

## 「療養型病院におけるクラスター発生の支援と受援」

### 挨拶・講師紹介

○司会 大変長らくお待たせしました。定刻となりましたので、ただいまより、前回3月18日に開催した第1回ウェブセミナー「高齢者施設等における感染やクラスター発生時の対応」に引き続き、第2回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部主催のウェブセミナー「療養型病院におけるクラスター発生の支援と受援」を開催します。

本日は、大変御多忙の中、たくさんの皆様に御参加いただき、誠に感謝申し上げます。

私は、本日、司会進行を務めさせていただきます、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部地域支援班の寺谷と申します。どうぞよろしくお願ひします。

まず初めに、厚生労働省コロナ対策本部地域支援班班長地域保健福祉施策特別分析官の佐々木分析官から挨拶をさせていただきます。

○佐々木分析官 厚生労働省の佐々木でございます。本日はどうもありがとうございます。

感染状況としては全国的に拡大していて、非常に厳しい状況が続いております。4県には緊急事態宣言が発令されて、様々に対策の強化がなされているところでございますけれども、今日のウェブセミナーにおきましては日本医師会にも御協力をいただきまして、共催という形で開催させていただいております。

「高齢者施設等における感染やクラスター発生時の対応」ということで、療養型病院をテーマに具体的な支援例、あるいは活動の実践、ケーススタディーを交えるなど、できるだけ現場の実践につながるような形で御講演をいただいて、今後の対応の参考としていただきたいと思いますと考えております。

なお、一部、第1回のセミナーと同じものをウェブで配信させていただいておりますけれども、質疑応答の時間を設けておりますので、初めて見ていただいた方、あるいは一度見ていただいて改めて疑問になった点など、質疑応答の中で御議論をさせていただければと考えております。

厚生労働省といたしましては、2月10日に事務連絡を発出いたしまして、高齢者施設等の支援チームの設置、運営につきまして各都道府県のほうにお願いをしているところでございます。この支援チームの設置、運営に資するよう、2月下旬には研修教材の一部を厚生労働省コロナ本部、老健局、渉外部の3部局連名で各自治体に送付いたしております。現時点で、ほぼ全ての都道府県で支援チームの設置ないしそれに準じた形での活動が行われていると承知しておりますけれども、実践を積み重ねていただいて、いろいろ改善すべき点もあろうかと思ひます。本日のウェブセミナーの講演内容も参考としていただきまして、今後とも支援チームの設置、運営に御協力いただきますよう、よろしくお願ひ申し上げます。

げます。

また、厚生労働省本部におきましては、各自治体に検証を行っておりまして、これまでも多数の自治体で既に検証を実施するとともに、要望に応じて今後も研修を開催予定でございますので、研修の実施などにつきまして御相談がございましたら、御相談いただければと思っております。

感染が非常に厳しい状況でございますけれども、充実させて、国民の健康と命を守っていきたくて考えておりますので、よろしくお願い申し上げます。

私からは以上でございます。

○司会 ありがとうございます。

本日のスケジュールを簡単に御説明してまいります。

本日は、講師の方々に御挨拶いただいた後に、まずは前回のビデオを一部使いまして、近藤先生、松田先生にクラスター発生施設への支援の実際の教訓についてお話しいただきます。その後、クラスター発生施設の対応と受援、今度は衛生文化協会城西病院の玉城先生にもお話をいただきたいと思います。

本日は以上3名の先生に御講演いただきますが、近藤先生、松田先生の説明パートについては前回のセミナー動画を配信しつつも、その後に質疑応答をさせていただきます。

また、質疑応答で対応できなかったことに関しては、セミナー終了後にホームページから質問を受け付けておりますので、そちらも御活用ください。なお、ホームページにはユーザーの概要欄のURLからアクセスできます。

それでは、「クラスター発生施設への支援と実際の教訓～事例紹介、早期介入の意義、施設等受入例の事前準備等～」について、近藤先生、松田先生の講演をまず流してまいります。

クラスター発生施設への支援の実際と教訓 ～事例紹介、早期介入の意義、施設等受入側の事前準備等～

【近藤久禎 様・松田宏樹 様（厚労省本部地域支援班DMAT、日本DMAT事務局）】

○近藤氏 皆さん、よろしくお願いいたします。DMAT事務局の近藤です。よろしくお願いいたします。

それでは、画面を共有させていただきたいと思っております。

今回は我々DMATの対応の中から、新型コロナ対応において、いかに病院、今回は施設を含めてということでございますが、支援が必要かということについて、重要かということについてお話しさせていただきたいと思っております。

今回、我々が申し上げさせていただきますけれども、この内容自体は今回現場対応をしてきた我々DMATの所見が中心でございますので、現場からの声という観点でお聞きいただければと思っております。

DMATはもともと災害派遣医療チームでございます。中越沖地震を皮切りに、東日本大震災、熊本地震、地震や豪雨等々の災害に対応してきたところでございますが、令和2年以降は新型コロナウイルスの感染にも対応してございます。

DMAT自体は、もともと防ぎ得る災害による死亡の低減を目的に組織されてきたチームでございます。ただ、一般の方々によくDMATと言うと、救命医療を提供していくのだとか、瓦礫の下に潜って行って医療をするというようなイメージがまだおありかなと思っておりますが、実は我々がやっていることはそもそも全然違います。我々DMATの教育の中心となる思想はCSCATTTと言われるものでございますが、医療活動を行う前に、まずは災害医療体制をしっかり整えてから医療活動をやるのですよという話になってございます。

とりわけ実際の活動としては、都道府県や災害拠点病院などに本部を設置して、そこで地域の医療機関の被害状況を集約していく。そして、被害のありそうな被災している医療機関や施設を訪問して、実際にどんなことに困っているのだろうかということを知って、ライフライン等が途絶しているのであればいかに物資を病院に入れていくか、電気をどうやって通していくか、また、患者さんがあふれているようであれば搬送支援、診療人員が足りないようであれば診療支援をやるということで、困り事に応じて適切な支援を行っていく、これがDMATの基本的な考え方であります。

つまり、DMATというのはDisaster Medical Assistant Teamと言われておりますが、これは被災地の医療を支援するチームだということでありまして、すなわち、被災地の医療従事者を支援することでありまして、DMATが被災地の医療従事者を押しつけて、常に精いっぱい活動されている医療従事者を押しつけて自分たちがそこで目立ちに行く、このような活動は否定されているわけでありまして、被災地の医療従事者にしっかり寄り添って、医療機関を支えることが目的だと、我々の研修でも教えているところでございます。

このような言葉もございます。「私は、飾り石のような華やかな人間となるより裏石のように目立たずとも人々を支える人間になることを望みます」と。昔の日赤救護班の看護師さんが言われていた言葉でございますが、我々が被災地に行くときには、必ずこういう心構えで行くのですよということ。これは通常の災害時もDMAT隊にいつも徹底しているところでございます。

こういうDMATが新型コロナに対応することになったということでございますが、どうもダイヤモンド・プリンセス号が来たところから対応を始めたのではないかとされている方もいらっしゃるかもしれませんが、実はその前、武漢からのチャーター便が帰国する際、その健康管理を担うチームがないということで、当時の首相より災害時の枠組みでこれを対応しなさいという指示がございました。この指示に基づいて、実は武漢からのチャーター便の健康管理を宿泊施設等で始めていました。始めてちょうど1週間ぐらいたった頃から、ダイヤモンド・プリンセス号の対応が始まったということでございます。

ダイヤモンド・プリンセス号の対応を考えた際、一番最初に私どもの頭をよぎったのは、今から10年前の出来事でございます。福島原発事故でした。このときの被曝医療は、厚

生労働省の所管でない、システムが違う、事前に教育されていない、想定されていない、様々な言葉の中で、20キロ圏内からの避難にDMATは関わることはできませんでした。その結果、440名の入院患者さんがこのときに避難を行われたわけではありますが、45名以上が搬送途上で命を落とした。右側のスライドにございますけれども、ここで寝ている方々、こういうバスの中で実際に命を落とされる方が非常にたくさん出てしまったということ。

これは後の話にも関連しますが、そのときも、この方々はどうせ亡くなってしまう人なのだから、そこを助けても意味がないのではないかという議論がありました。ただ、あのときの状況で、このようなバスの中で野垂れ死にする、そういう話でよかったのだろうか。災害時であっても防げる悲劇、尊厳のある死亡、こういうことを守っていくことが非常に重要なのではないかということを感じかせていただいた案件でもございます。

その後、もう一度同じようなことが福島で起きようとして、これは本当にダイヤモンド・プリンセス号とそっくりな事案ではありますが、20～30キロ圏内が屋内退避という形で、そこにある5病院3福祉施設がまさに外からの交通が一切なくなる、補給が一切なくなるという孤立した状態になりました。今度はDMATをしっかり動員して、医療搬送をしっかり行おうという合い言葉の下、DMAT22隊を動員しまして、中継拠点を設けまして、そこからしっかり医療搬送するという事で、受入側の調整も全部統括DMATが担うという形で、509名の方をこれだけの都道府県に搬送しました。この時点においては、搬送途上の死亡はゼロに抑えることができたということがございます。我々の頭をよぎったのはこの案件でありました。

実際、ダイヤモンド・プリンセス号のDMATの活動の概要をここに示します。勝負は実は3日、少なくとも1週間ぐらいでついているということが我々の見解です。

まず、我々が当時入った当初は、とにかく1日60名以上の発熱している患者さんが出てくる。私は発熱しているからお医者さんに診てほしいというふうに乗客の方々が訴えるのですが、その方を実際に診るには3～4日かかってしまうというような状況である。定期処方が必要な人が2,000人いる。そのうち生命に影響する処方が1,500名以上いる。けれども、なかなか処方が届かない。まずこの状況を何とかしようと。全ての有症状者に対してとにかく診察をする。そして、船内生活に耐えられない方を下ろす。また、何とか処方を回す。この2つのことを大きな目標にしまして、これを11日までに完了しております。

その後、果たして緊急搬送が必要な人をどのように見つけ出して、特に重症の患者さんは神奈川へ、PCR陽性で症状が軽い人は遠くに、ハイリスクの人は宿泊施設に下ろしていく。また、そういうハイリスクやPCR陽性を見つけるためにも必要なPCRの検査を誰がやるのか。結局、自衛隊がやることになったのですが、おのおのの役割分担をしっかりと決めて、ある意味ルーチン化していくという流れを2月15日まで、1週間ぐらいかけて確立しました。その後は下船に向けた要件が提示されましたので、それに向けて淡々と下船のオペレーションをやっていく。このような流れでダイヤモンド・プリンセス号の我々の活動をやっていたわけでございます。

我々が特に重視しましたのは、最初はとにかく感染拡大防止、検疫をしっかりやるというところに要件が偏り過ぎていたという状態でありましたけれども、今の需給バランス等を考えると、まずは救命医療を優先させようと。とにかく症状がある方への診察を一刻も早くできるような体制をつくろうということで、このような活動の優先順位とカテゴリー分けをつくって活動したわけでございます。

実際、11日までの緊急対応の時間にDMAT140名を集中させて、何とかこの緊急対応を乗り切りました。そしてその後、15日までかけて、何とか船内の状況を安定化させるということ。実際、15日以降、新規の熱発患者さんとか新規に緊急搬送が必要な方はおおむね10人以下で抑えることができまして、安定化を果たしたと考えております。その後、下船に向けた対応、PCR陰性者の下船対応をやりまして、最終的には乗客を降ろして、3月1日をもってこの活動全体を終わっております。これに関してDMAT総動員数では、472名のDMATを動員しております。

結果でございますけれども、平均年齢69歳という乗客の年齢層でございましたが、死亡率2.3%ということを見ると、今の数字と照らし合わせても決して悪くなかった。関連死亡は我々が一番恐れていたものであります。これもゼロにできたということ。また、この際、搬送に至っては仙台から大阪までかなり広い範囲に搬送しました。そういうこともあって、神奈川県内の医療崩壊を防いだ。様々な成果を得られたオペレーションだったのではないかと考えてございます。

そういう意味で、我々がダイヤモンド・プリンセス号の中で何か特別なことをしたのかということ、決してそういうわけではない。調整体制をしっかり敷いて、被災地の医療機関、つまりこのときはダイヤモンド・プリンセス号の中の医療機関、メディカルセンターというのがありましたけれども、これをしっかり支えて、そこが困っていることをしっかり補っていくのだということ。そして大量の患者さんへの対応をしていく。さらに、離散していくような家族の方がいて、そういう方々に関してできるだけ手を差し伸べる。このようなことを心がけてやってきた。つまりは通常の災害と全く同じような活動をやってきたということでございます。

ダイヤモンド・プリンセス号に厚労省の副大臣、政務官が直接船に乗られて、指揮を執ってきたということもございまして、その後の対応の基本になったということは事実ではないかと考えております。今日の主題でございますけれども、このとき、神奈川県庁のほうでは我々の搬送を調整していただけるような本部をつくっていただきました。その本部と我々が現場に陣取って、現場を回しながら本部で後方で調整を行う。こういう両輪の体制がクラスター対応においては必要であろうということ。これが今日のセミナーまでつながっているところではないかと考えております。

やはり後方の受入施設の確保は非常に困難でありましたので、事前に受入病院を確保しなければいけないだろうということ。さらに、大量の軽症の患者さんの受入が可能な施設が必要だと。当時は自衛隊中央病院や藤田保健衛生大学病院、岡崎医療センター等に受け

入れていただいたわけではありますが、実際はそこまで医療の提供は必要ないということもありまして、今の宿泊療養への流れにつながっているのではないかと考えております。また、PCR要員は全て全て自衛隊にお願いしたということもございますので、やはり要員の確保が必要だろうということもこのときの教訓から出てきている話でございます。

こういうことを経て、我々は新型コロナに対応するようになってきたわけでございます。そういう中で、4月以降は厚生労働省の地域支援班DMATとして、様々な施設、大きなクラスターへの対応等をしてまいりました。いろいろなことが起こる。初期は様々なことがございました。ある施設において、3分の1から半分ぐらいの患者さん並びに職員の方が陽性になる。けれども、この方々を休ませろ、もしくは患者さんに防護服をあげる。けれども患者さんの搬送はしないし、応援職員も入れないというような対応があったりして、そういう中で多くの方々が亡くなっていくというようなことがいろいろな病院施設で起こってくるということがございまして、我々としても最初は直接そういう病院や施設に行く支援を中心にやっていました。その後、北九州、沖縄、北海道、札幌、そして沖縄等と、そういう施設が多発する、そういうところのいわゆる面としての対応までやってきたというわけでございます。

この後、特に札幌市さんの御協力の中、このクラスターを含めた多発クラスター時の状況も一つ見えてまいりましたので、実際にクラスターが起きているところは、どのぐらいの影響があって、支援がどれぐらい必要かというお話のほうに移っていきたいと思っております。

皆さん、このような資料をそれぞれの地域でお持ちでしょうか。一番左は集団発生がどれくらい影響しているのかという話であります。通常、皆さんは大体一番左のものを見ていないかと思うのです。陽性者の中の大体10%はこの大きなクラスターの影響だよねという話はよく聞くわけではありますが、その後、札幌第3波を例にとると、入院適用を理由にすると60%、死亡と考えていくと76%まで数字が上がってくるのです。ある程度市中感染があった札幌でこのような数字になっております。ほぼクラスターが大きな影響を占めた旭川にいたっては、死亡に関しては87%がクラスターの影響だという数字も出ているということでもありますので、実際にクラスターが多発すると、入院適用、死亡には非常に大きな影響を及ぼすということが見えるかと思えますし、こういう影響を見ながら、しかるべき対策を打っていくことが必要なのではないかと考えております。

今は全国的には、ある程度リスクがある患者さんは事前に受入れの準備をしている病院に移送するというのが基本になっているのではないかと思います。ただ、その当時の札幌においては、リスクがある患者さんでも自宅、またはホテル療養をする、もしくは施設においても入院の適用がない限りは施設に見ていただく。また、実際に患者さんが発生した医療機関においても、重症にならない限りはその医療機関で診ていただくというような方針を立てて対応いたしました。

では、この方針がどれぐらい病床を救ったのかという話でございます。実際、我々はそ

ういう病院を放っておいたわけではありません。病院や施設に支援を入れていくことを前提に、とどまってもらった患者さんはそこにとどめるということを決断してやったわけですが、その結果、全体の入院適用の中の36.5%の方々を病院や施設にとどめたという話です。これをもう一つの視点で見えていくと、もしこの患者さんたちが全部受入病院に流れていたとすると、57.3%、6割増しの負荷が受入医療機関にかかったのだということを示唆しているというわけでございます。

実際、医療機関、介護施設ベースで言うと、医療機関においては100%、福祉施設に関しては84.2%の施設に実際最後まで患者さんを見ていただいたという形になりますし、患者さんベースにしても、医療機関では88.9%、施設においては38.8%の方がその施設の中で経過観察を終えるような成果を果たしてございます。

では、そういうところで受け入れていた患者さんたちは、果たして死亡率が上がっているのかということでもありますけれども、これはあくまでも需要と供給のバランスが改善した後という数字でございまして、実際、受入側の病院に行った後の死亡率と比較しても、決して高くはない。つまり、患者さんを動かしても、動かさなくても、その施設においてちゃんとした支援さえできれば、同じような数字なのだということも証明できております。

これらの結果、市中感染という観点から逆に先ほどの数字を見ていきますと、在宅・在ホテルの死亡はゼロ、単純な市中感染だけにおいては死亡率は0.58%、全国的に見てもかなり低い水準に死亡率を抑えることができたのではないかと考えております。

そうはいつても集団感染が発生した施設で死亡が増えたというのは事実でございます。例年に比べますと、集団発生が起きた過去3年の同時期の死亡率を比較していくと、過去2年の平均に比べると2.3倍、2倍ぐらいの死亡が、クラスターが発生した施設で起こってしまった。これは事実でございます。

では、どういうところで亡くなっていらっしゃるのかということですが、実際、死亡率では、病院全体だと20%、施設だと10%ということで、決して低い死亡率ではないということも分かります。また、数という観点で、どういったところで多くの方が亡くなったのかということ、やはり施設も十何%あるのですが、療養型病床でも多くの方々が亡くなっているということはポイントにしたいと思えます。

一方、亡くなられた方はどういう方なのだろうかということでございます。病院のADLを考えていくと、病院の患者さんに関しては72%が寝た切り、ADLが自立されているのは9%、施設では73%の方々が自立していないということが分かってきているということで、ADLがよくない方が亡くなられている。また、事前のDNARという観点でいくと、病院では93%の方がDNARを取得されている。ある意味、準備をされていた方がお亡くなりになったという観点もあるということでございます。

我々はこのような集団感染が発生した病院や施設で亡くなられるパターンは5パターンあるということを考えております。新型コロナのクラスターが起きると怖いのです。そういう怖い中で、組織としての混乱がシステム崩壊につながっていくと、平常の医療や介護が

提供できなくなります。こういうことによって亡くなってしまうようなケース。

また、職員の負担が増加する中、感染症によって職員が減少すると当然需給バランスが崩壊します。そうすると通常の介護、医療的ケアの質が低下するということによって亡くなっていく方がいる。

通常のコロナ、本当に純粹にコロナによって亡くなる方。

また、3番と似たような形に見えるかもしれませんが、従来そもそも症状が悪くて、何かもう一つ侵襲があれば亡くなる。その最後の一滴がたまたまコロナだったというケースです。

最後の5番は、亡くなった患者さんにたまたまコロナウイルスがくっついてたというケースでございます。この5つが施設等で亡くなられていく患者さんということに分類されていくわけでありますが、1番や2番と3番の一部は、いわゆる体制を整えて、しっかり資源調整を行う、つまりは災害医療ということで、我々が通常やっているような対応によって救えていく命なのではないかと思えます。

2番から4番は、感染を広げないことで対応できる。

4番、5番は、いずれにしても亡くなられる方に対していかに尊厳ある死亡、通常に近い形の死亡、最期をしっかりと守っていくかも一つやらなければいけない。それぞれの死亡原因によって我々がやれることが変わってくるということで、この5つの死亡原因を我々としては提唱しております。

そういう意味では、平時に比べて2倍ぐらいの死亡が出たということは、逆の視点でいくと、亡くなられたうちの半分ぐらいは4番、5番の方々だという言い方も言えるかと思えます。では、残りの半分はどうかということ、いわゆる我々が特にやります災害医療による介入はどれぐらい成果があるのかということ。幾つかの経験から出てきた数字を御紹介したいと思います。

これは第2波までの我々が対応した多くの施設でございます。病院については第2波までの時点で陽性者の死亡率は大体17%ということでしたが、我々が早期からケアできた病院については、その死亡率は7.1%まで減らすことができた。また、本日のセミナーの主なところだと思いますけれども、福祉施設、高齢者施設に関しましては、全体では11%でございますが、早期介入できた施設に関しては5.3%まで減らすことができた。大体半分ぐらい死者を減らすことができるのではないかと考えてございます。

でも、何でこんなことができるのかということでもあります。我々の介入が遅れた施設、介入が実質的に効果を得られる前にぼろぼろ人が亡くなっていくのです。一方、早期介入できた施設については、早期の山が一切消えるということ。つまり、早期介入によって恐怖から来る混乱、システム崩壊、これが平常の医療・介護が提供できないことにつながっていたのではないかと。こういうところを早期介入によって防ぐことができる可能性があるということでございます。

一方、実際に札幌の第3波のデータを分析していきますと、我々が入った後は、様々に

患者さんを一定程度出したり、支援を得たり、または寛解の患者さんを待ったり、様々なことをやりながら需給バランスを調整します。実際、需給バランスが改善する前の死亡率と改善した後に発症した患者さんの死亡率をそれぞれ比べていくと、2倍ぐらいの差が出てくる。需給バランスが改善されると、死亡率を半分ぐらいに減らすことができるのではないかということも出てきております。

我々がやっております災害医療的なアプローチは、クラスターが発生した病院や施設で4分の1から半分ぐらいの死亡を減らすことができるのではないかと考えております。そのためにも、冒頭に申し上げたような本部をつくって、情報を整理して、評価して、需給のバランスを評価して支援の方針を決定していく。つまりは、どれぐらいの患者さんが発生するか、搬送するかということをやりますが、これは実は通常の災害より非常に難しい。通常の災害であれば、ナースが5人足りない、医者が5人足りないのであればDMATを5チームぐらい入れようかとかということを考えるわけでありまして、10人ぐらいであれば、県内か県外か、どこまで運ぶかということを考えるわけです。ところが、これが通常よりも非常に難しいというのが今回の災害の特徴でございますので、職員の需給バランスが改善されていないことを重々承知しながら、職員が折れずに働けるようなサポートが通常災害に比べて重要になってくるわけでございます。

職員のケア、とにかく野宿しているような職員があれば、その環境の整備を支援する。また、職員の方々が一体感があって、何とかやっていけるように支援します。その為に、達成事項が一体何なのか整理します。最前線で働いている職員の方々には、ともすると今日もまたプラスが出た、今日もプラスが出たというような、マイナスの情報しか来ないようなことになるのです。そういう方々に対して、何とか今までここまで来ているのですよ、出口はこうなのですよということを提示して、職場全体として一体感を持ちながらゴールを目指していただくというような環境を整備していくことも我々の仕事の非常に大きなところでございます。

我々が施設に入って必ず一番最初に申し上げるのは、この言葉でございます。皆さんは悪くないのですよと。とにかく感染を起こしてしまった、広げてしまったという自責の念に陥っている施設が非常に多いというのは事実でございます。ただ、我々は災害支援もやっているわけです。地震で潰れそうな施設に向かって、何で耐震化をしていなかったのか。水害で水につかっている施設に対して、何でハザードマップで水害が来ると分かっているのに準備していなかったのですかと。こんなことを言う人はいないわけです。今回も、クラスターが起きる施設にとっては、この感染という災害がたまたま起きてしまったと考えるべきだと我々は思っております。

しかも、このことが起こるとまるで全員が死んでしまうのではないかというような恐怖にとらわれているところもございまして。死亡率はそこまで高くない、この困難は乗り越えられる困難なのですよと。みんなで一緒に乗り越えよう。そのために我々も一緒に何か考えますよと。こういうことを最初に申し上げさせていただいているところでございます。

もう一つ非常に重要なのは、先ほども申し上げました病院の死亡例は、ADLが悪く、DNARの取得率も非常に高い。しかも半分ぐらいは過剰死亡ではない、例年から亡くなっている方であるという可能性がございます。こういう方々を高次の医療機関へ運んで集中治療をやるのか。そのニーズは決して高いとは言えないのではないかとこのことが言えるかと思えます。集中治療のニーズがない患者さん、こういう方々はやはり当該医療機関等でのみとりということも今後はしっかり考えていかなければいけない。このみとりが、ちゃんと尊厳ある死亡が守られているのかどうか。こういうことについての支援、介入も今後はやっていかなければいけないことではないかと考えております。

我々がこの災害をやってきて、多くのところは通常の災害と全く一緒なのでございますが、この災害はやはり特殊性もございます。ただ、これは我々が10年前に経験した福島原発と非常に似ているケースが多いのかなと正直思います。孤立地域ができる、また、従来の枠組みが組めない、1つの専門のリスクしか評価できない一部の専門家が社会の不安をあおる。また、混乱の中で医療機関が混乱して、被害が増幅していく。差別、風潮被害を恐れての過剰反応、なぜか全員の検査が求められていること。リスクの認知の個人差があって、様々な形の分断が行われる。そういう中で、防ぎ得る関連死亡が増えていく。こういう様相は、実は福島第一原発の対応と似ているところが非常に多いなど感じられております。

この災害から抜け出す根本的な話は何なのかということを考えていくと、恐怖から来る混乱、差別があって負のサイクルが回り続ける、これをどうやって防いでいくのかということになるのではないかと考えております。

そういう中で、特にクラスターが起きた施設等に関しては、そこの職員の受診拒否が起こる等の差別を受ける。このようなケースも実際に見られております。そういう施設が見られた札幌、旭川、特に札幌については市長と医師会長が連名で医療従事者同士で差別はやめましょうというようなメッセージを出していただいたりしております。

もう一つ、医療崩壊が起こっている大きな原因は、差別の風評被害が怖い。したがって、新型コロナの患者さんが診られないし、寛解者も診られませんよという拒否が起こる。そうすると医療がますます偏在して、診療可能な病床が圧迫されるということがございます。これを防ぐ根本的な解決策として、全ての医療機関でちゃんと新型コロナが診られるようになるということではないかと考えております。

全ての医療機関、施設で症状に応じて、通常診ている医療レベルの患者さん、つまり入院の必要がない方はホテルや施設で診る。入院の必要がある方は医療機関、その中の重症な患者さんは基幹病院に行くというようなことが必要だということになるわけですが、実はそれを考えていくと、全ての医療機関、施設では必ず集団発生が起こる可能性があるわけです。そういう集団発生が起こってきた施設を受入病院、つまり基幹病院に送っていくと、なかなか難しい。先ほどの札幌の事例でございます。当該施設で診るということは非常に重要です。そういう中で、ただ、それをやるためには準備が必要だということ

でございます。実際にクラスターが爆発してしまうと、自分の病院や施設で診ざるを得ないシーンはやはり存在する。それに向けてみんなで備えていきたいと思います。実際に起きて、受入医療機関のほうに過度の患者さんを集中させることにならない。それこそが医療崩壊も消滅させる要因になってくる可能性があるのかなと私としては考えているところでございます。

今回、集団感染発生施設支援に携わる方が多く聞いていらっしゃると思います。特にDMAT等に関しては、我々そもそもの防ぎ得る悲劇を低減して施設を支える当たり前の活動をやっている。実際そういう中でしっかり支援をすると、災害医療的な思考によって4分の1から2分の1の死亡を低減できますし、そこをしっかりと支え、そこで患者さんを継続して診ていただくことで、2分の1以下の受入医療機関の負荷を低減できる可能性があるということ。そういうことを続けていくことがコロナ災害の出口にもつながっていく。そういう意味では、非常に意義がある活動だと思います。その支援をどうやってやっていくのかということについて、私の次のこまでやっていくのではないかと考えております。

私のほうからの話は、このようにまとめさせていただきました。

以上でございます。

○司会 ありがとうございます。

厚生労働省対策推進本部の地域支援班DMATの近藤先生からお話をいただいたところです。

---

この後、松田先生からの講演の放映をさせていただきます。なお、ぜひこの間にユーチューブのコメント欄にどんどん書き込んでいただければと思います。場合によってはこの間にコメントを返してきますし、コメントを踏まえて、この後、質疑応答を進めていきたいと思っておりますので、どうぞ御協力のほどお願いします。

では、次の松田先生のお話をさせていただきます。

○松田氏 厚生労働省コロナ本部地域支援班DMATの松田と申します。

それでは、画面共有をさせていただきます。皆さん、スライドはお見えでしょうか。では、よろしくをお願いします。

「集団感染が発生した病院・施設における支援活動」ということで、本日は、この約1年間、全国60施設以上に我々は地域支援班DMATとして支援活動を行ってまいりました。その支援活動において様々な課題等が抽出され、その施設によっていろいろな対応をしてきましたので、それらを机上演習という形で教本も作って全国に展開して、少しでもクラスター施設の力になればなということ、支援者向けの教本も作成させていただきましたので、その机上演習のダイジェスト版ということ、通常ですとまず課題、設問を提示して、そして数分ディスカッションタイムを設けて、その後、解説をさせていただくのですけれども、本日は設問及びその後速やかに解説をさせていただくような形で展開したいと

思っています。

完全版の教本に関しましては、本日、ユーチューブのほうにURLを提示しておりますので、そちらのほうからダウンロードしていただければと思います。

コンテンツとしましては、まずは初動活動、そして組織体制構築の上で、現状分析と活動方針を立ててやろうと。そして、そこから各論になりまして、感染制御であったり、医療提供体制、そして人と物の管理、ロジスティクスです。環境整備や職員ケア、風評被害の対応を行って、そして終息に向けた中長期的な活動というような内容になります。

これはそれぞれ設問がありまして、完全版のほうでは大きく12問の設問を用意しております。

感染拡大の経時的変化ですけれども、まずはデイ0です。感染発覚、覚知というのが起こります。これは施設であれば職員さんであったり、入所者様、それぞれによって状況は異なるのですけれども、そこから濃厚接触者の同定をして、関連者数名の検査の後に陽性が判明する。そこから施設全体とか一斉スクリーニングがされて、さらに複数名の陽性が判明する。これが3日、5日ぐらいの時相で判明していくのではないかと思います。

我々支援チームが最近入るのは、この3日前後になります。そこから中長期的に支援活動を展開していくというような流れが一般的なのかなと思います。

集団感染が発生した病院、施設における支援の目的として、我々は次の3つのポイントを設定しております。1つ目が、COVID-19による防ぎ得る死亡の防止ということで、感染拡大防止ということも含んでおります。2つ目が尊厳ある死亡を守る。そして、事態終息後の病院・施設の機能維持と復興による地域貢献といった3つの目的。それを達成するためには、我々は2本柱の支援と呼んでいますけれども、機能維持に係る業務継続のマネジメント支援と感染制御の両輪支援が必須ではないかと思っております。

では、設問のほうに移りたいと思います。設問1、活動開始の目標で、これは覚知、間もなくという時相です。皆さんはこれからクラスター発生施設の支援をします。支援をする施設は、発熱した入所者数名がPCR検査で陽性となった施設です。現在、PCRの検体を施設内の入所者から集めた段階です。施設はゾーニングもされておらず、濃厚接触者も断定されていませんというようなバックグラウンドのうち、設問としては、さて、これから皆様がこの施設に関わって、取り急ぎ本日中に可及的に提供しなければならない支援は何なのでしょうかとということで、考えていただくという設問です。

冒頭に申し上げましたように、ここで5～10分ぐらい時間を持って、各グループで考えていただいて、その後、開設に移るという流れになります。

解説ですけれども、活動開始時の目標として、一番最初に介入した際には、まだPCRのスクリーニングも終わってなくて、全容が見えていない状況です。緊急対応として極力感染拡大を予防するために、以下の3点を目標として活動を開始する。

- 1つ目の目標としては、緊急性の高い陽性者を搬送調整しようと。命に関わる方です。
- 2つ目が、緊急対応としてのゾーニングの実施。

3つ目が、感染防護着の準備・配布ということになります。

1つずつ解説していきますけれども、まず緊急性の高い陽性者の搬送調整ということで、これは具体的にどういう方かという、その日のうちに搬送しなければ亡くなられてしまうような方々は、都道府県もしくは市町村で入院調整をして、緊急の搬送をしようとする。また、その日のうちに搬送しなければ亡くなってしまうような方、これは病院であればほぼコンセンサスを得られると思うのですけれども、施設の方では結構難しいというケースがありました。こういった基準を施設側に提示していただくことが非常に重要なのかなと。意識レベルが低下した場合だとか、呼吸困難を訴える、SpO<sub>2</sub>が90%以下になった場合、血圧が下がった場合、そのほか緊急で処置・治療を行わないといけない状態にあると判断する場合等とありますけれども、局面とかもろもろが変わってくるとこういった基準も変わりますけれども、地域でしっかりコンセンサスを取って、提示していただく必要があるのかなと思います。

急変時の対応として、どこが窓口になるのか。時間帯によってそれらが変わるのか、対象の属性によって変わるのか、陽性者であったらどこどこに電話する、濃厚接触者であったらどうするとか、119をかけるときに伝えるべきことはどのように伝えるのか、どのように反映するのか、施設からの出し方です。その際にかかりつけ医に介入してもらうほうがいいのか、こういったことを決めておく必要がありますし、今後、急変時対応というのは必要になってきますので、よくやられる施設では、電話口のところにこういった貼り紙をしているというような対応事案もありました。先ほど申し上げましたように、こういった基準、そしてフローを明示化することが重要です。

2つ目、ゾーニングの実施ですけれども、ゾーニングに関しては、重要なのは初動時のゾーニングというのはその後陽性者が多数判明することが多いのです。スクリーニングをかけて、そこから完璧な感染防護をしても、潜伏期間等があって、1週間ぐらいは陽性者が散発するということが多いです。そういったところで、厳密に実施すると、むしろ混乱を招いたり、不信感につながるおそれが出てきます。感染防護的にも、この時期はゾーニングを厳密に決めることよりも、取りあえず標準予防策を提示してもらうことのほうが重要だよというのを伝えていただけたらなと思います。

緊急対応のゾーニングとして、陽性判明者だけ取り急ぎ確認することが多いのではなからうかと思えます。これは施設の平面図を図示していますけれども、取りあえず1区画に陽性者を集めようというような緊急避難的なゾーニングの考え方になります。

最後、3つ目は感染防護着の準備・配布です。防護服というと現場の職員さんが働く上での生命線です。職員さんの身を守ることによって、その後の需給バランスにも大きく関わってきます。

一方で、ふだんCOVID-19の診療を行っていない病院や施設では用意がないことが多いので、施設訪問する際に、こういった物品についても聴取した上で、なければこういった物資も持って行っていただく。それによって信頼関係も醸成されるというケースが多くござ

いました。

ところで皆さん、どのような格好で入りますかというところで、これは病院とか施設、それぞれ変わってくるのかなと思います。多発する陽性者で施設全体がレッドゾーンというようにつくりになるような施設もあると思うのですけれども、一方で、施設というのはゾーニングがなされていないため、こういう危険性もある一方で、病院や施設によってタイベックスやフルPPEで突然訪問すると、さらなる不安や反感等を助長する可能性があるもので、そこは配慮していただけたらなと思います。サージカルマスク、フェースシールド、もしくはゴーグル等で手指消毒を行って、飛沫・接触感染に最低限注意できるような格好で入っていただけたらなと思います。

続いて、設問2に移ります。全体のPCR結果が出た時点での活動ということで、全容が見えてきたという段階です。この時点で、支援者として達成目標は何なのでしょう。また、現状分析や活動方針はどのような項目を検討すべきでしょうかというような設問になります。

解説ですけれども、先ほど近藤のほうから話をさせていただきましたが、クラスター発生病院の施設支援の目標というところで、組織体制をきっちり置いて、情報を管理した上で、自分たちの病院及び施設がどのような感染状況なのか。そして、人や物の需給バランスといったものを評価した上で、どういう方向に持っていくのか。陽性者を入院させるのか、とどめ置かざるを得ないのか、どのくらい搬送するのか、そして患者さんの状況がどのようなかというところです。これは先ほど話がありましたように、通常防げる困難とされています。

その一方で、1週間、2週間以上、月またぎになることもあります。そういった中で、職員さんが折れずに働き続けられるようにサポートする。こういった支援が必要になってこようかと思います。

その中で、病院の情報、施設の情報を取りまとめる作業は非常に重要です。それによって機能を評価して、そして何をすべきなのかを明確にする。これに関しては病院幹部だけではなくて、最前線でケアをしているような看護師さんや介護士さんと方々、そして支援者の2者に十分に行き渡るような活動が必要になってきます。具体的には指揮命令系統であったり、朝夕の定時ミーティングなどをして、情報共有を図る場をつくりましょうだとか、感染状況、医療提供と健康管理、また、感染防護、そして人と物の管理、そして搬送とかその後の戻り搬送、隔離解除された陽性者の方が戻ってくる準備、そしてロジスティクス関係、環境整備や職員ケア、こういった様々な観点をまとめる必要があります。ですので、ここからは各論、こういった項目に関しての設問を用意させていただいております。

先ほどありましたように、誰が何のために現状分析、活動方針を整理するのかということ、情報整理の目的としては、あくまで現場施設で働く職員の皆さんが自分たちの施設の状況を把握して、先ほど申しましたように施設職員の情報の共有を図るためです。目の前の患者さんだとか入所者さんをケアするということで、全体像が見えなければ目的設定もでき

ていないまま、なかなか続かないですね。士気の維持を図る上でも、現状を認識して、そして出口戦略の上で明確な目的を提示する、こういったところも支援者にとっては必要なのかなと思います。ですから、必ず主要な施設職員と一緒に整理して、そして前線の職員さんまで広げていただくということをお願いしたいと思います。

話は進んで設問4ですけれども、全体のPCR結果が出た時点での感染制御というところで、施設の入所者、職員のPCR検査の結果が出そろった施設に支援に入ることになりました。感染管理として行うべきことはどのようなことがありますか。次に示すような図面においてゾーニングはどのように行いますかというところで、PCRのスクリーニング検査が終わった後のゾーニングを考えていただくというような設問になります。詳しくは資料をダウンロードして見ていただければと思うのですが、このゾーニングに関してはいろいろな時相に応じて考え方がございます。その一例というところでお示しさせていただきたいと思います。このように濃厚接触者の入所者さんと陽性の入所者さんがいろいろなところに散らばっているというような状況になります。

考え方として、感染制御で実施すべき項目としては、ゾーニングと動線の確保や防護服、そして感染に関する教育、職員さんや支援者等のバックヤード等の確認、食事とか休憩室、更衣室、もしくは喫煙室、こういったところの確認をする必要があるのかなと思います。そして、PCR検査の実施状況の確認もやっていただく必要があるかと。

実際のゾーニングというのは、まずはレッドゾーンとグリーンゾーンに大きく分ける。そして、防護服を脱衣するエリアをイエローゾーンとかに設定する。複雑になってくると、濃厚接触者の職員さんとかが働いているということになれば、こういったところも配慮する必要があるのかなと思います。

また、レッドゾーンの中では陽性の入所者さんと濃厚接触者もしくは疑似症例のエリアの2つをできるだけ離してあげたほうがいいのかと思いますけれども、これも局面に応じて変わってくるのかなと思います。

ゾーニングのポイントとしては、詰所や休憩室はなるべく防護服を着ないで過ごせるようにしてあげる。脱衣エリアはレッドゾーンの中の一角にするという考え方もあるし、先ほど言いましたようにイエローゾーンにするということもあります。着衣はグリーンゾーンです。可能な限りシンプル。濃厚接触者が勤務する場合は、先ほど言ったように応援の方々と動線や休憩エリアを分けることが望ましいとされています。

病棟の中でも、限局的な発生か、広範・点在的な発生かによって、ゾーニングの方針も変わってくることを考慮していただけたらと思います。

これは一例をお示ししますが、分かりやすく濃厚接触者と陽性者のレッドゾーン内のエリアを分けて、その一方で、濃厚接触者の別室だった8番とか9番といったところを同室にしているのです。これは限られた部屋の中でどう運用するのかというところなので、いろいろな考え方があると思います。

もう一つ考え方を示しますと、これは部屋が異なる濃厚接触者が混在しないようにした

という考え方です。その上で、下のほうにあるところでは濃厚接触者が残っているというところでは。

陽性者と同室の濃厚接触者は少なからずリスクが高くなりますので、その後に濃厚接触者から陽性者が散発的に出てくると、職員さんの意識低下にもつながりますので、そういったところは十分にコンセンサスを得た上で、施設職員さんと一緒にゾーニングを考えていただけたらと思います。これは唯一無二の考え方というのはなかなかないと思います。

ここは、濃厚接触者の職員さんがそのまま働くことを想定して、イエローゾーンといった動線等も分けています。また、最初の時相ではあまり配慮する必要はないのかなと思いますけれども、戻り搬送のために左上のブルーになっているような部屋を確保するという考えの下、やられているというようなものにもなります。

もう一つ、PCRの検査スクリーニングの方針なのですが、第1波、第2波の頃に無症状陽性者がそのまま働いていたということで、いろいろな報道がされています。一斉スクリーニングで、最初の段階で白黒つけるというのは非常に重要な面がある一方、目的は何なのかということ十分に留意していただく必要があるのかなと思います。感染者の洗い出しなのか、その施設におられる方々、患者さんの生命もしくは健康被害防止なのか、こういった目的意識を持って、そう考えると感染防護に重点を置きつつ、段階的にスクリーニングしていくというような考え方もあるのではないかと思います。

何でかという、職員が大量に離脱した場合、入所者さん、患者さんをケアする職員さんもあてがうことができればいいのですが、支援というのはなかなか難しいです。職員のスクリーニングというのは大量の離脱を招くおそれがある。こういった観点から、その後の対応方針を明確にした上で、スクリーニングの方針は保健所の皆様と一緒に決定していただけたらと思います。

続きまして、設問5-2ということで、医療提供と健康管理体制というところになります。1月下旬、第3波の途中ですけれども、皆さんが集団感染発生施設の支援をしている都道府県は感染者が急激に増大したため、なかなか入院ができないような状況です。このような状況下で高齢者施設で医療提供体制を整える際には、どのような人、物、体制の準備が必要でしょうかということで、前段の設問で、施設、病院の受入病院ではないところでとどめ置く場合、最低限な医療提供として、やはり酸素であったり点滴、そしてステロイドが必要だよというような設問があったわけですが、こういった医療提供を実施する上で何が必要なのかということになります。

それぞれの項目、医師をどこから確保するのか。施設とかでは往診の先生が遠隔で処方していただくことが多いのかなと思います。こういった医師の確保と、そういったデバイスなどを管理する看護師さんの確保ができるのか。管理できるチームが組めるのか。そういったチェックもしていただく必要があるのかなと。そして、点滴棒やルート等の点滴実施に必要な物資をどう確保するのか。これも酸素も同様に言えるのではないかと思います。ステロイドの治療ができる環境の構築として、治療経験がないところでクラスターは多々

起こります。そういった実施判断、オーダーする医師をどこから確保するのかというところで、各地域においてこういったエキスパートオピニオンを伺えるような相談窓口を提示していただく必要もあるのかなと思います。

専門的助言とフォロー体制をどうするのかというところ。服薬管理もできる看護体制があるのかといったことを確認していただけたらなと思います。投与例として、厚労省からこういった診療の手引が出されていますので、参考にさせていただければなと思います。

あとは、搬送に係るところで、DNARの取得です。医療提供体制により入院受入れとは大きく変わってきます。そのときに、救命治療の意思確認を行っていくことが理想的であるということで、搬送状況がなかなか難しいとき、調整が難しいときというのは、こういったことが必要になってくるのかなと。確かに施設等でDNARはなかなか伝わらないというところがあるので、それぞれの地域でも局面が変わってくると思います。そういったところでの窓口等も提示していただけたらなと思います。

あと、気をつけていかないといけないのは、DNARと治療希望がないということは全くの異議でありますので、少ないケースですけれども、DNARを取得したから完全に治療をしない、最低限の治療もしないというのも聞いたことがあります。こういったことのないようにしていく必要があるのかなと思います。

続きまして、人的資源管理です。人が枯渇しているような状況で、陽性者が多いような状況です。こういったときに、人的資源の評価にはどのような情報が必要ですか。実際に何人の看護師や介護士が不足しているのか。計算はどのようにしたらいいのでしょうかという設問になります。

これも考え方ですが、人的資源と搬送のバランスというところで、患者が何人いて、スタッフがどれぐらいいるのか。これを比で表すと分かりやすいのかなと。もともとの状況の比と現在の状況を照らし合わせると大分分かってくるのかなと思います。

それにプラスアルファで、陽性者の管理というのは2～3倍の労力が必要になってきますので、そういったところも鑑みて、レッドの患者さんとスタッフ比といったところから、平時と照らし合わせて、比率で計算して不足数を出していただけたらなと思います。

人的資源の不足数の見積り方法の一つの考え方として、まずは各フロア、レッドゾーンにいる患者数を調べましょうと。次に、看護師と介護士の数を調べる。そして、防護服対応の患者数とレッドゾーンの看護師、介護士の総数を計算して、多くの場合、ここでは1対1、でもそこまでなかなか充足しないのです。ですから、看護師の必要数としては1対2ぐらいを目標にして不足数を出していけばいいのかなというのが支援を通して導き出した数字であります。

上記比率を得るための人数を把握して、こういった看護師さんが確保困難な場合は、出さないといけない患者数を計算して、保健所もしくは都道府県のほうに要請をかけるという活動になります。

しばしば濃厚接触者で陰性の職員さんが勤務継続することを余儀なくされるようなケー

スが多々あります。そういったときの条件として、感染研の先生方に見ていただいて、エキスパート的こういった項目を守ったほうがいいよという項目になります。これは後で御覧いただければと思います。

あとはロジスティクスの観点で、給食、廃棄物、リネン、洗濯、清掃等々、設問のほうを用意しています。

環境整備です。以下の項目に関してはどのような対応が考えられますか。レッドゾーンのごみがたまっています。処理はどうしますかというふうに施設の職員さんから言われたとき、どう答えますかというところで、廃棄物に関しては、問題点はごみが捨てられなくなる、感染性廃棄物の扱いがない、全てを感染性廃棄物にして捨てているため、経済的負担が膨大になり、100倍ぐらいのコストがかかってくる。そんな中で、解決策としては、72時間で失活すると言われているので、3日間、人のいないところに置いた後、表面さえアルコール消毒をすればいいよというのを提示してあげることになります。

続いて、職員ケアというところで、先ほど近藤先生から話がありましたけれども、職員さんのケアは非常に重要なファクターになってきます。今にも折れそうな職員さんを支えるためにどのような対応ができますかということです。この下の部分になりますけれども、職員ケアとしては環境の整備です。帰れない職員さんへの宿泊施設の確保であるとか、都市よりも地方に行くと、まだまだこういった風評被害等で苦しんでいる職員さんが多いなど見受けられます。職員さんの士気を維持するために、支援者、受援者などの職員の一体感の構築や出口の明示をする。心のケアであったり、困り事の相談窓口を置いてあげるといいよというものになります。

最後になりましたけれども、ノロウイルスやインフルエンザの保健所の行政対応等は指導が主で、ポイントポイントで指導というので決着がついていた一方、COVID-19の感染拡大が生じた病院施設というのは、少し長い支援が必要とされているような状況であります。この適切な支援を迅速に行うことで、先ほど提示したような3つの目的は達成できるのではないかと思います。

最後のスライドですけれども、これは今まで21年になって地域支援班DMATがクラスター対応研修で実施した状況になります。9つの地域で既に実施しており、今後、長崎県のほうでも行う予定です。方法としては集合研修とかオンラインで、その地域の状況を鑑みて選択させていただいて、我々のほうに関しましても教本を提示して、こういった研修の支援を展開しておりますので、もしこのクラスター対応研修を実施する際には、下にありますような連絡先にお声をかけていただければと思います。

私のほうからは以上です。御清聴ありがとうございました。

○司会 地域支援班DMATの松田先生、近藤先生からの前回の講演の放映をさせていただきました。

今、お二方とも質疑応答できる状態なのですが、質問は家族の負荷などもあります。この辺りも先ほど松田先生がお話しされたと思いますので、非常に大事なところ。具

体的なことも、先ほど松田先生にお話しいただいたところです。

お二方から何かコメントがあれば、少し補足とかコメントをいただけたらと思います。

近藤先生、いかがでしょうか。

○近藤氏 DMAT事務局の近藤です。本日はよろしく願いいたします。

今、お話しさせていただいた特に私からのお話については、主に第3波までにおける対応をまとめさせていただいております。当然、変異株になると何か変わってくるのかというところは御関心があるかと思えます。ただ変異株であっても、実はクラスター等の重要性はあるのではないかと。変異株になったとき、クラスター対応と同時に、実際に感染が爆発していて、そういう方々をいかに受け入れるかということが非常に大きな問題になっているということはあるのですけれども、だからこそさらに受入れが厳しくなった中で、クラスターが発生した施設に向き合わなければいけないということで、支援の重要性はより増しているのかなと感じておりますので、そういうことを踏まえて、今日のセミナーを参考にさせていただければと思っております。

よろしく願いいたします。

○司会 コメントをありがとうございました。

現在も関西方面を中心に御支援いただいているところですので、引き続き、どうぞよろしく願いいたします。

### 3 クラスター発生施設の対応と受援～対応の実際、指揮・マネジメント・教訓、気づき

【玉城成雄 様（衛生文化協会城西病院）】

時間もちょうどいいところですので、続きまして、玉城先生の御講演をいただきたいと思えます。玉城先生、こちらによろしく願います。

今回、日本医師会様と共催させていただいております、その中で玉城先生を御紹介いただきまして、このような機会をいただいております。実体験に基づいた経験や気づきなど、多面的に生々しいお話をいただけたらと思えます。どうぞよろしく願います。

○玉城氏 それでは、始めさせていただきたいと思えます。

私は、城西病院の玉城と申します。発表に先立ちまして、このような貴重な場を与えてくださった関係者の皆様に、厚く御礼申し上げます。

それでは、1年前、ちょうど今頃発生しました当院における新型コロナウイルスの院内感染について発表させていただきます。

初めに自己紹介をさせていただきます。私は、1997年3月に大学を卒業、以降、消化器内科医として当大学の附属病院等で勤務しておりました。

2008年7月に現在の一般社団法人衛生文化協会城西病院に入職、2013年6月からは、同院の理事長を務めさせていただいております。

なお、院内ではICDとしても働いており、今回の院内感染の際も対応しておりました。

当院の概況を簡単に説明させていただきます。東京23区の西部に位置しております。杉並区の荻窪という場所です。病院は、地域包括ケア病床50床、医療療養型病床49床を有しております。

本日の内容は、「院内感染発生前」「院内感染発生してから」「当時を振り返って」「その後…」の4つに分けてお話しさせていただきます。

このグラフは、東京都の新規陽性者数の推移を示しております。我々が院内感染を経験したのは昨年4月末、その頃は第1回目の緊急事態宣言の発出中で、第1波も少し落ち着いているような状況でした。なお、第3波の渦中であった本年1月7日には2,520人、ここ最近では4月22日に861人と増加傾向を示しており、つい最近、4月25日には第3回目の緊急事態宣言が発出されました。

初めに、院内感染発生前についてお話しさせていただきます。2019年12月末に中国の武漢で原因不明の肺炎が流行しているとメディアで報じられ、年明け1月には関連する報道が多くなってまいりました。2月上旬にはダイヤモンド・プリンセス号内の感染、中旬頃には院内感染、市中感染という言葉も出始めました。

当院では2月17日、新型コロナウイルス感染対策ミーティングを初めて開催いたしました。以降、これは毎日開催しております。

また、この頃からですけれども、対策マニュアルの整備を開始、当時、渡航者・接触者外来というのがありましたけれども、それとはちょっと異なり、非発熱者と動線を分けるための発熱外来を設置いたしました。

そのほか、職員の手指消毒及び環境整備の実施を徹底すること、また、職員に体調不良者が発生した場合には、ICDに速やかに報告するようという指示を出していきました。

これは昨年2～3月頃、個人防護具、タイベックスの着脱訓練をしている頃の様子です。

春になってから、都内の医療機関でも院内感染が発生、報道されるようになり、我々も戦々恐々としておりました。この頃から水際対策の強化として、病院の入り口を1か所に制限し、入館者全員の体温測定を実施、入院患者さんの面会を原則禁止といたしました。

さらに、多院から転院予定のような患者さんの直前の情報を入手し、発熱している場合には、転院の延期をお願いすることもありました。

また、当院に入院するに当たっては、全例に胸部CT撮像し、肺炎の有無を確認するようになりました。

しかし、当時はPCR検査実施に対してのハードルが高く、入院前にスクリーニング検査をすることはできておりませんでした。このように、水際対策を強化していてもウイルスは院内に忍び込んできておりました。

4月27日の朝には、週末に4名の職員が発熱で自宅待機したという報告が上がり、このとき頭の中に院内感染の4文字がよぎりました。早々に保健所に連絡、相談し、発熱者のPCR検体を採取いたしました。

4月28日に患者2名が発熱、このとき院内感染を強く疑いました。4月29日には職員のPCR陽性が確認され、入院患者にも発熱者を認めたことにより、院内感染がほぼ確定となりました。同日中に保健所が来院し、調査が開始されました。また、ホームページには第1報を掲載いたしました。

これは当院の院内感染対策マニュアルの中に書いてあります感染症が発生してからどのような行動を取るかというフローチャートです。このときは休日だったのですけれども、多くのメンバーが病院に集まっており、この流れで行っていきました。

これは4月28日時点で陽性者が発生した際につくった陽性者及び発生者のリストです。もともとは病棟避難図を使っているのですけれども、このような紙を用いて、どこで発熱者が出たか、陽性者が出たかということ記録していきました。

これは当院で使用している濃厚接触者を記録したものです。左半分は、もともと結核用の接触者リストを用いております。その右側に医療従事者の暴露リスク対応表をくっつけて、記載しやすいようにしております。

左は4月29日当院が、右は4月30日に区がリリースしたホームページの掲載内容です。我々は新たな事実が判明するたびに、できるだけ迅速に情報を発信しました。結局、通常運営再開までの間に病院ホームページには7回、区のホームページには6回内容を更新いたしました。

4月30日から5月2日にかけて、全入院患者及び病院職員、合計234名に対しPCR検体を採取いたしました。4月30日には、2日前に発熱した患者2名の陽性が判明、ここで院内感染が確定となりました。陽性の患者は、同日中にCOVID-19対応の医療機関に転院となりました。また、この日から、新規の外来、入院、救急が停止、また、病棟のリハビリも中止となりました。ある大学の医局からは、非常勤で外来に来ている医師の出向が停止となりました。

5月1日には保健所、東京都福祉保健局が来院して、対策ミーティングが開かれました。これは当時の報道です。インターネットの記事を貼り付けさせていただきました。

4月27日から5月2日まで実施されたPCR検査の結果です。被験者239名、うち患者が88名、職員が151名、陽性者は17名、うち患者8名、職員9名でした。

なお、陽性が判明した患者さんは、その後速やかにCOVID-19対応医療機関へ転院となりました。職員も随時入院または療養施設へ入所となりました。

これは当時の記録で、陽性者とその接触者を時系列でまとめたようなものです。

これは当時の報道です。

陽性が判明した患者は、転院待ちの間、自室、個室での隔離対応となっております。

5月4日には国立感染症研究所、東京都福祉保健局、保健所が来院し、調査及び対策ミーティングが開催されました。また、このミーティングでの判断をもって病棟のゾーニングが開始となりました。この頃には複数の患者さんが転院したことにより空室ができるようになり、さらに5月4日までの間に234名のPCR結果が出たことで、病棟のゾーニングを

しやすい状況にありました。以降の患者さんは、転院までの間、陽性者はレッドゾーンで療養継続となりました。

当院の病棟はL字型になっており、2回の半分をレッドゾーンとし、転院待ちの陽性者を収容いたしました。レッドゾーン内の汚染リネンやごみの回収には注意を払わざるを得ないこともあり、レッドゾーン内にリネン置き場、ごみ置き場を準備しました。また、レッドゾーンで勤務するスタッフのためにも、少しでも安らげるような場として休憩室を設けました。

この写真はレッドゾーン内にリネン置き場、ごみ置き場を設けるために、不要なベッドを食堂に無理やり押し込んだところの写真です。

これが5月4日夕方の時点で、病棟のゾーニングをした直後の様子です。

これもゾーニング後の写真です。

5月7日には、初回PCR陰性だった新たな発熱者に対しPCR検体を採取、5月10日に患者2名の陽性が確認されました。

翌日、同2名がCOVID-19対応の医療機関へ転院となりました。

以降も発熱者は認めておりましたが、PCR検査を実施しても新規の陽性者は出ませんでした。

保健所と相談し、5月26日に通常運営の再開を迎えることができました。

これが区のホームページに出た最終版です。5月26日から中断していた機能を再開という内容が掲載されました。

これがまとめです。今回の院内感染における陽性者数は19名、うち患者10名、職員9名でした。

参考までに、今回の院内感染の流行曲線を示しております。

院内感染から少し時間がたつと、よかった点、反省すべき点等を整理することができました。今から思うと、よかったという点も幾つかありました。既に複数の医療機関で院内クラスターが発生していたこともあり、いつ自院で院内感染が起きてもおかしくないという覚悟だけはありました。そのための準備はしていかねばと、日々対策を練っていました。しかし、まさかこんなに早く遭遇するとも思っておりました。

院内感染を疑う気づきのポイントとして、今回我々は短期間に複数の職員に発熱したという点がありました。仮に患者さんが短期間で複数発生しても、もしかしたら気づきが遅れていたかもしれません。

地域包括ケア病棟と療養病棟、おのおののスタッフはもともと交錯が少なかったこともあり、院内感染も地域包括ケア病棟内だけで収まったということも不幸中の幸いでした。

患者陽性確認後、速やかに転院できたことで、陽性のため減ってしまった病棟看護師の負担が幾分軽減できました。ただし、受入医療機関の稼働が高まると転院も困難になり、今後はある程度自院で診ていかなければならないという覚悟はしております。

クラスター発生前に各所から情報を入手し、マニュアル等も準備し、対策は講じていた

つもりでした。水際対策もそれなりにやっていたつもりでした。しかし、院内感染が発生してからは、そのようなマニュアルもあまり活用せず、保健所及び専門家と相談し、リアルタイムで指示を受けて対応してきました。

今回はそれでよかったものの、保健所等の業務が逼迫してくると、我々だけに対応することもできなかつたかもしれません。ある程度自分たちで判断するようなことも必要だっただろうということは反省しております。

院内感染が発生してから大変だったことは、PPE着脱の練習はしていたものの、いざとなると結構準備不足が露呈しておりました。さらに慣れない行為ということもあり、病棟の管理も大変になりました。病棟の看護師が一時8人も欠員となってしまい、これはシフトの調整も大変だったのです。

中でも特に大変だったのは、汚染リネンの取扱いでした。当院にはベッドリネン会社が2社入っており、そのうち仕事量の多い業者が一次洗浄を要求してきました。当院のマンパワーが低下している中で、看護師が一次洗浄という重労働に従事せざるを得ませんでした。感染に十分配慮していたものの感染リスクにさらされてしまい、また、この作業で陽性者が増えてしまったらということで、心配でなりませんでした。

ちなみに、令和2年4月24日、厚労省からの事務連絡で汚染リネンの取扱いについて、4月23日には一般社団法人日本病院寝具協会からもこの点について報告がされております。感染の危険がある寝具の処理は病院内で消毒を、設備的人員面で困難な場合は代替案をとということで提示されておりました。

ちなみにもう一方の業者は、院内で一次消毒をせずに、代替案のほうを受け入れてくれました。しかし、前述した仕事量の多い業者は交渉してもなかなか代替案を受け入れてくれませんでした。当時の状況を振り返ると、医療従事者ですらもウイルスに不安が強かった中で、リネン会社がウイルス感染を恐れていたことも致し方ないと考えております。

院内感染が終息してから、また新たな問題が降りかかってきました。これはどの業界でも同じかもしれませんが、コロナ以前と同じように仕事ができないという問題に直面しております。たまたまかもしれませんが、コロナ前の時代は結果的に感染と経営のバランスが取れておりました。しかし、コロナ禍では、病院運営において感染対策に比重を置かざるを得なくなっております。例えば当院においては、入院時に胸部CT及びPCRチェック、入院患者全て1病棟でのみ受け入れる。入院後1週間はグレーゾーンで観察するという新たなルールができました。当然コロナ前にはこのようなルールはなく、ベッドコントロールの観点からも効率性の低下は否めません。

さらに追い打ちになったのは、職員の感染に対する恐怖といった心理的要因です。院内感染直後から数か月の間、様々な部署、中でも看護部からは、患者さんからうつたらどうしよう、自分が患者さんにうつってしまったらどうしようなど、感染の媒介を非常に恐れておりました。また、医師においては、発熱患者の救急要請に対し、入院させて院内感染を起こしたらどうしようという考えの中からは、特に夜間の救急隊など、受けるのをや

めようといった風潮になり、その結果、病院のアクティビティーが低下、当然ですけれども収益も低下してまいりました。

このままでは地域医療に対して責任を果たせなくなってしまうということが懸念されました。このような状況の中でも、現実を直視して、コロナ感染対策と経営のバランスを取っていかなければなりません。コロナ禍が終息するまでにはまだまだ時間がかかるであろう。そうであるならば、職員の負の心理的要因を少しでも軽減させ、病院のアクティビティーを上げて、地域医療に対しても責任を果たすようなことをしていかなければと考えました。ちなみに、職員の負の心理的負担を軽減させるために、安心して働くことができるために、今できることを徹底的に行うようにいたしました。

負の心理的要因を少しでも緩和するために、メンタルケアの専門家を招きまして、当時の振り返る場を設け、つらかったことなど感情を吐き出す場として、振り返りカンファレンスというものを設けました。また、補助金などを利用して、感染対策上有用な設備と機器を導入いたしました。

これが現在の当院における感染対策、外来の写真です。出入口は1か所にしております。そこにAI体温センサーと自動ドアを連動させて、体温測定なしに入場することはできないようにしております。

発熱外来も設置してございまして、発熱患者と非発熱患者の動線を完全に分離しております。

また、これはどちらの病院でもやっていると思いますけれども、待合の座席を間引いたりとか、3密を避けるようなこともしております。

これは入院においてです。入院患者は一旦グレーゾーンで経過観察するなど、病棟の運営ルールを策定しました。以前はPCR検査を入院後に外注してございましたが、結果判明まで数日かかり、判明するまでの間不安もあるということから、現在では院内にPCR検査機器を設置し、速やかに診断できるようにしております。また、個室には陰圧装置を設置し、疑わしいケースでは収容できるようになりました。面会できない期間が長くなる中で、患者さんにストレスもかかるということで、現在、オンライン面会もしております。

しかし、どんなに水際対策を徹底しても、病棟へのウイルス侵入をゼロにすることはできません。そのために、病棟で陽性者を認めた際、行動すべきことを整理しておかねばなりません。これは厚労省の資料を参考に、初動のときに最低限やるべき行動のリストを作成しておきました。

ほかには、オフィス等ではデスクの間にアクリル板を設置、全スタッフが就労時間内にはマスクまたはゴーグル、フェースシールドの着用を徹底、さらに手指消毒、環境整備の徹底もしております。なお、食堂では、職員食堂の座席数を減らし、利用人数を制限、食事の提供も従来はビュッフェスタイルだったのですけれども、お弁当方式に変えました。当然ですけれども、食事中は私語厳禁をお願いしております。

ただ、これで我々の対策が十分だとは全く思っておりません。それでも、今できること

はしっかりやっていかなければと考えております。

最後に、当たり前のことのように思われますけれども、この3点を僭越ながら私からのメッセージとさせていただきます。いつでも院内感染は発生する可能性はあります。決して他人事ではありません。起こさないための対策も重要ですが、起きてしまった場合にどうするかということ準備しておくこと、実を言うとこれが一番難しいと思います。特に自分たちが経験しないことというのはリアリティーが全くなく、シミュレートしても詰めが甘くなりがちです。新型コロナウイルス院内感染の経験を共有し、少しでも自分事にできれば、対策もより実践的になると思います。第3波まで我々は経験し、多くの病院が被害を受けたと思います。

繰り返しになりますけれども、今まで院内感染を経験されていない医療機関の皆様におかれましては、つらい思いをした医療機関の経験を共有し、しっかり感染対策をしていたければ幸いです。

困難を乗り越えることができたのは、皆様のおかげです。関係した全ての方々には本当に感謝をしております。

御清聴ありがとうございました。

○司会 玉城先生、ありがとうございました。

まだ4月の時点で、今よりも知見も全然ないときだったので非常に手探り、また恐怖感もあった中での迫力のあるお話をいただいたと思います。

また、応急対応のみならず、その後何を考えて、強靱化というかビルド・バック・ベターという復興期の中でより予防を強くしたり、早期検知をしたり、応急対応を早く、強くなるような取組も御説明いただいたと思います。誠にありがとうございました。

質疑応答のところと言うと、ユーチューブのコメント欄にあるので答えていただけたらと思うのですが、レッドゾーンで勤務するスタッフの方々がよくおうちに帰れないとか、お子さんにうつす心配とか、風評被害なんかもあったりして、宿舎かどこかにとまったりすることを確保されたりしたことはあるのでしょうか。そのときの手配の仕方とか、そのようなことを教えていただけますでしょうか。

○玉城氏 実際に何名かおりました。

看護師寮で空いているところもあったので、そこを使ったりとか、あと、自分たちでホテルを先に予約している方もおりましたので、そのような方には金銭の支給をいたしました。

○司会 ありがとうございます。

先ほど松田先生、近藤先生からも話があったように、スタッフへのケアも分かりやすいメンタルケアのみならず、そのような生活回りのケアが非常に重要なのがこの1年間ぐらいで得られてきた大きな知見だったのかなと思います。

このプレゼンテーションのところ以外でも、何かコメントがあったりしたら、いただけたらと思いますし、経験したからこそ伝えられることとかは何かありますでしょうか。

○玉城氏 今、我々の病院はCOVID-19を治療する医療機関ではないのですが、問題になっているのは後方支援のところ。治療する医療機関の回転を上げていかないと、根詰まりしてしまう可能性もあるだろうと。

後方支援をするに当たって、我々の今回の経験は非常に活かされております。もしやっ  
ていなかったら、ただ単に怖いだけで終わってしまっ、例えば厚労省でも退院基準とい  
うのがあって、それを満たしていれば一応転院がオーケーということになっているので  
すけれども、ウイルスのことが分かっているので怖いと。PCRを2回やって、陰性を確認し  
て下さいとか、そのような要求をしてしまうような医療機関も見られるということです。

ただ、我々としては対応もある程度、しかも覚悟もできておりますので、今は後方支援  
をどんどんやって、これから来る第4波に備えていきたいと思っております。

○司会 ありがとうございます。

まさに今、関西で猛威を振るっている変異株も含めた第4波は、非常に大きな波になっ  
てくるし、幾ら予防したり社会的な政策を打ったとしても、一定程度起きるリスクはある  
わけで、その中で、病院の中で起こさない、起きても早く対応するというのが大事ですし、  
療養型病院という、急性期からの病院を含めた地域全体の患者さんの動きをサポートして  
いくという社会的責任を果たしていく中で、今回得た経験は非常に辛い思いであったけ  
れども、一方で、今後しばし続くであろうウィズコロナの中で、非常に大きな経験になっ  
たということです。

松田先生、近藤先生、何か質問とかがありましたら、少し御発言いただいても結構です  
が、いかがでしょうか。

松田先生、近藤先生、何か質問があれば、また途中でお願いします。ほかにどうですか。  
先生の時期だと偏見とか差別、報道なんかもつらいことがあったのではないかと思料する  
のですけれども、いかがでしょうか。

○玉城氏 今は医療機関でクラスターが出たという報道もそんなに珍しくないとは思  
うのですけれども、当時は結構珍しかったです。テレビを見ていてぼろっと出てきたりすると、  
一瞬、うっと思うこともありました。けれども、起きたことはしようがないということで、  
別にそのときも攻撃的な報道ではなかったのも、そこまで気にはしませんでしたけれども、  
ちょっと悲しい気持ちにはなりました。

あと、偏見自体は正直言ってそこまで感じませんでした。起きた直後に何件かそういう  
電話はあったみたいですが、本当に片手で数えられるぐらいのレベルだったので、  
たまたまですが、近隣の方々が非常に温かい目で見てくださいました。当院の患者さん  
も温かい目で見てくださいましたということ。これには非常に感謝しております。

○司会 ありがとうございます。

かなり地域の差はあるようですが、なかなか厳しい言葉を投げつけられしまうような地  
域も多々あると聞きますので、これも我々が社会全体で経験していく中で少しずつ改善は  
していくものの、経験の少ない地域であったり、そうではないところであっても、まだま

だ続いてくるのだらうなと思うところです。

近藤先生、つけていらっしゃるけれども、何か発言できますか。

○近藤氏 先生、本当に貴重な講演をありがとうございます。また、本当に大変だったなと思っております。

我々もまさにその後ぐらいに、先生の経験のあった後ぐらいにようやくダイヤモンド・プリンセスの経験を生かして、何とかそういう資源を支えようという活動をやってきました。もうちょっと早くやっていたらその辺のお手伝いができることがあったのかなと思って、聞かせていただきました。本当にありがとうございます。

○司会 近藤先生、コメントをありがとうございます。

ぜひ玉城先生にもお伺いしたいのですが、実は今、近藤先生がやっておられるようなことをどんどん地域の中に実働していこうと思っています。早期検知をすることによって、検査が身近になったことによって、クラスターはより小さく済むとも考えられるのですが、一方で大きくなってしまいうリスクもあるし、見つけたときにどう対応するかが非常に重要になると思いますので、先ほどの近藤先生のお話を聞いて、その辺りは玉城先生がどのように感じられたかとか、少しコメントをいただければと思います。

○玉城氏 ちょうど昨年の今頃は、もちろんPCR検査をやることは相当ハードルが高かったのです。また、今でこそ当たり前になった抗原の迅速診断、15分で出るようなものも全くなかったので、少しでも陽性者を見つけるということができれば、職員のストレスも相当なかったのです。当時何をやったかというところ、胸部CTを撮像したりとか、それぐらいしかできなかったです。胸部CTを撮像しても、肺炎像があっても、当時はこれが本当にコロナなのかどうかという判断もつかないような状況でした。

検査すること自体、今は検査が本当にたくさんできるようになって、それである程度絞り込めることは大事だと思います。ただ、別にこれは100%ではないわけです。検査の感度の問題もありますし、だからといってそこで油断するわけではなくて、フィルターを何層にもかけておいて、少しでもリスクを抑えていく。それでも漏れてしまうと思いますけれども、そこは致し方ないところだと思います。ある程度フィルターをかけながら対応せざるを得ない。そのためにも検査というものがあつた程度有効だとは思っております。

○司会 ありがとうございます。

まさに今、リスクマネジメントの話なのだろうと思っています。予防さえすれば済むという問題でもないし、早期検知はするけれども、早期検知も限界があるし、起きたら起きたときに早く対応できればいいし、起きてしまったら、なつたなりに頑張って対応すればいい。やはり何層にもやっていくことによって、全体のリスクをどんどん下げていくというお話をさせていただいたのだと思うところです。

まだ少し時間もありますので、ぜひ近藤先生、松田先生からも何か御発言いただいても結構ですし、ざつぱらんに、例えば厚生労働省や行政に対して何か思うことなんかも。もうちょっと最後にしますか。そうであれば、今は検査のことをお伝えいただいたので、

予防、それから応急対応の準備の辺りで何か気づきとか、先ほど応急対応のところであればチェックリストみたいなものを準備しておいてという話もありましたけれども、いかがでしょうか。

○玉城氏 急にやれと言われても、なかなか人は動けないと思うのです。いろいろなマニュアルはあるのですけれども、マニュアルにたどり着く前に取りあえずこれだけやっておこうというのをきちんとやっておくことが大事だと思います。つまり、慌てないようにするために、我々としては最低限のことで初動対応のリストは作成しておきました。

あまり細かなことをたくさん書くことはないのですけれども、これをやったか、これをやったか、これをやったかということはきちんとチェックしておくことで、漏れなく無駄なく対応していく。初動においてはそれが非常に大事だと思います。

後で、ああこれをやっておけばよかったとなることも時間がたってから結構あったので、それは必要なと思っております。

○司会 そうですね。初動はこのコロナに限らずあらゆる災害でばたばたとなってしまう中で、時間が限られてくるし、我々の頭の中のメモリーも限られてくる中で、そういうリスクになっていることが非常に強いですね。

近藤先生、今まで療養型の病院も多く支援されてきたと思うのですけれども、玉城先生のお話もそうですし、そうでないところでも、療養型病院への支援、療養型病院との連携というところで、何かコメントいただけますでしょうか。

○近藤氏 まず、今の初動のところなのですが、これは今日お聞きになっている方々もぜひ、地元の保健所と日頃からすごく信頼関係を持っていただいて、ちょっとした変化があったらすぐに通報いただく。初動にとってはそこが非常に大事なのかなと。我々も保健所と連携しながら、今、寺谷さんがおっしゃったように、早く入れるという形で目指しておりますので、そういう意味では、通報というところを早くしていただく。今日のお話ですと、何人かの職員の方々が熱を出す。そういう段階で保健所のほうに知らせていただければ、状況にもよりますが、初動が早くなるのかなと思っております。

あと、そういう意味で、今、大阪とかでやっておりますけれども、実際、先ほど札幌のデータも示したところではありますが、療養型病院でクラスターが起きる。でも、その患者さんを急性期病院に持っていくことが果たして正しいのだろうかという議論が当然あるのです。DNARを取っている方々を本当に急性期病院に運ぶのか。そうはいつでもクラスターが起きてしまった施設においては、一定程度患者さんを出さないと需給バランスがコントロールできない、もしくはゾーニングすらできないというケースも結構あるのです。多くの病院が満床だったりしてしまっていて、少なくとも人を出さないと患者さんを回せないみたいなことが実際には起こります。そういうときには慢性期病院同士で患者さんを助け合うという制度も今後必要かと思っておりますので、ぜひ先生からもそのような制度を推進していただけるとありがたいなと思っております。

○司会 ありがとうございます。

特に療養型のところなんかも含めて、今、後方病院に対する支援策もようやく充実してきたところです。厚生労働省の財政支援策も、どうしても最初は急性期重点型というところから、それはそこだけで受け止められるものではないということが分かってきたら、去年の秋冬にかけて後方側の病院にもどんどん支援をつけているところですが、またその支援もしながら、オーバーベッドなんかも認めていて、どうしてもつらいときには、少し職員は大変なのだけでも、地域全体で受け止められるような政策も展開させていただいているところです。

今、近藤先生が御指摘されたのは、そういう似たようなタイプの病院間でもぜひ連携をしていただけたらいいという話。初動のところで言うと、保健所等に早めに連絡ということです。ただ、なかなかお年を取った方がよく分からない謎の発熱なんていうことも多々あるので、その辺も実際には判断に困るところもあるかと思えますけれども、それは検査とかをうまく活用したりとかですかね。

○玉城氏 先ほども流行曲線があったのですけれども、我々のところでも職員で気づいたのですが、もしかしたら発熱者というのはその前にいたのかもしれない。結局、誰がしょっぱなだったかということとは分からないです。

当時は、PCR検査をやるということはなかなかハードルが高くて、すぐにはできなかつたのですけれども、今となれば、ある程度積極的に検査をせざるを得ないし、していくことが一番大事だと思います。

○司会 そうですね。厚生労働省としても、特に流行地域においては頻回の定期検査を進めているところですし、当然、以前のように職員さんが発熱したらというよりは、少し違和感があるとか、そういうところから検査をしたり、検査で陽性というのはすり抜けてしまうことが当然あるわけですから、そういうときにはお休みをどういうふうにしてもらうかなども重要になるという理解です。

ありがとうございます。お時間も大分いいところになってきましたけれども、近藤先生、松田先生、また玉城先生から何か御発言があれば、よろしくお願いします。大丈夫そうですか。

○近藤氏 私からは大丈夫です。

○司会 玉城先生は。

○玉城氏 大丈夫です。

○司会 そうしたら最後に、厚生労働省や行政に対して何か、少し厳しめのことも含めてお伝えいただいても結構ですし、いかがでしょうか。もう忌憚なく。我々厚生労働省は批判も多く受け入れる省庁ですが、批判を受けながらもそれをちゃんとエネルギーに変えて、いい政策をつくっていけばいいと思っています。

○玉城氏 先ほどもお話が出ましたけれども、急性期のところに対する支援も非常に大事だと思います。ただ、このポストコロナを受け入れるとか、そういう後方支援のところも今後一層気にかけていただいて、手厚い支援をいただければ、我々としては幸いです。

○司会 やはり地域全体で受け止めていくし、もはや急性期病院のみならず、病院全体でどんどん回して、しかも地域が一体となってという時代ですから、それに見合った財政支援も含めた制度設計があるべきだと思っていますし、今、厚労省もその方向でどんどん動いているところですので、引き続きよろしくをお願いします。

では、時間がぎりぎりなのですけれども1点だけ。事前にいただいた質問の中で、入院患者さんの病院の転院の基準。考え方は2つ意味があると思っていて、自分のところで発生してしまったとき、ただ近くの急性期病院は逼迫している状態のときにどのように転院をしていってもらいたいのか。先ほど言ったように、全員転院するというのはなかなか難しいけれども、一定数転院させないと逆にゾーニングすらできないということが起きるので、そのときの転院の基準の考え方もありますし、もう一個は、先生方が後方病院として受け取るときのやり方、受け取るときの工夫として先ほどグレーゾーンみたいなお話もされていましたが、その辺りを少しコメントいただけますでしょうか。

○玉城氏 自院で発生したときに転院させる基準は、重症度というのが非常に大事になります。この当時は陽性だったということで転院をさせたのですけれども、今後引き受けてくださるところがなかった場合には、ある程度自院で診ていかなければいけないという覚悟もできております。

ただし、重症度を見ながら、どこかのタイミングで転院等を考えるならば、例えば呼吸不全の状況とか、そういうことが大事になってくると思います。

一方で、我々が後方支援で受けるときの条件というのは、先ほど言ったように転院の条件は厚労省の退院基準だけでやっております。それを受け入れるときには、我々は一応グレーゾーンを設けております。グレーゾーンで、これが適切かどうかは分かりませんが、今我々は1週間の様子観察をしております。それで問題がなかったらグリーンの方に移るという段取りをすることで、多少なりともリスクは減らすことができると思います。

一方で、病床は弾力的に運営することができなくなってきておりますので、多少なりともそのような不都合が生じております。

○司会 ありがとうございます。

転院の基準、特にクラスターが発生してしまった場合のところについて、近藤先生から何かコメントがあればお願いできますか。

○近藤氏 転院に関しましては、今先生がおっしゃっているように、本当に地域全体でコロナがはやってきた場合においては、全病院がコロナを診るという体制が必要になってまいります。そういう意味では、コロナのあるなしではなく、重症度に応じて、ふだん診ているレベルの患者さんはそれぞれの病院で診ていただく。実際は札幌、大阪なんかはそれすらできるかできないかというところまで追い込まれておりますけれども、全ての病院でしっかり診ていただくことが必要になってくるのではないかと思います。

そういう意味では、厚生労働省のほうにも、先ほど先生のお話を聞いてつくづく思いま

したけれども、実は全ての患者さんがコロナだと思って診られるような医療機関、そういう加算、感染管理のレベルを今までよりも実は重くしていかないと、これからウィズコロナの時代、その分コストがかかるのだということを認識していただいて、それに対して医療機関が十分投資できるような報酬体制が必要なのかなということを思ったところでございます。ぜひそこら辺はよろしくお願ひしたいなと思っております。

○司会 近藤先生、コメントをありがとうございました。

まさにそのとおりで、やはり新しい時代に見合ったやり方がありますし、事実論のみならず、多方面のあるべき制度設計があると思っておりますので、引き続き時代に合って、しなやかに強くあるためにどうするかということに取り組んでいきたいと思っております。

ちょうど50分を過ぎたところですので、そろそろこれで会を閉めていきたいと思っておりますけれども、玉城先生、本日はどうもありがとうございました。近藤先生もありがとうございました。

## 最後に

会を閉める前に、数点、事務連絡をいたします。

1点目としては、本日のセミナーの動画は厚生労働省のホームページからリンクを貼った状態ですぐ見られる状態にしていきますので、今後また厚生労働省コロナ本部地域支援班から医師会様の協力なんかも得て、リンク先を周知させていただきますので、ぜひ皆さん、今日見られなかった方にも周知いただければ幸いです。

次の点としては、今日のセミナーのアンケートの御協力をぜひお願いします。この後画面に出てきますQRコード、それからURLからアクセスしていただいて、御記入いただければと思います。

最後に、今日はたくさんの方に見ていただいておりますし、また、共催していただいた日本医師会様、玉城先生、日本全体の医療従事者、それから関係者の皆様に感謝を申し上げます、おしまいとさせていただきます。

本日のセミナーはこれで終了となります。御参加いただき、ありがとうございました。