

新型コロナ 在宅療養で命を失わないために必要なこと

2021年8月9日 毎日新聞

「『放置死』をなくせ」と在宅医療の専門家

新型コロナウイルス感染症の患者が全国で急増し、治療に当たる全国の医療体制が逼迫（ひっばく）しつつある。政府は、感染者が急増している地域では入院治療の対象者を制限し、症状の軽い患者は在宅療養を基本とする方針を示した。症状が軽かったとしても、感染した状態で自宅にとどまることには不安が広がる。兵庫県尼崎市で外来診療と在宅医療に取り組む長尾クリニックの長尾和宏院長は、これまでに約200人の患者の在宅療養にかかわってきた。その経験を踏まえ、在宅療養で命を失わないために必要なことを聞いた。【永山悦子】

在宅管理のコロナ患者で死亡診断書を書いた人はゼロ

——コロナ患者の在宅療養は、病状の急変が心配です。大阪では、今春の「第4波」で、在宅療養中の患者の死亡が相次ぎました。コロナは在宅療養での治療は難しいのではないのでしょうか。

◆私は日々、重度の患者さんも在宅で診ています。人工呼吸器を付けている筋萎縮性側索硬化症（ALS）の人もいますし、その人が肺炎を起こしたら自宅で治療しています。ですから、コロナの患者さんの在宅療養を支援することに抵抗はありません。

私は昨年4月から約450人のコロナ患者さんを診断し、約200人のコロナ患者さんの在宅療養に関わってきました。入院が決まるまでの1日間だけ診た患者もいますし、結果的に治るまで在宅で診たケースもあります。全員に24時間いつでも連絡を取れるよう携帯番号を教えて、必要なら往診をしたり、訪問看護師に点滴などを依頼したりしました。

約450人のコロナ患者さんの中で、結果的に亡くなった人は私の知る限り2人です。1人は90代の人で、別の医師が診断した翌朝に自宅で亡くなっているのが見つかりました。警察の検視が入ったそうです。もう1人は、私が診た翌日に入院できましたが、入院先で亡くなったそうです。保健所は届け出をした以降の患者情報は、個人情報という理由から一切教えてくれませんから、家族から聞いて知りました。結局、私が在宅管理をした約200人のコロナ患者さんでは、コロナで亡くなったという死亡診断書を書いた人は一人もいません。

コロナも「早期発見、即治療」が不可欠

——なぜ亡くなる人がほとんどいないのですか。軽症の人が多からですか。

◆私がコロナと診断した人約450人全員に、診断直後から重症度に応じた治療を開始してきました。CT（コンピューター断層撮影）で肺炎があれば、すぐにステロイド剤やイベルメクチンを投与します。血中酸素濃度が93%以下なら、その日のうちに在宅酸素を設置してきました。コロナもがんと同じように「早期発見、即治療」が重要です。

初診時に血中酸素濃度が60%という重症呼吸不全の方が2人いました。1週間後に入院できましたが、在宅療養中は大量のステロイド剤を投与する治療法など懸命の治療に取り組み、2人とも救命できました。入院できずにすべて自宅で治療し回復した人も約100人います。報道されている在宅療養中の死亡の多くは、医療につながることができず、治療されないまま放置された結果ではないのでしょうか。

ハイリスクは高齢者、男性、肥満、喫煙者

——それでも、コロナはいつ重症化するかわからないと言われます。やはり自宅療養は望ましくないのではないのでしょうか。

◆コロナで重症化しやすい人は分かっています。高齢者、男性、肥満、喫煙者です。人工透析をしている人も重症化しやすい傾向があります。重症化リスクの測定を補助する診断薬も承認されています。これらを活用できる主治医がいれば、診断時に重症化リスクの高い人は判断できます。

もし医療が逼迫しているようであれば、政府が方針を示したように、ハイリスクの人が確実に入院できる体制を整え、軽症者は隔離期間とされる10日間、在宅の主治医をつけて自宅で管理するという方向性は間違っていない。

「指定感染症」のため在宅医につながりにくく

——コロナの在宅医療は、全国どこでも受けられるものなのでしょうか。

◆現在、コロナは指定感染症なので、保健所が感染者の情報を一元的に管理し、入院の調整をすることになっています。しかし、自宅療養になった人について、在宅医を手配する仕組みはありません。開業医の立場からすると、どこに自宅療養者がいるのか知るすべがありません。そこが問題です。コロナ治療に対応している開業医リストを公開し、患者が在宅主治医を選べるようにすべきです。

患者が増えれば、保健所の業務も増えて対応は遅くなります。保健師は医師ではありませんから、重症化リスクの判断はできません。だから、不幸にも入院調整までの間に亡くなる例が出ているのです。つまり「放置死」です。ただし、保健所が悪いのではなく、現在の制度が悪いのです。地域によっては尼崎市のように保健所と医師会が連携し、ハイリスクの自宅療養者の情報を共有して在宅医をつける場合もありますが、制度としては確立していません。

「助けてほしい」の声に応える日々

——長尾さんは、なぜそれだけ多くのコロナ患者を在宅で診ているのですか。

◆患者さんやご家族から「診てほしい」という電話がたくさんかかってくるからです。「3日たっても保健所から連絡が全く来ない。息が苦しいから助けてほしい」と。医師には、医師法で定められた「応召義務（患者から治療を求められたら断ってはならない）」がありますから私は対応します。

コロナは感染症法上は保健所が指揮を執る病気ですから、私が診てはいけないのかもしれませんが、「助けてくれ！」という自宅療養者からの悲鳴を聞いたとき、話を聴いたり往診したりして必要な医療を提供することは、医師の責務ではないのでしょうか。

「人工呼吸器が必要となるような重度の患者さんの治療は、通常の在宅医療でも実施しています」と話す長尾和宏・長尾クリニック院長＝本人提供

「自宅療養」ではなく「在宅医療で治療」に

——政府が、重症者や重症化リスクのある人以外は自宅療養を基本とするという方針を出し、大きな反発が起きました。最終的には「中等症以上は原則入院」となりましたが、政府の対応についてはどう思いますか。

◆現在の政府の説明では、「自宅に放置されたまま死ぬのか」とか「軽い患者は見放すのか」という誤解を生みかねません。

まず「自宅療養」ではなく「在宅医療で治療します」と言うべきです。自宅療養の全員

に在宅医をつけます、と。そして隔離する 10 日間は、24 時間管理（携帯番号を交換するなどして 24 時間連絡が取れる状態にする）を保証して、薬も入院と同様に使えるようにすれば、自宅にいても入院しているのと変わらない医療を受けられます。このような前提があれば、自宅療養になる患者さんも納得できるのではないのでしょうか。

医療者はワクチンの優先接種を受けているのですから、自身の感染リスクや重症化リスクは大幅に減っています。それでも、医師が「感染を完全に避けたい（患者と接触したくない）」と考えるのであれば、オンライン診療という方法があります。今は初診からのオンライン診療が可能です。点滴などは訪問看護師に依頼すれば、医師は患者のもとを一度も訪れなくても診療や治療が可能です。

一般の在宅患者さんの生活支援は、医療がヘルパーなど介護職と連携する地域包括ケアシステムの仕組みで取り組んでいます。コロナ患者の在宅療養についても地域包括ケアシステムの概念を適用すべきです。

開業医（在宅医）もコロナ管理できる

最近承認された重症化を防ぐ「抗体カクテル療法」も、在宅で点滴できるようにすべきです。インフルエンザでは、点滴の抗ウイルス薬を在宅医療でよく使います。また酸素濃縮器の設置も日常の在宅医療でやっていることです。それくらいまでは、感染症や呼吸器内科の専門医ではなくても、開業医の技術で十分に対応できます。

そして、在宅主治医が「重症化しそうだから専門施設への入院が必要だ」と判断すれば、速やかに病院に入院依頼ができるようにすべきです。これは普段の病診連携ですが、今は入院調整はすべて保健所が管轄しているため全くできません。患者が増え、治療法も確立してきている今、通常の治療と同じ対応ができる体制にすべきです。

自宅療養の患者へのケアを手厚くすべき

——通常の治療にするということは、感染症法での分類を変えるということですか。

◆私は、「指定感染症（現在は新型インフルエンザ等感染症）」という分類にしたことが問題だったと考えます。それを、すぐにインフルエンザなどと同じ 5 類感染症に変更すべきだと考えています。

今は保健所にすべての情報が集まり、入院の調整もする仕組みになっています。だから、開業医（在宅医）の立場では自ら動けない状態なのです。しかしインフルエンザと同じ 5 類であれば、開業医も風評被害を恐れずに、コロナの診察ができるようになるでしょう。自宅療養の患者さんへのケアを手厚くできます。

保健所による入院調整というプロセスがなくなれば、開業医による外来や在宅での早期治療が可能になります。診断してすぐに治療を開始できれば、死亡リスクは確実に下がります。ただし、医療費は 5 類になっても一定期間は公費負担を続けるべきです。

第 5 波を迎え対応を練り直す時期

——しかし、米国などでは平均寿命が縮むほど多くの死者が出ています。やはり怖い感染症なのではないのでしょうか。

◆まだ分析は終わっていませんが、確かに米国や欧州のコロナは日本より桁違いに怖いと思います。医療体制や患者の体形などの違いがあるのかもしれませんが。日本の場合は重症化リスクが明らかになってきていますし、治療法も確立してきています。インフルエンザよりはやや手ごわい「けったいな（変な）インフルエンザ」という認識に変えて、今後

の対応を練り直す時期だと考えます。しかし、今の体制のままでは「放置死」が増える恐れが続きます。これは絶対に防がなければなりません。