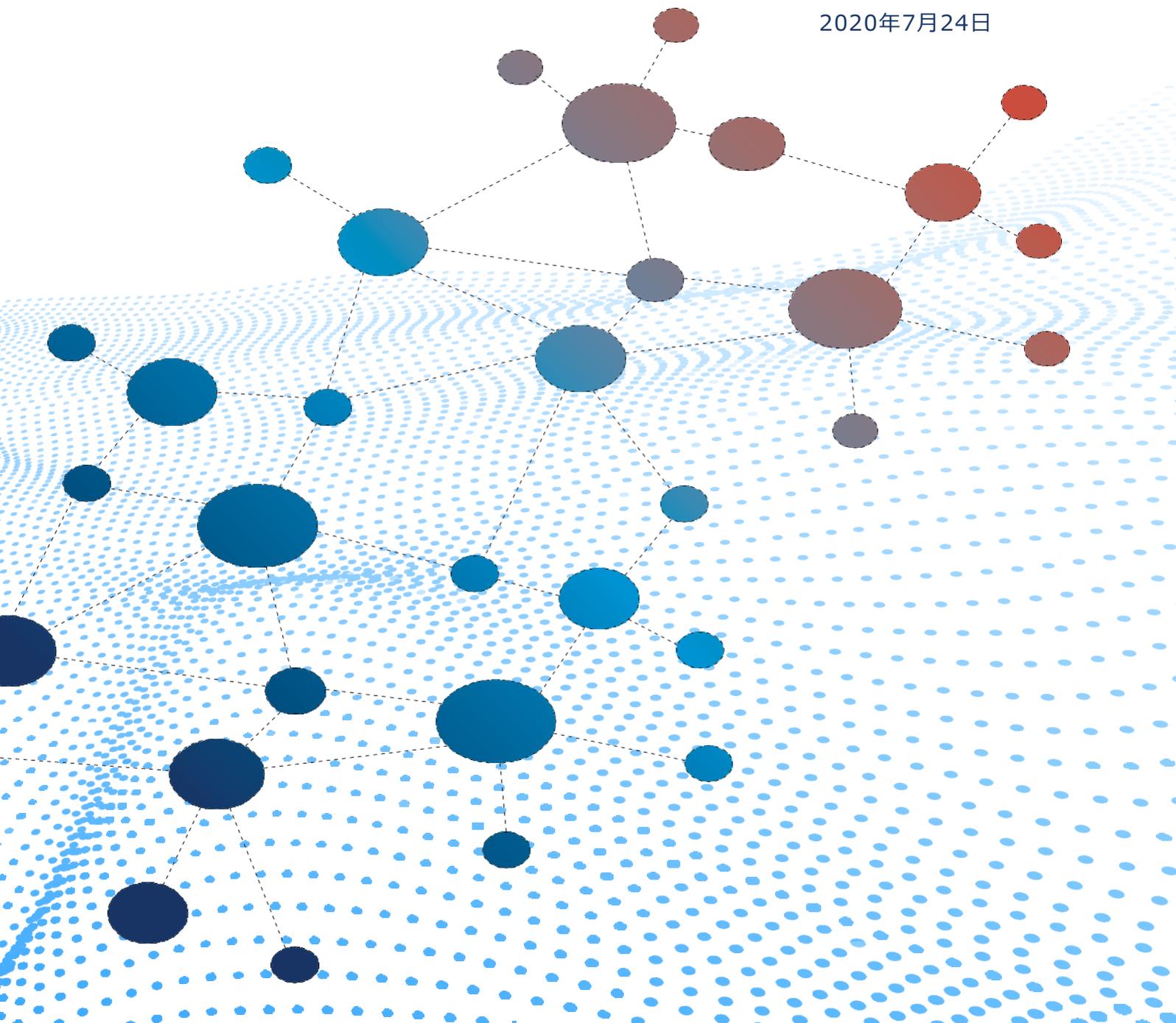


介護サービスにおける新型コロナウイルス 感染症（COVID-19）の予防と管理

ポリシー・ブリーフ

2020年7月24日



介護サービスにおける新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の予防と管理

ポリシー・ブリーフ

2020年7月24日

WHO/2019-nCoV/Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1

© World Health Organization 2020

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Under the terms of this licence, you may copy, redistribute and adapt the work for non-commercial purposes, provided the work is appropriately cited, as indicated below. In any use of this work, there should be no suggestion that WHO endorses any specific organization, products or services. The use of the WHO logo is not permitted. If you adapt the work, then you must license your work under the same or equivalent Creative Commons licence. If you create a translation of this work, you should add the following disclaimer along with the suggested citation: “This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition”.

Any mediation relating to disputes arising under the licence shall be conducted in accordance with the mediation rules of the World Intellectual Property Organization. (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>)

Suggested citation. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services : policy brief. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/2019-nCoV/Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1). Licence: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.

Sales, rights and licensing. To purchase WHO publications, see <http://apps.who.int/bookorders>. To submit requests for commercial use and queries on rights and licensing, see <http://www.who.int/about/licensing>.

Third-party materials. If you wish to reuse material from this work that is attributed to a third party, such as tables, figures or images, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

General disclaimers. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by WHO in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall WHO be liable for damages arising from its use.

Design and layout by [Inis Communication](#)

非公式日本語訳

Unofficial Japanese translation prepared by WHO Kobe Centre

本文書の日本語版の翻訳、監訳は、一般社団法人日本老年学的評価研究機構 (JAGES: Japan Agency for Gerontological Evaluation Study) 専門家の協力のもとで行われた。

原文 (英語) :

Preventing and managing COVID-19 across long-term care services
Policy Brief, 24 July 2020

https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1

目次

謝辞	iv
第1部 概説	v
1.1 この文書の目的	1
1.2 介護におけるCOVID-19の影響：エビデンスからわかること	2
1.3 具体的な取り組み：誰も置き去りにしないために	3
第2部 介護におけるCOVID-19パンデミック対応	5
2.1 国のCOVID-19パンデミック対応の全てのフェーズに、介護サービスにおける 対策を包むこと	7
2.2 COVID-19パンデミック対応とその被害からの復興にむけて、介護サービスへの 対応のための適切な予算を分配する	9
2.3 介護サービスに対するCOVID-19の影響を適切かつ確実に観察・評価し、 最適な対応を行うために、保健制度と介護制度の間で効果的に情報共有する...11	
2.4 COVID-19パンデミックに適切に対応し、質の高い介護サービスを提供し 続けられるように保健医療関係者や医薬品等を含めた人材と資源を確保する...14	
2.5 （COVID-19の影響下においても）健康づくり、疾病予防、治療、 リハビリテーション、緩和ケアを含む一連の必須サービスを要介護者に向けて 確実かつ継続的に提供する.....17	
2.6 COVID-19の発症を予防し、また発症者を安全に管理するべく、 全ての介護施設において標準となる予防策を確実に実施・定着させる	19
2.7 新型コロナウイルスの検査、接触者追跡調査、およびCOVID-19発症者の モニタリングを、介護サービスの受領者・提供者に対して優先して行う	22
2.8 家族介護者やボランティアの介護者を支援する	24
2.9 介護サービスの受領者および提供者が心理的・社会的に良い状態 （ウェルビーイング）を保てることを優先事項とする	27
2.10 復興期への円滑な移行を確実にする	30
2.11 介護サービスを提供していくための持続的で効果的なガバナンス体制を確実な ものとするべく、（現行の）保健システムと介護システムを適切に統合していく ための手順を開始する	32
参考資料	33
付録 1. 手法	41

謝辞

このポリシーブリーフは、新たな分析、専門家のコンセンサス、および、既存のWHOガイダンスを参照して、WHOが作成しました。

Coordinating departments

Department of Integrated Health Services (Shannon Barkley, Edward Kelley)

Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing (Zee-A Han, Anshu Banerjee)

Principal writers

World Health Organization: Zee-A Han (responsible officer), Shannon Barkley, Yuka Sumi

London School of Economics and Political Science: Adelina Comas-Herrera, Klara Lorenz-Dant, Maximilian Salcher-Konrad

Other contributors and reviewers

WHO Steering Committee: Ageing and Health; Clinical Services and Systems; Gender, Equity and Human Rights; Integrated Health Services; Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing; Mental Health and Substance Use; Sensory Functions, Disability and Rehabilitation; Infection Prevention and Control Hub and Task Force; WHO Kobe Centre, and regional offices (Benedetta Allegranzi, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Sarah Louise Barber, Anjana Bhushan, Alessandro Cassini, Alarcos Cieza, Theresa Diaz, Stefanie Freil, Manfred Huber, Anne Johansen, Theadora Koller, Margrieta Langins, Madison Moon, Paul Ong, Ritu Sadana, Noline Schiess, Katrin Seeher, Enrique Vega).

The following individuals contributed to or reviewed the document. Confidentiality agreements were signed and declarations of interest were collected and reviewed.

Non-WHO experts: WHO Global Network on Long-term Care for Older People (Liat Ayalon, Pablo Villalobos Dintrans, Walter Frontera, Muthoni Gichu, Sandhya Gupta, Hanadi Khamis Al Hamad, Arvind Mathur, Reshma A. Merchant, Stephen O'Connor, Vinod Shah, Lieve Van den Block) and Rachel Albone, Sean Cannone, Leon Geffen, Terry Fulmer, Richard Humphries, Caitlin Littleton, Terry Lum, Saniya Sabzwari, David Stewart.

WHO continues to monitor the situation closely for any changes that may affect this policy brief. Should any factors change, WHO will issue a further update.

WHO gratefully acknowledges the kind support of the Government of the Republic of Korea, Ministry of Health and Welfare.

エグゼクティブサマリー

COVID-19のパンデミックは、高齢者、特に介護施設で生活している人に影響を与えている。COVID-19に関連する死亡の40%以上が介護施設に関連していることが多くの国々で示されており、高所得国ではその数は80%に上る。さらに、介護施設では、COVID-19に罹患した入居者の死亡率は、介護施設外に住む同年代の集団よりも高い可能性がある。COVID-19の流行期においては、介護施設入居者は元々リスクが高い高齢者であることに加え、様々な医療体制が制約を受けているため、予防策も不十分になりやすく、感染防護資材等の資源も不足しがちであることが多い。さらに、常に必要とされる訪問診療やリハビリなどへのアクセスも限られてしまうことがある。

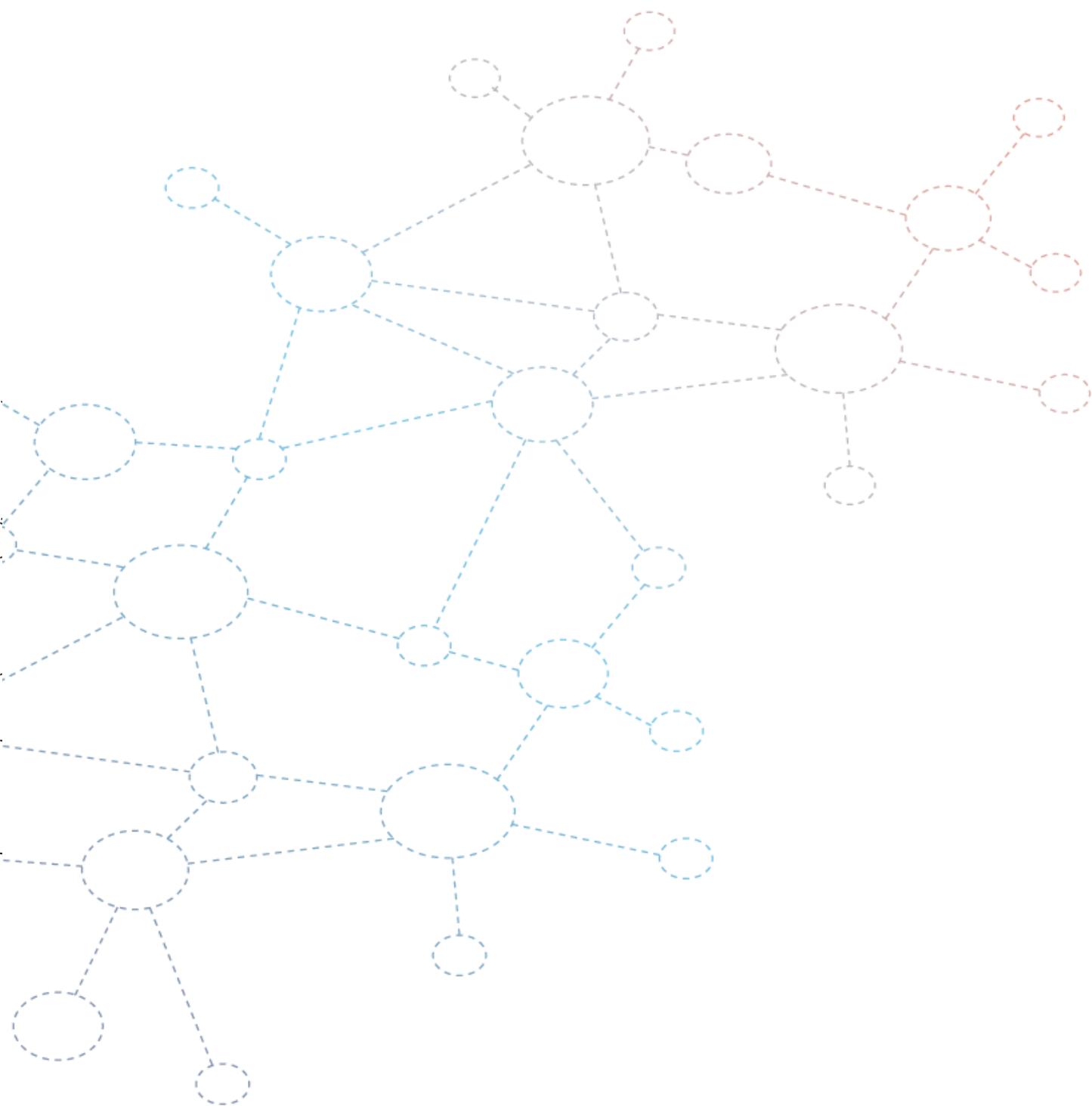
職種別にみると、介護施設等で働く介護職へのCOVID-19の影響は高いこともわかっている。英国国家統計局による2020年の職業別死亡率調査では、ソーシャルケア担当者（訳注：福祉にかかわるサービスの担い手など）のCOVID-19関連死亡率が有意に高いことが明らかになった。

これまでのところ、COVID-19は介護施設で特に大きな影響を与えている。しかし、介護サービスの利用者や提供者の多くが、COVID-19が重症化する危険が大きな人々であることから、施設介護だけでなく、在宅や地域を含むあらゆる場面を視野に置いて、関係機関が協力していくことが必要である。介護現場での感染対策は、COVID-19の影響を抑えるための基本的かつ不可欠な取り組みであり、これは多くの国々に当てはまる。介護現場での感染対策に取り組んではじめて、その国が「誰も見捨てないCOVID-19対策をしている」と公言できる。

このポリシー・ブリーフには、介護現場でのCOVID-19の予防と管理のための11の政策目標と重要事項が示されている。対象者は、COVID-19対応に関与している政策立案者や国、地方自治体の職員である。本ポリシー・ブリーフは、COVID-19パンデミックの予防、準備、対応のために必要な対応、および介護提供者を含む介護サービス全体の影響を緩和するためにとられた措置について現在利用可能なエビデンスに基づいて構成されている。

介護の現場の状況は様々であるが、本ポリシー・ブリーフはあらゆる状況を踏まえた政策や対策の例を記載している。介護施設については、COVID-19の新規発症、罹患率、死亡率が高いため、とりわけ重点的に扱っている。

さらに、このポリシー・ブリーフでは、介護制度が長年抱えてきた課題取り上げている。たとえば、資金不足、説明責任の欠如、医療と介護の分断、介護職が過小評価されていることなどである。介護サービスが、健康増進、予防、治療、リハビリテーション、緩和というひとつなぎのケアの一部として提供されることをめざして、医療と介護のサービスの改革案を提示している。以上のことを実践していくことではじめて、介護を必要とする人々に対して、質が高く公平なケアを継続的に届けることができる。それは、彼らのその基本的人権と自由、そして人としての尊厳をまもることにつながるのである。





第1部 概説

1.1 この文書の目的

COVID-19パンデミックは、介護サービスがこれまでの災害対応で優先順位が低く位置づけられてきたことを露呈し、その結果、介護サービス全体に壊滅的な影響がみられるという問題が、多くの国で起こっている。これらのことは、ほとんどの国の介護システムにおける長年の問題が顕在化しているといえる。すなわち、財源不足、説明責任の欠如、断片化、保健医療と介護の連携不足、そして介護労働が正当に評価されないということである(1-3)。

このポリシー・ブリーフは、政治家および行政当局（国および地方）に対し、COVID-19の予防と対応に関する政策目標と鍵となる行動を提示することを目標としている。このポリシー・ブリーフは、COVID-19パンデミックの予防、準備、対応で実際に取られた対策や、それら対策の介護ケアの利用者と介護提供者（有給のスタッフ、家族、その他のボランティアを含む）への影響に関する、現在利用可能な科学的根拠を提示するものである。また、世界のWHO全地域に対して世界の今後の予想される動向や各国の事例を示すためにWHO欧州地域事務局が発行するCOVID-19パンデミックの予防と管理に関する作業的な技術的ガイダンスをさらに内容を充実させたものである(4)。

このポリシー・ブリーフには、すべての介護現場に関する政策や実践が含まれているが、介護施設におけるCOVID-19の発生、有病率、死亡率が非常に高いことから、特に介護施設に関する記述に重きを置いている。

なお、介護施設は介護に不可欠な要素を統合した場所だが、地域密着型サービスは、人々が基本的な人権、基本的自由および人間の尊厳を確保しながら生活できるようにするために、高齢化への準備を促進し、施設入所を減らし、施設からの退院・退所を支援するものであることは強調されるべきである。

Box 1にこの文書で使われている用語の定義を示す。

Box 1. 用語集: 使われている用語の定義

介護システム

適切で安価に手に入れることができ、誰にでもアクセス可能で、高齢者と同様に介護者の権利を支える統合された介護を保証する国の仕組み(1)。

介護

著しい身体的・精神的能力の喪失がある人やその危険がある人が、基本的権利、基本的自由と尊厳を保ちつつ機能レベルを維持するサービス(1)。これらのサービスは、典型的には日常的な動作（着替え、入浴、買い物、料理、掃除を含む）の補助やケア、社会参加の援助、地域における看護・リハビリテーション・終末期ケアを通じて進行する慢性疾患の管理を含んでいる。サービスは無償（典型的には家族だがボランティアもある）と有償両方の介護者により提供される。

本ポリシー・ブリーフ全体を通じて、「介護サービス」という用語は在宅、地域、施設（居宅型介護施設、老人ホーム、グループホーム）におけるケアを指すこととし、そうでない場合は都度記述する。

介護施設

介護施設は国ごとに異なる。老人ホーム、高度看護施設、介護付き住宅、居宅施設、居宅型介護施設は総じて介護施設として知られており、地域では自立して生活できない人々に対し、医療や介助を含む様々なサービスを提供している。本ポリシー・ブリーフでは、「介護施設」という用語は、在宅介護、コミュニティセンター、デイケア施設、一時療養施設を含まない。

介護者

ケアや支援をする人。介護者は家族、友人、近隣住民、ボランティア、介護従事者、医療スタッフを含む(1)。

1.2 介護におけるCOVID-19の影響：エビデンスからわかること

システマティックレビュー(5) や、積み重なってきた介護施設におけるCOVID-19の状況に関する報告からは、在宅で介護をうける高齢者やサービスを提供する介護職への影響についてはほとんど明らかになっていないものの、介護施設に居住する高齢者へは特に大きな影響があることがわかっている。COVID-19の死亡率が高い国々では、死亡者の約半数が高齢者介護施設の居住者である。紹介したシステマティックレビューやこの報告書のために行われたレビューの方法論の詳細は付録1に示した。

COVID-19パンデミック初期においては介護施設でのCOVID-19の影響の程度は国家間の差も各国国内の地域差もさまざまであった。例えば、ヨルダンのように全く影響のなかった国もあれば、スウェーデンのように、国内の介護施設の25%が4月末までに集団発生を経験し、首都ストックホルムに至ってはその数が67%に上った国もあった。

所得の高い21か国のデータも、全く、もしくはほとんど影響がなかった国もあったが、それ以外の国は、平均してCOVID-19関連死亡者の約半数が高齢者介護施設の居住者であった（ハンガリー：24%～カナダ：82%の範囲）。すべての介護施設入居者の死亡原因のうち、COVID-19に関連するものが3-6%を占める国もあった(6)。年齢階層別や性別のデータが利用可能な国は現在のところほとんどない。

“COVID-19のパンデミックの影響は一様ではなく、介護施設で生活する高齢者への影響が特に大きい”

介護施設でひとたびCOVID-19の流行が始まってしまったら、制御するのは難しいことがエビデンスから明らかである。介護施設は入居者同士の交流なども含む生活の場として設計されており、お互い近い距離で共に生活していること、個人の介護には密着が必要であることも理由の一部である。介護施設の職員1名がCOVID-19を発症した後、それ以上の感染者を出さずに影響を最小限に食い止めたという韓国からのケースレポートもあったが(7-8)、他の国々からの報告からは、いかに介護施設での感染拡大を食い止めることが難しいかわかる。例えば、英国と米国の研究では、介護施設での発症率は40%から72%(9-14)であり、集団感染が発生した介護施設のスタッフすべてに検査を行うと、感染率は1.5%から5.9%であることを示した(7-8, 15-18)。また、複数の介護施設で働く職員が感染源となる可能性も示唆した研究もある(19)。

職種ごとの死亡状況を調査した英国の分析によれば、COVID-19に関連する死亡率は福祉関係の業務に従事するもので有意に高い（男性の場合、20-64歳の福祉以外の職種の死亡者数が10万人あたり9.9人であるのに対し、福祉関係者は23.4人となっており、20-64歳の女性の場合、福祉以外の職種の死亡数が10万人あたり5.2人であるのに対し、福祉関係者は9.6人となっている）(20)。

“福祉（社会ケア）関係業務に従事する男女は有意に新型コロナウイルス関連の死亡率が高い”

介護施設における COVID-19 予防の方策（中国及びシンガポール）を示した研究や COVID-19 の蔓延を成功裏に阻止ないしコントロールした（カナダ及び韓国）とする報告が6つあるが、これらはいずれも対照群を設定していない(7-8, 22-23)。

介護施設において「非定型症状」、すなわち症状が未確認、あるいは自覚症状のない COVID-19 感染者から感染したとする報告が増えている。介護施設におけるアウトブレイクに関する研究によれば、COVID-19 陽性と判定された介護施設居住者の7-75%及びスタッフの50-100%が症状が未確認あるいは自覚症状がなかったという(11-13, 15, 17, 19, 24)。また、COVID-19と診断された時点で自覚症状がなかった居住者の57-89%で、のちに症状が現れたという(11, 19)。ベルギーでは、介護施設の全国の全ての居住者とスタッフを対象に感染確認のテストを行ったが、テスト結果が陽性と判定された者のうち、74%の居住者と76%のスタッフがテスト実施時点で無症状だった(25)。

介護施設に居住していない同年代の高齢者と比べて、介護施設に居住する高齢者はCOVID-19による致死率が高い。例えばカナダのオンタリオ州でCOVID-19に罹患した70歳以上の高齢者を比べたところ、介護施設の居住者は、そうでない高齢者と比べて13倍も死亡率が高かった(26)。イスラエルでも、65歳以上の高齢者を比較した場合、介護施設の入居者はそうでない高齢者に比べて2.5倍死亡も含めた重症化のリスクが高かった(27)。

高齢者の COVID-19 感染や介護施設における感染予防措置に伴う後遺症はまだ報告されていないが、様々な研究者や専門家が、精神的、身体的健康に及ぼす影響の可能性について言及している（例えば、苦痛、うつ、拒食症、運動不足による身体機能の低下、薬物・身体拘束など）。COVID-19による直接的、間接的な影響によるこれら別疾患の発症例や死亡例が増えているのではないかという懸念が高まってきている(28-29)。

在宅生活支援、デイケア施設の従事者、（自宅等での）無給の介護者など、地域コミュニティにける介護サービスに係る人々（サービスの利用者と提供者）におけるCOVID-19パンデミックの影響については、はまだほとんどエビデンスがない。移動制限や人との距離の維持（訳者注：日本ではソーシャルディスタンスと言われている）、外出制限時間帯の設定といった、公衆衛生の観点による感染予防対策の中には、介護やその他の支援のリソースに制約を与えてしまうこととなるものもある。英国ではCOVID-19パンデミック中、障がい者においてますます（サービス利用の）格差が広がったという報告がある。食料や服用薬が手に入らない、福祉サービスの遅延といった報告があり、中には十分な食糧を確保できなかったり、貧困状態に陥ったケースもあるという。障がいのある人の多くが孤立や疎外感を訴えている中、これまでのサービスの代わりとなるようなバーチャルなオンライン支援環境を提供する試みがされているが、インターネットが使えない場合、そういったサービスも受けられないことになる。さらには、これまで障がい者支援の仕組みとして運用されていた支援環境がパンデミックにより役に立たない状況となっているために、家族や隣人への依存度が高まっている(30)。

療養中の疾患がある人にとっては、リハビリテーションを含め、療養のための医療サービスを受けづらくなっており、これは介護を必要とする人々が今後増えることへとつながってしまう。また、これまで利用していた医療サービスを中断せざるを得なくなることで、介護を必要とする人が増加することもあり得る(31-32)。

多くの国において、パンデミックを抑える初期の計画に介護施設が含まれていなかったことが最近明らかになってきた。メディアが介護施設で多数の死者が出たという報道をしたことで、ようやく対策が行われるといった状況が多々あったようだ。多数の死者が出たために対応に追われて人手不足となり、軍や救急隊が支援に駆け付ける事態となった国もあった(33)。介護施設では、施設で大きな感染流行が起きてからでないとウイルス検査や防護用品（PPE）が手に入らず、また必要な医療支援を受けられる状況にならなかった国が大部分であった(34)。

“多くの国々では、介護施設では、施設で大きな感染流行が起きてからでないとウイルス検査や防護用品（PPE）が手に入らず、また必要な医療支援を受けられる状況にならなかった。”

1.3 具体的な取り組み：誰も置き去りにしないために

すべての人に、安全で、アクセスしやすく、低価格かつ高質の医療（生活支援や緩和ケアを含む）を差別なく提供することが医療制度の責任である。

しかしエビデンスが示すように、COVID-19の急増に伴い医療機関への負担が増えることにより、介護施設の入居者におけるCOVID-19のリスクが高まり、また予防対策や対策に必要な資源が不十分な現状に直面していることが多い。さらに、基本的な医療サービスへのアクセスも制限されてしまう(35)。

介護施設の入居者を含め、介護サービスを利用する人々（人々）の多くは高齢者であり、特にCOVID-19が重症化しやすい基礎疾患を持つ高齢者である(36)。彼らの間の感染を防ぎ、COVID-19パンデミックの影響を軽減し、基本的な医療や生活支援をサービスを確実に提供するためには、今すぐに対策を施す必要がある。

さらに、女性、特に高齢女性は、介護サービスを利用する人の中で最も高い割合を占めている。また、彼らは介護サービス提供者の大半を占め、家族介護の主な提供者でもある(1,37)。さらに、介護の担い手を移民労働者に頼っている国は多く、また国の中でも、外国籍や特定の民族の人々に頼っていることが多く、そのような人たちはより高いリスクに曝されている場合が多い(1, 38-40)。

今回のパンデミックへの対応に際しては、特定の民族や国籍、年齢、性別（ジェンダー）の集団が疎外されないように介護を展開する必要がある。

人権に関する懸念も述べられている。介護を受けている人々や介護サービスの提供者が人々が無視される可能性があることや、感染リスクを軽減するための措置（例えば、面会の禁止や屋外での身体活動の禁止など）が十分行われないことの両方に懸念が提示されている。介護施設の利用者へ配慮した対応は必須であり、介護施設利用者特有の問題を把握し、個別性を鑑みて対処することが求められている。

COVID-19は介護施設の入居者に対して特段に強い影響を及ぼしてきた。しかし、介護利用者や提供者の大部分がCOVID-19の影響を特に受けやすい人々であることを考えると、在宅ケアや地域でのケアを含む介護のあらゆる側面で影響を緩和するために、部門同士で協調した取り組みが必要である。

COVID-19が介護サービスに及ぼしてきた影響は大きく、COVID-19パンデミック対策の基本的かつ重要なステップの一つとして、介護サービスへの対応は、多くの国における重要課題となるだろう(4)。

介護に取り組むことによるのみ、各国はCOVID-19への対応において真に「誰も見捨てない」対策をとることができるのである(41)。



第2部 介護におけるCOVID-19 パンデミック対応

COVID-19パンデミックは、パンデミックの直接的な影響と、いま起こっている不測の事態と将来起こり得る感染の波に備える必要があることに対して世間の注目を集めたが、介護制度の安泰性と耐久性を高めるのに大きな構造的課題があることも示唆した。

これまでのところ、ほとんどの国は、高まる保健福祉のニーズを満たし、基本的権利と自由、尊厳に配慮した、当事者を中心とした質の高い介護サービスへのアクセスを確保するための首尾一貫した制度の開発に困難を極めていた(1, 42-45)。経済協力開発機構(OECD)によるレビューでは、たとえ高所得国でも、「歴史的に、多くの国の介護政策は、持続可能な透明性のある方法で構築されるというより、直近の政治的、財政課題に応ずる形で段階的に形成されてきた」と結論付けられている(43)。

本章では、介護制度のCOVID-19パンデミック対応能力に影響を与えた独自の課題を検討し、これらの課題に短期的および長期的に対処するための政策目標と主要な行動を提案する。

次ページに提示された11の政策目標は、これまでに入手可能なエビデンスと世界中での経験に基づいて設定された、介護政策上COVID-19に取り組む鍵となる。

各政策目標についてはそれに続く項で追って説明する。

介護サービスの実施においてCOVID-19の影響を軽減するための11の政策目標



1. 国のCOVID-19パンデミック対応の全てのフェーズに、介護サービスにおける対策を包めること。



2. COVID-19パンデミック対応とその被害からの復興にむけて、介護サービスへの対応のための適切な予算を分配すること。



3. 介護サービスに対するCOVID-19の影響を適切かつ確実に観察・評価し、最適な対応を行うために、保健制度と介護制度の間で効果的に情報共有すること。



4. COVID-19パンデミックに適切に対応し、質の高い介護サービスを提供し続けられるように保健医療関係者や医薬品等を含めた人材と資源を確保すること。



5. (COVID-19の影響下においても) 健康づくり、疾病予防、治療、リハビリテーション、緩和ケアを含む一連の必須サービスを要介護者に向けて確実に提供すること。



6. COVID-19の発症を予防し、また発症者を安全に管理するべく、全ての介護施設において標準となる予防策を確実に実施・定着させること。



7. 新型コロナウイルスの検査、接触者追跡調査、およびCOVID-19発症者のモニタリングを、介護サービスの受領者及び提供者に対して優先して行うこと。



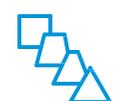
8. 家族介護者やボランティアの介護者を支援すること。



9. 介護サービスの受領者および提供者が心理的・社会的に良い状態（ウェルビーイング）を保てることを優先事項とすること。



10. 復興期への円滑な移行を確実にすること。



11. 介護サービスを提供していくための持続的で効果的なガバナンス体制を確実なものとするべく、(現行の)保健システムと介護システムを適切に統合していくための手順を開始すること。

2.1 国のCOVID-19パンデミック対応の全てのフェーズに、介護サービスにおける対策を包むこと

2.1.1 課題

介護は、保健政策や他の政策分野と比較して政策的優先度が低い

介護は政策的優先順位が低い傾向にあり、介護の重要度に対する政治的関心は一時的で医療に次ぐ副次的な位置づけであることが多く、介護は“the Cinderella of the welfare state (福祉国家のシンデレラ)”としばしば揶揄されている(46)。多くの国でパンデミックに対する政治的な初期対応に介護部門が含まれていなかったが、この介護への政治的関心の欠如が理由の一つとして挙げられるだろう(4)。

介護制度のガバナンスは多くの場合、多様な部門、異なる省庁や異なるレベルの政府機関が関わっており、その状況が協調を困難にしている

多くの国では介護は典型的に医療、社会事業、開発、福祉を司る様々な省（日本では厚生労働省）に事業がまたがっている。介護サービスと保健制度は、多くの場合、十分に協働あるいは統合されているとはいえず、さらに財源、規制、情報システム、人材育成・獲得において、別々に（かつ、しばしば煩雑に）調整される傾向にある(1, 43)。

COVID-19クライシスを通して、この体制はいくつかの困難な状況を引き起こした。例えば、病院のCOVID-19感染入院患者の急増に対応できる臨時職員モデルは、介護分野で急増した需要に十分対応できる柔軟な適応性を持ちあわせていなかった。また、ニーズに応じて、適切なスタッフが制度間をまたいでサービスを提供するといった柔軟な対応をとることは困難であった。同様に、病院が優先されたことで、介護分野、特に介護施設でPCR検査の機会や防護具へのアクセスに支障をきたしていた(47)。

さらに、いくつかの国では、介護に対する責務を中央や地域、地方と縦割りで割り当てたため、協働したサービスの調整や効率のよい進捗管理に支障を来している(48)。例としてスペインやイタリアでは、ひとりの人が時としては3つもの異なるレベルの政府機関によって編成・資金繰りされた介護サービスを受けることがある(49-50)。

介護サービスは家族介護者に加え、公的機関、民間営利、非営利事業者のサービスの組み合わせで構成される

介護サービスは、公的、民間営利又は非営利事業者のサービスの組み合わせであるという特徴もある(51)。ある国々においては、多くの介護施設が民間営利事業者によって運営されており、特に低・中所得国においては、国等による規制もなく運営されていることが多い(52-53)。

特に低・中所得国では、介護サービスの提供者として非政府組織(NGOs)が重要な役割を担っており、たびたび、無償の介護者を提供する唯一の供給源となっている。しかし、NGOsが存在しない地域では、多くの場合、介護の責任は全て家族自身にのしかかる。このような無償のケアは公的な調査などでは認識されづらいため、無償の介護はガバナンスのプロセスやNGOsの範疇を超えた構造に含まれていない。このような構造が、説明責任所在の欠如や分散、責任の断片化を生ずる元となっている。それによって、ケアの調整やその質に問題を来したり、情報システムが発展していかない状況につながっている(43, 54)。

COVID-19影響下で示唆されること

- ▶ パンデミックに対する国家対応に介護を含めることが遅れている可能性
- ▶ パンデミック下で、計画、監視、説明責任が遅れている可能性
- ▶ パンデミック対応の中で、介護と医療分野での協働した対応が遅れている可能性
- ▶ 効果的な資源配分が遅れている可能性

2.1.2 重要事項

介護分野全体

- COVID-19に対応するための政府内省庁横断部局内に、要介護者とケア提供者の両方への対応を行う介護担当チームを必ず設置する。
- 政府内の各部門と地方自治体が協動的に対応できるようにするために、両者から参加する特別対策委員会、情報共有システム、データ共有システムを確立する。
- 特に低・中所得国では、制度的枠組みができていない中で活動している介護従事者に対し、懲罰的ではなく、協動的に支援できる仕組みを確立する。

介護施設

- パンデミックの期間中、介護施設が医療ケアの比重を高めなければならない場合、直接医療職を配置することも含め、施設として日常的な医療ケアの能力を段階的に引き上げる基準となるきっかけや閾値を設定する。

各国の事例

シンガポールでは、包括ケア局と保健省が中心となって、介護サービス事業者とともに、数多くのCOVID-19パンデミックへの対応策を策定した。その対応策とは、介護現場での感染制御と予防策、感染防護具へのアクセス、ソーシャルディスタンスの取り方やゾーニングの方法、面会者の一時停止、介護従事者用の一時宿泊施設、被介護者や介護従事者への定期的な検査などである。また、包括ケア局は、COVID-19感染症に対応する介護事業者を支援するため、危機対応チームを設置した。包括ケア局のアウトリーチ部門である高齢者支援センターは、COVID-19のパンデミックの期間中、高齢者の安否確認、情報提供、必要なサービス提供を支援してきた（55-56）。

イスラエルでは、全国の介護施設でCOVID-19のアウトブレイクが発生した場合に対応するためのチームが組織されている。このチームは、父と母の盾プロジェクト（the Fathers and Mothers Shield project）の下で、政府の活動を横断的に調整するための本部設置を含む、国の計画の実施機関として機能してきた。加えて、民間防衛軍が、パンデミックの期間中、介護施設の面会者の出入りの管理、消毒、食品や設備の搬入を支援し、感染防護と予防方法に関する訓練や指導を行ってきた（57）。

マルタでは、3月上旬に、介護に関する行政機関である社会保障基準局（the Social Care Standards Authority）が、居住型介護施設をCOVID-19の高リスクと定義し、即座にCOVID-19に関する状況報告（2020）の中で、詳細に計画された方策を発表した。公衆衛生当局と社会保障基準局は直ちに協調体制を取り、介護施設に入所する高齢者を守るための基本となる体制が示された（58）。

2.2 COVID-19パンデミック対応とその被害からの復興にむけて、介護サービスへの対応のための適切な予算を分配する

2.2.1 課題

介護のための公的資金は限られている

介護に対する平均公共支出は非常に少なく、世界全体のGDPの1%未満である。介護に対して公的資金を十分に配分しないことで、介護へのアクセスが危うくなる(42)。これは低・中所得国においてより顕著であり、それらの多くは、介護に資する公的な資金源を確保できていないことによる。

一般的に介護を目的とする公的制度はニーズに基づいて、支払能力が調査され、大抵自己負担が発生するため、人口の大部分が公的システムの外に取り残される

ほとんどの国では、介護サポートの公益制度はニーズに基づき、支払能力が調査され、大抵は自己負担費用が必要である。多くのニーズを抱える人々は、多くのサポートを受けることになるが、一部の国では公共のリソースでカバーできる金額に制限を設けている。最も不利な状況下の人には追加費用を課さない国もあるが、介護サービスを受けているほとんどの人にとって、相当な自己負担費用が生じることが各国で一般的となっている(43、59-60)。また、無償の介護者が提供するケアの割合が高いため、実際には、介護を提供する機会費用と自己負担費用の支払いの組み合わせにより、介護費用の大きな割合が家族にのしかかっている。甚大な介護負担に対し、全人口を支える資金調達の仕事が整っている国はほとんどない(1)。

介護部門の収入減少と介護費用の増加

防護具と労働者への費用増加により、介護サービス事業者が重大な追加費用に直面している。同時に、(入所者数の減少と平時よりも高い死亡率による)介護施設の利用減少やデイケアセンターなどの地域密着型サービスの閉鎖による収入減を経験している。

いくつかの国ではすでに、この危機の最中に介護部門を支えるための緊急資金を提供している。より発達し統制された介護制度を備えた国では、資源配分が容易かもしれないが、そうでない国では、制度化されていない介護部門への資源配分やその他の支援は、さらなる課題をもたらしている。

COVID-19への準備と対応のために生じる可能性のある追加費用を捻出するにあたり、このような元々ある介護財政に関わる特有の課題が対応を困難にしている。

COVID-19影響下で示唆されること

- ▶ COVID-19対応に関連する追加コストのための適切な資金が不足することは、被介護者と介護者の安全を脅かす可能性がある
- ▶ パンデミックによる介護費用の増加により、被介護者の自己負担費用が増加する

2.2.2 重要事項

介護分野全体

- 介護施設におけるパンデミックに関連して増加した費用（例えば、追加の職員を雇用する費用、感染予防・制御（IPC: Infection Prevention and Control）研修費用、防護服や消毒液など）についての用途を限定した助成金を検討する。
- パンデミック中は法律で定められた基準などを緩めることでコストの低減を図ることを検討する（例えば、職員の最低必要数など）。
- 介護施設事業者やその利用者向けの緊急資金を柔軟に利用できるようにする。

介護施設

- 稼働率の低下による損失を補填する資金を提供することで、必須の医療及び介護サービスの質を担保する。
- 追加的な感染予防・制御（IPC）対策やCOVID-19の検査など、入所者や職員の安全を確保するために追加的な支出をしている介護施設事業者を支援するための資金を提供する。

コミュニティベースのケア

- デイケアや居宅事業所などで、パンデミックによって一時的にサービスの提供を停止したことなどで収入の減少が発生した場合、その事業者（特に非営利の施設の事業者）を支援する。
- 介護給付費やその他の現金給付などを柔軟に活用できるようにすることが必要であり、例えば居宅事業所が休止している場合、介護給付費から利用者の家族や近隣の住民に賃金を支払って介護サービスをしてもらうことを許容するなどである。

介護者

- 通常の介護サービスの休止により、介護負担が重くなり、介護離職せざるを得なくなった介護者を支援する。

各国の事例

アメリカでは、新型コロナウイルス支援・救済・経済安全保障法（CARES: Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security）の下実施された約3兆ドル（約300兆円）の新型コロナ下における緊急経済対策の一部が介護分野に配分された。介護分野に配分された100億ドル（約1兆円）のうち、50億ドル（約5000億円）は在宅を含む病院や介護事業者に配分された(61)。2020年6月3日時点では、4.9億ドル（訳490億円）が高度看護施設に向けられている(62)。

韓国では、保健福祉省と韓国国民健康保険公団によって臨時の介護報酬ガイドラインを策定した。そのガイドラインは、物理的距離の対策や職員の不足に配慮したものとなっている。加えて、特別災害区域の施設においては、施設がパンデミックによって最低職員数の充足が困難な場合でも、介護報酬はカットされないことになっている(63)。

中国では、補助金を受けている介護事業者は、介護サービスが持続的に提供されるよう、職員の雇用を助けるための特別な一時金が提供されている（例えば、職員の雇用や配置転換、残業代の補填など）。この補助金は、最終的に160万ドル（約1億6000万円）になると見込まれている(64-66)。

2.3 介護サービスに対するCOVID-19の影響を適切かつ確実に観察・評価し、最適な対応を行うために、保健制度と介護制度の間で効果的に情報共有する

2.3.1 課題

介護制度のための情報とモニタリングシステムを持つ国はほとんどない

公的な介護サービスを利用している人々の特性やニーズ、アウトカム、および受けているケアの種類や質に関する個人レベルのデータなどの情報、さらにモニタリングシステムを持っている国は比較的少数である。これは、高齢者（多くの場合介護の利用者）に関するデータソースが全体的に限られており、年齢や性別等の集計前のデータが不足していることによる(67)。

個人レベルのデータが利用できる場合であっても、その多くが公的な介護サービスの受給者もしくは提供者のみを対象としていることが多い。さらに、医療と福祉のデータは通常別々のシステムで収集されるため、個人レベルでデータを結合することが難しい。

COVID-19パンデミックによって、規制されていない介護施設が「発見された」という報告がある(68)。介護施設の居住者の特性に関する個人レベルのデータがないことは、COVID-19パンデミックへの対応を計画するうえで障壁となることが分かった(69-70)。これは、たとえば、パンデミックの際の計画として提供される数理モデルの計算に、周囲の人口とは別の介護施設の居住者が考慮されていないことを意味している(71)。

パンデミックに関するデータは、当初は病院で検査され死亡した人々についてのみ収集された

介護施設の居住者でCOVID-19の確定者、疑い者または死亡者数データを公開している国はごくわずかである。介護施設の居住者は、地一般世帯に住む人々よりも検査または入院する可能性が低いため、病院外での死亡を含めていない国々は、COVID-19の死亡者数を過小評価している可能性がある。

介護施設居住者の死亡に関するデータを追跡する国際的なイニシアチブによると、公的に利用可能なデータを持っている国は2020年5月時点で21か国のみであった(6)。介護施設や地域で生活し介護に頼っている人々の感染による影響についてのデータがなければ、COVID-19の影響を予防および緩和するために必要なリソース（資金、労働力、検査、個人防護具およびその他の備品）が適切かつタイムリーに提供されない恐れがある。

パンデミックの健康影響に関する利用可能なデータはほとんどない

介護の中でも、補助的ケア、特に地域密着型のケアに依存している多くの人々は、通常のケアへのアクセスが途絶えることで、栄養不良や検知されていない感染症、他の合併症などの危険にさらされる可能性がある。これらのギャップを見つけ、必要に応じてサービスを再設定するには、よりリスクが高い人を特定するためのデータが必要である。

COVID-19影響下で示唆されること

- ▶ 介護サービス全体におけるCOVID-19の影響をモニターすることが困難である
- ▶ 影響を緩和するための介護の個別対応計画を作成するのが困難である
- ▶ 予測モデルに介護人口を含めることが困難である
- ▶ 介護利用者と従事者に対するCOVID-19の健康影響をモニターすることが困難である
- ▶ 介護施設と医療施設との間の情報が断片化されている

2.3.2 重要事項

介護分野全体

- メンタルヘルスを含む健康、ならびに介護を受ける高齢者の心身機能に対するCOVID-19の影響を“見える化”するために、利用可能な既存の介護データ（例えば、米国のMDS 3.0、カナダ及びニュージーランドのinter RAI評価システム）を利活用する有効な方策を見つける。これらのデータ管理システムがない国においては、長期的な対応のために、そのようなデータ管理システムの構築を検討する。
- 不十分な点を特定し、将来のパンデミックに備えるために、介護におけるCOVID-19の影響と、その緩和対策に関する研究を促進させる。

介護施設

- 介護施設におけるCOVID-19罹患者や死亡者を把握するサーベイランスシステムを構築する（感染疑いのある者や感染確定者を、年齢、性別、障害、既存疾患で層別）。そしてそれらを既に稼働しているサーベイランスシステムへ統合させるようにする。
- 介護施設、医療施設、公衆衛生当局、国民の間で、定期的かつ頻繁に、COVID-19に関する情報を収集し伝えるために、必要な法的仕組みを構築する。
- 定期的にこれらのデータが分析され、その知見を、COVID-19対策における政府の政策を改善するために利活用する仕組みを制定する。

コミュニティベースのケア

- 地域や家庭での介護の利用者や従事者におけるCOVID-19罹患者数を、サービスを監督する公的機関へ報告する仕組みを構築する。

事例

南アフリカでは、介護施設の管理者は、COVID-19の症例が確定された場合、社会開発庁（the Department of Social Development）に報告しなければならない(72)。

欧州連合(EU)では、国家レベル及び欧州連合/欧州経済圏レベルで、欧州疾病予防管理センター（欧州CDC、欧州連合の機関）が介護施設をCOVID-19サーベイランス体制に含めており、対応措置、感染率、死亡率を網羅したデータを加盟国から収集している(73)。

アルゼンチンのラプラタでは、認可介護施設ならびに私設の介護施設の両方の情報を継続観察し共有するためのウェブサイトがNGOが共同開発した。このプラットフォームは、介護施設のCOVID-19への備えの調査に活用され、その結果、自治体は介護施設の全職員にPCR検査を確実に実施することになった(53)。

2.4 COVID-19パンデミックに適切に対応し、質の高い介護サービスを 提供し続けられるように保健医療関係者や医薬品等を含めた 人材と資源を確保する

2.4.1 課題

既存の労働力不足、低賃金および劣悪な労働条件

COVID-19パンデミック以前から、労働力不足、低賃金や劣悪な労働条件、専門的資格のあるスタッフの割合が低いことは、すでに介護制度における大きな懸念であった(2-3, 73)。介護ニーズがある人々を支える労働力は主に女性(90%)であり(37)、そして多くの国々では、移民の介護従事者が介護の担い手の大部分を占めている(74)。介護従事者がゼロ時間契約を結び、複数の施設や機関で働くことは一般的である(75)。

パンデミック時の介護ケアスタッフ不足

多くの国ではCOVID-19パンデミックの間、特に介護施設においては、COVID-19の感染が疑われるかもしくは確認され、スタッフの出勤停止を伴う隔離が必要となった場合、深刻なスタッフの不足を経験した(49-50, 76-77)。このことは、家族や他のボランティア介護者が、訪問や移動の制限により支援できなくなった時にも生じた。介護施設であっても、家族やボランティアの介護者は重要な貢献をしているためである。国によっては、介護施設が忙殺され人手不足になった場合には、軍やその他の緊急サービスへ支援要請する等の極端な手段に頼らざるを得なかった(49)。

一部の国では、介護従事者と家族もしくはボランティア介護者は、当初は主要な労働者とみなされておらず、封鎖措置と外出禁止令により仕事のための移動(あるいは他の世帯の人々にケアの提供を続けること)ができなくなった(78-79)。公共交通機関や混みあう宿泊施設の利用は、介護スタッフがウィルスにさらされるリスクが高まる可能性がある。

介護施設における増加する医療ニーズに対応する難しさ

一部の介護施設では、看護師やその他の医療スタッフを雇用しているが、全ての施設がそうであるとは限らない。また、介護施設の医療的なトレーニングを受けていないスタッフが、医師や看護師のような医療専門職の支援や監督なしに、COVID-19感染者や緩和ケアが必要な人に対して介護サービスの提供を行わなければならないという、困難な問題に直面していることが報告されている。

医療施設から介護施設へのスタッフの移動や医療品の輸送にかかる行政上の障壁を取り除くため、スペインのある地域では、パンデミックの間、全ての介護施設が保健部局(Department of Health)の管理下に置かれた(49)。

防護具を入手できない介護従事者と家族・ボランティア介護者

個人防護具と手指消毒薬については、世界的な不足と医療施設への優先的な配布に伴い、介護従事者と家族・ボランティア介護者は、入手困難な状況に陥った。その結果、介護従事者は個人防護具を高騰価格で購入しなければならなくなった。

COVID-19影響下で示唆されること

- ➡ 介護のための膨大な労働力の不足
- ➡ 労働力不足を補填する場合、スタッフの高い離職率が、ケア継続性と重要なIPC対策の一貫性を妨げる可能性がある
- ➡ 女性や移民労働者によって支えられている労働力の価値と業務の保全性の低下
- ➡ 病気休暇の補償の欠如といった劣悪な労働条件のために生じる、病気でも仕事をしなければならないという経済的な圧力の増加
- ➡ 熟慮されていない介護従事者に対する労働安全
- ➡ 介護施設、介護従事者（介護者含む）や介護の受け手のためのPPE（個人防護具）の相当の不足
- ➡ 介護施設における必要な医療用品と医療従事者の欠如
- ➡ 介護施設における必要不可欠なサービスを提供する際の、資格のある医療者による監視の欠如

2.4.2 重要事項

介護分野全体

- 感染が急増した時に必要となる介護サービスへの支援について、介護分野で支援が必要となりそうな関係者と連携して見積もる。
- COVID-19下で、切れ目なくかつ取り合いとならない供給体制となるよう、医療と介護の間で調達の流れにおける連携を構築する。
- 増強するスタッフを募集し（例えば、退職者、医療や介護分野の学生、ボランティア等を募集）、感染予防・制御（IPC）対策に関する短期の研修プログラムを開発する。
- 契約や関連する問題点に焦点を当てて検討し、スタッフの安全を確保しつつ柔軟な働き方ができるよう、さらに必要に応じて医療から介護への転職が図れるような政策や対策を打ち出す。
- 介護現場のスタッフへの支援が必要な場合、医療から支援可能な人の当番名簿を作成して人員を確保する。
- 介護に従事する人によって提供されている、重要な家庭・地域・施設での介護が、政策によって止められてしまわない対策を講じる。
- 感染伝播のリスクが高い複数の場所で働くスタッフを把握し、局所的なアウトブレイクの期間中は、スタッフの移動や宿泊における感染リスクを最小限に抑えられるようにする。
- 流行時に仕事を続ける意欲が保たれるように、また仕事量やストレスの増加に報いるように、介護スタッフに金銭的な支払いを行う。

介護施設

- 感染から介護職員を守るために、介護施設における十分な個人用防護具の供給を確保する。
- 介護施設で働くスタッフが引き続きケアを提供できるように、適切な研修指導を行い、職員や家族介護者に感染予防・制御対策に関する日常的な訓練を実施する。
- 緩和ケアチームおよび関連する医療と介護の専門職が、介護施設のスタッフと協力して、必要な緩和ケアが実施できるようにするための柔軟な仕組みづくりを進める。

- 介護施設で必須のサービスを提供するために、十分な訓練を受けた職員による適切な管理監督が行われるようにする。
- 在宅介護従事者、特に近接して介護をする人に対して、個人用防護具が支給されるようにする。
- 適切な研修指導を提供し、地域密着型の介護を提供する人に対しての日常的な研修を実施する。

家族およびボランティア介護者

- 近接して介護を提供する介護者に対して個人用防護具が支給されるようにする。
- 家族およびボランティア介護者に対して、十分な指導と研修を提供する。

各国の事例

オーストリアでは、COVID-19 流行期に介護職員の人員配置と免許の規制が大幅に緩和された。この緩和により、兵役についた人（社会奉仕活動を選択した人）が基本的な介護を行えるようになっている。兵役に従事した人は流行期の物流管理に貢献してきた。介護職員としての彼らの雇用は、政府によって強化される可能性がある。さらには、関連分野において研修を受けている人や、現在失業中で介護職に興味のある人も参加できる(76)。

アイルランドでは、2020年3月よりNHI (Nursing Homes Ireland)が老人ホーム（民営あるいはNGOによる運営のもの）の採用活動を開始した。さらに、HSE (Health Service Executive)は民間の老人ホームに職員を異動（自発的な希望に応じて）させることに同意した(77)。

インドでは、食事を無料にする等のインセンティブで施設内の職員を支援している介護施設もある。さらに、朝礼やカウンセリングを通して職員のメンタルヘルス向上に取り組んでいる施設もある(78)。

イスラエルの介護施設ではスタッフの不足が発生した場合、保健省は急性期におけるケアの提供を支援するために特別チームを7-14日間派遣する(57)。

オランダでは、2020年5月19日から介護が必要な人に近接して（1.5m未満）介護活動を行う介護職員は、個人用防護具を無料で利用できるようになった(80)。

スペインでは、地域ケアセンターの介護スタッフが電話等で在宅ケアの提供を支援している。また、介護部門では通常のスタッフが欠勤の場合、資格を有さないスタッフを雇用することができる(49)。

オーストラリアでは、在宅介護職員は最大税引き後800オーストラリアドルが第二四半期分の特別手当として支給される。政府は各州で必要に応じて介護部門で迅速に対応可能なチームを構成するために医療提供者を採用した。スタッフがより多くの時間働けるようビザの規制が緩和された(81)。

英国の一部の地域では、介護職員の賃金が引き上げられ、COVID-19流行期に働いていた職員に特別一時手当が支給されている(82)。

2.5 (COVID-19の影響下においても) 健康づくり、疾病予防、治療、リハビリテーション、緩和ケアを含む一連の必須サービスを要介護者に向けて確実かつ継続的に提供する

2.5.1 課題

高度な身体的・情緒的接触を伴う、継続的で複雑なケアが必要

介護を必要とする人には、しばしば継続的で複雑な、個別化されたケアのかたちが求められる。特に個人的な作業への補助的ケアは、高度な身体的・情緒的接触が必要とされる。このようなケアを受けている人や、支援に頼っている人は、ケアの継続によって多大な恩恵を受ける(1)。多くの国では、介護施設の入所者の大半が認知症である(83-85)。

介護施設における医療提供のばらつき

介護施設は非常に多様であり、介護のための病院や一部の介護施設のように医療を提供することに特化した施設もあれば、サービス付き高齢者住宅やサポート付き宿泊施設のように、医療ケアの訓練を受けたスタッフがいない施設もある。多くの国の介護施設では、COVID-19の新たな負担に対応するのに加え、必要不可欠な医療サービスを提供するための医療支援や資源提供が困難になってきている(リハビリテーションや緩和ケアの分野を含む)。

入院における差別的トリアージの可能性

介護施設入所者は、病院での医療やプライマリーケアへのアクセスが制限されたという報告がある(49-50)。また、事前ケア指示書が、通常の“人を中心とした(person-centred)”基準を守らずに作成されているという報告もある(86)。COVID-19パンデミック期間、各国は高齢者や既往疾患のある人の医療と緩和ケアへの公平なアクセスの重要性を強調することで対策をとっている(36-37)。

COVID-19影響下で示唆されること

- ▶ 多くの国の介護施設では、COVID-19の新たな課題として、必要不可欠な医療サービスを継続し補助的ケアサービスを提供するための、医療ケア支援と資源を提供することの難しさを経験している
- ▶ 介護施設入所者は、生存するには虚弱すぎるという憶測の下に、年齢などの無関係または差別的な基準で、病院での治療を拒否されることがあった

2.5.2 重要事項

介護分野全体

- COVID-19患者と症状を有さない人の一次・二次・三次医療間の移送のために、介護施設、在宅・地域介護を含めたCOVID-19の明確なケアパスの開発を検討する。(87-89)。
- 高齢者の意見を考慮した上で適切な遠隔医療やバーチャル技術の診療への導入を検討し、これらの技術を効果的に活用するために必要なあらゆる支援を行う。
- 全ての緩和ケア計画及び先進的ケアの指示が最新のものであることを確認し、人を中心としたアプローチに適応されていることを確認する。
- 介護施設や介護サービス（物理的、心理的、社会的、精神的な支援を含む）における緩和ケアの提供の支援するための国や地域の政策、プログラム、ガイドラインが整備されるようにする。

介護施設

- 紹介や必要な医療の受診に関する手順を作る上で、介護施設の入居者自身にも関わってもらうことを検討する。この手順では、年齢や病気により除外されてしまうことがなく、人々のニーズや希望により治療を決定できるようにする。
- 全ての介護施設がプライマリケアサービスに支えられているようにする。
- 高齢者のための介護施設に、可能であれば高齢者医療と緩和ケアの研修を受けた迅速対応チームを設置し、回避可能な入院を減らし、人を中心とした最適なコミュニケーションと意思決定が行われるようにする。
- 職員が緩和ケア提供を行う研修を受け、死、死亡、終末期の決定に関してコミュニケーションを取る方法を理解しているようにする(35)。

各国の事例

米国では、患者の遠隔モニタリングが保険適用となったため、在宅医療での遠隔医療の利用が拡大している。2020年3月以降、メディケア受給者は行動障害または薬物依存症の治療介入が受けられるようになった。COVID-19の症状が重症の人々には、急性期後に遠隔診療を受けることが可能となった。これにより、ソーシャルワーカー、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の遠隔での評価や治療が可能になっている。また、これにより地域で生活する要介護者を支援できる可能性がある(67)。

イタリアでは、需要に迅速かつ柔軟に対応するために、緩和ケアの特別チームは速やかに自ら組織を再編することができた。例えば、ホスピス入院病棟から在宅サービスにスタッフを配置転換させることで、ホスピスケアサービスのネットワークを構築した。また、この経験は、どこに資源を優先的に供給するか（例えば、退院後に支援を受ける人の決定）を迅速に決める上で、症例カンファレンスや同様のチーム間の協力が重要であることを明確にした(50,90)。

オーストリアでは、全国緩和ケア協会（the National Association for Palliative Care）がCOVID-19流行期間中の緩和ケアに関する方針説明文書を出し、通常は提供されている集中治療を受けない人のための緩和ケアの利用を保証するための手引きを示している。また同協会は、家族介護者、介護従事者のための手引きも公表している。さらに、政府が提供する多岐の専門分野にわたる手引きは、終末期を迎えようとしているCOVID-19の患者の支援にも有用である。また、COVID-19流行期間中に終末期を迎えようとしている人を支援する家族介護者や介護従事者のために、社会的支援を円滑に進める方法や死別に関する、臨床ガイドラインや援助もある(76)。

スロヴェニアでは、居住型介護施設の正規職員が疲弊したり過労に陥ったりした場合に支援するために、医療チームが派遣される体制が整っている(91)。

2.6 COVID-19の発症を予防し、また発症者を安全に管理するべく、全ての介護施設において標準となる予防策を確実に実施・定着させる

2.6.1 課題

介護に対するIPCガイドランスの義務の欠如

介護事業者に対するIPCガイドランスは、多くの国でパンデミックの比較的遅い時期に策定され、多くのガイドランスはCOVID-19の無症状例の感染伝播や非定型症状のエビデンスを取り入れることが遅くなった。また、多くの国において、策定されたガイドランスは介護施設向けのものだけであり、地域のケア提供者や家族の介護者が利用できるガイドランスはなかった。さらに、これらのガイドランスを確実に実施し、監視する機能もなかった。

介護におけるIPCの経験とトレーニングの不足、実施上の困難

多くの国では、介護提供者のIPCシステムや所定のトレーニングが不十分であるため、多くのスタッフがIPCやPPE（個人防護具）の正しい使用に慣れていない。

このことは臨時・派遣スタッフを頻繁に雇用する介護施設において特に難しい課題である。ガイドランスやトレーニングを受けられる場合でも、個人への補助的ケアは密接した状況で提供されるため、一部の対策については実施が難しいことがある。介護施設における感染の封じ込めに苦勞してきた国々では、検査やPPEの不足、スタッフ不足、物理的距離の確保の困難さ（従来の介護施設の設計を考慮すると、隔離施設の不足などが報告されている）。

世界中のガイドランスにおいて、COVID-19に関連する症状を示す者だけでなく、COVID-19の感染が疑わしい、あるいは感染が確認された人と接触した者を隔離する重要性が示されている。

一部の国の介護施設には浴室（ウェットルーム）付の個室があるが、他の国ではそうではない。また、介護施設の建物の構造によっては、有効な隔離エリアを設けることができない可能性もある。効果的な隔離方針を打ち出すために、また施設的环境が効果的な隔離戦略に適さない場合に追加の隔離スペースを準備するために、施設の管理者が施設の収容能力の評価を行う際の支援が必要である。

重症急性呼吸器症候群（SARS）や中東呼吸器症候群（MERS）を経験した国では、最近、介護施設やコミュニティベースの環境におけるIPCシステムが強化され、COVID-19が疑われる人や確認された人を計画的に隔離施設に移送するようになっており、アウトブレイクの制御に成功していると思われる(63)。しかし、これらの対策が入所者の心身の健康に与える影響に関するエビデンスはまだ得られていない。

国によっては、未登録の介護施設が多数存在する。これらの施設が入所者の安全を確保できるように支援することは不可欠である(53)。

同様に、コミュニティベースのケアサービスは、住宅型の介護施設に比べて直接的な規制の対象となることが少なく、コミュニティベースのケアに頼っている人々に、パンデミックが直接・間接的にどのような影響を与えているかというタイムリーな情報収集やモニタリングシステムを整備しているところはさらに少ない。在宅ケアの提供者は通常、介護を必要とする人々の自宅を訪問する。これは、介護職員が自宅間を移動する必要があることを意味し、しばしば介護を必要とする複数の人々を訪問することを意味する。介護が必要な人の感染リスクを減らすために、家族が在宅ケア支援の利用をやめたというエビデンスがあるが、これは別のリスクを生み出す可能性がある(77, 81)。

COVID-19影響下で示唆されること

- ▶ IPCガイドラインの実施を確実にし、実施を監視・評価する仕組みの欠如
- ▶ 介護従事者へのIPC対策に関するトレーニングの欠如
- ▶ 介護従事者の離職率が高く、ケアの継続性とIPC対策の一貫性が損なわれる
- ▶ 介護サービスでは物理的な距離の取り方が難しい
- ▶ 介護従事者は、COVID-19に関する情報に十分にアクセスできない

2.6.2 重要事項

介護分野全体

- 介護のためのCOVID-19のパンデミックの期間中の感染予防・制御の手引き及び手順を、利用可能な最善のエビデンスに基づいて開発、調整、更新するための調整機関を設立する(87-88,92-93)。
- 介護サービス全体（在宅も施設も含めて）で感染予防・制御の手引きを実施できるようにする。
- COVID-19の感染や拡大から、スタッフや介護を受ける人々を保護するために、対策を計画し、優先順位をつけて支え、対策の実施状況を監視するための仕組みを確立する。
- 介護全体において、COVID-19の流行の早期検知、サーベイランスの基準値、増加への戦略を確立する。
- 制度外で営業している可能性のある介護事業者（無規制・違法事業者）に対し、その施設で生活している人やサービスを利用している人の安全を確保するために、支援ができるようにする方法を検討する。
- 介護施設又は在宅介護サービスにおいて、介護を直接提供する全ての人（スタッフ及び家族介護者）が感染予防・制御の練習（個人用防護具の使用、手指衛生、施設の清掃及び消毒、廃棄物管理を含む）を受けることができるようにする。これは職種に関係なく、特に基礎疾患のある高齢者と直接接する人に実施されるべきである（93）。
- 最新のCOVID-19の手引きを使用して、介護サービスを受けている人を迅速に隔離する方法と時期を指示する標準的な運用手順を開発し、周知することを検討する。
- 「病院から退院してきた利用者に対して、理想的には合意された手順の検査により隔離や個人防護具の必要性を個人について判断しながら、感染予防・制御措置を延長して実施する。
- 標準的な実務手順の戦略について、介護サービスを提供する全てのスタッフが活用できるような明確な参照できる手順として示す。

介護施設

- COVID-19の状況下での介護に対するWHOの感染予防・制御の手引きを参考に、介護施設における感染予防・制御の手引きを確実に実施する（92）。
- 全てのスタッフと来訪者について、施設への入館時の症状の調査を含む運営管理を実施する。

- 介護施設職員が、職場間の移動や介護サービスの利用者間の移動を最小限に抑えるような労働条件や取り決めがあるようにし、体調が悪い場合は病欠手当が支給されて自宅で過ごせるようにする。
- 介護施設が、感染予防・制御の実施に必要な物資（個人用防護具、手指消毒液、消毒剤など）を確保できるようにする。
- 必要な感染予防・制御の手順や手引きを作成し、訪問者が活用できるように、分かりやすい形で明確に見えるようにする（94）。
- スタッフのための手引きを作成し、感染予防・制御の手順を確実に実施し、継続的な訓練と並行して教育教材が確実に提供されるようにする。
- 介護施設が、感染予防・制御活動を牽引し、調整する上で、感染予防・制御のポイントを明確にするようにする。理想的には責任を負託された感染予防・制御チームからの支援を受け、多職種の委員会からも助言を受けることができるようにする。

コミュニティベースのケアと介護者

- 家族介護者が直面するであろう制約、特に性別に関連した制約を念頭に置きながら、家族介護者を含めた地域の介護従事者が効果的にCOVID-19に対応できるよう、訓練や意思決定に関する支援を増やす（87-88）。

各国の事例

ジャマイカでは、公的な介護施設の定期的な清掃のために、臨時雇用プログラムが作られ、症状のある入所者の隔離のための隔離スペースが施設内に確保された。また、国と民間の複数の機関の間で多部門合同演習により、公的な介護施設の衛生確保の深化が進められた(79)。

インドネシアでは、介護施設における予防策として、介護職員や入所者との衛生原則に関する知識の共有、定期的な消毒と換気、個人用の医療機器の共有を控えることが挙げられている。居住型介護施設では、登録制のシステムを敷き、COVID-19の症状がある来訪者の立ち入りを禁止している(95)。

中国のある地域では、重症急性呼吸器症候群(SARS)の流行を受けて、2004年に地域当局が高齢者向けの居住型介護施設における感染予防に関する初のガイドラインを公表し、ガイドラインに沿って、全ての介護施設の運営者に対して、施設内の感染対策を調整・実施するための感染制御責任者を指定することを義務付けた(65)。

ドイツでは、ロバート・コッホ研究所が、介護サービスを提供する際には介護士はフェイスマスクを着用し、定期的に健康状態を確認することを推奨している。介護をしている人がCOVID-19に関連した症状を示した場合には、追加の防護具を利用できるようにするべきである(96)。

オランダでは、在宅介護士による特別な「コロナチーム」が編成されている。これらのチームはCOVID-19に罹患した人をケアし、他のチームは感染していない人をケアする(80)。

2.7 新型コロナウイルスの検査、接触者追跡調査、およびCOVID-19発症者のモニタリングを、介護サービスの受領者・提供者に対して優先して行う

2.7.1 課題

多くの国で病院業務が優先され、新型コロナウイルス検査能力に不足が生じた

多くの国では、当初実施可能であった検査能力が主に病院で使用されていたため、検査能力に不足が生じた。そのため、在宅型介護や地域サービスの提供者は、利用者のCOVID-19検出が困難となった。COVID-19感染者では発症前または無症状罹患者の割合が高いことと、それが感染拡大に繋がったことを考えると、この対応は非常に大きな問題であったとの認識が高まっている。

介護施設における効果的な接触者追跡調査には介護提供者と関連する保健当局間の調整と連携が必要

介護の現場における効果的な新型コロナウイルス検査、COVID-19の接触者追跡調査と発症者のモニタリングには、介護提供者と関連する保健当局間の調整と連携が求められる。しかし、ガバナンスにおける課題から、対応の初期段階ではこのような調整が困難であった。現在では、介護部門のガイダンスに接触者追跡調査を取り入れている国が増えており、かつ、接触者追跡調査をサポートするアプリやその他のシステムの開発も進んでいる。

介護ケアの受療者・提供者の健康状態が体系的に監視されていない

定期的なモニタリングにより、スタッフは、非定型症状(13)の発症を含む人々の健康状態の変化を検出したり、介護ニーズがある人やスタッフ自身がCOVID-19の症状を発症した場合に迅速に対応できる。

COVID-19影響下で示唆されること

- ▶ 介護施設は、COVID-19の検査、接触者追跡調査、および発症者のモニタリングを優先して行うべきだが、盲点となっている
- ▶ COVID-19の無症状の感染者が高い割合で存在したことは、発症者の早期発見とその後の適切な対応への着手を困難にしている

2.7.2 重要事項

介護分野全体

- パンデミックが集団レベルと個人レベルの両方で管理されるよう、検査データが集約され、地域や国の公衆衛生機関と共有されるようにする。
- COVID-19の状況下での接触者追跡に関するWHOのガイダンスを参考にして、国のガイダンスに基づいて接触者追跡と隔離を行うようにする(36, 97)。
- 介護施設又は在宅介護サービスを受けている人の感染または死亡のクラスターを追跡する。

- COVID-19のスクリーニングを行う際には、症状、特に「典型的な」咳嗽や発熱の症状だけに頼らず、特に高齢者においては、スタッフが他の非典型的な症状を識別するための訓練を受けているようにする(36)。
- 症状（非定型症状を含む）の出現を迅速に検知できるように、介護利用者や従事者の健康状態が把握されているようにする。

介護施設

- 市中感染が進行中または疑われる地域では、入所者（新規入所者を含む）とスタッフの両方の厳格な検査と、濃厚接触者の追跡は、隔離方針を展開する上で不可欠である。

コミュニティベースのケア

- 地域での介護の従事者や利用者、その家族が、検査や接触者追跡が受けられ、隔離が必要な場合は支援を受けるようにする(87-88)。
- 介護が必要な人の世帯員を症状把握の対象者に含める。

事例

デンマークでは、介護施設の入所者やスタッフは、症状の有無を問わず地域の病院で検査を受けることができる（2020年5月12日から）。それ以前にも、入所者やスタッフは、居住型介護施設でアウトブレイクが起きているか検査された。1人の入所者が症状を示した場合、全ての入所者とスタッフが24時間以内に検査を受け、7日後に再検査された。スタッフが陽性反応を示した場合、同じ地域の住民全体も検査を受ける(98)。

オランダでは、COVID-19の症状が出現した全ての家族介護者が検査を受けることができる（2020年5月18日から）。また、家族介護者は、2020年5月19日から、COVID-19の症状が出現している脆弱な人（70歳以上の慢性疾患を持つもの）を支援している場合で、個人的な介助が必要な場合（1.5m未満の距離）には、個人用防護具を無料で利用できるようになった(80)。

マレーシアでは、登録済みの介護施設と未登録の介護施設の全てがCOVID-19の検査を受けている(99)。

欧州連合（EU）では、欧州疾病予防管理センター（欧州CDC）のガイダンスで、「流行地域」（住民やスタッフの無作為検査）と、「流行していない地域」を区別した検査戦略を推奨している。流行地域とは、実際に地域で感染が継続しているか、継続していると推定される地域のことである(73)。

2.8 家族介護者やボランティアの介護者を支援する

2.8.1 課題

家族介護者は介護の重要な部分を担っているが、レスパイトケア、研修、介護休暇制度などの支援は限られており、補償はない

世界中で介護の重要な部分は家族介護者が担っており、彼らは直接介護を行うと共に、公的なサービスの調整と補完も行っている。公的な介護サービスが確立されていない国では、家族介護者がほとんどすべての介護を行っている。介護者は通常、自分の役割に関する研修を受ける手段がない。

一部の国では介護の影響の大きさを認識し、有給介護休暇、柔軟な勤務形態、レスパイトケア、研修や心理学的介入、負の影響を緩和するための現金給付などの支援を提供している(29)。しかし、ほとんどの国ではこれらの支援制度の利用は限定的であり、介護者は従来、補償、研修または支援なしで介護を行っている(1)。介護者の重大な貢献に対する認識は高まりつつあるが、利用可能な支援制度と財政的支援はCOVID-19パンデミックの以前からすでに限定的であった(100)。

介護度の高い高齢者への介護は、一般的に低所得と最終的な高い貧困率、ならびにメンタルヘルスの低下と関連している

男性介護者の割合も年齢とともに増加しているが(74)、家族介護の提供は女性が多くの割合を占めている(61%)。また、介護ケアを必要とする家族をサポートする若者（子供を含む）や高齢者も多くいる。重度介護の提供は、一般に労働力への執着の減少（労働年齢の人々の場合）、低所得、そして最終的にはより高い貧困率と関連している(101)。さらに、収入の減少と年金拋出の欠如は、高齢者の脆弱性と貧困のリスクを悪化させる。介護者もまた、メンタルヘルスに問題を抱える割合が高い(101)。

COVID-19パンデミックにより、一部の家族介護者は、介護のためもしくは要介護者がCOVID-19の感染リスクにさらされないようにするため、仕事を調整または辞めざるをえなかった。非正規雇用の介護者も、労働機会が減り、減収に至った可能性がある。介護者は、パンデミックによる経済的影響に対する支援も必要としている(102)。

介護施設への入所の選択肢がなくなると、日常の介護体制が崩れ、多くの家族介護者の負担が増大してしまう

COVID-19パンデミックにより、多くのデイケアやレスパイトケアが中断に追い込まれた。そのため、元々確立していたケアプランが崩れてしまい、多くの家族介護者が多大な負担を背負うことになった。パンデミックの間に介護者が直面する課題と、介護者に対する最善の支援策を理解することが重要である(102)。

介護者には、要介護者のもとへ行くことができ、必要な情報や防護具、検査へのアクセスが保障されている必要がある。また、緊急時対応計画策定のための支援も必要である

多くの国では、政府やNGOが主体となり、感染予防策と要介護者や介護者自身が発症した場合の対応策について、ガイダンスや文章で資料提供し、対応してきた。しかし、パンデミック中に、さらに下記のような課題に対応する必要性が明らかになった。介護者が介護のための移動にも関わらず許可を得る必要があること(78-79)、介護者が検査やPPEを利用できるように支援すること(80)、介護者が介護を継続できなくなった場合の緊急時対応計画を策定すること(77)などである。

介護ニーズの変化と介護者に対する暴力や虐待

多くの介護者は、（感染または制限措置による）被介護者のニーズの変化に対応している。また、日常生活に混乱をきたすことで要介護者の不安やストレスを引き起こし、介護者への負荷を高める可能性がある(29)。COVID-19パンデミックは、家庭内暴力や虐待を表面化させた(38)。家族介護者もまた、被介護者との関係の中で暴力や虐待を経験し、支援を必要とすることがある(103)。

COVID-19影響下で示唆されること

- ▶ 多くの介護者は、今まで確立されていた支援体制（デイケアやレスパイトケアなど）が失われ、過剰な責任を負う
- ▶ 様々な国で行われた、社会的・物理的な距離を取るという方法は、介護者の健康に悪影響を与える
- ▶ 介護者の重要な貢献がますます認識されてきているにもかかわらず、利用可能な財政的支援は限られたままである
- ▶ 介護者は支援している人を一人にしておけないため、生活必需品を手に入れることが困難である
- ▶ 家族やボランティアの介護者に対し、防護具や検査が全く行き届いていない
- ▶ 長期の孤立、絶え間ない介護責任、要介護者に対する心配、介護者が介護できなかった時の緊急時の介護への不安、介護者への暴力や虐待により、介護者の精神的健康が侵される

2.8.2 重要事項

介護分野全体

- 主な介護者を健康・介護記録に記録し、重要な情報源や支援源として認識されるようにする。

介護施設

- 介護施設で生活する人の心理的・実践的な支援を行う家族介護者が、介護者の安全を確保するための支援策により、その役割を継続できるようにすること。

介護者

- 介護者、特に認知症の高齢者を介護する人たちに、介護の責任やストレスを管理する方法についての情報を含む、国レベルでの情報、訓練、支援、可能であればレスパイトケアを提供する。助言、情報、支援を提供するための電話ヘルプラインやオンラインポータルを設置を検討する(104)。
- 家族介護者のニーズを把握するために評価を公表することを検討する。
- いつ、どのように自己隔離するかについて家族介護者のために明確な手引きを作成する。
- 家庭内暴力への警戒と把握、家族介護者への支援を強化する。
- 個人用防護具を入手しやすくし（家族介護者が膨らんだコストを負担することなく）、機器や医薬品を入手できるようにする。
- 科学技術を利用して介護者に支援サービスを提供する新しい方法を模索し、介護者が関連する科学技術を利用できるように支援する。
- 家族介護者への経済的・心理的支援を導入・拡大する。
- 死別への支援を提供し、家族との意思決定について丁寧なコミュニケーションができるようにする。

各国の事例

ブラジルでは、NGO（ブラジル老年医学会やブラジルアルツハイマー協会など）が介護者への技術的・教育的な手引きの文書を発行している。COVID-19の予防的・保護的な対策を高齢者の介護者に啓発するために、フィオクルスなどの健康関連団体が小冊子を準備した。女性・家族・人権省による、希少疾患や障害のある人、その介護者のための情報提供に特化したウェブサイトもある。保健省と汎米保健機構（WHOアメリカ地域事務局）の協力により、ブラジルで孤立感や孤独感、苦痛に苦しむ人々のメンタルヘルスを支援するビデオキャンペーンが展開された。アルツハイマー協会などのNGOは、ヘルプラインやオンラインフォーラムを提供している。他のグループは心理社会的活動を組織している(105)。

インドでは、2020年3月27日にインド社会正義・エンパワーメント省が発表したガイドラインで、介護者が支援する人のもとに行けることの重要性が認識された。介護者には、移動制限中に移動できるパスを提供することが推奨された。また、NGO（インドアルツハイマー病および関連障害協会（the Alzheimer's and Related Disorders Society of India）、ナイチンゲール・メディカル・トラスト、シルバー・イニングスなど）や専門サービス（国立精神保健・神経科学研究所（Institute of Mental Health and Neuro-Sciences）、認知障害クリニックなど）では、認知症の介護者のための情報やリソースを提供している。ナイチンゲール・メディカル・トラストは、介護者に専門的な助言を提供する、「DemKconnect」アプリを提供している。保健家族福祉省では、心理社会的、行動的ヘルプラインを提供している。また、ウェブサイトでは、年齢層別のストレス管理やメンタルヘルスのヒントとなるビデオ（瞑想やヨガを含む）を提供している(78)。

アイルランドでは、認知症サービス情報開発センターが、認知症の人が社会的孤立する影響を軽減するための活動を提案するなど、介護者のためのリソースを提供している。アイルランドのアルツハイマー協会では、支援と情報のための関連リソースも提供している。資産調査に基づいた介護者手当を受けている介護者は、COVID-19のパンデミックの期間中も支払いを受け続けている。また、パンデミックの影響で職を失った介護者が介護者手当を受けている場合は、新設されたパンデミック失業給付金350ユーロを利用することもできる。同様に、ファミリー・ケア・アイルランドは、介護者のための緊急時計画の作成のための手引きを作成している(77)。

ドイツでは、COVID-19のパンデミックに対応して、家族の緊急の介護状況に対応し、介護の手配をするための介護手当（Pflegeunterstützungsgeld）の受給期間が10日から20日に倍増している（2020年9月30日まで）。急性期の介護の状況に対応するための休業も20日に延長された。COVID-19のパンデミックの期間中に利用できなくなった現物支給サービス（デイケアなど）を通常受けている人は、代替ケアの資金として償還を受けることができる(96)。

2.9 介護サービスの受領者および提供者が心理的・社会的に良い状態（ウェルビーイング）を保てることを優先事項とする

2.9.1 課題

介護を必要とする多くの人は、日常生活の変化と長期にわたる孤立を経験する

介護ケアを必要とする多くの人は、特に高齢者は、家や施設で何週間も孤立することにより、社会的つながりの減少や、日常生活が乱れなどの変化に遭遇する。認知症の方のように介護を必要とする人の中には、身体的および認知的状態の変化を経験する人もいる。日常生活の急激な変化は、元々の持病に対する脆弱性を高める可能性もある(84, 104)。

具体的には、介護施設では、入居者は他の入居者と交流できないことや、家族や友人からの面会を受けられないことに苦しんできた。家族もまた、面会や、居住者の状況を確認できないことに、非常に苦しんでいる。

介護施設は、居住者の社会的つながりを保つ支援の重要性を認識し、家族や友人と直接接触しない面会を可能とするオンラインツールなどの革新的な解決策を導入した。

高齢者に対する暴力のリスクが急激に増加

COVID-19パンデミック、およびその影響による外出自粛措置が取られて以降、高齢者に対する暴力は急増している。暴力は、家庭内、介護施設などで発生し、また高齢者を狙った詐欺の急増などオンライン上でも発生している(106)。

COVID-19パンデミック下において、介護職は相当な精神的重圧を受けている

給与を受けて仕事をしている介護職は、COVID-19パンデミック下で、感染に脆弱な人々を介護していることに重圧を感じており、被介護者の中でCOVID-19を拡散させないように細心の注意を払っている。多くの介護職がトラウマ体験や、目の前の大切な人を亡くすという経験に直面するだろう。これは彼らの精神面に重大な影響を与える。オランダのDutch Nurses' Association (V&VN)の調査によると、地域ケアにあたる者の69%がCOVID-19パンデミック下において、精神的な重圧を感じているという。また、得られた3,325の回答者の内、28%は雇用主による精神面でのサポートはなかったと報告している(80)。介護職の身体的、精神的、社会的に良好な状態を支援する介入策は、全く不十分である。

いくつかの国々では、COVID-19パンデミック対応が介護職に精神的な重圧を与えていることを考慮し、精神面をサポートするための介入策を打ち出している。イギリスでは、介護職の生活の質を高めるための支援策に力が注がれている。

移民の介護職、特に国境を越えて通勤している人々は、国境閉鎖により、勤務後に自宅に戻れないか、あるいはそもそも働きに行けず賃金を受け取ることができないかのどちらかに直面している可能性があり、深刻な状況にある(76, 107)。

普段の介護計画の大部分が中断されている中で、家族介護者やボランティア介護者は、重圧と孤独を感じている

多くの家族介護者は、COVID-19の感染から自分たちの身を守るため、被介護者と共に自己隔離をしている。そのため、彼らは社会的つながりから隔絶されたと感じている。それに加え、COVID-19の影響により、彼らの日常的な業務（デイケア、ホームケア、他の家族介護者、ケアサポートグループなど）は、頻度が減るか一時中断となっており、家族介護者は大切な社会交流や実務的なサポート源を失っている状態である。

いくつかの国では、COVID-19パンデミック下の介護者の心理社会的ウェルビーイングを支援するために、悩みごとと電話相談やオンラインカウンセリング、介護者サポートグループなどが設立されている。

COVID-19影響下で示唆されること

- ▶ 介護施設スタッフ、家族介護者、ボランティア介護者そして要介護者の精神面に重大な影響を与えている
- ▶ 介護施設入居者は、他の被介護者の人たちと交流できないことや、通常の社会活動に参加できないこと、自分の家族や友達が訪ねてこられないことなどに苦しんでいる
- ▶ 介護者と被介護者それぞれに対するウェルビーイングの支援策が全く不十分である

2.9.2 重要事項

介護分野全体

- 介護スタッフのストレスと燃え尽きを把握し、メンタルヘルスケアや心理社会的支援を提供するための戦略を評価・実施するために、多部門による作業グループを設立する。
- メンタルヘルスケアや心理的支援を求める人専用のヘルプラインを設置する。
- 看取りの決定、死、死期、死別などの繊細な問題に関して、介護スタッフやボランティアのコミュニケーション能力を訓練して向上させるべく、手引きの提供を検討する。
- 介護事業者にスクリーニングツールの活用を促し、より良い介護負担管理のための人員配置の見直し（スケジュールの融通性や休憩時間など）を行い、身体抑制の使用の削減を図る。
- 介護の利用者および提供者を支援するために、必要があればデジタルメディアを使用して、メンタルヘルスの専門家と家族介護者のネットワークを通じた精神的・情緒的サポートができるようにする。
- 高齢者への暴力の把握を支援する。

介護施設

- 感染予防・制御対策と、入所者の心理的な生活の質が維持されるように折り合いをつけた明確な面会方針を定める（介護施設にCOVID-19が持ち込まれるリスクを最小限に抑えつつ、入所者が訪問者と面会できるようにする）。
- 面会が制限されている場合は、電話、インターネット、書面によるメッセージを介して家族や友人と連絡を取るよう入所者に促す。
- 孤立した住民に社会的つながりを提供するためのボランティアの人員を増やす。

コミュニティベースのケア

- 住み込みで働く移民の介護従事者のための資源や支援が利用できるように、また拡充されるようにする。
- 家族介護者の心理社会的支援体制を奨励し、強化する。
- ボランティアや地域住民を対象としたメンタルヘルスの応急処置研修の導入を検討する。

各国の事例

チリでは、国の高齢者福祉サービスと老年医学会が、COVID-19の流行下で高齢者や家族介護者を支援するために、ビデオや視覚資料を発行している。この資料には、個人用防護具の使用、距離の取り方、精神衛生上の推奨事項に関する情報が含まれている(108)。また、基本的日常生活動作の介助が必要な人々に対する地域ぐるみの援助を支援するためのモデルも提供している(109)。

メキシコでは、保健省がメンタルヘルス支援キャンペーンを実施し、電話での迅速な評価等を通じて、支援戦略の提供や、具体的な支援のための紹介を行っている。戦略の一部には、医療従事者を対象としたキャンペーンが含まれている(110)。

ケニアでは、いくつかのNGOが、バーチャル・ピア・サポートに移行している。しかしながら、一部の地域における不安定なネットワーク環境や、インターネット接続の費用、オンライン疲れが、家族介護者を支援するための取り組みへの妨げとなっている。労働社会保障省は、介護施設向けの手引きを公表し、入所者が携帯電話やオンラインチャットなどを介して家族との定期的なコミュニケーションと社会的ネットワークを確実に維持できるよう職員が配慮すべきであると提言している。また、職員はそのサポートにあたり、定期的に行えるようにして、急な中止をなるべく減らすことで、入所者の幸福を促進すべきであることをその手引きに明示している(111)。

マレーシアでは、デイケアセンターのスタッフは、ビデオ通話や活動の共有、体操動画の共有を通じて通所者の見守りを続けている(99)。

英国では、COVID心的外傷対応作業グループが、心的外傷を経験した可能性のある介護施設スタッフへの対応を憂慮している管理者やサービスプランナーのための手引きを作成した(112)。

2.10 復興期への円滑な移行を確実にする

2.10.1 課題

介護施設に対する地域住民の信頼の喪失

COVID-19パンデミックは介護施設に暮らす高齢者に特に大きな影響を与えており、介護施設内で発生する死亡者数は地域の感染者数と共に増加する傾向がある。これは地域内でCOVID-19の市中感染が続いている限り、介護施設内における感染や多数の死亡者の発生リスクは常に高いことを意味する。

多くの国では介護施設に対する地域住民の信頼が損なわれてしまうことや、本来であれば介護施設で生活することで恩恵を受けられる高齢者が、感染に対する不安から入所を諦めた結果、弊害を受けることが懸念されている。こうした影響は高齢者やその家族だけでなく、介護施設事業者の財政状況にも及ぶ可能性がある。

介護施設における移動制限やその他の遮蔽対策

多くの国で採用された対策の一つに介護施設への訪問者の制限がある。この措置は比較的簡単に実施できる一方で、入所者とその家族の身体的、精神的、社会的に良好な状態（well-being）に大きく影響し、特に訪問者を制限する必要性を理解できない認知症を持つ入所者にさらなる苦痛を与えてしまう可能性がある。また、これまでは多くの家族が定期的に（時には毎日）訪問し介護をしていたが、コロナ禍でそれも制限されている。同様に、介護職員にもこれまで以上に複雑な介護と人員不足により業務過多が生じている。それ故、この時期に家族の訪問を制限することは、人員配置の問題の悪化につながる懸念がある。

介護施設におけるサービスの質をモニタリングする難しさ

もう一つの懸念は多くの国で介護施設に対する査察が一時停止されている中で家族の訪問も制限されていることである。入所者に対する介護の質を心配する家族にとって、訪問が制限されることで、不安が助長されてしまう可能性がある。安全に訪問できる環境を作ることは介護施設に対する地域の信頼を再構築する上で重要な一歩であるという認識が深まっている。

COVID-19影響下で示唆されること

- ➡ 介護施設に適用された制限措置からの出口戦略の欠如
- ➡ 移動制限が実施されている介護施設において介護の質をモニタリングする方法の欠如

2.10.2 重要事項

介護施設

- 公衆衛生的介入及び社会的対策を実施し、介護施設内のケアの質を監視するためのサーベイランスメカニズムを利用可能にする。
- 入所者の隔離と面会制限の緩和をいつ、どの段階で行うかの判断基準について、ガイダンスを利用できるようにする。
- 介護施設に入所している人がいつ、どのような方法で施設と病院を行き来できるのか、スタッフと他の入所者の両方を守るため明確な基準を設ける。
- 急性期医療、プライマリケア、地域医療の提供に際して見込まれる、介護施設の入所者のニーズを確保し、プライマリケアと地域看護からのCOVID-19以前のレベルに準じた支援が、可能な限り早期に確実に復活するようにする。

コミュニティベースのケア

- デイケア等の地域ケアを受けている人々が、これらのサービスに再度アクセスできるように、プロトコルが練られていることを確認する。

各国の事例

マルタでは、2020年6月1日からデイサービスが交代制で再開された。サービスを受けていない要介護者が優先された。厳格な標準予防策の実践と、利用者間の距離を保つための対策が実施された。例えば、スタッフと要介護者はデイケア施設で靴を保管し、退所時には履き替えている。また、要介護者はセンターに通っている間、マスクとバイザーを着用しなければならない。スタッフは一日中バイザーを着用している。さらに、介護の受領者および提供者は、体温をモニターされている(58)。

デンマークでは、衛生プロトコルを遵守するという条件付きで、終末期介護を受けている入所者を継続して訪問することができた。2020年4月24日以降、介護施設の入所者と訪問者の面会は屋外であれば可能となっている(98)。

ドイツでは、2020年5月から、訪問者をめぐる規制が再び緩和され始めた。訪問者数や頻度、訪問の長さなどの具体的なルールは連邦州によって異なるが、全ての州で、介護施設が明確な形で予防策を講じることを義務付けている。また、訪問者は、有事の際の接触者追跡のために、識別できるよう登録しなければならない(96)。

2.11 介護サービスを提供していくための持続的で効果的なガバナンス体制を確実なものとするべく、（現行の）保健システムと介護システムを適切に統合していくための手順を開始する

COVID-19パンデミックにより、医療制度内の介護サービス間の断片化が浮き彫りとなった。この断片化は、介護分野における現行の包括的なガバナンス構造に内在する弱点と相まって、COVID-19パンデミックにおいて、介護施設に壊滅的な結果をもたらした。

健康増進、予防、治療、リハビリテーション、緩和といった従来行われてきたケアの連続体を軸として、介護サービスが円滑に統合・提供されるよう、保健システムと介護システムを変革することが急務である。

支援的介護は、たとえ身体能力や精神的限界が著しく低下した後も、その人のエイジング・イン・プレイスを推進し、価値を見出していることを確実に継続できるようにするため、必要不可欠なサービスだと考えられていることを強調しておかなければならない。なお本文書では、支援的介護を、機能的能力と自立度を維持すべく、特定の作業を行うことを助けるために提供される支援として定義している。

2016年に採択されたWHOの「高齢化と健康に関する国際戦略と行動計画」では、「全ての国が持続可能かつ公平な介護システムを持つべきである」としている(44)。また、「健康な高齢化の10年」(2020-2030)においても、介護を必要とする高齢者の介護へのアクセスを重視している(113)。

介護は高齢者に限定されたものではなく、利用者も多様だが、介護を必要とする人に対して、基本的な権利及び自由、人間としての尊厳に合致した生活を保障するためのサービスを提供するという点は根本的に共通している。

以下の行動は、全ての人にとって持続可能かつ公平な長期ケア介護を実現するために、COVID-19パンデミックから得てきた教訓を反映している。

2.11.2 重要事項

- 介護に関する国家戦略と枠組みを法制化し、確立する。
- 医療・介護分野における政府内の組織間の関係を強化し、縦断的・横断的な調整メカニズムを開発する。
- 保健システムと介護システムの全国データを定期的に収集・統合し、システム全体の評価とモニタリングを可能にする。
- 膨大な介護コストによる人々の負担を軽減すべく、持続可能かつ公平な資金調達の仕事みを確保する。
- 介護を必要とする人が包括的な介護サービスを受領できるようにするため、医療と介護の橋渡しとなる、被介護者中心の統合されたケア・パスウェイを確保する。
- 介護職員の継続的な訓練の機会とより良い労働環境を確保する。
- 家族介護者やボランティアの介護者への経済的支援、現物給付支援を導入・拡大する。
- 規制されていない介護分野においても質の高いサービスを確保するための仕組みを明らかにし、認定を強化する。
- 将来のパンデミックに備えて準備するため、介護施設の健康部門の監督責任者を確保する。
- 保健システムと介護システムの弱点に対処するため、COVID-19パンデミックから得られた教訓をもとに研究を推進する。



参考資料

1. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>).
2. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf, accessed 21 June 2020).
3. Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020 (<https://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>, accessed 23 June 2020).
4. Preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region: strengthening the health systems response to COVID-19. Technical Working Guidance No. 6. WHO Regional Office for Europe; 2020 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2020/strengthening-the-health-systems-response-to-covid-19-technical-guidance-6,-21-may-2020>, accessed 21 June 2020).
5. Salcher-Konrad M, Jhass A, Naci H, Tan M, El-Tawil Y, Comas-Herrera A. COVID-19 related mortality and spread of disease in long-term care: a living systematic review of emerging evidence. medRxiv. 2020. doi:10.1101/2020.06.09.20125237.
6. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, Hsu AT, Lane N, Fernández J-L. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in LTCFs: early international evidence. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>, accessed 21 June 2020).
7. Lee SH, Son H, Peck KR. Can post-exposure prophylaxis for COVID-19 be considered as an outbreak response strategy in long-term care hospitals? International Journal of Antimicrobial Agents. April 2020;105988. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105988.
8. Shea Y-F, Lam HY, Yuen JKY, Cheng KCA, Chan TC, Mok WYW et al. Maintaining zero COVID-19 infection among long term care facility residents in Hong Kong. Journal of the American Medical Directors Association. May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.042.
9. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society (AGS) policy brief: CCOVID-19 and assisted living facilities. Journal of the American Geriatrics Society. May 2020;jgs.16510. doi:10.1111/jgs.16510.
10. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society policy brief: COVID-19 and nursing homes. Journal of the American Geriatrics Society. 2020;68(5):908–11. doi:10.1111/jgs.16477.
11. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. New England Journal of Medicine. 2020;382:2081–90. doi:10.1056/nejmoa2008457.
12. Osterdahl M, Lee K, Ni Lochlainn M, Wilson S, Douthwaite S, Horsfall R et al. Detecting SARS-CoV-2 at point of care: preliminary data comparing loop-mediated isothermal amplification (LAMP) to PCR. SSRN Electronic Journal. 2020. doi:10.2139/ssrn.3564906.

13. Graham NSN, Junghans C, Downes R, Sendall C, Lai H, McKirdy A et al. SARS-CoV-2 infection: clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes. *Journal of Infection*. 2020;5:38. doi:10.1016/j.jinf.2020.05.073.
14. Goldberg SA, Pu CT, Thompson RW, Mark E, Sequist TD, Grabowski DC. Asymptomatic spread of COVID-19 in 97 patients at a skilled nursing facility. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.040.
15. Guery R, Cécile D, Noëlle B, Nael V, Castain L, Raffi F et al. Limited effectiveness of systematic screening by nasopharyngeal RT-PCR of medicalized nursing home staff after a first case of COVID-19 in a resident. *Médecine et Maladies Infectieuses*. May 2020. doi:10.1016/j.medmal.2020.04.020.
16. Roxby AC, Greninger AL, Hatfield KM, Lynch JB, Dellit TH, James A et al. Detection of SARS-CoV-2 among residents and staff members of an independent and assisted living community for older adults: Seattle, Washington, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(14):416–8. doi:10.15585/mmwr.mm6914e2.
17. Grabenhorst U, Stiels-Prechtel R, Niemann M, Weckbecker K. COVID-19 in the nursing home: a case report. *MMW-Fortschritte der Medizin*. 2020;162(9):60–2. doi:10.1007/s15006-020-0481-0.
18. Dora AV, Winnett A, Jatt LP, Davar K, Watanabe M, Sohn L et al. Universal and serial laboratory testing for SARS-CoV-2 at a long-term care skilled nursing facility for veterans: Los Angeles, California, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(21):651–5. doi:10.15585/mmwr.mm6921e1.
19. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(21):2005–11. doi:10.1056/NEJMoa2005412.
20. Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales. Office for National Statistics; 2020 ([https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20\(86%20deaths\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20(86%20deaths),), accessed 21 June 2020).
21. Khatri P, Seetharaman S, Phang CMJ, Lee BXA. Home hospice services during COVID-19: ensuring comfort in unsettling times in Singapore. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(5):605–6. doi:10.1089/jpm.2020.0186.
22. Kim T. Improving preparedness for and response to coronavirus disease 19 (COVID-19) in long-term care hospitals in the Korea. *Infection and Chemotherapy*. May 2020.
23. Stall NM, Farquharson C, Fan-Lun C, Wiesenfeld L, Loftus CA, Kain D et al. A hospital partnership with a nursing home experiencing a COVID-19 outbreak: description of a multi-phase emergency response in Toronto, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*. May 2020. doi:10.1111/jgs.16625.
24. De Spiegeleer A, Bronselaer A, Teo JT, Byttebier G, De Tré G, Belmans L et al. The effects of ARBs, ACEIs and statins on clinical outcomes of COVID-19 infection among nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*. June 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.018.
25. COVID-19. Sciensano (<https://epistat.wiv-isp.be/covid>, accessed 21 June 2020).
26. Fisman D, Lapointe-Shaw L, Bogoch I, McCreedy J, Tuite A. Failing our most vulnerable: COVID-19 and long-term care facilities in Ontario. *medRxiv*. doi:10.1101/2020.04.14.20065557.
27. Yanover C, Mizrahi B, Kalkstein N, Marcus K. What factors increase the risk of complications in SARS-CoV-2 positive patients? A cohort study in a nationwide Israeli health organization. *medRxiv*. 2020. doi:10.1101/2020.05.07.20091652.
28. Dawson WD, Ashcroft E, Lorenz-Dant K, Comas-Herrera A. Impact of the COVID-19 outbreak on community-based care services: a review of initial international policy responses. *International Long-Term Care Policy Network*; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Community-Based-Care-Report-19-May.pdf>, accessed 21 June 2020).
29. Lorenz-Dant K. International examples of measures to support unpaid carers during the COVID-19 pandemic. *International Long-Term Care Policy Network*; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/>

[International-measures-to-support-unpaid-carers-in-manage-the-COVID19-situation-20.05.20-complete-2.pdf](#), accessed 21 June 2020).

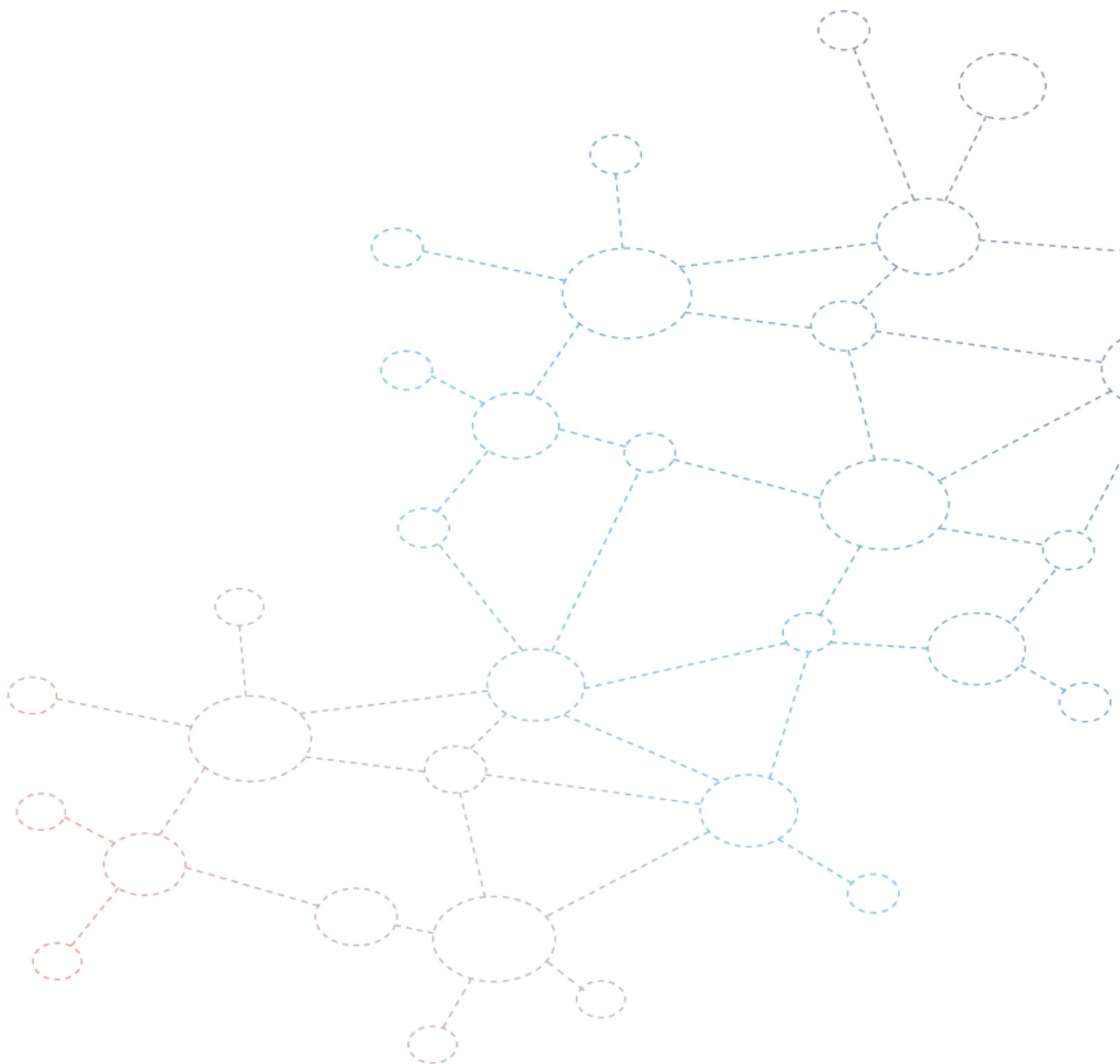
30. COVID-19 supercharges existing inequalities faced by Glasgow's 150,000 disabled people. Glasgow Disability Alliance; 2020 (<http://gda.scot/our-community/news/2020/4/28/covid-19-supercharges-existing-inequalities-faced-by-glasgows-150-000-disabled-people>, accessed 21 June 2020).
31. Noncommunicable diseases and COVID-19. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/teams/ncds/covid-19>, accessed 21 June 2020).
32. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/10665-332240>, accessed 21 June 2020).
33. Coronavirus: Spanish army finds care home residents "dead and abandoned". BBC News, 24 March 2020 (<https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-52014023>, accessed 21 June 2020).
34. 31 Senioren in Kanada tot: Pfleger kamen aus Angst vor Corona nicht [31 seniors dead in Canada: carers did not come for fear of Corona]. MSN, 18 April 2020 (<https://www.msn.com/de-at/news/other/31-senioren-in-kanada-tot-pfleger-kamen-aus-angst-vor-corona-nicht/ar-BB12QiDh#image=1>, accessed 21 June 2020).
35. Bauer A, Dixon J. The challenges of providing end-of-life support in LTCFs during the COVID-19 pandemic, and opportunities for the future: an international perspective. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Challenges-of-providing-end-of-life-support-in-care-homes-during-the-COVID-19-pandemic-1.pdf>, accessed 21 June 2020).
36. Clinical management of COVID-19: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-covid-19>, accessed 21 June 2020).
37. Women are well-represented in health and long-term care professions, but often in jobs with poor working conditions. In: Gender equality. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 (<https://www.oecd.org/gender/data/womenare-well-represented-in-health-and-long-term-care-professions-but-often-in-jobs-with-poor-workingconditions.ht>, accessed 21 June 2020).
38. COVID-19 and violence against women: what the health sector/system can do. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699>).
39. Shippee T, Akosionu O, Ng W, Woodhouse M, Duan Y, Thao M et al. COVID-19 pandemic: exacerbating racial/ethnic disparities in long-term services and supports. *Journal of Aging and Social Policy*. June 2020. doi:10.1080/08959420.2020.1772004.
40. Long-term care for older people: a new global gender priority. New York; UN Women; 2017.
41. Policy brief: the impact of COVID-19 on older persons. New York: United Nations; 2020.
42. Scheil-Adlung X. Global estimates of deficits in long-term care protection for older persons. Extension of Social Security Series, No. 50. Geneva: International Labour Organization; 2015.
43. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011.
44. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. Report by the Secretariat. Sixty-ninth World Health Assembly, April 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf?ua=1, accessed 21 June 2020).
45. Accelerating global actions for a world without poverty: United Nations System-wide Plan of Action for the Third United Nations Decade for the Eradication of Poverty (2018–2027). New York: United Nations; 2018 (<https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/03/SWAP-Poverty-Booklet-Digital-Feb27.pdf>, accessed 21 June 2020).
46. Barr N. Long-term care: a suitable case for social insurance. *Social Policy and Administration*. 2010;44(4):359–74. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x.
47. Protective equipment being diverted from LTCFs to hospitals, say bosses. *The Guardian*, 30 March 2020 (<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/protective-equipment-being-diverted-from-care-homes-to-hospitals-say-bosses>, accessed 21 June 2020).

48. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Pena-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies. Brussels: European Commission; 2018.
49. Zalakain J, Davey V, Suárez-González A. The COVID-19 on users of long-term care services in Spain. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCCovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>, accessed 21 June 2020).
50. Berloto S, Notarnicola E, Perobelli E, Rotolo A. Italy and the COVID-19 long-term care situation. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID19-situation-in-Italy-30-April-2020.pdf>, accessed 21 June 2020).
51. King D, Zigante V. Quality assurance practices in long-term care in Europe: emerging evidence on care market management. Brussels: Publications Office of the European Union; 2020.
52. Lloyd-Sherlock P, Neto J, Comas-Herrera A, Redondo N. Re: Covid-19: why we need a national health and social care service. *BMJ*. 2020;369. doi:10.1136/bmj.m1465.
53. Lloyd-Sherlock P, Bastos J, Geffen L, Giacomini K, Redondo N, Sasat S et al. An emergency strategy for managing COVID-19 in LTCFs in LMICs: the CIAT Framework. 2020 (<https://www.corona-older.com/post/an-emergency-strategy-for-managing-covid-19-in-care-homes-in-lmics-the-ciat-framework-version-1>, accessed 21 June 2020).
54. Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
55. COVID-19: Singapore to house nursing home staff in hotels to protect the elderly. Channel News Asia, 8 May 2020 (<https://www.facebook.com/ChannelNewsAsia/videos/1098221953890384/>, accessed 21 June 2020).
56. Covid-19 testing completed for nursing home residents and staff; no new cases found apart from 5 earlier ones. *The Straits Times*, 31 May 2020 (<https://www.straitstimes.com/singapore/health/covid-19-testing-completed-for-all-nursing-home-residents-and-staff>, accessed 21 June 2020).
57. Tsadok-Rosenbluth S, Leibner G, Hovav B, Horowitz G, Brammli-Greenberg S. The impact of COVID-19 on people using and providing long-term care in Israel. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Israel-4-May.pdf>, accessed 21 May 2020).
58. Fenech MA, Vella M, Calleja N. The COVID-19 long-term care situation in Malta and Gozo. International Long-Term Care Policy Network; 2020.
59. Cès S, Coster S. Mapping long-term care quality assurance practices in the EU: summary report. Brussels: European Commission; 2019.
60. Hashiguchi T, Llena-Nozal A. The effectiveness of social protection for long-term care in old age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? *OECD Health Working Papers*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020 (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age_2592f06e-en, accessed 21 June 2020).
61. Van Houtven CH, Boucher NA, Dawson WD. The impact of COVID-19 outbreak on long term care in the United States. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/USA-LTC-COVID-situation-report-24-April-2020.pdf>, accessed 21 June 2020).
62. HHS Provider Relief Fund. Centers for Disease Control and Prevention; 2020 (<https://data.cdc.gov/Administrative/HHS-Provider-Relief-Fund/kh8y-3es6>, accessed 21 June 2020).
63. Kim H. The impact of COVID-19 on long-term care in South Korea and measures to address it. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-Long-Term-Care-COVID19-situation-in-South-Korea-7-May-2020.pdf>, accessed 21 June 2020).
64. Lum T, Shi C, Wong G, Wong K. COVID-19 and long-term care policy for older people in Hong Kong. *Journal of Aging and Social Policy*. 2020. doi:10.1080/08959420.2020.1773192.

65. Wong K, Lum T, Wong G. The COVID-19 long-term care situation in Hong Kong: impact and measures. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Hong-Kong-COVID-19-Long-term-Care-situation-27-April-2020-1.pdf>, accessed 21 June 2020).
66. Shi C, Hu B, Feng M, Wong G. Report from mainland China: policies to support long-term care during the COVID-19 outbreak. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Report-from-Mainland-China-18-April-final.pdf>, accessed 21 June 2020).
67. Statistics Commission endorses new Titchfield City Group on Ageing. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 16 March 2018 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2018/03/title-statistics-commission-endorses-new-titchfield-city-group-on-ageing/>, accessed 21 June 2020).
68. Descubren una residencia ilegal en La Laguna por las pruebas del Covid-19 [They discover an illegal residence in La Laguna by the tests of Covid-19]. La Provincia, 4 April 2020 (<https://www.laprovincia.es/sociedad/2020/04/04/descubren-residencia-ilegal-laguna-pruebas/1271776.html>, accessed 21 June 2020).
69. Burton A, Goodman C, Quinn T. The invisibility of the UK care home population: UK care homes and a minimum dataset. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/14/the-invisibility-of-the-uk-care-home-population-uk-care-homes-and-a-minimum-dataset/>, accessed 21 June 2020).
70. Romero-Ortuño R, Kennelly S. COVID-19 deaths in Irish nursing homes: exploring variation and association with the adherence to national regulatory quality standards. International Long-Term Care Policy Network; 2020.
71. Pillemer K, Subramanian L, Hupert N. The importance of long-term care populations in models of COVID-19. JAMA. 2020. doi:10.1001/jama.2020.9540.
72. Jacobs R, Ashwell A, Docrat S, Schneider M. The impact of COVID-19 on long-term care in South Africa. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/COVID-19-Long-Term-Care-Situation-in-South-Africa.docx>, accessed 21 June 2020).
73. Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA>, accessed 21 June 2020).
74. Rodrigues R, Huber M, Lamura G. Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012.
75. Van Houtven CH, DePasquale N, Coe NB. Essential long-term care workers commonly hold second jobs and double- or triple-duty caregiving roles. Journal of the American Geriatrics Society. 2020. doi:10.1111/jgs.16509.
76. Schmidt AE, Leichsenring K, Staflinger H, Litwin C, Bauer A. The impact of COVID-19 on users and providers of long-term care services in Austria. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Austria-15-May.pdf>, accessed 22 June 2020).
77. Pierce M, Keogh F, O'Shea E. The impact of COVID-19 on people who use and provide long-term care in Ireland and mitigating measures. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Ireland-COVID-LTC-report-updated-13-May-2020.pdf>, accessed 22 June 2020).
78. Rajagopalan J, Huzruk S, Arshad F, Raja P, Alladi S. The COVID-19 long-term care situation in India. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID-situation-in-India-30th-May.pdf>, accessed 22 June 2020).
79. Amour R, Robinson JN, Govia I. The COVID-19 long-term care situation in Jamaica. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Jamaica-25-May-2020-1.pdf>, accessed 22 June 2020).

80. Kruse F, Abma I, Jeurissen P. The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID19-Long-Term-Care-situation-in-the-Netherlands-25-May-2020-1.pdf>, accessed 22 June 2020).
81. Low L-F. The long-term care COVID-19 situation in Australia. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Australia-LTC-COVID19-situation-24-April-2020.pdf>, accessed 22 June 2020).
82. Extra payment for unpaid carers. Scottish Government, 6 May 2020 (<https://www.gov.scot/news/extra-payment-for-unpaid-carers/>, accessed 22 June 2020).
83. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615>).
84. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo J et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10231):1190–1.
85. Suarez-Gonzalez A, Livingston G, Comas-Herrera. Report: the impact of the COVID-19 pandemic on people living with dementia in UK. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/03/report-the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-people-living-with-dementia-in-uk/>, accessed 22 June 2020).
86. Joint statement on advance care planning. Care Quality Commission; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1).
87. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1 accessed 22 June 2020).
88. Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts), accessed 22 June 2020).
89. Overview of Public Health and Social Measures in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>, accessed 10 July, 2020).
90. Bauer A. COVID19: providing palliative care for the many. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/03/31/covid19-proving-palliative-care-for-the-many/>, accessed 22 June 2020).
91. Oven A. COVID-19 and long-term care in Slovenia: impact, measures and lessons learnt. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID19-and-Long-Term-Care-in-Slovenia-impact-measures-and-lessons-learnt-21-April-2020.pdf>, accessed 22 June 2020).
92. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1, accessed 22 June 2020).
93. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health), accessed 22 June 2020).
94. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495>, accessed 22 June 2020).
95. Sani TP, Tan M, Rustandi KK, Turana Y. COVID-19 long-term care situation in Indonesia. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Indonesia-30-May-1.pdf>, accessed 22 June 2020).
96. Lorenz-Dant K. Germany and the COVID-19 long-term care situation. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Germany_LTC_COVID-19-26-May-2020.pdf, accessed 22 June 2020).

97. Contact tracing in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>, accessed 22 June 2020).
98. Rostgaard T. The COVID-19 long-term care situation in Denmark. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Denmark-29-May-2020.pdf>, accessed 22 June 2020).
99. Hasmuk K, Sallehuddin H, Tan MP, Cheah WK, Rahimah I, Chai ST. The long term care COVID-19 situation in Malaysia. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Malaysia-LTC-COVID-situation-report-30-May.pdf>, accessed 22 June 2020).
100. Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>, accessed 22 June 2020).
101. Brimblecombe N, Fernandez J-L, Knapp M, Rehill A, Wittenberg R. Unpaid care in England: future patterns and potential support strategies. London: London School of Economics; 2018.
102. Caring behind closed doors: forgotten families in the coronavirus outbreak. London: Carers UK; 2020 (<https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/caring-behind-closed-doors-report>, accessed 22 June 2020).
103. Wharton TC, Ford BK. What is known about dementia care recipient violence and aggression against caregivers? Journal of Gerontological Social Work. 2014;57(5):460–77. doi:10.1080/01634372.2014.882466.
104. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications-detail/mental-health-and-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak>, accessed 22 June 2020).
105. Da Mata F, Oliveira D. COVID-19 and long-term care in Brazil: impact, measures and lessons learned. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19-Long-term-care-situation-in-Brazil-6-May-2020.pdf>, accessed 22 June 2020).
106. COVID-19 and violence against older people. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-violence-against-older-people>, accessed 22 June 2020).
107. Leiblfinger M, Prieler V, Schwiter K, Steiner J, Benazha A, Lutz H. Impact of the COVID-19 pandemic on live-in care workers in Germany, Austria and Switzerland. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/14/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-live-in-care-workers-in-germany-austria-and-switzerland/>, accessed 22 June 2020).
108. Coronavirus Plan of Action. Chile: Senama (<http://www.senama.gob.cl/protocolos-covid-19>, accessed 22 June 2020).
109. Cuenta con migo [count on me]. Government of Chile (<https://www.gob.cl/cuentaconmigo/>, accessed 22 June 2020).
110. López-Ortega M, Sosa-Tinoco E. COVID-19 and long-term care in Mexico: questions, challenges, and the way forward. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/LTC-Covid-19-situation-in-Mexico-8-June.pdf>, accessed 22 June 2020).
111. Musyimi C, Mutunga E, Ndeti D. COVID-19 and long-term care in Kenya. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/06/02/new-country-report-the-covid-19-long-term-care-situation-in-kenya/>, accessed 22 June 2020).
112. COVID Trauma Response Working Group (<https://www.traumagroup.org/>, accessed 22 June 2020).
113. Decade of Healthy Ageing 2020–2030. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_3, accessed 22 June 2020).
114. Overview of Public Health and Social Measures in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>, accessed 10 July, 2020).





付録 1. 手法

リビングシステマティックレビュー

介護サービスの利用者および提供者のCOVID-19関連死亡率および罹患率に関する初期の国際的なエビデンスを総合することを目的として、リビングシステマティックレビューが実施された。このレビューはProspero（CRD42020183557）に登録され、2020年5月15日に実施されたデータベース検索で同定された研究と、2020年6月5日までに更新された研究が含まれる。その方法と得られた知見については、medRxivに全文が掲載されている。介護ケア利用者およびスタッフのCOVID-19に関連した死亡率および発症率に関する一次データを報告している全ての研究を同定するために、7つのデータベース（MEDLINE；Embase；CINAHL Plus；Web of Science；Global Health；WHO COVID-19 Research Database；medRxiv）を検索した。さらに、介護の専門家らの国際ネットワークであるLTCcovid.orgから、国レベルの死亡率に関するエビデンスを集めた。介護に焦点を当てていない研究は除外した。包含基準を満たした一次研究を批判的に評価し、死亡者数、COVID-19関連死亡率、致死率、超過死亡（補助的な一次アウトカム）の他、発症率、入院、そして集中治療室での管理・治療に関する結果を記述的（ナラティブ）に統合した。

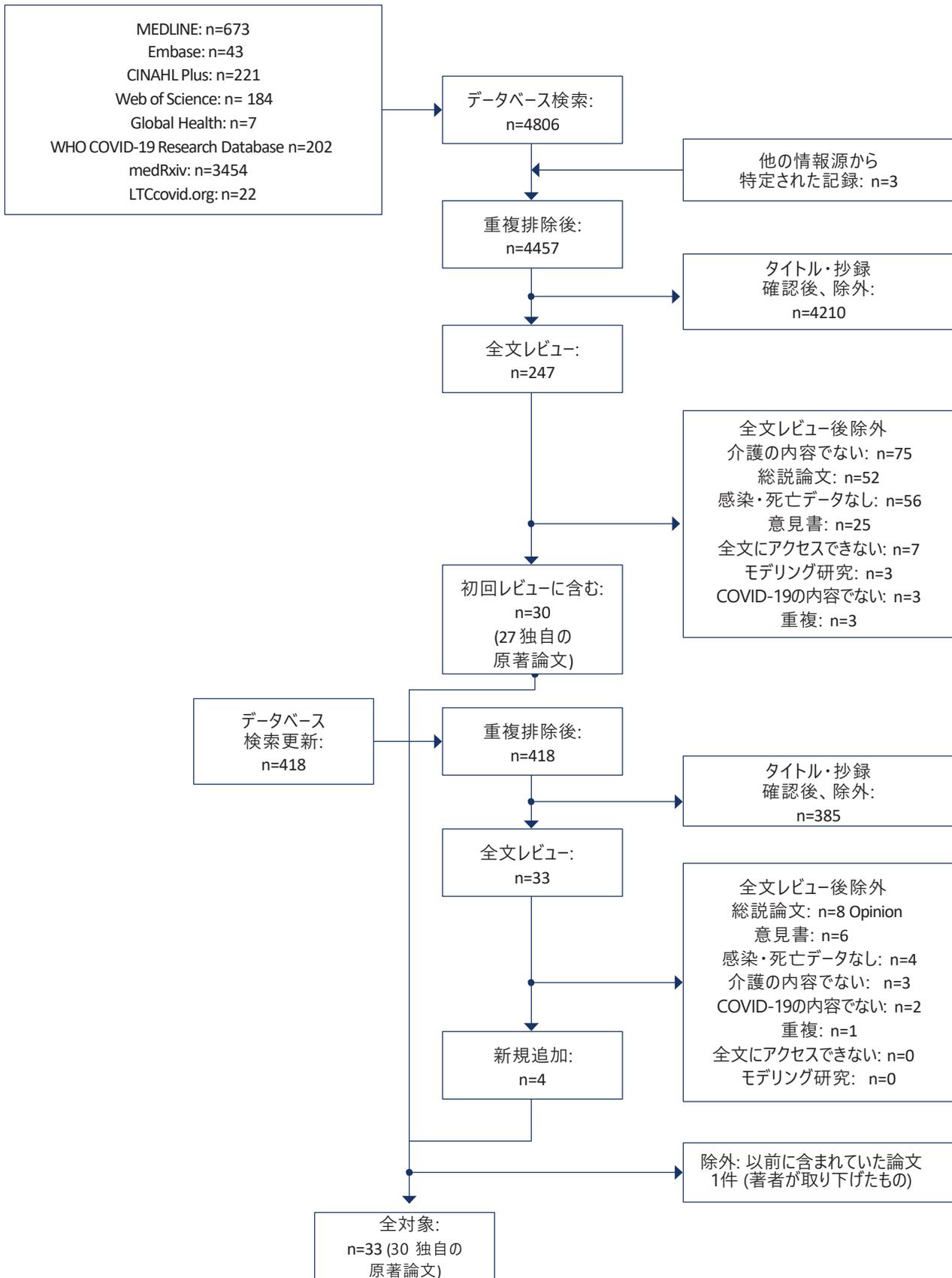
3人のレビュアーによりタイトルと抄録のスクリーニングと全文レビューを行い、加えて同様の研究またはアウトブレイクを報告している記録を統合した。研究デザイン、ケアの設定（施設と地域社会）、COVID-19の診断および確認方法、参加者のベースライン特性、COVID-19が確認されたケースおよび疑いケースの死亡者の絶対数および死亡率、ケースの致死率、過剰死亡、COVID-19が確認されたケースおよび疑いケースの絶対数および比率、COVID-19が確認されたケースおよび疑いケースにおける入院および集中治療室入院の比率などの情報を含む研究レベルのデータを抽出するために、標準化したテンプレートを用いた。すべての研究参加者の特徴とアウトカムデータは、介護ケア利用者とスタッフでそれぞれ別々に抽出した。また、検査時の無症候ケースの割合や介護ケア利用者の転帰を他者とを比較した研究の知見に関する情報も抽出した。

分子、分母、追跡期間の定義に非一貫性を認めたため、データは計量的に統合しなかった。その代わりに、結果は記述的に要約され、サンプルの特徴、追跡期間、ケースの定義に関する情報を含めて、必要に応じて表に提示した。重複する集団について報告している研究では、よりサンプルサイズが大きく、また追跡期間が長い研究を優先した。

死亡率、ケース死亡率、または疾患発生率に関する数値を報告している一次研究の質は、有病率研究のためのJoanna Briggs Instituteの重要評価ツールを用いて評価した。研究間のバイアスリスクは評価されなかった。

30件のユニークな一次研究またはアウトブレイクの報告に関する合計33件の研究報告が含まれていた（図A1.1）。

図A1.1 対象となる一次研究選定フローチャート



被介護者や介護者へのCOVID-19の影響を緩和するための介入の有効性に関するシステマティックレビュー：試行版

被介護者や介護者へのCOVID-19の影響を緩和するための介入の有効性に関するシステマティックレビューが現在進められている。7つのデータベース（MEDLINE; Embase; CINAHL Plus; Web of Science; Global Health; WHO COVID-19 Research Database; medRxiv）で検索を行い、COVID-19パンデミックへの対応と有効性に関する何らかの評価を行っているか、もしくはCOVID-19感染率や死亡率と関連する介護サービスの特徴を評価することを目的とした21の研究が同定された。報告は米国から5件、イタリアから3件、カナダ、中国、韓国、スペインから各2件、ベルギー、フランス、アイルランド、シンガポール、イギリスから各1件であった。

特定された介入と対象群は様々であった。介護施設での薬物療法についての研究が3件(1-3)、介護施設での予防策の実施（中国・シンガポール）や、介護施設でのアウトブレイク対応（カナダ・中国・韓国・米国）(1, 4-8)、米国における地域密着型ケアにおける予防策について1件(9)、4件は介護現場でCOVID-19に対応するための多面的な組織変更や多職種協働・連携についての報告であった(6, 10-12)。さらに、3件はCOVID-19検出のための迅速ポイントオブケア検査法、集団（pooled）検査、ベッドサイドでの胸部超音波検査について(13, 14)、そして1件は認知症患者に対してCOVID-19に関連した情報や支援を提供するための認知機能刺激を行った介入についてであった(15)。

これらの研究はほとんどが記述的なもので、対照群がなく、実施された対策の有効性を厳密に評価するには設計されていなかった。それにもかかわらず、中国、韓国、シンガポールの論文に記載されている予防・アウトブレイク管理介入は、いずれもアウトブレイク予防もしくは抑制について成功したと報告している。

他の3件の研究では、介護施設の特性の違いとCOVID-19のアウトブレイクと帰結の関連性を評価している。Stallらは、カナダ・オンタリオ州の老人ホームが営利事業者であったことが、非営利事業者に比べ、その施設におけるアウトブレイクの規模の大きさと入居者の死亡数が多いことの両方に関連していることを明らかにした。しかし、営利事業者であることはアウトブレイク発生の可能性の高さとは関連していなかった(16)。Romero-OrtuñoとKennellyは、アイルランドの介護施設における死亡者数と最大入居者数との間には、中等度の統計的に有意な正の相関があることを明らかにした。しかし、介護施設の質とは統計的に有意な関連性は見られなかった(17)。同様にAbramsらは、米国の老人ホームにおける少なくとも1例以上のCOVID-19症例発生報告と従来のケアの質基準との間に統計学的に有意な関連性は見いだせなかった(18)。しかし、施設規模が大きいこと、立地が都市部であること、アフリカ系米国人入所者割合が高いこと、単独経営（チェーン展開していない）施設であること、どこの州にあるか、はCOVID-19陽性者が出る確率の高さと統計学的に有意な関連した。

最後に、介護に関する地域状況とCOVID-19の蔓延状況との関連を調べた2件のイタリアからの報告があった。介護に関する地域状況としては、民間と公立の療養病床の割合や老人ホームの入所可能定員数などを調査していた(19-20)。

COVID-19影響下の介護状況に関する国別報告

LTCcovidのウェブサイト（国際介護政策ネットワークの取り組み）で公開されている国別報告書をレビューした。この報告書は、介護ケアの専門家（主に研究者）によって作成された。報告書の目的は、COVID-19が各国の被介護者と介護者に与えた影響と、彼らに対するパンデミックの影響を緩和するための対策を記述することであった。これらの報告には、各国のされた対策例が示されていた。

参考資料

1. Lee SH, Son H, Peck KR. Can post-exposure prophylaxis for COVID-19 be considered as an outbreak response strategy in long-term care hospitals? *International Journal of Antimicrobial Agents*. April 2020;105988. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105988.
2. Ahmad I, Alam M, Saadi R, Mahmud S, Saadi E. Doxycycline and hydroxychloroquine as treatment for high-risk COVID-19 patients: experience from case series of 54 patients in long-term care facilities. medRxiv. May 2020. doi:10.1101/2020.05.18.20066902.
3. De Spiegeleer A, Bronselaer A, Teo JT, Byttebier G, De Tré G, Belmans L et al. The effects of ARBs, ACEIs and statins on clinical outcomes of COVID-19 infection among nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*. June 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.018.
4. Kim T. Improving preparedness for and response to coronavirus disease 19 (COVID-19) in long-term care hospitals in the Korea. *Infection and Chemotherapy*. May 2020.
5. Stall NM, Farquharson C, Fan-Lun C, Wiesenfeld L, Loftus CA, Kain D et al. A hospital partnership with a nursing home experiencing a COVID-19 outbreak: description of a multi-phase emergency response in Toronto, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*. May 2020. doi:10.1111/jgs.16625.
6. Shea Y-F, Lam HY, Yuen JKY, Cheng KCA, Chan TC, Mok WYW et al. Maintaining zero COVID-19 infection among long term care facility residents in Hong Kong. *Journal of the American Medical Directors Association*. May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.042.
7. Munanga A. Critical infection control adaptations to survive COVID-19 in retirement communities. *Journal of Gerontological Nursing*. 2020;46(6):3–5. doi:10.3928/00989134-20200511-03.
8. Mills WR, Sender S, Lichtefeld J, Romano N, Reynolds K, Price M et al. Supporting individuals with intellectual and developmental disability during the first 100 days of the COVID-19 outbreak in the USA. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2020. doi:10.1111/jir.12740.
9. Archbald-Pannone LR, Harris DA, Albergo K, Steele RL, Pannone AF, Mutter JB. COVID-19 collaborative model for an academic hospital and long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*. May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.044.
10. Khatri P, Seetharaman S, Phang CMJ, Lee BXA. Home hospice services during COVID-19: ensuring comfort in unsettling times in Singapore. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(5):605–6. doi:10.1089/jpm.2020.0186.
11. Koeberle S, Tannou T, Bouiller K, Becoulet N, Outrey J, Chirouze C et al. COVID 19 outbreak: organisation of a geriatric assessment and coordination unit – a French example. *Age and Ageing*. May 2020. doi:10.1093/ageing/afaa092.
12. Osterdahl M, Lee K, Ni Lochlainn M, Wilson S, Douthwaite S, Horsfall R et al. Detecting SARS-CoV-2 at point of care: preliminary data comparing loop-mediated isothermal amplification (LAMP) to PCR. *SSRN Electronic Journal*. 2020. doi:10.2139/ssrn.3564906.
13. Cabrera JJ, Rey S, Perez S, Martinez-Lamas L, Cores-Calvo O, Torres J et al. Pooling for SARS-CoV-2 control in care institutions. medRxiv. June 2020. doi:10.1101/2020.05.30.20108597.
14. Nouvenne A, Ticinesi A, Parise A, Prati B, Esposito M, Cocchi V et al. Point-of-care chest ultrasonography as a diagnostic resource for COVID-19 outbreak in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.050.
15. Goodman-Casanova JM, Dura-Perez E, Guzman-Parra J, Cuesta-Vargas A, Mayoral-Cleries F. Telehealth home support during COVID-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: survey study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(5):e19434. doi:10.2196/19434.
16. Stall NM, Jones A, Brown KA, Rochon PA, Costa AP. For-profit nursing homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths in Ontario, Canada. medRxiv. 2020. doi:10.1101/2020.05.25.20112664.

17. Romero-Ortuño R, Kennelly S. COVID-19 deaths in Irish nursing homes: exploring variation and association with the adherence to national regulatory quality standards. International Long-Term Care Policy Network; 2020.
18. Abrams HR, Loomer L, Gandhi A, Grabowski DC. Characteristics of U.S. nursing homes with COVID-19 cases. Journal of the American Geriatrics Society. 2020. doi:10.1111/jgs.16661.
19. Buja A, Paganini M, Cocchio S, Scioni M, Rebba V, Baldo V. Demographic and socio-economic factors, and healthcare resource indicators associated with the rapid spread of COVID-19 in northern Italy: an ecological study. medRxiv. 2020. doi:10.1101/2020.04.25.20078311.
20. Liotta G, Marazzi MC, Orlando S, Palombi L. Is social connectedness a risk factor for the spreading of COVID-19 among older adults? The Italian paradox. PLoS One. 2020;15(5):e0233329. doi:10.1371/journal.pone.0233329.

謝辞 - 非公式日本語版作成にあたって

本文書の日本語版の翻訳、監訳は、一般社団法人 日本老年学的評価機構 (JAGES: Japan Agency for Gerontological Evaluation Study) により行われた。監訳は尾島俊之、近藤尚己、菖蒲川由郷、長嶺由衣子により行われた。翻訳を取りまとめるための編集、調整は、矢野真沙代、長嶺由衣子、茅野龍馬が行った。翻訳は、以下の専門家の協力のもとで行われた。

尾島俊之	浜松医科大学健康社会医学講座
近藤尚己	京都大学 大学院医学研究科 国際保健学講座 社会疫学分野
菖蒲川由郷	新潟大学大学院医歯学総合研究科十日町いきいきエイジング講座
長嶺由衣子	東京医科歯科大学大学院医歯学研究科 介護・在宅医療連携システム開発学講座／ 千葉大学予防医学センター
矢野真沙代	東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻保健社会行動学分野
茅野龍馬	世界保健機関健康開発総合研究センター (WHO神戸センター・WKC)

Noriko Cable	University College London
石川明日香	大阪大学大学院歯学研究科 口腔分子免疫制御学講座 予防歯科学教室
井手一茂	千葉大学予防医学センター／一般社団法人 JAGES機構
鶴川重和	大阪市立大学大学院生活科学研究科
大塚理加	防災科学技術研究所
加藤大祐	三重大学大学院医学系研究科家庭医療学分野
古賀千絵	千葉大学予防医学センター
小嶋雅代	国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター フレイル研究部
小林崇希	東京医科歯科大学 医学部 医学科
児玉知子	国立保健医療科学院 国際協力研究部
櫻庭唱子	千葉大学医学薬学府
佐藤正司	帝京平成大学 健康医療スポーツ学部
白倉悠企	新潟大学大学院医歯学総合研究科十日町いきいきエイジング講座
杉田明穂	国立国際医療研究センター病院
田近敦子	千葉大学医学薬学府
辻大士	筑波大学体育系
中村美詠子	浜松医科大学健康社会医学講座
平塚義宗	順天堂大学眼科学教室
藤並祐馬	一般社団法人 JAGES機構
安福祐一	千葉大学予防医学センター／国立長寿医療研究センター
山北満哉	山梨県立大学看護関連科学領域



World Health Organization
Avenue Appia 20
1202 Geneva, Switzerland