



長尾和宏の

まちいしゃ
**町医者で
行こう!!**

第116回

**発熱外来の実際と
地域包括ケアシステムとしての感染対策**

3つのテント

本稿執筆時の12月7日時点で、新型コロナウイルス感染症(以下、コロナ)の患者数、重症者数は過去最高になっている。大阪府では高齢者に「外出自粛の要請」がなされている。コロナの検査需要が増加している。行政は発熱外来と簡単に言うが、実際にはまずは相当広い空間が必要である。仮に屋外にテントを張るとしても複数要るはずだ。当院の場合は、待合・問診テント、検査テント、会計・投薬待ちテントと3つのテントをそれぞれ離して設置することになった。敷地内だけでなく敷地外の駐車場を借り上げるなどかなりの投資が必要である。こうした物理的な問題だけでなく人的配置にも相当な工夫が要る。

コロナとインフルエンザが同時流行しはじめたら、同時検査ができる抗原キットを使用することになる。ドライブスルー検査なら3つのテントを必要としないので助かるが、予約、誘導、説明の手間がかかる。公共の場所でドライブスルー検査をすることはできないので、さらに大きなスペースが必要になる。このような事が可能な医療機関が全国に2万5000施設あると発表されているが、発熱外来に手を挙げたもの実際にはほとんど稼働していない医療機関もあるのではないかと想像する。もしそうならば、それらに対する補助金を実際に稼働している医療機関に回すべきであろう。発熱外来は街中あちこちにあるのが理想的だろうが、現実にはよく稼働している医療機関に限られた資本を集中投下するのは当然だろう。今は検査体制を充実する必要がある。

PCR 自費検査 3000円時代

自費のPCR検査が値下げモードに入ってきた。テ

レビ報道によると東京の新橋では約3000円でPCR検査が受けられるようだ。今後、急速なダンピング合戦が予想される。当院は当初、自費検査は検査センターへの支払いが2万円強なので3万円で行っていたが、現在は原価が約1万円強のラボを見つけたので2万円に値下げした。しかし患者さんからは「高い!」と怒られる始末である。自費検査は会社からの要請など一定の需要が今後も続くと思われる。島津製作所が発売した約200万円のクリニック向け全自動PCR検査装置を買いたいところであるが、検体数が採算ラインに届かないので無理な話である。しかし当院における10月からの行政検査の陽性率は18%で自費検査においても10%なので、やる意義はそれなりにあるのだろう。もし医師会や行政にこの検査装置があれば検査体制は劇的に変わる。容器や試薬などの消耗品代が3000円ほどするので、やろうと思えば患者負担も3000円のほぼ原価でできるはずなので当院もそこを目指したい。米国ニューヨーク州のように誰でも何度でも無料検査とはいかないにせよ、国が早急に「日本全国どこでも3000円均一の自費PCR検査体制の整備」を主導すべきだと思う。冒頭で紹介したように、大阪では12月4日から高齢者の外出自粛が要請された。ここまでコロナ=死の恐怖、と植え付けられてしまった今できることは、自費PCR検査で死の恐怖から解放することではないか。

ただ医師が介在しない自費の唾液PCR検査の法的根拠を知りたい。東京には既に医療スタッフゼロの検査センターが稼働しているが、本当に大丈夫なのだろうか。まずは精度管理の問題がある。ただでさえ3割が偽陰性と言われている中で、検査機関による差異の検討はされるのだろうか。たとえば医療ス

タッフがいないPCR検査センターで万一、クラスターが発生したらどうなるのか。また誤判定があった時、責任の所在はどうなるのか。医療法の整備が必要である。もしも民間ラボが宝クジ売り場のように街中でどんどんPCR検査をしてもいいのであれば、PCR陽性者の届け出義務はどうなるのだろうか。「個人情報だから公表しない」という誤った解釈が出てこないか。個人的事情で届け出ない人がいても構わないのか。そうすると我々が書いている患者発生届けは何なのか。数々の疑問がある。

医療機関は有症状者で民間企業は無症状者というすみ分けだろうが、現実にはグレーゾーンがある。コロナ陽性で入院していた社員に対して退院後、出社前に自費PCRを義務づける会社が多い。それが陽性であったという相談が舞い込むが保健所に聞いても明確な答えは得られない。株式会社による自費検査が認可された時点で既に指定感染症という論理は破綻しているように思う。このようにコロナが感染症法上二類(相当)指定という大義名分が急速に揺らいでいる。指定から1年が経つ2021年2月以降に五類指定に落とすかどうかに関して早急な議論が必要である。

がん医療と対比してみる

がんは早期発見・早期治療で多くが完治できる。がん検診は診療所でもやっている。一方、コロナは診療所で早期発見はできても早期治療ができない。だから重症者で感染症病院の医療体制は逼迫する。短時間で急変するコロナもあるが、多くは軽症で2週間程度経過するコロナなので診療所で一次治療などの対応ができるのではないだろうか。人工呼吸器が必要な重症患者数の増加の話を知っていると、そこに至る前に何とかできないものかという気になる。がん医療にたとえると、ステージ4になってから慌てているケースばかりに映る。1月に国内初の感染者が確認されてから11カ月が経過して、現在は重症化予測スコアが発表されている。ある点数以下の感染者はまずは診療所で診るなど、一次医療機関でできるだけ重症化を食い止める対応ができるようなストラテジーを練ってはどうか。

そのためには、開業医での早期診断のみならず、有症状感染者へのアビガン®(一般名:ファビピラビル)やフサン®(一般名:ナファモスタットメシル酸塩)

などエビデンスのある薬剤を、炎症性マーカーをモニタリングしながら早期から積極的に使用することを国が推奨すべきではないのか。自宅療養者に対するオンライン診療の推進はもちろんである。感染症病床が逼迫した地域では入院の適応をもう少し絞ったほうがいい。そのためにも診療所という社会資源の有効活用を検討すべきと考える。

「コロナ対策=地域包括ケア」の視点を

第3波が到来した現在でも、コロナ対策が感染症専門病院に偏りすぎている気がしてならない。たとえばリビングウイルを書いている90代の要介護高齢者のコロナ感染が判明して「住み慣れた我が家や介護施設にいたい」「呼吸器は付けたくない。ここで死んでもいい」と言われた場合、どうすべきか。日本ではおそらく答えはない。あるいは介護施設に入所している要介護5の高齢者が感染した場合、具体的にどうすればいいのか、答えはあるのか。コロナ重症化は主に高齢者問題であるので、場合によっては在宅や高齢者施設においてコロナ感染者を看取りまでも視野に入れながら診るケースもあるはずだ。そのためにはケアマネや訪問看護師やヘルパーが不可欠であり、その研修も不可欠である。今、力を入れるべきは介護施設で頻発するクラスターの扱いである。つまり、感染症病床が逼迫した今こそ「コロナ対策=地域包括ケア」という視点が不可欠となる。感染蔓延地区では地域の医療介護スタッフ全員がその理念を共有して、「地域包括ケア」という視点を練るべきステージにきた。

こうした視点は実は3月21日号のこの連載「新型コロナウイルス感染症対策は地域包括ケアのフェーズに」で書いている。少し時期が早すぎたかもしれない。しかし医療崩壊という言葉の口にする前に今一度、真剣に地域包括ケアシステムの構築を考え直すべきである。国の専門家会議に感染症やウイルス学、ワクチンの専門家だけでなく、在宅医療関係者、介護施設関係者など現場をよく知る地域包括ケアのエキスパートをどんどん投入することは当然である。

ながお かずひろ: 1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『あなたも名医! 医師にとっての「地域包括ケア」疑問・トラブル解決 Q&A60』(小社)など

<https://www.jmedj.co.jp>

12月3週号 1921年(大正10年)2月5日
第三種郵便物認可(毎週土曜日発行)

18 特集

新型コロナウイルス 流行下の感染症診療

内藤俊夫 ほか

01 キーフレーズで読み解く 外来診断学

間欠性跛行を主訴に受診した62歳男性
生坂政臣 ほか

06 この人に聞きたい

急増する高齢者の救急搬送を減らすには？
岩瀬 哲

11 すきドリ～すき間ドリル！ 心電図

異常なし？ いや、V₁～V₃誘導のQ波に着目しよう
杉山裕章

14 まとめてみました

新型コロナ感染拡大防止支援事業
—家賃や光熱費など日常業務の費用も申請可能

48 長尾和宏の町医者で行こう!!

発熱外来の実際と地域包括ケアシステムとしての感染対策
長尾和宏

64 J-CLEAR通信

学会レポート 2020年米国心臓協会(AHA)
宇津貴史

03 プラタナス

09 胸部X線画像読影トレーニング

16 感染症発生動向調査

33 私の治療

44 プロからプロへ

68 NEWS DIGEST

70 学会・研究会・セミナー情報

72 ドクター求 NAVI

76 ドクター掲示板

52 医療界を読み解く【識者の眼】

和田耕治	安心して年末と正月を迎えるために(2)
細井雅之	『赤信号』大阪：現場で起きていること
堀 有伸	原発事故の頃より良くなっていること
岡本悦司	不妊治療には『成功報酬制』を
小倉裕司	日本版敗血症診療ガイドライン2020
小田倉弘典	多疾患並存時代における外来診療
鈴木邦彦	かかりつけ医と地域包括ケア(4)
小橋孝介	児童虐待相談対応件数から見えるもの
中井祐一郎	医療の場における『問い』の喪失
柴田綾子	フェムテックが女性の生活を支援する
峰松一夫	脳梗塞の再生医療への期待
石崎優子	臨床研究法と小児の適応外医薬品
南谷かおり	技能実習生の健康保険加入の徹底を