

日医かかりつけ医機能研修制度 令和4年度応用研修会

新型コロナウイルス感染症と かかりつけ医 ～事例検討を通して～

医療法人社団家族の森
多摩ファミリークリニック 院長

大橋博樹

医療法人社団
清水メディカルクリニック 理事長・副院長

清水政克

内 容

症例 1

- ・ コロナ禍における多職種連携や地域包括ケアシステムの重要性
- ・ 地域療養におけるかかりつけ医の在り方

症例 2

- ・ 地域連携における院内スタッフの役割
- ・ 第4波における家庭内クラスターに対する、かかりつけ医としての対応

症例 3

- ・ 多職種連携における院内スタッフの動き
- ・ 第6波における保健所等との連携の実際

症例 1

- コロナ禍における多職種連携や地域包括ケアシステムの重要性
- 地域療養におけるかかりつけ医の在り方

医療法人社団家族の森
多摩ファミリークリニック
院長 大橋博樹

(症例 1)

88歳 女性 要介護2

- アルツハイマー型認知症、高血圧症、腰部脊柱管狭窄症で通院困難なため、4年前より当院にて訪問診療開始となった。
- 主介護者は59歳の長男（自宅にて執筆業）
- 週3回のデイサービスを利用することで、自宅で穏やかに生活していた。

(症例 1)

88歳 女性 要介護2

- X月Y日、朝から長男に発熱と咳嗽が出現。同日、当院の発熱外来を受診。抗原定性検査陽性により、新型コロナウイルス感染症と診断された。
- SpO₂は98%であり、呼吸困難感はなく、全身状態も保たれていたため、保健所に発生届を提出し、自宅療養の方針となった。

(症例 1)

88歳 女性 要介護2

- 翌日午前、病状確認のために電話をかけたところ、長男より「咳がひどく、会話も難しい、発熱も続いている」との訴えがあり、同日午後、自宅に往診となった。
- 診察したところ、長男は起坐呼吸で、呼吸困難感を訴えており、SpO₂も89%に低下していた。両側下肺野にて断続性ラ音も聴取した。

(症例 1)

88歳 女性 要介護2

- 新型コロナウイルス感染症による肺炎（中等症）と判断し、保健所へ連絡。受け入れ病院も決定したため、救急車を手配したところ、長男から「母を置いて、入院はできない」との訴えがあった。
- 保健所職員が母親のショートステイ先を探したものの、濃厚接触者であり、受け入れ先は見つからず。
- 訪問介護員（ヘルパー）も手配できなかった。

(症例 1)

88歳 女性 要介護2

- 様々な調整の結果、新たに訪問看護を導入し、看護師が母親の健康相談を始め、細やかなケアを行うことを長男に提案し、同意を得た。
- このやりとりのため、長男が搬送されたのは深夜にずれ込んだ。
- 当院による訪問診療も継続したが、長男の退院まで、母親は発症することなく経過した。

問題は自宅療養患者の健康管理や 搬送調整だけではなかった

① 陽性判明

② 療養方法調整

家族が要介護者等の場合、宿泊療養が困難
家族内に患者がいる場合、介護サービスが
停止

問題は自宅療養患者の健康管理や 搬送調整だけではなかった

③ 健康観察

自宅療養中に、家族による介護が行えない
事象が発生

→ 自宅介護へのサポートが必要

④ 入院調整（悪化時）

介護者が入院してしまうと、要介護者等が
取り残される

→ 入院と介護サービスの同時調整が必要

当初の想定

- 陽性判明の時点で速やかに入院調整
- 同居家族の新型コロナウイルス感染による入院等により、要介護者が自宅に取り残される場合は、県があらかじめ指定した「濃厚接触者となった要介護者を受け入れる短期入所協力施設等」へ入所するか、自宅での介護サービスの継続を調整

実際は・・・

- ・ 症状悪化時に入院調整することとなり、逼迫した状況で入院が決まるため、家族による介護が途絶えた場合の調整が間に合わない事例が多発した。
(県の短期入所協力施設等では受け入れ出来ない事例も)
- ・ 濃厚接触者・療養終了者に対する介護サービス提供控えにより、在宅介護の調整自体も困難となった。

他の事例

- 同居する孫が新型コロナウイルス陽性となったため、濃厚接触者の要介護高齢者が、クリニック送迎車の乗車を拒否され、人工透析の継続が困難となる。行政（市役所）が臨時に送迎し、ケアマネジャーが同乗して介助することで、通院をどうにか継続。
- 新型コロナウイルス陽性の要介護高齢者を介護する家族から、これ以上の家族介護は困難との訴えが。入院調整の対象ではなく、対応可能な施設・事業者もないため、やむなく家族介護を継続。

自宅療養の問題点は2つの視点が必要

- ① 新型コロナウイルス陽性患者本人の健康観察とフォローアップ、急変時の入院調整
- ② 新型コロナウイルス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が入院等により、必要な介護を受けることができなくなった場合の緊急的な介護サービスの提供**

なぜそのようなことが起きるのか？

- 急変者を早期に発見するだけであれば、医療の視点のみ。
- 介護・福祉の観点も入るのであれば、そこは平時の医療・介護・福祉の連携が鍵となる。

なぜそのようなことが起きるのか？

- 地域包括ケアの推進は市町村単位
- 保健所は県の管轄（保健所設置市を除く）
→ 保健所の情報が市町村にスムーズに共有されるのが鍵！
- 平時の地域包括ケアがうまくいっている地域は、災害時（感染症流行時）も上手くいく。

新聞記事より

- 自宅療養者の個人情報、34都府県が市町村に伝えず
- 健康状態の確認など難航
- 県側の多くは「個人情報の保護」を理由
- 自前の保健所がない市町村では、どこに療養者がいるか分からず、健康状態の確認や生活面での支援が難航

(参照) 読売新聞 2021年9月3日朝刊

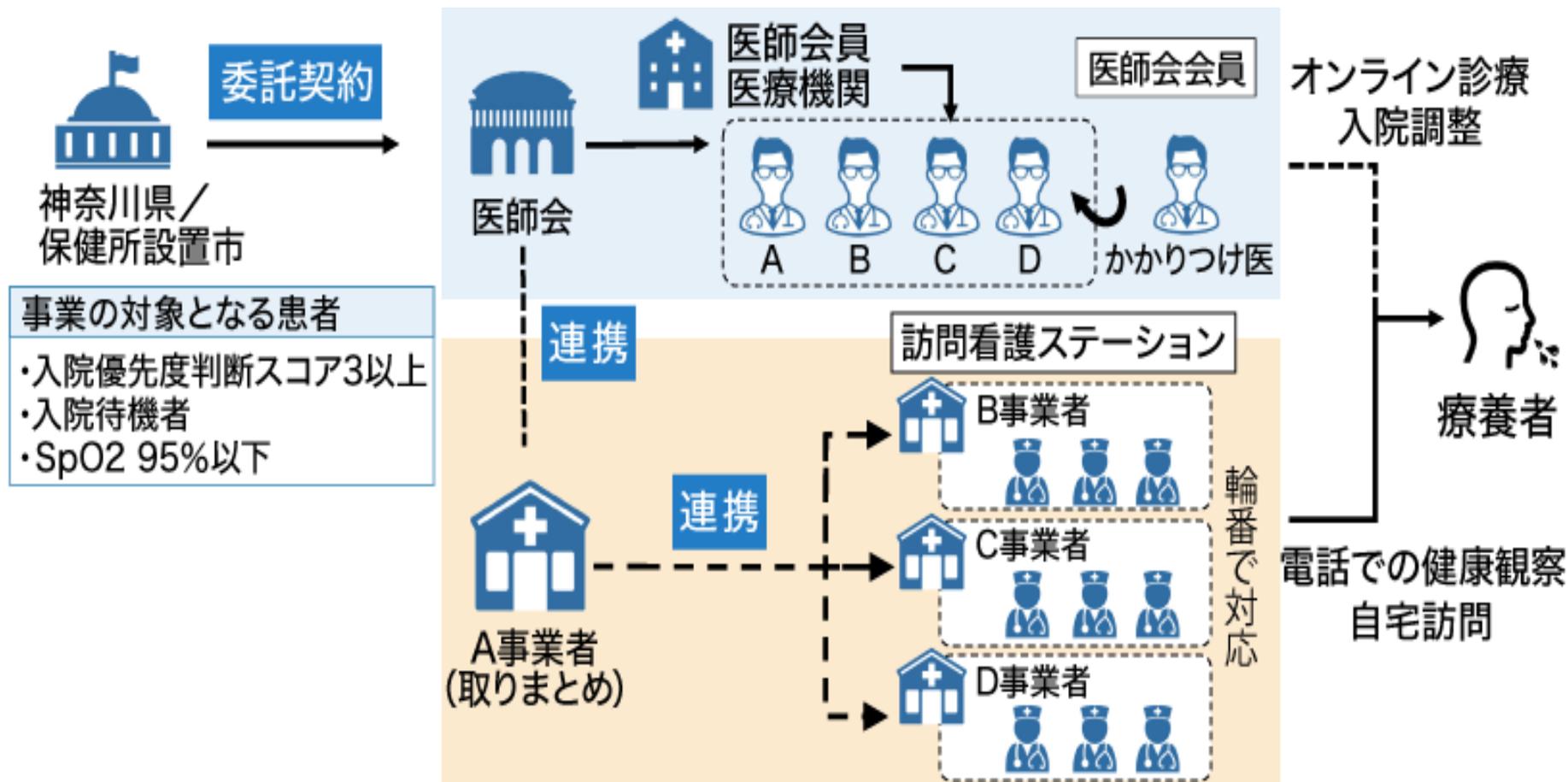
かかりつけ医と保健行政

- 「地域包括ケアシステムと感染症」という視点もこれからは必要。
- ワクチン接種を含めた予防医療は、かかりつけ医の重要な責務。
- ワクチン、発熱外来、自宅療養、施設内クラスター対策など幅広い場面での協力体制の構築が重要。

地域療養の神奈川モデル

- 自宅療養者のうち悪化リスクのある人、悪化が疑われる人について、地域の看護師が電話による健康観察を行うほか、必要に応じて自宅訪問して対面により症状を確認する。
- 参画した地域医師会の医師は、看護師からの相談を受け、対面診療やオンライン診療等を行い、入院が必要と判断した場合には入院調整を行う。

地域療養の神奈川モデル



(参照：神奈川県.地域療養の神奈川モデル)

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/ga4/covid19/facilities/model.html>

システム化とかかりつけ医機能のバランス

- いつも診察しているかかりつけ医だからこそわかること。
- かかりつけ医と本人、家族との信頼関係は重要。
- システム化ゆえに、かかりつけ医と本人、家族の関係が希薄化していないか。

ACPと新型コロナウイルス感染症

- ACP=終末期の意思決定を事前に決めておくことと勘違いされることが少なくない。
- 本人や家族と、かかりつけ医を始めとした多職種ケア提供者が繰り返し話し合い、そのプロセスを記録することが求められる。
- コロナ禍においても本人の日頃からの意思「罹患した場合どうするか」、「どこで過ごしたいか」、「どんな治療を受けたいか」をケア提供者の中で共有しておくことが重要。

ACPを困難にさせる要因

- 肺炎や呼吸不全等のため、重症化し発症から短期間で死にいたるリスクがあり、十分な話し合いの時間が持てない。
- また、感染防御態勢から、ケア提供者が時間をとって、本人や家族と話をすることが難しい。
- 高度救命処置を希望したとしても、医療資源の不足から、本人や家族の希望に応えられないこともある。
- オミクロン株以降、治癒率や救命率が高まったことで、医学的適応や予後予測もそれまでと異なってきた。

新型コロナウイルス感染症診療における在宅医療の役割

- 自宅や施設でのワクチン接種。
- 病床逼迫時における、自宅療養者や宿泊療養者への往診。
 - 抗ウイルス薬・中和抗体療法等の適応判断
 - 血栓症予防への対応も
- 退院後、元の施設や自宅に戻れるように病診連携を強化し、多職種で連携。
- 施設内でのクラスター発生時、保健所と連携し、速やかな検査体制や感染防御対策、施設内での早期投薬体制の構築。

新型コロナウイルス感染症診療における在宅医療の役割

- 命を救うことが難しい時に、本人の意思を尊重し、家族の意向も踏まえた安心できる看取りの場を提供。
→ そこでは苦痛緩和と、自宅や施設でも安心して最期を迎えられるような連携やサポートの充実が求められる。

(症例1) おわりに

1. 新型コロナウイルス感染症患者へのケアは医療のみならず、介護・福祉等の視点が求められる。

かかりつけ医が、保健所等と積極的に協力し、多職種連携によって、患者や家族を支えることが重要である。

2. 感染症患者でもACPに基づいて、可能な限り本人が希望する療養内容や療養場所を提供すべきであり、そのためにも、日頃からのかかりつけ医との話し合いが重要である。

症例 2

- 地域連携における院内スタッフの役割
- 第4波における家庭内クラスターに対する、かかりつけ医としての対応

医療法人社団

清水メディカルクリニック

理事長・副院長 清水政克

(症例 2)
104歳 女性 要介護2

- 洞不全症候群、慢性心不全、大腸がん非根治的切除後、貧血、超高齢、フレイルで通院困難のため、約7年前から当院の訪問診療開始。
- 複数の家族と同居しており、主たる介護者は娘（76歳）と孫（42歳）。
- R3.3月 定期訪問診療では特に問題なし。

(症例 2)
104歳 女性 要介護2

- 4/16 発熱と咳嗽が出現し、訪問看護師より往診依頼あり。当院看護師がケアマネジャーに確認したところ、4/14に利用したデイサービスで職員が発熱しており、4/15にPCR陽性と判明。その後、当該デイサービスがクラスターとなったとの報告。

(症例 2)

104歳 女性 要介護2

- 同日に緊急往診しフルPPEで対面診察。誤嚥性肺炎、腎盂腎炎、COVID-19の可能性を考え、採血、尿培養検査、PCR検査等を提出。同居の娘（76歳）もハイリスクと考え、同時に対面診察を行ったが特に症状なし。
- 4/17 PCR検査陽性。当院事務員が保健所へ発生届をFAX。当院看護師はただちに担当の訪問看護ステーションへ連絡しPPE対応するよう指示し、ケアマネジャーにも連絡。SpO2モニターを貸し出し、ポストイン。

(症例2)

104歳 女性 要介護2

- 4/18 訪問看護師よりSpO₂が91%へ低下したと連絡あり電話再診。在宅酸素療法を導入しデキサメサゾン投与を開始。当院看護師が在宅酸素業者へ連絡。薬剤のデリバリーは0410対応※で薬剤師が訪問しポストインするよう依頼。医師より保健所に入院適応について確認すると、第4波の最中であり85歳以上の患者が入院できるCOVID-19病床はこの地域にはないとのこと。保健所の安否確認も手が回らず患家には連絡なし。

※ 0410対応（時限的な特例）とは

- 『新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて』（厚労省事務連絡：令和2年4月10日）
- 電話・情報通信機器を用いた診療時の処方についての事務連絡
- 電話や情報通信機器を用いた診療を行い、医薬品を処方，あるいはファクシミリ等で処方箋を出す場合，調剤料，処方料，処方箋料，調剤技術基本料，薬剤料が算定できる

※ 0410対応（時限的な特例）とは

- 患者が薬局において電話や情報通信機器による服薬指導等を希望する場合は、処方箋の備考欄に「0410 対応」と記載し、ファクシミリ等で薬局に送付する
- 定期受診患者等に対する電話や情報通信機器を用いた診療において、当該患者の疾患から発症が容易に予測される症状の変化に対して、これまで処方されていない医薬品を処方しても可（電話初診には一部制限あり）

(症例 2)

104歳 女性 要介護2

- 4/19 同居の娘もPCR陽性が判明。娘の電話再診でSpO₂が91%へ低下あり、デキサメサゾン処方と在宅酸素療法導入。
- 4/20 保健所の保健師が訪問。本人は体力的に消耗してきており、苦痛緩和のため電話再診でモルヒネ塩酸塩座薬を処方。当院看護師から訪問看護ステーションと情報共有。娘の降圧薬が切れるとのことで、電話再診で処方。

(症例2)

104歳 女性 要介護2

- 4/21 当院看護師が電話で状況確認。デキサメサゾンによるせん妄状態。同居家族の発熱者が続出。せん妄に対してクエチアピンプマル酸塩処方。
- 4/22 娘に保健所から連絡あり。入院を勧められたが母の介護があるため在宅療養を選択。保健所は健康観察等のフォローは当院に任せるとのこと。本人・娘の以降の健康観察は当院看護師が毎日電話で確認とした。

(症例2)

104歳 女性 要介護2

- 4/23 同居の孫（42歳）も発熱しPCR陽性。当院看護師による電話での健康観察を開始。
- 4/26 本人の経口摂取低下のため訪問看護師に点滴指示。保健所からは本日で隔離期間は終了との連絡あり。
- 4/27 主たる介護者の娘・孫の状態が芳しくなくなり介護困難。本人は隔離解除となったためショートステイを依頼するも、コロナ後とのことで受入不可。

(症例2)

104歳 女性 要介護2

- やむなく、地域の複数の病院へ入院照会を行ったところ受入可能な病院が見つかり、訪問看護師立ち会いのもとで救急搬送し入院。
- しかしその後、本人の経口摂取は改善せず。
- 4/28 娘が経口摂取低下したため訪問看護を導入し点滴指示。保健所にも連絡し、強く入院をお願いした。孫は軽症。
- 4/30 娘と孫の診察のためフルPPEで訪問。状況は横ばい。娘はGW中も点滴を継続。

(症例 2)
104歳 女性 要介護2

- 5/10 娘の隔離期間は終了。訪問診療し採血確認。
- 残念ながら、本人は病院で看取りとなる。
- 5/17 娘の訪問診療し採血結果確認。在宅酸素継続するも、5月で終了。
- 以降、娘はCOVID-19後遺症のため外来通院でフォロー。

(症例 2)

地域連携における院内スタッフの役割

【医師】

保健所等との連携（医学的情報の共有）

【看護師】

保健所等との連携（健康確認の分担等）
多職種・病院との連携

【事務員】

本人・家族の保険証等の確認
保健所との連携（発生届等の処理）

(症例2) おわりに 家庭内クラスターに対する かかりつけ医としての対応

1. 要介護者がいる家庭では、介護者も感染のリスクがある
→ 患者だけではなく同居家族のケアも重要
2. 電話初診・電話再診・0410対応等のコロナ特例等の制度を活用することが有効であった
3. 保健所とのスムーズな連携が求められた
→ 普段からの保健所との関係性の構築

症例 3

- 多職種連携における院内スタッフの動き
- 第6波における保健所等との連携の実際

医療法人社団

清水メディカルクリニック

理事長・副院長 清水政克

(症例3)
91歳 女性 要介護5

- 頸椎症性脊髄症術後、認知症、脊柱管狭窄症術後、慢性硬膜下血腫術後のため約5年前から当院の訪問診療開始。
- 娘（医療従事者）と同居。
- R4.1月上旬 定期訪問診療時は状態は安定。

(症例3)
91歳 女性 要介護5

- 1/25 発熱と咳嗽が出現。娘（60歳）の勤める病院でPCR陽性と判明し自宅待機となった。当院看護師がケアマネジャーから情報収集したところ、ショートステイでクラスターが発生していた。保健所から娘に連絡あり、娘もPCR検査予定となった。

(症例3)

91歳 女性 要介護5

- 1/26 保健所より当院看護師へ連絡。発生届が提出された自治体と居住地の自治体が異なるため保健所が対応しにくい。連絡を待っていると対応が遅れるので、クリニックで処方など対応して欲しい。事務スタッフより保健所へ問い合わせし、保健所からの受診勧奨がまだないが公費対応で問題ないことを確認、在宅酸素療法導入も問題なく、同居家族が無症状であってもクリニックでPCR検査の実施が可能であることを確認。

(症例3)

91歳 女性 要介護5

- 娘には電話初診で感冒薬等を処方。以降、本人と娘に当院看護師が電話で健康観察。
- 1/27 SpO2低下のためデキサメサゾン・モルヌピラビルを処方し在宅酸素導入。モルヌピラビルのカプセルが大きく内服困難のため訪問薬局に相談し、脱カプセルで内服OKと回答あり。血栓症のリスクが高いと考えられたため、手持ちの弾性ストッキングの装着を指示し、装着が難しい場合はヘパリンカルシウム皮下注の投与を検討することとした。⁴⁴

在宅酸素療法導入に当たっては 対面診療が必要（電話診療では不可）

- 『新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その5）』
（厚労省事務連絡：令和2年3月12日）
- 定期受診患者等に対する電話・情報通信機器を用いた在宅療養指導管理についての事務連絡。

在宅酸素療法導入に当たっては 対面診療が必要（電話診療では不可）

- 過去3カ月以内に在宅療養指導管理料（C100～C121）を算定した慢性疾患等の定期受診患者等に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び指導を行い、衛生材料又は保険医療材料を支給した場合は、（電話等再診料又は外来診療料と別に）在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算が算定できる。

→ 在宅酸素療法を初めて導入する患者には、
対面診療が必須。

(症例3)

91歳 女性 要介護5

- 1/28 フルPPEで訪問診療。本人は少し食欲改善。娘に咽頭痛が出現したため同時に診察しPCR検査を提出。
- 1/29 娘はPCR検査陰性（その後は症状等なし）。
- 2/1 経口摂取改善。モルヌピラビルの投与期間終了。
- 2/4 症状軽快し隔離期間終了。

(症例3)

多職種連携における院内スタッフの動き

【医師】

薬局等との連携（服薬方法の相談）

【看護師】

保健所等との連携（健康観察の分担等）
訪問看護ステーションとの連携

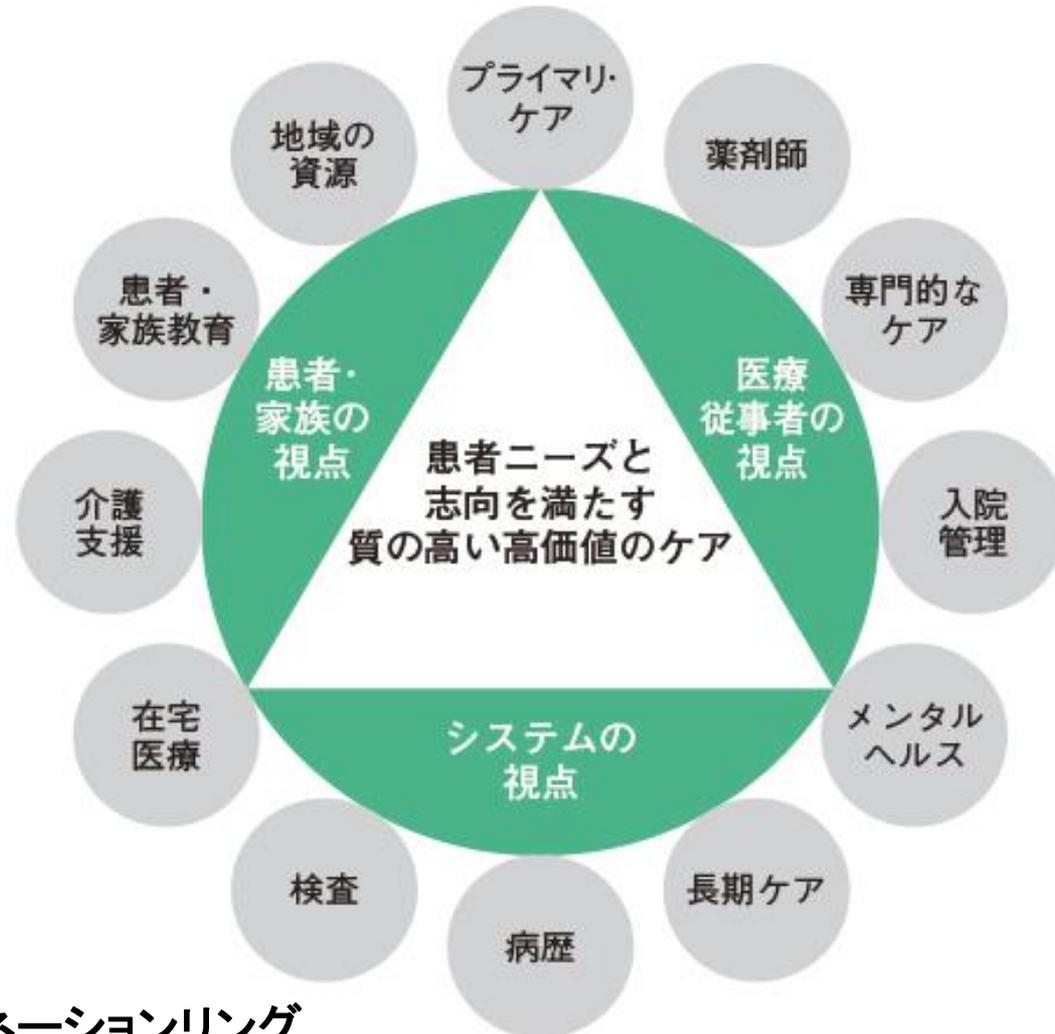
【事務員】

本人・家族の保険証等の確認
保健所との連携（公費負担等の確認）

(症例3) おわりに 保健所等との連携の実際

1. 制度的に保健所が対応しがたい部分について、医療機関としてその役割を代替する必要があった
→ 地域における保健所の役割を理解しておくことが重要
2. 在宅医療に係る保険診療（在宅酸素導入のためには対面診療が必須であること等）に関して、保健所に対して情報提供を行った
→ 保健所との相互理解が求められる

患者の価値観に見合った医療を提供するために、どのような目線でかかわるか



スムーズなケア移行の実践につながる

図：ケアコーディネーションリング

(『外来・病棟・地域をつなぐケア移行実践ガイド』(医学書院)より転載)

地域でのかかりつけ医の役割分担

1. 自宅療養

- 発熱外来
- 電話診療
- 訪問診療・往診

2. 宿泊療養

- 診療・健康観察

3. 入院治療

→ かかりつけ医それぞれが、地域の中で、
できることを、できるだけ

まとめ

1. かかりつけ医として、患者・家族を孤立させないよう配慮して対応した
 - 電話初診・電話再診なども活用した
2. 地域の多職種連携の中で、院内の各職種が自分たちの役割を意識しながら協働した
 - ケアマネジャー、訪問看護ステーション等との医療・介護に関する連携
 - 保健所との連携（各種届出、健康観察、入院調整、地域の状況等）