

**「在宅医療と介護における COVID-19 対応の課題と
解決策、提言タスクフォース」
中間報告書**

令和 2 年 5 月 18 日

目次

I はじめに	3
II 在宅医療における感染予防策 ～防護具着脱のポイントと教育体制の整備～	4
III 訪問看護の課題と解決策	11
IV 在宅介護の課題と解決策	13
V 在宅医療での発熱、呼吸障害への標準的対応	15
VI 在宅患者に対する新型コロナウイルス検査についての提言	18
VII 在宅医療と医療機関の連携における課題と解決策	19
VIII 新型コロナウイルス感染に対する在宅療養支援と提言	22
IX タスクフォース構成員	26

I はじめに

国内における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の急速な拡大に伴い、令和2年4月7日に安倍晋三内閣総理大臣から7都府県に対し緊急事態宣言が発出され、同4月16日には対象が全国に拡大された。このような中、同4月9日に日本救急医学会と日本臨床救急医学会は両代表理事声明として、救急医療の危機を訴えている。同5月14日、安部晋三内閣総理大臣から39県で緊急事態宣言解除の方針が発表された。しかし8都道府県では宣言解除には至らなかった。第二波や第三波に関する対応も危惧されている状況で、完全な収束には長期間を要するとされている。今後も、個別の診療科や感染症だけを扱う医療機関だけではなく、地域のすべての医療体制に大きな影響を及ぼすことが予想される。

特に、いわゆる3密（密閉、密集、密接）といわれる環境の中で、業務に従事している在宅医療や介護医療の医療スタッフの在り方に関しても、解決すべき問題が山積している。また、高齢者や身体的な合併症を有する患者が主たる対象となる在宅医療や介護医療では、深刻な課題が明らかになった。具体的には、患者に救急医療の提供が必要となった時、特に発熱や呼吸器症状を呈した時の救急対応、新型コロナウイルスに感染してもなお在宅での療養を希望している場合、医療スタッフや介護スタッフへの感染予防教育、感染予防のための防護具の確保等々の課題である。

日本医師会COVID-19有識者の中で、我々は「新型コロナウイルス感染拡大による在宅医療、介護サービスへの影響と対策に向けての提案」を緊急提言として公表した（2020年4月28日）。
<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/266>
内容は「在宅、介護施設で治療、療養している患者のために」「在宅医療、介護医療の医療スタッフのために」として計7つの提言を行っている。

このたびの「在宅医療と介護におけるCOVID-19対応の課題と解決策、提言（在宅医療、介護サービスタスクフォース）」では、緊急提言の中で公表した課題と提言をもとに、その背景と解決策について検討した。

II 在宅医療における感染予防策 ～防護具着脱のポイントと教育体制の整備～

在宅医療では、介護施設を含む在宅患者に熱発、咳などの症状が出ることがある。これらのケースの大部分は、感冒や市中肺炎であるが、新型コロナウイルス感染症拡大の現状を踏まえると診断が確定するまでは医師、訪問看護師や訪問介護スタッフは防護具をつける必要がある。

また、コロナウイルス感染症の確定診断が出たのちも、入院を希望せず、在宅での療養を希望する患者が稀ならず存在する。このような場合では訪問介護士ではなく、感染予防策の知識を有する訪問看護ケアチームが対応するが、ケアに関わる家族を含めた全てのスタッフは防護具をつける必要が生ずる。

在宅での診察やケアでは、住宅の構造や部屋の状況も様々で、病棟のような感染予防を十分行うことが難しいケースも多い。このため、防護具の着脱が重要になり、日本医師会や日本環境感染学会の防護具着脱を紹介する。

● 着脱のポイント

防護具の着脱は2人で行う。1人は着脱、助手はチェックシート確認（別添1, 2, 3, 4）を行う。

1. 防護具を着用するときのポイント

手順は

- ① 手を洗う→②ガウン、エプロンをつける→③マスクをつける→④ゴーグル、フェイスシールドをつける→⑤手袋をつける。

最後に、肌の露出がないことに注意を払い、手袋と防護具の間には肌の露出ができやすいため、防護具の袖の上まで手袋がかかっていることを確認する。

2. 防護具を脱ぐときポイント

一番きたないのは手袋だと意識しつつ、脱ぐ時は細心の注意を払い、防護具は外すごとにビニール袋へ廃棄する。また、防護具の再利用はしないこととする。

手順は

- ① 手袋を外しビニール袋へ廃棄する→②外し終わったら消毒用のアルコールでの消毒を行う→③ゴーグル、フェイスシールドを外しビニール袋へ廃棄する→④ガウン、エプロンを外しビニール袋へ廃棄する→⑤手指の消毒→⑥マスクを外しビニール袋へ廃棄する→⑦最後に手指を再度アルコール消毒する→⑧可能であればさらに手洗いをする。

はじめに、手袋をとりはずすが、外す方の手袋と袖の境をつまみ、手袋から飛沫が飛ばないように内

側が外になるように静かにはずす。次に外した手袋をもう片方に握り、手袋とガウンの袖の境をつまみ静かに引っ張る。外したら直接ビニールの袋に入れる。

その後に手指のアルコール消毒をする。フェイスシールド、ゴーグル、マスク、ガウン、エプロンを外すごとにビニール袋に入れる。フェイスシールド、ゴーグル、ガウン、エプロンにも飛沫のついている可能性があることを意識して静かに脱ぐ。

● 日本医師会、日本環境感染症学会の動画、チェックリスト

日本医師会、日本環境感染学会 DICT が企画し、岩手医科大学附属病院 感染制御部が協力して制作された動画の URL を紹介する。なお、キャップ無し状態で脱着するが（※日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第 2 版 ver2.1」参照）、実際場面ではキャップを付けることが一般的である。

1. 動画の URL

感染防護具 ガウン着脱手順

http://www.med.or.jp/flv_movie/corona/chiiki02/index.html

感染防護具 タイベック着脱手順

http://www.med.or.jp/flv_movie/corona/chiiki03/index.html

感染防護具 H A L O 着脱手順

http://www.med.or.jp/flv_movie/corona/chiiki01/index.html

2. 日本環境感染学会のガイドライン

医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taiguide3.pdf

3. チェックリストの URL

ガウン着用チェックシート（PDF）：別添 1

http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/PPEg01.pdf

ガウン取り外しチェックシート（PDF）：別添 2

http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/PPEg02.pdf

タイベック着用チェックシート（PDF）：別添 3

http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/PPEt01.pdf

タイベック取り外しチェックシート（PDF）：別添 4

http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/PPEt02.pdf

● **教育体制の整備**

1. 新型コロナウイルス感染症拡大の現状から、発熱や呼吸障害等の症状を有する在宅で加療をしている患者の診療、看護、介護サービスを提供する際には、医師、訪問看護師や訪問介護スタッフは防護具を着用する必要があり、適切な着脱の教育を受ける体制整備を早急に行うべきである。
2. 感染予防のための感染防護具（マスク、ゴーグル、フェイスシールド、ガウン、PPE など）は十分に供給されるべきで、行政はそれを支援すべきである。

ガウン着用 チェックシート

※ P P E の装着を行う者は観察者（感染制御担当者）の指示のもとで着用を行う。
観察者は、「P P E 装着チェックシート」を用いて着用を指示し、チェックを行う。

<input checked="" type="checkbox"/>		順序	物品/注意点
<input type="checkbox"/>	1	準備	アルコール手指消毒薬, 鏡, ゴミ箱 (必要時: ディスポシート)
<input type="checkbox"/>	2	必要物品を確認	ガウン 手袋 (インナー手袋、アウター手袋) N95レスピレーター フェイスシールド
<input type="checkbox"/>	3	インナー	動きやすい服装 (ソックスはズボンのすその中に入れる)
<input type="checkbox"/>	4	インナーグローブの着用	
<input type="checkbox"/>	5	ガウンの着用	
<input type="checkbox"/>	6	N95の装着	必ずフィットテストを行う
<input type="checkbox"/>	7	フェイスシールドを装着	
<input type="checkbox"/>	8	アウターグローブを装着する	ガウンの袖の上にくるように深くはめる
<input type="checkbox"/>	9	観察者による確認	

ガウンの取り外し チェックシート

※ P P E の取り外しを行う者は観察者（感染制御担当者）の指示のもとで取り外しを行う。
 観察者は、「P P E 取り外しチェックシート」を用いて取り外しを指示し、チェックを行う。
 ※取り外した P P E は、感染性廃棄物廃棄する。

<input checked="" type="checkbox"/>		順序	物品/注意点
<input type="checkbox"/>	1	準備	アルコール手指消毒薬、鏡、イス、ゴミ箱
<input type="checkbox"/>	2	事前準備	P P E を取り外す前に、目に見える汚染がある場合は、ワイプで出来るだけ除去
<input type="checkbox"/>	3	アウターグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	4	アウターグローブを取り外す	静かに外す
<input type="checkbox"/>	5	インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	6	フェイスシールドを取り外す	
<input type="checkbox"/>	7	インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	8	ガウンを脱ぐ 8-1.観察者に紐を外してもらう	中表になるように脱ぐ
<input type="checkbox"/>	9	インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	10	N95マスクを外す	表面に触れないように外す
<input type="checkbox"/>	11	インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	12	インナーグローブを取り外す	
<input type="checkbox"/>	13	手指衛生を実施	
<input type="checkbox"/>	14	観察者による確認	

タイベック着用 チェックシート

※ P P Eの装着を行う者は観察者（感染制御担当者）の指示のもとで着用を行う。
観察者は、「P P E装着チェックシート」を用いて着用を指示し、チェックを行う。

<input checked="" type="checkbox"/>		順序	物品/注意点
<input type="checkbox"/>	1	準備	アルコール手指消毒薬、鏡、イス、ゴミ箱 (必要時：デスポシート)
<input type="checkbox"/>	2	必要物品を確認	タイベックソフトウェア 手袋（インナー手袋、アウター手袋） N95レスピレーター フェイスシールド シューカバー
<input type="checkbox"/>	3	インナー	動きやすい服装 (ソックスはズボンのすその中に入れる)
<input type="checkbox"/>	4	インナーグローブの着用	
<input type="checkbox"/>	5	タイベックの着用	両足、両腕を通し、ファスナーを首の下のあたりまで閉める
<input type="checkbox"/>	6	シューカバーの装着	靴を履き、シューカバーを装着 シューカバーはタイベックの裾を覆う
<input type="checkbox"/>	7	N95の装着	必ずフィットテストを行う
<input type="checkbox"/>	8	防護具のフードを被る 完全にファスナーを完全に上げる	髪の毛が出ないように深くかぶる ファスナーを密閉するようにファスナーカバーを口元部分まで付ける
<input type="checkbox"/>	9	フェイスシールドを装着	
<input type="checkbox"/>	10	アウターグローブを装着する	タイベックの袖の上にはめる
<input type="checkbox"/>	11	観察者による確認	

タイベックの取り外し チェックシート

※ P P Eの取り外しを行う者は観察者（感染制御担当者）の指示のもとで取り外しを行う。
 観察者は、「P P E取り外しチェックシート」を用いて取り外しを指示し、チェックを行う。
 ※取り外した P P Eは、感染性廃棄物廃棄する

<input checked="" type="checkbox"/>	順序	物品/注意点
<input type="checkbox"/>	1 準備	アルコール手指消毒薬、鏡、イス、ゴミ箱 (必要時：ディスポシート)
<input type="checkbox"/>	2 事前準備	P P Eを取り外す前に、目に見える汚染がある場合は、 ワイプで出来るだけ除去 シューカバの紐はほどいておく
<input type="checkbox"/>	3 アウターグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	4 フェイスシールドを取り外す	
<input type="checkbox"/>	5 アウターグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	6 アウターグローブを取り外す	静かに外す
<input type="checkbox"/>	7 インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	8 タイベックを脱ぐ 8-1.前のファスナーを一番下まで下ろし、皮膚や毛髪に触れないようにフードを外す。 8-2.介助者の手を借り、肩から脱ぐ。 8-3.手を袖の中に入れ、後ろ手に片方の手を脱ぐ。 8-4.両手を脱ぐ	腕を交差させると、インナーにウイルスが付着する可能性があり危険
<input type="checkbox"/>	9 タイベックを脱ぐ シューカバも一緒に脱ぐ	中表になるように脱ぎ、シューカバも一緒に脱ぐ
<input type="checkbox"/>	10 インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	11 N95マスクを外す	表面に触れないように外す
<input type="checkbox"/>	12 インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	13 インナーグローブを取り外す	
<input type="checkbox"/>	14 手指衛生を実施	
<input type="checkbox"/>	15 観察者による確認	

Ⅲ 訪問看護の課題と解決策

● 課題

訪問看護事業所において衛生材料の十分な確保ができないことから、適切な感染予防、感染拡大防止に取り組むことができず、利用者の安全確保が困難な状況が発生している。

また、学校等の臨時休業および集団活動自粛の長期化に伴い、子どもの預け先が確保できず出勤できない看護職員が存在している。通所系サービスの休止等により訪問看護師の需要が高まっている地域もある。訪問看護事業所等では、急な欠員補充や増員が困難であるうえに、小規模事業所も多数あることから、在宅・介護分野の看護職員確保は喫緊の課題である。訪問看護事業所においては、今後、濃厚接触による自宅待機者や感染者が 1 人でも発生した場合は、通常のサービス提供が困難となり、事業所の休止も想定され、小規模な事業所においては事業存続が危ぶまれる状況となる。

現在、一部の地域において通所系サービスの休止等により一時的に訪問看護の利用が増加しているが、急なサービス変更する場合の主治医や介護支援専門員、事業所間の連絡調整及びこれに伴う事務処理など、業務量が短期間に集中して増大している。ICT 活用による医師の指示書交付や事業所連携が可能であるが、訪問看護事業所では ICT 導入が進んでおらず、諸用の手続きを簡略化できないでいる。

● 解決策

1. 衛生材料、および防護具等の安定的で確実な供給体制の確保、および標準的感染予防策の教育の徹底とそれにかかわる財政的支援や情報提供などの行政からの支援が必要である。
2. 介護施設、訪問看護事業所等における看護職員の確保、および連携体制の推進、訪問看護ステーションの機能維持のために、例えば一時給付金の支給、訪問看護職員に対する危険手当、税及び社会保障の納付猶予の迅速な対応などの対策を講じるべきである
3. オンラインでの指導、確認、支援に対しても対面で行う場合と同等の評価、すなわち報酬算定にかかる基準及び要件の臨時的対応等が必要である。また、ICT 導入を推進するための財政支援、訪問看護サービスが継続できない場合に、迅速な対応ができるように施設間、事業所間同士の連携を支援する体制整備を行う必要があり、そのために行政の支援も必要である。

● 参考資料

1. 厚労大臣・内閣府特命担当大臣（経済財政政策）らに対して 新型コロナウイルス感染症対策に関する要望 2020 年 4 月 1 日 日本看護協会

https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20200401135020_f.pdf

2. 新型コロナウイルス感染症対応における訪問看護に関する要望書、2020年4月2日、日本看護協会、日本訪問看護財団、全国訪問看護事業団

https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20200421182806_f.pdf

IV 在宅介護の課題と解決策

● 課題

NHKが行った調査では国内の老人ホームなどの入所系の高齢者施設で、4月末までに少なくとも550人余りが新型コロナウイルスに感染し、このうち10%にあたる60人が死亡している。一方で、5/12のThe New York Timesによるとアメリカのnursing homeでは14万3千人以上が感染し2万5600人以上が死亡している。この死亡者数はアメリカ国内の死亡者の3分の1以上である。従ってアメリカと比較をすると日本の老人ホームでは感染はよくコントロールされていると言える。

しかしながら、「介護崩壊」と言われているように入所、通所、訪問系介護現場とも大きな影響を受けているのが現状である。そもそも介護とは、密着型のサービスであり「3密」の状況を避けることが困難である。特に入所系介護は共同生活を基本として建築設計されているため集団感染の危険性が高い。また、介護系人材は医療系人材と比較して感染症対策の教育も十分ではないと言われる。介護事業所において衛生材料の十分な確保ができないことから、適切な感染予防、感染拡大防止に取り組むことができず、介護職員及び利用者の安全確保が困難な状況が発生している。

デイサービスやショートステイなどの通所系介護サービスでは通所を控える利用者が増えている。独居や老々世帯では十分な介護が困難となり本人の状態悪化、家族の負担増や虐待も懸念される。これらの課題を訪問系介護で充足したくとも、介護業界は従来慢性的な人材不足があり、2025年度末までに55万人の確保が必要と言われる。また、学校等の臨時休業および集団活動自粛の長期化に伴い、子どもの預け先が確保できず出勤できない介護職員が存在している。介護事業所では、急な欠員補充や増員が困難であるうえに、小規模事業所も多数あることから、介護職員確保は喫緊の課題である。

介護事業所においては、今後、濃厚接触による自宅待機者や感染者が1人でも発生した場合は、通常サービス提供が困難となり、事業所の休止も想定され、小規模な事業所においては事業存続が危ぶまれる状況となる。感染防止のためや利用者の減少による事業の縮小や中止により収入減を招いて事業所経営を圧迫している。一例として通所介護は4月末で8割超えの事業所が経営への影響があると答えている。さらにはこれらの結果として介護難民が増えることが危惧される。

● 解決策

1. 衛生材料、および防護具等の安定的で確実な供給体制の確保、および標準的感染予防策の教育の徹底とそれにかかわる財政的支援や情報提供などの行政からの支援が必要である。
2. 介護職員の確保、連携体制の推進や介護系事業所の機能維持のために、たとえば一時給付金の支給、介護事業者に対する危険手当、税及び社会保障の納付猶予の迅速な適応等の対策を講じるべきである。

3. オンラインでの非接触介護に対しても対面介護同等の評価、すなわち対面介護と同等の報酬算定を可能とすべきである。また、ICT 導入を推進するための財政支援、介護サービスが継続できない場合に、迅速な対応ができるように地域支援体制を構築すべきである。

参考資料

1. 福祉・介護人材確保対策について、2019年9月18日、厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000549665.pdf>
2. 緊急事態宣言延長 介護の現場「経営さらに厳しくなる」、2020年5月4日、NHK NEWS WEB <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200504/k10012417431000.html>
3. 新型コロナで“介護崩壊”の危機？ 高齢者施設で いま何が、2020年5月8日、NHK NEWS WEB
<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200508/k10012422701000.html>
4. As Death Toll in Nursing Homes Climbs, Calls to Redesign Them Grow The New York Times 2020年3月12日
<https://www.nytimes.com/2020/05/12/business/nursing-homes-coronavirus.html>
5. デイサービス 新型コロナウイルス「経営に影響」8割超 週刊高齢者住宅新聞 On Line 2020年5月12日、https://www.koureisha-jutaku.com/newspaper/synthesis/2020050613_02_1/

V 在宅医療での発熱、呼吸障害への標準的対応

● 背景

在宅患者の場合、患者の背景や既往歴は事前に情報収集できていることが多いが、突然の発熱や呼吸障害を主訴として診療を求められることが多い。このような場合、対象患者がCOVID-19陽性であるか、陰性であるかはその時点では多くの場合は判別がついていない。このような状況下で在宅での診療を以下に行うかは重要な課題である。そこで、在宅患者で突然の発熱や呼吸障害を認める場合の課題や注意点をまとめ、同時に以下のような標準的な対応について提案する。

● 標準的な対応

在宅患者の場合、平熱が低いことが多いので平熱（熱の平均値）よりの振れ幅が1℃以上ある場合（正確には熱の正規分布中央値より2σプラス0、3度）を発熱と考えるべきである¹⁾

1. 電話対応

在宅患者の発熱、咳や呼吸障害の訴えに関して、電話で医療機関に連絡いただくことが多い。このような患者よりの問い合わせに対しては、コロナ感染症患者発症者との濃厚接触があるかどうかの確認することが重要である。

その際、コロナ感染症の可能性が高いと考えられる場合は、診察の際に手袋、ガウン、ゴーグル（フェイスシールド）等の防御具の装着が必要となるため、その準備を行う。

特に、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅、グループホームなどの施設に入所している在宅患者よりの問い合わせに注意を要する。

2. 診療での感染予防

防御具の装着順は患者の部屋への入室前に

ガウン→マスク→ゴーグル（フェイスシールド）→手袋の順で予防具を装着

診療終了後室外で

手袋→ゴーグル（フェイスシールド）→ガウン→マスク

外し終わるごとに次亜塩素酸を入れたビニール袋に入れ、終了後はしっかりとビニール袋を閉じる。

なお、診察時は患者の症状で軽症か重症かを以下の基準で判断し、それぞれの対応を行う。

3. 重症度の判断

1) 軽症の場合

通常の診察に加え採血を行う（項目は以下の表1）

項目	結果
リンパ球数	減少
C R P	上昇

表 1 : 軽症の場合の採血項目と評価

血液検査の結果ウイルス感染症の可能性が高い場合には、患者、家族に PCR 検査の希望を聞く

2) 重症の場合

以下のような指標で重症と判断される場合は、家族・本人の意向を確認し、入院の希望があるか、PCR 検査の希望があるかどうかを確認する。また、患者や家族等が在宅療養を希望した場合は、採血を行いウイルス感染症の可能性が高いかどうか、また、多発性の末梢毛細血管炎の有無、末梢静脈血栓の有無を確認する（表 3）。

なお、ウイルス性感染症の可能性が高い場合は、家族本人に再度 PCR 検査の希望を確認する。

・重症の判断（以下のいずれか一つで重症）

呼吸数 20 回以上

SpO2 93% 以下

食事が取れず

Quick SOFA スコア 2 点以上（表 2）

Quick SOFA 項目		点数
血圧	収縮期血圧 100 mmHg 以下	1
呼吸数	22 回/分以上の頻呼吸	1
意識	意識障害（GCS で 15 未満）	1

表 2 : Quick SOFA スコア

検査項目	評価
リンパ球数	減少 < 800/μℓ
C R P	著明上昇
心トロポニン	上昇
D-dimer 増加	> 21 μg/ml
I L - 6	上昇 > 10 pg/ml
ミオグロビン	上昇

表 3 : 重症の場合の採血項目と評価

4. 在宅での治療

COVID-19 の病態像が未だ不明な点が多い中で、海外の病理解剖所見での報告を受け、COVID-19 病態像がウイルス障害により引き起こされるサイトカインストームや免疫複合体により生じる末梢血管炎だとすれば^{2),3)}、在宅患者の発熱、咳などが苦しいという訴えに対する治療として、在宅医の 1st touch の初期治療としては、敗血症ガイドラインに則ってアセトアミノフェン（アセリオ 1000mg）⁴⁾の点滴は推奨される可能性がある。また、咳に対してステロイドの点滴静注やステロイド吸入薬の組み合わせにより患者の苦痛を取り除く必要がある。

参考資料

1. 前田 俊輔 他, 日本慢性期医療協会誌 : 肺炎のバイタルスコアリングによる医療介入判定 ICTによる肺炎の早期発見・重症化予防システムの基礎的検討 JMC 27(5), 79-82, 2019-October
2. Jean Connors at al , blood : COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation Tracking no: BLD-2020-006000-CR2 2020 April 27
3. Dimitrios G. at al , Journal of Clinical Virology : Coagulation disorders in coronavirus infected patients: COVID-19, SARS-CoV-1, MERS-CoV and lessons from the past Volume 127, June 2020, 104362
4. 日本版敗血症診療ガイドライン 2016 日本集中治療医学会、日本救急医学会、2016

VI 在宅患者に対する新型コロナウイルス検査についての提言

● 背景

在宅患者が下記のように PCR 検査適応と判断された場合に、病院やいわゆる PCR センターを受診することは容易ではなく、また、もし感染していた場合には搬送者が濃厚接触者となるリスクが高い。したがって、在宅療養をしている患者でも新型コロナウイルス感染症を疑う際には、在宅で PCR 検査や抗原検査（迅速診断キット）ができるようにすべきである。なお、検査結果が出るまでは、感染している可能性があるという前提でケア（在宅療養支援）を行うこととする。

在宅で PCR 検査や抗原検査（迅速診断キット）の検体採取を行うことを検討すべき状態

1. 発熱・呼吸困難・味覚障害などの新型コロナウイルス感染症を疑わせる病状を呈し、病歴や身体所見、および在宅で出来る範囲の臨床検査にて、誤嚥性肺炎や尿路感染などのその他の発熱性疾患を明らかに除外できない場合
2. 患者が、「濃厚接触者」の可能性がある場合
3. 家族・介護者が、上記 1, 2 のどちらかを満たす場合

● 提言

1. 在宅患者の PCR 検査や抗原検査（迅速診断キット）の検体採取は在宅診療に関わる医師によって在宅で行えるようにすべきである。
2. 在宅での PCR 検査や抗原検査（迅速診断キット）は診療報酬上の算定ができるようにすべきである。

Ⅶ 在宅医療と医療機関の連携における課題と解決策

● 背景

1. 在宅から近隣病院や高次医療機関への受診や入院の情報共有

在宅診療において患者が発熱や呼吸苦を訴え、近隣病院や高次医療機関への受診や入院依頼を要する場合、スムーズな連携に難渋するケースが増加している。(2020年4月9日 日本救急医学会・日本臨床救急医学会 共同声明より1))。患者が安心して在宅医療を受けるにあたり、近隣病院のバックアップは必須のものであるが、平常時以上に医療者間の情報共有を密にし、患者の具体的な病状経過や医療ニーズを共に理解しておくことが上記の解決策の一つと考える。すなわち、発熱や呼吸苦がいつから、どれくらい続いているか、濃厚接触歴はあるか、近隣の訪問医療者、介護者の発熱、呼吸苦発症はないか？などの患者、あるいは患者周囲の具体的な状況に加え、患者がどのレベルの治療までを望んでいるか等、事前のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）についても、これをできる限り明確にし、医療従事者間で共有する努力が必要である。本来、病院は終の棲家ではなく、またそれを希望していない高齢者も多くいる反面、意思決定が不明確である場合には病院入院後に主治医が困惑するケースもある。

2. ACPにおける情報共有

ACP について患者や患者家族との話し合いを持つ際には、集約されたデータをもとに、科学的事実に基づいた話し合いを持つことが非常に重要である。在宅治療を受けている患者が、もしもの時にどのような治療を希望するかを事前に話し合っておくためにも、患者の治療転帰や自然歴の集積は今後の大きな課題であるといえる。

3. ICT を用いた円滑な在宅医療体制の確立と課題

迅速な医療情報の共有や、在宅患者・医療従事者を感染から守るためにも、ICT を用いた医療体制の構築がさらに進められるべきである。とくに前述のごとく、患者や患者周囲の情報を医療従事者間で迅速に情報共有すべく、カルテ情報・画像情報の共有化を目指した情報ツールを拡充することや、オンライン診療による医療機関-在宅患者のコミュニケーション・ツールの拡充も重要である。実際に、在宅医-訪問介護-後方病院間などの多職種連携を ICT 化し、地域包括ケアを高いレベルで維持している地域もすでに存在する。

一方で「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」(2020年4月7日2)) に初診からのオンライン診療が盛り込まれたこともあり、ICT を用いたオンライン診療が際限なく広がる恐れもある。あくまでも在宅患者・医療従事者を感染から守るための処置であることを念頭におき、在宅診療医が日常の患者状態を十分に熟知しており、平時よりの医師-患者間の信頼関係が構築されているケースにおいて用いるべきである。適切なオンライン診療においても定期的な検証が必要である。スムーズな後方病院-在宅医の連携のためには、有事における情報共有のみならず、日頃の情報を共有できる環境をも作っておくことも重要である。さらに、新型コロナウイルスに感染し医療機関で治療を終えた患者が、地域包括ケアの

一環として在宅医療を導入、あるいは在宅医療に復帰する場合の医療連携も重要でありそのための体制をそれぞれの地域で構築しておく必要がある。

また、COVID-19 被疑例と思われる患者、併存症からハイリスクになりえる患者は地域にどれくらいいるのか等、常に後方病院に伝えるとともに、一方で、在宅診療医が後方病院の人的、物的なキャパシティを理解しておくことも重要である。

このような連携体制の構築は COVID-19 への対応だけでなく、地域包括ケアにおける効率的な在宅医療、介護サービスと医療の連携医に大きく寄与し、その導入のために行政は積極的な支援を行うべきである。

4. 在宅医療関係者の最新情報共有のための連携協議会

今後、COVID-19 が在宅患者や家族に感染拡大が始まり、広域に及ぶ時期になった場合や第二波に備えて、在宅医療関係者や医師会、行政、消防などで組織される情報連携協議会を組織することが必要である。すでに、東京都や千葉県の都市部では、市区単位で連携協議会を組織して活動が行われている。

具体的な活動としては、在宅関連各医療施設から新規発生や軽症自宅待機者情報を毎日収集・集計して、その正確な情報をまとめて全医療施設で共有する（メール等）作業が、関係者の不安や風評を減らすために必要となる。その組織は、保健所、地域の医師会、後方病院の院長、市区の担当職員などが中心となり、その他現場の関連職を含めて構成されることになる。感染は均等には広がらず、局所的にクラスターが発生することが多いため、県単位では温度差が大きく初動が遅れるため、市区町村単位の対応が必要である。情報連絡協議会の運営に関しては、国や市区町村からの経済的・人的補助が必要である。

● 解決策

1. 在宅患者、医療従事者、医療機関での医療情報の共有体制の整備が必要である。特に、患者や患者周囲の情報、カルテ情報、画像情報の共有化を目指した情報ツールの拡充、オンライン診療による医療機関-在宅患者のコミュニケーション・ツールの拡充が重要である。
2. COVID-19 が在宅患者や家族に感染拡大が及び、広域となった場合に、あるいは最近強調されている第二波に備えて在宅医療関係者や医師会、行政、消防などで組織される情報連携協議会を組織する事が必要である。
3. 新型コロナウイルスに感染し医療機関で治療を終えた患者が、地域包括ケアの一環として在宅医療を導入、あるいは在宅医療に復帰する場合の医療連携も重要で、そのための体制をそれぞれの地域で構築しておく必要がある。
4. 上記の実現は COVID-19 への対応だけでなく、地域包括ケアにおける効率的な在宅医療、介護サービスと医療の連携医に大きく寄与し、その導入のために行政は積極的な支援を行うべきである。

参考資料

1. 新型コロナウイルス感染症に対応する学会員、救急医療関係者の皆様へ、2020.4.9
<https://jsem.me/news/items/ad4c870a930fdffef24e985602e7b607915c3961.pdf>
2. オンライン診療に関するホームページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/index_00010.html

Ⅷ 新型コロナウイルス感染に対する在宅療養支援と提言

● 背景

新型コロナの感染拡大に伴い、感染者および濃厚接触者に対する在宅療養支援を求められる可能性がある。また、すでに一部、感染者に対する在宅療養支援が行われている。このような場合に、医療者が在宅で診療、あるいは介護を求められた場合の対応については別途「在宅医療での発熱、呼吸障害への標準的対応」で記載したところである。

なお、日本在宅ケアアライアンス「新型コロナウイルス感染防止及び感染の疑いがある場合等の在宅ケアサービス提供者の対応について（指針）」（2020年4月22日）には、「在宅療養者が入院を希望せず、また、PCR検査や積極的な治療も希望せず、家族も希望しない場合」に「保健所と相談しながら、利用者、同居家族、サービス提供者ともに、標準予防策に加えて飛沫および接触予防策を徹底しながら医療介護を提供することを基本とすること」とされている。以下に具体的な方法と課題について検討する。

1. 在宅での新型コロナ感染患者の症状経過と対応

予想される病状経過は以下の3パターンに大きく分類される。

- ① 無症状、あるいは軽症で経過し自然治癒する場合
- ② 新型コロナ感染に伴い、基礎疾患が増悪または衰弱が進行する場合
- ③ 肺炎を発症し、保存的治療で対処できない場合（高侵襲治療または緩和医療のいずれかが必要になる

いずれの場合であっても、病状経過の見通しを共有した上で、可能な範囲でACPを行っておくことが望ましい。意思決定支援を行う際には、世界医師会リスボン宣言（1981年採択、2015年最終修正）に基づき、すべての人は差別なしに適切な医療を受ける権利を有すること、患者は治療方針について選択および変更の自由を有することを明示すべきである。

さらに、アメリカ老年医学会（American Geriatric Society）はCOVID-19を迎えた現代における医療資源が逼迫した際のその配分についての考慮すべき倫理的事項として、以下の見解を示している。

- （1）何人もケアから排除するための手段として、単に年齢を用いてはならない。
- （2）合併症を評価し、各個人の健康を社会的に決定する諸因子の影響を考慮する。
- （3）意思決定者に対して、長期的に予測される結果ではなく、まずは短期的に予測される結果に目を向けるように働きかける。
- （4）「寿命として何年救命できるか」や「長期的に予測される生命予後」などといった高齢者に不利益をもたらす可能性のある付随的な基準を回避すること。
- （5）逼迫した医療資源の割り当てを担当するトリアージ委員会を編成し、スタッフを配置する。
- （6）透明で均一に適用される制度的資源配分戦略を開発する。

(7) 適切な事前ケア計画の促進。

2. 診療方針の選択

以上に鑑み、安易に医療資源の逼迫という観点で診療方針の選択を誘導することは厳に慎まなければならない。

ACP の実際は臨床倫理の 4 分割表を用いて行うが、COVID-19 に関して以下の点に留意すべきである。

① 医学的適応について

現時点の医学的知見では高齢者の致死率が高いことが明らかになっている。しかし、今後の症例の蓄積により治療法が確立される可能性がある、一方で入院生活自体による身体機能の低下が生じることを提示する。また、地域の医療体制が逼迫する場合は、医学的に必要な措置が十分にとれない可能性もある。

② 本人の意向について

患者本人の意思決定能力、患者本人あるいは代理決定するもの（家族、人生を共にするパートナー、親友、地縁者など）と主治医の信頼関係を考慮した上で、事前意思を確認する。

③ 周囲の状況について

指定感染症であり、都道府県や保健所の指示・指導に従うことが原則となることから、本人の意向に添えない場合がある。地域の病床稼働状況や PPE の充足状況等により、入院できない状況が生じうる。食事後のごみや排泄物などを感染性廃棄物として注意して取り扱うこと。

④ QOL について

①、②、③を総合的に勘案し、終末期としての患者本人の最大幸福を模索する。重症化は急激に起こる場合があり、その場合に最大限の医療処置を行っても転記不良なことがある。特に、基礎疾患を有している場合はその可能性が高くなる。

● 提言

1. 陽性患者で在宅療養支援が選択される場合の要件（すべてを満たす）

- ① 保健所に報告・相談し、在宅療養（早期退院・在宅復帰を含む）を許容されている。
- ② 本人・家族が病状経過の見通しを共有した上で、現段階で入院を希望していない。
- ③ 増悪時、入院を希望してもスムーズに入院できない可能性があることを了承している。
- ④ 家族介護・多職種連携の協力により在宅療養支援が可能である。

2. 在宅療養支援で必要な対応への提言

① ケアプラン上の工夫

ケアマネジャーと連携し、7～14日間（感染性のある期間）限定のケアプランを作成する。このケアプランは、上記期間中、患者の生命を守り、感染を拡大しないことを目的とする。最小の介入頻度、最少人数の専門職（主に訪問看護）＋家族1名で支援を行う。

② 必要十分な感染防御資材の確保

ケアプランの遂行に必要な感染防御資材を確保し、患者宅に配置する。本人・家族および関わる専門職の全員が、適切な（×過剰な）感染防御ができるよう、必要な資材をあらかじめ準備しておく。事業所単位の調達はばらつきが生じる可能性があり、在宅療養支援診療所が必要な資材を集約提供できることが望ましい。（※ただし2週間の支援に平均約3万円の材料費がかかる）

③ 感染予防の知識とスキルの提供

感染予防と制御に必要な知識とスキルに関わる専門職および家族が習得できるよう指導を行う。介護専門職についてはスキルの習熟に個人差が大きく、なるべく本人の直接ケアには関わらせない。家族も濃厚接触者となり外出が困難となるため、家族を含めた生活支援を担当する。

④ 緩和ケアプロトコルの準備

症状悪化時、入院を希望しない場合には、在宅での緩和医療が必要になる。呼吸困難が主たる症状となるため、緩和ケアプロトコルを準備しておく必要がある。

⑤ 病院との連携

経過中、入院を希望する場合には、あらかじめ病院と事前調整をしておく必要があるが、タイムリーな受け入れが難しい可能性については十分に説明しておく。

3. 施設での集団感染が発生した場合の提言

入居者や職員が10人以上感染する事例が相次いでいる。このような場合、すべての感染者を入院させるという選択が難しく、施設内でのゾーニング・コホーティングで対応している。しかし、感染が発生した段階で、施設職員の集団退職や出勤停止が生じており、施設ケアの継続は非常に困難な状況となっている。

Johns Hopkins 大学のガイダンス 2)によれば、①施設に対する感染予防と制御（IPC）対策のための研修、②アウトブレイクに備えてのシミュレーション、③アウトブレイクが生じた場合の指揮命令系統の明確化、ゾーニング・コホーティングに対する専門的支援、人材支援のしくみ、感染防御資材の確保が必要とされているが、日本の高齢者施設においてはいずれも実施されていないのが現状で、早急な対処が必要である。

参考資料

1. 在宅ケアにおける新型コロナウイルス感染対策について（日本在宅ケアアライアンス）4月22日
<https://www.jhhca.jp/covid19/action/>
2. Recommendations for a Metropolitan COVID-19 Response—Special Area of Emphasis Guidance on Protecting Individuals Residing in Long-Term Care Facilities Johns Hopkins University, <https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/covid-19-guidance-on-protecting-individuals-residing-in-long->

[term-care-facilities.html](#)

3. J Am Geriatr Soc. 2020 May 6. doi: 10.1111/jgs.16537.
4. [新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」に関するQ & Aについて 令和2年4月6日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部事務連絡](#)

IX タスクフォース構成員（敬称略、順不同、2020年5月14日現在）

横田 裕行（班長）	日本体育大学大学院保健医療学研究科・教授 日本医科大学名誉教授
小豆畑丈夫	日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学臨床教授 医療法人青燈会 小豆畑病院・理事長・病院長
照沼 秀也（事務局）	医療法人社団いばらき会・理事長 いばらき診療・所長
横堀 将司	日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野・教授
吉田 雅博	国際医療福祉大学市川病院一般外科部長
長尾 和宏	医療法人社団 裕和会理事長
原 秀憲	医療法人社団 はらクリニック理事長・院長
新田 國夫	医療法人社団 つくし会理事長
島田 潔	医療法人社団 平成医会理事長
佐々木 淳	医療法人社団悠翔会理事長
武藤 真祐	医療法人社団 鉄祐会理事長

オブザーバー

永井 良三	自治医科大学長 「日本医師会 COVID-19 有識者会議」座長
笠貫 宏	早稲田大学特命教授 「日本医師会 COVID-19 有識者会議」座長
佐藤 寿彦	株式会社プレジジョン 医師、代表取締役社長 「日本医師会 COVID-19 有識者会議」事務局