

新型コロナウイルス感染症透析患者の退院基準と退院の問題点について

日ノ下文彦

帝京平成大学健康医療スポーツ学部看護学科

key words : 新型コロナウイルス感染症, COVID-19, 退院基準, 厚生労働省, 病院の役割分担の推進

要 旨

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) は、いっこうに終息の気配がなく、都市部を中心に透析施設を含む医療現場は常に COVID-19 と向き合い神経をすり減らす状況が続いている。過去 1 年半の入院状況を振り返ると、第 1 波から第 4 波まで入院患者数の増減を経験したことになるが、重症や中等症の入院患者が増えたときには、特に COVID-19 患者の効率的な回転を図るため、退院基準を明確化し退院管理を適正化するなど出口戦略が重要な課題となってくる。厚生労働省はそのときどきの蔓延状況や医療資源の逼迫具合、COVID-19 に関する新しい知見などを総合して「退院基準」をその都度通達している。透析患者を受け入れる病院とサテライトは、退院基準を理解し適切に遵守していくとともに、今後、事情に合わせリニューアルされる退院基準の情報をいち早く入手し適応していく必要がある。また、退院の合理的な出口戦略を徹底するため、基幹病院だけではなく中小の民間病院やサテライトも病院の役割分担を意識して、COVID-19 透析患者の入院サイクルが滞らないよう協力し合っていかなければならない。

はじめに

昨年の初めからわが国を襲っている新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) は、衰えるどころか地域によってはいまだに猛威を振っている。実際、2021 年 5 月現在、我々は COVID-19 の第 4 波の渦中におかれた

ままであり、政府は東京都や大阪府、京都府、兵庫県に対して発出した第 3 回の緊急事態宣言を延長し、愛知県や福岡県にも新たに緊急事態宣言を発出した。さらに、医療現場の窮状を鑑みて、北海道、広島県、岡山県にも緊急事態宣言が発出されることになった。まさに国全体がコロナ危機に瀕しており、昨年の予定から 1 年開催を遅らせた東京オリンピックが、はたして無事に開催できるかどうかさえ危ぶまれる状況となっている。おまけに、先進国の中で最も立ち遅れた新型コロナウイルスに対するワクチン接種は思うように進んでいないだけでなく、現場は日々さまざまな課題に直面し、各自治体はもちろんのこと、接種対象となっている高齢者も混乱の渦に巻き込まれている。

確かに、台湾やニュージーランドのように、当初 COVID-19 に直面したものの無事にこの困難をうまく克服し、現在、コロナ禍から脱却できている国がいくつか存在する。2019 年末、武漢に端を発しまさにパンデミックの震源地となった中国ですら、ある程度、COVID-19 を制圧し安心して経済活動や人の交流に専念できるようになっている。「鉄は熱いうちに打て」という格言があるが、いずれも COVID-19 に対する初動で厳格かつ適正な対策 (政策) を打ち出した国々である。しかしながら、米国をはじめ G8 など多くの先進国では、疾病や保健行政、健康管理だけに目を向けるわけにもいかず、経済やこれまでの人の営みにも配慮し、なかなか思い切った決断を下せなかったというのが正直なところであろう。ただ、台湾や中国は COVID-19 への対応で右往左往している我が国や他の

多くの先進国，発展途上国をしり目に景気が上向いていることも忘れてはなるまい。他の医学雑誌に記したが，医療に携わる筆者としては，やはり目先の経済ではなく，まずは医療すなわち徹底した感染対策に重点を置いてほしいし，長期的にみると結局はそのほうが経済も早く好転すると考えている¹⁾。

さて，本稿では COVID-19 患者の退院の問題について述べるが，上述したように，我が国はコロナ禍の大混乱の中にあり，行政や専門筋から打ち出される指示や基準も「右往左往」してきた面がある。実際，遠くから見聞きしている限りにおいては，大阪府などは「医療逼迫」というよりも「医療崩壊」とも言える状況となっており，想定以上の現実に中央行政がなかなか追いついていけないので，こうした政策上の混乱は

致し方ないのかもしれない。したがって，本稿では行政府から発出された退院基準や情報をもとに，多少の私見を織り交ぜ述べていくことにするが，数ヵ月もするとまたルールが変更されている可能性があることをご承知おきいただきたい。

1 以前の退院基準とわかってきた退院の問題点

わが国の医療機関が COVID-19 患者の入院を受けるようになり，2020 年 2 月 3 日，厚生労働省（厚労省）から地方の公衆衛生管轄部署に退院の基準（健感発 0203 第 3 号）が通達された（表 1）²⁾。これは，まさに COVID-19 入院患者の退院に関する初発の考え方であった。実は，そのすぐ 3 日後，当時の状況を踏まえ退院基準は少し改正された（健感発 0206 第 1 号）の

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号。以下「法」という。）における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて、具体的な基準を次のとおり定めたので、十分御承知の上、その取扱いに遺憾のないようされたい。

第 1 退院に関する基準

新型コロナウイルス感染症の患者について、法第 26 条において準用される法第 22 条の「症状が消失したこと」とは、37.5 度以上の発熱が 24 時間なく、呼吸器症状が改善傾向であることに加え、48 時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した 12 時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合とする。

上記の核酸増幅法の検査の際に陽性が確認された場合は、48 時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した 12 時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認されるまで、核酸増幅法の検査を繰り返すものとする。

また、無症状病原体保有者については、10 日間の入院の後、核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した 12 時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合とする。

上記の核酸増幅法の検査の際に陽性が確認された場合は、48 時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した 12 時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認されるまで、核酸増幅法の検査を繰り返すものとする。

なお、患者が再度症状を呈した場合や無症状病原体保有者が新たに症状を呈した場合は、37.5 度以上の発熱が 24 時間なく、呼吸器症状が改善傾向となるまで退院の基準を満たさないものとする。

表 1 2020 年 2 月 3 日に通達された厚生労働省による初期の退院基準
(参考 URL 2)より一部引用)

(傍線部分は改正部分)

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和2年2月6日健感発 0206 第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）

新	旧
<p>第1 退院に関する基準</p> <p>新型コロナウイルス感染症の患者について、新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令（令和2年政令第11号）第3条において準用する法第22条の「病原体を保有していないこと」とは、原則として次の①に該当する場合とする。ただし、次の②に該当する場合も差し支えないこととする。</p> <p>① 発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合</p> <p>② 発症日から10日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後24時間経過した後に核酸増幅法又は抗原定量検査（以下「核酸増幅法等」という。）の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合</p> <p>また、新型コロナウイルス感染症の無症状病原体保有者については、原則として次の③に該当する場合に、退院の基準を満たすものとする。ただし、次の④に該当する場合も退院の基準を満たすものとして差し支えないこととする。</p> <p>③ 発症日から10日間経過した場合</p> <p>④ 発症日から6日間経過した後に核酸増幅法等の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合</p> <p>発症日とは、患者が症状を呈し始めた日とし、無症状病原体保有者又は発症日が明らかでない場合については、陽性確定に係る検体採取日とする。症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることとする。</p> <p>上記の核酸増幅法等の検査の際に陽性が確認された場合は、24時間後に核酸増幅法等の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認されるまで、核酸増幅法等の検査を繰り返すものとする。（①又は③に該当した場合を除く）</p> <p>なお、患者が再度症状を呈した場合や無症状病原体保有者が新たに症状を呈した場合は、症状軽快後に上記の場合に該当するまで退院の基準を満たさないものとする。</p>	<p>第1 退院に関する基準</p> <p>新型コロナウイルス感染症の患者について、新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令（令和2年政令第11号）第3条において準用する法第22条の「病原体を保有していないこと」とは、原則として次の①に該当する場合とする。ただし、次の②に該当する場合も差し支えないこととする。</p> <p>① 発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合</p> <p>② 発症日から10日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後24時間経過した後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合</p> <p>また、新型コロナウイルス感染症の無症状病原体保有者については、原則として次の③に該当する場合に、退院の基準を満たすものとする。ただし、次の④に該当する場合も退院の基準を満たすものとして差し支えないこととする。</p> <p>③ 発症日から10日間経過した場合</p> <p>④ 発症日から6日間経過した後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合</p> <p>発症日とは、患者が症状を呈し始めた日とし、無症状病原体保有者又は発症日が明らかでない場合については、陽性確定に係る検体採取日とする。症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることとする。</p> <p>上記の核酸増幅法の検査の際に陽性が確認された場合は、24時間後に核酸増幅法の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認されるまで、核酸増幅法の検査を繰り返すものとする。（①又は③に該当した場合を除く）</p> <p>なお、患者が再度症状を呈した場合や無症状病原体保有者が新たに症状を呈した場合は、症状軽快後に上記の場合に該当するまで退院の基準を満たさないものとする。</p>
<p>第2 就業制限に関する基準 (略)</p>	<p>第2 就業制限に関する基準 (略)</p>

表2 2020年6月25日に通達された厚生労働省による退院基準—新旧対照表
(参考 URL 註2 より一部引用)

だが、その後も COVID-19 の蔓延状況や医療体制，専門家の意見や指摘，COVID-19 に対する知見の変遷に応じて，何度か退院に対する考え方や基準が微妙に変更された。つまり，COVID-19 入院患者の退院のあり方は，おそらく今後もその時々事情に合わせ，変わっていくであろうことが容易に想像される。しかし，

第4波の渦中にある2021年5月時点の退院のあり方を考えるにあたり，まずは2020年後半，我々が従ってきた原点とも言うべき退院基準を見返してみよう。

昨年度後半に従っていた退院基準は，厚労省が健感発 0625 第5号として2020年6月25日に発出した通達がもとになったものである（表2）^{註2}。大学病院や

感染症指定病院、COVID-19の入院患者を取り扱うことになった病院はすべてこのルールに則って退院を決めていた。そのポイントを列挙すると以下のようになる。

【有症状患者】

- ① 原則として、発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合には、退院可能とする。
- ② 発症日から10日間経過以前に症状軽快した場合、症状軽快後24時間経過した後に核酸増幅法又は抗原定量検査の検査を行って陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合には、退院可能とする。

【無症状患者】

- ③ 原則として、発症日から10日間経過した場合、退院可能とする。
- ④ 発症日から6日間経過した後に核酸増幅法等の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合には、退院可能とする。

※ここでいう発症日とは、患者が症状を呈し始めた日としており、無症状病原体保有者または発症日が明らかでない場合については、陽性確定に係る検体採取日としている。また、発症日を0日として計算することになっている。

この退院基準に合わせ、退院の可否を検討するための抗原定量検査についても診療報酬が算定できるようになっており、2020年2月当初と比べると混乱がおさまり、かなりすっきりとした退院のルールができあがってきたと言える。また、こうした退院基準の明確化により、COVID-19患者を入院させる高度医療機関は安心して受け入れることができ、治療で回復し退院が決まった患者の後方支援（後方病院への転院、自宅や宿泊施設への移動）が形のうえではやりやすくなった。そして、第2波、第3波以降に備え、重症COVID-19患者や比較的重い中等症患者を受けける大学病院や基幹病院の負担を減らして新入患者を受入れる余力を残し、仮にCOVID-19患者が爆発的に増えても「入院→退院（転院）→自宅療養（観察）」または「入院→自宅療養（観察）」のサイクルがうまく回転する仕組みが整備されたわけである。

しかし、退院基準の明確化・簡素化により、形の上では入院を要するCOVID-19患者は適切な医療を受けスムーズに上記サイクルに乗っていくはずであったが、現実には必ずしも想定通りにはいかないケースも散見された。

まず、超重症者に対する医師や医療従事者の人手不足の問題はさておくとしても、数多くの重症者を診ている病院では、一部のCOVID-19患者の治療に相当な日数を要し、ICUや重症患者用のベッドがうまく回らなかったことである。例えば、どの医療施設もICUのベッド数は限られており、そのすべてを超重症者に充てたとしても、満床で塞がってしまい新規のCOVID-19重症患者を受けられないような事態が続発した。

また、透析患者だけに限って言うと、厚生労働省が示した退院基準に合致するCOVID-19中等症の患者（症状が軽快し生命予後に問題がないと判断されたケース）であっても、本来維持透析を行っていたサテライトがすぐに受け入れないことがあった。特に、高齢者の感染比率が高かった第3波の時など、退院可能と判断してもサテライトですぐに受けなければ、透析ができる後方病院を探さねばならず、患者サイクルの破綻につながった。そのため、入院していた基幹病院のコロナ用ベッドをすぐに空けられないだけでなく、COVID-19の透析患者を受けている後方病院の負担にもなった。大学病院や基幹病院に比べ、設備が乏しくインフラやマンパワーが十分とは言えない中小の病院では、オーバーヒートした結果、院内感染につながってしまうところもあった。厚生労働省や地方行政の指導を受け、快くCOVID-19透析患者を受けてくれた一部の中小病院にはとても気の毒な話であった。

一般に、わが国の医師や医療従事者、医療施設は、善意の精神からとても献身的な発想でこうした新規感染症に対峙してくれる場合が多いが、稀に「対岸の火事」あるいは「他人事」といった発想で、「自らに火の粉がかからないように」と考える医療従事者もいない。重症であれ中等症であれ、率先してCOVID-19の最前線に立っている医療従事者は遥かに大変なわけだから、少しでもリスクをシェアするという考え方が大事なのではなかろうか。まして、厚生労働省が示す退院基準を満たし呼吸器症状も発熱もなくなったCOVID-19の透析患者を受入れることなど、最前線にいるスタッフとは仕事の負担や精神的負担に関し月と

スッポンほどの違いがあり（医学的リスクはほぼ「0」）、どうってことはないと思うので、今後は是非そうした利己的な発想は改めてもらいたいものである。

あえてこの退院基準に関してコメントを付け加えるとすれば、「無症状病原体保有者」について規定する必要がどこまであるのかという疑問である。新規のコロナ感染者がまだ少ない地方では、拡大の抑え込みのため無症状病原体保有者を入院させて療養することがあってもいいかもしれないが、第4波あるいは今後の波の渦中にある場合は、COVID-19 入院患者の受入れと治療、退院・転院調整で忙しい都市部の病院では、とても無症状で酸素需要のない（診断時点で）患者まで入院させる余裕はないしその必要性もなからう。そうした無症状患者に対しては、家族内感染など他者への伝播を封じるよう指導をし、病状が悪化し始めた時の連絡、治療体制さえ整えておけば十分だと思われる。

また、退院基準や出口戦略を考える際、どうしても入口（入院）の問題も考えざるをえない。COVID-19 の入院患者が増えて現場の医療体制が逼迫してくると、各知事や行政のスタッフはよく「さらにコロナを受入れる病床数を200増やします」「500増やします」と公言するが、医療従事者であればそれほど簡単でないことは容易に想像できる。というのは、COVID-19 の重症者はもちろん、中等症であっても通常の高熱症の患者よりは多くのマンパワーが必要だからである。つまり、一般人やマスクミなどの突き上げで「病床を増やします」とハード面の充実を声高に叫んでも、看護師や医師が不足すればとても COVID-19 に太刀打ちできないわけで、医療従事者の数つまりマンパワーが不足しているとコロナ対策のための増床など絵に描いた餅と同じである。

そこで、ベッド確保の問題でいつも考えるのは、次の2点である。まず一番大きなことから書くと、現在の大阪府のように医療が崩壊するほど入院が必要な COVID-19 患者が増えるのは、3密回避も含め市民の感染対策が緩んだからにはほかならない。すなわち、当たり前のことだが、COVID-19 患者の入院・退院をスムーズにするには、感染者数そのものを劇的に抑えないといけない。もちろん、変異株が増えて感染しやすくなったという問題はあるものの、例えば大阪府の場合、第2回目の緊急事態宣言の際には府民がとても頑張っ

るかに速く新規感染者数の減少を達成し、いち早く緊急事態宣言を解除することができた。実際、当時のテレビ映像で見ると、難波や心斎橋など繁華街はひっそりと静まっていて、東京と比べると「頑張っているな」という印象があった。というわけで、医療体制の崩壊、そして COVID-19 の退院問題を回避するために一番大事なことは、市民一人ひとりの徹底した感染予防だろうと考えている。

あと1点は、知事などが「病床を増やすよう努力します」と切実に訴える話の中に、さきほど触れた「他人事」の問題が少しは含まれているように感じる点である。すなわち、COVID-19 が蔓延している大都市圏では、大学病院や基幹病院、公的病院が中心になってコロナ対策に当たっているが、COVID-19 患者が増えるとそうした病院におけるベッドやその他のハード、マンパワーが限界に達するので、もう少し民間病院、中小の病院で COVID-19 を受けてくれる施設を増やしたい、あるいは受けてもらえないだろうか、という知事や行政側の切実な願望である。確かに、小規模病院は大病院に比べ設備に乏しく医療環境も同等とはいかないのだが、たいしてリスクを伴わない患者であれば、もう少し受けてもいいかもしれない。あるいは、COVID-19 が完治した患者の過渡的な後方受入れを引き受けてもいいのかもしれない。そうすれば、COVID-19 の入口だけでなく、出口戦略ももう少し改善されるように思われる。

2 最近の退院基準と合理的な退院のあり方について

最後に、最近の厚生労働省の退院基準を簡単に記して本稿を終えることにする。厚生労働省は、2021年2月25日、健感発 0225 第1号により新たな退院の基準を示した。今回の改定で一番大きな変更は、COVID-19 の入院患者を、人工呼吸器もしくは体外式心肺補助 (ECMO) を装着した患者とそうでない患者を区別して退院の基準を示したことである。

このような方針を示した理由は、COVID-19 の重症患者は軽症者に比べて感染リスクを有する期間が長いとする知見が積み重なってきたからであろう。また、人工呼吸器もしくは ECMO を装着した患者が退院後に自宅療養する場合、生活上必要な外出を除き、不要不急の外出を控えるよう推奨している。さらに、他の医療機関に転院したり高齢者向けの施設に入所する場

＜参考＞上記通知抜粋

第1 退院に関する基準

新型コロナウイルス感染症の患者について、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「法」という。）第26条第2項において準用する法第22条の「病原体を保有していないこと」とは、原則として次の①又は③に該当する場合とする。ただし、次の②又は④に該当する場合も差し支えないこととする。

(1) 人工呼吸器等による治療を行わなかった場合

- ① 発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合
- ② 発症日から10日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後24時間経過した後に核酸増幅法又は抗原定量検査（以下「核酸増幅法等」という。）の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合

(2) 人工呼吸器等による治療を行った場合

- ③ 発症日から15日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合
- ④ 発症日から20日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後24時間経過した後に核酸増幅法等の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合

※ただし、③の場合は、発症日から20日間経過するまでは退院後も適切な感染予防策を講じるものとする。

また、新型コロナウイルス感染症の無症状病原体保有者については、原則として次の⑤に該当する場合に、退院の基準を満たすものとする。ただし、次の⑥に該当する場合も退院の基準を満たすものとして差し支えないこととする。

- ⑤ 発症日から10日間経過した場合
- ⑥ 発症日から6日間経過した後に核酸増幅法等の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合

発症日とは、患者が症状を呈し始めた日とし、無症状病原体保有者又は発症日が明らかでない場合については、陽性確定に係る検体採取日とする。症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることとする。また、人工呼吸器等による治療とは、人工呼吸器管理又は体外式心肺補助（ECMO）管理による治療とする。

上記の核酸増幅法等の検査の際に陽性が確認された場合は、24時間後に核酸増幅法等の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認されるまで、核酸増幅法等の検査を繰り返すものとする。（①、③又は⑤に該当した場合を除く）

なお、患者が再度症状を呈した場合や無症状病原体保有者が新たに症状を呈した場合は、症状軽快後に上記の場合に該当するまで退院の基準を満たさないものとする。

表3 2021年4月に再周知された退院に関する基準

合、個室使用を原則としている。

それ以外では、最近、新型コロナウイルスの変異株が流行しているため、その退院対応をどうするか躊躇した時期もあったようであるが、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部は、2021年4月30日、2月25日発出の基準を再周知する形で「事務連絡」を各地方行政に明示した^{※3)}。すなわち、

「新型コロナウイルス感染症患者（変異株）の退院基準については、従来の『感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）』（令和3年2月25日付け健感発0225第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）に基づく対応をすることとして差し支えない旨、別紙（「新型コロナウイルス

変異株流行国・地域に滞在歴がある入国者の方々の健康フォローアップ及びSARS-CoV-2陽性と判定された方の情報及び検体送付の徹底について」（令和2年12月23日付け事務連絡、最終改訂令和3年4月8日）にてお示ししたところ。」とあり、当分、2021年2月25日の退院基準を踏襲するものと考えて差し支えない。また、この記述に続いて上記通達を抜粋する形で退院基準が簡便にまとめられていたので、それを表3に示す^{※3)}。

厚生労働省は、現場の混乱を防ぐため、こうした基準を改定した後は「Q&A」を作成し発表している。今回も事務連絡として、「令和3年2月25日版」が発表されているので参照していただきたい（表4）^{※4)}。この問1から問20の中で、透析医療において気になるのは問3と問20ではなかろうか。問3に対する回

問3 通知に示されている退院基準は、透析患者やがん患者、妊産婦などの配慮が必要なハイリスク者についても、同様に適用されるのですか。

(答)

お見込みのとおりです。ただし、発症日からの日数等による基準（通知における①、③、⑤）を満たした以降も感染性を維持している可能性がある患者（例：重度免疫不全者）の場合には、地域の感染症科医との相談も考慮してください。

問20 退院基準を満たした後の患者の診療を、過去に新型コロナウイルス感染症に感染していたことなどを根拠に断ることは可能でしょうか。

(答)

退院基準を満たした後の患者については、PCRで検出される場合でも、感染性は極めて低いと考えられるため、これらの患者から診療を求められた場合に、過去に新型コロナウイルス感染症に感染していたことのみを理由に診療を拒否することは、医療機関が患者の診療を拒否する正当な事由があるものとは言えません。

ただし、人工呼吸器等による治療を行った患者が退院した後発症日から20日間経過するまでの間については、原則として入院していた医療機関又は新型コロナウイルス感染症の診療・検査医療機関を受診するものとします。

表4 退院基準に関するQ & A（令和3年2月25日版）の一部抜粋
下線部は改正もしくは変更されたところ（参考URL 表4より一部引用）

答として、透析患者も特別扱いせず退院は他のハイリスクでない患者と同じ基準で考えるよう示唆している。また、問20に対しては、「退院の基準を満たす患者は感染性が無いと考えられるので、新型コロナウイルス感染症に感染していたことだけで、診療を拒否する理由にはならない」と述べており、各透析施設は厚生労働省のこの考え方を遵守していく必要がある。

したがって、中等症や重症のCOVID-19患者を受け入れる基幹病院の立場からすると、人工呼吸器を装着しなかった比較的軽症の（重症でない）透析患者については、表3の①の条件を満たした時点で隔離透析は不要となるので、速やかに退院させサテライトに戻るのが好ましい。また、人工呼吸器による治療を行ったCOVID-19患者では、③の条件を満足した段階で人工呼吸器が外れていれば、少なくとも隔離環境での透析を止め、病院内の一般患者を扱う透析室で試験的に透析を行うべきである。そして、転院もしくは自宅療養に向け体力の回復やリハビリテーションに努め、早期退院を目指すことになる。

これまでの経験からすると、人工呼吸器を装着しな

かった比較的軽症の場合、入院が長引いてしまう一番の要因は心理的な問題である。患者は「コロナに感染したのだから、こんなに早く退院しても大丈夫なのだろうか。本当にもう家族や周囲の人達に感染させてしまう可能性はないのか」と戸惑い、退院を躊躇しがちである。また、患者家族も「生死にかかわりかねない重篤な感染症にかかったのに、早期に退院させても大丈夫なのか。すぐに再燃しないのだろうか」という心理が働く。おまけに、入院前まで面倒をみていたサテライトは、新型コロナウイルスを持ち込まれたくないという心理や、我々だけで本当に面倒をみきれののだろうかという不安から、患者の退院とその後の受け入れを先延ばしにしがちである。しかし、大都市圏ではCOVID-19患者の増加でこれだけ医療が逼迫している時に、不必要な入院延長はまったく不合理な問題で、前述した患者回転の効率的なサイクルにとっては最も忌々しい障壁である。

いっぽう、人工呼吸器を装着せざるをえなかったCOVID-19患者が回復した場合、ADLの回復や普段の生活に向け調整しなければならないことが多く、③の

条件を満たせばすぐに隔離解除、転院（退院）へというわけにはなかなかいかない。確かに、重症者の場合、人工呼吸器が外れていても体力がかなり低下していて手厚いケアが必要であったり、リハビリテーションに相当時間がかかったりするので、まず院内の医療従事者がアップテンポの退院プロセスに抵抗する傾向があり、医学的には（あるいは厚生労働省の退院基準上は）感染伝播の可能性がなくなり、隔離環境での透析が不要になっているはずなのに、なかなか退院に向けたプロセスをスピードアップできないことが多い。

こうした重症患者の早期退院は技術的にも難しく焦りすぎると失敗するので、必要以上に時間がかかってしまうのは致し方ないとも言える。しかし、COVID-19の入院患者が激増している場合、そんな悠長なことも言っておれないので、リハビリテーション段階に入ったら迅速に透析ができる後方病院に転院させるのが最も合理的である。つまり、病院の役割分担の推進が必要であり、このサイクルをスムーズに回していくには、こうした患者を躊躇なく受け入れる後方病院の確保がとて重要である。

おわりに

COVID-19はまだまだ流行が続きそうであり、わが国における感染状況は今後どうなっていくか予断を許さない。したがって、将来、COVID-19患者の退院に対する考え方や退院基準が何度も変更になる可能性が

あり、その都度、透析医も透析医療従事者も刷新されたルールを熟知し、ルールのねらいをよく理解して適切な対応をしていくことが望まれる。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

文 献

- 1) 日ノ下文彦：編集余滴 医療と経済の扶間で、医療 2020：74：455.

参考 URL

- 1) 厚生労働省健康局結核感染症課長「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて」<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000592808.pdf> (2021/5/12)
- 2) 厚生労働省健康局結核感染症課長「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」<https://www.mhlw.go.jp/content/000644312.pdf> (2021/5/12)
- 3) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「新型コロナウイルス感染症患者（変異株）の退院基準等について（再周知）」<https://www.mhlw.go.jp/content/000776018.pdf> (2021/5/12)
- 4) 厚生労働省健康局結核感染症課長「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者及び無症状病原体保有者の退院の取扱いに関する質疑応答集（Q & A）の一部改正について」<https://www.mhlw.go.jp/content/000745526.pdf> (2021/5/12)