

健康長寿の森病院 コロナクラスターの恐怖

健康長寿の森病院は1980年に設立された療養型病院である。理事長で精神科医の森山昭一は2005年、38歳のときに病気療養中の父親から理事長を継いだ。国の高齢者医療政策が「病院」から「在宅・地域」へとシフトするなかで健康長寿の森病院の経営も大きな影響を受けてきた。森山はこれまで何度も経営上の困難を経験してきたが、そのたびに病院内外の人に助けられ成長してきた。しかし、2020年からの新型コロナウイルスのパンデミック(資料1)では、健康長寿の森病院は3度にわたりクラスターを発生させてしまった。一時は感染の連鎖が止まらず、病院を閉鎖しなければならなくなるかも知れないという恐怖に襲われた。クラスターへの対応をめぐる病院に貢献してくれた大事な人材を失うことにもなった。今回の苦い経験をこれからの経営にどう生かすか、森山の気持ちは晴れないままである。

健康長寿の森病院の状況

森山が理事長に就任した2005年当時、健康長寿の森病院の看護の手技や手順は標準化されておらず、看護師個人が「私のやりかた」で日々の業務をこなしていた。介護職員は近所の主婦のパートが多く、看護師の手伝い程度に位置づけられていた。医師にも問題があった。当時から療養型病院の医師のなり手は少なく、中には社会人としての常識を疑わせるような医師もいた。就職しても半年から1年で辞めてしまう医師も多く、紹介業者を通じて医師を採用していた。医療レベルも職員のモチベーションも低い健康長寿の森病院の組織改革の必要性を痛感した森山は、その第一歩として県立病院から看護部長をスカウトした。新看護部長は看護計画を立てるなど看護の標準化を図り、病院全体の看護の質を高めた。さらに森山は介護職の技術向上のため、病院内に介護技術教育部門を設置し、介護技術の専門家を招聘して未経験の新人に体系的な介護技術を教育し、介護の標準化を図った。看護職、介護職ともそれぞれ専門職としての役割分担により患者に貢献することを目指したのである。

身体拘束ゼロ活動

こうした、看護、介護の技術向上の成果として、健康長寿の森病院では2016年より全病院で患者の身体拘束フリーを実現した。それまでは入院患者の8割が何らかの身体拘束を受けていたが、5年にわたるプロジェクトチームによる試行錯誤の結果、入院中のすべての患者で身体拘束を解除することができた。身体拘束から解放された患者に笑顔が戻り、職員からは、「こういう医療や介護をしたかった」という声が上がリ、やる気も高まった。この活動を通じてチームで相談する文化が醸成され、中堅リーダーの育成にも役立った。身体拘束フリーは今では健康長寿の森病院のブランドとして広く知られるようになった。

医局改革

2014年、都内の急性期病院で内科部長などの要職にあった川崎福弥(当時60歳)を院長として招聘した。川崎の就任により、森山は理事長として経営を担い、川崎は院長として医療の実務に責任を持つという二輪の体制が出来上がった。川崎は病院全体の医療・介護の質向上に乗り出した。カフェランス、全体朝礼などを開催するとともに、医師別患者死亡率、薬剤使用量なども調査し、医療の質改善につなげた。さらに看護職、介護職の教育にも力を入れ、褥瘡や嚥下の勉強会も開催した。川崎院長はこうした改革を急ぐことなく、看護職、介護職の自主性を尊重し、日常の業務の中から勉強したことを発表する勉強会につなげていった。

本ケースはインタビューに基づき、学校法人北里研究所の渋谷明隆が創作した。本ケースはクラス討議の資料として用いるためのもので、実在の組織や人物とは関係がなく、経営の良否あるいは関係者の判断の適否を示唆するものではない。本ケースを許可なく複製することを禁じます。Copyright 渋谷明隆 (2022年8月作成)

こうした改革を受け入れられない医師が次々に退職していったが、医師不足でも流れ者のような医師の採用はせずに森山と川崎のふたりで多くの患者を担当した。療養型病院としての質の向上を目指すなかで、院長のつてにより次第に中堅・若手の医師が集まるようになった。現在の常勤医師は、森山、川崎を含め計 7 人で、さらに大学病院から初期研修医を一定期間受け入れるようになった。

健康長寿の森病院の療養環境

健康長寿の森病院では入院患者が保険外に必要な自己負担金を近隣の療養型病院より高額に設定している(総額月平均 30 万円)。森山は公的医療保険に頼りきらずに高レベルの療養環境を維持し、質の高い医療・介護を提供する職員を確保するためには、ある程度の患者自己負担金が必要と考えている。入院に際して患者とその家族に身体拘束をしない療養環境を見てもらい、健康長寿の森病院の価値を伝えることで理解を得ている。入院した患者とその家族の満足度は高く、自己負担金が高いという苦情はほとんどない。現在、健康長寿の森病院の病床稼働率は 98% で、入院待ちは常時 10 人を超えている。

高齢者医療施設である以上、終末期を迎える患者も多いが、健康長寿の森病院には入院患者の家族が頻繁に見舞いに訪れ、最後の貴重な時間とともに過ごす姿が多く見られる。患者家族のコミュニティーができあがり、家族同士が安心して仲良くなり、一緒に食事に行ったりする姿もみられている。

2018 年、国はこれまで介護療養病床が担ってきた医療機能と、療養・生活施設の両機能を兼ね備えた新たな介護保険施設として「介護医療院」を創設した。介護医療院は身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等を入所させるための施設で、比較的安定した者を対象とする施設である。健康長寿の森病院も、2019 年に介護療養病床を介護医療院に転換した。健康長寿の森病院の病床数は、医療療養 220 床、介護医療院 56 床、の合計 276 床で(資料 2、資料 3)であり、職員数は約 350 人である。

新型コロナウイルスのパンデミック

2019 年 12 月中国武漢で発生した新型コロナウイルス感染症は瞬く間に全世界に蔓延した。2 年余りの間にワクチンや治療薬が開発されているが、今なお新型コロナ感染の収束はみえていない。日本では 2020 年 1 月下旬に最初の感染例が報告され、2 月にはクラスターが発生したダイヤモンドプリンセス号が横浜港に寄港した。国内での感染の広がりとともに 3 月には全国の小中高等学校が一斉臨時休校になり、東京五輪の開催延期が決まった。著名な芸能人の感染、死亡が相次いで報道され、新型コロナ感染症に対する国民の恐怖感は一気に高まった。

健康長寿の森病院でも 2020 年 1 月から院内感染対策委員会が新型コロナ感染症に対応した活動を開始した。感染対策委員会では日ごろから新入職員への研修、年 3 回の勉強会、手指消毒チェック、アルコール使用量のチェック、ICT ラウンドなどの活動をしてきたが、新型コロナ感染に備えてマスクの使用基準を決め、院内各所にアルコール消毒薬を設置するとともに、職員食堂のレイアウト変更、休憩室の使用禁止、患者家族の面会を原則禁止とするなどした。職員には 3 密を避けるよう行動自粛を要請し、毎日の体温測定と体調不良時の報告などの感染予防対策を進めてきた。しかし、職員ひとり一人の手指消毒手技のチェックまではされておらず、病院の特徴である身体拘束フリーに伴う患者の動きへの感染対策は不十分であった。この時点では特にクラスター発生を想定した対策もなかった。

A 病棟のクラスター発生(第 1 回目クラスター)

2020 年の大型連休中の 5 月 5 日、A 病棟の職員が、カレーを食べた際に匂いを感じないことに気づいた。この職員の症状は連休明けの会議で報告されたが、それ以上注目されることはなかった。5 月 12 日、A 病棟の患者が発熱し、胸部レントゲンで両側に多発する肺炎像を認めた。報告されている新型コロナ

肺炎の所見と類似していることから所轄の保健所に連絡したが、保健所の担当者が不慣れで、PCR 検査を要請しても曖昧な回答に終始し、その日は特別な指示も支援も得られなかった。翌朝、森山理事長と事務長が保健所に出向いて直接交渉した結果、患者のみ PCR 検査ができることになった。一方、民間検査会社にも新型コロナ感染の PCR 検査を依頼できるとわかり、その職員は民間検査会社で PCR 検査を受けた。その結果、職員は翌日にコロナ陽性と判明し、患者の結果はさらにその次の日になって保健所から陽性と連絡があった。病院内で初めてコロナ陽性者の存在を確認したものの、感染の広がり不明であった。

健康長寿の森病院はただちに理事長を本部長とする新型コロナ感染対策本部を設置した。対策本部には病院幹部のほか、医師全員と各病棟看護師長が参加した(資料 4)。対策本部会議は理事長と本部長が向かい合って座るスクール形式の配置の会議室で毎日、朝と夕に開かれた。A 病棟の師長には病棟スタッフの健康状態の確認、感染した患者や職員との接触状況の行動履歴情報の収集などの業務が集中した。

当時の保健所による濃厚接触者の定義は「マスク未着用での接触者」であり、調査したところ職員 18 人と患者 44 人が濃厚接触者としてリストアップされた。A 病棟では師長以外の多数の職員が濃厚接触者に該当することになり 14 日間の自宅待機となった。急遽、他病棟から看護師、介護士をシフトさせたが、その後もシフト管理に苦慮することになった。濃厚接触者には順次、民間検査会社での PCR 検査を開始した。その結果、5 月 18 日までに職員 7 人、患者 6 人の合計 13 人がコロナ陽性になった(資料 5)。コロナ感染のクラスターが発生すると、保健所・行政への届け出と相談、感染の広がりや感染経路の調査、職員の行動履歴調査、濃厚接触者のリストアップと PCR 検査、患者の治療と転院への対応、家族への連絡、職員への周知、コロナ陽性職員や濃厚接触者への対応、宿泊施設の手配、職員の勤務シフト、マスク対応、院内での二次感染予防策の周知、感染対策物資の確保など短期間のうちにやらなければならないことが目白押しで、当初は知識不足、経験不足、準備不足もあり、現場も感染対策本部も混乱し、すべての対応が後追いになった。

院長の知人の感染症専門医の指導を受けて、A 病棟を隔離し、病棟内をゾーニングした。感染拡大を防ぐため、A 病棟への職員の出入りを制限し、対策本部と師長との接触もエレベーターホールまでとしたため、対策本部が病棟内で直接、職員の手指消毒や個人用防護具(PPE)の着脱手技などの実際をチェックすることができなくなった。

また、この時点で院内の感染対策物品の何がどれだけあるのか完全には把握できていなかった。急いで調査したところ、マスク、消毒用アルコール、手袋、ガウンなどすべての感染対策物資が不足しており、特に N95 マスクは院内にほとんど在庫がなく、購入に奔走する事態になった。感染予防ガウンの不足も深刻で、ホームセンターでビニールの雨合羽を購入した。数日後、行政から手袋など感染対策物資がセットで送られてきてありがたかった。

感染対策本部

感染対策本部会議で理事長は手指消毒方法、PPE 着脱のタイミング、患者の食事介助、環境整備の仕方など、マニュアルを細部まで整備して職員に指示するとともに、患者家族対応、他病棟の職員対応など、病院全体にわたってきめ細かい指示をした。身体拘束フリーは病院の基本姿勢として続けることにした。しかし、患者の食事や排便の世話など介護の現場ではマニュアルに書ききれない状況もしばしば見られ、職員が戸惑う場面もみられた。院長は時々意見を述べる程度で、理事長の方針に異論ははさまなかった。院長自身は、本部では大まかな方針を決め、細部は現場に任せたほうが良いという考えであった。

感染対策本部ではさらに、死亡時対応マニュアル、感染ごみ廃棄マニュアル、電話対応マニュアル、患者搬送マニュアル、行動履歴確認シート、などが話し合われた。特に二次感染予防のための感染予防

手順を細かく決めたが、その結果、大量の業務フローができた。当初はこうした決定事項を全部署に周知することに苦慮した。

健康長寿の森病院のような療養型病院では医療体制と設備の点で新型コロナ肺炎治療をすることができないため、コロナ感染患者については保健所に相談して転院先を探すことになる。この時はまだ他病院のコロナ病床がひっ迫しておらず、比較的スムーズに転院させることができた。コロナに感染した職員は行政から指定の隔離施設で経過観察をうけることになった。濃厚接触者とされた職員からも家族への感染を心配して自宅に帰りたくないとの要望があったため、病院の用意した宿舎やホテルに入ってもらい観察することにした。

クラスターの発生をホームページ(HP)に掲出し、患者家族への対応のため専用ダイヤルを設置した。家族から問い合わせの電話が相次ぎ、状況の説明に追われた。マスコミからも取材の依頼があり、広報室が一括して対応にあたった。

A 病棟クラスターの収束

5月24日にはコロナ陽性患者をすべて転院させることができ、院内にコロナ陽性者はいなくなった。転院した患者6名のうち3名は転院先で死亡した。高齢による老衰が背景にあったが、死亡した患者家族からは非難の声があった。一方、職員に同情してくれる家族もいた。PCR陽性となり隔離施設で経過観察されている職員の経過は良好であったが、職場復帰の条件で苦慮した。当時の国のガイドラインではPCR陽性判明後10日経過すれば回復可能と判断されたが、日本環境感染学会では職場復帰の条件としてPCR2回連続陰性の確認を求めている。このため、最も長い職員は1か月にわたり職場復帰できなかった。6月4日に保健所の指導でA病棟の隔離を解除した。

つかの間の平和

感染対策本部ではA病棟のクラスターが収束してから改めて全病院の感染対策を見直した。PPE着脱手技をチェックしたところ、ほとんどの職員が正しいPPE着脱手順を知らなかったことが判明した。手指消毒のタイミング、業務別PPEの選択、着脱手順を見直し、職員に指示した。職員はペアになって相互にチェックしながらPPEの選択、着脱手順を練習した。さらに病棟の環境整備の内容、方法を見直した。一方、市中での新型コロナ感染の落ち着きに伴い、面会制限を緩和してオンライン面会や予約面会を開始した。この頃から抗原検査キットが入手できるようになり、これを活用して新型コロナ感染症発生時の初期対応についても整理した。職員には集団での飲食を避けるとともに、始業前に体温を測定し、本人ばかりでなく家族の発熱時や体調不良時には感染対策本部に報告するよう手順を整備した。

E 病棟クラスター発生(2回目のクラスター)

2020年11月下旬から国内でのコロナ感染第3波が始まったが、健康長寿の森病院では患者も職員も感染者が出ずに落ち着いた年末を迎えることができた。ところが、年が明けて1月5日になって、E病棟の職員のひとりが咽頭痛とともに発熱し、抗原検査でコロナ陽性と判明した。同日中にさらに5名のコロナ陽性者を確認した。この病棟は介護医療院で比較的軽症の患者が多く、認知症でも病棟内を自由に歩いている。もちろん身体拘束はしていない。さらにその2日後には患者21名、職員2名のコロナ陽性者を確認した。大規模なクラスター発生である(資料6)。

保健所にクラスター発生を報告し、HPに公表するとともに、再度コロナ専用ダイヤルを設置した。マスコミには実名報道され、以降、患者家族からの問い合わせが急増し、広報室では家族対応の想定問答集を作成し対応した。

感染対策本部の混乱

感染対策本部は、直ちに E 病棟を隔離し、ゾーニングをして職員の出入りを制限した。感染対策本部と E 病棟の職員との接触もエレベーターホールまでとしたことから、感染対策本部から病棟への直接の感染予防指導がしにくくなった。後から振り返ると、E 病棟の標準予防策はできているつもりでも徹底されていなかった。これがその後の二次感染、三次感染の要因になった。

対策本部では PPE の着脱や手指消毒の手技のルールを徹底するよう業務ごとに PPE の種類と着脱のタイミングをマニュアル化していた。しかし、マニュアルが詳細であればあるほど、想定外の業務やアレンジが加わると、職員は判断に迷った。感染予防手技に対するこうした現場からの疑問や業務のやりにくさから、マニュアルはその都度改訂された。結果として職員は複雑な PPE の選択基準と着脱のタイミング、新しい手指消毒のタイミングを覚える必要が生じた。病棟ではマニュアルが改訂されるたびに掲示したが、業務中に掲示の細かい説明文まで確認することは困難であり、さらに感染対策を徹底すればするほど業務が回らなくなった。逆に現場からは感染対策を簡略化する折衷案が提案され、結果としてそこから感染対策にほころびが生じた。その後も E 病棟では毎日のように新規コロナ陽性患者の発生が続き、感染防御が破綻しているという悲観的な空気が支配するようになり、本部会議ではこれまでの対策への疑問、不信が噴出するようになった。病棟では医師たちから本部とは異なる指示が出されることもあり、現場は混乱した。

森山理事長の話：次から次に新規陽性者が出るなかで、現場には細かいところまで対応できる人材がいませんでした。身体拘束をしていない認知症患者が廊下に出てくる時の対応、食事や排便介助の方法、病室の監視モニターの購入、PPE を着脱していたら業務が回らない時の対応など、細かいことで現場が困らないように考え、自宅に戻れない職員のホテルの手配も含め、病院全体の運営に腐心していました。私が最前線に行かないと現場が機能不全に陥るのではないかと、病院を継続できなくなるのではないかと怖くなりました。職員のメンタル面でもいつも理事長が見ていると感じてもらえるように声をかけ、菓子の差し入れなど少しでも元気づけられるようにということを意識していました。

川崎院長の話：理事長が現場に細かく指示をするのはいいけど、そのたびに職員が右往左往することになる。大将は前線に行っては行けないのです。もっと現場の医師や看護師に任せるべきだと思う。万一、森山先生自身が感染すると病院の感染制御ができていないと判断とされて病院の社会的ダメージが大きくなる。会議の場では理事長の立場もあるので表立っての反対はしないようにしているけれど、皆が理事長に付度するなかで理事長に意見を言えるのは私しかいない。理事長に意見を言うことも私の役割だと思う。

第 3 波の感染爆発で市中病院のコロナ病床はひっ迫し、コロナ陽性患者を他院に転院させられなくなり、院内で診療にあたったが、コロナ陽性患者が長期間病棟内にいること自体が、二次感染、三次感染の要因になった。感染経路把握のため行動確認や PCR 検査を優先するのか、手指消毒や PPE 着脱などの感染予防策の確認、教育を優先させるのか、本部内での意見がまとまらなくなった。ゾーニングでも意見が割れた。朝の病棟でのラウンドでは、院長が他の医局員とともに理事長の方針に反対する場面が目立つようになってきた。

2021年 1 月 14 日、感染の連鎖が止まらない中で、川崎院長から E 病棟の感染対策を自分に任せて欲しいと申し出があり、森山はこれを了解した。院長は再び、外部から感染症専門医を呼んで院内を視察してもらい、アドバイスを受けた。この感染症専門医からは大量の感染対策資料とともに、さらなる感染拡大に備えて感染患者を隔離するためにもっと空床を準備するようアドバイスがあった。院長は空床確保の方針をそのまま各医師にメール配信した。また、感染症専門医から得た大量の感染対策資料を

E病棟に配布した。

しかし、森山は感染拡大に備えてある程度の空床確保は必要だが、空床の規模については慎重に検討する必要があると考えていた。この時点で病床稼働率は80%台に落ち込んでおり、これ以上の空床が続くと経営に影響しかねない。森山は院長が空床確保を経営陣に相談なく医局員に直接メール配信したことに違和感をめぐえなかった。

E病棟 藤田看護師長の話: 院長が配布した資料には正しいことが書いてあり、同じ感染対策ですから今までと基本的な違いはないのですが、改訂を繰り返して積み上げてきたこれまでの感染対策の延長ではありませんでした。これまでやってきたことを否定されたようで現場は困惑しました。資料が多すぎて、「はい、これを見て」と渡されても現場の職員はすぐにその通り実行できるとは限りません。業務が切迫して追いきれず、結局、病棟には浸透しませんでした。

E病棟の職員と他部署の職員とは、ロッカー室も交わらないようにしていたが、他部署からE病棟の職員とは玄関・下駄箱も変えてほしいなどと心無い要望が出てきた。感染者の出ていない部署にどう危機感を共有してもらうかが課題になった。

コロナ陽性患者が死亡すると、死因は新型コロナウイルスではなく老衰であっても、保健所と葬儀社との相談でご遺体はご家族がお別れをする前に納体袋に入れてそのまま指定の火葬場に運び、茶毘に付した後にご家族に引き渡すことになった。こうしたご遺体の扱いにより職員のストレスはさらに増した。

患者家族からは、細かい問い合わせが増え、さらに辛辣な言葉も出てきた。ある患者家族からは毎日のように長時間電話が来て、広報室職員はその電話に疲弊した。患者家族から、病院の感染対策体制の問い合わせに加えて、「うちの親のPCR検査をなぜすぐにやらないのか、いつやるのか」などの要望やクレームが寄せられ、転院希望も増えた。PCR検査について、当時はまだ民間検査会社でも1日の応需検査数に制限があり、希望者全員が受けられるわけではなかった。家族からの電話に対応する職員は病院のPCR検査基準を説明して納得してもらっていた。そうした中で、感染対策本部では院長からPCR検査を行う患者の選択基準についての変更が提案された。森山はこれまで患者家族にしてきたPCR検査基準の説明との一貫性がなくなることで患者家族からの信頼を失うことになるのではないかと危惧したが、院長からその点への言及はなかった。

病院経営権限の委譲

これまでは理事長が病院経営を担い、院長が医療の責任者となることで車の両輪のように運営してきたが、大規模クラスターへの対応をめぐって経営と医療の割り切れない部分で方針の不一致が表面にでてきた。このままではお互いにやりにくく、現場は混乱し、医師をはじめ職員も分裂しかねない。森山は院長の解任も考えたが、逆に病院運営の全権を院長に委ねることで、医療ばかりではなく、財務、患者家族との関係性、職員の保護など病院の全体最適の観点からの意思決定の難しさを理解してほしいと考えた。

2021年1月20日に森山は、一定の条件を付けたうえで財務も含めた経営の権限を院長に委譲することを申し出た。その条件とは、①感染の収束を優先させること、②病院を維持するための利益をあげること、③一定額以上の支出には理事長の許可を得ること、④職員の雇用を守ること、⑤職員の採用は理事長の権限とする、である。権限移譲の申し出を院長は「わかりました」とすんなり受け入れた。しかし「健康長寿の森病院のオーナーは森山理事長ですから」とも付け加えた。

この頃から、ようやくE病棟の感染状況が落ち着いてきた。感染対策の効果が出てきたというより、E病棟を焼け尽くしての収束であった。その後、B病棟とC病棟の職員にも陽性者が出て、再度のクラスタ

一発生が強く懸念された。森山は院長に経営を任せるとは言ったものの、これ以上クラスターが発生すると病院の存続も危うくなると懸念し、院長の対応・指示に対してその意図や効果を連日メールで確認した。幸い、B 病棟も C 病棟もクラスターには至らなかった。しかし、1か月ほどしたある日、院長は自分には病院経営はできない、母親の体調が悪いのでこの機に帰郷したいと申し出て、職を辞することになった。

結局、2 回目のクラスターは 1 月 24 日の患者確認を最後に収束した。E 病棟で、職員 20 人、患者 36 人が感染し、うち患者 9 人が死亡した。

吉野副院長の赴任

2021 年 3 月川崎院長が退職し、森山理事長が院長を兼務することになった。4 月から山梨県の総合病院で感染症・総合内科を専門としていた吉野道彦医師が副院長として赴任してきた。吉野は着任してすぐに健康長寿の森病院の感染予防に関するマニュアルに違和感を持った。業務ごとのマニュアルが細かすぎるのである。感染予防の手技は「何のためにするのか、なぜこの手順でするのか」その根拠に立ち返って考えることが大切なのに、職員は複雑な業務手順や PPE の選択基準、手技を覚えるだけで思考停止に陥っている。吉野は標準予防策の手技の丸暗記ではなく、一つひとつの感染予防行為の意味を考えさせる必要があると考えた。

吉野は職員の感染に対する基本的な知識教育に YouTube を用いて、感染防止の大枠の概念を把握させ、Google Chat を職員との情報共有に活用した。院内感染対策委員長には E 病棟のクラスターで苦勞した看護師長の藤田が就任した。感染予防についての藤田の「なぜ」の疑問に吉野が時間を割いて解説した。藤田は自分で納得した答えを病棟やリンクナースに伝えることができた。

2021 年 2 月、コロナ感染を診断するための LAMP 法(PCR 法と同じ遺伝子増幅による検査法。PCR 法より簡易で短時間で結果が得られる)が導入された。これにより、自院で迅速に感染状況を把握することが可能になった。2021 年 5 月には職員、患者のワクチン接種が始まった。感染対策委員会では、職員に定期的に LAMP 法検査をするとともに、体調の悪い職員の拾い上げ、陽性者発生時の対応マニュアル、行動履歴リストの作成などを進めた。さらに、病棟のリンクナースと連携して職員ひとり一人の PPE の着脱や手指消毒の手技をチェックしたが、その際には「なぜその手技をするのか」根拠を尋ね、考えさせることにした。

吉野らは自治体の発表する地域の感染状況のステージごとの感染対策を作成し、状況に応じて面会制限を緩和した。2021 年 8 月からは職員の陽性者発生時の実地訓練を繰り返した。これにより、職員にコロナ感染が生じて初動で行うべきことの定式化ができた。この間、院内で散発的にコロナ陽性職員が出たが、そのたびに対策本部のコアメンバー(吉田、藤田、事務部長、看護部長、医療技術部長など)数名が集まって迅速に疫学調査、感染対策、リスク時の業務維持を軸に初動対応を行い、クラスター発生には至らなかった。初期には 20 人以上いた本部会議が 3~4 人の会議でできるようになった。

D 病棟クラスター(第 3 回目のクラスター)

2022 年 3 月 23 日、D 病棟に数日前に老健施設から入院してきた患者が発熱したため LAMP 法で検査したところコロナ陽性と判明した。新規入院患者は入院 3 日前までに PCR 検査で陰性を確認しているが、検査をすり抜けての新型コロナウイルスの持ち込みと推定した。周りの患者や職員を検査したところ 6 名が陽性となった。3 回目のクラスター発生である(資料 7)。これまでは感染の起点として職員を想定して準備をしていたが、入院患者の持ち込み感染は考えていなかった。早速、感染対策本部のコアメンバーが情報を収集し、師長に初期対応として環境消毒と濃厚接触者の洗い出しのための職員の行動確認を指示した。当初、師長は情報の洪水の中で混乱したが、対策本部では過度のスピード感よりも感染経路の推定と濃厚接触者の特定に注力し、検査対象者の絞り込みをしたうえで、即日 LAMP 法で検

査を行った。検査結果によりコホーティング(患者を感染者・濃厚接触者・それ以外の者の病室に分けること)の指示が出され、現場はすぐに動いた。感染対策本部では、感染予防としてやるべき対策を手指消毒、環境整備、PPE の着脱に絞り込んだ。練習では PPE 着脱が正しくできていても、現場では PPE の選択、着脱に不安のある職員もいた。吉野副院長と藤田看護師長が病棟をラウンドし、病棟師長、主任、リンクナースとともに職員に直接、PPE の着脱と手指消毒について、なぜそうするのかという根拠を考えさせながら指導し、感染予防の考え方を浸透させた。

それでもワクチン未接種の患者に二次感染が出てきたが、ここでも感染経路をロジカルに推定し、仮説をたてて、可能性のある職員を順次 LAMP 法で検査し、検査結果を次の感染予防策に反映させることで、現場は混乱することなく対応した。結局、3回目のクラスターでは患者7人、職員5人が陽性になり、患者4人が転院した。一人は転院先の病院で死亡した。

3回目のクラスターではこれまでと違い職員に標準予防策の基本が浸透していたこと、LAMP 法により短時間で結果が得られたこと、職員と患者のワクチン接種が進んでいたことなどにより、感染の広がりは一時的であった。患者家族は静観しているのか、専用電話にもほとんど問い合わせはなかった。コロナに感染した最後の職員が4月12日に現場に復帰し、3回目のクラスターは収束した。

新型コロナウイルスは新たな変異株が登場し、またも猛烈な勢いで感染が広がりつつある。健康長寿の森病院でも、いつ新たなクラスターが発生しないとも限らない。感染症対策はもちろんだが、これまでの苦い経験を生かして未知のリスクに柔軟に対応できる組織にするには、どうしたらいいのだろうか。健康長寿の森病院のどこに組織としての脆弱性が隠れているのだろうか。森山理事長は頭を悩ませている。

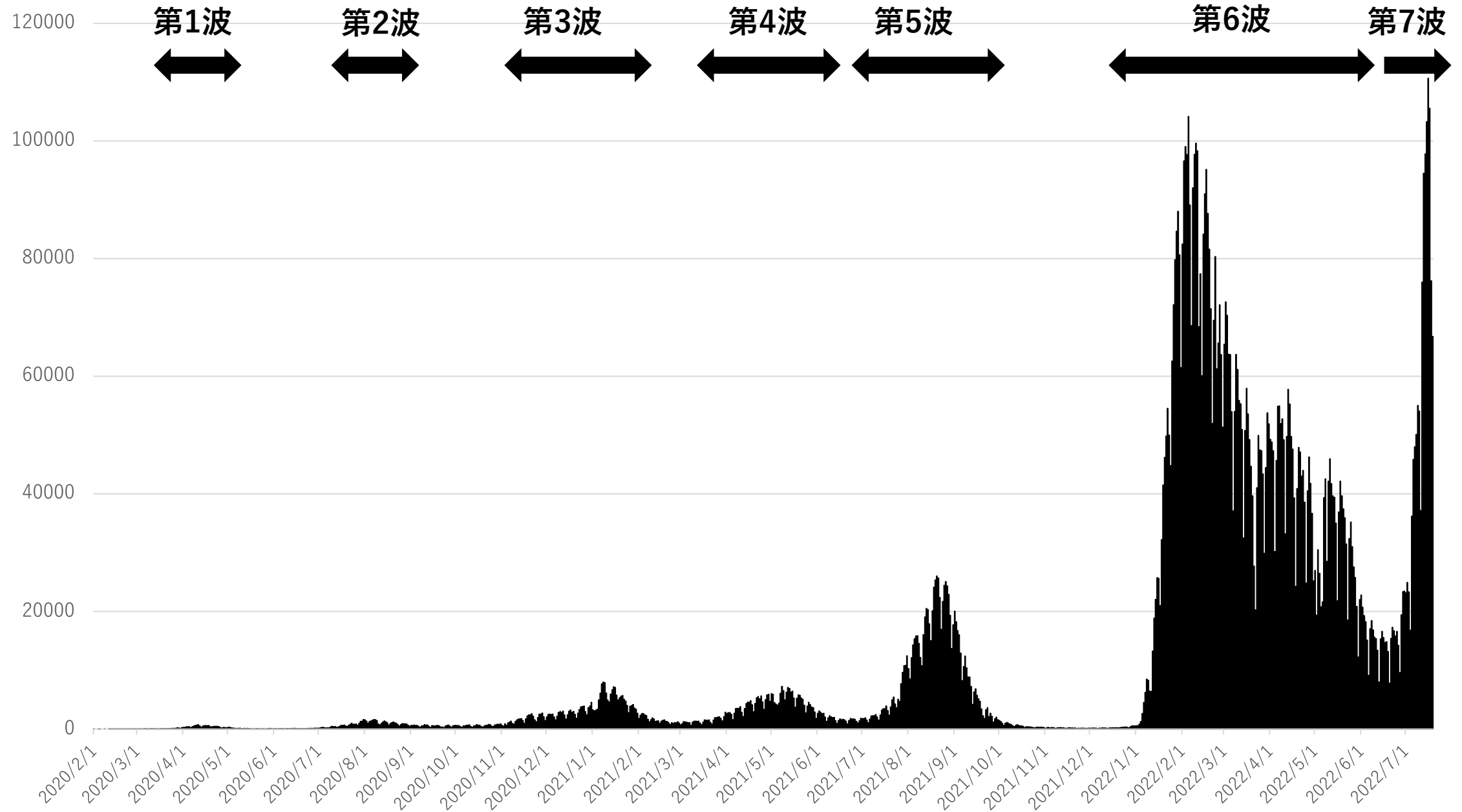
設問1 A病棟(1回目)、E病棟(2回目)、D病棟(3回目)のそれぞれのクラスター発生への対応の違いを比較してください。それぞれの対策はどう進歩してきましたか。

設問2 感染対策本部の混乱の原因はどこにあるのでしょうか。森山理事長はどうすべきだったのでしょうか。

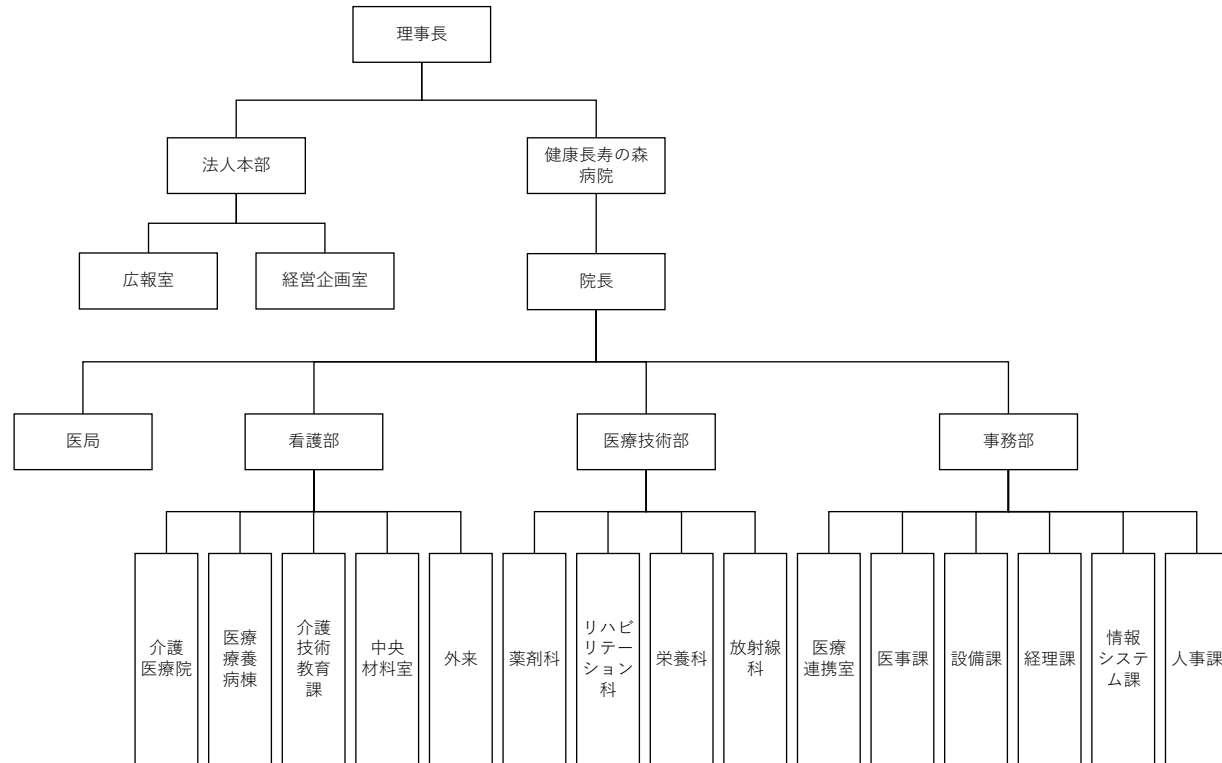
設問3 健康長寿の森病院の組織としての脆弱性はどこにあるのでしょうか。

資料1

日本国内 新型コロナウイルス感染者数の推移



資料2 健康長寿の森病院 組織図



資料3 健康長寿の森病院 病棟構成

病棟	病床数	職員数		病床機能
		看護師	介護士	
A病棟	56	19	16	医療療養病床
B病棟	56	15	16	医療療養病床
C病棟	56	17	19	医療療養病床
D病棟	52	16	18	医療療養病床
E病棟	56	13	18	介護医療院

資料4

新型コロナウイルス感染対策本部構成員

理事長（本部長）
院長（副本部長）
事務長
看護部長
医療技術部部長
医局長
医師
医師
医師
医師
看護師長
看護師長
看護師長
看護師長
看護師長
看護師長
薬剤課長
リハビリ課長
放射線科長
医療連携室長
広報室長
事務

