

# 第 16 回在宅医療推進フォーラム

With コロナ時代の在宅医療 ～暮らしと生きがいを支える～

## 【日 時】

2020年11月23日（月・祝）13:00～17:00

## 【場 所】

東京ビッグサイト 会議棟7階 国際会議場

[You Tube を利用した同時配信]

## 【主 催】

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

# 目次

開催にあたって	2
プログラム	4
<hr/>	
【基調講演 1】	5
在宅医療の概念と構造について ～JHHCA 基本文書より～	
◆辻哲夫氏(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客員研究員)	
【基調講演 2】	17
「在宅医療」～生活視点から見た新たな医療へ～	
◆迫井 正深氏(厚生労働省 医政局長)	
【ブロックフォーラム】全国在宅療養支援医協会企画	29
◆野田 正治氏(日本医師会理事・愛知県医師会副会長)	30
◆高山 義浩氏(沖縄県立中部病院 感染内科・地域ケア科 副部長)	36
◆高橋 昭彦氏(ひばりクリニック 院長)	40
◆小倉 和也氏(はちのへファミリークリニック理事長)	46
【基調講演 3】	63
暮らしと生きがいを支える在宅医療	
◆荒井 秀典氏(国立長寿医療研究センター理事長)	
【基調講演 4】	75
コロナ禍での看取り	
◆市原 美穂氏(ホームホスピス宮崎理事長)	
【シンポジウム】	85
With コロナ時代の在宅医療	
◆大友 宣氏(静明館診療所)	86
◆英 裕雄氏(新宿ヒロクリニック 院長)	96
◆蘆野 吉和氏(山形県庄内保健所 所長)	104
◆秋山 正子氏(白十字訪問看護ステーション 統括所長)	122
<hr/>	
【出演者略歴】	133

## 開催にあたって

人生 100 年時代をいずれ迎えるという我が国においては、2020 年高齢化率が 28.7%となり、75 歳以上の高齢者も 15%に近づいた。高齢化が進む中、歳をとってもできる限り元気に、弱ってもできる限り住み慣れた地域で最期まで住まい続けることを目指す「エイジング・イン・プレイス (Aging in Place)」という理念が定着しつつあるようである。その理念を実現するべく「地域包括ケア」が国の政策として展開されている。以前より我が国では通院困難な要介護高齢者等が居宅等で必要な慢性期の医療・介護を個人のライフスタイルや地域生活の視点を重視した方法によって享受できるようにする体制の確保が求められており、このような医療ケアの提供は「地域包括ケア」の中でも重要な課題である。また、認知症となっても、在宅での療養を希望する高齢者が今後ますます増加することが予想され、人生の最終段階において本人・家族の希望等に応じて平穏な死を迎えることを可能にする「アドバンスケアプランニング」や質の高い看取りを行える在宅医療は極めて重要であり、国としてしっかり推進する必要がある。もちろん、在宅医療は医師だけで実現できるものではなく、その他、歯科医師、薬剤師、看護職、リハビリ関係職 (PT、OT、ST)、栄養関係職、歯科衛生士、ケアマネジャー、介護職などが行う包括的な支援として整理される。

昨年、日本老年医学会、日本在宅医学会、国立長寿医療研究センターが共同で「高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン 2019」を発行したが、初めての在宅医療におけるガイドラインであり、地域包括ケアにおける要である在宅医療に関するエビデンスを整理したものである。しかしながら、急性期医療と異なり、疾病の管理を主眼とした「診療ガイドライン」だけでは十分ではない。在宅医療の評価軸は「生命」「生活」「人生」など多元的であり、在宅における生活の充実や人生の満足といった個人の価値観により異なるものである。したがって、在宅医療においては、本人の選択ということが重要な要素となり、そのための合理的かつ正確な情報提供に基づく選択という手順が重要である。

本在宅医療推進フォーラムを通じて在宅医療に関する新しい課題や方向性が明らかとなり、我が国の在宅医療の発展につながることを望んでいる。

2020 年 11 月 23 日

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

理事長 荒井 秀典

## 開催にあたって

今年はコロナ下の非常に厳しい環境下ではありますが第16回目の「在宅医療推進フォーラム」を開催することができ、大変嬉しく思うと共に準備、運営にご協力頂きました関係者の皆様には心より感謝を申し上げます。

勇美記念財団が2000年7月に設立され、今年は20年目の節目の年となります。この20年間、在宅医療の推進に熱心で献身的にご協力頂いた志の高い関係者の皆様と在宅医療現場の最前線でご活躍される同じく志の高い皆様の絶大なるご協力により、この「在宅医療推進フォーラム」をはじめ、当財団が順調に事業を推進することができましたことを重ねて心より感謝を申し上げます。

皆様のご努力により、財団設立当時から現在までには国の制度、政策面において地域包括ケアシステムの推進、地域医療構想の策定等、在宅医療への取組は大きく前進し、確実な発展、成長を遂げてまいりました我が国の在宅医療の20年間ではありますが、その中でこの「在宅医療推進フォーラム」も大きな役割を果たすことができたのではないかと思います。

2025年問題、さらには2040年問題に向け、まだまだ課題も多く、特に今年はコロナ感染拡大下における在宅医療という未知の新たな問題が大きな課題となる中、今回のフォーラムはテーマを「With コロナ時代の在宅医療 ～暮らしと生きがいを支える～」と題し、リアルとリモートの初めてのハイブリットでの開催となりますが、未だコロナ感染の出口が見えない状況下、全国のそれぞれの異なる地域での在宅医療、地域医療の現場における先駆的な貴重な取組みを中心にご発表頂きます。

今回のフォーラムが2040年に向け、これからの20年を見据え、在宅医療の現状及び課題を整理し、今後のあるべき取組み、方向性を見出す機会にしたいと考えております。これからも小児の在宅医療も含めた取組みが求められ、今回はフォーラムとしては初めて小児の在宅医療に関する内容も盛り込ませて頂きました。

今回のフォーラムが感染症を克服し、2040年に向け、暮らしと生きがいを支える在宅医療の実現、地域医療の更なる推進に貢献できることを心より祈念し、ご挨拶とさせていただきます。

2020年11月23日

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

# 第16回 在宅医療推進フォーラム

With コロナ時代の在宅医療 ～暮らしと生きがいを支える～

開催日時

2020年11月23日(月・祝) 13:00～17:00 (開場 12:00)

開催形式

会場開催 および YouTubeライブ配信

会場

東京ビッグサイト 会議棟7階 国際会議場  
(〒135-0063 東京都江東区有明3丁目11番1号 東京ビッグサイト内)

## プログラム

総合司会 鶴岡 優子 (つるかめ診療所 所長)

- 13:00-13:05 **開会の辞** 住野 耕三 在宅医療助成 勇美記念財団 理事長
- 13:05-13:10 **挨拶** 新田 國夫 日本在宅ケアアライアンス (JHHCA) 理事長
- 13:10-13:25 **基調講演① 「在宅医療の概念と構造について～JHHCA 基本文書より～」**
- 【 演 者 】 辻 哲夫 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 客員研究員  
座 長 大島 伸一 国立長寿医療研究センター 名誉総長
- 13:25-13:40 **基調講演② 「「在宅医療」－生活視点から見た新たな医療へ－**
- 【 演 者 】 迫井 正深 厚生労働省 医政局長  
座 長 新田 國夫 日本在宅ケアアライアンス (JHHCA) 理事長
- 13:40-14:20 **ブロックフォーラム 全国在宅療養支援医協会企画**
- 【 演 者 】 [ 東 海 ] 野田 正治 愛知県医師会 副会長・日本医師会 理事  
[ 沖 縄 ] 高山 義浩 沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科 副部長  
[ 北 関 東 ] 高橋 昭彦 ひばりクリニック 院長  
[ 東 北 ] 小倉 和也 はちのへファミリークリニック 理事長  
進 行 鶴岡 優子 つるかめ診療所 所長
- 14:20-14:35 **基調講演③ 「暮らしと生きがいを支える在宅医療」**
- 【 演 者 】 荒井 秀典 国立長寿医療研究センター 理事長  
座 長 飯島 勝矢 東京大学 高齢社会総合研究機構 機構長・未来ビジョン研究センター 教授
- 14:35-14:45 休 憩
- 14:45-15:00 **基調講演④ 「コロナ禍での看取りのあり方」**
- 【 演 者 】 市原 美穂 ホームホスピス宮崎 理事長  
座 長 太田 秀樹 日本在宅ケアアライアンス (JHHCA) 事務局長
- 15:00-16:50 **シンポジウム 「With コロナ時代の在宅医療」**
- 【 シンポジスト 】 大友 宣 静明館診療所 医師  
英 裕雄 新宿ヒロクリニック 院長  
蘆野 吉和 山形県庄内保健所 所長  
秋山 正子 白十字訪問看護ステーション 統括所長
- 【 指 定 発 言 】 迫井 正深 厚生労働省 医政局長  
高山 義浩 沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科 副部長  
市原 美穂 ホームホスピス宮崎 理事長  
座 長 武田 俊彦 岩手医科大学 客員教授・日本在宅ケアアライアンス 副理事長
- 16:50-16:55 **閉会の辞** 住野 耕三 在宅医療助成 勇美記念財団 理事長

主 催 : 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
共 催 : 日本在宅ケアアライアンス (JHHCA)、(在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク、全国国民健康保険診療施設協議会、  
全国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、全日本病院協会、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、  
日本在宅ホスピス協会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本訪問看護財団、日本訪問リハビリテーション協会、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)  
後 援 : 厚生労働省、公益社団法人 日本医師会、公益財団法人 長寿科学振興財団、公益社団法人 日本看護協会、公益社団法人 日本薬剤師会、  
公益社団法人 日本歯科医師会 (順不同 敬称略)

# 基調講演 I

---

在宅医療の概念と構造について

～日本在宅ケアアライアンス「基本文書 2」より～

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 辻 哲夫氏

## 在宅医療の概念と構造について

～日本在宅ケアアライアンス「基本文書 2」より～

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 辻 哲夫氏

### JHHCA「基本文書 2」について

在宅医療の概念については現在、まだ十分なコンセンサスが得られておらず、その体系化、理論化が急がれています。今後の在宅医療のさらなる普及・推進に向けた、日本在宅ケアアライアンス（以下、JHHCA）の役割は、まずは在宅医療の概念を整理し、標準化に取り組むこと、そしてそのもとで各専門職団体が連携上の課題を共有し、課題解決に取り組むことです。「基本文書 2」は、そのための専門職団体間の自律的なコンセンサス形成の手段として、2019 年に作成されました。本日はその内容を中心に、在宅医療の概念と構造についてお話したいと思います。なお、この文書は今後の議論の中で必要に応じて随時修正を行っていく性格のものであることを、最初に申し添えておきます。

### 現状における在宅医療の概念

まず、今日における在宅医療の意義です。日本の在宅医療というのは、日本の文化であるかかりつけ医の往診の実践、あるいは海外の緩和ケアの思想といったものが交わり、重なりながら創成されつつある、日本独自の新しいシステムといえます。これからは加齢による虚弱が医療の大きなシェアを占めることが予想される中で、在宅医療はまさに時代が要請する必然のシステムだということです。そして「治す医療」から「治し支える医療」への転換は、QOL という新しい目標を設定するものです。欧米では、緩和ケアは「苦痛や苦悩からの解放」を意味するのに対し、日本ではこれに加えて「生きがい」という積極的な価値観の実現を目指しており、そこに日本の在宅医療の大きな特徴があるといえます

では、現状における在宅医療の概念は、どう定義されているのでしょうか（スライド 6）。法律上の在宅医療は、医師をはじめとする医療系職種が行うものですが、この基本文書 2 でいう在宅医療は、介護抜きにありえません。つまり在宅医療は医療と介護に通じるものであり、在宅ケアとほぼ同義の概念として捉えられています。その典型像は、加齢による虚弱の過程に入った高齢者であり、具体像としては、小児から高齢者までの通院困難な人、がん、難病、医療的ケア児といったさまざまな疾患を有する人々が対象となります。

### 在宅医療の構造について

続いて在宅医療の構造ですが、入院医療と外来医療が大きな医療のジャンルだとすれば、基本文書 2 では、在宅医療は外来医療の延長線上にある一つの独立した領域として捉えて

います。入院医療や外来医療は病気を治す医療であり、ある意味、治せば課題解決になりますが、虚弱になり死へ向かっていく過程では、治す医療のウエイトは下がっていきます。一方で上がっていくのが、生きがいを含む生活と人生の満足を支援する、という部分です。「美味しいものは食べましたか?」「人生に納得できましたか?」——こういったことが人の幸せであり、求められるのはその実現のために多職種が連携して動くことです。また、その過程で根拠に基づく情報によって、総合的に評価することが必要になってきます。

### **まずは在宅医療を類型化する**

そのためには標準化が必要ということですが、そもそも標準化とは、どのような対象者に、どのような体制で、どのような評価指標を用いて、どのような手法・手順で行うかという基本的な枠組みをつくることです。これはあくまで在宅医療の質の向上を目指すためのものであり、現場を統制するという趣旨では決してありません。この在宅医療における標準化というのは、従来の治す医療とはかなり様相が異なってきます。それは在宅医療の目標は QOL にあり、その内容が多分化しているためです。しかもそこに本人・家族の選択が加味される必要があります。

標準化のための第一歩は、対象の類型化です。それは「病状（病気の進行、要介護度の進行、コントロール困難な痛みなど）」と「処遇困難度（認知症、精神障害など）」によって、2つに分類されます。「類型 1」は、かかりつけ医と 24 時間対応訪問看護を基本とした多職種協働チームで支えることができるもの、「類型 2」はそれに加えて高度な技能を持つ専門家チームの支援が必要なものです。さらにもう一つ、在宅医療が必要であるにも関わらず何らかの理由で受けることができない、いわゆる潜在需要を「類型 0」としています。

これとは別に、移行期、安定期、不安定期、看取り期という「時期別の区分」もまた、在宅医療の標準化においては重要です。在宅医療は評価の指標が治療という一元的な目標・価値ではなく、QOL、すなわち生理的健康、生活の充実や人生の満足といった多元的な目標をセットにしているため、病状が進行する中で、実現すべき目標の指標が移動していきます。それを本人家族が選択していくことが、極めて重要です。

### **類型化から標準化へ**

類型化したものを実際に標準化していくためには、まず具体的なサービスモデルを示していく必要があります。類型ごとに事例の蓄積と分析を行いながら、あるべき姿を検証していく。それがある程度のかたちになったところで、在宅医療の現場の参考資料となり、合意が得られたら、それがガイドラインとなります。

JHHCA の当面の作業課題の柱は、4 つのワーキンググループで標準化に向けた作業を進めつつ、「議論のためのサービスモデルの設定」のあり方について議論していくことです。そして、各職種間の連携上の課題を明らかにし、そのあり方についてもこれから議論していきます。



《1》

## 在宅医療の概念と構造について

日本在宅ケアアライアンス基本文書2より

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  
辻 哲夫

《2》

## 在宅医療推進のための共同声明

（「在宅医療推進フォーラム」（2005年第1回開催）において、2014年に採択され、2019年に一部改訂）

JHHCA  
Japan Home Health Care Alliance

1. 市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
2. 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳、そして生きがいを大切にした医療を目指す。
3. 保健・医療・介護・福祉専門職の協力と連携によるチームケアを追求する。
4. 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
5. 療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
6. 日本に在宅医療を普及させるために協力する。
7. 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する。

《3》

## 日本在宅ケアアライアンスの役割

基本文書2（2019年10月版）【1-1】より

JHHCA

### ○現在は土台作りの時期

- ・在宅医療の概念について専門職種間で十分なコンセンサスがない
- ・専門職種の連携をめぐる課題の共有と解決：専門職種同士の国レベルの自律的なコンセンサス形成の場がない

### ○アライアンスの役割

- ・在宅医療に関して、職種別団体・学会を越えて自主的に話し合える唯一の団体
- ・具体的には：
  - ▶在宅医療の概念の整理（3・4参照）と在宅医療の標準化（5参照）に取り組む
  - ▶その下で、各専門職団体が連携上の課題を共有し、課題解決に取り組む
  - ▶以上のことを踏まえて各専門職団体が自律的に活動を推進するというコンセンサスの形成に寄与する

「基本文書2」 p.1

《4》

## 基本文書の意義

基本文書2【1-2】より

JHHCA

- 日本において創造されつつある「在宅医療」という分野の体系化・論理化が急がれている
- 当面、基本文書を通して、「在宅医療」に関する認識の共有と信頼関係の強化を目指す
- 基本文書は、専門職団体間の自律的なコンセンサス形成のための手段
  - ・基本文書は、意見交換をもとに柔軟に修正と追加を続けていく性格
  - ・基本文書の認識が修正されたときは、新しい基本文書の認識を優先する
  - ・今までの基本文書： 「基本文書1」（平成30年12月版）  
「基本文書2」（令和元年10月版）

「基本文書2」 p.1

《5》

## 今日における在宅医療の意義

### ○日本独自の一つの新しいシステム

—日本のかかりつけ医の往診の実践や海外の緩和ケアの思想など様々な要素が交わり創成されつつある

JHHCA

### ○日本の高齢化の過程における必然のシステム

—慢性疾患中心の疾病構造、加齢に伴う虚弱等虚弱な者の増加等の時代の要請に応えなければならない

### ○本人本位という理念を追求するシステム

—「治す医療」から「治し支える医療」へ  
—QOLという新しい目標の具現化へ  
—「苦痛や苦悩からの解放」に加えて「生きがい」という積極的な価値観の追求へ

(注) 「生きがい」という概念は、日本在宅ケアアライアンスの土台となっている共同声明に追記された。

《6》

## 現状における在宅医療の概念 (I)

基本文書 2【3-(4)】より

### 1. 在宅医療の定義(再掲) (「基本文書 1 II-5」一部修正、3-(1)も参照)

JHHCA

在宅医療とは、地域の住まい（法律上、在宅医療は病院以外の居宅等での医療）に住む通院が困難な対象者に対し、人生の最終段階も視野に入れて、医師、歯科医師、薬剤師、看護職、リハビリ関係職（PT、OT、ST）、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員、介護職などが行う医療介護を通ずる包括的な支援

(注) 法律上は、在宅医療は病院以外の居宅等での医療だが、介護も含めて捉えるべき。在宅ケアと同義。

### 2. 在宅医療の対象の典型像 (3-(4) 参照)

加齢に伴う虚弱（広義のフレイル）の過程に入った慢性期の病状を持った高齢者で、必要に応じ入院もしながら、本人の選択を前提として、その死に至るまで、在宅において人生をその人らしく全うすることを支援することを必要とする人。がんを含めた進行性の病状があり、積極的な治す治療が功を奏しないと判断される場合も同じ。

「基本文書 2」 p.6, [図1](#) 6

《7》

## 現状における在宅医療の概念（Ⅱ）

基本文書 2【3-(4)】より

JHHCA

### 3. 在宅医療の具体像

- ・対象者：小児～高齢者 外来通院困難な人
- ・対象疾患：進行したがん疾患／病状が進行した慢性疾患  
神経難病／認知症／精神障害  
加齢等で死期が近い人  
小児重症疾患／医療的ケア児
- ・提供の時期：通院できないと判断された時期から人生の最終段階～看取りまで
- ・提供されるケア：本人や家族のニーズに沿ったケア（医療・介護）
- ・提供の場：自宅、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなどの高齢者の住まいの場、グループホーム等の入所施設等
- ・提供者：医療従事者／介護従事者／行政担当者／地域住民  
その他（臨床宗教師、NPO、地域のボランティアグループ等）

「基本文書 2」 p.6, [図1](#) 7

《8》

## 在宅医療の構造（Ⅰ）

JHHCA

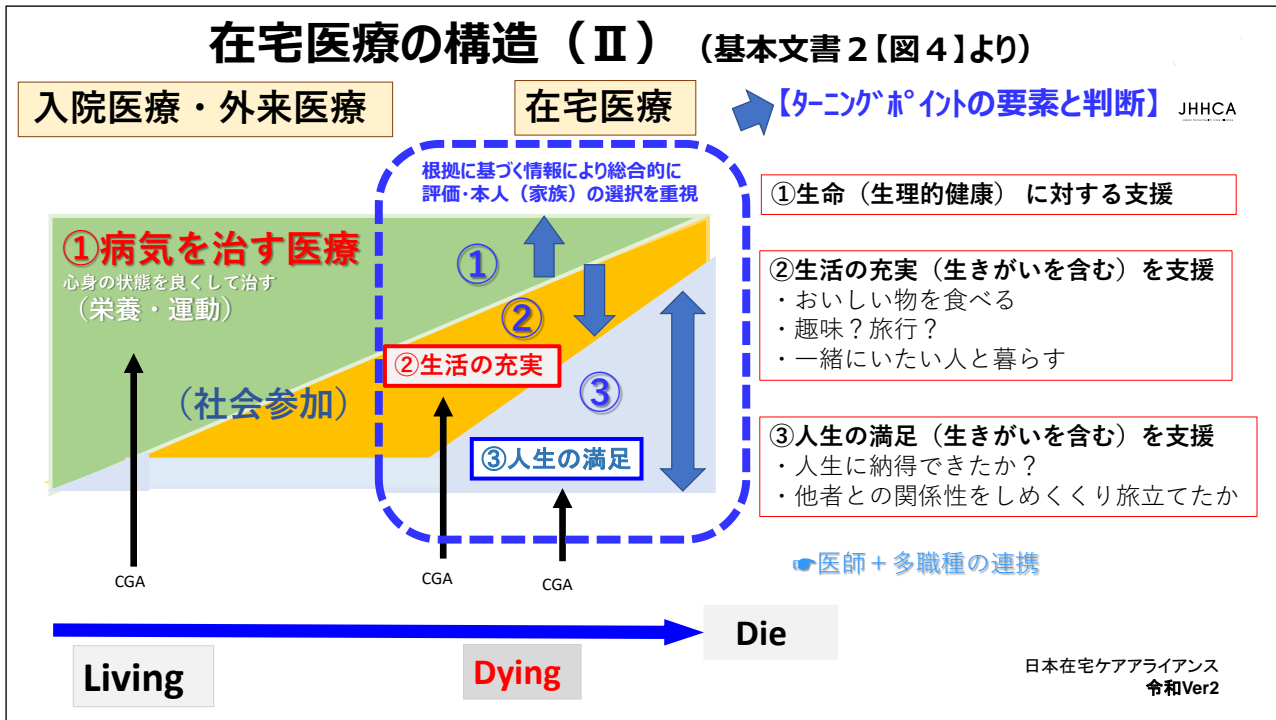
### ○一つの新しいシステム

「入院医療」「外来医療」の連続的な延長線上のものとして一つの独立した領域として捉える

### ○目標は、QOL（Quality of Life）

- ・「Life」は、日本語では「生命」「生活」「人生」。  
多職種が日本語で目標概念の意味内容を共有することが重要
- ・QOLは、在宅という本人本位の場での多職種のフラットな連携により始めて達成されうるものであり、「生きがい」という概念が大切
- ・「根拠に基づく情報と総合的な評価」「本人（家族）の選択を重視」をするので、新しい手法・手順を開発していくことが必要  
⇒当面、標準化の作業が急がれる。

《 9 》



《 10 》

## 在宅医療の構造（Ⅱ）

JHHCA

### ○標準化の概念と意義

- 「どのような対象者に」「どのような体制で」  
「どのような評価指標を用いて」  
「どのような手法と手順で対応するのか」という基本枠組み
- 「目標価値の多元化（QOL）」、「本人家族の選択の重視」という要素が加味されていることから、従来の医療の標準化の形とは様相を異にする。
- 標準化により、在宅医療の質の向上を目指す。

《 1 1 》

## 標準化の意義

基本文書 2【5-(4)】より

### ○現場実践意欲の高まりや研究・教育・研修の進展

JHHCA

- ・在宅医療の標準化の大きな特徴は、「生命」だけでなく「生活」「人生」といった生きがいにかかわる評価指標が加わり、本人、家族の選択という価値観の要素が加味され、これまでの医療における診療ガイドラインとはかなり異なる構造が予想されるので、活用までには、十分な議論が必要
- ・当面は、現場実践の参考、研究・教育・研修の進展、医学教育における在宅医療の位置づけの明確化などに寄与することを期待

### ○地域における在宅医療介護体制のあり方の明確化

- ・標準化作業の過程で、地域における在宅医療介護体制の確保、住民の理解と参加、「まちづくり」の課題が浮き彫りになる
- ・在宅医療を行うかかりつけ医の配置の重要性を含めて類型別の提供サービス等のリソースの種類を検討につながる

### ○標準化作業を通じたアライアンス構成団体のコンセンサス形成の重要性

- ・多次元の評価指標（生命・生活・人生）を踏まえた標準化の考え方のコンセンサスを得ながら、各地の事例を蓄積し、病院と在宅の移行や地域における在宅医療体制を含めて、徐々に論理化を精緻にしていく粘り強い作業が必要であることを再度強調
- ・アライアンスの構成団体がこれらのコンセンサスを各地域に浸透させていくことが重要となることを再確認

「基本文書 2」 pp.20-21

《 1 2 》

## 在宅医療の構造（Ⅲ）

JHHCA

### ○対象の類型化が標準化の第一歩

（類型化の基本）

- ・ 類型ⅠとⅡ（病状と処遇困難度）
- ・ 時期別の区分（医療の視点から区分）

《 1 3 》

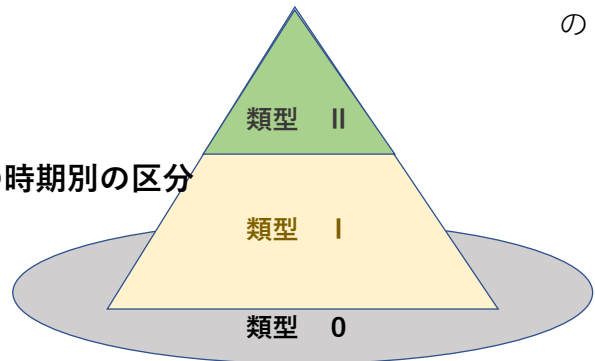
### 在宅医療の類型 (基本文書2【図7】より)

・対象者の病状や処遇困難度と医療提供体制との組み合わせ類型

**類型Ⅰ** かかりつけ医と24時間対応訪問看護を基本とした多職種協働チームで支えることができるもの

**類型Ⅱ** かかりつけ医と24時間対応訪問看護を基本とした多職種協働チームに加え、病状と処遇困難な背景に応じた高度な技能をもった専門職チームの支援が必要なもの (注1参照)

・移行期、安定期、不安定期、看取り期の時期別の区分  
医療の視点から区分される (注2参照)



※加療継続の場(居宅 施設 病院)は、医師の適切で合理性ある医療情報を根拠に、患者・家族が選択する  
※類型Ⅰは、在宅医療の潜在需要

「基本文書2」p.16 図7

《 1 4 》

\* 図7注1：類型Ⅱの具体的病態例

疼痛等の緩和が難しい進行したがん疾患

精神疾患があり服薬コンプライアンスが極めて悪いなど、医療介入が困難な事例

処遇困難な認知症

人工呼吸器管理、人工栄養など機器をつけた事例

骨折等の外傷を自宅で加療する等の事例

\* 図7注2：移行期、安定期・不安定期・看取り期の時期別の区分

医療の視点から見た時期別の区分である。

通常は、類型Ⅱは、③以降の時期に当てはまることが多いといえる。③の時期に類型Ⅱの該当したものが、④の時期に類型Ⅰに該当することもあり得るなど、様々な様相があり得る。

①移行期

病院(入院及び外来)、診療所(外来)での移行準備が始まる時点から、移行後のある期間(退院後では約2週間)を示す。移行準備段階での病院地域連携部門の活動や在宅医療への移行に関する患者家族への説明、退院時の患者家族を含めた病院と在宅を通ずる関係者の共同カンファレンスなど一連の手順が重要な意義を有する。

「基本文書2」p.16 図7

《15》

**②安定期**

生活支援が中心。安定した在宅療養生活が長く継続できるように、看護と介護が中心となる全身状態のきめ細かいチェック。いつもと違うという状態変化を早期に捉える。

医療的視点では、脱水予防、栄養管理、外傷（転倒）予防が中心となる。

薬物療法は、生活習慣病の管理、緩下薬、利尿薬、消炎鎮痛薬等である。

脱水予防のための補液等は、積極的な医療介入と看做さない。

**③不安定期**

正確な病態の判断と適切な医療支援が必要で、積極的に医療が介入がないと、生命にかかわる病態となる。


兆候は、発熱が最も多い。発熱の原因は、感染症（気道、尿路）、脱水が大部分である。

加療を在宅で継続するか、入院等医療施設で行うか、判断が求められ、かかわる医師の医療理念や経験、専門性などで、判断が異なる。これが、在宅医療標準化のハードルでもある。

**④看取り期**

適切な積極的な医療介入においても、病態の回復が困難で、死に至る病期（例えば余命3か月等死亡までの期間で判断するものではない。）

苦痛となる症状の緩和ケアと家族のケアが重要となる。

「基本文書2」 p.17 

《16》

## 今後の作業の展望

### 1. 基本文書2における今後の作業の進め方

JHHCA  
Japanese Home Care Association

○類型化から標準化へ

- ・「議論のためのサービスモデルの設定」→「類型ごとの事例の蓄積と分析」  
→「現場の在宅医療の参考資料」→「ガイドライン」

○四つのWG（ワーキンググループ）の作業

### 2. 法人化後の当面の作業課題の柱

「治す医療」から「治し支える医療」へという視点に立って四つのWGの作業を進めつつ：

- ・「議論のためのサービスモデルの設定」のあり方について議論する
- ・各専門職種間の連携上の課題を明らかにしつつ、そのあり方を議論する



## 各WGの標準化に関する作業 基本文書 2 [6]より (一部改変)

### A. システムグループ

「基本文書 2」 pp.21-22 JHHCA

- ア) 病院と在宅の移行標準の作成
- イ) かかりつけ医と訪問看護ステーションの関係性のあり方についての検討

### B. アカデミックグループ

- ア) 各類型についての典型事例をサービスモデルとして設定  
(システムグループと連携)
- イ) 類型 I におけるかかりつけ医に備えるべき知識技術普及のための、  
医学教育プログラムの普及方策の検討

### C. ムーブメントグループ

- ア) 在宅医療における介護の位置付けと医療関係職種との連携のあり方についての  
検討

### D. エシックスグループ

- ア) 「死にゆくことの国民啓発」に係る理論的検討及び啓発手法の企画

### E. 総括チーム

- ア) 「基本文書」をベースとした在宅医療推進のためのアライアンスの検討状況を  
示す分かりやすい資料を作成し、広報活動を支援

# 基調講演Ⅱ

---

「在宅医療」 生活視点から見た新たな医療へ

厚生労働省 医政局 迫井 正深氏

## 「在宅医療」 ～生活視点から見た新たな医療へ～

---

厚生労働省 医政局 迫井 正深氏

### 2040 年が意味するもの

2040 年は何を意味するのでしょうか。日本の人口の歴史的推移をみると、今は、人口の劇的な増加のちょうど折り返し地点にいます。私たちの目の前にある次の 100 年は、人口が激減する時代です。激減といっても、年齢別にみると実は高齢者は増えます。減っていくのは若年層、特に働き手です。2040 年までの、この一番厳しい時期をいかに乗り切るか。ここが今、大きな問題となっています。

2040 年のもう一つの意味は、高齢化による医療需要に大きな地域差があることです。実は、2040 年を迎える頃には、日本中のほとんどの地域がすでにピークアウトしています。そして都市部のピークが一気にくる。ここが、重要な論点となります。

### QOL を重視した「治し支える医療」へ

2013 年、まさに私が老人保健課にいたときに、社会保険制度改革国民会議報告書がまとめられました。すべての団塊の世代が 75 歳以上の高齢者になり、要介護者の急増、認知症、限界集落の問題などが想定される中、QOL を重視した「治し支える医療」への転換が必要であること、また、終末期ケアや看取りのあり方について、国民的な議論を行っていく必要があることなどが、ここに示されています。

病院で最期を迎えたいという人は、基本的にはいません。「人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセス」は、本人・家族などへの情報提供が十分になされた上で専門職がサポートするというのが、基本的な構図になっています。これを今、「人生会議」という呼び名で、一つのメッセージとして発信し、社会に広めていこうとしています。

医療と介護、両方のニーズを合わせ持つ高齢者が増えていく中で、在宅医療はどうしても必要であり、かかりつけ医の役割はますます重要になってきます。同時に、医療と介護を地域で一体的に提供するためにはネットワーク化が必要で、それをつくるのが地域包括ケアシステムです。医療の専門職、そして私たち行政官も含めた関係者には、こういったことへの意識改革が必要です。在宅医療が必要なんだ、かかりつけ医の役割が重要なんだということを、これからしっかりと考えていくことが重要だと思います。

### 医療者の意識は進化する

医療者の意識は進化する、という典型的なモデルとして、私の先輩のエピソードを紹介したいと思います。医学部を卒業後 3 年間、私は外科医として大学病院に勤務していまし

た。そのときの指導医が、小堀鷗一郎先生でした。消化器外科がご専門で、当時はただただ救命、延命の日々だったそうです。そういう自分の姿が患者さんやご家族にどのように映ってきたか、考えたこともなかったと話しておられます。

その先輩が今や、在宅医療を実践する側として活躍されているのです。大学病院を退職後、埼玉県の堀ノ内病院に赴任されてからのことです。赴任当初、病院死と在宅死の数はほぼ同数だったそうですが、あるときを境に在宅死が一気に増えていきました。それは小堀先生が、看取りに対する自分の考えを患者さんやご家族に話すようになってからだそうです。人生のエンド・オブ・ライフケアについて、死期が迫るずっと前の段階から、患者さんやご家族に繰り返し伝える。これはまさに人生会議の実践例ではないかと思います。

小堀先生はこうもおっしゃっています。在宅医療に取り組んだ最後の十年がなかったら、外科医としての人生は全うしても、一人の医師としての生涯を完結できたとはいえないと。私はこの言葉が大好きであり、多くの若き医師にぜひこのことを伝えたいと思っています。

### 人々の生活に寄り添うことにこそ意味がある

私自身も、老人保健課長の経験を通じて人生が変わりました。大きな気づきを与えてくれたのが、植木鉢の図です。主役である葉っぱや花は、植木鉢と土があっこそ、つまり地域があり、住まいあつてのプロフェッショナルサービスだということが、この図に込められたメッセージの真髄です。私は、田中茂先生がさまざまに議論を重ねながらこの図をつくり上げていく過程を、つぶさに拝見してきました。そして医療も介護も、人々の生活に寄り添うことにこそ意味があるんだということを、学んだのです。

これはあくまで私見です。患者中心というよりも、あくまで患者さんの「生活」が中心ではないかと思います。生活の視点を持って、生活を中心に展開する、これが医療の基本だと思います。裏を返せば、人は医療を受けるために生きているわけではなく、人生を全うするために生きているのであって、医療はそれを支える存在である。そしてそのミッションは、患者・家族にとっての価値をいかに最大化するか、ではないかと思っています。

これは何も、医療費削減のためではありません。結果的に削減になるかもしれませんが、それが一義的な目的ということでは決してありません。「患者さんにとっての価値って何だろう」ということを考えること自体、私はイノベーションだと思っています。そういったことをトータルで考えていくことが、在宅医療だと思います。

今、医療はさまざまなかたちで大きく展開しています。入院医療では、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟のような機能を充実させる方向に向かっています。これはまさに、生活を見据えた医療の機能が重視されている証拠です。

一方で、日常生活を支える医療も大きく展開しています。透析医療はすでに歴史がありますが、がん医療、特に緩和医療、何より医療的ケア児への医療は、その典型例です。在宅医療も同様に、生活を中心に掲げ、それを支えるという視点で展開していくことが何よりも重要ではないか。このように考えています。

《1》



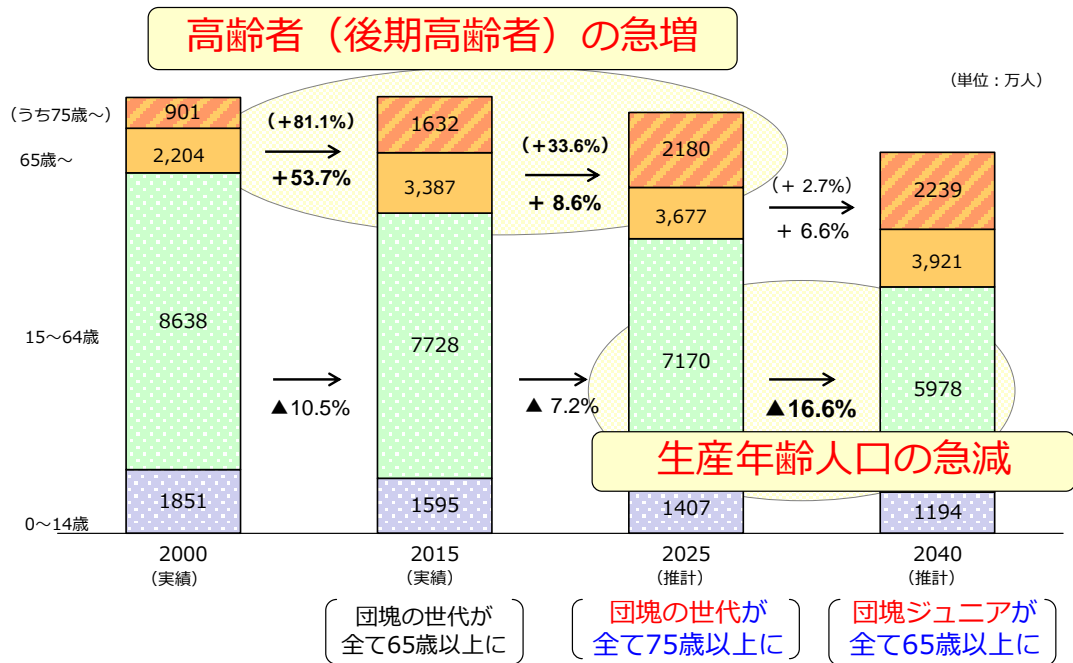
令和2年11月23日  
第16回 在宅医療推進フォーラム

# 「在宅医療」 — 生活視点から見た新たな医療へ —

厚生労働省医政局  
迫井 正深

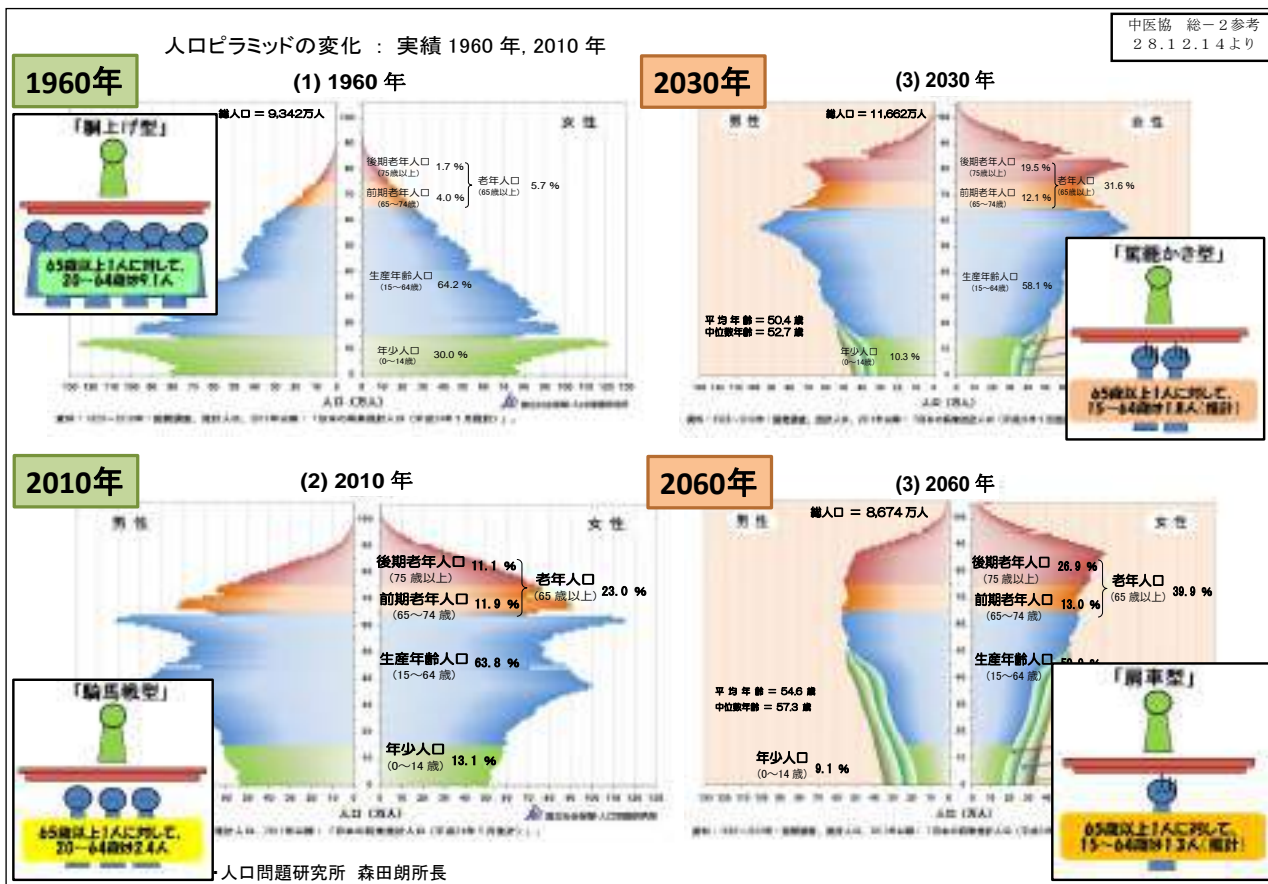
《2》

## 2040年までの人口構造の変化

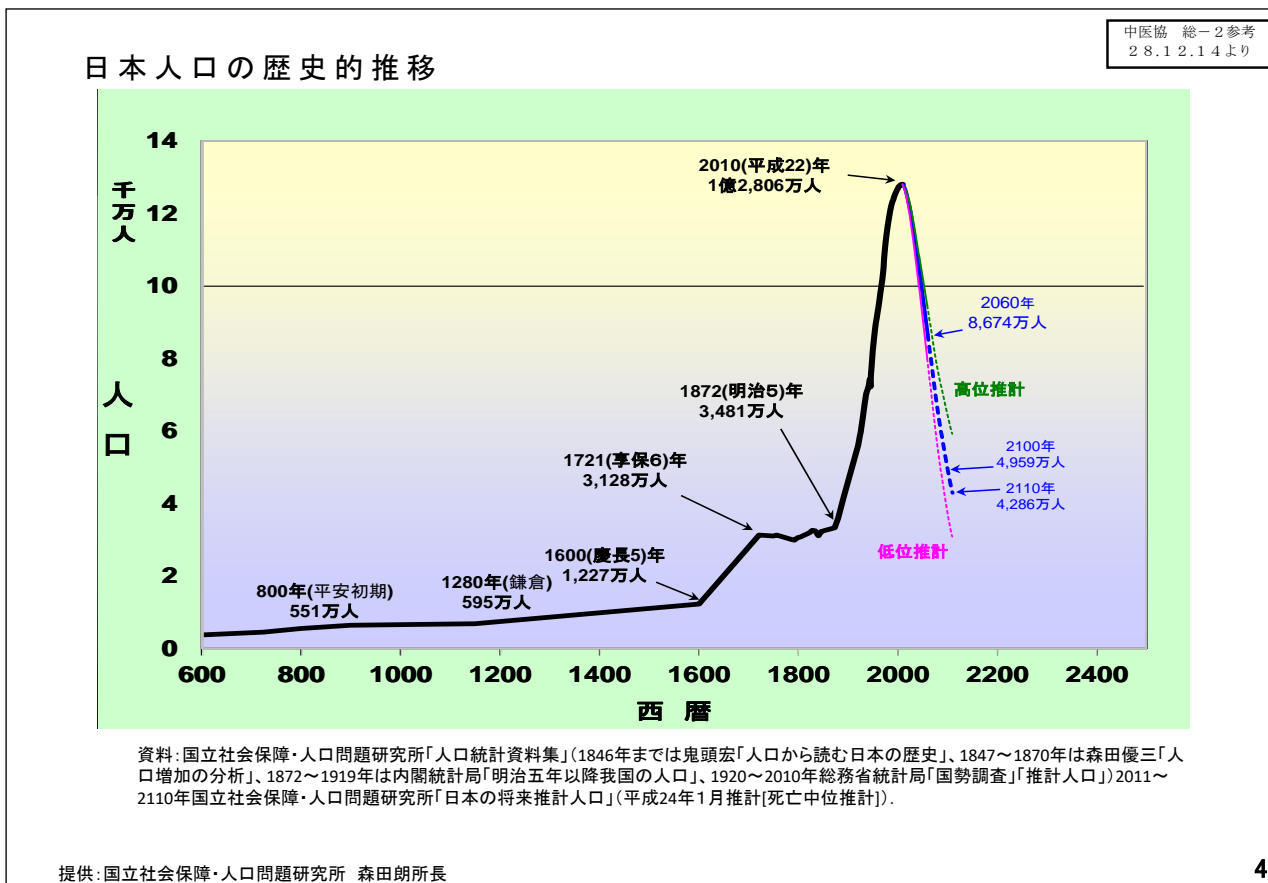


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

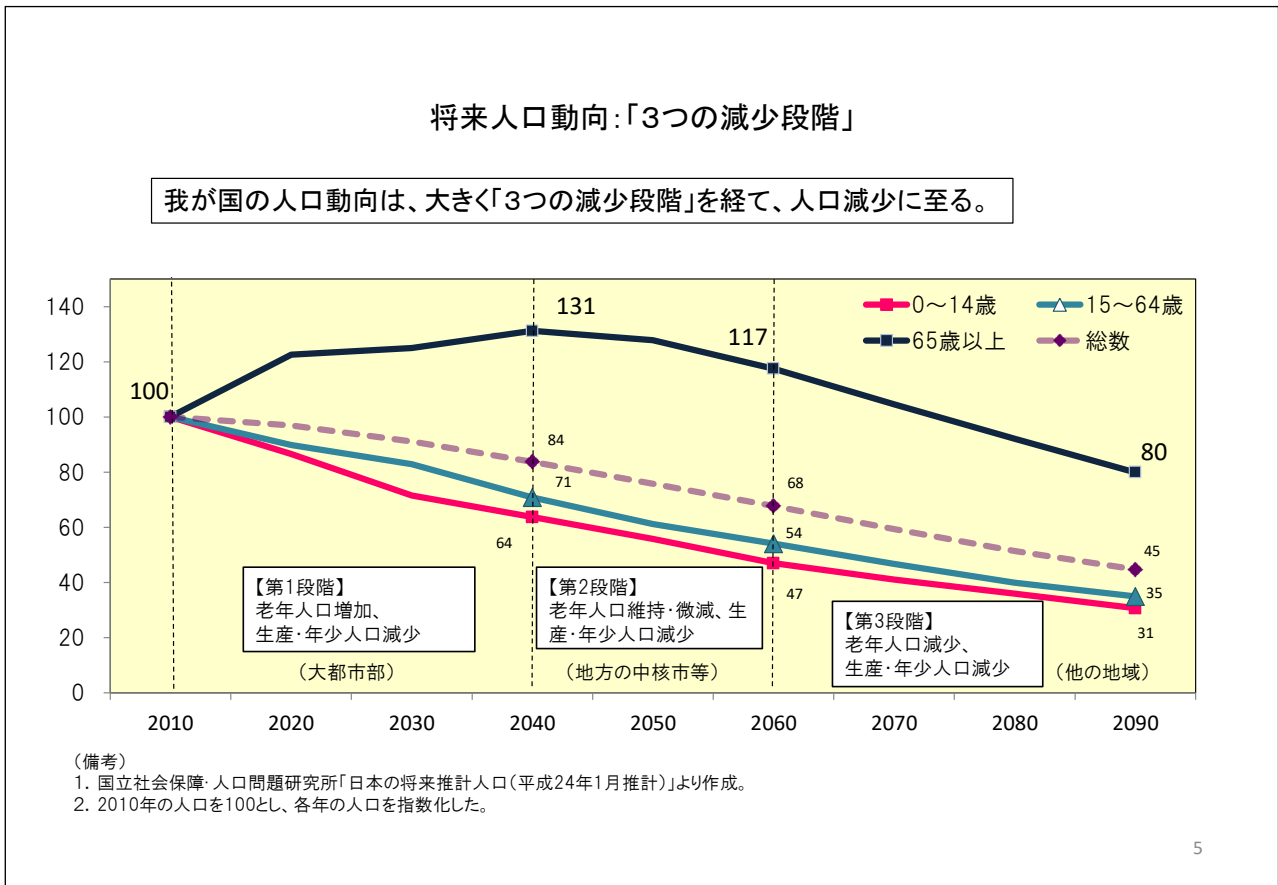
《3》



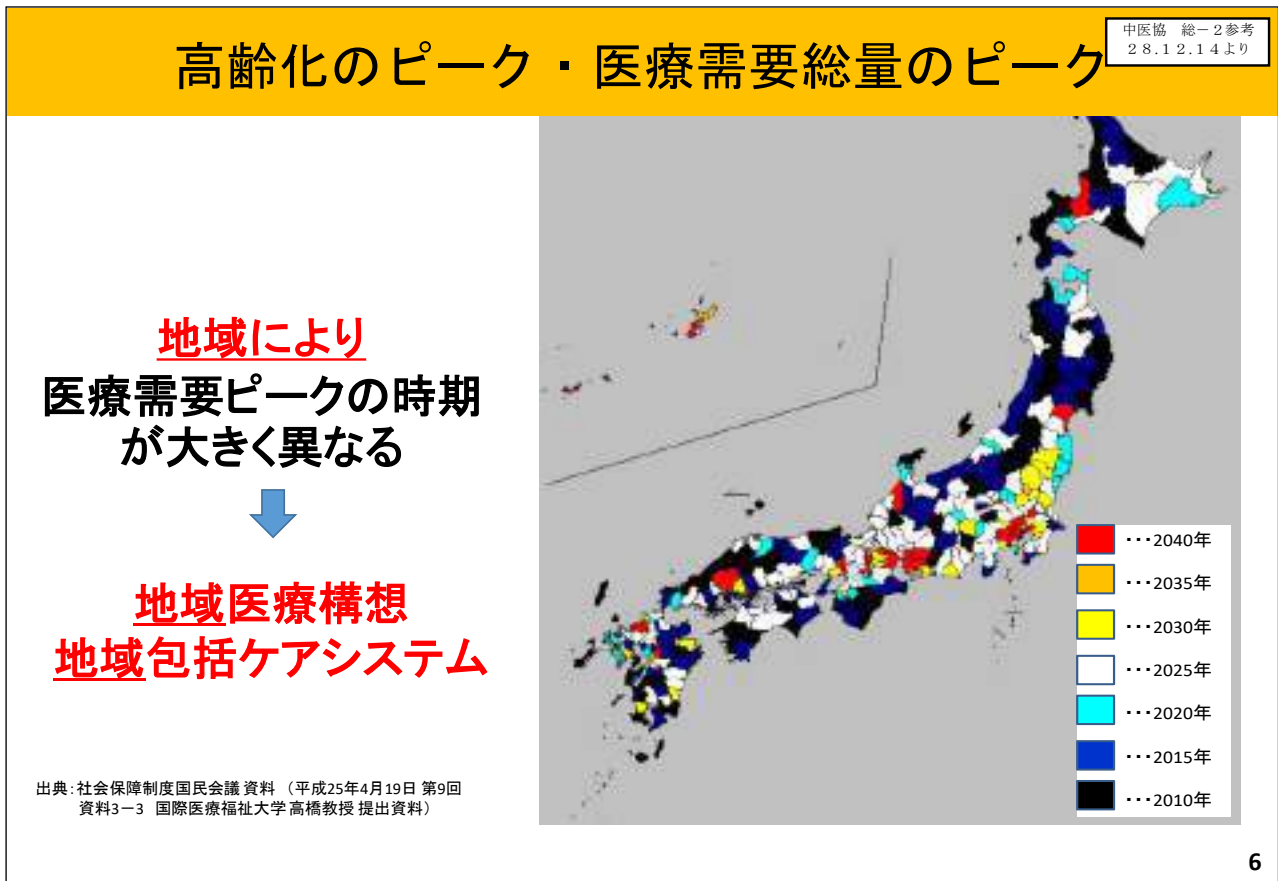
《4》



《5》



《6》



《7》

## 社会保障制度改革国民会議報告書(2013年8月6日)の要点①

### ■成熟社会の構築へのチャレンジ【1】

- ・ 2025(平成37)年には、**団塊の世代**がすべて、**75歳以上**の高齢者
- ・ 2050(平成62)年には現在の人の居住している**地域の2割は無人生**



- ・ **要介護者**が急増、**認知症**などが大きな問題
- ・ 人口減少による**限界集落**の問題など、多くの解決すべき課題が想定
- ・ 今後の高齢社会では、平均余命、とりわけ**健康寿命が伸びる**ことで、老後という自分が**自分らしく生きられる**豊かな自由な時間が増え、その中で**新しい人生の意味**を見つけ出すことも可能



- ・ 従来の「治す医療」からより**QOLを重視した「治し・支える医療」**へ転換
- ・ 医療・介護の提供体制についても、**まちづくり**として考える
- ・ **終末期ケア**や**看取りの在り方**についても、**国民的な議論**を行っていく

【第一部 社会保障制度改革の全体像 3 社会保障制度改革の方向性(8)】

7

《8》

## 社会保障制度改革国民会議報告書(2013年8月6日)の要点②

### ■医療・介護サービスの提供体制改革

#### (4) **医療と介護の連携**と**地域包括ケアシステム**という**ネットワークの構築**

- ・ **介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者**を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの**在宅医療が不可欠**
- ・ どこにいても必要な医療が提供されるよう、**かかりつけ医の役割**が重要



- ・ **医療介護サービスが地域で一体的に提供されるためには、医療・介護のネットワーク化**が必要

(提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる**連携を誰がどのようにマネージしていくか**ということが重要、成功している地域では、地域の医師等**民間の熱意ある者**がとりまとめ役、**市町村等の行政**がその良き協力者となってマネージしている例が見られる)

【第2部 社会保障4分野の改革 II 医療・介護分野の改革 2(4)】

8



《9》

## 「医療計画の見直しについて」 ～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

### ○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

### ○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ **在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。**

### ○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

《10》

## 第7次医療計画における「在宅医療」の追加見直しのポイント

### ＜見直しの趣旨＞

在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定。

#### 数値目標と施策

#### 必ず記載いただくこと(原則)

- ① 地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応するための、**訪問診療を実施している診療所、病院数に関する具体的な数値目標と、その達成に向けた施策**

#### 可能な限り記載いただくこと

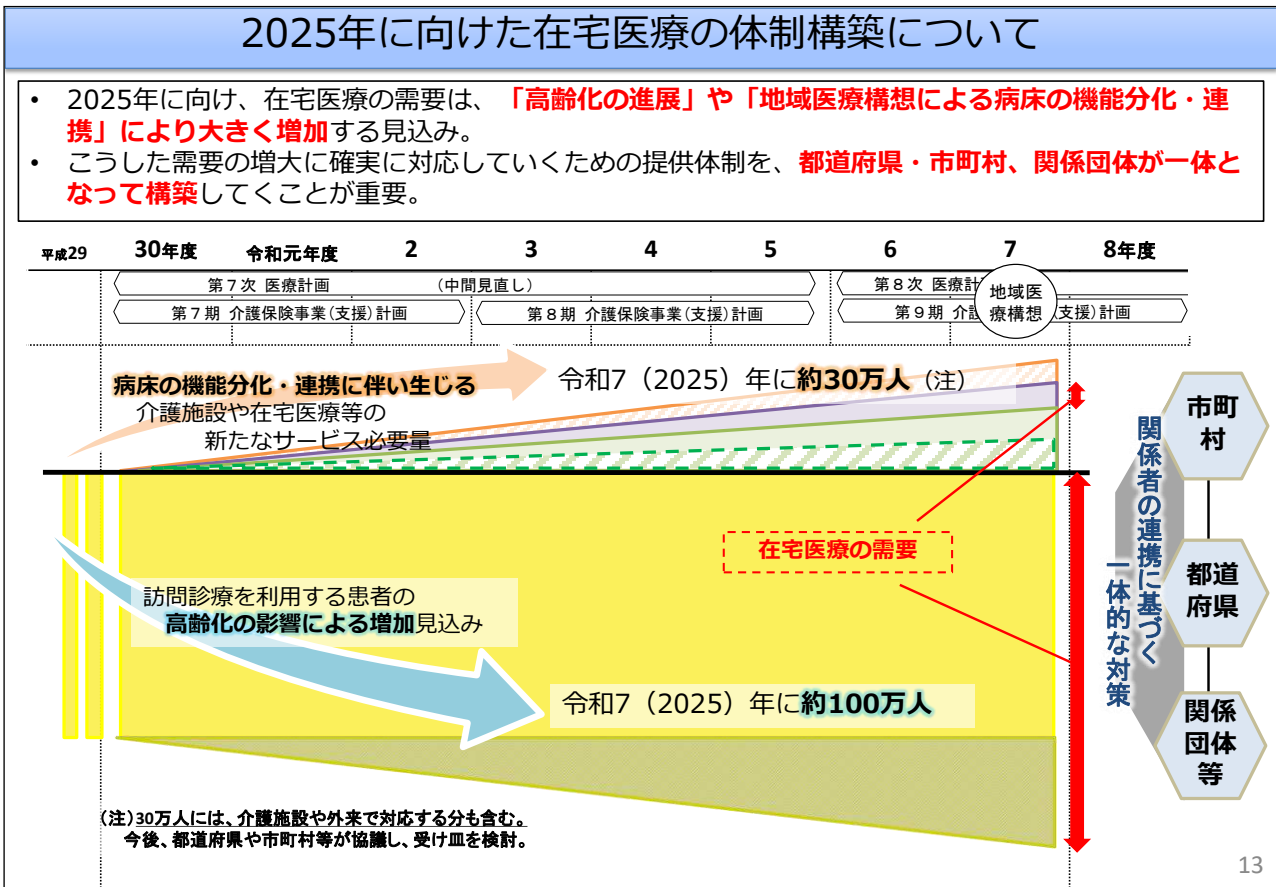
- ② 在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための、「**退院支援**」、「**急変時の対応**」、「**看取り**」といった機能ごとの**数値目標と、達成に向けた施策**
- ③ 多職種による取組を確保するための、「**訪問看護**」、「**訪問歯科診療**」、「**訪問薬剤管理指導**」といった主要な職種についての**数値目標と、達成に向けた施策**

(目標設定すべき項目・指標のイメージ)

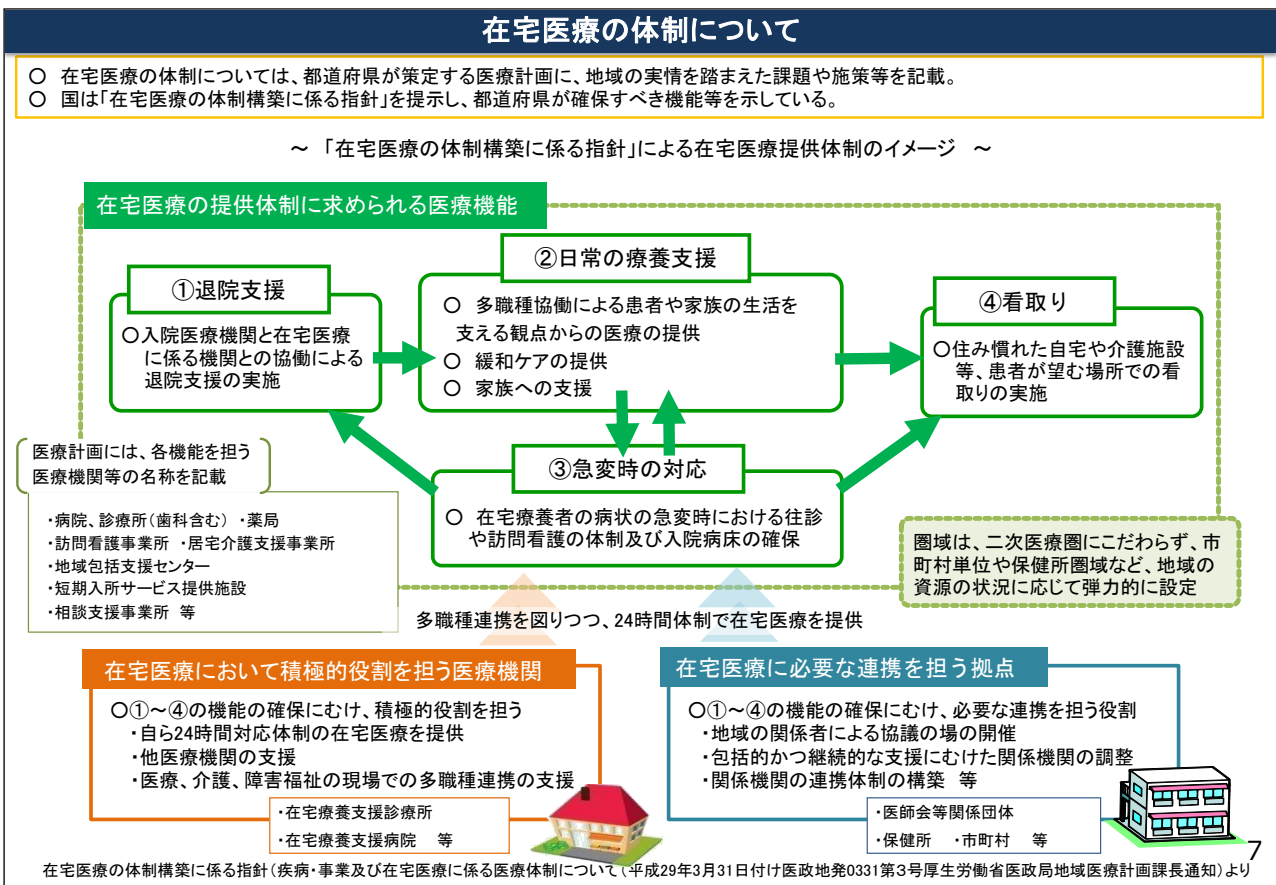
- 「退院支援」 ・退院支援ルールを設定している二次医療圏数
- 「急変時の対応」 ・在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数
- 「看取り」 ・在宅看取りを実施している診療所、病院数
- 「訪問看護」 ・24時間体制を取っている訪問看護ステーション数 ・機能強化型訪問看護ステーション数
- 「訪問歯科診療」 ・訪問歯科診療を実施している歯科診療所数 ・在宅療養支援歯科診療所数
- 「訪問薬剤管理指導」 ・訪問薬剤指導を実施している事業所数

※平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知より

《11》



《12》



《 1 3 》

### 地域医療介護総合確保基金の対象事業

#### 1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

急性期病床から回復期病床への転換等、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備の整備に対する助成を行う。

**(病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備)**

- ・平成27年度以降に策定される地域医療構想に基づいた病床機能の転換等の施設・設備整備に対する助成事業
- ・ICTを活用した地域医療情報ネットワークの構築を行う事業



#### 2. 居宅等における医療の提供に関する事業

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う。

**(在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備)**

- ・在宅医療の実施に係る拠点の整備 / 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援 / 在宅医療推進協議会の設置・運営 等

**(在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業)**

- ・在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成 / 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施 等

**(その他在宅医療の推進に資する事業)**

- ・在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備 / 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用麻薬等の円滑供給の支援 等



#### 3. 介護施設等の整備に関する事業

地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。

**(地域密着型サービス施設等の整備への助成)**

- ・地域密着型サービス施設・事業所等の整備に対する支援

**(介護施設の開設準備経費等への支援)**

- ・特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備に要する経費について支援 (※定員30人以上の広域型施設を含む。)
- ・訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等の支援
- ・土地の取得が困難な都市部等での定期借地権の設定のための一時金の支援
- ・介護施設で働く職員等の確保のために必要な施設内の保育施設の整備に対する支援

**(特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善)**

- ・特別養護老人ホームにおける多床室のプライバシー保護のための改修に対する支援
- ・特別養護老人ホーム等のユニット化改修に対する支援
- ・介護療養型医療施設等を老人保健施設等への転換整備に対する支援

(対象施設) 地域密着型特別養護老人ホーム、小規模な老人保健施設・養護老人ホーム・ケアハウス、都市型軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、緊急ショートステイ等  
※ 定員30名以上の広域型施設の整備費については、平成18年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている。



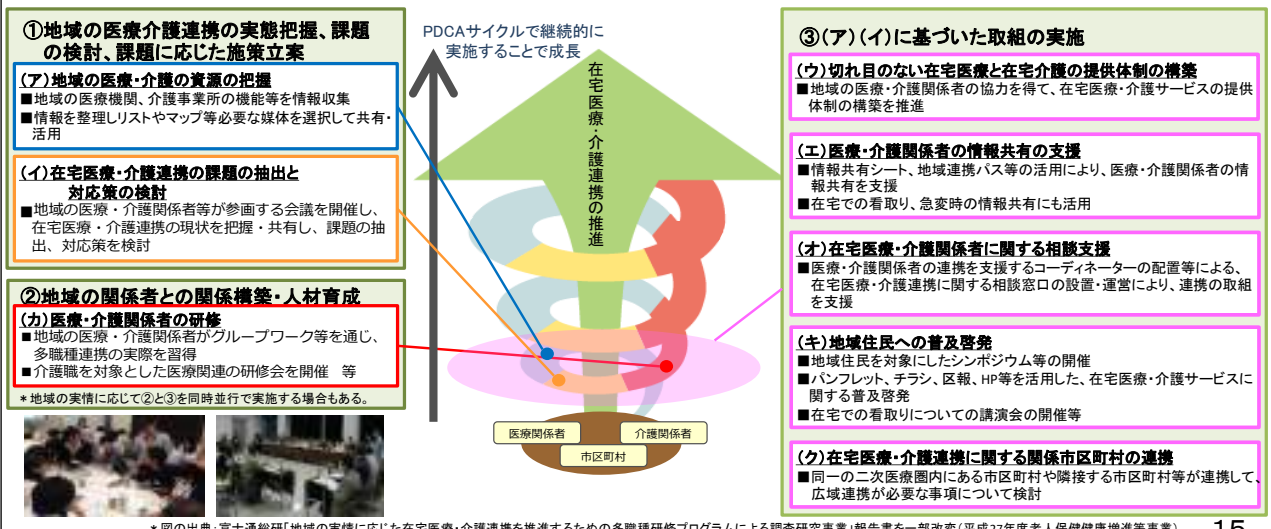
14

《 1 4 》

### 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

#### 事業項目と事業の進め方のイメージ



\* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

15

《15》

## 在宅医療関連講師人材養成事業

令和3年度概算要求額 23,421千円  
(令和2年度予算額 23,450千円)

**【趣旨】**  
在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材養成事業を支えることのできる高度人材を養成する。

**【事業概要】**  
医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児向け在宅医療」、看護師を対象とした「③訪問看護」の3分野ごとに、**研修プログラムの開発を行うとともに、相應の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に対し、中央研修を実施する。**  
(②・③分野では、行政職員が医師又は看護師と共に研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組む演習も実施)  
令和元年度より、都道府県・市町村の、研修を受けた人材の活用状況について調査の上、事例集を作成し、優良事例の横展開を行っている。

国（関係団体、研究機関、学会等）

**◆研修プログラムの開発**

- ・職能団体、研究機関、学会等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。
- ・プログラムは、在宅医療の主要な3分野に特化して構築。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。

**◆中央研修の実施**

- ・開発したプログラムを活用し、中央研修を実施。
- ・受講者が、地域で自治体と連携しながら人材養成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

\*令和元年度の全国研修の状況

①高齢者向け在宅医療  
参加者：103名（医師）

②小児向け在宅医療  
日時：令和2年1月19日  
参加者：258名（医師163名・行政95名）

③訪問看護  
日時：令和元年11月29日  
参加者：125名（看護師91名・行政34名）

研修修了者が各自治体において実施した人材養成事業を調査し、地域での先進的な優良事例について全国的な横展開を実施する。

⇄

活用事例の調査 ← 優良事例の展開

17

《16》

## 死亡場所の推移

○ 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。

○ 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

最期を迎えたい場所

場所	割合
自宅	55%
病院等	28%
子ども、親族の家	7%
高齢者向けのケア付き住宅	5%
特別養護老人ホームなどの福祉施設	4%
病院など医療機関	1%
その他	1%
わからない	1%

死亡の場所の推移

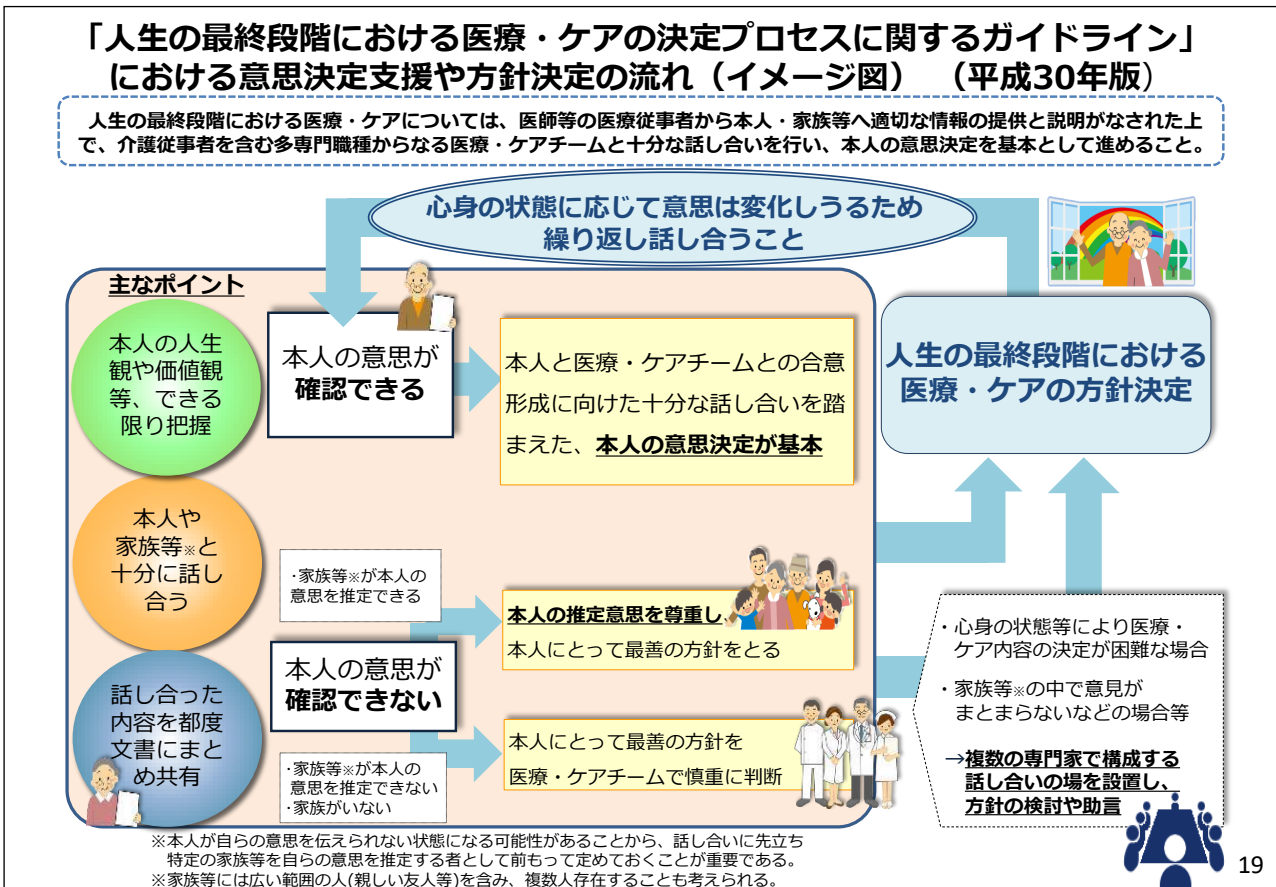
年	自宅での死亡の割合	病院での死亡の割合
1951年	82.5%	9.1%
2015年	13.2%	73%

出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

出典：平成29年人口動態調査

18

《17》



19

《18》

## ACP（アドバンス・ケア・プランニング） 愛称が「人生会議」に決まりました！





### 11月30日(いい看取り・看取られ)は「人生会議の日」

人生の最終段階における医療・ケアについて考える日

人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/saisyuu\\_iryuu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html)



21

# ブロックフォーラム

---

## 全国在宅療養支援医協会企画

東海ブロック 野田 正治氏（日本医師会理事・愛知県医師会副会長）

沖縄ブロック 高山 義浩氏（沖縄県立中部病院 感染内科・地域ケア科 副部長）

北関東ブロック 高橋 昭彦氏（ひばりクリニック 院長）

東北ブロック 小倉 和也氏（はちのへファミリークリニック理事長）

## 愛知県における ICT 医療連携システムを地域社会のインフラに ～感染対策・災害対策・救急連携・医療的ケア児～

日本医師会理事／愛知県医師会副会長 野田正治氏

### 普段の ICT 連携が with コロナ時代に力を発揮

愛知県では以前から、「電子@連絡帳」という ICT を活用した、医療介護連携を進めてきました。人との対面ができない with コロナ時代に何よりも力を発揮したのが、この ICT システムでした。投稿件数の推移を見ても、コロナ拡大前の 2020 年 2 月と比較すると、コロナ拡大後の 7 月では、投稿件数が約 1.5 倍に増えています。そしてその後も、投稿数の多い状況は続いています。

感染対策だけではありません。たとえば、「電子@連絡帳」には小児在宅医療のための「ここの一と」というシステムがオプションで設けられています。その大きな特徴は、医師や看護師といった専門職に加えて、保護者がメンバーに入っていることです。実際のところ、小児在宅の医療連携で共有される情報は、主介護者である母親が知らなくてはならない内容がほとんどです。そしてまた、「ここの一と」に誰よりも多く書き込んでいるのが、母親です。日常診療に多忙な医師が新しい情報をその都度、書き込まなければならないシステムと比べると、「ここの一と」は非常に使いやすいものとなっています。このようなシステムが機能すれば、小児在宅医療の連携はさらに進むと考えます。

また、愛知県医師会ではチャイルド・デス・レビューを全国に先駆けて行っており、小児在宅の死亡例の検証も行っています。そこで見えてきた在宅で気を付けるべきポイントなども含め、情報を一つにまとめた全県的な医療的ケア児の ICT 連携システムの導入を、今まさに、目指しているところです。

### ICT を地域社会のインフラに

愛知県における ICT 連携は、全県的な一つのネットワークで動いているのではなく、県内の各市町村がそれぞれ独自のネットワークを運用しています。これらを相互乗り入れして広域化することで、災害時や緊急時にも役立てていく取り組みも始まっています。茨城県常総市では、携帯電話やラインを一切使わずに、「電子@連絡帳」を使って患者の安否確認をする実験が行われました。避難所の混雑状態はもちろん、発災時に患者がどこへ避難したか、といったことまで ICT を用いてすぐに把握できるようになります。

さらに救急医療においても、既往歴や服薬、家族の連絡先などを救急搬送先で把握することができる ICT システムの試験運用が始まっています。このように、普段の医療連携はもとより、感染対策、小児や救急、災害時においても ICT は非常に有用であり、これからは地域社会のインフラとして積極的に活用すべきではないかと考えます。

《 1 》

第16回在宅医療推進フォーラム With コロナ時代の在宅医療 暮らしと生きがいを支える

ブロックフォーラム

愛知県におけるICT医療連携システム  
を  
地域社会のインフラに  
(感染対策・災害対策・救急連携・医療的ケア児)

日本医師会 理事  
愛知県医師会 副会長  
野田正治



《 2 》

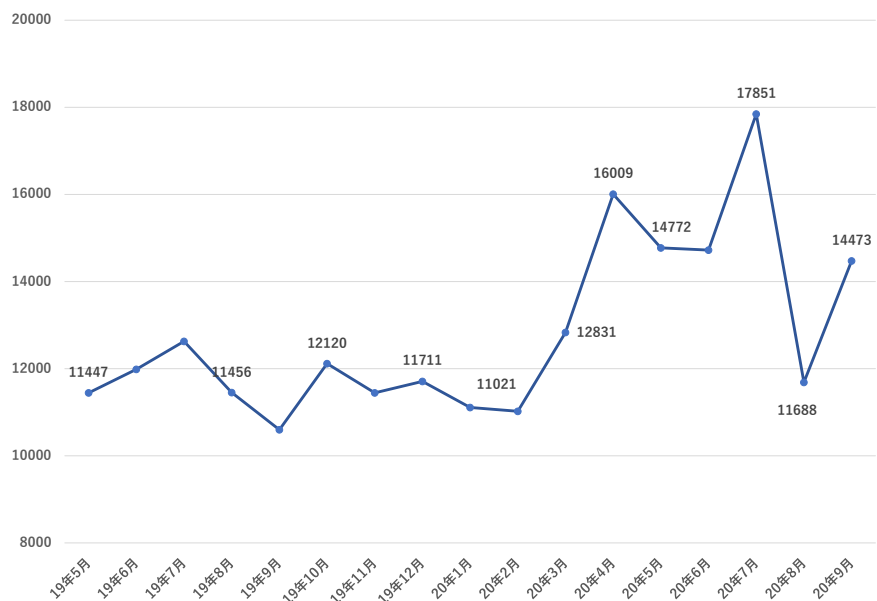
電子@連絡帳

愛知県全体  
(名古屋市を除く)  
投稿記事数  
月間推移

令和2年2月までの  
平均(11,500)に比  
して  
7月は約1.5倍増加

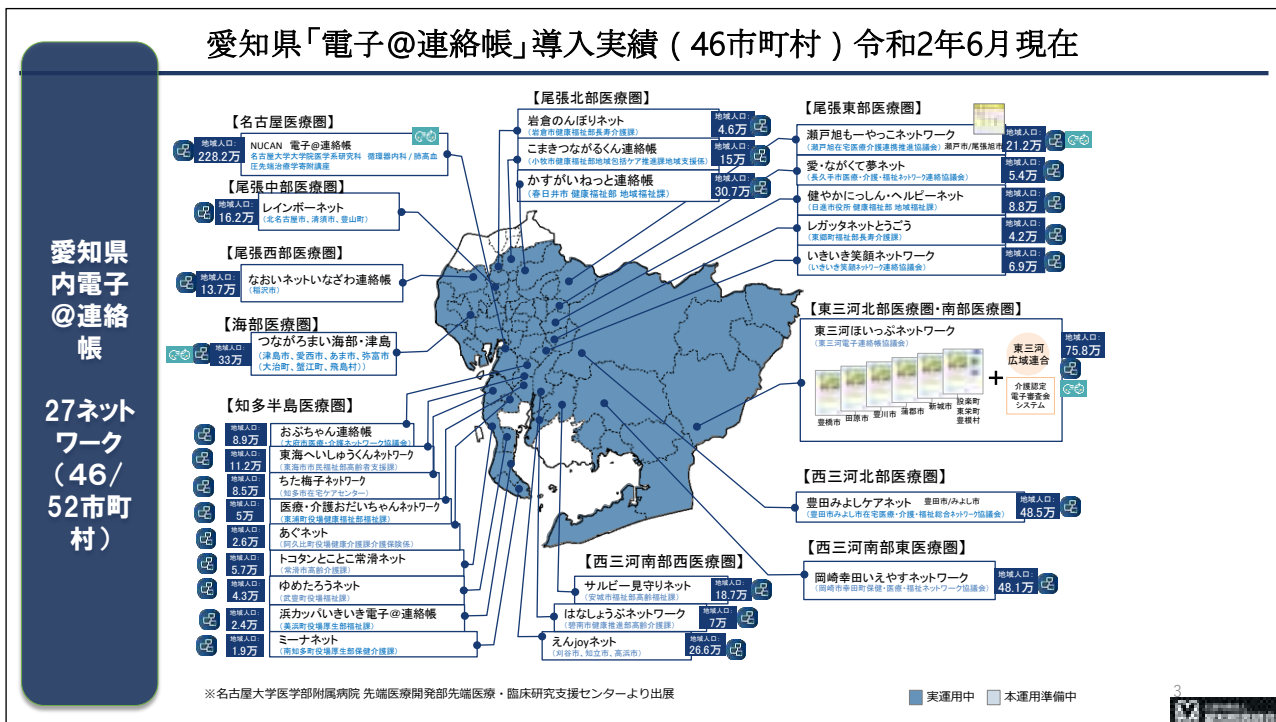
新型コロナウイルス感染症  
流行に伴い対面での情報  
提供が困難となったために  
ICTを利用した情報伝達が  
急速に増えたことを意味し  
ている

月間投稿記事数

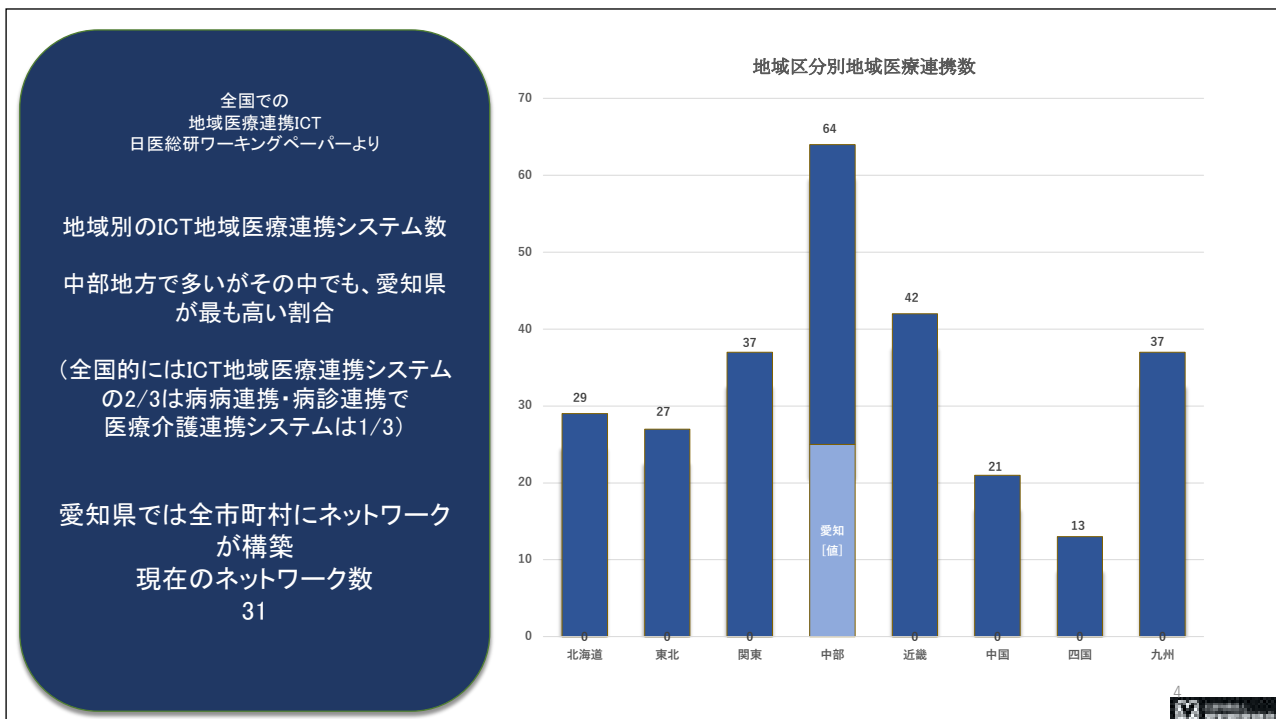




《3》



《4》



《5》

### 「この一と」と小児在宅医療

小児在宅医療では高齢者介護と異なり保護者（主に母親）が訪問看護やヘルパー以上に情報量が多く、介護のみならず医療的ケアの実施の中心となる。

主治医は必ずしも近隣の病医院ではなく在宅医は副主治医的存在

保護者が医療介護連携の中心的存在でネットワークに参加することは当然

医療的ケア児等医療情報共有システム（MEIS）は有用であるが内容を常に最新に保つには医療者の負担が大きい

医療的ケア児等医療情報共有システム（MEIS）について

《6》

### チャイルド・デス・レビュー Child death review(CDR)

チャイルド・デス・レビューとは子供の死亡登録・検証制度米国では約40年前から取り組み  
英国では約10年前に法制化等 国際的には同様の制度が多い

平成30年に交付された成育基本法第15条にもチャイルド・デス・レビューが書き込まれた

**愛知県医師会の取組**  
小児在宅医療推進企画委員会内に「小児在宅死亡例検討WG」を設置  
在宅医療を受けていた小児死亡例の検討

**2014年から2016年に愛知県内で死亡したCDR登録症例631例中、在宅医療を受けていた小児40例**

直接死因の検討から**10例（25.0%）**で予防可能性があると判定  
 気管切開チューブの閉塞や挿入困難  
 アラーム管理の問題  
 酸素ボンベの残量不足  
 車内転落など

《7》

## 全県的医療的ケア児連携のICT導入

医療的ケア児のかなりの課題がこれで解決できる

全県的な参加が可能

すでに存在する基盤を利用するため  
インフラ整備には行政の支出は最小限で済む

保育園・学校・教育委員会の参加

病院の連携室スタッフの増員



《8》



令和2年4月1日  
35市町村



令和3年2月1日  
46市町村

ICTの広域化

現在愛知県全圏域での電子@連絡帳の広域化  
進行中

医療・介護は単一自治体の範囲を越えている

災害時に広域化は必須

広域化は救急連携にも有用



《9》



電子@連絡帳と災害対策

避難所の情報

要援護者の情報・マッピング

安否確認

どこに避難したかの情報



《10》



地域医療介護連携ICTと  
救急連携

ACP情報をがわかる

既往歴・服薬・主治医・ケアマネ情報が  
わかる

家族の連絡先がわかる



## 新型コロナウイルスの流行と在宅医療の役割 ～沖縄県における取り組みから～

沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科 副部長 高山義浩氏

### 自宅療養者をいかにサポートするか

沖縄県は、2020年8月に比較的大きな流行を経験しました。高齢者施設で次々にクラスターが発生し大変な状況でしたが、このときに私たち感染症医と在宅医が互いに連携しながら、施設での感染対策をともに考え、アドバイスを行ってきました。これが奏功し、その後は陽性者が出て各施設で速やかな封じ込めができるようになってきています。

恐らくどの地域も似たようなスキームで、入院サポートをしていると思います。しかし一定以上の流行に至ったときには、やはり自宅が最後の砦になります。自宅で急変する可能性がある人を、いかにサポートするか。議論の末、沖縄では次のような流れになりました(スライド5)。まず、県コロナ本部の入院調整班が振り分けを行い、自宅療養者のリストをつくります。高齢者は原則入院ですが、認知症の方の隔離入院はほぼ不可能です。そういった対象者のリストを看護協会にあげ、協会が地域の訪問看護ステーションを探し、訪問看護師が電話で健康確認を行っていきます。訪問看護師の強みは異変があればすぐに現場に入れることです。自宅での急変の早期発見などに大いに貢献していただいています。

### 感染症専門医と在宅医が連携

施設における感染対策を考えていく際には、感染症医と在宅医との連携が極めて重要です。それぞれの専門性を重ね合わせながら議論し、感染対策をその施設に適したかたちに落とし込んでいく必要があるからです。このことで、お互いの理解は非常に深まります。そして施設に入ってアドバイスを行う際には、全体を見ることが大切です。たとえば、洗面台の歯ブラシからのしずくが、ほかの利用者のコップに落ちていたりする。こういったことも危険性を指摘して、対策をアドバイスします。こういうやりとりを訪問看護師もそばで一緒に聞いてもらうことが重要で、その経験の繰り返しにより、訪問看護師が単独で施設に入ってもアドバイスができるようになります。実地教育は、一番有効です。

そして高齢者施設で陽性者が発生した際には、「高齢者施設迅速対応チーム」という医師のライングループを活用し、24時間以内に施設に入るようにしています。高齢者施設では、実際に行くことがとても大切で、電話だけで対応しても絶対にうまくいきません。

最後に、在宅医療に期待される役割について、5つのポイントを挙げました(スライド6)。在宅医療は救急医療のひっ迫を軽減する非常に重要なカードだと考えます。訪問時の感染対策の指導、コロナ患者への訪問診療・緊急往診にぜひ対応していただければと思います。

《 1 》

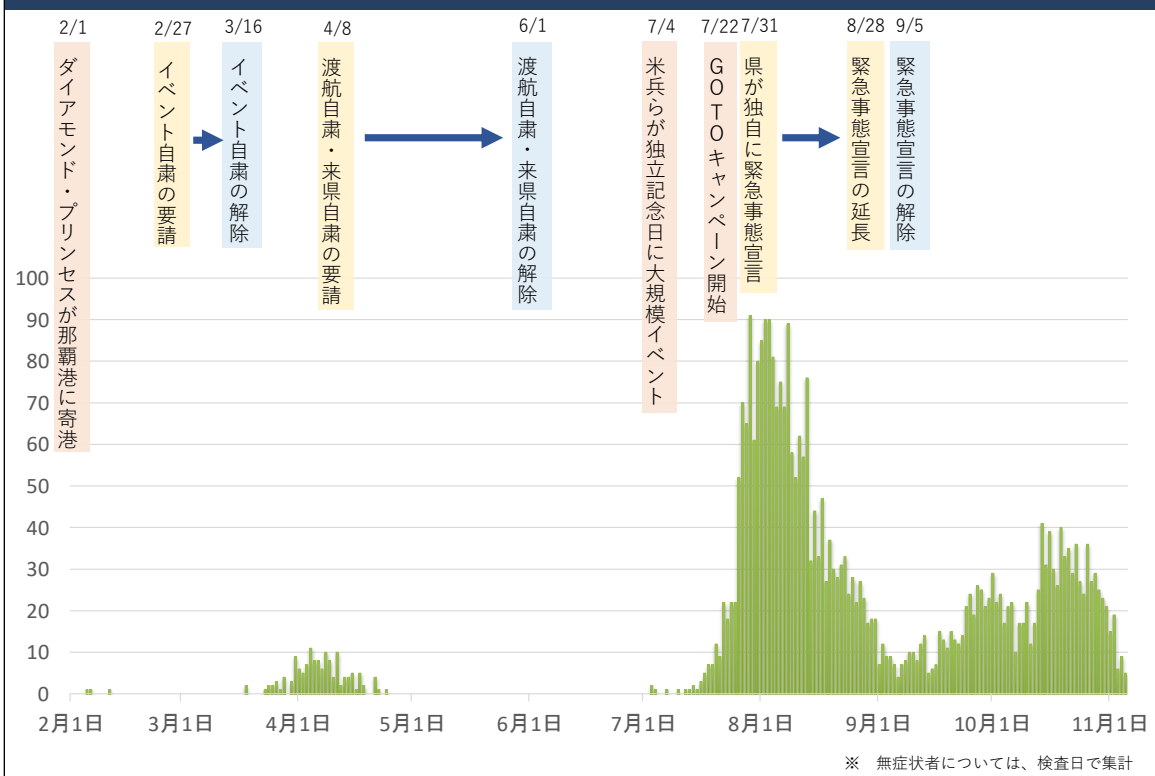
## 新型コロナウイルスの流行と在宅医療の役割

沖縄県における取り組みから

高山義浩 沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科 副部長  
 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

《 2 》

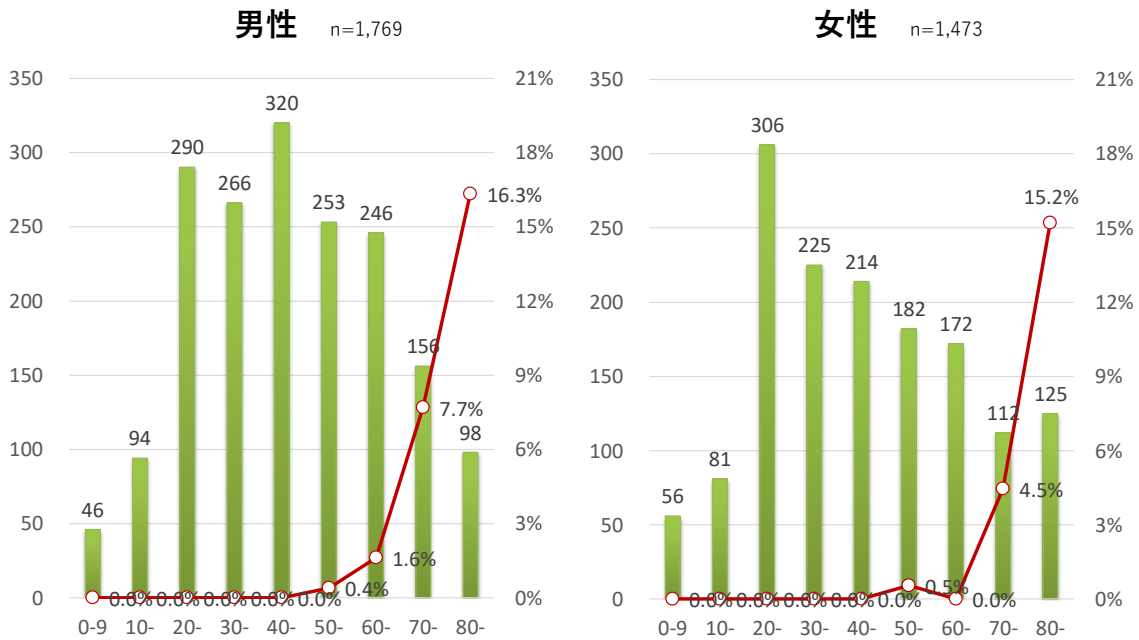
### 沖縄県における発生動向（発症日）



《 3 》

## 沖縄県における性年齢階級別症例数と致命率

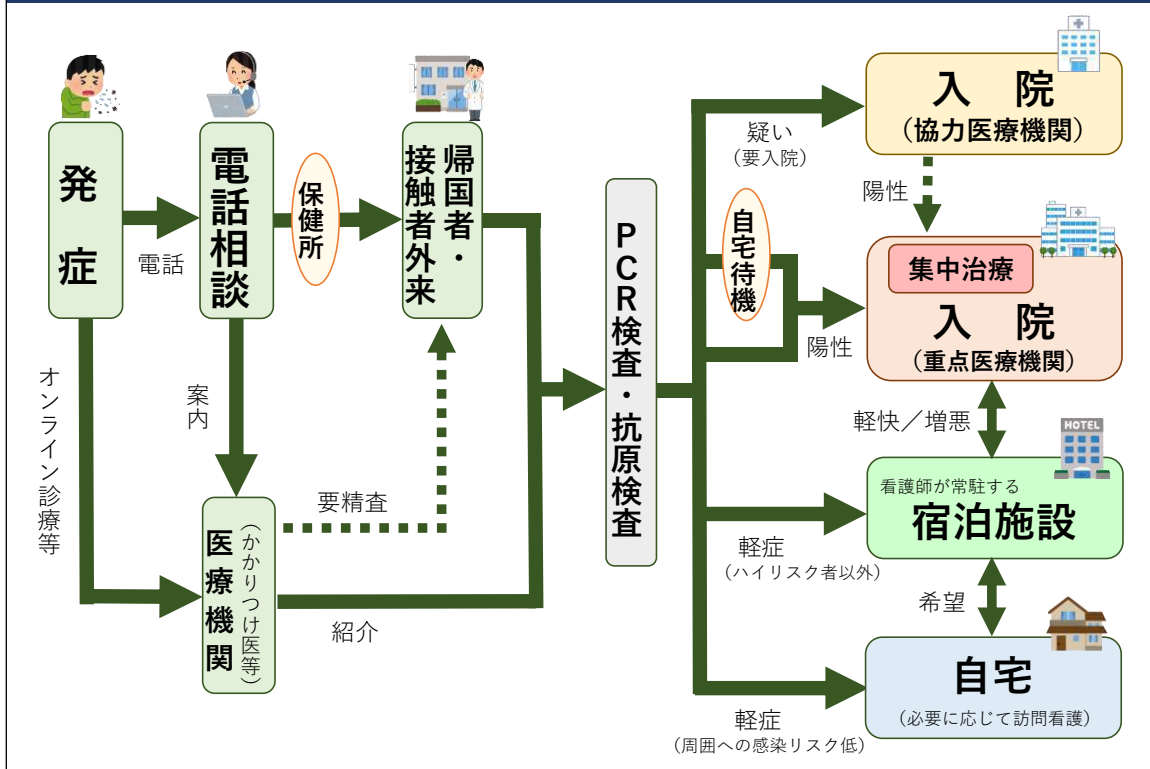
(性別不明の4例を除く)



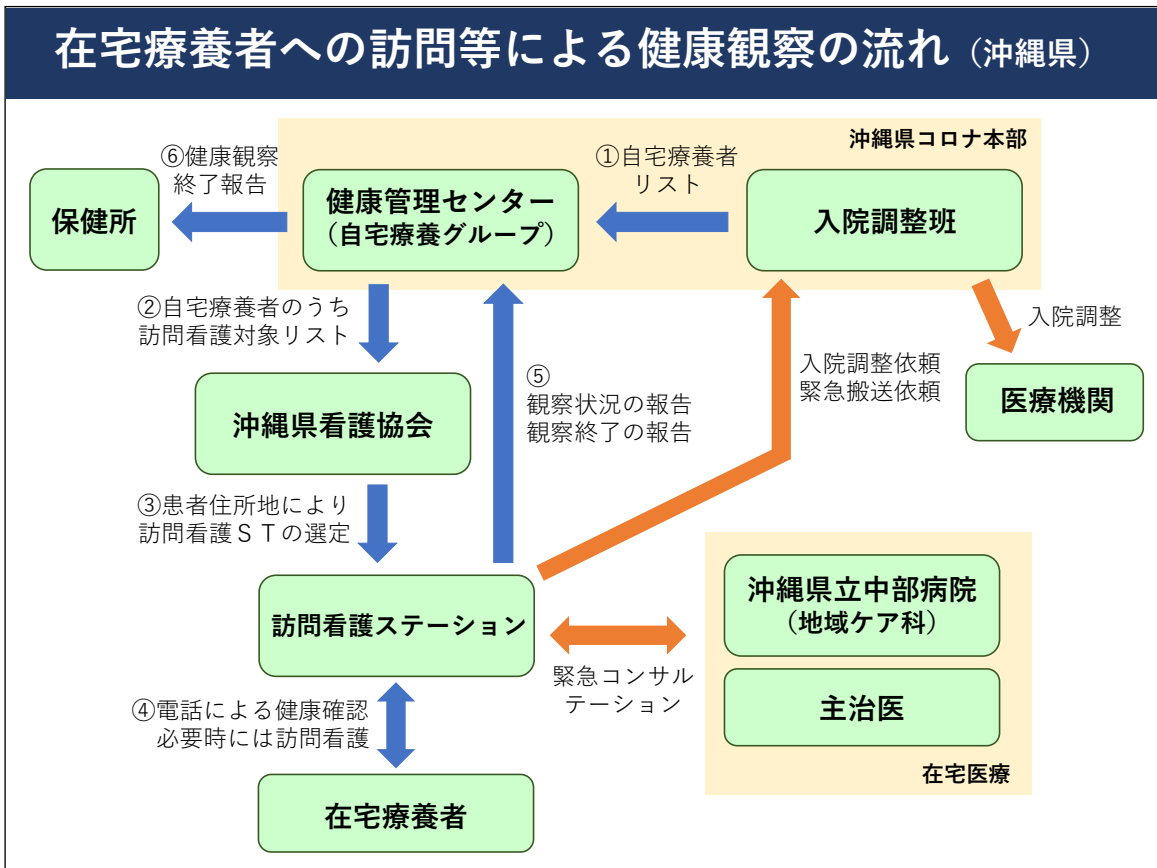
沖縄県：沖縄県における新型コロナウイルス感染症発生状況（令和2年10月29日）

《 4 》

## 患者の発症から入院までの流れ



《5》



《6》

## 在宅医療に期待される役割

### 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。

### 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。

### 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、訪問診療／緊急往診を実施する。

### 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。

### 集団感染が疑われる施設を支援

施設内のゾーニングを決定して、感染対策を指導する。



## 小児在宅医療をはじめよう ～楽しく、やりがいがあります～

ひばりクリニック 院長 高橋昭彦氏

### 小児の在宅医療・在宅ケアの特徴

私はひばりクリニックで在宅医療と外来診療、そして NPO 法人うりずんで医療的ケアが必要な子供の地域支援を行っています。今日は、小児在宅医療は楽しく、やりがいがあるということをお伝えできればと思います。

まずは小児の在宅医療を始めたきっかけです。勤務医として成人や高齢者の在宅医療に携わっていた頃から、私は小児の在宅医療に興味がありました。今から 23 年前、大学病院から人工呼吸器をつけた子供の在宅医療の依頼がありましたが、賛同が得られず、断らざるを得ませんでした。自分が責任を取れる立場にならないとやりたいことはできない、というのがこのときの教訓でした。やがて開業し、年齢と疾患を問わない外来診療と在宅医療を始めると、あのお母さんから再び依頼をいただきました。今度は断る理由はないでしょう、と。これが当院の小児在宅の始まりです。

小児の在宅医療・在宅ケアの特徴は、医療的ケア児が多く、専門医療機関の受診がほぼ継続されることです。そして頻繁に、入退院が繰り返されます。医療、福祉に加え、教育や療育など、育ちにかかわる多職種チームが支援に関わります。一方では利用できる社会支援が極めて少なく、家族の負担が大きくなります。さらに昨今は、災害時の対策が難しいことも明らかになってきました。

### チャンスがあれば、初めの一步を

では、小児の在宅医の役割は何でしょう。定期訪問と 24 時間体制の往診は、高齢者の在宅と同じです。在宅医が日常的な診療を担うことで、病院受診の頻度が減り、病院と家族の負担をとともに減らせます。また、ときには家族の診療を行うこともあります。予防接種を在宅で、兄弟や家族の分も含めて行うと喜ばれます。そして大切なことは、家族を労うことです。私は「お母さん、寝ておられますか？」と帰りがけに聞くようにしています。

やがて子どもは大人になっていきます。小児医療から成人医療への移行が困難なこともあります。在宅医がいると移行期を円滑に過ごせるのではないかと思います。移行期の課題はさまざまです。体が大きくなり、介護負担が増えます。そして親が歳を取り、介護を担えなくなります。そして最大の問題が、親亡き後の見通しが立っていないことです。

今、医療的ケア児が増えています。最初は誰も経験がありません。チャンスがあれば、初めの一步をお願いします。小児在宅には、子どもときょうだいの成長を見る喜びがあります。そして、小児医療に関わることで私たち自身も育っていきます。できることなら、通所や短期入所を併設すると、さらに喜ばれると思います。

《1》



第16回在宅医療推進フォーラム  
ブロックフォーラム  
2020.11.23.

## 小児在宅医療をはじめよう ～楽しく、やりがいがあります～

ひばりクリニック  
認定特定非営利活動法人うりずん  
高橋 昭彦（栃木県宇都宮市）



《2》

## 医療的ケア児数等の推移

a) 医療的ケア児数の推移  
(年齢階級別) (推計値)



b) 人工呼吸器管理が必要な児童数の推移  
(年齢階級別) (推計値)



平成30年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」一部改変

《3》

## 小児在宅医療を始めた理由

勤務医として

成人・高齢者の在宅医療の経験があった  
小児在宅医療への興味があった

自責感

勤務医のとき、大学病院から人工呼吸器をつけた子どもの在宅医療の依頼があったが断った

開業医として

理念→年齢を問わない「在宅医療」を行う  
できることからやる(かかりつけ医の機能)

依頼が入る！

役割分担  
(母親の希望)

診療所

- ・かかりつけ医として
- ・一次診療と入院の橋渡し

専門病院

- ・入院治療
- ・専門的な検査と治療

《4》

## 小児在宅医療・在宅ケアの特徴

- ・障がいが重度で、人工呼吸器、吸引、経管栄養などが必要な医療的ケア児が多い
- ・専門医療機関の受診が継続される
- ・頻繁に入退院を繰り返すことがある
- ・医療・福祉・教育・療育・保育など多職種チームが関わり育ちを支援する必要がある
- ・利用できる社会資源が極めて少ない
- ・家族の負担大(きょうだいへの影響大)
- ・成長とライフステージに寄り添う支援必要
- ・災害対策が難しい(避難場所、電源)

《5》

## 小児の在宅医療 在宅医の役割とは？

- 定期的な訪問診療と24時間体制の往診
- 専門病院との役割分担（入院必要→病院）
- 在宅医が日常的な診療を行うと病院受診の頻度が減る  
取り置き薬、不足薬を出す、暮らしの中での判断
- 予防接種を在宅で！（きょうだい・家族も含む）
- 書類作成（身障・小児慢性・難病などの書類）
- 家族の診療（薬局が入っていれば一緒に調剤！）
- 家族を労う（お母さん寝ておられますか？）や相談相手
- 多職種との連携（訪問看護、リハビリ、薬剤師、障害者相談支援専門員など）
- 看取り

《6》

## 子どもの移行期の課題

- 移行期 transition  
小児期から成人期に移り変わりゆく時期
- 地域に在宅医がいると、移行期を円滑に過ごせる
  1. 体が大きくなり、介護負担が増える
  2. 親が年を取り、介護を担えなくなる
  3. 成人医療への移行が困難なことがある
  4. 日中活動の場（生活介護など）が少ない
  5. 親亡き後の見通しが立たない  
（住む所・収入・意思決定支援・看取りなど）

《7》

## まとめ

- 医療的ケア児は増えている
- 最初はだれも経験がない→はじめの一步！
- 日常的な診療を行うと病院受診の頻度が減る
- 家族を労う（お母さん寝ておられますか？）
- 子どもと家族から学ぶ
- 将来を見据えて、今に関わる
- 子どもときょうだいの成長をみる喜び
- 家族には家族の人生がある
- 本人なりの自立はどこになるのか
- 関わることで、私たちも育っていく
- 通所や短期入所等を併設するともっと喜ばれる！



## 地域の多職種連携を土台としたコロナ対策の試み

はちのへファミリークリニック 理事長 小倉和也氏

### **ICT を活用した多職種連携、オンライン診療を実施**

八戸市では以前から、ICT ツールを活用した多職種連携を進めてきました。connect8 という任意団体からスタートし(現在は NPO 法人 Reconnect が八戸市より在宅医療介護連携推進事業の一部として受託運営)、事例検討会を毎月のように行いながら、現在は延べ 2200 人の患者さんを、離れた場所にいる多職種、多事業所のスタッフが連携して支えています。一方では、施設や地域での看取りを多職種連携で行うための研究にも取り組み、バーチャルリアリズムを用いた研修会の手法なども開発しています。これを県や市の医師会と協力しながら継続的に実施しているところです。

さらに在宅の現場でも、こうした連携基盤を土台に、訪問看護師がスマートフォンを用いて患者さんの自宅と診療所をつなぐなど、オンライン診療にも取り組んできました。今回のコロナの流行、地震などの災害時にもこの仕組みを生かすべく、宿泊施設や指定医療機関も含めた連携体制を構築し、地域連携をさらに深める取り組みを進めています。

たとえば当院でも、発熱などコロナの疑いのある患者さんは、通常と経路を分けて診察するか、院内でタブレットを用いてオンライン診療を行っています。市の保健センター内にある休日夜間診療所でも同様に、オンライン診療、そして専用のデバイスを用いたオンライン聴診なども活用し、感染リスクを下げたかたちでの発熱者の診療、その後の連携に取り組んでいます。

### **平時の連携が、非常時の連携の土台に**

一方、八戸地域では、医師会が市からの委託で新型コロナの検査センターを運営しており、これに伴って軽症者宿泊施設の運用も準備が進められています。宿泊施設にいる看護師と、オンライン診療ができる医療機関が連携して宿泊者をフォローし、必要に応じて救急隊や指定医療機関につなぐというものです。一方、自宅療養の場合には看護師がいませんので、ICT ツールと連動した患者家族用のアプリをインストールしていただき、普段の健康観察を行っていきます。こういった宿泊施設での療養、あるいは自宅療養の場合も、普段から在宅で用いている SNS 形式の連携ツールを、そのまま活用することができます。

このように、平時の多職種連携は、非常時の連携の土台となるものです。新型コロナ対策では、ICT、オンライン診療の活用など、最小のリスクで最大の効果が得られる体制の構築を目指していくべきだと考えます。コロナ禍は確かに大きな試練ではありますが、同時に地域包括ケアや地域共生社会の取り組みを、大きく進める機会でもあります。そのためにも、これまでの連携をいっそう深化させ、結束を深めていきたいと考えています。

《1》



# 地域の多職種連携を土台とした コロナ対策の試み

第16回在宅医療推進フォーラム  
ブロックフォーラム

医療法人はちのへファミリークリニック 理事長 小倉和也

《2》



## 小倉和也 おぐらかずなり

国際基督教大学教養学部卒業  
琉球大学医学部医学科卒業  
医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院初期研修修了  
医療法人北海道家庭医療学センター家庭医療学シニアレジデント修了  
医療法人社団弓削メディカルクリニック常勤医を経て現職

- 医療法人 はちのへファミリークリニック 理事長
- NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 会長
- NPO法人Reconnect 理事長
- 日本在宅ケアアライアンス 理事
- 全国在宅療養支援医協会 代議員
- 日本在宅医療連合学会 評議員
- 八戸地区介護保険事業者協会 会長
- 八戸市医師会 理事
- 日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医
- 認知症サポート医

- 著書:
- ・スーパー総合医  
「コモンディジーズ診療指針」  
中山書店 2016(共同執筆)
  - ・総合診療専門医シリーズ  
「総合診療専門医のためのワークブック」  
中山書店 2017(共同執筆)
  - ・「在宅医療マネジメントQ&A【電子版付き】疾患  
管理・運営・法的問題まですべてわかる」  
日本医事新報社 2018 (共同執筆)
- 訳書:
- ・国際治療ハンドブック  
エルゼビア・ジャパン 2006 (共訳)
  - ・テイラー家庭医療実践マニュアル  
医歯薬出版 2006 (共訳)



《3》


 Hachinohe City 八戸市



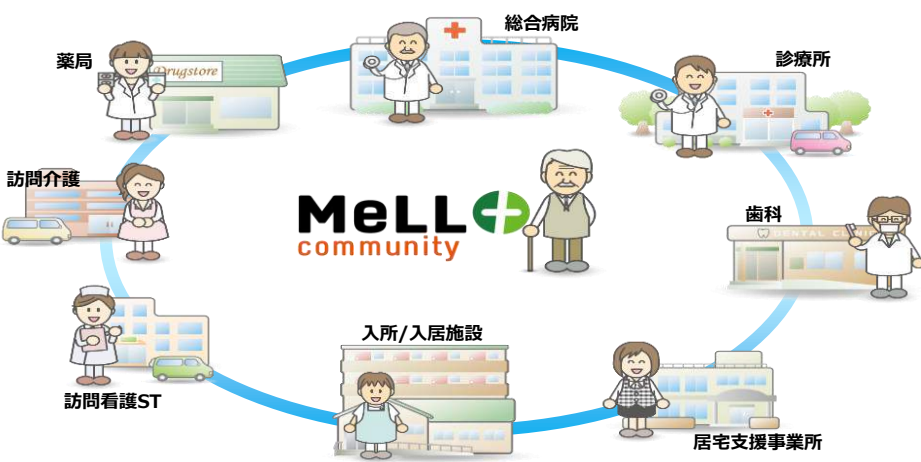
人口約23万人、医療圏人口約35万人の中核市 三つの拠点病院などが指定医療機関

《4》

## 「connect8（コネクトエイト）」



八戸地域にお住まいの方が安心して医療や介護を受けられる環境を目指し、病院や薬局、介護施設などが連携して作るコミュニティチームです。  
\*コミュニティチーム内の情報連携で「MeLL+community」を使用しています。



薬局 総合病院 診療所 歯科 居宅支援事業所 入所/入居施設 訪問看護ST

《5》

### ログイン画面

① 施設ID  
② スタッフID  
③ パスワードを入力し、ログイン

《6》

### 患者情報共有画面（患者別）

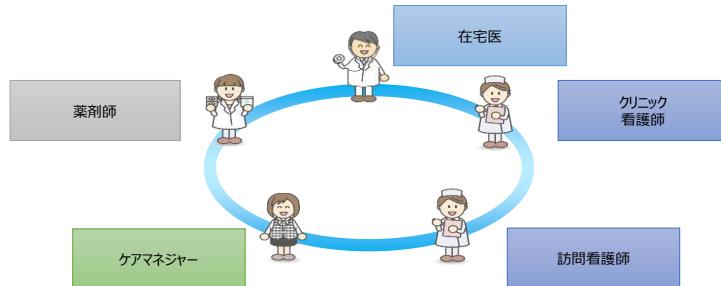
患者氏名／生年月日  
特記事項  
申し送り内容

《7》

## 実際の活用事例（医療介護SNS）



薬局・ケアマネジャーとの連携 79歳 女性



・小児麻痺・高血圧・喘息・認知症で独居の方。ご家族が遠方で通院も困難なため訪問診療となったが、薬の管理も困難。訪問薬剤管理指導として丁寧な指導をいただき状態が落ち着いたケース。  
 ・その後せん妄を起こした際も訪問看護・ケアマネと連携し迅速な対応で無事落ち着いて施設入所。



《8》

## 「connect8」の参加事業所数



2015年  
登録事業所数… 2

- ・訪問看護ステーション… 1
- ・診療所… 1

2020/10現在  
登録事業所数… 256

スタッフ… 1183

- ・病院/診療所/歯科
- ・訪問看護ステーション
- ・薬局
- ・居宅介護支援事業所/在宅介護支援センター
- ・ホームホスピス
- ・介護施設
- ・訪問・通所リハビリ
- ・訪問介護
- ・訪問入浴
- ・通所介護
- ・その他



平成30年度から在宅医療・介護連携推進事業としてNPO法人Reconnectが受託

《 9 》

BMJ Journals Original research

Family Medicine and Community Health

Haruta J, Anshu, Yokawa B, Imai S

## Exploring the structure of social media application-based information-sharing clinical networks in a community in Japan using a social network analysis approach

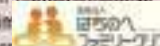
Junji Haruta <sup>1,2</sup>, Sho Tsugawa,<sup>3</sup> Kazunari Ogura<sup>4</sup>

**To cite:** Haruta J, Tsugawa S, Ogura K. Exploring the structure of social media application-based information-sharing clinical networks in a community in Japan using a social network analysis


**ABSTRACT**  
**Objective** Currently, use of social networking services (SNSs) for interprofessional collaboration is increasing. However, few studies have reported on virtual interprofessional interactions in community healthcare services. Revealing such structural characteristics of the

**Key points**

► Question: To pave the way for smoother collaboration in a community based on multiprofessional network structures, this study aims to reveal the structure of social networking services



《 10 》



平成 28 年 2 月 25 日

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
理事長 住野 勇 殿

2014(平成 26)年度(後期)一般公募在宅医療研究への助成  
完了報告書

研究テーマ：  
施設での看取りに関する手引き及び研修が  
介護職員の心理に与える影響についての研究

《11》


地域でできる在宅医療と看取り研修  
 (青森県の委託で八戸市医師会主催 講師:NPO法人Reoconnect)






《12》

協働的能力としての多職種連携コンピテンシーモデル




**Figure4 : 多職種連携コンピテンシーの対象者 : 医療保健福祉に携わる職種**



《13》



平時から訪問看護がスマートフォンでアクセスし  
患者・家族・看護師・介護職員とテレビ通話  
Doctor to Patient with Nurseのオンライン診療

普段からの多職種連携・ICT情報共有が基盤  
急変時やコロナ流行・災害時に活用

**ICT/オンライン診療を活用し  
軽症者宿泊施設・指定医療機関と連携**



《14》



ShareMedical  
株式会社シェアメディカル

MESSAGE PRODUCT INFORMATION CORPORATE CONTACT

聴診器に200年ぶりのイノベーションを！  
デジタル聴診デバイス

Nexstetho

ネクスタートオンラインショップ

ブロックフォーラム④——東北

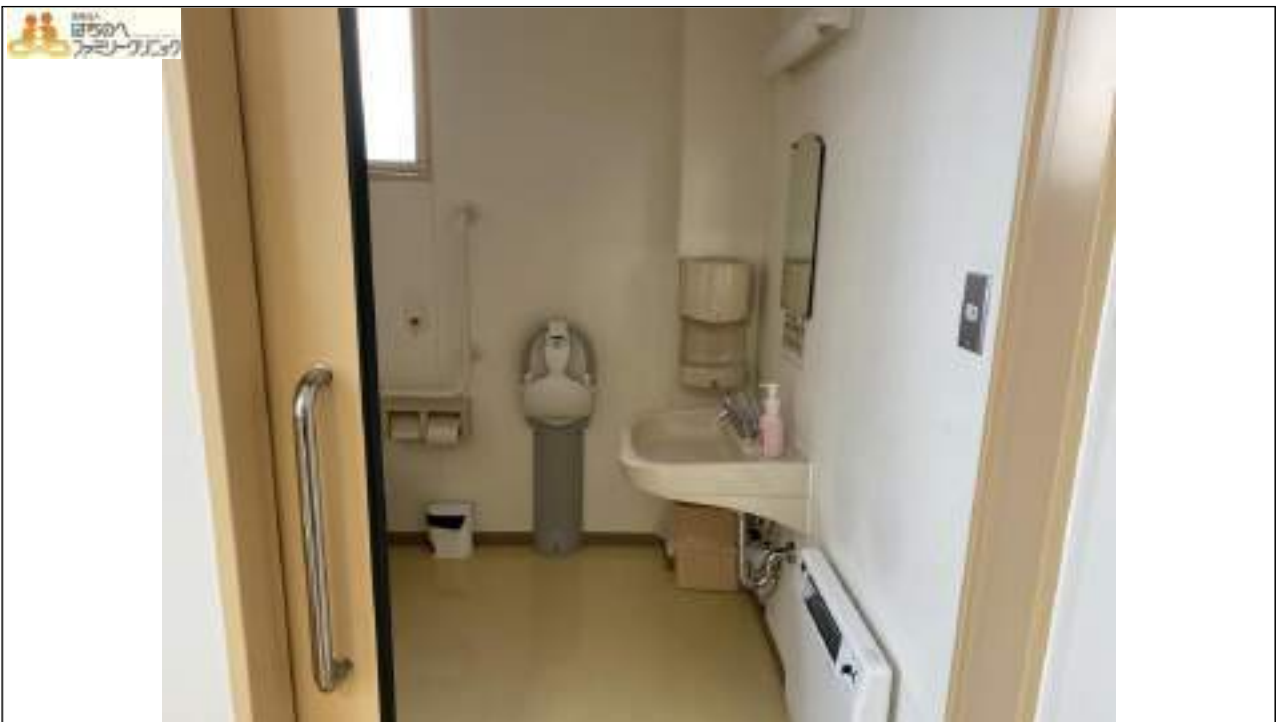
《15》



《16》



《17》



《18》





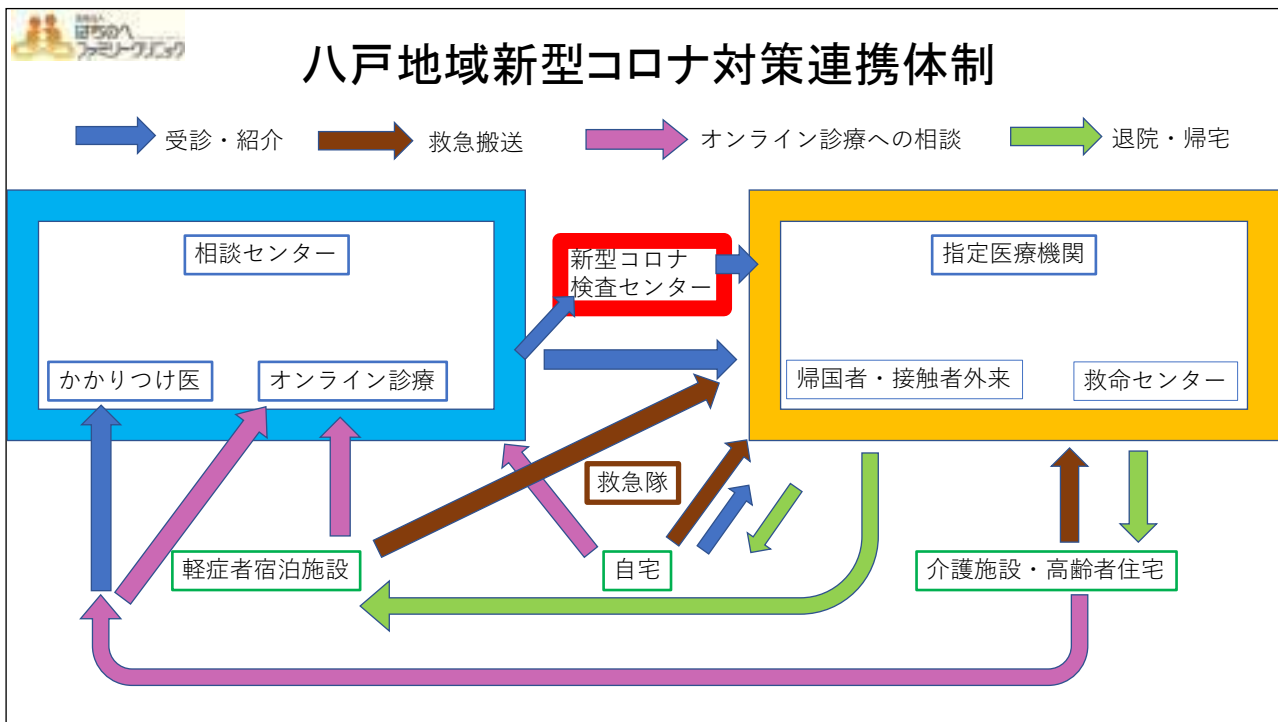
《19》



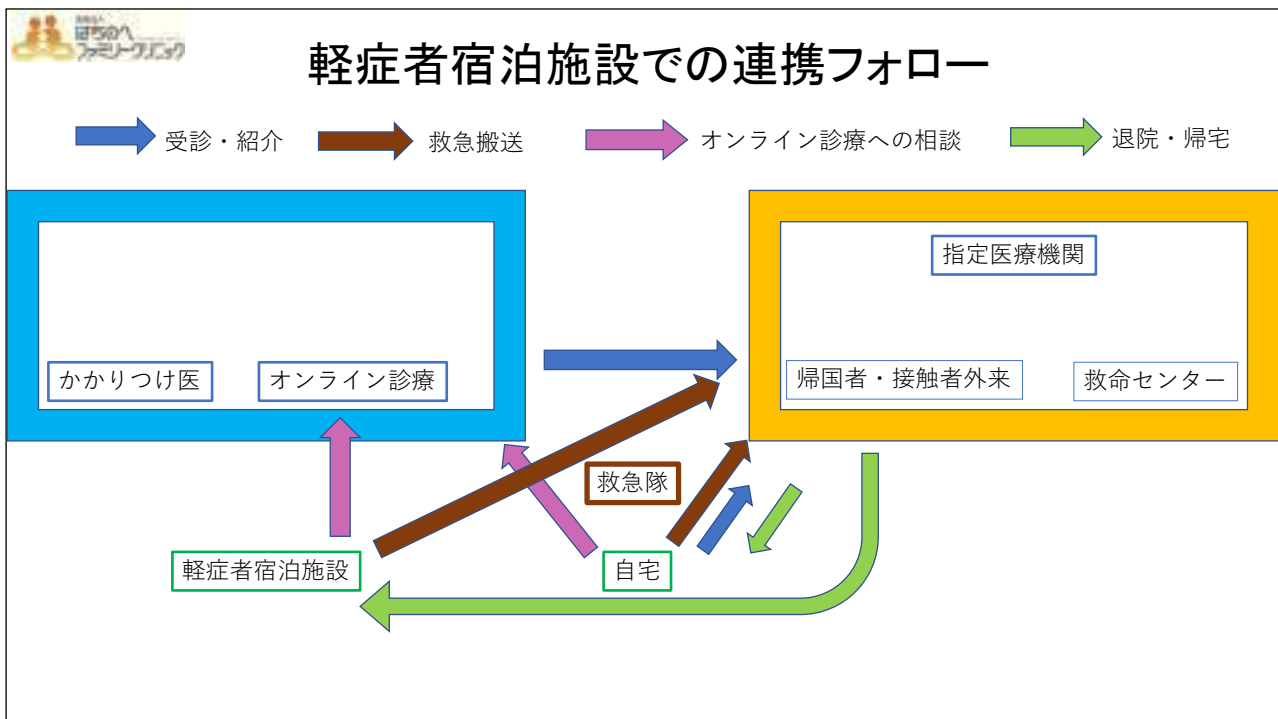
《20》



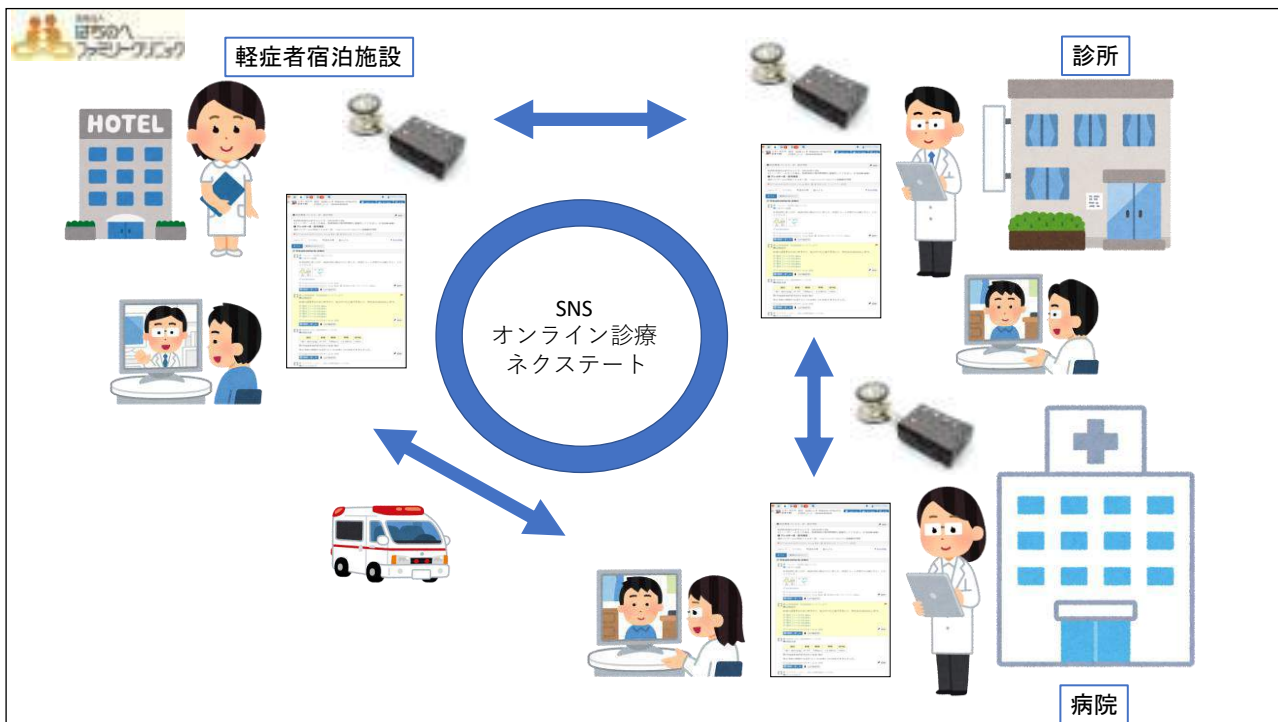
《21》



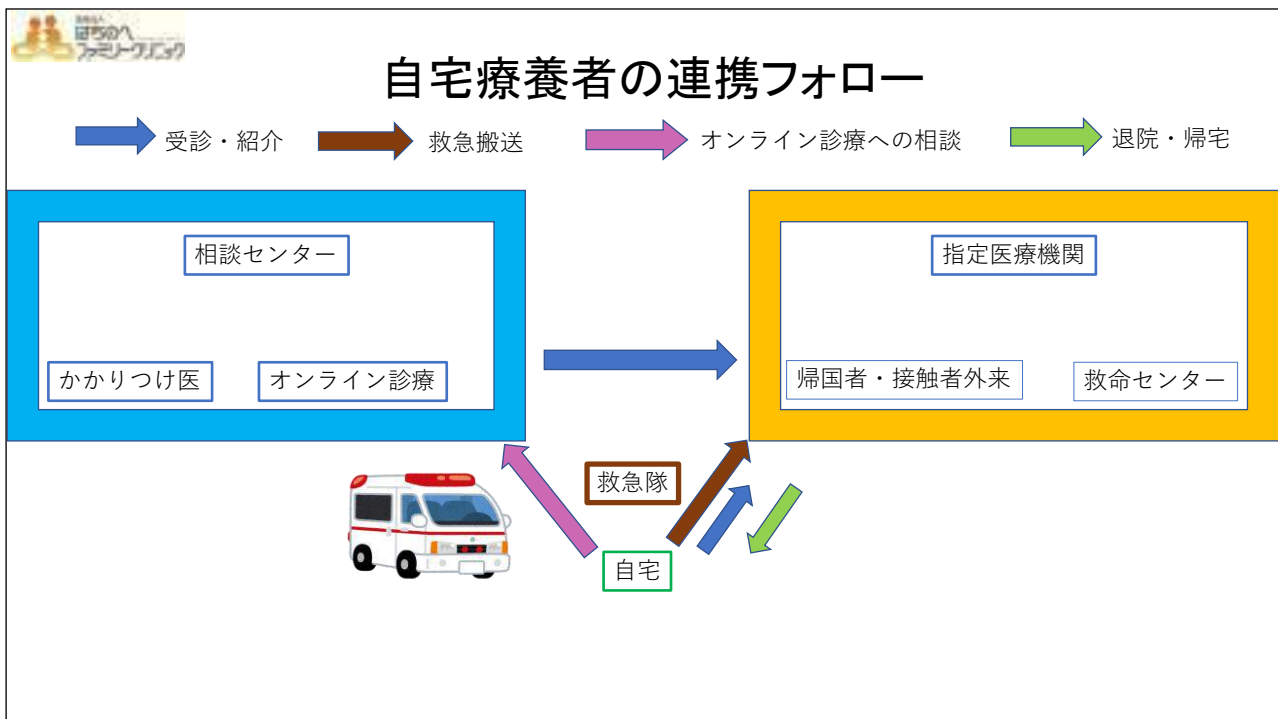
《22》



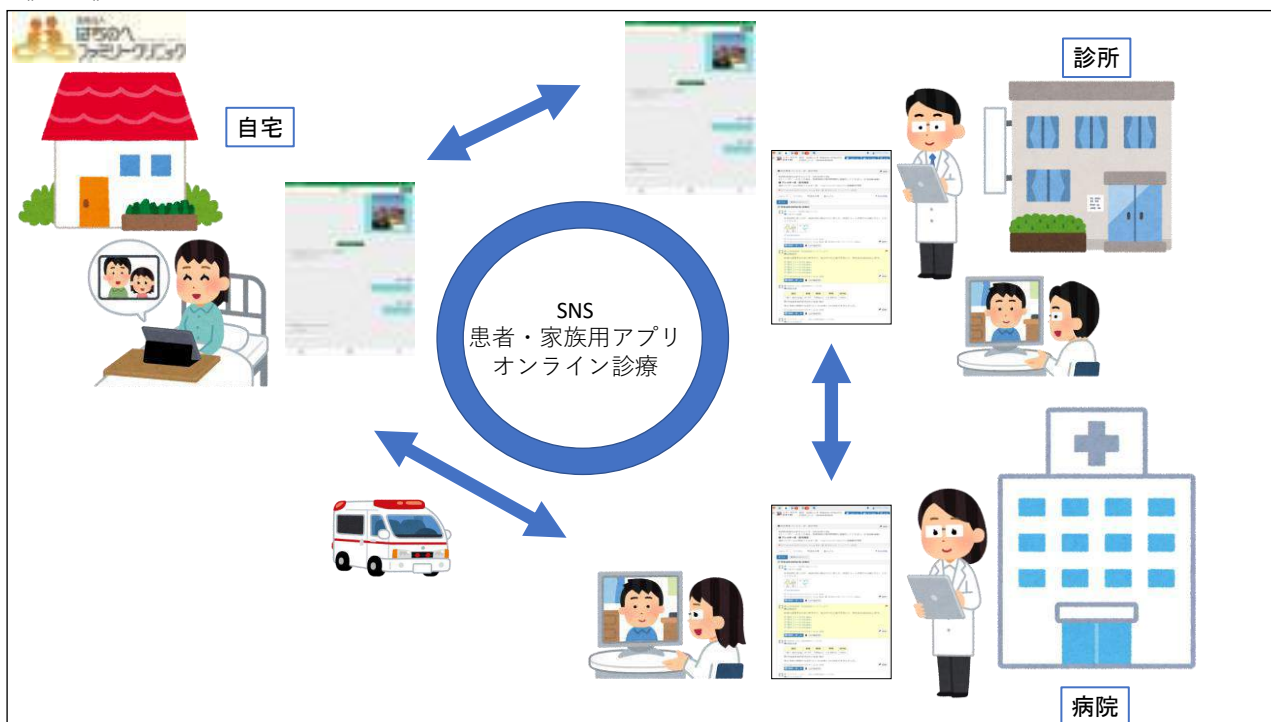
《23》



《24》



《25》



《26》

**\*新型コロナウイルス対策\***  
**訪問看護ステーション連携協力システムについて**

●訪問看護連携協力システムとは●

新型コロナウイルスの影響等で、訪問看護の現場で看護師が感染するなどして休業せざるを得ない事業所が発生した場合、訪問看護ステーションが連携し、別の事業所が代わりに看護師を派遣しサービス提供を維持するシステムです。

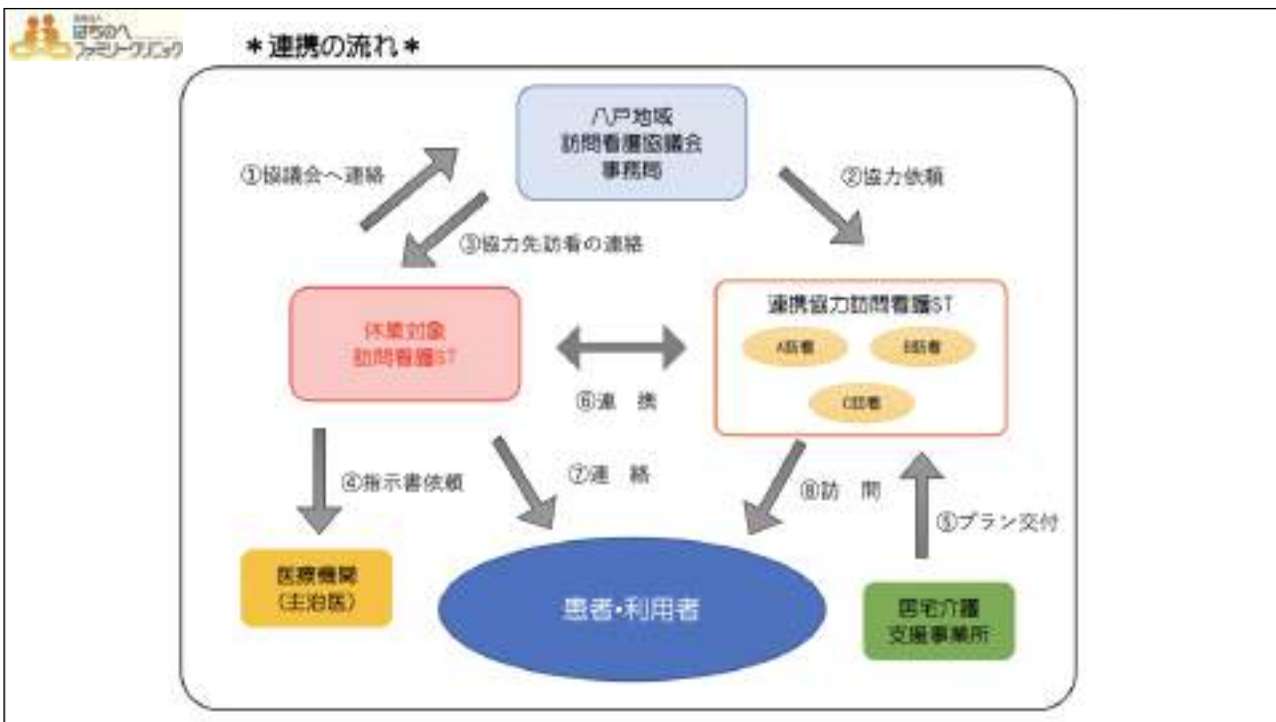
●訪問看護連携協力システム対象地域●

八戸地域の訪問看護ステーション

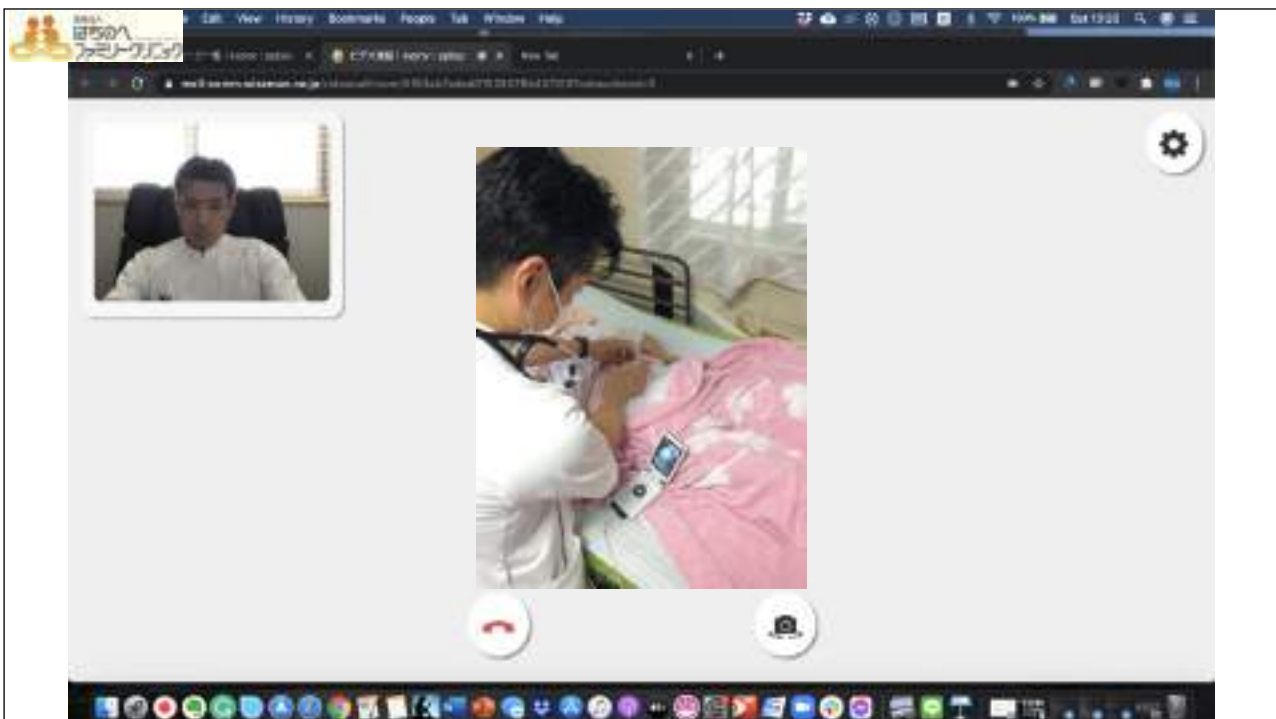
●訪問看護連携協力システムを利用するには●

- 訪問看護連携協力ステーションの登録を行います。(別紙申込書にてお申し込み下さい)
- 休業対象となった訪問看護ステーションは、八戸地域訪問看護協議会事務局へ連絡をし、看護師派遣依頼をします。

《27》



《28》



《29》

八戸地域訪問看護協議会研修会

訪問看護ステーションにおける新型コロナウイルス対策  
訪問看護ステーション連携協力システムについて

2020.10.24  
医療法人はちのへファミリークリニック  
NPO法人Reconnect  
小倉和也

はちのへファミリークリニック

《30》

はちのへファミリークリニック  
八戸地域入居時統一診断書・情報提供書 Ver.2.0

住所：〒030-0112 青森県八戸市南八戸一丁目1番1号

電話：017-832-1111

診療科目：内科、小児科、外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、歯科、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護福祉士

診療時間：月～金 9:00～18:00、土 9:00～12:00、日 9:00～12:00

緊急時対応：24時間受付

診療内容：内科、小児科、外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、歯科、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護福祉士

お問い合わせ：017-832-1111

ホームページ：http://www.hachinohe-clinic.jp/

プライバシーポリシー：http://www.hachinohe-clinic.jp/privacy/

お問い合わせ先：〒030-0112 青森県八戸市南八戸一丁目1番1号

お問い合わせ先：017-832-1111

お問い合わせ先：http://www.hachinohe-clinic.jp/

《31》

「人生の木 (ツリーオブライフ)」というワーク (6月10日更新版)



人生の木をつくろう

人生の木は木の葉のようではありません。  
木は幹が根を張り、土から栄養をもらって  
育ちます。  
幹からは枝が伸び、葉が茂り、実を結ぶことができます。  
そして種の子をまき新しい命が生まれます。  
このように木の樹木が命の連鎖を  
人生へと繋がるものではないでしょうか。

人生を振り返る

木の葉は日々枯れ落ちていきます。  
新しい葉が芽吹き、成長するのと同じように  
あなたも人生の木に日々新しい葉を添えて  
成長の物語を書き込んでください。  
あなた自身の人生に合った葉を、人生の樹木を  
守り育て、新しい命を育ててください。  
途中で枯れ落ちた葉はまた新しい葉に生まれ変わります。  
また、新しい命が芽吹き成長の物語を  
書いてください。  
さつと、より豊かな人生を築いてください。



# 基調講演Ⅲ

---

暮らしと生きがいを支える在宅医療

国立長寿医療研究センター 理事長 荒井 秀典氏



## 暮らしと生きがいを支える在宅医療

国立長寿医療研究センター 理事長 荒井秀典氏

### これからの在宅医療の姿

国立長寿医療研究センターは、国内 6 つのナショナルセンターの中でも、在宅医療の推進に最も深く関わってきた医療機関です。まずは当センターが、これからの在宅医療の姿をどのように考えているか、お話をさせていただきます。

まず一つ目は、「療養者が安心できる暮らしが持続できる地域づくり」です。我々は普段、高齢者を対象とした医療に取り組んでいますが、在宅医療の対象は高齢者だけではなく、小児医療や感染予防、難病医療まで多岐に渡ります。このため福祉や介護などさまざまなサービスが関わっていく必要があり、縦割り体制を横断する在宅医療のあり方が求められていると考えています。

二つ目は、「病院医療と協働する在宅医療」です。当センターでは、病院医療と同時に在宅医療も提供しています。これからは医療の不確実性が高まる未来を見据え、多様な患者さんの療養を支えるために、病院の機能（検査、ケア、治療）と在宅医療の機能（暮らしを支える）を患者さんが併用できる体制をつくっていくことが重要です。

三つ目は、「療養者中心の視点」です。縦割りの視点で連携を進めるのではなく、療養者（利用者）中心で、本人固有の療養生活を支えるための連携、協働を導く力が、我々には求められていると考えています。

### 在宅医療を推進するさまざまな取り組み

次に、当センターにおける在宅医療推進の取り組みをご紹介します。

まず認知症について、当センターではかかりつけ医を対象とした認知症サポート医研修を実施しています。新オレンジプランで掲げられた 1 万人の目標はすでに達成しており、引き続きこれからも育成していく計画ですが、コロナ禍で対面式の研修が難しいことから、今後はオンライン研修を取り入れていく予定です。また、認知症初期集中支援チーム員研修についても、一度はコロナの影響でストップしましたが、感染対策を十分に行なった上で対面式の研修を再開しています。

そして研修医を対象とした在宅医療研修も行っています。これは、実際に在宅医療に関わっている若手医師との対話型の研修で、在宅医療に関心を持つ研修医が主体的に参加できるのが特徴です。単に知識や技術の獲得だけを目指すのではなく、在宅医との対話を通し、自分なりに描いた在宅医のキャリアモデルを支援していくことを目標としています。こちらにも、ウェブでの開催を模索しています。

また、アドバンス・ケア・プランニング研修では、患者さんの暮らしと価値観についてどのように考えているか、病院、在宅医療、介護サービス、福祉といった異なる立場から意見を出し合い、専門性に偏った視点を統合していく、という研修を行っています。

このほか、病院から在宅への移行期に一定期間の支援を行う移行期ケアや、質評価指標の開発などにも取り組んでいます。

### **感染対策を維持しながら、身体活動を増やす**

今回の新型コロナウイルス感染症に対して、当センターは高齢者医療の専門センターとして、いち早く高齢者の問題に注目し、啓発に取り組んできました。「高齢者のための新型コロナウイルス感染症ハンドブック」を作成し、YouTube でも、高齢者を対象とした感染予防対策を公開するなど、さまざまな情報を発信しています。

しかしながら、予防のために外出自粛をすることで、今度は身体活動性が低下してしまう恐れがあります。実際にウェブ上での調査では、感染拡大前の2020年1月に比べ、感染が拡大した4月には、一週間あたりの身体活動量が約3割、減少していることがわかりました。さらに6月にも同様の調査を行ったところ、全体としては身体活動量はもと通りになっているのですが、独居で社会参加がない高齢者に関しては、落ちた活動量がそのまま増えてきませんでした。このままの状態が続いてしまうことのないよう、さまざまな手段を用いて啓発していかねばならないと考えています。

感染拡大のニュースが毎日のように報道され、高齢者の方々はなかなか外に出られないとおっしゃいます。社会活動を行う場が閉鎖され、高齢者の活動の場が非常に少なくなっていることは、極めて大きな問題であると考えています。こういった新型コロナウイルス感染症による問題は、ワクチンだけでは解決しません。ワクチンが出た後も、感染対策をしっかりと継続しながら、高齢者の身体活動が維持されるよう啓発を行い、フレイルや認知症の発症を予防していく必要があると考えています。

### **希望に応じて病院と在宅を選択できる**

当センターでは、「暮らしと生きがいを支える在宅医療」の構築を目指してさまざまな活動に取り組んできましたが、今後はWith コロナを踏まえ、新たな在宅医療のかたちも考えていく必要があります。オンラインでの診療、看護、リハビリテーションなどの研究開発も視野に入れながら、今後も在宅医療の普及にコミットしていきたいと考えています。

大島伸一名誉総長は、「治す医療」から「治し支える医療」への転換が必要だとおっしゃいました。これからは病院医療と在宅医療の連携というものを、ますます評価していく必要があります。大切なことは、本人や家族の希望に応じて、病院医療と在宅医療、そのどちらも選択できることです。諸外国と比べても日本の入院期間は長く、今後も急性期医療における在院日数は短くなっていきます。そのための在宅医療の受け皿をしっかりと整えていくことが、日本の医療をさらに良いものにしていくために重要だと考えています。

《1》

2020年11月23日(月・祝)  
第16回在宅医療推進フォーラム

基調講演③

## 「暮らしと生きがいを支える在宅医療」

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター  
理事長 荒井秀典



《2》

国立長寿医療研究センターが考える  
これからの在宅医療の姿

- ✓療養者が安心できる暮らしが  
持続できる地域づくり
- ✓病院医療と協働する在宅医療
- ✓療養者中心の視点



《3》

## 国立長寿医療研究センターが考える これからの在宅医療の姿

✓療養者が安心できる暮らしが  
持続できる地域づくり



**地域共生社会の中に位置づく在宅医療**

小児医療、感染予防、難病医療、  
福祉サービス、地域サービス、介護サービス等  
縦割り体制を横断する在宅医療の在り方が  
求められている



《4》

## 国立長寿医療研究センターが考える これからの在宅医療の姿

✓病院医療と協働する在宅医療



病院が地域の療養生活を支援する

さらに**医療の不確実性が高まる未来**を見据え、

**多様な患者の療養を支える**ために、

病院がもつ機能(ロボットやAIなど最新機器など)を  
による検査やケア、治療と

暮らしを支える在宅医療(プライマリ・ケア)

機能が患者に併用される体制が重要



《5》

## 国立長寿医療研究センターが考える 在宅医療の姿

### ✓療養者中心の視点

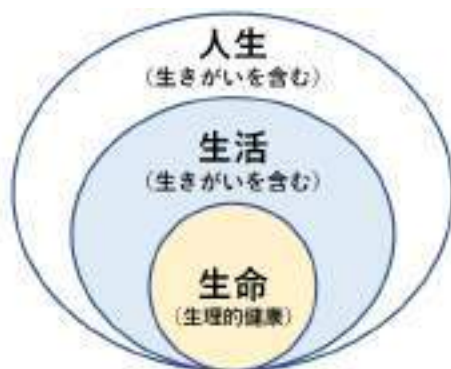
医療の機能や管轄団体、該当保険など  
縦割り視点で連携を進めるのではなく、  
**療養者(利用者)の中心**で本人固有の療養生活  
を支えるための連携、協働を導く力が  
強く求められる



《6》

## 在宅医療における生きがいの意義について

### 人間存在のモデル



○日本の在宅医療においては「人生最終段階におけるつらさの解放」に止まらない積極的な側面を持った「生活の充実や人生の満足」を重要視。

すなわち、「生きがい」という積極的な心のありようを尊重するという考え方をとる。

○「生きがい」は、各人各様であるので、言葉を換えれば、在宅医療は、「最期までその人らしく生き切ることを支援する」ものといえる。

日本在宅ケアアライアンス基本文書2から引用

《7》

## 国立長寿医療研究センターの 在宅医療推進の取り組み

- かかりつけ医対象の認知症サポート医研修
- 研修医対象の在宅医療研修
- 地域包括ケアの中で進める  
アドバンス・ケア・プランニング研修
- 移行期ケア
- 質評価指標の開発



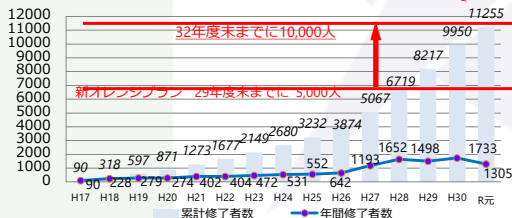
《8》

## かかりつけ医対象の認知症サポート医研修・ 認知症初期集中支援チーム員研修

### 認知症サポート医研修

- R元年度は1,305名修了し、**累計修了者数1万を超えた**
- **研修教材の改訂**を行い、ガイドライン等の新たな知見や活用、認知症の本人の思い等を理解することを助ける資料等を加えた。

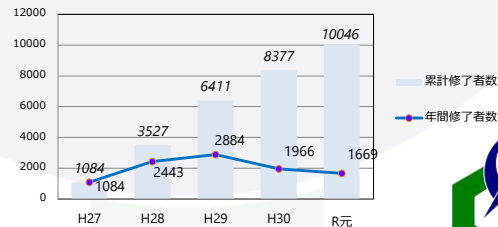
●年度別累計修了者数 **新オレンジプランのH32年度までに1万人を1年前倒しで達成**



### 認知症初期集中支援チーム員研修

- R元年度は1,669名修了し、**年度計画の166.9%達成**  
(数値目標)平成31年度計画 1,000名/年
- 全市町村に設置された認知症初期集中支援チームの**活動の支援及び評価に重点**

●年度別累計修了者数



《9》

## 研修医対象の在宅医療研修

毎年、在宅医療で活躍する  
若手医師による  
対話型研修会を開催

- ✓自分で在宅医療について知りたい  
と思った研修医が主体的に参加
- ✓リアルな在宅医を対話することで  
自分たりの在宅医のキャリアモデルを支援する

※知識や技能獲得だけが目的ではない



《10》

## 地域包括ケアの中で進める アドバンス・ケア・プランニング研修

患者の暮らしと価値観(生きがいなど)について、  
病院・在宅医療・介護サービス・福祉の立場から自分の  
偏った意見を出し合って統合する研修

※意思決定支援スキルの修得を中心とした人材育成



《11》

## 移行期ケア

病院看護機能をトランスフォーメーション  
避けられる再入院(再発や重症化)を予防で  
きる看護機能を強化した看護師を配置  
臨床工学士など他職種と協働で退院直後の  
療養を支援

※退院を目的とした看護をしない



《12》

## 質評価指標の開発

医療やケア分野へのAIやデジタルデバイス導入が  
進む未来にむけて、人間に求められる個々の患者  
に対応した対話技能(共有意思決定支援や  
コミュニケーション、中間ケア)評価指標を開発中

※職種、領域など縦割りに影響を受けない普遍的な医療課題を可視化





《13》

## COVID-19への取り組み

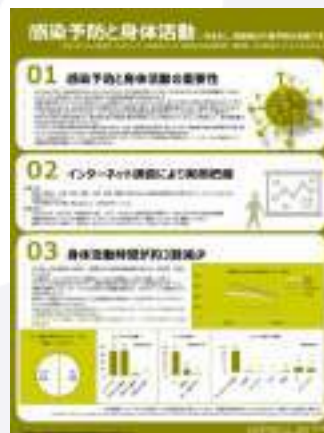
高齢者医療の専門センターとして  
様々な情報を公開中



### 高齢者のための 新型コロナウイルス感染症 ハンドブック



国立研究開発法人  
国立長寿医療研究センター  
医療安全推進部  
感染管理室



《14》

## 高齢者在宅医療・介護サービス ガイドライン2019

編集・発行  
日本老年医学会  
日本在宅医学会  
国立長寿医療研究センター

GUIDELINES



《15》

## まとめ

国立長寿医療研究センターは

✓ 高齢者が安心できる暮らしが

持続できる地域づくり

✓ 病院医療と協働する在宅医療

✓ 人中心の視点

を中心に「暮らしと生きがいを支える在宅医療」の構築を目指し活動してきました。

今後はwith コロナを踏まえ、新たな在宅医療の形も考えていく必要



《16》

ご清聴頂き  
誠にありがとうございました





# 基調講演Ⅳ

---

コロナ禍での看取りのあり方

ホームホスピス宮崎 理事長 市原 美穂氏

## コロナ禍での看取りのあり方

ホームホスピス宮崎 理事長 市原美穂氏

### 空き家になった民家を、終の棲家に

「死を単に一個の生命の終わりと受け止めずに、今を生きる人につなぎ、そこに至るまでの過程をともに歩む、新たな“看取りの文化”を地域に広げます。」——これは、私たちが掲げるホームホスピスの基本理念です。この理念を実現するために、私たちは日々、ケアを行っています。

病気や障害を持ったり、老いたりすると、人はどうしても誰かのお世話にならなければ生活できなくなります。そんなとき、人はさまざまな苦悩を抱えます。その苦しみを和らげる場所、「あなたはここにいていいですよ」と受け入れるのが、ホームホスピスです。自分は大切にされている、そう思えることは、すなわち、そこに居場所ができるということだと思います。家という空間に安心できる居場所をつくり、そこで生活を見て行く。暮らしが守られ、命が守られることで、その人の内に、生きようとする力が湧いてきます。

ホームホスピス「かあさんの家」は、住宅地にある空き家になった民家を、終の棲家にするというかたちでスタートしました。私たちはこの環境と空間を、とても大切にしています。もともとそこにあった家ですから、地域の方々にも記憶されていますし、地元の消防団ともつながりがあります。何より普通の家は、自然を五感で感じながら暮らすことができます。庭やベランダがあり、風通しもよく、朝になると鳥の声が聞こえます。自然の気配、四季の移ろいを感じられる、それが普通の家だと思います。小規模で、窓による換気ができ、適度な日差しも入ります。つまり家は感染予防ができる環境だということです。

このような場所で、一人で暮らせなくなった人が「とも暮らし」という住まい方をしています。5人から6人で共に、友として、伴って暮らす。ここでは病気があっても病人ではありません。一人の生活者として暮らしているのです。

医療は必要に応じて外から入ってきます。ナースコールがないのは、お互いに気配を感じ合えるからです。スタッフだけが気配を感じ取るのではなく、そこで暮らす人も小さなサインを送りながら暮らしている。こうした心のつながりによって、人は感情を取り戻していきます。

### 人には簡単に手放してはいけないつながりがある

「面会はできますか?」「最後は家族で看取れますか?」——そういった相談が今、とても増えてきました。感染拡大により、病院や施設では、家族は面会ができません。たとえば、こんな方がいました。認知症のある方が、誤嚥性肺炎で入院し、ますます認知症の症状が

進んで、食べられなくなっていました。「いよいよです」といって、病院から家族が呼ばれたときには、驚くほどやせ細ってしまっている。悪くなっていくプロセスが見えないまま、いきなり看取りになってしまうのです。

ホームホスピスでは、看取りの瞬間だけに焦点を当てるのではなく、日々の延長上に看取りがあると考えています。その意味では、家族の面会は制限すべきではないのではないかと、私たちは考えています。

2020年7月に行った全国のホームホスピスへのアンケートで、コロナに対してどのような感染予防対策を行なっているかを問いました。そこでわかったことは、全体の約7割が、家族の面会を続けていることです。訪問の頻度を減らす、時間を制限する、大勢で来ないようにしてもらい、出入り口を分離する。どこも感染予防の努力をしながら、面会を続けているのです。

民家というのはどの部屋も、外から出入りができます。私たちは、遠方から来るご家族のために、庭の草を刈り、直接入れるよう動線をつくるなどの工夫を行ってきました。コロナ感染の恐れだけで、簡単に手放してはいけないつながりが、人にはあると思います。

### **コロナ禍でも、看取りの役割はあくまで家族**

さらにアンケートでは、家族の看取りの立ち合いの方針についても聞いています。「少しでも流行しているときは、家族の立ち合いを認めない」という回答はゼロ、つまりほぼすべてのホームホスピスが、コロナ禍であっても最後の看取りのときには何とか工夫をして家族の立ち合いを認め、家族に看取ってもらっていました。看取りの主人公は家族です。これまでその人が生きてきた人生を見てきた人たちが、見送ることが一番大事ではないかと、私たちは考えます。

たとえば、こんな事例がありました。生きていた母にはもう会えないのではないかと――感染地域からの帰省で面会が叶わず、諦めていたご家族がいました。血圧が下がり、危篤状態と病院に告げられ、「かあさんの家で看取れませんか？」と相談がありました。病院側からは危険だと引き留められましたが、私は、「退院の途中で息を引き取ることもあります。それでもいいですか？」ご家族に申し上げました。ご家族も、「覚悟しています」とのことでしたので、介護タクシーで来ていただきました。息を引き取られたのは、その2日後でした。その間、ご家族がかたわらに寄り添い、その方はご家族の声を聴きながら旅立ちました。2日間、こうしてこの場所で生きることで、ご家族の仕事を残してくださったんだ、そう私は思いました。そして最後のエンゼルケアを行ったのは、看護師である娘さんでした。そしてこうおっしゃいました。「あの時間が持てて、本当に良かった」と。

命のバトンは、こうして受け継がれていきます。看取りは医療というより、むしろ文化であると、私は思っています。ホームホスピスは現在、全国58箇所広がっています。家でも難しい、病院でも難しい、そういう方々の最後の居場所、生活の場が、まずは各都道府県に一つずつでもいいので、広がっていいしてくれることを願っています。

《1》

## 第16回 在宅医療推進フォーラム

Withコロナ時代の在宅医療 ～暮らしと生きがいを支える～

# コロナ禍での看取りのあり方



(一般社団法人)全国ホームホスピス協会  
認定特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎  
理事長 市原 美穂

《2》

## ホームホスピスの暮らしと看取り

### ホームホスピスの基本理念5

死を単に一個の生命の終わり  
と受け止めずに、  
今を生きる人につなぎ、  
そこに至るまでの過程を  
ともに歩む、  
新たな「看取りの文化」を  
地域に広げます。

《3》

## ホームホスピスの概念図



考案・ホームホスピス基準策定委員会

《4》

## ホームホスピスの大切な条件は、環境と空間

住宅地の中の民家を、終の棲家に。



かあさんの家曾師(2004年開設)

ケアが必要になった家人付き  
で家を借りスタート



かあさんの家月見ヶ丘(2010年開設)



《5》

もともとそこにある「空き家」は、地域の中に記憶されて、地域社会の文化や防災とつながっている

**自然を五感で感じながら暮らす。**

- ・ちょっとした庭やベランダがある
- ・日当たりや風通しがよく、室内に外気や陽光が取り込める
- ・虫の音、鳥の声など自然の気配や四季が感じられる



普通の「住まい」は、小規模であり、窓による「換気」、適度な日光が取り込め、**感染症を予防できる環境にある。**

《6》

### 孤独と孤立の処方箋 「とも暮らし」という住まい方

かあさんの家には、生活の音と匂いがある。

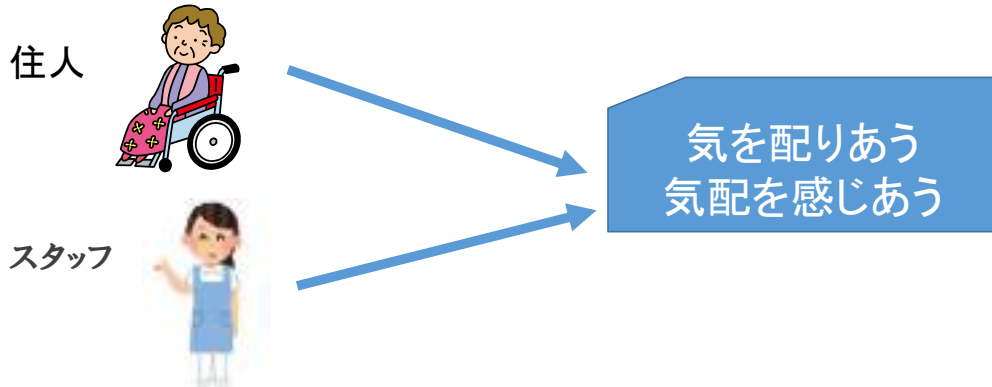


写真提供・岡本峰子

- ・5人から6人で共に、友として、伴って暮らす。
- ・病気はあっても病人ではなく、生活者です。
- ・必要な医療は、外来や訪問診療、看護のチームで。

《7》

## 気配を感じあえる環境⇒双方向な関係性



- ・民家は、音を遮断された「空間」ではない。
- ・お互いに小さなサインを送りあっている。
- ・人の心のつながりが、感情を取り戻していく。

《8》

コロナ感染の恐れだけで、  
簡単に手放してはいけない「つながり」



民家は、どの部屋も外からの出入りができる。

《9》

## 「面会はできますか？」

- ・病院や施設では、家族の面会謝絶が続いている。
- ・認知症の人の、絆を断ち切られたことによる生きる力の喪失



庭の紫陽花を胸に  
旅立たれた。

- ・悪くなっていくプロセスが見えない中で、看取りになってしまう。
- ・看取りの瞬間だけに焦点を当てるのではなく、日々の生活の延長上に看取りがある。



家族の面会制限はすべきではない。

《10》

## 「新型コロナウイルスに対する感染防止対策に関する実態調査」 2020. 7. 29

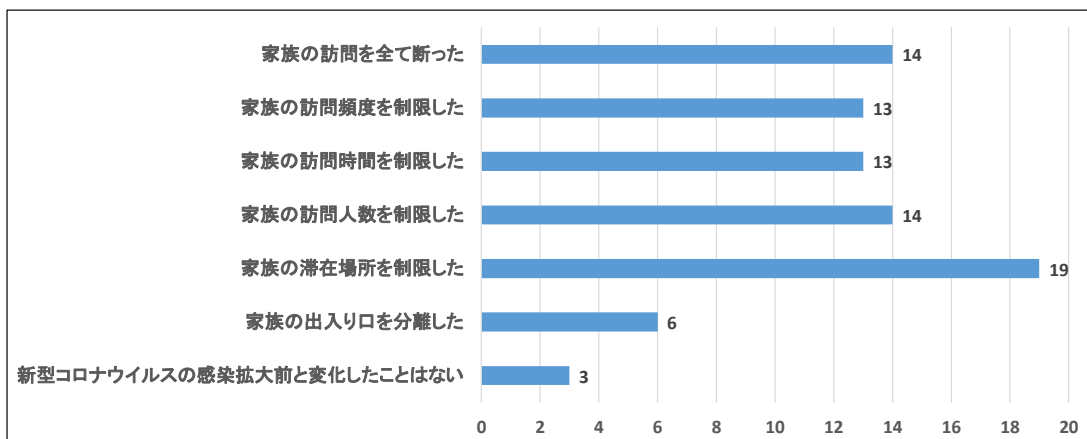
### ＜アンケート実施詳細＞

実施日時：令和2年6月17日～30日（遅れ7月12日まで反映）

対象：令和2年6月1日時点でホームホスピス協会正会員の43法人

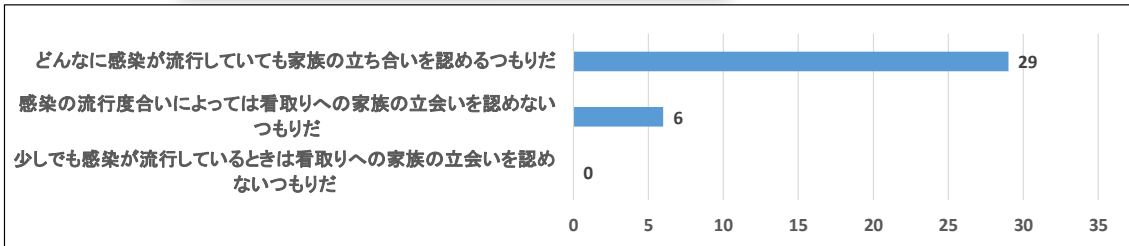
回答数：37/43

新型コロナウイルスの拡大以降（2020年2月以降）の家族の訪問体制の変化  
（複数選択可）

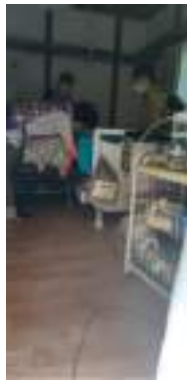


《11》

## コロナ渦での看取り



- ・ 感染を予防しながら、時間や回数などの制限をしながら面会
- ・ 感染地域からの面会には、ゾーンを分けて対応



《12》

## 「生きている母にはもう会えない・・・」

- ・ 家族にしか分からないメッセージがある
- ・ 残された家族に悔いを残さない

90歳:女性 誤嚥性肺炎、廃用症候群

- ・ 感染地域からの帰省では、面会ができなかった。
- ・ 血圧が下がり危篤状態と告げられる。一刻も早く退院させ、かあさんの家で看取りたい。
- ・ 「退院の途中で息を引きとることもあると覚悟しています」
- ・ 2日間、傍らに寄り添って、最後のエンゼルケアは、看護師の娘さんがなされる。

「あの時間を持って本当に良かった」

《13》

## 「家で、精いっぱい頑張った。 これまでずっと俺を支えてくれちゃった。」

- ・弱っていく妻を看っていく重荷が大きいと、残される家族の生きていく力を奪いかねない。⇒看取って残る側へのケア

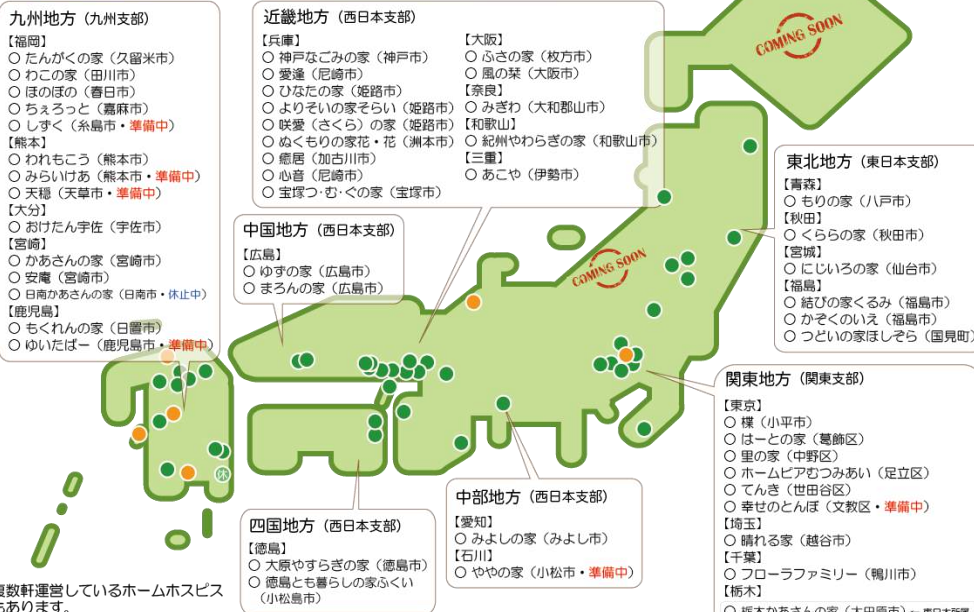
70歳:女性 肺腺腫、脳転移

- ・病院では家族の面会はできないため、自宅に帰り、在宅医療を受けて療養していた。
- ・介護者は夫だが、だんだん悪くなっていく妻を見ることができなく、主治医の勧めもあり、かあさんの家に入居。
- ・毎日寄り添って、スタッフとも冗談を言って傍らで過ごす。
- ・早朝の散歩の途中で、息を引き取られた。スタッフの用意した朝食を召し上がって、少し落ち着かれた。

残された人の苦しみを少しでも軽くする

《14》

**全国ホームホスピスマップ**  
令和2年9月1日現在、全国に58軒のホームホスピス（運営43法人）があり、6法人が開設準備中です。もうすぐ新潟、北海道でも準備が始まります。全ての都道府県にホームホスピスの綿毛が飛んで行き、そこに根付いて広がることが私たちの願いです。



# シンポジウム

---

## With コロナ時代の在宅医療

大友 宣氏（静明館診療所）

英 裕雄氏（新宿ヒロクリニック 院長）

蘆野 吉和氏（山形県庄内保健所 所長）

秋山 正子氏（白十字訪問看護ステーション 統括所長）

## 2つの介護クラスターを経験した在宅医 ～未知の体験と恐怖から、経験知の共有へ～

静明館診療所 大友 宣氏

### 4月に老健でクラスター発生。介護崩壊の状態に

今回は私が対応した2度のクラスターについて、経験をまとめておきたいと思います。

1度目は2021年4月の感染拡大時に札幌市内の老健で発生しました。4月15日に入居者の一人が入院し、PCR陽性と判明。さらに同29日、入居者14名にPCR陽性反応が出ましたが、札幌市内の病床はすでに逼迫。感染者全員の入院は困難でした。そこで保健所より医師会に支援要請が入り、5月2日より在宅医として1日1回の診療支援に入るようになりました。このときすでに多くの職員が感染や濃厚接触、家族の反対などで勤務できなくなっており、いわゆる介護崩壊の状態に陥っていました。介護職員8名で100名近い入居者のケアを行わなければならない過酷な状況の中、職員は自宅に帰ることもままならず、車中で寝泊まりし、シャワーを浴びることもできませんでした。

5月8日にDMATの支援が入り、5月16日に保健所が現地対策本部を設置。3日間で一気に20名以上の入院調整が行われ、施設内の療養環境はようやく改善しました。入居者のうち感染者は71名、死亡者は17名。感染者の4分の1が亡くなりました。

### 9月にグループホームでクラスター発生。初動の早さで介護崩壊を防ぐ

2度目のクラスターは9月、当院の隣のグループホームで起きました。もともと普段から関わりのある施設で、感染対策については日ごろから気づいたことを話していました。9月23日、1名の発熱者が出ましたが、電話で報告を受けた時点ではすでに解熱。念のためPCR検査を実施したところ、翌24日朝には陽性が判明。さらに7名の発熱者が出たとの連絡を受け、出先からすぐに保健所に連絡を入れました。その日の午後、私自身も施設にかけつけると、その時点で全入居者と全職員へのPCR検査は終了しており、暫定的なゾーニングと職員への感染予防教育も済ませた状態でした。夕方には、前日全く症状のなかった6名の入居者と3名の職員のPCR陽性が判明し、入居者6名は入院することに。そして25日の朝には現地対策本部が設置され、感染者が退院する際のゾーニングの検討を早々に開始。4月に経験した介護クラスターのノウハウがしっかりと生かされ、死亡者が出ることもなく、介護崩壊を防ぐことができました。

この2つの事例から言えるのは、早期発見と早期対応がいかに重要か、ということです。ほかの感染症と同様、コロナは感染が拡大すれば施設への波及は避けられません。まずは発生しないような工夫が必要であると同時に、発生しても被害を最小限に食い止めるためには、普段からの準備と工夫が欠かせないと思います。

《1》

## 2つの介護クラスターの経験した在宅医

—未知の体験と恐怖から、経験知の共有へ—

第16回在宅医療推進フォーラム  
シンポジウム  
「Withコロナ時代の在宅医療」  
2020年11月23日15:00～



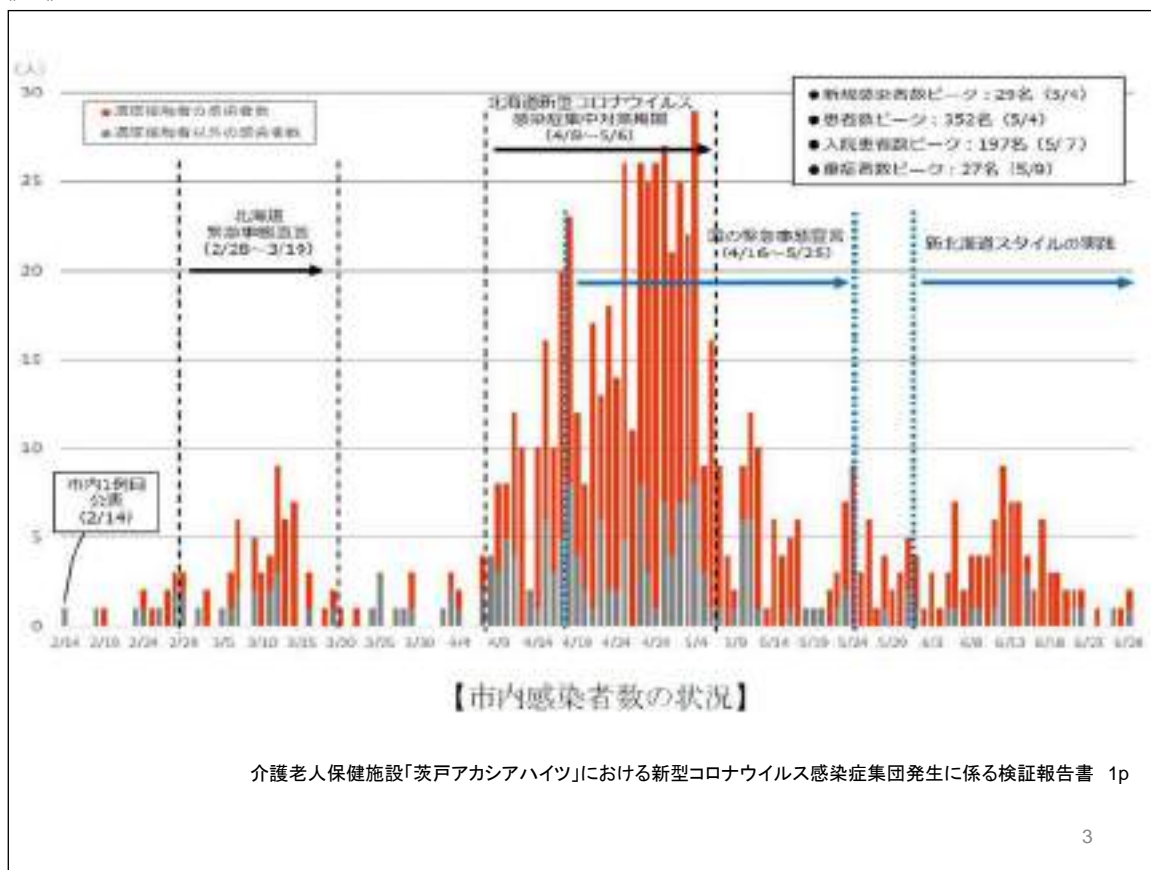
《2》

## 概要

- 4月と9月に発生した介護クラスターに対応した
- 茨戸アカシアハイツはもともと当院とは関連はなかったが医師会で診療支援を実施した
- グループホームツクイはもともと当院が訪問診療をしており、当院で診療支援を実施した
- 4月は未知のウイルスであり、誰もが初めてのCOVID-19クラスター対応だった
- 9月にはそれぞれの経験があり対応することができた
- この冬の介護クラスター対応に備えて経験をまとめておく



《3》



《4》

## 茨戸アカシアハイツでの クラスター事例発生の経過

- 4月25日老健（95名入所）入所者が入院しPCR陽性と判明
- 4月27日入居者29名にPCR検査しうち14人が陽性
- 市内病院は逼迫して入院できず施設内で療養
- 28日に入居者全員のPCR検査実施
- 5月1日保健所から医師会へ診療支援要請
- 5月2日から31日まで1日1回在宅医が支援することとなった。

《5》

## 介護クラスターでの 医療・介護崩壊

- 感染、濃厚接触、家族の反対などで多くの職員が勤務できない状態になった
- 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くなった
- 介護職員8名で日勤も夜勤もこなし100名近い入居者のケアを行った
- 食事の提供は1日2回
- 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
- 日勤→夜勤と連続で勤務しなければならない状況
- 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

5

《6》

## クラスターに対する対応

- 入居者のうち感染者71名、死亡者17名、うち施設内死亡12名だった
- 死亡例数時間から数日以内に病状が進行し亡くなった
- 8日からDMAT介入、入院のための情報収集開始
- 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
- 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
- 1例目が入院できたのは5月11日
- 5月16日保健所が現地対策本部を設置
- 急性期病院へ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

6

《7》

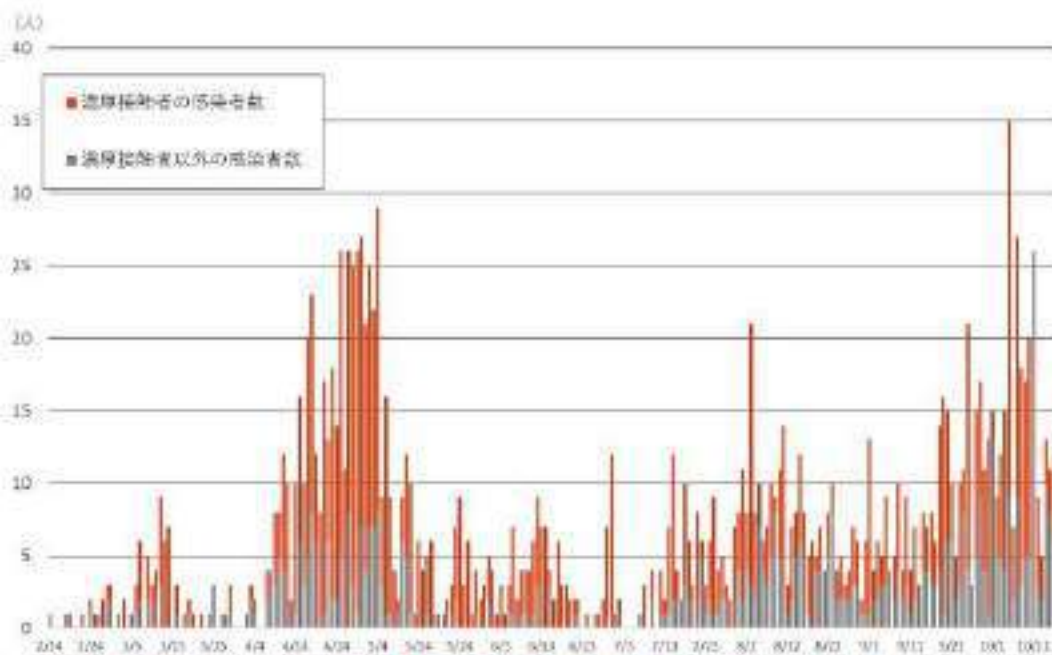
## アカシアハイツの反省点

- 早期の対策本部設置が必要
- 介護崩壊対策が早期に必要
- 在宅医 = 多職種連携としての要
- 現実的な感染症対策を伝達すること
- クラスタ化すればACPとか言っている場合ではない

7

《8》

札幌市における感染者状況（濃厚接触の有無別）（10月16日現在）



8

《9》

## たった一人の発熱者

- 感染対策については訪問するたびに気がついた点を話していた
- 9月23日朝、電話で発熱者の報告、現在は解熱
- 他の入居者もスタッフも一人も発熱や風邪症状がある人はなし
- N95 マスク+最大限の個人防護具でPCR検査
- 患者は部屋の中で過ごすよう指示
- 部屋のゾーニングの仕方やゴミ箱の位置をアドバイスした
- 職員には今が練習だと思って感染対策をきちんとやろうと話した

9

《10》

## クラスター発生と初期対応

- 24日PCR検査「陽性」が判明
- 電話でその日の発熱者は7名
- 保健所は午前中に全入居者と全職員にPCR検査、ゾーニング、職員への感染予防教育実施
- 午後から感染症の専門家による再ゾーニング
- 保健所と打ち合わせして、役割分担を確定
- 夕方にはさらに6名入居者と3名の職員のPCR陽性が判明
- 帳票を記載し、6名は翌日病院への搬送を調整

10

《11》

## 2種類の入居者

- 感染した入居者は二種類
  1. 認知症のため、グループホーム内を歩き回っている方
  2. 認知症のため、介護のためには体位交換を含む広範な身体接触が必要な方
- 1. の方はグループホーム内でCOVID-19患者がいれば感染してしまう可能性が高いし、対策が難しい
- 2. の方は職員を介して感染しあったものと思われ適切な個人防護具と標準予防策で予防できる



2. の対策をすれば大きなクラスターになることを防ぐことができる

11

《12》

## 初期対応と感染収束

- 25日には再度ゾーニングを調整
- 1週間程度したら逆搬送がはじまることが予測され、逆搬送して施設に戻るときのゾーニングも検討、早期に退院受け入れる方針とした
- 25日朝には現地対策本部設置
- 個人防護具の着脱方法を記載した用紙がグループホーム職員に配布された。茨戸アカシアハイツで作った資料やノウハウが活かされていた
- ツクイのグループホームではクラスター2日目だが、茨戸アカシアハイツの例で言えば感染が収束していくフェイズの対応をすでにしていた

12

《13》

## 全国からの応援

- 入居者も搬送された方が多く、介護職員の手が足りていた。
- 全国的な介護グループである強みを生かして全国から応援職員が派遣されて来た。
- 介護崩壊などは起こらずに通常業務を続けることができていた。そのポイントは
  1. クラスタ対応の見通しがある
  2. 介護負担の軽減がされている
  3. 応援が来るとすぐに分かる

13

《14》

## 死亡者のないクラスタ終息

- その後2週間の間に4回全入居者PCR検査実施し、さらに2名陽性で入院
- 法人内からすぐに応援職員があった
- すみやかな搬送と、すみやかな逆搬送をしてもらった
- 死亡者なし。10月9日でレッドゾーン解除
- 10月10日にレクチャーを職員に実施し終了

14

《 1 5 》

## ツクイのまとめ

1. 感染の発見が早かった
2. 初動が早かった
3. 感染がコントロールされた
4. 介護崩壊しなかった
5. 対応が細やかで十分だった

15

《 1 6 》

## 2つの事例から

### 早期発見、早期対応

- 有症状者を早期隔離
- 早期診断
- 早期の対応

### 丁寧な対応

- チェックリスト
- BCPの策定

### COVID19対応は地域包括ケア

- 自助：感染対策、家族対応
- 互助：相互救援体制
- 共助：医療機関との連携
- 公助：ゾーニング、搬送、現地対策本部

16

## 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。
- 施設への波及は他の感染症と同様に避けることはできない。
- 発生しないような予防＋発生しても被害を最小限にする工夫と準備をする。
- そのためには感染予防対策と普段からの準備が欠かせない



## 東京都新宿区における、かかりつけ医療機関の対応

新宿ヒロクリニック 英裕雄氏

### 感染拡大のエピセンターとされた新宿での状況

当院は、外国人の居住率が高い新宿区大久保という地域で、外来と在宅診療を行っています。外来では慢性疾患の管理のほか、日本人と外国人双方の急性疾患、中でも発熱者の来院が多く、また在宅でも誤嚥や尿路感染といった発熱対応が常態化している状況です。そういう中で今回のコロナの流行を迎え、新宿がそのエピセンターになったことで、この半年間はコロナ対策に振り回される毎日でした。

2020年4月初旬の感染拡大当初から、当院は大きな混乱に陥りました。スタッフの中に味覚障害や発熱といった有被疑症状者が現れ、勤務できるスタッフが減少。同時に大学病院からの外勤がストップされたことで勤務医も減少。そして患者さんも減少し、クリニックの運営そのものが厳しい状況におかれました。加えて感染対応物資が不足。対面診療を減らさざるを得なくなり、4月2日より午後の外来は休診に。のちに全面休診としました。来院できない患者さんが万が一、急変時にすぐに往診できるよう、チームごとに訪問診療を行う体制をつくりました。従来の訪問診療を継続するAチーム、テレワークで電話対応などを行うBチーム、発熱者のみをターゲットにしたCチームです。

その後、陽性者の症状は発熱ばかりではなく、食欲低下や倦怠感のみのケースも少なくないことがわかり、Cチームは5月末に解消。感染対応は全診療局面へと移行しました。外来、特に外国人診療を縮小し、手の空いた外来スタッフを在宅のサポート部隊へと移行。さらにテレワークや業務基盤のクラウド化など、分散勤務体制へと移行しています。対面対応の時間短縮などにより売り上げは低下しましたが、現在も感染対応は続いています。

### 発熱者や陽性者を地域でどう支えるか

これまで我々が主に見てきたのはコロナに罹患する前と治癒した後で、陽性で症状のある期間はすべて保健所のほうで対応していました。それをサポートする体制が必要ではないかということで、現在は新宿区医師会の協力依頼により、電話やオンライン診療などを活用しながら、自宅療養の陽性者への対応も、ごく少数ではありますが行っています。

一方では、新宿区全体を面でカバーするようなコロナ対策が必要であることから、新宿区医師会、薬剤師会、歯科医師会、介護サービス事業所協議会などの有志が「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」を立ち上げ、月1回のウェブミーティングを行っています。これからも、発熱者や陽性者を地域でどう支えるかは大きな課題であり、特に保健所を中心とした医療連携は、非常に大切だと考えています。まだ我々も、いろいろと模索をしながら対応しているところです。

《1》

# With コロナ時代の在宅医療

新宿ヒロクリニック  
英 裕雄

《2》

## 当院概要 2020年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・在宅医療を行うかかりつけ医療機関となる。
- 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》

## その時、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

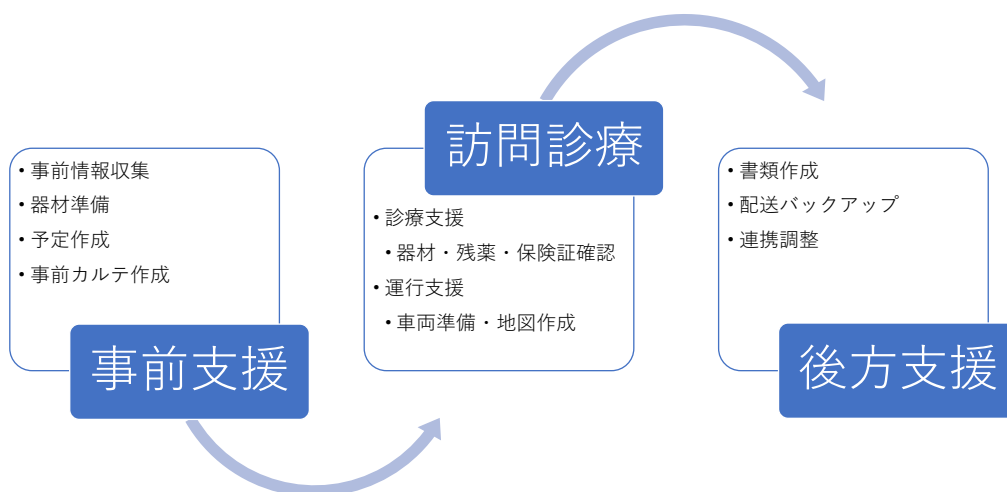
《5》

## その後これまでの対応

- 5月末にCチーム解消、感染対応は全診療局面へと移行
  - 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）
  - 売上げの低下
  - 感染対応の常態化（現在も発熱者外来継続、外来・往診ともに陽性者が常に出ている）
  - 分散勤務体制への移行（テレワーク、業務基盤のクラウド化、対面集合会議の減少）
- 11月4日に外来移転統合し、事業再編中

《6》

## 訪問診療業務の細分化と並列外出し化



《7》

## 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

《8》

## 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。

《9》

## 今後は地域医療機関が陽性者をフォローする？

- 陽性者は保健所対応で地域療養している方が少なくない
- 保健所をサポートする医療が必要
- 対面だけでなく、電話・オンライン診療などをうまく組み合わせる必要も
- 必要時往診→目的の明確化（点滴、採血などの要処置患者）

《10》

## 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 迫村泰成先生

**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**

**第三回総会 11月6日 事例検討**

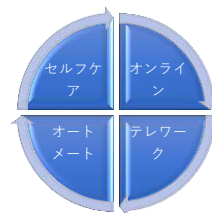
- **在宅、施設それぞれ1例ずつ事例発表及び課題抽出など**

**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**

《11》

## まとめ～WITHコロナ時代の在宅医療～

- 感染予防の常態化と発熱者や陽性者を地域でどう支える？
- スタッフコミュニケーション、勤務体制の変化？
- 対面、オンライン診療併用のあり方？
- 保健所等と新たな地域連携仕組みづくり？



→まだまだ地域ごと時期ごとの模索が続いている。





## 新型コロナウイルス感染対策と地域包括ケアシステム

山形県庄内保健所 所長 蘆野吉和氏

### 在宅医療関連団体の取り組み

今回は、コロナに対する日本在宅医学会連合学会（以下、連合学会）および日本在宅ケアアライアンス（以下、JHHCA）の取り組みを紹介するとともに、地域包括ケアシステム構築と感染症対策との関連性について述べたいと思います。

連合学会は2020年3月16日にコロナ対策のワーキンググループを立ち上げ、在宅医療現場の課題についてアンケートを行いました。その結果をもとにQ&Aを作成。5月1日に、第一版を公表しています。さらに5月中旬には在宅医療現場へのマスクの配布なども行っています。これと同時期にJHHCAも、災害対策委員会「コロナ感染症対策班」を立ち上げ、4月22日に、「在宅ケアサービス提供者の行動方針」を公表しました（スライド9）。

このように、在宅医療関連団体がコロナ対策にいち早く取り組んだのは、コロナを地域災害と捉え、要配慮者（高齢者を含む）へのきめ細かな対応の必要性を強く認識していたからです。そしてまた、在宅医療を受けている患者の移動や検査、病院での隔離が容易ではないことも、強く認識していたからでした。

一方、時間が経つにつれ、在宅医療の現場における課題も変化してきました。2月から3月までは個人防護具や対応知識の不足が大きな課題となっていました。4月以降はそういった問題が徐々に解消され、今度は在宅でのPCR検査、福祉施設等での感染対策・フレイル対策、そしてACPが課題となっています。この状況を受け、連合学会は8月1日、新しい生活様式を念頭においた、「在宅医療と新型コロナウイルス感染症～在宅医療に関わる医療・介護従事者の使命～」という提言を出しています（スライド21～25）。

### 感染対策と地域包括ケアシステム

次に、感染対策と地域包括ケアシステムの関係性について、要点を8項目挙げました（スライド27）。地域の視点から見たコロナ対策の大きな課題は、保健所にすべての対応が集中し、病院以外の医療介護団体や市町村行政との連携も重要であるという視点が欠けていること、また、そもそも日本が超高齢社会であるという視点が抜け落ちていることです。これは私自身、保健所に勤務していて痛切に感じたことでしたが、ようやく改善される兆しが見えてきました。これまで保健所と基幹病院が担ってきた受診相談や検査誘導が、11月より地域のかかりつけ医の役割になるなど、地域全体で取り組まなければ地域の感染防護力は高まらないことが徐々に認識されつつあります。これからは地域住民に対する感染症・感染防護に対する知識の啓発を行うと同時に、行政をはじめ関連団体の地域ネットワークを強化することで、地域全体の感染防護力を高めていくことが必要だと考えます。

《1》

在宅医療推進フォーラム2020

## With コロナ時代の在宅医療

(一般社団法人) 日本在宅医療連合学会代表理事会長

(NPO法人) 日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長

(一般社団法人) 日本在宅ケアアライアンス 統括ケアチーム

山形県庄内保健所 所長

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～)
- 緩和ケア (病院・在宅) の実践 (1986年～2019年)
- 在宅医療の実践 (1987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 (兼) ICDとして2009年新型インフルエンザ対応

《3》

## 話題提供

1. 新型コロナウイルス感染症に対する日本在宅医療連合学会、日本在宅ケアアライアンスの取り組み

2. 地域包括ケアシステム構築と新型コロナウイルス感染症対策の関連性

《4》

## 新型コロナウイルス感染症への対応 (日本在宅医療連合学会/日本在宅ケアアライアンス)

2月22日 理事会にてCOVID-19対策WG設立の提案あり 了承される

3月14日 理事会コアメンバー会議にて「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応マニュアル作成」WGの設立が承認され3月16日に設立

3月18日 会員に向けてアンケート実施

4月上旬～ アンケートの結果を基にQ&Aの作成作業

4月17日 新型コロナウイルス感染症対策としての個人防護具の確保に関するアンケート調査

4月22日 在宅ケアにおける新型コロナウイルス感染症対策について（行動方針）\*

5月1日 「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応Q&A」第1版公表

5月中旬 基金（550万円）によるマスク10万枚配布 **注（\*）：日本在宅ケアアライアンス 発行**

5月27日 在宅医療における新型コロナウイルス感染症の影響の調査

6月15日 「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応Q&A」第2版（改訂版）公表

6月22日 新型コロナウイルス感染症の中で在宅ケアを守るために\*

6月27・28日 第2回日本在宅医療連合学会大会 新型コロナウイルス感染症特別企画

8月5日 在宅医療と新型コロナウイルス感染症 ～在宅医療に関わる医療・介護従事者の使命～ 公表

10月～ 第3版改定作業

《5》

## 何故、在宅医療関連団体が新型コロナウイルス感染症対策に取り組むのか

- 新型コロナウイルス感染症蔓延を広域災害としてとらえ、要配慮者へのきめ細かな対応の必要性を強く認識していたから
- 在宅医療を利用している通院不可能な障害を抱えた人々にとって、「移動」「検査」「病院での隔離」が簡単なことではないことを強く認識していたから
- 在宅医療（介護を含む）の現場での感染対策の重要性を強く認識していたから

《6》

## 日本在宅ケアアライアンス 災害対策委員会「コロナ感染症対策班」メンバー

班長：新田 國夫 - JHHCA 議長 全国在宅療養支援医協会  
 副班長：太田 秀樹 - JHHCA 事務局長、全国在宅療養支援医協会  
 副班長：武田 俊彦 - JHHCA 有識者委員、岩手医科大学  
 藤野 吉和 - 日本在宅医療連合学会  
 石垣 泰則 - JHHCA 副議長、日本在宅医療連合学会  
 飯島 勝矢 - 日本老年医学会  
 高砂 裕子 - JHHCA 副議長、全国訪問看護事業協会  
 辻 哲夫 - JHHCA 特別顧問、東京大学  
 大橋 博樹 - 日本プライマリ・ケア連合学会  
 石本 淳也 - 日本介護福祉士会  
 川崎 志保理 - 順天堂大学  
 迫田 朋子 - ジャーナリスト  
 島田 潔 - 全国在宅療養支援医協会  
 英裕 雄 - 全国在宅療養支援医協会

### <助言者>

- 長嶋 公之 (日本医師会)
- 小玉 剛 (日本歯科医師会)
- 三木 次郎 (全国在宅療養支援歯科診療所連絡会)
- 荻野 博一 (日本薬剤師会)
- 稲葉 一郎 (全国薬剤師・在宅療養支援連絡会)
- 間島 さおり (日本看護協会)
- 平塚 優美 (日本訪問看護財団)
- 坪根 雅子 (日本介護支援専門員協会)

《7》

## 「在宅医療における新型コロナウイルス感染症 対応マニュアル作成」WGメンバー

瀧野古和（座長）：山形県庄内保健所所長  
新屋洋平（副座長）：沖縄特選会 中部徳洲会病院  
石垣泰則：コーラルクリニック  
市橋亮一：総合在宅医療クリニック  
猪原 健：猪原歯科・リハビリテーション科  
大友 宣：静明館診療所  
小倉和也：はちのへファミリークリニック  
川越正平：あおぞら診療所  
木下朋雄：コンフォガーデンクリニック  
木村琢磨：埼玉医科大学 総合診療内科  
住々木 淳：悠翔会  
高田 靖：高田歯科医院

高山義浩：沖縄県立中部病院感染症内科  
田城孝雄：放送大学 教養学部 教授  
谷水正人：国立病院四国がんセンター  
英 裕雄：新宿ヒロクリニック  
平原佐斗司：東京ふれあい医療生協 梶原診療所  
古屋 聡：山梨市立牧丘病院  
宮本雄気：東京大学 公共健康医学専攻  
望月弘彦：相模女子大学  
宇田薫：おもと会訪問リハビリ  
吉江悟：東京大学高齢社会総合研究機構

医師 18名 歯科医2名  
看護師1名 リハビリテーション1名

《8》



## 在宅ケアにおける新型コロナウイルス感染対策について

2020年4月22日  
日本在宅ケアアライアンス

### 趣旨

新型コロナウイルスの感染が拡大し、全国に緊急事態宣言が出されました。

在宅ケアを支える関係団体の集まりである日本在宅ケアアライアンスは、在宅で療養されるケアを受けている方々を守るために、以下のとおり「行動方針」を宣言することとしました。今後私たちはこれを指針として、患者・利用者、同居家族、住民の方々とともに安心できる在宅ケアを進めてまいります。

今、多くの方が不安の中で暮らしていることと思います。しかし、自宅で医療介護サービスを受けられる在宅ケアは、患者・利用者にとって住み慣れた環境で安全な療養生活を送ることができる優れたサービスです。私たちは、サービスを受ける方々の不安に寄り添い、安心な暮らしを守って行きたいと考えています。

《9》

## 在宅ケアサービス提供者の行動方針 (令和2年4月版)

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。毎日の体温測定の励行など常に自らの体調に注意を払います。
3. 感染の危険性を常に自覚し、ケアの時間外も責任のある行動に努めます。
4. 発熱がなくとも、体調不良（せき、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等の場合を含め、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。

\*日本環境感染学会の「高齢者介護施設における感染対策」に準拠

《10》

## 在宅医療の現場における 新型コロナウイルス感染症関連のアンケート調査

日本在宅医療連合学会は、新型コロナウイルス感染症に関して在宅医療の現場で利用できるマニュアル作成に取り組むこととなりました。このマニュアルは在宅医療の現場で働く皆様方の不安、疑問、困りごと等にできるだけ対応できるものにしたいとおもいますので、皆様から具体的なご意見を発信していただきたいと思っております。

1. 新型コロナウイルス感染症に関して、在宅医療の現場で困っていることについて具体的に記載して下さい。
2. 新型コロナウイルス感染症に関して、在宅医療の現場で不安に思っていることについて具体的に記載して下さい。
3. 新型コロナウイルス感染症に関して、在宅医療の現場から、学会、地域行政、厚生労働省、国に対し要望事項があれば具体的に記載して下さい。

《11》

## 在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応Q&A

2020年4月

### はじめに

本在宅医療連合学会は2020年3月会員に向けて、新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19と表記）が在宅医療現場に与える影響に関するアンケート調査を実施しました。その回答中で、多くの不安や困難といった課題が表出されていました。そこでこの度、当学会はこの調査結果を踏まえ、「在宅医療におけるCOVID-19対策のQ&A集」を作成し、在宅医療現場の医師および協働する医療・介護の多職種の適切な感染症対策の一助となる活動を行うこととしました。

現在、COVID-19感染者数の爆発的増加を目前とし、感染経路が不明な感染者が全国的に報告されています。在宅で療養する人（以下療養者と表記）は高齢あるいは基礎疾患や障害を持ち、通常の外来等への受診が困難であり、特に介護サービス等を利用する等の特性を持ち、当該ウイルスの感染リスクあるいは重症化リスクは極めて高いと予測されます。しかし、病院と異なる環境である在宅医療現場におけるCOVID-19対応に関して明確な指針は出されていません。

今回作成したQ&A集は日本在宅医療連合学会・新型コロナウイルス対策ワーキンググループのメンバーが調査した研究結果やエキスパート・オピニオンを集約したものです。新型コロナウイルスに関しては未知の部分が多く、今後、新事実が解明され、新たな知見が得た場合にはQ&Aの内容も変わっていくものと予想されます。そのため、このQ&A集は今後も状況の変化に応じ改定が必要です。会員の皆様からの情報提供を歓迎しますので、日本在宅医療連合学会 [rtaiku@juntendo.ac.jp](mailto:rtaiku@juntendo.ac.jp) まで「COVID-19に関する情報」としてお寄せください。


一般社団法人 日本在宅医療連合学会  
代表理事会長 藤野古和

《12》

## 在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応Q&A (第1版) 26頁

- I COVID-19防御のための基本的知識
- II 日本におけるCOVID-19対策の基本的戦略
- III 在宅医療におけるCOVID-19への対応  
(一般的事項)
- IV 在宅医療現場におけるCOVID-19のQ&A  
質問16項目

《13》



**新型コロナウイルス感染症の中で在宅ケアを守るために（対処方針）**  
**（第1版）**

2020年6月22日  
日本在宅ケアアライアンス  
(新型コロナウイルス感染症に関するガイドライン等：2020/6/30更新)

**I 本「対処方針」策定の趣旨**

新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、質の高い安全な在宅ケアを推進するため、日本在宅ケアアライアンスは関係団体と協力し、先般、在宅ケアに係るサービス提供者が守る基本的な事項を「行動方針」<sup>1</sup>として公表した。

しかし、その後、全国で緊急事態宣言が解除されたものの、医療・介護の現場を含め、引き続き感染者の発生がみられている。在宅ケアの現場においても警戒が必要な状況であるが、在宅での感染対応の体制は必ずしも十分ではなく、このような状況下でも、在宅の高齢者等が安心して暮らし続けるためには、「行動方針」を率先して実践に移していくことが必要となっている。

《14》

## 在宅ケアの基本理念

- ① 在宅療養者の命を守ること
- ② 本人の願いと生活を守ること
- ③ 本人の願う最期を実現すること。そのため支える医療の実践をチームで推進すること



《15》

## ①在宅療養者の命を守ること

在宅療養者にとっては、最も大きな感染リスクは外部からのウイルスの持ち込みであり、外部からの感染持ち込みを予防できるかどうかは、在宅ケアチームの行動にかかっている。このため、在宅医療・介護に係る各事業所及びその従事者は、正しい理解と責任ある行動で、相互の協力の下、感染予防に努めなければならない。

《16》

## ② 本人の願いと生活を守ること

本人の願いと生活を支える在宅医療においては、発熱等の際にすべて一律に入院医療に繋ぐのではなく、療養場所として在宅を望んできた在宅療養者にとって最も良い選択肢を提示し、本人の選択の実現に可能な限り努力しなければならない。

在宅を望む在宅療養者には、感染防御、重症化予防、フレイル・オーラルフレイル対策等、従来以上に暮らしを支える努力をしなければならない。

《17》

### ③本人の願う最期を実現すること。そのため支える医療の実践をチームで推進すること

在宅療養における本人の望みを実現するため、意思決定の支援のあり方について 認識を共有し、最期まで本人・家族を支えるよう、努力しなければならない。

《18》

## 在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応Q&A

2020年6月20日

はじめに

日本在宅医療連合学会は2020年3月、会員に向けて、新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19 と表記）が在宅医療現場に与える影響に関するアンケート調査を実施しました。その回答の中で、多くの不安や困難といった課題が表出されていました。そこで、本学会はこの調査結果を踏まえ、新型コロナウイルス対策ワーキンググループを立ち上げ、5月に「在宅医療における COVID-19 対策の Q&A 集」を作成し、在宅医療現場の医師および協働する医療・介護の多職種の適切な感染症対策の一助となる活動を開始しました。そして、今日、新たな Q&A を追加し、第2版として発行することとなりました。

日本において COVID-19 は、6月の時点で新規発生者数は少なくなり一息ついた状況となっています。しかし、COVID-19 が終息した、あるいは収束してゆくというわけではなく、人と人との交流の再開により、第2波や第3波などのアウトブレイクも予測され、不安定な状況は1年以上続くものと考えています。

したがって、これまでの短期的な戦略としての感染防壁（感染拡大防止および病院への隔離）対策だけでなく、地域で暮らす人々の生活も考慮した上での長期的な戦略、それも感染症を起因とする災害対応としての包括的な COVID-19 対策を立てていく必要があります。その際、特に念頭に置くべきことは、様々な人生観や生活様式をもつ人々が選択できるような対応策を複数用意すること、病気が障がいをもった人々、中でも超高齢化を迎えている日本において多くなりつつある高齢者への対応策であり、結果的に COVID-19 に対する地域力を高める（地域全体で対応し、地域の人々の感染に対する対応力を強める）ための体制の構築です。

《19》

在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応Q&A  
(第2版) 67頁

- I COVID-19防御のための基本的知識
- II COVID-19対策の基本的戦略
- III 在宅医療におけるCOVID-19への対応（一般的事項）
- IV 高齢者介護施設・高齢者介護事業所等におけるCOVID-19への対応（一般的事項）
- V 在宅医療現場におけるCOVID-19のQ&A  
質問37項目

《20》

在宅医療現場における  
新型コロナウイルス感染症対策の課題

- 2月～6月
  - ・ 個人防護具の不足
  - ・ 在宅医療の現場における対応知識不足
- 7月～
  - ・ 訪問診療でPCR等検査が行えない
  - ・ 福祉施設・事業所での感染対策の強化を誰がどのように行うのか
  - ・ 高齢者のフレイル対策
  - ・ 感染し重症化した場合を想定したACPをどのように行うのか

## 《21》



一般社団法人  
日本在宅医療連合学会  
Japanese Association for Home Care Medicine

**在宅医療と新型コロナウイルス感染症  
～在宅医療に関わる医療・介護従事者の使命～**

2020年8月5日

**はじめに**

新型コロナウイルス感染症は世界中で蔓延しており、本邦でも在宅医療・介護を受けている方（以下、療養者）の感染者も増加すると考えられます。このため、感染しない・させない対応が必要となりますが、現時点では新型コロナウイルスに感染するリスクをゼロにすることは極めて困難です。

確かに新型コロナウイルス感染症は感染力が強く、高齢者では致死率も高いため恐れるべき対象です。しかし、新型コロナウイルス感染症を恐れるあまり、必要な医療・介護・福祉サービスを控え、結果的に療養者やそのご家族の方々が不利益を被ることは避けなければなりません。

従って、私達（在宅医療に関わる医療・介護従事者）は、「新しい生活様式」を念頭に置いて、新型コロナウイルス感染のリスクと必要な医療・介護・福祉サービスを控えることにより生ずる様々な障がいや進行するリスクを比較し対応していく必要があります。

以下に、新型コロナウイルス感染症を想定した「新しい生活様式」を念頭においた「在宅医療に関わる私達の使命」を提言します。

## 《22》

**在宅医療に関わる私達の4つの使命**

**使命1： 療養者の命を守る**

**使命2： 療養者の生活を守る**

**使命3： 療養者の尊厳を守る**

**使命4： 地域の医療を守る**

《23》

## 使命1：療養者の命を守る

(1-1) 在宅医療・介護従事者が新型コロナウイルス感染症に感染しないように努める

(1-2) 療養者が新型コロナウイルス感染症に罹患したときに重症化を防ぐことができるよう努める

## 使命2：療養者の生活を守る

(2-1) 新型コロナウイルス感染症が流行している状況下でも在宅医療・介護・福祉サービスが継続して提供できるように努める

(2-2) 療養者が新型コロナウイルス感染症に罹患したときに重症化を防ぐことができるよう努める

《24》

## 使命3：療養者の尊厳を守る

(3-1) 正しい情報を入手し、療養者やその家族に伝える

(3-2) 療養者の意思決定を支援する

(3-3) 人生の最終段階におけるケアの質を可能な限り維持する

意思決定支援を行った上で、人生の最終段階におけるケアの質を可能な限り、これまでと同様に維持していく必要があります。例えば、県内で1人も新規感染者がいない状況で高齢者施設での面会を全面的に禁止することは過剰な対応であると考えられます。一方、流行地域ではICTツールを使用したオンライン面会などを促進し、「新しい生活様式」に沿いながらもケアの質を維持できるように努めることもできます。

なお、現時点では新型コロナウイルス感染症に罹患した療養者が住み慣れた自宅や施設で人生の最終段階を迎えることに対しては様々な障害がありません。今後、それを叶えることが出来るように、当学会、行政、1人1人の医療・介護従事者が療養者やそのご家族の方と共に考え、協力していく必要があります。

《25》

## 使命4：地域の医療を守る

- (4-1) 新型コロナウイルス感染症以外の感染症も同様に診断・治療・ケアを行う
- (4-2) 個人防護具を適切に使用する
- (4-3) 自分の身を守る（セルフケア）

《26》

## 話題提供

1. 新型コロナウイルス感染症に対する日本在宅医療連合学会、日本在宅ケアアライアンスの取り組み
2. 地域包括ケアシステム構築と新型コロナウイルス感染症対策の関連性

《27》

## 新型コロナウイルス感染症対策の要点

- 1) 感染防止対策：マスクの着用、手指衛生、3密の回避、社会的距離
- 2) 感染拡大防止対策（積極的疫学調査）
- 3) 感染者の早期発見による早期隔離
- 4) 感染者への医療体制の確保
- 5) 既存の医療体制（在宅医療を含む）の堅持
- 6) 既存の介護体制（在宅医療を含む）・障がい福祉サービス提供体制の堅持/高齢者のフレイル対策
- 7) 地域住民の不安への対応/風評（偏見・差別等）への対応（社会的スティグマへの対応）
- 8) こころの健康への対応

これまで保健所と地域基幹病院との連携で行ってきたこと

《28》

## 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い
  - 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て対応がない

《29》

## 新型コロナウイルス感染症対策の要点

- 1) 感染防止対策：マスクの着用、手指衛生、3密の回避、社会的距離
- 2) 感染拡大防止対策（積極的疫学調査）
- 3) 感染者の早期発見による早期隔離
- 4) 感染者への医療体制の確保
- 5) 既存の医療体制（在宅医療を含む）の堅持
- 6) 既存の介護体制（在宅医療を含む）・障がい福祉サービス提供体制の堅持/高齢者のフレイル対策
- 7) 地域住民の不安への対応/風評（偏見・差別等）への対応（社会的スティグマへの対応）
- 8) こころの健康への対応

これまで保健所と地域基幹病院との連携で行ってきたこと

11月よりかかりつけ医等が参画

今後、地域全体で取り組むべき項目：  
地域感染防御力を高める

《30》

## 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**



《31》

### 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

- 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

《32》

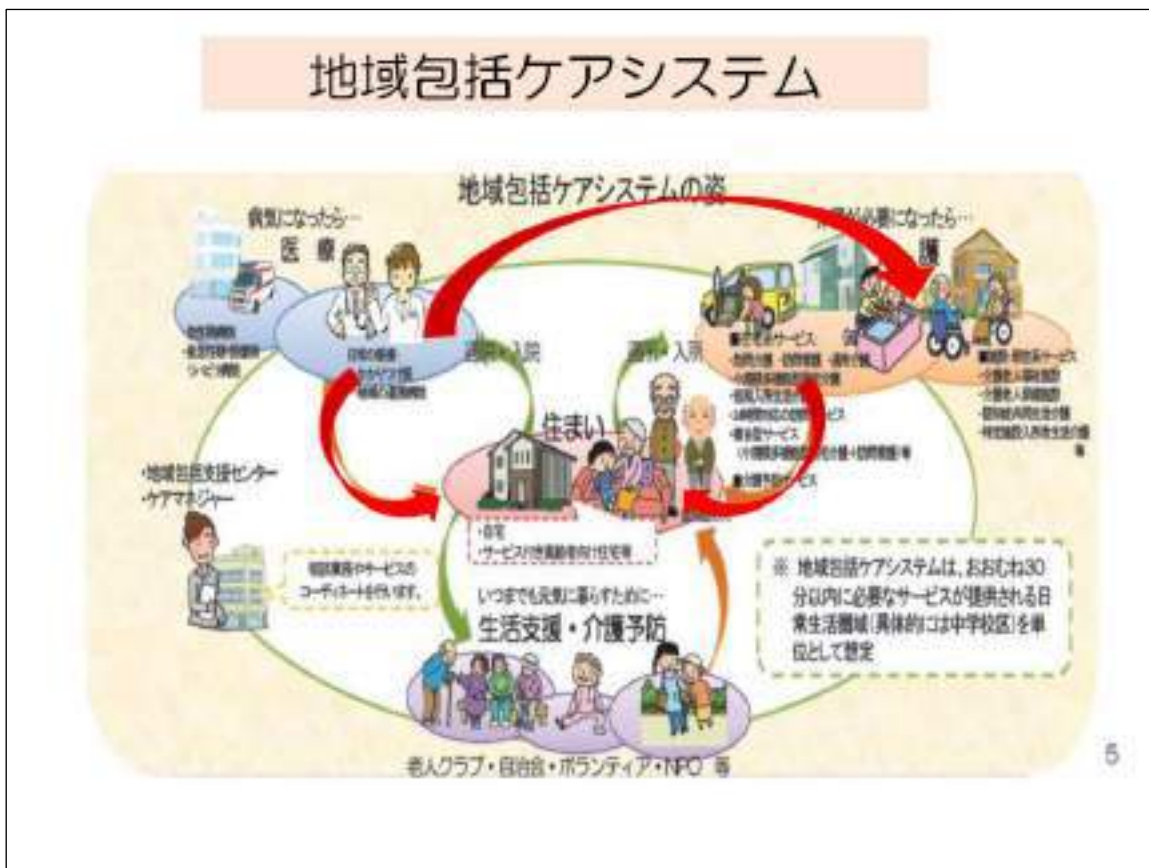
### 地域感染対策支援チーム（仮称）

- |   |   |
|---|---|
| <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>➢ 福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

《 3 3 》



白十字訪問看護ステーション 統括所長 秋山正子氏

### コロナで浮き彫りになった在宅医療の地域差

私たちは先ほどの英先生と同じ、東京都新宿区で主に活動しています。感染が拡大した当初は、マスクや防護具といった資材が急性期病院に優先的に回され、在宅の現場ではそれらが圧倒的に不足していました。また、新宿区内ではデイサービスやショートステイといった高齢者ケアの現場でクラスターが発生し、近接した現場でのケアは常に緊張状態を強いられました。小規模の事業所は、濃厚接触者を出したら閉じざるを得ません。そういうことがあれば早めに助け合う体制を取るべく、区内の訪問看護ステーション連絡会がメールで呼びかけをしたりしていましたが、実際には閉じたところはありませんでした。

一方、相談支援の現場では、面会制限がかかる病院・施設から、在宅へ連れて戻りたいという相談や直接の依頼が増えました。中でも、がんの相談を受け付けているマギーズ東京には全国から電話やメールで相談が寄せられましたが、ここで明らかになったのは、帰れる地域と帰れない地域の格差が非常に大きいことです。これまで地域包括ケアシステムの中で、在宅医療の推進の重要性がずっと言われ続けてきたわけですが、それにも関わらず、あまりの地域差に愕然とするような事例もありました。

また、大病院の外来受診を避けようとする動きも目立ちましたが、逆にこのことが、かかりつけ医を持つようとする動きへとつながっています。受診を控えながら服薬の見直しがなされるなど、コロナはマイナス面ばかりではなく、副次的なプラス面もあったように感じています。

### まち全体で支え合う地域包括ケアの構築を

「暮らしの保健室」は窓口を閉めませんでした。自粛にまじめな高齢者は、あっという間にフレイルの状態になってしまいます。急速に進む要介護状態を、いかに予防できるか。これがコロナのもう一つの課題ではないかと思います。その一方では、高齢で認知症があってもフレイルにならない人がいます。ほんの少しでもいいので出かける先を持っている人、つながりを持っている人は、コロナ禍でも短時間での外出、短時間での会話をする機会があります。あるいは、手先を使った作業を普段から家の中でしている人、かかりつけ医を持っている人も、服薬管理などの相談もでき、フレイルにはなっていませんでした。

これからは要介護状態になる前から予防的な活動を地域で展開し、まちづくりの中でつながりをつくっていくことが大事だと思います。感染拡大を機に在宅医療が改めて見直され、訪問看護への依頼が多くなるなど、コロナにはプラスの側面もありました。今をチャンスとしながら、まち全体で支え合う地域包括ケアが進んでいくことを望んでやみません。

《1》

## With コロナ時代の在宅医療 訪問看護と相談支援の立場から

(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション統括所長  
暮らしの保健室 室長

秋山 正子

認定NPO マギーズ東京 センター長

《2》

## 急性期病院がまずは優先

- 感染予防の物資が足りない 在宅の現場
- クラスターの発生した高齢者ケアの現場と  
近接(デイサービス・ショートステイ)
- 小規模事業所は濃厚接触者を出したら閉じ  
ざるを得ない → 地域の中での協力体制？

《3》

## 改めて見直された在宅ケア

- 面会制限がかかる病院・施設から、在宅へ連れて戻りたいという相談・直接の依頼が増えた。  
(帰れる地域と帰れない地域の格差大)
- 大病院の外来受診を避けようとする動き  
例) 90歳を超えて初めてかかりつけ医を  
持とうと決め行動変容に至った高齢独居者
- ★ 受診を控えながら服薬の見直しもなされた

《4》

## 新型コロナ時代の在宅ケア

PCR陽性者の在宅ケアの具体例

～支えあいながら支えるために～

84歳女性 独居 要介護4

《 5 》

令和2年 7月28日（火） 第103回 暮らしの保健室勉強会資料 1  
**新型コロナ時代の在宅ケア～支えあいながら支えるために～**

■Kさん 84歳 女性 独居 貧血、蜂窩織炎、変形性腰椎症、気分ムラがある方  
**要介護4（訪問診療、訪問看護週1回、訪問介護1日3回+夜間2回の定期巡回、通所介護週1回：入浴+食事+リハビリ）**

- 2020年 3月 普段から咳の症状あり。
- 4月30日（木） 週1回のデイサービスに行く。
  - 5月1日（金） 訪問診療。異常なし。
  - 5月6日（水・祝） **通っていたデイサービス利用者に新型コロナウイルスの陽性者**が出る。ケアマネジャーにデイサービスは20日まで休止との連絡。利用していた曜日が異なっていたため、Kさんは接触していないという情報。ヘルパーからの情報＝昼頃に咳をしていた。週1回木曜日のデイサービスがなくなるため、Hヘルパーステーションのヘルパー（サ責）に7日（木）、14日（木）も追加訪問依頼。
  - 9日（土） Kさん下痢と食欲低下あり。〔後から遡って、この日を発症日と断定〕 夜間と土日は連携しているE訪問介護事業所からヘルパーが訪問。
  - 11日（月） **デイサービスの職員に陽性者**が判明。利用者さん全員にPCR検査を行うという連絡がケアマネジャーに入る。ケアマネジャー→長女に電話連絡（協力的ではない立場ははっきりしている方）  
午前と昼にはHヘルパーステーションヘルパーが訪問。マスク、手袋あり、エプロンなし。
  - 12日（火） Kさん、午前中にPCR検査を受ける。  
午後には訪問看護。熱発（37.2度）。普段からこもり熱も多い方で、布団を除くと36.9度。咳なし、胸の音も変わらず。
  - 13日（水） 夕方 区保健センターよりケアマネジャーに、**Kさん陽性診断の旨連絡**。  
20時 K病院へ入院の運びとなる。保健センターが民間救急車を手配。K病院と長女の間で電話録音の形で入院同意書。訪問看護師はKさん宅の玄関前で防護服着用。Kさん宅で荷物を準備し、Kさんを救急車に乗せるところまで手伝う。その後40日間入院となる。居室内消毒は無し（入院中にウイルスは消滅するとのこと）。  
●Hヘルパーステーションは2名が濃厚接触者となる。定期巡回型のE訪問介護事業所はヘルパー5名が濃厚接触者に。→2週間待機。  
●訪問看護師は濃厚接触ではないが、訪問日から7日間は自宅待機となる。
  - 14日（木） 病院から入院時の情報提供あり。  
病棟看護師より、訪問看護師に、病棟でご飯を食べない、意思疎通ができない、などの相談を受ける。（義歯は後から届ける／実はKさんは人見知りをする方であることなど訪問看護師より情報提供）
  - 15日（金） ケアマネジャーより、入院時情報提供書とケアプランを病院へFAX送信。病棟と共有してもらう。  
●Hヘルパーステーション、2名が自宅待機、他のスタッフも自粛で減っていた。  
→同法人で運営する看多機のヘルパー2名と協力体制をとる。利用者さんにも説明し、理解＆協力してもらう。  
5名が動けなかったE事業所も他事業所と協力。
  - 27日（水） K病院退院調整看護師より、ケアマネジャーに、Kさんが退院できる状態であることの連絡。サービス調整開始。ケアマネジャー、長女やサービス事業所とのやりとりを重ねる。
  - 28日（木） 退院日を6月1日で調整ができた旨をK病院へ連絡。**通常の支援のほか、新型コロナウイルス感染予防対策を整える（資料2、3）。**
  - 6月1日（月） Kさん誤嚥により発熱。退院延期。6/5、6/10とPCR検査で陽性。その後も陽性が続き、計8回の検査実施。退院は5日延期となる。（この当時は、2回陰性が退院基準であった。1回目が陰性だった時点で退院調整を行なったが、延期が続いた）
  - 23日（火） Kさん退院。ケアマネジャーが病院へ迎えに。自宅の感染予防環境を確認する。2週間は徹底。  
●その後も、もしもということを考えて、他の疾患の利用者さんへの訪問も調整等をおこなった。

PCR検査陰性

《 6 》

令和2年 7月28日（火） 第103回 暮らしの保健室勉強会資料 2  
**新型コロナ時代の在宅ケア～支えあいながら支えるために～**

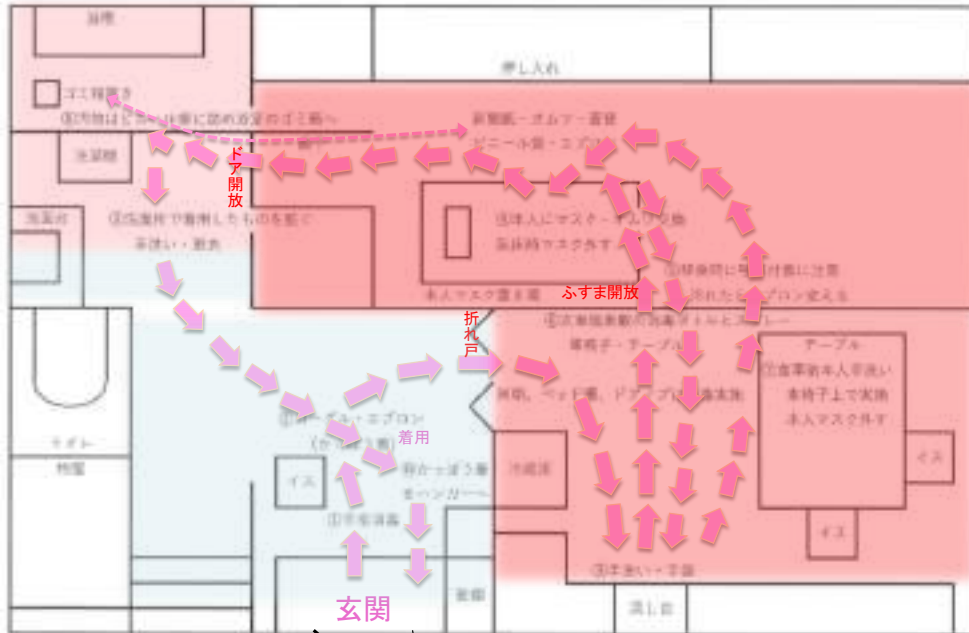
■Kさん宅の見取り図をつくり、動線を徹底。



《 7 》

令和2年 7月28日(火) 第103回 暮らしの保健室勉強会資料 2  
 新型コロナ時代の在宅ケア～支えあいながら支えるために～

■Kさん宅の見取り図をつくり、動線を徹底。



《 8 》

令和2年 7月28日(火) 第103回 暮らしの保健室勉強会資料 3  
 新型コロナ時代の在宅ケア～支えあいながら支えるために～

■感染予防対策一覧

■ 感染予防について(退院後～2週間を目安で)

【ヘルパーの対応】	干渉時・立伏発生時	
	発生時	目覚め時
着替えて対応(かっぱう着)	退院時に更衣	
使い捨てエプロン	着(使い捨て(口拭き用))	着(使い捨て(口拭き用))
マスク	着	着
使い捨て手袋	着(非滅菌、表手-口拭き用)に交換	着
ゴーグル	着	着

※上記物品は洗面所に洗面所に置く

【本人に対して】	- マスク着用・検温(朝夕2回) - 手洗い(洗剤を流すなど)
【自宅環境】	- 換気をする(自然・洗面所)入室時随時
【入室時】	- 訪問者の着物は玄関に置く - 使い捨てエプロン着用
【退室時】	- 使ったマスク、エプロンなどはビニール袋に入れて洗面所のゴミ箱へ。 - 着替えをする - 折れ戸は閉める

洗濯について	かっぱう着は通常の洗濯洗剤で、他の衣服と一緒に洗って良い。基本は着替えて対応するので洗濯する機会は少ない。
消毒法	ホシホにキャップ1杯(25cc)を。ガーゼ布トイレットペーパー、ベッド褥、手すり、テーブル、ドアノブ等を拭く かっぱう着は夜のヘルパーがハイターにつける。朝のヘルパーが洗いの干す。
物品消毒	車庫(費用負担)：本人用マスク(布マスク) ベーパータオル 塩素系ハイター(消毒剤) 使い捨てエプロン ビニール袋 カービス換気扇：かっぱう着(2着) 使い捨て手袋(車庫用) ゴーグル

※本人の在宅発生があったときには、白十字訪問看護ステーション看護士に連絡を取る。

物は口で触る、手拭、呼吸器状態

《 9 》

令和2年 7月28日（火） 第103回 暮らしの保健室勉強会資料 3  
 新型コロナ時代の在宅ケア～支えあいながら支えるために～

■ 感染予防対策一覧

■ 様 感染予防について（退院後～2週間を目安で）

【ヘルパーの対応】	来訪時・在宅受診時	
	来訪時	在宅ケア時
着替えて対応 （かっぱう着）	退院時に更衣	
使い捨てエプロン	着 脱い捨て（目隠し前後）	着 脱い捨て（目隠し前後）
マスク	着	着
使い捨て手袋	着 脱い捨て（手洗・アルコール消毒）	着
ゴーグル	着	着

※上記物品は退院時に洗面所に置く

【本人に対して】	- マスク着用・検温（朝夕2回） - 手洗い（泡洗剤を塗布するなど）
【自宅環境】	+ 換気をする（台所・洗面所）入室時定期換気
【入室時】	+ 訪問者の到着は玄関に着く + 使い捨てエプロンを着用
【退室時】	+ 使ったマスク、エプロンなどはビニール袋に入れて部屋のゴミ箱へ。 + 着替えをする + 換気は閉める

洗濯について	かっぱう着は通常の洗濯洗剤で、他の衣服と一緒に洗って良い。基本は着替えて対応するので洗濯する機会が少ない。
消毒法	ホ1オにキャップ1杯（25cc） 。ガーゼ布トイレ（退院後）、ベッド欄、椅子、テーブル、ドアノブ等を拭く かっぱう着は夜のヘルパーがハイターにつける。朝のヘルパーが洗い、干す。
物品利用	家庭（費用負担）：本人用マスク（布マスク） ペーパータオル 塩素系ハイター（消毒用） 使い捨てエプロン ビニール袋
	サービス関係者：かっぱう着（2着） 使い捨て手袋（事業所単位） ゴーグル

※本人の在宅受診があったときには、白十字訪問看護ステーション看護婦に連絡を取る。

熱は37℃超え、下痢、呼吸器症状

《 10 》

# 予防したいフレイル

自粛にまじめな高齢者はあつという  
間にフレイルに！！

今後急速に増えるであろう要介護状態をどう今のうちに予防できるか？



《 1 1 》

令和2年 9月28日（火） 第105回 暮らしの保健室勉強会資料  
高齢者の感染予防とフレイル予防は両立できる

**IDさん**

- 87歳 女性 介護サービス利用なし
- 息子と二人暮らし
- それなりに外出はする方

2020.5

**散歩で転倒し骨折**

毎日散歩に行っているが、その日は雨のためやめようと思っていた。

午後から天気が回復。やはり散歩することに。帰り道、下り坂で転倒。

右手をつく。痛みがあったが一度帰宅。

自宅から119番通報。K病院で検査、右手 橈骨遠位端骨折の診断。

手術は適応なし。自己注射の指導を受けた。息子が担当。ギプス固定で爪が切れないため、来室。

**Xさん**

- 50代 男性 全盲
- 母親と二人暮らし
- マッサージのボランティアが休みに

2020.4

**アルコール依存気味に**

全盲で、マッサージ師の資格を持っているため、障害者センターでボランティア。

コロナでボランティアが休みとなる。

自宅でアルコールの量がふえて困っていると、母親からの相談あり。

11

《 1 2 》

令和2年 9月28日（火） 第105回 暮らしの保健室勉強会資料  
高齢者の感染予防とフレイル予防は両立できる

**KYさん**

- 60代 男性
- 夫婦二人暮らし
- 認知症あり

2020.4～

**外出先が減り認知症が進む**

認知症と診断されてからも、講演活動などをされていた。

コロナで人と会う機会が減り、以前できていたこともできなくなってしまったと、妻からの相談。

**その他の方々も・・・**

自粛期間中に帯状疱疹が出た。80代女性

自粛期間中に肺炎に。入院先で同室だった人がPCR陽性。2週間個室隔離。80代女性

外出先がなくなって運動不足。腰痛に。スクワットをしたりしてなんとか維持。70代男性

12

## 《 1 3 》

令和2年 9月28日（火） 第105回 暮らしの保健室勉強会資料  
**高齢者の感染予防とフレイル予防は両立できる**

**IMさん**

- 96歳 女性
- 独居 キーパーソンは姪
- 近隣の見守りや支援あり
- 独居のため、誰にも止められずに外出ができた？
- 普段からよく歩き、暮らしの保健室にも来室
- 胃がんの既往あり。要支援1

2020.5

**室内で転倒するも骨折なし**

お薬のことが聞きたいと買い物帰りに立ち寄った際「昨日椅子から立ち上がる時に転倒して腰を打撲したが、大事に至らなかった」

ご相談の後で、転倒防止のためのストレッチ、下肢と足指の体操を看護師と一緒にやる。

**(コロナ禍で)10剤→5剤に減薬**

「たくさん飲んでいる薬を減らしたい」  
 (自らの体調の観察ができていない状態)

次回受診時に相談することを勧める。実際に自分で主治医に相談し、減薬。

**総合病院からかかりつけ医へ**

長年通っていた総合病院を信頼。しかし身近なかかりつけ医も必要と理解するようになる。

「姪にもかかりつけ医のことを説明してほしい」と一緒に来室。

その後、近くの訪問診療も行っているクリニックに、総合病院から紹介され、無事にかかりつけ医となる。(徒歩で外来通院)

13

## 《 1 4 》

令和2年 9月28日（火） 第105回 暮らしの保健室勉強会資料  
**高齢者の感染予防とフレイル予防は両立できる**

**Sさん**

- 85歳 女性
- 息子と2人暮らし
- がんの治療継続中、認知症あり
- 十数年前に夫に先立たれる
- もともと仕事を持ち、自立されている
- がんの治療を始めたころは一時引き込みがちに

2020.4月以降

**マイペース、状態も変わらず維持**

※昨年からは、がんカフェや他のイベント、アクティビティに参加され、その後週に2~3回来室されるようになった方。

「今日は何か(催しが)ありますか？」と電話をかけてくる。何もなくてもどうぞとお誘いすると、来てしばらくおしゃべりをして帰る。

暮らしの保健室からも時々電話をかけて誘う。

**フェルトのマスコット作り**

手芸が好きで、今も時々、大量にねずみのマスコットを作ってきてくれる。

14

《 1 5 》

令和2年 9月28日（火） 第105回 暮らしの保健室勉強会資料  
高齢者の感染予防とフレイル予防は両立できる

「あうねっと」のみなさんはどうされていましたか？

- 週1回開催していた
- 4月から休止に
- おたよりを配布して歩く
- 10月10日から再開！

矢沢さん、松岡先生から活動の紹介と、ご報告をお願いします。

アナログとデジタルの共生

Lineでつながる・  
つながらない  
紙媒体の活用  
(デザインには  
デジタル活用)



——コロナ禍で何を变えていくべきか、逆に、何を变えずに守っていくべきか。

**大友** 变えるべきことは3点、「過度に恐れること」、「あまりに恐れないこと」、「誰かに任せきりにしてしまうこと」です。これから先もいろいろなデータ、エビデンスが出てくると思いますが、あまりにも恐れ過ぎては何もできなくなってしまうし、恐れなさ過ぎるというのも避けるべきだと思います。感染対策は地域包括ケアシステムをつくることと同じです。保健所だけにお願いすればいいとか、感染症に対応している病院だけに任せればいい、ということではなく、やはり地域の医療職、介護職、全て参加しなければ解決しない問題だと思います。

守っていくべきことは、在宅医療の理念です。これまでも必要なことを地域でしっかりとやってきたと思いますが、それをこれからも変わらずに続けることが大切だと思います。

**英** 私たちは訪問診療では在宅でゆっくりと話を聞くことも多く、長時間の診療がかなり多かったのですが、コロナ以降はそれとは逆に、診療をより短時間でやる方向へと向かっています。事前問診などさまざまな工夫で診療の短時間化が進み、業務が効率化されてきていますが、その辺りは従来とは価値観が少し変わってきた部分だと思います。

一方では、ただ誰に対しても一律に業務を効率化すればよいというものではなく、きちんとした感染対応をしながらも、濃密な診療をすべきところはしっかりと行うことも、重要ではないかと思います。

**蘆野** 今は施設や行政も含めて、個々にしっかりと感染対策を行っていると思いますが、広域災害としての感染対策は、それだけでは対応できません。やはり感染対策においても

連携・協働していく意識をしっかりと持つことが、これからは大事だと思います。特に保健所は、地域包括ケアシステムにおける市町の調整機能を担うものと位置づけられていますので、そここのところの新たな意識を、保健所がしっかりと持つことが大事だと思います。

一方で、人間社会におけるつながりの重要性は、変わるものではありません。また、移動の自由も含めた基本的人権としての自由というものも、今は公共の利益のためにかなり制限されています。こういったものを、感染対策を行いながらいかに守っていくのか。今後、試行錯誤しながら知恵を積み重ねていく必要があると思っています。

**秋山** 私たちはもう少し、市民の力を信じて、患者力を上げるような働きかけをもっとしていかないと、これから先の流行を、乗り切っていけないという気がします。双方向の医療といってもいいと思いますが、自分の健康を自分で守ることができる人を育てていく。今までもやられてきましたが、これからはもっと必要ではないかと 思います。変わらなくていいものは、やはりみんなで連携しながら在宅医療に取り組む中で、その人の人生の軌跡を大切に守っていくことだと思います。そこは、これからも引き続きやっていくべきだと思いますし、やれているところが増えているのではないかと期待しているところです。

---

## 指定発言

---

### 迫井正深氏（厚生労働省）

お話をお聞きしていて感じたことが2点あります。一つは、このコロナ対策の難しさです。ただ陽性者を隔離すれば感染対策になるのではなく、コミュニティの中にリスクが潜んでいるところが、この問題の悩ましいところです。そして、そういった難しさが在宅医

療を直撃しています。日常生活の場での濃厚な人とのふれあいこそが在宅医療のいいところであり、前提でもあると思います。そういったことと感染対策の両立に、現場がこれほど苦労されている、そしていろいろな努力をされているということに、改めて思いを致すことができました。

二つ目は、いろいろと辛いこと、難しいことばかりではありますが、その一方でいい面もあったというのは、秋山さんのご指摘の通りだと思います。特に、これまでなかなかフォーカスが当たらなかった、かかりつけ医を持つことの重要性が、改めて認識されたことはいいことだと思います。

同様に、オンライン診療についてはこれまでもいろいろな議論がありましたが、今はその良さが注目され、しっかりと活用していく方向へと向かっています。こういったいい面にフォーカスを当て、それを糧として、日本の医療が良くなる方向にムーブメントが動くといいなと思いました。

#### 高山義浩氏（沖縄県立中部病院）

これから冬に向けて体制整備を進めていくことが急務ですが、私が沖縄県でいつも言っているのは、コロナ対策にこだわらず、包括的に進めていく必要があるということです。特に地域包括ケアシステムの推進というのは、救急医療の危機や、さまざまな地域医療の危機に対する解決策の一つとして議論を進めてきたはずで、その底力が今こそ試されているのだと思います。たとえば、コロナ以降、入院中のカンファレンスが開かれなくなり、患者さんに対する治療方針の決定が、退院後の生活に立脚しなくなってきました。キーパーソンとの電話に依存していて、コンセンサスレベルが明らかに低下してきているのです。本人参加の下、対面で話し合うということが行われなくなった結果、ロジックが支配し、

患者さんの思い、家族の思いが反映されなくなり、その場しのぎの医療介入が活発になってきています。面会制限のためにケアマネジャーが病院に足を向けなくなり、それが円滑な退院調整の障害要因になってきているのです。やはり必要なカンファレンスは開催すべきですし、介護側の参加も積極的に促す必要があると考えます。

今、病院は患者さんの暮らしよりも、コロナかコロナでないか、ばかりを気にしています。地域医療全体があまりにもコロナシフトし過ぎて、円滑さが失われていると感じます。感染症の流行を乗り切る切り札とは本来、いつでも支え合うプロフェッショナルの連携だったはずです。これから皆さんと議論していきながら、病院としてもしっかりと役割を果たしていきたいと思っています。

#### 市原美穂（ホームホスピス宮崎）

今、コロナシフトと言われましたが、人に近づかない、人と話さないということが今、盛んに言われています。本来は、人と人はふれあうのが当たり前で、意識しなければ距離を取ることはできないわけですが、少し不安に感じているのが、そのやり方にいつか慣れてしまうことです。With コロナの時代に、距離をおくのが当たり前になってしまわないようにすることが、一つあります。

ホームホスピスでは家族の面会を制限していないと申し上げました。面会に来るご家族の方々は、感染対策に本当に真剣に取り組んで来られます。絶対にここに持ち込んではいけないと、強く思っているんです。そういう意味では、もっと家族を信頼してほしいと、私は思います。面会謝絶といって門前払いをしてしまうのではなく、本人と家族のつながりをいかに守っていくのか、しっかり考え、そのための工夫や努力をしていかなければならないと、改めて思いました。

# 資料

---

出演者略歴

# 出演者略歴

(50音順)

あきやま まさこ

**秋山 正子** (白十字訪問看護ステーション 統括所長)

【略歴】1950年、秋田県生まれ。聖路加看護大学卒業後、関西にて臨床および看護教育に従事。1990年、2歳上の実姉の末期がんでの看取りを経験後、在宅ケアの必要性を感じ訪問看護師に。1992年、東京都新宿区にてライフケアシステムの訪問看護師となり、その後医療法人春峰会白十字訪問看護ステーションに移籍。2001年、医療法人解散に伴いケアーズ設立、訪問看護・居宅介護支援・訪問介護の事業を運営。2010年3月、NHKプロフェッショナルに訪問看護師として取り上げられる。2011年、高齢化の進む団地に「暮らしの保健室」開設。2015年、看護小規模多機能「坂町ミモザの家」開設。2016年、江東区豊洲にNPO マギーズ東京センター設立、共同代表理事・センター長。2019年、国際赤十字社より第47回フローレンスナイチンゲール記章受章。現在、株式会社ケアーズ代表取締役、白十字訪問看護ステーション統括所長、暮らしの保健室室長、NPO 白十字在宅ボランティアの会理事長、認定NPO マギーズ東京 共同代表理事・センター長。

【主な著書等】『コロナ後の世界を生きるー私たちの提言』(岩波新書、共著)、『がんと共に生きていくときに、知っておいてほしいこと』(山と溪谷社)

あしの よしかず

**蘆野 吉和** (山形県庄内保健所 所長)

【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月より同保健所所長。

【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。

あらい ひでのり

**荒井 秀典** (国立長寿医療研究センター 理事長)

【略歴】1984年、京都大学医学部卒。1991年、京都大学大学院博士課程修了。2003年より京都大学大学院医学研究科加齢医学講師。2009年4月より京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻教授。2015年1月より国立長寿医療研究センター副院長、同年4月より老年学・社会科学研究センター長兼務(2019年3月まで)。2018年4月より同病院院長。2019年4月より同理事長。専門は老年医学、フレイル、サルコペニア、認知症、動脈硬化。

【資格・公職等】医学博士。日本老年学会理事長、日本サルコペニア・フレイル学会代表理事、日本老年医学会副理事長、日本動脈硬化学会副理事長、日本老年薬学会理事、日本在宅ケアアライアンス理事。2020年10月より日本学術会議会員(第25期)(第2部、臨床医学委員会)。長寿科学研究振興財団理事、小野医学研究財団評議員、興和生命科学財団評議員、杉浦記念財団評議員。

【主な著書等】『40歳からの健康年表～10年後こんな病気が待っている～』(荒井秀典編、文芸新書)

いじま かつや

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

【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ーフレイルに立ち向かうー』(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)。

---

いちほら みほ  
**市原 美穂** (ホームホスピス宮崎 理事長)

【略歴】1998年、任意団体としてホームホスピス宮崎の設立に参画。2002年、特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎理事長就任。2004年、「かあさんの家」開設。2005年、訪問介護ステーションぱりおん開設。2015年、暮らしの保健室、および訪問看護ステーションぱりおん開設。同年、一般社団法人全国ホームホスピス協会理事長に就任。ホームホスピス宮崎が認定特定非営利活動法人に認証される。現在、宮崎市内にホームホスピス「かあさんの家」3軒を運営。2015年、保健文化賞（第一生命・厚生省）および毎日社会福祉顕彰(毎日新聞社)受賞。2018年、エクセレントNPO大賞（言論NPO）受賞。

【主な著書等】『ホームホスピス「かあさんの家」のつくり方』（木星舎）、『暮らしの中で逝く』（木星舎）ほか。

---

おおしま しんいち  
**大島 伸一** (国立長寿医療研究センター 名誉総長)

【略歴】1945年生まれ。1970年、名古屋大学医学部卒。社会保険中京病院泌尿器科副院長を経て、1997年、名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授。2002年、名古屋大学医学部附属病院長。2004年、国立長寿医療センター総長。2010年、独立行政法人国立長寿医療研究センター理事長・総長。2014年より名誉総長。名古屋大学名誉教授。

【資格・公職等】介護福祉士国家試験委員会委員長（2008～2011年）、社会保障制度改革国民会議委員（2012～2013年）、医道審議委員会会長（2013～2019年）、厚生労働省全国在宅医療会議座長、一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構理事長、日本福祉大学常任理事など。

【主な著書等】『超高齢社会の医療のかたち、国のかたち』（グリーン・プレス）、『老後を生き抜く方法』（宝島社）、『長寿の国を診る』（風媒社）、『治し支える医療』へ向けて、医学と社会の大転換を』（ライフ・サイエンス、編著）ほか。

---

おおた ひでき  
**太田 秀樹** (日本在宅ケアアライアンス 事務局長)

【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やま城北クリニック（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。

---

おおとも せん  
**大友 宣** (静明館診療所 医師)

【略歴】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。専門分野は在宅医療、プライマリ・ケア、内科。

【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。

---

おぐら かずなり  
**小倉 和也** (はちのへファミリークリニック 理事長)

【略歴】1996年、国際基督教大学教養学部人文科学科卒。2003年、琉球大学医学部医学科卒。2005年、医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院初期研修了。2007年、医療法人北海道家庭医療学センター家庭医療学シニアレジデント修了。同年、弓削メディカルクリニック常勤医。2010年、はちのへファミリークリニック院長。2020年、同院理事長。

【資格・公職等】NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク会長、NPO 法人 Reconnect 理事長、全国在宅療養支援医協会代議員、日本在宅医療連合学会評議員、八戸市医師会理事、八戸地区介護保険事業者協会理事、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、認知症サポート医。



---

さこい まさみ  
**迫井 正深** (厚生労働省 医政局長)

【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。

---

たかはし あきひこ  
**高橋 昭彦** (ひばりクリニック 院長)

【略歴】滋賀県長浜市出身。1985年 自治医科大学医学部卒業。2001年、米国ホスピス研修のためにニューヨーク滞在中、アメリカ同時多発テロ事件に遭遇し、「無事帰国できれば、やりたいことをやろう」と決心。2002年、在宅医療とかかりつけ医を行う診療所「ひばりクリニック」を宇都宮市に開設。2006年9月人工呼吸器をつけた子どもの自宅を訪問したところ、母親が高熱で寝込み、父親が仕事を欠勤して介護をしていた。何とかしたいと考え人工呼吸器をつけた子どもの預かりを決意。2007年、勇美記念財団助成により、研究事業としてひばりクリニックで人工呼吸器をつけた子どもの預かりを試行、無床診療所でも預かりは可能と実証した。2008年3月、宇都宮市が「重症障がい児者医療的ケア支援事業」を創設し、これを受けて、2008年6月、診療所併設として重症障がい児者レスパイトケア施設うりずんを開設。2012年3月、特定非営利活動法人法人うりずん設立。2014年3月、うりずんが認定特定非営利活動法人取得。2016年4月、ひばりクリニックとうりずんを宇都宮市徳次郎に同時移転し、新拠点で活動を開始。2014年、「第10回 ヘルシー・ソサエティ賞」受賞、2016年「日本医師会 第4回赤ひげ大賞」受賞。

【資格・公職等】日本小児科学会認定専門医・指導医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、福祉用具プランナー、栃木県医師会在宅療養支援診療所・病院連絡会理事、在宅ケアネットワーク・栃木世話人、在宅緩和ケアとちぎ副代表。

【主な著書等】『地域で支える みんなで支える 実践?小児在宅医療ナビ』(南山堂)、『こうすればうまくいく 在宅緩和ケアハンドブック 改訂2版』(中外医学社)、『人工呼吸器をつけた子どもの預かりサービスの構築』(2006年度在宅医療助成勇美記念財団研究助成完了報告書)

---

たかやま よしひろ  
**高山 義浩** (沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科 副部長)

【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。

---

たけだ としひこ  
**武田 俊彦** (岩手医科大学 客員教授/日本在宅ケアアライアンス 副理事長)

【略歴】○○○○○。

【資格・公職等】○○○○○

【主な著書等】○○○○○

---

つじ てつお  
**辻 哲夫** (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 客員研究員)

【略歴】1971年、東京大学法学部卒業後、厚生省(当時)に入省。老人福祉課長、国民健康保険課長、大臣官房審議官(医療保険、健康政策担当)、官房長、保険局長、厚生労働事務次官を経て、2008年4月から田園調布学園大学 教授。2009年4月から東京大学高齢社会総合研究機構 教授を務める。現在、東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授。厚生労働

省在任中に医療制度改革に携わった。

【資格・公職等】『日本の医療制度改革がめざすもの』（時事通信社）、『地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み』（東京大学出版会）、『超高齢社会 日本のシナリオ』（時評社）等。

---

つるおか ゆうこ  
**鶴岡 優子**（つるかめ診療所 所長）

【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、つるカフェ代表、往診塾研究者。

【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。

---

にった くにお  
**新田 國夫**（日本在宅ケアアライアンス 理事長）

【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理事長、全国在宅療養支援医協会展長、日本臨床倫理学会理事長、福祉フォーラム・東北会長。

---

のだ まさはる  
**野田 正治**（愛知県医師会 副会長／日本医師会 理事）

【略歴】1980年、岩手医科大学卒。同年、名古屋市立大学病院第2内科臨床研修医。1982年、大同病院内科。1986年、名古屋市立大学第2内科臨床研究医。1989年、名古屋市立大学第2内科助手。1991年、野田内科小児科医院継承。1996年、瀬戸旭医師会理事。2005年、瀬戸旭医師会副会長。2010年、瀬戸旭医師会会長。2014年、愛知県医師会理事（地域包括ケア、在宅医療、認知症、障害者医療、介護保険、国保担当）、2020年、愛知県医師会副会長 日本医師会理事。

---

はなぶさ ひろお  
**英 裕雄**（新宿ヒロクリニック 院長）

【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。