

社会的PCR検査も無料にすべき

コロナ医療をがん医療に喩えてみた

医学博士 長尾和宏

街角PCR検査テントを

新型コロナウイルス感染者数（コロナ）の第3波は、第1、第2波よりも大きいものになりつつある。重症者数も増加しているが、コロナ医療の進歩により死亡者数はなんとか抑え込むことができている。しかしPCR検査体制に関しては、相変わらず決して充分とは言えない。一方、ニューヨークの映像を観ると街角に医療機関とは別にPCR検査テントが設置され、いつでも、誰でも、何度でも、無料でPCR検査が受けられる体制になっている。しかもその場で検査結果が判明するという。2〜3日もかかる我が国のPCR検査とは雲泥の差である。もしも結果を待つ間に自宅で容態が急変したら誰の責任なのか、国は明らかにしないまま年を越えた。

日本においてもニューヨークにあるような街角PCR検査テントの設置を望む。しかしそもそも数多くの法的制約があるためにできないという。菅内閣が規制改革を旗印に挙げたのであればまずは、コロナ禍においては様々な規制を緩和するなど柔

軟な対応を求める。

社会的検査も無料にすべき

感染経路不明の感染者が増えている。家庭内、職場内のクラスターも増えている。無症状陽性者がスーパースプレッダーになっている可能性を考慮すれば、この冬、検査体制を拡充しなければいけない。現在、発熱や咳や味覚障害がある人は、医師がコロナを疑った場合、手挙げをした医療機関で唾液を用いたPCR検査が可能となった。これは行政検査と呼ばれ、全額公費負担である。しかし、軽微な症状や無症状者、あるいは医師がコロナを疑わない患者さんは自費で検査することになっている。会社や学校からの指示であったり、自主的に検査を受けるわけだが、社会的検査とも呼ばれている。その費用は現時点では3〜4万円が相場である。手作業のPCR検査の原価が2万円弱するためだそうだが高すぎやしないか。欧米では無料である検査が日本は別格である。

今後、医療機関や介護施設や学校などにおける社会的検査の需要は増大する。一方、ある試算によると全自動のPCR機器を用いれば検体数が増える

ほどスケールメリットにより1検体あたり1000円弱までコストダウンできるそうだ。国をあげて早急に最新式全自動PCR機器を全国各地に設置して、できるだけ早く無料で検査が受けられる体制を整えて欲しい。

かかりつけ医とは切り離す

厚労省は当初は「発熱者は保健所に電話して」と広報していたが第2波からは「かかりつけ医に電話して」に変わった。本誌12月号で述べて「変わった。本誌12月号で述べたようにかかりつけ医に「丸投げ」した。そして11月からは、「発熱外来」が対応する体制に移行した。全国2万5000の医療機関が手を挙げたが、地域によっては開業医のほんの一部しか手を挙げていない。筆者の地域でも手を挙げた開業医は数%程度とかなり少数である。最大の問題点は発熱外来が原則、「非公開」であることだ。患者の集中や風評を防ぐためだという。しかし市民目線からはかなり不親切である。「かかりつけ医」に電話しても、対応していない確率が高く、結局は保健所に聞くことになる。やはり「公開」にすべきではないのか。

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。

しかし登録されている開業医は決して「やりたくて」手を挙げただけではない。仕方なく挙げただけである。なぜならコロナ以外の患者さんを診ることが本分であるからだ。通常外来と発熱外来を両立するには想像以上に大きな負担がかかる。万一、院内クラスターが発生すると最悪、「閉院」に至るかもしれない。本来、地域の医療機関は生活習慣病診療や健康検診が責務である。だから発熱患者に特化した街角PCR検査テントのような場を行政と医師会などが協力して設置すべきだ。PCR検査をかりつけ医から分離するだけでも本来の診療に専念できるの

で市民は安心する。

「コロナ医療を がん医療に喩えると

コロナ医療をがん医療に喩えて考えてみよう。がん患者には有症状者と無症状者がいる。無症状者はがん検診によりがんが発見される。同様に、コロナ医療においても無症状者から感染者を発見する体制を整えることも必要だろう。しかし、現行の検査体制は発熱などの有症状者しか対象としていない。今後、街角PCRテントのように検査体制の裾野を広げることがクラスター対策につながる。

次に、陽性者のふるい分けになる。がんに喩えるなら早期がんと進行がんでは治療戦略がかなり異なる。進行がんに対しては外科手術に加えて抗がん剤や放射線治療を行うが、コロナ医療の難しい点は、一見、軽症と思われても1日でききなり重症になり得ることだ。すなわち、ホテルや自宅療養中の軽症者のフォロアアップ体制である。ここはかかりつけ医にお願いしてオンライン診療を活用すべきだ。患者数が多いのでマンパワーが限られている保健所だけが担うには荷が重すぎる。そして中等度以上は、大阪市で始まった「コロナ専用病院」の出番である。結核医療と同様にコロナの治療に特化し

た医療機関を上手に活用すべきだ。もちろん地域の感染症病床を有効利用するためにはネット上の情報共有が必須だ。がん医療は病院間の競争もあるために情報共有は進んでいない。しかしコロナ医療は地域の感染症病床を有する病院同士がリアルタイムで連携しないといけない。このようにコロナ医療を診断、重症度評価、治療、長期観察の4段階に分けて、合理的に提供すべきだ。現行は4段階が混在一体となっているためどうしても網からこぼれる人が出てくる。もし、以上の戦略を各地域で練ることができれば死亡者数はさらに減らせると考える。