認知症高齢者に配慮して介護施設内に区域を設け

ゾーニングに準じた対応を行うことについて

（要望書）

医療へのアクセスが制限されつつあるある中で、軽症者は自宅や宿泊施設で療養する方向性が示されました。福祉施設においても「感染者／疑い者との濃厚接触者は個室に移動」という指針が出されています。

しかし、認知症という障害のある高齢者を個室に引き止めておくことは困難であり、個室隔離やベッド拘束にともなう混乱（いわゆるBPSD）および生命予後の悪化が予想されます。同時に、これに対応する職員の混乱とメンタルヘルスの悪化が、新型コロナウイルスへの不安を増幅して士気をくじき、深刻な人員不足を加速する可能性があります。

また、同じフロアで疑い者の個室が共有スペースと接することによって、感染防護手技の混乱と防護具の浪費を招き、集団感染のリスクがさらに高くなると考えられます。

さらにまた、深刻な人員不足の中で個室隔離が集団隔離に発展し、重大な人権侵害が発生する恐れもあります。

そこで、介護施設においては閉鎖したショートステイのスペースやGH等の1ユニットを丸ごと感染区域とするなど「ケア的ゾーニング」ともいうべき対応が、施設の判断で許されてよいと考えます。

介護施設におけるこのケア的ゾーニングは、医療施設や宿泊施設のようにシロとクロを厳密に分けるものではなく、いわば感染区域（クロ）と（準）非感染区域（グレー）を分けるというのもです。グレーではあっても、認知症という障害への配慮という点で、また介護職員の混乱を回避するという点でも、下記１～７のようなメリットがあり、検討されるべきものと考えます。「ケア的ゾーニング」と仮に名付けた所以です。

１）感染疑いの認知症高齢者を隔離、拘束しないで介護できる（介護職員の士気にも直結します）

２）担当職員を明確に分けられる（集団感染のリスクを低減できます）

３）担当職員の感染防護具の脱着が一定の場所で円滑に行える（集団感染のリスクを低減できます）

４）感染防護に要する時間を短縮し、感染防護具の消費も抑えられる（感染防護具の脱着を個室毎ではなく、感染区域の出入り時に一括できます）

５）出勤をためらう介護職員に（準）非感染区域での勤務を提案できる（疑い者を感染区域に移した時点から14日間経過しても（準）非感染区域に有症状者がでなければ、発生前の状態に戻ったと認定できます）

６）感染した職員を感染区域に宿泊させることが可能になる（感染した場合、家族に移したくないので自宅療養より職場に宿泊したいという声が現場から上がっています）

７）重篤化した場合に、家族が希望すれば感染区域に宿泊しながら看取りに立ち会える（家族はその後14日間の自宅待機）

７）に関しては、スカイプやZOOMを使って映像を流すだけでは納得できない家族の中で、重症化リスクの極めて低い健康な成人や、発症から7日過ぎて日常生活に復帰した（おそらく免疫を獲得した）成人には考慮されてもよいと考えます。

さらに言えば医療の専門家ではない介護職員（パートの主婦も含めて）が出入りする施設に、同じように医療の専門家ではない家族が看取りにすら立ち合えないというのは不条理なことです。

以上から、介護施設においては「個室への移動」に加えて「ケア的ゾーニング」を選択肢として許可していただきたいと考えます。

なお、その実施方法等は施設毎の判断でよいと思います。

ケア的ゾーニングは個室に施錠したりベッドに拘束したりしないために行うものですが、感染者や疑い者は基本的には個室対応が望ましいため、①ショートステイを休止してSゾーンに、②デイサービスを休止してAゾーンに、③ユニットやフロア全体を空けてSゾーンに充てる等が考えられます。

開始するタイミングは、地域で流行が始まった時点（感染源のわからない感染者が発生、あるいは複数のクラスターが発生）で、しかも施設に疑い者が発生する前が望ましいと考えます。理由はいくつかあります。

・認知症のある高齢者の環境変化を数日かけて行うことができる（発生した当日に急いで集団移動するのでは混乱が大きい）

・介護職員に対して、感染防護の実地訓練を数日かけて行うことができる

・備えを始めることで介護職員の不安や恐怖を軽減し、仕事の意味を改めて確認する機会にもなる

当グループが運営する施設の周辺地域でも、どこで感染したわからない人が現れ始めました。そこで感染が流行り始めたと判断し、疑い者が発生する前にケア的ゾーニングを始めようとしたところ、とくに2ユニットの介護施設において、次のような懸念が示されました。

① 感染区域を準備するために1ユニットに利用者を集めれば、人口密度が高くなること

② 相部屋となった場合、そこで疑い者が発生すれば、もう一方が濃厚接触者となること

そもそも、介護施設では限られた空間での介護が前提とされる以上、はじめから密接、密集を避けるのは困難です。換気で密閉を緩和するしかありません。

集団感染のリスクがはじめから高い介護施設において、同一フロアで感染区域（感染者個室）と（準）感染区域（共有スペース）が混線する個室対応は、むしろ集団感染のリスクが極めて高いと考えられます。準備段階で一時的に人口密度が2倍になったとしても、感染者が発生した場合の集団感染リスクを少しでも低減するケア的ゾーニングを優先すべきです。

①の懸念は、2ユニットのGHで1ユニットを感染区域と想定して事前に利用者を移動した場合、人口密度が2倍になり、集団感染のリスクが高まるのではないかというものです。

しかし、疑い者Aが発生した時点で感染区域を確保しようとすれば、A以外の利用者を（準）非感染区域に移動させなければならず、やはりこの時点で人口密度はほぼ2倍になります。

つまりケア的ゾーニングを行うとすれば、事前でも事後でも、集団感染のリスクとしては同じです。

人口密度を2倍にした場合、（準）非感染区域では個室を相部屋で利用することも考えられます。行政指針ですでに示されている通り、距離（ベッド間隔など）、時間（いわゆる寝たきりの高齢者を同室としないなど）、パーテーション、マスク着用、換気などに配慮が必要です。それでも疑い者Aが発生した場合、相部屋の高齢者Bは濃厚接触と判定されます。これが、示された懸念②です。

ここで、次の判断が求められます。

AとBを二人とも感染区域に移動させるのか、それともAだけを感染区域に移動し、個室（丁寧に消毒）に残ったBを他のCDE…とともに（準）非感染区域で介護を続けるのか。

この答えは、BとCDEを区別せず、疑い者Aだけを感染区域に移動させる、というのものです。

なぜなら、Aが発生した時点で、実はB以外の利用者CDE…も、すべて濃厚接触者とみなすべき現実があるからです。たとえば夜勤者は通常1人で１ユニットの介護を担当しています。密接をさけられない介護施設は、もともと同居状態に近く、BとCDEを区別する理由はありません。

BとCDEを区別しない理由は他にもあります。

8割の感染者は他人に感染させず、接触しても1～5％しか感染しないとされています。介護施設という三密空間に暮らす高齢者では十分に警戒すべきですが、それでもＡからBに感染する割合は必ずしも高くはなく、CDEも同じ程度と考えて良いと思います。

結局、感染区域には有症状者が集まり、（準）非感染区域には接触しても感染しない人たちが残っていくことになります。少なくとも、メリット５）で指摘したように、疑い者を感染区域に移した時点から14日間経過しても（準）非感染区域に有症状者がでなければ、発生前の状態に戻ったと認定できます。

以上のように、人口密度や相部屋への懸念は、もともと密接を避けられない介護施設の現状を踏まえれば、ケア的ゾーニングという選択肢を外す理由にはなりません。それどころか、認知症という障害への配慮として、また介護現場の混乱を回避し、集団感染リスクを低減するという意味でも、個室に隔離するよりもはるかに優れています。

認知症という障害のある高齢者の人権に危機が迫る中、「事業者の判断により、認知症高齢者に配慮して介護施設内に区域を設け、ゾーニングに準じた対応を行うことも可能」としていただくよう、強く要望致します。

清山会医療福祉グループ

代表　山崎英樹