



特別編

コロナと在宅医療

伝えたい！
在宅医だから

長尾和宏の 5快適に在宅介護をする秘訣



執筆▶長尾和宏
医学博士。長尾クリニック院長。公益財団法人 日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授。日本慢性期医療協会理事他。ベストセラー『「平穀死」10の条件』など著書多数。

2020年前半は世界的に新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）一色になりました。ケアマネさんのご苦労も大変なものと想像します。今回は、コロナ禍における在宅医療や施設介護について考えてみます。

死亡者の93%が60歳以上！ コロナは高齢者問題そのもの

風邪症候群の大半はウイルスが原因で、従来から4種類のコロナウイルスが知られていました。そして5番目のSARS、6番目のMERSが出てきて、7番目として今回の新型コロ

ナウイルスが出たわけです。致死性の高い感染症として2月1日、コロナは感染症法2類に指定されました。これにより感染が確認されたら保健所の指示で強制的に隔離・入院させられることになったのです。しかし要介護度が高い在宅患者さんや認知症の人の中には、入院が困難な方が

います。そもそも誰が介護をするのでしょうか。

6月15日現在、日本のコロナによる死者者は925人強です。特記すべきは死者の93%が60歳以上の高齢者であり、30代以下の死者者は4人であるということ。この数字はケアマネさんには是非覚えておいてもらいたいものです。命という視点からいえば、高齢者は若者の100倍危険なのです。つまりコロナは高齢者問題そのもので、高齢者といえば在宅介護や施設介護をされている方が多いわけで、結局、介護の問題なのです。しかしマスコミは、介護施設での集団感染をセンセーショナルに報じるだけで、苦境に立たされている介護現場を応援する報道はほとんどありませんでした。大変残念です。

6月に入り、世間がやや落ち着きを取り戻したいま、私はコロナをインフルエンザと同じ感染症法5類に落とすべきだと思い、国会で議論していくだいています。インフルエンザと同じ扱いになれば無用な差別や偏見は鎮静化していきます。そうなれば、ケアマネジャーや介護者の心理的負担も大きく軽減されるはずです。

医療現場よりひっ迫した 悲惨な介護の現場の実態

多くの介護施設では2カ月間以上、外出禁止にするだけでなく家族の面会謝絶も続けています。なかには医師や看護師の入館もお断りという施設もあります。気持ちはわかりますが、長期間面会制限をすると入所

はどうなるでしょうか。すべての入所者の筋力や運動機能、認知機能がみるみる低下していくのです。紫外線を浴びずに幽閉すれば、必ず昼夜逆転が著しくなります。イライラから周辺症状が激しくなります。要介護度が高まり、命を縮める人も多く出ます。

そもそも面会制限は誰のためでしょうか。万一、感染者が出れば、風評被害で経営に支障が出ます。最悪、倒産です。しかし利用者の尊厳をすべて犠牲にして経営者の利益を優先するのも間違っていると思います。私はいくつかの施設管理者に「せめて1日に5分だけでもベランダに出してあげて」と提言しましたが、「外気からコロナが入ってきたら困るので窓は開けられません」と断られました。そのとき、この経営者にはコロナの基礎知識がないことを知りました。でも、ケアマネさんは紫外線でウイルスが不活化することくらいは知っていますよね。

全スタッフにバスや電車の利用禁止や会食禁止の誓約書を書かせている施設もあります。介護スタッフのストレスは想像を絶するものです。感染者が出たときに備えて感染防御対策を講じてはいますが、そもそも介護施設にはマスクやフェースシールドやガウンなどのPPE用品の備蓄はほとんどありません。仮に少しあっても使い捨てにはできません。PPEの配布は病院が優先で、開業医や在宅医にすら届いていないのです。結局、介護施設や在宅におけるコロナ対策の実践的指針がないことから、さまざまな混乱が起きています。テレビに出てくる専門家は「正しく恐れよ」と言いま

ますが、入所者や在宅患者さんの発熱に対して施設や在宅現場は具体的にどのように対応すればいいのでしょうか。

札幌市の社会福祉法人が運営する介護老人保健施設（老健）茨戸アカシアハイツにおける集団感染をご存じですか。入所者と職員の合計90名が施設内感染をし、15名が亡くなられて報道されました。当時、感染者を受け入れる病床がひっ迫していたため、保健所長が「施設で看取って」という趣旨の指示をした、というのですから驚きました。つまり感染が判明した入所者の方は医療を受けられず、家族に会えないまま亡くなっています。スタッフはほとんどが辞めてしまい、残ったスタッフは自家用車に寝泊まりしながら頑張っているそうです。入所者には1日2食の食事しか提供ができず、それはまさに野戦病院の様相を呈しています。

PCR陽性となると原則入院で、軽症者はホテル療養でもいいとなっています。しかし要介護者は施設や在宅で対応してもいいものでしょうか？

それには、日本在宅医療連合学会の「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）Q&A」^{*}が非常に参考になります。

「感染が判明しても入院を希望しない患者さんの対応」（表1）、「感染疑いあるいは濃厚接触者と判定された療養者の療養環境の確保」（表2）、「利用者への対応」（表3）などを参考にしてください。

ケアマネさんは、法律や学会のガイドラインにも目を通しておくべきです。

ケアマネジャーは
介護現場の意見を集約して、
行政や医療に発信すべし！

* https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/COVID-19_Q&A.pdf

表1 感染が発覚しても入院も検査も希望しない療養者への対応

【入院を希望しない場合】

療養者が病院への入院を希望しない場合、現状では訪問診療でのPCR検査も含めて保健所に連絡し、対応を相談する。

その際には、望まない入院につながる検査を行うかどうか、その検査手順や事前の本人の意思確認の手順も含め検討が必要である。

【入院も検査も希望しない場合】

療養者が入院を希望せず、また、PCR検査や積極的な治療も希望せず、家族も希望しない場合には、新型コロナウイルス感染症の疑い療養者として自宅療養を継続することも想定される。

この場合には、保健所と相談しながら利用者、同居家族、サービス提供者とともに、標準予防策に加えて飛沫および接触予防策を徹底しながら医療および介護を提供することを基本とする。

表2 感染疑いあるいは濃厚接触者と判定された療養者の療養環境の確保

- 換気の良い個室に配置。
- 療養者の動線を極力少なくし、共有部分（キッチン、バスルーム、トイレ等）を最小限に。
- 共有部分の換気を確保（例えば窓を開いたまま）する。
- 同居家族は別の部屋に滞在する。
- 療養者の手拭きは食事の前、トイレの使用後、手が汚れた時等も含めこまめに行う。手が目に見えて汚れていない場合は、アルコールベースの手拭き、目に見える汚れた手には、石鹼と水を使用する。
- 石鹼と水で手を洗うときは、使い捨てのペーパータオルを使用して手を乾かす。これらが利用できない場合は、清潔な布タオルを使用し、濡れたら交換する。
- 飛沫予防として、マスクを着用してもらう。
- 介護者の数を制限する。
- 基礎疾患や免疫不全状態のない人を1人割り当てる。
- 家族内でケアをする人は、一人に限定する。
- ケアをする人はマスク・手袋を着用し、他の部屋には持ち出さない。

表3 在宅医療利用者への対応

- 手洗い・消毒は利用者、家族の前で見せながら実施する。手洗い用の液体石鹼は持参する。
- ケア提供前に手を洗い、手拭きにはペーパータオルを使用し、使用後は袋に入れて持ち帰る。手洗い後にはアルコール消毒を行う。ケア終了後にもう1度手洗い、アルコール消毒を行う。この際に使用したペーパータオルは利用者宅で処分してもらう。
- 利用者宅にある物品（血圧計・体温計など）を使用する。



末期がんや認知症の人がコロナに感染した場合、在宅や施設での療養のほうが良い場合、そこでしか療養できない場合が現実にあります。その際に保健所と医療機関と密接に連携をしながら行なうことが大切です。実は、コロナ陽性患者さんを在宅や施設で診た事例は全国でたくさんあります。しかしそまだ詳細が不明で十分に情報公開されていません。

認知症の方の感染防御対策は
ユマニチュードが基本

認知症の人のコロナ対策はどうすればいいでしょうか。一般的には「マスク、ソーシャルディスタンス、三密を避けよ」と言われますが、これらは介護施設やグループホームにおいては困難です。認知症の人にマスクをさせるのは難しく、また、スタッフのマス

ク姿を怖がる場合もあります。療養環境の急激な変化に適応できない人もたくさんいるでしょう。ここは臨機応变に、できる範囲で個別対応を行うしかありません。認知症の人の尊厳や幸福を考えたとき、到底マニュアル通りにはいきません。そしてすべての感染防御対策においてユマニチュードを土台にすることを忘れてはなりません。身体拘束は論外です。

確実にできることは介護スタッフが「かからない、持ち込まない」です。そのために医療スタッフだけでなく、介護スタッフも定期的にPCR検査や抗体検査が受けられる体制づくりが急がれます。検査をすることで安心して働けるようになるわけですが、これは国の仕事です。ケアマネさんは介護現場の意見を集約して行政や医療にどんどん発信すべきです。どの業界も非常事態ですから、大きな声をあげないと無視されます。今こそ、職能団体の団結が大切です。

本当に怖いのは 「ステイホーム症候群」

コロナを必要以上に怖がり、デイサービスやショートステイに行くのをやめる人がいます。テレビのワイドショーが有名人のコロナ死を煽りすぎたためですが、現状は恐怖心が引き起こすストレス病の方がコロナよりも圧倒的に多くなっています。恐怖から医療機関にかかることができない人もいます。長くステイホームを続けることによってさまざまな症状が出てきている患者さんが増えているのですが、現在、私がオンライン診療で対応している方のほとんどが微熱の相談です。

2カ月間も自宅に閉じこもることは、すさまじいストレスとなります。その結

果、副腎からアドレナリンなどのストレスホルモンが outs。長期間、交感神経が緊張した状態が続くと微熱、倦怠感、過換気症候群、咳、うつ、不安、不眠、フレイル、帶状疱疹など身体機能と認知機能の低下が起きます。これらを私は勝手に「ステイホーム症候群」と呼んでいます。それを見越して『歩くだけでウイルス感染に勝てる!』(山と渓谷社)という本を4月に出版しました。こんなときこそ自宅にこもらず前後5mの距離をとり、マスクを着用して、屋外を、紫外線を浴びながらこまめに歩くべきです。だから私は「ステイホームタウン!」と言葉を改めました。高齢者施設ならばせめて車いすで中庭などに出してあげて、積極的に日光浴をさせるべきです。

このように現時点では、感染症法

での「2類指定」という法律の縛りが高齢者施設や現場の医師の柔軟な対応を阻止し、介護施設における二次被害を増幅させています。コロナよりも恐怖による二次被害の方がずっと大きくなっているのです。国には、1日も早くコロナがインフルエンザと同じ5類に落とすことを強く望みます。

コロナは社会を大きく変えました。しかし介護だけはリモートワークが不可能で、三密そのものです。リモートでオムツ交換ができるはずがありません。だから、ケアマネさんには地域のケアラーに正しい知識と知恵を伝えさせていただいて、介護者とご本人を元気にしてほしいのです。また、ケアマネさんや介護者がPTSDに陥らないように彼らへのメンタルケアも大切です。私はいま医療崩壊よりも介護崩壊のほうを100倍心配しています。

地域のケアラーに
正しい知識と知恵を伝えて、
元気にしてあげるのも
ケアマネジャーの役割です。



月刊 ケアマネジメント

7月号

特集



信じよう! 介護の力
新しい生活様式と
認知症ケア

特別企画

介護者の負担にならない
褥瘡予防ケアの提案を

特別インタビュー

三好春樹氏「当たり前の日常」続ける勇気を

好評企画

「はたらく」デイサービスを全国展開へ
前田隆行氏(「100BLG」代表取締役)