

4

2021
VOL.32

老年精神 医学雑誌

Japanese Journal of Geriatric Psychiatry

巻頭言／中村雅之

**特 集／新型コロナウイルス感染症の流行と
老年精神医学**

連 載／認知症診断のための
神経所見のとり方⑭



特集

新型コロナウイルス感染症の流行と老年精神医学



施設内感染が発生した高齢者施設に 対する職員応援体制

— 宮城県での取り組み —

山崎英樹

抄 録

高齢者施設で新型コロナウイルス感染症が発生すれば、勤務の可能な職員が一気に不足する一方で、業務は一気に増える。法人の枠を超えた職員応援体制がなければ介護崩壊に至る可能性が高い。本稿では、宮城県での取り組みとともに、他施設への直接応援と自施設での発生事例を報告した。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。

Key words : 高齢者施設, 新型コロナウイルス感染症, 介護クラスター, 介護崩壊, 職員応援体制

老年精神医学雑誌 32 : 437-451, 2021

はじめに

2020年3月28日、千葉県の障害者支援施設で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の集団感染が発生した¹⁾。

2020年4月4日、筆者は、あるジャーナリストにこんなメールを送った。

「集団感染した千葉の障害福祉施設は、今、どうなっているのでしょうか。ここでは感染した職員が入院となりましたが、利用者は施設内で隔離ということになりました。

ここで起きたことが、これから自分たちの職場でも起こるのだと思います。千葉の施設が、もし乗り越えてがんばっておられるのなら、その一報だけでも確かな希望です。微かな期待をもって、メールをいたしました」

4月6日の返信には、こうあった。

「入所者が施設にそのまま隔離となり、5~6人の陰性の職員で全員を見るという地獄絵図に

なっているそうです。医療の応援はあっても、福祉のサポート体制がなく、知的、精神等の方の入所施設では同様のケースが今後多発するかと危惧します」

この障害者福祉施設は118人の大規模クラスターとなり、2人が亡くなった²⁾。

施設から逃げるできない人たちと、逃げるわけにはいかない自分たち。このメールのやりとりが、不安や恐怖を踏み越える覚悟を筆者に促したように思う。

令和2年4月7日の厚生労働省通知によって、「面会については、感染経路の遮断という観点から、緊急やむを得ない場合を除き、制限すること」³⁾とされた。以来、介護施設はロックダウンに近い状態が続いている。徹底した水際対策と施設内における感染予防策は、入居者とその家族、そして職員にも重い負担を強いた。非日常のなかで、それでもつましく営まれた生活の記録は、与えられた本稿の趣旨ではない。水際対策と日々の感染予防に励んでもなお、施設にウイルスが持ち込まれたらどうなるのか。その一点に絞りながら、

Hideki Yamazaki : 医療法人社団清山会 いずみの社診療所
〒981-3111 宮城県仙台市泉区松森字下町8-1

発生時の職員応援体制がどのように発想され、それがどのように広がりつつあるのか、宮城県での取組みを報告したい。

1 新型コロナウイルス感染症対策 介護ワーキンググループの設置 (2021年1月)

2021年1月27日、宮城県の呼びかけで老人福祉施設協議会（宮城県、仙台市、以下、老施協）、宮城県老人保健施設連絡協議会（以下、老健協）、日本認知症グループホーム協会宮城県支部、宮城県認知症グループホーム協議会、宮城県介護福祉士会の関係6団体が集まり、ワーキンググループ（宮城県新型コロナウイルス感染症対策介護ワーキンググループ、以下、WG）の設置が決まった。メンバーは6団体から15人、アドバイザーとして10人（本人、家族、宮城県看護協会、感染管理認定看護師3人、筆者を含む医師3人）、仙台市、県保健所、宮城県（事務局）という構成である。WGで話し合われた成果物は、県から介護事業所に発出される。

法人枠を超えた職員応援体制の構築には、危機感の共有と対応策に関する合意が不可欠である。そのための第一歩がWGの設置であった。「宮城の認知症をともに考える会²⁰⁾」の有志で「介護崩壊を防ぐために（現場からの提案⁵⁾」を宮城県と仙台市（以下、行政）に提出したのが、2020年6月である。待ち望んでいた一つのゴールであり、スタートでもあった。

WGは、毎週金曜日の16時からWeb会議で行われている。いくつかの議論を経て、COVID-19が入居施設で発生したときの対応：参考指針を表1のようにまとめた²⁰⁾。このなかに、後述する発生施設への応援（2020年12月）や自施設での発生経験（2021年1月）から得られた教訓が盛り込まれている。

2 職場内での取組み

共同通信の自治体調査によれば、2020年5月8

日時点で介護施設入所者の感染者数は474人で、このうち79人が亡くなっていた¹⁰⁾。したがって、死亡率は16.7%（79/474）である。いくつかの事例をネットで検索すると、死亡率は0%（0/57、神奈川）、2.1%（2/95、広島）、5.0%（7/139、兵庫）、9.8%（5/51、江東区）、23.9%（17/71、北海道）、36.6%（15/41、富山）であった。この死亡率の差を、その記録とともに静かに読み解くと、対策がみえてくる。

1. 施設の枠を超えた介護職員の応援体制をどうするか

COVID-19は、無症状でも感染力があり、検査しても偽陰性がある。いくら水際対策と感染予防に努めても、いずれは施設に持ち込まれることを想定して備えなければならない。

高齢者施設で1人が感染すれば、濃厚接触の職員は14日間の健康観察が必要になる。その後の集団検査で新たに感染が判明した無症状の職員とその濃厚接触者も勤務から外さなければならない。しかも年齢や基礎疾患、家庭事情などに配慮すると、レッドゾーンで働ける職員はそもそも限られている。

一方、表1の「発生時の対応」に示したとおり、感染者を分離しても発生ユニットには濃厚接触者が残ることになり、検査で見落とされた偽陰性の感染者が非感染者と混在する最も警戒すべきエリアとなる。職員は自身の感染予防とともに、自身による交差感染にも注意しなければならない。換気や手指消毒などの感染対策と個室管理、個別対応が基本となり、COVID-19の発生を見逃さないために頻繁の健康観察が求められる。

さらに、個人用防護具（PPE）を着用しての介護は体力の消耗が著しく、水分補給のための休憩が不可欠である。自身が感染したり、感染を広げたりすることへの不安や恐怖もある。休憩と休日を確保しながら、厚い勤務体制を敷かなければならない。

つまり、高齢者施設でいったん発生すれば、勤務の可能な職員が一気に不足する一方で、業務は

表1 「発生時の対応：新型コロナウイルス感染症が入居系施設で発生したときの参考指針」（宮城県新型コロナウイルス感染症対策介護ワーキンググループ，令和3年2月26日（4月9日修正版））

== 事前の備え ==

◆勤務可能な職員のリストを予め作成しておく◆

①65歳以下の健康な人で家族の理解が得られた人（妊婦および基礎疾患のある人を除く）などの配慮基準を定め、②労働条件等を書面で提示し、③感染者が発生した場合でも勤務を継続する意思があるかを確認して、④発生時に勤務可能な職員のリストを予め作成しておく。

労働条件には、発生施設での勤務（応援）期間の目安や特別手当、交通費や食費の扱い、勤務（応援）終了後の特別休暇の有無、加入済みであれば業務災害保険、契約予定の宿泊施設なども記載しておく（宿泊施設に関する相談窓口：宮城県長寿社会政策課介護人材確保推進班 TEL 022-211-2554）。なお、勤務（応援）期間終了後の職場復帰は翌日から構わないが、希望があれば終了後5日目にPCR検査を実施して復帰、あるいは14日間の健康観察期間を設けて復帰するなど、実情に合わせて判断する。

初動に必要な人数を予測し、交代でオンコール体制とすることも検討する。

発生時に勤務可能な職員には、PPEの着脱訓練だけでなく、N95マスクや不織布ガウン、袖付きビニールエプロンを着用したままの勤務訓練（発汗の程度、マスク装着による皮膚トラブル、PPEのために視覚・嗅覚・触覚・温度感覚が損なわれた中での介護、N95マスクやゴーグルの再利用法などを体得しておく）や、濃厚接触者コホートを想定した介護の実技訓練、個室管理の難しい利用者への対応訓練、個室管理・個別対応を利用者と一緒に一日体験するなど、できるだけ実践に近い模擬訓練を繰り返す。

なお、利用者のマスク着用が必ずしも徹底されず、食事介助時等にむせ込みがあり、密着を余儀なくされる介護現場では、フィッティングに優れたN95マスクが望ましいと考えられるが、サージカルマスクで構わないという知見もある。マスクの不足によって選択肢が限られることのないように、対応時に着用するマスクに関しては積極的に行政や専門家に相談する。

◆勤務シフト表とタイムテーブルを予め作成しておく◆

個室管理、個別対応が基本となり、これに換気や手指消毒などの感染対策と頻回の健康観察が加わる。またPPEを着用しての介護は発汗が著しく、水分補給のための休憩が不可欠である。こうしたことから、クラスターの発生を防ぎ、職員を感染リスクから守るためには、通常の1.5倍程度の人数を確保しなければならない。しかも初動から、いわばスタートダッシュで体制を組み立てなければならないので、ある程度の役割分担とともに、休憩時間をしっかり確保できる勤務シフト表とタイムテーブルを予め作成しておくこと。

役割分担としては、たとえばその日のリーダーや介護の担当には自施設の職員を充て、健康観察、換気、環境消毒、清掃、ゴミ出しの担当には応援職員を充てるイメージで、それぞれ時間単位で何をすればよいか、凡そイメージできるようにタイムテーブルを組み立てる。

たとえば健康観察は無症状者には1日4回程度、有症状者には1時間毎に行い、9時、15時、21時にメール報告。換気は常時換気、常時窓開け（温度差換気）を基本とし、共用スペースは30分毎、居室は職員が出入りの都度。環境消毒は1日1回とし、個室に止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。ただし状況は毎日変化するので、その日その日で現場の指揮者がシフトを修正し、指示すること。

介護環境の激変にともない、予想外の事態や医療ニーズが頻繁に発生するため、指揮者と看護師はシフトに入れないようにする。

◆ゾーニングを図面上で確認し、備品を準備しておく◆

ゾーニングは、エアロゾル感染をイメージしながら集団隔離（コホーティング）を前提として図面上で想定し、感染症の専門家等のチェックを済ませておく。現場にはビニールテープ等で区分けが分かるようにしておく。なお、発生後の不測の事態に対応する上でも、専門家と連携しておくことは極めて重要である。

感染予防のための備品として、N95マスク、ゴーグル（フェイスシールド）、キャップ、不織布ガウン、袖付きビニールエプロン、使い捨て手袋、ビニールテープ、ペダル式ゴミ箱、アルコール消毒液、スタンドミラー、CO2モニター、サーキュレーターなど。

介護や健康観察のための備品として、個室での食事介助用のベッドサイドテーブルと丸椅子、巡回業務用ワゴン、レッドゾーン専用の体温計、パルスオキシメーター、温度計、湿度計、水温計、緊急用携帯電話など。応援職員が戸惑わないように、介護用品なども含め、レッドゾーン内の備品の保管場所を図面上に明示する。居室やトイレにも一定量をストックする。

◆利用者情報共有シートを予め作成しておく◆

応援職員は、初対面でいきなり介護を始めることになる。このため、顔写真入りの利用者情報共有シートを予め作成し、コホーティングの開始と同時にレッドゾーン内で供覧（掲示）できるようにする（ゴーグルやフェイスシールドで視界が遮られるので拡大コピー）。本人の介助に際して食事、排泄、移乗等の注意の程度が直感的に分かるように、それぞれに赤（全介）・黄（半介）・青（自立）などの色分けをして居室やベッド、車椅子などに表示するなどの工夫をしておく。

表1 (つづき)

◆本人と家族に、施設で発生した場合のリスクを予め説明しておく◆

施設で発生した場合には、濃厚接触とされた職員や基礎疾患のある職員などは勤務できなくなるため、深刻な人員不足を生じる可能性があること。しかも感染防護や健康観察にかなりの労力を割くため、十分な介護が行えなくなる可能性があること。感染の拡大を防ぐため、個室での生活が続くことになり、その間に体力が低下する可能性があること。発熱などの症状が出た場合は、居室の移動なども、その時々施設の判断に委ねていただくしかないことなどを説明し、同意を得ておくことが望ましい。

また、感染した場合にどのような治療を希望するか、話し合っておくように伝え、可能ならACP（人生会議）を検討する。

◆発生時の関係業者の対応を予め確認しておく◆

厨房やリネン、廃棄物などの取引業者に、感染者を分離後の濃厚接触者コホートが①PCR陰性者だけのときの対応、②そこからPCR陽性者が発生したときの対応、③代替業者、④業者独自のマニュアルの有無（可能なら共有していただく）、自事業所マニュアルと照合して食い違いはないか、などを予め確認しておく。

◆発生時の連絡先一覧を予め用意しておく◆

保健所、帰国者接触者相談センター、連携医療機関、居宅を含む地域の介護事業所、関係業者、職員宿泊ホテル、など。

◆行動歴から接触者を洗い出す模擬訓練を実施する◆

濃厚接触者の把握のため、利用者の居室や共用スペースでの座席位置（プロット図）やマスク着用の有無、食事介助（外での会食を含む）、排泄介助、入浴介助、リハビリ、集団レクなどの行動歴を、2週間さかのぼって把握できるようにしておくこと。

== 感染者が発生したときの対応 ==

◆感染者と接触が疑われる人のリストを保健所に提出する◆

感染者の発生を速やかに保健所に報告し、次いで保険者にも報告する。その後、保健所の指導の下、感染者の施設内行動歴を聴取し、接触した人のリスト（氏名・接触日・接触内容）を、利用者の居室や共用スペースでの座席位置などのプロット図とともに保健所に提出する。聴取の対象期間は、感染源が不明な場合は2週間前から、感染源が特定される場合は発症の2日前から隔離開始までなど施設の感染状況によって期間が異なるため保健所に指示を受けてから行う。聴取の際には感染者の食事や口腔ケア、入浴、排泄等の介助状況とともに、同じテーブルで過ごした人、入浴が一緒だった人、車に同乗した人のマスク着用の有無、および施設内の感染予防対策を詳しく報告する必要があるので予め整理しておくこと（職員と利用者のマスク着用や手指衛生の有無、共用スペースと居室の換気状況、環境消毒、職員と利用者の検温回数、職員の交流制限および休憩室や更衣室の使用状況、水際対策など）。

濃厚接触の目安は、①同居、②マスクせずに介護、③マスクせずに会話（1m以内で15分以上）。主要な感染経路は飛沫感染とエアロゾル感染であるから、換気の不十分な部屋（休憩室、更衣室、トイレ、喫煙室など）で感染者と飲食やマスクなしで会話をした場合等が該当するが、実際の接触者の区分（濃厚接触者、接触者、非該当）は保健所が判断する。

【国立感染症研究所（新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領（2021年1月8日暫定版）⁹⁾の定義】（略）

◆対策本部を設置する◆

可能であればWeb会議形式が望ましい。現場から有症状者の報告を受けた後の時間帯で、当初は午前と午後の1日2回の開催とする（たとえば報告が9時と15時なら、本部会議は10時と17時）。

◆情報公開、情報共有、メンタルヘルス◆

事業の継続については保健所の指示に従い、保険者に報告する。利用者、その家族、連携医療機関、ケアマネジャー、地域の介護事業所やそのネットワーク、関係機関、関係業者等に連絡し、原則としてFAX、HP等で情報公開を行う。複数の介護事業所を利用するケースについては、2次感染防止や事業の継続性に係ることから、本人の同意を得ることが困難であっても速やかに担当ケアマネジャー等関係者への情報提供を行う。発生施設が複数の事業を併設している場合は、併設事業の営業継続の有無について利用者とケアマネジャーに連絡し、HP等で情報を公開する。質問窓口はできるだけ一本化する。

家族の不安に配慮し、本人の健康状態や感染状況等の情報共有に努める。その際、情報が混乱すると却って不安を与えるので、伝える内容と聞き取る項目を予め統一すること。職場内ではメーリングリストやSNS等で情報共有を進め、メンタルヘルスの相談窓口を設ける。

表1 (つづき)

◆濃厚接触者のコホーティングを開始する◆

発生ユニットから検査の陽性者を病院か感染ユニットに分離しても、発生ユニットには濃厚接触者が残ることになり、さらに検査で見落とされた(偽陰性の)感染者が非感染者と混在するもつとも警戒すべきエリアとなる。再検査によって見落とされた感染者を見つけて分離し、リスクを減らすことはできるが、ゼロリスクにはならない。したがって潜伏期間とされる14日間は、濃厚接触者のエリアとして集団隔離(コホーティング)をすることになる。その間は自身の感染を予防するだけでよい感染者への対応とは異なり、自身により感染が利用者同士で広がること(交差感染)に注意する必要がある。個室での個別対応が基本となる。つまり、食事、排泄、清拭、リハビリなども、原則として個室で行わなければならない。対話や接触を避けなければならないが、離れて体操したり、花を飾ったり、音楽を流したりして、孤立や廃用性低下を防ぐための配慮をする。リハビリ職も関わることが望ましい。なお、本人専用の個室であれば、そこを消毒する必要はない。

複数の利用者を担当する場合には、一人の利用者の介助が終わったら、次の利用者の介助に移る前にPPEを交換する必要がある。ただし、二重手袋で介護に当たる場合は、不織布ガウンの上の袖付きビニールエプロンとアウター手袋は必ず交換し、不織布ガウン、インナー手袋、マスク、キャップ、ゴーグル(フェイスシールド)は交換しなくてもよい。できるだけ利用者を固定して職員が介助にあたるようにする。職員同士のコミュニケーションは必ずマスク着用の上で行い、休憩室や更衣室での情報交換は避けるようにする。

個室に止まることのできない利用者にはマンツーマンで対応し、対応する職員はできるだけ固定する。利用者が手で触れて歩いた共用部分の消毒を徹底し、頻回の換気に努める。また利用者積極的にアルコールによる手指消毒を促す。どうしても共用スペースで過ごす人の位置は、距離に注意しながらできるだけ固定する。

向精神薬は嚥下機能の低下から肺炎の重症化を招くリスクがあるので使用を控え、従来から服用している場合は、できるだけ漸減中止する。真にやむを得ない場合に限り、本人、家族の同意のもと、一時的にライブカメラの設置や個室隔離を選択肢として検討する。

◆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◆

発生ユニットから感染者が入院できないときは、ケア付き宿泊療養施設への移送を県に相談する。移送できないときは、デイサービスを休止するなどして感染ユニットを設け、すみやかに分離することが望ましい。なお、感染者のコホーティングでは交差感染に留意しなくてよいので、個室での個別対応を原則とする必要はないが、変異株の流行が疑われる状況では距離を確保し、十分な換気と個別対応に努める。

◆業務をスリム化し、感染リスクのある業務は休止する◆

個室での個別対応と健康観察を最優先としなければならない。摂食に時間がかかる食事形態をさげ、短時間かつ簡便な工夫も検討する(災害用非常食やおにぎりなど状況に合わせて工夫)。食事を1日2回にすることも検討する。清掃、環境消毒、記録類などは最低限とする。

交差感染のリスクから、入浴は原則として中止し、血圧測定は医師の指示がない限り中止する。

エアロゾル発生手技である口腔ケアを制限する。ただし、潜伏期間が多くは5日前後なので、ほぼ有症になる前の一番感染性の強い期間を7日でカバーできると考えられる。したがって感染者との最終接触から7日間は口腔ケアを中止し、その間に新たな感染者が発生しなければ8日目から口腔ケアを再開することも検討して良い。同じくエアロゾル発生手技である心肺蘇生や吸入介助は中止し、吸引は医師の指示による。

なお、誤嚥はCOVID-19肺炎のリスクでもあるため、口腔ケアをできるだけ継続する方が良いとする見解もある。この場合はイソジン液で口をゆっくり漱ぐか、綿棒にイソジンを含ませて口の中や歯茎をぬぐった後に、側面からより適切な口腔ケアを行う。

応援職員が戸惑わないように、指揮系統とフロアの見取り図(居室や物品置き場を明示)を掲示し、ホワイトボードやメーリングリスト等で情報を共有する。不織布ガウンに職員名を書いた養生テープを貼る。

◆健康観察を強化する◆

体温、酸素飽和度、脈拍、呼吸数、意識障害やチアノーゼ、呼吸器症状をチェック表により定時で観察。1日4回を目安に医師の指示に従う。有症状者は1時間ごとに実施し、9時、15時、21時に対策本部メンバー(担当医師を含む)にメールで報告すること。酸素飽和度SpO₂が再検でも95%以下、呼吸数が20回以上は緊急電話で直ちに報告する。SpO₂の正常値は96%以上で、コロナ肺炎の場合は95%以下で入院検討、93%以下は酸素投与のため入院が必要。意識レベルの低下、呼吸困難を訴える、SpO₂が90%以下、収縮期血圧が90 mmHg以下は、急変の可能性がある(救急搬送)。ただし普段からSpO₂や血圧が低い人もいるので、搬送は医師の判断による。

接触者の区分(濃厚接触者、接触者、非該当)による急変時の連絡先(保健所、消防119、かかりつけ医など)と搬送方法などを保健所に確認しておく。施設での看取りに備えることも必要。

◆医療連携◆

●PCR検査(利用者、職員)の実施は、適切な時期を判断する必要があることから、保健所の指示を受けて行う。偽陰性が少なくなるのは暴露から5日目以降であり、潜伏期間の平均は5日であるから、暴露日+5日目(日曜に暴露

表1 (つづき)

した場合は金曜)を目安としてPCR検査を実施することが多い。なお、濃厚接触者はPCR検査が陰性でも潜伏期間とされる14日間は個室管理が必要。

▼老健等、自施設で実施する場合には以下の項目に留意する。

検体採取を開始する前に、まず対象者全員の名簿を作成する。陽性者が判明した場合に接触者として注意が必要となるため、誰が誰の検体を採取したのかを記録すること。

唾液検体や鼻腔ぬぐい液の自己採取が可能な人には協力していただく。

鼻腔ぬぐい液や鼻咽頭ぬぐい液の検体採取はエアロゾル発生手技であるから、換気に十分留意し、対面を避けて採取できる場所を確保すること。検査対象者同士の距離(2m以上)を十分に確保すること。陰圧装置や空気清浄機の設置も検討。

検体採取は医師か看護師が行い、検体採取を補助する係り、名簿をチェックする係り、利用者を案内する係り等を予め決めてから検体採取を開始する。可能であれば採取前に鼻をかんでもらう。

(以下、検体採取に関する手技を解説³⁾) (略)

▼有症状者への対応

医師は、有症状となった利用者に対して、本人の意思を尊重しながら個別に適切な医療を提供する。COVID-19の発生を検出し、介護施設で標準的な医療を提供するためには、速やかに次のような処置の適否を検討する必要がある。①採血(血液像、生化学、CRP、BNPなど)、②抗生剤投与、③経口摂取の可否や点滴、④向精神薬の漸減中止、⑤抗原検査やPCR検査(抗原検査とPCR検査の実施は保健所に相談すること)、⑥酸素吸入、⑦ステロイド投与など。また、有症状者の発生を保健所に報告し、併せて急変時の搬送方法や搬送先について予め確認しておく。なお、有症状者は回復しても、退院基準に倣って発症から10日間かつ無症状3日を目安として個室管理が必要。

(以下、抗原検査に関する手技を解説) (略)

▼検体をレッドゾーンから持ち出す際の留意点

①ファスナー付きプラスチックバッグに入れてイエローゾーンに運び、②プラスチックボックスに入れる。③PPEを脱いでからアルコール消毒後に再び手袋を装着し、④プラスチックバッグには触れずにプラスチックボックスを持ってグリーンゾーンへ移動。⑤プラスチックボックスからプラスチックバッグを取り出し、そのまま検体提出用の吸着ビニールに入れる。⑥手袋を外し、専用の輸送ボックスに入れ封をする。⑦手洗いをする。⑧イエローゾーンから持ち込んだプラスチックボックスは洗浄、又はアルコール消毒後にイエローゾーンへ戻す。

== 関連情報 ==

- ・介護施設等における新型コロナウイルス感染症発生時における職員の派遣等について(宮城県)¹⁵⁾
- ・介護保険最新情報Vol.881「社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について(その2)(一部改正)」(厚労省令和2年10月15日通知)¹²⁾
- ・高齢者施設における施設内感染対策のための自主点検実施要領(厚生労働省)¹³⁾
- ・介護施設等における新型コロナ感染対策1(感染対策情報)(全国老協協)³⁰⁾

肩付き番号は、文末の文献番号を示す。

(宮城県新型コロナウイルス感染症対策介護ワーキンググループ：新型コロナウイルス感染症が入居系施設で発生したときの参考指針、令和3年2月26日— Available at : <https://www.izuminomori.jp/wp/wp-content/uploads/2021/03/miyakaiwg210226.docx> に項目等追加した4月9日修正版より)

一気に増える。このことを踏まえれば、宮城県内約50か所でグループホームや小規模多機能型サービスなど、比較的小さな介護事業所を運営する私たちにとって、第1の課題は『施設の枠を超えた介護職員の応援体制をどうするか』ということであった。

そこで私たちの職場では、まず、次のような7項目のレッドゾーン担当除外配慮基準を定めた：

- ①妊婦および基礎疾患のある人(行政の指針)、
- ②妊婦および透析を受けている方および免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方と同居している人、

- ③75歳以上の高齢者と同居している人、④未就学児童を養育している人、⑤一人親として18歳以下の子どもを養育している人、⑥55歳以上の人、⑦介護/看護/リハビリ業務の経験が1年未満(未経験を含む)の人。

次に、2020年5月に無記名でアンケートを実施したところ、ケア担当職員(介護、看護、リハビリ、ケアマネジャー等相談業務)719人中、7項目の除外配慮基準のすべてに該当しない職員は263人(36.6%)であり、そのうち、レッドゾーンの担当要請に「応じる」98人(263 = 37.3%)、

「どちらかといえば応じる」101人(38.4%)、「どちらかといえば応じない」42人(16.0%)、「応じない」22人(8.4%)であった。「応じる」37.3%と「どちらかといえば応じる」38.4%を合わせると、76%に「応じる」意思があった。なお、担当要請に応じる場合は、職場での洗濯やシャワー、宿泊などが職員の要望として挙げられた。

さらに、発生施設での勤務(応援)期間の目安(14日)、勤務(応援)終了後の特別休暇(3日以上)、特別手当(濃厚接触者コホート5,000円、感染者コホート8,000円)、感染時の業務災害保険(死亡・後遺症2000万円)、食費や交通費(法人負担)、宿泊施設等を定め、発生時に勤務可能な職員のリストを作成した。

リストアップされた職員には、前掲表1の「発生時の対応」のような模擬訓練を繰り返した。

2. 認知症のある高齢者の個室管理をどうするか

感染者が発生した場合の行政の指針は個室管理が原則であり、「個室管理ができない場合は、濃厚接触者にマスクの着用を求めた上で、『ベッドの間隔を2m以上あける』または『ベッド間をカーテンで仕切る』等の対応を実施する。濃厚接触者が部屋を出る場合はマスクを着用し、手洗い、アルコール消毒による手指衛生を徹底する」¹⁰⁾というものである。

しかし、個室管理にしても、マスクの着用や手指衛生の徹底にしても、実際のところ認知症という障害への配慮に欠けている。深刻な人員不足のなかでの個室管理は、身体拘束や虐待など、重大な人権侵害を招くおそれもある。

また、高齢者施設は個室と廊下を含む共有スペースが接しており、個室ごとにPPEの交換を要するようなゾーニングではどうしても無理がある。まず、感染リスクの高い着脱エリアの面積を十分に確保できない。認知症という障害のある高齢者が自覚なく出入りするために、個室の出入り口に想定されるPPEの着脱エリアが汚染されてしまうことも考えられる。

したがって、第2の課題は「認知症のある高齢

者の個室管理をどうするか」であった。

結論からいえば、集団隔離(コホーティング)を基本としたゾーニングのなかで、できる限り個室管理とするのが現実的である。具体的には、発生ユニット全体を濃厚接触者コホートとしてレッドゾーンとする。そのなかで行われる介護の要点は、前掲表1の「発生時の対応」とおりのである。

3. 医療が逼迫して入院できないときにはどうするか

集団感染を防ぐには、感染者を非感染者から速やかに分離する必要がある。医療が逼迫して入院できないときには、濃厚接触者コホートのなかに感染者の個室を設け、厳密な個室管理を行わなければならない。いわばレッド・イン・レッドという特殊なゾーニングで凌ぐことになる。しかし、厳密な個室管理のむずかしいケースや複数の感染者が発生した場合は、速やかに感染者コホートを設置する必要がある。

感染者コホートでは、濃厚接触者コホートと異なって個室管理や個別対応にこだわらない。そこで、私たちの職場では、まず個室のないデイサービスを休止して感染ユニットを設置することにした。医療の逼迫の度合いや感染状況に応じて、施設内のフロア全体を感染ユニットに充てることも想定した。各施設の設計図面上でゾーニングを検討し、感染症学の専門家の指導を受けた。同時に、入居している本人とその家族に詳細な説明文「入居施設における新型コロナウイルスの集団感染を防ぐために」²⁰⁾を提示し、表2に示す文面で同意を得た。

3 行政への働きかけ (2020年6~10月まで)

2020年6月2日、NHKクローズアップ現代で「介護クラスター 高齢者の命をどう守る?」を視聴した²¹⁾。第1波のときに全国で起きた介護崩壊の現実を知り、自分たちの職場だけが生き残ればよいという問題ではないことに、いまさらながら気づかされた。翌日、「宮城の認知症とともに

表2 同意書

同意書

当グループでは、入居施設で感染者が発生した場合は、速やかに入院できるように関係機関と調整を致します。しかし、もし医療が逼迫して入院の見通しが立たない場合は、発生施設での集団感染を防ぐために、近接する当グループの介護施設の営業を中止して介護付きの宿泊療養区域を設け、そこを感染者用の介護区域に充てて集団隔離（コホーティング）を行う予定です。

これにともない、感染したご本人には慣れない場所での療養生活を送っていただくことになり、また深刻な人員不足の中で感染防護にかなりの労力を割くため、十分な介護が行えなくなる可能性もあります。

万一、近接する介護付きの宿泊療養区域の対応人数を越えて施設や地域に流行が蔓延すると予想されるときは、未発生施設においても、感染者の発生に備えて施設内に集団隔離用の区域を準備しなければなりません。そのような緊急事態においては、居室の移動なども、その時々施設側の判断に委ねていただくしかないと予めご承知ください。

以上につき、本文をお読みいただき、ご納得の上、ご署名をお願い致します。

(清山会医療福祉グループ、代表：山崎英樹：入居施設における新型コロナウイルスの集団感染を防ぐために。令和2年8月3日 — Available at : <https://www.izuminomori.jp/wp/wp-content/uploads/2020/08/SZKg-CRN-CareCohorting-InfmrndCnsnt-Residence.docx> より抜粋)

考える会」の何人かに電話をかけた。丹野智文さん（認知症当事者ネットワークみやぎ）、若生栄子さん（認知症の人と家族の会宮城県支部）、佐々木薫さん（日本認知症グループホーム協会宮城県支部、以下、GH協宮城支部）、内海裕さん（宮城県認知症グループホーム協議会）、小湊純一さん（宮城県ケアマネジャー協会）の5人である。

6月7日、すぐに有志で前述の「介護崩壊を防ぐために（現場からの提案）」⁵⁾を作成し、行政への働きかけを始めた。提案は以下の2つである。

- ①法人の枠を超えた介護職の応援体制を構築すること
- ②軽症者向け宿泊施設内に要介護者専用の介護付きエリアを設置すること

いずれも、当初は自分たちの職場が生き残るために考えたことであった。

この提案後、賛同者が徐々に増えて、8月31日時点では45人が名を連ねた。広く発信力をもつ小坂健先生（東北大学、厚労省クラスター対策班）の賛同を得たことは、その後の活動において大きな力となった。

6月15日から、有志によるWeb会議を定例化（毎週月曜日）した。

6月22日に地元紙（河北新報）が介護崩壊を防ぐためのわれわれの提言を報道してくれた³⁾。

6月30日に厚労省から発出された通知で「平時より介護保険施設等の関係団体と連携・調整し、緊急時に備えた応援体制を構築するとともに、感染者等が発生した場合の人材確保策を講じること」¹⁾と、応援体制の構築が自治体の責務として明記された。

神奈川県、愛媛県、堺市などが先進的な取り組みをしており、各自治体との情報交換を行いつつ、行政への働きかけを続けた。あわせて、GH協宮城支部の佐々木薫さんの尽力で県内の介護関係団体にも個別に働きかけた。県の介護福祉士会と看護協会からは賛同を得たが、老施協や老健協においては、危機感に施設間の温度差があることを理由に賛同を得ることはできなかった。

8月7日、「介護家族が感染したら、本人はどうなるのか」²⁾という要望書を行政に提出した。これは、認知症の人と家族の会の若生栄子さんか

□特集

らの問題提起であり、濃厚接触者となった要介護高齢者向けの介護付き宿泊療養施設を要望したものの、濃厚接触者向けの補助金が国から認められていないこともあり、いまだに実現に至っていない。

8月10日、200810介護崩壊を防ぐために（現場からの提案）「論点整理：3つの事実と、2つの予測・提案」²⁰を行政に提出した。

8月21日、応援職員に対する保険商品を県に情報提供した。介護職員が応援先の職場でCOVID-19に罹患したときの保険は当時まだ見当たらず、各社に打診して東京海上日動火災保険だけがこれに応じた。愛媛にも情報を提供し、愛媛と宮城で採用された。

8月30日、「新型コロナウイルス感染症に関する社会的スティグマの防止に向けて」²¹という要望書を行政に提出した。

9月2日、総括要望書²²を行政に提出した。

9月6日、宮城県議会において、賛同者でもある石田一也議員の質問に対して、ケア付き宿泊療養施設の設置や直接応援スキームを検討する旨の答弁があった。

10月14日、県が応援体制の構築に向けて公募を開始した¹⁵。県の担当課長は「感染症に係る応援職員の直接派遣について（依頼）」¹⁶で、次のように語りかけている。

「県では、職員の直接派遣に当たっては、別紙のとおり、マスクや防護服等の衛生資材の支給、旅費や特殊勤務手当の支援を行うことに加え、新型コロナウイルス感染症に係る傷害保険の加入や派遣前後における宿泊施設の確保など、少しでも感染リスクの低減や感染不安を軽減し、できる限りのサポートをいたします」

ほどなく公募が始まり、「応援職員派遣マニュアル」¹⁷も整備されたが、県が期待した関係団体からの登録は思うように進まなかった。というのも、平時から人員不足に悩む介護施設では、感染リスクを承知で他施設への応援派遣を職員に説得できる状況にはなかったからである。それゆえに、

危機感の共有とともに、応援体制の構築こそがいざというときの本当の保険になる、ということへの理解がぜひとも必要であり、そのためにこそ、介護関係団体によって承認されたWGの設置が強く求められたのである。冒頭に、「待ち望んでいた一つのゴールであり、スタートでもあった」と記した所以である。

4 他施設への直接応援派遣^{6, 18, 29} (2020年12月)

2020年12月7日、県から私たちの職場に県北の介護施設への派遣要請がはいった。期間は、12月9日から18日までである。

当初の要請は4人であった。事務員までが駆り出された現場は緊迫しており、サウナ状態となるPPE着用にも配慮した。すなわち、休憩時間が確保された勤務シフトは準備されていなかった。初日のZoom会議で憔悴しきった派遣職員の顔に驚き、さらに4人を追加派遣した。これを踏まえると応援チーム側で事前に現場の実情を把握し、適正な派遣人数と業務シフトを、応援チーム側からあらかじめ提案する仕組みが必要である。

さらに介護崩壊に近い状況のなかで、感染予防策は十分に機能しなくなっていた。そのため、やり方を統一し、必要物品を搬入して、業務を再構築する必要があった。濃厚接触者コホートの介護業務については、事前に統一し、合意しておく必要がある。

最も想定外だったのは、発熱者が続いたことである。抗原検査やPCR検査で陰性を確認したが、感染症の専門医の指導がなければもちこたえなかったと思う。誤嚥性肺炎や尿路感染が疑われ、食事が摂れなくなる方もおり、点滴や抗生剤治療を行った。いくら応援職員がはいったとしても、その施設の利用者をよく知る施設の介護職員には敵わない。すなわち、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に備える必要がある。さらに、転倒骨折などの介護事故に際してのレッドゾーンからの搬送方法や窒息時の吸引（エ

アロゾル発生手技)についても、あらかじめ決めておく必要がある。いずれにしても介護の応援チームに伴走する医療の仕組みが必要であり、感染症の専門家との連携体制も用意しておく必要がある。

さらに、応援チームに医療が伴走するとしても、ずっと現場に張り付くことはできない。どうしても遠隔で指示することが多くなる。また、利用者、勤務職員、濃厚接触で自宅待機となった職員の有症状者については、逐次、発生施設側から報告を受ける必要がある。応援チームに伴走する医療者に、有症状者の情報を発生施設側からスムーズに共有してもらう仕組みが必要である。

施設が介護崩壊から蘇るまでに、想定外の出来事が次々に発生する。事前に多くのことを合意していなければ、派遣した職員を感染リスクから守ることはできない。それゆえに発生施設の現場責任者および法人の代表者と応援チーム側の責任者、そして県や保健所とがWeb会議等で随時話し合える場をあらかじめ設ける必要がある。

5 自施設での発生経緯^{19,29)} (2020年1月)

2021年1月10日、当グループの老健で職員(1月7日まで勤務)の陽性が判明した。職員が勤務していたフロア(3階建て建物の2階)の入居者全員(38人)と、休憩室で昼食をともにした職員1人が保健所から濃厚接触者と認定された。それに加えて施設独自に、休憩室で会話を交わした3人(互いにマスクあり)も濃厚接触者に準じて14日間の自宅待機とした。前述した7項目のレッドゾーン除外配慮基準のいずれかに該当する職員7人を除くと、通常は職員17人のフロアで、そのうち勤務可能な職員は5人のみであった(陽性者1人、濃厚接触者4人、除外配慮基準該当者7人)。そこで、コホーティング開始初日に11人を派遣し、開始4日目に5人を追加した。

電話とウェブサイトで家族や地域に情報を逐次公開し(ウェブサイトは10回更新)、営業中止と

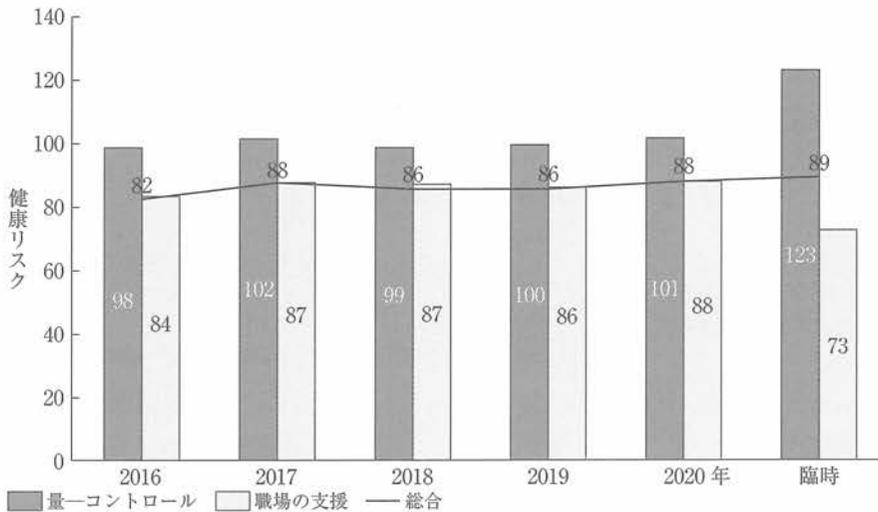
なった併設デイケアの代替サービスを手配した(110人中、安否確認6人、入浴介助11人、訪問リハビリ6人)。

1月18日、同施設の入所者から2例目の陽性者が出た(1月16日に発熱、Ct値40)。20日に再検してCt値の増減をみたところ陰性であったが、25日までは個室対応を続けた。その後は、発生したフロアのすべての入居者と職員のPCR検査陰性を確認し、1月31日に健康観察期間を終了して終息した。

終息後、レッドゾーンを担当した職員21人に実施したストレスチェックでは、健康リスクが89点であった(1月21日配布、28日回収)。仕事の量は120を超えたが、支援(逆転項目)が低かった(つまり良好)だったので、何とか保たれたのだと思う(図1)。なお、『働きがいのある仕事だ』に対して、「そうだ」14人、「まあそうだ」7人、「やや違う」0、「違う」0、『不安だ』に対して、「ほとんどいつも」3人、「しばしば」10人、「ときどき」5人、「ほとんどなかった」3人、『へとへとだ』に対して、「ほとんどいつも」7人、「しばしば」5人、「ときどき」9人、「ほとんどなかった」0であった。

また、『今回を振り返って、一時的にでも個室隔離(施錠)や身体拘束が必要だと感じたことがありましたか?』(無記名)に対して、「感じた」7人、「どちらかといえば感じた」9人、「どちらかといえば感じなかった」2人、「感じなかった」3人であった。

なお、レッドゾーンに勤務する職員間でメーリングリスト(ML)を作成して情報の共有を図り、コロナに関するメンタルヘルスのメール・電話相談窓口を設けた(平時におけるハラスメントや不適切ケアの相談窓口担当者が兼務)。コホーティングの期間中に窓口への相談はなかったが、家族内感染によりPCR検査陽性となった1例目の職員に担当者から電話で2回の聞き取りを行い、本人の強い自責感に対して、迅速で誠実な報告が感染拡大を防いだことへの感謝を繰り返し伝えた。



「職業性ストレス簡易調査票」における「仕事のストレス判定図」による。2016～2020年まで、当グループ全体の健康リスクは80点台で推移していた。レッドゾーンの勤務を終えた職員21人に臨時でストレスチェックを実施したところ、健康リスクは89点であった。

図1 ストレスチェック

終息後、この職員は、相談窓口に担当者としてかわることになった。

発生した2階フロアのももとの職員17人への記名式アンケート(2月10日配布, 16日回収)では、『コホーティングの前後で、入居者の様子に変化はありましたか?』の質問に対して、「あった」6人、「どちらかといえばあった」10人、「どちらかといえばなかった」1人、「なかった」0であった。また自由記載で多かったものは、ADL (activities of daily living) や食事量の低下、皮膚トラブル、拘縮、自発性の低下などであった。このような記載もあった。

「ご利用者から、『知らない人たちばかりでトイレに行きたくても声をかけられず、心細かった』と泣きながら話してくれました」

「なるべく居室対応でと言われたとき、『何でもここにいなくちゃいけないの?』と、聞かれた際にも、コロナのためとご説明するが、しばらくすると、同じ内容を聞かれ不安になられていた」

コホーティング前後で、ゾーニング解除後に転

倒して骨折した1人を除く入居者37人(平均年齢86.6歳, 平均介護度3.3)の平均体重は49.0 kgから48.6 kg ($p=.20$)に、バーセルインデックス(BI)の平均は44.3点から42.6点 ($p=.21$)に低下した。障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)は3人に変化がみられた[A2→B2(PCR検査陽性が判明して厳密な個室管理となった方)/C1→B2(コホーティング前に大腿骨頸部骨折)/B1→A1(コホーティング前に脱肛)]。認知症高齢者の日常生活自立度(認知症自立度)には変化がみられなかった。廃用性の機能低下を防ぐためにも、コホーティングにはリハビリ職もかわることが望ましい。

当グループでは、有症状者(入居者4人, 職員3人, 職員の家族1人)や濃厚接触者、コホーティング担当職員の陰性確認などで、PCR検査回数は入居者45回, 職員40回に及んだ。この経験から、迅速PCR検査機器を導入することとした。

発生を報告した際、保健所より、入居者にCOVID-19感染者が発生した際には「積極的な治療を希望するか否か」の意向を確認しておくよう

に、との指示があった。県内の感染状況が比較的落ち着いた現在の（2021年2月下旬）、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議：advance care planning；ACP）に取り組んでいる。

医療施設への認知症介護リエゾンチームの派遣

ケア付き宿泊療養施設の設置がなかなか進まないなかで、2020年11月にはいって第3波が始まった。それを踏まえて県と協議を進めるなかで、認知症高齢者の入院が嫌厭される事態を回避するため、医療施設への認知症介護リエゾンチームの派遣が話し合われた。

これに伴い、職場でGoogleアンケート（自由回答、無記名）を実施した（2021年12月19～30日、有効回答295、うち、役職者104）。質問とアンケート結果は以下のとおりである。

(1) 医療機関に介護チーム（高齢者医療支援チーム）が応援にはいることは、「介護という命の現場」を守るために必要なことだと思いますか？（回答292、うち、役職者103）：「思う」53.4%（回答156、うち、役職者52）・「どちらかといえば思う」43.2%（回答126、うち、役職者48）・「どちらかといえば思わない」3.1%（回答9、うち、役職者3）・「思わない」0.7%（回答2、うち、役職者0）。

(2) 以下は、除外配慮基準に該当する項目が「ない方」への質問。あなたは介護チームに参加する意思がありますか？（回答146、うち、役職者46）：「ある」25.3%（回答37、うち、役職者15）・「どちらかといえばある」43.8%（回答64、うち、役職者20）・「どちらかといえばない」24.7%（回答36、うち、役職者11）・「ない」6.2%（回答9、うち、役職者0）。

(3) 以下は、除外配慮基準に該当する項目が「ある方」への質問。あなたは介護チームに参加する意思がありますか？（回答166、うち、役職者60）：「ある」27.1%（回答45、うち、役職者24）・「どちらかといえばある」41.6%（回答69、

うち、役職者24）・「どちらかといえない」16.3%（回答27、うち、役職者10）・「ない」15.1%（回答25、うち、役職者2）。

自由記載のなかに、このような記述があった。

「医療と介護の文化には違いがありますが、世界が危機的な状況のなか、認知症という障害があるという理由で権理が奪われてはならないと思います。清山会の職員が医療の現場にはいり行動することは、いままで取り組んできたRBA²⁰⁾を考えたうえで大きな意味があると思います」

「私がエントリーさせていただいたのは、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とき、このために続けてきたように感じました。法人の枠を超えた応援も、医療機関への応援も役に立てれば、だれかを救うことができたいと思っています。仕事に対してさまざまな考えがありますが、エントリーしてくださった方は、きっとそれに近い気持ちだと思います」

12月23日、県から「高齢者医療支援チーム」を受託した⁴⁷⁾。

しかし、医療機関からの反応は芳しいものではなかった。介護チームがはいったら、要介護高齢者の入院が増えるのではないか、という懸念があり、そして、介護士なんかになにができるのか、という無理解があったからである。しかし、認知症という障害がある人へのかかわりにおいて、介護は医療に勝っていると筆者は感じている。

在宅でも施設でも、入院できなければ、「感染者（無症状・軽症者）向けのケア付き宿泊療養施設」を用意する必要がある。ただし高齢者は重症化リスクが高いので、搬送に備えなければならない。また、感染していなくても嚥下性肺炎や脱水などから有症状になりやすく、医療の伴走が必要である。こうしたことを考えると、病院に隣接し

□特集

て、あるいは病院内にそうしたケア付き宿泊療養エリアを設置するのが望ましい。嚥下性肺炎等にはその場で通常の治療を行い、コロナで重症化したら専用病棟にすぐに移送できる、きわめて合理的なことだと思うのだが、医療側にはこれを阻む介護への無理解と差別感情があることを認めざるを得ない。

■ おわりに

—— 総員退避 ——

「介護崩壊を防ぐために（現場からの提案）」の賛同者をメンバーとするMLがある。このMLに自施設での発生を報告した際の文章を引用して、稿をおわりとしたい。

「1月16日に有症状（37.6℃、咳嗽）となった入居者が、翌17日にPCR検体を採取し、18日に陽性（Ct値40）と判定されました。県北の施設への直接応援で経験したように（介護環境の激変から）有症状者は次々に発生しましたが、その都度、PCR陰性を確認していたので、油断していました。肺炎だとしても嚥下性なのかウイルス性なのかを鑑別するために、至急の採血（血液像）と抗生剤治療の開始を緊急電話で指示しようとしたのですが、現場も混乱しており、スムーズにいきませんでした。19日にPCRを再検して20日に陰性が判明し、また抗生剤も効きましたから、幸運であったと思います。（ウイルスが入り込んでも、現場の感染対策が行き届いていたと思いたいのですが……）」

けれども陰性が判明するまでの2日間は、何も手につきませんでした。19日の夜、Zoomによる感染対策会議で拘束を議論しました。咳嗽があり、密着をさけられない介護では、職員へのエアロゾル感染が心配でなりません。飛躍とは知りながら、テレビで見たこんなエピソードが浮かびました。

一億総特攻のさきがけとして沖縄に向かった巨大戦艦大和の艦長が、出航前に命じたのは『総員死ニ方用意』。けれども300余りの米軍機

の爆撃を受け、海中に没する寸前、艦長が命じたのは『総員退避』でした。

現場から拘束の許可を問われたのではありません。たまたま与えられた自分の立場からは、職員に拘束の指示をだすべきではないか、と悩んだのです。『総員死ニ方用意』から『総員退避』へと信念を曲げた人間の気持ちが、ほんの少し、おこがましくもわかるような気がしました。ただ、『総員退避』には希望を感じますが、『拘束指示』には希望を感じる事ができませんでした。半年かけて皆と一緒に練り上げたこの戦略は、結局、敗北だったのか、とさえ思いました。

議論が（自分の頭の中が）暴走しかねないと思ったとき、あの言葉が浮かびました。

Nothing about us, without us.

20日の朝の感染対策会議でメンバーに語り、当事者の丹野さんと家族会の若生さんにオブザーバーで参加していただくことになりました。

次の火の手があがったときに、今回の経験がどう活かされるのか、まだわかりません。

コロナは試練であると、つくづく思います」

清山会医療福祉グループの感染対策や応援派遣に関して、神垣太郎先生（東北大学大学院医学系研究科微生物学分野、厚生労働省クラスター対策班）と西村秀一先生（仙台医療センター臨床研究部ウイルスセンター）からご指導をいただきました。改めて深く感謝いたします。

文 献

- 1) 千葉県健康福祉部疾病対策課：報道資料 障害福祉施設における新型コロナウイルス感染症の集団発生について。令和2年3月28日。Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000614859.pdf> (閲覧日：2021年2月20日)
- 2) 船橋市：新型コロナウイルス感染症の集団感染が発生した北総育成園（香取郡東庄町）において、入所者全員の陰性が確認されました。令和2年6月4日。Available at : <https://www.city.funabashi.lg.jp/kenkou/shougaisha/008/01/p079861.html> (閲覧日：2021年3月4日)

□特集

- 日：2021年2月20日)
- 20) 宮城県新型コロナウイルス感染症対策介護ワーキンググループ：新型コロナウイルス感染症が入居施設で発生したときの参考指針. 令和3年2月26日. Available at : <https://www.izuminomori.jp/wp/wp-content/uploads/2021/03/miyakaiwg210226.docx> (閲覧日：2021年3月4日)
 - 21) NHKクロズアップ現代 ウェブサイト：“介護クラスター”高齢者の命をどう守る？ 2020年6月2日放送. Available at : <https://www.nhk.or.jp/gendai/articles/4423/index.html> (閲覧日：2021年2月20日)
 - 22) 200810介護崩壊を防ぐために（現場からの提案）論点整理：3つの事実と、2つの予測・提案. Available at : <https://www.izuminomori.jp/wp/wp-content/uploads/2020/08/SZKg-CRN-ArrangementOfIssues200810.docx> (閲覧日：2021年2月20日)
 - 23) 清山会医療福祉グループ（代表：山崎英樹）：入居施設における新型コロナウイルスの集団感染を防ぐために. 令和2年8月3日. Available at : <https://www.izuminomori.jp/wp/wp-content/uploads/2020/08/SZKg-CRN-CareCohorting-InfrmdCnsnt-Residence.docx> (閲覧日：2021年2月20日)
 - 24) 新型コロナウイルス感染症に関する社会的ステイグマの防止に向けて：感染しても、発生しても、安心して公表できる地域社会を求めます. 令和2年8月30日. Available at : <https://www.izuminomori.jp/wp/wp-content/uploads/2020/09/SZKg-CRN-COVID19-StigmaPrevent.docx> (閲覧日：2021年2月20日)
 - 25) 丹野智文（認知症当事者ネットワークみやぎ代表理事），若生栄子（認知症の人と家族の会宮城県支部代表），内海 裕（宮城県認知症グループホーム協議会会長），佐々木薫（日本認知症グループホーム協会副会長・宮城県支部長）ほか：要望書. 令和2年9月2日. Available at : <https://www.izuminomori.jp/wp/wp-content/uploads/2020/09/SZKg-CRN-Request200902.docx> (閲覧日：2021年2月20日)
 - 26) 若生栄子（認知症の人と家族の会宮城県支部代表），丹野智文（認知症当事者ネットワークみやぎ代表理事），佐々木薫（日本認知症GH協会副会長，宮城県支部長），山崎英樹（宮城の認知症をともに考える会）：介護家族が感染したら，本人はどうなるのか. Available at : <https://www.izuminomori.jp/wp/wp-content/uploads/2020/08/SZKg-CRN-Family-Infection.docx> (閲覧日：2021年2月20日)
 - 27) 山崎英樹：宮城県仙台市の経験. 老年精神医学雑誌, **28** (5 特集 Dementia Friendly Community とはなにか) : 503-510 (2017).
 - 28) 山崎英樹：権利ベースのアプローチ 医療と福祉の連携；RBAを導入した現場からの報告. 老年精神医学雑誌, **32** (2) : 152-164 (2021).
 - 29) 山崎英樹：コロナという名の試練：精神保健医療福祉はどう挑むのかー介護・福祉の現場から. 精神医療 (第5次) 創刊号 : 33-46 (2021).
 - 30) 公益社団法人全国老人福祉施設協議会：介護施設等における新型コロナ感染対策1 (感染対策情報). Available at : <https://www.roushikyo.or.jp/?p=we-page-single-entry&type=contents&spot=325685> (閲覧日：2021年2月20日)