

介護現場のための 感染症対策 ガイドブック

新型
コロナウイルス
感染症を
中心に

感染症対策って
どうすればいいの？




ケアなどで気をつける
ポイントは？



高齢者施設での
新型コロナの注意点は？



公益社団法人
福岡県医師会



ごあいさつ

2019年12月に中国の武漢市において発生した新型コロナウイルス感染症は、瞬く間に世界中に蔓延し、私たちの日常生活を一変させました。

この2年余、繰り返す変異株の出現と感染拡大の波により、感染対策の重要性が再認識されました。また、無症状病原体保有者からも感染することが明らかとなり、この感染症を完全に予防することが容易でないことも分かりました。

医療・介護従事者と利用者が密接に関わる高齢者施設等で感染症が一旦発生すると、集団活動を起点として、クラスターになる可能性が高くなるため、適切な感染予防対策を確実に行う必要があります。

一方で、高齢者施設等での集団活動は、高齢者の生活機能や認知機能の保持・増進に欠かせないものであるため、集団活動を継続する上での感染対策の留意事項を十分に理解しておく必要があります。

そこで、福岡県医師会では、高齢者施設等で働く皆さまに向け、新型コロナウイルス感染症を中心とした感染症予防対策のための『介護現場のための感染症対策ガイドブック』を作成いたしました。

高齢者施設等の利用者は、複数の持病を有するハイリスク者が多く、今後、新型コロナウイルス感染症が終息しても、様々な感染症への対策が重要であることに変わりはありません。

本ガイドブックを活用し、自施設の感染防御体制を再確認すると共に、今後の感染対策の強化を図る参考としていただければ幸いです。

最後に、本ガイドブックを作成するにあたり、ご尽力下さいました作成委員会委員をはじめとする関係者の皆様に、深謝いたします。

2022年3月

公益社団法人福岡県医師会
会長 蓮澤浩明

もくじ

Chapter1 感染症の基礎知識 ～感染症を理解しよう～

1. 感染症とは	6
2. 感染対策の基本	7
3. 標準予防策	8
4. 感染経路別予防策	13
5. ワクチン	15
6. 誤った対策の撤廃	15
7. まとめ	16
ワンポイント column 職員の健康管理について	17

Chapter2 新型コロナウイルス感染症対応に関するQ&A

現場のギモンに答える42問	20
---------------	----

Chapter3 介護現場における新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策

福岡県の新型コロナウイルス感染症対策の実際	32
高齢者施設のアンケート調査とズーム会議(オンライン説明会)	35
高齢者の新型コロナウイルス感染症対策	39
新型コロナウイルス感染症と地域医療	42
高齢者施設における新型コロナウイルス感染症対策に関する座談会	45
今こそ見直そう不要な対策	66
ワンポイント column 1. アイガード/フェイスシールドについて	71
ワンポイント column 2. PCR 検査と抗原検査、抗体検査について	72

Chapter4 高齢者の権利を守るために

意思決定支援はなぜ必要か	74
新型コロナウイルス感染症を踏まえたACP(人生会議)	84
ワンポイント column 人生会議の前に、本人や家族と情報共有しておきたい医療の知識	86

Chapter5 体験談でみる実際の介護現場

コロナ禍で感じた利用者の生活を支える重圧と必要な覚悟 ～地域医療との連携の大切さ～	88
クラスタの発生から収束までの経緯	
～クラスタが発生したらわかるけど、発生したらもう遅い～	94

Chapter 1

感染症の基礎知識 ～感染症を理解しよう～

感染症の基礎知識 ～感染症を理解しよう～

1. 感染症とは

飯塚病院 感染症科部長 的野 多加志

心筋梗塞、脳梗塞、悪性腫瘍など、通常の病気はヒトの体内の変化によって生じます。一方で、感染症は病原微生物が外部からヒトに侵入することで生じます。この感染源が存在することが大きな特徴なのです。もう一つ、病原微生物が感染するのはヒトだけではないという点が厄介です。ヒトの感染症の実に6割が動物とヒトを往来する人畜共通感染症なのです。そのため、新型コロナウイルス感染症（COVID-19：以下コロナ）のように、もともと動物が持っていた微生物が新たにヒトに感染する新興感染症が今後も必ず出てきます。動物のみならず、環境や水、食品とヒトを取り巻くあらゆるものが感染源となり得ます。ところが、この感染源（寄生虫、細菌、ウイルスなど病原微生物）の大半は目で見えません。そのため、正しい対策を講じるためには、感染症に対する適切な知識を身につける必要があります（図表1-1）。

病原微生物が体に入り増え始めると感染、症状がでると発症です。感染してから発症するまでのタイムラグ（時間のずれ）は潜伏期間と呼ばれています。多くの感染症は発症後に感染を広げるため、マスクをつける、休ませる、隔離するなど発症者に注目した対策が取られます。ところが、コロナのように発症前や無症状の人が広げようような封じ込めが難しい感染症もあります。

図表1-1 感染症とは？



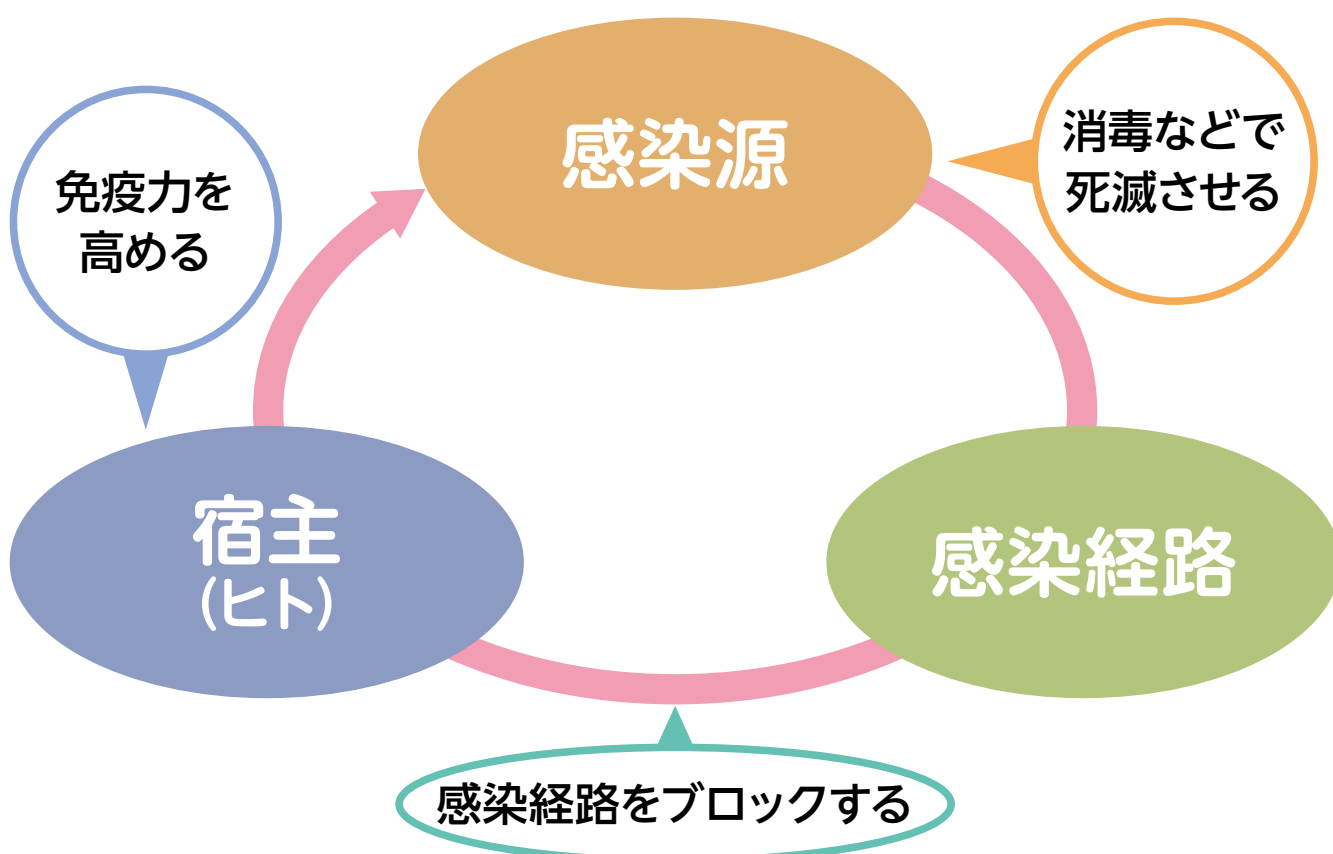
2. 感染対策の基本

感染対策において重要なのは、感染源となる病原微生物を体の中に入れないよう遮断することです（図表1-2）。感染源への対策には、①微生物自体を洗浄、消毒、滅菌し、直接死滅させる方法、②ヒトに入ってくる感染経路（入口と出口）をブロックする方法があります（図表1-3）。ところが、自然界にはあらゆる場所に数多くの病原微生物がいるため、全ての感染源を洗浄、消毒、滅菌することは現実的ではありません。よって、感染経路の遮断を行う方がリーズナブル（適切な対応）なのです。なかでも、標準予防策がその中心的な役割を果たします。要するに、テーブルや手すりなどの環境消毒ではなく、まずは手指衛生を中心とした標準予防策を徹底すべきです。

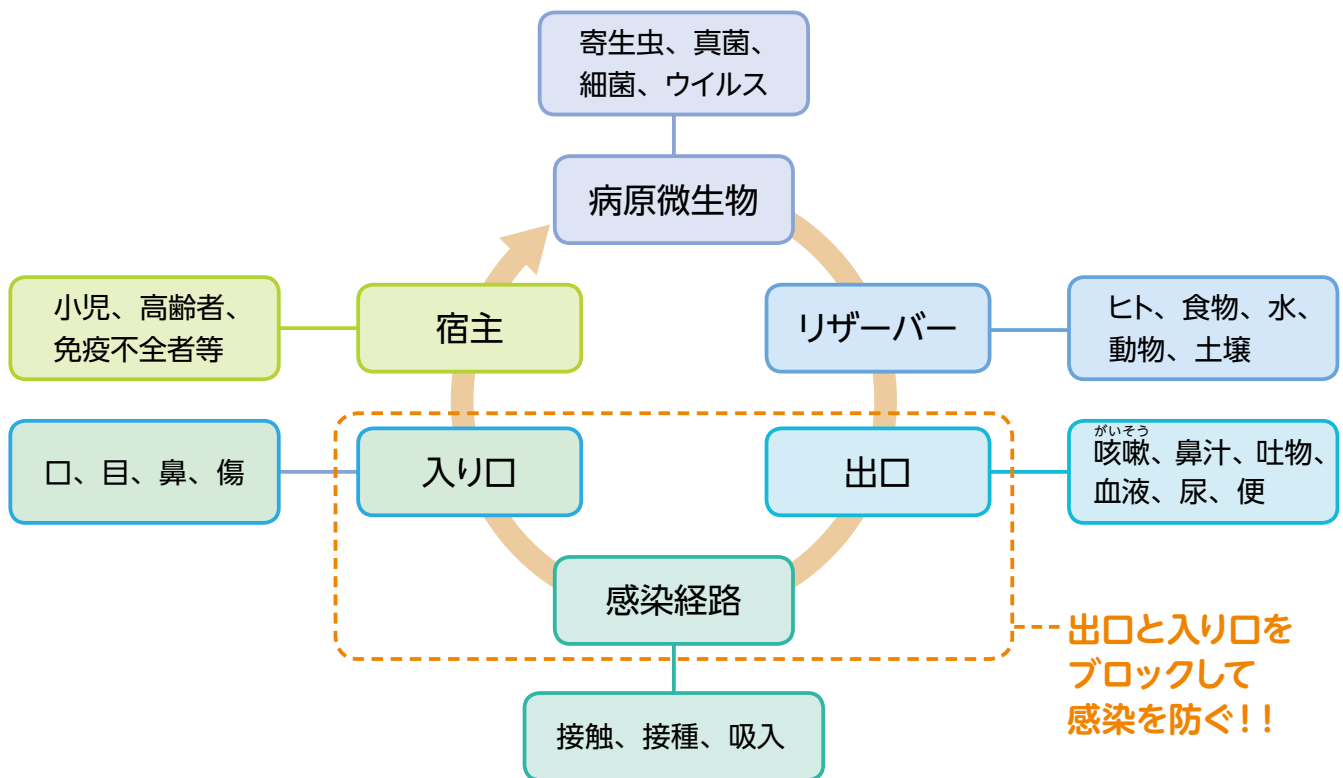
次に、宿主（ヒト）の免疫を上げる工夫も感染対策の一部です。例えば、尿道留置カテーテルや末梢静脈ライン（静脈に挿入されている薬などの投与のための中空のチューブ）など皮膚によるバリアが破綻している部位は、病原微生物の絶好の入り口です。よって、不要な医療デバイスの早期抜去を心がけるべきです。これら感染経路の遮断に失敗し、病原微生物の侵入を許しても、免疫によって発症や重症化を防ぐこともできます。こちらは、ワクチンが特に重要な役割を果たします。

介護・福祉施設等では、共同生活、リハビリ、レクリエーションなどを通じて身体機能や認知機能を維持する役割を担っています。さらに、ADL（日常生活動作）が低下している利用者さんへのケアなど、身体接触する機会も多いです。よって、職員と利用者さん、さらに利用者さん同士が3密を避けられない場面が数多く発生します。総じて、感染の拡大が起こりやすい環境であるという認識のもと、職員はその対策を徹底すべきです。また、管理者は職員の安全を守る、利用者さんの健康を守るという双方の視点を持ち、感染対策を推奨すべきです。なかでも、特に注力すべきは標準予防策（8ページ以降参照）の徹底とワクチン接種の実施です。

図表1-2 感染成立の3要素と対策



図表1-3 感染の連鎖と感染防止



3. 標準予防策

標準予防策とは、感染症の有無や病態に関わらず、全ての利用者さんに適応すべき感染対策です（図表1-4）。具体的には、血液、汗を除く全ての体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜（眼や口腔など）は全て感染性があると考えて対応する考え方です。つまり、標準予防策では、これら湿性生体物質は全て汚染されていると考え、①手指衛生を徹底すること。②湿性生体物質に汚染される可能性がある部分を個人防護具（PPE：手袋、マスク、アイガード、ガウン、エプロンなど）で防護すること。この2点が特に重要です。

図表1-4 標準予防策と感染経路別予防策

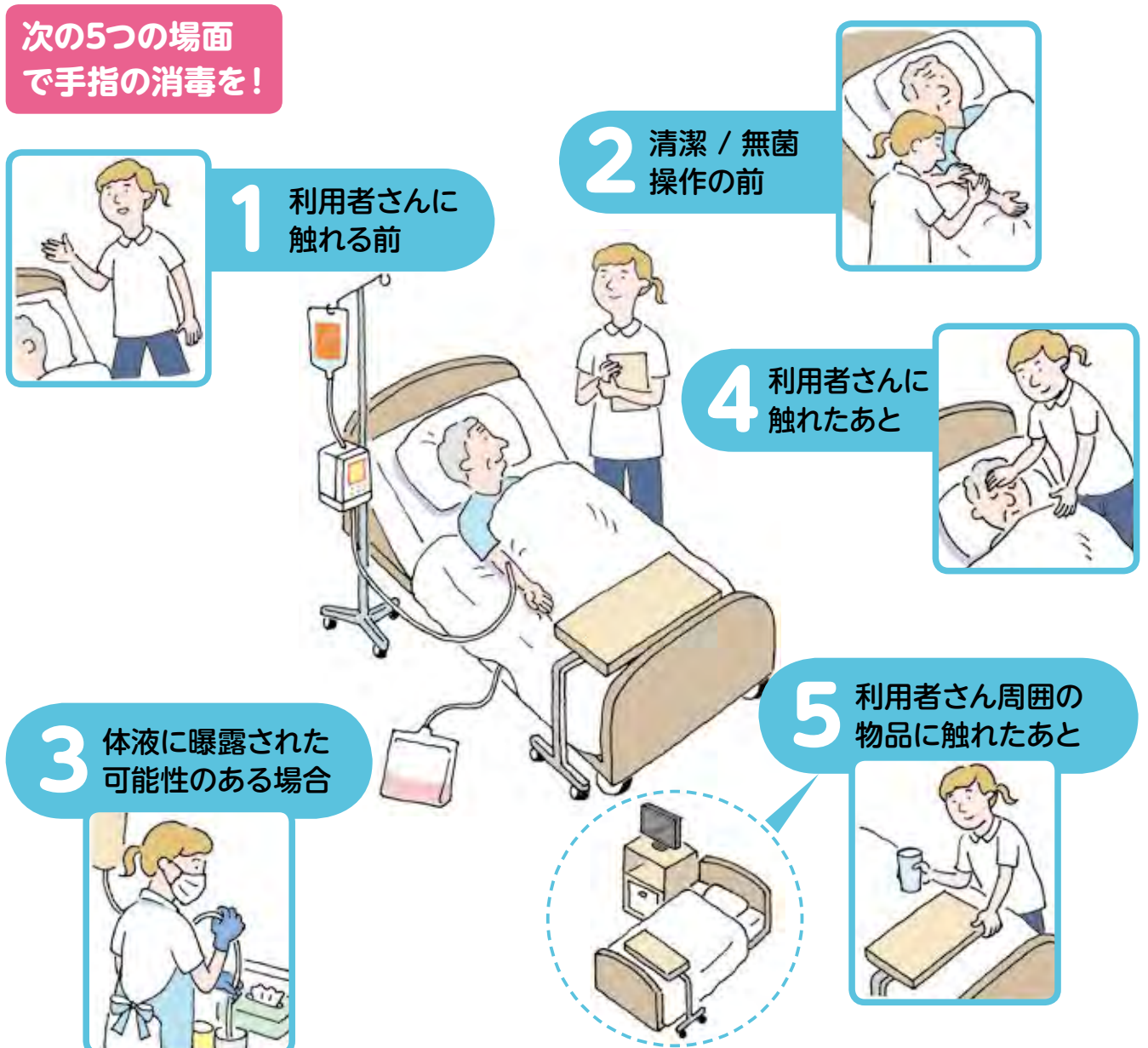


3-1. 手指衛生

介護・福祉施設等や医療機関では、職員の手を介した感染の拡大が頻回に発生しています。そのため、感染対策の「基本のき」は、とにかく手指衛生を頻回に行うこととなります。擦式手指消毒剤（アルコール消毒）の方が石けんと流水による手洗いよりも効果が高いため、原則、手指消毒剤による手指消毒を行います。①目に見える汚れがある場合、②吐物処理をした場合、③下痢の処理をした場合は、石けんと流水で手洗いを行います。手指衛生＝手洗いと考えている職員はまずはその考えを改め、アルコール消毒を優先的に使用するよう心がけるべきです。

さらに、手荒れは石けんと流水による手洗いが原因となっていることも多く、消毒効果に加え、手荒れ防止という観点からもアルコール消毒を優先するメリットがあります。医療現場では、5つの場面を意識して手指衛生を行うべきです（図表 1-5）。それは、①利用者さんに触れる前、②清潔 / 無菌操作の前、③体液に曝露された可能性のある場合、④利用者さんに触れたあと、⑤利用者さん周囲の物品に触れたあとです。要するに、体温や血圧などのバイタル測定の前後、おむつ交換やトイレ介助の前後、リハビリの前後など、利用者さんごとに必ず手指衛生を行うことになるはずで

図表 1-5 手指衛生の5つの場面

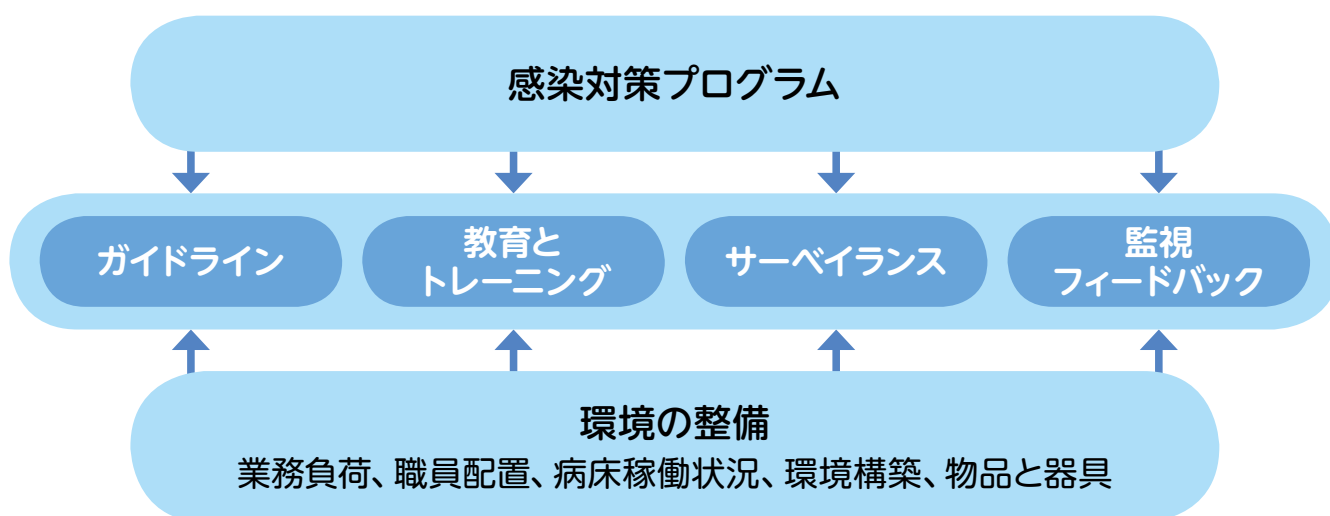


(WHO 'My 5 Moments for Hand Hygiene' より改変)

このように頻回にかつ適切に手指衛生を行うためには、アルコール消毒剤をおむつカートや汚物室、各居室前などに配置したり、消毒剤を個人持ちにししたりするなどの工夫をする必要があります。そして、何よりも職員を教育し、管理者や経営者側もその重要性を認識する必要があります（図表1-6）。利用者さんに触れる際は、おにぎりやサンドイッチを食べられるほどの手で触れてください。

擦式手指消毒剤をハンドクリームのように手に塗り込むのは間違いです。通常、手の平や甲ではなく、指先を使う作業が多いため、特に指先の消毒を意識すべきです。擦式手指消毒剤は、最初に消毒剤を手の平にためた状態で指先を消毒します（図表1-7）。一方、石けんと流水による手洗いでは、泡が立ったタイミングで指先を洗います（図表1-8）。このように意識すべきタイミングが異なる点には注意が必要です。ただし、細かい順序に気を取られすぎず、まずは回数を意識し、とにかく頻回に手指衛生を行うことが重要です。

図表1-6 感染対策実施の職員教育用コアプログラムの例



(Interim Practical Manual: supporting national implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes を元に作成)

図表1-7 手指消毒の手順



図表1-8 手洗いの手順



3-2. 個人防護具 (PPE)

個人防護具は、感染性のある物質にさらされる可能性のある箇所を保護する医療物品です。なかでも、手袋、マスク、エプロン、ゴーグル／フェイスシールドは標準予防策として頻回に使用します。つまり、感染の有無に関わらず、湿性生体物質（血液、汗を除く全ての体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜）に汚染されるもしくは接触する可能性がある場合には、これらの物品を標準予防策として使用します。例えば、おむつ交換時は手袋とエプロン、採血時には手袋を使用します（図表1-9）。原則、1利用者さん、1ケアごとに新しい物品に変更し、その前後で必ず手指衛生を行います。

図表1-9 個人防護具の選択例

	処置・ケア	手袋	マスク	エプロン	ゴーグル
清潔ケア	口腔ケア	○	△	△	△
	陰部洗浄	○	△	○	△
	入浴	△		○ ^{*1}	
排泄	排泄介助	○		○	
	おむつ交換	○	△ ^{*2}	○	△ ^{*2}
	下痢患者のおむつ交換	○	○	○	△ ^{*2}
	尿便器の処理	○	○	○	
清掃	吐物の処理	○	○	○	△

*1 防水エプロンで可 *2 陰部洗浄を追加する場合

(職業感染制御研究会「個人用防護具の手引きとカタログ集」を改変)

(1) 手袋

手袋着用の注意事項は、①1人の利用者さんのケア（処置）ごとに手袋を交換する点、②ケアの前後に必ず手指衛生を行う点です。手袋には目に見えない穴（ピンホール）が空いていますので、手袋を外した後も必ず手指衛生を行います。外す際は、汚染されないように、まず片方の手の平側を引っ張って外し、その後、反対の手袋の内側に指を入れて外します（図表1-10）。

(2) マスク

職員が医療現場で使用すべきマスクは、サージカルマスク（規格を満たす医療用の不織布マスク）とN95マスクです。布マスクやウレタンマスクは感染防止の効果が劣るため、勤務中の使用は避けるべきです。サージカルマスクを付ける際は、まずは表と裏、上下の確認を行います。マスクの中央部分を指で押して容易に広がる側が鼻側です。また、ワイヤーが入っている方が上です。次に鼻の形を意識してワイヤー部分に折り目をつけます。その後全体を広げ、マスクのフィットを意識して鼻やあごの隙間をなくしていきます。外す際は、汚染されている表面には触れず、ゴムひもを持って外します（図表1-11）。

なお、鼻や口をきちんと覆い、マスクを隙間なく密着させることが重要です。鼻出しマスクはやめましょう。

(3) エプロン、長袖ガウン

エプロンや長袖ガウンのヒモは必ず後ろで結びます。エプロンやガウンの前面は汚染しているため、腰を一周して前で結んでしまうと、脱ぐ際に汚染されたヒモが後ろに回り、手や服にあたります。脱ぐときは後ろには手を回さずにエプロンや長袖ガウンを前に引っ張って、首や腰のヒモをちぎるように外します。なかなかちぎれない素材の場合は介助者にヒモを外してもらいます。

図表1-10 手袋のつけ方・外し方



(資料提供：福岡東医療センター黒岩先生)

図表1-11 サージカルマスクのつけ方・外し方

サージカルマスクのつけ方



ノーズピースに折り目をつける。

プリーツが上向きだと、埃やウイルスをため込む受け皿になってしまいます。つける前に、鼻ワイヤーを曲げておくと、装着後に隙間ができません。



ゴムひもを耳にかける。



ノーズピースを顔の形に合わせる。

鼻のカーブに沿って、すき間ができないように密着させます。



蛇腹を伸ばし、鼻と口を覆う。

あごの下までマスクを伸ばすことによって、マスクと顔面のすき間がなくなります。

サージカルマスクの外し方



ゴムひもを持って外す。



マスクを廃棄し、手指衛生を行う。

注意!

使用後のマスク表面は微生物に汚染されている可能性がありますので、触れないようにしましょう。使用後のマスクは感染性廃棄物として処理しましょう。



(資料提供：福岡東医療センター黒岩先生)

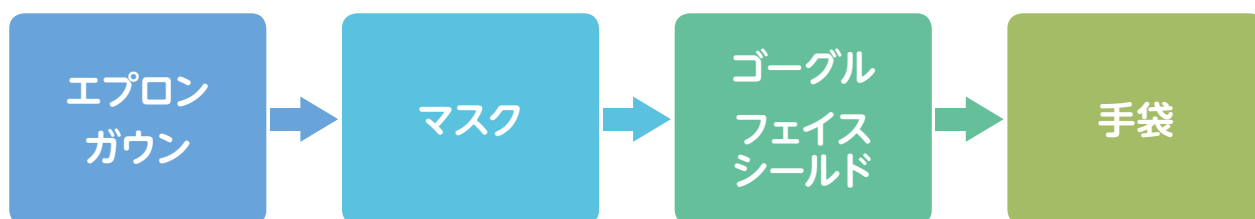
4. 感染経路別予防策

感染症の感染経路に応じた対策を講じることを感染経路別予防策といいます。手指衛生と个人防护具を中心とする標準予防策を徹底した上に、感染症の特徴に合わせてさらに予防策を追加するイメージです。**手指衛生→个人防护具の着用→利用者さんのケア→个人防护具の脱衣→手指衛生の順**で作業をすすめます。个人防护具を着けている途中で手袋が破れることがあるため、手袋は最後に着けます(図表1-12)。外す際は、最も汚れているものから順に外すよう意識し、細心の注意を払い、ゆっくり1つ1つ外していきます。さらに、利用者さんのケアをする際は、自身の首より上に手を回さないよう注意すべきです。个人防护具を着けることで満足するのではなく、ケアの際に自身の顔まわりに触れない、外す際に自身に病原微生物を付けないという意識が特に重要です。

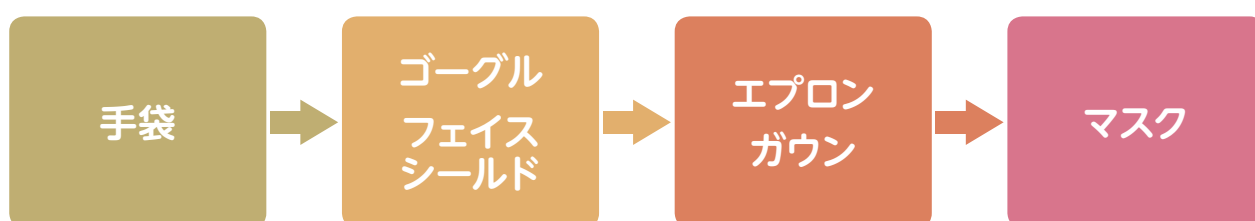
感染症を発症した利用者さんは個室管理が望ましいですが、複数人が同一疾患を発症した場合は、多床室での同室管理(コホート)を行うこともできます。さらに数が増えた場合には、感染者がいるコホート区画をレッドゾーン、个人防护具の着脱スペースをイエローゾーン、清潔エリアをグリーンゾーンと区別し、ゾーニングを行います。

図表1-12 個人防護具の着脱順序

つけ方の順序



外し方の順序



(職業感染制御研究会「個人用防護具の手引きとカタログ集」をもとに作成)

(1) 接触感染予防策

偽膜性腸炎、感染性胃腸炎、疥癬^{かいせん}、多剤耐性菌保菌 / 感染症など接触感染を起こす感染症に適用します。医療関連感染のなかでも接触感染は頻度が高く、特に重要です。個人防護具は、手袋とエプロンを用い、利用者さんに使用する血圧計、体温計、聴診器などの物品を使用対象者ごとに専用化します。それらの医療器具を共有する必要がある場合は使用のたびに洗浄・消毒します。原則、個室管理を行いますが、多床室しかない場合は、カーテン隔離をします。同一疾患の利用者さんがいる場合は同室管理（コホート）を行うこともできます。

(2) 飛沫感染予防策

インフルエンザや肺炎を発症した場合、咳やくしゃみ、吸引処置などで飛沫（直径 $> 5 \mu\text{m}$ ）が飛散しますので、飛沫感染予防策を行います。個人防護具はサージカルマスクを用います。吸引処置など着衣、眼に飛沫が付く可能性がある際は、エプロンとゴーグル / フェイスシールドを追加します。原則、個室管理を行いますが、多床室しかない場合は、隣の利用者さんとの距離を1m以上離します。

(3) 空気感染予防策

結核、麻疹、水痘などは飛沫核（直径 $\leq 5 \mu\text{m}$ ）を介して感染します。飛沫核は長時間空気中を漂い、空気の流れに乗って拡散します。そのため、空気感染予防策では換気がとても重要です。具体的には6～12回／時の換気が行える陰圧個室で管理します。個人防護具はN95マスクを使用します。N95マスクはフィッティング（隙間なく密着させる）が特に重要です。N95マスク着用時には必ずユーザーシールチェック（毎回きちんとフィットしているかの確認）を行います。ユーザーシールチェックの手順は、マスクの表面を両手で覆い、①息を吐き顔の隙間から空気がもれないか、②息を吸い込みマスクが顔に向かって引き込まれるか、を確認します。

5. ワクチン

ワクチンは、感染対策上、標準予防策と肩を並べるほど重要です。高齢者はインフルエンザやコロナなどで重症化しやすい集団です。そのため、このような流行性疾患に対しては、利用者さんならびに職員双方が定期的にワクチンを接種することが重要です。さらに職員は、職務上、様々な感染症に曝露するリスクがあります。そのため、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、B型肝炎に対するワクチンを接種するもしくは十分な抗体価を獲得しておく必要があります（図表1-13）。

図表1-13 医療従事者に必要な抗体価

疾患名	検査法	抗体陰性	抗体陽性
麻疹	EIA法-IgG	2.0未満	16以上
	PA法	16倍未満	256倍以上
	NT法	4倍未満	8倍以上
風疹（一部抜粋）	HI法	8倍未満	32倍以上
	EIA法-IgG	2.0未満	8.0以上
水痘	EIA法-IgG	2.0未満	4.0以上
	IAHA法	2倍未満	4倍以上
	NT法	2倍未満	4倍以上
流行性耳下腺炎	EIA法-IgG	2.0未満	4.0以上
B型肝炎（HBs抗体）			10以上

（環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版」より抜粋）

6. 誤った対策の撤廃

いかなる場合でも、手指衛生と個人防護具を中心とする標準予防策が医療現場における感染対策の基本です。世間には科学的根拠に乏しい感染対策物品が流布しています。例えば、消毒剤の空間噴霧は、その効果が期待できないのみならず、人体に悪影響を及ぼします。クレベリンやアルカリイオン水も医療現場で使用できるほどの科学的根拠はありません。加湿器も感染対策効果は乏しく、レジオネラ属菌拡散のリスクもあることから、医療現場では使用しません。高性能ろ過フィルター（HEPA フィルター）付き医療機器でない限り、空気清浄機の使用も適切とはいえません。むしろ、一旦落ちた飛沫を再度巻き上げ、逆効果になっている可能性もあります。総じて、アルコールと石けん+流水を用いた手指衛生に加え、適切な個人防護具を使用することが標準予防策として重要であり、原則から大きく外れる対策は撤廃すべきです（図表1-14）。

図表1-14 根拠／効果の乏しい対策例

消毒剤の空間噴霧*	人がいる状況での紫外線照射*
靴底の消毒	空気清浄機（市販品）**
クレベリン	超音波式加湿器
アルカリイオン水	マウスシールド
人がいる状況でのオゾン発生*	ウレタンマスク

*人体に悪影響 **感染対策上、逆効果の場合あり

さらに、手指衛生や環境消毒を行う際は適切な消毒剤を選択する必要があります（図表1-15）。例えば、次亜塩素酸水は手指消毒には使用できず、環境消毒の際もいったん拭き上げたのちに、ひたひたに濡らして20秒以上経過してから再度拭き上げるといった使用方法を守らない限り、消毒効果が得られません。

コロナの流行当初、消毒用アルコールが枯渇した時期に次亜塩素酸水精製機を購入し、いまだに使用している施設を散見しますが、医療現場での次亜塩素酸水の使用はやめるべきです。さらに、物品などを消毒する際は、浸け置きもしくは拭き上げが原則です。吹きつけの場合は消毒ムラが生じます。また、次亜塩素酸ナトリウムを作り置きする場合は、揮発防止のため、遮光すべきです。

図表1-15 適切な消毒剤

方法	手指	モノ
石けん	○	○
アルコール	○	○
熱水		○
次亜塩素酸ナトリウム* (塩素系漂白剤)		○
界面活性剤(洗剤)		○
次亜塩素酸水**		○

*作り置きの際は遮光する **ひたひたに濡らして20秒以上

7. まとめ

感染対策に関して医療従事者として心得るべき概念は、「持ち込まない、広げない、持ち出さない」です。すなわち、健康管理とワクチン接種を行い、介護・福祉施設等に病原微生物を持ち込まない（体調が悪い場合は勤務しない）ことが大切です。標準予防策と感染経路別予防策を意識し、職場で病原微生物を広げない、持ち出さない、というプロ意識も重要です。

今まで十分にこれらの感染対策を行っていない施設にとっては、標準予防策の導入はコストや手間がかかる厄介な対策に思えるかもしれません。しかしそれは、今までずっとシートベルトをせずに車を運転してきたようなものです。何か大きな損害や被害が起きる前に今のうちに適切な対策を講じるべきです。詳しくは、厚生労働省の「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」もご参照ください。

ワンポイント column 職員の健康管理について

介護職員は、日々の業務において利用者さんと密に接触する機会が多いため、利用者さんからの病原体感染のおそれや自らが感染者として利用者さんに病原体をうつしたり、利用者さんの間で病原体を媒介する危険があります。

日ごろから健康管理に努めるとともに、体調に異変を感じたら、管理者等にすぐに相談するなどの対応が必要です。また、家族などに症状がある場合は、感染防止に努めるとともに、管理者に報告するなど、感染に備えましょう。

注意が必要な症状は？

- 発熱
- おう吐・下痢などの消化器症状
- 発疹などの皮膚症状
- 咳・たん・咽頭痛などの呼吸器症状
- いつもと比べて体がだるい、ぐったりしている

症状があるときは

無理をしないことが、施設内の感染拡大を防ぎます。利用者さんへの感染を防ぐためにも、職員自身の健康を守りましょう。そのためには職場内の相談体制や環境整備も重要です。

- すぐに管理者に相談し、配置換えや休暇などを検討しましょう
- 発熱など病気が疑われるときは速やかに医療機関を受診しましょう
- 無理せず、休暇を取得しましょう

その他の一般的な注意事項

入職時に

可能であれば、注意が必要な感染症（麻疹、風疹、B型肝炎など）にかかったことがあるか、予防接種の状況、抗体価についての確認が望まれます。

定期的に

- 毎朝の体温測定
- 健康診断、各種検診の受診
- 必要に応じてワクチンを接種

新型コロナウイルス流行期における職員の健康チェックリスト

症状について

- 平熱を超える（37.0℃以上など）発熱
- 咳・たん・のどの痛みなどかぜの症状
- 息切れ、息苦しさ（呼吸困難）
- 体が重く感じる、疲れやすいなど全身の倦怠感
- 嗅覚や味覚の異常
- 下痢

※これらの症状があるときは、17 ページの「症状があるときは」に沿って行動しましょう。また家でも不織布マスクを着用し、閉鎖空間での近距離の会話や接触を避けてください。

状況について

- 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人と濃厚接触のおそれがある
- 同居家族や数日以内に長時間接触していた人で、感染が疑われる人がいる
- 14 日以内に、同居家族以外で飲食などで長時間（15 分以上）話した人がいる

※このような状況で発熱などの症状がみられた場合は医療機関にその旨を伝えましょう。

(厚生労働省「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」[概要版 介護職員のための感染対策マニュアル 施設系]などを参考に作成)

Chapter 2

新型コロナウイルス感染症 対応に関する Q&A

新型コロナウイルス感染症 対応に関するQ&A

現場のギモンに答える42問

感染症専門医、コネクト合同会社 CEO 山口 征啓

この章では介護の現場で活躍されている皆さまからの質問にズバツとお答えいたします。県や市がこれまでに行ったセミナーで頂いた質問を集めました。

ギモン1 面会での感染対策について教えてください

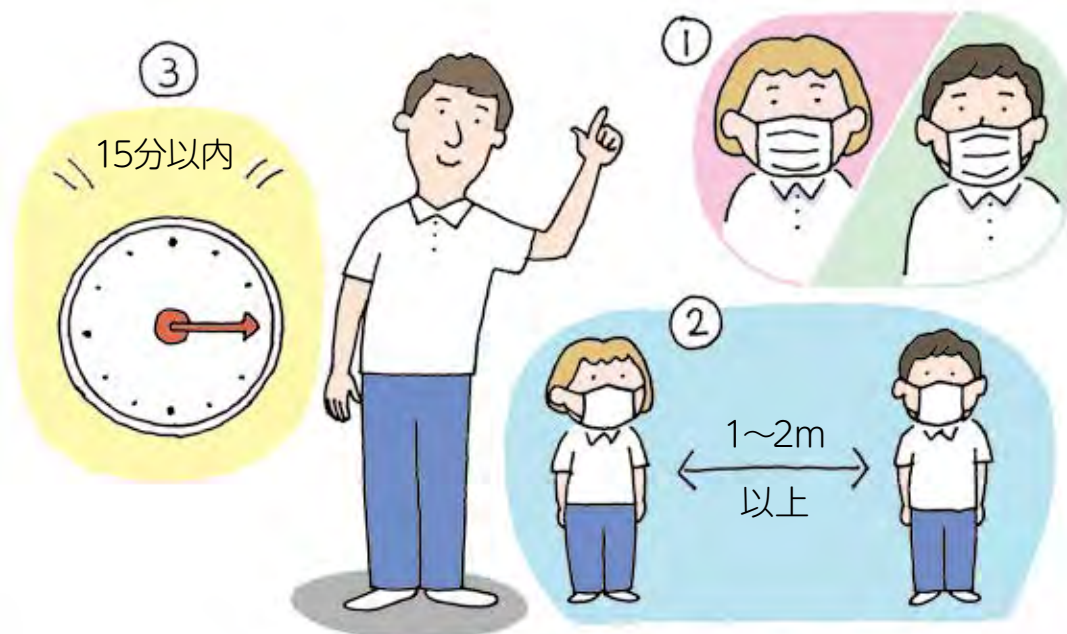
「利用者さんと家族等の面会を制限していますが、通院は通常通り行っています。通院がよいのなら家族等との接触制限も解除してほしいとの要望があり、このまま制限を続けるのも高齢者のストレス増加となり判断を迷っています。」

とても多く頂くご質問です。施設での面会制限には明確な基準はありません。その地域における流行状況に応じて、感染者数が増えている時には、一時的に面会を制限し、流行が落ち着いてきたら解除します。

ここで一つ押さえておきたいポイントは、「施設でのクラスターの際に持ち込むのはほとんどが職員」だということです。なぜならば職員が最も多く、最も長い時間利用者さんと接しているからです。家族の面会ばかりを厳しくしてもあまりクラスターを予防する効果はありません。それよりも、安全な面会方法を確立するほうがよいでしょう。

安全な面会の条件とは、①お互いにマスクをする、②1~2m以上離れる、③時間を15分以内に制限する、という3つです。入口の近くに専用の面会スペースを準備されている施設が多いです。気候のよい時期は外を一緒に散歩して頂くのもよいでしょう。

ご家族がワクチンを打っているとより安心ですが、ワクチンを打っているかどうかで面会方法を変える必要はありません。



ギモン2 面会制限はいつ解除すればよいのでしょうか？

こちらもよく頂くご質問です。明確な基準はないので、その都度判断する必要があります。通常は、流行のピークから1か月ほどたった時期になることが多いです。

ギモン3 利用者さんの外出を控えて頂いていますが、外部のデイサービスは利用されています。このことについてどう思われますか？

外出を控えたほうがよいかどうかは、外出先で何をするのかによって決まります。外出自体をよいとか、悪いとか決めることはできません。人のいないところを散歩するのであれば問題ありませんし、デイサービスでも感染対策が不十分であればリスクになります。一般的には、誰とも会話しないような外出はリスクが低く、どなたかと会話をするるとリスクが上がります。

ギモン4 施設からコロナとは関係のない一般病棟に入院し、退院した利用者さんについて、施設が受け入れる際の注意点は何か？

特にありません。通常通りで結構です。

ギモン5 利用者さんが食事をする際の座席配置について教えてください

できれば座席の間隔を2mあけるとよいですが、スペースの関係で難しいことも多いでしょう。しかし1mはしっかりあけましょう。4人がけの机に4人座ってしまうと1mの距離が取れなくなることが多いです。同じテーブルで食事をとると、感染することが多いですし、濃厚接触と認定される機会も増えてしまいます。別のスペースに机を追加して1人移動してもらえば、3人になります。図のように空いているスペースを上手く活用して距離をとりましょう。窓際席や壁に向かう席を作るのもよいです。

これは危険です



空いたスペースを有効に使いましょう

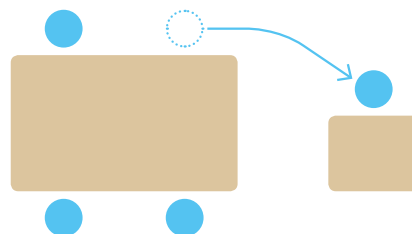


よく机同士をくっつけているところを目にしますが、これは危険です。机と机は50cmでもよいので、間隔をあけておきましょう。

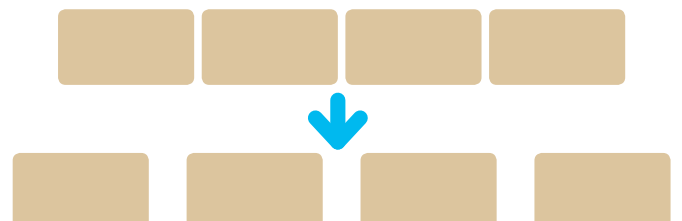
理想は2人、工夫すれば3人



小さな机を利用して減らす



机をくっつけるのはやめましょう



ギモン6 カラオケはどのようにすればよいのでしょうか？

歌を歌うと飛沫やエアロゾル(飛沫よりも小さい、空气中を浮遊する液体や固体の粒子)が発生して、周囲に感染させやすくなるのはご存じのとおりです。新型コロナウイルス感染症(以下コロナ)流行以前のようなやり方でのカラオケは危険です。特にコロナの流行期はいったん中止して、別のレクリエーションに変更して頂くとよいでしょう。

コロナの流行が落ちついている時期は、歌う人は不織布マスクをする、部屋の換気をしっかりとするというを守れば、カラオケも可能です。個室のカラオケルームを作って、歌う人だけが入るようにするとより安全でしょう。36ページで紹介している動画『いいカラオケ、悪いカラオケ』が参考になります。



ギモン7 飲食をともなう活動の注意点を教えてください

飲食の際は利用者さんがマスクを外すので、とてもリスクが高くなります。最も重要なのは利用者さんの間隔をあけることです。1~2mは距離をとりましょう。

ギモン8 食事の際のパーテーションの使用効果はどの程度ありますか？

向かい合わせに座り、なおかつ距離が2m離れていない場合は、机の上に透明のパーテーションを置くことで、飛沫が飛ぶのを防ぐことができます。パーテーションは利用者さんの頭の高さより高いものでないと効果が落ちてしまいます。

机の上の横のパーテーションはあまり効果がありません。利用者さんの横に置くならば、効果がありますが、とても邪魔ですし、換気が悪くなってしまうおそれがありますので、あまり現実的ではありません。机の上のパーテーションは前だけでよいでしょう。

ギモン9 入浴介助の際の感染対策について教えてください

入浴中は利用者さん、スタッフともにマスクを外すので、リスクが高く、クラスターの発生する原因となっています。

入浴介助中にマスクをつけるのは、夏は暑いですし、息苦しくなることもあって大変だと思います。しかし、マスクをつけずに入浴介助をしたスタッフが、あとでコロナ陽性とわかり、介護した利用者さんが相次いで感染してクラスターになるという事例が、施設や病院で次々と起こっています。やはり入浴介助中もマスクは必要です。

また、利用者さんがマスクをしていないので、職員は目の保護をする必要があります。浴室内ではフェイスシールドよりゴーグルの方が邪魔にならず、よりにくいため、ゴーグルで目を覆い、ダイバー等が使うくもり止めを塗るとよいです。もし目の保護をしていない場合は、利用者さんの正面に立たないように気をつけましょう。脱衣場では、利用者さんの前に立つことが多くなりがちです。脱衣所ではフェイスシールドかゴーグルをつけましょう。

ギモン10 入浴介助中のマスクが濡れると息が苦しくなってしまいます

「ギモン9」で説明したように、入浴介助中もマスクは必要です。一方でマスクが濡れると、息苦しくなるでしょうから、その都度交換するか、マスクが濡れないような工夫をする必要があると思います。

ギモン11 入浴中、すごく汗が出ます。汗は、どのように対策をすればいいですか？

汗から感染することはないので、特別な対策は必要ありません。ただし、汗が目に入ると目を拭きたくなるため、タオルなどで頭部を覆って汗を吸収させるようにしておくといよいでしょう。

ギモン12 症状がなく感染確認が遅れてしまうのであれば、こまめに検査するしかないのでしょうか？

理想的には毎週PCR検査を行えるとよいのですが、まだ現実的ではありません。それよりも有症状なのに検査を受けていない人がまだおられることのほうが喫緊の問題です。症状が出たときに検査をしてもらえるクリニックを探しておくことが重要です。往診してもらえる、もしくは施設で検査用の検体を取れると理想的でしょう。

ギモン13 施設で健康観察者が出た場合、全ての対応に防護服が必要なのでしょうか？

健康観察者には通常は防護服は必要ありません。陽性者や濃厚接触者に接するときには防護服が必要です。



ギモン14 簡易的な検査の有効性について教えてください

確定検査であるPCR検査に対して、抗原検査、なかでも抗原定性検査が簡易的な検査と呼ばれることがあります。抗原定性検査はその場で10分ほどで結果がわかるのがメリットです(72ページコラム参照)。

一方で、性能(精度)はPCR検査より劣るので、陽性者を陰性と判定したり、感染していない人を陽性と判定してしまうなど、時々間違ふことがあります。そのため基本的には症状のある人に行うのがおすすりめです。

抗原検査が陽性になった際は、可能であれば、追加でPCR検査を行ってください。そうすることで、抗原検査の偽陽性(本当は陽性でないのに抗原検査で陽性になってしまうこと)を正しく診断できます。

抗原検査が最も有用なのは、濃厚接触者やクラスターが発生している施設での検査です。このような場合はそもそも陽性になる可能性が高く、検査の間違ひが少なくなります。逆におすすりめできないのは何の疑いもなく、無症状の人に検査を行うことです。この場合、偽陽性が多くなります。

ギモン15 PCR検査の定期的な一斉検査とコロナの関係性について教えてください

症状がある人の検査を行うと、感染の広がりを6割ほど抑えることができるため、症状がある人の早期検査や隔離は重要です。一方、無症状者への定期的検査は、数%程度の感染予防効果の上乗せのみで、効果はあまり高くありません。

福岡県でも国の指示で高齢者施設の従事者への集中的検査が行われましたが、そのほとんどが陰性でした。現在は、病院でも職員への定期的な検査は行われていません。

現状では症状のない職員に対する検査を充実するよりも、症状のある利用者さんや職員の検査を充実するほうが効果があると考えています。

ギモン16 体温測定の仕方について教えてください

具合の悪い人の体温測定は従来どおり、体温計で脇の温度を測るのが正確でよいです。額（おでこ）など、体の表面の温度を測定する方法は、やや正確性に劣ります。

建物の入口で来訪者の体温をスクリーニングする場合は体表での測定でもOKです。ただし、手で測るとかなり温度が低くなってしまい、熱がある人を見逃してしまう恐れがあります。額（おでこ）や手首で測定しましょう。



ギモン17 利用者さんとドライブに行くときの注意点はありますか？

車の中は距離が取れないため、感染リスクが高くなります。感染防止のために最も重要なことは、エアコンを外気モードにして風量を多くすることです。加えて窓を開けて換気します。乗っている人は可能な限りマスクを着用し、会話は控えましょう。

マスクをしていない人が乗る場合は、なるべく席を離して、話をしないようにしましょう。

ギモン18 変異株への感染対策について教えてください

コロナは次々と変異して新しい株が出てきます。しかし、現場での感染対策には変わりはありません。ウイルスが感染しやすい性質を持つように変異すると、感染対策が不十分な場面では広がりやすくなりますが、何か特別な対策を追加しなければならないということはありません。

ギモン19 送迎車を消毒する際、アルコール等を噴霧して消毒することの有効性について教えてください

陽性者でも濃厚接触者でもない利用者さんの送迎では、座席の消毒は必要ありません。むしろ乗るときに手を消毒するようになるほうがよいです。

また消毒薬を噴霧すると、消毒薬のついていない部分のムラができてしまって、うまく消毒できません。消毒する場合は、布や紙に染み込ませてから拭くようにしてください。



ギモン20 利用者さんの活動はどの程度まで制限できますか？

陽性者や濃厚接触者でないかぎり、利用者さんの活動を大幅に制限することはできません。あくまで「お願いします」という形になります。居室以外のスペースでマスクを着用できるのであれば、施設内で行動制限をする必要はないでしょう。

マスクを着用できない人は、リスクが高くなるので、食事の際などは他の方と距離をとったほうがよいです。マスクを着用できない人が、行動制限をするのは難しいでしょう。

利用者さんが陽性者や濃厚接触者の場合は、周囲に感染させるリスクが非常に高くなりますので、基本的には居室内にいて頂くこととなります。もし、陽性の方が居室内にとどまらずに徘徊してしまうような場合は、他の人が居室内に避難する必要があるでしょう。

ギモン21 通常的环境整備だけで、衛生面が維持できますか？

家庭では環境の消毒をする必要はありませんが、病院や高齢者施設では、1日1回程度、多くの方がさわる、ドアノブや手すりを消毒することが勧められています。

ギモン22 利用者さんが着用したマスクの管理をどのようにすればよいですか？

使い捨てにできるのであれば、それが一番よいです。複数回使用する場合は、袋や封筒に入れると出し入れの際にマスクの汚染部位と非汚染部位が交わるので、お勧めできません。表面にさわらないようにフックにぶら下げたり、机の上に表面を上においておくとよいでしょう。

ギモン23 施設内で職員の感染対策として、毎日2回の検温、就業前のうがい手洗い、マスク配布、フェイスシールドの着用を義務付けています。他に何かやらなければならないことがありますか？

食事、喫煙、更衣室、歯みがきなど職員がマスクを外す際の会話を控えてください。また手指衛生（アルコール消毒、もしくは流水・石けんでの手洗い）の頻度を高めることも重要です。

うがいは効果がそれほど高くなく、飛沫が飛ぶリスクがあるため、やめておいたほうがよいでしょう。



ギモン24

多床室(4人部屋)での平時の感染対策で、気を付ける点がありますか？

多床室の場合、水回りが1か所しかなく、歯をみがくタイミングが同じになることが想定されます。特に歯ブラシ同士が接しないように置き方に注意しましょう。また認知症の方であれば他の利用者さんの傍に行ってしまうことも考えられ、個室よりは感染が広がるリスクが多少高まります。

また、職員側の注意点としては、職員がおむつ交換や体位交換などの接触する作業を続けて行う際に、次の利用者さんのケアにうつる前に、手指消毒を行う、ならびに手袋・前掛けエプロンを交換するという作業が抜け落ちがちですので、注意してください。

ギモン25

感染症が発生した場合、限られた職員数(人数)での対応となるため、効率的な人員配置があれば教えてください

職員が感染したり、濃厚接触者になってしまうと出勤できなくなりますが、同時に多数の職員が休むことになると、現場が回らなくなります。まずは他の部署や施設からの応援を要請しましょう。それでも人数が足りない場合は、濃厚接触者の扱いについて保健所と相談しましょう。

ギモン26

入所施設のクラスター発生後、ご家族への説明は原因を具体的にされた方がよいのでしょうか？ その際、発端になったと思われる職員の個人情報保護など、どのような対策をすればよいのでしょうか？

クラスター発生当初(1～2週間)は、原因が究明できないことが大半です。そのため、「保健所等の指導のもと感染対策を行いつつ原因を究明中である」という説明になることが多いでしょう。クラスター発生から数週間以上経過した頃には、ある程度の原因の推察ができることがあります(最後まで不明の場合もあります)。その際には説明をしなければなりません、職員の個人情報はもちろん守る必要があります。

なお、最初に陽性になったのが職員であったとしても、本当にその職員がクラスター発生の発端だったのかどうかはわかりません。実際には他の職員などが発端となっていたが、その人のPCR検査はすでに陰性になっていた、ということもあります。つまり、真の発端者を決めることは難しいことが多いでしょう。

ギモン27

施設で利用者さんが感染した場合に、病院で迅速に処置を受け、入院することができますか？

無症状や軽症の場合はベッドの余裕がない時期には入院できないことがあります。酸素投与の必要な中等症の方も、場合によっては施設で酸素投与をしながら、診て頂くことも現実には起こっています。

高齢者施設で陽性者が療養するのは、かなり大変ですが、高齢者の場合、入院するだけでせん妄を起こすこともあるので、慣れた施設で療養を続けるほうがよい面もあります。



ギモン28

感染判明後の医療機関の受け入れ先が中々決まらなと聞いています。受け入れ先の医療機関は保健所？ 主治医？ 施設？ 救急隊？ どこが主導で探すのかが知りたいです。一般的な有料老人ホームのマンパワーでは感染者を施設で継続して診るのには限界があります

基本的には保健所が入院が必要かどうかを判断して、入院先を探しています。しかし忙しいときには県の調整本部が行うこともあります。

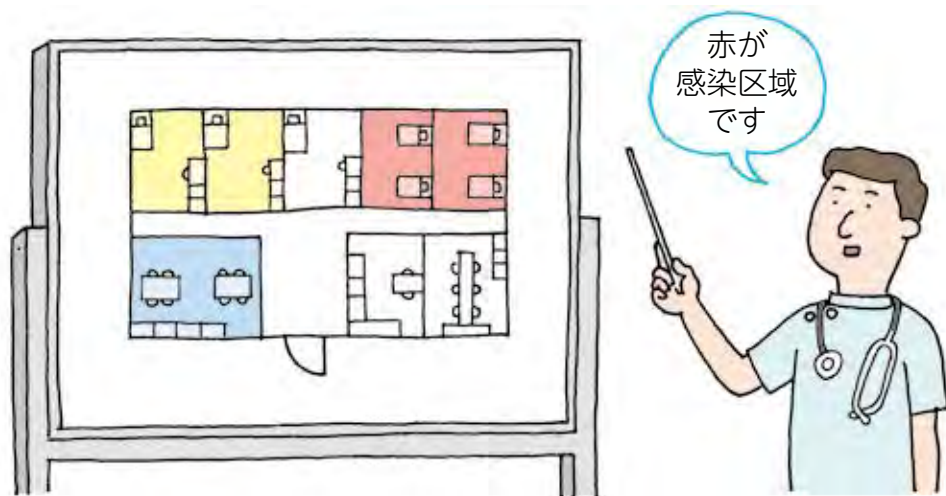
高齢者施設で陽性者を診ることはとても大変ですが、流行のピーク時には軽症の方が入院することは大変難しく、酸素投与の必要な中等症の方も施設で診て頂くこともあるのが現状です。そのような場合に備えて、往診をして頂けるクリニックと連携しておくとういと思います。

ギモン29

正しいゾーニングの仕方について教えてください

施設によって、建物の構造が異なり、また陽性者が何人か、どこの部屋に発生したかによっても変わってきます。実際のゾーニング（汚染区域と清潔な区域とで空間を区切ること）は保健所や専門家にアドバイスをもらいながら行うことになります。

事前の準備としては、1名陽性者もしくは濃厚接触者が発生したときに、どこの部屋で診るのかというのを決めておくとういでしょう。検査の結果が出るまでの間もその部屋で対応することができますので、いざというときに余裕をもって対応できます。できれば流行状況が落ちついている時期に保健所に相談しておくとういでしょう。



ギモン30

ゾーニングを解除するタイミングについて教えてください

クラスター対応の解除は、施設内で最終陽性者が判明して7～10日以上経っていれば可能となります。また、陽性者の隔離解除の時期は保健所が指示を出します。いずれにしても、ゾーニングの解除に関しては、保健所が決めることですので、指示に従ってください。

ギモン31

職員が感染した場合、PCR検査は会社全体で受けたほうがよいでしょうか？

基本的には保健所の指示に従うことになります。PCR検査にも費用がかかるので、それを会社が負担して実施することは問題ありません。その場合はまず陽性者の所属する部署全員に行うのがよいでしょう。

ギモン32

施設内で感染が起きた場合の嘱託医の往診、定期的受診や処方などの動きを教えてください

嘱託医の役割としては、利用者さんの健康状態の確認が一番重要になります。保健所も電話でサポートをしますが、やはり一人一人の病状は診察して確認する必要があります。嘱託医が診察して入院が必要と判断されれば、保健所も優先的に入院先を探すことになるでしょう。

定期的受診や処方は、病状に変化がなければ遠隔診療で行ってもよいでしょう。

ギモン33

コロナウイルスに感染し、入院を経て施設に戻ってくる利用者さんや療養施設から戻ってくる職員に関して、法人では独自に7日間の観察期間を設けていますが、この取り扱いはいかがでしょうか？

必要ないと思います。退院するということは、他の人に感染する危険がなくなったということです。普通どおりに受け入れて頂いて結構です。

ギモン34

濃厚接触者と濃厚接触した人の取り扱いについて教えてください

濃厚接触者がまだPCR検査を受けていない場合、濃厚接触者と濃厚接触した人は出勤や通学は控えたほうがよいでしょう。もし濃厚接触者のPCR検査が陽性であれば、その人と濃厚接触した人は濃厚接触者になってしまうからです。

PCR検査で陰性が確定している濃厚接触者と濃厚接触した人は問題ありません。濃厚接触者の中で実際に感染している人は少数です。そのため、濃厚接触者と濃厚接触した人が発症することはないと考えて頂いて結構です。

ギモン35

クラスターが起きた際の人員の確保はどのように行っていますか？

入所施設で感染が拡大した場合には、デイサービス、ショートステイ等の通常機能を停止し、その部署から人員を確保することが多いようです。リハビリの職員に簡単なケアを手伝ってもらっている施設もあります。また、他の施設や県からの人員補充などの方法もあります。自施設でクラスターが発生した際に、例えば夜間に看護師が不足した場合にどうするかなど、あらかじめシミュレーションしておく必要があります。

ギモン36

ワクチン接種について、接種後に発熱等することがあるそうですが、職員の症状が発熱だけであり、倦怠感や疲労感がなければ、本人意向によっては働いても差し支えないのでしょうか？

本人が2週間以内にリスクの高い行動をとっていない場合、これはワクチンによる発熱と考えられます。症状がひどくなく、本人が出勤を希望しているのであれば、勤務することは可能です。もし、本人がリスクの高い行動をとっていた場合は、診察や検査を受けることをお勧めします。



ギモン37 ワクチンについて、2回接種と3回接種に違いがあるのでしょうか？

2回接種後、6か月以上経過すると感染予防効果が落ちることが知られています。3回目の追加接種をすることで、再び感染予防効果は回復します。ですので、接種券が届いたら、なるべく早く接種をすることをお勧めします。

重症化を予防する効果は、2回接種が終われば長く続くようです。まだ2回接種が終わっていない方は、ぜひとも接種することをお勧めします。

ギモン38 ワクチンの副反応に関して、基礎疾患の有無などに関係なく、無条件に要介護高齢者が接種しても問題ないのでしょうか？

はい、問題ありません。高齢であるほど副反応は起こりにくくなります。

もしアレルギーなどが起こっても、適切な処置をすれば回復します。コロナに感染すると死亡する可能性がありますから、ワクチン接種によるメリットが副反応によるデメリットを大きく上回ります。

ギモン39 ワクチン接種した後の高齢者の方の副反応について教えてください

65歳以上の方は2回目の接種後に10%程度が発熱します。起こる副反応については若い人と変わりはありません。まれに起こる重篤な心筋炎は、40歳以下に起こります。

ギモン40 コロナワクチン接種が進むことで、無症状でのウイルス保有者が増え、経路不明感染が増えることはないのでしょうか？

コロナワクチンは発症予防、重症化予防、感染予防の効果があることがわかっています。ワクチンを打ったために無症状になり、経路不明者が増える可能性を心配されているのだと思いますが、感染者数自体が大きく減るので、経路不明者の人数も減ることになります。

ギモン41 ワクチンは変異株にも有効なのでしょうか？

変異株に対しても有効です。従来株に比べるとやや効果が落ちますが、打たないのとくらべるとかなり効果があります。

ギモン42 3回目のワクチンはファイザーとモデルナのどちらを打てばよいのでしょうか？

それぞれのワクチンは効果に少し差がありますが、現状では自由に選べるわけではありません。どちらを打つかよりもなるべく早く打つことが重要です。接種券が届いたら、早く打てる方を打ちましょう。



Chapter 3

介護現場における 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 対策

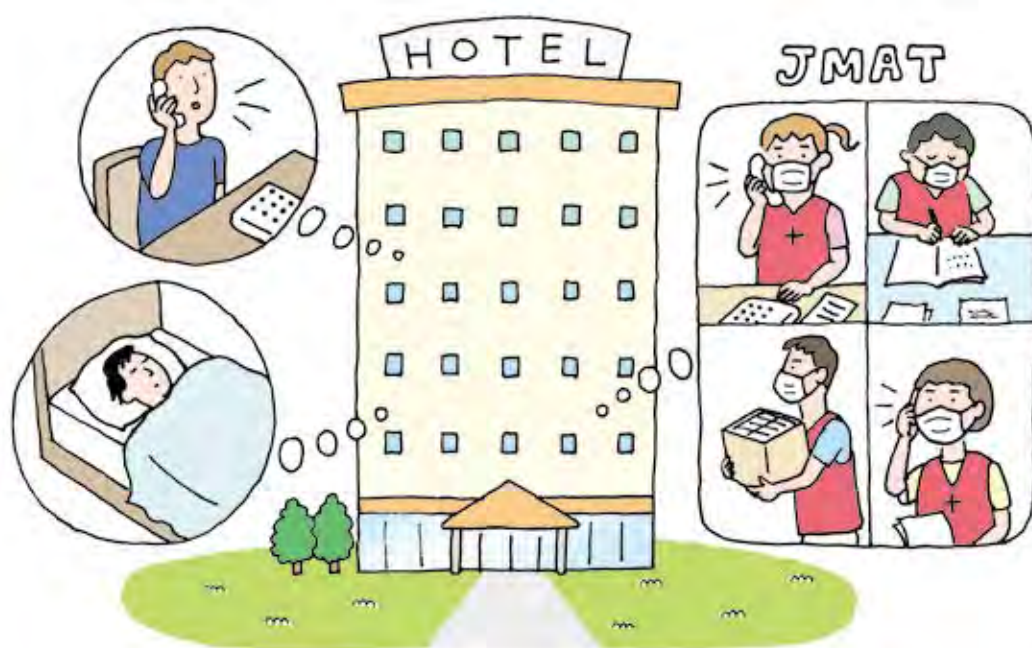
介護現場における新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 対策

福岡県の新型コロナウイルス感染症対策の実際

福岡県新型コロナウイルス感染症調整本部長／福岡県医師会参与 上野 道雄

令和2年は新型コロナウイルス感染症（以下コロナ）と共に始まりました。福岡県では、感染症の専門家を集め、コロナへの対応や県の対策についての助言を求めめるために福岡県感染症危機管理対策委員会を開催。そこで、発生状況に関する報告やPCR測定の見準が検討されました。中国や韓国のコロナの報道に接すると、指定病床66床の危うい実態が浮かび、第一線でコロナに対峙する感染症指定医療機関の病院長の不安や疑問を聞き、院長の閉塞感、孤立感を氷解させて、協力体制を構築することが喫緊の課題と考えました。令和2年3月1日、大学病院長を含む感染症指定病院長会議を開催し、各院長は自院の設備や患者さんの導線、医師、看護師数から、訓練に至る不安を率直に語り合い、県の方針「全ての患者さんを本人自身と周囲の安全のため隔離医療を図る」への共感を得ることができました。

コロナへの対応は、日常診療に備えた医療資源から病床や医師、看護師を供出することであり、コロナの患者さんと一般医療の患者さんに等しく安全な医療を提供することは重要で難しい課題でした。病床には拡張の余地がありましたが、医師、特に専門医の余力は少ないのが現状でした。そこで、ホテルを借り上げ、JMAT（日本医師会災害医療チーム）の一般医師を常駐させて100～200人の軽症・無症状患者さんの隔離と健康観察を担う準医療施設を立ち上げました。一方、コロナ受け入れ病院では専門医が7～8人の中等症以上の患者さんの診療を担い、ECMO・人工呼吸器を操作しました。病院とホテルでの医師対患者さんの数の傾斜配置、言い換えると専門医への負担を回避する体制を築き、コロナの感染拡大を乗り切ることを意図したわけです。感染拡大の度に、福岡県医師会は医療提供体制の脆弱な部分とその強化策を県に提起、協議してきました。



第3波（令和3年1月）での感染拡大は第2波の3倍弱、コロナ感染症患者さんは10,000名に達して市井に溢れ、施設隔離率が50%を割りました。また、高齢者施設でのクラスターが頻発し、高齢の患者さんが基幹病院に押し寄せました。基幹病院での隔離入院は高齢者の不安・興奮を惹起させ、多くの高齢者が薬物治療などを要しました。病院への隔離入院は、認知機能に限らず身体機能にも影響を与え、また、病院の看護体制に深刻な負担を招きました。一方、慣れ親しんだ高齢者施設での隔離では認知機能への影響は少なく、また、呼吸機能の悪化が判明してから病院に搬送しても、対応は可能でした。福岡県医師会は高齢者の心情や予後について、高齢者施設と高齢者の家族が共有することの重要性を県に提案。県と医師会の両者と、3,000余の高齢者施設とでズーム会議を開催し、「高齢者施設は高齢者の基幹病院での隔離療養の実態を丁寧に家族に伝えて欲しい」、「家族は実態を承知した上で搬送先病院を選択して欲しい」と高齢者施設に伝えました。高齢者施設にとって、家族と本音で語らい、施設内隔離を実施する負担は少なくありません。高齢者自身と医療提供体制を守るため、協力を依頼しました。



第4波の到来に先立ち、院長会議で大阪府・兵庫県の厳しい状況と第3波の振り返り結果を伝えました。病院の全面的な協力を得て、病院病床を500床（802床→1,312床）、宿泊病床を700室（1,387→2,106室）増床しましたが、第4波の陽性患者さんは15,000名を超え、患者さんの病状も深刻化した結果、医療提供体制が逼迫しました。5月1日、緊急の措置として、病院への搬送基準を酸素飽和度93%から90%に変更しましたが、搬送件数は470名/月と第3波100名/月の約5倍に達しています。患者さんの半数は入室3日以内の搬送で、ホテル到着時、既に呼吸不全の状態であった可能性が高いと考えられました。ホテルに残された酸素飽和度91～93%の患者さんの中には、呼吸不全の人が相当数存在したと思われませんが、その実態は不詳です。

同時期、福岡市消防署の救急搬送件数も733件（5月）と第3波の298件（1月）に比べて増加しており、市外搬送件数も154件（5月）と通常の13件/月を超えていました。自宅からの搬送依頼の多くは酸素飽和度が正常範囲内の不安感の強い患者さんで、コロナ対応病院に搬送すると多くが入院の必要はないと告げられていました。自宅からの救急搬送依頼に占める呼吸不全の割合は存外に少ないという状況下で、入院を求める患者さんと病院の話し合いは難航し、入院となると貴重な病院病床が失われましたが、担当医の説得が功を奏して自宅待機になると、今度は保健所が再三の電話対応を求められたそうです。

保健所長に陽性と判定された方への対応について話を伺ったところ、「PCR陽性の届け出の際、酸素飽和度の値が判らないことから、病院、ホテル、自宅療養の判断は難しいのが現状。一方、健康観察では、自宅に配備された酸素飽和度計を活用して肺機能の状態から病院病床か宿泊病床を選択し、行政の車で搬送することが可能。病院病床が逼迫した際、宿泊病床で患者さんを引き受けて安全に病院向けのトリアージを行って頂き、宿泊病床には大変感謝している」、「不安発作患者さんとの電話対応には頭を痛めているが、電話の応対で不安発作を起こす人の予測はある程度可能」とのこと、福岡市消防署

と保健所の話はよく一致していました。

酸素飽和度の値を欠く保健所のトリアージは、患者さんの状態のバラツキが多く、アンダートリアージ（重症度・緊急度の高い患者さんをそれより軽度と判断してしまうこと）だった場合は多くの呼吸不全患者さんをホテルに送ってしまい、ホテルは直ちに病院搬送を強いられることとなりました。そのように、保健所のトリアージは患者さんの安全性に課題を残し、宿泊病床の業務にも多くの負担をかけてしまいました。オーバートリアージ（実際の状態より重症と判断してしまうこと）の場合は病院病床に軽症患者さんを搬送してしまうことになり、第4波の感染拡大期にも病院に搬送される軽症患者さんが45%を下回ることはありませんでした。幸い、自宅での酸素投与やホテル・自宅での呼吸不全死という最悪の事態は回避できましたが、感染拡大の波は回を重ねるごとに拡大しており、感染拡大に対しての対策が喫緊の課題となります。適切なトリアージを行うことは、容易いことではありませんでした。

第5波では、8月の入院患者さんが2,138名、宿泊病床が6,048名、自宅療養者が18,164名で、酸素投与が可能な病床の拡張が必要でした。専門医数が限界に近づき、宿泊病床と同じ主旨で、JMAT主体の酸素投与ステーションの開設が望ましい状況でした。理想としては、酸素配管と酸素タンクを完備した施設で、基礎疾患が軽症で比較的軽症の呼吸不全（酸素飽和度90～93%）患者さんを対象に、ガイドライン付き電子化パスで酸素投与を行い、医師の判断はネットワークで可視化して専門医が後見するといった「酸素投与ステーション」の設置が望まれます。

新たな対策としては、保健所のトリアージの際、かかりつけ医がコロナ陽性患者さんの酸素飽和度、基礎疾患を保健所に伝えることが有効です。さらに、保健所は電話対応で感じたコロナ陽性患者さんの不安や心情を県の宿泊班に伝えることで、不安発作患者さんを減らすことが可能です。福岡県医師会はこの地味な情報共有の仕組みを福岡県、政令市、郡市医師会と語りあってきました。なお、8月31日に各保健所から移送者リストが送付されてきましたが、酸素飽和度の記載率は40%でした。酸素飽和度の記載が70～80%を超えると、保健所で適切なトリアージがとれるようになり、病院病床と宿泊病床での重症度分布が一変します。病院病床に占める軽症患者さんの割合が10%減ると、その分中等症Ⅱ患者さんが148人、20%減ると296人、入院が可能になります。かかりつけ医など、医師の地道な力を見せたいところです。



高齢者施設のアンケート調査とズーム会議（オンライン説明会）

福岡東医療センター 血液・腫瘍内科 部長 黒岩 三佳

【はじめに】

福岡県内の高齢者施設では多くのクラスターが、特に2020（令和3）年1月には30以上の高齢者施設でクラスターが発生しました。高齢者施設の新型コロナウイルス感染症（以下コロナ）患者さんはホテルでの療養は難しい症例が多く、入院が必要になり、重症病床を圧迫しました。また、コロナ蔓延防止のために、ショートステイやデイケアを含む集団活動が中止され、また家族の面会が禁止となり、筋力低下、ADLの低下、認知機能低下が進む高齢者は少なくありませんでした。

福岡県内に高齢者施設は3,000余ありますが、施設の形態は多岐に及び、経営母体も種々です。高齢者施設におけるコロナ対策を構築するために、コロナ対策などの実情や各施設で困っていることを把握する目的で、2020年12月にコロナ患者さんを診療している医療機関と高齢者福祉施設、及び重症心身障害者施設（以下重心施設）へアンケート調査を行いました。

【アンケート調査結果】

調査結果（46～49ページ、図表3-4）に回答頂いたのは、病院19施設、高齢者福祉施設（以下「高齢者施設」）37施設、重症心身障害者施設（以下「重心施設」）6施設でした。

（1）入院／利用予約時、新規入院患者さん／新規利用者さん、及び入院中／利用中の対応

新型コロナウイルスは入院患者さん・利用者さんや職員を介して病院等へ持ち込まれ、密かな感染を繰り返してクラスターに至ります。ウイルスの侵入を防ぎ、クラスターを早期発見して被害を最小限に抑えるには、コロナとは思えない入院患者さん・利用者さんや職員に対しても、毎日の体温測定や症状の有無を確認し、PCR・抗原検査を施行する以外にありません。

ウイルスの持ち込み対策として、①感染症に関する問診票を活用、②入院／利用に至る一定期間の体温を自己測定、③入院前／利用前にPCR・抗原検査を行うことが考えられます。

アンケートの結果、高齢者施設、重心施設ではコロナの侵入に対する防御体制に関して消極的であることがわかりました。

新規入院患者さん／利用者さんに37.5度以上あるいは37度以上の発熱がある場合、また、入院中／利用中に37.5度以上あるいは37度以上の発熱を認めた場合は、積極的にPCR・抗原検査を行うことが望ましいと考えられますが、発熱があった場合にPCR・抗原検査を行う高齢者施設の割合は10%以下でした。高齢者施設の回答備考欄に「PCR・抗原検査を行うかどうか医師に相談する」「新規利用者さんが多くない」という記載がありました。高齢者施設は常勤医がいない施設があり、相談するタイミングも課題となります。新規利用者さんが多くなくても、コロナ感染者が1名利用した場合、適切に対応しないと感染が拡大してクラスターを引き起こす可能性があります。



(2) 職員の健康管理（体温・症状、PCR・抗原検査）

入院患者さん／利用者さんだけでなく、職員も感染源となり得るため、職員の健康管理をどのようにしているかを調査しました。その結果、日々の体温測定でさえ100%行われていないこと、たとえ行われていても自主性に任されていること、職員が熱発してもPCR・抗原検査が必ずしも行われていないことがわかりました。

(3) エアロゾルが発生する処置の認識及び対応

エアロゾル（空気中に液体や固体の微粒子が広がった状態）が発生する気道吸引、ネブライザー、酸素吸入などの処置は、高齢者施設でも行われています。これらの処置を行う場合は、感染対策が必要です。しかしながら、エアロゾルが発生する処置を行いながら、エアロゾルが発生していると認識しておらず、そのため、感染対策をせずにそのような処置を行っている高齢者施設が少なからずあることが、アンケート調査からわかりました。

また、高齢者施設で日常的に行われている口腔内診察時も、感染のリスクがあります。サージカルマスクだけでは感染対策は十分とは言えず、アイガードやフェイスシールド、ゴーグルの着用が必要ですが、サージカルマスクの着用も100%ではなかったことが、調査からわかりました。

(4) 感染症への対応者・対策マニュアル

クラスターの発生を抑えるには、コロナ対策マニュアルの整備が重要と考えられますが、整備されている施設は少ないことがわかりました。また、医療機関と連携した即時対応が必要ですが、嘱託医を配置していない施設もありました。

相談先に関するアンケートの結果では、相談先が決められていない施設もあり、対応の遅れが感染拡大に繋がった可能性が考えられました。

【ズーム会議（オンライン説明会）開催までの経緯】

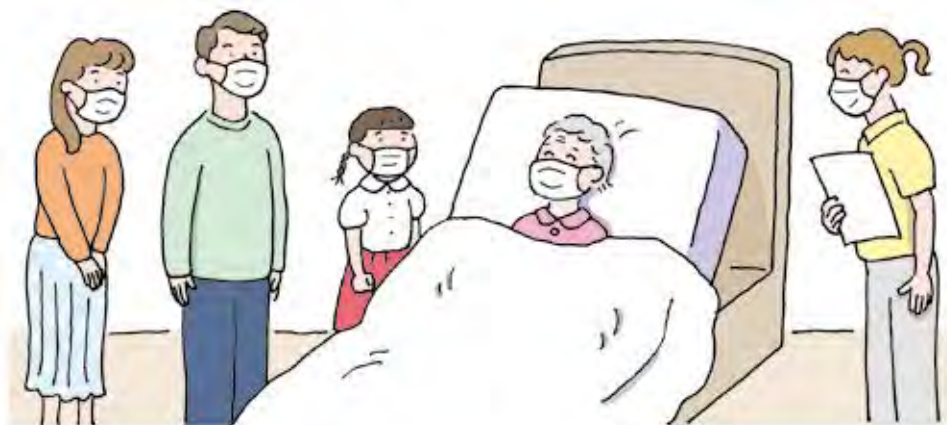
感染症対策について県や国から文書で情報発信されていますが、県や医師会は各高齢者施設の事情に詳しくないため、高齢者施設は具体的にどのようにすればいいか、どこまですればいいかわからないのが現状です。感染症が蔓延する中で、高齢者施設などでは、クラスターの発生防止や発生してしまった場合の対応は大きな負担となります。

アンケートの結果から、①新型コロナウイルス感染者の早期発見、②集団活動を安全に行うために、高齢者施設の実情を知り、感染対策を構築すること、③各施設の疑問に答え、解決することが、クラスターを防ぎ、集団活動を維持するには重要と考えられました。

まず、市町村の高齢者担当の保健師や事務職に防御体制の危うさを伝えました。また、行政の担当者からは「行動抑制だけでは活動不足から高齢者の老化を促進する」という声もありました。そこで、

安心な集団活動を導く『いいカラオケ、悪いカラオケ』と題した研修用動画を福岡県医師会で作成しました。県内に高齢者施設は3,000余、小規模施設を含めると10,000施設を超えます。北九州地区では感染症専門医が高齢者施設を訪問し、施設の実態にあった感染対策を指導していましたが、福岡県下全ての施設を訪問するには時間もかかり、感染症の拡大スピードを考えると限界がありました。そこで、施設の心情、治療の実態を共有するため3,000施設と福岡県、福岡県医師会とでズーム会議を行うことになりました。





【ズーム会議(オンライン説明会)】

<対象施設>

- 県内の高齢者施設や入所系介護サービス事業所

<プログラム>

- 高齢者施設の実情 (パネルディスカッション) : 参加者は高齢者施設の施設長・看護職・介護職、入院ベッドを持つ地域医療を担う開業医、感染症内科専門医
- 感染症内科専門医 (福岡県新型コロナウイルス感染症調整本部の医師を兼務) による感染症対策アンケート結果と対策
- 研修用動画放映『いいカラオケ、悪いカラオケ』
- 参加者との質疑応答 *会議中にチャットで受けた質問にも、一部その場で回答
- 福岡県新型コロナウイルス感染症調整本部長より総括
- WEB アンケート

【ズーム会議(オンライン説明会)でわかったこと】

(高齢者施設の思い)

- コロナ患者さんが発生した際、家族への説明に苦慮する。
- 一流の病院に搬送しないと、家族に合わせる顔がない。
- 施設内に留め、悪化した際の苦情が怖い。
- 利用者さんや職員への PCR 検査は怖くてできない。
- 無症状あるいは軽症の場合に病院へ入院すると、環境が変わり、話し相手もほとんどいない。1日の大半はベッド上で過ごすため、退院時には ADL が低下し、認知機能も低下している。高齢者施設の中には、自施設で対応できれば、知った職員と過ごすことができると考え、自施設で対応したケースもあった。

(利用者家族の思い)

- 両親は施設の不備で新型コロナに感染した。
- 急性期 (一流) 病院に入院した時の高齢者の状況を家族は知らない。

上記の実態を行政や医師会は初めて知り、高齢者施設管理者と利用者さん家族の情報共有が不十分であることを感じました。利用者さん家族が実態を知り、コロナに感染した場合はどこで治療を受けるのかがいいかを家族が自ら選択できるようにすることが、利用者さんらしく生きることにつながると思いました。

【メッセージ】

◆有症状者への対応については水際対策に加え、早期発見が重要

1. ①利用予定者さん（ショートステイやデイケアを含めて）に対しては、利用の3日以上前から、朝夕の体温測定結果を確認する。
②利用者さん（ショートステイやデイケアを含めて）に対しては、毎日朝夕の体温測定を行う。
③職員についても、体温測定結果を**毎日確認する**。
2. 利用予定者さん、利用者さん及び職員について、体温が 37.5 度以上の場合は**速やかに**医療機関に相談の上、抗原検査または PCR 検査を実施する。

◆無症状者からの感染も多く、無症状者に対する平時の感染対策が重要

1. 利用者さん（ショートステイやデイケアを含めて）の日常生活へのお願い
全ての利用者さんにマスク着用を義務付けることや接触を避けることは難しいと思われれます。そこで、次のことを平時より実施するようお願いしました。
①職員は、マスクを着用していない利用者さんをケアする際は、マスク（状況により二重マスクも検討）に加え、アイガード・フェイスシールド・ゴーグルなどで目を防御する。眼鏡は目の防御にはならないので、眼鏡を使用している場合もフェイスシールド等を着用する。また、利用者さんのケアの度にアルコール消毒を行うとともに、換気に気をつける。
②利用者さんの喫煙や歯磨きの際には会話を避け、談話室等の会話はマスクを着けてもらうなどの対応をする。
③職員は、利用者さんの顔を触る、マスクを触る、鼻をかませる前後に、手のアルコール消毒を行う。
④体温計や酸素飽和度計等の医療物品は使用の都度、アルコール消毒をする。
2. 利用者さん（ショートステイやデイケアを含めて）の集団活動へのお願い
高齢者施設等での集団活動は高齢者の生活機能の維持に必須です。しかしながら、高齢者のカラオケによる感染が増えていました。そのため、次の対応をお願いしました。
①カラオケ中は、歌わない人はマスクを外さないようにする。
②カラオケ中はおやつを食べたり、飲んだりしない。
③カラオケ中は換気に気をつけて、座席の距離は最低1m 離す。歌う場所は他の利用者さんから 2m 以上離す。可能なら歌う場所とそれ以外の利用者さんの間にパーテーション（アクリル板等）を置く。
④複数人で使用するマイク等を触る前後には、手のアルコール消毒を行う。マイクは使用前後にアルコールを含ませた紙や布で拭く。
⑤利用者さんは、カラオケ等の集団活動の前後に、手のアルコール消毒を行う。



◆医療機関（医師会）との連携

クラスターの発生を抑えるには、医療機関と連携した即時対応が必要です。嘱託医を配置していない施設は、提携先医療機関の紹介も含めて、地元の郡市医師会に相談するようお願いしました。

高齢者の新型コロナウイルス感染症対策

感染症専門医、コネクト合同会社 CEO 山口 征啓

新型コロナウイルス感染症（COVID-19：以下コロナ）は世界中で多くの死者をもたらしています。特に高齢者で死亡率が高く、リスクは50歳代から上昇しはじめ、年齢があがるほど高くなります。北九州市は、日本の政令指定都市の中で最も高齢化が進んでいることが知られており、世界でも最も高齢化が進んでいる都市のひとつです。

2020年前半のコロナ流行においては多くの高齢者がコロナに罹患し、高齢者施設でのクラスター発生では入院調整に大変苦慮することとなりました。そのため北九州市では高齢者施設での対策を最優先として、北九州市介護保険課、北九州市保健所、NPO法人KRICT（北九州市地域感染制御チーム）が協力してこれに臨み、数々の施策を行いました。

図表3-1にこれまでの取り組みを示します。介護保険課の積極的な協力により2020年秋に市内約1,100施設の事業所に対して、対面およびオンラインの講義を行いました。この講義では、コロナとその感染防止などについての基本的な知識をお伝えし、不要な対策を知り、必要な対策をしっかりと実行するというところを中心にお伝えしました。

質疑応答では多くの質問を頂くことができました。この講義を通じ、高齢者施設で働く方の疑問点が明確となり、質疑応答で質問に答えることで、不安の軽減に役立ったと考えられました。また、この講義を録画してDVDを作成し、全事業所へと配布することで、参加しなかった職員でも見られるように配慮しました。

図表3-1 北九州市での高齢者施設対策

	感染防止対策研修（入所・通所・訪問事業所・有料老人ホーム対象）
1	<p>2020年7月21日から9月2日の合計8回実施、延べ1,098名が受講。</p> <p>i. コロナの疫学、臨床像、リスクファクター、感染対策についての講義を1.5時間、質疑応答を0.5時間行った。</p> <p>ii. 密を避けるために1回あたり100～200名に入場者を制限した。</p> <p>2021年8月28日 Zoomによるオンライン研修を実施。257名が参加。 上記の講演の内容を収録したDVDを作成し、全2,200事業所に配布した。</p> <p>2021年2月6日、2月27日 施設内感染発生時の対策について、リーダー養成研修を実施。 2021年2月 柏木由紀さん出演の感染対策YouTube動画を作成。 2021年3月 感染対策のレベルアップDVDを作成（個人用防護具（PPE）着脱など）。</p>
	感染予防ラウンド
2	<p>2020年秋より市内の特別養護老人ホーム全82施設で予防的ラウンド（見回りによる指導）開始。 2021年4月より 市内の老健施設35施設にて予防的ラウンド開始。 2021年4月より 保健所スタッフ中心に通所系施設のラウンド開始。</p>
	陽性患者発生時の対応研修
3	<p>2020年7月6日 緊急オンラインセミナーを実施。76名が参加。 2020年12月6日 発生施設応援職員派遣事業研修を実施。 2021年1月22日 緊急オンラインセミナーを実施。270名が参加。</p>

図表3-2

ひまわりラウンドのメンバー



(右から3人目が筆者)

図表3-3

オンラインラウンドの様子



基本的な知識を伝えても、感染対策はやはり現場を見ないと細かい指導が難しいことが多いものです。北九州市介護保険課の依頼を受けて、KRICTのメンバーで、最もリスクが高いと考えられる特別養護老人ホームのコロナ予防ラウンド（見回りによる指導）を2020年秋より開始しました。

2021年初頭にはデルタ株の流行に伴って、それまでに見られなかった通所施設でのクラスターが多発しました。そこで保健所、介護保険課、区役所などが共同して、通所系約1,100施設のラウンド（通称「ひまわりラウンド」）を開始しました（図表3-2）。施設数が多いために事前アンケートでスクリーニングして、リスクの高そうな施設から介入し、またポイントを絞って1施設30分程度で多くの施設をラウンドできるように設計しました。なお、流行期には訪問がはばかれることも勘案し、オンラインでのラウンドも実施しています（図表3-3）。

現場をラウンドする中で多くの気づきが得られました。以下に私が特に重要と感じた4点について述べます。

第1に、高齢者施設の感染対策は施設によってレベルのばらつきが大きいことがわかりました。おむつ交換を素手でしている施設から、最近まで急性期病院で働いていた看護師が勤務している施設まで、感染対策のレベルにかなりの幅がありました。感染対策、特に手指衛生は遵守率を上げるのに時間がかかるため、一朝一夕にレベルを上げることは難しく、急性期病院で実施しているレベルの感染対策をいきなり導入しようとすると、失敗することがあります。そのため、現場でのラウンドでは、まずその施設の感染対策のレベルを見極め、最も重要な対策から付与していく臨機応変さが求められます。

第2に、多くの施設で水際対策に多くの労力を割いている反面、施設内部での感染対策が手薄になっていました。入口での検温、消毒、家族の面会謝絶などは、どこの施設でも徹底されていました。しかし、コロナ感染者の約半数は無症状であり、施設にウイルスを持ち込むのは圧倒的にスタッフの可能性が高いのです。そして、持ち込まれたウイルスが広がるのはデイルームや食堂で、また職員間の感染では休憩室が多いといわれていますが、ラウンドを始めた初期にはこれらの最も危ない場所での対策がおろそかになっている施設が多く見られました。

コロナ流行以前は、四角いテーブルに左右4人ずつ座っていることが多かったのですが、現在ではなるべく同じテーブルに座る人数を減らし、また卓上のパーテーションを利用したり、テーブルと席を一方の方向に向けるスクール形式に並べ替えたりすることで、リスクを低減することが重要です。

第3に、入所系の施設ではマスクを着用できない利用者さんが多いことがわかりました。コロナの感染経路は飛沫感染対策が最も重要であり、次にエアロゾル対策、そして接触予防策が重要となります。飛沫対策では1～2mの距離を取ることが最も重要ですが、屋内ではなかなか2mの距離を確保できません。そのため、代替案としてはマスクを着用することが重要です。

しかし入所系施設では、認知症などのためにマスクを着けられない利用者さんが多数存在しています。マスクを着用できるのは1～2割の利用者さんという施設が多く、このような施設では、利用者さんが集まるダイニングや食堂での距離のとり方が重要となります。

なお、私がラウンドした入所系施設の中で、1か所だけ50名がワンフロアに集まる施設で、ほぼ全員がマスクを着用している施設がありました。その秘訣を聞いたところ、諦めずに地道にマスクを促すことで着用率が上がっていたようでした。マスクの着用率は、施設内での感染伝播防止に大きく寄与するため、少しでも着用率が上がるように心がけたいものです。

第4に、頻繁に消毒が行われていても、適切でない場合があります。消毒には、厚生労働省の推奨するアルコール製剤やその他の消毒薬を使用する必要がありますが、次亜塩素酸水などが使用されている場面をしばしば目にしました。2020年度前半はアルコール製剤の供給が不足し、やむを得ず入手可能な次亜塩素酸水などを使用しなくてはならないこともあったでしょうが、現在は安定して入手可能です。適切な消毒薬が使用されているかは、必ずチェックしましょう。

また、推奨されていない空間噴霧を行っている場面も時に見かけるため、注意が必要です。

なお、高齢者施設の予防ラウンドでの指導内容については、2021年7月16日に開催された厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部のウェブセミナー「高齢者施設等における感染者発生時の対応」において解説しています。以下のURLで見ることができますので、現場の参考になれば幸いです。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00279.html

2020年の秋から、ほぼ1年間かけてさまざまな取り組みを行ってきましたが、この間の高齢者施設のレベルアップは目を見張るものがあります。どの施設も切実な危機感をもって取り組んでいることを感じています。この努力はコロナだけにとどまらず、ほかの感染症の予防にもきっと役立つと信じています。

【参考文献】

- 新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第7.0版）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000904149.pdf>
- 新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について（厚生労働省・経済産業省・消費者庁特設ページ）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku_00001.html



新型コロナウイルス感染症と地域医療

飯塚病院 感染症科 部長 的野 多加志

【はじめに】

スペインインフルエンザ（俗称、スペインかぜ）から約 100 年、人類は新型コロナウイルス感染症（COVID-19：以下コロナ）パンデミックと直面しています。コロナは封じ込めが極めて難しく、厄介な感染症です。発症前から、また唾液からもウイルスが排泄されます。これらの特徴は、ヒトでの伝播に好都合であり、無症状者からの感染、そして会話を介した感染を引き起こします。福岡県に既存の感染症指定医療機関の 12 施設（66 床）のみでは、この新興感染症への対応は難しく、新たな医療提供体制を構築する必要があり、これまで官民一体となってこの問題に取り組んできました。

【医療提供体制の構築とその課題：県内第 1～3 波】

まず第 1 波では、限られた医療資源の有効活用および外来、入院、検査の拡充が急務でした。なかでも、病床の確保と機能分化、配慮を要する患者さん（重篤、透析、小児、妊産婦、精神疾患）の受け入れ体制の構築、県全域での患者さん受け入れ調整を軸とし、宿泊療養施設を次々と開設しました¹。

第 2 波から 3 波の頃には、感染拡大の中心は 20～50 歳代でしたが、入院や死亡に占める割合は高齢者や持病のある患者さんが多いというコロナの特性がわかってきました。

すなわち、コロナに対する医療には、高齢者の抱える問題（アドバンス・ケア・プランニング、認知症、ADL（日常生活動作）低下、後遺症、長期入院など）が大きいのしかかかってきます。なかでも、医療機関や介護・福祉施設等におけるクラスターの多発は、病床逼迫の要因となる切実な問題です。病床の拡充のみならず、高齢者の問題へ対処するとともに、これらのクラスター発生を未然に防ぐ策を講じることも喫緊の課題でした²。



【変異株で逼迫する医療：県内第4波】

第3波が終わった時点での福岡県のキャパはおおよそ病床760床、宿泊療養施設1,400室でした。第4波で大阪を中心とする関西圏から聞こえる悲痛な叫びから想定すると、福岡県の現在のキャパでは感染力の強いアルファ株による急激な患者さんの増加に耐えうる見込みはありませんでした。そこで起きていたのは、重症患者さんの爆発的な増加と集中治療室の逼迫、自宅療養者の搬送困難事例の急増という、まさに災害とも言うべき状況でした。その頃、医療従事者のワクチン接種こそ進んでいましたが、介護・福祉施設等まではワクチン接種が行き届いていない自治体も多く、市中の高齢者、持病を抱える患者さんへの接種は始まっていませんでした。

福岡県では病院長会議を幾度となく実施し、危機感の共有を行うとともに、重症病床を拡張しました。飯塚病院では、人工呼吸管理を想定した重症病床を8床から20床に増床しました。看護人員を確保するために急を要さない入院や手術を延期し、80床を空床にしました。また、救急病床の26%をコロナ患者さんが占めることになり、コロナ以外の救急医療にも影響が出ました。この頃は、一般医療とコロナ医療の両輪を回すことが非常に難しい状況が続きました。

同様に、他の医療圏でも高度急性期機能の病床が逼迫し、地域医療が破綻しかねない事態を迎えました。そこで、今までコロナを診ていなかった急性期機能の病床を持つ病院にも受け入れの裾野を広げるとともに、隔離解除後の患者さんを診る後方支援病院の確保も急ぎました。一定の医療機関に集約するのではなく、通常地域医療のスキームに近い形に患者さんを落とし込み、総力を上げて戦う戦略にシフトしたのです。さらに、介護・高齢者福祉施設等で患者さんが発生した際も、専門家を派遣し、可能な限り各施設で診る方針に転換せざるを得ませんでした。また、宿泊療養施設には24時間医師・看護師が常駐しているという福岡県の強みを生かし、宿泊療養施設を患者さんの隔離のためではなく経過観察施設という役割に変更し、重症化リスクの高い患者さんを優先的に利用させるとともに、酸素濃縮装置の配備も行いました。

第4波が終わる頃には、おおよそ病床1,500床、宿泊療養施設2,100室を確保していましたが、第4波のコロナ医療はギリギリの状態でした。一般医療を巻き込んだ医療崩壊が間近に迫っている感覚がありました。

【デルタ株との戦いの最中に見えた兆し：県内第5波】

第5波では、アルファ株を凌ぐ感染力を持つ新たな変異株であるデルタ株との戦いが始まりました。ワクチンを接種していない20～50歳代の感染が目立ち、家庭内感染による小児や妊婦の患者さんが増加しました。しかし、我々は運がよかったと思います。高齢者ならびに持病のある患者さんに対するワクチン効果にとにかく救われました。

例えば、患者さん発生ピークは第4波の2倍に及んだものの、入院患者さんの数は同程度に留まっており、少なくとも福岡県においては医療の逼迫感はありませんでした。入院患者さんに占める高齢者の割合は、第4波では約60%、第5波では20～30%と、ワクチンの効果は歴然でした。日本全体で2021年の7～8月の間に10万人の感染、8,000人の死亡を防ぐことができたという試算や、同時期に県内で3,000人の高齢者の感染が防げたという推計が出ているほどです。ワクチン接種の始まりこそ諸外国に出遅れたものの、日本のワクチン接種ペースは順調でした。

新型コロナウイルスと人類の英知との戦いは今、新たなフェーズに差し掛かっています。

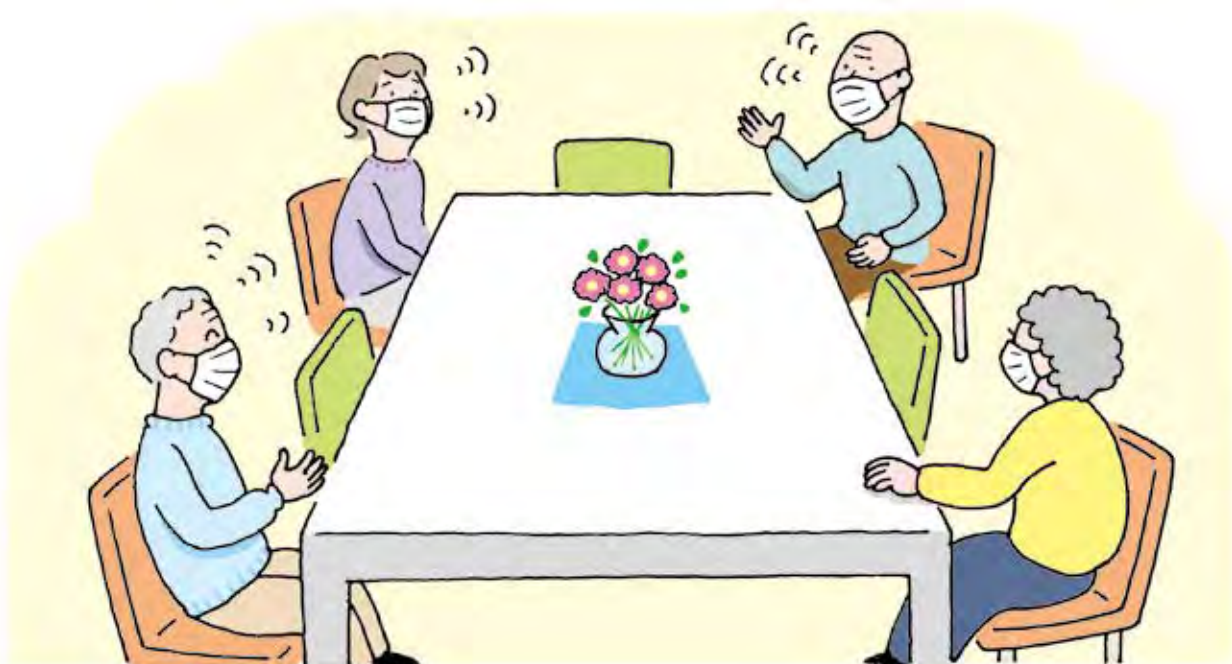
【最後に】

マスクならびに手洗い・手指消毒、社会的距離の確保を中心とする感染対策に加え、私たちはワクチンという大きな武器を手に入れています。経口治療薬の治験も進んでおり、コロナを入院しない病気にできる目処がようやく立ちつつあります。そうすれば、医療提供体制も2次医療圏で完結できる、日常に近いフレームに変更できるはずです。インフルエンザのようにコロナと共存できる日はそう遠くはないと思われます。今後、頭を悩ませるような新たな変異株が出現しないことを切に願います。

「人類には3つの敵がいる：熱、飢餓、戦争である。なかでも最も多く、かつ最も恐ろしいのは熱である。」
William Osler (ウィリアム・オスラー)、1896

【参考文献】

1. Matono T, et al. : Lessons from building a novel health care model against COVID-19 in Fukuoka, Japan : timely decision-making and public-private cooperation. Asia Pac J Public Health. 2021 ; 33(4) : 431-433.
2. 福岡県新型コロナウイルス感染対策調査：介護・福祉施設等における課題 . IASR Vol.42 p201-203 : 2021年9月号
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2502-idsc/iasr-in/10670-499c03.html>



高齢者施設における新型コロナウイルス感染症 対策に関する座談会

2021(令和3)年9月9日開催

<座談会メンバー>

- 黒岩 三佳：福岡東医療センター血液・腫瘍内科部長
- 原 速：粕屋医師会副会長／原外科医院（糟屋郡）
- 的野多加志：飯塚病院感染症科部長
- 山口 征啓：感染症専門医、コネクト合同会社 CEO
- 上野 道雄：福岡県医師会参与／福岡県新型コロナウイルス感染症調整本部長
- 一宮 仁：福岡県医師会常任理事／浜の町病院（福岡市）
- 桑野 恭行：福岡県医師会常任理事／自由ヶ丘クリニック（宗像市）
- 西 秀博：福岡県医師会理事／西内科医院（福岡市）

（順不同）

【上野座長】 新型コロナウイルス感染症（以下コロナ）は、8月だけで26,350名と5月の第4波の10,382名を遥かに超す勢いで増加して対応に追われています。皆さん、大変忙しいところ、高齢者施設の新型コロナ感染症に関する座談会に出席頂き、ありがとうございました。

福岡県ではコロナ協力病院の100を超える施設に協力を頂いています。協力を表明して頂いた病院に本日ご出席の飯塚病院の的野先生が駆け付け、感染予防の体制、ゾーニング（清潔な区域とウイルスに汚染されている区域を区分けすること）の指導を行って頂いています。また、クラスターの発生施設に駆け付け、実態把握や拡大防止に八面六臂の活躍を頂いています。私の地域医療の相談相手の原先生は新宮町の有床診療所、高齢者施設との間に心温かい多職種連携の輪を築き、地元行政のよき相談相手です。北九州の山口先生は的野先生同様の感染症の専門医で、基幹病院での業務、地域行政との協力、さらに北九州で地域の保健師さんと数百の高齢者施設を訪問され、直接対応されています。福岡東医療センターの臨床研究部長の黒岩先生はコロナの基幹病院の先生で、実際の診療に従事されています。高齢者施設向けのアンケート調査（図表3-4-1～4）の企画から、『いいカラオケ、悪いカラオケ』の制作の多くを担って頂いた先生です。さらに、福岡県医師会の桑野常任理事、一宮常任理事、西理事も加わって座談会を進めます。

【的野】 飯塚病院感染症科の的野です。福岡県新型コロナウイルス感染症調整本部では、主に医療提供体制の構築や、クラスターの対策などを行っています。よろしくお願いします。

【山口】 北九州市の感染症専門医の山口です。今、病院と県庁、保健所、それから高齢者施設のラウンド（見回りによる指導）などをやっております。よろしくお願いいたします。

【一宮】 福岡県医師会で感染症の副担当をしています一宮です。浜の町病院の病院長で、重点医療機関の管理者として、いろいろ上野先生とかにアドバイスを頂きながらコロナの治療に当たっているところです。どうぞよろしくお願いします。

感染症対策調査の結果について

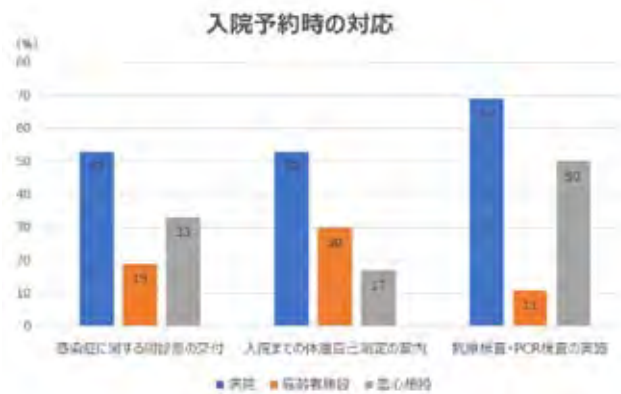
感染症対策調査に対してご協力頂き、有難うございました。頂いたご回答を、新型コロナウイルス感染症患者を引き受けて頂いている病院（以下、「病院」と高齢者福祉施設（以下、「高齢者施設」）、重症心身障害児施設（以下、「重心施設」）に分けてまとめました。

（１）入院患者と職員の健康管理及びPCR・抗原検査

新型コロナウイルスは入院患者や職員を介して病院等に持ち込まれ、密かな感染を繰り返してクラスターに至る。コロナウイルスの侵入を防ぎ、クラスターを早期発見して被害を最小限に抑えるには、新型コロナウイルス感染症患者とは思えない入院患者や職員を対象に、体温測定や症状の有無を元にPCR・抗原検査を施行する以外にない。

入院予約時の対応

病院は、感染症に関する問診票を交付し（53%）、入院に至る期間に体温を自己測定し（53%）て、PCR・抗原検査を実施（69%）していた。一方、高齢者施設、重心施設では問診票の交付（19%、33%）、体温の自己測定（30%、17%）、PCR・抗原検査（11%、50%）と、新型コロナウイルスの侵入に対する防御体制が消極的であることが示唆された。



新規入院患者及び入院中のPCR・抗原検査

新規入院患者では、37.5度以上、あるいは37度以上、入院前に発熱歴のある患者を併せて、病院で79%、高齢者施設で8%、重心施設で51%、入院中の患者では、37.5度以上、あるいは37度以上の患者を併せて、病院で58%、高齢者施設で10%、重心施設で34%がPCR・抗原検査の対象者であった。病院においても、コロナ感染の現状を考えると積極的にPCR・抗原検査を行うことが望ましいと考えられる。高齢者施設では、備考欄には、医師に相談する、新規入院患者が多くない等々の記載があったが、高齢者施設でのコロナ感染のリスクを考えると、コロナ患者の侵入を防ぐためにも、また、クラスター発生を早期に発見するためにも、積極的な検査が必要と思われる。

図表3-4-2



職員の健康管理と PCR・抗原検査

職員の健康管理、体温測定を、病院で58%、高齢者施設で62%、重心施設で67%が実施し、病院が健康管理結果を保管管理（病院で26%、高齢者施設で35%、重心施設で50%）していた。病院は部署ごとに有症状者を確認（74%）していたが、高齢者施設と重心施設では比較的に少なかった（32%、50%）。そして、発熱職員に対して、PCR・抗原検査を実施していたのは、病院で79%、高齢者施設で46%、重心施設で50%であった。



最近のコロナ患者の増加から、新型コロナウイルスの侵入を完全に防ぐにはPCR・抗原検査を実施する以外にないよう思える。その点に関しては、高齢者施設の入所予約時や入所時の発熱者へのPCR・抗原検査の実施率の低さが気になる。早急な改善が必要と思われる。

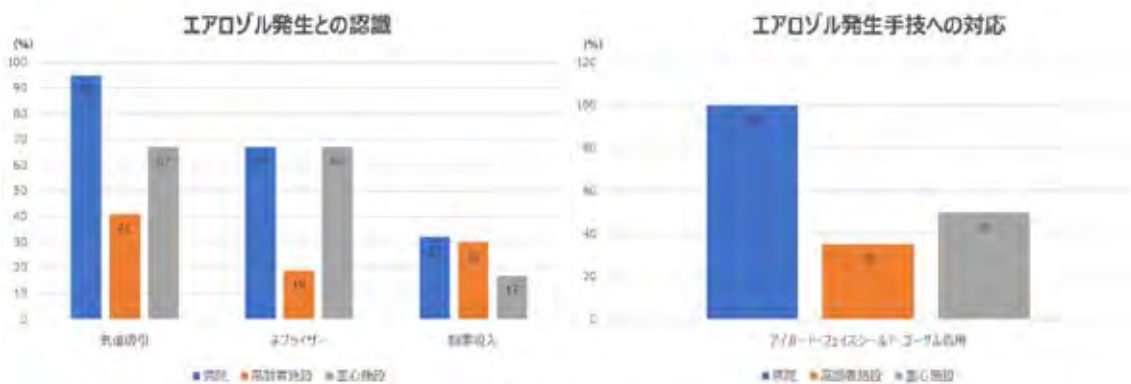
我々が如何なる手段を講じても、新型コロナウイルスの侵入を完全に防ぐことはできないことを覚悟する必要がある。院内クラスターの被害が指数関数的に拡大することから、クラスターの発生を早期に発見することが根幹である。職員の健康管理を詳細に行い、病院が健康管理結果を把握して、速やかにPCR・抗原検査を実施する以外にない。病院の管理体制は存外に危うい結果であった。医師、幹部職員も等しく健康管理を実施して、病院がその全てを把握し、頻度等の推移を検証して、判断する必要がある。大規模クラスターの多くは発見の遅れが被害を致命的に拡大させた。特に、高齢者施設や重心施設での発熱職員へのPCR・抗原検査の実施率の低さが気になる。関係機関と相談して検査体制の確立が望まれる。

図表3-4-3

(2) 医療施設での新型コロナウイルスへの対応

エアロゾルへの認識と対応

頻繁な医療行為である気道吸引やネブライザー、酸素吸入が『エアロゾルの発生が危ぶまれるか否か』を聞いた。結果は、気道吸引（病院 95%、高齢者施設 41%、重心施設 67%）、ネブライザー（病院 67%、高齢者施設 19%、重心施設 67%）、酸素吸入（病院 32%、高齢者施設 30%、重心施設 17%）であり、酸素吸入に関してはいずれも低かった。次に、エアロゾルの発生が危ぶまれる医療行為の際のアイガード・フェイスシールド・ゴーグルの着用率は、病院 100%、高齢者施設 35%、重心施設 50%であった。高齢者施設では気道吸引やネブライザーがエアロゾルを発生させる危うさへの認識が低く、また、その対応への意識も低く、注意が必要である。



口腔内医療行為

口腔内医療行為の際のマスク（サージカルマスク、或いは N95 マスク）の着用率は（病院 100%、高齢者施設 62%、重心施設 83%）、アイガード・フェイスシールド・ゴーグル着用率は（病院 79%、高齢者施設 24%、重心施設 33%）であった。



高齢者施設では、日常的な医療行為である気道吸引やネブライザー、酸素吸入に加え口腔内医療行為がエアロゾルを発生させるとの認識が低く、アイガード・フェイスシールド・ゴーグルの着用率も低い。エアロゾルは眼球粘膜や眼瞼粘膜からのコロナウイルスの感染が盲点になりがちで、アイガード・フェイスシールド・ゴーグルで保護することが望ましい。酸素吸入時のエアロゾル発生の危うさは病院や重心施設でも認識が薄い点は特筆すべきと思われる。

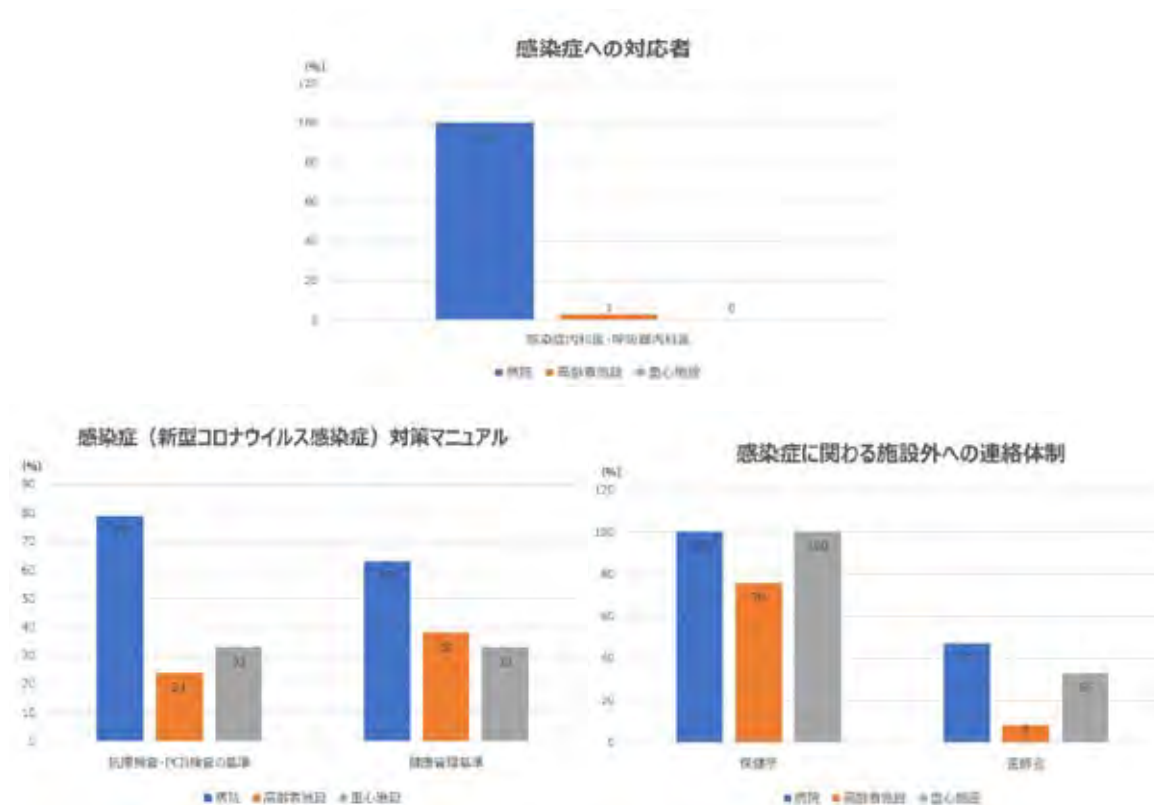
図表3-4-4

新型コロナウイルス感染症への院内基準、対応医師と施設外の連携体制

病院では感染症内科医（58%）と呼吸器内科医（68%）、総合内科医（47%）等の専門医が担い、認定看護師（84%）が従事していた。一方、高齢者施設や重心施設では専門医の対応は少なく、内科医以外の医師が担い（高齢者施設 51%、重心施設 83%）、認定看護師の従事は少なかった（高齢者施設 3%、重心施設 0%）。

新型コロナウイルス感染症の抗原・PCR検査の基準（病院 79%、高齢者施設 24%、重心施設 33%）、健康管理基準（病院 63%、高齢者施設 38%、重心施設 33%）が各々用意されていた。

また、感染症に関わる施設外の連絡体制として、保健所（病院 100%、高齢者施設 76%、重心施設 100%）と地元医師会（病院 47%、高齢者施設 8%、重心施設 33%）が挙げられた。



新型コロナウイルス感染症に対応する医師の配置が脆弱な高齢者施設や重心施設では、各種対応マニュアルや連絡相談体制に頼るところが大きい。しかしながら、現実には反対の結果であった。保健所や地元医師会と早急に相談して体制整備を進めて頂きたい。

【桑野】 福岡県医師会で介護保険の担当をしております桑野と申します。宗像市のほうで内科のクリニックを開業しております。

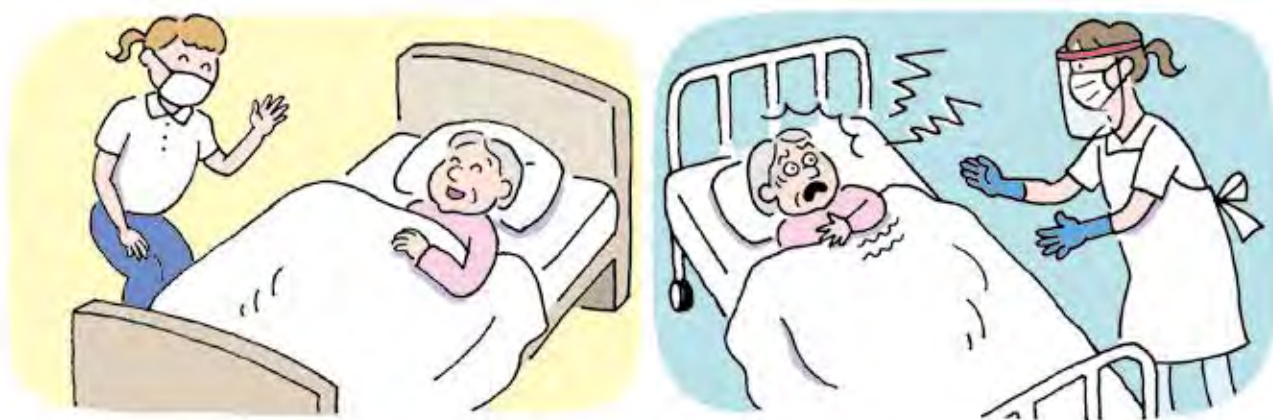
【西】 司会をしております福岡県医師会理事の西と申します。福岡市で父と2人で無床の診療所、内科をやっております。よろしくお願いいたします。

【上野座長】 今日は高齢者施設とコロナに関して活発な座談会にしたいと思っております。2021年1月には福岡県で高齢者クラスターが頻発して、多数の高齢の患者さんが重点医療施設に入院し、人工呼吸器やECMOの使用頻度も増えました。当初、高齢の患者さんは重篤化しやすいため、病院で管理することが一番安全と思っていました。ところが、高齢者、特に認知機能の低下傾向のある方が重点医療施設、急性期病院の感染症病棟に入院した場合、たった一人で隔離され、実際に接するのは防護服を着た看護師だけになります。管理の対象となった高齢者の不安や恐怖の思いは大きかったと思います。興奮状態、錯乱状態に至り、鎮静剤等を投与することも少なくなかったようです。結果として認知傾向が進み、身体機能まで低下して、看護師の負担も大変でした。

一方、高齢者施設内で隔離療養を行うと、顔見知りの職員がお世話をします。認知機能の低下の恐れはなく、酸素飽和度が下がった時点で重点医療施設に搬送しても、予後は変わりません。身体機能と知的機能を合わせると、軽症や無症状の患者さんでは高齢者施設内で隔離するほうが予後がいいようです。福岡県医師会と福岡県はこの事実を高齢者施設とご家族に伝えたいと、3,000の高齢者施設と直接語り合うオンライン説明会（図表3-5-1～2）などで周知活動を行いました。

皆さんがご承知のように、第4波では感染が拡大して対応に苦慮しました。ところが、高齢者施設のクラスターは、2020年1～2月では41件だったのが、ワクチン接種前の2020年4～5月の時点で28件と減りました。第4波をギリギリで頑張れたのも、高齢者施設対策が効いた可能性があります。本日はこのあたりの話ができたらと思っています。

オンライン説明会（図表3-5-1～2）の準備の際、高齢者施設の多さ、形態もいろいろあると聞き、そのことにも驚きました。北九州市で高齢者施設に密接にかかわり、コロナ感染の予防に大活躍されている山口先生、そのあたりはいかがでしょうか。



図表3-5-1 オンライン説明会資料

高齢者施設等を対象とした 「新型コロナウイルス感染症対策オンライン説明会」 ～高齢者施設等のクラスター防止に向けて コロナ禍でその人らしく暮らす～ ご案内（R3.4.23修正）

全国的に変異型ウイルスによる感染拡大や「第4波」の到来が懸念されている中、福岡県と福岡県医師会では、県内の高齢者施設等を対象とした感染症対策説明会をオンラインで開催します。

説明会の主旨は、高齢者施設等の皆さんや地域の保健師等の皆さん、医師等がコロナ感染症に関する問題点と具体的な注意事項を共有することです。そのために、Zoomを介して皆さんと語り合う機会を企画しました。

※ 参加者の皆様は、視聴しながらテキスト形式でパネリストの先生に自由に質問や意見を提出できます。日頃から感染対策について疑問に思っていることや困っていることなどがありましたら、是非、ご参加ください。

・対象施設：県内の高齢者施設や入所系介護サービス事業所

①特別養護老人ホーム、②養護老人ホーム、③軽費老人ホーム、④介護老人保健施設、⑤介護療養型医療施設、⑥介護医療院、⑦（看護）小規模多機能型居宅介護、⑧認知症対応型共同生活介護（GH）、⑨有料老人ホーム及び⑩サービス付き高齢者向け住宅

・プログラム（全体で90分程度）

所要時間	事項	備考
開始前	オリエンテーション（進行、留意点）	福岡県保健医療介護部介護保険課
30分程度	高齢者施設等の実情 （パネルディスカッション）	コーディネーター 福岡東医療センター 黒岩三佳先生 パネリスト 飯塚病院感染症科 的野多加志先生 粕屋医師会副会長 原 速先生 ほか
10分程度	感染症対策調査結果と対策	飯塚病院感染症科 的野多加志先生
10分程度	研修用動画放映 「いいカラオケ、悪いカラオケ」	制作：福岡県医師会
30分程度	参加者との質疑応答 郡市医師会・市町村からのお知らせ	
10分程度	総括	公益社団法人福岡県医師会参与 福岡県新型コロナウイルス感染症 調整本部長 上野道雄先生
終了後	WEBアンケート	

地域の医師が考え抜いた高齢者施設の皆さんの思いや疑問を感染症の専門医に聞いていきます。

事前に調査した高齢者施設向けの感染症対策調査結果とその結果に基づく注意事項をお伝えします。

地域保健師の助言に従い、「いいカラオケ、悪いカラオケ」というDVDを集団活動のお役に立てたいと思い、作成しました。

皆様のご意見等を中心に語り合いたいと思っています。










高齢者施設等でクラスターが発生した際の注意事項等を話させて頂きます。

図表3-5-2

・開催スケジュール

該当する対象地区の説明会に出席してください。

- ※ 該当する対象地区の説明会への参加が困難な場合は、他の地区への参加も可能です。説明会の内容はいずれも同じですが、市町村は該当する地区にそれぞれ参加しますので、ご注意ください。
- ※ QRコード撮影では、撮影対象を間違えないように注意してください。撮影前に対象以外のコードを紙等で隠すと撮影しやすいです。

		対象地区	開催日時	参加用URL	参加用QR
接続テスト		全地区対象	4月23日(金) 12:00~16:00	https://us02web.zoom.us/j/84811222222	
1 日 目	第1回	中間市、宗像市、福津市、糸島市、遠賀郡	4月26日(月) 13:00~14:30	https://us02web.zoom.us/j/84811222222	
	第2回	行橋市、豊前市、田川市、築上郡、田川郡、京都郡	4月26日(月) 15:00~16:30	https://us02web.zoom.us/j/84811222222	
2 日 目	第3回	直方市、飯塚市、宮若市、嘉麻市、嘉穂郡、鞍手郡	4月27日(火) 13:00~14:30	https://us02web.zoom.us/j/84811222222	
	第4回	古賀市、筑紫野市、春日市、大野城市、太宰府市、那珂川市、粕屋郡	4月27日(火) 15:00~16:30	https://us02web.zoom.us/j/84811222222	
3 日 目	第5回	久留米市、朝倉市、小郡市、うきは市、朝倉郡、三井郡	4月28日(水) 13:00~14:30	https://us02web.zoom.us/j/84811222222	
	第6回	福岡市	4月28日(水) 15:00~16:30	https://us02web.zoom.us/j/84811222222	
4 日 目	第7回	北九州市	4月30日(金) 13:00~14:30	https://us02web.zoom.us/j/84811222222	
	第8回	大牟田市、大川市、八女市、筑後市、柳川市、みやま市、三潁郡、八女郡	4月30日(金) 15:00~16:30	https://us02web.zoom.us/j/84811222222	

・参加に当たっての留意点

- ① 参加は無料です。説明会には、開催時刻の10分前から接続できます。
- ② 参加に当たっては、上記参加URLからZoom登録フォームに入り、氏名、メールアドレス等を登録する必要があります。事前に登録しておくことをお勧めします。
- ③ **接続テストを4月23日(金)午後0時から4時まで実施**します。
Zoomアプリのインストールや接続テスト、講師への質問、WEBアンケートの使い方などについては、別添「**オンライン説明会参加マニュアル**」を必ず参照してください。
- ④ 説明会終了後に表示される「アンケート入力フォーム」に必ずお答えください。
- ⑤ お問い合わせ
説明会に関するお問い合わせは、別紙質問票(FAX送信票)に記載の上、電子メール又はFAXでご提出ください。電話でのお問い合わせはご遠慮願います。

【提出先】 福岡県保健医療介護部介護保険課監査指導第1係(担当:石井)
E-mail: k-kansa@pref.fukuoka.lg.jp FAX: 092-643-3309

主催: 福岡県、公益社団法人福岡県医師会

【山口】 ありがとうございます。私は、保健師さんたちと日々高齢者施設等をラウンドしています。ちょうど在宅の認定医を持っている方が北九州市保健所におられて、教えて頂いています。ざっくり分類すると、特別養護老人ホーム(特養)は結構重い寝たきりの人とかが多くて、それから介護老人保健施設(老健)、グループホームと、利用者さんの機能が高くなっていきます。あと、通所のデイサービスだと、利用者さんはわりと身の周りのことができます。決定的に違うのがマスクをつけられる人たちが多いことです。

私たちは、北九州市はKRICT(北九州地域感染制御チーム)がありますので、去年の秋から特養を80か所全部回りまして、今、老健を回っているんですけども、その辺はかなり感染対策のレベルが上がりました。去年の秋と今年の春ぐらいでは全然レベルが上がっています。

施設の感染対策のレベルも非常に幅が広くて、おむつ交換を素手でやっている施設から、ちょっと前まで急性期病院で働いていた看護師さんがいるというほぼ病院レベルの施設まで、ものすごく感染対策のレベルの差が広いんです。あと、これは在宅医療に似ているんですけども、同じ特養とか老健であっても、施設の形とかスタッフのレベルが違うので、なかなか一律の感染対策を当てはめにくいところがあります。例えば、大手町病院と飯塚病院でやっている感染対策は多分ほとんど同じことをしているんですが、それを施設に持っていっても通用しないところがあるので、現場のレベルを見て、そこに足りないものを一つずつ乗せていくことが必要になるなということが一番感じました。

【上野座長】 私も粕屋の施設で話を聞いてみますと、サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)にお住まいの方だと思いますけれども、高齢者ごとにかかりつけ医が異なって困っていると。

【山口】 そうですね、いわゆる住宅型といわれる場合、そこに住んでいて、それぞれの主治医がいますが、施設としてクラスターになったときにそれぞれの主治医の先生に来てくださるというのは非現実的ですよね。北九州などでは、その場合、保健所がPCR検査を取りにいたり、我々が行ったりということが多いいと思います。

【上野座長】 中には遠方の先生も多くて、対応に困っていると伺いました。

【山口】 住宅型の場合、基本的に別々のおうちと同じ扱いですから、そのルールにのっとってやるしかないのかなと。逆に、主治医の先生にお願いできないということで、保健所や地域で関わることになると思います。往診してくださる先生とかを見つけてPCR検査を取って頂くなど、かなり協力して頂ける施設が北九州にも増えました。



【上野座長】 原先生、地域の高齢者施設のコロナのクラスターに関しての本音はどんなでしょうか。

【原】 小さな施設もありますので。数人がアパートのようなところに住んでいるような施設もあれば、大きな30人、40人という施設もあります。それぞれの施設の皆さんがクラスターが発生することを恐れていて、最初に対策をしながら熱発者が出たらどうしようかということでやられていたと思います。粕屋の現状としては、座談会が始まる前に話していたんですけど、高齢者施設は落ち着いてきて安全になってきたんですね。今、戦々恐々としているのは病院とか高齢者施設の従業員の方の家族から広がることで、ものすごく気をつけているんですけど、高齢者施設にウイルスを持ち込むのはそこで働く人なんです。うちも起こっているんですが、看護師さんのお子さんが陽性になって、濃厚接触者として2週間ぐらいお休み頂くんですね。2週間も看護師さんがいなくなるのは小さいところにとっては大変な打撃で、それが3人も4人も出てきたときには私が当直しないといけなくなります。

大きな病院ではどうでしょう。病院の先生に尋ねたところ、今のところそういう事態は起こっていないようですが、粕屋で、私の周りでも、これからだんだん大きい施設に行くのではないかなと心配しています。

【上野座長】 感染の拡大と縮小の波を繰り返して、意識が変わってきたと。もう少し詳しく教えて頂けませんか。

【原】 粕屋の高齢者施設にはかなり勉強会等をして頂きましたし、怖くて検査ができないというところから、しっかり検査をして予防していくという考え方に変わっていったと思います。職員の方の管理については、体温を測定して、状態の悪い人は検査等を早めに対応するといったことが徹底されてきているのではないかと思います。

【上野座長】 最初のアンケート調査（図表 3-4-1～4）時と比べると大きく変わっているんですね。アンケート調査（図表 3-4-1～4）を一緒にした的野先生、黒岩先生はいかがですか。

【的野】 第3波や第4波、つまりワクチンがまだ行き届いていなかったときは、施設は平時の対策が医療機関と比べるとかなり劣っている印象が強かったです。さらに、アンケート結果でも利用者さんや職員に対するPCR検査や抗原検査の実施率が低いという課題も判明しました。実施率が低かったのには、検査へのアクセスが悪い、検査が怖いなど様々な要因があったようです。感染対策という点では、山口先生がおっしゃったような平時の標準予防策のレベルが低いことが明確になりました。さらに、施設では、マスクをつけられない利用者さんが多いという特徴があります。そういう特徴にあった対策、つまりスタッフが目を守ることや、おむつ交換のときに標準予防策を徹底することなどに指導の重きを置き、オンライン説明会（図表 3-5-1～2）などでメスを入れました。

現状は、職員が週1回PCR検査をやっている施設が増えてきましたし、ワクチンも打っていて、感染対策も以前に比べると大幅に改善してきている印象があります。それでもまだクラスターが起こっている施設に行くと、次亜塩素酸水を消毒液として使用しているなど、まだまだ県内一律にレベルが上がっているとは言いきれません。



【上野座長】 山口先生、原先生や的野先生の話を知っていると、高齢者施設のクラスターが減ったことに、我々のアンケート調査（図表 3-4-1～4）やオンライン説明会（図表 3-5-1～2）の効果があったと考えてよさそうですが。

【山口】 かなりあったと思いますし、これはコロナ対策としてやったわけですが、ある意味、感染に関して基本的な標準予防対策を導入できたので、ほかの感染症対策にも役立つと思います。

別のところで1点コメントします。高齢者施設のPCR検査の割合が低いことに対する私の印象ですと、やはり検査へのアクセスが悪いんですね。3段階のバリアがありまして、まず現場で風邪症状があるとき、特に流行期であれば必ず検査をしないとイケないのに、現場のスタッフレベルでスルーされているところがある。2番目に、嘱託医の先生がいる場合は、嘱託医の先生がそれぐらいはいいだろうとスルーする問題。3番目に、受診のために頑張って連れていったのに診察だけで終わってしまう。このような3パターンがあって、ここは医師会の先生方に是非ご協力頂きたいんですが、施設の場合、特に流行期は症状がある方は全員検査をして頂くのがとても重要ではないかと思っております。

【原】 粕屋では今、お子さんにどんどん陽性が出ているんですけども、お子さんが発熱で来院しても、小児科の先生がなかなかPCR検査をされないんです。お母さんが陽性でその子の陽性が分かって、家族全員が感染していたというケースが幾つも挙がっています。小児科の先生が意外と検査をしないことが判明したので、医師会会長にお話をして、発熱の方はなるべくPCR検査をしてあげてくださいというお知らせを、会員の先生方にFAXで流したところです。

【上野座長】 黒岩先生、基幹病院の立場として、変化を実感することはありますか。

【黒岩】 第3波とか第4波、第5波で感じるのは、それぞれPCR検査を結構されるんですね。そして、うちに入院される方に、たまたまでしょうが、1回目陰性、2回目陰性、3回目陽性といったことが結構複数あるんですね。だから、症状がとれない限り、どこでも頻回に検査するんですが、その施設がクラスターになっていないということは、おそらく何らかの対策を立てているんですね。例えば近くの病院でも、発症者はいるけど1人で済んでいたりして、PCR検査も疑わしいときは繰り返すとか。その人を何らかの形で隔離をしているのか、そこまでは調査していませんけど、陽性者が出るのは致し方ないとして、感染拡大への対策が広がってきている気がします。

【一宮】 第3波、第4波のときはどうなることかと思いましたが、先生方が地道に施設を回って感染対策を啓発されて、本当に私たちはありがたかったです。一番最初は怖いばかりだったんですね。上野先生が作られた資料によると、高齢者施設のクラスター（図表3-6）はまさに情報共有が不十分な状態で頻発したので、症状が軽い高齢者の方でも重点医療機関に入ってくるような状況でした。

また、後で出てくるでしょうけど、ご家族に説明すると、悪くなくても何もしないでもいいですよという方が結構おられて、そうするとスタッフは何のために施設に入ってもらえるんだろうと。重症の患者さんもいて、高齢者で認知機能も落ちている患者さんは軽症だけど目が離せない。それに急性期病院、重点病院での感染対策はあくまでも理解できる患者さんを対象とした対策であって、理解頂けない患者さんに対してどうしていいかわからないところがあって、スタッフが疲れ果ててしまったという状況がありました。ワクチンの効果もあるでしょうが、先生方のご努力下、施設でのクラスターがどんどん減って、今はほとんど介護必要度の高い患者さんが入ってこない状況になっていて、大変助かっています。

もう一つ、好ましくありませんが、軽い抑制をしなければいけなくて、またそこですごくスタッフの心が痛んだり、折れたり、患者さんご自身もなおさらメンタルの機能が落ちたりしてくることを、本当にスタッフみんなが感じていました。本当に好ましいことではないなとずっと思っていましたけど、最近はそれがなくなったのが本当に助かっています。ありがとうございました。

【上野座長】 黒岩先生、実際に高齢者が病院に入ったらどうなりますか。

図表3-6 高齢者施設のクラスター（有床診療所の叡智）

施設管理者と家族の情報共有が不十分

高齢者施設の思い ★施設が家族に真実を伝え、家族が対応を決める

コロナ陽性患者が発生した際、家族への説明に苦慮

一流の病院に搬送しないと、家族に合わせる顔がない

施設内に留め、悪化した際の苦情が怖い

利用者さんや職員へのPCR検査は怖くてできない

クラスターの予防はPCR検査と健康調査に尽きる

家族の思い

両親は施設の不備でコロナに感染した

急性期（一流）病院での高齢者の状況は知らない

まったく知らなかった

【黒岩】 これは、コロナに限らないんですけども、環境が変わると抑制が効かなくなって騒ぎ出すというか、せん妄状態になります。今まで認知症がなかった方でも 100%と言っていいぐらいせん妄状態になるので、そういう方が入ってこられると、抑制ではなくて、心療内科に相談して薬を使うことになって、余計な薬を飲まなければいけないわけなんです。コロナは軽症だったとしても、いろんな抑制に関わる薬を飲ませるので、そうすると余計に筋力も落ちるし、食事もとれなくなる。普通のコロナの方は、ある程度 ADL が保たれていたら、短い方は 10 日ぐらい、長くても 2 週間で退院するんですけど、そういった方は大体 1 か月以上になるところがあって、同じ人数でも全然違います。

【上野座長】 黒岩先生、年齢との関係はどうか。今、認知症でなくてもなりますと言われてどきどきとしたんですけど。(笑)

【黒岩】 80 歳以上は結構多いです。

【上野座長】 80 歳より下は？

【黒岩】 70 歳代が 1 人おられます。でも、80 歳以上が多いですね。70 歳代では人によるというか、認知症がある方がなりやすいです。

【上野座長】 私たちは毎日認知症のリハビリをしているようなもので……。毎日医師会に行ったりすると一見認知症ではないように見えるかもしれませんが。(笑)

【黒岩】 70 歳代でせん妄状態になるのは明らかに認知症の方ですね。

【上野座長】 ありがとうございます。急性期病院に入院することが、常に安全とは限らないことを高齢者施設や地域住民の方はどの程度ご存じなんでしょうか。原先生、どうですか。

【原】 危ういということは、おぼろげに分かっているけど、それよりも今回の流れを見ると、諦めのほうが……。講演会等で急性期病院には入りにくいことが浸透しています。

【黒岩】 本当に？

【原】 はい。急性期病院はいっぱいなので高齢者施設で何か起こっても入れませんよ、施設内でしっかり診ないといけない時代ですよ、と私たちも言って回りましたし、それは有床診療所でも中小病院でも同じです。急性期病院はかなり状態が悪い人しか入れなくて、陽性になったぐらいでは入れないというのは高齢者施設の皆さんに浸透していると思います。それはオンライン説明会(図表 3-5-1~2)の効果だと思っています。

【上野座長】 諦めたと言われてびっくりしました。山口先生、どう思われますか。施設やご家族が予後を理解され、高齢者の急性期病院への入院が減ったと思ったのですが、どうですか。

【山口】 まず私が思うのは、急性期でも手術とかをたくさんしている病院と、救急を中心に診ている病院では大分違って、大手町病院がそうなんですけど、救急を中心に診ている病院は、普段から認知症の人の盲腸であるとか、脳出血であるといったような、入院せざるを得ない人を引き受けています。普段、認知症の方に接しているかどうかで大分変わると思います。

私が北九州の施設の方に Zoomでお伝えしたのは、皆さん方のほうが高齢者介護の専門家です。ですので、受け入れ体制の問題で入院できないこともあるんですけども、入院したほうが利用者さんは可哀想なことになりますよと。あつという間に行動が抑制されて、あつという間に足腰が立たなくなって、見るも無残な形で帰ってきます。心配でしょうけど、皆さん方の施設で診たほうが絶対に利用者さんはハッピーですよ、と伝えてあります。これは本当だと思ってます。

一方で、今はワクチンが大分行き渡ったのでいいんですけども、施設で陽性の方を診てもらうのはなかなか厳しいものがありまして、クラスターでない限り、感染管理の視点からなるべく施設から出してあげたいということもあります。残った濃厚接触者などは診てもらうにしても、もし施設で陽性者を診るということになれば、逆にそれなりのリソースを外から投入してあげないと施設のスタッフはかわいそうな面もあって、なかなか難しいところだと思います。

【上野座長】 非常に難しい問題だと思いますが、第3波まで、認知症の方の多くを重点医療施設、急性期病院が引き受けました。患者さんやご家族は知る権利と自己決定権があると思います。高齢者施設の方にお聞きすると、病院の状況を話している施設は少ないということでした。そこで、オンライン説明会（図表 3-5-1～2）で事前にご家族に治療状況を話して理解を頂いておくと、いざという時に迷わず判断して頂けると話しました。高齢者施設には少し負担をかけますが、酸素投与が必要な段階になるまで施設にいたほうが幸せな面もあったと思います。

【原】 私もそう思います。例えば、家族への説明会とかで「急性期病院に入るな」ということは言っていないんですが、入らなくても大丈夫だし、入らないほうが幸せであることを、ある程度分かってもらいたいと……。また、なかなか入れない状態というのはマスコミを通して皆さんご存じです。マスコミにより病床の占有率が毎日出ていましたから、あれで皆さん、ある程度は覚悟しておられます。

【上野座長】 桑野先生、地域医療の立場から、いかがでしょうか。

【桑野】 当院では、自院のかかりつけの患者さんを中心に陽性の方を診ています。基本的には保健所と連絡を取りながら対応しています。かかりつけの患者さんで 90 歳以上の方ですが、コロナに感染し、肺炎を起こして入院しましたが、治って元気に戻ってこられたという例もあります。

できるだけコロナ患者さんに対応してあげたいとは思っていて、新患から電話がかかってくる、問い合わせも多かったんですけど、どうしてもかかりつけの患者さんを中心に診るということになってしまいます。自院で感染者が出た場合、診療に支障が出ることは明白なので、ある程度、感染対策はしているんですけど、スタッフが慎重になりすぎる面もあり、風邪症状の患者さんは、なかなか受け入れにくい感じがします。

【上野座長】 職員の皆さんも大変です。原先生、どうですか。

【原】 訪問看護師さんは完璧なぐらいにすごく気をつけておられると思いますけど、資材が足りていないんですね。すぐなくなっているみたいです。特にPPE（個人用防護具）がぼろぼろになってきているみたいですけど、非常にしっかりされていて、大体どこでも安心して診られますね。

【上野座長】 訪問看護師さんとの連携等は西先生、何かありますか。

【西】 自分自身にあまり経験がなくて申し訳ないんですけども、原先生が言われたように、訪問看護師さんたちはPPEなどの資材が足りないということをよく言われています。もう一つは、入る前にPPEを身につけていると、訪問先の周りの人が、「あそこは」という言い方をされるということで、家族も嫌がるようです。訪問看護師さんたちはご自宅に行かれるので、それを家族が危惧されて関係性が悪くなるという。

そういう意味で、私たちいわゆる一般の開業医ができることとしては、オンライン診療ではなくても、電話再診でいいんですよね。電話で話を聞いてあげるだけでも大分違うとは思っていますので、そういったことはしないとイケないと思っています。

私のところは、80歳代の方が1人、デイケアに行かれているぐらいでしたけど、認知症の方が感染して、その時点ではちょっと熱があるかなという程度だったんですけど、感染しましたと言ったら、それから2～3日後、デイケア内でクラスターのばたばたと発生しました。まだ第3波ぐらいの頃だったので、ご自宅で診られていたのがいったん入院という格好になりましたが、今はできるだけ訪問看護を利用する形にしています。

今は、高齢者だけではなくて、濃厚接触者などの方の相談を受けたり、診たりしたときに、早めにお薬を出して、診療所が開いている時間だったら電話していいよとお伝えしてまして、自宅で安心して過ごされているようです。「昼間の間だったら電話していいよ」という一言で大分違うと思います。電話はきませんが、「していいよ」と言われていると安心する。誰にも相談できないというのがあって、そういった高齢者を抱えておられるご家族はこれから出てこられると思いますし、今言ったデイサービス、デイケアといった施設に通われている方へは、私たちのような無床の診療所が対応できるのではないかと私は思っています。



【上野座長】 的野先生は、訪問看護師へのご指導はありますか。

【的野】 感染者が出た場合は、出た部署の人員を充足させるためにデイケアを止めて、利用者さん対応のために人を集めます。例えば、訪問やデイケアのスタッフが入所側に回ります。感染対策という点では、医療機関とは同一レベルではないので、しっかりと指導します。また、山口先生が言われたように、施設によって構造が違うのでゾーニングも全く変わってきます。また、スタッフの力量も異なるので、行ってみないとその施設のベストというのが分かりません。スタッフと話し合い、100点を目指すのではなく、実践可能な範囲でゾーニングと感染対策を考えます。

感染対策上は、陽性患者さんを施設外に出したほうが確実にクラスターを早く制圧できます。ところが、状況によっては施設の中で診ないといけないときもあるので、状況に合わせてゾーニング指導の仕方を変えています。

【上野座長】 山口先生、感染症ではチーム医療の必要性が大きいと思っていました。院長の時もPPEを上手に着られるのも、周囲に気配りできるのも看護師でした。専門職の少ない高齢者施設では看護師さんの協力が大きいと思いますけど、そのあたりはいかがでしょう。

【山口】 我々が行くときも、その施設に看護師さんがいると安心感が全然違います。今は、施設とかに行っても、急性期病院の勤務の経験があると、例えば接触予防策のエプロン、手袋も慣れている。そういう人が一人でもいると、その人に教えてもらえばいいので、そういう意味ではキーになると思います。

在宅とかも、もちろん我々が行ってもいいんですけども、在宅をやっている看護師さんはかなり幅広く実践してくれていますから、患者さんを診る目がすごく肥えていますよね。コロナなんか特にそうですけど、重症なのかどうかを看護師さんが診てくれて、ついでに酸素飽和度を測ってもらえると、それはすごく大きなアセスメント（分析・評価）で、保健所がすごく助かると思います。入院させられないけど、電話がかかってくる人を診にいて頂いて、本当に危ないのか、大丈夫そうなのかを判断する。そこは今ももの凄くニーズがあって、先生がおっしゃるとおり、看護師さんというのは地域ではかなりキーになる存在だと思います。



【的野】 追加ですが、高齢者施設では介護士さんを中心にケアをしていて、看護師さんは数人や1人の場合もあります。看護職員は各フロアをまたぎながら業務をやっていて、マネジャー的な動きをされています。そうすると、残念ながら有事の際には、真っ先に感染してしまっていることが多いんです。つまり、リーダー不在になることが多いです。平時の準備がしっかりしているところは、セカンドライン、サードラインの人員をきちんと育ててあるんですけれども、総じて感染した人員がどんどん削られていくので大変です。

グループが大きいところは、ほかの施設から補填できますが、自施設で何とかしないといけないことも多いです。施設全部がレッドゾーンとなることも多いので、県からの人材サポートが入れられないことも多々あります。リーダー的な存在が現場に入るシステムがあるとすごく助かります。

【上野座長】 それに絡んで、クラスターを起こした病院の看護師さんや介護士さんから、クラスターが明らかになる前に、当該病棟で発熱者が多かったという残念な事例がありました。感染対策、特にクラスターの拡大を抑えるには診療現場の力を上げ、耳を傾けることが大切ではないかと思います。先生方からご意見ございませんか。

【一宮】 ボトムアップというか、とにかくみんなが同じ意識を持って、同じレベルの対策をしないとどこから漏れてしまうので、頻繁にメッセージを出しました。それを電子カルテのトップ画面に貼り付けて、コロナ関連の決定事項フォルダを作って、そこを見ると何月何日にこういう発信をしていますよと。ここでは、カテゴリー別に対策から診療制限までいろいろなことを発信しています。それを繰り返す。メールは全然見てくれないんですよ、特に医師の皆さんは。電子カルテだったら見られるのでそういう工夫をしました。ちょっとでもルールを変えるときには再々やりました。それをやって徹底して頂きました。

【上野座長】 ありがとうございます。一宮先生が本音の話をすることで現場が発言しやすくなる。私は、これも重要な感染症対策だと思います。山口先生どうでしょうか。

【山口】 私が行くのは本当に短時間なので、そこまで聞き取れているかどうか分かりませんが、先生がおっしゃるとおり、現場の声をきちんと聞く姿勢がないと、熱が出ている患者さんがいてもスルーしてしまうとか、いろんな現場のシグナルに反応できないところがあると思います。

もう一つ、私がラウンドに行っても思うのは、これは予防ラウンドで行っているのも本当にその施設がそうなのか分かりませんが、「うちは出来ています」と言う施設が危ない気がします。「どうですか」と聞いた時に「いやあ、うちはあまり」という施設の方が結構出来ていることが多くて、それは施設全体の姿勢として重要な点だと思っています。

【上野座長】 チーム医療を実践されている原先生、看護師の力を引き出すコツというか、難しいと思いますけど、教えて頂けませんか。

【原】 うちの場合は助けられるばかりで、看護師さんの力がないと日常診療はやっていけません。看護師さんが最初に気づいて、「先生、あの人は熱が出ているみたいですよ」とか、いろいろ教えてくれて、助かったということが今まで多いんです。私より先にこそっと紹介状を見て、「C型肝炎があるみたいですよ」と教えてくれて、「それ見とらんかった」とか、よくあります。

そういう形でみんなが教えてくれれば、セーフティーネットになるんですね。見落としがなくなるでしょうし、今までそういう……。私も一番怖いのは家族内の感染なので、「〇〇さんのところの長女さんが風邪をひいているみたい」という情報が入れば、すぐに連れてきてもらってPCR検査ができますので、言って頂けることがありがたいと思っています。

【一宮】 先ほどメッセージを発すると言いました。最近はあるまいしませんが、うちにはコロナ連絡網という組織があって、感染症の先生方とICTの看護師さん、看護の管理者、事務の管理者、それと救急の先生方を入れて、大変なときは毎朝ミーティングをしていました。極端に負担がかからないように、全ての部門の人たちがそれほど苦痛なくできるようなルールをつかって、そこから自分の管轄の部署に周知してもらって、そして決まり事を電子カルテに貼ってということで徹底しました。

そうはいつでも、あまり言いたくはないんですが、うちもある部署で1回クラスターが起こったんですね。分からないでもないんです。その部署の部屋って雑然としているし、そこでご飯を食べたり、つい疲れ果ててマスクを外してご飯の後にしゃべったりということが原因だったのではないかと思いますけど、そのときは直ちに一網打尽に全員にPCR検査をして、検査結果に関わらず全員を1週間から10日自宅待機としました。検査と隔離を広めにやって、病院でいったん起こったら大変なことになるということを見みんなに意識づけして何とか防げたところがありますね。

【上野座長】 ありがとうございます。本当に感染症の予防、クラスターの早期発見には看護師の声に耳を傾ける。ボトムアップとトップダウンとのバランスを取ることが大切だと思います。

もう一つ教えて頂きたいことにDNAR（終末期に心肺蘇生を行わないかどうかなどの意思確認）など、患者さんの意思が病院に伝わらないことが初期の頃あったようですが、黒岩先生、いかがですか。

【黒岩】 高齢者施設の方は、DNARとかリビングウィルを取っていないケースがほとんどで、患者さんの意思が伝わらないというより患者さんや家族の意思を聞いていないケースが結構多い。高齢者施設に入られて、自然な形で一般的に言う老衰死という形で亡くなるのであればDNARは取る必要がありません。老健施設とか高齢者施設に入るとき、施設で老衰で亡くなる、とぼんやり考えていると思います。だから、病院に行くときは検査や治療をする、救急外来に行くときは治療をするものだと思って病院に来られます。施設で患者さんや家族の考えを聞いていないので、DNARが病院に伝わらないというより、DNARを取っていないということのように思います。

私たちのところに来られたら、例えば私は血液内科なので、診断の結果と治療を説明し、こうしたら逆に認知症も進むし寝たきりになる、治療したほうが寿命が短くなりますよという話をしています。高齢者施設でそういった話ができるのかな、そのような話をするという意識がどのくらいあるのかなというのを今回痛切に感じました。どうでしょうか、原先生。



【原】 今、そういうリビングウィルみたいなものが取れていないんですね。家族が施設に来ること自体が、ここ2年間ぐらい面会禁止になって、その後入ってこられた人は入ったときにお話をするけれども、そのときは責任者とか私みたいなのに会って、ちょっと顔を合わせられるぐらいでぱっと帰られて、それ以降一切来られていないと。ご本人は認知症になったり、うまくしゃべれなかったりということで、それを取る時間が全くないんですよ。

【上野座長】 難しいですね。例えばコロナになってから取るのも難しい。施設で事前にとっていることはないのでしょうか。山口先生、あちこち回られてどうですか。

【山口】 私は、施設を回るときはDNARの話には関わらないんですけど、2年前までずっと入院でたくさん受けていました。入院で受けたとき、高齢者の方は必ずDNARを確認して、しかも先月入院していた人でも今は変わっているかもしれないので、必ず再度確認をしていました。しかし、現実には確認されていない先生が多いと思います。ただ、これはなかなか難しいものがありまして、私も自分なりに10年以上いろんなやり方を模索しましたが、時期によって色々変遷しました。

何より施設にはご自身の意思をはっきり示せない方が一定数おられるので、その場合は家族の方に取らないといけなくなります。また、本人さんがある程度意思を表明できて、それが家族の意見と違う場合とか、次々バリエーションが出てなかなか難しいです。それだけにやりがいのあるところではあると思いますけど。

私は2006年から2008年までアメリカに留学したんですけど、アメリカは当時から急性期病院に入院するときはルールとして必ず取らないといけませんでした。医療機能評価でマストになっていました。クリニックでも、私の行ったところはDNARを確認したら消防署に送っていました。間違っても呼ばれても蘇生してしまわないようにですね。既に2006年頃からそういう話をしていたので、日本ももう少しそこを進めることが重要なのではないかと考えています。

【上野座長】 本当に時代とともにいろいろ変わっていくのですね。

【原】 本当に今、高齢者施設から入ってくる患者さんはほとんどいなくなっているんですけど、感染したときは高齢者施設で診ておられるんですか。それとも協力病院があって入院受入病院に行っているんですか。

【的野】 両方あり得ます。看護師さんが常駐している施設では診てくれるところはありますし、関連の病院や地域の病院に入っているところもあります。

ワクチンが浸透して、軽症で終わる方も多いです。ワクチンのためにスタッフが軽症や無症状で持ち込んで原因が分からなかったという事例も最近すごく増えています。

【上野座長】 的野先生、今言われた協力病院というのはコロナの協力病院ですか。

【的野】 第4波のときに、新規に協力してくれることになった病院さんたちが非常に頑張ってくれています。もともと認知症も診慣れている病院などは、認知症があるコロナ患者さんなどを診てくれています。今までは、重点医療機関に入院していたような患者さんも診てくれるところが結構できて、すごく助かっています。

【上野座長】 今の話はびっくりですね。重点医療施設以外の中小病院に認知症の軽症コロナ患者さんを診てもらおうつもりでしたが、なかなか難しかった。ところが、今の話をお聞きしたら、徐々に対応して頂いている。調整本部の感触としても想像できます。院長会議やオンライン説明会（図表 3-5-1～2）での情報共有も効果を発揮しているようで、うれしいですね。

【的野】 少なくとも筑豊ではそのような感じですか。情報がきちんと伝わったというのが大きかったと思います。今まで手を挙げようとしても声がかからなかった先生たちが診てくれる環境になったのだと思います。

【上野座長】 浜の町病院には1人も入っていないという話を聞いてびっくりしたんです。福岡東医療センターも少ないですか。

【黒岩】 今、多分70歳以上は2人か3人だと思います。

【上野座長】 認知症ではなくてですか。

【黒岩】 認知症の方も1人ぐらいいますけど、でも今、うちはどっちかといったら重症心身障害者で陽性になった子とか、いわゆる脳性麻痺の方とかを受け入れたりしているんですけど、そういう重症心身障害者の子……子どもと言っていいのか20歳ぐらいですけど、親も一緒に陽性になって入ってきたりするので、高齢者とは手のかかり方が違うのですが、高齢者施設の方はおっしゃるみたいにすぐ受け入れてくれるんですね。前は1週間たたないと駄目とか、10日たたないと駄目だったりしたんですけど、「いいですよ」という感じで受け入れてくれます。それは先生たちが広げたのが結構大きいと思います。

【的野】 後方支援も少しスムーズになってきたようですね。

【上野座長】 本当にびっくりしました。日本は結構いい国ですね。

【的野】 本当に進化しています。

【原】 福岡市の某病院は 15 ～ 16 人ぐらい高齢者（認知症患者さん）を受け入れてくれています。

【上野座長】 なるほど。何かほっとした気持ちになりますね。西先生、どうですか。

【西】 はい、感動しました。正直びっくりしました。

【上野座長】 第 3 波のときは、県庁のコロナ調整本部のホワイトボードにずらっと高齢者の名前が載りまして、「困った、困った」でした。

【山口】 北九州も激減しています。ちょうどコロナ調整本部から今朝来たメールに年齢別のデータがありますけど、7 月から高齢者が激減していて、以前は 10 ～ 15% だったのが、今は 70 歳以上で 5% ぐらいです。私が保健所に入っていると、今来る入院依頼は 40 ～ 50 歳代ばかりで、60 歳代の方がいたら珍しい感じがありますし、北九州の急性期の後から入ったところと後方のところは調子が出てくるとたくさん引き受けて頂いて、非常に助かっています。

【原】 先ほどからずっと気になっていたことがあって。高齢者の方はできる抗体量もそんなに多くないでしょうし、時期的には 11 月、12 月には減ってくるかもしれません。それぐらいに家庭のほうからブレイクスルーして、そちらからまた高齢者の感染が増えて悪い状況になることを一番懸念しています。

【上野座長】 高齢者の 1 人として、できるだけ早目に 3 回目のワクチン接種をして頂きたいと思います。



今こそ見直そう不要な対策

感染症専門医、コネクト合同会社 CEO 山口 征啓

新型コロナウイルス感染症（以下コロナ）の流行が始まってから2年以上が経ちました。このウイルスの性質についてもだいぶわかってきました。2年前は病気の正体がわからないため、慎重に感染対策を行っていましたが、これまでに必要な対策と不要な対策がずいぶんとわかってきました。この機会に自施設での対策を見直して、不要な対策はやめるようにしましょう。

【入口での過剰な対策】

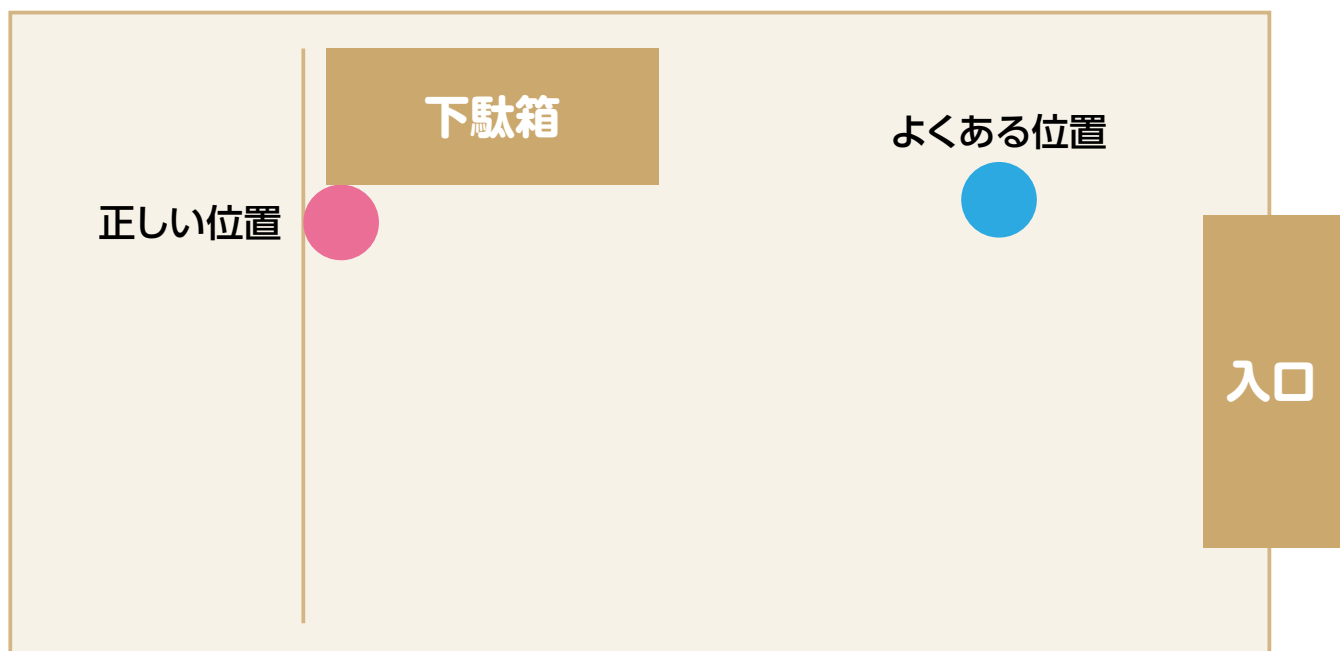
コロナの水際対策はどこ施設でもきちんと行われています。むしろ厳しすぎるくらいです。必要な対策としては、手の消毒、検温、氏名や所属の確認があります。手の消毒はアルコール消毒か流水+石けんでの手洗いかどちらかで結構です。たまに両方行っているところがありますが、どちらかだけで充分です。

また、施設内が土足禁止になっている場合、入口でスリッパに履き替えることにはなりますが、このときに手が汚染されます。したがって、スリッパを履くときも、脱ぐときも、直後に手を消毒しないといけません。このスリッパを履いたり、脱いだりする場所に、アルコール消毒薬を設置していないと、手をきれいにすることができません。入口にアルコールが設置されていて、その後にスリッパに履き替えることになっている施設が多いので、気をつけましょう。

検温は非接触式の体温計のほうが、消毒をする手間が省けて便利でしょう。注意する点としては、手で測定すると体温が低く出る傾向にありますので、手ではなく額や手首で測定するようにしましょう。

施設の入口に透明なカーテンを設置していることがありますが、コロナは外から空気によって入ってくるわけではないので、不要です。むしろ、カーテンは手で触るため、かえってリスクが上がることもあります。入口のカーテンは外して頂いて結構です。

図表3-7 入口での手の消毒薬の位置



靴を履き替える時に手が汚れるので、その場所で消毒するほうがよいです。



入口でうがいをしている施設がありますが、うがいは感染対策効果が少なく、飛沫が飛ぶため、コロナの流行時には控えたほうがよいでしょう。スリッパの消毒も不要です。コロナ対策では靴の消毒は不要です。上述のように靴やスリッパに触るたびに手を消毒することが重要です。

入口での対策はこのような不要な対策が最も行われています。これはおそらく「施設に外からコロナを持ち込まない」という意識が強いためでしょう。しかし、施設にコロナを持ち込む可能性が最も高いのは、職員です。なぜなら職員は最も人数が多く、毎日家に帰る際に外部と接触し、最も長い時間施設内に滞在し、最も利用者さんに接触するからです。クラスターが施設で発生するきっかけは、無症状の職員がウイルスを持ち込むことによる可能性が最も高いのです。

水際作戦としては手の消毒、検温、氏名の確認くらいで充分ですし、それはどこの施設でもきちんできています。むしろ重要なのは、持ち込まれたウイルスを施設内で広げないということなのです。そしてこちらは徹底できないことが多いです。家族の面会や利用者さんの外出を制限するのであれば、同じくらい職員の行動に気をつけなければいけません。水際対策に気を取られ過ぎて、施設内の対策がおろそかにならないように注意しましょう。

【常に手袋を着用してケアしている】

ケアの際に、常に手袋を着用しているところをときどき見かけます。確かに手袋は感染対策を行う上で重要なアイテムですが、常につけている必要はありません。コロナ対策で手袋が必要なのは陽性者や濃厚接触者に接するときだけです。それ以外の人に接するときは素手で、むしろその後に手を消毒することが重要です。

手袋をつけっぱなしにしている人は、手袋で手を守られていると思い、手を消毒するという観点が抜け落ちています。手袋をつけっぱなしにしていると手袋が汚れていきます。素手であれば手を消毒してきれいにすることができますが、手袋をつけっぱなしにしていると、汚れた手袋をつけた手でケアをしていることとなります。手袋をつけっぱなしにするよりも、素手でこまめに手を消毒するほうがきれいなケアになります。

また、手袋をしていると自分の手は守られている気がするかもしれませんが、手袋にも実は小さな穴が空いていて、手袋をずっとつけていても、手は汚れていきます。そのため手袋を外したときには手の消毒が必要です。

【面会をずっと中止にしている】

コロナの流行時には施設内に入る人を減らすのは有効です。しかし、面会には本人や家族を元気にする力もあります。したがって、不用意に制限するのはよくありません。面会制限の開始や中止に明確な基準はありませんが、この2年間ずっと制限をしていて、本人が家族に会えていないというのは厳しすぎます。流行の状況に合わせて、面会のやり方を変えるのがよいでしょう。

面会自体が危険なのではなく、どのように面会するかが重要です。お互いにマスクをして、距離をとり、時間を制限すれば、かなり安全に面会をすることができます。入口の近くに専用の面会室や面会スペースを設置している施設もよく見かけます。

【退院してきたら隔離、病院を受診したら隔離】

病院から退院してきた利用者さんを隔離している施設がまだみられます。その病院でいま現在クラスターが起きているという状況でなければ、そのような対策は必要ありません。通常通り受け入れて頂いて問題ありません。

また、病院への定期受診の際に、戻ってきた利用者さんを隔離している施設もあります。こちらもちよつと厳しすぎる対応です。病院につとめている職員は普通に自宅に帰っています。病院へ行っただけで感染してしまうようでは病院の勤務などできません。通常通りの対応で結構です。

【1～2時間おきに環境消毒】

感染対策の上で手すりやドアノブなどの皆がよく触る場所の消毒は重要です。しかし、コロナの場合、環境からの感染はそれほど多くないということがわかってきました。病院でも環境消毒は1日1～2回程度です。1日に何回も消毒する必要はありません。環境消毒は職員の手間がかなり増えますから、不要な負担を職員にかけてしまいます。日勤帯の人の多い時間帯に1～2回行えば十分でしょう。

【床の消毒】

コロナの場合、床の消毒は不要です。エボラウイルスのような致死率の高い感染症であれば話は別ですが、コロナの場合はそこまで必要ありません。床は清掃するだけで十分です。床を消毒しても、その上を一度歩いてしまえば、すぐに汚染されてしまいます。床を清潔に保つことは現実的ではありません。そのため感染対策では床は常に不潔なものとして扱われます。床にはなるべく触らないようにします。もし床に触ってしまったら、すぐに手を消毒することが重要です。



【スリッパの消毒】

入口で上履きに履き替えている施設では来客用にスリッパが使用されていると思います。靴やスリッパは、床と同様に、消毒しても清潔を保つことはできません。上履きやスリッパも常に不潔なものとして扱います。紫外線を当てたり、別の場所で消毒しているのを時々見かけますが、その必要はありません。それよりも靴やスリッパにはなるべく触らないようにして、もし触ってしまったらすぐに手を消毒することが重要です。

【トイレのハンドドライヤー停止】

トイレで手を乾かすためのハンドドライヤーが設置されているところがありますが、2020年の早い時期から、全国で使用禁止になっています。これはウイルスがハンドドライヤーで舞うのではないかと懸念からのようです。しかし、直前に手を流水と石けんで洗っていれば、手にウイルスはついていませんから、舞うこともありません。

【消毒薬を噴霧している】

消毒は感染対策の重要なポイントですが、消毒薬は基本的に噴霧してはいけません。布や紙に染み込ませて拭き取るのが基本です。噴霧すると、消毒薬のついているところとついていないところのムラが出来てしまいます（図表 3-8）。

ときに職員の服に消毒薬を吹きかけているのを見ることがありますが、これは効果がないばかりではなく、危険なのでやめましょう。

図表3-8 消毒薬を使った消毒の仕方



【次亜塩素酸水による消毒】

次亜塩素酸水は一定の条件をみたせば、消毒効果が認められています。しかし、1か月以上たつと使用前に濃度の測定が必要になったり、消毒したいものの表面をヒタヒタに濡らし 20 秒以上おいてからきれいな布やペーパーで拭き取る必要があったり、と使用方法が煩雑です。より簡単に使用できる環境消毒用クロスの使用をお勧めします。

【感染対策での布エプロンの使用】

感染対策に使用するエプロンは、水を通さない素材でなければいけません。水を通す素材は病原体も通してしまいます。布エプロンは利用者さんの食べこぼしをふせぐためや調理の際には使用してもかまいません。しかし、おむつ交換や口腔ケアなど感染対策の接触予防策のために使用する際はビニールエプロンを使用しましょう。

【コロナの陽性者や濃厚接触者のケアに当たる際に、スーツ型の防護服を着用している】

よくテレビの消毒のシーンなどで見かける全身を覆うスーツ型の防護服がありますが、あれはエボラウイルス対策などの際に使用するものです。スーツ型の防護服は、脱ぐのが大変で、慣れていない人が使用すると、うっかり表面を触ってしまって、汚染してしまうことが起こりがちです。コロナ対策にはガウンタイプの防護服を使用しましょう。



【コロナの陽性者や濃厚接触者のケアを担当した職員は、シャワーを浴びて帰宅している】

【コロナの陽性者や濃厚接触者のケアを担当した職員は、自宅に帰らず車に泊まっている】

陽性者や濃厚接触者であっても、きちんと防護服を着用していれば、感染することはありません。防護服をきちんと脱ぐことができれば、職員の服が汚染されることもありません。病院のコロナ病棟で働いている職員は、普通に着替えていますし、毎日帰宅しています。防護服を脱いだ後は、いままでどおりで大丈夫です。

【コロナの陽性者や濃厚接触者のケアを担当した職員は、靴にシューズカバーをつけている】

コロナ対策では靴を消毒したり、シューズカバーをつける必要はありません。靴は汚いものとしてなるべく触らないようにしましょう。もし触ってしまった場合はすぐに手を消毒しましょう。

ワンポイント column 1. アイガード/フェイスシールドについて

すべての利用者さんに不織布マスクを適切に使用してもらうのは難しいでしょうし、ケアの際には接近が避けられないことと思います。そのようなときには不織布マスク（状況により2重マスクも検討）だけでなく、アイガードやフェイスシールド、ゴーグルなどで、目を保護することが大切です。

目は病原体が侵入しやすい感染経路ですが、メガネは目の保護にはなりません。メガネの人もフェイスシールドなどの着用が必要です。

アイガード・ゴーグルの使用方法

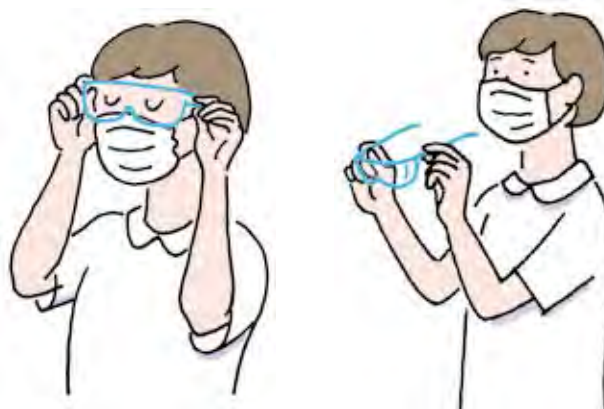
<着け方>

- 手の消毒→マスクの着用が終わってから着けます。
- ゴーグルを目の前に持ってきます。
- 目をしっかりと覆うように装着します。



<はずし方>

- 顔周辺に触る前に手指を消毒します。
- 汚染されているおそれのある外側表面に触らないように、フレーム部分やゴム紐をつまんで目を閉じながらはずします。
- そのまま廃棄するか、所定の場所に置きます（必ず消毒すること）。



フェイスシールドの使用方法

<着け方>

- 着け方はアイガード・ゴーグルと同様です。

<はずし方>

- 顔周辺に触る前に手指を消毒します。
- フェイスシールドの場合はシールド（覆い）の面積が広いので、触らないように注意して、ヘッドバンドの部分をつまみはずします。
- そのまま廃棄するか、所定の場所に置きます（必ず消毒すること）。

シールド（覆い）の表面に触れないように注意する。



2.PCR 検査と抗原検査、抗体検査について

PCR 検査

PCR (Polymerase Chain Reaction =ポリメラーゼ連鎖反応) 検査は、ウイルスなどの微量の遺伝子 (DNA: デオキシリボ核酸) を増幅 (コピーして増やす) させて検出する技術です。

DNA ポリメラーゼという酵素で、調べたい遺伝子 (DNA) をコピーして増やして、検査で見つけられるようにします。新型コロナウイルスの場合は、唾液や鼻の粘膜に含まれていた微量の新型コロナウイルスに特徴的な遺伝子をコピーして増やしています。少ないウイルス量でも検出でき、通常行われる検査では最も正確ですが、検査した唾液や綿棒に新型コロナウイルスの遺伝子がついていなかった場合は感染していても検出できません。

抗原検査

検査したいウイルスに特有のタンパク質 (抗原) を検出する検査方法で、インフルエンザウイルスの感染などでよく使われています。定量検査と定性検査があり、その場で感染の有無を確認することができるのは定性検査の方です。PCR 検査に比べ精度は劣りますが、薬局などで販売される簡易な検査キットなどで調べられるので、速やかに調べる必要があるときに用いられることが多い検査です。

抗体検査

ウイルスが感染すると、免疫の働きでそのウイルスに対抗するための抗体と呼ばれるタンパク質が血液中に作られます。その抗体を調べることで、そのウイルスに感染しているかを判断する検査です。

感染から抗体ができるまで時間がかかること、また、ワクチンを打つことでも抗体ができますので、そのウイルスにいま感染しているかどうかを調べるには向いていない検査です。

PCR 検査と抗原検査、抗体検査の特徴

	PCR検査	抗原検査		抗体検査
		定量検査	定性検査	
何がわかるか	現在、そのウイルスが感染しているかどうか			過去に感染した (抗体ができてい) かどうか
調べる材料 (検体)	鼻腔咽頭拭い液、鼻腔拭い液、唾液			血液
何を調べているか	ウイルスの遺伝子	ウイルスのタンパク質		血液中のタンパク質 (ウイルスの抗体)
精度	抗原定量検査より少ないウイルス量でも検出可	抗原定性検査より少ないウイルス量でも検出可	ある程度のウイルス量が必要	
検査の所要時間等	検査のための設備が必要で数時間~1日かかる	検査のための設備が必要で15~30分かかる	その場で15~30分かかる	検査機関に搬送しておよそ2~3日かかる

Chapter 4

高齢者の権利を 守るために

高齢者の権利を守るために

意思決定支援はなぜ必要か

矢津内科消化器科クリニック 院長 矢津 剛

【ACPと人生会議とは?】

在宅診療は、自宅訪問診療と介護施設への訪問診療として発展してきました。そして介護施設は「終の棲家」として、「第2の自宅」としての位置をこの数十年で確立してきました。その意味は重度の介護を、家族だけでなく地域社会と共に支えようとすることを意味しました。しかし、人生の最終段階を迎えるにあたり、意思疎通が難しくなった方への医療行為を含め、よかれと思う処置や医療行為に対し、本人がそれを望んでいたかどうかを疑問に思う現場の様子も皆さんは目にしてきたことと思います。また終の棲家と言いながら、看取りのための救急搬送が行われ地域の救急医療を圧迫している実態もあります。

【医学的に正しい選択が、本人にとって正しい選択とは限らない】

例えば、90歳を過ぎた廃用が進んだ患者さんが誤嚥を繰り返し、脱水が進行しつつあるとすると、医学的には無理やりでも点滴をして脱水を改善することが最善の方法です。しかし、重度の認知症を併発し介護抵抗が強い患者さんにとって、点滴の針を刺す行為自体が苦痛と考え抵抗し、拘束してしまう場合もあります。このように脱水があろうとも、穏やかに老衰として最期を迎えることを望む患者さんもいます。

かつての日本では、終末期の医療もいわゆる「おまかせ医療」で、入院先や救急搬送された病院に一任されていました。しかし今日では、人生の最後に受けたい医療を自分の意思で選ぶことへの関心が高まっています。

【なぜAD(事前指示書)でなく、あらかじめのACP(人生会議)なのか】

「終活」という言葉が世の中に浸透してきています。終末期の医療や介護のこと、財産や相続のこと、葬儀のことなどを生前に家族など親しい人に伝えたり、いわゆるエンディングノートなどにまとめたりする人も増えているようです。

エンディングノートのような、判断力を失うなどで意思を伝えることができなくなった場合のために、本人の希望をまとめて記録したものを「事前指示書(AD)」といいます。

終末期にどのような医療やケアを望むか、何を大切にしているかなどの本人の意思を文書として記録しておくことは重要で、そのために介護施設でもADを記録しておくことが大切です。

しかしADだけでなく、さらにACP(アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」)を進めていくことをお勧めします。人生会議とは、将来の変化に備え、将来の医療およびケアについて考え、本人を中心として、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームと繰り返し話し合う過程をいいます。特に介護施設では、本人、そして家族と人生会議を行っていかないと、「もしも」のときに予期せぬ事態を招くことがあり、また新型コロナウイルス感染症(以下コロナ)の流行は、新たな課題を生むおそれがあります(84ページ以降参照)。

【介護施設で起こりうる問題についての例】

1. せっかく本人が「呼吸が止まりそうになったら延命せずに静かに看取ってほしい」と事前指示書を書いていたのに、家族が救急車を呼んで救急病院へ搬送することを強く希望した。
2. 本人が口頭で介護職へ医療方針について語っていたことを、本人が意思を伝えることができなくなってから家族に伝えたところ、家族は「聞いていないので信じられない」と言われた。
3. 事前指示書を作成しようとしたが、家族間で意見が分かれた。
4. 一度作成した事前指示書は5年も前のもので、今の本人・家族の気持ちや意思を反映するものではなくなっていた。
5. あまりにも急な病状変化だったため、事前指示書の確認ができなかった。



図表4-1 ACP (人生会議) の定義

患者さん・家族・医療従事者・介護従事者との話し合いを通じて、患者さんの価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセスのことです。

身体的なことにとどまらず、心理的、社会的、スピリチュアル（生きる意欲、生きがい、宗教信条などを指します）の側面も含まれます。

治療やケアの選好は定期的に見直されるべきものです。

医療代理人の選定や治療やケアの選好を文書化しても構いません。

図表4-2 厚生労働省によるACP啓発物

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？



もしものときのために

「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

11月30日（いい取り・書取られ）は人生会議の日

話し合いの進めかた（例）

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、
約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を
「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」
と呼びます。

あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです。
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html



【ACP によってもたらされる効果】

- プロセスを重視し、本人・家族・多職種で話し合いを重ねることで信頼関係が構築されます。
- 利用者さんの苦悩や感情の表出を促すことで、苦痛の軽減が図られます。
- 本人に起こる急激な状態変化や家族に今後起こりうる悲嘆に対応する力を与えます。
- 今まで知らなかった背景を知ることでケアの充実が図られます。
- これから先、本人・家族に寄り添い、伴走することが可能となります。

【ACP を行う上での注意点】

- 誰といつ、誰が行うのか
- 代理意思決定者の選定
- 万が一という枕詞を忘れずに
- 希望を失わせるような言葉を使用しない

【介護施設における ACP の進め方の例】

以下は、ACP を進める際に確認する内容の流れの例です。具体的に確認する内容については図表 4-3 に紹介しています。

本人が大切にしていることなどをできる限り把握する

- 残りの人生をどう豊かにするか
- 将来の変化に備えて→将来の医療及びケアについて
- いざという時のために→受けたい医療、受けたくない医療、延命治療についてなど



本人が大切にしたいこと、これからのことについて、本人や本人が信頼できる人、医療・ケアチームと十分に話し合う

話し合うメンバーの例

- 配偶者や兄弟姉妹、子ども、親戚、友人など
- かかりつけ医などの医療職や施設の職員、ケアマネジャーなど



話し合った内容をその都度文書にまとめて、関係者で共有する

- 本人の心身の状態によって、意思は変化することがあります。その都度、繰り返し話し合い、記録しておくことが重要です。



繰り返し定期的に話し合う

図表4-3 ACPで確認する内容のヒント

ACPを進めるにあたって、何を確認すればいいか、どのような会話をすればいいか、会話のヒントとなる質問内容を紹介します。

1. これまでの人生を振り返ってもらう

●大切にしていることは何ですか？（いくつでも）

- 家族や友人、ペットなどのそばにいること
- 仕事や社会的な役割が続けられること
- 身の回りのことが自分でできること
- できる限りの治療が受けられること
- 家族の負担にならないこと
- 痛みや苦しみが無いこと
- 少しでも長く生きること
- 好きなことができること
- 一人の時間が保てること
- 自分が経済的に困らないこと
- 家族が経済的に困らないこと
- その他（ ）

●これまでどのような人生を歩んでこられましたか？

例えば、あなたの人生で印象的だったこと、その理由を教えてください。

（ ）

2. これからの人生のことを考えてもらう

●これから取り組んでみたいことや人生の目標などを教えてください。

（ ）

3. ご本人が回復の見込みがない状態になった時のことを考えてもらう

●どこで生活したいですか？

- 自宅 子どもや孫、兄弟姉妹などの家
- 病院などの医療機関 わからない
- その他（ ）

●誰に助けてもらいたいですか？（いくつでも）

- 配偶者 子どもや孫、兄弟姉妹
- 医療や介護の専門職 友人 わからない
- その他（ ）

●病名を知らせてほしいですか？

- 病名・余命ともに教えてほしい 病名のみ教えてほしい
 家族などにまかせる 今はわからない
 その他 ()

●あなたが受けたい医療について、今の気持ちはどれに近いですか？

- 可能な限り延命治療を受けたい
 治療をまず受けて、それから考えたい
 延命よりも、痛みや苦しみを取り除く医療をしてほしい
 延命治療はせず、自然な形で最期を迎えたい
 今はわからない
 その他 ()

●延命治療を望まれる場合、どのような治療を希望されますか？

- 心臓マッサージなどの心肺蘇生
 希望する 希望しない わからない
- 延命のための人工呼吸
 希望する 希望しない わからない
- 中心静脈カテーテルによる栄養補給
 希望する 希望しない わからない
- 胃ろう、経鼻栄養などによる栄養補給
 希望する 希望しない わからない

●あなたが意思表示できなくなった場合に、あなたの意思や思いを代わりに伝えてくれる人は誰ですか？ その理由も教えてください。

()

●あなたの大切な人に伝えておきたいことは何ですか？

()

【Aさんの事例に見るACPの進め方の具体例】

● Aさんのプロフィール

- 70歳代の男性。
- 中等度認知症であり、末期心不全である（入院治療を経て施設へ退院）。
- かかりつけ医あり。
- 施設暮らしで、独身。時々いとこが訪ねてくる。遠方に姉がいる。

● はじめに：人生会議のきっかけ

施設の介護福祉士が、最近Aさんの体の調子が悪そうで心配になり声がけしたところ、Aさんから、「足がむくみ、体がだるい。動くと息切れがひどい」という心臓病の悪化を示唆する症状と「病院にだけは行きたくない。このままどうなってもいい」という言葉を聞くことができました。

介護福祉士は、Aさんは病院に行きたくないというけれど、状態が急に悪くなった場合、施設での看取りでは、Aさんが一人で苦しい思いをするおそれもあることが心配でした。そのため、最期の時までAさんらしく生きていくためにはどのような形がいいのか、Aさんに人生会議を開くことを提案しました。

● 人生会議のメンバー

Aさん、Aさんに関わる医療・介護職、ケアマネジャー、Aさんのいとこ、Aさんの姉

● 人生会議の経過

介護職「最近体調があまりよくないですね。かかりつけ医の先生に相談しましょうか？」

Aさん「病院には入院したくないので行きたくない。自分のことは自分が一番よくわかっている」

介護職「Aさんが大切に思っていること、大切にしたいことは何ですか？」

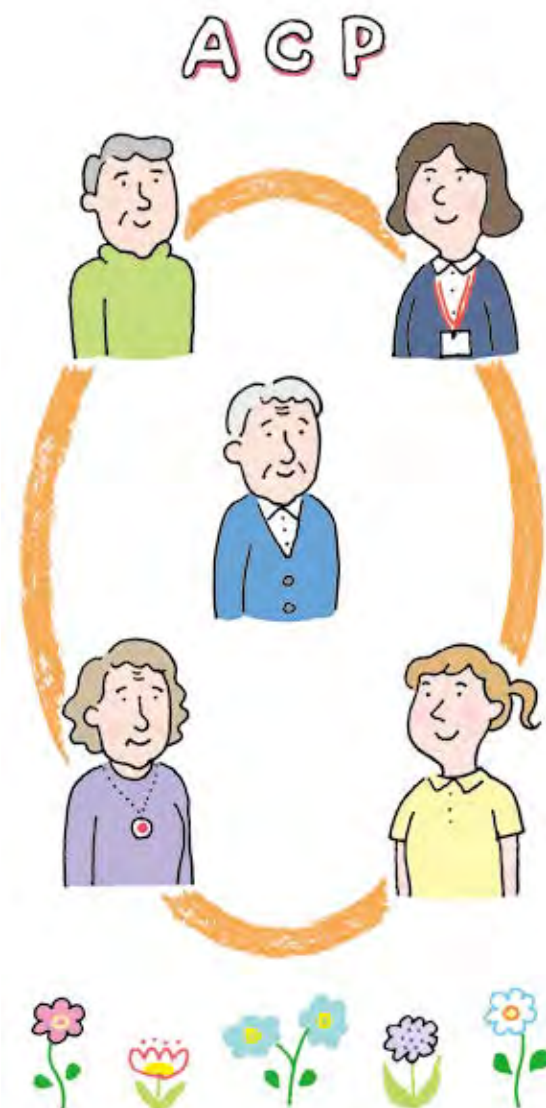
Aさん「老人ホームでおいしいものを食べていたい。誰にも迷惑はかけたくない」

Aさんの姉「自分の好き勝手ばかりしたほうが迷惑をかけるから入院がいいんじゃないの」

Aさんのいとこ「私はできる範囲で手伝うよ」

Aさん「自分の家でおいしいものを食べていたい。自分のペースで時間に縛られることなく過ごしたい。病院で死にたくない。最期までこの施設に居たい」

ケアマネジャー「施設でおいしいものを食べながら自由に過ごしたいのですね…」



医療職「Aさん、今以上に状態が悪くなった時はどのように考えますか?」

Aさん「それでも入院はしたくない。延命はしたくない。点滴などの管にはつながれたくない」

医療職「治療をすれば状態の回復が見込めるときも入院はしたくないですか?」

Aさん「それでも入院はしたくない。自然の形がいい。自分の心臓はもうよくなれないといわれている。好きなことができなければ延命治療してもきついだけ」



● 人生会議で共有されたAさんにとって大切なこと

- 住み慣れた施設で過ごしたい
- 状態が悪くなっても入院はしたくない
- 延命治療はしたくない
- おいしいものを食べたい
- 誰にも迷惑をかけたくない

● Aさんの人生会議で得られたもの

- Aさんの思いを皆で共有した
- 希望する生活を支えるために様々なプランを提案し、これからの生き方をAさんに選んでもらった
- Aさんの体調面を支えながら、希望通りの生活を続けてもらった

● おわりに

生活を支える様々なプランや、延命治療をしないなどの具体的な内容については、記録用紙にまとめられ、メンバーの確認後、Aさんがいる施設に保管されることになりました。

なお、この後もAさんの人生会議は何度か開催されましたが、体調がさらに悪くなるとAさんの気持ちに変化が見られました。

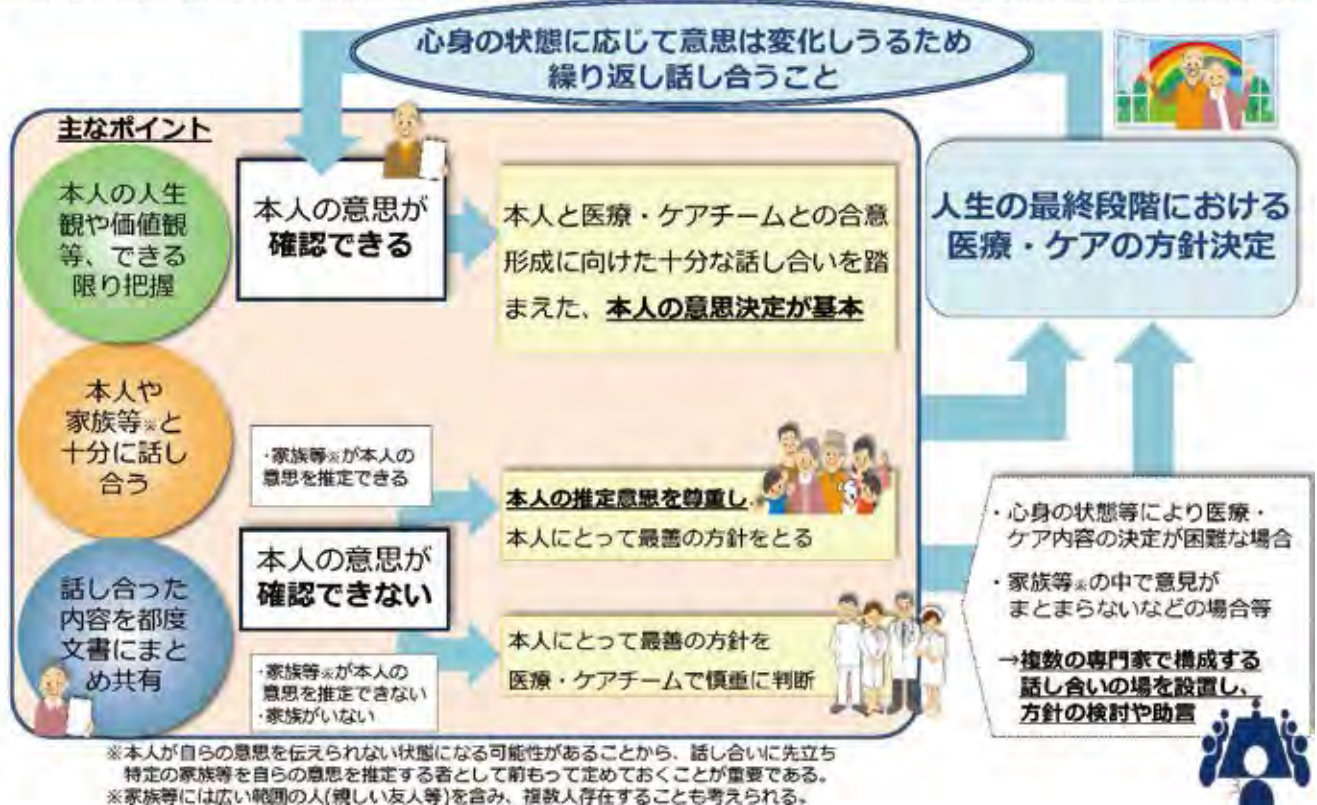
【人生会議(アドバンス・ケア・プランニング)に際して知っておいてほしいこと】

- ① 決定することが目的ではないこと
- ② いつでも決定は変更できること
- ③ 話し合いのプロセスが大事であること
- ④ 信頼構築の効果があること

図表4-4 人生の最終段階におけるガイドライン図（厚生労働省）

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



【ACPを取り入れた意思確認書の一例】

右ページは、意思確認書の一例です。家族との話し合いだけではACPとはなりません。本人を交えた話し合いが必要です。本人の意思を確認できない場合も、皆で推定したり、手がかりを見つけたりしましょう。定期的に話し合って作成しましょう。



新型コロナウイルス感染症を踏まえたACP（人生会議）

【コロナ流行期に何が問題となったか】

1. 面会制限で家族に会えなくなり、認知症が進んだ。
2. コロナ感染のため終の棲家と思っていた介護施設から病院へ移った。
3. 終末期に家族との面会が制限され、会えない家族や友人がいたこと。
4. いったん入院しコロナ感染は治癒したが、元の施設に入れなかったこと。
5. 集団で行われていた季節のイベントやボランティア活動がなくなり利用者さんの楽しみがなくなった。
6. ワクチン接種を希望されない高齢者に対するハラスメントの可能性が疑われた。

【利用者さんと家族の希望について段階を踏んで確認しましょう】

1. 本人の病状や身体精神状態の理解を確認しましょう。
「ご自分のご病気や体の具合をどう思われますか？」
2. 本人の病状や身体精神状態について、家族の理解を確認しましょう。
「ご家族様はご本人の状態をどう思われていますか？」
3. まずは本人や家族の感情を受け止めましょう。
「このような状態となって、さぞかし辛いお気持ちでしょう？ どうぞお気持ちをお聞かせください。」
4. オープンクエスション（YES / NO で答える質問でなく）で希望を聞いてみましょう。
「なんでもいいですから、今のご希望やしたくないことを教えてください。」
5. 人生の物語（ナラティブ）としての視点を考慮しましょう。
 - どのような環境に生活していたか？
 - どのような仕事に携わっていたか？
 - どのような性格であるのか？
 - 趣味や好みは？
 - 家族の中の立ち位置は？
 - 大きなイベントなど、生きる上の目標は？
 - 経済的状态は？
 - 命に対する認識は（死生観）？ 生きる意欲は？



【コロナ禍の中で人生の終末期をどう送るか話し合ってみましょう】

地域と国内の感染の状況、および、それぞれの患者さんがおかれた状況を考慮し、一律な感染対策を継続するのではなく、感染リスクと患者さん・家族のニーズの変化に応じた面会の方法と患者さん家族の交流のあり方の見直しを定期的に行いましょう。

- IT機器の活用によるオンラインでの面会や面談も活用しつつ、直接対面で交流する機会を必要に応じてできるだけ確保しましょう。
- 利用者さんの重篤度や必要性に応じて面会者の住居地域、人数、間柄、年齢、面会時間、面会方法、面会場所、ワクチン接種の有無などを考慮し、なるべく個別に面会制限を行いましょう。
- 地域の感染状況・・・ステージ、地域別感染者数、地域医師会や保健所との協議を行って、制限を設けましょう。
- 施設内のゾーニング（面会室の設置、利用者さん感染時は区域隔離、簡易的にプレハブなどを利用した隔離棟での見守り）を行い、最期まで看みましょう。

（一部、日本ホスピス緩和ケア協会が作成した「感染拡大防止の観点と患者・家族へのケアを考慮した、緩和ケア病棟での望ましい面会とケアのあり方の指針」を参考とした）

【参考文献】

1. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients: JAMA.1995;274 (20): 1591-1598.
2. 福岡県庁制作パンフレット「住み慣れた施設で最期まで暮らすということ」
https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/life/621428_61153592_misc.pdf
3. 新型コロナウイルス感染症流行期におけるホスピス・緩和ケア病棟での面会に関する基本的考え方. 日本ホスピス緩和ケア協会 2020年5月2日改訂
<https://www.hpcj.org/info/menkai.html>
4. コロナ禍における緩和ケア病棟での面会に関する新たな提案 感染対策と緩和ケアを両立するために. 日本ホスピス緩和ケア協会 2020年11月9日
https://www.hpcj.org/info/menkai_new.html
5. 緩和ケア病棟における COVID-19 の影響に関する第 2 回アンケート調査結果. 日本ホスピス緩和ケア協会 2021年11月
https://www.hpcj.org/info/covid19/covid19_pcuchosa202111.pdf
6. インターネット遺族調査の開始と課題. 宮下光令. 日本ホスピス緩和ケア協会緩和ケアデータベース委員会 2021年7月日本ホスピス緩和ケア協会総会資料
https://www.hpcj.org/info/covid19/2021soukai_miyashita.pdf
7. 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針. 令和3年11月19日 新型コロナウイルス感染症対策本部決定
https://corona.go.jp/expert-meeting/pdf/kihon_r_031119.pdf
8. 医療施設等における感染拡大防止に留意した面会の事例について. 厚生労働省発 事務連絡 令和3年11月24日
<https://www.mhlw.go.jp/content/000858255.pdf>
9. 感染再拡大（リバウンド）防止に向けた指標と考え方に関する提言. 新型コロナウイルス感染症対策分科会 令和3年4月15日
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/bunkakai/dai2/kansensaikakudaiboushi_shihyou_teigen.pdf
10. 内閣官房 新型コロナウイルス感染症対策 Web サイト
<https://corona.go.jp/>
11. 新たなレベル分類の考え方. 新型コロナウイルス感染症対策分科会 令和3年11月8日
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/bunkakai/dai10/newlevel_bunrui.pdf

ワンポイント column 人生会議の前に、本人や家族と情報共有しておきたい医療の知識

救命医療と延命措置の違い

<救命医療>

回復の見込みがあるときに生命を救うための治療。人工呼吸器や心臓マッサージなどを行います。医療者の判断で行います。

<延命措置>

回復の見込みがなく死が迫っている患者さんの生命を少しでも延ばすための医療。数時間～数日間の命を延ばすことができるかもしれませんが、患者さんにとっては苦痛な時間となる可能性があります。

人工呼吸器について

自分の力で呼吸ができないとき使用する器械。管を口から気管まで挿入（挿管）。苦痛を和らげるために薬で意識を下げるので、会話は困難となります。



心臓マッサージ(心肺蘇生法)について

心肺蘇生の一つで、胸部の圧迫を繰り返す方法。心臓や呼吸が停止した際に行います。圧迫によって肋骨の骨折が生じる場合があります。



栄養補給と水分補給について

高カロリー輸液や胃ろうなどのチューブを使って栄養補給や水分補給を行うことで、口から食事がとれなくても長期間生きることが可能になることがあります。

末梢静脈栄養 (PPN)

食べられない期間が
1週間～10日まで



中心静脈栄養 (TPN)

食べられない期間が
1週間以上



Chapter 5

体験談でみる 実際の介護現場

体験談でみる実際の介護現場

コロナ禍で感じた利用者の生活を支える重圧と 必要な覚悟 ～地域医療との連携の大切さ～

介護老人福祉施設ムネしんぐう 施設長 月俣 康雄

施設種類: 特別養護老人ホーム【2階建 全室個室（ユニットケアタイプ）】

利用者数: 40 名

職員数: 45 名（パート含む）【医師（非常勤嘱託医）・看護職員・介護職員・生活相談員・介護支援専門員・管理栄養士・機能訓練指導員・事務方職員】

【はじめに】

2020年1月初めのこと。報道等で何やら怪しい感染症の話が話題になるなか、それはまだまだ海外で起こっている「対岸の火事」だと思っていました。

しかし、日々更新されていく情報は、瞬く間に悪い方へと流れていき、これまでの私たちの生活が一変してしまったのは言うまでもありません。

【施設内での情報共有】

当初、季節的には、毎年迎えるインフルエンザの流行時期でもあり、施設ではこれまでの常識の範囲での感染症対策（インフルエンザ・ノロウイルス等）を行っていましたが、話題の感染症は、どのようなものかもあまり分からない、どうもそれだけでは危ういような、防ぎきれないようなという不安を抱えながら情報収集に努めていました。

福岡県内で地域をまたぎ施設を運営している当法人では、すぐに対応方法を検討する管理者会議を行ったものの、季節性インフルエンザへの対応を基軸とした内容しか討議できず、本当にこれで正解なのかという疑問を持ったまま日々を過ごすことになりました。また、その会議の在り方も、早期の段階でパソコン等を得意とする職員に頼り、テレビ会議（オンライン会議）に切り替えて実施していましたが、やはり一堂に会する会議の方がやりやすいと感じたものでした。色々なことが慌ただしく、そして不慣れなまま進むなか、一貫して話していたこと……それは、絶対に利用者の皆さんが感染しないように十分に気をつけよう、何としても守らなくてはというある種の「覚悟」と「決意」でした。また、そのためには職員が感染しないよう、持ち込まないよう、プライベートな生活までも節制し十分に気をつけようということでした。この時の本音をいま語るならば、絶対にそれぞれの事業実施地域や居住地において、感染者・感染施設1号にならないようにという思いを持っていたのは、言うまでもありません。

まず、色々な情報を整理。当初、メディアを中心に次から次に出てくる日頃使用しない用語（クラスター・ゾーニングなど）を正しく解釈することから始まり、福岡県を通じて送られてくる厚労省通知「介護保険最新情報」をチェックし、これまで使用していた感染症対応マニュアルの見直しを行いながらしばらく検証を重ね続けることとなりました。施設の管理者としては、しっかりと新しい情報を仕入れながら発信し、日々の業務に活かさなくてはいけないという「重圧」を感じる日々でした。利用者さんの検温はもちろんのこと、職員の出勤時の検温、体調不良時の申告、これまで以上の消毒を含めた環境整備や、手洗い・手指消毒などの実施……それが、2020年2月に「COVID-19」と名付けられた新型コロナウイルス感染症（以下コロナ）との最初の向き合い方でした。

【職員の待機基準】

なかでも一番頭を悩ませたのは、職員の待機（休ませる）基準でした。おかげさまでいいまいしょうか、当初利用者の皆さんに発熱を含む体調不良者はほぼいませんでした。だからこそ、ウイルスを持ち込まないために、職員の体調管理に敏感になっていました。特に発熱を含む風邪症状には注意を払っていたこともあり、「施設長！ 37度2分ですがどうしましょうか！ 出勤前は大丈夫だったのですが」というような検温結果を聞いた時に、「37度5分以下だから何とか大丈夫……いや待って！ 何か咳とか症状ない？ 体だるいとか。家族に発熱者いないよねえ」という問答を繰り返しながら「ちょっと15分くらいゆっくりして、もう1回熱測ってみて」「36度8分です。車の暖房が強すぎたのですかね」みたいなやりとりをしていたことを覚えています。

そんなに潤沢に職員を配置できるわけもなく、通常運営をしている施設では、その日の出勤者一人一人が利用者さんの生活を支えるキーマンです。その一人一人がいなければ、利用者さんのいつもの穏やかな生活は支えられません。その「人財」の体調管理には神経をすり減らし、祈るような思いで日々を過ごし、この「重圧」は2年たった今も変わらないなあと改めて感じています。

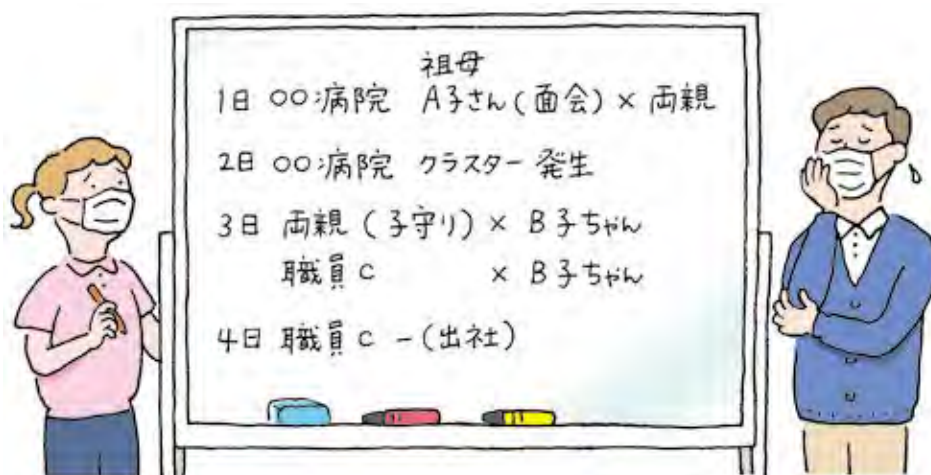
【職員の同居家族】

そんな心配は、職員だけではなく職員の同居家族の状況にまで至りました。季節性インフルエンザの対応もちろんそうでしたが、何といてもどのようなウイルスか詳細が分からない、タミフルを服用して少し休めばいいというようなものではありません。

そのようななか、濃厚接触者という言葉が頻繁に聞かれるようになりました。小中学校も感染対策における政府方針により臨時休校の措置をとりはじめました。当施設にも子育て中の職員が在籍し、学校に行けない子どものために休まなくてはいけないなど、勤務上の影響が出始めました。これから起こるであろう様々な事態に不安を抱えながら、利用者さんと職員を守る「覚悟」を改めて持った次第です。

【そのようななか、新型コロナウイルスを近くに感じる出来事が…】

「〇〇病院でクラスターが発生」という報道を聞き、県内だけど遠いからまあ大丈夫だろうと思っていた矢先、一本の電話が鳴りました。それは、職員の祖母が入院中の病院にクラスターが発生したという報告でした。当該職員は直接的に面会等に行っていませんが、職員の両親は病院に面会に行った経緯があり、当該職員の子どもを両親に預けて見てもらっていたときもあったとのこと。「面会に行っていた両親を含め、入院していた祖母が濃厚接触者なのかどうかも分からないがどうしたものか」と相談されました。関係性をホワイトボードに書き出し、時系列でそれぞれの接触の頻度を明らかにしながら、感染症対策委員会で協議したこともありました。



【職員の自宅待機】

それ以外にも、職員の子どもや同居の家族が発熱したと聞けば、まずは自宅待機とし、病院受診の状況や発熱等の症状を報告してもらい、出勤の有無を判断していました。いずれの場合も判断に苦労していたのは、職員の家族の職場や子どもの学校等での感染発生の場合、今後もしかしたら「家族」が濃厚接触者になるかもしれないという場面でした。

こうなってくると、色々なパターンで休む、休ませるという場面が出てきて、そのための基準や休ませた場合の保障の問題も出てきます。オンラインによるセミナー等でも学んできましたが、色々な考え方があるようで何が正解かははっきりせず、ただただ、とにかくウイルスを施設内に持ち込みたくない一心で過ごしていました。

このまま感染拡大が進んでいったとして、利用者さんを守るための施設（事業）運営は大丈夫だろうかという「重圧」に耐えながら、ここでも法人で決め、信じた道を進む「覚悟」を決めたところです。ただ、ここでふと思い返してみれば、当時、職員自身の発熱や、利用者さんの体調不良などはあまりなかったなということです。おそらく、これまで長きにわたり実践してきた感染対策以上に、マスクを着用し、消毒を含めた環境整備に努めた成果ではないかと考察するところです。

【衛生用品の不足】

初期の頃といえば、マスクをはじめとした衛生用品の不足には悩まされました。2020年の早い段階からマスクの入手が困難となり、その他防護具・予防着・プラスチックグローブ・消毒用アルコールなども入手困難や価格高騰があり、大変な苦労をしました。感染対策としてダメだと分かっているながらも、マスクやプラスチックグローブを惜しんで使用したり、防護具の代わりにビニール製のカップを購入したりして対応しました。

そのようななか、地域の活動で親交のあった福祉委員の方の好意により、ウレタンマスクが入手できたり、職員が手作りの布マスクを作ってきたり……。そういえば、国から布マスク（通称アベノマスク）の配布もありましたが、とにかく大変な苦労を強いられた時期がありました。何とかそのような時期を超えた時からは、少しずつではありますが衛生備品の備蓄も進めることができ、現在に至っています。そういえば、2020年のかなり早い段階で、職員一人一人にアルコール消毒用のミニボトルを支給し、とにかくプライベートでもいつでも消毒をこまめに行うようお願いしていました。

これらの衛生用品に関する件では、特に感染者が出た場合を想定した防護具などの着脱について、慣れていない職員も多くいたことから、福岡県を通じた研修動画などにより実際の訓練を行ったことを思い出します。

【地域交流と家族面会の大切さの再認識】

また、様々な活動等について、私たちの施設の特徴でもある地域交流や施設外活動も、全て中止となりました。施設の地域交流スペースを開放して行っていた地域住民のサロン活動をはじめ、施設に来て頂いていたボランティアの皆さんの受け入れ中止、隣接地域の皆さんと利用者さんとの施設外交流や、利用者さんの趣味趣向に合わせた施設外活動など、これまで醸成してきた施設と近隣地域の様々な繋がりもなくなってしまいました。時折かかってくるボランティアの皆さんからの電話には、感染対策のためであることを丁寧にお伝えし、ご理解頂きながら、励ましのお声も多数頂きました。そして何よりも、利用者さんと家族との面会ですら制限せざるを得ないという、何とも寂しい、そして悲しい措置を取らざるを得なかった事態は、今も継続しているところです。

とくに面会に関しては、緊急事態宣言の発令や、施設近隣の感染状況等を考慮し、全面禁止の措置から、対面式による面会やガラス越しの面会、リモート面会と、方法を使い分けて運用しているところ

です。当初の面会制限時には、「それはそうですよね。しょうがないですね」と理解を示す家族と、「そこまでする必要はあるのか。まあ、施設がそう言うなら従うけど」というような家族に分かれました。とても心苦しい思いをしながら、本日に至る長い期間、主としてはガラス越し面会を中心に続けてきました。

2021年10月の緊急事態宣言解除後は、久しぶりに対面式の面会を可とし、予約制10分間、指定の面会スペースで2名まで、当然マスクに手指消毒、発熱や風邪等の症状がないことという条件で行いました。みんな嬉しそうに手を握りながらの面会を楽しまれていました。感極まって泣く方もいれば、誰だか分からないためマスクをとって顔を見せたりする家族もいらっしやいました。「お話しするときはマスクを必ずつけてください」、そう声をかけながら、10分間という短い時間の面会を楽しまれる利用者さんを見てみると、早く自分も会いたいと思うことも。実は私自身も、要介護状態の父親を某施設に預けている家族の立場でもあり、痛いほど家族の心情が分かるため、何とも言い難い苦しい思いを今でもしているところです。

【事例1～利用者さんの発熱～】

そのような経過をたどってきましたが、初期の頃のある日、ひとりの利用者さんの顕著な発熱事例が発生しました。非常勤である嘱託医の指示により、抗生剤の点滴等の処置がなされ、熱が下がって快方に向かうと思われましたが、また発熱（最高38度5分）というように繰り返している状況でした。発熱があった時点で、自室での隔離による対応を開始していましたが、医師が常駐していないなか“もしかしてコロナ？ どうする！”という感じでした。

この状況がどうなっていくのかと不安を抱えていたところ、地域の協力医である原先生にご尽力頂き、粕屋医師会のドライブスルーPCR検査が受けられることになりました。まだ、保健所主導で検査等が進み、体制も潤沢ではなかったなか、検査を受けることによって感染の有無がはっきりします。「よかった」と思う気持ちと、もし陽性だったらどうなる……という「大きな不安」が頭のなかを行ったり来たりしました。送迎車両を運転して検査に向かう相談員も緊張の面持ちで出発し、祈るような気持ちで送り出した時には、悪い方の結果が出た場合の「覚悟」をしたことを覚えています。

この事例では「検査結果は陰性」ということで、その後の対応においても、検査前に抱えていた感染不安や心配をある程度払拭することができたのですが、以後も、様々なケースで原先生に相談させて頂きながら、結果として何事もなく本日までに至っており、感謝しきりの毎日です。

ここで思うのは、医師が常駐していない施設にとって、地域医療との連携ほど心強いものはないということです。当然、救急を要する場面での受診は一直線に救急医療の方に向かいますが、高齢者施設においてはそうでないケースの方が多く、本人らしく施設での生活を続けて頂くためには、嘱託医による健康管理からのバトンを受けて、次の段階での診療をして頂ける地域の先生方の存在が大きいのだと思います。コロナ禍においては、まさにそれを感じてきたところです。



【事例2～新規利用者さんのご家族が……～】

そういえば、こんなこともありました。新規利用者さんを迎えたあと、その利用者さんのご家族がコロナ陽性となった案件です。〇〇病院から新規利用された本人は、入院中の病院の面会制限があり、直接的に家族との接点がないまま当施設を利用されたわけですが、当施設の生活相談員は説明や契約のこともあり、ご家族との接点がありました。もちろんお互いマスクとフェイスガードをしていましたし、飛沫が飛び交うような状況での会話はそんなになされていません。しかし、保健所の認定として、当施設の生活相談員は福祉施設職員であることも考慮し、濃厚接触者と認定するので検査を受けてほしいとのこと。「ええ～、それで濃厚接触者になるんだなあ」と驚いた記憶があります。

保健所から施設あてに連絡があったのは、ある日曜日だったと思います。生活相談員に連絡を入れ、保健所と直接やり取りをしてもらうことにしました。この瞬間から、また不安な時間が経過します。当該の生活相談員には、小さな子どもを含めた家族がいます。申し訳ない気持ちと、「万が一の事態があったら施設はどうなる」という「不安と重圧」で押しつぶされそうな心境になりました。一方で、事前に取り決めていた感染者が出た場合の対応を発動する「覚悟」もしていました。

この案件の結果は陰性でした。本音を言えば、状況から「まあ大丈夫だろう」という気持ちも多少はありましたが、保健所から認定され検査を受けるというのは、心地のよいものではありません。やはりPCR検査を受けるということ自体が、大きな不安と心配をもたらし、それから周りへの影響を考えてしまうものでありました。



【地域医療機関との連携で円滑に行えたワクチン接種】

2021年に入り、私たち介護施設の周りでも「ワクチン接種」の話が進むようになっていくなか、色々な情報から「大きな期待」や「不安」を抱えていました。高齢者の皆さんの生活を守るため、ワクチン接種の機会を早く持ちたい一方で、副反応などは大丈夫だろうかという心配があったのは、皆さんも同じことだろうと思います。

当施設がある糟屋郡新宮町においては、2021年2月という比較的早い段階で、ワクチン接種に関する説明会があり、接種に向けた「覚悟」を決め、スケジュール調整等に入っていました。意外に利用者さんの皆さんとご家族様は「期待」しての接種希望が多かったのですが、職員については「どうしよう」という迷いの声が多くありました。そのようななか、町の説明では、接種する医療機関の確保や打ち合わせ等は施設内で行ってくださいということでした。初めて経験するワクチン接種のため、色々な心配を抱えていたなか、この場面においても、日常から顔の見える関係でご協力頂いている原先生のもと、速やかに接種が進められたのは言うまでもありません。また現在では、無事に3回目の接種も終えたところです。あらためて、日常からの地域医療機関との連携の大切さを感じたワクチン接種でありました。

【BCPの見直し】

このようなことを何度となく経験してきたいま、改めてBCP（業務継続計画）に目を通し、これでいいのかと検証し、話し合いを行っています。国の方からは、コロナだけではなく、自然災害におけるBCPも求められています。2020年の当初から作成し、見直しを繰り返してきましたが、いまでも思うのは、実際の有事の際に、この職員配置と流れで利用者さんを守っていけるのだろうか……そんなことをいつも考えています。

これまでの2年間、クラスターが起きた施設の窮状を報道などで知り、また横のつながりでも耳にしてきましたが、こればかりは経験してみないと分からない、どこまでもつらいご苦労があっただろうなと思いを馳せています。

現在進行形でコロナに向き合いながら、いまでも毎月実施している職員のPCR検査では、結果が出るまで眠れないほどの怖さを感じています。職員に陽性者が出たらどの範囲で休ませるのか、ベテラン職員に陽性者が出たらやりくりできるか、などといった不安にかられています。一方、発熱した利用者さんは、原先生のご協力のもと、早期にコロナの判定がなされ、円滑に次の治療へと向かっています。この点に関してはある種の安心を覚えています。陽性者が出た場合は大変という危機感は常に持っています。いまでも日々様々な「覚悟」を持って決定し、取り組んでいるところです。

【最後に】

いまでも変わらずに思い続けていること。それは絶対に利用者の皆さんが感染しないよう十分に気をつけよう、何としても守らなくては、という「覚悟」と「決意」です。これまでの期間、不安な思いが中心にあった「覚悟」と「決意」は、地域医療の協力のもと、時間を追うごとに安心できる「覚悟」と「決意」へと熟成されています。そして何よりも、実際にこの現場から去ることなく勤務を続けてくれている職員一同により施設が成り立っていることを述べさせて頂き、改めて感謝申し上げる次第です。

そしてこの間、コロナに立ち向かってきた全ての関係者の皆さんへ。たまには頑張っている自分自身と近しい人を^{ねが}い合ひましょう。そして、また「覚悟」と「決意」を持って日々を進んでいきましょう。

クラスタの発生から収束までの経緯 ～クラスタが発生したらわかるけど、発生したらもう遅い～

元：金隈老人保健施設フラワーハウス博多看護・介護部長 川本 和子

【はじめに】

2021年1月21日から当施設でクラスタが発生したことにより、利用者さんが重症化し、生死にかかわる事態が生じました。この現状を目の当たりにし、二度と同じことを繰り返してはいけないという意識が、職員の中に芽生えました。そこから、感染予防対策に対する危機管理意識の改善がみられるようになりまし。日々の感染予防対策に関する注意喚起や、感染予防対策委員からの発信により、感染予防対策が実施されていたと想像していましたが、クラスタが発生したことにより、実施していなかったことが明らかになりました。感染予防対策がきちんと実施できていると過信していたのです。以下にクラスタ発生から収束まで、どのような状況となったかについて紹介します。

【施設概要】

職員数：令和4年1月1日現在

常勤医	1名
薬剤師	1名
非常勤医	2名
看護職	16名
介護職	48名
リハビリ職	11名
支援相談員	4名
栄養事務職	7名
合計	90名

フロア別利用者定員数：138名

		2人部屋	4人部屋
2階	28名	○	○
3階	28名	○	○
4階	28名	○	○
5階	26名	○	○
6階	28名	○	○
合計	138名	—	—

感染予防対策委員会：月1回実施

	クラスタ発生前	クラスタ発生後
必須勉強会	年2回の各フロア勉強会（食中毒、季節性インフルエンザ、ノロウイルス）	変更なし
各種マニュアル見直し	各フロア委員が、各種マニュアルの改訂箇所を確認し、持ち寄る。	変更なし
標準予防策	個人用防護具の手順、新型コロナウイルス感染症（以下コロナ）の資料を基に施設に合ったマニュアル作成。	個人用防護具の装着を、各自できているかチェックシートで確認。 新型コロナウイルス感染予防対策チェックリスト ①家庭での3密が回避できているか ②業務にあたっての感染予防策（手洗い、マスク、消毒液の使用）ができているか ※職種により、業務内容も違うため、チェックリストの内容に違いがある。

【クラスター発生から収束まで】

日付	事象と対応	心の声
2021年 1/13	3階認知症対応フロアで、寝たきり利用者1名、有熱症状のため、施設長（医師）指示にてカーテン隔離。施設内でPCR検査のため唾液採取実施。	念のために唾液（PCR）検査をしておこう。
1/16	PCR検査結果陰性。陰性後も隔離は継続した。	安堵する。
1/20	3階利用者6名、有熱症状の報告（独歩:2名、車椅子自操:2名、車椅子介助:2名）。施設長に報告、隔離指示。独歩2名の方は、認知症状のため、マスク着用や隔離の指示が通らない状況だった。	コロナだったら、どうしよう。
1/21	有熱者6名のうち、移動可能な利用者4名を、施設車で近医クリニック受診。車内で抗原検査を実施の結果、全員陽性と判明。クリニック医から、既に蔓延の可能性は大きいと指摘。 保健所に届け出。通所入所リハビリ中止、コロナ感染対策委員会立ち上げ。 保健所の指示で、3階の利用者全員と、職員全員の <u>鼻腔</u> 採取のPCR検査実施。	
1/22	1階医務室で、時系列形式で検査日、検査の結果、症状の有無をホワイトボードに記載し、情報共有。 電話で全利用者の家族に相談員、管理者から説明。説明は、「施設内で新型コロナウイルス感染症が発生した。保健所指導のもとで現在経過観察中である」で統一した。 2件クレーム的な言動があったため、窓口は相談員に1本化した方がよいと管理者が考えた。	
1/23	保健所から、鼻腔採取のPCR検査の結果、利用者13名、無症状の職員5名の陽性が判明。 16日の段階でPCR検査陰性の利用者も陽性だった。 保健所より、3階フロアは利用者全員が陽性と考え、対応するように指導を受けた。 感染した職員は、自宅待機させ、各自保健所の指示を待った。無症状の職員は、陽性が判明するまで、通常業務に従事していた。 感染フロア対応チームを編成し、立ち上げた。事前に、コロナ対応の希望について面接し、対象者は決定していた。 3階は、認知症対応フロアのため、独歩の利用者は、他の部屋に入ったり、マスクを外したりした。酸素吸入の装着も外し、医療ケア継続が困難な状況であった。 保健所、施設長から、おむつ交換時、食事介助時に感染した可能性があるといわれる。	保健所からの電話を持つ手が震え、ノートに名前を書くのが精いっぱい。 ずっと眠れない日々が続くのか。

日付	事象と対応	心の声
1/26	<p>施設長から、行政へ医師の応援依頼をしたが、対応困難とのこと。施設長のみで対応に追われていた。施設長は、看護部からの報告をもとに指示を出し、診察が必要な場合は、個人用防護具（PPE）を装着にて診察し、現場で判断を下していた。</p> <p>認知症の利用者で、徘徊がひどくエレベータを使用しようとする方が隔離となり、対応が困難なため、家族と相談のうえ、向精神薬服用で経過観察とした事例があった。</p>	
1/27	<p>1回目コロナ陽性の利用者で、基礎疾患のある数名が酸素飽和度が低下し、簡易ポンペを交換しながら、必死に医療的ケアを継続。保健所へ入院を相談するが、回答は「医療ひっ迫状況で、多くの入院待機者が順番を待っている」とのこと。そのため、施設療養となる。</p> <p>利用者の感染増加と、多数職員感染のため、夜間の応援体制を3名から、2名へと減員せざるをえなかった。</p>	<p>このまま、施設で亡くなったらと不安になる。</p> <p>さらに感染者が増えれば、業務が回らなくなると不安が募る。</p>
1/28	<p>福岡市から、九州医療センター ICT（感染制御チーム）派遣。</p> <p>1. 個人用防護具（PPE）の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ● マスクの着用で N95 とサージカルマスクのつけ方が間違っていた。（サージカルマスクの上に、N95 を装着していた） <p>2. 消毒液の配置箇所を増やす</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 職員用消毒液は、容量を増やし、250mL のポシェットタイプとする。 ● 職員通用口の前、エレベータ前に設置。 ● 「1 ケア1 手洗い」の徹底。 <p><九州医療センター ICT から> 「必ず落ち着くときが来るので、それまで頑張ってください」</p> <p><九州医療センター ICT の指導を受けて実感したこと> 個人用防護具については、各フロアの感染委員が中心となり、各自シミュレーションでチェックシートを使用し、実施していたが、実施の仕方に個人差がかなりあることがわかった。 消毒液は、実地指導のもと「ここまで徹底しないと防げない」と思った。石けんによる手洗いよりも、まず消毒用アルコールで「1 ケア1 手洗い」することにより、感染拡大を防げることがあらためてわかった。</p>	<p>専門家チームの派遣は心強く、涙が出そうなくらいありがたい。</p> <p>職員の顔に少し安心感が見える。</p>

日付	事象と対応	心の声
1/30	<p>1月21日にコロナ陽性が判明した独歩の2名は、酸素飽和度が80%台まで低下しても、酸素マスクを外してしまう。そのうち1名の利用者は、入所時の聞き取りでは、「施設内での看取り」となっていたが、状態を家族に報告すると、「入院治療を希望」と聞き、愕然とした。</p> <p>夜間1名、朝1名を緊急搬送し、入院となる。</p>	<p>家族は、状況によってACP（人生会議）が変わることがあるのだと思う。</p> <p>入院できたことに感謝する。</p>
1/31	<p>6階フロアにも、感染拡大。3階感染フロアを隔離フロアとして対応。あらたな陽性利用者3名は、3階隔離フロアに移動。6階フロアは、全職員に鼻腔採取のPCR検査の実施を指示。結果は全員陰性。</p> <p>事前（入所時）に、看取りのことは家族に聞いていたが、1月30日のことがあったため、対象のご家族（入所時に看取りを希望された家族）に治療を希望されるかどうかを確認したところ、全員が施設内での看取りを希望された。</p>	<p>管理者は安堵、現場は、「看取りが増える?」</p>
2/1	<p>3階隔離フロアの利用者1名が、酸素飽和度80%まで低下し入院。基礎疾患がある利用者の家族に、入院治療の希望の有無を確認する（確認は2回目）。入院することによる認知症の進行が心配なため、できる限り施設内での療養を希望する家族もあった。</p>	<p>（家族の考えを）確認できて安心。</p>
2/3	<p>3階隔離フロアで、コロナ陽性となった看取り希望の利用者家族（キーパーソン）がコロナ治療を要望された。保健所にその旨を連絡するが、「優先順位があり、早期入院は困難」とのこと。</p> <p>以下のことも保健所へ相談した。</p> <p><保健所に相談した内容> 非感染フロアも職員数が足りず、通常業務が困難な状況のため、掛け持ちはできないか。</p> <p><保健所回答> 感染拡大予防のため、掛け持ちは困難である。</p> <p>施設として、リハビリ、相談員の職種にも応援体制協力を依頼。</p> <p>利用者の家族へ3回目の意向確認。入院を希望するか、人工呼吸器使用、蘇生、エクモまで希望するか、家族で話し合い、決めて頂くよう依頼。</p> <p>この間、療養中の3階担当職員に、電話にて、復帰後、経験を活かし、感染フロアの業務応援を打診した。職員は快く引き受けてくれ、業務に従事してもらった。</p>	<p>保健所と話ができてよかったが、だんだんと追い詰められていく感じ。</p> <p>保健所の指導が、唯一の拠り所で頼りである。保健所は一筋の希望で感謝しかない。</p>

日付	事象と対応	心の声
2/4~ 2/12	3階、5階、6階フロアは、散発的に0～2名、陽性者が判明。保健所に隔離解除対象者リストを報告しながら、隔離フロアから自室へ戻れるか、保健所に判断を仰いだ。	早く収束してほしいと願う。集団発生よりも、時間を空けての散発の時の方が良かった。これ以上はもう限界。
2/25	保健所から完全収束の指示となったが、結果は利用者45名（内10名入院）、職員12名の大クラスターであった。	みんな本当に一丸となって、嫌な顔をせずに働いてくれたことにより、44日間で収束する。



【家族との対応】

<家族の声>

「何か月も会えないで我慢しているのになぜ起きたのか、施設はどんなやり方をしていたのか」

「もし、死んだら施設の責任だから」

「コロナの葬儀で、葬儀社から、葬儀代とは別にコロナ感染予防策のための費用を請求されたので、施設が代わりに支払ってほしい」



<相談レベル>

施設の対応を以下のように行った。(コロナ発症前からの決定)

レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
相談員	管理職	事務長	施設長
第一の相談窓口	相談員の対応で納得しない場合	金銭を含む要求の場合	医師の説明が必要な場合

【振り返って思うこと】

- 感染したフロアで勤務していた職員の中で、家族があり、帰宅困難な対象者は、法人所有の宿舎以外に協力病院の宿舎を借りた。食事の援助、危険手当、労災等の援助も実施した。
- 職員のストレスを考え、コミュニケーションアプリである「LINE」を利用し、意思疎通をはかった。
- 施設でクラスターが収束したあと、入院先でお亡くなりになった方のお宅へ焼香に伺った際、ご家族が施設に対して非難する言動はなかった。「二度と同じことを起こさないでほしい」とのご家族からの言葉で涙が止まらなかった。
- 施設長から、クラスター発生後、一度も私たち職員を責めることなく、「よくやっている」との慰労の言葉を頂き、それが唯一の心の拠り所となった。

【おわりに】

ひとたびクラスターが発生すると、施設の職員は強い緊張感に包まれ、収束までの忍耐が必要となります。いままで学んだ知識・技術だけでは、この危機を乗り越えられないと気づきました。そして一番大切なことは、「心の中の自分自身を見つめ、互いが相手のために何ができるか、相手に感謝しようという気持ちをもって支え合うことだ」と気づかされました。「知識・技術」と「相手のため」が一つになったとき、コミュニケーションが生まれ、本来の感染症予防対策ができるのではないかと思います。

最後に保健所の皆様には、業務ひっ迫中にもかかわらず、一つ一つ適切なアドバイスを頂いた結果、短期収束ができましたことを心から感謝申し上げます。

今後、地域、医療機関及び介護施設が、さらなる連携を取りながら一体化することで、ウイルスと共生できる未来が訪れることを期待しています。

介護現場のための 感染症対策ガイドブック

作成委員会委員

- 黒岩 三佳 福岡東医療センター血液・腫瘍内科部長
的野 多加志 飯塚病院感染症科部長
原 速 粕屋医師会副会長／原外科医院
山口 征啓 感染症専門医、コネクト合同会社CEO
高田 昇平 福岡東医療センター呼吸器内科統括診療部長
川本 和子 元：金隈老人保健施設フラワーハウス博多看護・介護部長
月俣 康雄 介護老人福祉施設ムネしんぐう施設長
矢津 剛 矢津内科消化器科クリニック
上野 道雄 福岡県医師会参与／福岡県新型コロナウイルス感染症調整本部長
蓮澤 浩明 福岡県医師会会長／大牟田保養院
瀬戸 裕司 福岡県医師会専務理事／ゆう心と体のクリニック
桑野 恭行 福岡県医師会常任理事／自由ヶ丘クリニック
辻 裕二 福岡県医師会常任理事／辻内科クリニック
岩田 定幸 福岡県医師会常任理事／いわた医院
原 祐一 福岡県医師会理事／よつばの杜クリニック
香月 きょう子 福岡県医師会理事／池田医院
西 秀博 福岡県医師会理事／西内科医院

(順不同)

発行者

公益社団法人 福岡県医師会
〒812-8551福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 4F
TEL 092-431-4564

印刷 株式会社東京法規出版

令和4年3月発行



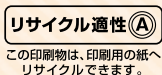
とびうめネット
マスコットキャラクター
うめこ先生

この書籍の電子ブック版を
福岡県医師会ホームページでご覧になれます



福岡県医師会ホームページアドレス：<https://www.fukuoka.med.or.jp/>

発行：令和4年3月 公益社団法人 福岡県医師会



この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。

