

高齢者における新型コロナウイルス感染症の
療養の在り方についての見解と提案

2022年4月25日



一般社団法人
日本プライマリ・ケア連合学会
Japan Primary Care Association

目次

はじめに 「高齢者医療の現状」	2
1. 命の危機にさらされていない高齢者の危機が過ぎた後「予後を改善させる」ために	3
(1) 地域で診ていく疾患と認識する	3
(2) コロナ禍においても日ごろからの ACP が重要	5
(3) 介護保険サービスの継続方法	6
(4) 入院期間中に A D L や認知機能を低下させない方法	8
(ア) レッドゾーンにおけるリハビリテーションプログラムの強化	9
(イ) 在宅・施設でのサービスの強化	9
(ウ) 平時の備え	10
2. 命を救うことが難しいとき ～「尊厳ある生き方を守る」ために	11
(1) 急性期病院の現状	11
(2) 在宅医療の現状	12
(3) 濃厚接触者と認定された家族(高齢者)への支援	13
(ア) 介護負担軽減と生活援助	14
A. 要介護高齢患者が自宅療養の場合	14
B. 要介護高齢患者が病院へ入院した場合	14
(イ) 発症した要介護高齢患者と家族のコミュニケーション支援	15
A. 要介護高齢患者が自宅療養の場合	15
B. 要介護高齢患者が病院へ入院した場合	15
参考資料及びウェブサイト	16

はじめに 「高齢者医療の現状」

新型コロナウイルス感染症の発生から2年を超え、わが国では、累計陽性者数は730万人を超え、死亡者数は2万9千人に達している（2022年4月18日現在）¹⁾。

とくに、高齢者では年齢とともに重症化しやすく、糖尿病などの基礎疾患を有していたり、フレイル状態にあったりすると、死亡するリスクが急激に高まる。また、高齢者に認める臨床症状は多彩であり、発熱や咳嗽、下痢などの急性期症状のほか、経口摂取が困難となったり、併存疾患を増悪させたりすることも少なくない。

このため、これまで高齢者については、診断時から入院により見守ることが望ましいと考えられてきた。その一方で、高齢者が長期の隔離入院によって不活発となり、日常生活動作（Activities of Daily Living：以下ADLとする）の低下や認知機能のさらなる低下を来すことも指摘されるようになってきている。感染リスクを警戒してリハビリテーションが十分に実施されず、フレイル状態を悪化させる高齢者も少なくない。

有効なワクチンが比較的迅速に開発され、国内でも接種が推進されてきたこと、内服薬を含めた治療薬が普及していることなど、予防や治療において期待できる変化も認めている。2022年1月に始まったオミクロン株を中心とした第6波では、多数の感染者を認めた一方で、それまでの流行と比すれば死亡する高齢者は減少している。こうしたなか、高齢者における新型コロナウイルス感染症診療の在り方について、いのちを救うだけでなく、全人的な観点から見直すことの必要が指摘されるようになってきている。

1. 命の危機にさらされていない高齢者の危機が過ぎた後「予後を改善させる」 ために

(1) 地域で診ていく疾患と認識する

<サマリー>

高齢者が悪化した場合に備え、プライマリ・ケア医（かかりつけ医）や地域の医療機関が連携して、自宅療養中の密な経過観察ができる体制を整える必要がある。それには、予防、治療、療養中のフレイル対策、リハビリテーションまで連続性をもった対応ができる連携システムを強化することが肝要である。

高齢者は生活環境の変化が少ない方が、罹患後の生活への影響が少ないため、軽症であればなるべく住み慣れた場所での療養を継続することが望ましい。症状が悪化した場合や、入院が必要となった場合に、患者が適切に医療機関に受診できるようにするためには、プライマリ・ケア医（かかりつけ医）や地域の医療機関が連携して、自宅療養中の密な経過観察ができる体制を整える必要がある。さらに、高齢者が療養の後に身体機能が低下した場合には、リハビリテーション等と連携して機能回復につなげられることが望ましい。

プライマリ・ケア医が自宅療養者の経過観察をする利点は、以下の通りである。

- プライマリ・ケア医は患者の基礎疾患等を把握しており、服薬内容などの平時の治療内容を知っている。体調の変化を平時と比較することができる。
- 療養者や家族との信頼関係があるため、療養者や家族が相談しやすい環境を作ることができる

【地域での体制の強化に必要なこと】

プライマリ・ケア医が、かかりつけの患者や地域の自宅療養者を経過観察できる体制を作る。

(ア) 自宅療養患者の定期的な経過観察（自宅療養しつつ、定期的に経過観察する）

オンライン診療等、電話等情報通信機器を用いて遠隔で、定期的に（1日2回を目安）自宅療養中の患者の健康状態を把握、その患者からの相談を受ける。（高齢者が扱えないときは家族等が手伝う）。必要に応じて処方する。

(イ) 連絡・相談体制

患者の症状が変化した場合に備えて、患者や家族からの連絡・相談を受けるために、患者に連絡先を伝えておく。同居家族等の体調が悪化した場合も、連絡・相談を受ける。

(ウ) 病状悪化時の体制

患者の症状が悪化した際に速やかに適切な医療機関を受診できる体制を地域で整備しておく。急変時の連絡先（受け入れ先の病院、保健所の担当者、救急搬送調整を行う組織が別にある場合にはその連絡先）、病院への搬送方法（自家用車か救急車か等）の体制も準備して地域の医療機関に周知する。急変時の治療範囲に関する希望など、アドバンス・ケア・プランニング（advance care planning：以下 ACP とする）を患者と家族に行う。

上記の経過観察は、宿泊療養または自宅療養を開始した日から7日間経過し、症状消失後療養を解除するまで行う。

(エ) 心理面のケア

療養中には、抑うつ、自殺企図、死への恐怖など、心理的支援を要する状態の有無の確認も行う。精神科等への相談ができる体制をあらかじめ用意しておく。

(オ) 療養中から療養後の身体機能維持のためのケア

療養中に自宅でできる運動や、療養後のリハビリテーションを実施し、身体機能低下の予防・回復を図る。

<提案>

- 地域における予防、治療、療養中のフレイル対策、リハビリテーションまで連続性をもった対応ができる連携システムを強化する。
- 多職種での連携チームをつくる。
- これまで新型コロナウイルス感染症の検査治療に携わっていなかった医師が、新型コロナウイルス感染症の診療を行う場合に不安に感じないように、ガイドライン等を示すなどのサポート体制を強化する。これにより、かかりつけ患者の感冒様症状の診療を躊躇していた医療機関においても、スムーズに診療を受けられるようにする。
- 療養者フォローに対する診療報酬も必要である。
- 新型コロナウイルス感染症は様々な症状、後遺症があることが知られている。精神科、整形外科等とも連携をとり、必要時に患者を紹介できる体制が必要である。

(2) コロナ禍においても日ごろからの ACP が重要

<サマリー>

新型コロナウイルス感染症は時に急激な重篤化があり、突然の終末期を迎えることがある。ACP への注目が高まっているが、ACP は、「終末期の意思決定を事前に決めておくこと」ではなく、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスであることを忘れてはいけない。新型コロナウイルス感染症流行に伴い、個人の孤立が目立つ中、どのような形の意思決定を望むのか、日ごろから本人と医療・ケアチームの十分な対話に加え、家族等を含め繰り返し話し合い、そのプロセスを記録することが望ましい。

新型コロナウイルス感染症は時に急激な重篤化があり、患者は、病状の変化があったときの治療・療養について考えること、話し合うことをする間もなく、突然の終末期を迎えることがある。新型コロナウイルス感染症流行を契機に、命の危機が一般市民にとってもより身近となり、限られた医療資源、療養環境を背景に、終末期の意思決定、そして ACP への注目が医療者の中でも高まっている。ただし、「ACP=終末期の意思決定を事前に決めておくこと」勘違いされることも少なくない。ACP は、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスである。差し迫った状況で生死に関わる決断に直面すると、自分の考えをきちんと反映させた決断をすることが困難だと感じる人は多い。意思決定という言葉だけが独り歩きしてしまうと、逆に患者の自主性を奪うことにもつながる。患者の意向が、方針決定には重要であるが、関係者間で方針を巡る対立が生じることもある。加えて、決断の過程は流動的で、葛藤は尽きない。新型コロナウイルス感染症流行に伴い、地域社会や文脈、状況から切り離され孤立した個人が、内省を通じて自己理解に至った上で生死に関わる決断を下すということは、至極困難なことである。

家族が患者本人の意思決定に大きな影響をもつ日本においては、個人の孤立のもたらす影響はさらに大きい。そのような中で、患者の自発的な終末期の意思決定をどのように進めていけばよいか。人は、文化や地域社会、および愛する人々との関係の中で人格が形成され、他者と共にあることで、自主性を獲得するという考え方（関係自主性論、ジェニファー・ネデルスキー、1989）もある。関係自主性論の立場からは、自分よりも、他人の必要を優先して意志決定が行われることも、むしろ自主性を反映した行動と考えられる。とはいえ、これも万能な方法ではない。愛する人との強い絆がない人もいれば、一人で決めたい人もいる。

家族の要求を優先するように圧力をかけられてしまう人もいる。このような葛藤を乗り越えるために、どのような形の意味決定を望むのか、患者に日ごろから問うておくべきである。病床に愛する人を呼んで欲しいのか、医師と二人で話し合いをしたいのか。家族の中で、特別に信頼している人がいるのかどうか。

日ごろから、真摯に患者の望むところを知り、そのありのままの姿を理解しようと努める姿勢が、忘れてはいけない ACP の基本である。その基本を踏まえたうえで、本人と医療・ケアチームの十分な対話に加え、家族等を含め繰り返し話し合い、そのプロセスを記録することが求められる。

<提案>

- ACP＝終末期の意味決定を事前に決めておくことと勘違いされることが少なくない。基本を踏まえたうえで、本人と医療・ケアチームの十分な対話に加え、家族等を含め繰り返し話し合い、そのプロセスを記録することが求められる。
- コロナ禍においても、その人が望む、その人らしい生き方のためには、本人の日ごろからの意思 「罹患した場合どうする?」、「どこで過ごしたいか」、「どんな治療を受けたいか」をケアチームの中で共有しておくことが大事である。

(3) 介護保険サービスの継続方法

<サマリー>

新型コロナウイルス感染症蔓延期には、高齢者は ADL 低下、フレイル、孤立の予防がより求められる。また介護サービス従事者はサポートの不足するなか、ストレスの多い状況が続いており、燃え尽き症候群や離職の増加が懸念される。

介護保険サービスを継続するため、感染蔓延期が今後も継続することを見越して、医療が逼迫した状況も想定した介護サービス事業所への適切なサポートが求められる。

【新型コロナウイルス感染症蔓延期に介護保険サービスとその利用者にかかる影響】

一般に高齢者は孤独、年齢差別、過度の不安を経験することが知られている。新型コロナウイルス感染症の蔓延期に社会生活の低下と対面での交流が減少し、生活の質の低下とうつ病が増加する。さらに事業所内での感染者や濃厚接触者が確認されることで介護保険サービスが利用できなくなる可能性があり、サービス利用者・患者への影響、とくにADL低下、フレイル、孤独の予防や対応が求められる。

介護事業所においては感染対策をはじめ、新しいガイドラインに準拠することが求められるが、個人用防護具（personal protective equipment：以下PPEとする）の配備や抗原検査をはじめとした各種検査へのアクセスは医療機関と比べ介護事業所への支援が不足している。また訪問介護が受けられないときにケアマネジャーが買い物代行を行うなど、サービスを利用できないときに生活を守るため代替の役割を担うことがある。さらに、入居施設では面会や活動を制限された入居者の不安や孤独にスタッフが接し、ケアに伴う精神的な負担をより一層大きくしている。そのような複雑でストレスの多い状況が長期間続いており、燃え尽き症候群や離職率の増加、人員不足が懸念される。

【感染者が確認された場合の事業継続】

新型コロナウイルスは感染拡大を繰り返すなかでその感染規模が大きくなり、もはや介護サービス事業所は事業所が関与できる感染対策で利用者・スタッフに感染者の発生を防げる状況ではなくなっている。2021年4月施行「令和3年度介護報酬改定における改定事項について」内で、2024年から介護業での事業継続計画の策定が求められた。感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づけている。しかし感染の度合いや周囲の流行状況など想定を超える状況が現実におきており、事前に立てられた事業継続計画が有効に利用できない可能性がある。最近の動向や感染が発生した際の課題をもとに事業継続計画の有効性を今後も検証し、定期的に見直しを重ねる必要がある。

高齢者施設で感染拡大を防止する戦略は明らかになりつつあり、施設のリーダーシップ、施設と医療、行政との連携、および検査キットやPPEなど重要な資源へのアクセスを容易にする方針がすべて、成功の重要な要因であることが示唆されている²⁾。感染者が確認された場合、施設内で職員を含めて感染が拡大してしまうと事業がどんどん縮小され、継続が困難となる。上記の有効な戦略を実行し、医療、介護体制の崩壊を防ぐため地域の医療と介護がさらに緊密に連携していくことが求められる。

<提案>

介護保険サービスを継続するために

- 人員配置を厚くすること、資金の補助、職員のメンタルケアが必要である。
- 医療がひっ迫した状況も想定した事業継続計画書の書き方や例などの周知をする。
- 施設での適切な感染拡大防止対策を実施できるサポート体制が必要である。
例えば PPE の供給体制、陽性者が出た時にすぐに使用できる数日分の PPE 備蓄、PPE の使用方法の研修など。

(4) 入院期間中に A D L や認知機能を低下させない方法

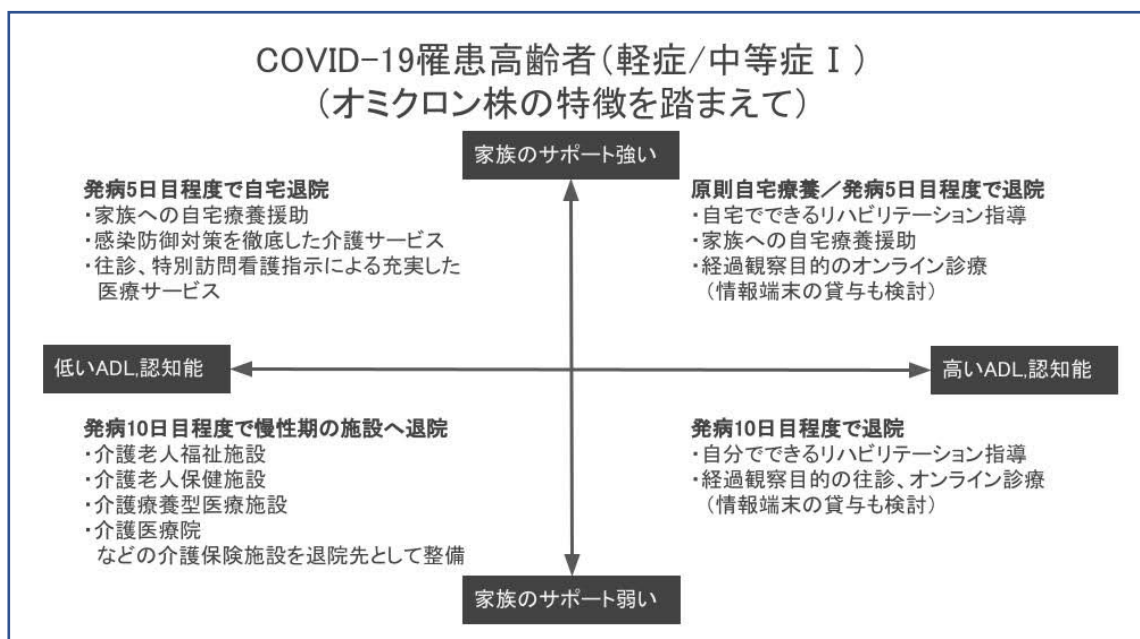
<サマリー>

高齢者で、軽症もしくは中等症Ⅰの患者が入院 5 日程度で早期退院し、本人が望む生活に戻っていくためには、(ア) 病棟レッドゾーンにおけるリハビリテーションプログラムの強化、(イ)在宅における感染対策を重視した医療介護サービスの充実、(ウ)平時の備え、の 3 点が重要である。

高齢者で、中等症Ⅱ、重症のカテゴリーに分類された場合、通常早期退院は困難となり、入院期間中に隔離が必要な時期を過ぎることが多い。焦点を当てるべきは、軽症及び中等症Ⅰで入院加療を受けるものの、十分なりハビリテーションが出来ず、ADL や認知機能が低下し、元の生活の場に帰ることが出来なくなる事例である。

新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き第 7.1 版³⁾ (以下、診療の手引き)によると、「オミクロン株による感染が想定される患者では、目安として『入院日を 0 日目として、4 日目以降の時点で中等症Ⅱ以上の悪化を認めない患者』の医療機関から宿泊療養・自宅療養への療養場所の変更や転院が検討される」とある。【図 1】で示す通り、軽症もしくは中等症Ⅰの高齢患者が入院 5 日程度で早期退院し、本人が望む生活に戻っていくためには、A) レッドゾーンにおけるリハビリテーションプログラムの強化、B)在宅でのサービス強化、C)平時の備え、の 3 点が重要である。

【図1】新型コロナウイルス感染症罹患高齢者のADLや認知能と家族のサポート



(ア) レッドゾーンにおけるリハビリテーションプログラムの強化

日本リハビリテーション医学会 感染対策指針 COVID-19 含む (2022年2月21日版)⁴⁾
 (以下、感染対策指針)によれば、感染者のリハビリテーションは1日2回、1回30~45分
 を行うことを推奨している。しかし、レッドゾーンでリハビリテーションを施行し、その直
 後、通常病棟でのリハビリテーションに従事することに心理的ハードルがあるスタッフも多
 く、現場では、これより少ない回数、短い時間で行われていることが多い。また、嚥下機能訓
 練は、エアロゾルの発生リスクを伴う訓練のため、原則推奨されておらず、入院中に摂食が困
 難になるケースもある。レッドゾーンにおいて、感染対策指針に示される適切なリハビリテ
 ーション回数および強度を維持するためには、それを行うためのインセンティブや、患者自身
 が行うリハビリテーションプログラム(遠隔リハビリテーション指導含む)の整備が必要であ
 る。

(イ) 在宅・施設でのサービスの強化

早期退院のためには、在宅・施設での療養環境整備および強化が不可欠である。家族がケ
 アに関われるなら、感染防御具の貸与と着脱の注意点の動画提供などを行うことを検討す
 る。グループホームや有料老人ホームといった居住サービスを提供する事業者にも、患者家
 族と同様のサポートを行う。また、感染リスクのある時期での早期退院となれば、フォロー
 アップの往診やオンライン診療、感染防御を徹底した訪問看護、訪問介護チームの組織も重

要である。ADL や認知機能が保たれている高齢者は、介護保険申請をしていないケースも多いため、新型コロナウイルス感染症に関して、特例的に介護サービスを期間限定で利用できるようにするなど、弾力的な介護保険の活用も検討する。

既存の介護保険施設に「病院から在宅への橋渡し」としての役割を持たせ、感染防御の資源や教育、人材の配置を行うことで、要介護レベルの高齢者が感染症治療後に在宅復帰が困難になるケースへ対応できる可能性がある。

(ウ) 平時の備え

感染拡大期に医療介護が逼迫するトレンドから脱することは困難である。そのため、感染の波が落ち着いている時期にこそ、危機に備えることが求められる。訪問看護、訪問介護は、高齢者の自宅療養において極めて重要な役割を果たすことから、勤務継続可能な体制作り（例：スタッフの子どもが新型コロナウイルス感染症を発症した時に預けられる病後児保育の整備など）を行い、感染の波に備えることが重要である。また、基礎疾患があり感染によりADLの低下をきたす可能性が高い高齢者については、平時に介護保険申請をしておけば、入院後にサービス申請をして、認定調査も進まず、退院療養先も決まらないということ回避できるだろう。前述のように、患者本人が過ごしたい場所や生き方を振り返るACPを実施し、本人およびケアを提供する家族を支援する枠組み（情報提供や、在宅での新型コロナウイルス感染症治療実施準備など）も重要である。

<提案>

- **レッドゾーンでの感染対策の強化をする。**
- **感染防御をしたヘルパーなどの介護職員やリハビリテーション職員がケアを行う場合には、感染対策に必要な物品の経費をカバーする支払いや報酬が必要である。**
- **感染対策指針に示される適切なリハビリテーション回数および強度を維持するためには、それを行うためのインセンティブや、患者自身が行うリハビリテーションプログラム（遠隔リハビリテーション指導含む）の整備が必要である。**
- **介護保険を利用していない人が、療養中に一時的に介護保険を利用できるようにする。**
- **医療介護従事者の家族が感染した場合に、職場に戻るために子どもを預ける場所を提供する。**

2. 命を救うことが難しいとき ～「尊厳ある生き方を守る」ために

(1) 急性期病院の現状

<サマリー>

超高齢社会の日本において、人が死を迎える場所として最も多い場所は病院であるが、新型コロナウイルス感染症流行に伴い病院、殊に急性期医療現場は逼迫している。それに加えて、感染管理の観点から時間的空間的な制限もあり、患者の心理社会的な背景も踏まえた包括的なケアを十分に行うことが難しくなっている。急性期病院においても、状況とともに変わりゆく患者の気持ちや死生観に寄り添いながら医療を提供していくことが重要であるとともに、患者が望む尊厳ある生き方を全うできる場を急性期病院以外にも整えていくことが望ましい。

超高齢社会の日本において、人が死を迎える場所として最も多い場所は病院である（令和2年度厚生統計要覧）。新型コロナウイルス感染症流行に伴い、急性期病院において最期の時を迎える患者も増えており、その中で人としての尊厳ある生き方を全うすることは喫緊の課題となっている。

新型コロナウイルス感染症により急性期病棟には大きな変化が起きている。新型コロナウイルス感染症重症化により入院する患者のみならず、感染に伴い脳血管疾患、認知症、心疾患といった併存疾患が悪化したり、衰弱や転倒に伴うADL低下から生活が破綻し入院を余儀なくされる高齢者も多い。こういった患者が急性期病棟を占めるようになり、通常の急性期医療を行う余裕がなくなっている。

急性期医療は、情報の非対称性が特に大きく、医療を提供する側がもっている情報の内容を、医療を受ける側が正確に理解するのは難しい。一般市民は急性期病院の実情をマスメディアを通じて聞いているかもしれない。しかし、「苦しいから助けてほしい」という気持ちで救急車を呼ぶ患者は、その先自分にどのような医療や生活が待っているかについては想像も理解もしていないであろう。感染管理の理由から家族も頻繁に病室に入れず、患者の心理社会的な背景も踏まえた包括的なケアもなおざりにされている。患者本人や家族と医療者のコミュニケーションの機会も減り、今起こっていること、これから起こりうることについても十分に理解できず、尊厳ある生き方に必要な「今ここに生きている感覚」も麻痺してしまう。自分を取り巻く背景から時間的空間的に分断され、自分の死生観も尊重されないまま、最期の時を迎えざるを得ない患者もいる。

急性期病院においては、特に、状況とともに変わりゆく患者の気持ちや死生観に寄り添いながら、患者を取り巻く環境を整え、患者の尊厳ある生き方を支援していく必要がある。

<提案>

- **新型コロナウイルス感染症流行に伴い逼迫する急性期医療の現状を十分共有するとともに、人としての尊厳ある生き方を全うする場を選択することが必要**
- **急性期病院においても、状況とともに変わりゆく患者の気持ちや死生観に寄り添いながら医療を提供していくことが重要である。**
- **可能な限り、患者が望む尊厳ある生き方を全うできる場を急性期病院以外にも整えていく必要がある。**

(2) 在宅医療の現状

<サマリー>

新型コロナウイルス感染症はその感染規模を拡大し、重症化率の低下や治療薬の普及もあいまって高齢者の原則入院の方針を見直す時期となっている。命を救うことが難しい時に、自宅・施設でも安心して最期を迎えられるよう連携やサポートの充実が求められる。

新型コロナウイルス感染症のパンデミック以降、プライマリ・ケアは自宅で亡くなる患者への終末期ケアの提供において重要な役割を果たしてきた。病院の面会に制限を受けるようになり、自宅で訪問診療を受ける末期がん患者が増えるなどニーズの高まりに迅速に適応してきた。

当初は、高齢者は基礎疾患を抱え、新型コロナウイルス感染症を発症した場合に重症化のリスクが高く原則入院となってきた。そのため急性期の在宅や施設での看取りは、疾患の特性など ACP の実践を難しくする事情も相まって稀なものだった。

当初は、高齢者は基礎疾患を抱え、新型コロナウイルス感染症を発症した場合に重症化のリスクが高く原則入院となってきた。しかし、感染拡大に伴って病院医療と保健所業務が逼迫したため、自宅療養者やクラスターが発生した施設の入所者では、酸素投与が必要となる中等症以上であっても入院調整が進まず、自宅や施設で療養を続けることが増えている。幸いワクチン接種が進み、多くの患者が重症化せず急性期を乗り越えることができているものの、一部は感染にともなう基礎疾患の悪化や急変により自宅や施設で亡くなるケースも生じ

ている。医療体制の逼迫した状況ゆえの限界はあるものの、患者本人・家族の希望や価値観を尊重することが求められる。

新型コロナウイルス感染症の急性期における治療の主体は病院医療ではあるが、在宅医療も病院医療と連携して急性期の一部を担い、病院での急性期を乗り越えたあとで死が避けられない状態となった場合に最期を迎える療養環境の選択肢として、相互の連携を通じて役割を発揮していくことが求められている。

<提案>

- 急性期病院の退院後、元の施設や自宅に速やかに戻れるように、病診連携を強化する。
- 命を救うことが難しい時に、患者と家族が安心できる新型コロナウイルス感染症患者の看取りの場が必要である。そこでは苦痛緩和と、質の高い看取りが可能であることが求められる。
- 患者を診療する施設における感染対策のサポートが必要である。具体的には PPE の配布と使用方法の説明、相談に乗ってアドバイスできる体制が必要である。
- 退院後、元の施設や自宅に速やかに戻れるように、病診連携を強化する。
- 在宅や高齢者施設で新型コロナウイルス感染症の患者の診療を担う医療機関を増やす必要がある。

(3) 濃厚接触者と認定された家族(高齢者)への支援

<サマリー>

家族への介護支援の強化を行うよう努める。新型コロナウイルス感染症を発症した要介護高齢患者が自宅療養の場合、介護する家族の介護負担が増加することのないようする。

家族への生活援助が迅速かつ適切に提供する方法を検討する。介護する家族は自粛（自宅待機）を求められ、介護保険サービスを利用していないこともあり、生活に支障が生じうる。

家族と患者が安全かつ円滑にコミュニケーション可能な情報通信技術（Information and Communication Technology：ICT）の活用支援を行う。これは、患者が自宅療養・入院の何れの場合においても、患者と家族双方の不安を払拭する。

新型コロナウイルス感染症を発症した要介護高齢患者（以下、高齢患者と略す）を介護する家族は、濃厚接触者と認定されることかほとんどである。さらに、濃厚接触者と認定された家族（以下、家族と略す）も高齢者であることや、基礎疾患を有することも多く（いわゆる老老介護）、新型コロナウイルス感染症を発症する一定のリスクを有する。そのため、家族への支援は、新型コロナウイルス感染症を発症した要介護高齢患者への支援と同等に、喫緊の課題である。家族への支援として、1、介護負担軽減と生活援助、2、新型コロナウイルス感染症を発症した要介護高齢患者と家族のコミュニケーション支援が急務であると考えられる。

(ア)介護負担軽減と生活援助

現行法では、濃厚接触者と認定された家族には外出の自粛（自宅待機）も求められる。そのため、家族への支援には、介護負担軽減と共に、家族への生活援助も求められる。生活援助とは、家族が日常生活を継続するための買い物、各種手続きの代行などが該当する。

これは、高齢者であることも多い家族が要介護認定（要支援あるいは要介護）されていない場合にも考慮されるべきで、必要に応じてADL低下やフレイルの予防、孤独の防止も含まれるべきである。また、他の同居者や、周囲に濃厚接触者に認定されていない関係者がいる場合には、感染対策の徹底について、迅速かつ適切な情報提供を行う。

A. 要介護高齢患者が自宅療養の場合

自宅待機しつつ高齢患者の介護を行う家族の介護負担が増加することのないよう、高齢患者の介護保険サービスなどによる介護支援の強化を行う。感染、または濃厚接触者になった高齢患者が通所系サービスを利用継続可能なことは少なく、具体的には、通所系サービスから訪問系サービスへの切り替え、回数増加などが実現できるような体制づくりが望まれる。これには、サービス提供事業者が感染予防対策を徹底しつつサービスを実施するにあたり、必要な衛生用品などの提供も併せて行われるべきである。

その上で高齢患者へのサービス提供者は、家族への生活援助も行うことができれば理想であるが、この実現に向けた特例措置などの整備が検討されるべきである。

B. 要介護高齢患者が病院へ入院した場合

高齢患者へのサービス提供者は訪問しない状況となる。高齢者であることも多い家族には、外出の自粛（自宅待機）に伴い、日常生活を継続することが困難になったり、ADL低下やフレイルも懸念される。とくに、家族が要介護認定（要支援あるいは要介護）さ

れていない場合には、家族などの支援体制なども考慮しつつ、緊急避難的に家族への生活援助を行うことができる体制に向けた特例措置などの整備が検討されるべきである。

(イ)発症した要介護高齢患者と家族のコミュニケーション支援

高齢患者が自宅療養でも病院へ入院した場合でも、家族が円滑に高齢患者とコミュニケーションがとれるよう支援がなされるべきで、これは家族の種々の不安を払拭することにも繋がる。これには無料で操作が簡単なツールでの情報提供を含めた情報通信技術（Information and Communication Technology：以下 ICT とする）の活用支援も含まれるべきである。

A. 要介護高齢患者が自宅療養の場合

自宅療養であっても、高齢患者と家族の接触が限定されることが多い。そのため高齢患者の介護保険サービスの提供事業者は、自宅療養する高齢患者の日々の状況について、きめ細かい情報提供を家族へ行うことが望まれる。これを通常のサービス提供に加えて行うための支援、報酬体系について、特例措置などの整備が検討されるべきである。その上で、必要に応じて高齢患者と家族が感染予防対策を徹底しつつ短時間対面でやりとりする場を設け、その実施にあたり必要な感染対策の指導も併せて行われるべきである。

B. 要介護高齢患者が病院へ入院した場合

高齢患者と家族が直接の面会ができないことなどのため、高齢患者と家族の不安は増大することが多い。病院と協調して、随時、高齢患者の情報について家族へ伝えることを仲介することが可能な体制づくりが望まれる。さらに、必要に応じてオンラインで高齢患者と家族が面会可能な体制づくりが必須であり、この際、ICT 支援を行う。特に、入院している高齢患者の生命に危険が及んでいる場合に緊急で実施可能であることが理想である。

<提案>

- 家族の介護負担が増加することのないよう、高齢患者の介護保険サービスなどによる介護支援の強化。具体的には、通所系サービスから訪問系サービスへの切り替えを速やかに行えるようにする。
- 濃厚接触者である家族への生活援助が必要である。
- 高齢患者・家族・施設職員・医療機関職員の双方向コミュニケーションを実現するツールの情報提供を含めた ICT 支援が必要である。

【参考資料及びウェブサイト】

1. 厚生労働省 「新型コロナウイルス感染症国内の発生状況」 2022 年 4 月 18 日時点
<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html>
2. Dykgraaf SH, et al. Protecting Nursing Homes and Long-Term Care Facilities From COVID-19: A Rapid Review of International Evidence. J Am Med Dir Assoc. 2021 Oct;22(10):1969-1988.
3. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き第 7.1 版
<https://www.mhlw.go.jp/content/000923423.pdf>
4. 日本リハビリテーション医学会：「感染対策指針 COVID-19 含む」 2022 年 2 月 21 日
https://www.jarm.or.jp/document/guideline_jarm_infection.pdf