

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

新型コロナウイルス感染症に対応する看護職員の確保及び
最適なマネジメント検討に向けた実態調査研究

令和 2 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 武村 雪絵

令和 3（2021）年 3 月

目次

I. 統括研究報告書	
新型コロナウイルス感染症に対応する看護職員の確保及び最適な マネジメント検討に向けた実態調査研究	1
II. 分担研究報告書	
II-1. 医療施設・障害者施設調査	19
II-2. 宿泊療養施設調査	52
II-3. 文献調査	68
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	130

I. 総括研究報告書

新型コロナウイルス感染症に対応する看護職員の確保及び
最適なマネジメント検討に向けた実態調査研究

研究代表者 武村 雪絵（東京大学大学院医学系研究科准教授）

研究目的

本研究は、新型コロナウイルス感染症の流行初期に感染患者を受け入れた病院やクラスター感染が発生した病院や障害者施設、軽症者等の宿泊療養施設で実施された看護職員の確保やマネジメント方策、及び、過去 20 年間の新興感染症流行時に国内外の病院で実施された看護職員のマネジメント方策を明らかにすることを目的とした。

研究方法

1. 医療施設・障害者施設調査

機縁法等により、受け入れ病院及びクラスター発生病院の看護管理者、クラスター発生障害者施設の管理者、クラスター発生病院・施設に派遣された感染管理認定看護師に研究協力を依頼した。2020 年 9 月～12 月にインタビューを実施し、看護職員のマネジメント方策と課題の共通点を抽出した。

2. 宿泊療養施設調査

機縁法により宿泊療養施設で看護職の確保や業務調整を担った看護職に研究協力を依頼した。2020 年 8 月下旬～10 月にインタビューを実施し、看護職の確保や組織化、課題の共通点を抽出した。

3. 文献調査

2001 年 1 月～2020 年 12 月に出版された新興感染症（重症急性呼吸器症候群、中東呼吸器症候群、ニパウイルス、エボラ出血熱、パンデミックインフルエンザ、新型コロナウイルス感染症）に関する国内外の文献から、病院が看護職を含む職員に対して実施したこと、もしくは看護管理者が実施したことを抽出した。

結果と考察

1. 医療施設・障害者施設調査

15 病院（クラスター発生病院 6 施設を含む）の看護管理者 28 名とクラスター発生病院に派遣された感染管理認定看護師 2 名、障害者施設は 3 施設の対応について施設管理者等 4 名と支援者を派遣した病院の看護管理者 4 名（うち 2 名は派遣者）にインタビューを実施した。

看護体制を構築するフェーズと看護職員を支援しながら組織運営を続けるフェーズがあり、受け入

れ病院とクラスター発生病院では対応の迅速さや困難の程度は異なるが、実施していたマネジメントや課題は共通していた。診療の縮小と感染患者を受け入れる病棟（以下、専用病棟）を決定し、専用病棟に配置する看護職員を本人の意思、感染対策技術や看護実践能力、基礎疾患や妊娠、高齢者との同居や家族の反対の有無を基準に選択した。小規模病院や障害者施設でのクラスター発生時は自施設職員の再配置では必要人員を確保できず、他施設や民間職業紹介事業者から専用病棟で働く看護職を含めて確保した。障害者施設では入所者の特性から軽症者は施設で経過観察したため、夜間も含めて看護職の派遣を受けた。他施設からの介護職確保は困難であった。専用病棟・ユニットで働く職員にはさまざまな人的・物的支援が提供された。他部署の職員の負担や不安も理解し、施設全体の一体感の維持・醸成に努めていた。他施設から支援に入った看護職もこれらの支援を提供していた。

共通していた語りから、災害対応の一つとして新興感染症に対応する体制づくりや、幹部が職員の心身の健康と安全を守る宣言をする重要性が示唆された。管理者や他施設からの支援者に求められる力や地域の連携強化の必要性も明らかになった。

2. 宿泊療養施設調査

4 自治体で宿泊療養施設の管理的立場を担った 5 名（看護職 4 名、保健師 1 名）にインタビューを実施した。

保健師あるいは看護管理経験者（以下、管理経験者）が現場の管理監督者として看護提供体制の構築を担った。宿泊療養施設では、保健師、看護師、管理経験者のそれぞれの強みを理解して組み合わせて配置することが望ましく、確保方法で集められる人材が異なるため、複数の確保方法を組み合わせる必要性が示唆された。宿泊療養施設の看護職には高い看護実践能力と倫理観が求められたが、管理経験者がいることで、経験の浅い看護職等もチームの一員として働くことができた。本研究では、宿泊療養施設の看護職の心身の健康に深刻な影響はみられなかったが、頻回に看護職に面接して対応することや医療提供のための施設ではない場所で働く看護職の安全を守る環境づくりの必要性が指摘された。

3. 文献調査

1179 本の文献から包含基準・除外基準により 71 本の文献を抽出した。新興感染症流行時に当該患者を受け入れた病院が実施していたマネジメント方策は 34 カテゴリに整理され、組織運営や職員教育、支援等多岐にわたった。

結論

本研究の参加施設は総合的で多面的なマネジメント方策を実施していた。災害対応の一つとして新興感染症に対応する体制づくりや、職員の心身の健康と安全を守る宣言の重要性が示された。宿泊療養施設の看護職確保の方策と課題も明らかになった。今後に向けて、感染管理認定看護師の育成と地域の資源としての活用、管理的視点をもつ看護師の育成、看護管理者に求められる力、管理経験者を活用できる仕組み、地域のネットワークの構築・強化が必要なことがわかった。これらの知見は、新型コロナウイルス感染症への対応を準備する病院や、将来の新興感染症流行に備えるために有用な示唆を提供する。

研究代表者	
武村雪絵	東京大学大学院医学系研究科 准教授
研究分担者	
池田真理	東京女子医科大学看護学部 教授
研究協力者	
池崎澄江	千葉大学大学院看護学研究科 准教授
市川奈央子	東京大学大学院医学系研究科 助教
木田亮平	東京大学大学院医学系研究科 助教
小柳礼恵	東京大学大学院医学系研究科 特任助教
井上真帆	東京大学大学院医学系研究科 博士後期課程

A. 研究目的

新興感染症 (emerging infectious disease) は、「新たに発見された感染症やこれまでに知られていなかった感染症で、地域的にあるいは国際的に公衆衛生上の問題を引き起こすもの (World Health Organization, 1997)」や、「ある集団において新たに認識された感染症、あるいは既に存在していたが発生率や地理的範囲が急速に増加している感染症 (National Institute of Allergy and Infectious Diseases [米国国立アレルギー・感染症研究所], 2018)」等と定義される。2000 年以降、重症急性呼吸器症候群 (severe acute respiratory syndrome: SARS) や中東呼吸器症候群 (Middle East respiratory syndrome: MERS) といった新興感染症が流行した。2019 年 12 月には、SARS-CoV-2 という新しいウイルスによって引き起こされる疾病である新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) が中国で初めて発見され、2020 年 3 月 11 日にパンデミック宣言がなされる

まで世界的に大流行した (World Health Organization, 2020)。わが国でも 2020 年から 2021 年にかけて都市部を中心に全国的に流行した。

新興感染症は流行初期の段階では治療法や予防法が確立されていないことが多く、新型コロナウイルス感染症についても流行初期の段階では、医療従事者は有効な治療法やワクチンがない状況下で、ゾーニングや個人防護具 (Personal Protective Equipment: PPE、以下、PPE)、手洗い、消毒といった予防策で患者の治療に従事することになった。新型コロナウイルス感染症患者の治療に従事している医療従事者は、自分や家族への感染を不安に感じながら働いており (Cai et al., 2020)、メタアナリシスの結果、医療従事者の 2 割以上に不安や抑うつ症状が、3 割以上に不眠があったことが報告されている (Pappa et al., 2020)。医療従事者の中でも看護職は、患者の療養生活全般を支える職種として、症状観察や投薬、排泄や食事の介助、口腔ケアや保清、体位変換や処置の実施等、患者や患者の体液に触れる場面が多い。気管内吸引等エアロゾルが発生する処置や、咳嗽が激しい患者への対応、認知症や精神症状のためマスクの着用が困難な患者への対応等、飛沫感染のリスクが高い場面も不可避である。特に、ワクチンの開発や治療法の確立が進んでいない時期に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院や、院内でクラスター感染が発生した施設で働いていた看護職員は、強いストレス下で患者へのケアに従事していたと考えられる。

このような事態に対し、さまざまな組織・団体が新型コロナウイルス感染症に対処するためのガイドラインやマニュアルを公表している。感染管理や患者管理については、診療の手引きとして 2020 年 3 月に第 1 版が公開され、改訂が重ねられている (厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部, 2021)。看護管理者向けには、日本看護協会が感染管理の方法や感染患者への対応、看護職員の労務管理における配慮や労働環境の整備、教育・

研修の調整について解説している（日本看護協会、2020a）。感染症対応に従事している人々への心のケアについては、日本赤十字社が情報提供している（日本赤十字社、2020a, 2020b）。また、感染症対応に従事している医療従事者を組織外から支援する人のための相談支援ガイドライン（日本精神保健看護学会、2020）や、中小規模病院や高齢者福祉施設に派遣される感染管理認定看護師や看護管理者向けの感染予防・管理のための活用ツール（日本看護協会、2020b, 2020c）も公開されている。

このように感染管理や患者管理、職員への心理的支援や労務管理、労働環境に関する知見が蓄積され、活用できるようになっている一方で、感染患者の受け入れが決定したとき、あるいは施設内でクラスター感染が発生したときに、どのようにして感染患者等へのケアに従事する看護職を確保し支援を提供したか、その具体的な方法や職員の反応については事例報告が中心であり、知見として利用できる形での蓄積は少ない。クラスター感染は病院だけでなく、社会福祉施設でも発生しているが、もともと看護職員の配置が少ない障害者施設でクラスター感染発生時にどのように看護職を確保し対応したかについては報告も限られる。新興感染症は周期的に発生しており、今後に向けて、新興感染症流行時に病院や障害者施設において看護職員の確保や支援をどのように行うかの知見を蓄積していく必要がある。

また、日本では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時に医療体制が逼迫することが社会問題となり、2020年4月2日に新型コロナウイルス感染症の無症状病原体保有者および軽症者（以下、軽症者等）は宿泊施設や自宅で療養する方針が示され（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、2020a）、その後、家庭内感染を防ぐ必要性や症状急変時に適時適切な対応が必要であることから基本的には宿泊療養が推奨されるようになった（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部、2020b）。宿泊療養者数は流

行状況により大きく変動し、第1波では23都道府県で計906名（2020年4月28日）、第2波では25都道府県1,660名（同年8月5日）、第3波では41都道府県5,562名（同年12月30日）にまで増加したが、第1波と第2波の間は6都道府県62名（同年6月24日）、第2波と第3波の間は20都道府県770名（同年9月30日）にまで減少した（厚生労働省、2021a）。

宿泊療養施設の開設や運営については、2020年4月2日に厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部（2020c）から都道府県等に「新型コロナウイルス感染症の軽症者等の宿泊療養マニュアル」が送付され、その後も改訂が重ねられている。しかし、看護職の確保やマネジメントについては、2021年2月の第5版（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部、2021）においても、入所者の健康管理を担う人材として、収容人数100名程度あたり2～4名の看護職（保健師または看護師）を配置することや、看護職の確保方法として、「地域の医師会や都道府県看護協会、地域の医療施設等に協力を要請すること」、「都道府県ナースセンターに登録されている潜在看護職員の復職支援として、研修等を実施し宿泊療養施設等の人材確保を行っているため、活用を検討すること」との記載があるだけである。宿泊施設という平常時には医療を提供しない場での療養を支援する看護職に求められるスキルや、宿泊療養施設で働く看護職の確保方法やマネジメント方法に関する知見は不足している。

そこで本研究は、2020年の新型コロナウイルス感染症の流行初期の段階で感染患者を受け入れた病院や、施設内でクラスター感染が発生した病院及び障害者施設において、看護管理者や施設管理者が看護職員をどのようにして確保・配置し、職員に対してどのような支援を提供しながら組織を運営したかを明らかにすることを目的とした。また、2020年の新型コロナウイルス感染症軽症者等のための宿泊療養施設の開設時に、看護職の確保や看護職の組織化、看護職の心身の健康管

理と支援といった、看護職のマネジメントがどのように行われたかを明らかにすることを目的とした。さらに、過去 20 年間の新興感染症流行時に国内外の病院において、看護職員に対してどのようなマネジメントが実施されてきたかを把握することを目的とした。

このことにより、新興感染症流行時に、病院や障害者施設において感染患者等（感染した障害者施設入所者を含む）をケアする看護職員を確保し、職員の心身の健康を守りながら、他の患者・入所者へのケアの継続を含めて自施設の機能を維持するためのマネジメント方策について、有用な知見を得られることが期待される。また、新興感染症流行時に医療提供体制維持のための施策として宿泊療養施設を開設する場合の看護職の確保とマネジメントの方法に関する知見が得られると期待される。

なお、本研究では、「看護職」は看護師・准看護師・保健師・助産師のいずれかの看護系資格を有する者、「看護職員」は当該施設で雇用されている看護職を指す。看護師資格を有する者に限定できる場合は「看護師」と表記する。また、障害者施設で入所者の生活支援を担う介護人材を「介護職」、当該施設で雇用されている介護職を「介護職員」と表記している。

B. 研究方法

B-1. 医療施設・障害者施設調査

半構造化面接を用いた質的研究を行った。

機縁法及び報道情報を参照して、2020 年 4 月までに新型コロナウイルス感染症の重症患者あるいは中等症患者の受け入れを開始した病院（以下、受け入れ病院）の看護管理者、2020 年 8 月までにクラスター感染が発生した病院（以下、クラスター発生病院）の看護管理者、2020 年 4 月までにクラスター感染が発生した障害者施設（以下、クラスター発生障害者施設）の管

理者と、クラスター発生病院やクラスター発生障害者施設に派遣された看護師（主に感染管理認定看護師）に研究協力を依頼した。

研究参加に同意した対象者に、2020 年 8 月～12 月にオンラインあるいは対面でインタビューを実施した。逐語録を作成し、インタビューごとに要約を作成した後、重症患者受け入れ病院、中等症患者受け入れ病院、クラスター発生病院、クラスター発生障害者施設、クラスター発生病院に派遣された看護師、クラスター発生障害者施設に派遣された看護師の区分別に共通点や相違点に注目しながら、看護職員の確保と配置、支援等マネジメントの実際と課題を整理した。次に、それらの結果を比較しながら区分を超えて共通する点を抽出し統合した。

B-2. 宿泊療養施設調査

半構造化面接を用いた質的研究を行った。

機縁法により、2020 年 4 月に新型コロナウイルス感染症軽症者等のための宿泊療養施設を開設した自治体で、宿泊療養施設で働く看護職の確保あるいは業務調整等に携わった看護職に研究協力を依頼した。

研究参加に同意した対象者に、2020 年 8 月下旬～10 月にオンラインでインタビューを実施した。逐語録を作成し、インタビューごとに看護職の確保、看護職の組織化と看護提供体制の構築、看護職の主な業務、心身の健康状態の把握と対応の実際や課題について要約を作成した後、研究者複数名で議論しながら参加施設の共通点を抽出し整理した。

B-3. 文献調査

スコーピングレビューを行った。

2021 年 3 月にデータベース（Web of Science, CINAHL, PubMed, Cochrane library, 医中誌）及びハンドサーチにより、(a) 2001 年 1 月～2020 年 12 月出版、(b) 本文が英語もしくは日本語、(c) 抄録がある Journal article の原著、報告、

レビュー、短報、の条件を満たす文献を抽出した。除外基準は、(d) フルテキストにアクセスできない、(e) 対象施設が病院ではない、(f) 看護管理（看護職員を含む職員の管理や支援、もしくは看護管理者の活動や支援）に言及していない、(g) 新興感染症（SARS、MERS、ニパウイルス、2014年流行のエボラ出血熱、パンデミックインフルエンザ、新型コロナウイルス感染症）を背景としていない、(h) 感染管理や患者管理（診断、治療、薬効、看護ケアの具体的方法）をメインピックとしている、とした。タイトルおよび抄録、本文の内容を段階的にスクリーニングし、最終的にレビューする文献を決定した。文献をレビューし、本文から新興感染症が流行しているときに当該患者を受け入れる病院が看護職を含む職員に対して実施したこと、もしくは看護管理者が実施したことを抽出し、コード化した後、類似したコードをまとめてカテゴリを生成した。カテゴリ内で細かく分類できる場合はサブカテゴリを生成した。

B-4. 倫理的配慮

本研究は、「新型コロナウイルス感染症に対応する看護職員の確保及び最適なマネジメント検討に向けた実態調査研究(審査番号 2020130NI)」として、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理審査委員会の承認を受け実施した。本研究では、調査協力の任意性と撤回の自由を保証するために、対象者に研究説明文書を送付・説明し、同意書への署名により研究参加への同意を確認した。また、調査の途中でいつでも回答を中止できること、話したくないことは話さなくてもよいこと、同意後であっても同意撤回できることを研究説明文書と口頭で説明した。個人情報の保護に努め、個人や施設の特定につながる情報は公開しない等の配慮を行った。なお、研究参加者で、謝礼の受け取りを承諾した者へは謝礼としてクオカード 5000 円を授与した。

C. 研究結果

C-1. 医療施設・障害者施設調査

病院については 15 施設（重症患者受け入れ病院 6 施設、中等症患者受け入れ病院 3 施設、クラスター発生病院 6 施設）の看護管理者 28 名と、クラスター発生病院に複数回派遣された感染管理認定看護師 2 名が本研究に参加した。障害者施設は 3 施設の対応について、施設の管理者等 4 名と支援者を派遣した病院の看護管理者 4 名（支援に入った感染管理認定看護師 2 名を含む）の計 8 名が本研究に参加した。

分析の結果、大きく分けて、看護体制を構築するフェーズと看護職員を支援しながら組織運営を続けるフェーズの 2 つがあり、受け入れ病院とクラスター発生病院では、対応に求められる迅速さや困難の程度が異なるものの、実施していたマネジメントや課題は重なる部分が多かった。

病院では、診療の縮小と新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病棟（以下、専用病棟）を決定し、看護職員の再配置により専用病棟に配置する看護職員を確保していた。クラスター発生病院・障害者施設は感染者が発生した病棟・ユニットが感染者専用となった。専用病棟に配置する看護職員の決定は、本人の意思を確認し、感染対策技術や基本的な看護実践能力を有することや、基礎疾患がないこと、妊娠していないこと、高齢者と同居していないこと、家族が反対していないことを基準に選択していた。病院によっては、50 歳未満であることや子どもと同居していないことも条件に加えていた。全部署から数名ずつ集める場合は、リーダーシップやフィジカルアセスメントスキル、急変対応のスキルがある看護職員が選抜された。

小規模病院や障害者施設等看護職員が少ない施設でのクラスター感染発生時は自施設の看護職員の再配置だけでは必要人員を確保できず、他施設から看護職・介護職の受け入れが必要であった。初期の段階では、感染管理認定看護師等の感

染管理の専門家、災害支援ナースや災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）隊員等災害支援を学んだ者、看護管理経験者（以下、管理経験者）等が派遣された。自施設の職員の配置換えだけでは専用病棟の人員を確保できないため、他施設や民間職業紹介事業者から専用病棟で働く看護職の派遣を受ける必要もあった。

クラスター発生障害者施設は、環境変化でパニックになる入所者の特性を考慮して、軽症者は施設内で症状観察を行う方針をとった。ユニット単位でゾーニングを行うことができたが、感染した入所者のユニット（専用ユニット）では、通常業務に感染対策と健康管理が加わるため深刻な人員不足となり、他施設から医療職の受け入れを行った。看護職員は施設当たり1名程度の配置しかないので、交代制で夜間も支援を受け、支援に入った看護職と施設の介護職員が役割分担しながら、入所者にとっての日常を保つ努力をしながら健康管理を行った。日常生活を担う介護職を他施設から確保することは難しく、感染した職員も泊まり込んで働く状況があった。

専用病棟・専用ユニットで働く職員には、病院・施設・法人を挙げてさまざまな支援の提供がなされた。多めの人員配置、休憩・休養の確保、きめ細やかな感染対策、幹部からの労いや感謝、多部門・多部署による情報共有と意思決定、スタッフへの現状や見通しの情報共有、心身の健康状態の観察、管理者や専門家による心のケア、思いを表出する場づくり、多職種による周辺業務の支援、非常時としてのケアの優先順位の確認、施設内外の差別的発言・風評被害への対応、特別手当等が例に挙げられた。院内あるいは他施設から派遣された感染管理認定看護師は、現場で行われるケアを確認し、職員の声を聞きながら、現場に合った感染対策やケアを提案したり、正しく感染対策が実施されていることを承認したり、職員に思いの表出を促したりして、職員の不安を緩和する大きな力となっていた。その一方で、クラスター発生

病院の一部では、感染管理認定看護師がデータの取りまとめや保健所との連絡窓口を担ったため、看護職員への指導や支援を担うことができず、専用病棟の混乱が続いた例があった。

専用病棟・専用ユニット以外の職員も通常より負担が増し、感染への強い不安を感じていたため、そのことを理解し、専用病棟以外の職員への支援を行う必要があった。そして、専用病棟とそれ以外の部署で温度差が生じたり互いに不満をもつことがないように、管理者同士、スタッフ同士が互いに労い、理解し合えるようにして、一体感の維持・醸成に努めていた。また、感染した職員を責める風潮が生じないように、職員に感染予防策の徹底を呼びかける際もメッセージの発信方法に注意していた。

管理者として重要だと思うことを尋ねたところ、参加者の多くが、災害対応の一つとして新興感染症に対応する体制をつくることや、経営幹部が職員の心身の健康と安全を守る方針を明確に示すことが重要だと答えた。また、管理者は正解がわからない中で迅速に意思決定を行う必要があり、部下に対して、今の状況の中ではこれが最善だと判断したことをしっかりと説明し、部下からさまざまな意見を聞きながらも、最終的には全体を考えて自分はこう判断したので協力してほしいと要請することが重要だったという報告があった。他施設からの支援者が現場を理解しようとし、現場に合った支援を提供することや、職員に敬意を持ち承認することの重要性も指摘された。感染管理認定看護師からは、日頃から地域の医療福祉施設を訪問し、各施設の特性を理解したり、感染対策の助言を行ったりする活動が必要だという意見が共通して語られた。非常時に地域の医療施設間の情報共有と連携を図る体制やクラスター感染発生施設へ人員を派遣する仕組み等、地域のネットワークを構築・強化が必要だという指摘もあった。なお、看護管理者に参考になった情報やガイドラインを尋ねたところ、看護管理者が直接、厚

生労働省や日本看護協会等が提供していた情報やガイドラインを検索したり参照した施設はごく一部で、医師や感染管理認定看護師から感染対策に関するガイドラインを紹介され参照していた。

C-2. 宿泊療養施設調査

研究参加者は4自治体で宿泊療養施設の管理的立場を担った5名（看護職4名、保健師1名）で、面接時間は平均62.5分だった。所属は自治体2名、都道府県看護協会2名であった。

宿泊療養施設の開設に際しては、自治体職員、都道府県看護協会、医師会、DMAT、地域の感染対策ネットワークのメンバー等で構成される対策本部が設置され、宿泊療養施設の初期の設営には、感染管理の専門家（感染管理認定看護師や感染症専門医等）が加わって、ゾーニングや動線、感染対策が検討された。

対策本部で全体を総括する者とは別に、現場の管理監督を担う立場の者が置かれ、自治体により、保健師あるいは管理経験のある看護師が現場の管理監督者となった。感染管理認定看護師が管理監督者になった例もあった。管理監督者は、対策本部との連携、実務レベルの感染対策・業務マニュアルの作成と見直し、配置された看護職へのオリエンテーションや指導、入所者数に合わせた看護職配置の調整や看護職の業務分担、看護職の健康管理や相談への対応、多職種（自治体の事務職員、保健師、医師、薬剤師、ホテル職員）や関連機関（救急搬送を担当する消防署、搬送先となる医療施設）との連携・調整等、看護職の組織化と看護提供体制の構築を担った。

宿泊療養施設の看護職の主な業務は、入所者の健康観察と記録、医師と連携しながら急変対応と病院への搬送の判断、入所者の精神面への対応、入所者の苦情や不満、不適切行動への対応、薬の手配等であり、初期はPCR検査の介助も行った。

宿泊療養施設の看護職の確保は、就労中の看護職の派遣と潜在看護職等の採用の2通りあり、これらを組み合わせて確保していた。前者には自治体等から派遣された保健師、病院から派遣された

看護師、大学教員の派遣等が含まれ、後者には知人を介した募集や、都道府県看護協会やナースセンターによる募集、民間職業紹介事業者等による募集等があった。参加した自治体の多くは、第1波が落ち着いた時期に確保した看護職との契約を終了したため、第2波で再び開設するには新たに募集する必要があった。現施設からの派遣は一定の資質を有する看護職が確保できたが、繁忙時に多くの人材を確保することが難しかった。

宿泊療養施設の看護職に求められるスキルとしては、非対面でも入所者とコミュニケーションをとり、健康状態をアセスメントできること、症状急変の対応ができること、入院の必要性等の臨床判断ができること、観察力をもち潜在的な問題を拾い上げてサポートできること、傷つき不安や落ち込みが強い入所者の精神面をサポートできること、指示を受けて動くのではなく自ら考えて動けること、職業人・看護職としての倫理観や心構えがあること等が挙げられた。潜在看護職の応募者は資質にばらつきがあり、中には高い報酬目当てで仕事に対する意識が低い看護職がいたため、チームワークに支障が生じたことが報告された。募集方法により集められる看護職の特性に違いがあり、民間の職業紹介事業者等を通じて集めた場合は若い看護職が中心であり、マネジメント能力を有する看護職の確保が難しいことも報告された。

さまざまな看護職が集められたが、保健師は、災害時に避難所等に派遣されるため、初動に慣れているという利点があった。看護師はフィジカルアセスメントや症状急変の対応ができる点が強みであった。さらに、宿泊療養施設では、臨機応変に業務内容や体制を調整したり、新しいメンバーを受け入れながら働く必要があるため、定年退職した看護部長等マネジメントやリーダーシップ能力がある管理経験者の存在も重要であった。管理経験者がいたことで経験の浅い看護職や意識が低い看護職もチームの一員として働くことができたり、問題が起きて現場の看護職で話し

合って解決できる等、円滑に看護提供が実現できたことが報告された。

看護職は自分の健康管理も行い、現場監督者は対面やオンラインで看護職と面談し、心身の健康状態を確認と対応を行っていた。入所者への対応に悩む例や、意識の低い看護職と働くことのストレス等が報告されたが、精神的に不安定になる例はほとんどなかったとのことだった。困りごとは、現場のリーダーが話を聞いて、その都度問題解決する例もあった。感染への不安から入所者に直接接することを望まない看護職がいた場合は、入所者と接しない業務のみを行えるよう配慮していた。

C-3. 文献調査

データベースにて 1178 本を抽出し、ハンドサーチにより 1 本の文献を追加した後、包含基準および除外基準をもとにスクリーニングし、最終的に 71 本の文献を抽出した。最終抽出された文献は、2020 年に出版された文献が 42 本、新型コロナウイルス感染症を背景とした文献が 42 本と過半数を占めた。単施設での実践の報告が 49 本であった。

新興感染症が流行しているときに当該患者を受け入れた病院が看護職員を含む職員に対して実施したこと、もしくは看護管理者が実施したことについては、全部で 34 カテゴリが生成され、うち 7 カテゴリではサブカテゴリも生成された。一部の文献は、実施した方策の有効性や看護職への影響についても報告があったが、実施したことの報告のみの文献も多数あった。

34 カテゴリは以下のとおり、組織運営、感染対策、職員への教育、職員配置・勤務体制、職員への支援、補償・報酬等多岐にわたった。

- (1) マネジメント・リーダー層による対策本部の設置・会議・意思決定
- (2) 部署横断的な専門性のあるタスクフォースの構築
- (3) 当該感染症に関する情報収集・管理

- (4) 組織内でのリスクコミュニケーション
- (5) 感染管理及び感染患者管理のプロトコルやガイドラインの準備・見直し
- (6) 感染管理のための職員用の設備・システム構築
- (7) 感染管理や医療行為のための物資管理・供給
- (8) 施設内の職員の健康管理のシステム化・疫学調査できる体制構築
- (9) 感染予防のための治療
- (10) 研修・教育体制の強化
- (11) 感染管理、PPE 着脱、患者管理の研修をオンラインや現場で実施
- (12) 病院が当該感染症対応することになった結果新たに必要とされるスキル等の研修実施
- (13) 当該感染症対応にあたり心理面に着目した研修の実施
- (14) 病棟の空間・物的環境の整備
- (15) 施設内の感染管理の監査監督
- (16) 職員に対して生活の自粛要請・助言
- (17) 現場レベル及び垂直レベルで多職種と連絡調整
- (18) 現場での実践の相談対応
- (19) 看護職確保体制構築・配置計画立案
- (20) 院外から看護職を確保
- (21) 当該感染患者を受け入れるために看護職員を再配置
- (22) 勤務体制の見直し
- (23) 勤務中の負担軽減の配慮
- (24) 現場レベルの業務の設計・修正
- (25) 業務支援の調整
- (26) ビジョンや目標提示
- (27) 現場の看護職員のニーズを把握し病院に伝達・交渉
- (28) 職員が収受可能な、あるいは可視化された管理者による職員への配慮・労い
- (29) 専門的な心理的支援
- (30) 職員の身体的健康への配慮と支援
- (31) 生活物資供給等福利厚生への支援

- (32) 金銭的支援・補償
- (33) 仕事ぶりの評価・報酬・承認
- (34) 上司や管理者からの支援

D. 考察

本研究により、2020 年の新型コロナウイルス感染症の流行初期の段階で重症患者や中等症患者を受け入れた病院や、クラスター感染が発生した病院及び障害者施設において、あるいは、軽症者等のための宿泊療養施設において、感染者に対応する看護体制を速やかに構築し、看護職員を支援しながら組織運営を続けるために実施されたマネジメント方策を明らかにすることができた。

本研究の参加施設が共通して実施していた内容、あるいは、参加者が共通して言及していた課題は、新興感染症の流行初期の段階で、感染患者等をケアする看護職員を確保し、職員の心身の健康を守りながら自施設の役割を果たすために有用なマネジメント方策を示唆すると考えられる。

D-1. 災害対応の一つとして新興感染症に対応する体制づくりと備え

受け入れ病院やクラスター病院、宿泊療養施設の看護管理者、及び他施設から支援に入った看護職の中には、新型コロナウイルス感染症への対応を災害対応と捉えていた者が少なくなかった。参加施設の多くで、感染症に対応する部署とその他の部署で温度差があったことが報告されたが、病院が災害として対応することを宣言することで、院内のすべての部署に当事者として関わることを求め、一丸となって対応する体制を構築しやすくなったと考えられる。新興感染症パンデミックへの対応は初めてであったが、災害対応と捉えることで、災害時に準じた体制を組むことができ、対策本部の設置により多職種で情報共有しながらの迅速な意思決定や、診療の縮小といった重大な決定、さまざまな資源の投入も可能となった。

看護部内でも毎日看護師長が集まる場を設け、情報共有や課題検討、業務や人員の調整を行ったり、全部署の看護職員に同じ情報が速やかに伝達されるようにしていた。また、災害時と認識することで、通常の業務範囲を超えて、各職種が業務分担することにも理解を得やすいと思われる。

新興感染症への対応を災害対応の一つと捉えることには、事前に備えができるという利点もある。平時から職員研修の一環として、感染管理の知識やスキルを職員に教育したり、感染症流行時に自施設が担う役割や求められる対応を学んでおくことが、感染症流行時に職員の力になることが期待される。

クラスター発生病院の中には、感染患者を受け入れる準備として、専用病棟に配属する看護職員のリストを作成していた施設があり、それを手掛かりに看護職員の再配置を進めることができたことが報告された。その一方で、クラスター感染発生施設の中には、人員が不足する中で迅速に専用病棟に配置する職員を確保するため、丁寧な意思確認をする時間がなく、泣きながら働いた看護職員や出勤できなくなった看護職員、不信感や不満を訴えた看護職員がいたことが報告された。災害時に参集できる職員を事前に確認するように、感染患者へのケアに従事できる看護職員を事前に把握しておくことで、緊急時に速やかに対応できるうえ、看護職員本人も家族と相談して意思決定をしたり、心の準備をする時間を確保できる。また、専用病棟に配置できる看護職員が少ないことが判明した場合は、クラスター感染発生時に他施設からの支援や職業紹介事業者等からの紹介により専用病棟に入ることができる看護職を確保する方法を事前に検討することが可能となる。本研究では、クラスター感染発生病院で深刻な人員不足となるのは、クラスター感染発生後 2 週間であることがわかっており、クラスター感染発生時は早期に支援を確保する必要がある。事前に確保方法を検討することは極めて重要だと思われる。さらに、看護師長も緊急時に自部署から他部署に配

置換えになる可能性がある看護職員を把握し、再配置後の自部署の体制を検討し、次世代のリーダーを育成しておくなどの準備が可能となる。

本研究の参加施設には、感染患者の受け入れ準備を進めていた病棟とは別の病棟でクラスター感染が発生した病院があった。災害への備えの一つとして、各部署で事前に、感染患者を受け入れる時のゾーニングや動線を検討しておくことも、緊急時の速やかな対応を可能にすると考えられる。

クラスター発生病院では、人員不足から通常の水準での看護ケアの提供が困難になり、優先順位を判断して実施するよう看護職員に伝えた例があった。看護職員個人で判断することは負担が大きいため、事前に各部署で災害時のケアの優先順位や多職種との業務分担の在り方について話し合っておくことで、緊急時の業務量の調整や多職種からの速やかな支援が可能になると考えられる。

さらに、病院単位、部署単位の備えだけでなく、地域においても災害時の役割分担や連携の仕組みに感染症対応も含めて、事前に備えることが可能だと思われる。本研究では、都道府県看護協会から派遣された災害支援ナースが、クラスター発生病院・障害者施設で大きな力となったこともわかった。災害支援ナースは、「被災した看護職の心身の負担を軽減し支えるよう努めるとともに、被災者が健康レベルを維持できるように、被災地で適切な医療・看護を提供する役割を担う看護職（日本看護協会, 2020d）」で、都道府県看護協会に登録され、定期的に研修・訓練を受けている。都道府県看護協会を通じて、災害支援ナースの所属施設に派遣を要請する仕組みも構築されている。災害支援ナースや、その他災害時に支援に関わる看護職が災害対応の一つとして新興感染症への対応について事前に学習しておくことが有効だと思われる。

このように、各施設や各部署、地域において、災害対応の一つとして新興感染症への対応を計

画し、定期的にシミュレーション等の訓練を実施することで、今後の新興感染症流行時により効果的・機動的に対応を展開することが可能になると期待される。

D-2. 職員の心身の健康と安全を守る宣言と活動

本研究の参加者は、施設を挙げて職員を守ることを宣言し、職員の心身の健康と安全を守るためにさまざまな人的・物的支援を目に見える形で投入することの重要性を認識していた。感染患者へのケアに従事する看護職員を決定する際も、本人の意思や家族の理解、感染から自身を守るスキルの習得や、万一感染した場合に自身や家族が重症化するリスクがないかを選択基準としていた。Kahn（1990/2017）は、企業の従業員が仕事役割に自己投入するには、仕事にやりがいや価値を感じる（Meaningfulness: 有意味感）に加えて、自身やキャリアに悪いことが起きる不安がないこと（Safety: 安全性）、役割を遂行するのに必要な身体的・感情的・心理的資源があると感じられること（Availability: 可用性）の3つの心理状態が必要であり、可用性は家族や私生活の状況で左右されると指摘している。感染対策の徹底により職員を感染から守ることに加えて、十分な人員配置を行い休憩や休暇を確保すること、健康状態を観察し有症時は休ませること、心のケアを提供すること、管理者が労いや感謝を伝えること、院内の差別的発言を防止し、施設の一体感を維持・醸成すること、地域の差別的発言や風評被害に対応し、職員の家族の反応を考慮して配置を決めることは、職員の身体的・感情的・心理的資源を保つことにつながったと考えられる。

前述した通り、クラスター感染発生施設の中には、丁寧な意思確認をする時間がないまま専用病棟に配置したために、泣きながら働いた看護職員や出勤できなくなった看護職員、不信感や不満を訴えた看護職員がいたことが報告された。事前に専用病棟に配置できる看護職員のリストを準備

して定期的に更新することで、職員が意思決定する時間を確保することや他施設から看護職を確保する方法を検討し、職員の意思に沿わない配置を避ける必要がある。また、本研究の参加施設が実施していたように、専用病棟に配置した職員へは配置後も繰り返し面接して意思確認をしたり、不安に速やかに対応することや、感染症に関する正しい知識を教育し徹底的な感染対策を行って、過度な不安を緩和することも重要だと考えられる。

D-3. 宿泊療養施設の看護職確保の方策と課題

本研究では、過去に知見が少ない、新型コロナウイルス感染症軽症者等のための宿泊療養施設における看護職の確保やマネジメントの方法についても明らかにすることができた。

宿泊療養施設では、災害時に関連機関と調整しながら避難所を運営するスキルを有する保健師、フィジカルアセスメントや症状急変に対応するスキルを有する看護師、看護職の組織化やマネジメント能力を有する管理経験者のそれぞれの強みを理解して、組み合わせで配置することが望ましいことがわかった。確保方法によって集められる人材に違いがあるため、自治体からの保健師の派遣、医療施設等からの看護師の派遣、都道府県看護協会等を通じての潜在看護職の募集、民間職業紹介事業者による潜在看護職の募集を組み合わせで確保することが望ましいことも示唆された。

潜在看護職の募集には、さまざまな資質の看護職が応募することもわかった。この背景には、宿泊療養施設で働く看護職の業務内容や求められるスキルが十分にわかっていなかったことがあると考えられる。本研究で明らかにした宿泊療養施設の看護職の業務内容や、宿泊療養施設で働く看護職に求められる資質、すなわち、コミュニケーション能力、観察力、フィジカルアセスメント能力、症状急変に対応するスキル、精神面を支え

るスキルを有している人材や、職業人・看護職としての倫理観や心構えを有し、自ら考えて動ける人材であることを、募集や選考の要件に何らかの形で反映することで、適した資質を持つ看護職の確保がしやすくなる可能性がある。ただし、管理経験者がいることで、経験の浅い看護師や意識の低い看護師も専門職としての自覚と成長が促され、チームの一員として働くことができたという報告もあった。管理経験者を確保できた場合は、募集する看護職に求める要件を緩和できる可能性がある。

また、宿泊療養施設は入所者数の増減が激しいため、入所者数の減少や閉所により看護職の確保が不要になった場合も、次に入所者数が増加した局面で速やかに看護職を確保できるよう、一部の採用を継続したり、再採用できるようにしておく等、次の流行への備えが必要なことも示唆された。

本研究では、宿泊療養施設の看護職の心身の健康状態に深刻な影響は報告されなかった。宿泊療養施設で働くことを納得して派遣された看護職と、自分の意思で応募した看護職とで構成されたことが背景にあると考えられる。また、入所者の健康管理は非対面で実施され、直接感染者と接触する機会が限定されていることから、医療施設の新型コロナウイルス感染症専用病棟や発熱外来で働く看護職に比べて、心身の健康状態への影響が深刻ではなかったためだと考えられる。

しかしながら、本研究では、宿泊療養施設で働いた看護職に直接調査していないため、本研究の結果をもって、心身の健康への影響が少ないということとはできない。宿泊療養施設では、非接触での観察や入所者の苦情や不満、不適切行動への対応等、医療施設と異なる環境で通常の看護業務とは異なる対応が求められた。現場の管理監督者は看護職の話を聞く機会を頻回につくっており、看護職の感じている困難さを理解し、その都度対応したことで、大きな不満につながらなかった可能性もある。本研究の参加者から、今後の流行時に備えて、安心して働くことができる環境整備の必

要性が語られており、看護職が危険や不安が生じた場面や事例を収集し、宿泊療養施設に必要な立地・構造・設備・体制を把握して、医療提供のための施設ではない場所で働く看護職の安全を守る環境づくりが必要だと考えられる。

D-4. 感染管理認定看護師の育成と地域の資源としての活用

本研究により、感染患者受け入れ病院、クラスター発生病院・障害者施設、宿泊療養施設のいずれにおいても感染管理認定看護師が重要な役割を果たしたことがわかった。

感染管理認定看護師は看護職として、現場で看護職員や介護職員がどのようなケアを担っているかを職員の声を聞きながら理解することができ、現場に合った感染対策やケアを提案することができた。また、看護職として、職員の心身の状態をアセスメントし、思いの表出を促したり、敬意をもって接し、労ったり承認したりして職員を支えることも意識していた。これらの活動は、院内感染の発生や感染拡大を防止することに加えて、職員の不安軽減や心理的支援につながったと思われる。

参加施設の中には、クラスター感染発生時に、感染管理認定看護師がデータ管理や保健所との連絡窓口を担ったため、現場での活動ができなかった例があった。看護管理者は、感染管理認定看護師が現場での活動に集中できるよう、感染管理認定看護師をサポートする人員を配置したり、データの管理や保健所等との連絡窓口など事務的業務を他の職種に依頼することが求められる。

さらに、感染管理認定看護師が言及していたように、日頃から地域の医療福祉施設を訪問し、各施設の特性を理解したり、感染対策の助言を行う活動を行うことで、将来の新興感染症流行時にクラスター感染の発生や感染拡大を防止できたり、速やかに支援を行うことが可能になると考えられる。

新興感染症流行に備えるためには、院内の資源

であることに加えて、地域の資源としても、感染管理認定看護師を積極的に育成し、地域で活動しやすい環境を整えることが重要だと考えられる。

D-5. 管理的視点を持ちリーダーシップが発揮できる看護師の育成

新興感染症流行というこれまでに経験がない事態に対応する際、看護職員には、最新の情報を把握し施設全体の状況を理解することや、新たな事態に臨機応変に対応し問題解決を図ること、新たなメンバー構成で協力しながら働くことが求められた。受け入れ病院でもクラスター発生病院でも、専用病棟には他部署から看護実践能力のあるリーダークラスの看護職員が選抜されて配置されるため、他の部署では残された人員で看護ケアの質を維持する必要があり、場合によっては別の部署から配置転換された看護職員や他施設から支援に入った看護職を指導する必要も生じた。

日頃から、役職に就いていない看護職員に対しても院内外の管理研修等に参加を促し、管理的視点やリーダーシップを養成しておくことが、新興感染症流行といった非常時の備えとして重要だと考えられる。

D-6. 看護管理者に求められる力

本研究を通じて、看護管理者に求められる力も明らかになった。看護管理者は、何が正解かわからない状況の中で迅速に判断しリーダーシップをとる必要があった。何人かの看護管理者が語った内容から、看護管理者には、日々新しい情報を求めながら、正解かどうかはわからなくてもその時点でこれが最善だと思うことを選択し、部下や他部門にそのことを説明し協力を得る力や、人々に意見を求め、ともに課題とその対処方法を模索する力、さまざまな意見が出る中で方向性を見失わず、自分の考えを説明できる力が必要だと考えられる。

感染管理認定看護師が認定看護師のネットワ

ークから多くの情報を得ていたのに対して、本研究に参加した看護管理者からは、看護管理者のネットワークが情報源となったことはあまり語られなかった。また、日本看護協会や厚生労働省のホームページにさまざまな情報やガイドラインへのリンクが掲載されていたが、ほとんどの看護管理者はそれらを参照していなかった。看護管理者の情報を得る力を高める必要があり、どこで必要な情報が得られるかを周知することや、活用しやすい形での情報発信、情報交換や相談ができる管理者のネットワークの構築などが必要だと考えられる。

また、参加者からは、院内の他部門や関連施設、地域の医療施設、その他の団体（自治体、保健所、看護協会、その他のネットワーク）にもっと協力や支援を求めればよかったとの声や、協力が得られて助かったとの声が聞かれた。看護管理者には、院内外のさまざまな組織について、どこからどのような協力を得ることが可能かを考え、積極的に支援を求めていく力が必要だと考えられる。特にクラスター感染発生時は、看護管理者は大きな責任と膨大な業務を抱える状況になるため、自分自身の健康を守り、自分の役割を十分に果たすためにも、職員のための支援だけでなく、自分自身のための支援を得ることも重要だと考えられる。

D-7. 管理経験者を活用できる仕組み

クラスター発生障害者施設や宿泊療養施設等、医療体制がないところで看護提供体制を構築する際は、定年等で退職した看護部長や副看護部長、看護師長といった管理経験者が力になったことが報告された。管理経験者は状況に応じた臨機応変な対応やさまざまな職種との連携・調整、看護職の組織化、看護職への教育や指導、職員の心身の健康状態のアセスメントと支援、現場レベルの問題解決等を担うことができ、経験の浅い看護職や意識が低い看護職も管理経験者がいることで、看護チームの一員として活動できたことが報告された。

しかし、管理経験者の確保は人脈を通じた紹介等方法が限られており、将来への備えとして、非常時に管理経験者を迅速に確保できる仕組みを構築することが望まれる。新興感染症流行時の看護職募集の際に、管理経験者の募集枠をつくることや、非常時に管理経験者が求められることを広報することが重要だと思われる。また、退職した管理経験者で非常時に働く意思がある者を登録する仕組みや、看護師等の届出制度の職歴情報を活用すること等も有用だと考えられる。

D-8. 地域のネットワークの構築・強化

将来への課題として、参加者から地域のネットワークの構築や強化の重要性が指摘された。日頃から地域において感染対策の知識の普及・啓発活動を行うことや、非常時に地域の医療施設間で情報共有を行い、役割分担と連携を図る体制をつくることの重要性が認識されていた。また、本研究では、小規模病院や障害者施設等看護職員が少ない施設でクラスター感染が発生した際は、看護職員・介護職員が急激に不足するため、専用病棟・ユニットで働くことができる人員を含めて、他施設から看護職・介護職を早期に派遣する必要があることも明らかになった。医療施設間、福祉施設間、医療施設と福祉施設の間で、非常時に相互に支援できる体制を構築しておくことが必要だと考えられる。

本研究では、クラスター感染が発生した病院や障害者施設に他施設から派遣される看護職に求められる力についても示唆が得られた。感染対策を指導できる感染管理認定看護師等感染対策の専門的知識・技術を有する者や、初めての場所で看護ケアの担い手として活動できる看護実践能力の高い看護職や災害支援の経験がある看護職が支援者として適していると思われるが、単に感染対策の指導や看護ケアの提供ができるだけでは、必ずしも支援を受ける施設の職員の力にならないことが示唆された。クラスター感染が発生した病院や施設の職員は、自分たちの感染対策に問

題があったのではないかと自責の念をいだいたり、配置転換により慣れない環境で通常以上の負荷がかかった状況で働いており、他施設からの支援者の言葉によって傷ついたり、負担に思うこともあることがわかった。他施設からの支援者には、その施設で行われているケアを理解しようとし、職員の声を聞きながら、現場に合った感染対策やケアを提案し実施できる力や、その施設の職員の心理状態や置かれている状況を理解し、敬意をもって接し、労い、承認する姿勢が求められる。また、正解がわからない状況でも、最新の情報を入手し、職員と対話をしながら現場に合った対応を模索する力や、その施設の管理者や職員、場合によっては法人や行政等の関係者と一緒に、めざす方向性とゴール、課題を共有する力が必要だと示唆された。

D-9. 総合的で多面的なマネジメント方策の実施

本研究に参加した病院で実施されていたマネジメント方策は、文献調査によって抽出された、過去 20 年間の新興感染症流行時に国内外の病院において看護職員に対して実施されたマネジメント方策を概ね網羅していることもわかった。病院ではないが、障害者施設においても他施設から医療職（医師、看護師等）の支援を受けることで、文献調査で抽出されたほとんどの方策が実施されており、宿泊療養施設においても関連機関（自治体、都道府県看護協会、宿泊施設、医療施設等）の多職種と連携しながら、文献調査で抽出された多くの方策が実施されていた。文献調査では、有効性まで検証されたマネジメント方策は少なかったが、本研究の参加施設は有効な可能性があるさまざまな方策を総合的に実施したことで、職員の心身の健康を守りながら、感染患者等をケアする看護職員を確保し、自施設の役割を果たすことができたのだと考えられる。

本研究が明らかにしたこれらの方策は、医療施設向けあるいは宿泊療養施設向けのさまざまな

ガイドラインの実施項目を包括していた。ガイドラインは過去の実践報告や研究報告を基に開発されていることや、本研究の参加施設が各種ガイドラインを参照していたり、参加施設に支援に入った感染管理や災害支援の専門家等がガイドラインを参照し、参加施設に情報提供したりしていたことがこの背景にあると考えられる。

ただし、本研究は、実施した方策を抽出するだけでなく、管理者がどのように判断しながらそれらの方策を実施したかといった、管理者の基本姿勢や思考プロセスも併せて明らかにした。また、困難の経験や後悔からの教訓も聴取したことで、管理者が実施すべきであったと認識していたことや今後の課題も明らかにできた。さらに、看護職員の確保と支援については、多くの施設で共通して実施されたプロセスをある程度の具体性を保ちながら統合したことで、さまざまな現場に応用可能な方策として抽出することができた。このように、本研究で得られた知見は、ガイドラインとは性質が異なり、看護管理者が感染症対策に取り組む際の基本姿勢や思考プロセスを具体的な方策とともに提供するものである。感染管理や心理的支援等の各方策はその時点で最新の各種ガイドラインを参照することが望まれるが、この基本姿勢や思考プロセスは、新型コロナウイルス感染症への対応だけでなく、今後起こりうる新興感染症流行時に対応する際にも有用であり、事前に備えることを可能にすると考えられる。

D-10. 本研究の限界

本研究でインタビューを実施したのは、わが国で第 2 波〔全国の新規感染者数（7 日間平均）のピーク：2020 年 8 月 9 日 1372 人（厚生労働省、2021b）〕と第 3 波〔全国の新規感染者数（7 日間平均）のピーク：2021 年 1 月 11 日 6347 人〕の間にあたる。感染患者受け入れ病院へのインタビューを行った 9 月下旬から 11 月上旬は、全国の新規感染者数（7 日間平均）が 500 人未満から 1000 人程度へと漸増していたものの、医療体制

の逼迫は深刻ではなく、また、感染患者の受け入れを開始してから半年から9か月程度の時期であった。第2波にどのように対応したかはインタビューしたが、その4倍以上の新規感染が確認された第3波、第4波〔新規感染者数（7日間平均）のピーク：2021年5月14日6369人（2021年5月30日現在）〕にどのように対応したかは聴取できていない。また、1年以上の長期にわたって感染患者への対応が求められた経験は聴取できていない。本研究によって、新興感染症流行初期の段階での看護職員の確保や支援に関するマネジメント方策の示唆は得られたが、本研究の結果が、深刻な医療体制の逼迫に直面した段階や、1年以上の長期に及ぶ感染患者への対応が求められる段階でそのまま適用できるかは不明である。

また、本研究の主な参加者は病院の看護管理者と障害者施設の管理者であり、看護職員や施設職員の確保や配置、支援についてインタビューを行った。そのため、自施設内でのマネジメント方策に関する知見は得ることができたが、患者の受け入れに関する地域連携や広域連携等の施設を超えたマネジメント方策については、本研究では明らかにできなかった。また、詳細な感染対策や患者管理の方法については、本研究では扱わなかった。宿泊療養施設の参加者は看護職のみであり、自治体事務職員や宿泊施設の従業員、医師等、他の立場で宿泊療養施設の運営に関わった者からみた課題は捉えられていない点にも注意が必要である。

本研究は、機縁法や報道情報により候補施設を探したこと、研究の主旨の説明を受けて研究参加に同意した者が参加したこと、感染患者受け入れ病院やクラスター感染発生施設、宿泊療養施設の代表的な事例とは限らない。困難はあったが乗り越えることができ、成功事例として語ることができた参加者が多く含まれている可能性がある。このサンプリング方法は、マネジメント方策の知見を得るという本研究の目的には合っているが、感染患者受け入れ病院や、クラスター感染

が発生した病院や障害者施設、宿泊療養施設で働く看護職員・介護職員の労働環境の実態を反映するものではないことに注意が必要である。

E. 結論

新型コロナウイルス感染症の流行初期の段階で感染患者を受け入れた病院や、施設内でクラスター感染が発生した病院及び障害者施設の看護管理者、施設管理者、派遣された看護師にインタビューを行い、新興感染症流行時に感染患者等をケアする看護職員を確保し、職員の心身の健康を守りながら、自施設の役割を果たすために、総合的で多面的なマネジメント方策が実施されたことが明らかになった。災害対応の一つとして新興感染症に対応する体制づくりと備えを行うことや、職員の心身の健康と安全を守る宣言と活動の重要性が示された。また、宿泊療養施設の看護職確保の方策と課題も明らかにすることができた。今後に向けて、感染管理認定看護師の育成と地域の資源としての活用が期待されること、管理経験者を活用できる仕組みが求められること、管理的視点を持ちリーダーシップが発揮できる看護師の育成や地域のネットワークの構築・強化も必要であることが示された。また、管理者や他施設からの支援者に求められる力についても示すことができた。これらの知見は、これから新型コロナウイルス感染症に対応する準備を行う病院だけでなく、将来の新興感染症流行に備えるために、有用な示唆を提供すると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 論文発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用文献

Cai, H. et al. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China, *Med Sci Monit*, 26: e924171.

Kahn, W.A. (1990/2017). Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *Academy of Management Journal*. 33 (4): 692-724.
<https://doi.org/10.5465/256287>

厚生労働省. (2021a). 第 20 回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード (令和 3 年 1 月 6 日) 資料 1-1.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000715523.pdf>

厚生労働省. (2021b). 新型コロナウイルス感染症について オープンデータ.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部. (2020a). 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について (令和 2 年 4 月 2 日事務連絡).
<https://www.mhlw.go.jp/content/000618525.pdf>

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部. (2020b). 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養又は自宅療養の考え方について (令和 2 年 4 月 23 日事務連絡).
<https://www.mhlw.go.jp/content/000624691.pdf>

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部. (2020c). 「新型コロナウイルス感染症の軽症者等の宿泊療養マニュアル」の送付について (令和 2 年 4 月 2 日事務連絡).

<https://www.mhlw.go.jp/content/000618526.pdf>

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部 (2021). 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設確保・運營業務マニュアル (第 5 版).
<https://www.mhlw.go.jp/content/000740154.pdf>

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部. (2021). 「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き・第 4.2 版」の周知について (事務連絡, 令和 3 年 2 月 19 日).
https://www.kyoto.med.or.jp/covid19/pdf/2020ken2_517.pdf

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (last reviewed on July 26, 2018), NIAID, Emerging infectious diseases/pathogens.
<https://www.niaid.nih.gov/research/emerging-infectious-diseases-pathogens>

日本看護協会. (2020a). 看護管理者の皆さまへ—新型コロナウイルス感染症への対応—ver. 3.
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/kangokanri/pdf/nursing_manager_for_covid_19_ver3.pdf

日本看護協会. (2020b). 新型コロナウイルス感染症感染予防・管理のための活用ツール 中小規模病院用.
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/document/pdf/tool_hospitals.pdf

日本看護協会. (2020c). 新型コロナウイルス感染症感染予防・管理のための活用ツール これ 医者福祉施設用.
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/document/pdf/tool_elderly.pdf

日本看護協会. (2020d). 看護実践情報 災害看護.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/saigai/index.html#01>

日本赤十字社（2020a）．新型コロナウイルス感染症対応に従事されている方のこころの健康を維持するために．

https://www.jrc.or.jp/saigai/news/200330_006139.html

日本赤十字社（2020b）．新型コロナウイルス感染症対応に従事されている方のこころの健康を維持するために Vol.2.

https://www.jrc.or.jp/saigai/news/200911_006383.html

日本精神保健看護学会. (2020). COVID-19 の対応に従事する医療者を組織外から支援する人のための相談支援ガイドライン．

<https://www.japmhn.jp/doc/remotepfaguide.pdf>

Pappa, S. et al. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis, *Brain, Behavior, and Immunity* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi>.

World Health Organization. (1997). Emerging Infectious Diseases.

<https://www.who.int/docstore/world-health-day/en/documents1997/whd01.pdf>

World Health Organization. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Ⅱ. 分担研究報告書

Ⅱ-1. 医療施設・障害者施設調査

研究代表者 武村 雪絵（東京大学大学院医学系研究科准教授）

研究目的

本研究は、新型コロナウイルス感染症の流行初期の段階で感染患者を受け入れた病院や、施設内でクラスター感染が発生した病院及び障害者施設において、看護管理者や施設管理者が、看護職員をどのようにして確保・配置し、職員に対してどのような支援を提供しながら組織を運営したかを明らかにすることを目的とした。このことにより、新興感染症流行時に感染患者等（感染した障害者施設入所者等を含む）をケアする看護職員を確保し、職員の心身の健康を守りながら、他の患者・入所者へのケアの継続を含めて自施設の機能を維持するためのマネジメント方策について、有用な知見を得られることが期待される。

研究方法

半構造化面接を用いた質的研究を行った。機縁法及び報道情報を参照して、2020 年 4 月までに新型コロナウイルス感染症の重症患者あるいは中等症患者の受け入れを開始した病院の看護管理者、2020 年 8 月までにクラスター感染が発生した病院の看護管理者、2020 年 4 月までにクラスター感染が発生した障害者施設の管理者、及び、クラスター発生病院やクラスター発生障害者施設に派遣された看護師に研究協力を依頼した。研究参加に同意した対象者に、2020 年 8 月～12 月に半構造化インタビューを実施した。インタビューから逐語録を作成し、インタビューごとに要約を作成した後、重症患者受け入れ病院、中等症患者受け入れ病院、クラスター発生病院、クラスター発生障害者施設、クラスター発生病院に派遣された看護師、クラスター発生障害者施設に派遣された看護師の区分別に共通点や相違点に注目しながら、看護職員の確保と配置、支援などマネジメントの実際と課題を整理した。次に、それらの結果を比較しながら区分を超えて共通する点を抽出し統合した。

結果と考察

病院については、15 施設（重症患者受け入れ病院 6 施設、中等症患者受け入れ病院 3 施設、クラスター発生病院 6 施設）の看護管理者 28 名と、クラスター発生病院に複数回派遣された感染管理認定看護師 2 名が本研究に参加した。障害者施設は 3 施設の対応について、施設側 4 名、支援側 4 名の計 8 名が本研究に参加した。

大きく分けると、看護職員を確保して感染患者を看護する体制を構築するフェーズと、看護職員を支援しながら組織運営を続けるフェーズの2つがあった。病院については15施設（重症患者受け入れ病院6施設、中等症患者受け入れ病院3施設、クラスター発生病院6施設）の看護管理者28名と、クラスター発生病院に複数回派遣された感染管理認定看護師2名にインタビューを実施した。障害者施設は3施設の対応について、施設の管理者等4名と支援者を派遣した病院の看護管理者4名の計8名にインタビューを実施した。

大きく分けると、看護体制を構築するフェーズと看護職員を支援しながら組織運営を続けるフェーズの2つがあり、受け入れ病院とクラスター発生病院では、対応に求められる迅速さや困難の程度が異なるものの、実施していたマネジメントや課題は重なる部分が非常に多かった。診療の縮小と新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病棟（以下、専用病棟）を決定し、看護職員の再配置により専用病棟に配置する看護職員を確保していた。クラスター発生病院・障害者施設は感染者が発生した病棟・ユニットが感染者専用となった。専用病棟に配置する看護職員は、本人の意思を確認し、感染対策技術や基本的な看護実践能力を有する、基礎疾患がない、妊娠していない、高齢者と同居していない、家族が反対していないことを基準に選択していた。病院によっては、50歳未満、子どもと同居していないことも条件に加えていた。全部署から数名ずつ集める場合は、リーダーシップ、フィジカルアセスメント、急変対応の力がある看護職員が選抜された。小規模病院や障害者施設など看護職員が少ない施設でのクラスター発生時は自施設の看護職員の再配置だけでは必要人員を確保できず、他施設から看護職・介護職の支援を受ける必要があった。初期の段階では、感染管理認定看護師等の感染管理の専門家、災害支援ナースや災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）隊員など災害支援を学んだ者、看護管理経験者等が派遣された。自施設の職員の配置換えだけでは専用病棟の人員を確保できないため、他施設や民間職業紹介事業者から専用病棟で働く看護職の派遣を受ける必要もあった。クラスター発生障害者施設は、環境変化でパニックになる入所者の特性を考慮し、軽症者は施設で経過観察を行ったが、看護職員は施設当たり1名程度であるため、交代制で夜間も他施設から看護職の派遣を受けた。日常生活を担う介護職を他施設から確保することは難しく、感染した職員も含めて泊まり込んで働く状況となった。

専用病棟や感染した入所者のユニットで働く職員には、病院・施設・法人を挙げてさまざまな支援が提供された。多めの配置、休憩・休養の確保、きめ細やかな感染対策、幹部からの労いや感謝、多部門・多部署による情報共有と意思決定、スタッフへの現状や見通しの情報共有、心身の健康状態の観察、管理者や専門家による心のケア、思いを表出する場づくり、多職種による周辺業務の支援、非常時としてのケアの優先順位の確認、施設内外の差別的発言・風評被害への対応、特別手当などが例に挙げられた。専用病棟以外の部署の職員も通常より負担が増したり、感染への強い不安を感じていたりするため、配慮と

支援も必要であった。専用病棟とそれ以外の部署で温度差が生じたり、互いに不満をもつことがないように、管理者同士、スタッフ同士が互いに労い理解し合えるようにして、一体感の維持・醸成に努めていた。また、感染した職員を責める風潮が生じないように、職員に感染予防策の徹底を呼びかける際もメッセージの発信方法に注意していた。クラスター発生障害者施設では、他施設から支援に入った看護職もこれらの支援を提供する重要な役割を担った。

共通していた語りから、新興感染症流行時の看護職員確保には、災害対応の一つとして新興感染症に対応する体制づくりと備えが必要であること、職員の心身の健康と安全を守る宣言と活動が重要であることが明らかになった。さらに、管理者や他施設からの支援者には、答えがわからない状況で前を向いて模索し選択し続ける力や協力・支援・情報を求める力が必要であり、特に他施設からの支援者には現場を理解しようとし、現場に合った支援を提供し、職員に敬意を持ち承認する力が求められることもわかった。今後に向けて、地域で連携して感染症対策の強化、医療連携、相互に人員を派遣する仕組みづくりが必要であることも示唆された。

結論

本研究により、新型コロナウイルス感染症の流行初期の段階で感染患者を受け入れた病院や、施設内でクラスター感染が発生した病院及び障害者施設の看護管理者、施設管理者、派遣された看護師にインタビューを行い、新興感染症流行時に感染患者等をケアする看護職員を確保し、職員の心身の健康を守りながら自施設の機能を維持するためのマネジメント方策として、「災害対応の一つとして新興感染症に対応する体制づくりと備え」及び「職員の心身の健康と安全を守る宣言と活動」が重要であることが明らかになった。また、管理者や外部からの支援者に求められる力や地域のネットワークの構築・強化の必要性も明らかになった。従来のガイドラインと重なる部分もあるが、複数の事例を用いて看護職員の確保と支援の実際の進め方や内容をある程度の具体性をもって統合して示すことができ、これから新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを開始する病院やクラスター感染の発生に備える病院・障害者施設に有用な知見を得ることができた。

研究代表者

武村雪絵 東京大学大学院医学系研究科
准教授

研究分担者

池田真理 東京女子医科大学看護学部
教授

研究協力者

池崎澄江 千葉大学大学院看護学研究科

	准教授
市川奈央子	東京大学大学院医学系研究科 助教
木田亮平	東京大学大学院医学系研究科 助教
小柳礼恵	東京大学大学院医学系研究科 特任助教
井上真帆	東京大学大学院医学系研究科 博士後期課程

A. 研究目的

新興感染症 (merging infectious disease) は、「新たに発見された感染症やこれまでに知られていなかった感染症で、地域的にあるいは国際的に公衆衛生上の問題を引き起こすもの (World Health Organization [WHO], 1997)」や「ある集団において新たに認識された感染症、あるいは既に存在していたが発生率や地理的範囲が急速に増加している感染症 (National Institute of Allergy and Infectious Diseases [米国国立アレルギー・感染症研究所], 2018)」などと定義される。これまでも周期的に発生してきたが、2019 年年末に中国の武漢から流行が始まった新型コロナウイルス感染症は 2020 年には世界的なパンデミックとなり、わが国でも 2020 年から 2021 年にかけて都市部を中心に全国的に流行している。

新興感染症は流行初期の段階では治療法や予防法が確立されていないことが多く、新型コロナウイルス感染症についても流行初期の段階では、医療従事者は有効な治療法やワクチンがない状況下で、ゾーニングや個人防護具 (Personal Protective Equipment: PPE、以下 PPE)、手洗い、消毒といった予防策で患者の治療に従事することになった。湖南省の病院で 2020 年 3 月以前に実施された調査では、多くの医療従事者が社会的・道義的な責任感から仕事を続けており、わずかなミスで自分や他者を感染させることや、自分を介して家族が感染するかもしれないこと、確立

した治療法がないこと、感染した患者が亡くなること、同僚の感染を目にすることなどに、強いストレスを感じていた (Cai et al., 2020)。2020 年 4 月以前に公表された 13 文献をメタアナリシスした結果では、新型コロナウイルス感染症患者の治療に従事している医療従事者の 2 割以上に不安や抑うつ症状があり、3 割以上に不眠があったことが報告されている (Pappa et al., 2020)。医療従事者の中でも看護職は、患者の療養生活全般を支える職種として、症状観察や投薬、排泄や食事の介助、口腔ケアや保清、体位変換や処置の実施など、患者や患者の体液に触れる場面が多い。気管内吸引などエアロゾルが発生する処置や、咳嗽が激しい患者への対応、認知症や精神症状のためマスクの着用が困難な患者への対応など、飛沫感染のリスクが高い場面も不可避である。特に、ワクチンの開発や治療法の確立が進んでいない時期に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院や、院内でクラスター感染が発生した施設で働いていた看護職員は、強いストレス下で患者へのケアに従事していたと考えられる。

わが国では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時に医療体制が逼迫することが社会問題となり、特に、空いている病床があっても看護職不足のために患者を受け入れられない事態が生じていることが報告された (高野, 2021)。新興感染症流行時に感染者へのケアに従事する看護職をどのように確保しどのように支援するかは重要な課題である。

新型コロナウイルス感染症に対処するための医療施設向けの情報提供は活発に行われており、診療の手引きや感染管理に関するガイドは、2020 年 3 月には第 1 版が厚生労働省や国立感染症研究所等のホームページで公開され、その後も改訂が重ねられている (厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部, 2021)。日本看護協会からは看護管理者向けの手引きが公開され、感染管理の方法や感染患者への対応に加えて、看護職員の労務管理における配慮や労働環境の整備、教育・研修の調整に

についても解説されている(日本看護協会, 2020a)。感染症対応に従事している人々への心のケアについては、日本赤十字社が 2020 年 3 月にホームページで「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対応する職員のためのサポートガイド」を公開し(日本赤十字社, 2020a)、その後も改訂がなされている(日本赤十字社 2020b)。また、新型コロナウイルス感染症に対応する医療者を組織外から支援する人のための相談支援ガイドライン(日本精神保健看護学会, 2020)や、中小規模病院や高齢者福祉施設に派遣される感染管理認定看護師や看護管理者向けの感染予防・管理のための活用ツール(日本看護協会, 2020b, 2020c)も公開されている。

このように診療や感染管理、職員の心理的な支援や労務管理、労働環境について、知見が蓄積され、活用できるようになっている一方で、感染患者の受け入れが決定したとき、あるいは施設内でクラスター感染が発生したときに、どのようにして感染患者へのケアに従事する看護職を確保し支援を提供したか、その具体的な方法や職員の反応については事例報告が中心であり、知見として利用できる形での蓄積は少ない。新興感染症は周期的に発生しており、今後に向けて、新興感染症流行時の看護職員の確保と支援の方策に関する知見が求められる。

本研究は、新型コロナウイルス感染症の流行初期の段階で感染患者を受け入れた病院や、施設内でクラスター感染が発生した病院及び障害者施設において、看護管理者や施設管理者が、看護職員をどのようにして確保・配置し、職員に対してどのような支援を提供しながら組織を運営したかを明らかにすることを目的とした。このことにより、新興感染症流行時に感染患者等(感染した障害者施設入所者等を含む)をケアする看護職員を確保し、職員の心身の健康を守りながら、他の患者・入所者へのケアの継続を含めて自施設の機能を維持するためのマネジメント方策について、有用な知見を得られることが期待される。

なお、本研究では、「看護職」は看護師・准看護師・保健師・助産師のいずれかの看護系資格を有する者、「看護職員」は当該施設で雇用されている看護職を指す。看護師資格を有する者に限定できる場合は「看護師」と表記する。また、障害者施設で入所者の生活支援を担う介護人材を「介護職」、当該施設で雇用されている介護職を「介護職員」と表記している。

B. 研究方法

B-1. 研究デザイン

半構造化インタビューによる質的研究を実施した。

B-2. 研究参加者の募集

2020 年 8 月～12 月にかけて、機縁法及び報道情報を参照して以下に該当する施設や看護師に連絡を取り、研究協力を依頼した。

- 1) 2020 年 4 月までに新型コロナウイルス感染症の重症患者(ICUにおける治療や人工呼吸器等の使用を必要とする患者)の受け入れを開始した医療施設(以下、感染患者受け入れ病院)
- 2) 2020 年 4 月までに新型コロナウイルス感染症の中等症患者(息切れや肺炎所見がある患者、あるいは、酸素投与を必要とする患者)の受け入れを開始した医療施設(以下、感染患者受け入れ病院)
- 3) 2020 年 8 月までに新型コロナウイルスのクラスター感染が発生した医療施設(以下、クラスター発生病院)
- 4) 2020 年 4 月までに新型コロナウイルスのクラスター感染が発生した障害者施設(以下、クラスター発生障害者施設)
- 5) 新型コロナウイルスのクラスター発生病院に派遣された看護師
- 6) 新型コロナウイルスのクラスター発生障害

者施設に派遣された看護師

治療法や予防法が未確立な時期のマネジメントに関する知見を得るため、原則として 2020 年 4 月以前に感染患者等への対応を行った施設を対象としたが、クラスター発生病院については、5 施設以上の参加を確保するために、8 月までの発生を対象とした。

医療施設は看護部門責任者（看護部長）に、障害者施設は理事長あるいは施設管理者にインタビュー対応者の選定を一任した。候補者には研究説明文書を送付し、口頭と文書で研究内容の説明を行い、同意書への署名により研究参加の意思を示した者を研究参加者とした。

B-3. 調査方法

2020 年 9 月～12 月に、研究参加者の希望に応じて、オンラインあるいは訪問により、インタビューガイドを用いた半構造化インタビューを実施した。

B-4. 質問内容

インタビューではインタビューガイドを用いて、下記の内容を尋ねた。なお、インタビュー実施前に報道資料や参加施設のホームページから情報収集を行い、インタビューの際には取り組みの実際を具体的に尋ねるようにした。

1) 感染患者受け入れ病院

新型コロナウイルス感染症の重症患者あるいは中等症患者を受け入れた病院の看護管理者には、受け入れの決定から調査時点までの病院の対応の概要、看護職員の確保・配置に関する課題と方策、看護職員の心身の健康に関する課題と方策、院内の支援体制、マネジメント上の課題及び力になったことを尋ねた。

2) クラスター発生病院

クラスター発生病院の看護管理者には、最初の感染者が判明してからの経緯と病院の対応の概要、看護職員の確保・配置に関する課題と方策、看護職員の心身の健康に関する課題と方策、院内

の支援体制、マネジメント上の課題及び力になったことを尋ねた。

3) クラスター発生障害者施設

クラスター発生障害者施設の管理者には、知的障害者へのケアの実際、看護職員・介護職員の確保や配置に関する課題と方策、看護職員・介護職員の心身の健康に関する課題と方策、施設内の支援体制、マネジメント上の課題及び力になったことを尋ねた。

4) クラスター発生病院・クラスター発生障害者施設に派遣された看護師

クラスターが発生した医療施設や障害者施設に派遣された看護師には、これまでの経験と普段の活動、派遣された経緯、派遣先での活動、支援の実際と支援する上で重要であったこと、課題だと感じたことを尋ねた。

B-5. データ分析

インタビューは許可を得て録音し、逐語録を作成した。インタビューごとに要約を作成した後、重症患者受け入れ病院、中等症患者受け入れ病院、クラスター発生病院、クラスター発生障害者施設、クラスター発生病院に派遣された看護師、クラスター発生障害者施設に派遣された看護師の区分別に、共通点や相違点に注目しながら、看護職員の確保と配置、支援など、マネジメントの実際と課題を整理した。次に、それらの結果を比較しながら、区分を超えて共通する点を抽出した。重症患者受け入れ病院、中等症患者受け入れ病院、クラスター発生病院の 3 区分については共通点が多く抽出されたため、病院の対応として統合することとした。障害者施設は入所者の特性の違いや看護職員数が極端に少ないこと、医療提供の場ではないところで感染した入所者へのケアが必要になったという文脈の違いを考慮し、病院とは別に整理することとした。クラスター発生病院・クラスター発生障害者施設に派遣された看護師が派遣先での活動について語った内容は、クラスター発生病院あるいはクラスター発生障害者施設の

結果に統合した。

B-6. 倫理的配慮

本研究は、「新型コロナウイルス感染症に対応する看護職員の確保及び最適なマネジメント検討に向けた実態調査研究(審査番号 2020130NI)」として、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理審査委員会の承認を受け実施した。本研究では、調査協力の任意性と撤回の自由を保証するために、研究説明文書を送付・説明し、同意書への署名により研究参加への同意を確認した。また、調査の途中でいつでも回答を中止できること、話したくないことは話さなくてもよいこと、同意後であっても同意撤回できることを研究説明文書と口頭で説明した。個人情報の保護に努め、個人や施設の特定につながる情報は公開しないなどの配慮を行った。

なお、研究参加者で、謝礼の受け取りを承諾した者へは謝礼としてクオカード 5000 円を授与した。

C. 研究結果

C-1. 感染患者受け入れ病院及びクラスター発生病院における対応

1) 研究参加者

重症患者受け入れ病院については、8 施設に依頼し、7 施設が参加の承諾をしたが、うち 1 施設は日程調整がつかず、最終的に 6 施設が参加した。各施設の主要特性は表 1 に示した通りで、300 床台の病院から 1000 床を超える病院が含まれた。各施設の看護部長 6 名とその他の看護管理者(総括看護部長・副看護部長・看護師長・感染管理認定看護師等) 6 名の計 12 名がインタビューに参加した。感染患者の受け入れを開始した時期は、2020 年 1 月が 2 施設、2 月が 2 施設、4 月が 2 施設で、インタビューは 2020 年 9 月から 11 月に実施した。インタビューは各施設 1 回で、平均時間は 69 分であった。

中等症患者受け入れ病院については、5 施設に

依頼し、3 施設が参加した。表 1 の通り、300 床台の病院から 600 床台の病院が含まれた。看護部長 3 名とその他の看護管理者 3 名の計 6 名がインタビューに参加した。感染患者の受け入れを開始した時期は、2020 年 3 月が 2 施設、4 月が 1 施設であった。インタビューは 2020 年 10 月に実施した。インタビューは各施設 1 回で、平均 66 分であった。

クラスター発生病院については、9 施設に依頼し、6 施設が参加を承諾した。看護部長 6 名とその他の看護管理者 4 名の計 10 名がインタビューに参加した。クラスター感染が発生したのは、2020 年 4 月が 3 施設、7 月が 2 施設、8 月が 1 施設であった。8 月にクラスターが発生した施設は 2020 年 12 月上旬に、他の 5 施設は 10 月から 11 月にインタビューを実施した。6 施設中 1 施設は、病院内ではなく法人の高齢者施設でクラスター感染が発生し、10 数名の感染者を同日中に病院に受け入れた事例であった。表 1 の通り、100 床台の病院から 700 床を超える病院が含まれた。インタビューは計 7 回(5 施設は各 1 回、1 施設は 2 名に別々に実施)で、平均 72 分であった。

上記のとおり、病院からは計 15 施設 28 名の看護管理者が本研究に参加した。28 名の内訳は、看護部長 15 名、副看護部長及び感染管理認定看護師 12 名、複数施設の総括的看護部長 1 名であった。

また、クラスター発生病院に派遣された経験を有する感染管理認定看護師 2 名に、2020 年 12 月にインタビューを実施した。1 名は 2020 年 5 月以降、もう 1 名は 8 月以降に複数の施設に派遣された経験があった。インタビューは各 1 回で、インタビュー時間は 50 分、58 分であった。

2) 対応の実際

感染患者受け入れ病院とクラスター発生病院では、対応に求められる迅速さや困難の程度が異なるものの、重なる部分が非常に多かった。

大きく分けると、看護職員を確保して感染患者

を看護する体制を構築するフェーズと、看護職員を支援しながら組織運営を続けるフェーズの2つがあったが、一部重なりながら進められていたため、以下ではフェーズで区分せず、看護管理者あるいは病院が実施していたマネジメント方策を述べる。

(1) 診療の縮小と専用病棟の決定

重症患者・中等症患者の受け入れ病院では、病院の方針として診療の縮小を決定し、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病棟（以下、専用病棟）を選択し、ゾーニングの方法を決定し、それに従って患者の転棟を進め、同時に専用病棟に配置する看護職員を選定し、配置転換の説明と意思確認を行っていた。重症患者の受け入れには、集中治療室（ICU）やハイケアユニット（HCU）、救命救急センターの一部を割り当てていた。中等症患者の受け入れは、病棟単位で専用病棟に転換するケース、プレハブ等を建設して専用病棟を開設するケース、陰圧室や個室を利用して、一般患者とゾーニングしながら、混合病棟として感染患者の受け入れを開始し、患者数に応じて、専用病棟に転換するケースなどがあった。

2月までに受け入れを開始した病院は、自治体等から要請を受けて数日以内に受け入れを開始した。最初は1, 2名の受け入れで、陰圧室や個室など病棟の一部で対応していたが、3月下旬から4月にかけて感染患者数が増え、専用病棟を開設した。3月から4月に受け入れを開始した病院は、感染者数が多い時期であったため、最初からあるいは受け入れ開始後早い段階から専用病棟を開設し、すぐに多くの患者を受ける状況となった。受け入れ方法の検討は1月から2月頃に開始しており、1~3ヶ月の準備期間があった。

クラスター発生病院も、診療縮小の決定、専用病棟の選択とゾーニング、それに伴う患者の転棟、専用病棟に配置する看護職員の選定と配置転換など、受け入れ病院と同様の対応を実施していた。しかし、受け入れ病院が1~3ヶ月かけて検討し準備して専用病棟を開設したのに対し、クラスター

一発生病院では、迅速に判断し、直ちに実行する必要があった。また、クラスター発生病院では、新規入院や外来・救急外来を停止し、透析や化学療法など中断が難しい治療のみに絞って継続するなど、受け入れ病院よりも厳しい診療制限がなされた。さらに、複数の感染患者（PCR陽性患者）が発見された病棟はレッドゾーン（汚染区域）となり、そのまま専用病棟に転換することになったが、必ずしも感染管理に適した構造・環境とは限らないため、PCR検査陰性患者や判定前の患者とのゾーニングに苦慮することが多かった。クラスター発生病院の中には、感染患者を受け入れる準備を進めていた病院もあったが、想定していた病棟とは別の病棟を専用病棟とせざるを得ない状況であった。

(2) 看護職員の再配置による専用病棟に配置する看護職員の確保

専用病棟に配置する看護職員は、専用病棟に転換する前のその病棟に元々所属していた看護職員や、診療を縮小した部署（手術、検査、外来等）の看護職員から選ぶことが多かった。病院全体で新型コロナウイルス感染症に取り組むという一体感を醸成する意図で、全部署から一斉に、あるいは、順番に数名ずつ看護職員を集める病院もあった。

重症・中等症患者受け入れ病院や、規模が比較的大きな病院でクラスター感染が発生した場合は、診療を縮小し、看護職員を配置転換することで、自施設内で必要な看護職員数を確保できていた。しかし、200床未満の病院や慢性期の病院等、看護職員数が限られた病院でクラスター感染が発生し、看護職員にも感染者や濃厚接触者が多く発生した場合、あるいは、保健所からPCR検査陰性が判明するまで自宅待機の指示があった場合、育児中や高齢者との同居など家族への感染の不安があったり、家族が病院で働くことに反対した場合などは、働くことができる看護職員が急激に減り、自施設内の配置転換だけでは専用病棟に

必要な看護職員数を確保することが困難な状況となった。

(3) 他施設からの看護職の受け入れ

規模が小さく、看護職員数が限られた病院でクラスター感染が発生し、自施設の看護職員の配置転換だけでは勤務を組めない状況になった場合、法人の関連病院等から一時的に看護職を受け入れたり、都道府県看護協会やナースセンター等を通じて災害支援ナース等を受け入れたりしていた。

他施設から派遣された看護職は派遣元の施設から専用病棟に配置しない条件が付されていることが多く、専用病棟以外の部署に配置し、その部署の自施設の看護職員を専用病棟に配置転換することで対応することになった。専用病棟以外の部署もケア提供を継続できる体制が必要なため、専用病棟に必要な看護職員数を確保できないことが生じた。民間の職業紹介事業者などから専用病棟に配置する条件で看護師の紹介を受けて何とか乗り切った病院もあった。

クラスター発生から2週間経過すると、自宅待機していた看護職員が復帰し、診療縮小により患者数も減ってくるため、自施設の看護職員のみで対応できる状況となった。

(4) 専用病棟に配置する看護職員の決定

専用病棟に配置する看護職員を選ぶプロセスや選定基準は、重症患者・中等症患者受け入れ病院でもクラスター発生病院でも概ね共通していた。

専用病棟の看護師長・副看護師長等の役職者は看護部長が任命し、そこで働く看護職員は各部署の看護師長が中心となって候補者を選び、看護職員本人の意思を確認した上で配置していた。選定基準は、感染対策技術を習得していること、自立して看護を実践できるだけの基本的な看護実践能力を有すること、基礎疾患がないこと、妊娠していないこと、高齢者と同居していないこと、家

族が反対していないことなどであった。病院によっては、50歳未満であること、子どもと同居していないことも条件に加えていた。全部署から数名ずつ集める場合は、上記に加えて、看護師長に、リーダーシップがとれる人材や看護チームの力になる人材を推薦するよう依頼し、フィジカルアセスメントのスキルを持ち、急変の判断や対応ができる看護職員が選抜された。中等症患者は急変することが多いため、アセスメント能力が求められるとのことだった。重症患者受け入れ病棟では、救急や集中ケアのスキル、できれば人工呼吸管理のスキルが求められたが、人工呼吸管理の経験を持つ看護職員は限られたため、必ずしも要件にはしなかったとのことだった。

クラスター発生病院でも、基本的には同じ条件で配置する看護職員を選定していた。しかし、看護職員数に余裕がない状況で、迅速に専用病棟への配置を進める必要があったため、丁寧な意思確認をできなかった施設では、看護職員も心の準備ができず、泣きながら働いた看護職員や出勤できなくなってしまった看護職員、納得できず不信感や不満を訴えた看護職員などもいたとのことだった。その一方で、クラスター発生病院の中にも、感染患者の受け入れ開始に備えて、専用病棟に配置する看護職員の候補をリストアップしていた病院があり、それを活用しながら選定を進めることができた病院があった。

(5) 専用病棟の看護職員への支援

新型コロナウイルス感染症患者在院する専用病棟に配置された看護職員に対しては、病院全体としても、看護管理者としても、看護職員の心身の健康と安全を守ることを宣言し、さまざまな支援を提供していた。

① 多めの看護職員配置

感染対策の徹底や安全確保のために、また、心身の疲労を考慮して、休憩時間や休日をしっかりと確保するために、さらに、少しでも気になる症状があった場合に迷わず休暇をとらせることが

できるように、専用病棟には手厚く看護職員を配置していた。重症患者受け入れ病棟では平均して1対1以上の配置を行っており、中等症患者受け入れ病棟では、患者のケアの必要度にもよるが、平均して3.5対1から5対1程度の配置を行っていた。中等症患者受け入れ病棟でも、入院当日の患者には検査等につきまきりの対応が必要となるため、日勤帯は患者2名に看護職1名を目安に配置した病院が多かった。

②休憩・休養の確保

PPEを着用しての業務は心身の負担が大きいため、専用病棟には看護職員を多めに配置し、勤務中の休憩時間を確保できるようにしていた。また、患者数が減った場合も専用病棟の看護職員数をすぐに減らすのではなく、有給休暇を積極的に与え、心身を休める休日を増やすようにしていた。他部署から配置された看護職員が元の部署に戻る前に、心身の健康状態の把握も兼ねて、1週間程度の休暇や在宅勤務日を設ける病院もあった。

③きめ細やかな感染対策の実施と継続性の確認

看護管理者は、職員を感染から守るという病院の方針や姿勢を職員に明確に示すことが非常に重要だと認識していた。感染対策を徹底するため、各病院ともPPEの確保に努め、専用病棟に優先して配布していた。専用病棟に配属される看護職員は、感染管理認定看護師などからPPEの着脱方法や感染対策の教育を受けていた。感染管理認定看護師等から指導を受けた看護管理者などが、一人ずつ感染対策の手技をチェックし、技術に不安がある看護職員は専用病棟の担当を外すことも行っていた。感染管理認定看護師を専用病棟に配置して、いつでも看護職員からの相談にのり、ケア場面に応じて細やかに感染対策の方法を指導・助言できる体制をつくっていた。その一方で、クラスター発生病院の一部では、感染管理認定看護師がデータの取りまとめや保健所との連絡窓口を担ったため、看護職員への指導や支援を担うことができず、専用病棟の混乱が続いたとの報告

があった。

また、看護職員の要望を聞きながら、パーティションの設置等の施設改修を行い、職員が安全に働き、安全に休憩できる環境整備がなされていた。ICT機器やロボット等を導入し、非接触で患者とのコミュニケーションや観察を実施できるようにした病院もあった。

2020年5月頃までの流行初期の段階では、新型コロナウイルス感染症の病態に関する情報が少なく、治療法も未確立だったため、重症化する患者を目にする看護職員の不安は大きかったという。不眠の訴えも多く、休暇を与えてもあまり効果がなかったが、感染対策を徹底して、自分たちの対策で感染は広がらないことを実感できるようにすることが重要で、それが不安の軽減につながっていた。

クラスター発生病院の看護職員は、自分たちの感染対策が間違っていたという不安や自責の思いを持っているため、厚生労働省クラスター対策班の専門家として派遣され支援に入った感染管理認定看護師などから、自施設の構造やケアの内容にあった方法での感染対策を具体的に指導されることや、修正した手順で大丈夫だと確認してもらうこと、もともとの対策で問題がない点を承認されることが、自信と安心につながったとのことだった。

本研究に参加した感染管理認定看護師は、厚生労働省クラスター対策班の専門家として、あるいは都道府県やその他からの要請でクラスター発生病院の支援に入っていたが、支援先の病院ではその病院でリスクのあるケアを見極め、再びクラスター感染を起こさないように、現場に即した感染対策の指導を心がけていた。また、外部からの支援終了後も病院職員が感染対策を正しく継続できるよう、まずは看護管理者や指導的立場の看護職員に指導を行い、次に、指導を受けた者が他の看護職員へ指導する場面を見守ることで、病院職員が感染対策を正しく理解し、正しく指導できる状態にあるかを確認していた。

他にも、看護職員の感染への不安や家族に感染させる不安、感染対策への負担感を少しでも緩和するために、各病院は看護職員の声を拾いながら、細やかな対応を行っていた。たとえば、勤務後のシャワーの使用や車通勤を許可したり、宿泊施設を用意したり、PPEを着脱しやすいようスクラブタイプのユニフォームを導入したり、ユニフォームをすぐに洗濯に出せるようにしたり、ウォータースーパーを設置して補水しやすいようにしたり、パーテーション設置を行って PPE を外して休憩できるスペースをつくったりしていた。

④病院幹部による労い・感謝と全面的支援

受け入れ病院、クラスター発生病院とも、インタビューに参加した看護管理者は、病院長や理事長などの病院幹部が専用病棟をラウンドすることの重要性を強調した。専用病棟のレッドゾーン（汚染区域）内まで立ち入らなくても、病院幹部が専用病棟の非汚染区域に出向いて、直接労いと感謝を伝えることで、看護職員は自分たちは病院から大切にされていること、病院は自分たちを守ろうとしていることを感じるできたと捉えていた。また、病院幹部も現場の状況やニーズを直接把握することで、速やかで細やかな支援の実施を意思決定できると認識していた。

⑤多部門・多部署による情報共有と意思決定

いずれの病院も新型コロナウイルス感染症の対策本部を設置し、各部門・部署の管理者が集まる仕組みをつくっていた。しかし、そこで、各部署の状況や、専用病棟で働く職員が何に困っていて、何を必要としているかの情報を集約し、解決を図るための話し合いと意思決定を行っていた病院もあれば、病院長などトップからの情報伝達の間となっていた病院もあった。前者の方が後者よりも部門間の理解が深まり、他職種間の調整や相互支援が円滑に実施され、予算を伴う意思決定も速やかに実施されていた。

また、多くの病院で、看護部長は毎日、あるいは定期的に各部署の看護師長が集まる場を設けており、病院の方針や決定事項を伝達する他、各

部署の状況や課題を共有し、課題解決のために話し合うようにしていた。

⑥スタッフへの現状や見通しの情報共有

看護職員は報道やネットニュースなど院外からさまざまな情報を得ているので、病院の状況や方針を直接伝えることの重要性が語られた。

クラスター発生病院では、職員は今の状況がいつまで続くのかわからない状態にあるため、病院幹部から今後の見通しについて情報共有があること、すなわち、感染者の発生がどこまで制御されているかや、今後はどのように経過し、いつごろどのように診療が再開されていくかの説明があることが重要だったというコメントもあった。

多くの病院が、院内のイントラネットで最新の情報を共有するようにして、こまめに情報を更新していた。専用病棟では、多職種でメッセージアプリなどを使用して、新しい知見や情報、ちょっとしたメッセージを共有する試みもなされていた。

⑦身体の状態の把握と有症時に休ませる体制

専用病棟の看護職員には、定期的な PCR 検査の他、毎日、体温や身体症状のチェックを行っていた。チェックシートや電子カルテ、メッセージアプリなどを使用している病院も多かった。軽微でも症状があれば、すぐに休ませる体制をとっていた病院が多いが、中には気になる症状を言えないまま働いていた看護職員がいたと後に判明したケースもあり、気になる体調を看護師長に相談しやすい雰囲気づくりが必要だというコメントがあった。

⑧看護管理者・専門家による心の状態の把握

看護職員は、自らが感染する不安、家族や患者に感染させる不安、家族の反対による葛藤、風評被害や差別を受けることでのショック、患者にいつものケアを提供できないつらさ（看取りの段階でも家族との面会を実現できない、ナースコールで呼ばれても PPE を装着するためにすぐに駆け

付けられない、など)、他部署との温度差など、さまざまな心の負担を抱えていた。クラスター発生病院の看護職員は院内感染を起こしたことの責任を感じており、自らも感染したり濃厚接触者となり自宅待機が必要となった場合は、施設に迷惑をかけたと自分を責める傾向があった。病院職員の言葉や態度に傷ついて出勤できない状態となり、離職に至った例も報告された。

看護部長は看護職員の心理面の不調を予測して、自施設でアクセスできる心理関係の専門家（臨床心理士、産業医、精神科医、リエゾンナース、精神科看護師、大学教員など）と連携しながら、看護職員の心理状態の把握とフォローを行っていた。ストレスチェックや抑うつ状態やバーンアウトの評価を行い、ハイリスク者を抽出して対応していた病院もあった。

専用病棟の看護師長は、勤務毎に、看護職員の表情や態度を注意深く観察し、できるだけ話を聞くようにして、看護職員の心理状態を把握するようにしていた。特に2020年2月から3月は、新型コロナウイルス感染症の症状に関する情報も少なかったため、看護職員は自分や家族のちょっとした症状で不安になり、夜間や休日でも看護師長に電話をかけるなど、追い詰められた心理状態にあったという。看護部長も繰り返しラウンドし、直接様子を観察したり、話を聞くことを心がけていた。

専用病棟で働く意思を確認してから配置していても、配置後も繰り返し意思確認を行い、無理に専用病棟での勤務をさせることがないようにも気を付けていた。精神的に不安定になっていると判断した場合は元の部署に戻したり、配置換えをしたり、休ませたりしていた。

クラスター発生病院では、看護部長が全員と個別面談を実施したり、陽性となった看護職員や自宅待機中の看護職員とも電話やメールで連絡をとり、復帰する際には時間をかけて丁寧に話を聞くようにしていた。

⑨思いを表出する場づくり

心理関係の専門家の協力を得ながら、看護職員が思いを表出できる場をつくっていた。その方法はさまざまで、看護職員が個別に専門家に思いを打ち明ける場づくりとしては、専門家が希望者あるいは専用病棟の全看護職員にカウンセリングを行った病院、リフレッシュルームをつくって、そこで専門家に相談できる体制をつくった病院などがあった。看護師長のストレスにも配慮し、全ての看護師長が最低1回は専門家の面接を受けるようにした病院もあった。

集団で思いを共有する場づくりとしては、カンファレンスやグループワークを行い、部署の職員が集まって思いを打ち明け合うようにした病院や、メッセージアプリなどを利用して他職種も一緒に職員間でちょっとした思いや出来事を共有するようにした病院もあった。中には、看護師長が集まって、臨床心理士のファシリテーションを受けて気持ちを吐き出す体験をし、その体験とともに、各部署で看護師長がファシリテーションを行って、スタッフに気持ちを吐き出す体験を促すようにした病院もあった。

心理の専門家だけでなく、看護部長や看護師長、感染管理認定看護師も看護職員と面接したり声をかけたりしながら、思いの表出を促していた。

⑩多職種による周辺業務の支援の実現

専用病棟には看護補助者や清掃業者などそれまで働いていた職種が入らない状況が生じた。そのため、看護職員が感染患者への看護だけでなく、周辺業務も担う必要が生じ、中には、霊安室の管理の委託先が撤退したため、感染患者の遺体の管理を看護職員が担った病院もあった。クラスター発生病院の中には、自施設の感染管理認定看護師が保健所など外部機関との連絡窓口となったため、専用病棟への支援や指導に入れなかった病院もあった。

一方で、いくつかの病院では、看護職員が感染患者への看護に少しでも集中できるよう、さまざまな職種が専用病棟に入って周辺業務を担って

いた。たとえば、事務職員が清掃や患者の買い物・洗濯の代行、患者の入院案内や患者の相談窓口の担当、保健所との連絡窓口などを担った病院があった。また、理学療法士が患者の日常生活援助の支援に入った病院もあった。これらの支援は、多職種で集まる会議で検討した病院や、各職種から提案があった病院もあれば、看護部長が個別に各部門長に相談して実現できた病院もあった。

⑪非常時としてのケアの優先順位の確認

クラスター発生病院では、自宅待機などで看護職員が急激かつ大幅に減少するため、専用病棟もその他の部署も通常のケアを実施するのが困難な状況になった。特にもともと看護職員配置が少ない病院では、食事や排泄など最低限必要なケアを行うことで精一杯の状況であった。看護職員はその状況に疲弊し、必要だと思う看護ができないつらさや患者への申し訳なさを感じて悩んでいたため、看護管理者は非常時であることを宣言し、ケアの優先順位を考えて、選択して実施してよいことを看護職員に伝えることも行っていた。

受け入れ病院でも、感染対策の影響で、通常のように患者に寄り添うケアや、家族との面会などを実施できず、看護職員が悩んでいたため、非常時としてのケアであることを看護管理者が説明し、看護職員個人の責任だと感じることがないよう配慮していた。また、感染対策によるケアの制限については、情報や知識が増えた時点で、感染管理の専門家を含めて話し合い、見直すこともあった。たとえば、途中から、家族に PPE を着用させての患者との面会を一部で開始した病院もあった。

⑫院内外の差別的発言・風評被害への対応・予防

受け入れ病院でもクラスター発生病院でも、病院職員の子供が保育園や幼稚園、塾やスポーツクラブなどから通わないように言われたり、配偶者が出社を拒否されるなど、差別・風評被害が報告された。クラスター発生病院では職員がかかりつけの医療機関から受診拒否される例もあった。

病院として、自治体や医師会に改善を要望したり、講演会などで正しい知識を普及・啓発したり、医療従事者を応援してほしいというキャンペーンを展開したりと、住民の理解を得る取り組みを行っていた。

院内でも、新型コロナウイルス感染症患者に関わらない病院職員から、感染への不安の表れとして、専用病棟の職員に差別的な発言が聞かれることがあった。医師から専用病棟に応援に入った看護職員は手術室に入れないでほしいと要望されたり、専用病棟の看護職員は食堂やロッカーなど職員の共用設備を使わないでほしいという声が聞かれることがあったという。看護管理者は差別的な発言があったという情報をキャッチすると速やかに対処し、そのような発言をしないでほしいと明確なメッセージを伝えていた。

参加施設の中には、感染した職員が他の職員から責められたように感じ、出勤できなくなり離職にいたった事例があった。看護部長の中には、看護職員に感染者が発生したときに、過度に自分を責めたり、他者から責められたりしないよう、あらかじめ、「感染すること自体は仕方がない。クラスター感染を起こさないように対策を徹底しよう」と呼びかけるなど、メッセージの発信の仕方に注意していた例もあった。

⑬特別手当の支給

事後になることもあったが、専用病棟の職員へは特別手当の支給をしていた。手当の額は、各病院で他部署の職員とのバランスを考えながら決められていた。看護部長は手当の必要性を認識しながらも、手当の支給により看護職員の一体感が損なわれることを危惧していた。

(6) 専用病棟以外の看護職員への支援

受け入れ病院もクラスター発生病院も、専用病棟の看護職員だけでなく、他部署の看護職員も負担が増す状況にあった。他部署の看護職員は専用病棟の看護職員以上に、感染への不安が強い様子も見られた。そのため、看護管理者は他部署の看

看護職員への配慮と支援も重要だと認識していた。

①負担の理解

専用病棟の開設に伴い、それ以外の病棟では従来と異なる診療科の患者を受け入れる必要が生じた。また、中堅以上の看護実践能力が高い看護職員が専用病棟に配置転換されるため、他部署は看護職員数が減る上、経験が浅い看護職員が中心となった。看護職員が補充される場合も、診療縮小により余裕ができた外来や検査室、手術室から病棟経験が少ない看護職員が配置転換や日替わりでの応援で入ることが多かった。応援に入る看護職員は、慣れない部署で慣れない業務に従事する負担を感じていた。受け入れる部署でも、経験が浅い看護職員が、他部署から応援に入った看護職員を指導しながら、慣れない診療科の患者への対応を含めてケアの質を維持する必要があり、大きな負担がかかった。医師から対応がスムーズでないことや診療が制限されることへの苦情を受けることもあった。また、クラスター発生病院で他施設から看護職を受け入れた場合は、派遣される看護職はリーダー層で看護実践能力も高いため、病院の手順や取り決めに疑問を訴えることも少なくなく、指導役を務めた看護職員が対応しきれないこともあったという。

看護管理者は、専用病棟以外の部署の看護職員もそれぞれ通常にはない負担がかかった状態で働いていることを理解し、労いと感謝を伝えることを心がけていた。残った看護職員で安全に部署を運営できるかを考えながら、専用病棟に配置転換する看護職員を選ぶ必要があること、医師に状況と病院の方針について理解を求める必要があること、応援に入る看護職員に依頼する内容を簡潔にまとめた業務マニュアルを作成すること、他施設から応援に入った看護職の主張に動揺せず、自施設の方法に従ってほしい旨を伝える必要があることなどについて言及があった。

②不安の理解

複数の看護管理者から、専用病棟以外の部署で働く看護職員も感染の不安を抱えており、むしろ

専用病棟以外の部署の看護職員の方が不安が強いと感じたことが報告された。そのため、専用病棟以外にも感染対策に関する正しい情報や病院としての取り組みを伝えるようにしていた。また、専用病棟以外の部署の看護職員にも心理関係の専門家の支援を提供するようにしていた。

(7) 一体感の維持・醸成

看護管理者、専用病棟とそれ以外の部署で温度差が生じたり、互いに不満をもつことがないように、一体感の維持・醸成に努めていた。全ての部署から応援を出したり、どの部署も通常よりも負担が大きい状況で頑張っていることを共有したり、イントラネットや掲示板等を活用して、互いに労い、感謝を伝える場をつくったりしていた。特に、看護師長が集まって、互いに苦労や思いを打ち明け、理解し合うことが重要だったというコメントがあった。

また、看護職員に感染予防策の徹底を呼びかけながらも、感染した看護職員を責める風潮が生じないように、あらかじめ、感染者が出ることは仕方がないこと、職員のクラスター感染を起こさないことが目標であることを周知した病院もあった。

3) 重要だと考えることと今後の課題

多くの看護管理者が、病院として速やかに情報を共有し、迅速に意思決定し、情報を伝達することの重要性を強調し、災害時と考えると、通常の診療を縮小し、病院全体で緊急対応ができる体制をつくることが重要だと述べた。また、今後は、災害対策の一つとして、日ごろから備えておくことが重要だと認識していた。

そして、非常時だからこそ、病院のトップが職員に対して、自施設の使命と役割について強いメッセージを示し、そのうえで職員を感染から守り、安全を守るという決意を示すことが職員の士気の維持に必要なだと認識していた。

看護管理者は、正解がわからない中で迅速に意思決定を行う必要があり、部下に対して、今の状

況の中ではこれが最善だと判断したことをしっかりと説明し、部下からさまざまな意見を聞きながらも、最終的には全体を考えて自分はこう判断したので協力してほしいと要請することが重要だったという報告があった。看護部長は看護職員だけでなく看護師長の負担も理解し支援することを心がけていたが、看護部長を支援する存在はなかった施設が多かった。

また、自施設での対応には限界があり、地域の医療施設で情報を共有し、役割分担と連携の仕組みを構築すること、機能に応じて患者を分担して受け入れることの重要性も指摘された。特に重症患者の受け入れ病院からは、救急搬送される患者の受け入れ先が地域でどのくらいある状況なのかを把握できる体制や、回復した患者が円滑に転院できる体制が必要だと指摘した。

参考になった情報やガイドラインを尋ねたところ、看護管理者が直接、厚生労働省や日本看護協会等が提供していた情報やガイドラインを検索したり参照した施設はごく一部であった。医師や感染管理認定看護師から感染対策に関するガイドラインを紹介され参照していた。クラスター発生病院では厚生労働省クラスター対策班の専門家が現地で具体的に行う指導が非常に役に立ったと述べた。

今後、外部に求めたい支援としては、病院が安心して新型コロナウイルス感染症患者に対応できるための財政的支援、PPE など物資の支援も挙げられた。また、クラスター発生病院からは、専用病棟で働くことのできる看護職を派遣する仕組みの要望もあった。清掃等の委託先が感染症対策について教育を受けたり指導を受けたりして、委託業務を継続できる体制の必要性も訴えられた。

C-2. 障害者施設における対応

1) 研究参加者

4月にクラスター感染が発生した2つの障害者施設がインタビューに参加した。インタビュー対

応者の選定は施設に一任し、1施設は施設責任者に、もう1施設は理事長、施設責任者、ケアの責任者の3名にインタビューを実施した。インタビューは11月と12月に2回実施した。インタビュー時間はそれぞれ66分、76分であった。また、4月にクラスター感染が発生した障害者施設（うち1施設はインタビュー参加施設とは異なる施設）に看護師を派遣した2病院の看護管理者4名（うち2名は派遣された看護師）にもインタビューを実施した。インタビューは11月に2回実施した。インタビュー時間は30分、74分であった。

上記のとおり、3つの障害者施設の対応について、施設側4名、支援側4名の計8名がインタビューに参加した。3施設の特性は表2の通りである。

2) 対応の実際

(1) 感染者の発覚の経緯

複数の入所者が発熱したために、あるいは、クラスター感染が発生した病院に入院していた入所者が発熱したために、PCR検査を受け、陽性が判明したことが、クラスター感染の発生に気づききっかけとなった。

(2) ユニット単位のゾーニングと指導に基づく感染対策

参加した障害者施設の入所者には、重度の知的障害で、食事や排泄に全面的な介助が必要な者がいる一方で、自立して移動でき、入所者同士での交流もある入所者も含まれた。いずれの施設もユニットケア体制をとっており、入所者は個室とユニット内の共同空間で生活をしており、担当職員も固定されていた。各ユニットには浴室や洗面所など生活に必要な設備が備わっているため、ユニットごとの隔離が可能であった。

感染者が発生したユニットはレッドゾーン（汚染区域）、陽性が判明した入所者と接触がないユニットはグリーンゾーン（清潔区域）として区分された。レッドゾーンの入所者で、PCR検査で陰

性が確認された者や、陽性から陰性に転じた入所者を移動させるために、準清潔区域のユニットをつくった施設もあり、グリーンゾーン、レッドゾーンとも一部の入所者のユニット移動が必要となった。マスクの着用や感染対策を実施することが難しい入所者も多くいたが、基本的に個室で過ごしてもらい、ゾーニングした後は他のユニットに移動しないよう徹底することで、感染拡大を防止した。

医療施設と比較すると、施設職員は基本的な感染管理の知識が不足しており、手袋やエプロンの着脱のタイミングや、洗面所や浴室など共用スペースの消毒や感染対策が不十分な状況にあった。そのため、支援に入った感染管理認定看護師等の専門家の指導を熱心に受け、真摯に感染対策に取り組んだことが、施設側、支援側の双方から語られた。医療機関向けに公開されているガイドラインは、障害者施設でそのまま実行することが難しかったため、支援に入った専門家が施設用にアレンジした感染対策マニュアルを提供していた。

食事介助や歯磨きの介助など、ケアの際に入所者との濃厚接触が避けられないため、レッドゾーンを担当する職員と、グリーンゾーンを担当する職員は明確に区別し、一度レッドゾーンで勤務した職員は、その後、クラスター感染が収束するまでグリーンゾーンの勤務には入らないこととしていた。施設管理者は、グリーンゾーンの職員とレッドゾーンの職員が同じ空間で一緒になることを避けるなど、厳重に感染対策を実施していた。

(3) 施設内での症状観察

入所者の多くは若くて基礎疾患もないため、PCR 陽性が判明しても、重症化のリスクは比較的小さいと判断された。入所者は環境が変わるとパニックになり、病院職員に噛みつくなどの行動をとるため、保健所や自治体等に事情を説明し、無症状や軽症のうちは病院へ入院させず、施設内で症状観察することとしていた。自分で症状を訴えることができない入所者がほとんどであるため、

いつもの様子を知る施設職員と医療職が協力して注意深い症状観察を行う必要があった。

入院が必要と判断された場合、受け入れる病院に、施設職員が同行して入所者と同室で過ごせるよう配慮してもらったことで、入所者が落ち着いて療養できた例もあった。

障害者施設では病院の診療録（カルテ）に相当する書類がないため、支援に入った他施設の医療職が入所者の個別の情報を把握することが難しい状況もあった。そのため、支援に入った医療職が入所者ごとの記録を作成した例もあった。

(4) 深刻な人員不足

クラスター感染が発生したユニットで働いていた職員はほぼ全員濃厚接触者に該当した。クラスター感染発生後もマスクの着用や感染対策の徹底が難しい入所者がいるため、レッドゾーンで入所者をケアした職員は濃厚接触者となるため、他のユニットからの応援を組むことも困難であった。

レッドゾーンでは、通常の業務に加えて、感染した入所者への看護、PPE の着用、共用スペースの消毒等の作業が必要となったため、通常よりも業務量が増えた。増員が必要であったが、知的障害者のケアの経験がある介護職は限られるため、外部からの支援を得ることは困難であった。本研究に参加した障害者施設は、法人が複数の障害者施設を運営していたため、法人の別の施設から応援を手配していた。しかし、それだけでは人員不足は解消されないため、施設職員は自ら進んで泊まり込み、感染が判明した職員であっても無症状や軽症のうちはそのままレッドゾーンで勤務を続けた例もあった。濃厚接触者や感染者を全員自宅待機とすることは、人員上できない状況であった。

法人の関連施設など他施設から支援に入った介護職はグリーンゾーンに配置されることが多かったが、感染対策を学びたいなどレッドゾーンで働く意思があり、レッドゾーンに配置された介

護職もいた。

施設職員が自ら進んで泊まり込みや連続での勤務をしていたことについて、施設管理者は、施設職員は入所者と家族のような関係を築いており、自分がそばにいないければという責任感や使命感が強いことや、感染した入所者を泊まり込みで世話をしている施設職員や他施設から応援に入った介護職がいる状況で、自分が休みたいとは言えない心理状態だったのではないかと推察していた。

(5) 他施設からの医療職（医師・看護職等）

の受け入れ

障害者施設では看護職の配置は施設全体で1名程度であり、医師も嘱託でよいこととなっている。もともと夜間の医療職の配置はなく、クラスター発生施設では唯一の医療職である看護職が感染し、出勤できなくなる状況もあった。医療施設に比べて、感染対策の知識をもつ職員が圧倒的に少ない状況であった。クラスター感染が発生した場合は、感染拡大を防止するために感染症専門医や感染管理認定看護師など、感染対策の指導を担う人材が派遣された。また、入所者の心の安定のために、できる限り感染者を病院に入院させずに施設で治療や症状観察を継続するためにも、他施設から医療職の派遣を受けた。後者の目的で派遣されたのは、看護管理者、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）隊員、災害支援経験者や災害支援の訓練を受けている者など、医療体制がない施設において医療提供体制をゼロから構築できる人材であった。感染管理認定看護師が感染対策の指導と感染した入所者の医療提供体制の確立の両方を担う例もあった。リーダーシップを発揮できる人材であると同時に、入所者の特性や施設職員の思いを理解し、施設職員の声を聞きながら、現場に合った形で感染対策や医療提供体制を進めることができる人材が派遣されていた。

施設側としては、感染した入所者の急変に備え

て医師に常駐してほしいという要望があったが、医師の常駐は難しく、交代で日中往診する状況であった。その分、看護職が交代で支援に入り、特に最初の数週間は夜勤や宿直体制を組んで、夜間も常駐していた。施設職員の復職や感染した入所者の回復に伴い、徐々に外部から支援に入る看護職の数は減り、日中のみの支援に切り替わった。新規の感染が発生しなくなるまで、1～2 か月は支援が続いた。

(6) 他施設から支援に入った看護職と施設職員の役割分担

レッドゾーンでは、他施設から支援に入った看護職と施設職員とが協力して入所者のケアを行うことになった。

施設職員は、入所者の日常生活の介助や服薬の介助の他、検温や入所者の様子が普段と違わないかの観察を主に担当した。

クラスター感染発生直後に支援に入った感染管理認定看護師など感染管理の知識を持つ専門家は、施設職員に現場の状況やケアの実際を確認しながら感染対策を検討し、施設職員に指導を行った。感染対策の方法がある程度定まっただけからは、感染管理の専門家ではない看護職も交代で支援に入るようになったため、感染管理認定看護師は、他施設から交代で支援に入る看護職に対しても、新型コロナウイルス感染症の病態や治療に関する教育を行い、PPE の着脱手技や施設での感染対策の方法を指導した。

支援に入った看護職は、入所者や職員の健康管理、医療処置の実施（処方、投薬、怪我や褥瘡の処置など）、肺炎が重症化したり脱水症状があるなど危険な状態の患者の発見と病院への搬送の手配、施設職員の精神的支援や相談対応などを担った。介護職員と一緒に入所者のケアを実施しながら、入所者の健康状態を観察したり、施設職員のケアの実際を確認したりもしていた。

施設所属の看護職員は入所者のことやケアの実際をよく知る存在であるため、支援に入った看

護職は施設看護職員と一緒に行動し、緊密に情報交換しながら協力して活動していた。施設の看護職員が感染して出勤できない場合は情報が限られた。

(7) 入所者にとっての日常を保つ努力

レッドゾーンの入所者は、職員が PPE を装着したり、移動を制限されたり、日常のスケジュールが変わったり、職員の配置換えや一部入所者の部屋移動があったりしたことで、通常とは違う状況だと感じ取っていた様子であった。新しい人間関係を構築したり、他者とコミュニケーションをとることが困難な入所者が大半であるため、施設職員は、医療職の活動をサポートしながら、できる限り顔なじみの職員が対応したり、PPE にワッペンをつけたりして、少しでも入所者の気持ちを和らげ、日常の生活を保とうと努力していた。グリーンゾーンの入所者も外出やレクリエーションが中止になったり、部屋の移動や職員の配置換えがあったことで、ストレスがたまり、入所者間のトラブルがみられたとのことだった。そのため、散歩などで気分転換させる努力をしていた。

(8) 施設職員の心身の状態

施設職員は、クラスター感染を起こしてしまったという罪悪感や今後への不安などで強いストレス状態にあり、感染者が次々と判明した時期には夜中に泣きながら連絡してくる職員や、出勤しようとして泣き崩れる職員もいる状況であった。一方で責任感や使命感が強く、「自分たちがいなくなったら誰が入所者のことをみるのか」、「入所者が落ち着いて過ごすために自分たちが側についていなければいけない」と話す職員が多く、感染した職員も寝泊まりしながら、感染した入所者のケアを続けたり、入院する入所者に付き添って同室に入院することを希望したりしていた。PCR 検査陰性の職員も、家族に感染させたくないという思いもあり、泊まり込むことを希望する状況があった。

グリーンゾーンの職員は、レッドゾーンの職員よりも新型コロナウイルス感染症や感染対策に関する知識や情報が少ないためか、感染への不安は強く、レッドゾーンでの勤務を命じられるのではないかと、レッドゾーンに出入りしている他施設からの派遣者から感染するのではないかとといった不安の訴えがきかれたとのことだった。

(9) 施設職員への支援

①施設管理者による心身の状態の確認

施設責任者はレッドゾーンに立ち入れなくても、毎日のようにラウンドし、窓から声をかけたり、職員にアンケートをとるなどして、日々、職員の状況を把握するよう努めていた。メッセージアプリなどのソーシャルネットワークサービスを利用して職員とタイムリーにコミュニケーションをとるようにした施設もあった。

②感染の不安への対応

保健所から職員全員の PCR 検査は難しいと言われた施設もあったが、施設の特性を説明して、早い段階で入所者・職員全員の PCR 検査が実施された施設もあった。また、感染管理認定看護師等の専門家から直接、指導を受け、障害者施設用に修正された感染対策マニュアルの提供も受けて、ケア場面ごとに適切な感染対策を実施するようになったことで、感染に対する過剰な不安は落ち着いたとのことだった。

家族が感染することや家族が差別を受けることを不安視する職員が多かったため、宿泊できるように手配していた。クラスター発生当初は施設内に宿泊したり、車中泊したりする状況であったが、空いている職員寮を提供したり、PCR 陰性が確認された職員はホテルの協力を得て、ホテルに宿泊できるようにしていた。

③人員不足下での休養の確保

クラスター感染が発生して 1 週間は、交代制勤務を組むことができず、施設職員は施設内に泊まり込んで連日働く状況であった。そのため、日中でも休める時は昼寝をするなど横になることを

勧め、休養をとらせるようにしていた。人員が確保され、交代制勤務が組める状況になってからは、職員寮やホテルなどで休ませたり、休日を確保して、他者と接触しなくてすむドライブなどで気分転換を図るようにしていた。施設に泊まり込んでいた職員の中には、支援に入った医療職から自宅に帰った方がよいと助言を受け、感染対策を実施した上で帰宅させたところ、表情がよくなった例もあった。

④外部からの派遣者による心のケア

医療職でない施設職員にとって、医療職が派遣され施設内に常駐していることは、感染した入所者に何かあった時に対応してもらえるとという大きな安心感につながっていた。

外部から支援に入った感染管理認定看護師は、感染対策の指導だけでなく、施設職員への心理的な支援を行う必要性を意識しており、共感的態度で話を聞くことを心がけ、つらい気持ちの表出を促したり、頑張っていることを承認したりしていた。また、施設職員が入所者のことを大切に思う姿勢に敬意をもち、施設職員の気持ちを尊重しながら、一緒に解決策を考えるように心がけていた。

施設管理者が、施設職員の心のケアが必要だと感じて、医療機関に心のケアの専門家の派遣を依頼した例もあった。特にグリーンゾーンの職員の不安が大きかったが、心のケアの専門家から、不安に思うことは異常ではないと伝えられ、希望者には1時間程度の面談が実施されたことで、落ち着きを取り戻したとのことだった。

⑤施設職員が入所者に寄り添える配慮

施設管理者は、行政機関に知的障害者の特性を説明し、PCR検査陽性であっても症状がないうちは施設内で様子をみることを認めてもらっていた。過去に入院中パニックになり、病院職員に噛みついた入所者がいたなど、環境が変わることは入所者にとって負担であり、顔なじみの施設職員がいる施設内で過ごすことが入所者が落ち着いて療養するために重要だと強調していた。また、施設職員は入所者と家族のような関係を築いて

おり、入所者の心が安定している様子を直接確認できることは、職員の安心感にもつながったと述べた。入院治療が必要となった入所者に、感染した職員が同室で付き添えるように配慮してもらった施設管理者は、知的障害者の特性を理解して柔軟に対応してくれた病院の配慮に感謝していた。

⑥法人幹部・施設管理者による労い・感謝と施設職員・入所者が過ごしやすい環境整備

法人を挙げて職員を支える姿勢を示し、法人幹部や施設管理者がレッドゾーンに入れなくても近くまで訪問し、直接あるいはメッセージアプリなどを利用して要望を聞き、速やかに細やかに対応していた。たとえば、部屋を移動してテレビがみられなくなった入所者のためにテレビを購入してもらったり、宿泊する職員のためにインターネット環境を整えたり、希望を聞いて嗜好品を差し入れたり、食事に飽きないよう、定期的にお弁当以外の食事を差し入れるなどしていた。

⑦見通しの共有

施設管理者は、施設職員にとって、いつかは終わるという気持ちを持つこと、いつごろ、どのように感染が収束しそうか見通しを持てることが、心の支えになったと話した。あと数日で収束宣言ができるという段階で、新規の陽性者が見つかることが繰り返し起こると、「心が折れそうになった」とも話した。支援に入った感染管理認定看護師はこのようなことも見通して、あらかじめ施設職員に、ぽつぽつと陽性者の判明が続きながらも確実に収束に向かっていくのだと、見通しを説明していた。小さな成功をともに喜びつつ、クラスターの収束というゴールに向かって進んでいることを、みんなで共有することが大切だったと話した。

また、家族が理解し応援してくれることが、施設職員の心の支えになっていたことも報告された。

⑧風評被害への対応と応援の声の職員との

共有

2020年4月の時点では、国内のクラスター感染の発生事例がまだ少なかったことや、人々の新型コロナウイルス感染症への恐怖心が強かったことがあり、施設は非難を受けた。1日中、苦情の電話がなり、中には謝罪会見を求めたり、周辺の施設から顧客が来なくなったことの補償を求める電話もあったという。かかりつけの病院や診療所から入所者や職員の診察を拒否されたり、新聞配達がとまったり、PCR検査の陰性が確認された施設職員であっても家族が出勤できなくなるなど、入所者や施設職員の生活に支障が生じる状況もあった。隠れて撮影しようとするメディアもあり、施設管理者は自分たちが悪いことをしたかのような扱いを受け、つらい思いをしたと話した。

一方で応援も届き、地域の人々からお菓子やお弁当、マスクなどの差し入れを受けたり、応援メッセージが届いたりして、それらが本当にうれしく、励みになったと話した。給食の委託先が食事の提供を続けてくれたり、複数の医療機関が支援に入ってくれたおかげで、施設機能を維持できたと感謝していた。

障害者施設は感染症に関する知識・情報が不十分であるため、法人内でも別の施設の職員は、近づいたら感染するのではないかと誤解していたり、温度差がある状況であった。

施設管理者は苦情の受け手であり、自治体等への説明を行う責任者でもあった。応援メッセージなど励まされる情報のみ施設職員と共有するなどして、施設職員が傷つくことがないように盾となっていた。施設職員からは後になって「自分たちは守られていた」と感謝の声が聞かれたそうだが、施設管理者は休養をとれない上に高ストレス状態が続いた影響で、口内炎や極度の疲労感など心身の不調があったことが報告された。

⑨特別手当の支給

事後に危険手当を支給したり、宿泊施設の確保を手当とするなど、何らかの形で職員に手当を支給していた。

3) 重要だと考えることと今後の課題

施設管理者は、障害者施設やその入所者の特性を理解した医療支援の必要性を強調した。入所者が不安定になるのを避けるためには、感染しても軽症のうちは施設内で過ごすことが望ましい一方で、障害者施設には医療職が少なく、入所者も自覚症状を訴えられないため、施設内に医療職が常駐して異常時にすぐに対応できる体制や、入院が必要となった時に速やかに搬送できる体制が必要だと認識していた。障害者施設には、診療録に相当するものがなく、各入所者の病歴やアレルギーなどの情報を確認することが難しかったことについて、支援に入った看護師からは、非常時に備えて、各入所者の情報が集約されているツールを作成しておくことが望ましいとコメントがあった。

また平常時から医療施設と連携できる体制を構築し、非常時に備えておくことや、感染対策について定期的に専門家の指導を受け、正しい情報と知識を得る必要性も言及された。支援に入った感染管理認定看護師も、平常時から障害者施設を含めて地域の医療福祉施設を訪問し、各施設の特性を理解したり、感染対策の助言を行ったりする活動が必要だと認識していた。

医療職だけでなく、非常時に外部から介護職の派遣を受ける仕組みづくりの必要性も述べられた。対象となった施設では、職員が使命感や責任感から泊まり込んで連続勤務を行い、また、法人内の他施設から職員を手配することで人員不足を乗り切ったが、施設職員が十分な休養が取れない状況が続き、感染した職員も軽症のうちは仕事を続けざるを得ない状況であった。知的障害者をケアした経験がある介護職を募集する仕組みや、障害者施設間で相互に介護職を派遣するネットワークづくりなど、クラスター感染が発生した障害者施設にできるだけ早いタイミングで介護職を派遣できる仕組みが必要だと認識されていた。

施設管理者には、施設の管理運営に加えて、苦

情への対応や自治体等への説明、他施設との連携・調整など大きな負担がかかっていた。クラスター感染の収束後に蓄積した疲労が出る例もあり、管理者を支援する体制も必要だと言及があった。

D. 考察

本研究により、新型コロナウイルス感染症に関して治療法も予防法も確立していなかった流行初期の段階で感染患者を受け入れた病院や、施設内でクラスター感染が発生した病院及び障害者施設において、看護管理者や施設管理者が、看護職員をどのようにして確保・配置し、職員を支援しながら組織を運営したか、対応の実際を明らかにすることができた。本研究の参加施設が共通して実施していた内容、あるいは、参加者が共通して言及していた課題は、新興感染症の流行初期の段階で、感染患者等をケアする看護職員を確保し、職員の心身の健康を守りながら自施設の機能を維持するために有用なマネジメント方策を示唆すると考えられる。看護管理者や外部からの支援者は各種ガイドラインを参照しながら対応を進めていたため、本研究で示された方策は従来のガイドラインで示されている内容と重なる部分も含まれる。しかし、本研究は複数の事例を用いて看護職員の確保と支援の実際の進め方や内容がある程度の具体性をもって統合して示すことができた点で特徴的である。本研究で明らかになった知見は、これから新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを開始する病院、新型コロナウイルスのクラスター感染の発生に備える病院や障害者施設に有用であり、また、将来の新興感染症流行への備えを検討する際にも役立つと考えられる。

D-1. 災害対応の一つとして新興感染症に対応する体制づくりと備え

本研究の参加施設に多く見られたこととして、災害時に準じた体制を構築して、病院が丸とな

って感染患者の受け入れや、クラスター感染の収束に向けて取り組んでいたことが挙げられる。新興感染症を地震や水害、火災等とならぶ災害の一つとして捉え、事前に備えておくこと、そして、発生時は速やかに非常時の体制に切り替えることが、医療施設や障害者施設が効果的に新興感染症の患者に対処するために有効だと考えられる。

本研究の参加施設が行っていた対応から、非常時の体制や備えとして含むべき内容には以下の項目が考えられる。

1) 対策本部の設置と多職種による課題検討

各部門・各部署の責任者が集まり、情報を共有し、意思決定する場が必要であった。病院として迅速かつ効果的に対応するためには、対策本部を情報伝達場で終わらせず、各部署の状況や課題を共有し、多職種で課題解決の方策を検討し、決定することが重要だと考えられた。看護管理者は対策本部の一員として、積極的な情報共有や意思決定に関わることが望まれる。会議の頻度は状況によるが、落ち着くまでは短時間でも毎日会議を持つことが望ましいと考えられる。

2) 診療等の縮小の決定と周知

新興感染症の流行初期の段階で感染患者の受け入れを決定した場合、あるいは、クラスター感染が発生した場合は、災害時と同じように診療を縮小して、対応する人員を集める必要があった。クラスター感染の場合は準備時間を持っていないため、事前に段階的な診療の縮小範囲を検討しておくことが望ましい。障害者施設においても、活動の縮小範囲を検討しておくことが望ましいと思われる。

また、職員間の齟齬やトラブルを回避するために、各時点での縮小範囲を職員が共通認識できるよう、周知することも必要だと考えられる。

3) 職員との情報伝達・情報共有の仕組み

参加者が共通して指摘していたように、職員は

さまざまなメディアからも情報を得るため、自施設から方針や状況などの情報をタイムリーに各職員に伝えることが重要であった。また、各部署の状況や職員の状況や困りごとを施設が把握するための仕組みも必要であった。

病院の場合、対策本部とは別に看護管理者が対面やオンラインで集まって情報を共有し、そこで病院の方針を伝達したり、各部署の状況を共有して、部署間で調整できる点は調整することが有効であった。看護師長は、対策本部あるいは看護部の会議で得た病院の状況や方針などの情報を自部署の看護職員に伝達する役割と、自部署の状況を対策本部あるいは看護部の会議に報告し、必要な調整を図る役割を担うことになる。

感染対策マニュアルや入院・退院対応などのオペレーションは頻回に更新することになるため、参加施設の多くで実施されていたように、会議を通じての情報伝達とは別に、メール等で更新を伝達し、最新版を閲覧できる場所や方法（イントラネットを含む）を定めておくことも必要である。

病院の各部署や障害者施設などでは、部署内のちょっとした出来事や情報の共有が役立ったり、チームの連帯感を高めたりしたとの報告があり、このような情報共有にはソーシャルネットワークサービスの利用も有効だと考えられる。

4) 各部署でのケアの優先順位やゾーニングの検討

感染患者を受け入れる時も、クラスター感染が発生した時も、感染患者を受け入れる部署だけでなく、各部署は通常よりも少ない人員、あるいは、経験が浅い人員でケアを提供する必要があった。看護職員も介護職員もいつものケアを提供しなくてはいけないという気持ちがあるため、個々の職員にケアを選択して実施させることは、負担が大きい。各部署で事前に、自部署のケアの優先順位を検討しておくこと、非常時には看護管理者がその時の人員の状況と業務量をみながら、どこまでの範囲のケアを継続するかを指示することが

有効だと考えられた。また、各部署で看護職員が担っている業務のうち、非常時にどの業務は他職種に依頼できるか、どの業務は看護職員が担うべきかを検討しておくことも、看護職員が不足したときにも部署の機能を維持するために有用だと考えられた。

上記は、広く災害に共通する備えであるが、新興感染症流行への備えとしては、各部署でゾーニングの計画を立てておくことが考えられる。新興感染症流行時は、自部署でいつクラスター感染が発生するかわからない。クラスター感染発生施設では、短時間のうちにゾーニングを行い、患者を移動させる必要があるため、あらかじめ、自部署のゾーニングについて、感染管理認定看護師等と相談しながら計画を立てたり、シミュレーションを実施するなどの備えが重要だと考えられた。

5) 非常時の人的資源の活用に関する共通理解

新興感染症の感染患者の受け入れやクラスター感染が発生した際は、感染対策の実施など通常よりも多くの業務（デマンド）が発生する。特に看護職員は患者へのケアだけでなく、清掃や買物の代行、入院案内など、さまざまな周辺業務を担うことになりがちである。医療機能を維持するためには、限られた看護職員を看護職が担うべきケアに集中させる必要があり、地震や水害等の災害時と同様に、各職種が通常の業務範囲を越えて担える業務を担うという意識と協力体制が必要となる。非常時には、前述したような、診療等の縮小や各部署での優先順位によるケアの範囲の決定といった、仕事上の要求（デマンド）を縮減する方法での解決策も必要だが、並行して、病院の全職員が通常の業務範囲を超えて業務を担うことを共通理解することが必要である。また、業務委託先にあらかじめ、感染患者受け入れ時やクラスター感染発生時も引き続き対応してもらえよう話し合い、契約を見直したり、感染対策の教育をしておくことも重要だと考えられる。

ただし、本来の職種の役割を超えた支援は非常

時としての体制であり、長期化しそうな場合は、新規雇用や紹介予定派遣の受け入れ、業務委託の見直しなどにより、新たな資源を確保することも重要な選択肢となる。

6) 感染患者等のケアに従事できる人員の把握
地震などの災害時に参集できる人員を見積もっておくように、新興感染症流行時に感染患者等へのケアに従事できる看護職員が各部署にどの程度いるのかを把握しておくことも重要だと考えられた。本研究の参加病院に共通していた選定基準、すなわち、感染対策技術を習得していること、基本的な看護実践能力を有すること、感染したときのリスクが低いこと（基礎疾患がない、妊娠していない、高齢者と同居していない、など）、本人が感染患者等のケアに従事する意思があること、感染患者等のケアに従事することを家族が反対しないこと、などが確認事項になると考えられる。

実際に専用病棟に配置する際は、その時点でもう一度意思確認をして、条件を満たしているかを確認する必要があるが、クラスター感染発生時は迅速に選定する必要があるため、事前に作成した候補者リストがあると、手がかりとして役立つと考えられる。看護職員にとっても心の準備をする時間、自分の意思を確認する時間、家族と話し合う時間をもつことができると考えられる。事前にこのような内容を考えたり、家族と話すことは負担ではあるが、突然、心を整理できないまま感染患者等へのケアに従事させることで看護職員が傷ついたり、施設に不信感を抱く例が報告されており、将来的に看護職員を失うことを回避できると考えられる。

また、十分数の候補者を確保するためには、PPE の着脱など感染対策技術を定期的に教育することも必要であり、災害対策訓練の一環として毎年研修を組むことも有効だと考えられる。

D-2. 職員の心身の健康と安全を守る宣言と

活動

本研究に参加した施設の多くに共通していたのは、施設を挙げて看護職員や施設職員を守ることを宣言し、目に見える形で人的・物的支援を投入していたことがあった。また、少数ではあったが長期休職や離職に至った看護職員がいたことから、休養や気分転換の必要性や傷ついている職員をさらに傷つけない配慮が必要であることも報告された。職員が心身の健康を保ちながら仕事を続けるために、以下のような対策が必要だと考えられる。

1) 本人の意思を尊重した配置

感染患者等のケアに従事する部署に配置する際は、本人の意思を確認する必要がある。また、配置した後も繰り返し意思を確認する必要がある。必要な人員を確保する必要があるが、納得できないまま配置することは、看護職員が体調を崩したり、施設に不信感を持つことにつながるため、意思を確認した上での配置が重要である。

2) 感染症に関する知識の提供と感染対策の徹底

看護職員は自分が感染するのではないかという不安や、自分を介して家族を感染させるのではないかという不安を感じており、このことが感染患者等へのケアに従事する意思に影響していた。そのため、本研究の参加施設が行っていたように、施設があらゆる人的・物的資源を投入して、職員を感染から守ることが重要である。たとえば、PPE の調達、ゾーニングの徹底、必要な施設改修の実施、最新の情報に基づく感染対策の更新、感染管理の専門家によるリスクの高いケア場面の同定と対策の検討、感染管理の専門家による職員への教育・指導と相談対応、十分な人員の配置による休憩時間・休日の確保、定期的な検査（PCR 検査等）の実施などを行う必要がある。

また、各対策の根拠を理解したり、適切に症状を観察したり、正しく怖がることができるように

なるためにも、感染症やウイルスに関する情報・知識を提供することも有効だと考えられる。

新興感染症流行時の医療従事者の働く意思について、32の研究論文をレビューした結果では、PPEの確保や感染症に対する教育・研修の他、治療薬やワクチン接種が医療従事者とその家族に優先して提供されることが働く意思と関連することが報告されており（Devnani, 2012）、徹底的で、かつ、現場に合ったきめ細やかな感染対策で職員とその家族を感染から守ることが、職員の確保に不可欠だと考えられる。本研究でインタビューを行ったのは、ワクチン接種開始前であったが、ワクチンの速やかな提供や感染した場合の治療体制の整備も重要になると思われる。

3) 身体症状のフォローアップと速やかな対応

本研究の参加者が指摘していたように、チェックリスト等を利用して身体症状をフォローアップする他、気になる症状を速やかに相談できるよう、管理者と気軽にコミュニケーションがとれる環境をつくり、身体症状に不安があるときは、すぐに休ませたり、診察や検査を受けたりできる体制が必要だと考えられる。

4) 心の状態の確認と思いを表出する場づくり

新興感染症の患者を受け入れる際や、クラスター感染が発生した際は、看護職員は自らが感染する不安、家族や患者に感染させる不安、PPEを着用して働くことの負担、慣れないメンバーで慣れない業務を行う負担、患者にいつものケアを提供できないつらさ、他部署との温度差や差別、家族への風評被害など、さまざまなストレスを受けることになる。これらのストレスの多くは、感染患者等のケアに従事しない職員も同じように経験しており、むしろ、不安は強いことも指摘された。

そのため、看護管理者は、感染患者等のケアに従事しているか否かに関わらず、職員の心の状態に気を配り、頻回に声をかけたり、話を聞いて、支援が必要でないか確認する必要がある。ストレ

スチェックや、抑うつ、不安、不眠、バーンアウトの状態を評価する尺度を用いて、心の状態を評価し、管理者が職員の状態やハイリスク者を把握できるようにすること、職員が自分の状態を理解できるようにすることも有効だと考えられる。

そのうえで、本研究の参加施設が実施していたように、不安やストレスを当然のこととして認め、思いを表出できる場を提供することが有効だと考えられる。可能であれば、心理の専門家の支援を得ながら、専門家による個別の面接を全員に、あるいは希望者やハイリスク者に実施すること、各部署で職員が集まって思いを表出し共有する機会をつくること、管理者が集まって自部署の状況や自分の思いを打ち明け共有しあう場をつくること、ソーシャルネットワークサービスなどを利用して部署内でちょっとした思いや情報を共有し合えるようにすること、などの方法を組み合わせることで実施することができると思われる。

5) 働く環境の改善と報酬の支給

本研究の参加施設は、職員の声を聞きながら、細やかに要望に対応して、職場環境を整えたり、差し入れをしていた。新興感染症対応時は、平常時よりも職員への心身の負荷が増えているため、仕事上の負担が少しでも軽くなるような物品等の購入や勤務・休憩の組み方など、職員の声を拾いながら働く環境を改善することが重要だと考えられた。また、負担に対する報酬として、事後でもよいので手当を支給したり、仕事の途中でも細やかに食事や嗜好品などの差し入れを行うことも重要だと考えられる。

6) 多方面からの理解・感謝と応援が得られる環境づくり

本研究の参加者は、病院・施設の幹部や看護部長が現場を訪問し、職員に声をかけて、直接労うことの重要性を強調していた。また、院内で、感染患者等に関わる部署・職種・職員と、感染患者等に直接かかわらない部署・職種・職員とで温度

差が生じるため、互いに負担や不安を理解し、感謝を伝えあうことの重要性についても指摘された。施設内で、それぞれの負担や頑張りを共有し、互いに理解し合い、感謝を伝え合うようにすることが重要だと思われる。そのために、まずは看護管理者が相互理解し、応援し合う体制をつくったり、施設内で感謝を伝え合う掲示板などをつくったりすることが有効だと考えられる。

また、本研究の参加者からは、家族の反対がないことを専用病棟に配置する条件としていたり、家族の応援が職員の支えになっていたことが報告された。職員が安定した心理状態で働くためには、家族宛に、あるいは職員を通じて家族に情報提供を行い、家族が職員を応援できる状態にすることも重要だと考えられる。

クラスター感染が発生した病院や障害者施設では、苦情も受けたが、地域からの応援も届いたことが職員の支えになったと報告された。地域やさまざまな団体からの応援のメッセージを受け取り、職員と共有することも大切だと思われる。

7) 差別的発言・風評被害を防ぐメッセージの発信

本研究の結果、同じ施設や同じ法人の職員であっても、感染患者等に接しない部署の職員は、感染への不安から、感染患者等に対応している職員を避けようとすることが報告された。また、本研究では、他部署の職員の差別的な発言や感染した職員を責めるような発言により、看護職員が深く傷ついた事例が報告された。生活上の注意点など予防策の遵守を強調することが、感染した職員を責めたり、感染患者等をケアする職員を避ける行動につながる可能性を考慮し、管理者はあらかじめ、科学的根拠のない差別的な発言は許さないこと、予防の努力をしても職員や患者に感染者が発生することは完全には回避できないこと、感染を単発に抑えて大規模クラスターにつなげないことが重要であることを、職員に周知する必要があると思われる。そのうえで、差別的発言を聞

いた場合には、速やかに注意し許さない姿勢をみせることと、根本にある誤解を解くこと（例えば感染の機序や感染対策に関する知識の提供など）が重要だと思われる。

また、感染患者受け入れ病院、クラスター発生病院のいずれでも、職員やその家族が地域で差別を受ける経験をしていた。本研究の参加者が行っていたように、職員が受けた差別を施設として把握すること、施設としての立場や考え、感染対策の状況などを説明したり理解と協力を依頼するメッセージを内外に発信すること、場合によっては自治体やさまざまな団体と協力しながら、解決に向けて行動することなどが望まれる。

8) 見通しの共有

本研究の参加者が共通して述べていたことに、特にクラスター感染が発生した施設においては、収束までのプロセスと見通しが示され、苦しい現在の状況がずっと続くわけではなく、終わりが来ると認識できることが、管理者や職員の心の支えとなっていた。感染は散発的に続くため、感染者が判明する都度絶望することがないように、うまくいかない場合も含めて全体としての経過の見通しを感染管理の専門家の助言を受けながら描き、職員に伝えて、収束に向けて進んでいることを感じられるようにすることが重要だと考えられる。

D-3. 管理者に求められる力

本研究の参加者が管理者として重要であったこととして語ったことや課題として語った内容から、管理者に必要な力について示唆が得られた。

1) 答えがわからない状況で前を向いて模索し選択し続ける力

本研究に参加した管理者は、経験したことがなく、何が正解かがわからない状況の中で、迅速に判断しリーダーシップをとる必要があった。何人かの管理者が共通して語ったように、情報を求め

ながら、正解かどうかはわからなくてもその時点でこれが最善だと思うことを選択し、部下や他部門にそのことを説明し協力を得る力や、人々に意見を求めて、ともに課題とその対処方法を探す力、さまざまな意見が出る中で方向性を見失わず、自分の考えを説明できる力が重要だと考えられる。

2) 協力・支援・情報を求める力

参加者からは、院内の他部門や関連施設、地域の医療施設、その他の団体（自治体、保健所、看護協会、その他のネットワーク）にもっと協力や支援を求めればよかったとの声や、都道府県看護協会に支援を求め、災害支援ナースを派遣してもらえて助かったといった声が聞かれた。管理者には、院内外のさまざまな組織について、どこからどのような協力を得ることが可能かを考え、積極的に協力・支援を求めていく力が必要だと考えられる。

感染管理認定看護師が現場で感染対策を指導・助言することは、感染拡大防止だけでなく、看護職員への心理的支援としても重要であった。しかし、クラスター発生病院では様々な業務が感染管理認定看護師に集中するため、現場での活動ができない事例も散見された。看護管理者は、感染管理認定看護師が現場での活動に集中できるよう、感染管理認定看護師をサポートする人員を配置したり、データの管理や保健所等との連絡窓口など事務的業務を他の職種に依頼することが求められる。

クラスター感染発生時は、管理者も大きな責任と膨大な業務を抱える状況になるため、自分自身の健康を守って、自分の役割を十分に果たすためにも、自分自身のための協力・支援を得ることも重要だと考えられる。

また、多くの看護管理者は、厚生労働省や日本看護協会等が提供していた情報やガイドラインを参照していなかった。看護管理者の情報を得る力を高める必要があり、どこで必要な情報が得られるかを周知することや、活用しやすい形での情

報発信、情報交換や相談ができる管理者のネットワークの構築などが必要だと考えられる。

D-4. 他施設からの支援者に求められる力

1) 施設の関係者と方向性と課題を共有しながら現場に合った対応を模索し続ける力

クラスター感染発生施設に他施設から支援に入った感染管理認定看護師は、正解がわからない状況でも、最新の情報を入手し、職員と対話しながら、現場に合った対応を模索する力や、その施設の管理者や職員、場合によっては法人や行政などの関係者と一緒に、めざす方向性とゴール、課題を共有する力が必要だったと語った。管理者と同じように、模索し続ける力が必要だと思われる。

2) 現場を理解しようとし、現場に合った支援を提供し、職員に敬意を持ち承認する力

クラスター感染が発生した病院や障害者施設は、看護職員・介護職員が急激に不足するため、他施設からの看護職の支援が不可欠である。感染対策を指導できる感染管理認定看護師など感染対策の専門的知識・技術を有する者や、初めての場所で看護ケアの担い手として活動できる看護実践能力の高い看護職や災害支援の経験がある看護職が適していると考えられるが、単に感染対策の指導や看護ケアの提供ができるだけでは、必ずしも支援を受ける施設の職員の力になれないことが明らかになった。クラスター感染が発生した病院や施設の職員は、自分たちの感染対策に問題があったのではないかと自責の念をいだいていたり、配置転換により慣れない環境で通常以上の負荷がかかった状況で働いており、他施設からの支援者の言葉によって傷ついたり、負担に思うこともあることがわかった。他施設からの支援者には、その施設で行われているケアを理解しようとし、職員の声を聞きながら、現場に合った感染対策やケアを提案し実施できる力や、その施設の職員の心理状態や置かれている状況を理解し、敬

意をもって接し、労い、承認する姿勢が求められるといえる。

D-5. 地域のネットワークの構築・強化

本研究は自組織をどのように運営したかを明らかにすることが目的であったが、今後の課題を尋ねたところ、複数の参加者から、施設を超えたネットワークを構築する必要性について言及があった。

1) 地域における感染対策の知識の普及・啓発活動

クラスター感染発生施設では、厚生労働省クラスター対策班など感染管理の専門家が派遣され、現場に合った感染対策の指導を受けたことが非常に役に立ったと評価しており、日頃から、感染管理の専門家の指導を受けたり、職員が感染対策に関する知識や技術を学ぶことの必要性が指摘された。また、支援に入った感染管理認定看護師からも、日頃から、地域のさまざまな医療福祉施設を訪問して、感染対策の知識の普及・啓発活動を行うことの重要性が指摘された。2017年の調査で、半数以上の都道府県や指定都市で、大学病院や保健所、県・市などが主体となって感染対策の地域ネットワークが構築されており（田辺、2018）、診療報酬上の加算でも2019年度は感染防止対策加算1届出医療機関は1300施設を超え、感染防止対策加算2届出医療機関は2700施設を超えるなど（厚生労働省、2020）、医療機関の連携は進んでいるが、さらに福祉施設を含めた連携や活動が期待される。

また、清掃や霊安室の管理など業務委託先が撤退した事例が多く報告されたが、病院や障害者施設の業務委託先に感染対策の教育を行える体制づくりも必要だと考えられる。

2) 非常時に地域の医療施設間の情報共有と連携を図る体制

重症患者・中等症患者の受け入れ施設からは、

感染患者が増えている時期には、地域において各施設の受け入れ状況を共有し、各施設の役割分担を明確にして、患者の搬送や転院を指揮する体制が必要だという指摘があった。参加施設の中には、保健所がリーダーシップをとって、医療施設の情報共有と連携を図っていた地域もあった。どのような体制が望ましいのかは、別に検証が必要だと思われる。

3) クラスター感染発生施設へ人員を派遣する仕組みの構築

看護職員数が限られる小規模の病院や、障害者施設でクラスター感染が発生した場合、ケアを継続するために必要な人員を施設内で確保することが非常に困難になる。交代制勤務を組むことが困難になると、連続勤務や長時間勤務、感染した職員の勤務も必要となってしまうため、早いタイミングで外部から看護職や介護職を派遣できる仕組みが必要である。特に、新型コロナウイルス感染症専用病棟などレッドゾーンで働くことができる人材の派遣があると、他部署からの配置転換をその分減らすことができ、施設全体のケアの質の維持に大きな力となった。

看護職の場合、看護協会等を通じて派遣を受けたり、民間の職業紹介を利用して専用病棟で働く看護職を確保した例が報告されたが、介護職については、法人内の他施設からの応援はあったが、少なくとも本研究の参加施設は外部からの派遣は受けていなかった。入所者が新しい人間関係を構築することが苦手であるため、外部からの派遣を積極的には求めなかったこともあるが、施設職員が責任感から過重な負荷を負いながら働く状況があった。いざというときに外部から支援ができるよう、障害者施設間で相互に支援するネットワークを構築することや、近隣の医療施設と関係を構築し、知的障害者のケアを見学したり学んだりした看護職を増やしておくことも有用だと思われる。

D-6. 本研究の限界

本研究がインタビューを実施したのは、わが国で第2波〔全国の新規感染者数（7日間平均）のピーク：2020年8月9日1372人〕と第3波〔全国の新規感染者数（7日間平均）のピーク：2021年1月11日6347人〕の間にあたる、2020年9月から12月であり、中でも感染患者受け入れ病院へのインタビューは9月下旬から11月上旬であったことに注意が必要である。この時期は、全国の新規感染者数（7日間平均）が500人未満から1000人程度へと漸増していたものの、医療体制の逼迫は深刻ではなく、また、感染患者の受け入れを開始してから半年から9か月程度の時期であった。第2波にどのように対応したかはインタビューしたが、その4倍以上の新規感染が確認された第3波、第4波〔新規感染者数（7日間平均）のピーク：2021年5月3日5389人（2021年5月12日現在）〕にどのように対応したかは聴取できていない。また、1年以上の長期にわたって感染患者への対応が求められた経験は聴取できていない。本研究によって、新興感染症流行初期の段階での看護職員の確保や支援に関するマネジメント方策の示唆は得られたが、本研究の結果が、深刻な医療体制の逼迫に直面した段階や、1年以上の長期に及ぶ感染患者への対応が求められる段階でそのまま適用できるかは不明である。

また、本研究の主な参加者は、病院の看護管理者と障害者施設の管理者であり、看護職員や施設職員の確保や配置、支援についてインタビューを行った。そのため、自施設内でのマネジメント方策に関する知見は得ることができたが、患者の受け入れに関する地域連携や広域連携などの施設を超えたマネジメント方策については、本研究では明らかにできなかった。具体的な感染対策も本研究では扱わなかった。これらについては、別の研究において検証される必要がある。

本研究は、機縁法や報道情報により候補施設を探したこと、研究の主旨の説明を受けて研究参加に同意した者が参加したことから、必ずしも、感

染患者受け入れ病院やクラスター感染発生施設の代表的な事例とは限らない。困難はあったが乗り越えることができ、成功事例として語ることができる参加者が多く含まれている可能性がある。このサンプリング方法は、マネジメント方策の知見を得るという本研究の目的には合っているが、感染患者受け入れ病院や、クラスター感染が発生した病院や障害者施設で働く看護職員・施設職員の労働環境の実態を反映するものではないことに注意が必要である。

E. 結論

新型コロナウイルス感染症の流行初期の段階で感染患者を受け入れた病院や、施設内でクラスター感染が発生した病院及び障害者施設の看護管理者、施設管理者、派遣された看護師にインタビューを行い、新興感染症流行時に感染患者等をケアする看護職員を確保し、職員の心身の健康を守りながら、他の患者・入所者へのケアの継続を含めて自施設の機能を維持するためのマネジメント方策として、「災害として新興感染症に対応する体制づくりと備え」及び「職員の心身の健康と安全を守る宣言と活動」が重要であることが明らかになった。また、管理者や外部からの支援者に求められる力や地域のネットワークの構築・強化の必要性も明らかになった。従来のガイドラインと重なる部分もあるが、複数の事例を用いて看護職員の確保と支援の実際の進め方や内容をある程度の具体性をもって統合して示すことができ、これから新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを開始する病院やクラスター感染の発生に備える病院・障害者施設に有用な知見を得ることができた。

F. 健康危険情報

なし

G. 論文発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

I. 引用文献

Cai, H. et al. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China, *Med Sci Monit*, 26: e924171.

Devnani, M. (2012). Factors Associated with the Willingness of Health Care Personnel to Work During an Influenza Public Health Emergency: An Integrative Review. *Prehospital and Disaster Medicine*. doi:10.1017/S1049023X12001331

厚生労働省. (2021). 新型コロナウイルス感染症について オープンデータ.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>

厚生労働省. (2020). 中央社会保険医療協議会総会（第 466 回, 2020 年 9 月 16 日）資料. 総-7-1. 主な施設基準の届出状況等.
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00081.html

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部. (2021). 「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き・第 4.2 版」の周知について（事務連絡, 令和 3 年 2 月 19 日）.
https://www.kyoto.med.or.jp/covid19/pdf/2020ken2_517.pdf

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (last reviewed on July 26, 2018), NIAID, Emerging infectious diseases/pathogens.
<https://www.niaid.nih.gov/research/emerging-infectious-diseases-pathogens>

日本看護協会. (2020a). 看護管理者の皆さまへ—新型コロナウイルス感染症への対応—ver. 3.
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/kangokanri/pdf/nursing_manager_for_covid_19_ver3.pdf

日本看護協会. (2020b). 新型コロナウイルス感染症感染予防・管理のための活用ツール 中小規模病院用.
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/document/pdf/tool_hospitals.pdf

日本看護協会. (2020c). 新型コロナウイルス感染症感染予防・管理のための活用ツール これ医者福祉施設用.
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/document/pdf/tool_elderly.pdf

日本赤十字社 (2020a). 新型コロナウイルス感染症対応に従事されている方のこころの健康を維持するために.
https://www.jrc.or.jp/saigai/news/200330_006139.html

日本赤十字社. (2020b). 新型コロナウイルス感染症対応に従事されている方のこころの健康を維持するために Vol.2.
https://www.jrc.or.jp/saigai/news/200911_006383.html

日本精神保健看護学会. (2020). COVID-19 の対応に従事する医療者を組織外から支援する人のための相談支援ガイドライン.
<https://www.japmhn.jp/doc/remotePFAguide.pdf>

Pappa, S. et al. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis, *Brain, Behavior, and Immunity* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.033>

高野聡. (2021). 「医療崩壊」の大阪で聞いた、看護師不足もたらす三つの要因. 毎日新聞. 2021 年 5 月 6 日. 電子版 URL

<https://mainichi.jp/articles/20210505/k00/00m/040/056000c>

田辺正樹. (2018). 感染症対策の地域ネットワークに関するアンケート調査結果報告書.

https://www.mie-icnet.org/wp-content/uploads/2017/08/infection_network_result.pdf

World Health Organization. (1997). Emerging Infectious Diseases.

<https://www.who.int/docstore/world-health-day/en/documents1997/whd01.pdf>

J. 図表

看護職の確保と配置（体制構築フェーズ）

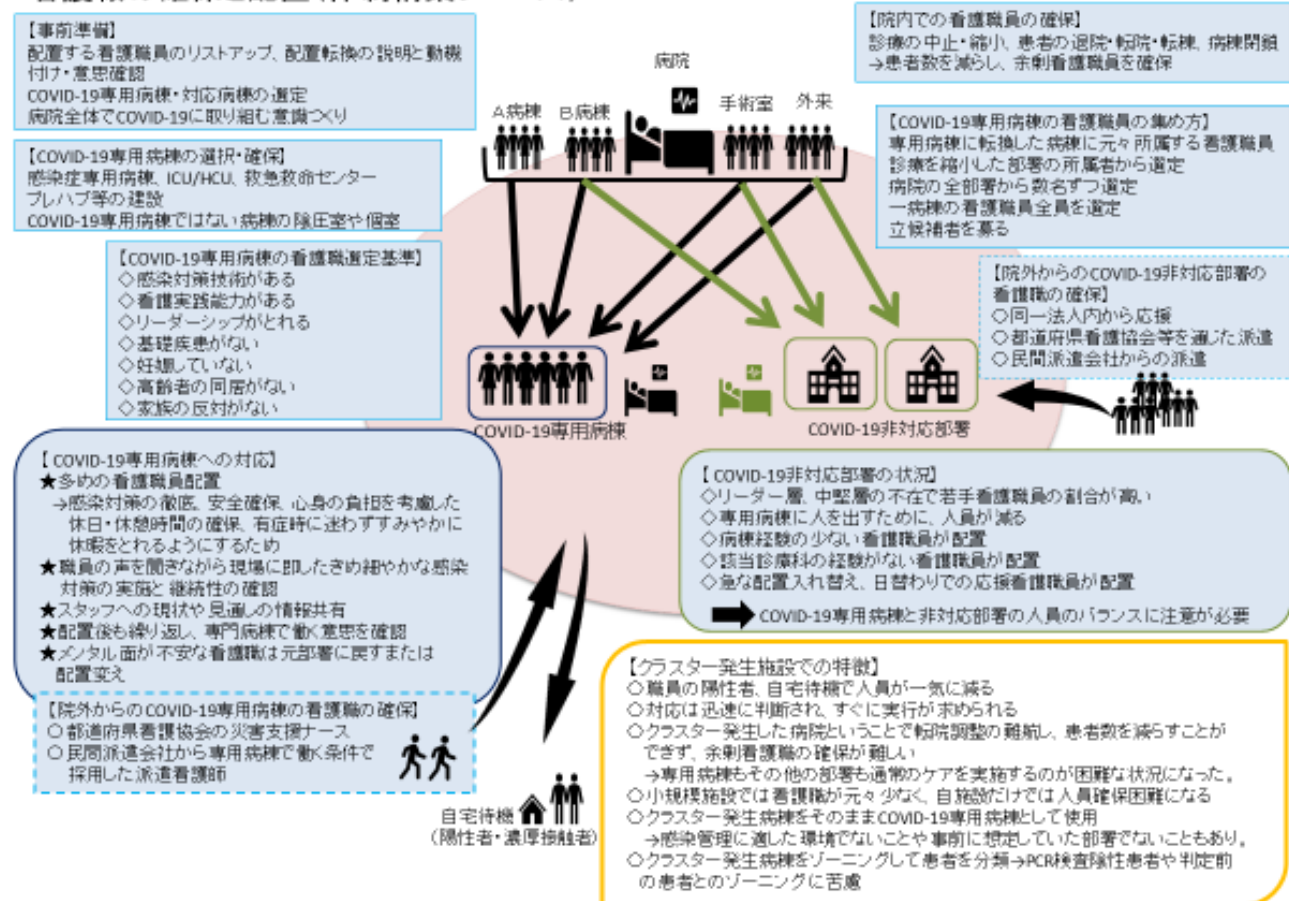


図 1.

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者を受け入れた病院及びクラスター感染が発生した病院における看護職の確保と配置

看護職員への支援(組織運営フェーズ)

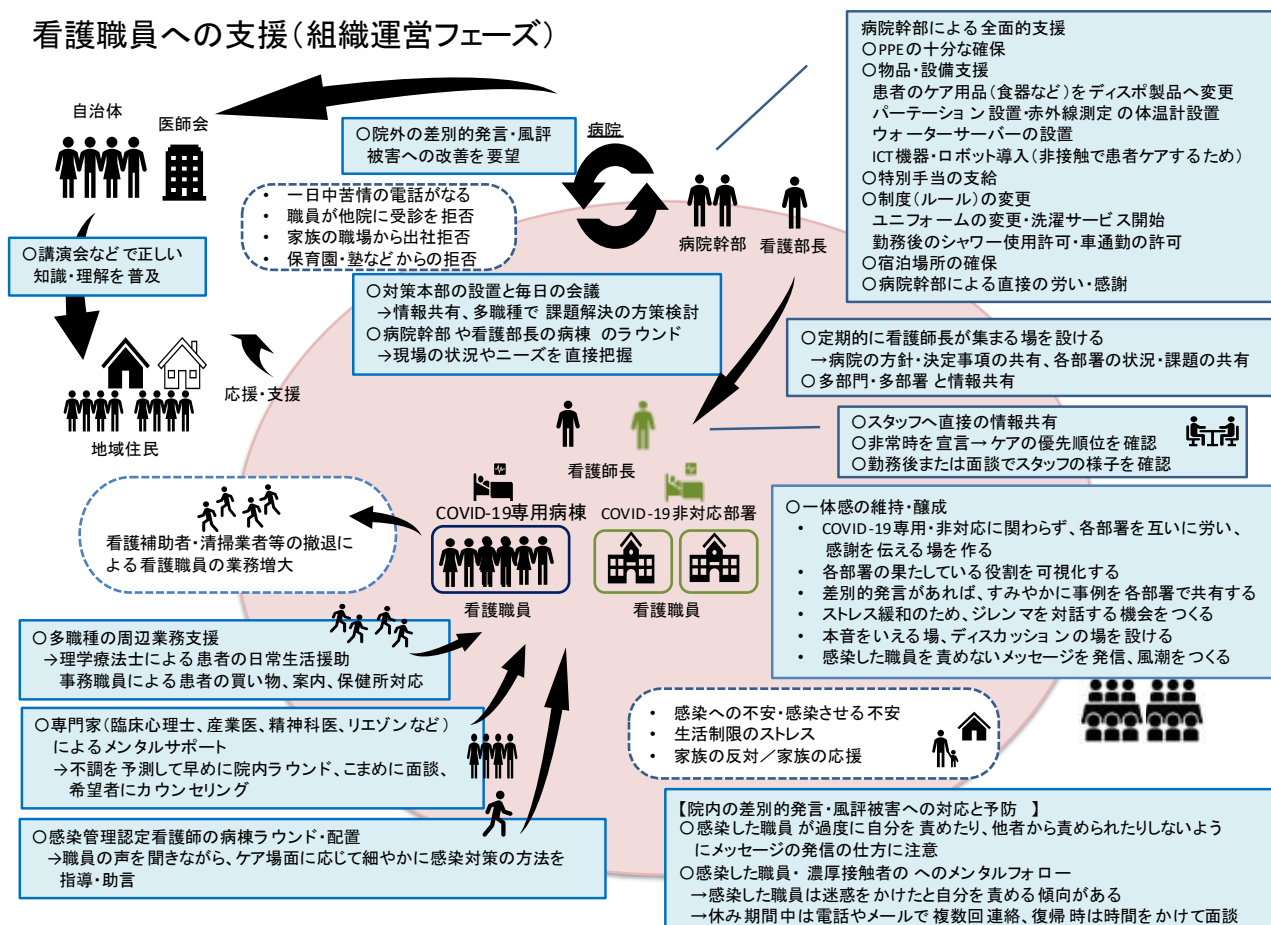


図 2.

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 患者を受け入れた病院及びクラスター感染が発生した病院における看護職員への支援

表 1. 参加施設（病院）の特性

施設	病床数	設置主体	ICU
重症患者受け入れ病院	300 床台	社会福祉法人	有
	300 床台	社会医療法人	有
	500 床台	学校法人	有
	500 床台	日本赤十字社	有
	600 床台	日本赤十字社	有
	1000 床以上	学校法人	有
中等症患者受け入れ病院	300 床台	自治体	無
	400 床台	社会保険関係団体（健康保険組合・共済組合を含む）	有
	300 床台	自治体	無
クラスター感染発生病院	100 床台	医療法人	無
	200 床台	社会福祉法人	無
	200 床台	医療法人	無
	300 床台	公益法人	有
	500 床台	自治体	有
	700 床以上	自治体	有

表 2. 参加施設（障害者施設）の特性

施設区分	定員	設置主体	入所者の主な障害	通所	看護職の配置
障害者支援施設	50 人台	社会福祉法人	知的障害	有	常勤 1
	60 人台	社会福祉法人	知的障害	無	非常勤 1
	70 人台	自治体	知的障害	有	常勤 1

Ⅱ. 分担研究報告書

Ⅱ-2. 宿泊療養施設調査

研究代表者 武村 雪絵（東京大学大学院医学系研究科准教授）

研究目的

本研究は、2020年の新型コロナウイルス感染症軽症者等のための宿泊療養施設の開設時に、看護職の確保、看護職の組織化と看護提供体制の確立、看護職の心身の健康管理と支援といった、看護職のマネジメントがどのように行われたかを明らかにすることを目的とした。新興感染症流行時に医療提供体制維持のための施策として宿泊療養施設を開設する場合の看護職の確保とマネジメントの方法に関する知見が得られると期待される。

研究方法

半構造化面接を用いた質的研究を行った。機縁法により、2020年4月に新型コロナウイルス感染症感染者用の宿泊療養施設を開設した自治体で、宿泊療養施設で働く看護職の確保あるいは業務調整等に携わった看護職に研究協力を依頼した。研究参加に同意した対象者に、2020年8月下旬～10月にオンラインでインタビューを実施した。逐語録を作成し、インタビューごとに看護職の確保、看護職の組織化と看護提供体制の構築、看護職の主な業務、心身の健康状態の把握と対応の実際や課題について要約を作成した後、研究者複数名で議論しながら共通点を抽出し整理した。

結果と考察

研究参加者は4自治体で宿泊療養施設の管理的立場を担った5名（看護職4名、保健師1名）で、面接時間は平均62.5分であった。所属は自治体2名、都道府県看護協会2名であった。

自治体職員、都道府県看護協会、医師会、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）、地域の感染対策ネットワークのメンバーなどで構成される対策本部が設置され、宿泊療養施設の初期の設営には、感染管理の専門家（感染管理認定看護師や感染症専門医など）が入り、ゾーニングや動線、感染対策等が検討された。

対策本部で全体を総括する者とは別に、現場の管理監督を担う立場の者が置かれ、自治体によって保健師あるいは看護管理経験者（以下、管理経験者）が現場の管理監督者となった。感染管理認定看護師が管理監督者になった例もあった。管理監督者は、対策本部との連携、実務レベルの感染対策・業務マニュアルの作成と見直し、配置された看護職へのオリエンテーションや指導、入所者数に合わせた看護職配置の調整や看護職の業務分担、看護職の健康管理や相談への対応、多職種（自治体の事務職員、保健師、医師、薬剤師、ホテル職員）や関連機関（救急搬送を担当する消防署、搬送先となる医療施設）との連携・調整など、看護職の組織化と看護提供体制の構築を担った。

宿泊療養施設の看護職の主な業務は、入所者の健康観察と記録、医師と連携しながら急変対応と病院への搬送の判断、入所者の精神面への対応、入所者の苦情や不満、不適切行動への対応、薬の手配

等であり、初期はPCR検査の介助も担った。

宿泊療養施設の看護職の確保は、就労中の看護職の派遣と潜在看護職等の採用の2通りあり、これらを組み合わせて確保していた。前者には自治体等から派遣された保健師、病院から派遣された看護師、大学教員の派遣等が含まれ、後者には知人を介した募集や、都道府県看護協会やナースセンターによる募集、民間職業紹介事業者等による募集などがあった。参加した自治体の多くは、第1波が落ち着いた時期に確保した看護職との契約を終了したため、第2波で再び開設する際には新たに募集する必要があった。現施設からの派遣は一定の資質を有する看護職が確保できたが、繁忙時に多くの人材を確保することが難しかった。

宿泊療養施設の看護職に求められるスキルとして、非対面でも入所者とコミュニケーションをとり、健康状態をアセスメントできること、症状急変の対応ができること、入院の必要性などの臨床判断ができること、観察力をもち潜在的な問題を拾い上げてサポートできること、傷つき不安や落ち込みが強い入所者の精神面をサポートできること、指示を受けて動くのではなく自ら考えて動くこと、職業人・看護職としての倫理観や心構えがあることなどが挙げられた。潜在看護職の応募者は資質にばらつきがあり、中には高い報酬目当てで仕事に対する意識が低い看護職がいたため、チームワークに支障が生じたことが報告された。【募集方法により集められる看護職の特性に違い】があり、民間の職業紹介事業者等を通じて集めた場合は若い看護職が中心であり、マネジメント能力を有する看護職の確保が難しいことも報告された。

さまざまな看護職が集められたが、保健師は、災害時に避難所等に派遣されるため、初動に慣れているという利点があった。看護師はフィジカルアセスメントや症状急変の対応ができる点が強みであった。さらに、宿泊療養施設では、臨機応変に業務内容や体制を調整したり、新しいメンバーを受け入れながら働く必要があるため、定年退職した看護部長などマネジメントやリーダーシップ能力がある管理経験者の存在も重要であった。管理経験者がいたことで経験の浅い看護職や意識が低い看護職もチームの一員として働くことができたり、問題が起きても現場の看護職で話し合っ解決できるなど、円滑に看護提供が実現できたことが報告された。

看護職は自分の健康管理も行い、現場監督者は対面やオンラインで看護職と面談し、心身の健康状態を確認し対応していた。入所者への対応に悩む例や、意識の低い看護職と働くことのストレスなどが報告されたが、精神的に不安定になる例はほとんどなかったとのことだった。困りごとは、現場のリーダーが話を聞いて、その都度問題解決する例もあった。感染への不安から入所者に直接接することを望まない看護職がいた場合は、入所者と接しない業務のみを行えるよう配慮していた。

宿泊療養施設では、保健師、看護師、管理経験者それぞれの強みを理解して組み合わせて配置する必要があり、看護職確保の方法によって集められる人材に違いがあるため、自治体からの保健師の派遣、医療施設等からの看護師の派遣、都道府県看護協会等を通じての潜在看護職の採用、民間職業紹介事業者による潜在看護職の採用を組み合わせる必要があることがわかった。潜在看護職を募集する際は、本研究で明らかにした看護職に求められる要件に応募条件や選考基準に反映することで、適した人材が確保しやすくなると考えられる。管理経験者は宿泊療養施設の看護職を組織化し、看護提供体制を構築したり、日々の運営を円滑に行う上で重要な働きをするが、人脈を通じた募集など確保する方策が限られていた。今後は届出制度の利用推進など、管理経験者を迅速に確保できる仕組みが必要だと思われる。また、入所者数の増加時に速やかに看護職を確保するための事

前準備が必要なことも指摘された。本研究では、宿泊療養施設の看護職の心身の健康状態に深刻な影響は報告されなかったが、頻回に面接をして看護職が感じている困りごとに対応することや医療提供のための施設ではない場所で働く看護職の安全を守る環境づくりの必要性が指摘された。

結論

本研究により、新型コロナウイルス感染症軽症者等のための宿泊療養施設の開設時に、看護職の確保、看護職の組織化と看護提供体制の確立、看護職の心身の健康管理と支援がどのように行われたかを明らかにでき、新興感染症流行時に宿泊療養施設を開設する場合の看護職の確保とマネジメントの方法に関する知見が得られた。宿泊療養施設では、保健師、看護師、管理経験者それぞれの強みを理解して組み合わせて配置する必要があると、さまざまな確保方法を組み合わせる必要があることがわかった。管理経験者を迅速に確保できる仕組みや、入所者数の増加時に速やかに看護職を確保するための事前準備の必要性も指摘された。本研究では、宿泊療養施設の看護職の心身の健康状態に深刻な影響は報告されなかったが、医療提供用の施設ではない場所で働く看護職の安全を守る環境づくりの必要性が指摘された。

研究代表者

武村雪絵 東京大学大学院医学系研究科
准教授

研究分担者

池田真理 東京女子医科大学看護学部
教授

研究協力者

市川奈央子 東京大学大学院医学系研究科
助教

木田亮平 東京大学大学院医学系研究科
助教

小柳礼恵 東京大学大学院医学系研究科
特任助教

井上真帆 東京大学大学院医学系研究科
博士課程

は定期的に流行している。2019年12月には、新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）という新しいウイルスによって引き起こされる疾病である新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が中国で初めて発見され世界的に大流行し、2020年3月11日にパンデミック宣言がなされた（WHO, 2020a）。

日本では2020年2月1日に新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める政令が施行され、感染症指定医療施設での入院療養が原則となった。しかし、入院病床に限りがあること、無症状者や軽症者も多く含まれたことから、2020年4月2日には、新型コロナウイルス感染症の無症状病原体保有者および軽症者（以下、軽症者等）が宿泊施設や自宅で療養するための準備を行うよう事務連絡があり（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部, 2020a）、その後、家庭内感染を防ぐ必要性や症状急変時に適時適切な対応が必要であることから、高齢者と接する機会がある軽症者へは宿泊療養が積極的に推奨された（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部, 2020b）。また、4月2日に「新型コロナ

A. 研究目的

2000年以降重症急性呼吸器症候群（SARS）や中東呼吸器症候群（MERS）といった新興感染症

ウイルス感染症の軽症者等の宿泊療養マニュアル」が配布され（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部, 2020c）、改訂が重ねられて、2021年2月には「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設確保・運營業務マニュアル（第5版）」が通知されている（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部, 2021）。

第20回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの資料1-1（厚生労働省, 2021）によると、宿泊療養者数は、流行第1波により2020年4月28日に23都道府県で計906名となり、6月24日には6都道府県62名まで減少した後、流行第2波により8月5日には25都道府県1,660名にまで増加した。さらに、9月30日に20都道府県770名まで減少した後、流行第3波により12月30日には41都道府県5,562名に増加した。流行状況に応じて、開設、閉所を繰り返し、入所数の増減に対応していたことがうかがえる。前述のマニュアルでは、入所者の健康管理を担う人材として、収容人数100名程度あたり2~4名の看護職（保健師または看護師）を配置することを求めているが、開設数や入所者数の増減に応じて、必要な看護職をタイムリーに確保することは困難であったと考えられる。しかし、前述のマニュアルには、「地域の医師会や都道府県看護協会、地域の医療施設等に協力を要請すること」、「都道府県ナースセンターに登録されている潜在看護職員の復職支援として、研修等を実施し宿泊療養施設等の人材確保を行っているため、活用を検討すること」との記載があるのみで、看護職を確保する方法や宿泊療養施設で働く看護職に求められるスキルは示されていない。また、このように集められた看護職をどのように組織化しマネジメントするかも示されていない。

また、新型コロナウイルス感染症の流行時には医療従事者も感染し、感染に伴う死者が出ていることが報告されており（Bandyopadhyay et al., 2020）、看護職は高い感染リスクの中働く必要が

あった。SARSやMERSを含む新興感染症流行時の医療職対象の精神状態に関する研究をメタアナリシスした研究（Bell & Wade, 2021）では、感染者に対応する職員はそうでない職員よりも不安やPTSD、うつ状態がわずかに高いことが報告され、医療従事者のメンタルヘルスの重要性が指摘されている。新型コロナウイルス感染症に対応するための医療者向けのガイダンス（WHO, 2020b, 2020c; 日本赤十字社, 2020a, 2020b）が公表されているが、宿泊施設という平常時には医療を提供しない場での療養を支援する看護職の心理状態に関する知見や、このような場で働く看護職に提供すべき支援に関する知見は不足している。

そこで本研究は、2020年の新型コロナウイルス感染症軽症者等のための宿泊療養施設の開設時に、看護職の確保、看護職の組織化と看護提供体制の確立、看護職の心身の健康管理と支援といった、看護職のマネジメントがどのように行われたかを明らかにすることを目的とした。新興感染症流行時に医療提供体制維持のための施策として宿泊療養施設を開設する場合の看護職の確保とマネジメントの方法に関する知見が得られると期待される。

なお、本研究では、看護師・准看護師・保健師・助産師のいずれかの看護系資格を有する者を「看護職」と表記する。保健師資格あるいは看護師資格を有する者に限定できる場合はそれぞれ「保健師」「看護師」と表記する。宿泊療養施設で働く看護職の雇用先は多様であるため、本研究では「看護職員」とは表記せず、「看護職」と表記する。

B. 研究方法

B-1. 研究デザイン

オンラインでの半構造化面接を用いた質的研究

B-2. 研究参加者の募集

機縁法で選定した4自治体の新型コロナウイルス感染者用の宿泊療養施設で、2020年4月の開設初期の段階から看護職の確保や業務調整等を担った者に研究協力を依頼した。研究説明文書を送付し、口頭と文書で研究内容の説明を行い、同意書への署名により研究参加の意思を示した者を研究参加者とした。

B-3. 調査方法

2020年8月下旬～10月に、オンラインによりインタビューガイドを用いた半構造化インタビューを実施した。

B-4. 質問内容

インタビューではインタビューガイドを用いて、管理監督者に就くまでの流れおよび業務内容、看護職の体制整備、感染者の受け入れ状況と業務の実際、運営・支援体制、看護職の心身の健康や処遇、マネジメント上の課題および力になったことを尋ねた。

B-5. データ分析

インタビューは許可を得て録音し、逐語録を作成した。インタビューごとに要約を作成し、看護職の確保、看護職の組織化と看護提供体制の構築、看護職の主な業務、心身の健康状態の把握と対応がどのように実施されたかや課題となったことを整理した。次に、それらの結果を比較しながら、共通点を抽出し整理した。

B-6. 倫理的配慮

本研究は、「新型コロナウイルス感染症に対応する看護職員の確保及び最適なマネジメント検討に向けた実態調査研究（審査番号2020130NI）」として、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理審査委員会の承認を受け実施した。

本研究では、調査協力の任意性と撤回の自由を

保証するために、研究説明文書を送付・説明し、同意書への署名により研究参加への同意を確認した。また、調査の途中でいつでも回答を中止できること、話したくないことは話さなくてもよいこと、同意後であっても同意撤回できること、面接後であっても対象者が分析に使用してほしくない語りがあった場合は、希望に応じて部分的に分析から除外できることを研究説明文書と口頭で説明した。個人情報の保護に努め、個人や施設の特定につながる情報は公開しないなどの配慮を行った。

なお、研究参加者で、謝礼の受け取りを承諾した者へは謝礼としてクオカード5000円を授与した。

C. 研究結果

C-1. 分析対象者、面接時間

分析対象者は、近畿・北陸・九州地方の4自治体で宿泊療養施設の管理的立場を担った5名（看護職4名、保健師1名）であった。自治体所属者が2名（うち1名は活動開始後に採用）、都道府県看護協会所属者が3名であった。面接時間は平均62.5分だった。

C-2. 参加者の自治体での感染者受け入れ状況

参加者の自治体では、都道府県が主導し4月から入所者の受け入れが開始された。宿泊療養施設開設にあたり、地域住民の理解を得るために説明会を開いた地域もあった。入所者数は自治体の感染状況や入所者基準等によって変動し、感染者が少ない時期は入所者が0名になることもあった。第1波は病院を受診してホテル療養可と判断された感染者が入所するフローだったことに比べ、第2波は入院病床が不足して、入院待機者が入所した影響もあり、症状が悪化し、病院に救急搬送されるケースが増加した。第1波（2020年4月）

の時期は退所基準に PCR 検査陰性確認が必要であったため、入所者の平均滞在期間は 10 日程度～1 か月と長かった。第 2 波（2020 年 7～8 月）のときは 6～14 日程度であった。

C-3. 宿泊療養施設で働く看護職の確保

1) 看護職確保方法

宿泊療養施設の看護職を確保する方法には、就労中の看護職の派遣と潜在看護職等の採用の 2 通りあり、これらを組み合わせて確保していた。前者には、災害時のルーティーンに準じて自治体等から派遣された保健師や病院から派遣された看護師、大学教員の派遣等があった。後者には、関係者・知人等を介した募集（大学教員を通じた大学院生の募集や、知人である退職した管理者に声をかけたなど）や、都道府県看護協会やナースセンターによる募集、民間職業紹介事業者等による募集などがあった。

保健師の配置を原則としていた自治体では、任期付きで保健師を臨時採用しながら対応していたが、急な増員が必要な場合は一時的に都道府県看護協会や民間職業紹介事業者等に依頼して看護師を募集していた。病院からの派遣も感染者が増える時期は困難になった。

ラジオ番組などメディアでも募集を広報した自治体もあり、メディア利用により多くの応募があったことが報告された。

また、看護職を多く集めるためには、感染対策が徹底され、看護職が安心して働くことができる環境整備を行い、そのことを広報する必要性も指摘された。

2) 宿泊療養施設の看護職に求められるスキル

宿泊療養施設の看護職に求められるスキルや経験を尋ねたところ、非対面でも入所者とコミュニケーションをとり、健康状態をアセスメントできること、症状急変の対応ができること、入院の必要性などの臨床判断ができること、観察力をも

ち潜在的な問題を拾い上げてサポートできること、傷つき不安や落ち込みが強い入所者の精神面をサポートできること、指示を受けて動くのではなく自ら考えて動けること、職業人・看護職としての倫理観や心構えがあることなどが挙げられた。

保健師は、災害時に避難所等に派遣されるため、そのルーティーンに沿って動くことができ、初動に慣れているという利点があった。また、地域の住民像を理解していることも強みだと語られた。保健師の場合、宿泊療養施設で働くことでさらに地域の住民像の理解が深まることも報告された。

看護師はフィジカルアセスメントの力を有しており、症状急変の判断や対応ができる点が強みとして評価された。

さらに、宿泊療養施設では、状況に応じて業務内容や体制を調整したり、新しいメンバーを受け入れながら働く必要があるため、組織・チームの動かし方などマネジメント能力がある者、リーダーシップが取れる者、スタッフ指導の経験のある者がいることの重要性も指摘された。定年退職した看護部長や副看護部長、看護師長など看護管理経験者（以下、管理経験者）がいたことで、経験の浅い看護職や意識が低い看護職もチームの一員として働くことができたり、問題が起きても現場の看護職で話し合っ解決できるなど、円滑に看護提供が実現できたことが報告された。

3) 募集方法による集められる看護職の特性の違い

募集方法によって、集められた看護師の特性に違いがあることが指摘された。

細かな採用基準を設けず、潜在看護職から募集した場合、中には高い報酬目当てで応募し、仕事に対する意識が高いとは言えない看護師が含まれ、チームワークに支障が生じたことが報告された。次の募集では、看護協会会員であることを条件にして、離職期間が短いことなど看護実践能力や看護観を重視しながら採用したところ、このよ

うな問題は生じなかったそうで、求める看護職増を明確にして、募集に反映させる必要性が指摘された。また、感染者と接する機会が少ないことなど、業務の実際や安全に関する情報を提示する必要性も指摘があった。

関連施設や大学などを通じて集めた場合は、災害支援や感染対策スキルなどの看護実践能力を有する者、離職期間が短い者、専門職としての意識が高い者、管理経験者、リーダー経験者などを集めることができたとのことだった。

民間の職業紹介事業者等を通じて集めた場合は若い看護職が中心であり、宿泊療養施設の看護提供体制の構築が難しく、都道府県看護協会にマネジメント能力を有する看護職の集め方を相談した例が報告された。

4) 入所者数増に対応した看護職確保

流行状況によって入所者数が大きく変動するため、配置が必要な看護職数も大きく変動した。ピーク時に必要となる看護職を常時確保しておくことは難しく、ピーク時は保健師も医療施設の看護師も通常業務が増えているため、宿泊療養施設に派遣できる看護職数が限られる状況となった。大学教員から支援の申し出があったが、自治体との調整や事務手続きに時間がかかり、タイムリーな派遣が難しい例もあった。今後、入所者数が増加した局面で速やかに看護職を確保するためには、事前に、医師会、都道府県看護協会、医療施設、大学などと協定を結び、必要となった時に速やかに派遣を受けられる仕組みが必要ではないかという意見があった。また、入所者数が減少した局面でも、次の波に備えて、ある程度看護職を確保しておく必要性も指摘された。

C-4. 看護職の組織化と看護提供体制の構築

1) 対策本部の役割

自治体によって役割分担の仕方は異なるが、自治体や都道府県看護協会に設置された対策本部が看護職の確保、宿泊療養施設運営に関する情報

収集、課題の把握と調整、厚生労働省が作成している「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設確保・運営業務マニュアル」を基に実際に運用するマニュアルの作成と見直し、地域への説明、取材対応や広報・情報発信、全体的な職員管理を担った。宿泊療養施設の初期の設営には、感染管理の専門家（感染管理認定看護師や感染症専門医など）が入り、ゾーニングや動線、感染対策等が検討された。

対策本部のメンバー構成は自治体により異なったが、自治体職員、都道府県看護協会、医師会、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）、地域の感染対策ネットワークのメンバーなどが含まれた。

2) 現場の管理監督者の役割

対策本部で全体を総括する者とは別に、現場の管理監督を担う立場の者が置かれた。管理監督者は、宿泊療養施設の看護提供体制の構築に非常に重要な役割を果たしており、対策本部との連携（情報伝達や調整）、実務レベルの感染対策・業務マニュアルの作成と見直し、配置された看護職へのオリエンテーション・指導、入所者数に合わせた看護職配置の調整や業務分担、看護職の健康管理や相談への対応、多職種（自治体の事務職員、保健師、医師、薬剤師、ホテル職員）や関連機関（救急搬送を担当する消防署、搬送先となる医療施設）との連携・調整などを担っていた。

現場で解決できないことは管理監督者を通じて対策本部や都道府県看護協会に相談し、支援の要請をしていた。特に初期の段階は、決まっていないことや情報が足りないことが多い状況で、入所者を受け入れながら、必要な業務や物資、連携や課題を見極め、よりよい提供体制の構築を進める必要があった。現場の運営に必要な物資の調達を対策本部に依頼し、現場の環境を整えることも重要な役割であった。対策本部の調達担当者は事務職員で医学的知識を持たないために、意思疎通が難しく、迅速に必要な物資が供給されないこともあったと報告された。

本研究の参加者においては、自治体が宿泊療養施設を開設する場合は管理監督者には自治体職員である保健師が任命され、都道府県が都道府県

看護協会に依頼した場合は看護協会が管理経験を有する者を選定していた。感染管理認定看護師の資格を有する者が選ばれた例もあった。

3) 日々の看護職リーダーの配置

管理監督者とは別に、日々の看護職のリーダーを任命していた施設があった。管理経験者が日々のリーダーの役割を担うことも多かった。リーダーは入所者全体の把握、その日勤務する看護職への指導や助言、相談や問題への対応、医師や薬剤師、保健所等と検査や搬送等に関する調整、職員の健康管理、管理監督者への報告などを担った。

リーダーを置かなかった施設では、管理監督者がリーダーの役割を担った。

4) 看護職の配置と勤務体制

日当直もしくは2交代制がとられていた。入所者数によって看護職の配置数の調整をしていたが、おおむね日中は2～5名、夜間は1～2名配置された。先の入所者数の増減を見越して、シフトを組むことが困難であったと語られた。

保健師が災害時のルーティーンとして配置された場合、5泊6日など災害時用に定められた単位でロジスティクス担当の事務職員等と一緒に配置された。

入所者と直接接する業務については、感染者と接することを家族が反対している看護職、高齢の家族と同居している看護職、子育て中の看護職、および、個人防護具（Personal Protective Equipment: PPE、以下PPE）着脱手技に自信がない看護職などには担当させず、入所者と接することがないエリアで勤務をしてもらうよう配慮していた。

5) 医療チームによる病状判断の仕組み

個々の感染者への対応は、看護師、保健師、医師等の医療スタッフで情報共有し、カンファレンスやミーティングで検討して決定していた。医師は常駐している場合と、日中巡回する場合があったが、病状については医師に相談できる体制が整えられていた。

6) 看護職の事前教育

現場に配属される前に、自治体や都道府県看護協会がオリエンテーションや実技訓練を実施した。教育内容は、新型コロナウイルス感染症に関する知識、感染防御のための手技（個人防護具（PPE）着脱方法、手洗い・消毒、廃棄物の扱い等）、記録の記載方法、現場での健康管理の方法（フィジカルアセスメント、入所者へのセルフマネジメント教育等）、心構えなどであった。オリエンテーションの日数は半日程度から2日間と差があった。

7) 看護チームの構築

配置される看護職は、宿泊療養施設での業務開始時に、現場のリーダーあるいは管理監督者から業務の実際についてオリエンテーションを受けた。感染対策への意識を高めることに加えて、特に初期の段階は、決まっていないことが多くある中で、業務を進めながら課題を見出し、臨機応変に対応することが求められたため、その心構えを伝えることが重要だったと語られた。また、リーダーや管理監督者は、様々な経験を有する看護職の特性や得意分野を理解して、期間限定のチームとして一つにまとめることや、それぞれの看護職のモチベーションを維持する働きかけも必要であった。

専門職としての意識が低い者や主体的に行動する姿勢がない者がチームづくりの支障となった例が報告された一方で、管理経験者が経験の浅い看護職や意識の低い看護職に適切に関わり、チームとして機能した例が報告された。ある自治体では、報酬目当てで応募した若い看護職が、管理経験者の関わりにより成長し、仕事を終える時には、看護とは何かを学ぶことができた、看護の素晴らしさを感じられた、ここに来てよかったなどと感想を述べたことが報告された。

C-5. 宿泊療養施設の看護職の主な業務

1) 入所者の健康観察と記録

現場の看護職は専用アプリ等を用いてタブレ

ット端末等により非対面で入所者の健康観察を行った。主に体温、血中酸素飽和度、身体症状、メンタル面の観察をした。必要に応じて(テレビ)電話で対話や観察をした。しかし、直接対話したり観察したりできない状態で健康管理をする困難さも語られた。さらに、入所者に若い世代が多いときには、昼夜逆転して検温時間は眠っており反応がない、長いネイルによって血中酸素飽和度を測定できない、友人を連れ込む等、スムーズに検温ができない状況もあったとのことだった。

2) 医師と連携しながら急変対応と病院への搬送の判断

宿泊療養施設で実施できる医療処置は限られたため、入所者の健康観察およびアセスメントをして、DMAT や日本医師会災害医療チーム(Japan Medical Association Team: JMAT)、医療施設等から派遣された医師と相談しつつ病院への搬送を判断する必要がある。特に、第2波に当たる7月以降は基礎疾患のある人や高齢者の入所が増えたため、緊急搬送をするケースが増え、看護職が搬送に付き添うことも増えた。

また、入所者の急変時の対応も必要であった。都市部から離れた山間部の宿泊施設を利用した場合、酸素ボンベがすぐに供給されないなど、急変への備えとしての資源が不十分な施設があった例も語られた。

3) 入所者の精神面への対応

入所者は感染が判明したことで、職場や地域で誹謗中傷を受け、傷ついた状態で入所することも多く、看護職に泣きながらつらい気持ちを打ち明けることも多かったと報告された。また、入所者は室内で過ごすことにストレスを抱えるため、心のケアが必要な状態であった。非対面で精神的なサポートを提供することも、宿泊療養施設での看護の大きな課題であったと報告された。

4) 入所者の苦情や不満、不適切行動への対

応

施設によっては宿泊療養施設内にテレビや Wi-Fi がなく、入所者が看護職に不便な生活に対する不満を訴えることがあった。可能な限り対応しながらも、ハード面の要望への対応は限界があり、看護職は入所者の精神状態も理解して、これらの苦情や不満に対応する必要があった。

宿泊療養施設で過ごす上でのルールを守らず、施設外に出てしまったり、友人を招き入れるなどした入所者への対応や指導も必要であった。

5) 薬の手配

高齢者は基礎疾患を有する場合も多く、滞在期間が長くなると持参した薬が足りなくなるので、かかりつけ医に連絡をとり、近隣の薬局で処方してもらおう手配をする必要があった。

6) PCR 検査の介助

当初は退所基準に PCR 検査が陰性であることが含まれたため、PCR 検査の介助も看護職の業務であった。

C-6. 宿泊療養施設の看護職の心身の健康状態への対応と処遇

1) 身体症状の確認と対応

身体面について、看護職自身も検温をするなどして健康観察をした。看護職に微熱など体調不良があった場合は速やかに PCR 検査を受けられる体制を構築した。宿泊療養施設の看護職からは身体的な不調の報告は少なかったとのことだった。

2) 心の状態の確認と対応

現地で看護職同士で話したり、管理監督者が対面あるいはテレビ電話等で個別面接やカンファレンスを行い、直接看護職から話を聞く機会を頻回に持ち、様子を把握していた。入所者への対応に悩む例や、意識の低い看護職と働くことのストレスなどが報告されたが、精神的に不安定になる例はほとんどなかったとのことだった。困りごと

については、現場のリーダーが話を聞いて、その都度問題解決する例もあった。

家族の反対や高齢者との同居、自分の手技を理由に入所者に直接接することに不安や葛藤がある場合は、グリーンゾーン（感染者と接しないエリア）での勤務とした。

3) 処遇

新たに集められた看護職は自治体が定める比較的高額の報酬が支給された。提示された条件を理解したうえで応募するため、報酬や条件に対する不満等は聞かれなかった。保健師中心に運営していた宿泊療養施設では、保健師は災害派遣のルーティーンとして派遣されていたが、参加者の自治体では、勤務手当は通常の感染症より高く設定されたとのことだった。

支援に入った大学教員の中には、2週間の自宅待機を命じられた例があった。保健師は通常の業務で感染症対応を行っているため、宿泊療養施設勤務を特別扱いにせず、1日休養を挟み通常勤務に復帰する体制であった。

また、勤務する看護職のための支援として、看護職用の宿泊場所を用意した自治体もあった。

D. 考察

本研究により、新型コロナウイルス感染者用の宿泊療養施設の開設という、これまでにない施策の実施に際して、看護職の確保、看護職による業務体制の確立、看護職の心身の健康管理といった看護職のマネジメントがどのように実施されたかを明らかにすることができた。これらの結果から、新興感染症流行時に宿泊療養施設を開設する場合の看護職の確保とマネジメントの方法について、有用な知見を得ることができた。また、これらの知見は、将来、新興感染症の流行に対処するための新たな事業で看護職を必要とする局面においても役立つ可能性がある

と考えられる。

D-1. 宿泊療養施設の看護職確保の方策と課題

1) 保健師、看護師、管理経験者それぞれの強みを理解した組み合わせ

本研究により、本来、医療提供場所ではない宿泊施設で感染者の健康管理を行い、療養を支えるために、保健師、看護師、管理経験者がそれぞれ重要な役割を果たしたことがわかった。

保健師には、災害時に「関連法（災害救助法、災害対策基本法など）に基づく役割を遂行する自治体行政職員としての責務と、公衆衛生看護専門職として地域住民の生命と健康を守る双方の機能（奥田, 2016）」を果たす役割があり、重大性や緊急性を考慮した対応、目まぐるしく変化する状況に応じた臨機応変な対応、予防的視点をもった対応、多様な関係者や職種との連携や調整が求められる（奥田, 2016）。そのため、宿泊療養施設の開設と運用に際しても、災害時のスキームを応用して、関係者と調整しながら組織化を進め、入所者を看護する体制を速やかに構築することが可能であった。また、保健師は地域の住民像を把握しているという利点もあった。

看護師においても、定年等で退職した看護部長や副看護部長、看護師長といった管理経験者や災害支援ナースなど災害派遣の経験を有していたり訓練を受けている者は、状況に応じて臨機応変に対応し、さまざまな職種と連携・調整しながら、看護を提供する体制をゼロから構築していく力を有しており、宿泊療養施設の開設の初期の段階から力を発揮できた。感染管理認定看護師など感染対策の知識やスキルを有する場合、初期のゾーニングや各業務の感染対策の指導を行うことができた。管理経験や災害支援、感染対策の専門性をもたない場合も、症状の急変が起きうる新型コロナウイルス感染者の健康管理を行う上で、フィジカルアセスメント能力や急変に対応する能力が不可欠であるため、これらのスキルを持つ看護

師の確保は重要であった。

本研究では、管理経験者が重要な役割を担っていたことが確認された。現場にはさまざまな経験を有する看護職が集められるが、管理経験者がそれぞれの特性を理解して組織化し、業務分担を行ったり、経験の浅い看護師や意識が低い看護師を教育したり、リーダーシップを発揮しながら看護チームを構築することで、看護の質を維持できたことが報告された。また、管理経験者は、必要な物資の調達や環境づくり、業務管理や看護職の心身の状態の観察、相談対応、日々の問題解決、さまざまな職種との連携や調整にも力を発揮していた。

このように、本来、医療提供場所ではない宿泊施設で感染者の健康管理を行い、療養を支える体制を構築するためには、保健師、看護師、管理経験者それぞれの強みを理解して、組み合わせることで確保することが必要だと考えられる。宿泊療養施設の運営で重要な役割を担う現場の管理監督者には、災害時対応のスキルを持つ保健師や組織マネジメントのスキルを持つ管理経験者が適していると考えられる。また、看護提供体制を構築する初期の段階では、自律して行動でき、臨機応変に対応する力を持つ災害支援ナースやリーダークラスの看護師も力になると思われる。入所者の健康管理には、フィジカルアセスメントや急変対応のスキルを持つ看護師の配置が重要であった。多様な背景を持つ看護職が集まる状況で、看護職がチームとなり、個々の能力が適切に発揮されるようにするには、管理経験者の配置が重要だと考えられる。

2) 複数の経路を組み合わせた看護職確保

本研究により、看護職の確保には、就労中の看護職の派遣と潜在看護職の採用の2通りあり、後者は、都道府県看護協会やナースセンターを利用する方法と民間の職業紹介事業所等を利用する方法があり、方法によって集められる人材に違いがあることがわかった。

(1) 都道府県等からの保健師の派遣

保健師は、所属施設から災害支援に準じて派遣されており、人員増が必要な場合は、臨時の職員を募集し任用していた。保健師として通常業務の中で災害時対応の経験を有していることが多いためか、資質に問題があった報告はなく、保健師であることで一定の資質と適性を有していると考えられる。しかし、宿泊療養施設の入所者が増える時期は、保健所の業務も増しているため派遣者を増やすことは難しく、また保健師を新規に募集して採用するのは時間を要するため、速やかな増員が難しい点が課題であった。そのため、本研究に参加した自治体が行っていたように、医療施設からの看護師の派遣や潜在看護職の採用を並行して実施する必要がある。

(2) 医療施設等からの看護師の派遣

自治体や都道府県看護協会を通じて医療施設等に看護師の派遣を要請した場合、一定の資質を有する看護師を短期間で確保することが可能であった。

中でも、看護協会で養成されている「災害支援ナース」は、所定の研修を受けた後も毎年1回災害看護研修あるいは合同防災訓練に参加することが求められており（日本看護協会, 2020）、資質が保証されている。また、災害時に速やかに被災地に派遣するため、災害支援ナースは都道府県看護協会に登録され、都道府県看護協会から所属している医療施設に派遣要請の連絡を行う訓練も定期的実施されており（日本看護協会, 2020）、迅速な派遣が可能である。宿泊療養施設の開設時や初期の段階は、自律して活動でき、臨機応変に対応できる災害支援ナースの存在は大きく、都道府県看護協会を通じて災害支援ナースの派遣を受けることは、有用な確保方法だと考えられる。

また、自治体や都道府県看護協会から医療施設に看護師の派遣を依頼した場合も、看護部長等により、看護実践能力のある看護師や副看護部長や看護師長などの管理者が選定されて派遣される

ため、資質の高い看護師の確保が可能となった。

また、感染症流行期には、自施設の看護師を確保する必要もあるため、医療施設から長期に看護師を派遣することや派遣者を増員することは難しい状況にあった。宿泊療養施設に流行期に対応できる看護職を確保するには、潜在看護職の採用を並行する必要がある。

(3) 都道府県看護協会あるいはナースセンターによる潜在看護職の採用

都道府県看護協会やナースセンターが登録している潜在看護職に募集情報を配信したり、募集のお知らせを広く行って、潜在看護職を採用する活動も行われた。役に立ちたいという使命感から多くの看護職の応募があるが、中には報酬目当てで意識が低い看護職や、看護実践能力が十分でない看護職の応募もあることが報告された。

本研究により、宿泊療養施設の看護職には、コミュニケーション能力、観察力、フィジカルアセスメント能力、症状急変の対応、精神面を支えるスキルが求められること、自ら考えて動ける人材や職業人・看護職としての倫理観や心構えを有する人材が望まれていることを明らかにしたが、これらを応募時の要件や選考基準に反映することで、適した人材の確保がしやすくなると考えられる。

多くの看護職を確保する必要がある場合は、本研究の参加者が提案していたように、職場の環境を整え、感染対策が徹底されていることを募集時に情報提供したり、感染者との接触がない業務のみへの従事も可能であることを提示して募集することも有効だと考えられる。

また、都道府県看護協会に看護職確保を依頼した場合は、看護協会役員やその知人等を通じて、定年退職した管理者など管理経験者の確保も可能であることがわかった。

(4) 民間職業紹介事業者による潜在看護職

の採用

本研究に参加した自治体では、第2波の際は、民間職業紹介事業者を利用して看護職を募集した自治体が多かった。速やかに看護職を確保できる点で優れていたが、若い看護職が中心となるため、民間職業紹介事業者による確保だけで、宿泊療養施設の看護提供体制を構築することは困難であることも示された。他の確保方法を併用して、管理経験者を確保することが必要だと考えられる。

3) 管理経験者を確保する仕組みの必要性

管理経験者は現場監督者や日々の現場リーダーを担うことができ、若い看護職を活用するためにも重要な存在であったが、本研究に参加した自治体での確保方法は、医療施設からの派遣や看護協会の人脈によるものだった。将来に向けて、確実かつ迅速に管理経験者を確保できる仕組みづくりが求められる。まずは、宿泊療養施設のように、新たな事業として、あるいは新たな組織において看護提供体制を構築する際に管理経験者が求められることを、管理経験者自身も募集する側も認識を広める必要がある。管理経験者を募集していることを期待する役割とともに明示することも必要である。そのうえで、定年退職を含めて退職した管理者にも届出制度による登録を徹底すること、そして、管理経験の登録を推奨することで、迅速なマッチングにつながる可能性がある。

4) 入所者数の増加時に速やかに看護職を確保するための準備

医療施設や大学から派遣を受ける場合、事務手続きに時間がかかった例も報告された。参加者が指摘したように、入所者数が増加した局面で速やかに看護師の派遣を実現するためには、事前に都道府県看護協会や医療施設、大学等の看護職派遣の協力を得られそうな組織と協定を結び、必要となった局面で速やかに派遣を受けられる体制をつくっておくことが望ましいと考えられる。また、

入所者数が減少した局面でも、次の流行に備えて一定の看護職の採用を継続したり、採用を終了する場合も次の流行時に再度採用できる体制をつくっておくことが必要だと考えられる。

D-2. 宿泊療養施設の看護職の心身の健康に関する課題

本研究では現場で働く看護職自身の心身の健康へのネガティブな影響についてはあまり語られなかった。先行研究ではハイリスクエリアで勤務する看護職は精神的症状（不安、ストレス、不眠など）が出やすいことが報告されているが（Vizheh et al., 2020）、宿泊療養施設で働いた看護職は、自らの意思で募集に応募したり、派遣要請に応じていることや、入所者の健康管理は非対面で実施され、直接感染者と接触する機会が限定されていることから、医療施設の新型コロナウイルス感染症患者専用病棟や発熱外来で働く看護職に比べて、心身の健康状態への影響が深刻ではなかった可能性が考えられる。しかしながら、本研究では、宿泊療養施設で働いた看護職に直接調査していないため、本研究の結果をもって、心身の健康への影響が少ないということとはできない。宿泊療養施設では、非接触での観察や入所者の苦情や不満、不適切行動への対応など、医療施設と異なる環境で、通常の看護業務とは異なる対応が求められた。現場の管理監督者は看護職の話を聞く機会を頻回につくっており、看護職の感じている困難さを理解し、その都度対応したことで、大きな不満につながらなかった可能性もある。本研究の参加者から、今後の流行時に備えて、安心して働くことができる環境整備の必要性が語られており、看護職が危険や不安が生じた場面や事例を収集し、宿泊療養施設に必要な立地・構造・設備・体制を把握して、医療提供のための施設ではない場所で働く看護職の安全を守る環境づくりが必要だと考えられる。

D-3. 本研究の限界

本研究でインタビューを実施したのは、わが国で第2波〔全国の新規感染者数（7日間平均）のピーク：2020年8月9日1372人〕と第3波〔全国の新規感染者数（7日間平均）のピーク：2021年1月11日6347人〕の間にあたる、2020年8月下旬から10月であった。したがって、第3波の対応に関する内容は含まれていない。また、インタビューを実施したのは、4つの自治体のみであり、本研究では把握できなかった方策があると考えられる。インタビューの対象は看護職のみであり、自治体事務職員や宿泊施設の従業員、医師など、他の立場で宿泊療養施設の運営に関わった者からみた課題は捉えられていない点にも注意が必要である。

E. 結論

本研究により、新型コロナウイルス感染症軽症者等のための宿泊療養施設の開設時に、看護職の確保、看護職の組織化と看護提供体制の確立、看護職の心身の健康管理と支援がどのように行われたかを明らかにでき、新興感染症流行時に宿泊療養施設を開設する場合の看護職の確保とマネジメントの方法に関する知見が得られた。宿泊療養施設では、保健師、看護師、管理経験者それぞれの強みを理解して組み合わせて配置する必要があり、さまざまな確保方法を組み合わせる必要があることがわかった。管理経験者を迅速に確保できる仕組みや、入所者数の増加時に速やかに看護職を確保するための事前準備の必要性も指摘された。本研究では、宿泊療養施設の看護職の心身の健康状態に深刻な影響は報告されなかったが、医療提供用の施設ではない場所で働く看護職の安全を守る環境づくりの必要性が指摘された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用文献

Bandyopadhyay, S., Baticulon, R. E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D. K., Badereddin, Y., ... Khundkar, R. (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: A systematic review. *BMJ Global Health*, 5(12), 1–11.

<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003097>

Bell, V. & Wade, D. (2020). Mental health of clinical staff working in high-risk epidemic and pandemic health emergencies a rapid review of the evidence and living meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 56(1):1-11.

doi:10.1007/s00127-020-01990-x

厚生労働省. (2021). 第 20 回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（令和 3 年 1 月 6 日）資料 1-1.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000715523.pdf>

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部. (2020a). 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について（令和 2 年 4 月 2 日事務連絡）.

<https://www.mhlw.go.jp/content/000618525.pdf>

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部. (2020b). 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養又は自宅療養の考え方について（令和 2 年 4 月 23 日事務連絡）.

<https://www.mhlw.go.jp/content/000624691.pdf>

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部. (2020c). 「新型コロナウイルス感染症の軽症者等の宿泊療養マニュアル」の送付について（令和 2 年 4 月 2 日事務連絡）.

<https://www.mhlw.go.jp/content/000618526.pdf>

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部 (2021). 新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養のための宿泊施設確保・運營業務マニュアル（第 5 版）.

<https://www.mhlw.go.jp/content/000740154.pdf>

日本看護協会. 看護実践方法 災害看護.

<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/saigai/index.html#05>

日本赤十字社. (2020a). 新型コロナウイルス感染症対応に従事されている方のこころの健康を維持するために.

https://www.jrc.or.jp/saigai/news/200330_006139.html

日本赤十字社. (2020b). 新型コロナウイルス感染症対応に従事されている方のこころの健康を維持するために Vol.2.

https://www.jrc.or.jp/saigai/news/200911_006383.html

奥田博子. (2016). 災害時の保健師の健康支援活動の発展と現在の課題. *公衆衛生*, 80(9), 658–663.

Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S. M., Muhidin, S., Javanmard, Z., & Esmaeili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*.

<https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9>

World Health Organization. (2020a). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 (11 March 2020). <https://www.who.int/director->

general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

World Health Organization. (2020b). Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance, 3 December 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/33733>

3.

World Health Organization. (2020c). Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19: interim guidance, 30 October 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/33626>

5.

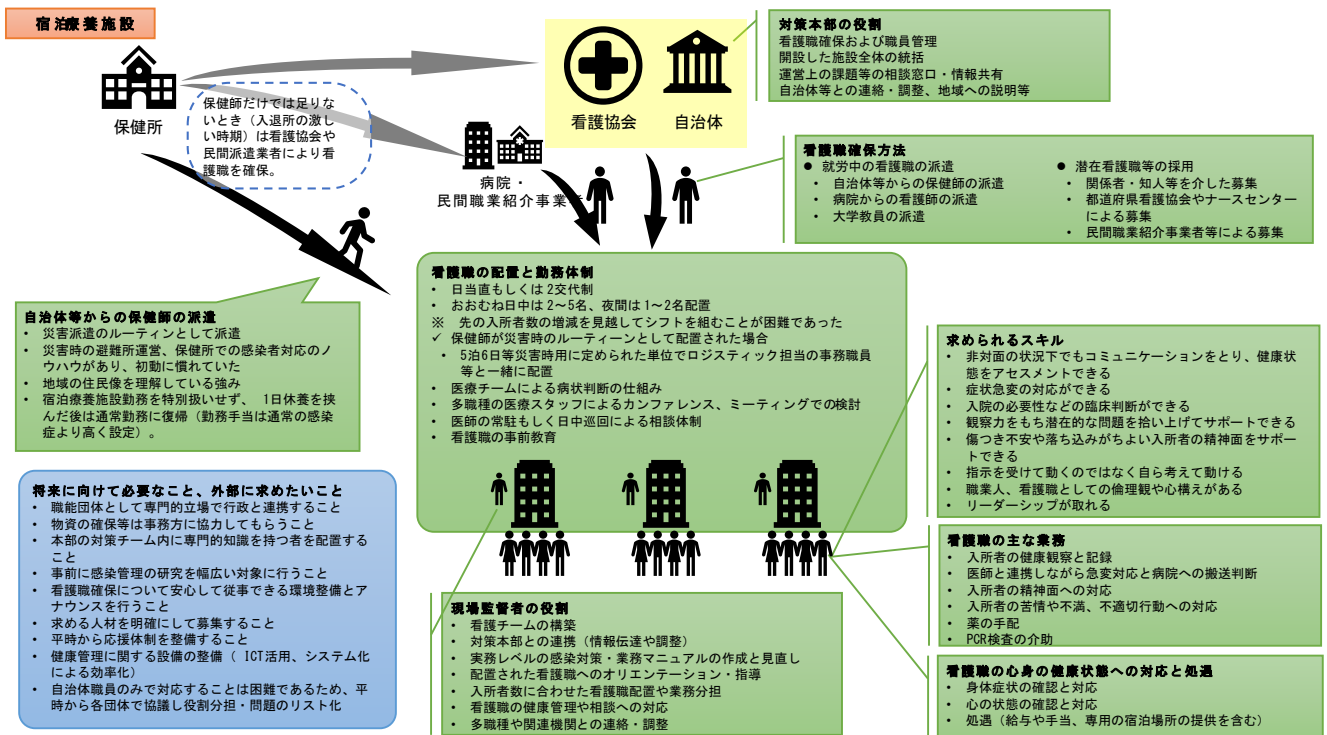


図 1. 宿泊療養施設における看護職のマネジメントの概要

II. 分担研究報告書

II-3. 文献調査

研究代表者 武村 雪絵（東京大学大学院医学系研究科准教授）

研究目的

新興感染症は定期的に流行している。2020年新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が世界的パンデミック、病院では感染患者の診療に携わっている医療従事者も感染したことが報告されている。看護職も感染リスクがある中で働くことが求められる。過去にも新興感染症は繰り返し流行しているが、新興感染症に感染した患者を受け入れる病院で実施される看護職員のマネジメント方策に関する知見は整理されていない。本研究は、新興感染症流行時に、看護職員の心身の健康を保ちながら、当該感染症患者を受け入れている病院が自施設の機能を維持し、医療提供を継続するために、病院の管理者が実施した看護職員へのマネジメント方策に関する先行研究の知見をまとめることを目的とした。本研究により、新興感染症流行時に当該感染症患者を受け入れた国内外の病院において、看護職員に対してどのようなマネジメントが実施されてきたかを把握することができる。

研究方法

スコーピングレビューを行った。2021年3月にデータベース（Web of Science, CINAHL, PubMed, Cochrane library, 医中誌）及びハンドサーチにより、（a）2001年1月～2020年12月出版、（b）本文が英語もしくは日本語、（c）抄録がある Journal article の原著、報告、レビュー、短報、の条件を満たす文献を抽出した。除外基準は、（d）フルテキストにアクセスできない、（e）対象施設が病院ではない、（f）看護管理（看護職員を含む職員の管理や支援、もしくは看護管理者の活動や支援）に言及していない、（g）新興感染症（SARS、MERS、ニパウイルス、2014年流行のエボラ出血熱、パンデミックインフルエンザ、新型コロナウイルス感染症）を背景としていない、（h）感染管理や患者管理（診断、治療、薬効、看護ケアの具体的方法）をメイントピックとしている、とした。タイトルおよび抄録、本文の内容を段階的にスクリーニングし、最終的にレビューする文献を決定した。文献をレビューし、本文から新興感染症が流行しているときに当該患者を受け入れる病院が看護職を含む職員に対して実施したこと、もしくは看護管理者が実施したことを抽出し、コード化した後、類似したコードをまとめてカテゴリを生成した。カテゴリ内で細かく分類できる場合はサブカテゴリを生成した。

結果と考察

データベースにて1178本を抽出し、ハンドサーチにより1本の文献を追加した後、包含基準および除外基準をもとにスクリーニングし、最終的に71本の文献を抽出した。最終抽出された文献は、2020年に出版された文献が42本、新型コロナウイルス感染症を背景とした文献が42本と過半数を占めた。単施設での実践の報告が49本であった。新興感染症が流行しているときに当該患者を受け

入れた病院が看護職員を含む職員に対して実施したこと、もしくは看護管理者が実施したことについては、全部で 34 カテゴリが生成され、うち 7 カテゴリではサブカテゴリも生成された。一部の文献は、実施した方策の有効性や看護職への影響についても報告があったが、実施したことの報告のみの文献も多数あった。34 カテゴリは、「マネジメント・リーダー層による対策本部の設置・会議・意思決定」「部署横断的な専門性のあるタスクフォースの構築」「当該感染症に関する情報収集・管理」「組織内でのリスクコミュニケーション」「感染管理及び感染患者管理のプロトコルやガイドラインの準備・見直し」「感染管理のための職員用の設備・システム構築」「感染管理や医療行為のための物資管理・供給」「施設内の職員の健康管理のシステム化・疫学調査できる体制構築」「感染予防のための治療」「研修・教育体制の強化」「感染管理、個人防護具（PPE）着脱、患者管理の研修をオンラインや現場で実施」「病院が当該感染症対応することになった結果新たに必要とされるスキル等の研修実施」「当該感染症対応にあたり心理面に着目した研修の実施」「病棟の空間・物的環境の整備」「施設内の感染管理の監査監督」「職員に対して生活の自粛要請・助言」「現場レベル及び垂直レベルで多職種と連絡調整」「現場での実践の相談対応」「看護職確保体制構築・配置計画立案」「院外から看護職を確保」「当該感染患者を受け入れるために看護職員を再配置」「勤務体制の見直し」「勤務中の負担軽減の配慮」「現場レベルの業務の設計・修正」「業務支援の調整」「ビジョンや目標提示」「現場の看護職員のニーズを把握し病院に伝達・交渉」「職員が収受可能な、あるいは可視化された管理者による職員への配慮・労い」「専門的な心理的支援」「職員の身体的健康への配慮と支援」「生活物資供給など福利厚生への支援」「金銭的支援・補償」「仕事ぶりの評価・報酬・承認」「上司や管理者からの支援」と、組織運営、感染対策、職員への教育、職員配置・勤務体制、職員への支援、補償・報酬など多岐にわたった。これらのマネジメント方策の有効性や看護職員への影響については、今後、さらなる文献レビューにより評価する必要がある。

結論

本研究により、新興感染症が流行したときに当該感染症患者を受け入れた病院で看護職員に対して実施されたマネジメント方策、あるいは看護管理者が実施したマネジメント方策を網羅的に抽出することができた。看護職員に対して管理者が話を聞いたり労うといった現場での直接的な支援をすることの他にも、対策本部を立ち上げたり多職種と連携をして組織化したり支援をすることで、看護職員の能力を発揮し、業務が遂行できる体制や環境を整えていることがわかった。本研究で明らかにした 34 カテゴリのマネジメント方策は、新興感染症流行時に看護職員に対して実施するマネジメント方策の参考になるとと思われる。

研究代表者	
武村雪絵	東京大学大学院医学系研究科 准教授
研究協力者	
井上真帆	東京大学大学院医学系研究科 博士後期課程
森川みはる	こども小児総合クリニック もりかわよしゆき小児科 NPO 任意団体プチボヌール

A. 研究目的

新興感染症（emerging infectious diseases）は定期的に流行している。2000 年以降、重症急性呼吸器症候群（severe acute respiratory syndrome: SARS）や中東呼吸器症候群（Middle East respiratory syndrome: MERS）といった新興感染症が流行した。2019 年 12 月には、SARS-CoV-2 という新しいウイルスによって引き起こされる疾病である新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が中国で初めて発見され、2020 年 3 月 11 日にパンデミック宣言がなされるまで世界的に大流行した（World Health Organization [WHO], 2020a）。

日本でも新型コロナウイルス感染症は流行し、病院では感染患者や疑似症患者を受け入れ、検査や治療をしている。しかしながら、SARS-CoV-2 の感染経路は接触感染や飛沫感染で、ヒトからヒトへと感染するため（厚生労働省, 2021）、医療従事者も感染し、感染に伴う死者が出ていることが報告されている（Bandyopadhyay et al., 2020）。看護職は患者と接触する機会がある職業であり、高い感染リスクの中働かなければならない。先行研究では SARS や MERS も加えた新興感染症流行時の医療職対

象のメンタルヘルスの状態を報告した研究（Bell & Wade, 2021）や新型コロナウイルス感染症に対応するための医療者向けのガイダンス（厚生労働省, 2021; WHO, 2020b）はあるものの、新興感染症に感染した患者を受け入れる病院で実施される看護職員のマネジメント方策に関する知見は整理されていない。

そこで本研究は、新興感染症流行時に、看護職員の心身の健康を保ちながら、当該感染症患者を受け入れている病院が自施設の機能を維持し、医療提供を継続するために、病院の管理者が実施した看護職員へのマネジメント方策に関する先行研究の知見をまとめることを目的とする。

本研究により、新興感染症流行時に当該感染症患者を受け入れた国内外の病院において、看護職員に対してどのようなマネジメントが実施されてきたかを把握することができ、新興感染症流行時に看護職員に対して実施するマネジメント方策の参考になると思われる。

B. 研究方法

B-1. 研究デザイン

スコーピングレビュー

B-2. 新興感染症の操作的定義

過去の文献（Centers for Disease Control and prevention, 2018; Fauci & Morens, 2012; WHO, 2005）を参考に、新興感染症を（ア）ヒトからヒトに伝染すると認められる、（イ）これまで知られていなかった病気の発生/過去 20 年間にヒトにおける発生率が増加、あるいは近い将来増加する恐れがある、または地理的範囲が急速に増加している既知の疾患、（ウ）予防や制御の推奨事項がすぐに利用できず、感染症をコントロールできない期間が持続するを満たす疾患と定義した。WHO（2014）で紹介されている疾患

のうち、SARS、MERS、ニパウイルス、2014年流行のエボラ出血熱が該当されていると考えられた。加えて、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）とパンデミックインフルエンザA/H1N1 2009（以下、パンデミックインフルエンザ）もパンデミックとなったため該当すると考えられた。

B-3. 情報源

新興感染症が流行しているとき、看護職員の心身の健康を保ちながら、当該感染症患者を受け入れている病院の管理者が看護職員に対して実施したことを網羅的に拾い上げるため、2021年3月にデータベースを用いて文献検索をした。使用したデータベースは、Web of Science, CINAHL, PubMed, Cochrane library, 医中誌であった。検索キーワードは、上記感染症を含むこととし（表 1）、PubMed および医中誌はMeSH タームおよびシソーラスを使い、その他のデータベースではトピックス検索をした。さらに、データベース検索では抽出されなかったが、本研究に関連があり適格基準を満たすと考えられた文献も追加した。

B-4. 適格基準

データベースでの検索では、（a）2001年1月～2020年12月に出版されている、（b）本文が英語もしくは日本語で執筆されている、（c）抄録があるJournal article（原著、報告、レビュー、短報）の3つの包含基準を満たす文献を抽出した。文献の除外基準はその後、（d）フルテキストにアクセスできない、（e）対象施設が病院ではない、（f）看護管理（看護職員を含む職員の管理や支援、もしくは看護管理者の活動や支援）に言及していない、（g）新興感染症を背景としない、（h）感染管理や患者管理（診断、治療、薬効、看護ケアの具体的方法）をメイントピックとしている、とした。

B-5. 文献の選定

データベースで検索をして抽出された文献は、Excel にエクスポートし、文献の重複を確認した。次に研究協力者2名が独立してタイトルと抄録を確認し、除外基準に当てはまると考えられた文献を除いた。フルテキストにアクセスできる文献のみ内容を確認し、除外基準に当てはまる文献および包含基準に該当しない文献を除いた。なお、文献抽出過程で判断に迷う際は研究代表者と議論をして決定した。

B-6. 分析

最終的に抽出された文献の出版年、文献の種類、研究が行われた国、研究デザインを確認した。本文に、看護職員を含む職員に対して実施したこと、もしくは看護管理者が実施したことを拾いあげ、コード化した後、類似したコードをまとめてカテゴリを生成した。カテゴリ内で細かく分類できる場合はサブカテゴリを生成した。カテゴリ生成は研究者間で協議しながら進めた。

C. 研究結果

D.

1) 文献の選定

文献を選定したプロセスを図1に示す。データベースで検索をして文献1178本が抽出された。さらに検索ではヒットしなかったが関連文献と考えられた1本を追加した。重複文献を除いた993本のタイトルと抄録を読み、除外基準に当てはまる文献748本を除外し、245本残った。フルテキストにアクセスできなかった6本を除き、包含基準に当てはまらない文献12本、および除外基準に当てはまる文献162本を除き、最終的に71本の文献が抽出され、レビューを行った。

2) 文献の特徴

最終包含された 71 本の文献について、出版年は 2020 年が 42 本と最多だった（図 2）。原著論文（n = 55）、総説（n = 3）、報告（n = 7）、その他（短報、コメンタリー、展望、method article）（n = 6）だった。ターゲットの新興感染症は SARS（n = 11）、ニパウイルス（n = 0）、パンデミックインフルエンザ（n = 11）、MERS（n = 3）、2014 年流行エボラ出血熱（n = 4）、新型コロナウイルス感染症（n = 42）だった。研究が行われた国はアメリカ合衆国が 18 本と最多で、日本は 5 本だった（表 2）。研究デザインは単施設での実践報告が 49 本と最多であり、記述による実践報告の文献もあれば、量的あるいは質的データを示して記述している文献もあった。他には量的研究（n = 14）、質的研究（n = 6）、混合研究（n = 1）、複数施設での実践報告（n = 1）だった。

3) 看護職員に対するマネジメント方策

新興感染症が流行しているときに、当該患者を受け入れた病院が看護職員を含む職員に対して実施したこと、もしくは看護管理者が実施したことについて、コード化した後、34 カテゴリが生成され、そのうち 7 カテゴリでサブカテゴリが生成された（表 3）。以下、各カテゴリについて説明する。

(1) マネジメント・リーダー層による対策本部の設置・会議・意思決定

病院長や看護部長など、トップマネージャーを中心とした多職種での対策本部を設置し会議を行い多部門間で調整できる場が設けられ、意思決定をしたり、看護部内で管理構造を整備した。

(2) 部署横断的な専門性のあるタスクフォース

の構築

看護最高責任者をリーダーとした当該感染症に関する相談や指導を行ったり看護技術支援に責任を持つ看護技術支援チームを立ち上げたり、病院総合医と看護師で専門ユニットを構築するなど、看護師や多職種で現場で活動したり現場を直接支援する治療や実践に主眼を置いたタスクフォースをつくっていた。また、病棟再建への参加と資材の準備を担当する物流チームなど後方支援を中心としたタスクフォースもつくった。

(3) 当該感染症に関する情報収集・管理

看護部や部署では、感染管理の機関や WHO など様々な機関からの情報を毎日集約するところを定めた。

(4) 組織内でのリスクコミュニケーション

看護部や管理者と現場職員間でリスクコミュニケーション（新興感染症に関する情報交換）が行われていた。日々情報更新をして、電子メールやイントラネットなどを通じて情報を発信したり、質問・回答フォーラムを設置するなど双方向性の伝達ができる工夫をしていることもあった。

(5) 感染管理および感染患者管理のプロトコルやガイドラインの準備・見直し

教育担当者や診療科などが個人防護具（Personal Protective Equipment: PPE、以下 PPE）の選択、感染管理、患者管理のガイドラインを作成したり、定期的に見直し、現場職員が使用できるようにした。

(6) 感染管理のため職員用の設備・システム構築

感染拡大防止のため職員のための専門外来を設置したり、当該感染患者に頻繁に接する職員

に優先的にワクチン接種できるようにするといった分配システムを開発した。

(7) 感染管理や医療行為のための物資管理・供給

当該感染患者に対応する病棟に十分な資源を供給できるような計画を立案し、PPE や消毒材料を供給したり、感染管理の観点から食器をディスプレイザブルに変更するなどした。

(8) 施設内の職員の健康管理のシステム化・疫学調査できる体制構築

職員が自身の健康状態（体温や症状）を報告するシステムをつくり、モニタリングした。また、感染スクリーニングをし、感染が確認された職員は隔離し、疫学的調査を行った。

(9) 感染予防のための治療

パンデミックインフルエンザについては、当該感染症が病棟で発生した際には感染予防のため病棟職員や患者にオセタミビルを内服してもらった。

(10) 研修・教育体制の強化

研修計画の立案、オンラインで研修をするための整備、PPE 担当者の設置、教育用の教材開発、職員に教育用資料の提供が行われた。

(11) 感染管理、PPE 着脱、患者管理の研修をオンラインや現場で実施

PPE 着脱や、当該感染症の知識や安全対策について研修や、マスクのフィットテストが行われた。当該感染患者受け入れ病棟では、研修を受けスキル等を評価され、合格した者が業務を行うようなシステムをとっていた施設もあった。研修はオンラインや現場と両者の組み合わせで行っていることもあった。

(12) 病院が当該感染症対応することになった結果新たに必要とされるスキル等の研修実施

当該感染症患者を受け入れるため看護職員が配置転換がなされた結果、ICU での技術やクリティカルケア、トリアージなど、新たな業務を遂行するときは研修・訓練が行われた。

(13) 当該感染症対応にあたり心理面に着目した研修の実施

研修の一つとして、予防的心理カウンセリングやマインドフルネスに基づいたストレス軽減のためのトレーニングなどが行われた。

(14) 病棟の空間・物的環境の整備

看護部や感染管理部門などは、病棟のゾーニングをするなど空間や物的環境の整備を行った。

(15) 施設内の感染管理の監査監督

感染管理看護師など感染管理の専門家や教育担当者により、当該感染症病棟の看護職員などの PPE 着脱が適切に行われているかなど、職員や設備面の感染管理の監査・監督が行われた。

(16) 職員に対して生活の自粛要請・助言

病院職員に、不必要な移動を避けたり他者と対面して食事をしないようにといった生活の自粛を求めた。

(17) 現場レベルおよび垂直レベルで多職種と連絡調整

多職種のリーダー同士や、現場職員とリーダー間で、連絡調整をした。

(18) 現場での実践の相談対応

当該感染症患者を受け入れる病棟の看護職員の相談にのれるよう、看護師のリーダーや診療部などが協力して巡回するなどした。

(19) 看護職確保体制構築・配置計画立案

人材確保や配置の計画をたてた。段階的に看護職員を配置できるような名簿を作成したり、予備人員を確保した。

(20) 院外から看護職を確保

派遣会社や国や職能団体等の協力を得て、看護職を確保した。

(21) 当該感染患者を受け入れるために看護職員を再配置

当該感染患者を受け入れる病棟の看護職員を選択しつつ、それにともない非受け入れ病棟にも看護職員を配置し直した。また発熱外来や新たに設置されたケアエリアに看護職員を配置した。当該感染患者を担当するエリアでは仕事経験2年以上の者、身体的健康状態が良い者、基本的な看護技術に習熟している者、妊娠していない者などが選ばれた。

(22) 勤務体制の見直し

発熱外来や当該感染病棟の交代制勤務方式、勤務日と休暇日の設定やローテーション制度を見直した。

(23) 勤務中の負担軽減の配慮

当該感染患者を受け入れ病棟では、勤務中に休憩や食事といったリフレッシュの時間を2時間ごとに提供したり、再配置された看護職員とのバランスを考慮して患者割り当てを行った。

(24) 現場レベルの業務の設計・修正

ワークフローを設計し直し、看護業務を他職種も関与する業務に調整した。

(25) 業務支援の調整

経験のある看護職員がベッドサイドの看護師をサポートするように調整した。

(26) ビジョンや目標提示

当該感染患者受け入れ病棟の看護師長は看護職員に対してクリアなビジョンや目標を示した。

(27) 現場の看護職員のニーズを把握し病院に伝達・交渉

当該感染患者受け入れ病棟の看護師長は看護職員に対して、感染対策やPPEの選択・購入などの意思決定に参加することを勧めたり、チームのコミュニケーションを促進したり、看護師長や管理者が現場職員の声を聞くようにして、現場の看護職員の意見や能力を活用した。看護師長らはさらに病院に対して現場のニーズを伝えたり物資購入などを提案、交渉した。

(28) 職員が収容可能な、あるいは可視化された管理者による職員への配慮・労い

看護師長が看護師の話を傾聴したり労った。看護師の功績を発信することとした。

(29) 専門的な心理的支援

心理テストをしたり職員がリラックスできる場を設けたり、電話相談できる仕組みをつくったり、看護部だけでなく病院が職場でカウンセラーや心理士などが支援をできるよう体制を整えた。

(30) 職員の身体的健康への配慮と支援

隔離エリアにいた職員に、N95マスクを使用して顔に発疹や不快感が出たときに軟膏を提供したり、隔離後に無料の健康診断を受けられるようにした。

(31) 生活物資供給など福利厚生への支援

安心して働ける職場づくり、感染拡大防止などの意図で病院内に入浴設備を設置したり、食

料や宿泊施設など生活するために必要な設備や物資を提供した。

(32) 金銭的支援・補償

職員に金銭的補償や手当などを与えた。

(33) 仕事ぶりの評価・報酬・承認

看護部が主導となりイントラネットなどを通じて職員の先進的な功績を報告したり、個人の貢献度を確認して報酬を提供した。

(34) 上司や管理者からの支援

具体的な支援内容については明記されていないが、上司、管理者、部門長等からの支援が行われた。

D. 考察

本研究により、新興感染症が流行した時に、看護職員の心身の健康を保ちながら、当該感染症患者を受け入れた病院が看護職員に対して実施したマネジメント方策、あるいは看護管理者が実施したことを網羅的に抽出し、整理することができた。方策は、組織運営、感染対策、職員への教育、職員配置・勤務体制、職員への支援、補償・報酬など多岐にわたり、これらは、今後新興感染症が流行した際、感染患者の受け入れ病院で看護職員をマネジメントする際に参考になると期待される。

看護管理者の機能は、看護職員のもつ能力が有効に発揮され、直接の業務が円滑に遂行され、24時間最良の看護が提供されるよう、組織の系統、権限及び責任を明らかにし、人事・設備・備品・労務環境を整えることである（日本看護協会, 2007）。本研究で、看護職員に対して管理者が話を聞いたり労うといった現場での直接的な支援をすることの他にも、多職種と連携をして組織化したり支援をすることで、看護職員の能力を発揮し、業務が遂行できる体制や環

境を整えていることがわかった。以下、本研究で明らかになったマネジメント方策を看護管理の機能別に考察する。

1) 組織の系統、権限及び責任の明確化

「マネジメント・リーダー層による対策本部の設置・会議・意思決定」では、看護管理者を含む多職種の管理者層で調整をしたり、病院の方針を意思決定できる場が設けられた。また、看護部内でも管理構造を整備した。「当該感染症に関する情報収集・管理」も実施していたが、情報があることで意思決定を促進できると考えられる。

新興感染症が流行することで当該感染症の指定病院に転換しなければならないなど（Wu et al., 2020）、病院は当該感染患者を受け入れるために通常とは異なる運営体制を整備することが求められるため、組織的に情報収集・情報管理を行い、組織全体および看護部内の体制の構築や見直しを多職種の管理者層で行えること、意思決定に看護管理者が参画することは、マネジメントの基礎として重要だと考えられた。

2) 人事

看護職員の安全を考慮し、当該感染症患者を担当する看護職員は経験年数や健康状態、看護技術、妊娠の有無などを目安に選ばれていた。そのために、看護職員を配置し直す必要があり、「看護職員確保体制構築・配置計画立案」を行い、必要であれば「院外からも看護職員を確保」し配置していた。当該感染症病棟のための待機看護師を1～2名準備していたことも報告されており（Wu et al., 2020）、看護職員が感染して出勤できなくなる可能性も踏まえて、余裕をもって看護職員を確保する計画を考えておく必要がある。

看護職員が現場で担う業務を把握し、「研修・教育体制整備」を行って、種々の「研修

（感染管理、PPE 着脱、患者管理の研修／病院が当該感染症対応することになった結果新たに必要となったスキル等の研修／当該感染症対応にあたり心理面に着目した研修）」を行っていた。

新型コロナウイルス感染症流行下では、オンライントレーニングができるようにシステムが整備されていた（Keeley et al., 2020）。今後は感染症拡大防止のためにオンラインと現地での研修を組み合わせる実施できるよう病院のシステムを整備しておくことは有用だろう。

研修は、感染管理や PPE 着脱などの知識や手技の獲得を目指すものから、当該感染症患者を受け入れることで配置転換がなされたりして新たに必要となったスキル（クリティカルケア、トリアージ業務など）を学ぶものまであり、看護実践に即していた。さらに、新型コロナウイルス感染症流行下では看護職員などの職員に対して、研修の中で心理面にアプローチするものが行われていた。看護職員は新興感染症流行時に心身の健康が害されるリスクがあることが報告されているため（Bandyopadhyay et al., 2020; Bell & Wade, 2021）、感染管理や業務に対する研修だけでなく、メンタルヘルスに対しても早期介入する必要性が示唆される。

メンタルヘルスに関しては、研修だけでなく職員が利用できるウェルビーイングセンターを設置したり（Blake et al., 2020）、カウンセラーや心理士を採用したり（Zeng et al., 2020）、関連部署の責任者と心理カウンセラーが連携したりと（Zeng et al., 2020）、「専門的な心理的支援」を行っていた。看護管理者は看護職員が適切なタイミングで心理的支援を受けられるように看護職員の状況をよく観察したり、業務の調整をすることが望ましいだろう。同僚が新興感染症で亡くなった時に、看護師長が看護師の話を傾聴して思いに寄り添った支援をしたという研究（Lau & Chan, 2005）があったように、

看護管理者が職員を配慮し労い、職員もそれを受け取ることができる、つまり「職員が収受可能な、あるいは可視化された管理者による職員への配慮・労い」ことも大切だと考えられる。

看護師長は看護職員にクリアなビジョンや目標を提示していたが（Lau & Chan, 2005）、不安や業務負担が大きい中で働く看護職員が士気を高めるのに役立ったと考えられた。

3) 業務・感染対策

新興感染症の定義として本研究では予防や制御の推奨事項をすぐに利用できないことを条件として含めている。すなわち、新興感染症患者の治療や看護を行うためにはこれまで病院にあるプロトコルやガイドラインでは不十分である可能性がある。そのため情報収集しながら「感染管理および患者管理のプロトコルやガイドラインの準備・見直し」をする必要がある。

現場での仕事を支援する体制としては、「部署横断的な専門性のあるタスクフォースの構築」や「現場での実践の相談対応」が行われていた。さらに「現場レベルおよび垂直レベルで多職種と連絡調整」も行われていた。これは看護職員だけでなく医師などに対しても実施されており、多職種が協働した現場サポートにより安全な患者管理を実現できると考えられた。

また、「現場レベルの業務の設計・修正」や「業務支援の調整」も行われた。「感染管理及び患者管理のプロトコルやガイドラインの準備・見直し」もされているため、ワークフローも適宜見直すことが求められる。また、経験のある看護職員が受け入れ病棟の看護職員を支援する体制を整えておくことで、業務上の不安が軽減されることも考えられた。

現場の看護職員に限らず職員に対して「組織内でのリスクコミュニケーション」として感染症に関する情報交換が行われていた。しかし、Ki et al., (2013)によると、効果的な情報伝達に

は満足し情報の更新は仕事に役立つと認識する一方で、過剰なガイドラインや情報で混乱してしまうこともあると思うこともあると語った看護職員がいた。病院や管理者は日々情報収集をして職員に伝達することになるが、どこに最新の情報が掲載されているかわかるようにしておくことや、情報を整理して示すことが重要だと示唆された。

職員を感染から守る対策としては、「感染予防のための治療」や「職員に対して生活の自粛要請・助言」が行われていた。感染予防のための治療は、パンデミックインフルエンザの際に病棟で当該感染患者が判明した際に職員にオセタミビルを内服させた事例があった (Sahara et al., 2011)。これは新興感染症の種類や時期が実施可能かに影響するだろう。新型コロナウイルス感染症流行時には、治療法や予防法が確立してなかったため、不必要な移動を避けたり (Kenanidis et al., 2020)、食事時に他者と対面しないなどの指示が出された (Kim et al., 2020)。職場だけでなく職場外でも感染予防のための行動を求めるものであり、職員が協力したいと思えるような伝え方や支援を工夫する必要があると考えられる。

4) 設備・システム・環境

ヒトからヒトへ伝染する新興感染症患者を受け入れることは、看護職員を含む病院職員が感染し、院内で感染拡大する可能性を秘めている。病院は「感染管理のための職員用の設備・システム構築」や、「施設内の職員の健康管理のシステム化・疫学調査できる体制構築」として、職員を含めて院内感染が拡大していないかチェックしたり、職員用の専門外来を用意していた。また、「病棟の空間・物的環境の整備」や、「施設内の感染管理の監査監督」を行ったが、感染管理認定看護師等を活用し適切に感染管理できる空間・物的環境をつくったり設備面

の監査監督をした。加えて看護職員の PPE 着脱チェックも監督監査の一環として行った。

5) 物品・備品

院内感染を防ぐには、手袋やガウン、マスクなど PPE など「感染管理や医療行為のための物資管理・供給」も重要であると考えられる。看護職員が物資の決定や使用計画立案に関与していたこと (Feistritz et al., 2014; Wu et al., 2020)、さらに看護師長が看護職員に感染対策の設計や PPE の選択・購入の意思決定に参加するよう推奨し、病院に対して PPE を購入するよう交渉するなど (Lau & Chan, 2005) など「現場の看護職員のニーズを把握し病院に伝達・交渉」したことが報告されていた。備品の購入は看護部の判断だけでは決定できないが、看護職員は患者と近い距離で接触機会があり感染リスクが高いため、現場の看護職員の意見を反映したり状況を理解できる看護管理者が備品の購入や使用計画に関与することが望ましいことが示唆された。

6) 福利厚生・報酬

看護師の勤務時間やローテーションを変更するなど「勤務体制の見直し」が行われた。さらに「勤務中の負担軽減の配慮」として、患者割り当てや休憩時間を工夫しリフレッシュの時間を提供する (Leen et al., 2010) などをしていった。

病院としては、「生活物資供給など福利厚生への支援」も行った。当該感染症患者に対応することで感染リスクがあるため、病院で入浴できるようにし (Lau & Chan, 2005)、隔離されたエリアにいるスタッフに食料や水分などを提供し (Tseng et al., 2005)、ボランティアで来る看護師に対して旅費や宿泊施設などを手配していた (Keeley et al., 2020)。「職員の身体的健康への配慮と支援」として、隔離後無料の健康

診断を実施したり、N95 マスクをつけたスタッフに軟膏を提供した事例も報告された (Tseng et al., 2005)。

他にも「金銭的支援・補償」や「仕事ぶりの評価・報酬・承認」、具体的な支援内容は特定できなかったが「上司や管理者からの支援」が行われていた。病院や管理者が看護職員を大事にし、勤務体制だけでなく、生活にまで気を配り、生活物資供給など福利厚生支援をしたり、高い感染リスク下での労働に対する対価として金銭的支援や仕事ぶりを評価されることで看護職員の労働意欲や労働能力に繋がるかもしれない。

7) 本研究の限界

本研究では文献から看護職員を含む職員に対して実施したマネジメント方策を抽出したものであり、これらの方策の有効性や看護職員への影響については、今後、さらなる文献レビューにより評価していく必要がある。また、文献で看護職員が対象に含まれていることが明記されていない文献、すなわち「医療従事者」や「病院職員」などしか表記されていない文献、さらに当該感染患者が入院あるいは治療のために来院していることが読み取れない文献は除外されているため、結果に示したマネジメント方策以外にも実施されたものがある可能性がある。

E. 結論

本研究では2001年～2020年までに出版された先行研究の文献レビューを行った。最終的に71本の文献から、新興感染症 (SARS, MERS, パンデミックインフルエンザ、エボラ出血熱、新型コロナウイルス感染症) が流行したときに当該感染症患者を受け入れた病院で看護職員に対して実施されたマネジメント方策、あるいは看護管理者が実施したマネジメント方策を網羅的に

抽出することができた。看護職員に対して管理者が話を聞いたり労うといった現場での直接的な支援をすることの他にも、対策本部を立ち上げたり多職種と連携をして組織化したり支援をすることで、看護職員の能力を発揮し、業務が遂行できる体制や環境を整えていることがわかった。本研究で明らかにした34カテゴリのマネジメント方策は、新興感染症流行時に看護職員に対して実施するマネジメント方策の参考になると思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用文献

- Agostoni, P., Mapelli, M., Conte, E., Baggiano, A., Assanelli, E., Apostolo, A., Alimento, M., Berna, G., Guglielmo, M., Muratori, M., Susini, F., Palermo, P., Pezzuto, B., Salvioni, E., Sudati, A., Vignati, C., & Merlino, L. (2020). Cardiac patient care during a pandemic: how to reorganise a heart failure unit at the time of COVID-19. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(11), 1127–1132. <https://doi.org/10.1177/2047487320925632>
- Bandyopadhyay, S., Baticulon, R. E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D. K., Badereddin, Y., Kamath, A., Parepalli, S. A., Brown, G., Iharchane, S., Gandino, S., Markovic-Obiago, Z., Scott, S., Manirambona, E., Machhada, A., Aggarwal, A., Benazaize, L.,

- Ibrahim M., Kim, D., & Khundkar, R. (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: A systematic review. *BMJ Global Health*, 5(12), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003097>
- Barratt, R. (2015). Infection prevention and control lessons learned from the management of the first suspected Ebola virus disease case admitted to a New Zealand hospital. *Healthcare Infection*, 20(2), 78–80. <https://doi.org/10.1071/HI15006>
- Beckman, S., Materna, B., Goldmacher, S., Zipprich, J., D'Alessandro, M., Novak, D., & Harrison, R. (2013). Evaluation of respiratory protection programs and practices in California hospitals during the 2009-2010 H1N1 influenza pandemic. *American Journal of Infection Control*, 41(11), 1024–1031. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.05.006>
- Bell, V., & Wade, D. (2021). Mental health of clinical staff working in high-risk epidemic and pandemic health emergencies a rapid review of the evidence and living meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01990-x>
- Blake, H., Yildirim, M., Wood, B., Knowles, S., Mancini, H., Coyne, E., & Cooper, J. (2020). Covid-well: Evaluation of the implementation of supported wellbeing centres for hospital employees during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–22. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249401>
- Boilève, A., Stoclin, A., Barlesi, F., Varin, F., Suria, S., Rieutord, A., Blot, F., Netzer, F., & Scotté, F. (2020). COVID-19 management in a cancer center: the ICU storm. *Supportive Care in Cancer*, 28(10), 5037–5044. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05658-9>
- Bowden, K., Burnham, E. L., Keniston, A., Levin, D., Limes, J., Persoff, J., Thurman, L., & Burden, M. (2020). Harnessing the Power of Hospitalists in Operational Disaster Planning: COVID-19. *Journal of General Internal Medicine*, 35(9), 2732–2737. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05952-6>
- Brickman, B. D., Greenway, A., Sobocinski, K., Thai, H., Turick, A., Xuereb, K., Zambardino, D., Barie, P. S., & Liu, S. I. (2020). Rapid critical care training of nurses in the surge response to the coronavirus pandemic. *American Journal of Critical Care*, 29(5), 104–107. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020142>
- Buckstein, M., Skubish, S., Smith, K., Braccia, I., Green, S., & Rosenzweig, K. (2020). Experiencing the surge: Report from a large New York radiation oncology department during the COVID-19 pandemic. *Advances in Radiation Oncology*, 5(4), 610–616. <https://doi.org/10.1016/j.adro.2020.04.014>
- Cannava, P., Cicillini, D., Higgins, M., McGrath, A., & O'Leary, J. (2010). Response to H1N1 influenza outbreak in a pediatric children's hospital: Challenges faced and lessons learned. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 375–381. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.03.001>
- Centers for Disease Control and prevention

- (last reviewed on March 28, 2018). Emerging Infectious Diseases. (2021年5月24 日 閱 覽 <https://www.cdc.gov/niosh/topics/emerginfectediseases/default.html>)
- Chan-Yeung, M. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) and healthcare workers. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10(4), 421–427. <https://doi.org/10.1179/oe.2004.10.4.421>
- Chan, A. O. M., & Chan, Y. H. (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine*, 54(3), 190–196. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqh027>
- Charney, R. L., Armbricht, E. S., Kennedy, B. R., & Flood, R. G. (2012). Pandemic influenza extension areas in an urban pediatric hospital. *Prehospital and Disaster Medicine*, 27(1), 75–80. <https://doi.org/10.1017/S1049023X12000301>
- Chee, V. W. Ter, Khoo, M. L. C., Lee, S. F., Lai, Y. C., & Chin, N. M. (2004). Infection control measures for operative procedures in severe acute respiratory syndrome-related patients. *Anesthesiology*, 100(6), 1394–1398. <https://doi.org/10.1097/00000542-200406000-00010>
- Cheung, S. S. L., Wong, C. Y. K., Chan, J. C. K., Chan, C. K. M., Lam, N. M., Yuen, H. K. L., Wong, V. W. Y., Tsang, C. W., & Tham, C. C. Y. (2020). Ophthalmology in the time of COVID-19: Experience from Hong Kong eye hospital. *International Journal of Ophthalmology*, 13(6), 851–859. <https://doi.org/10.18240/ijo.2020.06.01>
- Chu, T. P., Li, C. C., S., Wang, L., Hus, L. W., Eng, H. L., You, H. L., Liu, J. W., Chang, L. S., Lee, I. K., & Yang, K. D. (2012). A surveillance system to reduce transmission of pandemic H1N1 (2009) influenza in a 2600-bed medical center. *PLoS ONE*, 7(3), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032731>
- Correa, D. J., Labovitz, D. L., Milstein, M. J., Monderer, R., & Haut, S. R. (2020). Folding a neuroscience center into streamlined COVID-19 response teams: Lessons in origami. *Neurology*, 95(13), 583–592. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000010542>
- Cummings, K. J., Choi, M. J., Esswein, E. J., De Perio, M. A., Harney, J. M., Chung, W. M., Lakey, D. L., Liddell, A. M., & Rollin, P. E. (2016). Addressing infection prevention and control in the first U.S. community hospital to care for patients with Ebola virus disease: Context for national recommendations and future strategies. *Annals of Internal Medicine*, 165(1), 41–49. <https://doi.org/10.7326/M15-2944>
- Dicuccio, M. H., Reynolds, C., Snyder, A., & Cianci, N. (2020). COVID-19: The nursing administration response. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(4), 468–479. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000330>
- Fauci, A. S., & Morens, D. M. (2012). The Perpetual Challenge of Infectious Diseases. *The New England Journal of Medicine*, 366(5), 454–461. <https://doi.org/10.1056/nejmra1108296>

- Feistritz, N. R., Hill, C., Vanairsdale, S., & Gentry, J. (2014). Care of patients with Ebola virus disease. *Journal of Continuing Education in Nursing, 45*(11), 479–481. <https://doi.org/10.3928/00220124-20141027-12>
- Fung, C.-P., Hsieh, T.-L., Tan, K.-H., Loh, C.-H., Wu, J.-S., Li, C.-C., Chang, F.-Y., Siu, L. K., Yen, M.-Y., Wang, L.-S., Wong, W.-W., Kao, W.-F., Hsu, J.-H., Lin, T.-H., Huang, F.-Y., & Lee, C.-H. (2004). Rapid creation of a temporary isolation ward for patients with severe acute respiratory syndrome in Taiwan. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 25*(12), 1026–1032. <https://doi.org/10.1086/502339>
- 古川孝俊, 長瀬輝頭, 岸宏幸, 吉田祥徳, 金田尚子, 小口貴弘. (2020). 新庄病院の新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 対策に関するアンケート調査. *山形県病医誌, 54*(2), 110-114. https://jglobal.jst.go.jp/detail?JGLOBAL_ID=202002269622640221
- Gupta, S., & Federman, D. G. (2020). Hospital preparedness for COVID-19 pandemic: experience from department of medicine at veterans affairs Connecticut healthcare system. *Postgraduate Medicine, 132*(6), 489–494. <https://doi.org/10.1080/00325481.2020.1761668>
- Hendy, A., Abozeid, A., Sallam, G., Abboud Abdel Fattah, H., & Ahmed A. R. F. (2020). Predictive factors affecting stress among nurses providing care at COVID-19 isolation hospitals at Egypt. *Nursing Open, 8*(1), 498–505. <https://doi.org/10.1002/nop2.652>
- Honey, M., & Wang, W. Y. (2013). New Zealand nurses perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). *Nursing in Critical Care, 18*(2), 63–69. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00520.x>
- Hu, X., Liu, S., Wang, B., Xiong, H., & Wang, P. (2020). Management practices of emergency departments in general hospitals based on blockage of chain of infection during a COVID-19 epidemic. *Internal and Emergency Medicine, 15*(8), 1545–1552. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02499-6>
- Jeon, Y. W., Park, E. S., Jung, S. J., Kim, Y., Choi, J. Y., & Kim, H. C. (2020). Protection of healthcare workers against COVID-19 at a large teaching hospital in Seoul, Korea. *Yonsei Medical Journal, 61*(7), 631–634. <https://doi.org/10.3349/YMJ.2020.61.7.631>
- Jia, Y., Chen, O., Xiao, Z., Xiao, J., Bian, J., & Jia, H. (2020). Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nursing Ethics, 28*(1), 33–45. <https://doi.org/10.1177/0969733020944453>
- Jiang, H., Liu, J. W., Ren, N., He, R., Li, M. Q., & Dong, Q. C. (2020). Emergency management in fever clinic during the outbreak of COVID-19: An experience from Zhuhai. *Epidemiology and Infection, 148*(e174), 1–5. <https://doi.org/10.1017/S0950268820001764>
- Keeley, C., Jimenez, J., Jackson, H., Boudourakis, L., Salway, R. J., Cineas, N., Villanueva, Y., Bell, D., Wallach, A. B., Schwartz, D. B., Mendez-Justiniano, I., & Long, T. G (2020). Staffing up for the surge: Expanding the New York city public

- hospital workforce during the covid-19 pandemic. *Health Affairs*, 39(8), 1426–1430. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00904>
- Kenanidis, E., Anagnostis, P., Arvaniti, K., Potoupnis, M. E., & Tsiridis, E. (2020). Organizing an Orthopaedic department during COVID-19 pandemic to mitigate in-hospital transmission: Experience from Greece. *Cureus*, 12(6), 1–10. <https://doi.org/10.7759/cureus.8676>
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medicine and Research*, 14(1), 7–14. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303>
- Kikuchi, K., Senoo, C., Nakamura, T., Ohkusa, Y., Sugawara, T., & Okabe, N. (2010). Syndromic Surveillance of Hospital Workers for Prevention of Nosocomial Infection: Experience from the (H1N1) 2009 Influenza Pandemic. *Japanese Journal of Environmental Infections*, 25(6), 351–356. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsei/25/6/25_6_351/_pdf/-char/ja
- Ki, L. K., & Maria, H. S. Y. (2013). Perceptions of emergency nurses during the human swine influenza outbreak: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 21, 240–246. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.08.008>
- Kim, J. S., & Choi, J. S. (2016). Factors influencing emergency nurses' burnout during an outbreak of middle east respiratory syndrome coronavirus in Korea. *Asian Nursing Research*, 10(4), 295–299. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.10.002>
- Kim, M., Lee, J. Y., Park, J. S., Kim, H. A., Hyun, M., Suh, Y. S., Nam, S. Il, Chung, W. J., & Cho, C. H. (2020). Lessons from a covid-19 hospital, republic of korea. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(12), 842–848. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.261016>
- Kong, Q., & Yan, L. (2020). Prevention and control strategies for coronavirus disease-2019 in a tertiary hospital in the middle east of China. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 1563–1569. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S265008>
- 厚生労働省 (2021) . 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き 第4.2版. <https://www.mhlw.go.jp/content/000742297.pdf>
- Król, Z., Szymanski, P., Bochnia, A., Abramowicz, E., Plachta, A., Rzeplinski, R., Sługocki, M., Nowak, B., Zaczynski, A., Kozłowski, K., Posobkiewicz, M., & Wierzba, W. (2020). Transformation of a large multi-speciality hospital into a dedicated COVID-19 centre during the coronavirus pandemic. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 27(2), 201–206. <https://doi.org/10.26444/aaem/123801>
- Kuroda, E., Kudo, k., Kawana, A., & Nishioka, M. (2017). Activities of infection control nurses promoting risk communication during the outbreak of a new influenza strain. *Japanese Journal of Environmental Infections*, 32(2), 74–84. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsei/32/2/32_74/_pdf/-char/ja
- Lancaster, E. M., Sosa, J. A., Sammann, A., Pierce, L., Shen, W., Conte, M. C., & Wick, E.C. (2020). Rapid response of an academic surgical department to the COVID-19

- pandemic: Implications for patients, surgeons, and the community. *Journal of the American College of Surgeons*, 230(6), 1064–1073.
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.007>
- Lau, P. Y., & Chan, C. W. H. (2005). SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome): Reflective practice of a nurse manager. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 28–34.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00995.x>
- Leen, T., Williams, T. A., Campbell, L., Chamberlain, J., Gould, A., McEntaggart, G., & Leslie, G. D. (2010). Early experience with influenza A H1N109 in an Australian intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(4), 207–214.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.05.005>
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8, 790–798.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- Liu, Y., Wang, H., Chen, J., Zhang, X., Yue, X., Ke, J., Wang, B., & Peng, C. (2020). Emergency management of nursing human resources and supplies to respond to coronavirus disease 2019 epidemic. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(2), 135–138.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.03.011>
- Lord, A. S., Lombardi, N., Evans, K., Deveau, D., Douglas, E., Mansfield, L., Zakin, E., Jakubowska-Sadowska, K., Grayson, K., Omari, M., Yaghi, S., Humbert, K., Sanger, M., Kim, S., Boffa, M., Szuchmacher, M., Jongeling, A., Vazquez, B., Berberi, N., & Abou-Fayssal, N. (2020). Keeping the team together: Transformation of an inpatient neurology service at an urban, multi-ethnic, safety net hospital in New York City during COVID-19. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 197, 1–5.
<https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2020.106156>
- Mahey, R., Sharma, A., Kumari, A., Kachhawa, G., Gupta, M., Meena, J., & Bhatla, N. (2020). The impact of a segregated team roster on obstetric and gynecology services in response to the COVID-19 pandemic in a tertiary care center in India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 151(3), 341–346.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.13408>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, 168(10), 1245–1251.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC154178/>
- 日本看護協会 (2007) . 看護にかかわる主要な用語の解説 概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈 .
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/youngokaisetu.pdf>
- O'Connor, E., O'Sullivan, T., Amaratunga, C., Thille, P., Phillips, K. P., Carter, M., & Lemyre, L. (2009). Risk communication with nurses during infectious disease outbreaks:

- Learning from SARS. *Journal of Emergency Management*, 7(5), 48–56.
<https://doi.org/10.5055/jem.2009.0021>
- Oakley, C., Pascoe, C., Balthazor, D., Bennett, D., Gautam, N., Isaac, J., Isherwood, P., Matthews, T., Murphy, N., Oelofse, T., Patel, J., Snelson, C., Richardson, C., Willson, J., Wyton, F., Veenith, T., & Whitehouse, T. (2020). Assembly Line ICU: What the long shops taught us about managing surge capacity for COVID-19. *BMJ Open Quality*, 9(4), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001117>
- Oh, N., Hong, N., Ryu, D. H., Bae, S. G., Kam, S., & Kim, K. (2017). Exploring nursing intention, stress, and professionalism in response to infectious disease emergencies: The experience of local public hospital nurses during the 2015 MERS outbreak in South Korea. *Asian Nursing Research*, 11(3), 230–236.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.005>
- Peng, M., Qian, Z., & Zhang, L. (2020). Care for critical ill patients with COVID-19: Establishment of a temporary intensive care unit in an isolated Hospital. *Frontiers in Medicine*, 7(August), 1–8.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00519>
- Philips, K., Uong, A., Buckenmyer, T. Cabana, M., Hsu, D., Katyal, C., O'Connor, K., Shiminski-Maher, T. & Hametz, P. (2020). Rapid implementation of an adult coronavirus disease 2019 unit in a children's hospital. *The Journal of Pediatrics*, 222, 22–27.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.04.060>
- Prior, M., Delac, K., Laux, L., & Melone, D. (2020). Determining Nursing education needs during a rapidly changing COVID-19 environment. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(4), 428–450.
<https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000328>
- Rodríguez-Caravaca, G., Timermans, R., Parra-Ramírez, J. M., Domínguez-Hernández, F. J., Algora-Weber, A., Delgado-Iribarren, A., & Velasco Arribas, M. (2015). Health-care management of an unexpected case of Ebola virus disease at the Alcorcón foundation university teaching hospital. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 33(4), 228–232.
<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.12.003>
- Sahara, T., Tokashiki, C., & Raita, Y. (2011). Infection Prevention Actions on the Swine Influenza Outbreak in the Closed Psychiatry Ward of a General Hospital. *Japanese Journal of Environmental Infections*, 26(1), 35–40.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsei/26/1/26_1_35/_pdf/-char/ja
- Scarfone, R. J., Coffin, S., Fieldston, E. S., Falkowski, G., Cooney, M. G., & Grenfell, S. (2011). Hospital-based pandemic influenza preparedness and response: Strategies to increase surge capacity. *Pediatric Emergency Care*, 27(6), 565–572.
<https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e31821dc9d1>
- Shih, F. J., Turale, S., Lin, Y. S., Gau, M. L., Kao, C. C., Yang, C. Y., & Liao, Y. C. (2009). Surviving a life-threatening crisis: Taiwan's nurse leaders' reflections and difficulties fighting the SARS epidemic. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), 3391–3400.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02521.x>

- Tam, C. W. C., Pang, E. P. F., Lam, L. C. W., & Chiu, H. F. K. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hongkong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*, 34(7), 1197–1204. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002247>
- Tohoda, S., & Ichimura, N. (2020). Interim Summary of SARS-CoV-2 RT-PCR test and proposal of problems for the second wave. *Rinsho Byori*, 68(8), 665–669. <https://ci.nii.ac.jp/naid/40022354198/>
- Tosoni, A., Rizzatti, G., Nicolotti, N., Di Giambenedetto, S., Addolorato, G., Franceschi, F., & Dal Verme, L. Z. (2020). Hospital reengineering against COVID-19 outbreak: 1-month experience of an Italian tertiary care center. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 24(15), 8202–8209. https://doi.org/10.26355/eurev_202008_22509
- Tseng, H. C., Chen, T. F., & Chou, S. M. (2005). SARS: Key factors in crisis management. *Journal of Nursing Research*, 13(1), 58–65. <https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000387526.99770.1e>
- Wang, H., Feng, J., Shao, L., Wei, J., Wang, X., Xu, X., Shao, R., Zhang, M., He, J., Zhao, X., & Liang, T. (2020). Contingency management strategies of the nursing department in centralized rescue of patients with coronavirus disease 2019. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(2), 139–142. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.001>
- Wee, L. E., Sim, X. Y. J., Conceicao, E. P., Aung, M. K., Goh, J. Q., Yeo, D. W. T., Gan, W. H., Chua, Y. Y., Wijaya, L., Tan, T. T., Tan, B. H., Ling, M. L., & Venkatachalam, I. (2020). Containment of COVID-19 cases among healthcare workers: The role of surveillance, early detection, and outbreak management. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 41(7), 765–771. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.219>
- Whiteside, T., Kane, E., Aljohani, B., Alsamman, M., & Pourmand, A. (2020). Redesigning emergency department operations amidst a viral pandemic. *American Journal of Emergency Medicine*, 38(7), 1448–1453. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.032>
- WHO (2005). Report on Combating Emerging Infectious Diseases in the South-East Asia Region. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204878/B0005.pdf>
- WHO (2014). A brief guide to emerging infectious diseases and zoonoses. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204722/B5123.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO (2020a). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 (2021 年 5 月 6 日 閱 覽 , <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>)
- WHO (2020b). Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response Interim guidance. <https://www.who.int/publications/i/item/W>

HO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1

- Wu, X., Zheng, S., Huang, J., Zheng, Z., Xu, M., & Zhou, Y. (2020). Contingency nursing management in designated hospitals during COVID - 19 outbreak. *Annals of Global Health*, 86(1), 70, 1 - 5. <https://doi.org/10.5334/aogh.2918>
- Yong, L. M. O., Xin, X., Wee, J. M. L., Poopalalingam, R. S., Kwek, K. Y. C., & Thumboo, J. (2020). Perception survey of crisis and emergency risk communication in an acute hospital in the management of COVID-19 pandemic in Singapore. *BMC Public Health*, 20(1919), 1–12. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-23558/v1>
- Zeneli, A., Altini, M., Bragagni, M., Gentili, N., Prati, S., Golinucci, M., Rustignoli, M., & Montalti, S. (2020). Mitigating strategies and nursing response for cancer care management during the COVID-19 pandemic: an Italian experience. *International Nursing Review*, 67(4), 543–553. <https://doi.org/10.1111/inr.12625>
- Zeng, P., Luo, X., Zeng, W., Qiu, D., Zhang, L., Zhou, Q., Wang, T., & Xiong, Z. (2020). Strategic management of pediatric intensive care unit in a tertiary children's hospital in southwest China during the COVID-19 pandemic. *Translational Pediatrics*, 9(6), 849–862. <https://doi.org/10.21037/tp-20-422>
- Zerbini Giulia, Ebigbo Alanna, Reicherts Philipp, Kunz Miriam, & Messman Helmut. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 – a survey conducted at the university hospital augsburg. *GMS German Medical Science*, 18(1612–3174), 1–9. <https://doi.org/10.3205/000281>
- Zhan, Y. xin, Zhao, S. yu, Yuan, J., Liu, H., Liu, Y. fang, Gui, L., Zheng, H., Zhou, Y. min, Qiu, L. hua, Chen, J. hong, Yu, J. hua, & Li, S. yun. (2020). Prevalence and Influencing Factors on fatigue of first-line nurses combating with COVID-19 in China: A descriptive cross-sectional study. *Current Medical Science*, 40(4), 625–635. <https://doi.org/10.1007/s11596-020-2226-9>
- Zhang, L., Wang, J., Feng, Z., Yamg, X., Liu, Y., & Yuan, Bin. (2003). The responses of nursing system to the outbreak of SARS in general hospital. *Chinese medical journal*. 116(6). 834-837. <http://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0366-6999.2003.06.108>
- Zhou, M., Yuan, F., Zhao, X., Xi, F., Wen, X., Zeng, L., Zeng, W., Wu, H., Zeng, H., & Zhao, Z. (2020). Research on the individualized short-term training model of nurses in emergency isolation wards during the outbreak of COVID-19. *Nursing Open*, 7(6), 1902–1908. <https://doi.org/10.1002/nop2.580>

J. 图表

表1. 検索キーワード

医中誌	PubMed	web of science, cochrane library, CINAHL
① (新興・再興感染症/TH or 新興感染症/AL) or ((インフルエンザ-ヒト/TH or インフルエンザ /AL) and H1N1/AL) or ((インフルエンザ-ヒト/TH or インフルエンザ/AL) and 2009/AL) or パンデミックインフルエンザ/AL or (重症急性呼吸器症候群/TH or SARS/AL) or MERS/AL or ("コロナウイルス急性呼吸器疾患 (2019-nCoV)"/TH or COVID-19/AL) or エボラ/AL or ニパ/AL or (パンデミック/TH or パンデミック/AL)	((Communicable Diseases, Emerging[MeSH Terms] OR ("Emerging Infectious Disease"[Text Word])) OR ((Influenza A Virus, H1N1 Subtype[MeSH Terms] OR ("pandemic influenza"[Text Word]) OR (H1N1 SARS OR MERS OR COVID-19 OR AND influenza) OR (2009 AND influenza)) OR ((SARS Virus[MeSH Terms] OR (SARS[Text Word])) OR ((Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus[MeSH Terms] OR (MERS[Text Word])) OR ((COVID-19[MeSH Terms] OR (COVID-19[Text Word])) OR ((ebolavirus[MeSH Terms] OR (ebola virus[Text Word])) OR ((Nipah Virus[MeSH Terms] OR Nipah[Text Word]) OR ((pandemics[MeSH Terms] OR (pandemic[Text Word]))	"Emerging Infectious Disease" OR "pandemic influenza" OR (H1N1 AND influenza) OR (2009 AND influenza) OR SARS OR MERS OR COVID-19 OR "Ebola virus" OR "Nipah virus" OR pandemic

② (保健医療従事者/TH or 保健医療従事者/AL) or (看護職管理者/TH or 看護職管理者/AL) or (看護職/TH or 看護職/AL) or (看護/TH or 看護/AL)	(Health Personnel[MeSH Terms] or Health Personnel[Text Word]) OR ("hospital administrator*" OR "health care worker*" OR "healthcare worker*" OR "health worker*" OR "medical staff*" OR "medical worker*" OR "Nurse staff*" OR "medical worker*" OR "Nurse Administrator*" OR "nurse manager*" OR "Nurse Administrators[MeSH Terms] or Nurse Administrators[Text Word]) OR "Nursing Staff*" OR nursing (nurses[MeSH Terms] or nurses[Text Word]) OR (Nursing Staff[MeSH Terms] or Nursing Staff[Text Word]) OR (nursing[MeSH Terms] or nursing[Text Word])
③ (組織と管理/TH or 組織と管理/AL) or 病棟管理/AL or (ヘルスマンパワー/TH or ヘルスマンパワー/AL) or (管理看護/TH or 看護管理/AL) or 管理/AL or マネジメント/AL or (組織と管理/TH or 組織管理/AL) or 組織運営/AL or 職員管理/AL or 人材管理/AL or 人的資源管理/AL or (病院管理/TH or 病院管理/AL) or 部署管理/AL or 部署運営/AL	(Organization and Administration[MeSH Terms]) OR (Hospital Administration[MeSH Terms]) OR (Health Workforce[MeSH Terms]) OR ("nursing management"[Text Word]) OR ("organizational management"[Text Word]) OR ("staff management"[Text Word]) OR ("human resource management"[Text Word]) OR ("hospital management"[Text Word]) OR ("unit management"[Text Word]) OR "Organization and Administration" OR "Hospital Administration" OR "Health Workforce" OR "health manpower" OR "Health Occupations Manpower") OR "nursing management" OR management OR "organizational management" OR "staff management" OR "human resource management" OR "hospital management" OR "ward management" OR "unit management"
④ 病院/AL	hospital[MeSH Terms] hospital*

①が新興感染症または定義に該当する疾患、②がマネジメントを実施する人または受ける人、③がマネジメント方策、④が場所を表し、各データベースで①から④まで AND 結合にて検索した。

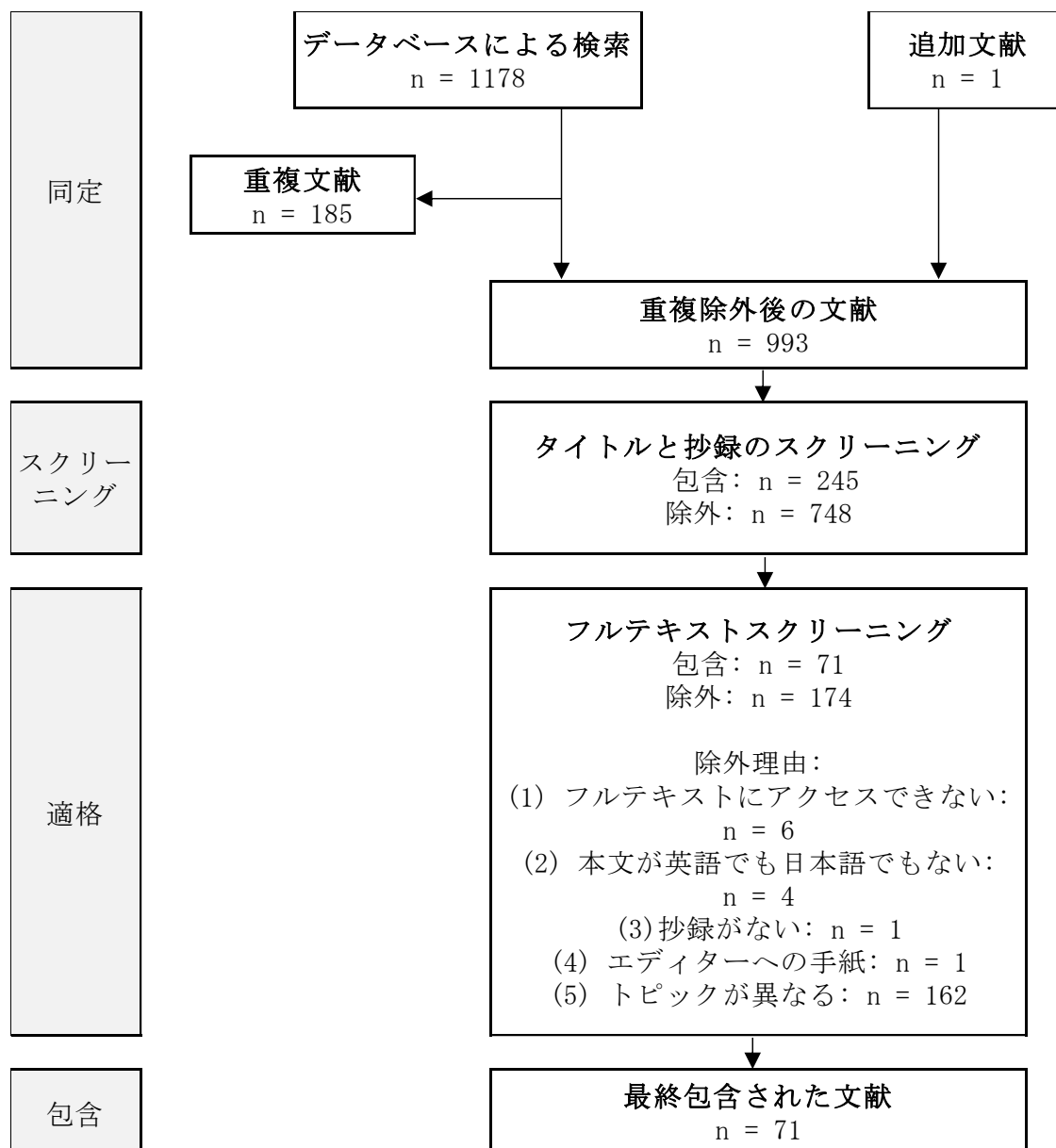


図1. 文献選定のプロセス

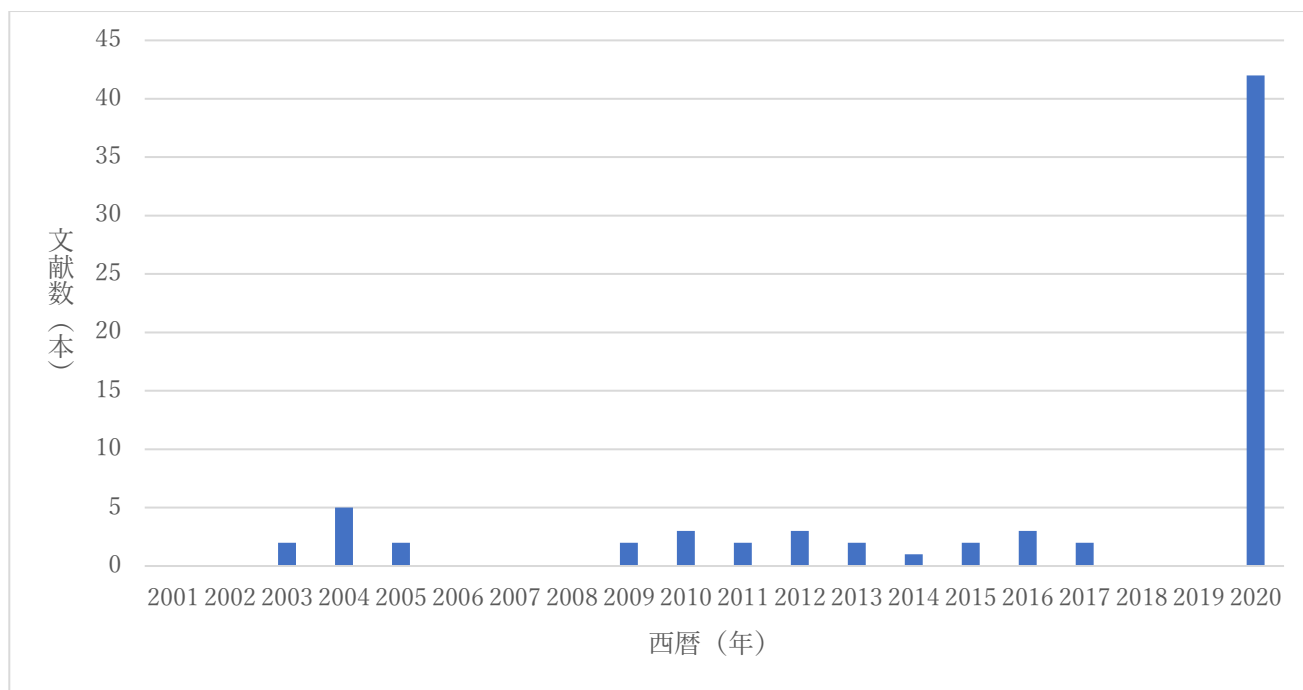


図 2. 文献出版年

表 2. 研究実施国と文献数

アメリカ	イギリス	イタリア	インド	エジプト	オーストラリア	カナダ	ギリシャ	サウジアラビア	シンガポール	スペイン	ドイツ	ニュージーランド	フランス	ポーランド	韓国	香港	台湾	中国	日本
18	2	3	1	1	1	2	1	1	4	1	1	2	1	1	4	5	4	13	5

単位：本

表 3. 新興感染症流行時に当該感染患者受け入れ病院で看護職に実施したマネジメント方策一覧

カテゴリ：マネジメント・リーダー層による対策本部の設置・会議・意思決定					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
多職種による対策本部 設置や会議	病院内の部門間で会議を調整・議論、病 院レベルの予防管理会議内で水平方向の 調整	n/a	看護部	COVID-19	(Wang et al., 2020)
	大きな決断は必ず看護部と事前に話し合 うようにしたり、意思決定チームが毎日 2 回集まり、エビデミック防止や当該感 染症の治療など議論	n/a	看護部、意思決定チー ム	SARS	(Tseng et al., 2005)
	新興感染症の対策本部の設置	n/a	病院	COVID-19	(古川ら, 2020)
	病院リーダー層の多職種によるセンター 設置し、会議	n/a	看護部責任者、看護管 理者、医師など	パンデミックイ ンフルエンザ	(Scarfone et al., 2011)
	新興感染症対策指導チームを設置；看護 部長をチームリーダーとし、配置と治療 の実施に全責任を持った。	n/a	看護部？病院（他職種 含むか不明）？	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)
	コマンドセンターの設置；看護副部長、 主要な上級管理者等で構成される。同じ ネットワークの他院と電話会議を行い、 国（自治体）からの指令の実施について 議論。	n/a	看護副部長、上級管理 者	SARS	(Maunder et al., 2003)
	対策委員会の設置；院長、看護部長等が メンバー。病院全体の対策に責任を持 ち、情報収集してタイムリーに広める。	n/a	院長、看護部長など	SARS	(Zhang et al., 2003)
	企画委員会の各メンバーが各計画の責任 を委任される（看護師リーダーは施設計 画と nonprovider の配置を主導）	n/a	最高看護責任者、看護 部長、救急科部長、実 践教育部長、マグネッ	COVID-19	(Dicuccio et al., 2020)

			トプログラム部長、管理部		
	医学、感染制御、看護、検査、放射線、管理、施設、物流、栄養、広報の各部門の主要スタッフで構成される合同緊急対策チームを設置し、病院に常駐し、様々なテーマについて対面で議論（患者ケア、人員配置、医療用品、解決すべき問題など）	n/a	病院	COVID-19	(Kim et al., 2020)
	看護部長などの多職種の管理者等を含む危機管理チーム設置	n/a	病院	COVID-19	(Zeneli et al., 2020)
	疾病予防・制御対策の責任者を病院長等とし、その下に副院長グループリーダー3人（診療部門責任者、感染管理部門責任者、 看護部門責任者 ）を配置した組織構造とした	n/a	病院	COVID-19	(Kong & Yan, 2020)
看護部内で管理構造を整備	看護の予防管理のリーダーグループ立ち上げ；グループリーダーを看護部部長とし、副グループリーダー、クリティカルケア、感染症、救急医療、呼吸器などの主要分野の看護師長とその他の看護師長をメンバーとした。	n/a	看護部管理者	COVID-19	(Wang et al., 2020)
	看護部、看護師長、看護グループリーダーの3段階の管理構造を策定	看護管理者	看護部の管理監督グループ（看護部副部長をリーダーとし救急、重症患者、感染管理、隔	COVID-19	(Wang et al., 2020)

			離病棟などの部門の看護師長がメンバー)		
	スタッフや患者の安全性を高めることに 関する意思決定（選択的手術中止し緊急 処置のみ行う、など）を推進	n/a	看護師のリーダー	COVID-19	(Dicuccio et al., 2020)
カテゴリ：部署横断的な専門性のあるタスクフォースの構築					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
治療や実践に主眼を置いたタスクフォース	ホスピタリス（病院総合医）と看護師で 専門ユニットを構築	n/a	ホスピタリスト（病院 総合医）中心	COVID-19	(Bowden et al., 2020)
	集中治療看護師を中心とした集中治療看護 師チームを立ち上げ；同時に立ち上げた上級集中治療専門家を中心とした多職 種の集中治療チームとともに、隔離状態 の評価、病棟をゾーニングし労働者が休 めるスペース確保、治療の標準化のため に医療行為ごと（日常診療、気管挿管） に防護策を定めた	n/a	病院？病棟？	COVID-19	(Peng et al., 2020)
	当該感染症に関する相談、指導、看護技術 支援に責任を持つ当該感染症のための 看護技術支援チーム（看護最高責任者が リーダー、感染症部門、救急部門、 ICU、CCU、呼吸器部門の看護師長で構 成）を立ち上げ；看護業務の内容と手順 を策定、人員配置を調整、当該感染症対 策定例会議への参加、専門病棟だけでな く病院の全機能との連携促進	n/a	看護部	COVID-19	(Wu et al., 2020)
	Incident Command Center（＝パンデミック 対応の準備をリードする機関内の関連	n/a	看護部長、救急部看護 部長	COVID-19	(Gupta & Federman, 2020)

	部門のリーダーで構成される組織）の情報や決定事項を周知し、実施するための方針を決定				
	緊急対応の専門家である臨床看護師を管理者と現場リーダーの混合チームに加える	緊急対応の専門家である臨床看護師	管理者チームと現場リーダーの合同チーム？	エボラ出血熱	(Feistritzer et al., 2014)
	医師と看護師からなる専門チームを結成（指定されたエリアに入院した全患者のケア実施）	受け入れ病棟の看護師と医師	病院？病棟？看護部？	SARS	(Chan-Yeung, 2004)
後方支援を中心とした タスクフォース	外来部門が、医療事務、人事部、IT 部の協力を得て多職種チーム結成	n/a	病院？	COVID-19	(Keeley et al., 2020)
	物流チーム（病棟再建への参加と資材の準備担当）、専門チーム（人材育成と管理担当）、管理チーム（各部門間のコミュニケーションと調整を含む看護スタッフの管理担当）を設立	n/a	看護部	COVID-19	(Zhou et al., 2020)
	特別グループ（トレーニングと審査、管理と監督、心理的支援、後方支援、報告と広報）を設置し、各グループの業務内容は集中的な救助活動の持続的な進行を共同で確保するために補完されている ＊グループリーダーは、看護部の部長、副部長、各分野の看護師長から選出	n/a	看護部	COVID-19	(Wang et al., 2020)
カテゴリ：当該感染症に関する情報収集・管理					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	当該感染症に関して様々な機関（the web sites of the Association of Infection Control, the Department of	n/a	看護部長	SARS	(Tseng et al., 2005)

	Health, the Taipei Department of Health, the Center for Disease Control, WHO, 諸外国のアナウンス, s) から毎日情報収集				
	新興感染症流行に直面したときに参照できる文献や臨床経験がなく、世界中の研究結果や WHO が推奨する治療や看護手順など情報収集	n/a	看護部？	SARS	(Zhang et al., 2003)
	情報を集約するポイントを特定	ICU, 感染管理部門, Health Department 間で	ICU, 感染管理部門, Health Department 間で	パンデミックインフルエンザ	(Leen et al., 2010)
カテゴリ：組織内でのリスクコミュニケーション					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
新興感染症に関する情報交換	リスクコミュニケーション（組織や個人の間における未知の感染症に関する情報交換）	受け入れ病棟の看護師（や他スタッフ？）	n/a（病院内全体か）	SARS	(O' Connor et al., 2009)
	リスクコミュニケーション	患者ケアに直接的間接的に関わる全スタッフ（看護職含む）	病院、直属上司	COVID-19	(Yong et al., 2020)
	リスクコミュニケーション： 【発生時の提供情報】新型インフルエンザ対策、病院内発生状況、防護用具の着脱方法、新型インフルエンザの病態及び標準治療・症例定義 【発生時の獲得情報】新型インフルエンザ対策（訓練含む）の実施状況と問題点、ワクチン接種歴、感染症患者からの相談内容	病院幹部、ICN 代行者、感染対策チーム（医師、看護師など多職種）、リンクナース、院内職員（感染症病棟職員、非感染症病棟職員、発症職員、接触職員）、病院内の機関	ICN	パンデミックインフルエンザ	(Kuroda et al., 2017)

	院内の状況（当該感染者数、隔離されている職員数、入院している職員数）について情報提供	職員	病院の CEO、看護部の副部長、最高情報責任者	SARS	(Maunder et al., 2003)
	コミュニケーション（情報）	受け入れ病棟や一般病棟の看護師、医師	職場（病院？病棟？）	COVID-19	(Zerbini et al., 2020)
	病院全体の対策に責任を持ち、情報収集をしてタイムリーに広める。	n/a	院長、看護部長など対策委員会	SARS	(Zhang et al., 2003)
	疾病や感染管理の情報伝達	救急部の看護師（感染患者に対応する部署）	n/a	パンデミックインフルエンザ	(Ki et al., 2013)
	当該感染症についての指示と情報の明確な伝達	当該患者にケアした医師・看護師、ケアしていない医師・看護師	病院？病棟？不明	病院？病棟？不明	(Chan et al., 2004)
メッセージの伝達方法	電子メール、病院のイントラネットを活用してメッセージ発信	職員	病院の CEO、看護部の副部長、最高情報責任者	SARS	(Maunder et al., 2003)
	日々情報提供・情報更新（e メール、イントラネット、ポスター、リーダーから通達などなど）、質問・回答フォーラム設置	看護師、職員全体	看護部長、病院	COVID-19	(Dicuccio et al., 2020)
	伝達事項は、頻繁に行われる看護師会議や毎日の打ち合わせメールを通じて共有	看護師	看護師長、上級外来腫瘍科看護師	COVID-19	(Buckstein et al., 2020)
	関連情報を毎日発表（情報ノート更新、簡単かつ迅速に参照できるようにまとめられた）	受け入れ病棟の看護師	看護師長	SARS	(Lau & Chan, 2005)

	シニアスタッフ（医師、看護師）と病院管理者とのコミュニケーション（委員会などで連絡を取り合う）	受け入れ病棟の看護師や医療者	病院管理者	パンデミックインフルエンザ	(Leen et al., 2010)
	全看護師長での効果的なコミュニケーション維持	看護師長	看護部？	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)
カテゴリ：感染管理および感染患者管理のプロトコルやガイドラインの準備・見直し					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	手術時、患者状態に応じて PPE の種類を規定したガイドラインを作成	手術室の看護師含む医療者	外科部門	COVID-19	(Lancaster et al., 2020)
	感染患者の管理プロトコルを見直し・修正	感染患者に直接ケアをするスタッフ	管理者チームと現場リーダーの合同チーム	エボラ出血熱	(Feistritzer et al., 2014)
	高度心肺蘇生法のプロトコルの定期的な見直し	小児科病棟（受け入れ病棟）看護師や他スタッフ？	小児科看護師の教育担当者	COVID-19	(Philips et al., 2020)
	疾病や感染管理のガイドライン提供	救急部の看護師（感染患者に対応する部署）	n/a	パンデミックインフルエンザ	(Ki et al., 2013)
	看護ケアの開発と調整：看護ケアの手順を日々更新/様々な関連学会や国内外の専門家と関係構築/最新の信頼できる情報を他院や看護協会のリーダー、およびフロントラインの看護師に伝達	看護師など	看護師リーダー（部長、副部長、部署管理者、主任、副主任、病棟リーダー）	SARS	(Shih et al., 2009)
	防護設備や資源の供給（ガイドライン）	当該感染患者に直接関与した看護師、医師、呼吸療法士	病院	MERS	(Khalid et al., 2016)
	職場での予防措置	当該患者にケアした医師・看護師、ケア	病院？病棟？不明	病院？病棟？不明	(Chan et al., 2004)

		していない医師・看護師			
	明確な感染管理ガイドライン	さまざまな分野の医師、看護師、医療補助者、理学療法士、作業療法士	病院？院外のことも含む？	SARS	(Tam et al., 2004)
カテゴリ：感染管理のため職員用の設備・システム構築					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
職員の診察体制整備	職員の有症状時、決められた時間や場所で診察する	職員全体？受け入れ病棟の職員？	病院	パンデミックインフルエンザ	(Leen et al., 2010)
	管理的支援：感染拡大防止のため有症状者のための専門外来を設置	医療者（看護師含む）	病院？	パンデミックインフルエンザ	(Chu et al., 2012)
ワクチン計画	感染管理の一つとして、ワクチン接種のための段階的な分配システムを開発（当該感染患者に頻繁に接している職員を特定し優先）	〈第1優先〉救急科やICUの看護師、医師、医療助手、看護師、呼吸療法士、ソーシャルワーカー、瀉血療法士	感染管理チーム	パンデミックインフルエンザ	(Scarfone et al., 2011)
カテゴリ：感染管理や医療行為のための物資管理・供給					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	資材部や隔離病棟の看護師長と連携して、隔離病棟に十分な資源を供給できるように使用計画立案	受け入れ病棟の看護師	看護部	COVID-19	(Wu et al., 2020)
	PPE の利用可能性	当該感染患者にケアを提供した看護師	n/a	COVID-19	(Hendy et al., 2020)

複数種類のマスク提供	受け入れ病棟の看護師（や他スタッフ？）	病院？病棟？	パンデミックインフルエンザ	(Leen et al., 2010)
食事のトレーを紙製に変更し、食べ残しや紙皿・紙コップをゴミ箱に捨てられるようにした	（受け入れ病棟問わず？）看護師や他スタッフ	病院	COVID-19	(Gupta & Federman, 2020)
使用する防護具（全身タイベックスーツ、動力式空気浄化装置付き呼吸器フード）の決定	感染患者に直接ケアをするスタッフ	医師と看護師（管理者かは不明）	エボラ出血熱	(Feistritzer et al., 2014)
資源（看護に使用する物品、消毒材料、呼吸器など）の再割り当て	n/a	看護部？	SARS	(Zhang et al., 2003)
管理的支援：入院病室、コリドー、外来で手指衛生のための 75%アルコールを供給	医療者（看護師含む）	病院？	パンデミックインフルエンザ	(Chu et al., 2012)
防護物資	受け入れ病棟や一般病棟の看護師、医師	職場（病院？病棟？）	COVID-19	(Zerbini et al., 2020)
ファーストラインに十分な物資の供給	発熱外来、隔離病棟（疑似症用／陽性者用）	看護部が他部署と協力して	COVID-19	(Wang et al., 2020)
消耗品の調達、保管、配布を担当し、毎日、看護部や資材部と連絡を取り合い、タイムリーな供給に努めた	n/a	看護師長	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)
利用可能な資源がある（十分な設備、最も良い感染管理ガイドラインを適用している、感染拡大防止方法を定期的に話し合う）	救急部門看護師	病院	MERS	(Kim & Choi, 2016)

防護設備や資源の供給（使い捨てスクラブ）	当該感染患者に直接関与した看護師、医師、呼吸療法士	病院	MERS	(Khalid et al., 2016)
個人防護具の提供	救急部の看護師（感染患者に対応する部署）	n/a	パンデミックインフルエンザ	(Ki et al., 2013)
物資の供給	受け入れ病棟・スクリーニング実施の看護師（陽性・疑似症に接する）・非受け入れ病棟の看護師	病院？病棟？	MERS	(Oh et al., 2017)

カテゴリ：施設内の職員の健康管理のシステム化・疫学調査できる体制構築

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	SARS-CoV-2 アウトブレイク中に医療者でARI（急性呼吸器疾患）の報告を中央化	職員全体	病院	COVID-19	(Wee et al., 2020)
	医療者の潜在的なクラスターのために症状サーベイランスと監視	職員全体	病院	COVID-19	(Wee et al., 2020)
	感染確認された医療者は隔離し、症例の検知と疫学的調査	職員全体	病院	COVID-19	(Wee et al., 2020)
	アウトブレイク調査と管理（曝露された可能性のあるスタッフを隔離など）	職員全体	病院	COVID-19	(Wee et al., 2020)
	有症状のスタッフや、感染患者に接触したスタッフの監視対策およびスクリーニング	受け入れ病棟の職員（職員全体？）	病院？病棟？	COVID-19	(Tosoni et al., 2020)
	スタッフの健康をモニタリング・報告するシステムを策定（1日2回体温測定）	医師と看護師（当病院内に来院している人や研修中の人を含む）、清掃員、患者の日常	病院	COVID-19	(Zeng et al., 2020)

	ケアをサポートする 従業員を含むすべての スタッフ			
患者の世話人用の予防対策チェックリスト（例．面会者は1フロア or 1 病室にし か入れないようにしていた）が看護部の 中央と感染管理チームにメールされ、状 況を追跡できるようにした	n/a	看護部、感染対策チー ム	SARS	(Tseng et al., 2005)
感染スクリーニング検査実施	感染患者を最前線で 対応する（濃厚かつ 長時間対応したり相 関などエアロゾル発 生を伴う行為を行 う）看護職（含む医 療者）	医学系教員が検査を実 施 ※病院が計画？	COVID-19	(Tohoda & Ichimura, 2020)
職員健康管理ツール開発し、症状をツール に入力できるようにした	職員全体	病院として？ I C T ?	パンデミックイ ンフルエンザ	(Kikuchi et al., 2010)
有症状の労働者には全員 PCR 検査を実施	職員	病院？	COVID-19	(Boilève et al., 2020)
病院職員の感染リスクレベルを4つに分 類し、レベルに応じた管理計画を実施	職員	感染管理対策チーム （看護部の経営メンバ ー、病院長、副部長、 感染管理メンバーなど 含む）	COVID-19	(Jeon et al., 2020)
体温と呼吸器症状を1日2回（勤務開始 時・終了時）報告してもらいモニタリン グ	非受け入れ病棟（整 形外科）の職員	看護スタッフの長（病 棟看護管理者？）	COVID-19	(Kenanidis et al., 2020)

健康統合システム：全医療者は日々体温を報告/発熱した医療従事者や外来患者の情報は、毎日定期的に感染制御チームに送信され、必要に応じて詳細な分析や調査/疫学的な分析/H1N1 陽性診断がいたら直ちに病院の感染管理チームに警告	医療者（看護師含む）	病院？	パンデミックインフルエンザ	(Chu et al., 2012)
---	------------	-----	---------------	--------------------

カテゴリ：感染予防のための治療

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	感染予防のための早期治療（オセタミビル予防内服）	（精神科）病棟の患者・職員すべて	病棟？	パンデミックインフルエンザ	(Sahara et al., 2011)

カテゴリ：研修・教育体制の強化

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	研修計画の作成	当該感染患者に関わるスタッフ：救急スタッフ（医師，小児科医，看護師，看護助手，病院のポーター），検査室スタッフ（検査室の医師と技師），画像診断ユニットのスタッフ（診断用放射線技師）	病院？	エボラ出血熱	(Rodríguez-Caravaca et al., 2015)
	対面式のオリエンテーションをオンライントレーニングに変更し、アクセスするための外部のウェブポータルを作成	看護師	病院？	COVID-19	(Keeley et al., 2020)

	PPE 担当者を新たに設けた	ナースプラクティショナーやフィジシャンアシスタントなどの上級医療従事者	病院？	COVID-19	(Keeley et al., 2020)
	当該感染症用の教材開発	看護師	教材開発担当の看護教育シニアディレクター	COVID-19	(Keeley et al., 2020)
	学習用に教育用のビデオや資料を送る	直接ケアをする看護師（医師は違う？）	看護師長	COVID-19	(Q. Liu et al., 2020)
カテゴリ：感染管理、PPE 着脱、患者管理の研修をオンラインや現場で実施					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	感染制御対策に関する集中的な研修実施	管理者と病棟清掃員を含むすべてのスタッフ	病院？	SARS	(Fung et al., 2004)
	PPE 着脱訓練、マスクのフィットテスト	受け入れ病棟の看護師（＝感染患者が出た精神科閉鎖病棟の看護師）	病棟？	パンデミックインフルエンザ	(Sahara et al., 2011)
		隔離病棟に入るスタッフ（や他スタッフ？）	病院？	SARS	(Fung et al., 2004)
		受け入れ病棟の看護師（や他スタッフ？）	病院？病棟？	H1N1 インフルエンザ	(Leen et al., 2010)
		全職員	神経科	COVID-19	(Lord et al., 2020)
		看護師含む職員	n/a	パンデミックインフルエンザ	(Beckman et al., 2013)

PPE 着脱や安全対策の訓練実施、マスクのフィットテスト（満足のいく水準に達するまでトレーニングを繰り返す）	全医療者	病院、感染管理チームの看護師	COVID-19	(Kim et al., 2020)
PPE の使い方に関するトレーニング、更新コースを設置	感染患者・疑似症患者的の管理に携わる全スタッフ	病院？病棟？	COVID-19	(Tosoni et al., 2020)
新しい病気と安全対策（ソーシャルディスタンスや会食制限など）、个人防护具（PPE）の使用、着脱の手順についてのトレーニング	HCW（医師、看護師、サポートスタッフ）	病院	COVID-19	(Mahey et al., 2020)
P P E 着脱など再教育トレーニングと実習実施	当該感染患者に関わったスタッフ	感染管理制御専門看護師、看護教育担当者	エボラ出血熱	(Barratt, 2015)
隔離病棟の壁に PPE の標準手順を記した大きなポスターと大きな鏡を設置、隔離病棟に入る際は互いにチェック	隔離病棟に入るスタッフ（や他スタッフ？）	病院？	SARS	(Fung et al., 2004)
PPE の使用、特に洗浄、消毒、保管、PPE の損傷の有無の点検について体系的なトレーニングを実施	整形外科職員（受け入れ病棟と非受け入れ病棟両方か？）	病院？病棟？診療科（整形外科）？	COVID-19	(Kenanidis et al., 2020)
地元の大学から指導者を招き当該感染症患者を治療する際の具体的要件についてのトレーニング実施	看護師	看護部？	COVID-19	(Keeley et al., 2020)

現場でのトレーニング（当該感染症の診断・治療・病院の感染ガイドライン、診断治療計画、一般的な医療防護設備のオペレーション、病棟レイアウト・患者入院・ワークフロートレーニング）とオンライントレーニング（医学的防護の文献を用いたガイドライン、防護服・手指衛生・マスク・病棟計画グラフィックによる説明、感染予防法、隔離や消毒・汚染の知識、災害時の心理的知識、公衆衛生危機時のプロヴィジョン、災害時の資源管理と疾病関連の看護の知識）を組み合わせ実施。病棟業務開始前に合格が必要。	緊急隔離病棟（受け入れ病棟）の看護職	診療部、感染管理部、看護部	COVID-19	(Zhou et al., 2020)
職種別のオンライントレーニング	医師と看護師（当病 院に来ている人や研 修中の人を含む）、 清掃員、患者の日常 ケアをサポートする 従業員を含むすべて のスタッフ	病院	COVID-19	(Zeng et al., 2020)
一般的な安全上の推奨事項を各病棟の状況に合わせてPPE トレーニングをするために、トレーニングチームと病棟看護師が面談	病棟看護師	トレーニングチーム	COVID-19	(Król et al., 2020)
当該感染症関連の研修実施	当該感染患者にケア を提供した看護師	n/a	COVID-19	(Hendy et al., 2020)

感染防止と个人防护のための教育（PPEの使い方など）、患者管理に関する教育プログラムを開発し実施	スタッフ看護職	病院の教育担当部門	COVID-19	(Prior et al., 2020)
職業防護研修(professional protection training)	看護師	病院？病棟？	COVID-19	(Zhan et al., 2020)
専門知識の研修	受け入れ病棟の看護師	病院（管理システム）	COVID-19	(Jia et al., 2020)
当該感染症対応を基礎とした研修プログラム（オンライン and/or オフライン）がつくられ日々実施	全メディカルスタッフとコワーカー	病院	COVID-19	(Jiang et al., 2020)
オンラインとオフラインの両方でトレーニング実施（当該感染症の関連知識の紹介）	救急医療スタッフ、 温度監視スタッフ、 その他のスタッフ （医療指導、看護師、警備員、清掃員など）	病院？	COVID-19	(Hu et al., 2020)
研修（当該感染症に関する知識、防護・専門的知識やスキル）をオンラインや現地で実施、head nurse や先輩看護師が評価し、合格した者が業務開始	受け入れ病棟の師長、看護師	新興感染症対策指導チーム（看護部長がチームリーダー）、看護部	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)
感染管理担当看護師が週1回院内ラウンドし、PPE 適切使用できるようにトレーニングや最新情報の提供、頻繁で適切な手指衛生を確実にできるようにすること、感染管理の問題について専門的な助言を行う	n/a	感染管理担当看護師の仕事が病院が定めた？？？	COVID-19	(Cheung et al., 2020)

研修実施 【病院全体の看護師】診断・治療プロトコル、予防・管理プロトコル、感染管理プロセス、保護等級基準などのトレーニング 【ICU の看護師】腹臥位での人工呼吸、体外式膜による酸素供給、侵襲的血行動態モニタリングなどの看護技術トレーニングが強化	看護師	看護部のトレーニングと審査グループ（看護部の副部長をリーダーとし、8 人の看護師長、8 人の教育看護師がメンバー）	COVID-19	(Wang et al., 2020)
時には関連部門も組織化し、オンラインと現地で研修実施（感染防止と制御、病院の空気浄化管理仕様、医療機関の消毒技術仕様、消毒と隔離のための個人防護要件、患者の受け入れ手順など）	感染管理部門で働く看護師	看護部	COVID-19	(Wu et al., 2020)
研修の優先順位が高い人（救急部、MICU、分娩室の医師、看護師、環境整備スタッフなど）を特定し、研修コース（疾患についてのプレゼン、PPE 実習など）を開催	救急部、MICU、分娩室の医師、看護師、環境整備スタッフなど	病院の教育部門	エボラ出血熱	(Cummings et al., 2016)
感染対策や患者管理について研修実施（身の守り方、看護ケアの提供方法、疾病の観察方法、患者状況の変化を正確に伝える方法、呼吸器のスキル、看護手順やスキルなど）	看護師	看護部？感染管理グループ？	SARS	(Zhang et al., 2003)
研修参加を手配（感染対策、PPE、ICU など）	受け入れ病棟の看護師	看護師長	SARS	(Lau & Chan, 2005)
感染制御実践の教育	医療者（看護師含む）	病院？	パンデミックインフルエンザ	(Chu et al., 2012)

カテゴリ：病院が当該感染症対応することになった結果新たに必要とされるスキル等の研修実施					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	クリティカルケアのトレーニング	神経科の看護師	神経科	COVID-19	(Lord et al., 2020)
	トリアージ業務の訓練	トリアージ担当の看護師	病院？	COVID-19	(Zeneli et al., 2020)
	看護職の育成と、集中治療専門医と麻酔科医の混成コンサルタントチームによりトレーニングプログラムを作成し実施	受け入れ ICU 受け入れに配置されたスタッフ	看護職／集中治療専門医と麻酔科医の混成コンサルタントチーム	COVID-19	(Oakley et al., 2020)
	再配置された看護職に ICU で必要となる技術のトレーニング（侵襲的モニタリングの安全管理、人工呼吸、機器）	様々な部署の看護職（研究開発、急性期病棟、救命救急センター、生物医学、術前評価、冠動脈治療、心臓病学、ACCP 研修生、専門看護師、救急看護師、病棟看護師、夜間看護師、専門開発看護師、整形外科看護師、ディケースなど）	病院？看護部？看護職／集中治療専門医と麻酔科医の混成コンサルタントチーム？	COVID-19	(Oakley et al., 2020)
	クリティカルケア看護の実践に参加できるようにするための教育とベッドサイドでの指導実施（病態生理、ケアパラダイム、当該感染患者の治療法や管理する際の手順など）	看護師	クリニカルプログラムコーディネーター、専門看護師、ICU 看護師（←彼らに看護リーダーからプログラム作成と実施を命じた）	COVID-19	(Brickman et al., 2020)
カテゴリ：当該感染症対応にあたり心理面に着目した研修の実施					

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	研修（予防的心理カウンセリング）をオンラインや現地で実施	受け入れ病棟の師長、看護師	新興感染症対策指導チーム（看護部長がチームリーダー）、看護部	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)
	現場でのトレーニング（マインドフルネスに基づいたストレス軽減）実施。	緊急隔離病棟（受け入れ病棟）の看護職	診療部、感染管理部、看護部	COVID-19	(Zhou et al., 2020)
	オンラインとオフラインの両方でトレーニング実施（医療従事者への心理的介入）	救急医療スタッフ、体温監視スタッフ、その他のスタッフ（医療指導、看護師、警備員、清掃員など）	病院？	COVID-19	(Hu et al., 2020)

カテゴリ：病棟の空間・物的環境の整備

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	当該感染症指定病棟の設置、看護師長は現場を視察しレイアウトを承認	n/a	看護部	COVID-19	(Wu et al., 2020)
	病棟のゾーニング（隔離環境整備）	隔離病棟	病棟？	パンデミックインフルエンザ	(Sahara et al., 2011)
	隔離病棟と隔離 ICU の改修デザイン（ゾーニング含む）を打ち出す	n/a	看護部が感染管理部門と医事課とともに	COVID-19	(Wang et al., 2020)
	消毒システムや使用物品の見直し修正・隔離エリアの特定	感染患者に接した医療者など	看護部？対策委員？不明	SARS	(Zhang et al., 2003)
	当該感染患者に対応できるよう療養スペースを変更（環境、設備、供給、PPE 及び着脱スペース確保など）	n/a	看護師の自発的なコアチーム、看護師のリーダー	COVID-19	(Dicuccio et al., 2020)
	職員の食堂の椅子を間隔を開けるように再配置	職員全体	多職種から構成される緊急時対策チーム	COVID-19	(Kim et al., 2020)

	防護設備や資源の供給（陰圧室）	当該感染患者に直接 関与した看護師、医 師、呼吸療法士	病院	MERS	(Khalid et al., 2016)
カテゴリ：施設内の感染管理の監査監督					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	感染症対策の監査プロセス（スタッフが互いに違反を報告するよう注意し、それによりシステムの弱点が明らかになり必要な改善を実施）の監督	n/a	病院、感染管理看護師 （病院が感染症対策監 査を実施、感染管理看 護師が監査プロセスの 監督）	SARS	(Chee et al., 2004)
	感染管理措置が厳密に守られていることを確認（PPE 適切装着、人員・機器・手術室の汚染を除去するよう監督、症例に関与したすべてのスタッフの完全なリスト管理）	n/a	病院、感染管理看護師 （病院が感染症対策監 査を実施、感染管理看 護師が監査プロセスの 監督）	SARS	(Chee et al., 2004)
	適切な PPE 着脱を徹底	小児科病棟（受け入 れ病棟）看護師	小児科看護師の教育担 当者	COVID-19	(Philips et al, 2020)
	PPE 使用と隔離手順を強化し監視	受け入れ病棟の看護 師（や他スタッ フ？）	感染管理担当の看護師	H1N1 インフルエ ンザ	(Cannava et al., 2010)
	受け入れ病棟の監督：設備・環境面（レイアウト、ゾーニング、PPE 着脱プロセス）	受け入れ病棟の看護 師	新興感染症対策指導チ ーム（看護部長がチー ムリーダー）？、看護 部？感染症部門看護 師？	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)
	受け入れ病棟の監督：消毒や防護作業の監督	受け入れ病棟の看護 師	感染症部門の看護師	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)

	感染管理遵守譲許の監査：感染管理担当者の指導のもと手指衛生の徹底とサージカルマスクの着用徹底/医療者が感染制御の実践を理解しているかどうか評価（質問紙、隔離室での観察による）	医療者（看護師含む）	感染管理担当者	パンデミックインフルエンザ	(Chu et al., 2012)
カテゴリ：職員に対して生活の自粛要請・助言					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	不必要な移動を避けるよう助言	非受け入れ病棟（整形外科）の職員	病院？病棟？診療科（整形外科）？	COVID-19	(Kenanidis et al., 2020)
	食事時に他者と対面することやコミュニケーションをとらないよう指示	職員全体	多職種から構成される緊急時対策チーム	COVID-19	(Kim et al., 2020)
カテゴリ：現場レベルおよび垂直レベルで多職種と連絡調整					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	リーダー同士の連絡	医師、看護師、呼吸療法士の代表者、サービス担当の医師、小児集中治療専門医	医師、看護師、呼吸療法士の代表者、サービス担当の医師、小児集中治療専門医	COVID-19	(Philips et al., 2020)
	フロントラインスタッフとリーダーの会議	受け入れ病棟の看護師（や他スタッフ？）	医師、看護師、呼吸療法士の代表者、サービス担当の医師、小児集中治療専門医	COVID-19	(Philips et al., 2020)
	看護師リーダーと病院医療チーム、クリティカルケアチームと頻繁に連絡を取る（横断的な連携）	n/a	ホスピタリスト（病院総合医）中心	COVID-19	(Bowden et al., 2020)
	看護師のリーダーは看護チーム、医療スタッフ、組織の様々なレベルでコミュニケーションをとる（電話、メール、ウェブ会議、説明会、面接など）	看護チーム、医療スタッフなど	看護師リーダー	COVID-19	(Zeneli et al., 2020)

	術前に外科医、麻酔科医、手術室看護師が適切に連携し手術計画を立てるためのミーティング実施	外科医、麻酔科医、手術室看護師	診療科（整形外科）？	COVID-19	(Kenanidis et al., 2020)
カテゴリ：現場での実践の相談対応					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	1日に何度も受け入れ病棟を巡回し、スタッフの心配事にリアルタイムで対応	受け入れ病棟の看護師	看護師のリーダー	COVID-19	(Buckstein et al., 2020)
	コンサルタント委員会の設置；関連部署（呼吸器、救急、感染管理、疫学、看護）のメンバーで構成。委員は1日2回病棟ラウンドし、治療、看護、感染制御措置、感染ハイリスクの場で患者防護について助言。	n/a	看護部、呼吸器、救急、感染管理、疫学	SARS	(Zhang et al., 2003)
	病院総合診察医を相談役として病院に設置；患者管理方法について部署スタッフと直接連絡を取った	小児科病棟（受け入れ病棟）看護師や他スタッフ	病院？看護部？	COVID-19	(Philips et al., 2020)
カテゴリ：看護職確保体制構築・配置計画立案					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	人材確保の緊急計画立案	n/a	看護部	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)
	4つの部門（patient centered careの事務、看護管理室、人事部、エンタープライズサービスデスク（情報技術）、産業保健サービス部）の代表者による仮想の配置チーム作成	4つの部門（patient centered careの事務、看護管理室、人事部、エンタープライズサービスデスク（情報技術）、産業保健サービス部）の代表者	病院？	COVID-19	(Keeley et al., 2020)

看護師の予備人員を確保：各部署に当該感染症病棟のための待機看護師を1～2名指名するよう依頼	看護師	看護部	COVID-19	(Wu et al., 2020)
病院と部署が密接に連携しながら全体的なスタッフの配置を実施（重要なポストには確実に人員を配置することを優先；臨床ルーチン業務とアウトブレイク対応業務の人材ニーズを満たすためのエシュロンプラン（階層的な計画）を作成し、効率的な人材の配置と活用；患者数や仕事量に応じてスタッフを配置）	全スタッフ	病院、部署	COVID-19	(Zeng et al., 2020)
病院全体の業務量と人員の必要性を再評価し、マッチングするために看護部は3つのエシュロン（階層）を設置 【エシュロン構成の原則】一定数の中堅スタッフに加え、ICUや呼吸器科の上級看護師や専門看護師を数名配置すること。院内の看護師の数（4,000人）を考慮して、看護部はマグネット・ホスピタル（magnet hospital）のコンセプトを参考に、スタッフの選定を病院内の各部門に委ねた。自主的な登録に基づき、各部門の看護師長は、エシュロン構成の原則と看護師の選択基準に従って、第1エシュロンのサポートナースを派遣し、その後、発熱外来や隔離病棟の補強として第2、第3エシュロンの名簿を決定した。	看護師	看護部	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)

管理的支援：マンパワーや設備をタイムリーに供給	医療者（看護師含む）	病院？	パンデミックインフルエンザ	(Chu et al., 2012)
看護職が通常の人員比率で維持できるモデルの作成	小児科病棟（受け入れ病棟）看護師	病院？看護部？	COVID-19	(Philips et al, 2020)
インフラストラクチャー（十分なスタッフと部屋、組織、計画、チーム構成）	受け入れ病棟や一般病棟の看護師、医師	職場（病院？病棟？）	COVID-19	(Zerbini et al., 2020)

カテゴリ：院外から看護職を確保

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	看護師確保：ICU から出向したスタッフを呼び戻す／災害リストの活用／臨時職員や派遣スタッフの活用／過去 18 か月以内に ICU で 6 か月間のローテーションを終えた元大学院生看護師／非 ICU スタッフを教育（on the job teaching model：現場で経験豊富な看護師とともに働く）	受け入れ病棟の看護師	病院？病棟？	パンデミックインフルエンザ	(Leen et al., 2010)
	院外から看護師や医師から派遣してもらう（医師会、公立病院、厚生省、ボランティア、看護師会からなど）	n/a	病院	COVID-19	(Kim et al., 2020)
	民間派遣会社、国防総省の協力を得て外部から看護師を募集&ボランティア募集	看護師	採用チーム	COVID-19	(Keeley et al., 2020)

カテゴリ：当該感染患者を受け入れるために看護職を配置

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
病棟や外来への配置	心不全病棟（当該感染患者対応することあり）に他部署からの看護職などスタッフを招集（自発的な参加を基礎とする）	他部署の看護師、看護師長、医師、ソーシャルケアワーカー	病院？看護部？	COVID-19	(Agostoni et al., 2020)

必要な看護師数や医師数を推定し、患者急増の影響が大きいエリアに迅速に再配置	看護師、医師	病院？看護部？	パンデミックインフルエンザ	(Scarfone et al., 2011)
隔離病棟の看護師の人員管理（看護師を再配置）	受け入れ病棟の看護師	看護部	COVID-19	(Wu et al., 2020)
看護師の再配置：神経科からICUへ応援／プールスタッフがヘルパーとしてICUサポート／外科や手術室看護師をスキルに応じて入院病棟に再配置／リスクが高い看護師は新卒の教育を担う	非受け入れ病棟の看護師	病院？看護部？	COVID-19	(Correa et al., 2020)
看護職の再配置（当該感染患者を見るICUに）	様々な部署の看護職（研究開発、急性期病棟、救命救急センター、生物医学、術前評価、冠動脈治療、心臓病学、ACCP研修生、専門看護師、救急看護師、病棟看護師、夜間看護師、専門開発看護師、整形外科看護師、ディケースなど）	病院？看護部？	COVID-19	(Oakley et al., 2020)
看護職の再配置（内科、重症患者の診療に）	神経科の看護師	神経科	COVID-19	(Lord et al., 2020)
発熱外来や隔離病棟（受け入れ病棟）の人材不足の場合、支援のための看護師を派遣	看護師	看護部	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)

手術室看護師を ICU に再配置し、組み立てライン（急に増えたスタッフを、それぞれのスキルを最も生かせるチームに割り当てて的を絞ったアプローチ）のケアを提供する訪問チーム（ケアチーム、ラインチーム、伏臥位チーム、気管切開チームなど）に配属	ICU（受け入れ病棟）に再配置された手術室看護師	病院？看護部？	COVID-19	(Oakley et al., 2020)
看護師や caregiver を ICU に配置；ICU の同僚が訓練を実施後、患者ケア * 看護師は手術室の専門看護師 16 名、新人 8 人、以前に当 ICU で勤務していた者（看護学校から戻った者 2 名＋腫瘍病棟から 2 名）4 名	看護師（ICU 訓練を受けた手術室看護師、新人、ICU 経験者）、caregiver	病院？病棟？看護部？	COVID-19	(Boilève et al., 2020)
看護師を迅速に集結、人員配置（疑いのある患者や軽症・中等症の患者が確認された病棟では 1：5～8、重症の患者が確認された病棟では 1：3～5、ICU では 1：1～3）し、グループワーク制を導入：隔離病棟で働く看護師は 4 時間シフト、補助的な業務（隔離病棟でのオーダー対応、物品管理など）に従事する看護師は 8 時間シフトとし、緊急時に備えてバックアップ看護師を確保	看護師	看護部	COVID-19	(Wang et al., 2020)
新たに設置されたケアエリアに看護師を配置	受け入れ？非受け入れ？病棟の看護師	病院？看護部？	パンデミックインフルエンザ	(Cannava et al., 2010)
	別病棟の看護師、医師、サポートスタッフ	病院？看護部？	パンデミックインフルエンザ	(Charney et al., 2012)

	救急部内にあり分離された場所にある有 症状患者の待合エリアに看護師と医師を 配置	受け入れ？非受け入 れ？病棟の看護師	病院？看護部？	パンデミックイ ンフルエンザ	(Charney et al., 2012)
	当該感染症病棟に変換した病棟（成人患 者が入る）に看護師を配置	小児科病棟（受け入 れ病棟）看護師	病院？看護部？	COVID-19	(Philips et al., 2020)
	感染エリアと非感染エリアで看護師の配 置を分ける	受け入れ病棟の看護 師（や他スタッ フ？）	病棟？(ED director?)	COVID-19	(Whiteside et al., 2020)
	患者数の減少でサービス統合したこと により、ナースプラクティショナーの配置 数を減らした	外科部門のナースプ ラクティショナー	外科部門？（看護部も 関与？）	COVID-19	(Lancaster et al., 2020)
	感染症対応チームに看護職を増員	感染患者に直接ケア をするスタッフ	病院？看護部？	エボラ出血熱	(Feistritz et al., 2014)
当該感染患者を担当す るエリアに配置するス タッフの基準やスキル	妊婦を感染患者のいないエリアに配置	受け入れ病棟の看護 師（や他スタッ フ？）	病棟？	H1N1 インフルエ ンザ	(Leen et al., 2010)
	若くて健康なスタッフを感染患者のケア にあてる（妊婦、免疫不全、60 歳以上の スタッフを当該感染患者のケアに関与さ せない）、受け入れ病棟と非受け入れ病 棟のスタッフが混合しないようにした	受け入れ病棟（整形 外科）職員、非受け 入れ病棟（整形外 科）の職員	病院？病棟？診療科 （整形外科）？	COVID-19	(Kenanidis et al., 2020)
	看護師の再配置；経験があつて、健康状 態がよく、複雑な看護問題を対処できる 能力のある看護師を選び隔離病棟や発熱 外来に配置	看護師	看護部？	SARS	(Zhang et al., 2003)
	看護師の再配置（発熱外来）：師長は外 来管理経験が豊富、外部の援助経験あ り、身体的健康状態が良いものを選択／	看護師	新興感染症対策指導チ ーム（看護部長がチー ムリーダー）、看護部	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)

看護師は仕事経験 2 年以上、身体的健康状態が良い、基本的な看護技術（輸液、酸素吸入、状態観察）に習熟している者を基準とし、重症患者への看護技術（侵襲性／非侵襲性人工呼吸器の使用、経鼻高流量酸素、閉塞性気道吸引）を有する者か消毒・隔離 quarantine 技術を有する者が優先された					
看護師の再配置（受け入れ病棟）：師長は消毒や隔離管理経験ある者を重視し、救急部と感染症部の統合素質に優れた者を優先し選択／看護師は仕事経験 2 年以上、身体的健康状態が良い、基本的な看護技術（輸液、酸素吸入、状態観察）に習熟している者を基準とし、重症患者への看護技術（侵襲性／非侵襲性人工呼吸器の使用、経鼻高流量酸素、閉塞性気道吸引）を有する者か消毒・隔離 quarantine 技術を有する者が優先された	看護師	新興感染症対策指導チーム（看護部長がチームリーダー）、看護部	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)	
施設内でクリティカルケアのスキルを持つ看護師や、ICU で勤務経験がある看護師に当該感染患者受け入れ病棟で勤務してもらえないか依頼し自発的に協力を募り、看護専門職実践・教育部門が教育を提供し、段階的なスタッフ配置モデルを作成	クリティカルケアや I C U 勤務経験のある看護師	看護チーム	COVID-19	(Dicuccio et al., 2020)	
カテゴリ：勤務体制の見直し					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献

勤務体制の見直し：SARS の時の管理モデルに従う／発熱外来や隔離病棟（受け入れ病棟）の勤務は6時間の4交代制を採用／看護師のシフトスケジュールは2～3週間ごとに変更／月1回のローテーションで、1カ月間働いた看護師は2週間休んで自宅に隔離／部署の正常な運営を確保するために、ローテーションごとに一部の看護師だけを入れ替え／リーダーは、流行の状況に応じて第一線の看護師の配置を動的に調整／師長と看護部が報告を受けたあと不快な思いをした看護師の配置変更／	看護師	看護部	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)
通常のローテーションから変更	重症患者臨床看護教育担当者	病院？看護部？重症患者臨床看護教育担当者？	COVID-19	(Oakley et al., 2020)
看護師のシフト時間と勤務中の休息時間の設定	受け入れ病棟の看護師のみ？	病院？看護部？	エボラ出血熱	(Feistritz et al., 2014)
余暇時間の補償（余暇、休暇、家族の時間）	受け入れ病棟や一般病棟の看護師、医師	職場（病院？病棟？）	COVID-19	(Zerbini et al., 2020)

カテゴリ：勤務中の負担軽減の配慮

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	患者割り当てを配慮；当該感染患者が少ない時には別の患者を持つ機会を設けたり、2時間ごとに休憩や食事といったリフレッシュの時間を提供した	受け入れ病棟で隔離室に配置された看護師（や他スタッフ？）	病棟？	H1N1 インフルエンザ	(Leen et al., 2010)
	患者割り当てを配慮；当該感染患者が少ない時には別の患者を持つ機会を設けた	受け入れ病棟で隔離室に配置された看護	病棟？	H1N1 インフルエンザ	(Leen et al., 2010)

	り、2時間ごとに休憩や食事といったリフレッシュの時間を提供した	師（や他スタッフ？）			
	ICUの空間構成を考慮し、ICU看護師と追加の看護師（＝ICUに再配置した看護師）を交互にした	ICU訓練を受けた手術室看護師、新人看護師、ICU経験看護師、ICU看護師 ＊ICUは受け入れ病棟	病棟？看護部？	COVID-19	(Boilève et al., 2020)
カテゴリ：現場レベルの業務の設計・修正					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
看護業務の設計・修正	看護ケア提供を合理化（PPE徹底し、食事、投薬、バイタルチェックなどのケアを可能な限り同じ訪問で提供するように慎重に計画しベッドサイド訪問）	受け入れ病棟？の看護師 ※一部の病棟かは不明	病棟？	COVID-19	(Gupta & Federman, 2020)
	病院の実情に応じて看護業務の優先順位を調整、発熱外来と隔離病棟の看護業務システムとそれに対応するスタッフの基準を策定	n/a	新興感染症対策指導チーム（看護部長がチームリーダー）	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)
	通常環境整備スタッフが行う病室の清掃や消毒、廃棄物の除去など患者ケアを担当する看護師に依頼	受け入れ病棟の看護師	病院？病棟？看護部？ 不明	エボラ出血熱	(Cummings et al., 2016)
	患者ケア担当看護師が最大6時間まで連続して病室にいることを推奨	受け入れ病棟の看護師	病院？病棟？看護部？ 不明	エボラ出血熱	(Cummings et al., 2016)
	看護基準の改善：患者搬送、職業上の防護、重症者看護について	看護師	看護部	COVID-19	(Wang et al., 2020)
他職種も関与する業務の設計・修正	洗浄や日常のケアを支援する手術室チームを結成	手術室スタッフ	病院？看護部？	COVID-19	(Oakley et al., 2020)

ワークフローを設計	各分野の医師・PA・PCA・外来Ns・NP など	病院？	COVID-19	(Keeley et al., 2020)
ワークフロー(事前スクリーニングやトリアージプロセス、入院・紹介・移送)の最適化	n/a	看護部	COVID-19	(Wang et al., 2020)

カテゴリ：業務支援の調整

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	リリーススタッフとしてシニア看護師が優先的にベッドサイドスタッフをサポート	受け入れ病棟の看護師（や他スタッフ？）	病棟？	H1N1 インフルエンザ	(Leen et al., 2010)
	ICU Clinical Nurse Specialists と Staff Development Nurses が手伝い、臨床看護師をサポート	受け入れ病棟の看護師	病棟？（ICU Clinical Nurse Specialists と Staff Development Nurses）	H1N1 インフルエンザ	(Leen et al., 2010)

カテゴリ：ビジョンや目標提示

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	クリアなビジョンや目標の提示	受け入れ病棟の看護師	看護師長	SARS	(Lau & Chan, 2005)

カテゴリ：現場の看護職のニーズを把握し病院に伝達・交渉

サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
現場の看護職の意見や能力の活用	感染対策の設計や PPE の選択・購入などの意思決定に参加するよう推奨	受け入れ病棟の看護師	看護師長	SARS	(Lau & Chan, 2005)
	チーム（スタッフ）のコミュニケーションを促進	受け入れ病棟の看護師	看護師長	SARS	(Lau & Chan, 2005)
	フロントラインのスタッフの声を聞く	さまざまな分野の医師、看護師、医療補	管理者	SARS	(Tam et al., 2004)

		助者、理学療法士、 作業療法士			
	フィードバックを受けることができる (現場の声を聞くことができる)	当該患者にケアした 医師・看護師、ケア していない医師・看 護師	病院？病棟？不明	病院？病棟？不 明	(Chan et al., 2004)
病院に対して看護管理 者が提案・交渉	フロントラインの看護師のために PPE を 購入するよう交渉	病院、感染制御監査 チーム	看護師長	SARS	(Lau & Chan, 2005)
	勤務後病院内で入浴できるよう提案	病院	看護師長ら看護チーム	SARS	(Lau & Chan, 2005)
カテゴリ：職員が収受可能な、あるいは可視化された管理者による職員への配慮・労い					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	話を傾聴し、思いに寄り添った支援（同 僚が感染で亡くなった時に悲しむ時間や 場を提供、葬儀手伝いできるよう勤務調 整など）	受け入れ病棟の看護 師	看護師長	SARS	(Lau & Chan, 2005)
	看護師長含めて SARS アウトブレイクに 関する事柄（不安や怒りなど含む）を休 憩中にグループで会話	受け入れ病棟の看護 師	看護師長	SARS	(Lau & Chan, 2005)
	頻繁に電話をかけ、心配していることを 伝える	隔離エリアにいるス タッフ	精神科医、ソーシャル ワーカー	SARS	(Tseng et al., 2005)
	病院管理者が特別に気に掛ける	当該感染患者にケア を提供した看護師	n/a	COVID-19	(Hendy et al., 2020)
	看護部長や各師長が先頭に立ってフロン トラインの看護師を毎日労う：解決策と なるワークフローの調整・改善／感染し た看護師の家族の治療／看護部が電子媒 体（WeChat）で保護具の注意喚起と慰め のメッセージ発信／看護師の功績を公式	看護師	看護部	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)

サイトや公式アカウントで情報発信／心理的な相談やサポート、感情を解放するためのチャンネルを看護部が院内の他の部署と協力して提供

カテゴリ：専門的な心理的支援					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	ウェルビーイングセンターの設置	職員全体	病院	COVID-19	(Blake et al., 2020)
	心理社会的支援；労働人員の拡大に伴い主任看護師に加えてフルタイムのシニア看護師を回復支援業務に追加で派遣、必要に応じてスタッフに信頼できるカウンセラーや心理士を紹介	職員全体？受け入れ病棟の職員？	病院？看護部？	COVID-19	(Oakley et al., 2020)
	心理テスト実施	医師と看護師（当病院に来ている人や研修中の人を含む）、清掃員、患者の日常ケアをサポートする従業員を含むすべてのスタッフ *特にフロントラインのスタッフに	病院	COVID-19	(Zeng et al., 2020)
	有資格の心理的カウンセラーを採用し、各部署に配置して対面でのカウンセリング実施	医師と看護師（当病院に来ている人や研修中の人を含む）、清掃員、患者の日常ケアをサポートする従業員を含むすべてのスタッフ *特に	病院	COVID-19	(Zeng et al., 2020)

	フロントラインのスタッフに			
関連部署の責任者と心理カウンセラーが連携	医師と看護師（当病院に来院している人や研修中の人を含む）、清掃員、患者の日常ケアをサポートする従業員を含むすべてのスタッフ *特にフロントラインのスタッフに	病院、部署管理者、心理カウンセラー	COVID-19	(Zeng et al., 2020)
職場での心理社会的支援の提供（同僚、チーム、患者、職業認識）	受け入れ病棟や一般病棟の看護師、医師	職場（病院？病棟？）	COVID-19	(Zerbini et al., 2020)
心理社会的支援（appreciation 感謝・評価、理解）	受け入れ病棟や一般病棟の看護師、医師	職場（病院？病棟？）	COVID-19	(Zerbini et al., 2020)
職業上の心理的支援	看護師	病院？病棟？	COVID-19	(Zhan et al., 2020)
心理的支援（オンラインの心理カウンセラーグループ立ちあげ、精神科がネガティブな感情に対処するためのビデオを送る、心理的支援のホットライン用意）	直接ケアをする医師、看護師	病院	COVID-19	(Q. Liu et al., 2020)
ビデオ通話によるサポートグループを立ち上げ、メンタルヘルス専門家・グループリーダー（メンタルヘルス部門の看護師長）、フロントライン看護師 20 名がビデオ通話グループを通じて支援	看護師	看護部の心理的支援グループ（メンタルヘルス部門の看護師長をリーダーとし、フロントラインの看護師長 8 名がメンバー）	COVID-19	(Wang et al., 2020)
精神科看護師による電話相談窓口設置	精神科看護師	病院？看護部？精神科？不明	SARS	(Chan-Yeung, 2004)

	メンタルヘルスの専門家にも入ってもらったり WeChat を用いて、フロントラインの看護師やその家族に心理的介入	受け入れ病棟の看護師	看護部	COVID-19	(Wu et al., 2020)
	心理的支援：同僚看護師や患者、家族の SARS に対する懸念やケアプランを明確にすること/環境安全担当者に関係者全員にとって安全で快適な環境を作り、維持するよう依頼すること/安全性を確保するために看護師が特定の設備や材料を必要としていることを上層部に伝えること/患者や家族とのコミュニケーションを率先して行い、ニーズを探ること/患者のニーズを満たすための看護師のケア負担を共有すること	看護師リーダー間、フロントラインの看護師	看護師リーダー（部長、副部長、部署管理者、主任、副主任、病棟リーダー）	SARS	(Shih et al., 2009)
	雇用主からのカウンセリングと心理的支援	さまざまな分野の医師、看護師、医療補助者、理学療法士、作業療法士	病院	SARS	(Tam et al., 2004)
	精神科スタッフによる支援（睡眠のアドバイスなど）を調整（スタッフに時間を提供したり、別の精神科スタッフに依頼するなど）	患者に対応する職員	部署看護管理者	SARS	(Maunder et al., 2003)
	精神科看護師による電話サポートライン設置	全職員	精神科看護師	SARS	(Maunder et al., 2003)
カテゴリ：職員の身体的健康への配慮と支援					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	隔離後、無料の健康診断実施	隔離エリアにいるスタッフ	病院	SARS	(Tseng et al., 2005)

	顔の発疹や不快感を和らげるための軟膏を提供	隔離エリアにいるスタッフ（N95 マスク着用）	皮膚科部長	SARS	(Tseng et al., 2005)
カテゴリ：生活物資供給など福利厚生への支援					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	病院（病棟内）に入浴設備を設置	受け入れ病棟の看護師（や他スタッフ？）	病院（看護師長ら交渉の結果）	SARS	(Lau & Chan, 2005)
	食料、水分、衣服、マスク、漢方薬、新聞、雑誌、冷蔵庫、電話などを提供	隔離エリアにいるスタッフ	病院の管理者、看護部長	SARS	(Tseng et al., 2005)
	旅費、宿泊施設、食事などを手配	ボランティアで来る看護師	病院	COVID-19	(Keeley et al., 2020)
	医療用保護具、宿泊施設、交通手段、食事、薬、補助金などの物流支援	直接ケアをする医師、看護師	病院	COVID-19	(Q. Liu et al., 2020)
	物資の供給：交代で休む医療スタッフのために部屋にプラズマ空気消毒機を設置、スタッフ用の生活用品の購入リストをタイムリーに整理、ドライヤーに至るまで部屋の設備を定期的にチェックして修理するなど	フロントラインの看護師、医療者	看護部の後方支援グループ（看護部副部長をリーダーとし、看護師長7名がメンバー）が総務部と連携して	COVID-19	(Wang et al., 2020)
	シャワー給湯器など供給	受け入れ病棟の医療職（看護師含む）	病院？対策チーム？看護部？	COVID-19	(Y. Liu et al., 2020)
	当該感染患者に直接接触した看護師全員に休息の場を提供：現地での宿泊施設、食事、その他すべての必需品が提供	受け入れ病棟の看護師	看護部	COVID-19	(Wu et al., 2020)
	保護施設や仮設住宅の手配	さまざまな分野の医師、看護師、医療補	病院？院外のことも含む？	SARS	(Tam et al., 2004)

		助者、理学療法士、 作業療法士			
	資源の供給（無料の食事など）	当該感染患者に直接 関与した看護師、医 師、呼吸療法士	病院	MERS	(Khalid et al., 2016)
カテゴリ：金銭的支援・補償					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	金銭的補償	受け入れ病棟や一般 病棟の看護師、医師	職場（病院？病棟？）	COVID-19	(Zerbini et al., 2020)
	保険と補償	さまざまな分野の医 師、看護師、医療補 助者、理学療法士、 作業療法士	病院？院外のことも含 む？	SARS	(Tam et al., 2004)
	手当支給	職員全体？受け入れ 病棟の職員？	病院？病棟？	パンデミックイ ンフルエンザ	(Leen et al., 2010)
カテゴリ：仕事ぶりの評価・報酬・承認					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	先進的な功績を報告、優れた集団を公 表、WeChat のパブリックプラットフォームや病院のイントラネットを通じてポジ ティブなエネルギーを広めること、エビ デミックを克服するために強い精神力を 注入	n/a	看護部の報告と広報グ ループ（看護部長をリ ーダーとし、広報担当 3 名がメンバー）	COVID-19	(Wang et al., 2020)
	個人の貢献度を確認し、報酬提供（スタ ッフに目に見える報酬を与えることがで きる資源が限られていたため、それを職 業上のかげがえのない名誉とみなすこと	看護師	看護師リーダー（部 長、副部長、部署管理 者、主任、副主任、病 棟リーダー）	SARS	(Shih et al., 2009)

で、同僚が他者のために奉仕することを
動機づけること含む)

カテゴリ：上司や管理者からの支援					
サブカテゴリ	マネジメント方策（コード）	誰に実施したのか	誰が実施したのか	新興感染症	根拠文献
	上司・管理者・部門長からの支援	当該患者にケアした 医師・看護師、ケア していない医師・看 護師	上司、管理者、部門長	SARS	(Chan et al., 2004)
	上司・同僚からの支援	当該患者にケアした 医師・看護師、ケア していない医師・看 護師	上司、管理者、部門 長、同僚	SARS	(Chan et al., 2004)
	病院管理者からの支援	当該患者にケアした ICU 看護師で ECMO 使 用の研修を受けたこ とがある者	病院管理者	パンデミックイ ンフルエンザ	(Honey & Wang, 2012)
n/a, 文献中に記載なし、もしくは文献から読みとられなかった項目					

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

該当なし

著者氏名	論文 タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

該当なし

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

令和3年3月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 五神 印

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染症に対応する看護職員の確保及び最適なマネジメント検討に向けた実態調査研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・准教授
(氏名・フリガナ) 武村雪絵・タケムラユキエ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ 有 ☐ 無	☒	東京大学	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東京女子医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 丸 義朗

次の職員の令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益衝突回避策等については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染症に対応する看護職員の確保及び最適なマネジメント検討に向けた実態調査研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 看護学部・教授
- (氏名・フリガナ) 池田 真理・イケダ マリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	東京大学	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。