

第2回静岡県社会福祉施設等感染症クラスター対策協議会会議録要旨

日 時	令和3年3月17日(水)		
場 所	札の辻クロスホール		
出席者 職・氏名	座長 石川 三義	事務局 健康福祉部理事	石田 貴
	委員 岩井 一也	健康福祉部理事	山梨 正人
	岡 慎一郎	健康福祉部福祉長寿局長	山内 章司
	小出 幸夫	健康福祉部福祉長寿局福祉指導課長	沢井 和昭
	斉藤 文彦	健康福祉部福祉長寿局福祉指導課参事	平野 義徳
	高橋 邦典	健康福祉部障害者支援局長	増田 吉則
	天良 昭彦	健康福祉部障害者支援局障害者政策課長	村松 正章
	濱田 眞由美	健康福祉部医療局長	鈴木 宏幸
	福地 康紀	健康福祉部医療局地域医療課長	井原 貞
	宮本 光也	健康福祉部医療局地域医療課技監	永井しづか
		健康福祉部医療局疾病対策課長	後藤 幹生
		健康福祉部西部保健所長	木村 雅芳
議 題	(1)静岡県内の福祉施設における新型コロナウイルス感染症クラスター発生状況について (2)福祉施設における新型コロナウイルス感染症対策について (3)その他		
配付資料	座席表 委員名簿 事務局名簿 静岡県社会福祉施設等感染症クラスター対策協議会設置要綱 資料1 静岡県内の福祉施設(高齢者・障害児者)における新型コロナウイルス感染症クラスター発生状況(総括) 資料1 静岡県内の福祉施設(高齢者・障害児者)における新型コロナウイルス感染症クラスター発生状況(個別) <u>(会議終了後回収)</u> 資料1-2 クラスター発生件数 資料1-3 施設種別感染率 資料1-4 クラスター拡大原因 資料1-5 FICTの介入経験に基づく課題と提案 資料1-6 施設種別データ一覧 資料1-7 感染発生から収束まで長期間となっている施設の感染者の発生状況 資料2 福祉施設における新型コロナウイルス感染症対策 参考資料1 第1回静岡県社会福祉施設等感染症クラスター対策協議会での主な御意見と対応 参考資料2 「コロナと闘う、私たちはみんな仲間」共同声明文		

1 概要

令和3年3月17日、「第2回静岡県社会福祉施設等感染症クラスター対策協議会」を開催した。(1)静岡県内の福祉施設における新型コロナウイルス感染症クラスター発生状況と(2)福祉施設における新型コロナウイルス感染症対策について、説明を行い、委員からは「議事内容」にある意見が挙げられた。最後に(3)その他として県が取り組んでいる対策以外に取り組んだ方が良いと考える対策について、委員の意見を求め、委員からは「議事内容」にある意見が挙げられた。

2 議事内容

(1)静岡県内の福祉施設における新型コロナウイルス感染症クラスター発生状況について

ア 事務局からの説明

- 県内の高齢者と障害児者の福祉施設等における新型コロナのクラスターは、13施設（高齢者施設9、障害児者施設4）で発生している。うち、入所・居住系は10施設で、通所系は3施設。全ての入所・居住系施設では、医療系（F I C T・DMAT）が介入支援を行った（通所系は、事業所休止）。8施設は、同一法人やグループ法人からの応援職員の手で業務継続できたが、残りの2施設には、CWAT（介護職員の派遣チーム）を派遣して、業務継続を支援した。CWATで派遣した介護職員の中から派遣後PCR検査陽性者が1名発生している。レッドゾーンで従事した施設側の職員がグリーンゾーンと行き来していたという報告もあるが、原因の特定には至っていない。
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）では、利用者の感染率が78%と高くなっている一方、有料老人ホームでは、10%前後で、高くはなっていない。グループホームは、施設の構造上、共同スペースが多く、エリアでゾーニングしにくいことと、重度の認知症の方が施設内を徘徊するといったようなことが原因なのではないかと推測される。
- 施設やDMAT・F I C Tの報告によると、感染拡大の理由のうち、利用者については、認知症等によってマスクを外してしまうということが最も多く3施設で挙げられている。職員については、感染対策の知識（ゾーニング等の知識）が不足しているといったところが最も多く5施設で挙げられている。
- クラスター発生施設に対する誹謗中傷は、激しいものがあり、県社協をはじめとした福祉関係5団体が共同声明を行ったり、県からの要請により市町が同報無線や広報紙等で呼びかけを行ったりといった対応を行って沈静化を図った。
- 事例を見ていくと、次のことがわかってきたため、対策を検討したい。
 - ・入院の方が早期に収束する。患者はハイリスクのため、入院が第一選択肢だが、一方で、認知症の方などは、マスクの未装着あるいは徘徊等によって、病院の負担増になる。今後は、入院の可否をリスク要因、病状、逼迫度に加えて、施設の対応力を考慮して決めるなど、入院決定プロセスを明確にすることを検討したい。
 - ・DMAT・F I C Tの医療支援は、大変効果的ということがわかった。現状は、クラスター発生後に入ることが多いが、今後は、感染発生早期に介入する等、早期介入支援の方法等について検討したい。
 - ・施設へのウイルス持込み予防が重要で、今回の事例の中で、ボランティアから感染が発生したということがあったので、施設に出入りする全ての方に、感染予防の徹底をするなど、施設での職員以外の者も含めた感染防止の研修を検討したい。
 - ・感染防止策は、長期間の継続が必要となる。利用者の感染拡大が収まっても、職員に感染者が散発し、クラスターが収束しなかった事例があったことから、油断せず、感

染防止策の徹底を継続することが必要であり、クラスター収束までは一定期間ごとに医療の介入支援を行うことを検討したい。

- ・職員の知識不足を補い続けることが必要で、濃厚接触者として自宅待機をしていた職員が、知識が不十分なまま復帰したため、感染拡大の要因となった事例や、クラスターが長期に渡った施設では、職員間の感染、あるいは職員が利用者への感染原因となったと思われる事例、レッドゾーンとグリーンゾーンの間の移動が、感染防止策をとることなく行われた事例等があったので、テクニックだけでなく、その感染防止の意味を理解できる研修の実施方法と、繰り返し研修を効果的に実施する方法を検討したい。

イ 委員の意見

- 認知症の利用者が入院して徘徊したために、病院で感染拡大した事例はあるのか。
(→県内でクラスターとなった医療機関で、認知症の陽性者が院内で徘徊し、それがクラスターの端緒となったという例はない旨を事務局から回答)
- 認知症の陽性者を病院で受け入れると、レッドゾーンから出ていってしまったり、病室内で排泄してしまったりするといったことがある。
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の利用者の感染率の高さには危機感を感じる。グループホームというサービス形態に応じた研修が必用だと感じる。グループホームの団体は組織率が低いので、研修体系や情報提供の仕方っていうところでは、組織をしっかりとっていくことも急務な課題と感じる。
- 施設に留め置いても大変、病院に入院させても大変ということであれば、第3の道（感染者専用介護施設）もあるのではないかな。
- 2件の派遣要請は共に金曜の夕方にあったが、土日を挟むと派遣調整に手間取るという部分があるので、休日を挟んだ場合の迅速な派遣調整をどのようにしたら良いかというのも課題だと思う。
- 応援職員から派遣後PCR陽性の者が出ないような対策が必要なのではないか。レッドエリアへの派遣登録職員は60人を超えているが、優先的なワクチン接種の仕組みも検討してもらいたい。居宅サービスの従事者に対するワクチン接種も市町によって温度差があると聞いているので、県から市町に対して丁寧な指導が必要なのではないか。
- PCR検査の結果が陽性であったから感染者というわけではなく、擬陽性ということもある。今回のケースでは、応援職員が支援に入ったフロアの利用者にも職員にも抗原検査陽性の者もいなかったそうだし、応援職員本人が全く無症状で、肺のCTでも影がない。それから他の応援職員もPCR陰性だったので、状況証拠的には、この方が感染者だったのかという点と疑わしいと思う。

(2) 福祉施設における新型コロナウイルス感染症対策について

ア 事務局からの説明

(ア) 事前予防対策(マニュアル作成と研修実施)

- 前回の協議会でも、福祉施設職員に対する感染予防教育ができていないのではないかなという御意見をいただいたが、クラスター発生施設で感染拡大の原因として、最も多かったものは、職員の感染対策の知識不足である。
- 感染症マニュアルは、県老人福祉施設協議会ほか、関係団体の御協力を得て、10月に県で作成し、11月には、説明動画を公開して、より多くの職員にマニュアルを見てい

ただけるようにしている。このマニュアルについては、今後、クラスター対応の知見などを活用して、随時見直しをする予定である。

- 新型コロナ対策講座は、県社会福祉協議会の御協力を得て、9月から10月にかけて感染対策、防護具の着脱、ゾーニングの研修を実習形式で行ったもので、会場形式により約200名の施設職員が参加している。
- 応援職員用に作成した研修を全ての施設でも見てもらうため、WEB動画研修を行い、これまで、17,000超のアクセスがあった。
- 2月に、汚染エリアへ派遣可能な応援職員に対して、汚染エリアでの業務に特化して、双方向で質疑応答ができるようなオンライン研修を行った。
- 12月補正で計上した社会福祉施設感染防止対策事業は、県病院協会や県看護協会と連携して、感染管理専門家が直接施設を訪問して、現場でゾーニングや防護服着脱等について指導するとともに、各圏域の基幹病院等に感染対策の相談窓口を設置するといった事業で、来年度も継続実施する。

(イ)発生後の支援(CWATの設置)

- 派遣調整窓口の一元化や、応援体制の周知、汚染エリアへの応援派遣など、前回の協議会では、たくさんの御意見をいただいた。
- 応援体制構築は、昨年から県社会福祉協議会、県老人福祉施設協議会、県老人保健施設協会など、福祉関係団体とともに進めてきたが、様々な課題への対応に、時間もかかり、ようやく2月に、クラスター福祉施設支援チーム(CWAT)の設置となった。
- 派遣調整窓口は、CWATに一元化し、クラスター発生時に必要となる情報についても、チェックリストを作成して全ての福祉施設に周知をした。
- クラスター発生時に必要となる防護具は、必要な量を、より迅速に施設に届けられるように、静岡市の清水区にある倉庫に加えて、各健康福祉センターにも保管し、要請があれば、すぐに届けられるような体制となっている。
- CWATは、福祉長寿局長をチーム長として、県職員から成る情報収集スタッフと物資支援スタッフ、県職員と福祉関係団体職員から成る派遣コーディネートスタッフ、福祉施設職員から成る応援スタッフで構成される。応援スタッフは、2月15日現在で登録者が370人。うち、汚染エリアに派遣可能な職員が60人となっている。
- 派遣実績は、クラスターが発生した浜松市の有料老人ホームと西伊豆町の老人保健施設の2施設で、応援職員の派遣は、感染施設の事業継続と感染収束に繋がったと考えている。

イ 委員の意見

- 事業所に感染対策の予防マニュアルを持って指導に行ってみて感じたことだが、小さな事業所には防護具もないし、フェイスシールドもない。揃えたくても手に入らないということであった。防護具は、感染してからでなく、感染予防としての防護具である。医療機関では、飛沫を浴びるような作業の時は必ず予防するが、下の世話の時のように飛沫を浴びるような時でも全く無防備でやっている介護現場がある。窓を開ければ換気していると思っている介護現場もあるが、風が通らなければ換気ではない。感染予防の知識はあっても、自分の施設にどうやって落とし込んだら良いかってことがわかっていないので、現場に行ってみて実際にそれを教えるといった汗をかきような事業は必要。
- 施設に対して護送船団のように一律にやることは難しいことが、現場に行ってみてわかったこと。感染者が発生したときに、対応可能な施設と、対応できない施設はどういう

ふうに分けて考えるのか。どういう施設が留め置くことができるのか、自分たちでゾーニングして、そしてバックアップしながらやれるのか。それをどう見極めるのか。ここではその話し合いができていない。

- 病院が介護施設から陽性者を受け入れたときに、認知症の患者さんを見るが大変ということ以外にも、いわゆるACPができておらず、看取りって決まっているのだけれども、病院に来て、病院では医療をするのではなく、ただ看取るだけという時に一般的に病院としてはストレスとなる。看取りだけなら施設にいてもいいじゃないかと考える。なので、そのあたりのところがあらかじめ決まっていれば比較的に病院はスムーズに受け入れられると思う。
- ここの施設に陽性者を留めると感染拡大してしまうので、感染拡大防止で一時避難的に入院するという目的がはっきりすれば、病院で受け入れることはできる。ただし、入院したけれど、やはり徘徊で大変ということであれば、その時点で施設に戻るという選択肢を用意する必要がある。2、3日経てば感染性は大幅に下がるので、施設に戻ったとしても感染拡大リスクはかなり下がる。
- クラスターとなった施設に実際に入って感じたことは、常勤の看護師がいるところは、そのまま看ることができる可能性が高い。介護職だけで常勤の看護師がいないところ、小規模のところは難しいというように感じる。
- DMATなどの支援が入れば、感染拡大が少なく済んだり、収束が早かったりすることは、全国規模でも報告があり、事実だと思う。現在、要請があれば、FICT・DMATは、一両日中ぐらいには現地に入れる体制ができていますので、そういったメンバーが入って、施設の方や保健所と相談して、どういう方針でやるのかっていうことをその場で決めていくことが現実的な対応ではないかと感じる。

(3) その他(県が取り組んでいる福祉施設における新型コロナウイルス感染症対策以外に取り組んだ方が良いと考える対策)

委員の意見

- 知的障害の人たちもマスクを着用しない方が非常に多く、徘徊というニュアンスではないが、生活棟をあちらこちら動き回るのが生活様式のひとつになっているので、生活棟全てがレッドゾーンの状況になり、収束までに時間がかかってしまったという面がある。
- 西伊豆町の介護老健でクラスターが発生したときには、誹謗中傷が激しく、応援職員の宿泊施設の確保が大変だったと聞いている。最終的には町役場が借り上げたというような話のようだが。田舎にはビジネスホテルがないので、使用するとなるとリゾートホテルで、コロナ禍でクローズしているところも多いのだが、そのリゾートホテルの担当者に聞いてみたところ、行政からの要請があれば相談に乗りますといったレベルで、クラスターが発生したらというニュアンスだった。なので、事前に何らかの働きかけをして、クラスターが発生したら同時に宿泊施設として確保できるような要請を県から行ってもらえるとうりがない。
- 応援職員の宿泊先の確保は、まず派遣元施設が行い、派遣元施設で宿泊先が確保できない場合は、派遣先施設が協力すると要綱ではなっているが、応援職員を出す施設や受ける施設に宿泊施設の確保までお任せするのは酷なので、県や地元行政に積極的なバックアップをお願いしたい。浜松市でクラスターが発生したときにも宿泊を断られたことがあったが、そのときは、県社協から県にお願いして、県から旅館業組合に協力要請の文書を出していただいたという事例もある。

- 感染者が発生した場合に、管理者や代表の方が、感染して入院してしまったとか不在になる場合もあると思う。その時にでも迅速に対応しなくてはいけないというところで、例えば、迅速に提供すべき情報、例えば図面とか事業所の基本情報とともに、事業所の方で事前準備しておくことや、スタッフやその家族、利用者が、発熱した場合に受診とかPCR検査等を実施すると思うが、その結果が出るまで数日どのように対応すべきなのか。どのタイミングで関係機関に報告すべきか。報告すべき関係機関やその連絡方法とか、事前準備書類の提出のタイミングや方法等、時系列になった有事に備えるチェックシートが必要ではないかと思う。そのような時系列になったチェックリストがあれば、色々な施設でシミュレーションを行うことができる。
- 福祉施設のための感染症クラスター対策マニュアルの改定を、FICTで進めているところであるが、現在の対策マニュアルでは、感染が疑われる者が発生した時がスタートとなっていて、それは、濃厚接触が疑われる者が発生した時でもある。しかし、FICTの考えでは、濃厚接触が疑われるというのは、感染者であるということからはすぐ離れていて、濃厚接触ではないかもしれないときに、特別な対応をすることは、大きく見た場合に、そのような対応をすることが誹謗中傷や差別を産んでいるという認識を持っている。つまり、クラスター発生施設の職員だから、濃厚接触者かもしれないから、うちには来ないでくださいと言っているのと同じになる。病院では、感染確定時がスタートになる。それまでは、通常扱いで、通常の感染予防対策をしている。陽性とわかって、慌てることのないように、日頃からの手指消毒と飛沫防止を徹底していれば、それ以上はやるべきではないという考えなので、そういう方向で改訂しようと考えている。なるべく具体的な細かなことがわかるようにという点については、承った。
- 感染者が発生した場合に、どういった流れでシミュレーションするかという話があったが、来年度の介護報酬の改定でも言われているが、災害や感染症に対する対応というのは非常に重要ということで、防災訓練と同様、感染症の訓練というのも毎年のようにやる必要があると思う。