

第二波に合理的に備える

開業医をもっと活用すべき

医学博士 長尾和宏

蚊帳の外の開業医

コロナの第1波において開業医は完全に蚊帳の外であった。PCR検査が保険適応になったと言っても行政検査なので開業医ではできない。第1波が小休止した現在でも保健所の指示なく行うことはできない現実には、全く報じられていない。保健所の指示でPCRセンターのようなところに医師会員が手上げて出務して検体採取を手伝っている。陽性の人は保健所の指示で病院やホテルに入院ないし隔離される。開業医がコロナの治療に関わることは皆無である。関わりたくても関われない。要介護5の在宅患者さんや施設入所者さんにも関われない。これが前号で「せめて高齢者だけでも2類を5類に落とすべき」と主張した理由である。大阪では死亡者の8割が70歳以上であった。全国でも死亡者の9割以上が60歳以上である。死亡者を減らす、という視点からはコロナは完全に高齢者問題である。

今、全国の医療機関は閑散としている。市民は院内感染を過度に恐れかたつてない受診抑制がおきている。

わずかな利益率で延命してきた病院経営はまさに瀕死の状態にある。一方、開業医も診療科にもよるがかつてない患者数減少で経営危機に陥っている。病院には公的資金が投入され救済されても開業医には「不要な医療が減っただけ」と救済の手は延びない。

この冬は、コロナに加えてインフルの流行も重なりと予測する専門家が多い。そうなるに従来のインフルの簡易検査をこれまでのようにできない。鼻汁を採取する時にコロナウイルスをまき散らす可能性があるからだ。だから屋外においてPPE装備でインフルの検体採取を行うことになるのだろうか。インフルがマイナスならば、保健所に連絡して唾液の抗原検査をすることになるのか。しかしこんな煩雑なシステムで第2波に対応できるのだろうか。

唾液でインフルとコロナを同時診断

唾液を検体としたPCR検査が普及する見込みである。一方、唾液を検体としたコロナ抗原検査も開発され秋には実用化されるといわれる。PCR検査は精度が高い一方、高価な機械や費用が必要だ。今後、いつかは市中感染になることを想定すれば、唾液での抗原検査キットの普及が望まれる。しかしいまだにコロナは指定感染症で、唾液検査も行政検査であろう。一般診療所において開業医の判断で実施できるかどうかは、不明である。

唾液を検体としたPCR検査が普及する見込みである。一方、唾液を検体としたコロナ抗原検査も開発され秋には実用化されるといわれる。PCR検査は精度が高い一方、高価な機械や費用が必要だ。今後、いつかは市中感染になることを想定すれば、唾液での抗原検査キットの普及が望まれる。しかしいまだにコロナは指定感染症で、唾液検査も行政検査であろう。一般診療所において開業医の判断で実施できるかどうかは、不明である。

私は、インフルもコロナも唾液と検体にした抗原キットで診断すべきだと思う。同時に検査できる簡易キットの開発を急ぐべきだ。さらに保健所の指示で行う行政検査ではなく、開業医の判断で一般診療所において行えるようにすべきだ。そのためにはコロナもインフルと同様の5類に落とす必要がある。診療所を受診して30分以内にインフルかコロナか、はたまた同時感染なのかを診断できるシステムを整備すべきだ。さらに、インフルとコロナの唾液での抗原診断キットを妊娠検査薬のように薬局で販売できればなおい

い。3000円程度で販売すれば医療機関を受診するより安いし、なによりも医療保険財政を圧迫しない。自宅で自分で唾液を垂らしたキット結果を写メに撮り、それを開業医で見せることで検体を介した院内感染のリスクが大幅に減る。

軽症者は開業医で診断・治療

コロナは2類感染症であるのでPCR陽性は病院かホテル等に「隔離」することができる。しかし「隔離してもいい」が、いつの間にか「隔離しなければならぬ」と誤解されてはいないだろうか。その結果、高齢者施設でコロナ疑いの高齢者がいても、PCR検査を受けて陽性となれ

ば「どこかに連れ去られる」と懸念して「疑い患者さんを隠蔽する」という傾向があった。その結果、全国各地の医療機関や介護施設での大規模クラスターや集団感染につながったのではない。本来は、地域における感染者情報をリアルタイムで共有することが重要であるが、法律の縛りと差別・偏見が歪んだ対策になつていないだろうか。

そもそもコロナ感染者の8割は無症状ないし軽症者である。その人を感染症病棟に隔離する必要が本当にあるのだろうか。筆者は無症状ないし軽症者は「自宅隔離」で十分であると考え、第1波で実践した。詳細

は省くがオンライン診療をフル活用し軽快まで見届けた。

CTで明らかでないコロナ肺炎があつてもPCR陰性者が何人かいて、保健所はそうしたコロナ肺炎（画像的にはほぼ確定）のあるPCR陰性者にはノータッチであったからだ。驚くべきことに政府は「PCR陰性の感染者はいない」という誤った前提で政策が立案されているのだ。

第2波を想定した時、大部分が軽症ないし無症状である感染者は開業医で診断・治療すべきと考える。開業医でできる治療とは、アビガンでもレムデシベルでもない。ノーベル賞の大村教授が推す「イベルメクチン

ン」である。私達は在宅や施設で常にいる疥癬の患者さんに普段使っている安価な薬がコロナに効くというのだから使うだろう。イベルメクチンはコロナに保険適応が無いので無償提供する。といっても1000円〜2000円程度だ。採血で炎症反応やDダイマーを調べ、高値であれば血栓症予防のためにフサンを点滴する。これも30年前から使い慣れている肺炎治療薬である。施設患者さんにも使いやすい。

コロナは高齢者問題である。ならば地域の開業医が診療所や自宅や施設で即診断して、即治療できる「合理的な体制」を整えるべきだ。

長尾和宏の「生」と「死」

長尾和宏
(ながおかずひろ)医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長1984年 東京医科大学卒業、大阪大学
第二内科入局

1991年 医学博士（大阪大学）授与

1995年 兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る

日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会世話人、関西国際大学客員教授

【医学博士】

日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント

【著書】

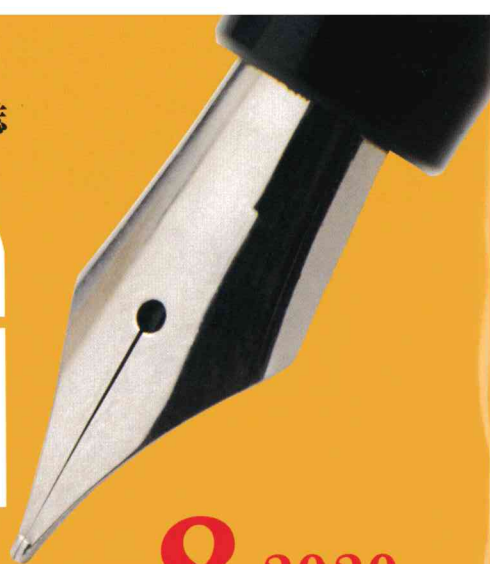
『平穏死・10の条件』、『抗がん剤・10のやめどき』、『糖尿病と膵臓がん』など多数。『痛くない死に方』と『痛い在宅医』は、映画化され、2020年夏公開予定。近著『小説 安楽死特区』も即重版し、アマゾン1位。

月刊

世界の視点で情報を発信する総合誌

公論

発行・株式会社財界通信社 令和2年8月1日発行 毎月1回1日発行 第53巻8号
昭和47年11月10日第三種郵便物認可



8 2020
August

提言

創刊55年目の決意 さらなる「これでいいのか日本」を問う

本誌主幹 **大中吉一**

リレー
対談

公益社団法人日本将棋連盟会長
九段

元日本銀行行政委員会審議委員

佐藤康光氏 VS 中原伸之氏

似て非なる将棋と経営
参謀のいない戦いの判断は長考か即決か

将棋指しの頭の中にある将棋盤
全盛時代は光って見える



【新連載】

徳川将軍のリーダーシップ

江戸幕府15代の将軍たち——徳川幕府のガバナンス考

〈第1話〉将軍権力の成り立ち

吉備国際大学客員教授 **飛島 章氏**

【連載】**グリーン交悠録**

ジーン・サラゼン氏との忘れえぬ交友

ゴルフ・プロデューサー **戸張 捷氏**
聞き手・本誌主幹 **大中吉一**