

**「在宅医療と介護における COVID-19 対応の課題と
解決策、提言タスクフォース」
報告書**

令和 2 年 7 月

目次

I はじめに	3
II 在宅医療における感染予防策 ～防護具着脱のポイントと教育体制の整備～	4
III 訪問看護の課題と解決のための提言	20
IV 在宅介護の課題と解決のための提言	22
V 新型コロナウイルス感染拡大が在宅看護・介護サービスに与えた影響の把握と、 事業継続を維持するための提言	24
VI 在宅医療での発熱、呼吸障害への標準的対応	37
VII 在宅患者の新型コロナウイルス検査(PCR 等)について	40
VIII COVID-19 流行下での在宅医療における ICT の活用について	44
IX 在宅医療と医療機関の連携における課題と解決策	47
X 施設における COVID-19 集団感染の現状と対策案	52
XI 新型コロナウイルス感染に対する在宅療養支援と提言	58
XII タスクフォース構成員	65

I はじめに

国内における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の急速な拡大に伴い、令和2年4月7日に安倍晋三内閣総理大臣から7都府県に対し緊急事態宣言が発出され、同4月16日には対象が全国に拡大された。このような中、同4月9日に日本救急医学会と日本臨床救急医学会は両代表理事声明として、救急医療の危機を訴えた。このような対応によりCOVID-19新規患者数の全国的な減少がみられ、5月14日に39県で、続いて5月26日には東京都を含む5都道県での緊急事態宣言が解除され、6月19日には県境をまたぐ移動の自粛要請も全面的に解除された。しかし、その後は新規陽性者数が再び増加しており、7月2日には東京都で新規陽性者が107名となり第二波や第三波への警戒感が急速に高まっている。

一方、いわゆる3密（密閉、密集、密接）を避けがたい環境の中で在宅医療や介護サービスに従事する医療スタッフ・介護スタッフの業務の在り方に関しても、解決すべき問題が山積している。また、高齢者や身体的な合併症を有する患者が主たる対象となる在宅医療や在宅ケアでは、深刻な課題が明らかである。具体的には、患者に救急医療の提供が必要となった時、特に発熱や呼吸器症状を呈した時の救急対応、新型コロナウイルスに感染してもなお在宅での療養を希望する場合の対応、医療スタッフや介護スタッフへの感染予防教育、感染予防のための防護具の確保等々の課題である。

日本医師会COVID-19有識者の中で、我々は在宅、介護施設で治療、療養中の患者のために提案を公表した（「新型コロナウイルス感染拡大による在宅医療、介護サービスへの影響と対策に向けての提案」（2020年4月28日）、<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/266>、「在宅医療と介護におけるCOVID-19対応の課題と解決策、提言」（2020年5月21日）<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/1714>）。

今回は上記の中間報告に内容に加え、実際のデータ等を追加して解決のためのより具体的な提案や解決法を検討した。今回の検討から、特に①衛生材料、および感染防護具等の安定的で確実な供給体制の確保、および標準的感染予防策の教育の徹底とそれにかかわる財政的支援や情報提供などの行政からの支援の必要性、②介護職員の確保、連携体制の推進や介護系事業所の機能維持のための施策、③オンラインでの非接触介護を目的としたICT導入を推進するための財政支援等の重要性が改めて認識された。さらに、在宅医療の患者で新型コロナウイルス陽性例の対応、例えば医療機関ではなく在宅での治療を希望する場合の対応、その場合の考え方についての手順を示したので最終報告として公表することにする。前述のように第二波、第三波への警戒感が高まる中、在宅医療や介護サービスを維持するため、本報告書の提言が実行されることを強く希望する。

II 在宅医療における感染予防策 ～防護具着脱のポイントと教育体制の整備～

提言

- ① 感染予防のための感染防護具（マスク、ゴーグル、フェイスシールド、ガウン、PPE など）は十分に供給されるべきで、国や地方自治体はそれを支援すべきである。
- ② 診療、看護、介護サービスを提供するために医師、看護師や在宅医療にかかわるスタッフに対して感染防護具着脱の教育をする体制整備を早急に行うべきである。

● 背景

在宅医療では、介護施設を含む在宅患者に発熱、咳などの症状が出現することがある。これらのケースの大部分は感冒や市中肺炎であるが、新型コロナウイルス感染症拡大の現状を踏まえると、診断が確定するまでは医師、訪問看護師や訪問介護スタッフは感染防護具を着用する必要がある。

一方、新型コロナウイルス感染症の確定診断が出たのちも、入院を希望せず、在宅での療養を希望する患者が稀ならず存在する。このような場合では訪問介護士ではなく、感染予防策の知識を有する医師や訪問看護ケアチームが対応するが、ケアに関わる家族を含めた全てのスタッフは感染防護具を着用する必要が生ずる。

在宅での診察やケアでは、住宅の構造や部屋の状況も様々で、病棟のような感染予防を十分行うことが難しいケースも多い。このため、防護具の着脱が重要になり、日本医師会や日本環境感染学会の防護具着脱を紹介する。

A. 感染予防のための防護具

● 着脱のポイント

防護具の着脱は2人で行う。1人は着脱、助手はチェックシート確認（別添1, 2, 3, 4）を行う。

1. 防護具を着用するときのポイント

手順は

- ① 手を洗う→②ガウン、エプロンをつける→③マスクをつける→④ゴーグル、フェイスシールドをつける→⑤手袋をつける。

最後に、肌の露出がないことに注意を払う。手袋と防護具の間には肌の露出ができやすいため、防護具の袖の上まで手袋がかかっていることを確認する。

2. 防護具を脱ぐときポイント

一番汚染されるのは手袋だと意識しつつ、脱ぐ時には細心の注意を払い、防護具は外すごとにビニール袋へ廃棄する。また、防護具の再利用はしないこととする。

手順は

- ① 手袋を外しビニール袋へ廃棄する→②外し終わったら消毒用のアルコールでの消毒を行う→③ゴーグル、フェイスシールドを外しビニール袋へ廃棄する→④ガウン、エプロンを外しビニール袋へ廃棄する→⑤手指の消毒→⑥マスクを外しビニール袋へ廃棄する→⑦最後に手指を再度アルコール消毒する→⑧可能であればさらに手洗いをする。

はじめに、手袋を取り外すが、外す方の手袋と袖の境をつまみ、手袋から飛沫が飛ばないように内側が外になるように静かにはずす。次に外した手袋をもう片方に握り、手袋とガウンの袖の境をつまみ静かに引っ張る。外したら直接ビニールの袋に入れる。

その後に手指のアルコール消毒をする。フェイスシールド、ゴーグル、マスク、ガウン、エプロンを外すごとにビニール袋に入れる。フェイスシールド、ゴーグル、ガウン、エプロンにも飛沫が付く可能性があることを意識して静かに脱ぐ。

- **日本医師会、日本環境感染症学会の動画、チェックリスト**

日本医師会、日本環境感染症学会 DICT が企画し、岩手医科大学附属病院 感染制御部が協力して制作した動画の URL を紹介する。なお、キャップ無し状態で脱着するが（※日本環境感染症学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第 2 版 ver2.1」参照）、実際場面ではキャップを付けることが一般的である。

1. 動画の URL

感染防護具 ガウン着脱手順

http://www.med.or.jp/flv_movie/corona/chiiki02/index.html

感染防護具 タイベック着脱手順

http://www.med.or.jp/flv_movie/corona/chiiki03/index.html

感染防護具 H A L O 着脱手順

http://www.med.or.jp/flv_movie/corona/chiiki01/index.html

2. 日本環境感染症学会のガイドライン

医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide3.pdf

3. チェックリストの URL

ガウン着用チェックシート（PDF）：別添 1

http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/PPEg01.pdf

ガウン取り外しチェックシート（PDF）：別添 2

http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/PPEg02.pdf

タイベック着用チェックシート（PDF）：別添 3

http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/PPEt01.pdf

タイベック取り外しチェックシート（PDF）：別添 4

http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/PPEt02.pdf

● 教育体制の整備

1. 新型コロナウイルス感染症拡大の現状から、発熱や呼吸障害等の症状を有し、在宅診療の患者診療、看護、介護サービスを提供する際には、医師、訪問看護師や訪問介護スタッフは感染防護具を着用する必要があり、適切な着脱の教育を受ける体制整備を早急に行うべきである。
2. 感染予防のための感染防護具（マスク、ゴーグル、フェイスシールド、ガウン、PPE など）は十分に供給されるべきで、国や地方自治体はそれを支援すべきである。

ガウン着用 チェックシート

※ P P E の装着を行う者は観察者（感染制御担当者）の指示のもとで着用を行う。
観察者は、「P P E 装着チェックシート」を用いて着用を指示し、チェックを行う。

<input checked="" type="checkbox"/>		順序	物品/注意点
<input type="checkbox"/>	1	準備	アルコール手指消毒薬, 鏡, ゴミ箱 (必要時: ディスポシート)
<input type="checkbox"/>	2	必要物品を確認	ガウン 手袋 (インナー手袋、アウター手袋) N95レスピレーター フェイスシールド
<input type="checkbox"/>	3	インナー	動きやすい服装 (ソックスはズボンのすその中に入れる)
<input type="checkbox"/>	4	インナーグローブの着用	
<input type="checkbox"/>	5	ガウンの着用	
<input type="checkbox"/>	6	N95の装着	必ずフィットテストを行う
<input type="checkbox"/>	7	フェイスシールドを装着	
<input type="checkbox"/>	8	アウターグローブを装着する	ガウンの袖の上にくるように深くはめる
<input type="checkbox"/>	9	観察者による確認	

ガウンの取り外し チェックシート

※ P P Eの取り外しを行う者は観察者（感染制御担当者）の指示のもとで取り外しを行う。
 観察者は、「P P E取り外しチェックシート」を用いて取り外しを指示し、チェックを行う。
 ※取り外した P P Eは、感染性廃棄物廃棄する。

<input checked="" type="checkbox"/>		順序	物品/注意点
<input type="checkbox"/>	1	準備	アルコール手指消毒薬, 鏡, イス, ゴミ箱
<input type="checkbox"/>	2	事前準備	P P Eを取り外す前に、目に見える汚染がある場合は、ワイプで出来るだけ除去
<input type="checkbox"/>	3	アウターグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	4	アウターグローブを取り外す	静かに外す
<input type="checkbox"/>	5	インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	6	フェイスシールドを取り外す	
<input type="checkbox"/>	7	インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	8	ガウンを脱ぐ 8-1.観察者に紐を外してもらう	中表になるように脱ぐ
<input type="checkbox"/>	9	インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	10	N95マスクを外す	表面に触れないように外す
<input type="checkbox"/>	11	インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	12	インナーグローブを取り外す	
<input type="checkbox"/>	13	手指衛生を実施	
<input type="checkbox"/>	14	観察者による確認	

タイベック着用 チェックシート

※ P P Eの装着を行う者は観察者（感染制御担当者）の指示のもとで着用を行う。
観察者は、「P P E装着チェックシート」を用いて着用を指示し、チェックを行う。

<input checked="" type="checkbox"/>	順序	物品/注意点
<input type="checkbox"/>	1 準備	アルコール手指消毒薬、鏡、イス、ゴミ箱 (必要時：ティッシュ)
<input type="checkbox"/>	2 必要物品を確認	タイベックソフトウェア 手袋（インナー手袋、アウター手袋） N95レスピレーター フェイスシールド シューカバー
<input type="checkbox"/>	3 インナー	動きやすい服装 (ソックスはズボンのすその中に入れる)
<input type="checkbox"/>	4 インナーグローブの着用	
<input type="checkbox"/>	5 タイベックの着用	両足、両腕を通し、ファスナーを首の下のあたりまで開める
<input type="checkbox"/>	6 シューカバーの装着	靴を履き、シューカバーを装着 シューカバーはタイベックの裾を覆う
<input type="checkbox"/>	7 N95の装着	必ずフィットテストを行う
<input type="checkbox"/>	8 防護具のフードを被る 完全にファスナーを完全に上げる	髪の毛が出ないように深くかぶる ファスナーを密閉するようにファスナーカバーを口元部分まで付ける
<input type="checkbox"/>	9 フェイスシールドを装着	
<input type="checkbox"/>	10 アウターグローブを装着する	タイベックの袖の上にはめる
<input type="checkbox"/>	11 観察者による確認	

タイベックの取り外し チェックシート

※ P P Eの取り外しを行う者は観察者（感染制御担当者）の指示のもとで取り外しを行う。
 観察者は、「P P E取り外しチェックシート」を用いて取り外しを指示し、チェックを行う。
 ※取り外した P P Eは、感染性廃棄物廃棄する

<input checked="" type="checkbox"/>	順序	物品/注意点
<input type="checkbox"/>	1 準備	アルコール手指消毒薬、鏡、イス、ゴミ箱 (必要時：ディスポシート)
<input type="checkbox"/>	2 事前準備	P P Eを取り外す前に、目に見える汚染がある場合は、 ワイプで出来るだけ除去 シューカバの紐はほどいておく
<input type="checkbox"/>	3 アウターグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	4 フェイスシールドを取り外す	
<input type="checkbox"/>	5 アウターグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	6 アウターグローブを取り外す	静かに外す
<input type="checkbox"/>	7 インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	8 タイベックを脱ぐ 8-1.前のファスナーを一番下まで下ろし、皮膚や毛髪に触れないようにフードを外す。 8-2.介助者の手を借り、肩から脱ぐ。 8-3.手を袖の中に入れ、後ろ手に片方の手を脱ぐ。 8-4.両手を脱ぐ	腕を交差させると、インナーにウイルスが付着する可能性があり危険
<input type="checkbox"/>	9 タイベックを脱ぐ シューカバも一緒に脱ぐ	中表になるように脱ぎ、シューカバも一緒に脱ぐ
<input type="checkbox"/>	10 インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	11 N95マスクを外す	表面に触れないように外す
<input type="checkbox"/>	12 インナーグローブを消毒	
<input type="checkbox"/>	13 インナーグローブを取り外す	
<input type="checkbox"/>	14 手指衛生を実施	
<input type="checkbox"/>	15 観察者による確認	

B. 感染予防のための防護具の具体的な数（推計）

在宅医療、介護の現場で何人ほどの患者がいて、年に何回ぐらい有症状になるのかという推測を行う必要がある。

発熱の有症状の在宅ケア・介護の全数調査が求められるが、現状では数字が存在しないため、熱発者を把握しゾーニングした後、CRP、リンパ球数を考慮し PCR 検査に移行する。

現在、在宅ケアを受けている人数は訪問看護利用者 70.3 万人と訪問介護利用者 145.6 万人の合計 215.9 万人となるが、サービスが重なる場合を約 2 割（いばらき診療所の在宅医療患者の実績 20%、令和元年度）と推定し差し引いた合計は約 173 万人となる。また、介護施設等（配置医師のいない）入所者合計は 85.3 万人であるので、合計約 258.3 万人が在宅及び施設でケアを受けている人数の合計と考えられる(図 1、図 2)。

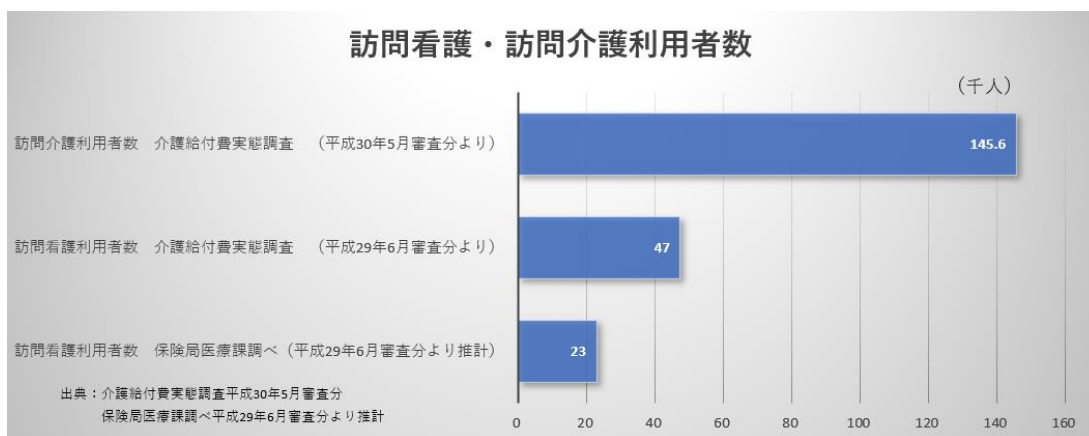


図 1：訪問看護・訪問介護利用者数及び施設入所者数

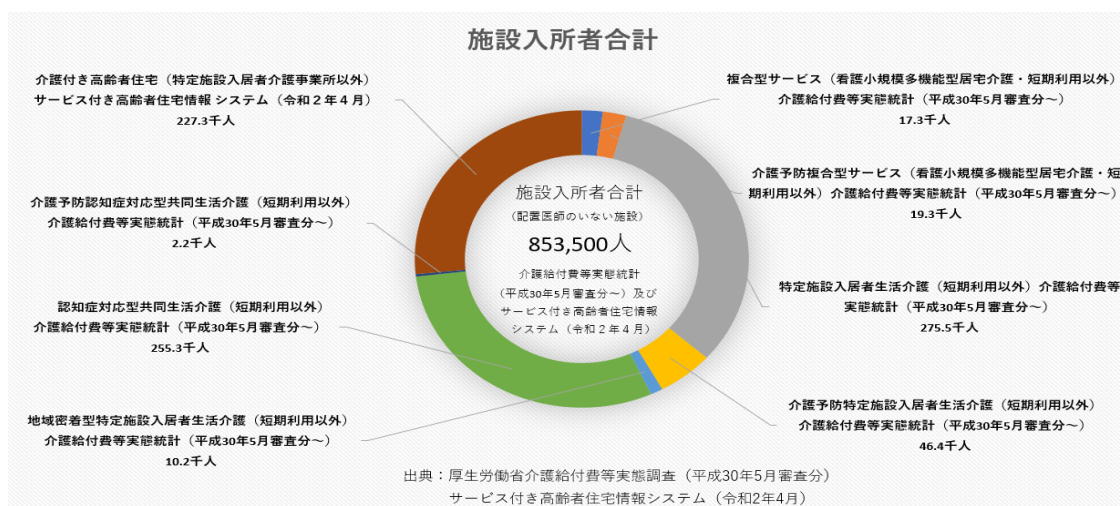


図 2：在宅医療及び施設入所者数

● 日本在宅医療連合学会のアンケート結果から

日本在宅医療連合学会の在宅医 316 名（受け持ち患者総数 53,401 人）に対するアンケート「在宅医療における新型コロナウイルス感染症の影響の調査」1)によれば、在宅及び施設系の患者の 4%（年間換算）に当たる方が発熱等を生じた。これらを基に在宅患者に必要な防護具を積算すると（少なくとも 3 日の医療、介護が必要と仮定する）以下のように少なくとも年間 93 万セットの感染防護具が必要となる。

$$\frac{\text{必要とされる防護具数} = 258.3 \text{ 万人} \times 4\% \times 3 \text{ (3日間)} \times 3 \text{ (家族、Ns、ヘルパー)}}{\div 93 \text{ 万セット (防護具セット：ガウン、N95 マスク、フェイスガード、手袋など)}}$$

ちなみに、日本在宅医療連合学会が医師会員（在宅医）を対象に行ったアンケート調査 3)の結果によると以下の結果が明らかになった。

在宅医療における新型コロナウイルス感染症の影響の調査（日本在宅医療連合学会）

【要旨】

日本在宅医療連合学会は、所属する医師会員（在宅医）に対するアンケート調査を実施。316 件の回答を得た。アンケートに回答した医師が在宅療養支援をしている在宅患者数は約 5 万人。アンケートの結果、以下のことがわかった。

- 在宅医療は新型コロナウイルス感染症の診断、療養支援に積極的に関わっていた。
- 4月7日の緊急事態宣言の対象地域での対応件数が多かった。
- 約8割の在宅医療機関が十分な感染防御資材がない中で療養支援にあたっていた。
- 16.2%の在宅医療機関で、医師や職員自身の感染または濃厚接触が発生、12件において診療の中止・縮小を余儀なくされていた。
- 19.0%の在宅医療機関で、風評被害・職員の社会生活上の不利益が生じ、45件において経営上の損害、28件において職員の勤務に支障が発生していた。
- 新型コロナウイルスに対応するため、316 医療機関でひと月あたり約 1.5 億円の支出が発生していた。
- 第二波に備え、感染防御資材の確保および診療報酬上の担保が必要と考えられる。また在宅医の多くが、感染予防の知識のみならず、風評被害を防ぐための市民啓発も必要であると考えていた。

2020年2月より日本国内において感染拡大が始まった新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）は、日本の社会全体に大きな影響を及ぼしている。特に新型コロナウイルス感染症の診断と治療を担う在宅医療や介護サービスの現場では、感染予防と制御のために診療・経営の両面から大きな負担の原因である。

在宅医療は通院困難な高齢者および重度基礎疾患のある患者の在宅や施設での療養支援を担ってきた。在宅患者は新型コロナウイルス感染により重症化・死亡のリスクが非常に高いことから、在宅医

療では患者を感染から守るために感染予防に細心の注意を必要とする。感染防御資材の確保、院内感染を防ぐための内装工事や診療体制の変更、患者・家族・介護者・施設運営者への教育や研修に加え、新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者に対する診断や療養支援も担ってきた。

日本在宅医療連合学会では、2020年2月から5月の4か月間に、在宅医療が新型コロナウイルス感染症にどのように対応してきたのかをアンケートで調査した^{1,2)}。

なお、この316件の所属する医療機関が在宅療養支援に関わる患者数は53401人（居宅：30470人・施設：22931人）となり、概ね日本全国の在宅患者の10%に相当する。

1. 在宅医療における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対応状況

1) COVID-19の診断への関与（PCR検査を検討・依頼または実施）

COVID-19の診断に関与した在宅医は89名、関与しなかった在宅医は227人だった。関与したと回答した在宅医のうち、関与した件数については1件（47.7%）が大部分であったが、10件以上担当した医師も7人いた。最大は180件であった。在宅医の診断への関与は合計718件（居宅：402件・施設316件）となった（図3）。

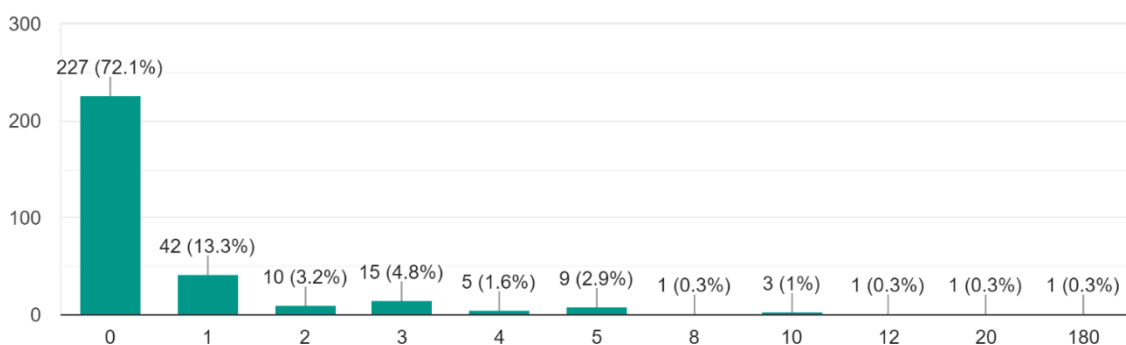


図3：診断に関与した件

また、718件のうち153件が、40人の在宅医により在宅（居宅または施設）でPCR検査が実施されていた。40人の在宅医のうち、17人が東京・埼玉・千葉・神奈川の一都三県で診療しており実施件数の50%以上を占めていた。7人が大阪・京都・兵庫、4人が北海道の在宅であった。当初、緊急事態宣言が発令された7都府県と北海道で多い傾向があり、これは地域の検査能力の限界を在宅医が担っていた可能性がある（図4）。

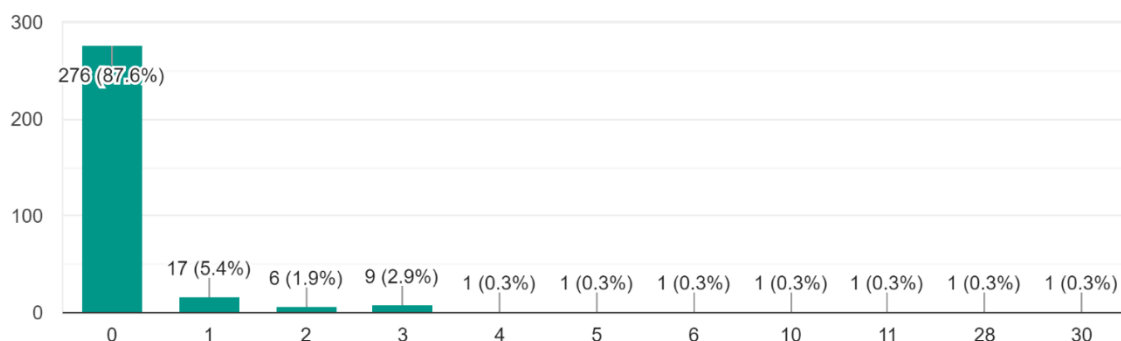


図 4：在宅で実施した PCR 検査の件数

2) COVID-19 の在宅療養支援に関与 (COVID-19 およびその疑い・濃厚接触者を含む)

COVID-19 (確定診断および疑い・濃厚接触者を含む) に対する在宅療養支援は、385 件 (居宅:205 件・施設:180 件) 行われていた。

3) COVID-19 確定診断ケースに対する在宅療養支援

9 人の在宅医により、25 件 (居宅:13 件・施設 12 件) が行われていた。うち 6 人が東京都の在宅医で、18 件 (居宅 10 件・施設 8 件) の COVID-19 確定診断ケースに対する在宅療養支援を行っていた。他に京都府 2 人、大阪府 1 人、北海道 1 人、福岡県 1 人の在宅医がそれぞれ 1 件の COVID-19 確定診断ケースに対する在宅療養支援を行っていた。

4) COVID-19 疑いケース (症状から COVID-19 を強く疑ったが、確定診断に至らなかったケース) に対する在宅療養支援

68 人の在宅医により、256 件 (居宅:138 件・施設 118 件) が行われていた。COVID-19 確定診断ケースに対する在宅療養支援はほぼ全国で行われていたが、うち東京都の在宅医が 12 人 (合計 75 件)、神奈川県 8 人 (合計 43 件)、埼玉県 4 人 (合計 8 件)、千葉県 5 人 (合計 7 件) と一都三県で約半数のケースを占めていた。大阪府 6 人 (合計 29 件)、北海道 4 人 (合計 17 件) と、患者数の多かった都道府県において、在宅療養支援も多く発生していたことがわかった。

5) 濃厚接触者 (無症状・PCR 陰性または未検)

41 人の在宅医により、104 件 (居宅:54 件・施設:50 件) が行われていた。うち在宅医と患者の分布は、東京都が 9 人 (合計 34 件) と最も多く、神奈川県 6 人 (合計 13 件)、京都府 4 人 (合計 8 件)、北海道 4 人 (4 件) と続いた。千葉県・埼玉県はいずれも 2 人 (合計で 5 件) で、ここでも一都三県がちょうど半数を占めていた。

2. COVID-19 (疑い・濃厚接触者含む) の診断および在宅療養支援における課題と取り組み

① 必要な個人防衛具の不足・備蓄確保

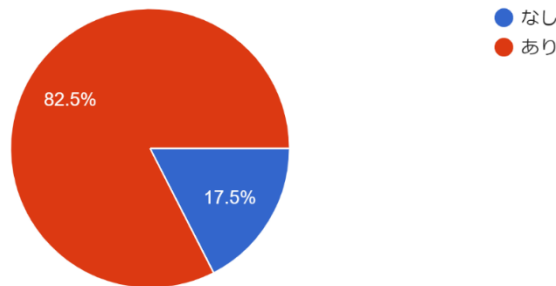


図 5：個人防衛具についてあり：260 人、なし：55 人

約 8 割の在宅医療機関で、個人防護具が不足していたことがわかった（図 5）。

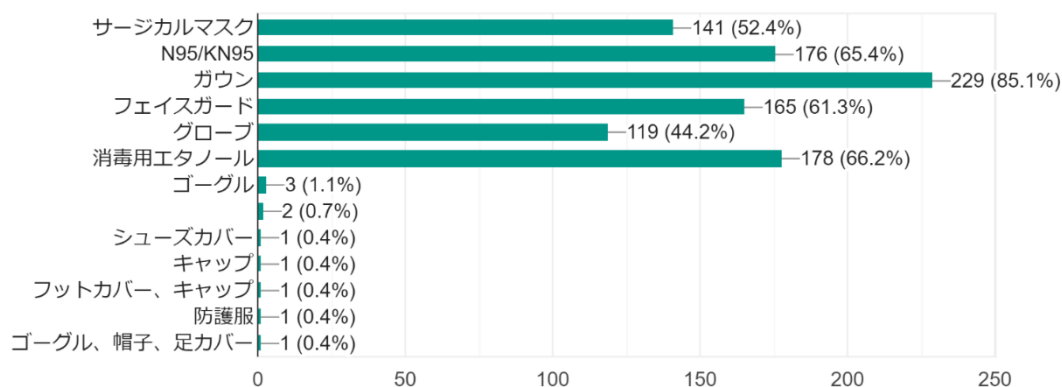


図 6：不足した個人防護具

またガウンや N95（KN95）、フェイスガードなど、日常診療での使用頻度の低い資材の不足が深刻であったことがわかった。また、サージカルマスクや消毒用エタノール、グローブなど、日常の診療で使用頻度の高いものについても不足が顕在化していたことがわかる。

資材の種類によっては供給状況が改善しつつあるが、ガウンや N95 などは依然として不足が深刻であり、流通ロットの非常に大きいものが多く、小規模医療機関の多い在宅医療においては事業所単位での資材調達には困難な状況が続いている（図 6）。

② 感染防御のための院内工事（パーティション設置などの配置換えを含む）

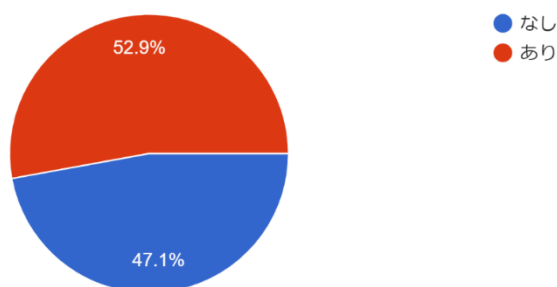


図 7：感染防御のための院内工事

「あり」が 166 件、「なし」が 148 件で約半数の在宅医療機関において、感染防御のための院内工事等を実施していた（図 7）。

③ 職員の勤務への特別な配慮（在宅勤務・直行直帰など）

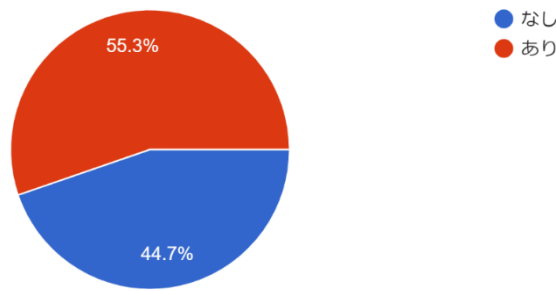


図 8：職員への配慮

職員への配慮が「あり」が 173 件で、「なし」が 140 件であった。約半数を超える在宅医療機関において、在宅勤務や直行直帰など、職員の勤務への特別な配慮を行っていた（図 8）。

④ 普段より長時間 and/or 高頻度の診療・指導

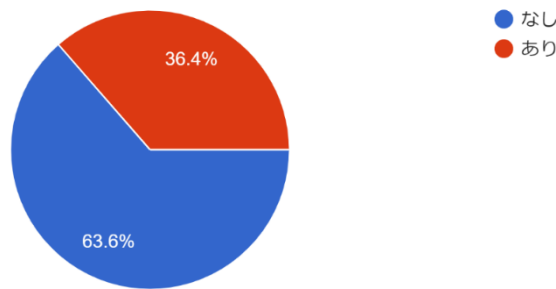


図 9：普段との診療・指導の比較

普段との診療・指導の比較では長時間、または高頻度になった「あり」が 199 件、そのようなことが「なし」が 114 件であった。約 6 割の在宅医療機関において、主に感染教育等のために通常よりも長時間または高頻度の診療・指導を行っていた（図 9）。

⑤ 電話等による訪問診療前の状況把握や指導

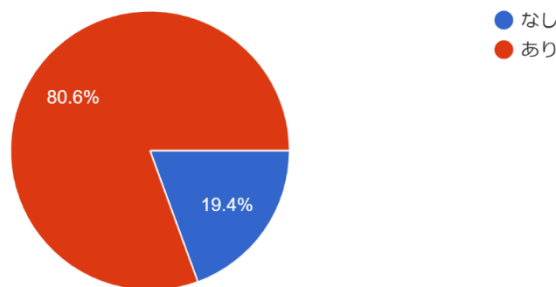


図 10：電話等の本門診療前の状況把握

「あり」が 253 件、「なし」が 61 件で、感染防御の観点から、訪問診療における滞在時間をできるだけ短くするために、電話による事前問診や、診療時の感染リスクを軽減するための事前の換気の指示などを行っている医療機関も多かった。約 8 割の在宅医療機関が診療前に電話による状況把握や指導を

行っていた（図 10）。

⑥ 診療チームの組み換え・診療ルートの特別な調整

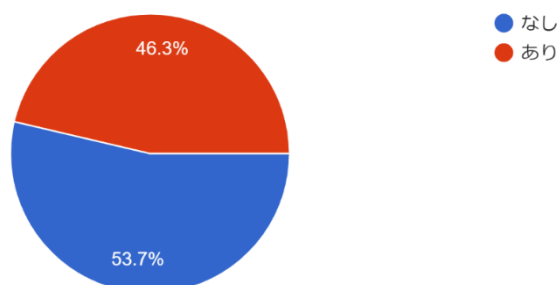


図 11：診療チームの組み換え、診療ルートの特別な調整

「あり」が 145 件、「なし」が 168 件でチーム内での感染拡大を防ぐために、診療チームを独立運行させる（他のチームとの接点を作らない）、あるいは、重症化リスクの高い患者から診療し、発熱患者を最後に診察するなどのルート上の工夫も行われていた。また、体調不良の職員は診療ルートから外す必要があった。約半数の医療機関において、診療チームの組み換えやルートの調整を実施していた（図 11）。

⑦ 医師・職員の感染（疑い含む）または濃厚接触

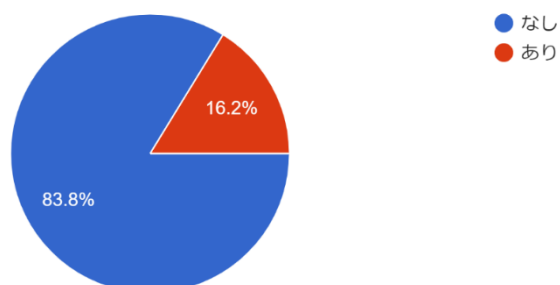


図 12：医師・職員の感染（疑い含む）または濃厚接触

「あり」が 51 件、「なし」が 263 件で、16.2%の在宅医療機関において、医師・職員の感染（疑い含む）または濃厚接触が発生していた。これらの医療機関では、運営に大きな支障が発生していた。また、この 51 件中、4 件において診療の一時全面停止、8 件において診療の一部停止を余儀なくされていた（図 12）。

⑧ 風評被害・職員の社会生活上の不利益など

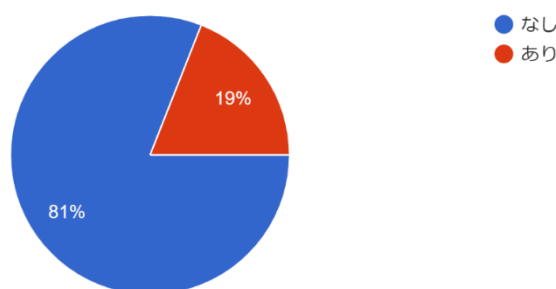


図 13：職員の風量被害

「あり」が 54 件、「なし」が 230 件で約 2 割の在宅医療機関において、風評被害や職員の社会生活上の不利益が発生していた。「あり」と回答した 54 件のうち、45 件において実際に経営上の損害が生じ、28 件において職員の出勤に支障が生じていた（図 13）。

⑨ 感染対応に伴う人的変動に対する新規雇用の発生

「あり」は 12 件、「なし」は 293 件で感染対策に伴う人的変動に対する新規雇用は 3.9%で発生していた。

3. COVID-19 への対応のために増加した月あたりの費用

新型コロナウイルスの感染予防および制御のために在宅医療機関に生じた支出は、1 か月あたり 316 クリニック合計で約 1 億 5 千万円となった。1 医療機関あたり月に 48 万円の支出が生じていた。

- ・材料費（感染防御具、抗体検査等保険収載されていない検査材料の購入等） 6286 万円
 - ・人件費（時間外勤務手当、危険手当、勤務停止時の手当、新規雇用など） 4707 万円
 - ・設備費 1：増改築工事、院内簡易工事など 2139 万円
 - ・設備費 2・情報通信機器購入、在宅勤務や遠隔医療のためのサービスの導入 1978 万円
- 合計 1 億 5110 万円

4. 新型コロナウイルス感染拡大の第二波以降に備えて必要と思うもの

第二波以降への備えとして、95%の在宅医療機関が個人防御具の確保を挙げた。また、診療報酬面の担保、風評被害の防止のための市民に対する普及啓発活動、教育研修用の資料やプログラムの提供も過半数の在宅医療機関が必要だと考えていた。

必要な個人防御具の確保・支給	297 施設
COVID-19 患者の診断および療養支援のための診療報酬面の担保	223
風評被害の防止のための市民に対する普及啓発活動	206
患者・家族・施設の教育研修用の資料やプログラムの提供	171
情報共有のための ICT	148
オンライン診療の普及	146

C. 在宅医療介護サービスの中の ICT 導入 ～在宅ケア・介護分野における ICT を用いた熱発者の把握～

COVID-19 感染症では、発熱、咳、などの症状をいち早く発見し、ゾーニングすることが求められる。このためには、在宅医療、訪問看護、訪問介護を受けている患者や高齢者施設に入居中の患者に対し有熱状態を迅速に判断する必要がある。無料で簡単に使える『安診ネットアプリ』などのアプリを使用することで、熱発者の早期発見、重症化予防の可能性を高め、熱発者の実数把握が可能となり防護具の必要枚数の把握も可能となる 3)。

これらのソフト（アプリ）は、COVID-19 に関しては在宅ケアを受けている患者全員、介護施設等に入居中の患者全員（258.3 万人）に無償提供が可能である。

その結果、熱発者の早期発見、重症化予防の可能性を高め、熱発者の実数把握が可能となり防護具の必要枚数の把握も可能となる 3)。

参考文献

- 1) 在宅医療の現場における新型コロナウイルス感染症関連のアンケート調査
https://www.jahcm.org/news/archives_200318.html
- 2) 日本慢性期医療協会誌 vol.27 2019.10 月号 p79 - p82

Ⅲ 訪問看護の課題と解決のための提言

提言

- ① 衛生材料、および防護具等の安定的で確実な供給体制の確保、および標準的感染予防策の教育の徹底とそれにかかわる財政的支援や情報提供などの行政からの支援が必要である。
- ② 介護施設、訪問看護事業所等における看護職員の確保、および連携体制の推進、訪問看護ステーションの機能維持のための対策を講じるべきである。
- ③ オンラインでの指導、確認、支援に対しても対面で行う場合と同等の評価、すなわち報酬の算定を可能とする必要がある。また、ICT 導入の推進、訪問看護サービスの継続のために施設間、事業所間同士の連携を構築するための財政的な支援も必要である。

● 課題

訪問看護事業所において衛生材料の十分な確保ができないことから、適切な感染予防、感染拡大防止に取り組むことができず、利用者の安全確保が困難な状況が発生した。

また、学校等の臨時休業および集団活動自粛の長期化に伴い、子どもの預け先が確保できず出勤できない看護職員がいる一方で、通所系サービスの休止等により訪問看護師の需要が高まった地域もある。訪問看護事業所等では、急な欠員補充や増員が困難であるうえに、小規模事業所も多数あることから、在宅・介護分野の看護職員確保は喫緊の課題である。訪問看護事業所においては、今後、濃厚接触による自宅待機者や感染者が 1 人でも発生した場合は、通常のサービス提供が困難となり、事業所の休止も想定され、小規模な事業所においては事業存続が危ぶまれる状況となる。

現在、上記のように一部の地域において通所系サービスの休止等により一時的に訪問看護の利用が増加したが、突然のサービス変更する場合の主治医や介護支援専門員、事業所間の連絡調整及びこれに伴う事務処理など、業務量が短期間に集中して増大している。ICT 活用による医師の指示書交付や事業所連携が可能であるが、訪問看護事業所では ICT 導入が進んでおらず、諸用の手続きを簡略化できていない。

参考資料

1. 厚労大臣・内閣府特命担当大臣（経済財政政策）らに対して 新型コロナウイルス感染症対策に関する要望 2020 年 4 月 1 日 日本看護協会
https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20200401135020_f.pdf

2. 新型コロナウイルス感染症対応における訪問看護に関する要望書、2020年4月2日、日本看護協会、日本訪問看護財団、全国訪問看護事業団
https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20200421182806_f.pdf

IV 在宅介護の課題と解決のための提言

提言

- ① 衛生材料、および防護具等の安定的で確実な供給体制の確保、および標準的感染予防策の教育の徹底とそれにかかわる財政的支援や情報提供などの行政からの支援が必要である。
- ② 介護職員の確保、連携体制の推進や介護系事業所の機能維持のために、たとえば一時給付金の支給、介護事業者に対する危険手当、税及び社会保障の納付猶予の迅速な適応等の対策を講じるべきである。
- ③ オンラインでの非接触介護に対しても対面介護同等の評価、すなわち対面介護と同等の報酬算定を可能とすべきである。また、ICT 導入を推進するための財政支援、介護サービスが継続できない場合に、迅速な対応ができるように地域支援体制を構築すべきである。

● 課題

NHK が行った調査では国内の老人ホームなどの入所系の高齢者施設で、4 月末までに少なくとも 550 人余りが新型コロナウイルスに感染し、このうち 10%にあたる 60 人が死亡した。一方で、5 月 12 日の The New York Times によるとアメリカの nursing home では 14 万 3 千人以上が感染し 2 万 5600 人以上が死亡した。この死亡者数はアメリカ国内の死亡者の 3 分の 1 以上である。従ってアメリカと比較をすると日本の老人ホームでは感染はよくコントロールされていると言える。

しかしながら、「介護崩壊」と言われるように入所、通所、訪問系介護現場とも大きな影響を受けるのが現状である。そもそも介護とは、密着型のサービスであり「3 密」の状況を避けることが困難である。特に入所系介護は共同生活を基本として建築設計されるため集団感染の危険性が高い。また、介護系人材は医療系人材と比較して感染症対策の教育も十分ではないと言われる。介護事業所において衛生材料の十分な確保ができないことから、適切な感染予防、感染拡大防止に取り組むことができず、介護職員及び利用者の安全確保が困難な状況が発生する。

デイサービスやショートステイなどの通所系介護サービスでは通所を控える利用者が増加している。独居や老々世帯では十分な介護が困難となり本人の状態悪化、家族の負担増や虐待も懸念される。これらの課題を訪問系介護で充足したくとも、介護業界は従来慢性的な人材不足があり、2025 年度末までに 55 万人の確保が必要と言われる。また、学校等の臨時休業および集団活動自粛の長期化に伴い、子どもの預け先が確保できず出勤できない介護職員もいる一方で、介護事業所では、急な欠員補充や増員が困難であるうえに、小規模事業所も多数あることから、介護職員確保は喫緊の課題である。

介護事業所においては、今後、濃厚接触による自宅待機者や感染者が 1 人でも発生した場合は、通常のサービス提供が困難となり、事業所の休止も想定され、小規模な事業所においては事業存続が危ぶまれる状況となる。感染防止による利用者の減少、事業の縮小や中止による介護事業所の収入減が事業所経営を圧迫している。一例として通所介護は 4 月末で 8 割超えの事業所が経営への影響

があると回答した。さらにはこれらの結果として介護難民が増えることが危惧される。これらの問題や課題の解決のために上記の提言を公表する。

参考資料

1. 福祉・介護人材確保対策について、2019年9月18日、厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000549665.pdf>
2. 緊急事態宣言延長 介護の現場「経営さらに厳しくなる」、2020年5月4日、NHK NEWS WEB
<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200504/k10012417431000.html>
3. 新型コロナで“介護崩壊”の危機？ 高齢者施設でいま何が、2020年5月8日、NHK NEWS WEB
<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200508/k10012422701000.html>
4. As Death Toll in Nursing Homes Climbs, Calls to Redesign Them Grow The New York Times 2020年3月12日
<https://www.nytimes.com/2020/05/12/business/nursing-homes-coronavirus.html>
5. デイサービス 新型コロナウイルス「経営に影響」8割超 週刊高齢者住宅新聞 On Line 2020年5月12日、https://www.koureisha-jutaku.com/newspaper/synthesis/2020050613_02_1/

V 新型コロナウイルス感染拡大が在宅看護・介護サービスに与えた影響の把握と、

事業継続を維持するための提言

● 提言

- ① 感染防御具を適切に過不足無く在宅サービス事業所へ届く体制づくりが最優先である。
- ② 在宅における患者や家族に対する積極的な PCR 等の検査の実施が必要である。
- ③ 新型コロナウイルス感染が確認された場合、在宅患者であっても速やかに入院できる「在宅と病院との緊密な連携」が必須である。
- ④ 本人の希望もしくは入院によるデメリットが大きいと判断され、在宅や施設で新型コロナウイルス感染患者を診る（看る）場合、診療報酬の手当、感染防御具（特に PPE）の優先供給が受けられる対応が必要である。
- ⑤ 新型コロナウイルス感染症が在宅サービスに対する影響を「正確に」「継続的に」「地域差を考慮できる」縦断調査の仕組みを整備し、柔軟に、タイミングを逸することなく、必要な対策を行うことが重要である（後述の「介護サービス、在宅サービス」参照）。

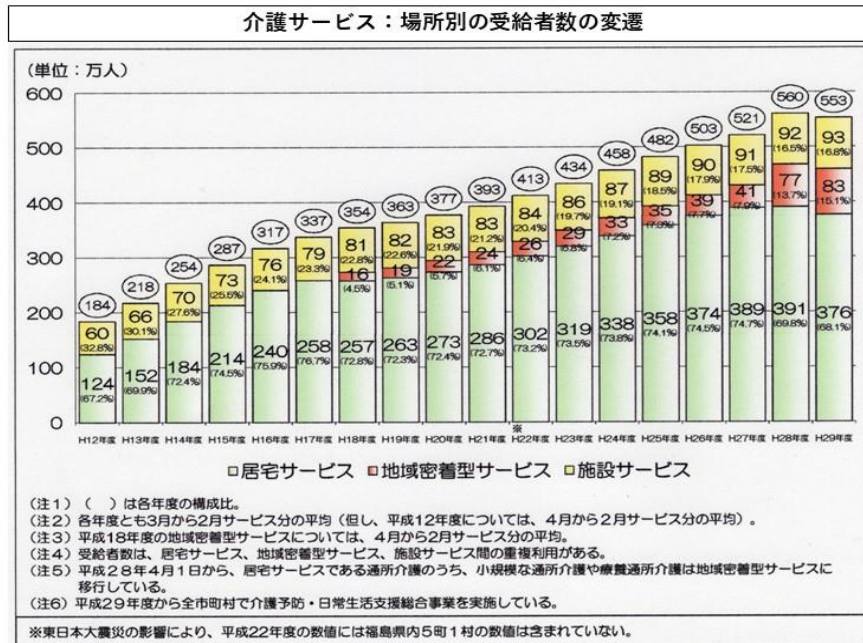
● 背景

現在の日本の医療は、「診療所・病院機能」と「在宅機能（診療・看護・介護）サービス（以下、在宅サービス）」で支えられてきた。このどちらかが失われても、日本の医療は維持できない。国は、新型コロナウイルス感染症拡大に対して、病院機能の温存のために様々な対策を行った。しかし、在宅サービスに対しては、新型コロナウイルス感染症の影響は十分に明らかになっていないこともあり、国や地方自治体による適切な対応がされていないのが現状である。

● 介護サービス、在宅サービス

介護サービスのなかの「居宅サービス」を受けている受給者の総数は、平成 12 年には 124 万であったが、平成 28 年には 391 万と 3 倍に増加した。これは、「施設サービス」が同年で 60 万人から 92 万への増加と比較すると、その著しい増加は特徴的である。（図 1）1)。同時に、在宅医療を受けた患者数も平成 17 年の 6.5 万人から平成 29 年の 18 万に増加した（図 2）2)。日本の医療はこの 20 年で、「診療所・病院の医療」から「診療所・病院・在宅の医療」へと変化したことを裏付けた。また、これらの医療は相補的にお互いを支え合って存在するため、どちらかが機能障害をおこすと、日本の医療を維持することは不可能となる。

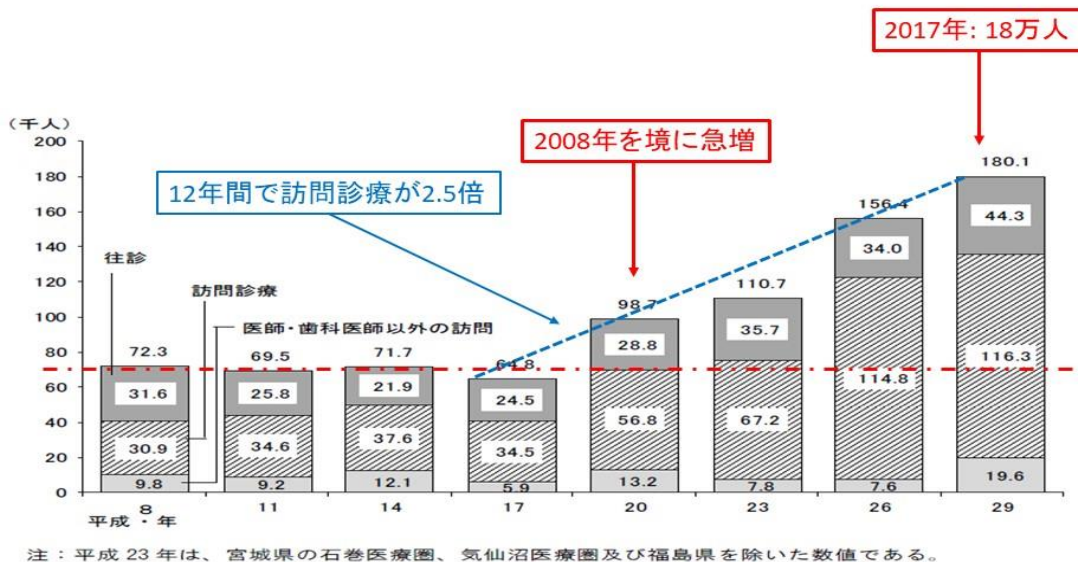
介護サービス：「受給者数の推移」と「場所の変化」



厚生労働省 介護保険事業状況報告：結果の概要 <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/joukyou.html#link01>

図1：介護サービス：受給者の推移と場所の変化

在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移



厚生労働省 平成29年(2017)患者調査の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>

図 2 : 在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移

● 新型コロナウイルス感染症拡大が、在宅サービスに与えた影響

最新の日本国内における大規模アンケート調査の結果が 2020 年 6 月初めに発表された。それによると、在宅看護・介護サービス事業所において、事業を休止した事業所があると答えたケアマネジャーが 44%に至り、事業を廃止した事業所があると答えたケアマネジャーは 3.2%あった。新型コロナウイルス感染症拡大のために支出の増加（感染防御資材の購入費・人件費の増加など）、収入の減少（利用者の減少）により収支が悪化した事業所が 30%あった。以上から、新型コロナウイルス感染症拡大は、在宅サービスに事業継続を困難とする状況を生んでいることが明かである。国や地方自治体は病院医療崩壊を避ける努力は積極的に行っているが、医療のもう一つの基盤である在宅サービスに対しては適切で十分な対応を行っているとは言い難い。このままでは、「病院医療崩壊」は防げても「在宅医療崩壊」を引き起こしてしまうことが強く懸念される。

新型コロナウイルスが「在宅サービス」に与えたダメージは、断片的にニュースなどで報じられるが、その全体像は未だに把握されていない。今回、この問題にまさに先駆者として取り組んでいる「一般社団法人人とまちづくり研究所」：<https://hitomachi-lab.com/> から、「介護保険サービス事業における新型コロナウイルス感染の影響と取り組みの最新情報」が web 上に 2020 年 6 月 2 日と 9 日に報告された。その大量のデータを「地域の看護・介護医療体制の構築」に造詣の深い慶応義塾大学医学部公衆衛生学教室の山岸暁美先生と共に解析し、新型コロナウイルス感染症が在宅サービスに与えた影響を抽出することを試みた。

1. ケアマネジャーに対するアンケート調査から

在宅サービスを提供する事業所に必須の職種がケアマネジャーである。最初に、〈ケアマネジャーに対するアンケート調査の結果〉から、一部抽出させていただいた 3)。アンケートは 2020 年 5 月 12-18 日に web 上で行われた。返答したケアマネジャーは 1243 名（居宅介護支援事務所 1066、小規模多機能・看護小規模多機能居宅介護事務所 73、居住系・施設 104）である。アンケートでは圏域を新型コロナウイルス感染拡大の程度により、3 圏域に分けて解析した。

- 特別警戒圏域区分 1 : 4 月 7 日に緊急事態宣言の対象となった 7 都府県（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、大阪府、兵庫県、福岡県）
- 特別警戒圏域区分 2 : 4 月 16 日に特定警戒都道府県に指定された上記以外の 6 道府県（北海道、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県、京都府）
- 特別警戒圏域区分 3 : 特定警戒圏域区分 1 - 2 以外の県

事業休止した事業所の有無をみると、「あり」と答えたのは 470 名で実に全体の 44.1%に達していた。特に圏域別で見ると、圏域 1 : 57.9%、圏域 2 : 49.2%、圏域 3 : 33.3%と圏域毎の差がみられた。サービス業種別に見ていくと、通所介護 : 31.7%、通所リハ : 16.5%、短期入所 : 10.2%、訪問看護 : 1.6%、訪問介護 : 1.4%の順であり、通所系のサービスに事業休止した施設が多いことがわ

かった（表1、図3）。

表 III-3 事業休止の有無

	合計	圏域1	圏域2	圏域3	不明	合計	圏域1	圏域2	圏域3	不明
	回答者数(人)					割合(%)				
合計	1,066	392	130	528	16	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
休止あり	470	227	64	176	3	44.1	57.9	49.2	33.3	18.8
休止なし	459	111	53	291	4	43.2	28.3	40.8	55.1	25.0
無回答	137	54	13	61	9	12.9	13.8	10.0	11.6	56.3

表 III-4 サービス種類別にみた”事業休止あり”と回答したケアマネジャーの割合

	合計	圏域1	圏域2	圏域3	不明	合計	圏域1	圏域2	圏域3	不明
	回答者数(人)					割合(%)				
合計	1,066	392	130	528	16	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
訪問介護	15	7	2	6	0	1.4	1.8	1.5	1.1	0.0
訪問看護	17	10	2	5	0	1.6	2.6	1.5	0.9	0.0
通所介護	338	174	50	111	3	31.7	44.4	38.5	21.0	18.8
通所リハ	176	81	24	70	1	16.5	20.7	18.5	13.3	6.3
短期入所	109	41	16	52	0	10.2	10.5	12.3	9.8	0.0
その他	26	10	3	13	0	2.4	2.6	2.3	2.5	0.0

図 III-2 圏域別サービス種類別にみた”事業休止あり”と回答したケアマネジャーの割合

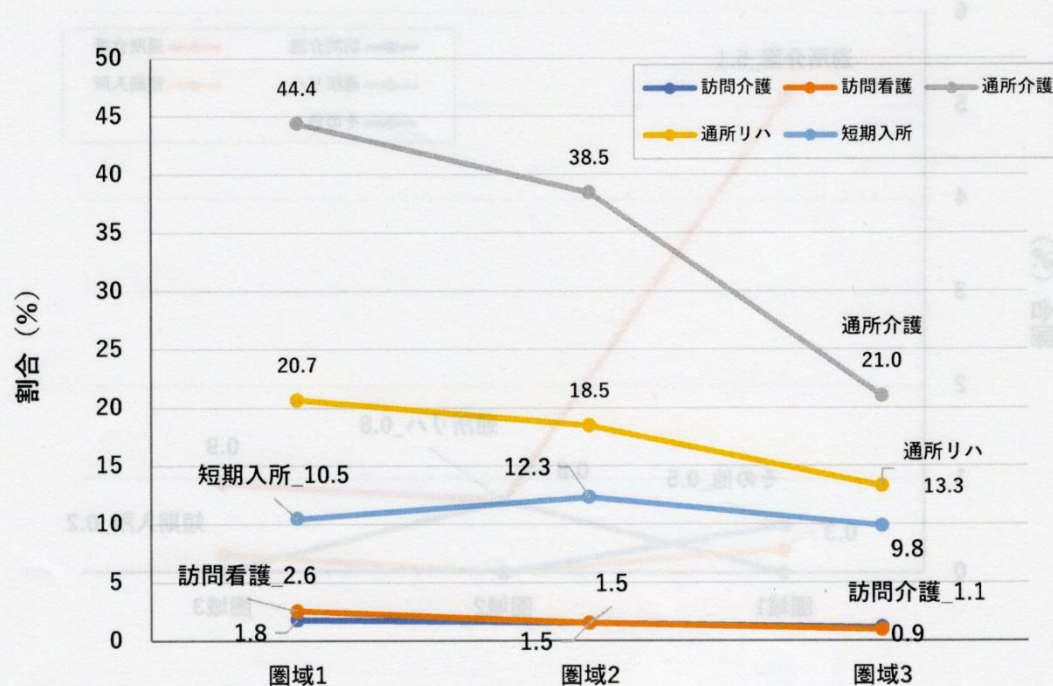


表 1 : 事業を休止した事業所の有無

図 3 : 新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と 現場での取組み・工夫に関する緊急調査

【ケアマネジャー調査】調査結果報告書 3)

https://hitomachilab.com/official/wpcontent/uploads/2020/06/20200602_04.pdf.

さらに、事業を廃止した事業所の有無を検索した、「あり」と答えたのは 34 名で全体の 3.2%であった。圏域別でみると、圏域 1 : 6.4%、圏域 2 : 1.5%、圏域 3 : 1.3%と圏域毎の差があり、圏域 1 が特に多いことが示された（表 2、図 4）。

サービス業種別に見ていくと、通所介護 : 2.4%、訪問介護 : 0.3%、短期入所 : 0.2%、通所リハ : 0.1%の順であり、介護サービスに事業廃止した施設が多いことがわかった。

表 III-5 事業廃止の有無

	合計	圏域1	圏域2	圏域3	不明	合計	圏域1	圏域2	圏域3	不明
	回答者数(人)					割合(%)				
合計	1,066	392	130	528	16	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
廃止あり	34	25	2	7	0	3.2	6.4	1.5	1.3	0.0
廃止なし	709	221	88	394	6	66.5	56.4	67.7	74.6	37.5
無回答	323	146	40	127	10	30.3	37.2	30.8	24.1	62.5

表 III-6 サービス種類別にみた”事業廃止あり”と回答したケアマネジャーの割合

	合計	圏域1	圏域2	圏域3	不明	合計	圏域1	圏域2	圏域3	不明
	回答者数(人)					割合(%)				
合計	1,066	392	130	528	16	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
訪問介護	3	2	0	1	0	0.3	0.5	0.0	0.2	0.0
訪問看護	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
通所介護	26	20	1	5	0	2.4	5.1	0.8	0.9	0.0
通所リハ	1	0	1	0	0	0.1	0.0	0.8	0.0	0.0
短期入所	2	1	0	1	0	0.2	0.3	0.0	0.2	0.0
その他	2	2	0	0	0	0.2	0.5	0.0	0.0	0.0

図 III-3 圏域別サービス種類別にみた”事業廃止あり”と回答したケアマネジャーの割合

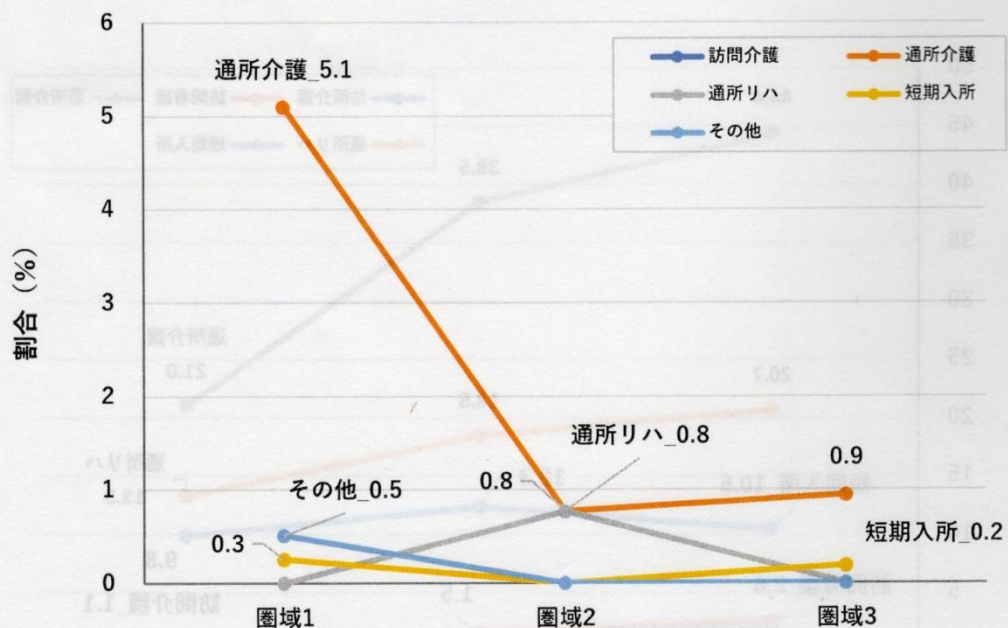


表 2 : 事業を廃止した事業所の有無

図 4 : 新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と 現場での取組み・工夫に関する緊急調査

【ケアマネジャー調査】調査結果報告書 3)

https://hitomachi-lab.com/official/wpcontent/uploads/2020/06/20200602_04.pdf

上記〈ケアマネジャーに対する調査〉の結果から、新型コロナウイルス感染症が拡大した地域においては、確実に介護系事業所は事業の縮小から休止、最悪の場合、閉鎖まで追い込まれた現実が明らかになった。

2. 介護保険サービス事業所管理者を調査対象としたオンラインアンケート結果

〈介護保険サービス事業所管理者を調査対象としたオンラインアンケート結果〉から、新型コロナウイルス感染症拡大が在宅系サービス事業に与えた経済的な影響を抽出した。分析対象数は6130件であった4)。

令和2年4月と前年4月の事業活動収入の比較をした結果を抽出した。全体では「ほぼ同じ(44.7%)」が最も多く、「減少」は29.5%、「増加」は14.4%であった。「減少」と答えた施設管理者を圏域別に比較すると、圏域1 > 圏域2 > 圏域3の順番であった。新型コロナウイルスの影響により特に増えた支出があるかを尋ねた。その結果、「感染防御資材購入費(74.6%)」が最も多く、ついで、「設備費用(空気清浄機、通信環境設備等)(16.1%)」、職員への「残業代・残業手当等(9.6%)」、「休業手当等の人件費(7.2%)」であった。さらに、事業所管理者に「新型コロナウイルスの事業所運営への影響」について回答(複数回答)を求めた。影響の内容を見ると「利用者・家族希望による利用控え・キャンセル(50.5%)」が最も多く、次いで、「新規利用者/入所者等受け入れの制限・停止(22.1%)」「利用者への利用自粛の働きかけ(17.5%)」となった。いずれも、利用者数の低下から、事業所収入の低下をもたらしたことが問題と考えられていた。

以上から、新型コロナウイルス感染症の拡大は、感染防御資材購入・人件費などに係る支出の増加と、利用者減少による収入減少が原因となり、在宅サービス系事業所の3割が収入源に陥ったことが明らかになった。

国は新型コロナウイルス感染症拡大に対して、その対策を病院医療を中心に行ってきた。「帰国者・接触者外来」の設置や「新型コロナウイルス感染者を入院させる感染症指定病院」の準備、また、そのような医療施設への経済面での優遇措置などである。感染者数が一時的に落ち着いた2020年6月上旬からは、感染拡大第二波の襲来に備えて、地域における「地域外来・検査センター」の開設が国の補助で進められている。その一方で、「在宅サービス」に対する対策は行われてきたか見直す必要がある。

2020年6月14日現在の「厚生労働省の新型コロナウイルス関連のHP」：
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html
にて、新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の優遇措置を検索した。病院に関しては、外来における「院内トリアージ実施料」「電話や情報通信機器を用いた初診料および薬剤管理指導料」、入院に関する「救急医療管理加算1」「二類感染症患者入院診療加算」「重症の新型コロナ感染症患者に関する、特定集中治療管理料」「中等症以上の新型コロナウイルス感染患者に関しては、救急医療管理加算1の2倍の点数」など、高額で多様な加算が準備された5)。一方で、在宅サービスに目を向けると、「必要な感染防御策を講じた上で、新型コロナウイルス感染者(疑い含む)に訪問看護を行った場合の特別管理加算(2500円/月)」のみであった(表3)

5,6)。訪問介護に関してはなにもなく、病院と比較した場合、政府の取り組み方の温度差は明らかである。

	病院	在宅
新設された加算	(外来) <ul style="list-style-type: none"> ● 院内トリアージ実施料 ● 電話や情報通信機器を用いた初診料 ● 電話や情報通信機器を用いた薬剤管理指導料 (入院) <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療管理加算 1 ● 二類感染症患者入院診療加算 (重症) <ul style="list-style-type: none"> ● 重症の新型コロナ感染症患者に関する、特定集中治療管理料 ● 中等症以上の新型コロナウイルス感染患者に関しては、救急医療管理加算 1 の 2 倍の点数 	<ul style="list-style-type: none"> ● 必要な感染防御策を講じた上で、新型コロナウイルス感染者（疑い含む）に訪問看護を行った場合の特別管理加算(2500 円/月)

表 3：新型コロナウイルス感染症に伴う保健医療制度対応の概要—病院と在宅サービスとの比較
厚生労働省：新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応について：
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000624500.pdf>から作成

新型コロナウイルス感染拡大は、2020年6月現在、日本においては小康状態にある。しかしながら、新規陽性患者数は徐々に増加し、収束するには長期間を要すると推察される。また、秋から冬にかけては、感染拡大第二波の襲来が懸念される。日本には自宅や施設のベッド上で生活する多くの高齢者が存在する。また、施設や在宅で濃厚な訪問介護を受けながら、自宅や施設で生活する医療的ケア児や神経難病等の患者も少なくない。彼らにも必ず新型コロナウイルス感染の可能性は存在する。健常者と異なり、彼らは病院を受診して検査を受けることが困難な場合が少なくない。また、新型コロナウイルスに感染したとしても、その状況によっては在宅や施設での治療を選択せざるを得ない状況が発生することを想定する必要がある。それらに対応するためには、診療所や病院だけでなく、在宅診療・看護・介護の事業継続を維持し、感染流行以前よりもさらに在宅サービスの機能強化を進める必要がある。しかし、国の在宅サービスへの対応は不十分と言わざるを得ない状況である。新型コロナウイルス感染症拡大に対する在宅サービスに対する影響を正確に把握し、その上で、適切で十分な在宅サービス事業維持への国を挙げた支援が必須であると考えらる。

3. 介護保険サービスを提供する法人に対するアンケート調査

最後に、新型コロナウイルス感染拡大から〈在宅サービス〉を守り、さらに、新型コロナウイルスに対応できる体制を造るために、何が必要なのかを検討した。上述の「一般社団法人人とまちづくり研究所」：<https://hitomachi-lab.com/> の「介護保険サービス事業における新型コロナウイルス感染の影響と取り組みの最新情報」の1つである〈介護保険サービスを提供する法人調査〉が示唆に富むアンケート調査を提供している 7)。

介護保険サービスを提供する法人本部の担当者を対象に行われ、2091 件の返答があった。「新型コロナウイルス感染症に関連して最も困ったことや不安、必要な支援（自由回答）」に関して 1157 件の記載があった。それを集約したものが表 4 である。

この結果で特徴的なことは、「衛生不足の不足/価格の高騰」「感染症発生時の具体的な行動指針の不在」の2項目が、他の 2 倍近くの該当数が多いことである。この一連のアンケート結果の中に、感染防御具の不足が在宅サービスの様々な原因として登場してくる。「被介護者から訪問サービスを拒否される（利用者の減少）」「介護者が訪問に行きたくない（人手不足）」などの原因となっていた。また、診療所・病院と比べて医師の関与が少ない在宅サービスにおいて、感染防御の正しい知識を得ることの難しさも示されていた。感染症に対する具体的な行動指針がなく、感染防御具が不十分な中で、新型コロナウイルスの流行地域でサービスを行うことは不可能と言える。加えて、経営に関して「3 位：経営状況の悪化」「4 位：現場の介護職員へ支援や手当」が上位に位置した。経営が難しい事業所を維持することは不可能である。加えて、どこにも分類されない項目として「7 位：PCR 検査をスムーズに受けられない状況」がある。現在、新型コロナウイルスの PCR 検査は行政が指定した「帰国者・接触者外来」や「PCR センター」でしか受けられない。在宅療養患者はそのような施設に行くことも困難な状態である人が多く、在宅サービスにおいては深刻な問題であると考えられる。

以上、まとめると、在宅サービスの課題として①感染防御具の不足 ②感染に対する明確な指針がない ③経営が困難 ④PCR 検査が受けられないの 4 項目（該当数の多い順）と考える（表 4）。

カテゴリー	該当数
衛生材料の不足/価格の高騰	302
感染症発生時の具体的な行動指針の不在	294
経営状況の悪化	104
現場の介護職員へ支援や手当	71
感染症予防全般に対する具体的な指針の不在	68
利用者の ADL、生活の質の確保	67
PCR 検査をスムーズに受けられない現状	59
人手不足	57
感染症に対する漠然とした不安	48
発熱時、感染疑いの時の対応	28

正確な情報配信	28
第2波への恐れ	11
その他	20

表4：新型コロナウイルス感染症に関連して最も困っていることや不安、必要な支援（自由回答）
（n=1157）

新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と現場での取組み・工夫に関する緊急調査【介護保険サービスを提供する法人調査】調査結果報告書、2020。（Accessed 2020.6.2, 2020, at https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/uploads/2020/06/0602_05.pdf）

さらに「介護保険サービスを提供する法人調査」では、在宅サービスを維持していく上で、施設管理者が考える「支援や環境整備として特に重要なこと」を5つまでとして回答を求めた（n=2091）（図5-7）。上位から30%以上を示した項目だけを抜粋する。

- 1位：感染防御資材の優先調達（78.2%）
- 2位：感染患者等発生時の陽性者の速やかな入院（44.1%）
- 3位：感染者等発生時の介護職等の応援要請の確保（41.7%）
- 4位：発熱・咳等の症状がある利用者・入所者等及び職員への積極的な検査（40.2%）
- 5位：職員への特別手当（危険手当を含む）の支給（37.0%）
- 6位：感染者等発生時の利用者・入所者等の受け入れ施設の確保（32.5%）
- 7位：感染者等発生時の指針策定（30.0%）

特記すべきことは、圧倒的に「感染防御資材の優先調達」が多いことである。これは、前述の困っていることと一致する内容であり、感染防御具不足の問題は在宅サービスにおいて特に深刻と判断できる。続いて「感染症発生時の適切な医療対応（2位：感染患者等発生時の陽性者の速やかな入院、4位：発熱・咳等の症状がある利用者・入所者等及び職員への積極的な検査、6位：感染者等発生時の利用者・入所者等の受け入れ施設の確保）」の整備が必要とされると分類できる。その次が、「人的・経済的支援（3位：感染者等発生時の介護職等の応援要請の確保、5位：職員への特別手当（危険手当を含む）の支給）」と、続いて「指針策定（7位：感染者等発生時の指針策定）」と考える。

以上より、上述の在宅サービスで現在課題となる4項目を考慮し、今後も在宅サービスを維持していく上で支援や環境整備が必要とされることは、①感染防御具の優先調達 ②感染症発生時の適切な医療対応（PCR検査、入院） ③人的・経済的支援 ④指針策定の4項目（優先順）である。

図VII-1 新型コロナに関連する介護事業所等への支援や環境整備として特に重要なこと（5つまで）

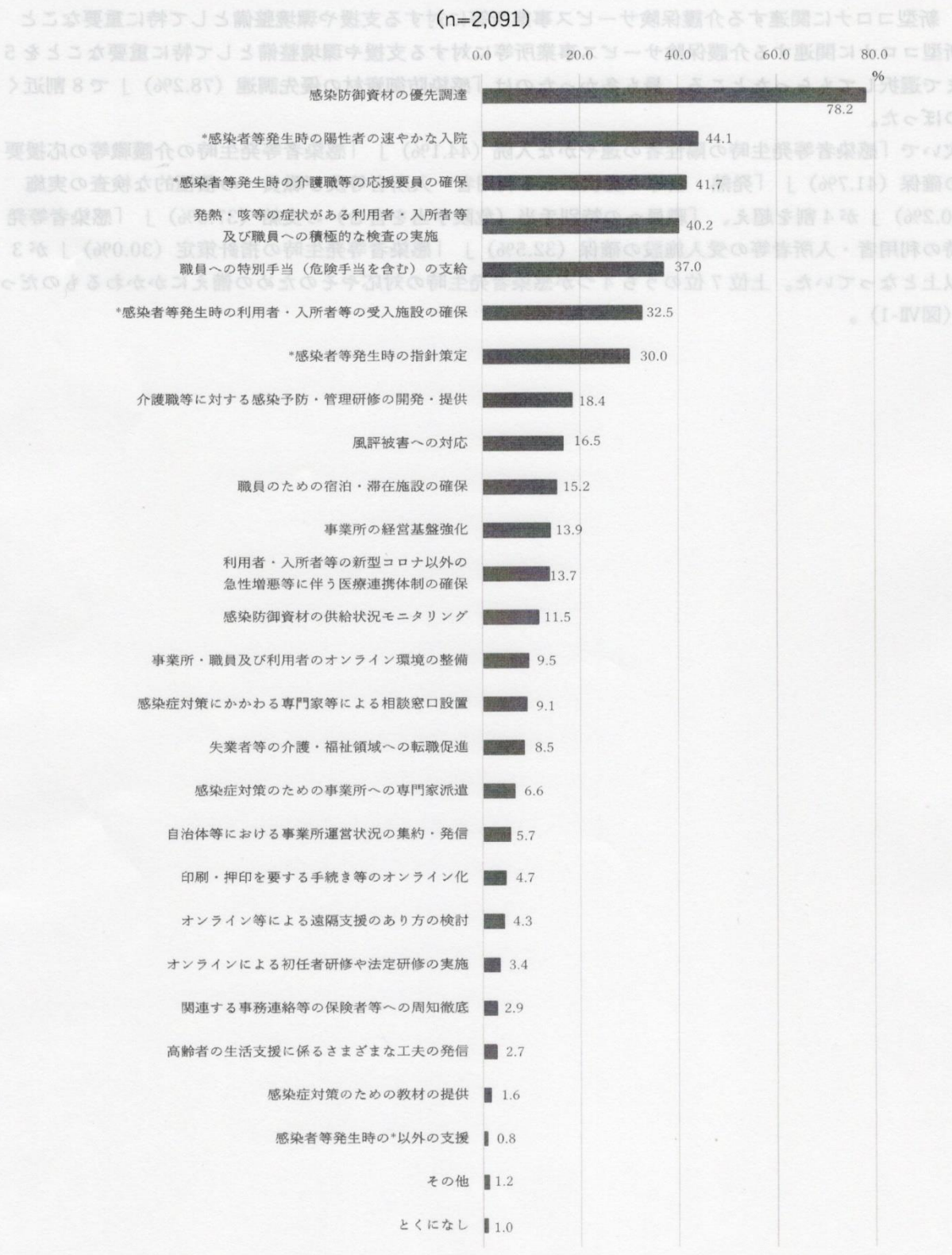


図5：新型コロナウイルス感染症に関連する介護事業等への支援や環境整備として特に重要なこと（5つまで）（n=2091）

新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と現場での取組み・工夫に関する緊急調査【介護保険サービスを提供する法人調査】調査結果報告書.7)

以上のアンケート結果の解析から、冒頭に記載したように「在宅サービスを維持するために必要な施策の提言」をしたい。まずは、何よりも感染防御具が在宅サービスの各事業所に充分に行き渡るようにすることが必要である。次に、新型コロナウイルス感染を疑わせる利用者が発生したときには、病院や地域外来・検査センターへ受診しなくても（在宅・施設内でも）PCR等の検査ができる仕組みづくりが必要と考える（「Ⅶ 在宅患者の新型コロナウイルス検査(PCR等)について」の項を参照）。もし、感染陽性となったときに、速やかに病院に入院できるシステムの構築が喫緊の課題と考える。また、在宅サービスを受けている患者や本人の希望もしくは入院することのデメリットが大きいと判断される場合、新型コロナウイルス陽性であっても在宅で診療・看護を継続する選択がされる可能性がある。その場合、在宅サービス事業所の負担は、感染拡大の防御、人的負担、経済的負担のいずれも甚大となるので、感染防護具の提供や十分な診療報酬が必須と考える。

加えて、「縦断調査の仕組みの整備」を提言したい。新型コロナウイルス感染症に対する在宅医療の情報収集の中で、「一般社団法人人とまちづくり研究所」のアンケート調査によって、初めて在宅医療や介護の現状に関する情報を得ることができ、それに基づき今回の提言をまとめることが可能となった。今後は、より精密な情報の収集が必要と考える。新型コロナウイルス感染症の第2波、第3波の襲来が予想される中、さらにその後の対応を考えるためにも、定期的に各地域の感染の動向、事業所の稼働状況、感染防御具確保等の支援ニーズを把握し、客観的なデータに基づき積極的な対応や施策を講じることを可能とするシステムが必要と考える。

参考資料

1. 平成29年度 介護保険事業状況報告（年報）. 2017. at <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/17/index.html>.
2. 平成29年(2017)患者調査の概要. 2017. 2017, at <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>.)
3. 新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と現場での取組み・工夫に関する緊急調査【ケアマネジャー調査】調査結果報告書 2020. (Accessed 2020.6.1, 2020, at https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/uploads/2020/06/20200602_04.pdf.)
4. 新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と現場での取組み・工夫に関する緊急調査（介護保険サービス事業所調査）調査結果報告所. 2020. at <https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/uploads/2020/06/f9780dfabd9260cfd1d48cb50c374e2.pdf>.)
5. 新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応について. 2020. (Accessed

- 2020.4.24, 2020, at
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000624500.pdf>.)
6. 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14） 2020.
(Accessed 2020.4.24, 2020, at
<https://www.mhlw.go.jp/content/000625141.pdf>.)
 7. 新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と現場での取組み・工夫に 関する緊急調査【介護保険サービスを提供する法人調査】調査結果報告書. 2020. (Accessed 2020.6.2, 2020, at https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/uploads/2020/06/0602_05.pdf.)

VI 在宅医療での発熱、呼吸障害への標準的対応

● 背景

在宅患者の場合、患者の背景や既往歴は事前に情報収集できる場合が多いが、突然の発熱や呼吸障害を主訴として診療を求められる場合が多い。このような場合、対象患者が COVID-19 陽性であるか、陰性であるかはその時点では多くの場合は判別がついていない。このような状況下で在宅での診療をいかに行うかは重要な課題である。そこで、在宅患者で突然の発熱や呼吸障害を認める場合の課題や注意点をまとめ、同時に以下のような標準的な対応について提案する。

● 標準的な対応

在宅患者の場合、平熱が低いことが多いので平熱（熱の平均値）よりの振れ幅が 1℃以上ある場合（正確には熱の正規分布中央値より 2σプラス 0.5 度）を発熱と考えるべきである¹⁾

1. 電話対応

在宅患者の発熱、咳や呼吸障害の訴えに関して、電話で医療機関に連絡がある場合が多い。このような患者よりの問い合わせに対しては、新型コロナウイルス感染症患者発症者との濃厚接触があるかどうかの確認することが重要である。

その際、新型コロナウイルス感染症の可能性が高いと考えられる場合は、診察の際に手袋、ガウン、ゴーグル（フェイスシールド）等の防御具の装着が必要となるため、その準備を行う。

特に、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅、グループホームなどの施設に入所している在宅患者よりの問い合わせに注意を要する。

2. 診療での感染予防

防御具の装着順は患者の部屋への入室前に

ガウン→マスク→ゴーグル（フェイスシールド）→手袋の順で予防具を装着

診療終了後室外で

手袋→ゴーグル（フェイスシールド）→ガウン→マスク

外し終わるごとに次亜塩素酸を入れたビニール袋に入れ、終了後はしっかりとビニール袋を閉じる。

なお、診察時は患者の症状で軽症か重症かを以下の基準で判断し、それぞれの対応を行う。

3. 重症度の判断

1) 軽症の場合

通常の診察に加え採血を行う（項目は以下の表 1）

項目	結果
リンパ球数	減少
CRP	上昇

表 1 : 軽症の場合の採血項目と評価

血液検査の結果ウイルス感染症の可能性が高い場合には、患者、家族に PCR 等の検査の希望を聞く。

2) 重症の場合

以下のような指標で重症と判断される場合は、家族・本人の意向を確認し、入院の希望があるか、PCR 等の検査の希望があるかどうかを確認する。また、患者や家族等が在宅療養を希望した場合は、採血を行いウイルス感染症の可能性が高いかどうか、また、多発性の末梢毛細血管炎の有無、末梢静脈血栓の有無を確認する（表 3）。

なお、ウイルス性感染症の可能性が高い場合は、家族本人に再度 PCR 等の検査の希望を確認する。

・重症の判断（以下のいずれか一つで重症）

呼吸数 20 回以上

SpO2 93%以下

食事が取れず

Quick SOFA スコア 2 点以上（表 2）

Quick SOFA 項目		点数
血圧	収縮期血圧 100 mmHg 以下	1
呼吸数	22 回/分以上の頻呼吸	1
意識	意識障害（GCS で 15 未満）	1

表 2 : Quick SOFA スコア、（ GCS : Glasgow Coma Scale ）

検査項目	評価
リンパ球数	減少 < 800/μℓ
CRP	著明上昇
心トロポニン	上昇
D-dimer 増加	> 21 μg / ml
IL-6	上昇 > 10 pg / ml
ミオグロビン	上昇

表 3 : 重症の場合の採血項目と評価

4. 在宅での治療

COVID-19 の病態像が未だ不明な点が多い中で、海外の病理解剖所見での報告を受け、COVID-19 病態像がウイルス障害により引き起こされるサイトカインストームや免疫複合体により生じる末梢血管炎だとすれば^{2),3)}、在宅患者の発熱、咳などが苦しいという訴えに対する治療として、在宅医の 1st touch の初期治療としては、敗血症ガイドラインに則ってアセトアミノフェン（アセリオ 1000mg）⁴⁾の点滴は推奨される可能性がある。また、咳に対してステロイドの点滴静注やステロイド吸入薬の組み合わせにより患者の苦痛を取り除く必要がある。

参考資料

1. 前田 俊輔 他, 日本慢性期医療協会誌 : 肺炎のバイタルスコアリングによる医療介入判定 ICTによる肺炎の早期発見・重症化予防システムの基礎的検討 JMC 27(5), 79-82, 2019-October
2. Jean Connors et al, blood : COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation Tracking no: BLD-2020-006000-CR2 2020 April 27
3. Dimitrios G. et al, Journal of Clinical Virology: Coagulation disorders in coronavirus infected patients: COVID-19, SARS-CoV-1, MERS-CoV and lessons from the past Volume 127, June 2020, 104362
4. 日本版敗血症診療ガイドライン 2016 日本集中治療医学会、日本救急医学会、2016

Ⅶ 在宅患者の新型コロナウイルス検査(PCR 等)について

提言

在宅患者の PCR 等の検体採取は在宅で行えるようにすべきである。

● 背景

在宅患者は自宅や施設において在宅医療・看護・介護を受けて生活し、患者単独で病院受診が困難と判断される患者を意味する。通常、ベッド上で生活する高齢者、医療的ケア児、神経難病等を有する患者などが該当する。

在宅患者が検査適応（補足 1）と判断した場合に、病院や地域外来・検査センター（PCR センター含む）を受診することは容易ではなく、また、もしも感染していた場合、付き添い（介護者、家族など）が濃厚接触者となるリスクが高い（補足 2）。

在宅で検体を採取する場合、症状発症から 9 日以内の者に関しては、咽頭ぬぐい液採取よりも唾液での検体採取のほうが感染拡大のリスクを軽減し、検査精度を保つために有利である可能性がある（補足 3）。

（補足 1）在宅で COVID-19 抗原検査の検体採取を行うことを検討すべき状態

- ① 患者が、発熱・呼吸困難・味覚障害などの COVID-19 感染症を疑わせる病状を呈し、病歴や身体所見、及び在宅で出来る範囲の臨床検査にて、誤嚥性肺炎や尿路感染などのその他の発熱性疾患を明らかに除外できない場合
- ② 患者が、「濃厚接触者」の可能性がある場合
- ③ 家族・介護者が、上記 1, 2 のどちらかを満たす場合

（補足 2）患者家族・介護者への対応

検査結果が明らかになるまでは、患者が感染している可能性があるという前提で対応する。即ち、介護者・家族には感染防御が必要である。

● 在宅医療での検体検査の意義と方法

厚生労働省は、「新型コロナウイルス感染症に関する PCR 等の検査態勢の強化に向けた指針」にて、①相談体制の強化②検体採取体制の強化③検査(分析)の体制の強化を具体案としてあげている 1)。在宅で検体を採取することは②の理念と合致する。さらに、介護保険事業所の法人管理者 2091 人が返答したアンケート調査〈新型コロナウイルスに関連する介護事業所等への支援や環境整備として特に重要なこと〉の 4 位に、「積極的な PCR 検査」が挙げられていた 2)ことから、在宅における検体採取は必要な処置と考える（Ⅴ 新型コロナウイルス感染拡大が在宅看護・介護サービスに与えた影響の把

握と、事業継続を維持するための提言の項を参照)。

厚生労働科学研究は、「症状発症から9日以内の患者」であれば咽頭ぬぐい液をと唾液による検体採取には精度に大きな差がないと報告した(図1)3)。それを受けて、厚生労働省は2020年6月2日に唾液を用いたPCR検査の導入を認める報告をした(図2)4)。唾液の用いた検査は、手技として容易で有り、検体採取に慣れていない在宅スタッフが行うことによる検査精度の低下、および感染拡大のリスクは軽減されると考える。また、2020年3月以降に認められてた民間メーカーが開発した抗原検査は、国立感染症研究所が行うPCR検査と比較して精度は臨床に耐え得るものであり、かつ判定までに2-3時間と短時間で済むものがある5)。その中でLAMP法(LoopampEXIA, 栄研化学株式会社)は判定時間も2時間程度と短く、唾液による検査の精度の確保が推定されており、在宅での新型コロナウイルス感染症の抗原検査法として有用な可能性がある3)(表1, 表2)。

唾液を用いたPCR検査に係る厚生労働科学研究の結果について

【補助金/研究事業】令和2年度厚生労働行政推進調査事業補助金/新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
 【研究課題名】 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の診断における鼻かみ鼻汁及び唾液の有用性の検討」
 【研究代表者】 国際医療福祉大学成田病院 加藤康幸
 【研究分担者】 自衛隊中央病院 感染症内科 今井一男
 【研究目的】 唾液を用いたPCR検査を、COVID-19患者の診断に用いることが可能かにつき検証を行う。
 【研究方法】 COVID-19と診断され自衛隊中央病院に入院した患者の凍結唾液検体(発症後14日以内に採取された88症例)を用いて、PCR法^{*1}、ダイレクトPCR法、LAMP法^{*2}を外部機関^{*3}で行い、鼻咽頭ぬぐい液を用いたPCR検査結果との一致率を検証した。
 【結果】
 ・発症から9日以内の症例では、鼻咽頭ぬぐい液と唾液との結果に高い一致率が認められた。

		発症日からの日数(日ごとの陽性例)															
		発症日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	合計	
咽頭ぬぐい液	行政検査PCR法(保健所)	①陽性例	2	1	5	4	8	17	11	8	5	10	8	3	3	88	
	PCR法(感染研法)	②陽性例 一致率(=2/1)	2	1	4	4	7	16	10	8	5	6	5	3	1	2	74
唾液	PCR法(Cobas8800)	③陽性例 一致率(=3/1)	1	1	4	4	6	16	11	8	5	7	5	3	1	2	74
	SARS-CoV-2 Direct Detection RT-qPCR Kit	④陽性例 一致率(=4/1)	0	1	4	4	7	14	10	8	5	7	5	2	1	1	69
	2019新型コロナウイルス検出試薬キット	⑤陽性例 一致率(=5/1)	0	1	4	4	7	15	11	8	5	6	6	2	1	2	72
	新型コロナウイルス検出キット	⑥陽性例 一致率(=6/1)	0	1	4	3	6	12	10	8	4	5	4	3	0	0	60
	SARS-CoV-2 Detection Kit	⑦陽性例 一致率(=6/1)	0	1	4	3	6	12	10	8	4	5	4	3	0	0	60
	LAMP法(LoopampEXIA)	⑦陽性例 一致率(=7/1)	0	0	4	4	6	14	11	8	5	5	4	2	0	1	64
			⑦陽性例 一致率(=7/1)	0	0	4	4	6	14	11	8	5	5	4	2	0	1

*1) 感染研法:リアルタイムPCR装置(ABI7500, QS5, QS7)、Qiasymphony System/Virus RNA抽出キットを用いて、感染研マニュアル通りのPrimeセット2領域およびProbe、酵素を用いて実施、Cobas8800: Cobas SARS-CoV-2を用いて添付文書に準じ実施、*2:LoopampEXIA®、Qiasymphony System/Virus RNA抽出キット、Loopamp 新型コロナウイルス2019(SARS-CoV-2)検出試薬キットを用いて、添付文書に準じ実施、*3:株式会社エスアールエル

表1: 唾液を用いたPCR検査にかかわる厚生労働省科学研究の結果について

唾液を用いたPCR検査の導入について

- 唾液を用いたPCR検査について、症状発症から9日以内の症例で従来の鼻咽頭ぬぐい液を用いた検査結果と良好な一致率が認められた（厚生労働科学研究）。
- この結果をもとに、「症状発症から9日以内の者」について、唾液を用いたPCR検査を可能とする。
 ※本日（6月2日）、検査実施にかかるマニュアルの改定やPCR検査キットの一部変更承認・保険適用を実施。
 ⇒鼻咽頭を拭う方法に比べて、検体採取に係る感染防御や人材の確保の負担が軽減

<唾液を用いたPCR検査の主な対象者（イメージ）>

主な採取機関	主な対象者（イメージ）（※2）
<ul style="list-style-type: none"> ○帰国者・接触者外来 ○地域外来・検査センター (※1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・市中の有症状者
<ul style="list-style-type: none"> ○病院、診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・有症状者（患者、医療従事者等）

(※1) 唾液検査のみを取り扱う施設が拡大する可能性。

(※2) 唾液を用いたPCR検査は発熱等の症状発症から9日以内の者を対象。

【参考（厚生労働科学研究）】

- 研究方法
 - ・COVID-19と診断され自衛隊中央病院に入院した患者の凍結唾液検体（発症後14日以内に採取された88症例）の分析を行い、鼻咽頭ぬぐい液を用いたPCR検査結果との一致率を検証した。
- 結果
 - ・発症から9日以内の症例では、PCR法及びLAMP法において、鼻咽頭ぬぐい液と唾液の検査結果に高い一致率が認められた。

1

表2：唾液を用いたPCR検査の導入について

参考資料

1. 新型コロナウイルス感染症に関するPCR等の検査体制の強化に向けた指針(概要). (Accessed 2020.6.2)
[https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000635989.pdf.](https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000635989.pdf))
2. 新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と現場での取り組み・工夫に関する緊急調査【介護保険サービスを提供する法人調査】調査結果報告書 (Accessed 2020.6.2) [https://hitomachi-lab.com/official/wpcontent/uploads/2020/06/0602_05.pdf.](https://hitomachi-lab.com/official/wpcontent/uploads/2020/06/0602_05.pdf))
3. 唾液を用いたPCR検査に係る厚生労働科学研究の結果について (Accessed 2020.6.2)
[https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000635988.pdf.](https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000635988.pdf))
4. 唾液を用いたPCR検査の導入について. 2020. (Accessed 2020.6.2)
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11636.html.](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11636.html))

5. 臨床検体を用いた評価結果が取得された 2019-nCoV 遺伝子検査方法について.
2020. (Accessed 2020.5.29) <https://www.niid.go.jp/niid/images/lab-manual/2019-nCoV-17-20200318.pdf>.)

Ⅷ COVID-19 流行下での在宅医療における ICT の活用について

提言

感染のリスクを有する在宅医療や介護サービスにおいて、ICT を用いた遠隔医療システムは積極的に導入すべきであり、国や自治体はそれに向けての支援をすべきと考える。

● 背景

「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ことを目的として地域包括ケアシステム¹⁾の構築が図られ、人生の最終段階における各人にとっての多様な医療・ケアを実現するにあたって、その一翼を在宅医療・介護が担ってきたことは言うまでもない。

しかし、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に罹患し、入院勧告を受けた在宅療養患者は、現行法において入院を余儀なくされ²⁾、さらに入院加療の結果、退院可能となったにも関わらず介護施設に帰れないという現実と直面している。

この主な理由は、COVID-19 において高齢者の死亡率が高いことはもとより、その感染様式が接触感染と飛沫感染であることに他ならない。介護施設は「密集・密閉・密接」のいわゆる「3密」を生じやすい。さらに、医療・介護従事者は、その業務の特性から濃厚接触となり易く、複数の利用者のケアを介して施設内での集団感染を生じさせてしまう危険性を孕んでいる。

その一方で、情報通信技術（ICT）を用いた遠隔医療は昨今目まぐるしい進歩を遂げており、この技術を用いることで感染者と易感染者の接触頻度を減少させ、さらなる感染拡大を防ぐことができれば、より安全な在宅医療を提供することができると考える³⁾。そこで、COVID-19 が蔓延した状況下においても人生の最終段階における多様な医療・ケアを実現するため、在宅医療における ICT の活用について提言する。

● 新型コロナウイルスの感染拡大によって在宅医療が直面した課題

在宅療養は、医師や看護師といった医療従事者だけでなく、介護福祉士、訪問介護員などの介護従事者も含めた多職種の連携によって成り立っている。たとえば、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）としての話し合いの結果、住み慣れたところで最期を迎えることを望んでいたにもかかわらず、新型コロナウイルスに感染した在宅療養患者は、仮に軽症や無症状、あるいは重症でありながら集中治療を望まなかったとしても、現状の制度では感染拡大を防止する観点から入院せざるを得ない²⁾。従って、患者各人が望む人生の最終段階を実現できなくなる。また、新型コロナウイルスが流行している状況下においては発熱した在宅療養患者の診察にも困難を来した。この感染症は発症 2、3 日前から発症後 4 日目まで感染力が強い状態が続く⁴⁾、個人防護具（PPE）やアルコールなどの消毒薬といった物資が不足していたために感染防護を十分に測ることができず、診察した医師が感染し、媒介する危険性が生じた。このことは、高齢者施設が訪問診療を回避する⁵⁾といった事態も生じさせた。さらに、感染防護の

ために患者本人と家族の面会も制限され、心理的なストレスが増大した。

これら一連の問題は、新型コロナウイルスの感染様式に起因するところが多い。従って、遠隔医療を用いた診察がこれらの問題を解決する一つの重要な方法と考える。

● 新型コロナウイルス流行下での在宅医療における ICT の活用に向けて

このように ICT を用いた診療の利点は、「離れて診ることができる」点であり、これによって医療従事者の感染防護を図り、さらなる感染拡大を防止できる 3)。この観点から、厚生労働省は COVID-19 流行下の特例としてオンライン診療に関する積極的な規制緩和を進めてきた 6)。しかしながら、現状のオンライン診療は未だビデオ通話の域を出ず、対面診療を代替できるものではない。

対面診療と同等の質を担保するために、まずは、発熱患者の診療を行うにあたって体温測定が必須である。さらに、COVID-19 は血栓症、特に肺塞栓症を生じること 7) が知られており、心電図や動脈血酸素飽和度の測定が必要である。また、高齢者によく見られる誤嚥性肺炎や市中肺炎との鑑別も必要であり、これには電子聴診器が有用である 3)。これら身体所見や検査所見を経時的に監視し、電子カルテに統合するシステムは、米国で実用化されている 8,9)。わが国では、Bluetooth を内蔵した温度計や血圧計、電子聴診器、ビデオカメラがコンピュータ端末と連携し、在宅診療医、看護師、介護士間での患者病態を共有しうる遠隔診療支援デバイスなどが上市されている (Vitalook : <https://xtech.nikkei.com/dm/atcl/event/15/070900169/072000013/>) 9)。

また、COVID-19 感染症では発熱、咳、などの症状をいち早く発見することが求められる。このためには在宅医療、訪問看護、訪問介護の患者や高齢者施設に入居中の患者に対し、有熱状態を迅速に判断する必要がある。無料で簡単に使える『安診ネットアプリ』などのアプリを使用することで、熱発者の早期発見、重症化予防の可能性を高め、熱発者の実数把握が可能となり防護具の必要枚数の把握も可能となる 10)(<http://www.anshinnet.net/news/detail/masterid/25/>) (II -C 参照)。

このようなシステムが導入されることによって医療従事者の感染防護の両立を図りながら、十分な診療を実現することができると思う。

これら一連の遠隔医療システムを整備するには多大な費用が生じることは想像に難くなく、海外でも議論のあるところであり 11,12,13)、今後の課題と言える。しかしながら、病院や介護施設における集団感染や医療従事者自体の感染によって生じる医療・介護資源の損失と比べた際に、ICT を用いた遠隔医療システムは積極的に導入すべきであり、国や自治体はそれに向けての支援をすべきと考える。

参考資料

1. 厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour_eisha/chiiiki-houkatsu/
2. 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（平成十年法律第百十四号）第 19 条、第 20 条。なお、現在、軽症・無症状の場合は宿泊療養及び自宅療養が認められている

が、高齢者は重症化のおそれが高いとして除外されている（厚生労働省事務連絡「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」（2020年4月2日））。

3. Alwashmi, M.F. The Use of Digital Health in the Detection and Management of COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 2906.
4. He, X., Lau, E.H.Y., Wu, P. et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med* 26, 672–675 (2020).
5. 中央社会保険医療協議会 総会（第456回、令和2年4月24日）資料「新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000624500.pdf>
6. 令和2年4月10日厚生労働省事務連絡「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」
7. Lax SF, Skok K, Zechner P, et al. Pulmonary Arterial Thrombosis in COVID-19 With Fatal Outcome: Results From a Prospective, Single-Center, Clinicopathologic Case Series [published online ahead of print, 2020 May 14]. *Ann Intern Med.* 2020;M20-2566. doi:10.7326/M20-2566
8. Wan-Young Chung, Young-Dong Lee and Sang-Joong Jung, "A wireless sensor network compatible wearable u-healthcare monitoring system using integrated ECG, accelerometer and SpO2," 2008 30th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society,
9. Vitalook :
<https://xtech.nikkei.com/dm/atcl/event/15/070900169/072000013/>
10. 日本慢性期医療協会誌 vol.27 2019.10月号 p79 – p82
11. Vancouver, BC, 2008, pp. 1529-1532, doi: 10.1109/IEMBS.2008.4649460.
12. Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the Era of COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8(5):1489-1491. doi:10.1016/j.jaip.2020.03.008
13. Edelman LS, McConnell ES, Kennerly SM, Alderden J, Horn SD, Yap TL. Mitigating the Effects of a Pandemic: Facilitating Improved Nursing Home Care Delivery Through Technology. *JMIR Aging.* 2020;3(1):e20110. Published 2020 May 26. doi:10.2196/20110

IX 在宅医療と医療機関の連携における課題と解決策

提言

- ① 行政主導の在宅患者、医療従事者、医療機関での医療情報の共有体制の整備が必要である。特に、在宅医療における患者や患者周囲の情報、カルテ情報、画像情報の共有化を目指した情報ツールの拡充、オンライン診療による医療機関-在宅患者のコミュニケーション・ツールの拡充が重要である。
- ② 新型コロナウイルスの在宅患者や家族への感染拡大が及び、広域となった場合に在宅医療関係者や医師会、行政、消防などで組織される情報連携体制を構築することが必要である。
- ③ 新型コロナウイルスに感染し医療機関で治療を終えた患者が、地域包括ケアの一環として在宅医療を導入、あるいは在宅医療に復帰する場合の医療連携も重要で、そのための体制をそれぞれの地域で構築しておく必要がある。
- ④ 上記の実現は今回の新型コロナウイルス感染症対応だけでなく、地域包括ケアにおける効率的な在宅医療、介護サービスと医療の連携医に大きく寄与し、その導入のために国や自治体は積極的な支援を行うべきである。

●背景

在宅診療において患者が発熱や呼吸困難を訴え、近隣病院や高次医療機関への受診や入院依頼を要する場合、円滑な連携に難渋するケースが増加している。(2020年4月9日、日本救急医学会・日本臨床救急医学会共同声明より1))。患者が安心して在宅医療を受けるにあたり、近隣病院のバックアップは必須のものであるが、平常時以上に医療者間の情報共有を密にし、患者の具体的な病状経過や医療ニーズを理解しておくことが上記の解決策の一つと考える。すなわち、発熱や呼吸困難がいつから、どれくらい続いているか、濃厚接触歴はあるか、介護者の発熱、呼吸困難の発症はないか、などの患者、あるいは近隣の訪問医療者も含めた患者周囲の具体的な状況に加え、患者がどのレベルの治療までを望んでいるか等、事前のアドバンス・ケア・プランニング(ACP)においても、これをできる限り明確にし、医療従事者間で共有する努力が必要である(別項で後述)。

1. 在宅から近隣病院や高次医療機関への受診や入院の情報共有

本来、病院は終の棲家ではなく、またそれを希望していない高齢者も多くいる反面、意思決定が不明確である場合には病院入院後に主治医が困惑するケースもある。過去の東京都内高次医療機関を対象とした研究報告においても、高次医療機関の72%が高齢者転送・搬送が救急診療の負担になると回答し、54%の施設が、事前意思確認の情報共有を含めて、かかりつけ医や施設医との連携を要望する声がみられた2) (図1)。新型コロナウイルス感染の拡大による様々な問題を乗り越え、在宅診療を充実したものにすることも、在宅医療と近隣医療機関の連携は解決すべき大きな課題である。

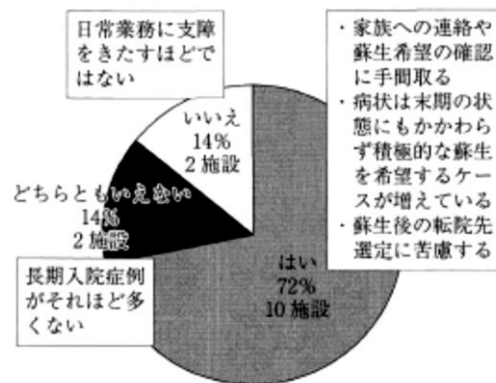


図 1：高齢者搬送の増加は救急診療の負担増になるか？
(東京都三次医療機関へのアンケートより) 2)

2.ACP における情報共有

ACP について患者や患者家族との話し合いを持つ際には、集約されたデータをもとに、科学的事実に基づいた話し合いを持つことが非常に重要である。在宅治療の患者が、終末期にどのような治療を希望するかを事前に話し合っておくためにも、患者の治療転帰や自然歴の集積は今後の大きな課題であるといえる。

3.ICT を用いた円滑な医療連携体制の確立と課題

迅速な医療情報の共有や、在宅患者・医療従事者を感染から守るためにも、ICT を用いた医療体制の構築がさらに進められるべきである。とくに前述のごとく、患者や患者周囲の情報を医療従事者間で迅速に情報共有すべく、カルテ情報・画像情報の共有化を目指した情報ツールを拡充することや、オンライン診療による医療機関-在宅患者のコミュニケーション・ツールの拡充も重要である。実際に、在宅医訪問介護-後方病院間などの多職種連携を ICT 化し、地域包括ケアを高いレベルで維持している地域も存在する。

たとえば、東京都が支援し、東京都医師会や東京都病院協会が組織した『東京総合医療ネットワーク』がある（2017 年よりモデル事業開始）。これは地域包括ケアの中での患者情報の共有のために、平時より大学病院と地域病院、クリニック間の電子カルテ情報を有機的に連結する取り組みである（下図） 3）。

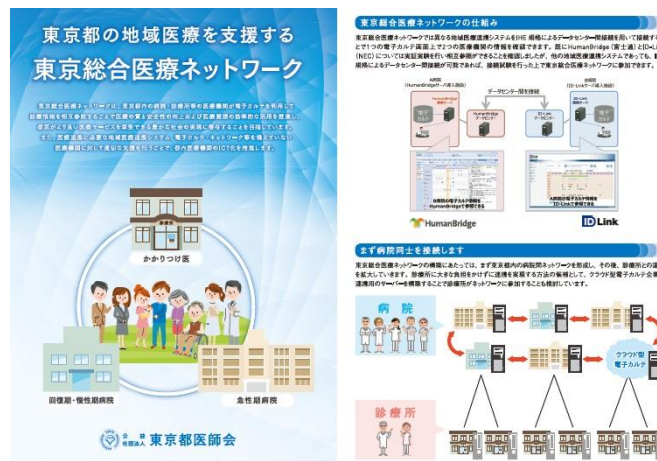


図 2：東京総合医療ネットワーク

一方で「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」（2020年4月7日4）に初診からのオンライン診療が盛り込まれたこともあり、ICT を用いたオンライン診療が際限なく広がる恐れもある。あくまでも在宅患者・医療従事者を感染から守るための措置であることを念頭におき、在宅診療医が日常の患者状態を十分に熟知しており、平時よりの医師-患者間の信頼関係が構築されているケースにおいて用いるべきである。適切なオンライン診療においても定期的な検証が必要である。

また、オンライン診療拡充の機運が高まる中であっても、実際に在宅診療にオンライン診療が使用されているケースは、依然 1 割に満たない（2019 年日本オンライン診療研究会資料より）5）。

円滑な後方病院-在宅医の連携のためには、有事における情報共有のみならず、日頃の情報を共有できる環境をも作っておくことも重要である。さらに、新型コロナウイルスに感染し医療機関で治療を終えた患者が、地域包括ケアの一環として在宅医療に復帰する場合の医療連携も重要であり、そのための体制をそれぞれの地域で構築しておく必要がある。

また、COVID-19 被疑例と思われる患者、併存症からハイリスクになりうる患者は地域にどれくらいいるのか等、常に後方病院に伝える一方で、在宅診療医が後方病院の人的、物的なキャパシティを理解しておくことも重要である。

このような連携体制の構築は COVID-19 への対応だけでなく、地域包括ケアにおける効率的な在宅医療、介護サービスと医療の連携医に大きく寄与し、その導入のために行政は積極的な支援を行うべきである。

この新型コロナウイルス感染拡大においては『新しい生活様式』として、フィジカルディスタンスが強調されるが、ソーシャル（社会的）には決して患者を孤立させてはならないことを強調したい。

4. 在宅医療関係者の最新情報共有のための連携

今後、COVID-19 が在宅患者や家族に感染拡大が始まり、広域に及ぶ時期になった場合や第二波に備えて、在宅医療関係者や医師会、行政、消防などで組織される情報連携協議会を組織することが必要である。すでに、千葉県では、県としての全医療機関への情報発信と市単位での医師会を中

心とした連携協議会組織の情報共有・活動が、平行して行われ効果をあげている。

具体的な県単位の活動としては、千葉県庁内に COVID-19 県内医療対応の千葉県医療調整本部を置き、県内で入院可能な病床数と実際の入院数、さらに自宅待機数、及びホテル収容者数の情報を毎日集め、集計結果を日報として全ての医療施設に毎日メール配信している。この作業が、関係者の不安や風評を減らすために重要な役割となっている。

その一方で、市区町村単位の対応も重要である。感染は均等には広がらず、狭い地域に局所的にクラスターが発生することが多く、県単位では医療者や市民の温度差が大きく、初動が遅れるからである。今回の COVID-19 感染拡大時、千葉県内においては、東京に隣接する市川市と浦安市は、都内と同様の感染率を呈し、集中治療室（ICU）が COVID-19 に埋め尽くされ、本来治療されるはずの脳血管系の救急患者が ICU に入室できない等、日々緊急対応に追われていた。これに対し、東京から遠隔である南房総地域・九十九里地域では感染発生者は稀で、その対応の緊急性も低く、同じ県内でも著しい温度差が見られた。危機的な状況の解決のために市川市や浦安市、また両市の医師会から個別に県の対策本部に各種対応を申請したが、県全体としての施策の発動は遅れがちであった。

また、COVID-19 の蔓延当初においては、多くの市中病院が風評被害を避けるべく COVID-19 患者の院内発生について公表していなかったため、高次医療機関が他の病院から患者紹介を受ける際も、噂のみを頼りにし、患者受け入れに際し疑心暗鬼を払拭し得ない時期があったのも事実である。

このような状況に対応するため、市川市、浦安市の医師会が中心となり、両保健所、感染症指定病院の院長・感染管理医、両市役所の担当職員、その他現場の関連職（DMAT 等）を含めた連絡協議会が組織された。現状の情報収集、課題、対策が検討され、対応案は翌日から実施された。ばらばらであった診療の流れの一本化と医療資材の残数調査が提案された。診療の流れは、初期トリアージは開業医が行い、感染が疑わしく中等症以上と考えられれば、感染症指定病院に紹介するか医師会が管理する PCR 検査センターを予約することとした。また、感染が疑われた場合や PCR 陽性でも軽症ならば自宅療養または宿泊療養施設（指定ホテル）に連絡入所し、自宅療養往診チームと宿泊療養管理チームによる各患者状態把握と解除のための PCR 検査の検体採取の施行が提案、実行された。そして、これらの情報は、千葉県庁内の COVID-19 県内医療対応の千葉県医療調整本部に報告され、現在でも、毎日、千葉県全医療施設に情報発信されている。

これらの情報連絡協議会の運営・実施に関しては、医師会の医師を中心とする保健所、感染症指定病院の院長・感染管理医、市役所の担当職員、その他現場の関連職のボランティアによる部分も多く、その導入や維持・継続には行政からの経済的・人的支援が不可欠である。

参考資料

1. 新型コロナウイルス感染症に対応する学会員、救急医療関係者の皆様へ、2020.4.9
<https://jsem.me/news/items/ad4c870a930fdffef24e985602e7b607915c3961.Pdf>
2. 横堀将司 田村益己 田中俊尚 増野智彦 佐藤格夫 布施明 辻井厚子、川井真 久志本

成樹 横田裕行. 東京都内救命救急センターにおける高齢者心肺停止患者収容の問題点 臨
救医誌 (JJSEM) 2010 ; 13 : 25 – 30

3. 東京都医師会 HP https://www.tokyo.med.or.jp/tokyo_medical_network
4. オンライン診療に関するホームページ
5. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/index_00010.html 21
6. 第 4 回 オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会 第 4 回 資料 3
厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000504416.pdf>

X 施設における COVID-19 集団感染の現状と対策案

提言

- ① 高齢者施設は、感染者の早期発見をするために、感染を疑う症例が出た場合には PCR 検査等を全員（入居者、職員）に実施し、陽性者と陰性者の動線を分けるゾーニングを徹底する。すべての患者を隔離して、スタッフも階をまたいだサービス提供を制限する。職員にはリスクの高い場所も明示し、防護服を着脱する場所を指定し、感染の防止を図る。家族との面会を制限するが、その際にはオンラインで話す機会を作るなどメンタルケアに配慮する。集団でのレクリエーションは中止し、一人でも楽しめる活動を提供する。オンライン診療を積極的に導入し不要な医療従事者との接触を避ける。
- ② 地方の自治体は、地域における高齢者施設の空き状況・職員の充足度を一元管理して可視化するシステムを導入する。医療従事者や介護職員が不足する場合は、行政主導で医療機関に医師や看護師の派遣を要請し、地域協議会と連携して介護職員を募集し、法人間の垣根を越えて派遣する。これにより医療・介護連携と人員確保を行う。防護具の確保を行政が主導して行い、全ての介護事業所に優先的に配布する。また、毎週地域の医療・介護施設で状況共有するためのオンライン会議を開催する。医療機関に依頼をして医師、看護師による介護施設職員への感染予防対策教育を定期的に行う。
- ③ 国や自治体は、休業中の同一サービス事業所の利用者を柔軟に受け入れることを可能にする特例措置をさらに拡充する。また、新型コロナ感染拡大予防や事業継続の観点からさらに介護報酬を適切に評価し、基準の緩和を推進する。

● 背景

医療機関や介護事業所・障害福祉施設などで、新型コロナウイルス感染症のクラスターが増えつつある。我々が涉猟し得た範囲では、その数は 6 月 9 日時点で医療機関 32 カ所、介護事業所・障害福祉施設 14 カ所に上る。厚生労働省の調べによると、6 月 9 日時点での COVID-19 感染者は 1 万 7210 例である 1)。その中で、医療・介護・障害福祉の従事者の陽性者（1460 人）が占める割合は約 8.5%となる。また院内感染・施設内感染と思われる患者・利用者等（1710 人）の占める割合は約 9.9%である。従業者と患者・利用者等の合計（3060 人）は全体の約 18.4%となる。つまり、国内の COVID-19 の全感染者の 6 分の 1 以上が医療・介護・障害福祉関連で生じるとみられる。

● 解決策

- ① 高齢者施設は、感染者の早期発見をするために、感染を疑う症例が出た場合には PCR 検査を全員（入居者、職員）に実施し、陽性者と陰性者の動線を分けるゾーニングを徹底する。すべての患者を隔離して、スタッフも階をまたいだサービス提供を制限する。職員にはリスクの高い場所も明

示し、防護服を着脱する場所を指定し、感染の防止を図る。家族との面会を制限するが、その際にはオンラインで話す機会を作るなどメンタルケアに配慮する 2)。集団でのレクリエーションは中止し、一人でも楽しめる活動を提供する。オンライン診療を積極的に導入し不要な医療従事者との接触を避ける。

- ② 地方の自治体は、地域における高齢者施設の空き状況・職員の充足度を一元管理して可視化するシステムを導入する。医療従事者や介護職員が不足する場合は、行政主導で医療機関に医師や看護師の派遣を要請し、地域協議会と連携して介護職員を募集し、法人間の垣根を越えて派遣する。これにより医療・介護連携と人員確保を行う。防護具の確保を行政が主導して行い、全ての介護事業所に優先的に配布する。また、毎週地域の医療・介護施設で状況共有するためのオンライン会議を開催する。医療機関に依頼をして医師、看護師による介護施設職員への感染予防対策教育を定期的に行う。
- ③ 国は、休業中の同一サービス事業所の利用者を柔軟に受け入れることを可能にする特例措置をさらに拡充する 3)。また、新型コロナ感染拡大予防や事業継続の観点からさらに介護報酬を適切に評価し、基準の緩和を推進する 4)。

● 現場での課題

施設での生活は 3 密を避けられず、感染を防ぐことが難しい。施設の構造上、複数で部屋を共有する、介護者が高齢者の体を抱きかかえての移動が多いなど、介護そのものが密着する機会が多く、感染のリスクが高い。食堂には多くの入居者が集まり、その大半が食事の介助を受けている。浴室では、着替えや入浴のため、複数の介護士で 1 人の入所者を介助する。フロアをまたぐ移動の際にはエレベーターも密となる。さらには、認知症の入居者にはマスクや手洗いなど、感染予防を徹底することも困難である。

一旦施設で感染が発生すると、入居者や職員の感染が増加し、さらに濃厚接触者となった職員も出勤できなくなる。また、感染を恐れて出勤を控える職員もでる。職員が偏見を受けて子どもを保育園に通わせられない、あるいは、家族などに止められて出勤ができないといったケースもある。職員が減る結果、その施設における介護崩壊へとつながる。

利用者がデイサービスや訪問介護など、複数の事業所のサービスを利用していた場合には、他事業所に広がる可能性もある。直接関わりのない事業所もクラスター発生のニュースを知った直後に、感染を恐れてサービスの中止を決めることもある。クラスターが発生した施設の利用者が他のどのサービスを使っているか情報共有がなされていないためである。情報公開をするとその事業所に誹謗中傷があることもあり、公開をためらう事業所も存在する。この“休業連鎖”が起きると地域の介護サービスが激減し、利用者の清潔が保てない、十分な食事を摂れないなどの生活に直結する課題が生じる。

感染者を入院させたくても近くの医療機関で感染が相次ぐ場合には重症者以外は受け入れる余裕がなくなり、軽症の入所者は、施設で診療と介護を続けざるを得ない。しかし、介護施設は医療

設備も整っておらず、医師も 24 時間常駐していないという施設も多く、病状の見極めが遅れて重症化するという場合もある。

以下に具体例を記載する(5,6)。

船橋市障害者支援施設・北総育成園（千葉県東庄町、入所定員 75 人）では、3 月 27 日に初の感染者が確認されてから、4 月 20 日までに計 119 人（入所者・利用者 58 人、職員 40 人、他施設職員 2 人、職員の家族など 19 人）の陽性が判明した。入所者の 7 割、職員の半数に感染が広がっていたが、徐々に収束へ向かい、5 月 15 日、入所者全員が PCR 検査で 2 回連続の陰性となった。

社会福祉法人札幌恵友会・介護老人保健施設茨戸アカシアハイツ（札幌市北区、入所定員 100 人）で、6 月 8 日時点で計 100 人（入所者・利用者等 76 人、職員等 24 人）の大規模クラスターが発生。サービス付き高齢者向け住宅 グラン・セラ柏陽（北海道千歳市、53 戸）でも、4 月 29 日までに計 20 人（入居者 13 人、利用者 1 人、職員 6 人）のクラスターが発生した。

4 月 9 日、ケアサプライシステムズが運営する住宅型有料老人ホーム「藤和の苑」（群馬県伊勢崎市、50 室）で入居者 2 人の感染が確認された。入居者・職員の検査を実施したところ、24 日までに計 71 人（看護師 1 人、職員 21 人、入居者 43 人、通所介護の利用者 1 人、関係者 5 人）の陽性が判明した。また同施設を巡っては、感染者の大量発生に伴って群馬県の感染症病床が不足し、県内の医療機関に対して一般病床での受け入れを県が要請し、それに応じた医療機関で看護師などが感染するなど、医療・介護をまたがる形で感染が広がった。

以上を含め、介護事業所・障害福祉施設で計 20 人以上の COVID-19 感染が判明した主なケースは以下のごとくである。

- 船橋市障害者支援施設・北総育成園（千葉県東庄町、入所定員 75 人）計 119 人（職員等 42 人、入所者等 77 人）※5 月 15 日時点
- 社会福祉法人札幌恵友会・介護老人保健施設茨戸アカシアハイツ（札幌市北区、入所定員 100 人）計 100 人（職員 24 人、入所者・利用者等 76 人）※6 月 8 日時点
- 名古屋市の通所介護事業所計 73 人（内訳未公表）※4 月 1 日時点
- 藤和の苑（群馬県伊勢崎市、住宅型有料老人ホーム、50 室）計 71 人（職員等 22 人 [看護師 1 人、職員 21 人]、入居者等 49 人）※5 月 30 日時点
- 医療法人恵成会・介護老人保健施設富山リハビリテーションホーム（富山市、入所定員 79 人）計 68 人（職員等 18 人 [看護師 7 人、介護職員 5 人、職員 6 人]、入所者 50 人）※5 月 5 日時点
- 社会福祉法人順源会・見真学園（広島市佐伯区、障害児入所施設/障害者支援施設）計 67 人（職員 14 人、入所者等 53 人）※5 月 4 日時点

- 社会福祉法人あそか会・特別養護老人ホーム北砂ホーム（東京都江東区、入所定員 100 人）計 51 人（職員 7 人、入所者・利用者 44 人 [特養の入所者 40 人、短期入所生活介護 4 人]）※5 月 14 日時点
- 社会医療法人垣谷会・明治橋病院 介護医療院（大阪府松原市、入所定員 180 人）計 49 人（職員 19 人、患者 30 人）※5 月 13 日時点
- 医療法人千葉光徳会・介護老人保健施設あきやまの郷（千葉県松戸市、入所定員 100 人）計 35 人（職員 6 人、入所者 29 人）※5 月 12 日時点
- 医療法人緑心会・介護老人保健施設グリーンアルス伊丹（兵庫県伊丹市、入所定員 100 人、通所リハビリ 40 人）計 32 人（職員 7 人、利用者 25 人）※3 月 30 日時点
- 医療法人相生会・介護老人保健施設 楽陽園（福岡市博多区、入所定員 100 人）計 31 人（職員等 13 人 [看護師 5 人、介護職員 4 人、その他職員等 4 人]、入所者 18 人）※4 月 28 日時点
- 広島県三次市の通所介護事業所（広島県三次市）計 27 人（利用者・家族等 23 人、他法人の訪問介護事業所の職員 2 人と家族等 2 人）※4 月 15 日時点
- 公益社団法人地域医療振興協会・介護老人保健施設市川ゆうゆう（千葉県市川市、入所定員 150 人）計 23 人（職員 5 人、入所者 18 人）※5 月 1 日時点
- サービス付き高齢者向け住宅 グラン・セラ柏陽（北海道千歳市、53 戸 [A 館 23 戸・B 館 30 戸]）計 20 人（職員 6 人、入居者 14 人）※4 月 29 日時点

● 海外の対応

1. 中国における施設内感染症対策の成功要因

中国では、武漢を除き、介護施設では感染した入居者が極めて少なく、北京や上海の大都市では、施設での感染者が皆無と言われている。中国は、60 歳以上の人口が 2.4 億人もいるがそれでも介護施設内での感染を防ぐことができた理由は、主に以下の 3 点である 7)。

第一に、感染予防のため、早々に「施設封鎖」などの措置を取ったこと。新型コロナウイルスの感染が全国に広がり始めたころ、上海や北京など政府機関の民政部門は 1 月末には、すべての介護施設を強行的に封鎖した。「施設封鎖」とは、入居者の家族含む外部の人の施設への出入り禁止、入居者も外出できないという完全封鎖の状態のことである。

第二に、中国の介護施設には医者と看護師が 24 時間常駐する「医務室」を設置していることが多い。実際、上海市では 150 床以上の介護施設を開設する際に、「医務室」の設置が義務付けられている。医師や看護師が常駐するため、介護スタッフからは感染予防対策についての教育・指導を直接受けることができる。医療従事者による入居者の定期的な健康管理や、部屋や公共スペースの消毒作業などの感染予防対策が行われた。

第三に、中国の介護スタッフの多くが施設内に住み込んでいることも、新型コロナウイルス感染予防に大きく貢献した。勤務するスタッフも施設への出入りがなく、本当の意味での「封鎖」となった。施設内にス

スタッフ用の部屋を提供する以外に、勤務地の近くの民間アパートを用意することも多いのだが、その場合は、経営者が徹底した感染予防対策を行った。

2. 米国の高齢者施設における爆発的感染

米国で高齢者の介護施設における新型コロナウイルス感染患者の死者数が、全体の4分の1を占める(8)。高齢者や低所得者向けの公的医療制度を運営する政府系のメディケア・メディケイド・サービスセンター(CMS)が全米の介護施設を対象に感染状況を調べた。感染者数は6万人、死者数は2万6000人で、米国全体の死者数(約11万人)の約24%を占めた。複数の米メディアが各州の発表などを元に集計したところ、高齢者施設(介護付き住宅を含む)の死者数は4万人程度に達したという。

そのような状況ではあるが、Johns Hopkins Bloomberg School of Public Healthは高齢者施設における感染対策ガイドラインを作成した。そのなかで参考になると思われるポイントを列挙する(9)。

- ・地域における高齢者施設の空き状況・職員の充足度を一元管理して可視化する
- ・毎週地域の医療・介護施設で状況共有するためのオンライン会議を行う
- ・医療機関職員(医師、看護師)による介護施設職員への感染症対策教育を定期的に行う
- ・介護職員の不足がある場合は行政等が主導して補充できる体制を整える
- ・感染症状がある、もしくは陽性者が出た場合には全入居者と全職員の検査を行う
- ・家族の面会を制限するが、入居者と家族がオンラインで接する機会を作る
- ・職員がリモートワークできる場合は導入する
- ・入居者の集団行動をできるだけ減らす、その分楽しむ機会を増やす
- ・オンライン診療(telemedicine)を導入し医療従事者の訪問を減らす
- ・入居者のメンタルケアを行う

参考資料

1. 新型コロナウイルス感染症の現在の状況と厚生労働省の対応について(令和2年6月9日版)
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11774.html
2. 新型コロナ感染防止のため、高齢者施設等では直接の面会を避け「オンライン面会」を一厚労省、GemMed
<https://gemmed.ghc-j.com/?p=34047>
3. 「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」
のまとめ、厚労省
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000045312/matome.html#0201>
4. 令和2年度 厚生労働省補正予算案(参考資料)
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000621170.pdf>
5. 医療・介護・障害福祉で相次ぐ大規模クラスター、日経メディカル

https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/clinic/report/202006/565469_3.html

6. “介護クラスター”高齢者の命をどう守る、NHK
<https://www.nhk.or.jp/gendai/articles/4423/index.html>
7. 中国の介護施設でクラスター感染が出なかった 3 つの理由, Diamond Online,
<https://diamond.jp/articles/-/239220>
8. 新型コロナ、米死者数の 4 分の 1 は高齢者施設 政府報告書、日本経済新聞
<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO59908050T00C20A6000000/>
9. RECOMMENDATIONS FOR A METROPOLITAN COVID-19 RESPONSE SPECIAL EMPHASIS SERIES, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health April 21, 2020,
https://www.jhsph.edu/covid-19/_documents/protecting-individuals-residing-in-long-term-care-facilities_final.pdf

XI 新型コロナウイルス感染に対する在宅療養支援と提言

提言

● 陽性患者で在宅療養支援が選択される場合の要件（すべてを満たす）

- ① 保健所に報告・相談し、在宅療養（早期退院・在宅復帰を含む）が許容された。
- ② 本人・家族が在宅医と病状経過の見通しや入院の場合の治療内容の見込み等を共有した上で、現段階で入院を希望していない。
- ③ 家族・多職種連携により感染予防を含め在宅療養支援が可能である。

上記の場合に必要な対応

① 在宅医による十分な説明

本人・家族に対して、今後の考えられる病状の経過、入院の場合の治療内容の見込み、などについて最新の知見に基づき十分な説明を行う。

② 感染防御に対する知識とスキルの提供・共有

家族に対して、感染予防と制御に必要な知識を伝え、スキルを習得できるよう指導・助言を行う。また、在宅ケアに携わる多職種チーム内で感染防御に係る知識を共有し、適切なケアを行う。このため、必要に応じて看護・介護職員の教育・研修を行う。家族も濃厚接触者となり外出が困難となるため、家族を含めた生活支援を実施する。

③ 必要十分な感染防御資材の確保

ケアプランの遂行に必要な感染防御資材を確保し、患者宅に配置するなどチーム内で共有する。本人・家族およびケアに関わる専門職の全員が、適切な感染防御ができるよう、必要な資材をあらかじめ準備しておくか、地域の医療介護連携の場等を通じて確保する。事業所単位の調達にはばらつきが生じる可能性があり、在宅療養支援診療所がケアに必要な資材を集約し、家族やチーム内の看護・介護職員に提供できることが望ましい。（※ただし2週間の支援に平均約3万円の材料費がかかる）

④ 緩和ケアプロトコルの準備

症状悪化時、入院を希望しない場合には、在宅での緩和医療が必要になる。呼吸困難が主たる症状となるため、緩和ケアプロトコルを準備しておく必要があるとともに、予想される症状等についてあらかじめ家族に説明を行う。

⑤ 病院との連携

経過中、症状等に応じて本人が入院を希望する場合があります。あらかじめ病院と事前調整しておく必要がある。

● 背景

新型コロナの感染拡大に伴い、感染者および濃厚接触者に対する在宅療養支援を求められる可能性がある。また、すでに一部、感染者に対する在宅療養支援が行われている。このような場合に、医療者が在宅で診療、あるいは介護を求められた場合の対応については別途「在宅医療での発熱、呼吸障害への標準的対応」で記載したところである。

なお、日本在宅ケアアライアンス「新型コロナウイルス感染防止及び感染の疑いがある場合等の在宅ケアサービス提供者の対応について（指針）」（2020年4月22日）には、「在宅療養者が入院を希望せず、また、PCR検査や積極的な治療も希望せず、家族も希望しない場合」に「保健所と相談しながら、利用者、同居家族、サービス提供者ともに、標準予防策に加えて飛沫および接触予防策を徹底しながら医療介護を提供することを基本とすること」との記載がある。新型コロナウイルス感染拡大の中で在宅医療とACPのあり方について、本稿ではその考え方の一つを紹介する。（なお、日本在宅ケアアライアンス「新型コロナウイルス感染症の中で在宅ケアを守るために（対処方針）」（2020年6月22日）において、ACPの在り方が解説されている）

<https://www.jhhca.jp/covid19/200622policy/>

● 在宅医療と医療倫理

1. 在宅医療、ACPと医療倫理との関係

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は医療倫理の原則の一つとしてほぼ共有されている、自己決定権に由来する「患者の意思を尊重する」のルールを、在宅医療を中心に実践した姿が在宅医療におけるACPである。ACPは年齢や病気の状態にかかわらず、全ての人が有する価値観や人生のゴール、将来の医療に関する選好を理解し共有し、それを適えることを支援するプロセスである。そのため、ACPは在宅医療では「生命を脅かす可能性がある疾病」がなくとも、「いつでも話し合いたい時に始め」、「何度も繰り返し行う」ことが求められる。

2. あるべきACPの実践を難しくする事情と、在宅医療の理念

本来のACPの実践を難しくする事情が、COVID-19罹患者との関係で生ずる。それは、ACP（がんや慢性疾患を抱えた患者を主に想定しているが、COVID-19罹患者は、①感染症に罹患した急性の患者であり、肺炎を発症して呼吸困難・呼吸不全等を伴い重症・重篤化し、それゆえ発症から短時間で死に至るリスクを有すること、②短時間でその先の死を予め想定して治療方針を決定することは困難であること、③重症患者数に対する人工呼吸器の数が圧倒的に少ない事態になれば、患者の意思が必ずしも治療方針に反映されない可能性があること、④そもそも感染防御態勢が不十分な現場の状況では、時間をとって医療者・患者・家族等が、患者と話し合い理解する機会を持つことすら難しくなることなどの状況が存在する。

他方、身体的、精神的、社会的に脆弱な在宅患者の、生命を守り、生活の基盤を維持し、尊厳のある生き方そのものを守ることは、在宅医療の中核的な理念・倫理・役割であって、これは、COVID-19の罹患者といえども異なるところはない。

3. 在宅医療を巡って提起される患者の意思・ACPをめぐる倫理的問題

入院しての加療と、在宅での療養の選択は、普段でも選択の判断の苦慮が存在するが、COVID-19の罹患者、濃厚接触者、あるいはその可能性を有する家族等の中でより深刻な問題を含んでいる。しかし、在宅医療の選択肢を一方向的に狭めるのではなく、医療についての情報提供と同意（インフォームド・コンセント）をした上で、在宅療養全般での感染リスクや、急変時の対応、死後の対応等も含めた生活を維持していくための情報を共有し、在宅という選択肢や在宅での医療の選択肢を保障した上で自由な意思で選択を求めることが必要である。

しかし、現実には、他者への被害（＝感染）が想定される場合（その意味では感染防御についての家族の理解が必要である）には、患者の意思がそのまま尊重されるものではないし、在宅における感染リスクの中で「現実的なのか」（feasibility）をシュミレーションすることが必要である。これらは、いずれも医師から、現在の COVID-19 の知見に照らした情報が説明されることが前提となる。

例えば、在宅で療養中の認知症の人が新型コロナウイルスの陽性者となり、家族が在宅療養を希望したことがある。認知症の人にとって入院による突然の環境の変化によって、不穏になったり、せん妄を引き起こしたりすることが知られている。そのような場合は、薬物、身体拘束を余儀なくされることは少なくない。これまでの COVID-19 の知見からは、同患者の入院生活は長く、良好な精神状態が維持することは難しく、むしろ住み慣れた環境での療養生活が望ましいし、住み慣れた環境で生活することを通常本人は望んでいるともいえる。家族への感染防御の点が、家族の理解の下で可能であれば在宅の選択肢が考えられる。

また、新型コロナウイルス陽性者ががん末期の人が自宅での看取りを希望した場合は、本人のACPのプロセスから真意であると判断できれば、この意思は尊重すべきと考える。もっとも、いつでも意思は変更できることはお話しすべきである。

同様に、障害者が、新型コロナウイルス陽性者である場合は、意思決定能力がありその意思を表出可能であれば、その意思を尊重し、意思決定能力が不十分な場合は、家族等の代行者が、本人の意思を推定しながら、最善の選択をすることとなる。

入院加療をしたとしても適切な治療方法がない場合には、現実には在宅療養が有力な選択肢となるが、これはあくまで、本人の意思（あるいは推定意思）を尊重して行うことが必要である。

人工呼吸器導入が医学的には適切な選択な場合でも、高齢者（例として80歳以上の方）が、真意でその導入を拒否する場合は、入院でも在宅でもあり得る。本人と事前の話し合いが重要であるが、事前の際の情報が現在の新型コロナウイルスの知見ではなかった場合があり得るので、再度現在の知見を説明して選択肢を示し、その上で、本人が親しい人（家族）と相談できる環境整備が必要である。

4. 在宅での新型コロナ感染患者の症状経過と対応

予想される病状経過は以下の3パターンに大きく分類される。

- ① 無症状、あるいは軽症で経過し自然治癒する場合
- ② 新型コロナ感染に伴い、基礎疾患が増悪または衰弱が進行する場合

- ③ 肺炎を発症し、保存的治療で対処できない場合（高侵襲治療または緩和医療のいずれかが必要になる）

いずれの場合であっても、病状経過の見通しを共有した上で、可能な範囲で ACP を行っておくことが望ましい。意思決定支援を行う際には、世界医師会リスボン宣言（1981 年採択、2015 年最終修正）に基づき、すべての人は差別なしに適切な医療を受ける権利を有すること、患者は治療方針について選択および変更の自由を有することを明示すべきである。

さらに、アメリカ老年医学会（American Geriatric Society）は COVID-19 を迎えた現代における医療資源が逼迫した際のその配分についての考慮すべき倫理的事項として、以下の見解を示した。

- ① 何人もケアから排除するための手段として、単に年齢を用いてはならない。
- ② 合併症を評価し、各個人の健康を社会的に決定する諸因子の影響を考慮する。
- ③ 意思決定者に対して、長期的に予測される結果ではなく、まずは短期的に予測される結果に目を向けるように働きかける。
- ④ 「寿命として何年救命できるか」や「長期的に予測される生命予後」などといった高齢者に不利益をもたらす可能性のある付随的な基準を回避すること。
- ⑤ 逼迫した医療資源の割り当てを担当するトリアージ委員会を編成し、スタッフを配置する。
- ⑥ 透明で均一に適用される制度的資源配分戦略を開発する。
- ⑦ 適切な事前ケア計画の促進。

● 診療方針の選択

以上に鑑み、安易に医療資源の逼迫という観点で診療方針の選択を誘導することは厳に慎まなければならない。

ACP の実際は臨床倫理の 4 分割表を用いて行うが、新型コロナウイルス陽性者に関して以下の点に留意すべきである。

- ① 医学的適応について
現時点の医学的知見では高齢者の致死率が高いことが明らかである。しかし、今後の症例の蓄積により治療法が確立され、死亡率が低下する可能性がある、一方で入院生活自体による身体機能の低下が生じることを提示する。また、地域の医療体制が逼迫する場合は、医学的に必要な措置が十分にとれない可能性もある。
- ② 本人の意向について
患者本人の意思決定能力、患者本人あるいは代理決定するもの（家族、人生を共にするパートナー、親友、地縁者など）と主治医の信頼関係を考慮した上で、事前意思を確認する。
- ③ 周囲の状況について
指定感染症であり、都道府県や保健所の指示・指導に従うことが原則となることから、本人の意向に添えない場合がある。地域の病床稼働状況や PPE の充足状況等により、入院できない

状況が生じうる。食事後のごみや排泄物などを感染性廃棄物として注意して取り扱うこと。

④ QOLについて

①、②、③を総合的に勘案し、終末期としての患者本人の最大幸福を模索する。重症化は急激に起こる場合があり、その場合に最大限の医療処置を行っても転帰不良なことがある。特に、基礎疾患を有する場合はその可能性が高くなる。

● 在宅医療における新型コロナウイルス陽性者への対応

このような中で、できるだけあるべき ACP の実践に近づける作業は、普段の ACP の実践よりも難しいことを踏まえて、一部は前述の繰り返しとなるが次のような提案と提言を行う。

1、提案

1) できるだけ早く

ケアのゴールや高度な治療についての誠実な話し合いを、「いつでも」ではなく、「できるだけ早期に始める」べきである。そうすれば、個別化されたケア・支援計画を作成し文書化できるし、状況が変化するたびに再考し修正することができる。

2) 多職種での支援

在宅医療を支える専門職は多岐にわたり、患者・家族との関係性も異なる。従って、誰かではなく、連携して、共同して、ACP のプロセスを支えるべきである。

3) 家族や親しい人の関わり

本人の家族や親しい人たちは、本人の意思決定や生活の支援者であり、可能な限り、そして、本人の希望に沿って、話し合いに関わることがふさわしい。

4) 伝え続け、耳を傾ける

たとえ医療者が全ての答えを持ち合わせていなくても、そして、話し合いが PPE(Personal Protective Equipment, 個人防護具)越しに、あるいは、濃厚接触者の家族が自己隔離している場合は、電話やその他の機器を使って行われる必要があるとしても、誠実に情報をわかりやすく伝え続け、本人らの声に耳を傾ける。

5) 本人と家族の架け橋として

本人と家族が会うことができない場合は、家族の声を本人に、本人の声を家族に届けることによって、本人・家族を支え、不安を小さくすることが可能となる。

その際の留意点

1) 話し合いは押し付けにならないように

ACP の話し合いを患者とその家族らに強制してはならない。注意深く、今すべきことはなにかを、患者や家族と対話しながら、決めるべきである。

2) 選択は急がず、受け手と担い手の負担に注意する

慢性疾患罹患時の意思決定とは状況が異なるため、病気に対する心構えができないまま、突然選択を迫られる患者やその家族の身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな痛みは計り知れ

ないので、急がざるをえない状況下においても、急がせない。同時に、患者や家族に対応する医療従事者らの負担も、通常の話し合いや意思決定時とは異なり、極めて大きい。したがって、ケアの受け手と担い手双方の心身の痛みや負担にどのように寄り添い対応するのか、この点の十分な検討が必要である。

2、提言

1) 陽性患者で在宅療養支援が選択される場合の要件（すべてを満たす）

- ① 保健所に報告・相談し、在宅療養（早期退院・在宅復帰を含む）が許容されている。
- ② 本人・家族が在宅医と病状経過の見通しや入院の場合の治療内容等を共有した上で、現段階で入院を希望していない。
- ③ 家族・多職種連携により感染予防を含め在宅療養支援が可能である。

2) 在宅療養支援で必要な対応への提言

- ⑥ 在宅医による十分な説明
本人・家族に対して、今後の考えられる病状の経過、入院の場合の治療内容の見込み、などについて最新の知見に基づき十分な説明を行う。
- ⑦ 感染防御に対する知識とスキルの提供・共有
家族に対して、感染予防と制御に必要な知識を伝え、スキルを習得できるよう指導・助言を行う。また、在宅ケアに携わる多職種チーム内で感染防御に係る知識を共有し、適切なケアを行う。このため、必要に応じて看護・介護職員の教育・研修を行う。家族も濃厚接触者となり外出が困難となるため、家族を含めた生活支援を実施する。
- ⑧ 必要十分な感染防御資材の確保
ケアプランの遂行に必要な感染防御資材を確保し、患者宅に配置するなどチーム内で共有する。本人・家族およびケアに関わる専門職の全員が、適切な感染防御ができるよう、必要な資材をあらかじめ準備しておくか、地域の医療介護連携の場等を通じて確保する。事業所単位の調達にはばらつきが生じる可能性があり、在宅療養支援診療所がケアに必要な資材を集約し、家族やチーム内の看護・介護職員に提供できることが望ましい。（※ただし2週間の支援に平均約3万円の材料費がかかる）
- ⑨ 緩和ケアプロトコルの準備
症状悪化時、入院を希望しない場合には、在宅での緩和医療が必要になる。呼吸困難が主たる症状となるため、緩和ケアプロトコルを準備しておく必要があるとともに、予想される症状等についてあらかじめ家族に説明を行う。
- ⑩ 病院との連携
経過中、症状等に応じて本人が入院を希望する場合があります。あらかじめ病院と事前調整をしておく必要がある。

3. 施設での集団感染が発生した場合の提案

入居者や職員が10人以上感染する事例が報告されている。このような場合、すべての感染者を入院させるという選択が難しく、施設内でのゾーニング・コホーティングで対応するが、感染が発生した段階で、施設職員の集団退職や出勤停止が生じており、施設ケアの継続は非常に困難な状況となる。

Johns Hopkins 大学のガイダンス^{2,3})によれば、①施設に対する感染予防と制御（IPC）対策のための研修、②アウトブレイクに備えてのシミュレーション、③アウトブレイクが生じた場合の指揮命令系統の明確化、ゾーニング・コホーティングに対する専門的支援、人材支援のしくみ、感染防御資材の確保が必要とされるが、日本の高齢者施設においてはいずれも実施されていないのが現状で、早急な対応が必要である。

参考資料

1. 在宅ケアにおける新型コロナウイルス感染対策について（日本在宅ケアアライアンス）4月22日
<https://www.jhhca.jp/covid19/200422action-policy/>
2. Recommendations for a Metropolitan COVID-19 Response—Special Area of Emphasis Guidance on Protecting Individuals Residing in Long-Term Care Facilities Johns Hopkins University, <https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/covid-19-guidance-on-protecting-individuals-residing-in-long-term-care-facilities.html>
3. J Am Geriatr Soc. 2020 May 6. doi: 10.1111/jgs.16537.
4. 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」に関するQ & Aについて 令和2年4月6日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部事務連絡

XII タスクフォース構成員（敬称略、順不同）

横田 裕行（班長）	日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授 日本医科大学名誉教授
小豆畑丈夫（事務局）	日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学臨床教授 医療法人青燈会 小豆畑病院・理事長・病院長
照沼 秀也（事務局）	医療法人社団いばらき会・理事長（いばらき診療・所長）
横堀 將司（事務局）	日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野・教授
吉田 雅博	国際医療福祉大学市川病院一般外科部長
長尾 和宏	医療法人社団 裕和会理事長
原 秀憲	医療法人社団 はらクリニック理事長・院長
新田 國夫	医療法人社団 つくし会理事長
島田 潔	医療法人社団 平成医会理事長
佐々木 淳	医療法人社団悠翔会理事長
武藤 真佑	医療法人社団 鉄祐会理事長

アドバイザー

武田 俊彦	岩手医科大学客員教授
-------	------------

オブザーバー

永井 良三	自治医科大学長 「日本医師会 COVID-19 有識者会議」座長
笠貫 宏	早稲田大学特命教授 「日本医師会 COVID-19 有識者会議」副座長
佐藤 寿彦	株式会社プレジジョン 医師、代表取締役社長 「日本医師会 COVID-19 有識者会議」事務局