令和２年８月３日

ご利用者・ご家族　各位

清山会医療福祉グループ

代表　山崎英樹

（公　印　省　略）

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

平素より当グループの運営にご理解とご協力をいただき、心より感謝申し上げます。

さて、ご承知のように再び新型コロナウイルスの感染拡大が続いております。当グループでは厚労省および宮城県・仙台市等の動向を注視しつつ、感染予防と水際対策を強化しながらサービスを継続して参りました。しかし、このまま市中感染に歯止めがかからなければ、いずれは誰もが感染する可能性があり、施設にウイルスが持ち込まれることも、どこかで覚悟しなければなりません。

これまでのいくつもの事例が示すように、施設で1人の感染者が発生すれば、すでに何人かが無症状のまま感染している可能性があります。そのような中でも、集団感染を最小限に抑えるために、皆さまにもご理解いただきたいことがいくつか想定されて参りました。予め下記にご説明とお願いを申し上げます。

記

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）を行う準備を進めています。

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。ご本人とご家族には、こうした事態が起き得ることについて予めご理解とご納得をいただきたく、以下に詳しくご説明します。

１） 重症化リスクの高い高齢者施設では、集団感染を防がなくてはなりません。

新型コロナウイルスは、半分は無症状で経過し、発症しても80％以上（とくに若い人）は、ただの風邪で済んでしまいます。その一方で、高齢者の死亡率は非常に高いことが国内でも確認されるようになりました。7月8日時点で60代5％、70代15％、80代30％と報告されています。

すなわち、重症化リスクの高い高齢者施設では、命というもっとも基本的な人権を守るために、集団感染を最小限に抑えなくてはなりません。

２） 第一波のとき、感染者が発生した高齢者施設では何が起きたのか。

緊急事態宣言が発出された第一波のときには、感染者が発生した高齢者施設の多くが集団感染の拡大を防げませんでした。その結果、多くの死者を出しています。

5月13日の共同通信は、このように報じています。

「高齢者が入所する介護施設で、新型コロナウイルスに感染した入所者、職員は5月8日時点で少なくとも計700人（入所者474人、職員226人）おり、このうち79人が亡くなっていたことが13日、共同通信の調査で分かった。死者はいずれも入所者で、職員はゼロ。厚生労働省によると、国内の死者（8日時点）は全体で557人。全体の死者数のうち、介護施設での死者数は約14％で、7人に1人に上った。」　<https://www.47news.jp/4808143.html>

３） 第一波のときに介護施設で集団感染を防げなかった理由は、いくつか挙げられます。

まず、医療が逼迫して速やかに入院ができなかったことです。密集、密接を避けられない介護施設で、感染者が入院できなければ、施設で感染が広がるのは当然のことです。

次に、PCR検査が介護施設ではなかなか行えなかったことです。認知症や身体機能の低下から発熱外来への移送が難しく、しかし感染防護に不慣れな介護施設では咳やくしゃみを誘発する危険のある鼻腔・咽頭からの検体採取を容易には行えなかったからです。このため、職員も含めて無症状の感染者を隔離することができず、施設で感染が広がってしまいました。

さらに、職員が感染したり濃厚接触と判定されたりして出勤できなくなり、深刻な人員不足に陥りました。

6月10日配信のネット記事から引用します。

＝＝＝＝

職員から感染者が出た北砂ホームは、介護崩壊の危機に陥った。

「陰性だった職員も、念のために2週間の出勤停止にする必要がある。入居者をケアするスタッフがいなくなってしまったんです」

3フロアに117床ある北砂ホーム。2階には経過観察が必要な症状の軽いPCR陽性者に入居してもらい、3階を休棟にして、陰性者は4階に入居することになった。同じグループに所属する他施設から職員を派遣してもらったが……。

「それでも、人員はギリギリ。一時は、日中は約30人の入居者を3人の介護士で、夜はたった1人でケアしないといけませんでした。それも、防護服とマスク、ゴーグル着用の完全防備姿で。まるでサウナスーツを着て介護するような過酷な状況だったんです」

<https://news.yahoo.co.jp/articles/09fee8d42057e9cad7788871b557905a927d3eb6>

＝＝＝＝

深刻な人員不足の中で、感染者・濃厚接触者・非感染者の介護を少ない職員で兼務せざるを得なくなれば、職員自身がウイルスを媒介して感染を広げるリスクが高くなります。

４） 「個室隔離」を原則とする行政の指針は、認知症という障害への配慮に欠けています。

　「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）」（4月7日事務連絡）は、介護施設の感染予防策を定めたものです。その中で、検査で陽性と判定された感染者は原則入院、検査で未判定の疑い者は「帰国者・接触者相談センター」の指示、そして感染者や疑い者との濃厚接触者は「原則として個室に移動」、濃厚接触者が有症状となった場合は「速やかに別室に移動」とされています。

さらに「個室が足りない場合は、 症状のない濃厚接触者を同室」「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」とされています。

こうした個室隔離を柱とする対策は、感染防止策として明快ではあるものの、認知症という障害への配慮が不足しています。

感染の危険のある（ウイルスに汚染された）区域をレッドゾーン、危険のない区域をグリーンゾーンと呼びますが、個室が共有スペースに接する介護施設の構造上の特徴から、高齢者が自覚なく居室を出入りすれば、グリーンゾーンは簡単に汚染されてしまいます。

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、そもそも困難です。深刻な人員不足の中で行き過ぎた施錠や身体拘束などの虐待を招き、生命予後の悪化につながる重大な人権侵害に至る恐れがあります。

さらに自分でマスクを外すことができない人は、苦しくても外せずに低酸素状態となり、あるいは熱中症などの思わぬ事故につながるリスクがあるため、マスクを着用させることは控えなければなりません。

５） 第1波の教訓に学びつつ、認知症という障害に配慮しながら集団感染を防ぐために。

まず、医療が逼迫して感染者が入院できないときにはどうするかを、予め決めておく必要があります。第一波のときに比べれば、医療提供体制は計画的に整備されるようになりましたが、このまま市中感染が広がり、重症化リスクの高い高齢者に感染が広まれば、病床はいずれ埋まってしまうことが懸念されます。

冒頭で述べたように、重症化リスクの高い高齢者施設では、命というもっとも基本的な人権を守るために、集団感染を何としても最小限に抑えなくてはなりません。当グループでは、もしも入院できないときに備えて、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）を行う準備を進めています。現在、軽症者には借り上げホテルなどでの宿泊療養も行われていますが、当グループの方法は、いわば介護付き宿泊療養施設を自前で用意する、というものです（河北新報で取り上げていただいた記事を添付致します）。

個室隔離に比べて、集団隔離には以下のような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

② 担当職員を専従とすることができる（職員が媒介する集団感染のリスクを避けられる）

③ PPE（個人防護具）の着脱を一定の場所で安全に行える（介護区域の境界で一括）

④ PPEの着脱に要する時間を短縮し、消費も抑えられる（個室毎ではなくなるため）

このように介護付きの宿泊療養区域を設けて集団隔離（コホーティング）を行う方法は、感染者が入院できない場合、現行の行政指針である個室隔離に比べ、「認知症という障害への配慮」と「集団感染の抑止」という点において優れていると考えられます。

次に、第一波のときにはなかなか行えなかった検査ですが、今後は唾液検体や抗原検査も可能となり、濃厚接触者の多くは発症を待たずに検査を受けられるようになると考えられます。つまり発症して検査が陽性の人（有症状感染者）と、発症していないけれども検査で陽性の人（無症状感染者）が、どちらも感染者としてカウントされるようになります。これに伴い、症状が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、より安全な「検査結果に基づくコホーティング」が可能になります。

さらに、職員が感染したり濃厚接触と判定されたりして出勤できなくなり、深刻な人員不足に陥ることを予め想定しておく必要があります。当グループでは、以下の基準に該当する職員を予め除いて、レッドゾーンを担当する職員を選抜し、準備を進めています。

＜レッドゾーン担当除外基準＞

・妊婦および基礎疾患のある人（行政の指針）

・妊婦および透析を受けている方、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

・75歳以上の高齢者と同居している人

・未就学児童を養育している人

・一人親として18歳以下の子供を養育している人

・55歳以上の人

・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

こうした基準に該当しない介護職員はそもそも限られており、しかも、いざ新型コロナウイルス感染症の感染者や疑い者、濃厚接触者の介護を担当するように要請された場合、家族の理解を得ながら自発的に応じられる職員はさらに少なくなることが予測されます。それでも当グループにおいて要請に応じた職員は200名余りおり、現在、PPEの着脱訓練やレッドゾーンでの実戦訓練に取り組んでいます。

６） つまり、施設で感染者が発生しても速やかに入院できない場合は、以下のような流れになります。

・介護施設で1人の感染者が発生（→入院できなければ介護付き宿泊療養区域に隔離）

・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）

・検査で陽性の感染した職員は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選抜職員の応援体制で凌ぐ

７） 感染者を隔離しても、施設には濃厚接触者が残ります。

PCR検査の感度は、良くても70%（つまり30%を見落とす）とされています。したがって検査が陰性でも、濃厚接触とみなされた場合は、発症する心配がなくなるまで（接触から14日間）は隔離が必要になります。しかも濃厚接触者の場合は、14日間は誰が感染者かわからないので、お互いに接触を避ける必要があり、個室隔離が必要になります（これに対して感染者同士は、厳密に接触を避ける必要はありません）。

しかし、上記のように認知症という障害への配慮から、当グループでは以下のような方法で施錠や身体拘束を行わずに介護することを想定しています。

すなわち、感染者が発生したユニット（発生ユニット）の濃厚接触者を、できるだけ個室で介護します。食事、排泄、清拭、リハビリなども、原則として個室で行います。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PPE（個人防護具）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を交換します。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。個室に留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。

８） いざ感染者が発生した場合は、あらゆる事態が想定されます。

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、その時々の施設側の判断に委ねていただくしかないことを予めご承知ください。非常事態として、2011年3月11日の震災の時に類似した介護環境となりますことを予めご理解いただきたく存じます。

９） ご自宅への長期外泊について

当グループとしては、上記のように集団感染を何とか防ぎながら最善の介護を提供し続ける覚悟ですが、もしも職員に感染が拡がった場合は極めて深刻な人員不足に陥る可能性があります。いざとなればグループ内の近隣事業所を閉鎖して人員を補充するつもりですが、明確に先を見通すのは困難な状況です。

さらに懸念されるのは、前述のように高齢者の重症化リスクが極めて高いということです。万が一にも入居しておられる方が感染し、不幸にも重症化した場合、通常であれば救急搬送して適切な救命治療を行うべきですが、もし医療崩壊が起きていれば、そのまま施設で自然な経過を見守ることしかできません。

こうした状況を踏まえ、総合的にお考えいただいた上で、ご本人とご家族がもしご自宅での療養を希望される場合は、長期外泊の手続きを取らせていただきますので率直にお申し出ください。

以上をご理解いただき、別紙の同意書にご署名の上、ご提出をお願い致します。

なお、4月20日付の同意書（施設内の介護区域を区別して対応すること）をご提出の皆さまにおかれましても、当時から状況がさらに変化しておりますので、改めてご署名をお願い申し上げます。

ご本人、ご家族の皆さまには不安な思いをされていることと存じますが、当グループとしても最善の努力を尽くして参りますので、ご理解のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

当グループの感染対策は、ホームページでも公開しております。

<https://www.izuminomori.jp/>

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

医療介護部長　菊池　０２２－７７１－１８５２

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、その時々の施設側の判断に委ねていただくしかないことを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。

令和 ２ 年　　　　月　　　　日

ご利用者　ご芳名（ご署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　．

代諾者　ご芳名（ご署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　．

（続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）