

介護崩壊を防ぐために（現場からの提案）

—法人の枠を超えた介護職の応援体制の構築と軽症者向け宿泊施設に介護付きエリアの設置を—

（趣旨）

介護施設で感染者が1人発生すれば、数日のうちに深刻な人員不足を生じ、集団感染（クラスター）が広がると予想されます。このリスクに備え、介護崩壊を防ぐために、法人の枠を超えた介護職の応援体制の構築と、軽症者向け宿泊施設内に要介護者専用の介護付きエリアを設置することを提案します。

（提案の理由）

新型コロナウイルスの第一波により、多くの教訓が明らかとなりました。第二波への備えは、そうした教訓を踏まえて準備する必要があります。

1. 第一波で介護施設に起きたこと

- ① 国内の新型コロナウイルス感染症の全感染者の6分の1以上が医療・介護・障害福祉セクターで生じているとみられ、「懸念されるのは、医療機関だけでなく介護・障害福祉施設でもクラスターが発生しており、都市部だけでなく地方でも見られるようになった点だ」と報道されています¹。
- ② 行政の指針²では、感染者は原則入院、疑い者は「相談センター」の指示、感染者及び疑い者との濃厚接触者は原則として個室とされています。しかし新型コロナウイルス感染症の感染拡大にとともに、実際には入院できずに介護施設で大きなクラスターに発展した事例が多くありました³。また、認知症という障害のために「的確な隔離などできるわけもなく」といった現場の声が報道されています⁴。
- ③ 介護施設は入所系サービスに通所系、訪問系の在宅サービスを組み合わせる多機能化が進んでおり、地域の介護や医療のネットワークとつながっています。このため、一つの介護施設で大きなクラスターが発生すると、地域の介護事業所の休業連鎖につながって多くの介護難民を生む可能性があります。すでにいくつかの事例が報告されています⁵。

¹ 医療・介護・障害福祉で相次ぐ大規模クラスター

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/clinic/report/202005/565469.html>

² 社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その2）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000619845.pdf>

³ “介護クラスター” 高齢者の命をどう守

る? <https://www.nhk.or.jp/gendai/articles/4423/index.html>

北海道) 死者10人、老健で何が 茨戸アカシアハイツ

<https://digital.asahi.com/articles/ASN5G72S5N5GIPE001.html>

⁴ “クラスター” で迫る介護崩壊 高齢者施設と病院の感染連鎖

<https://www.youtube.com/watch?v=o9ylnfYdnF4>

⁵ 集団感染 訪問介護がうんだ休業ドミノ「想定外の影響」

<https://digital.asahi.com/articles/ASN536J6SN53UCLV00B.html>

④ 70代以上が累計死者の8割超を占め、感染者のうちで亡くなった人の比率を示す致死率は60代で3.6%、70代になると10.2%、80代以上では19.9%に急上昇することから⁶、命を守るために高齢者施設における介護クラスターの抑止が極めて重要です。

⑤ 日本では4月末時点で高齢者施設関連の死者は少なくとも86人で、国内で感染が確認されて死亡した人のおよそ15%を占めると報道されています⁷。欧米では、コロナ死の42~57%が高齢者施設に集中していたことが報告されています⁸。

以上から、第一波では、介護施設で感染者が発生しても入院や個室隔離ができずに大きなクラスターにつながった事例が多く、周辺の介護事業所に休業連鎖が広がった地域もあり、死亡例もけっして少なくなかったと総括できます。

2. 第二波への備えを考えるときの前提

① 新型コロナウイルス感染症は、発症前から感染力を持ち、発症しないまま経過する例もあることが広く知られるようになりました。第二波に向けては、この無症状感染者がいることを前提として対策を練る必要があります。

② 第一波ではPCR検査が介護施設ではなかなか行えませんでした。認知症や身体機能の低下から発熱外来への移送が難しく、しかし感染防護に不慣れな介護施設では咳やくしゃみを誘発する危険のある鼻腔・咽頭からの検体採取を容易には行なえなかったからです。無症状感染者がいることはわかってきていましたが、PCR検査がなかなか行えない以上、介護施設では個室隔離を行うか、あるいは有症状者を感染者と見なして介護区域を分離し、集団隔離（コホーティング）を行うしかありませんでした。

しかし第二波では、唾液検体や抗原検査も可能となり、介護施設でも感染者をスクリーニングできるようになると考えられます。したがって、有症状であっても感染者と非感染者（たとえば嚥下性肺炎など）が混在する危険のある「症状によるコホーティング」ではなく、「検査結果に基づくコホーティング」を前提として対策を練ることが可能になります。

③ 第一波ではPCR検査が発症後に限られていました。今後は唾液検体や抗原検査も可能となり、濃厚接触者の多くは発症を待たずに検査を受けられるようになると考えられます。つまり発症して検査が陽性の人（有症状感染者）と、発症していないけれども検査で陽性の人（無症状感染者）が、どちらも感染者としてカウントされるようになります。これに伴い、濃厚接触とみなされる介護職員も多くなりますが、PCR検査も抗原検査も特異度は高い（陽性ならほぼ感染者）ものの、感度が低い（陰性でも感染していない証明にはならない）ために⁹、陰性と判定された職員も、濃厚接触であれば14日間の自宅待機を求められます。つまり、介護施設でも検査が普及して陽性と判明する

⁶ チャートで見る日本の感染状況 新型コロナウイルス

<https://vdata.nikkei.com/newsgraphics/coronavirus-japan-chart/#d7>

⁷ 新型コロナで“介護崩壊”の危機？ 高齢者施設で いま何が

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200508/k10012422701000.html>

⁸ コロナ死の42~57%が高齢者施設に集中 欧州5カ国で2万7000人超 長寿大国・日本は大丈夫か？ <https://news.yahoo.co.jp/byline/kimuramasato/20200415-00173434/>

⁹ PCR検査の感度は70%程度、抗原検査はPCR検査と比較した陽性一致率が66.7%

感染者が増え、それに伴い濃厚接触とされる職員の自宅待機が増えるため、第一波のときよりも深刻な人員不足を生じる可能性があることを覚悟しながら対策を練る必要があります。

④ 行政の指針¹⁰では、濃厚接触者については「当該利用者とその他の利用者の介護等に当たっては、可能な限り担当職員を分けて対応を行う。職員のうち、基礎疾患を有する者及び妊婦等は、感染した際に重篤化するおそれが高いため、勤務上の配慮を行うこと」とされています。実際には、介護者自身の年齢や同居者、家庭状況等にも配慮が必要であり、基準として以下のようなものが考えられます。

- 妊婦および基礎疾患のある人（行政の指針）
- 妊婦および透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方と同居している人
- 75歳以上の高齢者と同居している人
- 未就学児童を養育している人
- 一人親として18歳以下の子供を養育している人
- 55歳以上の人
- 介護/看護/リハビリ業務の経験が1年未満（未経験を含む）の人

こうした基準に該当しない介護職員はそもそも限られており、しかも、いざ新型コロナウイルス感染症の感染者や疑い者、濃厚接触者の介護を担当するように要請された場合、家族の理解を得ながら自発的に応じられる職員はさらに少なくなることが予測されます¹¹。

以上から、第二波では介護施設において1人の感染者ができれば、無症状の感染者がすでに広がっていると考えなければならず、検査の普及もあって、その介護施設は数日で複数の感染者（有症状と無症状）が明らかとなり、濃厚接触とされる職員が広範囲に及びと予想されます。感染を免れ、濃厚接触とされずに済んだわずかな職員だけで、その場から「逃げられない高齢者」の介護を続けなければなりません。しかし、いざというときに働ける介護職員は、感染リスクに配慮するとそもそも限られています。つまり、介護施設で感染者が1人発生すると、数日のうちに働ける介護職員の数が増減するのは確実であり、応援体制が構築されていなければ、介護崩壊は火を見るよりあきらかです。

法人の枠を超えた介護職の応援体制を早急に構築しておく必要があります。

以下は、第一波で経験された事例ですが、いずれもぎりぎりまで応援が入り、介護崩壊はなんとか免れています。

・富山の介護施設（クラスター59人）は、「3人で50人以上のケアにあたる事態となり、介護崩壊寸前の状況に追い込まれた」と報道されています。ここは、行政が主導した医療介護チームの

¹⁰ 社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その2）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000619845.pdf>

¹¹ 複数の介護施設を運営する職場で介護職670人を対象に行った無記名式アンケートでは、本文中の7つの配慮基準に該当する職員が約6割であり、残りの4割のうち感染者の介護に「応じる」は約4割、「どちらかと言えば応じる」も約4割でした。

応援でなんとか切り抜けました（死者 9 人）。

<https://www.nhk.or.jp/gendai/articles/4423/index.html>

・都内の北砂ホーム（PCR 検査を全入居者に実施：クラスター 47 人）は、「当初、感染者と濃厚接触した職員などが出勤できず、45人のうち6人しか働けなかった」と報道されています。ここは、系列施設から応援が入ってなんとか切り抜けました。

<https://www.nhk.or.jp/gendai/articles/4423/index.html>

・118人の集団感染をだした千葉の障害者施設は、「5-6人の陰性の職員で全員を見るという地獄絵図」になったと聞いています（私信）。県の要請を受けて医療チームが応援に入り、なんとか切り抜けました（死者 2 人）。

<https://mainichi.jp/articles/20200418/k00/00m/040/214000c>

3. 個室隔離より集団隔離（コホーティング）がすぐれている。

行政の指針^{1 2}では、介護施設内での個室隔離が推奨されています。しかし、認知症という障害のある高齢者を個室に引き止めておくことは、そもそも困難であり、部屋への施錠やベッドへの身体拘束にともなう混乱（いわゆる BPSD）および嚥下性肺炎等による生命予後の悪化が懸念されます。同時に、これに対応する職員の混乱とメンタルヘルスの悪化が、新型コロナウイルスへの不安を増幅して士気をくじき、深刻な人員不足を加速する可能性があります。

また、同じフロアで感染者の個室が共有スペースと接することによって、感染防護具 PPE の着脱手技の混乱と PPE の浪費を招き、集団感染のリスクがさらに高くなると考えられます。つまりドアの外側で PPE を身に付けて部屋に入り、ドアの内側で PPE を脱いで部屋から出るという動作を、感染者の部屋毎に行うのは極めて煩雑であり、むしろ感染リスクを高めます。

さらにまた、深刻な人員不足の中で個室隔離が行き過ぎた身体拘束や虐待を招くなど、重大な人権侵害が発生する恐れもあります。

こうしたことを考慮すると、個室隔離に比べて集団隔離（コホーティング）には以下のメリットがあります。

- ・感染した認知症高齢者を狭い個室に隔離しないで介護できる（介護職員の士気にも直結）
- ・担当職員を明確に分けられる（集団感染のリスクを低減）
- ・担当職員の PPE の着脱が一定の場所で安全に行える（集団感染のリスクを低減）
- ・PPE の着脱に要する時間を短縮し、PPE の消費も抑えられる（個室毎ではなく、介護付きエリアの境界で一括）
- ・感染した職員を介護付きエリアに宿泊させることができる（感染した場合、家族に移したくないので自宅療養より職場に宿泊したいという声現場から上がっています）

4. 介護施設における大規模なクラスターの発生を抑止するために

すでに指摘したように、無症状の感染者と非感染者がおり、有症状の感染者と非感染者がいます。また、検査が陽性ならほぼ感染者ですが（偽陽性は少ない）、検査が陰性でも非感染者とは限りませ

^{1 2} 社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その 2）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000619845.pdf>

ん（偽陰性が多い）。

感染者と非感染者を接触させてはならないという感染予防の鉄則にしたがえば、先ず、検査で陽性となった感染者（有症状と無症状）を介護施設からすみやかに分離する必要があります。これによってその感染者との接触が断たれ、その分、介護施設の集団感染のリスクは下がります。

検査の陽性者を分離しても、介護施設には、相変わらず有症状の（偽陰性の）感染者と非感染者が残り、無症状の（偽陰性の）感染者と非感染者が残ります。

けれども、検査を繰り返しながら感染者を分離していけば、集団感染のリスクを徐々に減らしていくことは可能です。

感染者が発生するたびに、その後の少なくとも 14 日間は感染防護具 PPE を含む感染予防策を徹底します。感染予防と健康観察が最優先なので、入浴は休止、場合によっては（3・11 のときのように）1 日 2 食とするなど、通常の介護業務をスリム化し、施錠や身体拘束は行いませんが、できるだけ個室で対応します。そうやって凌ぎながら新たな感染者が 14 日間発生しなければ、その介護施設は以前の状態に戻ったと考えられます。

つまり、以下のような流れです。

- ・介護施設で 1 人の感染者が発生（→分離）。
- ・入居者と職員に検査を実施して数名が陽性となり無症状感染者が判明（→分離）。
- ・入居者と職員のうち偽陰性だった何人かが数日で徐々に発症（→分離）。
（分離した人数の分だけ、施設の介護業務は減り、人員不足を緩和します）
- ・検査で陽性となった感染した職員は 14 日間の自宅待機（復職基準¹³に照らしながら職場復帰）。
- ・検査で陰性でも濃厚接触とみなされた職員は 14 日間の自宅待機。
- ・一時的に生じる深刻な人員不足を、法人の枠を越えた介護職の応援体制で凌ぐ。

以上から、たとえば軽症者向け宿泊施設に介護付きエリアが設置されていれば、感染者を宿泊施設に移しながら、そして一時的に介護職員の応援を得ながら、介護施設はクラスターの発生を最小限に抑止して介護崩壊を免れることができると考えます。

法人の枠を超えた介護職の応援体制とともに、軽症者向け宿泊施設に介護付きエリアの設置を提案する理由です。

5. 法人の枠を超えた介護職員の応援体制について

法人の枠を超えて選抜された介護職員は、まず軽症者向け宿泊施設に設置される介護付きエリアを優先的に担当し、さらに感染者が発生した介護施設の人員不足に応じて、当該施設で濃厚接触とされた職員が職場に復帰するまでの間、一時的にその施設の応援にも入ることが想定されます。

その際、勤務上の配慮（基礎疾患や家庭状況など）により当該施設の感染者発生ユニットの担当から外れた当該施設の職員は、濃厚接触者ではないことを条件として、応援職員を出した施設で互

¹³ 復職については、軽症者は療養から 14 日後かつ医療保険関係者の判断（PCR 陰性証明は不要）、疑い者で新型コロナウイルス感染症と確定しなかった人は発症後 8 日かつ無症状 3 日という基準が日本産業衛生学会から示されています。

助的に勤務することも検討されてよいと考えます。

介護付きエリアには検査で陽性となった感染者があり、介護施設の感染者発生ユニットには検査で偽陰性となった感染者がいる可能性があることから、両者とも同等レベルの感染防護が必要です。PPEを着用して介護を担当し、感染予防（手指衛生と換気や消毒）と健康チェック（検温と酸素飽和度のチェック）が重要な業務として加わります。そのため、手厚い人員配置が必要であり、移送方法や熱中症対策等、よくシミュレーションされたタイムテーブルに基づいて予め訓練しておくことが望ましいと考えます。その際、法人の枠を超えて統一された感染予防教育を受けておく必要があります。またPPEや消毒液などの備蓄も計画的に進めていく必要があります。さらに危険手当（感謝金）などは、たとえば1日5,000円（～10,000円）程度に統一し、勤務上の配慮の基準（基礎疾患や家庭状況など）も統一しておくことが望ましいと考えます。

○この提案への賛同者一覧（敬称略、五十音順）：6月10日現在

秋月祐子・生井久美子・石井敏・伊藤文晃・内海裕・太田みどり・川村雄次・軍司大輔・小湊純一・今田愛子・今田隆一・佐々木薫・佐藤滋・豎山貴志・谷徳行・丹野智文・中山大樹・日向園恵・馬籠久美子・町永俊雄・矢吹知之・山崎英樹・蓬田隆子・若生栄子