

「高齢者施設等における感染者発生時の対応
～福祉と保健医療の関係者の相互理解と連携によって地域を強くする～」

挨拶・講師照会

○司会 本日はお忙しい中、ウェブセミナーに御参加いただきまして誠にありがとうございます。本日、司会を務めさせていただきます、厚生労働省コロナ本部地域支援班の横山と申します。

また、一部の司会及びモデレーター役を務める、厚労省コロナ本部地域支援班の寺谷感染症医療体制専門官です。

それではこれより、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～福祉と保健医療の関係者の相互理解と連携によって地域を強くする～」を始めさせていただきます。

まず初めに、厚生労働省コロナ本部の吉田より御挨拶をさせていただきます。

○吉田（厚生労働省コロナ本部） 厚生労働省コロナ本部の吉田と申します。

新型コロナウイルス対策につきましては、多くの方々に日々大変な御尽力をいただいております、厚く御礼を申し上げます。

今回のウェブセミナーは、前回に続き、日本医師会に御協力いただき開催させていただいています。

本日は、「高齢者施設等における感染者発生時の対応～福祉と保健医療の関係者の相互理解と連携によって地域を強くする～」と題しまして、高齢者施設等での新型コロナウイルス感染症についての具体的な感染防止対策や、実際の活動で得られた教訓、改善点について、介護施設の現場で新型コロナウイルス感染症に対応されている方、感染症医療、地域医療の専門の方から、ケーススタディーを交えての御講演を予定しております。

また、御講演の後には、講演者の方を交えた全体討議の時間、参加者の皆様からの質疑応答の時間を設けているところです。

本日は、都道府県の介護福祉、保健医療の関係者の皆様や、介護福祉施設の団体、管理者、職員の皆様といった地域支援に関わる方々など、幅広い方々に御参加いただいていると承知しています。今後の高齢者施設等におけるコロナ対応の参考にさせていただくとともに、関係者の皆様の間での相互理解と連携をさらに深めていただければと思います。

厚生労働省といたしましては、2月10日付で事務連絡を発出し、都道府県に対して、ゾーニング等の感染管理等を行うICTの技能を保有した看護師、医師等や、感染症の発生時等に調査、対策の支援を行うFETP、本部のマネジメント支援や高齢者施設等の機能維持による業務継続の支援を行うDMAT、DPAT等により構成される感染制御・業務継続支援チームの設置、運営をお願いしているところであり、既に全ての都道府県において支援チームを設

置いただいております。

また、高齢者施設で感染者が発生した場合に職員が一時的に不足するケースがあり、サービスの継続に加え、感染拡大防止の観点からも職員体制の確保が重要であることから、7月2日付で発出した事務連絡において、平時からの備えとして、感染制御・業務継続支援チームや応援派遣予定の介護士職員等が、ゾーニングの方法やマスクなど、必要な感染防護具の種類や着脱方法について、あらかじめ共有認識を持つ場を設けるほか、研修を通じて両者が感染防御等について相互に理解を深めていくことが重要である旨をお伝えしています。

今回の講演内容も参考に、関係各位が効果的に連携し適切な感染制御を行い、介護サービス等の継続に必要な支援体制の維持、強化に向けて、引き続き御協力いただきますようお願いいたします。

最後に、今後とも都道府県と国の協力、連携関係をより一層深めていければと考えていますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

○司会 続きまして、厚生労働省老健局老人保健課の新田介護保険データ分析室長より御挨拶をさせていただきます。

○新田室長 厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室長の新田と申します。

昨今、新型コロナや大規模災害などが発生する中、介護サービスは、高齢者やその家族の生活を支える上で必要不可欠であることが再認識されております。その中で、現場の皆様方におかれましては、コロナ禍においてもサービスを必要とする高齢者の方々のために、強い使命感を持って献身的に努力いただいております、深く感謝申し上げます。

介護施設の職員が感染や濃厚接触者に該当することなどにより、一時的に職員が不足するケースにおいて、サービスの継続に加え、感染拡大防止を図る観点からも、職員体制を確保することは最も重要なことの一つと考えております。

このため、昨年6月に都道府県に対して、関係団体とも連携し緊急時に備えた応援体制の構築を進めることをお願いをさせていただきましたところ、昨年12月の時点において、全ての都道府県で応援体制を構築いただいております、本年4月末時点では、全国で5,890施設、9,477名が応援施設や応援職員として登録いただいております。皆様の御協力の下構築いただいた応援体制をさらに有効に機能させるためには、平時からの備えが重要であり、感染防御に係る理解に加え、ふだんと異なる環境で働く応援職員がスムーズに業務を行えるよう、応援職員にしてほしい業務及び説明すべきことを決めておくことや、応援職員に依頼する内容を事前にまとめることなどを、これまで業務継続ガイドラインや事例集等でお示しさせていただいております。

また、本年4月の介護報酬改定におきましても、3年間の経過措置の下、全ての介護サービス事業者様に業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練等を実施いただくこととさせていただいているところでございます。本日の講演内容につきましても、応援職員の方々の活用を含めた各事業所様における取組の参考として御活用いただきたいと思いますと考え

ております。

引き続き皆様の御協力を賜りながら、感染拡大防止を図りつつ、業務継続ができる体制づくりを進めてまいりたいと考えておりますので、何とぞよろしくお願い申し上げます。
以上です。

○司会 それでは、本日御講演いただきます講師の方々を御紹介させていただきます。

清山会医療福祉グループ代表、いずみの杜診療所医師の山崎英樹様。

コネクト合同会社KRICT理事、福岡県COVID-19調整本部の山口征啓様。

沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア課副部長の高山義浩様です。

本日は、以上3名の講師の方々に御講演いただいた後、国立病院機構DMAT事務局の赤星昂己様にも御参加いただき、討論や質疑応答をしてまいります。

また、各御講演の後に、時間の許す範囲で質疑応答の時間を設けております。御質問のある方は、ユーチューブのコメント欄に御記入ください。

なお、講演中の画面に出てまいります資料につきましては、厚生労働省ホームページからダウンロードしていただけます。ぜひ御活用ください。

○寺谷専門官 では、ここからは寺谷が進めてまいります。

今回、3人の演者の方々に準備していただいております。私が全国を支援する中で各地で支援のコラボレーションをしてきた方々です。

早速ですけれども、まずは山崎先生からお願いしたいと思います。

では、先生、どうぞよろしくお願い致します。

発生した高齢者施設への介護の応援体制－宮城県での取り組み－

【山崎英樹様（清山会医療福祉グループ代表、いずみの杜診療所医師）】

○山崎氏 どうぞよろしくお願いいたします。画面を共有します。

改めまして、いずみの杜診療所の山崎です。「発生した高齢者施設への介護の応援体制－宮城県での取り組み－」を報告します。

宮城の感染状況です。当グループからの派遣は昨年12月から6件でした。

施設で発生したとき、通所系は閉鎖して代替サービスを提供することになります。入所系は閉鎖できないので、応援職員を入れてサービスを継続しなければなりません。

高齢者施設は、通常は要介護高齢者の介護施設です。改めて言うまでもなく、要介護とは、介護がなければ生きていけないということです。まず、そのことが最初に強調されなければなりません。その上で、高齢者は重症化リスクが高いことが知られています。そして、介護は密接、密着行為であり、密接は密集、時に密閉空間です。

こうした施設でコロナが発生すればどうなるのでしょうか。

まず、職員が一気に不足します。介護施設は平時から人員不足です。レッドゾーンで働ける職員は、そもそも限られています。施設では高齢者雇用が進んでおり、基礎疾患や高

年齢でレッドゾーンに勤務できない職員がいます。介護現場はシングルマザーが活躍する職場でもあります。家庭の事情で働けない職員もいます。

また、介護者は生活への使命感を持っていますが、これは医療者が持つ生命への使命感とは異なりますから、不安や恐怖で働けない人もいます。有事では陽性者や濃厚接触者は、通常は勤務から外すこととなります。特に密接、密集の介護施設ではフロアの介護職の多くが濃厚接触ということもあります。

職員が不足しても利用者はあまり減りません。陽性の利用者は通常は入院となりますが、しかし、濃厚接触の利用者はそのまま療養となります。

応援に入った職員の手記です。

「今回強く感じたことは、『お年寄りには逃げ場がない』ということ」「ご利用者の方々は、レッドゾーンが日常です。生活の場です。逃げ場はないのです」「我々の非日常と、ご利用者の日常。相反するものが同じ空間で成り立っていることに、悲しいとも違った何とも言えず形容しがたい感情が湧きましたし、だからこそ、我々がしっかりと日常を支えるんだと強く思いました」。

発生すれば、業務が一気に増えます。濃厚接触者コホートは、誰が感染しているかわからないので、最も警戒すべきエリアとなります。できるだけ個室管理、個別対応、個室にとどまることができない利用者が手で触れて歩いた共用部分の消毒を徹底し、換気に努めます。また、頻繁の健康観察が必要になります。さらにPPEを着用しての介護で体力を消耗します。

応援職員の手記です。

「ガウンを着ての介助は暑くて汗をかくのはもちろんですが、雨の日で湿気が高いと気づかずとも汗はたくさんかいていてガウンを脱いだ時に、その汗の量にびっくりし、喉も渇きにくくなっていたなと思います」。

レッドゾーンから定時にメールで送られてくる健康観察チェック表の写真です。

グループ内の老健の発生事例です。

第1例目は職員でした。通常は職員17名のフロアで勤務可能な職員は5名でした。コホーティング開始初日に11名を派遣し、開始4日目に5名を追加しています。

その後、入居者から2例目の陽性者が出ましたが、入院できなかったのが個室対応となりました。

ゾーニング解除後、レッドゾーンの勤務を終えた職員21名にストレスチェックを実施しました。健康リスクは例年よりやや高い89点でしたが、仕事の量が120点を超えていました。なお、「働きがいのある仕事だ」に対しては、そうだ14名、まあそうだ7名。「不安だ」に対して、ほとんどいつも3名、しばしば10名。「へとへとだ」に対して、ほとんどいつも7名、しばしば5名でした。

ここまでをまとめると、要介護とは介護がなければ生きていけないということであり、高齢者は重症化リスクが高いということです。発生すれば職員が一気に不足する、利用者

は減らない、しかし、業務が一気に増える。したがって、激変する劣悪な介護環境と感染リスクに耐えるしかない高齢者に対して、スタートダッシュで現場を再構築する必要、むしろ責任が支援にはあります。

私たちは、グループホームや小規模特養など比較的小さな事業所を幾つか運営しています。当グループで第一の課題は、施設の枠を超えた応援体制をどうするかということでした。

まず、応援職員を公募するに当たって、7項目のレッドゾーン除外配慮基準を定めました。妊婦及び基礎疾患、そうした方と同居、高齢者と同居、未就学児童を養育、一人親として18歳以下の子供を養育、55歳以上、経験が1年未満。

アンケートを行ったところ、ケア担当職員のうち、7項目の配慮基準の全てに該当しない職員は37%だけでした。4割弱です。レッドゾーンで働ける職員はそもそも限られています。

配慮基準に該当しない職員の中で、レッドゾーンの担当要請に「応じる37%」で、「どちらかと言えば応じる38%」を合わせると、7割以上が応じる意思があると回答しました。

このアンケート実施した昨年5月は、ニュース映像で欧米の深刻な墓地不足が伝えられるなど、コロナへの不安と恐怖に日本社会が覆われていた時期です。そうした空気の中で7割以上が応じると回答したことに、私は率直に胸を打たれました。

応援職員の労働条件を整えました。専門家による指導でマニュアルや図面上のゾーニングを行いました。コホーティングの模擬訓練を実施しました。入居者にも協力してもらいながら応援職員が入り、PPEを着用して、タイムテーブルに決められた休憩を挟みながら8時間の介護を体験してもらいます。

地域で取り組んだこととしては、昨年6月に地元有志で行政に要望書を提出しました。法人の枠を超えた介護職の応援体制を構築すること。

6月30日には厚労省からも通知が出ました。

9月の県議会で前向きな答弁がありました。

10月14日、県が応援体制の構築に向けて公募を開始しました。

県内の応援派遣の実績です。これは5月13日現在ですが、直接応援は6件、間接応援は7件です。最近は派遣元への間接応援も行われるようになりました。例えば、当グループから職員を派遣すれば、事業所の人員が手薄になります。そこで5月には、仙台市老施協の特養8か所から間接応援をいただきました。

また、発生施設に当グループが入った後に老施協が入り、グループホーム協議会が入るというリレー型の直接応援も行われるようになってきました。連携してお互いを支え合う仕組みができつつあります。

直接応援が始まったころの職員の手記を御紹介します。

「いきなり飲み物を渡され、すぐに介助に入ることになりました」「突然食事介助や水分摂取のお手伝いをするのが、どんなに危険なものであるかを実感しました。命の危険

と隣り合わせの食事介助でした」「施設の方にも確認するのですが、『私たちも急に入ったんで、よくわからないんです…』と返事が来ることもしばしば」「PPEを着用しながら動く事は普段より何倍も大変な事でした。息苦しく、視界はぼやけ、全身汗だくになり、ゴム手袋の中は水風船状態です。汗だくであっても休むこともなく、昼休憩までそのまま続けていました」。

こうした教訓から、県域で応援体制を構築するには、法人枠を超えて危機感を共有し、対応策への合意を得る場が事前に準備されなければならないと強く思いました。

県がこうした現場の声に耳を傾けてくれました。今年1月27日に介護ワーキンググループが設置されました。構成員は、県と市の老協、老健協、グループホーム協会宮城県支部、グループホーム協議会、介護福祉士会です。アドバイザーとして、認知症当事者ネットワークみやぎ代表の丹野智文さん、そして、認知症の人と家族の会宮城県支部の代表も加わりました。その後、ワーキンググループとして水際対策や施設で発生したときの参考指針をつくっていくことになりましたが、毎回、当事者のお二人から貴重な意見をいただいています。

入居系施設で発生したときの指針は、事前の備えとして8項目を挙げています。例えば、勤務可能な職員のリスト、勤務シフト表とタイムテーブル、ゾーニング、備品、利用者情報共有シートなどです。実際に応援に入るときは、先遣隊がこうした備えを派遣先の施設職員と一緒に準備した上で、応援職員を派遣します。

他法人に職員を派遣するときの留意点です。

まず、適正な派遣人数と業務シフトを、応援チーム側から提案する仕組みが必要です。経験的に発生施設側からの要請人数は少な過ぎて、派遣する職員を感染リスクから守れないと感じています。要請する側からいえば、遠慮もあるのですが、コホーティングに必要な業務をよく理解していないためもあると思います。

次に、介護の応援チームに伴走する医療の仕組みが必要です。従前どおりの介護ができなくなることで高まる医療ニーズ、例えば、誤嚥や転倒に備える必要があります。

さらに、関係者がウェブ会議等で随時話し合える場を設けることも非常に大切です。

幾つかの応援派遣を経験して感じたことは、発生施設における感染予防策の不徹底です。これは受援施設における陽性者の発生時期ですが、ゾーニング開始後8日目以降も陽性者が発生しています。

応援職員の手記です。

「初日で感じた施設職員の様子としては、とても殺気立ち切迫しており、こちらから話を掛けられる状態ではありませんでした。ご利用者は部屋のベッドに寝かされているだけで、リネン交換やトイレの掃除なども行き届かない様子でした。感染対策も正直なところ余裕がなくてほとんど行われていない印象でした」。

発生すれば、介護環境が急激に悪化します。厳密に言えば、虐待に近い状態と言えます。一方で、人員不足の中で感染リスクが増大します。発生初期から介護職員の応援派遣が必

要だということです。初動の段階で医療チームと介護チームが連携しながら施設に入ることが、虐待を防ぐだけでなくゾーニングを有効に機能させ、クラスターを防ぐことにもつながるだろうと思います。

受援施設が「自分たちでがんばる」と言って応援を要請しないことがあります。そもそも支援は誰の要請に応じて行われるべきなのでしょう。施設は、申し訳ないあるいは知られたくないという心理から要請をしないことがあります。しかし、介護環境が悪化し感染リスクが増大する中で、それでも逃げられない声なき高齢者こそ本当の当事者ではないのでしょうか。介護職員の応援派遣は、施設支援にとどまらず、むしろ、逃げられない要介護高齢者への責務ではないかとさえ思います。

応援派遣に際しては、介護施設がエアロゾル感染のリスクが高いことへの十分な配慮が求められます。介護施設は密接・密集です。食事や排泄、入浴の介助はエアロゾル感染のリスクが高い行為です。認知症という障害のためにマスクを外してしまう人がいます。エアロゾル発生場面が多いのも特徴です。口腔ケア、むせ込み、孤立や介護不同意、難聴などから大きな声の訴えもあります。個室にとどまれない人もいます。これは認知症という障害のためもありますが、そもそも介護施設は共有スペースへの導線上に個室が配置されており、自然に個室から出て過ごすように設計されています。そして、触れ合いを大切にしている介護の文化があります。

この絵は、今年1月に発生した老健での様子です。個室にとどまられなくてあちこちに唾をつけて歩く方がおり、職員は個別対応に追われました。

ゾーニング解除後、レッドゾーンに勤務した職員にアンケートを実施したところ、「一時的にでも個室隔離（施設）や身体拘束が必要だと感じたことがありましたか」に対して、21名中、感じた7名、どちらかといえば感じた9名でした。

こうした経験を経て、介護ワーキンググループの参考指針には、「入院できないときは感染者のコホーティングを開始する」という項目が追加されました。

この絵は、老健で陽性となった方への対応の様子です。職員が指相撲をして個室にとどまっていただけのように関わったとのことでした。

この写真は、クラスターが発生した介護施設のみとりの様子です。念のためぼかしを入れましたが、本来は御家族と施設の方からむしろ顔出しでいいというふうな了解をいただいていたものです。退院基準を満たして施設に戻って間もなくのおみとりでしたが、午前中、御家族がPPEを着て、そばに寄り添っておられました。亡くなると、保健所からあらかじめ届けられた納体袋に包まれる前に、施設長が御遺体を美しく整えました。この施設長は、高名な納棺師を訪ねて学ばれたそうで、本当に穏やかで美しい死に化粧でした。

介護施設では、その人との絆を最後まで大切にしています。施設クラスターというより、家庭内感染ではなかったかと思う例が幾つかありました。

私は、介護施設で働く医者ですが、介護職の方々の底力に驚くことがしばしばあります。10年前の東日本大震災のときもそうでした。避難所と化した施設では、割れた窓ガラスか

ら吹く寒風に耐えながら、夜はろうそくの明かりを頼りにそれぞれの良心にケアを委ねるしかないという非常事態が何日か続きました。

震災後の日報から引用します。

「今、伝えたいこと。被災地で、高い電柱に登って電気工事をする人、がれきの中、郵便配達する人、スコップで地面を掘って水道管を修理する人。プライドにかけて自分の仕事をする」「今の私達を動かしているのは、そのプライドそのものなのかなと」「適切で冷静な判断が出来たかどうか、思い出せないのが正直な所ですが、役職として、とかそんなちっぽけなプライドではなく、介護の仕事に就く者として、そして人としてのプライドは守りきったと思っています」。

介護職の方々の底力は、今回のコロナでも発揮されたのだと思います。

応援職員の公募アンケートから引用します。

「私がエントリーさせて頂いたのは、法人のためというより、自分のプライドがそうさせたのだと思います。この仕事を長年続けてきて、コロナ感染により介護崩壊など想像もしたことがない言葉が飛び交う現実を目の当たりにした時、このために続けてきたように感じました」「法人の枠を越えた応援も、医療機関への応援も役に立てれば、誰かを救うことができればと思っています。仕事に対して様々な考えがあると思いますが、エントリーして下さった方は、きっとそれに近い気持ちだと思います」。

志を持つ彼らの応援こそ、自分の責務であると感じております。

まとめます。

要介護とは、介護がなければ生きていけないということです。施設で発生すれば、職員が一気に不足します。しかし、業務は一気に増えます。激変する劣悪な介護環境と感染リスクに耐えるしかない高齢者がいます。

したがって、介護環境の再構築と感染予防策の再徹底が急務となります。発生初期から介護職員の応援派遣が必要で、それは、逃げられない要介護高齢者への責務というべきです。ただし、応援派遣に際しては、介護施設がエアロゾル感染のリスクが高いことへの配慮が求められます。認知症のある高齢者はマスクを外してしまい、むせることが多く、個室にとどまれないからです。

7月2日の厚労省の事務連絡は、こうした現場の声をしっかり見通したものだと思います。初期の段階から介護職員の応援派遣を開始する。ゾーニングの方法やマスク等の必要な感染防護具の種類や着脱方法等についてあらかじめ認識共有を図る場を設ける。研修の機会を確保すること等により、相互に理解を深めていくことが重要である。

これらが、私の本日の発表の先にある具体的な備えとなります。

宮城県の介護ワーキンググループの参考指針は、このURLからダウンロードできます。

準備したスライドは以上です。

当グループの感染対策や応援派遣に関して、神垣太郎先生と西村秀一先生から御指導いただきました。改めて深く感謝いたします。

御清聴ありがとうございました。

○寺谷専門官 山崎先生、ありがとうございました。非常に迫力のある、引き込まれてしまいましたし、「介護者は生活への使命感」というのが非常に印象に残った言葉でした。

ちょっと質問に今答えてもらおうかと思ったのですが、ちょっと時間も押していますので、まとめてこの先生の質問も含めて最後の討論の時間にやりたいと思います。

山崎先生、ありがとうございました。

では、続きまして、山口先生にお願いしたいと思います。どうぞよろしく申し上げます。

「北九州市での高齢者施設のクラスター予防」

【山口征啓様（コネクト合同会社KRICT理事）】

○山口氏 よろしくお願いいたします。画面を共有いたします。

今、発生時のすばらしい話が山崎先生からありましたが、私の発表はまた視線を変えて、まだ起こっていない段階での予防の話をちょっとさせていただこうと思います。北九州市で感染症の専門医をしています山口と申します。

北九州市はこのような流行になっておりまして、前回の流行が収まり切らないままに残念ながらもう第5波が始まったのではないかという増加を示しております。

私は感染症の専門医で、今はフリーランスで仕事をさせていただいておりまして、病院でも働いていますが、そのほか保健所とかあるいは県庁の対策本部、それと感染対策のNPO法人が北九州市にありまして、その活動として、今は高齢者施設のラウンドをずっとやっております。

私個人的には、県庁ではかの医師2名と、こういう福岡県のコロナの病床の状態を把握するようなシステムを自分たちで作りまして、これで病床管理をしていたり、北九州市の保健所のほうも業務をやる中で、保健所の先生方と協働して業務効率化をやっております。疫学調査の前に入院判断をするようにフローを整理したり、この右にありますような患者さんの状態のものを発生届と同時に届けていただくと。今はこれは国の発生届にも入っていますが、我々はこういうものを去年の9月ぐらいから運用しておりまして、北九州市はかなり多くの患者が出たのですけれども、入院というかホテルに行くとかという判断は非常にスムーズに当日中に全ての患者さんができるようなふうにしたたり、そういうことをやってまいりました。

北九州市は、実は政令指定都市の中で最も高齢化が進んでおりますので、日本で最も高齢化が進んでいる大都市ということになります。そのため、第2波の頃から高齢者のクラスター、陽性者が多発して非常に困りまして、当時、寺谷さんや厚労DMATの方などにも応援いただきまして、何とか乗り切ったという経験があります。

また、先ほど申しましたが、感染対策のNPO法人がございまして、これと行政が連携することで、高齢者向けの対策を実施してきたということになります。

図にしますとこういう形なのですけれども、この3者が一体になって、予防、それから発生時の対策、そして実際に発生したときの対応をやってきております。

具体的には、北九州市内に2,200の事業所があります。利用者がおられる事業所だけで2,200あるのですけれども、この全てに対してレクチャーをもう20回以上当時からやっています。それから、ズームでのレクチャーも何回もやりましたし、発生時のリーダー養成講習とか、あと、DVDを作ったりユーチューブの動画を作ったりというのをやっております。

その上で、まずは特養ですね、全80か所を去年からずっとラウンドしてきて、今は老健を回っているという状況です。

コロナ禍でいろいろなことがやはり分かりまして、結局私も高齢者施設で働いたことはないものですから、現場でどんなことをしているというのを教えていただきながら、それならばこういう対策をしたほうがいいのではないかということをお自身もたくさん学ばせていただきましたので、それを今日、少し御紹介できればと思います。

あと、細かいことなのですが、介護保険課さんのほうはこの機会にファクスを廃止して、連絡を全部電子メールに統一していただいたのです。これでいろいろな資料のやり取りがやはりスムーズにできるようになりましたので、これは地味なのですが結構大きな効果が今後も出てくるのではないかと考えています。

最近では、今年になって変異株が出てから、今までなかった通所系の施設でのクラスターが多発しまして、通所系の施設が1,100か所あるのですけれども、これをラウンドしようということで、結構壮大な計画だと思えますが、我々は通称「ひまわりラウンド」と呼んでいますけれども、これを今、頑張っけてやっております。何より数が多いので、まず事前にアンケートをお配りして、オーディットみたいな感じですね。これでスクリーニングをした上でポイントを絞って、1施設30分ぐらいで一番重要なところを見てアドバイスしよう。結果も電子フォームをつくってどんどん電子フォームで入力して集計ということを行っております。

このために、北九州保健所に保健師さんを専任で7名の方をつけていただきまして、今日も午前中に3件一緒に回ってきたのですけれども、どんどんラウンドをしているという状況です。

また、なかなか流行が激しくなると保健所も忙しくなりますしリスクも上がるので、ウェブでのラウンドなんかも模索しているところです。

また、「北九州市介護版DMAT」というものを提案しまして、これは川原先生という方が主導的につくっていただいたのですけれども、こういうものを導入して、社会福祉協議会のほうと一緒にやって稼働しております。

それでは、ここからは私たちが現場で見たことです。特に、ここはもうちょっとやったほうが良いということと、ここはしなくてもいいのではないかとということが幾つか見えてきたので、そこを共有させていただければと思います。

まず、高齢者施設の皆さん、施設のコロナの目標というものがあると思うのですが、これをどこに置かれているかというのを常にお聞きしているのですが、皆さん御存じのように、コロナは必ず施設に入ってきます。どんなに予防しても、無症状の利用者あるいは無症状の職員が持ち込むので、水際対策には限界があるのです。なので、もし施設の目標がうちには絶対にコロナを入れないというふうになっていると結構危ういと思います。むしろ、コロナは絶対入ってくるので水際対策はするのだけれども、それを擦り抜けて入ってきたコロナを中で広げないと、ここが一番重要なポイントです。これができている施設が最もコロナに強い施設ということになると思います。

どうもやはり水際のほうに目線が行ってしまっていて、中の対策が緩いということがよく見受けられるので、やはり中の対策が一番重要ではないかと考えております。

まず、入り口の水際のところの対策なのですけれども、これは手を消毒したり検温したり、外部の方であれば名前とかを確認すると。これはほぼほぼどこの施設もできておりますし、水際対策としてはこのぐらいで十分ではないかと思えます。

一方で、よく見られるのは、手を消毒してもその後また手洗いをするとか、これはどちらかでオーケーですし、入り口でうがいをしている施設がまだありますが、コロナの時代はうがいをするとちょっと、もしその方が陽性だとウイルスがまかれる可能性があるのもこれはやめたほうが良いと思います。

あと、入り口でスリッパを履きかえてこれを消毒したりという施設もありますが、これも消毒はする必要はないかと思えますし、入り口にビニールカーテンみたいなものを準備されているところがありますが、これがもしウイルスを入れないという目的であればこれもなくても大丈夫かと思えます。

さて、それでは、より重要な、施設内でどう感染を防ぐかということなのですけれども、ここに出ています2メートル以内、15分以上、マスクなしというのは、いわゆる濃厚接触の定義でして、これを満たしてしまうとうつりやすくなってしまいうということなので、これを徹底的に避けるということが重要になります。

では、実際どこでうつっているかということ、やはりクラスターになった施設を見ると、食堂あるいはダイニング、それからお風呂です。あと、スタッフ間の職員休憩室がやはり圧倒的に多いということになりますので、この場面で気をつけるということも重要になります。

皆さん方が御存じのように、COVIDの感染経路はこの3つがあるわけですが、最近になってやはり飛沫とエアロゾルがすごく重要で、接触に関しては去年我々が思っていたほど高くないということが分かってきましたので、飛沫とエアロゾルをやはり重点的にやっていくのが良いと思います。

飛沫感染は大体1～2メートル飛ぶわけなのですが、これを予防するには、まずやはり距離を取ることが一番重要です。1メートルから2メートル、室内なので2メートルはなかなか厳しいですが、1メートルしっかり距離を取るのが重要だと思います。

す。距離を取れない場合はマスクをするということで、皆さんにマスクは着用していただいていると思います。

ここで問題になるのは、やはりどうしてもマスクができない方というのが出てきますので、お互いにマスクをしていればそのままでもケアしていただいても大丈夫なのですが、マスクができない利用者の方とある程度の時間お話をする場合は目の保護ですね、こういうフェースシールドかゴーグルを使うことが多いですが、そういうものをお使いいただくとリスクが下がると思います。

マスクの話もよく聞かれるのでちょっとコメントしておきますが、やはり医療介護の現場では不織布のマスクがいいと思います。御自宅とかプライベートでは布でもいいのですが、やはり職場では不織布で統一していただきたいと思います。ウレタンとかポリエステルのマスクというのはかなり効果が落ちますので、これはもう絶対使わないようにしていただきたいです。あと、入所者と利用者の方もできるだけマスクを、これは布でもいいかと思いますが、していただくのがいいと思います。通所系だとほぼ皆さん、全員がマスクをしていただいているのを最近よく見ます。

入所系は一方、やはり全然マスクができないというところが多いのですが、先日、ある施設で、老健なのですが、認知症の方がたくさんいるのに、ほぼ全員マスクをしているという施設がございました。どういうふうにやっているのですかと聞いたら、やはり地道に声かけをしているということなのです。ですので、入所系の施設の方も諦めずに、1割でも2割でもマスクを着けている人が増えるとそれだけ防御力が増えますから、もう無理だよと諦めずにもうちょっと頑張れば少し上げられるのではないかなという気がしてきました。

それでは、一番問題になるダイルーム、食堂でどのように距離を取るかというところをちょっと具体的にお話ししたいのですが、よく見るのは、机で4人がけで4人座ると。これは結構危険なのです。机の大きさによりますが、前、横が結構近いですよね。ですので、これを何とか距離を取りたいと思います。

理想は、こういうふうに斜めに2人かけると一番いいのですが、さすがにこれだとスペースもテーブルも足りませんから、例えば、この右のように3人がけにするのはどうかなと思います。この向かいのところにパーティションを置いて2人座って、離れたところにも1人と。こうするときっちり1メートル以上の距離が取れますね。

あるいは、小さな机を1個、1人がけの机とかを用意して、そこに1人移ってもらうとこちらを間引くことができますね。こういう1人がけ、2人だけの机というのは、割とちょっとしたスペースに置けますから、そういうところで見つけていくと距離が取れると思います。

こちらは、ある施設で拝見した台形の机で、これは結構便利です。大きさの割に距離を取って座ることができます。

こちらは、円卓の大きめなものなのですが、これも4人ぐらい座っても結構距離

が取れるので、こういう机もいいかなと思いました。

また、とてもよくあるのが、例えば、ダイルームがこういうサイズであったときに、なぜか机が片方に寄っているということが結構多いのです。それでこちらが密になっている。この右側の空いているスペースをぜひ生かして、机を均等配置していただくとよりよいのではないかと思います。

もう一つ、これもよく見るのですけれども、机が縦につながっている場合です。ここにずらっと2列に皆さんが座られているのをよく見ますが、これは結構リスクが高いです。大きく見ると1つの机みみたいな運用になっていますから、同じ机はやはり陽性の方が出るので。ですので、ここも50センチメートルでいいですから机を一個一個離していただくとこれで別々の机になって、リスクを分散することができます。

あと、ホールの対策で私がちょっとどうかなと思うのは、パーティションを机の上に置いていただくことはよくあるのですけれども、横向きの赤いパーティション、横向きのパーティションを置いてあるところがあるのですが、最近のコンピューターのシミュレーションでここでエアロゾルが広がるのを防ぐということもあるのですが、結局横に座っている場合、横を向いたらもうこの間には何も無いわけですから、横の隔離をしようと思ったらこの点線の場所に本来はパーティションがないといけないのです。これはなかなか大変です。かなり大きなものでないとここを防げませんから、横のパーティションは必ずしも必要ないのではないかと。これだけパーティションを置いてしまうと換気も難しくなりますので、これは私の意見ですけれども、対面のところだけでいいのではないかと考えております。

こういう、距離を空けるといのはちょっとパズルみたいな感じで頭を使って難しいのですが、一旦いいフォーマットが決まってしまうと後は全く手がかかりません。ですので、これはちょっと頑張ってやる価値があるかと思っております。

次に、エアロゾルの対策なのですけれども、これは皆さん御存じのように、三密の空間でうつることが知られていますが、実は三密以外のところでもエアロゾル感染は起こっているのです。特にオープンになっているダイルームとかでも起こっていますので、これはしっかり対策をする必要があります。

具体的には換気するしかありません。部屋の対角線に窓を開けていただきたい。

それから、もう一つ重要なのは常時換気です。1～2時間おきに換気するというのではやはり利用者が多い場合にはとても追いつきませんので、窓を常に開けておくというのを心がけていただきたいと思います。窓が少ない場合はサーキュレーターをしていただくといいと思います。

注意点としては、エアコンは換気になりませんので、エアコンをかけて窓を閉めていると危ないです。

それから、マスクだけではエアロゾルを防げませんので、しっかり換気をする。

空気清浄機を使っている方が多いのですが、これだけではやはり風量が全然足りないの

す。ですので、窓を開ける必要があります。

というお話をすると、やはり寒いときに開けていると利用者の方が寒がってということをよく言われるのですが、このように排煙窓が上のほうについていたりするとこれがいい感じで開けられて、そして直接風が当たらないので寒くないです。

この写真は、実は今年の1月、真冬に撮ったものです。ある老健でこうやって排煙窓を全開にしている施設がありまして、このすぐ横におばあちゃんがいたのですけれども、私は聞きましたが「寒くない」と言っていました。ですので、暖房をしっかりとかけておけばこういう真冬でも換気はできるということが証明されました。

常時喚起にしておけば開けたり閉めたりしなくていいので、スタッフの方の手も取らなくてこれもいいと思いますので、これから暑いですが、少しでもいいので窓は開けて換気をするようお願いいたします。

次に、接触予防策です。これはコロナの場合、アルコールでも流水でもどちらでもオーケーです。

病院では患者さんに触るたびに毎回毎回消毒をするのですが、なかなかそういうのはちょっと高齢者施設では厳しいと思いますが、このような何かをするときに合わせてみんなで一週に手を洗う、消毒するというのいいのではないかと思います。利用者の方もスタッフの方も一緒に手を洗うと。これであれば分かりやすいですし、なかなか漏れも少ないので、こういうレクレーション前とかリハビリ前とかに導入していただくとスムーズに行えるのではないかと思います。

続いて、お風呂です。お風呂も去年の夏、マスクを着けてくださいと言ったらすごく文句を言われました。先生、夏にマスクなんかを着けていたら熱中症になりますよとめっちゃ怒られたのですけれども、しょうがないかなと思っていたのですが、その後やはり職員から利用者の方にうつるクラスターというのが病院でも施設でも発生してしまいました、これはやはり駄目だなということで、申し訳ないですけれども、マスクはきっちり着けていただきたいと思います。

お風呂の問題は、利用者の方がマスクを外してしまいますので、利用者の方から飛沫が飛んでしまう可能性がありますよね。ですので、これはまず、絶対に利用者の前に立たないと。もしくは、フェースシールドとかゴーグルを使っていただくようにしていただくのがいいかと思います。

続いて、送迎車です。これもよく聞かれますが、まず重要なのは車のエアコンを外気モードにして取り入れていただいて、さらに窓を開けていただきたいと思います。何といても空間が狭いのでエアロゾルが出やすいですから、そして車内ではしゃべらないということです。マスクができない人とかはどうするのですかと言われるのですけれども、これは可能であればちょっとやはり特別扱いするしかないかなと。ちょっと離れたところに座ってもらうとか、可能であればそのように対応するしかないかなと思っています。

続いて、消毒です。消毒と除菌は違うということなのですが、よく混同されてい

ますが、圧倒的に消毒のほうが強力です。これも回ってみますと適切ではない消毒薬を使われている場合がありますので、ちゃんと消毒薬を使っただけでいいと思います。裏に成分が書いてあるのですね。見ていただくといいと思いますが、私が見たことがあるものでは主成分が水と書いてあるものとか、主成分がパイナップルと書いてあるようなものがありました。パイナップルから取った何かですね。これではちょっと消毒できないので、しっかり消毒薬を使っただけがいいと思います。

それから、噴霧するだけでは行き渡りませんから、噴霧してもいいのですが、必ずその後に拭くという作業を追加していただきたいと思います。

消毒に関しては、1時間置きとか2時間置きに手すりとかを一生懸命消毒する必要はないと思います。1日に数回やっていたら大丈夫だと思いますし、日勤帯で終わる作業で十分です。

あと、コロナの場合、靴や床の消毒は不要です。ただ、その代わり、靴や床は触らないと。触ったらすぐに手を消毒するというのがとても重要です。

最後に、スタッフ間の対策なのですけれども、やはり休憩室でうつっています。ですので、休憩室でマスクなしでしゃべらないというのがとても重要なのですけれども、できれば休憩の時間をずらしていただけるとありがたいです。ただ、休憩室はなかなかやはり広いところを取れないところが多いので、本当は1メートル離れるのがいいのですけれども、やはりできればお一人ずつ利用すると安全です。それから、黙食していただくというのがいいかと思います。

最近思うのですけれども、休憩室の定員が決まっていないことが多いので、狭いのは仕方ないのですけれども、この部屋だったら何人までいいかなというのを考えていただいて、もうその人数分しか椅子を置かないということまで徹底していただければいいのではないかと考えております。

以上で私のお話は終わりなのですけれども、やはり予防は流行の落ち着いている今みたいな時期に一生懸命やることでコロナへの予防力を上げられるのではないかと考えています。現場に必要な対策を追加するとともに、要らない対策を削っていくことで、スタッフの方の労力を増やさずに対応力を上げるというのが重要ではないかと感じております。

以上です。ありがとうございました。

○寺谷専門官 山口先生、ありがとうございました。

数多くの中をラウンドする中でいろいろな経験をお話しいただいたのだと思います。それから、経験と実践をお話しいただいたと思います。

すみません、1点ちょっとだけ僕からの質問なのですが、このひまわりラウンドをするようになった前後で何か、きっちりしたものでなくても結構なのですけれども、何か分かりやすい変化とかがあったり、こういう大きなクラスターは少なくとも起きなくなった、そもそもクラスターが起きなくなったとかいろいろあったりするものですか。

○山口氏 ひまわりラウンドはまだ実は始まったばかりなのでまだアウトカムが出てい

ないのですが、その前の特養ラウンドで80か所を回りましたら、回ったところからクラスターが出ておりませんし、陽性者もほとんど、お一人だけ陽性が出た施設がありましたが、それで広がらなかったということでこれも手応えを感じております。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

そうしたら、また先生に対する質問なんかもこの後での総合討議の時間にやりたいと思います。先生、ありがとうございます。

では、時間も押していますので、次に参りたいと思います。

続きますでは、高山先生にお願いしたいと思います。どうぞよろしく申し上げます。

「沖縄県における社会福祉施設の支援」

【高山義浩様（沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア課副部長）】

○高山氏 沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科の高山でございます。よろしく申し上げます。

では、画面を共有いたします。「沖縄県における社会福祉施設の支援」ということでお話をさせていただきます。

これは、都道府県別に見る陽性者数の推移を最新のところまで表していますけれども、沖縄県は大きな流行をこれまで何度か経験しておりまして、こちらにいらっしゃる寺谷先生をはじめとする厚労省の地域支援班の皆様、そして、若井先生をはじめとするDMATの皆様、そして、全国の医師、看護師、保健師さん、多くの方々の御支援をいただきながら何とか乗り越えてまいりました。これまでの経験をぜひフィードバックさせていただくことが全国への恩返しと考えておりますので、今回このように機会を与えていただいたことに感謝しております。

施設内の感染予防については山口先生から解説いただいているので、ここはさらりと流します。マスク着用に関しては、ほぼ職員に関してはできるようになってきています。認知症で諦めがちなのですけれども、先ほど山口先生から勇気づけられるお話がありましたので、やはり声かけを繰り返しやることで生活習慣の中に取り込んでいくということを目指していくということが大事だなと思いました。

ただ、やはり手指衛生に課題のある施設が多いかなということを今、これまで集団感染が起きた施設支援に入っていると思います。やはり手を洗う、いろいろな処置の後にアルコール、手洗いをしっかりしていくところを呼びかけていくことが必要かと思っております。

これは、これまで沖縄県内で入所、通所施設を合わせて大小約40か所のクラスター発生がありました。いろいろな施設支援に入らせていただいて、やはり症状があっても働いていましたというケースはほとんどないです。むしろ無症候の職員さんが働いたことによる持ち込みが多いなと思います。面会制限が行われているので御家族さんが持ち込む

ケースはほとんど見たことがないです。

無症状の職員さんも症状が出たら当然休まれているのですけれども、その職員さんが診療所に行って診断を受けますよね。あるいは治療薬をもらって帰ってくるのですけれども、ここが結構大事なポイントだと思っていまして、コロナの抗原検査やPCR検査をやっていない診療所に行くと、風邪ですねと言われて帰されてしまうのです。やはり高齢者施設を守っておられる職員さんに関しては、少なくとも受診する前にその診療所がコロナの診断をしてくれる診療所かどうかということを確認してから受診されることをお勧めします。2～3日で体調がやはり戻らない、いつもの風邪ではないなと思ってちょっと大きな病院に行って、初めてそこでコロナという診断を受ける。そのときにはもう数日が経過していて、施設内で感染がさらに広がっているということも起きがちです。やはり体調不良のときには必ず受診する。受診するときにはコロナの診断をしているところに行くということが、集団感染を小規模に抑えていく上での大事なポイントだと思います。

では、介護職員の発症からどういう経過で鎮圧されていくのかということについて、模擬的なスライドで時系列でお示ししたいと思います。

4月1日に有料老人ホームで働く男性が発熱を主訴に受診されました。翌日にはPCR検査で陽性を確認します。そのままホテルでの宿泊療養となりましたが、ここで当然、医療機関、保健所を経由して施設側に陽性者が出ましたよということの御連絡が行くと思います。

このときに施設側でまずやらなくてはいけないのは、その方の勤務歴を洗い出すということです。そして、この模擬的な例では、3月31日に実はちょっと症状が、本人はそういえば少しげほげほ言っていたのですよみたいな感じで働いていたことが分かりました。その2日前から勤務歴を洗って、この間は感染力を有しながら働いてしまった期間となります。

ただ、実は2日というのが濃厚接触者の判定で使われていますけれども、実際には3日前、4日前でも感染する事例は起こり得ます。とはいえ、3日、4日前から洗い出していくと大変なので、少なくとも2日前から洗い出すということは大事だと思います。

こうしてリストアップをして、そして疑われる全職員と入居者に検査を実施します。濃厚接触者に限らず、接触があった可能性がある人は全員検査ということが前提になります。

また、ケアマネさんに連絡することも大事です。つまり濃厚接触者となった利用者さんです。実はほかのデイサービスを使っていたりということも起こりかねません。ですから、ケアマネさんに連絡してほかで広げないようにケアプランを見直してもらうこともとても大事です。

この施設では看護師さんがいないので、訪問看護ステーションと契約をして継続支援事業で入ってもらうことにいたしました。

いつまでが経過の観察期間になるかということ、3月31日が最終接触日ですから、ここから14日間ということで4月14日まで濃厚接触者の観察期間ということになります。ただ、その後ももちろん観察するということは、症状を悪くしてまた発見される可能性もあるということです。

4月5日、入居者さんが発熱で発症されました。すぐに個室に隔離してPCR検査を行ったところ、翌日、陽性を確認して、この方の場合には軽症であり個室で管理できるということで、引き続き施設で療養を継続することにしました。ただ、残念ながらこの4月5日までこの入居者さんは施設内で周囲との接触もあったということが確認されたので、観察期間は4月19日まで延長されます。この入居者さんは施設内療養を継続するのですけれども、10日を足して4月15日までが感染性期間ということで行動抑制の期間ということになります。

ざっくりこんな流れで見ていくことになります。

ある施設で発生したときに感染対策の指導に入ったときです。夜勤の職員さんが働いた後に症状を発症してコロナ陽性ということが確認された事例でした。こうやってどうしてもなかなか施設の中で共同生活していると、こういう状態でどうやって守っていくのかというのは、本当に現場に行ってみても初めてこれは難しいなと感じることもあります。ただ、そこにあるリソースで何とか守っていきましょうということをお話しています。

この施設では残念ながら職員さんだけではなくて、このベッドに寝ておられた方も陽性が確認されました。なかなか共同生活しているので感染管理は難しいなところなのですけれども、私たちは現場でいろいろとアドバイスをさせていただき、感染防護具の着脱のことの指導などもさせていただきながら、何とか管理をして、幸い入居者さん1人の感染でこの施設は防ぎ切っていただきました。

やはり実地に行ってみて指導することがとても大事ななということは、先ほどの山口先生は予防のところまで幅広く活動されていますけれども、発生してからの支援もすごく大事だと思います。沖縄県ではこういう専門家派遣事業というものをきちんと制度化してくれて、各病院長にも仁義を切ってくださいって、私たちが地域に出ていくということをシステム化する支援を行政側がしてくださったのはとてもありがたいなと思います。こうして支援に入った施設では、とにかく全員検査を行って、それを繰り返し行っていくということがとても大事です。

これは、沖縄県内でコンセンサスにしているPCR検査のスキームになります。職員さん、入居者さんに陽性者を確認したら、とにかく24時間以内に検査するということを心がけています。48時間以上たつていくと、もうそこで感染が実は広がっていくリスクがありますので、なるべく早く検査をして絞り込んでいくということが必要です。もちろん濃厚接触者だけではなく接触が疑われる人は全員に検査です。そして、検査をしてもしほかにも陽性者がいる場合には、その場合はちょっと諦めましょうと。全フロア、全職員に対して検査を実施します。それでも陽性者が出たら繰り返しこの検査を行っていきます。全員が陰性を確認されるまで毎週検査を行っていくということが、早く鎮圧していく上では大事だと考えています。

もちろん検査をやれば封じ込められるということではなく、感染対策ときちんと併せて行っていくことが必要です。検査だけで鎮圧することはできません。

例えば、これは先ほどの施設なのですけれども、陽性者が出ました。まずはラウンドして中の様子を見ていくと、例えば、これは利用者さんの歯ブラシをこういうふうにつるして、乾燥させるためでしょうね。一つの方法だと思いますけれども、こちらにほかの利用者さんのコップがあって、ぽたぽたと落ちていることが分かります。こうしたことは感染拡大のリスクになりますねということで、個別に分けて利用者さんのベッドサイドのところまで洗面用具は置いておきましょうかとアドバイスをさせていただきました。ざっと見て回って、感染リスクのあるところをきちんと指差し確認して、修正方法をその場にいる介護者と一緒に相談することがとても大事だと思います。

私たち沖縄県では、感染者の療養先について大きく4つに分けて対策を取っています。入院、宿泊、そして自宅までは多くの都道府県でもそうだと思うのですが、私たちはここに3つの条件を示していますけれども、この3つの条件をクリアできるのであれば施設療養も選択肢だと考えています。もちろんできないというところに無理やりさせるということはない。ただ、例えば、認知症の状態で不安定ですとか、あるいは病院に連れていくとやはり身体抑制をされる可能性があるので、そうしたいろいろな理由で住み慣れた場所での療養継続ということを選択される施設さんもあります。そうした場合に、私たち専門家の指導を重ねながらそれを支援していくということも必要なことかなと思っております。

というのも、さらにこの2年、3年先のところまで見据えていったときに、コロナが私たち人類社会から消えてなくなるかということ、なかなか難しそうだという実感を皆さんも持っておられるのではないかと思います。そうしたときに私たちが、もちろんワクチン接種がある程度進んでいるので重症化する人は限られているでしょうけれども、それでもワクチンを打っていない人がいたりということは当然起こるわけで、施設内でコロナが出たときにさっとゾーニングし感染予防策をみんなが理解していくということが、恐らくコロナが感染症法に基づくものから外れていった、いわゆる5類に戻っていったときにそういう対策というのがやはり各施設でできるようになっていかなければいけないというふうにも考えております。インフルエンザが出たらどうすればいいか、ノロが出たら、あるいは疥癬が出たらどうすればいいかということを各施設が理解しているように、コロナについても感染症の一つとしてちゃんと取るべき感染対策ができる、そういう施設を少しずつ増やしておくということも、長い目で見れば必要なことかなと思っております。

そして、自宅療養／施設療養の対象者です。外出することなく安静を保ちながら、自宅／施設での療養が継続できる軽症の方です。これは対象者としてなると思うのですけれども、さらに、認知症などがあって入院医療が困難な方です。やむを得ず自宅／施設療養を続ける方も出ます。そうしたところは施設任せ、家族任せにするのではなく、在宅医療との連携、訪問看護ステーション、診療所との連携でしっかり支えていくということが必要だと思っています。私たち病院の感染症医もそこをきちんとサポートしていくということです。

さらに、これはなるべく避けたいのですけれども、やはり一定以上の流行となった場合に、やむを得ず自宅／施設療養になる対象者の方がいらっしゃいます。そうしたときにはできるだけ早く流行を抑止し入院できるような体制を取っていきたいのですけれども、それでもすぐに病床が確保できない場合には、施設での療養を強力に支援していくということも沖縄県では実際に生じております。

こちらは、それぞれの留意点について私なりの知見を整理してはいますが、今日は特に施設療養の部分なので、この3点について課題として提起しておきたいと思います。

やはり発生したときに私たちは指導して感染対策についてアドバイスをします。ゾーニングについてアドバイスしますが、1回行ってこうすればいいのですよと言っても、必ず数日で型崩れしていきます。ですから、やはり継続した支援がとても大事だと思います。これは感染症医よりは実はICNの方のほうが現場の能力、リソースを読み解きながら適切なアドバイスをしているなと感じます。とにかく病院などで活動している感染症医、ICNの出番だなということは強く感じるところです。

また、施設のガバナンスが効いていないと。これは決してネガティブに言っているのではなく、こんなコロナが発生したときにガバナンスを維持するなんてとても大変なことですよ。難しいです。だからこそ、そのガバナンスの支援ということまでやらないと、やはり職員さんが容易に離職していくということを私たちは何度も残念ながら目撃しました。これはもう施設側が悪いのではなく、やはり周囲の支援が本当に重要だと感じる瞬間でもあります。

そして、私たちが感染対策をアドバイスに行くときにやはり災害の感覚で入ってしまうので、BCPという考え方でいきます。つまり、中核業務は何ですか、命を救うために何を最優先にしますか、あるいは感染拡大を防ぐために何が最優先でしょうかというスタンスでアドバイスをしてしまうのですけれども、一方で、介護者にとってアイデンティティーは何かというと、高齢者の暮らしを豊かに過ごせるように支援していきたいと考えておられるわけです。命を最優先に考える医療者と、高齢者の暮らしを豊かにと思っているケアワーカーとの間では、やはりその中核業務の概念に差があります。それを一方的に、お風呂や入浴は今はいなくていいですよということを一方的に言ってしまうと、やはりケアを行っている方々は「あれっ」と思うし、不安になるし相談しにくい関係が出てしまうことがあります。やはり彼らが大切に思っているものを尊重しながら、それに対して、命、感染拡大を防ぐための最善の方策は何だろうかということを相談する姿勢がとても大事ななということを痛感しております。

さて、先ほども一定の流行規模になってくるとなかなか全ての方々を入院させることが難しいということがあって、ガバナンスを維持しながらその施設で療養継続をせざるを得ないことが発生するということですね。そうしたとき、先ほどからお話ししているように、とにかく迅速対応チームが24時間以内に介入して感染対策の指導をするとともに検査を実施する。そこで複数発生していったときに、地域における病床の逼迫状況を確認し、

施設内でどれくらい今後さらに感染拡大する見通しがあるかということを見極めて、そして施設の対応能力、ガバナンスを維持する方法、彼らにできるか、できないのだったらどうやって外部から支援していくのかというところを、迅速に放置せずに判断していくということが必要です。

そして、引き続き施設で療養継続を続けていただく。本来ならば入院なのだけれども、そこは伏して施設療養を継続していただくという場合には、施設内に対策本部というものを立ち上げて、DMATの皆さん、あるいは赤十字の皆さんとか様々な方々の支援の下、もちろん県庁からあるいは市町村からも支援に入って、地域ぐるみでその施設の療養継続を支援する体制というものを速やかに構築するということが、介護崩壊を防いでいく上でとても大事なことだなと感じております。

実際、これはある特別養護老人ホームで陽性者が31人出ている状態です。その状態の中で陽性者と、陰性なのだけれども濃厚接触者という方々を分けて、レッドとグリーンで分けて療養継続していただくということにしています。

こちらは、今紹介した陽性者のレッドゾーンの様子です。御覧いただくように、既に全員陽性者なのでパーティションもないですし、みんな感染者ですから、先ほど山口先生がおっしゃったように同じテーブルに3人座っていてもいいのです。一方で、職員さんはみんなこうやって感染防護具をちゃんと着てケアを継続しています。

実は、非常に軽症の方もいらっしゃいます。なかなか世間のイメージだと、コロナに感染したら特養の入所者なんてみんな重症化していくというイメージがあるのですけれども、無症候、軽症者もそれなりにいらっしゃいます。こうした方々を病院に連れて行くとしても個室管理になり、そしてふらふらと出てきますからということで身体抑制がされてしまうリスクもあります。状態確認を丁寧に行いながら、場合によってはこうした施設療養を継続していくということも利用者さんにとってはお幸せのことなのかもしれません。

一方、これは濃厚接触者のゾーンになります。濃厚接触者のゾーンはなかなか向かい合わせというわけにはいきません。これは山口先生が御覧になったら、「あっ、ちょっとテーブルの間を空けておいたほうがいいのではないの」というお叱りがあるかと思っておりますけれども、おっしゃるとおりです。とはいえ、窓はとにかく開けて風通しをよくして、これは今、食事を待っておられるところなのですけれども、皆さん同じ方向を向いてというふうにしております。なるべく食事が終わったら部屋に戻って自分のエリアで療養を継続していただきます。

実は、陽性者の管理よりも濃厚接触者の管理のほうが難しい側面が大きいです。ところが、陽性者は入院させることができますよね。ところが、濃厚接触者は発症していませんし陽性者でもないのやはり施設内療養が続きます。施設の支援を行う上で陽性者ばかりを見ていると分かりにくい部分があって、やはり濃厚接触者をどう支えていくのか、これもやはり施設側がやらざるを得ない部分なので、そこについてのノウハウというのはこれから蓄積していく必要があると感じています。

私たちは介護従事者に対するPCR検査事業というものを定期で行っています。2週間置きに3回連続で行うということをやっています、大きな流行が起きた4月以降、やはり2週間置きに施設、一斉に全部はできないのですけれども行ってきました。9万人ぐらい行って陽性率が0.05%、こんなふうな検査を定期的に行いながら早期発見のお手伝いになればと考えております。

実際に2万5000人近くを行ったときのことなのですけれども、なかなかCt値だけでは判断しにくいところがあって、例えば、1か月前の感染者も当然PCR陽性で拾うことがあるのですけれども、30以下だったりすることもあります。あるいは3月頃にどうやら感染したらしいということが接触歴で分かっているケース、3日後に陽性、そして翌日に発症するのですけれども、Ct値が35以上だったりということもあります。

この検査事業をやってみて「おっ」と思うことがあるのですけれども、実は検査を行った日の翌日あるいは当日に発症している方が結構いらっしゃいます。分かりますか。結構いらっしゃいますよね。これは何かといえば、実はやはりこの検査をやって陽性ということ伝えられると、そういえば私は鼻がむずむずしていますみたいな感じで自分が感染していることに気づくみたいなことが、この定期スクリーニングをやっているとやはりあるのです。そういう意味でも、私はこの検査は、感染の事実を伝えるという効果もやはり一定はあるのではないかと考えています。ただ、ワクチン接種がこれから進んでいったときにどこまでこの事業を続けていくべきかということはあるのですけれども、少なくともワクチン接種していない方に対しては定期でPCR検査をやる効果というものはあるなということを実感しております。

最後のスライドです。まとめます。

集団感染の予防には、早期発見、早期指導、早期検査の全てが必要です。

感染症の専門家だけでなく、訪問看護、行政など、多職種で支援チームを形成して、施設のガバナンスを支援していくということが必要です。

実地指導とオンラインを組み合わせることで、継続的に支援することができます。1回行ってアドバイスして終わりは絶対難しく、やはり定期的に見に行きあげることが必要ですし、ライングループなどを使っていつでも相談できる体制というものを取っていくことが必要です。

最後に、介護従事者に対する定期的なPCR検査の実施というのが、集団感染を抑止する可能性がございます。

以上です。ありがとうございました。

○寺谷専門官 高山先生、ありがとうございました。

発生クラスターもしくは患者さんが発生したのを把握してからの動きをライブ感覚あふれる感じで教えていただいたり、それから、施設の中で療養継続していくことに対する考察であったり、検査のことについても言及していただきましてありがとうございました。

ちょうどお一方20分ずつということだったので、ちょうどこのぴったりの時間ぐらいに

なったところでは、全体としては少し押しているところなので、早速ここからは総合討論に入っていきたいと思っておりますので、赤星先生にも入っていただきまして、それから、私の隣にいます新田さんにも入っていただきまして、皆さんでちょっといろいろ話していきたいと思っております。

まず、演者の皆さんの間、もしくは赤星先生なんかでもいいのですけれども、何かお互いに質問したいこととかがもしあれば先に何かお話しただければと思っておりますが、いかがでしょうか。

特に今のところ最初にないということであれば、ちょっと私から山崎先生に御質問なのですが、先生は介護従事者間の支援というのをやっていらっしゃるし、自分もドクターの立場での動きもされて、一方で、その施設を管理するような立場、いろいろな立場で関わっていらっしゃると思うのです。今回、このウェブセミナーのタイトルでもありますように、保健もしくは医療、保健医療とまとめてしまいましたが、保健医療関係者、それから、介護側の立場の方々、そこはやはりもともと大事にしている価値観であるとかそういうところも少し違うような中で、実際にどのようなところでちょっと擦れ違いが起きてしまうとか、いってしまえばコンフリクトみたいなのが起きるのかというのを、抽象的なところからより具体的なことまで少しコメントいただければと思っております。

○山崎氏 高山先生も先ほどちょっとおっしゃっていたのですが、介護者側の価値観というものをどういうふうに大切にできるかというのが支援の一つの要になるということなんです。介護施設で働いている側としては大変重要な配慮だと思います。やはり一緒に入っていくときに、戦略、戦術レベルでいろいろな違いが出るのはしょうがないことなのですが、理念をどう一致させていくのかというのがとても大切な気がいたします。

その場合に、やはり施設支援というとき、その施設で本当にその支援を受けるある種の権利を持っているのは誰かと。つまり要介護高齢者なのだという視点。それから、そういう権利保有者、ライツホルダーの権利を担保する責務履行者、デューティーベアラーは誰かということです。この施設支援は、要介護高齢者に対する周囲の責務なのだといった視点の中でお互いのいろいろな違いをのみ込んでいくということも必要になるのだろうなと思っております。

ひとまず、ここで切らせていただきます。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

そうですね、いろいろなレベルでのどうしても擦れ違い、コンフリクトみたいなのが起きてしまう可能性はあるけれども、そもそも何のためにやっているのかというところで、生活を守る、生命を守るという微妙に違うところはあるけれども、最終的にはその人を守るということでは全く変わっていないということですよ。きっとその辺をしっかりと頭合わせしながらいくということなのかなというふうに理解したところというふうに実は私は解釈したところだったので、まさに先生が今おっしゃったように、その戦術とかどンドン各論に入っていく中で、実は私も現地支援の中に入っていてよく起きるような

課題が、かなり本当に各論中の各論として、PPEの話であったりゾーニングの手法なんかで、それは専門家の中でもちょっとコンフリクトしたこともあるし、介護側の方と専門家の方でもちょっとコンフリクトするようなこともあったりしたのですけれども、このことについてちょっと何かコメントいただいたり経験なんかをお話ししていただける方はいらっしゃいませんか。

○高山氏 高山です。

やはりこれは地域で活動していて、病院の感染症医やあるいは院内感染管理の看護師、感染管理看護師だけだと、やはり地域のリソースとか価値観というものがよく分からないままに踏み込んだアドバイスをしてしまって、場合によっては現場から反発を受けたり、あるいは話だけ聞いて承りましたで終わってしまうことも起こりかねません。即戦力が求められるコロナ対策については、そこで留保しておくというわけにいかないの、やはりその地域の訪問看護師さんとかあるいは施設に対して訪問診療を行っているような医師の方、つまり、医療の専門性があり地域のことが分かっている方と連携して入ることが結構大事だなと感じております。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

今のところで、例えば、赤星先生もある種、自分は感染症専門家ではない立場で支援に入っていくということが多いと思うのですけれども、その辺りで何かコメントがあったりしますでしょうか。

○赤星氏 ありがとうございます。赤星です。

今まで何十もの結構な施設を支援させてもらっていて、感染症の専門家ではないという立場で、どちらかというとな業務継続支援のほうをお手伝いさせてもらっていますけれども、一つは高山先生がおっしゃるように、地域のやり方を知らずに指導するというのが一つあると思って、もう一つはやはり何を大事にするのかというその目標の共有がなく指導から入ると、かなりコンフリクトが起きるなという印象です。

例えば、施設で感染管理をやるといっても、では一番大事にするものは何ですかと。職員が感染しないことを一番大事にするのか、フロア内の入居者間で感染が広がらないことを大事にするのか、フロアを越えて感染拡大をしないことを優先するのか、そのどれを優先していくのかという目標がはっきりしていないと、それによってゾーニングの仕方、感染管理の考え方は多分、大きく変わってくると思うのです。そこの大本の目標のところを一番最初に支援に入ったときにみんなでも共有すると。だからこのやり方なのですよというところをやっておくと、逆にその次にどうしようかと悩んだときに、部屋ごとに隔離するのか、それとも、もうそこは諦めて職員を守ることに徹してちょっと広めにレッドゾーンを取るのかとかそういう議論になったときに割とスムーズに議論が進みやすいのかなという印象を持っております。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

恐らく、本当にきれいごとではない、限られたリソースの中で何をやるのか、何をや

るのかという話になるときに、その守るものも本当にある程度優先順位や選択と集中がどうしても必要になってしまう。逆にそれを漫然ときれいごとだけでやっていると、逆に言うといつまでたっても収まらないということがあるのだろうなと思っているところなのです。

ちょうどユーチューブの質問なんかでも、例えば、山崎先生に、応援職員同士の話合いの場というところですが、今、ある意味、専門家と専門家ではない方々のコミュニケーションのところだったのですが、多分、応援職員の間でも、例えば、PPEのこととかゾーニングは自分の施設がこうだったのになどかがあったりするような気もするのですけれども、そういう御経験は山崎先生や山口先生から何かあったら教えていただけますでしょうか。

○山崎氏 応援職員から、入った施設でいろいろな違和感を感じるということがあったという報告がありました。

例えば、飛沫感染が主な経路だということは間違いないのですが、加湿を重視して窓を閉め切っているので、CO2モニターだと3,000とか4,000になってしまうとかです。それぞれの施設で重きを置いている対策が少しずつニュアンスが違うということがありました。

その中で一番はやはりサージカルマスクかN95かというのもありました。うちの場合にはどうしても職員を応援に出すという立場なので、それが安全配慮義務になるかどうかは分からないのですが、1人も出してはいけないというか、職員に感染者を絶対に1人も出してはいけない。もし1人出たらもうこの応援体制というのが、法人外はもちろんですが、法人内でも瓦解してしまうという危機感を持って派遣しているわけです。

ですから、通常の恐らくこれでいいのだろうというガイドライン以上のちょっと神経質なところもあったとは思いますが、例えば、N95をうちではやっておりました。感染管理を指導していただいた神垣太郎先生には、職員の心理的な不安、恐怖も考えると、それはやむを得ないだろうという御配慮をいただきました。

実際に介護者はふだん、マスクを鼻出しマスクとか顎マスクでやっていたりして、その習慣でレッドゾーンでも鼻出しマスクをして一生懸命汗をかいてやっているということがあったりしました。N95はやはりフィッティングではサージカルよりも優れていますし、また、あれをやるときに何か心理的に切り替わるということもあって、N95でやっていました。

そうすると、既存職員はやはりサージカルでやるのだということで、ちょっとした擦れ違いが出ることもあります。ただ、こういうことをあらかじめ合意しておくことが必要だなということで、スライドでもちょっと紹介した宮城のワーキンググループがつくった参考指針の中で、サージカルがいいとかN95がいいとかではなくて、あらかじめ感染管理に携わる人と一緒に統一しておくのが望ましいという指針に収まっております。

一旦ここで切ります。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

今、山崎先生にお話しいただいたことについて何かコメントがもしあればいただけますでしょうか。山口先生、赤星先生、高山さんも新田さんも大丈夫ですか。

多分、今の話はそうなのですよ。実はやはり新しくて古い問題で、やはり常にPPEをどのぐらいにするのかとかN95を使う使わないというのはあるのだろうなどは、本当にどこの支援に入っても聞くなと思っっているところなのです。きっとそもそも技術論として必要か必要ではないかという幅の問題もあるし、恐らく絶対こんなのは駄目だという話と、絶対こうすべきだというのがあって、その間ぐらいで選べる選択肢というところの話もあるのだろうと思いつつ、あとは環境との問題とか使う側の問題、それから、作業性の問題も当然出てくるし、それから、恐らく今、山崎先生がおっしゃってくださったように、特に応援出しているほうが一段高いレベルで何か守りたいという気持ちは確かにそのとおりのだろうと思います。一方で、例えば、スキルの差があったり、リスク認知の差によってPPEを変えたいという思いも当然あるのだろうと思います。ですので、なかなかこれもいつも難しい課題だなと思っっているのですけれども、実際これを何かこういうことでコンフリクトしたのをこういうふうに解決してきたというのは、一つは山崎先生がおっしゃったように、事前に何かやはり一緒に話し合いながら文書を作ったりして頭合わせをしていくということもあるのですが、より応急的なところ、現場レベルでこういうコンフリクトを乗り越えてきたという御経験とかがあればちょっとお伝えいただければと思います。

高山先生か赤星先生がいいのかな。どうでしょうか。

では、高山先生、よろしくお願ひします。

○高山氏 まず、マニュアルを作成するということは何より大事で、そしてそのマニュアルの位置づけを明確化することです。これは最低限守っていただきたいマニュアルです。それ以上、やはり自分自身は不安があるので感染予防策を高めたいということについて、感染予防策を高めるといのは実はリスクを高めることもあるのです。あまりにも暑いので、N95を着けているのだけれども苦しいのでここにティッシュを挟んで少し風通しをよくして働いている介護従事者を見たことがあるのですけれども、だからそういうことが起きないように注意は払いつつも、最低限のマニュアルはやはり整備するということが必要だと思います。

あとは、沖縄県はたくさんの方の支援をいただいている中でちょっと気になるのは、やはり支援チームの方が自分の地域で作っているマニュアルを、これは私たちの地域でやっているからぜひ使ってくださいみたいな感じで持ってこられて置いていかれることもあるのです。そうすると、私たち沖縄で作っているマニュアルと支援チームのマニュアルや、ほかのところから来たマニュアルとかネット上で拾ったマニュアルとかが交錯すると、だんだん崩れていくということもあります。あるいは不安を高めてしまうということもありますので、やはり感染対策については定期的なミーティングで常に呼吸を合わせながらやっていくということが必要ではないかと思ひます。

○寺谷専門官 では、赤星先生、お願ひします。

○赤星氏 今の高山先生のお話と少し共通するところもありますけれども、感染対策の正解が1つとかそういうわけではないと思ひるので、そのベースにあるものが恐らくどの地域

もあって、それが例えば支援に入った人たちが自分の病院でのやり方、自分が持っているマニュアルのやり方を無理やり押しつけるとやはりそこはコンフリクトが生じるし、うまくいかないというところだと思うのです。例えば、N95マスクは絶対したほうが良いと言っても、結局それを介護士さんがやって、苦しいから電話するときに外してこうやって電話していたりとかはざらにある話なので、結局それが逆転の結果になってしまうことは多々ありますよね。

なので、その現場の職員さんが何に困っていて何を不安に思っているのかというところをベースに置いて、それに寄り添う形での一番お互い話し合っできるベストな形での、つまりベストではなくてベターな形での感染対策を逆に目指すような発想でいくと、現場にも受け入れられて結果的に一番感染対策になるという理解を僕のほうではしております。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

大分、実はもともと。

○高山氏 山口先生が手を挙げています。

○寺谷専門官 山口先生、どうぞ。

○山口氏 山口です。

これは予防のときも同じなのですが、私は見えていたのですが、高齢者施設で感染対策のレベルに物すごい差があるのです。本当に素手でおむつ交換している施設から、病院にいた看護師さんがいる施設まで物すごく差があるので、病院の感染対策みたいにCDCのガイドラインでとは導入しにくいのです。なので、まずちょっとどのレベルをやっているかによってそもそもやるレベルが変わると思います。

そうはいつでも、陽性者が出てくる場合とかは譲れない線が、レベルが高くなるので、最低限これはやってほしいというのはあるのですが、それでもやはり相手の受入れ具合を見ながらやらないと、僕らは「滑る」と呼んでいるのですけれども、全部やってももらえないとか中途半端になるので、そういう意味ではやはり施設ごとによって変わってしまうのは仕方がないのかなと思っています。

以上です。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

我々の厚労省政策も滑りがちなところが、すみません、そんな自虐なことを言っている場合ではないのですけれども、山口先生、もう少し今のことを深掘りしていただけたらなと思ったのは、一つはそういう意味で専門家のほうが上から行くのではなく、例えば、ラウンドしていくときもこのレベルに合いその方々の価値観や物事も、しかも実際の今のレベルも踏まえた上でそれを一個一個積み重ねていくということを多分おっしゃってくださったのだと思うのですが、それも踏まえてなお、例えば、介護の施設ごと、もしくは地域の団体とかに何か期待することとか、こういうふうにしてくれるといいな、こういう動きをしてくれるといいなみたいなものもあればちょっと教えていただければと思います。

○山口氏 そういう意味では、やはり発生時の準備ですね、PPEの着脱、手指衛生、本当の

基本的なところを日頃から演習という感じで、防災訓練みたいな感じでやっておいていただけると、それがちゃんと施設に理解されているとその次から始められるので、随分僕らは楽だと思いますね。マニュアルも実は高齢者施設もそういうのを作るようになって、感染対策委員会をつくるようになってきているのですが、結構滑っている感がありまして、なぜならそういうマニュアルをぽんと出されたことがないのです。だからそういうところを日頃からやっていただくととても有効かと思えますし、さっき言った専門家の意見が違ふという話も、結局そういう話をすると、そこで専門家としての意見をすり合わせられるのです。我々が教育のセミナーを今度しましょうというときに専門家が集まってすり合わせていくと。これはなかなか難しい問題がありまして、結局コロナの場合、どんどん情報が変わるので、我々もよりよい方法を言っているのですよね。ですから、去年から何回もある意味言うことが変わっている場合もありますから、そういうところをすり合わせる場としてもやはり地域での教育というのはとても重要ではないかと思えます。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

実は、まさにいろいろな難しさの中に感染症危機管理はどんどんリスクが変わっていく、もしくは見えてくる中で知見が変わってくる中でどうするかというのは確かに非常に難しい課題の一つです。それも踏まえてなおいろいろなものをとにかくすり合わせる機会を増やすというのは重要であろうということが多分今のことだったと思うのです。そういう意味では、実は厚生労働省の中でも、我々も、どちらかというと僕は保健医療側の立場で仕事をしているのですが、隣にいる新田さんはどちらかというと今は介護側の立場で仕事をしているのですが、隣にいる新田さんはどちらかというと今は介護側の立場でいて、ある種、そこでもいろいろなコンフリクトも起きるだろうし、物事の考え方も違ったり、他方、期待していることなんかもあったと思うのですけれども、何かそういうことでコメントいただければ。

○新田室長 老健局の新田と申します。

やはり介護現場側からすると、非常に分かりやすいものを求めていくというところがありまして、医療の先生方はやはり専門的なところで様々なマニュアル、エビデンス等がありながらそういったようなものをその場の状況に応じてやはり構築していただきたいというふうに介護現場の方々に言われることがあると思うのですけれども、やはり介護現場側からすると、なかなかどれを信じてやっていけばいいというのがすごく難しいと。例えば、何をよりどころにしてどういうものを積み上げていけばいいのか、そういったようなものを例えば、分かりやすく本当にまずはこれを見てとか、このサイトに書いてあるこういったことをまずやっていって、その次にこれとかという形で、非常に介護現場の方々が分かりやすく何かを進めていけるようなアドバイスというかそういったようなものを少しいただければと思うのですが、いかがでございましょうか。

○寺谷専門官 何かコメントをいただける先生はいらっしゃらないでしょうか。どうでしょうか。

そうしたら、山崎先生のお立場からですとどうでしょうか。

○山崎氏　うちのチームを職員はチーム神垣と呼んでいました。なぜかという、神垣先生が先遣隊としてまず入ってゾーニングや感染状況を確認して、それを逐一、朝晩のウェブ会議の中で応援職員あるいは関係職員に、この先こうなるだろうということも含めて全て情報を公開して、その中でこういうふうにしていったらいいだろうというふうに職員を指導するというよりはエンパワーメントですかね、そういう関わり方をして、最後のゾーニング解除まで面倒を見ていただきました。そういう意味では、介護の応援チームにはそういった専門家がぜひとも必要なのだと思います。

そして、マニュアルにすることには功罪がやはりあるように思います。高山先生がおっしゃいましたが、あっちにはこう書いてある、こっちにはこう書いてあるということで混乱してしまうということがありました。誰が言ったかというのがむしろ現場では大切で、そういう意味では、現場を本当に知って導いてくださるような先生、ICNとかに会うということが大切なのかなと思います。

あと、これは付け足してなのですが、去年から試行錯誤でもう1年以上たったわけですが、やはり検証が必要なのではないかなとも思います。どういうふうな場でどういう時期に陽性者が出たのか、ゾーニングが効果的に機能したのかどうか。例えば、うちが入った中で非常に象徴的だったのは、やはり口腔ケアを続けていた、これはサージカルだったのですが、職員の集団感染、10人感染したという例とか、あるいは入浴介助、これはフェースシールドとサージカルでずっと去年の12月からそれをやっていた介護施設ですが、やはり集団感染したという例とか、どういうPPEの中でどういう状況で感染したのかということを検証して、さらにそれを、死亡者もやはり出ていますので、どういうときにということのを未来志向で記録していく作業が必要なのではないかなというふうにも思います。

○高山氏　寺谷先生、いいですか。

○寺谷専門官　はい。

○高山氏　高山です。

今、山崎先生もおっしゃったように、やはり暮らしの現場に対する感染対策のアドバイスというのは、マニュアルというのがなかなかそぐわない側面もあります。やはりその現場の能力や目的意識なども併せて、これはコロナに限らずなのですけれども、私たちが感染対策のアドバイスをするときは、継続して実施可能な感染管理であるということはずごく気にします。

もう一つが、対策疲れに陥らない期間というものを見極めることも結構大事です。

また、感染が広がってしまったときに誰かのせいにならないように説明しておくということも大事で、言っておいたのにできなかったからこうなったのだということが起きないように、いや、そういうふうになるのではないかと不安を持ちながら現場の介護者が恐怖とともに仕事をしているみたいなことにならないように注意深く私たちはアドバイスをしています。

やはり暮らしの現場ですから、施設の現場それぞれに非常に多様性があります。ですか

ら、専門家によって一方的に指導するのではなくて、それぞれ支援者の方々の参加によって、共通の価値観として感染管理を形成していくということは、私は大事なことだと思っています。もちろん急性期でコロナが多発しているというときにはが一んと支援してもうこれでいくのだということも必要ですけれども、長い目で見るとこのコロナと付き合っていくという意味では、この多様性を失わせないような感染管理というものも注意深く一緒につくっていくということを心がけたいと思っています。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

ぜひこの辺も、実は山口先生にもちょっとお聞きしたいのですけれども、まさに感染症の専門家は日本中にたくさんいて、いろいろなタイプの方がいらっしやるような気がしている中で、まさに今ここにいらっしやる方々は地域に寄り添っていくことをすごく重視していただいているのだなと思っていますのですけれども、まさにしかもそれを、相手をよく見ながら継続的にやっていくことということですよ。その辺りをちょっと逆に、感染症の専門家の中でそういうのがうまく地域に恵まれているところとそうではないところが随分多いような気もしているし、それからある種、実は保健所なんかもその役割を一部期待はされていたはずだけれども、なかなかやり切れないところもあったりやっているところもあったりとかもあるので、その辺を感染症の専門家同士の何かやり方とか、それから、保健所との付き合い方の問題とか、その辺のコメントを山口先生に何かいただけたらと思います。

○山口氏 皆さん御存じのとおり、感染症専門医というのはすごく少ないのです。専門医を持っていても実はメインは呼吸器で働いているとか外科で働いているという先生まで入れるとかなり多いのですが、100%感染症となると非常に減ります。その中でもやはり診断治療というところがメインになるのです。私は割と感染対策が好きで昔から関わっているのですけれども、そういうお医者さんのほうがちょっと変わっているという状況なので、まず絶対数が足りないというところはあります。ただ、この感染対策とか疫学というのは非常に面白い分野ですので、これが今回のことを機にこういうことをやっていきたいという医者は必ず出てくると思うので、そういう人たちを集めて絶対的な数を増やすというのが重要だと思います。

そして、北九州にKRICTがあるのは、実は2003年にVREのアウトブレイクが地域でありまして、そこが最初なのです。それからいろいろな、それこそ耐性菌を中心はずっとやってきたわけですけれども、これは本当に20年近い歴史がありまして、その中での行政との関係性とかもあってこういうことができているというのはあると思うのです。

ただ、今回、やはり地域の専門家は自分の病院のこともやらないといけませんし特に忙しいので、やはり今は行政のほうで保健所の人を増やしてもらったというのがすごく大きかったと思います。今はこれは高齢者の対策をずっとやっていきますが、こういう地域の感染対策の教育やすぐ対応できるチームがあるということがやはり非常に重要で、それはやはり行政のほうで準備をしていただく、あるいはそこに予算をつけてそういう専任の

人を任命すると。そういうものがないのではないかと思います。

これは多分、DMATがすごくいいモデルだと思うのですが、発生したときにはばつと行って、そうではないときは教育とか練習とかをしてということです。ずっと専門家がいると。そういう仕組みを感染対策も地域ごとでつくっていけるとベストではないかと思っていますが、お答えになっていますでしょうか。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

ちょうどDMATのお話も出てきましたので、DMAT事務局でもありコロナのことをやる時には地域支援班DMATという形式で活動してくださっている赤星先生からちょっとコメントをいただきつつ、ついでに、これまで全国でどのような活動をしたとか、実は研修をこんなふうにやっていますよみたいなものも少し御説明いただけたらと思います。よろしくお願いします。

○赤星氏 ありがとうございます。

今の感染症専門の方々の普及の話ですけれども、逆に専門ではない立場からして、その専門家の皆さんにまずちょっと期待することとか、DMATとしてお願いをしたいこととして、かなりいろいろな専門家のスタンスの方がいらっしゃると思います。非常に感染管理は施設にお願いしてもそれだけでうまくいくことはほとんどなくて、指揮命令系統とか人が足りているか、物が足りているか、職員が疲弊していないか、ケアができていのかどうかとか、本当にいろいろな側面が総じてよくなる限り、感染管理だけ指導してもその施設はなかなか立ち直れないし、感染管理も実現できないことがほとんどだと思うのです。

そうすると、そういう側面までしっかりと状況を評価して、その上で何の支援が必要なのかというところを支援して、感染管理のみならず、そこを総合的に支援してあげることによって結果的にベストな感染管理を実現できるという理解でいますので、そういうところまで総合的に評価して配慮していただけるという専門家の方々が増えるということを非常に強くお願いしたいというところです。

DMATのほうでは、今、ちょっとスライドを共有させていただきたいと思います。大丈夫でしょうか。

○寺谷専門官 見られる状態にはなっています。大丈夫です。見えますし、資料はお配りしているので、公開できるようにしているのでそのまま説明してもらって大丈夫だと思います。

○赤星氏 今まで地域支援班DMATのほうでは、合計200施設、59病院で、その他が2つということで、合わせて261施設の支援をさせていただいております。さっき、共通認識の普及が大事だということで、支援するときどのように支援してほしいかということですね。つまり感染管理のみならず総合的に評価をして対応してほしいという机上演習形式の研修を合計16都道府県で1,408名の方、保健所の職員さんを中心に、あとDMATの方を対象に行ってきております。どういう形で支援するとよいかというのを時期に応じて、資料も厚労省

のホームページのほうにアップさせていただいている次第です。

なので、今まで感染管理というと、恐らく、ノロウイルスとかインフルエンザとか、保健所さんも指導が中心だったと思うのです。このCOVID-19のクラスター発生施設の支援というのは、なかなかその指導だけでうまくいくというのが難しいというのが、恐らく、先生方のお話でも多く出ていたと思うのですけれども、そこをやはり寄り添い型の支援によって総合的に評価して必要な支援を入れてあげるといところがぜひできていくといいのかなと考えている次第です。

以上です。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

DMAT事務局、地域支援班DMATの方々には非常に御尽力いただいて日本中の施設を支援していただいていますし、しかもその後によくのところで研修もしているという状態です。山崎先生からも御紹介いただいた7月2日の通知にも、研修を、ぜひいろいろな立場の方が一緒に研修しましょうよということを訴えているところですので、お聞きいただいている都道府県ないしは市町村の行政関係者の方々におかれては、ぜひそういう座組みをしていくということをぜひいただければと思いますし、そういう研修をまた支援していくというのが、今日のウェブセミナーもその一環ですし、国の大事な役割だなと自覚しているようなところです。

これまでも大分時間もたってきました、衝突しやすいところであるとか、それこそ各論的なPPEの話であったりそういうこともありましたし、医療から見た介護に期待するところであったりその逆側であったり、それから研修が大事で、やはり研修をしてきつと顔が見える関係性という、多分、高山先生がどこかでおっしゃっていたと思うのですけれども、さらに顔が見える関係性に腕とか腹が見える関係性までできるといいですよなんてことを言っていましたけれども、そのようなことができればと思います。

時間も最後なのでそろそろ少しまとめというか、まとめというよりは最後に皆さんにちょっと一言ずつだけでもいいので、まさにこのコロナ禍の出口、それはワクチンは一つそうなのでしょうけれども、高山先生がおっしゃったとおり、では全部全く何もなくなるのかというわけではきっとないであろう。それから、またパンデミックというのは結局定期的に起きてしまうものであろうということも踏まえると、今後どのようにやっていけばいいか、そういうことも含めて、それから、単純に厚労省に対する要望でもクレームでも結構ですので忌憚なく、少し未来のことも考えつつ何か一言コメントをいただければと思います。

では、山崎先生からお願いできますでしょうか。

○山崎氏 ありがとうございます。

現場に聞きながら一緒にというスタンスで専門家の先生方に御指導いただければというのが一つです。

それから、将来的にはやはり介護施設での感染対策の中にこういった介護の応援体制と

いうのを一つの感染対策の観点だけではなくて、要介護高齢者のある種の人権擁護という視点からぜひ前向きに構築していただきたいと思います。

○寺谷専門官 先生、すみません。ごめんなさい、僕はちょっとぴんと来なかったのですが、人権を守るという観点から構築する何かの仕組みをという感じでしたか。

○山崎氏 そうですね。DMATのようにDCATとかDWATとかがありますが、まだあまり仕組み化されていないようですけれども、こういうものが国の施策の中にしっかり位置づけられて、介護施設での感染管理プラスやはりそこで要介護高齢者というのは、スライドでも言いましたが、介護がないと生きていけないということなので、そこをぜひ担保するような仕組み、あるいは理念も含めて取り組んでいただければという意味合いです。

○寺谷専門官 理解できました。ありがとうございます。

そうしましたら、高山先生、よろしくお願ひします。

○高山氏 今日はありがとうございました。

この新型コロナの対応のことで本当に介護現場の皆さんには頑張ってもらっていて、これ以上頑張らせるというよりもどう支援していくのかということをしっかり医療現場も考えていかなければいけないと常々感じています。

ただ、地域全体でこのコロナ危機に対応するというので、やはり我々病院と介護現場との距離が非常に密接になっていたというのは強く実感しています。互いに顔の見える関係だけではなくて、先ほど寺谷さんに言われてしまいましたけれども、腕の見える関係、腹の見える関係まで育ってきているというところは、とても次につながるいいことが起きているのではないかと期待感も持っております。

そうしたいろいろな大きな流行が起きたりすると、様々に誰のせいなのだみたいな感じで、対立の要因というのが生まれてきますし、あるいは高齢者施設で発生したこと自体も、ウイルスを持ち込んだのは誰なのだみたいな感じで対立の要因はやはり出てきます。そういうのを丁寧に解消しながら、やはり私たちは患者さんや利用者さんを守るために力を合わせてやっていくのだよねと。そして、その経験を重ねていくことで再発防止につなげていこう。そういう目的意識を一つに重ねていくということが、やはりこの次の時代を、医療、介護が連携していく上ではとても大事だと思います。きっとこの危機対応をしっかりやっていくことが、平時においても生かされる強固な連携が生まれつつあるという実感を持ちながら引き続き頑張っていきたいと思っております。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

そうしたら赤星先生に行って、山口先生をお願いします。

○赤星氏 今日は貴重な機会をありがとうございました。

そうしたら1点だけ。施設を支援される皆さんにですけれども、こういう今の話に上がっていたような寄り添い型の支援をしていただくと、それは施設にとってはもちろん感染拡大を防ぐ、死亡者を防ぐということにはなるのですけれども、それがいずれは、今度収束した後、いろいろな地域でその支援した施設とか病院が今度は受入れ病院として、ある

いは療養が終わった人たちを受け入れる施設として成り代わってくれるというところが本当にたくさん見られていますので、皆さんの支援がいずれは皆さんの地域に貢献してくれる施設や病院を生んでくるということをぜひお伝えしたいと思いました。

以上です。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

そうしたら、山口先生、よろしくをお願いします。

○山口氏 一つは先ほどの仕組みの話で、一応、環境感染学会がDICTという災害時のICTをつくっておりまして、ちょっとメンバーが少なかったのが今また増やしている最中なので、こちらのほうをもうちょっと拡充してくるかなというのが一点です。

それと、今日の私からのお願いというか、最近、私は外来、通所系をいっぱい見ているのですけれども、どこも気の毒なほど利用者が減っているのです。ちょっとこのまま経営がうまくいくのかというぐらいありまして、なので、その中で手袋を使ってください、エプロンを買ってください、アルコールを買ってくださいと我々は言わないといけないので、ぜひちょっと、私は仕組みには詳しくないので間違っていたら申し訳ないのですが、ぜひ病院における感染対策加算のようなものを施設に対してもつくっていただいて、それで必要な物品が買えるような仕組みをつくっていただくと我々としてもありがたいですし、施設の方も喜ばれるのではないかと思いますので、ぜひ御検討のほどお願いいたします。

○寺谷専門官 ありがとうございます。

恐らく、コロナを通じて、例えば、地域包括ケアをさらに強くするとか、ある種、国土強靱化のソフト版という話もありますし、今、山口先生からいただいたように、きれいごとだけではなくそれはしっかりお金があってインセンティブあってどんどん物事は先に進んでいきますので、それも非常に重要な意見だと思います。ありがとうございます。

すみません、私の不徳の致すところで時間がちょっとぎりぎりになってしまったので、あまりまとまり切れていないのですが、この辺りで終わりたいと思います。大丈夫でしょうか。

新田さんも大丈夫ですか。

○新田室長 はい。

○寺谷専門官 そうしたら、何かまとめというわけではないのですが、非常に今日は最初にインフォーマティブなスライドをいただいた上で忌憚のない意見をいただけたと思います。引き続き皆様方とも連携してまいりますし、こういうウェブセミナーの機会なんかも続けていきたいと思いますので、どうぞいろいろ御協力いただければと思います。

そうしたら、司会のほうをまた横山さんに戻したいと思います。

○司会 それでは、本日御視聴いただきましたたくさんの方々、御講演いただきました山崎先生、山口先生、高山先生、赤星先生、そして、日本全国の関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

閉会前に、2点ほどお伝え申し上げます。

まず1点目として、本日のセミナーの動画は、厚生労働省ホームページにて公開する予定です。ぜひ、本日御参加できなかった方々へ御案内いただけましたら幸いです。

2点目といたしましては、本日のセミナーに関するアンケートへの御協力をお願いいたします。アンケートも同様に、厚労省ホームページよりアクセスしていただけます。

ただいま画面に出ておりますQRコード、またはユーチューブの概要欄でも御案内しております。皆様の御協力をお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、第3回ウェブセミナーを終了させていただきます。

皆様、本日は大変お忙しい中御参加いただきまして、ありがとうございました。