

要介護者の発熱時に備えた 「発熱時 医療介護連携 対応指針」 の検討と試行運用の経験

平熱等確認情報・主治医機能確認 → 発熱対応チェックリスト → 発熱時対応

○住谷 智恵子^{1,2)}、井上 スエ子²⁾、浮ヶ谷綾子³⁾、川越 正平^{1,2)}

- 1) 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
- 2) あおぞら診療所
- 3) 明第1地域包括支援センター

日本在宅医療連合学会 COI 開示

住谷智恵子

演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある
企業などはありません。

はじめに

- ・当市の地域ケア会議は3層構造で、日常生活圏域内の個別事例の課題・地域レベルの課題、そして市レベルの課題を段階的に解決する仕組みになっている。

市主催地域ケア会議

役割：市レベルの課題の解決
地域レベルでは解決できない課題
市全体で対応すべき課題
市（基幹型地域包括支援センター）が年2回程度開催

↑ 地域レベルでは解決できない課題

地域ケア推進会議

役割：地域レベルの課題の解決
個別事例の検討から把握された課題
地域の専門職・関係者が把握した課題
市内の地域包括支援センター毎に、年2回程度開催

↑ 個別事例の検討から把握された地域レベルの課題

地域ケア個別会議

役割：個別事例（困難事例等）の課題の解決
専門職への職務を通じたトレーニング
市内の地域包括支援センター毎に、年4～6回開催

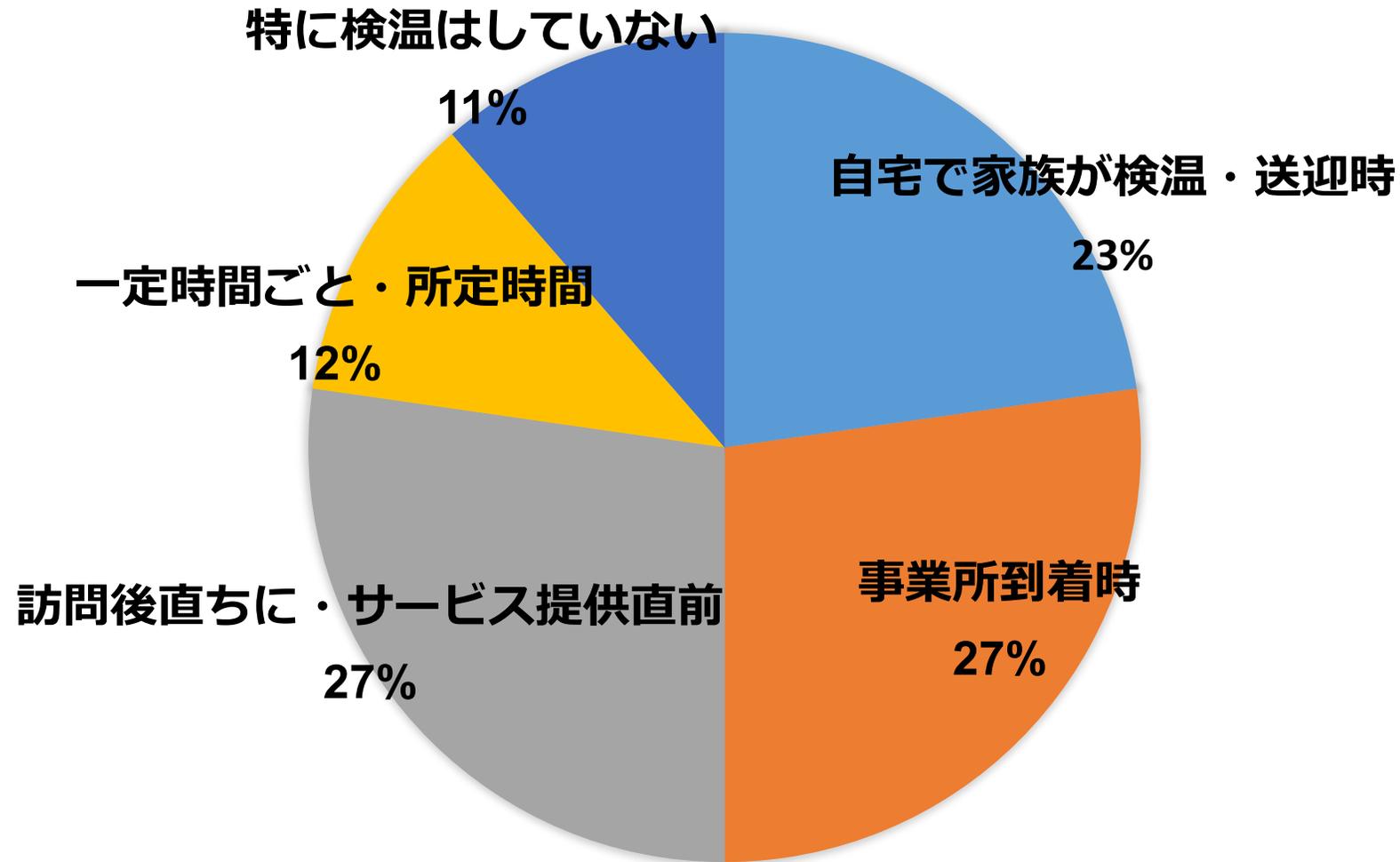
図1. 松戸市における地域ケア会議の3層構造

※松戸市内には、日常生活圏域を担当する15カ所の地域包括支援センターがある。

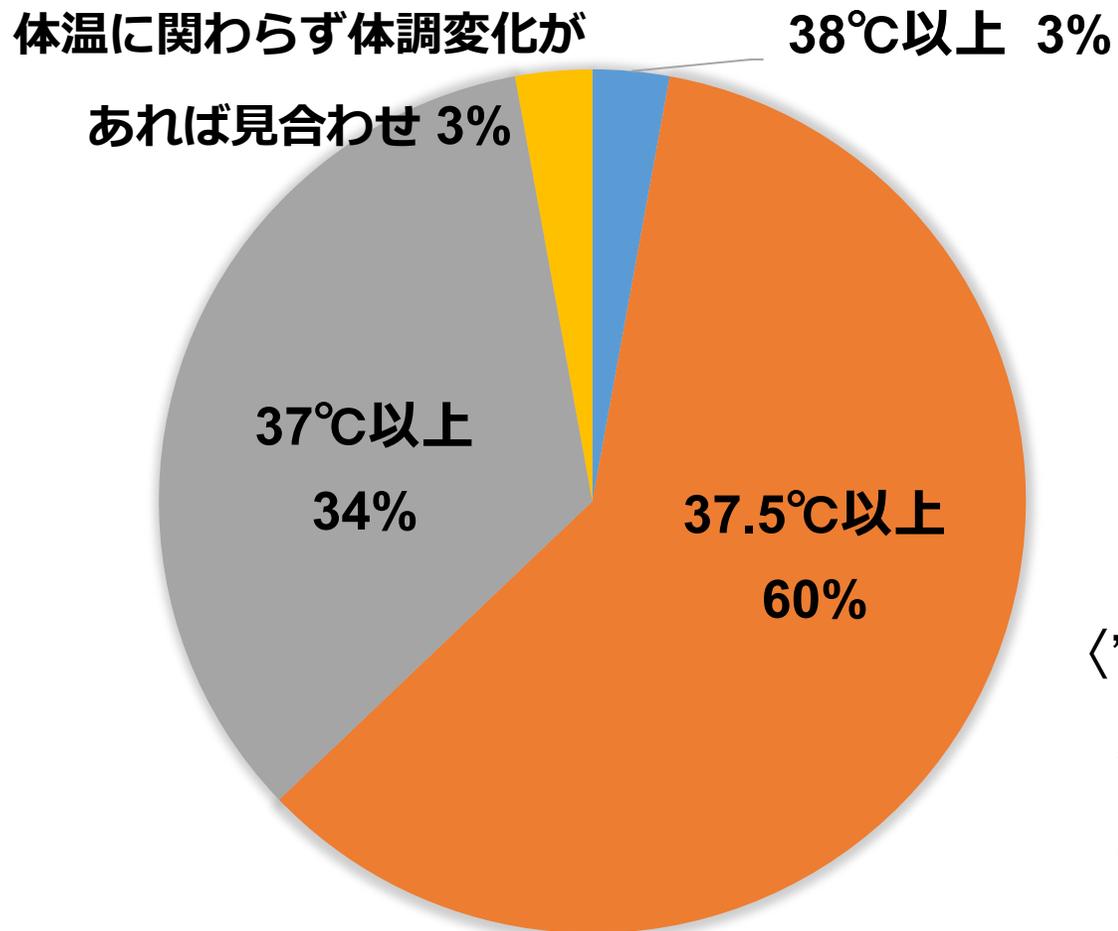
- ・2020年9月、圏域内の地域ケア個別会議において、通所介護の送迎時の検温で利用者の発熱が判明し、新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19）ではなかったがサービス提供が14日間休止された結果、ダブルケアの家族が困窮した事例を検討した。
- ・圏域内の42介護事業所に発熱時の対応に関するアンケート調査を行った。サービス提供における検温のタイミング、有熱の定義、サービス提供の休止・再開の基準、特別な対応を講じる基準等がまちまちだという実態が判明し、COVID-19関連の地域課題として把握した。
- ・2020年11月の地域ケア推進会議でアンケート結果を報告し、コロナ禍における医療・介護の対応指標・相談体制等について検討した。

活動① 介護事業所アンケート（一部を抜粋）

サービス提供における、利用者の検温のタイミングは？



体温は何度以上で利用見合わせ 又は特別な対応を講じる？



〈“体温”で利用見合わせを決めている介護事業所〉

- ・ 37.5°C以上であれば、無症状でも見合わせ
- ・ 再検を繰り返し37.5°C未満にならないければ見合わせ
- ・ 同居家族が37°C以上の場合も利用見合わせ

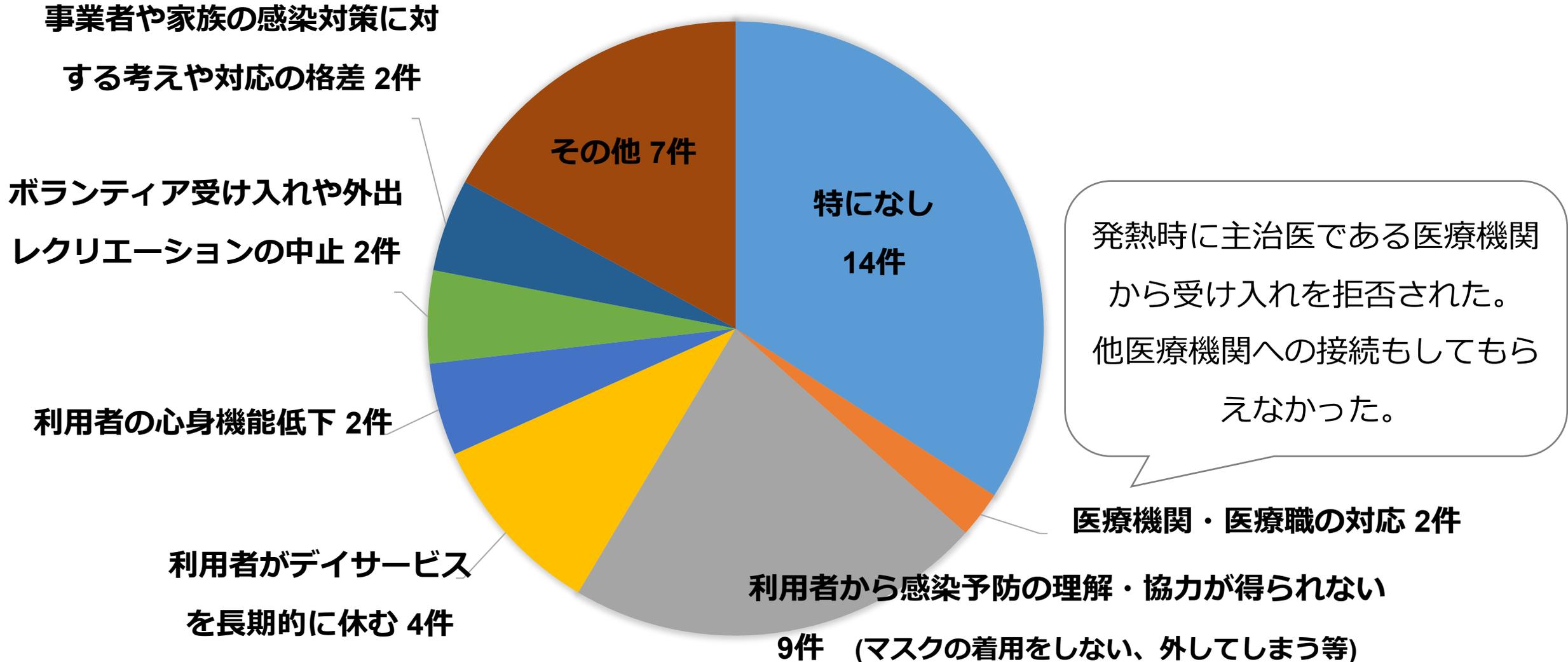
活動① 介護事業所アンケート（一部を抜粋）

利用見合わせ又は特別な対応を講じる際、体温以外の判断基準があるか？

体温の再検	他の症状	家族の状況	その他
<ul style="list-style-type: none">• <u>こもり熱を排除</u>するために腋窩の通気をはかってから再検。• <u>室温や着衣の調整</u>を行い、再検。• 脱水による体温上昇を否定するため<u>水分補給</u>をしてから再検。• 10分、15分、20分など<u>間隔を開けて再検</u>。• 再検を繰り返しても37.5℃未満にならないければ利用見合わせ。	<ul style="list-style-type: none">• 咳・痰、息苦しさ、倦怠感など<u>感冒様症状</u>の有無。• 腹痛や下痢など<u>消化器症状</u>の有無。• <u>SpO₂値</u>の確認。• <u>尿テストテープ</u>による尿路感染の確認。• <u>活気</u>など日常との違い。• 体調不良の<u>自覚</u>。• <u>味覚や嗅覚異常</u>の有無。	<ul style="list-style-type: none">• 家族の中に感染者との<u>濃厚接触者</u>がいないか。• <u>家族の体調</u>。• 同居家族に発熱者がいないか。• 本人がデイサービス利用の日には家族も検温。家族に37℃以上の発熱者がいれば利用見合わせ。	<ul style="list-style-type: none">• 外出の有無と<u>外出先の場所</u>がどこであったか。• <u>熱の持続している日数</u>• 平熱を考慮して、他の症状を含めて<u>全体的な状況</u>から判断。

活動① 介護事業所アンケート（一部を抜粋）

サービス提供において困っていることは？



活動② 地域ケア推進会議において抽出された地域課題 と その後の検討

- ① 「有熱」あるいは「平熱」の定義の統一
- ② 正しい方法での体温測定
- ③ 介護現場で非医療職がCOVID-19を念頭に置いてサービス提供を一旦保留すべきと判断できる指標
- ④ 一旦サービス提供を保留した後、サービス提供再開の可否の判断やサービス提供の調整については、医学的な診立て・推奨を元に行われるべき
 - ➡ COVID-19を否定できない急病に備えた医療・介護の連携指針（案）を作成した
- ⑤ 定期的な通院先の医療機関で発熱時に診てもらえなかった
 - ➡ 「主治医機能」についても併せて定義し、周知した

新型コロナウイルス
感染症を否定出来ない

急病に備えた 医療と介護の連携指針

松戸市在宅医療・介護連携支援センター
住谷智恵子

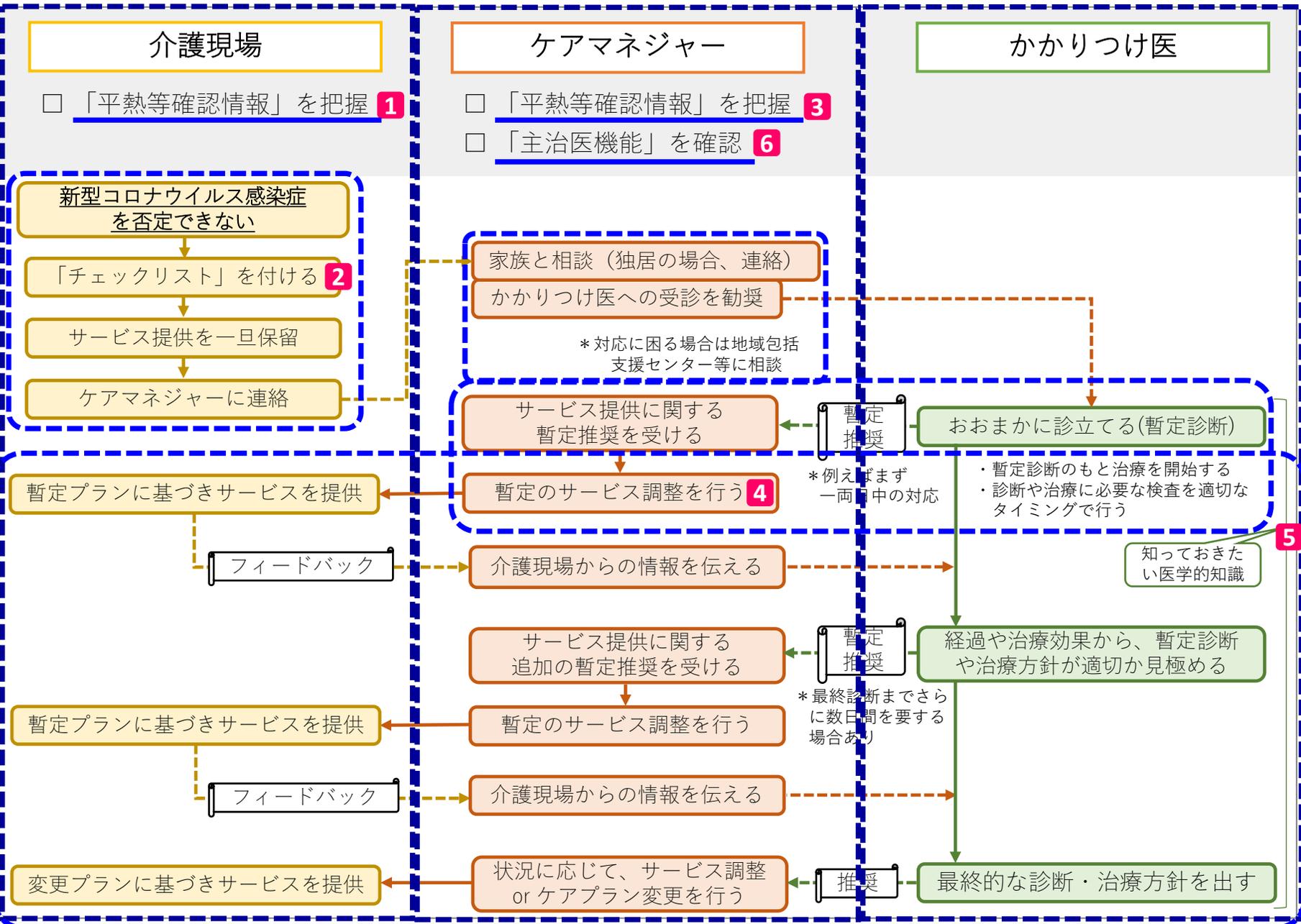
2021年2月に圏域内の地域ケア個別
会議で「新型コロナウイルス感染症
を否定できない急病に備えた医療・
介護の連携指針（案）」を報告した。
その後、市主催地域ケア会議を経て、
市内全域で使用可能となっている。



新型コロナウイルス感染症を否定出来ない場合のフローチャート

急病への備え

急病時の各職種の動き



2021年2月に圏域内の地域ケア個別会議で「新型コロナウイルス感染症を否定できない急病に備えた医療・介護の連携指針（案）」を報告した。その後、市主催地域ケア会議を経て、市内全域で使用可能となっている。



日頃の様子の確認

平熱の範囲:(時頃) °C ~ °C / (時頃) °C ~ °C

慢性的な気道症状:咳がある・鼻汁が出る(季節性など)・痰が出る(色)

生活の中での発熱を生じうる病態の存在:むせ込みがある・食後に痰がからむ
尿道カテーテル留置あり(尿の混濁 無・有)
褥瘡がある・足などの皮膚に傷口がある
その他()

消炎鎮痛薬の常用:無・有()

予測される事態に対する置き薬が準備されている(特に発熱時):解熱剤・抗生剤
()

新型コロナウイルス感染リスクの把握

同居家族の行動範囲等:

本人の行動範囲等:

※現在は、新型コロナワクチン
接種状況の把握も必要となる

急病への備え

介護現場

「平熱等確認情報」を把握 **1**

新型コロナウイルス感染症
を否定できない

「チェックリスト」を付ける **2**

サービス提供を一旦保留

ケアマネジャーに連絡

急病時の各職種動き

暫定プランに基づきサービスを提供

フィードバック

暫定プランに基づきサービスを提供

フィードバック

変更プランに基づきサービスを提供

1 日頃から確認しておくべき情報(サービス提供者) 解説1

平熱の範囲：

何度以上を発熱と捉えるか、数値を設定することは困難です。特に高齢者では元々体温が成人より低いとされます。個々人の平熱を日頃から把握し、その範囲を超える場合を「発熱」とします。

具体的には10日分の数値を用いて、最大値と最小値を除いた残りを「平熱の範囲」とします。体温記録がデイサービス日のみの場合には、直近10回分を参考に平熱の範囲を把握します。室温や体型も体温に影響するので、直近10回分の体温を見直すようにしましょう。

例)

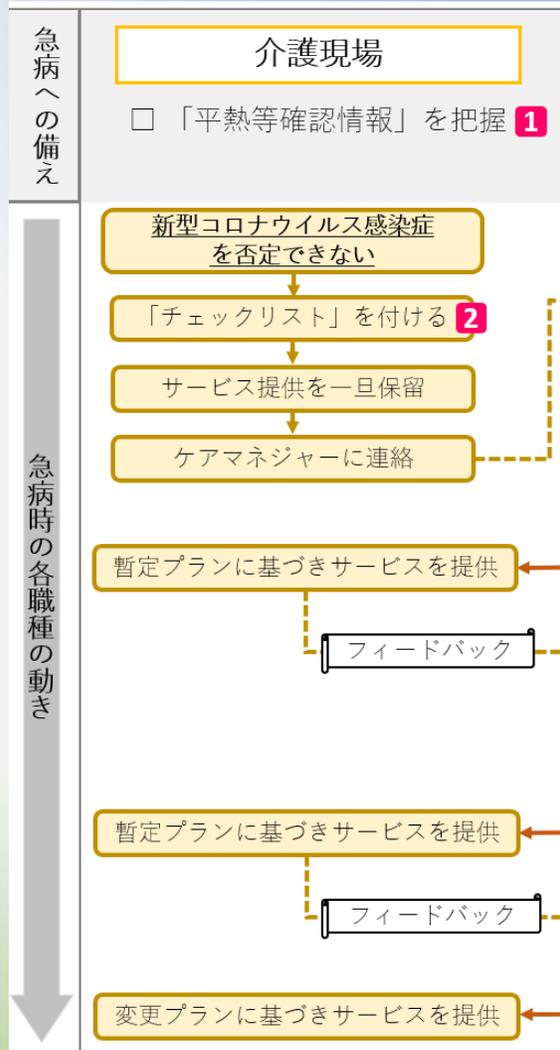
	11/1 (月)	11/4 (木)	11/8 (月)	11/11 (木)	11/15 (月)	11/18 (木)	11/22 (月)	11/25 (木)	11/29 (月)	12/2 (木)	平熱の範囲
8時頃	36.5	36.2	36.0	36.4	36.5	36.6	36.4	36.4	36.2	36.5	→ 36.2°C~36.5°C
17時頃	36.5	36.6	36.8	36.8	36.8	36.7	37.0	36.6	36.8	36.8	→ 36.6°C~36.8°C

体温の測定方法：

一般的に体温には朝が低く夕方に高くなるという日内変動があります*。1日の中で同じ時間帯に測りましょう。サービス利用者の場合はサービス提供前の測定が原則になります。

*元々の平熱が低く、夕方にも体温があがりにくい高齢者では、日内変動が目立たない可能性があります。

非接触型体温計は外気温に影響されやすく、炎天下では高く出がちで冬に皮膚が冷やされれば低く出がちです。腋窩での測定など、**毎回同じ測定条件となる方法**を推奨します。



慢性的な気道症状の把握：アレルギー性鼻炎では日頃から鼻汁があり、慢性閉塞性肺疾患でも日頃から咳や痰がみられます。慢性的な気道症状がある方にウイルスや細菌による気道感染が重なると、いつもより咳が多い、痰の色も黄緑～褐色調になったなど”変化”が見られます。

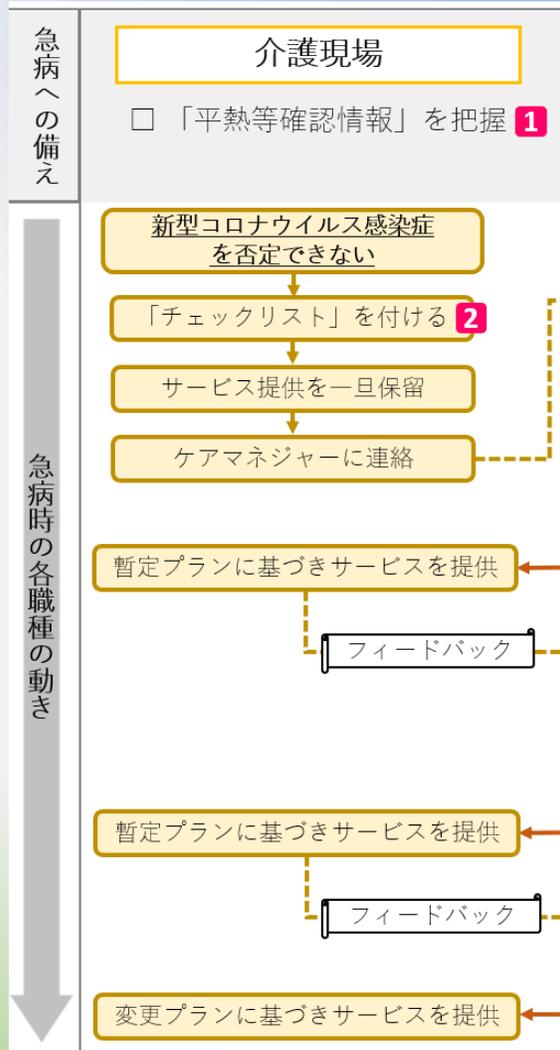
同居家族・本人の行動範囲等：感染リスク把握のため、予め同居家族の通勤・通学先や本人の行動・交友範囲を確認しておくことを推奨します。マスクや手指衛生の継続・実行が出来ないにも関わらず、本人がひとり歩きをしてしまう方には特に留意が必要です。

生活の中での発熱を生じうる病態の把握：誤嚥性肺炎や尿路感染症、皮膚の感染症は要介護高齢者でよくみられます。これらの細菌感染症を疑う糸口となる日頃の情報医療者から確認しておきましょう。

消炎鎮痛薬常用の有無：解熱作用で熱が上がりにくくなります。アセトアミノフェン（例:カロナール®）、非ステロイド性消炎鎮痛薬（例：ロキソニン®、セレコックス®）、トラマドール/アセトアミノフェン（例：トラムセット®）、ステロイド（例：プレドニン®、デカドロン®）、市販の消炎鎮痛薬などがあります。

予測される事態に対する置き薬が準備されている（特に発熱時）：誤嚥性肺炎や尿路感染症を繰り返す可能性が高い方の場合、内服の抗菌薬や解熱剤が常備薬としてあると、医師の診察後、より発症早期の段階で投与することが出来ます。

日頃の元気さ：普段から高齢者本人をよく見ている介護職が、「なんとなくおかしい」「元気がない」など、”普段との印象の違い”に気がつくことで、急病の始まりを捉えられることがあります。熱が上がらなくても、なんだか元気がない、なんだか反応が悪い、なんだか落ち着きがない、なんだか動きたがらない等、なんだかおかしいと察知した場合は、医療職に連絡しましょう。



体温を測定する前にまず確認すべきこと

- ・腋窩で正しく測定しているか → 腋窩が汗でぬれていればタオルで拭く。きちんと挟めていることを確認
- ・熱中症の可能性はないか → あれば適切な室温にして、コップ1杯の水を飲ませ、15分後に再検
- ・心拍数があがる程度の労作後ではないか → あれば座ったりして落ち着いてから、10分後に再検
- ・重ね着などによるこもりはないか → あればこもりの原因を取り除いて、10分後に再検

	チェック項目
症状の観察	平熱の範囲から1°C以上高い
	平熱の範囲から0.5°C以上高い
	平熱の範囲よりは高いが0.5°C未満の幅である
	新たに出現した咳や痰・鼻汁がある
	「なんとなくおかしい」、「元気がない」と感じる
接触歴	同居家族に、COVID-19の可能性のある症状*が2週間以内にあった
	周囲の介護者やサービス利用者に、COVID-19の可能性のある症状*が2週間以内にあった
予防遵守	マスク着用や手指衛生の継続・実行が出来ないにも関わらず外出・徘徊してしまう
	サービス利用中にマスクをすぐ外してしまう・拒否がある
	声かけなどの介助でマスク着用はするが、自らマスク着用や手指衛生は出来ない

* COVID-19の症状として、新たに生じた発熱、寒気、咳や痰、鼻水、喉の痛み、筋肉痛、倦怠感、味覚・嗅覚異常などがある。

急病への備え

介護現場

- 「平熱等確認情報」を把握 **1**

新型コロナウイルス感染症
を否定できない

「チェックリスト」を付ける **2**

サービス提供を一旦保留

ケアマネジャーに連絡

暫定プランに基づきサービスを提供

フィードバック

暫定プランに基づきサービスを提供

フィードバック

変更プランに基づきサービスを提供

急病時の各職種の動き

連携体制の確認

- 家族や親戚と、平時から面接や電話などで連絡が取れているか
 - 家族や親戚の緊急連絡先を確認出来ているか（曜日や時間毎で異なる場合もある）
 - ケアマネタイム等を利用してかかりつけの医療機関と平時から意思疎通が取れている
 - 急病時にかかりつけ医が対応してくれるか
 - かかりつけ医に夜間・休日に急病が生じた場合の対応を確認しているか
- ➡ 「主治医機能」を参照 **6**

アセスメントやケアプランの変更・調整に必要な最新情報の確認

- 発熱疾患の既往をかかりつけ医に確認している
- 生活の中での発熱を生じうる病態をかかりつけ医に確認している
- 同居家族・本人の行動範囲等を把握している
- 全ての医療機関の受診状況（病名、診療科、受診日や処方内容）を把握している
- 介護の必要性が変化した場合に対応できるかどうか、急病時の家族の介護力を把握している

ケアマネジャー

- 「平熱等確認情報」を把握 **3**
- 「主治医機能」を確認 **6**

家族と相談（独居の場合、連絡）

かかりつけ医への受診を勧奨

* 対応に困る場合は地域包括
支援センター等に相談

サービス提供に関する
暫定推奨を受ける

暫定
推奨

暫定のサービス調整を行う **4**

* 例えばまず
一両日中の

介護現場からの情報を伝える

サービス提供に関する
追加の暫定推奨を受ける

暫定
推奨

暫定のサービス調整を行う

* 最終診断ま
に数日間を要
場合あり

介護現場からの情報を伝える

状況に応じて、サービス調整
or ケアプラン変更を行う

推奨

例) 80代男性・長男と同居、要介護3、肺炎の既往なし

月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
訪問介護	通所介護	訪問介護	訪問介護	通所介護	訪問看護	訪問介護

検温で発熱あり
通所介護は**休止**



肺炎疑いとして抗菌薬点滴加療を開始したが、これまでに誤嚥性肺炎の既往や明らかな誤嚥リスクの報告がなかった。
地域で新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が蔓延しており、COVID-19の可能性を否定できないと判断し、翌日水曜にPCR検査予定となった。

月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
訪問介護	通所介護 休止	訪問介護	訪問介護 同居家族による介護	通所介護 同居家族による介護	訪問看護	訪問介護
	臨時往診	訪問診療 PCR検査提出	訪問看護	訪問診療		
	抗菌薬の点滴 投与(1日1回)			陰性結果判明		

大まかな診立て → 暫定診断 → 最終診断

同居している長男が仕事を休み、本人の介護が可能となった。1日1回の抗菌薬点滴投与と状態観察を、訪問看護と訪問診療で分担して対応した。木曜日の夜にPCR結果陰性と判明した。また、長男から水分摂取時に最近むせ込む様子があったという情報が得られた。抗菌薬への反応も良好で、誤嚥性肺炎と診断した。金曜日の訪問診療での診察も踏まえ、日曜から通常通りサービス再開、翌週火曜の通所介護も再開となった。

ケアマネジャー

- 「平熱等確認情報」を把握 **3**
- 「主治医機能」を確認 **6**

家族と相談（独居の場合、連絡）

かかりつけ医への受診を勧奨

* 対応に困る場合は地域包括
支援センター等に相談

サービス提供に関する
暫定推奨を受ける

暫定
推奨

暫定のサービス調整を行う **4**

* 例えばまず
一両日中の

介護現場からの情報を伝える

サービス提供に関する
追加の暫定推奨を受ける

暫定
推奨

暫定のサービス調整を行う

* 最終診断ま
に数日間を要
場合あり

介護現場からの情報を伝える

状況に応じて、サービス調整
or ケアプラン変更を行う

推奨

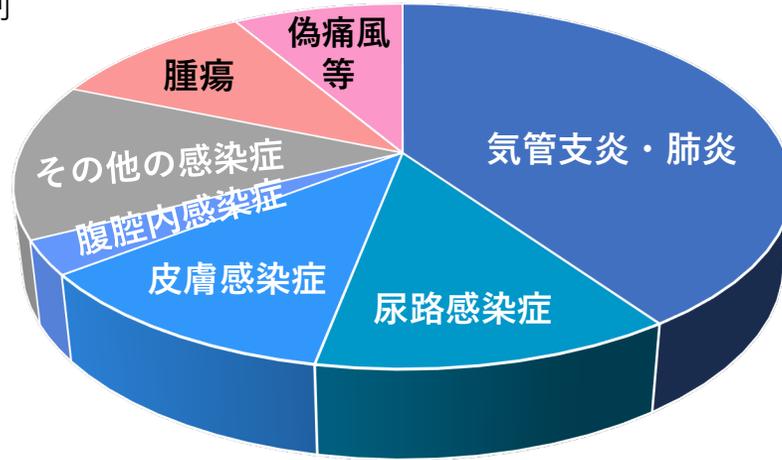
5 知っておきたい医学的知識～発熱に対する医師のアプローチ1～

【高齢者の発熱のほとんどは、肺炎や尿路感染症などの細菌感染症】

ウイルスや細菌による「**感染症**」による発熱と、関節の炎症（偽痛風）や悪性腫瘍に伴う発熱（腫瘍熱）など「**非感染症**」による発熱に分けられます。

高齢者の発熱のうち70～80%が「感染症」、15～20%が「非感染症」という報告があり、感染症のほとんどが肺炎や尿路感染症などの細菌感染症となっています。

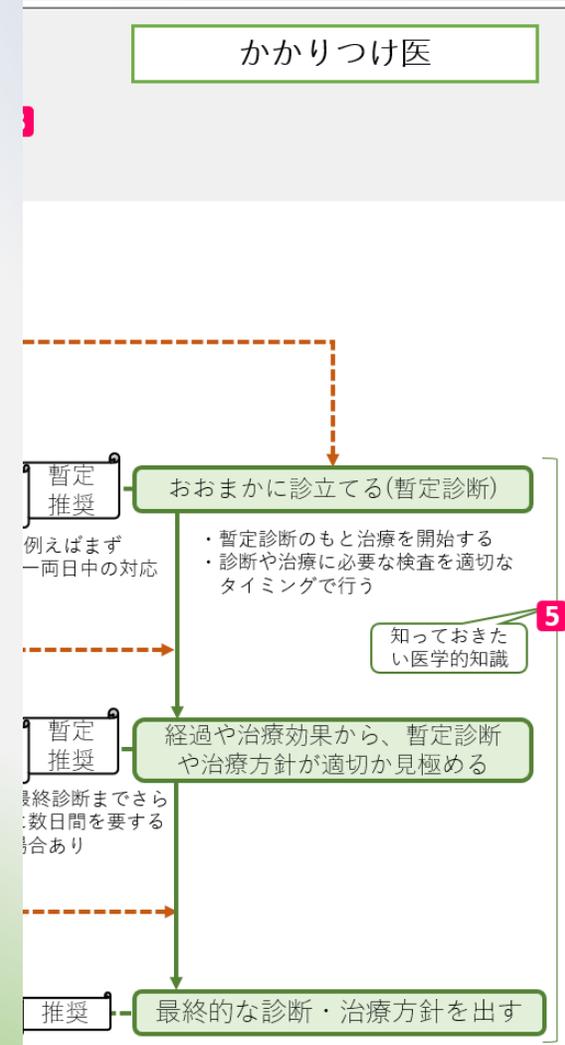
高齢者の発熱の内訳例



Cagatay A, et al. J Aging Res. 2010を参考に作成

要介護高齢者はさらに、カラオケ等の集まりに参加するなど自ら外出する機会が少ないので、ウイルス感染症のきっけのほとんどが、同居家族や介護者などからのウイルス持ち込みです。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は発症前から感染力があるだけでなく、無症状者からの感染もあります。蔓延期では、周囲から”知らないうちに持ち込まれた”可能性を考慮して疑わなければならない事態もあります。



(1) 発熱の原因をおおまかに診立てる

発熱の原因をすぐに特定出来ることは少なく、まず「誤嚥性肺炎だろう」など**おおまかな診立て**を行い、それに対する治療を開始します。

この時、頭の中では以下の4つにのように残りの疾患の可能性も考慮しながら、最も疑われる疾患を**暫定診断**としています。

- ① most likely 最も疑われる疾患
- ② possibly 可能性のある疾患
- ③ less likely 可能性は低いがありうる疾患
- ④ rule out 可能性がゼロではなく否定しておくべき疾患

おおまかに診立てる(暫定診断)

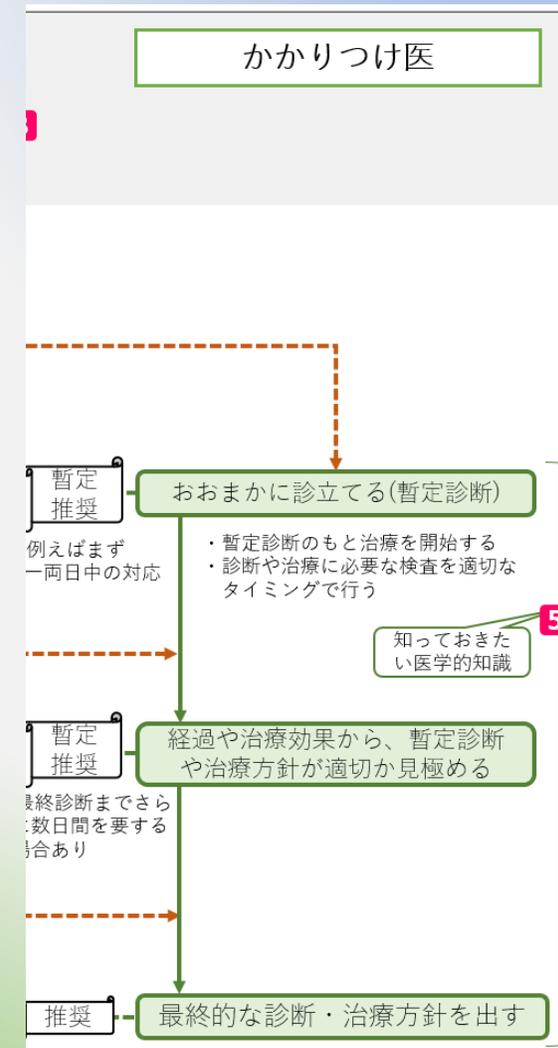
(1)

経過や治療効果から、暫定診断や治療方針が適切か見極める

COVID-19蔓延期では、③や④の位置にCOVID-19があがることがあります。「肺炎だと思われるが、これまで誤嚥性肺炎を起こしたことがなく誤嚥リスクも高くない。COVID-19の可能性は低いけどゼロではない」という場合などです。

大まかな診立てから暫定診断（場合によっては最終診断）に至る一両日中の対応をまず推奨することになります。

この時点でCOVID-19の可能性がゼロでない判断した場合は、適切なタイミング・方法で施行されたCOVID-19検査結果を確認するまで、「COVID-19の可能性がある」として対応することを推奨します。



(2) 暫定診断が適切か見極める

時間経過の中で、症状の推移をみながら**暫定診断**が適切か見極めながら、他に挙げていた疾患の可能性を段々と削っていきます。

最初に最も疑わしいと挙げた疾患の可能性が下がり、他の疾患の可能性がより高くなった場合など、**最終的な診断**までの間に疑わしい疾患が変わることがあります。

新たに検査を追加するなど、**最終的な診断**までさらに数日を要することがあります。

経過や治療効果から、暫定診断や治療方針が適切か見極める

(2)

最終的な診断・治療方針を出す

暫定プランに基づきサービスを提供

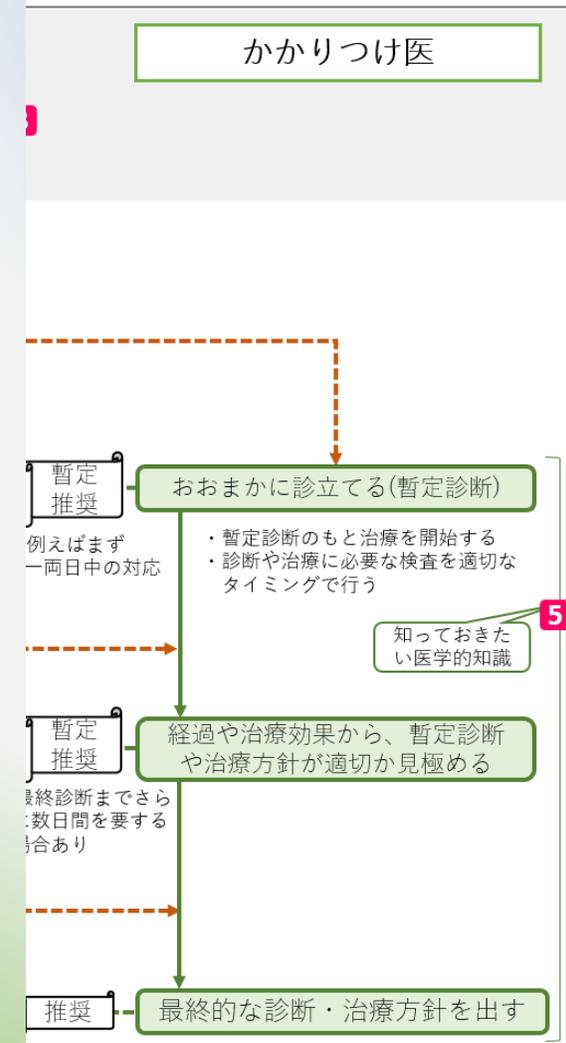
フィードバック

介護現場からの情報を伝える

(3)

(3) 介護現場からの情報を伝える

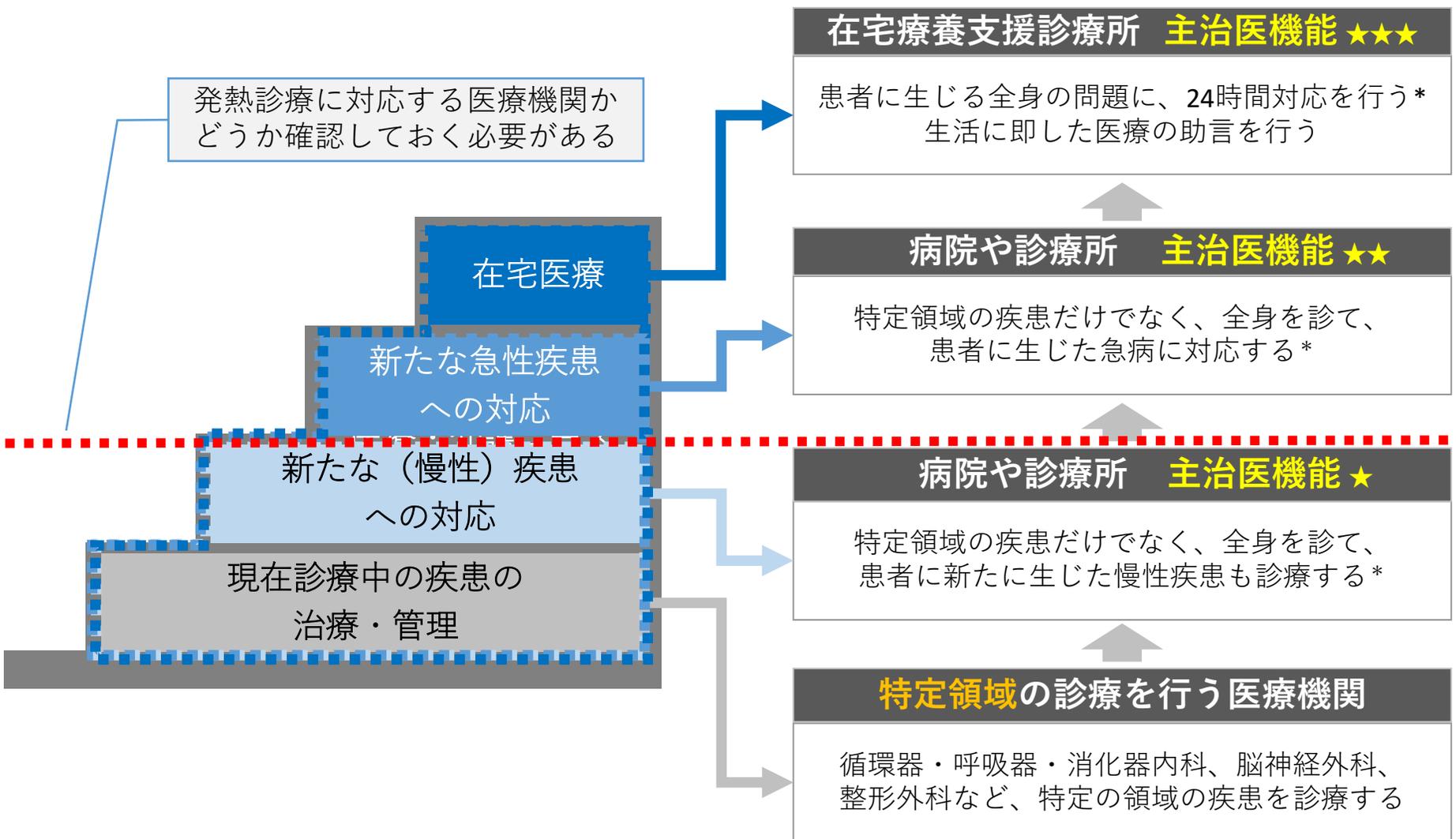
治療効果を判断するには、体温や咳などの症状の推移のみならず、ご本人の見た目の**様子の変化**、声かけに対する反応、食欲、落ち着きのなさ、行動の変化などの介護現場からの情報も**重要な指標となります**。**変化に気づいたら、ケアマネジャーや医療職に報告**しましょう。



「主治医機能」の確認・推奨

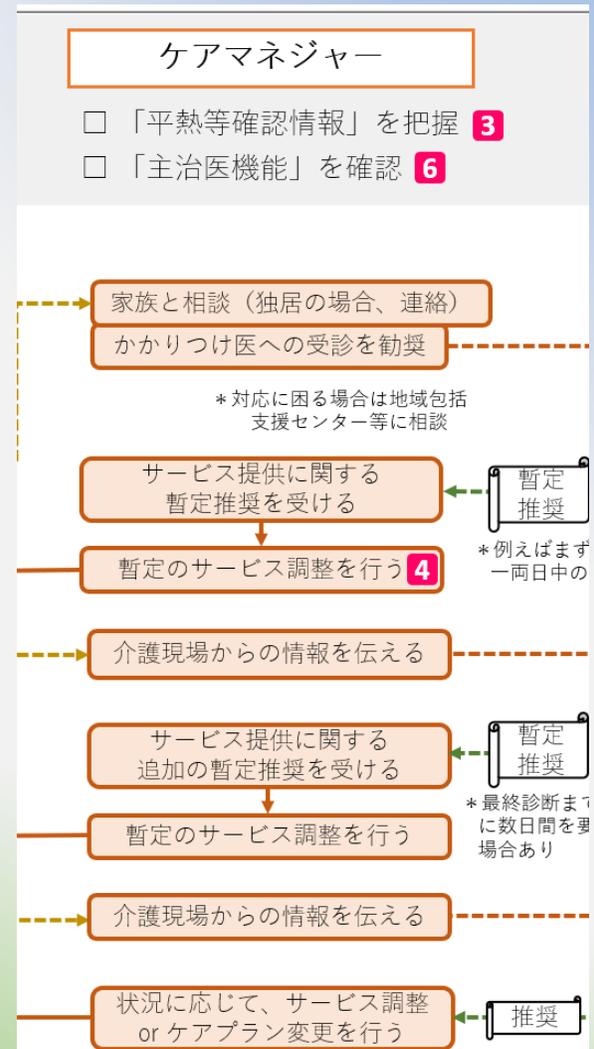
特定領域の疾患だけでなく、全身を診て、急病にも対応する「主治医機能」を確認する

発熱診療に対応する医療機関かどうか確認しておく必要がある



* 必要に応じて専門医療機関と連携する

お近くで主治医を探す場合、『松戸市医師会医療機関ハンドブック』をご活用下さい。



Q1 整形外科や循環器内科に定期的に通っているかかりつけ医を発熱時に受診したら「なぜうちを受診したのか？」という反応をされた。かかりつけ医を一度受診してからその他の医療機関に紹介してもらうことが普通ではないのか？（ケアマネジャーより）

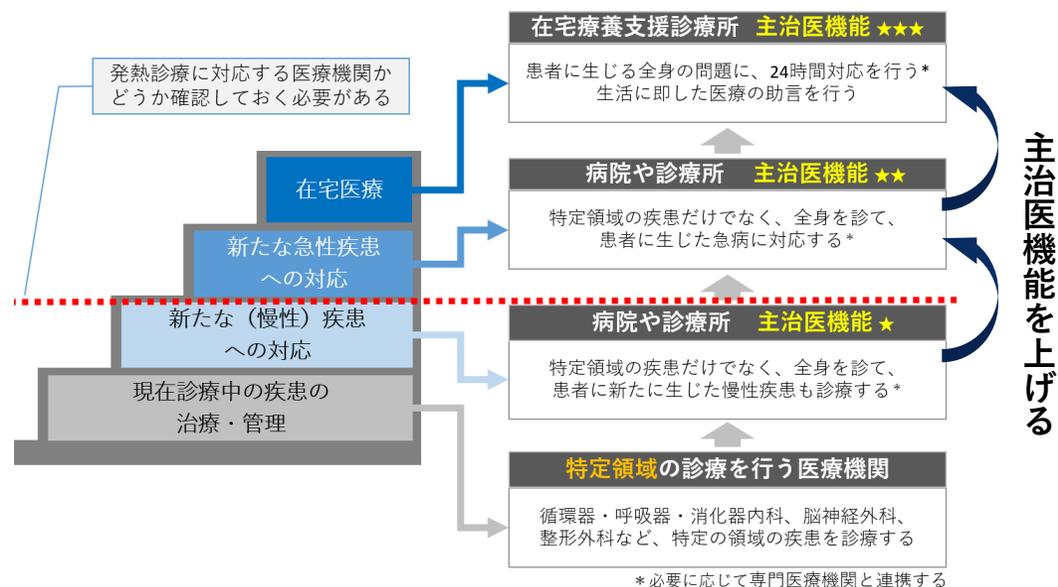
A1 定期的な通院先（“かかりつけ”と呼ぶことが多い）や主治医意見書を記載してくれている医療機関が主治医機能を持つとは限りません。膝の病気で整形外科、心臓病で循環器内科で継続的に診療をしてもらっている間に、新たに認知症や糖尿病などの慢性的な病気が生じた場合を考えてみましょう。

対応困難な場合、その医療機関は特定領域の疾患を診療するが、主治医機能はないということです。一方、専門医療機関に紹介するとしても何らかの対応をしてくれる場合は最低限の主治医機能(★)を有します。

そして、さらに発熱などの急病が生じた場合にまず相談に乗ってくれるか（一度受診という形で受け止めてくれるか）どうかさらに一段階上の主治医機能(★★)です。逆に、この段階の主治医機能がない医療機関では、発熱には対応していない可能性があります。

訪問看護ステーションの看護師より

コロナ禍に関係なく訪問看護師は、関わる利用者さんの主治医機能を上げたほうが良いか、上げるとしたらそれはどのタイミングなのか常にアセスメントを行い、ケアマネジャーと情報共有することを得意としています。担当する要介護者の主治医機能の相談・助言に乗ることが可能です。



ケアマネジャー

- 「平熱等確認情報」を把握 **3**
- 「主治医機能」を確認 **6**

家族と相談（独居の場合、連絡）

かかりつけ医への受診を勧奨

* 対応に困る場合は地域包括
支援センター等に相談

サービス提供に関する
暫定推奨を受ける

暫定
推奨

暫定のサービス調整を行う **4**

* 例えばまず
一両日中の

介護現場からの情報を伝える

サービス提供に関する
追加の暫定推奨を受ける

暫定
推奨

暫定のサービス調整を行う

* 最終診断ま
に数日間を要
場合あり

介護現場からの情報を伝える

状況に応じて、サービス調整
or ケアプラン変更を行う

推奨

考察

- 要介護者にCOVID-19を否定できない発熱が生じた際、**医療と介護の双方の適切な対応が**、利用者の生活を守り、万一の場合にもクラスターの巨大化を防ぐことに繋がる。
- **急病時の各職種の流れを示したフローチャートは、非医療職の介護現場での対応指標となるが**、急病時に役立てるためには、**予め非医療職に医学的基礎知識を共有すること**、平時から介護職に**基礎情報の収集や医療との連携体制の確認を推奨すること**が必要である。
- 日々の臨床や地域活動を通じた他職種との**顔の見える関係性構築の土台**があつてこそ、医療・介護が協働するための議論や対策の具体化を進めることができる。
- 我々在宅医療従事者は、COVID-19対策を一つの機会として捉え、**各職種の果たすべき役割や医療・介護連携の在り方を再認識し、地域の医療レベルの底上げとなる本質的な活動に結びつけていく必要がある。**