

## 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3月7日

日本プライマリ・ケア連合学会

### はじめに ～「高齢者医療の現状」

新型コロナウイルスの発生から2年を超え、わが国では、累計陽性者数は500万人を超え、死亡者数は2万4千人に達している(2022年3月1日現在)。

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、フレイル状態にあたりると、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(ADL)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、高齢者におけるコロナ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、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ようしていく

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を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、自宅療養中のフォローアップ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・ケア医がフォローする利点は、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患者をフォローできる体制

#### A) 患者本人のフォロー(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。

#### B) 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。

#### C) 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、advance care planning(ACP)を患者と家族に行う。

上記のフォローは、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。

D) 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。

E) 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 連携をとるシステムを強化する。例えば、医師が高齢の場合はワクチン接種を主に担い、若い健康な医師は対面診療検査治療を担うなどの役割分担をする。
- 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。
- 新型コロナ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。

② コロナ禍においても日ごろからの ACP が重要

COVID-19 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。COVID-19 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、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、どのような形の意思決定を望むのか、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＝終末期の意思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。

### ③ 介護保険サービスの継続方法

#### 【新型コロナウイルス感染蔓延期に介護保険サービスとその利用者に起こる影響】

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始め、新しいガイドラインに準拠することが求められるが、PPE の配備などは医療機関と比べ不平等となっている。また利用者の不安や孤独に身近に接していたり、訪問介護がうけられないときにケアマネジャーが買い物代行を行ったり

と、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。そのような背景から介護スタッフの仕事の負荷、ストレス、燃え尽き症候群が増加している。

#### 【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。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>

##### 介護保険サービスの継続するために

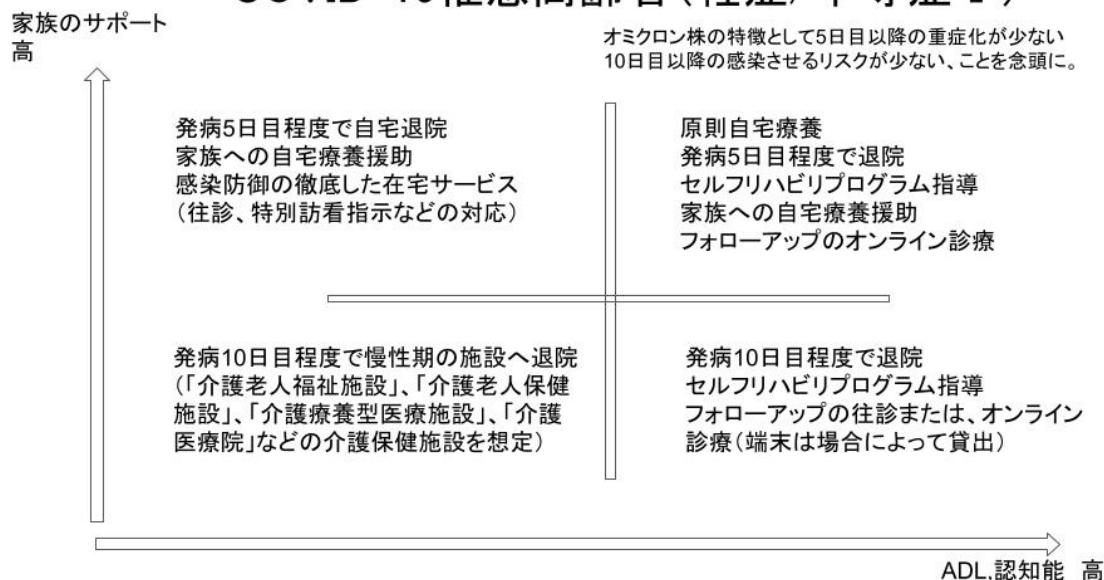
- 人員配置を厚くする、資金の補助、精神面のフォロー体制が必要。
- 事業継続計画の記載方法がわからない事業所もあるため、書き方や例などの周知。
- 施設での適切な感染拡大防止対策を実施できるサポート体制が必要。  
例えばPPEの供給体制、陽性者が出た時にすぐに使用できる数日分のPPE備蓄、PPEの使用法の研修など。

#### ④ リハビリなど 入院期間を短くする方法

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。焦点にすべきは、軽症及び中等症Ⅰで入院加療を受けるものの、十分なリハビリが出来ず、ADLや認知機能が低下し、元の過ごし

た場所に帰ることが出来なくなる事例である。

## COVID-19罹患高齢者(軽症/中等症 I)



新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き第 7.0 版(以下、診療の手引き)によると、オミクロン株の特徴から、「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。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。

### A) レッドゾーンにおけるリハビリプログラムの強化

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)(以下、感染対策指針)によれば、感染者のリハビリは 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を施行し、その直後、通常病棟でのリハビリ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プログラム(遠隔リハビリ指導含む)の整備が必要である。

## B) 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、COVID-19 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。

## C) 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、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 COVID-19 罹患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、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を回避できるだろう。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 COVID-19 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。
- 感染対策指針に示される適切なリハビリ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プログラム(遠隔リハビリ指導含む)の整備が必要。
- 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の提供。

## 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 急性期病院で取り組むべきこと

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）。COVID-19 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。COVID-19 重症化により入院する患者のみならず、コロナ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はいるかもしれないが、自分や家族のこととなると別である。「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>

- 急性期医療の厳しい現状を十分共有した後に入院医療の選択を行うことが必要
- 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
- 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

### ② 自宅・施設療養で取り組むべきこと

自宅・施設で最後をむかえたい人への対応が必要

新型コロナウイルス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。急性期を乗り切ったあとで基礎疾患が悪化して死が避けられない場合、患者や家族が希望した際に住み慣れた自宅や施設が最期を迎える療養環境として選ばれてきた。

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、自宅療養者やクラスターが発生した施設では医療、看護の介入が可能な場合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、高齢者だから入院の選択肢が提示されないといった年齢差別を避け、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必要がある。
- 命を救うことが難しい時に、自宅・施設でも患者と家族が安心できる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。
- 患者をケア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。
- 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. 濃厚接触者になっている家族(高齢者)のサポート

濃厚接触者と認定された家族への支援

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がほとんどである。ただし、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が多く(いわゆる老老介護)、新型コロナウイルス感染症を発症すれば一定のリスクを有する上に、新たに生活支援などが必要となることも珍しくはない。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。家族の支援として、1、介護負担軽減、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。

## ① 家族の介護負担軽減

家族の負担軽減と、自立した生活の継続を支援する。これには、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。

### A) 要介護高齢患者が自宅療養の場合

家族が自宅待機に専念できるよう、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、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。そして、必要に応じて、家族に対する新たな生活支援を利用可能な体制づくりが望まれる。

### B) 要介護高齢患者が病院へ入院した場合

家族が自宅待機に専念できるよう、必要に応じて、新たに生活支援などが利用できる体制づくりが望まれる。なお、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、迅速かつ適切に行う。

## 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

高齢患者が、自宅療養の場合であれ、病院へ入院した場合であれ、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 ICT 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

先述したような、強化された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、家族へきめ細かい情報提供を行い、それはサービス提供時間に含まれるべきである。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衛生用品などの提供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

面会が不可能であることなどから、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、これは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施行可能でなければならない。

<提案>

- 家族が自宅待機に専念できるよう、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。
- 濃厚接触者家族への生活支援。
- 家族・高齢者・施設職員・医療機関職員が双方向にコミュニケーションできるツールの提供。(ICTを含んだ無料で操作が簡単なツールなど。)