対談「訪問診療におけるCOVID-19治療のマネジメント」

＜第１回＞
訪問診療における早期抗ウイルス治療の取り組み

おもと会グループ特別顧問 / 琉球大学名誉教授
藤田 次郎 先生

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
宮本 雄気 先生

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対する治療は、抗ウイルス薬、中和抗体薬などの承認・適応拡大によって徐々に進展してきました。しかし、次々と新たな変異株が出現し、何度も感染拡大の波が押し寄せ、医療現場に影響を及ぼす日々が続いています。そうしたなか、2022年１月に、抗ウイルス薬のレムデシビル（ベクルリー®）が医師の指示の下での看護師による在宅療養患者等への投与が可能となりました。
本対談では「訪問診療におけるCOVID-19治療のマネジメント」をテーマに、COVID-19の診療経験が豊富な藤田次郎先生と宮本雄気先生にお話しいただきました。その内容を３回に分けてご紹介します。
第１回となる今回は、抗ウイルス薬の早期投与の重要性、訪問診療におけるCOVID-19への対応などについてご紹介します。

2022年6月21日収録

■「おもと会グループ」および「よしき往診クリニック」の概要

藤田　おもと会グループは、医療法人、社会福祉法人、学校法人の3法人からなります。医療法人では、高度急性期・回復期から在宅医療までを一貫してカバーしています。また、社会福祉法人として、特別養護老人ホーム、居宅介護支援事業所などを展開しています。学校法人としては、看護専門学校などを運営しています。急性期病院の大浜第一病院では、重点医療機関としてCOVID-19患者さんにも対応しています。現在、私は特別養護老人ホームおもと園の回診業務を担っていますが、感染対策を強化し、クラスターを発生させることなく入居者の方々に安全で快適な環境を提供しています。また、以前は指定医療機関である琉球大学病院のCOVID-19病棟の診療科長を務め、多くのCOVID-19患者さんの診療にあたってきました。

本日は、これまでの経験を踏まえながら、対談を進めさせていただきたいと思っています。宮本先生、まず、ご勤務先であるよしき往診クリニックについてご紹介いただけますか。

宮本　よしき往診クリニックは、京都市西京区を中心に、基幹病院、大学病院、クリニック、地域包括センター、訪問看護ステーションなどの医療・介護にかかわる業種と連携し、がん、循環器疾患、認知症、神経系疾患、呼吸器疾患など、さまざまな疾患に対応する「全疾患対応型」の在宅療養施設として稼働しています（図１右）。また、

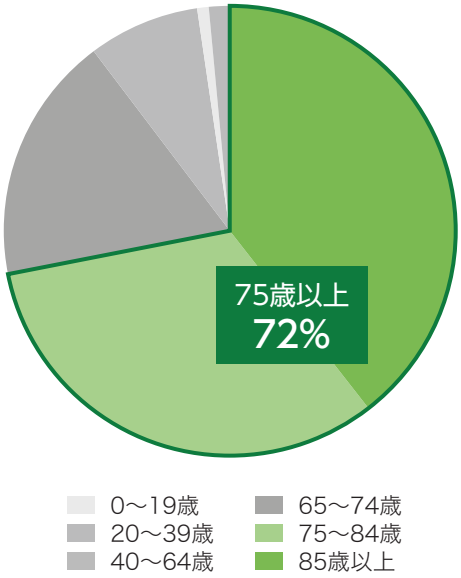
高齢の患者さんが多く、75歳以上の方が約7割を占めています（図１左）。私は、救急車の受け入れ数が日本一多いことで知られる湘南鎌倉総合病院で初期研修を修了後、母校である京都府立医科大学の救急医療学教室に入局し、全国各地の病院で研修する機会をいただきました。その後、同教室のスタッフとして救急診療を行いながら、外勤先として、よしき往診クリニックに所属して訪問診療を行っています。

藤田　COVID-19訪問診療チーム発足の経緯についてもお話しいただけますか。

宮本　医療機関の病床逼迫が始まった2020年末に、京都府でもCOVID-19で自宅療養中の高齢者が死亡する事案が発生してしまいました。その際に、救急診療と在宅診療の両方に従事している私に、「COVID-19に罹患した高齢者を在宅で治療することはできないか」と、救急診療を行っている病院の上司から声がかかり、よしき往診クリニックの院長に人材や機材の使用などについて相談したところ、快諾が得られました。そこからさまざまな障壁を乗り越えて、2021年2月にCOVID-19の訪問診療チームを立ち上げました。このチームは、「KISA2隊（きさつたい）：Kansai Intensive Area Care Unit for SARS-CoV-2対策部隊」と呼ばれており、現在では京都府を含む様々な府県で活動を展開しています。

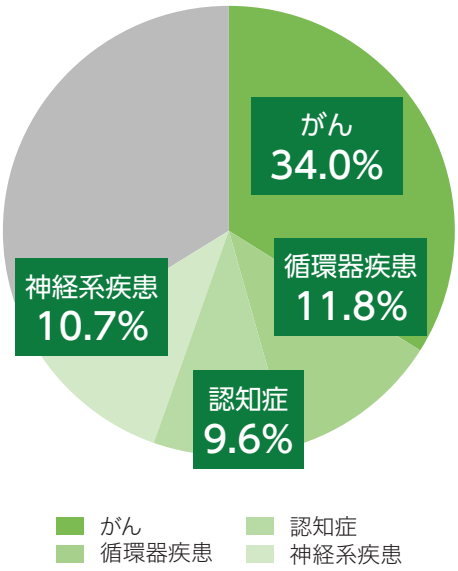
図1　よしき往診クリニックの診療実績

患者さんの年齢



【集計期間】2017年4月1日〜2021年3月31日
（n=856）

患者さんの主病名



【集計期間】2017年4月1日〜2021年3月31日
（n=592）

■抗ウイルス薬の早期投与の重要性

藤田　私は長年にわたりインフルエンザ診療にも携わってきましたが、インフルエンザの場合、発症後48時間以内に抗ウイルス薬を投与することが重要となります。COVID-19もインフルエンザと同様、呼吸器ウイルス感染症のため、いかに早期に抗ウイルス薬を投与するかが重要だと考えていますが、宮本先生はどのようにお考えですか。

宮本　COVID-19にはウイルス反応期と宿主炎症反応期の2つのフェーズがあります（図2）[1~3]。最初にウイルスが増殖し、発熱、咳、嗅覚・味覚障害などが生じます。その後、宿主の炎症反応が起こって重症化し、急性呼吸窮迫症候群（ARDS）などを引き起こします。こうしたことから、私もベクルリーなどの抗ウイルス薬は、中等症や重症に移行してからではなく、軽症のうちに可能な限り早期に投与することが望ましいと考えています。

藤田　ベクルリーに関しては、2022年3月より重症化リスク因子等を有する軽症のCOVID-19患者さんにも投与できるようになりました。このことは、厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症 COVID-19診療の手引き 第8.0版」においても示されています（図3）[4]。宮本先生、訪問初日にベクルリーの投与を検討されることはありますか。

宮本　われわれ訪問診療チームは、訪問初日にベクルリーを5日分持参し、血液検査とともに点滴ルート確保を行い、そのまま初日に投与することが多いです。訪問診療チームでは、主に75歳以上の高齢者とその同居家族を対象としていますが、やむを得ない理由で自宅療養を選択せざるを得ない75歳未満の患者さんも対象としています。こうした医療機関を受診できない患者さんに対しても、早期に抗ウイルス治療を行うことは重要であり、重症化を防ぐためにも早期投与を検討する意義は大きいと感じています。

藤田　訪問診療チームを立ち上げてからの苦労などについてもお話しいただけますか。

宮本　当初は京都市全域をわれわれのチームだけで訪問していましたが、市内の端から端まで移動すると1時間半くらいかかることもありました。この移動時間を他の患者さんの診療にあてるなど有意義に使用したいと考え、一緒に活動していただける診療所を募ったところ、10施設以上が手を挙げてくださいました。現在もお互いに協力しながら活動を続けています。

藤田　個人の努力には限界がありますから、いかにチームを増やしていくかは重要だと思います。

図2　COVID-19の病期と臨床所見（文献1～3より作成）

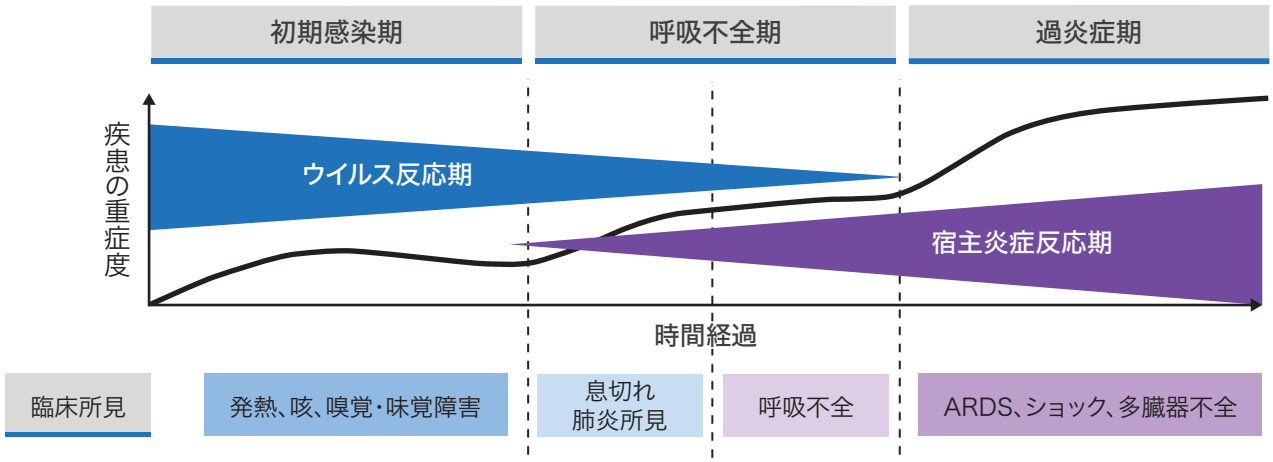
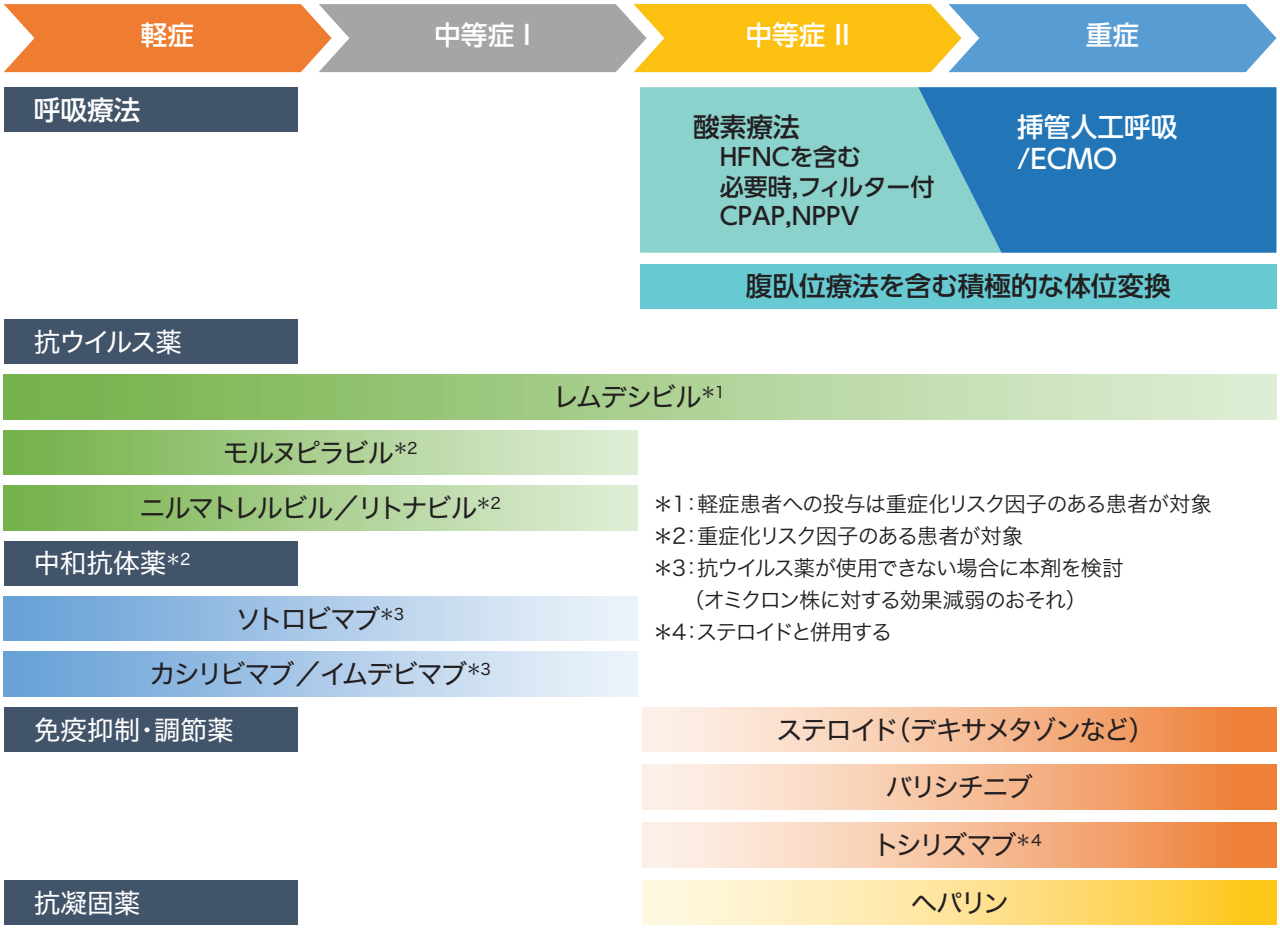


図3　COVID-19の重症度別マネジメント[4)]



・重症度は発症からの日数，ワクチン接種歴，重症化リスク因子，合併症などを考慮して，繰り返し評価を行うことが重要である．

・個々の患者の治療は，基礎疾患や患者の意思，地域の医療体制などを加味した上で個別に判断する．

・薬物療法はCOVID-19やその合併症を適応症として日本国内で承認されている薬剤のみを記載した．詳細な使用法は，添付文書などを参照すること．

■訪問診療におけるCOVID-19への対応

藤田　訪問診療チームではCOVID-19にどのように対応されているのか、特に初診時の対応について詳しく教えていただけますか。

宮本　症状、食事・水分の摂取状況、呼吸状態、基礎疾患、重症化リスク因子などを確認しています。問診事項のテンプレートを作成しており、協力先の診療所の方々にもご活用いただいています。また、動けない患者さんが多いため、呼吸状態の変化に加えて、血栓症、特に深部静脈血栓症（DVT）の発症には十分に留意しています。初回だけでなく、訪問時には必ず下肢の痛みなどＤＶＴに関する問診を行うとともに、実際に下肢を見て腫脹などの有無を確認しています。

藤田　COVID-19は血管炎を起こし、血栓が形成されやすいため、特に寝たきりの患者さんではDVTに注意する必要があります。先ほど訪問初日に血液検査と点滴ルート確保を行うとおっしゃっていましたが、訪問先での検査・治療内容について教えていただけますか。

宮本　訪問先では主に血液検査、超音波検査、維持輸液、ステロイド投与、酸素投与などを行っており、放射線画像検査を行っていないことを除けば一般病棟に近い内容の医療提供を行っています。血液検査の項目としては、フェリチン、LDH、KL-6、Dダイマーなどの

ほかに、倦怠感が強い場合は心筋障害のマーカーであるトロポニン値も測定しています。心電図検査に関しては接触感染のリスクを考慮し、トロポニン値などで代用しています。また、尿検査はルーティンでは行っていません。

藤田　訪問診療におけるベクルリー投与の判断についても教えていただけますか。

宮本　ベクルリー投与の判断は病床逼迫度によって異なります。病床逼迫時は「なんとか在宅で命をつなぎとめてほしい」などと訪問診療を依頼されることが多く、そのようなときは軽症でも重症化リスク因子が1つでもあれば、すぐにベクルリーを投与することでさらなる病床逼迫を防ぐ努力をしていました。一方、病床がそれほど逼迫していないときは、年齢や合併症の有無を考慮してベクルリーの投与を検討しています。ただし、免疫抑制薬を投与されている方、血糖コントロールが不十分な糖尿病の方にはベクルリーの投与を強く勧めています。このほか、超高齢の患者さんの場合、COVID-19に罹患すると、倦怠感が生じて食事が十分にとれなくなったり、体力の低下、誤嚥性肺炎を生じたりすることもあるため、超高齢者に対してもベクルリーの投与を勧めています。

藤田　ベクルリーの投与期間についてですが、われわれのグループの病院では、軽症でも重症化リスク因子を有する場合は3日間、肺炎を発症している場合は5日間投与を基本としています。放射線画像検査ができない訪問診療の場合、肺炎の有無をどのように判断して投与期間を決めているのでしょうか。

宮本　肺炎の有無の判断には「1分間立位座位テスト」や「40歩歩行テスト」が役立ちます[5]。例えば、安静時のSpO_2が94～95%であっても、40歩歩行テスト後にSpO_2が3～4%以上低下した場合は肺炎の存在を疑い、ベクルリーの5日間投与を検討します。一方、40歩歩行テスト後にSpO_2が低下しない場合は3日間投与を基本としています。

藤田　とても参考になりました。たとえ超高齢者であってもご家族の多くは標準的な治療を希望されます。これまでにさまざまな医療訴訟の鑑定書を書きましたが、そのほとんどが高齢者の肺炎に関するものです。例えば、主治医は「90歳を超えているから積極的な治療は必要ない」などと判断しても、家族は「きちんと治療してほしい」と希望していて、医師と家族との意識ギャップが医療訴訟につながります。先ほど宮本先生から、超高齢者に対してもベクルリーの投与を勧めているというお話を伺って、年齢を問わず標準的な治療を行うことは重要なポイントになると思いました。

（第2回へ続く）

文献

1）Cevik M, et al.: BMJ 2020; 371: m3862.
2）Cano EJ, et al.: Chest 2021; 159(3): 1019-1040.
3）Lippi G, et al.: Ann Transl Med 2020; 8(11): 693.
4）令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金　新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業　一類感染症等の患者発生時に備えた臨床的対応に関する研究 新型コロナウイルス感染症　COVID-19 診療の手引き 第8.0版. 2022年7月22日発行. https://www.mhlw.go.jp/content/000936623.pdf（2022年7月26日閲覧）
5）Kalin A, et al.: Syst Rev 2021; Mar 16; 10(1): 77.