

国際セミナー報告書

## リハビリテーションと COVID-19



2021年2月23日（火・祝）

国立障害者リハビリテーションセンター

(障害の予防とリハビリテーションに関する WHO 指定研究協力センター)

## プログラム

日時 2021年2月23日(火・祝) 14:30~17:00 (オンライン開催)

14:30~ **開会挨拶**

飛松 好子 国立障害者リハビリテーションセンター 総長

14:35~ **基調講演**

「COVID-19 禍における西太平洋地域のリハビリテーションの状況」

発表者: Peter Cowley

WHO 西太平洋地域事務局 医療制度とサービス部門 コーディネーター

Cheryl Ann Xavier

WHO 西太平洋地域事務局 コンサルタント

**発表 1**

「リハビリテーションと COVID-19 に関する WHO の支援」

発表者: De Groote Wouter

WHO 本部 リハビリテーションプログラム 非感染性疾患部門

**発表 2**

「中国リハビリテーション研究センターにおける COVID-19 禍のリハビリテーションとマネジメント」

発表者: 徐青 中国リハビリテーション研究センター 一般外科主任

<休憩>

**発表 3**

「韓国リハビリテーションセンターにおける COVID-19 禍のリハビリテーション」

発表者: UnJoo Kim 韓国リハビリテーションセンター 社会復帰部長

**発表 4**

「国立障害者リハビリテーションセンターにおける COVID-19 禍のリハビリテーション」

発表者: 深津 玲子 国立障害者リハビリテーションセンター 学院長

16:25~ **ディスカッション、質疑応答**

ファシリテーター: 緒方 徹

東京大学医学部附属病院リハビリテーション科 准教授

16:55~ **閉会挨拶**

森 浩一 国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長

# 目次

開会挨拶	1
飛松 好子 国立障害者リハビリテーションセンター 総長	
基調講演	2
「COVID-19 禍における西太平洋地域のリハビリテーションの状況」	
発表者：Peter Cowley WHO 西太平洋地域事務局 医療制度とサービス部門 コーディネーター Cheryl Ann Xavier WHO 西太平洋地域事務局 コンサルタント	
発表 1	5
「リハビリテーションと COVID-19 に関する WHO の支援」	
発表者：De Groot Wouter WHO 本部 リハビリテーションプログラム 非感染性疾患部門	
発表 2	9
「中国リハビリテーション研究センターにおける COVID-19 禍のリハビリテーションとマネジメント」	
発表者：徐青 中国リハビリテーション研究センター 一般外科主任	
発表 3	12
「韓国リハビリテーションセンターにおける COVID-19 禍のリハビリテーション」	
発表者：UnJoo Kim 韓国リハビリテーションセンター 社会復帰部長	
発表 4	16
「国立障害者リハビリテーションセンターにおける COVID-19 禍のリハビリテーション」	
発表者：深津 玲子 国立障害者リハビリテーションセンター 学院長	
ディスカッション、質疑応答	19
ファシリテーター：緒方 徹 東京大学医学部附属病院リハビリテーション科 准教授	
閉会挨拶	25
森 浩一 国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長	

## 開会挨拶

飛松 好子

国立障害者リハビリテーションセンター 総長

国立障害者リハビリテーションセンターを代表いたしまして、皆様を歓迎申し上げます。

国立障害者リハビリテーションセンターは、障害の予防とリハビリテーションに関する WHO の指定研究協力センターのひとつであり、指定研究協力センターの活動として国際セミナーを毎年開催しております。

残念ながら、昨年度のセミナーは新型コロナウイルスの蔓延によりまして中止せざるを得ませんでした。まだ新型コロナウイルスの感染拡大は続いておりますけれども、今回はこのウェブセミナーを開催することにいたしました。

COVID-19 感染拡大下でのリハビリテーションの経験を共有し、この感染拡大下でのリハビリテーションの管理について経験や知見が共有できればと思っています。

皆様にとって実り多いセミナーになりますように祈念いたします。ありがとうございました。

## COVID-19 禍における西太平洋地域のリハビリテーションの状況

Peter Cowley

WHO 西太平洋地域事務局 医療制度とサービス部門 コーディネーター

Cheryl Ann Xavier

WHO 西太平洋地域事務局 コンサルタント

ありがとうございます。 COVID-19 感染拡大時の西太平洋地域のリハビリテーション状況について共有する機会をいただき感謝します。

本日のプレゼンテーションは、2020 年 8 月に発行された、COVID-19 感染拡大における不可欠な医療サービスの継続性に関する WHO パルス調査の中間報告に焦点を当てています。この報告書からは、ライフコース全体における重要な医療サービスに対して COVID-19 感染拡大がどのように影響したかについて、初期の洞察を各国の情報提供者から得ることができました。2020 年 5 月から 6 月の間に最大 25 の必須医療サービスの調査が実施されました。5 つの WHO 地域から 105 か国が回答しました。回答した 105 か国のうち、80%の国が COVID-19 発生前に不可欠な医療サービスパッケージを特定していました。そして、66%の国が、COVID-19 感染拡大の間に維持されるべきサービスのコアセットを特定しました。報告期間中のある時点で、国の半数以上が意図的にサービス提供を縮小する政府の政策を実施しました。

スライドに示されているように、最も影響を受けたのはモバイルクリニックであり、21%の国がモバイルサービスの完全な停止を報告しています。外来サービスと地域に根ざしたケアの完全な停止は、8%の国で報告されました。一部のサービスまたは一部の地域へのアクセスを制限することは、サービスの完全な停止よりも多く見られました。61%の国は外来サービスに影響がでたと報告しています。54%の国での地域に根ざしたケア、53%の国で入院サービス、47%の国でモバイルクリニックに影響が出ました。救急医療サービスと救急ユニットサービスは、少数の国で影響を受けました。次の質問は、不可欠な医療サービスの維持についてでした。最大 25 の基本的な医療サービスの中断について質問されました。選択肢は「影響がなかった」、「一部に影響があった」、「深刻または完全な影響があった」の 3 つです。「一部に影響があった」は、患者の 5~50%にサービス使用の減少があること、として定義されました。50%を超える低下は「深刻または完全な影響があった」と見なされました。105 か国のうち、28 か国がサービスの 75~100%で中断を報告しました。27 か国がサービスの 50~74%の中断を報告しました。20 か国がサービスの 25~49%を報告し、19 か国がサービスの 25%未満を報告しました。11 か国のみがサービスの中断はなかったと報告しています。

WHO の地域または国の所得グループごとにこれらのサービスの中断の分布を見ると、不均一であることが示されました。中断は、より低所得国から頻繁に報告されました。所得グループが高いほど、中断されたサービスの割合の中央値は低くなります。エリア全体の中断を見ると、48%の国が他のサ

サービスグループと比較して、すべての非感染性疾患（NCD）サービスで少なくとも部分的な中断を報告しています。したがって、ここでは、NCD サービスが最も中断されたことがわかります。また、より多くの国が緊急サービスおよび重要なサービスは中断がなかったと報告しました。

14 か国の地域データを見ると、このスライドでは、88%の国がリハビリテーションサービスの中断を報告していることがわかります。また、25%がリハビリサービスの完全な中断を報告し、63%がリハビリサービスの部分的な中断を報告しています。

この地域では、世界的な結果と同様に、政府の政策によるサービスの中断は移動診療所に最も影響を及ぼしました。国の 36%がモバイルサービスの完全な停止を報告しました。地域に根ざしたケアの完全な停止は 29%の国で報告されました。外来サービスについては 21%の国が完全な停止を報告しました。

西太平洋地域の医療サービスの中断の原因を見ると、上位 3 つの原因は、67%の国で入院患者の選択的ケアのキャンセル、56%の国で人口レベルのスクリーニングの閉鎖、50%の国で治療方針の変更、患者の来院なし、外来サービスの閉鎖が報告されました。スライドの他の項目は、医療サービスが中断する他の理由を示しており、病院のベッドが利用できないことが最も少ない原因であることを示しています。

パルス調査を補完するために、WHO の NCD 部門、NCD は非感染性疾患の略ですが、COVID-19 感染拡大時の NCD に係るサービス提供の迅速な評価を実施しました。調査に回答した国は 163 カ国でした。この地域では、23 か国が調査に回答しました。5 か国は高所得国、6 か国は低中所得国、12 か国は太平洋島国でした。レポートへのリンクもここにあります。

結果は、調査に回答した 163 か国のうち 122 か国が、NCD サービスが中断されたと報告したことを示しています。スライドを見ると、世界的にリハビリテーションサービスが最も影響を受けたサービスであることがわかります。国の 50%が部分的な中断を報告し、さらに 12%がリハビリテーションサービスの完全な中断を報告しました。NCD 関連サービスの継続が自国の COVID-19 対応計画の必須医療サービスのリストに含まれているかどうかを尋ねたところ、65%の国が COVID-19 対応計画に含まれていると回答しました。

しかし、COVID-19 計画に NCD の必須サービスの一部としてリハビリテーションサービスを含めたと報告した国は 47%にすぎません。対照的に、各国の COVID-19 対応計画に最も一般的に含まれている 3 つの NCD 必須サービスは、心血管疾患サービス、糖尿病サービス、および慢性呼吸器疾患サービスでした。

高血圧管理サービスは、感染拡大中に部分的に中断された最も一般的な NCD サービスとして報告されました。その次にはリハビリテーションがあり、44%の国が感染拡大の際に部分的な中断を報告しました。

この地域で最も一般的に報告されている NCD 関連サービスの中断の 5 つの主な原因は、次のとおりです。外来疾患に特化した診察クリニックの閉鎖、人口レベルのスクリーニングプログラムの閉鎖、

患者が来院しないことによる外来患者数の減少、選択的治療のキャンセルによる入院患者の減少、NCD 関連の臨床スタッフが COVID-19 対応に配置されたこと。中断の最も共通した原因を特定したので、次に、各国に共通した緩和戦略を見ていきます。

これらの中断を克服するために、高所得国の 100%で対面に代わる遠隔医療、NCD 医療の新しい供給方法または調剤アプローチ、優先順位を特定するためのトリアージを用いています。低中所得国においては、NCD 医療に遠隔医療と新しい供給方法を用いていると報告したのはわずか 33%でした。太平洋の島国では、NCD の患者を代替医療施設に移すことが共通した緩和戦略でした。

両方の調査の結果は、リハビリテーションが感染拡大中に最も中断されたサービスの 1 つであることを示しており、なぜこれが当てはまるのかをよく理解する必要があります。先月、私たちは当地域の WHO のリハビリテーションに関する指定研究協力センターを招集しました。これは感染拡大時の彼らの経験を共有する機会であり、COVID-19 の技術的アドバイスを受けた患者、政府、COVID-19 の計画と対応、脆弱な人々へのサービスの支援における彼らの役割を聞くことは励みになりました。地域およびグローバルプラットフォームでの知識の共有と、遠隔リハビリテーションによるサービス提供をどのように革新してきたかを知る機会になりました。

当地域事務局では引き続きこの中断の背後にある理由の理解に努め、代替戦略を模索します。COVID-19 により、リハビリ需要は大幅に増加すると予想されます。私たちは、以下の取り組みにより、地域の加盟国がより良い復興と保健システムの強化、より良いリハビリテーションの提供を行うことを引き続き支援します。資金調達に関して、米国国際開発庁との医療システム強化促進プロジェクトを通じて、リハビリテーション医療資金調達のベースラインを決定することを検討しています。ガバナンスの観点から、私たちは加盟国がリハビリテーション状況を体系的に評価することで国内のリハビリテーション状況を理解し、リハビリテーション戦略計画を策定することを支援します。

リハビリテーションサービスに関しては、リハビリテーションと支援技術を NCD、特に脳卒中と糖尿病の管理に統合し、遠隔リハビリテーションの役割を探求することにより、プライマリヘルスケアレベルでリハビリテーションサービスを利用できるようにする取り組みを試験的に実施しています。労働力を見ると、私たちはリハビリテーションフレームワークも試験的に行っています。支援技術では、この地域の国々は支援技術に対する人々のニーズと、支援技術を提供する能力について迅速な評価を実施しています。情報面では、地域の主要なリハビリテーション指標に関するデータの収集を目指しています。ご静聴ありがとうございました。

## リハビリテーションと COVID-19 に関する WHO の支援

De Grootte Wouter

WHO 本部 リハビリテーションプログラム 非感染性疾患部門

ありがとうございます。皆さんこんにちは。このセミナーに参加できてとても光栄です。De Grootte Wouter と申します。私は WHO 本部のリハビリテーションプログラムで働いており、COVID-19 関連の活動の調整を担当しています。今日、私はリハビリテーションと COVID-19 に関して WHO が提供しているサポートについてお話します。まずリハビリテーションコミュニティをサポートするために、WHO が内部および外部の関係者と協力して開発したさまざまなリソースの概要からお伝えします。

感染拡大の初期に、私たちは「COVID-19 発生時のリハビリテーションに関する考慮事項」と呼ばれるリソースを開発しました。これは COVID-19 の状況下において、リハビリテーションに関して政府と医療サービスにガイダンスを提供します。これは、アメリカと西太平洋の WHO 地域事務局で発行された文書です。つぎに、リハビリテーションを、いわゆる重症急性呼吸器感染症センターおよびステップダウン施設の運用ガイダンスに統合することができました。これは WHO 救急医療チームの取り組みで作成されました。また、COVID-19 から回復した患者の持続的な症状の自己管理をサポートするために使用される、患者リーフレットと呼ばれるものも開発しました。そして、これはヨーロッパとアフリカの WHO 地域事務局で発行されました。

また、WHO のアメリカ地域事務局で、日々のリハビリテーションを促進するデジタルヘルスに関するドキュメントを公開しました。そして、WHO のウェブサイトのプラットフォーム“WHO グローバル臨床データプラットフォーム”上に、COVID-19 のデータ収集とモニタリングに使用される、いわゆる“COVID-19 後ケースレポートフォーム”を開発しました。そして、私たちのチームはリハビリテーションを COVID-19 の臨床管理に統合することができました。これは 2 つのリソースを介して行われました。まず、COVID-19 のリハビリテーションに関するオンライントレーニングコースを開発しました。次に、COVID-19 の WHO 臨床管理ガイドラインの最新版にリハビリテーションを含めました。私が今提供するものは、COVID-19 のリハビリテーションのために WHO によって開発されたものの概要更新版であり、これらはすべて異なるリソースです。残念ながら、本日の持ち時間である 20 分間で、すべての詳細について説明することはできませんが、少なくともいくつかの強調したい点を共有します。さまざまなリソースが用意されているので、Web ページにアクセスしていただければと思います。また、本日のスライドを皆様と共有できることを非常に嬉しく思います。これにより、さまざまな Web ページにアクセスできます。

私が最初にお伝えした文書は、「COVID-19 発生時のリハビリテーションの考慮事項」と呼ばれています。これは感染拡大の初期に発行された文書であり、政府と医療サービス提供者向けに、2 つの



主題について伝えています。COVID-19 患者の転帰を最適化するため、どのようにリハビリテーションを行うのかということ、そして、非 COVID-19 患者向けの医療サービスの中断に直面しているなかで、どのようにリハビリテーションの継続を支えるかということです。

COVID-19 患者の転帰の最適化に関して、文書はリハビリテーションが一連のケアに含まれるべきであると述べています。急性期の呼吸不全段階では、リハビリテーションには、酸素供給の最適化、分泌物の管理、合併症の予防などの目的があります。呼吸不全がまだあり、合併症が発生する可能性があるような亜急性期では、リハビリテーションの専門家が臨床領域を特定して管理します。それらは合併症を防ぎ、安全な退院と紹介を容易にします。そして慢性期においても、リハビリテーションは機能を最適化し、生活の質に対する影響を最小限に抑えるために重要です。

サポートとサービスの継続性に関して、この文書は、リハビリテーションへのアクセスの欠如がどのように健康を危うくし、入院期間を延長し、予防可能な入院をもたらすかを説明しています。国がサービスの継続性を決定するためには、その意思決定を推進するさまざまな要因があります。そしてもちろん、スタッフと患者の両方に感染のリスクがあります。患者へのサービスの削減に関連するリスクがあります。もちろん、サービス提供の代替モデルの実現可能性、PPE（個人用保護具）へのアクセスは非常に重要です。労働人材を再配置できる能力も重要です。下の図の左側にあるように、通常どおりの運営を継続すると、スタッフと患者の感染するリスクは高くなりますが、逆にすべてのサービスを終了すると、サービスにアクセスできないことによる患者のリスクが高まります。そのため、ほとんどの国では個人用保護具を用いながら、日々のリハビリテーションと、必須サービスとをうまく組み合わせて提供しています。

次の紹介するリソースは、重度の急性呼吸器感染症センターの運用ガイダンスです。これは本セミナーに参加する皆様はあまりお使いにならないかもしれませんが、WHO の観点からは、これは重要なステップです。WHO の救急医療チームには、重症の患者を管理するためのリハビリテーションの専門家を含めてきました。そして、ベッド数あたりのスタッフ数の比率を提供しました。ステップダウン施設についても同様です。重度および急性の呼吸器感染症の患者の場合、ご覧のとおり、20 床ごとに、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理学者がそれぞれ配置されることを勧めています。リハビリテーションの観点からこれは重要であり、ケアの急性期にリハビリテーションを含むことが必要であると WHO のガイダンスでも述べています。

私たちが開発した次のリソースは、患者リーフレットと呼ばれるものです。これは退院した人々が在宅で行うリハビリテーションの自己管理を支援するためのものです。息切れ、運動、声の出し方など、自宅で自分の症状を管理する方法について、また、飲食や嚥下、認知の問題について、基本的な運動とアドバイスを提供する小冊子のようなもので、日常生活動作や心理的な問題を管理します。そしてもちろん、医療専門家にいつ連絡するかについての助言も含まれています。

これらはこの患者リーフレットに描かれている図ですが、息切れを軽減するためのポジショニング技術を示しています。右側には、いくつかの呼吸法を示しています。これらは、持続する症状の自己管理のために役立つものとなっています。

WHO 本部で開発されたもう 1 つのリソースは、COVID-19 後のケースレポートフォーム（CRF）と呼

ばれるものです。現在、WHO は COVID-19 臨床データプラットフォームと呼ばれるプラットフォームを立ち上げ、WHO の加盟国と世界中の医療施設に、匿名化され、標準化された患者データを提出するよう呼びかけています。これらは、臨床的介入、公衆衛生上の対応、および COVID-19 の臨床管理に関するエビデンスに基づくガイドラインを通知するために使用されるデータです。

これまで、このプラットフォームには3つのケースレポートフォームがあります。3つすべては、妊婦と MIS-C（小児多系統炎症性症候群）の子供を含む入院患者向けです。右側に、内外のパートナーと協力してリハビリテーションプログラムによって開発したケースレポートフォームが示されています。そしてそれは COVID-19 後のケースレポートフォームです。これは入院した患者だけでなく、自宅で管理された患者も含むケースレポートフォームです。そしてこれは、これらの患者のフォローアップにおいて COVID-19 の中長期的な影響を探るものです。

このケースレポートフォームのモジュール1には、人口統計などの背景情報、および急性期の臨床情報が含まれています。モジュール2では、持続的な症状についての質問があり、さらに臨床評価が必要な患者を特定するのに役立つ測定値があります。そして、モジュール3では、診断、使用されたテスト、またはスケールについて、またフォローアップ訪問中に新しい診断があった場合はいつでも記載することになります。これらの結果に基づいて、患者は国のプロトコルに従って臨床ケアまたはリハビリテーションに紹介されることになります。

同じ文書が、管理の時点に関する助言を提供しています。ご覧のとおり、COVID-19 の中長期的な影響に関するケースレポートフォームには、退院後の患者と自宅で管理されている人々に適用されます。持続的な症状があるかどうかにより、持続する症状がある場合は、必要に応じて3か月ごとにフォローアップと報告を行うことをお勧めしています。また、症状がない場合は、可能であれば、6か月ごとにケースレポートフォームの作成を繰り返すことをお勧めしています。

WHO 本部で開発されたもう1つのリソースは、openWHO.org で公開されているオンライントレーニングコースです。これは COVID-19 患者の臨床管理に関する一連のコースの6番目のコースであり、リハビリテーションに特化されています。このコースには7つのモジュールがあり、COVID-19 から回復する人々が経験するさまざまな障害に対処しています。

最初のモジュールは、リハビリテーションの流れとリハビリテーションの臨床管理の概要です。そして、病気から回復している COVID-19 患者のさまざまな障害タイプに対処する6つのモジュールがあります。最初のもは認知に関するものです。これは、記憶と注意の問題、および問題解決の問題に対するリハビリテーション技術を提供するモジュールです。次に、筋力低下と運動能力の低下がある患者のための身体的体調不良に関するモジュールがあります。次に、息切れと倦怠感の管理のための長期障害に関するモジュールがあります。次に、挿管または神経学的合併症に起因する可能性のある嚥下に関するモジュールがあります。そして、コミュニケーションのリハビリに関するモジュールがあり、最後のモジュールは日常生活動作に関するものです。このオンライントレーニングコースは約1か月前に開始されました。前回チェックしたとき、すでに8,000人を超える人々がコースに登録していました。参加者は、参加の証明書を受け取ります。

このトレーニングコースの学習の目的は、参加者がリハビリテーションの役割と、COVID-19 に起

因する障害の管理を理解できるようになることです。参加者は、COVID-19 におけるリハビリテーション関連の障害の病因を説明することができるようになります。リハビリテーションの必要性を誰がいつ評価するかを知ることができます。患者とその家族に教育とアドバイスを提供する方法を知り、次に患者とその家族が障害を管理するのを助ける方法を理解します。これらはすべて完了するのに約3時間のコースとなっています。

最後に、WHO 本部で開発された重要なリソースである COVID-19 臨床管理生活ガイダンスについて触れておきます。これは 2021 年 1 月 25 日に最後に更新されました。これは 4~5 か月ごとに更新されています。最新バージョンでは、ドキュメントの各章でリハビリテーションが広範囲にわたって取り上げられています。第 12 章には、COVID-19 の管理に含まれるリハビリテーションと呼吸器関連の技術が含まれています。第 19 章はリハビリテーションのみを扱っており、第 24 章は、COVID-19 感染後のケアに関する新しい章であり、リハビリテーションも含まれています。

リハビリテーションに完全に専念している第 19 章に関しては、COVID-19 でのリハビリテーションの必要性を説明しています。そして、5 つの推奨事項があります。すべての推奨事項には詳細な説明があります。最初の推奨事項は、入院患者の病気の急性期には、リハビリテーションの専門家が呼吸困難を緩和し、合併症を防ぎ、コミュニケーションをサポートする介入を提供するということです。これは急性期の初期の呼吸リハビリテーションに関する推奨事項です。嚥下障害などの言語聴覚士についてです。次の推奨事項は、COVID-19 患者は退院前に、その後に向けた紹介のために、リハビリテーションの必要性について評価されるべきであると述べています。そして、この文書は、この評価をどのように行うか、そしてどのようにそれ以降の紹介を体制化できるかを説明しています。3 番目の推奨事項は COVID-19 患者向けです。入院中または外来患者の場合は常に、息切れの自己管理と、活動の再開のための教育とサポートを提供する必要があります。ここでは、活動を再開するためのガイダンスを提供する方法と、息切れを管理する方法について説明しています。

さらに 2 つの推奨事項があります。4 つ目は、退院した患者、または自宅で管理されていて、まだ症状や機能制限がある患者です。身体的、認知的、精神的障害について評価し、それに応じて管理する必要があります。臨床管理ガイドラインは、それらの方法を提供します。リハビリテーションのニーズが特定された場合は、患者のニーズに応じて、亜急性から長期にわたり、個別のリハビリテーションプログラムを提供します。そして、リハビリテーションプログラムの処方、持続的な症状と機能制限に基づき導かれるべきです。

以上です。どうもありがとうございました。私たちのリソースにアクセスしたい方は、ぜひウェブサイトにアクセスしてください。フィードバックや質問をいただければ幸いです。ありがとうございました。

# 中国リハビリテーション研究センターにおける COVID-19 禍のリハビリテーションとマネジメント

徐青

中国リハビリテーション研究センター 一般外科主任

ありがとうございます。代表者の皆様、飛松総長、出席者の皆様こんにちは。このセミナーに参加できて光栄に思います。中国リハビリテーション研究センターのセンター長 Wu Shicai 氏も、このセミナーの開催を祝福しています。今日の私のプレゼンテーションでは、COVID-19 禍における中国リハビリテーション研究センターのリハビリテーションと管理についてお話しします。

まず、自己紹介をさせていただきます。私の名前は中国リハビリテーション研究センター (CRRC) の Xu Qing です。私は、CRRC の蔓延・予防・管理部門の副責任者です。私たちのセンターと病院の基本的な情報を紹介します。CRRC は 1988 年 10 月に設立され、主にリハビリテーション、医療、医学研究、人材育成、地域に根ざしたリハビリテーション指導など、障害者のための多分野にわたるリハビリテーションを行っています。CRRC は現在 1,700 人以上の職員がいる、中国の近代的なリハビリテーションセンターとなっています。北京博愛病院は CRRC の一部であり、1,100 の病床があります。病院には外来診療部門と救急部門、および 52 を超える部門があります。臨床リハビリテーション、臨床サービス、リハビリテーション療法、医療を提供しています。リハビリテーション患者にサービスを提供するだけでなく、緊急事態、地域の感染予防および医療サービスのニーズに対応する責務を担っています。

現在、世界の多くの国や地域の人々が COVID-19 と戦っています。コロナウイルス肺炎は人類の共通の敵です。したがって、このような特別な時期に、日本、韓国、中国、WHO、その他の国や地域の専門家や学者が、コロナ禍でのリハビリテーション、治療、管理の戦略について話し合い、お互いに学ぶことは非常に重要です。

本日は、COVID-19 の蔓延予防の実践と効果、業務再開についてお話ししたいと思います。最初に、CRRC の北京博愛病院での COVID-19 予防管理に関する詳細をお話しします。専門のウイルスクリニック部門は、新しい COVID 症例の評価において非常に重要な役割を果たしており、疑わしい患者と正常な集団との間の院内感染を効果的に回避しています。当院では、2 つの重要な時点で COVID の症例を発見しました。1 件は 1 月、もう 1 件は 6 月でした。これらの 2 例はさらなる治療のために指定された病院に適時に移送されました。幸いなことに、中国の他のセンターや病院と同様に、適切な予防と管理により院内感染は発生しませんでした。その後、発熱患者専用の Fangcang<sup>\*</sup> PCR ラボと CT スキャンルームを速やかに設置しました。これらは COVID の予防と管理のための優れた基盤を築きました。さらに、これまでに 605 人の医療スタッフが地域の核酸検査 70,320 人のサンプルをとるために

派遣されました。

次に、中国と当センターおよび病院における蔓延予防と管理の緊急サポートシステムを紹介いたします。私たちのセンターは2つの指揮系統下にあります。1つは中国の保健委員会の指揮系統です。一番上に国の保健委員会があり、次に北京、そして地区の保健委員会があります。もう1つは、中国民生部から中国障害者連合会への指揮系統です。2つの指揮系統の下、当センターと病院はCOVID-19蔓延予防管理リーダーグループを設置し、蔓延予防と管理の全体的な計画と調整を行いました。このグループには、統合、調整、専門家による監督、事前チェック、スクリーニング、医療管理、蔓延予防と管理、後方支援などを担当する専門チームがあります。蔓延予防は、緊密に協力して効果的に実施されました。さらに、当センターは、すべての州の医療リハビリテーションセンターに蔓延予防のガイダンスを提供し、核酸検査やワクチン接種を含む、北京と当地区、つまり丰台区での蔓延に対応する責任があります。ある病院または地域で新しいCOVID症例が発見された場合、他の病院や政府機関が即座に対応して支援します。そして、患者の搬送は非常に円滑に行われます。

それにもかかわらず、COVID-19の流行は、当センターのリハビリテーションの実施に悪影響を及ぼしました。私たちのセンターは、数十のファイルで構成される管理システムと手順を作成しました。例として、業務計画、作業手順、パーソナルトレーニングプログラム、リハビリテーション専門家管理計画、病棟エリア管理計画、外来患者手順、緊急事態計画、入退院管理手順などです。

このスライドをご覧ください。当センターで特定された新しい症例のために、(2020年)2月と7月にリハビリテーションの実施が大幅に減少しましたが、すぐに回復しました。私たちのセンターには3つのPT部門があり、昨年、すべての部門の業務負荷が4%から40%減少しました。OT部門の業務負荷も約39%減少しました。そして、ST部門は約46%減少しました。しかし、第4四半期には、すべての業務負荷が2019年の同時期の業務負荷の水準まで増加しました。

感染の蔓延予防と管理を科学的かつ効果的に実行すると同時に、業務の再開を促進することは非常に重要です。第一に、蔓延下におけるリハビリ専門家の感染予防と管理を促進します。リハビリテーション専門家に対するトレーニングは、彼ら自身の予防ニーズを満たすだけでなく、社会的ニーズにも対応します。そこで、従来のリハビリテーションの手順を変え、病棟でのリハビリテーションや個別のリハビリテーションサービスを積極的に推進しました。

蔓延中に入院患者とその介護者をどのように管理するかは、困難な問題です。血液、核酸、抗体、肺CTスキャンを含む入院検査を実施しています。これらは蔓延中すべての入院患者とその介護者に定期的および不定期に行われます。ヒューマンスティックケアを前提として、病棟エリアの診療は、入院患者の安全と環境の安全を確保し、患者のリハビリテーションニーズと生活の質を満たすために、クローズドループ管理で行われました。

CRRCや病院に出入りする人にはスマートフォンのデータ管理が採用されています。国の求めに従い、人事管理、疫学的予防および管理は、ルートトラックコード、訪問者登録、疫学履歴、および健康クイックレスポンスコードによって実施しています。

患者の移行管理はうまく機能しています。当院の作業計画に沿って、入院患者の移行の第1段階と

して病院レベルの移行病棟を設置し、特に深刻な流行期には、各部門に第2段階としての移行病棟を設置しました。このアプローチにより、蔓延中の入院患者の安全と、COVIDのリハビリテーションと管理を効果的に実施することができます。3月2日から8月にかけて、687例が病院レベルの移行病棟に入り、移行期間中にMDTの協力によりリハビリテーション治療と救命サービスを受け、そのうち640例がリハビリテーション治療のために無事に転院しました。41例が病院レベルの移行病棟でリハビリテーションと緊急治療または手術を受け、6例が退院しました。残念ながら、他の病気で2例が死亡しました。病棟の2段階移行システムは2020年8月から順調に機能しています。この移行システムにより院内感染を効果的に予防および制御できると考えており、リハビリテーション治療の安全性にとって非常に重要です。

オンラインビデオリハビリテーションガイダンスと家庭リハビリテーションが広く使用されるようになりました。5G時代の到来とともに、ネットワークビデオガイダンスと家庭リハビリテーションガイダンスは、ビデオ病棟ラウンド、ビデオリハビリテーション教育、ビデオリハビリテーションガイダンス、および遠隔相談のように、複数のチャンネルを通じて急速に発展しました。患者は、信頼できる質の高いリハビリテーションサービスと評価を利用できます。これに基づいて、私たちのリハビリテーションは、蔓延中に中断することなく効果的に実施されました。このプラットフォームを駆使して、CRRCと日本の間の多くのビデオ会議やオンライン教育プログラム、学生の教育プログラム、全国的なリハビリテーション会議や看護トレーニングも実施されています。

COVID-19の蔓延があっても、私たちの国のリハビリテーション貧困緩和計画は進展しています。私たちの医師、看護師、セラピストは、内モンゴル地域、湖北省、およびその他の地域に行き、地点を移動しながら、または地点を固定し、地域のリハビリテーションを支援し、彼らの仕事を支援しました。リハビリテーション貧困緩和により、障害者は自立とセルフケアに取り組むことができます。私たちは、科学的な予防と管理における経験を活かして予防接種を開始しました。散發的な症例や中国の一部の地域での地元の集会による症例にもかかわらず、蔓延は効果的かつ適時の包括的な介入によって効果的に抑制されてきました。

以上です。代表者の皆様、飛松総長、ありがとうございました。COVID-19に直面していますが、協力を強化し、人類の未来を共有するコミュニティを作り、一緒に困難を乗り越えましょう。東京オリンピックが成功裏に開催されることを信じております。ありがとうございました。

※「Fangcang」は「一時的な」を意味します。

## 韓国リハビリテーションセンターにおける

### COVID-19 禍のリハビリテーション

UnJoo Kim

韓国リハビリテーションセンター 社会復帰部長

皆様こんにちは。韓国リハビリテーションセンター（NRC）の Kim と申します。この国際セミナーに参加させていただき、誠にありがとうございます。本日は「韓国リハビリテーションセンターにおける COVID-19 禍のリハビリテーション」についてお話しします。私のプレゼンテーションは、COVID-19 の対応において、国の対応、NRC の対応、および COVID-19 後のリハビリテーションの 3 つに分けられます。主に私どもの病院での対応をご紹介しますと思います。

まず、韓国の全国レベルでの COVID-19 対応の特徴からお話しします。感染症の予防と管理は、単にウイルスの拡散を阻止するだけではありません。社会的および経済的活動を維持し、同時に健康を保ちながら、市民が日常を送れるようにする必要があります。韓国はこの危機の中に、以下の原則を持っています。開放性、透明性、創造性、革新性です。政府は感染と政府の対応に関する情報をタイムリーかつ透明な方法で国民に公表し、国民からの信頼を得ることが必要です。

この新しいウイルスに対応して、私たちは新しい戦略を立てなければなりません。保健当局は、これまで以上に積極的なアプローチを取る必要がありました。管理委員会は、保健当局の COVID-19 対応を支援しました。これにより、ドライブスルーおよびウォークスルーのスクリーニングセンター、治療センター、非対面医療など、多くの創造的な戦略をタイムリーに実行することができました。政府主導のソーシャルディスタンス キャンペーンへの市民の自発的な参加も、特に初期の段階で、COVID-19 の対応において重要な役割を果たしました。公立病院と軍病院は、COVID-19 の発生の初期段階で、COVID-19 が確認された患者を最初に受け入れ、他の医療機関が準備をするための時間を与えました。

もちろん、医療専門家や民間病院は、公的医療制度の一部を担ってきました。公的医療の範囲は、誰が病院を所有するかによって定義されるのではなく、提供するサービスによって定義されます。COVID-19 の感染拡大のなかで、双方向プロセスが見られます。病院は政府からの支援を得て、自分たちが担える役割を提案しています。すべての市民と外国人居住者を対象とする国民健康保険制度により、公的医療制度は感染拡大対応において役割を果たしています。

ここで、3 つの T について紹介します。すなわち、迅速な検査（Fast TESTING）、綿密な追跡（Meticulous Tracing）、そして適切な治療（Appropriate TREATMENT）です。政府はテストキットの緊急使用を許可し、企業が最低限必要な利益を確保するための一定程度の購入を製造段階で約束しま

した。これは、基盤を構築するのに役立ちました。サンプル収集のためのドライブスルーおよびウォークスルースクリーニングステーションの導入は、迅速な検査と相まって、地域における症例の早期発見を可能にしました。ICT の活用により、疫学調査にかかる時間も大幅に短縮されました。国際旅行情報システムおよび薬物利用レビューシステムは、患者が最近訪れた国または地域を医療提供者に通知するために使用されました。民主的に構築された法的枠組みに基づいて、蔓延情報担当官は、携帯電話のデータとクレジットカード、および CCTV の映像を、もちろん患者の同意に基づいてですが、従来の患者へのインタビューに加えて要求することができます。

感染拡大のピーク時には、韓国は医療資源が効率的に割り当てられるようにシステムを改革し、医療提供システムの崩壊を回避しました。確認された症例は、最初に重症度によって分類されます。軽度の症例は、必要最小限の医療リソースを備えた治療センターで治療することにより、より多くのリソースを、適切な病床を確保するために政府が指定した隔離病院と感染症病院に集中させることができます。そして、医療に関わる人材を増やすため、公衆衛生の医師とボランティアを配置しました。

COVID-19 禍においては、他の病状のリハビリテーションと COVID-19 のリハビリテーションの適切なバランスを取ることが求められます。このスライドは、韓国での COVID-19 発症に関連した、時間経過に伴う私たちの対応を示しています。韓国での最初の症例は 2020 年 1 月に確認されました。NRC の感染予防および管理チームは、患者とスタッフの安全を確保するために、訪問者の制限、入場の管理、および COVID-19 に関連する日報の作成を行うことを直ちに決定しました。ちょうど 1 年前、危機レベルの引き上げに伴い、外来患者のリハビリテーションサービスが停止されました。今、私たちは第三の危機、COVID のピークに直面しています。COVID の第三ピークに伴い、COVID-19 の事前検査が 2~4 週間毎に実施されました。そして、昨年 12 月に NRC で COVID-19 患者を受けすることにしました。今月の時点で累積 87,000 件の症例が確認されました。内 78,000 人が隔離終了、8,000 人が隔離を含む治療中、1,550 人が COVID-19 で死亡しました。

感染拡大に対する私たちの初期対応は、非 COVID 患者のための入院リハビリサービス、いわゆる COVID フリーリハビリテーションを維持することでした。一般的な衛生規則と隔離が順守され、すべての訪問者が体温チェックを行い、対面には Zoom 等の媒体が用いられました。新しい患者が入院する前の、または、入院患者が発熱または COVID の疑わしい症状を示している時のための、一時的な隔離病棟を設置しました。COVID に感染していないことが明確にされた後、患者は一般病棟に移りました。この新しい患者のための一時的な病棟は、最近入院した患者のほとんどが COVID 陰性であったことから、初期段階でのみ運営されていました。蔓延を防ぐために課せられた制限は、外来患者にリハビリテーションを提供することを困難にしました。残念ながら、外来リハビリテーションサービスはまだ始まっておりません。国立病院の検疫施設への長期的な人的支援を継続して行っています。これまでに 130 名の医療・事務職員が対応しています。

昨年 12 月に韓国で実施された COVID-19 の研究によると、COVID-19 禍の継続に伴い、障害のある COVID-19 患者の数が増加し、それらの方々が適切な病院を見つけることが困難となっていました。これに基づき、私たちは COVID-19 患者を、適切な感染管理を行った上で、当院で受け入れるよう方針を変更しました。NRC は希望する職員に無料の仮設住宅を提供しています。希望する理由として最も多いのは、職員が自分の家族との接触を減らすためです。



これまでの経験から多くの教訓が得られており、確実に将来役に立つものになるでしょう。リハビリテーションの観点から、医師、セラピスト、および看護師が患者の治療に時間を費やすことを躊躇し、恐れるという問題があります。PPE はこれらの懸念を排除するものではありませんが、健康を守るための予防策として安心感をスタッフに提供します。ポジティブなこととしては、住居やその他のサポートと併せ、メンタルヘルスサービスの体制は、臨床チームのメンバーがストレスを管理するのに役立ちました。これらは、将来の感染拡大やその他の緊急事態に関係する重要な教訓です。新しい病気には、新しいリハビリテーションと治療を提供する体制へリアルタイムで適応することが求められます。

私たちの場合、リハビリテーション病院を COVID フリーの病院として維持するという当初の計画が変更されました。外来患者のためのリハビリテーションプログラムを構築するにあたり、ソーシャルディスタンスの観点から、患者の時間と患者の流れの変更が求められています。リハビリテーションユニットは、将来のニーズではなく現在のニーズを満たすために存在することがよくあります。リハビリテーションを必要とする患者の感染拡大のリスクを考慮し、積極的なリハビリテーションを可能にしながら、適切な感染防止を可能にする方法を構築されるべきです。施設を計画または改修する際には、陰圧個室を設けること、大きなオープンジムでのセラピーを避けること、複数の小さな治療スペースの優先等、患者の隔離を容易にする戦略を検討する必要があります。

テクノロジーは、この感染拡大への適応において、広く社会で重要な役割を果たしてきました。ビデオ会議は職場の標準になっています。韓国では、KMR 医師や PT/OT のビデオ訪問はまだ確立されていませんが、これらの技術は感染拡大が完全に解決された後でも、重要なツールであり続けると思っています。

COVID-19 後のリハビリテーションはどのようになっていくのでしょうか。COVID-19 感染拡大は、リハビリテーションの提供について、ヘルスケアおよびソーシャルサービスの変革の機会となっています。リハビリテーションサービスをプライマリケアや地域に置き、外部機関とより連携する必要があります。こういったリハビリテーションシステムを構築することで、将来に感染拡大が起きた際に弾力的な対応ができるでしょう。治療は自宅の近くで提供する必要があり、よりよい効果のためには、組織の境界を越えて連携する必要があります。この規模の課題に対応するには、より多様なリハビリテーション人材が必要になります。リハビリテーションの必要性を階層化し、適切な専門職へ繋げることが必要あり、また、システムの改善を推進するためには専門家のリーダーシップが必要となります。リハビリテーションが提供される場所が変わるという意味ではありません。病院ベースのサービスよりも、患者の自宅またはその近くで提供されるサービスがより重要視されていくということです。これは、リハビリテーションの提供方法の変化を意味します。患者に個別に合わせたリハビリテーションサービスを提供することが重要であり、グループワークを伴うアプローチは、将来の感染拡大や移動制限に対して特に脆弱である可能性があります。

リハビリテーションは私たちの医療システムの重要な側面ですが、感染拡大対応のために医療システムの焦点が急性患者の管理に移行してしまうと、脆弱性を帯びます。COVID-19 の感染が急速に拡大するなかでリハビリテーションの役割を調整するという試みは、よりよい対応につながる可能性があります。将来の感染拡大に備えることは長期的な取り組みです。将来の課題への対応力を維持

し、医療システムにリハビリテーションを組み込む必要があります。COVID-19 のようなものがあったとしても、リハビリテーションは人々がより長く健康に暮らせるように、家の近くで、個別のニーズに基づいて提供される必要があります。ご清聴ありがとうございました。

## 国立障害者リハビリテーションセンターにおける

### COVID-19 禍のリハビリテーション

深津 玲子

国立障害者リハビリテーションセンター学院 学院長

皆様こんにちは。国立障害者リハビリテーションセンター（NRCD）学院 学院長の深津玲子です。私は神経内科医です。NRCD 病院のリハビリテーション科で外来治療を行っています。本日は光栄にも、私たちのセンターにおける COVID-19 の危機対応についてお話しさせていただくこととなりました。この機会をおかりして、全ての皆様に感謝を申し上げたいと思います。

このスライドは、COVID-19 感染が日本で発生したときから PCR で陽性になった人の数を日毎に示しています。7週間の第1回緊急事態宣言は7つの主要都市に対して発出されました。東京、埼玉、千葉、神奈川、大阪、兵庫、福岡の都道府県です。第2回緊急事態宣言は8週間以上続く予定ですが、7つの県、さらに追加で5つの都道府県に対して発出されました。

このフローチャートは日本での障害者に対する典型的なリハビリテーションの流れを示しています。けがや病気になった場合は、急性期の治療やリハビリテーションが急性期病院で開始されます。医師、看護師、セラピストが身体機能の維持、回復、廃用症候群の予防に努めます。次にリハビリテーション病院です。例えば私たちの病院がそれに該当しますが、慢性期の医学的リハビリテーションが開始されます。医師、看護師、PT、OT、ST、MSW、PO などが関わり、機能の回復、身体機能の維持、体力の回復などが図られます。医学的リハビリテーションの後は社会的リハビリテーションが始まります。例えば NRCD の自立支援局などでそういったサービスが提供されます。職業指導員、PT、OT、看護師、生活支援員などにより、職業訓練、日常生活スキルのトレーニング、自動車運転のリハビリテーション、障害者スポーツ、健康管理などが必要に応じて行われます。目的は障害者の自立及び社会復帰です。就労、就学、在宅生活などを目標として実施されます。

COVID-19 に対するセンターでの対策についてお話しします。まずは一般的な感染症対策を取りました。職員に政府の対応方針を周知徹底しました。また、感染予防のプロトコルの順守も求めました。そして、外部の方からウイルスが持込まれるリスクを最小化しました。職場の感染リスクは“3密”を避けることにしました。密集、密接、密閉を避けます。また、外部の方からの感染リスクを下げるために、徹底的な予防策を来院者に対して求めました。

次に、自立支援局についてお話しします。社会的リハビリテーションを、福祉サービスとして障害者に提供しています。日中の訓練利用者は入寮者と通所者の2つのグループに分けることができます。異なる対策を2つのグループに対して適用しました。初回の緊急事態宣言が発出される前は2つのグループへは従来どおりのサービスを提供していました。もちろん一部のサービスで除外したもの

もあります。1回目の緊急事態宣言の発出中は通所者へのトレーニングを中止としました。しかし、入寮者へのトレーニングは最大限の感染予防策を取って継続しました。第1回の宣言が解除された後に通所者へのトレーニングを再開しました。日常生活面での感染リスクを最小化する対策を取りながら、訓練面での感染リスクの対策も取りました。具体的には検温や3密を避けること、オンライントレーニングなどが挙げられます。

日常生活面での感染リスクの対策についてお話しします。手洗い、また、面会者を家族に限る、宿舎は個室化する、食堂での列あるいは座席間でソーシャルディスタンスを取る、1方向を向いて座るようにする。また、カフェテリアのカウンターにビニールシートを設置する。食堂では認知障害のある人へ配慮する、ということを行いました。

病院についてお話しします。病院では、障害者に対して医学的なリハビリテーションを提供しています。1階は外来です。2階にはリハビリテーションのフロアがあります。そして3階、4階が入院患者用の病棟です。患者の動線に工夫を加え、外来の患者と入院の患者がお互いに出会わないようにしました。また、第1回の緊急事態宣言中は外来患者へのリハビリテーションに制限をかけました。入院患者に関しては個室を適用しました。特に入院から2週間の間は個室としました。そして、リハビリテーションは患者の病室内で行うようにしました。また、万一 COVID-19 に感染した患者が見つかったときに備えて、病棟内での隔離シミュレーションを行いました。今のところ幸運にも検査結果で陽性になった人はいません。外来フロアでは、体温、健康状態のチェックを来院者に対して行いました。また、待合室、座席の間の距離を十分に取りました。受付にはビニールカーテンをつけ、飛沫感染を防ぎました。

リハビリテーション棟では、外来患者と入院患者が交差しないように訓練時間、動線を調整しました。また、スタッフの感染予防トレーニングを行いました。入院患者のフロアにおいては全ての外来、家族等の面会を中止しました。そして、入院患者の外出及び外泊を制限しました。新規入院者及び外泊からの帰院者は、原則2週間の個室管理を行いました。この間は健康観察、行動制限を行い、リハビリテーションも個室で実施しました。また、職員のPPEの使用の徹底を行いました。

研究所についてお話しします。研究所では障害者の自立、施策に資する研究を実施しています。当研究所では実験等の必要性和安全性を考慮の上、研究の継続についての判断を行いました。人を対象とする研究では一部中止や制限が生じ、進捗が遅れが見られますけれども、研究方法の変更などの工夫を行っています。

学院についてお話しします。学院ではリハビリテーション専門職の人材養成をしています。養成部門に114名の学生がおります。第1回緊急事態宣言下には遠隔授業体制を整備し、実施いたしました。現在は対面授業と組み合わせて実施しています。今日の段階で学生に COVID-19 感染者は発生していません。研修部門では8月までの研修を中止しました。この間にオンライン研修の体制を整備し、9月以降はオンライン研修を実施しています。詳細についてはスライドのとおりです。

高次脳機能障害情報・支援センターについてお話しします。脳卒中や脳外傷といった脳の損傷後に高次脳機能障害がある方に対し、医療、保健、福祉、労働に関する情報を発信するとともに、地方自治体と協力して支援体制の整備を行っています。全47都道府県から、COVID-19蔓延による事業計画への

影響と対応について報告を受けました。各種リハビリテーションサービスの提供、研修会の開催、関係機関との連携に大きな影響があったということが分かりました。時間、場所、規模を変更したり、ウェブ、電話、書面等で代用して対応していました。各都道府県主催のサービスの研修会の実施形態については、集合形式が 24%、ウェブ形式の導入が 70%、6%が完全な中止という結果でした。高次脳機能障害の当事者への影響と対応の例としては、精神的に不安定になり保健所や相談支援専門員などが連携して支援を行った事例が増加しました。デイケアの利用を控えることや、生活や就労への相談が増加、また、アルコール依存が顕在化しました。支援センターの中には業務量が減少したところもありました。

次に、発達障害情報・支援センターについてお話しします。発達障害に関して信頼できる情報を提供するとともに、様々な形で間接的支援を行っています。2020年7月2日から8月17日にかけてウェブアンケート調査を行いました。新しい生活様式の実践に伴う生活の変化や困り感に関すること、最近の状態とこれからの生活に関することについて、質問は全部で10件です。回答件数が852件で、当事者が352件と家族からが500件でした。回答は選択式のものと同様自由記述がありました。自由記述についてはテキストマイニング分析を行いました。例として、マスクの着用についての質問に関してこのスライドに掲載しておりますが、この分析によりますと、44%が抵抗なくマスクが着けられた、50%は我慢してマスクをしている、6%がマスクをすることが難しいという回答でした。テキストマイニング分析から「息苦しさ」「感覚過敏」「痛み・耳」「その他」の категорияが抽出されました。さらに詳細につきましては、こちらの URL を御覧ください。ただ、申し訳ありませんが日本語でしか書いておりません。

まとめです。当センターでは、社会的リハビリテーション、医学的リハビリテーションを提供する臨床現場、リハビリテーション専門職を養成する学院、研究所で、それぞれが工夫をして COVID-19 禍での事業継続を行ってきました。幸い、本日の段階で PCR 陽性の方は利用者、研修生、患者、学生に出しておりません。高次脳機能障害、発達障害に関しては全国調査を行い、当事者及び支援者に大きな影響があることが示唆されています。今後も引き続きリハビリテーション事業を継続していくとともに、障害当事者が受ける影響と課題についても対応していきたいと思っております。御清聴ありがとうございました。

## ディスカッション・質疑応答

司会：緒方 徹

東京大学医学部附属病院リハビリテーション科 准教授

●司会（緒方） 5人の演者の先生にはいろいろな国から御発表をいただきまして、また、情報共有、知識共有をしていただきましてありがとうございます。

25分ございます。この時間を使いまして今日のテーマに関するディスカッションと、それから聴衆からの質問を受けていきたいと思えます。

では、聴衆の方からの質問に入る前に私のほうから各演者に質問したいと思えます。

韓国、中国、日本とそれぞれ3つのリハビリテーションセンターから、それからまたWHOからのお話がありました。各施設ではCOVID-19の感染の抑え込みで非常に努力をしております、同時にこの感染拡大期も病院の機能を維持していかなければならないわけです。そこで、最初に各国の3人の方にお伺いしたいと思うのですが、一般病院と比較いたしまして、皆様の施設には障害のある方が多いわけです。そこで、何か特別な考慮などをしておられるのでしょうか。あるいは何か特別な課題がありますでしょうか。

まずは深津先生からお願いできますか。

●深津 考えていますので、少し時間をいただけますか。

●司会（緒方） それでは、Kim先生のほうから何かお願いしたいのですが。

●UnJoo Kim はい。最近のCOVID-19禍では、患者とその介護者を一緒に管理することは非常に困難です。COVID-19患者と介護者はとても長い時間病院を出ることができません。基本的な感染管理ガイドラインを維持し、治療中の感染予防を維持する必要があります。セラピーの合間に、彼らがセラピーで使用したベッドを衛生材で消毒するなどの衛生管理が必要となります。それは他の治療と比べてそれほど難しいことではなく、それほど違いはありませんが、より多くの人が管理に必要となります。そういったところが異なる点です。

●司会（緒方） ありがとうございます。中国とはまだつながっていないですか。はい。では、深津先生お願いします。

●深津 私どものところでは幸運なことに、利用、入院患者、学生にもPCR陽性者はまだ検出されていません。COVID-19ウイルスが、外来患者も含め外部の人たちから入ってくることを防ぐようにしています。これから考えるべきはCOVID-19後の患者へのリハビリテーションサービスの提供です。そういったサービスはまだ開始していませんが、必要になってくると思えます。

●司会（緒方） WHO の方にも伺いたいのですが、何かガイドラインのようなものがありますか。病院や機関に対して、障害のある方が多くいらっしゃるようなところに関しての、何かガイドラインやアドバイスはありますか。では、Wouter 先生お願いします。

●De Groote Wouter こういう御質問ですよね。病院に関して、臨床管理に関して、リハビリテーションに関してのガイドラインがあるかどうかということですよね。

●司会（緒方） はい。特に障害のある方に関してです。例えば視覚障害者であるとか、車椅子を使用している方たちは、特に疾病に関しての脆弱性があると思うのです。また、なかには理解が難しかったり、あるいは感染予防の方法が一般の方法と異なることもあると思うのです。何か特定のものはありますか。

●De Groote Wouter はい。これは私の同僚によって開発されたリソースでして、詳細はわかりませんが、感染拡大時に医療にアクセスするという観点で、障害のある人々に関して包括的に作成された文書があります。おそらく Cheryl は私よりもその文書のことをよく知っているかもしれません。

●Cheryl Ann Xavier はい。ありがとうございます。これは、COVID-19 の政府の対応における障害に関する考慮事項について、加盟国に助言を提供する文書です。COVID 対応のための障害に関する考慮事項を記載した文書です。これは、先生がお尋ねになっている具体的なものよりは、もうすこし包括的な文書です。お尋ねになられた点について、私どもも留意いたします。

●司会（緒方） ありがとうございます。中国のリハビリテーションとはまだコンタクトができていないですか。

では、2つ目の質問です。遠隔医療に関してです。スライドの中で遠隔医療、つまり、新しいスタイルの診療やリハビリテーションが必要であると書いてありました。遠隔医療、テレリハビリテーション、ビデオ診療等がどの程度各国で使える状況になっているのかを教えてください。

まずは Kim 先生、韓国の状況をお願いします。

●UnJoo Kim 先に述べたように、韓国では、ビデオや電話による医師やセラピストの診療はまだ法律で許可されていません。ですが、政府はこの感染拡大の期間中に、病院へのアクセスに支障が生じる問題に対処する方法を探るのではないかと思います。それは遠隔リハビリテーションについてだと思います。遠隔医療と遠隔リハビリテーションは少し異なると思いますが、韓国ではまだ許可されていません。

●司会（緒方） ありがとうございます。日本はどうでしょう。

●深津 NRCD では遠隔医療として電話診療を用いています。再診の患者に対してのみです。東大病院ではどうですか。

●司会（緒方） COVID-19 の戦略として日本の法律が変わり、遠隔医療が基本的に再診の患者のみに認められています。新患には認められていません。なぜかという、患者と医師間のコミュニケーションがまだ確立していないからです。Cheryl さん、感染拡大の最中に多くの国で遠隔医療を適

用しているようでした。どのようなタイプの遠隔医療が御存知ですか。

●Cheryl Ann Xavier 調査ではそれがどのような遠隔医療であったかについての詳細には触れていませんでした。この地域の高所得国のほとんどは、遠隔医療を提供する戦略を持っていました。各国でどのレベルの遠隔医療が実施されているかについても具体的に検討している同僚がおりますので、年末に向けての研究成果を共有できるとよいと思います。

●司会（緒方） ありがとうございます。Wouter 先生、WHO の観点から遠隔医療、テレリハビリテーションに、何か指示あるいはガイドラインは出ていますか。

●De Groote Wouter COVID-19 禍での遠隔リハビリテーションの有用性を評価するには今は時期尚早と考えています。主観的には、患者の満足度は高いとは思われます。しかし、それでも多くの問題があります。これまで遠隔リハビリテーションは、サービス提供プラットフォームに追加するほど十分に調査されていなかったと思います。パンデミックをきっかけとして、今後遠隔リハビリテーションがサービス提供プラットフォームや実装研究に含められることを願います。このパンデミックにおいては、若年層や運動障害の少ない特定の集団が、おそらく最も遠隔リハビリテーションの対象となることがわかりました。しかし、ご存知のように技術面に多くの課題があると思われ、特に精神に障害のある人に対してそう言えると思います。遠隔リハビリテーションの活用について学ぶべきことはまだまだたくさんあります。いくつかの良いエビデンスがありますが、エビデンスは他の健康状態と同じような状況にあると思われます。

●司会（緒方） ありがとうございます。ある意味で遠隔医療を発展させるにはよい機会だと思えます。COVID-19 だけではなく、コミュニティベースのリハビリテーションの観点からも良いことだと思います。聴衆からの質問が上がってくるのに時間がかかっているようです。発表者の方々に、ほかの発表者に御質問があるという方はいらっしゃいますか。どのような質問でも結構です。

●De Groote Wouter もしよろしければ、オープンな質問をさせていただきます。WHO は COVID-19 の観点から、リハビリテーションコミュニティをサポートするために、ガイダンスや臨床管理のトレーニングリソース、政府への推奨に懸命に取り組んでいます。このウェビナーは、参加者や発表者が自分たちの経験を共有する機会になると思います。臨床管理として、地域の日常業務に役立つものを提供してきましたが、私たちのサポートはどれほど役に立っているかをお聞きしたいと思います。

●司会（緒方） つまり、御質問は WHO のリソースが各国や各施設でどの程度有用性があったかということですね。

●De Groote Wouter はい。それがどのように採用され、そしてリハビリテーションコミュニティに対する WHO のサービスをどのように改善できるかを知りたいと思います。

●司会（緒方） では、深津先生からお願いしたいのですが。

●深津 発達障害のある方についてお話しします。彼らの中には知覚過敏のためマスクを着けたくないという方がいます。障害の特性がとても重要だと考えます。例えば、私は今日電車で1時間ぐらいか



けてここに来たのですが、一方でできるだけ「家にいてください」という指示もされているわけです。特に認知機能障害のある人たちはそういった意思決定がしづらいと思うのです。精神的に不安定だと不安度が強まって、簡単に鬱状態に陥ってしまうかもしれません。それも特にこの COVID-19 禍の問題だと思えます。

●司会（緒方） Kim 先生、コメントをお願いします。

●UnJoo Kim 私は、退院前の COVID-19 患者について、リハビリの必要性について評価されるべきであるという Wouter 博士の結論に同意します。NRC では COVID-19 患者の受け入れを始めてからちょうど 1 か月が経ちました。まだまだ多くの経験が不足していますが、おっしゃるように、退院前の評価は、彼らのニーズに応じて、優先順位やニーズに応じて行う必要があると思います。今後、感染患者の受け入れに関する知見を得ましたら、その経験を皆様と共有したいと思います。ありがとうございました。

●司会（緒方） 中国のリハビリテーションセンターのほうから、徐先生が再度参加してくださいました。

Wouter 先生から、WHO から非常に有用な COVID-19 に関する情報を出していただいていることを伺いました。今 Wouter 先生から、そういった情報がどれぐらい活用されていくか、ということが質問として出ています。この 3 か国は英語が母国語ではないので、一般の皆様が WHO の情報をそのまま理解するのはちょっと難しいところがあるかもしれませんが、基本的にはその政府の政策というのは WHO の政策に基づいているわけです。

そこで徐先生に伺いたいのですが、今まで WHO の情報をどのように活用してこられましたでしょうか。

●徐青 ありがとうございます。WHO の情報は、COVID 患者、特に急性および亜急性の COVID 患者のリハビリテーションにとって重要だと思います。WHO の情報から多くの方法を用いて、患者を支援することができます。私たちのセンターでは、COVID-19 を管理するために、COVID 患者の治療は指定された病院で行っています。

●司会（緒方） ありがとうございます。Wouter 先生から何かコメントはありますか。

●De Groote Wouter フィードバックをありがとうございました。非常に役に立ちました。私は障害者のインクルージョンについて聞きました。残念ながら、障害のある人々が COVID-19 で死亡する可能性が 3 倍高いことを私たちは知っています。それは彼らが感染症にかかったときです。障害のある人々が保護され、情報にアクセスできるようにする必要があります。私はいただいたフィードバックに感謝します。Kim 先生と徐先生のコメントもありがとうございました。私はいただいたフィードバックを大切に、考慮に入れておきたいと思えます。

●司会（緒方） Wouter 先生にお伺いしたい質問がもう 1 つあります。COVID-19 重症者、肺炎の治療に関して一連の情報ガイドラインを共有していただきましたが、中等症、軽症、あるいはほとんど無症状の患者さんもとて多いいと思います。そこで、何か具体的なリハビリテーションのプロトコルが、より軽症の患者さんに特化したものがあるのか、それとも、先ほどおっしゃったプロトコルで全

て包含しているのでしょうか。

●De Groote Wouter はい。ご質問をありがとうございます。本当に良い質問です。感染拡大の初期には、救命救急患者に基づいてリハビリテーションの必要性が予想されていたのは事実です。しかし、それは感染拡大の初期のことでした。その後、多くの発表等が入院患者や自宅で管理されている人々に持続している症状と障害の種類について報告しました。COVID-19 後の状態はほとんどが軽度の症例であることがわかります。持続的な倦怠感、息切れ、そして認知の問題を伴う人々がいます。したがって、症状が持続するこれらの人々のために、リハビリテーションの観点からのガイダンスが必要です。とはいえ、残念ながら、現時点ではエビデンスが十分ではなく、他の健康状態による倦怠感や息切れの治療方法に関する推奨事項に基づいています。臨床試験がまだ進行中であるため、現時点でのこれらの推奨事項は、COVID-19 の状態に固有のものではありません。私たちはまもなく、臨床試験のための COVID-19 後のコアアウトカムセットと呼ばれるものを開発する予定です。願わくは、世界中の研究者が同じセットを使用し、世界中で行われている臨床試験を比較できるようになればと思います。私たちはいただいた質問の問題意識を認識しており、できるだけ早くガイダンスが必要だと思います。しかし、現時点ではエビデンスが少なく、さらなるエビデンスが発表されるのを待っています。

●司会（緒方） どうもありがとうございました。COVID の患者には重症例、中等症例、軽症例に対しても長期のフォローアップが必要なようです。先ほどお見せくださったクリニカルフォームは、情報を一般化するうえで役に立ちそうです。

ディスカッションの時間も終わりに近づいてまいりました。それぞれのスピーカーから最後にコメントをいただきたいと思います。今日のセミナーで話したトピックス、あるいは COVID-19 に関してのお考え等、どのようなコメントでも結構です。

では、深津先生からどうぞ。

●深津 このような機会をいただき感謝します。NRCDC での対応についての発表をさせていただきました。私にとってもよい経験となりました。ありがとうございました。

●司会（緒方） Kim 先生、どうぞ。

●UnJoo Kim COVID-19に関連する個人的な理由のために私は家にいます。心配しないでください、COVID-19 に感染しているわけではありません。他の国々での COVID の対応について学ぶことは非常に有意義な時期であり、何よりも、ズームと呼ばれる新しい環境でこの国際セミナーに安全に参加できることに感謝しています。開催していただいた日本の NRCDC にも感謝します。ありがとうございました。

●司会（緒方） 中国の徐先生、お願いします。

●徐青 ありがとうございました。この時期、こういった会議はとても重要だと思います。中国では、COVID-19 の管理について多くの経験を積んでいます。今日は、WHO、韓国、日本の専門家から多くのことを学びました。今後の働きにより、世界中の人々は COVID-19 を克服するでしょう。ありがとうございました。

●司会（緒方） Cheryl さん、コメントをお願いします。

●Cheryl Ann Xavie ありがとうございました。まず、経験を共有するこの機会を嬉しく思います。私たち一人一人が世界的感染拡大に対処する役割を持っています。私たちが協力し、お互いの学びを継続的に共有することが必要です。脆弱な人々のニーズに対応する詳細なガイドラインの必要性に留意します。関係者間の最善のコラボレーションについても留意したいと思います。ありがとうございました。

●司会（緒方） Wouter 先生、お願いします。

●De Groote Wouter はい。主催者である NRCD に感謝します。知識を交換し、経験から学ぶことは喜びでした。リハビリテーションコミュニティは役割を強化し続ける必要があると思います。COVID-19 感染拡大は、リハビリテーションを不可欠なサービスとしてヘルスケアシステムに含めることがいかに重要であるかを示しています。多くの人々がサービス提供を頼りにし、リハビリテーションコミュニティを持っています。革新的なサービス提供プラットフォームを開発することを検討し、感染拡大の先を見ていきたいと思います。ありがとうございました。

●司会（緒方） 発表者の皆様どうもありがとうございました。皆様方とディスカッションすることができ非常に光栄でした。ありがとうございました。

## 閉会挨拶

森 浩一

国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長

こんにちは、森浩一です。Xavier さん、Wouter 先生、徐先生、Kim 先生、深津先生、緒方先生、そして御出席者の皆さん、『国際セミナー リハビリテーションと COVID-19』の終わりに際して、お忙しい、また困難なときに、このオンラインの国際セミナーに御参加下さり、感謝申し上げます。接続の問題がありプレゼンの順番が変わったことに関しておわびしたいと思います。また私ども出席者の顔に四角い枠がかぶさっているということにもおわびしたいと思います。これは、ここで使っているカメラが賢過ぎるせいです。

本日のセミナーで、WHO が全世界に向けて、非感染性疾患に対してだけでなく、COVID-19 に罹った人のリハビリテーションのガイドラインを提供してくださっていることを学びました。また、リハビリテーションの7つの領域に対してのオンラインのトレーニングコースを提供してくださっています。特に今は物理的に集まることが難しい時なので、簡潔で使いやすくなっています。徐先生も、最先端の 5G 技術を使った中国におけるテレ・リハビリテーションやテレ教育を御紹介くださいました。しかし、日本も含めてですが、政府の政策として多くの国々でテレ・リハビリテーションがまだ制限されているということも知りました。

非感染性疾患に対するリハビリテーション・サービスの提供は、多くの国で中断されたり減らされたりしているということも知りました。感染爆発のインパクトは、低・中所得国の方がはるかに大きいものになっています。こういった国では、そもそも感染拡大の前でも十分なサービスが提供されていませんでした。この感染爆発は、多くの国で医療資源に大きなストレスをかけ、従来のリハビリテーション・サービスが維持できなくなっています。

本日のセミナーでわかった重要なことは、リハビリテーション・サービスは感染爆発下でも実行可能であり、しかも徐々に利用できるようになってきているということです。ただし、そのためには、適切な資源の配分と綿密な感染予防策が必要になります。現在の気が滅入りそうな状況下で、これはよい兆候です。そして、本日学んだことが、西太平洋地域の諸国、そして全世界に広がっていくことを望みます。

このセミナーの主催者である国立障害者リハビリテーションセンターは、全てのプレゼンターの方の皆さん方に対して、重要な情報を共有し、このセミナーをまさに時宜を得た有用なものにくださったことに心から感謝いたします。また、御参加の皆様もこの困難な状況下にお時間を取りセミナーに御参加くださったことをありがたく存じます。繰り返しになりますが、御参加どうもありがとうございました。

『国際セミナー リハビリテーションと COVID-19』は、これで正式に閉会とさせていただきます。どうもありがとうございました。