

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を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

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でつきっ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、その体験をもとに、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る、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ぐ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変わら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、施設の特徴を説明して、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事が報告された。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/emergin-g-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>.

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）

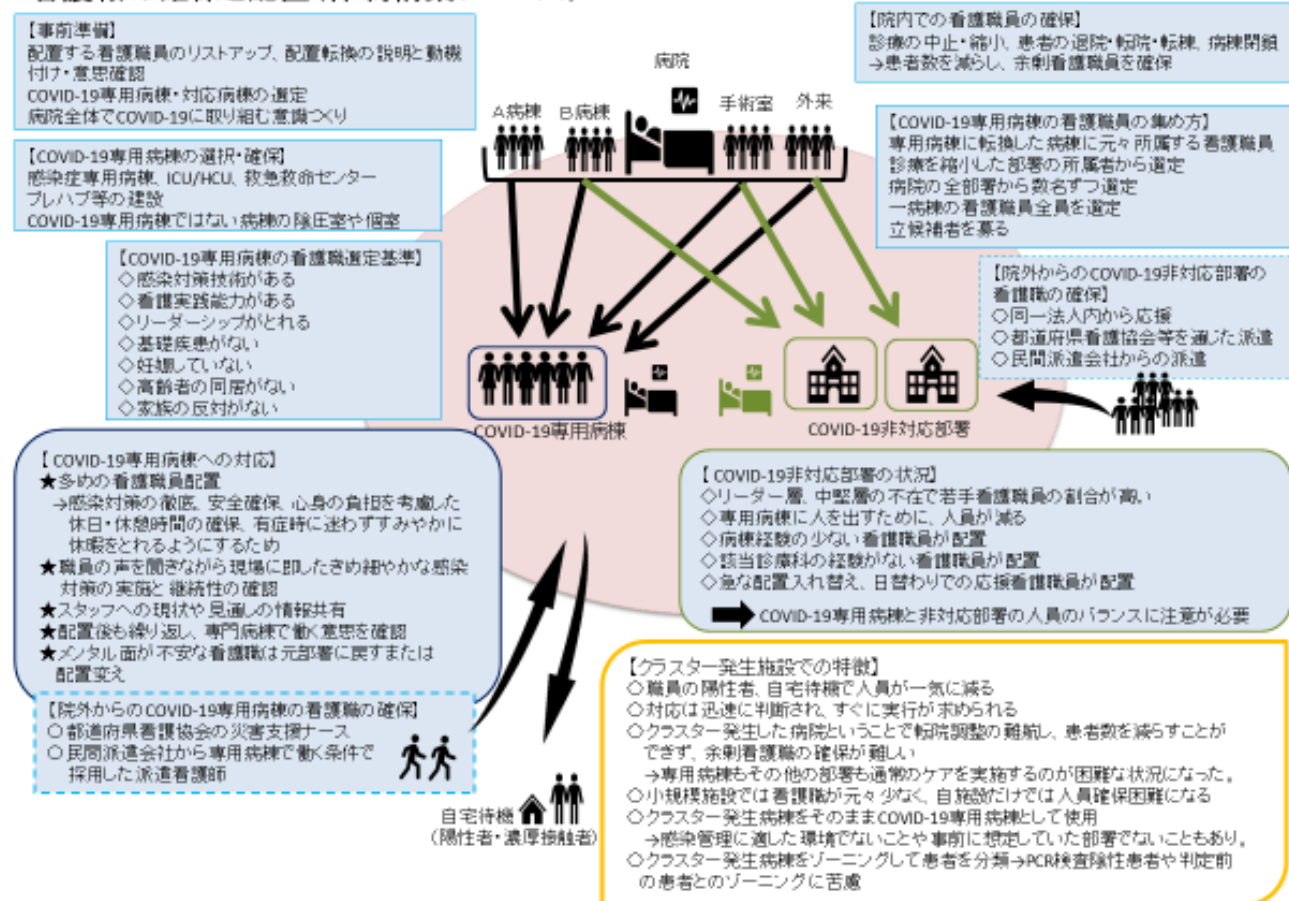


図 1.

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

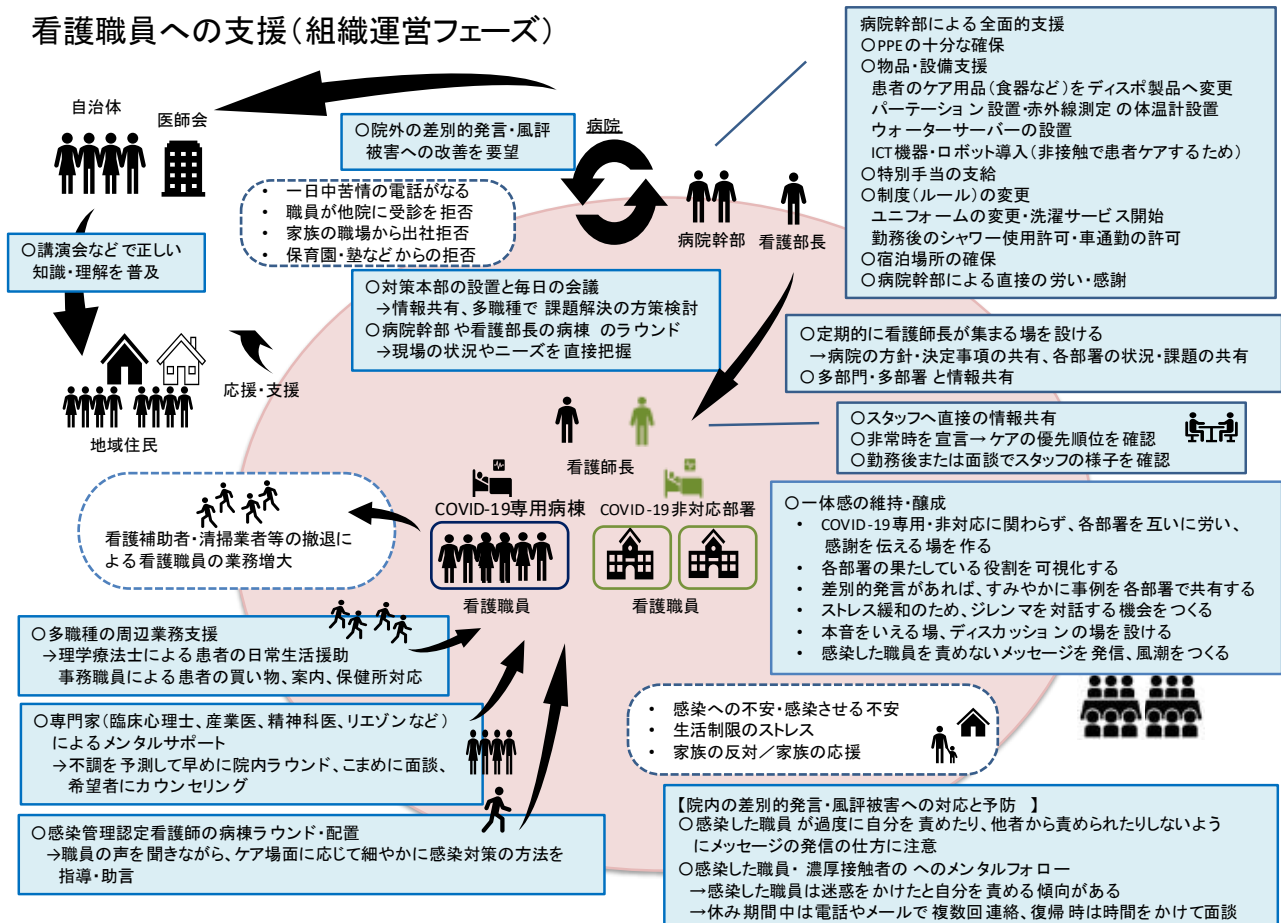


図 2.

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