

新型コロナウイルス感染症に対する臨床対応の考え方

—医療現場の混乱を回避し、重症例を救命するために—

新型コロナウイルス感染症の爆発的増加と蔓延が世界中で進行する中で、日本においては4月1日現在、何とか持ちこたえているという状況が続いています。行政・専門家委員会によるリーダーシップに加え、医療現場の先生方のご尽力、一般市民の方々の行動変容によるご協力の成果と理解しています。しかし一方で、ここ1-2週間で複数の地域での感染爆発のリスク上昇が報じられる状況になってきました。日本感染症学会、日本環境感染学会としては、重症者の命を守ることを第一に、医療機関の混乱を減らすための軽症者の自宅待機の促進、感染者への差別が起きないよう、また医療従事者の心のケアに配慮した対応を進めていきたいと考えています。国内における新型コロナウイルス感染症者が2,000人を超えようとする状況となり、感染症病棟のベッドの占拠率が高まっていく中で、感染症診療の在り方を柔軟かつ適正に変えていくことが必要になります。

以下の方針はこれからの診療体制の変化の方向性を示しています。すでに実行されている項目に加え、今後対応が求められる項目も記載させていただきました。行政に対して医療現場の声をしっかりと届けていけるように、何よりも感染患者の命を守る医療が継続できるように、引き続きご理解とご協力を宜しくお願いいたします。

1. 新型コロナウイルス感染症に対する検査

- ・ PCR 法等による遺伝子検出法(鼻咽頭ぬぐい液、あるいは喀痰)に加えイムノクロマト法による抗体検出法(血液、血清)の利用が検討されている。
- ・ イムノクロマト法による抗体検査は発症から2週間以上経過し、上気道でのウイルス量が低下し PCR 法による検査の感度が不十分であることが想定される症例に対する補助的な検査として用いることが望ましい。
- ・ 地域の流行状況によるが、PCR 検査の原則適応は、「入院治療の必要な肺炎患者で、ウイルス性肺炎を強く疑う症例」とする。軽症例には基本的に PCR 検査を推奨しない。時間の経過とともに重症化傾向がみられた場合には PCR 法の実施も考慮する。
- ・ 指定医療機関だけでなく、全ての医療機関において医師の判断において検査が行える体制を整える。
- ・ 抗体測定法を用いて、地域の感染率(既感染)に関するサーベイランスを実施する。

2. 軽症例を受け入れる施設の認定および自宅安静の判断

- ・ 感染症指定医療機関のベッドが重症例で満床になるような場合には、軽症例を受け入れる指定医療機関以外の施設を用意する必要がある。特に、新型インフルエンザ等特別措置法に規定されている、指定公共機関や指定地方公共機関に該当する医療機関は、事前に作成した BCP に基づき、診療体制の変更を行い、地域全体での診療体制を調整する必要がある。それでもベッドが不足する事態が想定される場合には自宅安静の選択肢も考慮する。
- ・ 全身状態が良好で、胸部画像、血液検査からも軽症と考えられる臨床診断例(イムノクロマト法陽性例)で、基礎疾患の有無などからも入院は必要ないと判断される症例は自宅安静で対応することも考える。
- ・ ただし、高齢、基礎疾患の存在、独居などの要因から重症化が予測される場合には入院とする。

- ・ 自宅安静となった患者に対して、1 日 1 回電話連絡による健康状態の確認ができるような体制を確立する(体温測定、食欲、だるさなどを 2 週間)。症状の悪化がみられた場合には、医療機関と連絡を取りながら、飛沫・接触感染防止策を徹底した上で公共交通機関を使わない方法での受診をお願いする。
- ・ 自宅安静となった場合、家族内での感染が広がらないよう、こまめな換気に加え飛沫・接触感染対策の徹底を指導する。家族に感染症状がみられた場合には速やかに医療機関に連絡するように説明する。
- ・ 外来(開業医などの)オンライン診療と処方、保険診療の認可について検討する。

3. 重症例を見逃さない、救命のための対応

- ・ 肺炎画像の広がり、低酸素血症の存在、血液検査異常(リンパ球減少、血小板減少、CRP 高値など)などを指標に重症化を察知し対応する。
- ・ 長引く倦怠感、食欲不振、高熱の持続なども参考に重症例を見逃さないように対応する。
- ・ 低酸素血症が強く、酸素化が維持できないような症例に対しては人工呼吸器装着、膜型人工肺(ECMO)などの適応も考慮する。ECMO は限られた施設で行われる対処法であり、その導入に関しては日本感染症学会ホームページの情報を参考に専門機関と相談する。

4. 治療法の選択

- ・ 現時点での特異的な治療薬はないことから対症療法が中心となる。
- ・ アビガン、クロロキン、オルベスコ、カレトラなどの薬剤の有効性が報告されているが、確立した治療法ではない。現在、日本感染症学会も関与して臨床試験が進行中である(アビガン、オルベスコについては学会ホームページ参照、問合せ先:covid-19@fujita-hu.ac.jp)。これら薬剤は適応外となるが、その早期使用の必要性も含めて議論されている。
- ・ 日本感染症学会ホームページで公開されている症例報告の治療経験を参考にする。
- ・ 挿管期間が長くなる場合には2次性の細菌性肺炎の合併率が上昇することにも留意する。

5. 退院基準と退院後のフォローアップ

- ・ 全身状態および呼吸器症状が改善し、血液検査および画像所見の改善をもって退院を考慮する。
- ・ 症状の軽快後も PCR 検査の陽性が持続する症例を考慮し、症状の改善を指標とする退院基準を考える必要がある。
- ・ 退院後も 2 週間は電話連絡などによる健康チェックを行う。この間はできるだけ外出を控えるように指導する。

6. 海外からの帰国者への対応

- ・ 海外からの帰国者に関連した症例の急激な増加が認められている。
- ・ 海外からの帰国者は、無症状であっても基本的に 2 週間は自宅待機とする。発熱、呼吸器症状などがみられた場合には帰国者・接触者相談センターに連絡する。
- ・ 帰国時に症状がある場合には帰国者・接触者外来への受診へ誘導する。その後の対応は上記に従う。

7 感染者および医療従事者に対する精神的ケアの必要性

- ・感染者が退院したのち、あるいは2週間の観察期間の中で、地域の中で差別が生じていないかどうか、電話連絡などで確認する体制が必要となる。
- ・医療従事者は、診療・感染対策にあたって細心の注意を払っていることもあり、強い精神的ストレスを受けていることが多い。新型コロナウイルス感染症の診療・感染対策に従事している者に対しては、精神科医・産業医などによる定期的なこころのケアを受けられるシステムを構築しておく必要がある。

2020年4月2日

一般社団法人日本感染症学会

理事長 舘田 一博

一般社団法人日本環境感染学会

理事長 吉田 正樹