**【介護区域を分離する（ケア的コホーティング[[1]](#footnote-1)）】**

※個室隔離より集団隔離（コホーティング）がすぐれている。

行政の指針[[2]](#footnote-2)では、介護施設内での個室隔離が推奨されています。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、そもそも困難であり、部屋への施錠やベッドへの身体拘束にともなう混乱（いわゆるBPSD）および嚥下性肺炎等による生命予後の悪化が懸念されます。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、感染が拡大して複数人の感染者がいる状況では、高齢者の利便性を考慮する介護施設の構造として居住スペースである個室と様々なケアやプログラムが行える共有スペースが接していることからゾーニングの徹底が難しいことが挙げられます。また認知症という障害のある高齢者が自覚なく居室を出入りするために、居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ます。即ち個室をレッドゾーンとして管理できる状況から共用スペースまでをイエローゾーンとしてしまい施設の一部分ないしは全体での隔離を考える状況まで想定しておく必要があります。

さらにまた、深刻な人員不足の中で個室隔離が行き過ぎた身体拘束や虐待を招くなど、重大な人権侵害が発生する恐れもあります。

こうしたことを考慮すると、個室隔離に比べて集団隔離（コホーティング）には以下のメリットがあります。

１）感染した認知症高齢者を狭い個室に隔離しないで介護できる（介護職員の士気に直結）

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）

３）担当職員のPPEの着脱が一定の場所で安全に行える（集団感染のリスクを低減）

４）PPEの着脱に要する時間を短縮し、PPEの消費も抑えられる（個室毎ではなく、介護付きエリアの境界で一括）

５）感染した職員を介護付きエリアに宿泊させることができる（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ある）

６）重篤化した場合に、家族が強く希望すればPPEを着用しながらコホートエリアで面会し、場合によっては看取りに立ち会える（家族はその後14日間の自宅待機）[[3]](#footnote-3)

※介護施設における大規模なクラスターの発生を抑止するために

すでに指摘したように、無症状の感染者と非感染者がおり、有症状の感染者と非感染者がいます。また、PCR検査が陽性ならほぼ感染者ですが（特異度９９％＝偽陽性は１％）、検査が陰性でも非感染者とは限りません（特異度７０％＝偽陰性は３０％程度）。

感染者と非感染者を速やかに分離するという感染管理の鉄則にしたがえば、先ず、検査で陽性となった感染者（有症状と無症状）を発生施設から「早く・離す」必要があります。これによってその感染者との接触が断たれ、その分、発生施設における集団感染のリスクは下がります。

検査の陽性者を分離しても、発生施設には、既に感染者に曝露して感染しているかもしれないヒトたちが、検査で見逃されて（偽陰性）、残っている可能性があります。

けれども、検査を繰り返しながら感染者を分離していけば、集団感染のリスクを徐々に減らしていくことは可能です。

発生施設では、感染拡大の予防と健康観察が最優先になります。少なくとも14日間は感染を拡大させないためにも、個人防護具PPEを厳密に着用し、移動やケアを移る際には手指衛生を徹底します。入浴は休止することになりますが、場合によっては（3・11のときのように）1日2食とするなど、通常の介護業務をスリム化し、施錠や身体拘束は行いませんが、できるだけ個室で対応します。そうやって凌ぎながら新たな感染者が14日間発生しなければ、その発生施設は以前の状態に戻ったと考えられます。

つまり、以下のような流れです。

・介護施設で1人の感染者が発生（→隔離）。

・入居者と職員に検査を実施して数名が陽性となり無症状感染者が判明（→隔離）。

・入居者と職員のうちの何人かが数日で徐々に発症（→隔離）。

（隔離した入居者の分だけ、発生施設の介護業務は減り、人員不足を緩和します）

・検査で陽性となった感染した職員は14日間の自宅待機（復職基準に照らしながら職場復帰）。

・濃厚接触とみなされた職員は検査結果に関わらず14日間の自宅待機。

・一時的に生じる深刻な人員不足を、事業所の枠を越えた介護職の応援体制で凌ぐ。

重症化リスクの高い高齢者施設において、隔離は、病院への入院の形で行われることが理想です。しかし、第一波の時はスムーズに入院できず、クラスターの拡大に至ってしまった介護施設が多くありました。今後も感染が急速に広がって医療が逼迫し、入院できなくなる可能性があります。あるいは新型コロナウイルス感染症の回復後を見据えてケアを続けながら介護施設で対応していく可能性も考えられます。そのような場合に備えて、発生施設から離れた場所にケア的コホティングを行うエリア（ケア的コホトエリア）を想定しておく必要があります。自治体が用意する軽症者向け宿泊療養施設に介護サービスを付ければ、そこがケア的コホトエリアとなります。重症化リスクの低い障害者支援施設では、すでに「都道府県は、必要に応じて、ケア付き宿泊療養施設を整備している例も踏まえつつ、軽症者及び無症状病原体保有者である障害者の対応について検討すること」という通達がでています（200703）[[4]](#footnote-4)。

※ケア的コホティングをどこで行うのか。

密接、密集を避けられない介護施設において、感染者が発生した介護ユニット（発生ユニット）は、濃厚接触者が多数存在するエリアと考えられます。また、ケア的コホティングを実施した際には新型コロナウイルスの感染者を集めたエリア（感染ユニット）ができます。

発生ユニットや感染ユニットで、それぞれケア的コホティングを行う必要があります。発生ユニットは、施設内で厳密にゾーニングを行い、新たな感染者が14日間発生しなくなるまで、症状の発現に留意しながらケア的コホティングを行います。感染ユニットは、できれば発生ユニットがある施設の外に設置して厳密にゾーニングを行い、健康管理や医療介入を徹底しながらケア的コホティングを行います。

ゾーニングは、レッドゾーン（R：汚染区域）、イエローゾーン（Y:準汚染区域）、グリーンゾーン（G:清潔区域）に区分けし、他に職員エリアを区別します。感染者はレッドゾーン。非感染者はグリーンゾーン。イエローゾーンはレッドゾーンの前庭部分（PPEの着脱や廃棄物の処理など）。濃厚接触者は、感染者と同じ空間にはできませんが、レッドゾーンとして対応します。

　感染者を非感染者から分離するには、感染ユニットを発生施設内に設けるか（施設内コホーティング[[5]](#footnote-5)）、発生施設から離れた施設外に設けるか（施設外コホーティング）、ということになりますが、理想は施設外コホーティングです。行政には、「軽症者向け宿泊療養施設に介護付きエリア」の設置を求めていますが、他力本願で待つわけにはいきません。清山会グループでは、①デイサービス（個室なし）を休止、②ショートステイ（個室あり）を休止、③施設内のユニットやフロア全体（個室あり）を空けて、感染ユニットに充てることを想定しています。この場合、①と②が施設外コホーティングということになります。

やむを得ず③施設内のユニットやフロア全体を空けて感染ユニットとする場合、たとえば２ユニットのグループホームでは１ユニットを予め空けるために、一時的に入居者をもう一方のユニットに集めることになります。これによって人口密度が増し、もし相部屋になった場合は感染リスクが高くなるのではないかという懸念があります。

しかし、もともと介護施設は三密空間を形成しやすく、はじめから集団感染のリスクが高いことをまず理解する必要があります。その介護施設に感染者が発生した場合、個室対応を行えば、すでに述べたように大きな混乱を生じ、集団感染のリスクがさらに高くなると予想されます。したがって、上記１）～６）のメリットを踏まえれば、万一の場合は速やかに感染者を発生ユニットから分離できる感染ユニットを、たとえ施設内にしか設けられないとしても、予め設置すべきと考えます。

相部屋における感染リスクについては、接触時間を短くし、距離を離すために、次のように配慮します。

・相部屋の滞在時間をできるだけ短くするため、移動が自立した方同士でペアになっていただき、日中はできるだけ離れて過ごせるように配慮する。

・カーテンやパーテーションなどで区切り、頭の位置を部屋の対角線に配し、窓とドアを開けて空気の流れをつくるなど、飛沫感染の予防に努める。

※感染ユニットを、どのタイミングで設置するのか。

感染者が発生した（＝有症状者を検査して陽性と判定された）とき、すみやかに入院ができれば感染ユニットを設置する必要はありません。

しかし、医療が逼迫して入院ができなくなる場合に備えて、発生と同時にデイサービスを休止して、仮の感染ユニットを設置します。

感染者の入院が恒常的に難しいと判断されるときは、ショートステイを休止して、本格的な感染ユニットを設置します。

万一、施設外コホーティングでは対応できないスピードで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、速やかに施設内に感染ユニットを設置しなければなりません。

※発生ユニットでは、感染者発生から14日間は個別対応による警戒が必要

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っとも警戒すべきエリアとなります[[6]](#footnote-6)。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ますが、ゼロリスクにはできません。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）をすることになります。その間は自身の感染を予防する感染者への対応と異なり、自身により感染が利用者同士で広がることを注意する必要があるので個室での個別対応が基本となります。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りません。職員はレッドゾーンである発生ユニットを確認した後に、新型コロナウイルスの汚染が考えにくいグリーンゾーンとの間にイエローゾーンを設定します。イエローゾーンではレッドゾーンに移動するための準備をすることになります。具体的には個人防御具PPEの着脱をします。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ります。ただし、長袖ガウンと手袋は必ず交換し、マスク、キャップ、フェースシールドは交換しなくてもよいものとします。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します。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うこととし、休憩室や更衣室での情報交換は避けるようにします。

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することとして応対する職員はできるだけ固定します。利用者が手で触れて歩いた共用部分の消毒を徹底し、頻回の換気に努めます。また利用者に積極的にアルコールによる手指消毒を促します。やむを得ない場合に限り、最小限の向精神薬により行動の安定化を図ります。

※改めて、【感染者（ＩＰ）、疑い者（ＩＳ）、濃厚接触者（ＩＰ-ＣＣ）、感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者（SI-SCC）が発生した場合の対応について】

ケア的コホティングを実施した場合、感染者（ＩＰ）、疑い者（ＩＳ）、濃厚接触者（ＩＰ-ＣＣ）、感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者（SI-SCC）が発生した場合の対応は行政の指針と少し異なってきます（赤字が行政の指針に追加・変更）。

①感染者ＩＰ　➡　入院できなければ、感染ユニットへ

・利用者に新型コロナウイルス感染症の感染が判明した場合は、高齢者や基礎疾患を有する者等である場合には 原則入院することとなるが、それ以外の者については症状等によっては自治体の判断に従うこととなること。もし入院ができない場合は感染ユニットに移動する。

②疑い者ＳＩ　➡　発生ユニットのできるだけ個室　➡　検査陽性なら入院　➡　入院できなければ感染ユニットへ

・感染が疑われる利用者については、「帰国者・接触者相談センター」に電話連絡し、指示を受けること。 ただし、濃厚接触者であって感染が疑われる場合は、積極的疫学調査を実施している保健所に相談すること。発生ユニットのできるだけ個室で介護し、検査で陽性が確認されれば入院か感染ユニットに移動する。陰性であっても偽陰性の可能性があるため、再検査を実施する。再び陰性でも、14日間は感染防護具PPEを含む感染予防策を徹底しながら発生ユニットの、できるだけ個室で介護を続ける。ただし、前述（p18）のように、「集団感染を疑う場合、最初の2～3名の入居者に対しては検査を考慮する。1名が陽性になった場合は、同様の症状を呈している人は陽性であると考えられ（感染者として感染ユニットに移動）、検査可能件数が限られるときは、その後の検査にこだわらない。」

③濃厚接触者ＩＰ-ＣＣおよび ④感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者（SI-SCC）　➡　発生ユニットのできるだけ個室　➡　検査陽性なら入院　➡入院できなければ感染ユニットへ

・当該利用者については、検査が陰性のうちは、原則として発生ユニットに留まり、できるだけ個室 に移動する で介護する。

・有症状となった場合は、検査が陽性なら、速やかに別室感染エリアに移動する。検査が陰性なら、再検査を実施し、それでも陰性の場合、発生ユニットに留まり、できるだけ個室で介護する。

・個室が足りない場合は、 症状のない濃厚接触者を同室とする[[7]](#footnote-7)。

・個室管理ができない場合は、濃厚接触者にできるだけ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やパーテーションで仕切る」等の対応を実施する。

・濃厚接触者が部屋を出る場合はできるだけマスクを着用し、手洗い、アルコール消毒による手指衛生を可能な限り徹底する。

・当該利用者とその他の利用者の介護等に当たっては、可能な限り担当職員を分けて対応を行う。

・職員のうち、基礎疾患を有する者及び妊婦等は、感染した際に重篤化するおそれが高いため、勤務上の配慮を行うこと。

・当該利用者へのケアに当たっては、部屋の換気を１、２時間ごとに５～1 0 分間行うこととする。また、共有スペースや他の部屋についても窓を開け、換気を実施する。

・職員は使い捨て手袋とサージカルマスクを 着用する。咳込みなどがあり、飛沫感染のリスクが高い状況では、必要に応じてゴーグル、使い捨てエプロン、ガウン等を着用する。

・体温計等の器具は、可能な限り当該利用者専用とするか、非接触型とする。その他の利用者にも使用する場合は、消毒用 アルコールで清拭を行う。

・ケアの開始時と終了時に、液体石けんと流水による手洗いまたは消毒用アルコールによる手指消毒を実施する。手指消毒の前に顔（目・鼻・口）を触らないように注意する。「一ケア一手洗い」、「ケア前後の手洗い」（つまり一ケア二手洗い）[[8]](#footnote-8)を基本とする。

・濃厚接触者のうち有症状者については、リハビリテーション等は実施しないこと。無症状者については、利用者は手洗い、アルコール消毒による手指消毒を徹底し、職員は適切な感染防護を行った上で 個室又はベッドサイドにおいて、実施も可能であること。

※発生施設から施設外コホートエリアへの移動に備えて

・ご本人とご家族向けの説明書を予め配布して、同意をいただく必要があります。

・施設間の移動に備えて、情報共有シート（ADL状況、必要な介護と留意事項、医療情報など）をまとめておいてください。　➡ 3－5）

・専用の車両で窓をできるだけ全開にして移送。同乗者はN95マスクとゴーグルを着用。

1. 第一波のときはPCR検査がなかなか行えず、介護施設では個室隔離を行うか、集団隔離（コホーティング）を行うしかありませんでした。しかし個室隔離には施錠や身体拘束のリスクがあることから、清山会グループでは有症状者を感染者と見なして「症状によるコホーティング（ケア的ゾーニング）」を行うこととしました。その後、無症状感染者が多いことが知られるようになり、唾液検体による抗原検査やPCR検査が可能になるにしたがって、有症状であっても感染者と非感染者（たとえば嚥下性肺炎など）が混在する危険のある「症状によるコホーティング」ではなく、「検査結果に基づくコホーティング」を前提として対応することが可能になりつつあります。そこで、「ケア的ゾーニング」という呼び方を「ケア的コホティング」に改め、感染抑止の意図を明確にすることとします。 [↑](#footnote-ref-1)
2. 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）<https://www.mhlw.go.jp/content/000619845.pdf> [↑](#footnote-ref-2)
3. 感染者ユニットには感染者だけが集められるので、家族の面会制限を緩められると考えます。看取りを画像越しでは耐えられない家族の中で、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のではないでしょうか。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。

   ＝＝老施協HP <https://www.roushikyo.or.jp/?p=we-page-single-entry&type=contents&spot=319368> より＝＝

   【看取りにおける感染防止】オンラインでご家族等との面会を行っているが、看取り期に際してはやはり直接対面していただきたいとも思っている。この場合、ご家族に適切な感染防護の対応が必要になると思うが、留意すべき点をお教えいただきたい。

   Ａ　お気持ち察します。新型コロナウイルス感染症が確定している方の安全な家族の看取りは、専門病院でも難しく許可していないケースが多いようです。個人防護具がある程度余裕があるならば、個人防護具を家族につけさせる、という考え方もあるようですが、これも結構大変で、マスク、ゴーグル、ガウン、手袋を着用し、その着脱もきちんと指導される必要があります。ここからは、回答者の個人的な意見となります。大切な方の死に目に、自分の感染リスクを冒しても看取りたい、という方については、最低でも手袋とサージカルマスクを着用頂き、可能な限り患者および周辺物品に触れず面会頂くことになると思います。手を握るくらいは良いでしょうが、抱きついたりは避けた方が無難です。家族は泣かれるので、涙や鼻水をぬぐうのに目や鼻を触るのは厳禁（感染します）で、最も危険なポイントと思います。面会後、すぐに手から肘までよく洗浄・消毒し、できれば衣服も着替えた方が良いでしょう。ご家族には家に帰ったら、すぐにシャワーを浴びて頂き、14日間は出歩かず自己隔離を頂きたいと思います。（回答者：笹原鉄平先生（感染症専門医）） [↑](#footnote-ref-3)
4. 障害者支援施設における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応等について

   <https://www.izuminomori.jp/wp/wp-content/uploads/2020/07/200703-kourousyo-001.pdf> [↑](#footnote-ref-4)
5. 複数階層がある施設では上位階、平屋等の施設では奥の部屋から感染者の部屋とするなど，非感染者との接触防止や感染者の生活の動線を考慮したゾーニングとし，感染者をまとめた区域をレッドゾーンとするのが望ましい。<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/shofuku/jiritsu/documents/kansenmanyuaru0616_1.pdf> [↑](#footnote-ref-5)
6. 感度70%なら、30%が見落とされていることになります。 [↑](#footnote-ref-6)
7. 感染者は原則入院だが、入院できないときは感染者と疑い者は同室にしない。感染者同士は同室として良い。 [↑](#footnote-ref-7)
8. 「ケアの前後で手洗い」が大切なので、清山会グループでは「一ケア一手洗い」ではなく「一ケア二手洗い」をスローガンとします。 [↑](#footnote-ref-8)