

---

---

# 一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 2021年度 事業報告書

---

---



災害時における在宅医療システムモデル構築事業

大都市圏における在宅医療システムモデル構築事業

小児在宅医療から成人在宅医療への移行期の課題および課題解決に関するモデル構築事業

在宅医療推進のための在宅医療に係るデータ開発／在宅医療に関する市民・専門職啓発事業

日本在宅ケアアライアンス

2022.3.31



---

## 本報告書の構成について

---

本報告書は、一般社団法人日本在宅ケアアライアンスの 2021 年度事業成果をまとめたものである。2020 年 11 月に一般社団法人として新たなスタートを切って以来、最初の事業報告書をここにお届けする。

本報告書の構成について簡単に記す（詳細は次頁の目次を参照されたい）。

「第 1 部 事業報告」は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団から委託された、4 事業の成果報告をまとめたものである。

各事業ごとに、まず最初に「概要と成果」のコーナーを設け、主要な成果を要約して記載した。その他、「事業概要」「会議記録」や各事業固有の成果について掲載した。

続いて、「第 2 部 令和 3 年度組織体制・理事会 / 社員総会議事録」では、2021 年度アライアンスの社員団体（正会員）一覧、賛助会員一覧、役員一覧を記載し、社員総会・理事会の議事録及び資料を掲載した。

本報告書は、日本在宅ケアアライアンスのホームページ上でも公開予定である。

<https://www.jhhca.jp/>





本報告書の構成について P.1

---

**第1部 事業報告**

災害時における在宅医療システムモデル構築事業 概要と成果 P.06 / 事業概要 P.12 / 新型コロナウイルス感染症の在宅療養者に対する医療提供プロトコール P.17 / 会議記録 P.63	P.04
大都市圏における在宅医療システムモデル構築事業 概要と成果 P.109 / 事業概要 P.112 / 会議記録 P.115	P.107
小児在宅医療から成人在宅医療への移行期の課題 および課題解決に関するモデル構築事業 概要と成果 P.201 / 事業概要 P.204 / 会議記録 P.207	P.199
在宅医療推進のための在宅医療に係るデータ開発/ 在宅医療に関する市民・専門職啓発事業 概要と成果 P.259 / 事業概要 P.260 / 在宅医療データブック(概要版:第1版) P.264 / 会議記録 P.377	P.257

---

**第2部 令和3年度組織体制・理事会／社員総会議事録**

社員団体（正会員）一覧	P.390
賛助会員一覧	P.391
役員一覧	P.392
会議議事録	
・ 令和3年度第1回社員総会 議事録	P.394
資 料	P.406
・ 令和3年度第1回理事会 議事録	P.412
・ 令和3年度第2回理事会 議事録	P.416
・ 令和3年度第3回理事会 議事録	P.419
資 料	P.426

---

## 第1部

# 事業報告

災害時における在宅医療システムモデル構築事業

大都市圏における在宅医療システムモデル構築事業

小児在宅医療から成人在宅医療への移行期の課題  
および課題解決に関するモデル構築事業

在宅医療推進のための在宅医療に係るデータ開発/  
在宅医療に関する市民・専門職啓発事業

公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団  
2021年度 調査研究事業

災害時における  
在宅医療システムモデル構築事業

報 告 書



JHHCA

Japan Home Health Care Alliance

**1 概要と成果** 武田俊彦（日本在宅ケアアライアンス副理事長） **P.06****2 事業概要**

事業実施機関	<b>P.12</b>
事業概要	<b>P.13</b>
委員名簿	<b>P.15</b>

**3 新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール**

・プロトコール作成と改訂の概要	<b>P.17</b>
・プロトコール第6版（全体版、2022/1/28公表）	<b>P.18</b>
・診療プロトコールダイジェスト第6版	<b>P.61</b>

**4 会議記録**

<b>第1回 災害対策委員会（2021/4/30）</b>	
・議事録	<b>P.63</b>
<b>第2回 災害対策委員会（2021/6/12）</b>	
・議事録	<b>P.66</b>
<b>第1回 新型コロナウイルス感染症対策班 自宅療養プロトコール作成ワーキング（2021/5/11・13）</b>	
・議事録	<b>P.77</b>
<b>第2回 新型コロナウイルス感染症対策班 自宅療養プロトコール作成ワーキング（2021/5/14）</b>	
・議事録	<b>P.81</b>
<b>第3回 新型コロナウイルス感染症対策班 自宅療養プロトコール作成ワーキング（2021/9/4）</b>	
・議事録	<b>P.87</b>
<b>第4回 新型コロナウイルス感染症対策班 自宅療養プロトコール作成ワーキング（2022/1/16）</b>	
・議事録	<b>P.88</b>
<b>第5回 新型コロナウイルス感染症対策班・自宅療養プロトコール作成ワーキング（合同会議）（2022/2/6）</b>	
・議事録	<b>P.102</b>

# 1 概要と成果

日本在宅ケアアライアンス副理事長

武田 俊彦

## はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下単に「コロナ」と呼ぶ）の感染拡大が世界的問題となって約2年を迎えようとしている。この間、国内においては、一貫してコロナ患者の入院体制が議論の中心となってきたし、今もそれは変わっていない。しかし、一方で在宅医療の重要性も大きくクローズアップされてきた。本事業のまとめの報告として、日本在宅ケアアライアンスの取り組みを中心に、これまでの在宅医療からのアプローチを振り返り、今後の展望につなげてみたい。

## 日本在宅ケアアライアンスの発足とコロナへの取り組み

日本在宅ケアアライアンスは、2014年11月23日に発表された「在宅医療推進のための共同声明」に賛同する専門職・学術団体が結集し、2015年3月に設立され、2020年11月に在宅ケアの普及・推進・向上のため一般社団法人日本在宅ケアアライアンス（以下、「アライアンス」という。）として新たに法人格を得て活動することとなった。このアライアンスに災害対策委員会を設置していたが、コロナの発生に伴いここにコロナ班を設けることになり、ここを中心に、アライアンスの総力を挙げてコロナ対策に取り組んできた。

これまでアライアンスが出してきた宣言・提言等は「行動方針」、「対処方針」、「緊急行動宣言」、及び「医療提供プロトコール」と多岐にわたる。その時々以最速・最善の対応を目指して行動してきたものである（下図参照）。このうち、令和3年度事業の主な成果は、「医療提供プロトコール」の策定・公表とその改訂であるが、それ以前の経過も含めて各宣言の意義についてふりかえっておきたい。

### JHHCA Covid-19対策の経緯



JHHCA

- 2020年4月22日 「行動方針」を策定、公表  
（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（行動方針））
- 2020年6月22日 「対処方針」を策定、公表  
（新型コロナウイルス感染症の中で在宅ケアを守るために（対処方針））
- 2021年2月3日 「緊急行動宣言」を公表  
（新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応について（緊急行動宣言））
- 2021年5月25日 「医療提供プロトコール」を策定、公表  
（新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール）  
→現在第6版（2022.1.28改訂）


## (1) 行動方針

まず、2020年4月22日に「行動方針」を公表したが、これは、緊急事態宣言により在宅ケアの継続にも支障が出始めたことから、在宅ケアに関わる専門職種として、標準的な感染防止策をとること、在宅ケアが必要な自宅の療養者に対して変わらず支え続けることを自らの行動方針として示したものである。これにより、在宅療養者とその家族に安心を提供することを目指したものだ。

この行動方針を発表すると同時に、アライアンスとしては動画作成も行った。この時期、コロナ陽性患者を自宅で療養させることは想定されていなかったが、自宅療養者が感染疑いとなったケースを想定し、その際に介護者として知って置くべき自宅での感染予防策について、動画を作成しホームページ上及び Youtube で公表を行った。

<https://www.youtube.com/watch?v=QN87-jibZa4&t=1s>

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（行動方針）  
2020/4/22



---

在宅ケアサービス提供者の行動方針（令和2年4月版）

1. 感染予防の標準手順<sup>\*</sup>を守ります。ケアを行う場合は、原則として、手袋、マスクを着用します。
2. 自らの体調管理に努めます。毎日の体温測定、動行など常に自らの体調に注意を払います。
3. 感染の危険性を常に自覚し、ケアの時間外も責任のある行動に努めます。
4. 発熱がなくとも、体調不良（せき、倦怠感、味覚や嗅覚障害等）の場合は、管理者と相談のうえでケアに従事しないこととします。
5. 在宅療養者やそのご家族に感染の疑いがある等の場合を含め、常にケアチームで情報と取り組みを共有します。在宅医がチーム全体の感染管理・感染予防に責任を持ち、情報提供や助言を行います。
6. 従来通りのサービスが行えなくなった場合が生じて、在宅療養者に寄り添い、情報提供や相談対応に努め、在宅生活を支えています。

<sup>\*</sup>日本環境感染学会の「高齢者介護施設における感染対策」に準拠

日本在宅ケアアライアンス

自ら感染予防を行いつつ、寄り添い、支え続けることを宣言。

※ここで報告する宣言・プロトコール等は、全て以下のアライアンスのホームページで公表している。

<https://www.jhhca.jp/>

## (2) 対処方針

行動方針を出した後、自らの行動指針を出すだけではなく、在宅ケアに従事する側としてより積極的にコロナ対策に関わっていくべきではないかという議論が出てきた。このため、まず高齢者等を支える理念として、隔離・治療だけではなく、本人の願いと生活を守ることと同じように大事だということを宣言するとともに、在宅でのPCR検査の実施や、関連事業所への指導・助言などについて、在宅医を中心に社会的責任も果たしていくことを対処方針として示し、必要な部分は行政にも理解を求めることにした。

新型コロナウイルス感染症の中で在宅ケアを守るために（対処方針）  
2020/6/22

【別添：在宅ケアの現場における対処方針（本文から該当部分を抜粋・再掲）】

JHHCA

在宅ケアの現場における対処方針

日本在宅ケアアライアンス：令和2年6月策定

それぞれの在宅ケアの現場において、日本在宅ケアアライアンス加盟の各団体の医療・介護に携わる専門職は、在宅で療養されている方々の在宅ケアを守るために、①在宅療養者の命を守ること、②本人の願いと生活を守ること、③本人の願いを最期を実現することを実現するために、以下の方針に沿って積極的に取り組んでまいります。

- 在宅医は、地域の医師会（都市区医師会）や行政等と連携し、在宅療養者に新型コロナウイルス感染症の疑いがあるときその他PCR検査が必要だと判断される場合は、保健所に相談の上、在宅等でPCR検査を行うこととします。
- 在宅医・訪問看護師は、関係する在宅・介護サービス事業所、居宅系施設等で介護に従事する介護職員等に対して、必要と認められる場合、感染防護に関する知識・技術について積極的に指導・助言を行うこととします。
- 在宅ケアに携わる全ての医療・介護従事者は、新型コロナウイルスに係る最新の情報を常にフォローし、自らのサービス提供における感染予防の実践に反映するとともに、在宅療養者とその家族等に適切な情報を伝えることとします。

命を守る  
+ 生活を守る  
+ 本人の願い  
最期を実現する。

12

### （3）緊急行動宣言

このように、在宅を守る活動を全国の多職種の方々と連携しながら進めて来たが、2020年末から2021年にかけての感染拡大はその規模と速さにおいて従来とは様相を異にし、入院調整を待つ患者が自宅で急変して死亡する事例も報道されるようになった。

ここに至り、在宅において医療の空白が生じることは許されないという理念の下でアライアンスとして立ち上がることとし、「緊急行動宣言」を公表し、在宅ケア関連多職種を代表してのメッセージという形で、厚生労働省に本宣言を提出した。その内容は、自宅療養者を守るために在宅ケア関係者は立ち上がる用意があること、そのために保健所からの委託などについて国としても必要な対応を取って欲しいということであった。厚生労働省は直ちにアライアンスの要望を受けた事務連絡を発出し、保健所から委託がスムーズに行われるように地方に通知がなされた。

新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応について  
（緊急行動宣言）（2021/2/3）

令和3年2月3日  
（一社）日本在宅ケアアライアンス

JHHCA

新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応について  
（緊急行動宣言）

2021年に入り、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、PCR検査陽性の方であって、自宅療養となった方及び療養先調整中である方の数が急増しており、これらの入院外の方々の医療の確保が大きな課題となっている。

日本在宅ケアアライアンスは、在宅ケアに関する専門職の連合組織として、これまでも行動方針と対処方針を示して各地域の取り組みを促進してきたところであるが、在宅において医療が受けられない状態が生じている現下の状況を憂慮し、会員各団体を通じて全国の在宅医療従事者に在宅PCR陽性者への訪問診療等の積極的な対応を呼びかけることとした。

今後、日本在宅ケアアライアンスの加盟団体及びその会員は、地域の保健所と協力し、医療に関する関係団体との連携の下で、対応可能なかかりつけ医や地域の在宅医などの医療機関、その地域の訪問看護ステーションを中心に、不安を抱える自宅で療養している方々の医療の確保に積極的に参画していくことを、ここに宣言する。

在宅に医療の空白を作ってはならない。





#### (4) 医療提供プロトコール

その後感染拡大は抑えられていったが、デルタ株の登場により、さらに第4波、第5波という巨大な波が日本を襲った。まず関西で重症者が急増してすぐには入院できない感染者が一気に増大し、自宅で亡くなる方も出てきた。その際に、自宅で治療を開始すべきだが、その際にプロトコールがないことがネックになっているという現地の声が入ってきた。

そこから突貫作業で「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール」を作り上げた。これは診療の内容や手順と、合わせて保健所の体制や地域の連携体制についてを示すものであり、在宅医療の実施に大きな根拠を与えることとなった。自宅療養者への在宅医療アプローチは、死亡者数、死亡率の低下にも一定の役割を果たしたのではないかと考えている。

本報告書では、続く第2章に「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール」の作成と改訂の概要、現時点での最新改訂版である第6版の全文と、診療の内容・手順を示す「診療プロトコールのダイジェスト版第6版」を掲載する。ここでは、その主要な箇所のみを掲げておく。

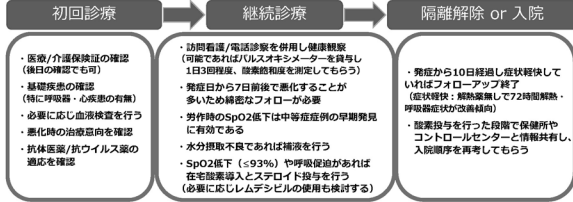
<p>新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール (2021/5/25)</p> <p>本プロトコールにおいては、自宅で療養している新型コロナウイルス感染症の陽性者（以下「自宅療養者」という）に対し、必要な医療が適時適切に行われるための標準的なプロトコールを、治療面及び必要な医療の提供に係る手順・体制整備面の両面にわたるものとして作成した。</p> <p>入院が原則とされる局面や、入院が原則とされる病態像であっても、在宅に携わる医師、看護師等の多職種の協働により在宅において質の高い医療を提供することは可能であり、むしろ患者の望みに添った医療となる場合も多い。</p> <p>本プロトコールが、各地の実情も踏まえつつ現場で活用されとともに、円滑な実施が可能となるよう、国・地方自治体における環境整備が進められることを期待する。</p>	 <p>JHHCA Japan Home Health Care Association</p>
<p>新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール (2021/5/25)</p> <p>第3節 自宅療養者に対する体制プロトコール</p> <p>1. 都道府県・市町村・保健所・関係団体等の連携体制の構築</p> <p>(1) 体制構築の必要性</p> <p>緊急事態宣言時等においては、健康状況のフォローアップ、入院が必要な者の入院調整に時間を要し、救急搬送も搬送先の病院が簡単に決まらないなど、結果として自宅療養者に必要な医療が提供されないケースが出てくることが想定される。</p> <p>「診療プロトコール」に即した医療が行われるためには、地域の自宅療養者の状況が把握され、かかりつけ医、在宅医等に情報が伝達されることが必要である。しかし実際には、都市部ほど地域により自宅療養者のフォローアップの主体、入院が必要な自宅療養者の入院調整の主体、医療提供の主体が異なる場合があるため、情報がつながる体制を構築することが必要な治療の開始のためにも必要である。</p> <p>このような、自宅療養者に関する情報がつながり、必要な医療の提供につながるため、都道府県、市町村、保健所、地域医師会や都道府県訪問看護ステーション協議会等の訪問看護関係団体を始めとした地域の在宅ケア関係団体、等が協力して体制を組むことが重要である。</p>	 <p>JHHCA Japan Home Health Care Association</p>



新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール  
改訂第6版 (2022/1/28)



自宅療養者のための診療プロトコール (ダイジェスト版) ver.6

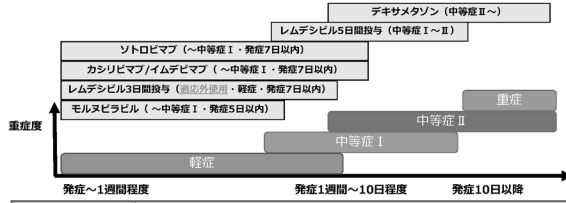


<b>薬物治療</b>	○在宅で投与できる薬剤は①発症早期に使用する抗体医薬・モルスピラビル ②中等症Ⅰから使用可能なレムデシビル ③中等症Ⅱから使用するステロイドがある ○抗体医薬に関しては都道府県の認可を受けた場合のみ投与できる ○詳細は次ページを参照のこと
<b>輸液療法</b>	○心/腎疾患がなければ1日に体重の2.0-2.5% (約1000-1250ml) の水分摂取を目標とする ○可能な限り経口補液で対応する必要があるに応じて輸液療法を行う
<b>酸素療法</b>	○SpO2低下 (≤93%) や呼吸促進があれば躊躇せず在宅酸素を導入すること ○基礎疾患がなければSpO2 96%・呼吸数16回/分を目標に投与量を調整する
<b>その他</b>	○十分な対症療法を行い、解熱薬はアセトアミノフェンを優先して使用する ○深部静脈血栓症の徴候 (下肢腫脹・発赤・疼痛) を必ず確認する

新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール  
改訂第6版 (2022/1/28)

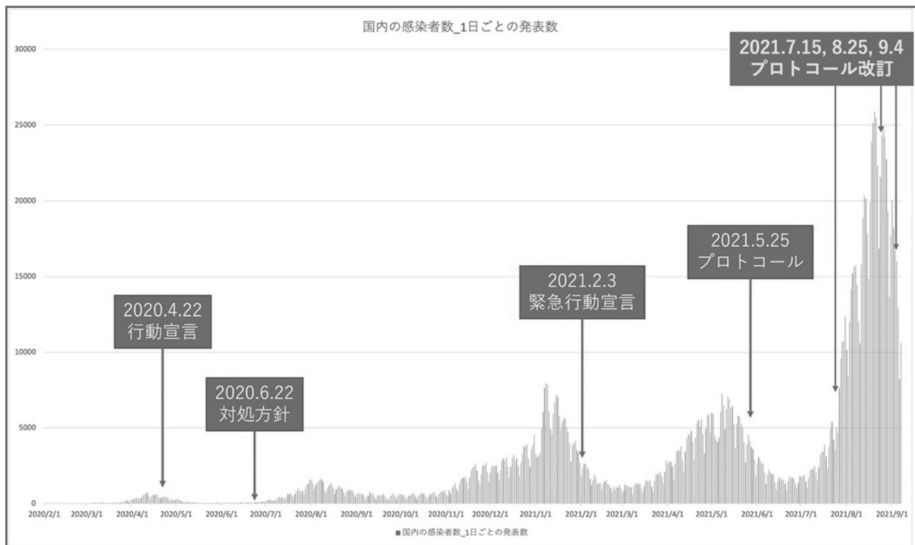


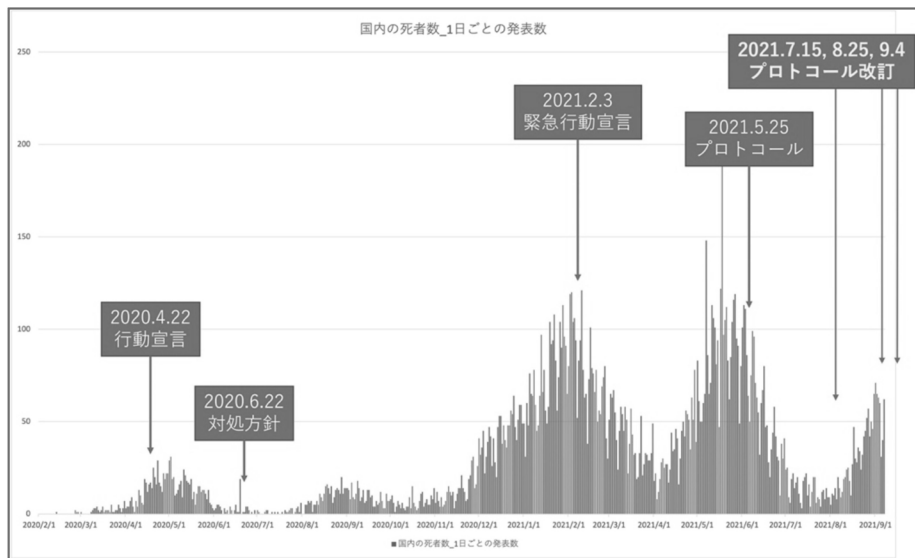
自宅療養者のための薬物治療プロトコール (ダイジェスト版)



<b>ステロイド</b>	○酸素投与が必要な患者 (中等症Ⅱ) に投与 投与例: デカドロン錠0.5mg 12錠分1 朝食後 10日間投与 ○副作用である高血糖・消化性潰瘍・せんじに注意・対応する
<b>レムデシビル</b>	○肺炎を有するが高濃度酸素を投与していない患者に投与 投与例: ベクルリール® 初日200mg 2日目に100mg 1日1回 点滴静注 5日間投与 ○投与時は定期的な肝機能および腎機能測定を行うことを推奨する ○発症早期の3日間投与が有効な可能性がある (追加外服薬であることに注意する)
<b>モルスピラビル</b>	○発症5日以内かつ酸素が不要だが重症化リスクを有する18歳以上の患者に対して投与 投与例: ラグプロリオ®カプセル200mg 8Cap分2 朝食後 5日間投与
<b>抗体医薬</b> ・カシリビマブ/イムデビマブ ・ソトピマブ	○発症7日以内かつ酸素が不要だが重症化リスクを有する患者に投与 投与例: セビュティ® 500mg 30分かけて点滴静注 単回投与 ○投与中のモニタリングおよび投与後1時間の観察が必要となる ○オミクロン変異にはカシリビマブ/イムデビマブの効果が少ない可能性がある

(参考: 国内の感染者数/死者数 武田作成)





#### (5) コロナネットの立ち上げ

標準的なプロトコルは示したものの、都内も各地の状況が異なるため、保健所を中心とした体制整備も地域差が大きく、また国の情報が現場にすみやかに伝わりにくい構造も分かってきた。そのため、国の動きやアライアンスのプロトコルの動きを迅速に伝えるとともに、国とも常時情報を共有するためのメーリングリストを立ち上げることとした。これにより、さらに適時的確に情報共有が行われると期待される。

#### コロナ対策における在宅医療の重要性と今後

前述のとおり、コロナ対策は、陽性者全員の入院措置という初期対応から始まり、その後、宿泊療養と自宅療養を組み合わせた対応に順次切り替わって来た。とはいえ、自宅療養者には健康観察（フォローアップ）を行うことは必要であっても、治療を自宅で行うことは想定されていなかった。

しかしながら、結果的には、病院病床では想定以上の感染者には対応できず、命を救うためには自宅療養者に速やかに治療を開始する必要性があることが強く認識されるようになってきた。そのための体制も、保健所から地区医師会への委託、夜間休日や平日昼の往診体制の在宅特化型診療所への委託などが進んで来た。

第5波を経験した我々にとって、今必要なのはコロナという感染症に即応できる診断・治療体制の確立であり、しかも専門病床の確保だけでなく、外来や往診も含めた医療提供体制全体としての面的対応の確立である。そしてその重要な一翼を担うのが在宅医療である、というのが多くの人の認識となることができた。

看取りや生活を支える医療が主だった在宅医療は、今、急性期の対応にも大きな一歩を踏み出したと言える。そして在宅医療は病院入院後の選択肢ではなく、そもそもの医療の在り

方に少しずつ近づいているように感じる。

コロナの経験は、我が国の医療にとって、その在り方が大きく変わるきっかけになるかも知れないと思っている。

## 2 事業概要

### 事業実施機関

#### 【機関名・代表者名、理念、沿革・歴史、活動内容等】

##### 1. 機関名・代表者名

機関名：一般社団法人日本在宅ケアアライアンス

代表者：新田國夫（理事長）

##### 2. 理念

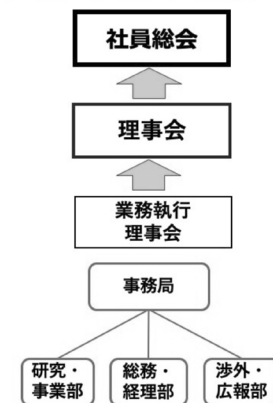
在宅ケアにかかわる専門職・学術団体等による多職種の連合体として、以下のことを目指している。

- 1) 在宅ケアの質の向上及び普及
- 2) 連携における課題の共有と解決
- 3) 関連団体のネットワーク化と協働的取り組みの促進

##### 3. 組織図（右図参照）

#### （一社）日本在宅ケアアライアンス 加盟団体・会議体

- 一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
  - 一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
  - 一般社団法人 全国訪問看護事業協会
  - 一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
  - 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
  - 一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
  - 一般社団法人 日本在宅医療連合学会
  - 一般社団法人 日本在宅栄養管理学会
  - 一般社団法人 日本在宅ケア学会
  - 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
  - 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
  - 一般社団法人 日本老年医学会
  - 公益財団法人 日本訪問看護財団
  - 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
  - 公益社団法人 全日本病院協会
  - 特定非営利活動法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
  - 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会
  - 特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
  - 日本在宅ホスピス協会
- 計19団体



##### 4. 沿革・歴史

2015年「在宅医療推進のための共同声明」に賛同した在宅医療に深く関わる15団体（当時）によって、任意団体として設立された。我が国で在宅医療を普及推進させるための専門職・学術団体などによる連合体として、制度・政策提言、社会啓発、在宅医療に関する研究・教育、倫理的問題の検討を推進。2020年、一般社団法人として設立。

##### 5. 活動内容

全国在宅医療会議の提唱する「重点3分野」に対応して、以下の活動を推進している。

- 1) 国との情報交換・意見交換の定期的実施
- 2) 課題解決型の委員会活動
- 3) 多職種連携やエビデンスの構築に関する研究活動
- 4) 普及啓発、広報
- 5) その他、在宅医療の普及、推進、向上のために資する活動

## 【事業概要】 災害時における在宅医療システムモデル構築事業

### 1. 実施体制

本事業は、日本在宅ケアアライアンスが勇美記念財団から受託して実施したものである。日本在宅ケアアライアンス内に設置した「災害対策委員会」において、本事業を実施した。なお、新型コロナウイルス感染症対策については、災害対策委員会のなかに「新型コロナウイルス感染症対策班」を設置し対応にあたった。後述する「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコル」の策定においては、感染症専門家を含む外部委員を含めて構成される「プロトコル作成ワーキンググループ」で検討を行った。

### 2. 事業推進責任者

武田俊彦（日本在宅ケアアライアンス副理事長（総務・政策担当））

### 3. 事業内容

#### ①災害時における各専門職団体の取り組みの現状の把握

災害時の各団体の取り組みの現状と実際の最近の災害時の対応を把握

災害時の連絡体制、情報収集体制を把握

緊急時連絡体制モデルの構築

国と各団体との連絡・情報共有に関するモデルの構築

#### ②新型コロナウイルス感染症に対応した多職種による在宅療養支援の課題整理

新型コロナウイルス感染症が引き続き感染拡大を繰り返し、病院病床での対応が困難になっていること、施設や病院では面会禁止の措置が行われることが多くなり在宅を望む家族が増えてきていること、などを踏まえ、感染者またはその恐れのある在宅療養者に対する支援を行う際の課題を整理した。

③上記の課題を踏まえた上で、現状と最新の知見を基に、在宅の場における対応の基準モデルを構築した（「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコル」）。

### 4. 会議開催実績（10回）

災害対策委員会（2回）4/30, 6/12

コロナ対策班プロトコル作成WG（5回）5/11, 13, 14, 9/3, 1/16

コロナ対策班（1回）2/6

リエゾンネットワーク会議（2回）8/5, 8/14

2021年度「災害対策委員会」委員名簿		
委員長	武田 俊彦	日本在宅ケアアライアンス/岩手医科大学
副委員長	新田 國夫	日本在宅ケアアライアンス/一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
	太田 秀樹	一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
	織田 正道	公益社団法人 全日本病院協会
	飯島 勝矢	一般社団法人 日本老年医学会
	古屋 聡	一般社団法人 日本在宅医療連合学会
	大橋 博樹	一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
	石口 房子	特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
	三木 次郎	一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
	稲葉 一郎	一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
	高橋 洋子	公益財団法人 日本訪問看護財団
	阿部 智子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事
	坪根 雅子	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
	長島 公之	公益社団法人 日本医師会
	小玉 剛	公益社団法人 日本歯科医師会
	荻野 構一	公益社団法人 日本薬剤師会
	田母神裕美	公益社団法人 日本看護協会
	迫田 朋子	ジャーナリスト
	山岸 暁美	慶應義塾大学医学部
	鈴木 邦彦	医療法人博仁会 理事長

(一社) 日本在宅ケアアライアンス 災害対策委員会

コロナ対策班 自宅療養プロトコール作成ワーキング 委員名簿

お名前	ご所属	
新田 國夫	全国在宅療養支援医協会 会長	JHHCA 理事長
武田 俊彦	岩手医科大学医学部 客員教授	WG座長 JHHCA 副理事長(総務・政策)
石垣 泰則	日本在宅医療連合学会 代表理事副会長	JHHCA 副理事長(学術)
太田 秀樹	全国在宅療養支援医協会 常任理事	JHHCA 業務執行理事
蘆野 吉和	日本在宅医療連合学会 代表理事会長 日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長	JHHCA 業務執行理事
平原 優美	日本訪問看護財団 事務局次長	JHHCA 副理事長(多職種連携)
高砂 裕子	全国訪問看護事業協会 副会長	JHHCA 加盟団体委員
中山久仁子	プライマリ・ケア連合学会 医療法人 メファ仁愛会 マイファミリークリニック蒲郡 理事長・院長	JHHCA 加盟団体委員
大友 宣	医療法人財団 老蘇会 静明館診療所	WGメンバー
大曲 貴夫	国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター センター長、AMR臨床リファレンスセンター センター長	WGメンバー
桜井 隆	さくらクリニック	WGメンバー
清水 政克	医療法人社団 清水メディカルクリニック 副院長/理事	WGメンバー
高山 義浩	沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科 副部長	WGメンバー
宮本 雄気	よしき往診クリニック	WGメンバー
菊池 亮	ファストドクター	WGメンバー
向山 晴子	練馬区保健所長	WGメンバー
島田 潔	在宅医療政治連盟 会長	WGメンバー
有賀 玲子	厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室	オブザーバー
中西 浩之	厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室	オブザーバー
岡本 麻美子	厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室	オブザーバー



### 3 新型コロナウイルス感染症の 自宅療養者に対する医療提供プロトコール

「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール」は、新型コロナウイルスに感染した自宅療養者が、感染拡大局面においても必要な医療を受ける機会を逃すことのないよう、実践的医療提供プロトコールとして策定したものである。

診療面に関わる「診療プロトコール」、及び必要な医療の提供に係る手順・連携体制を整理した「体制プロトコール」の両面にわたる内容で構成されている。

初版は、「第4波」の感染拡大のなか、2021年5月18日に公表された。本報告書では、初版公表時の理事長による鏡文（緊急宣言）を冒頭に付す。

続く本文の第1節（総説）、第3節（自宅療養者に対する体制プロトコール）は、主に手順・連携体制のあり方について推奨すべき基本的考えを示したものであり、初版以来本文の変更はない。

第2節（自宅療養者のための診療プロトコール）については、具体的な診療・医療等提供に関わる手順を示したものであり、本文の後に「別添」の形で示してある。本プロトコールは6回の改訂をおこなってきたが、改訂はこの「診療プロトコール」部分、およびそのダイジェスト版（診療プロトコールダイジェスト）に係るものである。主な改訂ポイントは以下のとおりである。

- ・第1版(2021/5/18)：初版の公表
- ・第2版(2021/5/25)：酸素療法の項目で表現の加筆修正
- ・第3版(2021/7/7)：バイタルサイン測定の項目で医療機器認証を受けたパルスオキシメーターの使用についての加筆修正
- ・第4版(2021/8/25)：Q&Aを追加（ステロイド薬の使用）
- ・第5版(2021/9/4)：Q&Aを追加（在宅酸素療法の開始基準/覚醒下腹臥位療法の有効性注意点）
- ・第5.1版(2021/9/17)：訪問看護の項目で、介護保険利用時の居宅介護支援事業所等との連携を加筆
- ・第6版(2022/1/28)：ダイジェスト版にページを加え、「薬物治療プロトコール」を追加/診療プロトコールを全面的に見直し、特に「薬剤」部分を追加/ Q&Aは、最新の濃厚接触者の定義を示すとともに、同居者、社会機能維持者についての詳細な記述を追加

本報告書は、現時点の最新版である「第6版」を資料として付す。以下のアライアンスのHPからもダウンロードできる。

<https://www.jhhca.jp/covid19/210518protocol/>



令和3年5月18日（初版公表日）

自宅療養者に対する医療提供のプロトコールについて(緊急提言)

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス  
理事長 新田 國夫

新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、感染力が強く重症化の危険性も大きいといわれる変異株の拡大により新たな局面を迎えています。

新型コロナウイルスに感染した自宅療養者が、感染拡大局面においても必要な医療を受ける機会を逃すことのないよう、実践的医療提供プロトコールを策定しましたので、関係各方面において活用されることを期待いたします。

なお、自宅において診療プロトコールに沿った治療が円滑に行えるよう、国においては適切な環境整備に特段の配慮をお願いするものです。

## 新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール (第6版)

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

第6版	2022.1.28
第5版	2021.9.04
第4版	2021.8.25
第3版	2021.7.15
第2版	2021.5.25
第1版	2021.5.18

### 第1節 総説

新型コロナウイルス感染症の陽性者に対しては、原則として各都道府県等の保健所において、健康観察等のためのフォローアップ及び入院が必要な者に係る入院調整が行われることとされているが、感染が急拡大している時期においてはフォローアップや入院調整に時間を要し、結果として自宅等において必要な医療が提供できない事例が生じている。

本プロトコールにおいては、自宅で療養している新型コロナウイルス感染症の陽性者（以下「自宅療養者」という）に対し、必要な医療が適時適切に行われるための標準的なプロトコールを、治療面及び必要な医療の提供に係る手順・体制整備面の両面にわたるものとして作成した。

入院が原則とされる局面や、入院が原則とされる病態像であっても、在宅に携わる医師、看護師等の多職種の協働により在宅において質の高い医療を提供することは可能であり、むしろ患者の望みに添った医療となる場合も多い。

本プロトコールが、各地の実情も踏まえつつ現場で活用されるとともに、円滑な実施が可能となるよう、国・地方自治体における環境整備が進められることを期待する。

## 第2節 自宅療養者のための診療プロトコール

自宅療養者のための診療プロトコールについては、別添のとおり。

なお、診療プロトコールについては、新たなエビデンス、新しい医薬品の承認等により随時改定される可能性があるため、直近の内容については日本在宅ケアアライアンスのホームページ\*を参照すること。

\* <https://www.jhhca.jp>

## 第3節 自宅療養者に対する体制プロトコール

### 1. 都道府県・市町村・保健所・関係団体等の連携体制の構築

#### (1) 体制構築の必要性

緊急事態宣言時等においては、健康状況のフォローアップ、入院が必要な者の入院調整に時間を要し、救急搬送も搬送先の病院が簡単に決まらないなど、結果として自宅療養者に必要な医療が提供されないケースが出てくることが想定される。

「診療プロトコール」に即した医療が行われるためには、地域の自宅療養者の状況が把握され、かかりつけ医、在宅医等に情報が伝達されることが必要である。しかし実際には、都市部ほど地域により自宅療養者のフォローアップの主体、入院が必要な自宅療養者の入院調整の主体、医療提供の主体が異なる場合があるため、情報がつながる体制を構築することが必要な治療の開始のためにも必要である。

このような、自宅療養者に関する情報がつながり、必要な医療の提供につなげるため、都道府県、市町村、保健所、地域医師会や都道府県訪問看護ステーション協議会等の訪問看護関係団体を始めとした地域の在宅ケア関係団体、等が協力して体制を組むことが重要である。

(注) 日本在宅ケアアライアンスにおいては、「日本在宅ケアアライアンスに加盟する各団体及びその会員は、不安を抱える自宅で療養している方々の医療の確保に積極的に参画していく」ことを既に宣言している。  
(「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応について(緊急行動宣言)」令和3年2月3日

<https://www.jhhca.jp/covid19/210203declaration/> )

## (2) 体制構築の時期

自宅療養患者の急増は、入院病床の余裕がなくなった場合に一気に生じるため、その時点では体制構築の余裕がない場合が多い。したがって、遅くとも病床ひっ迫と入院調整困難が起きる段階の前、即ち感染者が急拡大している時期には体制を立ち上げておくことが求められる。

このため、例えば、新型インフルエンザ等対策特別措置法上の緊急事態措置、まん延防止等重点措置が取られる場合には、直後に重症者が増加することが想定されることから、この発令が決定した段階等において当該地域において自宅療養者への医療提供のための連絡体制を立ち上げることを決定しておくことが必要だと考えられる。

そのための準備を十分な時間的余裕を見込んで進めておくことが必要であり、関係団体もその連携体制に参加する準備を行うことが必要である。

具体的な体制構築は地域によって異なるため、以下に例のみ示す。

### (体制構築例1)

都道府県又は保健所に調整本部を発令と同時に立ち上げ、調整本部に関係者が参集するとともに、調整本部へのDMAT派遣を要請する。

### (体制構築例2)

都道府県又は保健所の調整本部と関係団体との連絡方法、連絡担当者等について、発令の際に確認する。

### (体制構築例3)

宣言発令の日から毎日関係者すべてが出席する定例会議を保健所において開催する。

## (3) 体制構築の基本的考え方

本プロトコール上必要になる体制構築は、陽性者の情報が必要な医療を提供できる者に適切に伝わるのが最も重要な目標となる。

したがって、

- ・フォローアップを行う主体

- ・ 自宅療養者等から相談を受け付ける主体
  - ・ 保健所の関連部署
- の持つ情報を、
- ・ 実際に往診し、遠隔診療を行い、又は処方を行う医師
- に迅速に伝えることができる体制が必要になる。

また、地域包括ケアのための連携体制が既に出来ている地域にあっては、その体制（地域医療介護連携体制等）あるいはその参集者をそのまま活用することも有効である。

#### （４）自宅において必要な医療が受けられるための体制整備

診療プロトコールの中心的な部分は、呼吸機能の急速な悪化を防ぐためのステロイドの投与と酸素吸入の導入であり、各地で既に行われているように、地域の医師会を通じるなどして、自宅療養者の在宅医療に対応できる医師・診療所、訪問看護ステーション、薬局、在宅酸素事業者等のリスト化と共有が必要である。

（注）日本在宅ケアアライアンス加盟の団体（全国在宅療養支援医協会、日本在宅医療連合学会等）からの対応医師等についての情報提供も可能である。

また、かかりつけ医がいる場合には、陽性者の治療等に関する意思決定支援や、既存の治療の継続（又は中断）に係る判断は、基本的にかかりつけ医が行う。一方、コロナの診療プロトコールに沿った対応については、専門性も必要となるため、かかりつけ医か、又はコロナ対応で指定された医師が行うこととなる。

実際に往診し、あるいは遠隔診療で処方した場合、保険診療となるが、必ず保健所に情報のフィードバックを行う。

なお、自宅療養者においても入院が必要な場合は速やかに入院調整が行われることが自宅療養の前提であり、この点についても、本人、家族を含め関係者間で認識を共有しておく。

## 2. 連携手順

連携や体制構築の手順については、地域によって大きく異なる可能性がある。したがって、ここでは原則のみ整理しておく。実際には、どの業務をどの主体が担うか地域によって異なるため、以下の対応について各参加者がどの業務を担うか確認することが必要となることに留意が必要である。

### (1) 初動

新型コロナウイルス感染症発生届け出が出されてから保健所のフォローアップ業務が開始され、陽性者に対する連絡、相談窓口の伝達、食事の提供などが行われるが、重症者が多く出ている場合は後に重症化することも想定し、必要な対象者にパルスオキシメーターを配付（貸与）する。

### (2) 情報の集約と指示

保健所の行う健康観察等のための業務（フォローアップ業務）と、医師が行う治療という診療行為（保険診療）とは本来の役割が異なることを踏まえ、二つのルートを明確化するため、治療ルートの調整代表を調整本部内に置くことが望ましい。少なくとも、二つのルートの調整代表者の連絡先を共有しておく。

フォローアップ業務で得た情報は集約し、評価した上で、調整本部において実際の診察依頼を地域の担当医に行う。また、集約した情報を担当医に渡す。

### (3) 担当医による往診又は遠隔診療の実施

担当医による往診又は遠隔診療が行われる。遠隔診療の場合は、実際に患者宅を訪問する必要がある場合を想定し、往診あるいは訪問看護の体制を確認する。

自宅療養者は引き続き保健所のフォローアップの対象者であるので、担当医と保健所と情報共有ができるように、保健所と常時連絡がとれる体制を確保しておく。



#### (4) 情報のフィードバック

診療の状況について、調整本部や保健所等に情報集約が出来るよう、保健所担当者へ情報提供を行う。

この際、自宅療養者の療養場所や治療方針に係る希望についても確認できた場合には併せて情報共有を行う。

### 3. 陽性者本人及び家族等への説明

#### (1) 連携手順の図式化

上記連携手順について、図式化し、自宅療養において治療を行う場合があることについて、説明できるようにしておく。この場合について、第2節の診療プロトコールを参考にすること。特にどのようなケースについて自宅療養が選択肢となるのか、また自宅療養のメリットについても説明できるツールとなるよう整備する。

#### (2) 説明すべき点

自宅療養者やその家族は大いなる不安のただ中にある。それを踏まえ、入院が原則とされる局面や、入院が原則とされる病態像であっても、在宅において質の高い医療を提供することは可能であり、むしろ患者の望みに沿った医療となる場合も多いこと（ただし、24時間体制による高度な呼吸管理や薬物治療による管理が必要な場合には入院治療が必要になること）について説明を行うことが必要である。

また、同居家族、介護者がいる場合には、それらの家族等への感染対策に関する指導も必要な説明内容に含まれる。

なお、自宅療養者が高齢者の居住施設等にいる場合には、居住施設等への感染管理の指導が必要になるが、これは担当医の役割ではなく、調整本部等において適切なチームが編成され派遣されることが必要である。

- 参考

日本在宅医療連合学会の下記文書も、併せて参照されたい。

- ・「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応 Q&A(改定第4版)」

2021年10月1日

[https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/covid19\\_v4.pdf](https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/covid19_v4.pdf)



# 新型コロナウイルス感染症の 自宅療養者に対する 医療提供プロトコール (第6版)

別添

自宅療養者のための  
診療プロトコール

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス  
2022.1.28 (第6版)

## 全体的な診療の流れ

	主な対応
初回診療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険証の確認（後日の確認でも可）</li> <li>・ 基礎疾患（主に呼吸器・心疾患）を確認</li> <li>・ 問診とCOVID-19の病状説明を行う</li> <li>・ 酸素飽和度と呼吸数の測定方法を指導</li> <li>・ 十分な対症療法を行う</li> <li>・ 悪化時の治療意向について確認する</li> <li>・ 基礎疾患に応じて血液検査を検討する</li> <li>・ 適応があれば抗ウイルス薬・抗体医薬の早期使用を検討する</li> </ul>
初回診療～ Day 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護/電話診察を併用しつつ健康観察</li> <li>・ 酸素飽和度と呼吸数を確認する （可能なら労作時の数値も測定する）</li> </ul>
Day 5～ Day 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Day7前後で悪化する可能性が高いため 上記を含む綿密なフォローアップが必要</li> <li>・ 安静時の低酸素（SpO2≤93%）があれば 在宅酸素導入とステロイド投与を行う</li> <li>・ 酸素導入時に治療意向を再度確認する</li> </ul>
Day 10～	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 症状軽快ならフォローアップ終了 （症状軽快＝解熱薬無しで72時間解熱かつ 呼吸器症状が改善傾向）</li> </ul>
それ以降	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血栓症・褥瘡・二次性肺炎に注意する</li> <li>・ ADLが低下した場合はリハビリを導入する</li> </ul>

## 実際の訪問の流れ

全身状態確認

(問診事項：電話でもOK)  
食事摂取量・歩行機能・呼吸状態  
尿量・下肢の痛みや腫脹

vital測定

脈拍・SpO<sub>2</sub>・呼吸数・体温・血圧  
労作時のSpO<sub>2</sub>低下も確認する！

- ☑ SpO<sub>2</sub>低下 (≤93%) や呼吸促迫がある  
中等症Ⅱとして在宅酸素療法・デキサメタゾンの投与を開始
- ☑ SpO<sub>2</sub>≥94%だが労作時のSpO<sub>2</sub>が3-4%以上低下する  
中等症Ⅰを疑いレムデシビルの投与を検討する
- ☑ 食事・水分摂取が十分ではない  
基礎疾患がない場合は経口摂取と合わせて体重の2.0-2.5%  
(体重50kgで1000-1250ml/day) を目標に輸液を行う
- ☑ 下肢の発赤/腫脹/疼痛やD-dimerの著明な増加がある  
DVTの精査・治療を検討する (可能ならエコーを行う)
- ☑ 高リスク患者で発症7日以内かつ酸素投与を行ってない  
抗体医薬の投与を検討する
- ☑ 高リスク患者で発症5日以内かつ酸素投与を行ってない  
モルヌピラビルの投与を検討する

※各薬剤における「高リスク」の定義については別記

## 患者費用負担と保険証の確認

### <原則>

- ・ 隔離期間の診療は原則公費負担となる
- ・ 保険証の確認は初回に行うことが望ましいが、止むを得ない場合は後日の確認でもよい

### <確認すべき保険証>

75歳以上：後期高齢者受給者証

（あれば）限度額適応認定証

70-75歳：健康保険証 + 健康保険高齢者受給者証

（一本化されている場合もあり）

70歳未満：（国民）健康保険被保険者証

中学生：健康保険証被保険者証 + 子ども医療受給者証

生活保護受給者：現場では確認不要

（後日、福祉事務所に受給確認を行う）

その他、障がい者手帳を持っている場合は確認を行う

患者が介護認定を受けている場合は介護保険被保険者証および介護保険負担割合証もあわせて確認しておくことで、利用するサービスへの他の利用者への注意喚起が図られるとともに、隔離期間中および隔離解除後の介護サービス導入がスムーズになる可能性がある。

## 問診

### <原則>

- ・ 可能な限り電話などで問診を済ませ、対面での診療時間を少なくすることで感染リスクを軽減させる
- ・ 疫学調査票や訪問看護事業所からの情報も活用する
- ・ 認知症や高齢患者では問診内容が不正確な場合もあるので注意すること

### <問診すべき事項>

- ・ **既往歴/内服薬/ワクチン接種の有無**  
特に呼吸器疾患・心疾患・糖尿病に注意すること
- ・ **介護度/もともとのADL/介護者の有無**  
ケアマネジャー・介護サービスについても確認する
- ・ **発症日の再確認**  
重症化の予測に繋がるので正確な問診を心がける
- ・ **食事/水分摂取量/嘔気・嘔吐の有無**  
基礎疾患がなければ経口摂取と合わせて、  
1000-1250ml/dayを目安にする
- ・ **歩行機能**  
悪化すれば褥瘡や血栓症のリスクとなる
- ・ **呼吸状態**  
安静時呼吸苦・労作時呼吸苦・胸痛 など
- ・ **尿量**  
トイレの回数や量・おむつ内の排尿量など
- ・ **下肢の発赤/疼痛/腫脹**  
深部静脈血栓症の早期発見に努める

# バイタルサイン測定

## <原則>

- ・感染対策の点から可能な範囲で患者の物品を使用する
- ・酸素飽和度は機器や測定状況により変動があることに留意し、呼吸数や呼吸様式も観察し総合的に呼吸状態の評価を行う

## <測定項目>

### ①安静時の酸素飽和度と呼吸数

- ・呼吸数とSpO<sub>2</sub>の測定方法は予め指導しておく
- ・パルスオキシメーターを判読できない患者もおり判読できるか事前に確認しておくこと

### ②労作時の酸素飽和度と呼吸数

- ・安静時SpO<sub>2</sub>が保たれていても、労作によりSpO<sub>2</sub>が3-4%以上低下する場合は肺炎の存在を疑い、今後酸素化が悪化する可能性を考える
- ・労作指示の例として「1分間立位座位テスト」や「40歩歩行テスト」などがある

### ③体温

- ・計測時に解熱薬の使用回数や時間も確認すること
- ・高熱だけでなく低体温の出現にも注意すること

### ④脈拍

- ・頻脈が見られる場合は呼吸状態を再確認すること
- ・脱水や出血がないかも合わせて確認すること
- ・胸痛や動悸を訴えがある場合は触診にて不整脈の有無を確認すること

### ⑤血圧

- ・食思不振や脱水にて血圧が低下することも多い
- ・血圧低下時は降圧薬の中止を検討する



## 対症療法

### <原則>

- ・ 高齢者や基礎疾患を抱えた方は発熱の期間が長期になると体力を消耗し、食事・水分摂取不良やADL低下の原因となるため症状に応じた積極的な対症療法を行うことが望ましい
- ・ 訪問回数を可能な限り少なくするため十分量の処方を行うことが望ましい

### <治療内容>

**発熱**：解熱薬はアセトアミノフェンを優先的に使用する  
(処方例) アセトアミノフェン錠 200mg 1回2-3錠 発熱時  
アセトアミノフェン錠 200mg 6-9錠分3 毎食後  
経口摂取困難時はアンヒバ座薬の挿肛も考慮する

**咳嗽**：持続的な咳嗽や夜間入眠を妨げる程度の咳嗽がある場合は鎮咳薬の使用を検討する。

(処方例) デキストロメトルファン錠 15mg 1回1錠

**嘔気**：COVID-19は消化器症状を引き起こすことがある。  
嘔気による食事・水分摂取不良がある場合は  
制吐剤の使用を検討する。

(処方例①) メトクロプラミド錠 5mg 1回1錠 嘔気時

(処方例②) ドンペリドン錠 10mg 1回1錠 嘔気時

(処方例③) メトクロプラミド注 10mg 1A

生理食塩水100mlに溶解し点滴静注

## 血液検査

### <原則>

- ・在宅では画像検査が困難であり、必要に応じて血液検査を施行する
- ・リスクの低い若年者であれば基礎疾患に応じて血液検査を検討する
- ・高リスクな若年者や高齢者では可能な限り血液検査を行っておくを推奨する
- ・明確な基準は存在しないが、中等症患者の対面診療であれば初回訪問時とその後3-5日に1回程度の頻度で血液検査を実施するのが望ましい
- ・レムデシビル投与時は腎機能・肝機能を確認することを強く推奨する

### <検査項目>

以下の項目は重症化を反映することが多く、可能な範囲で検査項目に加えることが望ましい

- ・ D-dimerの上昇
- ・ CRPの上昇
- ・ LDHの上昇
- ・ フェリチンの上昇
- ・ リンパ球の低下
- ・ クレアチニンの上昇
- ・ 心筋トロポニンの上昇
- ・ KL-6の上昇

その他、ステロイド投与を想定して血糖値・HbA1cの測定を行うことを推奨する



## 輸液療法

### <原則>

- ・ COVID-19は消化器症状も多く、約10-25%の患者に嘔気・食思不振などが出現するとも言われる
- ・ 心疾患や腎疾患がなければ1日1500ml程度の水分摂取を促す
- ・ 経口摂取不良時は脱水による腎機能障害/血栓リスク上昇や血圧低下による意識消失に注意が必要である
- ・ 可能な限り経口摂取を促すが、経口摂取不良時は必要に応じ輸液療法を検討する
- ・ 経口摂取不良に伴う維持輸液施行時は訪問看護との連携を積極的に考慮する
- ・ 指導の上、家族に抜針してもらおうことも考慮する
- ・ 点滴実施の際はトイレまでの動線を確認し、移動方法について指導すること

### <指示内容例>

- ・ ビーフリード 1000ml/day 6-8時間かけて静脈投与
- ・ ポタコールR 500ml/day 8時間かけて皮下投与

※いずれの場合もプラスチック製留置針の使用を推奨する

※心疾患や腎疾患のある患者は個別に検討する

## 酸素療法

### <原則>

- ・ 高齢者の人工呼吸器導入の原因として呼吸筋疲労も多い
- ・ SpO<sub>2</sub>低下時はもちろんのこと、呼吸促迫があれば躊躇せず酸素を導入すること
- ・ SpO<sub>2</sub>低下とは基礎疾患がなければ92-94%以下を1つの目安とするが、SpO<sub>2</sub>が保たれていても呼吸数が著しく増加している場合は注意が必要である
- ・ 基礎疾患がなければSpO<sub>2</sub> 96% 呼吸数16回/分を目標に酸素投与量を調整する
- ・ 呼吸器疾患や神経難病などの基礎疾患の有無を聴取し、これらがある患者に対しては頭痛/発汗/顔面紅潮などCO<sub>2</sub>ナルコーシスを疑う所見に必ず注意すること

※在宅酸素導入時は、その状態を把握するという観点からも対面診療を強く推奨する

※ただし現場の実情に応じて、緊急時は電話診療やオンライン診療にて在宅酸素を導入することも許容される。この場合でも必ず当日もしくは翌日には（可能であれば対面での）フォローアップを行うこと

### <処方例>

- ・ 酸素濃縮器（5L機） 安静時・労作時ともに3L/分で開始
- ・ 酸素ボンベ（500L）を準備することも考慮する  
→3L/分の流量なら約3時間酸素投与が可能

## 薬剤①：ステロイド薬

### <原則>

- ・酸素投与が必要な患者に投与することで死亡率が減少すると報告されている一方で、酸素投与が不要な患者に投与した場合、予後改善効果は見られない点に注意する
- ・高血糖や消化性潰瘍、薬剤性せん妄への対応も合わせて行う

※酸素投与群のステロイド投与による死亡リスク0.80 (95%CI 0.70-0.92)

酸素非投与群のステロイド投与による死亡リスク1.22 (95%CI0.93-1.61)

※レムデシビル投与を検討する場合はステロイド投与を先行させないことが望ましい (レムデシビルを先行投与するか同日に投与することが望まれる)

※ステロイド投与される患者は低酸素状態であり、原則として対面診療を強く推奨するが、現場の実情に応じて、緊急時は電話診療やオンライン診療にて投与することも許容される

### <投与例>

**投与基準：**SpO<sub>2</sub>低下 (93%以下) があれば酸素と同時に投与を開始する

**投与量：**デカドロン錠0.5mg 12錠分1 (朝食後)

※デカドロン錠4mg 1.5錠分1 も可

※体重40kg未満では0.15mg/kg/日に減量する

※デカドロンの供給が不足している場合はプレドニゾン40mg/dayで代替が可能

錠剤内服が困難な場合：錠剤を粉砕し水に溶いて提供する

粉砕の内服も困難な場合：デキサート注射液6.6mg 1A静注

**投与期間：**10日間 or フォロー終了まで

**糖尿病患者の血糖コントロール例：**

ステロイド開始前の空腹時血糖  $\geq 180$ mg/dlのとき

ランタスXR® 4単位/dayから開始

(厳格な血糖コントロールは不要だが高血糖の持続は避ける)

## 薬剤②：レムデシビル

### <原則>

- ・本邦の適応は肺炎を有するCOVID-19（中等症 I 以上）である
- ・投与時は定期的な肝機能、腎機能測定を行うことを推奨する

※肺炎を有する患者に投与した場合、早期の症状改善が得られる可能性がある  
ただし死亡率は低下しないデータもあることに留意して使用を検討する  
また高流量酸素投与に至った患者では効果が期待できない可能性が高いこと  
にも留意する

※ステロイドの投与を検討する場合はレムデシビルをステロイドに先行して  
投与するかステロイドと同日に投与することが望まれる

※適応外使用となるが発症7日以内で重症化リスク因子を有する患者に3日間  
投与することで重症化を予防することができる。この使用法の場合、  
入院もしくは死亡に関するハザード比 0.13（95% CI: 0.03-0.59）と  
重症化予防効果が示されている

### <投与例>

#### （肺炎に対する投与）

**投与量：**ベクルリー® 初日200mg 2日目以降100mg 1日1回

※生理食塩水に混注し30-120分かけて点滴静注する

※体重3.5kg以上40kg未満の患者では初日5mg/kg

2日目以降2.5mg/kgを5-10日間投与する

**投与期間：**原則として5日間 必要時は10日まで投与可

#### （重症化予防投与：適応外使用であることに注意する）

**対象：**有症状で肺炎のない12歳以上・リスク因子を有する患者

**投与量：**初日200mg 2～3日目100mg 1日1回点滴静注

※生理食塩水に添加し30-120分かけて投与する

**投与期間：**3日間

※重症化予防投与におけるリスク因子の例（詳細は原著論文等を参照）：

60歳以上・COPD・中等度～重度の喘息・肺線維症・高血圧症・肺高血圧症・  
冠動脈疾患・先天性心疾患・心不全・心筋症・脳卒中の既往・糖尿病・  
肥満(BMI≥30)・免疫不全(臓器移植後・CD4低下のあるHIV・未治療のHIV・  
免疫抑制薬投与など)・慢性腎臓病・慢性肝障害・悪性腫瘍・鎌状赤血球

## 薬剤③：モルヌピラビル

### <原則>

- ・発症5日以内かつ酸素は不要（軽症・中等症Ⅰ）だが重症化リスクを有する18歳以上の患者に対して投与を検討する
- ・処方の際には登録センターでの事前登録と患者の同意取得が必要となる

※ワクチン未接種者を対象にした研究ではモルヌピラビル内服患者の入院・死亡割合が6.8%であったのに対し、内服を行わなかった患者では入院・死亡割合が9.7%であり、入院・死亡を約30%減少させたと報告されている

※催奇形性や流産などのリスクが有り、妊婦や妊娠している可能性のある患者には投与しないこと。また内服中・内服後4日間の避妊を行うこと。授乳は治療の有益性や母乳栄養の有益性を考慮し継続の判断を行うこと。

### <投与例>

**投与量：**ラゲブリオ®カプセル200mg 8Cap分2 朝夕食後

**投与期間：**5日間

※カプセルのサイズが比較的大きいため嚥下機能低下のある患者に対しての処方・内服には十分に注意すること

### ※リスク因子（詳細は添付文書等を参照）：

61歳以上・慢性腎臓病・慢性閉塞性肺疾患  
活動性の癌(免疫抑制または高い死亡率を伴わない癌は除く)  
肥満(BMI $\geq$ 30)・重篤な心疾患(心不全・冠動脈疾患・心筋症)  
糖尿病・ダウン症・コントロール不良のHIV感染/AIDS  
脳神経疾患(多発性硬化症・ハンチントン病・重症筋無力症 etc.)  
肝硬変等の重度の肝臓疾患・臓器移植/骨髄移植/幹細胞移植後



## 薬剤④：抗体医薬（概要）

### <原則>

- ・都道府県より厚生労働省へ報告された医療機関のみ在宅医療での投与が可能となる
- ・発症7日以内かつ酸素が不要だが重症化リスクを有する12歳以上かつ体重40kg以上の患者に対して投与を検討する
- ・Infusion reactionやアナフィラキシーを生じる可能性があり投与中のモニタリングおよび投与後1時間の観察が必要となる
- ・本邦で承認されている抗体医薬はカシリビマブ/イムデビマブ（ロナプリーブ®）およびソトロビマブ（ゼビュディ®）である
- ・オミクロン変異に対してはカシリビマブ/イムデビマブの中和活性が低下している報告がありソトロビマブの使用を検討する
- ・カシリビマブ/イムデビマブは重症化リスクを有する濃厚接触者への発症予防目的でも投与が可能である

※在宅医療での投与が可能となるには以下の要件が必要となる

- ① 24時間以内の患者の病態の悪化の有無を確認できる体制が確保されていること（投与完了直後の経過観察、夜間・休日含め、患者からの電話に対応できる体制、投与する医療機関が24時間開院していない場合における投与患者情報の②で連携する医療機関への共有等）を確保すること
- ② 患者の病態が悪化した場合に入院受入れ可能な医療機関と連携すること。  
なお、重症度や時間帯等によって単独の医療機関では対応が難しい場合は、異なる連携医療機関で対応することは考え得るが、その場合は患者が連絡又は受診すべき医療機関が明確になるように、予め医療機関間で役割分担を明確にしておくこと
- ③ 投与後に副作用等が生じた場合に、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)に基づく報告を行う医師を明確化すること
- ④ 1~3について、保健所の介入によらず当該施設で必要な対応を完結できるよう、事前に役割分担及び責任の所在を明確化すること

## 薬剤④：抗体医薬（投与方法）

### <投与例：感染者の重症化予防>

#### （カシリビマブ/イムデビマブ）

**投与量：**カシリビマブ600mg・イムデビマブ600mg 単回投与

**点滴静注の場合：**生理食塩水100mlに添加し30分かけて投与する

**皮下注射の場合：**カシリビマブとイムデビマブを2.5mlずつそれぞれ2本ずつ（合計4本）のシリンジに抜き取り、上腕部・腹部・大腿部の中から4ヶ所を選び注射する

#### （ソトロビマブ）

**投与量：**ソトロビマブ500mg 単回投与

（生理食塩水100mlに添加し30分かけて投与する）

※カシリビマブ/イムデビマブ1200mg投与群の入院もしくは死亡の割合は1.0%、プラセボ群3.2%と、カシリビマブ/イムデビマブは入院・死亡を70.4%（95% CI 31.6-87.1%）低下させたと報告されている

※ソトロビマブ投与群の入院もしくは死亡の割合は1%、プラセボ群7%と、ソトロビマブは入院・死亡の割合を85%（95% CI 44-96%）低下させたと報告されている

**※リスク因子（詳細は添付文書等を参照）：**

50歳以上・肥満（BMI 25-30以上）・心血管疾患（高血圧含む）・悪性腫瘍  
慢性腎臓病・慢性肺疾患・慢性肝疾患・1型/2型糖尿病・妊娠後期  
免疫抑制状態（臓器移植後・HIV/AIDS・免疫抑制剤の長期投与など）

### <投与例：濃厚接触者の発症予防>

#### （カシリビマブ/イムデビマブ）

**投与量：**カシリビマブ600mg・イムデビマブ600mg 単回投与

※予防投与は以下のすべての条件に当てはまる12歳以上かつ体重40kg以上の患者に対して投与することが望ましい

- ①SARS-CoV-2による感染症患者の同居家族又は共同生活者等の濃厚接触者、又は無症状のSARS-CoV-2病原体保有者
- ②原則としてSARS-CoV-2による感染症の重症化リスク因子を有する者
- ③SARS-CoV-2による感染症に対するワクチン接種歴を有しない者、又はワクチン接種歴を有する場合でその効果が不十分と考えられる者



## 薬剤④：抗体医薬（投与時の注意点）

### <投与する場所>

- ・都道府県より厚生労働省へ報告された医療機関のみ在宅での投与が可能である
- ・それ以外の医療機関で投与を検討する場合は投与可能な他医療機関や入院待機施設/宿泊療養施設へ紹介を行う（紹介方法は自治体により異なるため予め確認しておくこと）
- ・安全性の観点からも医療機関や入院待機施設・宿泊療養施設での投与を優先するが、病床逼迫時や病院受診が困難な患者に対しては、遅滞なく在宅での投与を行うことが望まれる

### <必要な物品>

- ・薬剤本体 ・生理食塩水（50–100mlを用いることが多い）
- ・0.2 $\mu$ mのインラインフィルター
- ・副作用発症時の処置物品（ワクチン接種と同様）
- ・患者への説明資料もしくは同意書

### <モニタリング・経過観察>

- ・アナフィラキシーやInfusion reactionを生じる可能性があり、投与中や投与後1時間は特に発熱・呼吸困難・酸素飽和度低下・悪寒・嘔気・不整脈・胸部違和感・血圧低下などに注意する
- ・アナフィラキシーやInfusion reactionが生じた場合は酸素投与や補液、アドレナリン・ステロイド・抗ヒスタミン薬を適切に投与する

（投与中のモニタリングの例）

- ① 患者の自宅内で待機する
- ② ビデオ通話を行いながら患家の前で待機する
- ③ 遠隔モニタリングデバイスを用いながら患家の前で待機する

（投与後1時間の経過観察の例）

- ① ビデオ通話を用いて患家の周辺で待機する
- ② 遠隔モニタリングデバイスを用いて患家の周辺で待機する
- ③ 訪問看護師が患家の前に待機し、定期的な宅内の訪問を行う  
（例：投与後5分・15分・30分・45分・60分）

## 深部静脈血栓症の予防

### <原則>

- ・ COVID-19では深部静脈血栓症が誘発されやすく、一般的に中等症Ⅱ以上のCOVID-19患者に対しては予防的な抗凝固薬の投与が推奨されている
- ・ 肥満や体動困難な患者、D-dimer高値（目安として正常上限の3-4倍）を示す患者に対しては特に注意する必要がある
- ・ 身体所見では腓腹部または大腿部の静脈分布に沿った圧痛を認めるが、熱感は伴わないことが多い
- ・ さらに肺塞栓に至ると息切れや胸痛を訴えるようになる
- ・ 実施可能であれば超音波検査を行い血栓の有無を評価する
- ・ 高齢者や腎機能障害を有する患者では出血リスクが高くなるため、投薬のメリットとデメリットを考慮して総合的に投与の可否や使用する薬剤およびその投与量を判断する
- ・ 深部静脈血栓症予防における抗凝固薬の至適量（従来の治療用量か予防用量か）については結論が出ていないが、ここでは予防用量についてのみ記載する

### <投与のフロー例>

#### ①腎機能を確認する ②出血リスクを評価する

#### 【予防投与量の処方例：適応外使用であることに留意する】

処方例①：エノキサパリン 40mg 1日1回 皮下注

※ $15 \leq \text{CCr} \leq 30$ の場合は30mg 1日1回 皮下注

※重度の腎機能低下患者には投与しないこと

処方例②：ダルテパリン 5000単位 1日1回 皮下注

※明確な指標は存在しないが腎機能低下患者では投与量や投与の可否を慎重に検討する

処方例③：ヘパリンカルシウム5000単位 1日2回 皮下注

## 緩和ケア

### <原則>

患者が自宅での緩和ケアを希望した場合、以下の方法で積極的な症状緩和を行う

### <処方例>

#### 発熱：

(処方例①) アセトアミノフェン錠 200mg 1回2-3錠

(処方例②) アセトアミノフェン1000mg 点滴静注

#### 呼吸苦：

呼吸困難の程度・呼吸数・悪心/嘔吐・過鎮静・せん妄レスキューの使用回数などを考慮し投与量を調整する

(処方例①) モルヒネ速放剤 2.5-5mg 1日3-4回

(処方例②) モルヒネ徐放剤 10mg 1日2回

(処方例③) モルヒネ持続皮下注射 0.5mg/時

(処方例④) オキシコドン持続皮下注射 0.5mg/時

※皮下注射の場合は経口投与量の半量から投与開始する

※腎機能低下時 (eGFR $\leq$ 30) は上記の半量から投与する

※嘔気・便秘対策も必要に応じて行う

#### 【十分量のオピオイドで軽減しない苦悶感】

(処方例①) ジアゼパム (セルシン®錠) 5mg 1回1錠

(処方例②) ミダゾラム持続皮下注射 0.5mg/時

#### 【せん妄】

(処方例①) クエチアピン25mg 1回1錠

(処方例②) ハロペリドール5mg 皮下注 or 筋注

## 訪問看護との連携

### <原則>

- ・連日の状態観察、輸液療法、服薬管理、食事や保清の援助が必要な場合は訪問看護と連携することで円滑に実施することが可能となる
- ・COVID-19に対して医師は特別訪問看護指示書を交付することが出来る
- ・特別訪問看護指示書を交付することで訪問看護師は週4回以上の訪問看護が可能となる
- ・特別訪問看護指示書は月に2回まで交付できる
- ・緊急時で対面での診療と指示書交付が難しい場合は、電話診療やオンライン診療により特別訪問看護指示書の交付が可能である
- ・特別訪問看護指示書を発行した場合でも隔離解除後のケアは通常の保険の範囲内の費用負担が発生する
- ・特別訪問看護指示書を含む医療保険を選択するか、介護保険を選択するかは訪問看護事業所と相談する
- ・連携する訪問看護事業所が見つからない場合は地域包括支援センターやケアマネジャーなどに相談する

### <依頼内容例>

- ・連日の心身状態のアセスメント
- ・点滴の管理（開始や抜針など）
- ・輸液療法や酸素療法などの治療効果確認
- ・医療処置・服薬管理・症状の緩和
- ・療養上の世話（食事摂取・清潔の援助）
- ・家族の健康状態の確認
- ・自宅内や生活上の感染対策指導
- ・不安の内容の確認および治療意向の確認

## 急変対応のフロー（訪問時倒れていた場合）

- ・ PPEの着用（急ぐときこそ慌てず確実に！）
- ・ （事前に判明していれば）治療意向のチェック

- 接触：臥位にして意識・ABCの確認
- ・ 強く叩いて「大丈夫ですか？」
  - ・ 返事がなければ呼吸の確認＋総頸動脈の触知

意識 or 呼吸はある

vital測定

意識も呼吸もない

**救急要請し胸骨圧迫を開始**  
(2人いる場合は同時に行う)

### ① 著しい低酸素（SpO2 80%未満＋意識がない etc）

- ・ 酸素ボンベがあれば最大流量で酸素投与開始し救急要請する
- ・ 酸素ボンベがなければ救急要請（人員・資機材の確保を第一に）

### ② 著しい血圧低下（sBP70mmHg未満＋意識がない etc）

- ・ 補液が可能なら救急要請後に補液を開始する
- ・ 速やかな補液が困難なら救急要請（人員・資機材の確保を第一に）

### ③ 意識障害（痛み刺激を与えても反応がない）

- ・ 救急要請を行い、気道確保に努める

著しい低酸素・ショック・意識障害はない

継続して診察し速やかな状態・病態の把握に努める



## 診療プロトコール Q&A集

### Q1：一般的な細菌感染症治療との違いは？

#### ① 発熱の期間が長引くことがある

##### 問題点：

食事摂取量の低下や体力の消耗につながる可能性がある  
(病床逼迫しているときに脱水による入院は避けたい)

##### 対応法：

- ・ 1500ml/dayを目標に十分な水分摂取を行うこと
- ・ 水分は経口摂取を基本とし、必要に応じ輸液療法を併用すること  
(心疾患や腎疾患の有無は事前に確認すること)
- ・ 解熱薬を使用し体力の消耗を避けること

#### ② 低酸素の期間が長引くことがある

##### 問題点：

SpO<sub>2</sub>は維持できているからといって安心していると  
呼吸筋疲労で急激に酸素化悪化が見られることがある

##### 対応法：

- ・ 呼吸数を必ず確認すること (同じSpO<sub>2</sub> 94%でも  
呼吸数16回/分と30回/分は危険性が違うことに注意)
- ・ 労作時のSpO<sub>2</sub>低下を計測し悪化の早期認知を行うこと
- ・ 呼吸数増多している場合は積極的な在宅酸素導入を検討する  
(低酸素の改善に時間がかかる場合があり、呼吸筋疲労を防ぐ  
ためにも早期の酸素導入を検討する)

## 診療プロトコール Q&A集

### Q2：病院診療と在宅診療との違いは？

#### ① 靴を脱いで家に上がり、膝をついて診療する点

##### 問題点：

通常、病院診療ではシューズカバーは汚染リスクを考えると不要ですが、靴を脱いで療養者の自宅へ訪問するという特殊環境下ではシューズカバー装着も考慮される。またケア時に膝をついて診療する可能性があり、同部位の汚染が懸念される

##### 対応法：

- ・在宅診療ではシューズカバーの装着も許容される
- ・診療中は眼・鼻・口を触らないことを徹底する

#### ② 使用できる薬剤に制限がある点

##### 問題点：

バリシチニブの在宅での投与は現時点で認可されていない

### Q3：居宅訪問時の个人防护具の着脱場所について注意すべき点がありますか？

个人防护具は自宅の前、もしくは玄関内で着脱する。

自宅の前で个人防护具を着用する際はプライバシーに十分配慮する必要がある。一方、玄関内で着用する場合は个人防护具の着脱時に自身が汚染しないように注意する必要がある。



## 診療プロトコール Q&A集

### Q4：ACE-I/ARBおよびスタチン・バイアスピリンの 休薬は必要ですか？

いずれの薬剤も、もともと使用しているのを中止するほどの十分なエビデンスは存在しない。従って、もともとこれらの薬剤を内服している場合は継続する。ただし食事摂取不良・脱水などで血圧が低下している場合は一般的な降圧薬として休薬を検討する。

### Q5：隔離解除の基準について教えてください

隔離解除には以下の2つを満たすことが必要である。

- ①発症日を0日目として10日経過していること
- ②症状軽快から72時間以上経過していること

(症状軽快：解熱薬を使用せず解熱しており、呼吸器症状が改善傾向であること)

オミクロン変異に対しては上記に加え2回のPCR検査における陰性確認が必要な地域もある。不明な場合は各都道府県の通知を確認したり、保健所に確認したりすること。

隔離解除基準を満たした場合、その旨を担当医から保健所に伝え、その情報をもとに保健所が隔離解除の最終決定を行う。また隔離解除に際して、その後の療養上の注意点についても保健所もしくは担当医から説明を行う必要がある。

(なお、上記の条件は軽症・中等症の症例にのみ適応される。新型コロナウイルス感染症によって人工呼吸器を装着するような重症例は発症日を0日として15日以上経過していることが隔離解除の条件に必要となる。また重度免疫不全を有する感染者も10日以上感染性を有している可能性があるため、隔離解除に関しては個別で検討が必要である。)

## 診療プロトコール Q&A集

### Q6：同居者はいつまで濃厚接触者となりますか？

濃厚接触の判定は保健所が行うが、一般的に同居家族は濃厚接触者と判定されることが多い。濃厚接触者の健康観察期間は一般的に感染者の感染力があると考えられている期間から、さらに10日間を要することが多い。（オミクロン非流行地域やオミクロンによる感染でない場合は14日間。詳細は事務連絡を参照のこと。社会機能維持者についてはQ7を参照）

例えばもともと介護を要するような方が新型コロナウイルス感染症に罹患し、自宅療養を行った場合、その方のケアを行う介護者が必要である。この介護者は濃厚接触が避けられない可能性が高い。その場合、下図のように介護者は感染者の隔離解除日からさらに10日間（14日間）の健康観察を要する。

しかし介護必要度の高い感染者に対して、非医療者が濃厚接触の判定を受けずにケアを行うことは現実的には非常に難しく、適切な感染防護・家庭内隔離を講じて介護を行った場合でも同様の健康観察期間を指示されることも多い。

但し、濃厚接触判定の有無に関わらず家庭内での感染リスクを下げることは非常に重要である。自宅療養者およびその同居者に適切な感染対策を必ず指導することが在宅に関わる医療者に求められる。

感染者の隔離解除日

感染者の感染力のある期間  
(最低10日間)

介護者の健康観察期間  
(10日間 or 14日間)

この場合、最低20日間（24日間）の健康観察期間を要する

## 診療プロトコール Q&A集

### Q7：社会機能維持者の濃厚接触期間について

オミクロン流行地域（自治体におけるCOVID-19の70%以上がオミクロンと判断された地域）において、医療者・介護職をはじめとする社会機能維持者はQ6で述べた濃厚接触期間より短い期間で待機を解除することができる。詳細は事務連絡を参照することとした上で、ここでは概要を述べる。なお医療従事者の出勤要件についてはQ8も参照のこと。

社会機能維持者（各自治体が制定：具体的には都道府県のホームページなどで確認）において、事業者が事業の継続に必要と考える場合に適応される。無症状かつ最終接触日から6日目に行ったPCR検査が陰性である場合、濃厚接触による待機を解除できる。PCR検査が施行できずやむなく抗原定性検査（いわゆる迅速検査）で代用する場合は最終接触日から6日目・7日目に2回検査を行い陰性を確認する必要がある。これらの検査は事業者の費用負担（自費検査）となる。また、有症状の場合や検査を行って陽性となった場合は必ず事業者から医療機関への受診を促す必要がある。

濃厚接触による待機を解除した後も、最終接触から10日目までは業務以外の不要不急の外出はできるだけ控え、通勤時の公共交通機関の利用をできるだけ避けるよう説明する必要がある。

通常健康観察期間（10日間）	出勤可能
社会機能維持者の場合（6-7日間）	出勤可能

無症状かつ6日目のPCR検査が陰性  
（抗原定性検査の場合は6・7日目の検査が陰性）

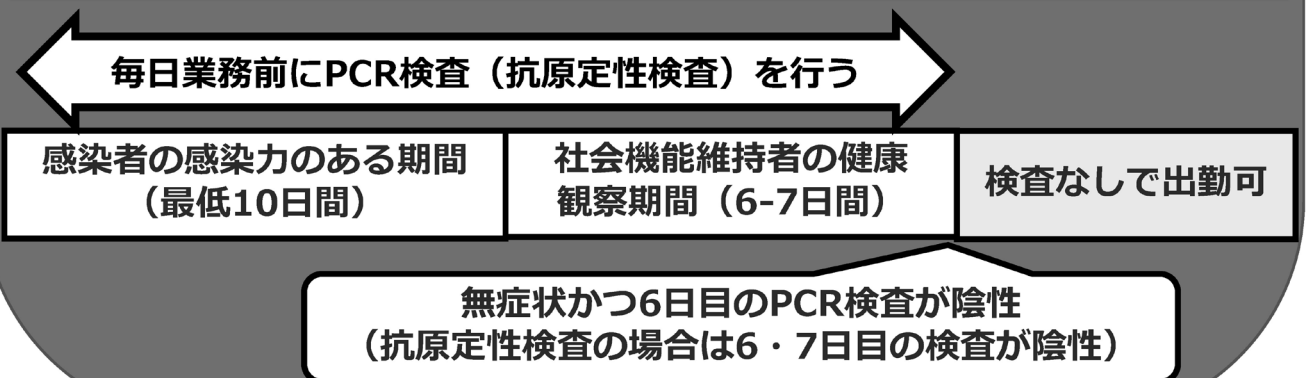
## 診療プロトコール Q&A集

### Q8：濃厚接触者となった医療従事者の出勤について

新型コロナウイルスワクチン2回接種済（接種後14日経過）の医療従事者においては、「他の医療従事者による代替が困難な」場合で、所属の管理者が認めた場合に、業務開始前のPCR検査（やむを得ない場合は抗原定性検査）の陰性を確認することで医療に従事することができる。ただし以下の注意事項に留意すること。

- ・ 感染リスクを完全に予防することはできないため、他の医療従事者による代替が困難な医療従事者に限る運用を徹底する
- ・ 感染した際のリスクが高い患者に対する医療に際しては格段の配慮を行う
- ・ 医療には従事可能であるが不要不急の外出や公共交通機関を利用した通勤を避ける
- ・ 当該医療従事者が感染源にならないように業務内容を確認し感染対策を徹底した上で、医療機関の管理者は関係する医療従事者や患者の健康観察を行うこと

### オミクロン流行地域における、濃厚接触者となった医療従事者の出勤タイミング





## 診療プロトコール Q&A集

### Q9 : COVID-19患者の診療で出た廃棄物の処理方法について教えてください

ディスポーザブルの防護具を含む、鋭利でない廃棄物の処分に関しては、療養者や同居家族の承諾があれば、ポリ袋に入れて居宅内で処分してもらうよう依頼する。これは汚染された物品を往診車内に持ち込むことを可能な限り避けるためである。なお、在宅医療廃棄物として処分する場合は感染性を有していないことが前提となる。プラスチックやステンレスなどの表面では72時間以降の生存は確認されなかったという報告を参考に、防護具の使用後、72時間後以降に廃棄することを推奨する。

また、可能であれば患者の隔離解除後72時間経過してから廃棄することがより望ましい。

患者宅での廃棄の承諾が得られない場合は、可能な限り二次感染しないように留意しながら持ち帰り、自施設で処分する。例として蓋付きのゴミ箱を往診車の最後部に設置し、そこに廃棄し診療所へ持ち帰るといった方法が考えられる。

ディスポーザブルでない防護具に関しては、通常の洗濯（洗濯方法・洗剤の種類）で問題ない。ただし、可能であれば他の洗濯物と分けて洗濯を行うこと、その衣類に推奨されている最高温度の設定の湯で洗濯させることが望ましい。なお、汚染された衣類を扱うときは手袋を着用し、扱った後は直ちに手指衛生を行うこと。

## 診療プロトコール Q&A集

### Q10：患者が急増し酸素濃縮器が不足してきた場合、 どのように効率的な運用を行うべきか？

酸素を要する患者の自宅療養が増加した場合、酸素濃縮器が不足し、酸素を要する全ての患者に行き届かないことがある。その際は以下の2点に留意し、地域全体として効率の良い酸素濃縮器の運用を行う必要がある。

#### (1) 酸素回収プロトコールの確認と搬出作業の協力

COVID-19患者が使用した酸素濃縮器の回収および清掃に関するプロトコールが供給業者ごとに存在する。このプロトコールは基本的に医療者の搬出協力が無いことを前提に作成されていることが多い。従って、各地域での回収プロトコールを確認し、医療者が協力することで期間を短縮できる場合は積極的に申し出ること。具体的には医療者が防護具を着用した上で、屋外への搬出作業を代行することが望ましい。また可能であれば、外面をアルコール清拭する・ポリ袋にかぶせるなどを行い、供給業者の接触感染リスクを軽減できるよう配慮する。

#### (2) 上記を行っても酸素濃縮器の不足が予想される場合

日本環境感染学会では酸素濃縮器の再使用について「時間を置かずに使用することが可能」と述べている。この際、①鼻腔カニューレなどは交換する ②表面などの消毒できる部分はアルコールで消毒する ③フィルターが交換できる場合は、予備のフィルターに交換し洗浄等を行う ④運搬等で、新型コロナウイルス感染者以外の者が触る時には、手袋、マスクを着用するという注意点を遵守する。なお、変異ウイルスの再感染に対する懸念も存在するが、酸素投与が必要な場合は酸素投与することのほうが優先されると考えられる。

## 診療プロトコール Q&A集

### Q11 : 覚醒下腹臥位療法 (いわゆるawake-proning)の有効性と注意点について教えてください

ネーザルハイフローによる治療を受けているCOVID-19患者に対し、覚醒下腹臥位療法を行うことで気管挿管に至る割合が有意に減少したと報告されている。このことから通常の酸素療養を受けている患者においても覚醒下腹臥位療法が有効な可能性が示唆される。従って、病床が逼迫し入院による高濃度酸素が投与できない状況や、酸素濃縮器が不足している状況下で、指示に従え自身で体位交換が行える患者においては積極的に覚醒下腹臥位療法を試みても良い。

ネーザルハイフローによる治療を受けているCOVID-19患者に対しては、6時間以上の覚醒下腹臥位療法で気管挿管に至る割合の低下、8時間以上で死亡率の低下が報告されている。

一方で、在宅医療の対象となることが多い高齢者や認知症患者など、特に自分自身で体位交換ができない患者や自分自身で症状の変化を訴えることができない患者では、腹部圧迫による嘔吐や窒息に十分注意する必要がある。覚醒下腹臥位療法の有効性を示した文献では、有害事象の発生率に差はなかったと報告しているが、在宅医療で関わることの多いfrailtyのある患者を一部除外していることに注意し、個々の患者において腹臥位療法に耐えることができるか適応を慎重に判断する必要がある。

その他、長時間の同一体位を保持することによる褥瘡の形成や眼部の圧迫による角膜障害などにも注意する必要がある。

なお、覚醒下腹臥位療法の代替案として側臥位・前傾側臥位をとることも考えられるが、覚醒下における側臥位・前傾側臥位の有効性を示した研究は乏しく、その効果は不明である。



## 【参考文献】

- (1) 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 診療の手引き・第 6.2版 (URLわかったら記載) (Accessed Jan th 2022.)
- (2) 日本感染症学会. COVID-19 に対する薬物治療の考え方 第11版. [https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19\\_drug\\_211224.pdf](https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid19_drug_211224.pdf) (Accessed Jan 15th 2022.)
- (3) NHS. Pulse oximetry to detect early deterioration of patients with COVID-19 in primary and community care settings. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/06/C0445-remote-monitoring-in-primary-care-jan-2021-v1.1.pdf> (Accessed Jan 15th 2022.)
- (4) Kalin A, et al. Direct and indirect evidence of efficacy and safety of rapid exercise tests for exertional desaturation in Covid-19: a rapid systematic review. *Syst Rev.* 2021;10:77.
- (5) Luo S, et al. Don't Overlook Digestive Symptoms in Patients With 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19). *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18:1636-1637.
- (6) Redd WD, et al. Prevalence and Characteristics of Gastrointestinal Symptoms in Patients With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection in the United States: A Multicenter Cohort Study. *Gastroenterology.* 2020;159:765-767.e2.
- (7) Sultan S, et al. AGA Institute Rapid Review of the Gastrointestinal and Liver Manifestations of COVID-19, Meta-Analysis of International Data, and Recommendations for the Consultative Management of Patients with COVID-19. *Gastroenterology.* 2020;159:320-334.e27.
- (8) COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. (Accessed Aug 25th 2021.)
- (9) Guidelines for the Respiratory Care of COVID-19 Patients at UHB Outside of Critical Care. National Health Service. Available at <https://www.uhb.nhs.uk/coronavirus-staff/clinical-info-pathways/clinical-info-pathways-downloads/c002-respiratory-covid-outside-cc.pdf>. (Accessed Aug 25th 2021.)
- (10) Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med.* 2020;46:854-887.
- (11) 2021 Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20\\_WMV.pdf](https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf) (Accessed Aug 25th 2021.)
- (12) Austin MA, et al. Effect of high flow oxygen on mortality in chronic obstructive pulmonary disease patients in prehospital setting: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;341:c5462.
- (13) RECOVERY Collaborative Group, et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med.* 2021;384:693-704.
- (14) Crothers K, DeFaccio R, Tate J, et al. Dexamethasone in hospitalised coronavirus-19 patients not on intensive respiratory support. *Eur Respir J.* 2021;2102532.
- (15) Wang Y, et al. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet.* 2020; 395: 1569-78.

## 【参考文献】

- (16) Pan H, et al. Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 - Interim WHO Solidarity Trial Results. *N Engl J Med.* 2021;384:497-511
- (17) Spinner CD, et al. Effect of Remdesivir vs Standard Care on Clinical Status at 11 Days in Patients With Moderate COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020; 324: 1048-57.
- (18) Goldman JD, et al. Remdesivir for 5 or 10 Days in Patients with Severe Covid-19. *N Engl J Med.* 2020; 383: 1827-37.
- (19) Grein J, et al. Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19. *N Engl J Med.* 2020; 382: 2327-36.
- (20) Gottlieb RL, et al. Early Remdesivir to Prevent Progression to Severe Covid-19 in Outpatients. *N Engl J Med.* 2021;NEJMoa2116846.
- (21) Jayk Bernal A, et al. Molnupiravir for Oral Treatment of Covid-19 in Nonhospitalized Patients. *N Engl J Med.* 2021;NEJMoa2116044.
- (22) Weinreich DM, et al. REGN-COV2, a Neutralizing Antibody Cocktail, in Outpatients with Covid-19. *N Engl J Med.* 2021;384:238-251.
- (23) Weinreich DM, et al. REGEN-COV Antibody Combination and Outcomes in Outpatients with Covid-19. *N Engl J Med.* 2021;385:e81.
- (24) O'Brien MP, et al. Subcutaneous REGEN-COV Antibody Combination to Prevent Covid-19. *N Engl J Med.* 2021;385:1184-1195.
- (25) Gupta A, et al. Early Treatment for Covid-19 with SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody Sotrovimab. *N Engl J Med.* 2021;385:1941-1950.
- (26) 国立感染症研究所. SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統 (オミクロン株) について (第6報) . <https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2551-cepr/10900-sars-cov-2-b-1-1-530.html> (Accessed Jan 15th 2022.)
- (27) Planas D, et al. Considerable escape of SARS-CoV-2 Omicron to antibody neutralization. *Nature.* 2021;10.1038/s41586-021-04389-z.
- (28) ロナプリーブ注射液セット300/ロナプリーブ注射液セット1332 添付文書. [https://www.info.pmda.go.jp/go/pack/62505A0A1031\\_1\\_02/](https://www.info.pmda.go.jp/go/pack/62505A0A1031_1_02/) (Accessed Jan 15th 2022.)
- (29) ゼビュディ点滴静注液500mg 添付文書. [https://www.info.pmda.go.jp/go/pack/62504A4A1023\\_1\\_03/](https://www.info.pmda.go.jp/go/pack/62504A4A1023_1_03/) (Accessed Jan 15th 2022.)
- (30) FDA. FACT SHEET FOR HEALTH CARE PROVIDERS EMERGENCY USE AUTHORIZATION (EUA) OF REGEN-COV® (casirivimab and imdevimab). <https://www.fda.gov/media/145611/download> (Accessed Jan 15th 2022.)
- (31) FDA. FACT SHEET FOR HEALTHCARE PROVIDERS EMERGENCY USE AUTHORIZATION (EUA) OF SOTROVIMAB. <https://www.fda.gov/media/149534/download> (Accessed Jan 15th 2022.)
- (32) 国立国際医療研究センター. COVID-19 治療フローチャート(成人). [https://www.ncgm.go.jp/covid19/pdf/NCGM\\_COVID-19\\_Flow\\_chart.pdf](https://www.ncgm.go.jp/covid19/pdf/NCGM_COVID-19_Flow_chart.pdf) (Accessed Jan 15th 2022.)

## 【参考文献】

- (33) Paranjpe I, et al. Association of Treatment Dose Anticoagulation With In-Hospital Survival Among Hospitalized Patients With COVID-19. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76:122-124.
- (34) Rentsch CT, et al. Early initiation of prophylactic anticoagulation for prevention of coronavirus disease 2019 mortality in patients admitted to hospital in the United States: cohort study. *BMJ.* 2021;372:n311.
- (35) Tang N, et al. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J Thromb Haemost.* 2020;18:1094-1099.
- (36) ATTACC Investigators; ACTIV-4a Investigators; REMAP-CAP Investigators, et al. Therapeutic Anticoagulation with Heparin in Noncritically Ill Patients with Covid-19. *N Engl J Med.* 2021;385:790-802.
- (37) Lopes RD, et al. Therapeutic versus prophylactic anticoagulation for patients admitted to hospital with COVID-19 and elevated D-dimer concentration (ACTION): an open-label, multicentre, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2021;397:2253-2263.
- (38) Perepu US, et al. Standard prophylactic versus intermediate dose enoxaparin in adults with severe COVID-19: A multi-center, open-label, randomized controlled trial. *J Thromb Haemost.* 2021;19:2225-2234.
- (39) Sholzberg M, et al. Effectiveness of therapeutic heparin versus prophylactic heparin on death, mechanical ventilation, or intensive care unit admission in moderately ill patients with covid-19 admitted to hospital: RAPID randomised clinical trial. *BMJ.* 2021;375:n2400.
- (40) Spyropoulos AC, et al. Efficacy and Safety of Therapeutic-Dose Heparin vs Standard Prophylactic or Intermediate-Dose Heparins for Thromboprophylaxis in High-risk Hospitalized Patients With COVID-19: The HEP-COVID Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2021;181:1612-1620.
- (41) Ting R, et al. Palliative care for patients with severe covid-19. *BMJ.* 2020; 370: m2710.
- (42) Turner J, et al. A Dual-Center Observational Review of Hospital-Based Palliative Care in Patients Dying With COVID-19. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60: e75-e78.
- (43) Lopes RD, et al. Effect of Discontinuing vs Continuing Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II Receptor Blockers on Days Alive and Out of the Hospital in Patients Admitted With COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2021;325:254-264.
- (44) Daniels LB, Sitapati AM, Zhang J, et al. Relation of Statin Use Prior to Admission to Severity and Recovery Among COVID-19 Inpatients. *Am J Cardiol.* 2020;136:149-155.
- (45) Osborne TF, et al. Association of mortality and aspirin prescription for COVID-19 patients at the Veterans Health Administration. *PLoS One.* 2021;16:e0246825.
- (46) RECOVERY Collaborative Group. Aspirin in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial. *Lancet.* 2022;399:143-151.



## 【参考文献】

- (47) Connors JM, et al. Effect of Antithrombotic Therapy on Clinical Outcomes in Outpatients With Clinically Stable Symptomatic COVID-19: The ACTIV-4B Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;326:1703-1712.
- (48) 日本循環器学会、他. 肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断・治療・予防に関するガイドライン(JCS 2017年改訂版) [http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017\\_ito\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017_ito_h.pdf)
- (49) Bernardi E, Camporese G, Büller HR, et al Erasmus Study Group. Serial 2-point ultrasonography plus D-dimer vs whole-leg color-coded Doppler ultrasonography for diagnosing suspected symptomatic deep vein thrombosis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;300:1653-1659
- (50) Adhikari S, Zeger W, Thom C, et al. Isolated Deep Venous Thrombosis: Implications for 2-Point Compression Ultrasonography of the Lower Extremity. *Ann Emerg Med*. 2015;66:262-6.
- (51) Needleman L, Cronan JJ, Lilly MP, et al. Ultrasound for Lower Extremity Deep Venous Thrombosis: Multidisciplinary Recommendations From the Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference. *Circulation*. 2018;137:1505-1515.
- (52) Caputo ND, et al. Early Self-Prone Positioning in Awake, Non-intubated Patients in the Emergency Department: A Single ED's Experience During the COVID-19 Pandemic. *Acad Emerg Med*. 2020;27:375-378.
- (53) Rosén J, et al. Awake prone positioning in patients with hypoxemic respiratory failure due to COVID-19: the PROFLO multicenter randomized clinical trial. *Crit Care*. 2021;25:209.
- (54) Ehrmann S, et al. Awake prone positioning for COVID-19 acute hypoxaemic respiratory failure: a randomised, controlled, multinational, open-label meta-trial. *Lancet Respir Med*. 2021;9(12):1387-1395.
- (55) Esperatti M, Busico M, Fuentes NA, et al. Impact of exposure time in awake prone positioning on clinical outcomes of patients with COVID-19-related acute respiratory failure treated with high-flow nasal oxygen: a multicenter cohort study. *Crit Care*. 2022;26:16.

本プロトコールは、日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）の災害対策委員会・新型コロナウイルス感染症対策班において「プロトコール作成ワーキンググループ」を設置し、各専門家のご協力を得て策定したものです。

**日本在宅ケアアライアンス 災害対策委員会新型コロナウイルス感染症対策班  
プロトコール作成ワーキンググループ メンバー（敬称略）**

座長：武田 俊彦（JHHCA 副理事長、岩手医科大学医学部客員教授）

メンバー：

新田 國夫 JHHCA 理事長 全国在宅療養支援医協会会長  
 武田 俊彦 JHHCA 副理事長（政策・総務担当）岩手医科大学医学部客員教授  
 石垣 泰則 JHHCA 副理事長（学術担当）  
                     日本在宅医療連合学会代表理事副会長  
 平原 優美 JHHCA 副理事長（多職種連携担当）日本訪問看護財団事務局次長  
 太田 秀樹 JHHCA 業務執行理事 全国在宅療養支援医協会常任理事  
 蘆野 吉和 JHHCA 業務執行理事 日本在宅医療連合学会代表理事会長  
                     日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長  
 飯島 勝矢 JHHCA 業務執行理事 日本老年医学会理事  
 大友 宣 医療法人財団 老蘇会 静明館診療所  
 大曲 貴夫 国立国際医療研究センター病院国際感染症センター センター長  
 菊池 亮 ファストドクター株式会社 代表取締役  
 桜井 隆 さくらいクリニック 院長  
 清水 政克 医療法人社団 清水メディカルクリニック 副院長/理事長  
 高砂 裕子 全国訪問看護事業協会 副会長  
 高山 義浩 沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科 副部長  
 坪根 雅子 JHHCA 理事 日本介護支援専門員協会常任理事  
 中山 久仁子 医療法人メファ仁愛会マイファミリークリニック蒲郡 理事長  
 宮本 雄気 京都府立医科大学 救急医療学教室  
                     医療法人双樹会よしき往診クリニック  
 向山 晴子 東京都練馬区保健所長  
 島田 潔 JHHCA 参与 全国在宅療養支援医協会事務局次長  
                     在宅医療政治連盟会長

〈オブザーバー〉

有賀 玲子 厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室 室長  
 中西 浩之 同 室長補佐  
 岡本 麻美子 同 主査

● **一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス**

加盟団体（正会員団体：19 団体）

全国在宅療養支援医協会	全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
全国訪問看護事業協会	全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
日本介護支援専門員協会	日本ケアマネジメント学会
日本在宅医療連合学会	日本在宅栄養管理学会
日本在宅ケア学会	日本プライマリ・ケア連合学会
日本老年医学会	日本訪問リハビリテーション協会
日本訪問看護財団	全国国民健康保険診療施設協議会
全日本病院協会	在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
日本ホスピス緩和ケア協会	日本ホスピス・在宅ケア研究会
日本在宅ホスピス協会	

理事長

新田 國夫

● **本文書の問い合わせ先**

本文書のお問い合わせは、下記事務局までお願いいたします。ご返信に多少の猶予を頂く可能性があります。またお問い合わせは可能な限り、「メール」にてお願い申し上げます。

一般社団法人日本在宅ケアアライアンス事務局

〒102-0083

東京都千代田麹町 3-5-1 全共連ビル麹町館 506

メール：zaitaku@jhhca.com

電話：03-5213-4630

FAX：03-5213-4640

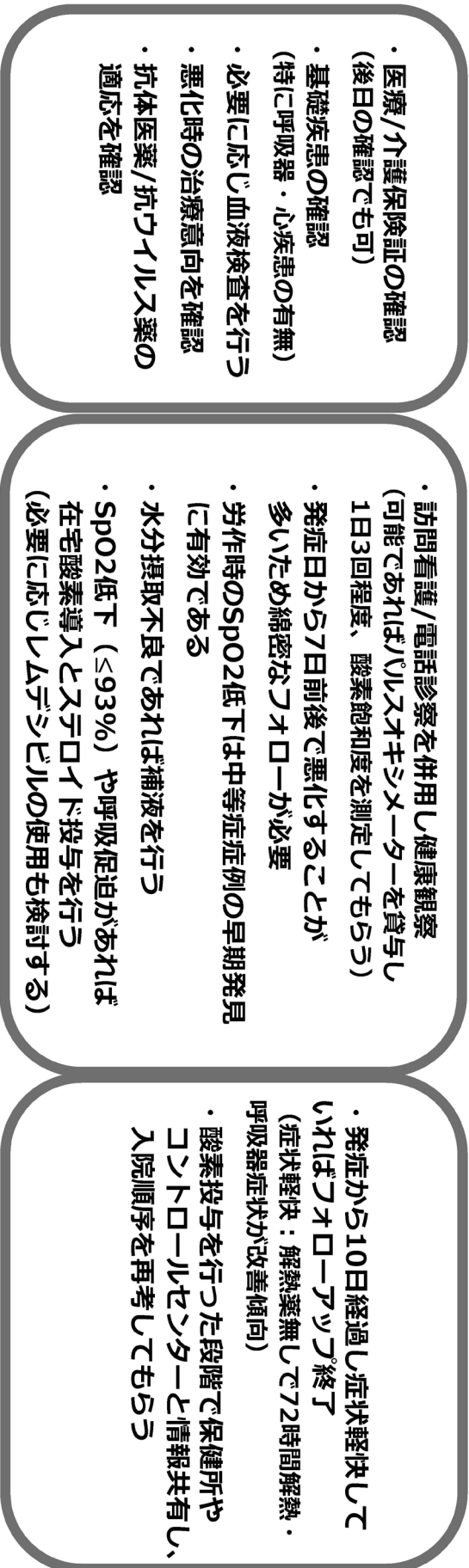
HP：<https://www.jhhca.jp>

# 自宅療養者のための診療プロトコール（ダイジェスト版） ver.6

初回診療

継続診療

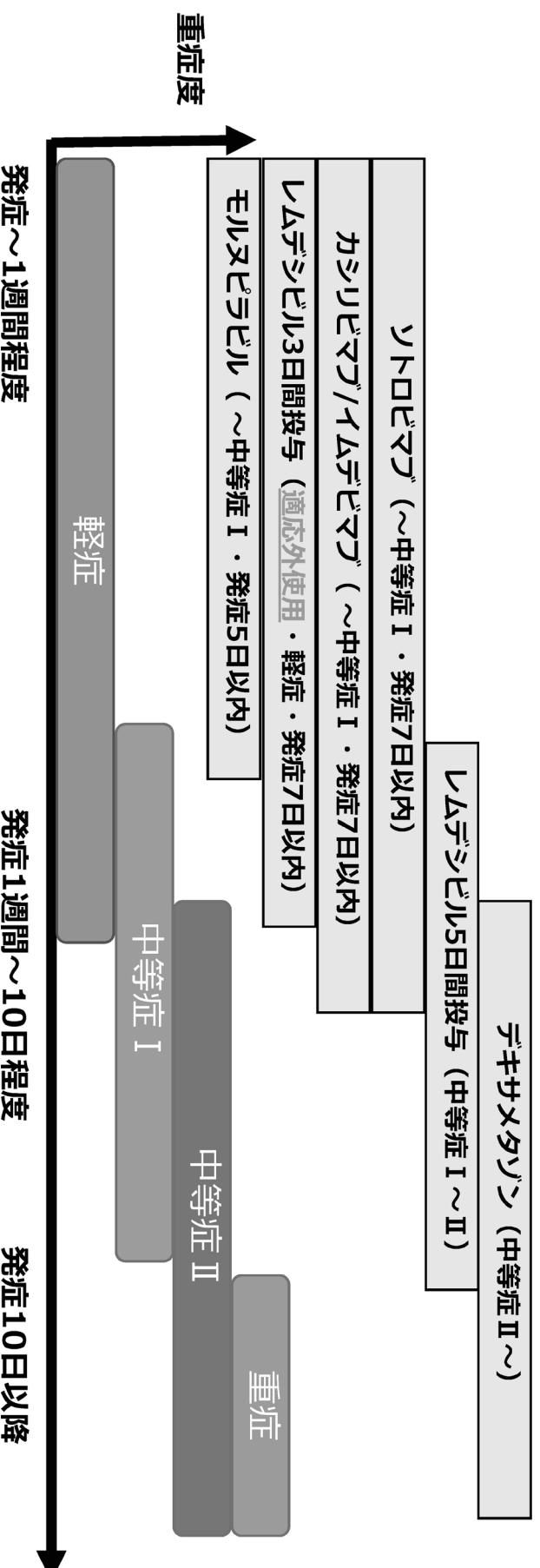
隔離解除 or 入院



<p><b>薬物治療</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅で投与できる薬剤は①発症早期に使用する抗体医薬・モルヌピラビル ②中等症 I から使用可能なレムデシビル ③中等症 II から使用するステロイドがある</li> <li>○抗体医薬に関して無床診療所では都道府県の認可を受けた場合のみ投与できる</li> <li>○詳細は次ページを参照のこと</li> </ul>
<p><b>輸液療法</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○心/腎疾患がなければ1日に体重の2.0-2.5%（約1000-1250ml）の水分摂取を目標とする</li> <li>○可能な限り経口補液で対応するが、必要に応じて輸液療法を行う</li> </ul>
<p><b>酸素療法</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○SpO2低下（<math>\leq 93\%</math>）や呼吸促進があれば躊躇せず在宅酸素を導入すること</li> <li>○基礎疾患がなければSpO2 96%・呼吸数16回/分を目標に投与量を調整する</li> </ul>
<p><b>その他</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○十分な対象療法を行い、解熱薬はアセトアミノフェンを優先して使用する</li> <li>○深部静脈血栓症の徴候（下肢腫脹・発赤・疼痛）を必ず確認する</li> </ul>



## 自宅療養者のための薬物治療プロトコール（ダイジェスト版）



ステロイド	<ul style="list-style-type: none"> <li>○酸素投与が必要な患者（中等症 II）に投与 投与例：デカドロン錠0.5mg 12錠分1 朝食後 10日間投与</li> <li>○副作用である高血糖・消化性潰瘍・せん妄に注意・対応する</li> </ul>
レムデシビル	<ul style="list-style-type: none"> <li>○肺炎を有するが高濃度酸素を投与していない患者に投与 投与例：ベクルリー® 初日200mg 2日自以降100mg 1日1回 点滴静注 5日間投与</li> <li>○投与時は定期的な肝機能および腎機能測定を行うことを推奨する</li> <li>○発症早期の3日間投与が有効な可能性がある（<u>適応外使用</u>であることに注意する）</li> </ul>
モルヌピラヴル	<ul style="list-style-type: none"> <li>○発症5日以内かつ酸素が不要だが重症化リスクを有する18歳以上の患者に対して投与 投与例：ラゲナリオ®カプセル200mg 8Cap分2 朝夕食後 5日間投与</li> </ul>
抗体医薬 カシリピラヴガイムデピラヴ ソトピラヴ	<ul style="list-style-type: none"> <li>○発症7日以内かつ酸素が不要だが重症化リスクを有する患者に投与 投与例：ゼビュデイ® 500mg 30分かいて点滴静注 単回投与</li> <li>○投与中のモニタリングおよび投与後1時間の観察が必要となる</li> <li>○オミクロン変異にはカシリピラヴガイムデピラヴの効果乏しい可能性がある</li> </ul>

## 4 会議記録

### 日本在宅ケアアライアンス災害対策委員会 令和3年度第1回（通算第3回） 議事録

日時：2021年4月30日（金）19:00～20:30

Zoom 会議

参加者： 武田俊彦（日本在宅ケアアライアンス/岩手医科大学）、新田國夫（日本在宅ケアアライアンス/全国在宅療養支援医協会）、太田秀樹（全国在宅療養支援医協会）、織田正道（全日本病院協会）、飯島勝矢（日本老年医学会）、古屋聡（日本在宅医療連合学会）、大橋博樹（日本プライマリ・ケア連合学会）、石口房子（日本ホスピス・在宅ケア研究会）、三木次郎（全国在宅療養支援歯科診療所連絡会）、稲葉一郎（全国薬剤師・在宅療養支援連絡会）、高橋洋子（日本訪問看護財団）、阿部智子（全国訪問看護事業協会）、長島公之（日本医師会）、小玉剛（日本歯科医師会）、荻野構一（日本薬剤師会）、岡島さおり（日本看護協会）、迫田朋子（ジャーナリスト）、山岸暁美（慶應義塾大学医学部）、鈴木邦彦（医療法人博仁会理事長）、川崎志保理、島田潔（全国在宅療養支援医協会）、蘆野吉和（庄内保健所）、高山義浩（沖縄県立中部病院）、英裕雄（新宿ヒロクリニック）、辻哲夫（医療経済研究・社会保険福祉協会/一般社団法人未来社会共創センター）

オブザーバー： 有賀玲子（厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長）、中西浩之（同室長補佐）、岡本麻美子（同主査）

事務局： 志藤洋子、高橋在也

#### 1. 本日の会議ご参加者について

会議参加者から自己紹介があった。その後、武田委員長から、昨年の振り返り、厚生労働科研費と今後の予定についての話があった。

#### 2. 現在のコロナの状況：意見交換

##### 現在のコロナの状況と各地の取り組み

武田委員長から、現在のコロナの状況について報告があった。要旨は次のとおり。

厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査結果」によると、最新の4月21日時点で、自宅療養者数は全国が1万7520人、大阪府が8530人、東京都が1234人であった。3月31日時点では、全国が4979人、大阪府が1023人、東京都が642人であったため、非常に大きく伸びた。全体の感染者が急増したとき、入院と宿泊療養は上限があるため、自宅療養の患者の伸び率が一番大きくなってしまった。

新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの直近の4月26日時点のデータを見ると、今心配されている大阪府は、特に自宅療養者数が急増している。自宅療養、宿泊療養の陽性者は保健所がフォローアップすることになっているが、急に伸びると保健所も手が回らないため、フォローアップに関して外部に委託できないかということが昨年問題になった。今度の厚労科研特別研究もそのあたりがテーマになっている。在宅ケアの関係では、既に在宅医療の対象者だった方が宿泊療養、自宅療養の対象者となった場合にどうやってケアを継続するかが問題になる。大阪府は入院者数も増えており、重症病床の使用率は96.5%となり、宿泊療養施設の使用率も55.1%と上がっている。

第四波の特徴は、第三波と比べて、変異株の陽性者の重症化率が高いこと、重症者数に占める 50 代以下の割合が高いことである。兵庫の病院の先生も、第一波、第二波、第三波とはかなり様相が違っていた。若年者が感染するケースが多くなっており、しかもその中で重症者になる確率が高く、病床から見ると、2 倍どころか、3 倍、4 倍の切迫具合だそう。全く楽観できない状況で、東京都、大阪府が当面非常に心配である。それ以外の地域でも、私の故郷の岩手は昨日高齢者施設でクラスターが発生し、30 人、40 人規模の感染者が出ている。蘆野委員からも冒頭に、荘内地域の高校に変異株 N501Y が入ってきて、クラスターが発生した話があった。今までそれほど心配がなかったところもクラスターが発生する可能性が高くなっており、全国的に気を付けなければいけない状況となっている。

続いて、大橋委員から、神奈川県状況について報告があった。要旨は次のとおり。

神奈川県も今、感染者数が増えている。第三波で正月が明けたところで大変な思いをして、準備をしているさなかに第四波が来たという状況だ。第三波を振り返ると、1 月 16 日時点で、入院待機者が約 100 名いる状態が常に続いていた。自宅療養者はいつの間にか保健所職員の管轄になっていたが、保健所職員は必ずしも医師ではないので、解熱剤すら出せないこと、以前から処方していた内服薬が切れてもなかなか対応できないことに一番困っていた。

神奈川の既存の自宅療養の流れは、情報を保健所ないしは県庁で一括で収集し、県庁の調整室で軽症者は LINE や AiCall を使って共有して、架電が必要な方は保健所職員が電話をかけ、そこで調子の悪い方が出てくれば、県庁に詰めている医師が緊急搬送等の手配の指示を出すというものであった。しかしそれも限界を迎えた。また、自宅療養と宿泊療養はサービスレベルの差が大きく、自宅療養は看護師が常駐していないので緊急時の対応がかなり困難であった。

そこで、2021 年 2 月 26 日に神奈川県で『「地域療養」の神奈川モデル』が記者発表された。これは、今まで保健所が架電をしていたものを全て訪問看護ステーションの訪問看護師による架電、健康状態の確認に変え、いったん行政のところから外すことが大きな特徴である。訪問看護ステーションの方が自宅療養者全てに架電ないし LINE 等のデバイスで確認を行う中で、異常があれば、訪問看護師から医師に要請して、医師会の医師が往診等を行い、必要であれば搬送調整を行うといった、保健所の負担を取るためのモデルである。目的は悪化している人を早期に見つけ出すことである。

ただ、実際に現場に行くと、問題は自宅療養者の健康管理や搬送調整だけではないことが分かってきた。陽性者が家族の介護をしていた場合、陽性者が入院または宿泊療養しなければいけなくなると、要介護者の介護ができなくなる。要介護者は濃厚接触者になり、濃厚接触者が利用できるヘルパー、デイサービスが見つからず、介護サービスが全面的に停止してしまう。このように、陽性者の入院と介護サービスの同時調整が必要となることが川崎市で 2021 年 1 月、2 月に頻発した。

実はコロナの自宅療養の問題点は二つの視点が必要である。一つは陽性患者本人の健康管理とフォローアップ、急変時の入院調整だ。もう一つは、陽性患者の同居家族に要介護者や障害者等が存在し、介護者である陽性患者の入院等により必要な介護を受けることができなくなった場合の緊急介護サービスの提供である。二つ目の視点に目が行き届いている行政と、行き届いていない行政があるといった問題点が神奈川県でも指摘されている。

川崎市は保健所設置市であるため、神奈川モデルを使わず、川崎市独自の施策を取ることにした。神奈川県のスキームでは、通常健康観察体制は訪問看護師による架電で、訪問の必要性の判断と往診医師

の調整は訪問看護師、実際の訪問は開業医と訪問看護師、入院調整は開業医が行うことになっている。訪問の対象者は、コロナの重症化リスクが高い方（一人暮らしで健康観察が自力でできない方、高齢者世帯で家族だけでは介護できない方を含む）である。

川崎市は行政と訪問看護と医師会が一体となって行わなければならないと考え、健康観察の体制の大本は行政であるという建て付けは変えずに、行政が訪問看護師や医師会に依頼する形になっている。通常健康観察体制は行政による架電で、訪問の必要性の判断は行政、往診医師の調整は行政と医師会、実際の訪問は開業医と訪問看護、入院調整は行政が行う。特に訪問の対象者は、一人暮らしで健康観察が自力でできない方、高齢者世帯で家族だけでは介護ができない方に絞り込んでいる。この在宅療養にフォーカスを当てた在宅療養者支援を川崎市は連休明けからスタートする方針で考えている。

急変者を早期に発見するだけであれば医療の視点のみでいいかもしれないが、実際に第三波のときにあったように、介護福祉の観点が入るのであれば、地域包括ケアの実施主体である市町村単位でのケアが重要である。平時の地域包括ケアがうまくいっているところは、このようなときもうまくいくのではないかというのが私見だ。

在宅療養は医療だけではないということは在宅ケアアライアンスの皆さんで強調していった方がいいと思う。介護の手間の増加にいかに対応できるか、また、怖くて入れないヘルパーや訪問看護師にどうやって入っていただける体制を構築するかが私たち在宅ケアアライアンス等、在宅をやっている者が行政の方々と協力してやるべきことなのではないか。

以上



日本在宅ケアアライアンス災害対策委員会 令和3年度第2回(通算第4回)  
議事録

日時：2021年6月12日(土) 19:00～20:30

Zoom 会議

参加者： 武田俊彦(日本在宅ケアアライアンス/岩手医科大学)、新田國夫(日本在宅ケアアライアンス/全国在宅療養支援医協会)、織田正道(全日本病院協会)、飯島勝矢(日本老年医学会)、古屋聡(日本在宅医療連合学会)、大橋博樹(日本プライマリ・ケア連合学会)、石口房子(日本ホスピス・在宅ケア研究会)、三木次郎(全国在宅療養支援歯科診療所連絡会)、稲葉一郎(全国薬剤師・在宅療養支援連絡会)、高橋洋子(日本訪問看護財団)、阿部智子(全国訪問看護事業協会)、長島公之(日本医師会)、小玉剛(日本歯科医師会)、田母神裕美(日本看護協会常任理事)、迫田朋子(ジャーナリスト)、山岸暁美(慶應義塾大学医学部)、鈴木邦彦(医療法人博仁会理事長)、蘆野吉和(日本在宅医療連合学会代表理事/日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長)、高砂裕子(全国訪問看護事業協会副会長)、中山久仁子(プライマリ・ケア連合学会/医療法人メファ仁愛会/マイファミリークリニック蒲郡理事長・院長)、大友宣(医療法人財団老蘇会静明館診療所)、大曲貴夫(国立国際医療研究センター病院国際感染症センターセンター長/AMR 臨床リファレンスセンターセンター長)、桜井隆(さくらクリニック)、清水政克(医療法人社団清水メディカルクリニック副院長/理事長)、高山義浩(沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科副部長)、宮本雄気(よしき往診クリニック)、菊池亮(ファストドクター)、向山晴子(練馬区保健所長)、島田潔(在宅医療政治連盟会長)

オブザーバー： 有賀玲子(厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長)

事務局： 志藤洋子、高橋在也

会議開始前に、会議参加者から自己紹介があった。

## 1. この間の「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール」作成の経緯の確認・共有

武田俊彦委員長から報告があった。要旨は次のとおり。

2021年5月8日(土)に、在宅医療連合学会にコロナが大変な状況であるという情報が集まっており、国に対しても働き掛けをしてほしいが、動くとしたら在宅ケアアライアンスで動く必要があるのではないかという話を頂いた。同じ5月8日(土)に、自民党の医療系議員団で在宅担当の今枝議員から急遽打ち合わせをしたいという話があった。5月8日(土)午後には今枝議員、在宅ケアアライアンス、政治連盟の島田先生、感染症専門家の大曲先生で、自民党と国とアライアンスがどうやって一緒に動いたらいいか相談した。5月8日(土)夜に、アライアンスとしてプロトコールワーキンググループをつくらなければいけないだろうという話をした。

5月9日(日)にワーキンググループメンバー候補者を選んで声を掛け、会議を5月11日と5月14日の2回セットすることが決まった。厚生労働省から、現職保健所長が入った方がいいという意見があり、向山さんに13日から参加いただいた。

5月15日(土)・16日(日)に最終議案のたたき台を作り、5月17日(月)に最終詰めを行った。



5月18日（火）に自民党医療議員団にまとめたプロトコールを報告した。

5月19日（水）にプロトコールをホームページに掲載した。

5月20日（木）に、在宅ケアアライアンスの全理事に、ホームページに掲載したことを案内したところ、拙速過ぎるのではないかという意見と、幾つか追加の意見があった。在宅ケアアライアンスの中の災害対策委員会にワーキンググループをつくり理事長決裁で発表したのが、正規の災害対策委員会メンバーにお集まりいただいていたこと反省して、本日頂いた議論を集約させて在宅ケアアライアンスとしての最終版のプロトコールを作りたい。

## 2. 「新型コロナウイルス感染症の在宅療養者に対する医療提供プロトコール（第2版）」の内容説明

武田俊彦委員長から説明があった。要旨は次のとおり。

保健所との関係で、健康観察のフォローアップ、入院調整、必要な方への在宅医療が走るため、この関係の整理も含め、大きく分けて二つの内容からなるプロトコールとしてある。

「第1節 総説」には、「本プロトコールにおいては、自宅で療養している新型コロナウイルス感染症の陽性者に対し、必要な医療が適時適切に行われるための標準的なプロトコールを、治療面及び必要な医療の提供に係る手順・体制整備面の両面にわたるものとして作成した」と、プロトコール作成の経緯が書かれている。前半の手順・体制整備については私が原案を作り、後半の治療プロトコールについては宮本先生を中心に作成していただいた。

「第2節 在宅療養者のための診療プロトコール」は別添という形で別紙に記載されている。

「第3節 在宅療養者に対する体制プロトコール」については、今回のプロトコールでは、特に在宅で呼吸不全の方がきちんとした医療につながっていないことが一番の問題だと理解したので、「地域の在宅療養者の状況が把握され、かかりつけ医、在宅医等に情報が伝達されることが必要である」と書いてあるように、在宅療養者がどこにいるか、在宅療養者の中で呼吸状況が非常に悪くなっている方をどうやって把握するのか、把握した後どうやって在宅につなげるのかという手順を作っていくことが主な問題・関心である。「在宅療養者に関する情報につながり、必要な医療の提供につなげるため、都道府県、市町村、保健所、地域医師会や都道府県訪問看護ステーション協議会等の訪問看護関係団体を始めとした地域の在宅ケア関係団体、等が協力して体制を組むことが重要である」と書いている。

（注）として、「日本在宅ケアアライアンスにおいては、『日本在宅ケアアライアンスに加盟する各団体及びその会員は、不安を抱える自宅で療養している方々の医療の確保に積極的に参画していく』ことを既に宣言している」と書いている。

「(2) 体制構築の時期」では、病床ひっ迫と入院調整困難が起きる段階の前、すなわち感染者が急拡大している時期に体制を立ち上げておくことが求められることを書いている。途中の議論で神戸の状況も聞いたが、最速の対応を取っても、まず病院が対応し、その次に医師会が対応し、そして、やはり在宅医が出なければというような手順を踏んで体制が構築されたということだった。この経験を踏まえて、各地で特に緊急事態宣言やまん延防止重点措置が取られる場合には、在宅療養者への医療提供のための連絡体制を直ちに立ち上げられるように、その前にあらかじめ準備しておくことが非常に重要ではないかということを書いている。これは私の理解では災害対策に非常に近い。災害対策では、災害が起きるまでに手順を決めておく、災害が起きた瞬間に自動的に対策室が立ち上がる、関係者が全てその場にそろおうということが極めて大事なことで、そのような体制をつくる必要があるのではないかということを書

いた。ただ、具体的な体制構築というのは地域で違う。東京一つ取ってみても、保健所が都道府県直轄の場合、特別区の場合、保健所設置市の場合とあるので、三つの体制構築例を示している。

「(3) 体制構築の基本的な考え方」では、「フォローアップを行う主体、自宅療養者等から相談を受け付ける主体、保健所の関連部署の持つ情報を、実際に往診し、遠隔診療を行い、又は処方を行う医師に迅速に伝えることができる体制が必要になる」と書いている。例えば東京の場合、フォローアップを行う主体と、自宅療養者から相談を受け付けるコールセンターと、保健所が業務委託をそれぞれしている場合があり、保健所に業務が集中しているからどんどん委託しろと言われていたが、委託すればするほど関係者が増えるので、この体制を構築しておく必要があるだろうということを書いている。また、地域包括ケアのための連携体制が既にできているところは動きやすいと聞くので、「地域包括ケアのための連携体制が既に出来ている地域にあっては、その体制（地域医療介護連携体制等）あるいはその参集者をそのまま活用することも有効である」と書いている。

「(4) 自宅において必要な医療が受けられるための体制整備」では、中心的な部分はステロイド投与と酸素吸入であるため、自宅療養者の在宅医療に対応できる医師・診療所、訪問看護ステーション、薬局、在宅酸素事業者等のリスト化と共有が必要であることと、かかりつけ医がいる場合のかかりつけ医との役割分担について書いている。

「2.連携手順」は、手順を書いておいた方がいいだろうということで、ある程度想定される手順を書いている。必要な対象者にパルスオキシメーターを配布（貸与）するということを明記している。また、フォローアップ業務と医師が行う治療という保険診療が走るのも、ここの情報共有が必要だということを書いている。担当医による往診または遠隔診療の実施時の情報共有、情報のフィードバックについても書いている。

「3.陽性者本人及び家族等への説明」も非常に大事だろうということで、ここにも必要な事項について書いている。

前半部分の文章編と治療プロトコルを最初は別々にホームページにアップしたが、作成責任者が明らかにならなくなる恐れがあるという指摘があったので、現時点では第1節、第2節の部分と、別添部分を合同文書の形にし、誰が作ったかを明記して、全体版をホームページに掲載している。

石垣泰則委員から、別添の「自宅療養者のための診療プロトコル」の説明があった。要旨は次のとおり。

「自宅療養者のための診療プロトコル」は自宅療養を強要するものではなく、パンデミックの状況におけるひっ迫状態を想定している。アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に基づいた本人の希望に沿うための医療提供プロトコルである。

「全体的な診療の流れ」では、本プロトコルの利用者を在宅医療に取り組むかかりつけ医と想定して、一般的な診療の中でできるもので、在宅という限られた中で、医療者の安全も確保しながら行うことができるものを主な対応として盛り込んだ。初回診察では医学的アセスメントをしっかり取る。初回診察～Day 7では、訪問看護や電話診察を活用した状態確認を行う。Day 7あたりで病状が急変するケースがあるため、ここで医療あるいは医師がどうきちんと対応していくかがポイントである。それ以降は、後遺症への問題、フレイルへの対策、多職種との連携、出口戦略を考えていかなければいけないのではないかと指摘を受けている。

「実際の訪問の診療の流れ」では、エコーの検査等の記載もあるが、問診や現象に基づいた診断学できちんと診療ができることが重要だと考えている。

また、具体的な事項を列記して、プロトコルの利用者に分かりやすい解説をしている。可能な限り経口補液で対応するが必要に応じて輸液療法を行うこと、酸素療法開始の際は対面診療を行っていることを原則とすることなどを書いている。ステロイドは、酸素療法を開始した時点で行うという方向性になっているが、投与タイミングが早過ぎると感染を助長するリスクも抱えているため、これに関してはさらなる議論や専門の先生のアドバイスが必要である。深部静脈血栓症の予防・治療も議論が不足している。

「その他の対症療法」には、現在も実際に行われていることを書いている。

在宅療養患者の中には、そもそもがん末期で自宅で最期を迎えたいと希望されている方もいるので、みとりの段階の患者への緩和ケアについてもあえて記載している。

Q&A では、実際に現場において出てくるであろう疑問を挙げている。

本プロトコルを出したときに、エビデンスに基づいたものではないのではないかというご批判があったが、参考文献を記載し、最新のエビデンスに基づいて作成したということを伝えている。プロトコル作成ワーキンググループメンバーの名前も記載している。

パンデックあるいは医療崩壊がひっ迫した状態においては、実際にはレムデシビルを投与するタイミングの患者も在宅で診ざるを得ない状況になると予想される。しかし現在、在宅医にはレムデシビルの投与が認められていない中で作成したプロトコルである。今後の動きの中で COVID-19 治療フローチャートに即した形で制度改正等がなされることを期待している。

京阪神の状況も少し落ち着いた中で、本プロトコルを保健所、役所、地域医師会に先生方が持ち込んでくださり、その反応がとても良かったと報告を頂いている。これまで COVID-19 の治療の場面は在宅医療は範ちゅうに入っていなかったが、その第一歩を踏み出せた、とても意義深いものだと思っている。ご批判を頂いた先生にはご説明させていただき、宮本先生からの文章を提示したところ、本プロトコルはエビデンスを踏まえたものであることを認めていただけたと考えている。

### 3. ディスカッション

#### 【プロトコルについての意見】

(大友) 札幌は本プロトコルができた翌々日から在宅医療が開始になっている。本当に本プロトコルができて良かった。ここで感謝したい。20日から始まって今週ぐらいまで在宅医療を提供していたが、ほとんど札幌市内は混乱なくできたかと思っている。体制構築が非常によくできていて、誰を入院させるか、誰を在宅医療にするかというのを、毎日昼に保健所と在宅医2人とDMATの先生と組んで考えて、指揮系統をしっかりとさせていたため、21人の先生が参加しているが、2日に1回ぐらい誰かが往診に行くぐらいで間に合った。体制がしっかりしていれば混乱を防ぐことができると実感した。そのあたりをしっかりとプロトコルに入れていくといいと思った。

保健所などのどこの部署が入るといいかについては、入院調整しているところと施設療養しているところが一緒に入ったのだが、在宅の先生は施設療養を手伝っている人が多く、負担の割り振りをしたり、この人が入院できそう、できなさそうという情報がすぐに入ったので、入院調整するところ、クラスタ



一対策をしているところが入ると、より情報が共有しやすいと感じている。

(新田) 札幌は元々その体制をつくっていたのか。それとも、先生たちがこの間につくり上げたのか。

(大友) 私が4月ごろから大阪と神戸の状況を見て保健所にずっと言い続けていて、ゴールデンウィークぐらいにつくらなければいけないという話になり、医師会とも折衝していたが、ぎりぎりのタイミングで医師会からゴーサインが出た。私は体制構築には二つの条件、保健所から依頼があること、医師会がオーケーを出すことが必要だとずっと思っていて、それがあつたからうまくいったと思っている。

(大橋) 私は川崎市医師会の地域保健の担当理事をしている、今回のプロトコルを医師会で出したところ、自宅療養というプロトコルをあまり勧め過ぎると安易に自宅療養の方向に行ってしまうのではないかと危惧する先生もいた。ただ一方では、もしこのプロトコルが神奈川県で動くとなると、自宅療養で亡くなる方が出たら慌てて動き出すのかという話にもなってしまうので、自宅療養をどのぐらいのボリューム感で始めるかという目安の決め方を地方で考えていいのか、判断基準に悩んでいる。

また、地域包括ケアとの関わりで言うと、地域包括ケアの主は市区町村単位である一方で、入院調整部門も含めた医療の中心は都道府県単位であるため、神奈川県では保健所設置市か、保健所を設置していない市区町村かで、かなり対応の差が出てくるのが現場では多いことが今問題になっている。

(織田) 大友先生、在宅で負担が重くなりそうな訪問看護、介護との連携はどうだったのか。

(大友) ゴールデンウィーク明けから準備を進めていて、訪問看護の方々と酸素の業者とメーリングリストを開始していた。メーリングリストは最初は20人ぐらいだったが、最近は100人を超えていて、みんな入って情報共有しながら同じような診療をするようにしている。連携してうまくいっている。入れるステーションを何カ所用意してあって、そこに頼めるという形になっている。

(鈴木) 茨城県では調査の結果、電話診療・オンライン診療、自院での診療、往診のいずれかについて、自院のかかりつけ患者以外にも対応するという医療機関は87あり、全県をカバーできる。しかし訪問看護では10事業者、訪問介護に至っては2事業者しかなかった。医療だけ頑張っても、訪問看護が十分カバーできない。医師の場合も、往診もするという方だけで見ると、全県がカバーできない。在宅医療に熱心でない通常のかかりつけ医には、このプロトコルでやってほしいと言っても、なかなか対応できないと思う。地域の中で事情が多様なので、全国一律にというのはなかなか難しいだろう。

日本医師会の地域医療対策委員会の先日の会議で、自宅療養について各都道府県の意見を出してもらった。17都道府県の医師会のうち、北海道と福岡は変異株もあるので、なるべく自宅療養を減らすという方針だった。自宅療養の方を在宅で24時間診るのは東京と京都で、なるべく自宅療養で診ると言ったのは京都だけだった。医師会を通じて全国津々浦々でというのはなかなか難しいのではないかと。

(長島) 本プロトコルの前半で、地域で事情は全く異なり、いろいろなやり方があるということが強調されているので、全国でこれでやりなさいということでは全くない。自宅療養が現実的に特にパン

デミックになれば必要になることは既に起こっている、そのような場合、このような体制の構築が必要になるということをも認識していただき、起こってからでは遅いので、なるべく早く検討を始めた方がいいのではないかと、その場合、こういうやり方があるという幾つかのパターンを示しているのだと思う。だから、全国でこれと同じようにやるようにというものではないということがもう少し分かりやすく最初にしっかり書いてあった方が誤解や反発を招かないのではないかと。いろいろな始まりに使ってくれればありがたいぐらいのニュアンスで伝えると浸透しやすいと思う。

(武田) 長島先生がご指摘のようなつもりで書いていたが、少し分かりにくいところがあったかもしれない。本プロトコールは、人工呼吸管理などは本来入院が必要だということを前提にしながら、それでも全ての人が入院できるわけではなくなったときにどういう対応を取るかという思想で作ったものだ。これは向山先生に教えていただいたのだが、状況が悪化するときは一気に来るそうで、その指標としては、入院調整が日をまたぐようになると、救急や救急搬送が滞る、在宅療養者が増えるようだ。大友先生もチャットで「札幌では始める指標は S 残（入院調整班で即日入院が必要な方がその日に残った数）だった」と同じようなことを書かれているので、確かにそうだと思うし、現地でそういうところを共有していただくとありがたい。

(大橋) 神奈川県では神奈川モデルという、訪問看護師が主体で、いざとなれば医師会の先生が訪問診療を含めて考えるというモデルを作っている。実際に訪問看護師はもう行っているが、各市町村では、訪問診療はしなくていい、オンライン診療または電話でいいという形で多くの先生をリクルートしているのが現状のようだ。入院調整が効かなくなり、医師が出向いて訪問診療しなければいけない場面のシナリオを現地できちんと考えていかなければいけないと改めて思った。

(向山) 練馬区は、在宅医の先生方とこういう形でやりましょうという共有までは意外にすんなりいったが、参画できるかというアンケートを医師会会員全員 600 名に取ったところ、イメージが湧かない、ここまでやる先生が実際にいるのかなど、いろいろな課題が出てきた。東京都は委託という箱だけは作ったが、その内容に関してどこまでするのか、電話までならという先生方と訪問までする先生方と二層方式にした方がいいなど、地区の中でもいろいろな意見がある。これから東京はオリパラの関連も控えていて、この内容を詰めていく必要性を強く感じている。

面白かったのは議員の反応で、11 人一般質問があり、8 名私は答弁に立っているのだが、そのうち 2 名の先生方はもろにこの問題を質問された。今回東京は自宅療養がたくさん出たというわけではないが、区民が非常に不安に思っている、いざとなったらこういう体制もあることを区民に伝えておくことが重要だと思った。同時に、ACP について、ご本人がどこまで医療を受けるか、NO CPR なのかどうかをいったん考えてもらうことは入院調整にとっても重要なことだと改めて感じている。

(武田) 高山先生がお入りになっているので一言頂きたい。沖縄は大変な状況だと思うが、大丈夫か。

(高山) 沖縄は大変な状況だ。いろいろとご心配をお掛けしている。全国からの応援に感謝する。



(鈴木) 自宅療養の場合に本プロトコルがあるのはいいと思うが、宿泊療養が入院との間にあって、本県の場合は病床がひっ迫すれば宿泊療養を増やそうという話になっていて、その対応が薄い気がする。宿泊療養に在宅医に行っていただくのはどうか。そこが手厚くなるとかなり有効ではないか。

(宮本) 京都では原則 75 歳以上は宿泊療養は不可能と返答している。熱でふらふらの状態でユニットバスに一人で入るのは不可能といったことなどが理由である。70 歳以上も厳しい。そうなると、70~75 歳以上の高齢者は自動的に自宅療養か入院療養しかないので、高齢者の訪問診療には意義がある。一方、私は京都府でホテル療養のプロトコルも同時に作成中なので機会があれば資料を見ていただきたい。

(武田) 自宅療養の呼吸不全の方をどうやって救うかというところにフォーカスを絞った関係で、宿泊療養の方や介護施設にいる方は事実上介護でクラスターが起きると入院できないので、介護施設で何とかしろという話になるが、この話に今回は触れていないので、この辺も必要であれば議論したい。

(大友) 本プロトコルは在宅医療のプロトコルだが、入院療養、宿泊療養、施設療養、自宅療養、入院待機ステーションといった全体のシステムの中の一つとして在宅医療を捉えなければ体制構築はうまくいかない。どこに割り振るかという全体の仕組みが一番大事なのであって、在宅医療に誰が行くかということだけを考えると片手落ちになる気がする。

(武田) 向山先生、東京は宿泊療養との振り分けはどうなっているか。

(向山) 東京は宿泊療養に持っていくところまでは保健所がコーディネートする。ただ、宿泊療養に入ってから東京都管理になるので、そこから急変したときは、大体の場合は都立病院へというルートがある程度確立されている。ただ、勧告した保健所の事例なので、この患者が急変したからどこの病院に行くという連絡は保健所の医師に入ってくる。もう一つ、施設はかなり問題で、実際に一番苦労している部分だ。在宅医が囑託医をしているところは、宅からいらしている場合もかなりのことをしてもらえが、実際は電話で救急要請しなさいということがかなりあって、そこがなかなか受け入れがなくて困るという事例があることも確かだ。

(織田) 有事のときの連携がうまくいっているのは平時から連携が非常にうまくいっているところで、そうでないところは難しいと思う。日頃から連携の構築がこれからも非常に重要になる。

(石垣) 地域の温度差が激しいので、本プロトコルが持つ意義をもう少し柔らかく皆さんにお伝えするとよい。医学的な管理面に関してはさらに専門家のご意見を聞かなければいけないので、今日この場でというのは難しいと思うが、近々にバージョンアップしていくという方針で進めていったらどうか。

(向山) 大曲先生に伺いたい。これから東京でインド株への置き換えが始まるが、その中で健康観察や医療的な治療面で加えた方がいいことはあるか。

(大曲) 治療は変わらないと思う。大事なのは患者を増やさない、増えたとしてもなるべく早く医療につなげるという1点だ。

(向山) 株が置き換わっていくときには、いろいろな学説や意見が出てくるので、厳然と変わらず、「きちんとここはやっていこう」ということを加えていただけたらありがたい。

(坪根) 10日目以降であれば介護の認定申請等が行えるのかというところも盛り込んでいただけたらありがたい。問診で、認知症あり、なしで振り分けができると思うので、「認知症高齢者の生活自立度」も入れるとはっきりした返事が来るのではないかと感じた。

(大橋) われわれの団体としては、ACPという言葉も含めて、かかりつけ医との関係の中でしっかり意思決定して決めていくというメッセージは今後はあってもいいのではないかと感じている。

(桜井) もちろん在宅は一時的な処置で、原則入院というのは分かるが、入院せずに自宅で最期を迎えたいという患者の視点を支える意味でも本プロトコルはとてもいいチョイスだと思う。

新型コロナウイルスは発症後10日以降の症例からの感染リスクは低いですが、入る側は2回目のワクチン接種を済ませていても、現場にはずっとPPのままで入らなければいけないのか。

(大曲) 一定期間で感染性が下がるというのは国の基準で出ているとおりでと思うが、現実にはそれを受け入れていくとなると、心理的な抵抗があったり、受け入れる時間がかかるだろう。防護着は、ワクチンを打っていても当面は着用すると思う。インフルエンザの患者を丸腰で診ないのがいい例だ。

(蘆野) 本プロトコルの意義は、保健所に連携を意識してもらおうという点が非常に大きい。地域連携を重要視してやっていかなければいけないということが全国の各保健所に伝わるようにしてほしい。

PPについての話は、前方連携と後方連携ということは今後また意識してもいいと思う。会員がなかなかできないという状況の中で病床がひっ迫することが現実にあるので、そのあたりの在宅との関わりが今後一つ議論されてもよいだろう。また、平時にできないことは緊急時に絶対にできないので、最初は軽症、無症状でもいいから、まず連携しておくことが非常に重要だ。そういったことを保健所がしっかりと意識しながら医師会に話をしておく必要がある。

(清水) 在宅でおみとりしたときのご遺体の処理についても、今後もしそのようなケースが出てくるのであれば必要になってくるのではないかな。

われわれのところは30万人の中核市の明石市だが、ピーク時に中等症Ⅱの方の自宅療養者が30人ぐらいいたと保健所が言っていた。医師会で募ったところ、かかりつけではない患者を診る医療機関が六つぐらいだったので、それで1件5人診れば十分カバーできる、それに向けてネットワークを組むというような話を保健所として、本プロトコルを渡した。保健所長は感銘を受けていて、これはわれわれが知りたかった内容だとおっしゃっていたので、そのような使い方をすれば役に立つのではないかな。

(蘆野) 日本在宅医療連合学会のワーキングでは、Q&A をもう少し厚く入れていこうかと考えている。明日のワーキングでそのあたりを話しておく。

(石口) 私は看護師なので、在宅医療がひっ迫しているところに支援に行きたいと思ったが、かえって迷惑になるか悩んだ。医療従事者や介護職のボランティア派遣のいい事例があれば教えてほしい。

(高山) 沖縄では、現在仕事がなく困っている、飲食店で働いている元介護職に声を掛けて、実際に現場に送り込んでいる。

(中山) 私の地域でも、県の医師会から市町村の医師会に「どういった医療機関がどういうことができるか」というアンケートが来ていて、私がそれを取りまとめる係だが、自分のところの患者だけで精いっぱいなのに、よその患者まで診れないという意見が非常に多い。一方で、保健所は今、自宅療養者が体調が悪くなったときにかかる医療機関がないことに苦労している。本プロトコルを基に、医療機関の先生方に「こういったものがあるのでぜひ協力してください」と呼び掛けている。

連携の具体的な好事例を示せば、元々連携がなかった地域も、より積極的になってくださるのではないか。また、自宅療養以外に、地域の広域連合や市町村を含めたところになってくると、介護施設やホテル療養も含めた連携も今後考えていけると、より地域全体をカバーできていいのではないか。

(坪根) 本人がコロナになって、その親が濃厚接触者になるためショートステイ先がなくなり、親の介護のために在宅療養せざるを得ない場合、本プロトコルが生きてくると思う。そういった形で在宅療養される方もいるということも県として提出したい。

(古屋) ホテル療養や他の宿泊施設での療養など、いろいろなことのバランスを取った全体のプロトコルも必要なのかもしれないが、今回は、特に神戸や大阪などで入院を待っている患者がそのまま何もされずに亡くなってしまいうような事例に危機感が生じて、そこに少なくともパッチを当てるために急いで作られたという面があると思う。そこに重点を当てたのはとても良かった。中山先生から優れた取り組みを共有してほしいというご意見があったが、在宅医療連合学会のワーキンググループあるいは災害に係る委員会では、地域の事例をまとめて皆さんに今後共有したいと考えている。

(菊池) 私どもファストドクターは、平均年齢 35 歳ぐらいの大学病院等で勤務している若い先生方を組織化して対応している。かかりつけ医や在宅医を活用するという文脈以外に、そうではない医師を活用するという視点も地域ごとに取り入れるといいのではないか。

(武田) プロトコルは随時見直しをかけていきたいので、今日頂いた意見も、今日言えなかった意見もメールベースで情報共有を頂ければ、ワーキンググループでよくもんで議論したい。ワーキンググループで議論した話はこのメンバーにきちんとフィードバックして、またご意見を頂くようなプロセスを取りたい。全体として、例えば理事会で荒井先生から、在宅だけではなく、病院から退院できるためのところもきちんと書かないといけないのではないかなどご意見を頂いたが、ウイングを広げると時間



内にできず、まず必要なところを取り上げたところがあるので、必要性和、どれくらいわれわれの能力が及ぶのかということも含めて、宿泊療養、施設療養にもどう取り組んだらいいかまた議論させていただければと思う。

チャットでも書いていただいた、在宅療養にどのような方が本来はふさわしいのかということは少し難しいが、もう少しこれも議論できたらいいと思う。

また、有賀さんに大変なご尽力を頂き、「診療の手引き」の中に本プロトコルの概要版が入っている。それだけにこちらの方も責任が重くなっているの、行政の観点、保健所との関係、医学的な話も含めてバージョンアップしていきたい。

(新田) 地域ごとに事情が異なる中で、パンデミックになった場合に自宅療養者を地域で支える人材を、医師も、看護師も、介護士も含めてどうつくり上げるのか、大きな課題をわれわれに出された気がする。これから、在宅療養が必要な人が増えたときに、実際に訪問する人材は、訪問看護も含めてどれくらい必要なのかということ、次の段階でつくっていく必要があるのではないかと感じている。これは在宅医療連合学会も全国在宅療養支援医協会も全日本病院協会の先生方も全部含めて協力体制をつくっていかなければ、とてもできる話ではない。

原則は入院であり、本プロトコルは在宅療養を強要するものではない。一方で、在宅療養を選択せざるを得ない人たち、あるいは選択する人たちを私たちは見捨てることはできないので、武田副理事長を中心として議論を皆さんの協力の下にさらに煮詰めていきたい。

(迫田) 在宅療養に積極的でない先生方のモチベーションを上げるような、「こうやればうまくいく、そんなに負担もないからできる」というグッドプラクティスを広げていってもらい、最終的に各地でそれぞれの地域らしい地域包括ケアができていくことを期待している。

#### 【情報共有と情報提供のお願い】

(武田) コロナワクチンの職域接種が始まり、多くの企業が手を挙げたが、いつワクチンが来るかわからず、問い合わせの電話をしてもつながらないという事態が起こっている。私も何件か確認を頼まれたので聞いてみたところ、22日からの接種というのは22日の週のことを言っているのであって、何日かは今の時点では決まっておらず、1週間前ぐらいには連絡できると思うということだった。そんなことでは医師、会場の確保はできないと企業は不満を漏らしている状況だそう。職域接種はとてもいいことだと思うので、どんどんやればいいと思うが、またもめそう。

また、医療療養と介護療養を持っている東京の病院で、介護療養病床は全員ワクチンが終わっている一方で、医療療養病室には1本もワクチンが来ていないと聞いた。介護療養は住所を移したが、医療療養は退院することもあるので住所地は移していないと言ったら、市町村が、住所を移した人だけは面倒を見るが、医療療養は管轄ではないと言いだしたようだ。これはどうなっているのか、どうしたらいいのかという情報があったら教えていただきたい。

(向山) 最近、モデルナの関連で河野大臣と国と特別区長会の話し合いがあった。非常に前のめりに

前倒しでやっている。ワクチンがいつどのように配送されるか見通しが立たないというのは、住民接種で起きたことと実は全く同じだ。いずれは整理されてくるとは思っているが、どうしてなのかということが繰り返されている。

その東京の病院については、例えば清瀬市は病院が非常に多く、元々の住民の数は7万人と非常に少ない。これで市町村がずれを認めると、ワクチンが病院に配送されて、住民接種の方にワクチンが回ってこなくなってしまう。その恐怖もあって、なかなか難しいというところがあるのは事実だ。

以上



(一社) 日本在宅ケアアライアンス 災害対策委員会  
コロナ対策班 自宅療養プロトコール作成ワーキング (第1回)  
議事録

日時：2021年5月11日(火) 19:00～21:00(予定)

開催形式：zoom 会議

出席者(敬称略)：

新田 國夫、武田 俊彦、石垣 泰則、蘆野 吉和、平原 優美、  
大友 宣、大曲 貴夫、菊池 亮、桜井 隆、清水 政克、高山 義浩、宮本 雄気  
厚生労働省医政局在宅医療推進室(オブザーバー)

事務局：志藤 洋子、高橋 在也

座長：武田 俊彦(災害対策委員長)

**1. 本ワーキンググループ設置の趣旨について(座長より報告)**

神戸・大阪の状況の悪化に対して、自民党今枝議員から在宅医療政治連盟に対応するプロトコールの策定が依頼されるという経緯があった。アライアンス災害対策委員会コロナ班で緊急のWGを組成し、このプロトコールの策定にあたることとなった。

**2. 各委員より報告(自己紹介・提出資料紹介等)**

(1) 自己紹介・状況報告

(2) 提出資料の説明

(資料のある委員より：大曲、大友、菊池、清水、高山、宮本委員)

**3. ディスカッション**

- ・「自宅療養プロトコール」について
- ・地域の保健所、医師会等との連携体制の構築方法について
- ・地域差とそれを踏まえた対応パターンについて
- ・その他

武田：治療方針自体は大曲先生のまとめられたようなものが既にあるが、在宅医療ならではの課題を入れ込まねばならない。

蘆野：保健所長としては、連携の課題。連合学会としては在宅に関係する職種の研修会を開いている。実際の治療方法のプロトコルをとにかく出していこうという。

石垣：コントロールセンターが機能することの重要があるが、区を跨いだ診療をどうするのか。

新田：沖縄・京都・札幌は一つの形を作っている。兵庫神戸、もちろん東京は形ができていない。東京は、軽度者のコントロールセンターであり、事実上はコントロールセンターとなっていない（同じ言葉で表すには混乱が起こるほどである）。現実のモデル例を押さえた上で、「保健所の役割が情報の共有ができていない」（蘆野先生）、また、医療の決定の際に保健所の判断ではなく行えることはできないか。

高山先生の基準（資料参照）を見ながら、応用編を作るということではないか。

武田：保健所のフォローアップという行為と、現実には患者がいて診療する、ということはある程度意識的に分けねばならない。

Q ファストドクターの視点で整理すべき課題などは

菊池：需要はあるが、入院の余力を増やすという点はまだ余地がある。

Q 看護の立場からは

平原：訪問看護 ST の横の連携自体が、大きな課題と感じている。

武田：沖縄の絵ですと、看護協会が入っている。看護協会のなのか、それとも地域ごとの訪問看護協会なのか、それともピンポイントなのか。

平原：訪問看護 ST 協議会の組織率が3割くらいしかない。組織加入のメリットが認知されていな

い。ピンポイントの手揚げ協力はあるのだが（そして必ずしも組織化されていない ST が多い）。

なお、東京は区によって、日頃の医師会との連携でワクチン接種のタイミングが違う。

高山：看護協会立、また医師会立での訪問看護 ST がある。そこがまず汗をかくと、民間もそれにフォローするということが可能だった。

宮本：最初に議論があったが、組織的に協力が得られないことを懸念したので、いわゆる「一本釣り」で訪問看護に協力をお願いすることになっている。まず医師が主導して(physician-led)最初の一步で訪問看護に同行すると、それ以降はハードルが低くなる。Nurse だけが現場で働くという状況を避けたい。

原則入院かどうか、最初にもめた。高山先生と同じで原則入院。在宅医療フォローアップが入るときに、あなたの入院が遅れることはないと強調する、ただ放置される現状を医師の眼が入るといふプラスアルファだという文言を必ず伝えている、極めて重要。

インテリジェンスの高い家族に言われるのは「こういう治療を受けられないのか」ということに対して、不満を言われることがある。なぜ、標準治療を受け入れられないのかという声に対して、レムデシビル在宅使用が可能にならないかという思いはある。入院に比べて明らかに認可されていない薬を使えないということは、大きな事実。

高山：レムデシビル在宅で使えると救命率が違うとは思いますが、基本はレムデシビルが必要な人が入院できる仕組みという方に考える。しかし医療職のいる高齢者施設においては、安全に使える可能性がある。

桜井：「何かあればいつでも入院できる」というふうに普段言っているが、それが不可能なので、兵庫・大阪では、早め入院させるというふうになっている。保健所から直接家族に言って、自分が往診に行っている間に入院と言うことになる。ある方は、在宅の看取りも考えてACPもしていたが、その状況がねじれている。

清水：兵庫だけフェーズが違う印象。10名くらいしか見れていないが、半分以上酸素入れている。入院しないのであれば入院オーダーから外せと保健所に言えと、看護師の藤田さんから言われているが、しかしそのようなことを我々が言うことが許されるのか？これは保健所が入院をジャッジしていることに由来している。看取りにせよ入院させるにせよ、問題。

桜井：その通りで、初診でフル装備の在宅医が、そんなことを伝えることが倫理的に非常に困難だ。

清水：軽症の人は電話でしか対応できない。災害時に、「原則入院」が立ち行かない。

武田：京都の多職種連携モデルは、単に理想的に見えるかもしれないが、このようなことを準備していたからこそ、現在食止められているという側面もある。

新田：蘆野先生のような臨床能力のある保健所長はレア。入院判断は医療判断。

蘆野：保健所に対して「災害対策」（その場合は保健所の業務は調整）の位置づけとすることが急務なのでは。1年遅いのだが。

桜井：保健所が在宅医に振った時点で、プロトコルのもとで、在宅医に任せてもらう、そういう連携を取りたい。医療のイニシアチブは在宅医、保健所のイニシアチブは感染調査というふうにならねば。

Q 厚労省の視点は

中西：医療計画の中での保健所の立ち位置の課題が浮き彫りになっていると言う認識。  
個人情報の例外規定は法律的に問題ないという認識。

新田：2月のアライアンスの緊急行動宣言を記者会見したとき、保健所との連携について厚労省に提言した。保健所の業務を災害の中で機能不全であるときに、役割分担を変え、必要な委託をしてくださいというふうに提言した。厚労省は小さな記事を出したが、全く保健所の中で認知されていない。今回は、明確に全国の保健所と都道府県がわかる形を、厚労省に強く求めたい。厚労省が明確に出せるものを、ひとつ作り出す必要が急務なのでは。

このような兵庫の現状を考えると、今回は強力な提言となるように、厚労省に求めると同時に、一緒に協働していきたい。

治療のプロトコルもキチッと出しておきたい。大友・宮本先生の前案をここでオーソライズしていければ。

有賀：逼迫している都市部の保健所の現状がわかる当事者の意見も有用では。

#### 4. 次回の日程確認等

メールで意見交換しながら、次回会議は

5月14日（金）19時～

(一社) 日本在宅ケアアライアンス 災害対策委員会  
コロナ対策班 自宅療養プロトコール作成ワーキング (第2回)  
議事メモ

日時：2021年5月14日(金) 19:00～21:40

開催形式：zoom 会議

出席者(敬称略)：

新田 國夫、武田 俊彦、石垣 泰則、蘆野 吉和、平原 優美、高砂 裕子  
大友 宣、大曲 貴夫、菊池 亮、桜井 隆、島田 潔、清水 政克、宮本 雄気  
厚生労働省医政局在宅医療推進室(オブザーバー)

事務局：志藤 洋子、高橋 在也

座長：武田 俊彦(災害対策委員長)

\* 資料目録

- ・「自宅療養者のための診療プロトコール」(ダイジェスト版)
- ・「新型コロナウイルス感染症 在宅治療マニュアル(Ver1.0)」(プロトコール詳細版)
- ・「自宅療養者に対する医療提供のプロトコールについて(緊急提言)(案) ver.1.2
- ・本WG委員リスト

1、はじめに

新田：向山練馬区保健所長とのヒアリングを経て、武田さん、宮本先生がプロトコール原案を作成くださった。それをもとにディスカッションを行いたい。

2、「自宅療養者に対する医療提供のプロトコールについて(緊急提言)(案) ver.1.2 について

武田座長より、資料説明があった。

\*\*\*

蘆野：概ね異存がない。自分の強調したい点は盛り込まれているので、皆さんの議論の中で修正したい。

武田：「調整本部」という用語は、情報が集約されてそれに基づき対策を行う本部という広い意味で用いている。

高砂：都道府県の訪問看護ステーションは、訪問看護ステーション協議会のことだと思われる。



菊池：東京で問題になっていたのが、保健所とフォローアップに情報が2元化（分断）されている問題。そこが議論されている点が良い。関係団体に、医師会に加え訪問看護ステーションが必要箇所に入る必要がある。

島田：連携部分の課題、よくかけている。

大友：「体制構築の時期」は、もっと早い必要があるか。

武田：例示したのは、発令と同時同日に調整本部の立ち上げという意味。そのことの意味が強調できるようにしたい。

大友：文言の「配送可能薬局・業者等」については、より他職種をフラットに表現するのはどうか。

武田：調整本部にいる多職種を念頭に書いているので上記のような表現になった。

大友：誰に向けた文章なのかということが重要。

石垣：説明の必要性については、同居家族と施設では様相が違うように思われる。  
このプロトコルをぜひアライアンスで周知したい。

新田：日医釜菴先生も、内容周知に協力したいとのこと。

・現実的には、かかりつけ医の参画を考えると遠隔診療が多いのでは  
→武田：酸素が必要な患者さんを重視して書いた、という方針にする。

### 3、治療プロトコールについて

清水：患者への説明同意のタイミングをどう扱うか。

（以下、議論の途中より書きます）

#### 【ダイジェスト】

・デカドロンの容量：6mg

(例) と書く

- ・血栓の見方（どんな人を対象に書くか  
在宅に慣れている人でも難しい）  
ハードル低く書いたほうが良いのでは。
- ・そもそも CO2 が上がりやすいナルコーシスは？  
そのケースは除外した記載が必要？  
「基礎疾患に応じて」と詳細版には記しているが。

桜井：デカドロンの場合は、デカロン終了後72時間と尼崎で言われているが

蘆野：厚労省のガイドラインには書いておらず、これは勝手には変えられないはず。

宮本：家族の隔離基準。QA に記す

### **【詳細版】**

大きくは

- ・ ?
- ・ 保険証：医療保険と介護保険
- ・ 基礎疾患の確認
- ・ 血液検査
  
- ・ 肺塞栓の急変リスク：問診と「所見」という表現に。
- ・ ECMO については、削除。ageism を回避する
  
- ・ 「初回訪問」をどう書く？往診にせよ、オンライン診療の人を考える人もいる。  
「初回診療」？  
厚労省的には、オンライン診療は認め難い  
電話診だけで患者が亡くなるのが怖い、対面しないとという思いはある
  
- ・ 「発症日」→削除
  
- ・ 急性肺炎に在宅酸素を入れるようになったのが2月  
→アライアンスが発信するわけなので、往診・対面の重要性を押しえておくのは大事ではないか

- ・エコー2点法の箇所→可能であればエコーを
- ・DVT 治療量の表現微修正

・「訪問看護・電話診療」の部分は、それぞれ独立させてはどうか

平原：訪問看護の方でもプロトコルを作らねばという話が出ている。医療とは違う、状態観察や診療補助に加え、生活援助の視点。訪問看護は、自立度が高い人と、医師がいかなばならない人にステージを分けて見ている。

・電話診療は、フォローアップ的な側面か。

・訪問看護セクション：在宅医療連合学会でいう「タスクシフト」+生活援助の視点か。同居家族の健康観察。

不安の強い人の不安内容、どういう治療を受けたいかを明確に捉えることを重視している。(家族への不安への対応)

→平原さん、高砂さんでまとめていただく

・酸素のセクション：CO2 ナルコーシスは強調しておく

・呼吸数の書き方、悩ましかった：

基礎疾患がなければ、と書いてあるのでこれで良いか。

・ドンペリドン、座薬は積極的に書かない方が良いか（イギリスのガイドライン）、感染リスク。

・アセトアミノフェンの用量。最低 600 から使って欲しいと個人的には思っているが。

600mg 以上？

用量については、発熱に関してはエビデンスない？

200 の 2、3 錠で良いか。

→あくまで処方例なので、このままで後はドクターの判断で良いのでは。

>>

石垣泰則から皆様 (8:55 午後)※チャット内容

アセトアミノフェン解熱時の使用法（添付文書より）効能又は効果（2）の場合

通常、成人にはアセトアミノフェンとして、1 回 300～

500mg を頓用する。なお、年齢、症状により適宜増減する。ただし、原則として1日2回までとし、1日最大1500mgを限度とする。また、空腹時の投与は避けさせることが望ましい  
>>

・ステロイド

SpO292-94 というファジーな書き方で良いか。

投与期間：漸減？は不要

12錠分2は削除

・DVT

「可能な限り病院での評価・治療が望ましい」下線で強調しておく。

・緩和ケア

緩和医療学会のガイドラインを写すので良いのか？

座薬についての記述には、感染リスクについてのコメントを付す

・QA

点滴：経口補液もありき、という表現に修正

・シューズカバー：英米ではエビデンスない・・・

大曲：はっきり分かるまでは、先生方が安心できることが重要

蘆野：自宅では清掃がうまくいかないのが、危険性はあるだろう

→このままの記載で

・PPEの着脱の記載も軽く書いておく

・薬剤

使えない（認可されていない）は書いておいて良いのでは

対応法の箇所は、カットして良い

・発症早期のステロイド使用

大曲：これ以上のことは書けないだろう

7日以前でも呼吸不全がある場合は、使っても良いと考える

Q4 を削除したほうが誤解を防げるか？

→その方が悩まないのでは。削除。

・イベルメクチン

削除して良い。

・下肢エコー

ダイジェスト版も 2 点法を削除するので、ボリューム削る。

・隔離基準

同居家族の隔離基準について加筆する。

PCR については書くことが難しい→記載しないので良いのでは

最終決定が保健所であることはしっかり強調する

(保健所の最も重要な権能が私権の制限なので)

・死亡時のことは

ここでは書かない方が良いのでは

在宅医療連合学会の QA には記載している

\*\*\*



(一社) 日本在宅ケアアライアンス 災害対策委員会  
コロナ対策班 自宅療養プロトコール作成ワーキング (第3回)  
議事録

日時：2021年9月3日(金) 21:00~22:00

開催形式：zoom 会議

出席者(敬称略)：

新田 國夫、武田 俊彦、石垣 泰則、蘆野 吉和、平原 優美、高砂 裕子  
大友 宣、菊池 亮、中山久仁子、桜井 隆、島田 潔、清水 政克、宮本 雄気  
向山晴子、厚生労働省医政局在宅医療推進室(オブザーバー)

事務局：志藤 洋子、高橋 在也

座長：武田 俊彦(災害対策委員長)

\* プロトコール第5版の改訂に関して、検討を行った。

日本在宅ケアアライアンス 災害対策委員会  
新型コロナウイルス感染症対策班 プロトコール作成ワーキング会議（第4回）  
議事録

日時：2022年1月16日（日）

オンライン会議

参加者： 新田國夫（全国在宅療養支援医協会長、日本在宅ケアアライアンス理事長）、武田俊彦（岩手医科大学医学部客員教授、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、石垣泰則（日本在宅医療連合学会代表理事副会長、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、蘆野吉和（日本在宅医療連合学会代表理事会長、日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長、日本在宅ケアアライアンス業務執行理事）、平原優美（日本訪問看護財団事務局次長、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、高砂裕子（全国訪問看護事業協会副会長）、坪根雅子（日本介護支援専門員協会常任理事、日本在宅ケアアライアンス理事）、中山久仁子（プライマリ・ケア連合学会、医療法人メファ仁愛会マイファミリークリニック蒲郡理事長・院長）、大友宣（医療法人財団老蘇会静明館診療所）、桜井隆（さくらクリニック）、島田潔（在宅医療政治連盟会長）、清水政克（清水メディカルクリニック副院長/理事長）、宮本雄気（よしき往診クリニック）、菊池亮（ファストドクター）、向山晴子（練馬区保健所長）

オブザーバー： 有賀玲子（厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室）、中西浩之（厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室）

事務局： 志藤洋子、高橋在也、芦澤早雪

## 1、各地からの現状報告

（蘆野） 今回の在宅医療連合学会の参加者は沖縄、北海道、八戸、東京、京都、広島、愛媛などであった。全般的には、軽症者が多いという話があった。しかし、若者のフェーズが終わった後に、幼稚園児、高齢者のフェーズにうつっており、重症者が多くはないという状況が変わってきているようだ。幼稚園の閉園、小学校・中学校での濃厚接触者の増加により、働けない医療・介護従事者が増加しているようだ。岩手は10万人当たり約10人ぐらいでまだそれほど大変ではないらしい。山形では、新潟の感染者が、若者が集まる飲食店に入り、そこから感染者が爆発的に増えた。昨日までは15～16人の感染者のうち新規が1人で、収束かと思ったら、年代が上がり、昨日、今日と高齢者施設にクラスターが発生した。障害者施設と幼稚園でも発生した。みんな軽症、中等症なので対応できているが、明日から外来でのトリアージで宿泊療養と自宅療養の振り分けが始まる。

（武田） 今のところ治療上の問題点は出ているか。

（蘆野） 今のところ若者フェーズなので、治療はほとんど必要なかったが、今日から風向きが変わりそうだ。そうすると経口薬と中和抗体療法をどのように分けていくかが課題になる。

(向山) 東京都では、保育園・幼稚園、学校で感染者が出過ぎていて、各所管で対応して確認しようとしているが、幾つかの区は白旗を揚げた。今回、軽症だが発病が非常に早く、保健所がもたもたしているうちに事が終わってしまう。

練馬区は酸素ステーションを持っており、このところ 1 日に 1 件程度、救急隊が困り果てて搬送してくるという事例がある。

経口薬の関係では当初かなり混乱があった。登録していない医療機関の医師が書いた処方箋が薬局に行って困ったという話もある。薬局との連携については、処方できるところはできるだけ広く処方するよう頼んでいるが、東京でもこの薬が行っているのは 3 箱ぐらいなので、分散して本当にうまくいくのか分からない。ロナプリーブのときは保健所からの推薦や、希望の確認があったが、今回は医薬連携と、場合によっては看護ステーションで経過を見るという枠組みになると思うので、そこをどうするか、医師会と話し合いを持ち始めている。金曜日の夜、やっと保健所にも薬局と医療機関のリストが届いた。今日、経口薬を開始しているという医療機関が 2 件あり、1 例は高齢の方だったのでそのままこちらで健康観察するという事も書いていただいた。

先週ぐらいまでまだ少しデルタの関係もあったということなのだが、ロナプリーブは駄目なので、酸素ステーションも中和抗体を切り替えるということだ。こちらでもクリニックから、重点医療機関に対して、新しい方の中和抗体薬でということ、若干コーディネート事例が入ってきている。ただ、使い分けをどうしていくか、できるだけ広い方が処方ができるという配分が地域でうまくいくのかという問題がある。それから、薬局の数が少ないので、薬局の場合はエリアで集中させる、土日は休日薬局など、練馬区で言えば 4 地区ぐらいのエリアに分けて対応していかなければ、うまくいかなるところが出てくるのではないかと心配している。

(武田) 今、東京では検査した医療機関が、保健所を通さずに直ちに健康観察に入るというルールか。

(向山) 全件ではない。東京都の事業は HER-SYS 入力や土日も含めた健康観察など条件が厳しい。それ以前に、区などで実施をお願いしていたものは、電話まで、オンラインまでなど幾つか層化されていて、HER-SYS が絶対などの厳しい条件もなかった。練馬区内もそうだが、検査だけ大量にする医療機関で、健康観察も HER-SYS 入力も無理で、ファクスで発生届を送ってくるところが残っている。HER-SYS 入力が間に合わないのが、私が発生届を見て、これはすぐに入院調整に入れという所長トリアージを毎日やらなければいけないが、昨日の 3 時の時点で届出で 230 件を超えていた。国の計画のピーク時の数字を優に超えている。

今、にしたんクリニックなどの検査が混みだして、発生届自体も来るのも遅れているし、当然、健康観察はやっていないので、そこをどうしていくかという問題がある。

(武田) 島田先生からちょっと困った話があったが解決したという話があった。紹介いただきたい。

(島田) 東京都保健所との事業において、在宅往診できる医療機関が、健康観察や状態悪化時の臨時往診を目的として登録していたのだが、金曜日に保健所から、療養経過期間 14 日が過ぎたので最後の陰性確認のための PCR 検査に回してほしいと 22 件連絡が来た。本来の目的とも違うし、最終確認のため

だけの PCR に往診医療機関を使ってしまうべきでないのではないかという話をした。土曜日の段階で、政府で、オミクロン株は自宅療養は 10 日間、最後の PCR 検査は不要という方針が決まったので、結果として解決はした。

(石垣) 在宅医療連合学会での話題について付け加える。抗原検査キットや PCR の検査キットが感染拡大の中で不足しはじめているという話が出た。全国レベルで見ると地域間の差が激しく、沖縄県は非常に厳しい状況だったが、四国の諸県はのんびり構えていた、山梨県では前回まではなかなか相手にされなかった古屋先生に対策本部に出向くように県から声が掛かったなど、いろいろな変化がこの第 5 波、第 6 波の間で起こったという報告があった。私のところでは、看護師と事務員が 2 人感染者になり、感染症対策を取った診療体制を急遽組むためにバタバタしている。

(大友) 札幌は今、自宅療養者が多いが、在宅医療や在宅診療を必要とする人はあまりおらず、毎日 10 件ぐらいで、ラゲブリオを投与する人が昨日 1、2 人いたという程度だ。今週行うラゲブリオの使い方の方のミーティングには約 300 人が参加予定で、今日のプロトコールなどを参考にして講義しようと思う。

(清水) 私個人にはまだあまり依頼は来ていないが、先ほど藤田愛さんから、訪問看護の依頼が今日ぐらいから出だしたので、明日ぐらいにはどっと来るのではないかというお話があった。ただ、神戸は第 4 波のときと同じスキームでやろうとしているので、うまくいかないだろうと話している。神戸は宿泊療養、入院が基本だという線を崩していないように聞いている。

(桜井) 尼崎は一昨日、昨日と 200 人、300 人と陽性者が出ている。しかしみな軽症だ。尼崎では現在、若者から高齢者にうつるパターンが増えている。第 4 波、第 5 波と同じ対応をするのは間違いだ。若いリスクのない人は放っておいて、症状が出て検査せずに 10 日間自宅安静でいいことにして、重症化するであろうリスクのある人、高齢者をつかまえる方針に転換しなければ機能しないと思う。

(菊池) 1 月から数がかかなり増えてきて、1 月以降で今、依頼が 231 件で、うち東京が 154 件で、大阪、埼玉、千葉が 20 件ずつぐらいだ。重症化したのはそのうち 4 名で、2 名が基礎疾患あり、2 名は 28 歳と 42 歳の基礎疾患なしの方で、ワクチンも打っていた。これがオミクロン株なのか、それ以外の株なのかは、検査センターからのフィードバックが恐らくリソースが限界のため戻ってきておらず分からない。

(平原) 東京都北区の場合は、初めは 1 月 4 日に保健所から、障害児と母親と祖母が全員陽性になったが入院施設が見つからないというケースの対応の依頼があった。このケースは家族で入院できたのでよかったが、保健所から、家族ぐるみで観察が必要で、その中には高齢者や障害者がいるというケースの依頼が少しずつ来るようになった。

東京都北区も 1 日約 200 件の陽性者が出ており、訪問看護ステーションを二つの層に分けることにした。第 5 波までは五つのステーションが地域割りをして、中等症と入院待機者に健康観察と訪問をしていた。今回は、軽症者の電話対応のみならできるという 13 カ所のステーションが保健所から依頼が来たケースをとにかく追って、第 5 波までの経験のあるステーション五つが実戦部隊として動く。五つのス



テーションに依頼のあるケースはまだそれほど多くない。ただ、医師会は前と同じで2カ所の訪問診療の先生が協力医として動きながら、他の医師会の先生は自分のところで診断すると言っている。

また、北区にある酸素ステーションをどのように活用するかが今回、話し合いのテーマになっていた。

(中山) 愛知県の蒲郡市は東京や大阪ほど感染が広がっていないが、徐々に毎日増えている。検査できる場所が少ないことが問題だ。県が指定する薬局で無料で検査できるが、その薬局では薬剤師が行うので1日に6人ぐらいしかできない。それも、人口約10万人の市内に2カ所ぐらいしかなく、それ以外には医療機関でやるしかない。

現在は市民病院が中和抗体療法をしているが、これから市民病院が中等症以上の方を受け入れるようになると、市民病院での治療が難しくなるといわれている。市内でできる医療機関を探そうとしているがそこまで手が回っていない。そこで、医師会は市に場所を借りて休日急病診療所を行っているが、平日も借りることにして、昼休みにそこに開業医が交代で行って、そこで治療をするようにしたらどうかというようなことを今つくっている。

最近、透析患者が陽性になった場合に、透析できる場所がないことが地域で問題になっている。東三河には1床しかない。今、透析のクリニックと病院と連携して相談しているところだ。独り暮らしの方の透析の送迎をどうするかという問題もある。送迎にかかる費用、救急隊は病院に送ることはできても帰りに家に送ることはできないなど、いろいろな制約がある。

(高砂) 昨年末に各区のモデルを作る相談だったが、行政、市と区の調整などが進まず、具体的な地域モデルはまだ動いていない。訪問看護に行っているところのヘルパーが感染者になり、その利用者や家族に対してどのように対応したらいいのか、ヘルパー、事業者がよく分からないということだったので、保健所への連絡、利用者や家族の検査のことなどの相談に乗ったりしている。

(坪根) 娘が働いている小倉記念病院の心カテ室でクラスターが発生し、娘が濃厚接触者になった。娘はリビングの入り口を10cmだけ開けて挨拶して、10日間ずっと早めの出勤で陰性証明をして就労するというスタイルを取っていた。

介護支援専門員としては、この2年間、右肩上がりで利用者は増えている。入院して面会できなくなること、病院に行って家族も感染することを避けるためにだ。がん以外の患者も新規利用者は毎週3件以上増えている。

北九州市では、救急隊では間に合わないということもあり、行政が、介護タクシーの事業者に搬送の協力を依頼している。その連携先の訪問看護ステーションとして当社に依頼が来て、先週から軽症者の受診に同行するような形を取っている。

(有賀) 1月14日に一部改正の形で、事務連絡「新型コロナウイルス感染症の感染急拡大が確認された場合の対応について」が出ている。ここでは、高齢者、障害者等特に支援が必要な方々の居住や支援に冠する全ての関係者の事業継続を要請し、濃厚接触の扱いもそれに準ずる形にしようということになっている。これを目安に濃厚接触者の扱いを自治体ごとに決めてもらうことになっている。



今はイメージ的にいかにもオミクロン株に置き換わっているように思われているが、重症化しているのが必ずしも全部オミクロンではない。施設のクラスターなど高齢者に関係するところは意外とまだデルタなのではないかということだ。

まだ厚生労働省として確定はしていないが、今、担当者の中では、オミクロン株に関しては健康観察の対象者すら、本当は絞っていく必要があるのではないかという議論はしている。若い、基礎疾患がない人は、自動架電、My HER-SYS 等だけで対応していくことを考えている。ただ、厚生労働省などで決めても、保健所などはなかなか変わらず、前のおりにやってしまう。先ほどの神戸市の話聞いても、少しでもうまくいっていたことがあると、そのまま宿泊療養施設を中心にと考えてしまったりということだが、恐らく確かにそれではとても間に合わない。若くてリスクもなさそうな人はしないなど、宿泊療養施設はできるだけ空けるぐらいのイメージで今は考えている。

これは相談だが、どうやったら皆さんが HER-SYS で発生届を出してくれるのか。

治療に関しては、日々状況が変わっているので、レムデシビルの検査の間隔等については明日以降またお答えしたい。

(島田) HER-SYS の入力にはドクターだけでは難しい。事務スタッフをある程度配置している医療機関であれば何とかやれるが、そうではないところでは追い付かないと思う。

(新田) 一般診療所で発熱外来も含めてやっているところは事務スタッフがいないので、入力できる人がいないというだけの話だ。届出はファクスでいいので出せる。

(向山) 発病日と重症化リスクは判断のポイントになるので入れていただきたい。医師会には繰り返しお願いしている。特に重症化リスクで、健康観察予定がきちんとあるか、経口薬の投与を開始しているかといった情報が大事になる。練馬区では神奈川ほど HER-SYS と連動しておらず、ヒアリングシートを作って、それにアクセスして入力してもらっている。観察対象者が電話に出ないことに困っている。

(島田) 世の中全て、ネットに入力することで合理化を図っているように見えるのだが、実は最後は誰かが入力している。医療機関が本来すべき仕事は医療の提供なのだから、医療機関からはファクスで全部送るだけにして、行政側がそのための入力スタッフを外注などで集めて入力するのが一番迅速にやれることだ。入力をするような代行業者はたくさんある。

(桜井) おっしゃるとおりだ。尼崎市は HER-SYS は保健所、市が入れてくれて、医療機関はファクスするだけなので助かっている。この仕組みがぜひ全国でも広まってほしい。ファクスが壊れたらどうするかという問題はある。去年、ファクスが壊れて新品が半導体がなくて手に入らなくて困った。

(大友) いつまで全例登録するのかという問題なのではないか。新型インフルエンザがはやったときもどこかの段階でやめて、その後、しばらくしてから5類になったと思う。2類相当のままでも恐らくやめるのはできるのではないかと思うが。

(向山) HER-SYS に入れると、そこで自動架電が始まる、健康観察にすぐ入れるというメリットは確かにあるが、入力が進んでいない。まずは大事なところをしっかりと書いてもらいたい。すかさずの診断書が一番困る。記載漏れを減らすためにもまた戻って HER-SYS への入力を何とかお願いできないかと、ぐるぐる回ってしまう。本当に先生方がやるべきところ、私たちがやるべきところを層化できればここは違っていくだろう。自主管理すべきところがあるのではないか。そこは、先週金曜日、全国所長会で話したが、地域差もあって、ソフトランディングで、5類に向けても含めて、まだ少し早いのではないかという議論が多かった。

東京都が抗体カクテル相談センターをつくっているのは変な話だ。そこは診た先生が判断して、調整方法が分からなければ行政に聞くということに戻さなければいけない。

(新田) あれは患者に判断させるのだから、あんなにおかしな話はない。

(向山) 情報提供はいいが、判断は違うということを強調したキャンペーンにしなければ、経口薬も危ないと思っている。今の経口薬は実はそんなに人気なくて、あまり患者は言ってこない。この後のファイザーはかなり期待感とうわさが飛んでいるので、やり方によっては患者が決めていくようなことが起き得ると思っている。

## プロトコール作成の議論

### 【プロトコール説明（全体的な診療の流れ～酸素療法）】

(宮本) 「全体的な診療の流れ」に関する改訂点は、初回診療の欄に「適応があれば抗ウイルス薬・抗体薬の早期使用を検討する」を記載したところだけである。

(新田) 「適応があれば」の「適応」について、どこかで解説文があってもいい。

(宮本) 後半にいろいろ記載している。

「実際の訪問の流れ」については、レムデシビルは死亡率を明確に下げるものではないから「検討」という表現にしている。症状の改善が早くなるだけでタミフルと同じようなレベルだ。食事・水分摂取が十分ではない場合は輸液を行うこと、血栓のことも記載している。高リスク患者で発症 7 日以内かつ酸素投与を行っていない場合は、抗体医薬やレムデシビルの投与を検討する。このレムデシビルの早期投与に関しては先取りの情報なので、今後、皆さんでディスカッションして決められればと思っている。

高リスク患者で発症 5 日以内かつ酸素投与を行っていない患者に関しては、モルヌピラビルの投与を検討する。

各薬剤の「高リスク」の定義は、疾患によって高リスクの定義がばらばらなので、後のページに細かく書いている。

「患者費用負担と保険証の確認」～「対症療法」は前と重なっているので資料をご参考いただきたい。「血液検査」も同じである。

「輸液療法」も少しだけ改訂したがほぼ同じだ。指示内容例だけ少し変えて、皮下投与と静脈投与のことを書いている。

「酸素療法」も変わらない。

## 【プロトコール説明（薬剤）】

（宮本） ステロイドは変わらない。一般的なエビデンスのことも少し書いていて、電話診療やオンライン診療についても記載を残している。サチュレーション低下、いわゆる発熱が続いてステロイド投与といったところが一時期議論になったが、そこもある程度否定するようなエビデンスも積み重なってきているため、基本的にはサチュレーション低下がある方に対しての酸素投与というところでよいかと思っている。

レムデシビルからが本題だ。レムデシビルは10月中旬に事務連絡が出ていて、厚生労働省の管轄ではなくなって一般の卸で手に入れることになっている。ただ、死亡率が下がらないので、声を大にして言っていなかった。

レムデシビルは、肺炎を有する患者の早期症状改善が得られる可能性があるとして認可されたが、12月末に、「The New England Journal of Medicine」の論文で、発症7日以内でリスクがある患者に3日間投与したところ、ハザード比0.13で約90%の重症化予防効果があったというデータが出た。これを今後、厚生労働省が進めていくのではないかと考えている。

投与時は連日の肝機能および腎機能の測定が推奨されている。

投与は、初日は2バイアル、2日目以降は1バイアルで、生理食塩水に混注し30分ぐらいかけて投与するのが基本である。効果が出ない、悪くなる場合は10日まで投与する施設もあるかもしれないが、ほとんどの病院で5日間投与としている。

ゼビュディが使われ過ぎていて枯渇しそうなため、次の指針の変更のときに、ゼビュディのトーンを落として、モルヌピラビルとレムデシビルのトーンを少し上げる、薬事を通すのに時間がかかるので、薬事を通さずに指針で適応外使用として書く予定ということをやわらかい程度に聞いている。そこを少し先取りして、重症化予防投与について書いている。プロトコールを早く発表するならここを消してまず発表して、後日、追記することになると思う。3日間投与でハザード比0.13というのはかなり大きいので、今後ゼビュディが不足した場合にレムデシビルが主流になる可能性は十分ある。

リスク因子については、また感染症学会である程度絞って書いてくれるのではないかと考えている。嚥下性線維症も日本人向けに書く必要があるかという問題がある。

モルヌピラビルは、発症5日以内かつ酸素は不要だが重症化リスクを有する18歳以上の患者に対して投与を検討するのが原則である。入院・死亡を約30%低下させたということを書いておくと患者にもICしやすいと思うので書いている。妊娠している可能性のある方には投与しない、挙児希望がある方や妊孕性のある世代の方に関しては、慎重に考えて投与する、内服中・内服後4日間の避妊を行うということを書いている。

1回4錠、1日2回飲む。在宅向けに、カプセルのサイズが大きいので嚥下機能低下のある患者の処方には十分注意することを記載している。

リスク因子は、感染症学会のものを採用した。絶対にモルヌピラビルの投与適応だと言えるのはダウ

ン症と脳神経疾患ぐらいで、それ以外はゼビュディでいいのではないかと考えている。

抗体医薬は、今後ゼビュディが主流になると思うが、認可されているものは一応、書いている。抗体医薬は都道府県の認可を受けた医療機関でないと投与できないことになっている。

発症 7 日以内かつ酸素投与が不要だが重症化リスクを有する 12 歳以上かつ体重 40kg 以上の患者に対して投与を検討するのが原則である。投与中のモニタリングおよび投与後 1 時間の観察が必要となる。本邦で承認されているのはロナプリーブ（カシリビマブ/イムデビマブ）、ゼビュディ（ソトロビマブ）で、オミクロンに関してはロナプリーブは効かないということを書いている。ソトロビマブは濃厚接触者に対しての認可がまだ下りていないはずなので、そこはさらっと書いた。

都道府県の認可の話は、現在、事務連絡をそのままコピー・アンド・ペーストしただけだが、これを入れるかどうかは皆さまとご相談したい。役所の難しい言葉で書かれているので、これをそのまま載せると理解が難しいと思う反面、これぐらいやらなければ認可されないということも伝えたかったのでいったん載せている。

ロナプリーブは 70.4%、ソトロビマブ 85% の死亡入院予防効果がある。7% から 1% に下がるのが 85% と言えるのかという問題はある。数字マジックを暴くために細かい数字も記載している。

投与方法は、ロナプリーブは皮下投与もできる。ソトロビマブは注射だけになっている。

発症予防のことも記載はしている。リスク因子に関しては、BMI を 25 で切るか 30 で切るかなど都道府県によって少し違うので、「詳細は添付文書等を参照のこと」と少し逃げの文章を書いている。

インラインフィルターやアナフィラキシーの処置物品など、必要な物品もあまり皆さんご存じないと思うので書いている。

モニタリング方法は、基本的には輸血のような感じでチェックすればいいのではないかと考えている。

## 【説明前半について】

（大友） ラゲブリオはワクチンを打った場合のデータがないが、それは書かなくてもいいのか。

（宮本） それを記載するとゼビュディが選ばれてゼビュディが枯渇してしまう可能性が高い。※で「ワクチン接種していない患者において」という一言があってもいいかもしれない。

（大友） 少し触れる程度でいいかもしれない。

（菊池） ステロイド薬のところ、レムデシビルとの併用を推奨するかどうかの記載についてはどう思われるか。先行投与が良いとか悪いとかという議論があったと思う。

（宮本） 当時ステロイドが認可された根拠のある論文はレムデシビルがあまり投与されていなくて、理論上、やはりレムデシビル先行投与のステロイドというところがあるかなと考えている。実際どうしていくかは議論が必要だ。

（菊池） レムデシビルは仕入れはできることは確認しているが、関東信越厚生局に確認すると在宅投



与についてはまだ認めていないという回答があった。そこが認識の不一致が伴う。

(武田) ギリアド・サイエンシズから、レムデシビルは在宅で使ってもいいという扱いになったが、アライアンスのプロトコルで、在宅で使えない薬の一つに書いてあるという話があり、その修正が必要ではないかというところからこの見直しの作業が始まっている。この点、私から厚生労働省に確認はしていないので、有賀さん、中西さんと、重症化予防投与を書いていいのか、書いていいなら診療の手引きの改訂がいつごろになるか、保険の扱いの話について連携を取らせていただきたい。

(宮本) あまり使える薬を書き過ぎると混乱を招きそうだが、レムデシビルの予防投与は今後、キードラッグになるので書かざるを得ない。外すとしたら抗体医薬になる。今のところ最も使える診療所が少ないのは恐らく抗体医薬だ。

ここは記載していなかったが、ロナプリーブは、医者が投与が必要だと判断したら、医師が保健所に移動手段などの相談をして投与する、もしくは調整本部と相談して投与の手配を行うという行為が必要なので、この知識は必要だと思ったりもする。

(新田) 今、宮本先生の話聞いて初めて何が優先かと分かった。文章の説明がだらっと出ている限り、何が優先でどうするのかというのはなかなか見えないかもしれない。

(宮本) 薬価や備蓄の問題があって、優先順位を付けていいかどうか悩ましいところではある。

(新田) 前に出された、何日目でこれとこれとレムデシビルという絵柄は分かりやすかった。

(宮本) 「自宅療養者のための薬物治療プロトコル (ダイジェスト版)」「自宅療養者のための診療プロトコル (ダイジェスト版)」を作って一覧化はしている。

(大友) そのダイジェスト版は「自宅療養者」になっているが、ダイジェスト版ではないものでは「在宅治療」になっている。地域によっては、外来で投与して、帰ってきて自宅療養を継続するというスキームもあり得るので、自宅療養を担当する先生が、どういう選択肢があるのか分かることが今回大事だと思う。「在宅」ではなく「自宅療養者」という形にするのがいいのではないかな。

(宮本) 「自宅療養者」に統一していきたい。

ダイジェスト版にはステロイド、レムデシビル、モルヌピラビル、抗体医薬が載っていて、パクスロビドが出たら抗体医薬の行を削ってそこに入れることになるか、モルヌピラビルを少し削るかになると思う。パクスロビドは飲み合わせの悪い薬がたくさんあるので、注意書きが必要になる。そういう意味でモルヌピラビルが意外と生き残るかもしれない。

(新田) ダイジェスト版で見ると分かりやすい。



## 【プロトコール説明（血栓症の予防～急変対応のフロー）】

（宮本） 血栓症の予防に関してはいろいろなご指摘も頂いたので、もう一度確認が必要かと思っている。イグザレルトは推奨から外している。抗凝固薬の投与量の適切な量は、いろいろな論文が出ていて、分かっていないので、予防用量のみ記載している。

エノキサパリンが一番エビデンスが多かったが、ダルテパリンも少しエビデンスがあり、こちらの方が高齢者は使いやすいのではないかというご意見を前に頂いたのでこちらも記載している。ただ、腎機能が悪いと両方とも使いづらく、ヘパリンカルシウムが一番使いやすいという人もいるので、ヘパリンカルシウムも記載している。ヘパリンカルシウムのデータはあまりないが、外すこともないので記載している。実際、一般の病院の中では、中等症Ⅱなどの酸素投与の患者に関しては1日1万単位の持続静注がほとんどなので、このあたりはNCGMのプロトコールなどと照らし合わせながらまた決めたい。

「緩和ケア」「訪問看護との連携」はほぼ変わらない。

「急変対応のフロー（訪問時倒れていた場合）」は要るか、要らないか。

（向山） ぜひ欲しい。

（新田） あった方がいい。

（宮本） 僕自身、訪問診療に行っているときは救急と違って救急車を呼ぶことをためらってしまうことがあるので、救急車を迷わず呼んでいいということを記載している。

## 【プロトコール説明（診療プロトコール Q&amp;A 集）】

Q「一般的な細菌感染症治療との違いは？」

（宮本） 最初はコロナのことが分からないという意見が多かったので、このようなQ&Aを入れたが、もう消してもいいだろうか。

（蘆野） 地域の方ではまだ全然、診療所は関わっていないので、残しておくべき。

（宮本） 「発熱の期間が長引くことがある」というのがオミクロン株だとどうかという問題もあって悩んだのだが、指摘を受けたら考えることにして、そっと残しておくということでいいか。

（新田） いいと思う。

Q「病院診療と在宅診療との違いは？」

（宮本） ここはレムデシビル投与の文章を外しているだけだ。以前、桜井先生がおっしゃっていた、アクテムラを家で使ってどうだという話に関しては、あまり触れてはいないのだが、実際、使うとCRP

がぐっと下がって免疫抑制が強くなるので、肺化膿症やサイトメガロの感染症になる例を ICU でよく見る。感染症の極期のときに使うと怖いなど感じている。

Q「ACE-I/ARB およびスタチン・バイアスピリンの休薬は必要ですか？」

(宮本) ここも前のまま残している。

Q「隔離解除の基準について教えてください」

(宮本) 隔離解除の基準について、オミクロン変異に対する 2 回の PCR 検査による陰性確認の記載は必要か。基準は都道府県によって変わるので、最後に 1 行「詳しくは都道府県に確認すること」と書けばいいだろうか。

(向山) 感染状況は実は病床の状況なので、具体的には都道府県の定め、その状況で確認するということを入れればよいと思う。

(宮本) 濃厚接触者についての記載はどうするか。

(向山) 一回落とすのがいいのではないか。

(武田) それでいいと思う。

Q「COVID-19 患者の診療で出た廃棄物の処理方法について教えてください」

(宮本) 廃棄物の処理方法は変えていない。

Q「患者が急増し酸素濃縮器が不足してきた場合、どのように効率的な運用を行うべきか？」

(宮本) ここは消してしまうか、環境感染学会の発表にあった、緊急時は外を拭いて使ってもいいということを記載し直すか、どうすべきか。

(島田) 表題がオミクロン株ではなくて新型コロナであること、いつ重症化率が高い新たな変異株が出てくるか分からないことから、残しておくべきだと思う。

(宮本) それでは、最新の環境感染学会の指標も載せながら、逼迫した場合はこのような工夫方法があるぐらいの書き方でとどめておきたい。

(坪根) 日本介護支援専門員協会は、新型コロナウイルス感染症等の拡大防止に係る介護事業所及び従事者に対する相談等支援事業を請け負っており、そこで来た質問をまとめたデータをお渡ししたい。

Q「覚醒下腹臥位療法（いわゆる awake-proning）の有効性と注意点について教えてください」

(宮本) Awake-proning は死亡率低下のエビデンスも出てきたので、できそうな人はやっていくことになると思う。6時間以上すれば挿管の割合が減る、8時間以上すれば死亡率が下がるというデータが出たので記載している。ただ、腹臥位での窒息死・嘔吐死に注意しなければいけない点を記載している。

【抗体医薬の記載について】

(武田) あとはメールベースで相談して、今週中に内容を固めたい。診療の手引きその他のスケジュールに合わせた方がいいものについては、厚生労働省と相談しながらタイミングを見ていきたい。

(桜井) このプロトコルが出たら、抗体医薬の先取り、抱え込みが加速して、本当に必要なところに回らないということにならないだろうか。

(宮本) 在宅医療で抗体医薬が使えるようになったのは、菊池先生と佐々木先生と市橋先生が菅総理と話したのがきっかけだと思われるので、抗体医薬が在宅医療で使えることは国としての目標でもあるのではないかと。行政として、国としてどのような方向に進めたいのかをぜひ伺いたい。

(蘆野) 保健所は、地域の中で混乱がないように、治療法を統一するための調整作業をしている。医療機関がある程度、納得した上で地域として一番いい方法を提示するという形にしている。その際にたたき台があると非常に調整しやすい。

(新田) 桜井先生の心配は分かるが、この治療プロトコルは自宅療養者に対する最善の治療を出すというものである以上は、抗体医薬の話を出さざるを得ないのではないかと。

(大友) やはり医療体制の整備とセットでこのプロトコルは考えなければいけないと思う。札幌では行政が主導して、30~40の医療機関が中和抗体薬の投与に手挙げして、救急車を呼んでもいいという体制整備をしてやっている。

(新田) そんなのは東京は無理だろう。

(向山) 区内ではできる。経口薬はこういう基準になっている、診療の手引きはこうなっている、一般に在宅の仕組みはこうなっているなどといった同じ話を薬局の先生方と医師会とステーションが聞いて、どのように連携していったらいいかという話をするということなのだが、医療機関が散ってくるので、その難しさがすごくあってどうしたものかなと思う。都内全域来ており、経口薬もいくらかでも処方

箋が飛ぶので、そのやり方の問題がある。

#### 【モルヌピラビルの登録の記載について】

(宮本) モルヌピラビル(ラゲブリオ)は医療機関も薬局もいずれもラゲブリオ登録センターへの登録が必要で、国の認可は要らないということを一言書いた方がいいか。

(向山) お願いしたい。ご存じない先生から不思議な処方箋が出ている。

#### 【イベルメクチンとステロイドの記載について】

(桜井) イベルメクチンやステロイドの早期治療はお勧めできないというネガティブコメントはあまりプロトコールに載せない方がいいのか。

(宮本) 何も書かないのが賢いかと思った。吸入薬、吸入ステロイドも実は少し小さなエビデンスがあるが、メジャーなところと強いエビデンスがあるところだけ記載して、あとはご自身で調べてもらうという感じではないか。イベルメクチンに関しては、書くと炎上しそうなので何も書かないのが吉だと思う。

(武田) 書かなくていいと思う。

(向山) 手引き自体には今、イベルメクチンも含めて薬がどういう状態の扱いになっているかということが書いてあるので、それでよろしいかと思う。

(宮本) 手引きには書いてあって、感染症学会の指針には何も書いていない。そのあたりの位置付けで、何も書かないのが吉だと思った。

(武田) 本プロトコールは最善の治療法の標準形を書くことが基本だが、今話が出たような薬はまだ国の全量買い上げで国が配分しているので、どの医療機関でも自由に使えるわけではないという前提もある。そういう意味では、例えば中西さんに厚生労働省内の関係部署を見ていただいて、強めに書いた方がいいところ、あまり目立たないように書いた方がいいところを見てもらって、表現ぶりは再度、調整の余地があるという形にしておいたらいいのではないか。

仮に登録が必要とか、保健所と相談した方がいい場合については、薬の一覧表、ダイジェスト版の2ページ目に、保健所と相談が必要、都道府県と相談など、注を付けてもいいかもしれない。

(宮本) 武田先生が最初に作ってくださった文章版にも記載すると免責になるのではないかと思ったが、いかがか。

(武田) どちらかという連携体制、連絡体制なので、個別の薬の話は前半には入りにくいと思う。

**【全体について】**

(新田) 期日の問題と、国のプロトコール指針をどう関連化するかについて考えていきたい。

(武田) 特にプロトコールに書いたけれど保険が通らなかったら困ってしまうので、保険で使っているかどうか、医療課との確認をお願いしたい。

以上



日本在宅ケアアライアンス 災害対策委員会  
新型コロナウイルス感染症対策班・プロトコール作成ワーキング合同会議（通算第5回）  
議事録

日時：2022年2月6日（日）16時～18時

オンライン会議

参加者： 新田國夫（全国在宅療養支援医協会会長、日本在宅ケアアライアンス理事長）、武田俊彦（岩手医科大学医学部客員教授、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、石垣泰則（日本在宅医療連合学会代表理事副会長、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、蘆野吉和（日本在宅医療連合学会代表理事会長、日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長、日本在宅ケアアライアンス業務執行理事）、平原優美（日本訪問看護財団事務局次長、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、高砂裕子（全国訪問看護事業協会副会長）、坪根雅子（日本介護支援専門員協会常任理事、日本在宅ケアアライアンス理事）、中山久仁子（プライマリ・ケア連合学会、医療法人メファ仁愛会マイファミリークリニック蒲郡理事長・院長）、大友宣（医療法人財団老蘇会静明館診療所）、桜井隆（さくらクリニック）、島田潔（在宅医療政治連盟会長）、清水政克（清水メディカルクリニック副院長/理事長）、宮本雄気（よしき往診クリニック）、菊池亮（ファストドクター）、事務局： 志藤洋子、高橋在也、芦澤早雪

## 1、現状の共有

### 1) 悠翔会佐々木先生

患者の状況（居宅、施設の高齢者に感染が急拡大中）

居宅患者で35人の感染者が出ていて、21人が入院、入院まで平均1.5日。

施設で入居者では158人の感染者が出ている。

1月第1週8施設、第2週21施設、第3週24施設と拡大している状況

なお、施設入所者で、ブースター接種完了後は2例を除き感染発生なし。

東京都の委託事業（広域支援）

現在往診専従ルートを2列に増強、1日平均10～12件の往診に対応。

直接的依頼でない患者含め240人に対応。

保健所を通さない往診依頼も増えている、

（保健所に対応してもらえない、対応医療機関に対応してもらえない、等）

保健所から対応依頼を受けたケースにおいて家族発症ケースが多くある

検査の感度より検査前確率が高く、検査陰性でもコロナと臨床診断している

船の科学館の医療支援施設の稼働率は低いまま推移

在宅酸素療法中の方は8名、うち4名が入院待ち（残り4名は入院希望せず）。  
酸素濃縮器はまだ余力あり。

## 2) ファストドクター菊池先生

2月まだ第1週だが多かった1月以上に依頼は増えている。（増加率は減少傾向）

第4波、第5波と比べ、第6波は、10代～20代が増え39℃以上の高熱患者は減っている

入院調整必要な割合は意外と変化していない（依頼ケースは困難症例が多いためか）

先週から中等症2が急増している（酸素投与が必要な症例増）

先週からここ1週間くらい、兵庫、関西がぐっと増えてきた。

健康観察の状況は、1～2日で入院できている。4日～5日酸素吸いながら入院待機例もある

現状、みなし陽性の取扱い異なる地域が多い。

認める管轄の医療機関が認めない管轄の患者を見た場合、保健所では受理せず宙に浮いてしまう事例が出た。

## 3) 京都の宮本先生

第6波でこれまで約40名、今現在では20名診ていて、半数は中等症2で酸素要する状態。

（困難症例中心に入院できない前提で依頼がくるため）

そこから入院要したのは15例、在宅での酸素投与のうち入院は2例。

酸素5Lでもサチュレーションが上がらなかったケース。

京都の入院コントロールセンターでの一番の問題は、入院先が見つからないこと。

関西では先週の初めから増えてきた高齢者の入院先が見つからない。

ワクチンの効果が切れて感染が増えてきたと思われる。

発熱外来の診療所が増えたお陰で診断はスムーズに行くようになったが、

受診して発熱・低酸素・高齢者の扱いが問題となっている。

保健所に入院依頼しても夕方からはどの病院も入院を受けてくれない

（診療所の目の前の公園で1時間待たされる例すらある）

要介護の高齢者は入院待機ステーションで受けないことがほとんど。

ということもあり、夕方5時からの訪問依頼が非常に多い。

#### 4) 札幌の大友先生

札幌では、2月5日現在、在宅医療対応数 575 件、この日の新規対応 244 件、本日対応終了 134、経口薬 32、中和抗体 1、酸素投与 2。

これは各医療機関各自診療し各自入力するシステムで毎日配信されてくるもので分かる。保健所からの依頼件数はこの日はゼロ（ずっとゼロ）だ。だいたい発熱外来をやっている医療機関が対応してなんとかなっている。

#### 5) 山形県の蘆野先生

フェーズが変わるのが非常に早い。若年層→家族内感染→1週間前から高齢者で、どんどん増えている

高齢者も病院で受け入れていたが、一番大きい病院は機能できなくなり、もう一つの病院で対応中。

現状、100人中 85人が自宅、8人が宿泊療養、残り自宅という状況で、助からない人の入院を受けて病院がパンクしている、

その状況は（在宅や施設の看取りが必要であること）を地域に説明して理解を得なければならない。ここ数日理解がひろがっている。

開業医の先生は非常に忙しい。発熱外来から発生届、そのまま電話診療というシステムが動いている。

庄内全域の重症化患者を病院に集中し治療して帰す、というシステムを地域医師会と連携するという図式ができている

地域包括ケア体制が必要になり訪問看護が動ける事業所の確保が課題。

#### 6) 明石市・神戸市の清水先生

明石市（保健所設置）と神戸市で活動している。

明石市は医師会と連携が出来てリストが送られてくる。

実際にはまだ往診依頼はない

神戸は、兵庫県は見なし陽性は行わない、神戸市は見なし陽性認めるという通達がそれぞれが出て困っている。

（兵庫県は2日までに OK になった）。

保健所からの連絡が5日くらい入らないため往診にはいったが5日目に保健所が入って

酸素必要なら全員入院という状況だったが

先週になって入院の部屋がないという状況になっている。

保健所のダイレクトの電話番号教えてもらえない。

ショートで陽性患者が発生し、特養で蔓延した事例があったがショートステイは往診、訪問診療できないため

対応に苦慮した

## 7) 東京、横浜の訪問看護について

訪問看護ステーションで軽症者の健康観察も第6波から受けている。(北区)

陽性者対応は多くなっているが、中等症が増え、訪問看護も疲弊している。

連絡付かず訪問しても不在の場合とか、食料がなく届けたりという例もある。

入院前の医師の診察を遠隔で医師会がやり、行政がマッチングセンター作る体制ができたが、

高齢者で遠隔のセッティングできない場合が多く、訪問看護で対応欲しいとつぶやかれるけど

それは対応できない。

今日も深夜2時に保健所から発生届とデータ届いて、朝に3ステーションで地域分けて振り分け対応、という形(以上北区)

看護師も子供の保育園の感染などで働けず、看護の量と質が制限されている。病院の先生が主治医の場合訪問してくれる先生を探す手間が発生している。

## 2、治療について

重症例は、高齢者とワクチン未接種者がほとんど

高齢者は在宅で概ね対応出来る状況だが、

一部入院が必要な患者が出ていて、これはオミクロンかデルタかは分からない

重症者は、基礎疾患のある患者、コロナ+誤嚥性肺炎、コロナ+心不全で、コロナだけで肺が真っ白というのはほぼない印象

ラゲブリオは、これを飲む患者はある程度リスクが低い印象。

ゼビュディは効く印象があり、ほぼ誰も重症化していない。早いほどいい

レムデシビルは中等症になってからは効かないが軽症は効く感触、

ファイザーの新薬は、飲み合わせの悪い薬が多いのが要注意。

リトナビルが原因だが、不整脈、睡眠薬は使えないし、高血圧も注意

禁忌の薬の数が非常に多い。

誤嚥性肺炎かコロナによる肺炎か分からない場合、  
（臨床像である程度鑑別可能ではあるが）  
誤嚥性肺炎にデカドロン出すことは可能、  
また、不安があれば抗生物質も考慮可能、  
と考えていいのではないか。

（以上）