように言つてほしい」と訴えるが、事実、長尾クリニックの1年余りの取り組みを振り返れば、日本のコロナが「人災」である理由も浮かび上がるはずである。うちで患者さんが初めて陽性と判定されたのは、昨

長尾院長とクリニックの光景

年4月3日。その日のうちに外にテントを張って「発熱外来」を開設し、それから430日近く、ほとんど毎日、コロナ患者さんを診てきました。

第1波から、ほとんどの人が入院できず自宅療養となったので、診断した患者さん全員に私の携帯電話番号を教え、24時間体制でフォローアップしました。尼崎が感染多発地帯になった第2波でも、同様の取り組みを続けました。当初から「コロナは自宅療養が基本になる」という考えがあったからです。8割が軽症なので、喫煙や肥満など重症化因子をもつ2割の人を重点的に診て、血中酸素飽和度が下がりそうなら速やかに保健所を通じ、感染症指定病院につなげる。もともと、新型コロナウイルスは指定感染症なので、現実では、現実ありませぬ。重症化の兆しが見えても病院に直接連絡できず、保健所を通さない

ワクチンの希釈や吸引も大変な手間



現在、感染者はみな保健所が管理しているため、入院できたところには治つていくというバカげたことが起る。隔離することが仕事である保健所が、医療機関のように振舞うので、早期対応できれば軽症ですんだ人が重症化してからの入院になり、人工呼吸器やECMOが必要になる。医療逼迫、医療崩壊が起こるのも同じ理由であって、保健所から医療機能を分離させる必要があります。

障壁となる保健所の介入をなくすためにも、政府は

### 町医者がコロナの防波堤に

未知の感染症のため、最初は多くの医療機関が発熱患者の診療を拒みましたが、1年たつてもそれが続いていきます。火を怖がって火事の現場に行かない消防士と同じでありえない。それでも日医は国民に「家に来てください」と命令するだけ。かかりつけ医に対する、発熱患者をどう診て自宅療養者をどうフォローすべきかというメッセージは、これ

といけないからです。一番大変だったのは年末年始の第3波で、ほとんどの開業医や一般病院が発熱患者を診ないなか、保健所が「年中無休の長尾クリニックに行け」と指示し、患者さんが集まってきました。ピーク時は1日40人が発熱外来を訪れ、陽性率も40%

### 保健所の介入で重症化

このGWの第4波でも大量の自宅療養者が発生。往診して酸素飽和度を測っては、保健所に入院が必要だと伝えました。しかし、すぐには入院できないから、酸素飽和度が93%を切っていれば在宅酸素を宅配し、ステロイド薬「デカドロン」を処方し、その場でイベルメクチンを飲んでもらう。GW中もそうやって、患者さんの家を駆けずり回りました。

発熱外来やドライブスルー診療は僕以外の医師も担当しますが、自宅療養者のフォローは感染リスクが高く24時間体制なので、私一人で対応し、気づけば日本

以上に。その多くが入院できず自宅療養となったので、24時間体制でフォローしました。対面診療を希望する患者さんには、ドライブスルー診療を実施。一時は裏の駐車場がコロナ病棟のようになりまし。また患者宅に往診し、在宅酸素を導入し、薬を配りました。

一コロナを診た医師かも知れず、おかげで多くのノウハウが蓄積されました。コロナ対応は、発熱外来での抗原検査やPCR検査を用いた診断に始まり、採血やCTによる重症度の評価、治療、自宅療養者の管理と続きます。9割以上の開業医が、最初の発熱対応すら拒否するなか、僕は1年3か月、フルコースでやってきました。

こうして話すとコロナだけ診ているように思われがちですが、私たちは多様な生活習慣病やがん、認知症などの患者さんを毎日150人ほど、通常外来で診ています。また、約600人

の在宅患者さんに24時間対応し、年間約160人のお看取りがあります。

膨大な業務は、感染の恐怖と戦いながら現場で働く看護師に支えられている。また、長尾院長はコロナの後遺症外来も開設したが、受診中の60代の女性が言う。

「5月に感染しましたが症状がなく、下旬から仕事を再開。ところが倦怠感で起き上がれなくなり、近所の発熱外来を訪れても後遺症は診られないと断られ、保健所も、10日間の隔離は終わっているのにできないと言います。薬にもする思いで長尾先生に頼みました」

長尾院長は、狭いホテルに閉じ込められたストレスで、線維筋痛症になりかけたと言います。運動もできないままテレビから不安を煽る情報を一方的に受け、交感神経が常に優位になるなどした結果、免疫機能が崩れたのだという。しかし、それが無視される現実――。

怒っています。発熱は診てもらえず、入院できず、後遺症も診てくれない。本来なら日本医師会が町医者に、困っている患者さんを診るように指示すべきではないでしょうか。

――そう訴える根拠を、さらに掘り下げてもらう。重症化を防ぐために重要なのは、すでに述べたように早期の診断と治療。ところがそれを開業医が拒否したため、放置された患者さんが難民化しました。診断でも、多くの患者さんが自宅療養を余儀なくされ、その数は大阪府で1万人以上、兵庫県でも3000人以上におよびました。

それなら大半が軽症か無症状というこの病気の特性から、自宅療養を基本としたほうが合理的です。その場合、各患者に主治医をつけ、毎日テレビ電話で診断する。重症化の兆しが見えたらすぐ入院できるようにする。現状のように不透明な入院配分ではなく、医師同士がホットラインで直接情報交換したうえで、トリアージを行うべきです。

現在の指定感染症2類相当を、インフルエンザと同じ5類にしてほしい。こうした問題は第1波のときから明らかなのに、だれも声を上げないのは本当におかしいと思います。

――さる患者は自宅療養中、保健所から、葉なしで平熱に戻ったのかを確認したいからと、長尾院長処方薬の服用をやめるように求められ、従ったところ体調が悪化したという。「保健所が医療行為に口をはさむ現実がある」(長尾院長)のである。

り、大勢の医師がいるのに、今日もうちの発熱外来に県をまたいで多くの発熱難民が押し寄せる。日医はこの現実を直視すべきです。

――ところで、長尾クリニックはワクチン接種もしている。だが、長尾院長は「集団接種をメインにして、日本医師会の中川会長が進める個別接種は、集団接種会場に行かない人などに留めるべきだ」と強く訴える。

――うちは3000人、延べ6000回分の予約をとり、5月下旬から打ち始めましたが、すでに二人にアナフィラキシー反応が出ています。通常診療と両立できる1日2000人を目標に打っています。9時から打つ分を8時から1時間かけて看護師4人でダブルチェックしながら希釈、吸引等の準備をします。ファイザー社製ワクチンは6時間しかもたないの、この作業を1日4回行います。

――こうしてワクチン接種には、調整、受付、問診、接種、誘導、状態観察などに常時20人近く必要で、それ

を通常診療と両立させなければいけません。打つだけでいいインフルエンザのワクチンとは、ハードルの高さが段違いで、診療所には難しすぎます。中川会長は個別接種ばかり勧めますが、あちこちでミスが起きています。発熱対応をしなかった後ろめたさをワクチン接種で挽回したいなら、より安全で効率的な集団接種への協力を呼びかけるべきなのに、間違いに間違いを重ねています。

――一方、早期の診断と治療は町医者の役割だというのが、長尾院長の主張である。

――先述したように、この1年、私はコロナでの死亡を一人も経験しておらず、かかりつけ医がきちんと対応すれば死亡者を限りなくゼロにできる、という思いがあります。コロナで亡くなる方が全国にいるのは、初期対応に課題があるからではないか。最初に対応するかかりつけ医の機能を強化すれば、死亡者をゼロに近づけられるのです。

――感染症指定病院は最後の

皆で、そこにできるだけ行かずには済むように防波堤になるのが町医者の役割です。ところが、第4波まで4回も同じことが繰り返されながら、その役割を少しも果たせていません。病床数が足りないと言われていますが、かかりつけ医が早期の診断と治療をしつかり行えば、いまの病床数で十分に足りるはず。町医者が防波堤にならないから、手遅れになった患者が津波のように搬送されてくる。そういう意味でコロナは町医者の問題なのに、町医者の代表たる日医のトップが、間違っただけで思えます。

――長尾院長は中川会長にある医学誌上での対談を2回持ちかけたが、2回とも「緊急事態宣言下だから」という理由で断られたという。長尾院長が言うように「Zoomでも可能なのにおかしな話」だが、中川会長にとってコロナは、政治資金パーティや寿司デートの大切さにくらべれば、取るに足らないのだろう。

# 週刊新潮

6月17日号  
440円

記事の  
ラインナップを  
WEBで公開中!



23

