

令和2年度 厚生労働省委託事業

# 在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

## ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

—————【テーマ】—————

COVID-19がもたらした医療的問題と社会的問題

—————【日 時】—————

事前学習：2020年10月19日（日）～11月1日（日）

ワークショップ：2020年11月1日（日）13:00～16:30

—————【形 式】—————

事前学習：オンライン学習（1講義20分、計160分）

ワークショップ：Zoomを用いたオンライン開催

—————【主 催】—————

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

—————【共 催】—————

公益社団法人 日本医師会

## はじめに

皆さまご承知のとおり、我が国は人生100年時代ともいわれる超高齢社会を迎え、団塊の世代の方々が75歳以上となる2025年から先の将来を見据え、全世代型の地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが進められております。

75歳以上になりますと、様々な病気を抱えながら生活をしていかなければならない方や、介護を必要とする方が増えてまいりますが、現在、国をあげて取り組んでおります地域包括ケアシステムの構築は、たとえ医療や介護が必要な状態となったとしても、住み慣れた地域で尊厳を持って暮らし続けたいというその方の希望に 応えるためのものであります。

そして、地域包括ケアシステムを構築する上で重要な要素となる「在宅医療」は、地域のかかりつけ医が行ってきた「患者を最期まで責任を持って診る」という外来診療の延長線上にある代表的な診療形態の一つであります。地域の特性を踏まえ、入院医療・外来医療・在宅医療をそれぞれ過不足なく提供できる体制整備を行うことが、住み慣れた地域で暮らす患者さんの安心と安全を守ることに繋がるものと考えております。現在、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、これまで通院されていた患者さんが、感染リスクを恐れ て医療機関への受診を控えたり、先延ばししたりするといった状況にあり、これは在宅医療においても同様のことが言えます。

こうした状況に鑑み、日本医師会では、令和2年8月7日より、安心して医療を受けていただけるよう、感染防止対策を徹底している医療機関に対して「みんなで安心マーク」の発行を開始いたしました。「みんなで安心マーク」は、会員・非会員問わず全ての医療機関を発行対象としており、厚生労働省の協力で作成した感染防止対策のチェックリストの全ての項目を実践し、掲示することを条件としており、チェックリスト項目は、患者 さんに分かりやすく、かつ、すべての医療機関に共通する特に重要な項目としております。

また、「みんなで安心マーク」を発行した医療機関のリストは、日本医師会ホームページに掲載しており、すべての医療機関に「みんなで安心マーク」を発行いただくことで、医療機関では徹底した感染防止対策が実践されていることを患者さんにご理解いただけるものと考えております。国民が安心して必要な医療を受けることができるよう、まだご自身の医療機関で「みんなで安心マーク」を発行されていない先生方には、是非発行していただければ幸いです。

本日の研修会にご参画いただいている先生方におかれましては、かかりつけ医が地域の中で在宅医療に取り組んでいただけるよう益々のご尽力をお願いするとともに、本日の研修内容が少しでもご参考となれば幸いです。

あらためまして、本資料の作成及び研修会の開催にあたり、ご執筆・ご講演いただく先生方をはじめ、日本在宅ケアアライアンス及び公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団のご関係者の皆様方に深く感謝申し上げます。

令和2年11月

公益社団法人日本医師会

会長 中川 俊男

## 開催にあたって

現在わが国が直面している急速な高齢化の進展は、急性疾患中心から慢性疾患中心への疾病構造の変化を通じ、求められる医療の在り方に変化をもたらしました。

「治す医療」から「治し・支える医療」へという医療の質や役割そのものの転換が重要課題となっています。そこで、国の医療・介護に通ずる政策は、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいを継続的で包括的なネットワークとした「地域包括ケアシステム構築」が、市区町村を主体として推進されつつあります。

とりわけ在宅医療を始めとする多職種協働による在宅ケアの普及が喫緊の課題となり、このような状況のなかで、地域のかかりつけ医が、リーダーシップを発揮し、地域包括ケアシステムの一翼を担うことが重要課題との認識のなかで、2015年度より、毎年本研修会を開催してまいりました。

なお、本研修会を主催する一般社団法人日本在宅ケアアライアンス（JHHCA: Japan Home Health Care Alliance）は、健全な在宅医療の普及推進を目指し、複数の学術団体や職能団体が一堂に会し、連合組織として2015年3月に誕生、今年度からは、一般社団法人として、一層力強く活動してゆくこととなりました。

さて、私どもは、COVID-19と共に2020年を迎えました。1月には、武漢からの帰国者、2月にはクルーズ船乗客から国内に感染が拡大し、4月には緊急事態宣言が発出されました。宣言は解除されましたが、社会生活の制約が深刻な状況で続いています。特に在宅医療の領域では、数々の生活支援サービスが制限をうけ、高齢者施設や入院施設での面会禁止をはじめ、高齢者の暮らしは激変しました。感染を防止するため外出を控えた高齢者の虚弱化が進行するなど、COVID-19はさまざまな影響をもたらしています。

そこで、令和2年度在宅医療講師人材養成事業研修会は、Withコロナ時代を見据え、「COVID-19がもたらした医療的問題と社会的問題」と題して開催することといたしました。また、研修形式も2020年3月同様に、集合研修を中止し、Web開催といたしました。さらに、Webでのワークショップを企画しています。今回、ご参加の先生がたも、今後ご活躍の地域で、同様の研修会等企画されることと思いますので、本シラバスには、Webによるワークショップ開催方法に関する情報も掲載しています。

新しい日常のなかでの、新しいスタイルでの本研修が、実り多きものとなるように願っております。

令和2年11月

一般社団法人日本在宅ケアアライアンス  
理事長 **新田 國夫**

## 開催にあたって

未だコロナ禍の終息が見えない状況下、今年度も昨年度に引き続きリアルでの集合研修を行うことができませんが、Webによる「在宅医療関連講師人材養成事業」研修会を関係者の皆様のご尽力により、無事に開催することができますことを大変嬉しく思うと共に、準備及び運営頂きました関係者の皆様には心より感謝申し上げます。

また、財団といたしましても2020年は設立20周年の区切りの年となりますが、今年も厚生労働省が実施する日本の在宅医療の推進上、不可欠で重要なこの研修事業に取り組むことができ、大変光栄に思っております。

コロナ禍での研修の為、参加者の皆様にはWebによる参加となりますが、新たな試みとしてWebを活用した事前学習、同じくWebを活用したワークショップと全てをWebで行うことにより、以前より課題となっておりました遠距離等により、リアルでの参加が難しい地域・エリアからの参加につきましても、今回は多くの先生方に参加頂くことができ、申込み期間が短かったにもかかわらず、前回をはるかに上回る249名の先生方からお申込みを頂くことが出来ました。また、今回、申込み数が多かった要因は、日本医師会及び日本在宅ケアアライアンスの皆様のご努力によるところと深く感謝申し上げます。

今年に入り、コロナウイルス感染拡大が世界的に広がり、在宅医療の現場も過去に経験のない、様変わり状況となりました。今後も同様の状況が続くことを考慮し、今回の研修テーマを『COVID-19がもたらした医療的問題と社会的問題』といたしました。内容はコロナ禍での各地域における先駆的な取組に関する講義、貴重な情報提供と地域連携、多職種協働の観点も含め、参加頂いた先生方相互による情報共有と課題解決に対する討議を中心としたワークショップを実施し、今後の在宅医療、地域医療に役立つ知識、情報の修得と新たなWebによるワークショップのオペレーションノウハウの修得にもつながり、今回の研修会が地域における更なる在宅医療の推進に役立つ内容と確信いたします。

今回の運営はWebとはなりますが、皆様にとり、同じ在宅医療に取り組む仲間として、新たな人脈、ネットワークを拡大する機会となりましたら幸いです。

最後となりましたが、2040年問題に向け、これからの20年、まだまだ課題も多いことと存じますが、皆様の地域における在宅医療において、これからも益々ご活躍頂くことにより、我が国の在宅医療の確実な推進が図れますことを心より祈念し、ご挨拶とさせていただきます。

令和2年11月

公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団  
理事長 **住野 耕三**

# 令和2年度 厚生労働省委託事業 在宅医療関連講師人材養成事業 研修会 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

**テーマ** COVID-19がもたらした医療的問題と社会的問題

**日時** 事前学習：2020年10月19日（月）～11月1日（日）  
ワークショップ：2020年11月1日（日）13:00～16:30

**形式** 事前学習：オンライン学習（1講義20分、計160分）  
ワークショップ：Zoomを用いたオンライン開催

**目的** 全国都道府県医師会から推薦された受講者の先生方が、地域において在宅医療に関する地域の実情を踏まえ、推進活動をするためのリーダー役、そして様々な研修会の講師役となれるように本研修を位置付ける。

総合司会：鶴岡 優子（日本在宅医療連合学会）

## プログラム [事前学習] 1講義20分、計160分

<b>第1部</b>	<b>地域性を踏まえたCOVID-19への在宅医療としての対応</b>
	1 沖縄からの報告 高山 義浩（沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科）
	2 北海道からの報告 大友 宣（医療法人財団老蘇会静明館診療所）
	3 東京都新宿区からの報告 英 裕雄（医療法人社団三育会）
<b>第2部</b>	<b>それぞれの立場からのCOVID-19への対応 ～在宅を踏まえて～</b>
	4 日本医師会の立場から 江澤 和彦（日本医師会）
	5 保健所の立場から 蘆野 吉和（山形県庄内保健所）
	6 かかりつけ医の立場から 太田 秀樹（日本在宅ケアアライアンス）
	7 意思決定支援について、法律家の立場から 稲葉 一人（中京大学法務総合教育研究機構）
	8 フレイル予防の立場から 飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター）

## プログラム [ワークショップ] 2020年11月1日（日）13:00～16:30

13:00～13:05	<b>開会挨拶</b> 新田 國夫（日本在宅ケアアライアンス）
13:05～13:10	<b>当事業について</b> 迫井 正深（厚生労働省）
13:10～13:25	<b>本日のグループワークについて</b> 鈴木 央（全国在宅医療医歯薬連合会）
13:25～14:25	<b>グループに分かれてのディスカッション①</b> ※アイスブレイク含む テーマ：COVID-19における地域連携と多職種協働
休憩（5分）	
14:30～15:20	<b>グループに分かれてのディスカッション②</b> テーマ：COVID-19がもたらした医療的課題と社会的課題 ～PCR・抗原検査、感染予防（PPE）、フレイル、ACP（意思決定支援）、経営、スティグマなど～
休憩（10分）	
15:30～16:25	<b>ワークショップのまとめ（パネルディスカッション）</b> 座長：石垣 泰則（日本在宅医療連合学会） 大橋 博樹（日本プライマリ・ケア連合学会）
16:25～16:30	<b>閉会挨拶</b> 住野 耕三（在宅医療助成勇美記念財団）

# 目次

ご挨拶	1
はじめに 1	
開催にあたって 2	
プログラム	4
事前学習 第1部	7
地域性を踏まえたCOVID-19への在宅医療としての対応	
◆沖縄からの報告 8	
◆北海道からの報告 20	
◆東京都新宿区からの報告 38	
事前学習 第2部	49
それぞれの立場からのCOVID-19への対応 ～在宅を踏まえて～	
◆日本医師会の立場から 50	
◆保健所の立場から 68	
◆かかりつけ医の立場から 84	
◆意思決定支援について、法律家の立場から 92	
◆フレイル予防の立場から 112	
ワークショップ	123
◆ワークショップの趣旨と進め方 124	
◆ワークショップの報告 126	
◆ワークショップQ&A 135	
◆Webによるワークショップの開催 142	
参考資料	145
◆団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて 146	
◆日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および 特別顧問、有識者委員 150	
◆プロフィール 152	
◆「令和2年度在宅医療関連講師人材養成事業」委員名簿 158	

## 事前学習 第1部

## 地域性を踏まえたCOVID-19への 在宅医療としての対応

### 沖縄からの報告

### 北海道からの報告

### 東京都新宿区からの報告

## 沖縄からの報告

高山 義浩

## 目 標

沖縄では、2020年8月に新型コロナウイルスの大きな流行を経験した。限られた医療資源の中で、全ての感染症患者を入院措置の対象とすることは難しく、その多くが在宅療養となった。そこで大いに問われたのが、日ごろの地域連携である。本講義は、県内の中核病院として感染症患者を受け入れてきた沖縄県中部病院での経験をもとに、コロナ対策における地域連携の重要性と、その中で在宅医療の役割について理解を深めることを目標とする。

## Keyword

地域での感染対策の推進、非コロナ患者への往診、コロナ患者への訪問診療、退院促進支援、介護施設の支援

## 内 容

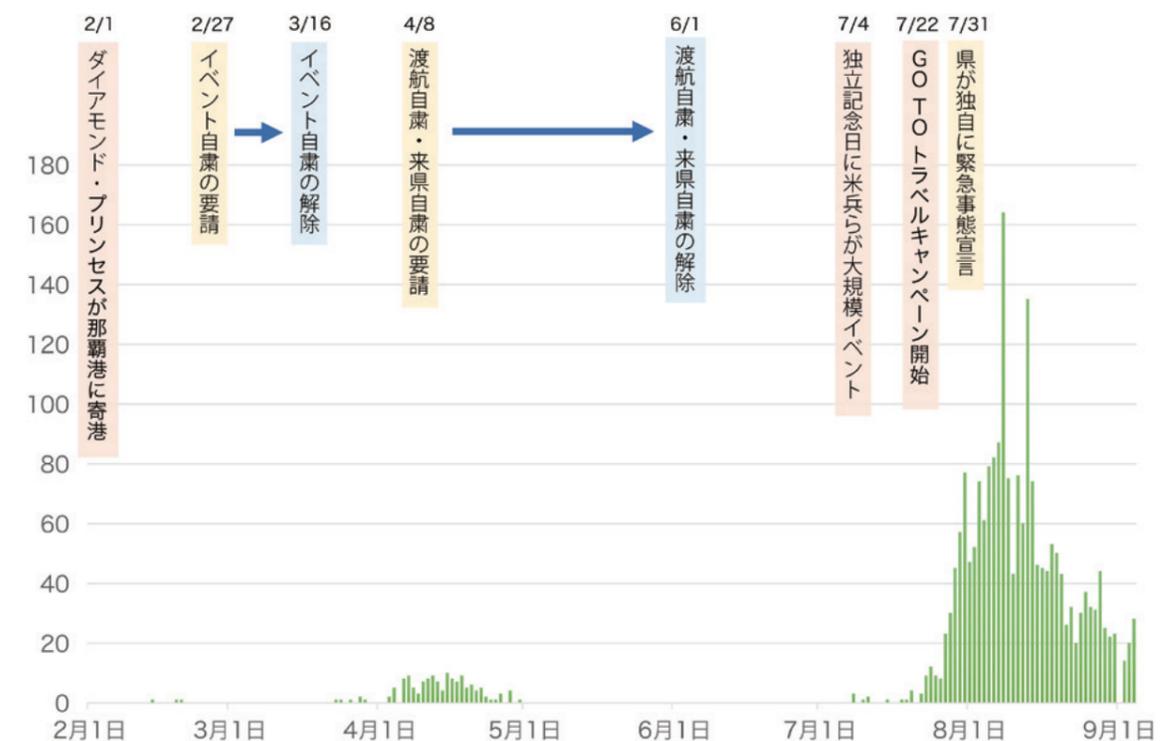
1. 沖縄県の状況
  - ・ 沖縄県における発生動向
  - ・ 新規陽性者数および重症度別入院患者数の推移
  - ・ 沖縄県内で確認された集団感染事例
2. 在宅医療に期待する5つの役割
  - (1) 地域における感染対策の推進
    - ・ 高齢者施設における水際対策
  - (2) 非コロナ患者への往診
  - (3) 在宅療養しているコロナ患者への訪問診療
    - ・ 自宅療養において見守るべきポイント
    - ・ 在宅療養者への訪問等による健康観察の流れ
  - (4) 急性期病院からの退院促進支援
    - ・ 新型コロナウイルスの感染症を有する期間
    - ・ 感染対策の終了基準（沖縄県立中部病院）
    - ・ 「長引く体調不良」について
  - (5) 集団感染が疑われる施設の支援
    - ・ 介護職員の発症から観察機関の終了までの流れ
3. よくある質問

## 新型コロナウイルスの流行と在宅医療の役割

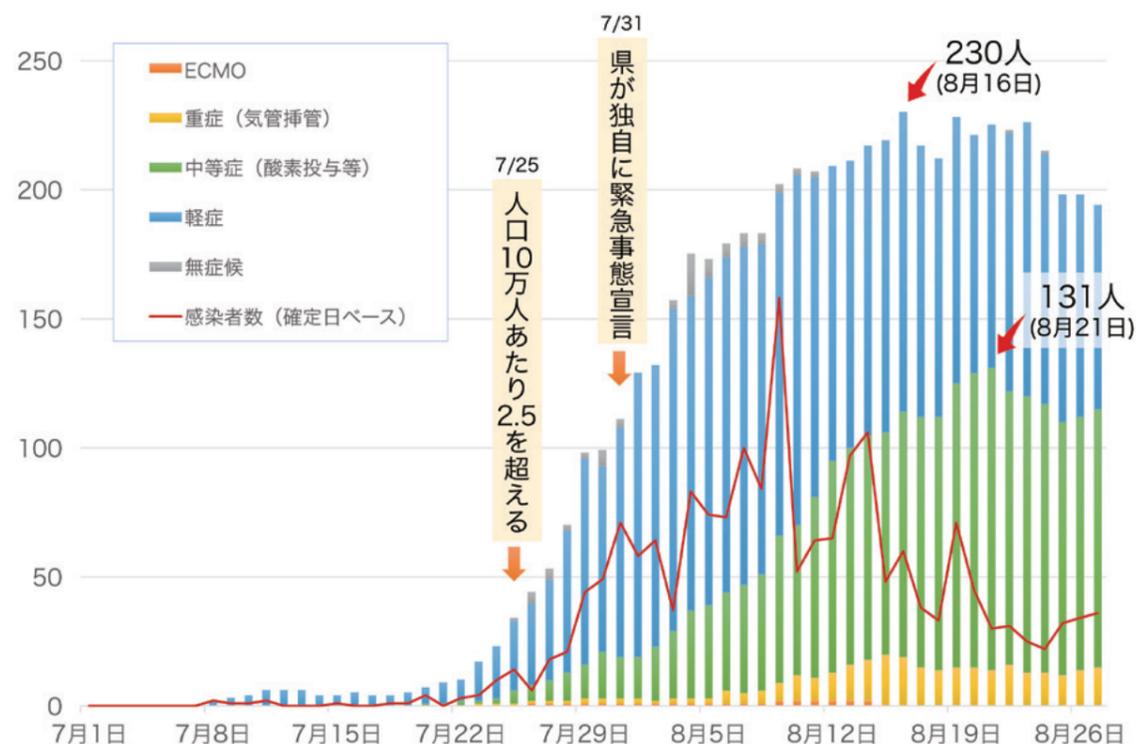
沖縄からの報告

高山 義浩

## 2 沖縄県における発生動向（確定日）



## 3 新規陽性者数および重症度別入院患者数の推移



## 4

## 在宅医療に期待する5つの役割

## 5 在宅医療の役割（1）

## 地域における感染対策の推進

- 訪問時に新型コロナへの感染対策を指導する
- 継続して実施可能な感染管理を提案する
- 対策疲れに陥らない期間を提案する
- 衛生資材を効率よく活用する方法を提案する
- やらなくてよい過剰な感染対策を見抜いてあげる
- こうした情報を誰に伝えるのが適切であるかを見抜く
- 感染症の専門職や保健所との連携窓口になる

## 6 高齢者施設における水際対策

## 自らが感染しない、感染させない

- すべての職員は、処置ごとの手洗いを徹底するとともに、常にサージカルマスクを着用して業務にあたる。
- 自らの健康チェックを確実にする。風邪をひいたらコロナを疑って、速やかに仕事を休むようにし、早めに医師に相談して検査を受ける。

## 発症した利用者を見逃さない

- 利用者さんの発熱と（いつもと違う）呼吸器症状を見逃さない。発熱をみたらコロナを疑い、症状のある方は個室管理として、かかりつけ医に相談して早めの検査に繋げる。
- PCR検査の結果が陰性であっても、コロナかもしれないと考える。症状のある利用者のケアにあたる職員は、マスクとフェイスシールドを着用する。

## 施設にウイルスを持ち込ませない

- 原則として施設内での面会をすべて中止としてください。納入業者による物品の搬入なども玄関先で行う。
- 入所者の外出については、人の集まる場所（スーパーなど）には立ち入らせず、できるだけ公共の物には触らせないなど注意する。



## 8 「高齢者施設でできる新型コロナウイルス感染症対策」オンライン研修会



## 非コロナ患者への往診に対応

- コロナ以外の慢性疾患の患者をしっかりと支える
- 往診により流行期の救急受診を回避する

## 10 在宅医療の役割 (3)

## 在宅療養しているコロナ患者への訪問診療

- 必要に応じて、特別訪問看護指示書をの発行する
- 必要に応じて、訪問診療／緊急往診を実施する
- 本人や家族の希望があるときは、看取りにも対応する

## 11 在宅療養において見守るべきポイント

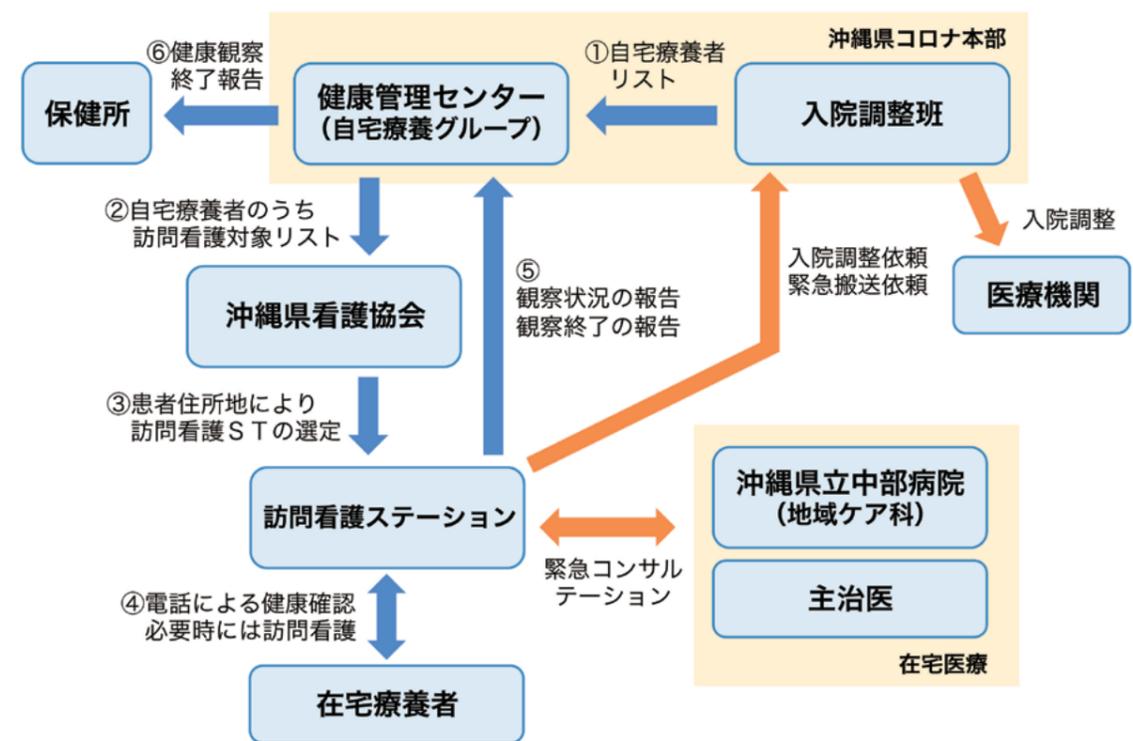
表情・外見	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 顔色が明らかに悪い</li> <li>● 唇が紫色になっている</li> <li>● いつもと違う、様子がおかしい</li> </ul>
息苦しさ等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 息が荒くなった（呼吸数 20回以上/分）</li> <li>● 急に息苦しくなった</li> <li>● 生活をしていて少し動くと息苦しい</li> <li>● 胸の痛みがある</li> <li>● 横になれない。座らないと息ができない</li> <li>● 肩で息をしている</li> <li>● 突然（2時間以内を目安）ゼーゼーしはじめた</li> </ul>
意識障害等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ぼんやりしている（反応が弱い）</li> <li>● もうろうとしている（返事がない）</li> <li>● 脈がとぶ、脈のリズムが乱れる感じがする</li> </ul>

## 13 在宅医療の役割（4）

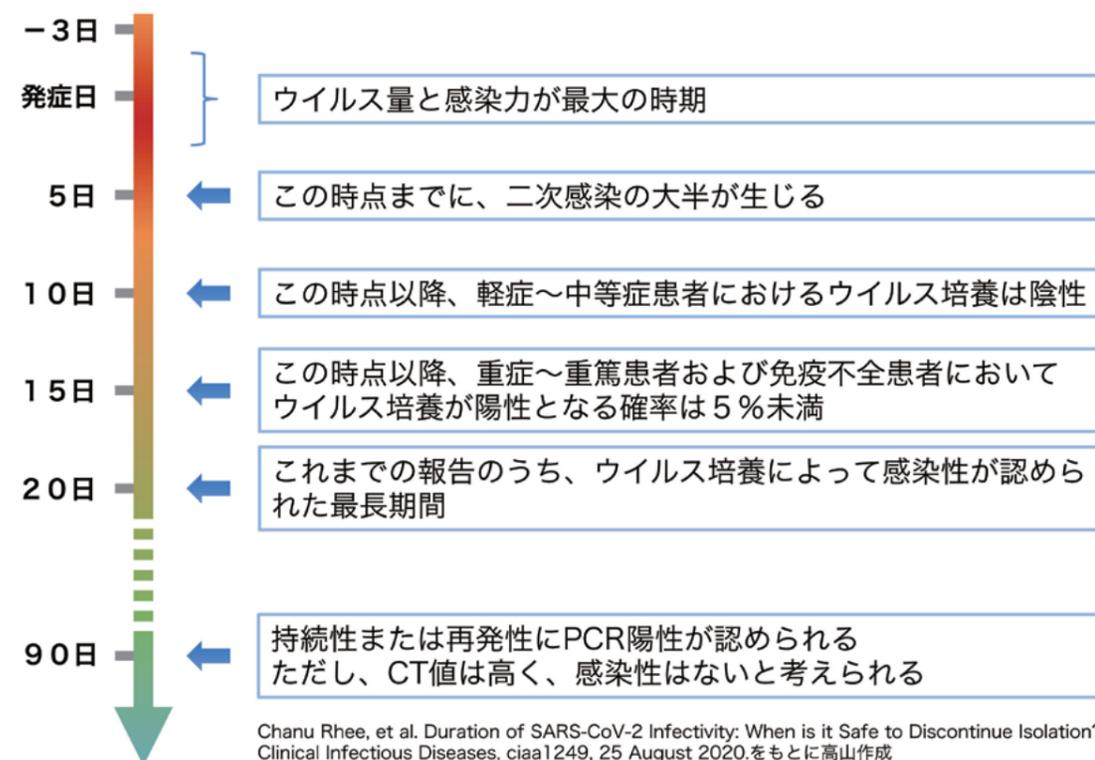
### 急性期病院からの退院促進を支援

- コロナ診療している病院からの退院を支援する
- 感染可能期間を経過したコロナ患者の退院を支援する
- 本人、家族や介護者の不安に対応する

## 12 在宅療養者への訪問等による健康観察の流れ（沖縄県）



## 14 新型コロナウイルスの感染性を有する期間

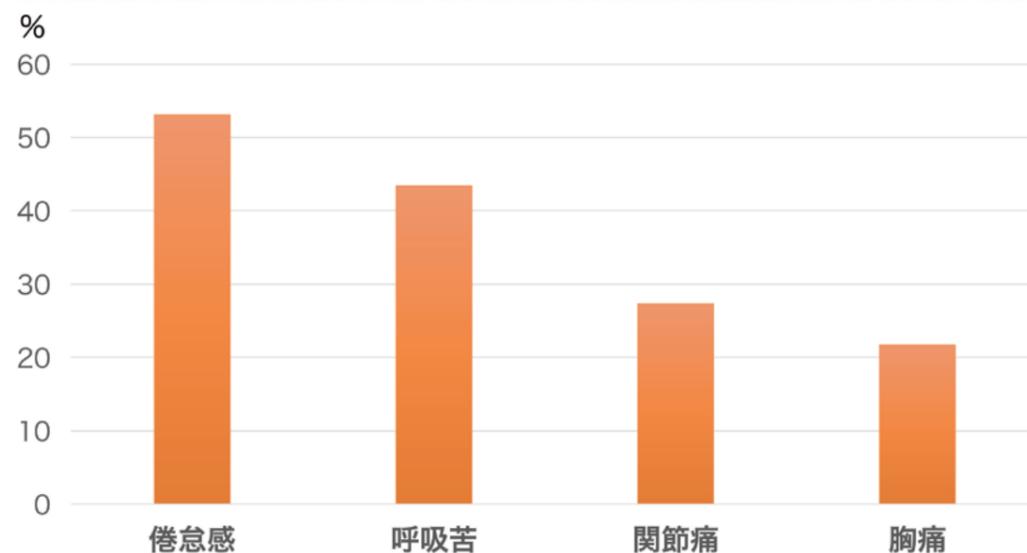


## 15 感染対策の終了基準（沖縄県立中部病院）

- 入院治療を要したCOVID-19患者については、**症状が改善して72時間経過**しており（治療経過中に酸素投与が必要となった症例はその投与が不要になってから72時間経過しており）、さらに**発症日から20日経過**したら、感染対策としての隔離を終了とする。
- 上記よりも早く隔離解除する必要性（リハビリ室の使用など）がある場合、**症状が改善して72時間経過**しており（治療経過中に酸素投与が必要となった症例はその投与が不要になってから72時間経過しており）、**発症から10～20日までの間に①PCR検査を実施して陰性またはCt値が35以上、または②抗原検査陰性（≒Ct値35以上）**であれば感染対策としての隔離を解除可能とする。
- 患者の中には酸素投与が終了できない、症状が持続して改善しきらない症例もある。その場合には、個別に感染症内科、呼吸器内科で相談して対応を決めていく。

## 16 「長引く体調不良」について①

179人の患者について、発症後60.3日（平均）後に評価したところ、症状のない者は18人（12.6%）に過ぎなかった。ただし、発熱など急性症状を認める者はいなかった。生活の質が低下したと訴える者は79人（44.1%）に及んだ。



Angelo Carfi, et al. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. Published online July 9, 2020.

## 17 「長引く体調不良」について②

## 臓器障害の修復過程

- サイトカインストームによって、肺が線維化や損傷を受けている。
- 心筋梗塞や脳梗塞のみならず、血栓形成による損傷が全身で起きている。

## 長期入院による衰弱

- 長期の隔離入院により、寝たきり状態が続いて、体力的に衰えている。
- リハビリ施設が受け入れてくれず、機能回復が遅れている。

## 心理的・社会的ストレス

- 突然の長期の隔離入院により、強い心理的ストレスにさらされる。
- 家族との面会も禁じられ、十分な心理的サポートも受けられていない。

→ 加えて、持続感染している可能性を指摘する専門家もいる。

## 18 在宅医療の役割（5）

## 集団感染が疑われる施設を支援

- 濃厚接触者をリストアップし、PCR検査を実施する
- 施設内のゾーニングを決定して、感染対策を指導する
- 看護師と連携して、濃厚接触者の健康観察を実施する

21



19 介護職員の発症から観察期間の終了までの流れ

- |       |   |                      |
|-------|---|----------------------|
| 7月29日 | 施設で勤務   | } 感染力を有しながら働いてしまった期間 |
| 7月30日 | 施設で勤務   |                      |
| 7月31日 | 咳嗽で発症・施設で勤務                                     |                      |
| 8月 1日 | 有料老人ホームで働く男性が発熱を主訴に受診                           |                      |
| 8月 2日 | PCR検査にて陽性を確認 → 入院                               |                      |
| 8月 3日 | 施設で濃厚接触者をリストアップ → 検査実施<br>訪問看護ステーションと契約（継続支援事業） |                      |
| 8月 5日 | 入居者が発熱で発症・個室に隔離してPCR検査                          |                      |
| 8月 2日 | PCR検査にて陽性を確認 → 入院<br>施設で濃厚接触者をリストアップ → 検査実施     |                      |
| 8月14日 | 濃厚接触者の観察期間の終了予定                                 |                      |
| 8月19日 | 濃厚接触者の観察期間の終了                                   |                      |

22 よくある質問

濃厚接触者ですがPCR陰性なので仕事していいですか？

いいえ。PCR検査で非感染を証明することはできません。とくに接触直後は偽陰性となることが多いため、確実に14日間の就業制限をお願いします。

抗体検査を受けたら陰性だったので仕事していいですか？

いいえ。感染後に抗体検査が陽性となるのは、おおむね2週間が経過してからとされています。また、検査の精度もばらつきがあるため、臨床的な意義は不明です。

しっかり換気しているのでフェイスシールド不要ですか？

いいえ。換気で予防できるのはエアロゾル感染であって、飛沫感染ではありません。フェイスシールドは飛沫感染予防のために使用するものです。

接触感染予防のために同じ手袋を使い続けています

ダメです。利用者ごとに交換するのが原則です。アルコールで消毒しながら使用を続けることは可能ですが、素手と比してグローブの消毒は不十分になりがちです。

接触感染予防のために同じガウンを使い続けています

明らかに飛沫を浴びたり、身体を密着させるケアでなければ、再利用することも考えられます。ただし、ガウンにビニールエプロンを着用して保護することが望ましいです。

20 介護サービスを継続して提供できるようにするための支援策

**新** 新型コロナウイルス感染症に係る 介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業 令和2年度補正予算案 68.3億円（総事業費103億円）

○介護サービスは、要介護・要支援の高齢者やその家族にとって住み慣れた地域における生活を支えるために必要不可欠なものであり、新型コロナウイルス感染症による介護サービス提供体制に対する影響については、これをできる限り小さくしていくことが重要である。  
○このため、介護サービス事業所・介護施設等が、関係者との連携の下、感染機会を減らしつつ、必要な介護サービスを継続して提供できるよう、通常の介護サービスの提供時では想定されない、かかり増し経費等に対して支援を行う。

<p><b>対象</b></p> <p>1. 介護サービス事業所等におけるかかり増し経費支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所系サービス事業所</li> <li>②利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所・介護施設等</li> <li>③濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所、介護施設等             <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所・施設等の消毒・清掃費用</li> <li>・マスク、手袋、体温計等の衛生用品の購入費用</li> <li>・事業継続に必要な人員確保のための職業紹介料、(割増)賃金・手当、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用等</li> </ul> </li> </ul> <p>※①～②の通所系サービス事業所が訪問サービスを実施する場合は、上記に加えて訪問サービスを実施する場合の費用(④と同じ)に対して追加の補助が可能</p> <p>④ ①～②以外の通所系サービス事業所が訪問サービスを実施する場合             <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問サービス実施に伴う人員確保のための職業紹介料、(割増)賃金・手当</li> <li>・訪問介護事業所に所属する訪問介護員による同行指導への謝金等</li> </ul> </p> <p>2. 上記「1」の①、②及び自主的に休業した介護事業所等との連携に係るかかり増し経費支援</p> <p>(※) 利用者を受け入れた連携先事業所等             <ul style="list-style-type: none"> <li>・追加に必要な人員確保のための職業紹介料、(割増)賃金・手当、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用等</li> <li>・利用者引き継ぎ等の際に生じる、介護報酬上では評価されない費用等</li> </ul> </p> <p>3. 都道府県等の事務費</p>	<p><b>事業の流れ</b></p> <pre>             graph TD             A[国] -- 交付 --&gt; B[都道府県・指定都市・中核市]             B -- 交付 --&gt; C[①休業要請を受けた事業所 ②感染者が発生した事業所・施設 ③濃厚接触者に対応した事業所・施設等]             B -- 交付 --&gt; D[左記①、②及び自主的に休業した事業所等の連携先事業所]             C --- E[消毒費用、衛生用品の購入]             D --- E             C --- F[割増賃金、手当の支給]             D --- F             C --- G[割増賃金、手当の支給]             D --- G             C --- H[利用者の引き継ぎ時の費用]             D --- H             </pre> <p>※1事業所・施設当たりの基準額を設定するとともに、それを超える場合は個別協議の枠組みもあり</p>
<p><b>補助額等</b></p> <p>実施主体：都道府県、指定都市、中核市 補助率：国 2/3、都道府県・指定都市・中核市 1/3 ※地方負担分については、「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金」の対象 総事業費：103億円（国68.3億円 都道府県・指定都市・中核市34.2億円）</p>	

## 北海道からの報告

大友 宣

## 目 標

北海道札幌市では、2020年3月に第一波の流行を迎え、続く4月中旬には第二波が流行している。特に第二波では高齢者の感染が多く、入院病床は重症の高齢者で占められる事態に陥り、介護施設では集団感染が発生した。病院での患者受け入れが困難な中、集団感染が起きた現場ではどのような対応が行われてきたのか。本講義では、札幌市での経験から見てきた感染早期の対応の重要性と、今後の対策のあり方について学ぶ。

## Keyword

介護施設での集団感染、入院調整、入院必要度の設定、介護職員の負担軽減、現地対策本部の設置、介護崩壊対策

## 内 容

1. 札幌市における感染の状況
2. 介護老人保健施設における集団感染への対応
  - ・ 集団感染の発生
  - ・ 札幌市保健所より札幌市医師会へ、診療支援の依頼
  - ・ 応援医師の派遣
  - ・ 混乱（圧倒的な人員不足、その中での診療指針作成、過酷な勤務など）
  - ・ 試行錯誤（入院調整、入院必要度の設定、服薬の減量など）
  - ・ 現地対策本部の設置（5月16日）
  - ・ 本部機能の確立（5月17～23日）
  - ・ 回復期（5月23～31日）
3. 診療支援医師としての業務
4. 感染早期に対応すべきこと
  - ・ 現地対策本部の設置と介護崩壊対策の必要性
5. 今後の対策（自助、互助、共助、公助）
6. メッセージ

## 1

令和2年度 在宅医療関連講師人材養成事業研修会  
事前学習（第1部）

地域性を踏まえた  
COVID-19への在宅医療としての対応  
『講義② 北海道からの報告』



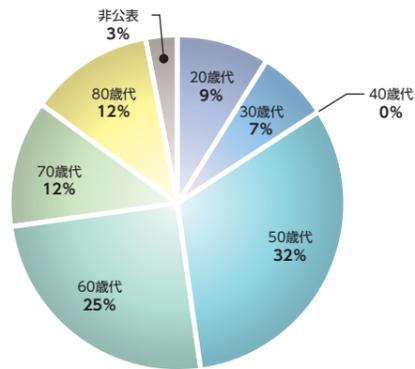
## 2 札幌市における感染の状況

- 札幌市では3月に第1波の流行
- 4月中旬頃から第2波流行
  - － 患者数増加し、医療機関も切迫
  - － ゴールデンウィーク前には連日20名を超える
  - － 札幌市内は東京よりも人口あたりの感染者数が多かった
  - － ゴールデンウィーク中には他の高齢者介護施設でも新型コロナウイルス感染症患者の発生が散発的にみられた
- この状況の中で、今回報告する茨戸アカシアハイツのクラスターが発生した

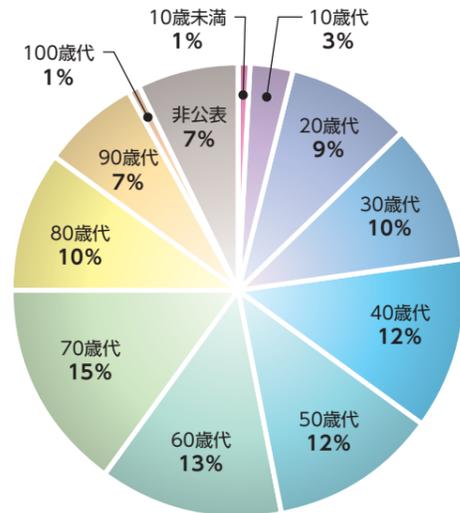
### 3 札幌市内の年齢別感染者 — 第1波と第2波の違い

## 第1波と第2波はちがう！

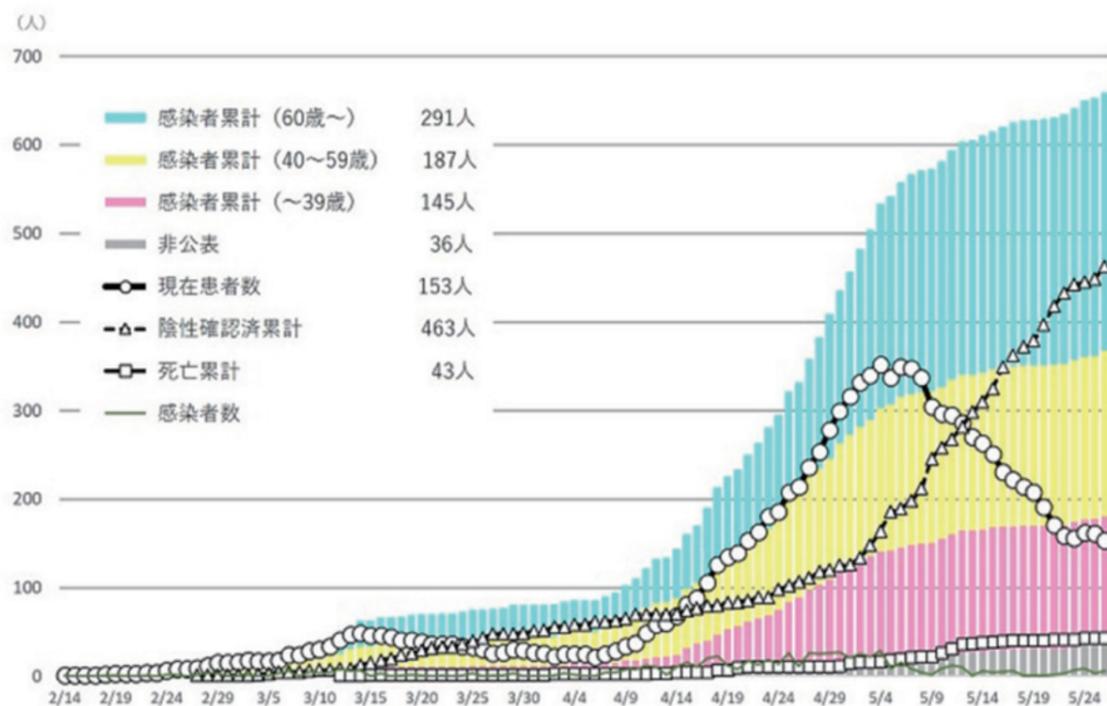
北海道COVID-19第1波  
(2020年2月28日から3月17日)  
札幌市内の年齢別感染者 (N=59)



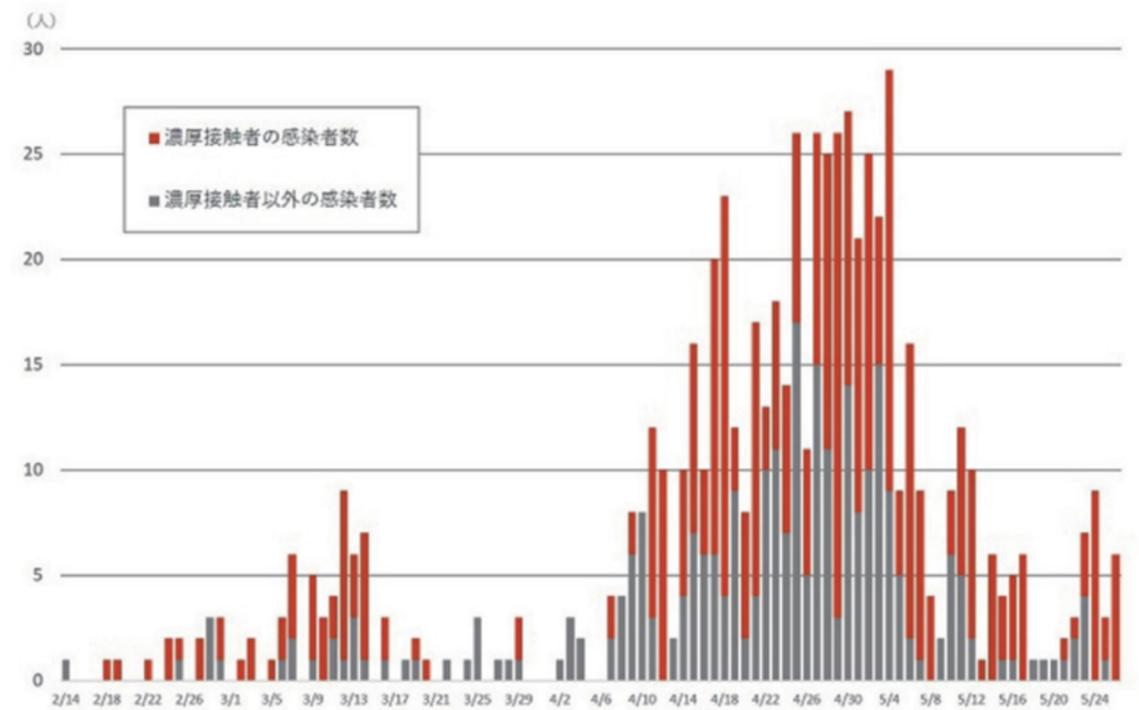
北海道COVID-19第2波  
(2020年4月17日から5月31日)  
札幌市内の年齢別感染者 (N=504)



### 4 札幌市における感染者状況 (5月26日現在)



### 5 札幌市における感染者状況・濃厚接触の有無別 (5月26日現在)



### 6 時期の区分

- 派遣準備 (4月27日～5月1日)
- 混乱 (2日～7日)
- 試行錯誤 (8～15日)
- 本部設置 (16日)
- 本部機能確立 (17～22日)
- 回復期 (23～31日)

## 7 アカシア Heightsでのクラスター発生

- 4月から茨戸アカシア Heightsの隣接する住宅ならびに通所施設では新型コロナウイルス感染症患者が散発的に見られた
- 4月18日入居者が発熱・呼吸困難感で発症し、24日に医療機関へ入院
- 4月25日にはこの患者がPCR陽性と判明
- 札幌市保健所が施設に入り他の熱発者29名のPCR検査を実施
- 4月27日には70～90代の入所者14人がPCR結果陽性と判明

## 8 正式依頼と受託

- 5月1日札幌市保健所から札幌市医師会へ茨戸アカシア Heightsの診療支援に関する依頼が正式にあった
- 内容を調整して、札幌市医師会として受託することとなった

## 9 依頼内容

### 依頼内容

毎日1回の訪問診療による入居者の健康確認

### 依頼条件

従事日：令和2年5月2日（土）から当面毎日（土日祝日を含む）

場所：茨戸アカシア Heights

従事者：医師

従事時間：毎日3時間程度（土日祝日を含む）

補償：札幌市がJMATの傷害保険と同程度の補償を行う

その他、保健所が必要な感染防護衣を用意する

## 10 派遣

- 期間5月2日から31日
- 別の応援医師がいた2日間を除いて派遣
- 札幌市医師会員16名
- それぞれ1～5回
- 実際にレッドゾーンに入るのは1 - 2時間が多かった

## 11 混乱 看護師ゼロ

- 5月2日診療支援開始時には元々勤務していた看護師がいて、入居者の状態を把握していた。医師は必要な入居者のみ診察すればよかった
- 5月3日には元々勤務していた看護師はすべて出勤できない事態となった
- 3日の夜勤からは応援で来た看護師が一人ずつ順番で勤務した。はじめて応援で勤務に入り、入居者を把握したり、物品を把握したりして、点滴や酸素投与を実施しなければならない状況だった

## 12 混乱 アカシアハイツ診療指針

- 看護師も医師も圧倒的に足りない状況であったため、アカシアハイツ診療指針を作成した
  - － 情報を収集しリスト化する項目の選定
  - － 必要最小限の看護業務
  - － 医師の指示の基準
  - － 共通指示などを策定した
- 基本方針  
「できないことをあげればきりが無い。できることを考えて行動する。」
- 安全について  
「自分の安全と健康を第一に考える。そうでなければ他人を支援できない。」
- 困ったら  
 静明館診療所の友友まで連絡して下さい

## 13 混乱 介護職員の不足

- 介護職員が一番少ないときには8名で日勤も夜勤もこなす体制となり、100名近い入居者のケアにあたった
- 相談員、事務職員、ケアマネジャー、事務局長も介護にあたる状況
- 職員の不足のため食事の提供は一日2回となり、入所者は入浴はできなかった
- 昼に与薬することはできず、スキップした

## 14 混乱 過酷な勤務

- 自宅に帰ることができない、車中で寝泊まりする、シャワーを浴びることができないなどの状況があったと聞く
- 日勤 → 夜勤と連続で勤務しなければならない状況もあった
- 防護服 + N95マスクで数時間レッドゾーンに勤務しなければならない状況となっていた

**15** 混乱 老健における日常の風景と災害状態

- 1階はPCR陰性者、2階はPCR陽性者にゾーニングされていた
- 防護服を着て1階に入ると、談笑したり食事をとっている日常の風景があった
- 2階に上がると、同じ様に談笑したり、食事をとっている日常の風景があった
- それと同時に介護職員と看護師の不足、入居者の重症化が起きていた

**16** 混乱 死亡例

- 4月30日診療支援開始前にも施設内での死亡例が2例あった
- 診療支援開始後は5月6日から死亡例があった
- 数時間から数日以内に病状が進行し亡くなった
- 重症化してしまった場合には、救急搬送して救命するのはかなり難しいように感じた

**17** 試行錯誤 DMAT(厚労省)医師・看護師派遣

- 8日からDMAT医師、看護師が応援に来て、入院のための入居者の情報収集を開始した

**18** 試行錯誤 札幌市における病床

- ゴールデンウィーク明けには札幌の病床にも余裕が出始めた

## 19 試行錯誤 入院のための情報収集と入院調整

- 入院させるためにはもともとの基礎疾患、ADL、発熱の状況、現在の医療処置などの情報がなければならない
- 情報をレッドゾーンで入手し、グリーンゾーンで帳票にして、保健所に提出→保健所で入院調整
- 必要があれば再度病院から問い合わせがあり情報収集していた
- 1例目が入院できたのは5月11日

## 20 試行錯誤 入院必要度

**入院必要度の確認**

札幌市では入院が必要な入居者の病院への搬送を随時行う。保健所の医師がどの方を入院させるか決定するが、診療支援医師がある程度情報提供すると保健所が選定しやすくなる。下記の基準で検討する。

1. 酸素投与が必要になった早めの時点
2. 老健での療養が困難な方  
(酸素投与量が多い、点滴回数が多い、頻回の観察などが必要)
3. 病院で身体拘束などの制限をうけなさそう  
徘徊がない、医療処置(酸素・点滴など)を受け容れられるなど

## 21 試行錯誤 服薬の減量

- 与薬量が多く、与薬回数も多く介護職員のケアの負担になっていた
- 薬局で粉砕せずに、介護職員が自分たちで粉砕するようにはしていたためケアの負担になっていた
- STOPP/START Criteria (Age Ageing. 2015 Mar; 44 (2): 213-8.) と日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」を用いてPIMs (Potentially Inappropriate Medications) をスクリーニングし、減薬を行った。入居者の体調悪化はなく経過している

## 22 現地対策本部設置 (5月16日)

**ミッション「4週間を目標」**

1. 必要な介護サービスを提供する体制を作る
2. 医療機関に準じた治療の選択肢の提供
3. スタッフの健康・安全を守り、持続可能な体制づくり

**トップに本部長、副本部長があり、部門としては**

診療部門…健康観察、採血、治療方針

介護部門…入所者介護、看取り

感染管理部門…施設全般に関する感染管理

情報管理部門…アカシアハイツの情報把握、

入居者情報のデータ化

事務部門…施設の物品管理、施設職員の健康管理

**23** 本部機能確立 (5月17～23日)

- 5月17日本部で会議があり全体の方向性をディスカッションした
- ミッション達成の選択肢として
  - － 医療処置が必要な入居者20名をすぐに従来の急性期病院に入院させる
  - － 札幌市が療養病院をCOVID-19病棟に転換し入院させる
  - － アカシアハイツを病院にして医師看護師を派遣
- 急性期病院への入院の選択肢を実行し、3日で20人以上の入院調整を行った
- 以後、アカシアハイツ内の療養環境は改善

**24** 回復期 (5月23～31日)

- 5月22日現地対策本部では出口戦略を策定
  - － Step1は5月16日から29日
  - － Step2は5月30日から6月12日
  - － Step3が6月13日から6月26日にわけて新型コロナウイルス感染症への対応を計画した
- 医師会員の負担も大きく、5月31日をもって札幌市医師会が日替わりで支援する形態をやめることとした

**25** 診療支援医師としての業務

- 診療支援
- 応援看護師の調整
- 診療指針の策定
- 施設内の状況の伝達
- 定期支援以外のオンコール対応と看取り
- 搬送のための情報提供の補助
- 介護負担軽減のための減薬

**26** 感染早期の対応

- 現地対策本部
  - － ヒト、カネ、モノの一元的管理
  - － 早期に確実に行う
- 介護崩壊対策
  - － 職員にも多くの濃厚接触者が発生する
  - － レッドゾーンではたらくインセンティブ

## 27 今後の対策

- 対策を地域包括ケアと同じように

**「自助」「互助」「共助」「公助」**

に分けてみよう

## 28 自助

1. 感染症に関する勉強会
2. 人防護具の着脱の練習
3. 発熱者の対応
4. 日常業務のマニュアル（文書化）
5. オンラインでの職員同士の連絡方法の確立
6. オンライン面会の確立
7. 必要物品の準備
8. BCPの策定

## 29 互助

- 感染予防の勉強会
- 在宅ケア連絡会などでの情報交換、多職種連携教育（IPE）
- 複数事業所での相互救援体制

## 30 共助

- かかりつけ医との連携
  - － 施設や在宅での感染対策の支援
  - － 普段からのACP
- 訪問看護ステーションとの連携

## 31 公助

- クラスター化した際の対策本部の設置
- ゾーニング
- ていねいで早期の情報の伝達
  - － 入居者、家族、市民、職員、専門職
- 市内の医療体制を考慮した搬送
- リソース確保
  - － ひと
  - － もの
  - － かね

## 32 メッセージ

- 新型コロナウイルス感染症はこれからが本番です
- 施設への波及は他の感染症と同様に避けることはできません
- 発生しないようにできるだけ予防し、発生しても被害を最小限にする工夫、準備を今からする
- 地域での感染予防の勉強会や情報交換、複数事業所での相互救援体制など連携できることはたくさんある

## 33 参考

- 国立感染症研究所「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）医療施設内発生対応チェックリスト」
  - － <https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2484-idsc/9735-covid19-21.html>
- 日本環境感染学会「新型コロナウイルス感染症の院内・施設内感染対策チェックリスト」
  - － [http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/innai-shisetsunai\\_checklist.xlsx](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/innai-shisetsunai_checklist.xlsx)
- 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（改定第2版）」
  - － [https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/20200629\\_covid19\\_01\\_v2.1.pdf](https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/20200629_covid19_01_v2.1.pdf)
- COVID-19対策のための個人防護具の選択（大友作成）
  - － [https://drive.google.com/file/d/156MRVS6duUTXqs\\_murFu10iSzpvFDrCi/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/156MRVS6duUTXqs_murFu10iSzpvFDrCi/view?usp=sharing)
- 施設におけるCOVID19BCP案（大友作成）
  - － <https://drive.google.com/file/d/1z8V-YsSlvtrcwJeRTiLXMZCcb12iSNjO/view?usp=sharing>

## 東京都新宿区からの報告

英 裕雄

## 目 標

新宿ヒロクリニックでは、外来、在宅の双方で発熱患者への対応が日常的に行われている中で、今回のCOVID-19感染拡大を迎えた。スタッフ自身の感染が疑われ、勤務できるスタッフが減少。さらに勤務医の減少、患者の減少と、数々の困難が一気に押し寄せることとなった。クリニックの維持そのものが危ぶまれる中で、いかに通常診療と感染者対応を行ってきたのか。本講義では、東京都心での同クリニックの経験をもとに、withコロナ時代に求められるかかりつけ医療機関の対応と地域連携のあり方を学ぶ。

## Keyword

標準予防策（スタンダードプリコーション）、対面対応の効率化、事前問診、事後フォロー、オンライン診療、コロナ対応の地域連携モデル、連携基盤のオンライン化

## 内 容

1. クリニックの概要
2. COVID-19感染拡大で当院が経験したこと
  - ・感染者増加時の状況と、その対応について
  - ・第一波（3～5月頃）はクリニックにどのような影響を残したか
  - ・第二波（7月の東京での感染者急増）以降の対応について
3. COVID-19への現在の対応
  - ・当院におけるCOVID-19予防策の原則
  - ・標準予防策（スタンダードプリコーション）の重要性
  - ・コロナ禍における通常診療の流れ
  - ・発熱者への対応（検査実施前に必ず周囲との相談を）
  - ・在宅患者の発熱往診後のフォロー
  - ・訪問看護やリハビリにおける発熱者対応の留意点
4. withコロナ時代に向けて必要なこととは？
  - ・陽性者対応を地域で
  - ・オンライン診療
  - ・地域ネットワークでの対応（新宿区の例）
5. まとめ ～withコロナ時代、効率的かつ安心して医療を行うために～

地域性を踏まえた  
COVID-19 への在宅医療としての対応  
東京都新宿区からの報告

新宿ヒロクリニック

英 裕雄

## 2 当院概要 3月まで

- 平成13年西新宿で開設、重症患者を中心の在宅医療専門だったが、平成27年大久保（外国人居住率40%以上）に移転し外来、在宅診療（訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ）を行うかかりつけ医療機関 24時間365日対応
- 外来においては、総合診療科、内科、皮膚科、整形外科、リハビリによるかかりつけ診療を行いつつ、外国人診療に力を入れるために、中国、ベトナム、ネパール人スタッフを擁していた（外来外国人受診率20%）
- 外来では慢性疾患管理のほかに、日本人外国人双方の発熱者などの来院が多く、在宅でも誤嚥などによる発熱症状者の往診対応が常態化していた

### 3 4月初旬東京における感染者の増加時

- スタッフに味覚障害、発熱など有被疑症状者の増加  
→ スタッフ減少
- 大学病院等からの外勤勤務ストップ → 勤務医減少
- 外来来院患者数減少、電話処方対応希望などの増加  
→ 患者さん減少
  
- 感染対応物資の不足
- 入院（救急受診）受け入れ困難化

### 4 どう対応したのか？

4/2 ~ 午後外来休診

4/7 緊急理事会  
(有被疑症状スタッフの急増から抜本対策検討)

4/13 ~ 25 外来全面休診+必要時往診対応開始

訪問診療業務を縮小 → Aチーム

在宅勤務での電話対応等開始 → Bチーム

発熱者等感染症対応専従チームの設置と分離 → Cチーム

### 5 結果

- 犠牲者：ゼロ？  
(突然死？心不全？など不審なケースあり)
- 感染者：スタッフ：ゼロ？（1月に肺炎スタッフ複数？）  
かかりつけ患者：4名（外来1、在宅3 うち1名は在宅PCR検査にて陽性）  
発熱者外来、発熱者往診等：60名（現在増加中）
- 在宅等でのPCR検査実施件数 約30件（およそ10件は自分を含めた院内スタッフ）

### 6 クリニックにどのような影響を残したのか？

- 外来特に外国人診療の縮小
- 外国人スタッフ、外来スタッフの減少と在宅サポート部への移行
- 対面対応の短時間化と効率化（診療補助業務の進展）
- 感染対応の常態化（現在も発熱者外来継続、すべての診療現場での標準予防策の徹底）
- 売り上げの低下（訪問診療15%、外来30%、介護30%）と事業再編

## 7 第二波(?)以降について

- 3月～ 5月の第一波では、知識も感染対応物資も不足する中で、対面診療の減少による防衛が主だったが・・・
- 第二波(7月東京の感染者急増)では、主に外来初診の若年成人発症者  
検査：PCR検査スポットへの紹介 → 院内PCR検査 → 迅速抗原検査
- 8月に入りデイサービスで散発も保健所対応にて制圧？
- 現在も外来では少数発生・・・
- 10月以降は第三波というよりwithコロナ化という新状態になりつつある？

## 8 当院COVID-19予防策の原則

- 自分を含めてスタッフ、患者さんすべての人をコロナ感染者とみなして対応
- 通常は標準予防策+接触感染・飛沫感染対策だが、PCR検査時、気管内吸引時などはフルPPE
- 一人のミスが全員を危険にすることを念頭に普段から適切な行動を心がける
- 長期に持続継続可能で、有効かつ現実的対応を検討する

## 9 標準予防策(スタンダードプリコーション)

- 標準予防策とは、すべての人は伝播する病原体を保有していると考え、患者および周囲の環境に接触する前後には手指衛生を行い、血液・体液・粘膜などに曝露するおそれのあるときは**个人防护具**を用いることである。
  - 血液、汗以外の体液(唾液、鼻汁、喀痰、尿、便、腹水、胸水、涙、母乳など)、傷のある皮膚、粘膜
  - これらの湿性物質との接触が予想されるときには**个人防护具**を用い、処置の前後には手洗いや手指消毒を行うことが、すべての院内感染対策の基本である。
  - 湿性物質との接触が予想されるときには个人防护具を用いる。
    - 湿性物質に触るとき → **手袋**
    - ・鼻の粘膜が汚染されそうとき → **マスク**
    - 衣服が汚れそうとき → **プラスチックエプロン・ガウン**
    - 飛沫が目に入りそうとき → **アイシールド・ゴーグル**
    - 顔、目、□、鼻の粘膜が汚染されそうとき → **フェイスシールド**
- 目に見える汚れが付着したときや、アルコールが効きにくい病原体を扱ったとき(ノロウイルスやクロストリジウム・ディフィシルなど)は流水手洗いをを行う。それ以外の場面ではアルコール手指消毒がよい。

## 10 重要な点

- 頻回の手指消毒  
→ 5つのタイミングを意識して、毎回十分な量で！
- スタンダードプリコーションを甘く見ない  
→ これが徹底できれば基本的には大丈夫、フルPPEと大きく変わらない
- PPEは脱ぐときが大事、曝露しないように脱ぐ
- 顔やマスクをむやみに触らない
- 体調が悪かったら休める環境づくり
- 過度な防護策によってケアの質を下げない
- 職員同士の食事に注意

## 11 通常訪問診療の流れ

- 手指消毒、マスク装着、フェイスガード持参にて入室
- 患者さん、家族、滞在者のマスク装着の有無の確認
- 一人でもマスク装着していないときフェイスガード装着
- 診察前体温測定
- 問診
- 手指消毒（±手袋装着）にて診察
- 診察器材の使用前後消毒
- 必要手技時PPE装着
- 退室後手指消毒

## 12 発熱者を診察前に確認すべき事項

- 伝染性発熱疾患？  
→ 最近2週間以内に発熱等の有被疑症状者との（濃厚）接触有無
- コロナ関連症状？  
→ 呼吸器症状や消化器症状の有無、味覚嗅覚異常の有無など
- 全身状態？  
→ 発症後の経過、食欲、活気の有無など
- **3項目事前問診**が何といても重要！

## 13 発熱者対応のフロー ～検査実施前に必ず周囲との相談を～

- 発熱者診察時は、マスク、手袋、フェイスシールド装着、**発熱者セット**での入室
- 従来発熱者対応（解熱剤、抗生剤、採血）継続し症状緩和に努めつつ、インフル迅速、**コロナ迅速検査（症状出現後2～9日の場合）**やPCR検査実施の可否を検討（PCR検査結果が出るまで陽性者として取り扱われることに注意）
- **酸素飽和度測定機器の貸し出し**などを検討
- 現在は陽性の場合、保健所対応となり、
- 高齢者や基礎疾患を持っている方では、陽性者は原則入院となることもあらかじめ説明
- 入院時は面会不可になる可能性も説明
- 抗原迅速検査、PCR検査陰性であっても偽陰性の可能性もあるので、感染者対応（診療器材の限定化やフェイスシールド着用など）は原則継続する

## 14 在宅患者の発熱往診後のフォロー

- ケアマネ、ケアチームへの連絡
- 発症前後の濃厚接触者（15分以上、1メートル以内、防護なし）の洗い出しも念のため・・・
- 関わるケアスタッフの限定化検討？
- 施設内患者の場合、隔離検討
- 継続電話フォロー：全身状態（活気）、酸素飽和度、体温、食事水分摂取状況
- 継続往診目的の明確化：見守り？ 処置？ 不安解消？ 方針決定？ 入院手配？

## 15 訪問看護やリハビリの発熱者対応留意点

- スタンダードプリコーションの徹底
  - 手指消毒、手袋、マスク、フェイスガード、エプロン、PPEなどの適切な着用（いつでも使えるように持参！）
  - 短時間、効率化の検討
  - 周囲との協働
  - 濃密なフォロー
- 発熱者といっても対応はそれほど変わらない？

## 16 陽性者対応、今までは…

- 陽性者 → 発生届 → 保健所対応 → 患者の療養先決定、濃厚接触者認定と必要者PCR検査、自宅療養者支援 → 終了後地域フォロー
- 当院では、保健所の自宅療養者支援を1か月以上前から開始しているが、夜間のみ保健所が初動した後で…
- 今後withコロナの時代に…これでは保健所がパンクする？

## 17 今後は地域医療機関で陽性者対応？

- トリアージ：有症状者にコロナ迅速抗原検査（PCR検査）施行
- 陰性者フォロー：PCR検査追加？定期的フォロー、緊急時対応
- 要入院陽性者：65歳以上高齢者、持病の有無、症状の強さによって病院紹介 → 紹介機能の充実（保健所との連動も？）
- 入院不要陽性者：定期的フォロー（電話、オンライン診療など）、緊急時対応（往診など）

## 18 オンライン診療

- CLINICS、TEAMS、LINE、FaceTime様々な基盤を整備中
- 結局は保険証情報、自己負担請求など窓口業務をどうするか？
- テレビ電話をどうつなぐか？
- 患者の状況（カードあり？スマホアプリ利用可能？メールアドレスがある？LINEアカウント持っている？i-phone持っている？）に応じた対応をするしかない？
- オンライン診療申し込みフォーム → 電話での確認問合せ → オンライン診療 → 処方箋などの受け渡し → 自己負担分請求

## 19 新宿区新型コロナウイルス対策医療介護福祉ネットワーク

- 目的：新宿区民にサービス提供する医療介護福祉事業者の新型コロナウイルス対策の質・量の向上及び連携構築
- 新宿区および新宿区医師会、薬剤師会、歯科医師会、介護サービス事業者協議会などが参加
- TEAMSにおけるWEB連携、テレビ会議、情報共有化

### 第一回総会 9月4日 基調講演

- 新宿区を震源とする新型コロナ津波から高齢者を守るために
- 牛込台さこむら内科 迫村泰成

### 第二回総会 10月2日 シンポジウム

- 開業医、病院勤務医、歯科医、ケアマネ、訪問看護、デイサービス、特養の代表者によるシンポジウム
- 今後毎月第一金曜日午後6時半から開催と同時にTEAMS内での情報共有化基盤を整備する

## 20 まとめ ～withコロナの時代、効率的安心して医療するために～

- スタンダードプリコーション、手指消毒などの徹底、適切なPPE装着など常時の感染対応を怠らず
- 事前問診、事後フォローを充実させ、電話相談、オンライン診療、目的別往診充実
- 高齢者、持病のある方はもとより、医療従事者、介護従事者、高齢者を取り巻く方々の早期診断のための検査実施体制確保
- 一律蔓延予防から、重症化しやすい人の予防と早期対応
- 保健所を中心とした連携対応から医療連携、地域連携モデルへ
- 連携基盤もSNSやZOOM、TEAMSなどオンライン化を活用

## 事前学習

### 第2部

## それぞれの立場からのCOVID-19への対応 ～在宅を踏まえて～

### 日本医師会の立場から

### 保健所の立場から

### かかりつけ医の立場から

### 意思決定支援について、法律家の立場から

### フレイル予防の立場から

## 日本医師会の立場から

江澤 和彦

**目標** 在宅医療を受けている患者は基礎疾患を持つ高齢者が多く、COVID-19に対して極めてハイリスクといえる。本講義では、まずはCOVID-19の特徴（感染経路、症状、経過、後遺障害など）を知り、在宅医療および介護施設等における対応策について理解を深めることを目標とする。その上で、感染症を正しく恐れ、実行すべき感染対策を過不足なく行うことにより、尊厳あるWithコロナ社会の実現を目指す。

**Keyword** 新型コロナウイルス、組織的感染対策、尊厳の保障と自立支援、許容リスク、在宅医療とCOVID-19

- 内容**
- COVID-19について
    - 概要（感染経路・症状など） ・経過 ・後遺障害について
    - 感染性・重症度とウイルス量
    - 重症化のリスク因子
  - COVID-19への対応
    - 各種検査
    - 隔離予防策（標準予防策と感染経路別予防策）
    - 環境対策
    - 組織的感染対策のポイント
  - 今後の対策など
    - ワクチン
    - 終生免疫とADE
    - インフルエンザとの同時流行
  - 在宅医療および介護施設等における対策
    - 医療崩壊と介護崩壊
    - 介護施設・障害福祉施設等における感染者の対応
    - 在宅医療とCOVID-19
  - Withコロナ社会へ向けて
    - 『分断』と『差別』から『Withコロナ社会へ向けて』
    - 求められる『変革』と守るべき『尊厳』

## 1

令和2年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会（日本医師会館）

それぞれの立場からのCOVID-19への対応  
～在宅を踏まえて～  
【日本医師会の立場から】

公益社団法人 日本医師会  
常任理事 江澤 和彦



## 2 新型コロナウイルス感染症&lt;1&gt;

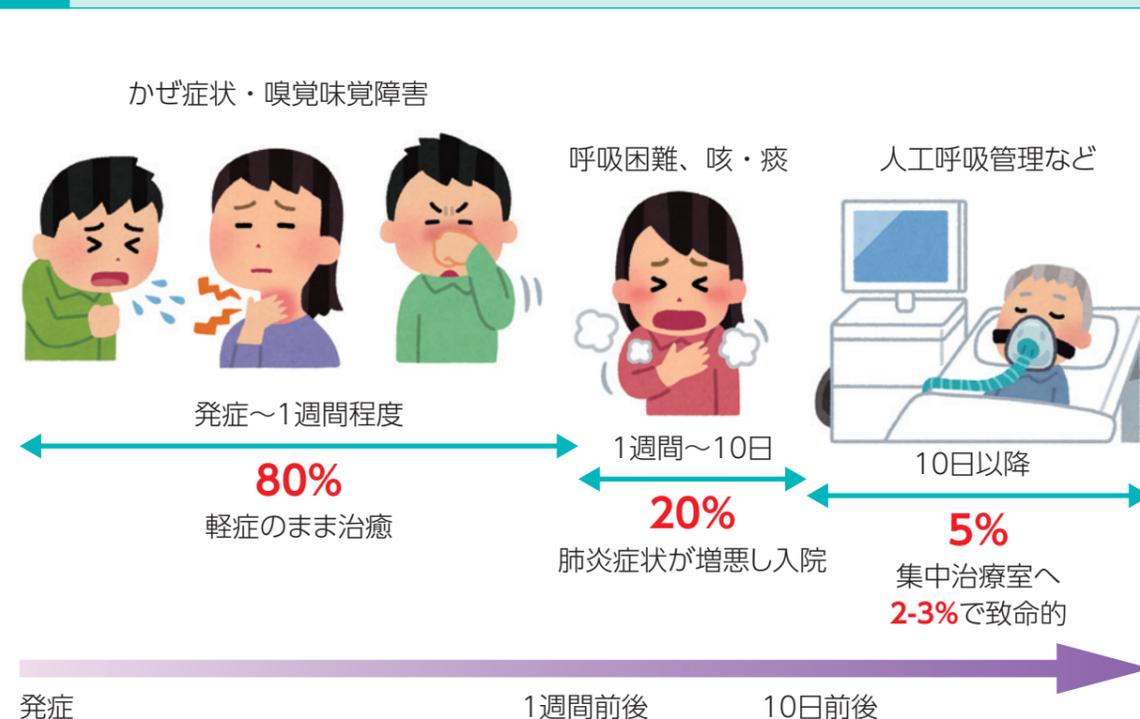
- 病原体：新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）
- 潜伏期間：主に約5日程度（1～14日）
- 感染経路・感染期間：
  - 飛沫感染・接触感染・エアロゾル感染
  - 発症前後の時期に最も感染力が高い
  - 約半数は無症状病原体保有者から感染
  - 血液・尿・便から感染性のある新型コロナウイルスを検出することはまれ
  - 基本再生産数が2.5程度

### 3 新型コロナウイルス感染症<2>

#### ●症状・予後：

- 発熱・呼吸器症状(咳・咽頭痛・鼻汁・鼻閉等)・頭痛・倦怠感・嗅覚症状・味覚症状等
- 重症化する場合、1週間以上、発熱や呼吸器症状が続き、息切れなど肺炎に関連した症状
- その後、呼吸不全が進行し、急性呼吸窮迫症候群(ARDS)、敗血症などを併発する例
- 重症化する例では、肺炎後の進行が早く、急激に状態が悪化する例

### 4 新型コロナウイルス感染症の経過



### 5 新型コロナウイルス感染症の後遺障害について

●新型コロナウイルス感染症による後遺障害は、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き第3版」に以下のように記載されている。

- ・イタリアにおける143人の患者調査では、COVID-19から回復した後（発症から平均2ヶ月後）も87%の患者が何らかの症状を訴えており、特に倦怠感や呼吸苦の頻度が高かったという。
- ・その他、関節痛、胸痛、咳、嗅覚障害、目や口の乾燥、鼻炎、結膜充血、味覚障害、頭痛、痰、食欲不振、咽頭痛、めまい、筋肉痛、下痢などさまざまな症状がみられたとされている。
- ・アメリカの報告では、COVID-19と診断された270人のうち、175人（65%）が検査日から中央値7日で普段の健康状態に復帰し、95人（35%）が検査から2～3週間経過後も「普段の状態に戻っていない」と回答した。

●新型コロナウイルス感染症の後遺障害の国内の発生状況を含め、明らかにするために令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）において、研究を開始したところ。今後は、研究の結果を適宜報告していく。

後遺障害に関する課題	研究課題名と研究代表者
後遺障害としての頻度が高いとされる、呼吸苦がどういった患者に起こり、どれくらい持続するのか、どれくらいの重症度なのか等が明らかでない。	研究課題名: COVID-19感染回復後の後遺障害の実態調査 研究代表者: 横山彰仁（高知大学 呼吸器内科学教授）
国内における新型コロナウイルス感染症による後遺障害の頻度がどれくらいで、どのような症状あり、どれくらい持続するのか等が明らかでない。	研究課題名: 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の長期合併症の実態把握と病態生理理解明に向けた基盤研究 研究代表者: 福永興彦（慶応義塾大学 呼吸器内科学教授）
新型コロナウイルス感染症で起こる味覚障害・嗅覚障害がどれくらい持続し、どのような味覚・嗅覚に障害が起こるのか明らかでない。	研究課題名: 新型コロナウイルス感染症による嗅覚、味覚障害の機序と疫学、予後の解明に資する研究 研究代表者: 三輪高喜（金沢医科大学 耳鼻科学主任教授）

### 6 感染の伝搬経路

- 「クラスター対策班」によると・・・
  - 感染者の8割は周囲に感染させてない
  - 感染者の1割から1人に感染している
  - 感染者の一部から10人に感染している
- 「サイエンス」によると・・・
  - ◇感染元について
    - 40%が有症状者
    - 10%が汚染環境への接触
    - 45%が発症前2日間
    - 5%が無症状病原体保有者

## 7 感染性・重症度とウイルス量

### ● 感染性は上気道のウイルス量に依存

#### ◇ ウイルス排泄量

- 発症前日が最大
- 上気道のウイルス量に影響される
- 年齢依存的（青壮年 → 中高年 → 高齢者）に多い
- 青壮年にも例外
- 咽頭痛・微熱程度の活動性の高い感染者 ⇒ クラスタ

### ● 重症度は下気道のウイルス量に依存

- 軽症者の方が発症直後のウイルス量が多い
- 感染性と重症度は必ずしも相関しない

## 8 重症化のリスク因子

重症化のリスク因子	重症化のリスク因子かは知見が揃っていないが要注意な基礎疾患等
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 65歳以上の高齢者</li> <li>● 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)</li> <li>● 慢性腎臓病</li> <li>● 糖尿病</li> <li>● 高血圧</li> <li>● 心血管疾患</li> <li>● 肥満 (BMI 30以上)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 生物学的製剤の使用</li> <li>● 臓器移植後やその他の免疫不全</li> <li>● HIV感染症 (特にCD4&lt;200/L)</li> <li>● 喫煙歴</li> <li>● 妊婦</li> <li>● 悪性腫瘍</li> </ul>

## 9 重症度分類（医療従事者が評価する基準）

重症度	飽和酸素度	臨床状態	診療のポイント
軽症	SpO <sub>2</sub> ≥ 96%	呼吸器症状なし 咳のみ息切れなし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多くが自然軽快するが、急速に病状が進行することもある</li> <li>・リスク因子のある患者は入院とする</li> </ul>
中等症 I 呼吸不全なし	93%<SpO <sub>2</sub> <96%	息切れ、肺炎所見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院の上で慎重に観察</li> <li>・低酸素血症があっても呼吸困難を訴えないことがある</li> <li>・患者の不安に対処することも重要</li> </ul>
中等症 II 呼吸不全あり	SpO <sub>2</sub> ≤ 93%	酸素投与が必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸不全の原因を推定</li> <li>・高度な医療を行える施設へ転院を検討</li> <li>・ネーザルハイフロー、CPAPなどの使用をできるだけ避け、エアロゾル発生を抑制</li> </ul>
重症		ICU入室 or 人工呼吸器が必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器管理に基づく重症肺炎の2分類 (L型、H型)</li> <li>・L型：肺はやわらかく、換気量が増加</li> <li>・H型：肺水腫で、ECMOの導入を検討</li> <li>・L型からH型への移行は判定が困難</li> </ul>

注：・ COVID-19で死亡する症例は、呼吸不全が多いために重症度は呼吸器症状（特に息切れ）と酸素化を中心に分類した。  
 ・ SpO<sub>2</sub>を測定し酸素化の状態を客観的に判断することが望ましい。  
 ・ 呼吸不全の定義はPaO<sub>2</sub> ≤ 60mmHg でありSpO<sub>2</sub> ≤ 90%に相当するが、SpO<sub>2</sub>は3%の誤差が予測されるのでSpO<sub>2</sub> ≤ 93%とした。  
 ・ 肺炎の有無を把握するために、院内感染対策を行い、可能な範囲で胸部CTを撮影することが望ましい。  
 ・ 軽症であっても、症状の増悪、新たな症状の出現に注意が必要である。  
 ・ ここに示す重症度は中国や米国NIHの重症度とは異なっていることに留意すること。

## 10 19-COVID重症肺炎の特徴

- COVID-19の肺炎はL型（比較的軽症）とH型（重症）に分類される。
- いずれも高めのPEEPを要するが、呼吸療法や鎮静の対応が異なる。
- 一部L型からH型へ移行するが、移行したことの判定が難しい。
- 適切な対応には、集中治療の専門知識と監視体制が不可欠。

	L型	H型
病態	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 肺内含気は正常でコンプライアンスも正常 (Low elastance)</li> <li>● 肺循環障害のために低酸素血症 (Low V/Q ratio)</li> <li>● 肺水腫が生じていない (Low lung weight)</li> <li>● リクルートする無気肺なし (Low lung recruitability)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 肺水腫で含気が減少し、コンプライアンスも減少 (High elastance)</li> <li>● シャント血流の増加による低酸素血症 (High right-to-left shunt)</li> <li>● 肺水腫のために重症ARDS並みの肺重量 (High lung weight)</li> <li>● 含気のない肺組織はリクルート可能 (High lung recruitability)</li> </ul>
治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1回換気量制限は必須ではない</li> <li>● 腹臥位療法の効果あり</li> <li>● 換気量が多すぎると、肺傷害が起こるため、換気量を抑えるために鎮静剤や筋弛緩剤の使用を検討する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1回換気量制限は必須</li> <li>● 腹臥位療法の効果あり</li> <li>● 一般に治療抵抗性であるため、ECMO-net等の専門施設へ紹介</li> </ul>

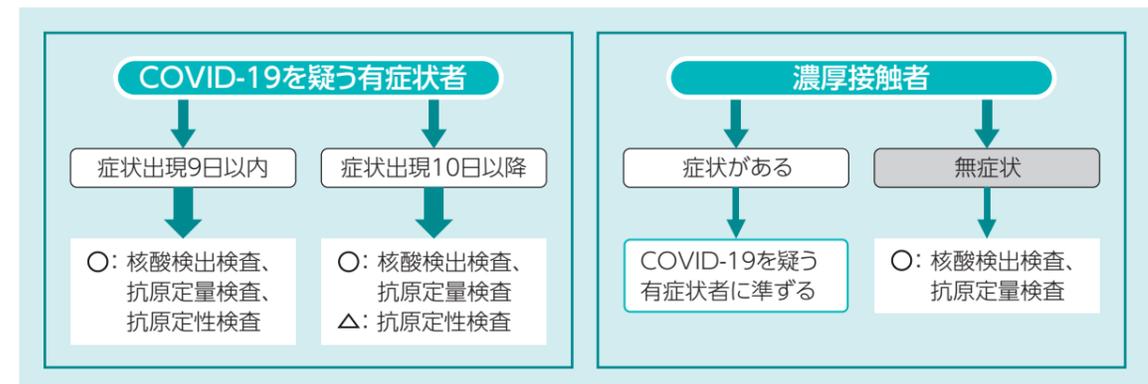
(Gattinoni L, et al. COVID-19 pneumonia: different respiratory treatment for different phenotypes? Intensive Care Med 2020.)

## 11 新型コロナウイルス感染症にかかる各種検査

検査の対象者		核酸検出検査			抗原検査（定量）			抗原検査（定性）		
		鼻咽頭	鼻腔	唾液	鼻咽頭	鼻腔	唾液	鼻咽頭	鼻腔	唾液
有症状者 (症状消退者含む)	発症から9日目以内	○	○	○	○	○	○	○(※1)	○(※1)	×(※2)
	発症から10日目以降	○	○	—(※4)	○	○	—(※4)	△(※3)	△(※3)	×(※2)
無症状者		○	—(※4)	○	○	—(※4)	○	—(※4)	—(※4)	×(※2)
想定される主な活用場面		<ul style="list-style-type: none"> <li>検査機器等の配備を要するものの、無症状者に活用できるため、保健所、地方衛生検査所、感染研等の検査専門施設や医療機関を中心に実施。</li> <li>大量の検体を一度に処理できる機器や操作が簡便な機器など、幅広い製品があるため、状況に応じた活用が重要。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>検査機器等の配備を要するものの、無症状者に活用できるほか、現在供給されている検査機器は、新型コロナウイルス感染症に係る検査以外にも、通常診療で実施される様々な検査に活用できるため、検査センターや一定規模以上の病院等において活用。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>検査機器の設置が不要で、その場で簡便かつ迅速に検査結果が判明するが、現状では対象者は発症2日目から9日目の有症状者の確定診断に用いられるため、インフルエンザ流行期における発熱患者等への検査に有効。</li> </ul>		

※1：発症2日目から9日目以内のみ。  
 ※2：有症状者への使用は研究中。無症状者への使用は研究を予定している。  
 ※3：使用可能だが、陰性の場合は鼻咽頭PCR検査を行う必要あり  
 ※4：推奨されない。

## 13 検査フロー案



## 12 検査の留意点

**核酸検出検査：**唾液検体の場合、発症から10日目以降は検出性能が低い。

**抗原定量検査：**唾液検体の場合、発症から10日目以降は検出性能が低い。

**抗原定性検査：**唾液検体は用いることができない。鼻咽頭・鼻腔検体では、発症2日目から用いることができるが、10日目以降で陰性の場合に、臨床像から必要に応じて核酸検出検査や抗原定量検査を行うことが推奨される。

## 14 各種検体と適切な感染防護

採取する検体	感染防護
①鼻咽頭ぬぐい液・鼻腔ぬぐい液	医療者に一定の曝露あり (フェイスガード、サージカルマスク、手袋・ガウン等) ※鼻腔ぬぐい液を自己採取する場合、医療者の曝露は限定的 (サージカルマスク、手袋)
②唾液	医療者の曝露は限定的 (サージカルマスク、手袋)

## 15 想定される検体と検査の種類等の例

採取する検体	季節性インフルエンザ	COVID-19	感染防護	備考
①鼻咽喉ぬぐい液・鼻腔ぬぐい液	抗原定性 鼻咽喉ぬぐい液・ 鼻腔ぬぐい液	抗原定性* PCR (抗原定量) 鼻咽喉ぬぐい液・ 鼻腔ぬぐい液	医療者に一定の曝露あり(フェイスガード、サージカルマスク、手袋・ガウン等) ※鼻腔ぬぐい液を自己採取する場合、医療者の曝露は限定的(サージカルマスク、手袋)	・迅速に結果を得ることができる
②鼻かみ液・唾液	抗原定性 鼻かみ液	PCR (抗原定量) 唾液	医療者の曝露は限定的(サージカルマスク、手袋)	・結果を得るのに数日かかる ・COVID-19のPCRのキャパシティを消費

\*: COVID-19に対する抗原定性検査は、場所を選ばず実施可能であり、短時間で結果を確認することができる。  
(第40回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会・第46回厚生科学審議会感染症部会(令和2年9月10日)の資料「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備」より改変 [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_13511.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13511.html))

## 16 隔離予防策 (Isolation precaution)

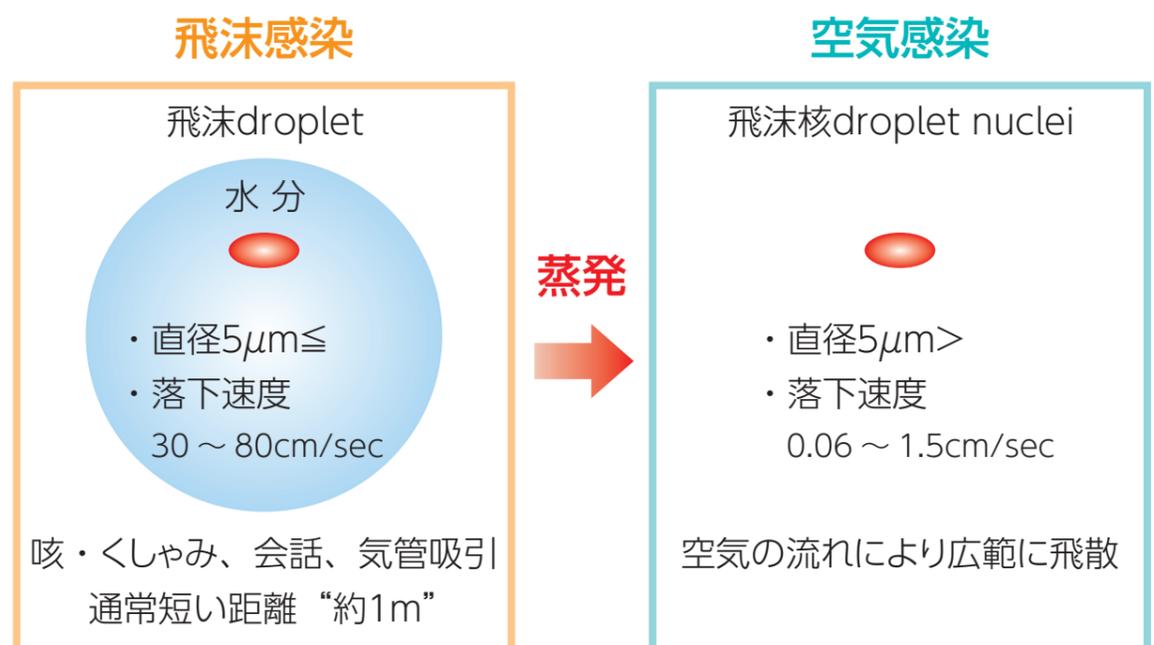
- 標準予防策 (Standard precaution)
- 感染経路別予防策

- 空気感染予防策
- 飛沫感染予防策
- 接触感染予防策

## 17 エアロゾル感染

- 「マイクロ飛沫 (エアロゾル) 感染」 のリスクは?
  - 空気中に3時間程度漂う
  - 当初から飛沫・接触感染では説明のつかないクラスター多発
  - 舌にACE2受容体の発現が高く唾液に多く存在
  - 発声や運動による換気量の増大は高リスク
  - 飛沫から水分が蒸発すると飛沫核
  - ノロウイルスやインフルエンザでも経験

## 18 空気感染と飛沫感染の比較



## 19 感染予防

- 「ランセット」によると・・・
  - 過去の論文を分析・統計的に解析
  - 16か国・2万6000人のデータによる感染リスク
  - マスク/N95：96% ↓ ・その他67% ↓
  - ゴーグル・フェイスシールド/目の防護：78% ↓
  - 社会的距離/1m：82% ↓ ・1m毎：2倍以上 ↓
- 「WHO」(6月5日) は・・・
  - 公共の場でマスク着用を推進

## 20 環境対策

- 環境表面における生存時間
  - ・銅/4時間
  - ・ボール紙/24時間
  - ・プラスチック、ステンレス/2～3日間
- 通常清掃・状況に応じて消毒
- 熱消毒：80℃・10分間
- 消毒剤：消毒用エタノール・次亜塩素酸ナトリウム(500～1000ppm) 等
- 消毒剤の噴霧 → ×
- 対流を生じる換気が有効

## 21 消毒剤の三要素

濃度	決められた正しい濃度で使用する。メスシリンダーなどで計量する。毎日用時調整する。	濃度が薄すぎると効果は期待できないし、濃すぎると副作用の原因になる。また、濃すぎることは経済上、環境汚染上、問題がある。
時間	微生物と必要以上の接触時間を満足させる。	例) 黄色ブドウ球菌の場合、一般に、30秒以上の接触時間が必要。
温度	温度は高い方が効果的 通常20℃以上で使用する。	高温と光でダメージを受けるため 保管場所に注意を要する。

## 22 組織的感染対策のポイント<1>

- 日頃の準備と迅速な対応
  - 想定されている事態への冷静沈着な具体的準備
  - 人材確保は？ PPE確保は？ 行政連携は？ 「3密」はないか？  
職員の聞き取りや申告は？ シミュレーションは？
- 実効性担保
  - 「知っていること」と「出来ること」の乖離
  - PPEの着脱、適切なマスク使用、手袋を外した後の手洗い、平熱に着目した体温管理、新入院患者・新入所者への2日間の対応・・・
  - ICTラウンド巡回指導や実地研修が有効

## 23 組織的感染対策のポイント<2>

### ● 情報共有と活用

- 医学的知見・公衆衛生学的知見に基づいた情報の収集と活用
- 組織的に共有すべき情報の選択と発信
- 対策の優先順位の明確化と問われる応用力
- 過度な対策による弊害：業務執行、認知機能、フレイル等

## 24 油断大敵！！

- 他県や流行地域への「警戒心」と自身の地域への「安心感」
  - 全国津々浦々足元に忍び寄るリスク
  - どこに行くかより如何に過ごすかが重要!
- 顔見知り・友人知人・同僚への「安心感」と他人への「不信感」
  - 親近感が縮めるディスタンス
- PCR検査の陰性結果への「盲目的信頼感」
  - 検査のタイミングと感度7割の意義
- 「無防備」な結膜感染対策
  - 感染防御の脆弱な結膜への対策は如何に・・・

## 25 期間計算のイメージ図

### 【有症状者の場合】

①発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合、退院可能



②症状軽快後24時間経過した後、24時間以上間隔をあげ、2回のPCR等検査で陰性を確認できれば、退院可能



### 【無症状病原体保有者の場合】

①検体採取日（陽性確定に係る検体採取日）から10日間経過した場合、退院可能



②検体採取日から6日間経過後、24時間以上間隔をあげ2回のPCR等検査で陰性を確認できれば、退院可能



## 26 SARS-CoV-2のワクチンはどうなる？

- 入院リスク・重症化リスク・死亡リスクを減少する効果へ期待
- 有効性（感染防御に資する中和抗体の十分な産生と一定期間の抗体価の維持）と安全性（重篤な有害事象を認めない）が不可欠
- ワクチン接種回数は年1回？年2回？
- 有害事象を考慮して医療介護従事者は分割接種の実施となるか

## 27 終生免疫とADE

- 終生免疫を得るワクチン：  
麻疹・風疹・水痘・日本脳炎・B型肝炎等の血中のウイルスに対するもののみ  
→ 感染予防効果は困難
- ADE（抗体依存性感染増強）：  
本来ならウイルスから体を守るべき抗体がウイルスと結合して免疫細胞に取り込まれ、細胞内でウイルスへの感染が促進され、その後ウイルスに感染した免疫細胞が暴走してサイトカインを過剰に放出し、症状の悪化を来すこと  
→ 他のSARSコロナウイルス等で確認

## 28 複数回感染すると…

- 2回目の感染を生じた事例では、メモリー細胞の働き等により抗体産生が早く、抗体価の上昇が高く、罹病期間も短く軽症化するケースが多い。
- 既存の4種の風邪コロナウイルスも感染後早期に抗体価が低下することにより感染を繰り返しているが、繰り返す度に症状は軽くなると考えられている。

## 29 インフルエンザとの同時流行は？

- 過去の経験からは流行の「主役」は一つ
- 冬場の南半球でインフルエンザは流行していない
- 社会全体でこれだけの準備をして迎える冬場は初めて
- 危機管理は常にワーストシナリオを想定すべき

## 30 『医療崩壊』と『介護崩壊』

### 医療崩壊とは…

- 医療を受けるべき患者が必要な医療を受けられなくなる  
こと
- 院内感染により医療機能が麻痺すること

### 介護崩壊とは…

- 介護を受けるべき利用者が必要な介護を受けられなくなる  
こと
- 施設内感染により介護機能が麻痺すること

### 31 介護施設・障害福祉施設等における発症者の対応

- 「原則入院」
  - アウトカムは死者数
  - 急性疾患であり十分に期待出来る治療効果
  - 認知症や精神障害の方への対応は課題
- 厚労省事務連絡：老健や介護医療院等をやむを得ない場合
  - 都道府県の「指示」による
  - 必要な医療提供とその費用は未だに課題
- 無駄に命を落とすことは決して許されない！！
  - 致死率の高い欧州各国では死者数の半数を占めた
  - 繰り返してはならない悲劇

### 32 在宅医療とCOVID-19

- 在宅医療患者は極めてハイリスク
- 万一感染したら・・・
- 閉じこもりの弊害への対応
- 行うべき過不足のない感染対策
- まずは生活、そして支える医療介護
- 医の倫理に基づいた意思決定支援
- 何よりも尊厳の保障と自立支援

### 33 「分断」と「差別」から「WITHコロナ」社会へ向けて

- 心ない「誹謗中傷」と過度な「風評被害」の経験
- 「同調圧力」の蔓延
- 恐怖心と不安感による「分断」と「差別」
- 「正しく恐れる」とは・・・
- 「情報の収集・整理・判断・活用」は不可欠
- 「ゼロリスク」から「許容リスク」への転換

### 34 求められる「変革」と守るべき「尊厳」

- SARS-CoV-2の病原性
  - 弱毒化や強毒化の証拠はない
  - 生じるのは数年から10年単位
  - 「収束」から「終息」へ
- 真の「終息」とは・・・
  - SARS-CoV-2が5番目の風邪コロナウイルスとなった時
- 『WITHコロナ』から『AFTERコロナ』へ向けて
  - 確実に言えることはパンデミック以前と異なる新たな社会の出現
  - 求められる『変革』と守るべき『尊厳』

## 保健所の立場から

蘆野 吉和

## 目 標

COVID-19は広域災害ともいえるものであり、地域全体の感染防護力を高めることが不可欠である。また、そのためには感染症対応のための地域連携体制をいかに構築するかが鍵となる。本講義では、山形県の庄内保健所での経験を通して見えてきた、COVID-19感染対策の問題点、および地域での健康危機管理における保健所の役割や課題を示す。さらに、地域の感染防護力を高めるための具体策として、地域感染対策支援チームの創設を提案する。

## Keyword

地域連携（協働）、攻めの姿勢、健康危機管理、地域感染防護力の強化、地域感染対策支援チームの創設

## 内 容

1. 演者の略歴
2. 山形県庄内医療圏におけるCOVID-19への対応
  - ・山形県庄内医療圏の概要
  - ・山形県におけるPCR陽性者数の推移
  - ・庄内圏域での対応と、そこから見えてきた課題
3. 感染症対応のための地域連携（協働）体制
4. COVID-19について
  - ・経過
  - ・年代別感染者数
  - ・年代別死亡者数
  - ・世界各国の年代別死亡者
5. 地域の視点から見た日本のCOVID-19対策の問題点
6. 地域における健康危機管理体制について（保健所の役割、課題など）
  - ・地域健康危機管理ガイドライン 各論の概要
  - ・健康危機管理における保健所の役割
7. 高齢者介護施設および介護事業所での感染対策の必要性および重要性
8. 地域の感染防護力を高める
  - ・地域感染対策支援チームの創設など

## 1

令和2年度在宅医療関連講師養成事業研修会

第2部 それぞれの立場からのCOVID-19への対応

## 保健所の立場から

山形県庄内保健所 所長

(日本在宅医療連合学会代表理事会長)

(日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長)

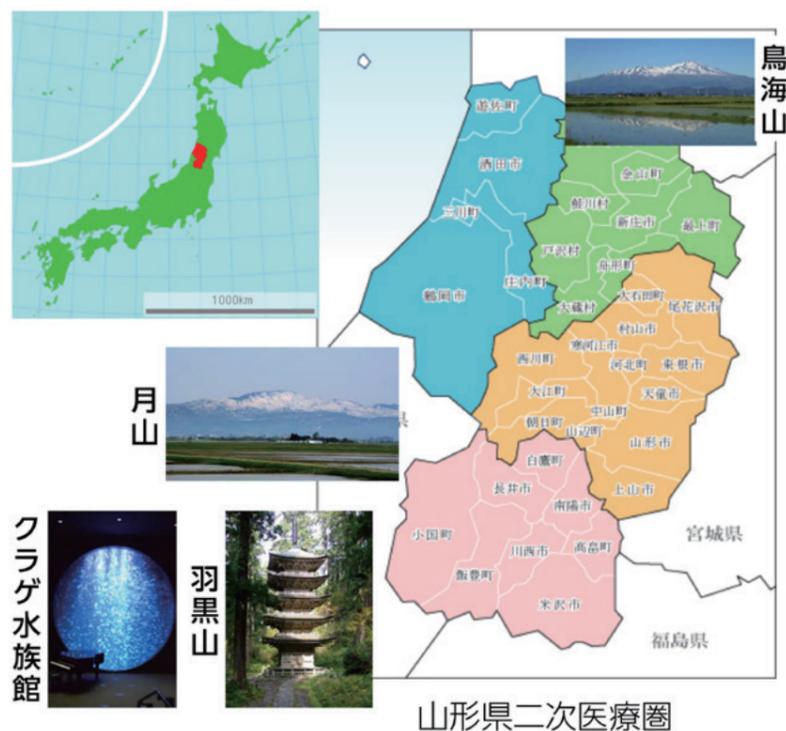
蘆野 吉和

## 2

## 演者の略歴

- 庄内保健所 所長（2020年7月20日～）
- 日本在宅医療連合学会代表理事会長（2019年5月～）
- 日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長（2016年～）
- 在宅医療の実践（1987年～2019年）
- 緩和ケア（病院・在宅）の実践（1986年～2019年）
- ICDとして院内感染対策チームを主導（1999年～2005年）
- 病院長として2009年新型インフルエンザ対応

## 3 山形県庄内医療圏



## 庄内医療圏

2市3町

人 □ 279,497人  
(2015年)高齢化率 32.60%  
(2015年)

クラゲ水族館

月山

羽黒山

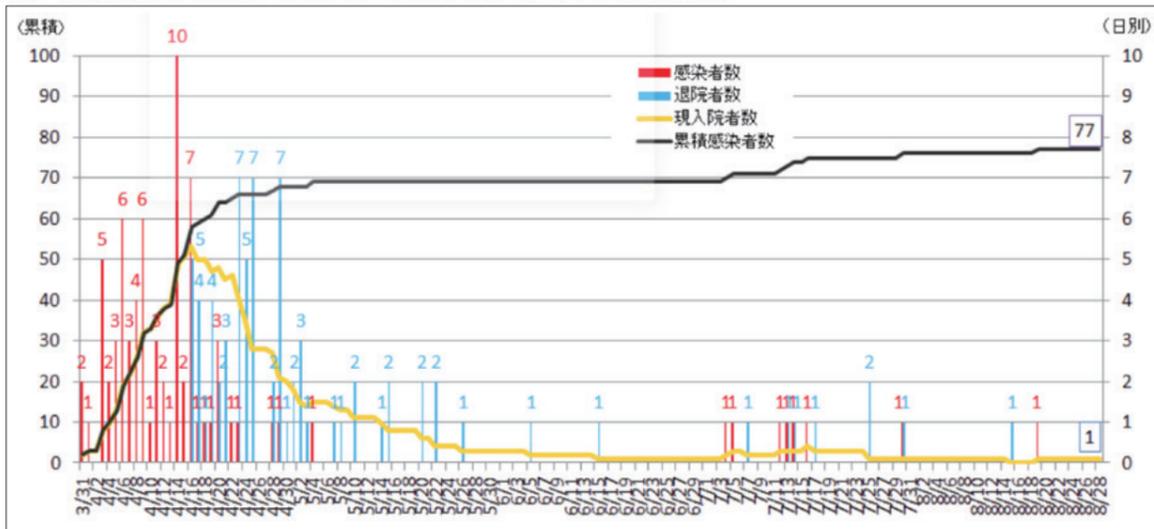
山形県二次医療圏

## 5 庄内圏域での対応の振り返り

- 庄内圏域では3系列で11名の罹患者があり、いずれのケースでも更なる拡大は阻止できた
- 入院医療体制は二つの基幹病院で構築され対応できた
- 救急の現場での混乱あり/診療所における発熱者への診察拒否あり
- PCR検査は2つの基幹病院で対応し、あまり混乱はなかった
- 個人防護具の不足は深刻であった
- 罹患者および濃厚接触者の情報共有（保健所と市）に課題あり

## 4 山形県新型コロナウイルス感染症 PCR陽性者数

県内 日別感染者数、退院者数、現入院者数、累積感染者数の推移（国外感染者含まない）



## 6 庄内圏域での新型コロナウイルス感染症対応の課題

- **保健所と市町行政、病院、地区医師会、医療系団体、介護系団体等との共同体制の構築**
- 保健所と市町行政との情報共有体制の強化
- PCR陽性者に対する医療体制の強化（入院病床に限度あり）
- 検査体制の強化
  - 検体採取における地区医師会との共同体制の構築
- 相談体制の強化
- 個人防護具の備蓄状況の把握と供給体制の確立
- **高齢者介護施設/事業所、障がい者介護施設/事業所における感染対策の構築/強化**

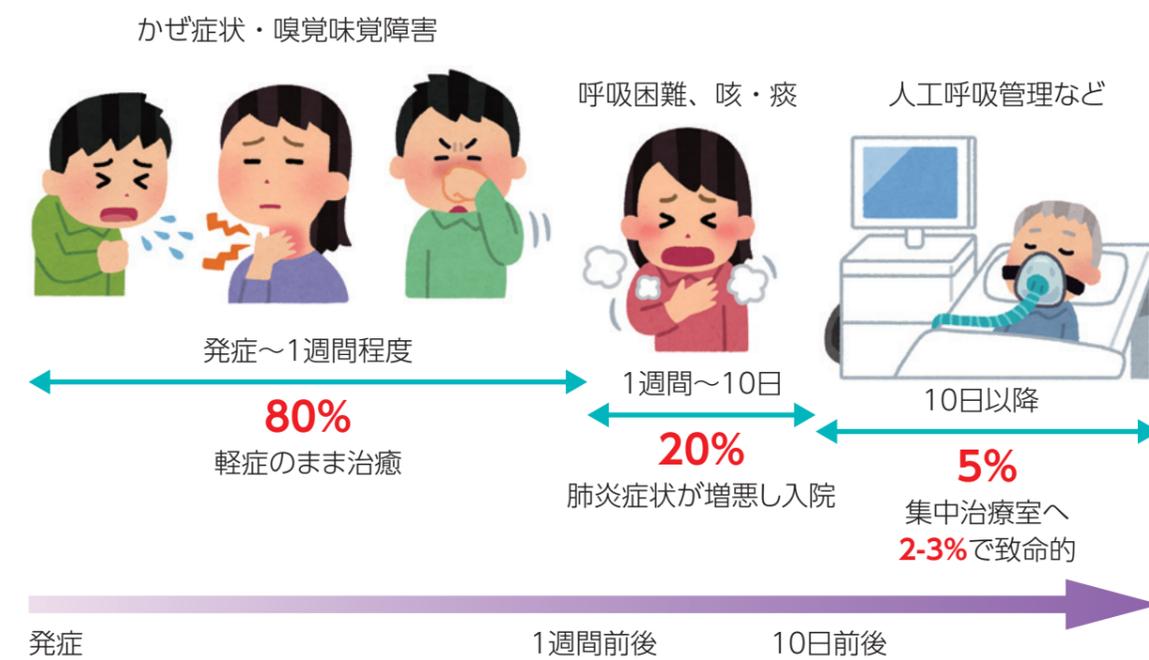
## 7 何故、地域連携（協働）体制が必要なのか

- 保健所だけで対応するだけのマンパワーがない
- COVID-19は「守りの姿勢」だけでは対応できない
  - 守りの姿勢
    - ・積極的疫学調査（クラスター対策を含む）
    - ・隔離
- COVID-19では「攻めの姿勢」が必要
  - ・PCR検査の拡大
  - ・地域感染防御力を高める

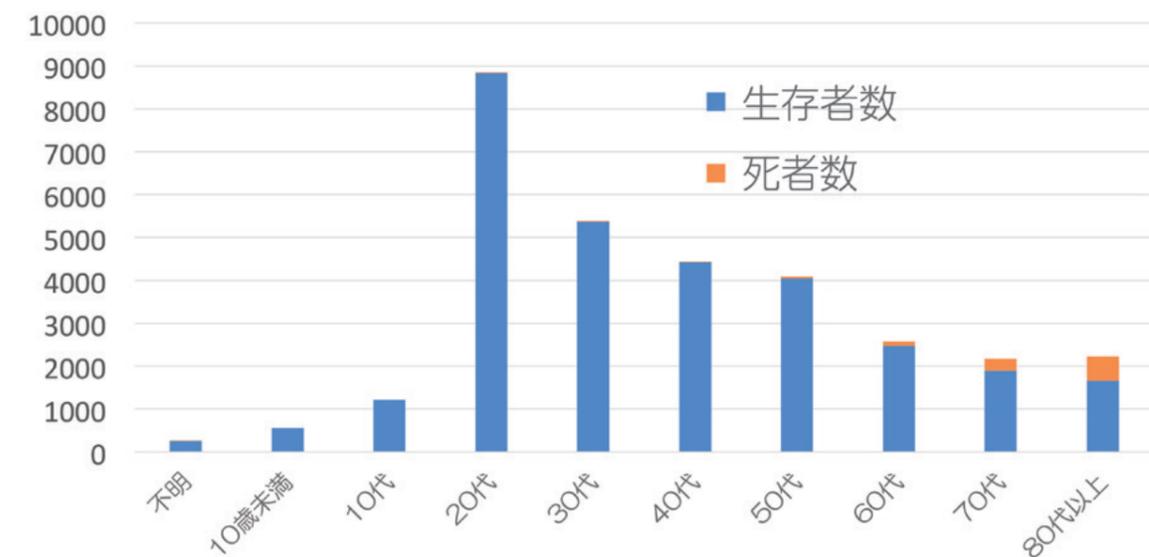
## 8 地域の感染防御力を高める

- 地域住民の感染症・感染防御に関する知識 ↑
- 地域ネットワークを強化する  
(市町村行政、病院、地区医師会等医療関連団体、介護関連団体、保健所等の連携協働)
- 要配慮者（特に高齢者）の感染防御力の強化
- 地域感染対策支援チームの創設

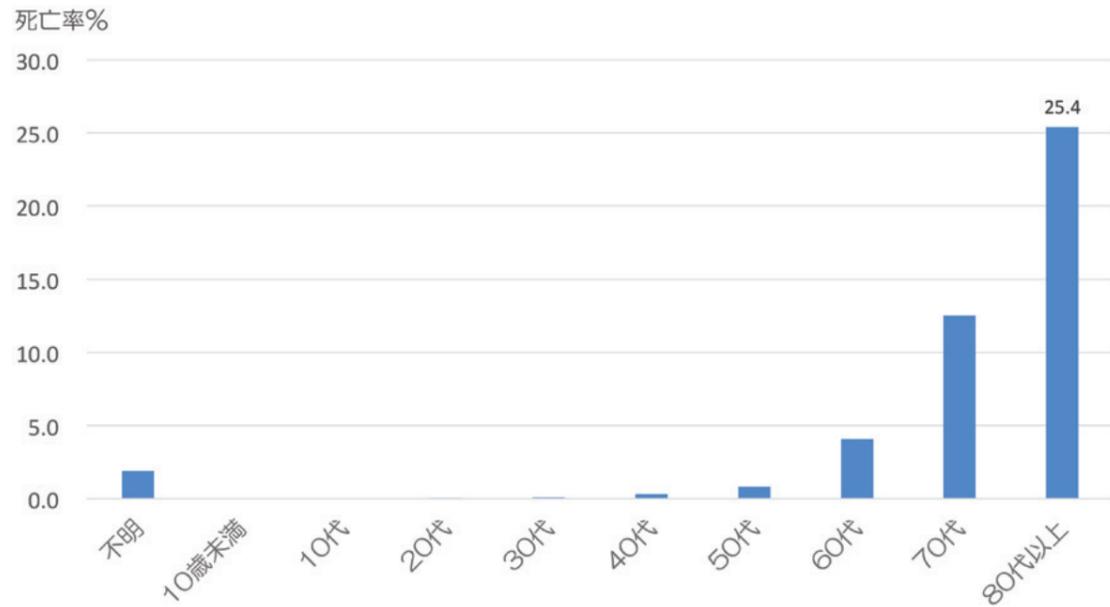
## 9 新型コロナウイルス感染症の経過



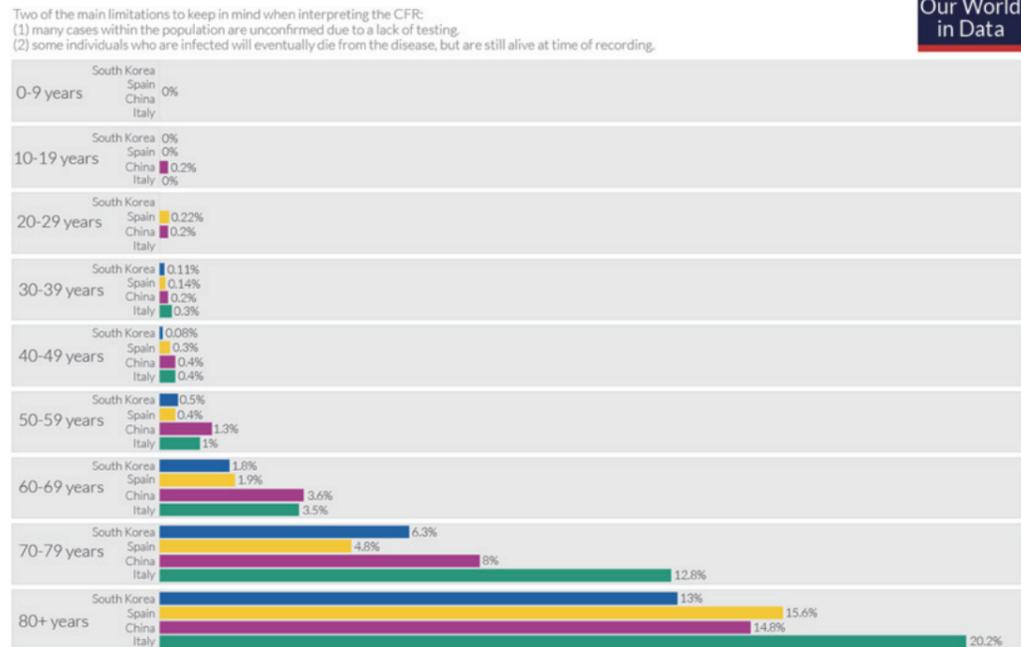
## 10 年代別感染者数（～2020年7月29日）



## 11 年代別死亡率（～2020年7月29日）



## 12 世界各国の年代別死亡率



Note: Case fatality rates are based on confirmed cases and deaths from COVID-19 as of: 17th February (China); 24th March (Spain); 24th March (South Korea); 17th March (Italy).  
 Data sources: Chinese Center for Disease Control and Prevention (CDC); Spanish Ministry of Health; Korea Centers for Disease Control and Prevention (KCDC);  
 Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA.  
 OurWorldinData.org - Research and data to make progress against the world's largest problems. Licensed under CC-BY by the authors Hannah Ritchie and Max Roser.

## 13 地域の視点から見た日本のCOVID-19対策の問題点

- 保健所に全ての対応が集中し、地域の自治体との共同（協働）体制がない
- 日本が超高齢社会であることへの視点がなし
  - 病院への隔離が基本的方針（法律で規定されている）
  - 移動できない高齢者への対応が欠けている
  - 要配慮者（特に障がいを持った高齢者）への対応が欠けている
  - 高齢者がCOVID-19に罹患した場合には致死率が高い、病院に隔離されることで身体機能、認知機能が急速に低下し、退院後に介護度は高くなることを前提とした対応がない

## 14 新型インフルエンザ等対策特別措置法の概要

～危機管理としての新型インフルエンザ及び全国的かつ急速なまん延のおそれのある新感染症対策のために～  
 新型インフルエンザ等に対する対策の強化を図り、国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにする。

### 1. 体制整備等

- 行動計画等の作成
  - 国、地方公共団体の行動計画の作成、物資・資材の備蓄、訓練、国民への知識の普及
  - 指定公共機関（医療、医薬品・医療機器の製造・販売、電力、ガス、輸送等を営む法人）の指定・業務計画の作成
- 権利に制限が加えられるときであっても、当該制限は必要最小限のものとする
- 発生時に国、都道府県の対策本部を設置、新型インフルエンザ等緊急事態に市町村の対策本部を設置
- 発生時における特定接種（登録事業者（※）の従業員等に対する先行的予防接種）の実施  
 ※医療提供業務又は国民生活・国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者であって、厚生労働大臣の定めるところにより厚生労働大臣の登録を受けているもの
- 海外発生時の水際対策の的確な実施

**「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」**  
 新型インフルエンザ等（国民の生命・健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものに限り）が国内で発生し、全国的かつ急速なまん延により、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあると認められるとき

### 2. 「新型インフルエンザ等緊急事態」発生の際の措置

- 外出自粛要請、興行場、催物等の制限等の要請・指示（潜伏期間、治癒するまでの期間等を考慮）
- 住民に対する予防接種の実施（国による必要な財政負担）
- 医療提供体制の確保（臨時の医療施設等）
- 緊急物資の運送の要請・指示
- 政令で定める特定物資の売渡しの要請・取用
- 埋葬・火葬の特例
- 生活関連物資等の価格の安定（国民生活安定緊急措置法等の的確な運用）
- 行政上の申請期限の延長等
- 政府関係金融機関等による融資

○施行期日：平成25年4月13日

内閣官房ホームページより

## 15 新型コロナウイルス感染症対策について

### 趣旨

- 新型コロナウイルスに係る政令の施行（2月1日）以後の
  - ①世界的な新型コロナウイルス感染症の感染拡大
  - ②クルーズ船内での感染事例の発生
  - ③無症状病原体保有者の発見 といった状況を踏まえ、包括的かつ機動的な水際対策を可能とするための入国管理に係る閣議了解の見直し（2/12）に併せ感染拡大防止に万全を期するための措置を講ずるもの。

### 概要

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に万全を期するため、  
 ・**検疫法上の隔離・停留を可能とするための措置（※1）を新たに講ずる。**  
※1 検疫法第34条の政令で指定する感染症に指定  
 ・**無症状病原体保有者（※2）を入院措置・公費負担等の対象とする（※3）。**  
※2 症状はないが、検査で陽性となった方  
※3 新型コロナウイルス感染症を指定感染症に定める政令（令和2年政令11号）を改正し、新たに措置する。

### （参考）これまでの取組み及び今後可能となる措置

○新型コロナウイルス感染症を検疫法・感染症法に基づく政令に位置付けて、対策を実施（1月28日に政令を公布）。

【**検疫法**】検疫感染症（第2条第3号）：検疫における質問・診察・検査・消毒等（隔離・停留はできない）

【**感染症法**】指定感染症：患者・疑似症患者に対する入院措置や公費による適切な医療等

（無症状病原体保有者は対象となっていないが、感染拡大防止のため、無症状病原体保有者にも入院を要請）

○1月31日のWHOの緊急事態宣言（PHEIC）等を受け、施行日を2月1日に前倒し。

	これまでの取組み		今後可能とする措置	
	検疫法上の隔離	感染症法上の入院勧告	検疫法上の隔離	感染症法上の入院勧告
患者・疑似症患者	×	○	○	○
無症状病原体保有者	×	×	○	○
	検疫法上の停留		検疫法上の停留	
感染したおそれのある者	×		○	

## 17

# 健康危機管理

## 地域保健法で規定される活動

## 16 新型インフルエンザ等発生時の流れと主な措置について

### 厚生労働大臣の新型インフルエンザ等の発生の公表

※ WHOがフェーズ4を宣言

#### 政府対策本部の設置

- 基本的対処方針の作成
- 特定接種（登録事業者（医療関係者、社会機能維持事業者）の従業員等に対する先行的予防接種）の実施
- 海外発生時の水際対策の的確な実施
- 現地対策本部の設置（必要に応じて）

#### 都道府県対策本部の設置

- 特定接種の実施への協力
- 医師等への医療従事者の要請・指示等

#### <市町村>

【任意に対策本部設置可】

※法律に基づく対策本部ではない

- 特定接種の実施への協力

### 新型インフルエンザ等緊急事態宣言（国）

#### <国>

- まん延の防止に関する措置
  - ・住民に対する予防接種の実施指示
- 国民生活及び国民経済の安定に関する措置
  - ・ワクチンや抗インフルエンザウイルス薬等の緊急物資の運送要請・指示
  - ・特定物資の売渡しの要請・取用

#### <都道府県>

- まん延の防止に関する措置
  - ・学校等の施設や興行場、催物の制限等の要請・指示
- 予防接種の実施への協力
- 医療等の提供体制の確保に関する措置
  - ・病院や、医薬品販売業者等である指定（地方）公共機関における診療、薬品等の販売
  - ・臨時の医療施設の開設、土地等の使用
- 国民生活及び国民経済の安定に関する措置
  - ・ワクチンや抗インフルエンザウイルス薬等の緊急物資の運送要請・指示
  - ・特定物資の売渡しの要請・取用
- 緊急時の埋葬・火葬

#### 市町村対策本部の設置

- 予防接種の実施
- ・住民に対する予防接種

国民の大部分が当該感染症に対する免疫を獲得したこと等により当該疾病が新型インフルエンザ等感染症と認められなくなった旨が公表された場合、本部廃止

緊急事態宣言が解除された場合、本部廃止

## 18 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正（平成24年7月）の概要

### ●地域保健対策の推進の基本的な方法

- 1 自助及び共助の支援の推進（ソーシャルキャピタルの醸成、活用）
- 2 住民の多様なニーズに対応したきめ細かなサービスの提供
- 3 地域の特性を生かした保健と福祉の健康なまちづくり
- 4 医療、介護、福祉等の関連施策との連携強化
- 5 **地域における健康危機管理体制の確保**
  - 体制整備（人的、器材等）
  - 地域の健康危機管理体制の管理責任者は、保健所長が望ましい
  - 大規模災害への備え
  - 地域住民への情報提供（リスクコミュニケーション）
- 6 科学的根拠に基づいた地域保健の推進
- 7 国民の健康づくりの推進
- 8 快適で安心できる生活環境の確保



- ①施設内あるいは地域内に感染が広がりやすいこと  
(高齢者の感染者では排出されるウィルス量が多い)
- ②基礎疾患をもった高齢者が多いため重篤化しやすいこと
- ③認知機能の低下や精神疾患を持つ人が少なくなく病院での隔離が難しいこと
- ④病院への隔離により早期に身体機能や認知機能の更なる低下および栄養状態の悪化が予測されること (フレイルの進行)

- ⑤高齢者施設でのアウトブレイクは病院の病床を占有することで地域の医療崩壊にもつながる可能性があること
- ⑥介護従事者の感染あるいは濃厚接触者認定により地域の介護力が低下すること
- ⑦介護従事者を含む施設関係者の不安等による離職により施設の運営が困難になること
- ⑧⑤および⑥により介護家族の負担が大きくなり地域の介護崩壊につながる

- 地域住民の感染症・感染防御に関する知識 ↑
- 地域ネットワークを強化する  
(市町村行政、病院、地区医師会等医療関連団体、介護関連団体、保健所等の連携協働)
- **要配慮者 (特に高齢者) に対する感染防御力の強化**
- **地域感染対策支援チームの創設**

新型コロナウイルス感染症の再度の感染拡大に備え、市町村や関係団体とも連携し、全ての福祉事業所 (介護関係約3,000事業所・障がい関係約1,000事業所) を対象に、①福祉事業所の感染防止対策の強化を図るとともに、②仮に感染症が発生しても、必要なサービスを継続して提供できる仕組みづくりを行う。

## 【福祉事業所の感染防止対策の強化】

- 1 全福祉事業所を対象に、事業所における感染防止対策について、市町村と連携した自主点検の実施及び実地指導
- 2 市町村や地域の医師会等と連携した各保健所主導による「感染対策チーム」の設置及び改善が必要な福祉事業所への派遣・感染専門家による助言指導

## 【サービスを継続できる仕組みづくり】

- 1 感染症発生時を想定した事業継続計画 (BCP) 策定や代替体制構築への支援
- 2 施設スタッフ感染時における地域内での介護職員相互派遣ネットワークの構築

## 【福祉事業所に対する支援システム】

- 1 感染予防や事業継続のための講習会・事例検討会の開催
- 2 メーリングリストを活用した福祉事業所との相談体制の確保
- 3 マスク・アルコール等衛生・防護用品の備蓄
- 4 感染症発生施設における職員の「心のケア」のための専門家派遣

- 感染防止対策のチェック
  - 感染管理者の有無
  - 新型コロナウイルス感染症対応マニュアルの有無
  - 罹患者発生時の初動計画（事業継続計画）の有無
  - 感染対策・ゾーニング等の確認および指導
  - その他
- 感染防止対策の教育・研修体制の整備
- 個人防護具および消毒薬等の備蓄状況の把握、供給体制の確立
- 相談支援体制の整備
- 地域感染対策支援チームの設立

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● チーム構成           <ul style="list-style-type: none"> <li>- 病院</li> <li>- 地区医師会</li> <li>- 行政（市町）</li> <li>- 看護協会支部</li> <li>- 介護関係団体</li> <li>- 保健所（感染部門+福祉部門）</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 活動内容           <ul style="list-style-type: none"> <li>- 祉施設における感染対策の指導、教育、支援</li> <li>- 医療施設における感染対策の指導、教育</li> <li>- 相談</li> <li>- 感染者発生時の支援               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染対策支援</li> <li>・ <b>PCR等検査支援</b></li> <li>・ 人員支援</li> <li>・ 相談支援</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |
|--|--|

特に地区医師会と行政および介護関係者が連携して感染症に対応することが重要



これを繋ぐのが地区医師会に所属している在宅医

## かかりつけ医の立場から

太田 秀樹

## 目 標

未知の病原体であるCOVID-19が国内で拡大した当初、不確実な情報の中で医師たちの関心はもっぱら急性期の治療に向けられた。一方で、感染増加に伴い介護系サービスの提供が制限され、要介護高齢者の生活は脅かされていく。施設でも同様に、感染予防のため家族の面会が禁止されるなど、混乱が続いた。コロナ禍にあっても施設や在宅で安心して療養を継続するために、我々はどのような役割を果たすべきなのか？ 本講義では、在宅ケアにおけるCOVID-19対策とかかりつけ医の役割について理解を深めることを目標とする。あわせて、より実践的な情報発信を積極的に展開してきた日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）の取り組みについても紹介していく。

## Keyword

医師会や行政との連携、情報の共有、在宅での感染予防、予防3原則（換気、手洗い、消毒）の徹底、個別の価値観への配慮

## 内 容

1. 日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）について
  - ・加盟団体、構成員など
  - ・COVID-19感染拡大とJHHCAの活動
2. 在宅ケアにおけるCOVID-19対策
  - ・3つの基本原則
  - ・かかりつけ医の役割——連携・協働の情報共有
  - ・自宅・施設・ホテル等での療養者への対応
3. 日本在宅ケアアライアンスの取り組み
  - ・家庭での感染対策をまとめたリーフレットの作成（自分自身に感染の疑いがある場合）
  - ・COVID-19感染者を自宅でケアするための動画の作成
4. まとめ

## 1

## かかりつけ医の立場から

## COVID-19への対応

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）

太田 秀樹

## 2 日本在宅ケアアライアンスについて

全国在宅療養支援歯科診療所連絡会  
 全国在宅療養支援医協会  
 全国訪問看護事業協会  
 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会  
 日本介護支援専門員協会  
 日本ケアマネジメント学会  
 日本在宅医療連合学会  
 日本在宅栄養管理学会  
 日本在宅ケア学会  
 日本プライマリケア連合学会  
 日本老年医学会  
 日本訪問看護財団  
 全国国民保険診療施設協議会  
 全日本病院協会  
 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク  
 日本ホスピス緩和ケア協会  
 日本ホスピス・在宅ケア研究会  
 日本ホスピス協会

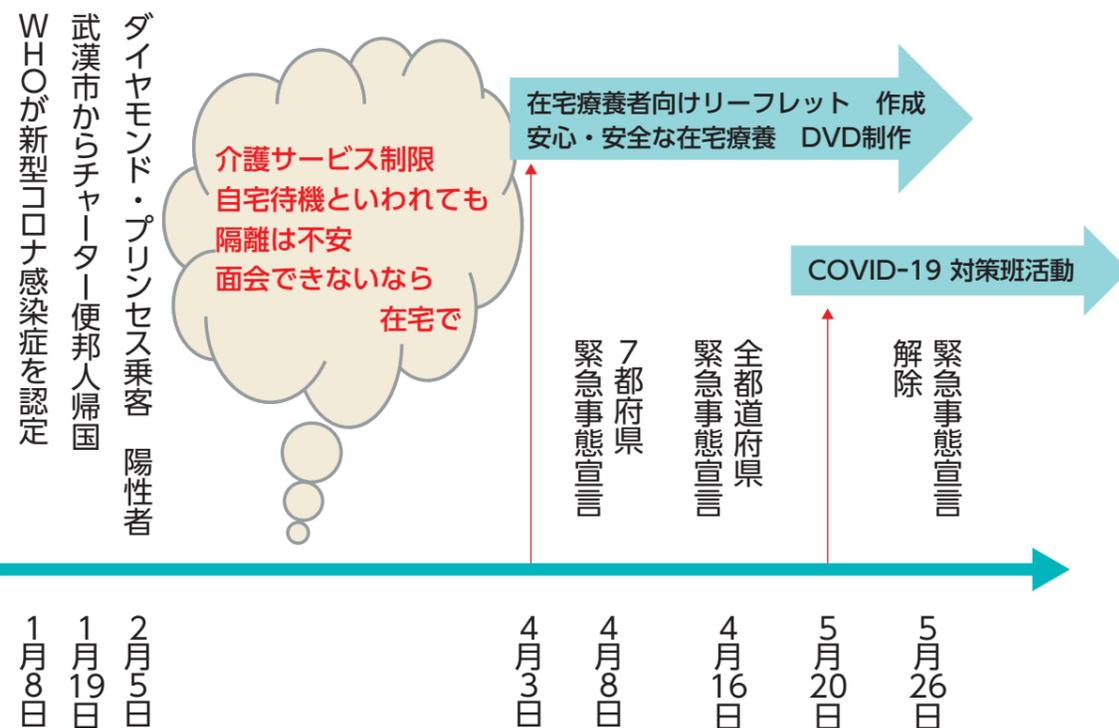
一般社団法人  
 公益財団法人  
 特定非営利活動法人  
 任意団体

## 構成員

- 医師
- 歯科医師
- 薬剤師
- 看護師
- 介護支援専門員
- 管理栄養士・栄養士
- 市民

下線は 学術団体

## 3

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）の活動  
COVID-19対策班について

## 5

## COVID-19渦中、在宅ケアを守るための対処方針

## 3つの基本原則

- 在宅療養者の命を守ること
- 本人の願いと生活を守ること
- 本人の願う最期を実現すること

## 4

## 在宅ケアにおけるCOVID-19対策について

2020 - 4 - 22

在宅ケアにかかわる専門職に向けて行動方針をまとめました。これらは、日本環境感染症学会の高齢者施設における感染症対策に準拠していますが、在宅医療を担うかかりつけ医としての基本といえます。

1. 感染予防の標準手順を守ります。ケアを行う場合は、原則として、手袋、マスクを着用します。
2. 自らの体調管理に努めます。毎日の体温測定の実行など、体調に注意をはらいます。
3. 感染の危険を常に自覚し、ケアの時間外も責任ある行動に努めます。
4. 発熱がなくとも、体調不良（咳、倦怠感、味覚や嗅覚障害等）の場合は、管理者と相談のうえでケアに従事しないこととします。
5. 在宅療養者やそのご家族に感染の疑いがある場合を含め、常にケアチームで情報と取り組みを共有します。**在宅医がチーム全体の感染管理・感染予防に責任を持ち、情報提供や助言を行います。**
6. 従来通りのサービスが行えなくなった場合が生じて、在宅療養者に寄り添い、情報提供や相談対応に努め、在宅生活を支えていきます。

JHHCA在宅ケアサービス提供者の行動方針より 抜粋

## 6

## かかりつけ医の役割 — 連携・協働と情報共有

在宅医は、地域の医師会（郡市区医師会）や行政と連携し、在宅療養者にCOVID-19の疑いがあるとき、その他PCR検査が必要だと判断される場合は、保健所と相談の上、在宅等でPCR検査等 必要な対応を行わねばなりません。

特に**高齢者・障害者施設等で検査が必要な場合は、施設に赴いて検査実施**が必要です。

関係職種、特に医療管理体制の乏しい、介護サービス事業所、居宅系介護施設等で、介護に従事する職員等に対して、必要と認められる場合、感染防御に関する知識・技術について**積極的に指導・助言**を行います。

同時に、在宅療養者とその家族等に**適切な情報を提供**します。

特に重要なことは、**情報の共有**です。在宅ケアに携わる全ての医療・介護従事者は、同じ在宅ケアを提供するチームの一員として、ともに行動する姿勢が大切です。

さらに、行政との連携等、対外的な活動についても、チームとして活動し、情報をチーム内で共有することは基本です。

JHHCA対処方針（第1版）より抜粋

### 7 COVID-19 (疑い) 自宅・施設・ホテル等での療養者への対応

#### ●療養者の状態像

日常生活がおおむね自立している場合  
要介護状態で日常生活に支援や援助が必要な場合

#### ●増悪時の対応

入院加療を希望する場合  
呼吸の状態の変化 SpO<sub>2</sub>↓ 呼吸数↑ 発熱等 (Vital signの変化を中心) で判断  
看取りも視野に、あくまでも在宅・施設での療養継続を希望する場合  
介護者への感染予防 DVD供覧

### 8 家庭での感染対策リーフレット (表紙) — 予防の3原則など

PCR検査の精度・感度

無症候性キャリア

#### 3原則

換気 手洗い 消毒



### 9 家庭での感染対策リーフレット (中面) — 換気的重要性など

家庭内隔離法

換気的重要性  
その理由

いわゆるZooning  
イラストで



### 10 家庭での感染対策リーフレット (中面) — 具体策の提示

具体的に箇条書きで

家庭内での隔離について  
体調管理について





## 意思決定支援について、法律家の立場から

稲葉 一人

## 目 標

医学的な対象としての患者像から、生活を基盤とした患者像へと変容する中で、在宅医が意思決定支援者として関わる際の法的根拠を理解する。加えて、Withコロナ時代を見据えた在宅医療における臨床倫理について学ぶ。あわせて、臨床倫理の情報を提供している日本臨床倫理学会の活動を紹介する。

## Keyword

自己決定権、説明義務、プロセスの支援、臨床倫理、ACP (Advance Care Planning)

## 内 容

- 自己決定権の法的基礎、および説明義務について
  - 事例……エホバの証人に対する説明義務の判決
- エンド・オブ・ライフの意思決定支援
  - 事例……川崎協同病院事件における最高裁と東京高裁の判決
  - 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン  
(その根拠に法律的な背景がある)
- 認知症の人の意思決定支援
  - 意思決定支援の手順  
(意思決定能力を推定し、本人による決定を可能な限り支援)
  - 認知症の人の日常生活・社会生活の意思決定支援に関するガイドライン  
(本人が意思を形成し、表明し、実現するための支援を含む)
- 高齢者ががん診療における意思決定支援
  - 意思決定の6つの基本姿勢とプロセスチャート
- これからの臨床倫理
  - 日本臨床倫理学会の活動と、学会サイトでの情報提供について
- これからの在宅医療における臨床倫理 ～コロナ時代を見据えて～
  - 医学的な対象から、社会的存在としての患者に
  - ACPの3つのステージ
  - 意思決定支援のプロセスとACPの関係
  - あるべきACPの実践を難しくする事情と、在宅医療の理念
- 提案

## 1

令和2年度今回の発表に関して開示すべき利益相反はありません

7 意思決定支援について、  
法律家の立場から

中京大学  
久留米大学医学部  
熊本大学大学院  
三重大学医学部  
藤田医科大学医学部  
群馬県病院局  
元大阪地方裁判所判事  
k-inaba@mecl.chukyo-u.ac.jp

稲葉 一人

## 2 「自己決定権」の法的基礎

## 通 説

「すべて国民は**個人として尊重**される。生命、自由及び**幸福追求**に対する国民の**権利**については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする（憲法13条）」

を自己決定権の根拠規定と考える

- 前段の「個人の尊重」が、ドイツ基本法1条1項の「人間の尊厳」条項とほぼ同趣旨であり、個人の尊重（個人主義）ないし人格の尊厳（人格主義）という一定の原理を規定し、
- 後段の**幸福追求権**は、前段の原理と結びついて、人間の人格的自律にとって不可欠な重要事項に関する自己決定の包括的権利を具体的な法的権利として規定する（**人格的利益説**）

患者の自己決定権を尊重することが要請される

## 5

## エンド・オブ・ライフの 意思決定支援

## 6

### 川崎協同病院事件「上告審判決」

最判 平成21年12月7日判決

- ✓ 被害者が気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時まで、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からまだ2週間の時点でもあり、その回復可能性や余命についての**的確な判断を下せる状況にはなかった**ものと認められる。そして、被害者は本件時、こん睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり**被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない**。以上によれば、上記抜管行為は、**法律上許容される治療中止には当たらない**というべきである。
- ✓ そうすると、本件における気管内チューブの抜管行為をミオブロックの投与行為と併せ殺人行為を構成するとした原判断は、正当である。

合法（違法性阻却）要件として「推定的意思」が必要である

## 3

### エホバの証人である患者への説明義務

最高裁 平成12年2月29日判決

患者Kはエホバの証人の信者として、**宗教上の信念から、いかなる場合にも輸血を受けることを拒否する**という固い意思を有していた。

医科研では、外科手術を受ける患者がエホバの信者である場合、信者が輸血を受けるのを拒否することを尊重し、できる限り輸血をしないことにするが、**輸血以外には救命手段がない事態に至ったときは、患者らの諾否に関わらず輸血する**という方針を採用していた。

Kは、別の病院で悪性の肝臓血管腫と診断を受け、平成4年8月18日、医科研に紹介入院し、医師Lらによって、**9月16日肝臓の腫瘍を摘出する手術を受けた**が、患部の腫瘍を摘出した段階で出血量が約2245mlに達する状態になったので、輸血をしない限り患者を救うことはできない可能性が高いとLらは判断して、**予め用意してあった輸血を行った**。

Kは、手術に先立つ**9月14日にKおよび夫が連署した免責証書を手渡していた**。

この証書には、Kは輸血を受けることはできないこと及び輸血をしなかったために生じた損傷に関して医師及び病院職員等の責任を問わない旨が記載されている。

## 4

### 先例拘束力ある「エホバの証人である患者への説明義務」

最高裁 平成12年2月29日判決

- ✓ 患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、**輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない**。
- ✓ 医師らとしては、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態に生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、患者に対して、**医科研としては、そのような事態に至ったときには輸血するとの方針を採っていることを説明して、医科研への入院を継続した上、医師らの下で手術を受けるか否かを患者本人自身の意思決定にゆだねるべきであったと解するのが相当である**。
- ✓ 本件では、この説明を怠ったことにより、患者が輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点において、同人がこれによって被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う。

自己決定を尊重するためには、医師からの説明が必要である

本件患者のように急に意識を失った者については、元々自己決定ができないことになるから、**家族による自己決定の代行**(これが「前者」)か**家族の意見等による患者の意思推定**(これが「後者」)かのいずれかによることになる。前者については、**代行は認められない**と解するのが普通であるし、代行ではなく代諾にすぎないといっても、その実体にそう違いがあるとも思われない。そして、家族の意思を重視することは必要であるけれども、そこには終末期医療に伴う家族の経済的・精神的な負担等の回避という患者本人の気持ちには必ずしも沿わない思惑が入り込む危険性がつきまとう。・・・**自己決定権という権利行使により治療中止を適法とするのであれば、このような事情の介入は、患者による自己決定ではなく、家族による自己決定にほかならないことになってしまうから否定せざるを得ない**ということである。後者については、**現実的な意思(現在の推定的意思)の確認**といってもフィクションにならざるを得ない面がある。患者の片言隻句を根拠にするのはおかしいともいえる。意識を失う前の日常生活上の発言等は、そのような状況に至っていない段階での気軽なものとする余地がある。本件のように被告人である医師が患者の長い期間にわたる主治医であるような場合ですら、急に訪れた終末期状態において、果たして患者が本当に死を望んでいたかは不明というのが正直なところであろう。

家族の意思だけを重視することは危険である

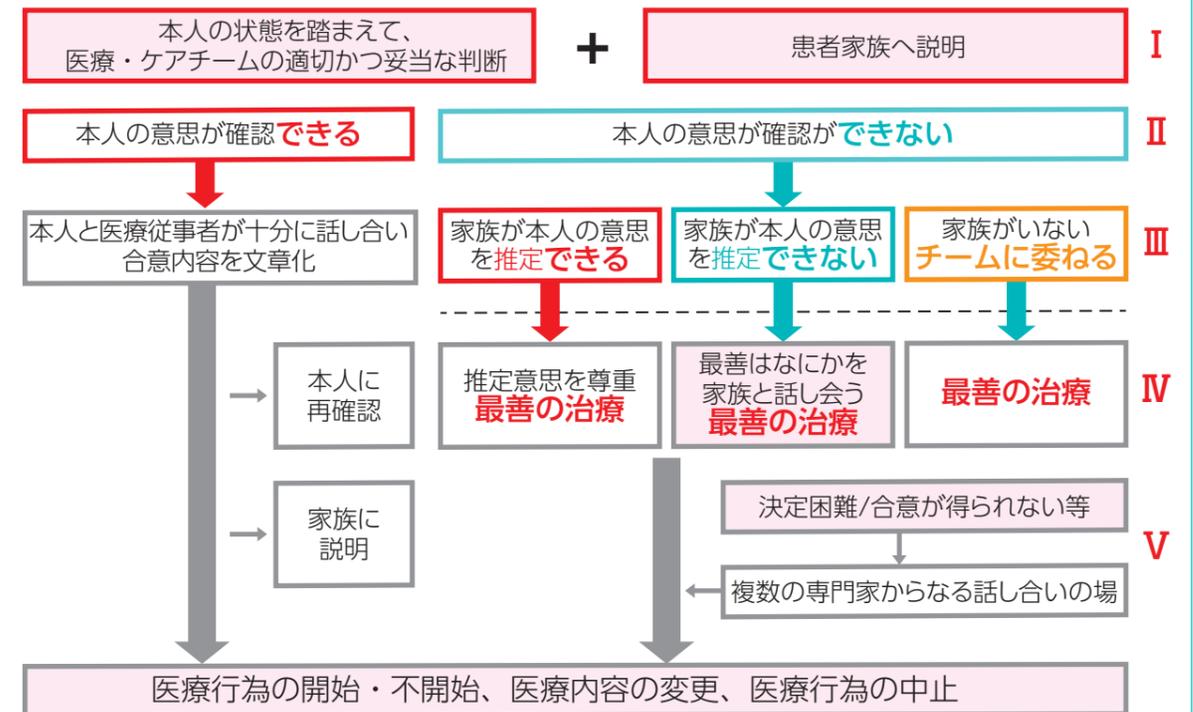
## 8 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン(厚労省)

### 1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

① **医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明**がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される**医療・ケアチーム**と十分な話し合いを行い、**本人による意思決定を基本**としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、**本人の意思は変化しうるもの**であることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、**本人との話し合いが繰り返し行われる**ことが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、**家族等の信頼できる者も含めて**、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を**自らの意思を推定する者**として前もって定めておくことも重要である。



## 認知症の人の 意思決定支援

# 11 意思決定支援の手順

MCA (the Mental Capacity Act 2005) を参考に

- 1 意思決定能力があることの推定
- 2 本人による意思決定のために実行可能なあらゆる支援
- 3 賢明でない判断 ≠ 意思決定能力の欠如

意思決定支援  
(本人の決定領域)

----- 意思決定能力の評価 -----

- 4 (主観的)最善の利益に基づく代行決定
- 5 より制限的でない方法での実施

代行決定  
(他者の決定領域)

# 12 障害者の権利に関する条約

2006年12月13日国連総会採択・2008年5月3日発効・我が国は2014年2月19日発効

障害者の権利、意思及び選好を尊重する  
第12条 法律の前にひとしく認められる権利

障害者・高齢者・認知症の人の意思決定支援の方策が必要

老健事業 (平成27年度)

認知症の行動・心理症状 (BPSD) 等に対し、  
認知症の人の意思決定能力や  
責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業

厚生労働省業

障害福祉サービスの  
利用等に当たっての  
意思決定支援  
ガイドライン  
(平成29年3月31日)

老健事業 (平成28年度)

認知症の人の意思決定能力を踏まえた  
支援のあり方に関する研究事業

老健事業 (平成29年度)

日常生活や社会生活等において認知症の  
人の意思が適切に反映された生活が  
送れるようするための意思決定支援の  
あり方に関する研究事業

厚生労働省業

認知症の人の  
日常生活・社会生活の  
意思決定支援の  
ガイドライン  
(平成29年3月31日)

# 13 「認知症の人の日常生活・社会生活の意思決定支援に関するガイドライン」の構造

平成 29 年度 老健事業

「日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活を送れるようするための  
意思決定支援のあり方に関する研究事業」 中京大学

## I はじめに

1. ガイドライン策定の背景
2. ガイドラインの趣旨

## II 基本的考え方

1. 誰の意思決定支援のためのガイドラインか
2. 誰による意思決定支援のガイドラインか
3. 意思決定支援とは何か (支援の定義)

## III 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則

1. 本人の意思決定の尊重
2. 本人の意思決定能力への配慮
3. チームによる早期からの継続的支援

## IV 意思決定支援のプロセス

1. 意思決定支援の人的・物的環境の整備
2. 適切な意思決定プロセスの確保 (意思形成支援・意思表示支援・意思実現支援)
3. 意思決定支援プロセスにおける家族
4. 日常生活や社会生活における意思決定支援
5. 意思決定支援チームと会議 (話し合い)

## V 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂

## VI 事例に基づく意思決定支援のポイント

規範的  
(ルール)

手引き  
(ヒント)

# 14 認知症の人の日常生活・社会生活の意思決定支援 ガイドラインの概念図

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、チームによる早期からの継続的支援

## 本人が自ら意思決定できるよう支援

意思決定形成支援・表明支援・実現支援のプロセスに沿って支援を実施

本人意思の尊重・プロセスの確認

支援方法に困難・疑問を感じた場合

## 意思決定支援チーム会議 (話し合い)

- ✓ 本人、家族、医療関係者、介護関係者、成年後見人 など
- ✓ サービス担当者会議、地域ケア会議と兼ねることも可
- ✓ 関係者の誰からでも開催の提案をして構わない

適切なプロセスを踏まえた支援が提供されたのか確認

本人意思の尊重の実現

認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現

意思決定支援  
(本人の決定領域)

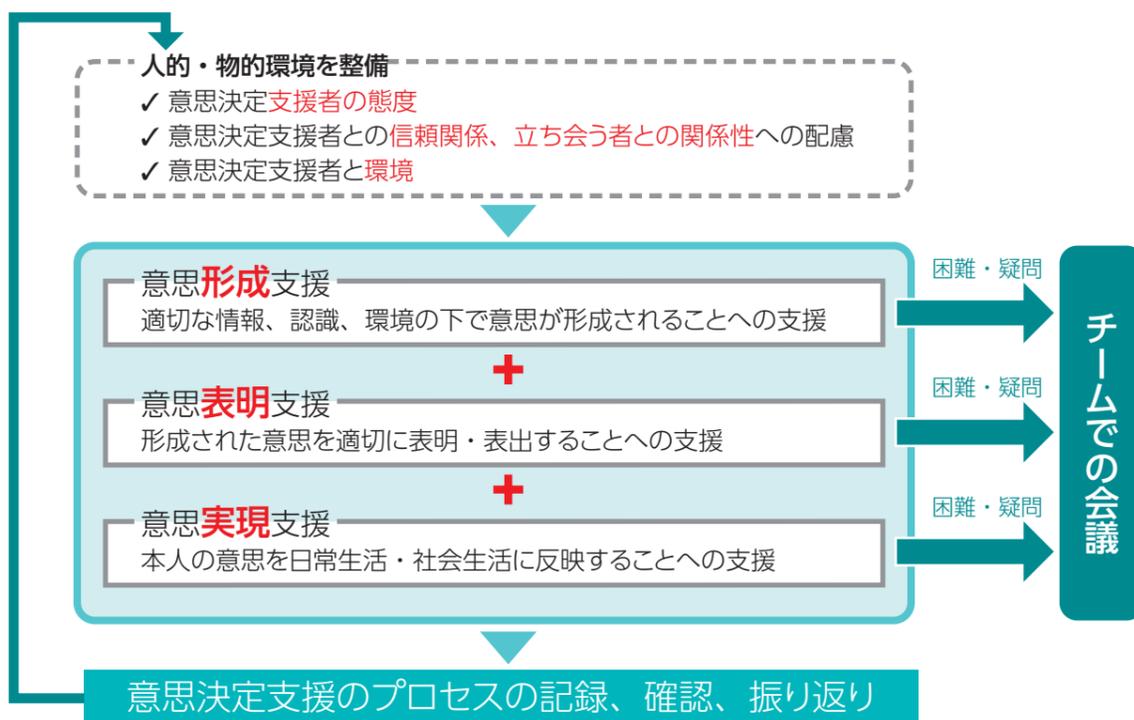
代行決定  
(他者の決定領域)

## 15 認知症の人の意思決定支援をする際に陥りがちな点

認知症のガイドラインから

- ✓ 普段から、我々一人一人が自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識するところであるが、このことは、**認知症の人についても同様**である。
- ✓ 本ガイドラインでいう意思決定支援とは、認知症の人の**意思決定をプロセスとして支援**するもので、通常、そのプロセスは、**本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を含む。**
- ✓ 意思決定支援者は、認知症の人が、**一見すると意思決定が困難**と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要である。
- ✓ 意思決定支援は、本人の意思（意向・選好あるいは好み）の内容を**支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、**まずは本人の表明した意思・選好、あるいは、その確認が難しい場合には推定意思・選好を確認し、それを尊重することから始まる。
- ✓ **本人の示した意思は、**それが他者を害する場合や、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、**尊重される。**

## 16 意思決定支援のプロセス



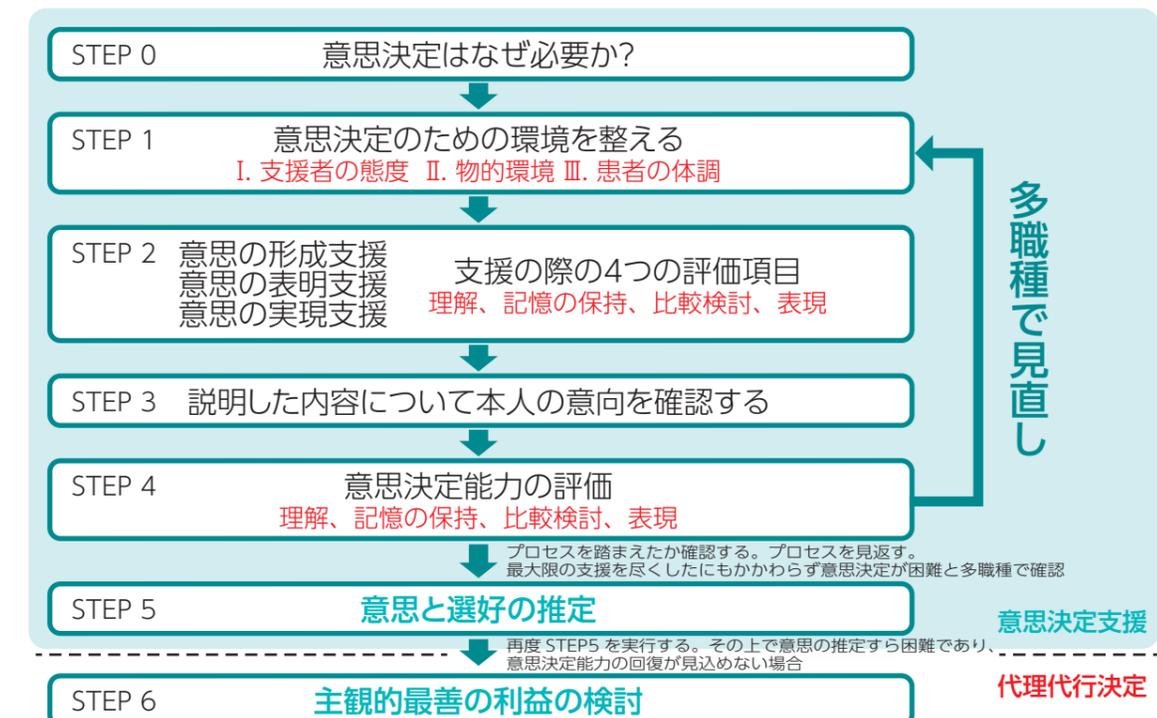
## 17

# 高齢者のがん診療における 意思決定支援

## 18 意思決定の6つの基本姿勢

1. 医療者を含む周囲の支援者は、本人が意思決定できるように可能な限り本人の能力を向上させるための支援を行う。
2. 本人の多様な価値観を尊重した支援を行う。周囲の支援者の価値観を押しつけない。
3. 本人が意思決定をできる／できないの判断は、決定の必要な場面ごとに確認する。
4. 確認するために、本人の理解した内容を本人の言葉で説明していただく。
5. 認知症の診断や成年後見等が開始されていることだけをもって、意思決定能力を失っていると即断してはならない。
6. 意思決定が難しい時は、チームでの支援を検討する。

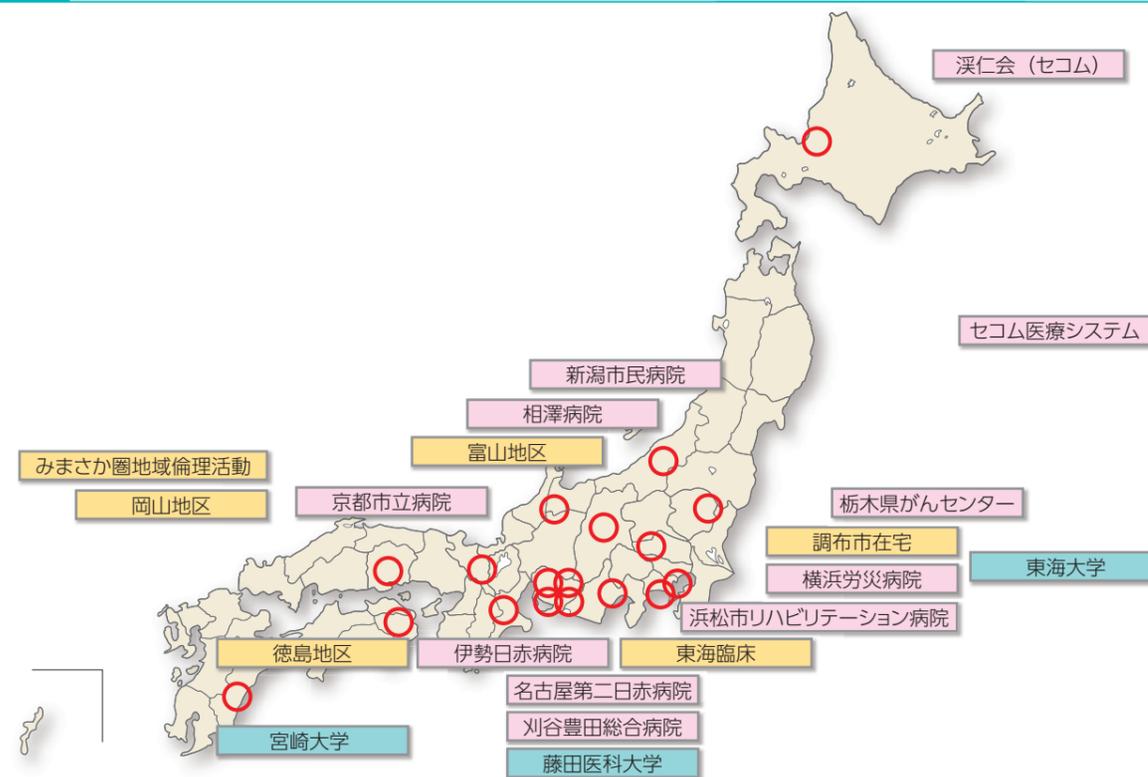
## 19 意思決定支援のプロセスチャート



## 20

# これからの臨床倫理

## 21 日本臨床倫理学会「上級エントリー病院・地域」



## 22 日本臨床倫理学会開催「第1回座談会」

- 目的** 現在、臨床の現場はひっ迫し、また、事態は一刻一刻変化している。日本臨床倫理学会としては、現場を継続的に支援し、考え方、対処の仕方について考える機会を提供するために、臨床倫理的問題について座談会を開催することを企画する。座談会の内容は、臨床倫理学会のホームページから配信され、今後継続して開催することが計画されている。日本臨床倫理学会としては、本座談会企画とともに、別に企画する臨床倫理相談（コンサルテーション）事業を開始し、両者を両輪として、現場の医療者・介護者を支援することとする。
- 企画課題** 「COVID-19蔓延における臨床倫理的問題の現状と検討-現場の声から考える」
- 日時** 2020年5月23日（土）14:30～
- 座談会出席者** 新田（理事長）、箕岡（総務担当理事）、川崎（理事）、三上（上級委員会委員長）、司会は稲葉（倫理教育部会長）が行う。現場から問題提起ないし実情報告のあと、出席者の実情実感を基に、検討をする。
- 配信** 座談会はビデオ撮影して編集後、臨床倫理学会のホームページから配信する。
- 今後の企画** それぞれの会の企画の実績を踏まえて、概ね、数か月に1回行い、「課題」「出席者」等について工夫を重ねる

## 23 日本臨床倫理学会開催「第2回座談会」

企画 課題 「亡くなった後の終末期フィードバックカンファレンス—亡くなり方に臨床倫理的問題がなかったか—」

日時 2020年7月25日(土) 14:30～

背景 特定機能病院では医療法により、すべての院内死亡は医療安全管理部門に報告され死亡の経過につき検証される。これは、群馬大学病院事件をきっかけに、過誤や事故による死亡の有無の点検が求められたのであったと考えられるが、ある大学病院では、年間のすべての死亡例(約400例)を点検すると、過誤の事例は少ないが、ほとんどが終末期の状態でも再入院されBSCとなり死を迎えるものである。しかし、仔細に検討すると、前日に化学療法がなされていたり、患者が望むからといって積極的治療がなされていたり(病状が患者及び家族に伝わっていない可能性がある)、けっしてカルテ上、「最期は痛くないように苦しめないように」という表現は見いだせなかった。これは、終末期の患者のニーズに合わせた臨床倫理的なアセスメントないし倫理的な配慮が不十分であることを意味するのではないか。

終末期から死に至るまでの濃厚な医療は提供されたが、患者が望む適切な死を迎えていただいたとは言い難いのではないか。終末期アセスメントシートを作成する等の工夫はあるが、記載率は50%程度である。そこで、それらを振り返ってfeedbackする目的で、終末期フィードバックカンファレンスの開催を推奨している。Mortality Conferenceではなく、医療安全のConferenceでもなく、死をむかえることが100%予測されている患者さんが臨床倫理的な観点から問題がなかったのか、患者の望む死を迎えさせることができたかどうかを顧みるカンファレンスである。今回は、病院で看取る施設を対象に行い、更に、在宅で死を迎える施設を対象に行うことが必要である。なぜ、これまでの医療安全には倫理的な視点がなかったのか、このような倫理的な視点を入れた終末期フィードバックカンファレンスが可能なのか、病院と在宅(施設)とはどのように異なるのかを考えた。]

座談会出席者 新田國夫(理事長) 箕岡真子(総務担当理事) 川崎志保理(理事) 三上容司(横浜労災病院副院長・上級委員会委員長) 野口善令(名古屋第二日赤副院長・上級委員会副委員長) 永井智恵美(栃木県立がんセンター医療監査監・医療安全兼務・上級委員会委員) 稲葉一人(理事・倫理教育部会長)

## 24 日本臨床倫理学会試行「臨床倫理相談(コンサルテーション)事業」

目的 **あらゆる臨床倫理問題**(COVID-19に伴う臨床倫理問題を含む)について、現場の対応のプロセスを支援し、現場でのケアの提供者を支援するために、現場からの**相談に対して臨床倫理的観点からコメントをする。**

背景 現場のケアの提供者、あるいはチームが悩んだ臨床倫理事例について、これまでこれを支援する全国的な仕組みはなかった。現在、医療の現場では、COVID-19に伴う事象以外にも、多くの臨床倫理問題が生じている。現場のQWL(Quality of Working Life・働く者の環境)が危機に陥らないように、現場を支えることは、**患者のQOL向上につながる**ことになる。

## 25 結果① — アウトライン

第1回配信 URL: <https://youtube.com/UCkDm2EPs>

- 表紙・枚数・時間
- 臨床倫理のアプローチ—倫理的気づき、モジュール14枚、約25分
- モジュールの概要

このモジュールは、「臨床倫理の気づき」を扱う。臨床倫理問題に気づかず、この「声」を挙げなければ、倫理問題は隠れることはないで、実は「この気づき」をどのように生かすかは、院内外で臨床倫理活動が成功するための鍵である。気づきを言語化して対話していく方法は、この後学ぶ。ここで、ここでは、臨床倫理問題の定義を示して「気づき」を促すことではなく、多くの倫理問題(倫理の臨床での現れの多様性)を示すことで、「どのような違和感でも声に挙げること」の大事さを共有したい。

- 講師からのキーマッセージ

1. 気づきはなにかを知る。
2. 提示された事例を検討してみる。
3. 気づきをその後に活かす方法(4原則、4原則の概要)を知る。

- モジュールの目標

このモジュールを修了すると、受講者は:

1. 臨床倫理問題の多様性について理解できる。
2. ある事例を示し、気づきの現れを説明できる。
3. 「どのような違和感でも声に挙げること」の大事さを説明ができる。

- 事例を検討するにあたって

- モジュール中に事例を複数提示するので、自分の気づきを感じてほしい。
- [事例1]は、患者の意思を尊重して輸血を手控えること、患者には益にならず場合によっては(死)となる。[事例2]は、患者や家族の意思を尊重して食べさせると、誤嚥性肺炎となってしまう。誤嚥性肺炎を恐れて食べさせない、患者の意思に添わない。[事例3]は、ICUでの患者の意思を尊重するとしても、水を飲ませることは難しい。このような大切な価値が対立(両立することが難しい)するときに、私たちは、違和感(痛み、苦しみ)を感じません。
- それは、価値の対立だけでなく、背景には、利害の対立、コミュニケーション不全、人間関係の混乱等、様々なものであることが分かります。
- したがって、「これは倫理的な問題。これは医療安全。これは患者家族対応(いずれの事例も道徳的な要求をいう患者らと分断することもできる)」等と断分せず、まずは、気づきをお互いに大切に、自分の気づきは声に出し、それを同僚等がしっかりと受け止める。逆の場合も同じです。そのような中で、音聲に聞こえなかった、寂然とした感じが、言葉となり発信され、聴かれることで、「医療者を支援する」臨床倫理活動につながると思います。

【提供方法】  
・資料はDropboxに格納して提供

## 26 結果② — モジュール

【提供方法】  
・資料はDropboxに格納  
・YouTubeに**限定公開**

各スライドに音声を録音

倫理的気づき

Unit of Clinical Ethics Consultation and Education  
CECE©2020

ノートに解説付き

臨床倫理問題に気づかず、この声を挙げなければ、倫理問題は隠れることはないで、実は「この気づき」をどのように生かすかは、院内外で臨床倫理活動が成功するための鍵である。ここで、ここでは、臨床倫理問題の定義を示して「気づき」を促すことではなく、多くの倫理問題(倫理の臨床での現れの多様性)を示すことで、「どのような違和感でも声に挙げること」の大事さを共有したい。

CECE©2020

27 結果③ — プロトコル



- ・モジュール1~3は、個人学習後の確認問題を実施します。
- ・集合研修の場合は、研修後、ケースレポートの提出を推奨します。



CECE©2020

29 日本臨床倫理学会のホームページ

上級登録病院・地域

座談会の配信

オンライン臨床倫理レクチャー配信

臨床倫理コンサルテーション

座談会の記録

オンライン臨床倫理レクチャー教材配信

臨床倫理コンサルテーション(相談)事業(試行)

【参考】臨床倫理に関する参考ガイドライン(手引き、要旨)

日本版POLST(DNAR指示を含む)作成指針

臨床倫理認定士 養成研修 基礎編

臨床倫理認定士 養成研修 上級編

28 今後の課題 — 教育ユニット開発予定

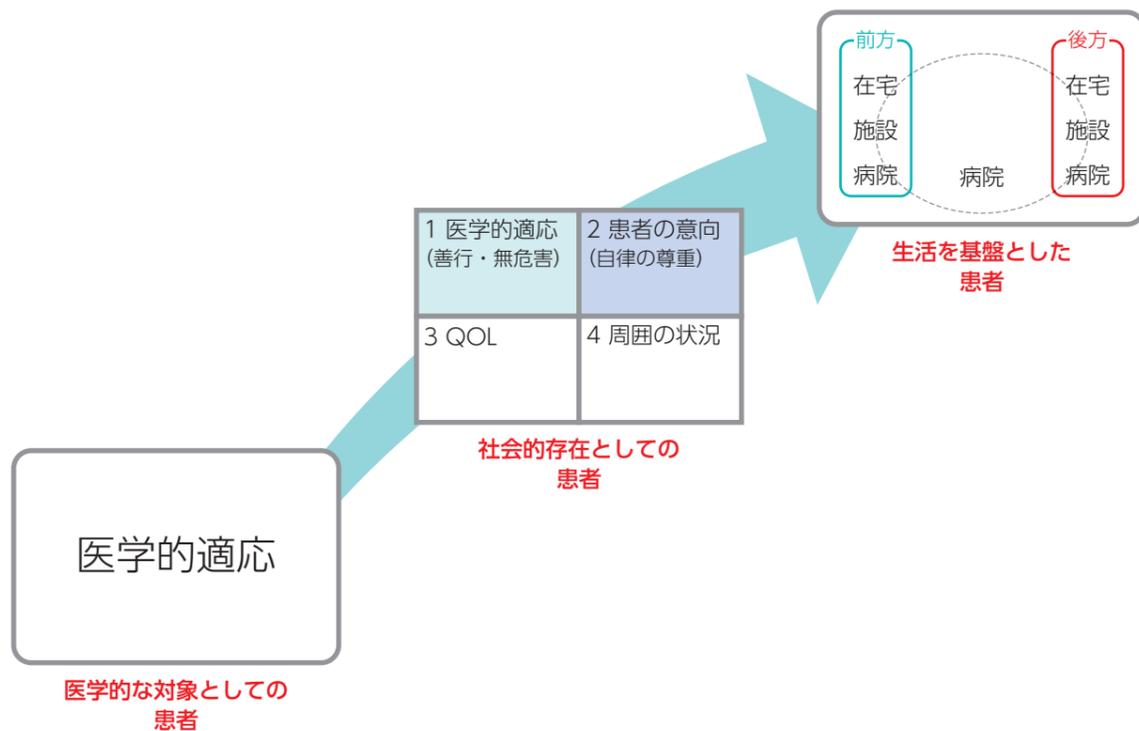
分類番号	大項目	各項目	
1	臨床倫理のアプローチ		
1-1		倫理的気づき	導入ガイド プロトコル
1-2		倫理的分析法としての4原則	
1-3		倫理的対話を促す4分割法	
1-4		良き倫理的判断をするためのプロセス	
2	法と倫理とガイドライン		自己学習
2-1		法の基礎知識と、法と倫理	初任者研修
2-2		エンド・オブ・ライフのガイドライン	
2-3		臨床倫理のガイドライン(学会)	
2-4		認知症の意思決定支援ガイドライン	
3	臨床倫理の各論		継続研修
3-1		身寄りのない人の意思決定支援	倫理コンサルテーション チームの レベルアップ
3-2		応召義務	
3-3		身体拘束・抑制と安全	
3-4		DNAR	
3-5		高齢者のがん診療における意思決定支援	
4			現在開発中
4-1		ACP	
4-2		医療資源の適正配分	
4-3		医療者の診療義務 Duty to treat	
4-4		個人情報保護	
4-5		在宅の倫理	
5			
5-1		小児医療の倫理	
5-2		難病医療の倫理	
5-3		周産期の倫理	
5-4		リハビリの倫理	

CECE©2020

30

これからの在宅医療における  
臨床倫理

コロナ時代を見据えて



- **第1ステージ (健康であるとき)**  
死生観・人生観・倫理観の育成 → 教育としてのALP (Advance Life Planning)
- **第2ステージ (壮年期や高齢期)**  
慢性疾患はあっても深刻ではない → ALPとACP  
病気と生活との折り合い、人生の最終段階の医療・ケア、最期の場所の選択

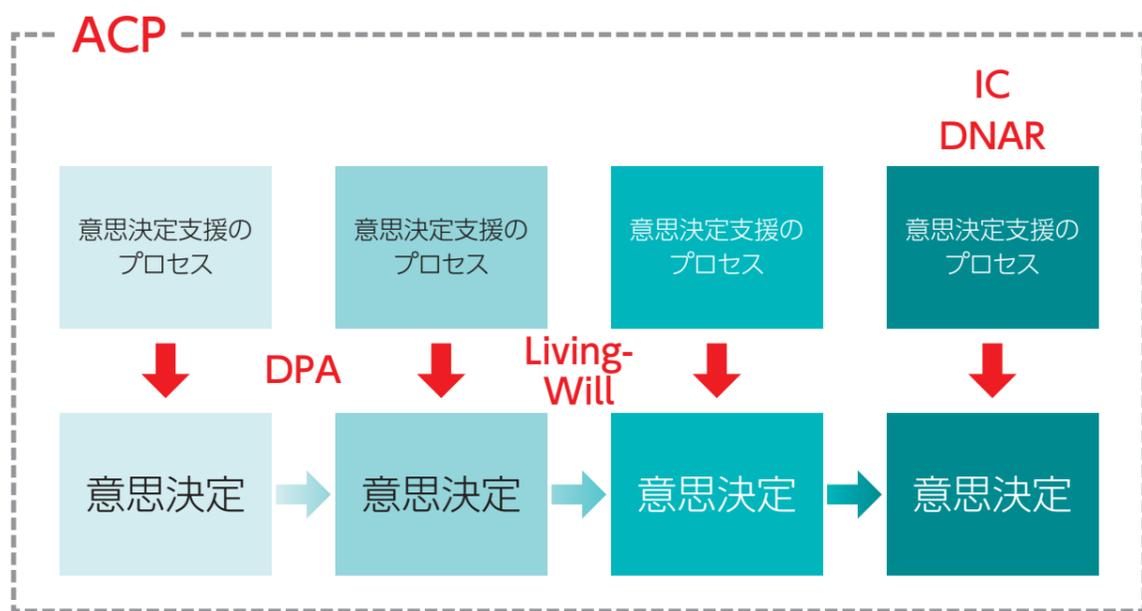
**ACP (Advance Care Planning) とは?**  
将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。

日本医師会キャラクター 日医君

JMA 日本医師会

- **第3ステージ (病状が深刻)**
    - 急性期の医療を担う病院や終末期医療におけるACP
    - 人生の最終段階の医療・ケア、最期の場所の選択
    - 主治医と治療計画を話し合うエンドオブライフディスカッション (EOLD)
- 可能な限り、第2ステージからの関わりが重要。かかりつけ医やケアマネジャーなど、普段から気軽に相談できる存在がいるか?

### 35 意思決定支援のプロセスとACPの関係



### 36 あるべきACPの実践を難しくする事情と、在宅医療の理念

- ACPは主としてがんなどの慢性疾患を抱えた患者を想定しているが、COVID-19の患者は、①感染症に罹患した急性の患者で、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期間で死に至るリスクを秘めている、②短期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、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、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・ケア提供者が、患者さんと話し合い理解する機会を持つことすら難しくなる。
- 他方、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・ケアの中核的な理念・倫理・役割であって、これは、COVID-19の患者さんといえども異なるところはない。

### 37 提案

- (1) 思い立ったらその時から
- (2) 在宅医が音頭をとって
- (3) 家族や親しい人の関りを得て
- (4) 伝え続け、耳を傾ける
- (5) 本人と家族のかけはしとして
- (6) 話し合いは押し付けにならないように
- (7) 選択は急がず、受け手と担い手の負担に注意

## フレイル予防の立場から

飯島 勝矢

**目標** コロナ禍での外出自粛の長期化は、高齢者の身体面、社会面にさまざまな悪影響をもたらし、それがフレイル状態の悪化を引き起こしている。本講義では、フレイルの視点からエビデンスとして明らかとなった医療的問題と社会的問題を示し、コロナ禍におけるフレイル予防の重要性を学ぶ。加えて、コロナ禍にあっても人がつながり、社会と関わっていける地域をいかに築き上げていくのか、新しい集い方、個人・社会の両面におけるNew Normalについて学ぶ。

**Keyword** フレイル予防の「3つの柱」、フレイルチェック活動、自粛生活の長期化、社会的フレイル、人とのつながり、3つの「守る」(感染、経済、地域社会)

- 内容**
1. フレイル (虚弱) について
    - ・フレイル予防のための「3つの柱」— 栄養、身体活動、社会参加
  2. 「高齢者市民主体のフレイルチェック活動」から見てきたもの
    - ・外出自粛の長期化による悪影響 (孤立～閉じこもり、生活不活発、食生活の乱れなど)
    - ・COVID-19による身体面・社会面への影響 (前後比較)
    - ・活動自粛生活によりサルコペニアが進行
  3. 高齢者として気をつけたいポイント
    - ・社会的フレイルの高齢者は要介護リスクが3.6倍
    - ・フレイル予防には「人とのつながり」が重要 (人のつながりがあることで、結果的に体を動かすことになる)
  4. フレイル予防のために
    - ・フレイルサポーターの活動 (コロナ禍におけるさまざまな工夫)
    - ・シニアのためのおうち時間を楽しく健康に過ごす知恵「おうちえ」
    - ・「指輪っか」テスト (サルコペニアの簡易指標)
  5. フレイル予防研究のエビデンスから政策立案へ
  6. Withコロナ社会における個人・社会のNew Normalの再構築

## 1

【令和2年度 在宅医療関連講師養成事業研修会】

「フレイル予防」の視点から

## コロナ禍における生活不活発及びフレイル状態の悪化

- コロナ禍での高齢者における医療的問題と社会的問題：
  - 多面的な「フレイル」の視点からのエビデンス
- Withコロナ社会を見据えた地域におけるNew Normal：
  - 国家戦略としての3つの「守る」：感染、経済、健康・健全な地域社会
  - 地域における新しい集い方や人とのつながり方への工夫とチャレンジ



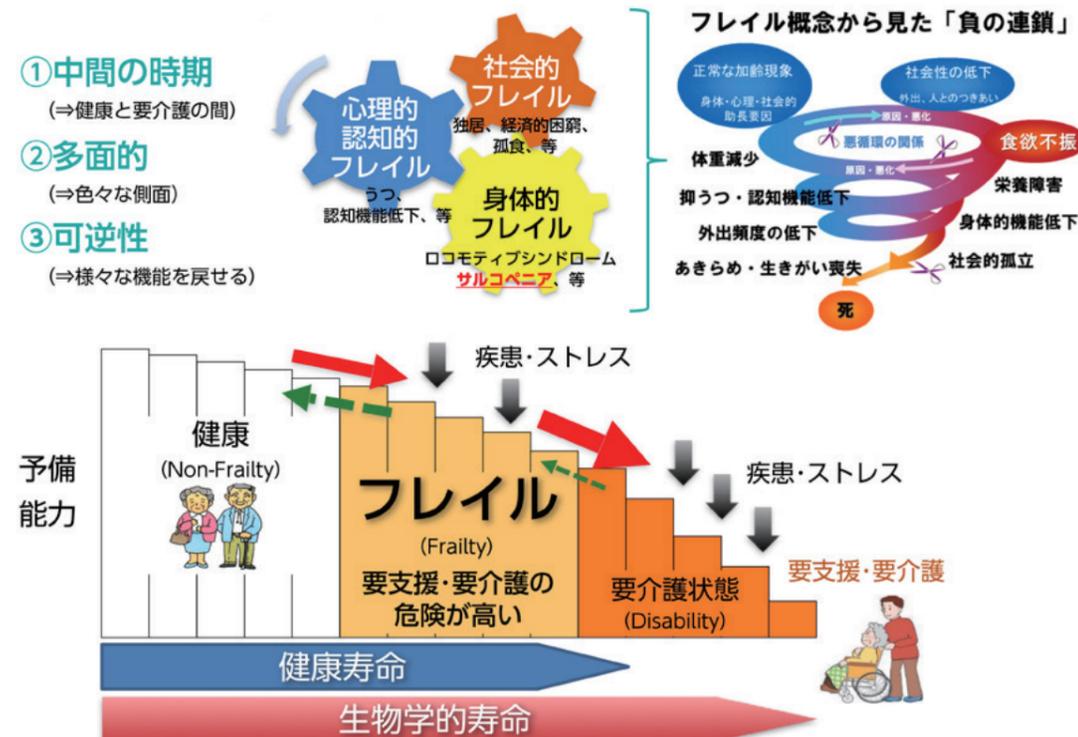
東京大学 高齢社会総合研究機構 (IOG) 機構長  
東京大学 未来ビジョン研究センター (IFI) 教授

飯島 勝矢

IOG 東京大学 高齢社会総合研究機構  
INSTITUTE OF GERONTOLOGY, The University of Tokyo

IFI 東京大学未来ビジョン研究センター  
Institute for Future Initiatives

## 2 フレイル (虚弱) とは



(葛谷雅文. 日老医誌 46:279-285, 2009. 杉本 研, 桑木宏実ほか. 2014より引用改変し、東京大学飯島勝矢が作成)

### 3 健康長寿に向けて フレイル予防のための「3つの柱」



出典：東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢（作図）、日医ニュース 令和元年6月5日号 附録 健康ぶらざNo.519

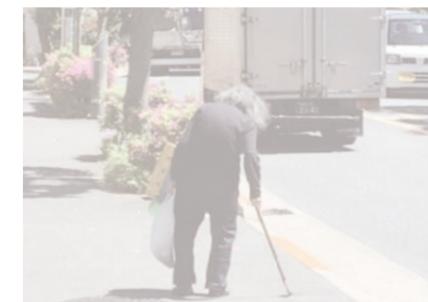
### 4 フレイル予防を通した市民主体の健康長寿まちづくり



東京大学・飯島勝矢（作図）

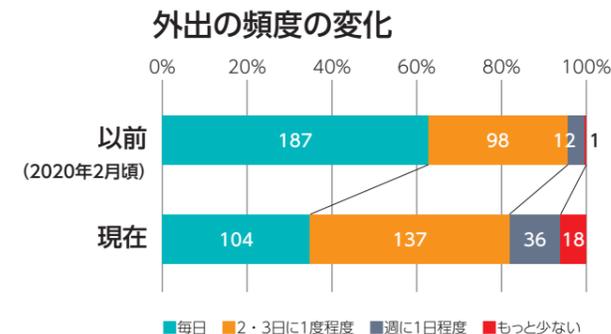
### 5 フレイルチェック活動導入自治体からの新知見①

#### コロナ渦での外出自粛生活の長期化 孤立～閉じこもり、生活不活発、食生活の乱れ・偏り それらによる「フレイル状態の悪化」



【外出自粛の長期化による悪影響】

- 40%以上の人で外出の頻度が著明に低下  
→「運動できていない」、「会話量が減っている」と答えた人が有意に多い
- 13%が週1回未満の外出頻度 (=閉じこもり傾向) まで低下  
→上記に加えて、「バランスの良い食事ができていない」と答えた人が有意に多い
- 他に、具体的には、「人と会う機会が減ったので会話が減った」、「買い物に行けない」、「食材が手に入らない」等のコメントあり
- 外出自粛にともない、閉じこもり傾向まで外出頻度が低下した人では、食事でも簡単にすませる (おそらく欠食頻度もあがる) といった悪影響も

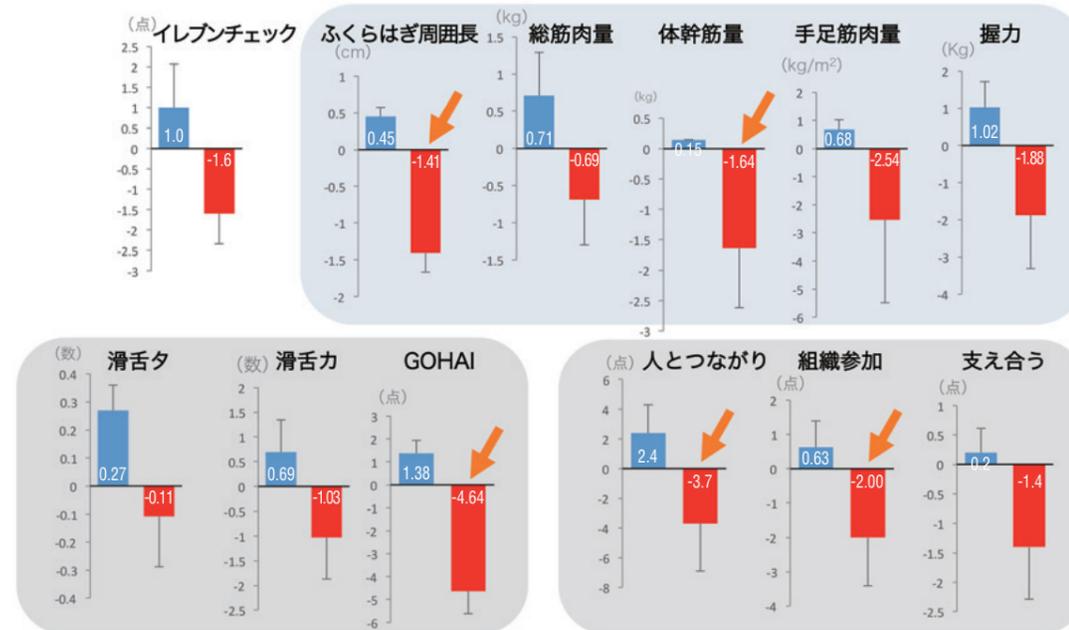


(東京大学・田中友規、飯島勝矢：論文投稿中)

### 6 フレイルチェック活動導入自治体からの新知見②

#### COVID-19による身体面・社会面への影響

フレイルチェックにおけるCOVID-19前後比較：①維持・増加群と②低下群



(東京大学高齢社会総合研究機構 孫輔卿、飯島勝矢。論文準備中)

### 7 フレイルチェック活動導入自治体からの新発見③

#### コロナ禍における活動自粛生活により筋肉減弱(サルコペニア)が進行 筋肉量や歩行速度が減少した高齢者では生活の何が変わったのか？

「筋肉量\*が低下した高齢者（24.3%）」は、  
自粛要請中に

- 身体活動量の低下した人で、**2.8倍**多い
- 人と会う機会やつながりの低下した人で、**3.4倍**多い
- 同時に、**口腔機能の低下**を訴える人が**5.2倍**多い

COVID-19による  
自粛要請前後での比較



「歩行速度\*が低下した者（27.3%）」は、  
自粛要請中に

- 身体活動量の低下した人では、**3.4倍**多い
- 人と会う機会やつながりの低下した人では、**9.5倍**多い
- 同時に、**口腔機能の低下**を訴える人が**3.7倍**多い

\*筋肉量は指輪っかテスト、歩行速度は質問票による評価

(東京大学・田中友規、飯島勝矢：論文準備中)

### 9 「社会的フレイル」の高齢者は要介護リスクが3.6倍！ ～ポストコロナ社会にどう“生きる”か、つながることが大切～

#### こんな傾向・状況に要注意！

生活範囲が狭く、外出頻度も減った

- ① 生活の狭まり・目的のある外出が少ない  
「週に一回も町外へ外出しない」
- ② 外出頻度の低下  
「半年前と比べて外出の頻度がへった」

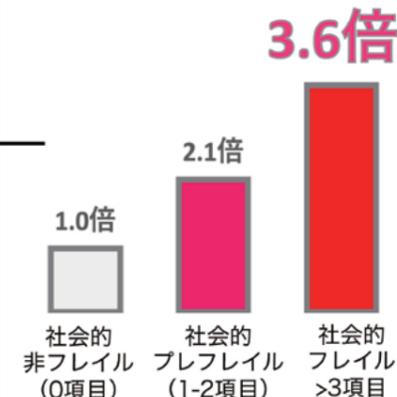
家族・友人との交流が減った

- ③ 友人との交流  
「月に一度も友人と食事をしない」
- ④ 家族との交流、孤食  
「毎日3食とも独りで食事をする」

支えがない・不都合な環境

- ⑤ 人的サポート  
「助けを求められる家族・友人がいない」
- ⑥ 一般資源へのアクセシビリティ  
「自分や家族が食べ物を買うのに不都合」
- ⑦ 経済的困窮  
「年収<140万；女性世帯収入<120万」

社会的フレイルは、  
5年間の要介護認定リ  
スクを高めてしまいます！



田中友規、飯島勝矢ら（東京大学高齢社会総合研究機構）

### 8 COVID-19：高齢者として気をつけたいポイント

#### 「新型コロナウイルス感染症」 高齢者として気をつけたいポイント

新型コロナウイルス感染症が流行しています！  
2020年3月 日本老年医学会より  
喫煙者や糖尿病、心疾患など基礎疾患をお持ちの方は、感染症が重症化しやすいので注意しましょう。また感染しないために、**手洗い**を中心とする感染予防を心がけましょう。ただ、感染を恐れるあまり外出を控えずに『生活不活発』による健康への影響が危惧されます。

ずっと家に閉じこもり、一日中テレビを見ていたり、ぼーっとしてたり食事もたまに抜かしてしまう・・・誰かと話すことも少なくなった

#### 生活不活発に気を付けて！

「動かないこと（生活不活発）」により、身体や頭の動きが低下してしまいます。歩くことや身の回りのことなど生活動作が行いにくくなり、疲れやすくなったりし、フレイル（虚弱）が進んでいきます。2週間の寝たきりにより失う筋肉量は7年間に失われる量に匹敵するとも言われています！



フレイルが進むと、体の回復力や抵抗力が低下し、疲れやすさが改善しにくくなります。またインフルエンザなどの感染症も重症化しやすい傾向にあります。フレイルを予防し、抵抗力を下げないように注意が必要です。

#### 先の見えない自粛生活 フレイルの進行を予防するために

動かない時間を減らしましょう  
自宅でも出来るちょっとした運動で体を守ろう！

- 座っている時間を減らしましょう！  
その分、立ったり歩いたりする時間を増やすことも重要です。テレビのコマーシャル中に足踏みしてあるなど身体を動かしましょう。
- 筋肉を維持しましょう！ 関節も固くならないように気を付けてラジオ体操のような自宅でできる運動でも、筋肉の衰え予防に役立ちます。スクワットなど足腰の筋肉を強めるレジスタンス運動も有効です。
- 日の当たるところで散歩をしましょう！  
天気が良ければ、屋外など開放された場所で身体を動かしましょう。散歩はおすすめです。ただし、人混みは避けましょう。

しっかり食べて栄養をつけ、バランスの良い食事を！

- こんな時こそ、しっかりバランスよく食べましょう！  
多様な食材を三食欠かさず食べることを意識してください。しっかりバランスよく食べて栄養をつけ、身体の調子を整えましょう。免疫力を維持することも役立ちます。さらに身体（特に筋肉）を作る大切な栄養素であるたんぱく質をしっかりとることが大切です。※食事の制限をつけている方はかかりつけ医の指示に従ってください。

お口を清潔に保ちましょう  
しっかりと噛んで、できれば毎日おしゃべりを

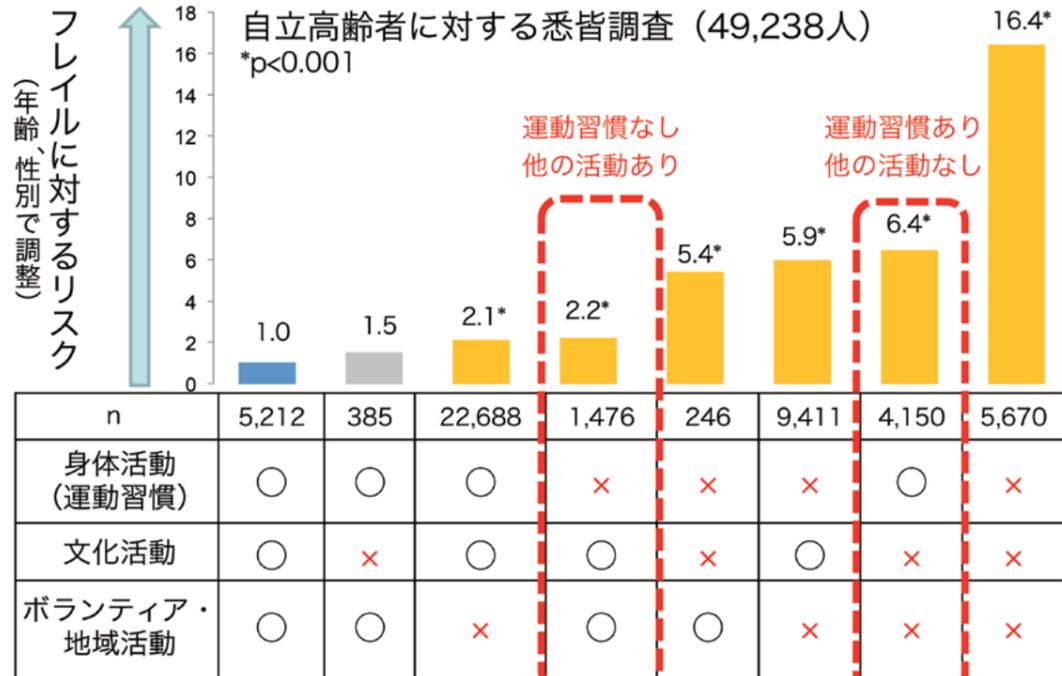
- 毎食後、寝る前に歯を磨きましょう！  
お口を清潔に保つことが、インフルエンザ等の感染症予防に有効です。毎食後、寝る前の歯磨きを徹底しましょう。義歯の清掃もとても大切です。
- お口周りの筋肉を保ちましょう。おしゃべりも大切です。  
お口の不活動も問題です。一日三食、しっかりと噛んで食べましょう。噛める人は意識して少し歯ごたえのある食材を盛りましょう。自粛生活で人と話す機会が減り、お口の力が衰えることも、電話も活用し、意識して会話を増やしましょう。鼻歌を歌う、早口言葉もオススメです。

家族や友人との支え合いが大切です！

- 孤独を防ぐ！ 近くにいる者同士や電話などを利用した交流を高齢者では人と交流はとても大切です。外出しにくい今の状況こそ、家族や友人が互いに支え合い、意識して交流しましょう。ちょっとした挨拶や会話も大切です。新型コロナウイルス感染症に関する正しい最新情報の共有も、トラブルや不安の解消にもつながります。
- 買い物や生活の支援、困ったときの支え合いも  
食材や生活用品の買い物、病院への移動など困った際に、助けを呼べる相手をおあらかじめ考えておきましょう。事前に話し合っておくことが大切です。

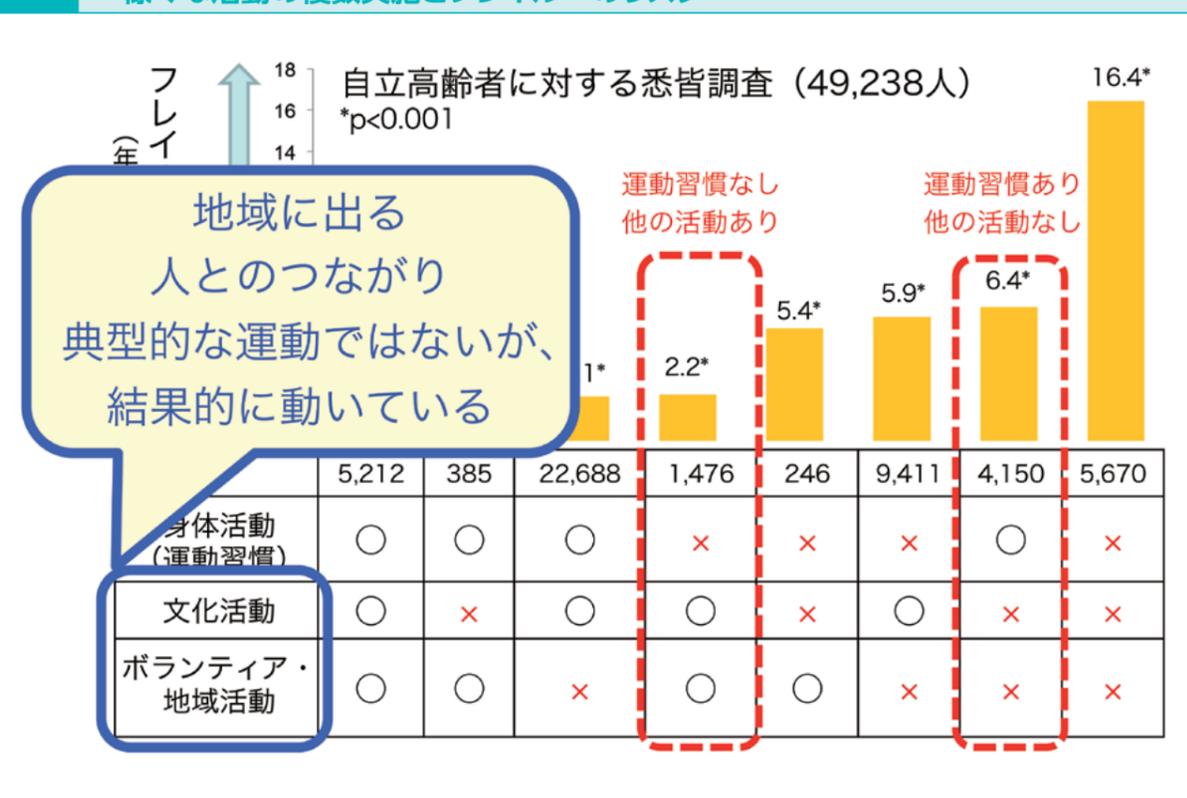
高齢の両親をお持ちのご家族の方もぜひ促してあげましょう！

### 10 フレイル予防には「人とのつながり」が重要 —様々な活動の複数実施とフレイルへのリスク—



(吉澤裕世、田中友規、飯島勝矢、地域在住高齢者における身体・文化・地域活動の重複実施とフレイルとの関係。日本公衆衛生雑誌、2019年;66:306-316)

# 11 フレイル予防には「人とのつながり」が重要 —様々な活動の複数実施とフレイルへのリスク—



(吉澤裕世、田中友規、飯島勝矢、地域在住高齢者における身体・文化・地域活動の重複実施とフレイルとの関係、日本公衆衛生雑誌、2019年;66:306-316)

# 12 フレイルチェック活動導入自治体からの情報 (高齢住民の活力)

フレイルサポーターの底力：みんなの健康の役に立ちたい！つながりたい！

**高知県仁淀川町**  
普通のフレイルチェックの様子

マスク作成

**東京都西東京市**  
代用防護服の作成

**東京都文京区**

Zoomオンラインで運動する会 (週一回) + 電話でつながって同じ運動をする活動

ニュースレター作成・配布

# 13 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に関するIOGからの情報発信

## シニアのためのおうち時間を楽しく健康に過ごす知恵「おうちえ」

- 自治体・企業メンバーが中心となった地域連携プロジェクト
- 分野横断型のIOGの特色を生かし、からだ・くらし・きずな・こころの4項目でシニアの健康を多面的に捉えた情報発信
- 「つくる」ことより「届ける」ことに重点をおき、高齢者ニーズ/地域ニーズをフィードバックして制作・広報戦略に反映
- アフターコロナ・ウィズコロナを見据えて「何か一つ得ることができる」ポジティブに楽しめる情報発信を目指す

2020年5月24日 (第3版) リリース  
IOGホームページに掲載  
教員・研究員によるリレーメッセージ/リンク集

IOGトップページより  
おうちえのニュースをご覧ください  
<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/>

<問合せ・利用申請状況>  
6/8時点 120件超  
自治体 関係機関 (社協・包括など) 医療機関・介護施設等  
メディア関係 (取材) その他団体 等

<メディア>  
・NHK[おはよう日本]  
・TBSテレビ「あさチャン」  
・フジテレビ「FNNプライムオンライン」  
・毎日新聞  
・共同通信社 他

# 14 つながるための様々な工夫

誰かとのつながりはとっておきの処方箋！

地域の声かけにひと工夫  
インターフォン越しに「お元気ですか」のあいさつを  
買い物や散歩のついでに、姿が見えるだけでほっとします

オンライン活用  
今日は誰と？  
えしほりね！  
今度ワークショップをしたいね

手紙や写真でつながろう  
折った作品を写真で送ってみよう！

ご近所の魅力再発見しながらつながる！  
とちまち  
最新で楽しいよ

事前学習 第2部 それぞれの立場からのCOVID-19への対応 (在宅を踏まえて)

事前学習 第2部 それぞれの立場からのCOVID-19への対応 (在宅を踏まえて)

15 「指輪っか」テスト：サルコペニアの簡易指標



低い サルコペニアの危険度 高い



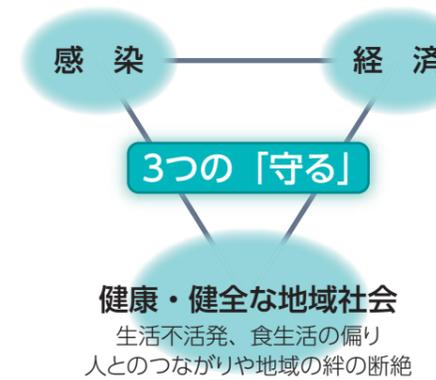
開めない ちょうど囲める 隙間ができる

東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：作図 (Tanaka T, Iijima K. Geriatr Gerontol Int 2018)

17 Withコロナ社会における個人/地域のNew Normalの再構築：  
—国家戦略としての3つの「守る」—

- 3つの予防
- ① 感染
  - ② 生活不活発
  - ③ 人とのつながり・社会性

国家戦略として



- 「栄養・運動・社会参加」の3つの柱は不変  
→しかし、原点論を唱えるだけでは行動変容起きにくい
- 今こそ、【ハイブリッド型コミュニティ】の創造  
オンサイト(現場)とオンラインの融合を  
→地域支援ICTプラットフォーム  
- 新しい生活様式に加え、新しい人とのつながり方  
- 新しい集い方(=身体は離れていても心が近づく)

16 フレイル予防研究のエビデンスから政策立案へ

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

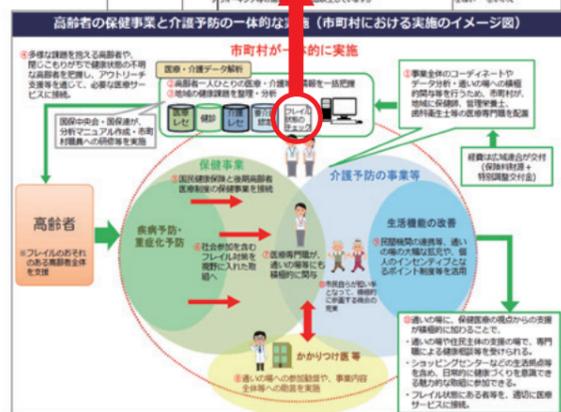
大きな課題



2020年4月～新制度施行

後期高齢者の新質問題

問題名	No	問題文	回答
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はどうか	①よい ②まあよい ③さうでもない ④よくない ⑤よくない
	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
	4	半量以上に食べているのが多いに気づいたか ①はい ②いいえ ③たぶん	①はい ②いいえ
口腔機能	5	歯茎や歯肉等でお口が閉じますか	①はい ②いいえ
	6	6ヵ月間で2〜3kg以上の体重減少が認められますか	①はい ②いいえ
体力変化	7	70歳前比べて歩く速度が遅くなってきたと感じますか	①はい ②いいえ
	8	80歳1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
運動・転倒	9	ウォーキング等の運動を1週間に1回以上していますか	①はい ②いいえ



## ワークショップ

ワークショップの趣旨と進め方

---

ワークショップの報告

---

ワークショップQ&A

---

Webによるワークショップの開催

---

## ワークショップの趣旨と進め方

COVID-19 禍のなか、私ども医師は、感染症としての予防、診断、治療への対応は当然のことながら、在宅医療を実践していると、さまざまな課題に直面します。

医療施設内をゾーニングしても、訪問診療時に感染する機会や、自らが感染を媒介する懸念もあります。さらに、療養生活を支援する介護系サービスの停止や制限は、在宅療養者の日常生活を脅かします。そして、介護家族が濃厚接触者と看做されたり、通所施設で感染者がでたりすることで、在宅ケア提供者たちの生活が制限されることもあります。

また、認知高齢者の場合、感染予防の原則を守ることが困難なこともあり、行動制限に基づく療養環境変化が大きなストレスとなるでしょう。一方で、看取りまで視野に療養中の場合は、仮に COVID-19 に感染しても、標準的加療の意義が問われます。

実際に、外来通院している高齢者のなかには、この数か月間で、急激に移動能力を低下させたり、認知機能が増悪したり、栄養障害や脱水に陥る例もまれではありません。

そこで、今回「COVID-19 による医療的問題と社会的問題」をテーマに掲げています。在宅医療の現場では、PCR・抗原検査にどのように対応するか、個人防護具 PPE ) は入手可能か、フレイル予防、多職種協働の実践、ACP の在り方、さらに経営課題、社会のスティグマ（差別や偏見）、遠隔医療など、幅広い視野での意見交換を願うものです。

### ◆ワークショップの進行

アイスブレイク (P.137 参照) では、和やかな雰囲気づくりのため、自己紹介も工夫していただきます。「Stay Home 中 (自粛中) に挑戦したこと」「趣味」「最近食べた美味しい物」などをお話いただくのもよいでしょう。

### ◆グループに分かれてのディスカッション

事前学習の講義にも議論のヒントが沢山あったと思います。また、全国各地から参加いただいているので、それぞれの地域特性も興味深い話題です。ワークショップにおける注意事項やエチケットについては、「ワークショップ Q& A」をご参照ください。

### ◆まとめ

時間の関係で、企画委員が推薦した4つのグループに5分程度での発表をお願いして、ディスカッション形式で、議論を深めてまいります。

## ◆プレゼンテーションの方法

### COVID-19がもたらした 医療的課題と社会的課題

2020年 講師人材養成事業  
ワークショップ

**STEP①** スライド1・2に直接議論した課題を書き込んでいきます。たくさんの課題が出てくると思いますので、できるだけ整理してください。

#### スライド 1

医療的課題

#### スライド 2

社会的課題

**STEP②** 次に、課題解決のための話し合いの方法論を考えてもらいます (スライド3)。感染状況によっては直接対面しての話し合いができなくなることも考慮に入れながら話し合ってください。

#### スライド 3

課題解決のために必要な話し合い  
(研修会を含む)とは?

**STEP③** さらに、課題解決のための方法を考えます (スライド4)。従来型の会議で可能なのか、今まで会議が十分に機能していないとすれば、どのように考えていかなければいけないのか、などを話し合ってください。

#### スライド 4

地域の中でどのように課題を  
解決する

企画委員がそれぞれのグループにお邪魔して議論を聞かせていただき、全体で4グループの皆さんに発表していただく予定です。

## ワークショップの報告

2020年11月1日（日）、『令和2年度在宅医療講師人材養成事業研修会』のワークショップが、初のオンライン形式にて開催されました。Web上で行う最大の利点は、従来の集合研修のように移動に時間を要することもなく、ネット環境さえあれば全国どこからでも参加できることにあります。当日は、北は北海道から南は沖縄まで全国津々浦々よりアクセスいただき、全241名とこれまでの人数を大きく上回る規模での開催となりました。

オンライン会議システム「Zoom」を利用した今回のワークショップは、全体を31グループに分け、1グループ7～8名という少人数でディスカッションを行っていただいています。ワークショップの前半は、「COVID-19における地域連携と多職種協働」をテーマに、連携のイメージ図を参考にしながら各地域の実情やそれぞれの取り組みについて話し合ってください、続く後半では、「COVID-19がもたらした医療的課題と社会的課題」をテーマに、具体的な課題を明らかにすべく、より踏み込んだ議論を行っていただきました。



本研修会の本部事務局。アクリル板の設置など、万全の感染対策を講じて実施



総会司会の鶴岡優子氏が全体を進行



グループ発表（パネルディスカッション）の座長を務めた石垣泰則氏（左）と大橋博樹氏（右）

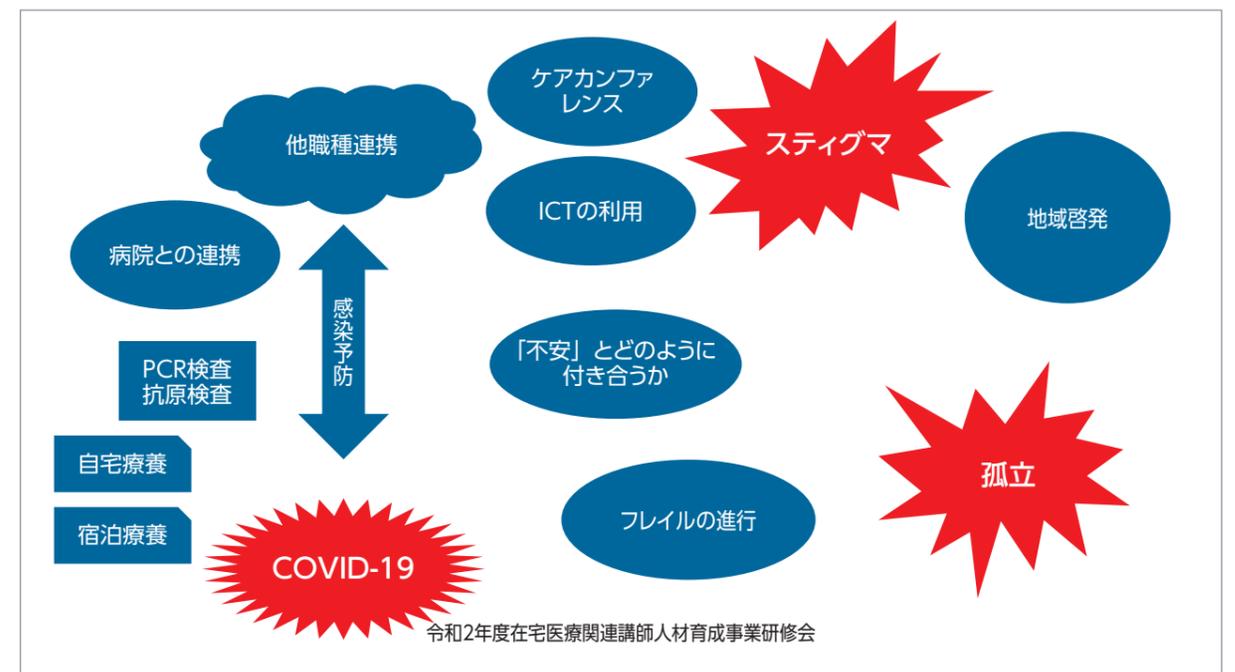
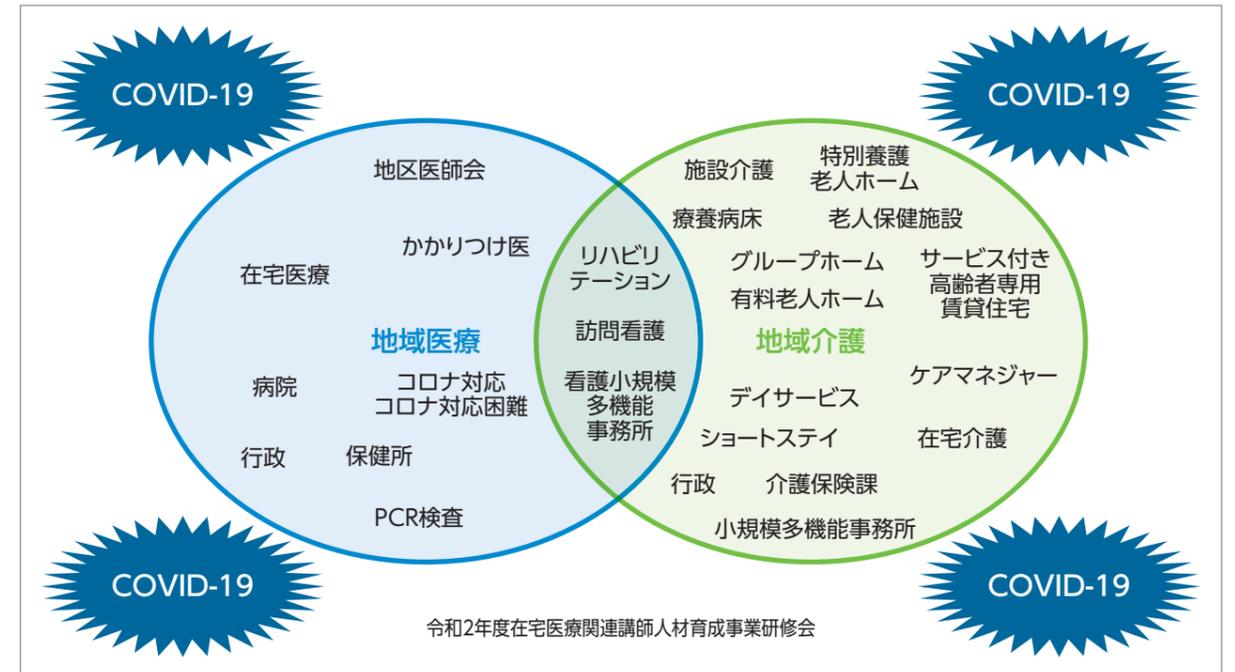
時間を制約のある中、非常に活発なディスカッションが展開されましたので、その一部をここにご報告いたします。

時間には制約のある中、非常に活発なディスカッションが展開されましたので、その一部をここにご報告いたします。

## ◆グループディスカッション①

テーマ：COVID-19における地域連携と多職種協働

《考え方のヒント》



## ◆グループディスカッション②

### テーマ：COVID-19がもたらした医療的課題と社会的課題

～ PCR・抗原検査、感染予防（PPE）、ACP（意思決定支援）、経営、スティグマなど～

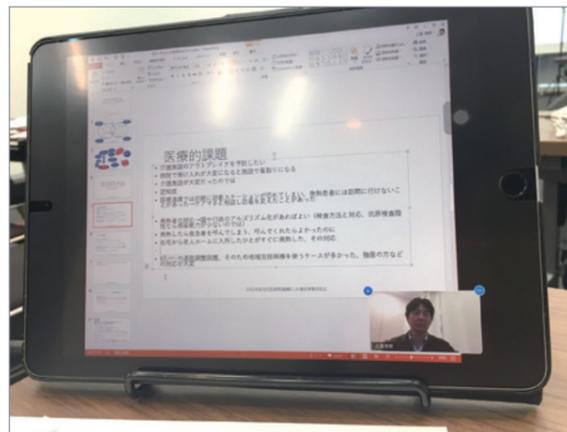
## COVID-19がもたらした医療的課題

### ●感染対策における課題

- ・2020年上半期は圧倒的にPPEが不足しており、医療機関においては感染へのリスク不安がスタッフに強かった。多くの医師がほぼ、アマゾンなどのネットからの個人的購入に依存していた。
- ・PPEをどこまでやるか。飛沫感染なのか、空気感染なのか。結膜からの感染リスクはいかほどなのか。情報が乱立しており、医師陣も情報の取捨選択に悩むことがある（介護施設では、医療機関と同等のPPE対応をすると過剰になる可能性もある）。
- ・在宅では積極的な感染防御態勢がとれていない。きれいに動線を分けられない。
- ・PPEを装着したときに他患者の風評被害。
- ・医療機関・介護施設における物資の補給（何がどのくらい足りないことをどこに伝えたら良いか？どこから補給されるのか？）。
- ・医療機関・介護施設での面会制限を安全に段階的に緩和するための指標や計画→アクリル板越し面会、看取りの部屋設置。

### ●検査体制、発熱対応など

- ・抗原検査の精度に対する不安と、感染リスクのバランス。
- ・PCR施行の格差。医師会が先導してPCRセンターを作った場所もあれば行政が先導してPCRセンターを作った場所もある（PCRセンターでは、陰性だった場合の確定診断・治療につながりにくい。また、田舎では自家車で検査に行けるが、町場ほど交通公共機関を用いずにアクセスしにくい）。
- ・PCR偽陽性の課題（検査には限界があるものと念頭において行う必要がある）。
- ・COVID-19症状経過を具体的にイメージできず、検査実施の判断に悩む。
- ・がん末期など余命の限られている患者、認知の強い患者に熱が出ている場合にPCRすべきか？患者のQOLを考えると問題である。
- ・医療機関によっては、検査体制を整えたくても、スタッフの不安が大きいため踏み出せないところもある。
- ・検査実施の線引き。不安で検査希望、陰性確認証明を会社に提出など。
- ・発熱者の対応が分かりやすいとよい。→ 国や行政のアルゴリズム化があればよい。
- ・発熱したら救急車を呼んでしまう（かかりつけ医を呼べば対応できるのに）



### ●在宅医療の現場における課題

- ・入院したくない（退院希望の）患者が増え、在宅での患者が増加。
- ・病院での面会制限のため自宅で最後まで看取りたいと希望する家族が増えた。
- ・これまで構築してきた顔の見える関係、情報共有ができなくなった（退院時共同指導、担当者会議など）。
- ・在宅の SNS ツールでは患者さん側が置き去りになる可能性。
- ・コロナ陽性者退院時の在宅側介護の受け入れにおいて、介護者が恐怖を感じている現状（介護者への感染症教育の必要性）
- ・初期に訪看ステーションが恐れてしまい、発熱患者には訪問に行けないことがあり、ケアマネと相談し、訪看を変えたことがあった。
- ・在宅で、若い介護者がコロナになった場合、老人は濃厚接触者となる。介護者がいなくなった老人をどう支えるか？ 施設は拒否、病院には入れない。

### ●医療機関での課題

- ・本来業務（手術など）に制限。
- ・医療機関への経済的なダメージ。患者が減少する一方で、感染対策でコストが増え、また労力も増えている。高齢の開業医がこれを機に廃業するケースも地域にはある。地域の医療崩壊や過疎化がさらに進んでしまう可能性がある。
- ・病院でのカンファレンスが中断されている。オンラインでのカンファレンスを提案しても病院側の事情などで足並みが揃わない（病院でもやる気のあるDrがいればオンラインでの退院前カンファレンスが可能となることも）。
- ・定期的な症例検討会が出来なくなった。
- ・都市部から地方へと面会のため帰省してくる患者家族への対応。都市生活の中での通勤方法や移動手段など、感染リスクは様々異なるはず。リスクの層別化が必要ではないか。
- ・入院が好ましくない人がいる（せん妄、認知症・看取り期・小児在宅、介護する母など）。
- ・待合室の混雑。どうしてもいっぱいになるときが出てしまう。
- ・新興感染症、対応が不定。コンセンサスが構築できていない。
- ・スティグマ、風評被害（看護師が地域での風評被害を心配する。このため検査・診療医療機関に手挙げづらい）。

### ●介護系施設での課題

- ・入所者で発生者がいた介護施設で、デイサービスが制限される。
- ・介護施設などでは、施設ごとに情報量や対応がバラバラ。商業的な情報に振り回されてしまっている例も（次亜塩素酸の噴霧機器など）。
- ・家族は面会できないため、患者本人の様子・状況がわからない。
- ・病院で受け入れが大変になると施設で看取りになる。

### ●その他

- ・隔離が保てない認知症患者に対する、入院あるいは介護施設での対応（専門施設の必要性）。高齢者はマスクをしない。
- ・医療機関・介護施設が感染で休止時のバックアップ体制。
- ・介護者がCOVID-19に感染した場合の、在宅療養者の取り扱いについて議論が足りない。

## COVID-19がもたらした社会的課題

### ●ACPIについて

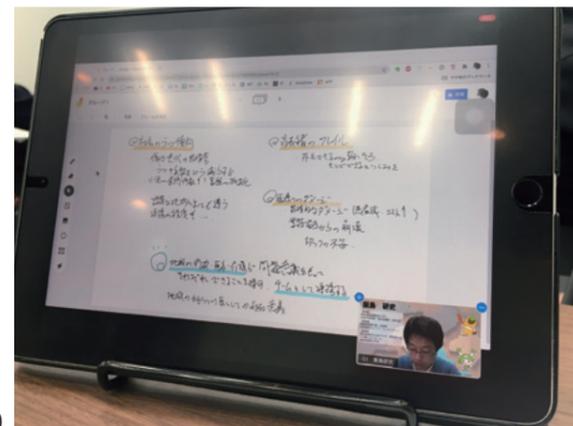
- ・PCR検査に関連した意思決定を誰（どこ）がリーダーシップをとるか。
- ・コロナ禍の今こそACPと考える一面、COVID-19は感染症であり、やはり積極的な治療をと考える面もあった。
- ・国民が老若男女問わず、「明日直面するかもしれない問題」として認識しやすい環境にはなった。が、医療者がなかなかきちんと患者の意思決定支援に寄り添いきれていない。流行期、医療者・ケア者のマンパワーが厳しくなる中で、本人の意向を聞いておきながらそれに沿えない事態が発生するのではないかと。
- ・入院をすれば患者さんは家族との面談もできない。直接に会わずに、電話だけで医師と家族とのICTが普通に行われるようになった。意思確認必要性が入院・入所において受けられる方に再認識されたが、急には決められず人生会議としてのそれぞれの熟考の時間が必要となった。

### ●病気や障害、フレイルの進行

- ・面会ができないことで多くの施設入所の方の認知症が大きく進行した。通所系のデイサービス・リハビリ中止、ステイホームで相当の高齢者がフレイルになった。
- ・デイサービスが受け入れ中止で行けなくなったり、リハビリができなかったり、認知症が進行して、結果介護認定の区分変更が多くなっている。
- ・設側の受け入れがあったとしても、患者（利用者）が感染を警戒して行かなくなって、結果的に身体機能低下に。
- ・障害児をもつ家庭では、児童のショートステイが利用できなくなり母親のストレスがたまってしまう例も。
- ・フレイル、特に介護保険につながっていないフレイル者、高齢独居者、老老介護のご家庭はより孤立しやすい状態。行政と民生委員との活動の中で拾い上げや支援ができるだろうか。

### ●情報共有の課題

- ・いろいろな情報があふれ、感染対策が過度になりすぎ、必要な介護・看護が提供できていない場面があった（流行地域からの面会者と接触があった利用者には2週間、介護保険サービスを提供できないという誤解など）。
- ・どこまで発生状況を共有すべきか（発生者の公表が都道府県で差異が。スティグマ防止のためにも患者さんに聞かれて返答に困る）。
- ・陽性という情報の扱い。いかに迅速に関係周囲へ伝達するか（風評被害が生じないよう配慮しつつ）。
- ・うわさ話がデマになる。例）コロナ→自殺、コロナ→地域から逃げ出した。



### ●差別・風評被害など

- ・感染者本人のみならず、家族への誹謗中傷が課題（誰もが感染する可能性があることを、再度社会全体で共有する）。
- ・感染者がどこの誰か特定したがる社会特性 → 感染者発生情報の発信が、具体的な感染拡大予防対策ではなく差別にばかりつながる様子あり。逆に発熱外来はシークレットになっていて、発熱患者のみならず医療者も自院の発熱患者をどこにどのように紹介したらよいか難渋するケースあり。
- ・コロナハラメント。COVID-19陽性患者がでた病院スタッフの家族が入院先から強制退院させられた、など。
- ・他県からくる介護者への差別。
- ・COVID-19の診療・検査に係る風評被害。医療機関にとどまらず、医療機関の従業員・家族を巻き込んだ被害がある。その影響により、職員の休職・退職等もみられる。

### ●その他

- ・COVID-19感染症は、医学的パンデミックというよりは、社会的パンデミック。
- ・これまですすめてきた地域包括ケア推進のための顔の見える関係づくりが一気に止まってしまった。
- ・台風・地震等の災害時の医療・避難の際にもCOVID-19等の感染対策が求められる。
- ・社会全体のうつ傾向。外出自粛による高齢者の閉じこもりという問題がある一方で、働く世代が経済的に苦しくなっている。うつや自殺をいかに減らしていくのか。
- ・小児虐待が増えている。もともと核家族化などで孤立が進んでいたところへ、ソーシャルディスタンスによって家族の孤立化がますます進んでいる。

## 課題解決のために必要な話し合い（研修会を含む）とは？

### ●研修会・勉強会の開催

- ・コロナ感染症に対する知識を常にバージョンアップする。
- ・人を集めての講演会等は難しい。→ Web参加の講演会。あるいはDVDを作って地域に情報提供していく（医科歯科診療所・施設で放映）。
- ・地域ごとに取り組んでいるが、COVID-19流行後、学会参加などがオンラインになり、他県の取り組みを知る機会が乏しかった。→ 今回の研修会のようにZoomを用いた研修会、ディスカッションを企画すれば、地域の情報弱者を減らし、地域の感染予防能力を高められる。県医師会・保健所・行政も、他の地域の取り組みを知り、自県に有用なものを取り入れたら良いのではないかと。
- ・各地域医師会でCOVID-19対応チームがつけられているようだが、内容が正しく統一されたものでなくてはならない。医師会、国が最低限の統一された資料と、それを用いた研修を行う指導者研修会が必要かもしれない。
- ・DVDなど予防研修はあるが、専門医と在宅医、訪問看護師などパラメディカルとがZoomで質疑応答をする機会があるとよい。特に正しい知識を一般に普及啓発させるためにも…（医療者が疑問に思っても正解を訪ねるところがなく、文献も言っていることが違うのでどれが国、日本医師会が認める答えなのかわからないので）。
- ・個別化対応が必要になる。→ 事例報告会、事例集。それらをどこかで見られるような仕組みがあるとよい。

## ●地域の連携推進・強化

- ・行政、医師会、在宅ケア関連職種（在宅医、訪問看護、訪問薬剤、ケアマネ等）とのコロナ連携がICT、SNSなどで必要である。（手段）
- ・在宅患者、家族、在宅ケアスタッフの感染疑い、感染判明の場合の検査、入院、入所の対応を在宅医、医師会、行政、基幹病院などと協議が必要である。（地域連携の強化）
- ・医師会の在宅委員会や、地域での訪看st. ケアマネの団体とともに問題意識を共有する（地域でのチームをつくる）
- ・保健所との意思疎通をスムーズにする。
- ・在宅医と感染症専門医との連携をつくる。
- ・在宅医どうしで、お互いのバックアップ体制を確認する。
- ・病院の入院体制（ベッド状況）を知り、地域全体でトータルに治療やケアが回るような病診連携を行う。
- ・退院時カンファにWebカンファ機能が使えるとよいのでは。

## ●介護施設などへの支援、情報共有など

- ・医療機関の感染対策は概ね敷かれた。介護施設ではどうか？過不足があったり、情報収集に難儀している場所もありそう。→ 地域の医療機関あるいは県の行政が、文章通達だけでなく、出向いて助言や支援をすることが必要ではないか？
- ・介護施設への正しい知識普及（施設向けの感染予防の動画配信などをする）。
- ・介護施設でZoomを使った研修会を開催（在宅医療と介護は連携しているが、介護施設は分断されている）。
- ・平時の連携があって、パンデミックの時の連携が可能。災害時と同様。困りごとの相談会（介護事業者を対象に）を。
- ・福祉施設への医療的支援・勉強会。福祉施設でも看取れるだけの情報・人材・材料の支援策。

## ●医師の役割

- ・リスクゼロではなく最小限にすることで、長期的なウイズコロナを前提に、常に医療スタッフを守りながらも、自分たちの立ち位置を見極め、医師としての使命があることを再確認しながら前向きに、何ができるかというやり取り・研修が必要。
- ・私たちが在宅にかかわる医師は、正しい情報を多職種に対して発信する責任がある。
- ・特に感染防御に関して、正しい知識を発信し、必要な介護サービスが継続して受けれるように指導していく責任がある。



## 地域の中でどのように解決する？

### ●医療的課題について

#### (1) 連携について

- ・地域によって特異性があることから、厚労省からのトップダウン方式では地域の課題解決は困難である。「こうしなければならぬ」ではなく、できる連携を構築していくことで前向きな解決を図る。
- ・COVID-19は地域包括ケアの実力が試されている。これまでの市区町村単位での多職種の顔の見える関係づくりに加えて、県・指定感染症病院・消防も巻き込んだ研修会の開催などが必要。
- ・相互のネットワークづくり。グループウェアなどの使用が便利だが、書式の違い、個人情報の制約などの問題で共有できないという地域も。→ 包括同意書で個人情報の問題をクリアできる可能性（MCSで患者情報を共有している地域も。ChatWorkというソフトウェアを使用している施設も）。
- ・地域の基幹病院を助けるシステムが必要。→ 基幹以外の中核病院が軽症者入院や発熱外来を担う。地域の開業医は中核病院の発熱外来を手伝う。在宅医は、基幹病院・中核病院のベッドを開けるように、退院希望者、退院可能者の受け入れを積極的に担う。
- ・医師会・保健所・行政は会議を重ねていくべき。ときにはオンラインで、ときには対面（これも大切）で。地域ごとの課題を共有し、共通認識の元に対応策を協議する。バラバラに動かないことが大切。
- ・在宅療養中のCOVID-19陽性患者に関わる多職種のリアルタイムな情報共有（SNSなどで）

#### (2) 医療・検査体制について

- ・冬の発熱患者大量発生時には、COVID-19以外の熱源精査にも対応可能な発熱外来機能を担保する（PCR検査だけはだめ）。
- ・発熱患者への対応についてのガイドライン、フローの作成（診療所・病院・在宅・介護施設、それぞれのセッティングで）。検査実施、入院対応、保健所の連絡等、地域ごとのフローが必要。
- ・COVID-19 陽性・陰性だけでなく、発熱自体の原因疾患を確定診断・治療する事が大切。
- ・一般診療所では時間・空間的分離も難しく、ドライブスルーではPCR以外の診療・検査を施行しにくい。→ 地域の中核医療機関の発熱外来を地域医師皆で輪番制で応援し、診断できるとよい。
- ・過度な対応を防ぎ、“正しくおそれる”ためのルールを決める（文書のみならず動画で）。
- ・冬の大量流行時に田舎でも軽症例が在宅療養になったら???マンパワー的に対応不可では? → 県全域で、マンパワーの足りない地域の医療者派遣を検討しないと、入院したくない方・軽症例の方の在宅療養支援を適切に行えない。状態悪化時は急速。あらかじめ状態悪化時に持参できる共通書式の紹介状を作っておき、患者様本人に持たせておけば迅速に対応できるか？
- ・個別のケアにおいて誰が音頭をとるか、支える側のトレーニング、共感疲れをしないように。
- ・面会謝絶・家族の訪問機会の減少。→ 家族に医療用SNS、MCSに入ってもらおう（医師会の音頭で積極的にMCSを利用する地域も。介護スタッフとの連携にも使用している）。
- ・隔離の問題。→ 施設、自宅の隔離の場合、在宅医療が必要。感染症対策も感染症専門医と連携して在宅主治医が核になって行るのがよい。
- ・さまざまなエビデンスがそろい、「ここまではいらぬ」ということが見えてきた今、足し算の感染対策が中心だったものから、引き算の感染対策も考えながら、持続可能なコロナ時代の医療を考えていく必要があるのではないか。
- ・今後は在宅におけるコロナの看取りも出てくるだろう。がんの看取りなどは確立した方法があるが、コロナの患者をいかに在宅で看取っていくかも考えていく必要がある。

### (3) ACPIについて

- ・ ACPは、スピリチュアルな課題についても話し合うよい機会と捉える。
- ・ ACPの共有と変化（かかりつけ医の役割は大）。エンディングノートはエンディングだけではだめ。足していく。みんなで書き加える。

### (4) 資材の不足について

- ・ 医療や介護の現場では資材が足りないことがあった。→ 資材のコントロールセンター。発熱患者を診る医療機関には資材を配布。
- ・ 地域で有志の感染対策チームを作成し、教育・PPE・現場サポート・コンサル・情報のグループで活動し、医師会や行政の協力を得ている。

### (5) 介護施設に対して

- ・ 地域の医療機関より、地域内の介護施設のほうが、情報収集、職員教育、感染対策の実施、実際に発熱患者がでた時の対応などに難渋しているであろうことに眼を向ける。→ 地域で一つずつ、あたたかく指導する（大きなガイドライン変更時の情報共有。現場に入ったときに不足している感染対策への助言、過剰な感染対策への助言）。
- ・ 地域の介護施設でクラスターが発生したときには、その施設の人員配置、濃厚接触者の抽出、利用者の経過観察、ゾーニングなどに尽力。施設を風評被害から守る。
- ・ 県によっては、D-MATのコロナ版としてC-MATが存在する県も。クラスター発生時には、ICDとICNが出向く。→ これも有用そう。システムづくりが大切。

### ●社会的課題について

#### (1) フレイル、孤立への取り組み

- ・ 地域内に取り残されたCOVID-19非感染の孤立者を抽出。→ 特別な対策ではなく、既存のシステムを活用することが大切。民生委員、行政の独居老人見守り巡回、相談窓口、自立支援事業など、既存のものを組み合わせ対応を。コロナ対応部署以外の保健所職員が整備・調整に回れるとよいのか？
- ・ 介護サービスの制限に対して、予防介護を実施。公民館は狭い → 広い会場（廃校など）を利用して感染予防。屋外開催（冬は寒い?）。専門職も巻き込む（アウトリーチ）。
- ・ ICTの活用により多職種連携を促進し、孤立、フレイルを地域全体で予防する。

#### (2) 差別、偏見に対して

- ・ 感染者発生情報の発信が、差別につながる問題。→ 医療者が必要な情報にアクセスできるシステムが必要。発熱外来は地域中核病院に集約し、発熱患者発生時の病診連携が容易になるシステムが必要。細かい感染者情報は非公表でもよいのでは？
- ・ 差別、偏見の問題は、知識不足が要因のため、Zoom会議（今回の研修会のような）を開催して、地域住民の意識を高める。



## ワークショップQ&A

本研修会では、『ワークショップ形式』を取り入れ、受講者自らがディスカッションに参加できる場を設けています。

ワークショップによるグループワークを進めていく上での基本的事項に関して、Q&Aを編集いたしましたので、地域での活動にご活用いただければ幸いです。

### Q&A 一覧

- Q-1 | ワークショップ (workshop) とは何でしょうか？
- Q-2 | ワークショップの意義は？
- Q-3 | ワークショップの進め方は？
- Q-4 | ファシリテーター (facilitator) の役割は？
- Q-5 | ワークショップは実際にはどのように行うのでしょうか？
- Q-6 | アイスブレイク (ice break) とは？
- Q-7 | KJ法とは？
- Q-8 | ブレインストーミング (brainstorm) とは？
- Q-9 | ブレインストーミングのコツは？
- Q-10 | KJ法は実際にどのように行うのでしょうか？
- Q-11 | グループワークとワークショップの違いは何ですか？
- Q-12 | ワールドカフェスタイルとは何ですか？
- Q-13 | 実際にワールドカフェスタイルはどのように行うのでしょうか？



## Q-1 | ワークショップ (workshop) とは何でしょうか?

①仕事場、作業場 ②参加者が専門家の助言を得ながら問題解決のために行う研修会 ③参加者が自主的活動で行う講習会 (出典; デジタル大辞泉)、と記載されています。このように、研修会や講習会でもあることがお分かりいただけると思います。

おそらく、ワークショップと聞くと、一般的なイメージは工房でしょう。そこでは、部品を組み立てながら製品を完成させますが、さまざまな意見を聴取し、整理して、何らかの結論を導き、そして提案する過程は、モノを産みだし、消費者の手に渡す作業と重ね合わせると分かりやすいかもしれません。

## Q-2 | ワークショップの意義は?

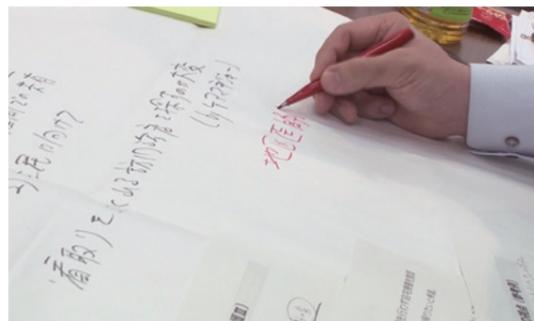
課題について議論し、その結果を整理し、問題解決への提案を成果とします。他者との一連の共同作業を通して、異なる考え方や立場の違いを知ることができます。さらに、同じ目標を共有して協力することにより、ある種の達成感を得ることができるはずです。

また、仲間意識が芽生え、「連携」への一助となるでしょう。実際に膝を交え、意見を聞き、人柄を知ること、信頼関係も生まれます。複数の視点から導き出された成果は、それだけ重みのあるものとなります。

## Q-3 | ワークショップの進め方は?

参加者が共有できるテーマを設定して、参加者全員が発言の機会を持てるように6～7人のグループに分かれます。各グループでは「ファシリテーター (後述)」が進行を行います。ワークショップ冒頭で「記録を取る人」、「発言を整理する人」、「結果を発表する人」など、役割を明確にします。

一定の時間内に発言内容を整理して、最後にグループごとに発表して頂きます。具体的な提言につながる結論が導かれれば理想ですが、仮に結論に至らなくとも、課題を整理するだけでも大きな成果といえます。



## Q-4 | ファシリテーター (facilitator) の役割は?

ファシリテーション(facilitation)とは話し合いなどの集団で行う活動がスムーズに進行し、成果が上がるように支援することです。

ワークショップの場面では、適切な質問を投げかけ、意見を引き出し、話し合いの方向性がずれないように修正したり、合意に向けて論点の整理を担当したりするのがファシリテーターです。



## Q-5 | ワークショップは実際にはどのように行うのでしょうか?

- ①オープニング(話し合いをしやすい雰囲気づくりが重要)
- ②テーマを投げかけて、意見を引き出す (その際には開かれた質問が重要)
- ③出された意見を絞り込み、KJ法<sup>※</sup>(後述) などを用いて整理する
- ④結論を提言としてまとめるために助言する

## Q-6 | アイスブレイク (ice break) とは?

ワークショップでのアイスブレイクは、初対面で同席する際の緊張をときほぐすための技術の一つです。氷を壊す、すなわち解氷という言葉に似ています。張りつめていた氷が、春になると溶け出すように、集う人々を和ませ、コミュニケーションしやすい雰囲気を作ることで、積極的な意見交換が可能となります。アイスブレイキング (ice breaking) とも呼ぶこともありますが、ちょっとした不安や緊張を氷にたとえているわけです。

意見交換を始める際の自己紹介に、趣味のことや、最近経験した感動的な出来事、家族のことなど、親しみやすく、たわいもない日常の話題を盛り込むと、よいでしょう。

## Q-7 | KJ法とは?

KJ法は、文化人類学者の川喜田二郎氏（東京工業大学名誉教授）がデータをまとめるために考案した手法で、考案者のイニシャルにちなんでKJ法と呼ばれます。

データや情報をメモ用紙（ポストイット®）やカードに記載し、これらの用紙やカードを、内容によって分類（グループピング）し、図解しながらまとめていきます。

最近では、KJ法という名称が一般化し、企業研修や学校教育、各種のワークショップなどで広く用いられるようになりました。ブレインストーミング※（後述）により、さまざまな断片的なデータを統合し、創造的に問題解決の糸口を探っていきます。

## Q-8 | ブレインストーミング (brainstorm) とは?

集団でアイデアを出し合って、相互交錯の連鎖反応や発想の誘発を期待する技法といわれています。今回は好ましいとされる6～7人のグループで行い、先入観を与えないように、その場で資料を配布して行います。

## Q-9 | ブレインストーミングのコツは?

### その1 判断したり、結論を出したりしない

### その2 批判的な意見は慎む

仮に否定的な意見を述べる場合には、肯定の可能性を広げるような発言を歓迎する。

例。「在宅で24時間の管理はできませんよ。晩酌もできないじゃないですか?」と否定する意見よりも、「晩酌していても、24時間管理できる方法はないのでしょうか?」という発展的な意見が期待されます。

### その3 粗野な考えも歓迎する

なぜなら、既成概念を打ち破るアイデアが出てくる可能性があるからです。奇抜な考え方やユニークで斬新なアイデアは、最初は一笑に付されることがありますが、後に大きな発見や発展につながることもあります。

### その4 他者の意見に便乗することを妨げない

他者からの、さまざまなアイデアを結合して、別のアイデアを創造したり、一部を改変したりすることで、新たなアイデアを生み出していくことができます。

## Q-10 | KJ法は実際にどのように行うのでしょうか?

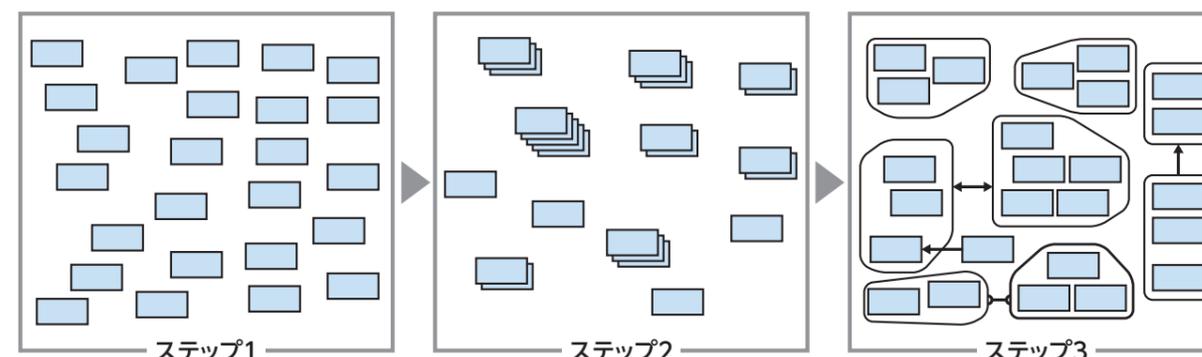
### i) カード（ポストイット®）の記載

ワークショップに参加した全員が、同時進行で、1つのデータを1枚のカードに要約して記述します。1枚のカードに複数のデータを書き込まないのが原則です。

### ii) グループピング

数多くのカードの中から似通ったものをいくつかのグループにまとめ、それぞれのグループに見出しをつけます。

### iii) 整理には、図解化を行います



## Q-11 | グループワークとワークショップの違いは何ですか？

少人数のグループが各テーブルに分かれて、課題に沿った意見交換を行うことをグループワークと呼ぶこともあります。最後にはテーブルごとに結論を整理して発表する点ではワークショップと同じですが、ワークショップが課題解決への具体的な提言が結論となるようにしていることに対し、グループワークでは集団の中でのコミュニケーション力、協調性、課題解決能力等の評価あるいは研修が目的となることもあり、導き出された結論が大きな意味を持たないこともあります。なお、社会福祉の領域では、実践的な援助方法として、ソーシャルワークやケースワークに対してグループワーク (social group work) という専門用語もあります。

## Q-12 | ワールドカフェスタイルとは何ですか？

ワークショップを行う方法として、ワールドカフェスタイルがあります。カフェと呼ぶのは、お茶を飲みながらつろぐ場のように、リラックスできる状況で意見交換をしたいとの願いからです。参加者が一カ所のテーブルにとどまることなく、他のテーブルにも移動するスタイルです。いろいろなテーブルで、さまざまな考えを聴きながら、意見交換ができます。多様な世界を体験することから、ワールドカフェと呼ばれるようです。

## Q-13 | 実際にワールドカフェスタイルはどのように行うのでしょうか？

ワークショップを開始して、一定時間が経過したら、テーブルを離れて、他のテーブルに移動して、新しいメンバーの会話や対話に参加します。いろいろな意見を聴き、発言もします。再び、一定時間が経過したら、最初のテーブルに戻って、意見の整理に入ります。移動する回数や、その時間などのルールは、課題や規模などに応じて柔軟に決めます。より多くの人々の考えを知ったり、思いに触れたりすることができる良さがあり、ワールドカフェスタイルを取り入れたワークショップを行う機会が増えつつあるようです。

### ◆ワークショップの実際◆

ワークショップの展開に関して、実際の動画でご確認いただくことができます。令和元年度の本研修会での動画ですが、ワールドカフェスタイルをとっています。Webによるワークショップでも、ワールドカフェスタイルで実施することが可能です。以下URLをご参照のうえ、ご自由にご活用ください。

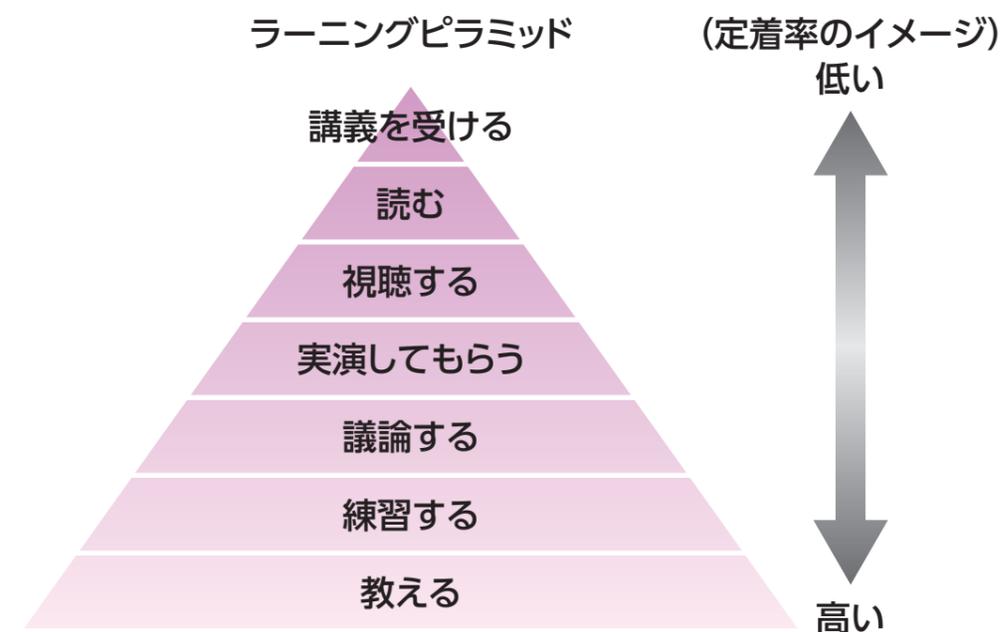
<http://zaitakuiryo-yuumizaidan.com/movie/training>

## 付録 (参考) 学習方法を格付けした「ラーニングピラミッド」について

ラーニングピラミッドはあくまでも仮定されたモデルで、かりに数値が併記されていても、科学的な裏付けはありません。学習効果は、受動的な「講義を受ける」から能動的な「意見交換に参加」、さらに「教える」までの7段階にランク付けして、下段に行くほど、その効果が高いことを示すイメージ図です。

外科系の医師は、「See one Do one Teach one」と、教えられた経験があるかもしれませんが。技能を会得する時には、手術をみたり、手術書を読んだりして学習し (See)、実際に手術を体験して (Do)、それを教えられるようになって (Teach)、はじめて身につけたと言えるレベルとなるという格言です。

学習の円錐 (The Cone of Learning) も、See one, do one, teach oneが意図することと同様でしょう。



### ■引用

Dale, Edgar. (1946) The "Cone of Experience", Audio-Visual Methods in Teaching. NY: Dryden Press.

## Webによるワークショップの開催

本研修会にご参加の先生方が、ご活躍の地域で在宅医療関連の研修会やフォーラムなどを開催する場合、COVID-19 感染防止の観点等からWebによるワークショップを開催する場合に、ぜひ以下の内容を参考にしてください。



e-learningをはじめWeb配信の講義や研修会等は、すでに一般的になっていましたが、今般コロナ禍でさらに需要が高まり、医学系の学術集会においてもWeb開催が一般的となっています。Web上でのワークショップに使えるツールは、Zoomをはじめ、Microsoft TeamsやGoogle Meet, Cisco Webex Meetingsなど、それぞれの特色に合わせて選択することができます。Web会議システムをそのままワークショップに利用することができますので、参加者数（集会の規模）や、利用時間によって費用が変わりますが、ツールとしての機能に遜色はないと考えてよいでしょう。

ここでは、使い慣れている方々も多い、ワールドワイドなZoomを中心として、Webによるワークショップの開催についてお伝えします。

### ◆Zoomの特徴

Zoomとは、アメリカの会社Zoom Video Communications Incが開発したWeb会議（テレビ会議）システムです。全世界で75万人以上が使用している、今もっとも注目を集めているWEB会議システムツールとして、数々の受賞歴があります。

Zoomはテレビ会議と同様に映像と音声を使って、外部にいる相手とのコミュニケーションを可能にしたツールです。通常はひとつの場所に集まって実施する必要があるミーティングがオンライン上で可能になることから、ビジネスシーンでも多く活用されています。

PC、スマートフォン、タブレットなど、一般的なデバイスであればZoomをインストールできます。マイクやカメラが搭載されていない端末でも、汎用品の外部機器を接続すれば電話会議、ビデオ会議が可能です。また、Windows、MacOS、Android、iOSなど、あらゆるOSに対応しているのも特徴で、Zoomの利便性を高めています。

また、昨今の新型コロナウイルスへの対策としてもZoomは非常に有効で、さらに需要が高まっていくとみられています。

Zoomを使用したミーティングへの参加方法につきましては、本研修会でも「Zoom使用マニュアル」をご用意し、別途配布しておりますので、ご参照ください。

### ◆オンラインでのワークショップ 主催のポイント

#### POINT 1 使用するツールを事前に共有、事前に接続テストを行う

Zoomなど、オンラインミーティングが可能なツールはたくさんありますが、使用するツールをあらかじめ参加者全員で共有し、主催者は事前に必ず接続テストを行っておくとよいでしょう。

また、当日トラブルなく始められるように、参加方法・設定などを事前に参加者に周知・確認しておくことが大切です。

#### POINT 2 話し合うテーマや検討事項を事前に共有する

通常のミーティングと同様に、オンラインでも事前に話し合うテーマや検討事項を共有しておくことで、スムーズなワークショップの進行につながります。必要な資料があれば事前に送っておくことで、各参加者が話したい内容を事前に準備することができます。

#### POINT 3 進行役（ファシリテーター）を設定する

オンラインでのワークショップ開催では、進行役を設定することが非常に重要なポイントです。進行役がいないと、本来の議題から逸れたり、話がまとまらなくなることがあります。

進行役は、はじめにアイスブレイクで場を和やかにし、議論中はなるべく参加者全員に声を掛けると、参加者全員の意識が高まり、活発な議論につながります。

また、あらかじめ話し合う時間を決めておき、タイムキーパーも設けて時間通りに進行できるようにすることも大切です。

#### POINT 4 必要に応じてグループ分けの機能を使用する

Zoomなど、一部のオンラインミーティングツールには、グループごとに部屋を分けてワークショップが行える機能がありますZoomの場合は「ブレイクアウトルーム」機能）。

参加者が多数の場合は、必要に応じてグループ分けの機能を使用することで、少人数での活発な意見交換につながります。ワークショップの最後に、各グループ内で話し合った内容をまとめて代表者が全員に共有し、進行役がまとめるなどの流れを作ることで、より効果的で意義のあるワークショップの実施が期待できます。



### ◆一方向的な説明形式のライブ配信も有用

オンラインでワークショップを開催するにあたって、Zoomなどを用いて双方向的に参加者とやり取りする形式をご紹介しましたが、主催者から一方向的な説明形式でワークショップを進めるやりかたもあります。大手動画配信サービスのYouTubeが提供するYouTube Liveは無料で使用でき、ワークショップや研修会などをライブ配信することが可能です。

YouTube上でのセミナー配信は「知名度が高く参加率も高くなりやすい」「チャットで参加者の質問に答えられる」などメリットも多く、特に初めてワークショップをライブ配信をする際には、YouTube Liveは非常に活用しやすいツールです。

## 参考資料

### 団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて

### 日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および 特別顧問、有識者委員

### プロフィール

### 「令和2年度在宅医療関連講師人材養成事業」 委員名簿

# 団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて

## 概要

平成27(2015)年3月1日、全国在宅療養支援診療所連絡会（現・在宅療養支援医協会）、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会、日本介護支援専門員協会、日本ケアマネジメント学会、日本在宅医学会、日本在宅医療学会、日本在宅ケア学会、日本在宅ホスピス協会、日本プライマリ・ケア連合学会、全国国民健康保険診療施設協議会、日本訪問看護財団、在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク、日本ホスピス緩和ケア協会、日本ホスピス・在宅ケア研究会という、在宅医療に深く関わる15団体（当時）から成る「日本在宅ケアアライアンス」（Japan Home Health Care Alliance；略称JHHCA）が設立された。

その後、日本在宅栄養管理学会、全国訪問看護事業協会、日本訪問リハビリテーション協会、日本老年医学会、全日本病院協会の5団体が趣旨に賛同し加盟し、2019年に日本在宅医学会と日本在宅医療学会が日本在宅医療連合学会に統合したことで、現在は19団体から組織されている。

「日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）」は、我が国で在宅医療を普及推進させるための専門職団体による、ゆるやかな連合体といえる。

## 1. 設立までの経過

平成16(2004)年11月23日、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団が主催し、第1回在宅医療推進フォーラムが行われた。これは勇美記念財団が主催する「在宅医療推進のための会」が母体となって発案されたものである。第1回在宅医療推進フォーラムでは、在宅医療に携わる専門職団体が一体となって在宅医療推進に注力することを確認し、「在宅医療推進のための共同声明」が採択された。この共同声明で、11月23日を「在宅医療の日」と定め、在宅医療推進のためのフォーラムを毎年開催することとした。

その後、「在宅医療推進フォーラム」の会を重ねるごとに、その参加団体が増え、「在宅医療推進のための共同声明」も改定された。その間に、全国在宅療養支援診療所連絡会（現・在宅療養支援医協会）、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会、全国薬剤師在宅療養支援連絡会などの実践者団体が設立され、在宅医療実践者の交流と研鑽が進められた。

このような活動蓄積のもとに、平成27(2015)年3月1日に、「在宅医療推進フォーラム」参加団体を含めて、「在宅医療推進のための共同声明」に賛同する団体が、日本在宅ケアアライアンスを設立した。

## 2. 日本在宅ケアアライアンスの主な活動

日本在宅ケアアライアンスでは、現在、「システムグループ」（政策提言）、「ムーブメントグループ」（社会啓発および介護の専門性の検討）、「アカデミックグループ」（研究・教育）、「エシックスグループ」（在宅医療に関する倫理的問題の検討）の4つのワーキンググループの活動を進めており、その端的成果を「基本文書1」（平成30年12月）、「基本文書2」（令和元年10月）としてまとめている。以下、その概略を記す。

### (1) システムグループ

政策提言を主導的に行うグループである。政策提言の根拠として、第1にはJHHCAのアカデミックグループから得られる「研究成果および研究エビデンス」が極めて重要となる。例えば、在宅医療が医療内容において病院（療養病床等）と同等、あるいはそれ以上の効果があることが証明されれば、それは国の在宅医療推進のゆるぎない根拠となるであろう。第2には、在宅医療の実践や課題の検討から得られる内容が重要となる。システムグループの中に位置付けられる災害時の在宅医療に関する検討WGや、ムーブメントグループにおける介護の専門性の検討WGなどの知見から、医療保険制度・介護保険制度・障害福祉制度などの改良に関する提言を行う。

システムグループでは、後述する「基本文書」の作成WG、大都市圏における在宅医療の課題整理と制度策定の検討WG、および前述した災害時の在宅医療の諸課題に関する検討WGが進行しており、課題の整理と政策のための基礎的なロードマップ策定が進められている。

### (2) ムーブメントグループ

啓発等の社会活動を行うグループである。その成果として、在宅医療とエイジング・イン・プレイスの啓発書籍である『私たちの街で最期まで』の刊行（2017年）、日本の在宅医療の歴史を「制度・政策」「在宅医療関連動向」「社会」の3カテゴリーに分けて、1970年代から2010年代まで追ってクロノロジカルに俯瞰する年表『日本における在宅医療・看護・介護のあゆみ』の刊行（2018年）、この年表に、日本の在宅医療のパイオニアの業績を加筆して位置付けた書籍『日本の在宅医療のあゆみ』（2018年）を編集・刊行した。これらの刊行物・書籍は、全国でのべ8000名の方に配布された。

また、2019年より、新たに「介護の専門性に関する検討会」WGを立ち上げ、医師、介護職、看護職のメンバーで、在宅医療において不可欠な役割を果たす介護職の専門性の検討が進められている。

### (3) アカデミックグループ

学術研究および教育活動を主導的に行うグループである。日本在宅ケアアライアンス委員に加え、医学研究に精通した外部有識者を交えて、骨太の研究が可能な体制作りを目指す。すなわち、従来のエビデンスとは異なる「在宅医療分野ならではのエビデンス（知見）」を積み重ねていく。

具体的には、まず2018年に「国際在宅医療会議」（9/28・9/29）を開催し、日本を含む6カ国での東アジアにおける在宅医療の課題と展望、および研究の現状を共有し、その成果を『日本在宅ケアアライアンス 国際在宅医療会議事業報告書』において公表した。また、在宅医療に関する臨床研究・症例登録（レジストリ）システムの構築に向けて、在宅医療の質を評価するために、多職種の連合体であるJHHCAの強みを活かした、多職種の専門職および当事者の視点を盛り込んだ多面的なQOL指標づくりを目指して研究を推進している。

### (4) エシックスグループ

在宅医療に関わる倫理的問題の検討を進める。2019年度は、とりわけ、在宅医療におけるQOLの評価において重要な概念となる「生きがい」の概念についての、理論的検討や整理を進めてきた。また、ムーブメントグループとも協働し、「生きがいの視点」を重点においた社会啓発のツール開発も検討している。

### (5) 「基本文書」の作成

在宅医療とは何か、どのように進められるべきものなのかという、在宅医療の概念と方法論については、各関係専門職種間で十分のコンセンサスができていたとはいえず、そうしたコンセンサスを作り上げたり、各専門職種間での連携を巡る課題解決をしたりするための話し合いについては、地域レベルでの試みはあっても、国レベルでの自律的なコンセンサス形成の場があるとは言えない。JHHCAは、在宅医療に関し、縦割りの職種別団体や学会を越えて自主的に話し合う連合体であり、在宅医療に関する各専門職団体のコンセンサス形成の場として、重要な役割を担い得ると考える。また、在宅医療の概念を整理し、各専門職種が協働できる方法論の提起と、関連する政策提言、および、各専門職団体による自律的に活動を推進する際のコンセンサスの形成に寄与することができる。

そうした作業の基礎となるような、在宅医療の基本的な概念の整理と方法論についての認識の共有のための文書として「基本文書1」（平成30年12月版）、「基本文書2」（令和元年10月版）を作成している。基本文書は、上記の4つのWGの全体の方針を示す文書であり、同時に、JHHCAの関係者の意見交換を行い、それにより柔軟に修正と追加を続けていくという性格のものである。

## 3. 在宅医療関連講師人材養成事業について

本事業は、今まで述べてきたようなJHHCAにおける諸活動を基礎としながら、在宅医療に関わる必要な知識・技術を習得するための事業として位置付けられる。在宅医療は、しばしば「病院のベッドが地域に広がった」と説明されてきたが、そこで提供されている医療の内容は、入院医療と大きく異なる。とりわけ疾病治癒を目指す病院に対して、在宅医療は「生活を上位概念」として、医療介入の妥当性の尺度をQOL（Quality of Life）に求めている。したがって、「治し、支える医療」と表現されるが、命の質を重視し、自己実現を医療から支援し、人生と関わる医療といえる。バイオメディカルな課題だけでなく、むしろサイコソーシャルな側面からとらえ、さらにマネジメントのスキルがより強く期待されるという点を重視してプログラムを作成した。

行政が主導的に行う在宅医療普及推進のための啓発活動に、講師として速やかに積極的に参加できるように、すでに在宅医療の経験のある医師に、在宅医療の標準的知識を整理し、さらにスキルアップを目指し、マインドを深められる内容とした。

人材紹介体制については、人材育成プログラムに参加した医師にはプログラムの修了書を発行し、承諾を得たうえで「修了者リスト」を作成、公開し、各地での研修会開催に積極的に協力する予定である。また、「レクチャーバンク（Lecturer bank）」を設置し、在宅医療推進のための各地での専門職向け研修会、市民向け研修会等に講師派遣という形も含めて協力する予定である。参加者が、みずからの本拠地にこの成果を持ち帰り、現地で「在宅医療推進のための研修会」を地域の実情に合わせて構築してくれることを期待している。

アンケート結果でも各地域での活躍や周知が一定程度、進んでいることが分かった。

平成29年度の研修会より、ワークショップを組み入れ能動的学習プログラムとしたところ好評であり、今回もそれを継続・発展させた形で実施する。

# 日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および 特別顧問、有識者委員

## ■ 加盟団体

(50音順)

一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会  
一般社団法人 全国在宅療養支援医協会  
一般社団法人 全国訪問看護事業協会  
一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会  
一般社団法人 日本介護支援専門員協会  
一般社団法人 日本ケアマネジメント学会  
一般社団法人 日本在宅医療連合学会  
一般社団法人 日本在宅栄養管理学会  
一般社団法人 日本在宅ケア学会  
一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会  
一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会  
一般社団法人 日本老年医学会  
公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会  
公益社団法人 全日本病院協会  
公益財団法人 日本訪問看護財団  
特定非営利活動法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク  
特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会  
特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会  
日本在宅ホスピス協会

## ■ 特別顧問

中川 俊男 (日本医師会 会長)  
大島 伸一 (国立長寿医療研究センター 名誉総長)  
辻 哲夫 (東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授)

## ■ 有識者委員

荒井 秀典 (国立長寿医療研究センター 理事長)  
江澤 和彦 (日本医師会 常任理事)  
小森 雅一 (国立長寿医療研究センター 企画戦略局長)  
武田 俊彦 (岩手医科大学医学部 客員教授)  
田城 孝雄 (放送大学教養学部 教授)  
辻 彼南雄 (一般社団法人ライフケアシステム 代表理事)  
堀田 聡子 (慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授)  
和田 忠志 (医療法人実幸会いらはら診療所 在宅医療部長)

※2020年4月1日現在

**蘆野 吉和 (日本在宅医療連合学会)**

【略 歴】 1978年、東北大学医学部卒。2005年、十和田市立中央病院院長・事業管理者。2013年、青森県立中央病院医療管理監。2014年12月、社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター長等。2019年10月、鶴岡市立荘内病院参与。2020年4月、山形県庄内保健所医療監、同年7月より保健所長。

【資格・公職等】 医学博士。NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長、日本在宅医療連合学会代表理事（会長）、NPO法人日本医療リハビリテーション協会顧問、在宅医療助成勇美記念財団「在宅医療推進のための会」座長、日本在宅ケアアライアンス統括チーム委員。

**飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター)**

【略 歴】 1990年、東京慈恵会医科大学卒。千葉大学循環器内科、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、現在、東京大学高齢社会総合研究機構教授。「一億総活躍国民会議」有識者民間議員にも就任。

【資格・公職等】 医学博士。専門は老年医学、総合老年学（ジェロントロジー）。特に①フレイル予防および住民主導の包括的フレイル予防活動、さらにその基盤となる高齢者大規模コホート研究、②課題解決型実証研究（アクションリサーチ）を基盤とした長寿社会に向けたまちづくり・地域包括ケアシステム構築、③在宅医療推進活動および多職種連携教育。

【主な著書等】 『老いることの意味を問い直す -フレイルに立ち向かう-』（クリエイツかもがわ、共著）。『東大が調べてわかった衰えない人の生活習慣』（KADOKAWA）。

**石垣 泰則 (日本在宅医療連合学会)**

【略 歴】 1982年、順天堂大学医学部卒、順天堂大学医学部脳神経内科入局。1990年、城西神経内科クリニック開設、院長。1996年、医療法人社団泰平会設立、理事長。2009年、コーラルクリニック開設。2011年、同院院長。2018年、医療法人社団悠輝会設立、理事長。

【資格・公職等】 医学博士、介護支援専門員、日本医師会認定産業医、日本神経学会神経内科専門医・指導医、日本リハビリテーション医学会専門医・指導医、日本内科学会認定内科医、日本在宅医学会認定専門医・指導医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医。順天堂大学医学部リハビリテーション医学講座講師（非常勤）、順天堂大学医学部神経学講座講師（非常勤）、日本生活期リハビリテーション医学会理事、日本在宅医療連合学会代表理事副会長、日本老年医学会代議員、日本在宅ケアアライアンス副理事長、全国在宅療養支援医協会副会長、NPO法人静岡難病ケア市民ネットワーク理事長、リハビリテーション医学教育推進機構学術理事。

**稲葉 一人 (中京大学法務総合教育研究機構)**

【略 歴】 1983～1998年、東京地方裁判所判事補、大阪地方裁判所判事等。1992～1997年、法務省訟務局付検事等。1996～1997年、米国連邦最高裁判所連邦司法センター客員研究員。2000～2005年、京都大学大学院医学研究科修士・博士課程後期。2008年より、中京大学法科大学院教授任（現法務総合教育研究機構）。熊本大学大学院客員教授、久留米大学医学部客員教授、三重大学医学部客員教授、藤田医科大学医学部客員教授、群馬県病院局顧問。

【資格・公職等】 平成21年・厚労科（指定）研「医療事故に関わった医療従事者の支援に関する研究」。平成24年・厚労科（特別）研「医療対話仲介者（仮称）の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究」（研究代表者）。平成29年・平成30年度・老人保健健康増進等事業「日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活を送れるようにするための意思決定支援のあり方に関する研究事業」（研究代表者）、その他多数。厚生労働省医政局、健康局、老健局等の委員・委員長。海外のJICA法整備支援（JICAインドネシア、モンゴル、ネパール、バングラデシュ等）専門家。日本生命倫理学会理事・評議員、日本医学哲学・倫理学会評議員、日本臨床倫理学会副理事長、日本インドネシア法律家協会理事、モンゴル日本法律家調停人協会事務局長など。

## 江澤 和彦 (日本医師会)

【略 歴】 1988年、日本医科大学卒。1997年、岡山大学大学院医学研究科修了。医学部卒業後、救急医療・重症管理等の内科臨床に意欲的に取り組むとともに、現在も専門である関節リウマチの臨床や感染管理に積極的に携わる。1996年に現職である医療法人和香会および医療法人博愛会理事長（2002年には社会福祉法人優和会理事長）就任以降、地域づくりを目指して数多くの医療介護施設を開設。「社会貢献」を信条に、社会保障制度・地域包括ケア・地域医療構想・医療保険・介護保険・診療介護報酬等に関する数多くの講演や執筆活動を展開し、ライフワークである「尊厳の保障」に精力的に取り組んでいる。

【資格・公職等】 医学博士、労働衛生コンサルタント（保健衛生）、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医。日本医師会常任理事、日本慢性期医療協会常任理事、日本介護医療院協会副会長、慢性期リハビリテーション協会副会長、日本医療法人協会理事、日本リハビリテーション病院・施設協会理事、全国老人保健施設協会常務理事、全国デイ・ケア協会理事、厚生労働省「社会保障審議会（介護給付費分科会／介護保険部会）」臨時委員、厚生労働省「社会保障審議会（障害者部会）」臨時委員など。2012年、厚生労働大臣表彰。

【主な著書等】 『認知症診療の進め方 ―その基本と実践―』（永井書店、共著）、『高齢者ケア実践事例集2010年10月「尊厳の保障を目指して―ユニットケアによる個を尊重したケアの実現―』（第一法規）、『シリーズ介護施設 安心・安全ハンドブック5「苦情対応と危機管理体制』（ぎょうせい）、『高齢者のための薬の使い方 ―ストップとスタート―』（ぱーそん書房、共著）、『感染制御標準ガイド』（じほう、共著）など多数。

## 太田 秀樹 (日本在宅ケアアライアンス)

【略 歴】 1953年、奈良市生まれ。1979年、日本大学医学部卒。日大医学部付属板橋病院麻酔科にて研修医。自治医大学大学院修了後、同大整形外科医局長、専任講師を経て、1992年に在宅医療を旗印におよま城北クリニック（栃木県）開設。現在、機能強化型在宅療養支援診療所として24時間×365日の在宅ケアサービスを展開し、地域包括ケアシステムの一翼を担う。

【資格・公職等】 医学博士、日本整形外科学会認定専門医、麻酔科標榜医、介護支援専門員。日本在宅医療連合学会監事、全国知事会先進政策頭脳センター委員、在宅ケアネットワーク・とちぎ世話人、全国在宅療養支援医協会事務局長、日本在宅ケアアライアンス事務局長など。

## 大友 宣 (医療法人財団老蘇会静明館診療所)

1995年、信州大学理学部卒。2002年、北海道大学医学部卒、聖隷三方原病院に勤務。2004年、横須賀市立うわまち病院に勤務。2006年、衣笠病院内科医長、湘南国際村クリニック所長。2015年より静明館診療所。

【資格・公職等】 日本在宅医療連合学会評議員、日本アドバンス・ケア・プランニング研究会監事、日本キリスト教海外医療協力会常務理事、どさんこ海外保健協力会理事、札幌市医師会代議員、札幌市在宅医療協議会幹事。2012年度厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」担当。2015年度厚生労働省モデル事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」担当。

## 大橋 博樹 (日本プライマリ・ケア連合学会)

【略 歴】 2000年、獨協医科大学卒。武蔵野赤十字病院で初期研修の後、聖マリアンナ医科大学総合診療内科に入局。その後、筑波大学附属病院総合診療科、亀田総合病院家庭医診療科で研修し、2006年4月より川崎市立多摩病院総合診療科医長。2010年4月、医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニックを開業。

【資格・公職等】 日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医、東京医科歯科大学臨床准教授、聖マリアンナ医科大学非常勤講師、日本プライマリ・ケア連合学会副理事長、川崎市医師会理事。

【主な著書等】 『医師のための介護・福祉のイロハ ―主治医意見書のポイント、制度・サービスの基本から意外と知らない多職種連携のあれこれまで (Gノート別冊) ー』（羊土社、編集）など。

## 迫井 正深 (厚生労働省)

【略 歴】 1989年、東京大学医学部卒。同年より東大病院、虎ノ門病院等で外科臨床医として勤務。1992年、厚生省入省。その後、米国ハーバード大学公衆衛生大学院留学。2005年より厚生労働省大臣官房健康危機管理室長、広島県福祉保健部長、保険局企画官、老人保健課長、地域医療計画課長、保険局医療課長を歴任。2018年7月より、大臣官房審議官。2020年8月より、医政局長。

## 鈴木 央 (全国在宅医療医歯薬連合会)

【略 歴】1987年、昭和大学医学部卒、昭和大学第二内科教室入局。1996年、社会保険都南総合病院内科部長。1999年、鈴木内科医院副院長。2015年、同院院長(鈴木荘一)逝去のため院長に就任し、鈴木荘一が日本に紹介したホスピス、ターミナル・ケアの概念を引き継ぐ。プライマリ・ケア、特に在宅終末期ケアを専門としている。

【資格・公職等】日本褥瘡学会評議員、在宅医療委員会委員、在宅医療医歯薬連合会会長、全国在宅療養支援医協会副会長、東京都医師会地域福祉委員会委員、大森医師会理事。昭和大学客員教授、東邦大学医学部員外講師。

## 高山 義浩 (沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科)

【略 歴】1995年、東京大学医学部保健学科卒。2020年、山口大学医学部医学科卒。九州医療センター、九州大学病院にて初期臨床研修後、2004年より佐久総合病院にて総合診療と在宅医療を学ぶ。厚生労働省を経て、2010年より沖縄県立中部病院において感染症診療に従事。また、同院に地域ケア科を立ち上げ、退院患者のフォローアップ訪問や在宅緩和ケアを開始。病院と地域包括ケアシステムの連携推進に取り組んでいる。

【資格・公職等】沖縄県保健医療部地域保健課主幹、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部参与。日本医師会総合政策研究機構非常勤研究員。

【主な著書等】『地域医療と暮らしのゆくえ 超高齢社会をともに生きる』(医学書院)、『高齢者の暮らしを守る 在宅感染症診療』(日本医事新報社) など。

## 鶴岡 優子 (日本在宅医療連合学会)

【略 歴】1993年、順天堂大学医学部卒。千葉県国保旭中央病院内科初期研修を終了後、1995年、自治医科大学地域医療学教室。2001年、米国ケース・ウエスタンリザーブ大留学後、2004年、自治医科大学附属病院総合診療部在宅医長を経て、2007年、つるかめ診療所副所長、2015年より同院所長。

【資格・公職等】認定総合内科専門医、プライマリ・ケア認定医、獨協医科大学臨床教授、順天堂大学非常勤講師、小山地区医師会理事、日本在宅医療連合学会理事、医学博士、つるかめ代表、往診靴研究家。

【主な著書等】週刊医学界新聞「在宅医療モノ語り」連載(2010～2015年) など。

## 新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)

【略 歴】1967年、早稲田大学第一商学部卒。1979年、帝京大学医学部卒、帝京大学病院第一外科・救急救命センター勤務。1992年より医療法人社団つくし会理事長。

【資格・公職等】医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医。日本在宅ケアアライアンス議長、全国在宅療養支援医協会会長、日本臨床倫理学会理事長、福祉フォーラム・東北会長。

## 英 裕雄 (医療法人社団三育会)

【略 歴】1985年、慶應義塾大学商学部卒。1993年、千葉大学医学部卒、浦和市立病院勤務。1995年、桃泉園北本病院勤務。1996年、曙橋内科クリニックを開設、院長に就任。1998年、医療法人社団 曙光会に改組、同理事長就任。2001年、新宿ヒロクリニック開設。2005年、医療法人社団三育会 新宿ヒロクリニックに改組、理事長就任。

# 「令和2年度在宅医療関連講師人材養成事業」 委員名簿

(50音順・敬称略)

## ■ 委員

- 蘆野 吉和 (日本在宅医療連合学会)
- 飯島 勝矢 (東京大学 高齢社会総合研究機構)
- 石垣 泰則 (日本在宅医療連合学会)
- 江澤 和彦 (日本医師会)
- 太田 秀樹 (全国在宅療養支援医協会)
- 大橋 博樹 (日本プライマリ・ケア連合学会)
- 鈴木 邦彦 (志村大宮病院)
- 鈴木 央 (全国在宅医療医歯薬連合会)
- 高砂 裕子 (全国訪問看護事業協会)
- 土橋 正彦 (土橋医院)
- 新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)

---

令和2年度 厚生労働省委託事業  
**在宅医療関連講師人材養成事業 研修会**  
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

---

発行：公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1 全共連ビル麹町館  
制作：佐藤あゆ美、鈴木芳明（有限会社エス・アンド・エスクリエイティブ）