

自宅療養

ひろさわ内科医院 院長 廣澤 利幸

2023年5月に新型コロナ（以下、コロナ）は5類感染症に移行したが、10月に入って間もなく通院患者から「知人がコロナにかかり自宅で亡くなった」と聞いた。別の方からも同様の話を耳にした。二人とも家族と同居していたという。発熱したので自分で検査したらコロナ陽性で、お金がかかるからと自宅で寝ていたとのこと。家族が起こしに行ったら亡くなっていた。「コロナで亡くなるんですね」と言われ、複雑な思いがした。

2020年春、新潟市で初めて新型コロナの発症が報告された頃は、すでに欧米では患者が街にあふれ医療崩壊に陥っていた。新潟でも同様に患者が病院にあふれ、通常医療の維持も困難になることが予想しえた。ベッドを守り入院を減らすには、軽症者を私たち開業医が受け持つしかない。そう考えこの年4月の医師会の呼びかけに応じ、軽症者受け入れのホテル療養に参加し年末から受け入れを始めた。

明けて2021年3月には感染は急速に広がり、それまで新潟県医師会理事である小柳亮先生お一人に様々な理由で自宅療養をしていた患者をお願いしていたが、わずか数日のうちに発熱患者は市中にあふれ自宅療養への対処も急務となった。自宅のコロナ患者をいったい誰が診るのか。診断した医師なのか。あるいは在宅を診ている医療機関なのか。かかりつけのない患者はどうなるのか。このままでは医療につながらない患者が出てくることは明らかだった。すでに東京や関西などでは、搬送先が見つからず自宅でも死亡者がでており、医師不足の新潟県でも同様に自宅療養が破綻することは目に見えていた。

「自宅療養患者も診てくれないか」

ホテル療養を担当していた私たちに新潟市医師会副会長である岡田潔先生から相談があった。小柳先生が一人で自宅療養患者を診ていたが、担当患者数が100名を超える事態となり、

対応が困難になり、新潟市医師会に応援を求めてきたためである。トリアージと入院につなぐシステムも機能しており、オンライン診療を利用すれば、新潟県内全体に広く点在していても在宅の患者に入院や投薬など必要な治療を提供できそうだと考えられた。不安はあったが患者は増え続けていて時間はなかった。自分たちがやるしかない自宅療養は始まった。

見たこともない病気の、会ったこともない患者を知り得るわずかな情報をもとに、電話で診療した。得られる情報は患者の訴えと体温と電話の向こうの息づかいだけだった。治療は試行錯誤を繰り返し、入院のタイミングも戸惑いの連続だった。熱が続くと毎日でも電話をかけたが、どんどん症状が悪化する事例には気が気でなかった。今日は解熱しているだろうか。入院が必要かどうかを電話だけで見極めなければならなかった。

入院すればデカドロン®（一般名：デキサメタゾン）とレムデシビルで治療できていた。入院が必要なほど具合が悪くなるまで自宅で療養させることが私たちの仕事だったが、でも治るのなら早めに入院させればいいじゃないのか、ならば自分たちはいったい何をしているのだろうかというジレンマが続いた。それでも続けられたのはメーリングリストを作り情報を共有化できたからで、治療方法の標準化を図ったこと、浦野先生と岡田先生に尽力をいただいて、第一線の病院の先生方と繰り返し勉強会を重ねることができたからだった。

この年の夏になると抗体カクテル療法が確立され、重症だったデルタ株を制御できるようになった。治療の道筋が見えたこと、ワクチン接種の普及とオリンピックの終了で人の移動が減り患者数は減少した。この時はこのまま制圧できるのではないかと希望の光が見えたようだった。

しかし年が明けて2022年にはいり、考えが甘

かったことを思い知らされた。オミクロン株に変わり確かに軽症化したが、これまでの数十倍もの患者に翻弄された。コロナはただの風邪というマスコミの宣伝と国による行動制限の緩和、経済が優先と言われ、マスクすら不要という状況で容易に感染は広がった。新潟県内で死亡者の多くはここから始まっている。これまで必死に守ってきたベッドはふさがり、患者数が多すぎてオンライン診療は破綻寸前だった。確かに軽症だが施設を中心に高齢者のクラスターが頻発し多くの死者がでていた。救いは治療薬が使えるようになったことで、その後少しずつ落ち着いていったが、届出や同意書など煩雑で時間を取られた。ついではあるが保険点数も複雑で常に悩まされた。

ところで、ここまで地域全体を包括してきた自宅療養のシステムを「オール新潟」と呼んでいる。このシステムは三つの機能で成り立っていた。

一つ目がトリアージ。自宅療養患者があふれた時でも、医療調整本部で看護師とスタッフたちが終日連絡を取り続け、数千人を超える患者の中から、いまずぐ援助が必要な患者を拾い上げ治療につないだ。爆発的な発生状況の中ではトリアージの重要さは際立ったが、そのため保健所の職員は休みもなく働き、県の医療調整本部からの患者情報の定時連絡はしばしば日付を越えた。

二つ目はオンライン診療。どの医師であっても同じ診療を行えるようにするため、メーリングリストを通じて情報を共有し治療方法の標準化を図った。薬剤師会とも連携し必要な薬を登録されているすべての薬局でそろえてもらった。実際の自宅療養では医師二人が新潟市内を、新潟市を除く全県を別の二人の医師が1週間交代で担当した。日中、トリアージで拾い上げられた患者情報が届くと、すきま時間に電話連絡をして病状を確認し処方箋を発行、入院が必要と判断すれば紹介状を作成した。しかし処方箋発行と入院手続きのためには、午後の早い

時間帯までに連絡を取る必要があり日常診療は圧迫された。患者数が爆発的に増加すると、とてもこなせなくなり夜間までかかった。募集をくりかえしたがミッションの参加医師はなかなか増えず、慢性的な医師不足が続いた。

三つ目はPCCと呼ぶ入院へのスムーズなバックアップ体制で、入院が必要と判断したときは、その日のうちに受け入れ先を確保していただけだ。それだけではなく、様々な事情を抱えたケースの個別の対応にも対処してもらえた。抗体カクテル療法が確立され入院さえすれば治療できた時も、乳幼児を抱えた母親や障害を持った子供を抱えた母親が罹患した場合は、治療をあきらめオンライン診療すら拒否した事例もあった。子供をみるためには自分がここに残るしかないと頑なだった。ソーシャルワークが追い付いていない。そんな個別の事例にも、PCCの先生方からは丁寧に対処してもらえた。

「オール新潟」は地域に広く点在する患者たちを取りこぼすことなく有効に機能し、全国一低い死亡率を達成して5類感染症に変わるまでは一人の自宅死亡も出さなかった。

5類感染症に変わる頃にはコロナはただの風邪、経済が重要と声高に唱えられるようになった。住民の意識は変わり、検査はいらぬから風邪薬をもらえればいいという方、熱のある方は事前にお電話くださいという張り紙を無視する人も増えた。10月以降治療薬に自己負担が生じてからは薬の希望もほとんどなくなった。今回の在宅死の事例を聞いて悔しく思う。高齢者やハイリスク者にとってはコロナはまだ命にかかわる病気であるのに。

ふりかえって私たちは休日も、時に夜間でもよく働いた。自宅ではだれも死なせなかったことを誇りに思う。「オール新潟」に参加いただいたすべての方々とは諸先生方は本当にご苦労様でした。そして自宅療養を支えたこのシステムは、今後は危機管理のかなめになると確信している。