

シリーズ◎新興感染症

インタビュー◎長尾クリニック（兵庫県尼崎市）院長の長尾和宏氏に聞く

コロナが怖くて発熱患者を診ない開業医はかかりつけ医とはいえない

2021/07/07

中西 亜美 = 日経メディカル

「新型コロナは早期診断・治療を行えば死亡者を限りなくゼロに抑えられるにもかかわらず、いまだに発熱患者を拒否する開業医は多い。本来であれば、日本医師会がこうした会員に警告を発するなりペナルティを科すなり、対策を講じるべきだろう」。こう話すのは、長尾クリニック（兵庫県尼崎市）院長の長尾和宏氏。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の第1波から延べ3000人以上の発熱患者を診てきた同氏に、コロナ禍における日本医師会や開業医への思いを聞いた（文中敬称略）。

——第4波では大阪府などで医療崩壊が叫ばれました。

長尾 私は第1波から400人以上のCOVID-19患者を診ています。ダイヤモンド・プリンセス号の患者に関する報告から、COVID-19は8割が軽症で、ベストや天然痘のような感染症とは異なることが分かりました。無症状でもCT検査をすると肺炎を生じている症例が存在するため、そのような患者への注意は必要ですが、重症化し得ることを認識した上で、適切な対応ができれば「恐れるに値しない感染症である」と昨年の早期に判断しました。

このような感染症は我々かかりつけ医がゲートキーパーとして診るべきもので、メタボリック症候群や喫煙などの重症化リスクを持つ患者や、重症例のみを早めに入院させるという流れが必要です。

すなわち、COVID-19は、ちまたで言われているような病院でどう対応するかの以前に、町医者がきちんと対応すべき疾患であり、かかりつけ医がゲートキーパーとして機能し早期に診断・治療を行えば死亡者を限りなくゼロに抑えることができる感染症だと考えています。しかし、残念ながら発熱患者を診る開業医はいまだに少ないのが現状です。尼崎市では、依然として発熱患者を診療する診療所は全体の1割程度に過ぎません。

開業医をまとめる立場の日本医師会はいち早く、このようなCOVID-19の実態を理解し、情報発信した上で、開業医に対して「発熱患者をきちんと診るように」という強いメッセージを発信すべきでした。例えば、発熱者対応を行っていない診療所をリスト化して公表したり、かかりつけ医の標榜を剥奪するなど、何らかの対策を講じるべきではないでしょうか。

かかりつけ医というのは、困っている患者を助けるのが使命です。そして、発熱は内科診療の基本となる症状です。発熱を診ない内科医というのは火事を見て逃げ出す消防士と同じです。そんな消防士は存在しないように、発熱を見ない内科医が存在してはいけないと私は思います。

ワクチン接種に関しても、発熱患者を診ずに減った収入をワクチン接種で取り戻そうと



長尾和宏氏◎1984年東京医大卒。大阪大、聖徳病院、市立芦屋病院などを経て、1995年に長尾クリニック開業。

いうのはおかしな話しではないでしょうか。個別接種ではワクチンの準備に十分な人手を割けないケースが多く、安全性の担保が難しい。効率性や廃棄ロスといった観点からも、日本医師会は集団接種にできるだけ多くの医師を派遣するという方向でリーダーシップをとるべきです（[関連記事：診療所で1日160人のワクチン接種はどう行う？](#)）。

また、日医は政府に対しても働きかけ、国の施策を動かすべきでもあったと思います。ご存じの通り、現在COVID-19は感染症上の新型インフルエンザ等感染症に分類されており、保健所への発生届の提出と隔離療養が必要です。第4波の大阪府や兵庫県では、感染経路調査や入院調整を担う保健所がひっ迫し、保健所に何度電話をかけても一向に通じず、その間に患者の容体はどんどん悪化していく……という事態が頻繁に起きてしまいました。病診連携により、医師の判断で入院できるような制度に一刻も早く改正すべきです。

COVID-19の流行が始まり1年半近く経過し、疾患に関する知見もたまりました。患者を救う手立ては見えているのです。にもかかわらず、政府や日本医師会は実際にCOVID-19診療を行っている現場の声を聞こうとしない。まさにコロナ禍は政府と日本医師会による"人災"と言えるでしょう。

「悪徳在宅医の存在がコロナ禍で浮き彫りに」

——長尾先生はCOVID-19自宅療養患者の往診も行っていますね。

長尾 診療所を受診できる患者はドライブスルー外来で診療し、それが難しい患者に対しては往診で対応しています。自宅の状況によってはN95マスクが必要な場合もあるので、事前の電話問診による情報収集は重要です。往診のメリットとしては、民生委員とコミュニケーションを図れることや、その場で服薬確認できることがなど挙げられます。

特に、認知症のCOVID-19患者については在宅医療を柱とした「地域包括ケア」の提供が欠かせません（[関連記事：一人暮らしの認知症の人がコロナに、誰が診る？](#)）。しかし、在宅医療においては24時間365日対応が求められているにもかかわらず、「発熱患者は診ない」というスタンスの在宅医は非常に多いのが実情です。コロナ禍では、こうした悪徳在宅医の存在が浮き彫りになったとも言えるでしょう。

また、COVID-19に関しては、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の概念が抜け落ちてしまっているのも大きな問題の1つです。「COVID-19は未知の感染症だから、人生会議はなじまない」との意見もありますが、私はむしろ逆だと考えます。人生会議はあらゆる医療の土台ですから、COVID-19においても、入院の上で積極的な治療を行うのか、それとも積極的な治療はせず自宅に対応するのかは、患者本人や家族の意向を尊重すべきです。

実際に、ACPの実施がその後の転帰を大きく左右したケースがありました。COVID-19に罹患した90歳代のかかりつけ患者さんで、酸素を投与してもSpO2が86%、ごはんも食べられず話せないという状態でした。当時は病床もひっ迫していたため、入院せずに自宅で最期を過ごすことも十分に考えられましたが、そんな中、保健所から「ベッドが空いた」との連絡が来たため、すぐに家族と話し合いの場を設け、入院するかどうかを1時間以上話し合い、最終的には家族の強い希望で入院することになりました。正直なところ、私としては「入院しても救命できる可能性は低いだろう」と考えていたのですが、入院加療が効奏し、命を取り留めることができたのです。患者さんの認知機能は落ちてしまいましたが、家族は大喜びでした。

ただし、COVID-19は今年2月までは指定感染症であり、それ以降は、「新型インフルエンザ等感染症」とされ、重症化リスクの高い患者は入院させなければならないのが現状です。ペストや天然痘のような感染症であれば患者の隔離は必要ですが、先ほども述べましたようにCOVID-19はそのような感染症ではありません。また、特効薬はありません

が、治療法がないというわけでもない。そのような感染症を強制的に隔離入院させるという施策自体に大きな問題があります。

COVID-19の実情を知らない方々が施策を立案されているから、こうなってしまうわけです。

——確かに、COVID-19を診療されている先生方からは「COVID-19が恐ろしい感染症」との声を聞いたことがありません。ところで長尾先生はこれまで院内感染を生じることなく多くのCOVID-19患者を診療していますが、COVID-19診療で特に注意されていることを教えていただけませんか。

長尾 私自身がウイルスを媒介してしまうことを避けるため、適切なPPE（個人防護具）の使用はもちろん、できる限り患者に触れないで診療したり、往診時はできるだけ屋外で患者に会い、かつ、患者の風上に立つようにしています。

労作時の酸素飽和度はCOVID-19の重症度を評価する上でとても大切な情報です。しかし、一昔前はパルオキシメーターなど使わずに診療していたのです。私は労作時の酸素飽和度は電話でも評価できます。どうするかお分かりですね。電話先で、患者に歩いてもらうのです。歩いてもらうことで労作を与え、電話先の患者の息遣いや言葉の途切れ方などから、酸素化の状態を評価します。対面での診療では、息遣いはもちろん、皮膚の状態でも酸素化の状態は分かります。COVID-19診療ではこのような臨床診断の力が試されるとも言えるでしょう。

COVID-19後遺症の患者さんも診ていますが、後遺症の原因は感染症そのものよるもの以上に、ストレスによるものかなり大きいと考えています。COVID-19罹患中は自宅やホテルで安静にしている患者が多いと思いますが、安静にしてコロナ関係の報道をテレビでじっと見ることが、患者さんにとってかなりのストレスになっているのです。ですので、私はCOVID-19と判明したその日から、可能であれば部屋を歩き回るなどの運動療法を指導しています。COVID-19患者は罪人ではありません。隔離だけを行うのではなく、後遺症予防も念頭に運動指導などの患者指導をすることも必要だと思います。