200810介護崩壊を防ぐために（現場からの提案）

【論点整理：3つの事実と、2つの予測・提案】

●事実１：高齢者は重症化しやすい

●事実２：コロナは無症状でも感染力がある（インフルエンザとの違い）

●事実３：PCR検査が陰性でも感染していない証明にはならない

●予測１：介護施設でコロナが発生すれば、発生ユニット（≒レッドゾーン）は深刻な人員不足に陥る

◆提案１：施設の枠を超えた介護職員の応援体制が必要

●予測２：認知症という障害のある高齢者を個室に引き止め続けるのは難しい

◆提案２：認知症という障害に配慮すれば、個室隔離より、せめて集団隔離（コホーティング）が望ましい

＝＝説明＝＝

●事実１：高齢者は重症化しやすい

ところが、

①認知症高齢者の入院は、コロナでなくても倦厭される

②医療が逼迫すれば、なおさら入院は難しい

③入院できなければ、施設で広がる可能性がある

「介護施設で発生したら、現場はどうなるのか」

➃集団感染（介護クラスター）を防げなければ、多くの命が失われるかもしれない

（入院できるのに介護クラスターが発生したら、初動の遅れ≒施設の責任）

（入院できなくて介護クラスターが発生したら、準備の不足≒社会の責任）

●事実２：コロナは無症状でも感染力がある（インフルエンザとの違い）

●事実３：PCR検査が陰性でも感染していない証明にはならない

（PCR検査の感度は良くて70%だから、陰性でも30%以上の見逃しがある）

だから、

①たとえPCR陰性でも、濃厚接触者は誰が感染しているかわからない

②つまり、無症状でもいつ発症するかわからない

③潜伏期間の間は（14日間は）隔離と健康観察が必要

ところが、

「介護家族が感染したら、本人はどうなるのか」

（親族が駆けつけられず、訪問系のサービスでは配慮が不足するとしたら…）

➃濃厚接触者である本人は通常のショートステイが使えないので、行き場がなくなるかもしれない

（濃厚接触≒発症の2日前から「同居」「マスクせずに介護」「マスクせずに会話（１ｍ以内で15分以上）」）

●予測１：介護施設でコロナが発生すれば、発生ユニット（≒レッドゾーン）は深刻な人員不足に陥る

①施設で1人発症すれば、濃厚接触の職員は14日間の隔離が必要

②集団検査で無症状の感染者が判明すれば、新たに感染や濃厚接触が判明した職員も隔離が必要

（PCR検査の特異度は99%だから、陽性ならほぼ間違いなく感染者）

③年齢や基礎疾患、家庭事情に配慮すると、レッドゾーンを担える職員はそもそも限られている

＜レッドゾーン担当除外基準＞

・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

➃レッドゾーンには、通常よりも多くの職員を配置しなければならない

＜レッドゾーン担当者への配慮＞

・通常のシフトよりも人は多く、勤務時間は短く、休みを多くする必要がある

・危険手当、労災補償、旅費、宿泊場所や宿泊費用など

・２～３週間の勤務後、14日間の休業補償（念のため自宅隔離）

ということで、

予測１：介護施設でコロナが発生すれば、発生ユニット（レッドゾーン）は深刻な人員不足に陥る

そこで、

◆提案１：施設の枠を超えた介護職員の応援体制が必要

●予測２：認知症という障害のある高齢者を個室に引き止め続けるのは難しい

①深刻な人員不足の中で行き過ぎた施錠や身体拘束などの虐待を招き、

②生命予後の悪化につながる重大な人権侵害に至る恐れがある

そこで、

◆提案２：認知症という障害に配慮すれば、個室隔離より、せめて集団隔離（コホーティング）が望ましい

（これが介護現場の感覚で、行政や感染症専門医には通じにくいかもしれません）

※集団隔離は感染管理手法としても優れている

・個室隔離では、居室毎に（背後に感染者がいるので慌てて）PPEを交換

・集団隔離なら、コホートエリアの境界で（ゆっくり）PPEを交換

・感染者のコホートエリアなら、勤務中のPPEの交換は不要

つまり、PPEの着脱にともなう感染リスクを低減し、PPEの消費を抑えられる

・感染者のコホートエリアを準備していれば、発生ユニットから感染者を速やかに分離できる

・感染者のコホートエリア（レッドゾーン）を担当する職員を予め選抜して専従にできる

つまり、交差感染から集団感染に至るリスクを低減できる

➡個室隔離より集団隔離の方が、介護クラスターを防ぐためにも優れている

【差し迫った二つの課題】

●「介護家族が感染したら、本人はどうなるのか」

➡通常のショートステイは使えないので、濃厚接触者のコホーティングを準備しておく必要がある

ただし、

①濃厚接触者のコホーティングは、感染者のコホーティングより難しい。

なぜなら、

（以前、武漢のコロナ病棟のニュースで、PPEに身を固めた看護師が感染者に囲まれて体操をするシーンが流れたように）

・感染者のコホーティングでは、感染者同士の接触を制限する必要はないけれども、

・誰が感染しているかわからない濃厚接触者のコホーティングでは、濃厚接触者同士の接触を制限する必要がある。

つまり、

②濃厚接触者のコホーティングでは、個別対応が必要

具体的には…

・複数の利用者を担当する場合には、一人の利用者の介助が終わったら、次の利用者の介助に移る前にPPEを交換

・できるだけ利用者を固定して職員が介助にあたる

・職員同士の接触も制限する

・個室に止まることのできない利用者にはマンツーマンで対応

・応対する職員はできるだけ固定

・利用者が手で触れて歩いた共用部分の消毒を徹底し、頻回の換気に努め、利用者には積極的にアルコールによる手指消毒を促すなどの対応が必要

このように、

③濃厚接触者の介護は、感染者の介護よりも人手が必要で、しかも個室が用意された環境でなければならない

➡民間事業者の善意でやれるようなことではなく、行政の力が必要

たとえば、

・行政は、個室が用意された環境（老健や特養の空床エリアや軽症者向け宿泊療養施設など）を予め指定

・PCR検査で陰性の要介護者は、指定施設に入所

・協力要請を受けた介護事業者（予め調整）は、指定施設に職員を派遣して介護と健康観察を行う

（PPEや旅費、宿泊費、危険手当などは行政が担保）

・14日間で発症しなければ通常のショートへ

・発症したら入院

➃愛媛と神奈川

・愛媛は「自宅待機となった『濃厚接触者等』と明記して対策を打ち出しています。

<https://www.pref.ehime.jp/h20400/documents/01-3skeem2.pdf>

・神奈川は、PCR検査をして、

「陰性の場合は、専用の短期入所協力施設に入所」

（「専用の」が、どこまで濃厚接触者のコホーティングを意味するのか、わかりません。「通常の」ではないので、大丈夫とは思いますが…）

「陽性の場合は、原則として入院。しかし、コロナが軽症または無症状で、かつ認知症や重度の知的障害等により福祉的ケアの比重が高く、医療機関への入院が難しい場合は、専用のケア付き宿泊療養施設」

（介護施設で発生して、もし病院に入院ができなくても、このケア付き宿泊療養施設があれば慌てずにすむでしょう）

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/prs/r4112359.html>

●「介護施設で発生したら、現場はどうなるのか」

①濃厚接触者のレッドゾーンAを設置しなければならない

②もしも入院できなければ、感染者のレッドゾーンBも設置しなければならない

③集団検査で感染や濃厚接触が判明した職員は自宅待機となり、深刻な人員不足を生じる

➃年齢や基礎疾患、家庭事情に配慮すると、レッドゾーンの担当を担える職員はそもそも限られている

⑤深刻な人員不足の中で職員は２つのレッドゾーンABとグリーンゾーンを兼務せざるを得ない

➡交差感染から集団感染を招き、介護崩壊に至る可能性がある。

（人の命がどんどん失われるかもしれない、といこと）

＝＝＝＝

高齢者が入所する介護施設で、新型コロナウイルスに感染した入所者、職員は5月8日時点で少なくとも計700人（入所者474人、職員226人）おり、このうち79人が亡くなっていたことが13日、共同通信の調査で分かった。死者はいずれも入所者で、職員はゼロ。厚生労働省によると、国内の死者（8日時点）は全体で557人。全体の死者数のうち、介護施設での死者数は約14％で、7人に1人に上った。

<https://www.47news.jp/4808143.html>

介護施設の入所者のCOVID19死亡率：79人÷474人＝16.7％

・富山リハビリテーションホーム　15/41＝37%

・茨戸アカシアハイツ　17/71 =24%

＝＝＝＝

➡介護施設の集団感染を防ぐには…

①施設の枠を超えた介護職員の応援体制を構築しておく必要がある

（複数の施設をもつ法人なら、発生施設の人員不足を未発生施設から自前で補えるかもしれない）

（複数の施設を持たない法人は、発生施設の人員不足を法人の枠を超えて補う必要がある）

②入院できないときに備えて、感染者のコホートエリアを準備しておく必要がある

（大きな施設なら、施設内に２つのレッドゾーンABとグリーンゾーンを設けられるかもしれない）

（大きくない施設は、施設外に感染者のコホートエリアを準備しておく必要がある）

➡「大きくない施設」を運営する「複数の施設を持たない」法人は、

どうしても、

①法人の枠を超えた介護職の応援体制と

②要介護者専用の軽症者向け介護付きエリアが必要

（これが、介護崩壊を防ぐために（現場からの提案）でした）

●感染発生施設への介護職員等の応援派遣

老施協のわかりやすく分類しています。

<https://mitte-x-img.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/329013/dwat_gaiyou.pdf>

a 全面応援派遣（神奈川、愛媛A、江戸川区？）

感染した（疑い含む）利用者や濃厚接触の疑いのある利用者（以下、「感染等利用者」という。）を含む介護業務全体に対して、他施設から応援派遣をする方法。

なおこの方法は、感染防止対策（防御用品の確保と職員の感染防止技法の習得を含む）が徹底されていない中では、応援派遣される職員の安全の点で懸念があるという意見の会員が多い状況にあります。

➡「大きくない施設」を運営する「複数の施設を持たない」法人は、この全面応援派遣でないと介護崩壊に至る可能性があります。

b 移動先応援派遣（厚労省の当初案、福島）

感染の発生した施設から非感染利用者だけを他施設へ移し、当該他施設に対して応援派遣を行う方法（厚生労働省の示す形態に相当）。なおこの方法は利用者の移動の可否について保健所の指導を受けることがあります。

➡そもそも非感染利用者をどうやって判定するのか（PCR検査を２回？）

➡「大きくない施設」を運営する「複数の施設を持たない」法人は、発生施設の人員不足を自前で補うのはほとんど不可能

c 限定応援派遣（兵庫）

感染等利用者の発生した施設内にしっかりしたゾーニングが行われる状況の中で、当該施設の職員が感染した利用者や濃厚接触の疑いのある利用者に対する介護業務に専念するために、不足するグリーンゾーンの非感染利用者に対する介護業務の要員に限定して応援派遣をする方法。

➡グリーンゾーンへの、いわゆる玉突き式（ところてん式）補充

➡「大きくない施設」を運営する「複数の施設を持たない」法人は、発生施設の人員不足を自前で補うのはほとんど不可能

d 間接応援派遣（福島、宮城、広島、愛媛B）

感染の発生した施設内における介護業務については、同一法人内の他施設の職員が応援に入ることとし、これによって要員不足となる当該他施設に対して間接的に応援派遣を行う方法。

➡未発生施設への、いわゆる玉突き式（ところてん式）補充

➡「大きくない施設」を運営する「複数の施設を持たない」法人は、発生施設の人員不足を自前で補うのはほとんど不可能

●自治体の施策を「介護崩壊を防ぐために（現場からの提案）」と比較すると…

①非常に近いのは、神奈川と愛媛です。

②特に愛媛は、生命保険をしっかり用意しており、7月20日時点で210名が登録しています。

「※賠償責任を担保するため、派遣（雇用）期間中は損害保険に、派遣（雇用）期間＋調整期間中は短期生命保険に加入（いずれも応援職員を被保険者とする）」

・愛媛

<https://www.pref.ehime.jp/h20400/documents/01-4skeem.pdf>

<https://www.pref.ehime.jp/h20400/corona.html>

・神奈川

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/prs/r4112359.html>

③どの自治体も想定していないのは「もしも感染者が入院できなかったとき」への備えです。

（ただし、神奈川は在宅の軽症者向けに「ケア付き宿泊療養施設」を整備しています）

●上記のように、介護施設の入所者のCOVID19死亡率は16.7％（5月8日時点）でした。

逆にいえば、平均すると8割以上が回復している。

感染した高齢者でも軽症ですむ人や、今後は集団検査で判明する無症状感染者も想定すべきです。

原則入院が望ましいとしても…

①認知症高齢者の入院は、コロナでなくても倦厭される

②医療が逼迫すれば、なおさら入院は難しい

③入院できなければ、施設で広がる可能性がある

「介護施設で発生したら、現場はどうなるのか」

➃集団感染（介護クラスター）を防げなければ、多くの命が失われるかもしれない

➡入院できないときに備えて、軽症や無症状感染者のコホートエリアを準備しておく必要がある

➡この備えは、重症化の兆しがみえたときに入院できる病床を確保しておく（医療崩壊を防ぐ）ためにも必要