

認知症の人や家族のための
入退院等に際した
精神・心理的支援の
調査研究

報告書

令和5年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

令和6年3月

公益社団法人 日本精神科病院協会

はじめに

日本精神科病院協会は、令和5年度の老人保健健康増進等事業(テーマ 76 番)、「認知症の人や家族のための入退院等に際した精神・心理的支援の調査研究」を受託した。

令和4年度の同事業「認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究」では、認知症の人や家族に対し精神科病院の精神保健福祉士や看護師等が地域との窓口となり、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護施設等のケアマネジャーからの求めに応じ、入院治療やBPSD増悪時の緊急対応、あるいは在宅に復帰した場合の通院治療や日常生活指導についての様々なニーズに対応していた。認知症の人・家族を支える地域の一員としての精神科病院の地域連携の取り組みが示された。

このように認知症の人を中心に介護施設等と精神科病院との地域連携が広がる中、令和2年1月に国内で新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が発生、急速に全国へと広がった。令和5年5月8日から「5類感染症」に分類されるようになったが現在もウイルスは変異を繰り返し、感染者は多く見られる。

全国の精神科病院において感染は拡大し、クラスターを何度も経験した医療機関も多い。感染者と非感染者とのゾーニング、リハビリテーションや日常生活等の感染拡大下での病棟の対応や、感染症発生前に行っていた日常の療養生活を取り戻すための代替支援等、様々な取り組みを行っている。特に認知症の人や家族等への精神・心理的支援や対応、家族に対する心理的サポートについて調査した。

また、この調査で得られた知見を元に、今後想定される新興感染症や災害発生に備え、介護サービス等を利用する高齢者、施設サービス提供者等においてつながりを維持できる取り組みや、精神・心理的支援について分かり易く手引にまとめた。新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ感染症等の感染が続く中でのアンケート調査であった。感染症や災害は我々に甚大な被害をもたらすため、日頃よりの備えに勝るものはない。この調査研究が皆様にとって有益なものとなれば幸いである。

公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 學

[目次]

I 事業概要	1
II 新型コロナウイルス感染拡大下における認知症の利用者・家族への精神・心理的支援に関する調査	7
1 調査概要	7
2 調査結果	9
2.1 基本情報	9
2.2 コロナ対応・支援等実態	35
2.2.1 クラスター発生時の対応状況	35
(1)認知症の利用者への対応	(35)
(2)初回クラスター発生時の対応からの変化	(62)
2.2.2 認知症の利用者にみられた変化	73
2.2.3 精神・心理的支援や対応の状況	89
2.3 今後の新興感染症の対応	108
III 「新興感染症発生時の介護施設の対応と備えの手引き」の作成	117
1 目的・構成等	117
2 「手引き」の紹介	118
IV 総括(提言)	120
V 資料編 (調査票等)	121

I 事業概要

1 事業名

認知症の人や家族のための入退院等に際した精神・心理的支援の調査研究

2 事業の目的

当会が受託した令和4年度老人保健健康増進等事業「認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業」では、認知症疾患医療センターの指定のない精神科病院を対象に実態調査を実施した。

この結果から浮かび上がったのは、精神保健福祉士や看護師らが地域との窓口となり、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険施設等からの求めに応じ、入院治療や BPSD 増悪時の緊急対応する、あるいは在宅に復帰した患者への通院治療や重度認知症患者デイケア等の実施を通じて、認知症の利用者への様々なニーズに答える精神科病院の実態であった。

このように認知症患者を中心とした地域連携が広まる中、令和3年1月に国内で感染が確認された新型コロナウイルスが精神科病院に入院する患者に多大なる被害をもたらした。精神科病院は閉鎖病棟を有しており、構造上、クラスターが発生しやすいリスクを抱えている。止むを得ず長期間の面会制限を実施した病院においては、入院している利用者の認知症重症化を防ぐため、認知症の利用者と地域の家族・支援者、地域の社会資源等とのつながりを維持するため、様々な工夫を施したものと察せられる。本事業においてコロナ禍における精神科病院の取り組みを明らかにするとともに、退院後のリロケーションダメージの低減に寄与する要因を探る。

そして上記調査において得られた知見を元に、今後想定される新興感染症、災害発生の際にも認知症の利用者と家族・支援者、地域の社会資源等とのつながりを維持できる取り組みや精神・心理的支援に有効な取り組み等を手引きにまとめ、周知する。

3 事業の内容

有識者、医療関係者らで構成される検討委員会を設置の上、以下のような手順により事業を遂行する。

- (1) 検討委員会にて全国の会員病院1,182医療機関およびその医療機関が有する介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、グループホームを対象とした質問紙法による実態調査を検討、実施する。
- (2) 実態調査の分析結果を分類、体系化した後、専門的見地から新興感染症拡大下や被災時に患者や関係者らの精神・心理面の支援に活用可能な手引きを作成する。
- (3) 精神科病院、連携する医療機関や介護施設に配付し、これを以って入退院時におけるリロケーションダメージの軽減を図る方策の全国的な普及啓発を図ることとする。

2.3 コロナ対応の制限等における精神・心理的支援や対応

(エリア分け／面会制限／リハビリテーション／食事／入浴)、支援における課題等

3 今後の新興感染症の対応(対応実態調査票)

3.1 コロナ対応で活用できること、課題や懸念として残っていること

3.2 新興感染症の対応における地域連携についてのご意見等

(3)調査時期

令和5年6月8日から令和6年3月31日

(4)調査結果の主要集計・整理項目

- 基本的な感染対策について(実施の有無、具体的な対策 など)
- クラスタ発生時の認知症の利用者への対応 (具体的な対応、課題 など)
- 認知症の利用者にみられた変化(コロナ前の状況との比較、その理由)
- 様々な制限に替わる精神・心理的支援や対応の状況 (支援内容、有効性、その理由)
- 今後の新興感染症の対応にあたって活用できること、課題等

(5)調査結果の活用法

コロナ禍にあつて精神科病院で入院する認知症の利用者にどのような影響があつたのか、各精神科病院が認知症の利用者の尊厳を守るためにどのような取組を行つていたのか、利用者の家族や支援者らとどのようなやりとりを行い、地域とのつながりを維持するためにどのような努力をしてきたのか等について、全国的な実態を明らかにすることができる。

また、この実態調査を踏まえた利用者の精神・心理的支援に有効な取り組みを集約した手引きの普及啓発を図ることにより、今後もしも新興感染症や災害が発生したとしても、利用者と関係者らのつながりを維持できる。そして、地域の社会資源にも精神科病院の持つ役割を広く周知することで、医療介護連携の一層の推進を図ることが期待できる。

4 実施体制(検討委員会、事務局等の設置)

4-1 検討委員会 委員名簿

氏名	所属	役職
◎瀧野 勝弘	①日本精神科病院協会 ②医療法人社団瀧野会緑ヶ丘保養園	①常務理事 ②理事長
千葉 泰二	医療法人社団千寿会三愛病院	理事長・院長
吉永 陽子	公益財団法人三生会三生会病院	院長
武田 滋利	医療法人社団大和会西毛病院	理事長
土屋 直隆	医療法人社団扶老会扶老会病院	理事長・院長
高森 薫生	医療法人高森会阿蘇やまなみ病院	理事長・院長
數井 裕光	高知大学医学部神経精神科学講座	教授
釜江 和恵	公益財団法人総合病院浅香山病院 精神科・認知症疾患医療センター	センター長

<敬称略、◎は委員長>

(オブザーバー)

氏名	所属
中西 亜紀	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
松村 彩未	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 認知症施策推進係主査

4-2 事務局

①事業担当者	事業部	保険業務室	室長	二戸 徹
	事業部	企画調整課	課員	瀬尾 直樹
	事業部	企画調整課	課員	平田 秀喜
②経理担当者	総務部	経理課	課長	松本 明子
	総務部	経理課	課員	成田 沙良郁
	総務部	経理課	課員	藤平 有美

[調査実施協力] 合同会社 HAM 人・社会研究所

5 検討委員会の実施状況と主な議事

検討委員会では、事業全体の進行に関する検討およびアンケート調査やヒアリング調査の進捗確認・内容検討等を行った。各回の日程、議題について以下の通り整理する。

第1回 検討委員会

日時:令和5年7月19日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)本事業について(事業実施計画・調査計画・実施年間スケジュール等)
(2)調査票について(設問構成案)
(3)手引きについて(手引き作成検討工程表サンプル)

第2回 検討委員会

日時:令和5年8月23日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)調査票案について
・調査骨格案
・調査全体像
・調査票案

第3回 検討委員会

日時:令和5年9月13日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)調査票案について
・【9月12日時点】調査票案

第4回 検討委員会

日時:令和5年10月28日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)調査票案について
・【10月23日時点】調査票案
(2)手引き構成案について
・手引き構成案たたき台

第5回 検討委員会

日時:令和5年12月13日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)集計結果について
・【12月5日速報値】集計結果_選択回答
・【12月5日速報値】集計結果_記述回答
(2)手引き構成案について
・手引き構成案たたき台

第6回 検討委員会

日時:令和6年1月24日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)報告書案について
(2)手引き案について

第7回 検討委員会

日時:令和6年2月14日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)集計結果について
(2)報告書案・原稿について
(3)手引きについて
(4)発行部数、発送先について

6 事業実施期間(スケジュール)

令和5年6月8日(内示日)～ 令和6年3月31日

	令和5年4月	5月	6月	7月	8月	9月
事業実施内容			内示 ●	第1回 委員会 ● ・事業内容の検討 ・調査内容の検討 ・スケジュール確認	第2回 委員会 ● ・調査票(質問 項目)の検討	第3回 委員会 ● ・調査票(質問 項目)の検討
					←←← 調査票作成 →→→	
	10月	11月	12月	令和6年1月	2月	3月
事業実施内容	第4回 委員会 ● ・調査票(質問 項目)の検討		第5回 委員会 ● ・速報値の確認 ・報告書の分担検討 ・手引作成検討	第6回 委員会 ● ・報告書確認 ・手引内容確認	第7回 委員会 ● ・報告書最終確認 ・手引最終確認	
		←←← 調査 →→→		集計・分析	手引き内容検討・作成確認	←← 報告書作成 →→ (編集・印刷・配布)

II 新型コロナウイルス感染拡大下における認知症の利用者・家族への精神・心理的支援に関する調査

1 調査概要

1.1 名称

新型コロナウイルス感染拡大下における認知症の利用者・家族への精神・心理的支援に関する調査

1.2 目的

- コロナ禍における精神科病院および介護保険施設・グループホームにおける認知症の利用者・家族に対する精神・心理的支援を把握し、有効な取り組み等を手引きにまとめる。

1.3 調査対象

- 会員病院 1,182 医療機関およびその医療機関が有する介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、グループホーム(2023年6月1日時点)

1.4 調査方法

- (1) 調査基準日 令和5年11月1日現在
- (2) 回答期日 令和5年12月15日(当初期日12月1日)
- (3) 配布・回収 mail 配信 mail回収

1.5 調査内容

- (1) 基本情報(施設調査票)
 - 1.1 体制等
 - 1.1.1 施設種別と病床数・定員数
 - 1.1.2 基本的な感染対策等
 - 1.2 実績等
 - 1.2.1 認知症の利用者数
 - 1.2.2 新型コロナ感染症のクラスター発生状況
- (2) コロナ対応・支援等実態(対応実態調査票)
 - 2.1 クラスター発生時の対応状況
 - 2.1.1 初回クラスター発生時の状況
 - 2.1.2 初回の対応からの変化
 - 2.2 認知症の利用者にみられた変化(コロナ前の状況との比較)
(認知機能障害/BPSD/ADL/身体疾患/運動・活動量/意欲・興味・関心)
 - 2.3 コロナ対応の制限等における精神・心理的支援や対応
(エリア分け/面会制限/リハビリテーション/食事/入浴)、支援における課題等

(3) 今後の新興感染症の対応(対応実態調査票)

3.1 コロナ対応で活用できること、課題や懸念として残っていること

3.2 新興感染症の対応における地域連携についてのご意見等

1.6 回答状況

回答 323 票

回答率 21.7% ※病院回答についてのみ 256/1,182 (施設等の配布数は不明のため)

2 調査結果

回答 323 票を対象に集計を行った。以下、設問ごとに結果を示す。

2.1 基本情報

【本章の概要】

2.1.1 体制等

(1) 施設種別・病床数（図表 1-1）

回答総数 323 の内、精神科病院 256(79.3%)、介護老人保健施設 30(20.1%)、介護老人福祉施設 8(2.5%)、介護医療院 11(3.4%)、グループホーム 16(5.0%)、無回答 2(0.6%)であった。精神科病院 256、無回答を除いた 4 施設の合計 65(20.1%)を母数とした。

(2) 基本的な感染対策（図表 1-2、1-3）

①施設内や入口等のエリア分け（ゾーニング等）

病院において 92.6%、施設においては 90.8%が実施していた。実施していた 237 の精神科病院において、感染者の有無にかかわらず常時実施していたのは 38.8%、施設では 59 施設の内 33.9%であった。

②病室・居室等の院内の移動や共有スペース利用の制限

病院において 94.9%、施設においては 84.6%が実施していた。実施していた 243 の精神科病院において、感染者の有無にかかわらず常時実施していたのは 24.3%、施設では 55 施設の内 21.8%であった。

③家族等との面会・訪問の制限

病院において 98.0%、施設においては 96.9%が実施していた。実施していた 251 の精神科病院において、感染者の有無にかかわらず常時実施していたのは 75.3%、施設では 63 施設の内 73.0%であった。

④外出や外泊の制限

病院において 95.3%、施設においては 93.8%が実施していた。実施していた 244 の精神科病院において、感染者の有無にかかわらず常時実施していたのは 66.8%、施設では 61 施設の内 73.8%であった。

⑤マスク着用

病院において 94.9%、施設においては 84.6%が実施していた。しかし、病院、施設ともに感染者の有無にかかわらず常時実施を依頼するが、患者や利用者の約半数がマスクの着用拒否があり、着用しても取り外してしまう患者及び利用者は 8 割を超えていた。

⑥手洗い・手指消毒の実施

病院において 98.8%、施設においては 93.8%が実施していた。実施していた 253 の精神科病院において、感染者の有無にかかわらず常時実施していたのは 92.5%、施設では 61 施設の内 95.1%であった。

⑦PCR 検査・抗原検査の実施

病院において 99.6%、施設においては 98.5%が実施していた。実施していた 255 の精神科病院において、感染者の有無にかかわらず常時実施していたのは 47.1%、施設では 64 施設の内 28.1%であった。

⑧食事に関する制限・提供方法や内容の変更

病院において 88.3%、施設においては 75.4%が実施していた。実施していた 226 の精神科病院において、感染者の有無にかかわらず常時実施していたのは 17.3%、施設では 49 施設の内 24.5%であった。

⑨入浴に関する制限・提供方法や内容の変更

病院において 84.4%、施設においては 86.2%が実施していた。実施していた 216 の精神科病院において、感染者の有無にかかわらず常時実施していたのは 8.3%、施設では 56 施設の内 8.9%であった。

⑩人員配置・勤務シフト等の柔軟な対応

病院において 90.6%、施設においては 87.7%が実施していた。実施していた 232 の精神科病院において、感染者の有無にかかわらず常時実施していたのは 18.5%、施設では 57 施設の内 14.0%であった。

2.1.2 実績等

(1) 認知症の利用者（図表 1-4）

精神科病院において回答のあった 242 病院の平均入院者数は 214.5 人であり、認知症の利用者数は平均 54.6 人(25.4%)であった。施設では介護老人保健施設 28 の入所者数は平均 78.6 人で認知症の利用者は平均 62.2 人(79.1%)。介護老人福祉施設 8 の入所者数は平均 67.1 人で認知症の利用者は平均 62.3 (92.7%)。介護医療院 10 施設の入所者数は平均 68.9 人で認知症の利用者は平均 61.0 人(88.5%)。グループホーム 15 施設の入所者数は平均 15.0 人で全員が認知症の利用者であるため認知症者の占める割合は 100%であった。

(2) クラスタ発生状況（図表 1-5）

回答のあった 256 の精神科病院の内、243 病院(94.9%)でクラスターが発生した。施設でも 65 施設中 45 施設(69.2%)でクラスターが発生した。

【まとめ】（記述回答 図表 1-4 を中心に）

基本的な感染対策として、「①施設の入り口等のエリア分け(ゾーニング)」では、建物を構造的に区分けして使用するなどの制限を加えるゾーニングは困難な面も多いが、病院、施設ともに工夫をして実施していた。しかし、「②病室・居室間の移動や共有スペース利用の制限」は病院においては実施されていたが、施設においてはやや実施率が低かった。建物の構造が関係する部分と、入院患者や入所者の協力が必要な部分があるが、構造部分は工夫することで実施可能であったが、認知症患者が多い施設では、感染対策上必要であることを理解できず協力を得られないなどの事情が影響した可能性があると思われた。

「③家族との面会制限」や「④外泊外出制限」に関しては、入院患者や入所者とその家族の理解と協力が必要であるが、病院及び施設のルールに理解と協力をいただくことで高率に実施されていた。病院では7割以上、施設においても6割以上の施設が常時制限を行っていた。コロナ感染症が終息しない中、リスク管理のことを考えての対応だったと考える。

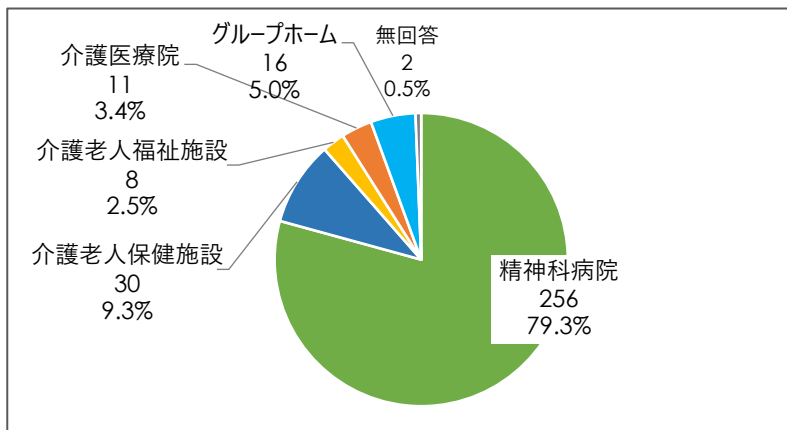
「⑤マスク着用」「⑥手洗い・手指消毒」の実施に関しては、患者及び施設入所者の協力が不可欠であるが、マスク着用に関しては、拒否や取り外してしまうものが多く、病院、施設ともに常時の着用を依頼するものの、認知症のあるなしにかかわらず、8割以上の方に拒否や不適切な着用が見られた。手洗い・手指消毒に関しては、高率に常時、病院、施設ともに実施されていた。

「⑦PCR 検査・抗原検査」の実施に関しては、病院、施設ともに非常に高率に実施されていた。病院においては、5割の病院が常時実施しており、施設においても3割の施設が常時実施していた。これは、抗原検査キットの普及が影響したと思われる。

「⑧⑨食事や入浴の制限や提供方法の変更」に関しては、病院、施設ともに高率に実施されていたが、それらの中で、施設における食事の制限はやや低い傾向が見られた。食事の制限・提供方法や内容の変更に関しては、介助する人員の問題が影響すると思われるが、施設においては病院と比較すると食事提供に関する意識や方法が若干異なるのかもしれない。「⑩人員配置や勤務シフト等の柔軟な対応」は、多くの病院、施設で行われており、特に感染者が発生して場合は、通常の業務より手間がかかる。病院、施設ともに看護・介護スタッフが感染症対応をしながら業務を行うことは非常時と同じ対応を多くの病院、施設でとる必要が生じたという結果だと思われる。

これらの感染対策をほとんどの病院・施設が講じたにも関わらず、病院では約 95%、施設では約 70%と多くの病院、施設でクラスターが発生した。では、これらの感染対策を講じることは無意味だと結論づけることが正しいとは思えない。基本的な感染対策を正しく実施しているか？ということを検証しながら、コロナだけではなく新しく起こってくる可能性のある感染症に対応できるような対策とその実施トレーニングが必要と思われた。

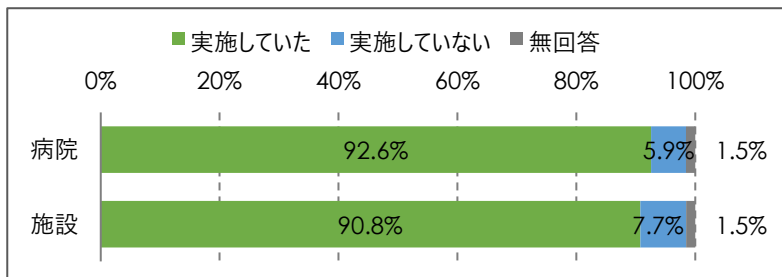
図表 1-1 施設種別 (n:323)



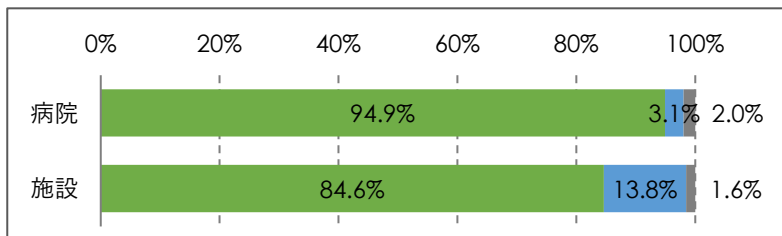
※以下の数値回答の集計において、『病院』は、精神科病院 256 施設(票)、『施設』は、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、グループホームの合計 65 施設(票)に分けて整理している。

図表 1-2 基本的な感染対策等 (病院 n:256、施設 n:65)

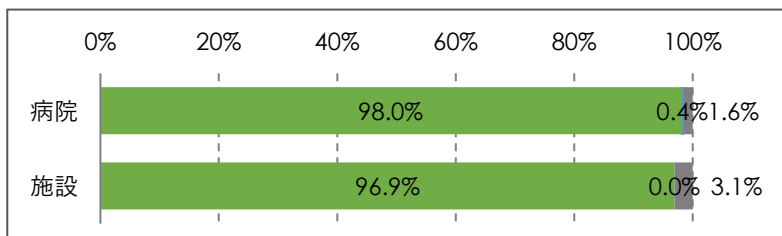
①施設内や入口等のエリア分け(ゾーニング等)



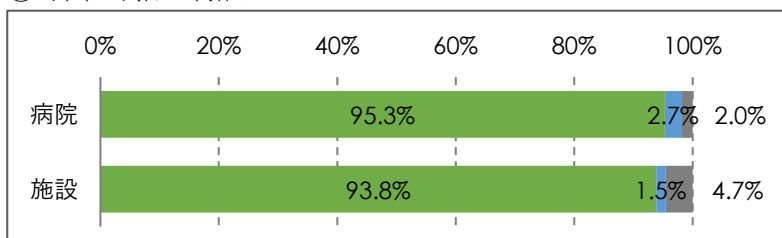
②病室・居室間等の院内の移動や共用スペース利用の制限



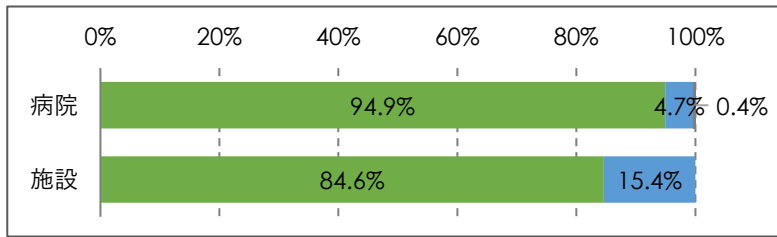
③家族等との面会・訪問の制限



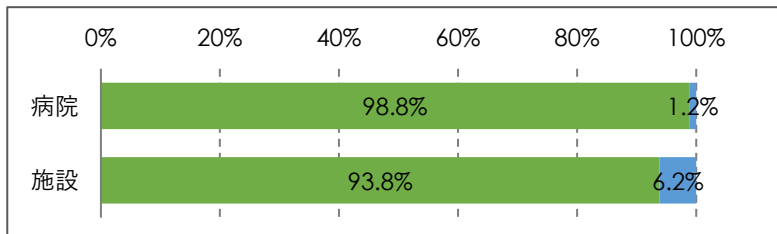
④外出・外泊の制限



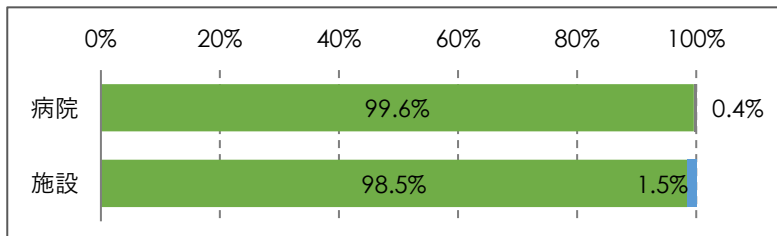
⑤マスク着用(利用者について)



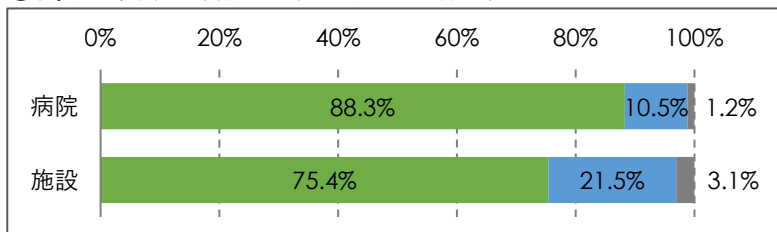
⑥手洗い・手指消毒の実施(利用者について)



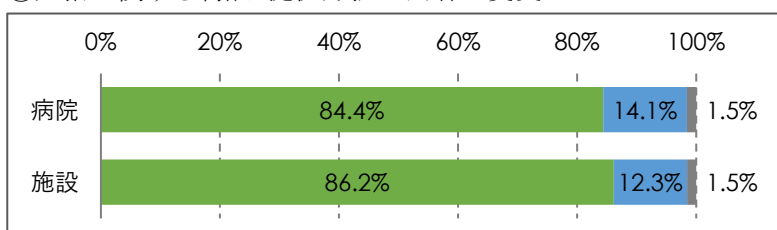
⑦PCR検査・抗原検査の実施(利用者について)



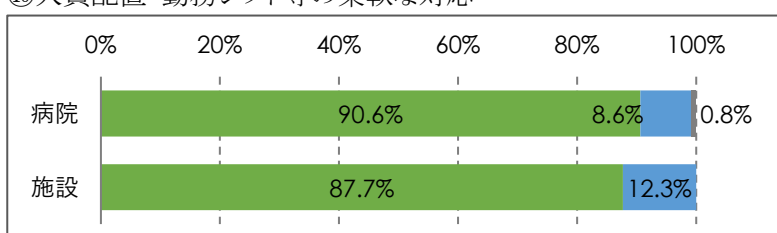
⑧食事に関する制限・提供方法の内容の変更



⑨入浴に関する制限・提供方法の内容の変更



⑩人員配置・勤務シフト等の柔軟な対応



図表 1-3 感染対策を「実施していた」場合の実施の状況 (n:「実施していた」施設)

病院	(有効 n)	常時	感染者がいる 場合のみ	その他	無回答
①施設内や入口等のエリア分け (ゾーニング等)	237	92 38.8%	144 60.8%	1 0.4%	0 0.0%
② 病室・居室間等の院内の移動や 共用スペース利用の制限	243	59 24.3%	178 73.3%	4 1.6%	2 0.8%
③ 家族等との面会・訪問の制限	251	189 75.3%	46 18.3%	14 5.6%	2 0.8%
④ 外出や外泊の制限	244	163 66.8%	55 22.5%	19 7.8%	7 2.9%
⑤ マスク着用 (複数回答)	243				
マスクの着用を拒否された		105	43.2%		
マスクを着用しても取り外してしまった		199	81.9%		
その他		47	19.3%		
⑥ 手洗い・手指消毒の実施	253	234 92.5%	11 4.3%	5 2.0%	3 1.2%
⑦ PCR 検査・抗原検査の実施	255	120 47.1%	96 37.6%	35 13.7%	4 1.6%
PCR 検査 (自施設)		101	39.6%		
PCR 検査 (委託)		140	54.9%		
抗原検査		217	85.1%		
⑧ 食事に関する制限・提供方法や内容の変更	226	39 17.3%	182 80.5%	3 1.3%	2 0.9%
⑨ 入浴に関する制限・提供方法や内容の変更	216	18 8.3%	193 89.4%	4 1.9%	1 0.4%
⑩ 人員配置・勤務シフト等の柔軟な対応	232	43 18.5%	183 78.9%	5 2.2%	1 0.4%

施設	(有効 n)	常時	感染者がいる 場合のみ	その他	無回答
①施設内や入口等のエリア分け (ゾーニング等)	59	20 33.9%	38 64.4%	1 1.7%	0 0.0%
② 病室・居室間等の院内の移動や 共用スペース利用の制限	55	12 21.8%	40 72.7%	3 5.5%	0 0.0%
③ 家族等との面会・訪問の制限	63	46 73.0%	6 9.5%	9 14.3%	2 3.2%
④ 外出や外泊の制限	61	45 73.8%	7 11.5%	8 13.1%	1 1.6%
⑤ マスク着用 (複数回答)	55				
マスクの着用を拒否された		28	50.9%		
マスクを着用しても取り外してしまった		46	83.6%		
その他		12	21.8%		
⑥ 手洗い・手指消毒の実施	61	58 95.1%	2 3.3%	0 0.0%	1 1.6%
⑦ PCR 検査・抗原検査の実施	64	18 28.1%	27 42.2%	17 26.6%	2 3.1%
PCR 検査 (自施設)		26	40.6%		
PCR 検査 (委託)		25	39.1%		
抗原検査		55	85.9%		
⑧ 食事に関する制限・提供方法や内容の変更	49	12 24.5%	34 69.4%	2 4.1%	1 2.0%
⑨ 入浴に関する制限・提供方法や内容の変更	56	5 8.9%	48 85.7%	3 5.4%	0 0.0%
⑩ 人員配置・勤務シフト等の柔軟な対応	57	8 14.0%	42 73.7%	7 12.3%	0 0.0%

図表 1-4 感染対策を「実施していた」場合の具体的な対策等（主な回答を抜粋）

①施設内や入口等のエリア分け（ゾーニング等）

1	病院	大人数の面会規制、短時間の面会、距離を持った面会、病棟外での面会など
2	病院	外来患者のトリアージ。検温・手指消毒・面会に関してはリモート面会
3	病院	発生当初は感染した患者が入院している病室をレッドゾーンとして管理。その後、感染者が増加したため、病棟全体をレッドゾーンとし管理した。
4	病院	個室ゾーニング及び多床室コホーティングを実施。また、感染者と非感染者の導線遮断も行った。
5	病院	職員の健康管理（毎朝の検温や体調について報告）、入院患者の外泊・外出・面会の制限、入院時抗原及び PCR 検査にて陰性が確認できるまでは個室対応、アルコールによる消毒の徹底（手指・器材等）、マスク着用、パーテーションやアクリル板による衝立等を用いて遮蔽、黙食等々。
6	病院	常時、有症状者の場合は、正面玄関ではなく、すでにゾーニングされ感染対策が行える救急玄関での対応を行った。院内に、陽性者がいる場合は、病棟内のゾーニングを行った。
7	病院	陽性患者を個室に移室。数名に及ぶ場合はコホート隔離、または部屋毎にレッドゾーン指定。
8	病院	少人数の場合は部屋コホーティングを主体として、感染者が拡大した場合はレッド・イエロー・グリーンゾーンと病棟内をゾーニングしています。
9	病院	来院時にサーマルカメラを使用し体温チェック、また口頭で濃厚接触者等の確認。感染のリスクがあった場合は感染拡大防止のため、接触エリアを分けた待機場所で待機をお願いした。
10	病院	感染者が発生した病棟は隔離対応とした。当該病棟職員以外のは出入りは禁止した。
11	病院	発生当初、居室のゾーニングの実施。感染者複数名でエリア分け、コホート対応しゾーニングの実施。
12	病院	外来部門で入院対応時は別室（待機室）を使用し PCR 検査陰性を確認してからの対応を行っていた。
13	病院	コロナ対策室を新設、専任職員を配置する。専任職員を中心にゾーニング、感染対策、拡大防止に努めた。
14	病院	ワクチン接種の推奨。職員の感染者及び濃厚接触者に対する業務規程の作成。入院時のスクリーニング及び入院者の発生時のゾーニング、PPE の整備と使用法のトレーニングなど
15	病院	病棟全室に感染者が出る状況迄拡大。PPE 着用した状態で業務にあたる。着衣は更衣室前に、脱衣は風除室に着脱場所を設ける。
16	病院	外来診療における患者導線、入口、診療室を分離した発熱外来の運用
17	病院	感染者、発熱者はコロナ検査用に設置したプレハブにて待機、診察し検査結果に応じ対応。コロナ陽性患者入院時は対応病棟までの動線を決め対応。
18	病院	病棟と外来のエリア分けを行い、感染者が出た場合ゾーニングを行った。
19	病院	病院へ入る際、体温測定を実施し発熱者は、パーテーションで仕切った待合室の設置。
20	病院	新規患者の院内もしくは病棟内への立ち入りの前に、エリア分けした区画内で検査を実施。職員ロッカーや食堂を分離し、他部署との導線を極力分けた。
21	病院	病棟内への入棟者制限、病棟内への入棟動線の徹底、病棟全体レッドゾーン化
22	病院	入口は他病棟と交わず直接病棟へ行けるよう非常階段等を利用。当初は病室をレッドとしていたが、一人発生した段階で詰所以外をレッドとし、詰所前をイエロー、詰所内をグリーンとしたゾーニング
23	病院	感染者のみならず濃厚接触者のゾーニング使用していない病室の使用等
24	病院	入院患者に感染者がおられたら、職員全員に、どのドアは使用できないと回覧し、ドアに貼り紙でも周知。ロビーでは、体調不良の方の一時待機場所として、椅子は指定をした。
25	病院	病棟ごとの特色に応じてゾーニングを決め、PPE 等の必要物品はすぐ使用できるようにセットしていた。

26	病院	外来は発熱者等を場所を分けて対応。入院病棟発生時は病棟内をゾーニングした
27	病院	外来患者の発熱者は別の個室で対応。外来作業療法時は入院患者と外来患者をエリア分け。
28	病院	個室隔離を基本とし、動線（部屋～汚物室、ゴミ等）を考えていく。廊下やトイレもパーテーションを作り、拡大を防ぐ。他病棟のスタッフ間の交流も最小限にした。
29	病院	発熱等、風邪症状がある方は施設内には入らずに、外にある発熱外来や車内診察で対応
30	病院	隔離室および感染拡大時の病室(ナース室以外をレッドゾーンとして)PPE 着用、入退出時のアルコール消毒実施
31	病院	拡大中は終日面会禁止としていた。クラスター発生時には発生病棟以外の職員は原則出入り禁止。
32	病院	施設入口に、感染対策注意喚起ポスター掲示。加えて手指消毒・体温測定機を設置。受付に、飛沫感染防止の為ビニールシートを吊下。発熱患者は、入館せずに外線電話で受診受付。
33	病院	入り口での検温、こまめな手洗い・手指消毒。大型空気清浄機の導入。窓の開閉による換気。ドアノブ・手摺などの不特定多数の接触部のアルコール消毒。
34	病院	入院時、外泊帰院時、個室にて健康観察期間を設けた。感染者発生時はゾーニング実施、PPE 対応
35	病院	接触による感染拡大を防ぐため、職員通用口と患者さんの入口を分けた。
36	病院	感染者がいる病棟スタッフの出入り口は他職員とは別にした。また、外来患者で感染疑いのある場合の出入り口・待合場所・検査場所も専用に設置した。
37	病院	入院中の患者様の移動制限は出来ないため他病棟への行き来が出来ていた。マスク着用をお願いしてはいるが守れる人とそうでない人が居る。
38	病院	職員出勤時の出入口の区分けや更衣場所、食事場所などの感染病棟とのエリア分け
39	病院	入口を1か所にし、検温・手指消毒・健康チェックを実施。出入口にはアルコール手指消毒の設置、外来・デイケア患者と、入院患者とのエリア区分、発熱時は院外の車などで待機
40	病院	初期段階ではクラスター発生時は状況に応じて病棟ロックダウン、立ち入り禁止を実施した。（フロア別）また、パーテーションを使用して陽性者と非陽性者のエリア分けを視覚的に行った。
41	病院	外部出入口を1カ所にして、来院者にはマスク着用、手指アルコール消毒、検温、体調聴き取り実施。入院患者陽性者が発症した場合、個室対応、ゾーニング等実施。
42	老健	入所部職員と在宅部門（通所リハビリ、訪問リハビリ、居宅事業所）の職員の出勤時間をずらし施設入り口での接触を少なくしていた。
43	老健	感染区域で勤務する職員とそれ以外で勤務する職員の更衣室、出入り口等を区別した。外部者の出入りは玄関までとした。
44	老健	感染者がいる時のみ人数によって居室でゾーニングを行い、人数が増えてきた場合はフロア内でゾーニングを施行。
45	老健	来設者は施設玄関まで入館可。療養棟への入棟は緊急時以外不可。
46	特養	感染ユニットの閉鎖、感染者の自室（個室）待機。職員更衣室の分離など、但しフロア間の移動は常時制限していた
47	介護医療院	院内感染発生時での早い段階でのゾーニングの実施。手洗い、手指消毒の励行。
48	介護医療院	即日併設病院内のコロナ病棟へ移動させていた為、特にゾーニング等を行っていないが、濃厚接触者の部屋に関してはコホート管理を行っていた。
49	介護医療院	感染者の入院している病棟の職員の更衣室、院内への出入り口を別としていた。
50	GH	動線を考え、レッド・イエロー・グリーンゾーンと分け、分かりやすい様にビニールテープ・色画用紙を貼り、色割りをした。
51	GH	感染者の居室をレッドゾーンとして、防護具を着用して入室し、退出の際は出入り口付近で防護具を脱いでからクリーンゾーンに出た。

②病室・居室間の院内の移動や共用スペース利用の制限

1	病院	感染した患者については他病室への移動や共有スペースの利用を制限し、自室内に留まるよう要請した。
2	病院	共有スペースでは、椅子や机などを患者が密にならないよう配置を行った。洗面所の水道も隣同士にならないように使用を制限した。陽性者が発生した場合は、共有スペースを閉鎖した。
3	病院	病棟内で感染者と非感染者がいたため、感染者へは療養期間内は居室で過ごしていただくよう、また非感染者へはなるべく長時間の共有スペース利用は控えていただくようお願いをしていた。
4	病院	OT室やデイルーム等、患者が密になる場面は使用禁止にする等制限を設けた。
5	病院	入院患者に陽性者が発生した場合、院内感染拡大防止のためマニュアルに準じたゾーニングを行った。
6	病院	食事等を病室内で提供、ジュース等も注文をとり職員が代行で購入し病室へ届ける。使用トイレを区分。デイルーム、食堂の利用を制限。
7	病院	患者間の接触はなるべく避け、自室で過ごしてもらう。ホールの使用は人数制限し、距離を保つようにしていた。
8	病院	入院3日目まで個室を使用し、出来るだけ自室で過ごしてもらう。作業療法室は単一病棟毎で使用、活動は各病棟内で実施
9	病院	院内の移動は全面的に制限。クラスター発生時は、詰所と作業スペース以外は全てレッドゾーンとした。
10	病院	感染発生時は自室対応を基本として、集まらないように制限した。
11	病院	食事はホールから自室での実施に変更しました。作業療法センターの利用は一病棟ずつに制限した。
12	病院	非感染者が共用スペースに居ない時は感染者の移動を行った
13	病院	隣の病棟と距離をとるために食堂ホールの使用を一時中止
14	病院	移動、利用の制限についての周知徹底、及び簡易パーテーションを設置し陽性患者の移動防止に努めた。
15	病院	入院患者の家族等に対しては、各フロアのエレベーター出口で待機していただき、ナースステーションには入らないようにした。
16	病院	他病棟へ感染を広げないために職員更衣室や休憩室を病棟単位で分けた。
17	病院	ゾーニングとして共用ホール等においては導線を遮断するバリケードを設置して利用を禁じた。トイレについても感染者、非感染者を分離して運用した。
18	病院	感染者の受け入れは基本陰圧室。当院での発生では状態にもよるが個室対応（自室）、感染者を4人部屋にてコホート対応。
19	病院	回診やレクリエーションは各階ごとに分けて行った。職員は部署ごとで食事時間を分けた。
20	病院	病棟内のみ移動可とし、病棟内の共有スペースの利用可とした。
21	病院	陽性者が出た病棟は全員外出禁止となったため病棟で過ごしていただいた。自室でいるよう促したが理解が得られなかった。
22	病院	クラスター発生時は自室で過ごしていただく様患者様に協力していただいた
23	病院	普段はデイルームで食事や自由に過ごしていただいているが、発生すれば出来るだけ自室で過ごし、食事も自室でしていただく。
24	病院	クラスター発生の病棟では、屋外の通路を利用して病室の移動を行った。病院内の職員の移動は、クラスター病棟勤務の職員と通常の病棟勤務の通路を分けた。
25	病院	新型コロナウイルス感染症が発生した部署は入退院の制限を行い、デイルーム等の利用を制限していた。
26	病院	移動制限、感染病棟への立入制限、研修、委員会の開催制限、集団活動制限。
27	病院	患者さんに対しては、扉の設置・廊下にカラーテープを貼って動線を示して、使用可能なエリア分け。職員には、感染者のいる病棟職員が使う専用スペースを設けた。病棟患者が他病棟の患者と接触することは禁止とした（OT活動の制限）

28	病院	当該病棟のスタッフの更衣室や休憩室、食堂を別にした。また、患者様の食堂での集合や活動を制限した。
29	病院	体育館等の共用スペースは使用できない時期があり、その後は時間を決めて使用
30	病院	感染者のみの病室を作り可能な限り日常生活の動線を分けていた。
31	病院	食堂での食事を搭載に、一定方向で食事摂取していただくようにレイアウトの変更及び制限を実施。COVID-19 罹患者が判明した場合、共有スペースにて過ごさないように制限を実施。
32	病院	病室・居室等にエリア色を明記し、それぞれの対応ルールを設け、対応した。
33	病院	陽性者が発生した場合、他の患者は食堂やデイルームの使用を制限。陽性者は個室管理
34	病院	大型空気清浄機の使用。窓の開閉による換気。アクリル板のパーティション使用。共用スペースの人数制限。必ずマスク着用。
35	病院	OT 室での集団プログラム→病棟毎のプログラムへ変更。EV は他病棟と一緒に乗車しない。食堂の分散使用等。発生時は共有スペース使用禁止
36	病院	感染疑いの患者さんは自室ポータブルトイレを使用することとし、食事も自室にて行った。
37	病院	該当の入院患者を個室へ隔離。感染が拡大した場合、共有スペースは使用せず、居室対応。
38	病院	食事・入浴・作業療法など他病棟と交差しないようにした。感染者が発生した病棟は更に強化し OT、入浴中止した。
39	病院	全入院患者マスク着用、トイレ以外はなるべく自床で過ごしていただき、共有スペースに関しては閉鎖し、使用禁止としていた。
40	病院	検査や他科受診、リハビリ以外は病棟の外に出ることを制限していた。
41	病院	室内ですごしてもらう。病室にトイレがない時はポータブルトイレを使用。手洗できない時は、おしぼりシートを使用。
42	病院	食堂等の共有スペースについては、使用時間を定めて、可能な限り密集を回避した。作業療法等の実施については、病棟・フロア毎に分けて実施した。
43	病院	感染者は病室内で過ごして頂く。クラスターが発生した場合は共有スペース（デイルーム）の利用を制限する。
44	老健	食事は自室にて摂取し、共有スペースであるホールの利用は中止
45	老健	感染者多数で感染対策の意義を理解できず、エリアや個室から出てきてしまうため、ナースステーション以外はレッドゾーンにした。
46	老健	該当の入所者を個室へ隔離。感染が拡大した場合、共有スペースは使用せず、居室対応。
47	老健	全入所者マスク着用の声掛け。トイレ以外はなるべく自床で過ごしていただき、共有スペースに関しては閉鎖し、使用禁止としていた。
48	老健	感染者のいる部屋は、防護シートによって隔離することで、感染拡大を防ぐ。また、他の患者や職員への影響を最小限に抑える。
49	特養	感染者発生時、簡易陰圧室にて隔離または居室隔離を行う。施設内での移動は感染発生ユニットへの入りを制限。
50	介護医療院	院内感染発生時はデイルームなどの共有スペースでの集団活動を自粛。
51	介護医療院	全入所者にマスク着用の声掛け。トイレ以外はなるべく自床で過ごしていただき、共有スペースに関しては閉鎖し、使用禁止としていた。
52	GH	他施設への利用者の行き来の制限とスタッフの行き来を最小限にしていた
53	GH	感染者がいる場合は、感染していない入居者も居室で過ごしてもらい、食事も居室に配膳し、共有スペースの利用を制限した。

③家族等との面会・訪問の制限

1	病院	当初は面会を実施してはなかったが リモート面会ができるようになってからは 予約制でリモート面会を行っていた。また、認知症病棟が 1 階なので外から窓越しにお顔を見てもらったことあり
2	病院	感染者がいる場合面会を制限させていただきました
3	病院	原則面会禁止。面会要望があった場合は、病棟出入口でのガラス越しの面会あるいはタブレットを使用した面会で対応。
4	病院	面会は基本タブレット使用とし、対面を要する場合は、感染対策（マスク・フェイスシールド等を使用）を講じていた。
5	病院	5 類移行以前は面会を禁止。院内でタブレットを使用するなど、直接会わない方法での実施を試みた。
6	病院	アクリル板の設置、お互いのマスク着用、人数・時間制限の設定。
7	病院	面会中止（対面以外のリモート面会は可能）。重症者の面会は主治医判断で短時間可能。5 類移行後は対面面会再開する。
8	病院	基本面会中止。ただし医師が必要とした場合、感染の話をして感染予防策を講じたうえで面会を行う。
9	病院	対面での面会は終末期のみとし、原則アイパッドを使用したリモート式の面会方法に変更した。差し入れや衣類などの荷物は事務所に預かり、病棟へあげるようにした。
10	病院	ガラス越しによる面会、面会スペース以外での面会制限。面会人数や時間を制限。面会を予約制とする
11	病院	面会は予約制とし、15 分間の時間制限を行った。訪問はコロナ感染していない患者のみ行き、患者には検温、マスク着用してもらった。
12	病院	病院関係者以外の出入りについては正面玄関のみの対応。面会は扉越しの面会のみ。
13	病院	問診の実施、PHS を使用したガラス越しの面会、人数、時間の制限
14	病院	個別対応を基本として、その時の体調など問題がなければ、1 階の部屋を利用して、マスクを着用し距離をとって行っていた。
15	病院	特設面会場を設け、条件付きでの面会を実施。その他、オンライン面会を実施。ターミナル患者様については、条件付きで面会可としていた。
16	病院	感染拡大時はリモートでの面会とし、病棟内へのご家族が入ることを制限した。やむを得ないときはマスクとフェイスシールド他個人防護具の着用の徹底
17	病院	人数制限（2 人まで）、時間制限（15 分以内）を院内感染対策フェーズに合わせて実施した。面会時は常に飲食禁、面会前健康チェックを実施。院内における感染ブレイク状況に合わせて面会を全面禁止にする措置も行った。
18	病院	対面の面会は禁止とし、リモートでの面会のみとした。院内フェーズにより場所や時間、関係者を制限し行った
19	病院	市内での感染が、減少傾向にあるのを確認して面会を行っていた。（時間・人数・回数の制限）をしていた。
20	病院	直接面会を禁止し、予約制のリモート面会のみを行った。差し入れは、職員が受け渡しを行った。
21	病院	対面面会を制限し、オンライン面会を導入。感染対策を施した面会室を設置し、感染状況に応じ対面面会を再開した。
22	病院	医師が必要とした面会のみ別室、または、危篤等の場合は感染防護し病室に入室してもらっていた
23	病院	退院に関わる場合などどうしても必要な場合を除いて面会を制限していた
24	病院	面会等の際、家族様等の病棟内に入棟していただかないようにし、面会室を病棟外に設置。面会時の予約制の導入。COVID-19 罹患が判明した際、面会や訪問等を中止。
25	病院	県内の感染者数、クラスターの情報を得て、連絡会議で検討して面会・訪問制限の有無を決定していた。
26	病院	院内の感染フェーズにより面会者数・時間・間隔を設定した。

27	病院	完全予約制（前日まで）。1家族1名まで、1週間に1回1分以内。面会室での飲食禁止。必ずマスク着用。アクリル板パーテーション使用。アルコール消毒。
28	病院	地域流行時はリモート面会のみ。面会室1組1人1分以内、飲食禁止→飲み物のみOK
29	病院	家族のみの面会や、病棟外で15分以内の時間制限を設けたりするなど、日頃よりコロナ院内フェーズに従い段階的に対応していた。
30	病院	陽性者が居る病棟では、全家族に連絡し面会制限の了解を得ていた。
31	病院	クラスター時は中止。緩和後は面会条件としてワクチン接種の有無、1分間の短期時間、健康チェック等を行う。
32	病院	面会人数、面会時間を制限。受付にて県外往来（1週間内）について確認と検温実施。
33	病院	原則、オンライン面会のみ。身体症状など看取りなど場合短時間、少人数のみとした。
34	病院	面会できる曜日や時間帯・人数を限定した。流行期はオンライン面会のみとし、病棟への面会者の出入りを無くした。
35	病院	家族のみ。2名程度、1分以内でお願いしている。認定訪問等は別扱い。ただし、感染が発生している場合は、面会・訪問を禁止した。
36	病院	基本的には面会禁止だったが、状態の悪い患者さんに対しては、ご家族にPPE着用の上、面会を許可していた
37	病院	面会時間を午後14時～16時とし、携帯やパソコンによるビデオ電話を予約制で実施した。遠方から来られた時などは十分な感染対策を講じたうえで、1階フロアで短時間面会をしていただいた。
38	病院	感染者がいない場合は、予約制・短時間・体調確認・マスクの着用・パーテーションの利用で予防。感染者がいるときには、窓越しに面会を実施していた
39	病院	時間制限（15分以内）・人数制限（2名まで）緊急時あるいは主治医の指示があった場合のみ
40	病院	状態悪化などで医師の許可が出た方以外は面会を制限していた。
41	病院	リモートでの面会のみとする。ただし、終末期で家族が対面での面会を希望すれば、主治医の判断で可としていた。
42	老健	入所者生活ゾーンへの立入を制限。面会は、タブレット対応や県・市内の感染状況が落ち着いている場合のみ、別階にて人数・時間制限にて対面で実施。
43	老健	完全なフィルムを貼り、面会室で面会とオンライン面会の継続
44	老健	病状が悪化した方、看取りの方は、個別に病状説明と共に短時間の面会を実施した。
45	老健	制限面会、15分以内。3名以内で、12歳以下の面会は控えていただく。面会前の検温・手指消毒・マスク着用。
46	老健	面会は、2週間に1回、1分、面会者は2名までと限定し、ガラス越しの面会を行った。医師が認めた場合のみ、ガウン等を着用して面会を可能とした。
47	老健	面会室を設置し、パーテーションで仕切られた空間にて、短時間での面会のみ可能としていた。
48	老健	面会は家族のみ可とし、マスク着用および手指消毒の上、スタッフ立会のもとで面会時間を15分以内に制限。訪問についても同じようにした。また、来設者が混みあわないように予約制とした。
49	特養	地域の流行状態で面会中止期間を設けたりし、面会曜日、時間を設定した。
50	介護医療院	タブレットを使用してオンライン面会を行った。
51	GH	感染対策に留意した上で施設内にて面会を実施。ただし、面会は1回につきご家族1名のみで15分以内。施設外面会は中止。体調不良の方、ワクチン未接種の方、お子さんの面会は禁止。
52	GH	一時期は完全に面会を実施せず、その後予約制にて制限されたスペースにおいて短時間の面会を実施し、現在も同じ状況。
53	GH	館内の出入りを制限し、面会において入居者は屋内、家族は屋外で網戸越しに行っている。

④外出や外泊の制限

1	病院	臨時会議で社会の感染状況を鑑み、院内規程のフェーズにより随時制限の度合を検討し、対応していました。
2	病院	地域等の感染動向を踏まえ、外泊・出の制限を講じた。帰院時は、抗原検査と一定期間の健康観察を実施。
3	病院	面会同様に外出も制限、他科に受診するなど必要最低限での実施となっていた。
4	病院	多人数でのグループ外出等は県内の感染状況に応じて延期する場合があった。外泊等に関しては主治医判断による。
5	病院	目的の必要性を患者、家族、医師、看護師等で検討し必要最小限とする。外出時の飲食をさけてもらう。外泊、外出後の個室での健康観察を実施。
6	病院	受診の必要性、周囲の状況を確認して外出。外泊は行わなかった。
7	病院	退院を検討する際の試験外泊などは実施。必要に応じ、対応して、外泊後は検査、個室待機と対策をとった。
8	病院	不可避なもの以外は不可。事前に届出を提出してもらい感染対策室が確認する
9	病院	外出や外泊の必要性がある場合は医師の指示で実施し、帰院後は数日間は個室利用とし健康観察を行う。
10	病院	社会復帰移行に必須な用事のみ外出・外泊を許可するものとした。
11	病院	退院前等を除き原則外泊禁止、外出は短時間個別対応
12	病院	基本、退院前に評価するための外泊。他科受診や支払いなどの手続きなど外出でとどめるようお願いしていた。
13	病院	流行時には外出の時間制限、外泊制限をお願いした。帰院時の抗原検査の実施
14	病院	感染状況に応じ全面的な禁止、または主治医が必要と判断した場合は個別に許可するなど限定的に実施。外出は距離や時間などに制限を設け実施した時期もあった。
15	病院	外出や外泊は基本的には中止で、どうしても必要な場合は主治医に許可のもと行い、外泊からの帰院時には PCR 検査を行っていた。
16	病院	他科受診等緊急を要する以外、外出・外泊の制限を実施。
17	病院	市中と院内の感染拡大状況に応じて、外出・外泊を実施。帰院後、行動履歴を確認し、スクリーニング検査実施。
18	病院	必要時以外は制限。退院前提の外泊のみ
19	病院	不要・不急の外出、外泊は控えて、急性期病棟→退院目的の外泊、外出は OK、療養病棟→流行期禁止、緩和後単独では 1 日 2 h 以内の外出 OK、外出、外泊前に感染予防（マスク、手洗い、蜜を避ける）指導
20	病院	感染拡大防止の観点からクラスターが発生した病棟では全面的に中止とした。
21	病院	島内の感染状況に合わせて、外泊・外出制限を行っていた。帰院後の抗原検査（帰院時、3 日目、5 日目）健康チェック、個室管理とし食事は自室で取ってもらう。
22	病院	外泊は許可しておらず、外出も単独は控えていただき、他科受診等は職員が同行していた。
23	病院	治療上、必要とされる外出・外泊は制限しないが、入院中の外出・外泊は極力控えていただくよう入院時から案内している。
24	病院	他科受診が必要な場合は外出可とした。退院に向けて試験外泊の場合でも医師の許可があれば可とした。外出泊戻り時 1 日間の症状観察、2 検以上の検温、マスク着用の義務。
25	病院	医師判断により、長期外泊、長時間外出、出先での食事等は禁止とした。
26	病院	不必要な外出、外泊は少なくしてもらえるように協力をお願いした。
27	病院	外出時の行動についての注意書きを渡す（公共の場所や食事外出は避けるよう）

28	病院	感染状況に応じて必要最低限の日数で実施。気分転換・娯楽での外出泊は中止とし、退院に向けての外出泊訓練及び他科受診のみ可とした。単独での外出泊・外での飲食禁止、マスク着用の徹底を条件とした。
29	病院	急を要する他科受診や退院に関わるもの以外は制限
30	病院	外出は職員同伴、若しくは家族同伴に限る。外出は退院前、家庭の事情による特別な場合に OK
31	病院	医師が許可する必要な外出・外泊のみ実施
32	病院	緊急性を伴わない事については、なるべく控えて頂くように伝えるなどの対応をしていた
33	病院	基本外出外泊は禁止としたが、必要な他科受診外出などは実施した。感染が発生している状況下は他科受診も延期した。
34	病院	必要最低限の外出は、主治医の判断で実施。人の集まる場所に行く事や、外食に関しては控えるよう家族にも依頼していた。
35	病院	コロナ関係なく以前から実施している法律に基づく行動制限
36	病院	院内のフェーズ表に従って、段階的に制限を実施。退院前の試験外泊や緊急時は個別に対応
37	病院	原則禁止。ただし、退院に向けた外出・外泊は制限していなかった。クラスターが発生した病棟では一時的に制限をかけていたことがある。
38	病院	市中感染者が減少している時には外出・外泊制限は解除していた。
39	病院	医師が外出泊の必要性を認めた場合のみ可とし、マスク着用帰宅後 3 日間は、個室で体調管理を行う
40	病院	帰院後、個室使用。使用できない時はマスク着用。
41	病院	他科を受診する場合や退院に向けて必要な外出泊など、主治医の判断で必要性のあるもののみ可としていた。
42	病院	退院に向けた見学、外出泊や冠婚葬祭等以外は、制限していた。
43	老健	退所に関わる外出・外泊についてのみ医師の許可のもと実施。
44	老健	地域の感染状況が落ち着いており、やむを得ない事情がある場合のみ、外出を許可(外部での飲食は止めてもらう)。
45	老健	葬儀等は食事を控えるか一人席を依頼した。家族の有症状の聞き取りは必ず行った
46	老健	必要最低限の外出は、主治医の判断で実施。人の集まる場所に行く事や、外食に関しては控えるよう家族にも依頼していた。
47	老健	周辺地域の外出・外泊のみに制限していた。また外出先での不特定多数の人がいる中での飲食は禁止とした。
48	特養	通院で外出した場合は 3 日間の観察期間を設け室内で過ごして頂いてもらっていた。
49	特養	県外者との接触は避けて頂き、多人数との接触があった場合は、抗原検査実施し数日経過観察を行う。
50	介護医療院	地域等の感染動向を踏まえ、外泊・出の制限を講じた。帰院時は、抗原検査と一定期間の健康観察を実施。
51	介護医療院	圏域での感染流行時、および院内感染発生時は外出、外泊の制限実施。
52	介護医療院	必要最低限の外出は、主治医の判断で実施。
53	GH	散歩等の外出は敷地内のみ。外泊中止、通院による外出は可。
54	GH	家族の有症状を聞き取り、外出時にお願いしたい項目をまとめた案内文を作成。マスク着用・手洗い・食事など、感染予防の協力を依頼する。
55	GH	医師が必要と判断したときのみ許可。帰院後の感染対策。

⑥手洗い・手指消毒の実施(利用者について)

1	病院	病棟での作業終了後は必ず、手洗い、うがいの励行
2	病院	朝、昼、3時のおやつ、夕食の前には、特に手洗い手指消毒を徹底している。
3	病院	病棟スタッフによる手洗い・手指消毒の声掛けを継続的に行った。
4	病院	手指衛生の指導を実施。食事やおやつ摂取前には手洗い(アルコール消毒)の徹底を行った。
5	病院	病院入口、病棟入口、トイレ入口等々の消毒用アルコールを設置し、また、消毒を励行するよう注意喚起した。
6	病院	普段から作業療法の一環で手洗い等を習慣化していた
7	病院	職員が消毒液をもって患者を廻る。
8	病院	職員が介入し、食事の前の手指衛生を徹底した。擦式アルコール消毒を利用する病棟もあった。
9	病院	流水での手洗い、アルコール製剤での手指消毒
10	病院	職員による手指衛生指導。病棟入口に消毒液の設置。
11	病院	手洗い所には、手指消毒液を設置、トイレ後・食事前等に手洗い・手指消毒を指導。
12	病院	手指消毒剤を各部屋前に設置。自らできない患者には職員が実施
13	病院	病棟外から戻ってきた患者はスタッフが患者の手にアルコール消毒液を塗布。
14	病院	食前、服薬前、外出後のアルコール手指消毒を強化した。看護サイドで消毒して回った。
15	病院	飲食の前は必ず手洗い、又はおしぼりタオル使用
16	病院	各食事時に職員が患者の手指にヒビソールを噴霧していた。
17	病院	帰院や帰棟時、食事前に職員が声掛け、介助を行いアルコールによる手指消毒を行った
18	病院	廊下、病室には置けない為、職員が周り手指消毒をお願いした。
19	病院	各患者へ声掛けにて働きかけ、出来ない患者には、介助で行った。
20	病院	エタノール含有消毒薬による擦式消毒を食事前に実施。
21	病院	使い捨て手拭きを毎食前に配布。食事前にアルコール消毒で手指消毒を実施
22	病院	手洗いの指導。こまめな手洗い、消毒を付き添い実施。
23	病院	食前・帰院時に監察下でのアルコール手指消毒
24	病院	各所にアルコールを設置。帰棟時の消毒指示。
25	病院	消毒液・ハンドソープの設置場所を増やし、手洗い、手指消毒のポスターや告知により対応している。
26	病院	職員が手指消毒剤を所持し、その都度消毒を促した
27	病院	毎食前、帰棟時都度の声掛けや、手指の消毒施行
28	病院	病棟出入口等、病棟内に数か所消毒液を配置した。
29	病院	石鹼・アルコールを日常的に置いておけない患者の特性があるので、食事前・活動の前後には、次亜塩素酸水ではあったが職員が個々に噴霧して回った。
30	病院	食事の前後や作業療法の前後に手指消毒、手洗いをお願いをしている
31	病院	掲示物での促しや、食事前に手洗いの時間を設ける等
32	病院	外出後、食事前後など手洗い・消毒をするよう声がけた。
33	病院	各部屋前に、アルコール消毒を設置。洗面所の手洗い石けんも非接触型に変更した。
34	病院	入館時には必ず手指消毒。定期的に手指消毒など実施。
35	病院	各部屋入り口やスタッフ個々に常備させ、ワンアクションワン消毒を徹底した。

36	病院	職員により指導実施。ペーパータオル使用。
37	病院	毎食前に手洗いの誘導、手指に職員がアルコール噴霧を行う
38	病院	診察やリハビリ施療実施や、食事の前後に手指消毒実施。
39	病院	ポスター掲示・消毒薬設置場所を増やす
40	病院	消毒液の設置は誤飲などがあり出来ない為、時間を決め消毒を徹底した。
41	病院	食事前の、アルコール性消毒液を使用した手指消毒の実施。
42	病院	病院、病棟出入口と詰所窓口に消毒薬を設置。病棟特性上、各部署には設置できなかった。
43	病院	食前、排泄後に職員が消毒液剤をもって患者の手指消毒を行った。
44	病院	消毒液の設置、貼紙強化、アナウンス等を強化。
45	病院	起床時、食事前後の手洗い・手指消毒を実施、自分で出来ない患者には職員が介助
46	病院	エレベーターホールや病棟入り口にアルコールを設置し、手指消毒を徹底した。
47	病院	居室からホールに移動する際に手洗い手指消毒を行い定位置に着く。毎食前後手指消毒を実施
48	病院	与薬時、食事時確実な手指消毒。
49	病院	スタッフ携帯用の消毒液を使用してもらい実施。（スタッフが病室を訪室して患者様の手にプッシュ）
50	病院	手洗いは励行した。手洗いができない場合は定期的に手を拭いていた。手指消毒は行っていない。
51	病院	食前食後の手洗い、服薬前の手洗い、トイレ使用後の手洗いを促していた
52	病院	手洗いは常に声掛けを行うとともに、OT 前後、外出前後、食事前後などは入口で必ず消毒実施。病室の出入口にも消毒液を設置した。（以前は精神科では危険防止のため設置していなかった）
53	病院	病棟内の設置は難しいため、各食事前に手洗い、消毒の実施をしていた
54	病院	時間を定めて実施する他、プログラムの実施後や外部からの帰棟後等に適宜手洗い・手指消毒を実施した。
55	病院	手洗い可能な入院患者は実施。手洗いが不可能な入院患者はアルコール手指消毒を実施
56	病院	食事前など、定期的なタイミングで職員が付き添って手指消毒を行っていた。
57	老健	食事前に手洗いと手指消毒を実施。
58	老健	決められた時間に職員が消毒を持っていき、消毒を促している。理解できない入所者には職員が手に塗り込むようにした。
59	老健	ポスターの掲示や声掛けをして、食事前はアルコール消毒を全員実施する。
60	特養	排泄後の手洗いの徹底、食事前の手指消毒
61	介護医療院	手指衛生の指導を実施。食事やおやつ摂取前にはアルコール消毒の徹底を行った。
62	介護医療院	手洗い難しいため、おしぼりにて食前に実施
63	GH	定期的消毒の実施
64	GH	通院後等、外から戻った際や、お盆拭き等の軽作業前・食事前やトイレ後等の必要時に実施。手洗いや消毒を常時行った。
65	GH	食事前や外から帰った際には、手洗い・手指消毒を励行した。
66	GH	外出から戻った際や食事の前には必ず手洗いとお茶のうがいをし、難しい方には手指消毒を行っている。

⑦PCR 検査・抗原検査の実施(利用者について)

1	病院	病棟内で発生した場合は職員に対して毎朝抗原検査実施
2	病院	当初 PCR 検査の実施を保健所で厳しく指導されたが、現在では必要時に抗原定性検査のみ実施している。
3	病院	入院時抗原 PCR 検査実施し、陰性が確認できるまでは個室対応。陽性者が出た際は、接触のあった患者・職員に抗原検査実施した（5～1日）。
4	病院	症状があった場合、県内の感染状況を考慮し、感染リスクが高い場合は検査を実施した。
5	病院	感染患者が発生した場合、接触した患者及び生活空間を共有した患者全員に対し PCR 検査を実施
6	病院	コロナ発生時、濃厚接触者も含め PCR 検査を実施（公費負担時）。公費負担終了後は、発熱者はすべて抗原検査。
7	病院	濃厚接触者の発熱、コロナ症状のある患者に抗原検査実施。
8	病院	入院患者は体温が 37.°C 以上の場合は検査を実施
9	病院	濃厚接触の可能性がある場合、風邪症状のある場合に PCR 又は抗原検査を実施
10	病院	抗原検査で+の場合、ID-NOW（自施設）で再検査を行う。
11	病院	補助金を活用し、PCR 検査装置を購入。同時に複数件の検査可能となった。
12	病院	発熱時またはスタッフが後にコロナ陽性が発覚した場合、関わった患者に対して、症状や人数により検査の種類を選択。
13	病院	入院時。入院後 4 日目。発熱時。外出泊からの帰院後 4 日目。IDNOW 実施
14	病院	入院時 PCR 検査(自施設)の実施。熱発等時 PCR 検査、抗原検査の実施
15	病院	入院患者：入院時と 3 日目。外泊後 3 日目。濃厚接触者全員。発熱時の診断確定の為。 職員：濃厚接触者。感染後指定期間終了後に就労復帰のめやすの為。キットの使用は、職員が、他県に行った後に、感染の判断。
16	病院	感冒症状があった場合や発熱時は抗原定性キットにて実施していた。
17	病院	有症状、濃厚接触等、外出泊帰院時に検査実施。入院時と院内発生時はスクリーニング検査
18	病院	LAMP 法検査（自施設）主治医判断
19	病院	感染対策管理委員会のマニュアル、状況で必要と判断された場合に行っていた
20	病院	有症状者が発生した際に医師の判断で行っていた。また、クラスター時は同室者など接触が密にあった患者への検査も行った。
21	病院	少人数の場合：自施設で PCR・多人数の場合：委託で PCR 検査・明らかに発熱などの症状がある場合：抗原定性検査
22	病院	感染状況に応じ、抗原定性検査→抗原定量と変化させた。（自院での対応）
23	病院	転入院の際は検査を実施、同病棟内で感染者が確認された場合は、疑わしい場合は検査を実施
24	病院	入院時の患者は発熱の有無にかかわらず現在でも検査を実施。入院中の患者は発熱等症状がある患者を実施
25	病院	入院する患者は、外来で検査し陰性であれば入院、入院患者については発熱者に実施
26	病院	入院前の生活状況を確認し、入院時に検査実施。入院患者の外泊・外出からの帰院時に行動履歴を確認し、検査実施。
27	病院	有症状者又は同室者に抗原検査施行し、陰性であれば PCR 委託する。
28	病院	感染者との接触状況、同室者、症状の有無から検査実施を判断。
29	病院	新規入院患者には自施設での簡易 PCR 装置（Abbott 社製）にて検査。入院中発熱者には主に抗原検査キットを用いた。
30	病院	補助金で PCR 検査機購入

31	病院	入院時検査にて PCR 検査実施。その他濃厚接触者等においては抗原検査実施。
32	病院	コロナ感染者が出現した場合は、数日おきに抗原検査を実施した。また、保健所に連絡し、PCR 検査を実施した。
33	病院	発熱時は、抗原検査。症状出現時、自施設で NEAR 法による検査を実施した。感染者が出た時は同じ病棟内の患者全員に抗原検査を行った
34	病院	入院時、発熱時、外泊から帰院時実施
35	病院	発熱や風症状がある場合は抗原検査実施。PCR は感染者がいる場合。R5.1 月に検査機を購入
36	病院	院内で感染者がいる場合の他に、自宅から入院する際等、感染を完全に否定できない時も実施しました。
37	病院	新規入院時は NEAR 法実施、スクリーニング検査は主に抗原検査
38	病院	発熱、咽頭通など症状のある時実施。感染者と濃厚接触（同室・同テーブル）者に実施
39	病院	院内感染対策規定による対象者は抗原検査の実施
40	病院	入院時は院内持ち込みを避けるため抗原検査を実施した。発熱により PCR,抗原検査で陽性者が出た場合はその病棟全体の PCR または抗原検査を実施した。
41	病院	感染者が発症した場合には、そのフロアの患者・スタッフ全員に実施し、以後終息までスタッフは 3 日に 1 度、患者は症状出現時に実施していた
42	病院	入院する患者さまに、IDNOW を使用して新型コロナウイルス感染症核酸増幅検査を行っていた。
43	病院	発熱者に抗原検査を実施。転院や施設への入所で依頼があれば PCR 検査を実施。
44	病院	症状がある時に発症後 12～24 時間で検査を行う。ご本人・ご家族へ説明して実施。
45	病院	基本的には自院で PCR 検査を実施。クラスター等で保健所より、病棟患者・職員全員検査指示の場合、大阪府に依頼した。
46	老健	発熱時は、LAMP 法検査または抗原検査を行った。新規入所者及びショートステイ利用者に LAMP 法検査または抗原検査を行った。
47	老健	施設内で感染者がいる場合の他に、自宅から入所する際に感染を完全に否定できない時も実施しました。
48	老健	疑いのある方がいれば随時抗原検査を実施し、必要であれば PCR 検査自施設負担（外注）で行っていた。
49	老健	外出から帰った後、2 日目、4 日目に検査実施、外泊から帰ってきた当日、2 日目、4 日目に検査実施
50	特養	協力医療機関の指示のもと、感染者が発生した際に実施していた。
51	特養	発熱等感染が疑われる場合、施設内で抗原検査実施、陰性の場合、協力病院(三愛病院)で PCR 検査実施
52	介護医療院	新規入所者及び有症状者、外泊・出者に抗原検査を実施（新規入所者は PCR 検査を加える）。
53	介護医療院	有症状者に検査を実施。検査の種類は主治医に確認。
54	介護医療院	感染者がいる場合の他に、自宅から入所する際等、感染を完全に否定できない時も実施しました。
55	GH	発熱者がいた時に法人内の医師に報告。検査指示を頂き。実施した。
56	GH	発熱があった場合は、法人の精神科病院に連絡をして、検査に来てもらっている。
57	GH	基本的には関係医療機関で PCR 検査を実施。クラスターで保健所より、利用者・職員全員検査指示の場合、大阪府に依頼。

⑧食事に関する制限・提供方法の内容の変更

1	病院	感染した方、濃厚接触した方は自分の病室で食事をさせていただきました
2	病院	Disposable食器にて提供した。食堂ではなく、自室にて摂ってもらった。
3	病院	密にならないように時間をずらして、席を間引いて対応
4	病院	食事の制限はしていない。下膳時はビニール袋に入れ非感染者の食器とは別に運搬した。
5	病院	食事の席について、直接対面にならないように、席の配置を工夫した。陽性者が発生しコホートにて自室での食事となった場合に、誤嚥リスク者には、食事内容の変更を行うことがあった。
6	病院	感染者には Disposable食器の食器で食事を提供していました。摂取場所は自室としていました。
7	病院	ゾーニングによるエリア制限および使い捨て食器の使用
8	病院	院内で感染者が出た場合は食器等を使い捨ての容器へ変更した。
9	病院	入院は個別対応とし、入院後 1 週間は自室にて食事摂取とし配膳は職員が実施
10	病院	感染発生時は、 Disposable食器で提供した。自室対応のため夕食時間を早めた。
11	病院	食器は使い捨て折詰を使用。使用後の食器は感染性廃棄物へ破棄
12	病院	対面での喫食を控え、横並び、一方向での喫食。黙食。パーテーションの設置
13	病院	栄養課から提供されたもの以外（持ち込み等）は制限している。
14	病院	認知症病棟での発生はなかったが、発生時には Disposableの食器を使用することになっている
15	病院	使い捨て食器を使用。食札を紙へ変更。
16	病院	陽性者および濃厚接触者は、 Disposable食器にて対応
17	病院	外部からの入院患者（陰圧室対応）には Disposable食器対応。当院での発生時は栄養課に伝えスタッフは PPE 対応。洗浄後は食器加熱殺菌庫（85°C5 分）にて殺菌・乾燥
18	病院	Disposable食器使用、紙コップにペットボトルのお茶を入れて対応。内容に変更なし
19	病院	ラウンジで食事提供していたが、自室での食事提供へ変更。
20	病院	個室での食事提供や、容器を使い捨てのタイプへ変更
21	病院	感染者と非感染者の配膳車を分ける。感染者と非感染者の食事時間、場所を分けて提供。
22	病院	院内発生時は Disposable食器、割りばし、紙コップを使用。各自、自室で摂取
23	病院	ゾーニングに合わせて配下膳ができるよう工夫。初期クラスター時は廃棄できる容器を使用。
24	病院	①食事提供を 2 回/日とした。②食事形態の変更。③夕食配膳時間の変更（18 時→17 時）
25	病院	Disposable容器にて対応。はし、スプーンは使い捨てを使用。
26	病院	常時：部屋食に変更。感染者がいる場合は、 Disposableの食器を使用
27	病院	感染入院患者がいる場合、その病棟のみ Disposable食器にて対応。
28	病院	一方向のみにテーブル・椅子を配置し、パーテーションをテーブル上に設置し患者間スペースに配慮した。
29	病院	割りばしを使用し、患者の名札は紙製にしてその都度廃棄
30	病院	普通の食器でなく、使い捨ての食器や折詰を使用して廃棄していた
31	病院	制限は特になし。感染患者には居室への提供。
32	病院	一方向を向いて、黙食を推奨。食事介助実施職員の健康チェックを追跡確認。
33	病院	感染者は使い捨て食器を使用し、その都度廃棄
34	病院	使い捨て食器を使用していたが、R 5 年度は熱処理して使用。共有スペースを縮小の為、ホールと自室摂取を分けて提供。入院・外泊など外部から入るとき 1 週間は部屋で食事。

35	病院	非接触での配膳（常時）。発生時は残食は病棟で処分し厨房へは戻さない。
36	病院	感染者発生時は、デイルーム等へ集まることは避け、配食対応。食器もデイスポで対応。
37	病院	対面テーブルはパーテーション設置。感染者は使い捨て食器
38	病院	日頃は向かい合わせにならないよう席の配置を変更し、感染発生時は使い捨て食器・弁当箱を使用した。
39	病院	セッティング調整し、対面を避け、隣の人との距離を大きく取った。黙食を指導し協力を頂いた。
40	病院	提供内容の変更（高カロリーゼリー食）、状態により絶食
41	病院	食堂のテーブルと椅子の数を減らし食堂に入る人数を制限した。各テーブル中央にアクリル板パーテーションを設置、発熱者は自室で摂取するようにした。
42	病院	クラスター発生時は、食器をお弁当箱に変えて使用後は破棄。スタッフは職員食堂の使用を制限していた。
43	病院	感染者が多数出たときには、デイスポ食器に変更し、提供していた。
44	病院	感染患者がいる時は食器を使い捨てに変更
45	病院	密にならないよう座席の配置を変更した。誤嚥・窒息防止のため看護師が患者を観察しやすい配置にした。
46	病院	配膳時、手袋の着用。黙食。向かい合わせの食事をやめ、距離あけた
47	病院	感染者は部室で食事を摂る。R3年度は紙皿食器で提供していたが、現在は、通常食器で提供している。ただし、業務の負担などを考慮し、臨機応変に対応する。
48	老健	全利用者居室ベッドサイドに配膳し対応。ただし、見守りや介助が必要な方は、共有スペースにて対応。
49	老健	在宅サービス部門と入所部の配膳車の移動を同時間に行わなかった。
50	老健	パーテーションの設置、感染発生時はゾーン分けし提供。
51	老健	日頃は、席が向かい合わせにならないように配置。感染者発生時は、使い捨て食器等を活用。
52	老健	提供内容の変更（高カロリーゼリー食）、状態により絶食
53	老健	食事介助はフェイスシールド着用。感染者がいた場合はデイスポの食器を利用した。
54	特養	提供時にデイスポを使用し職員が利用者ケアに当たる対応ができる様配慮していた。
55	特養	感染区画への職員の出入りを制限した配膳方法を実施していた。
56	介護医療院	黙食の指導を行いつつ、3密を回避するように努めた。介助者は、フェイスシールドの着用を基本とした。
57	介護医療院	対面での食事はしないようにした。感染者がいる場合は感染解除まで全員が居室対応とし、疑い例の時は、疑い者を含む同室者を居室対応とした。
58	介護医療院	感染者が多数出たときには、デイスポ食器に変更し、提供していた。
59	GH	食席の間隔をあげ、アクリル板で仕切りをつくり環境を変更する。職員も別室で食事をする。
60	GH	通常は共有スペースで取る食事を感染者は居室でとっていただいた。
61	GH	感染者がいる場合は、全員居室で食事を摂取してもらっている。感染が疑われる方がいる場合は、その方のみ居室での摂取としている。

⑨入浴に関する制限・提供方法の内容の変更

1	病院	感染者・非感染者を分ける
2	病院	濃厚接触の方は後半に感染した方はいちばん最後に入浴していただきました。
3	病院	感染した患者については原則感染が収束する間は入浴見送りとし、自室で清拭を実施した。
4	病院	人数を考慮し実施。介助が必要な場合も、介助者はマスク着用を必須とした。
5	病院	コロナ陰性であっても、有症状者は最後に入浴していただく対応を図った。
6	病院	陽性者が発生した場合には、密を避けるための人数制限、入浴日の変更、清拭での対応。
7	病院	コロナ以外の流行性の感染症が疑われる場合、状態に合わせて清拭、ドライシャンプー、部分浴で対応する
8	病院	陽性者については入浴の代わりに清拭を行った。
9	病院	感染患者は最後に入浴させ、使用後は消毒を実施。クラスター発生時には入浴中止
10	病院	クラスター発生時のみ全面中止とし、清拭に切り替えた。
11	病院	感染患者病棟では入院中止とした。清拭のみ実施。
12	病院	浴室、脱衣場に患者が密集しないようスタッフが部屋単位で患者を呼び出し入浴してもらった。
13	病院	感染者の入浴は休止し清拭対応。クラスター発生時は全患者の入浴を休止。清拭対応としていた。
14	病院	感染者がいた場合は清拭のみで入浴は行っていなかった。
15	病院	感染者と非感染者との接触がないようにした。
16	病院	感染者の入浴は最後をお願いしていた。浴室使用後は消毒していた。
17	病院	クラスター発生時はシャワー対応に切り替えることもあった。
18	病院	清拭へ変更し、職員の就業数に応じて入浴を再開とした。
19	病院	入浴時間の調整（時間をずらして対応）と人数の調整
20	病院	感染者は清拭、職員が感染し人員不足の場合も清拭で対応。極端に人員不足の場合は入浴を中止。
21	病院	陽性者や発熱のあった患者は、その日の最後に入浴実施
22	病院	クラスターになれば病棟内の入浴は中止した。ドライシャンプー・簡易的な BB で対応した。
23	病院	感染の可能性がある患者は入浴を他患と一緒にならないよう最後にしている。
24	病院	感染者については個別対応とし、使用後の消毒を徹底した。
25	病院	新型コロナウイルス感染症が発生した場合は状況に応じてベッドバスを選択したりしていた。
26	病院	感染者（無症状）と非感染者を分ける。入浴後の浴室内の消毒。
27	病院	感染者は、最後に入浴（自立の方の場合）。介助が必要な場合は、更衣程度。
28	病院	療養期間が終了した患者は、一般入浴を実施、感染者は清拭対応をしていた。
29	病院	感染者は入浴を中止し、清拭で対応。クラスターが発生した場合は状況に応じて中止。
30	病院	入浴者のリストは以前より実施しているが、入浴の順番の管理を実施。COVID-19 罹患者は、清拭にて対応。
31	病院	感染者は症状により制限していたが、非感染者は制限していない
32	病院	計画的に入浴時間、人数を振り分けして実施。入浴介助実施職員の健康チェックを追跡確認。
33	病院	入院時の PCR 検査が判明してから入浴対応
34	病院	車いす使用者や介助を要する患者を午前午後で区分し、入浴を行った。
35	病院	病棟間の移動を最小限にし、入浴を各病棟にて実施。

36	病院	病棟内でクラスター発生した場合、入浴回数を減らしていた。
37	病院	入浴介助の対応は困難であり、曜日を分散し全身清拭の介助で対応。
38	病院	感染者と感染していない患者の時間をずらしたり曜日を変えて実施
39	病院	感染者は清拭とした。保健所の指導を受け、入浴可能な感染者は、一番最後に入ることにした。
40	病院	感染者は、症状と隔離期間は入浴制限。汚染の強い患者に関しては、清拭、部分浴で対応。
41	病院	感染者がいる場合は入浴禁止・消毒対応
42	病院	クラスター発生時は入浴中止→落ち着いた時点でユニットごとに分かれて時間分離
43	病院	病棟閉鎖期間中は入浴中止。清拭等で対応
44	病院	時間をずらしての入浴・清拭の実施。
45	病院	最後にコロナ陽性解除者から順に入浴を開始
46	病院	他病棟と交差しないように実施した。感染者が出た場合はその病棟はしばらく利用を中止した。感染収束と共に徐々に解除した。
47	病院	入浴人数等の制限及び清拭での対応、入浴順序の考慮
48	病院	感染者の療養期間が終了するまで入浴は実施せず、身体の清拭による対応とした。
49	病院	クラスター発生時、職員が感染し、勤務者が少なくなった場合は、事故回避のために、入浴を制限し、清拭で対応することがある。
50	病院	クラスター等の場合は一時的に入浴を中止し、清拭等で対応した。
51	老健	通所リハビリ利用者の入浴時間を午前中に行い、入所部の入浴は午後から実施する。
52	老健	濃厚接触者は当日の最後に入浴。陽性者は1週間経過するまでは清拭更衣対応。
53	老健	デイケア、1階、2階と入浴を分けている
54	老健	症状の観察をしっかり行った。接触を控えるため、少人数での入浴体制とした。
55	老健	感染者がいた場合は入浴を行わない。感染者がいない場合でも、入浴介助をする職員は必ずマスクを着用していた。
56	老健	クラスター等の場合は階ごとに一時的に入浴を中止し、清拭等で対応した。
57	特養	感染発生時は、発生した同ユニットの入居者は1週間程度入浴中止し、清拭にて対応した。
58	特養	浴室のあるユニットがレッドゾーンであれば全員入浴中止
59	介護医療院	感染者の入浴は休止し清拭対応。クラスター発生時は全患者の入浴を休止。清拭対応としていた。
60	介護医療院	症状の観察をしっかり行った。接触を控えるため、少人数での入浴体制とした。
61	GH	部屋ごとに区切ってその日に入浴する利用者を決める事で、後になって万が一感染者が出た場合にもゾーニングしやすい様にした。感染者が出た時は入浴中止や清拭で対応。
62	GH	入浴介助の際は、フェイスシールドとマスク着用にて実施。クラスター発生時は、入浴中止。
63	GH	感染者がいる場合は、病棟内で清拭のみの対応とした。

⑩人員配置・勤務シフト等の柔軟な対応

1	病院	感染した病棟を中心に人員が不足する場合、別病棟より人員を補充。
2	病院	クラスターが発生し多場合は、病棟の状況に応じクラスター班が介入する対応とした。
3	病院	クラスターが起こり、スタッフも感染してしまった場合等、各病棟から1名ずつ出向し、感染が収まるまでは当該病棟スタッフとして勤務した。
4	病院	既感染職員をクラスター病棟にお願いした
5	病院	ゾーニングされた病棟内で、レッドゾーンに勤務する看護師は、グリーンゾーンでの患者対応を行わないようにした。
6	病院	職員の感染者が増加し、シフトが困難な時期のみ他病棟より配置換えを行った。
7	病院	職員の感染者が増えて、病棟運営が困難な場合は他病棟より看護師をリリーフに出していた。
8	病院	病棟を超えて適正な人数となるように応援勤務導入。病棟外職員の協力体制（物品・薬などの受け出し等）
9	病院	クラスター発生病棟へ部署間を超えて、職員の応援体制をとった。
10	病院	作業療法科からの応援体制。夜勤しない看護師を感染症発生病棟に常勤させた
11	病院	人員配置に余裕をもたせ、本人及び家族に体調不良者があれば、すぐに休ませた。
12	病院	感染拡大を防ぐ為、担当病棟以外での勤務はしない。また、スタッフには更衣室も別で対応してもらった。
13	病院	他部署より応援依頼して対応したり、他部署へ応援を出したり状況により柔軟に対応
14	病院	感染者に直接援助する看護要員を固定し、同じ看護要員が対応した。
15	病院	クラスター時は他病棟からの応援 夜勤人数の増加（3人→4人）コメディカルスタッフの応援
16	病院	日勤者を増やすため一定期間早番と遅番の勤務をなくしていた。オムツ交換、食事等、必要時は他病棟からの応援を頼んでいた。
17	病院	多病棟からの応援職員を確保し病棟間の協力体制をとる。
18	病院	遅番業務を中止。3交替より2交替へ変更。日勤者は他部署より応援職員で対応。
19	病院	周辺業務（病棟外の業務）を他部署が行った。具体的にはメッセージ業務や感染性廃棄物の処理など
20	病院	他病棟から応援を頂き、毎日勤務表はグループLINEで配信していた。クラスター時は早出や遅出の人数を一時的に増やした。2日ごとの勤務表をレッドゾーン、グリーンゾーンに分けて共有できるよう貼りだした。
21	病院	クラスターの際は、コロナ患者に接しない、スタッフルーム内のできる業務への応援1日のみ。その病棟内でのシフト変更は多々行ったが、他病棟から応援することはなかった
22	病院	院外の施設へ応援依頼し、他病棟へ配置し、他病棟スタッフを当該病棟へ配置した。
23	病院	発生病棟勤務者にホテルを用意。着替え、水分等支援物資支給
24	病院	病棟間での人員配置を行う。スタッフの感染者が増えたことでシフトの変更を行った。
25	病院	従事者が感染した場合や濃厚接触となり多数休みになる場合は、他病棟等から応援として人員配置をしている
26	病院	感染が発生した病棟では人員に限りがあるので他の病棟や部署からの支援を受けた。休日をずらして別日にまとめて休日を確保する等の工夫をした
27	病院	職員の感染により業務に支障が出る可能性がある場合、事前に他部署から応援を要請する
28	病院	リハビリテーション実施中止し、リハビリ従事者が看護職員の補助として、病棟業務実施。
29	病院	他の病棟から応援対応を行う。感染発生病棟の薬剤や検体は、当該病棟以外の職員が対応する。
30	病院	病棟間の助勤で人員不足に対応した

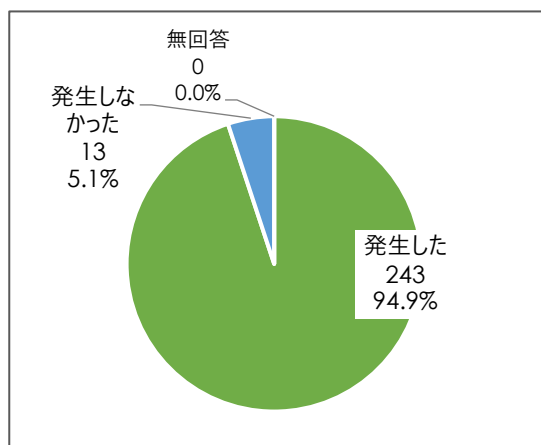
31	病院	他部署からの応援体制を組み、他部署でも行える業務については振り分けた。
32	病院	感染患者が発生した病棟への異動など
33	病院	他部署からの応援。感染対応をする職員の固定を試みたが、人員不足で出来なかった。
34	病院	可能な限り、感染患者対応とその他患者対応する職員を区分けする。変則勤務時間の変更等で対応。
35	病院	職員の感染状況、病棟内での感染者数に応じて病棟間での職員の異動等。
36	病院	緊急時はそれぞれの病棟で必要最低限の人数を勘案し勤務表を作成
37	病院	クラスター発生時には固定チーム制とした。病棟単位から病院全体での勤務体制を考慮
38	病院	病棟間で不足する人員を補充して対応した。また、勤務調整や時間外労働で対応した
39	病院	病棟職員が感染した場合、他部署からの応援体制も要請し、主にゾーニングや食事提供などの対応を実施した。
40	病院	感染部屋対応の看護師は固定とし、他の部屋へ行くのは控える。こまめな手指消毒。
41	病院	感染病棟の職員の勤務シフトを調整。他の病棟からのスポット的な応援にせず、固定職員を他病棟より募り配置
42	病院	クラスター発生時は、早出・遅出の勤務者数を増やしたり、職員の感染者が増えた場合は、他病棟から応援に行ったりしている。
43	老健	職員の体調不良時は速やかに休みを取らせて勤務調整を実施。現場職員不足や感染者発生時は関連他職種の協力を得る。
44	老健	感染区域で勤務する職員とそれ以外で勤務する職員のシフトを作成。勤務体制を2交代制に変更。病院より応援看護師5名を配置した。
45	老健	職員の陽性者が多数の場合、他部署からの応援態勢をとっていた。
46	老健	早出、遅出、夜勤も2交代制に3交代も組み入れた。
47	特養	接触する人数を固定。関連グループの応援協力について協力を求められるよう対応した。
48	特養	勤務の時間帯をずらすなどで対応できる職員数を確保していた。
49	特養	レッドゾーンでは可能な限り職員を固定配置し対応
50	介護医療院	クラスターが発生し多場合は、病棟の状況に応じクラスター班が介入する対応とした。
51	介護医療院	3交代勤務からやむなく2交代勤務に変更する場合があった。
52	GH	ユニット同士で感染が拡大してはいけなかったので固定化して対応。他のユニットは、職員が少ない時バックアップ体制
53	GH	他ユニットからヘルプに入る。感染者のケアをする職員と、濃厚接触者のケアをする職員とは分けて業務にあたっていた。
54	GH	感染者には担当を決めて対応し、医療機関受診の際に臨時の出勤を行った。
55	GH	感染者には、極力、ワクチン接種者や感染経験者が対応し、どうしても職員不足となった場合は、他病棟から応援する体制とした。
56	GH	体調に異常がある職員を自宅待機として、異常のない職員で勤務を調整する。

図表 1-4 認知症の利用者（有効回答 n:304）

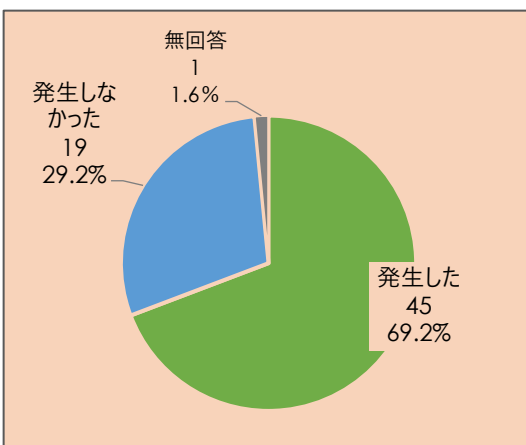
	n304	回答 施設数	入院・入所 利用者数 (平均)	認知症の 利用者数 (平均)	(割合)
精神科病院		242	214.5	54.6	25.4%
介護老人保健施設		28	78.6	62.2	79.1%
介護老人福祉施設		8	67.1	62.3	92.7%
介護医療院		10	68.9	61.0	88.5%
グループホーム		15	15.0	15.0	100.0%

図表 1-5 クラスター発生状況（n:323）

病院（n:256）



施設（n:65）



2.2 コロナ対応・支援等実態

2.2.1 クラスタ発生時の対応状況

(1) 認知症の利用者への対応

【本章の概要】

①規模

精神科病院では感染者総数は47.9人で、うち認知症患者数は18.6人(38.8%)であった。一方、施設では感染者総数33.8人、うち認知症患者数は25.8人(76.3%)であった。

②期間

精神科病院では1カ月未満が117人(49.2%)、1～2カ月未満が110人(46.2%)、2～3カ月未満で12人、3～6カ月未満で2人と減少し、6カ月以上と回答した病院はなかった。施設では1カ月未満が30人(68.2%)、1～2カ月未満が13人(29.5%)、2～3カ月未満が1人で3カ月以上と回答した施設はなかった。病院・施設ともに2カ月以内にほぼ収束していた。

③認知症の入院患者・入所者への対応

以下、項目ごとに主な回答を整理する。

①個室管理について(個室に準じる病室・居室を含む)

具体的な対応 … 入院後1週間は個室管理。段ボールで仕切ってゾーニング。1部屋の定数を超過してベッドを入れて感染者・濃厚接触者・非感染者の部屋割りをした。

課題や困難 … 徘徊など、ゾーニングに協力できない患者が多い。酸素・吸引設備のある病室が少なく酸素ポンペを多数使用せざるを得なかった。個室不足で感染者と非感染者が同室になることがあった。

②病室・居室間等の院内の移動や共用スペース利用について

具体的な対応 … 病棟閉鎖。ゾーニングやスクリーン設置による空気循環経路を遮断。共有スペースの利用制限または中止。居室で過ごすよう案内。多床室にトイレがなくポータブルトイレを使用。

課題や困難 … 徘徊する患者や、マスクを外すなどがあり感染対策が徹底できなかった。感染廃棄物の段ボールがデイルームに山積みになった。1つしかないエレベーターが、ゾーニングを交差せざるを得ない構造上の困難があったケース。認知症患者がパーティションを外してしまう。廊下にゴミ箱や物品を置いて移動スペースが狭くなった。多床室にはテレビがなく居室内制限下ではテレビがみられなかった。

③家族等との面会・訪問について

具体的な対応 … 直接面会の中止。スマホ・タブレットを使用した「リモート面」会や「ガラス越し面会」を実施。ゾーン内の電話を利用した面会。1回15分以内でマスク着用を条件に面会。院内フェーズ表または医療圏内の感染者数に基づいて面会方法を変更したり、制限したりした。全家族に対して面会制限をすることを電話や手紙で案内。ホームページでの案内も実施。危篤状態においては検温等を実施したうえでPPE着用し面会を許可した。クラスター収束後には積極的に面会を働きかけた。

課題や困難 … 職員が不足する中では面会のための職員配置も困難で、タブレット使用にスタッフが習熟する余裕がなかった。長い面会制限後の症状悪化やADL低下を理解・認識してもらえず不信感を募らせる家族があった。認知症患者の作話を家族が信じてしまうことによる不信感もあった。患者が「家族に見捨てられた」との被害的感情をもつ。事前に家族に説明していても、ついたてを越えて手を繋いだり、頬を摺り寄せて面会する家族や、マスクを外して近距離で話しかける家族、人数制限を説明していても大人数で来院するご家族もあり感染対策が徹底されなかった。感染が判明してから面会要求が頻回になった家族。身体合併症で他科受診が必要となっても受け入れ先病院が対応困難。オンライン面会では家族の認識ができない、難聴のため会話が困難な患者もあった。詳細な説明を求める家族への対応に苦慮。

㊦作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーションについて

具体的な対応 … クラスター中は病院全体で中止していたところや、感染病棟のみ中止などの対応が多かった。作業療法士はメッセージャーなどの役割を担当した。フェイスシールドまたはフル PPE を着用したり集団療法を個人活動に切り替えたり、声を出すカラオケ等のプログラムを制限したり、海や川へのドライブ等院外活動にしたとの回答もあった。

課題や困難 … 離床が減り、患者／入所者の下肢筋力やADLの低下(廃用症候群)・フラストレーションの増加・認知機能の低下、物品の消毒に時間をとられるなど。収束しても参加意欲が低下。

㊧食事について

具体的な対応 … 換気を実施し、パーティションを設置し、分散・黙食による食事。対面を避け、向かい合わないようにした。ソーシャルディスタンスをとる。食事時間をずらして食堂に大人数が集まらないようにした。部屋食、弁当形式。食器は使い捨て(ディスポ)として廃棄 食事介助時には N95マスク・ゴーグルまたはフェイスシールド着用とした。ティーサーバー利用中止とし、各自ピッチャー利用。感染者・非感染者でお膳の色を変えて識別した。盗食のある患者は1人テーブル。クラスター発生中は全員ゼリー食にしたところや、1日2食とした病院もあった。

課題や困難 … 温冷配膳車が使用できなかった。非常用食の備蓄があったがレッドゾーンが拡大して結局不足した。廃棄物の増大でコンテナに入りきらない。隣同士の患者が食事会をしていた。PPE 着用での食事介助の労力が大きかった。誤嚥リスク。入院時食事療養費の要件をクラスター中に満たすことが困難。

㊨入浴について

具体的な対応 … 多くの病院／施設ではクラスター期間中は入浴を中止していたとの回答。感染対策としての入浴中止の他に、スタッフの感染によるマンパワー不足のために入浴が実施できなかったとの回答もみられた。入浴を継続した病院／施設では入浴回数を減じて清拭・更衣のみとしたり、洗髪をドライシャンプーにした、部屋ごとの入浴、あるいは感染者を最後に入浴させたとの回答があった。短時間で一人ずつ入浴を実施したとの回答もあった。

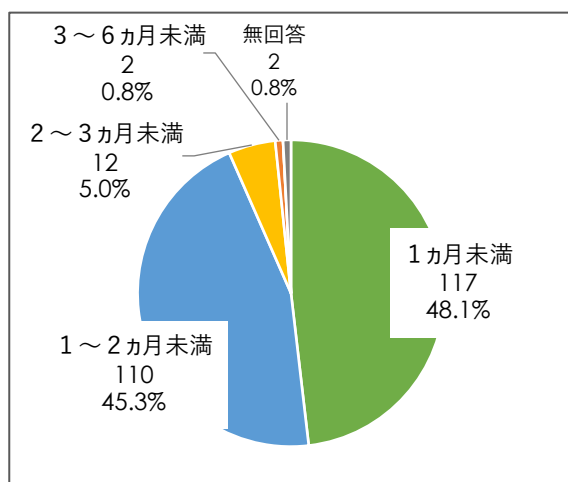
課題や困難 … PPE 着用下の入浴介護は重労働で、熱がこもったり、シールドが曇って視界が悪く転倒リスクが高かった。皮膚疾患の患者が増加した。入浴できないことを家族にうまく理解してもらえなかった。浮腫や褥瘡、発疹等の皮膚疾患の発見が遅れる ボイラーの稼働時間が長くなり燃料費がかさむとの意見もあった。

図表 2-1 規模 (n:282)

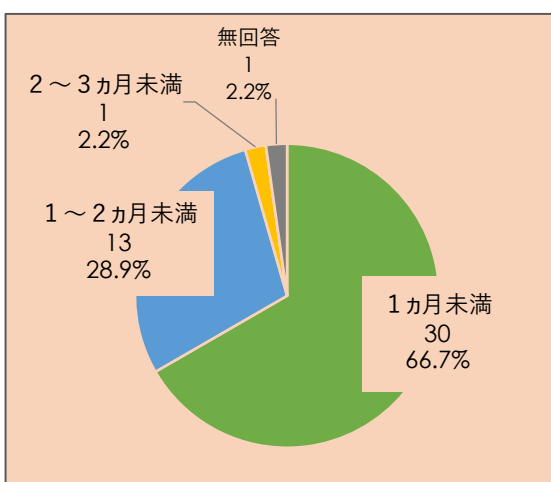
	n	感染者総数 (平均)	うち、認知症 の利用者数 (平均)	(割合)
病院	238	47.9	18.6	38.8%
施設	44	33.8	25.8	76.3%

図表 2-2 期間 (n:288)

病院 (n:243)



施設 (n:45)



図表 2-3 認知症の利用者への対応（主な回答を抜粋）

①個室管理について(個室に準じる病室・居室を含む)

【具体的な対応】①

1	病院	病棟内を段ボール壁で完全に仕切り、専用エリア化した
2	病院	個室や病室に留まることが困難なので、病棟内の一部エリアでの移動を見据えてゾーニングを行った。
3	病院	身体的合併症の状態観察、隔離拘束が必要な場合に利用
4	病院	感染した患者に感染拡大防止のため移動制限の要請を行ったほか、移動制限の掲示を行う、あるいは個室前に椅子やテーブルを置くなどし、感染した患者の移動を制限。
5	病院	感染者が1～2名であればコロナ病床の個室を使用した。それ以上の場合はゾーニングで対応
6	病院	臨時院内感染対策委員会開催。DMATの派遣要請。感染者多数にてNs室以外の病棟全体をレッドゾーン対応
7	病院	個室のみ施設が可能なため、発生初期の対応として、又は徘徊が顕著で感染拡大の危険性のある患者に使用した。
8	病院	身体症状があり、酸素吸入や貯痰の吸引などの処置が必要な患者に対しては個室対応を行い、身体合併症のケアを実施した。
9	病院	発症者、同室者、接触者を明確に病室ゾーニング。病室前廊下もレッドゾーンとして区別。担当看護師を決めケアを実施。
10	病院	感染者及び濃厚接触患者を順に個室対応とした。個室数を超えた場合は多床室でコホーティングとした。
11	病院	理解力のある患者は緊急性がない限り自室で療養。理解力のない患者は安静が保てず、感染拡大の恐れがある為個室隔離にて療養してもらった。
12	病院	感染者は基本個室対応。感染者が増えた場合は、大部屋に感染者のみを集めて対応。
13	病院	初回と2回目は、内科療養病棟でクラスターが発生し、感染者に対しては個室隔離をしていた。多床室の同室者で感染の可能性が考えられる患者に対しては、イエローゾーンとしての対応を行った。
14	病院	感染者は一気に増加し、個室からコホート管理に切り替えるが、発症者がばらつき最終的には、スタッフルーム以外はレッドゾーンとして対応した。
15	病院	認知症患者はほぼ個室対応だが一部4人部屋あり。クラスター時は陽性者を一か所（4人部屋）に集め感染が広がらないようにした。
16	病院	感染者確認初期は感染患者を個室管理し、個室をレッドゾーン前室及びそれに準じた部屋をイエローゾーンとした。また感染が確認されず、かつ重症化リスクの高い患者を他患者との接触を避けるため個室管理した。
17	病院	感染部屋内でのガウンテクニック等を行い共有フロアに拡大しないよう対策を講じた。患者には部屋を出ないように都度声掛けを続ける。
18	病院	①発熱の患者は個室対応。②同室患者は他の患者と接触防止のためコホート対応
19	病院	必要数に対し平時より必要数と思われる個室は極めて少ないため、より最優先な患者を対応するしか困難である。しかし、より優先される患者に使用を行った。
20	病院	発症時期が異なる為部屋への移動を行っていた。個室や4人部屋全てを使いゾーニングをした。
21	病院	感染者の病室と濃厚接触者の病室を設定(感染者が発生した病室は感染室)
22	病院	重症度合いで酸素投与や点滴管理が必要な患者は、他患者からの影響がないように個室で対応した。
23	病院	環境に慣れないことで、せん妄等が出現する。感染も含め、個室の部屋数が多いことが理想。大部屋での入院は、他患者とのトラブルに移行。また、転倒転落のリスクにつながる。

24	病院	個室の使用状況、陽性者の発生病床（多床室）、増加した場合に個室だけでは対応困難であることから、使用中止していた別棟（作業療法棟）で感染対応病床を確保・整備し対応。
25	病院	できる限り個室使用(室内自由に動けるように危険物排除)。個室が5床の為感染者が増えた後は大部屋を使用(コホーティング)。合併症を伴う患者についてはできる限りNSTに近い部屋で隔離した。
26	病院	出来る限り感染者に使用しなかったが、個室の数が限られていた
27	病院	個室対応、ゾーニング対応。精神的に悪い人は個室施設の指示あり。（精神保健福祉法に基づく指示）
28	病院	感染発生時、必要以外はなるべく自室にて過ごして頂いた。感染なしの場合では食事の際はホールへ誘導し、ホールにて食事摂取・余暇を過ごしている。
29	病院	居室の入口に目印をつける。トイレに近い部屋を提供するか、ポータブルトイレを設置する。食事の順番は早目にする。誤嚥しないように見守りを重視する。夜間中途覚醒時の転倒に注意し早めのトイレ誘導をする。
30	病院	感染が発覚すればすみやかに個室隔離を実施。発熱や風邪症状があり、検査で陰性が確認できるまでは個室を使用してもらう
31	病院	初期対応は個室使用・ゾーニング。手指消毒は、個人防護具使用。体温計、血圧計、パルスオキシメーター等の医療器具は専用とする。対応の職員を決める
32	病院	個室管理、4床室でのコホート管理を行った。また、感染者が多いエリアはパーテーションで出入りの制限を行った。PPE着脱が少しでも軽減するよう病室を回る順番を明確に示した。
33	老健	個室隔離。個室が限られていることから、二人で個室を共用
34	老健	認知症専門棟(4床)において感染者が1日目に3名、2日目に24名発生して、個室管理できる状況ではありませんでした
35	老健	新規入所者及び短期入所利用者の健康観察期間として、3～5日間の個室対応（衛生隔離）とした
36	老健	感染者及び準感染者（当時で言う濃厚接触者）についてはそれぞれ別で居室対応を施行（個室がない施設であり、居室が足りなくなる為個室での対応は行っていない）。
37	老健	陽性者が発生した部屋は、部屋移動せず、同室者は濃厚接触者として対応。マスクの着用、カーテンコホート対応。
38	老健	個室や空室を活用しながら感染者のいる部屋を一方方向に集めるなどゾーニングに徹底した。
39	特養	感染発生時、可能な限り個室対応としましたが、数に限りがありコホーティングを行うも、感染の拡大が早くすぐにレッドゾーンとしてユニットを隔離しました。
40	特養	居室入り口がカーテンの為、職員が手で触れなくて済むよう開けて固定した。換気の為天窗や、夜間に窓を開けた。
41	介護医療院	個室による行動自粛をお願いし治療を行う。入所者の殆どが寝たきりのため、行動制限等は必要なかった。
42	介護医療院	初発病棟では、患者を個室へ移動せずそのままの多床室内でカーテンコホートして対応した。
43	GH	感染の有無に拘わらず、終息するまでは居室での待機をお願いした。
44	GH	感染中は個室管理とし、共有スペースには出でこないように声掛けを行った。

【課題や困難であった点】④

1	病院	精神科のため病室内にすることが出来ず廊下等徘徊するため感染が広がった。このため4床室で感染しても他の3名も感染の可能性が高いため病室移動はさせなかった。
2	病院	観察室の場合、ドアや窓たたきがあると周囲に響く。保護室は前室がないため飛び出しなど注意が必要
3	病院	治療理解や協力が難しく、結果的に感染拡大につながるケースもあった。人間的にマンツーマンになることが難しい現状もあった。
4	病院	大声で徘徊する患者が無症状に近い状態で最初に陽性となったため、感染が爆発した。職員不足、物品不足、感染教育の不備等々。
5	病院	感染初期（症状出現時）は比較的安静保持も可能であったが、体調が回復するにつれ、行動制限自体が困難であった。感染・非感染を分ける遮断物も動かしてしまうなど。
6	病院	配管設備（酸素吸引）は比較的多い精神療養病棟であったが、それでも足りずに優先度を考えた部屋移動が頻繁であった
7	病院	感染患者の安静が保てない。マスク着用の拒否。ゾーニングしている遮蔽物をよじ登りグリーンゾーンに入ってしまう。ADL低下による廃用症候群の進行
8	病院	点滴や吸引、酸素などの医療設備があるが、他患者が入室するため危険を防止することが必要される。
9	病院	酸素吸入設備がある病室が少なく、酸素ボンベを多数使用することとなった。ゾーニングに協力できない患者が多く、拡大につながる。
10	病院	認知症患者は状況の理解が難しく、病室を施錠する隔離対応が必要とされた。また、個室が不足する事態となった。
11	病院	患者が部屋から出てきてしまうため、レッドゾーン対応の少ないNSだけでは制御しきれない時もあった。また思い通りに行動できない患者に対してBPSDを出現させない関わりがより大変であった。
12	病院	不要な他室訪問など、患者様にご協力をいただくのが困難なケースもあった。
13	病院	認知症がある患者への個室利用の必要性について説明をしても理解をしてもらえない。
14	病院	多人室の場合、陽性者同士が自室にて安静にできない場合があったことや病棟クラスター発生時、急速に拡大している際など、どうしても非陽性者が陽性者および濃厚接触者と同室管理になる場合があった。
15	病院	個室が不足している。個室に居なければならぬ事が理解できないので、かえって不穏になってしまう。隔離の対象となる（行動制限）
16	病院	認知機能低下により状況を忘れてしまい何度もレッドゾーンへの出入りをしてしまいそうになる
17	病院	隔離の必要性を説明するがなかなか理解が得られず部屋から出てきてしまう事や、介助が多い中、入室するたびに防護具の着脱を繰り返すことが業務を圧迫していた。
18	病院	認知症を持つ患者が個室で療養する環境整備が難しく、転倒リスク、感染拡大リスクも高く、身体拘束となった。TV、ラジオ、低床ベッド、緩和マットの設備を整えることが課題。
19	病院	肺炎を合併した際に酸素吸入ができるベッドが限られているため、移動式ボンベを使用するがすぐに不足となった。
20	病院	個室内で落ち着いて過ごすことができず、共有スペースへの移動や他病室に入室。結果病棟内ゾーニングができず、クラスター発生となった。
21	病院	コロナ感染の説明を行うが本人の理解が難しく、発熱がありながらも動き回ることが多かった。
22	病院	動き回るため、隔離の意味がない。感染のスピードが早すぎて、隔離が追いつかない。
23	病院	防護具を脱ぐ場所の確保（鍵がかかる場所でない、触ってしまうので）制限の説明が伝わらず、不安・不穏状態になることが多かった。
24	病院	個室数が限られている。ゾーニングに協力できない。異なる部屋から複数人発生してすぐに対応困難になった。発生後にゾーニングしてもすでに蔓延している。

25	病院	ゾーニングしても患者の理解協力は得られずグリーンゾーンの患者がレッドゾーンへ侵入する事は多々あった。高齢者であり個室対応時は状態観察の必要性和PPEの負担、感染対策等優先検討がその都度必要。
26	病院	理解力が低下しているため徘徊がやまなかった。
27	病院	徘徊する患者が多く、自室安静が困難と思ひ込みがあった。自室にこだわりがあり、移動に協力が得られない場面があった。
28	病院	軽症の場合は、安静臥床ができず動きまわってしまう。また、本人が動かなくても、他の認知症患者が部屋に入ってきてしまう。
29	病院	個室にナースコールが無い為、頻回な見守りが必要であった。感染患者が居室から出てきてしまう事があった。
30	病院	個室を用意しても、感染の理解が得られないため、ホールや廊下に出てきて他の人と交流してしまう。個室の数の不足。
31	病院	陽性になった病棟からコロナ病棟へ移る際に廊下のゾーニングや人手を要する
32	病院	個室に限りがあるため大部屋の使用を実施したが、認知症や指示が入らない患者さんが多くて隔離が難しかった。
33	病院	感染時期が夏場であったこともあり、空調やご遺体の管理に苦慮した。
34	病院	個室の数に対して物品を準備しなくてはいけなかった。不足していた。要観察の患者に使用していたができなくなった。個室不足していた。
35	病院	個室に限りがありトイレのない個室はポータブルトイレを使用。換気が十分にできない（窓を開けられず風が通らない）
36	老健	認知症の方はゾーニングしてもその場所で安静を保てない。2類の時は状況次第で身体拘束を実施せざるを得なかった。
37	老健	認知症に限らず、居室から出てこられるので、厳密な隔離は不可能であった。2人部屋を個室対応としたことで、利用制限がかかり、ベッド稼働率が下がった
38	老健	感染者が予想以上に短期間で激増してしまい、ゾーニングが間に合わなかった。
39	老健	認知症が特に重度の入所者に関しては、居室内でいて頂かないといけないが、居室外に出ようとされることがあった。
40	老健	個室数も限られており、陽性者の数が増加に伴い大部屋での対応も余儀なくされた。
41	老健	初動時、認知症患者の徘徊を想定せず個室対応をしなかったため、感染を拡大させてしまった。
42	特養	認知症の方は感染症の認識が困難なため、人との接触が避けられなかった。
43	特養	認知症等で個室から出てくる入居者が数名おり、その都度対応した。また、食事の際に目が届かなくなり、窒息等のリスクも懸念され、職員が心身ともに疲弊した。
44	特養	入所の方が複数人居られた場合、健康観察期間中、個室が少ない為、多床室が個室状態となり、受入れ人数や日程を制限した。
45	特養	認知症の方等居室隔離を行うも、体調が良いとお部屋から出てきてしまう方もおり、隔離が困難でした。
46	特養	日中、窓を開けると入所者が出て危険なため、換気に苦労した。
47	介護医療院	認知症の方は隔離が理解できず居室より出てきてしまう。
48	介護医療院	個室利用中の利用者を、多床室（濃厚接触者がいる）へ移すのは難しく、個室確保が困難だった。
49	GH	認知機能低下の為、隔離対応に対し理解困難で居室から出てきてしまう方がおり、その都度の説明を要した。
50	GH	状況を理解できなかったり依頼を忘れるため、居室に留まることが困難な利用者がいた。

㊤病室・居室間等の院内の移動や共用スペース利用について

【具体的な対応】㊤

1	病院	病状、症状、患者間のトラブルなどから転室を行っている
2	病院	感染していないかた共有スペースの利用を普段どおりしていただいております。
3	病院	感染者の増加に伴い感染エリアの拡大を行った。28名/56名と半数の患者が感染したため病棟の半分のスペースを感染エリアとした。共用スペースでの患者間の距離に配慮した。
4	病院	感染者の食堂・談話スペース使用禁止、クラスター時は浴室も使用禁止となった
5	病院	病棟閉鎖。外部への用事は、他部署に依頼。職員出勤時以外は病棟出入り禁止。病棟内移動ルートを設定。更衣は病棟内に変更。
6	病院	共用スペースの使用は中止。トイレは陽性者用と陽性者以外用で場所を分ける。
7	病院	感染隔離中はホール等他患者さんとの共有スペースの利用を制限した。自室内で過ごすよう協力を求めた
8	病院	病棟内共用スペース利用制限。病棟職員の他部署への出入り、共用スペース出入り禁止とし更衣室を病棟入口に作る。転棟中止。
9	病院	食堂などの共有スペースでは、患者同士が正面で向き合わないようテーブル・イスの配置を工夫
10	病院	食堂で食事はしないように、なるべく密にならない、飛沫が飛ばない対応をしていた
11	病院	病室ごとに感染者を隔離対応しゾーニングを実施。認知症患者も他の入院患者と同じ対応。
12	病院	患者には可能な限りマスク着用をお願いした。換気（1～2時間に1度、1～5分）テーブル、ドアノブ等を次亜塩素酸ナトリウムで拭く。（数回/日）
13	病院	感染可能期間中は基本的に共用スペースの利用は中止し、自室で療養していただいた。
14	病院	テーブルにパーテーションを設置する等して、対面での食事とならないような体制をとった
15	病院	認知症病棟でのクラスター対応。人数が増え続けたためホールをレッドゾーンにしゾーン分けを行い対応した。
16	病院	感染者と非感染者を病室ごとにわけ、廊下にソファやストレッチャーでバリアードを作りレッドゾーンとグリーンゾーンを区別した。病棟各所にサーキュレーターを設置した。
17	病院	ホールのイスを減らし、ホールに一度に集まらないように対応した
18	病院	病棟が食堂を中心としてコの字型に廊下が並ぶ構造であるため、食堂手前にパーテーションを置きレッドゾーンとイエローゾーンに分けた。
19	病院	転倒しないように机等の間隔を広くしている。清掃回数を増やし、手摺、ドアノブはより頻繁に清掃
20	病院	陽性が確認された患者を同室としてベッドコントロールを行った。共有スペースは利用を制限した。
21	病院	個室隔離、コホート中は室内のみでの療養。ゾーニング（陽性者が協力）してからは、ゾーンでの対応
22	病院	陽性者が発生した場合は可能な限り病室の移動は行わず対応。デイルーム等の共用スペースの利用は制限した。
23	病院	クラスター発生部署のスタッフの部署外移動を制限。更衣室利用時間を分けて使用。
24	病院	他患の部屋に行くことを禁じていても、強力が得られなかった。
25	病院	感染区域をゾーニングにてスタッフが周知する。ゾーニングに則った対策の徹底。共有スペースはレッドゾーン扱いとする。
26	病院	①ゾーニングを行い廊下に簡易的な壁を設置、タンスなどを使用して区画をおこなった。②各ゾーンの入り口にビニール製のカーテンを天井に張り付けて、感染の拡大防止を行った
27	病院	病室内で安静を促す。カーテン隔離。共有スペースは極力使用しない。
28	病院	そもそも精神科の患者が主の中で認知症の患者は1割にも満たない。安全とトラブルが生じないように工夫を行っている。より有効的な空間使用に努めている。

29	病院	病室間の移動を制限した。共用スペースの利用も中止とした。
30	病院	患者は居室療養を基本とし、感染患者があればゾーニングしなおし、居室を移動した。全員感染後は共有スペースを利用し、TV、食事提供した。
31	病院	感染病棟スタッフの移動は他病棟が使わない通路にした。更衣室の使用も禁止して病棟での更衣にした。
32	病院	病棟におけるホールについては、PPE の物品、準備として使用した。
33	病院	個室や病室で見守りながらの食事はスタッフの人数も足りず出来ない為、廊下を食堂とした。デイルーム入口に鍵をかけ感染者ゾーンからの往来が出来ないようにした。
34	病院	感染隔離の場面で多床室にトイレが付いていない部屋が多く、ポータブルトイレで対応した場面があった。
35	病院	感染者が発生した時点で病棟閉鎖し、病室間の出入り禁止と感染者のホール等の利用を中止した。
36	病院	病棟の患者スペースがレッドゾーン。買い物は看護師代行
37	病院	ゾーニングしレッドゾーンへ入りにくいよう物の配置。ビニールテープなどで境界線をわかりやすくする
38	病院	感染拡大が見られた時点から食堂（ホール）の使用を禁止する。陽性者にはトイレの使用をポータブルトイレに変更など
39	病院	精神科一般患者様のみの病棟に認知症患者様用の部屋割りを行った。
40	病院	感染エリアでは、居室で見守りにて食事摂取や介助を行った。非感染エリアでも食事や入浴以外は居室にて過ごして頂いていた。非感染エリアでは、病棟間の患者受け入れや退院も行ってた。
41	病院	Ns や補助者による食事の見守りや入浴排泄介助時付き添い誘導を行う。危険物の除去、ベッド周囲の整頓。他患者との関係に配慮したベッド配置。
42	病院	感染区域が目視できるようにゾーニングした。共有部分は環境整備の回数を増やし常に消毒をしていた。
43	病院	ゾーニングを行い、移動場所を明確に区別した。見守りの為、食堂で食事を摂取していただいていたが、居室で摂取していただくようにした。
44	病院	可能な範囲で職員が患者と一緒に行動。下肢筋力低下がある場合、車椅子での移動に切り替えた（移動を短時間で済ませる、壁や机等への接触を防ぐため）。
45	病院	共用スペースでの患者の密をさける。病室内での食事を実施。作業療法の中止
46	老健	ゾーニングで対応していたが、基本的に感染者は共用スペースには出てこない体制。どうしても移動が必要（入院等）な場合は、清潔ゾーンを移動するしか構造上不可能。
47	老健	病棟内に陽性者がいる場合は、共有スペースは使用禁止。部屋対応。
48	老健	通常時よりフロア間移動を禁止としていた。感染者・濃厚接触者は居室内のみで生活してもらった。
49	老健	感染者を隔離し、非感染者を分けた。コロナ確定者、疑いのある者が使用されるトイレもレッドゾーンとした。
50	特養	感染が1名でも発生したユニットでは全員個室隔離での対応とし、基本的には共有スペースの利用は制限した。
51	特養	人との距離を保つため、共用スペースにおいても生活スペースの一部としてテーブルを配置し対応を行った。
52	特養	出来るだけ、居室内で過ごしていただいた。見守りがないと危険な方はデイルームに出て対応した。
53	介護医療院	病棟が3ユニットになっている構造を利用し、導線を処断し感染者用の共有スペースを確保したが、居室で過ごしていただくことを基本としたため、共有スペースの利用はしていない。
54	介護医療院	クラスター発生時は、全ての方が収束するまで居室対応。院内移動、共有スペース利用はしない。
55	介護医療院	感染拡大中は各居室で過ごしてもらうよう依頼していた。
56	GH	移動等の制限は特に設けず、手すりや共用トイレの消毒を使用毎に実施した。
57	GH	感染者がいる期間は、共有スペースの利用を制限し、全員居室で過ごしてもらう。

【課題や困難であった点】⑨

1	病院	壁設置者の確保、スタッフの動線確保
2	病院	感染者の方が、共有スペースにこられ、他の方が濃厚接触者となり数日後に発症することがありました。
3	病院	患者の中には、移動制限の必要性等の理解が不十分なため、自室からの移動、徘徊などがみられた。
4	病院	遮断した導線を超えて、非感染区域に行かれる患者も存在した。また、遮断する物品が簡易の物を用いるため、事故のリスクが生じる。
5	病院	全体的にレッドゾーンにしたため、職員がレッドゾーンに長時間滞在する形になった。人員不足のため、休憩できない。他病棟からの応援も最初期はコロナの恐怖からあまり出せなかった。
6	病院	認知症の為、徘徊する患者を制止することが困難であった。
7	病院	患者へのマスク着用指導が困難であるため、患者同士が移動している最中の飛沫などを防止することは難しかった。
8	病院	動きまわる方やマスク着用をされない方もあり、対応が難しかった。
9	病院	理解が困難で、制限できなかった。部屋にトイレがついておらず、ポータブルトイレを使用するか共有スペースのトイレを利用するしかできなかった。
10	病院	いくら工夫しても患者が動き回るため、感染予防の効果は薄かったものと感じている
11	病院	言葉での説明が受け入れにくく、わかりやすい説明が必要であった
12	病院	認知症病棟でのクラスター発生は対策が厳しい。隔離対応しても患者の理解が得られない。
13	病院	認知症患者でも周囲の患者がマスクをしているのでほぼ応じてもらえたが手洗いの徹底は出来なかった。
14	病院	認知症の患者は感染に対する理解が得られないため共有スペースでも自由に移動するため、感染が拡大する可能性があった。
15	病院	患者の理解がよく協力的であったが、知的障害、認知症者は見守りが必要であった。
16	病院	車椅子やリクライニングチェアを利用する患者が増えた時、自立した患者が車椅子に足をひっかける等の転倒リスクが高くなる。
17	病院	誤嚥などの見守りに人員を増やす必要があった。利用スペースの減少によりストレスやADLの低下があった。
18	病院	出来るだけ部屋に留まるように説明していたが、徘徊する患者や理解が得られない患者が多かった。
19	病院	トイレが病棟内に1か所のため、ポータブルトイレを置いても勝手にゾーニングを越えて移動する患者がいる。
20	病院	認知症患者は感染対策への協力が得にくいいため、どうしても共有スペースで過ごすことが多くなってしまふ。
21	病院	指示内容の理解ができないため、あちこちの部屋に入られたり、接触されるため、感染拡大につながる。隔離対応ではない限り、認知症の患者は、ゾーニング内では自由にせざるをえない。
22	病院	認知機能低下により状況を忘れてしまい何度も説明や誘導を必要とする
23	病院	やはり、高齢化におけるADLの低下。他患者の私物を触ったり、大声をだす等を含めた迷惑行為が目立つ患者をどうするのかに苦慮した。
24	病院	換気のために空気清浄機や、扇風機等で対応したが、患者が転倒しないように注意した。
25	病院	徘徊等あり、病棟のレイアウト上、少数でのゾーニングの実施が困難であった
26	病院	認知症患者の特性から理解に苦しむため管理運用に苦慮した。
27	病院	コロナ感染の説明を行うが本人の理解が難しく、発熱がありながらも動き回ることが多かった。
28	病院	感染された認知症患者(無症状)が病室で安静が保てず、ゾーニングをすり抜けて出てこられる。
29	病院	陽性患者発生時、病室内で過ごすように伝えても理解難しい方が多い。
30	病院	物理的に共有スペースに入れないようにしたが、それでもそれを突破して入ろうとする。

31	病院	換気の問題、一方通行の動線で、入口を1ヶ所にする事で、転棟等の緊急時対応にすぐに駆けつけることが困難。食事や排せつ物のにおい、プライバシーの確保等あきらめなければならない事が多かった
32	病院	共用スペースも使用できなかったため、患者の娯楽がなくなってしまった。
33	病院	それでも興奮されたり、患者の思いが強かったりするのでスタッフとトラブルになっていた。
34	病院	院内移動や共有スペース制限に対する理解が得られないことが多く、対応が困難であった。
35	病院	マスクの協力は難しかった。個室に入っても出てきてしまうなど、協力が得られない方がいた。
36	病院	感染エリアにて隔離の居室が増えてくると、見守りの人員不足となった。
37	病院	閉鎖病棟において長期間の入院者へ共有スペースは大切な生活空間になっており制限するのが困難であった。
38	病院	大部屋では他者のベッド付近に放尿し、おむつ外しや手で便を取り出すなど弄便行為。食事を食べていないなど易怒的な状況。
39	病院	トイレが共同トイレであるため、使用後の消毒や掃除に困った。
40	病院	ゾーニングを実施しても守れない患者さんや大部屋にいるコホート対応している患者さんが共有スペースに出てくる事があった。
41	病院	移動時に制限ができ移動が難しい場面があった。食事の見守りが難しくなった。
42	病院	全ての時間で職員が見守ることはできない。また、移動や共有スペース利用についての変更の説明しても、理解が得られない事例があった。
43	病院	多床室にはテレビがなく、テレビが好きな患者はテレビを観ることが出来なかった。
44	老健	認知症の方はゾーニングしてもその場所で安静を保てない
45	老健	併設医療機関でのクラスターも重なり、感染廃棄する段ボールがデイルームに山積みになる状況があり、居室での隔離を継続しました。
46	老健	認知症入所者が安静を保てず、ゾーニングしても感染区域外に出てしまうことが多く見られた。
47	老健	構造上エレベーターが1基しかなく、入院等で移動の際はゾーニングしていても共用スペースと交わってしまう。
48	老健	認知症の重度の方は、パーテーションを外してしまうなどもあり、認知床フロアについてはパーテーションを撤去した。
49	老健	完全に入居者を分けることができなかった。(認知症で理解困難)
50	老健	認知症の方の場合、理解ができず、抑制しないと行動制限が困難であった。
51	特養	認知症利用者は健康観察期間の理解は難しく、他の利用者との接触させないことは困難。
52	特養	職員の出入り口など分けられるところは分けましたが、難しいユニットもあり、職員の移動で課題が残っています。
53	介護医療院	クラスター発生時は、共有スペースの利用中止し居室で過ごしてもらうようにしたが、居室より出てきてしまう。
54	介護医療院	利用者が室内へ徘徊して出てきてしまう。室内での様子の変化、転倒などの発見が遅れることがある。
55	介護医療院	理解できていない利用者もいたこと。
56	GH	建物の構造上、廊下にゴミ箱や物品を置くと移動スペースが狭くなってしまった。
57	GH	雇患者の方の病識がなく、移動の制限が虐待につながる危険性もあり、過度な移動の制限は設けられなかった。
58	GH	認知症の方は、居室で過ごさなければいけないことの理解がなく、共有スペースに出てきてしまう。

①家族等との面会・訪問について

【具体的な対応】①

1	病院	面会等は全て禁止としたが、危篤の場合は検温実施し、PPE を着用させて面会させた。
2	病院	感染者が出た時点で電話ですべての患者さんの家族のかたに連絡し、感染者の方がいなくなるまで、控えていただいております。
3	病院	原則面会禁止とした。家族等より強い希望があった場合には、ガラス越しの面会を許可した。
4	病院	すべてのご家族に電話連絡。面会中止の理解を得た。
5	病院	院内フェーズ表に準じて面会方法を変更した。院内発生がなければ病棟の EV ホールまで来ていただき窓越し面会を行った。病棟内での発生時はライン面会を実施した。
6	病院	感染者数が減少してからガラス戸越しの面会を再開する。重篤患者の場合は対面での面会は許可した。
7	病院	クラスター期間中は原則として面会・訪問は全て中止とし、感染の収束を最優先とした。
8	病院	クラスター発生時には面会禁止。感染が無ければタブレットを利用したりリモート面会。
9	病院	面会は予約制とし、15 分間の時間制限を行った。訪問はコロナ感染していない患者のみ行き、患者には検温、マスク着用してもらった。
10	病院	家族の面会はホームページで禁止とした。患者家族へも個別に手紙、電話で連絡をした。看取り患者の家族は感染対策（手指消毒、マスク・ガウン・キャップ・フェイスシールド、手袋）を行い 15 分以内で 2 名までで衝立越しとした。施設面接は個室にて換気を行い、テーブルに衝立をして行った。
11	病院	原則禁止であったためオンライン面会で代替。緊急度に応じて面会者にもフル PPE 着用の上で面会実施。荷物の受渡し等は病院入り口で行う
12	病院	窓越しでの面会が基本。感染者がいる場合は、面会そのものの制限。
13	病院	面会制限を行い、ゾーン内部の電話を利用して面会の代用にした。クラスター終了後に積極的に面会を働きかけた。
14	病院	原則家族等との面会・訪問は禁止とし、クラスター時以外はタブレットによる面会とした。
15	病院	クラスター発生時には窓越し面会とした。それ以外は個別スペースでの短時間の面会とした
16	病院	対面またはリモートでの面会で、御家族のみ 3 名で 15 分以下（子供不可）
17	病院	長期入院者や退院のための訓練が必要な患者もいることから、全面禁止は困難であったため、個別に検討、対応した。
18	病院	極力つながりという点に関しては積極的に努めた。その中で流行等に応じた感染対策の徹底を行い、直接対面でない方法からパーティションを使つての面会までと広い視点から努めた。
19	病院	オンライン面会や、ガラス越しなどの面会をおこなった。
20	病院	重症患者の面会は、部屋を決めていた。家族との電話で時間や人数の相談を受けて行った。陽性者家族等面会時はすべて PPE を促す。
21	病院	病棟内には立入禁止にしていた。臨終時の面会場所が設定できる場合のみ、医師の許可の元行っていた。
22	病院	感染症に関する問診表を作成。病棟の外でガラス越しの面会にした。
23	病院	昼間の時間帯に予約制とした。家族のみ 1 名、15 分。当日 1 時から面会予約をとった。当日にした理由は、院内のフェーズに応じて、面会ができなくなることもあったから。柔軟に対応した。
24	病院	家族等との面会は中止とした。医師との面談は外来診察にて行った。
25	病院	対面面会を予約制とし、1 分以内、家族 1 名とした。対面面会制限中はオンライン面会を実施していた。
26	病院	認知症治療病棟でクラスターが発生した際は、全患者のご家族に連絡を入れ、収束するまで面会禁止とさせて頂いた。

27	病院	面会場所を決めて対面での面会を実施。ターミナルの患者家族は、PPE を着用し面会を実施
28	病院	クラスター発生時は全面禁止。職員から家族へ状態を逐一電話連絡。クラスター解除後はスマートデバイス使用したリモート面会
29	病院	基本面会については中止、洗濯物に関しては事務所スタッフが預かり病棟へ届ける。状態の悪い Pt に関しては、Dr の許可があればフル PPE にてベッドサイドで面会対応。
30	病院	直接の面会は中止とし、ガラスドア越しでの面会とした。病棟に感染者発生時は全面的に中止とした。
31	病院	もともと面会制限をしており特段問題はなかった
32	病院	WEB 対応が基本。身体的に悪い時はマスク、PPE、手袋など着用し直接面会していた。
33	病院	コロナ陽性以外で病状悪化した場合のみ主治医の許可をもらい、PPE 装着のうえで面会をしてもらった
34	病院	基本的には面会禁止だったが、状態の悪い患者さんに対しては、ご家族に PPE 着用の上、面会を許可していた
35	病院	対面での面会は禁止していたが、ガラス越し面会も禁止とした。リモート面会は継続した。
36	病院	コロナ感染における患者さんの状態について説明を行った
37	病院	対面の面会を禁止し、Zoom での面会を行った。病棟へ物を持ってこることも禁止し、物品の引き渡しは玄関まで職員が行った。
38	病院	通常のコアに準じて実施。他患者と同じように直接対面の面会は避けるようにした。
39	病院	クラスター中は、極力面会の頻度を減らして頂く事や窓越しでの面会を推奨し協力を得ていた
40	病院	通常時タブレットを使用してリモートでの面会を実施しているが、クラスター時には感染拡大防止の為、面会中止とした
41	病院	受付で検温し感冒症状がないか面会用紙に記入してもらい、1 回の面会時間を 1 分間とした。マスク着用は患者、家族共に必須であるが、対面式で実施した。面会場所は決められた場所とした。
42	病院	面会を予約制にした。面会中の換気とマスクと距離をとってもらい、15 分以内の面会を行うよう家族に協力いただいた。
43	病院	職員が患者に付き添った上での面会（距離やマスク着用等を適宜声掛け）。施設内外でのガラス越しの面会。
44	老健	感染症発生棟のオンライン面会を休止。洗濯物や物品受け渡しを休止
45	老健	施設内クラスター発生期間は面会中止とした。通常時は、マスク着用にてガラス越しで面会をした。
46	老健	令和 3 年、4 年は対面面会を制限しリモート面会に対応。また外部からの訪問（修理等除く）もフロア内は入って頂かず、リモートを推奨（どうしても場合のみロビーで対応）。
47	老健	5 類前は、オンライン面会や条件を設けて対面面会を実施。5 類以降は、対面面会に対応している。
48	老健	陽性者が病棟内にいるときは面会訪問は中止。リモート等で対応。
49	老健	スマートフォン、タブレットを使用したリモート面会。
50	老健	利用者のコロナ感染が確認された時点で、面会を禁止とした。面会禁止については書面にて家族へ連絡。（定期的に面会されていた家族には先に電話でその旨をお伝えした。）
51	特養	看取り以外は原則中止した。看取り状態の方が感染したが、PPE を着用し面会した。
52	特養	感染対応中については、原則面会の中止の対応を取っていた。看取りの面会については感染対策を実施したうえで小人数短時間での対応を行った。
53	介護医療院	クラスター発生時は面会禁止。感染流行時は WEB 面会や窓越し面会の実施。圏域の感染状況により条件付きでの面会制限緩和。
54	GH	隔離期間中は面会を行わず、様子を電話でお伝えしていた。

【課題や困難であった点】①

1	病院	職員が足りなくなる中、面会の為の職員配置も難しい。
2	病院	面会制限が数ヶ月続いたため、症状の悪化や ADL の低下を認識していただけず、不信感を募らせる家族がいた。
3	病院	クラスターによる業務がひっ迫した上に面会の対応が厳しかった。
4	病院	面会できるようタブレットを準備していましたが、そのタブレットを使用できるようスタッフが対応できる時間とマンパワーが職員の感染により不足してしまい対応できませんでした。
5	病院	家族等は面会禁止に理解を示し協力頂いた。但し、家族との面会が叶わないことを要因として不穏となる患者が見られた。
6	病院	長期間の制限について理解を得られないケースも少数あった。
7	病院	現在は解消しているが、コロナ感染中は死亡時も面会ができなかった。クラスターが発生したためにマスクに晒される。
8	病院	平日のみであったため、全ての患者家族の対応は行えなかった。1 日に対応できる件数も限られていた。制限を強化した際には「また（会えない）ですか」と不快な思いをさせていた。
9	病院	タブレット端末を使用したことがない患者も多く、画面上でのやりとりではわかりにくい。
10	病院	患者が家族に見捨てられた等の被害的感情を持つ。認知症状の進行
11	病院	面会を希望するご家族も多く、回数や人数の制限を行いました
12	病院	患者の状態変化や、ケア方針について家族へ連絡を行ったが、マンパワー不足もあり、他部署に協力してもらい何とか実施した。
13	病院	家族への説明や、患者状況報告をしていたがその内容や頻度に「不足」を感じた家族があった。
14	病院	認知症患者にとっては、リモート面会であることや、リモート機器そのものがわからず面会にならなかったこともあった。
15	病院	家族への説明が必要であり、電話対応なども行ったが時間を要した。病状変化があった場合、家族等の理解をいただく困難さがあった
16	病院	急変時の面会だったので、家族や本人の気持ちによりそう十分な面会とはいかなかった
17	病院	NS 付き添いでの面会はスタッフの対応に人手が取られる。面会時家族教育
18	病院	看取り患者の家族は衝立を越えて手を繋いだり、頬を摺り寄せて面会する家族もいて、家族によっては説明しても感染対策が十分に行えなかった
19	病院	直接面会の要望への対応に苦慮した。荷物の受渡し等における病棟外対応による業務負担増
20	病院	病棟業務で逼迫している中で、ご家族へ状態報告などの実施が更なる業務圧迫となることがあった。
21	病院	面会できないことで本人の認知症の進行を家族が受け止められず困惑する家族もいた。
22	病院	外出・外泊・直接面会ができないため、患者の治療にも影響が出た。
23	病院	患者の様子を見ることができない家族の心配や不安が増していく中で、NS の人手不足もあり、家族のケアが十分にできなかった。
24	病院	家族への心理的配慮を必要とした。現在の状態について、口頭で説明するが、家族がイメージする患者の状態と相違が生じた
25	病院	面会希望する家族への対応 亡くなった患者の場合、面会もできないことから家族の不満へ対応すること
26	病院	面会時間が重複する事も想定し予約制とした。患者が重症化した場合でも直接の面会を断る形としたので家族の不安は大きくなるかと考える。
27	病院	中止や条件内容の変更を家族に連絡すること（件数が多い。連絡のつかない家族がいる）
28	病院	回数、時間の制限をお願いせざるを得なかった。が、家族は協力され、患者からの不満がなかった。
29	病院	臨終時やご遺体との面会を家族が望まれても、場所や感染対策上困難であった。

30	病院	身体面で急遽他科受診等必要になった場合、受け入れ先の病院が対応困難等で、他科受診調整に時間をかなり要した
31	病院	患者の顔を見たいという家族の声が多かった。現在はズーム面会が可能となったが、当時は難しかった。
32	病院	対面での面会が行えずに閉塞感が継続し、患者さんのイライラ感がつづいた。
33	病院	認知症の方は、オンライン面会だと余計に家族の認識ができない。
34	病院	病状悪化時など、直接の面会をするために、ご家族の検査代や他施設での陰性証明書発行等時間を要した。
35	病院	感染状況を家族に理解してもらえるように伝えるのが困難で、理解が進まなかった。
36	病院	家族が本人の状態が分からないまま不安になる。何度も状態確認の電話連絡が入り対応に手がとられる
37	病院	リモート面会の方法をご家族に理解してもらうことが難しく、実施となると一層難しさが増し、希望は多くあったが実施できた例は少ない。
38	病院	対面面会ができない事で不満が多く、対応に多くの時間を要した点が今後の課題である。
39	病院	本人や家族の不安があった。Zoom 面会の負担、物を受け取りに玄関まで行くことの負担があった。
40	病院	面会が行えないことで家族と疎遠となり、家族が病状の把握が出来ない、訪問調査が出来ず退院支援が遅れることがあった。
41	病院	遠方からの面会。感染対策を講じて対面で面会を実施し、その後 3 日間他者患者との接触を控えた。
42	病院	初めての時にはご家族の理解も得られないことから、対面での面会を強く希望される家族もいた
43	病院	安静にしていなければならず、ADL が低下しコロナ療養期間あけた時の家族の認識のギャップ
44	病院	面会中、家族がマスクを外し近距離で患者に話しかける場面があり、感染対策の協力が得られにくい家族がいた。
45	病院	1 日に限られた回数しか、リモート面会が出来ず、家族に都合を合わせて頂く必要があった。
46	老健	面会の制限をかけていること、面会が全面的に禁止となっていることを全家族へ周知する段取りがスムーズにできなかった
47	老健	リモートだけではご本人の様子が伝わりにくく、様子変化の度合いが大きい入所者では家族様の理解が難しいケースがあった。
48	老健	耳の遠い利用者の方との会話が、困難な場合があった
49	老健	スマートフォン、タブレットでリモート面会を行っていたが、機器の取り扱いが不慣れで、ビデオ通話が分からず、認識できないケースも多くあった。
50	老健	認知症が進行し、後日面会しても疎通が取れない方もいた。
51	特養	施設内の状況を十分に伝えることができず、家族が不安を募らせた。
52	特養	オンライン面会時は特にだが、画面越しに職員が間に入って対応したため、職員の負担につながった。
53	特養	曜日設定の為、設定曜日以外（土、日、祝）の希望や県外者の依頼があり、判断が難しい場合があった。
54	特養	面会は基本的に予約制としていた為、感染発生時に連絡することで問題はなかった。
55	介護医療院	感染対策のため、面会時間を短くしなければならない事。
56	介護医療院	急変時の面会のみ許可していた。家族への PPE 指導が困難であった。
57	GH	他部署が患者の状況把握がしづらい。
58	GH	認知症の方でも対面面会をしなくても簡単な操作で面会できる方法

㊦作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーションについて

【具体的な対応】㊦

1	病院	可能な限り、平常時のプログラムを実施した。感染症予防のために患者様の手指消毒、テーブル等の消毒回数を増やした。
2	病院	感染対策として、Full PPE にて精神科作業療法を実施。参加者同士の距離をあけたり、マスク着用を依頼したり普段と違う環境で実施。
3	病院	クラスター終息までは完全に中止し、メッセンジャー的な役割を作業療法士にお願いしないと病棟が機能しなかった
4	病院	感染者がいる場合は作業療法・理学療法共に全面中止、生活リハビリは必要最小限度実施
5	病院	感染病棟内での理学療法は一切を休止した。作業療法はクラスター発生時のみ休止とし、作業療法士は非感染患者の対応を行った。理学療法士は外来や他病棟の訓練を行った。
6	病院	各病棟間での対応、患者間の接触を減らす。感染拡大がある場合には中止した。
7	病院	集団療養は中止し個人活動に切り替えた。歌唱は中止。マスク着用と患者間の距離を設ける
8	病院	集団でのリハビリテーションは中止。認知症病棟では生活リハビリを中心に A D L の支援を行っていました
9	病院	陽性者または濃厚接触者にはリハビリを中止する。クラスター発生時には病棟全体で中止する。
10	病院	可能な範囲内ではあったがリハビリテーションは継続して行った。活動内容は塗り絵や計算問題など患者毎に対応できる内容の提供が多くなった。
11	病院	集団でのレクリエーション活動の実施を中止、物品のアルコール拭き上げ、喚起等実施。感染者、感染疑いの患者は実施中止。
12	病院	感染者が認められた病棟での集団活動の中止。運動療法や個別対応の実施。緊急院内感染防止対策委員会にて感染状況を把握し再開の判断
13	病院	OT に食事介助・自室での生活リハビリを行う。又は感染者以外の患者様を対象に規模を縮小して対応
14	病院	外出プログラムを中止した。大きなプログラム（院内〇〇大会）を取りやめた。感染者が確認された時点で作業療法自体を中止した。
15	病院	病棟専属の OT がいるが感染拡大防止のため中止していた。OT は環境整備を担当してもらっていた。
16	病院	声を出すプログラムを制限、共有物の消毒、スタッフの担当制。外出を伴うプログラムの制限、飲食の提供なし、接触を伴う活動を制限（手をつなぐなど）、口腔体操を中止、歌は曲鑑賞など
17	病院	精神状態が落ち着いている患者は（病棟単位で）作業療法室・リハビリテーション室ならびに各病棟で実施。
18	病院	発生時は原則、個別活動を実施。身体接触や道具の共有にも配慮した
19	病院	集団 OT を行う際、同一病棟が 2 つのフロアに分かれていることで担当制としたことにより、不在時には実施できない事
20	病院	共有スペースで作業療法を行っていたが、クラスター期間中は共有スペースは利用せず、複数の患者が参加する形式の作業療法プログラムを中止した。
21	病院	集まって大きな声を出すような活動（カラオケ等）や、患者同士が近づくような活動は控えた
22	病院	クラスター発生期間中は、コロナ患者が発生していない病棟も含めて、作業療法等を中止した。
23	病院	地域や院内での感染状況でフェーズ対応。院内発生時はリハビリテーションは中止にしていた。
24	病院	クラスター発生時は、発生した病棟のプログラムは中止。発生していない病棟は、他病棟と合同でのプログラムや行事は中止とした。感染状況によって、内容や行う部屋の選択を検討しながら、緩和していった。
25	病院	クラスター発生時は全休とし、最終の陽性消失確認後 1 日後より再開。その他の病棟では通常通り実施。

26	病院	合唱や大きな声を出す体操などを中止した。身体的な接触を避けた。換気、マスク着用を促した。
27	病院	クラスター初期は行えなかった。病棟職員が復帰した約 2 週間後から生活リハビリを行えた。
28	病院	感染病棟への OT の出入りを禁止した。患者との距離をとる。部品などの消毒の徹底。
29	病院	クラスターの病棟ではリハビリはできなかった。感染者が発生していない病棟では、通常通りのリハビリを実施していた。
30	病院	換気・手指消毒・使用した物品の消毒・生活環境の場での消毒。病棟で患者同士の接触が無いよう配慮
31	病院	1 回目のクラスター時は全病棟作業療法中止。2 回目は、プログラム中における感染対策をしてグリーンゾーンで実施。参加者全員の手指消毒・マスク着用。常時換気。飲食禁止。鑑賞プログラム等に内容を変更。
32	病院	個別の身体リハを実施。人数制限・感染対策をしながら広いスペースでカラオケを実施したり、人混みを避け海や川へドライブを実施するなど、病棟外の活動を行った。また、病棟内の活動は、最低限担当者のみの出入りすることとした。
33	病院	集団での作業療法を中止。理学療法士によるリハビリもリハビリ室で行うのではなく、ベッドサイドで個別リハビリの実施。
34	病院	クラスター時は病棟への応援に入り、プログラムの実施は出来なかったがベッドサイドでの関りを多く持った。
35	病院	専属 OT による共同スペースでの集団リハを実施しているが、クラスター発生時には、できなかった。
36	病院	大きな声を出したりする活動(カラオケ等)食事を伴う活動、院外での活動を中止とし、少人数での活動を主に実施した。
37	病院	スタッフの勤務はユニットで固定し、感染エリアでは防護服を着用し実施した。非感染エリアでは、手指消毒や患者同士の距離を保ってホールにて実施した。
38	病院	距離とマスクと換気の徹底を行いながら作業療法を実施した。歌を歌うプログラムは中止し、代わりに音楽鑑賞や映画やラジオ体操やストレッチなど、声を出さなくても良いプログラムを行った。
39	病院	他の病棟と混同せずに病棟別に実施。マスクの着用、手指消毒、共有する物品は使用後にアルコール消毒。カラオケ、合同レクリエーション、院外レクリエーションは中止とした
40	老健	感染対応中に、リハスタッフが感染ゴミの廃棄の業務を行っており、リハビリテーションが中断しております。
41	老健	感染者がおられる時は、該当フロアのリハビリテーションは施行せず対応。また、人員を固定（この職員がこのフロアに入るというのを決めて対応）して対応。
42	老健	アイガードを装着しリハビリの実施。また、場合によっては、フル PPE でのリハビリ対応を実施
43	老健	身体的なリハビリ実施のほか、認知症のかたを対象に園芸活動やレクリエーションを実施し、季節感を感じさせる活動にて精神賦活を図っている。
44	老健	感染者・濃厚接触者となった利用者様については、ディスプレイを使用した。
45	老健	クラスター期間時は、生活リハも中止せざるを得ない状況であった。
46	特養	感染対応中については、原則中止として集団になる場面を極力減らしていた。
47	介護医療院	クラスター期間中は、専門士の療法は中止とした。
48	介護医療院	少人数でのリハ活動で声をだす活動等は行わないようにした。
49	GH	共用スペースが使用できないため、個室内での塗り絵・計算の提供・掃除や洗濯たたみの実施
50	GH	クラスター期間中、生活リハ中止にせざるを得ない状況であった。

【課題や困難であった点】㊦

1	病院	療法士の感染対策の課題と療法への人員確保が難しい。
2	病院	作業療法を楽しみにしている、または日課としている患者には中止することでストレスを与える環境を作ってしまう。
3	病院	集団活動の実施は困難であった。レッドゾーンの対応となったため、持ち込んだ物品の消毒に大きく時間を取られた。
4	病院	通常プログラムからレク活動を外したことで、ドリル・塗り絵・体操と内容が少なくなってしまう。興味を引くプリントの準備等プログラムを工夫した。
5	病院	認知機能の低下、身体機能の低下がみられた。また再開時期が不明瞭となってしまった。
6	病院	退院に向けての外泊や退院前訪問先のリスクの確認が出来ず退院支援が難しかった
7	病院	クラスター時は活動が行えなかったため、今後もクラスターになった場合は活動をどうしていくかが課題となる。
8	病院	症状の改善が見込めず、環境要因による状態悪化やリハビリが不足することで拘縮が進んでしまう状況があった。
9	病院	対応できる人数に限られ、必要な患者全員に対応ができていなかった
10	病院	個別訓練が思うようにできなかった。調理や食事に関するプログラムをうまく行うことが出来なかった。
11	病院	感染防止のためには仕方ないが、褥瘡予防・拘縮予防の点からは問題があったと思われる。
12	病院	陰性といえども潜伏期間であることを考えると、積極的な OT は行えなかった。OT をやりたいができない状況にジレンマがあった。
13	病院	クラスター発生時は、リハビリを中止したが、療養期間が明けてから身体機能の低下がみられた。
14	病院	プログラムの制限、バリエーションが減った。(口腔体操、交流など)。ご家族が様子を見られない(以前は参加してもらっていたプログラム)
15	病院	活動用に使用する道具の消毒に時間が掛かった。活動の内容に偏りが出た。
16	病院	物品の場所が分からない事や薬を受けとるまでの流れ、消毒方法、感染性廃棄物の取り扱いなど業務方法の説明が慣れるまで苦慮した。
17	病院	中止のため、活動機会や刺激が減り身体認知機能低下が認められた。退院支援も滞ってしまった
18	病院	感染性廃棄物の処理など对患者様でない業務に不安が大きかった
19	病院	プログラム中止は早くに決断できるが、再開する理由や期間などは決めにくい。活動を中止することで、患者の機能低下は著しく、現在も影響は少なからずみられる。屋外での活動は、以前より慎重になった。
20	病院	マスク着用に関して都度、声かけを行なう必要があった。会話量も減少したため、発声機能を高める事が課題である。
21	病院	実施の量と質が低下したことにより患者の ADL・QOL の低下が見られたと感じる。
22	病院	認知機能の低下及び ADL のセルフケア能力の低下。
23	病院	作業療法士に積極的に介入してもらえると、患者のレベル低下を防止してもらえる。
24	病院	リハビリ実施が中止となり、廃用症候群が散見。
25	病院	認知症患者はマスク着用が困難であり、消毒も不十分であった。
26	病院	認知機能が低下している方や精神症状により、固執・拒絶の強い方に感染対策を得ることが難しかった。
27	病院	買い物等の外出ができない。小集団での身体リハができなかった。
28	病院	入院患者は高齢であり、重症化リスクが高いことと認知機能低下により感染隔離の協力が得られ難いことから、一部の感染でも病棟全体のリハビリ中止が必要であり、非感染者へのリハビリ継続が困難であった。
29	病院	作業療法が算定できないにも関わらず、人件費がかかる。患者の楽しみや刺激が減る

30	病院	病院全体の感染対策に必死で余裕がなかった。
31	病院	終息に1ヵ月を要したが、患者様の活動への参加意欲が低下した。
32	病院	収束に向かう後期から、個別で実施可能な内容を検討していく。
33	病院	感染状況が落ち着いてから、患者のADLが低下していることに気が付いた。
34	病院	患者のADL低下、ストレスがたまり不穏になることがある
35	病院	行動範囲や運動量が低下する事で、身体機能の低下についてが課題である。
36	病院	集団活動のプログラムを病棟ごとに立てるため、活動の提供からは効率が下がった。
37	病院	感染エリアでは発熱などがあり、リハビリを行えないことが多かった。非感染エリアでも大きな声や顔を近づけて話す事が出来ず、指示が通らないことがあった。
38	病院	制限することで患者のストレス増大につながった
39	病院	病棟単位でなく、集合での作業療法を行っていたため、1つの病棟で陽性者が出た場合、全体が活動できない日もあった。
40	病院	作業療法士同士が集まる事が出来ず、交流がもてなくなった。
41	病院	職員からの感染。衛生管理が保てない方が多数
42	病院	通常リハビリを実施している作業棟への移動ができなかったため、活動が制限された
43	病院	病棟内で行うことで、参加者は増えたが、病棟から出る機会が少なかった。
44	病院	クラスター期間中、リハビリテーション中止により、ADLの低下が課題になっている。
45	老健	隔離、行動活動制限による心身機能の低下（筋力・体力・認知機能の低下）、拘縮進行。
46	老健	園全体に関わる言語聴覚士の移動が制限された
47	老健	リハスタッフでも感染者が出ており、通常の業務ができない状況でした。
48	老健	居室対応期間が長くなるとADLの低下が顕著となるが、改善しないとリハビリテーションが施行できない。
49	老健	クラスターで進行予防が必要だが、人員不足となり実施できなかった。
50	老健	身体的なリハビリ実施の際に、こちらが提供したいリハに対して協力が得られず、対応に困難な方には声掛けなどを工夫したりスタッフ間で情報共有して対応している。
51	老健	リハビリ室を使用できない時間帯があり、プログラム通りのリハビリができないことが多かった。
52	老健	使用済み食器や残飯について、感染性廃棄物として廃棄していたので、引取りまでの期間中に臭いが発生して困った。
53	特養	認知機能、心身の機能低下が防げなかった。
54	特養	実施中止による、ADLの低下や認知症状の悪化など顕著ではないが多少見られた。
55	介護医療院	発生から収束までの期間が長くなると廃用が進行すること。
56	介護医療院	通常とは異なるプログラムで患者からの不満もあった。
57	GH	職員が個室内を頻回に移動することが困難なため、個々のサポートが不十分になった
58	GH	クラスター期間中、生活リハ中止により、ADLの低下が課題になっている。

④食事について

【具体的な対応】④

1	病院	他部署が病棟前まで配送。全員部屋食
2	病院	感染した患者についてはディスプレイの食器を使用し、かつ自室での食事とした。
3	病院	基本、個別の食事とした。食器は使い捨て食器を使用し、摂取後は、食器及び残飯は感染物として破棄した。
4	病院	感染者発生病棟の食器はディスプレイ食器とし、患者様が触れた食器を栄養課に入れなかった。
5	病院	朝食・夕食の時間帯はスタッフが減るため、朝食だけはなるべく簡易な物に変更
6	病院	弁当形式に変更。手拭き、コップ等は使い捨てで対応。
7	病院	なるべく感染者は個室収容の部屋でとるようにした。オールレッドの際は、発熱や咳のひどい患者には自室でとるようにした。
8	病院	対面での食事を禁止。感染者はできるだけ自室内での食事摂取とした。
9	病院	食堂で食事はしないように、なるべく密にならない、飛沫が飛ばない対応をしていた。
10	病院	嚥下障害のある患者は食堂に集まってもらい、患者は対面せず両サイドの間隔を開けて座り黙食で食事をしてもらった。嚥下に問題ない患者は自室で黙食で食事をしてもらった。
11	病院	食事時は同一方向へ向いて食事できるように食席を変更。食器は使い捨て折詰を使用。使用後の食器は感染性廃棄物へ破棄。
12	病院	クラスター発生時は経管栄養以外の食事を全てゼリー食に変更し対応した。（残飯、食器の処理の関係）
13	病院	感染者のお膳の色を変える。下膳時はそのままビニール袋に入れ下膳する。感染者が増えた時点よりディスプレイの食器を使用。
14	病院	嚥下機能訓練プログラムは制限。食事の内容は変更せず、食器を変更（ディスプレイ食器）
15	病院	ほぼ個別に対応。感染者を非感染者に分け時間をずらしながら介助、見守りを行った。時間差でスタッフを増員し対応
16	病院	陽性者には食器を全て使い捨て商品に変えて対応した。
17	病院	集団でダイニングでの食事介助であったが、クラスターを経て、フロアごとになり、状況により自室での介助となる
18	病院	食堂のイスを対面ではなく直列にして対応した。また、食事の時間をずらして一度に多人数が食堂に集まらないようにした。
19	病院	時間環分けてエリア別、症状別に提供。対面にならないよう座席を変えた。
20	病院	ダイニングで食事はとっていたが、お部屋でとるように変更した。食器は使い捨てのものに変更。普段はダイニングに設置してあるティーサーバーを使用していたが、各自にピッチャーを用意し水分を提供した。
21	病院	ディスプレイ食器を使用して感染者は最後に介助できるように順番を工夫した
22	病院	食事用食器、コップ、はし、スプーンはすべて使い捨て、水やお茶はペットボトルを使用し常時置いておいた。
23	病院	患者にはリストバンドを着用していただき、患者ごとにちがうトロミ入り飲料を膳とあわせ、各勤務帯に1名いる病棟職員が応援職員と一緒に患者に配膳、注意点を説明した。
24	病院	使い捨て用の食器を準備。準備ができるまでの間は、既存の食器を使用。誤嚥性肺炎発症に注意し、食事形態の検討。食事介助職員の健康チェックを追跡確認。
25	病院	本来はホールでの食事を基本としていたが、コロナ後は自室で摂取の方も多くなり、それぞれにあった対応を行っている
26	病院	感染疑いの患者さんが使用するスプーンや箸を使い捨ての物へ変更、食器に関しても使い捨ての弁当箱へと切り替えた。
27	病院	食堂を一時閉鎖し、居室で食事提供することとした。食器についてはディスプレイを使用した。

28	病院	感染者発生が判明した時点から、ディスポの食器へ変更し、配食して見守りするため時間要す。食事提供時間の変更。
29	病院	個室での個別の食事介助は職員数が限られ困難。少人数でのまとめた介助を共有スペースで行った。
30	病院	自室で摂れる人は病棟ホールに出て来ずに病室で食べていた。介助や見守りが必要な人だけ病棟ホールに誘導していた
31	病院	床上ギャッジアップして喫食してもらったが、姿勢の保持ができず食行動も困難となり、食事介助の人数が大幅に増えた。紙製の食器を使用して提供した。
32	病院	ディスポ食器を使用し、使用した食器や残飯は通常の廃棄物を分けて廃棄している。感染エリアでは、居室見守りにて摂取、非感染エリアでは、ホールに間隔をあげ正面に向き合わないよう、患者を配置した。食事台車の配膳については、他部署より協力を得た。
33	病院	栄養部への感染拡大を防ぐため、食器を中止しお弁当箱を使用。その都度廃棄。また、感染病棟のスタッフは職員食堂の利用を中止した
34	病院	認知症や誤嚥リスクがある患者さんは共有スペースで間隔を空けて食事介助した。できるだけ自室で食事してもらうようにした。
35	病院	離床可能な患者については病棟ロビーにて、それ以外の患者については部屋にて対応。
36	病院	感染の広がりを防止するため、ディスポ食器を使用し、食事後のゴミは病棟内で感染ゴミとして破棄した
37	老健	施設内クラスター発生期間は、食事回数を2回にした。ディスポ食器を使用した。通常時は、テーブルに飛沫ボードを設置した。
38	老健	感染者は使い捨て容器を使用して対応。また食堂ではなく居室対応している部屋での食事摂取。
39	老健	できる限り同じ方向を向いて座ってもらい、向かい合う場合はアクリル板を使用した。
40	老健	感染者・発熱者は居室にて食事摂取していただく。非感染者はホール等にて摂取。1テーブルの人数を3名までとした。食事時のおしぼりはウェットティッシュに変更。
41	特養	感染者への対応としては簡易食器等を使用し下膳等でのウィルスの拡散に配慮していた。
42	特養	認知症、身体状況に合わせ介助を行い罹患者は居室配膳、介助。クラスター時は基本3食を2食へ変更。
43	特養	食事の配膳を、建物の内部を通らずに、建物外部の軒下を通り、縁側から各居室に食事を提供した。
44	介護医療院	基本、個別の食事とした。食器は使い捨て食器を使用し、摂取後は、食器及び残飯は感染物として破棄した。
45	介護医療院	原則病室での食事介助を行い、ホールでの食事は極力控えた。
46	GH	感染期間中は併設老健の栄養課に食事作りを依頼。使い捨て容器に他ユニット職員が盛り付けを行い、クラスター発生のユニットの玄関前まで運んでいた。
47	GH	罹患者でかつ病状の重い方については、居室にて個別対応を実施

【課題や困難であった点】④

1	病院	注文が大量のためコストがかかったことと、廃棄処理が大変だった。
2	病院	水分摂取量が確実に把握できず、脱水になった患者もいたように感じる
3	病院	入院時食事療養費の要件をクラスター対応中に満たすのは困難
4	病院	3食ともに満遍なくスタッフ配置もしくはスタッフの多い時間にできれば良いが、適時適温の規定もあるため朝食夕食の労力大きい
5	病院	コロナ感染によって、食事量が減少し輸液管理となる患者さんも多く、嚥下機能も低下し誤嚥を起こしやすい状況になった方もいる
6	病院	誤嚥リスクのある人や介助が必要な人は、食堂に集めて見守らないと、事故の危険があった。
7	病院	各部屋へ職員の配置が出来ていない状況から、普段以上の時間がかかり、配膳時間を早めに設定した。
8	病院	誤嚥の危険性があり、ホールで患者の食事を提供していたが、説明しても食事中に大声を出す患者がいた。
9	病院	ディスプレイ・トレーがかさばってしまい、莫大な量の感染性廃棄物になった。トレーの使い勝手が悪く落下しそうになる。トレーを作るのに時間がかかる。
10	病院	食事介助に時間がかかった。又、誤嚥の危険性の高い患者の見守りが不十分となった
11	病院	見守りを要する患者が多く、食事に要する時間が長くなった。盗食を防ぐのが困難な時があった
12	病院	最初は陰性陽性に関わらず、使い捨て食器を使用して対応したため、感染性廃棄物が莫大な量でコストもかかった。介助面では特になし。
13	病院	盗食などがあり、食事をしてもらう場所の工夫が必要。その場合、個別対応が発生する。
14	病院	他の病棟からの看護師等応援時は、病室、食堂、摂取時の注意点や個々の患者の理解度が分からない為、戸惑うことが多かった。
15	病院	場所が通常と異なることに加え、時間帯も長くなるため人員、時間がかかる。
16	病院	ゾーニングのとり方によって、共有スペースの確保が困難な時は、感染対策上人数の制限が生じ、病室にも観察や援助の必要な患者が分散してしまうと、職員不足が課題となった。食事介助は、マスクを外している為、感染リスクが高い。
17	病院	下膳や食器洗浄や対応するスタッフ（栄養課）の不安があった。
18	病院	食事介助を要する患者、誤嚥性リスクの高い患者が多く、個室で食事をしていただくことができなかった。
19	病院	食事介助や観察が必要な患者が多いため、感染するリスクが高かった。
20	病院	ゴミの問題。コンテナに入れるが大量の数であふれてしまった。流動食のパック、お茶ゼリーのカップがたくさん必要となった。
21	病院	ホール食を基本としていたため、部屋食対応のための備品等ハード面の準備に時間を要した。誤嚥等への配慮や時間的な問題
22	病院	既存食器使用中の間は、他病棟と分けて当該病棟の食器を薬液で消毒対応。介護食調理にも手間と時間がかかる。使い捨て食器の費用がかさむ。
23	病院	普段は食堂で食事を行うが部屋食となり、食事提供や片付けなどの業務が煩雑化した。
24	病院	共有スペースでの食事提供で他患との距離間隔がとれない。
25	病院	ゾーンごとに配食する事になり、手間が増えマンパワー不足となる。その為患者のもとに食事提供するまでに時間がかかる。使い捨ての食器の為、固定できず上手く食べることができない。感染者の残飯含めゴミが多量に出る
26	病院	普段使用しないため、使用方法を理解するまでに時間がかかる。白い食器に白米やお粥を入れると視覚的に認識困難。コストの加算。
27	病院	カーテンで閉じられた環境なので、食事場面の観察は容易ではなかった。

28	病院	BPSD(易怒性、妄想など)患者については、感染対策部屋食等)の協力が得られないことが多く課題である。
29	病院	食事ペースが速い方、嚥下せずに丸呑みする方、食事を口いっぱい詰め込む方などあり注意して観察した。
30	病院	廃棄物の量が増えたことで、回収業者に回収回数を増やしてもらった。また、廃棄料金のコストが増えた
31	病院	介助の必要な患者が分散している状況にあり、見守りや介助に当たるスタッフの動きが難しかった。
32	病院	普段と違う容器の為、食欲の低下や栄養課職員にも負担が大きかった
33	病院	ディスプレイ食器ごと残飯なども感染ゴミとなったため、メスキュード BOX（感染ごみ専用）に入れ、レッドゾーンである病棟内で一時保管し、廃棄した。感染ごみとしての処分となったため、処分費用もかなりかかり、大量の感染ゴミの保管場所の確保が大変であった
34	病院	食事時の観察が手薄となるため、のど詰めの発見が遅れるリスクがある。また、食事に時間が取られ、残業に繋がった。
35	病院	クラスターでは PPE 対応での食事対応に人員と時間を要した。配膳時もソートからの手渡しで時間を要した。
36	老健	職員も感染者が多く出てしまい、少ない人数での食事介助対応が困難であった。
37	老健	デイルームで食事を摂取して頂くのとは異なりスタッフの食事介助や、見守りが通常と比べて大きな手間となりました。
38	老健	残飯の処理、ディスプレイ食器の廃棄など、看護・介護が現場で行っていたのでかなりの労力と時間を要した。
39	老健	食堂で職員が見守りながら摂取するのは違い、居室での摂取となる為、感染者が増加した際は目が行き届かない。
40	老健	何度も「食べていない」と言い続けるときが大変。都度声掛けをするが、今後も課題である。
41	老健	コロナに感染して休む職員もあり、職員不足で入浴できなかった。
42	老健	クラスターでは PPE 対応での食事対応に人員と時間を要した。配膳時もソートからの手渡しで時間を要した。
43	特養	ゴミの処理等で置き場所や回収など普段の業務以外の負担が増えていた。
44	特養	温冷配膳車が使えなかった。
45	介護医療院	普段使用しないため、使用方法を理解するまでに時間がかかる。白い食器に白米やお粥を入れると視覚的に認識困難。コストの加算。
46	GH	個室が見えないため、見守りや介助の方を時間をずらして食事提供しないといけない
47	GH	クラスターでは居室対応での食事対応に人員と時間を要した。

④入浴について

【具体的な対応】④

1	病院	感染が発生していないときは、通常の体制。感染発生時は、入浴中止した。
2	病院	濃厚接触者のかた、感染者の方は最後の方に入浴またはシャワー浴していただきました
3	病院	感染した患者と同室の患者についても清拭とした。感染拡大・終息の状況をみながら入浴を再開していた。
4	病院	感染者は浴室使用せず清拭、クラスター時は全員浴室使用せず清拭対応
5	病院	当初は清拭で対応、感染拡大が落ち着いてきた時点で自立されている患者さんから入浴を始めた
6	病院	少人数での実施。入浴日の延期や清拭での対応。
7	病院	一度に入浴する人数を調整したり、一回毎に浴室の換気を行った
8	病院	集団では回避し、ベッドバス、単独での入浴、シャワー浴を行った。
9	病院	コロナ感染者、濃厚接触者は入浴中止とし、温タオル3枚を渡し清拭してもらった。感染していない患者は部屋単位で入浴をしてもらい密集を避けてもらった。
10	病院	クラスター発生初期は中止のことがあった。発生していない病棟は部屋ごとの入浴を実施した
11	病院	感染拡大中は行えなかったが、マニュアルに準じて2週間後から感染者以外の入浴は行えた。
12	病院	感染者の入浴は最後に行った。有症状者は清拭で対応した。
13	病院	患者が病棟内を移動することで感染拡大の恐れがあるため、清拭にて対応した。
14	病院	感染拡大防止のため、入浴を中止し清拭・更衣での対応とした。
15	病院	発症しておらず、検査陰性で経過中の患者は一人ひとり個別に対応し、換気を徹底した。陽性の患者を同日に入浴する場合は、陰性患者の入浴の後にした。
16	病院	感染者は入浴を中止し清拭対応とした。業務が切迫しており、感染蔓延時期は非感染者も入浴回数を減数するなどした。
17	病院	感染者は入浴を控え、清拭、更衣で対応。入浴介助時も防護具を着用。
18	病院	入浴は、クラスターの人数と職員の感染者数が落ち着いてから、開始。介護量が多いので、着替えだけの日もあった。
19	病院	大浴場であるため、入浴日を部屋ごとに対応したり、陽性者は清拭対応を実施した。
20	病院	清拭対応にした。洗髪はドライシャンプーに切り替えた。
21	病院	入浴を中止として、清拭を実施（泡シャンプーの使用）
22	病院	療養期間が終了した患者は、入浴を行い、感染者は清拭を実施した。
23	病院	体調に応じていつもどおりに感染者以外の患者は密にならないように行った
24	病院	スタッフの感染防止の徹底のため防護に努めながら実施した。
25	病院	浴室をコロナ対応時、リネンや衣類の消毒に使用していた為、入浴中止の時期があった。
26	病院	症状がない患者も看護師の人数が足りておらず、通常よりも入浴回数が減少した
27	病院	患者と密接になるため、週に2回行っていたが1回にせざるを得なかった。時間と患者同士の距離の確保。マスクとフェイスシールをしたことで、介助時間の制限。サーキュレーターを活用。
28	病院	計画的に、入浴時間、人数を分けて入浴実施。入浴介助職員の健康チェックを追跡確認。
29	病院	患者様の看護必要度がアップしたこともあり、入浴日の設定を増やしたりしている
30	病院	非感染者を優先していたが、感染者も自立した方は入浴できていたが、要介助者は清拭や更衣で対応していた。
31	病院	感染者がいる場合は、入浴を中止し清拭などで対応した。

32	病院	クラスター時は清拭タオルを使用した。感染していない患者を対象にシャワー浴で対応した。
33	病院	クラスター初期は全身清拭で対応。クラスター解除が近づいてからは少人数での入浴
34	病院	平時は2回/週でしたが人員の確保が難しい場合や感染拡大を止める意味合いからも1回/週。陽性者は×
35	病院	感染対応期間中は原則発生病棟の入院患者は中止していた。
36	病院	他患者同様の感染対策の実施
37	病院	コロナ罹患者は、入浴順番を最後にした。
38	病院	エリアごとに日にちを分けて実施。感染期間にある患者は清拭にて対応。
39	病院	感染者が発覚した病棟は入浴を制限していた。長引く際には非感染者のみ、他の病棟が入浴した後、最後に入浴してもらっていた。
40	病院	感染者は時間帯をずらしたり、使用後は消毒と換気を徹底した。
41	病院	可能な限り換気を徹底した。
42	病院	基本的には中止とした。清拭をおこなったり、特浴を使用して個別に対応した。
43	病院	他者に感染させるリスクがある期間は中止とした。
44	病院	クラスター発生時は、職員不足もあり、入浴介助が困難な状況であったため、清拭など行い入浴に替えた
45	病院	クラスターで陽性患者が増大時は一時的に入浴を中止し、清拭対応した。
46	老健	感染症陽性部屋、濃厚接触部屋の近辺に浴室があったことから、当該棟全体の入浴を休止
47	老健	清拭や衣類交換を適宜実施。清拭時、マスク・手袋を着用し実施した。
48	老健	施設内クラスター発生期間は、入浴は中止とした。通常時は、1階と2階の入所者の入浴日を分けて行った。
49	老健	入浴は中止し、全身清拭のみ実施した。隔離解除となった時点で、少ない人数の単位で入浴を再開した。
50	老健	入浴拒否がある場合は、時間を置いて声掛けや、一対一の対応をする。
51	老健	収束するまでは中止とし、感染対策を行いつつ無理のないようにベッドバスに変更。
52	特養	感染対応中については基本的には中止としていた。感染が終息した際には、更衣や清拭など徐々に入浴へ移行した。
53	特養	レッドゾーンでは入浴を中止し清拭対応としました。また、レッドゾーンにある浴室も使用中止としました。
54	介護医療院	クラスター期間中は、入浴は中止とし、代替えとして清拭を実施した。
55	介護医療院	一般浴の方は短時間で一人ずつ入浴していただいた。(多数が特浴の為)
56	GH	解除になるまでの期間は中止し、清拭や更衣を実施
57	GH	クラスターで陽性患者が増大時は一時的に入浴を中止し、清拭対応した。

【課題や困難であった点】④

1	病院	夏場などは、入浴が出来ないことで、ストレスを与えたとと思われる。
2	病院	入浴に付随する課題としては、衣類の洗濯が挙げられる。
3	病院	清潔の担保が不十分となった。代替の清拭もスタッフの労力を要した。
4	病院	職員の人数が確保できないために、患者の保清が困難となる。
5	病院	コロナ感染拡大の中、感染対策をしつつ、患者の身体状態のケアをしながら保清をするのに時間が足りないと感じた。
6	病院	職員にも感染していたため、人員不足による入浴介助に人員を割けなかった
7	病院	お風呂に入ったほうが気持ちいいという患者の希望もあったが、感染対応を優先せざるを得なかった。
8	病院	保清面を考えれば、今後は発熱、重度のコロナ症状が無ければ入浴を検討。
9	病院	入浴を中止していたため清潔が不十分であった。個別の対応をしていたが、感染の可能性もあり必要最低限の対応となった。
10	病院	入浴に要する時間が長くなり、他の業務に移行するのに困難な時があった
11	病院	病棟内に使える浴室設備が無く、物品も不足しており十分なケアが行えなかった
12	病院	入浴ができないことを家族がうまく理解していただけなかった。入浴できないことで皮膚疾患の患者が増えた。
13	病院	感染者の入浴は、感染拡大を躊躇して行えなかった。治癒後は入浴していただいた。
14	病院	お風呂が好きで楽しみにしている患者に足浴や手浴を行いたかったが、そこまでの対応ができなかった。
15	病院	清潔持続することが難しく、皮膚トラブルを起こす患者増え始め、後に褥瘡発生する患者がいた。
16	病院	皮膚に発疹が生じた患者がいた。
17	病院	介助にマスク・ゴーグル等をしている為重労働となり体力消耗した
18	病院	半日で25人近くの患者の入浴がある。入浴を拒否する患者もあり、職員の入浴係を多く配置しなければならない。
19	病院	個人防護具着用しての入浴介助は困難。転倒などリスクが高い
20	病院	陽性者がいなくても、設備がないことで入浴介助ができず、清拭に頼るしかない状況があった
21	病院	入浴介助は平常時においても体力を消耗する作業であるが、個人防護具やN95マスクを着用した状態での入浴介助は介助者の疲労がさらに増した。
22	病院	防護具着用の為、介助負担が増加。感染者の清潔保持困難。
23	病院	病棟内の構造とゾーニングの範囲で入浴できる患者が決まってくる。介助が必要な患者は、回数の我慢が生じる。介助側は、患者との距離がとりにくいので感染しやすい状況となる。
24	病院	クラスター中は対応に追われ、またスタッフも陽性者が出ていたため、人員不足で十分なケアを行う事が難しかった。
25	病院	清拭をすることが多く、一般入浴は暫く中止した。病棟毎に対応は変化していった。
26	病院	本来であれば、シャワーや入浴が必要な方に提供出来ないことによる、清潔保持の困難
27	病院	入浴に関わる人員の減少により通常通りの入浴ができなかった
28	病院	入浴までに手が回らない状況である。入浴ができない患者に着衣交換も二の次。介助者の確保が課題。
29	病院	お湯をわかすためのボイラーの稼働時間が多くなり、燃料代がかさむ。入浴介助にかかる手間と時間がかかる。
30	病院	入院先の病棟が全て認知症対応とは限らず、機械浴の利用が困難な場合がある
31	病院	グリーンゾーンに浴室があり、移動時のマスク着用等が出来ないことが多かった。真夏で暑い中、防護具を着用した入浴介助はスタッフの命の危険もあり、出来ない場合は清拭で対応した。

32	病院	スタッフの業務が煩雑化し、保清への援助が後回しの状況となっていた。
33	病院	入浴介助の時間がかかること、また、対応する職員も多く必要になった。
34	病院	食事や排せつなどで汚染することが多く、清拭では不十分。年齢的に入浴を楽しみにしている患者は多く、患者もスタッフも十分なことができない事へのストレスは大きい。
35	病院	浮腫や褥瘡、発疹等の身体確認ができず発見が遅れる。
36	病院	業務が増加することとなり、他部署からの応援体制をとった。
37	病院	個別に入浴を実施したため、平時より入浴の回数が減少した。
38	病院	患者さんはいつもと違った時間に入浴することになる。時間がかかり業務が大変になる。
39	病院	衣類を何枚も着たり、汚染した衣類をタンスに入れるなど。失禁が多く衣類汚染が多くなる。清潔な衣類が不足する。
40	病院	換気により、真夏は浴室が高温になり、職員が熱中症になる可能性があった。
41	病院	清潔を保つためには、清拭より入浴の方が良いと思うが、勤務する職員も少なく、致しかたない。
42	病院	ゾーニングを工夫したが、浴室が1カ所で陽性患者の浴室への移動が困難であった。
43	老健	長期間、入浴ができない状況となってしまい、不衛生な状態になりやすかったです。
44	老健	職員が陽性となることにより、人員不足になり対応に時間を要した。
45	老健	更衣した衣類がスムーズに出せないこと
46	老健	気温が高い時期では職員の体調管理・水分補給等に十分注意が必要。
47	老健	ゾーニングを工夫したが、浴室が1カ所で陽性患者の浴室への移動が困難であった。
48	特養	衛生状況が悪化し、不快な期間が長かった。
49	特養	対応中の清潔保持がなかなか両立出来なかった。
50	特養	職員が罹患し介助者確保が困難な状態でも、日数が減ったことの理解が難しい家族。
51	特養	皮膚疾患の発見が遅れた。
52	介護医療院	スタッフの限りがあり、清潔の担保が不十分となった。
53	介護医療院	職員の感染もあり、マンパワー不足で入浴介助が難しい状態であった。
54	介護医療院	浮腫や褥瘡、発疹等の身体確認ができず発見が遅れる。
55	GH	清拭だけでは清潔を維持できない方がいた。
56	GH	職員不足が生じ時はスムーズに清拭を実施できなかった。

(2) 初回クラスター発生時の対応からの変化

【本章の概要】

エリア分け等、感染拡大防止の初動が速くなった

243 病院中、79.8%(194 施設)、45 施設中 66.7%(30 施設)の回答を得た。

◎多くの病院、施設のどちらとも、設問のうち最も多い割合の回答している。

◎複数回のクラスター経験により、初動が早くなったことがわかる。平時からもインフルエンザウイルスやノロウイルスの院内集団感染に対する感染対策としての隔離やガウンやマスク等の防護服の対応は精神科病院でも行ってきたが、今回の経験では濃厚接触者への対応や潜伏期間が14日と長期にわたるため、ゾーニング等の厳密な感染対策が求められた。当初は知識経験等なかったが、現場で体験していくことで防護服や消毒など、新たな知識や技術を習得できたという記載が多かった。

◎また今回の調査では精神科病院に付随する施設を対象としているが、病院で経験した職員がアウトリーチチームとして施設で助言、援助を行うことができた。

◎施設において初回の対応時より、関係機関含めた外部との連携が強化された。このことは、ポストコロナあるいは再度の新興感染症拡大においても有用と考えられる。

専任者・チームを置く等の体制整備を行った

243 病院中 39.1%(95 施設)、45 施設中 26.7%(12 施設)の回答を得た。

◎施設内対策本部を設置し、毎日情報を更新共有することで、平時より施設内の多職種連携が顔の見える関係として再構築された。

◎施設においては平時より人材不足のため、病院に比べて専任者などを含めた専門の対策チームが作れなかったことがわかる。この意味でも、外部からの早期からの介入援助のシステムの構築が、今後の新興感染症発生時には必要と考えられる。

◎専任者やチームの整備により指示系統が強化されたことがわかる。

消毒液・防護服等の備蓄を強化した

243 病院中 69.1%(168 施設)、45 施設中 53.3%(24 施設)の回答を得た。

◎非常時に備えた物資の備蓄が、ある程度実行できている。行政機関からの迅速な援助と、それに対応する事務職員や精神保健福祉士等のロジスティクスとしての役割が、日々変化する状況を把握し、必要な物品等を管理していたことがわかる。

法人内・地域の関係機関等との連携を強化した

243 病院中 34.2%(83 施設)、45 施設中 46.7%(21 施設)の回答を得た。

◎法人や行政機関等の地域の関係機関との連携強化が重要であることがわかる。窓口になる保健所は、その対応能力をはるかに越しており、普段の縦割り行政を超えた法人内の自助、地域の医療福祉資源との連携、地域行政との共助、公助と柔軟に対応していたことがわかる。

◎精神科病院は一般科病院に比べ、普段から現実検討能力の低下した高齢の利用者が多く、かつ治療法の一つとして生活療法が重要な位置を占める。この点において高齢者施設との類似点があり、一般医療の職員よりも、認知症高齢者への対応に慣れている。そのため今回のようなクラスター対応を迫られたときに、精神科病院の職員が施設に出向き、適切な介入援助ができたケースが認められた。今後の新興感染症の発生時に備え、軽症から中等症の感染症の認知症高齢者クラスター等に対し、今回の経験をもとに精神科病院にも感染症対応チームを平時から準備しておくことは重要だと考えられる。そして地域の高齢者施設と、より新たな連携関係が平時より構築されることが望ましい。

【まとめ】 集計結果からみえてきた課題に対する私見

- 臨床現場で働く職員の技能向上に加え、今回は特に直接利用者と接しない職種（事務、コメディカル等）がロジスティクスとして、コロナへの戦略的対応の中心となった。
- 精神科病院や施設で対応することができるのは軽症～中等症までが限界。重症化が強く疑われる場合は、専門病院への早期の移動が必要。また平時より、この重症者の速やかな転院搬送の仕組みを構築しておく必要がある。
- クラスター当初は厳密なゾーニングにより陽性者を個室管理していたが、認知症をはじめとする精神障がい者（特に指示が入りにくい利用者）への対応に職員が苦慮したことに加え、コロナ感染症そのものでよりも利用者自身の心身機能が低下した結果、予後が悪くなり死に至るケースが多かった。それらの経験を経て、レッドゾーンの範囲を大きく取り陽性者を自由に行動させるなど、ゾーニングの方法も変化した。
- 病院では当初ゾーニングを中心に物理的に感染対策を行ったが、医療スタッフより生活介護支援中心の介護スタッフが多い施設では、コホーティングでの対応が適切であった。
- 利用者搬送の調整は県庁の対策本部が担っていたが、直接の窓口は地域の保健所であり、また県庁内部でも精神保健担当部署は別にあるため、精神疾患利用者の搬送から受け入れまでに時間がかかった。今後は各地域の医療介護社会資源にあった、コントロールセンターのような、より現場に近い対策本部の設置が望まれる。
- インフルエンザやノロウイルスなど、通常の感染症対策にも役立つ経験ができた。
- 病院、施設に限らず、PPE 着用のスキルアップや、院内の対策本部の設置をはじめとする指揮命令系統の整備など、日々の業務に通じる運営を経験することができた。

【重症度の定義】

軽症 SpO₂ ≥ 96% 呼吸器症状なし or 咳のみで呼吸困難なし
いずれの場合であっても肺炎所見を認めない

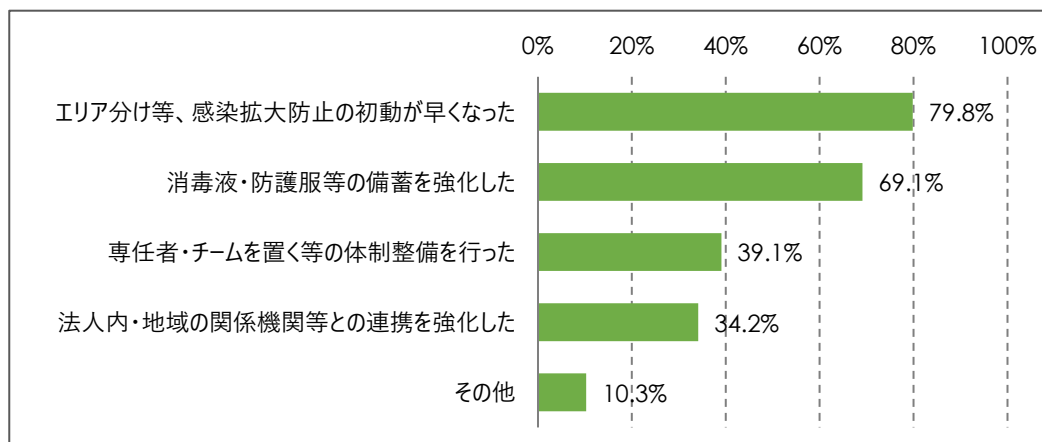
中等症 I 93% < SpO₂ < 96% 呼吸困難、肺炎所見

中等症 II SpO₂ ≤ 93% 酸素投与が必要

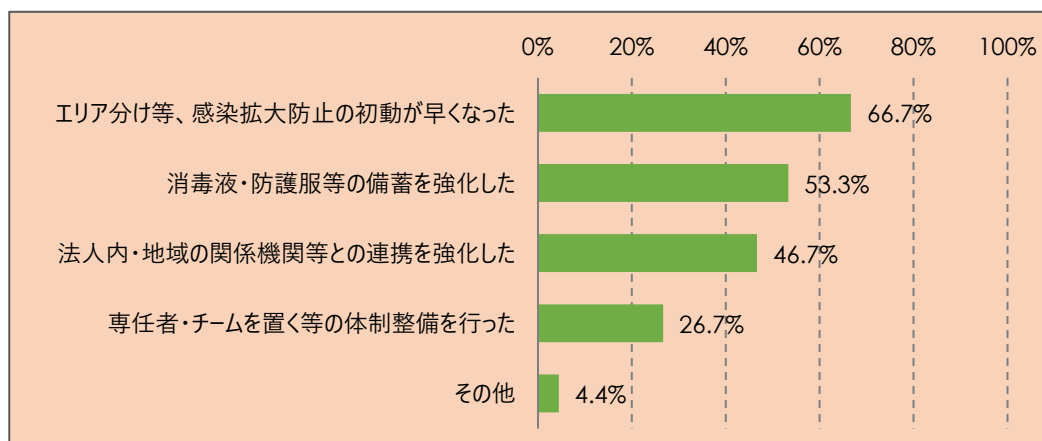
（厚生労働省「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き 第 10.0 版」より）

図表 2-4 初回の対応からの変化について (n:288、複数回答)

病院 (n:243)



施設 (n:45)



図表 2-4 初回の対応からの変化について (n:288、複数回答)

①「エリア分け等、感染拡大防止の初動が早くなった」

1	病院	ビニールシートでのエリア分けの方法がわかり、スピーディーに出来るようになった
2	病院	エリアのベーシックなゾーニング方法をマニュアル化
3	病院	歩行される認知症患者様には、病室内対応よりもエリアゾーニングのほうが効果的であった。
4	病院	初回クラスターで経験した内容について、2回目以降はゾーニングや食事の配布方法、医療廃棄物の取り扱い、メッセンジャー業務などはスムーズに体制をとることが出来た。
5	病院	感染者発生時の看護職員の対応が迅速となり、ゾーニング等においても初動が早くなった。また、普段の感染対策も重要であることを再確認し、徹底している。
6	病院	看護職以外の事務職によるスクリーン設置、看護職用更衣室のゾーニングを行ったほか、コメディカルスタッフによる汚染ゴミ処理など、職員全員が参画のうえ機動的に対応していた。
7	病院	すぐに検査確定して行動ができた。ゾーニング対応が早くできるようになった。個室及び部屋別対応ができるようになった
8	病院	部屋移動を繰り返したことによって感染者を増加させたという経験から、部屋ごとのゾーニングを実施。患者移動は最小限、濃厚接触者の移動は行わないことを決め対応。
9	病院	初期は個別に対応し、拡大防止が困難になるとすぐに感染エリアを拡大することにより、対応の明確化で混乱することがなかった。
10	病院	コロナ陽性者は、休床病床等に移って頂く等、保有設備を有効に利用し、設備的に完全ゾーニングを図った。
11	病院	初回のクラスター発生の経験を生かし、感染マニュアルを見直しスタッフに周知した。(5類になったことも含めて検討した)
12	病院	隔離エリアを決めていたので素早く対応できた。ゾーニング用の仕切板を作成し、エリア分けが簡単だった
13	病院	検査対象者の選別や検体採取がスムーズにできるようになった。ゾーニングが素早くできるようになった。
14	病院	初回と2回目は内科療養病棟、3回目4回目は精神科病棟でクラスターが発生した。精神科病棟では、潜伏期間を含んだ患者の行動範囲を把握するのは困難な為、病棟全体をレッドゾーンとして、居室管理を行った。
15	病院	PPE や防護具の装着等、職員が上手になり清潔不潔の区分も上手になってきたので他病棟からの応援を最小限、もしくはなくても対応できるようになった。
16	病院	保健所の指示を仰ぎながら、ゾーニング・コホートを行った。院内感染防止対策会議を実施し、情報共有・対応方法の検討を行った。
17	病院	個人防護用具や感染対応物品のセット化。発熱者や体調不良者への意識が高くなり、初動が早くなった。検査を実施する率が高まった。
18	病院	病棟毎にマニュアルを作成し、その都度更新しているため、初動が早くなり、感染対策委員会を中心とし、指示、連絡がスムーズに行われるようになった
19	病院	感染対策チームのメンバーが対応の手順を理解し、クラスターの起きている部署への対応の指示が迅速になった。
20	病院	病棟は初動のすべきこと、PPE の着脱等が身に付いた。混乱する事は無くなった。
21	病院	エリア分け等、マニュアルを更新し、写真、図でエリア分け、準備など分かるよう工夫し、初動が早くなった。
22	病院	初回はクラスター発生の対応を優先し、院内への周知が後手に回ったが、2回目は発生とほぼ同時に院内へ周知し感染拡大が防止できた
23	病院	発生場所を中心に適切なゾーニングができ、患者様への説明がスムーズに行えたことで、協力も得られた
24	病院	発生時のリーダーの役割が明確になり、ロジ機能を他科に任せるなどの役割分担もスムーズになった。発生病棟の職員の更衣室を病棟付近に仮設置し、他病棟の職員との動線の交わりを減らした。

25	病院	必要物品を他部署より借用し使用。ナースステーションにサーベイランス情報を貼り、周知した。
26	病院	患者の動線を予測して、利用できないエリア設定が素早く出来るようになった。
27	病院	病棟での実際のゾーニングを経験したおかげで陽性者、陰性者、経過観察をしなくてはならない人の区別が早くなった。素早い対応が出来るようになった。
28	病院	感染者に対する対応(個室移動)や、感染者の同室者に対する感染対応など速やかに行えるようになった。
29	病院	初期はスタッフの混乱がみられたが、徐々に対応がスムーズとなり感染対策についても知識、技術面の向上が図れた
30	病院	陽性者が出てからの、カウンターの開鎖や病室の調整が速くなった。院内の共有も早くなり拡大防止策がとれた。
31	病院	症状に応じ、感染者との接触の有無で早期に部屋を移動した。個室、または少人数の部屋に移動し、症状の観察を行った。
32	病院	テーブル等を使用し、認知症患者が視覚的にわかるよう工夫しながらエリア分けを行うことができた。
33	病院	防護具（PPE など）の着脱の手順が正確で早くなった。また、ゾーニングの考え方の理解も深まり、ご家族や患者様の視覚的誘導をスムーズに行え、質問等へも納得がいく説明が行えた。
34	病院	各病棟でゾーニングのシミュレーションを実施。感染症発生した時の初動活動に必要な物品を一か所にまとめ準備していた
35	病院	クラスターを何度も経験し、ゾーニングや物品管理、職員の健康管理など、準備や職員に伝達することが早くなった。
36	老健	法人でコロナ病床があり、対応に慣れた看護師がエリア分けなどのアドバイスに来てくれたり、相談でき助かった。
37	老健	初回発生時に指導に来ていただいた感染症認定看護師とのコミュニケーションがとれていたため、発生直後速やかに訪問指導の依頼をすることができた。
38	老健	症状に応じ、感染者との接触の有無で早期に部屋を移動した。個室、または少人数の部屋に移動し、症状の観察を行った。
39	老健	クラスターを何度も経験し、ゾーニングや物品管理、職員の健康管理など、準備や職員に伝達することが早くなった。
40	特養	必要物品の配置やゾーニングがスムーズになった。
41	特養	初回からの経験を基にエリア区別の判断や必要物品の準備が行えた。
42	特養	クラスター発生時にレッドゾーンやイエローゾーンのゾーニングや必要物品の準備など初動が早くなったと思います。
43	特養	感染者を固めて、予防衣の着脱回数を減らすことで、職員のストレスを軽減し、感染リスクを軽減した。
44	介護医療院	感染確認後の指示系統が明確化し、初動体制（居室ゾーニング及びコホーティングや非感染者との導線遮断等）が早くなった。
45	介護医療院	症状に応じ、感染者との接触の有無で早期に部屋を移動した。個室、または少人数の部屋に移動し、症状の観察を行った。
46	GH	法人の感染委員会の指示でゾーニングや物品管理、職員の健康管理など、準備や職員に伝達することが早くなった。

②「消毒液・防護服等の備蓄を強化した」

1	病院	災害時対応のため常に備蓄し定数管理を行っている。N95 マスク不足あり
2	病院	医師会、県等に要請し、防護服等の供給を受けた他、供給対象外の感染対策用品については自院にて購入のうえ、備蓄に努めた。
3	病院	感染対応中は物品を病棟内に配置するなど素早い対応ができるように対策した。物品担当者との連絡体制の強化
4	病院	事務所との連携により物品に関しては余裕を持って使用することができた。
5	病院	支援物資の申請や供給業者への依頼により備蓄を増加し大規模クラスターに対する備えを行った
6	病院	PPE など、公的機関より備蓄用として支給されていた為、初回発生時は対応出来た。クラスター期間中の PPE の必要数もある程度把握出来た為、終息後新たに追加備蓄した。
7	病院	1 日の消毒液、防護服、必要物品の消費量から算出し、状況から感染拡大も予測して備蓄を強化した。
8	病院	適正在庫を明確にし、使用状況を鑑み発注する体制を強化した。薬剤部との連携を強化し、使用状況の把握をより精緻なものにした。G-MIS の有効活用
9	病院	感染者発生の際に迅速動作できるように感染委員会にて、必要物品を 1 カ所にまとめて保管備蓄した
10	病院	クラスターに備え備蓄は、ある程度揃えていたものを使用し、在庫が少なくなったものは随時補充し対応できた。
11	病院	支援物品の活用及び仕入先業者との連携を図り、感染予防具の不足が発生しないよう取り組んだ。
12	病院	1 日の使用量を把握できたので注文や配布は素早く対応できた。
13	病院	PPE の十分な備蓄と、初期症状の段階での早期に準備した。
14	病院	新型コロナ感染者が出たとき、必要な物品をカートに整備し、いつでも持っていけるよう準備
15	病院	総務課が不足物品の準備を円滑に行って頂き、窮屈感をスタッフに与えることの軽減ができた。
16	病院	PPE 不足もあり東京都のみならず、グループ内施設から提供していただくこともあった。手指衛生剤は個々で装備することができた
17	病院	休日・夜間においても十分な量の防護具が確保できるよう、緊急時持ち出し可能な個人防護具セットを配置した。
18	病院	消毒液・防護服など足りなくなった経験から、通常時より備蓄や新規業者との関係を作った
19	病院	初回クラスターの経験から物品調達を強化し、病棟内に必要な物を迅速に搬入できた。
20	病院	他病棟のクラスターにより、どのくらい消費するか把握していた為備品を多めに購入し備蓄を強化した。
21	病院	クラスター毎にどのくらいの備蓄が必要かイメージでき、それを常に準備出来るようになった
22	病院	事務部が備蓄状態をチェックされているので、不足することなくスムーズに補充された。
23	病院	通常より多めに備蓄するようし、クラスター等起きた際に、さらなる備品を準備できるように業者とも連携の強化が図れた
24	病院	総務課との協力により、備蓄や、委託業者とのやり取りが円滑となった。必要物品の確保を行ってもらった。
25	病院	感染拡大防止に関するサプライチェーンを通常体制とは別に構築。
26	病院	消毒液、マスク、ガウン等最低 6 か月間分は備蓄するようにした
27	病院	消毒液、防護服、感染性棄物容器、予備の看服の備蓄を強化した。
28	病院	初回に対応する事で必要数が把握でき、備蓄の予測を立てることができ強化することができた。
29	病院	自前及び公的（市役所・医師会等）支援の積極的活用で備蓄を強化した。

30	病院	平時よりクラスター時の感染防護物品の準備を行っているため、感染発生時より速やかにゾーニングを行い、同時に物品のセッティングも行っている。
31	病院	不足時（感染初期）ネットで探して高いものを買った。流通するようになれば備蓄している。クラスター発生時、払出が随時できるように物品の置き場所を工夫した
32	病院	総務と感染対策本部の従事者が頻回に相談し、在庫や必要物品を確認して動いた。また、物品等は対策本部から総務に依頼するように一本化することで管理が容易になった。
33	病院	顔にフィットする N95 マスクを積極的に使用できるよう日頃からフィットする N95 マスクを備蓄した。
34	病院	初動で使用する想定のを備蓄しておく。また、あらかじめ使用量を算出して起き迅速に対応できるようにした。
35	病院	速やかに消毒セット、N95 マスク、ガウンなどの一式を用意。他病棟から、連絡業務を応援。
36	老健	1 日の使用枚数を把握し準備した。
37	老健	職員 15 名、利用者様 35 名という大規模なクラスターとなってしまったため、備蓄があつという間に無くなりました。それからは備蓄の量も大幅に増やして対応しており、いざという時に焦らず対応できています。
38	老健	ある程度必要な数が理解できた為、2 回目発生時は速やかに物品の補給等ができた。
39	老健	必要な物品等を備蓄し、供給できるようにした。不足が見込まれる物品等は、早めに発注し、供給不足にならないようにした
40	老健	BCP にて保管責任部署が明確となり、物品のやり取りがスムーズになった
41	老健	消費量の予測ができ、慌てることなく補充ができた。
42	老健	事前に何が必要なのか検討し、可能な範囲で準備しておけるようになり、種子消毒への職員の認識も高くなった。
43	特養	発生するユニットが変わると職員も初めての対応になるので、PPE の着用や感染に対する注意が不十分だと感じた。
44	特養	備蓄について、常に在庫の把握を行い不足ない様に対応を行う体制が出来た。
45	特養	アイソレーションガウンや N95 マスクの備蓄を増やしたことで、PPE の対応がスムーズにできたと思います。
46	介護医療院	備蓄物品は定期的にチェックを行い、不足の物品が生じないようにしている。
47	介護医療院	初回に対応する事で必要数が把握でき、備蓄の予測を立てることができ強化することができた。

③「専任者・チームを置く等の体制整備を行った」

1	病院	コロナ対策マニュアルを基に各単位での対応体制と他部署からの応援体制
2	病院	院長を中心として常勤医も参加した定期的な対策会議を開催し、医師の指示に基づく適時適切な感染対策を実施した。
3	病院	感染者数やスタッフ数を考慮し、専任者チームを派遣する体制を検討している。これらの指示は、各部署管理者らが属する臨時の委員会が検討指示をする体制となっている。
4	病院	発生時に各部署でやるべきことがわかっていたため、導入とともに動ける職員が増えていた。
5	病院	一つの災害としてとらえ、組織全体で取り組むような整備を行った、コロナ版 BCP の作成
6	病院	報告ルート、日々の業務分担、日課スケジュールの変更をすぐに対応できた
7	病院	感染委員会を中心とする体制が明確となり、情報の集約や指示・伝達が混乱することなく、スムーズに行うことができた。
8	病院	相談、連絡先が明示されていたため、早めの報告、相談ができた。
9	病院	コロナ患者受入病棟の専任者に応援を依頼した
10	病院	院内感染管理者の選定及び ICT の設置
11	病院	COVID-19 対策本部（多職種にて編成）が機能した
12	病院	新型コロナ対策チームを立ち上げた。休床中の病棟をコロナ病棟としてスタッフを配置して、感染者は随時コロナ病棟へ移動させ、経過期間終了後に病棟へ帰棟する方法を取った。
13	病院	クラスターを経験した他病院の専任者を依頼し、当院のゾーニング等を見てもらい指示を受け感染拡大防止の対策を行った。
14	病院	従来、診療部と看護部のみで構成されていた ICT に他部署の職員も加え再編成した。感染管理責任者の養成を強化した
15	病院	2 回目は必要性があったため対策本部を立ち上げ医療班・介護班・環境班・物資調達班に分け対応した。しかし完全には機能出来なかったところもあり、2 回目終息後本部機能について検討している。
16	病院	発生を予測し、感染症に特化した病棟内の BCP 作成
17	病院	勤務帯ごとに感染者への対応者を定め体制を整えた
18	病院	ホワイトボードにやるべきことを記載し、病棟での担当を決め、仕事の分担を明確にし、変更点などがわかるようにして徹底した。
19	病院	ICT メンバーが中心となって各病棟においてゾーニングを指示した。日々変化する状況に即応して対応策等マニュアルを含めて逐次修正変化を周知した。
20	病院	所属長、リンクナースを中心に感染委員との情報共有と指示系統の統一化を図った
21	病院	感染管理認定看護師を新型コロナ陽性者対応の際に専従体制をとった
22	病院	陽性者報告ルートを見直しし、ICT を中心に連絡体制を整えた。LINEWORKS で ICT メンバー内での情報共有を図った
23	病院	報告・連絡体制の確立。緊急時の対応の整備。
24	病院	感染対策の専任者が担当することで統一した対応が取れるようになった。
25	病院	初期は専門チームで動いたが、クラスターが大きくなってきたため、どの病棟でも、どのスタッフでも対応する形に変化した。
26	病院	コロナ対応職員が集団発生した病棟への応援を行った
27	病院	院内対策本部を立ち上げ、情報の集約と共有、指示を明確にした。
28	病院	認定看護師にアドバイスをもらい、改善方法や具体的な動線を確認できた。スタッフの意識向上、周囲への気配りができるようになった。
29	病院	感染委員会とは別に、コロナ委員会を設置し、外泊外出面会等、法人として一元化指示命令系統が確立できた

30	病院	病棟に感染対応担当者を置くことで情報共有しやすかった。ホワイトボードを活用しゾーニングや、変更内容を周知できた。
31	病院	感染症専門医、看護師をはじめとする、多職種からなる院内感染対策チームが、患者と職員の感染状況を追跡確認。院内感染防止対策について病院長に意見提案。個別患者事案についても指導体制を構築した。
32	病院	感染管理室（ICD・ICN）の指揮下で感染管理を実施した。
33	病院	対応に長けたスタッフを選抜し、患者が発生した場合、すぐに招集して対応できるように体制を整えた
34	病院	医師（感染症専門医）、看護部長の指示のもとで整備を行った。
35	病院	感染対策委員会を ICC、ICT と細分化し方針決定が早くできるようになった
36	病院	院内の感染対策室のメンバーでは対応しきれない事もあり、コロナのクラスター発生時に対策メンバーを別に設置しすぐに対策本部を設置することができた
37	病院	クラスターを経験した職員を中心に感染者・非感染者の動線や物品の整備を行った
38	病院	毎朝、臨時的院内感染防止委員会を実施し情報を共有した。その中で支援や対策をタイムリーに決定していった。
39	病院	スタッフを 1 階専門、2 階専門とチーム分けを行い、勤務シフトの調整を行った。1 階と 2 階との職員の往来、接触を禁止とした。
40	病院	院内での感染対策チームの役割が明確になってきて、通常業務との両立ができるようになってきた。やるべきことが明確になったことでチームの人員も徐々に減らせた。
41	病院	感染対策室を設置し情報の集約、指示、命令系統を 1 本化した。
42	病院	感染対策本部を立ち上げ、毎日の感染者を把握し毎朝部署の責任者と打ち合わせを行った。
43	病院	感染防止対策本部と BCP 策定委員会、及び感染管理者と協力し体制整備を整え、現場への指示采配を行った。
44	病院	感染予防対策委員会の責任者を中心に体制の整備を行った。
45	老健	特定の職員が担当した。
46	老健	BCP 発動により情報整理、物品の確保や配置など迅速な対応ができ、役職者での朝礼を行い、感染状況や重傷者の把握など情報共有を行った。
47	老健	法人内の ICT の協力。
48	老健	感染予防対策委員会の責任者を中心に体制の整備を行った。
49	特養	役割分担や指示命令系統の確立など。
50	介護医療院	感染者数やスタッフ数を考慮し、専任者チームを派遣する体制を検討している。これらの指示は、各部署管理者らが属する臨時的委員会が検討指示をする体制となっている。
51	介護医療院	部署別に ICT が認識され、連絡体制が整った。
52	GH	法人内の感染予防対策委員会の責任者を中心に体制の整備を行った。

④「法人内・地域の関係機関等との連携を強化した」

1	病院	DMAT の訪問指導を受け、感染症対応の不安が軽減された。
2	病院	必要時に行政機関との連携を行い、関係性の構築に努めている。
3	病院	ごみ処理業者との連携。他部署、他病棟との連携
4	病院	これまでもインフルエンザ等感染者の発生時は保健所と連絡を取り合っていたため、同様に対応した。
5	病院	他院の感染認定看護師に指導を仰いだ
6	病院	地域の認定看護師や保健所の指示・助言を早い段階からいただくことができ、感染対策が後手にまわることがなかった。
7	病院	管轄保健所への連絡（平日・土日）方法がスムーズになった。
8	病院	感染対策向上加算 1 を算定している医療機関から認定看護師の派遣を受け、情報交換等を行った
9	病院	関係機関からの入院以来の際、施設内のコロナ感染状況を確認し情報共有を強化した。
10	病院	クラスターを拡大させないために、ガウンテクニック・消毒・清掃の指導に来てもらった。
11	病院	最寄りの保健所や感染ネットワークの認定看護師による助言などを受けやすくした。
12	病院	単一施設での対応にとどまらず、病院から施設に応援を出し、法人内で職員を動かすようにした。病院から同法人施設へ医療機器の貸し出しや医療材料の提供を行なった。
13	病院	連携病院、保健所へ相談しラウンドなどを実施してもらい助言を得た
14	病院	都からの支援で、感染症専門看護師が介入してくれた。本部からも CNIC の介入があった。人員不足はグループ内応援体制があった
15	病院	保健所を通し、感染認定看護師の派遣を依頼。指導、アドバイスを受けた。保健所からの備品提供があった。
16	病院	転院の際に行政が作成している受入医療機関リストを活用しスムーズに転院ができた。
17	病院	感染状況をお知らせすることで入退院の調整がスムーズにできた。
18	病院	電子回覧等を利用し、連絡がスムーズに行き渡るようにシステム作りを行った
19	病院	院内クラスター時法人内の訪問看護スタッフの応援をえた（感染の観点から直近コロナに罹患したスタッフの応援）
20	病院	地域の医療機関などと、個人防護用具等の貸し借りなどで、連携を深めた。
21	病院	保健所との連絡を密にしてアドバイスを受けた。精神科なので重症者は転院を行った。
22	病院	1 回目は他の期間とどの様に連携を取って良いのかわからない点があったが、2 回目以降は発生当初から連携機関の感染専門看護師と連携を図った
23	病院	多職種の協力体制が整って、役割分担の周知がされスムーズに協力できた。
24	病院	法人内はもちろん、近隣の病院とも連携強化が出来た
25	病院	法人内などクラスター発生時、連携マニュアルを更新した。（病棟マニュアルも）
26	病院	法人内の認定看護師（感染対策）に来ていただき、アドバイスや研修会を行ってもらった。
27	病院	サーベイランス状況を日勤者が速やかに、各部署・医師に報告した。
28	病院	感染防止対策加算 3 地域連携カンファレンスに参加
29	病院	転院するまでの重症例はなかったが、感染症による身体症状への治療については、地域の関係機関から医師や認定看護師の派遣を受け、感染対策の向上と治療へのアドバイスをいただいた。
30	病院	近隣の機関病院（総合病院、医大）との定期的情報交換、相互ラウンドの実施ができた。
31	病院	他病院の感染症専門看護師によりゾーニングなどの感染予防対応について、指導助言を受けた
32	病院	精神科病院間や法人内で連携し、不足物品等のやり取りをした。

33	病院	精神科単科の病院であり、近隣病院、管轄の行政機関との連携はスムーズにできるようになった。また救急での受け入れができない場合、当院でできる対応方法について教授してもらうこともできた
34	病院	保健所や感染連携施設に相談し、助言を得た
35	病院	地域の医療機関にコロナ陽性者が重症化した際に受け入れてもらえるように、事前挨拶を実施した
36	病院	感染者が発生した際も非感染エリアでの転入や入院の受け入れを実施し、退院もさせている。
37	病院	保健所を通じて近隣総合病院の感染認定 Ns に訪問していただき、不明な点を含め指導を受けた
38	病院	サポートチーム・保健所・病院等、相談できるところがある。他の機関より情報提供を受けられるようになった
39	病院	毎日、各部署の責任者を集めて会議をおこない、患者や職員の感染状況や身体管理等について話し合った。
40	病院	感染対策本部・感染対策委員会・BCP 策定委員会・所轄保健所の連携強化し、各委員を配置し院内の現在の状況を全職員に周知することを心掛けた。
41	病院	法人内でクラスター発生した場合に病院の ICT のメンバーが感染症対応について確認と指導を行った
42	老健	法人内の病院と情報交換をし、連携を強化した。
43	老健	LINE WORKS での情報共有などを行っており、1 日の動きを法人幹部や管理職が確認できるようになっています。
44	老健	法人内での PCR 検査から機器を借り、施設内で施行できる様に変更。保健所とは連絡を密に行い必要書類の提出に関しては 2 回目の方がスムーズにできた。
45	老健	必要な物品など法人本部で在庫を抱えてくれており迅速に確保することが出来た。
46	老健	BCP に関係機関の連携をマニュアル化した
47	老健	不足する物品によっては、法人内の他部署から借りることができた。
48	老健	介護老人保健施設や認知症グループホールなどの関連施設では、病院の ICT チームが連携し強化した。
49	特養	衛生品の効果的な使用など感染対応の効率化が図れた。また備品の管理も情報共有で無駄が少なくなった。
50	特養	LINE で利用者の身体状況を共有出来るよう連携を図った。地域保健所、市への連携がスムーズになった。
51	介護医療院	必要時に行政機関との連携を行い、関係性の構築に努めている。
52	GH	体調に異常があれば、すぐに法人内の医師に報告している。

2.2.2 認知症の利用者にみられた変化

【本章の概要】

クラスターが発生した精神科病院、施設に見られた変化について割合を図表 3-1 に示した。

- ①認知機能障害については、クラスターが発生した精神科病院(以下精神科病院と略)においては、「あまり変わらない」が、最も多く、次に「どちらかという悪くなっている」、「悪くなっている」という回答数が多かった。クラスターが発生した施設(以下施設と略)においては「どちらかという悪くなっている」が55.6%と最も多く、半数以上を占め、次に「あまり変わらない」、「悪くなっている」順で回答が多かった。
- ②行動・心理症状(BPSD)については、精神科病院、施設に関わらず、「あまり変わらない」が、最も多く、次に「どちらかという悪くなっている」、「悪くなっている」という順で回答数が多かった。
- ③日常生活動作(ADL)については、精神科病院、施設に関わらず、「どちらかという悪くなっている」という回答が最も多く、次に、「あまり変わらない」、「悪くなっている」という順で回答数が多かった。精神科病院においては、「どちらかという悪くなっている」38.3%と「悪くなっている」22.2%を合計すると60.5%を占め、施設においては「どちらかという悪くなっている」という回答が51.1%と半数以上を占め、「悪くなっている」17.8%を合計すると68.9%になった。
- ④身体疾患の状況(身体合併症がある場合)については、精神科病院、施設に関わらず、「あまり変わらない」が、最も多く、「次にどちらかという悪くなっている」、「悪くなっている」という順で回答数が多かった。
- ⑤身体的な運動・活動量については、精神科病院においては、「どちらかという悪くなっている」が37.0%で最も多く、次に「悪くなっている」23.5%を合計すると60.5%を占めた。施設においては「どちらかという悪くなっている」という回答が40.0%「悪くなっている」35.6%を合計すると75.6%を占めた。
- ⑥意欲、興味、関心等の状況については、精神科病院、施設に関わらず、「あまり変わらない」が、最も多く、次に「どちらかという悪くなっている」、「悪くなっている」という順で回答数が多かった。

記述回答には、①症状の変化、②その原因として考えられるものが記載されていた。症状の変化については概要(①)と具体的な症状の変化(②~⑥)があり、「」内に原文から抜粋した文章を掲載する。

【①症状の変化】

- ①概要として認知機能障害の進行について述べている記述:「認知症状が悪化した」「全般的に悪化している」「認知機能の低下」「認知機能の進行が悪化」
- ②言語機能の低下:「発語が少なくなった」「会話がなりたたない」「患者同士の話が減った」「意思表示や発語が減少した」
- ③時間・見当識障害:「自分の部屋がわからなくなった」「自分の部屋を間違える」「トイレがわからなくなった」「自室にもどれなくなった」「季節がわからなくなった」「時間や場所がわからなくなった」「昼夜逆転」「生活リズムの乱れ」
- ④記憶障害:「物忘れが目立つようになった」「面会者、家族の名前を忘れる」「面会者のことがわからなくなった」「家族のことを忘れてしまう入所者がいた」

- ④意欲・活動・情動の低下:「活動性の低下とともに意欲の低下も認められた」「反応がにぶくなった」「リハビリやレク活動の参加が減った」「自室に閉じこもっている」「考えること自体をしなくなった。ぼんやり過ごすことが多く、声掛けに対しても反応がない。自発的に動くことがなくなった」「表情がなく笑顔が減った」「表情が乏しく、活気がなくなった」
- ⑤実行機能障害:「今までできてきたことができなくなった」「普段できていたことができなくなった」「実行機能障害があり、いつもよりしっかりしていない感じがあった」「食事が自分で摂取できなくなった」「スプーンの持ち方がわからなくなった」「ADLが低下した」「指示が入らなくなった」
- ⑥体力・身体変化:「脚力低下がみられた」「体力低下による衰弱がみられた」「呼吸器疾患の合併、高熱による嚥下状態の悪化」「食欲の低下」
- ⑦BPSD:「BPSDが悪化した」「徘徊が増えた」「迷惑行為や患者間のトラブルリスクが増えた」
- ⑧その他:「コロナ感染による不安感から悪化した患者が数人いる」「転倒件数の増加」

【②その原因として考えられるもの】

原因についての記載された文章には、複数の項目があり、特定出来ないが大まかに分類して、①環境変化、②各種の制限(隔離・拘束の行動制限を含む)、③関りの減少の項目を掲げ、「」内に原文から抜粋した文章を掲載した。

- ①環境変化:「ゾーニングによる環境の変化で自室、トイレが分からず、徘徊等があった」「ゾーニングの影響もあり、部屋から出られなくなり他者との交流も制限せざるを得ない状況があった」「ゾーニングによる部屋移動が多くなり自分の部屋を認識できなくなる」「コロナ病棟に部屋替えし環境変化をもたらしたため」「生活空間が縮小したこと」
- ②各種の制限:「ベッド上安静、カーテン隔離など病室内ですぐすなど行動範囲の制限」「面会、外出、外泊の中止、制限」「退院延期、施設探しの中断による入院の長期化」「安静を優先する結果として活動量の低下となった」「感染し隔離された認知症の患者が夜間せん妄などでやむを得ず拘束や隔離をすると症状が軽快しても、認知機能の低下がみられることがあった」
- ③関りの減少:「患者への関りが減る。リハビリが減る」「必要最低限の関りとなり刺激が減った(作業療法も含め)」「患者へのケアの介入が限られOT、リハビリの介入が不足した」「レッドゾーンでの生活となりスタッフが対応する時間が減少したことによる」「看護師との関わりの希薄化作業療法の減少により認知機能の減少につながった」「リハビリテーション、機能訓練、レクリエーションの中止、回数の減少」「スタッフが対応する時間が減少した」「診療の回数が少なくなりOT等のリハビリもなくなったため」

※上記の抜粋文章は、全ての記述回答を精査し抜粋したものであり、図表 3-2 において掲載している主な回答中に含まれていない文章を含む

[まとめ]

すべての項目についてクラスター発生した精神科病院、施設に関わらず、「どちらかというとなっていい」「なっている」の合計よりも「どちらかというとなっている」「なっている」の合計が高かった。項目別にみると「どちらかというとなっている」「なっている」の合計が50%以上を越えたのは施設においては、①認知機能障害、③日常生活動作(ADL)と⑤身体的な運動・活動量だった。精神科病院、施設に関わらず、「どちらかというとなっている」「なっている」の合計が60%以上を越えたのは③日常生活動作(ADL)と⑤身体的な運動・活動量だった。特に、⑤身体的な運動・活動量は、クラスターの発生した施設においては、「どちらかというとなっている」「なっている」の合計が75.6%を占めた。

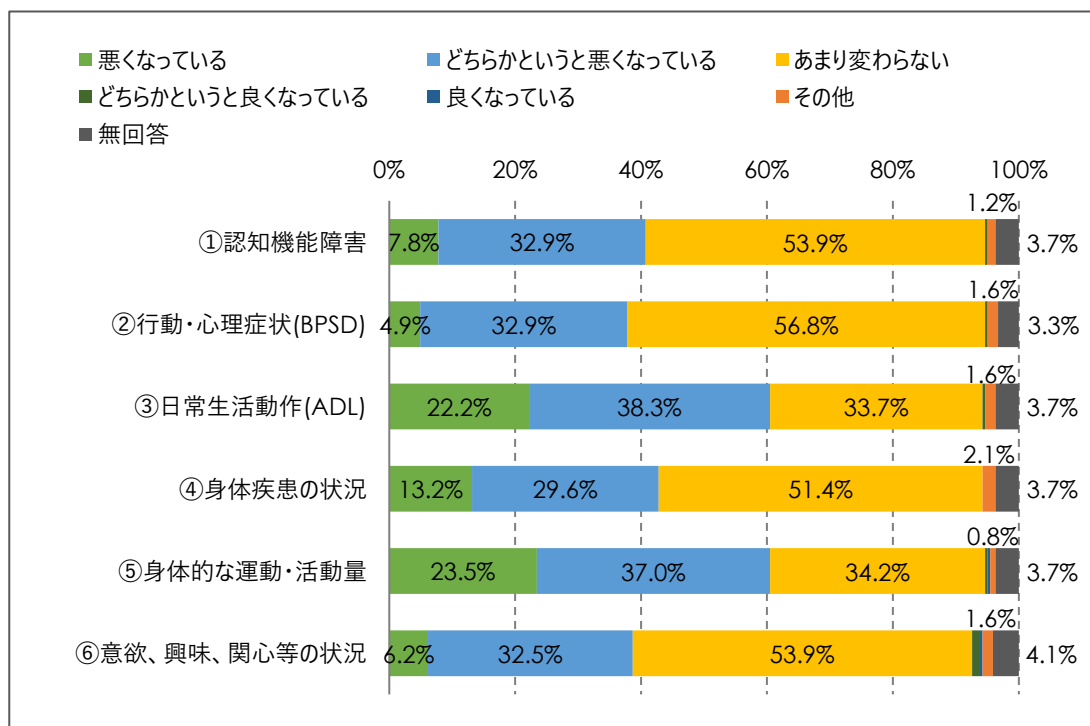
「どちらかというとなっている」「なっている」の割合の合計は①から⑥までのすべての項目において病院よりも施設の方が高かった。データ統計上でコロナ感染が入院患者・入所者の認知症の進行、病状悪化に多大な深刻なる影響をあたえていることが判明した。

記述回答においては、感染対策としてのゾーニング、病棟での行動範囲の狭小化、面会、外出、外泊の中止・減少といった各種の制限、OT(作業療法)リハビリテーション、リクリエーションといった集団での活動の減少、中止、看護、介護の関りの減少が認知機能の低下進行に影響があったと述べていた。いずれも、③日常生活動作(ADL)と⑤身体的な運動・活動量に関係があることがしられており、データ結果と記述内容には矛盾はなかった。このことから、日頃の非薬物療法の重要性が浮き彫りになったといえる。

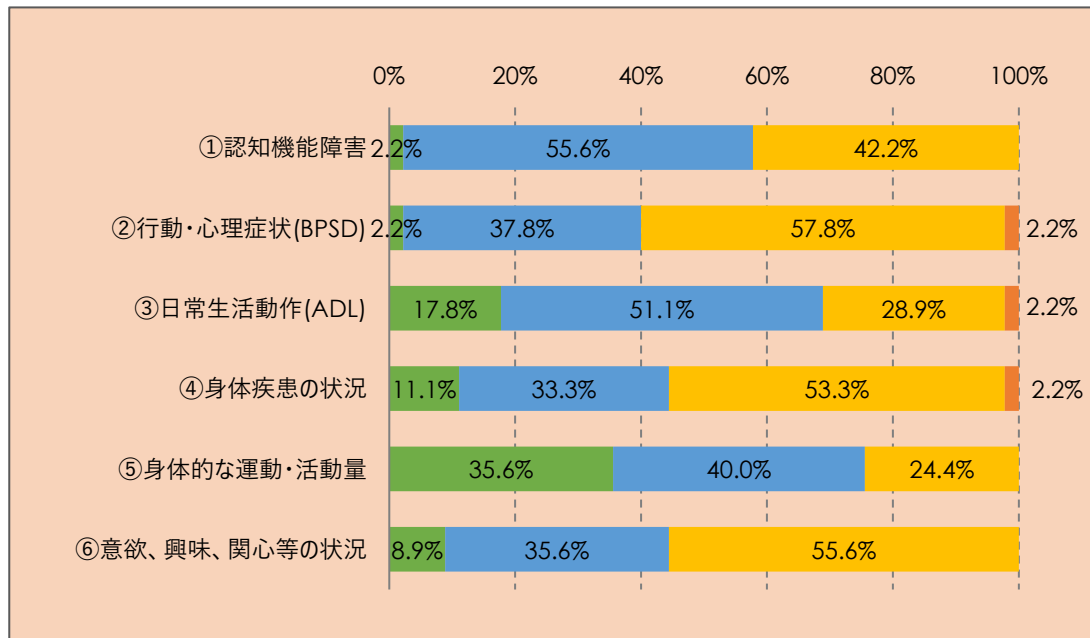
表では、クラスター発生した精神科病院・施設によって差が認められた。記述内容には両者に大きな差はなかった。この差についてはさらなる検討が必要であると思われる。

図表 3-1 認知症の利用者にみられた変化 (n:288)

病院 (n:243)



施設 (n:45)



続いて、コロナ感染拡大前からの変化の評価のうち、「悪くなっている」および「どちらかという悪くなっている」とした理由・状況等についての記述回答を、主なものを抜粋して以下に整理する。

図表 3-2 「悪くなっている」「どちらかという悪くなっている」とした理由・状況（主な回答を抜粋）

①認知機能障害(記憶障害、実行機能障害、注意障害など)

1	病院	感染症への治療が主体となり、生活環境への制限等を受けることも多く、実行機能や見当識等の障害程度が悪化する患者が多かった。
2	病院	患者への関りが減る。リハビリが減る
3	病院	必要最小限のかかわりとなり刺激が減った。(作業療法も含め)
4	病院	コロナ拡大前と比較すると、自分の部屋を間違えたり、会話が成り立たないような患者が増えた印象がある。
5	病院	患者間の交流や作業療法、レクリエーションの制限により刺激がなくなり、自室で過ごす時間が増えたことから、認知機能の低下につながっているのではないかと考える
6	病院	生活空間が縮小したことによる見当識障害がみられた。
7	病院	患者様へのケアの介入が限られ、OT、リハビリの介入が不足した。
8	病院	職員への感染を防ぐため最小限の関わりであり、患者さんも1日中病室で過ごしているため認知力の低下が進行している方もいた。
9	病院	一部の患者様に、実行機能障害、いつもよりもしっかりしていない感じがあった。
10	病院	直接面会や集団の作業療法ができなくなったことにより、認知機能が悪化したように思う。
11	病院	看護師との関りの希薄化、作業療法の減少により認知機能の低下につながった。
12	病院	面会制限、外出制限により刺激が減少、感染による臥床時間の増加で認知機能の低下がみられた
13	病院	認知症により、記憶障害があり訴えが多くなった。
14	病院	ゾーニングの影響もあり、部屋から出られなくなったり他者との交流も制限せざるを得ない状況があった。作業療法が実施できず刺激がなくなってしまった。
15	病院	ホールでの活動を控え個室でベッド上での時間が増えることにより、記憶障害が進行したものもいる
16	病院	他者との接触を避けたり外出・外泊などを制限したため刺激が少なく、認知機能が低下したように思われた。
17	病院	ゾーニングや機能訓練ができないことにより、認知機能の低下やADLの低下を認めた。
18	病院	共有スペースで過ごす時間が少なくなった患者にとっては患者同士話をする機会が減った。声出しや職員への問いかけが多くなった人もいた。
19	病院	活動性の低下と共に意欲の低下も認めた
20	病院	感染し隔離された認知症の患者が夜間せん妄などでやむを得ず拘束や隔離をすると、症状が軽快しても、認知機能の低下がみられることがあった。
21	病院	ベッド上で安静にして生活リズムが乱れたため。OT活動などが停止したため。
22	病院	制限、関わりができなくなった。発語が少なくなった。
23	病院	リハビリテーションや面会、外出・外泊の中止や縮小に伴い、療養生活上の不活発さが認知機能障害の増悪を惹起させる一因になったと考える。
24	病院	考えること自体をしなくなった。ぼんやりと過ごすことが多く、声掛けに対しても反応がない。自発的に動くことがなくなった。
25	病院	作業療法やリハビリが中止のため、身体的にも低下した。
26	病院	院内クラスター時は、行動制限が伴ったので悪化したと思います。現在は変わりません。

27	病院	全体的な患者の認知機能の低下した印象（具体的客観データはないが、職員の印象では、作業療法や対人交流の減少によるものと思われた。）
28	病院	安静を優先する結果として活動量の低下となった。
29	病院	退院延期や施設探しの中断等により入院が長期化し、悪化につながっていると考えられる。
30	病院	リハビリやレクリエーションが減ったことにより、関わりが少なくなり、意思表示や発語が減少した。
31	病院	診療の回数が少なくなり、OT 等のリハビリもなくなったため
32	病院	迷惑行為や患者間トラブルのリスクが増えた
33	病院	ご家族の面会が出来ず、ご家族の名前を忘れるなど認知障害の進行がみられた
34	病院	カーテンが閉じられた中で過ごしており、外部からの刺激が極端に減少した環境だった。見当識に低下があったように感じている。
35	病院	家族との面会は実施しているが、家族が感染の心配をして面会をしないこともあり徐々に認知症状が出現した。
36	病院	家族面会の制限や行動範囲の制限があり、影響があったと考える
37	病院	高齢の患者はコロナにかかると回復に時間がかかり、認知機能が完全に回復出来ない傾向が見られる。
38	老健	隔離期間が長く他者との関りが減ったため
39	老健	クラスターの期間には隔離対応せざるを得ないため、刺激が少なく、適切なリハビリテーション、かわりが難しくなることで、認知機能の低下が生じやすくなっております。
40	老健	リハビリ・レクリエーション、家族との接する機会、施設内活動が制限されたことで、記憶障害は認められた。
41	老健	感染隔離後に記憶障害の悪化が見られた入所者が数名いた。自室の場所やトイレの場所等、忘れてしまっている状態があった。
42	老健	ADL 面の低下とそれに伴う認知面の進行は全体的にみられた。感染者は居室であり刺激がない状態で過ごす期間が増え、疎通性の低下や認知面の低下、ADL 低下がみられた。
43	老健	部屋対応をすることで行動制限をしまい、日常生活の関わり減少。
44	老健	面会中止期間が長くなると家族のことを忘れてしまう入所者もいる。
45	老健	隔離者は悪化。極端に関わる期間や声掛けの頻度が減少した。
46	老健	面会ができず、家族の顔を認識できなくなった入居者がいた。ADL の低下もあった。
47	特養	不活発な状況により、言語的コミュニケーションが出来にくい方が増えた。家族の名前や分別が曖昧になった人もいる。
48	特養	ADL の若干の低下と表情の乏しさなどが見受けられたため。
49	特養	臥床時間や居室隔離が長くなることで、スプーンの持ち方が分からなくなり、食事が自分で食べられなくなった方もいた。
50	介護医療院	リハビリやレクリエーションが減ったことにより、関わりが少なくなり、意思表示や発語が減少した。
51	GH	集団レクリエーションをしていなかったが、5 類以降に小規模での集団レクリエーションを行った際、脳トレ系の物の正答率が下がっていた（計算・漢字読みなど）
52	GH	人との関わりが少なくなり、普段できていたことができなくなった。
53	GH	家族との交流の機会が減り、家族の顔を忘れていてる方がいる。季節ごとに行っていた地域の方達との交流の場がなくなり、季節が分からなくなっている方がいる。

②行動・心理症状(BPSD;妄想、焦燥、易怒性など)

1	病院	行動制限要請に対し、興奮状態となる患者がみられた。
2	病院	一定の療養期間を要し、その期間は何らかの制限を生じるため、焦燥や易怒性などの陽性症状や抑うつ的な陰性症状を呈する患者が見られた。
3	病院	ゾーニングなどの平時からの変化が症状変化につながっていた
4	病院	行動範囲が少なくなるので、不眠不穏不安で易怒性が増えた。
5	病院	認知機能やADLの悪化で能力低下し、BPSDが悪化していても目立たないことがある
6	病院	必要最小限のかかわりとなり刺激が減った。(作業療法も含め)
7	病院	制限されることも多くストレスに感じ、不穏や焦燥、徘徊につながっていた可能性もある。
8	病院	コロナ感染に伴う不安感から悪化した患者が数名いる。
9	病院	感染対策に重きを置き、気分の安定等に係る支援があまりできていなかった。
10	病院	感染拡大防止のため、個室での隔離や行動制限が患者のストレスにつながったと考えられる
11	病院	焦燥感、易怒性が増強した患者が数名いた。
12	病院	制限があることで易怒性がみられた。
13	病院	妄想からくる易怒性が強くなって手が出ることが目立った。
14	病院	作業療法の中心の時期があり、病棟内移動も制限がかかり易怒的となる患者も多かった
15	病院	コロナ感染後、易怒性・不穏があったが、隔離終了後は消失した
16	病院	マスコミ等のコロナ感染に関する情報により妄想や易怒性が多くなった
17	病院	ストレスによる攻撃性の亢進。家族との疎遠により生じる不安。
18	病院	病棟内での行動を制限されることが理解できず怒りっぽくなった。
19	病院	直接面会や集団の作業療法ができなくなったことにより、認知機能が悪化したように思う。
20	病院	ADL低下による活動量が減ったことでBPSDも激しさは減少した。
21	病院	面会の機会も減少し、イライラや不安な様子が増えた
22	病院	呼吸器疾患を併発したり、高熱後の嘔下状態の不良等があり、服薬中止となり、BPSDが悪化した。
23	病院	元来、不穏傾向が顕著であったが、対応に割く時間が取れず興奮状態が顕著となった。
24	病院	行動制限によるQOLの低下で対人関係トラブルが増加した。
25	病院	物盗られ妄想が増悪した患者がいた。
26	病院	部屋から出られない事による易怒性やオムツ交換時の抵抗
27	病院	イライラして歩く、トイレや部屋の場所が再三変化するので混乱される。
28	病院	少し、怒りっぽくなっている方がいた
29	病院	行動範囲がレッドゾーンのみになったこと。職員のPPE姿で人の区別が解らないこと。
30	病院	不眠、不安や妄想、幻覚により不穏になる
31	病院	患者の中には、寂しくて泣きだし、職員に抱きついてくる方もいた。全般的に悪化。
32	病院	当該病棟職員が陽性者となった場合、他病棟からの職員が応援勤務するが当該患者の対応に不慣れな状況であり専門的看護業務が実施し難い。薬物療法だけではBPSD改善が乏しいと考える。
33	病院	制限がかかることにより、易怒性等が強く見られる方が多かった
34	病院	コロナ病棟に部屋替えし環境変化をもたらした為。
35	病院	病棟から外に出る機会が少なくなり、幻聴に対して起こることが多くなった。また、幻聴に反応する人が多くなった。

36	病院	院内クラスター時は、行動制限が伴ったので悪化したと思います。現在は変わりません。
37	病院	PPE 着脱の作業により、タイムリーな対応が出来ず不穏になるケースもある。
38	病院	安静を優先し行動制限を行うことで易怒性が増した。
39	病院	行動制限によるストレスが追加されているため。
40	病院	穏やかだった患者が臥床長期化から不穏になりやすいイメージがあった。
41	病院	閉鎖空間のため、精神的・身体的ストレスがたまり、徘徊、多動につながった。
42	病院	医療スタッフによる患者との関わりが非常に少なくなったため
43	病院	迷惑行為や患者間トラブルのリスクが増えた
44	病院	平時穏やかな患者が大声を出す、粗暴的となるなど不穏となる事があった。
45	病院	ゾーニング中は部屋から自由に入出入りできないことがストレスとなり、易怒的でナース呼名などが増えた。
46	病院	活動が制限されたせいか、易怒性が少し高まった患者もいた。
47	病院	家族面会の制限や行動範囲の制限があり、影響があったと考える
48	老健	不穏が強くなり、居室内の物やドアのガラス等を破損。職員に対する怒声が増加。
49	老健	不安感・焦燥感が強くなる方が多い
50	老健	ゾーニングによる部屋移動を理解できず、易怒性が強くなったケースがあった
51	老健	部屋対応することで行動制限をしてしまい、日常生活の関わり減少。易怒的、落ち着かない、意欲の低下、活動性の低下、発語の低下がみられる。
52	老健	外出行事や面会が中止になったことで、精神状態が不安定となり易怒性がみられるようになった入所者が増えた。
53	老健	隔離者は不安感強く感じるように感じる。
54	老健	活動の機会が減り、ストレス発散の機会が減ったり、睡眠の質が落ちていると思われるため。
55	老健	徘徊や易怒性が増悪した。
56	介護医療院	隔離期間が延長され、不安言動や易怒的になる方が増えた。家族との面会制限により帰宅要求の方が増えた。
57	介護医療院	閉鎖空間のため、精神的・身体的ストレスがたまり徘徊、多動につながった。
58	GH	人との関わりが少なくなり、悪化しているように感じる。
59	GH	徘徊や易怒性が増悪した。

③日常生活動作(ADL;移動、食事、排せつなど)

1	病院	独歩が困難となった患者がみられた他、運動機能の低下により転倒する患者が増加した。
2	病院	限られた人員で介助優先で対応することが多くなるため、食事動作や排泄行動などの機能動作や筋力低下から結果、ADL低下を生じる患者が多かった。
3	病院	必要最小限のかかわりとなり刺激が減った。(作業療法も含め)
4	病院	感染した患者がベッド臥床する時間が長いほどADL低下した。リハビリをしても数名は車椅子生活になった。
5	病院	行動範囲が狭くなっていたこともあり、下肢筋力の低下などADLは低下傾向の患者さんが多かった。特に感染した患者さんに影響があった。
6	病院	活動を制限していたため、歩行状態もやや悪くなり、食事摂取も介助を必要とする患者が増えた。
7	病院	臥床時間が多くなり、下肢筋力が低下し、ADL低下につながった。食欲の低下や嚥下状態の悪化により、点滴管理が必要となる患者もいた。
8	病院	ベッド上の安静が増えたことによる筋力低下、歩行困難。
9	病院	OTができない状況が多く、活動量が低下してしまったため、脚力の低下がみられた。
10	病院	車椅子を利用する患者と食事介助を必要とする患者が増えた。咀嚼や嚥下困難が見られる患者が増えた。
11	病院	感染隔離や身体症状により臥床時間の増加
12	病院	自力で食事摂取していたが介助が必要になった。紙パンツ使用し排尿誘導していたが終日おむつ使用になった。
13	病院	行動範囲が制限されるため、下肢筋力の低下が見られた。
14	病院	活動量が減ったために食事の摂取量が減少し体重減少もみられた。運動量低下にともない筋力量も減少し、歩行状態も悪化した
15	病院	感染拡大防護のため、コホーティングなどにより、ほぼ自床で過ごし、活動量の低下が長期化し、感染軽快後のADL低下が生じていた。
16	病院	活動量低下による筋力低下。コロナ感染中に食事介助を行ったことにより自力摂取の意欲低下になった。寝たきりになる、失禁が増える等。
17	病院	臥床時間が増加し、筋力の低下が認められた。意欲の低下した患者への食事介助が必要となった
18	病院	ゾーニングや、隔離などで活動量が低下し、ADLの低下につながったと思われる事例があった。
19	病院	歩行が困難な方が寝たきりやベッド上になった。食事量低下、会話が減少、活気がなくなった、発熱してその後オムツ使用になった。
20	病院	筋力低下・歩行状態、コロナ発症者の中にはベッド上での生活が多くなったり、リハビリパンツから紙オムツへの変更など
21	病院	移動能力の低下・自己食事摂取が不可になる排泄介助を要するようになる
22	病院	臥床時間が長く拘縮が進んだり、歩行から車椅子使用、独歩から見守り歩行となった。食事形態を下げたり、自力摂取から介助、介助の必要な方は嚥下に時間がかかる(誤嚥リスクが高くなる)が多かった。立位座位困難な方はリハビリパンツからおむつになった。
23	病院	移動：自己歩行が危うくなり車いすとなる。食事：食事形態が下がり、食事動作が低下し失行あり。排泄：失禁が増える。
24	病院	トイレはおむつを使用。歩行できなくなった。食事は介助が増えた。移動は車椅子となった。
25	病院	病棟内プログラムなどの中止、縮小の影響により、療養生活上の不活発さが廃用症候群を発生させる一因と考える。
26	病院	発熱等により静臥状態が続き、ADLが低下した患者がいた。
27	病院	離床する時間が少なくなり、移動する動作も制限されADL低下に繋がっている。

28	病院	新型コロナ発生による行動制限で退院延期や長期化するケースが増え、ADL 低下につながっている。
29	病院	嚥下状態が悪化傾向になり、回復まで長期になる。下肢筋力の低下。
30	病院	認知症リハなどが制限されたことで多少 ADL の低下を感じた。
31	病院	臥床長期化により誤嚥性肺炎や関節拘縮、サルコペニア増加。
32	病院	ADL 低下。誤嚥性肺炎。自力歩行から安静により筋力低下→転倒のリスクから車いすを使用することになった。トイレ使用からおむつにて排泄。
33	病院	日中の活動や家族面談面会、外出が減ったことで、ADL が低下傾向。またコロナに罹患すると ADL が下がる。
34	病院	活動範囲が制限され、行動範囲が少なくなり ADL が低下した患者がいた。感染による床上安静から症状改善後も寝たきりとなる患者もいた。
35	病院	個室にいたりや発熱に伴う症状安静のため、筋力低下・体力の低下があり一時的に介助量が増えたが、徐々に改善した
36	病院	活動が制限されたせいで、歩行状態が悪化し、転倒リスクの高まった患者が増えた。加齢に伴うものかもしれない。
37	病院	歩行状態の悪化、起居動作、立ち上がり動作の介助量の増加
38	病院	臥床時間が長くなったことでこれまでできていた活動に低下がみられた。特に食事場面で食具の使い方がわからない、食べこぼしが多くなるなどの影響が出た。
39	老健	下肢筋力低下あり、立位保持が困難になった。ポータブルトイレで対応していた方がオムツ対応になった。嚥下機能が低下して食事形態を下げて対応した。
40	老健	居室での隔離により歩行訓練、外出などの機会がなく、ADL は低下しやすいと考える。
41	老健	感染により安静対応を優先したことが続き、歩行困難者や寝たきり、要食事介助者が増え、トイレ排泄からおむつ内排泄へ移行してしまった方がいる。
42	老健	発熱時など、居室対応となった場合、トイレに行くことができないため排泄動作が低下した。安静期間が長くなると下肢筋力が低下し、歩行状態、移乗動作が低下した。
43	老健	ベッドで安静臥床する時間が長かったため、下腹部筋力の低下が著しかった。リハビリもできなかった。
44	老健	隔離者は悪化。トイレ誘導からオムツ対応。一般浴から機械浴への変更など ADL の低下が著明。
45	老健	コロナ陽性となり、寝たきり時間が長時間になるほど、全体的な ADL が低下した。
46	特養	臥床時間の増加で、下肢筋力低下によるオムツ使用や認知機能低下による食事介助が必要な方が増えた。
47	介護医療院	床上安静や隔離期間が長くなるにつれ廃用が進み ADL が低下した。
48	介護医療院	ADL 低下。誤嚥性肺炎。自力歩行から安静により筋力低下→転倒のリスクから車いすを使用することになった。トイレ使用からおむつにて排泄。
49	介護医療院	活動が制限されたせいか、歩行状態が悪化し、転倒リスクの高まった利用者が増えた。
50	GH	外出の制限により体力の低下がみられ、移動に車椅子等が必要となったりした。
51	GH	運動や外出に機会が減少し、悪化していると感じる。
52	GH	外出の機会が減り、室内の生活中心になっているため、歩行機能が低下している方がいる。

④身体疾患の状況(身体合併症がある場合)

1	病院	一部、新型コロナウイルス感染によって多少のダメージはあったと思われる。
2	病院	呼吸状態が悪化し、NPPV 使用に至った患者が数名発生した。
3	病院	コロナのため、咳・痰が多くなり、排痰ができず、肺炎が悪化した。陰部汚染のため、膀胱炎で発熱。飲み込みが悪くなった。誤嚥性肺炎になった。死亡者もいた。
4	病院	呼吸器疾患が悪化し肺炎の治療が長引いた。
5	病院	特に、もともと肺炎を繰り返す人や、持病を持っていた方は感染期間終了後、徐々に終末期に向かう
6	病院	感染した方で合併症のある方は呼吸状態の悪化が早く、回復は遅かった
7	病院	呼吸器症状の悪化から、肺炎を併発する患者さん。下肢筋力が低下し、転倒を起こしやすくなった患者さん。感染した患者さんは寝たきり状態になりやすい傾向にあった
8	病院	呼吸器症状（咳嗽、喀痰など）が出現しやすく、酸素飽和度の低下をきたしやすくなっている印象がある。
9	病院	個々の症状の違いと年齢等もあり、歩行不安定な患者が多くなり改善まで時間を要した。
10	病院	コロナ罹患による後遺症の影響が少なからずあると考えられる
11	病院	肺炎を起こしたり、糖尿病（血糖コントロール）が悪化してしまう患者さんがいた。
12	病院	ADL の低下に伴い、呼吸器疾患も増悪した患者がいた
13	病院	皮膚疾患や重症の肺炎患者が増えた。
14	病院	コロナの性質上、呼吸器症状が出現するため、食欲低下による血糖コントロール不良や水分摂取量の変動により、若干心機能に影響がある患者がいた。
15	病院	呼吸器系で悪化したケースもある。コロナ感染症が直接の原因ではないと思われるが、身体疾患状況を悪化に拍車をかけた可能性もある。
16	病院	身体合併症がある患者全てではないが、感染後重症化する患者がいた。
17	病院	呼吸器疾患を併発したり、高熱後の嚥下状態の不良等があり、誤嚥性肺炎を併発したりした。
18	病院	発熱などの身体症状出現時、治癒までの時間が長くなっている。また転院も若干増えている。
19	病院	呼吸器疾患を持つ患者の SPO ₂ が低下した。
20	病院	腎機能や肺炎の悪化。回復後も食事摂取が困難な状況が続く。褥瘡ができた。
21	病院	呼吸器疾患の合併症の人が感染すると血中酸素濃度の低下が見られる傾向にあった。適時酸素療法を実施した。
22	病院	肺炎を発症した方は重症化になる。心肺機能の低下がみられる。褥瘡が発生した方はなかなか治癒しない。
23	病院	特に消化管機能障害（イレウスなど）が悪化した印象
24	病院	腸管の出血、下血を起こされた方、イレウスになられた方等おられた
25	病院	COVID-19 重症化リスク因子である基礎疾患等の症状の具合を患者が述べるのが難しい場合が多く、看護職員が症状観察の丁寧な実施が求められる。しかし、当該病棟の看護職員が陽性となった場合、応援職員では普段の当該患者の病態が分かりづらい状況であった。
26	病院	コロナ感染による死亡や重症化に傾いたり、そのまま寝たきりになっている方も増えた
27	病院	拘縮の進行。骨折者が増えた。肺炎を起こす人も増えた。
28	病院	コロナ罹患後、身体状態の悪化が著しい方がみられた。
29	病院	感染していなくとも、病棟内での活動制限があり、看護・介護者の患者へ関わる時間も減る中で、感染者以外の高齢患者の身体機能・体力も低下し身体疾患が増悪するケースもみられた。
30	病院	感染後に慢性の心疾患、呼吸器疾患の増悪が目立った

31	病院	新型コロナから回復しても、元々身体合併症のある患者の病状が悪化するケースが多い
32	病院	身体合併症ある患者様は軽症ではなく中等症にすぐ移行していた。循環動態悪化は顕著だった。
33	病院	嚥下機能の低下から誤嚥性肺炎。運動機能低下。長期安静から廃用症候群。
34	病院	行動の低下に伴い、清拭等の減少により衛生面も低下したため
35	病院	褥瘡の発生や悪化がみられた。誤嚥性肺炎のリスクが増大した。
36	病院	コロナに罹患したことで、全身状態が悪化する方がいる。
37	病院	感染による床上安静から症状改善後も寝たきりとなる患者もいた。
38	病院	基礎疾患のある方がコロナにかかってしまったら回復後も体力がないためか衰弱がすすむ印象がある
39	病院	肺機能、心機能悪化による酸素需要があった
40	病院	臥床時間が長くなったことで下肢の支持性が低下し、移乗動作能力に影響の出る患者が多かった。
41	病院	廃用症候群となり、全体的に身体機能が低下した。それに伴い、身体合併症が増悪した。
42	老健	うつ状態が強くなった。てんかん発作が出て救急搬送した事例があった。
43	老健	隔離と臥床時間の拡大により褥瘡の悪化
44	老健	在宅酸素療法を施行した入所者が前年度より増えた。コロナ感染症発症後に、3か月以内に老衰で亡くなった方が1名いた。
45	老健	感染症が影響を与えたかは不明であるが、褥瘡発生も含め、皮膚トラブルが多くなった。
46	老健	後遺症なのか基礎疾患の悪化する方がおられた。また、疾患ではないが食事量が減少する方がおられた。
47	老健	状態悪化により、身体科へ転院が増えた
48	老健	コロナに罹患した入所者は、回復後も肺炎を再発されたり労作時の息切れ等が強みられるようになった。
49	老健	皮膚の状態が悪くなった利用者様がいた。
50	老健	廃用症候群となり、全体的に身体機能が低下した。それに伴い、身体合併症が増悪した。
51	特養	コロナ明けに体調を崩し、入院やお亡くなりになる方が増えた。
52	特養	高齢者は何かしらの疾患があり、全身状態回復が難しい。
53	特養	コロナ後、带状疱疹罹患者がでた。
54	介護医療院	嚥下機能の低下から誤嚥性肺炎。運動機能低下。長期安静から廃用症候群。
55	GH	呼吸器疾患を併発しやすい印象。
56	GH	廃用症候群となり、全体的に身体機能が低下した。それに伴い、身体合併症が増悪した。

⑤身体的な運動・活動量

1	病院	クラスター発生時、作業療法を中止した為、全体的活動は減少していると考える。
2	病院	生活範囲の狭小化や療法等の中止もあり、活動量は低下した。
3	病院	部屋にすることが多い。車いす移動になった、転落防止のため4点柵になった
4	病院	作業療法活動回数の減少や食事の際の移動の減少などがあつた
5	病院	リハビリテーション活動の中止により離床する時間が減少。感染した患者さんなど生活範囲が制限されていたことにより活動量が減っていた。
6	病院	行動制限のため、動作が悪くなった患者も居られた。
7	病院	スタッフが少ない状況での対応が続き、OT活動も中止となった。
8	病院	作業療法やレクリエーションが制限され、自室で過ごす時間が増えたため
9	病院	自室で過ごす制限や作業療法の中止により日中の活動量が減少したと考えられる
10	病院	レクリエーションなどの縮小により外出が制限されたため、活動性が低下した
11	病院	行動制限のため減っているが、解除後は少しずつ元に戻っている
12	病院	コロナ感染療養期間が7日前後に及んだ為、床上安静に慣れてしまい行動が減った。
13	病院	外出機会が少なくなったため運動量が減少した。
14	病院	レクリエーションやリハビリができなかった期間があることや、共用スペースの利用中止の期間があつたため。
15	病院	隔離や拘束で治療する患者さんが多かつた為、離床時間は減っていた。その他の患者さんも自室で過ごすことが多かつた為、活動量は減っていた。
16	病院	OT活動の中止により、病室内にいる時間が増加したことにより、こもりがちになった。
17	病院	ずっと寝ていたことで、座る筋力の衰えが見えた。食事を自己摂取できていた方が、やや手が上がらない感じあり。
18	病院	個室（行動制限：隔離）対応で行動範囲の縮小や作業療法・リハビリテーション中止も影響している
19	病院	行動範囲の制限のため、病室～病棟内のみの活動範囲となった。
20	病院	感染拡大防護のため、コホーティングなどにより、ほぼ自床で過ごし、活動量の低下が長期化し、感染軽快後のADL低下が生じ、以前は独歩できていた患者様が車椅子を使用するようなことが発生している。
21	病院	ゾーニングや隔離の影響で活動範囲やリハビリが減って日中の活動量が低下した。
22	病院	スタッフが患者のケアに走り回っているため、日常の活動やコミュニケーションの時間が取れないことがあつた。
23	病院	OTプログラム（作業療法）が一時休止したことで、ほとんど日中の活動がなくなったことなど
24	病院	下肢筋力の低下がみられており、歩行状態の悪化、点灯する頻度が増加している
25	病院	ほぼベッド上で過ごしてもらった。歩ける方はホールで過ごしてもらった。活動がなくなったため、ご自身で歩くだけとなった。
26	病院	感染拡大防止をふまえ、病棟プログラムの内容や開催時間や頻度を検討し実施。感染拡大前と比較すると減少傾向にあつた。
27	病院	症状により一部の患者が安静臥床が必要となったため、活動量が減った。
28	病院	屋外の活動で倒れる人や、熱を発散することができず、顔面紅潮する人が殆ど。自室で横になり活動へ参加する回数が減った。
29	病院	新型コロナが収束しても、コロナ対応中の運動量・活動量のまま改善できないケースが多い。
30	病院	声かけや誘導が必要だが、手が回らないときには活動に誘導出来なかつた
31	病院	この期間で認知機能が顕著に下がったり合併症を発症した人は活動量が著明に減少したが、その他の人は活動量が減った位で現在は回復してきている。

32	病院	部屋で過ごすように促しても廊下に出たり、トイレに行ったりするので少し減ったと思われる
33	病院	多床室でカーテンを閉じていたため離床機会が大幅に減少した。自ら離床できる方以外は、床上で過ごす時間が増加した。
34	病院	ゾーニングによる行動範囲が縮小されたため筋力低下がみられ転倒しやすくなった。
35	病院	作業療法では以前は作業療法室に移動して活動を行っていたが、他部署との接触を避けるため、病棟内活動に変更したため、全体的な活動量が減ったせいだ。
36	病院	集団散歩や作業療法が制限されるため活動量は減っている。
37	病院	機能低下に伴い活動量が低下し、無為に過ごす時間が多くなった。
38	病院	リハビリメニューも小規模なものが多くなってしまっている
39	病院	クラスター発生時は、室内のみの移動に限られ、種々活動量が減少したため。
40	病院	他患者と日中ルームで過ごすことが、離床の目的となっていたが、コロナ感染中は個室対応になり、離床することが少なくなり、活動量が減った。
41	老健	施設から外出することが少なくなることで、運動の機会が少なくなったように思います。
42	老健	レクリエーションの活動時間が減ったことで、日中の活動量は減った。外出・外泊や屋外活動を中止したことで、活動意欲も減少した。
43	老健	ADLの低下に伴い、離床はして頂くが動作や活動については低下や減少している。
44	老健	部屋対応による行動制限。部屋対応が続くと、一人でベッドで寝ている時間が長くなり、肺活量が著明に低下した。
45	老健	各行事が中止となり、外部の人との交流・外出・外泊ができなくなったため。
46	老健	レクリエーションやリハビリにも制限があり活動量が減り、日中離床していても傾眠される入所者も多い。
47	老健	週単位で行っていた余暇活動が中止となり、臥床している時間が増加した。臥床しながらテレビを観ている利用者様が多かった。
48	老健	入浴やリハビリを中止にしたり全体的に制限がかかっていたので活動量は低下していた。
49	老健	食事やリハビリテーション以外で活動する機会が少なくなっているため。
50	特養	以前と比較して、活動内容（外出、訪問行事、レク等）が減少し、利用者へも影響している。
51	特養	体力低下による離床時間の短縮。
52	介護医療院	ADLの低下に伴い活動量も減った。楽しみにされていたレクリエーション活動などの回数が減った。
53	介護医療院	この期間で、認知機能が顕著に下がったり、合併症を発症した人は活動量が著明に減少したが、その他の人は少し活動量が減った位で現在は回復してきている。
54	介護医療院	作業療法を中止していたためか、車いす利用者が増えた。
55	GH	外出の機会が減り運動量が低下するとともに、臥床時間が増えた。
56	GH	室内の生活中心になっているため、居室で過ごす方が増え、活動も室内中心となり、運動量が減ったため。

⑥意欲、興味、関心等の状況

1	病院	看護職あるいは患者間の会話の減少傾向がみられた。
2	病院	他の患者さんへの関心は増えたが、トラブルになることも多くなった。テレビを見る人が増えた。コロナに興味を示す人もいた。
3	病院	テレビや新聞などの情報も少なくなり日々の刺激が少なくなった
4	病院	感染中の隔離などによる刺激の減少
5	病院	自床で過ごすことが多くなり、刺激が少ない。
6	病院	あまり外への興味、家族への関心が低くなっているように思う。
7	病院	行動制限により自室で過ごす時間が増えたため。また作業療法・レクリエーションの制限により刺激が減った事も要因と考えられる。
8	病院	家族等との面会機会が減り、刺激なども少なく、作業療法やレクリエーションの縮小も影響し意欲や活気が減退
9	病院	身体機能の低下によりベッド臥床となり、作業療法も中止したことで、刺激のない生活が続く意欲低下がみられた。
10	病院	PPE 着用した職員が対応し、行動範囲が狭め活動もない。ケア介入不足で刺激も少ない状況であり、患者様にも影響が及んだ。
11	病院	元々意欲、関心がない方が多かったが、医療者の関わりが減ったことにより、さらに悪化している患者さんもいた。
12	病院	治療プログラムやスタッフの関わりによる現実感の低下。
13	病院	PPE により表情がわかりにくく、接触時間も短いためかわりも少なくなっている。
14	病院	刺激の減少、他者との関りが減少したため徘徊や大声をだしていた患者が静かになった。
15	病院	OT 活動内でパズルや貼り絵など以前より出来なくなっていた。
16	病院	環境が影響すると思われるが、作業療法・リハビリテーションの中止、大勢が集まらないようホールのテレビを消すなど対応したため、意欲や興味は減少した方が多い
17	病院	生活のリズムが崩れ、刺激もなくなった
18	病院	活動の制限、リハビリ等もできず刺激のない生活により、意欲の低下がみられ自室生活が続く。
19	病院	活動量の低下からベット上の生活が多くなり、活動などへの意欲の低下がみられる。
20	病院	回復しても暫くボーっと過ごしている状況がみられた。発語も少なくなった方もおられた。
21	病院	長期活動の中止（クラスター中はレクリエーションなどの余暇活動が実施できず）が影響したか。
22	病院	OT やデイルームでの TV 視聴等で、刺激が無くなった。
23	病院	発語が少なく、活動量が減った。筋力低下につながった。
24	病院	感染拡大防止をふまえ、病棟プログラムの内容や開催時間や頻度を検討し実施。感染拡大前と比較すると漸減傾向であった。全職員がマスク着用のため当該患者は、職員の話の内容や顔の表情が分かりにくいようで、コミュニケーションを活発に行うに苦心した。
25	病院	自室で過ごす人が多くなった。意欲や関心が低くなったのか、自発的に動いたり発言することが少なくなった。
26	病院	日中の臥床の影響と思われる、ぼんやりしており何事に対しても関心が低くなっている
27	病院	入院患者の多くが重度の認知症患者のため、状態に大きな変化は見られない
28	病院	元々意欲や興味等が薄れている中、更に新型コロナで OT レクリエーション活動等の制限があり状況は悪化している。
29	病院	意欲、興味、関心、全てにおいて著しく低下。
30	病院	作業療法の活動内容の変更（偏った）、活動場所の変更（狭い場所）が要因として考えられる。

31	病院	カーテンが閉じられた中で過ごしており、外部からの刺激が極端に減少していた結果反応が乏しくなった。
32	病院	活動が減り、面会がなく、外出もなく、楽しみが減った。
33	病院	隔絶期間が長くなると、生活に変化が無くなったことにより、表情も乏しくなり意欲の低下が見られるようになった。
34	病院	作業療法なども中止となり意欲や関心が低下した。楽しみがなく動作も緩慢。
35	病院	作業療法の制限や他患との交流減少から低下傾向だったが、終息後は徐々に回復した
36	病院	以前に行っていた活動が出来なくなった方もいたが、変わらず出来る方もいた
37	病院	作業療法などの歌うことが減少した為、元気がない。
38	病院	クラスターが発生すると、自床で過ごす時間が多くなるため、おのずと意欲、興味、関心が低下する。
39	老健	ボランティアを招いたイベントなども行っておらず、刺激が少なくなっていました。施設内に Wi-Fi の整備などを行って iPad を使用したコンテンツの導入など工夫をしました。
40	老健	以前は、レクリエーションや創作活動を行って、意欲向上ができていたが、活動を中止したことで日中何もせずに座っている時間が多かった。
41	老健	無気力な入所者が増えている印象にある。
42	老健	活気の低下や食事に対する意欲等の低下が顕著にあり。
43	老健	行動制限による会話等の減少。室内対応だと、スタッフの関わる時間も減り、意欲や周りへの関心も減退した。
44	老健	レクリエーションに制限があるため、日中傾眠される入所者が増えた。
45	老健	食事の摂取の際に自立していた方が介助を要するようになったり、トイレへの移動も介助が必要になった等、ADL 場面での活動（意欲）の低下が見られたため。
46	特養	心身機能の低下とともに、意欲も低下し、外出や行事への参加を好まなくなった。
47	特養	表情の乏しさが目立つ方が増えたように感じる。
48	特養	コロナ禍で活動が減少した中でのクラスター発生もあり、生活全般に於いて低下していると思われる。
49	特養	自発性が低下して、茫然とした表情の方が増えた
50	介護医療院	意欲、興味、関心、全てにおいて著しく低下。
51	GH	体力低下がある事もあり、散歩や歩行運動・レクリエーションにお誘いしても「疲れたからいい」等、言われる事もある。
52	GH	人との関わりが少なくなり、悪化しているように感じる。
53	GH	花見ひとつをとっても、庭に出るくらいしか行えず、以前のように花見の名所まで外出することができなくなってしまっており、関心が薄れているように感じられるため。

2.2.3 コロナ対応としての様々な制限等における精神・心理的支援や対応の状況

【本章の概要】

精神科病院、施設ともに感染対策ための制限に対して様々な精神心理的支援を行っていた。ゾーニング等に伴う制限の代替支援としての訪問頻度増、個室・個別対応などは病院、施設ともに半数以上の施設が精神的な安定と不安の緩和に有効であったと回答している。同様に家族等との面会の制限の代替支援としてのオンライン面会や短時間面会は精神的な安定と不安の緩和に有効であったと回答している。実際に新型コロナウイルス感染症拡大下で多くの病院・施設で初めて取り入れられたのがタブレットを用いてのオンラインでの面会である。入院・入所して本人と会えない間に認知症が進行してしまうのではないかとという家族の不安は大きい。タブレット越しでも様子を知れることはこれまでになかった画期的な手法である。しかし、中等度以上に進行した認知症者ではタブレット画面では家族を認識できず、怪訝な顔でタブレットを覗き込む様子に、「家族のことが認識できなくなったのではないかと、急激に認知症が進行したのではないかと」、返って家族が不安になることも多く見られた。そのような経験からか、予約制でガラス越しでの面会を継続して行っていた病院・施設も多い。ガラス越しであれ、間近で認知症者本人と家族が対面できることは高度に進行した認知症者にとっては有効であったと思われる。またある程度新型コロナウイルスの特徴がわかってからは、病院・施設ともに看取り期や身体症状が重篤な時には短時間でも直接面会を行えるように努力されている施設がみられた。その際には家族に対して PPE の指導を行うことの大変さが報告された。

またリハビリ実施等の制限の代替支援として、コロナ禍でも生活リハビリの継続した実施や短時間でも実施することは生活機能の維持だけではなく精神的な安定にもつながったと評価している。一方で認知症による認知機能低下から感染症に対する恐怖心などが乏しいことも影響していることが考えられるが、食事の制限の代替支援で使い捨て食器や補液の使用は、精神的な安定と不安の緩和に対する効果は、病院・施設ともに乏しかった。それと比較すると入浴の制限の代替支援としての清拭などは、特に施設では精神的な安定につながったと評価している。これは施設では高度に進行した認知症が比較的多いと予測されるため、清拭をすること自体がユマニチュード的な関わりとなり精神的な安定につながったと推測される。いずれにして病院、施設ともに認知症者の精神的安定や不安の緩和に苦慮したことが報告された。特にクラスターが発生してもその状況を十分に理解できない高度に進行した認知症者が多い施設では、いつもと違う PPE の介護者の格好を見るだけで不安や混乱を来すことも多い。感染対策をしながら、認知症ケアの基本とも言える直接接触を多く行うユマニチュード的な関わりが継続できるかが、今後の新興感染症が発生した時の課題と言えよう。

図表 4-1 様々な制限等の代替として行った具体的な支援内容（主な回答を抜粋）

①エリア分け(ゾーニング)等に伴う施設内移動・共用スペース利用に制限があった場合

1	病院	新聞・雑誌等の配布、音楽・ラジオを病棟に流す等の対応を行った。また、看護職からの声掛けを増やすよう務めた。
2	病院	可能な限りのスタッフ介入や音楽や本・新聞等を提供した。また、可能な範囲でのベッドから離れる生活を勧めた。
3	病院	声掛けを密にし、フル装備では誰かわからないため名前がわかるよう名前を大きく書いた
4	病院	余裕があれば積極的に声掛けしコミュニケーションをとる。
5	病院	レッドゾーンエリアの拡大に伴い、共同スペースの制限を撤廃した。
6	病院	担当看護師・看護助手を増員し声かけ、ケアの頻度を上げる。
7	病院	エリア毎に時計やお茶などの生活用品を複数設置し利用できる環境を整備した
8	病院	患者に渡す荷物などある場合は、事務窓口で対応
9	病院	期間の決まっている制限であることを説明し不安の解消に努める。
10	病院	感染エリアを限定し、共有スペースは感染者以外が使用できるように確保した。感染エリアは職員を配置し、ケアがゆき届くようにした。
11	病院	コロナゾーン内の作業療法を多く行った。
12	病院	内科的な症状を観察し、巡回の回数を増やした。
13	病院	デイルームなどの使用制限により、看護師の訪室回数を増やし、会話等の回数増を心がけた。
14	病院	クラスター発生時は、部屋での生活を強いられる為バイタルサインの状況を見ながら、日中や食事の際は椅子や車椅子へ移乗を行う。
15	病院	エリアごとに職員を配置し非感染者は広い空間で過ごせるようにした。
16	病院	非感染者も含め、ダイナミックに患者移動を行い、保護室もコロナ対策の隔離に活用した。そのうえで安楽に過ごせる環境づくりをした。
17	病院	無症状の感染患者に対して多床室のベッドを片付けて、デイルームとして使用した。
18	病院	病室内での生活になるが、ADLを低下させないよう日頃と同じような援助は行っていた。
19	病院	家族に対しては病状報告や日常の報告を行った
20	病院	複数病棟にまたがる行事、レクレーションを病棟毎にした。共用ホールなどで行っていたプログラムを病棟内で行うようにした。
21	病院	共有スペースがなるべく広くなるように、エリア分けをおこなった。日頃生活に必要な物は、普段と変わらないよう、使用できるようにした
22	病院	部屋にテーブルを設置し、塗り絵などを促した
23	病院	制限の時に、作業療法室を使ったのは、広いスペースで歩けるようにと考えた。他の人と交流が持てて会話ができる。
24	病院	病棟内で歩行練習などを実施した。通常より密な身体観察をすることにより、重症化の予防や改善につながった
25	病院	エリアはできる限り広く確保して、エリア内は自由に移動してもらっていた
26	病院	個室の1室を利用し、イエローゾーン。ごみや洗濯物を置く場所として、大部屋を活用した。活用されない面会室を備蓄倉庫とした。
27	病院	閉鎖病棟環境下ではゾーニングが困難であり、クラスターが発生しやすい状況であった。このため、病棟詰所内外でゾーニングを実施。病棟内は患者が通常通りに移動できる環境とした。病棟詰所外勤務職員を固定し、ケアを実施。病棟内連絡事項は、ホワイトボードを活用した。

28	病院	主治医より患者さんの状態をご家族へ連絡する頻度を増やした。
29	病院	防護具着用での言葉は伝わりにくいので、紙に書き制限のお願いを都度行った。色分けをした。感染拡大に伴い、デイルームもレッドゾーンとしたことでナースステーションからも常に見守りが出来た。娯楽の提供。(テレビ・音楽・塗り絵など)
30	病院	共有スペース利用において、ホール最大限利用して間隔を空け(机、イスなどの間隔)、飛沫感染対策とした
31	病院	大きく2つにゾーニングし、デイルームに代わる作業療法室にテレビを設置した
32	病院	各自の部屋でのROMや館内放送使用しラジオ体操を流し、自室で行ってもらった。携帯電話やラジオなどの使用時間を通常時より長く設定。
33	病院	家族の施設内立入の制限→着替えなどの受け渡しを面会窓口で対応。患者の病棟外移動制限→売店の注文を取り買い物代行、デイケアへは直接出向いて販売。患者の院内行事(夏祭り、クリスマス)感染症が発生していなければ病棟内で行った。
34	病院	デイルーム使用は禁じたが、自室や廊下は自由に移動できるようにした。
35	病院	病室訪室の回数・時間を増やし、コミュニケーションの維持を図った。
36	病院	ポータブルトイレの清潔保持。飲料水をペットボトルに変更。細かな声掛け説明
37	病院	エリアごとにスタッフを配置し孤独にならないよう心掛けた
38	病院	他病棟担当OTの応援を受けグリーンゾーンで休憩や作品作りを行った。その他個別の対応を実施。
39	病院	ゾーニングは実施しているが、机や椅子等で常時職員が見えるように工夫した。
40	病院	レッドゾーン：雑誌等の閲覧・おやつの時間。作業療法活動：周りに人がいない場所(外)で軽く体を動かす
41	病院	個室で対応し、共有スペースをなくした。食事の時など、距離を取り、対面にならないよう対策をした。
42	病院	トランシーバーやタブレットを使うことにより、主治医の診察を素早く対応できるようにした。
43	老健	非感染者をホールに集合していただき、PT・OT活動をした
44	老健	共有のトイレ等はポータブルトイレを設置し、トイレ排泄が継続できるように支援した。また、ゾーニングした箇所にもホール様のスペースを作り、離床を促した。
45	老健	陽性の方をゾーニングするために、陰性の方に部屋替えをお願いした。
46	老健	感染者と非感染者が接触しないように見守りを強化した結果、感染拡大を抑えられた。
47	老健	トランシーバーやタブレットを使うことにより、主治医の診察を素早く対応できるようにした。
48	特養	感染拡大防止対策として、共用スペースでの食事を行っていなかった。各居室で食事をしていただいたが、ベッド上での食事ではなく、居室にテーブルを持ち込み、離床して食事を行っていただくようにした。
49	介護医療院	可能な限りのスタッフ介入や音楽等を提供した。
50	介護医療院	家族の施設内立入制限→着替え等の受け渡しを面会窓口で対応。患者の病棟内移動制限→売店の注文を取り買い物代行。患者の院内行事(夏祭り、クリスマス)感染症が発生していなければ病棟内で行った。
51	GH	感染者発生時は居室内でも少しでも充実して過ごせるように、好みの本やぬりえなどを用意。また、ポータブルトイレの設置も行い、共用スペースへ出なくとも生活できる環境を整えた。
52	GH	新聞や雑誌の提供、一人で出来る活動の提供、訪室時に話を傾聴する
53	GH	居室に職員が行き、話し相手をした。

②家族等との面会に制限があった場合

1	病院	当初の面会制限は、月に2回までであったが、家族と会話した際には、実際に面会されて患者様のご様子を確認されることを勧めた。
2	病院	可能な範囲で患者情報を家族に電話等で伝えた。
3	病院	病状は担当看護師が電話で伝えた
4	病院	窓越し面会、オンライン面会、ターミナル期は面会させる
5	病院	患者への衣類（洗濯物）や必要物品を届けてもらった際に、看護師など職員から、感染症の状況などを説明し、心理的にサポートを行った。
6	病院	電話、メッセージのやりとり、患者の状態を家族へ連絡、家族からの問い合わせにこたえる
7	病院	感染拡大状況に応じて特定の箇所のみ可能とする等、段階的面会制限の緩和
8	病院	電話対応または窓越しでの面会で対応した。
9	病院	窓越し面会・PHS・タブレット面会
10	病院	家族との電話対応/スタッフからの状況説明の電話
11	病院	家族に事前予約をしてもらい15分間のリモート面会を実施。
12	病院	家族が持参した物や患者の要望などをNS経由で確実に受け渡すこと等を行う。
13	病院	季節の挨拶は患者の写真を添え、オンライン面会を実施した
14	病院	ズームによる面会、重傷者には短時間面会を許可。
15	病院	リモート面会、患者の状況を定期的に電話連絡
16	病院	主治医の判断により面会を許可した家族については、PPEの着用させ感染対策を行ったうえで面会となった。その協力を行った。
17	病院	家族に対しては、電話にてその時の状況を医師または看護師・PSW等から丁寧に説明し不安の軽減に務めた
18	病院	洗濯物交換時や電話での情報提供
19	病院	患者様の変化に応じて医師だけでなく、看護師からも情報提供を行った
20	病院	電話での様子の説明。差し入れの受け渡し。リモート面会や条件付き面会
21	病院	直接面会は中止したが、ガラスのドア越しでの面会を実施した。
22	病院	電話やオンライン面会を継続して行った。写真を側に置く。家族の言葉を代行する。
23	病院	電話連絡、クラスター終了後はオンライン面会の再開や家族来院時に窓越しでの顔合わせ
24	病院	訴えに対する傾聴、バリテーション。常にそばにスタッフが寄り添えるように配置した。
25	病院	電話での説明。おやつやジュース等差し入れ。患者の写真を家族へ送る。（その逆も）
26	病院	ADLや入院中の様子を家族が安心できるように伝えた。
27	病院	症状の変化や本人の言動について、病棟職員が家族等に電話連絡を行った。療養生活上の制限に関しても理解を求めるよう働きかけた。また、タブレット端末を利用して、面会を実施。
28	病院	病棟内ではなく別に部屋を用意し、家族のみで人数も少なくして面会を行う。また事前に連絡をもらい面会者の抗原検査なども実施。
29	病院	タブレットによるリモート面会の実施、家族への状態報告
30	病院	電話等の連絡は通常通りであるが、これ以外に代替的な支援はできなかった。
31	病院	ガラスドア越しに面会
32	病院	リモート面会・窓越しでの面会
33	病院	職員からほぼ毎日家族へ電話で状態報告。

34	病院	直接面会できない場合は、ズーム面会、または電話での声のみの対応とした。家族が施設内に入れるようになってからは、感染対策の制限を設けた上だが面会できるようにした。
35	病院	PSW にご家族に連絡。伝言があった場合紙に書いて患者様に渡した
36	病院	家族への連絡時などに日頃の様子をお伝えするようにした。
37	病院	家族には病院での様子を電話連絡する。窓越しでも顔だけは見ていただく。オンラインでの面会導入。洗濯物の受け渡しの場面でも患者の様子は必ず伝える。患者様には家族が荷物を持ってきてくれたことを必ず伝える。
38	病院	家族に対しては経過の連絡を密に入れた
39	病院	対面での面会が難しい時期、また車椅子乗車ができず、面会室の面会が難しい場合は窓越し面会を実施した。
40	病院	通信機器を準備してビデオ通話をしてもらった。
41	病院	看護師より家族へ患者の状態、状況を説明し、家族からの発言等について患者に伝達し、患者・家族の不安軽減に努めた。
42	病院	タブレットを使用した間接的な面会の実施
43	病院	対面面会ができなくなったため、タブレット面会を行った。また、普段より医師、看護師からの家族への情報を密に行うようにした。
44	老健	状態の悪い人には直接（PPE 対応）面会をした。ご家族に対して電話にて状態の説明をした。
45	老健	面会が全面的に中止となってからは、職員を介しての電話連絡で近況報告等を行った。
46	老健	陽性となった利用者様の家族様へ、電話にて状態報告を毎日行う。
47	老健	居室の窓が施設の庭に面している場合には、窓越し面会を取り入れたり、リモート面会を実施したりして対応した。
48	老健	感染症フロアで活動する職員の数も限られ、特別な対応は行っていない（行えなかった）。
49	老健	少人数であるが、オンライン面会で対応した。（クラスター発生時はすべて中止）
50	老健	クラスター発生時は面会を全て中止。また、普段より医師、看護師からの家族への情報共有を密に行うようにした。
51	特養	オンライン面会、電話、SNS やホームページからの情報発信を行った。いち早く面会再開に取り組んだ。
52	特養	随時、ご家族へ電話での状態説明。対応可能な利用者は直接電話での会話を行った。
53	特養	面会の制限を行った場合は、施設の状況ご本人の様子など、電話でご家族へ報告した。
54	介護医療院	可能な範囲で患者情報を家族に電話等で伝えた。
55	介護医療院	オンライン面会、家族から電話があったときに様子を説明する。
56	介護医療院	オンライン面会、ご家族から患者さんの状況の確認の問い合わせに対して入院生活の様子について説明を行った。
57	介護医療院	直接面会できない場合は、ズーム面会、または電話での声のみの対応とした。家族が施設内に入れるようになってからは、感染対策の制限を設けた上だが面会できるようにした。
58	GH	web 面会を取り入れることやお便りに写真を多く入れるなどの工夫を行った。
59	GH	室内と室外に分かれて、網戸越しに面会をしている。

③作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーション(作業療法のほか生活リハビリを含む)の実施や身体治療に制限があった場合

1	病院	看護職により患者に運動を促す声掛けを積極的に行ったほか、ラジオ体操の音楽を病棟に流す等の取組を行った。
2	病院	専門士による療法は中止であったため、看護師や看護補助者が中止となって生活リハを行った。
3	病院	トイレ誘導。作業療法士による食事介助、おむつ交換を生活機能訓練として行った。
4	病院	非感染者に対しては普段通りの対応(レク活動、体操や生活リハ)
5	病院	団体の作業療法は休止とし、個別に体操などの作業療法を実施した
6	病院	個別に取り組める内容ではあるが、クラスター後も患者の状態を確認しながらリハビリテーションの提供を継続した。
7	病院	作業療法士も病棟内で環境整備、排泄介助、食事介助を行った。
8	病院	看護師による棟内の歩行訓練、個別でのレクリエーションの実施
9	病院	発声を伴うカラオケやコーラスに代わり観賞活動を行ったり、グループ活動の代わりに個々の患者の元に出向きベッドサイドでの関わりを行った。
10	病院	嚙下体操や車いす上で下肢の運動を実施した。
11	病院	短時間での個別の声掛けや活動の提供(算定外)
12	病院	感染者が確認された時点で作業療法は中止とした。作業療法士には病棟での職員のフォローをしてもらいながら患者の日常を支えた。
13	病院	感染リスクの低い体操や個別での散歩を行い運動不足解消を行った。現実検討を促す話題や季節の塗り絵を行うことで季節を感じてもらえるように実施した。
14	病院	清拭や食事などの日常ケアで本人ができるところはやってもらう
15	病院	病棟間交差が無いよう、全てベッドサイドでのリハビリに切り替えた。
16	病院	口腔体操プログラムを首周りのストレッチや声を出さないプログラムへ変更(認知機能の低下に対するアプローチ)、写真展示をして興味を引き出した(回想)、患者側からのリクエストを取り入れ活動の幅が広がった
17	病院	集団で行えるリハビリができない為、音楽を流し音楽鑑賞を行った
18	病院	クラスター病棟ではOTの実施が出来ず、看護師介入も人員不足や業務逼迫で実施できず。
19	病院	感染リスクのないものを選び、簡単な体操などを実施
20	病院	ベッド上での屈曲伸展運動等、拘縮予防の運動
21	病院	集団活動を中止し、自室で個別の関わりや活動を増やした。病棟閉鎖時には、脳トレや塗り絵等、個々で取り組めるプリントを提供した
22	病院	病棟外の活動を制限し、病棟内の活動のみとし頻度を増やした。身体機能の維持向上を目的としたプログラムを意識して取り入れた。
23	病院	患者様同士が向き合っていくゲーム的なことはできなかったため、向き合う事がないように全員が前面を向いて映像を見るなどの回想的なことをおこなった。
24	病院	集団リハを個別リハに切り替えた(職員はPPE実施)
25	病院	作業療法士によるベッド上での関節可動域訓練の実施
26	病院	自己管理できる方へは毎日プリントを配布し、脳トレ問題・クイズ・体操の情報提供を行った
27	病院	病棟と協力し、音楽療法を実施した
28	病院	病棟のエリア内でできるリハビリを実施(音楽、ビデオ、テレビ鑑賞、健康体操の実施)。歩きたい方はエリア内で歩行していただく

29	病院	集団リハビリテーションの実施は、中止とした。個別リハビリテーションの実施は、主治医の指示に応じて実施した。
30	病院	制限中は作業療法士の介入は困難なため、病棟スタッフが介入した
31	病院	テレビやラジオの利用、部屋での塗り絵、できる人は簡単な体操
32	病院	看護師による血栓予防運動。
33	病院	1回目クラスター時はプログラムを全面中止したため、OTは病棟内業務を担当し、患者様のADL評価、生活の様子を把握でき、患者様の理解・関係性向上につながった。2回目はクラスター病棟のグリーンゾーンにて鑑賞系のプログラムを実施。
34	病院	自室や病棟内にて身体リハの実施。感染対策課でのカラオケやグラウンドでの活動。OT室内では病棟別に人数制限をしながらクラフト活動を実施。
35	病院	有線放送（音楽）を流した。
36	病院	作業療法棟で実施していた大集団（各病棟から集まる）及びプログラム別の小集団の作業から、各病棟に作業療法士が赴いてプログラムを実施。
37	病院	作業が減った分、テレビ視聴時間を増やした
38	病院	リハビリ棟（病院の外へ出る）は行けないが、病棟内にリハスタッフが出向いてリハビリを行った。
39	病院	クラスター発生中、OT、PT、病棟リハ等は中断、中止をしており、支援はできていなかったと思われる
40	病院	作業療法や生活リハビリを制限していた。病棟内で看護師が簡単に実施するにとどまった。
41	病院	OTが中止になった為病棟内でラジオ体操を実施した。インターフォンを使って絵本の読み聞かせをした。
42	病院	日常生活の中で洗面、食事介助時に声かけ、見守り等
43	病院	ゾーニングを考慮して、屋外での散歩などエリア内のできる運動。
44	病院	音楽鑑賞や映画鑑賞など感染対策を行いながら実施できるプログラムを実施した。
45	病院	カラオケや料理教室などは感染拡大のリスクが高いため、音楽鑑賞などに切り替えた。
46	病院	エコノミー症候群の発生や日常生活機能低下の予防として、手指の運動や立ち座りの運動を促した。
47	病院	作業療法士が病棟に出向き、作業療法を行った。
48	老健	機能訓練室でのリハビリを休止したことから、各棟にリハビリ機器を移動。各棟内でリハビリが継続して実施できるように配慮した。
49	老健	初回のクラスターの経験を経て、2回目のクラスター以降は陽性者以外の方にはリハビリを実施
50	老健	クラスター発生下でも感染患者数が減少してきた場合、防護服着用で居室ごとによりスタッフが入り、個別リハを行うよう対応した。
51	老健	リハビリ室以外の共用のスペースの一部を一部リハリスペースとし、プラットホーム等を移動して対応。（平行棒等追加購入した）
52	老健	陽性者をリハビリ中止としたが、陰性者はリハビリを実施した。短期集中リハの利用者様は、コロナ陽性となり中止となった期間は、陰性となった後に中止期間をプラスして実施。
53	特養	施設内で完結するイベントをすることで活動機会を増やした。
54	特養	一日数名ずつ、手指等のアロマ液を使いマッサージ。
55	介護医療院	専門士による療法は中止であったため、看護師や介護者が中止となって生活リハを行った。
56	GH	個室の清掃や洗濯を出来る方には実施して頂き、計算や塗り絵など、普段実施している事は継続出来る様にする
57	GH	理学療法士に個別のリハビリについて、電話やメールで相談し、介護職員が行える範囲のリハビリを教えられて実践する。日常生活の中の、特に家事について、入居者個々に行ってもらおう。

④食事に制限があった場合

1	病院	共有スペースは使わず、各部屋での食事
2	病院	感染した方、濃厚接触した方は自分の病室でしていただきました。その時スタッフが見守りや声かけをしながら食事をしていただきました。
3	病院	不満感の解消に資すべく、音楽やラジオを流した。
4	病院	栄養補助食品の活用
5	病院	どんぶりでの提供をして食器の量を減らした。どんぶりもディスポを活用
6	病院	身体症状により食事形態の変更はあった（粥食・流動食・絶食）
7	病院	提供時間の変更。代行による間食、おやつを提供。
8	病院	各病室で摂取して頂いたため、ティーサーバー等が傍にない為、500 ccペットボトルを提供した。対応する職員を多く配置した。
9	病院	経口栄養剤（ゼリー状）を味噌汁など汁物に変えて提供した。
10	病院	環境（食器類）由来の感染を考慮し、治療食に合った弁当を提供した。
11	病院	ディスポ食器（お弁当タイプ）での食事となったが温かいうちに提供を心掛けた。普段とは少し違ったメニューもありフタを開ける楽しみもあったようである。
12	病院	誤嚥防止の見守りで精いっぱいであった
13	病院	食事の内容は変更せず、食器を変えて提供した（ディスポ食器の使用）
14	病院	お菓子やゼリー、ジュース等で対応
15	病院	捕食や補水の強化
16	病院	感染対策を実施しつつ、一人ひとりの患者の嚥下状態に合わせた食事形態の提供は困難であった。そのため、それらを両立できる程度の食種・形態に変更して対応。患者に対しては一時的な対応であることを説明し、早期の制限解除を行った。
17	病院	捕食や補水の強化
18	病院	使い捨て食器を用いて、通常の食事提供を行った。
19	病院	一般状態の悪化により、食事形態の変更や絶食とした。
20	病院	補液やエンシュアリキッド等によるカロリー補正、お茶やポカリスエット、ジュース等の補水の支援を行った。
21	病院	食器を使い捨てにかえて、職員の援助の時間を軽減した。少々使い勝手の悪い献立もあるが、お弁当箱で合ったり献立の変更だったり、いつもと違った食事の時間にはなったようだ。おやつ時間が少し無くなってしまった（感染者数が多い時）
22	病院	間食等本人が買い物に行けない場合は、スタッフが代理で購入し準備した。
23	病院	個室で食事をするサポートの人手が足りないため、陽性のテーブル、濃厚接触者のテーブルを設置しグループでの食事を行った。
24	病院	可能な限り経口摂取ができるよう食事形態の変更をする(ゼリー職や補助食品など)
25	病院	使い捨ての食器を使用するにあたり、栄養部は普段より30分程度早く出勤して食事を提供されていた。患者は食器が普段と違うため、普段より食事がしにくかったと思われ、介護者は介助量が増加しているが食器の片づけに関しては廃棄するだけなので手間はかからないが、感染の危険性は増大している
26	病院	お茶を提供していた時間の回数を減らした。その代わりに、勧める量を増やした。
27	病院	誤嚥性肺炎を発症防止のため、患者の嚥下状況を観察し食事形態の変更について随時検討した。患者の食事に対する満足度が懸念されるため、日常療養生活の接遇に関して注意を払った。
28	病院	スポーツ飲料にて補充。
29	病院	食器をディスポへ変更し、提供時間を変更した時期はあったが、食事自体に制限は無い。

30	病院	食事の制限はなかった。患者の嚥下状態に応じて変更した。
31	病院	食器をディスポ食器に変更したが、食事提供内容は制限なし。
32	病院	時間帯をずらして提供
33	病院	使い捨て食器・弁当箱による食事提供形態の変更に対する不安感を軽減するため、念入りに理由の説明を行った。
34	病院	スタッフ動線の関係で、食器から使い捨て容器に変更して対応を行った
35	病院	食欲低下の方に声かけ。食事量、水分量の観察と声かけによる促し
36	病院	自室での食事
37	病院	個室での食事に関しては、看護師が頻回に訪室した。
38	病院	メニューはほぼ変更せず、気分良く食事が摂れるよう声掛けをした
39	病院	個別な対応。居室での摂取、介助
40	病院	食堂を使用禁止とし、各病室での食事摂取に切り替えた。食器はディスポとし、必要に応じて介助を行った。
41	病院	ディスポ食器などで感染対策。
42	老健	食席の間隔を広くとる、食事場所の変更を実施
43	老健	食事の代替として補液の実施や高栄養ゼリーの提供を行った。
44	老健	通常の食器をディスポ食器に替えた。食欲のない方には高栄養ゼリー食を摂取していただいた。食べれない方は点滴施行。
45	老健	食堂を使用禁止とし、各居室での食事の摂取に切り替えた。食器はディスポとし、必要に応じて介助を行った。
46	特養	外食の出前や家族からの差し入れを積極的に受入れた。
47	特養	水分摂取（お茶・コーヒー等）は通常とおりの時間帯で行い、又、嗜好物の持参で補う。
48	特養	食器などを使い捨て容器などで対応しましたが、献立は基本的に制限は行わず提供しました。
49	介護医療院	食事形態を下げていった。ゼリー食からスタートさせた
50	介護医療院	自室で食事をしていただいた。介助が必要な方は時間をずらして対応した。
51	介護医療院	捕食や補水の強化をした
52	介護医療院	食器はディスポ食器に変えたが、食事提供内容は制限なし。
53	GH	感染者発生時は併設老健（けやき苑）栄養課に依頼。調理はお願いし、盛り付けは他ユニットが行った物を該当ユニットへ運んでいた。
54	GH	職員が作ることが難しい場合は、お弁当で代替えた。

⑤入浴に制限があった場合

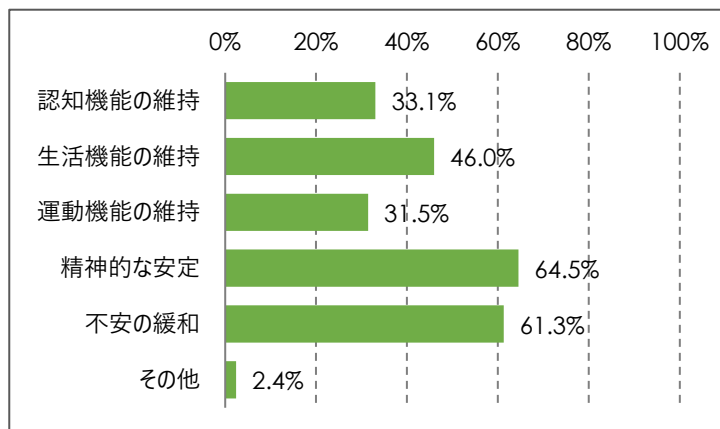
1	病院	濃厚接触者のかたにつづき、入浴する順番があとになる理由を説明し、感染者の方は最後の方に入浴やシャワー浴をしていただきました。
2	病院	清拭用ディスポーザブルタオルを配布した。
3	病院	部分洗浄、クリームを使用
4	病院	清拭による保清
5	病院	ディスポのボディソープ用タオルを使用
6	病院	ペーパータオルにて清拭。
7	病院	ベッドバスや単独でのシャワー浴
8	病院	温タオル3枚による清拭をもらった。
9	病院	隔離解除後に自立者は、順にシャワー浴を実施した。
10	病院	身体の汚染された部分のみ清拭と適宜更衣を実施。
11	病院	全身清拭や洗髪を実施した。
12	病院	感染者が減少してから、少しずつ清拭を開始
13	病院	顔・手などをお手拭きで拭く。衣類の着替えをするようにしていた。
14	病院	患者交差がなるべく無いよう、シャワー対応とすることもあった。
15	病院	清拭または時間制で交差しないように対応
16	病院	清拭・衣類・下着交換
17	病院	陰部洗浄や清拭などの清潔保持のためのケアの実施
18	病院	顔や手の清拭回数が増加。手指消毒の援助。おむつ交換時の陰部洗浄の頻度を増やした。
19	病院	感染者は入浴を中止し、清拭を実施した
20	病院	更衣のみ。(認知症の方達以外は、ピーク時外はシャワーの利用は可能であった)
21	病院	清拭やドライシャンプーを使用した。
22	病院	清拭回数を増やし対応した。
23	病院	感染者以外は密にならないように気を付けながら通常通り入浴した
24	病院	入浴ができない時は清拭を行った。
25	病院	毎日の清拭、必要時に着替え等を行い、皮膚トラブルを予防した。スタッフが整髪した(美容)。
26	病院	床上での清拭を実施した
27	病院	陰臀部清拭を毎日実施。全身清拭・更衣を週1回実施。
28	病院	入浴できない状態の患者は清拭や足浴を実施。症状が安定された患者は発熱等ない時に入浴を実施した。
29	病院	病衣に変更した。洗濯物を業者に依頼できなくなった。家族への負担軽減。
30	病院	計画的に、入浴時間、人数を分けて入浴実施。急な環境の変化に応じることが難しい患者への対応に苦慮した。
31	病院	個別に清拭を行ったり、入浴の順番を最後にしてゆっくり利用してもらった。
32	病院	発熱者については、清拭で対応した。
34	病院	計画的な清拭へ変更した。
35	病院	全身清拭(回数増加)
36	病院	時間をずらしての入浴・清拭・手浴・足浴の実施。

37	病院	使い捨てタオル（ペーパー）で清拭を行った
38	病院	密にならないよう分散して、可能な限り入浴をしてもらった。
39	病院	感染者には清拭で対応。非感染者も一部清拭で対応したり、更衣の回数を増やした。
40	病院	入浴時間が終わってからの入浴を実施。
41	病院	ディスポのぬれタオルを温めて清拭した
42	病院	経過より、ベッドバスを行った。
43	病院	ベッドバス、陰部洗浄の実施
44	病院	清拭、ディスポのタオルを使用する。入浴させる場合は浴室、脱衣室の人数制限（同室者ごと）
45	病院	清拭回数を増やした
46	病院	当初は動線的に入浴が困難であった為、からだ拭きシートで対応。その後、各病棟の状況次第ではあったが、病棟内でシャワー使用。
47	病院	基本的には中止であった。清拭と特浴を使用しての個別入浴
48	病院	全身清拭。陰部洗浄。顔拭き。
49	老健	清拭、着替えの実施。ドライシャンプーの使用
50	老健	清拭、衣類の交換。
51	老健	全身清拭や衣類のこまめな交換介助による保清支援。
52	老健	感染対策をおこないつつ無理のないようにヘッドバスに変更
53	老健	全身清拭を行った。
54	特養	清拭、手浴、足浴の実施。
55	特養	感染対応中は安静保持に努めた
56	特養	ベッドバス支援。
57	特養	レッドゾーンでは入浴を中止し清拭で対応した。
58	介護医療院	清拭と更衣の実施
59	介護医療院	清拭、更衣の回数を増やしたり、ドライシャンプーを利用した。
60	GH	感染者発生時は清拭での対応
61	GH	発熱等に関しては入浴の代わりに清拭を実施
62	GH	希望者への清拭や更衣を出来るだけ実施
63	GH	清拭や足浴を行った。

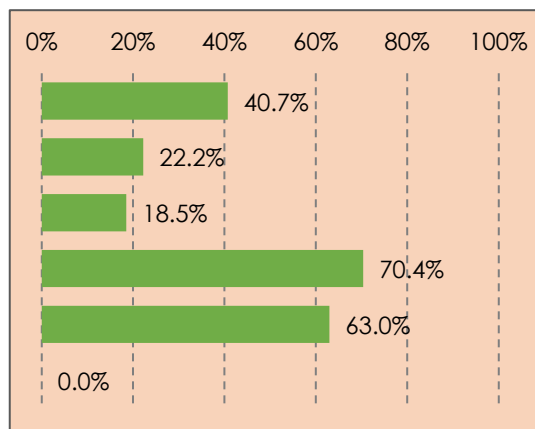
図表 4-2 代替として行った支援内容の有効性（代替の支援内容に記載のあった施設を有効回答）

①エリア分け(ゾーニング)等に伴う施設内移動・共用スペース利用に制限があった場合

病院 (n:124)

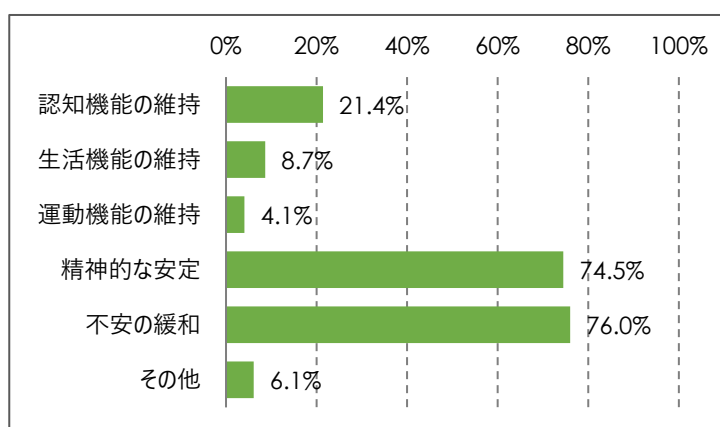


施設 (n:27)

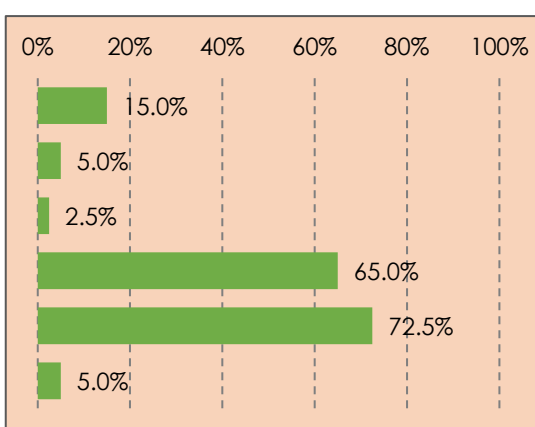


②家族等との面会に制限があった場合

病院 (n:196)

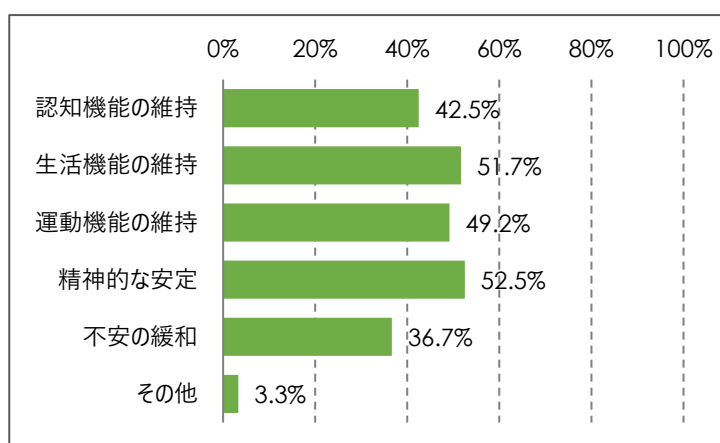


施設 (n:40)

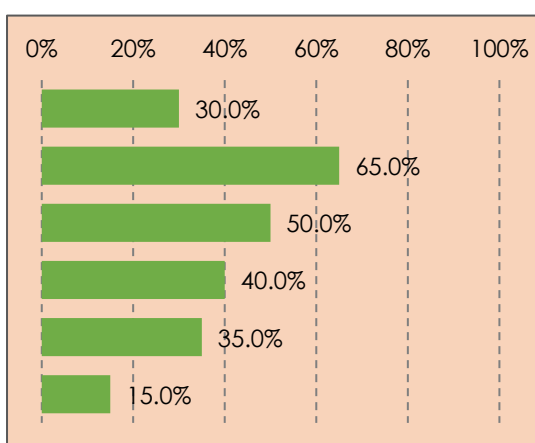


③作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーション(作業療法のほか生活リハビリを含む)の実施や身体治療に制限があった場合

病院 (n:120)

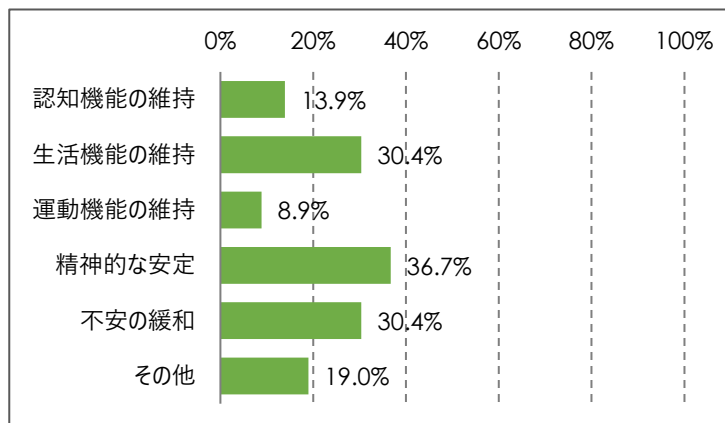


施設 (n:20)

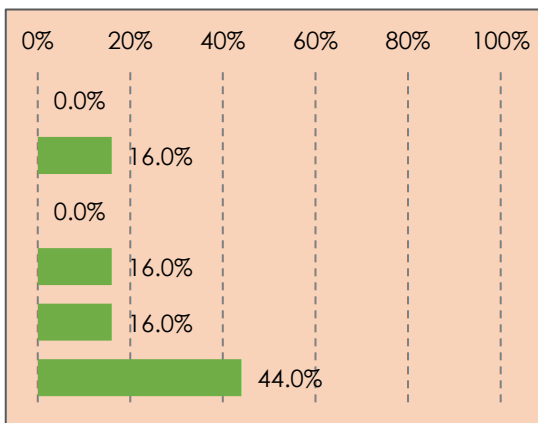


④食事に制限があった場合

病院 (n:79)

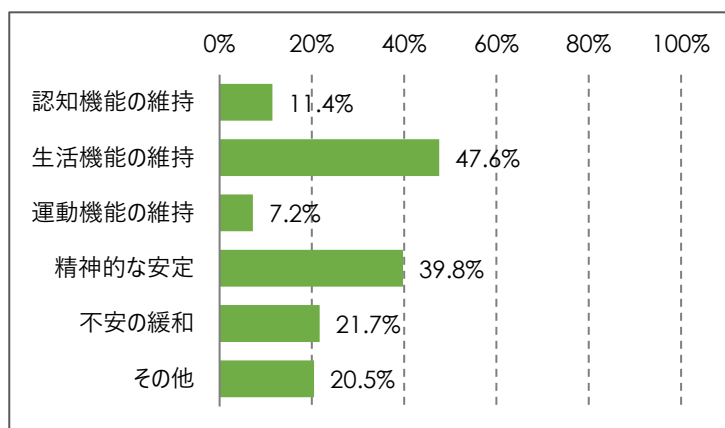


施設 (n:25)

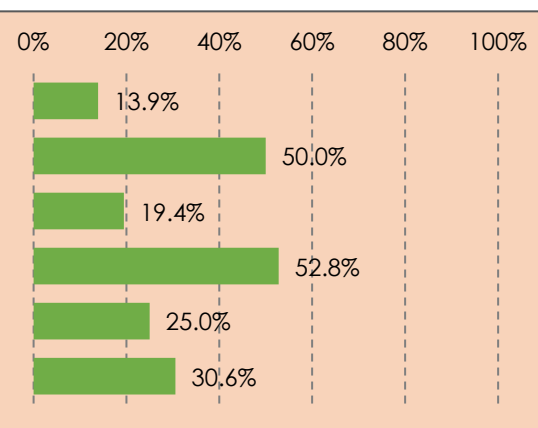


⑤入浴に制限があった場合

病院 (n:166)



施設 (n:36)



図表 4-3 認知症の利用者や家族に対する精神・心理的支援(取り組み)における課題等 (主な回答を抜粋)

【困難であった点・苦労した点】

1	病院	指導する内容が理解していただけないので、安静保持が難しかったり輸液の必要性が理解できず抜いてしまったりと治療に支障が出た
2	病院	リハビリテーションを提供できなかったことでの、精神的心理的な改善を図ることが難しい状況であった。また、通常であれば移動出来た場所へも制限をかけたことで、ストレスを与えた可能性があった。
3	病院	認知症のため手指衛生を取りたくても病室内に消毒液の常設ができない。行動の抑制を余儀なくされて不穏な患者、易怒的な患者が増えた。
4	病院	家族の病状理解が乏しいこともあって電話連絡での説明が困難であった。
5	病院	隔離をすることで他者との接触や移動などの刺激がなく、機能の低下につながった。居室で過ごしてもらうことへの理解が困難で、本人のストレスにつながった。職員の余裕もなく、身体的ケアを優先し精神的ケアは不十分だった
6	病院	認知症の患者さんに、感染など病状を理解して頂く事の難しさを実感しました。感染拡大の中、いろいろな制限に協力を頂く事は困難で、患者さんの不安を招く結果になる事も多々あったと思います。
7	病院	日常生活における変化で精神的に不安定になる患者が数名おり、感染対策をしながらフォローするのが苦労しました。
8	病院	認知症患者は現状の理解に乏しく、理由もわからないまま行動を制限されてしまう。患者によっては行動制限されることで不穏になるケースもあった。
9	病院	発生時に全ての入院患者家族へ連絡し、安心してもらった。面会できないことのストレスあり、オンライン面会開始のための準備 (ポスター制作・家族連絡・面会のルール・予約票・職員周知)
10	病院	認知症という病状から、感染症に対する理解度が低いため、精神的、心理的な支援をしたくてもできない状況であった。
11	病院	感染拡大を防ぐことを第一に考えて自室対応を行った。一般床と違いテレビは無く、患者によってはラジオもなく、刺激が少ない状態が続いた。症状悪化時は頓用薬投与で対応した。
12	病院	コロナで治療しているということが理解出来ないため、安静が保持出来ない。外出や外泊が一時的に出来ないことで不安が強くなる。
13	病院	人員不足が最大の問題であり、最低限のことしか実践できなかった。感染防御と業務を回すことで精一杯であり、OT 活動、ケア介入、ふれあい、家族への介入ができなかった。
14	病院	職員の感染におけるマンパワー不足。感染対策 (PPE 脱着) を行いながらの食事介助、オムツなど日常生活援助は、通常より大変だった。コロナ感染者については急変などを考慮し、事前に家族への連絡を実施した。認知症があるため、理解してもらうことは難しく、伝わらないため、感染を広めないような対策が大変であった。
15	病院	医師の積極的は家族への対応があり、患者の家族も治療や院内の対応に理解を示していただいた。しかし、少数ではあるが対応に意見をjする家族の対応に苦慮した。
16	病院	面会回数の制限等により患者とご家族が顔を合わせる機会が減少。まめに家族にご本人様の状態をお伝えはしていたが、実際ご家族様がご本人様と顔を合わせた際に、情報を受けてイメージしていた様子と相違があり困惑するケースがあった。
17	病院	症状を訴えられず、発熱した時点での対応になる為、対応に遅れが出てしまう。個室での室内安静の必要性をなかなか理解してもらえない。
18	病院	面会制限などで家族が院内の状況を直接見ていない時期、しばらく経過すると患者のイメージが変化があると「想像と違った」ということが度々あった。リモート面会などしていても同様。
19	病院	コロナ感染者が発生しても、本人も他者も、マスク着用ができず、モノの認識ができないため、他者のお茶や食事を摂取してしまったりしたこともあった。他病棟からの応援 NS をいただく場合、患者自身が自分の名前を言えなかったりする場合が多く、ダブルチェックや、患者認識に苦労した。(ネームバンドは使用しているが、すぐに自身でちぎって捨てられてしまう場合が多い)

20	病院	認知症であることで感染対策への理解は当然乏しく、その状況でどうゾーニングして感染拡大を防いでいくのかを日々相談し、可能な限り対策の工夫をしていく毎日だった。行動が制限されることから刺激がなくなってしまう患者に対して日々のかかわりが重要となってくるが職員も次々に感染拡大があったこともあり現実は困難な状況が続いた
21	病院	陽性患者のいる病棟は、全員外出禁止とした。症状により安静度が図れない為、感染拡大リスクが大となる。マスク等防護具の必要性の理解が得られない。
22	病院	認知機能の低下により感染症対策を理解してもらうのに時間がかかった。また患者様のご家族が高齢の場合で、感染症対策で協力が得られにくい場合もあった
23	病院	家族様へのクラスター発生や罹患の連絡が1度でつながらず、数回を要したこともあった。Dr や病棟はバタバタしており中々連絡が難しく、PSW などは家族から本人の様子な状態などの質問などがあっても、返答しにくい部分があった。
24	病院	自由に面会できないことで心配するご家族が多かったと思う。また、外泊や外出が思うようにできず、退院のための試験外泊や施設見学が進まないケースも多かった。
25	病院	認知機能・身体機能の低下と感染対策の実施のどちらを優先することが大事なのかということを常々悩みながら対応を行った。2 類相当の時はやはり生命を守ることを第一優先に対策を行う必要があったため、ゾーニング等を厳しく実践する必要があったため、認知機能・身体機能の低下が顕著にみられることもあった。
26	病院	認知症患者のため感染対策の協力が得られないことが多かった。レッドゾーン専属の職員を必要とするため、人手が取られる。最低限のケア（排泄、食事、保清、環境整備）を行うことで精一杯になり、他の支援をする余裕がなかった。それに対する検討もできなかった。余暇活用に対する支援が困難であった。
27	病院	大きなクラスターとなった場合、患者様個々への対応ができなくなってしまう。特に高齢者の場合は、日常のケアに加え身体的な観察や対応が増える事や感染対策への対応から細やかなケアが困難となる。患者自身の感染対策への協力・理解・の困難さ。家族の不安も大きく家族への対応も重なった。
28	病院	面会者を多数希望された場合にお断りせざるを得なかった。また、亡くなる患者に頻回にご面会をさせられなかった。入院患者が危険な行為や転倒した際にすぐに駆け付けすることができなかった。（防護服の準備に時間を要した）患者に関わりたくても、関わる時間がなかった。
29	病院	家族に向けて、面会や外泊を通じて患者の回復状況を説明し、退院支援を行っていたが、市中感染拡大に伴い、院内寛解状況の旨の理解を促すのに苦心した。面会や外泊も退院に向けた治療の一環として、主治医が個別に診療計画に沿って実施する方針をとったところ、患者と家族の交流を図ることができた。また、病棟業務が逼迫するなかでの日常接遇に関しても苦心した。
30	病院	感染予防の対策は行っていたが、発生からの拡大は想定以上に早く、対応に追われた。現状に対応することが精一杯という中で、患者様・家族までの支援が出来ていたかどうかという思いがある
31	病院	認知症患者様は指示理解困難で安静臥床も出来ず、感染拡大は免れない状況。また、職員も感染してしまえば勤務者が減る。
32	病院	クラスター発生時から、徐々に陽性者が増えていった状況があり、終息の目途がなかなかたらず、日常の業務に追われ、心理的支援にまで配慮が行えていなかった。
34	病院	平時からマスク着用継続しており、表情等の視覚的な快感が伝わりにくい・読み取りにくい。PPE 着用した状態だと、尚更、視覚を刺激するコミュニケーションはとりにくく、着脱に時間を要しタイムリーな対応が困難。
35	病院	本人に精神・心理的支援をすることは不可能に近い状況であった。制限を最小限にすることが通常時でも支援につながるが、感染症が発生している間にはできなかった。
36	病院	一時的な制限の見通しについての理解が乏しく、混乱を助長した点 活動を縮小せざるを得ない点 必要な入院のタイミングで受け入れができなかった点
37	病院	認知機能低下による理解力の低下のため繰り返し説明行いが、自室での出来るだけの待機などへは協力してもらえなかった。また、徘徊や BPSD 出現時の対応に苦慮した（興奮している患者様をなだめるのに直接触れることになってしまうため）。

38	病院	コロナ初期は療養期間が長かったため、自室での安静を強いられ患者様のストレスが多かった。認知症患者に対する看護は生活面の対応（排泄や食事介助、清潔保持）が多く、かなりの人手を要す。特に排泄面と清潔保持に関しては十分とは言えなかった。
39	病院	感染防止の為、面会制限や隔離が必要になり、患者や家族に孤立感や不安が高まった。患者の状態や治療方針の変化に対して、家族との連絡や説明が十分にできない場合があります。感染対策の理解や協力が得られない場合があります。
40	病院	室内でのポータブルトイレ使用頻度の上昇や病棟内や室内での感染性廃棄物やゴミの滞留により、最大限換気に配慮し、消臭剤を使用しても臭気が除去しきれなかった時もあった。感染症に伴う様々な制限や状況の変化等について、患者の理解を得るために繰り返しの説明が必要で、多大な労力を要した。
41	病院	クラスターが発生すると、業務量が増える反面、職員が感染すると。勤務者数が少なくなる。その中でも、精神・心理的な支援を行うためには、患者と関わる必要があると感じるが、現実的に難しい。
42	老健	自身の身に何が起きているか理解できず、マスク着用ができない。感染対策の意義を理解できず、エリアや個室から出てきてしまう。
43	老健	スタッフが15名感染したため、マンパワーとしても圧倒的な不足の中で、入所者のうち認知症自立度Ⅲa以上の方が7割以上を占めており、居室の変更をにより環境の変化があり、不穏となる方がおり、ゾーニングの対応を行うのが精一杯でした。精神・心理的な支援を行うことは非常に難しい状況でした。声掛けや、可能な限りのタブレットを用いた関わり、アロマなどの対応がクラスターの際に出来た支援内容です。
44	老健	施設周辺地域での感染拡大があり、感染予防策として面会の中止や外出・外泊の禁止をしていた。このことは、家族からの不満が少なからずあったように感じている。尚且つ、外部と乖離をしていたにも関わらずクラスターが発生したことにより、感染経路について家族からの不信感が多数寄せられ、説明に関して理解してもらうことが難しい場面もあった。
45	老健	隔離、拘束時間が長く、利用者が寝たきりになってしまう。事故が無いように、職員の人的確保が大変であった。物を置く配置に苦労した
46	老健	安静が必要でも保てず動かれる入所者の対応について制止をすると精神状態が不安定になるため、対応に苦慮した。
47	特養	クラスター時、職員配置が減る中、通常業務以外の身体支援対応により、各部署動員で行ったが制限することになった。ご家族の中には制限する事の理解が困難な方もおられた。
48	特養	エリア分けや隔離など認知症のある方へは、指示が通らず難しかった。また、クラスター発生時等、施設内がいつもと違う雰囲気となり、職員も防御着で動き回るため、入所者に不安を与え精神的な安定を提供することが困難であった。
49	特養	認知症があるため、他室に入ったり、レッドゾーン内であっても出ていこうとしてベッドから降りて床を這ったりしていた。病気に対する理解が難しく、見守りの限界を感じた。
50	介護医療院	当該職員もクラスターで少なくなっていたので、家族への説明が不十分にならないか心配した。重症患者に対応できる設備（酸素）が足りず、酸素ポンプを取り寄せ、ベッドサイドに置き対応した。
51	介護医療院	当該職員もクラスターにより出勤人数が少なくなっていたため、家族への説明が不十分にならないか心配した。重症患者に対応できる設備(酸素)が足りず、酸素ポンプを取り寄せ、ベッドサイドに置き対応した。
52	GH	居室でお1人では落ち着いて過ごせなくなる方への対応や、いつもとは違う環境になるが、その中でも不安にならないようにするための手立て等。感染を広げない対策を行っている中で、それらの対応や手立てを打つことが困難に感じた。
53	GH	コロナ禍で、家族の希望の外出ができないため、毎月できるだけ細かく生活の内容・様子をまとめた「お便り」を家族に送っている。
54	GH	家族から患者の病状について電話があった際は丁寧に状況に関して正確にお伝えつつ心理的な部分の支援を行った。
55	GH	面会が行えず、電話も認知症患者がご自身で行うことが困難であった為、医師や看護師、CWなどが患者様の状況を家族に具体的に報告するように心理的な支援を強化した。

【課題】

1	病院	感染防止を行いながら面会時の対応ができるためには、他部署スタッフの協力が不可欠だと思いますが、感染防止の知識やテクニックをマスターしないと適切な対応は難しいと考えます。
2	病院	感染症治療が優先されるため、その影響で認知機能への影響や BPSD の再燃などが生じる可能性が高いため、それらを含めた治療計画を構築することが必要ではないかと感じた。
3	病院	移動や共有スペース使用の制限が多かったため、患者に対しては病室内で実施できる気分転換ができるケアの提供などができればよかった。また、面会制限により施設内への出入りができないため、患者の様子を電話でお知らせする等の配慮ができれば家族も少し安心できたのではないかと思う。
4	病院	クラスターが発生した場合、認知症病棟では特にダメージが大きい。認知症病棟患者のほぼ全員が感染してしまうことが多く、重症化するケースも他に比べ多い。病院側の責任を問う家族等もあり、新型コロナウイルス感染症は特別な病気ではないことをもっと浸透させる必要があるものとする
5	病院	クラスターが発生した部署とそれ以外の部署で予め役割を決めておき、家族支援を一部でも良いので負担するような体制づくりを構築する
6	病院	認知症患者の治療の一環である作業療法やレクリエーション活動が患者の感染症の理解度や職員自身も防護服を着用した状態ということもあり実施できなかった。
7	病院	離床機会が減り下肢筋力低下への対応が必要である。身体機能が低下すると嚥下機能も低下するため、自室対応期間を最小限にする必要がある。
8	病院	高齢者の増加と共に認知症病棟においても重度の認知症患者が増え、治療の協力が得られないため個別の支援が必要だが、現在の人員配置で感染対策を考慮しながらの患者、家族の対応が難しい。
9	病院	患者からコロナ感染（院内感染）したことについての家族の説明。説明を間違えると不信感につながるため
10	病院	コロナ感染患者以外の家族に対しても事前に連絡を入れられるような対策が必要であった（ケースワーカーなどをお願いする）。コロナ感染者以外の家族にも患者の状態や感染状況について、MHSW などに連絡をしてもらうことで家族には、安心感をあたえられたのではないか。個室などが多ければ、患者さん同士の接触が減らせたのではないか。
11	病院	家族が本人の状況を把握できないことが多い。家族はその間、何があったのか知りたいという思いが強くある。もう少し情報共有ができればよかったがどのように情報共有していけばよいか詳細を検討中である。
12	病院	ご本人様とご家族様が顔を合わせることができる機会の確保が課題。オンライン面会を実施しているが、嫌がる患者様もいらっしゃる。
13	病院	感染対策におけるゾーニング方法。いかに自由に動ける範囲を拡大して行けるかが難しい。なるべく制限を最小限に自由度を高められていくか
14	病院	人員不足になった時の業務簡略化の目安など事前に検討しておき優先順位を共通理解として決めておくことが重要かと感じた。
15	病院	気付いたころには複数感染してしまっていることが続いたことより、無症状の陽性者に抽出に務める。陽性者が判明した場合は、周囲のスクリーニングを行い、陽性者を抽出する行動の徹底
16	病院	クラスター経験をいかした更なるゾーニングの工夫。感染対策に対する更なるスタッフの意識向上を図る。また理解を得ることができず、体調が悪いことを自身で伝えることも困難な認知症患者の身体症状の変化にいち早く気づくことができるよう観察力の強化をしていく
17	病院	ゾーニング後リスクが少ない場面においては公認心理師・精神保健福祉士等の協力も仰ぎ患者の不安に対し配慮をしていきたい。
18	病院	理解できない、守ってもらえない、この問題点への対処は感染対策に響く。移動されると行動制限の対象となるが、5 類なので今後はどうするか。職員不足の時の対応。
19	病院	ケアを十分に実施するマンパワーが不足していたが、補充も困難な状況で、補充する人員もいない。精神科の人員配置の少なさが課題である。

20	病院	感染者・介護度が高い患者への対応にマンパワーが費やされ、感染していない患者へのケアにも制限がかかってしまう。他部署と連携し、緊急時に病棟スタッフ以外の応援体制がとれるよう、日頃からシミュレーションしておく。
21	病院	コロナの感染症が発生して病棟すべての家族の面会制限を行うことは、患者、家族、職員にとってもつらい出来事だった。直接面会時には声をかけゆっくり面会をしてもらおう配慮が出来なかったことがある。患者さん方には平常でなく異常な日常生活を送らせたことは申し訳なく、もっと良い方法を考えていく機会になった。
22	病院	個別ケア、特に高齢者の場合身体的能力や身体疾患の悪化につながることを懸念。また、長期にわたる感染対策は患者の心理的側面にも影響を与える。
23	病院	COVID-19 が陽性でも陰性でも、受け入れ施設が入所拒否をする事による、退院の延期。延期することにより精神面の増悪が課題である
24	病院	患者が居室で過ごせるような物品（テレビ、ラジオ、CD ラジカセ、CD、新聞、雑誌、低床ベッド、緩和マット、L 字バー、ポータブルトイレ、トイレ、各部屋の手洗い（洗面台））の整備。
25	病院	常日頃からご家族との連絡を密にして、信頼関係を築いておく必要がある
26	病院	食事、排泄、検温、検査、記録に追われた。患者のケア、関わりの時間の確保が課題。感染拡大防止のため、病棟職員だけが患者対応に追われた。他部署からの患者への介入方法。
27	病院	無症状者がいた場合、定期的にスクリーニングを行わないと発見が遅くなってしまいます。特に認知症治療病棟の患者は徘徊する患者が多く、陽性者が出た時には複数名感染している状況が見られた。
28	病院	気分転換活動の一環で、院外に出る活動が減少した。一般社会における感染対策の捉え方・緩和状況と、医療機関として感染対策に準じた制限を継続（一部緩和するが）する中で、患者・家続が入院環境に不満を持たれる場合もある。
29	病院	リモート面会などを実施する場合、病棟のスタッフでは難しい面があるため、誰が対応するのか組織としての検討が必要。
30	病院	対策本部設置し、役割、指揮命令系統、指示や決定権など組織で動く事、現場の指揮やその場の素早い判断や決定を下すシステムが今回を機に形づくることができた。がこれを他の事に活かし、もう少し現場の意見や希望を吸い上げるシステムが必要
31	病院	認知症患者においては、理解力等に違いがあるので、個々への対応が十分とれるよう人員の確保をする
32	病院	心理職・精神保健福祉士による病棟への介入がなかった。感染したスタッフも多く、他部署との連携・事前シミュレーションと実践との相違など問題点が多かった。
34	病院	入院患者、家族には引き続き患者情報の共有と可能な限り患者、家族の要望に対応できるよう努め支援していく
35	病院	家族はコロナに罹患した患者の事を心配し、電話での問い合わせが増える。その際にスタッフが電話対応に追われることでマンパワーの不足を招く結果となり、悪循環であった。
36	病院	精神的なアプローチが少なくなり日々の検温や点滴等の処置に追われてしまった。感染対策ばかりに視点を置きがちであるが、患者さんの心の部分について第一に考えていく必要があると感じた。制限についても可能な限り早期に解除するように柔軟な考えで対応していくことも必要だと思っている。
37	病院	認知症入院患者や家族のニーズを把握し、適切な支援体制や方法を構築する事が課題である
38	老健	療養解除時の対応について検討、マニュアル化。行動制限の最小化。感染拡大させないための感染対策並びに職員への感染対策の意識付け
39	老健	多くのスタッフが感染する中で、業務を継続するために必死に働いたスタッフのメンタルヘルスにも留意して対応を継続しなければならないと思います。スタッフの余裕がなければ利用者様への精神心理的な支援を行うことは難しいと思います。スタッフには当法人関連の EAP サービスでの相談を推奨して、職員への支援を検討、対応致しました。

40	老健	10日から14日間、入所者を感染隔離したことで、急激に精神・身体機能が低下することが分かった。今後は、感染対策をしながら、通常の施設機能を維持して、入所者の生活機能、精神・身体機能を低下させないような取組みを検討する必要がある。
41	老健	居室内でできる生活リハビリ等が、スムーズに実践できるようにしていく。寝たきりになってしまう方をつくらない
42	老健	家族への説明をする際に、必要な情報を整理した上での迅速な連絡。設備的に多床室しかなく、個室対応ができなかったため、窮屈な感染対策・生活となってしまう。
43	特養	クラスターの中、支援を行う事は非常に大事なことだが、その支援を担う現場の人材確保をしなければ利用者や家族が満足するかは分からない。
44	特養	クラスター発生時等の物々しい雰囲気を入所者に与えることなく、安心して生活できるような対応を検討していく必要があるかと思えます。
45	特養	換気で窓を開けたくても、部屋から外へ出ていく恐れがあり有効な換気が難しかった。平屋のため、外に出ると転倒のリスクが高い。
46	介護医療院	感染症治療が優先されるため、その影響で認知機能への影響やBPSDの再燃などが生じる可能性が高いため、それらを含めた治療計画を構築することが必要ではないかと感じた。
47	介護医療院	個室が少なく共有スペースが多いため、感染者を特定した後の個室での管理、隔離を行うとソフト・ハード面とも負担が増加する。
48	介護医療院	人員不足になった時の業務簡略化の目安など事前に検討しておく優先順位を共通理解として決めておくことが重要かと感じた。
49	GH	認知機能の低下を抑えられるようにしながらも、安全かつ安心して個室（居室）対応をできる様にした。
50	GH	コロナの感染状況に合わせて、少しずつコロナ前に戻りたいが、きっかけが掴めないのと、感染対策や制限を緩めることへの不安がある。

2.3 今後の新興感染症の対応にあたって

2.3.1 コロナ対応において実践した様々な取り組み等で今後の新興感染症等に対応に活用できると考えること

【本章の概要】

2.3.1 今後の新興感染症等の対応への活用

新興感染症の拡大は、災害として取り扱い、対策本部(又は感染症選任チーム等)を置き、日々報告と今後の方向性について情報共有を図るとともに、保健所や市町村、地域の医療機関との連携等、組織的対応を図ることが有用である。普段から感染物品の備蓄、職員への手洗いや換気の習慣づくり、緊急対応マニュアル(感染症 BCP)やフェーズ段階別の感染対策の作成が必要である。特に標準予防策(スタンダードプリコーション)の徹底、PPE着脱の手技、感染者が発生した際のコホーティングやゾーニングの方法等は、院内の感染拡大を最小限にとどめる上でも重要である。対面での面会は家族の温もりを感じるができるが、感染拡大の中、リモート面会でも心理的な支援が図られたとの意見もあった。又医療従事者の感染による人手不足には、日常より他部署からの応援体制のシミュレーションや、職員と同居者の体調管理、孤立しないようなメンタルケアも考えておくべきとのことであった。更に精神科病院も地域の感染ネットワークに参加(感染対策向上加算の取得)することで、クラスター発生時、連携先医療機関から助言や指導を受けることができ、感染対策の充実を図ることができたとのことであった。

高齢者施設でも、ほぼ同じような意見で、法人内での情報共有や協力体制が、感染リスクを抑え、感染拡大を防止したとのことであった。又感染症発生時、保健所への連絡や連携先医療機関への入院等、日常より連携体制がとれていれば、円滑な対応が進むのではないかということである。

図表 5-1 今後の新興感染症等の対応に活用できる取り組み (主な回答を抜粋)

1	病院	緊急対応マニュアルをスタッフが周知し対応ができるシステムを作っていく(定期的研修)。スタンダードプリコーションは全員に周知
2	病院	普段から手洗いや換気について入院患者さん職員とも習慣づく努力が必要であると思っています。医療従事者だけではなく、事務部のスタッフも感染防止テクニックをマスターすることで応援できると考えます。組織の方針としてしっかりとうちださなければならぬと感じます。
3	病院	認知症患者さんの場合、感染制御は無理だという処から対策を練る必要があると思います。しかし、個室で施設して行動範囲を制限すれば、認知機能は著しく低下すると考えられるので、一定の空間を確保したうえで、複数の感染者を看護するような工夫しかないのではないかと思います。当院では、認知症治療病棟での隔離拘束は全く行っておらず、感染は広がりましたが、認知機能の低下はほとんど見られなかったように思っています。
4	病院	常に新たな情報を捉え、病院独自の「フェーズ表」を作成し、統一した対応を行ったことは今後活かせる。ゾーニングやコホーティングの方法
5	病院	FICT や DMAT、DPAT などの手法を取り入れ、新興感染症発生を災害として取り扱い、県や市町、医療機関との連携など組織的に対応を図ることが有用と思われました。
6	病院	職員体制など、非常時として災害時のように対策本部を置き日々報告と今後の方向性について情報共有につとめた。対応している職員が孤立しないよう、孤独を感じないよう患者はもちろん職員に対するメンタルケアが必要

7	病院	他の感染症でも同様であるが、感染する恐れがあるということを理解してもらうことが困難で、基本的な感染対策を講じる事も難しい。そのため感染拡大につながりやすい。感染症発生時に早期の対応が重要となってくる。
8	病院	ゾーニングや個人防護具の着脱や、標準予防策の学びなどは深まった。感染症への対応には不可欠であると思うので、今後も活用できると考える
9	病院	院内対応体制の早期構築。医療従事者の個人防護力。ゾーニングを行う際の実施方法。感染対応に関する看護職の応援体制
10	病院	防護服等 PPE の適正使用、ゾーニング、環境消毒、食事（食器）、リネン、感染症発生時の初期対応、保健所（行政）等の連携 他、コロナウイルス感染症患者発生時のチェックリストは全ての感染症に対応可能と思われる。
11	病院	情報を得ること・情報を共有すること。職員は病気を持ち込む存在であることを認識して行動すること。職員間のコミュニケーションを図り、ある程度の背景を把握し、信頼関係を構築した上で、体調不良時は、休める体制を作ること。緊急時に病室以外を使用できる等の制度を理解して対応していくこと。PPE 着脱方法など、平時に理解を深め実践しておくこと。
12	病院	感染者が増えた場合、他の病棟と連携して感染していない患者を他の病棟へ移動したり、他の病棟から職員の応援依頼することで最低限の対応はできた。クラスター対応の経験があることで、次回、感染症が起きた場合に迅速に対応しやすい。
13	病院	クラスター発生時には、早い段階で感染対策向上加算 1 を届け出ている医療機関と連携をして、助言、指導を受けることで感染対策の充実を図ることができる。
14	病院	コロナウイルス感染対策の取り組みを継続し新興感染症対策室を設置した。今後の感染症対応についても情報を一元化して継続したい。
15	病院	院内、病棟、施設の立ち入り制限。部署間の交流の中止や縮小（導線を分ける、院内活動など）。早期発見し拡大を防止するため健康観察と積極的な IDNOW の実施
16	病院	個人防護具の取り扱い方、医療従事者への標準予防策の周知、ゾーニングの考え方。感染症発症時の初動対応が重要であることはいずれの感染症に対しても重要
17	病院	個人防護具の着用、ゾーニング、職員の状況確認、病床管理、クラスター対応、BCP 策定、窓口の仕切りなど。クラスター発生時に使用する物品を常に準備しておくこと（カートで移動できる）。設備や人員不足に際し業務縮小や感染対策の合理的な縮小が実践できた。面会可否の決定、手指衛生の徹底
18	病院	認知症病棟は、疾患の特性上 患者自身の感染対策は不可能であり、患者間の接触も多く感染拡大がいきなり拡大する可能性が高い。そのため、感染者が発覚した時は早急に感染隔離、ゾーン分けを実施したことは有効であった。
19	病院	エリア分け、必要物品の準備、配置は活用ができ、次の感染の内容によって、足し引きを行える。コロナが発生した時と 5 類になるころの感染対策（PPE の必要度）は変わってきたので、参考としたい。特に、初動時に慌てないように、物品の管理は今のうちに整えておきたい。正しい手指消毒・手洗いは基本。
20	病院	精神科特有の建物構造でゾーニングをどのように行うかの経験の蓄積を今後感染症が起こったときに活かせると考えます。他の精神科のゾーニング方法を知ることが出来たら参考になると思いました。
21	病院	今回の経験は当院にとっても大きな出来事であった。感染対策では、できている事・できていない事が明確になり、今後の感染に関する取り組みの見直しにもつながった。
22	病院	ゾーニングの迅速な対応が可能になった。いかに濃厚接触者を少なくするにはどのようにしたらよいかという、普段からの取り組み。 Disposable 食器の常時の備蓄により、感染症が発症した場合への、迅速な対応が可能。職員も感染症に罹患しないため、PPE など感染対策の徹底が可能。日頃より基本的な感染症対策の意識づけや、実行が行えている
23	病院	精神科では、常時鍵を使用し、ドアの開閉を行っている。鍵を介しての感染拡大防止のための手順を作成した。ホワイトボードを活用し、ゾーニング、連絡事項、状況を把握できるようにした。結果、申し送りの短縮。周知できた。
24	病院	スタンダードプリコーションをはじめとした基本的な考え、原理、原則をしっかりと理解していれば、すべきことはおのずと見えてくる

25	病院	ゾーニングの考え方や各部署での実際のゾーニング方法、PPEが必要な場面の判断や使用方法、スタンダードプリコーションの実際、効果的な換気や密を避ける考え方など、実際の場面に即して考えることを学びました。
26	病院	コロナ対応の経験を通じて、迅速な情報共有と院内全体の協力体制の構築、zoomを活用し情報共有やオンライン教育の強化、医療衛生材料などの備蓄など今後も必要であると考えます。
27	病院	県や市の行政、保健所、医療機関の連携体制、感染症対応をリードするDr.との連携体制、業者（廃棄物、クリーニング、清掃など）との連携体制、医療機関での物品の確保。
28	病院	どの感染症でのゾーニングや標準予防策の適切な運用が必要である。標準予防策はしているつもりでも、出来てないことが多く、日々の使用から適切な方法で行っているのかを検討し、改善していく必要がある。
29	病院	コロナ以外でも感染症にかかったときのみではなく、日常の医療の提供（連携）が影響するため地域で医師のみではない、多職種と一緒に学習できる場面や交流場面が必要だと考える。
30	病院	感染者数を明確化し、療養期間などを視覚化することで隔離期間が周知しやすくなる。症状に合わせて病室の変更を行い、スタッフの動きが煩雑にならないよう工夫する。今回初めてクラスターを経験した中で有効になった手立てを写真などの資料に残し、スタッフ間で共有。
31	病院	感染状況や医療体制の把握、分析、予測をおこなうためのデータ収集や情報共有の仕組みの整備。感染拡大防止のための検査体制や接触者追跡、隔離施設の確保などの対策。医療物資の確保、医療従事者の負担軽減。感染予防や健康管理などの啓発活動。相談窓口の設置や情報提供
32	病院	他部署の協力を行う姿勢・取組、意識を持つことによりチーム医療の強化を図れる。今後の感染対策にも必要な体制だが、地域医療への貢献に繋げていく事を考えていく。
33	老健	報告先や報告方法等報告のルートの整理。発信すべき情報は遅滞なく実施できる。感染者への対応職員の確保と対応マニュアル化。法人内での職員の調整。
34	老健	オンラインの利活用、感染備品の備蓄、職員の感染対策の取り組みが非常に強化されたこと。ガウンテクは介護職員も多くのスタッフがマスターすることができた。N95マスクの使用法。過労となっている職員の心理的な支援、産業保健の関わり的重要性
35	老健	感染症発生の初動時の対応について。備品備蓄に関して、供給がストップしてしまうことから、ある程度余裕を持った対応が必要。職員の人員配置について、丁寧な説明と同意が必要となる。
36	老健	早めのゾーニングで感染拡大を防ぐ。リモートでの面会で感染リスクを抑える。他部署との接触を避けるため、更衣室を分け、病棟に入るまでの通路の確保。
37	特養	感染予防における認識や行動がコロナ禍にて習得でき、感染発生時の予防衣着用や必要物品の備蓄等の知識が活用できる。
38	特養	普段からのマスク着用や手指消毒の徹底等、感染対策に対する職員の意識が高まったと思いますので、今後も継続していけるよう施設で取り組んでいきたいです。
39	介護医療院	入所者においては、手指衛生の徹底やマスク着用の励行。スタッフには、標準予防策の徹底や感染兆候の早期把握とその対応など継続していくことが、他の感染症対策に繋がっていくものとする。
40	介護医療院	早めのゾーニングで感染拡大を防ぐ。リモートでの面会で感染リスクを抑える。他部署との接触を避けるため、更衣室を分け、病棟に入るまでの通路の確保。
41	GH	入居者の感染患者発生なく、特段の実践や取り組みはないが、病院本体の対応状況を参考にしながら連携して感染対策を行っていく
42	GH	別の新興感染症で相談事が生じた時も、連絡を行いやすい場所であると実感できたことは、とても大きな収穫だと思う。PPEの着脱やゾーニングについて以前よりも知識を得られたので、今後も活用したい。法人内や、グループホームのユニット間の連携もしていきたい。職員やその家族が有症状となった時の判断について、法人での取決めや共有を今後も活用する。感染症発生時の法人内の情報共有や協力体制。
43	GH	他部署への感染拡大を防止すること、あるいは出来るだけ遅くすること。少しずつの感染であれば、徐々に対応可能ではないかという意識がスタッフに感じられる。「正しく恐れて対応する」

2.3.2 コロナ対応を踏まえて、今後の新興感染症等の対応にあたり、課題や懸念として残っていること

2.3.2 今後の新興感染症等の対応における課題や懸念

精神科における感染対策の現状を考えると、精神科病棟(認知症治療病棟等)では、構造(ゾーニングの難しさ、窓の開閉制限等)や設備(陰圧室が無い、個室が少ない、酸素供給の部屋が限られる)の問題があり、感染管理のできる環境が整っていない病院が多い。認知症患者は、感染症への理解が困難で、マスクの着用や個室管理の理解が得られず感染拡大に繋がったり、明確な身体症状の訴えが無いいため初期対応が遅れ重症化するケースもあった。それらを踏まえて看護・介護を行うことになるので、如何に職員の心身の疲労の軽減を図りながら病棟管理を行うかによって、人員不足の解消にも繋がるとのことである。認知症患者は複数の身体合併症に罹患しているが、内科医が不在の病院が多く、初期対応が遅れクラスターになったり、認知症患者の受け入れを拒否する医療機関もあり、重症者を受け入れてくれる専門病院の確保が必要である。又精神科では、専任の感染症担当者を置いている医療機関は少なく、そのため統一した院内指示が無いことが多い。新興感染症の情報収集のために学会・研修会等に参加させたいが、日頃より人手不足により実践できないことや、感染症発生後、新規入院や精神科作業療法も制限され経営が悪化したとの意見もあった。

高齢者施設では、新興感染症初期は、職員の感染対策に対する知識や保健所との情報共有の乏しさが感染拡大に繋がったため、今後も同様の事態が懸念されるとのことである。又在宅や他施設からの受け入れにあたり、抗原検査が行われず感染拡大に繋がったこともあり、水際対策が重要である。家族へは、外出・外泊や面会制限は、本人との関わりの機会を減らし、社会活動の低下を招くとの説明が必要である。ある程度補助金を活用した感染防止対策の経費(物品購入費、人件費等)を補填できたが、今後新たな感染症が発生した場合の経費確保にどのように対応するかが課題である。又クラスター発生に伴い利用者控えが生じ、コロナ禍前より入居率が減少し、収益の悪化が続いているとの意見もあった。

図表 5-2 今後の新興感染症等の対応にあたっての課題や懸念 (主な回答を抜粋)

1	病院	感染対策専門チームを立ち上げたいが、医師、看護師等感染に関する専門的知識が低く、学会や研修に参加させたいと考えるが、人材不足により実践できていない。
2	病院	精神科における感染対策の現状を考えると、今後新たな新興感染症等が発生すると、今回と同様のクラスターが起こるのではないかと不安を感じる。また、感染発症後の重篤化を考慮すると、認知症等があっても重症者受け入れていただける病院の確保は必須であると考えます。
3	病院	スタッフが重装備で認知症患者さんの看護をすることは非常に大変でした。スタッフにも感染者が出て、人員確保にも困りました。
4	病院	感染対策を振り返り、物品の準備、管理、方法をまとめ、これまでの経験を今後の対応に役立出ていかなければならない。
5	病院	5 類移行などから、過剰な対応は不要となったが医療機関という手前、職員感染対策やケアについては十二分に行いたい、対応にかかるコストが自院持ち出しとなるため、職員感情などとのバランス取りが困難
6	病院	精神科病棟、特に認知症の患者さんは病識がなく病状の理解ができない方が多い事を念頭に病棟の管理を行っていく必要がある。感染の拡大を視野に入れた看護・介護を行う事で、その環境で職員を守る事も大きな課題かと感じています。

7	病院	病院の設備（陰圧室がない。個室が不足している。酸素を供給する部屋が限られている等）及び医療品の不足。トイレ共用による感染管理の限界、陰圧室がないため重症者対応が危険だった。精神疾患（認知症含む）を持つ患者の対応（ルールを守れない等）
8	病院	物品の確保、国推奨の2か月分は予算的にも保管場所の確保にも厳しい状況である（今回は1ヶ月弱を国から支給品により何とか乗り切れた）。院内指示系統の実践（誰がいつ、どのように指揮していくか）。経済的負担（入院や活動が停止することで生じる経営の悪化）。人員確保（勤務先が危険で身の安全が確保できないと辞めていく職員が出る）。患者を守るための環境によって、患者の身体機能が低下し職員負担が増えること。
9	病院	コロナ専門病棟を設置し院内の対応はもとより地域での対応に尽力した。5類感染と同時に専門病床は解体し既存病棟での対応を余儀なくされている。新型コロナウイルスのような2類の感染があった場合の対応を懸念している。
10	病院	設備の面で感染症の対応が専門的に行える病棟ではないことや室内で安静に過ごすことの理解が難しい病状であるため病棟内で発生した際には容易に感染が拡大すると考えられる
11	病院	新興感染症発生時の個人防護具の不足、職員全体に広がる心理的不安、それに伴う業務へのモチベーション低下への対応には大きなエネルギーを必要とします。また人的配置が乏しい精神科病棟において、一般科と同様の感染症対応を求められる場合には困難が生じると思われます。今回のコロナ禍同様の収益低下が生じることは最大の懸念です。
12	病院	まだまだ“自己流”で感染対策を実施してしまう職員がいること。発生時初期における対策、特に感染拡大を起こさない対策とその実施について学ぶべきことはまだまだあると考えられる。
13	病院	職員の感染による人員不足、ワークライフバランスの維持。職員の休憩スペースや動線の確保。防護具など消耗品の社会的不足状況での確保。
14	病院	職員の感染に対する意識やスキル（一部分へのこだわりが強かったり、低かったり）の違いで規則が守れない。患者の協力は期待できない。職員が感染すると人員不足で一部の職員への負担が大きすぎる。他病棟への感染の危険性と応援病棟の人員不足があるため他病棟からの応援は見込めない。
15	病院	認知症病棟におけるゾーニングの難しさ。患者が自身の身体状態をうまく伝えることができないことによる発見の遅れ。職員・外部訪問者からの持ち込み。身体管理や専門設備のある近隣病院との連携。
16	病院	クラスターに伴う患者対応・ケアなどの業務量が増加し、非感染病棟も含め人員確保が難しくなった。新興感染症への不安、タイトな業務スケジュールに加え、人員不足となる事でスタッフの心理的負担が増大する。そのためメンタルケアに向けて早期に介入、より面談などの機会も増やしていく事。また感染標準予防対策研修を確実に継続し実践することが、今後への課題と考えている。5類移行後、ワクチン接種の低迷、社会が日常に戻る中、市中の感染状況と高齢患者様の活動が制限せざるを得ないのではないかと懸念がある。
17	病院	まず、患者を診るスタッフが感染しないことが重要であると考え。患者は軽快回復を辿ることになるがそこにはケアするスタッフが必要。少しでも標準レベルに近いケアができるようにすることがもっとも重要であることを痛感した。
18	病院	看護する側が、感染するのではないかと。家族に移してしまうのではないかと不安を感じていた。メンタルケアに十分時間を取れない。管理する側もサポート体制の確保が必要。病院や施設によってさまざまではあるが、病棟を超えた体制づくり、部署を超えた体制づくりができれば、職員の疲弊が少なくなる。各施設ができるようになる体制整備があると良い。
19	病院	市中感染拡大、院内クラスター発生に伴い、従事者が勤務困難な状況に陥った際の病院、従事者への休業補償に関する迅速な判断とその周知。・感染防止対策に要する物品の安定した供給体制。それにかかる仕入れ費用の迅速な支援。医療供給体制の逼迫を回避できる、医療機能分化体制の構築。・離職防止をふまえた、従事者に向けたメンタルヘルス対応の支援体制構築。
20	病院	最新の情報について速やかに入手する事が出来ると、職員の対応がかなり違ってくると感じている。新しい種類のウイルスについて、漠然とした不安は残る。行政には早い情報発信を希望しつつ、医療機関側も速やかな適応が必要と考える。

21	病院	離島のため、感染性廃棄物の回収が遅れたこと。精神科病棟においては、安全性の面からアルコール消毒液を設置することができず、鍵の開閉時における手指消毒の徹底が難しかった。スタッフへ感染拡大した際の人員確保の難しさ。
22	病院	患者がマスクできない、精神症状が不穏などの理由から職員が院内感染する事例が増加している点である。この課題は、個人防護具が正しく装着されていない可能性も考慮しており、今後の対応において懸念材料となっている。
23	病院	医療専門職の実習体制について、コロナ禍では受け入れ条件を設けるなどの制限があり、人材育成にまで影響が及んだことは今後の課題。感染制御については、知識・技術の標準化をどのように継続して教育していくかが課題。
24	病院	精神的緊急度と身体的緊急度によって振り分けられかたが大きくわかり、どちらにしても対応が難渋した。精神科身体合併症病棟（国内では同じ名称でも機能や規模は全く異なる）が活きる場面であったはずなのに医療資源や人的資源は現実に見合っていないために活躍しきれないと感じた。
25	病院	感染症対策と経済活動や社会生活とのバランスの取り方や調整方法。感染症による健康被害だけでなく、精神的・経済的・社会的な影響への対応や支援。感染症に対する意識や行動、協力意欲の変化や維持
26	病院	認知症病棟では、病棟全体をレッドゾーンとしなければならず、PPE 着用のまますべての日常業務を行わなければならなかった。着脱に時間がかかり時間も無い為、レッドゾーン内では水分補給も行えず、日を過ごすごとに疲弊が目立ち、退職につながったこと。認知症、精神疾患の患者を受け入れてくれる施設が少なく、自院で治療するまで診なければならなかったこと。（転院調整が難航）
27	老健	長期化することで、職員のストレスや業務負担の軽減が必要である。今回、補助金等を活用して感染防止対策の経費（物品購入費、人件費等）を補填できたが、今後このような有事の際の経費増大にどう対応するか課題である。新型コロナウイルスが5類に変わっても、コロナ禍前のようにベッド稼働率を上げることは困難である。そのため、収益は減少する一方で、物価高騰や職員の賃金改善への対応は厳しい状況にある。
28	老健	スタッフの確保。診療材費用や医療廃棄物処理に関わる費用の増加。新興感染症の流行状況などの情報取得方法、チェック方法を含めたマニュアル作成をする。マニュアルに沿った初動の訓練を定期的に行う。
29	老健	コロナ対策をするうちに検査が出来るようになり、初動対応がスムーズにできるようになった。今後の新しい感染症でも検査が容易に出来るようになるまで、時間がかかるであろうことが予想され、感染が拡大する恐れがある。
30	老健	他の感染症（インフルエンザ、アデノウイルス等）の職場への持ち込み（職員の家族から発症したケースも含めて）については、今後も注意していかなければならない点だと思われる。認知症の方などに対する感染対策の理解を促す点についても課題。新興感染症が発生した際の家族への説明のルール設定（感染力、発生状況、入居者、利用者の状況等により、説明の仕方が毎回異なる）。
31	特養	感染対策による面会制限などが入居者家族には障害となり、利用控えになりやすい。感染症の程度によっては入居者の尊厳や身体拘束などがどこまで「やむを得ない」という基準なのか判断が難しい。
32	特養	高齢者施設としては、基礎疾患が有られる高齢者が罹患されると、普段の身体状況までの予後が良くなり、顕著に体力低下して行く。又、期間も長期化することにて職員の負担が増大されると思う。
33	特養	ショートステイなど外部の方が施設を利用する際に、利用時の抗原検査などをすり抜けることがあるため、水際対策が課題だと思います。
34	GH	外出や外泊、面会等の制限は本人及びご家族との関わりの機会や社会活動の低下を招き、入居者にとってマイナスに働く事柄が多いと感じている。新たな感染症が出てきた場合、同様の対応になっていくと思われるが、そうなると更に入居者の生活の質が低下していくことが懸念されている。
35	GH	感染症に対しての意識が向上した反面、慣れによる緊張感や対応の低下が懸念される。

2.3.3 今後の新興感染症等の対応における地域連携についてのご意見

2.3.3 新興感染症等の対応における地域連携

地域での自院の役割を認識し、保健所の転院調整の他に、精神科病院、総合病院等地域の医療機関との情報共有や情報交換といった地域連携の構築が進むと、重症化した認知症患者の受け入れもスムーズになるのではないかという意見が多かった。地域に第三者的な調整機関を設置することは難しいので、精神科病院含め、可能な限り医療機関が感染対策向上加算を取得し、地域の感染ネットワークを構築することで、日常より定期的な意見交換や、感染管理認定看護師の巡視による助言や指導が受けられ、感染予防に繋がるのではないかとのことある。又閉鎖的な空間があり感染拡大しやすい精神科病院では、今後感染管理認定看護師や災害支援ナースの配置を検討すべきであるとの意見もあった。

高齢者施設で新興感染症が発生した場合、保健所が中心となって、その地域の医療機関や介護施設、介護サービス事業所等に、感染症の発生状況等を迅速に情報提供することで、初動対応がスムーズになるのではないかとのことである。又高齢者施設も、地域で医療の感染ネットワークのようなものがあれば、新興感染症についての情報収集や情報共有、認知症高齢者の入院調整、介護施設でクラスターが発生した場合に感染管理認定看護師により専門的な助言や指導が受けられるのではないかと意見もあった。

図表 5-3 今後の新興感染症等の対応における地域連携(意見) (主な回答を抜粋)

1	病院	保健所の方がクラスター前、クラスター中 2 回、クラスター後一回にわたり指導していただきました。かなり高度なきめこまかい感染防止に対する知識とテクニックがいることや組織としてしっかりと方針をたて、それを日常から訓練しなければ、なかなか感染を防止できないことを認識しました。それを実施するためには、自衛隊の方のように、普段からの教育や訓練が必要不可欠だと思っています。院内感染対策チームが中心となって定期的な病棟巡回をし、手洗いや清潔、不潔ゾーンの適切な区別を全職員が共通認識がもてるように 12 月から実施する計画をたてています。
2	病院	精神科入院中（医療保護入院、措置入院）の精神疾患の治療と並行して、新興感染症罹患の身体的治療が必要となった場合の、精神科のない身体科病院との地域連携について、今回のコロナ感染症を機に、県や市町レベルで事前に対応方法などが決められていると、スムーズかもしれません。精神科医療の特殊性もあり精神科病院間でも、感染対策についての情報交換が有用と思われる。
3	病院	地域の病院、施設との連絡はするが、実際に人員を借りることができない。人員、物資などの依頼をして、受け入れるシステム等の整備が必要である。
4	病院	クラスターが発生するたびに人員不足に陥る。また、感染症への対応は経済的に負担が大きい。自治体、大規模病院、中小規模病院、各施設等が地域内で協力していく体制の強化が必要である
5	病院	人流が止まる状況で、入院制限、退院制限もあり、地域連携もまた停止の状態であり、様々な影響が出た。第三者的調整機関が必要か。
6	病院	地域での自院の役割を認識し、保健所圏域の医療機関、その他関係機関と情報を共有し連携していくことが大切と考える
7	病院	保健所の指導および連携は、今後も必要不可欠であると考えます。近隣の医療機関との連携、情報共有も重要ですが、やはり偏りが懸念されます。中心には行政指導による潤滑な連携が必要であると思います。
8	病院	感染流行期はどこの病院も大変だと思い、他院に相談することを控えていた。保健所へ相談しながらの対応で何とか自院で対応できたが、気軽に相談できるところがあると心強いと思った。

9	病院	新型コロナウイルス感染症に係る転院について多大なサポートを頂いたほか、圏域内および周辺の一般科病院との良好な連携体制は従来よりも構築されており、転院などは比較的スムーズに行うことができました。身体疾患への対応に不安のある単科精神病院においては、日頃からの地域連携体制の構築は新興感染症への対応でも大変重要になると考えております。
10	病院	クラスター発生後、保健所保健師が来訪し点検・確認等していただいたが、来訪時期が収束に近づいた時期であった。新興感染症発生時は、現場としてはその対応策について情報不足、知識不足であること否めないことから、訪問点検確認の時期は発生後できるだけ早く来訪いただけたらと考える。
11	病院	感染対策加算 1 の連携病院と相談できる体制。病院間や保健所との連携に時間を要した。認知症・精神疾患を理由に、精神科病院での対応を強いられること。入院先の病院の機能や特徴を理解したうえで、連携できるといいと感じた
12	病院	精神疾患や認知症に特化した病院においては、新興感染症患者の受け入れや発熱患者の診療を積極的に行うことは困難な現状である。感染対策向上加算を取得することが地域連携につながると思われるが、施設基準においてハードルが高い現状である。
13	病院	精神科に入院中ということで、転院を断られることが多く、行政が積極的に転院調整をして頂きたい。
14	病院	地域連携、特に保健所の機能が果たされていなかったのではないかと。相談時も、時間と労力が必要であったが、効果的なアドバイス等は乏しかった。他院の感染認定看護師には協力が得られ、ありがたかった。
15	病院	精神科病院は感染管理において脆弱な部分が多い。精神科病院においても感染管理認定看護師の配置は必要であり、精神科病院同士で感染管理における連携を強化する必要があると考える。
16	病院	保健所や各医療機関で感染症の状況や患者の発生状況などの情報の共有、PPE などの必要な物資の迅速な補給。患者の転院時の医療機関同士のやり取り、情報提供（医師、看護師）、受け入れ先の病院が早い段階で決定して、移動手段も含めてスムーズに流れができるとよい
17	病院	オンラインで情報共有を行い、他の病院がどのような悩みを抱えていたり、どのように解決しているかなど、情報共有の場を定期的に設けて頂けると非常に参考になると思いました。
18	病院	既存の精神科病院においては、現状の人的、診療環境資源では対応困難な状況と考える。入院患者または外来で当該症状の発生またはその疑いがあった場合、従前の国立療養所や総合病院での受入対応を迅速にお願いしたい。既存の精神科病院に、これの対応を求めるならば、感染症対応への環境整備にかかる費用の支援をお願いしたい。
19	病院	理解力の乏しい認知症患者への感染対策については、精神科病院の負担はかなり大きい。精神科クリニックや介護保険事業所も、そういった事情を理解して頂き、入院等について双方の立場を理解した中で協議できる事を期待する。
20	病院	コロナ感染した精神患者さんを受け入れる一般病院が少ない。今後厨房が機能しなくなった際に備えて、地域の弁当屋と業務提携することができた。
21	病院	身体症状が悪化した際に保健所や当院からも転院先の病院を探すが、実際には見つからずに当院で経過を見たケースが何例もあった。重症化のリスクが高い患者において速やかに転院先が見つかり、重症化を防ぐことができるようになってほしい。
22	病院	身体疾患増悪時の受け皿は少なく感染症となると更に紹介先が限定される。地域ごとに現実的な受け入れシステムや相談窓口があればと考える。
23	病院	医療従事者を優先に検査を受けられる仕組み 職員が就業制限された際特別休暇の付与（年休消化され欠勤になるものもある）。時間外勤務休日出勤した職員の手当ての補助
24	病院	転院調整がスムーズに行えるようにしてほしい。新興感染症ができた場合、行政の感染症の法の整備を早急にしてほしい。廃棄物処理方法を簡素化してほしい。
25	病院	リモートで良いので、10 分程度の短い時間で、精神症状以外の内科的疾患等のケースについて対応できる病院に治療やケアについて聞くことができる時間があれば良いのではないかとと思う。

26	病院	感染症に通じた近隣の病院から、適時に助言や指導を受けられる体制の維持。精神科病院における密な情報交換や、実地での助言や指導を気軽に受けられる体制作りを期待します。
27	病院	重症化した患者様の他科受け入れ先病院の手配など苦慮した。他科病院も自院の体制で一杯、保健所も調整機能がなく中等症患者様に最低限の治療しかできなかった。設備の整わない（酸素中央配管など）環境下で職員はよく頑張った
28	病院	精神科単科ではコロナ対応は無理だと思っていたが、実際はできることを何とか工夫してやるしかなく、自信がついた面もある。今後は重症化した場合の速やかな転院ができるような体制を整えば良いと思う。
29	病院	保健所に報告、相談しすぐに対応してもらっている事で助かっています。勉強会、研修、情報共有の機会など現場ですぐに活用できる事を今後も続けて頂ければと思います
30	病院	地域ごとに感染状況や医療体制が異なるため、地域性に特化した対策を立案して実施する必要がある。地域内で感染症に関わる自治体・医療機関・企業・団体・個人などが連携して情報交換や協力を行う必要がある。
31	病院	感染対策向上加算 1 の医療機関の感染管理認定看護師の方や管轄保健所の方が丁寧に相談や助言をしていただけるので心強い
32	病院	家庭内でのゾーニング等が困難であるため、廃校になって空いている学校や空き家バンク等を臨時的に感染施設とし、医師及び看護師等を派遣し対応することは今後可能なのか。重症化リスクが高い患者様等については従来通り医療機関での対応継続。
33	老健	DMAT をはじめ多くの ICD、ICN の対応に助けられております。老健は医師、看護師が配置されており、施設内でもある程度対策をとることができますが、地域の中でいざという時に入院ができる医療との連携は大変重要だと思います。
34	老健	新興感染症が発生した場合は、感染症に関する正確な情報を行政機関が中心となって、その地域の各医療機関や介護施設、介護サービス事業所に情報提供していただきたい。正確な情報を速やかに入手することで、感染対策の初動がスムーズに行えるかと考えます。
35	老健	看護・介護スタッフも大多数が感染したため、職員数の圧倒的不足下で施設内が壊滅状態となった。職員派遣が法人内で成り立たず、自分達だけで解決するしか術がない状態で、2 週間程は完全に「感染者が感染者を看護・介護する」状況にあった。クラスターが終息した後、外部からの人材派遣を依頼できることを知ったが、情報が不足している状態にあった。自施設での情報収集不足は否めないものの、県や市には情報周知の徹底をお願いしたい。
36	老健	感染対策向上加算 1 の医療機関の感染管理認定看護師の方や管轄保健所の方が丁寧に相談や助言をしていただけるので心強い。
37	特養	高齢者施設においては、新興感染症においても入居者が罹患した場合は、速やかに医療機関に入院調整をお願いしたいというのが一番です。今回の新型コロナウイルス感染症の経験を生かして、保健所等が速やかに入院調整できる体制を整えていただきたいと思います。
38	特養	地域の施設の感染状況や対応等の情報交換や、地域での協力体制に当たり、顔の見える関係性作りが求められるのではないかと感じた。
39	特養	特養は医療機関ではないので、発生時点で医療機関への入院が大前提だと思う。が、医療機関がパンクする事態を避けるのであれば、特養等の介護施設に対してきちんとした形での指導やフォローアップ体制を取って欲しいと思う。
40	介護医療院	介護施設でクラスター発生の報告があった時点で、感染管理認定看護師を派遣して助言、指導が受けられる連携体制が構築されると良いと思います。
41	GH	地域に住む高齢者の方は、色々な集まりに参加できるようになったが、施設に住む高齢者は、なかなか地域に出ていけない現状であることを理解してもらいたい。

Ⅲ 「新興感染症発生時の介護施設の対応と備えの手引き」の作成

1 目的・構成等

(目的)

精神科病院および介護施設等を対象としたアンケート調査において得られた知見を元に、今後想定される新興感染症、災害発生の際にも利用者と家族・介護者、地域の社会資源等とのつながりを維持できる取り組みや精神・心理的支援に有効な取り組み等をまとめ、周知することを目的に、事業において設置した検討委員会による検討により、「新興感染症発生時の介護施設の対応と備えの手引き」を作成した。

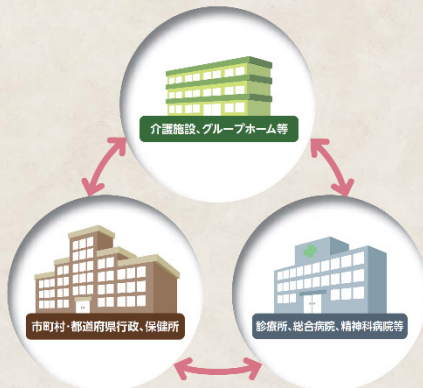
精神科病院、連携する医療機関や介護施設に配付し、新興感染症・災害発生時における個々の施設における対応や、精神科病院等、介護施設等、地方自治体(保健所を含む)を中心とした連携・協働による利用者と家族・介護者への精神・心理的支援につながるよう全国的な普及啓発を図る。

(構成等)

手引きは、手に取りやすく、また、支援の要点を簡潔に整理するため、A4版 8ページ(表紙・裏表紙を含む)構成とした。(次ページ以降、「2 手引きの紹介」を参照)

事業の成果物は、調査協力をいただいた精神科病院、同一法人の介護施設等のほか、地方自治体、関係機関等を対象に広く配布した。

新興感染症発生時の 介護施設の対応と備えの 手引き



公益社団法人 日本精神科病院協会

はじめに

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の拡大は、医療や介護の現場にとって、様々な困難をもたらしました。ただ同時に、現場の多大な努力や工夫などによる対策は、今後の新興感染症発生時の対応に向けた、かけがえない経験になったと考えられます。

全国の精神科病院とその関連介護施設に向け、アンケート調査を実施しました。この調査で得られた知見を元に、高齢者介護施設に入所している認知症の人に対し、感染症発生時から終息に向けての対応、精神・心理的支援についての要点を手引きにまとめました。

日頃よりの備えに勝るものはありません。この手引きが皆様にとって少しでもお役に立てればと願っています。



1

1 基本的な感染対策

① ゾーニング(エリア分け)と居室間の移動、共用スペースの制限について

- ◎ 出入り口には手指消毒の設置、検温や健康チェックを行います。
- ◎ 感染症発生時での早い段階でのゾーニングが有効です。レッド、イエロー、グリーンなどのテープを利用し、色割りをしましょう。エリア分けしたスペースの移動とし、共用スペースの制限を行います。パーテーションやアクリル板を利用し、飛沫感染を予防します。
- ◎ 感染者・濃厚感染者の部屋や、非感染者の入所者の部屋というように同じグループの入所者で分けること(コホート)が適切です。
- ◎ 感染者に対しては個人防護具(PPE)を着用し、介護を行います。日頃より着脱の訓練を行いましょう。
- ◎ 職員健康管理に気を付け、特に感染エリアでの介護等を行う職員の動線を確認します。抗原検査等は出勤時に必ず実施しましょう。

② 家族等の面会、外出について

- ◎ クラスターの時期には面会を禁止し、やむを得ない以外は外出、外泊は制限します。
- ◎ タブレットを使用したオンライン面会や、ガラス越しでの面会といった代替手段を活用します。オンライン面会も人数制限(2人まで)や、時間制限(15分以内)を設ける等、感染状況に合わせて実施しましょう。
- ◎ 症状が悪化した入所者や、看取りの入所者に対しては、PPEを着用した短時間の直接面会も検討します。
- ◎ 入所者への感染症が発生した時は、家族に対し、感染の有無と現在の施設対応、症状悪化時の対応等について丁寧な連絡を行い、心理面の支援をします。家族への情報共有の手段として電話での連絡のほか、施設のホームページやSNSでの情報発信も効果的です。

2

基本的な感染対策

③ 食事や入浴、通所リハビリの実施について

- ◎ 感染者は自室での食事を原則とします。感染による誤嚥のリスクがあるため、食事内容の変更を考えます。ディスポ食器や使い捨て食器にて対応しましょう。
- ◎ 非感染者に対しても黙食や3密を回避した指導を行い、感染の拡大を予防します。
- ◎ 感染者の入浴は中止とし、清拭にて対応します。
- ◎ 感染状況によりですが、通所リハビリ利用者等については時間や密を避け対応します。また、クラスター時には中止とします。

④ 人員配置や勤務シフト、職員への教育について

- ◎ 人員が可能であればレッドゾーン(感染エリア)に勤務する職員はグリーンゾーン(非感染エリア)への立ち入りを避けるようにします。
- ◎ 日頃より地域連携を構築しておく事が大切であり、職員の応援など協定を結んでおくことも重要です。
- ◎ 同施設の他部署の職員についても、連絡業務や感染性廃棄物の処理等の依頼をします。
- ◎ リハビリ等の従事者においても、補助業務(施設内の消毒、食事の配膳や下膳)を行ってもらうようにします。
- ◎ 施設に働く全職員に対し、感染症や災害に対する研修を行い、マニュアルなどを作成しておくことが重要です。

3

2 感染発生後の利用者の変化

- ◎COVID-19感染症によるクラスター発生後では、それ以前と比べ、認知機能の障害、日常生活動作(ADL)と身体的な運動・活動量において、低下がみられました。
- ◎COVID-19感染症の罹患により、さまざまな制限を受けることで、認知機能や身体機能に悪影響があることが明らかになりました。更にゾーニングや行動制限、リハビリテーションやレクリエーションといった集団活動の減少、また利用者へのケアによる関わり方の減少も認知機能低下につながる要因となることがわかりました。
- ◎認知症の利用者への日頃よりの対応として、タブレット端末を利用したレクリエーションや新聞・雑誌の提供、一人でできる活動の実施、コミュニケーションの時間を設ける等、非薬物療法の重要性が明らかになりました。



4

3 今後の新興感染症対策に向けて

- ◎介護関連のサービス実施事業所(居宅、施設)等において、自治体や連携先医療機関、かかりつけ医との感染症対策ネットワークを構築しておきましょう。また、このネットワークが開催する研修にも進んで参加し、感染症の発生に備えます。
- ◎施設内においては、「感染対応チーム」を設置し、「感染対応マニュアル」を作成しておきます。事業継続計画(BCP)*を作成しておくことも効果的です。備蓄物品の保管や管理をする部署を定めておくことで、スムーズに対応することができます。
*介護施設事業所では2024(令和6)年4月1日より義務化
- ◎日頃より行政や保健所等と連携を行い、情報共有・情報交換しましょう。また重症化したケースの入院先等の調整ができるよう備えておきましょう。



5

むすび

新興感染症発生時、我々は何が出来るのか、我々が出来る役割は何かを考えてみました。

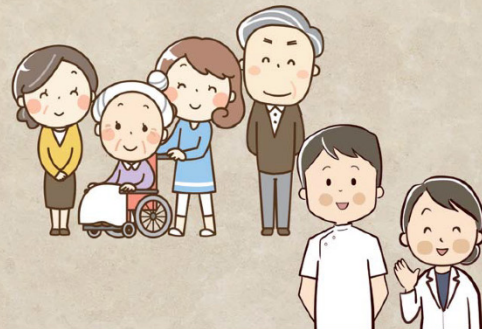
機能のちがう医療機関、訪問系や施設系の介護サービスを提供する事業所等、対応には大きな差があります。

今回のアンケート調査から我々の経験を踏まえて介護サービス提供施設において、対応と備えの手引きを作成しました。最も大切な事は、自分たちだけで何とかするのではなく、かかりつけ医や連携先医療機関を通し、地域の感染症対策ネットワークに参加し、日頃より研修を実施しておくことが重要です。

発生時には、慌てることなく、かかりつけ医や専門看護師、さらに行政や保健所の指導に対し、顔の見える関係を構築しておくことで職員も安心できるでしょう。



6



令和5年度 老人保健健康増進等事業
「認知症の人や家族のための入退院等に際した
精神・心理的支援の調査研究」

公益社団法人 日本精神科病院協会
令和6年3月

IV 総括

1) 精神科病院において新型コロナウイルス感染者が発生すると、病棟での治療・療養環境は一変する。これまでの 5 類感染症であるインフルエンザは季節性であり、飛沫感染で蔓延するが治療薬もあり、経験してきた感染症である。しかし新型コロナウイルス感染症はワクチンや治療薬も無い状況で拡大していった。2 類相当の未知のウイルスによる感染であり、医療関係者においても対応に苦慮し続けた。感染者が徐々に増えていく中でも基本的な感染対策はきちんと出来ていた。ゾーニングの実施、共用スペース利用の制限、面会や外泊の制限、マスク着用、手指消毒、食事・入浴制限等が行われていた。入院患者や職員への抗原検査や PCR 検査も頻回に実施されていた。さらに、入院患者全員の家族に対しても感染・非感染を問わず頻回に状況説明を看護師や精神保健福祉士から行っていた。家族の不安を解消していたのである。面会においては新しい試みとしてオンライン面会(タブレット使用)が導入されたが、認知症の中等度以上の人にとっては家族等の不安が増した傾向にある。ガラス越しの面会や重篤な状況にある時は PPE 着用を家族に指導し面会を行っていた病院もあった。

個室対応や狭い空間での行動制限は認知機能の増悪や ADL の低下に結びついていた。リハビリテーションも制限はあるが個別対応を行い身体を動かし、会話をすることが重要である。

2) 医師、看護師等の医療従事者も感染する。人手不足から病棟運営に支障を来す状況が考えられるため、応援体制を整えておくことは大切である。感染対応チームを作り、感染防止対策マニュアルを作成しておくことが必要である。さらに、精神科病院も地域の感染ネットワークに参加(感染対策向上加算を取得)し、クラスター発生時等には他の連携医療機関から指導や助言を受けることができる。今後の新興感染症等の発生に活用できると思われる。

3) 精神科病院を経営母体とする介護保険施設へのアンケート調査を行った。単独の介護保険施設よりも日頃より医療連携が行われていたため感染症に対する知識や対応において整備されていた。生活介護支援中心のスタッフが多い施設では個室対応よりコホーティングでの対応が適切であった。施設では多くの場合かかりつけ医がいて、一般的な身体疾患の治療等を行っている。新興感染症の発生や、そのクラスター等の対応は十分とは言えない。BPSD 等の違いはあるが認知症高齢者施設と精神科の病棟は共にリハビリテーションや日常生活指導の役割が大きい。精神科医をかかりつけ医とし、クラスター発生時等は精神科の感染症対応チームが施設と連携構築されることが望まれる。施設においても感染症に関する正しい情報、行政や各医療機関との連携は必要不可欠である。

V 資料編

「新型コロナウイルス感染拡大下における認知症の利用者・家族への精神・心理的支援に関する調査」
調査票

「新型コロナウイルス感染拡大下における認知症の利用者・家族への精神・心理的支援に関する調査」
(令和5年度 老人保健健康増進等事業 76)

【回答施設の情報】

会員番号（ハイフン除く4桁）

※日精協会員病院のみご記入ください

病院名・施設名

回答ご担当者名

(部署名

)

連絡先



【施設調査票】

1 基本情報

1.1 体制等（調査日：令和5年11月）

1.1.1 施設種別と病床数・定員数について

貴施設の種別と病床数・定員数についてお教えてください。

(病床数・定員数)

<input type="radio"/> 精神科病院	<input type="text"/>	床
<input type="radio"/> 介護老人保健施設（老健）	<input type="text"/>	人
<input type="radio"/> 介護老人福祉施設（特養）	<input type="text"/>	人
<input type="radio"/> 介護医療院	<input type="text"/>	床
<input type="radio"/> 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	<input type="text"/>	人

1.1.2 基本的な感染対策等について

いわゆるコロナ対応期間（R3・4年度）の基本的な感染拡大予防・防止等の対策についてお教えてください。

※貴施設において感染者がない場合も含めてお考えください

① 施設内や入口等のエリア分け（ゾーニング等）

<input type="radio"/> 実施していた	
→ <input type="radio"/> 常時	
→ <input type="radio"/> 感染者がいる場合のみ	
→ <input type="radio"/> その他 ⇔	<input type="text"/>
→ 具体的な対策等	<input type="text"/>
<input type="radio"/> 実施していない	

② 病室・居室間等の院内の移動や共用スペース利用の制限

実施していた

→ 常時

感染者がいる場合のみ

その他 ⇨

→ 具体的な対策等

実施していない

③ 家族等との面会・訪問の制限

実施していた

→ 常時

感染者がいる場合のみ

その他 ⇨

→ 具体的な対策等

実施していない

④ 外出や外泊の制限

実施していた

→ 常時

感染者がいる場合のみ

その他 ⇨

→ 具体的な対策等

実施していない

⑤ マスク着用（利用者について）

実施していた（複数回答）

→ マスクの着用を拒否された

マスクを着用しても取り外してしまった

その他 ⇨

実施していない

⑥ 手洗い・手指消毒の実施（利用者について）

実施していた

常時

感染者がいる場合のみ

その他 ⇨

→ 具体的な対策等

実施していない

⑦ PCR検査・抗原検査の実施（利用者について）

※「実施している」場合は、検査の種類や方法についてもお教えてください（複数回答）

実施していた

→ 常時

感染者がいる場合のみ

その他 ⇨

→ PCR検査(自施設) PCR検査(委託) 抗原検査〔複数回答〕

→ 具体的な対策等

実施していない

⑧ 食事に関する制限・提供方法や内容の変更

<input type="radio"/>	実施している		
→	<input type="radio"/>	常時	
	<input type="radio"/>	感染者がいる場合のみ	
	<input type="radio"/>	その他 ⇨	
→	具体的な対策等		
<input type="radio"/>	実施していない		

⑨ 入浴に関する制限・提供方法や内容の変更

<input type="radio"/>	実施している		
→	<input type="radio"/>	常時	
	<input type="radio"/>	感染者がいる場合のみ	
	<input type="radio"/>	その他 ⇨	
→	具体的な対策等		
<input type="radio"/>	実施していない		

⑩ 人員配置・勤務シフト等の柔軟な対応

<input type="radio"/>	実施している		
→	<input type="radio"/>	常時	
	<input type="radio"/>	感染者がいる場合のみ	
	<input type="radio"/>	その他 ⇨	
→	具体的な対策等		
<input type="radio"/>	実施していない		

1.2 実績等（令和5年11月1日現在）

1.2.1 認知症の利用者について

令和5年11月1日現在の利用者についてお教えてください。

※冒頭 1.1.1 で選択した施設種別について回答できるようになっています

※施設の場合、認知症の判断は認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上を目安としてください

	(利用者(入院・入所)数)		(認知症の利用者数)
	<input type="text"/>	人	<input type="text"/> 人
	<input type="text"/>	人	* <input type="text"/> 人
	<input type="text"/>	人	* <input type="text"/> 人
	<input type="text"/>	人	* <input type="text"/> 人
	<input type="text"/>	人	* <input type="text"/> 人

1.2.2 新型コロナ感染症のクラスター発生状況（令和3・4年度）

発生した → クラスターとして保健所等に届け出た回数 回
 発生しなかった

③-4 作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーションについて

リハビリテーションには、作業療法のほか生活リハビリ(療法)などを含めてお考えください。

具体的な対応	
課題や困難であった点	

③-5 食事について

具体的な対応	
課題や困難であった点	

③-6 入浴について

具体的な対応	
課題や困難であった点	

2.1.2 (クラスター発生が複数回の場合) 初回の対応からの変化について〔複数回答〕

初回の対応と比較して、感染拡大防止の対策や認知症の利用者や家族への対応等において変わった点や工夫した点などがありましたらお教えてください。

(選択肢)	(具体的な内容)
<input type="checkbox"/> エリア分け等、感染拡大防止の初動が早くなった	
<input type="checkbox"/> 専任者・チームを置く等の体制整備を行った	
<input type="checkbox"/> 消毒液・防護服等の備蓄を強化した	
<input type="checkbox"/> 法人内・地域の関係機関等との連携を強化した	
<input type="checkbox"/> その他	

2.2 認知症の利用者にみられた変化（コロナ前の状況との比較）

コロナ感染拡大前と比較して、貴施設の認知症の利用者の認知機能障害やBPSD等の状態について変化がみられた場合、おおよその所見とその理由・状況等についてお教えてください。

① 認知機能障害（記憶障害、実行機能障害、注意障害など）

悪くなっている

どちらかという悪くなっている

あまり変わらない

どちらかという良くなっている

良くなっている

その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的な障害の内容・状況等）

② 行動・心理症状（BPSD；妄想、焦燥、易怒性など）

悪くなっている

どちらかという悪くなっている

あまり変わらない

どちらかという良くなっている

良くなっている

その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的なBPSDの内容・状況等）

③ 日常生活動作（ADL；移動、食事、排せつなど）

悪くなっている

どちらかという悪くなっている

あまり変わらない

どちらかという良くなっている

良くなっている

その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的なADLの内容・状況等）

④ 身体疾患の状況（身体合併症がある場合）

- 悪くなっている
- どちらかという悪くなっている
- あまり変わらない
- どちらかという良くなっている
- 良くなっている
- その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的な様子・状況等）

⑤ 身体的な運動・活動量

※日中等の離床、日常生活における動作や活動等の様子についてお考えください

- 減っている
- どちらかという減っている
- あまり変わらない
- どちらかという増えている
- 増えている
- その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的な様子・状況等）

⑥ 意欲、興味、関心等の状況

- 悪くなっている
- どちらかという悪くなっている
- あまり変わらない
- どちらかという良くなっている
- 良くなっている
- その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的な様子・状況等）

2.3 コロナ対応としての様々な制限等における精神・心理的支援や対応の状況

クラスター発生時を中心としたコロナ対応期間における施設内移動や面会等についての制限の代替として、認知症の利用者や家族に対する精神的・心理的な支援につながるような対応 についてお教えてください。

※「どのような支援を行い」、「どの面で有効であったか」、「その効果等の具体的な内容」についてお考えください

2.3.1 エリア分け（ゾーニング）等に伴う施設内移動・共用スペース利用に制限があった場合

① 制限等の代替として行った具体的な支援内容

→

② 支援内容の有効性〔複数回答〕

認知機能の維持 日常生活機能の維持 運動機能の維持

精神的な安定 不安の緩和

その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的な内容・状況等）

2.3.2 家族等との面会に制限があった場合

① 制限等の代替として行った具体的な支援内容

→

② 支援内容の有効性〔複数回答〕

認知機能の維持 日常生活機能の維持 運動機能の維持

精神的な安定 不安の緩和

その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的な内容・状況等）

2.3.3 作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーション（作業療法のほか生活リハビリを含む）の実施や身体治療に制限があった場合

① 制限等の代替として行った具体的な支援内容

→

② 支援内容の有効性〔複数回答〕

認知機能の維持 日常生活機能の維持 運動機能の維持

精神的な安定 不安の緩和

その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的な内容・状況等）

2.3.4 食事に制限があった場合

① 制限等の代替として行った具体的な支援内容

→

② 支援内容の有効性〔複数回答〕

認知機能の維持 日常生活機能の維持 運動機能の維持

精神的な安定 不安の緩和

その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的な内容・状況等）

2.3.5 入浴に制限があった場合

① 制限等の代替として行った具体的な支援内容

→

② 支援内容の有効性〔複数回答〕

認知機能の維持 日常生活機能の維持 運動機能の維持

精神的な安定 不安の緩和

その他 →

→ 上記の回答を選択した理由（具体的な内容・状況等）

2.3.6 認知症の利用者や家族に対する精神・心理的な支援（取り組み）における課題等

貴施設で精神・心理的な支援を行った際の困難であった点・苦勞した点などについてお教えてください。

※課題等があるため、行えなかった取り組みなどがあれば、併せてご記入ください

→

【困難であった点・苦勞した点】
<input type="text"/>
【課題】
<input type="text"/>

3 今後の新興感染症の対応にあたって

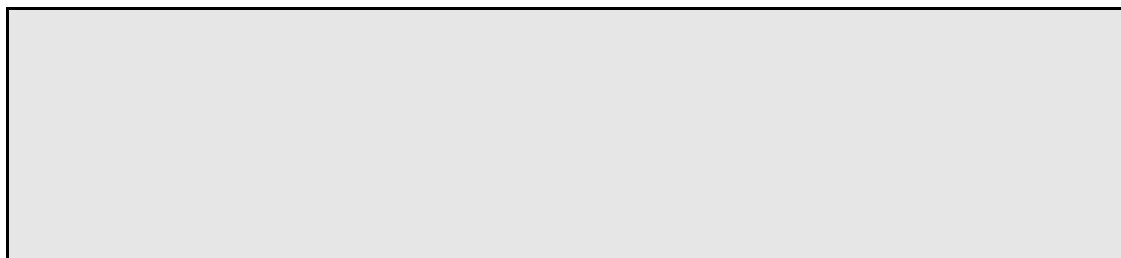
3.1.1 コロナ対応において実践した様々な取り組み等で今後の新興感染症等の対応に活用できると考えること

→



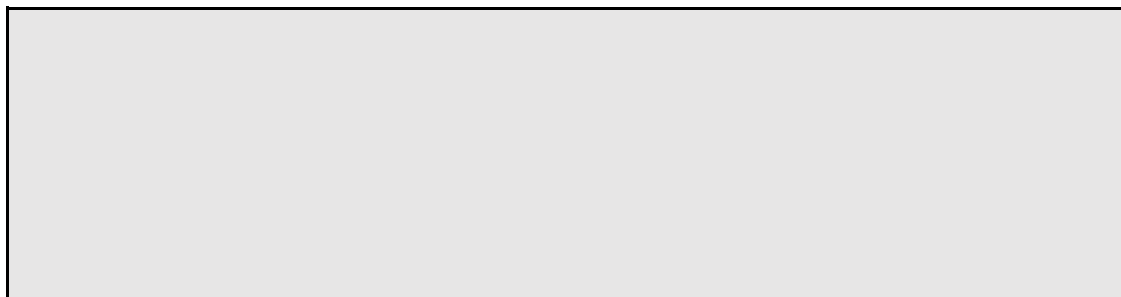
3.1.2 コロナ対応を踏まえて、今後の新興感染症等の対応にあたり 課題や懸念として残っていること

→



3.2 今後の新興感染症等の対応における地域連携について、ご意見等がありましたら自由にご記載ください。

→



アンケート調査はここで終了です。ご回答をありがとうございました。
所定のメールアドレスまで、メール添付の上 ご返信をお願い致します。

令和5年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

認知症の人や家族のための入退院等に際した
精神・心理的支援の調査研究

報告書

発行日 令和6年3月
発行 公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

☎ : 03-5232-3311 📠 : 03-5232-3309

URL : <http://www.nisseikyo.or.jp/>

