

基礎研 レポート

新型コロナへの対処として、介護現場では何が必要か 感染拡大防止や人材支援などの備えを

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～新型コロナへの対処として、介護現場では何が必要か～

新型インフルエンザ対策等特別措置法に基づく「緊急事態宣言」が全国で解除され、新型コロナウイルスは一応の収束を見たが、今後の感染再拡大が懸念されている。こうした中、検査体制の充実などと併せて、浮き彫りとなった今後の課題の一つが高齢者介護への対応であろう。具体的には、いくつかの地域では高齢者施設でクラスター（感染者集団）が発生したほか、在宅ケアの現場でも事業所が休止に追い込まれ、社会参加の機会を失った高齢者の状態悪化なども懸念されている。

一方、診療報酬が大幅に引き上げられた医療分野と比べると、介護分野に対する国・自治体の対応は後手に回ったと言わざるを得ず、今後の対応を考える上では、「なぜ後手に回ったのか」という背景の考察と、それへの対処も欠かせないと思われる。

本レポートでは、課題として高齢者介護への対応が残された点を考察した後、介護分野への対応が後手に回った原因として、「医療行政＝都道府県」「介護・福祉行政＝市町村」の間で起きた連携不足などを挙げる。その上で、必要な方策として、感染拡大防止策や人材面の支援などを考察する。

2—課題として残された高齢者介護への対応

1 | 高齢者に偏った死亡者の比率

まず、高齢者介護が今回の教訓になった点を考察する¹。新型コロナウイルスの関係で言うと、労働集約的な介護現場はオンラインやリモートへの代替が困難な上、日常的なケアでも密閉、密集、密接の「三密」が生まれやすく、感染リスクが非常に大きい。

さらに新型コロナウイルスの特徴として、多くの人が軽症者、無症状者にとどまる一方、抵抗力の弱い高齢者、障害者、基礎疾患のある人が命を落とすケースが多いとされている。実際、日本国内に

¹ なお、本レポートでは高齢者介護を中心に記述しているが、免疫力の低さなどリスクが高い点、労働集約的で「三密」が避けられないという点では、障害者福祉の現場も同様の側面も持っていることは念頭に置く必要がある。例えば、厚生労働省は5月、気管切開などで日常的に医療的なケアが必要な子ども達（医療的ケア児）の感染を防ぐ手立てとして、自宅での検査を可能とする事務連絡を都道府県などに通知している。なお、最近では障害の「害」の字が不快感を与える可能性があるとして、「障がい」「しょうがい」などと表記するケースが見られるが、ここでは固有名詞を除き、法令上の表記に沿って、「障害」で統一する。

おける死者数の年齢別階層は図1の通り、高齢者に偏在しており、ハイリスクな要介護者と接する介護現場の難しさを見て取れる。

実際、共同通信社の調査によると、高齢者が入所する介護施設では、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人に上り、このうち入所者の79人が亡くなったという²。

2 | クラスターの発生状況

さらに、懸念されるのはクラスターの発生である。クラスターとは1カ所で5人以上の繋がりを持つ感染者が出たケースを指している。

クラスターの発生状況を知らせる厚生労働省の「全国クラスターマップ」は3月末以降に更新されていないが、加藤勝信厚生労働相は5月10日現在の数字として、250件程度のクラスターが全国で発生したことを明らかにした上で、その内訳は医療機関85件、福祉施設57件、飲食23件であるとしている³。ここで言う福祉施設には障害者福祉施設も含まれているが、高齢者介護の現場ではクラスターの発生リスクが高い様子を見て取れる。実際、患者・利用者や職員で合計20人以上の感染者が判明した大規模なクラスターとして、5月28日時点で医療機関30カ所、介護事業所・障害福祉施設14カ所と報じられている⁴。

3 | 介護現場の負担

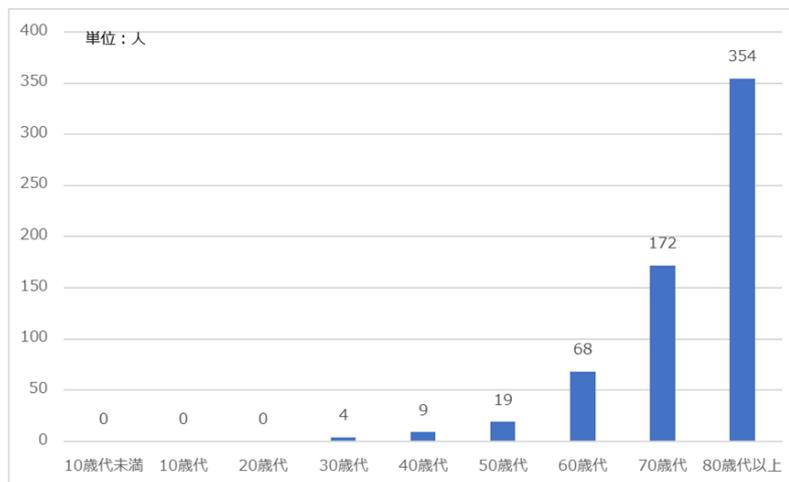
こうした中、介護現場の負担感は強まったと考えられる。中でも、季節性インフルエンザへの対応など日常的な衛生対策を除けば、感染症対策に関する介護現場の経験値が高かったとは言えず、ここまで気を配らなければならない場面が想定されていたとは思えない。増してや、以前から介護現場は恒常的な人手不足に悩まされており、介護職が感染したり、発熱などで大事を取って休んだりした場合、少ない人員で介護現場を回す必要に迫られていたと思われる。

このほか、外出制限などに伴って高齢者の体力や認知機能が低下している問題など、もう少し現場では複雑な問題が起きているが、この点は後述する。

4 | 海外でも焦点となっている高齢者介護施設の感染症対策

新型コロナウイルスへの対応策として、高齢者介護が焦点となっているのは日本に限らない。例えば、欧州では多くの介護施設でクラスターの被害が発生し、多くの死者を出したほか、日本と同様に

図1：新型コロナウイルスによる死者数の年齢別内訳



出典：厚生労働省資料を基に作成
注：6月3日までの累計陽性者のうち死亡が確認された人。

² 2020年5月13日『共同通信』配信記事。

³ 第201回国国会議録2020年5月11日衆議院予算委員会における加藤厚生労働相の発言。

⁴ 2020年5月29日『日経メディカル』配信記事を参照。

医療機材の不足に悩んだという⁵。こうした教訓に立ち、介護施設（Long-term care facilities）における感染拡大を早期発見できるサーベイランス（監視）システムを構築する必要があるとの意見が示されている⁶。

このほか、5月下旬に示されたWHO（世界保健機関）のガイドライン⁷ではパンデミック（世界的大流行）に備え、効果的な統治システムによる介護（Long-term care）サービスの維持、追加的な財政投入を通じた介護システムの安定化、感染防止対策の確立、要介護者と介護職員を対象とした検査やモニタリングシステムの優先的導入、スタッフの安全を確保するための医療体制の充実、介護家族を対象とした一層の支援、継続的なケアの提供を確実にするサービス間の調整、高齢者の尊厳を保った緩和ケアに対するアクセス確保などに言及しており、高齢者介護への対応が今後の課題として残されている点は概ね各国で共通しているようだ。

では、どんな対応策が日本国内で実施されているのだろうか。次に、新型コロナウイルスの感染拡大後、高齢者介護に関して実施されている国・自治体の対策を幾つか取り上げる。

3—国・自治体の高齢者介護に関する対策

1 | 国の主な対策

過去に公表された政府の対応策では、高齢者介護に関して、幾つかの施策が盛り込まれている。例えば、3月10日の「新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾—」として、①介護施設などにおける消毒液購入、施設の感染拡大防止に必要な費用を補助する制度の創設（補助率3分の2）、②介護施設などの現場におけるマスク不足の解消に向けて、再利用可能な布製マスクを国が一括して2,000万枚購入して少なくとも1人1枚は行き渡るような量を緊急に配布、③介護職員など応援職員の確保に向けた調整を行う都道府県を支援——という対策が打ち出され、2020年度第1次補正予算に必要経費が盛り込まれた。

さらに、感染症対策の徹底やオンラインでの面会などを周知する通知が数多く発出されており、介護報酬に関する算定基準も時限的に緩和されている。第2次補正予算でも医療従事者に加えて、介護従事者に対しても最大20万円の手当を支給するための経費が計上された。このほか、5月の通知では感染拡大防止に配慮して実施する介護予防・見守りなどの取り組みに対し、自治体向け財政制度⁸である「保険者機能強化推進交付金」「保険者努力支援交付金」を活用できると定めた。

ただ、医療の場合、新型コロナウイルスに感染した患者を受け入れる医療機関に対して診療報酬を倍増する方針が4月に決まったほか、5月にはICU（集中治療室を）を対象とした報酬が3倍に引き上げられた。これと比べると、介護分野の対応は後手に回っている感は否めず、支援内容も手厚いとは言い難い。

⁵ 2020年5月21日『日経ビジネス』配信記事を参照。

⁶ 2020年5月19日、European Centre for Disease Prevention and Control（2020）‘Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA’を参照。

⁷ 2020年5月29日、World Health Organization ‘Strengthening the Health System Response to covid-19’を参照。

⁸ 2つの財政制度は元々、介護予防に力点を置いていた。保険者機能強化推進交付金は2018年度、保険者努力支援制度は2020年度に創設されており、いずれも予算額は200億円。

2 | 自治体の主な対策⁹

一方、自治体レベルの動きはどうか。幾つかの都道府県では、介護分野に関する取り組みがスタートしており、例えば福島県は図2の通り、高齢者福祉施設でクラスターが発生した場合に備え、他の施設から応援の介護職員を最大2週間、派遣する事業を開始すると表明。その際、福島県は事業所同士のマッチングを図るとともに、応援職員の交通費や宿泊費などを負担するとしている。こうした広域レベルで職員を派遣・調整する制度については、北海道、神奈川県、兵庫県、広島県が始めている。兵庫県は代替サービスをマッチングする事業も始めており、①事業所の感染などで自宅待機となっている要介護者、②家族などが感染して介護サービスが必要となった高齢者——を対象に、ケアマネジャー（介護支援専門員）が所属する居宅介護支援事業所が代替事業所を調整するとしている。

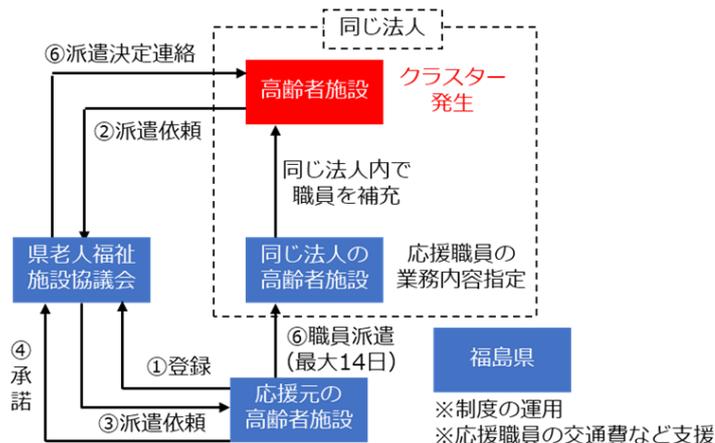
クラスター発生に備えた体制整備に取り組んでいる事例も増えている。例えば、富山県はクラスターが発生した場合の初動体制を強化するため、災害派遣医療チーム（DMAT）とともに初動対応に当たるチームを編成する意向を示しており、同様のプロジェクトは岩手県でもスタートする予定という。群馬県は老人ホームや障害者支援施設などの利用者や職員らの発熱状況を報告してもらうシステムを整備した。

このほか、神奈川県が5月から始めた制度では、家族が新型コロナウイルス感染症で入院した場合、高齢者や障害者が取り残される可能性があるため、▽本人が陰性の場合に受け入れる「短期入所協力施設」、▽陽性・軽症でも福祉的ケアの割合が高く医療機関への入院が難しい場合に受け入れる「ケア付き宿泊療養施設」——を新たに指定するとしている。

市町村レベルでは千葉県松戸市が高齢者介護・障害者施設の感染拡大防止対策として、▽職員が予防的にホテルに宿泊する場合の経費、▽飛沫感染防止の亚克力板設置——などの経費を支援するとしている。東京都小平市は利用者が大幅に減少している介護事業所に対し、最大30万円を支給する事業を始めた。東京都新宿区は地元医師会と連携し、PCR検査を訪問診療医が実施できるシステムを整備することで、感染状況を早期に把握するシステムを整備しようとしている。

しかし、こうした動きの多くは5月中下旬以降に決定あるいは報道されており、幾つかの施策に関しては、既に起きてしまったクラスター事案への対応策という側面も持っている。さらに一部の府県では医療従事者に対して現金手当やクオカードを支給する動きが見られたのに対し、管見の限りでは介護従事者については、類似の動きは見られない。

図2：クラスター発生時の福島県の介護職員派遣システム



出典：福島県ウェブサイト、2020年5月21日『福島民報』を基に作成

⁹ 煩雑さを避けるため、この項目は出典を一括して掲げる。福島県、神奈川県、兵庫県の各ウェブサイトに加えて、2020年6月8日『北海道新聞』、6月4日『朝日新聞』『富山新聞』、5月27日『中国新聞』、5月24日『読売新聞』、5月21日『福島民報』、5月20日『読売新聞』配信記事、同日『千葉日報』、を参照。

こうして見ると、介護分野に関して、様々な施策の動きが出て来たとはいえ、医療に比べると自治体の対応も後手に回っている感は否めない。

では、こうした現状に対し、どのような意見や要望が介護現場や有識者から示されているのだろうか。以下、主な内容を取り上げる。

4——高齢者介護に関する提案の状況¹⁰

まず、業界団体の意見・要望を見ると、日本介護福祉士会は4月の要望書で、▽マスクなどの衛生用品の安定的供給体制の構築、▽介護従事者への特別手当支給——を求めた。特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人などが参加する全国老人福祉施設協議会（老施協）も厚生労働省や与党に対して要請活動を実施しており、一連の要望書では衛生用品の優先的な提供、感染者が出た場合の対応方法や基準の明確化、人員基準の弾力化、経営支援などを盛り込んでいる。在宅サービス提供事業者で構成する日本在宅介護協会も5月の要望で、感染予防備品の優先的な提供に加えて、職員に対して感染を調べる「PCR 検査」の優先実施、職員への危険手当支給、人員基準などの緩和、支援策に関する申請手付きの簡素化などを訴えた。

さらに、日本記者クラブの講演会で現場の介護職や事業所の経営者から要望書が示されており、感染対策の周知徹底や介護報酬・特別手当の創設、ヘルパーの緊急増員などの必要性が強調されている。このほか、介護・福祉現場から研究者に転じた有識者の提言としては、▽感染症対策に関する物資提供やノウハウの助言、▽経営上の支援、▽安否確認や心身機能低下を防ぐ支援、▽介護休業、介護休暇の時限的拡大——のほか、要介護者を受け入れる臨時借り上げホテルの設置などの施策が列挙されている。介護福祉士の有志が「特別手当」など介護職に対する支援を求める署名活動を始め、1カ月で約5万6,000件の賛同を得るといった動きもあった。

これらの意見や要望は全て重要であり、介護現場に近い声として傾聴すべきであろう。実際、第2次補正予算に特別手当が計上されるなど、一部の要望や意見は政策に反映された。

しかし、今後の教訓にする上では、こうした意見が政策決定過程に反映されなかった、あるいは反映されるのが遅れた理由を考察する必要がある。言い換えると、介護分野が後手に回った背景の考察が欠かせない。

その理由として、筆者自身としては、①「医療崩壊」の阻止に優先順位が置かれた影響、②業界団体が弱い影響、③都道府県と市町村の間で連携が不足していた可能性——という3点が大きく影響した¹¹と見ており、その考察を以下で試みる。

¹⁰ 煩雑さを避けるため、この項目は出典を一括して掲げる。業界団体関係の要望書としては、2020年5月12日日本在宅介護協会「新型コロナウイルスへの感染拡大に伴う在宅介護事業に関する要望」、4月24日日本介護福祉士会「新型コロナウイルス対応に関する要望書」、4月21日全国老人保健施設協会「介護現場における新型コロナウイルス感染者の対応について」、3月6日老施協「高齢者介護施設における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策に係る現状と要望」、2月17日老施協「新型コロナウイルス（COVID-19）の対応について」などを参照。このほか、5月27日『朝日新聞』配信記事、日本記者クラブにおける4月30日の高野龍昭（東洋大学准教授）、同24日の小島美里（NPO法人暮らしネット・えん代表理事）の講演資料、結城康博（2020）「新型コロナ感染に求められる介護施策」『社会保険旬報』No. 2783も参照した。

¹¹ 介護分野や社会福祉の専門家が新型コロナウイルス対策に関する政府の会議などに参加していないことも影響していると思われるが、ここでは詳しく触れない。

5——介護が後手に回った背景の考察

1 | 医療崩壊の阻止に優先順位が置かれた影響

まず、「医療崩壊」の阻止に優先順位が置かれた影響である。新型インフルエンザ対策等特別措置法では、都道府県に多くの権限を委ねており、幾つかの都道府県は国の対応を待たず、自らの判断で対応策を決めた。この際、「医療崩壊」の阻止、つまり医療機関のキャパシティを超えるレベルまでに医療需要が高まってトリアージ（選別）が実施される結果、必要な医療を受けられなくなる状態を食い止めることに力点が置かれた。具体的には、医療機関同士の連携を密にしたり、軽症者や無症状者受け入れるホテルを確保したりする対応が各都道府県で取られた。

こうした対応は短期間で決定せざるを得なかったため、その結果として高齢者介護などへの配慮が行き渡らなかった可能性が高い。

2 | 業界団体の弱さの影響

第2に、業界団体の弱さである。医療の場合、日本医師会の影響力と発言力が強く、国の政策決定プロセスでは、その意向が重視されやすい。今回の対応で言えば、日本医師会が新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく「緊急事態宣言」を早急に出すように政府に迫ったほか、地域レベルでも東京都医師会がPCR検査の強化に乗り出すなど独自の動きを見せた¹²。

これに対し、介護はサービスごとに業界団体が細分化されており、業界としてまとまりを欠いている分、日本医師会を中心とした医療界のように、足並みを揃えた対応が困難である。さらに介護保険制度の創設から20年が経過したとはいえ、長い歴史の中で政府・与党とのパイプを築いてきた日本医師会に比べると、その発言力は小さいと言わざるを得ない。こうした業界の実情が現場の声を政策決定に反映できていない一因と考えられる。

3 | 都道府県と市町村の間で連携が不足していた可能性

第3に、都道府県と市町村の間で連携が不足していた可能性である。新型インフルエンザ等対策等特別措置法では都道府県に多くの実効権限を委ねており、そもそも普段の医療行政も都道府県が所管している。このため、病床再編などを目指す「地域医療構想」の推進¹³などで培われた日常的な繋がりを感染症対策に活用できる面がある。一方、介護・福祉行政については、市町村が多くの権限を有しており、都道府県との日常的な接点は少ない。端的な例で言うと、公衆衛生の最前線を担っている保健所は多くの場合、都道府県の所管となっており、立ち入り検査などで普段から医療機関と接する機会が多いが、介護事業所との接点は小さいと思われる。

つまり、「医療行政＝都道府県」「介護・福祉行政＝市町村」という役割分担の下、連携不足が日常行政でも起きやすくなっており、在宅ケアにおける医療・介護連携を進める上でのネックの一つとな

¹² 2020年6月号『文藝春秋』、2020年4月17日『m3.com』配信記事などを参照。

¹³ 地域医療構想については、過去の拙稿参照。2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2019年11月11日「[『調整会議の活性化』とは、どのような状態を目指すのか](#)」。

っていた¹⁴。厚生労働省としても、2015年度から「在宅医療・介護連携推進事業」を創設することなどを通じて、市町村が在宅医療分野に関われるような手立てを講じていたが、こうした都道府県と市町村の連携不足が新型コロナ対策でも影響した可能性がある。

では、こうした背景を踏まえて、今後の教訓として、何をすべきだろうか。先に触れた通り、介護現場や業界団体、有識者から様々な提案がなされているが、一口に「介護現場」と言ってもサービスの提供方法が異なるため、感染リスクが顕在化するパターンは異なる。以下、サービスが提供される「場」に着目し、介護現場のリスクの類型化を試みる。

6——サービスが提供される「場」に着目した感染リスクの類型化

1 | 3つの類型化

一般的に介護保険サービスについては、利用者の長期ケアを前提とする特別養護老人ホーム（特養）など施設系サービスと、自宅や高齢者住宅に住んでいる利用者を対象とした居宅（在宅）系サービス、地域密着型サービスに分かれる。さらに、近年は介護予防の一環として、高齢者が気軽に体操や運動などを楽しめる体操教室や交流の場などがコミュニティレベルで整備されているほか、認知症の人や家族が集う認知症カフェなども住民主体で自然発生的に増えている。いずれも介護保険サービス事業所としての適用を受けていないが、高齢者が集まるといふ点では感染リスクに直面しており、こうした場にも気を配る必要がある。

そこで、今回は高齢者介護のケアが実践される「場」に着目し、(1) 施設・住宅系、(2) 通い系、(3) 訪問系——で区別し、以下で3つの類型に応じて感染リスクの発生プロセスや留意点を述べて行く。

2 | 施設・住宅系

まず、施設・住宅系とは多くの高齢者が1つの建物内に同居している類型であり、特養や老人保健施設、認知症共同生活介護（グループホーム）、サービス付き高齢者向け住宅などが該当する。この類型の場合、いわゆる「三密」で言うと、密閉、密集、密接が重なりやすく、クラスターの発生が懸念される。

このため、クラスターの発生防止に向け、「如何に施設・住宅にウイルスを持ち込まないようにするか」という点が重要となり、職員の小まめな検温や手洗いといった感染拡大防止策が求められることとなる。

さらに外部との交流を減らす方策も想定されるが、この場合は居住する高齢者が家族や知人と会えなくなり、要介護状態が悪化する危険性と背中合わせである。この点については、「感染拡大防止」「社会参加機会の確保」が二律背反となりやすいため、後述する。

このほか、クラスターが発生した場合の危機管理策も問われる。クラスターの発生に伴って多くの感染者を出した介護施設では、医療現場への負荷を減らすため、感染した高齢者へのケアを介護施設

¹⁴ 在宅ケアにおける都道府県と市町村の関係については、2018年2月23日拙稿「[都道府県と市町村の連携は可能か](#)」参照。

で対応したり、施設内で看取ったりする対応が取られた¹⁵。

3 | 通い系

次に、通い系とは利用者が自宅から通って来るサービス類型となる。具体的には、高齢者を日中預かる通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーションなどが該当する、さらに、介護保険の事業所として指定されないケースとして、住民主体による介護予防のための体操教室なども広い意味で通い系に該当する。中でも、厚生労働省は介護予防に力点を置く観点に立ち、2021年度制度改正の「目玉」として、高齢者が気軽に体操などを楽しめる「通いの場」を重視しており、こうした介護保険以外の体操教室などは近年、地域福祉政策で非常に重視されている¹⁶。この類型の場合、いわゆる「三密」で言うと、密閉、密集、密接が重なりやすく、一部の事業所でクラスターが発生している。

ただ、多くの事業所や体操教室などが休止していたため、それほど感染リスクは顕在化していなかった面もある。例えば、名古屋市は感染拡大を受けて、市内の一部地域で3月7日～20日までデイサービス事業所に対して、休業要請を出した。名古屋市に限らず、厚生労働省の4月20日時点の調査では、デイサービスや短期入所（ショートステイ）で休業した事業所は全国で計858カ所に及んだという。このため、介護事業所の再開に際しては換気の徹底などの感染症対策が求められるほか、体操教室などの場合は分散・分割の開催、オンラインの採用といった工夫を講じる必要がある。

さらに、事業所や教室などが休業・休止に追い込まれた結果、高齢者の社会参加機会が失われ、体力低下や認知機能の低下など状態が悪化した可能性がある。このため、事業所や体操教室などが再開したとしても、再び感染拡大が進んだ場合の対応策を念頭に入れる必要がある。つまり、「感染症の拡大を防ぐか、高齢者の機能低下を防ぐか」といった二律背反が起きる可能性が高く、この点は後述することにする。

4 | 訪問系

3番目の訪問系とは、ヘルパーなどが自宅を訪ねる訪問介護サービスや訪問リハビリテーションなどが該当する。この類型では「三密」のうち、中でも密接が避けられない。このため、介護職が利用者の自宅で感染したり、逆にウイルスを自宅に持ち込んだりするリスクがあるため、小まめな検温や手洗い、エプロンの洗濯、身の回り物の管理といった感染拡大防止策が求められることとなる。実際、厚生労働省は訪問介護職員や訪問サービスを受ける人を対象に、感染症対策として気を付けるべき点などを動画で公開している¹⁷。

しかし、実際の介護現場は相当な負担を強いられたと推察される。外出自粛の要請が出たとしても、

¹⁵ 2020年6月2日放映「介護クラスター見えた！命を守るカギ 対策が進む現場で」『NHK クローズアップ現代+』、5月24日『読売新聞』配信記事を参照。

¹⁶ 2021年度制度改正に向けた「通いの場」に関しては、2019年7月16日拙稿「[介護保険制度が直面する『2つの不足』\(下\)](#)」を参照。さらに、通いの場については、近藤克則（2019）『住民主体の楽しい「通いの場」づくり』日本看護協会出版会も参照。近年は高齢者介護だけでなく、障害者や失業者などが気軽に集まれる「居場所」の形成も重視されており、その狙いや内容は「通いの場」と共通している面がある。居場所づくりを含めた社会福祉における「場」の重要性に関しては、『社会福祉研究』第133号を参照。

¹⁷ 厚生労働省チャンネル「訪問介護職員のためのそうだったのか！感染対策！」「訪問サービスを受ける方のためのそうだったのか！感染対策」を参照。

https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc

訪問系ではサービスを継続する必要がある、介護現場の関係者は利用者や介護職の安全を確保しつつ、サービスの継続に神経を使っていたと思われる。

5 | 感染拡大防止を巡る二律背反

さらに、事態を複雑にしているのが既述した二律背反である。そもそもの問題として、感染症対策では往々にして「最大多数の最大幸福」を目指す功利主義が意識される。例えば、感染していない人を守るため、感染した人を隔離することで、感染した人の移動の自由などを制限しなければならない。

より深刻なケースとしては、患者が医療機関に殺到しても、人員やベッド、医療機器、薬などには限界があるため、医療崩壊を防ぐ上では「回復の見通しがあるか否か」という選別（トリアージ）が実施される。こうした状況の下、「回復の見込みが低い」と判断された患者については、蘇生や治療などが実施されない時がある。

もちろん、平時であれば、こうした事態が生まれないように事前に準備したり、関係者と意思疎通や合意形成を進めたりできる。しかし、感染症の拡大局面では短期間での意思決定を強いられる上、少ない資源を効果的に使わざるを得なくなるため、功利主義的な対応が求められる。

実際、先に触れたクラスター患者を介護施設内で対応せざるを得なかった事例も、こうした状況でギリギリの判断を迫られた可能性がある。つまり、当面の手立てとして、介護施設で感染した高齢者をケアしたり、看取ったりした事例は医療崩壊を防ぐ側面があった。言わば「医療崩壊を防ぐか、高齢者の命を守るか」という二律背反が起きていたわけである。

さらに感染拡大を防ぐための社会的距離（social distancing）が高齢者の状態悪化を招き、「感染症の拡大を防ぐか、高齢者の状態悪化を防ぐか」という二律背反も起きていた。具体的には、感染拡大を防ぐ上では、施設・住宅系では外部との関係を最小限にとどめたり、通い系や訪問系では介護事業所などを休業・休止したりするのが有効打となる。しかし、その分だけ要介護状態の高齢者は外出機会や社会参加機会を失われ、体力や認知機能が低下するリスクがある。

実際、どこまで要介護状態が悪化したのか、もう少し丁寧な検証が必要となりそうだが、介護現場に近い関係者から入って来る情報を総合すると、要介護状態の悪化リスクは外出自粛期間の間、静かに進んでいた可能性がある¹⁸。

例えば、研究者などで構成する民間研究所がケアマネジャー（介護支援専門員）を対象に実施した調査¹⁹によると、4月の利用者合計3万7,113人のうち、「身体機能の低下が進み、重度化した」という利用者は1,210人、「精神面で不安定さが目立つようになった」という利用者が1,018人、「認知症状が出現・悪化した」という利用者は849人に上ったという。社会疫学の専門家からも「流行時に外出、人との交流、社会参加が長期間制限されることにより、高齢者のうち、認知症、要介護及びその後の重症化、早期死亡のリスクが高まることが予想（筆者注：される）」という指摘が出ている²⁰。

¹⁸ ここでは詳しく触れないが、海外では厳格な都市封鎖（ロックダウン）の間、DV（ドメスティック・バイオレンス）が増えたと報じられており、高齢者介護でも虐待リスクが進む危険性を認識する必要がある。

¹⁹ 2020年6月1日、一般社団法人とまちづくり研究所「新型コロナウイルス感染症が利用者・ケアマネジメント等に及ぼす影響と現場での取組みに関する緊急調査」を参照。ケアマネジャーの回答者数は1,243人。

<https://hitomachi-lab.com/archives/227/>

²⁰ 木村美也子・尾島俊之・近藤克則（2020）「新型コロナウイルス感染症流行下での高齢者の生活への示唆」『日本健康開発

では、今後の感染再拡大に備えて、どんな対応が求められるのだろうか。以下、ケアが提供される「場」の違いも意識しつつ、重視しなければならない必要な取り組みを述べる。ここでは、①感染拡大の防止と社会参加機会のバランス確保、②人材面の支援、③クラスター発生時の対応——という3つに分けて考察する。

7——考えられる必要な取組(1)～感染拡大防止～

一つは感染拡大の防止を拡大する観点に立ち、医療用マスクなど医療機材の配分が求められる。これまでは「医療崩壊」を防ぐ観点に立ち、医療現場への配分が優先されていた感があるが、秋以降の再拡大に備えて、介護現場への配分も意識される必要がある。

さらに都道府県や保健所が中心となり、感染拡大防止策を助言する対応も必要となる。医療現場と比べると、介護事業所は感染症に関する経験値が低い上、「医療行政＝都道府県」「介護・福祉行政＝市町村」という役割分担の下で連携不足が起きやすく、介護事業所に対する保健所の情報提供、あるいは相談窓口の設置、訪問指導といった対応策が必要になる。このほか、介護職員に対して優先的かつ小まめに検査をPCR実施することで、陽性反応が出た場合は一定期間、休んでもらうなどの対応策が必要となる。

現場レベルでの感染症対策の徹底も課題となるだろう。既に業界団体や関係学会からガイドラインやQ&Aなどが示されているが、先に示した施設・住宅系、通い系、訪問系という3つの類型に沿って、小まめな検温や手洗いなどの配慮が必要となる。同様の点については、介護保険サービスに基づかない体操教室などにも当てはまる部分がある。

しかし、無症状者、軽症者が多い新型コロナウイルスの特性を踏まえると、感染リスクをゼロにするのは難しく、感染症の拡大防止に力を入れすぎると、高齢者の状態悪化を招く危険性がある。このため、社会参加機会を確保・維持しつつ、感染症対策を講じる難しいバランスが問われる。

例えば、厚生労働省は5月の通知²¹で転倒予防に向けた日頃の運動、人込みを避けた少人数の散歩や運動、屋内や庭での体操、家事や農作業などの必要性を示すとともに、低栄養の予防や社会的な孤立の防止に向けて、家族や友人、近隣住民などとの交流や助け合いが重要と強調。状態把握や見守り、テレビ電話を使ったバーチャルな体操などに関して、事例のイメージを示している。

さらに、国立長寿医療研究センターは高齢者の活動増進を図るスマートフォン用アプリケーションを開発中と発表しており、東京都健康長寿医療センターも「通いの場」を再開する際の留意点を示している²²。このほか、神戸市はベンチャー企業と連携し、オンラインを通じて在宅における高齢者の運動促進事業を展開するなど、地域の繋がりを維持しようとする試みが官民で模索されている²³。

こうした通知や事例、ツールなどを一つの参考にしつつ、市町村や専門職が体操教室などの開催、

雑誌」(早期公開)を参照。DOI：<https://doi.org/10.32279/jjhr.20200602>

²¹ 2020年5月29日に示された「新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に配慮して実施する介護予防・見守り等の取組例について」という通知。

²² 2020年5月27日に公開された「通いの場×新型コロナウイルス対策ガイド 第1版」を参照。

²³ 神戸市の事例は下記のウェブサイト参照。官民の事例に関しては、2020年5月11日日本総合研究所ウェブサイト紀伊信之「外出自粛による高齢者の健康被害」を参照。

<https://trigger.city.kobe.lg.jp/info/4398/>

<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=36258>

またはオンライン移行などをバックアップする必要がある。

その際、住民主体の小規模な集まりや体操教室に関しては、「感染症が危ないから教室を開催してはならない」とか、「感染症対策のため、必ずマスクを付けて体操すべきだ」といった形で、リスク回避だけを重視して行政や専門職が過度に介入すると、住民の自発性や支え合いの気持ち（連帯心）が失われる危険性があり、住民の主体性や意欲を削がないような配慮とバランス感覚が必要となる。

8—考えられる必要な取組(2)～人材面の支援～

1 | 求められる広域的な人材調整

介護現場は元々、人手不足に悩まされており、介護職員が感染または感染の疑いで休業を余儀なくされた場合、その不足感は一層、増すことになる。今回の一件についても、現場の率直な感想は「ギリギリ乗り切った」といったところではないだろうか。実際、いくつか報道²⁴を見ると、「次は誰が感染するのか」という不安を持ちつつ、事業所や施設を運営していたという切実な声が紹介されている。このため、既述した福島県や広島県などの事例のように、都道府県が広域で人員を調整・確保するのは一つの工夫であり、他の都道府県も参考になるだろう。

2 | 介護報酬の引き上げと限度額の特例

さらに、求められるのが介護報酬の引き上げである²⁵。矢継ぎ早に引き上げられた診療報酬と比べると、介護報酬を引き上げる議論は政府内で必ずしも盛り上がっていない、確かに第2次補正予算では手当の支給が盛り込まれたが、これを除けば人員・施設基準が緩和されている程度である。

しかも基準緩和の一部については、複雑かつ分かりにくく、利用者にとって使い勝手がいいとは思えない。その一例がデイサービスに関する報酬の特例である。通常、デイサービスの報酬体系は表1の通り、高齢者を長く預かるほど事業所の収入が増える仕組みになっており、要介護3の高齢者を受け入れる場合、2時間以上3時間未満の場

表1：新型コロナウイルスのデイサービスに関する報酬の特例

デイサービスの報酬区分	通常の単位数	特例として認める単位数
2時間以上3時間未満	347	495
3時間以上4時間未満	472	765
4時間以上5時間未満	495	784
5時間以上6時間未満	765	887
6時間以上7時間未満	784	902
7時間以上8時間未満	887	952
8時間以上9時間未満	902	1,002
延長加算（9時間以上10時間未満）	952	1,052
延長加算（10時間以上11時間未満）	1,002	1,102
延長加算（11時間以上12時間未満）	1,052	1,152
延長加算（12時間以上13時間未満）	1,102	1,152
延長加算（13時間以上14時間未満）	1,152	1,152

月1回まで算定可能

原則として月4回まで算定可能 ※注2

出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：要介護3のケースで作成。

注2：月当たり提供回数を3で除した数と4回を比べ、少ない方を算定。

²⁴ 2020年6月5日『西日本新聞』、5月4日と3月6日に掲載された『朝日新聞』配信記事を参照。

²⁵ なお、ここでは詳しく触れないが、ケアマネジャー向け報酬が見直された。通常ではケアプランに介護保険サービスが入っていなければ、ケアマネジャーは居宅介護支援費を受け取れないが、特例としてケアプランに介護保険サービスが入っていても、報酬が認められるようになった。事業所の休止・休業が相次いだとしても、ケアマネジャーによるケアマネジメントによる状態確認は欠かせないため、当然の対応と言える。

合は 347 単位、3 時間以上 4 時間未満は 472 単位となっている。1 単位は原則 10 円²⁶なので、事業所は 2 時間以上 3 時間未満で 3,470 円、3 時間以上 4 時間未満で 4,720 円を受け取れる仕組みだ。

これに対し、今回の新型コロナウイルス対応では、実際にケアプラン（介護サービス計画）では 2 時間以上 3 時間未満であっても、時間区分で言うと 2 つ上の 495 単位（原則 4,950 円）、3 時間以上 4 時間未満の場合、765 単位（7,650 円）を受け取れるようにした。これは高齢者を少しでも長く預かってもらうことで、高齢者の社会参加機会を確保するとともに、家族の介護負担を減らそうという狙いであろう。その意味では、事実上の介護報酬引き上げと同じ効果を持つ。

しかし、これだけでは不十分であり、むしろ介護保険制度の特性を踏まえているとは言い難い。介護保険は医療保険と異なり、要支援を含めて計 7 段階の要介護度に応じて区分支給限度基準額（以下、限度額）という上限が設けられており、その限度額の範囲内であれば原則として 9 割（高所得者は 7～8 割）でサービスを受けられる仕組みである。

このため、いくら介護報酬を引き上げたり、表 1 のように特例を設けたりしても、その効果は減退することになる。例えば、限度額ギリギリまで介護サービスを使っている利用者の場合、特例で引き上げた部分が限度額を上回れば、全額が自己負担になる。こうしたケースに該当しなくても、特例で報酬を引き上げた場合、自己負担も自動的に増えることになる。

つまり、何らかの形で介護報酬を通じて事業所にインセンティブを設定するのであれば、限度額にも配慮しないと、その効果は相殺される。具体的な方策としては、限度額を特例的に引き上げるか、介護職員処遇改善加算と同様に限度額には反映させない加算措置などが考えられる。

介護現場に対するテコ入れ策としては、政府が編成した第 2 次補正予算で手当の支給が盛り込まれており、事業所向け介護報酬を引き上げる議論は遠退いたかもしれない。さらに、実際に引き上げる場合にも一律に引き上げる方法ではなく、感染症対策を徹底している施設や事業所を対象にした加算措置なども考えられるが、介護報酬を引き上げる場合、限度額に考慮しなければ効果が減退することは念頭に置く必要がある。

9—考えられる必要な取組(3)～クラスター発生時の対応～

第 3 に、介護施設などでクラスターが発生した場合の対応である。大規模なクラスターが発生した場合、医療行政との接点が少ない市町村、あるいは感染症対策の経験値が低い介護現場だけでは対応が困難であり、広域行政と医療行政を司る都道府県が介護現場や市町村をバックアップできる態勢も必要である。このため、既に述べた岩手県、富山県の事例に見られる通り、初動対応が可能なチームを編成するなどの準備が必要になる。

併せて、「医療行政＝都道府県」「介護・福祉行政＝市町村」という役割分担の下で連携不足が起きないようにするため、都道府県と市町村、保健所と介護事業所の間で日常的に情報をやり取りする連絡会議の設置、あるいは都道府県が感染症に知見を持つ大学病院の専門家と介護関係者を橋渡しする対応なども必要になるかもしれない。

²⁶ ただし、大都市部では 1 単位を 10 円以上で評価する「地域区分」がある。

10—おわりに

「今回のパンデミックは過去に見落とされ、過小評価されてきた私達の社会の一角に焦点を当てた。ヨーロッパ諸国を通して見ると、福祉や介護（long-term care）は悪名高く無視されて来た」「将来を見通しつつ、新しい生活スタイルに移行するのであれば、私達は統合され、人間中心（person-centred）の介護システムを各国で樹立するための明確な投資計画を持つ必要がある」。WHO（世界保健機関）のウェブサイトでは、こうした文言が示されている²⁷。

日本の場合、40歳以上を対象とした介護保険制度が創設されており、「悪名高く無視されて来た」とは思わないが、それでも介護現場への手当てが後手に回った感は否めない。その一例として、「医療従事者」に対して謝意を促すイベントや告知を見掛けるが、ここに「介護従事者」が明記されていないケースが散見される。さらに「介護」の訳語である「long-term care」には本来、障害者福祉が含まれるはずなのだが、高齢者介護よりも意識されていない印象を受ける。

確かに今回の危機に対して、日本は欧米各国よりも少ない死者数で切り抜けたが、そこから得られた教訓の一つとして高齢者介護（及び障害者福祉）の問題が浮き彫りになったことは間違いない。

実際、5月29日に公表された新型コロナウイルス感染症対策専門家会議の「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」でも「次なる波に備えた都道府県等の体制整備のためのチェックリスト」の一つに「高齢者・障害者施設等への支援体制」を挙げ、人材確保策や物資の優先的供給、医療機関との連携体制などを指摘している。

さらに、都道府県—市町村の連携不足が一つの理由だとすると、今後の再拡大に備えて対応しなければならない大きな課題である。既述した幾つかの都道府県の事例は、こうした連携不足を解消するための工夫と理解できる。

一方、都道府県と市町村の連携不足や介護業界の人手不足に関しては、実は平時から論じられていた課題であり、今回の危機で一層、顕在化したと言える。その意味では、有事は平時と分断しているわけではないし、有事の対応は平時に移行した後も継承できる面がある。

例えば、今回の都道府県による広域的な介護職員の調整システムや市町村との連携については、平時に戻った後、結果的に地域の介護体制を強化する方向に働くかもしれない。実際、新型コロナウイルスの拡大以前から、複数の事業所が職員の研修や人材育成、人材確保などで連携する動きが一部の地域で始まっていたことを考える²⁸と、今回の都道府県を中心とした介護職員の広域調整システムと発想的に符合する面が多い。

今後、感染リスクの高い高齢者に対する介護サービスを維持しつつ、感染症対策も進めなければならない現場の負担は重くなると思われるが、秋以降の再拡大に備えて、介護現場や国・自治体が一体となった準備が求められる。

²⁷ 2020年5月28日WHOウェブサイト“New WHO/Europe guidance shows more can be done to protect people in need of long-term care during the COVID-19 pandemic”を参照。

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/5/new-who-europe-guidance-shows-more-can-be-done-to-protect-people-in-need-of-long-term-care-during-the-covid-19-pandemic>

²⁸ 島根県雲南市における事例などを取り上げたNTTデータ経営研究所（2020）「複数の介護サービス事業所が連携等して行う取組に関する調査研究報告書」（老人保健健康増進等事業）を参照。