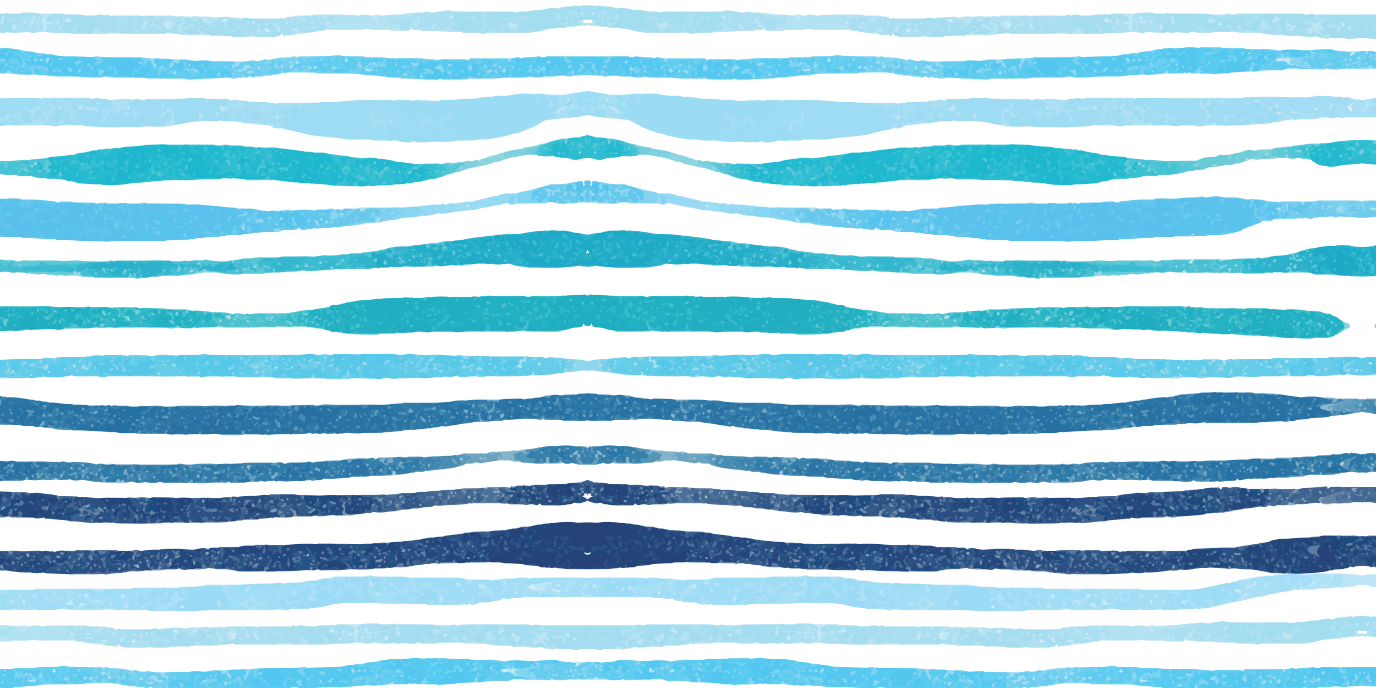


日本在宅 医療連合 学会誌

Vol.3
別冊1

Journal of Japanese Association for Home Care Medicine



一般社団法人

日本在宅医療連合学会

Japanese association for home care medicine

巻頭言

一般社団法人日本在宅医療連合学会 代表理事 石垣泰則	1
----------------------------	---

ご挨拶

新型コロナウイルス感染症ワーキンググループの活動

座長 蘆野吉和	2
---------	---

論文

●活動報告

札幌市における新型コロナウイルス感染症自宅療養者の在宅医療体制づくり

大友 宣・三木敏嗣・他	7
-------------	---

●活動報告

新型コロナウイルス感染症 在宅医療提供チームにおけるコーディネーターの重要性

宮本雄気・村上成美・他	11
-------------	----

●活動報告

沖縄県における新型コロナウイルス感染症対策について ～第6波にむけて～

新屋洋平	18
------	----

●活動報告

首都圏広域医療法人における新型コロナウイルス感染症の在宅医療

― 法人内ワーキンググループの立ち上げから専門往診ルートの開設, 第5波収束までの経験 ―

松本真一・佐々木淳	22
-----------	----

●症例報告

東京都城東エリアにおける新型コロナウイルス感染症の在宅医療の実績

松本真一・大場真波・他	25
-------------	----

●活動報告

小規模在宅療養支援診療所における COVID-19 初動対策及び連携についての活動報告

石垣聡一朗・石垣泰則・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29

●活動報告

情報連携とオンライン診療を活用した COVID-19 患者の自宅療養フォロー

小倉和也・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32

●活動報告

地域包括ケアシステムを念頭においた COVID-19 対策の現状

蘆野吉和・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36

●活動報告

新型コロナウイルス感染症による活動自粛が認知症の家族介護者に与える精神的影響に関する質的研究

中島園美・松井左知子・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40

●調査研究

新型コロナウイルス感染症の拡大が在宅ケアの利用者に与えた影響

— 終末期と看取りのケアへの影響に焦点を当てて —

畑吉節未・畑 正夫・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45

巻頭言

わが国において最初の新型コロナ感染症（以下、COVID-19）患者が2020年1月に確認され、翌月客船ダイヤモンド・プリンセス号のクラスター発生により国内が騒然となった。その頃、海外におけるCOVID-19の状況に注目し、強い危機感を持つ日本在宅医療連合学会（以下、当学会）の会員がネット上に声を上げていた。当時、正体不明で有効な治療法がないCOVID-19がパンデミックを引き起こし、病院医療の崩壊と多くの人命が失われる危機感は、在宅医療の現場を知る当学会の会員の中で深刻な話題であった。というのも、在宅医療の現場は医療職と介護職の連携によって支えられているものであり、在宅療養者はその身体状況に加え、治療と生活を両立することが必須なため、感染症に対して脆弱であるからである。

COVID-19に関連する提言やガイドラインが関連学会や厚生労働省から発せられる中、在宅ケアに関わる医療・介護職に特化した情報の発信を目指し、2020年3月当学会のCOVID-19対策ワーキンググループ（蘆野吉和座長、以下COVID-19WG）が発足した。COVID-19WGが最初に行ったことは全国4,000名の会員に対してアンケート調査であった。その回答はCOVID-19に関する医学的内容をはじめとして、感染症予防対策や患者指導、医業経営上の対応や倫理的内容に至る極めて広範囲に亘るものであった。COVID-19WGの会議はオンラインではほぼ毎週開催され、5月にCOVID-19Q&A第1版が学会ホームページ上に掲載された。その頃、パンデミックに陥った英国に在住する会員からメールで状況報告が寄せられ、台湾在宅医療学会（余尚儒理事長）から台湾における感染制御に関する報告が学会宛に届いた。また、国内の会員からも、自身の体験に基づく優れたCOVID-19対策が学会に報告された。

COVID-19はわが国民の健康面に多大な影響を与えただけでなく、医療はもとより社会・経済・政治にダメージを与え、国民の生活様式を大きく変えた。身近なところでは、学術大会や研修会はオンラインが当たり前になり、当学会の専門医試験もオンラインで実施された。会議も対面からWeb開催に変わり、診療も電話やオンライン化が一挙に進んだ。第5波において、COVID-19対策における在宅医療の重要性が広く国民に注目されたことも記憶に新しい。

日本在宅医療連合学会は、これまでCOVID-19に向き合ってきた会員の活動を学会誌の特集として記録することにした。今後も、新しい変異株によるCOVID-19との闘いが続くことは間違いないだろう。日本在宅医療連合学会会員のCOVID-19との闘いの事実、医師を含めた多くの在宅ケア専門多職種で共有すべきであり、将来の在宅ケアに貢献できるエビデンスになるものと確信する。

2022年1月
一般社団法人日本在宅医療連合学会
代表理事 石垣 泰則

新型コロナウイルス感染症ワーキンググループの活動

座長 蘆野 吉和

はじめに

昨年より全国に蔓延している新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、2年目にあたる2021年11月には、第5波といわれる大きな感染の波が収束に向かい、2022年にはCOVID-19のない日常に戻れる期待がでてくる一方で、第6波の到来に備えた準備も重要であるという認識から、これまでの在宅医療分野でのCOVID-19対応を振り返り、第6波に向けた資料として日本在宅医療連合学会学会誌の別冊を作成することになった。

この紙面は、これまでのCOVID-19ワーキンググループ（COVID-19WG）の活動の記録である。

COVID-19WGの活動のあゆみ

このCOVID-19WGは、「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応マニュアル作成」ワーキンググループとして2020年3月16日に組織され、当初は在宅医療分野でのCOVID-19対応Q&A集作成を目標に活動が開始された。

これまで取り組んだ活動内容は、在宅医療現場における新型コロナウイルス感染症関連の会員を対象としたアンケートの実施（2020年3月18日）、アンケートの内容を基にした「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対策Q&A」第1版作成（2020.5.1公表）、新型コロナウイルス感染症対策としての個人防護具の確保に関するアンケート調査（2020.4.17実施）、基金によるマスク10万枚配布（2020.5）、在宅医療における新型コロナウイルス感染症の影響調査（2020.5.27）、第2回日本在宅医療連合学会大会における新型コロナウイルス感染症特別企画（2020.6名古屋）、「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対策Q&A」第2版作成（2020.6.15公表）、「在宅医療と新型コロナウイルス～在宅医療に関わる医療・介護従事者の使命～」作成（2020.8.5公表）、在宅医療と新型コロナウイルス感染症～在宅医療・介護を受けている方やその家族にお願いしたいこと～（2020.8.21公表）、「新型コロナウイルス感染症における事業継続計画作成マニュアル（小規模医療機関・施設版）」作成（2021.2.3公表）、「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対策Q&A」第3版作成（2021.2.21公表）、新型コロナウイルス対応多職種研修会の開催（2021.4～5）、在宅における新型コロナワクチン接種の実態調査（2021.6）、「No！ワクチン難民！！」作成（2021.7公表）、「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対策Q&A」第4版作成（2021.10.1公表）、などである。

また、日本在宅ケアアライアンスとの共同作業として、「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール」（第1版2021.5.18、第2版2021.5.25、第3版2021.7.15、第4版2021.8.25、第5版2021.9.04、第5.1版2021.9.17）などに取り組んだ（図1）。

COVID-19WG活動の基本方針

このCOVID-19WGは当初よりCOVID-19対応として、①感染症を起因とする災害として認識し、広域災害対策として活動する、②在宅医療の現場においてもCOVID-19対策が重要であり、また、在宅医療

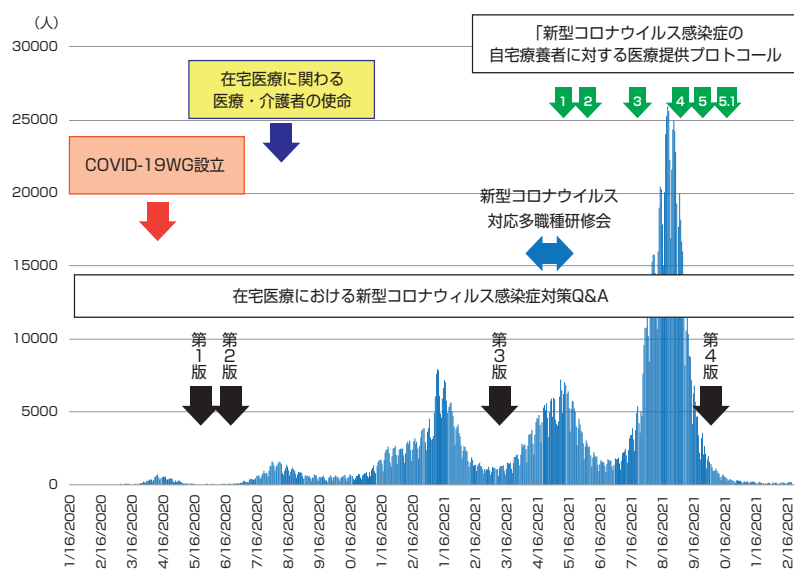


図1 日本国内の感染者数とCOVID-19WGの活動

利用者がCOVID-19陽性と判明した場合には、在宅医療を継続しながら対応することも考慮した対応が必要である、③COVID-19対策は地域包括ケアシステムとして対応すべきであり、その意味で地域包括ケアシステムを普及する好機である、との共通意識を持っていた。

その意識が、保健所を含む行政や一般国民に共有され始めたのは、第4波以降、特に第5波での爆発的な感染蔓延を経験した2021年8月以降であった。そして、この時期（第5波）には、関西や関東において、COVID-19に対する在宅医療の必要性が非常に高くなり、私達も陽性者の「いのちを守る」ための在宅医療の実践の必要性、重要性を呼びかけることとなった。

在宅医療現場における新型コロナウイルス感染症関のアンケート調査

このアンケート調査は「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対策Q&A」を作成するために、会員がどのようなことで困っているのかを調査するため、2020年3月18日に全会員対象に実施された。調査項目は、①新型コロナウイルス感染症に関して、在宅医療の現場で困っていることについて、②新型コロナウイルス感染症に関して、在宅医療の現場で不安に思っていることについて、③新型コロナウイルス感染症に関して、在宅医療の現場から、学会、地域行政、厚生労働省、国に対しての要望事項、の3項目である。

この調査で非常に印象的なことは、短期間に多くの会員が様々な疑問や不安を寄せたことであり、個人防護具の不足、在宅医療現場での感染対策の疑問、発熱時の対応、訪問診療・訪問看護・訪問介護の継続などの項目で会員が非常に困っていることが判明した。したがって、「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対策Q&A」の第1版および第2版はこのアンケートの疑問に答える形で作成することとなった。

新型コロナウイルス感染症対策としての個人防護具の確保に関するアンケート調査

この調査は前述のアンケートで個人防護具が不足し、多くの会員が困っている状況があることから、2020年4月17日～20日に実施され、合計446事業所（診療所・歯科診療所）の会員から回答を得た。

このアンケートの回答で、個人防護具が底をつく可能性の高い診療所、訪問看護ステーションなどに「新型コロナウイルス感染症：拡大防止活動基金」からの助成を受けて、マスク 10 万枚を配布した。

在宅医療における新型コロナウイルス感染症対策 Q&A

この作業は 2020 年 4 月上旬より開始され、5 月 1 日に第 1 版が公開された。当初できる限り早く公開するため、エビデンスの少ない項目は省き、① COVID-19 防御のための基本的知識、② 日本における COVID-19 対策の基本的戦略、③ 在宅医療における COVID-19 への対応（一般的事項）、④ 在宅医療現場における COVID-19 の CQ16 項目、26 頁として公表した。

第 2 版は 6 月 20 日に公表となり、第 1 版に④ 高齢者介護施設・高齢者介護事業所等における COVID-19 への対応（一般的事項）を追加し、⑤ 在宅医療現場における COVID-19 の CQ を 37 項目に増やし 67 頁となった。

第 3 版は第 3 波が収束した 2021 年 2 月 21 日公表され、CQ44 項目で 67 頁となった。この第 3 版では、2020 年 11 月から COVID-19 の相談検査体制が変更となり、診療所が検査を行うことが可能となったこと、また、第 3 波では感染者の増加による病床の不足、保健所業務の遅滞により、入院待機となる自宅療養者が多くなり、そこに医療支援が全くない状況となったこと、そして高齢者施設でのクラスター発生増加などを受けて、これまで第 1 版から封印していた記述、在宅医療実践者が在宅現場（施設を含む）での陽性者に積極的に関わるための Q&A を盛り込み、また、COVID-19 対策として「保健所と第 2 種感染症指定機関等（協力病院を含む）の連携だけでなく、医療関連団体（地域の医師会を含む）、市町村行政担当者、福祉施設や福祉事業所および介護関連団体の連携体制の下で感染対策を行う」ことを提言した。

そして、第 4 版は 2021 年 10 月 1 日に公開され、Q&A52 項目、合計 114 頁となった。この版では、第 4 波および第 5 波の感染爆発により、特に大都市圏で、陽性者が医療支援を受けないまま自宅療養を余儀なくされ、急性期医療としての在宅医療の介入が重要となる場面が多く出てきたため、在宅治療（在宅酸素やステロイド治療など）についてエビデンスを含めた記述も付け加えた。この記述は日本在宅ケアアライアンスが公表している 2021 年 5 月 18 日以降の「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコル」の解説文となっている。また、ワクチン接種に関する項目も付け加えられている。

在宅医療における新型コロナウイルス感染症の影響調査

この調査は、2020 年 2 月から 5 月までの 4 か月間に在宅医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かのオンライン調査で、316 名の医師（回収率 12.9%）から回答が得られた。この調査で明らかとなった事項を以下に示す。① 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、② 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、③ 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、④ 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、⑤ 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、⑥ 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、⑦ 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、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。

在宅医療と新型コロナウイルス～在宅医療に関わる医療・介護従事者の使命～

2020年7月の第2波の最中、高齢社会である日本において、COVID-19下であっても在宅医療の継続が必要であり重要であることの認識を深めてもらうための2つの提言をホームページ上で発信した。一つは8月5日の在宅医療実践者に対する提言「在宅医療に関わる医療・介護従事者の使命」であり、もう一つが8月21日の在宅医療利用者に対する提言「在宅医療・介護を受けている方やその家族にお願いしたいこと」である。前者では「在宅医療に関わる私達の4つの使命」として、①療養者の命を守る、②療養者の生活を守る、③療養者の尊厳を守る、そして④地域の医療を守るの4項目を提言した（図2）。この提言は、在宅医療実践者としての覚悟を国民に向けて宣言したものであり、特に③はCOVID-19ですでに課題となっていた意思決定支援の重要性をアピールしたものである。また、④はCOVID-19下でも地域の中で在宅医療が継続できる体制がないと、地域医療は崩壊することを暗示している宣言である。

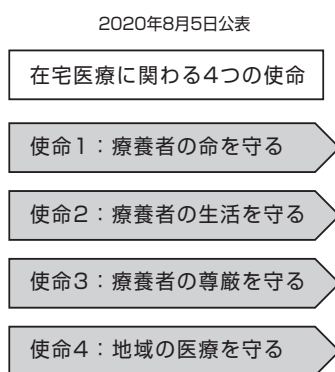


図2 在宅医療に関わる医療・介護従事者の使命

新型コロナウイルス感染症における事業継続計画作成マニュアル（小規模医療機関・施設版）

災害対策において、特に小規模医療機関や福祉施設では、平時における事業継続計画（BCP）の作成が重要であり、その必要性は十分に啓発されていたものの、本来BCPは全ての災害を念頭に作成することとされているため、なかなか作成が難しく、策定されていないのが現状である。このため、BCP「COVID-19版」として策定しやすい見本版を作成し、2021年2月3日にホームページ上に公開した。

新型コロナウイルス対応多職種研修会の開催（2021.4～5）

2021年4月には第4波が到来し、特に大都市圏で自宅療養者が増えたことを受けて、自宅療養者への訪問診療や訪問看護が現実化しはじめたことより、在宅医療関係者の感染対策研修が必要との判断から、第1回研修会（4.21：100分）、第2回研修会（4.28：110分）、第3回研修会（5.21：110分）、第4回事例検討研修会居宅版（5.16：180分）、第5回事例検討研修会施設居住系サービス版（5.23：180分）を企画開催した。この事例検討研修会は、実際の在宅医療現場での事例を使ったワークショップ形式で行われた。これは、ワークショップ参加者が地域で同じ研修会を企画することを念頭においたものである。

現在、これらの資料およびワークショップの動画はホームページでだれでも閲覧できる。

No！ワクチン難民！！

2021年4月から高齢者ワクチン接種が開始されたことを受けて、在宅医療現場でも、在宅医療利用者のワクチン接種をどのように行うかという課題が持ち上がり、可能な限り、希望している人にワクチン接種を行うための情報を掲載した資料を7月にホームページに掲載した。また、この資料には6月25日行った「在宅における新型コロナワクチン接種の実態調査」の結果（回答247件）も掲載している。この調査では、ワクチン接種を外来で行っている医師は72.9%で、かかりつけの在宅利用者に訪問して接種した医師は79.4%、かかりつけでない患者への在宅での接種を行っている医師が26.3%であることが示された。

おわりに

これまでのCOVID-19WGの活動のあゆみを、項目ごとに記憶をたどって記載したが、思い起こせば約2年近い活動になっている。このような活動が可能となったのもCOVID-19が促した新しい会議様式、すなわちWeb会議のおかげである。感染が蔓延している時期は週1回、比較的落ち着いている時は2週に1回のペースで会議を開催した。毎回、10人以上の委員が居住地の地域の情報交換を行い、必要と思われる活動の提言を行い、ひとつ一つ丁寧に議論を重ねた結果が今回報告した内容である。

なお、2021年11月の時点において、COVID-19に関する多くの課題が解決されたかのように思えたため、このCOVID-19WGの活動は2022年に終了と考えていたが、12月の時点で、オミクロン株という強力な感染力をもったCOVID-19が世界中で蔓延し始めた。この株が日本に入り感染拡大が起こる可能性は非常に高く、中和抗体薬を含む予防薬の臨床応用が始まり、3回目のワクチン接種の開始、COVID-19対応は災害対応であるという認識の広まり、地区医師会を含めた地域連携での対応が必要であるとの認識の高まり、そして、自宅療養者への訪問診療・訪問看護等の必要性・重要性が認められつつあるものの、まだまだシステムとして体制構築されていない地域が多く、在宅医療の現場にどのような課題が出てくるのかは予測しえない。このため、COVID-19WGの活動は今後もしばらく継続されるものと思われる。

【COVID-19WG メンバー】

蘆野吉和：座長（山形県庄内保健所）、新屋洋平：副座長、石垣泰則（医療法人社団仁生堂大村病院）、猪原健（医療法人社団敬崇会猪原歯科・リハビリテーション科）、大友宣（医療法人財団老蘇会静岡館診療所）、小倉和也（医療法人はちのへファミリークリニック）、川越正平（医療法人財団千葉健愛会おぞら診療所）、河野雅臣（東京医療保健大学大学院医療保健学研究科感染制御学分野）、木下朋雄（和光ホームケアクリニック）、佐々木淳（医療法人社団悠翔会）、菅原由美（全国訪問ボランティアナースの会キャンナス）、高田靖（高田歯科医院）、高山義浩（沖縄県立中部病院感染症内科）、武知由佳子（医療法人社団愛友会いきいきクリニック）、田城孝雄（放送大学教養学部）、谷水正人（独立行政法人国立病院機構四国がんセンター）、平原佐斗司（東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所）、古屋聡（山梨市立牧丘病院）、宮本雄気（医療法人双樹会よしき往診クリニック／京都府立医科大学救急医療学教室）、望月弘彦（相模女子大学栄養科学部管理栄養学科）、森清（社会医療法人財団大和会東大和ホームケアクリニック）、吉江悟（一般社団法人Neighborhood Care）

札幌市における新型コロナウイルス感染症自宅療養者の 在宅医療体制づくり

大友 宣¹⁾, 三木 敏嗣²⁾, 矢崎 一雄¹⁾, 今 真人³⁾

要旨

札幌市では2021年5月下旬に新型コロナウイルスに罹患した自宅療養者で中等症となっても入院できない事態が発生した。札幌市医師会と札幌市保健所が自宅療養者へ対応するしくみを構築し、在宅医、訪問看護師、酸素業者が連携して、電話診療、オンライン診療、往診、訪問看護などを実施した。自宅療養者に対応するためのメーリングリストを作成し、運用ミーティングを実行することで自宅療養者の在宅医療提供をコントロールし、第4波を乗り切った。体制構築しながら業務改善を図った。自宅療養者の在宅医療提供を含む新型コロナウイルスやその他のパンデミックの対応のためには地域包括ケアシステムの構築が欠かせない。

キーワード：新型コロナウイルス感染症，在宅医療，災害

Organizing a home medical network system for in-home patients with COVID-19 in Sapporo, Japan

Sen Otomo¹⁾, Toshitsugu Miki²⁾, Kazuo Yazaki¹⁾, Masato Kon³⁾

Abstract

In late May 2021, a situation occurred in Sapporo, Japan where in-home patients suffering from COVID-19 could not be hospitalized, regardless of their need for oxygen treatment. This incident led the Sapporo City Medical Association and the Sapporo City Public Health Center to organize a network medical system for in-home COVID-19 patients. The network system, comprised of home-visiting medical staff and oxygen resource providers, provided tele-health, online medical care, and home-visits by doctors and nurses. By creating a communication network between healthcare workers and providers and holding operational meetings, the home-care system in Sapporo was highly efficient in handling in-home COVID-19 treatment. The establishment of a comprehensive community care system is essential for responding to the new coronavirus and other pandemics, including the provision of home medical care for people receiving home treatment.

Key Words : COVID-19, home care medicine, disaster

¹⁾医療法人財団老蘇会静明館診療所

²⁾みきファミリークリニック

³⁾一般社団法人札幌市医師会

¹⁾Seimeikan Clinic

²⁾Miki Famiy Clinic

³⁾Sapporo Medical Association

著者連絡先：医療法人財団老蘇会静明館診療所

〒064-091 札幌市中央区南14条西18丁目5-33

電話：011-215-5069 e-mail：sen-o@nifty.com

背景と目的

筆者は2020年4月から4つの介護クラスターに対して札幌市医師会の構築した仕組みの中で、在宅医の集まりである札幌市在宅医療協議会会員の医師と体験を共有しながら、札幌市保健所と連携して対応をしてきた¹⁾。その中で、現地対策本部が早期に必要なこと、介護崩壊対策が必要なことを学んだ。また、介護クラスターへの対応について事業継続計画、COVID-19患者の診療について知見を深めてきた。今回2021年4月から6月にかけての第4波で在宅療養者の在宅医療提供体制の構築を経験したので報告する。

倫理的配慮

本報告によって個人情報特定されないよう注意を払った。

活動報告

札幌市内では、在宅医療関係者へのCOVID-19対応研修として、訪問診療・訪問看護事業所へのレクチャー、事例検討のオンラインシンポジウム、訪問診療・訪問看護COVID-19感染対策実習を開催し、対応力向上に努めてきた。2020年11月、第3波には札幌市はCOVID-19在宅療養者(以下、在宅療養者)に対するオンライン処方システムを構築した。在宅療養者で入院できず中等症Ⅱの場合、酸素とステロイドを提供しなくてはならないが²⁾、それをできるのは在宅医が適任であり、在宅医の力を結集させなければならなかった。オンライン処方のシステムを発展する形で札幌における在宅療養者の在宅医療提供体制構築のフロー原案を作成したが、これは後にマニュアル化された³⁾。

新規感染者数ピークの2021年5月13日には入院療養と宿泊療養は限界になっていた。その中でも在宅療養者対応について札幌市保健所と札幌市医師会の交渉が続いていた。5月18日にキックオフミーティングを開くことを決め、関心をもつ関係者に出席を要請した。保健所、DMAT事務局、有志の医師、訪問看護師、在宅酸素提供事業者など40名がオンラインで集まった。しかし、集まった医師・看護師からは「そういう患者は入院させ

るべき」、「コロナ病棟の先生じゃないと無理」、「入院できなくて亡くなったら誰が責任持つのか」、「通常診療やりながらでは無理」など不安の声が大きかった。ただ、筆者としては「これは災害であり、できることをするしかない」と説明した。在宅療養者対応のためメーリングリストを作成すると、すぐに登録する人が続々でできた。5月16日10名でスタートしたが、18日34名、20日42名、26日68名、30日84名、6月3日98名となった。5月19日札幌市医師会から運用して良いとコメントがあり、5月20日から運用ミーティングを実施し、在宅医療提供を開始した。

5月16日からDMATによって入院待機ステーションの運用が開始されており、酸素投与が必要な方が搬送されていた。保健所、DMAT(入院待機ステーション)、在宅医2名が毎日昼休みにオンラインで運用ミーティングを開いた。在宅療養者の在宅医療提供をコントロールし、第4波を乗り切った。第4波では5月20日から6月20日まで対応を行った。対応患者数は往診70名、電話診療+訪問看護2人、電話診療60人であった。また、対応数はのべ600回、往診95回、電話診療446回、訪問看護29回であった。電話診療、オンライン診療、往診など医療介入があった在宅療養者に関して、死亡者はいなかった。体制構築しながら業務改善を図った。連絡するとすでに入院が決まっているケースが多く、入院調整班もミーティングに加わった。また、各在宅医の対応できる日が分からず、オンラインツールでスケジュール調整した。事例の相談にのる医師がおらず、メーリングリストに急性期病院医師も参加することで相談がしやすくなった。

第4波後の評価では、「コロナ診療を経験することができた」、「患者や家族に感謝された」、「入院待機を減らす手伝いすることができた」などの肯定的な意見もあった。一方、「全体像がみえなかった」、「もっと情報共有してほしい」などの改善点もあった。

考察

在宅療養者対応で行政と医師会が要となり、在宅医、介護サービス、福祉サービスがお互いに連

携するところは、普段の地域包括ケアシステムと同様であった。また、入院療養、宿泊療養、自宅療養者、入院待機ステーションを含めた全体の調整が重要であった。

地域連携においては、文化づくり、人づくり、システムづくり、エビデンスなどが重要である（図1）。札幌では2020年第2波のころから在宅医が新型コロナウイルス感染症対応に関して、できることに取り組んできた。そして、「できないことをあげればきりがない。できることを考えて行動する」という文化ができていた。また、人づくり

として2020年から研修会を繰り返し新型コロナウイルス感染症に対応できる在宅ケア専門職が増えていた。システムづくりとして保健所と医師会の協力があった。また、診療プロトコル²⁾などを参考に診療をおこなってエビデンスを重要視してきた。

地域における規範的統合を形成するためには、①勉強会で共通の知識を得る、②地域の課題を話し合う、③課題の解決策を検討する、④思いや考え方を共有する、⑤地域のルールやエチケット作り、のステップがある。今回の振返りを示す（図2）。

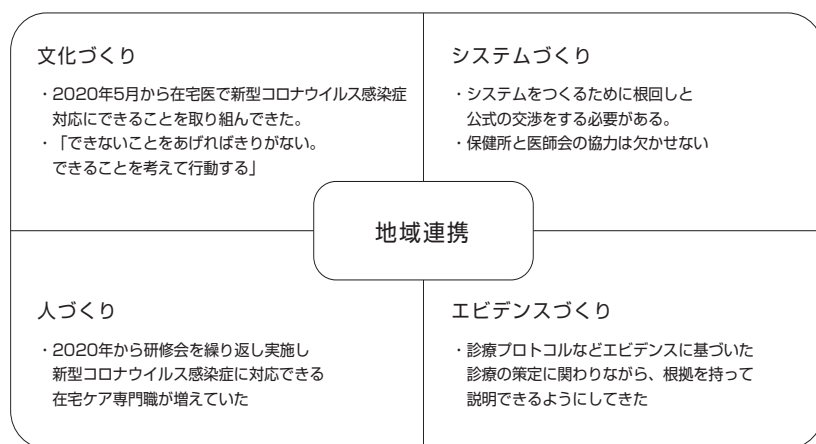


図1 地域連携における4コンポーネント

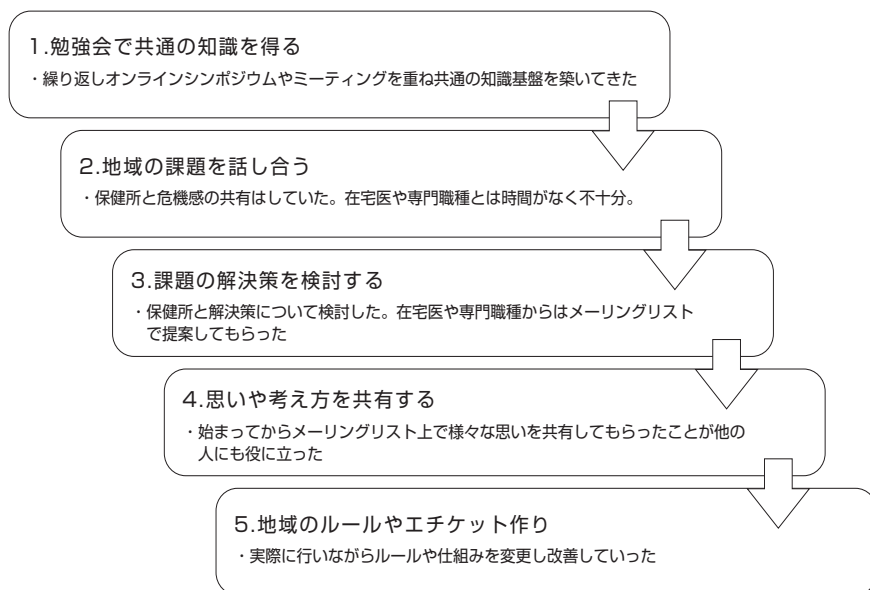


図2 地域における規範的統合の5ステップ

謝辞

一緒に働いてくださった医師、看護師や在宅酸素業者、薬局をはじめ、保健所、医師会、DMAT の先生方に深く感謝します。

文献

- 1) 大友宣, 岸田直樹, 矢崎一雄・他: 新型コロナウイルス感染症がクラスター化した高齢者施設で在宅医ができること. 日本在宅医療連合学会誌 2: 45-48, 2021.
- 2) 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自宅療養者に対する医療提供プロトコール (第 5 版) <https://www.jhhca.jp/covid19/210518protocol> (2021 年 9 月 5 日 閲覧)
- 3) 札幌市保健所医療対策室在宅医療チーム: COVID-19 自宅療養者への診療・訪問看護マニュアル公開用 Ver.1.1.
<https://www.city.sapporo.jp/hokenjo/flkansen/documents/manual-open.pdf> (2021 年 9 月 7 日 閲覧)

新型コロナウイルス感染症 在宅医療提供チームにおける コーディネーターの重要性

宮本 雄気^{1),2)}, 村上 成美³⁾, 山畑 佳篤²⁾, 守上 佳樹¹⁾

要旨

京都府では新型コロナウイルス感染症（COVID-19）において、特に自宅療養となりやすく、悪化リスクの高い高齢者を主な対象に在宅医療の提供を開始した。その際に重要な役割を担ったのが看護師によるコーディネーターである。コーディネーターは訪問看護認定看護師が担当した。業務内容は、①患者受入と初回訪問日の調整、②初回訪問同行、③介入中のサービス調整、④隔離解除後のサービス調整、⑤隔離解除後のケア、⑥行政との情報共有、⑦ COVID-19 に関する知識の普及とケア、と多岐にわたったが、これにより COVID-19 に対する在宅医療が円滑に行うことができた。看護師によるコーディネート業務は COVID-19 における在宅医療・介護提供における重要な鍵となる可能性が示唆された。

キーワード：新型コロナウイルス感染症、コーディネーター、災害

The role of coordinators in home care medicine for coronavirus disease

Yuki Miyamoto^{1),2)}, Shigemi Murakami³⁾, Yoshihiro Yamahata²⁾, Yoshiki Morikami¹⁾

Key Words : Coronavirus disease, coordinator, disaster medicine

序文

2019 年 12 月に中国武漢において確認された新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は国際的に拡大し、我が国でも 2020 年 3 月より COVID-19 患者が増加した。

著者が勤務している京都府京都市ではいわゆる「第 3 波」と呼ばれた 2020 年 10 月以降に感染者が急増した。当時は COVID-19 に関する情報が少なく、医療・介護専門職も不安や恐怖を感じていたため、多くの医療・介護専門職が COVID-19

¹⁾医療法人双樹会よしき往診クリニック

²⁾京都府立医科大学救急医療学教室

³⁾医療法人社団都会渡辺西賀茂診療所

¹⁾Yoshiki Home Care Clinic

²⁾Department of Emergency Medicine, Kyoto Prefectural University of Medicine

³⁾Watanabe Nishigamo Home Care Clinic

著者連絡先

医療法人双樹会よしき往診クリニック

〒615-8262 京都府京都市西京区山田四ノ坪町 12-2

電話：075-381-2220 e-mail：mimon-tky@umin.ac.jp

患者やその家族に対し、適切な医療や介護を提供することができていなかった。結果として医療システムだけではなく、在宅医療で最も重視されている地域包括ケアシステムも崩壊し、医療および介護の提供体制に支障が生じていた。そして2020年12月に、COVID-19に罹患し、自宅療養を余儀なくされていた高齢者の状態が悪化したにもかかわらず、入院先の選定に難渋した結果、適切な医療を受けることができないまま自宅内で死亡する事案が発生した¹⁾。

この問題に対処するため、京都府では民間の診療所や事業所が行政と協働し、「京都府新型コロナウイルス感染症在宅医療フォローアップチーム（以下、在宅コロナチーム）」を結成し、京都府京都市を中心に、2021年2月4日からCOVID-19患者に対する在宅医療の提供を開始した。この在宅コロナチームでは「看護師によるコーディネーター（以下、コーディネーター）」が重要な役割を担っていた。コーディネーターの役割は多岐にわたり、いずれも欠かすことのできない業務内容であった。そこで本稿ではこのコーディネーターの業務内容について概説する。

方法

京都府における既存のCOVID-19の医療提供システム

2020年の国勢調査によると、京都府の総人口は258万人、京都市の人口は146万人であった²⁾。在宅コロナチームの活動を開始した2021年2月4日時点で、京都市の累計COVID-19患者数は6,123人であった。京都府のCOVID-19患者に対応可能な病床数は416床で、そのうち86床は重症患者用であった（京都市のみの病床数は非公開）。

京都府では2020年3月の時点でCOVID-19に対し「京都府入院医療コントロールセンター（以下、コントロールセンター）」を設置した。コントロールセンターでは主に京都府の職員と京都府内のDMAT隊員が、各保健所管内が収集したCOVID-19患者の情報を一元的に管理することで、効率の良いトリージと療養先の選定を行ってきた。療養先としては主に、①病院への入院、

②ホテルなどの隔離施設での療養、③自宅療養、の3つの選択肢が存在したが、在宅医療の対象者となる高齢者や身体機能の低下した患者、精神疾患を有する患者は隔離施設での療養が困難であることが多く、これらのCOVID-19患者は結果的に病院への入院か自宅療養の2つの選択肢しか存在しなかった。さらに病床逼迫時には上記の高リスクな方であっても軽症の場合は入院することができず、自宅療養を余儀なくされ、結果として状態の悪化を見逃す可能性があった。

在宅コロナチームの概要

上記の問題に対応するため、2021年2月4日から京都府の委託を受け、診療所と訪問看護ステーション、調剤薬局などが協働し、在宅コロナチームを設立した。2021年2月4日時点での保健所および入院コントロールセンターから在宅コロナチームへの依頼の流れを図1に示す。COVID-19患者が発生した場合、他の都道府県と同様に保健所が疫学調査を行う。この際に約75歳以上の高齢者の場合、保健所はかかりつけ医の有無や介護度や日常生活活動度（Activity of daily life：ADL）、認知症の有無などを追加聴取する。これらの情報を踏まえ、コントロールセンターで療養先を選定した。具体的には、①病院への入院、②在宅医療を伴わない自宅療養に加え、③在宅医療を伴う自宅療養、以上3つの選択肢から適切な療養方法を選択した。

コントロールセンターが在宅医療の適応であると判断した場合、在宅コロナチームのコーディネーターへ連絡し、コントロールセンターから情報提供を行った。このコーディネーター業務は1名の訪問看護認定看護師が担当した。

在宅コロナチームによる在宅医療介入中は保健所の健康観察対象から外れることとし、代わりに在宅コロナチームのスタッフが連日の健康観察や訪問を行った。なお、結成当初は医師・看護師・薬剤師・行政職員からなる少人数のチームであったが、活動を継続した結果、複数の診療所の医師・歯科医師・訪問看護師・セラピスト・福祉用具業者・在宅酸素業者・介護福祉士・栄養士などの多職種による延べ50名以上のチームとなった。

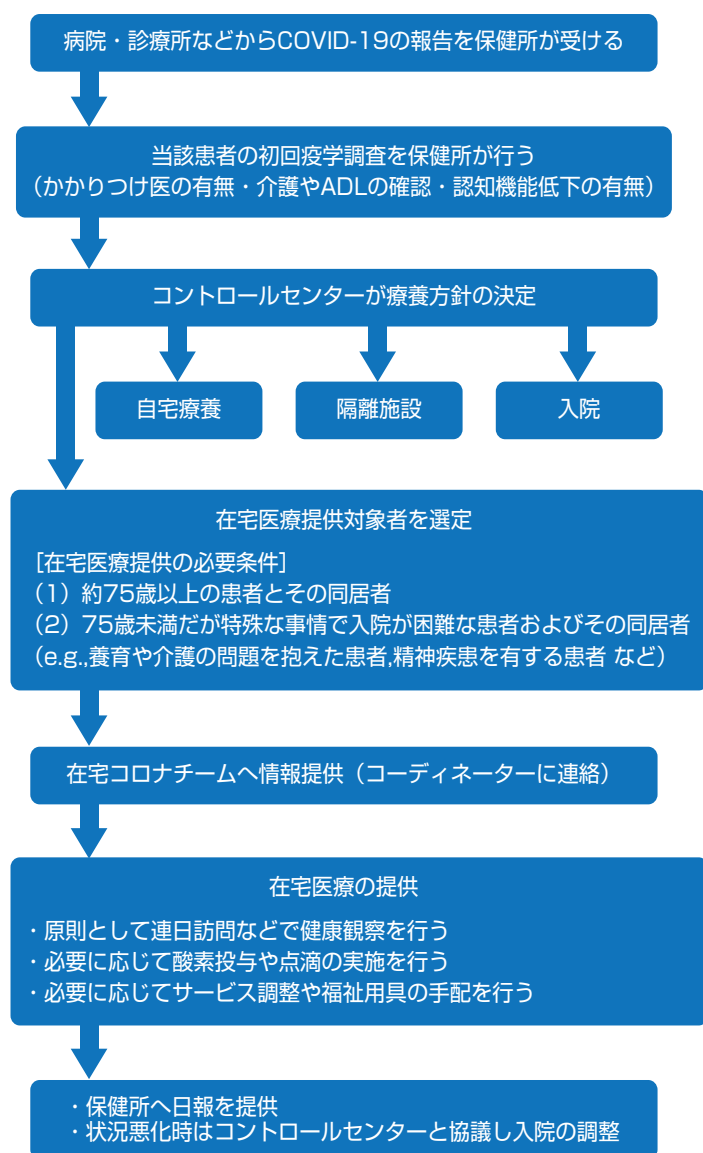


図1 在宅コロナチームの対象者選定のフロー

結果

2021年2月4日から2021年11月30日までの間に、合計264人の患者を在宅コロナチームで対応した。介入した患者の半数以上が70歳以上であった。前述の通り、すべての患者に対しコーディネーターが最初に情報提供を受けた。コーディネーターの業務内容とその概要は以下の通りである。またCOVID-19患者の時系列に沿った業務内容について図2に示す。

1) コントロールセンターからの患者受入と初回訪問日の調整

コントロールセンターからの依頼を24時間体制で受け付け、保健所が収集した疫学調査情報を把握した。また初回訪問を行う前に、患者のもとの主治医や担当の訪問看護事業所・介護支援専門員らに連絡し在宅コロナチームの介入に対する許可を受け、さらに可能な範囲での情報収集を行った。その後、在宅コロナチームの医師へ、収集し

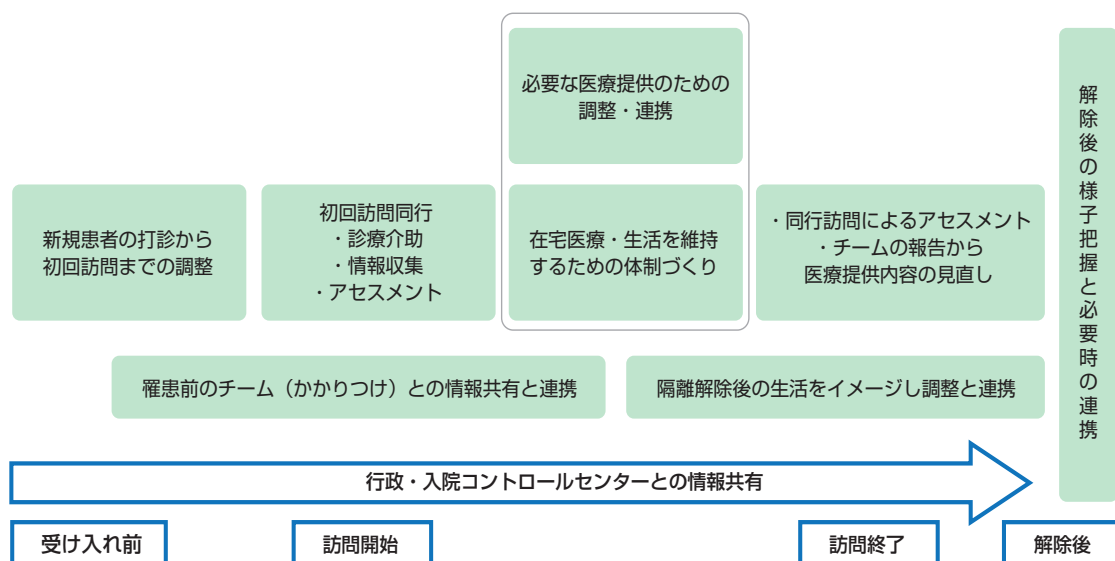


図2 在宅コロナチームにおけるコーディネーターの具体的な役割

た情報を提供し、初回訪問の日時設定を行った。

2) 初回訪問同行

医師の診察補助や次回以降の訪問スケジュールの調整を行った。また、医師の診療では欠落しがちな看護や介護面からのアセスメントを行い、医師への助言・提言を行った。特に心理的な不安や生活面での問題に対し、重点的に介入を行った。さらに他の訪問看護事業所への訪問看護の依頼、福祉用具業者へ連絡し福祉用具の手配、在宅酸素業者へ連絡し在宅酸素の手配なども行った。

3) 在宅医療や生活を支えるための調整・連携

2回目以降の訪問も必要に応じて診療同行を行った。また医師の担当患者が極めて多い時期には1人の訪問看護師としてCOVID-19患者への訪問看護を行い、医師へ患者の状態を報告し、医師の指示の下で点滴や酸素投与、薬剤投与などの医療行為を行った。チームメンバーが少なかった時期には、介護面を担当できるスタッフが少なかったため、保清や排泄の援助、食材の購入・調理などの業務も担当した。介護支援専門員の中にはCOVID-19患者へのサービス調整はできないと訴える者もいたため、適切な医療アドバイスを提示したり、代わりにサービス調整を行ったりもした。その後、チームメンバーが増えた際には、

チーム内の連携・調整も行った。またチーム外の諸機関への情報提供も行った。必要時にはチーム内・チーム外を問わずカンファレンスを設定・開催した。

4) 隔離解除後の生活に向けての調整・連携

患者の隔離解除後にスムーズに元の生活に戻ることが出来るように、隔離期間中から解除後の生活についてアセスメントを行い、医療・介護体制の準備・調整を行った。3)と同様に、必要時にはもともと介入していた在宅医療のチームと合同カンファレンスを設定し、開催した。またもともと在宅医療・介護の介入がなかったにも関わらず、COVID-19罹患を契機に在宅医療・介護を要するに至った患者に関しては対応可能な医療機関や事業所を選定し介入の依頼を行った。

5) 隔離解除後のケア

隔離解除後約1か月を目処に心身の状態を聴取し、post COVID-19 conditionの可能性が否定できない場合は継続してフォローアップを行い、必要時には他機関との連携・調整を行った。

6) 行政との情報共有

コントロールセンターへ日々の患者の日報を提出した。また重要かつ迅速な情報共有が必要な場合には電話にて関係各所へ連絡した。

7) COVID-19に関する知識の普及とケア

新規参入する事業所や診療所に対し、訪問同行を行い、感染対策方法などを実際に指導し参入の障壁を取り除いた。実際の診療やケアに対する問題点に対し、24時間体制で相談を受け付けた。その他、新規患者数が低下し感染状況が落ち着いている際には、研修会などを開催し、知識の普及に努めた。

考察

本稿ではCOVID-19患者に対する在宅医療・介護の提供の際に、看護師が行うコーディネーターの役割について述べた。結果としてコーディネーターの役割は多岐に渡っていたが、そのおかげでCOVID-19における在宅医療・介護が円滑に進行できたと考える。

一般的な看護および訪問看護との比較

看護師の役割として「病気や障がいを持つ個人の四側面を重ね合わせ、療養上の世話や苦痛の緩和を始めとする基本的ニーズが保てるようにケア

や援助を行うこと」が挙げられる^{3,4)}。また訪問看護師としての役割として「自ら訪問し、病気や障がいがあっても、なじみの空間や人と暮らしたいという希望を叶えるための援助を行う」ことが挙げられる^{5,6)}。これに加え、看護師による在宅コロナチームのコーディネーターには「在宅コロナチームにおける看護師の役割」と「在宅コロナチームにおけるコーディネーターの役割」を理解し実行することが必要だと我々は考えている（図3）。

在宅コロナチームにおける看護師の役割は「COVID-19に罹患し、在宅で生活せざるを得ない患者やその家族の療養と生活を支えること」であるとする。具体的には、①災害看護の視点を持って患者のケアに当たること、②感染への恐怖のためケアに従事できない介護職の代わりにケアを行うこと（これを「日本在宅医療連合学会 新型コロナウイルス Q&A」では「逆タスクシフト」と呼んでいる）⁷⁾、③ COVID-19に関わる知識について熟知し、さらに感染対策の実行や指導を行うことが必要であるとする。さらに在宅コロナ

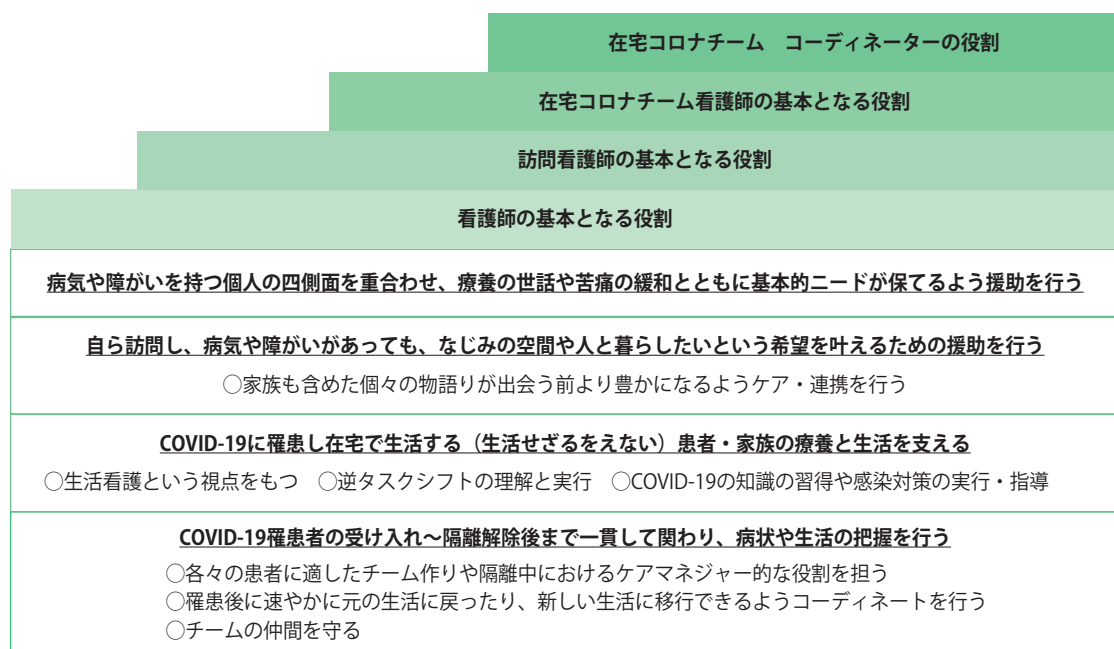


図3 在宅コロナチームのコーディネーターの考え方

チームにおけるコーディネーターの役割は「COVID-19 患者の受け入れから隔離解除まで一貫して関わり、病状の生活や把握を行うこと」であるとする。具体的には、①各々の患者に適したチーム作りや隔離中におけるケアマネジャー的な役割を担うこと、② COVID-19 罹患後に速やかに元の生活に戻ったり、新しい生活に移行したりできるように調整を行うこと ③チームメンバーの身体面・精神面のケアを行うことなどが求められると考える。

看護師はチーム医療のキーパーソンと呼ばれることもあり、特に訪問看護の現場においてはすべての職種のハブの機能を果たすとする。言い換えると、訪問看護師には一般的な看護の能力だけでなく、すべての職種に関する広い知識と実践能力が求められると考える。COVID-19 の在宅医療提供は最初からすべての職種を集めてから開始することは現実的に困難である。これは職種によって感染対策の習熟度が異なるためである。COVID-19 におけるコーディネーターには COVID-19 における在宅医療提供を開始した際に不足している職種（医師・介護職・セラピスト・介護支援専門職など）の役割を補完することも求められる可能性があり、看護師がコーディネーターを行うことは理にかなっていると考えられる。また、もともとのかかりつけの医師やチーム内の医師、急性期病院の医師とも連携や連絡を取り合う必要があり、この点においても日頃から医師と最もコミュニケーションをとっている看護師がコーディネーターを行うことは理想的であると言えるであろう。

災害看護・災害支援ナースとの比較

一般的な自然災害とは異なり、COVID-19 のパンデミックではライフラインなどは保たれている点が特徴的である。従って、COVID-19 におけるコーディネーターは災害看護と比較して超急性期の看護（避難行動や多数傷病者の受け入れ、避難所の立ち上げなど）のウェイトは小さくなり、急性期・亜急性期の支援（情報の把握・保健所を含めた関係者との連携・医療や介護サービス調整など）のウェイトはより大きくなると考えられる。これは発災 3 日以降から 1 カ月程度の支援を目

安としている日本看護協会災害支援ナースの活動と類似していると考えられる⁸⁾。逆に災害支援ナースの活動と異なる点としては、災害支援ナースの活動の場が医療機関・社会福祉施設・避難所（福祉避難所を含む）といった集団を対象とし、同時多発的に発生することが多い一方で、COVID-19 におけるコーディネーターの活動の場は居宅であることが多く、個別散発かつ重層的に発生するため、より個々人のニーズに応じた活動が求められることが挙げられる。ただし、災害支援ナースも COVID-19 のコーディネーターも、看護の目的である「あらゆる世代の個人・家族・集団・地域社会を対象とし、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和すること」に則って活動している点は変わらず、生活環境が激変してしまった患者やその家族に対し、環境改善や最善のケアを提供する点において両者の目的は共通している⁸⁾。

COVID-19 のコーディネーターと災害支援ナースとの相違点や共通点を意識することは、COVID-19 におけるコーディネーターの育成を行う際の一助になるのではないかと我々は考える。

今後の課題

2021 年 2 月から本稿作成時までの約 11 カ月間、1 人のコーディネーターが 24 時間対応で業務にあたっており、今後の持続可能性が最大の課題である。ロジスティック担当者との業務分担も考えられたが、コーディネーターの業務は医療的側面の強い内容が多いため、コーディネーターの大きな負担軽減にはつながらないであろうと考えた。従って、コーディネーター業務を請け負う看護師の増員が必要であると我々は考えている。しかし、(a) 通常の訪問看護の知識に加え、急性期医療の知識や数多くの診療所・事業所や行政との連携に関する知識が必要であり、コーディネーターの育成には時間を要すること、(b) コーディネーター業務は診療報酬には一切反映されず、さらに通常の COVID-19 患者への訪問診療・訪問看護とは異なり、コーディネーター業務に対する行政からの補助金は得られなかったため、金銭面での持続可能性も低いことがコーディネーター増員に関わ

る課題である。

また、同時に医師・看護師以外の職種への感染対策教育を推進することで、多くの職種がCOVID-19患者の医療介護提供に参画できれば（すなわち地域包括ケアシステムを再構築することができれば）、コーディネーターの業務負担軽減につながると考えている。

結論

COVID-19患者に対して在宅医療・介護を提供する際の、看護師が行うコーディネート業務について概説した。このコーディネート業務はCOVID-19における在宅医療・介護提供における重要な鍵となり、また訪問看護師がそのポテンシャルを発揮できる業務であると我々は考えている。

一方で、その育成に時間を要することや金銭面での持続可能性に課題がある。この課題を解決しつつ、地域の医療・介護専門職の底上げを行うことで持続可能性の高いコーディネート業務が遂行できるのではないかと考える。

文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所編。日本の将来推計人口 平成29年推計。東京：国立社会保障・人口問題研究所；（人口問題研究資料第336号、平成29年7月31日）
http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf
- 2) 京都新聞：コロナ感染で自宅待機の女性死亡、京都府知事と京都市長「お悔やみ申し上げます」、京都新聞（2021年1月17日）
<https://www.kyoto-np.co.jp/articles/-/472406>（アクセス2021.12.20）
- 3) 総務省統計局：令和2年国勢調査結果。
https://www.stat.go.jp/data/koku-sei/2020/kekka/pdf/outline_01.pdf（アクセス2021.12.20）
- 4) 日本看護協会：看護職の倫理要項。
https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf（アクセス2021.12.20）
- 5) ヴァージニア・ヘンダーソン、湯槇ます、小

玉香津子：看護の基本となるもの、日本看護協会出版会、2016

- 6) 日本訪問看護財団：訪問看護とは（医療・福祉関係者むけ）。
<https://www.jvnf.or.jp/homon/homon-1.htm>（アクセス2021.12.20）
- 7) Florence Nightingale, 小玉 香津子, 尾田 葉子：看護覚え書き—一本当の看護とそうでない看護。日本看護協会出版会、2019
- 8) 日本在宅医療連合学会：在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応 Q&A（改訂 第4版）。
https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/covid19_v4.pdf（アクセス2021.12.20）
- 9) 小井土雄一、石井美恵子：災害看護学。メヂカルフレンド社、2020

沖縄県における新型コロナウイルス感染症対策について ～第6波にむけて～

新屋 洋平*

要旨

沖縄県では、2021年夏に全国でも最大の第5波を経験し、8月のみで18205人の感染を確認した。急速に増大する医療需要に対して限られた医療機能を効率的に運用することが求められた。沖縄県のCOVID-19対策について、県及び中部地区の取り組みを報告する。

キーワード：新型コロナウイルス感染症、感染対策、医師会

Yohei Shinya*

はじめに

沖縄県では、第5波にわたる新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行を経験した（図1）。特に2021年夏には全国でも最大の第5波を経験し、8月のみで18,205人の感染を確認した。入院患者数も最大で735人（8月22日）となり、急速に増大する医療需要に対して限られた医療機能を効率的に運用することが求められた。本稿では、筆者が把握している沖縄県のCOVID-19対策について県及び中部地区の取り組みについて報告する。

1. 県医療本部の設置

沖縄県では、COVID-19流行早期よりパンデミックを災害と捉え、2020年4月には沖縄県新型コロナウイルス感染症医療本部を設置し対策の決定

プロセスの集約化を行った。合わせて、DMAT災害コーディネーターの医師が医療コーディネーターとして本部に常駐する体制をとった。

自宅療養者の健康観察と入院調整については、当初は各地区の保健所が担っていた。2020年8月上旬、急速な感染拡大と共に「健康観察、及び積極的疫学調査待ち」の状態にあるCOVID-19と診断された住民が400人近くまで急増し、入院調整まで最大1週間程度が経過する住民も発生した。全ての感染者を入院させることは困難となり、宿泊施設や自宅での療養へと振り分けざるを得なくなった。そこで県庁に「健康観察センター」を設置し、自宅療養者の健康観察を保健所から分離し集約化することとした。自宅療養者のうち、保健所からの発生届による情報および架電

*医療法人以和貴会西崎病院総合診療科

沖縄県医師会在宅医療・介護連携統括アドバイザー

前 沖縄県中部地区医師会感染症担当理事

*英文所属：Nishizaki Hospital

著者連絡先

医療法人以和貴会西崎病院総合診療科

〒901-0314 沖縄県糸満市座波 371-1

電話：098-992-0055 e-mail：shinya.yohei@gmail.com

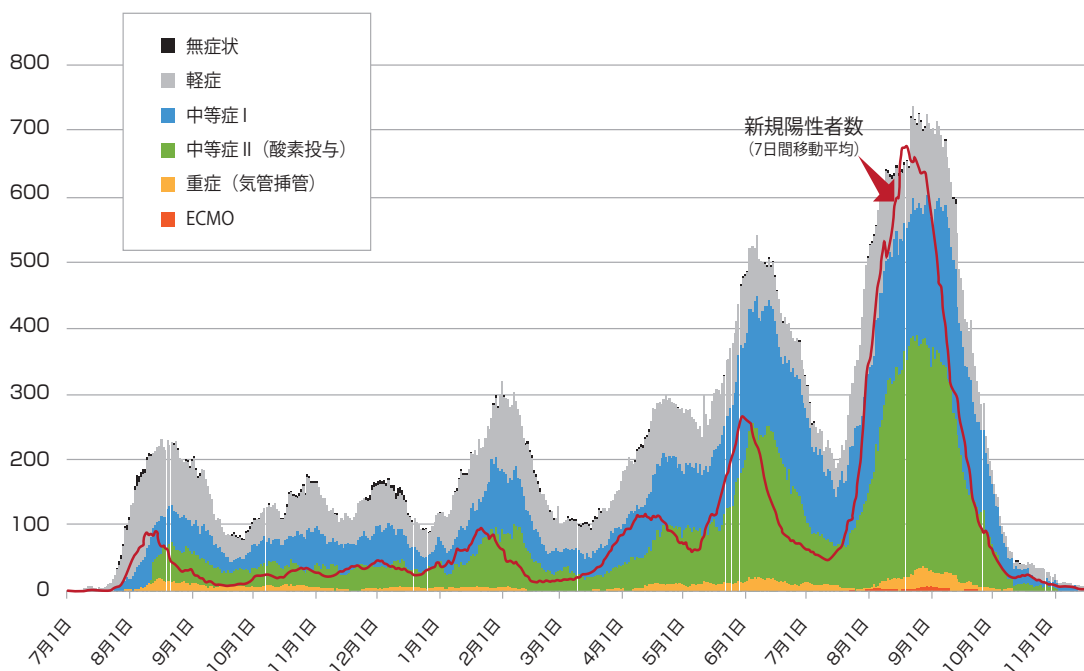


図1 沖縄県の新規陽性者数と入院患者数の推移

による健康観察にて重症化リスクがある、または病状が不安定であると判断された者については、医療コーディネーターが入院調整先の重点医療機関を決定し調整が行われることとなった。2020年4月には、沖縄県内のCOVID-19対応病床の使用状況をリアルタイムに把握できるツールが構築され、関係する医療機関が相互に共有できるようになっていた。このシステムは、臨床側が必要とする情報を中心に現場より自然発生的に構築されたものであり、必要に応じてカスタマイズを繰り返し県の正式なツールとなっていく。これにより県全体の病床の状況を俯瞰しながら医療コーディネーターが入院先の選定を行うことが可能となり、県医療本部及び重点医療機関の双方共に負担軽減につながった。

この他、宿泊療養施設の確保、入院から自宅療養に至る患者の管理、看護師等の人材確保と派遣といった業務が県医療本部に一元化され、対策が迅速に進められる体制が整った。

2. 医療と介護の連携

医療における連携については、県全体、また各医療圏において急性期病院および慢性期病院をふくめた病院長と医師会、自治体職員が集まる会議を繰り返し開催し、医療連携について確認を行った。

医療・介護連携について、沖縄県内における社会福祉施設等での感染事例が発生する以前の2020年4月、県立中部病院感染症内科により社会福祉施設向けの感染対策ガイドラインが発出された。その後も4回にわたって改訂され、医療と施設における役割分担を明らかにしてきた。2020年10月には県医師会の事業として『新型コロナウイルス感染症発生シミュレーション研修会』を開催した。県、市町村、医療機関、保健所等が参加し、地域の社会福祉施設でCOVID-19患者が発生した際の支援をシミュレーション形式で行い、課題の整理を試みた。オンライン観覧者を含めると400名以上が参加する大規模なものとなった。その後もオンラインを含めて県や医師会、看護協会等による意見交換会や研修会が繰り返し開催され、社会福祉施設等における感染対策への理

解を深めることに役立った。

2021年1月より、沖縄県中部地区医師会が市町村より受託している在宅医療・介護連携推進事業内において、高齢者施設等の職員、利用者がCOVID-19に罹患していることが判明した場合の相談窓口を設置した(図2)。高齢者施設等の管理者が連絡を行うこととなる複数の関係機関に対する連絡を医師会としてとりまとめ、加えて高齢者施設などの利用者に対する出張PCR検査の調整、職員が外来でPCR検査を受けることができる医療機関の調整を行なうこととした。第5波が落ち着いた2021年10月までに約40件の相談があり、早期に対応が行えたことで感染拡大を防ぐことができた事例もあったものと考えられる。

3. 在宅療養患者への対応

在宅療養者に対しては県の健康観察センターから電話による健康観察を毎日実施してきたが、2020年9月より病状が不安定もしくは重症化リスクが高いと判断された感染者について、県看護

協会の調整により訪問看護による健康観察、見守りが行える体制となった。さらに2021年8月からは、地区医師会の調整によるオンライン診療、訪問診療、往診についてもシステム化された(図3)。沖縄県中部区医師会では、県医療本部より在宅療養している感染者に対する診療依頼があった場合、医師会の担当者が情報を受け在宅コーディネーターである筆者に調整方針の確認を行うこととした。県からの情報が不足している場合には在宅コーディネーターにより感染者に電話連絡を行い、①かかりつけ医による遠隔診療、②かかりつけ医に対する往診依頼、③かかりつけ医が対応できない場合に近隣の往診対応できる医療機関へ往診依頼、のいずれかを決定した。第5波まで中部地区医師会として約70件の診療依頼を受け、かかりつけ医の協力のもと対応をおこなった。沖縄県全体としては、2021年6月から11月末までの間に訪問看護による健康観察158件、遠隔診療208件、往診24件であった。

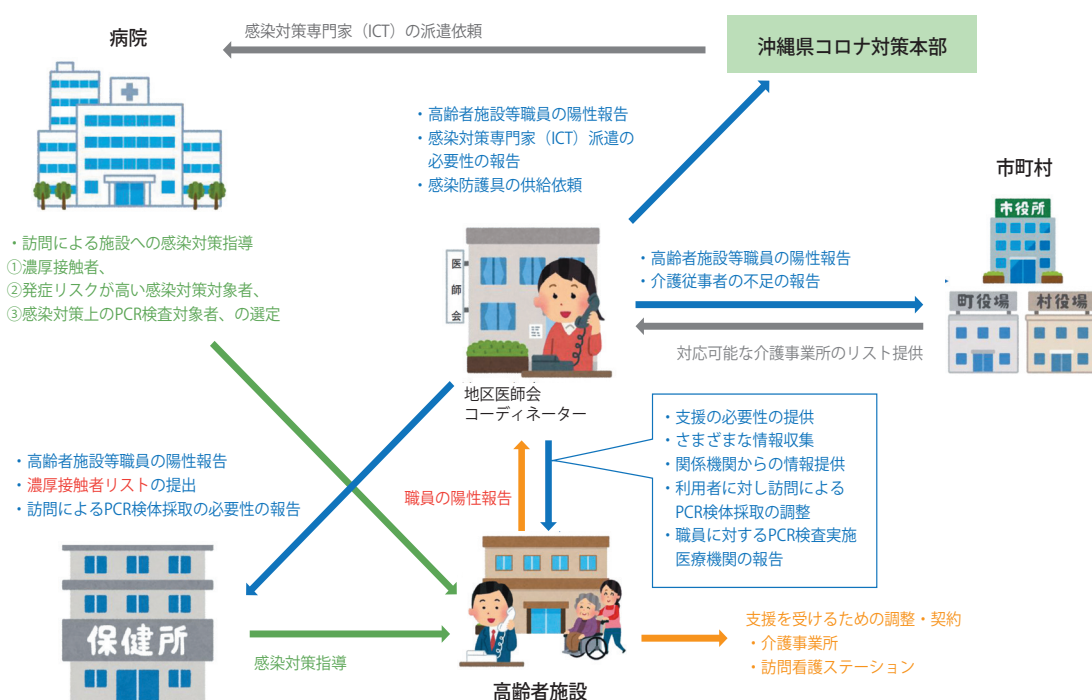


図2 高齢者施設等の利用者・職員が COVID-19 の PCR 検査陽性と判明した時の初期対応・連絡先の概要

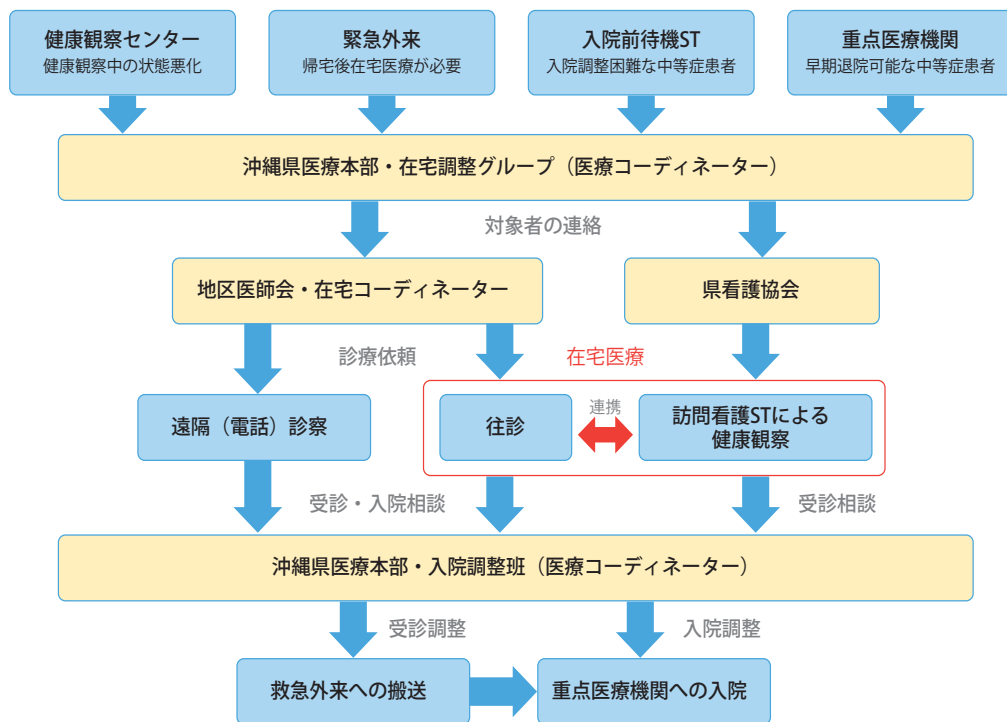


図3 自宅療養者に対する在宅医療導入・入院対応の流れ

おわりに～第6波に備える～

本稿執筆時点で、沖縄県では米軍関係者経由のオミクロン株の流行が疑われ始めている。自宅療養者についての未解決の課題として、中和抗体薬の投与体制の整備、訪問看護による健康観察の拡充が挙げられる。沖縄県では、高齢者施設等で発生したクラスター事例に対しては急性期病院の医師が主に対応してきたが、今まで以上に感染が拡大した場合には地域の開業医等による施設の支援が必要となるだろう。

感染が再拡大する前に、地域ごとに感染した住民を支えるため医療・介護関係者間が話し合い、これまでの振り返りつつ今後はさらに支援を拡充してゆくための方策を議論することが求められる。

首都圏広域医療法人における 新型コロナウイルス感染症の在宅医療

—法人内ワーキンググループの立ち上げから専門往診ルートの開設、 第5波収束までの経験—

松本 真一¹⁾, 佐々木 淳²⁾

要旨

医療法人社団悠翔会（以下、当法人）は首都圏を中心に18の在宅療養支援診療所を運営している。当法人は新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）第5波において東京都医師会と連携しCOVID-19患者の在宅医療を行った。対応に向けたワーキンググループを設立し、業務フローの検討、カルテテンプレートの作成などを行った。当初は各クリニックで対応していたが、依頼の増加に伴い専門往診ルートを開設した。全国的に不足していた酸素濃縮器を患者宅から回収し、消毒のうえ、別患者宅に配送する専門ルートの開設も行った。宿泊療養施設での診療も行った。法人全体で451名の在宅医療を行った（2021年10月末時点）。

キーワード：新型コロナウイルス感染症、在宅医療、宿泊療養施設

はじめに

医療法人社団悠翔会（以下、当法人）は首都圏を中心に18の在宅療養支援診療所を運営する広域医療法人である（首都圏17拠点、うち都内8拠点、2021年11月時点）。当法人は主に訪問診療を行っており、訪問診療を行っていない患者の往診や、非選択的な外来診療はほとんどのクリニックで行っていない。2021年夏の新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）第5波においては病床の逼迫により在宅医療のニーズが爆発的に増加することが予想されていた。特に東

京都では都医師会と連携し、都から業務委託を受ける形で、都内拠点とその周辺地域である16区において地域の枠組みで対応が困難となったCOVID-19患者に対して保健所から依頼に基づき在宅医療を行うこととなった。ワーキンググループを設立して対応方法を検討した。8月11日よりCOVID-19患者の在宅医療を開始し、通常診療と並行して多い日では1日30件を超える診療を行った。患者数増加に伴い通常診療と並行しての対応は困難となることが予想されたため、8月24日より専門往診ルートを開設した。都の医療機能

¹⁾医療法人社団悠翔会、悠翔会在宅クリニック北千住

²⁾医療法人社団悠翔会、悠翔会在宅クリニック稲毛

著者連絡先

悠翔会在宅クリニック北千住

〒120-0032 東京都足立区千住柳町 32-1

電話：03-5284-9522 e-mail：s-matsumoto0587@yushoukai.jp

強化型宿泊療養施設での診療も開始した。都外の拠点でも COVID-19 患者の在宅医療を提供し、10 月末までに 451 名の診療を行った。本稿では主に、当法人の第 5 波における東京都における対応について振り返る。

COVID-19 第 4 波までの対応

第 1 波当初より各拠点で居宅患者に対する SARS-CoV-2 抗原検査や核酸増幅 (PCR) 検査、連携する介護施設で患者が発生した場合のゾーニングやコホーティングの指導、保健所と連携して当法人が普段診療を行っていない入居者やスタッフに対する積極的な検査を行った。延べ 22 件のクラスターに対応し、延べ 1106 件の PCR 検査を行った。予防接種については、在宅や施設での患者・家族・スタッフへの個別接種と休日や夜間を利用した職域接種を行い、延べ 22,000 件を超える接種を行った。

東京都医師会との連携、

法人内ワーキンググループの設立

2021 年 7 月 12 日、東京都に 4 回目となる緊急事態宣言が発令されたが、その後も COVID-19 患者数は増加傾向であった。8 月初頭に東京都医師会からの依頼を受け、東京都からの業務委託を受ける形で、平日の日中に各保健所から依頼があった COVID-19 患者の在宅医療を行うこととなった。感染症、救急、家庭医など様々なバックグラウンドを持つ医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、医事課などバックオフィススタッフら総勢 13 名によるワーキンググループが設立された。依頼を受けてからの業務フローの検討、どの医師が対応しても標準化した対応ができるように重症度の評価や重症化リスクファクターのチェックリストを含めたカルテテンプレートを作成し、院内処方薬剤（主にアセトアミノフェンとデキサメタゾンの内服と注射剤）の選定・購入、個人用防護服など必要物品の選定・購入、初診後のフォローアップを行う際のマニュアルの作成、法人内学習会の主催等を行った。

保健所からの依頼があった場合の業務フローを図に示す。①「コロナ自宅療養者対応窓口」に

4 名のスタッフが常駐し依頼を一括して受ける。②窓口から法人内 Social Networking Service (Google Chat) で該当する診療エリアの診療スタッフらのグループに連絡する。応需確認後、カルテテンプレートに保健所からの情報を記載する。③担当する医師が往診、電話・オンライン診療をする。④診療の結果、院外処方や訪問看護の依頼、在宅酸素療法 (HOT) が必要な場合は各クリニックで依頼をする。⑤診察の報告を保健所に行う。軽症者は保健所にフォローアップの継続を依頼し、中等症以上については各クリニックでフォローアップする旨を伝え、入院調整を依頼する (図)。

通常診療と並行した COVID-19 患者の在宅医療の開始

8 月 11 日、東京都からの業務委託が開始された。8 月 24 日に COVID-19 専門往診ルートを開設するまでの 9 営業日の間に、通常診療と並行して 122 名の診療を行った。著者が属する城東エリアでは当日朝、Google Chat で各医師が比較的余裕がある時間帯を共有しており、その医師が率先して診療を担当した。そのため、電話診療であれば保健所から依頼があってから保健所に報告するまでを 30 分以内程度で完了することができた。法人として、COVID-19 患者の在宅医療は災害医療であるため、限りある医療リソースを効率的に使う必要があり、電話・オンライン診療で安全に経過を見られると判断した場合には往診はなるべくしないという方針を共有していたので、スピード感をもって対応し、すべての依頼を断らずに受けることができた。しかし、依頼数が 1 日 30 件を超える日が続き、各クリニックでフォローアップする患者数が 1 日 10 名程度まで増えていったため、全ての依頼を受けることが困難になると予想され、専門往診ルートを開設した。

COVID-19 専門往診ルートの開設結果

8 月 24 日より全国各地から医師や看護師が集まり、1 日 1～2 ルートの専門往診ルートと、電話フォローアップチームを開設したため、ほぼすべての依頼を専門往診ルートで対応できた。専門

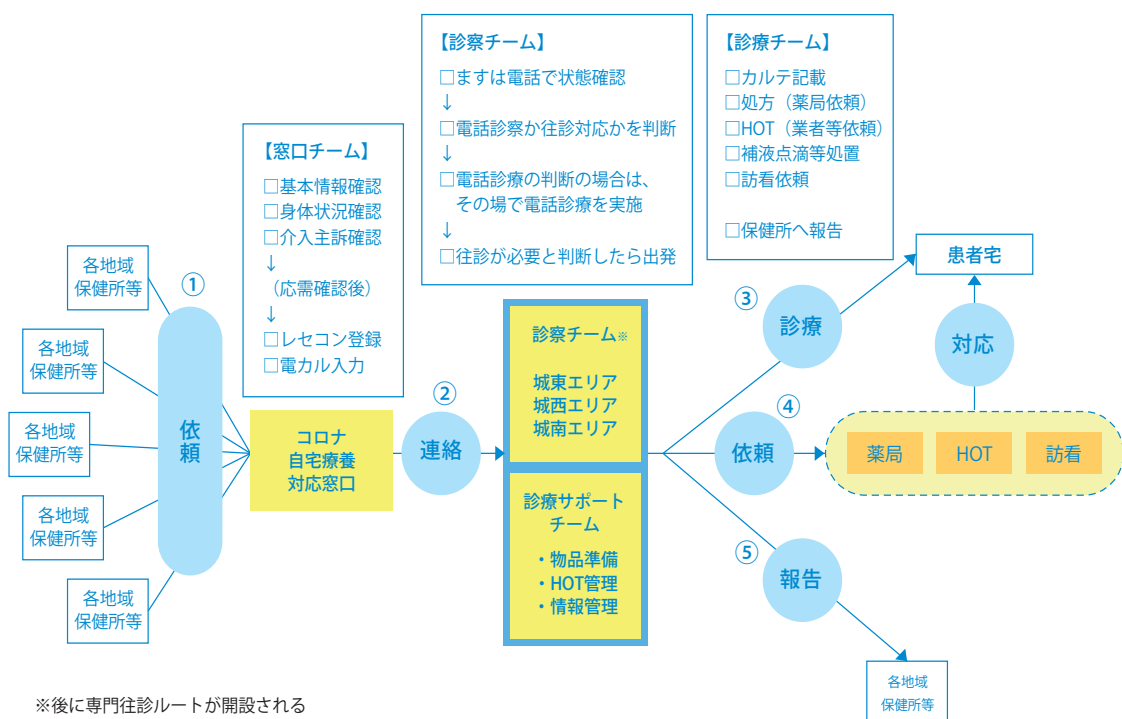


図 COVID-19 患者の対応フロー

往診ルートは電話・オンライン診療だけでなく、積極的に往診をした。これまでは可能な限り電話・オンライン診療としていたが、往診をすることで、採血をしたら診断されていない糖尿病が発覚したり、電話の様子より全身状態が明らかに悪かったりといった経験をした。対応した患者のうち約4割に酸素投与、ステロイド投与を要し、入院あるいは治療が終了するまでフォローアップを行った。全国的に酸素濃縮器が不足していたため、法人内で酸素濃縮器回収チームを設立した。都内各所で入院や治療終了のため不要になった酸素濃縮器を回収・消毒し、他患者宅に配送した。供給が安定するまでに延べ56台の酸素濃縮器を回収・配送した。さらに、専門往診ルートは医療機能強化型宿泊療養施設での診療も行った。医療機能強化型宿泊療養施設とは宿泊療養施設の中でも看護師が24時間常駐し酸素投与や輸液も行える施設を指す。ここに日に複数回の往診をし、全身状態の評価、入院の判断を行った。

振り返りと今後の課題

都外の拠点含め第5波が収束するまでに451名の在宅医療を行った（2021年10月末時点）。中等症以上の患者では全員が入院または軽快して治療終了するまでフォローアップを行い、都からの依頼を受けた患者で死亡者はいなかった。中等症患者でも多くの場合、電話・オンライン診療のみで完結することができた。限りある医療リソースを効率よく利用するためには、COVID-19患者の電話・オンライン診療は有用であると考えた。また、保健所から依頼があった患者のうち外国籍や日本語が母国語でない患者が25%を占め、精神疾患や発達障害、Sexual MinorityといったUnderserved Populationsの診療依頼も多く経験した。COVID-19の在宅医療は入院や宿泊療養が難しい患者や、かかりつけ医を持たない患者のセーフティーネットとしての役割があると考えた。

東京都城東エリアにおける新型コロナウイルス感染症の 在宅医療の実績

Home Care Medicine for COVID-19 Patients in the Northeast Region of Tokyo

松本 真一¹⁾, 大場 真波²⁾, 高橋 徹¹⁾, 田中 顕道³⁾, 鳥越 桂³⁾,
村林 亮²⁾, 佐々木 淳⁴⁾

要旨

医療法人社団悠翔会（以下、当法人）は首都圏を中心に18の在宅療養支援診療所を運営する広域医療法人である。当法人は新型コロナウイルス感染症第5波において東京都医師会と連携し、新型コロナウイルス感染症患者の在宅医療を行った。特に城東エリアにおける診療依頼が圧倒的に多く、当法人がコロナ専門往診ルートを開設するまでに通常診療と並行して9営業日の間に99名の診療を行った。初診時の重症度分類は軽症が32名（32%）、中等症Ⅰが13名（13%）、中等症Ⅱが54名（55%）だった。診療形態は、往診7名（7%）、電話・オンライン診察92名（93%）だった。全患者のうち9名（9%）に訪問看護の依頼をした。

キーワード：新型コロナウイルス感染症、在宅医療

はじめに

医療法人社団悠翔会（以下、当法人）は首都圏を中心に18の在宅療養支援診療所（うち東京都内に8拠点）を運営する広域医療法人である（2021年11月時点）。当法人は主に訪問診療を行っており、原則的に訪問診療を行っていない患者の往診や、非選択的な外来診療は行っていないが、2021年7月末ころからの新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）第5波において、東京都医

師会と連携し、東京都からの業務委託を受ける形で、各地域で対応が困難となった患者に対して保健所からの依頼に基づきCOVID-19患者の在宅医療を8月11日より開始した（平日日中のみ）。依頼の中でも著者らが所属する城東エリアにある悠翔会在宅クリニック北千住、同葛飾、同墨田の3クリニックの診療範囲内にある保健所（市区町村コード順に墨田区、江東区、荒川区、足立区、葛飾区、江戸川区）からの依頼が大部分を占めた。

1) 医療法人社団悠翔会、悠翔会在宅クリニック北千住

2) 医療法人社団悠翔会、悠翔会在宅クリニック葛飾

3) 医療法人社団悠翔会、悠翔会在宅クリニック墨田

4) 医療法人社団悠翔会、悠翔会在宅クリニック稲毛

著者連絡先：医療法人社団悠翔会、悠翔会在宅クリニック北千住

〒120-0032 東京都足立区千住柳町 32-1

電話：03-5284-9522 e-mail：s-matsumoto0587@yushoukai.jp

8月24日からは法人としてコロナ診療専門往診ルートを開設したが、それまでの間、著者らは通常診療と並行して城東エリアでのCOVID-19診療を行った。当法人は広域で在宅療養支援診療所を展開しているが、著者らのクリニックの常勤医は3クリニックとも2名であり、その規模は大きくない。小規模クリニックでも隣接するクリニックと連携を取ることで、通常診療と並行しながら多くのCOVID-19患者の診療を行うことができた。本稿では著者らが通常診療と並行して行ったCOVID-19患者の診療実績と今後の課題について考察する。

症例

8月11日に東京都からの業務委託が開始され、8月24日にコロナ診療専門往診ルートが稼働するまでに城東エリアで診療を行った患者について記述する。8月11日から8月24日までの9営業日の間に診療を行った患者は122名だった。そのうち城東エリアの患者は99名で、1日あたりの患者数の中央値±標準偏差は12.0±4.8名（最小5名，最大20名）だった。対応した患者について図に示す。99名のうち、男性61名（62%）、女性38名（38%）だった。年齢の中央値±標準偏差は47.0±13.3歳（最年少3歳，最年長83歳）だった。初診時の重症度は、軽症が32名（32%）、中等症Ⅰが13名（13%）、中等症Ⅱが54名（55%）だった。診療形態は、往診7名（7%）（延べ回数7回）、電話・オンライン診察92名（93%）だった。全患者のうち9名（9%）に訪問看護を依頼した。

初診時に軽症と判断された患者は原則的にフォローアップの継続を保健所に依頼し、症状が増悪した際に再度依頼を受けた。中等症以上は原則的に入院適応であるため保健所に入院調整を依頼しつつ、各クリニックでフォローアップを行った。初期対応をしたクリニックごとに医師または看護師から1日2回程度のフォローアップ（基本的に電話再診）を行った。中等症以上の患者の多くは数日以内に入院したが、一部患者は治療開始後、入院するまでに症状改善傾向となり、隔離期間が終了するまで各クリニックでフォローアップを行った。1名は、隔離期間終了時になっても呼吸困難の症状が残存したため、継続的な診療が望ましいと考えられたが、著者らのクリニックは外来診療を行っていないため、コロナ後遺症外来がある病院を紹介し、終診となった。在宅療養中に死亡した患者はいなかった。

なお、上記数値は当法人が作成したCOVID-19対応患者リストをもとに抽出したものである。個別にカルテレビューを行った正確な数字ではない。

考察

新型コロナウイルス感染症第5波において東京都医師会と連携し東京都からの業務委託を受け、9営業日の間に6名の常勤医で99名のCOVID-19患者の在宅医療を行った。COVID-19は社会的不安のみならず軽症であっても急速に肺炎による呼吸不全が進行したり、深部静脈血栓症から肺塞栓を起こしたりするリスクはあるものの、在宅医療

年齢 - 歳		47.0 ± 13.3（最小3, 最大83）
性別 - 名（%）	男	61（62%）
	女	38（38%）
重症度 - 名（%）	軽症	32（32%）
	中等症Ⅰ	13（13%）
	中等症Ⅱ	54（55%）
診療形態 - 名（%）	往診	7（7%）
	電話・オンライン診療	92（93%）
訪問看護の導入 - 名（%）	あり	9（9%）
	なし	90（91%）

図 城東エリアで対応したCOVID-19患者

での治療方針は比較的明解である。第5波当時は、軽症から中等症患者に対する抗SARS-CoV-2モノクローナル抗体の在宅医療での使用は認められていなかった¹⁾。同様に、比較的、COVID-19に対する臨床効果が示されているレムデジビル、バリシチニブ、トシリズマブも在宅医療では使用できない²⁾。したがって、軽症患者、中等症Ⅰ患者に対しては対症療法を行い、中等症Ⅱ患者に対しては酸素投与とステロイド治療を開始し²⁾、重症度に関わらず、消化器症状などで経口摂取量が著しく低下している場合には補液を行うといったように原則的な対処方法は非常にシンプルである。イベルメクチンのように効果が確認されていない³⁾にもかかわらずメディア等であたかも特效薬であるかのように大々的に取り上げられる治療法もあるが、城東エリアでは、厚生労働省による診療の手引き²⁾やUpToDate®のような信頼に足る二次文献で推奨される治療から大幅に逸脱した治療がされた患者はいなかった。これは当法人が、あらかじめCOVID-19についての学習会を行い、特に診療の依頼が多かった城東エリアの常勤医では法人内Social Networking Service (Google chat)でグループを作り治療方針などの情報共有・相談をすることで規範的統合がなされていたことが要因であったと考えられる。

診療形態の特徴として往診の割合が7%と著しく低かった。当法人は第5波に際する基本方針として、「災害医療としてより多くの地域住民の命を救う」ことを確認していた。限りある医療リソースを効率よく利用するために、意識障害が疑われる場合や、経口摂取量が著しく少なく点滴が必要な場合を除いて可能限り電話・オンライン診療とする方針としていた。城東エリアでは多い日には1人の医師が5～6名の新規COVID-19患者の対応をしつつ、各クリニックで10名程度のフォローアップを行っていた。全例往診をすれば全身状態の把握や血液検査の施行など、個別にみればよりきめ細かな医療を提供できた可能性はあったが、通常診療を継続しつつ、保健所から受けた依頼をすべて断らず対応することができたのは、基本方針を共有できていたからであろう。

初診後の対応として困難だったことが大きく分

けて2点ある。1点目が特に連日の点滴が必要となった場合の訪問看護事業所の確保と、2点目が酸素濃縮器の確保である。著者らは日頃より多くの訪問看護事業所と連携をとっているが、COVID-19患者にサービスを提供してくれる事業所は各区に2か所程度とごく少数であったため、それらの事業所には多大な負担を強いることになってしまった。特に通常診療と並行しながらCOVID-19患者に対応する場合、往診できる患者数には限度がある。城東エリアでは墨田区のみが保健所と訪問看護事業所が連携できていたため、墨田区内の患者に訪問看護が必要となった場合は業務フローがスムーズであった。第6波に向けて各地域でCOVID-19患者に対応する訪問看護事業所を増やし、リストアップすることは急務であると考ええる。酸素濃縮器に関しては、第5波では東京都、各地区医師会や保健所で確保している分もあったが、COVID-19患者が使用した酸素濃縮器は分解洗浄し時間を置くことが必要だったため、同じ機械を再使用するには数週間かかってしまう状態だった。そのため、業務委託を受けた数日後から、すぐに届けられる酸素濃縮器がないという状況となった。一部の業者は、災害医療としてすでに他地域で前例があったこともあり、分解洗浄なしの再利用に同意してくれた。そのため、当法人はスケールメリットを生かし、使わなくなった酸素濃縮器を回収、他患者へ配送する専門チームを設立することで、中等症Ⅱだが、当日中に酸素濃縮器が手に入らないということを回避することができた。東京の第5波がピークアウトをし始めた2021年9月2日付けで厚生労働省から酸素濃縮器は時間をおかず再使用が可能との事務連絡⁴⁾が出されたため、第6波では酸素濃縮器が不足しないことを期待したい。

なお、第5波までに当法人職員でCOVID-19患者は発生しなかった。COVID-19の対応において自分たちが感染しないことは重要である。法人全体で個人防護服の着脱方法を動画で学習した。訪問診療車に発熱や呼吸器症状などCOVID-19が疑われる患者対応用として、個人単位の個人防護服セット（キャップ、フェイスシールド、N95マスク、2重の手袋、ガウン、シューカバー）、ア

ルコール消毒，室内でグリーンゾーンを作るための使い捨てシート，非接触型体温計，パルスオキシメーター，SARS-CoV-2 抗原検査キット，PCR 検査キット，採血物品セットなどを常備した．一般ゴミとして廃棄できるものはすべて患者宅で廃棄を依頼し，持ち帰る物品は2重にしたポリ袋で密閉した．

第6波にむけて解決しておくべき課題や準備ですべきことはまだ多いと思われるが，第5波で通常診療を継続しながら多くのCOVID-19 患者に対応し，対応患者から死亡者が一人も出なかったことはなによりであった．

文献

- 1) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部，令和3年7月20日付事務連絡，新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」の医療機関への配分について．<https://www.mhlw.go.jp/content/000808472.pdf>
- 2) 厚生労働省，新型コロナウイルス感染症診療の手引き第6.0版，2021年11月．<https://www.mhlw.go.jp/content/000851077.pdf>
- 3) Roman YM, et al. Ivermectin for the treatment of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [published online ahead of print, 2021 Jun 28]. Clin Infect Dis. 2021;ciab591.
- 4) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部，令和3年9月2日付事務連絡，新型コロナウイルス感染症に使用した酸素濃縮器の再仕様について（周知）<https://www.mhlw.go.jp/content/000826843.pdf>

小規模在宅療養支援診療所における COVID-19 初動対策及び連携についての活動報告

石垣聡一郎¹⁾，石垣 泰則¹⁾²⁾

要旨

当院は、COVID-19 のいわゆる「第一波」の際、常勤 2 名及び非常勤医 2 名、看護師 3 名、事務職員 4 名の合計 11 名にて運営する小規模な在宅療養支援診療所であった。このような小規模な在宅療養支援診療所において、初動時に行うことができた対策及び限界について活動報告を行う。

キーワード：地域連携、診療連携、BCP

はじめに

当院は、COVID-19 のいわゆる「第一波」の際、常勤医 2 名及び非常勤医 2 名、看護師 3 名、事務職員 4 名の合計 11 名にて運営する小規模な在宅療養支援診療所であった。このような小規模な在宅療養支援診療所において、初動時に行うことができた対策及び限界について活動報告を行う。

基本方針

1) 基本方針の策定に際して

当時は COVID-19 の概要も把握できておらず、第 1 回目の緊急事態宣言が近づいてきても、中々対策を打ち出すことができなかった。その中で、宮本雄気医師が作成した「在宅診療・居宅訪問における COVID-19 診療について（ダイジェスト版）」を閲覧することができた¹⁾。作成時点での

COVID-19 に対するエビデンス並びに明瞭な分析及び患者において対応可能な現実的な措置、個人用防護具（Personal Protective Equipment：PPE）の着脱方法についてまで、非常に丁寧かつ幅広くフォローされていた。そこで、宮本医師が所属する医療法人双樹会よしき往診クリニック院長の守上佳樹院長に連絡を取り、宮本医師作成資料の使用許可を依頼したところ、ご快諾いただいた上、当院と連携する診療所や訪問看護ステーション等の各事業所にも資料配布の許可をいただき、講演動画まで送付いただいた。これにより、当院は宮本医師作成資料をベースとして、COVID-19 対策の基本方針の策定に入った。

2) 基本方針の策定時に留意したこと

職員の感染防止及び濃厚接触者になること、それに伴う診療所機能の停止の回避に主眼を置き

¹⁾医療法人社団悠輝会コーラルクリニック

²⁾医療法人社団仁生堂大村病院

著者連絡先：医療法人社団悠輝会コーラルクリニック

〒113-0033 東京都文京区本郷 4-1-7 第2近江屋ビル 301

電話：03-5844-3133 e-mail：info@coralclinic.jp

た事業継続計画（Business Continuity Planning：BCP）。医事職員などテレワークが可能な者についてはテレワークに切り替え、出勤する職員数を極力減らした。当院は常勤医 2 名による診療が基本であったので、チームを 2 つに分けた。これは、万一 1 つのチームに感染者が出たり、濃厚接触者が出て診療が不可能になったりしても、もう 1 つのチームにて診療を継続できるようにするためである。チーム構成は常勤医・看護師・運転手の 3 名 1 組であった。非常勤医についても出勤停止とし、常勤医が感染したり濃厚接触者になったりした際のバックアップを依頼することで、診療が完全に停止するような事態は避けるよう努めた。

2 つのチームが接触をすることは厳禁とし、食材補充のためにクリニックに立ち寄る際にも、必ず他チームとクリニックに連絡を行い、他チーム及び出勤している職員（1 名）がクリニック内にいないことを確認することとした。

当時のスケジュールは、朝に運転手が医師と看護師を自宅まで迎えに行き、そのまま診療開始する。診療を休憩なく行い、1 日の訪問予定が終了したら医師と看護師を自宅まで送りに行く。他事業所への FAX 等については、クリニックに出勤している事務職員に連絡して送信してもらうか、オンラインでの FAX 送信とした。夕方に全職員参加の上、Face Time にて会議を行い、情報共有の徹底を図った。

なお、37.5℃以上の発熱者が出た場合には、診療スケジュールをその日の最後として、防御服を装着したうえで診療を行い、他の患者宅への感染症リスクの低下を図っていた。

3) 基本方針の概要

前記のような点を留意しつつ、職員向け、事業所向け、患者向けの 3 種の文書を作成し、対応の統一性を図った。

① 職員向け

職員に対しては、マスク装着の義務付け、消毒及び換気の徹底、毎朝の体温報告、発熱時の出勤厳禁、チーム職員以外との接触回避を指示した。基本的には、他院と同様の感染症対策となっていると思われる。

出勤回避の判断については、宮本医師作成資料

に記載のあったリスク分類に従い、基準を明確化した。その上で、当時は科学的知見が乏しかったこと、社会情勢が極めて流動的であったことを踏まえ、指示が朝令暮改になる可能性が高いことを宣告したうえで、指示システムを徹底し、新たな知見を踏まえた変更された指示にも従ってもらうことを徹底した。また、感染症対策の経験がある看護師が在籍していたこともあり、当該看護師から院内の感染症対策については指揮してもらうこととした。事前によき往診クリニックとの連携が取れたこと、感染症対策の経験豊富な看護師が在籍していたことの 2 点は当院が幸運だったといえよう。

② 事業所向け

事業所に対しては、当院の上記対応を基本方針として文書化した。併せて、守上院長及び宮本医師からの許可をいただいた上で、宮本医師作成資料の共有を行い、協働する事業所においてもクラスター発生の回避に努めた。また、緊急事態宣言期間中は、既存患者の対応に集中するために新患は受け入れないことも通知した。宮本医師作成資料の情報提供の依頼数は多く、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、薬局を中心に資料を送信し、他事業所とも連携しながら初動の感染症対策を進めることができた。

③ 患者向け

患者に対しては、前記のように診療体制が変更になることに伴い、主治医が一時的に変更されること、診療時間も変更することを伝えた。また、訪問前の体温確認、マスク装着及び換気の依頼を徹底した。37.5℃以上の発熱や呼吸器症状が出現した場合には、事前に問診を行ったうえで、「新型コロナ受診相談窓口」に受診判断を仰ぎ、受診不要となった場合でも診療スケジュールを 1 日の最後に変更し、防御服等の対策を行ったうえで診療を行うこと、そのような状態になった場合には介入している各事業所へ連絡をすることを伝え、了承してもらった。幸いにも、COVID-19 の感染者は発生しなかったが、緊急事態宣言期間中に 37.5℃以上の発熱が出た患者は 3 名おり、上記の対応を行った。

効果と限界

1) 効果

指針を比較的早期に策定できたことにより、緊急事態宣言期間中も診療を継続することができた。そして、幸いにも第一波においては、職員及び患者に感染者は出ることなく過ごすことができた。これは、職員が感染症対策の基本方針を遵守し、各事業所、患者及び家族による協力体制を構築できたこと、宮本医師・守上院長との早期連携が図れたことが大きい。それにより、当院がある程度、地域における感染症対策を主導することができた。日頃からの関係性の構築が、このような緊急事態の際に極めて有用であることを確認できた。

2) 限界

当院のマンパワー及び情報収集能力では、COVID-19の客観的なエビデンス収集及び分析はできなかった。また、人員体制の余裕もなかったことから、新患受入を一時的にせよ中止せざるを得なかった。さらに、緊急事態宣言期間中の診療体制及び運営に際しては、一部のスタッフに業務が集中してしまった。

今回のようなパンデミックを想定していなかったこともあり、連携が図れなかった場合には、分析及び対策立案が大幅に遅れていた可能性も否めなかった。対策として、オンライン環境の整備を強化し、より接触が少なくても運営できるよう努めている。

おわりに

当院のような小規模診療所では、緊急時の対策を誤ると診療所の存続にも影響しかねない。薄氷を踏むことの連続ではあったが、他院との連携により第一波から迅速に対策を立てることができ、院内からは感染者を出すことなく現在まで診療所を運営できている。学会活動などを通じて、他院

や他事業所との連携及び緊急時に情報共有を依頼できるような関係構築の必要性和重要性を再認識した。

文献

- 1) 在宅診療・居宅訪問におけるCOVID-19診療について（ダイジェスト版）<http://jinyukai.jp/nagayamahoukatsu/wp-content/uploads/2020/09/bde749e77d-fe66df2005842204140810.pdf>（2020年3月28日閲覧）

参考資料

今後のBCP策定に際して参考となる資料については、下記をご参照されたい。

- ①東京都福祉保健局、医療機関の事業継続計画（BCP）策定ガイドライン

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kyuukyuu/saigai/zigyokeizokukeikaku.files/iryoukikann.pdf>

- ②一般社団法人日本在宅医療連合学会、COVID-19関連情報内「新型コロナウイルス感染症における事業計画作成マニュアル」

<https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/20210203bcp.pdf>

- ③国立研究開発法人国立国際医療研究センター国際感染症センター、「新型コロナウイルス感染症発症時における診療継続計画書ひな形」

https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fdcc.ncgm.go.jp%2Finformation%2Fpdf%2FCOVID-19_BCP_20210226.docx&wdOrigin=BROWSELINK

情報連携とオンライン診療を活用した COVID-19 患者の 自宅療養フォロー

小倉 和也*

要旨

八戸地域は約 23 万人の中核市として保健所を設置している八戸市と、医師会を同じくする三戸郡など周辺町村を合わせた約 35 万人の医療圏を構成している。圏域では八戸市内の三つの機関病院をはじめ、町村部と市内のいくつかの病院が COVID-19 患者の入院を受け入れている。自宅療養者のフォローについては市・医師会・医療機関が協議を重ね検討してきたが、2021 年 8 月の第 5 波においてこれを急遽漸次稼働させ対応することとなった。以下その内容について会員の各地域での体制づくりに資することを願い報告する。

八戸地域での ICT 連携

今回の体制づくりの前提として、八戸地域において平時から進めていた在宅医療・介護連携推進事業において ICT 連携と多職種連携の取り組みが基盤になった。八戸地域では 2015 年から在宅医療・介護連携のための医療介護職の連携チーム connect8 が活動を開始し、月一回の事例検討会および ICT ツールを用いた情報連携を推進してきた。2018 年からは八戸市の在宅医療・介護連携推進事業の一環として、この取り組みをはじめ地域包括ケア・地域共生社会の実現に取り組む NPO 法人 Reconnect が市からの委託を受けて運用している。NPO 法人と医師会では、事例検討会をはじめとした研修会や ICT 連携ツール MeLL+community（株式会社ワイズマン提供、以下 MeLL+ と記載）を用いた情報連携や

各種相談プラットフォームの提供などを行っている。2021 年 12 月現在、登録 295 事業所、登録スタッフ 1,451 名が延べ 4,300 人以上の患者・利用者を連携でフォローし、年間アクセス数は 150 万回を超える活用状況となっている。

新型コロナ対策における ICT の活用

新型コロナウイルスの感染拡大に伴い八戸地域では市・市保健所・県が設置する三戸地方保健所・八戸市医師会（八戸市および三戸郡の医療機関で構成）・地域の基幹病院からなる新型コロナ対策特別委員会が結成され協議を進めて来た。令和 2 年 12 月からは前述した ICT ツール MeLL+ の掲示板形式の会議室への書き込みにより随時意見交換を開始し、2021 年 3 月からは MeLL+ と連動した Zoom を活用したハイブリッド形式で対策会

*医療法人はちのへファミリークリニック

著者連絡先：医療法人はちのへファミリークリニック

〒031-0072 青森県八戸市城下 4-11-11

電話：0178-72-3000 e-mail：ogura@hachifc.jp

議を行っている。

また、自宅療養者の発生に先立ち、宿泊施設での療養については県が主体となり八戸市内の宿泊施設において2020年12月から開始している。宿泊施設の運用にあたってはMeLL+による情報連携とオンライン診療を活用し、自宅療養・宿泊療養対象者情報共有シートをスキャンして取り込むことで共有し、健康観察の記録も共有の上必要に応じてオンライン診療でフォローする体制を採用した。

第5波をきっかけとしたICT情報連携とオンライン診療の活用

本年8月15日からのお盆休み期間に、八戸地域でもCOVID-19患者が急激に増加し、自宅療養者も数日のうちに300名を超える事態が生じた。それによりトリアージのための受診待機および療養形態決定待ちの患者が毎日急激に増加し、その間に医療介入が必要となる事例が生じた。そのため、MeLL+内で情報共有シートを作成の上必要時はExcelなどで出力・印刷可能な機能を装備し、トリアージ受診や療養形態の決定を待たず、陽性確定後保健所にて情報共有シートの共有を開始した。その後保健所による健康観察の内容をMeLL+に入力し、オンライン診察を要する場合は医師会を通じて手配したオンライン診療可能な医療機関に連絡し診療することとした。診療内容もMeLL+に入力して保健所とも共有の上、入院などが必要な場合は入院先の医療機関でもこれらの情報を共有し対応している(図1, 2)。

また、オンライン診療を行なった上で必要時は訪問診療や訪問看護による医療提供や、在宅での酸素使用も可能になるよう、自宅設置対応可能な業者を確保し担当者のワクチン接種を進めるなど体制を準備した。訪問に際しては、MeLL+に入力された住所表示がGoogle Mapと連動するため、これを用いてナビゲーション機能を活用することができ、訪問診療時同様これを用いることを想定し準備した。

薬局・訪問看護との連携とバックアップ体制

自宅療養者のフォローにおいては、診療後薬を処方する場合が多く、その配達や服薬指導が問題

になる。これを想定し、普段から在宅患者への薬剤配達や訪問薬剤管理指導を行っている薬局と相談し、平時の在宅患者同様MeLL+を用いた情報共有および必要時はオンラインや電話による服薬指導を行う体制を準備し対応した。

また、訪問看護も平時同様MeLL+を活用し、必要があれば訪問し、さらに必要な場合はDoctor to Patient with Nurseの携帯でのオンライン診療やオンラインでの聴診(株式会社シェアメディカルのネクステート・シナプスを使用)も可能な体制を整備した¹⁾。

さらに、自宅療養者への訪問看護などで訪問看護ステーションに感染者が出た場合などにも備えるため、八戸市医師会内に設置された八戸地域訪問看護協会を通じて休業が必要なステーションが代替するステーションを確保し、MeLL+を用いた情報共有とオンラインによるサポートが受けられる体制も整備している。

オンライン診療の適切な活用

2021年8・9月の2か月間に、宿泊療養者244名に449回、自宅療養者のうち希望者87名に100回のオンライン診療を行なった。そのうち宿泊療養者17名、自宅療養者10名が入院となった。入院の判断はほぼ全てがSpO2の安静時93%以下への低下または、英国などのオンライン診療で有効性が示されている1分間の運動によるSpO2の低下の有無を基準とする1-minute sit-to-stand test (1MSTST)を基準とし、この基準を満たした患者は全例入院時肺炎が確認された²⁾。

入院の調整は当初市保健所が行うこととされていたが、保健所業務の逼迫もあり、早期から宿泊・自宅療養および入院を担当する医療機関の医師同士の連携で入院を決定し、保健所に報告する形を取ることもあった。

平時同様オンライン診療には自ずと限界があるが、必要に応じ対面での評価や画像検査などが可能な体制と基本情報・健康観察などの経過が共有できることが適切な活用に繋がると考える。

考察：課題と第6波に向けて

COVID-19患者への医療提供においては、重症

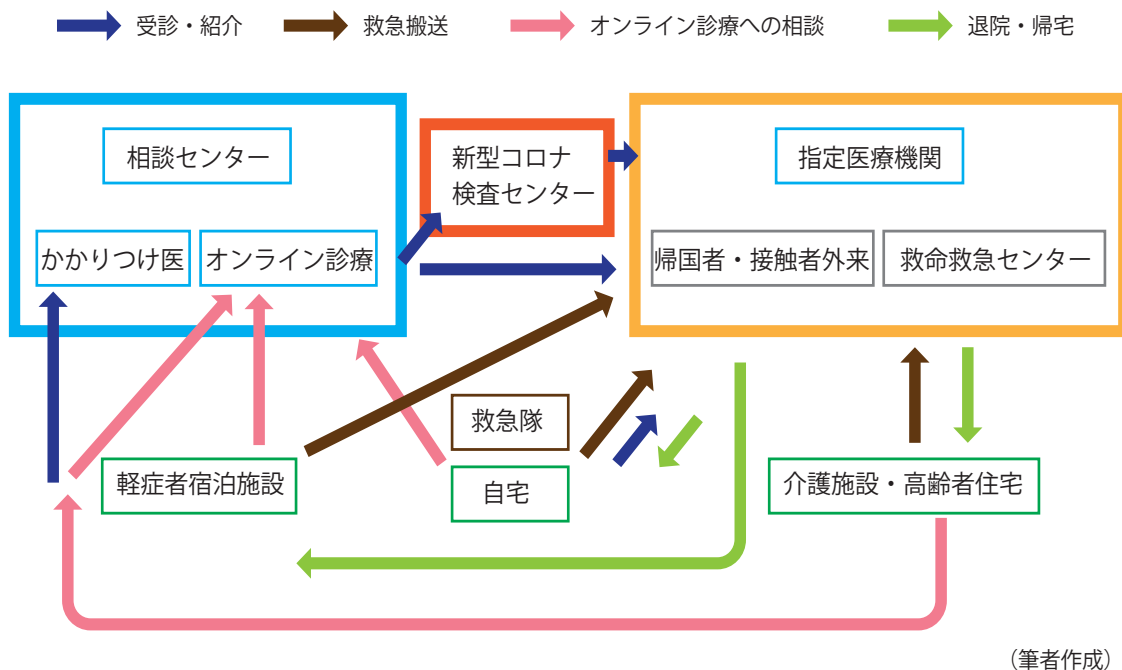


図1 八戸地域コロナ診療連携体制

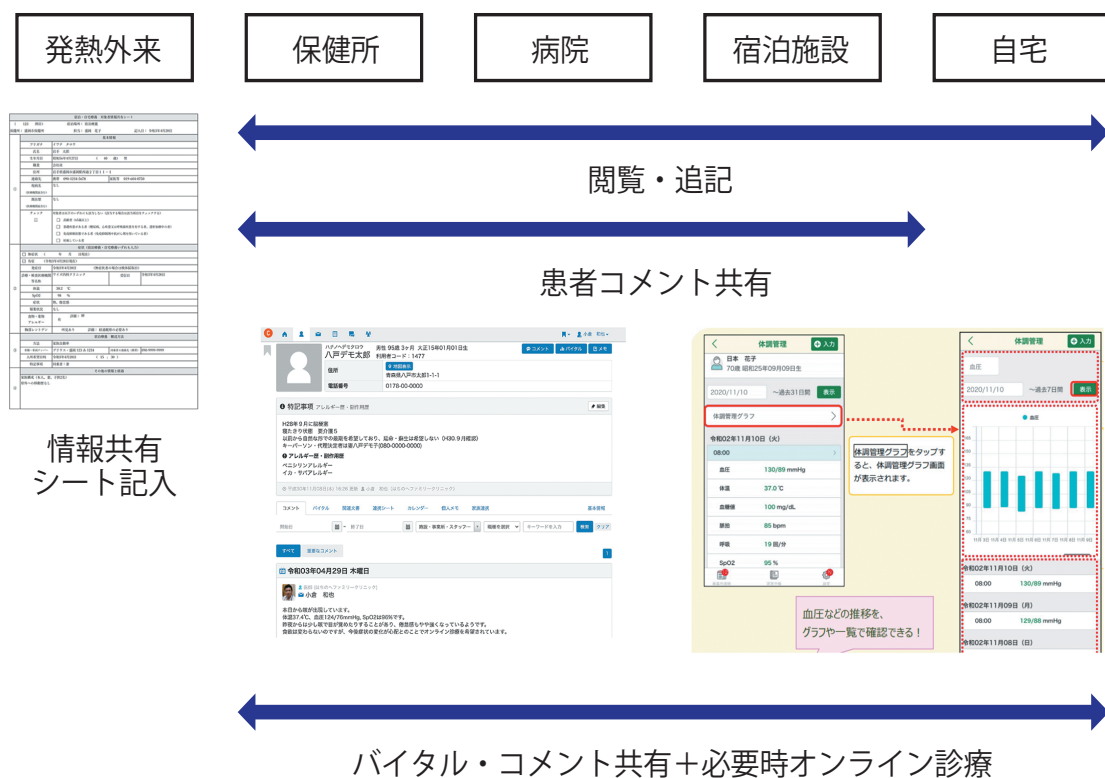


図2 情報共有・診療の流れ

者より軽症者が圧倒的に多いことから、地域の限られた医療資源を有効に活用するために、自宅療養・宿泊療養患者のフォローをいかに行うかが鍵となる。今回構築したしくみにより、中等症疑い患者の病院への紹介時には MeLL+ の情報閲覧権限を付与することで、迅速な連携が可能となった。また、宿泊療養から自宅療養へ移行する場合でも、自宅で用いるアプリの紹介をするだけで、退所後も入所中同様に状態確認と必要時のオンライン診療が可能となった。このような形で保健所・基幹病院・診療所が連携することにより、第5波を通じ中等症以上の患者は全例入院にて治療することを可能にした。

同じ医療圏で宿泊療養施設も共用していながら、自宅療養者フォローの主体が県の管轄のためこのしくみが運用できていない周辺地域の療養者に対するフォロー体制の整備が課題となっている。

文献

1) 八戸地域訪問看護協議会

http://www.hachinohe.aomori.med.or.jp/ishikai/houkankyoku/renkeisys.pdf?fbclid=IwAR1VFWt9OH4KUqnqV_YkYgo3op8azyxPZ1KvfgmHVfXZLHc-F96YCEUZneXE



2) 【識者の眼】「新型コロナ自宅療養での中等症の見分け方（小倉和也） Web 医事新報（日本医事新報社）」

<https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=17809>



地域包括ケアシステムを念頭においた COVID-19 対策の現状

蘆野 吉和*

要旨

2021 年 12 月までの山形県庄内地域での COVID-19 対策において、庄内保健所は地域包括ケアシステムを意識した地域連携体制を構築しつつ対応を行った。今回、その対応の軌跡について報告する。

キーワード：新型コロナウイルス感染症，地域包括ケアシステム，保健所

COVID-19 strategy with the community-based integrated care system in mind in the Shonai area of Yamagata prefecture.

Yoshikazu Ashino*

Abstract

Till December 2021, during the implementation of COVID-19 preventative measures in the Shonai area of Yamagata prefecture, the Shonai Health Center responded while building a regional cooperation system that was conscious of the community-based integrated care system. In this report, I will report on the trajectory of the response.

Key Words : COVID-19, the Community-based Integrated Care System, health care center

はじめに

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の日本第 1 例目は 2020 年 1 月 15 日に発生届が出されたが、山形県では 2020 年 3 月 31 日に第 1 例目の発生届が出されている。その後日本全体で第 1 波から第 5 波の感染蔓延の波があり現在に至っている。その対策は各地の保健所を中心に行われているが、今回、2020 年 7 月に保健所所長として就任した私の地域の約 1 年半の対応を振り返る。

COVID-19 対策の基本方針

私の約 42 年間の臨床現場での活動，そして後期約 30 年の在宅医療の臨床現場から離れて保健所という行政組織に身を転じたのは，地域包括ケ

*山形県立庄内保健所

*Yamagata Prefectural Shonai Health Center

著者連絡先

山形県立庄内保健所

〒997-1301 山形県東田川郡三川町横山袖東 19-1

電話 0235-66-4736 e-mail: ashino52@gmail.com

アシテム構築を行政の立場で進めるためである。

このこともあり、また、2009年の新型インフルエンザ感染症での経験もあり、COVID-19の蔓延での対応方針として、①感染症を起因とする広域災害としても認識し、保健所においては積極的疫学調査により感染拡大阻止対策とともに「健康危機管理」体制を構築する、②健康危機管理体制の構築のために、保健所が中核となり、地域の関係する組織と団体の連携による協働対応体制を作りあげる、そして、③この機会に地域包括ケアシステム構築を進める、の3つの方針を胸に抱き、庄内地域での第2波～第5波の指揮をとった。

庄内地域における COVID-19 発生状況

私が関わっている山形県庄内地域は人口 26 万人の日本海に面し背後を山に囲まれた地域である。この地域に於ける COVID-19 の蔓延は、第1波が2020年4月（陽性者 11 名）、第2波が同年

11月～2021年1月（陽性者 157 名）、第3波は2021年4月～5月（陽性者 196 名）、第4波はなく、第5波が同年7月から9月（陽性者 304 名）があった（図1）。ここでは私が指揮をとった第2波以降についての対応を記述する。

庄内地域における COVID-19 対応

1) 第2波：第2波は酒田市で多発的に始まり、最終的に酒田市と三川町二つの精神病院の3つの病棟で広がり収束した。病院の感染者が多かったため、二つの病院ともに、それぞれの病棟で隔離することとなったが、発生初期から酒田市、三川町、鶴岡市、庄内地域の2つの医師会（酒田地区医師会、鶴岡地区医師会）、日本海総合病院、鶴岡市立荘内病院、鶴岡協立病院、県立こころの医療センター等、山形県調整本部がWeb会議を連日行い、情報共有と協働対応を行った。この協働対応には、ICNの派遣、職員に対する励ましのメッセージの配信、職員宿泊施設の提供、看護師の派

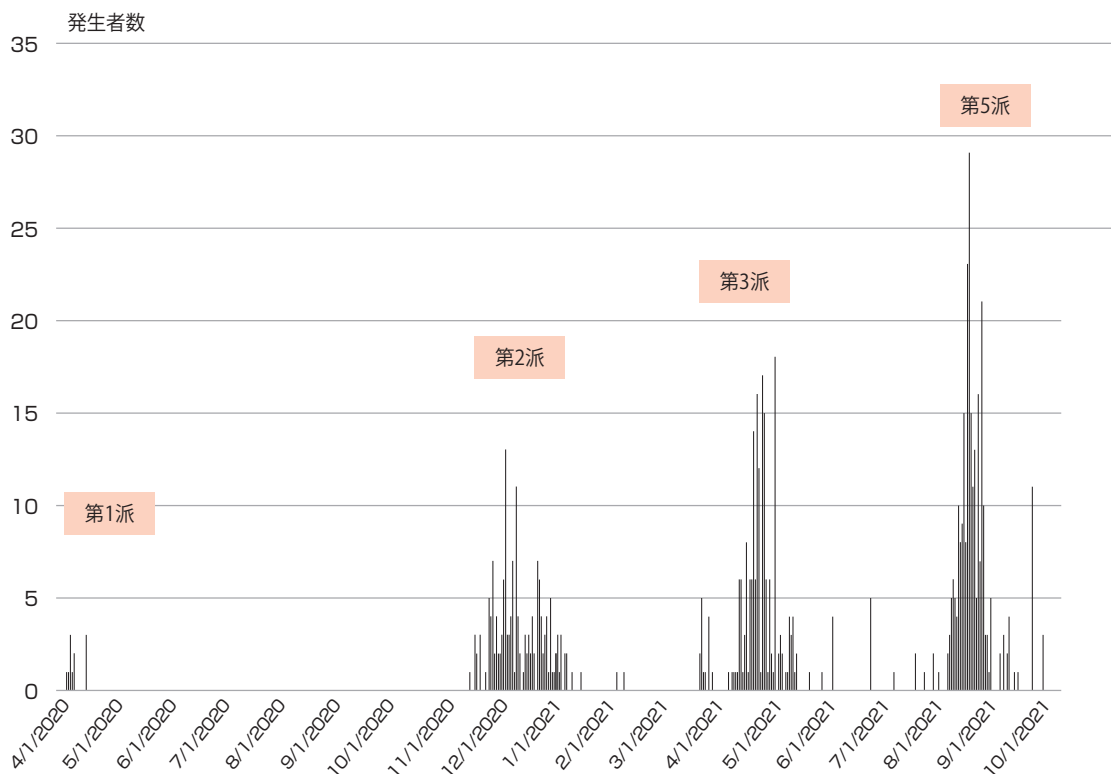


図1 庄内地域での COVID-19 発患者数

遣等がある。なお、迅速にこれらの協働ができるよう、7月～10月にかけて各団体に挨拶にまわり COVID-19 に対しては情報共有のもとで一緒に活動することを確認した。

2) 第3波:第3波は、2021年4月に変異株（アルファ株およびデルタ株）によりもたらされ、こども園と酒田市のある地域でのまん延そしてスポーツ高として全国的に有名な高校のクラスターが主体となった。ここでも、当該高校の校長を含め、庄内地域の全ての行政（2市3町）の担当者、二つの地区医師会、回復期リハビリテーション専門病院を含めた病院群との Web 会議による情報共有と協働での対応を行った。なお、この第3波では、陽性者の都合による自宅療養者が多くでたため、自宅療養者への医療支援（地区医師会会員による電話診療）について、地区医師会との協議を行い、また、必要な薬剤の配送と薬剤指導のため地区薬剤師会との協議を行い、その体制を確立していた。

3) 第5波:この第5波は7月下旬から始まり、これまでで最大の陽性者が発生した（図2）。これら陽性者に対し、二つの病院での入院および外来

トリアージと、適応のある陽性者に対する中和抗体療法の実施、そして自宅療養者への電話診療による医療支援など地域ぐるみの対処が行われた。

COVID-19 対応における地域連携の課題

以上の対応が全て円滑に進んだわけではなく、保健所部門間の連携および地域連携の経験の少なさという壁があった。しかし、第2波以前に地域の市町行政、地区医師会、病院への所長就任の挨拶回りにおいて、COVID-19 における連携を呼びかけ、第2波において感染症対策担当保健師が自分達だけでは対応できないことを認識した時点で保健所の他の部門や市町保健師の業務参入をはかり、第5波以前に地区医師会との自宅療養者への医療支援体制の確認をとっていたことにより、常に体制破綻ぎりぎりのタイミングで、その危機を利用してステップアップできた。

そして、もう一つの重要な課題は情報共有である。保健所が調査した情報の共有がないと連携ができないことは明らかで、個人情報を含めて、地域全体の感染状況を関係機関が適時適切に共有する工夫が必要である。

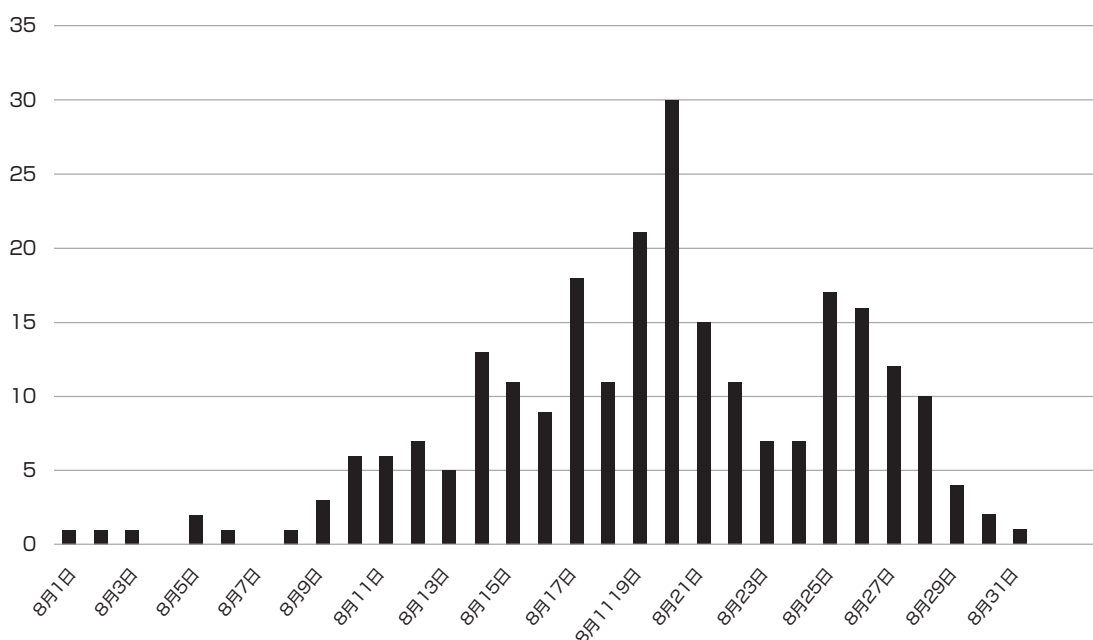


図2 庄内地域 第5波での陽性者数

地域の感染症対策は保健所の重要な業務ではあるが、COVID-19 が拡がり出した時点で、保健所が行うべきもう一つの重要な業務である健康危機管理体制の構築を行う必要があったと思われる。この健康危機管理とは災害時における地域連携体制の構築とその調整であり、感染症に対する地域包括ケアシステムに相当するものであると考えられる。現在、厚生労働省の通達もあり、第6波に向け、多くの保健所が今その体制構築を図りつつあるものと思いたい。

まとめ

当初より、庄内地域における地域包括ケアシステム構築を念頭においた COVID-19 対応をはかることで、事態が悪化するごとに、保健所内のみならず、地域の地域包括ケアシステムに関わる団体の連携の拡大と強化を図ることができた。現時点ではまだ解決すべき課題があるが、COVID-19 が地域連携を進める大きなきっかけとなったことは確かである。

新型コロナウイルス感染症による活動自粛が認知症の 家族介護者に与える精神的影響に関する質的研究

中島 園美¹⁾，松井左知子²⁾

要旨

新型コロナウイルス感染症のパンデミック状況下、在宅で認知症の人を介護している家族介護者の活動自粛による気持ちの変化に焦点を当てインタビュー調査を行い、精神的健康に影響する要因を探索、考察した。半構造化面接を実施し、グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析する質的研究を行った結果、“精神的不安”、“リモートの問題点”、“困難な状況下での支え”、“困難な状況下での工夫”という4つのカテゴリーグループが生成された。家族介護者は、家族や近隣の人とのつながりを支えとしたり、状況理解が難しい認知症の人の心身安定のためにも自身の認知や気持ちを意図的にコントロールしていることが明らかになった。

背景と目的

新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより、様々な活動の自粛が求められており、本学が開催している認知症高齢者と在宅で介護を行っている家族介護者支援を目的とした認知症カフェも同様に休止となっている。この新型コロナウイルス感染症で地域の通いの場を利用していた認知症の人や家族介護者らは、居宅で長い時間もることを余儀なくされ、楽しみや悩みを共有する機会が失われ、孤立化という問題が懸念される。また、家族介護者の介護ストレスが深刻化していることが報告されている（読売新聞, 2020）¹⁾。介護者のストレスが認知症の人に影響し怒りっぽくなるなどし、この状況下でさらに介護者が追い詰められ

るという悪循環が生じることが危惧される。

今後この状態が続くことが予測されるため、どのような支援が可能であるかを早急に検討していくことが急務と考えられた。そこで、本研究では、“どのような支援が求められているか？”を探索するために、まず当事者に新型コロナウイルス感染症のパンデミックによる活動の自粛による気持ちの変化に焦点を当てインタビュー調査を行い、家族介護者の精神的健康に影響する要因を探索、考察した。在宅で介護している家族介護者と認知症高齢者を支援する機関でこれらの知見を共有することで、家族介護者及び認知症高齢者の孤立化の予防に貢献できると考える。

¹⁾ 神戸薬科大学臨床心理学研究室

²⁾ 認定 NPO 法人認知症予防ネット神戸

著者連絡先 神戸薬科大学臨床心理学研究室

〒658-8558 兵庫県神戸市東灘区本山北町 4-19-1

電話：078-441-7584 e-mail：nakajima@kobepharmaceutical-u.ac.jp

研究方法

1. 質的研究法の採用について

Hanger & Helm (1994) は、質的研究法が特に貢献できる領域として、当事者にとってのその現象の意味や見方の研究や新たな領域もしくはあまり探索されていない現象の研究などを挙げている²⁾。新型コロナウイルス感染症のパンデミックは新たな状況であり、当事者である家族介護者への影響を明らかにすることを目的とした研究には質的研究が適しているといえる。そして、精神的变化の過程と要因を詳しく検討し、共通するモデルを生成するために、帰納的研究法である質的研究法を採用した。また、客観性を担保するために、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Strauss & Corbin, 1990) (以下、GTA) を用いて分析を行った³⁾。

2. 調査協力者

調査協力者は、本学で開催されている認知症カフェに参加し、在宅で介護をしている家族介護者4名(女性3名・男性1名、平均年齢73.5歳)である。調査協力者の概要を表1に示す。

3. 調査時期

調査は、2020年6～7月に実施した。

4. 手続き

リサーチクエスションを「活動自粛による気持ちの変化に何が影響したか?」とし、それを基にインタビューガイド(表2)を作成し半構造化インタビュー調査を実施した。インタビュー内容はICレコーダーで記録を行った。インタビューは個別で行い、時間は60分前後とした。分析方法は、音声記録から作成した逐語録をデータとし、GTAを用いて分析を行った。

倫理的配慮

研究協力者には、研究の趣旨などを説明し、事前に調査協力への同意を得た。面接時に研究協力者に研究の趣旨、方法、調査協力への自由意志、個人情報の守秘についての説明を口頭と書面で行い、書面による同意を得た。また途中で中断しても何らかの不利益を被らないことを説明した。収集されたデータの保管管理、結果の公表に対しては個人情報を保護することを徹底した。本研究は、

「神戸薬科大学における人を対象とする研究倫理審査委員会」による承認を得て実施した。

結果と考察

家族介護者の語りの分析結果、“精神的不安”、“リモートの問題点”、“困難な状況下での支え”、“困難な状況下での工夫”という4つのカテゴリーグループが生成された(表3, 図1)。“精神的不安”は、【新型コロナウイルス状況下での恐れと不安】を徐々に持つようになり、それとともに【認知症の家族への感染や体調の崩れへの心配】も増し、他者との接触を回避し【人とのコミュニケーションの消滅】も生じ、状況が長引くにつれ【デイサービスの休止の恐れ】や【情報による不安増大】で【家族介護者自身の身体的精神的な崩れ】も生じた。孤立を防ぐためにリモート利用が提案されているが、“リモートの問題点”は、【オンラインでの手間や面白みのなさ】であった。“困難な状況下での支え”は、電話による直接的やり取りや家族の存在という【別居家族(子ども)の支え】、そして【夫婦の絆の再確認】があった。また、短いやり取りであるが、近隣の人だからできる【直接のやり取りや気遣いによる安心感】があり、【家族以外の人の見守りによる安心感】も精神的安定に大きく影響していた。“困難な状況下での工夫”がパンデミックの長期化により生じ、開き直りの気持ちや自分よりもっと大変な人がいるといった【自身の認知や感情のコントロール】を強めていったことが推測された。

まとめ

家族介護者は、家族や近隣の人とのつながりを支えにしたり、状況理解が難しい認知症の人の心身安定のためにも自身の認知や気持ちを意図的にコントロールしていることが明らかになった。

この知見より次の2点が提案される。1つは、近隣の人とのつながりのための「地域コミュニティ創り」であり、2つ目は、体験や工夫を語り合う機会を提供し、様々な視点や認知の仕方のロールモデルの獲得を促すことである。

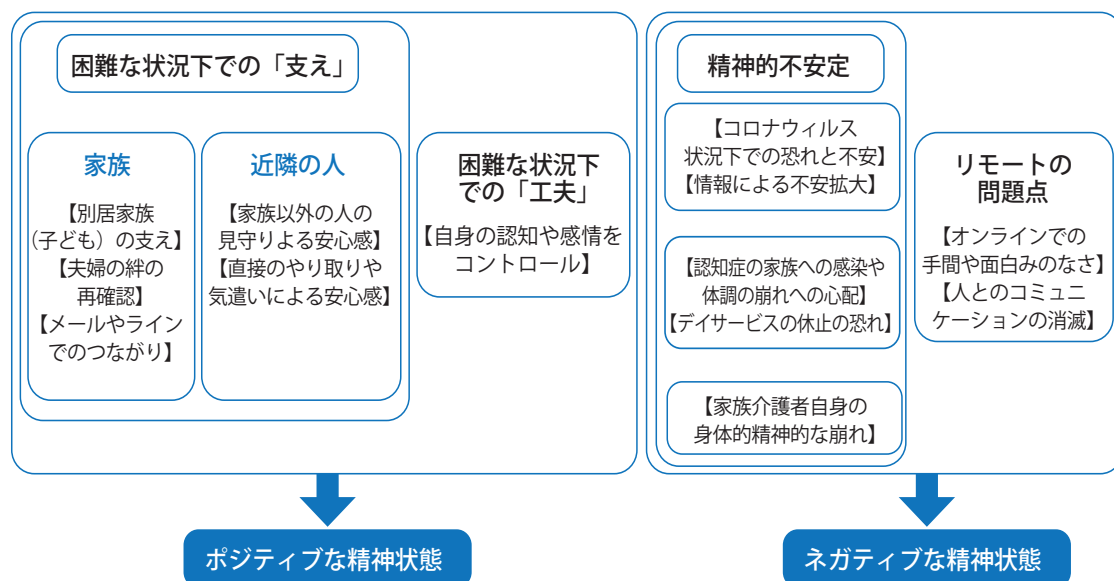
表1 調査協力者の概要 (n=4)

家族介護者	年齢	性別	介護対象者との続柄 介護対象者の年齢	家族構成 居住形態	別居家族	活動内容
No.1	71	女性	夫・73	夫婦2人同居	子ども3人 (介護対象者) (家族介護者) (共通)	スーパーへの同行 友人との会食 認知症カフェなどの集まり 孫との面会・ウォーキング
No.2	70	男性	弟・73	独居 別居	— (家族介護者) (共通)	外出や飲み会 2ヶ月に1回の募参り
No.3	79	女性	夫・78	夫婦2人同居	兄弟姉妹 (介護対象者) (家族介護者) (共通)	スーパーへの同行 スポーツクラブ 認知症カフェなどの集まり
No.4	74	女性	夫・76	夫婦2人同居	子ども2人 (共通)	認知症カフェなどの集まり 孫との面会

表2 インタビューガイド

リサーチクエスション「活動自粛による気持ちの変化に何が影響したか？」

領域	知りたい事柄	具体的な質問
気持ちの変化	心身の変化	「気持ちの変化と体調の変化をお聞かせいただけますか？」
	ネガティブな気持ちへの 変化のきっかけ	「(ネガティブな) 変化のきっかけになった出来事は 何でしょうか？」
	ポジティブな気持ちへの 変化のきっかけ	「(ポジティブな) 変化のきっかけになった出来事は 何でしょうか？」
つながりによる 心情への影響	方法	「外出自粛中にどのような“つながり”を実行しましたか？」



【 】 はカテゴリー、それ以外はカテゴリーグループ

図1 家族介護者の活動自粛後の精神的影響・経過についてのカテゴリー関連図

表3 カテゴリーグループ、カテゴリー、概念と語りの一部

カテゴリーグループ	カテゴリー	概念	語り（一部）
精神的不安	コロナウィルス状況下での恐れと不安	コロナウィルスへの恐れの継続	「待合室で支払いでも、みんな離れて、ここ座らないでくださいやから。入り口でも手消毒と熱計りで中へ。～そんなんがあるから余計、怖かった」
		怖いという認識への変化	
		これから先どうなるんだろう	
	情報による不安増大	情報による不安増大	「うちの場合はしんどかったです。ことごとく報道されてるから」
		情報に対して一喜一憂	「LINEとかでくるし、それをパスしないで割と真剣に見てしまうというか、そういう意味ではネット情報っていうのはよく、お互い、行きかっているから情報が～一喜一憂はして」
		高齢者がものすごい重症化すると言う情報	
	認知症の家族への感染や体調の崩れへの心配	認知症の家族への体調管理の緊張感	「夫のことも考えなあかんから、その緊張感はずっと今でもある」「常に自分一人で頑張らないといけないうって緊迫感、持ってるから」「私がうつったらえらいことになるからそれで余計」
		認知症の家族への感染の心配	
	デイサービスの休止の恐れ	デイサービスのクローズの恐れ	「すごい心配したんですけど、私ところが行ってる所はずっと聞いてたから助かりました」「ずっと、一緒に夫といるときは演じてることが割と多いですね」
		ずっと一緒にいることへの疲れ	
	家族介護者自身の身体的精神的な崩れ	自身（家族介護者）の運動不足による運動能力の低下	「でもなんか知らないけど疲労感。これから先どうなるんだろうっていうストレスと、気が付くと家で閉じこもることが多くて体動かさないですね」
		自身（家族介護者）の体調の崩れ	
		自身（家族介護者）の精神的な疲れ	「友達とランチすることが多かったんです。それが遮断されたということで、精神的にそれがすごく支えられてたというのが分かるし、～だからそういうのが全部ばつになってしまって」
		人と遮断された状況	
		同じ認知症の知り合いの死によるダメージ	
リモートの問題点	人とのコミュニケーションの消滅	人とのコミュニケーションの消滅、接触回避	「コミュニケーションはほとんどなくなりました。あんまりしゃべったらいけないと」
	オンラインでの手間や面白みのなさ	オンラインの面白みのなさ	「なんかこっぴどくしくて嫌やわ。～主人も興味ないみたいやし」
		メールは長いこと時間かかるし、まどろっこしいし。	「電話で済むから。～メールは長いこと時間かかるし、まどろっこしいし」
困難な状況下での支え	別居家族（子ども）の支え	家族（子ども）の思いやりに支えられて	「自分が休んでおやじを見とくからって言うけど、もう気持ちだけで十分という感じ」
		家族（子ども）が、いざとなったとき助けてくれるという安心感	「そうやわ、子どもが何とか、いざとなったらしてくれるんだと思いながら。そうなる気持ち的に楽になります」
		毎日兄妹や子どもと電話	
	夫婦の絆の再確認	コロナで夫婦の絆を確認	「今まで感じなかった夫婦の絆、それをすごく感じて。この人のために私は日々生きてるって」
	メールやラインでのつながり	オンラインでのつながり	「今までなかったグループラインっていうのは結構いくつもつくりました」
	家族以外の人の見守りによる安心感	一緒に見守ってくれる人がいることへの安心	「すごく目、見ると不安そうな目してるから。～そのときにその人が、「～さん、私がいるから大丈夫」って言ってくれはる」
		皆で見守ってほしい	
	直接のやり取りや気遣いによる安心感	直接のやり取りによる安心感	「隣のひとと～、マスク作って持ってってあげたりとか、～どうしてる？ とかって言われたり」
		相手の気遣いの言葉	「ギリギリなんやね、お互いに。どうしてんのって聞いたら、気になっとなってんみたいないな」
困難な状況下での工夫	自身の認知や感情をコントロール	今の局面を乗り越えるために自分の考え方を変えるしかない	「まさに物事は考えようで、ただ子育てで必死だったときと違って、今この局面をどういうふうに乗り切ろうってことで、自分の考え方を変えるしかないかなと思うと～」
		自分よりもっと大変な人がある	「もっと苦しんでる人、考えたら、私なんかまだまだ頑張れるわって」
		平常心を保つような心掛け	「心掛けてました。私が動揺すると即いろんなことに跳ね返ってくる」
		絶対責めたらあかん	「これは絶対責めたらあかんことや思っ。よかったね、はよ帰ろうって言ったらほっとして」
		開き直り	「開き直りです、はっきり言って。どうにでもなれ、なるようになれと」

文献

- 1) 読売新聞 (2020/05/12) 認知症介護ストレス深刻化
- 2) Hanger D & Helm D : Qualitative Methods in Rehabilitation Research. Rehabilitation Counseling Bulletin. 37 : 290-303, 1994.
- 3) Strauss AL & Corbin J : Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park, CA : Sage, 1990 (南裕子監訳『質的研究の基礎—グラウンデッド・セオリーの技法と手順』医学書院, 1999 年)

新型コロナウイルス感染症の拡大が 在宅ケアの利用者に与えた影響 —終末期と看取りのケアへの影響に焦点を当てて—

畑 吉節未¹⁾, 畑 正夫²⁾

要旨

背景：新型コロナウイルス感染症の拡大は在宅ケアの利用者及び、ケア提供者に大きな影響を与えている。

目的：本研究は感染症の拡大が在宅療養者への終末期と看取りのケアへの影響を明らかにすることを目的とする。

方法：A 県の訪問看護ステーション及び介護事業所（787 事業所）の管理者を対象に実態調査を行った。

結果：終末期のケアへの影響では 40.8% が何らかの影響があったと回答した。看取りのケアへの影響では 53.7% の事業所が看取りを経験しており、うち 38.6% が何らかの影響があったと回答した。

考察：感染症の拡大は療養者の日常生活、利用者とケア提供者との関係性、居宅での利用者の主体性に影響を与えていることが明らかになった。

キーワード：新型コロナウイルス感染症、在宅ケア、終末期と看取りのケア

The Impact of the Spread of Covid-19 Infections on Home-care Patients : Focusing on Terminal and End-of-life Care

Kiyomi Hata, Masao Hata

Abstract

Background : The spread of Covid-19 has had a significant impact on home care patients and their care providers.

Objective : The purpose of this study is to clarify the impact of the spread of Covid-19 on the terminal care and end-of-life care of home-care patients.

Methods : We conducted a fact-finding survey of managers of visiting nurse stations and nursing care facilities (787 facilities) in A-prefecture.

Results : 40.8% of the respondents answered that there was some impact on end-of-life care. As for the impact on end-of-life care, 59.7% of the facilities had experienced end-of-life care, and 38.6% of them answered that it had some impact.

Discussion : It became clear that the spread of Covid-19 had an impact on the daily lives of patients, the relationship between home care patients and care providers, and the autonomy of patients at home.

Keywords : Covid-19, home-based care, terminal care and end-of-life care

¹⁾ 岐阜保健大学大学院 看護学研究科

²⁾ 兵庫県立大学 地域創造機構

¹⁾ Gifu University of Health Sciences, Graduate School of Nursing

²⁾ University of Hyogo, Institute for Creative Cities and Regions

著者連絡先

〒500-828 岐阜県岐阜市東鶯 2-29

電話 : 058-274-5001 e-mail : k-hata@gifuhoken.ac.jp

はじめに

在宅ケアは専門職が「利用者となる病気や障害を持つ人々」,「居宅要介護者」に対して,主体性が尊重される生活の場で医療及び療養上の生活を支援する。ナイチンゲールが「在宅には『日常性』と『主体性』がある」と指摘するように¹⁾,常時の医学的管理下にある病院とは異なり,日常性を尊重する療養環境は利用者の生活の質にとって正の効果があるとされる。また,利用者の主体性を尊重したケアの提供には利用者との関係性を適切に構築・持続させることが必要になる。

本研究では,療養者の「生活の場」とケア提供上の「関係性」,終末期と看取りのケアへの影響に焦点を当てる。療養者の主体性が発揮され,自己決定がなされるこれらの時期は「本人と家族にとって残されたかけがえのない時間」であり,その質を高めることで「人生の価値が高められる」²⁾。感染症の拡大の影響を明らかにすることは今後のケアのあり方の検討に資すると考えた。

研究方法

【対象】A県の訪問看護ステーションと介護支援事業所の管理者(787名)

【研究期間】2020年3月～2021年4月

【データ収集の手続き】2020年3月から2021年1月末までの累計感染者数が100人を超えた市町に立地する事業所を抽出した。訪問看護ステーションはA県連絡協議会の会員リストに掲載された全事業所,介護支援事業所はA県「介護事業所・生活関連情報検索」を用いて訪問介護を行う事業所を抽出した上で,訪問看護ステーションとほぼ同数になるようランダムに抽出した。調査は郵送により2021年3月5日～4月15日の間に実施した。

【調査項目の概要】利用者の日常生活への影響及び利用者にケアを提供する上での利用者との関係性への影響について,その有無と具体的な選択肢を設けて回答を求めた。また,終末期と看取りのケアについてはケアを提供する上での影響の有無と具体的な記述を求めた。

【分析方法】選択肢への回答は統計的に集計し量的分析(単純集計)を行った。終末期と看取り

のケアについての自由回答は意味的な類似性をもとに質的に分析した。

【倫理的配慮】神戸常盤大学研究倫理委員会の承認を得た(神常大研倫第20-6)。

結果

調査には24.6%(訪問看護ステーション27.9%,介護事業所21.3%(不達件数を除く))の事業所から回答を得た。以下「生活の場」,「関係性」,「終末期」,「看取り」のそれぞれについて回答結果を見る。

1) 生活の場への影響

療養者の日常生活への影響では「とても影響があった」(24.1%),「まあ影響があった」(56.5%),「どちらともいえない」(15.2%),「あまり影響がない」(3.1%),「まったく影響がない」(1.0%)となった。「とても影響があった」と「まあ影響があった」を合わせた<影響があった>とする者が80.6%となった。影響の大きなものから見ると「近親者との出会いの機会の自粛」(65.4%),「買い物や散歩などの外出機会の自粛」(62.3%)などの日常生活への影響に続き,「通所サービスの利用の自粛」(53.9%),「病院への受診控えなど通院機会の自粛」(49.7%)などのケアサービス,医療の利用の順となった(図1)。

2) ケア提供上のケア提供者と利用者の関係性への影響

ケア提供上のケア提供者と利用者の関係性への影響では,「とても生じている」(3.7%),「まあ生じている」(27.7%),「どちらともいえない」(27.7%),「あまり生じていない」(29.8%),「生じていない」(10.5%)となった。「とても生じている」と「まあ生じている」を合わせた<生じている>とする者が31.4%となった。具体的な影響を見ると,「マスク越しで声を伝えるにくい」(50.0%),「防御着のものものしさ・威圧感」(16.7%),「直接利用者に触れることの減少」(11.7%)などの順になった(図2)。自由回答では「利用者の表情がわかりにくい」,「利用者に認識してもらいにくい」などの回答があった。

3) 終末期のケアへの影響

全体では「とても影響があった」(11.5%),

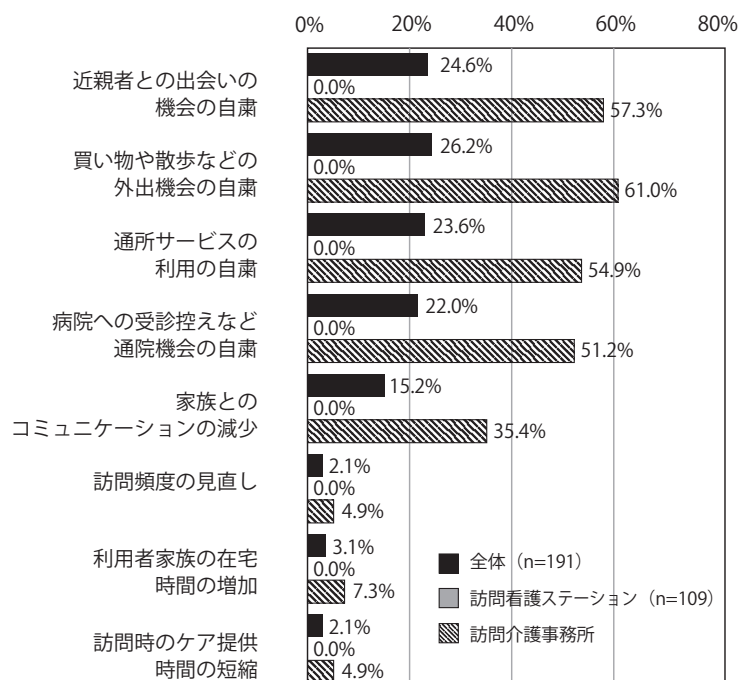


図 1 療養者の日常生活への影響

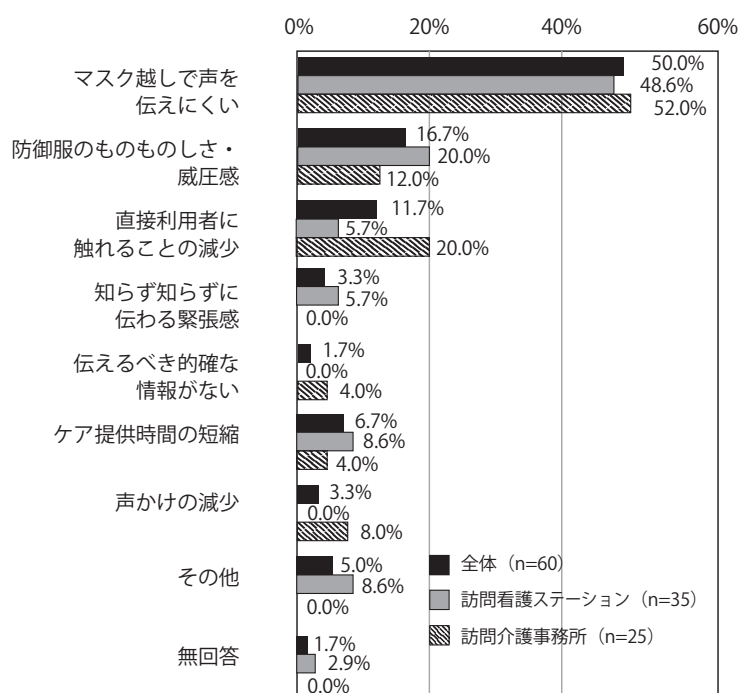


図 2 療養者へのケア提供上の関係性への影響

「まあ影響があった」(29.3%),「どちらでもない」(35.1%),「あまり影響がなかった」(11.0%),「まったく影響がなかった」(5.8%)となった(図3)。「とても影響があった」と「まあ影響があった」を合わせた<影響があった>とする者が40.8%となった。<影響があった>とする者を事業所種別に見ると、訪問看護ステーションが48.7%,介護事業所が17.1%となった。

4) 看取りのケアへの影響

調査期間中に看取りを経験した事業所は回答した全事業所の59.7%(訪問看護ステーション76.1%,介護事業所37.8%)である。看取りのケアへの影響では、全体では「とても影響があった」(13.2%),「まあ影響があった」(25.4%),「どちらでもない」(30.7%),「あまり影響がなかった」(21.1%),「まったく影響がなかった」(7.9%)となった(図4)。「とても影響があった」と「まあ影響があった」(25.4%)を合わせた<影響があった>とする者が38.6%となった。<影響があった>とする者を事業所種別に見ると、訪問看護ステーションが42.3%,介護事業所が29.0%となった。

5) 終末期と看取りのケアに関する具体的な影響

<影響があった>とした者の記述を質的に分析したところ、終末期のケアでは4カテゴリー、看取りのケアでは3カテゴリーが得られた。それぞれに共通するものとして【ホスピス病棟の一時閉鎖などによる選択肢の制約】、【家族・近親者との面会制限により余儀なくされた在宅の選択】、【ケアを提供する環境整備の困難さ】の3カテゴリーを、終末期のケアではそれらに加え【利用者が思い描いた過ごし方との乖離】の1カテゴリーを抽出した。一方、<影響がなかった>とした者の記述では、終末期と看取りのケアのいずれについても【利用者の明確な意思決定の存在】、【利用者の理解と協力】、【ケア提供者による看取りの環境の整備】の3カテゴリーを抽出した。

考察

在宅での療養生活を始めることは利用者を中心とする主体性の高い居宅生活の中に医療が組み込まれていくプロセスとされる³⁾。感染症の拡大は自粛による出会いの機会や家族とのコミュニケー

ションの減少による利用者と近親者との関係性、通院や通所サービスの利用機会の減少による医療や施設という場との関係性に影響をもたらし、療養者の日常生活に影響を与えていることが見て取れる。また、ケア提供上での利用者との関係性についてはマスク越しの会話や感染予防の防護具が居宅でのケアの提供環境を変容させているほか、直に触れることが減少しているなど、ケアの提供方法にも影響が出ていることが推察される。

そうした影響を受けるなかでの終末期と看取りのケアへの影響を見ると、利用者にとってのかけがえのない時期の過ごし方に影響が現れていることが窺える。とりわけ、事業所種別の影響のとりえ方が訪問看護ステーションと介護事業所とで異なっていることは興味深い。訪問看護ステーションが終末期と看取りのケアにおいて療養者・家族を支える中心的役割を果たしている指摘されるように⁴⁾、訪問看護ステーションの果たす役割の大きさが示唆される。

終末期と看取りのケアへの影響から、在宅療養の「選択」上の制約、家族・近親者との「面会」の制限、思い描いたこととの「乖離」、在宅生活を支える「環境整備」の困難さが浮かび上がる。在宅療養の「選択」に関して葛谷は、コロナ禍で「高齢者の『最善の医療およびケア』を受ける権利を保障するためのツール」としてのACPの重要性が増していると指摘する⁵⁾。また、「面会」の制限が様々な意思決定に影響を及ぼすこと⁶⁾、「高齢者の孤独・孤立化と家族の予期悲嘆の複雑化」をもたらすこと⁷⁾などの指摘もなされている。本研究で得られたカテゴリーから意思決定とその過程の重要性が示唆される。さらに、このことは思い描いた終末期と看取りのケアとの「乖離」にも関連する。利用者とケアの提供者がACPを行うなかで多様な選択肢の理解を深め、共有することを通して、健康危機状況での影響を抑制し、利用者のための在宅生活を支える「環境整備」につながるものと考えられる。

本研究では、遷延するコロナ禍での在宅ケア環境の変化が十分に読み切れない状況下で、ケアの実践のなかでの経験を幅広く捉えることとしたため、また、対象地域もA県に限定したものであ

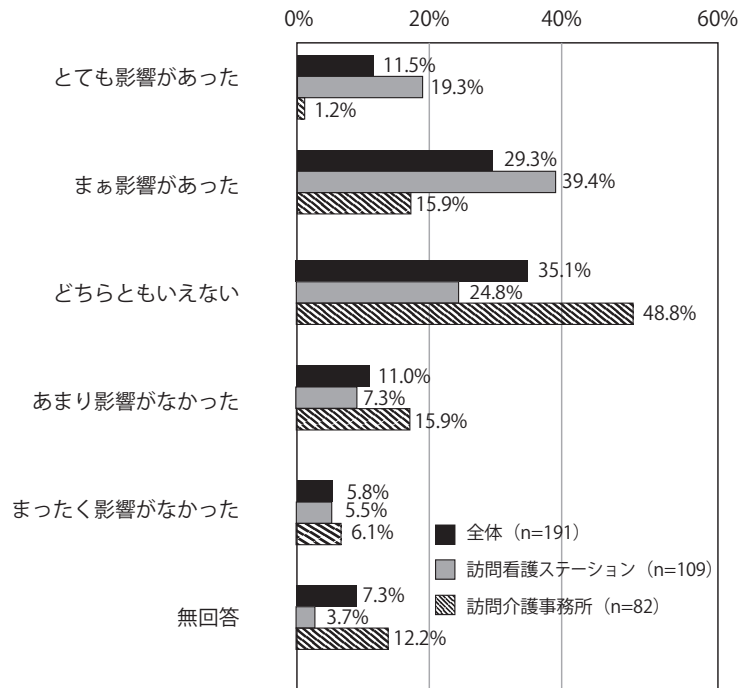


図3 終末期への影響

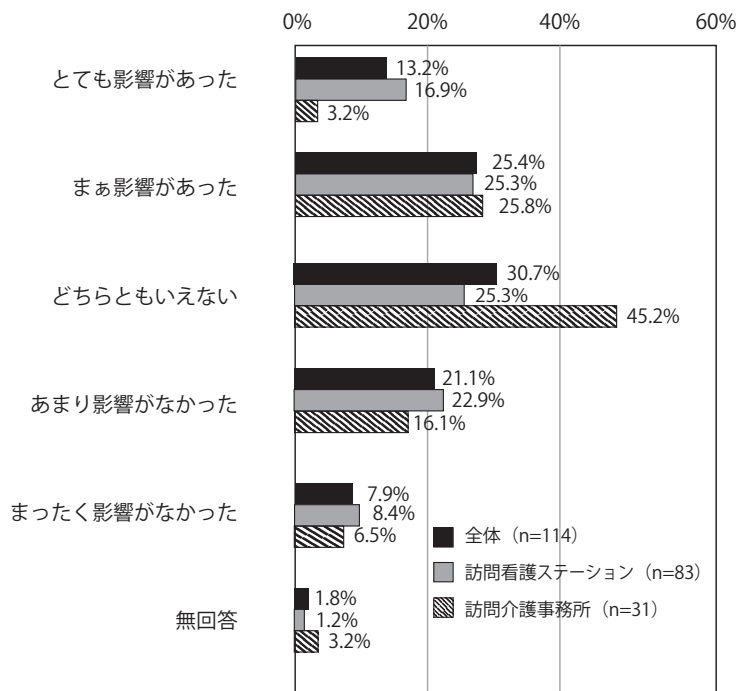


図4 看取りへの影響

ることから、事業所の規模、終末ケアや看取りの件数などの詳細な分析を行っていない。そのため、終末期と看取りのケアにおける影響をより詳細に分析する必要性が課題として残った。今後の研究課題としたい。

まとめ

コロナ禍は私たちの社会経済活動に大きな打撃をもたらした。在宅療養者と家族にとっても同様である。なかでも終末期と看取りのケアに影響が現れていることが今回の調査で明らかになった。終末期と看取りのケアは療養者の人生にとってかけがえのないときであるだけに、コロナ禍であってもその影響を最小限に抑えることができるケアのあり方を考えることが重要であると考え、今回の調査を通してそうしたケアのあり方を考える貴重な資料を得ることができた。

謝辞

調査にご協力頂いた訪問看護ステーション、介護事業所の皆様に感謝いたします。

文献

- 1) 小川典子：フロレンス・ナイチンゲールにおける在宅看護の概念：看護研究，30（1）：63-75, 1997.

- 2) 島内節：エンドオブライフの質を高める視座とアプローチを探る．日本エンドオブライフケア学会第1回学術集会抄録集，p.3，日本エンドオブライフケア学会第1回学術集会事務局（編），2017.
- 3) 長江弘子：生活と医療の統合とは．長江弘子（編）：継続看護マネジメント．医歯薬出版，p.5-11，2018.
- 4) 福井小紀子：自宅での看取りを実現する地域包括ケアシステムと在宅医療介護連携の推進．在宅ケア学会（編）：エンド・オブ・ライフと在宅ケア．ワールドプランニング，p.158-167，2015.
- 5) 葛谷雅文：COVID-19 とエンドオブライフ・ケア：日本老年医学会からの提言：Geriatric Medicine, 59（6）：567-570，2021.
- 6) 中村明澄：在宅医療の現場で感じたこと：日本臨床死生学会プログラム・抄録集，26：23，2021.
- 7) 柳原清子：コロナ禍の高齢者と家族－“引き裂かれ”と“凝集”の家族の葛藤：臨床老年看護，28（5）：60-66，2021.