



長尾和宏の

まちいしゃ
**町医者で
行こう!!**

第121回

コロナ第四波の現状と課題
——**認知症の陽性者をどう見守るか**

保健所と医師会の連携

筆者の診療所がある兵庫県尼崎市は緊急事態宣言のど真ん中に位置している。新型コロナウイルス感染症の第四波においては変異株の流入のため感染拡大が急速で、一気に医療崩壊に至った。今回、5月6日現在の当院におけるコロナ対応の現状と課題を報告する。

入院もホテル療養もできない自宅療養者が大阪府に1万4000人、兵庫県には2000~3000人いるという。連日、医療の手が入らないまま亡くなる「放置死」が報じられている。尼崎市医師会は昨年、自宅療養者への往診医を募り約30人が手を挙げた。在宅主治医がいない中等症Ⅱ以上の自宅療養者の情報は、保健所→医師会の担当理事→コロナ在宅医のメーリングリスト、と流れてくる。手挙げをした登録医がすぐに往診し酸素濃縮器の設置とステロイドなどを処方するシステムが稼働している。自宅療養中の死亡を防ぐためには保健所と医師会の連携で、取り残されている感染者への介入が重要である。コロナ在宅はやはり往診に慣れている在宅医が中心になっていくのだろう。

一方、筆者の診療所では例年どおり大型連休も通常外来を開いた。それと並行して発熱外来も開いたところ連日、30~40人の発熱患者が押し寄せ、毎日数人~10人程度の陽性者が出ている。そのうち中等症Ⅱ以上の患者には酸素濃縮器を設置しデキサメタゾン6mg×10日とイベルメクチンを処方している。酸素飽和度が60~80%の重症者であってもすぐには入院できないので、在宅で亡くならないようにステロイドパルス療法なども行っている。

昨年来、約3000人の発熱患者を診察し、約400

人のコロナ患者の診断と初期治療、約80人の中等症以上の自宅待機者への訪問診療やオンライン診療、ドライブスルー診療、そして重症化の早期発見と保健所への報告などを行ってきた。幸いなことに現在までコロナの看取りはゼロである。

コロナ在宅でできること

コロナに対するイベルメクチン処方に関する質問をたくさん頂く。本年3月8日の参議院予算委員会において田村憲久厚労大臣の「コロナにイベルメクチンを使って保険請求してもよい」という旨の発言を聞いてから処方するようになった。ただし「エビデンスが充分ではないので厚労省として推奨しているわけではない」という旨の答弁もしている。つまり「医師の判断で使ってもよいが国としてのスタンスは黙認」というレベルであろう。だから承諾書を取る医師もいるなど、インフォームドコンセントに基づいて投与すべき薬と考えている。筆者は介護施設で時々発生する疥癬に対して使うので馴染みがある薬だ。決して怪しい治療や混合診療ではないことは明記しておきたい。

酸素飽和度が93%以下の中等症Ⅱ以上の患者には、迷わず酸素濃縮器を導入している。酸素を吸うだけでも一日で劇的に改善するケースがある。咳が激しい患者にはステロイド吸入薬や去痰剤、鎮静剤なども処方する。コロナ在宅でできる治療は限られているかもしれないが、やらないよりはましだろう。生物学的製剤などの高価な薬は使えないが、何百円レベルの既存薬は医師の裁量で投与できる。さらに精神的ケアや家族ケア、生活支援やケアマネとの連携など、コロナ在宅医の仕事は意外にたくさん

ある。家族内感染を防ぐために医師の視点から実地でアドバイスすることも大切な任務だ。町の開業医は逼迫する病院や感染症病棟の防波堤になり得ると考える。しかし400mリレーに喩えたら我々はあくまで第一走者にすぎない。コロナは指定感染症であるので、中等~重症例は保健所に逐次報告をして可及的速やかに入院医療につなげないといけない。「持ちすぎ」ないように気をつけている。これまでに施設で看取り寸前だった患者を入院医療で救って頂いたことが2回あり有難かった。

認知症の陽性者への対応

コロナによる死亡率が高いのは高齢者である。特に認知症高齢者はコロナに感染しやすい。①加齢に伴う免疫能の低下、②クラスターが発生しやすいサービスやショートステイを利用していることが多い、③マスクや手洗いなどの感染予防策を理解・実行できないことが多い、などが理由として考えられる。独居の認知症の感染者のなかには医療が逼迫していようがないが、入院やホテル療養ができない人がおられる。一旦、入院しても白い壁に囲まれたら周辺症状が激しく追い帰されるケースもある。しかしショートステイや介護施設も精神病院も受け入れない。従って在宅療養以外に選択肢がない。そうするとコロナ在宅医が必要な医療を提供しながら地域の多職種が生活援助をするしかない。

果たして「おひとり様の認知症」の人がコロナに感染した時、自宅療養を誰がどのように見守るのか。もし家族がいても家族内感染すると別々に隔離される。高度認知症の人は、コロナ感染や自宅隔離を説明してもすぐに忘れてしまい徘徊する。スーパーや食堂や銭湯などで感染を拡大する懸念がある。しかし少なくとも10日間は毎日、経過を見守る必要がある。ケアマネや介護職だけでなく、近所の親切な人や民生委員にも感染防御しながらの見守りをお願いして回るのも、コロナ在宅医の仕事だ。ただし個人情報保護や差別の回避に十分に配慮しないとイケない。そして訪問看護師と往診医が十分な感染防御をした上で必要な医療を提供する。

先日、コロナ往診を終えて患者を出ると近隣住民に呼び止められた。「認知症のコロナ患者を入院させずに放置しておいて、何かあったらどうするん

だ?」と怒られた。しかし第四波を機に認知症の陽性者は、軽症ならまずは地域包括ケアで対応するように変わるのではないかな。

コロナ禍におけるJR東海裁判の意味

2016年のJR東海認知症事故最高裁判決を思い出して頂きたい。認知症の高齢男性が誤ってJR東海の線路内に入り込み電車にはねられて亡くなった事故である。鉄道を止めた損害は誰が負うのかという裁判は、一審では同居の妻と別居の長男に720万円の賠償命令、二審では妻に360万円の賠償命令が下った。しかし最高裁は「家族に賠償責任はない」、つまり「無罪」であるとの判決を下した。この最高裁判決はその後の認知症施策に大きな影響を与えた。閉じ込める医療から地域で見守る介護への大転換である。現在、国の認知症施策は「予防と共生」である。しかしコロナ禍において「共生」という概念がスッポリ抜け落ちてきているような気がしてならない。

最高裁判決を受けて神戸市はいち早く「認知症の人が起こした事故は社会が責任を負う」として、損害を公費で賄う旨の条例を制定し、その動きは全国の自治体に広がりつつある。そして、本人の意思が明確で家族の同意があれば「おひとり様でも最期まで自宅で暮らせる街づくり」が、国が推し進める「地域包括ケア」の指標になっている。

しかし国のコロナ政策を見渡した時、なぜか認知症の一文字も見えてこない。ワクチン接種に関して認知症の人の自己決定はどうか、など課題が多い。次のパンデミックに備える意味でも「認知症」という視点を忘れてはいけない。

〈最近テレビで紹介された当院のコロナ対応〉

▶ 2021年4月24日放送・TBSテレビ
「報道特集」



▶ 2021年4月30日放送・読売テレビ
「情報ライブミヤネ屋」



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! 医師にとつての「地域包括ケア」疑問・トラブル解決 Q&A60」(小社) など

18 特集

新しい NAFLD/NASH の診断基準

徳重克年

01 キーフレーズで読み解く 外来診断学

発熱と右鼠径部痛を訴える16歳男性
生坂政臣 ほか

10 難渋症例から学ぶ診療のエッセンス

側頭葉内側病変を呈した MELAS
佐々木 諒 ほか

12 プライマリ・ケアの理論と実践

chronic care model 今後の研究や発展性
大浦 誠

14 まとめてみました 最近気になること

高齢者への新型コロナワクチン接種が本格化、
菅首相「1日100万回接種目指す」

26 論文

新型コロナウイルス間質性肺炎の本態は免疫介在性炎症性疾患である
高橋公太

48 開業医の教科書Q&A

医院のIT化について、どこから手をつけるべきか？
笠浪 真

54 長尾和宏の町医者で行こう!!

コロナ第四波の現状と課題—認知症の陽性者をどう見守るか
長尾和宏



03 プラタナス

07 胸部画像診断トレーニング

16 感染症発生動向調査

33 私の治療

44 プロからプロへ

70 NEWS DIGEST

72 学会・研究会・セミナー情報

74 ドクター求 NAVI / 掲示板

56 医療界を読み解く【識者の眼】

白木公康 アビガン治験は発症48時間以内に

平川淳一 医療従事者のメンタルヘルス

藤原康弘 医薬品の健康被害救済制度

槻木恵一 歯科医師のワクチン接種

邊見公雄 コロナワクチン接種を終えて

和田耕治 感染拡大に対応の10のポイント

岡江晃児 川柳を通しての終活

野村幸世 外科医は死ぬまで外科医

今明秀 感動する救命処置

大野 智 価格が高いほど効果も高い？

楠 隆 共有意思決定の考え方

本田秀夫 教育・福祉との連携に関わる報酬