

韓国保健社会研究院編

国際共同研究および国際シンポジウム

# COVID-19 と世界の高齢者介護

監訳：和気純子 大和三重 趙敏廷

2021年 10月

科学研究費補助金 (B) (19H01590)

## 謝辞

本報告書は、韓国保健社会研究院が発刊した「国際共同研究および国際シンポジウム：COVID-19 と世界の高齢者介護」の日本語訳であり、イングランド、カナダ、アメリカ、スウェーデン、日本、オランダの COVID-19 と高齢者介護の対応が所収されている。

監訳者は、2020 年 4 月より全世界をおそった COVID-19 によるパンデミックに関する国際共同研究をすすめ、ソーシャルワークの視点から国別報告集の作成・翻訳にあたるとともに、日本における高齢者施設への調査研究を行っていた。そのような時に、本報告書がウェブ上で公開されていることを知り、執筆者の一人であり、監訳者でもある岡山県立大学の趙敏廷准教授に邦訳へむけて仲介の労をとっていただいた。本報告書の執筆者が世界各国の研究者であったことから、韓国保健社会研究院にはあらためて日本語訳への了承をとる手続きをとっていただくなど、大変お手数をおかけした（第 4 章のフィンランド執筆者からは了解が得られなかったため、本翻訳書には含まれていない）。あらためて、日本語訳をご快諾いただいた、韓国保健社会研究院のチョ・フンシク院長および本研究の責任者であるイ・ユンギョン研究員、さらに各章を執筆された各国の研究者の皆様に厚く御礼申し上げたい。

周知のように、高齢者は COVID-19 のパンデミックの最大の被害者であり、高齢者へのケアをめぐる世界各国がこれまで体験したことのない危機に直面した。この報告書が執筆されていた 2020 年夏は、当初の混乱が一息ついた頃ではあるが、まだワクチン接種が本格化しておらず、世界各国が暗中模索の時期にあった。現在、欧米諸国を中心に高齢者へのワクチン接種が進み、一定の効果が得られている。しかし、本文を読んでいただければわかる通り、多くの国がコロナ禍以前より、高齢者ケアにおける人材不足、介護従事者の劣悪な労働環境、医療と福祉の連携不足などの問題を抱えていた。COVID-19 によるパンデミックは、こうした問題をあらためて顕在化させる契機ともなったのである。

したがって各国の報告は、COVID-19 によるパンデミックへの対応にとどまらず、その前提となる高齢者介護の近年の政策動向や現状を提示し、今後求められる課題や政策にも言及している。その意味で、本報告書は高齢者介護のグローバルな動向を理解し、各国の取り組みから日本の現状を相対化し、改善策を検討する貴重な資料ともなるだろう。

最後に、翻訳にあたっては、韓国から日本に留学し、両国の言語・文化や高齢者介護に詳しい新進気鋭の若手研究者の方々にご尽力いただいた。ご多忙なかたで翻訳に取り組んでいただいたことに感謝申し上げます。なお、本報告書は、科学研究補助金基盤 (B) (19H01590) の研究成果の一部として、当該研究の URL である <http://globalsw.jp> において公開する。

2021 年 10 月

監訳者を代表して 和気 純子

## 発刊の辞

全世界的な COVID-19 の拡散は社会経済全般に深刻な影響を及ぼしている。特に、脆弱な階層を中心に社会サービスの提供及び制度の限界が明らかになった。高齢者介護における現在の施設中心のサービス提供により、施設内の感染拡大の憂慮と介護従事者の負担が増大し、感染拡大防止のため対人接触を最小化したことによる介護サービスの空白と社会的孤立の問題が大きな問題として浮上した。これにより、社会的セーフティネットの強化及び高齢者介護についての政策的対応が急がれる一方、ケアシステム再編の必要性も提起された。

韓国保健社会研究院は、今まで多様な国際協力研究を通してヨーロッパや東アジア国家が経験している COVID-19 パンデミックによる高齢者介護の現状を論議し、これに対応できる対策を検討した。COVID-19 という全世界的に拡大した感染症によって、世界各国が同じ問題を抱えていることから、海外事例の共有は時宜にかなったテーマである。このような背景から見た本研究は、「国際協力研究および国際協力シンポジウム：COVID-19 と国別高齢者介護」というテーマで、各国が高齢者介護にどのように対応しているのかを探究する。こうした研究を通して、わが国の高齢者ケア政策に提供可能な示唆を得ることに寄与したい。本研究を通して、COVID-19 の影響が持続するなか、各国の経験及び教訓を共有し、高齢者ケア政策の備えに寄与できることを期待する。

2020 年 12 月

韓国保健社会研究院

チョ・フンシク

<監訳者>

和気 純子 (東京都立大学 教授)  
大和 三重 (関西学院大学 教授)  
趙 敏廷 (岡山県立大学 准教授)

<翻訳者>

|                   |      |                                    |
|-------------------|------|------------------------------------|
| 発刊の辞・目次           | 李 善仁 | (東京都立大学大学院 博士後期課程)                 |
| 第1章 序論            | 金 慧英 | (関西学院大学 助手)                        |
| 第2章 イングランド (1~2節) | 李 恩心 | (昭和女子大学 講師)                        |
| イングランド (3~5節)     | 崔 仙姫 | (明治学院大学社会学付属研究所研究員)                |
| 第3章 カナダ           | 金 松美 | (明知大学生命倫理委員会 専任研究員)                |
| 第5章 アメリカ          | 尹 一喜 | (金沢大学 助教)                          |
| 第6章 アメリカ (1~2節)   | 任 貞美 | (慶尚国立大学 助教授)                       |
| アメリカ (3~4節)       | 任 セア | (東洋大学 助教)                          |
| 第7章 スウェーデン        | 高 仙喜 | (韓国青少年政策研究院 青少年進路開発<br>センター 専門研究員) |
| 第8章 日本            | 趙 敏廷 | (岡山県立大学 准教授)                       |
| 第9章 オランダ          | 文 京美 | (釜慶大学 研究員)                         |

<韓国報告書 研究体制>

【研究責任者】

イ・ユンギョン (韓国保健社会研究院 研究員)

【共同研究者】

キム・ジス (韓国保健社会研究院 研究員)

ムン・スンヒョン (韓国保健社会研究院 研究員)

カン・ウンナ (韓国保健社会研究院 研究委員)

ビョン・スジョン (韓国保健社会研究院 研究委員)

キム・ヒョンキョン (韓国保健社会研究院 研究委員)

パク・ソジョン (Washington University in St. Louis 准教授)

シン・オジン (University of Illinois at Urbana-Champaign 博士課程(修了))

趙 敏廷 (岡山県立大学 准教授)

Glendinning, C (前 University of York 教授)

Marier, P (Concordia University 教授)

Da Roit, B Ca' (Foscari University of Venice 教授)

Johansson, L (Jonkoping University 副教授)

Sundstrom, G (Jonkoping University 名誉教授)

Aaltonen, M (University of Tampere 研究委員)

Forma, L (University of Helsinki 准教授)

Pulkki, J (University of Tampere 准教授)



## 目 次

謝辞

発刊の辞

執筆者

第1章 序論 ..... 1

第2章 イングランドにおける COVID-19 発生状況と高齢者介護分野の対応 ..... 3

第3章 カナダにおける COVID-19 の発生状況と高齢者介護分野の対応 ..... 43

(第4章 フィンランドは本翻訳書には含まれない)

第5章 アメリカの COVID-19 発生による高齢者介護分野の問題 ..... 69

第6章 アメリカにおける COVID-19 の発生状況と高齢者介護分野の対応 ..... 85

第7章 スウェーデンにおける COVID-19 の発生状況と高齢者介護分野の対応 ..... 115

第8章 日本における COVID-19 発生状況と高齢者介護領域の対応 ..... 141

第9章 オランダの COVID-19 発生状況と高齢者介護分野の対応 ..... 173

参考文献 ..... 193





---

# 第 1 章 序論

---

イ ユンギョン  
訳 金慧英

COVID-19<sup>1</sup>の拡散とソーシャルディスタンスの長期化は、韓国社会の構成員の日常を根幹から変えており、特に一人で日常生活が難しい高齢者の社会的断絶とケアの空白を加速化させている。高齢者専門病院や介護施設のような施設を中心に集団感染が絶えず発生しており、自宅で生活する高齢者たちは、半ば自主的、半ば強制的に社会的に孤立している。このように、COVID-19 のような感染症が発生し、高齢者ケアシステムは新たな危機的状況に直面し、COVID-19 に対応する高齢者ケアシステムの変化と適応のための新たなパラダイム変化が求められる時期にある。そこで、本報告書は、全世界的に緊迫している COVID-19 の危機的状況の中で、各国が高齢者ケアについてどのように対応しているのかを把握し、韓国の高齢者介護政策に適用可能な示唆を与えることに寄与したいと考えている。

本報告書の国別 COVID-19 の状況と高齢者介護の主要な内容は、大きく3つの部分で構成される。第一に、当該国の高齢者介護政策に関する概略的な現状を取り上げる。高齢者介護は、大きく在宅サービスと施設サービスに分けることができ、当該国の状況によって、または当該国で重要視されている高齢者介護政策の領域によって、高齢者介護政策を概観した。第二に、当該国または地域社会における COVID-19 の展開状況とそれに伴う対応と支援事項についてである。国や自治体による介護施設、高齢者居住施設、高齢者利用施設等の施設類型に応じた現状や対応方法、自宅隔離や陽性的高齢者に対する支援、介護人材の現状と支援、家族介護負担の増加に対する対応方法等を国別の状況に応じて記述している。最後に、当該国の高齢者介護政策の問題点とポストコロナの時代を準備するための方向と課題を国別に提示している。

---

<sup>1</sup> 新型コロナウイルスは、COVID-19 と表記する

COVID-19 の状況に対する国別の高齢者介護の現状と政策的対応は、アメリカ、カナダ、イギリス(イングランド中心)、スウェーデン、オランダ、(フィンランド、翻訳では対象外)日本などの計 7 カ国について報告する。

まず、英米圏に該当するアメリカ、英国、カナダの原稿の主な内容を見ると、アメリカの事例は二つの報告からなる。一つは、COVID-19 によって発生した高齢者、高齢者ケア提供者、サービス提供機関レベルの問題と対応策の全般的な内容である。もう一つは、アメリカの高齢者ケアシステムを中心にアメリカ高齢者介護政策と COVID-19 の拡散の中における限界と対応策である。英国の事例は、英国全体の高齢者ケアシステムではなく、イングランドを中心に高齢者介護政策の歴史的背景、COVID-19 に対する政府の準備と支援の現況、パンデミックが高齢者、家族、そして介護従事者に及ぼす影響、そして残された課題について記述している。カナダは、高齢者ケア施設(介護保険機関、中間保護施設<sup>2</sup>など)の概観と国及び地域レベルの高齢者ケア措置と戦略を紹介しており、最後に COVID-19 の危機対応における高齢者介護政策の課題を提示している。

次に、北欧のスウェーデン、(フィンランド)、オランダの事例をみると、スウェーデンは高齢者介護政策の歴史の変遷の過程と高齢者介護政策の現状、高齢者ケアの COVID-19 の対応方法、スウェーデン政府の COVID-19 の対応策に対する批判、そして COVID-19 の状況における高齢者ケアの現状と今後の課題を示している。(フィンランドの事例では、フィンランドの高齢者ケアサービスの現状と COVID-19 の発生状況、そして、COVID-19 の危機に関連する国と地域社会の対応方法を述べており、介護施設と訪問介護、介護従事者、インフォーマルな介護について政策課題を提案した。)オランダの事例は、COVID-19 の発生状況、高齢者介護の現状、高齢者介護施設・高齢者居住施設・介護に対する政府の対応戦略、そして長期化する COVID-19 の危機状況において解決すべき課題について記述している。

最後に、韓国に隣接している日本の事例では、日本における COVID-19 の発生状況、日本政府の緊急対策、介護・福祉政策に関する COVID-19 の対応政策と高齢者・家族に対する支援内容等を体系的に示している。これとともに、今後の COVID-19 の状況の中で高齢者介護政策の残された課題を述べている。

本報告書は、COVID-19 の状況が緊迫していた 2020 年半ばに海外高齢者介護専門家にワーキングペーパー(working paper)レベルの論文を依頼したものである。2020 年春から 2020 年秋までのコロナ拡散の推移と、それに伴う高齢者介護政策の変化と対応方法に対する現況と政策対応の変化を中心に記されており、他の研究報告書とは異なり、報告書内容は体系的あるいは実証的にまとめられているわけではない。また、国別の社会文化的状況と対応政策の方向の差異、そして原稿執筆者の関心と書き方の違いなどによって、国別の原稿における目次と内容は、必ずしも統一されていない。しかし、パンデミックである COVID-19 を同じく経験している海外諸国の現況と高齢者介護政策の対応方法を探ることで、今後、韓国の高齢者介護政策が追求すべき方向を設定し、現在の韓国の高齢者介護政策の死角地帯と不十分な領域を点検するのに活用できるものと期待される。

---

<sup>2</sup> 中間保護施設 (intermediate resource) : 公共保健機関と連携している専門施設

---

## 第 2 章 イングランドにおける COVID-19 発生状況と高齢者介護分野の対応

---

Caroline Glendinning<sup>1</sup>

訳 李 恩心・崔 仙姫

### 第 1 節 COVID-19 パンデミック及び展開状況

#### 1. 導入及び概要

高齢者の健康や介護、支援業務は、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランド政府がそれぞれ担当している（第 2 節参照）。各地域によって、高齢者の健康及び社会福祉サービスの構造、財政やガバナンスも異なる。COVID-19 に対しても地域によってその対応が分かれる。本報告書は英国人口の 84%を占めるイングランドを中心に述べる。

現在、英国では高齢者関連の包括的な政策を立案・執行する機関がない。COVID-19 の前後、全ての高齢者関連政策は各関連省庁別に立てられ、省庁間の調整はほとんど行われてこなかった。COVID-19 パンデミック期間中、高齢者関連の議論や政策対応は施設ケアや介護施設(long-term residential homes)を中心に行われた。在宅高齢者や家族介護者のための政策及びサービス対応（在宅高齢者向けの介護及びレスパイト・サービス(respite service)を含む）は、一般市民や学界、政策側からもほとんど関心が払われなかった。

イングランドの COVID-19 パンデミック対応については次のような背景がある。

ボリス・ジョンソン氏が首相を務める英国政府は、深刻な公衆衛生の非常事態かつ経済的危機状態に直面した今の状況について対処できる政治的経験が少なかった。ジョンソン首相も 2019 年 6 月に保守党代表として選出された指導者に過ぎなかった。過去 4 年間、政界はブレグジット（Brexit：訳者注：イギリスが EU から離脱すること）という政治的議論

---

<sup>1</sup> 前ヨーク大学教授

が中心であった。2019 年秋の選挙の後、多くの経験豊かな長官が交替され、ブレグジットに対する立場やジョンソン首相のリーダーシップに対する支持の有無によって新任の長官が任命された。COVID-19 の発生初期、ジョンソン首相は閣僚会議に出席せず、首相が COVID-19 感染により健康状態が悪化し、入院した後、彼のリーダーシップは危機に陥った。マスコミ、放送、ソーシャルメディアに、彼の無責任と無能に対する批判が集まり<sup>2</sup>、ロックダウン規定を違反した上級政策顧問を解任しなかったことから、厳しい批判を浴びた。このような失敗はウイルス感染を防ぐための政府の対応に国民の信頼と協力的姿勢に打撃を与えた。

英国政府は、パンデミックを公衆衛生の危機ではなく政治的危機として対応した。個人用防護具（PPE）や COVID-19 検査能力等、主張や約束を盛り込んだ政治的メッセージに焦点を当てたが現実的にはどれも不足した。感染拡大抑制のための潜在的制限措置（例：50 歳以上の者は隔離期間を延長）が提案されたが反対された。一部の措置は実際の施行よりも先に発表されることがあった。急な発表措置について、長官が急遽、細部項目を後から説明したこともあった。発表された措置が数時間後に撤回されることもあった。このような一連の出来事により、どのような感染拡大抑制措置が実際に施行されているのかについて多くの混乱が生じた。また、このような措置についても、非論理的で急な変更が説明なしで起こりうるという考えから遵守されなかった。全般的に政策対応が大幅に遅れてしまい、効果的な公衆衛生の介入のための明確性や一貫性において混乱が生じた。

パンデミックに対して公衆衛生的対応ではない政治的なレベルの対応が中央政府の主導で行われた。高齢者のための公衆衛生とサービス委託及び財政支援の全てを担当する地方政府との協力及び情報共有は円滑に行われなかった。イングランド公衆衛生局（PHE: Public Health England）も政治家から取り上げられることはなかった<sup>3</sup>。一方で、COVID-19 の検査キット及び追跡システムを開発する民間企業と契約を締結し、関連インフラを拡充していく中でも地方政府の公務員との意思疎通はほとんど行われなかった。特に、COVID-19 の全国検査システムの運営契約を結んだ民間企業から国民保健サービス（NHS: National Health Service）や地方当局にデータが共有されるまでには数週間がかかり、これにより、地域集団感染の発生の有無の把握や地域感染拡大抑制措置の施行に支障をもたらした。

パンデミック初期に継続的に発信された国民メッセージは、「国民保健サービス（NHS）を守ろう」であった。イタリアやスペインの保健サービスに負荷がかかっていることを確認した政府はこのような状況がイングランドで発生した場合にもたらされる深刻な政治的影響を恐れた。4 月から 5 月の間の数週間、木曜日の夕方には、玄関前で手を叩く「NHS に拍手を」という運動が進められた。この運動はその後、医療保健従事者のための「医療陣へ拍手を」という運動へ変わっていた。パンデミック初期は COVID-19 陽性判定後、病院で死亡した人だけが死亡データに含まれた。4 月上旬になって初めて、介護施設や自宅で死

---

<sup>2</sup> 例：2020 年 6 月 20 日付 Anthony Costello のインタビューを参照

<sup>3</sup> 2020 年 8 月には公衆衛生局（PHE）が廃止される可能性があることが発表された。

亡した人もデータに含まれるようになった。このように不安定な状況の中でも3月末から5月中旬まで英国全域で実施されたロックダウンが順守され、感染率及び死亡率は激減した。

5月末の感染率は1に近いレベルを維持した。COVID-19の追跡アプリのパイロット運用は効率が悪かったため廃止となり、検査・追跡・防疫施行措置が不十分な状況であっても、経済の「再開放」に対する圧力はこれ以上看過できない状況となった。COVID-19の経済的影響が目立ち始めた。思い切った短期就労維持措置にも関わらず、大量失業が予測された。夏休み前まで多くの子どもは登校できずにいた。9月の登校再開後、多数の学校で学生がCOVID-19陽性判定となり、1学級または全校生徒を帰宅させ、14日間隔離する事例が発生した。現在は地域当局の公衆衛生局長(DPH: Director of Public Health)に詳細データが共有され、地域の感染拡大抑制のために、小規模のより集中的な制限措置を講じることが可能となった。9月末現在、急速に広がる感染推移により、グレーター・マンチェスター、ノース・イースト・イングランド、ヨークシャー、ロンドン、ランカシャー地域では追加で地域的制限措置(例:個人家庭間の訪問禁止)が施行された。

COVID-19パンデミック発生初期、介護サービスの財政危機や持続可能性の問題を国民が認識するようになった(第2節を参照)。介護職の低い地位や給与水準に対する認識も高まった。しかし訪問介護サービス、通所介護施設、レスパイトケア施設(respite care facilities)または無給で介護を行う家族に対する認識やメディアの関心は薄いままであった。

COVID-19は、国民保健サービス(NHS)や介護、その他のエッセンシャルワーカーとして働くウイルス感染リスクの高い黒人や少数民族(BAME)に多くの打撃を与えた。黒人や少数民族のコミュニティは貧困率が高く、保健状態も劣悪で、人口密度の高い都市部に居住しており、感染や深刻な疾病のリスクがより高い。

パンデミックと関連し、科学と政治の関係も注目された。また、パンデミックは、介護分野にも影響を及ぼした。科学専門家委員会である非常時科学諮問委員会(SAGE; Scientific Advisory Group on Emergencies)は、数学的モデリングと行動関連テーマに関して、政府の諮問に答申した<sup>4</sup>。

パンデミック初期、ウイルスに対する証拠が集められる中で、政府は国民の信頼を得るために対国民メッセージを通して、政策決定は科学的諮問によって行われていると強調した。長官らは記者会見の度に、政府最高科学者(GCS: Government Chief Scientist)や最高医療責任者(CMO: Chief Medical Officer)とともに登場した。しかし、科学者は「誤った」助言<sup>5</sup>をすると政治家から非難されることを認識し、政治的意思決定から距離を置くようになった。最近のロックダウンの緩和措置は、政治・経済的観点により実施されたとし、科

---

<sup>4</sup> <https://www.gov.uk/government/groups/scientific-advisory-group-for-emergencies-sage>

<sup>5</sup> 政府のコロナウイルスガイドライン ‘One of the biggest failures of scientific advice in our lifetime’ (<https://www.independent.co.uk/news/uk/politics/coronavirus-uk-government-guidance-tests-sage-jeremy-hunt>)を参照。

学者らはこれらの措置によるリスクを厳しく批判した。

## 2. パンデミック進行の経過：1月～5月

イングランドでは COVID-19 の地域感染に対する初期認識がとても低く、ウイルス感染を防ぐための措置も出遅れたとの認識が一般的である。その結果、特に、介護施設に居住する高齢者の死亡率が高くなった。本節では、急速な感染拡大及び重症患者、死亡者関連のデータと、これらに対する政府措置との齟齬をまとめる。

### 1) 1月

- ・ 25～29 日：中国本土への航空路線遮断。介護施設側は保健社会福祉省（DHSC）に感染患者及び訪問者の制限、個人用防護具の着用関連の諮問を求めるものの回答なし。
- ・ 31 日：COVID-19 の初の陽性者 2 名発生・隔離

### 2) 2月

- ・ 10 日：中国内の感染率が 5 日ごとに倍増し、COVID-19 に対する公衆衛生の非常事態を宣言
- ・ 25 日：イングランド公衆衛生局（PHE）は、地域感染や無症状者による感染可能性に対する証拠がないため、介護施設の感染可能性は「とても低い」と発表。職員はマスクや他の個人用防護具を装着する必要がなく、訪問者制限や「現在の介護環境において普段と異なる措置を取る必要はない」と示す。このような内容は介護施設のウェブサイトにも掲載され、3月12日まで適用される。
- ・ 29 日：陽性者 23 名発生。一般(non-emergency)国民保健サービス（NHS）コールセンターに、442,000 件の問い合わせが殺到するなど、国民の不安が高まる。

### 3) 3月

- ・ 3 日：軽微なパンデミックから深刻なパンデミック長期化等のシナリオ、及びパンデミックのピークにおいては労働人口の 20%が疾病により就労ができなくなる可能性があるとの警告を盛り込んだ政府行動計画を発表。介護施設に対する具体的な措置が講じられないことに対して、最高医療責任者（CMO）は「早すぎる措置」は避ける必要があると言及。
- ・ 5 日：COVID-19 初の死亡確認。政府戦略は、国民保健サービス（NHS）の破綻を避けるために、感染爆発を防ぐ目的として「抑制(containment)」から「遅延」へ転換
- ・ 6 日：ロンドン、ストックポート、テムサイド、ノッティンガム所在の介護施設で、初の COVID-19 発生が報告
- ・ 10 日：イングランド国民保健サービス（NHSE）は「病院側の承認がない限り」介護施設入所者の入院を制限すべきだと発表。批判が起こり、5日後撤回。
- ・ 12 日：介護施設への感染、または介護施設内感染は「とても低い」としていた初期発表

を撤回。最高医療責任者（CMO）はパンデミックリスクを「中」から「上」へ引き上げる。無症状者は7日間隔離を勧告。検査キット不足により地域社会内の検査を中断<sup>6</sup>。検査対象は有症状入院患者及び保健医療従事者に限定。

- ・ 13日：接触者の追跡を中止。イングランド公衆衛生局（PHE）は、介護施設に対して健康でない者や COVID-19 感染の疑いのある者の訪問を制限するように勧告。しかし、一部の介護施設及び家族・親族側は家族の生活権が奪われるという理由で全ての訪問者の接近制限に反対。
- ・ 14日：陽性者 1,140 名、死亡 21 名。「集団免疫」達成のための政策が発表され、感染リスクの高い高齢者の潜在的リスクについて議論が拡大。
- ・ 15日：70 歳以上の高齢者は「今後数週間以内に」「長期間」自己隔離すべきだと警告
- ・ 16日：陽性者 1,500 名以上、死亡 55 名記録。首相は在宅勤務及び不要不急の旅行、他人との接触や大衆施設 (social venue) 訪問、大規模の集まりへの参加自粛を勧告。ケア品質委員会（CQC）は、介護施設への支援を集中的に行うため、介護サービスに対する定期点検を中断。
- ・ 17日：4月15日から約 30,000 床の国民保健サービス（NHS）用の病床確保のため、緊急でない病院の運営を中断。「健康でない」訪問者の介護施設の訪問を禁止。
- ・ 19日：成人対象の社会的ケア及びホームレスの追加支援を目的に地方政府に 16 億ポンドの財政支援とともに、入院患者 15,000 人の退院支援のために（事前の COVID-19 の検査なし）国民保健サービス（NHS）及び社会福祉サービスに 13 億ポンドの財政支援を行うと発表。病院及び介護施設で低レベルの個人用防護具を活用するようにし、COVID-19 の感染リスクを下方修正。
- ・ 23日：必需品の買い物、運動、通院、出勤等を除く英国全域のロックダウン開始。
- ・ 24日：死亡 422 名。コロナウイルス法 2020、ケア法緩和案 (Care Act Easement) が通過。これにより人権侵害のない範囲で地方政府のニーズ・アセスメントまたは高齢者支援に対する法的負担を緩和。
- ・ 25日：議会閉鎖。ロックダウンの執行権限を警察に付与。NHS 医師 2 名が死亡。
- ・ 26日：「ロックダウン規定」の施行により、直ちに業務停止する企業や事業所を拡大。死亡 578 名、陽性者 11,568 名。10 週間の全国運動「NHS に拍手を」開始。議会の委員会で、介護施設向けの個人用防護具の供給不足を認識。
- ・ 31日：陽性者 10,000 名以上、死亡 1,789 名。大規模介護施設運営機関の半数以上の介護施設で感染の疑いが発表される

#### 4) 4月

- ・ 1月：検査キット不足により NHS 職員の検査不足が報告される

---

<sup>6</sup> British Medical Journal Covid-19: Lack of capacity led to halting of community testing in March, admits deputy chief medical officer BMJ 2020, 369:1845.

- ・ 3 日：ロンドン展示センター内に臨時病院（500 病床を確保、患者 4,000 人収容）が開所
- ・ 6 日：首相が集中治療室に入院
- ・ 10 日：病院内の個人用防護具の不足が現実化。ドライブスルーの診療所 15 か所開所。ケア品質委員会（CQC）は介護施設内の死亡と COVID-19 の陽性判定や疑いのある事例との相関関係について報告を要請。該当データは統計局（ONS）報告に反映を予定。
- ・ 14 日：高齢者慈善団体が COVID-19 の感染及び死亡者の公式統計に介護施設及び慈善団体の入所者を含まなかったため高齢者統計が歪曲されたと懸念を示す。10%以上の介護施設で感染が発生。
- ・ 15 日：退院ガイドラインを改定。退院後、介護施設に転院する全ての患者は退院前検査が必須となる。終末期の介護施設の入所者に対する家族・親族の訪問が認められる。介護職に個人用防護具を支給するためのネットワークを構築。国民保健サービス（NHS）とケア品質委員会（CQC）は介護施設の職員を対象に検査を開始。政府は介護施設の死亡者数の過少集計を認める。
- ・ 16 日：イングランド公衆衛生局（PHE）の勧告にも関わらず、感染リスクを減らすために介護施設の職員や入所者のフロア間・介護施設間の移動制限を設けたガイドラインが公示されない。
- ・ 18 日：国民保健サービス（NHS）所属の医師及び看護師は個人用防護具（PPE）の在庫不足の際に再利用を勧告するガイドラインに懸念を示す。PPE 輸入の遅延及び使用不可。（介護サービス提供者を代替する）ケア・イングランド（Care England）は、COVID-19 による介護施設入所者の死亡者数の公式統計を 1,400 名から 7,500 名として推計。地域社会内の黒人や少数民族の感染拡大が可視化。
- ・ 20 日：病院の入院率がロンドンを中心に減少
- ・ 21 日：超過死亡者が 8,000 名を超える。介護施設の入所者 1,043 名を含む。
- ・ 23 日：保健省長官が新しい検査サービスは 1 日 51,000 名の診断が可能と主張。検査必須の職員はドライブスルーの診療所またはホームキットで検査が可能。接触者の追跡を再開。検査及び追跡サービスの契約を締結した民間企業から 18,000 名の接触者追跡業務人員を雇用。
- ・ 24 日：検査必須職員向けの COVID-19 検査予約のウェブサイトが急激な接続者増加によりダウン
- ・ 25 日：死亡者が 20,000 名を超える。COVID-19 と関連のない医療保健サービスの需要が急減。
- ・ 27 日：COVID-19 により死亡した国民保健サービス（NHS）及び介護従事者の家族補償金の 6 万ポンドの受領が可能
- ・ 28 日：統計局（ONS）は、COVID-19 死亡者の 3 分の 1 が介護施設で発生したと発表。介護施設の死亡者を 1 日統計に含む予定。COVID-19 の有症状の介護従事者に検査を拡大。
- ・ 29 日：介護施設に医療支援の拡大を発表



## 5) 5月

- ・ 1日：前週の死亡者数の中で40%が介護施設の死亡者
- ・ 5日：死亡者29,427名。入院患者の死亡率は減少しているが介護施設の死亡率が増加
- ・ 7日：輸入の個人用防護具の基準が不適合のため回収。検査及び接触者追跡プログラムを開始
- ・ 10日：イングランド地域のロックダウンの段階的な解除を開始。スコットランド、ウェールズ、北アイルランドは全面ロックダウンを維持。
- ・ 12日：英国の死亡者数が40,000名を超える。介護施設の患者11,000名を含む。
- ・ 13日：首相が3月12日付けのガイドラインに介護施設での感染リスクが低いとした点について否認。有症状者や介護施設へ転院する入所者への検査を拡大するが、無症状職員に対する大規模検査は実施されなかった。介護施設側は通常価格の個人用防護具の購入困難を訴える。
- ・ 14日：COVID-19死亡者統計から基礎疾患（糖尿病、呼吸器疾患、腎臓及び心臓疾患）患者の死亡リスクが高いことが明らかになる。
- ・ 15日：統計局（ONS）報告によると、COVID-19は介護施設の死因の27%を占める。介護施設の職員及び入所者全員を対象とする検査は6月初めに実施予定。社会福祉「救済計画」を発表。感染拡大抑制予算として6億ポンドを配当。介護施設間の職員移動の制限、介護施設職員の個人用防護具の使用につき、NHSが教育を実施。全ての介護施設に臨床責任者（clinical lead）<sup>7</sup>を指定。
- ・ 18日：5歳以上の全ての有症状者を対象に検査を拡大。英国全域に接触者追跡業務の担当人員21,000名を雇用。
- ・ 19日：介護施設死亡者11,600名。パイロット接触者追跡アプリに深刻なセキュリティの問題が確認される。
- ・ 20日：介護従事者と介護対象者を除くNHS職員及び患者のみを検査対象とする理由が検査能力の不足であると長官が認める。
- ・ 22日：3月～4月初めにかけてパーキンガム介護施設において転院された113名以上の感染患者と検査未実施患者が多数入所したことを確認
- ・ 30日：非常時科学諮問委員会（SAGE）は高い感染率及び死亡率からロックダウンの解除に反対の立場を表明。
- ・ 31日：政府最高科学者（SGC）はハイリスク群に対する制限緩和発表を批判

## 3. 結果：陽性判定及び死亡事例の概要

イングランドで報告されたCOVID-19の陽性者及び死亡者数はヨーロッパでは最も高い水準である。パンデミック初期、おそらく政治的背景による圧力から、病院以外では検査が

---

<sup>7</sup> 介護施設で看護師または医療アシスタントチームのリーダーとして、良質の介護が提供できるように責任者の役割を果たす人。

ほとんど実施されず、ダブルカウント等の検査データの収集及び処理における信頼度が低く<sup>8</sup>、民間の検査センター及び実験室等での NHS の検査力量補完のために契約を結んだ業者からの検査結果の反映が遅れる等、感染率推定値の信頼度は高くなかった。

死亡者データも信頼度と包括性に欠けた。パンデミック初期、コロナウイルス関連の死亡者データは病院に限って収集された。病院外では検査が実施されなかったため介護施設または訪問介護サービスはコロナウイルス関連の死亡者統計から漏れていた。病院以外の場所で死亡した場合、死亡確認書に COVID-19 は死因として含まれることはなかった。地域に検査機関がない場合、医療スタッフは介護施設や自宅で死亡した患者の死亡確認書に COVID-19 を死因として明記しなかったと推定され<sup>9</sup>、高齢者や認知症患者の変化のある症状によってはこのような集計漏れがあったと考えられる<sup>10</sup>。また、高齢者の場合、基礎疾患に対して緊急治療を受けることができなかった場合や、介護施設または地域社会の中で隔離期間が長引いたことにより、心身機能に深刻なダメージを与えた状況から、パンデミックが高齢者の死亡率増加に間接的に多くの影響を与えた可能性が高いことが懸念される。

4 月初め、ケア品質委員会（CQC）が介護施設の死亡者統計収集に着手してから、COVID-19 死亡率が急増した<sup>11</sup>。その後も、死亡場所が実際の病院やホスピス病棟であれば介護施設死亡者の推定値から該当入所者は除外された。COVID-19 が間接的原因であると思われる死亡ケースも含まれなかった。

研究者らは、パンデミック期間中の死亡者数と過去 5 年間の同期間の平均死亡率の差異を示す超過死亡率がパンデミックの影響を明確に示す指標と主張する<sup>12</sup>。図 2-1 は、11 週目（2020 年 3 月 13 日）から 26 週目（2020 年 6 月 26 日）までの英国 4 地域の超過死亡率を示す。

---

<sup>8</sup> <https://news.sky.com/story/coronavirus-government-overstated-number-of-people-tested-by-up-to-200-000-12025912>

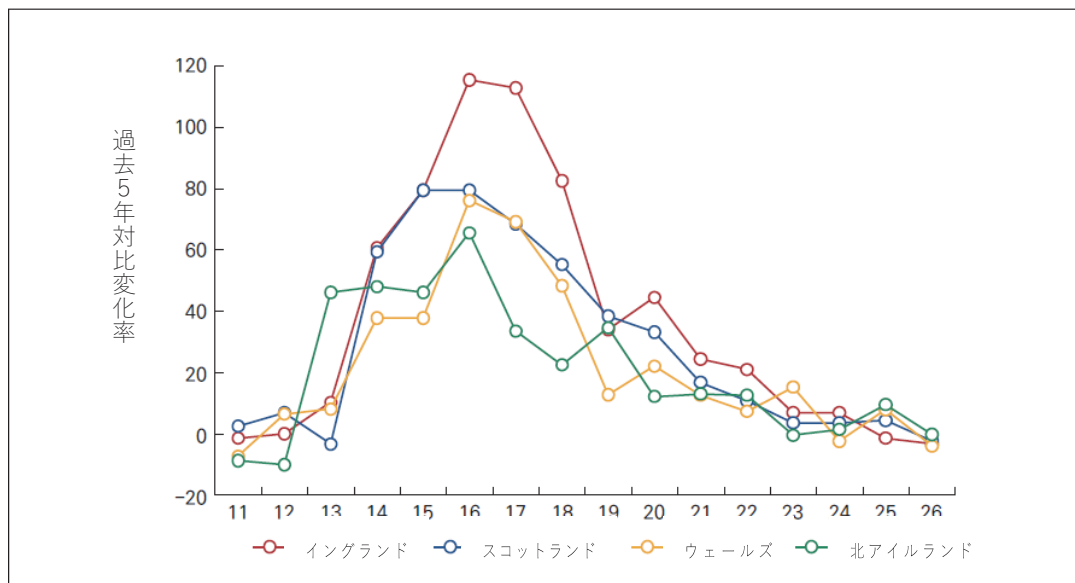
<sup>9</sup> Financial Times. 2020 年 4 月 18 日. ‘Deaths in UK care homes from coronavirus may be 6,000, study estimates’

<sup>10</sup> T. Solanki (2020). Atypical Covid-19 presentations in older people, BSG Blog. 2020 年 4 月 14 日. <https://www.bgs.org.uk/blog/atypical-covid-19-presentations-in-older-people-%E2%80%93-the-need-for-continued-vigilance>.

<sup>11</sup> The Guardian. 2020 年 4 月 28 日. ‘UK records 4,343 care home coronavirus deaths in a fortnight’.

<sup>12</sup> A. Comas-Herrera and J-L Fernández England: Estimates of mortality of care home residents linked to Covid-19 pandemic, <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/England-mortality-among-care-home-residents-report-17-May-1.pdf>.

図 2-1 2020 年 11～26 週目の英国の週間超過死亡率（過去 5 年平均の死亡率対比死亡率増加率<sup>13</sup>

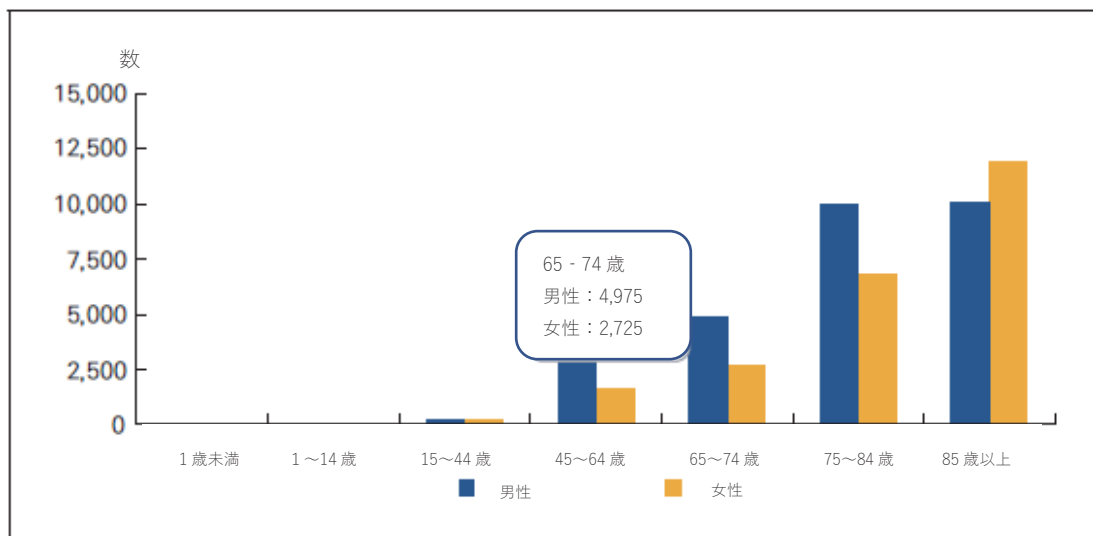


出典：Bell et al. (2020)

高齢者の COVID-19 死亡率は他の年齢群に比べて高いことが示された。8 月 21 日までイングランドとウェールズの COVID-19 死亡者は、52,173 名（男性 28,698 名、女性 23,475 名）であった。COVID-19 死亡者の大半は 65 歳以上（52,173 名のうち 46,614 名）であった（図 2-2）。高齢者は女性が男性より多いため、女性高齢者の死亡者数も多い。

<sup>13</sup> Bell, D., Comas-Herrera, A., Henderson, D., Jones, S., Lemmon, E., Moro, M., Murphy, S., O'Reilly, D. and Patrignani, P. (2020). Covid-19 mortality and long-term care: a UK comparison. Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, .

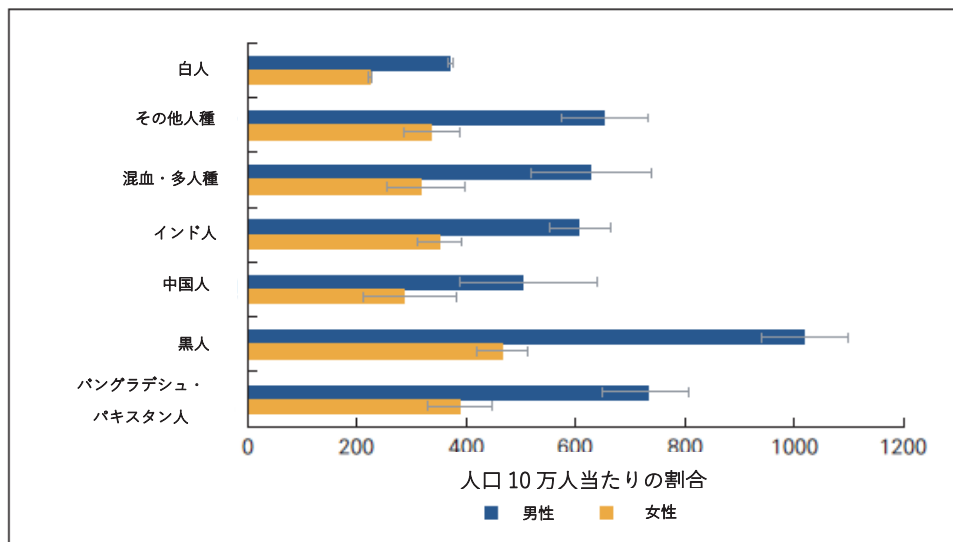
図 2-2 2020 年 8 月 21 日現在、イングランド及びウェールズ地域の性別及び年齢別の COVID-19 死亡者数 (単位：名)



出典：<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare>.  
2020 年 9 月 4 日取得

黒人及び少数民族の COVID-19 の死亡リスクは白人より高い (図 2-3)。65 歳以上の黒人男性は人口 10 万人当たり 1,015.8 名が死亡、他の人種に比べて COVID-19 の死亡率が統計的有意水準で高かった。これは死亡率が最も低い白人男性より 2.8 倍高いレベルである。バングラデシュとパキスタン出身の男性は白人男性の死亡率より 2 倍高い。黒人のルーツを持つ女性の死亡率は、最も低い白人女性に比べて 2.1 倍も高かった。実際に、黒人及び少数民族出身の全ての女性 (中国人を除く) は、白人女性に比べて統計的有意水準で高い死亡率であった。

図 2-3 2020 年 3 月 2 日～5 月 15 日までのイングランド、ウェールズ地域の人口 10 万人当たりの 65 歳以上人口の性別及び人種集団別年齢標準化(Age-standardised) COVID-19 の死亡率

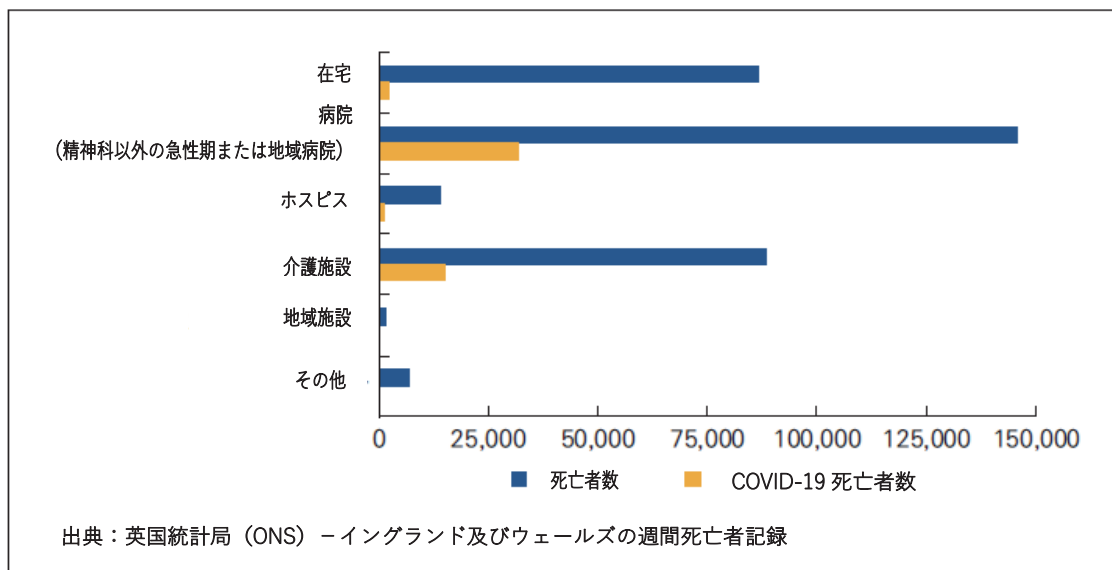


出典:

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronaviruscovid19relateddeathsbyethnicgroupenglandandwales/2march2020to15may2020#age-standardised-mortality-rates-of-death-involving-covid-19-by-ethnic-group> 6 月 1 日取得.

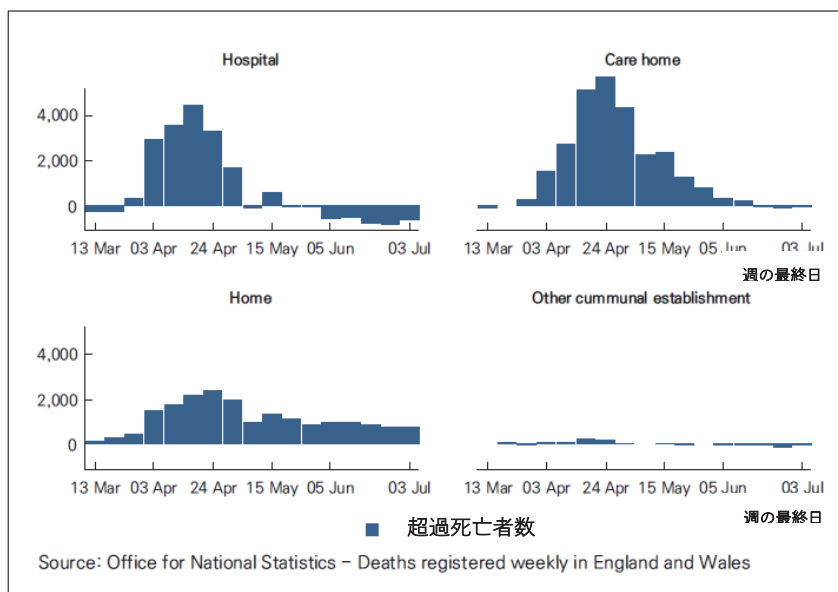
図 2-4 と図 2-5 は、病院や機関、在宅高齢者の死亡者数及び超過死亡率を示す。

図 2-4 2020 年 1 月 1 日から 7 月 3 日までの死亡場所による COVID-19 の死亡者数



出典：英国統計局 (ONS) - イングランド及びウェールズの週間死亡者記録

図 2-5 2020 年 3 月 13 日から 7 月 3 日までの各居住環境における超過死亡率



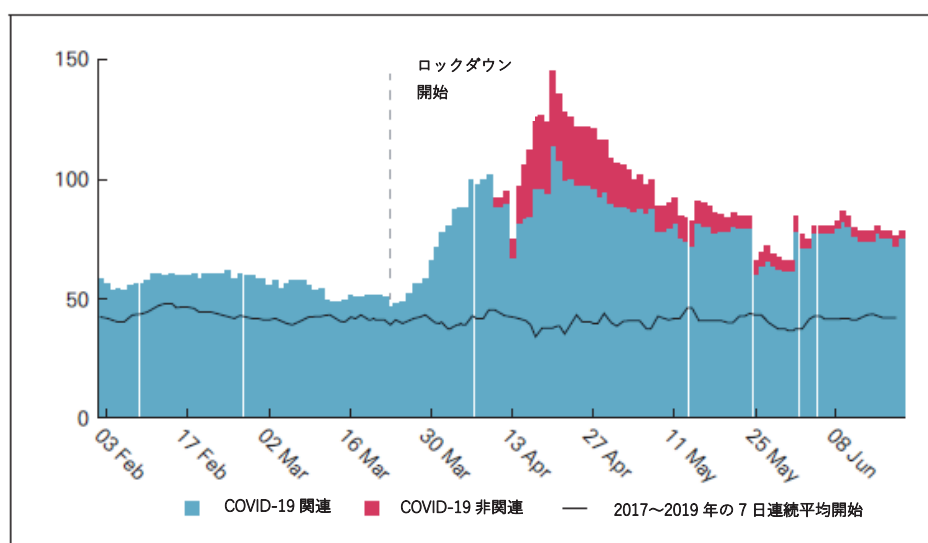
認知症とアルツハイマーは、介護施設の利用者の中で COVID-19 によって死亡した最も多い基礎疾患で、介護施設における COVID-19 死亡者全体の半数以上を占める<sup>14</sup>。他の場所と

<sup>14</sup> <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/deathsinvolvingcovid19inthecaresectorenglandandwales/latest#deaths-involving-covid-19-among-care-home-residents>.

同じく、黒人及びアジア系の介護施設の入所者が COVID-19 の被害を最も多く受けた<sup>15</sup>。

イングランドで COVID-19 が訪問介護及び生活支援を受けている高齢者に及ぼした影響に関する情報は入手できないが、訪問介護事業所の報告書から一部のデータを確認することができる。2020 年 6 月 12 日まで訪問介護サービスを利用していた高齢者の超過死亡者数は 3,628 名が報告されたが、819 件だけが COVID-19 関連死として報告された。説明されていない多数の超過死亡が COVID-19 の記録から漏れたためなのか、パンデミックの間接的影響によるものなのかは明確ではない。しかし、絶対的な数値は低いですが、介護施設の入所者に比べて訪問介護サービスの利用者の死亡率がより高かった（208%対 225%）。

図 2-6 報告日現在、訪問介護サービスを利用している高齢者の 7 日連続平均死亡率



注：このデータは、無給家族による介護を受けている場合や個別に訪問介護員を雇用した場合、自営業介護従事者の介護サービスや生活支援を受けている高齢者に COVID-19 が及ぼした影響までは反映していない。

出典：

<https://www.health.org.uk/publications/reports/adult-social-care-and-covid-19-assessing-the-impact-on-social-care-users-and-staff-in-england-so-far>.

<sup>15</sup> The Guardian. 2020 年 6 月 17 日. ‘BAME care home residents in England more likely to die of Covid-19’.

## 第2節 パンデミックの発生以前の高齢者介護及び支援

### 1. 高齢者支援の背景及び発展

戦後の福祉国家の形成後、国民保健サービス（NHS）は在宅及び施設入所の高齢者を対象とする介護及び生活支援を次第に縮小し、このような責任は段階的に地域当局へ移管された（Means & Smith, 1985）。しかし、1980年代初め、高齢者の支援ニーズに関わらず、低所得高齢者が介護施設に入所できる公的扶助の財源の確保により状況が複雑になった。これにより介護施設に居住する高齢者と介護施設に対する公的支出が急激に増加し、施設ケアでない地域社会及び在宅高齢者に基本的な介護サービスを拡大するという政策目標は達成できなかった。

1994年に実施された抜本的な改革は二つの目標を掲げた。地域社会及び訪問介護分野ではなく施設介護を推奨する結果を生んでしまった財政支援の構造を改革することと、介護サービスの提供において準市場制度を導入することであった（Means, Morbey & Smith, 2002）。その後の20年間、地域当局は独自のサービス提供を中止した。追加の看護ケアの有無に関わらず多くの介護施設は民間所有である。2019年の病床の84%は民間営利団体の所有で、13%は慈善団体・非営利団体で、3%のみが公共部門の所有であった（IPPR 2019）。多くの介護施設が零細規模であったが介護施設病床の30%は大規模グローバル企業が所有していた（CHPI, 2019）。訪問介護部門でも同じ傾向が見られた。1992年に民間部門はイングランドの訪問介護サービスの提供時間の2%のみを担当していたが、2018年には訪問介護サービスの97.5%を民間事業者が提供した。一部残っていた地域当局の訪問介護サービスは、高度・特殊化された内容であるか民間事業者にとっては魅力のない急性疾患専門病院から退院した患者を対象とする短期・集中自立（reablement）サービスである（Glendinning et al, 2010）。

また、一部の高齢者は介護サービスを利用する代わりに地域当局から現金支援（直接支援）を受け、パーソナル・アシスタント（PA: personal assistant）を雇用したりする。

介護施設と在宅高齢者向けの訪問介護事業所（センター）が共存する「混合経済」が生まれ、総合的統合登録及び点検システムが作られた。ケア品質委員会（CQC）は、営利、非営利、公的機関運営の全てのケアサービスを定期的に点検する。点検を通して、ケアの安全性、効果性、配慮、利用可能性、運営等を評価する<sup>16</sup>。このような基準に基づき、「優秀」「普通」「改善が必要」「不十分」とサービスを評価する。

家族介護者は、介護分野で重要な役割を担っており、政策及び実際の現場においてもこの点は認められてきた。パンデミック以前の英国全域の約900万人の家族が多くの介護を提供していると推定される。約4分の1に当たる22%の家族介護者は65歳以上であり、介護行為が自身の心身健康に及ぼす影響に不安感を感じており、時々孤独感を感じている

---

<sup>16</sup> <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/adult-social-care/how-we-monitor-inspect-regulate-adult-social-care-services>



割合は若い世代の介護者に比べて9倍も高いことが分かった(Carers UK, 2020)。経済活動が可能な世代の介護者はフレキシブルな勤務制度の利用や、介護を受ける人の危機的状況に対処できる「妥当な」休暇時間を要請する権利がある。また、最低所得に満たない全国の介護者のための所得代替手当(介護者手当、Carers Allowance)がある。地方政府は、家族介護者のウェルビーイングを向上し、支援に対するニーズを評価する法的義務がある。

情報と支援を提供する介護者支援機関及び団体もある(Carers UK と Carers Trust)。しかし、無給家族や個人が雇用する訪問介護員のサービス品質に対する規定はない。代わりに、家族介護者を代弁する団体の要請を認め、支援や経済的補償について政策及び実際の現場に反映している。

2010年、地方政府が大幅な予算削減を経験し、政府も「緊縮」政策を施行したことで、高齢者サービスも打撃を受けた。2019年から2020年まで、地方政府の3分の1が追加の介護予算の超過を予測しているが、このような不足分を補うための充当金の積み立てや他のサービスの削減はない状況である(ADASS, 2019)。

## 2. イングランドの高齢者支援プログラムの現状

地方政府には管轄地域内の介護及び支援サービスの適切な提供責任があり(市場監督)、高齢者の介護及び支援ニーズを評価し(また、これとは別に家族介護者のニーズも評価)、資格基準を満たす高齢者に適切な介護サービスを提供し、財政的な支援を行う法的責任がある。

介護施設の場合、「ケアホーム」(care home)は、認知症患者を含む入所者に介護と生活支援を提供する。このような施設は、基本的レベルの訓練を受けた介護職を配置する。地域 NHS サービスは経口薬の投与以外にも、その他の全てのヘルスケア(例:注射、ドレッシング材交換、リハビリテーションまたは言語療法)を提供する。「老人ホーム」(nursing home)も基本的な看護ケアを提供し、1名以上の(病床数により異なる)免許保持の看護師を配置しなければならない。同じく専門看護(例:経腸栄養(enteral feeding)、静脈注射)は地域 NHS サービスから提供される。このような施設において全ての医療サービスは地域 NHS のかかりつけ医(GP)と病院内専門医が提供する。

地域当局は厳格な介護、所得、資産資格基準を満たす高齢者を対象に介護サービスの財政支援を行う。財産が23,250ポンド以上の個人(自己所有住宅の資産価値を含む)は支援ニーズとは関係なく政府の財政支援の対象ではない。財産が14,250ポンド未満の場合も週当たり24.90ポンドの個人支出手当(Personal Expenses Allowance)を除き、全額を納付しなければならない。この二つの基準に該当すると、実際の所得と名目・推定の資産所得を評価し、本人負担額が決定される。政府が支援する訪問介護受給資格を決定する際にも類似の資産及び所得基準が適用されるが、資産規模の算定時に自己所有の住宅の資産価値は含まれない。

現在、イングランドの介護施設サービスの約半数は入所高齢者の所得及び資産基準が受給資格基準より高く、彼らの資金で全額運営されている。介護施設部門の年間総所得

(152 億ポンド) の 50%を超える (77 億ポンド) 金額を個人と家族が負担している。地域間の社会経済的格差が拡大していく中で、各地域が直接費用を負担する事例は、イングランド南東地域が 62%、イングランド北東地域が 22%となっており、大きな差が見られる (NAO, 2018)。介護施設の場合、国民保健サービス (NHS) が (直接費用負担する入所者を含む) 入所者の介護サービス費用を支援する。特に、複雑で予測が難しい医療保健ニーズを持つ一部の患者に対しては、NHS がホテルコストの食費 ('hotel' board) と病床料 (lodging charge) を含む介護費用全額を支援する。

また、英国全域で約 38 万人の高齢者が訪問介護サービス費用の全額または一部を自己負担している (Henwood, McKay, Needham, & Glasby, 2019)。イングランド地域で訪問介護サービスを利用する高齢者の 6~25% (推計 145,000~249,000 人 (NAO, 2018)) が全てのサービスを個人的に購入しており、20 万人は政府支援の介護サービスに加え、家事ヘルパーを個別に雇用している。

その他の社会保障制度は以下の通りである。

高齢者介護手当 (Attendance Allowance) は、65 歳以上の高齢者の追加介護のために提供される現金支援である。所得基準ではなく、介護サービスまたは生活支援におけるニーズのみを判断し、受給資格を判断する。

介護者手当 (Carers Allowance) は、就労所得が最低所得未満であり、高齢者介護手当受給者のために週当たり 35 時間以上の介護を提供する家族介護者の所得代替手当である。これらの手当は全国的に支給され、受給資格は雇用年金省 (Department for Work and Pensions) で決める。

高齢者サービスに影響を及ぼした最近の法律は「2014 年ケア支援法」 (Care and Support Act) で、地方政府の責任を追加した。地域当局が委託及び財政補助を行うサービスは受給者のウェルビーイングを図り、個人のニーズと選択権を尊重するように個別化されなければならない。介護サービスを利用する代わりに個人が直接介護従事者を雇用できる現金支援 (「個別」または「個人予算」) は介護の個別化 (personalization) を達成できる主要手段として推奨されているが、このようなオプションを利用する高齢者は相対的に少ない。2014 年ケア支援法は、地域当局に地域介護の準市場支援及び維持の責任 (手段は提供しない) を与えた。

高齢者及び介護者のための広範囲の自発的な組織ネットワークが存在する。家族介護者のための Carers UK または Carers Trust のように、Age UK も全国に支部を置いている。このような自発的な団体は高齢者や家族にサービスに関する情報を提供し、ショートステイのような実際のサービスも提供する。地域当局との契約及び利用者手数料によって資金を充当する。コミュニティ組織は居宅の高齢者のための訪問サービスまたはその他の実質的なサポート (例: 買い物や通院) を提供する。このようなコミュニティ組織は多くがボランティアに依存している。

### 3. 現在の議論

COVID-19 パンデミック以前から高齢者対象のサービス及び支援はすでに困難な状況であった。

#### 1) 「緊縮」とその影響

イングランドでは過去数十年間、公的支出の大幅な削減とその影響について議論が行われた。予算削減の結果は COVID-19 パンデミックの期間中に顕著に現れた。

保守党・自由民主党連合（2010～2015）と保守党（2010～2015）政府が推進した「緊縮」財政は、地方政府予算を大幅に削減した。過去の政府は高齢者人口の増加による人口学的問題にうまく対処できなかった。特に 85 歳以上の高齢者人口（介護サービスが必要な人口）の数が急速に増加した。この年齢集団の人口は 2017 年から 2040 年まで、140 万人から 270 万人へ増加する見込みである (AGE UK, 2019a)。

イングランドの地方政府に対する政府の財政支援の実質減縮分は 2010～11 年度と 2017～18 年度の間に 49.1%となり、実際の支出能力の 28.6%が縮小された (NAO, 2018)。地方政府は高齢者サービスの予算を維持するために努めたが対応可能な範囲が減ってきている。実際に成人ケアサービスに使われた地方当局予算は 2019～20 年に縮小された。

英国 4 地域全てが「緊縮」財政の影響を受けたが、イングランド地域に及ぼした影響は特に著しいものであった。2016～17 年のイングランド成人ケアサービスの一人当たりの支出は、スコットランドに比べて 43%も低かった (Health Foundation, 2019a)。イングランド地域の介護サービスの接近性と品質を 2009～10 年レベルに回復させ、無給介護者の負担を減らし、充足されないニーズを満たせるためには年間 80 億ポンド (91.9 億ユーロ) の追加財政が必要と推計される。今後の人口学的変化に伴い、より多くの財政確保が必要とされる (House of Lords Economic Affairs Committee, 2019)。

このような課題が数十年間累積されてきたが有効な財政支援や構造的改革は見られなかった。政策対応は単発的な臨時対策が主であり、地域内・地域間の格差を加速させる懸念があった。介護を必要とする個人やその家族、国家間の責任の均衡を調整し、現在の不平等を是正しながら、介護従事者の安定を図り（私的利益を制限）、世代間公平のために、大幅な構造改革が求められた。1990 年代半ばから改革案が提案され、議会の選挙期間ごとに定期的に登場した。1998 年以降、最低 12 件の政府協議文書と 5 件の別途の検討が行われた (House of Lords Economic Affairs Committee, 2019)。2017 年と 2019 年には選挙公約にも改革案が含まれ、ボリス・ジョンソン首相は当選後、「社会福祉危機の完璧な解決」<sup>17</sup>を約束した。しかし、現在まで何も行動に移してはいない。財政減縮は高齢者とその家族に深刻なダメージを与えている。

---

<sup>17</sup> <https://www.theguardian.com/uk-news/2019/aug/01/promising-to-fix-social-care-could-cost-boris-johnson-dearly>

## 2) 充足されないニーズ

政府支援の介護受給資格判断のための所得及び資産基準以外にも、地方当局は資格要件 (needs eligibility) 基準を厳しく設けて深刻な財政難に対応している。現在、最も高いレベルの介護ニーズを持っていながら家族支援を受けられない高齢者だけが政府支援サービスを利用することができる。多くの高齢者は自費で介護費用全額を負担しなければならないため、破綻レベルの介護費用を支払わなければならない。世代間の遺産にこのような費用負担が及ぼす影響は重要な政治的課題と認識されている。

必要な支援を受けられずに生活している高齢者もいる。高齢者人口の継続的な増加にも関わらず、地方政府が支援する介護サービスを利用する高齢者数は 2014~15 年の 599,385 人から 2018~19 年の 548,435 人へ、5 年間で 8.5% 減少した (AGE UK, 2019b)。イングランドの高齢者の 7 人のうち 1 人は個別介護 (personal care) 支援ニーズが充足されていない状況となる。個人活動 (日常生活動作 ADL: activities of daily living) が難しい 65 歳以上の人口の約 3 分の 1 は有給介護従事者または家族介護者のサポートを受けていない。このような状況にある 140 万人の高齢者の中で約 30 万人は 3 つ以上の日常生活動作 (ADL) に困難さを訴えている。買い物や料理等、実際の生活動作 (手段的日常生活動作 IADL: Instrumental Activities of Daily Living) に対するサポートを含めると、ニーズが充足されない高齢者数は 150 万人に増える。2017~18 年のイングランド地方当局に公式に支援を求めた高齢者の半数以上 (51.2%) が実際にサービスを利用することができず、他の普遍的福祉サービスも利用できなかった (AGE UK, 2019a)。

## 3) 人材確保における課題

介護施設や訪問介護環境で働く介護従事者はスキルも給与も低い。人材確保及び維持における厳しさがあり、離職率も高い。

社会福祉需要が増加し、関連の労働力規模も増加した。介護人材は 2009 年以降 22% (290,000 人) が増加したが、増え続ける高齢者人口に対応することはできなかった。現在の関連職種としては約 160 万人分の職 (正規職 113 万人分) があり、そのなかの多くが直接介護と支援を提供する「第一線」の人材である。全体の仕事の 4 分の 3 (78%) は民間部門であり、地域当局を利用する割合は 7% である。残りの 15% は主に個人が直接雇用する介護従事者である。他の OECD 加盟国と同じく、関連人材は主に女性 (83%) で、高齢化 (55 歳以上が 25%) の傾向がある。今後の人口変化を勘案し、2025 年までイングランド地域の介護人材は 36% (58 万人分) 程度の拡大が必要である (Skills for Care, 2019)。

パンデミックの初期、介護業務の 8% (約 11 万人分) は人員不足の状況であった。人員不足は登録管理者 (registered manager) が 11.4% で最も多かった (CQC, 2019)。離職率は約 30.7% であった。2012~13 年から 2017~18 年まで離職率は増加し続けた (AGE UK, 2019a)。

介護従事者の給与はとても低い。約 70% は時給 10 ポンドの給与を受け取り、平均年収

は 16,400 ポンドに過ぎない<sup>18</sup>。訪問介護員の場合、患者の自宅へ移動する時間に対する補償がない場合は実際の賃金は法定最低賃金に満たない。イングランド地域の介護従事者の4分の1は実際の勤務時間に限って補償を受ける0時間契約(zero-hours contract)を条件に雇用されており、訪問介護員の割合は58%に上る(Ravalier, Morton, Russell & Rei Fidalgo, 2019)。イングランド地域の介護従事者の半数は社会福祉士の資格がなく、英国地方当局の70%は介護施設に支給する補助金に訪問介護員訓練費を含まない(House of Commons Communities and Local Government Committee, 2017)。介護従事者は、低賃金、高いプレッシャー、NHSの確実な代案提示の欠如、介護に対する低い社会的認識に対して不満を持っている。

2018～19年現在、イングランドの介護従事者の84%は、英国生まれである。8% (115,000人)はEU国籍を持っており、9% (134,000人)はEU以外の地域の国籍を持つ。地域別の国籍は多様であり、ロンドンの場合、特に非英国系の介護従事者が多い。ブレグジット以降の移民制限により、介護分野の人材確保に課題が多く残されている<sup>19</sup>。

家族または非公式介護従事者、高齢者が個別に雇用する介護者向けの体系的な教育プログラムはない。

#### 4) 市場の脆弱性

10年にわたる「緊縮」政策にも関わらず、介護施設と訪問介護事業所は介護サービスの最大購買者である地方政府に多く依存している。しかし、この2つの部門も脆弱な状況にある。

地域当局が介護施設に支援する金額と実際の介護費用、そして介護を自己負担する個人が支払う金額間の差が拡大しつつある。規制機関である競争・市場庁(CMA: Competition and Markets Authority)は地方政府が介護施設に支援する補助金が実際の介護費用に最大10%にも及ばないと推計した。自ら介護サービスを手配する場合、同一機関で地方政府が補助する病床に対する内部補助金基準からは週当たり236ポンドに値する平均41%も高い費用を負担している。地方政府が支援する高齢者及びその家族の約11%は、より広い病室やバルコニー等、実際の「追加」の利用内容に対して「追加」料金を支払うが、基本的介護の排泄用品等についても追加料金を支払っている(AGE UK, 2019a)。介護施設の約4分の1において、入所者の75%以上が地方政府から財政補助を受けており、この場合、市場失敗のリスクが特に高まる(CMA, 2017)。

介護サービス提供事業者は、法定最低賃金の段階的な引上げを通して相当な人件費の引上げ分を負担しなければならなかった。今年(2020～21年)の介護サービス提供事業者は賃金引上げ分の6.2%を負担しなければならない。看護等の人材不足はさらに深刻な問題となっている。2013年以降、介護施設及び病床数は減少しており、介護サービス提供事業者

<sup>18</sup> The Guardian. 2020年5月26日. Care workers should be better paid after Covid-19.

<sup>19</sup> The Guardian. 2020年9月29日. Brexit: Warnings for care sector in pandemic as freedom of movement ends.

は地方政府との契約を返上または取り消している。2019 年上半期の英国地方政府の 3 分の 1 は、1 か所以上の介護施設の閉鎖を報告しており、約 10%は介護サービス契約の返上を報告した。主要介護施設であったサザンクロス(Southern Cross)とフォーシーズン(Four Seasons)は、それぞれ 2012 年と 2019 年に破産し、Allied Healthcare も 2018 年に「破産管理」に突入した。2020 年上半期には、地方政府の約半数(43%)が訪問介護事業所 1 か所以上を閉鎖し、サービス中断または契約返上により、7,000 人以上の高齢者に影響を与えたと報告した(Home Care Insight, 2020)。

イングランド地域の一部の高齢者が自らサービス費用を負担する状況であるにも関わらず、適切な社会福祉サービスが提供されない「ケア砂漠(Care deserts)」現象が起きている(AGE UK, 2019a)。

## 5) 家族介護

無給の家族介護者のニーズも多くは満たされていない。2014 年ケア支援法は、家族介護者に介護が必要な者と同一レベルで地方政府からニーズ・アセスメントを受ける権利を与えた。ニーズ・アセスメントは介護の役割が介護者の生活に全般的に及ぼす影響と介護サービス提供を維持するために必要な支援を評価しなければならない。しかし、2019 年に 8,000 人の家族介護者を対象に行った調査によると、27%のみが前年度にアセスメントや検討があったと回答しており、5 分の 1 はアセスメントのために 6 か月以上も待たされたと回答した。多くの家族介護者は自分たちのニーズが十分に反映されていないと感じており、8 人のうち 1 人は、昨年、自分または介護を受ける家族が、支援サービスの減少を経験したと明らかにした。パンデミック以前のイングランドの家族介護者は 540 万人であったが、この中で介護手当(Carers Allowance)を受け取った人は 70 万人で、地方政府の支援を受けた人は 30 万人に過ぎなかった(NAO, 2018)。介護者の約 3 分の 2 が経済的な苦しさを訴えた(Carers UK, 2019a)。介護時の定期的な休息権も保障されない。2019 年の介護者の休息関連の予算支出は、イングランド地方政府間で、0 ポンドから 600 万ポンドまで格差が見られ、1,000 人の家族介護者を対象に実施した調査によると、8%のみが十分な休息が取れたと回答した(Carers UK, 2019b)。

### 第3節 COVID-19 関連の高齢者介護の対応

#### 1. パンデミックに対する準備

2016年10月、英国政府は、中央および地方政府におけるインフルエンザの大流行に対する備え態勢を評価するための模擬訓練であるシグナスプロジェクト（Operation Cygnus）を実施した（Public Health England, 2017）。この訓練によると、英国の備えは不十分であることが明らかになった。勧告事項としてサービスの需要が地方の能力を超えているところに地域施行のための全国ガイドの発行、効果的な地域対応を全国レベルに拡大できる方法などが含まれた。地域および全国の行動の隙間を縮め、地域の複数の機関の協力を図るため、地域レベルでの計画が勧告された。

具体的には、感染症の大流行が発生した際、介護施設の能力に対する懸念が挙げられた。急性患者のための国民保健サービス（NHS）の能力を拡大するために、病院では、患者を退院させるべきであると判断した。シグナスプロジェクトを通じて、民間が主導する介護施設の全体的な収容能力を評価するためのメカニズムが存在しないことを把握できた。収容能力の報告責任が保健社会福祉省（DHSC）であるか、地方政府の財政支援及び成果を全体的に管理する住宅・コミュニティ・地方政府省（MHCLG）にあるのかも明確でなかった。高齢に関する勧告事項には、ホテルへ公的に要請したり、閉鎖された施設を再度開くことで、介護施設の収容能力を増加させたり、用途指定の財政支援を通じ、大規模な介護機関と緊急に契約を締結することなどが含まれていた。介護施設の病床を拡大するためには、最近引退した看護人材と介護従事者を再び呼び戻す必要もある。重要なことは、介護施設の役割が救急病院の負担を減らす存在としてのみ認識されており、入所者と職員が罹患したりや死亡率が高まることによって、同じ介護の分野における負担が増していることや、在宅の高齢者の支援ニーズや生活の質にパンデミックが及ぼす全体的な影響については、特別な注意を払っていなかったということである。

これにより、イングランド地域の成人向け社会的ケア局長（Directors of Adult Social Care、地方政府から介護の計画と業務を委託されている）らは、保健社会福祉省にパンデミックへの対応の計画の改善を骨子とする報告書を数回にわたり提出した。彼/彼女らは、個人用防護具の需給計画の改善、感染統制計画の向上が予想されるサービスを復旧するため、家族、慈善団体、コミュニティのボランティアの採用などを勧告した。しかし、成人社会的ケア局長らのスポークスマンは、「政府省庁が私達の勧告案を反映させたのか分からない」と述べた<sup>20</sup>。

結論としては、このような模擬訓練にもかかわらず、また、介護機関が国民保健サービス（NHS）の過重な業務を解消する限定的な役割を与えられているにもかかわらず、パンデミックの状況下で、深刻な症状に苦しんだり、死亡に至ったりした入所者の増加を管理する介護従事者を支援するための準備が進められた証拠はない。

<sup>20</sup> The Guardian. 2020年5月14日.

シグナスプロジェクトは、季節性インフルエンザが大流行した影響をモデリングした。COVID-19 は感染速度、健康な人の疾病に対する脆弱性、特に認知症患者の様々な症状、またワクチンがないという点など、多数の重要な違いがある<sup>21</sup>。現パンデミックの初期にこのような違いが完全に認識されていなかったものと思われる。

## 2. 立法、規制、および財政支援における対応

### 1) 国家政策の変化

パンデミック初期、政策の優先順位は、NHS 病院の収容能力を増加させることであった。大々的に内部構成を変え、日常的、選択的診療のキャンセル以外にも、病院は臨床的に安全なすべての患者を退院させなければならなかった。早い退院手続きのために、地方政府の法的義務を一時的に緩和する法案が制定された。2020 ケア法緩和法 (2020 Care Act Easement Act) は、3月31日に発効した。これにより、介護施設入所前の個人のケア、支援、経済状況に対する詳細な評価を実施し、ケアと支援計画を準備し、定期的に検討する義務が免除された。しかし、*欧州代表者会議* (European Convention) に基づいて、地方政府は、ニーズを満たせないことが人権侵害となる場合 (例えば、生命権、プライバシー権、家族生活権)、そのようなニーズを満たすことが義務付けられている<sup>22</sup>。

「ケア法緩和法」は、訪問介護を受け、自宅で療養したり、自分が選択した介護施設入所など、高齢者や家族が退院した後、行く場所を決める権利を停止させた。詳細なアセスメントをしなくなることにより、新しい患者のニーズ、状況、選好度などの情報がケア提供機関に十分に提供されていなかった。

3月中旬、ケア品質委員会 (CQC) は、介護施設及び訪問介護サービスに対する定期品質点検を中断した。5月末までに介護施設の職員が CQC に自分の勤務する施設の誤った慣行について提起した苦情が 55%増加した<sup>23</sup>。

COVID-19 が介護施設へ及ぼす影響に対する懸念が広がり、4月15日の行動計画が発表された<sup>24</sup>この計画は、感染の拡大の制御、介護施設におけるケア人材支援、ターミナルケアを含む介護施設入所者支援、地方政府及びケア機関支援に対するガイドラインを含んでいる。この行動計画は、介護施設が「心肺蘇生法放棄 (Do Not Attempt Resuscitation)」政策を全面適用することを見直し、終末期ケア (end-of-life care) 選好度など個別化されたアドバンス・ケア計画 (Advanced Care Plan) を入所者ごとに用意することを要請した。

---

<sup>21</sup> Centre for Disease Control How is Pandemic Flu different from Seasonal Flu?  
<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/basics/about.html>.

<sup>22</sup> Department of Health and Social Care. 2020年5月20日. Care Act Easement: Guidance for Local Authorities.

<sup>23</sup> The Guardian. 2020年6月17日. BAME care home residents in England more likely to die of Covid-19.

<sup>24</sup> Department of Health and Social Care. 2020年4月15日. Covid-19 Our Action Plan for Adult Social Care.



2020年3月、パンデミックが拡大し、介護施設はCOVID-19有症状者の訪問を制限するようにとの勧告を受けたが、ロックダウン命令は下されなかった。4月になり介護施設は、「例外的な状況」（例えば、看取り）に限り、訪問者を出入りさせるよう勧告を受けたが、この時もロックダウン令は下されなかった。最後に、4月末コロナ被害が最も深刻な地域で介護施設入所者の半分以上を超える感染者が発生し、イングランド公衆衛生局（PHE）は、すべての介護施設の全面ロックダウン令を勧告し、局長らに「NHS施設および他の臨時収容施設を活用し、入所者たちを隔離」、「今後4週間、職員たちの介護施設常駐可能の可否を把握」することを促した。保健社会福祉省は、これらの勧告案を拒否した<sup>25</sup>。7月には、介護施設訪問制限は、一部が緩和されており、入所者に決められた1人の訪問者が許可され始めた<sup>26</sup>。

2020年9月、介護サービスと関連した冬の行動計画が発表された。介護従事者によるケアを受けている患者のためのCOVID-19検査アクセシビリティの持続的な改善、介護従事者に個人用防護具の無料支給拡大、地域感染に関する情報提供の改善などの内容を盛り込んでいる<sup>27</sup>。

## 2) 財政支援

4月末、政府は、イングランドの保健及びケアサービスを支援するため、66億ポンドの予算を策定し、地方政府の高齢者支援を含むすべてのサービスと関連し、COVID-19に対応できるように、32億ポンドを策定した。66億ポンドの内13億ポンドはNHS収容人数を増やすために、病院の患者の迅速な退院のための予算として別途策定された<sup>28</sup>。

以後、5月中旬には、地方政府の支援を通じ、個人用防護具、消毒や清掃、隔離施設及び感染制御スタッフのトレーニングなど追加費用をカバーするための介護サービスに加え、6億ポンドを策定した。感染制御の財政支援金は、追加人員雇用及び病気の職員の代替、自己隔離する既存の介護従事者支援、接触感染のリスクを減らすためにケア職員の複数の介護施設での勤務を防ぐための賃金支援などにも使用される<sup>29</sup>。介護職員のための追加的な個人用防護具、供給網も試験的に構築する計画である。

地方政府は中央政府の予算を地域介護機関に迅速に配分しなければならなかった。また、事前に定めた日程に基づいて、予算を支給し、新しい費用をカバーするように、サポート額を調整するなど、介護機関のキャッシュフローを円滑にしなければならなかった。地方

---

<sup>25</sup> The Guardian. 2020年5月28日. Government rejected radical lockdown of England's care homes.

<sup>26</sup> <https://inews.co.uk/news/politics/care-home-visitors-ban-ends-england-matt-hancock-explained-560243>.

<sup>27</sup> Adult Social Care: Our Covid-19 Winter Plan 2020-2021. <https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-coronavirus-covid-19-winter-plan-2020-to-2021/adult-social-care-our-covid-19-winter-plan-2020-to-2021>.

<sup>28</sup> National Audit Office. 2020年6月12日. Readying the NHS and Adult Social Care for Covid-19.

<sup>29</sup> <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-support-for-care-homes/coronavirus-covid-19-care-home-support-package>

政府の中、約半分が介護施設に支給する支援金を一時的に上方修正し、国が支援する介護施設入所者の大部分を対象とする支援金を短期的に 10%引き上げた。また、地方政府の 30%は、介護機関のための緊急支援金を用意し、16%は全額前払いした。

地方政府の財政指導者たちは、追加予算支援が様々なサービス分野に分散されることが不適切であると判断した。パンデミックのため発生する追加費用を完全にカバーするのに 40 億ポンドが必要であると推定した<sup>30</sup>。介護機関も地方政府が一時的に支援金を 10%引き上げるといふ提案に反発した。一部は、これらの追加支援が個人用防護具の購入費さえ賄えない水準であると指摘した<sup>31</sup>。

「今まで一銭も受け取っていない」

「官僚たちは不要な時期に、なぜ支援が必要なのか正当性を申込書に説明し、追加費用証明を提出するよう指示した。私たちは分析し、報告する時間がない。」<sup>32</sup>

COVID-19 対応のため、2020 年冬に実施される「成人ケアサービス」の内容によると、介護従事者が複数の介護施設で働かないように、追加賃金を提供し、自己隔離する従業員を支援するなど、感染統制措置に追加的に 5 億ポンドが支援される<sup>33</sup>。

### 3. 「国民保健サービス (NHS) の保護」 - 病院退院

イタリア北部とスペインで発生した出来事で、政策立案者や政治家は、国民保健サービス (NHS) が麻痺する可能性があるという大きな不安に包まれた。これにより、3 月 19 日 NHS 所属の病院に可能な限り多くの患者を退院させるという「非常に厳格で徹底した指示」が下された。

急性疾患や地域社会の病院は、退院することが臨床的に安全だと考えられるすべての患者はすぐに退院させなければならない。これらの決定が下された後、一時間以内に病棟から指定された退院区域に患者を移動しなければならない。病院退院は二時間以内に、出来るだけ迅速に実施しなければならない。これらのサービス要件の施行により、2020 年 3 月 27 日金曜日まで、最小 15,000 の病床が確保されることができると思われる<sup>34</sup>。

---

<sup>30</sup> <https://www.cipfa.org/cipfa-thinks/cipfa-thinks-articles/social-care-the-forgotten-front-line>

<sup>31</sup> The Guardian. 2020年 4月 10日. England care providers say 10% council fee rise is “too little too late” .

<sup>32</sup> Responses to survey conducted by National Care Association. <https://nationalcareassociation.org.uk/news-events/news/covid-19-care-provider-impact-study-june-2020-update>

<sup>33</sup> Adult Social Care: Our Covid-19 Winter Plan 2020-2021. <https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-coronavirus-covid-19-winter-plan-2020-to-2021/adult-social-care-our-covid-19-winter-plan-2020-to-2021>

<sup>34</sup> HM Government. 2020年 3月 19日. Covid-19 Hospital Discharge Service Requirements [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/880288/COVID-19\\_hospital\\_discharge\\_service\\_requirements.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/880288/COVID-19_hospital_discharge_service_requirements.pdf)

ほとんどの退院患者は、ケアホームまたは介護施設に転院された。ある NHS の所属病院は 14 日ぶりに退院待機患者が 250 人から 20 人へ減少したと報告した<sup>35</sup>。しかし、このように退院した患者のケアのための介護施設と関連した別のガイドラインや支援は発表されなかった。さらに深刻なことは、退院前の患者に対して COVID-19 の検査が行われていなかったことであった。イングランド公衆衛生局 (PHE) は、2 月「介護施設でケアを受ける人が感染する可能性は非常に低い」と述べたことがある。該当ガイドラインは、介護施設のウェブサイトにも大々的に掲載されており、3 月 13 日まで適用された。

4 月中旬になってから病院で介護施設へ転院するすべての患者を対象に検査を実施することが決められた。この時は、すでに 2 万 8,000 人を超える患者が退院し、介護施設へ移動した後であった。無症状の感染が発生することがあるということが明らかになり、すでに介護施設入所者 5,700 人が死亡した状況であった。その後、医師たちで構成された影響力のある委員会が行った調査で、このことが「ひどい過ちであった。患者をオオカミの巣に投げ入れるのと同様である」という結論が出た<sup>36</sup>。検査せずに、病院の患者を介護施設へ転院させた政策について、死亡した介護施設入所者の家族は、提訴した<sup>37</sup>。

#### 4. 医療アクセシビリティ

4 月末、ある老年医学専門医のコンサルタントがケアホームと介護施設の医療支援の不足について、次のように書いていた。

普段であれば、病院に運ばれる多くの急性患者が介護施設でケアを受けており、このことは介護施設に多くの負担を与えている。特に、登録看護師を雇用しないか、かかりつけ医、地域看護または高齢者医学支援に迅速にアクセスすることができないところは、状況がさらに劣悪である。もし死んでいく患者がおり、ターミナルケアが必要であれば、または呼吸困難のため酸素療法が必要な場合、医薬品、熟練された緩和療法支援、またはマスクやシリンダーを取得するために困難が発生する可能性がある<sup>38</sup>。

パンデミック発生前、介護施設の中の医療提供を改善するための計画が用意されたことがある。2020 年 10 月施行予定であったが、施行日が早まった<sup>39</sup>。5 月 1 日付のガイドライン<sup>40</sup>によると、協診チームが COVID-19 が疑われるか、罹患者を含む臨床的に重要な入所者を（可能な場合には、リモートで）毎週検討する必要がある。地域臨床医たちは、介護

---

<sup>35</sup> NHS Providers. 2020年 4月 15日. Briefing: Confronting Coronavirus in the NHS; the story so far.

<sup>36</sup> Public Accounts Committee <https://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/commons-select/public-accounts-committee/news-parliament-2017/reading-nhs-and-social-care-for-covid-19-peak-report-published-19-21/>

<sup>37</sup> The Guardian. 2020年 6月 21日. Releasing English hospital patients into care homes ‘not illegal’.

<sup>38</sup> BMJ. 2020年 4月 24日. David Oliver: Let’s not forget care homes when covid-19 is over.

<sup>39</sup> HSJ. 2020年 4月 29日. Contentious NHS scheme to bolster care homes brought forward.

<sup>40</sup> NHS England. 2020年 5月 1日. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/COVID-19-response-primary-care-and-community-health-support-care-home-residents.pdf>

施設内の酸素飽和器およびその他の特殊装置の提供と使用の支援、ターミナルケアを含む入所者たちにカスタマイズされた治療の進行計画の作成のため介護施設と協力しなければならない。薬剤サービスは、医薬品デリバリーと検討に万全を期すことを注文された。営業時間外の医療サービスについては明らかにし、一貫性のあるアクセスを用意しなければならない。病院は「臨床的に妥当な」場合、介護施設入所者を入院させなければならなかった。かかりつけ医が人材不足や予算問題<sup>41</sup>について懸念を表明したが、地域 NHS サービスにこのような計画の移行のため 2 週間の準備時間を与えた。

しかし、介護施設に対する追加医療支援の形とレベルには差が大きかった。例えば、多くの介護施設のスタッフが慢性閉塞性肺疾患（COPD）を患っている患者の低流量酸素療法を助けることができるが、皮下注射を接種することはできない。介護施設の職員が必要な能力を備えているのか、危機状況で拡大された役割ができるのかは明らかではない（Gordon et al., 2020）。

## 5. 個人用防護具（PPE）

過去 10 年間、国民保健サービス（NHS）の機器調達及び供給は、中央に集中された。しかし、介護施設、訪問介護センター及び地域社会保健サービスは、これらのサプライチェーンに編入されなかった。さらに、シグナスプロジェクトを通じてイングランド地域の個人用防護具の在庫水準が低いという点が把握された。結果的に、パンデミックが起き、個人用防護具の需要が飛躍的に増加し（一部の品目は 5,000%増）、新設された緊急電話注文システムへの問い合わせが激増した<sup>42</sup>。

パンデミック初期に把握された最も深刻な問題は、介護従事者（そして、多くの NHS スタッフ）の個人用防護具（PPE）の不足であった。ガイドラインと実際の現場、両方ともに混乱が起き矛盾がみられた。3 月 13 日に発表されたガイドは、介護施設の場合、職員や入所者に COVID-19 の症状がない場合、職員に個人用防護具を支給する必要がないと明示した。当ガイドは、5 月中旬まで維持された。4 月には、政府の公式ウェブサイトに訪問介護員のためのガイドの 2 つのバージョンが掲載されていた。その一つのバージョンは、PPE に言及しておらず、後日出たバージョンには、訪問介護員がマスクと防護服を着用しなければならないとされているが、以前のバージョンもまだ有効であった。COVID-19 で死亡した高齢者に対する公式の調査で、公式ガイドラインを更新できなかったことが、安全上の重要なリスクとして指摘された<sup>43</sup>。

3 月中旬、首相は需給不安が解消されており、全ての介護施設従事者に必要な個人用防護具が「この週末」まで支給されるだろうと述べた。一ヶ月後、最高医療責任者（CMO）

---

<sup>41</sup> Health Service Journal. 2020年5月4日.

<sup>42</sup> NHS Providers. 2020年 4月 15日. Briefing: Confronting Coronavirus in the NHS; the story so far.

<sup>43</sup> The Independent. 2020年 8月 27日. Confusing guidelines on protective clothing against coronavirus is a safety risk, HSIB has warned.

は、不足の状態が完全に解消されていないことを認めた。ある介護施設に勤務する従事者は、何人かのスタッフが症状を示す中、有症状患者を扱うときのみ<sup>44</sup>紙のマスクを着用できたと説明した。

4月初めから介護施設やその他地域社会のサービスも NHS のサプライチェーンにアクセスできるようになった。イングランド公衆保健局（PHE）も介護従事者を対象に PPE の正しい使い方を教育する予定である。個人用防護具の供給を改善するために、物流能力を追加確保し、地方政府は介護施設への配布を手伝った<sup>45</sup>。それにもかかわらず、いくつかの介護に必要な、適切な物品の調達はまだ困難なことがあり、主に大型 NHS 病院が個人用防護具の市場を占領した状況で、価格が多く上昇したと訴えた。

「国指定納品業者の手袋価格が 100 個入り 1 箱あたり 2.50 ポンドから 4.00 ポンドに、今は 5.00 ポンド上昇した。」

「マスクおよび他の装置のため、通常よりも支出が 600% 上昇した。」

「COVID-19 以前には、平均支出費用が月に 50 ポンドであったが、過去 3 ヶ月の間 4,000 ポンドに増加した。」<sup>46</sup>

いくつかの介護サービス機関は、個人用防護具の購入時、6 億ポンドの感染制御支援金を使用できないという通知を受けた<sup>47</sup>。COVID-19 が無症状性感染を誘発するという点にもかかわらず、介護従事者の個人用防護具の使用を一貫して義務化していないという点において、議会関連委員会から叱責を受けた<sup>48</sup>。

## 6. 高齢者や介護従事者の検査

COVID-19 検査能力は、実際の介護機関のニーズに及ばなかった。検査に対する責任の所在も不明であり、多くの混乱が続いた。

パンデミック初期、病院で長期介護施設へ転院される多くの高齢者患者に対して検査が

---

<sup>44</sup> Reuters Investigates 2020年5月 10日. Special Report Health: Coronavirus Britain.

<sup>45</sup> Department of Health and Social Care. 2020年 4月 15日. Covid-19 Our Action Plan for Adult Social Care.

<sup>46</sup> Responses to survey conducted by National Care Association  
<https://nationalcareassociation.org.uk/news-events/news/covid-19-care-provider-impact-study-june-2020-update>

<sup>47</sup> The Independent. 2020年 6月 1日. Coronavirus: Government's £600m infection fund for care homes can't be used to buy protective clothing.

<sup>48</sup> Public Accounts Committee <https://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/commons-select/public-accounts-committee/news-parliament-2017/reading-nhs-and-social-care-for-covid-19-peak-report-published-19-21>

行われておらず、介護施設当たり最大5人の有症状入所者に対してのみ検査が行われた<sup>49</sup>。4月中旬、介護施設の死亡者が一日400人を記録し、成人社会的ケア行動計画（Adult Social Care Action Plan）に基づいて、症状の有無にかかわらず、介護施設に入所するすべての高齢者を対象に検査を実施するが、病院から転院する患者を優先的に検査することにした。この計画は、自己隔離中である家族がいる介護従事者など、検査が必要なすべての介護施設の労働者に検査を約束した。当時、検査を受けた介護施設従事者は、全体50万人材のうち、約1,000人である。

4月28日、症状の有無にかかわらず、すべての介護施設職員と入所者へと検査対象が拡大された。しかし、1人当たり一回の検査のみが許可され、今後症状が発現しても追加検査が不可能であった<sup>50</sup>。ある介護施設では、介護施設内の最初の疑義のある事例が発生した34日後に、また、保健社会福祉長官が介護施設内の「検査を要するすべての人」に検査を実施するという発表後14日後に最初の入所者に対する検査を行ったことを報告した。介護施設の有症状入所者に対する検査さえ、十分に行われていないという報告が続いた<sup>51</sup>。5月中旬、政府は、全ての介護施設を対象に検査を実施するまでにはさらに3週間が必要であることを認めた。5月末に行われたある調査では介護施設の約3分の1が、職員に対する検査が全く行われなかったと答えた<sup>52</sup>。

中小規模の介護機関を代表する国家ケアフォーラム（National Care Forum）は、感染追跡のためには、保健社会福祉省が約束した3万人ではなく、毎日少なくとも20万人の検査が必要であると推定した<sup>53</sup>。

また、イングランド公衆衛生局（PHE）、ケア品質委員会（CQC）、また保健福祉部の中の介護施設の点検責任がある機関はどちらかについての混乱もあった。成人社会的ケア行動計画は、ケアの品質委員会（CQC）が地域の成人社会的ケア局長と公衆衛生局長と協力して、現地の需要に応じ検査アクセシビリティを調整するなど、全体的な検査調整の責任を負っている。しかし、ケア品質委員会は、自分の役割が介護施設に連絡し、診断キットの注文を案内することであると主張した。4月25日以降、保健社会福祉省、イングランド公衆衛生局（PHE）、国民保健サービス（NHS）が主な責任を担うこととした<sup>54</sup>。

最終的には、国のシステムが失敗したという暗黙の了解のうちに、5月8日介護施設検査に対する主な責任は、地方政府、公衆衛生局長に移管された<sup>55</sup>。7月には、介護施設従事

---

<sup>49</sup> National Audit Office. 2020年6月12日. *Readying the NHS and Adult Social Care for Covid-19*.

<sup>50</sup> The Guardian. 2020年5月28日. *Why did so many people die of Covid-19 in the UK's care homes?*

<sup>51</sup> Reuters Investigates. 2020年5月10日. *Special Report Health: Coronavirus Brita in*.

<sup>52</sup> BBC News 24. 2020年5月. <https://www.bbc.co.uk/news/uk-england-52715055>

<sup>53</sup> The Guardian. 2020年5月28日. *Why did so many people die of Covid-19 in the UK's care homes?*

<sup>54</sup> The Guardian. 2020年5月13日. *Confusion over care home responsibility*

<sup>55</sup> The Guardian. 2020年8月5日. *Public health directors in England are asked to take charge of Covid-19 testing.*

者は毎週、介護施設入所者は毎月検査を受けることが公式の政策となった。しかし、無症状感染に対する証拠が続いて確認される状況で、訪問介護員は症状がある場合のみ、検査が勧告された。

## 7. 臨床的に脆弱な患者のための「防御」

3月中旬、全国ロックダウン命令が施行され、特定の人には COVID-19 のため重篤化や死亡のリスクが高い点が明らかになった。国民保健サービス (NHS) は、基礎疾患のため、重篤化しやすい脆弱な約 150 万人の市民に連絡し、自分を「防御 (shield)」することを要請した。重症呼吸器疾患やがんの治療中の患者、免疫疾患を患っている患者などが連絡の対象であった。さらに 70 万人の人口が連絡対象リストに追加された。市民たちを「防御する」ため、食品や医薬品を宅配便で配送し、買い物のオンライン申請でも優先権が与えられた。食品、医薬品、または生活必需品購入などの助けが、必要な人には NHS の救助ボランティア (NHS Volunteer Responder) の支援も提供された。これらの支援は、8月初め廃止された。

## 第4節 パンデミックが高齢者介護に及ぼした影響

### 1. 高齢者や家族に与えた影響

介護サービスを受ける高齢者、特に介護施設入所高齢者は、COVID-19 のため、深刻な打撃を被り、保健社会福祉省がケア領域に「保護装置」を提供したと主張したにも関わらず、多くの論者は、避けることができる打撃だったと批判した。

2 月初めにすでに COVID-19 の幅広い拡大と高齢者に集中した被害に対する根拠が非常時科学諮問委員会 (SAGE) に提供された。3 月の第一週に介護施設で 33 例の確定診断事例が発生し、3 月末には 793 例に増加した。しかし 3 月初、最高医療責任者 (CMO) は、政府が「早すぎる措置」は回避する必要があると言及し、介護施設の保護のための特定の措置が用意されていないことを擁護した。結局、介護施設は、健康状態が良くないか、COVID-19 と疑われる者を除いては、訪問者を制限するという指示を受けられなかった。ある介護施設では、症状のある患者を別の部屋に隔離しようとしたが、ウイルス感染が起き、3 週間に 10 人の入所者が死亡した<sup>56</sup>。

介護施設のガイドラインが発表されなかったため、感染予防及び統制のための最善方法が何か、個人用防護具はいつ使用するか、入所者と職員をいつ、どのように隔離し、効果的なケアを維持できるかなどの不確実性が介護従事者の間で広まっていた。このような不確実性（とこれによる職員と入所者のリスク）は、明確なガイドラインが発表されれば避けることができる (Spilsbury et al., 2020)。

パンデミック初期、介護施設入所者の検査がほとんど行われていなかったことと、死亡診断を下す医師が死亡診断書に COVID-19 を死因として言及しなかったため、COVID-19 による介護施設の死亡者が過小評価された<sup>57</sup>。感染した入所者は、多くの場合、一般的な呼吸器症状ではなく、発熱や自力歩行ができないといった非定型的な症状を見せたが、この点も感染の診断が正しく行われていなかったことを示唆する (Gordon et al., 2020)。ケア品質委員会 (CQC) から全ての介護施設の死亡者について通知を受けたにもかかわらず、4 月中旬まで介護施設の死亡者のデータに COVID-19 の関連性は含まれていなかった。

4 月中旬からケア品質委員会 (CQC) は、介護施設の管理者が提供した情報を活用し、介護施設での COVID-19 関連死亡者データ収集を開始した。これにより、介護施設に最初 1,009 人という大規模感染と同時に死亡者の急増が明らかになった<sup>58</sup>。4 月中旬から統計局 (ONS) は、超過死亡のデータを発表し始め、4 月末介護施設及び地域社会の死亡者数も病院死亡者と一緒に毎日発表した<sup>59</sup>。統計局は 4 月 19 日から 4 月 24 日まで COVID-19 による介護施設の死亡者が 2 倍増加したと報告した (Gordon et al., 2020)。

---

<sup>56</sup> The Guardian. 2020年 5月 28日. Why did so many people die of Covid-19 in the UK's care homes?

<sup>57</sup> Financial Times. 2020年 4月 18日.

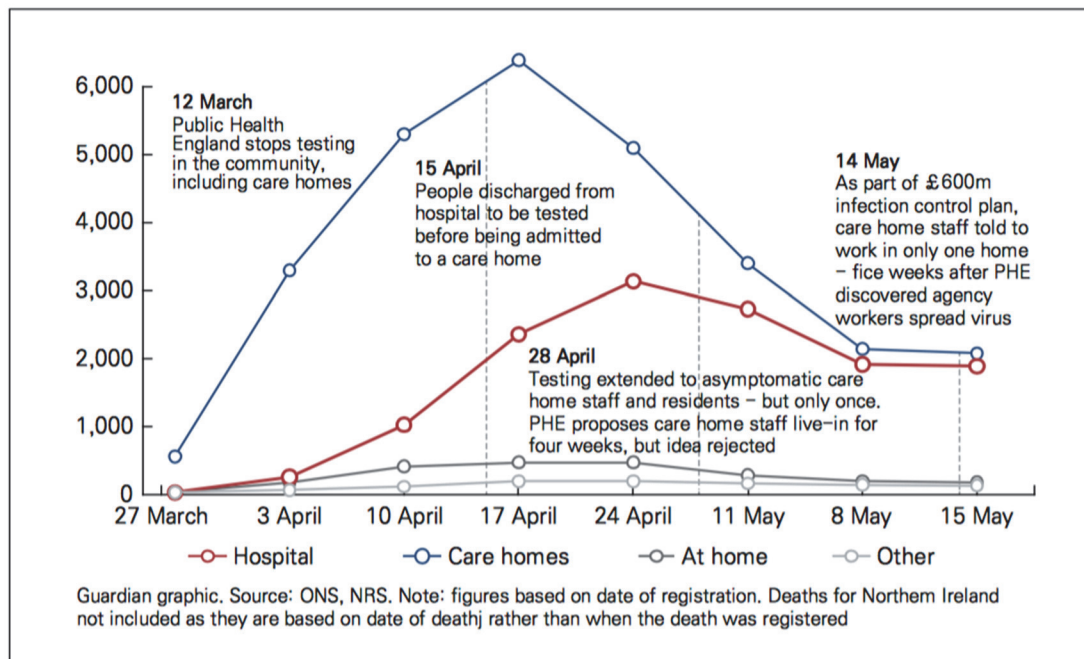
<sup>58</sup> The Guardian. 2020年 4月 28日

<sup>59</sup> The Guardian. 2020年 4月 29日



総合的に3月9日から5月17日の間、約5,900（38%）のイングランド地域の介護施設でCOVID-19感染が報告された。一部の地域では他の地域よりも感染がさらに深刻であった<sup>60</sup>。5月中旬介護施設の死亡者は、病院の死亡者と同様の水準を記録した（図2-7）。

[図 2-7] 2020年4~5月死亡場所別 COVID-19 死亡者数



資料：統計局(ONS)，NRS。

参考：数値は登録日基準。北アイランドの死亡者数は、死亡登録日ではなく、死亡日基準であるため、含まれない。

5月末介護施設の累積死亡者数は16,000人に達し、確認されたCOVID-19による死亡者の40%以上を占めた。

3月中旬から介護施設は、家族及び知人の訪問を制限し始めた。地域社会における感染が発生した場合、地域の公衆衛生局長がリスクを評価し<sup>61</sup>、現実的かつ倫理的な多くの問題を引き起こしたにもかかわらず(Henwood&Hudson、2020)、7月にこれらの制裁が緩和され、「事前に予約をした一人の決められた訪問者」の訪問が許可されており、訪問者はマスクと追加の個人用防護具を着用しなければならなかった。しかし9月初め、地域感染が再び拡大し、介護施設に対する地域の制限事項は、再び強化された<sup>62</sup>。

<sup>60</sup> National Audit Office. 2020年6月12日. *Readying the NHS and Adult Social Care for Covid-19*.

<sup>61</sup> <https://www.carehome.co.uk/news/article.cfm/id/1630141/government-lifts-ban-visitors-care-homes-england>

<sup>62</sup> <https://www.carehome.co.uk/news/article.cfm/id/1633095/Councils-order-care-homes-to-ban-visitors-in-lockdown-areas>

COVID-19 関連の死亡者数は、パンデミック高齢者に及ぼした影響の一部のみを反映する。COVID-19 で隔離されたことと他の疾患の治療を受けられなくなったことが、死亡率に間接的な影響を及ぼした。隔離のため移動が制限され、心理的、物理的なコストの増加をもたらした。介護施設の管理者を対象にした調査では、訪問者の制限と個人用防護具というハードルのため、80%を超える介護施設で入所者が孤独を感じていると述べた。介護施設の3分の1は、入所者の食事量が減少したことに言及した。管理者の30%は、入所者を隔離することが常に可能なことではないと答えており、45%は体を動くことができる認知症患者を隔離することが不可能であると述べた (Rajan&McKee, 2020)。介護施設入所者の親戚を代弁するある慈善団体は、ヘルプラインの電話の半分が入所者の精神的健康に対する不安関連の内容であると報告した<sup>63</sup>。

COVID-19 の間接的な影響により超過死亡率の推定値により多くが依存するようになった。5月中旬までの介護施設を超過死亡者のデータによれば、確認された COVID-19 の死亡率はすべて超過死亡の54%しか占めていない。しかし、イングランド地域介護施設の総超過死亡者数は19,319人と推定されており (イングランド総超過死亡の48%)、介護施設入所者の超過死亡者数は22,231人で、イングランド全体超過死亡者の55%を占めている (Comas -Herrera&Fernández, 2020)。

パンデミックは、地域社会に住んでいるか、家族介護を受けている高齢者にも大きな打撃を与えた。認知症を患っている人は、認知症患者のカフェや合唱団などのインフォーマルな集団活動をはじめ、さまざまな社会的支援が急に中断されたと報告した。ロックダウン期間中、認知症の症状と身体的ウェルビーイングが悪化したと述べた。外出がなぜ制限されるかを理解できない人もいた。一部デイケアセンターで高齢者サービス利用者に定期的に電話連絡をするか、ズーム (Zoom) を通じたビデオ会議を実施したが、すべての高齢者がアクセスできたわけではなく、家族はこのようなことを物理的対面接触の不完全な代替物だと思った (Giebel et al., 2020)。

ある小規模な研究によると、訪問介護サービスを通して訪問介護員が一日に複数回訪問していた高齢者の介護をする家族介護者は、感染症に対する不安のため、これらの訪問サービスをキャンセルし、訪問介護員が適切な個人用防護具を着用していないことからこれらの不安が加わった。介護従事者の不足は、不慣れな新しい介護スタッフが訪問し、訪問時間の縮小することを意味しており、このため、訪問介護サービスがいつ再開されるのかわからないにもかかわらず、サービスを中断することとした。一方、家族介護者の介護責任もかなり増えた (Giebel, 2020)。Carers UK の調査によれば、英国全域でパンデミックにより無給で家族介護を新たに提供し始めた人口は450万人で、50%増加した。新たに介護を担うこととした家族は、仕事を持っている可能性が高い。パンデミックが始まって以来、有給労働者10人のうち1人が介護を始めたかと推定される (Carers UK, 2020)。

---

<sup>63</sup> he Guardian. 2020年5月30日.

## 2. 介護従事者に与えた影響

4月、社会福祉行動計画は、全国言論キャンペーン、オンライン教育、仕事割り当てプラットフォーム、関連規制迅速承認などを通じ、今後3ヶ月間2万人の介護従事者を追加拡充する計画を含んでいる。6月初め、保健社会福祉省は、これらの目標の達成度を評価することができなかった<sup>64</sup>。この行動計画は、既存のNHS職員の感情と心理支援を目的に設立されたウェブサイトと電話相談を介護従事者にまでアクセスできるように拡大された。

介護従事者の低賃金は悪名高い。多くの従事者が0時間契約（zero-hours contracts）を結んでおり、調子が良くない場合、給与を諦め、自己隔離をする立場ではない。一部は、賃金をさらに得るために2か所以上の介護施設で働くこともある。イングランド公衆衛生局（PHE）が複数の介護施設勤務が深刻な感染症のリスクをもたらすと把握したにもかかわらず、社会福祉行動計画は、これについて言及していない<sup>65</sup>。

一部の介護施設では、職員がロックダウン期間中、介護施設で起居した<sup>66</sup>。4月中旬病気の患者たちに圧倒された、介護施設の職員と職員不足に対するメディアの報道が続いた<sup>67</sup>。4月末になってようやく介護施設職員が症状の有無にかかわらず、COVID-19の検査を受けることができた<sup>68</sup>。それにもかかわらず、一ヶ月後、介護施設従事者を対象にしたある調査で検査結果を受け取るまで最大6日がかかり<sup>69</sup>、この期間に従事者たちは、患者と密接な接触を継続するしかないことなど、検査アクセスが「混沌の状態」であることが明らかになった。

適切な個人用防護具個人用防護具の入手が難しく、介護従事者のリスクはさらに過重になった。ある介護施設は、300枚のマスクの支援を受けたが、1日の所要量が400枚であると報告した。最悪の状況では、この介護施設は、適切なマスクやガウン、フェイスシールドを備えず、職員48人がCOVID-19に感染した。介護従事者は、手術用マスクが不足したためバッグをかぶって使えという話を聞いたと伝えた。

「仕事を辞めたい状況です。私の人生が危険にさらされ、陥れられている気持ちです。」<sup>70</sup>

一部の介護施設は、パンデミックが頂点に達した時期に死亡率が10倍に増加したと発表した。一週間の間、入所者の4分の1が死亡したこともあった。このことは、職員の心理

---

<sup>64</sup> National Audit Office 2020年6月12日。Readying the NHS and Adult Social Care for Covid-19.

<sup>65</sup> The Guardian. 2020年5月19日。Agency staff were spreading Covid-19 between care homes, PHE found in April.

<sup>66</sup> The Guardian. 2020年5月28日。Government rejected radical lockdown of England's care homes.

<sup>67</sup> BMJ. 2020年4月24日。David Oliver: Let's not forget care homes when covid-19 is over.

<sup>68</sup> The Guardian. 2020年4月29日。

<sup>69</sup> National Care Forum. <https://www.nationalcareforum.org.uk/ncf-press-releases/covid-testing-chaos-set-to-continue-for-social-care/>

<sup>70</sup> The Guardian. 2020年5月28日。Why did so many people die of Covid-19 in the UK's care homes

に大きな影響を与えた (Gordon et al., 2020)。5月初め、介護従事者を対象とした調査では、70%は、職員の士気、心理的健康及びウェルビーイングについて懸念していると明らかにした。入所者を感染から守るという重大な責任感と恐れを抱え、苦しみながら働いていると説明した。多くの介護従事者が NHS とケアサービスとの間のギャップに挫折し、職員の士気の維持に苦戦していると述べており、約半数は労働力不足を訴えた。いくつかの介護施設は、仕方なく人材を補充するために高い価格で派遣人材を雇用するしかなかった。職員にボーナスを支給したり、給与を引き上げたりした介護機関もあったが (Rajan & McKee, 2020) 状況が難しいところもあった。

「私たちは、派遣の職員を雇っています。派遣会社が手数料を 25%引き上げようとした。」

「私たちは、[看護師と効果的に隔離するために]職員を 2 倍に増やすことができたが、まだ力不足であり、賃金を支給する財源も十分ではありません。」<sup>71</sup>

介護従事者が苦しむ危険は死亡率にも反映されている。4月20日までに、男性介護従事者の COVID-19 死亡率は 20~64 歳の男性 10 万人当たり 23.4 人 (総死亡者 45 人) で、全国平均 9.9 人よりも高い (男性医療保健従事者のうち 10.2 人)。女性介護従事者の死亡率は 10 万人当たり 9.6 人で (死亡者 86 人)、一般人口の 5.2 人と対比される (女性医療保健従事者のうち 4.8 人)。4月20日まで NHS 従事者の中、総死亡者数は 106 人であるのに対し、介護従事者の死亡者は 131 人で、それ以降さらに増加した可能性が高い<sup>72</sup>。

### 3. 介護領域に及ぼした主な影響

10 年間深刻な財政不足で、高齢者を対象とする介護サービスの市場供給は非常に脆弱になった。パンデミックにより介護分野に経済的な圧力が高まった。

- ・職員の病気が自己隔離のため派遣職員を雇用することとなった。
- ・派遣職員は、費用がより高く、一部の派遣会社は手数料を引き上げた。
- ・一般的に、入所者が共同の場所で時間を過ごすことを前提で人材の水準を決めるが、病気になるか、隔離された入所者が発生した場合、追加の介護従事者が必要である。
- ・一部介護施設では、職員たちが他の介護施設で働くか介護施設の移動のさいに 感染させないようにボーナスを支給したこともあった。

---

<sup>71</sup> Responses to survey conducted by National Care Association. <https://nationalcareassociation.org.uk/news-events/news/covid-19-care-provider-impact-study-june-2020-update>.

<sup>72</sup> Community Care. 2020年 5月 12日. Deaths among social care staff far outstripping those in healthcare.

・適切な個人用防護具を調達することは、必要な数量が増加したことと、大々的な価格引き上げにより多くのコストの負担を強いた。

4月から9月までイングランド地域ケア分野の総追加費用（訪問介護と働く大人のための支援を含む）は、約66億ポンドと推定されており、次のコストを含んでいる。

・病気や自己隔離されている職員のため安全な人材補充レベルを維持するための追加人件費10億1,800万ポンド

・個人用防護具のコスト41億7,900万ポンド

・防疫と間接費の増加約7億ポンド<sup>73</sup>

もう一つの問題は、介護施設入所者死亡、感染入所者隔離のため追加スペース（例：共有スペース）の必要性、感染の危険でパンデミック期間中、高齢者の介護施設入所拒否などにより、平均87%の達していた入所率が減少したということである。5月初まで、介護機関は、家族が高齢者を介護施設から退所させていると明らかにした。そのため、7月頃、入所率が普段の90%から70%に下落すると予想した。当機関は、「継続企業（going concern）」としての力量に対する「深刻な不確実性」を避けるために、地方政府が90%の入所率基準で支援することを促した<sup>74</sup>。他の介護機関の管理者は、次のように語った。

「現在の経営状態が不安で、廃業の危機にある。」

「営業利益が少ない小規模介護施設であるため非常に心配である。」

「私たちのビジネスモデルは、入所率に依存しているが、COVID-19患者がいるため、認知症の患者を隔離および看護するために、資源と安全に相当な負担となるので新規入所者を受け入れることに消極的になる。」<sup>75</sup>

中央政府が介護サービス支援を目的に、地方政府に提供した160万ポンドの緊急支援金を活用し、一部の地方政府は、国家支援を受ける入所者の基準に、介護機関に支援する政府支援金を一時的に10%引き上げた。業界の代表者は、このことが個人用防護具のコストも賄えないレベルであるとし、これを断った<sup>76</sup>。一部の介護施設は、自費で介護サービスを受ける入所者が負担する費用を最大15%、または週100ポンド引き上げ<sup>77</sup>、これにより、地方政府が補助する入所者と自費でサービスを受ける入所者間の不平等が深刻化した。

パンデミック前、地方政府の高官5人のうち4人が、すでに一部の地域ケアサービス機関の経済的持続可能性について懸念を感じていた。現在25%の高官が、該当地域のほとん

---

<sup>73</sup> <https://www.adass.org.uk/social-care-providers-face-more-than-6bn-in-extra-covid-19-costs>

<sup>74</sup> The Guardian. 2020年5月5日.

<sup>75</sup> Responses to survey conducted by National Care Association.

<https://nationalcareassociation.org.uk/news-events/news/covid-19-care-provider-impact-study-june-2020-update>.

<sup>76</sup> The Guardian. 2020年4月10日.

<sup>77</sup> BBC News. 2020年6月6日. <https://www.bbc.co.uk/news/uk-52944751>

ど療養病院の経済的持続可能性を心配しており、7%はすべての地域ケア機関に対して懸念を感じている（ADASS、2020）。20 病床未満の介護施設 2 万 7,000 か所は、経済的な脆弱性が非常に高いと判断され、今後 2 年間で、大規模な廃業が予想される<sup>78</sup>。

---

<sup>78</sup> The Guardian. 2020年 5月 26日.

## 第5節 結論

COVID-19 が大流行した最初の月は、療養型病院及び介護施設に居住する最も脆弱な階層である高齢者に深刻な影響を及ぼした。2020年3月から6月初の間に、約18,562人の入所者が死亡しており、この数値は、上記期間中に全体死亡者の40%に達している。また、同じ期間に英国の介護施設で28,186人の超過死亡者が発生しており、このことはCOVID-19大流行が脆弱階層である高齢者たちに広範な影響を及ぼしたことを示す。国際アムネスティは、国及び地方政府と準政府機関が採択した政策と慣行が、高齢者介護施設の居住者の人権、特に生命権、健康、差別禁止、私生活と家庭生活に対する権利を直接侵害しており、非人間的であるか、侮辱的な扱いを受けない権利が侵害された可能性もあると主張してきた。これらの結論に達した主な内容は、次のとおりである。

- ・COVID-19に対する事前検査を行わず、病院から高齢者居住施設に集団退院させる
- ・労働者や入所者が、症状がない場合には、個人用防護具（PPE）が必要でないと、高齢者の居住施設にアドバイスする
- ・居住施設に適切な個人用防護具（PPE）を供給していない
- ・感染させたり、感染が疑われる入所者を隔離し、介護を行うことができるかの施設の能力を評価していない
- ・施設従事者と入所者に対する定期的なCOVID-19の検査を保証しない
- ・心肺蘇生禁止全面施行命令と入所者の病院出入り制限
- ・ケア品質委員会の定期的な監督と調査中止

これらの主張は、かなり批判的である。

パンデミックが始まる前から、すでに高齢者のためのケア及び支援サービスは、危機に置かれていた。人口学的圧力がある状況で、地方政府は、10年の間続いた「緊縮」政策で、予算が大幅に削減され、これらのサービスのための予算も削減された。政府が支援する支援や介護サービスを全く受けられない高齢者の数が増加した。日常生活の活動に対する支援も受けることができなかった。極貧層と障害の深刻な高齢者のみが、政府支援を受けることができた。家族構成員が支援なしで負担する責任もますます増えている。介護機関に対する政府支援の減少、人件費の増加、職員の雇用及び維持の難しさなどで増加する自費負担で介護サービスを利用している入所者から、かなりの（しかし、非常に不平等な）内部補助金を受けているにもかかわらず、地域の介護及び支援サービスの準市場の崩壊は既に始まった。高齢者が質の高い介護サービスを地域で受けられるのは、すでに難しいこととなった。

これらの問題は、10年間累積されてきたことで、イングランド地域の状況が特に深刻ではあるが、ある意味のある財政支援や構造改革が行われたことはない。政策対応は断片的、短期的、一時的に施行されており、不平等を拡大させる恐れがあった。2016年以来、イングランド地方政府は、3年間の国内および企業不動産税引き上げを承認された。しかし、

税収増加分は介護従事者の賃金の引き上げをやっと賄うことができるレベルであり、地域営業税 (business tax) の増加分は、中央政府の交付金の減少に相殺された。一部の追加の財政支援が NHS 予算で行われたが、このことも NHS サービスの負担緩和 (例えば、病院の患者退院) などの特定目標に結びつくのが一般的であった。

パンデミック以前から支援が必要な個人とその家族、国家の責任間バランス、ケア準市場の安定化、サービス品質の向上、また、世代間公平のためはるかに急進的な改革が必要な状況であった。改革の優先課題は二つに分けられる。

・予算削減及びサービスの量と質を 2010-11 年の水準に回復、需要圧力解消、NHS 職員レベルでの賃金引き上げ、支援アクセシビリティを 2010-11 年の水準に回復するためには、2023-24 年までイングランドで 125 億ポンドの予算が必要である (Health Foundation、2019b)。

・将来の財政支援及びケアと支援のデリバリーに公正性と持続可能性の改善が必要であり、改革への圧力は、イングランドで特に激しい。

改革のための提案は、1990 年代半ばから出ており議員選挙キャンペーンごとに再登場した。1999 年、政府が任命した委員会は、より緩和された資産調査と個人介護サービスの全額支援内容を盛り込んだ改革案を提示した。当時労働党政府は、これらの提案を部分的に受け入れ、その後スコットランド政府が施行した。以降委員会 (ディルノト (Dilnot) のレビュー) が、2011 年個人が生涯負担する社会福祉費用に上限を設け、より寛大な資産基準を提案した。2014 年の法案に含まれたが、これらの改革案は、地方政府の財政圧力のため無期限延期された。2017、2019 年の選挙公約にも改革が入っている。

持続可能な長期的改革に超党派合意が必要であり、自発的民間保険は現実的解決策ではなく、改革は、リスクを最大限に集約する (pooling) 方向で行われるべきであることについて、政治家や専門シンクタンクの間にある程度意見が一致した。国民保健サービス (NHS) のように災害的ケアの費用について国が最低限の普遍的保護を提供する役割をしなければならないという点もある程度認められた。しかし、このような論点以外は、合意がほとんどなされていない。論評家は、ケアと支援が使用時点では、無料 (または若干の本人負担金) でなければならない、個人が生涯納付する金額に上限を設け、政府支援ケア受給資格が与えられない資産基準が大幅に高くならなければならないと主張してきた (Health Foundation&Kings Fund、2018)。

財政支援改革案は、ケアに別途割り当てられた支援、または単一指定または用途指定予算 (hypothecated budget) などの総合課税を通じた財政支援、健康及び社会福祉統合予算、相続税寄与増額 (House of Commons Health and Social Care and Housing、Communities and Local Government Committees、2018)、寄与型事前積立式 (pre-funded) 老後ケアファンド (Later Life Care Fund) などの内容を盛り込んでいる (House of Lords Economic Affairs Committee、2019)。普遍性、透明性、持続可能性の原則にして認められているドイツ (Nuffield Trust、2019a) と日本 (Nuffield Trust、2019b) のケア改革への関心も



高まっている。ポリシーと関連し、前例のない議論と討論が続いているが、現在不足しているのは、政治的リーダーシップである。

COVID-19 パンデミックにより疎外され、断片化された高齢者のためのケアと支援の現在が如実に明らかになった。市場化が進められ、民間企業が主導し民間購買者に過度に依存するケア分野は幅広い政府規制と NHS を支えるサプライチェーンを脱した。また、高位政策立案者や政治家は、特にパンデミック初期にケア分野の本質に対する認識が非常に不足していたと考えられる。2016年パンデミックシミュレーション訓練と3月、4月中迅速に病院の患者を退院させるという指示は、介護と生活支援分野のサービスを多くの患者が速やかに利用できるようにする緊急の保健サービスの代替として捉えた。結果的に、検査を受けていない病院の患者転院、個人用防護具の不足、職員及び入所者の COVID-19 検査のアクセス制限、適切な職員のトレーニング不在などの問題のため、介護施設の死亡率は容認できないほど高かった。3 か月が過ぎた時点で介護分野へ割り振りされた追加財政支援は、介護施設の病床当たり 1,633 ポンドにとどまった<sup>79</sup>。

ロックダウン令と社会的活動の制限が続き、特に訪問介護及び地域社会ベースのサービスが中断された時期と重なり、高齢者のケア及び支援のニーズが増加した。訪問介護サービスを受けていた高齢者は、いくつかの他の訪問介護員が自分の家を訪問することの恐怖のために訪問を拒否した。地域共同体支援サービスを提供する慈善団体や地域社会機関も、ソーシャルディスタンスを置く実践のため、活動規模を縮小しなけりならなかった。一部は、最初から活動を再開していない場合もある。このようなすべての変化により無給の家族介護提供の範囲と程度が増加した。

パンデミック初期には介護従事者の低賃金と劣悪な条件が強調されたが、未だに改善された提案はない。短期的に経済全般にわたる失業率増加により介護及び支援業務に採用される人数が増えることはあるが、人材雇用及び維持、また中長期的にケアの質のためには、賃金引き上げが重要である。ケア準市場、特に介護施設の分野は、現在非常に脆弱であり、入所率が減少し、介護機関が追加で人材を雇用し、個人用防護具購入と関連し、追加費用を負担しなければならない限り、これらの状況は続くだろう。介護を自費で負担することができ、その意思がある高齢者も地域内で良質の介護施設を見つけることが難しくなる。

何よりもパンデミックのため介護及び支援の価値そして公式または非公式な地域社会の自発的な活動が、高齢者の生活の質に寄与することに対する全体的な認識不足が明らかになった。感染した患者を介護施設に緊急退院させたことは介護機関、NHS 病院、地域当局間の関係に長期的な悪影響を及ぼしたことも考えられる。一方、社会福祉が高齢者の所得と生活の質<sup>80</sup>を改善できる潜在性も見落とされた点は非常に残念である。

---

<sup>79</sup> Oliver Lewis. The government has failed care home residents. <https://insights.doughtystreet.co.uk/post/102g81a/the-government-has-failed-care-home-residents>. 2020年 6月 1日.

<sup>80</sup> <https://www.pssru.ac.uk/ascot/>

また、COVID-19 の感染が続いており、第二次大流行が差し迫ったにも関わらず、中央政府機関と地域当局、民間主導ケア分野間の、責任の分断化及び混乱を解決するための公的な議論が行われていない。社会福祉は非常に分断化されており、需要及び能力に対する良質のデータがタイムリーに提供されていない状況では、中央政府が該当分野の危機程度を完全に理解することが非常に難しい。介護及び支援に対する新しい要求件数、地方政府の支出及び支援を受ける高齢者の受給者数など基本データも 2020 年秋にならなければ、集計されない見込みである。分断化のために大々的な改革に対する効果的なリーダーシップも制限されている。

2020 年末ブレグジットにより経済不況がさらに悪化すると予想される中で、改革の今後もそれほど明るくない。実際、政府は介護分野に悪影響を与える政策決定を続けている。2021 年発効される新しい移民規定により、海外出身の介護従事者の雇用が難しくなり、介護人材採用の「ブラックホール」が予想される（これとは対照的に NHS の職員採用は、新規規制から免除される）<sup>81</sup>。

<表 2-1> 第 2 章の略語

|  |                 |
|--|-----------------|
| BAME (Black and Minority Ethnic)                                 | 黒人及び少数民族        |
| COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)                     | 慢性閉塞性肺疾患        |
| COC (Care Quality Commission)                                    | ケア品質委員会         |
| CMA (Competition and Markets Authority)                          | 競争・市場庁          |
| CMO (Chief Medical Officer)                                      | 最高医療責任者         |
| DHSC (Department of Health and Social Care)                      | 保健社会福祉省         |
| DPH (Director of Public Health)                                  | 公衆衛生局           |
| GP (General Practitioner)  | かかりつけ医          |
| MHCLG<br>(Ministry of Housing, Communities and Local Government) | 住宅・コミュニティ・地方政府省 |
| NHS (National Health Service)                                    | 国民保健サービス        |
| NHSE (National Health Service England)                           | イングランド国民保健サービス  |
| ONS (Office for National Statistics)                             | 統計局             |
| PHE (Public Health England)                                      | イングランド公衆衛生局     |
| PPE (Personal protective equipment)                              | 個人用防護具          |
| SAGE (Scientific Advisory Group on Emergencies)                  | 非常時科学諮問委員会      |

<sup>81</sup> The Guardian. 2020年 3月 7日. Immigration policy will mean care sector ‘black hole’ claims union.

---

## 第 3 章 カナダにおける COVID-19 の 発生状況と高齢者介護分野の対応

---

Patrik Marier<sup>1</sup>  
訳 金 松美

### 導入

カナダにおける COVID-19 の感染拡大防止のための第一の措置は、ブリティッシュコロンビア州で 2020 年 3 月初めに施行された。政府は封鎖措置、集合禁止、地域や州の移動制限、一部の公共機関及び企業の閉鎖など、全国的に緊急措置を実施した。公衆衛生対策に加えて連邦および州政府は、経済を支え国民の所得を保障するために、前例のない措置に踏み切った。これらの政策措置は一時的なもので、パンデミックの経過や感染症の感染拡大防止のためのベストプラクティスの普及に応じて調整された。しかし、カナダで最近 COVID-19 の感染者数が増加し、「第 2 波の流行」を暗示する複数の兆しが現れ、政府当局は多くの公衆衛生対策の再施行を検討している。

カナダは連邦国家で、連邦、州、準州 (territories) 政府が責任を分担している。連邦政府は、パンデミック期間中、主に所得代替の形で前例のない措置を実施した。高齢者のための保健および長期ケア領域 (例えば、高齢者の介護) は、10 の州政府が主な責任を担っている。州政府別に COVID-19 の感染者数や保健及び社会福祉機関の負担などの現実を反映してそれなりの措置を設け、パンデミック関連の様々な課題を解決するために、それぞれ異なるアプローチを取った。各州の様々な取組から公共機関に対する貴重な政策の教訓を得ることもできるが、これらの違いにより、政策フォーラムで多くの批判と議論が続いている。特に、介護職員の複数の老人ホームでの兼業を禁止するといった非常に効果的なブリティッシュコロンビア州の法律をケベック州とオンタリオ州で取り入れることができず、

---

<sup>1</sup> Concordia University 教授

多くの批判を受けた。

本報告書は、2020年9月17日の時点で、カナダで最も多くの感染者数（47.2%）と死亡者数（62.9%）を記録したケベック州の状況を主に取り上げる。最近の統計によると、ケベック州はカナダ人口の22.5%を占め、オンタリオ州に次いで最も人口が多い<sup>2</sup>。本報告書の各節を通じてケベック州の詳細情報を分析し、他の9州の措置と傾向を全般的に述べる。

高齢者長期ケアは、住宅（老人ホーム及びシニアレジデンス）制度と様々な主体（公共・民間・非営利団体）が提供するサービス（訪問介護、地域社会活動、食事サービスなど）など、多様な領域に及ぶ。COVID-19がケベック州に前例のない影響をもたらした中で、本報告書は、公共機関が実施したプログラムやサービス、特に老人ホーム（nursing home）を中心に取り上げる。2020年9月の時点でCOVID-19の死亡者の数のうち、老人ホームの入居者は68%を占めている。

韓国保健社会研究院が提供したテンプレートをもとに、本報告書は4つのテーマを取り扱う。第一に、連邦（カナダ）と州（ケベック）レベルのCOVID-19の現状を簡単にまとめる。第二に、比較の観点から長期ケア（long-term care）政策を紹介する。第三に、ケベック州政府の長期ケア対応を要約し、他の州のイニシアティブと比較する。最後に、第2波の流行に直面したケベック州の残された課題を検討する。パンデミックはまだ進行形で、ケベック州で再流行が始まり、より良い対応を管理するための調整が継続的に行われている。モンリオールとケベックは9月28日に「警戒レベル‘赤’（red area）」に再指定され、新たな制限の規定が施行される予定である。政府が長期ケア危機にどのように対応するかについて、国民の問い合わせが続いており、2021年に結論が出る予定である。そのため本報告書は、2020年9月時点の現在の特定知識に基づいて現状を評価したものとして理解する必要がある。

## 第1節 COVID-19の発生状況

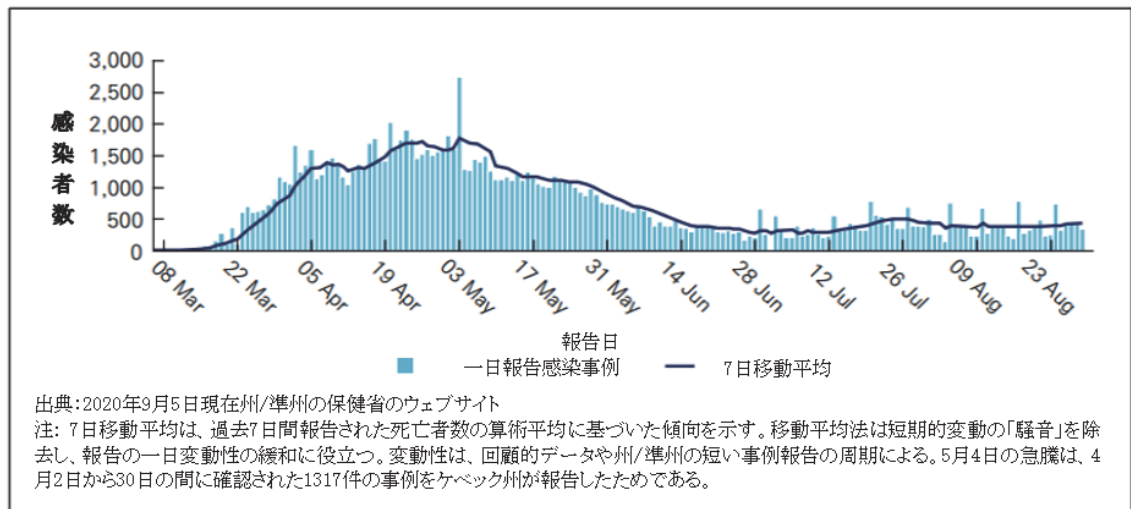
### 1. カナダの最近の統計<sup>3</sup>

州/準州政府のCOVID-19に関する統計を収集し、これを連邦政府と共有する。カナダにおけるCOVID-19の最初の感染者は2020年3月8日ブリティッシュコロンビア州で確認されており、9月5日現在、最も多い感染者数は5月初めに更新された[図3-1]。カナダにおけるCOVID-19感染事例はケベック州とオンタリオ州に集中しており、それぞれ全体感染者の47.2%と32.4%を占めている。本報告書の作成が完了した時点で、アルバータ州、ブリティッシュコロンビア州、ケベック州を中心に、カナダ全土で感染者数が増加し、感染率が人口10万人当たり30人とされるなど、あらゆる兆候が第2波の流行の到来を示している。

<sup>2</sup> <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/71-607-x/71-607-x2019036-fra.htm>

<sup>3</sup> カナダの統計と最新の連邦ガイドラインは次のウェブサイトから定期的に更新される。: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/coronavirus-disease-covid-19.html>

[図 3-1] カナダの COVID-19 一日感染者数（7 日移動平均を含む）

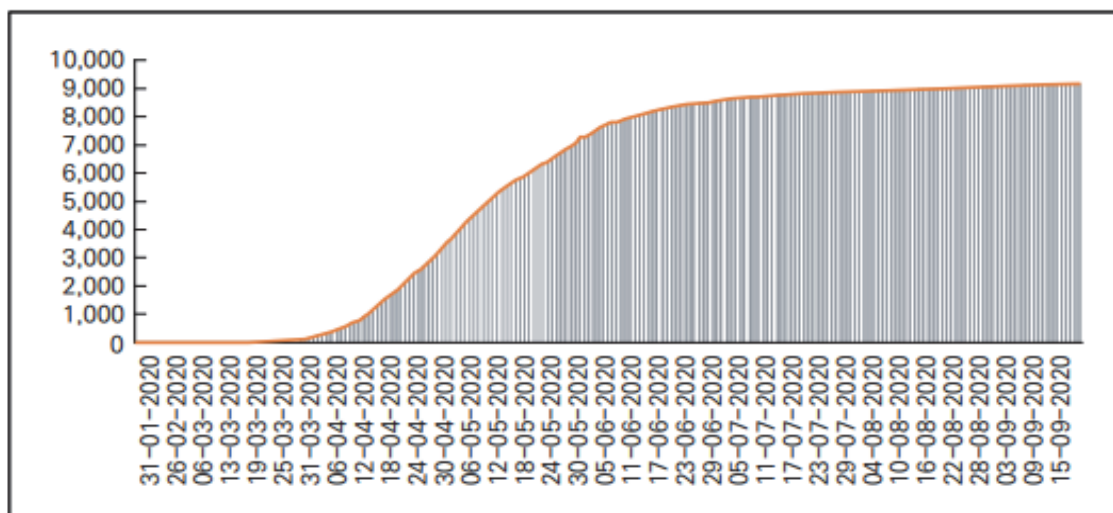


資料：カナダの公衆衛生庁（Public Health Agency of Canada）、カナダ COVID-19 週間の疫学報告書  
 2020. 8. 30～9 5.

9 月 17 日現在、カナダの COVID-19 関連の死亡者数は 9, 200 人であり、4 月と 5 月に死亡者数が急増した（図 3-2）。

[図 3-2] 2020 年 3 月 1 日～9 月 17 日、カナダの COVID-19 の累積死亡者

（単位：名）

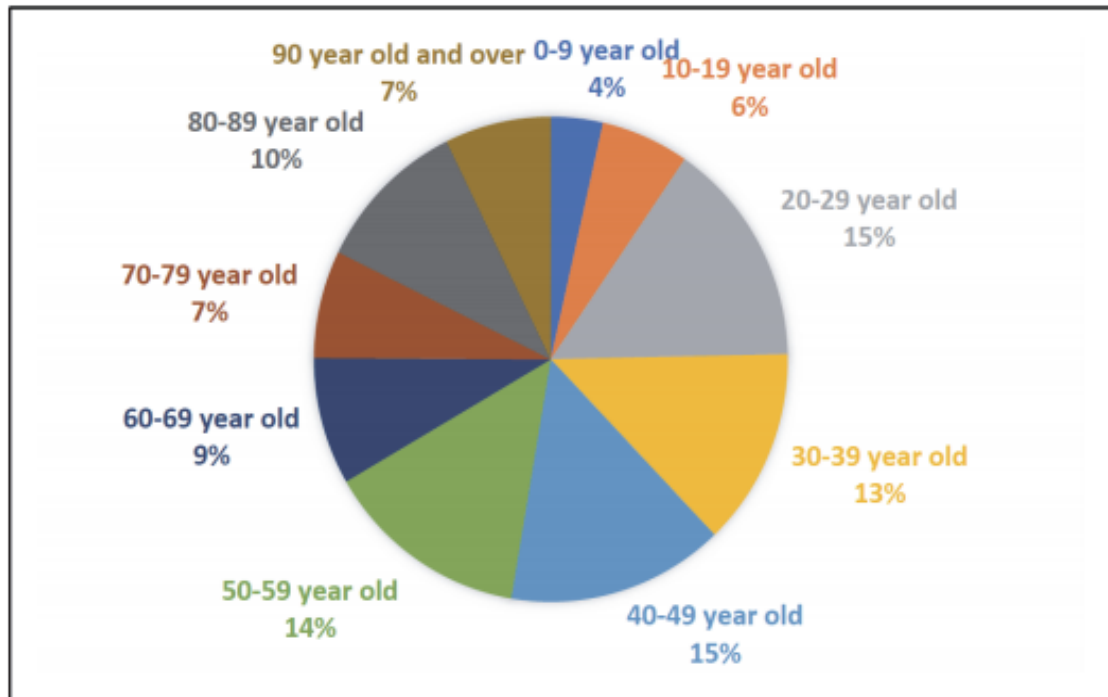


資料：カナダの公衆衛生庁（Public Health Agency of Canada）、2020 年 9 月 17 日

## 2. ケベック州の統計<sup>4</sup>

ケベック国立公衆衛生研究所 (INSPQ) の最近のデータ (9月16日現在) によると、COVID-19 感染者は 66,356 人である。感染者のうち、女性は 57.2%、男性 42.8%であった。パンデミック当初は、高齢者人口の感染事例に集中していたが検査の拡大、学校の再開放、経済活動の再開などにより (一部の要因のみ言及)、様々な年齢層の感染者が報告された。

[図 3-3] COVID-19 感染者の年齢別分布図

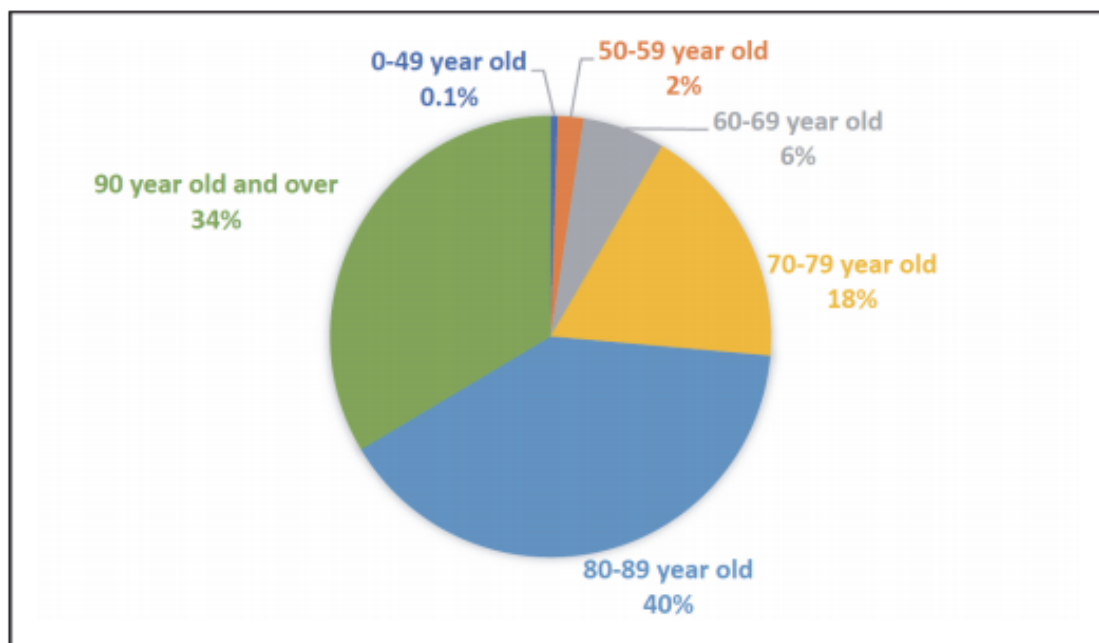


資料：ケベック国立公衆衛生研究所 (INSPQ)、2020年9月16日出典

<sup>4</sup> 最近のデータは当該ウェブサイト(フランス語)で確認できる。<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>

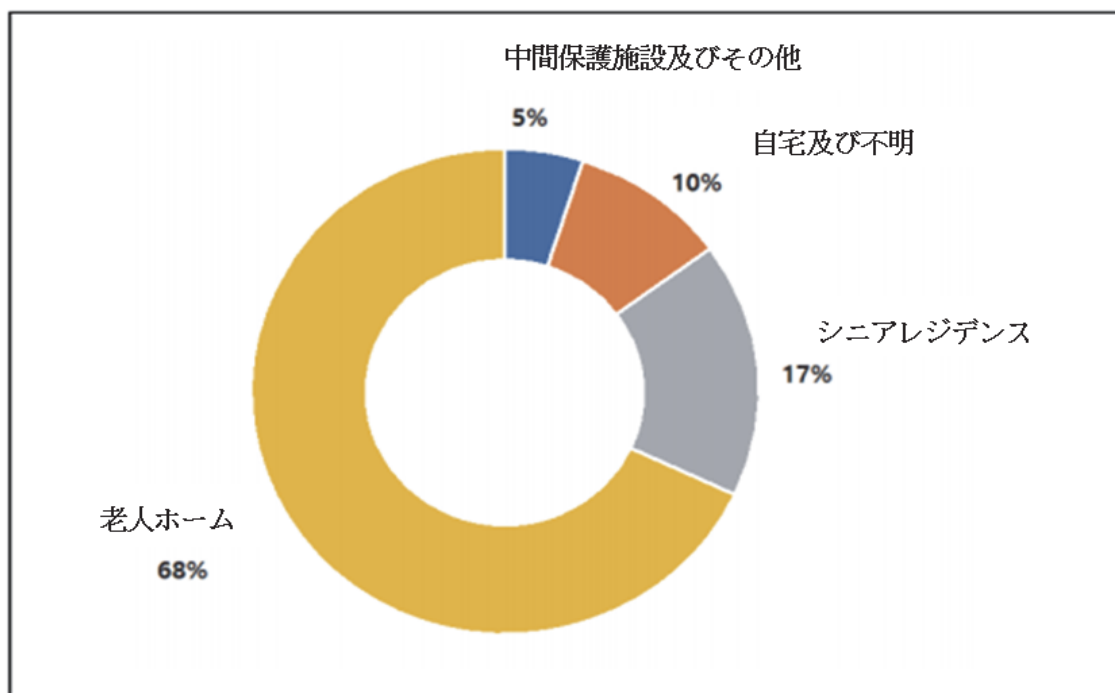
これまでも COVID-19 の死亡者のほとんどは高齢者である（図 3-4）。ケベック州の COVID-19 の死亡者 5,791 人のうち 74% は 80 歳以上である。[図 3-5] に示すように、死亡者のほとんど（64%）は、老人ホーム（ケベック州では、長期ケア施設（CHSLD: Centre e d'hébergement pour soins de longue durée）と呼ばれる）で発生した。パンデミック以前から存在した長期ケアシステムの脆弱性は、老人ホーム内におけるコロナウイルスの拡散要因であった。関連内容は、2 節で取り扱う。シニアレジデンスの居住者の感染事例（17%）も多く報告されている。

[図 3-4] COVID-19 死亡者の年齢別分布



資料：ケベック国立公衆衛生研究所（INSPQ）、2020 年 9 月 16 日出典

[図 3-5] ケベック州 COVID-19 死亡者の住居形態別分布



資料：ケベック国立公衆衛生研究所（INSPQ）、2020年9月16日出典

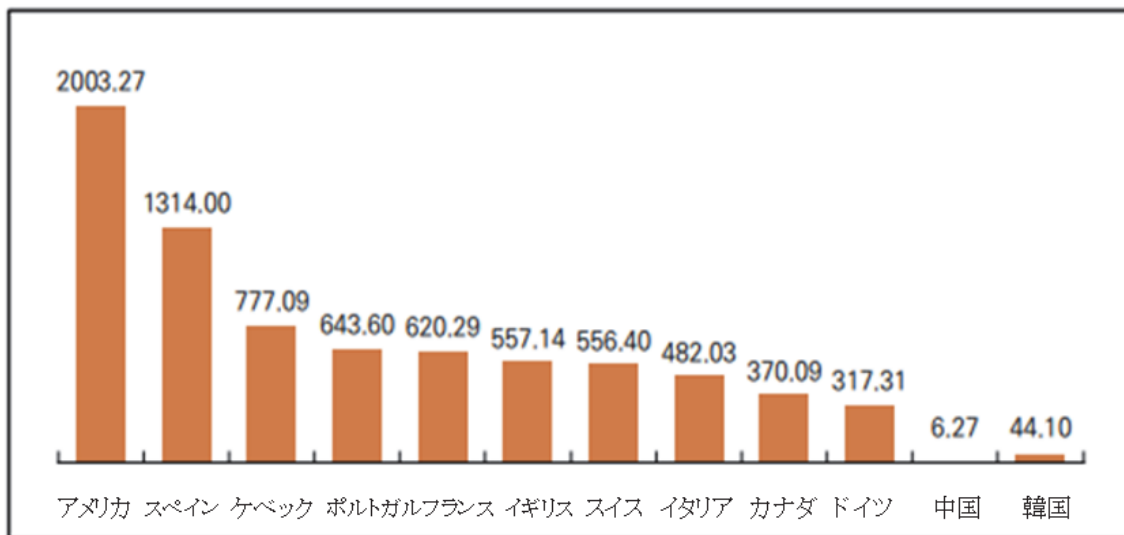


### 3. ケベック：他の地域と比較現況

ケベック国立公衆衛生研究所（INSPQ）のデータによると、ケベック州の COVID-19 感染者及び死亡者数は、産業化された国の中で最も高い水準である（図 3-6）。ケベック州の人口 10 万人当たりの感染者数は先進国のうち 2 か国（米国、スペイン）より低いですが、人口 100 万人当たりの死亡率は最も高い（図 3-7）。最近の疫学調査によると、ケベック州における COVID-19 感染事例の多くは、欧州、カリブ海沿岸および米国旅行者 247 名からの感染である。他の州より 1 週間早かったケベック州の春休み（春の連休）も、感染者数の拡大につながった<sup>5</sup>。

[図 3-6] 人口 10 万人当たりの COVID-19 の感染者数

(単位：名)

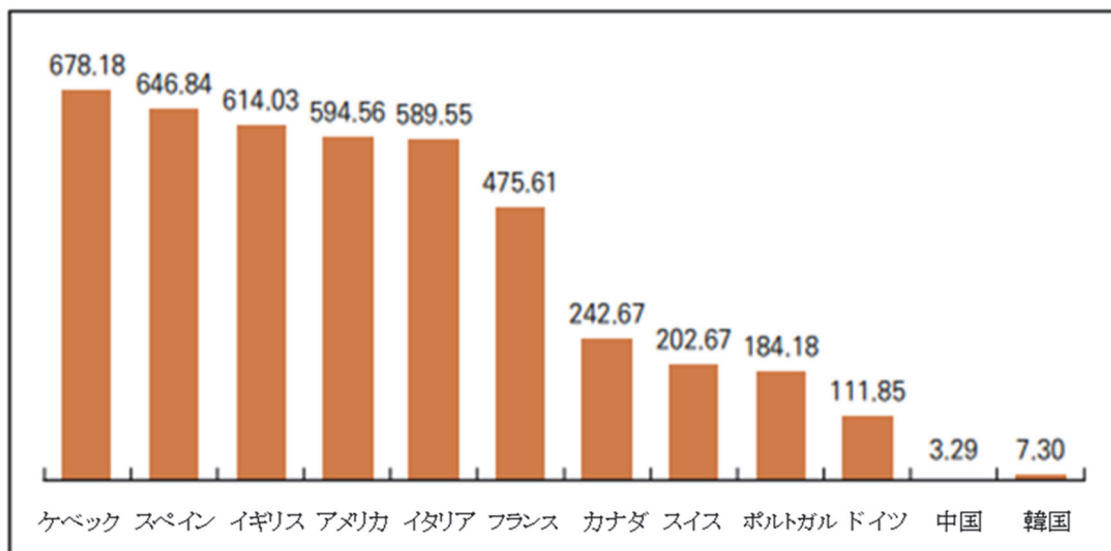


資料：ケベック国立公衆衛生研究所（INSPQ）、2020 年 9 月 16 日出典。韓国 COVID-19 (COVID019)  
2020 年 9 月 18 日出典。

<sup>5</sup> 本研究は以下のリンクで確認できる。： <https://virological.org/t/genomic-epidemiology-of-early-introductions-of-sars-cov-2-into-the-canadian-province-of-quebec/553>

[図 3-7] 人口 100 万人当たりの COVID-19 死亡者数

(単位：名)



資料：ケベック国立公衆衛生研究所 (INSPQ)、2020 年 9 月 16 日。韓国 COVID-19 (COVID019)

2020 年 9 月 18 日出典。

## 第 2 節 高齢者介護政策の現状

### 1. カナダの長期ケア施設

カナダは 10 の州と 3 つの準州 (territories) からなる連邦国家である<sup>6</sup>。医療保健は主に州政府の責任の所管であり、複雑な連邦力学が働く。多くの財政力を保有している連邦政府は 1950 年代の交渉以降、全国民を対象に無償・普遍的な医療保健サービスへのアクセスを維持するために (カナダ保健医療移転 (Canada Health Transfer) を通じて) 財政を支援している。これにより、各州政府はカナダ保健法 (Canada Health Act) に明示された 5 つの主要基準を満たさなければならない。①各州は非営利健康保険を運営し、関連手当及びサービスに公的責任を負う。②健康保険は病院と医師が提供するサービスを保障する。③医療保健サービスはすべての市民に普遍的アクセスを提供しなければならない。④保障はカナダ全域で提供され、住居地の州政府が提供する。⑤各州は保健サービスへの合理的なアクセスを保障しなければならない (カナダ保健省 (Health Canada)、2020、pp. 9-10)。

連邦ガイドラインは州・準州毎に多くの違いを生み出した。例えば、アルバータ州は、医療保健資源が GDP の 6% である一方、ノバスコシア州とプリンスエドワード島は 10% を超える (CIHI、2018)。実際に、連邦保健医療移転 (health transfer) プログラムに繋がる医療

<sup>6</sup> 10 の州 (西から東) ブリティッシュコロンビア、アルバータ、サスカチュワン、マニトバ、オンタリオ、ケベック、ニューブランズウィック、プリンスエドワードアイランド、ノバスコシア、ニューファンドランドラブラドルである。3 つの準州はユーコン、ノースウェスト、ヌナブトである。

保健制度は13種類である。過去30年間、連邦政府の財政支援はかなりの部分減少し、1970年代半ばに医療保健支出の35%を占めていたのが1990年代半ばは15%以下に減少し、現在は23%に減少した(Advisory Panel on Healthcare Innovation, 2015, p. 26)。連邦政府の予算支援が減少し、医療保健費がかさむようになり、特に2008年の経済危機以降、関連支出を減らすための州政府イニシアティブが多く推進された(Marchildon & Matteo, 2015)。

医療保健政策は、長期ケア(LTC: long-term care) 政策に重要な影響を及ぼす。カナダ保健法(Canada Health Act)が長期ケア(LTC)を扱っているが、保険で保障する保健サービスではなく、「拡大された医療保健サービス」としての位置づけられている。結果的に各州で遵守すべき長期ケア政策の連邦標準がないことである。これにより、長期ケアは医療保健体系の中で運営されたが、様々なレベルの政府において周辺的な地位を持つようになった(Marier、発表予定)。カナダの医療保健の未来に関連する全体的な議論において長期ケア部門は、連邦政府によってしばしば認められなかった。例えば、主要医療保健委員会や戦略的協議における長期ケアは政策研究の対象ではなかった(Canadian Healthcare Association, 2009)。老人ホーム内のCOVID-19感染の拡散を防ぐための取り組みにおいて多くの問題点が生じると、連邦政府が当該政策分野においてより積極的な役割を果たすべきだという声が高まっている。

連邦体制(framework)がない状況で、すべての州/準州は、様々な長期ケアプログラムとサービスを提供している。これにより、独立的に運営または政府契約で運営されている民間施設、非営利団体、公的施設間の長期ケア受給資格(eligibility)、受給条件(entitlement)及び資金調達等の運営方式がそれぞれ異なっている。例えばブリティッシュコロンビア州老人ホームの病床の68%は民間施設が運営するレジデンスに設けられているのに対し、ケベック州は民間が17%の病床を提供している(Marier, 発表予定)。結果的にカナダ保健法(Canada Health Act)が適用される保健サービスよりも長期ケアにおいて州別の差が大きい。各州の長期ケアシステムの多様性により、医療保健予算支援の増額以外に連邦政府がこの分野に介入することは極めて困難である。

しかし、全ての州で共通して見られる長期ケアのトレンドがある。第一に、訪問介護を拡大しようとする州の戦略にもかかわらず、州政府の支出は主に老人ホームに集中しており、比較的に限られた数の高齢者を対象とする。病院中心のカナダ保健インフラからも分かるように、老人ホームは長期ケアの財政支援における多くの支援を受けている。老人ホームは長期ケアの公的支出の82%を占め、老人ホームの総支出の75%は公共財源で賄われている(Grignon & Spencer, 2018)。これはOECD平均より20%bps高い数値である。長期ケアの公的支出が相対的に低い状況で老人ホームを大々的に強調しているにもかかわらず、カナダは長期ケア療養の病床数がOECD基準よりやや高いレベルである[65歳以上の人口1,000人当たり48.5、OECDは46.2(OECD, 2019)]。その結果いくつかの州の報告書及び委員会は、高齢者の長期ケアニーズを解決する重要サービスが不十分であると何度も指摘しており、また、既存の政府プログラムの目標についても問題を提起している(Marier、発表予定)。

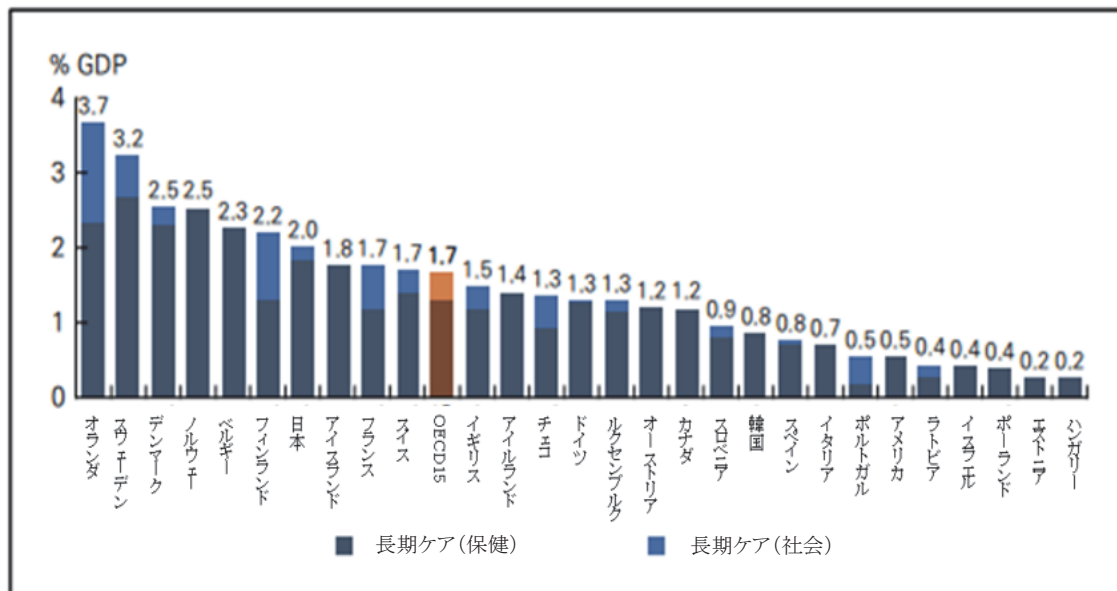
第二に、2008年の経済危機以降、支出削減のための取り組みは、保健医療法(Health Care

Act) が保証する保健サービスより長期ケア分野に集中された。特に、多くの州で保健社会サービス機関の数と領域を拡大し、地域の保健当局の介入範囲を拡大するなど、保健医療機関の集中化が進んだ。このような行政構造により、病院のサービスや専門医療が介入の最前線に位置づけられ、長期ケアを主に担当していた小規模の地域施設は、統合された。

第三に、長期ケアの力量を強化するために民間分野と極一部の非営利団体が提供する長期ケアの開発が推進された。民間介護施設は地域保健当局との契約によって運営され、サービス利用者は老人ホームでの居住費や食費など一部の介護項目に費用を負担すれば利用することができる。民間介護施設は、高齢者が自己負担する別途のサービスを提供する。

その他の先進国の長期ケア政策の取り組みと比較すると、カナダにおける長期ケアの立ち遅れは明白である（図 3-8）。カナダの長期ケア支出は GDP の 1.2% で OECD 平均の 1.7% より低く、オランダやスウェーデンなど先進国に比べて非常に低いレベルである。

[図 3-8] 2015 年政府及び義務保険制度の長期ケア支出(保健及び社会サービス)の GDP 比率



資料：OECD, Health at a Glance, 2017

結果として、カナダの長期ケアサービス提供において地方政府は補助的な役割を果たすが、特にケベック州がそうである。長期ケアサービス提供の主な責任を地方政府が担うスカンジナビア諸国と対比される。

## 2. ケベック州の長期ケア

ケベック州における長期ケアは、個人は適切かつ継続的なサービスを受ける権利があることを明示した保健及び社会サービス法の枠組みに属する。無料訪問介護と老人ホームのサービスがここに含まれる。しかし、法制度、利用可能な公共資源、カナダ保健法 (Canada Health Act) の制約が、この法律の適用範囲を制限する。その結果、長期ケアに対する絶対的権利がなく、家族、国、民間介護施設又は非営利団体に対する法的義務が明確に制度化されていない (Lavoie, 2014, pp. 4-5)。

## 3. ケベック州の老人ホーム

ケベック州の長期ケア政策決定は、保健社会福祉部 (Ministry of Health and Social Services) の責任であり、地域保健当局 (CISSS/CIUSSS) が介護サービス配信の責任を負う<sup>7</sup>。2015年の医療保健構造改革以降、地域保健当局は公共機関として有効な健康保険証を所持した市民に医療保健及び社会福祉サービスを無料で提供する。各地域保健当局は病院、地域保健及び社会福祉センター、リハビリセンター、老人ホーム (CHSLDs) など、様々な保健及び社会福祉サービスを含む特定の地域を担当する。

長期ケアサービスの受給条件 (entitlement) 及びアクセスは、機能自立測定制度 (SMAF: Functional Autonomy Measurement System) を使い、地域保健当局スタッフが行う。自立に深刻な制限がある患者には、公的制度の支援で老人ホームの入所資格が与えられる。2016-17年の資料によると、75歳以上の高齢者の4.4%は、公共ネットワークの老人ホームに居住している (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017)。

ケベック州には、3種類の老人ホーム (CHSLD) がある。最初の二つの形態は、一般的に、公共ネットワークと呼ばれるものである。まず、保健当局が所有および運営する伝統的な公共老人ホームがある。第二に、保健当局との長期契約を結び、老人ホームを運営する民間施設があり、これらは公共分野の老人ホームと同水準のサービスを提供しなければならない (privés conventionnés)。2016-17年データによると、公共ネットワークには37,468があり、そのうち83%は公共老人ホームに、17%は政府契約の民間老人ホームにある。最後に、別途の入所要件を設け、定められた規制に基づいて運営する民間老人ホームがある (priés non-conventionnés)。2016年のデータによると、このような種類の老人ホームは合計3,333の病床を運営している (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017)。

パンデミック以前にもケベック州の老人ホーム運営への懸念が多く、2018年の州選挙の

---

<sup>7</sup> CISSS/CIUSSS は、それぞれ Centre intégré de santé et de services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux の略である。ケベック州には13個のCISSS、9つのCIUSSSがある。

前に保健社会福祉部と地域保健当局の主要人物が会合を開いたこともある。例えば、公的体系に属する州の老人ホームにアクセスするためには待機が必要で、平均 9.9 ヶ月待機しなければならない。その原因の一つは 65 歳以上の人口 1,000 人当たり病床数の減少で、2010-11 年から 2018-19 年まで 17% 以上減少した (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017)。人材不足もケベック州だけでなく、カナダの他の州でもすでに起きている問題である。2018-19 年のデータを基に進められている研究によると、現在老人ホームの職員は患者のニーズと介護の 71% を解決していることが明らかになった (Borgès da Silva, Hébert, Perreault, Bosson-Rieutort, & Blais, 2020)。

#### 4. ケベック州の訪問介護

ケベック州の訪問介護システムは準市場 (Mixed Public Managed Market) の形態をとっている。地域保健当局 (CISSS/CIUSSS) が運営する保健サービスは、看護師、医師、作業療法士 (occupational therapists) など保健医療専門職が提供する。このようなサービスのほとんどは、高齢者の自立支援プログラム (SAPA: Support Program for the Autonomy of Seniors) で運営される。しかし家の掃除、食事の準備などの訪問介護サービスは、社会的 (経済) 企業 (EÉSAD: entreprises d'économie sociale en aide à domicile) にほとんど依存する。これらのモデルを運営しているのはケベック州だけである。EÉSAD は、様々な訪問介護サービスを提供している。これらの訪問介護サービスの拡大を開始した初期の政策の目的は、地域社会サービスセンター (CLCS: Local Community Service Centre) よりも低コストで訪問介護サービスを提供することであった。ケベック州には、100 の EÉSAD がある。まず、これら企業は相当部分を税額控除に依存し、サービスを受ける人が負担する費用を大幅に下げる。しかし、EÉSAD の時間当たりの利用料が増加し、補助金は決まっており、標的人口 (75 歳以上の高齢者) から得られる売上が少なく、訪問介護のアクセスと範囲が徐々に狭まっている。第二に、EÉSAD も地域保健当局との契約に基づき、高齢者自立支援プログラム (SAPA) のサービスの一部を提供する。

研究によると、最近の改革によって急増している需要問題は解決できないまま、サービス供給の再編が行われた (Jetté, Vaillancourt, & Bergeron Gaudin, 2011)。最近、民間介護企業の成長を促す方向に転換している。地域保健当局の契約締結現況を見ると、EÉSAD 代わりに民間介護施設との契約が増加した。

#### 5. 中間保護施設及び家族形態の介護

中間保護施設 (intermediate resource) とは、公共保健機関と連携した専門施設を意味する。入所者は、日常生活の活動や医療指導 (medical oversight) の支援が必要である。全死亡の 5% が発生する中間保護施設に居住するためには、公式アセスメントを受ける必要があり、一般的に老人ホームより柔軟な生活環境が提供される。家族形態の介護 (family-type resource) または委託家庭 (foster home) は、可能な限り自宅で暮らしているように感じさせることが目的で、ある程度自立した個人が対象である。

中間保護施設には約 5,500 床(space)があり、家族形態の介護は約 1,000 人未満の受入れを行い、これは高齢者のための住居福祉において非常に少ない割合を占めている (Séguin, Van Pevenage, & Dauphinais, 2020)。

## 6. シニアレジデンス

シニアレジデンスは、ワンルームから寝室が 1 つ以上のマンションの形まで、さまざまな形式の住居を含んでいる。一般的に食事サービス、24 時間見守り、食堂、共用スペースを提供する。このような形の住居はある程度自立しているが、老人ホームへの入所資格がない高齢者が主に利用する (Séguin et al., 2020)。

カナダ住宅ローン及び住宅公社 (Canadian Mortgage and Housing Corporation) の最近のデータによると、ケベック州で 75 歳以上の高齢者の 18.4%がシニアレジデンスに居住しているが、これは、カナダの他の州の平均 (6.1%) に比べてはるかに高いレベルである。平均家賃は 1 年に 1,788-21,456 カナダドルである (Société canadienne d' hypothèques et de logement, 2019)。補足すると、ケベック州の 75 歳以上の退職者の平均税込の年収は、男女それぞれ 19,000 カナダドル、14,800 カナダドルである (Marier, Carrière, & Purenne, 2020)。これより所得が低い個人の場合、ケベック州で一種の政府補助住宅 (subsidized housing) に居住する高齢者が約 5 万人である (Séguin et al., 2020)。ケベック州において、このような居住形態に依存する人が比較的に多いのは、ケベック州における COVID-19 関連死亡者のうち、シニアレジデンス居住の高齢者の割合が高いことを示している。

長期ケアの他の領域にも公共および非営利団体が参加しているが、シニアレジデンスは例外である。ケベック老人ホームグループ (QSHG: Quebec Seniors' Housing Group) は、ケベック州全域の 10 万戸レジデンスの所有者、管理人、会員 800 人を代弁する。Chartwell, Groupe Maurice のような一部の大型施設を含む民間分野のシニアレジデンス所有・運営施設だけでなく、非営利団体が運営する補助住宅もある。これらは政治的に州で最も影響力のある組織でもある。

## 7. 地域社会の介護

ケベックの保健体制は、当初から関連法律 (1971) の中に社会福祉サービスを統合し、州政府は地域社会サービスセンター (CLSC: Local Community Service Centre) ネットワークを発展させた。地域社会サービスセンター (CLSC) は、地域社会部門において中央公共施設の役割を代弁し、地域社会の介護の玄関口として機能するように設立された。ケベック州では現在、297 の地域社会サービスセンターが運営されている。

長期ケアにおける地域社会サービスセンター (CLSC) は、各地域保健当局において高齢者向けの介護及びサービス提供に重要な役割を果たす。病院や家庭の介護者 (caregiver) とサービス提供機関は、介護サービスへのアクセスのためにアセスメントを要請することができる。ケースマネージャー (case manager) は、主に地域社会サービスセンター内で勤務し、その施設における高齢者のための様々な長期ケアサービスを組織・調整する役割をす

る。アセスメントは地域社会サービスセンター（CLSC）の地域保健当局職員が行う。

予算制約により、地域社会サービスセンター（CLSC）及び他の公共施設が提供するサービスの範囲が特に訪問介護を中心に徐々に縮小されている。その結果、長期ケア分野 CISSS /CIUSSS 領域内での高齢者向けの様々な介護や支援を提供する民間施設が増えてきた。最近の研究によると、地域保健当局体制の設立につながった 2015 年の改革以降の地域保健当局が提供する公共サービスの調整能力は著しく低下した（Hébert, 2017）。これらの研究結果及び地域社会介護主体間の非公式の議論を見ると、公共ネットワークの外部の介護施設との調整は、同レベルであるか、状況がより深刻であると考えられる。

長期ケアに割り当てられた限られた公共資源が老人ホームに集中された結果、ケベック州では、訪問介護サービスの提供に非営利団体が重要な役割を果たしている。近年、政府はこれらのサービスの更なる発展を図るために財政支援を増やした。これには追加的な短期保護施設（respite caresites）の整備と高齢者隔離対応努力の拡大などのための財政支援などが含まれている。最後にインフォーマルな介護者（caregiver）が果たす重要な役割を強調する必要がある。ケベック州におけるインフォーマルな介護者は、高齢者に必要な介護の 80%を提供している（Lavoie, 2014）。ケベック州は現在、介護者のための国家政策づくりの最終段階にある。



### 第3節 COVID-19 関連の高齢者介護の対応

#### 1. COVID-19 関連の国家レベルの対応

##### 1) ケベック州の COVID-19 対応

カナダの各州は COVID-19 の対応において、異なる措置と戦略をとった。政治的にニューブランズウィック州は、州首相(Premier)、保健省長官、社会開発省長官、教育省長官及び3つの野党指導者が参加する「新型コロナウイルス内閣委員会(cabinet committee on novel coronavirus)」を迅速に発足させた。これらの委員会に野党指導者を参加させることは一般的な慣行ではなく、当時の政府の少数的地位を暗示するものであるが、社会的開発省長官の参加は、政府の立場がそうでないことを示している。これらの委員会の設置は、政府省庁下で運営されているケベック州の長期ケアが強力でユニークな方法で制度化されていることを示している。カナダで長期ケアの責任が保健省だけに委託されていない唯一の地域がケベック州である。ケベック州のこのような行動は、一般的に、ウイルス制御対応戦略を州首相、保健省長官、公衆衛生庁長(Public Health Director)主導策定することと対照的である。

カナダ州政府のリーダーシップのグループの構成がケベック州のこのような状況に影響を及ぼしたという分析もある。例えば、カナダでパンデミック発生初期、病院の病床数不足および集中治療室の受入可能病床数の不足が多くに関心を集めた(Woolley, 2020)。ケベック州の対応は、このような恐怖心を解消することを念頭に置き、老人ホームは見落とされたまま、病院と集中治療室(ICU)に集中しすぎたのではないかという批判を受けた(Borgds da Silva, 2020)。実際、初期対応措置の一つは、COVID-19 感染者が発生した老人ホームの入所者の病院への入院を制限したことであった。4月10日、政府は感染症管理のために長期ケア専門家委員会を発足させたが、これは10の保健委員会が設立されてから1ヵ月後のことであった。

老人ホームの感染者の発生を防ぐための最も成功的な介入は、ブリティッシュコロンビア州の決定的かつ迅速な行動に見ることができる。例えば、個人防護具(PPE)の不足を解消するために、機器の追加調達に先制的に対応した。近くの米国 ワシントン州で COVID-19 の感染者と死亡者が老人ホームで発生すると、ブリティッシュコロンビア州はいち早く新しい法律を作り、介護職員が複数の介護施設で働くことを禁止した。これらの法律が介護職員の生計の維持を困難にすることがないように、保健社会福祉省は速やかに介護職員の労働条件を改善するための措置を取った。このような措置は迅速に行われ、50以上の団体協約を調整(harmonization)し、公的施設と民間施設の労働条件を一致させた。これにより、介護士(orderlies)の給与が勤務1時間当たり7カナダドル引き上げられ、25カナダドルになった。

ケベック州は3月13日、カナダで最初に保健非常事態宣言を発令した州である。本報告書の最初の章に明確に述べられているように、ケベック州は COVID-19 感染拡大防止において多くの課題に直面し、特に老人ホームで COVID-19 による死亡者が多く発生した。

ケベック州 COVID-19 の死亡者の約 3 分の 2 は、老人ホームで発生した。カナダの主要専門家で構成された未来長期ケアワーキング・グループ(Working Group on the Future of Long-Term Care)は、 COVID-19 により老人ホームに「運営上の深い亀裂」が現れたと主張した(Estabrooks et al., 2020)。これにより 2020 年春に老人ホームに深刻な危機が発生し、人材を緊急充員する他の手段が使い果たされ、カナダ軍が介入するに至った。

〈表 3-1〉は長期ケア分野におけるケベック州関連の発表及び介入を時系列にまとめたものである。

〈表 3-1〉ケベック州長期ケア対応の時間順序の概要

| 日付              | 行動・イベント  |
|-----------------|--|
| 2020年<br>2月 27日 | ケベック州COVID-19初の感染者発生   |
| 2020年<br>3月 13日 | 公衆衛生緊急事態宣言   |
| 2020年<br>3月 14日 | ・老人ホーム、病院、シニアレジデンスに不要不急な訪問禁止<br>・70歳以上の高齢者は外出を控えることを勧告   |
| 2020年<br>3月 18日 | ケベック州初の COVID-19死亡者が発生   |
| 2020年<br>3月 23日 | ・人道的理由(例:看取り)を除いた介護施設の面会禁止<br>・老人ホーム及びシニアレジデンス居住者の義務隔離<br>・有症状患者、医療従事者、介護施設入所者の検査の優先順位付与   |
| 2020年<br>3月 27日 | モントリオール非常事態宣言  |
| 2020年<br>3月 30日 | ・新たな優先検査基準の適用<br>・COVID-19で打撃を受けた民間介護施設支援のための政府の緊急支援金1億3,300万カナダドル発表。このうち4,000万カナダドルはシニアレジデンス、2,000万カナダドルは公共ネットワーク外部の民間介護施設、7,300万カナダドルは中間保護施設および家族形態の施設支援 |
| 2020年<br>4月 4日  | 公衆衛生庁長、ケベック州全域の地域感染発生を発表   |
| 2020年<br>4月 10日 | ・病院から老人ホームへ患者の全員終了<br>・シニアレジデンス支援のため、病院に医師及び看護師の配置<br>・老人ホームなど長期ケア施設のCOVID-19発生の政府管理を支援するための専門家委員会の設立  |
| 2020年<br>4月 11日 | 優先検査対象者の更新<br>: 介護施設入所者及び職員の感染が確認された場合、迅速に検査実施   |
| 2020年<br>4月 17日 | 社会的経済従事者の賃金引き上げのための1,570万カナダドルの政府支援を発表   |
| 2020年<br>4月 20日 | 一部老人ホームの支援のためのカナダ軍を配置  |
| 2020年<br>5月 6日  | ・シニアレジデンス入居者の外出許可<br>・介護施設、中間保護施設 及び民間レジデンス訪問者の緩和ケア病棟の出入り可能  |
| 2020年<br>5月 7日  | 最前線で働く従事者にボーナス支給。最大月1,000カナダドル   |
| 2020年<br>5月 11日 | 介護者(caregiver)のシニアレジデンス及び中間保護施設に居住する高齢者へのサポート許容  |

| 日付              | 行動・イベント  |
|-----------------|--|
| 2020年<br>5月 15日 | 介護施設の職員全員を対象に検査実施  |
| 2020年<br>6月 18日 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護施設のスタッフ配置状況によって、厳格な条件の下で介護者 (caregiver) の再雇用可能。COVID-19感染者が2人以上の場合、介護者は十分な支援が提供されていることをわきまえなければならない。</li> <li>・感染者が発生していない場合、介護施設入所者の外出許可</li> </ul> |
| 2020年<br>6月 26日 | カナダ軍の任務終了。赤十字社支援の開始  |

資料：ケベック国立公衆衛生研究所 (INSPQ) (ligne du temps)、保健社会福祉省のウェブサイト、カナダ保健情報研究所 (Canadian Institute for Health Information)。

## 2) 政府の措置

### ア. 老人ホーム関連

COVID-19 期間中、介護施設関連の政府政策は政府訓令、政府省庁命令または国立公衆衛生研究所 (INSPQ)<sup>8</sup>のガイドラインに従って施行された。第一に、介護施設の面会は制限され、2020年3月23日に中止された。介護者 (caregiver) は、人道的な事由 (例: 看取り) に限定され、厳格な規定 (例えば、常にマスク着用及び看取りが近い入所者の病室のみ面会可能) を遵守する条件で例外的に面会が認められている。これらの制限による影響を緩和するための方策として、3月介護施設を対象に入所者と介護者が相互連絡を取ることができるように意思疎通手段を設け、患者の家族及び介護者に入所者の健康状態を定期的に知らせるように、彼らとの連絡業務を行う職員を指定するようにした。

第二に、ウイルス感染予防及び拡散防止のために多様な措置を取った。建物の入口や共用スペース等に手洗いができる洗面台の設置や、介護施設の出入りの際の健康をチェックし、県外への外出の際に行き先の報告、また、COVID-19感染者との接触有無を確認した。社会的距離を置くことを遵守し、介護職員が複数の介護施設で勤務しないように、患者をケアする介護士の数も制限した。これらの措置は、感染症の現状に応じて、また、新たに確認される科学的事実によって定期的に調整された。

第三に、①介護施設内のスペース再調整、②入所、③介護及びサービスの知らせを配信④一時短期介護 (respite) 病床、⑤介護施設の全員に関して、パンデミック期間中の一部の慣行を変更するために、5つの一時的な措置が実施された。⑦生活空間をコールドゾーン (cold zone: COVID-19に感染していない入所者) とホットゾーン (hot zone: 検査結果を待っている COVID-19感染の疑いがある入所者や感染者) に区分した。各施設は手本となる慣行を導入

<sup>8</sup> 2020年春のCOVID-19流行期間中、政府の措置は度々更新された。特に、ケベック国立公衆衛生研究所 (INSPQ) の勧告案がその通りである。本節の目的に従い、著者は法令及び長官の命令ではなく、介護施設のCOVID-19発生の初期 (4月7日) と感染が拡大された時期 (5月9日) など、2回発表された長官のガイドラインに基づいた。

し、コールドゾーン入所者の感染防止のためにホットゾーンを別途設定し、専門チームを置くようにした。④老人ホーム入所に関しては、病院やリハビリセンターから施設へ移行する際、できるだけ遅れないように介護施設(または中間保護施設)へのアクセスのための内部のツールを修正した。入所者がコールドゾーンとホットゾーンのどちらに割り当てるべきかを評価するガイドラインも設けられている。⑤介護及びサービスの組織と配信が変わり、介護施設は不要なグループ活動を控え、入所者の居室で食事の提供をするとともに、介護者の入所者衣服の洗濯中止及び禁止、施設内への飲食持込禁止の他、施設で提供しない生活必需品を入所者に渡すことができるように安全なメカニズムを構築した。⑥医療保健ネットワークにおいては、病院など他資源の活用を控えるように一時短期保護形態は認められた。⑦他施設への移行要請が一時中止された。

パンデミック期間中のこれらの初期段階の措置は後に変更された。例えばホットゾーンとコールドゾーンにおける个人防护具(PPE)の着用規定も各保健領域の感染拡大に伴い修正された。広域モンリオール以外の地域の老人ホームの場合、コールドゾーンでは医療用マスクの着用が義務付けられており、入所者に介護を提供する際には(または入所者と物理的距離を置くことで2メートル遵守が困難な場合)医療用マスクと眼の防護具を着用しなければならなかった。ショートステイ(respite stay)制限のような一部の措置は解除された。

第四に、COVID-19の疑いのある患者、検査中の患者そして感染者の治療に対する具体的なガイドライン、検査プロトコルはパンデミック期間別に異なっていた。4月の初め、老人ホーム感染拡大初期には、施設の有症状入所者に対する検査のみ行われた。

このような措置は、パンデミック期間中にさらに悪化した長期ケアの不十分な点を確実に改善できず、COVID-19の感染拡大を防ぐには力不足であった。4月末頃、広域モンリオール地域を中心に多数の老人ホームで感染者が発生した。COVID-19に対する感染予防対策は、集中治療室の受け入れが可能な病床数の確保に集中し、老人ホームの関連対応を計画し、適切な防護具を備えることにおいて遅延をもたらした。従来品質理由や人材不足にこのような戦略的決定が加わり、最悪の事態(perfect storm)を招いた。2020年6月の研究によると、ケベック州老人ホーム COVID-19の感染者の死亡率が42%で最も高い(Hsu et al., 2020)。

## イ. シニアレジデンス関連

公衆衛生庁は高齢者が居住する他の形態のレジデンスに関するガイドラインも設けた。老人ホームと同様に、これらの施設も3月23日から5月6日まで封鎖措置を遵守し、ウイルス感染拡大防止のための厳格な内部プロトコルを施行しなければならなかった。政府は3月30日、シニアレジデンスに4000万カナダドル、中間保護施設および家族形態介護に7300万カナダドルの緊急資金を投入した。

シニアレジデンス、中間保護施設、家族形態介護も人材不足に直面した。人材不足を解消するために、政府は4月2日、当該機関に対し、1時間当たりの賃金4カナダドルの引き上げを支援すると発表した。

## ウ. 訪問介護関連

政治やメディアは主に老人ホームやシニアレジデンスに関心を示した。興味深いことに、訪問介護に関する問題も何度も提起されたが、その目的は老人ホームモデルを回避すべきだという点で強調されたものであった。しかし COVID-19 による制限ではなく、老人ホームのサポートのために人材が動員され、訪問介護サービスも難航した。訪問介護者もパンデミック期間中、8%の緊急手当を受給した。

保健社会福祉省一般ガイドラインには、さまざまなサービス間の人材移動の制限、COVID-19 感染事例及びハイリスク群の専門チームを構成、手術用マスクの着用、不要不急な訪問中止のために訪問介護利用者の健康及び介護のニーズの再アセスメントなどの内容が盛り込まれている<sup>9</sup>。管理者は、訪問介護サービスを受けた高齢者と接触する介護従事者の数を制限するためにサービスの提供を再調整して、特定の生活環境や地理的領域に専門チームを構成しなければならなかった。地域保健当局が政府と契約を結ぶ第 3 者のサービスを一時的に代行することになったことは注目に値する。

7 月の初め、保健社会福祉省は、訪問介護サービスの再開のための段階的計画を準備した<sup>10</sup>。全 4 段階で構成されている。①一時中止や、地域保健当局 S 訪問介護チームの提供していた第 3 者提供サービスの再開、②ホームレスパイトケア (home respite care) などの第 3 者提供のすべてのサービスの再開、③ホームレスパイトケアなど保健社会福祉サービスネットワークが提供するサービスの正常復帰、既存の訪問介護受給者対象の新規サービスの追加及び長期ケアを必要とする新規の高齢者受給者へのサービスの提供を含む、④訪問介護プログラム上のすべての活動の再開。

前述のように、訪問介護は主に社会的経済企業 (EÉSAD) が提供する。EÉSAD 職員に対して金銭的な追加補償はなかったが、政治的な圧力が強まり、4 月中旬政府は老人ホーム勤務者に対して 1 時間当たり 4 カナダドル、訪問介護者には賃金の 8% を追加で提供した (EÉSAD 職員の基本給がより低いにもかかわらず、地域保健当局職員にも同じ 8% の賃上げを提供)。パンデミック期間中、個人防護具の購入や慣行改善のための EÉSAD ネットワーク追加支援はなかった。一部の地域社会機関の COVID-19 への対策を支援するために、4 月中旬に総額 2,000 万カナダドルが支出された。最近、政府は 152 の全国組織と 3,476 の地域組織に COVID-19 による地域社会の資金不足解消を支援するための総額 7,000 万カナダドルの支出を発表した。

---

<sup>9</sup> 関連内容は次のウェブサイト (フランス語) で確認できる。 <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/sad/>

<sup>10</sup> 詳細は次のウェブサイト (フランス語) で確認できる。 <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/plan-de-retour-vers-les-services-usuels-de-soutien-a-domicile/>

## 2. COVID-19 関連の地域資源対応：老人ホームを中心に

老人ホーム関連公衆衛生当局が直面している3つの主要な課題である人材の不足、感染管理防護具へのアクセス、老人ホームのサービス品質について議論する。

### 1) 人材不足

カナダの長期ケア分野における人材の問題は、新しい問題ではない。老人ホーム、訪問介護サービス、シニアレジデンス、これらすべての問題を抱えている。オンブズマン、専門家委員会は、監査局 (Office of the Auditor General) はいずれも老人ホームを含む高齢者介護の資源不足の問題を辛辣に批判している (Marier、発表予定)。ある研究によると、カナダでは抜け落ちや慌ただしい介護活動の割合が非常に高いことが明らかになった (Song, Hoben, Norton, & Estabrooks, 2020)。老人ホームで介護士 (orderlies) や看護師を雇い、人材確保を維持することも難しい。介護の75-80%を提供する介護士の労働条件は劣悪で、仕事中的ケガや病気にかかる確率が非常に高い (Estabrooks, Squires, Carleton, Cummings, & Norton, 2015)。介護人材の85%は女性であり、50%は外国出身である (Estabrooks et al., 2015)。

最近の情報によると、深刻な人材不足による悪循環で介入能力が低下しており、政府が介護従事者の2カ所以上の介護施設での勤務禁止法案を立案できない主な理由でもある。ブリティッシュコロンビア州の感染拡大防止への対応から学べる肯定的な教訓がある。介護士の複数の介護施設での勤務を防ぐことが重要であることは認識しているが、政府はそのような措置を実施することができなかった。また、人材確保を最大化するために、管理者は、一方的に休暇を中止または報告し、臨時職員を採用することができる柔軟に対処できるようにした。

人材不足問題は急速に悪化しており、公共ネットワーク所属の老人ホーム勤務者に対する追加勤務手当 (基本手当の4-8%水準) 支給の効果は微々たるものであった。4月のケベック州首相の一日のメディア記者会見を分析してみると、このような点が明らかになった。人材不足を解消するために、4月8日政府は、医師450人、看護師500人の介護施設の配置を発表した。10日も経たないうちに政府はさらに積極的な措置を断行しなければならなかった。4月14日州首相は、勤務を中止した1200人の介護従事者に現場の復帰をするように、また医療教育を受けた個人は志願し、一般市民は新しく新設されたウェブサイト (Je contribute) に登録し、老人ホーム勤務を申し込むように促した<sup>11</sup>。4月15日、州首相は介護士と看護師など2000人の追加人員が必要であることを明らかにした。4月17日、首相は記者会見で、介護施設に国家的非常事態が発生し、より多くの市民の助けが必要であると述べた。4月20日、州首相は老人ホームに依然として2000人の人材が不足していると述べた。22日には公式的にカナダ首相にカナダ軍 (CAF) 1,000人の人材支援が必要であると訴

---

<sup>11</sup> 相次ぐ人材不足に加え、マスコミは志願した人々に対する後続措置において多くの遅延と意思疎通の問題が頻繁であると報じた。

えた。軍は1,350人の人材をケベック州に動員し、このうち1,050人は25の老人ホームで勤務した<sup>12</sup>。4月23日、州首相は全体の保健ネットワークで9,500人の職員が職場を離れ、このうち4000人がCOVID-19に感染したと発表した。人材不足の問題は5月末から徐々に改善され始めた。

当初長官命令により担当者は、人材派遣会社を通じて人材を補充することができた。広域モンリオール地域で老人ホームの清掃と消毒作業に多くの臨時労働者が雇用された。最近、不明瞭な身分にもかかわらず、難民が最前線で働いているというマスコミ報道もあった。9月末、一部地域保健当局は老人ホームにおける感染が引き続き発生しているにもかかわらず、一部の人材を補充するために、依然として臨時労働者派遣に依存している。

(保健機関間の移動および病院からの転院制限により)老人ホーム入所者の数が一時的に増加し、COVID-19発生当初の防護具不足や慣行上の問題、そして老人ホームでの感染対策が複雑になり、人材不足が悪化した。多くの高齢者が生活する環境、特に老人ホームの現場の厳しさがマスコミに大々的に報道された。現在行われている研究プロジェクトで2月24日から6月15日までモンリオール地域の主要フランス語新聞(La Presse)でこの問題を取り上げた記事が100件を超えたことが確認できた。多くの記事が厳しい環境の中でも黙々と働く介護従事者に関する内容であるが、公共機関に対する諦めと怒りの記事も多かった。一部の記事では、状況があまりにも深刻なのでCOVID-19の症状のある職員の出勤やマスク不足でコーヒーフィルターを活用したマスクを着用するように指示を受けたという内容を報道した(Cox, Dickson, & Marier, 2020)。カナダ軍の5月の報告書に記載されたように、人材不足は介護士に限った問題ではなかった。パンデミックに対応できる医療訓練を受けた人材が介護施設に絶対的に不足しており、これは政府が十分な人的資源を配置していなかったことを示唆している。

パンデミック期間中、介護従事者が介護サービスを中止した理由と動機に対する研究や関連情報はない状況である。しかし、COVID-19感染以外にもいくつかの理由はある。第一に、職場を離れた多くの人々は劣悪な勤務条件、公共機関の準備不足、個人防護具の不足などの理由を挙げた。自分たちの仕事の価値に対する低い認識ももう一つの理由である。第二に、多くの介護従事者は女性、移民、ひとり親または最低賃金で働く非正規雇用労働者である。3月に封鎖令が出された時、多くの介護従事者が家族と一緒に家に泊まること以外に他に選択肢はなかった。このような問題は、労働力の構成と不安を直撃した。第三に、カナダの緊急対応給付金(CERB: Canada Emergency Benefit Response)は、賃金損失分の一部を保存するのに役立ち、非常に柔軟である。州毎に最大500カナダドルまで支援する<sup>13</sup>。最低賃金や最低賃金よりやや高い水準の賃金を受けて老人ホームで働く支援人材にこのよう

---

<sup>12</sup> カナダ軍が発表した報告書は次のウェブサイト(フランス語)で確認できる。[https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes\\_de\\_sante/covid-19/Rapport\\_FAC/Observation\\_FAC\\_CHSLD.pdf?1590587216](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Rapport_FAC/Observation_FAC_CHSLD.pdf?1590587216)

<sup>13</sup> 2019年または2020年に勤労所得5000カナダドル(約454万ウォン)以上の非公式介護者に与えられるカナダ回復介護手当(CRCB: Canada Recovery Caregiving Benefit)がある。月に最大2000カナダドル(約181万ウォン)まで支援する。

な緊急対応給付金（CERB）は実際の賃金所得に匹敵する金額を提供する。第四に、現場の話と過去の老人ホームの経験により、ウイルスとウイルスが保健人材に及ぼす影響の恐れが増幅された。

## 2) 適切な防護具へのアプローチ

比較研究によると、ケベック州と同様に多くの国は病院中心のアプローチをとっているが、これはパンデミック期間中、老人ホーム職員の安全維持の失敗につながった。世界中の多くの介護施設の勤労者が個人防護具（PPE）なしで勤務する結果を招いた（McGilton et al., 2020）。個人防護具の不備や診断能力の不足はケベック州メディアの報道にたびたび登場した。供給の厳格な統制と個人防護具の不足はオンラインフォーラムによく登場した問題で、パンデミック期間中、看護師の管理形態にも多くの非難が続いた（Perron, Dufour, Marcogliese, & Gagnon, 2020）。カナダの他の地域に比べ、ケベック州政府が個人用防護具の確保の努力を怠り、個人防護具支給優先対象選定において老人ホームで働く最前線人材に病院労働者と同等の優先権を付与していないことについて、多くの批判を受けた。

適切な防護具の需給が順調になった後も、手本となる慣行は守られなかった。カナダ軍の報告書は、高い転職率とホットゾーン/コールドゾーンの区分のない管理監督の不備を指摘した。

## 3) 品質

カナダの公共アジェンダで老人ホームの品質の問題が再び浮上した。多くの老人ホームが1970年代に建てられたため老朽化が深刻で、保健福祉部と契約を結んだ個人（without affiliation）老人ホームの品質に関する問題が主な議論の対象であった（privés non-conventionnés）。これらの一部の老人ホームの問題は非常に深刻であった。マスコミに集中報道された老人ホーム（CHSLD）のモントリオール所在のHerronは、4月中旬にCOVID-19が発生した1ヵ月で150人の入所者のうち31人が死亡したという報告の後、現在調査を受けている<sup>14</sup>。このような事件発生後、政府はこのような形式の老人ホームに対して大々的な点検を直ちに実施した。オンブズマン（Protecteur du citoyen）の最近の報告書によると、このような老人ホームは人材不足や転職率の問題がより深刻であった。さらにより複雑な症状を持つ入所者の管理にも苦慮していた（Protecteur du citoyen, 2020, p.135）。ケベック州政府は、老人ホームの近代化及び新しい形の老人ホーム（maison des aînés）の設立という選挙公約を再度推進することを決めた。

高齢者介護においてケベック州より民間部門の依存度が遥かに上回っているオンタリオ州で民間施設に提供するサービスの品質と役割に関する政策の議論がより活発に行われた。カナダ軍はオンタリオにも介入し、非常に批判的な報告書を出した。カナダ医学協会ジャーナル（Canadian Medical Association Journal）が発表した最近の研究によると、オン

---

<sup>14</sup> Tommy Chouinard, Vincent Larouche, and Gabrielle Duchaine. CHSLD Herron: De la grosse négligence, La Presse, 2020年4月12日。



タリオ州老人ホームの民間・公共運営の区分は COVID-19 の発生確率に何の影響も与えなかった。しかし、感染発生 の程度及び死亡入所者数は民間施設で高く、高齢者向け施設の設計標準と施設所有権が主な原因であることを把握した (Stall, Jones, Brown, Rochon, & Costa, 2020)。

長期ケア施設は COVID-19 の危機に見舞われた前例のない範囲と幅の影響により、2020 年 3 月 23 日老人ホームの訪問制限施行以後、介護の質が急速に後退した。感染者が発生した老人ホームの状況が特にそうであった。介護従事者は介護すべき患者の数にプレッシャーを感じ、明確なガイドライン、資源、時間が不足する中、高齢者を放置 (neglect) するという報告が多数あった。4 月末には栄養失調と脱水で苦しむか、さらには死んでいく高齢者に関するマスコミ報道もあった。これにより、人権委員会に陳情と訴訟が相次いだ。

## 第4節 結論

6月18日、政府は漸進的な制限措置の緩和計画に入った。長期ケアもここに含まれている。老人ホーム訪問者の出入り制限は、特定の条件を前提として解除された。新しいガイドラインでは、訪問者と「ヘルプまたは重要なサポートを提供」する介護者(caregiver)を区別している。COVID-19感染者がいない老人ホームは、訪問者と介護者を管理できる十分な人材がいる場合、彼らの出入りを許可し、訪問者は定められた規則を守らなければならない。COVID-19感染者が2人以上である老人ホームは、介護者のみ出入りが可能である。ガイドラインは、保健/長期ケア施設間の移動制限の必要性を強調しているが、老人ホームで介護を行う介護士は、COVID-19の感染者がいない他の施設で（そして一部の感染事例が発生した場合、可能であればコールドゾーンで）活動を再開することができた。美容やレジャーなどの他のサービスも6月26日、COVID-19の感染者がいない老人ホームに限って再開された。

老人ホームの人材不足は依然として主要な課題として残っている。2020年9月現在、人材不足の現状について確認を求める国民からの圧力が強まると、政府は依然として看護師不足の問題があることを認めた。この問題により、政府は5月に有料で短期集中教育を提供する大規模な採用キャンペーンを行い、年俸49,000カナダドル（時給26カナダドル）を約束した。約10,000人の申請者が6月の教育プログラムに登録し、7,000人を超える人材が9月初めに業務を開始した。

政策関係者は、このような取り組みについて、食い違った反応を示した。第一、12週間行われる集中教育プログラムは、介護士が一般的に受ける教育時間の50%に満たないレベルで、教育訓練の質を保証することができない。このように訓練を受けて採用された人材のCOVID-19状況への対応能力に深刻な疑問を抱いた。第二に、約束された時給26カナダドル適用に必要な労働組合との合意がまだ得られていない。老人ホームで働いている従事者に対する補償のような他の複雑な問題も絡んでいる。政府が約束した賃金は看護師の初任給など、より高い職種に属する他の職業群よりも高い水準である。まだ解決されていない事案で、最初の段階で雇われた人々は約束された26カナダドルを受け取っていない。最後にこの政策は老人ホームで働く人と高齢者長期ケアの他の分野で従事する人の間に大きな賃金格差を助長するという事で多くの批判を受けた。多くの専門家はシニアレジデンス、中間保護施設/家族形態介護、社会的経済企業(EÉSAD)の従事者の賃金は最低賃金よりわずかに高い水準であり、COVID-19により多くの人材が現場を離れたと指摘している。-これにより、地域保健当局内で家庭介護から老人ホームへ移行する可能性もある。現在、訪問介護サービスは非常に脆弱な状況である。

政府も公共ネットワークの外部で運営される民間介護施設の品質改善の方向について苦悩している。現在、政府は全ての民間介護機関を公共ネットワークに組み込むことを検討している。どのように、どのような条件で可能であるかはまだ不明である。しかし、老人ホームが介護施設全体の病床の約10%を占めるケベック州において、これは一つの代案にな

り得る。

オンタリオ州は、民間介護施設の役割と重要性から公共ネットワークに組み込むことは多大な費用がかかるため、政府当局が解決することはより困難な状況である。オンタリオ州は介護産業に関わる独立委員会を立ち上げた。

## 結論: 今後の展望

これまでケベックとオンタリオの長期ケアに COVID-19 が与えた影響は前例のないものであり、政策分野での様々な問題に対する認識を転換させた。COVID-19 パンデミックとそれによる悲劇的な結果は意味のある長期ケア改革を成し遂げる契機となるという意味で「集中すべき事案」と判断される (Béland & Marier, 2020)。韓国と似た連邦政府レベルの長期ケア保険プログラム作りへの要求も高まっている。これが州政府の管轄事項であるため、連邦政府が各州との合意を導き出せるかは不明である。州指導者、特にケベック州首相は、現在の多くの問題が過去 25 年間、州政府が保健及び社会支出 (health transfer) を削減した結果であると指摘している。

現在、ケベック州では COVID-19 の管理及び老人ホームの危機に対する調査が進められている。夏の介護士教育により、一部の人材不足は解消されることが見込まれるが、現在の状況に照らしてみると、人材不足がすぐに解消される兆しは見られない。他の長期ケアプログラムやサービスが COVID-19 により打撃を受けたものの、まだ全体的な (systemic) 被害にはつながっていない。今後数ヶ月間、このような状況は変わることもありうる。

---

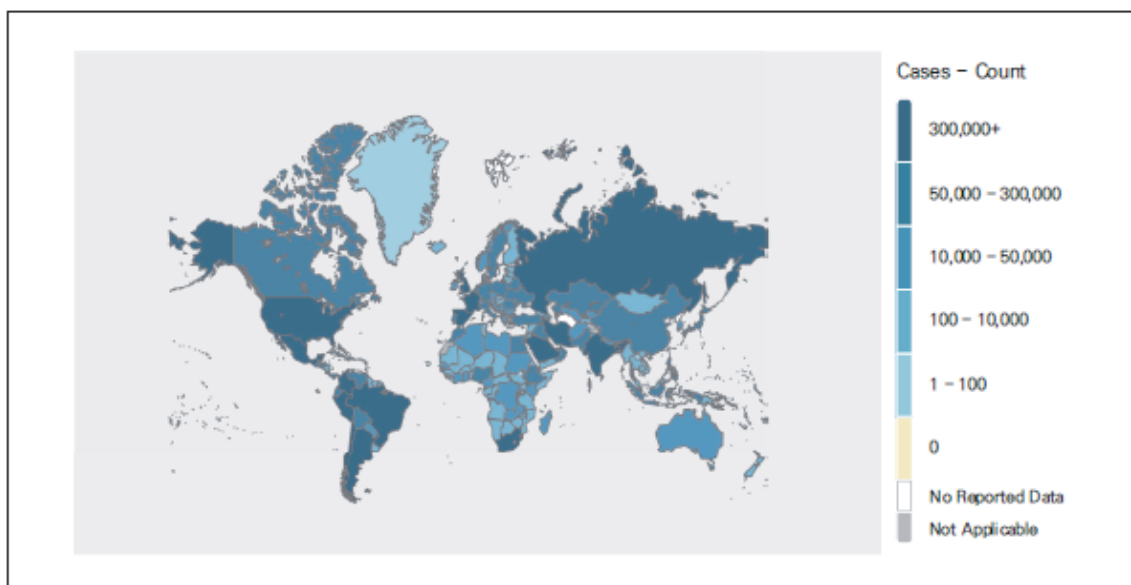
## 第 5 章 アメリカのCOVID-19発生による 高齢者介護分野の問題

---

シン オジン<sup>1</sup>  
訳 尹 一喜

### 第 1 節 序論

[図 5-1] 全世界の COVID-19 発生現況



出典：World Health Organization. (2020). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>

---

<sup>1</sup> University of Illinois at Urbana-Champaign 博士後期課程修了

アメリカにおける COVID-19 感染者数は 6,189,488 人 (2020 年 9 月 7 日基準) 全世界感染者 27,032,617 人の 1/4 以上を占めており、死者数もまた 187,541 人と世界で最も多い状況である。[図 5-1]は COVID-19 感染者が 30 万人以上の国を濃い青色で表しているが、アメリカはインド、ブラジル、ロシアなどととも非常に多くの COVID-19 感染者数を示している。国全体の人口数を反映してみても、アメリカは 100 万人当たり 18,699.21 人で、OECD 加盟国の中で人口数に対する感染者の割合が最も高い(WHO, 2020)。

予測不可能なウイルスの変形と治療薬開発の遅れ等 (Lurie, Saville, Hatchett, & Halton, 2020)、アメリカ内の COVID-19 感染者と死者の数は増え続けており、ウイルス問題の長期化に伴い社会に様々な問題点が生じている。特に、身体的・社会的に最も脆弱な高齢者は、さらに複合的な問題にさらされる状況に置かれることになる。本報告書は、COVID-19 がもたらした高齢者に関する問題を個人、機関、社会レベルで区分して具体的に検討し、将来の対応策を模索することにより、COVID-19 関連高齢者福祉に重要な論点を提示する。

## 第 2 節 COVID-19 による高齢者関連の社会問題

### 1. 個人レベルの問題

個人レベルの問題は COVID-19 によって高齢者が個人レベルで経験する困難を取り上げ、本報告書では精神健康とストレス、麻薬性鎮痛剤の使用増加、高齢の労働者、高齢の受刑者、高齢の移民者、高齢のホームレスなどを重点的に取り上げた。

#### 1) 精神健康とストレス

COVID-19 が長期化するにつれ、持続する社会的距離を置く政策と死亡者が増加する状況で、高齢者は本人の安全と生活に非常に高い不安を経験するようになる。また、高齢者の身体的な脆弱性と制約された社会生活によって社会的孤立感を経験することで、COVID-19 の状況に大きな精神的ストレスを受けることになる (Whitehead, 2020)。高齢者の孤立感と寂しさは、高齢者の精神健康にとって非常に重要な要因であるにもかかわらず、社会的関心を受けられなかった社会問題の一つである (National Academies of Sciences & Medicine, 2020)。高齢者は COVID-19 以前にもすでに社会的ネットワークの喪失、居住環境の変化、交通手段利用の制限などの理由ですでに相当な社会的孤立感と寂しさの危険にさらされており、65 歳以上の高齢者のうち 25%は社会的に孤立しており、寂しさを感じる事が報告されている (National Academies of Sciences & Medicine, 2020)。しかし、COVID-19 以降、高齢者階層は COVID-19 の高い危険度のため、厳格な社会的距離を置く政策が求められており、このような社会的距離を置く政策期間が長期化することで、身体的、精神的健康に問題が生じる可能性が非常に高いとみられる (Morrow-Howell, Galucia, & Swinford, 2020)。

今回の COVID-19 拡散により、一般国民の社会的孤立と孤独に対する社会的関心が増加し、特に老年層の社会的孤立危険と脆弱性に対する関心が高まった。高齢者は社会的距離を置

く政策のために、既存の方式で社会的関係を結んだり、医療サービスを利用することが難しくなり、持続的に利用してきた食事や運動プログラム、社会プログラムなどがすべて制限され、一人でいる時間が長くなり、孤立感と孤独の危険が非常に高くなった。特に老人ホームや集団居住施設で過ごす高齢者の場合、COVID-19 の状況で訪問客が極めて制限され、ほぼすべての集団プログラムが取り消されることで、よりいっそう増幅した社会的孤立感と寂しさにさらされるようになった (Simard & Volicer, 2020)。

## 2) 麻薬性鎮痛剤の使用増加

長期的に社会的距離を置くことによる高齢者の精神的健康とストレスの問題に加え、アメリカでは急速に増加する高齢者の麻薬性鎮痛剤 (opioid) の過剰服用問題も新しい社会問題として浮上している (Vahia et al., 2020)。麻薬性鎮痛剤は COVID-19 以前にも存在する社会問題であったが、社会的距離を置く政策によって多くの人々が自宅で過ごすようになったことで、その深刻さがより高まった (B. Henry et al., 2020)。特に高齢者の多くは基礎疾患として慢性疾患を患っているため、身体的苦痛を和らげるために鎮痛剤を処方してもらって服用するが、麻薬性鎮痛剤は服用期間が経つほど中毒性が強くなるため、持続的な健康診断と診療がとても重要である。しかし、COVID-19 以降、高齢者の定期的な通院が難しくなり、効果的な苦痛緩和治療や薬物中毒治療などを受けることが難しくなり、これによる麻薬性鎮痛剤を服用する高齢者の中毒と治療が重要な社会問題となった (B. Henry et al., 2020)。

最近、アメリカの薬物乱用及び精神健康サービス省 (SAMHSA ; Substance Abuse and Mental Health Services Administration) において、患者が家庭内でメタドン (methadone : 医学的鎮痛剤) を安全に使用できる新たなガイドラインを提供したが (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020)、このような新しい方式は、メタドンの誤用・乱用のリスク、鎮痛剤の過剰服用リスクを緩和するためのもう一つの治療剤 (naloxone) の処方など、様々な副作用が予想される状況である (Haffajee, Cherney, & Smart, 2020)。特に、既存に薬物中毒治療を受けていた高齢者の場合は、オンラインで治療を受ける方法に慣れていないと、既存の薬物中毒プログラムを辞める状況も発生すると予測される (Satre, Hirschtritt, Silverberg, & Sterling, 2020)。

## 3) 高齢の労働者

多くの労働者が COVID-19 で経済的打撃を受けたにもかかわらず、最も脆弱な 65 歳以上の労働者はメディアの注目をほとんど浴びなかった。米労働統計庁によると、COVID-19 以降、アメリカの 65 歳以上の労働者のうち 75% (約 5 万人) は在宅勤務が不可能な職種に就いており、このうち少数は解雇され、大多数は健康に対する危険を感じながら現場勤務をしていると報告された。このような状況は高齢の労働者本人のみならず、本人の勤務によって配偶者や他の家族構成員の健康を脅かす状況に直面することになる。CARES Act (The Coronavirus Aid, Relief and Economic Security) を通じて、高齢者が健康上の理由で職

場を辞めたり休んだりするときに失業保険が受けられるようになったが、依然として現場で働く高齢者のための追加支援と保護システム作りが必要な状況である(Gould, 2020)。

特に、COVID-19 の長期化に伴い、アメリカ経済が大きな打撃を受け、大規模な失業事態が現れ、高齢の労働者にはさらに悪影響を及ぼすこととなった。COVID-19 によるアメリカの失業率は 32.1%で、アメリカの大恐慌期間の失業率を上回り、約 5,000 万人の失業者が発生した(Faria-e-Castro, 2020)。高齢の労働者は自分の仕事を失った後、再就職は非常に難しいのが実情である(Morrow-Howell et al., 2020)。COVID-19 以前の高齢の労働者は遅い引退、転換的引退(部分引退)、再就職など多様な形態で労働市場に長く留まる形態を見せたが、COVID-19 以後、失業した高齢の労働者は所得を得るための方法を個人的なレベルで模索しなければならない状況に直面している(Morrow-Howell et al., 2020)。

#### 4) 高齢の受刑者

アメリカの全体受刑者数は 220 万人程度と予想され、全世界で受刑者数が最も多い。COVID-19 以降のアメリカ国内の収容施設には、COVID-19 の検査装備と保護装備が非常に制限的に提供されており、提供されても関連従事者に優先的に与えられ、受刑者にはほとんど提供されない状況である(Burki, 2020)。特に、アメリカで COVID-19 検査はごく少数の収容施設で実施されており、検査が実施される収容施設はすべて高い COVID-19 発生率を見せている。例えば、アメリカのオハイオ州の収容施設にいる 2,500 人の受刑者のうち 2,000 人が COVID-19 陽性反応を示したことが明らかになった(Burki, 2020)。収容施設は、多くの人が狭い空間で生活しながらウイルスを容易に移すことができ、受刑者が確認されても空間上の制約から別に隔離空間を設けることが難しく、COVID-19 拡散の危険性が非常に高い状況である(Vieira, Franco, Restrepo, & Abel, 2020)。

収容施設にいる 55 歳以上の受刑者の多数は心臓病、肺疾患などの慢性疾患を患っており、受刑者の健康状態は一般人の同一年齢集団より慢性疾患の有病率が高いことが明らかになっている(Maruschak, Berzofsky, & Unangst, 2015)。特に適切な治療施設と連携している収容施設は極めて少数であり、連携していても治療を必要とする受刑者が多いため、治療待機期間が非常に長い。また、治療費用も受刑者の追加費用が必要な場合があり、高齢者は収容施設にいる間、適切な治療を受けることがほとんど不可能であると考えられる(Hawks, Woolhandler, & McCormick, 2020)。このような状況の中で、高齢の受刑者は基礎疾患と COVID-19 の感染リスクに同時にさらされており、治療を受けにくい状況まで重なり、複合的に困難を経験しているが、適切な支援を受けていない状況である。

#### 5) 高齢の移民者

アメリカ国内の移民者は COVID-19 のパンデミック以前にも追放の恐れのため医療サービスを受けることを恐れて過ごしており、政府が合法的居住者に対する COVID-19 の予防医療サービスと治療サービスを提供しているにもかかわらず、移民者の大多数が利用できずにいる(Rothman, Gunturu, & Korenis, 2020)。また、多くの移民者はアメリカの医療サー



ビスを利用するために必要なかかりつけ医がおらず、健康上の問題が生じた場合、COVID-19 感染の危険性が高い救急サービス施設を利用しなければならないため、高齢の移民者であればより深刻な COVID-19 の感染リスクにさらされるようになる (Page, Venkataramani, Beyrer, & Polk, 2020)。

特に、アメリカ国内の低賃金移民労働者は、経済的、身体的に非常に危険な環境にさらされているにもかかわらず、移民者という身分のため、大部分の連邦政府と州政府の COVID-19 関連のサービスを受けられていない。COVID-19 パンデミックにおいてアメリカの多くの低賃金移民労働者は、適切な個人防護具なしに現場で働いており、彼らと一緒に暮らす高齢の移民者の健康を脅かす要因となる。いくつかの州政府は、独自の財政で COVID-19 関連サービスを移民者にまで拡大して適用しているが (例：カリフォルニア州、ニューヨーク州、ワシントン州など)、依然として大多数の州では移民者のためのサービスを実行していないか、最小限の範囲で支援しているため (McTarnaghan, Bernstein, Vilter, & OKoli, 2020)、同居する高齢の移民者も同時に COVID-19 関連の危険にさらされている。

また、既存の研究によると、特にラテン系の高齢移民者は他の高齢者集団に比べて身体的にも脆弱であると同時に、経済的にも少ない数の COVID-19 関連の支援サービスを利用していると報告されている (Calvo, 2020)。COVID-19 によって移民者階層に発生する経済的、身体的不平等を最小化し、世代間 COVID-19 感染の危険を最小化するため移民者を含むより広範囲な COVID-19 関連政策の準備と普及が急がれる。

## 6) 高齢のホームレス

アメリカでは1日で約 56 万 8,000 人がホームレス生活をしており、そのうち 63%ほどがホームレスのためのシェルターを利用していると報告されている (Henry, Watt, Mahathey, Ouellette, & Sitler, 2020)。アメリカのホームレスは単にホームレスの問題ではなく、精神健康と薬物中毒などの複合的な問題を併せ持っている状況であるため、これに対する複合的なアプローチが必要である (Rothman et al., 2020)。特に、高齢のホームレスは高齢で身体的脆弱性まで加わるため、助けが必要であるにもかかわらず、適切な保護を受けることができずにいる。

多くのホームレスはシェルターで過ごすことになるが、ホームレスのためのシェルターでは空間上の制約から社会的距離を置くことができず、ホームレスが互いに狭い一つの空間で過ごしなが互いに COVID-19 ウイルスを感染させることも考えられる。例えば、サンフランシスコのあるホームレスのシェルターで COVID-19 検査を実施した結果、ホームレスの 67%と 16%の職員が陽性反応を見せた (Imbert et al., 2020)。また、ホームレスの移動経路の追跡はほとんど不可能であるため、これによる地域病院と地域環境にウイルス感染が生じる可能性があり、積極的な対処策を講じる必要がある (Rothman et al., 2020)。

## 2. 介護者及びサービス機関レベルの問題

高齢者にケアを提供する介護者 (caregiver) 及びサービス機関レベルの問題とは、高齢者

が直接経験する困難ではなく、高齢者をケア・保護する中間体系で経験する COVID-19 による困難を意味する。本文では、介護者と高齢者向けのサービス機関に従事する者が経験する困難を重点的に記述する。

### 1) 介護者の増えた負担と精神健康

長期化した COVID-19 により、介護者たちの精神健康も悪影響を受けている。アメリカ国内には、4,700 万人以上の介護者が疾病または障害を持つ家族や友人の世話をしていると報告されている (National Alliance on Caregiving, 2020)。COVID-19 パンデミック以前の研究でも、介護者は介護者ではない集団に比べて高い抑うつと不安状態を示し、慢性ストレスを経験する割合が高いことが明らかになっている (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014; Schulz & Sherwood, 2008)。しかし、COVID-19 以降に介護者たちは COVID-19 によって感じる心理的不安感まで加わり、より多くのストレスを経験するようになった。例えば、Park (2020) によると介護者でない人に比べて短期 (short-term) 長期 (long-term) 介護者は COVID-19 によって身体の健康がより悪化し、特に長期介護者の過去 7 日間の頭痛、慢性疲労、腹痛などの身体症状経験の割合は介護者でない人に比べて 60% 以上高かった。特に、長期介護者の場合は、ケアする高齢者の健康状態が比較的により脆弱な場合が多く、より多くの肉体労働が必要であるが、COVID-19 パンデミック以降は介護者の心の負担まで上乗せされ、ストレスと精神健康が脅かされている状況である。

### 2) 高齢者向けのサービス機関の従事者の不足

アメリカの地域老人福祉機関 (Area Agencies on Aging) は地域社会の多様な精神健康機関と社会的サービス提供機関と協力し、地域社会に居住する高齢者のための複合的なサービスを支援している。COVID-19 パンデミック以前の地域社会老人サービスは、ほとんど引退したボランティアの協力の下運営されてきたが、COVID-19 発生後、高齢のボランティアがサービスを提供できなくなり、人手が急に足りなくなった状況である (Kaiser Family Foundation, 2020a)。例えば、高齢者に提供する食事配達サービスは高齢者ボランティアによって運営されるが、COVID-19 によって高齢者ボランティアも外出を制限されるようになり、食事の配達サービスがまともに行われず、低所得層の高齢者は必要な栄養分を提供してもらうのに困難を訴えている。特に慢性疾患のある高齢者であれば、急な食事の変更は合併症など他の健康問題をもたらすことがあるため、この問題に対する特別な注意が求められる (Goger, 2020)。

アメリカでは 230 万人の高齢者関連労働者が家庭と地域社会基盤の現場で高齢者の日常を援助していると報告された (Campbell, 2018)。彼らは高齢者の治療を援助し、身体症状をチェックし、心理的な部分までサポートすることで、日常生活に制約のある高齢者の生活においてなくてはならない重要な部分を占める (Sterling & Shaw, 2019)。しかし、COVID-19 によって高齢者たちの身体と精神健康が相当脅威を受けようになり、高齢の対象者に対する福祉サービスの必要性が急激に増えた。COVID-19 パンデミック以降の業務形

態はオンラインに変わり、既存のサービス提供システムは多くの修正を要するようになり、これを遂行できる人材が非常に不足するようになった。それだけでなく、既存の労働者も対面業務に対する恐怖心から職場を辞め(Kwiatkowski&Nadolny, 2020)、長期的に高齢対象者にサービスを提供するための機関従事者の確保が重要な問題となった。各機関では引き続き新しい職員とボランティアを募集しているが、COVID-19 パンデミック以降変化した福祉サービス形態と増加した事例数をより効果的に対処するためには新しい財政支援と在宅サービス職員の安全を確保するための追加的な支援システムが必要である(Kaiser Family Foundation, 2020a)。

### 3. 社会レベルの問題

社会レベルの問題は高齢者と関連した社会問題を引き起こし、短期的な視点から見れば高齢者に直接的な影響は大きく与えないが、長期的な観点から見れば高齢者の暮らしの質に深刻な影響を及ぼし得る潜在的な要因を含む。本報告書では、高齢者差別と社会的格差の増加について取り上げる。

#### 1) 高齢者差別

既存社会に存在していた高齢者差別 (Ageism) 現象は COVID-19 によってさらに深刻になり、高齢者に対する暴力と嫌悪など、社会問題として浮上している。WHO によると、高齢者差別は「年齢による人々に対する固定観念、偏見および差別」と定義され(WHO, n. d.)、既存の研究によると高齢者差別の経験は健康に非常に否定的な影響を与えることが明らかになっている(Changetal., 2020)。研究によると、アメリカは年齢による差別により、年間、財貨とサービス生産から約 850 億円 (\$850billion) の損失があり (AARP, 2020)、年齢差別により約 63 億円 (\$63billion) の医療費用が追加で損失されている (Levy, Slade, Chang, Kannoht, &Wang, 2020)。また、他の研究でも年齢差別が個人の全般的な健康に否定的な影響を及ぼし、労働市場への参加にも大きな壁として作用していると報告した(Gonzales, Lee, & Marchiondo, 2019; Morrow-Howell &Gonzales, 2020)。

このような高齢者差別現象は、COVID-19 によってさらに深刻化している。高齢者集団だけ COVID-19 が生じるわけではないにもかかわらず、COVID-19 によって高齢者に対する関心と価値が低下するようになり、特定病院では COVID-19 関連治療及び緩和プロトコルにおいて子供と青少年に優先的に用意される一方、高齢者対策は比較的遅れて用意され (Morrow-Howell et al., 2020) るなど、増える COVID-19 患者を限られた医療資源で治療するために年齢を基準に患者を区分して治療することもある。(Arrow-al, 2020)。また、COVID-19 と関連して、COVID-19 関連高齢者の死亡は他の年齢集団の死亡に比べて重要でないように報道する場合もしばしばあった(Haffower, 2020)。高齢者差別が深刻化していることから、高齢者は自分の存在について次第に否定的に認識するようになり、自分の人生に対して懐疑的になり、COVID-19 によって生じた高齢者の身体的、社会的脆弱性とあいまって、精神的健康を脅かしている(Brooke & Jackson, 2020)。このほかにも、COVID-19 パンデミック

後の深刻化した世代間対立や高齢者への差別は、若い世代らが頻繁に使うソーシャルメディアの COVID-19 関連掲示物に使われている「#BoomerRemover (ベビーブーム世代の高齢者の除去)」というハッシュタグにも現れている。このようなハッシュタグは、若い世代の間で高齢者集団の価値を卑下し、差別する道具として使われている (Sparks, 2020)。

また、介護施設でももう一つの形の高齢者差別が現われている。COVID-19 により家族と部外者の訪問が制限され、介護施設の職員数が減少し、高齢者を対象とした言語的、身体的、精神的暴力等が頻繁に起きていると報告されている。高齢者差別は高齢者虐待と密接に関連している第一的要素であるという事実を考慮すると、今後、高齢者差別による高齢者虐待が増加することが予想される (Han & Mosqueda, 2020)。

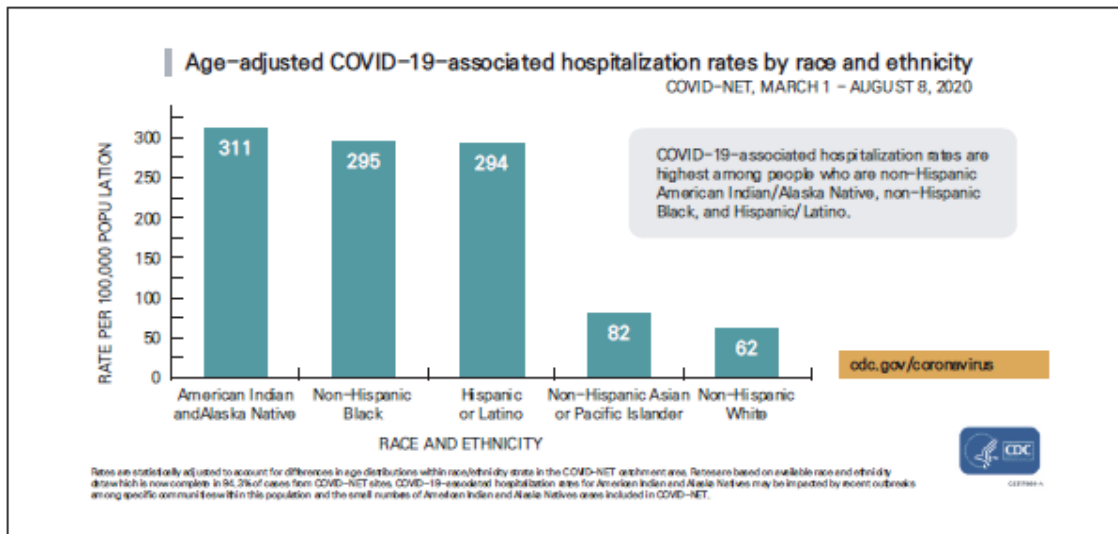
## 2) 社会的格差の深刻化

国連の報告書によると、COVID-19 の発生と拡散は既存の社会的、経済的、そして医療格差をさらに助長しており、弱者階層の COVID-19 関連被害と生活の質の格差は日を増すことに深刻化している (United Nations, 2020)。ここでは人種、地域格差に焦点を当ててみよう。

### ア. 人種間の格差

パンデミック以降、COVID-19 による黒人死亡率は全人口の平均死亡率と比べて非常に高い水準である (van Dorn, Cooney, & Sabin, 2020)。例えばデトロイトは、人口の 80%が黒人で構成されている地域であるが、ミシガン州で最も高い COVID-19 の発症率となっており、ミシガン州全体の COVID-19 の死亡率の 40%を占める。また、人口の 30%が黒人で構成されたシカゴの場合、シカゴ全体の COVID-19 の発生者の 70%が黒人であり、COVID-19 の黒人死亡者はイリノイ州全体の半分を占めると報告された (Evelyn, 2020)。また CDC の資料によると、COVID-19 関連病院の入院はアメリカンインディアンとアラスカ原住民が 100,000 人当たり 311 人、黒人が 295 人、ヒスパニックが 294 人、アジア人が 82 人で、白人 62 人に比べて有色人種が非常に脆弱であることが明らかになった (CDC, 2020a)。

[図 5-2] 人種別の COVID-19 発生現況



出典：CDC (2020a). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization Surveillance Network (COVID-NET).

このような有色人種の健康不平等と関連した要因は、人種と関連した差別、医療サービスの低さ、教育・所得格差などによる(CDC, 2020b)。アメリカ国内の少数人種の高齢者人口 (racialethnic minority population) は、2018 年の 1,230 万人 (高齢者人口の 23%) から、2040 年には高齢者人口の 34%に増加が見込まれるが、この増加率から見て、今後人種格差はさらに深刻化すると予想される (Administration for Community Living, 2020)。

特に COVID-19 予防に関して、継続的に地域の事例数の現状だけでなく、生活安全勧告事項をモニタリングすることが極めて重要である (Nania, 2020) が、有色人種高齢者の場合、比較的社会的ネットワークが狭く、地域の主流社会から排除され、情報へのアクセスに限界がある場合が多いと報告されている。このような有色人種高齢者の情報アクセスの脆弱性と利用可能資源の不足は、有色人種高齢者の身体的・精神的健康に直接的な危険を与える可能性があると考えられる (Gauthier, Smith, García, Garcia, & Thomas, 2020)。

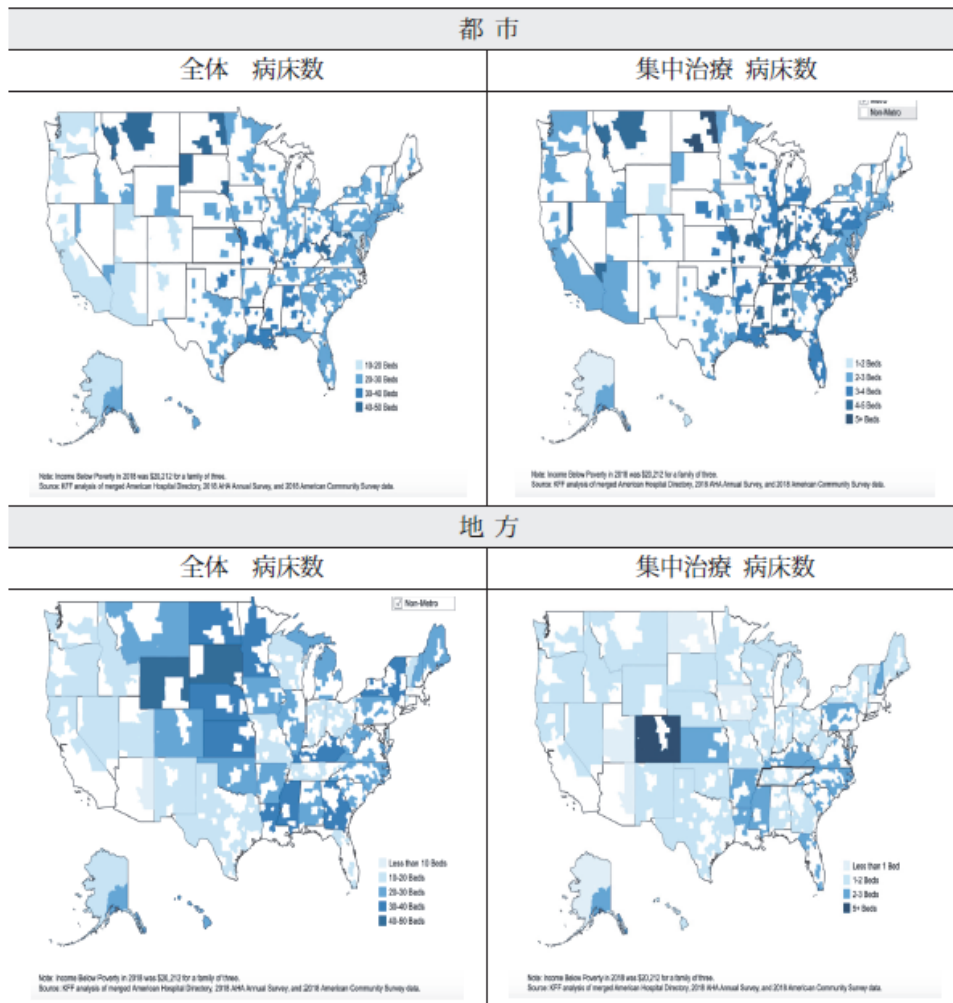
#### イ. 地域間格差

アメリカの農漁村地域に住む人々は COVID-19 と関連して特殊な状況に置かれている。農漁村地域は、都市地域に比べて経済的または医療的資源が比較的不足しているため、地方の高齢者は限られた医療サービスを受けざるを得ない。また、オンライン接続も制約を受けることがあり、農漁村地域に住む高齢者は寂しさ、孤立感などのリスクにより多くさらされるようになる。これも医療施設とオンラインサービスインフラの不足等により、適切なサービスを十分に受けることが困難である (Henning-Smith, 2020)。例えば、[図 5-3]に見られるように、都市には地方の 10 倍を超える集中治療病床 (ICU: Intensive Care Units) があり、平均的に地方には 10,000 人当たり 1.7 床の ICU があるのに対し、都市には 2.8

床が配置されている (Orgera et al., 2020)。

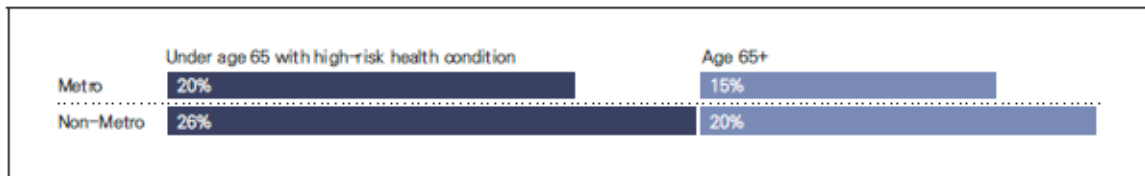
また、カイザー家族財団(Kaiser Family Foundation)の分析によると(図 5-4)、農漁村地域に居住する 65 歳以上の高齢者の場合、都市地域の高齢者に比べ平均年齢が高く、より多くの人口が基礎疾患を持っていることが分かった。農漁村地域に住む高齢者は、身体的脆弱性の危険性とともな病院施設の不足問題でさらに複合的に困難にさらされている (Orgera et al., 2020)。

[図 5-3]都市、地方の医療システム比較



出典 : Orgera, K., McDermott, D., Twitter, M., Claxton, G., Koma, W., & Twitter, C. (2020). Urban and rural differences in coronavirus pandemic preparedness.

[図 5-4] 地域別ハイリスク健康状態人口比較表



出典：KFF analysis of 2018 Behavioral Risk Factor Surveillance System and 2018 American Community Survey. Retrieved from <https://www.healthsystemtracker.org/brief/urban-and-rural-differences-in-coronavirus-pandemic-preparedness/>

### 第3節 COVID-19 関連の対応策

アメリカにおいて増加を続ける高齢者患者数と死亡率に対応するために、複数の機関では将来の対応策を発表している。本節では COVID-19 と関連した社会問題に対応するためにアメリカの学者と主要研究所および高齢者関連機関が発表した詳細な対応策と総合的な対応策に分けてみることで、アメリカ国内の対応策に対する主要内容を明らかにする。

#### 1. COVID-19 関連の詳細な対応策

本文では、前述した個人、機関、社会レベルの問題点について、アメリカ学界と政府機関が発表した高齢者関連の取組を詳細にまとめることにより、今後 COVID-19 関連高齢者問題への対応に必要な社会サービス政策やプログラム作りのための知見を得る。

##### 1) 個人レベルの問題への対応策

高齢者の孤独感と社会的孤立問題の深刻さが次第に明らかとなり、このような問題を解決するための様々な方法が多面的に模索されている (Span, 2020)。COVID-19 によって社会的に距離を置く政策が施行されている状況なので、オンラインで提供されるサービスをより積極的に広報して高齢者が参加できるように地域社会で支援しなければならないだろう。例えば、アメリカでは介護施設に居住する高齢者や地域サービスプログラムを利用してきた高齢者に手紙やカードを送り、オンライン上で相談や社会的交流サービスを広報することで、個人の寂しさを軽減するために取り組んでいる (Swinford, Galucia, & Morrow-Howell, 2020)。高齢者の情緒面は身体健康と密接に関連しているだけでなく、表面的にはあまり表れないため、社会福祉士は高齢の対象者と継続的で定期的なオンライン相談や電話相談を利用して必要なサービスを持続的に提供する案を至急準備しなければならない。もし、予定されていたミーティングに高齢の対象者が予告なく参加しなかったり、後続措置を取るなどの方策を考慮し、高齢者が社会セーフティネットから抜け落ちないように積極的に介入する努力が必要である。

その他にも、新しい技術をいち早く取り入れ、様々な方式の非対面社会活動、あるいは医療支援活動などを速やかに導入することが必要である。マクロ的なレベルでは、様々な

団体が問題意識を共有し、拡散させているが、例えばアメリカの連邦及び州政府 100 団体からなる National Coalition on Mental Health and Aging (NCMHA) では、「社会的孤立感と寂しさを終わらせるための連帯 (Coalition to End Social Isolation & Loneliness)」を結成し、高齢者の孤独や孤立の危険性に関するキャンペーン、ポッドキャスト、研究資料の共有や擁護活動を続けている (National Council on Aging, 2020)。また、今後は高齢者の寂しさや社会的孤立感を迅速かつ正確に診断できる道具を開発し、適切に使用しなければならない、パンデミック状況の中でも高齢者の精神的健康を助ける効果的なオンラインプログラムが開発され、研究されなければならない (Berg-Weger & Morley, 2020)。

特に高齢の労働者の安全確保が非常に重要な事項となっている。従来 of 労働環境と労働政策では、高齢者が勤務先で長期間働くことが会社と若い労働者にとって負担になる場合が多かったが (Marchiondo, Gonzales, & Williams, 2017)、このような状況は COVID-19 パンデミック以降より悪化した。高齢の労働者が経験する年齢差別問題をより積極的に解消するために、これからは高齢の労働者を安全を確保した労働環境と政策の見直し、社会的レベルで同時に進められなければならない (Morrow-Howell et al., 2020)。

## 2) 高齢者にケアを提供する介護者 (caregiver) / サービス機関レベルの問題対応案

前例のない長期間のパンデミックにより、高齢者向けのサービスの形態がオンラインに変わり、高齢者サービス関係者も多く of 負担と困難を経験している。アメリカ国内 of 多数の高齢者関連従事者は低賃金で長時間労働が条件にあり、そのため、従事者は高い離職率を示し、高齢者サービス機関は人手不足に陥っている。高齢者にケアを提供する介護者 (caregiver) とサービス従事者のためにサービス提供に必要な訓練と教育などを支援し、個人防護具を持継続的に支援することで身の安全を確保する環境を提供しなければならない (Guerrero, Avgar, Phillips, & Sterling, 2020)。

また、高齢者関連サービス従事者が適切な補償を受けられる支援政策を設けなければならない。例えば、有給病気休暇、健康保険、引退補償金の支援など最小限の支援政策を確保することにより、高齢者サービス従事者が仕事に対する満足度を高め、バーンアウトを予防する方策が考えられる (Guerrero et al., 2020)。COVID-19 に関連して増加した高齢者問題に適切に対応するため、高齢者関連サービス従事者を増員する方策も考えられる。様々な専門職 (医師、看護師、心理学者、社会福祉士、保健師など) を雇用し、高齢者関連 of サービス人材不足を解決する方策を考慮すべきである (Morrow-Howell et al., 2020)。

## 3) 社会レベルの問題への対応策

老人差別を緩和するためには、COVID-19 の脆弱集団を定義する時、年齢による区分よりは、患者 of 慢性疾患の有無など、他の要因を積極的に考慮する必要がある (Ayalon et al., 2020)。また、何よりも社会全般において、高齢者集団 of 過度な一般化を避け、個々人としてみる努力が必要である (World Health Organization, 2020)。このような高齢者差別とともに、オンラインで高齢者を対象にした各種詐欺が流行しているが、これを解決するた



めにインターネット詐欺に関する広告と予防教育を拡大実施し、これに対する公共の深刻性を認知できるようにしなければならない。また、高齢者が経験する差別、詐欺問題を直ちに点検して介入する国家的な電話システム(helpline)を設けることも考えられる(World Health Organization, 2020)。

## 2. COVID-19 関連の総合的な対応策

アメリカの政策研究所や高齢者関連機関などが、高齢者関連問題に多様な対応策を発表している。本報告書には代表的な国家政策と高齢者関連専門機関 2 カ所が発表した対応策を考察した。

アメリカにおいて、社会的・国際的問題に関する政策に関する研究を行う非営利機関であるブルッキングス研究所が最近発表した対応策は以下の通りである(Goger, 2020)。ブルッキングス研究所は公共政策問題に関する研究および分析、対応策作りなどの業務を行うが、300人以上の政府と学界の専門家で構成されている(Brookings, 2020)。

<表 5-1>ブルッキングス研究所が発表したコロナ 19 関連の長短期対応案

| 短期計画  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者向けフードバンクサービスを家庭配達システムに転換させる。</li> <li>・パンデミックの間、電気、暖房、水などのユーティリティサービスの中断を予防する。</li> <li>・高齢者のための食料支援と緊急支援プログラムに関するキャンペーンプログラムを開始する。</li> <li>・緊急 SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program)の受給者と食の支援のための他のセーフティネットプログラムの受給者に対する財政を増やす。</li> <li>・米農務省(USDA)のパイロットプログラムで実施中の SNAP 受給者のオンライン飲食購入と配達サービスをアメリカ全域に拡大する。</li> <li>・遠隔医療(telemedicine)の提供システムを拡張させ、遠隔医療サービスを提供する。これらのサービスについて、デジタルサービスの利用が困難な階層に対して(low-digital-literacy)広報することにより、COVID-19による病院費負担を軽減できるようにする。</li> </ul> |
| 長期計画  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・物理的に移動が困難な階層のための安価な(または無料)スーパーマーケット配送システムを構築する。</li> <li>・補充栄養支援プログラム(SNAP)の受給範囲を拡大する。</li> <li>・貧困層のためのブロードバンドサービスや安価なインターネット利用価格を提供しバーチャルツールを通じて個人の基本的欲求を満たす方法を広報し、デジタル技術教育を提供する。</li> <li>・高齢者の必須栄養素摂取のための健康に良い冷凍食品の支給を考慮する。</li> <li>・情報システムとプログラム統合のための財政を追加的に設け、様々なサービスを同時に簡単に支援できる仕組みを構築する。</li> <li>・高齢者がより便利に使えるアプリ(例: GetCalFresh102)<sup>2)</sup>を全国的に拡大し、電話によるサポートサービスを提供できる職員を追加的に雇用する。</li> </ul>   |

<sup>2)</sup> CalFresh is California's food stamps (SNAP) program. Apply to get up to \$194 a month per household member on an EBT card.

また、アメリカ高齢層関連従事者のリーダーシップ増進と情報提供を目的とする American Society on Aging では、COVID-19 から高齢者を保護するための未来対応策を以下のように提示した(Ayalonet al., 2020)。American Society on Aging は高齢者に関する国家レベルの専門教育とオンライン教育、訓練資料を提供する(American Society on Aging, 2020)。

<表 5-2> American Society on Aging が発表した COVID-19 関連の対応策

- 高齢者のCOVID-19関連サービス申請手続きを簡素化し、健康スクリーニングと保護サービスアクセスを向上させる。
- 遠隔医療のオプションを拡大し、より包括的な（COVID-19以外の部分までも）サービスを提供し、地域機関は高齢者のためにコンピュータと必要な技術を支援する。
- 家族構成員のケアにおいて、様々な責任が加重された家族介護者のためのサービスを提供する。(例:家族介護者の休息期間提供)。
- 政策立案者は連邦政府のCOVID-19関補助財政のうち\$8.3billion 社会的孤立問題を解決するためのサービスを提供しなければならない。例えば、高齢者の食事配達プログラム（Meals on Wheels programs）を単に食べ物だけを配達するのではなく、高齢者との対面相互交流のためのサービス窓口として使用し、規則的な電話またはコンピュータの随時点検（check-ins）サービスを通じて高齢者が一人で孤立し、より深刻な状況にならないように予防する。
- 州政府と各地域の健康機関は、地域の高齢者の健康を最適化するため、高齢者の健康とウェルビーイングを直接支援する役割を果たす人々のリストを確認する。このような過程は連邦政府の補助金と議会の支援によって施行でき、長期的に見て高齢者の健康を促進するためのシステムと高齢者にやさしい公共健康プログラム（age-friendly public health programs）の構築に寄与すると考える。

この他にも、アメリカ老年学会（GSA）では、COVID-19 タスクフォースチームを構成し、高齢者に有用な情報を提供するための努力を続けている。例えば、COVID-19 意思決定ページ（GSA\_Decision\_Aid）<sup>3</sup> を作って、高齢者が外部活動を必ずしなければならない状況なのかについて、自ら点検して意思決定する質問紙を作って共有している。他にもアメリカの高齢者保護のために老人学会のホームページに最新情報および研究資料を迅速にアップデートし、COVID-19 危機対処関連教育および利用可能なサービス情報を継続的に提供することで、高齢者の保護と健康増進のため先駆けて取り組んでいる。

<sup>3</sup> [https://www.geron.org/images/gsa/documents/GSA\\_Decision\\_Aid.pdf](https://www.geron.org/images/gsa/documents/GSA_Decision_Aid.pdf)

## 第4節 結論

以上アメリカの高齢者たちの COVID-19 による困難を個人、機関、社会的レベルで検討し、国が検討している未来対策案について述べた。COVID-19 による困難は高齢者の生活全般を脅かし、多くの変化をもたらした。他の年齢層に比べ（児童または若年層）、新たな変化に適応するのに時間を必要とし、より多くの支援システムが必要であるにもかかわらず、高齢者に対する支援システムはまだそのようなニーズを適切に対応することが困難であると考えられる。

これまでは直接 COVID-19 の大きな影響を受けた高齢者のための包括的な対策を優先してきたとすれば、これからの未来の対応策は高齢者の多様な状況を考慮した案を講じなければならないだろう。特に、相対的に弱者階層に属する高齢の移民者、高齢の受刑者に対する社会的関心と支援システムが必要である。高齢の労働者は COVID-19 によって、不本意ながら引退する可能性が非常に高い。しかし、予測できなかった引退は経済的な打撃とどまらず、生活全般の質に否定的な影響を及ぼすため、これに対する根本的かつ長期的な社会的対策を講じなければならない。

高齢者に直接サービスを提供する介護者 (caregiver) と高齢者向け機関の従事者の場合、待遇改善と権益向上案を直ちに用意することで、増えた業務や身体的・情緒的リスクなどによって生じる従事者のバーンアウトと転職を防がなければならない。例えば、COVID-19 によって急激に増えた失業率と高齢者の増加したサービスのニーズを同時に介入できる方策も考えられる。何よりも、ますます増加する高齢者差別と社会的格差に対する社会的警戒心を高め、軽減を図るための対応策を国のレベルで継続的に講じることで、社会における生活の多様性と尊厳が保障されるように取り組まなければならない。



---

## 第 6 章 アメリカにおけるCOVID-19の 発生状況と高齢者介護分野の対応

---

パク ソジョン<sup>1</sup>

訳 任 貞美

アメリカにおけるCOVID-19の発生状況と高齢者関連政策を具体的に調べるため、本報告書はまずアメリカのCOVID-19の発生状況を把握し、アメリカの高齢者介護政策を概観する。次に、COVID-19によって高齢者が経験する困難とこれに関連する政府の政策に注目する。

### 第 1 節 COVID-19の発生状況<sup>2</sup>

2020年8月22日現在、アメリカにおけるCOVID-19の累積確定患者数は559万人で、全世界の感染者2,281万人の4分の1を占め、世界で最も多い累積確定者と死亡者数となっている。「COVID-19」は2020年1月31日、ワシントン州で「COVID-19」の最初の感染者が発生して以降、ワシントン州とカリフォルニア州を皮切りに、アメリカ全域に急速に広がった<sup>3</sup>。2020年8月末までの一日あたりCOVID-19 新規感染者数は4万人台を維持しており、COVID-19のリバウンドに対する懸念が依然として存在している。COVID-19によるアメリカ全体の死亡者数は現在まで17万人と集計されており、1日あたりの死亡者数も1,000人台以上となっている。アメリカ全体のCOVID-19の現状をより正確に理解するため、社会人口学的特性によって性別、年齢、人種、地域、疾病、高齢者施設別に分けて調べてみた<sup>4</sup>。

---

<sup>1</sup> Washington University in St. Louis 助教授

<sup>2</sup> 2020年8月22日を基準に作成された。

<sup>3</sup> Holshue, M. L., DeBolt, C., Lindquist, S., Lofy, K. H., Wiesman, J., Bruce, H., ... & Diaz, G. (2020). First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *New England Journal of Medicine*.

<sup>4</sup> CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from <https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html>

〈表6-1〉アメリカのCOVID-19全体の感染者数と死亡者数

|        |              |
|--------|--------------|
| 全体感染者数 | 5, 598, 547人 |
| 全体死亡者数 | 174, 645人    |

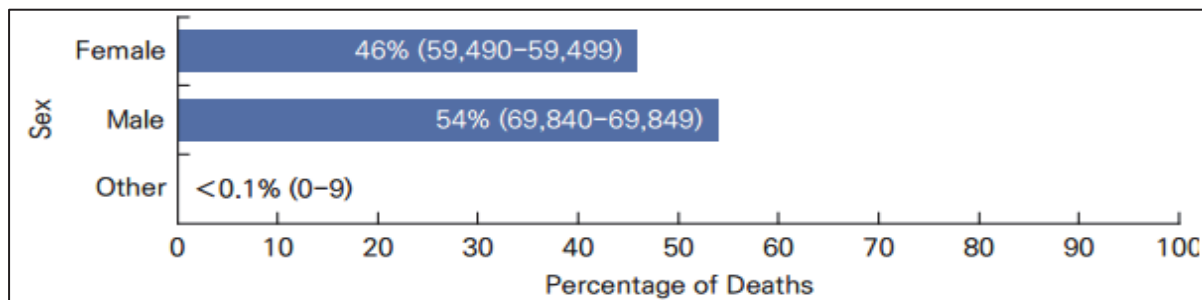
資料： CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from <https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html>

### 1. 性別による感染者と死亡者数

アメリカの感染者のうち男性と女性の割合は（図6-1参照）、それぞれ48.3%と51.7%で相対的に女性の比率が高いが、死亡者数だけを見ると男性の割合が54%で女性の比率46%より高かった。

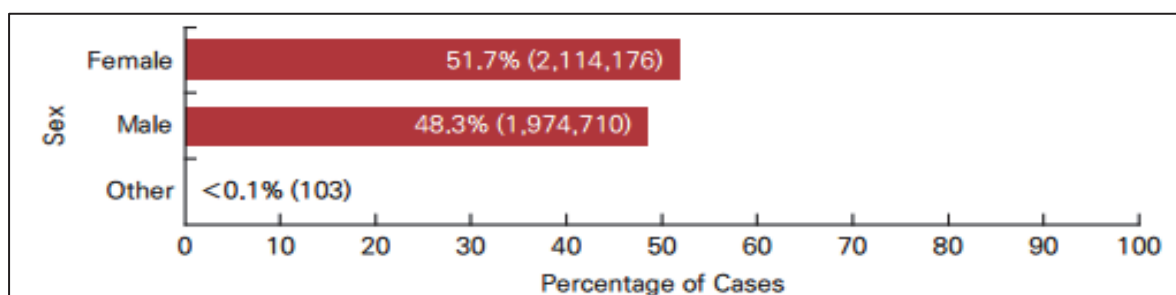
[図6-1] 性別による感染者数と死亡者数

死亡者数



\*131, 162名の死亡者のうち性別情報が把握可能した130, 210 (99%)名の情報をもとに作成されたグラフである。

感染者数



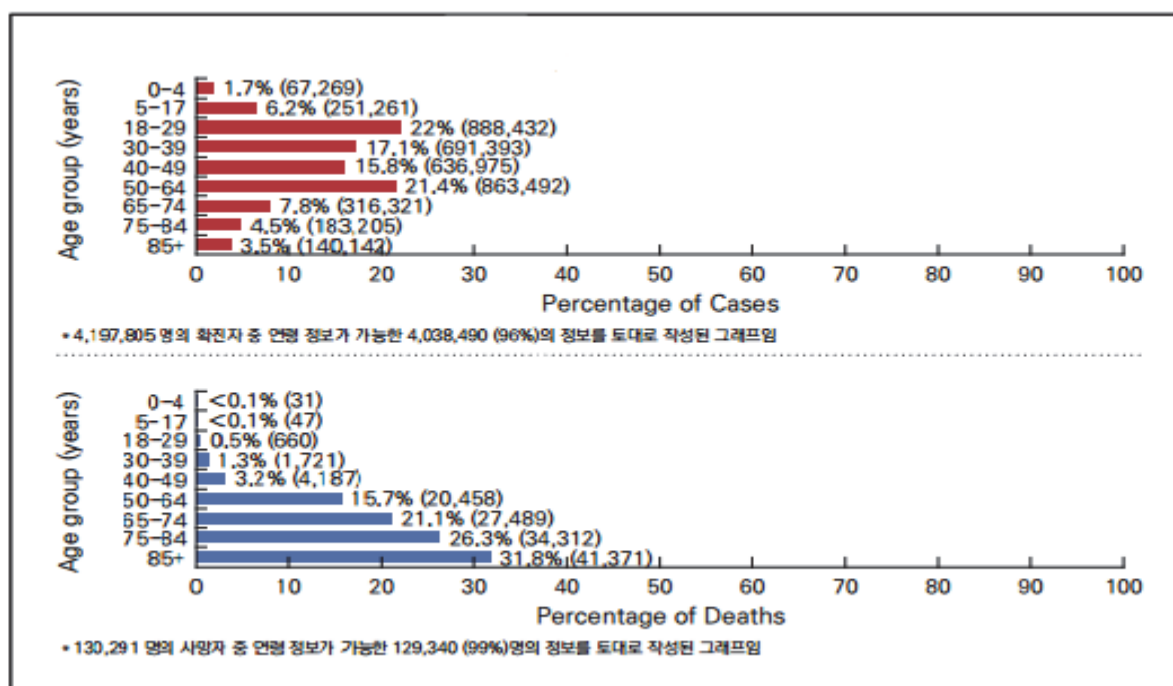
\*4, 197, 805人の感染者のうち性別情報のある4, 088, 989 (97%)の情報をもとに作成されたグラフである。

資料： CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from <https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html>

## 2. 年齢別感染者数と死亡者数

[図6-2]は年齢によるCOVID-19感染者と死亡者数を示している。年代別感染者の分布は、0-4歳67,269人（1.7%）、5-17歳251,261人（6.2%）、18-29歳888,432人（22%）、30-39歳691,393人（40-49%）、50-64歳863,492人（21.4%）、65-74歳316,321人（7.8%）、75-84歳183,205人（4.5%）、85歳以上140,142人（3.5%）である。年代別の死亡率は30-39歳、40-49歳、50-64歳、65-74歳、75-84歳、85歳以上、それぞれ1.3%、3.2%、15.7%、21.1%、26.3%、31.8%で年齢が高いほど高くなっている。最も多くの死亡者が占める年齢層は85歳以上で、全体の死亡者のうち、31.8%であった。

[図6-2] 年齢別感染者数と死亡者数（単位：人、%）



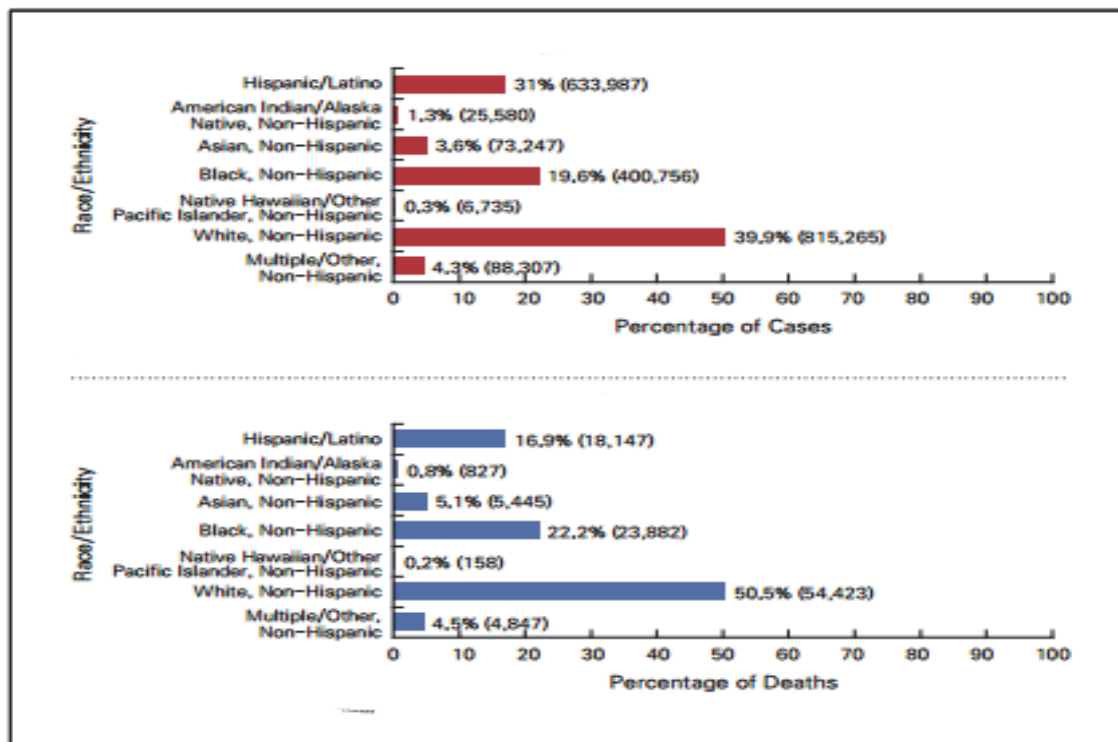
年齢情報のある人を対象にグラフ化した。

資料：CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from <https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html>

## 3. 人種別感染者数と死亡者数

人種別感染者数をみると、白人が39.9%で最も高く、次いでヒスパニック（31%）、黒人（19.6%）の順であった。死亡者の場合、白人の割合が50%で最も高く、次いで黒人（22.2%）、ヒスパニック（16.9%）の順で高かった（図6-3参照）。しかし、アメリカの疾病管理本部（CDC:Centers for Disease Control and Prevention）で発表したアメリカの人種別COVID-19 入院率を調べた結果（図6-4参照）、有色人種の場合（アメリカン・インディアンとアラスカ先住民311名、黒人295名、ヒスパニック294名、アジア人82名）、白人に比べCOVID-19 関病院連入院率が非常に高い（CDC, 2020c）。

[図6-3]人種別感染者数と死亡者数（単位：人、%）

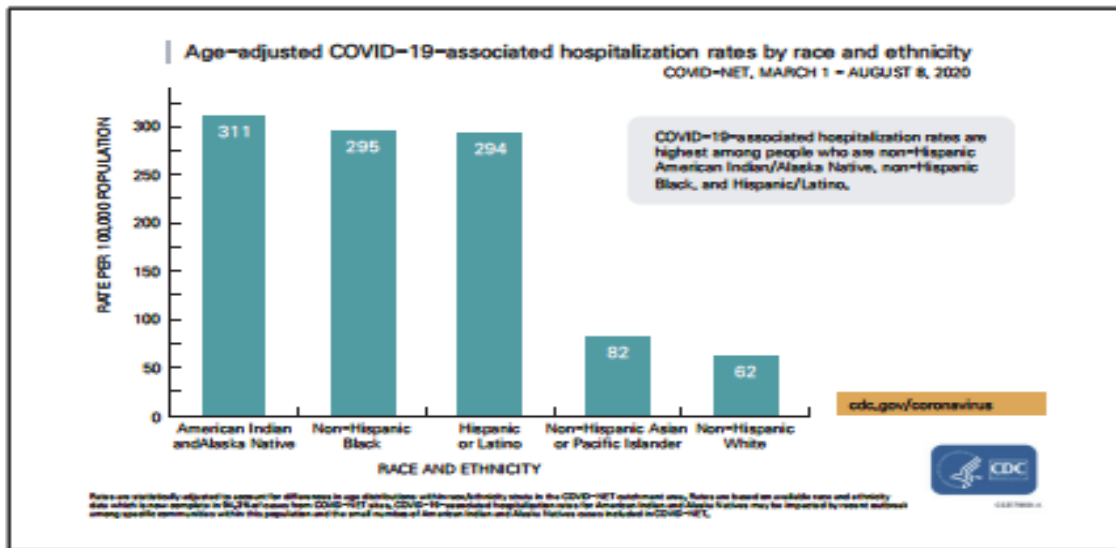


人種情報のある人を対象にグラフ化した。

資料：CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from <https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html>



[図6-4] 人種別COVID-19関連入院状況（人口10万人当たりの患者数）（単位：人）

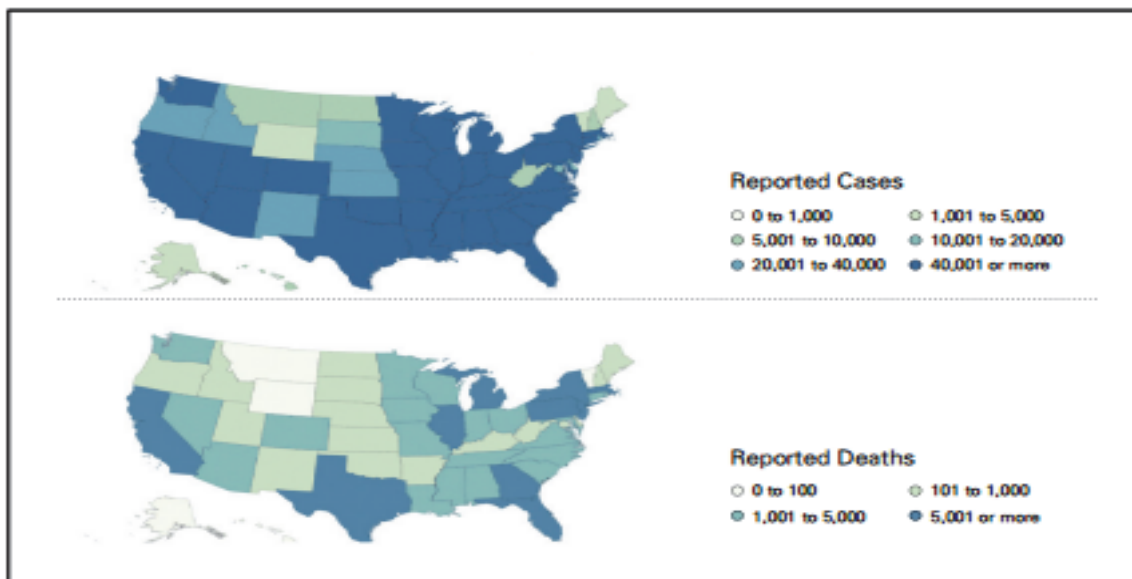


Source: CDC. (2020a). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization Surveillance Network (COVID-NET). Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covid-net/purpose-methods.html>

#### 4. 地域別感染者数と死亡者数

アメリカの疾病管理本部（CDC）によると、32州の感染者の数がすでに4万人を超えており（図6-5の青色表示）、特にカリフォルニアが656,892人で最も多く、次いでフロリダ（591,283人）、テキサス（573,139人）、ニューヨーク（430,408人）、ジョージア（252,222人）、イリノイ（219,702人）、アリゾナ（197,239人）、ニュージャージー（189,236人）の順であった。死亡者はニューヨークが32,582人で最も多く、ニュージャージー（15,943人）、カリフォルニア（11,988人）、テキサス（11,266人）、フロリダ（10,274人）、マサチューセッツ（8,921人）、イリノイ（8,083人）、ペンシルバニア（7,576人）なども多く発生している。

[図6-5] 地域別感染者数と死亡者数 (単位:人)

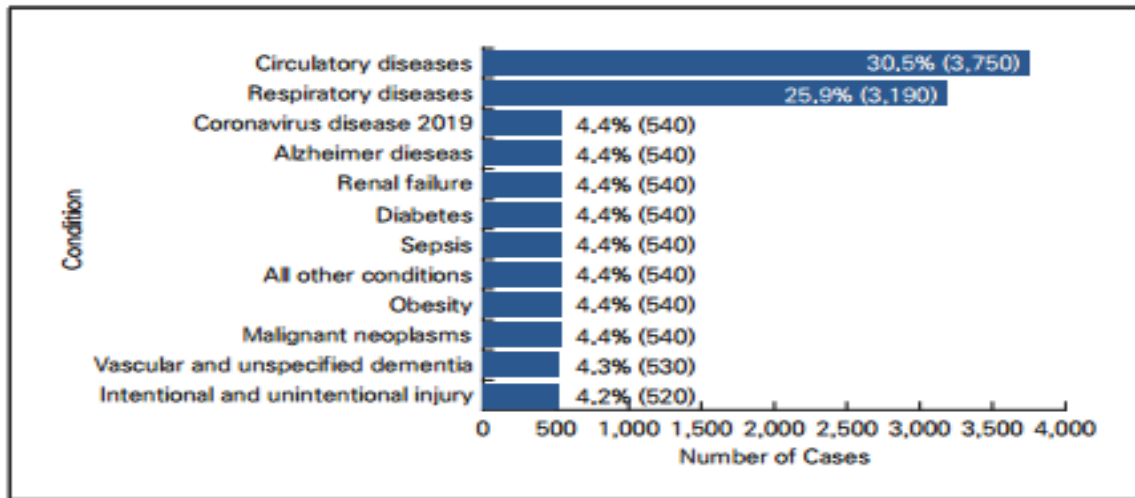


CDC. (n.d.). Cases in the U.S. Retrieved August 24, 2020, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>

## 5. 疾病別の死亡者数

[図6-6] はCOVID-19関連疾病別死亡者数を示している。全体死亡者のうち、COVID-19で死亡した割合は4%に過ぎず、平均的にCOVID-19以外の1つ以上の基礎疾患が死亡に影響を及ぼしたことが分かった。12,210人のCOVID-19関連死亡者のうち、血液循環系疾病を持っている人は3,720人(30%)で最も多く、その次には呼吸器系関連疾病3,180人(26%)、その他の疾病540人(4%)、腎不全症540人(4%)の順であった。

[図6-6] COVID-19関連疾病別死亡者数（単位：人）

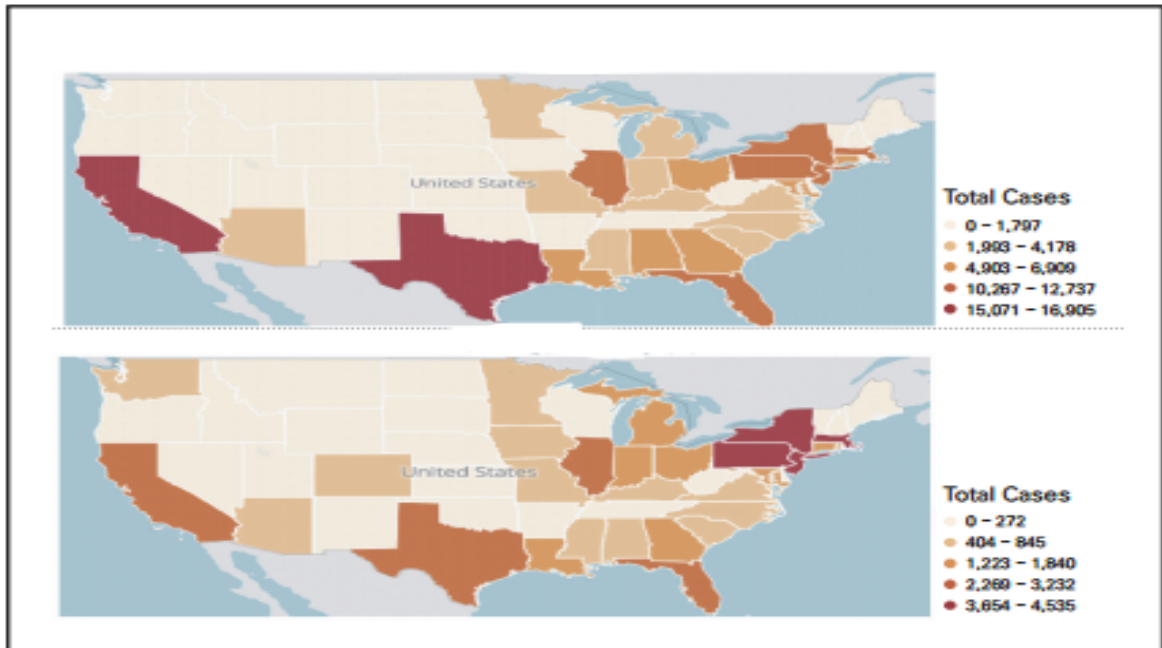


資料：National Center for Health Statistics. (2020, Oct 9). Conditions contributing to deaths involving coronavirus disease 2019 (COVID-19), by age group and state, United States. Retrieved October 9, 2020, from <https://data.cdc.gov/NCHS/Conditions-contributing-to-deaths-involving-corona/hk9y-quqm>

## 6. 高齢者集団施設の感染者と死亡者の現状

アメリカの多くのCOVID-19の感染者と死亡者が高齢者の居住する長期介護施設で発生しているため、高齢者施設のCOVID-19感染者と死亡者を確認することは極めて重要である。[図6-7]は州別全体高齢者施設の感染者と死亡者数を州別に示している。感染者の場合、カリフォルニア州が16,905人で最も多く、その次にテキサス州15,071人、ニューヨーク州12,737人、フロリダ州11,819人の順が多かった。死亡者の場合、ニューヨーク州が4,535人で最も多く、次いでペンシルバニア州4,027人、ニュージャージー州3,860人、マサチューセッツ州1,654人の順だった。

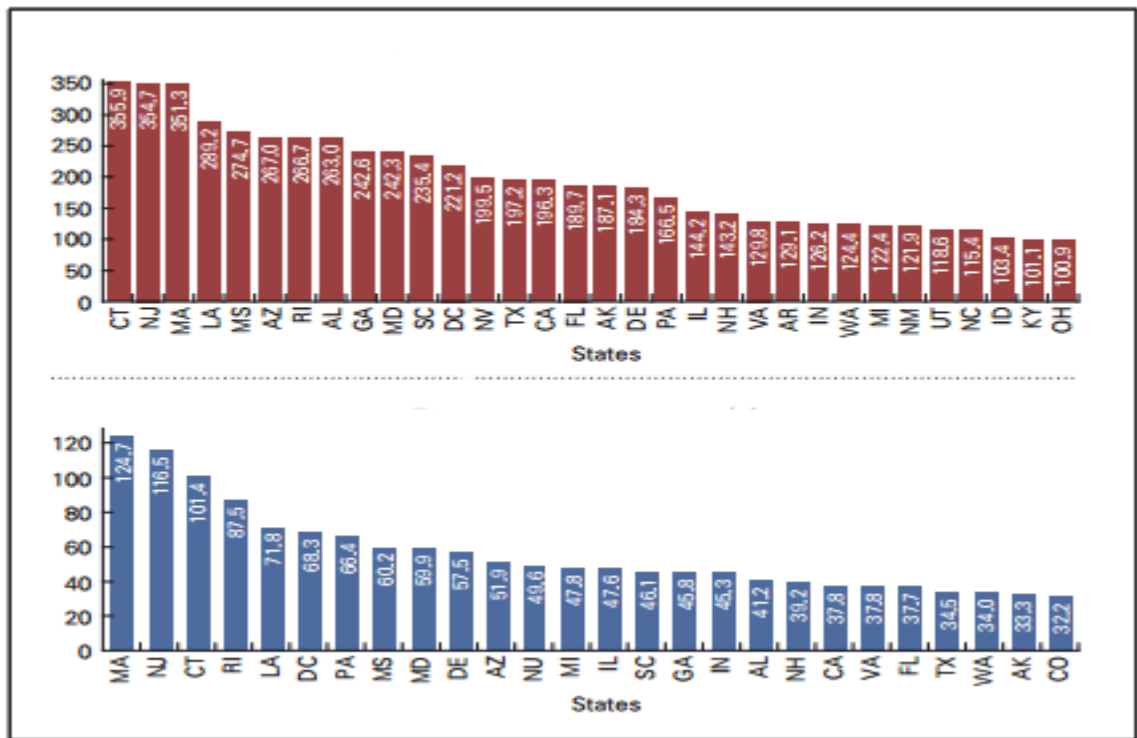
[図6-7] 州別高齢者施設の感染者および死亡者の現況



資料 : Centers for Medicare & Medicaid Services, (2020, June 25). COVID-19 Nursing Home Data. Retrieved August 24, 2020, from

[図6-8]は州別高齢者施設居住者1000人あたりの感染者数と死亡者数である。居住者1000人当たりの感染者数は、コネチカットが355.9人で最も多く、次いでニュージャージーが354.7人、マサチューセッツが351.3人、レイジアナが289.2人の順で多かった。死亡者はマサチューセッツが124.7人で最も多く、次いでニュージャージー116.5人、コネチカット101.4人の順であった。

[図6-8] 高齢者施設居住者1,000人当り感染者と死亡者数（単位:人）



資料：Centers for Medicare & Medicaid Services, (2020, June 25). COVID-19 Nursing Home Data. Retrieved August 24, 2020, from

アメリカのCOVID-19の現状を要約すると、女性感染者数が男性に比べて多い反面、死亡者数は男性が多く、若年層の感染者数が多い反面、死亡者数は85歳以上の高齢者が最も多かった。人種は白人感染者、死亡者数が最も多かったが、白人に比べて有色人種がCOVID-19で入院する割合が非常に高かった。大都市は急速にCOVID-19が広がりつつあり、感染事例数が最も多い地域はカリフォルニア、フロリダ、テキサスとなった。特に、COVID-19は基礎疾患があれば非常に致命的だったが、全体死亡者のうちCOVID-19で死亡した割合は4%に過ぎず、ほとんどの場合1つ以上の基礎疾患を有していることが分かった。高齢者施設の場合には、このようなCOVID-19関連リスクが複数存在している状況（高年齢、高い基礎疾患保有率、密集した居住環境等）であることから、よりきめ細かで体系的な保護措置が必要と考えられる。

## 第2節 高齢者介護システム

高齢者のための COVID-19 関連の対応方法に注目する前に、アメリカの高齢者介護体系を概観することで、アメリカの高齢者関連サービス体系に対する主な背景を紹介する。高齢者介護サービスとは、高齢者の身体的機能と生活の質を最適な状態に維持し向上させるための一連の保健福祉サービスを意味する。主に日常生活遂行 (ADL:Activities of Daily Livings) 能力と道具的日常生活遂行 (IADL:Instrumental Activities of Daily Livings) 能力に助けが必要な高齢者を対象とする (Harris-Kojetin, 2019)。アメリカの伝統的な介護サービスの場合、大きく施設介護と在宅介護に分けることができる。施設介護は韓国の施設サービスに類似した老人ホーム (Nursing Homes) と専門介護施設 (Skilled Nursing Facilities) を指し、在宅介護は対象者の家族がサービスを提供するインフォーマルケア (Informal Caregiving)、専門職が派遣されてサービスを提供するフォーマルな在宅サービス (Formal Day Adalities) を指す (Administration on Aging 2020a)。ほとんどの高齢者は複合的なサービスを必要とする場合が多いため、施設介護と在宅介護だけではこのようなニーズを満たすことが難しい場合がある。このほかにアメリカでは施設介護及び在宅介護の間におけるニーズを有する高齢者のために、移行的介護 (Transitional Care) サービスがある (Freedman & Spillman, 2014)。移行的介護には高齢者住宅 (Independent Senior Housing)、生活補助施設 (Assisted Living)、自然発生リタイアメント・コミュニティ (NORC:Naturally Occurring Retirement Communities) と連続型リタイアメント・コミュニティ (CCRC:Continuing Care Retirement Communities) などが該当する。このような住居施設は、高齢者が地域社会内に居住しながら統合的な介護サービスを提供することで、高い水準の生活の質を維持し、施設介護への早期移行を予防する効果がある (Scharlach & Lehning, 2012)。[図6-9]は、アメリカの高齢者介護体系を自立度の程度に応じて概念的に図式化したもので、地域社会における介護から施設介護まで具体的な介護サービスの種類と個人の自立度の程度を結びつけて示している。

[図 6-9] アメリカの高齢者介護システム

| 自立した生活の可能な程度による介護空間類型   |                            |
|---|----------------------------|
| 介護空間類型  | 自立した生活の可能な程度               |
| <b>地域社会介護空間</b>   | 自立した生活可能<br>(INDEPENDENCE) |
| 一戸建て住宅<br>(Single-Family Residences)  |                            |
| 多世帯住宅<br>(Apartments and Condominiums)  |                            |
| 移動式住宅 (Mobile Homes)  |                            |
| 自立生活多世帯賃貸住宅<br>(Independent Planned Housing)  |                            |
| 公共賃貸住宅 (Public Housing)   |                            |
| 低所得高齢者アパート<br>(Section 202 Housing)   |                            |
| 家賃補助住宅 (Section 8 Housing)  |                            |
| リタイアメント・コミュニティ<br>(Retirement Communities with Few Supportive Services)                         |                            |
| ワンルーム<br>(Single Room Occupancy Hotels, SROS)   |                            |
| 下宿 (Boarding Houses)  |                            |
| 家賃支援住宅 Community Housing (Section 236 Housing)  |                            |
| 住宅消費者協同組合<br>(Cooperative Housing)  |                            |
| 高齢者共同体<br>(Older Adult Communities)   |                            |
| 地域社会の高齢者組織<br>(Village Model Communities)   |                            |
| シェアハウス  |                            |
| 離れ屋 (Elder Cottage Housing Options, Home Care Suites)   | √                          |
| <b>共同住まいケアスペース ↓</b>  |                            |
| サービス結合型高齢者住宅<br>(Planned Housing with Meals in Common Dining Room and Some Supportive Services) |                            |
| リタイアメント・コミュニティ<br>(Retirement Communities Offering Extensive Services)                          |                            |
| 生活補助施設 (Assisted Living)  |                            |
| 連続型リタイアメント・コミュニティ (CCRCs)   |                            |
| 生活補助共同住宅<br>(Family Board and Care Homes)   | √                          |
| <b>保健医療特化ケアスペース</b>   |                            |
| 高齢者複合介護施設<br>(Life Care Facilities)   |                            |
| 老人ホーム (Nursing Facilities)  |                            |
| 特化介護施設<br>(Specialized Care Facilities; Dementia Care Units)                                    |                            |
| 医療施設 (Hospitals)  | √                          |
| ホスピス (Hospice)  | 自立した生活の難しさ<br>(DEPENDENCE) |

資料: Rowles, G. D. & Teaster, P. B. (2015). Long-Term Care in an Aging Society: Theory and Practice (1st Edition). Springer Publishing Company. (p. 44).

ほとんどの高齢者介護サービスは、保健福祉部 (Department of Health and Human Services) 傘下の医療保険局 (Centers for Medicare & Medicaid Services) と地域生活政策室 (Administration for Community Living) 内の高齢者福祉室 (Administration on Aging) が担う (Administration for Community Living, 2017 ; Administration on Aging, 2020b). 施設及び在宅介護サービスの財政支援は主に医療保障制度であるメディケード (Medicaid) とメディケア (Medicare) を通じて行われる。2018 年現在、医療保険局が提供した全国医療費支出資料 (National Health Expenditure Account Data) によると、アメリカの全体の介護サービス費用の約 64% がメディケードとメディケアを通じて支払われた (Colelo, 2020)。メディケードは所得と資産調査に基づき州政府を通じて運営される低所得層のための医療扶助制度で、介護施設費用だけでなく、在宅ケアをはじめとする地域社会基盤の介護サービス費用を充てる代表的な財源である (2018 年現在、全体介護サービス財源の 44.1%、約 1,805 億ドル)。メディケアは、65 歳以上の高齢者や 65 歳未満の障害者を対象にする連邦政府レベルの公共医療保険制度として、医療的に専門的な治療や処方を要したり、リハビリの目的に限ってケア費用を負担する (2018 年基準の全体ケアサービス財源のうち 20.4%、約 837 億ドルに相当)。転換的な介護財源の場合、その種類は非常に多様である。例えば、連邦政府の住宅都市開発省 (HUD: Department of Housing and Urban Development) は、高齢者住宅に常駐するサービスコーディネーター (入居者の日常生活支援をはじめ、各種公共または民間社会福祉サービスの申請、健康や教育支援などのサービス提供業務を担当する専門人材) を高齢者住宅に派遣する<sup>5</sup>。また、住宅都市開発部は介護施設の建築およびリモデリング、高齢者に優しい環境づくりプログラムなどを運営して支援することもある (U.S. Government Accountability Office, 2005)。このほかにも、地域社会に公共と民間介護サービスの効率的かつ効果的な伝達のため、アメリカの各地方政府は、州政府の高齢者担当部署とその傘下の地域高齢者機関を通じて高齢者サービスを運営し、サービスの種類と運営方式は地方政府別に異なる。例えば、ミズーリ州のセントルイス地域の高齢者機関は、低所得層を対象に家賃支援、家の修理と家事支援プログラム、交通支援プログラム、食事支援プログラムなどの在宅サービスを提供する。

ここからは、ケアの連続性 (Continuum of Care) に基づき、アメリカの高齢者介護を大きく、①在宅介護、②移行的介護、③施設介護に分けて詳しく取り上げる。アメリカの高齢者介護サービスは州ごとに非常に異なるため、本稿では連邦政府が提供する政策とプログラムに焦点を当てる。

## 1. 在宅介護サービス

アメリカの在宅高齢者のための代表的なサービスは、訪問型在宅介護サービス、デイケアサービス、住居環境の改善および住宅改修などがある。

---

<sup>5</sup> U.S. Department of Housing and Urban Development. (n.d.). Multifamily Housing Service Coordinators ( [https://www.hud.gov/program\\_offices/housing/mfh/progdesc/servicecoord](https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/progdesc/servicecoord)).



### 1) 訪問型在宅介護サービス

訪問型在宅介護サービスの場合、日常生活の遂行が困難な在宅高齢者に入浴、移動、食事、洗濯、家事などのサービスを提供する。これはメディケードの財政で賄われる。このサービスを受けるには対象者がメディケードで定めた所得と資産基準を満たさなければならない。また、介護サービスの場合、提供されるサービスの種類によって州別に異なる追加検証手続きが義務付けられている (U.S. Department of Health & Human Services , 2020)。

在宅看護サービスは、身体の不自由な高齢者が自宅でも医療サービスを受けられるようにサポートするサービスで、メディケアが認証した機関の医師、看護師、理学療法士、心理療法士などがサービスを提供する。理学療法や言語療法、在宅看護サービス、車椅子といった医療用具などが提供されるが、長期的な観点からの介護サービスというよりは、主に一時的な医療とリハビリサービスに重点を置いている (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2017)。

### 2) 居住環境の改善

居住環境の改善は、日常生活動作に制限のある対象者の物理的な環境を便利に変えることで作業能力を向上させる作業療法 (occupational therapy) で広く使われる方法である (Stark et al., 2017)。在宅および地域社会介護サービスが注目されるようになり、居住環境の改善は高齢者の自立した生活保障と効果的な介護サービスの方策として定着した (Carnemolla , & Bridge , 2020)。高齢者を対象にした居住環境改善サービスとは、自宅の室内での移動が便利になるように、傾斜、車椅子のリフト、トイレおよび階段の手すりの取り付けなど、住宅改修を行うことを指す。これはメディケードの多様な形態のうち、在宅・地域社会基盤メディケード (Medicaid Home and Community Based Services:住宅改修を含む多様な方法で病院、介護施設などにいる対象者が地域社会で過ごせるように支援するサービス) を通じて提供され、住宅改修サービス以外にも居住環境安全性評価などの住居環境全般の改善が含まれている (Center for Medicare & Medicaid Services , 2019 )。

### 3) デイケアサービス

デイケアセンター (ADS:Adult Day Service) は、主に認知力の低下あるいは身体機能に制限が多い高齢者を対象に、デイケアやリハビリテーションの役割として交通や食事、教育や社会プログラム、リハビリや認知治療などのサービスを提供する (Rowles、& Teaster)。デイケア施設は、在宅・地域社会基盤メディケードを通じて家族介護者の介護負担を軽減するだけでなく、サービスの対象者が外出して様々な活動に参加できるよう支援する (Bangerter, Liu, Kim, & Zarit, 2019)。

#### 4) その他のプログラム

この他にも地域社会でサービスを受けられる多様なプログラムがある。例えば、MFPP (Money Follows the Person Program) の場合、施設から地域社会への復帰を希望する高齢者を対象に医療・リハビリサービス、訪問看護、移動サービス及びケースマネジメントを提供する<sup>6</sup>。このようなサービスを通じて、高齢者が在宅や地域社会のサービスを積極的に利用し、施設サービスの利用を抑制することがねらいである。

また、他のプログラムとしてはPACE (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly) がある。このプログラムは介護施設への早期移行を予防し、地域社会で必要な医療ケアサービスの支援が受けられるもので、55歳以上の対象者は多様なサービスが受けられる<sup>7</sup>。このプログラムを通じて高齢者に食事サービス、訪問医療、社会サービス、在宅介護サービス、薬品支援などを提供する。メディケード登録者は月々の保険料を支払わず、メディケア登録者はPACEプログラムに対して毎月保険料を支払う。

## 2. 移行的介護サービス

移行的介護サービスは、高齢者が自立した生活を営み、地域社会における継続居住 (Aging in Place) ニーズを満たすために開発された様々な住居モデルの通称であり、代表的なものとして高齢者住宅 (Independent Senior Housing)、生活補助施設 (Assisted Living)、自然発生リタイアメント・コミュニティ (NORCs)、連続型リタイアメント・コミュニティ (CCRCs) などがある。移行的介護サービスは他のケアモデルに比べて低レベルの医療ニーズを有する高齢者のためのモデルであり、メディケアやメディケードのような保健医療関連給付が受けられない場合が多い。連邦政府の住宅都市開発省 (HUD) や州政府、民間機関の投資で開発・運営される場合が多い。以下は代表的な移行的介護サービス機関に対する説明である。

### 1) 高齢者住宅

高齢者住宅 (Independent Senior Housing) は連邦政府の住宅都市開発省を通じて提供される公共賃貸住宅政策のひとつである。連邦政府の住宅都市開発省が支援する公共賃貸住宅は、全国で約500万戸以上あり、居住者の3分の1 (160万人) 以上は62歳以上の高齢者世帯に当たる<sup>8</sup>。連邦政府の住宅都市開発省が支援する公共住宅は、しばしば共同住居施設 (congregate setting) と呼ばれることもあるが、施設内には共同厨房、余暇文化空間、社会的交流のための空間、共同クリーニングなど居住者間の共有空間が存在し、日

<sup>6</sup> Medicaid.gov. (n.d.). Money Follows the Person. <https://www.medicaid.gov/medicaid/long-term-services-supports/money-follows-person/index.html>. 2020年8月23日引き出し。

<sup>7</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services. (n.d.). Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). <https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/pace>. 2020年8月29日引き出し。

<sup>8</sup> U.S. Department of Housing and Urban Development. (n.d.). Assisted Housing: National and Local. Retrieved from <https://www.huduser.gov/portal/datasets/assthsg.html>

常生活に支援が必要な高齢者や障害者のための家事の手伝いや送迎サービスなど、多様な援助も提供される (Wacker & Roberto, 2014)。また、高齢者住宅の居住者の早期介護施設への移行を防止するため、連邦政府住宅都市開発省のサービスコーディネータープログラムを通じて、居住者に多様な社会福祉サービスを提供する<sup>9</sup>。サービスコーディネーターは、高齢者住宅に常駐する社会サービスを提供する専門人力として、日常生活支援をはじめ公共または民間社会福祉サービスの申請、社会的交流プログラム、健康および教育支援などのサービスを提供する<sup>10</sup>。

## 2) 生活補助施設

生活補助施設 (Assisted Living Facilities) は高齢者住宅に居住する高齢者と比べてより多くの日常生活の支援が必要であり、医療サービスのニーズがある高齢者を対象に、住居及び保健、社会サービスを提供するサービス結合型住居福祉施設である<sup>11</sup>。全国的に約 30,200 個の生活補助施設が 835,000 人以上の高齢者にサービスを提供している (Sengupta et al., 2016)。生活補助施設は基本的な住居環境と余暇、社会サービスに加えて 24 時間モニタリング、日常生活遂行 (ADL) 及び道具的日常生活遂行 (IADL) の補助、一部保健医療サービスを提供する (National Institute on Aging, 2017)。

施設居住者は地方政府が提供する交通、栄養支援サービスをはじめとする介護サービスを受けることができ、メディケードを受給する居住者の場合、生活補助施設の免除 (Assisted Living Waivers) のプログラムを通じて施設が提供する医療と社会サービスの費用が支払われる (Wacker & Roberto, 2014)。それだけでなく、連邦政府の住宅都市開発省は生活補助施設の転換プログラム (ALCP: Assisted Living Conversion Program) を通じて高齢者住宅を生活補助施設に転換するのに必要な費用を負担する<sup>12</sup>。

## 3) リタイアメント・コミュニティ

自然発生リタイアメント・コミュニティ (NORC) は引退後の中高年と高齢者の密集度が高い居住地域を意味し、施設に入所せず地域社会で老後を送るための高齢者が主な構成員である。特に、この共同体は政府や民間機関が計画的に造成した居住団地ではなく、自然発生的に形成された地域社会を意味する (Hunt & Gunter-Hunt, 1986)。リタイアメント・コミュニティ (NORC) は、公共・民間財源が投入 (主に民間財源で運営、一部州あるいは

---

<sup>9</sup> U.S. Department of Housing and Urban Development. (n.d.). Multifamily Housing Service Coordinators. [https://www.hud.gov/program\\_offices/housing/mfh/progdesc/servicecoord](https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/progdesc/servicecoord). 2020年7月3日引き出し。

<sup>10</sup> U.S. Department of Housing and Urban Development. (n.d.). Snapshot of Program. [https://www.hud.gov/program\\_offices/housing/mfh/scp/snp](https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/scp/snp). 2020年8月18日引き出し。

<sup>11</sup> American Health Care Association. (n.d.). Assisted Living. <https://www.ahcancal.org/Assisted-Living/Pages/default.aspx>. 2020年8月19日引き出し。

<sup>12</sup> U.S. Department of Housing and Urban Development. (n.d.). Assisted Living Conversion Program (ALCP). [https://www.hud.gov/program\\_offices/housing/mfh/progdesc/alcp](https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/progdesc/alcp). 2020年7月13日引き出し。

都市には公共財源を投入) される移行的介護モデルとして、地域社会の資源を活用して多様な社会サービスや保健医療サービスをはじめとする文化・教育などのサービスを提供する。高齢者が施設に入所しなくても地域社会で過ごせるよう様々な資源・サービスを提供する (Vladeck et al., 2010).

#### 4) 連続型リタイアメント・コミュニティ

連続型リタイアメント・コミュニティ (CCRC) は引退した中高年や高齢者を対象に、自立した生活 (Independent Living) から老人ホーム (Nursing Home) にいたるまで居住者の多様なニーズに合わせて様々な種類の住居オプションを提供する連続型介護モデルを意味し、全国で約 2,000 個が存在する (AARP, 2019)。連続型リタイアメント・コミュニティ (CCRC) の財源はほとんどが居住者の自己負担となっているが、メディケア受給対象の保健医療サービス (例: 入院、理学療法、専門ケアサービスなど) に限って公的資金が投入できる (Administration on Aging, 2020c)。連続型リタイアメント・コミュニティ (CCRC) は入居に必要な費用が高いため (AARP, 2019)、メディケードを受給する居住者は少ない。

### 3. 施設介護

施設介護サービスは、在宅介護サービスと移行的介護サービスで介護のニーズを満たしにくい高齢者が施設に入所したら提供されるサービスを指す。また、移行的介護サービスとは異なりメディケアやメディケードのような公共医療保険のような公的資金が相当投入される。施設介護サービス機関は、老人ホーム (Nursing home) と専門介護施設 (SNFs: Skilled Nursing Facilities) のような介護施設と慢性疾患のある高齢者に緩和ケアサービスを提供するホスピス (Hospice) 機関が代表的である。

#### 1) 介護施設

介護施設 (Nursing facility) は、移行的介護施設と比較して身体・健康のニーズが高い高齢者のための施設として、日常生活の遂行 (食事、入浴、着替えなど) 補助をはじめ、医療専門職による看護サービス及び 24 時間管理・監督サービス、リハビリサービス (PT、OT、ST) などを提供する (National Institute of Health, 2017)。2019 年現在アメリカには 15,061 カ所の介護施設があり、約 125 万人がサービスを受けた (Kaiser Family Foundation, 2019)。介護施設は老人ホーム (Nursing home) と専門介護施設 (SNFs: Skilled Nursing Facilities) に分類される。老人ホーム (Nursing home) は主に日常生活支援サービスに集中する施設が多く、長期入所利用者が多いのに対し、専門介護施設は専門看護スタッフが常駐し、手術後の退院治療など主にリハビリ目的で特化した保健医療サービスを提供しており、比較的短期入院利用者が主である<sup>13</sup>。アメリカの医療保険局の認証を受けたケア施

---

<sup>13</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services (n.d.). Nursing home care. <https://www.medicare>.

設に限って、メディケードとメディケアを通じた公的資金が投入される。メディケア（65歳以上の高齢者と65歳以上の障害者のための公的医療保険）は一般的に介護施設は給付されず、メディケード（低所得層のための公的医療扶助）によって給付される。

## 2) ホスピス

ホスピスとは、治療の難しい慢性疾患患者が完治ではなく「ケア」に集中する緩和ケアサービスを指し、医療専門職による痛みの管理および患者の欲求に応じた情緒的、霊的サポートサービスを提供するすべてのサービスを意味する（Rowles & Teaster, 2015）。

ホスピスサービスを提供する施設は、大きく3つのタイプに分けられる。一つ目はホスピスの建物が独立して設立され、サービスを提供する（Independent Hospice）。これはケアする保護者がいない時に有用であり、24時間サービスの利用が可能である。機関によって訪問型在宅ホスピスサービスを提供することもある。二つ目は、病院内でホスピス病棟を運営し、ホスピスプログラムを提供する（Hospital-Based Hospice）。この場合、病棟に入院した患者がホスピスサービスを他の医療サービスと連携して提供をうけるという特徴がある。三つ目は、長期ケア施設（Long-Term Care Facility）でホスピスサービスを提供する。これはケアを提供できる同居人または保護者がいない場合と、既に介護施設およびその他の介護施設に居住する場合追加してサービスを受けられるという特徴がある<sup>14</sup>。

ホスピスサービスは場合によって、メディケアとメディケードのような公的医療制度の適用が可能である。メディケアはメディケアパートA（病院保険）が適用され、メディケードは州によってホスピスサービスの提供範囲とその可否が異なる。ホスピスサービスがメディケードの給付項目に含まれている州の場合、利用者のニーズに応じて、ホスピスの専門職が定期的に利用者の自宅を訪問してホスピスサービスを提供する家庭訪問サービス（RHC: Routine Home Care）、最大24時間モニタリングをしながら介護施設でホスピスサービスを提供する継続的な看護サービス（CHC: Continuous Home Care）、介護者のケアが難しい場合、短期間病院もしくはホスピスサービスを提供する施設に入所してホスピスサービスをうける短期入院看護サービス（IRC: Inpatient Respite Care）、そしてホスピス病棟や専門介護施設等に入所してホスピスサービスを利用する一般入院看護サービス（GIC: General Inpatient Care）のいずれかを選択してホスピスの給付を受けることができる。

---

gov/coverage/nursing-home-care. 2020年7月18日 引出。

<sup>14</sup> American Cancer Society (n.d.). How and where is hospice care provided and how is it paid for?. <https://www.cancer.org/treatment/end-of-life-care/hospice-care/who-provides-hospice-care.html>. 2020年8月5日引き出し。

### 第3節 パンデミックによる高齢者介護の限界と政策的対応

訳 任 セア

本節では、COVID-19により、アメリカの高齢者が経験する実際的な困難さと、これに対する連邦政府の政策的対応を在宅介護サービス、移行的介護サービス、施設介護サービスに分けて説明する。

#### 1. 在宅介護サービス

アメリカの特性上、COVID-19 関連の具体的な対応方針は、州ごとに異なるが、主な政策は、連邦政府のガイドラインの中で実施される。アメリカでは、COVID-19 発生に迅速に対処するために、ホワイトハウス内にタスクフォースチームを立ち上げ、関連政策とサービスを継続的に更新しており、多くの州では、COVID-19 を主な災害として宣言し、その感染状況をモニタリングして、COVID-19 の患者と家族に必要なサービスを支援している<sup>15</sup>。アメリカ疾病管理本部（CDC）では、65 歳以上の高齢者を COVID-19 の危険集団に区分して<sup>16</sup> COVID-19 の予防と治療に特別な注意を払うことを要求しており、政府レベルの社会福祉関連機関では、さまざまな高齢者関連政策を継続的に発表している<sup>17</sup>。

基礎疾患がある高齢者の場合、COVID-19 にかかる確率が他の年齢集団に比べて非常に高く、COVID-19 にかかる場合、死亡または重大な後遺症をもたらすという問題がある<sup>18</sup>。

これらの問題に対応するために、疾病管理本部では、高齢者の集団には基本的な予防行動（マスクの着用、手洗いなど）のほか、外部の活動を最大限自粛し、ソーシャルディスタンスを守ることを強く勧告している。アメリカ政府は、福祉サービスの死角地帯（福祉サービスが行き届かない地域・対象）が生じないように、食事サービス、訪問入浴、医者による訪問診療のための交通手段の提供や健康管理の教育及び介護提供者の支援などのサービスが各地域社会を基盤とする社会福祉機関を通じて提供している<sup>19</sup>。

---

<sup>15</sup> Advancing States. (2020). State Materials on COVID-19. <http://www.advancingstates.org/initiatives/covid-19-resources/state-materials-covid-19>. 2020年 8月 22日 参照.

<sup>16</sup> Centers for Disease Control and Prevention. (August 16, 2020). Older Adults. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>. 2020年 8月 22日 参照.

<sup>17</sup> National Association of Area Agencies on Aging. (n.d.). COVID-19 Government Resources. <https://www.n4a.org/covid19govtresources>. 2020年 8月 22日 参照.

<sup>18</sup> Centers for Disease Control and Prevention. (August 17, 2020). COVID-19 Guidance for Older Adults. <https://www.cdc.gov/aging/covid19-guidance.html?deliveryName=DM22660>. 2020年 8月 22日 参照.

<sup>19</sup> Advancing States. (2020). Addressing Social Isolation for Older Adults during the COVID-19 Crisis. [http://www.advancingstates.org/sites/nasoad/files/u24453/Social%20Isolation%20Response\\_04092020.pdf](http://www.advancingstates.org/sites/nasoad/files/u24453/Social%20Isolation%20Response_04092020.pdf). 2020年 8月 22日 参照.

多くの州や地域社会機関は、高齢者の基本的な欲求を満たすことを最も優先しながら、サービスを提供し、これらのサービスは連邦政府の3段階プロトコルによって運営される<sup>20</sup>。

第1段階と第2段階は、基本的に政府の自宅待機命令 (shelter in place) 措置に基づいてサービスが提供される。第1段階は生鮮食品あるいは代替食品がドライブスルー (drive-through)、ピックアップやデリバリーなどで提供され、サービスプログラムは、Zoom や Facetime などを通じて非対面で実施される<sup>21</sup>。第2段階は第1段階のサービスに加え、小規模集合プログラム (50人未満) などが施行され、第3段階では、ソーシャルディスタンスを維持したまま、既存の集合プログラムが再試行される。地域社会の高齢者に提供される COVID-19 関連の主なサービスの具体的な内容は以下の通りである。

### 1) 食品サポートサービス

2020年3月18日から COVID-19 と関連した法令 (Families First Coronavirus Response Act) が施行され保健福祉部では (Department of Health and Human Services) 2億5千万ドルの財政を地域社会居住管理庁 (Administration for Community Living) に追加支援することにより、地域社会の COVID-19 に感染した高齢者の患者や介護を提供する家族に無料の食事配達サービス (Meals on Wheels) を拡大した。これらの食事提供サービスは、健康と安全上の理由の食品材料を買うことが困難または調理するのが困難な在宅の高齢者を対象に週に2~3回の食材や料理を提供することで高齢者の基本的な生活に欠かせない支援を継続的に提供するものである<sup>22</sup>。

また、地域高齢者機関 (Area Agencies on Aging) では、食事と食料品を配達するだけでなく、ドライブスルーとピックアップサービス (grab-and-go model) を提供するなど、さまざまなサービスを非対面方式で提供している<sup>23</sup>。

### 2) 遠隔医療サービス

2020年3月6日から、既存の提供していたメディケアサービスに含めて、高齢者が病院に行かなくても、診療を受けることができる遠隔医療サービス (telehealth) を提供し始めた。これは COVID-19 に脆弱な高齢者集団が病院訪問時にさらされるリスクを最小限に抑

---

<sup>20</sup> Administration for Community Living. (2020). Phased Reopening Guidelines for Senior Nutrition Program Operations during the COVID-19 Public Health Emergency. [https://acl.gov/sites/default/files/common/AoA%20-%20Nutrition%20Reopening-Final%20-%205-20\\_1\\_0.docx](https://acl.gov/sites/default/files/common/AoA%20-%20Nutrition%20Reopening-Final%20-%205-20_1_0.docx). 2020年8月22日参照。

<sup>21</sup> The White House. (n.d.). Guidelines for Opening Up America Again. <https://www.whitehouse.gov/openingamerica>. 2020年8月22日参照。

<sup>22</sup> U.S. Department of Health & Human Services. (2020). HHS Announces Grants to Provide Meals for Older Adults. from <https://www.hhs.gov/about/news/2020/03/24/hhs-announces-grants-to-provide-meals-for-older-adults.html>. 2020年8月22日参照。

<sup>23</sup> National Association of Area Agencies on Aging. (n.d.). COVID-19 Government Resources. <https://www.n4a.org/covid19govtresources>. 2020年8月22日参照。

えるための措置である。これによって、全国の高齢者は簡単に自宅で遠隔診療システムを通して診療を受けて、必要な薬の処方を受けられるようになった。また、遠隔診療は身体  
の健康検診だけでなく、心理カウンセリング、予防的診療などが含まれており、医師、看護  
師、精神科医、臨床ソーシャルワーカーなどのサービスを含む<sup>24</sup>。

### 3) 精神保健サービス

COVID-19 予防のために実施されたソーシャルディスタンスにより高齢者の孤独感、社会的  
孤立感、憂鬱感、精神的ストレスが増加された。これらを軽減するために、州政府では、  
オンラインミーティングや通話などを通して、ボランティアや近所との交流プログラム、  
ソーシャルディスタンスを守った訪問サービス等を提供する。また、いくつかの教育講座  
と運動動画などのビデオカンファレンスを通して共有して、高齢者が自宅でも、社会的プ  
ログラムに参加できるように支援している<sup>25</sup>。

### 4) 介護者のためのサービス

COVID-19 パンデミック以降、高齢者の家族介護者の心理的負担の増加と健康に関連する  
問題が浮上したが、これを解決しようと国家レベルのさまざまな介護者 (caregiver) 支  
援機関を通じたサービスが行われている。

国立介護者支援センター (National Center on Caregiving) では、介護者のオンライン  
サービスの申請を通して、個人の問題を直接確認し、必要なサービスを提供している<sup>26</sup>。  
また、介護者支援プログラム (National Family Caregiver Support Program) を通して、  
利用居住地域内の利用可能なサービスの情報提供、個人カウンセリングや必要な教育支援、  
訪問介護サービス支援などのサービスを家族介護者に提供している<sup>27</sup>。さらに、年中無休  
で提供される国の災害ストレスヘルプライン (National Disaster Distress Helpline) は、  
「Talk With U」のメールサービスにて専門カウンセラーによる介護者のストレス緩和のた  
めの相談支援を継続的に行っている<sup>28</sup>。

---

<sup>24</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services. (Mar 17, 2020). President Trump Expands Telehealth Benefits for Medicare Beneficiaries during COVID-19 Outbreak. <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/president-trump-expanding-telehealth-benefits-medicare-beneficiaries-during-covid-19-outbreak>. 2020年8月22日参照.

<sup>25</sup> Advancing States. (April 9, 2020). Addressing Social Isolation for Older Adults during the COVID-19 Crisis. [http://www.advancingstates.org/sites/nasuad/files/u24453/Social%20Isolation%20Response\\_04092020.pdf](http://www.advancingstates.org/sites/nasuad/files/u24453/Social%20Isolation%20Response_04092020.pdf). 2020年8月22日参照.

<sup>26</sup> Family Caregiver Alliance. (April 21, 2020). Caregiving and the Coronavirus: Tips for Caregivers. <https://www.caregiver.org/caregiving-and-coronavirus-tips-for-caregivers>. 2020年8月22日参照.

<sup>27</sup> Administration for Community Living. (November 12, 2019). National Family Caregiver Support Program. <https://acl.gov/programs/support-caregivers/national-family-caregiver-support-program>. 2020年8月22日参照.

<sup>28</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (June 11, 2020). Disaster Distress Helpline. <https://www.samhsa.gov/find-help/disaster-distress-helpline>. 2020年8月22日参照.



## 5) 移動支援サービス

アメリカの高齢者は、国家の高齢者・障害者の交通センター（National Aging and Disability Transportation Center）が提供する交通手段サービスの支援を受けている。COVID-19 以降、増加された身体のリスクと公共交通機関の感染リスクによって、個別交通手段の支援サービスの重要性がさらに強調されている。各州の地域の高齢者機関では、この地域の COVID-19 関連状況を綿密に監視し、保健当局の勧告に基づいて防疫を実施した後、地域内の移動、病院への訪問サービスを提供している<sup>29</sup>。例えば、メインの州は COVID-19 により、高齢者の病院訪問時の交通サービスのみ継続しており、他のサービスは一時的に中断した状態で、今後再開する準備中である<sup>30</sup>。カリフォルニア州のソノマ郡は COVID-19 パンデミック以降に緊急病院の訪問サービスだけを行っている。

高齢者を訪問して実施する既存の移動サービスは、デリバリサービスのシステムに転換させた。薬局での薬の配達、食料品店で買い物配達、食事などのサービスを提供することにより、高齢者を COVID-19 の感染リスクから保護すると同時に、日常生活に必要な活動を支援している<sup>31</sup>。

前述した政府の政策のほか、地域社会の中で高齢者のためのプログラムとして高齢者のための商店開放の政策を実施している。午前中の早い時間を、高齢者だけの買い物の時間に指定することにより、地域社会の高齢者が日常生活に必要な食べ物や品物を購入する時にさらされる COVID-19 の感染リスクを最小限に抑えるために努力している<sup>32</sup>。

## 2. 移行的介護サービス

アメリカ疾病管理本部（CDC）によると、高齢者の住宅、生活補助施設、リタイアメント・コミュニティ（NORCs、CCRCs など）に居住する高齢者は COVID-19 に非常に脆弱であると報告されている<sup>33</sup>。COVID-19 は、年齢が高いほど危険性が増加するが、移行的介護サービス施設に居住している高齢者の場合には、かなりの多い数がすでに心臓病、糖尿病、肺疾患などの基礎疾患を持っているため、COVID-19 にかかるとより危険な状況にさらされる。また、移行的介護サービスの中には住民のための社会的交流の活動が比較的多く、共有キッチンとダイニングルーム、講堂のような共同利用スペースが多いので、居住者と

---

<sup>29</sup> Nadtc. (n. d.). COVID-19 Resources. <https://www.nadtc.org/covid-19-resource-center>. 2020年 8月 16日 参照.

<sup>30</sup> Maurer, J. (2020, July 23). Volunteer Driver Programs During COVID-19 A Northern New England Perspective. [http://www.nadtc.org/wp-content/uploads/Jess\\_Maurer\\_Volunteer\\_Driver\\_PDF.pdf](http://www.nadtc.org/wp-content/uploads/Jess_Maurer_Volunteer_Driver_PDF.pdf). 2020年 8月 16日 参照.

<sup>31</sup> Sonoma Country Area Agency on Aging (May 27, 2020). County of Sonoma Human Services Department Division of Adult and Aging Area Agency on Aging. <http://www.nadtc.org/wp-content/uploads/Presentation-5-27-2020-Sonoma-AAA.pdf>. 2020年 8月 16日 参照.

<sup>32</sup> American Association of Retired Persons. (April 22, 2020). Supermarkets Offer Special Hours for Older Shoppers. <https://www.aarp.org/home-family/your-home/info-2020/coronavirus-supermarkets.html>. 2020年 8月 22日 参照.

<sup>33</sup> Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Living in or Visiting Retirement Communities or Independent Living Facilities. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/residents.html>. 2020年 8月 1日 参照.

の間の接触が多い環境にさらされており、ウイルスが拡散されやすい<sup>34</sup>。疾病管理本部は、COVID-19 に関連して、高齢者住宅、生活補助施設、リタイアメント・コミュニティの防疫指針と施設運営ガイドラインを〈表 6-2〉のように発表した。

〈表 6-2〉 アメリカ疾病管理本部の移行的ケアサービス施設の運営とガイドライン

アメリカ疾病管理本部は、個人防疫レベルで、住宅施設サービス提供者にとって、ソーシャルディスタンス、マスクの着用、手消毒剤の使用と咳エチケットを守るなど、個人防疫の遵守事項を施設居住高齢者に教育するべきである。施設防疫面では、機関防疫と換気システムの構築、施設内で提供されている団体プログラム（運動、レジャープログラム、宗教的活動など）の運営を中断するか、オンラインを基盤とするプログラムに切り替えるか、または少なくとも 6 フィート（約 1.8 メートル）以上の距離が維持できる小規模な団体プログラムに限って運営するように勧告する。もし移行的介護施設の居住者に COVID-19 疑いの症状が見えたり、感染者の濃厚接触者に該当する場合には、地域内の保健当局に連絡して指示に従うように勧告する。

資料: Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Considerations for Retirement Communities and Independent Living Facilities. Retrieved Aug 1, 2020, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/considerations.html>

移行的介護サービスに居住する高齢者に提供されている COVID-19 関連の主要サービスを①高齢者住宅、②生活補助施設、③リタイアメント・コミュニティに分けて説明した。具体的な内容は、以下の通りである。

## 1) 高齢者住宅

連邦政府の住宅都市開発省が支援する高齢者住宅の場合は、高齢者密集度が高く共同住宅施設であるため、COVID-19 にさらに致命的である<sup>35</sup>。高齢者の住宅は、介護施設（Nursing Home、Skilled Nursing Facilities）とは異なり、居住者または来客者に対し、ソーシャルディスタンスを強制する権限がなく、ウイルスの拡散に影響を受けやすい（Stone、Sanders & Magan、2020）。

また、高齢者の住宅には、居住者と来客者を監視するための人手が不足しており、特に夜間や週末には、従事者が勤務していないため、来客者の出入りの確認や健康の把握が難

<sup>34</sup> Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Considerations for Retirement Communities and Independent Living Facilities. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/considerations.html>. 2020年 8月 1日 参照.

<sup>35</sup> Musumeci, M., & Chidambaram, P. (April 16, 2020). COVID-19 Issues and Medicaid Policy Options for People Who Need Long-Term Services and Supports. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/covid-19-issues-and-medicare-policy-options-for-people-who-need-long-term-services-and-supports>. 2020年 8月 1日 参照.

しい<sup>36</sup>。さらに、レストラン、ランドリー、エレベーターなど多くの人が同時に利用する共有スペースには、使用を禁止することも難しい。特に、低所得層の高齢者のための住宅の場合（Section 202）、居住している高齢者の平均年齢は 79 歳で非常に高齢であり<sup>37</sup>、55%程度が 5 つ以上の慢性疾患があることが報告されていることから、COVID-19 の脅威にさらに脆弱と判断される<sup>38</sup>。

低所得の高齢者住宅の居住者は、経済的な理由からインターネットの使用が難しく、コンピュータ、およびスマート機器を所有していない場合も多く（Choi, & Dinitto, 2013）非対面の日常の中に感じる社会的孤立感がさらに深刻になる可能性がある（Seifert, Cotton & Xie, 2021）。さらに、低所得の高齢者の場合、比較的教育水準が低く、英語ができない移民者が多く、政府や施設で発表する COVID-19 関連の情報や予防教育資料などへのアクセスが困難であるため、（Stone, Sanders & Magan, 2020）より危険にさらされている。

COVID-19 の脅威から低所得の高齢者住宅の居住者を保護するために、連邦政府は、COVID-19 補助、救援と経済保障法（CARES Act : The Coronavirus Aid, Relief and Economic Security Act）に基づき、低所得の高齢者住宅に公的資金を支援すると発表した。この財政を通して低所得の高齢者住宅施設は、運用に関する費用の補助を受け、サービスコーディネーターを補充することができるようになった<sup>39</sup>。

連邦政府の支援に加え、いくつかの州では、地域の保健当局や高齢者住宅との間の協力ネットワークを構築し、COVID-19 の拡散に対応している。成功例としてマサチューセッツ州のリヴィア市にある高齢者住宅は、地方政府の保健当局とのパートナーシップを通じて、機関間の緊密な連絡システムを構築し、COVID-19 に関する最新情報や対応戦略などのアクセスを高めることにより、他の地域に比べて感染者の数を最小限に抑えることができた（Stone, Sanders & Magan, 2020）。

## 2) 生活補助施設

生活補助施設は、高齢者住宅の居住者に比べて相対的に高いレベルの日常生活の支援と医療サービスのニーズが高い高齢者を対象とする。生活補助施設は、比較的居民者の年齢

---

<sup>36</sup> Graham, J. (June 26, 2020). Seniors In Low-Income Housing Live In Fear Of COVID Infection. Kaiser Family Foundation. <https://khn.org/news/seniors-in-low-income-housing-live-in-fear-of-covid-infection>. 2020年 8月 1日 参照。

<sup>37</sup> National Low Income Housing Coalition. (2017). Advocates' Guide 2017: A Primer on Federal Affordable Housing & Community Development Programs. [https://nlihc.org/sites/default/files/2017\\_Advocates-Guide.pdf](https://nlihc.org/sites/default/files/2017_Advocates-Guide.pdf).

<sup>38</sup> The Lewin Group. (2014). Picture of housing and health: Medicare and Medicaid use among older adults in HUD-assisted housing. <https://aspe.hhs.gov/basic-report/picture-housing-and-health-medicare-and-medicaid-use-among-older-adults-hud-assisted-housing#appendC>.

<sup>39</sup> U.S. Department of Housing and Urban Development. (2020). Planned use of CARES Act funding. [https://pandemic.oversight.gov/sites/default/files/2020-06/ HUD\\_Agency\\_Plan\\_for\\_Use\\_of\\_CARES\\_Act\\_Covered\\_Funds\\_FINAL.pdf](https://pandemic.oversight.gov/sites/default/files/2020-06/ HUD_Agency_Plan_for_Use_of_CARES_Act_Covered_Funds_FINAL.pdf).

が高く、慢性的な基礎疾患があり、(Harris-Kojetin et al., 2019)、身体的に脆弱性が高い居住者が密集しているため、COVID-19 の脅威にさらに脆弱である<sup>40</sup>。

連邦政府レベルで感染管理システムの導入を義務化した介護施設とは異なり、生活補助施設は、4分の1の週だけで、実質的な感染管理プログラムを運営している(Bucy, Smith, Carder, Winfree, & Thomas)。例えば、ワシントン州の生活補助施設の場合には、従事者の防疫物品普及と有症状時の接触禁止の義務化、施設防疫の義務化、州政府の保健部署との情報共有ネットワークの構築など、感染管理プログラムを州レベルで支援している<sup>41</sup>。

しかし、いくつかの州を除いては、生活補助施設の感染管理政策は不足しており、生活補助施設内の個人防疫物品も非常に不足している状況である(Zimmerman et al., 2020)。さらに、生活補助施設の居住者の多くは、在宅の高齢者と比較して医療的ニーズが高い。しかし、専門看護師や看護師免許を持っているスタッフが不足している施設が多く、COVID-19 の対応が難しい状況である。

### 3) リタイアメント・のコミュニティ (NORC, CCRC)

リタイアメント・コミュニティも高齢者住宅や生活補助施設と同様に、高齢者の居住施設として多数の共同利用スペースや団体プログラムが存在するため、COVID-19 の感染リスクが高い。政府が発表した施設運営の勧告は同様に適用されるが<sup>42</sup>、リタイアメント・コミュニティを対象とした COVID-19 関連政策やプログラムについては、まだ詳細に確認されていない状況である。

## 3. 施設介護サービス

アメリカ疾病管理本部によると、老人ホームや専門介護施設をはじめとする施設介護サービスを利用する高齢者は、他の種類の高齢者介護サービスの利用者に比べて、慢性、基礎疾患が多く、全体的に医療ニーズが非常に高い。また、施設介護サービスの特性上、医療に脆弱な階層の高齢者が密集して居住しており、COVID-19 のクラスター発生の脅威にさらされている<sup>43</sup>。2020年9月末現在、アメリカでは、COVID-19により、施設介護サービスを利用する高齢者のうち、49万人以上が感染者で8万人以上が死亡している。これはアメリカ全域の感染率の8%に相当するが、全体の死亡率の41%に及ぶ(Kaiser Family Foundation, 2020b)。

---

<sup>40</sup> Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Considerations for Preventing Spread of COVID-19 in Assisted Living Facilities. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/assisted-living.html>. 2020年8月1日 参照.

<sup>41</sup> Washington State Legislature. (n.d.). WAC 388-78A-2610: Infection Control. <https://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=388-78A-2610>. 2020年8月1日 参照.

<sup>42</sup> Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Considerations for Retirement Communities and Independent Living Facilities. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/considerations.html>. 2020年8月1日 参照.

<sup>43</sup> Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Preparing for COVID-19 in Nursing Homes. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>. 2020年10月18日 参照.

政府は施設介護サービス機関での COVID-19 感染と拡散を防止するために、施設の運営がガイドラインの開発と展開、防疫物品 支援など約 10 億ドルの公的資金を投入することにより、他の介護サービスに比べて、より積極的な政策のレベルの対応をしている。しかし防疫物品の不足をはじめ、サービス提供に携わる従事者の安全性と処遇改善の問題、高齢者の社会的孤立と感情的な憂鬱感など様々な課題に直面している<sup>44</sup>。

次は、施設介護サービスにおける問題と政策的対応について述べる。

## 1) 感染管理

医療保険局では、州政府の調査機関を通して機関内の COVID-19 感染拡散によって緊急状況に陥った機関を選別し、感染管理が誠実に行われているかどうかの防疫診断検査を実施している。また、機関は自主的に感染管理チェックリスト (Infection Control Checklist) を通して防疫診断を実施している<sup>45</sup>。

感染管理調査を実施した機関は、医療保護局の方針に基づいて施設内外の COVID-19 感染関連データをサービス利用者に知らせ<sup>46</sup>、疾病管理本部に週 1 回の報告が義務付けられている<sup>47</sup>。収集されたデータは、医療保険局が各州に伝達することにより、感染に関連する情報を共有し、拡散の防止を図っている<sup>48</sup>。また、医療保険局は、2020 年 3 月 COVID-19 感染と拡散防止のための施設訪問を制限し、集団活動を全面キャンセルするように要請したが<sup>49</sup>、2020 年 5 月には、連邦政府が発表した 3 段階のソーシャルディスタンスのプロトコルに基づいて運営方針を調整して運営している。

---

<sup>44</sup> U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (July 22, 2020). Trump administration announces new resources to protect nursing home residents against COVID-19. <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/trump-administration-announces-new-resources-protect-nursing-home-residents-against-covid-19>. 2020年 7月 27日 参照.

<sup>45</sup> U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (March 23, 2020). CMS announces findings at Kirkland nursing home and new targeted plan for healthcare facility inspections in light of COVID-19. <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-findings-kirkland-nursing-home-and-new-targetedplan-healthcare-facility-inspections>. 2020年 7月 29日 参照.

<sup>46</sup> U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (July 22, 2020). Trump administration announces new resources to protect nursing home residents against COVID-19. <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/trump-administration-announces-new-resources-protect-nursing-home-residents-againstcovid-19>. 2020年 7月 29日 参照.

<sup>47</sup> Musumeci, M., and Chidambaram, P. (April 16, 2020). COVID-19 Issues and Medicaid Policy Options for People Who Need Long-Term Services and Supports. <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/covid-19-issues-and-medicaid-policy-options-for-people-who-need-long-term-services-and-supports/>

<sup>48</sup> U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (July 22, 2020). Trump administration announces new resources to protect nursing home residents against COVID-19. <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/trump-administration-announces-new-resources-protect-nursing-home-residents-against-covid-19>. 2020年 7月 27日 参照.

<sup>49</sup> Musumeci, M., and Chidambaram, P. (April 16, 2020). COVID-19 Issues and Medicaid Policy Options for People Who Need Long-Term Services and Supports. <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/covid-19-issues-and-medicaid-policy-options-for-people-who-need-long-term-services-and-supports/>. 2020 年 7月 27日 参照.

ソーシャルディスタンスの Protokol によると、第 1 段階と第 2 段階では、施設介護サービス機関のように感染拡散に脆弱な機関の場合、来客者の制限と外部活動の中断を勧告し、第 3 段階の場合、その基準が緩和され、個人間の距離を置くなど適切なレベルの安全が保証された状態であれば、条件付きの施設訪問が許可されている<sup>50</sup>。施設介護サービス機関のように脆弱な階層が居住する施設は、他の施設のガイドラインと比べて、最も保守的に再運営を検討する措置をとっている<sup>51</sup>。再運営の方針が示された後、2020年7月現在、30州以上が、条件付きの施設訪問を許可して運営している (Soergel, 2020)。

## 2) 施設介護サービス利用の高齢者の社会的孤立と憂鬱感

長い間、施設介護サービスの訪問が制限され、介護施設の居住高齢者の精神的に健康問題が浮上している。COVID-19 の拡散により、施設内外的に対面接触が禁止されて、社会活動や家族の訪問が極度に制限されることに応じて居住高齢者の孤独と抑うつ感が高まり、これにより認知症関連リスク増加した (Simard & Volicer, 2020)。

これらの状況に対して、医療保険局は、防疫上の注意を遵守しながら、段階的に介護施設の訪問制限の基準を緩和するなど、居住高齢者の孤立感や抑うつ感を軽減することができるように弾力的に政策を実施している<sup>52</sup>。ただしこれは、他の政策と同様に州ごとの異なり、全体的には、施設訪問を段階的に可能にする雰囲気であるが、いくつかの州では、介護施設訪問を全面的に禁止している<sup>53</sup>。このように、COVID-19 による問題はほとんど介護施設に焦点を合わせ報告されてきた。

## 3) 防疫物資の不足

全国的に多くの施設介護サービス機関は、高齢者の居住者に毎日直接サービスを提供する必要があるため、マスク、ガウン、ゴーグル、手袋、手消毒剂などの個人防護具 (PPE: Personal Protective Equipment) が不可欠であることにもかかわらず不足している<sup>54</sup>。

---

<sup>50</sup> Whitehouse (2020). Opening Up America Again. <https://www.whitehouse.gov/openingamerica/>

<sup>51</sup> U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (May 18, 2020). Nursing home reopening recommendations for state and local officials. <https://www.cms.gov/medicareprovider-enrollment-and-certificationsurvey/certificationgeninfopolicy-and-memos-states-and/nursing-home-reopening-recommendations-state-and-local-officials>

<sup>52</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services. (September 17, 2020). CMS Announces New Guidance for Safe Visitation in Nursing Homes During COVID-19 Public Health Emergency. <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-new-guidance-safe-visitation-nursing-homes-during-covid-19-public-health-emergency>. 2020年9月30日参照。

<sup>53</sup> Soergel, A. (September 28, 2020). Track the Status of Nursing Home Visits in Your State. <https://www.aarp.org/caregiving/health/info-2020/nursing-homevisits-by-state.html>. 2020年9月29日参照。

<sup>54</sup> Whoriskey, P., Cenziper, D., Englund, W., & Jacobs, J. (June 5, 2020). Hundreds of nursing home ran short on staff, protective gear as more than 30,000 residents died during pandemic. The Washington Post. <https://www.washingtonpost.com/business/2020/06/04/nursing-homes-coronavirus-deaths/>

2020年5月に、連邦政府は、COVID-19の脅威から、利用者と従事者の最低限の安全を確保するために、個人防護具とCOVID-19の検査器具を介護施設に普及したいと発表した<sup>55</sup>。政府は、個人防護具とCOVID-19の検査器具を施設の規模と従事者の人数に基づいて割り当てを定め<sup>56</sup> <sup>57</sup> COVID-19が拡散されている地域に優先して配布すると公表したにもかかわらず、多くの施設介護サービス機関は適切な量の個人防護具を確保できていない(McGarry, Grabowski, & Barnett, 2020)。

カイザー家族財団(Kaiser Family Foundation)の調査結果、約2,700個の施設介護サービス機関に個人防護具(N95マスク、手術用マスク、眼の防護具、ガウン、手袋、および手消毒剤)が不足していることが明らかになった<sup>58</sup>。

#### 4) サービス提供の人材不足

多くの施設介護サービス機関は、COVID-19拡散以前から人材不足の問題に陥っていたが(Geng, Stevenson, & Grabowski, 2019)、COVID-19が拡散され、既存の従事者が、健康などの理由で勤務を中断するケースが多く、施設介護サービスを提供する人材不足がさらに深刻になった(McGarry, Grabowski, & Barnett, 2020)。

これに対して、医療保険局は、施設介護サービス機関の勤務効率を向上させるために、従来の行政業務手順を大幅に縮小した。これは介護施設の従来の医療保険局の規制を大幅に緩和した措置であり、施設の人手不足とCOVID-19感染に対応するための政策である<sup>59</sup>。特に施設評価と行政報告の規定を緩和することで、施設従事者が介護サービスの提供に集中することができるように、不要な行政手続きを簡素化した<sup>60</sup>、<sup>61</sup>。また、准看護師のトレ

---

<sup>55</sup> Rau, J. (June 11, 2020). Federal Help Falters as Nursing Homes Run Short of Protective Equipment. Kaiser Health News. <https://khn.org/news/federal-help-falters-as-nursing-homes-run-short-of-protective-equipment/>

<sup>56</sup> Federal Emergency Management Agency. (May 1, 2020). Coronavirus pandemic response: PPE packages for nursing homes. <https://www.fema.gov/fact-sheet/coronavirus-pandemic-response-ppe-packages-nursing-homes>. 2020年8月16日 参照。

<sup>57</sup> U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2020). Frequently asked questions: COVID-19 testing at skilled nursing facilities/ nursing homes. <https://www.cms.gov/files/document/covid-faqs-snf-testing.pdf>.

<sup>58</sup> Chidambaram, P. (July 21, 2020). Rising cases in long-term care facilities are cause for concern. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/rising-cases-in-long-term-care-facilities-are-cause-for-concern/>. 2020年8月8日 参照。

<sup>59</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services. (July 7, 2020). Long Term Care Facilities (Skilled Nursing Facilities and/or Nursing Facilities): CMS Flexibilities to Fight COVID-19. <https://www.cms.gov/files/document/covid-long-term-care-facilities.pdf>. 2020年10月18日 参照。

<sup>60</sup> National Cancer Institute (Feb 2, 2018). SEER-medicare: Minimum data set (MDS) - nursing home assessment. [https://healthcaredelivery.cancer.gov/seermedicare/medicare/mds.html#:~:text=The%20Minimum%20Data%20Set%20\(MDS,functional%20capabilities%20and%20health%20needs](https://healthcaredelivery.cancer.gov/seermedicare/medicare/mds.html#:~:text=The%20Minimum%20Data%20Set%20(MDS,functional%20capabilities%20and%20health%20needs)

<sup>61</sup> U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (n.d.). QAPI description and background. [https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/QAPI/qapidefinition#:~:text=QAPI%20is%20the%20coordinated%20application,and%20Performance%20Improvement%20\(PI\).&text=PI%20in%20nursing%20homes%20aims,make%20good%20quality%20even%20better.](https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/QAPI/qapidefinition#:~:text=QAPI%20is%20the%20coordinated%20application,and%20Performance%20Improvement%20(PI).&text=PI%20in%20nursing%20homes%20aims,make%20good%20quality%20even%20better.)

ーニング時間を削減し、医療従事者が本人の権限の一部を助手や職員に譲渡することができるようにするなど、柔軟な人材運営方案を図っている。ホスピス施設の場合、従事者の教育時間を縮小し、教育履修期間の期限を延長することで人材運用の効率化を図っている<sup>62 63</sup>。

しかし、約 3000 か所の施設介護サービス機関は、これらの対応策以降も人材不足で困難を抱えている。このうち特に看護専門職が不足している<sup>64</sup>。また、多くの施設介護サービス従事者は、過度な業務により有給・病気による休暇を利用していない。

政府は、COVID-19 対応策の一つとして、緊急有給・傷病休暇制度を施行して、労働者が病気の場合、14 日間自宅で休むことができるようにしたが、かなりの数の医療従事者はその対象から除外されており、健康ケアのための適切な補償さえ受けにくい状況に置かれている。カイザー家族財団の調査によると、労働者の 20%に該当する約 6,900 万人の医療従事者が有給・傷病休暇利用の対象外であり、このうち 9%は施設介護サービス従事者に該当する<sup>65</sup>。

---

<sup>62</sup> U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (July 9, 2020). Hospice: CMS flexibilities to fight COVID-19. <https://www.cms.gov/files/document/covid-hospices.pdf>

<sup>63</sup> U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (July 9, 2020). Long term care facilities (skilled nursing facilities and/or nursing facilities): CMS flexibilities to fight COVID-19. <https://www.cms.gov/files/document/covid-longterm-care-facilities.pdf>

<sup>64</sup> Davidson, P. M., and Szanton, S. L. (2020). Nursing homes and COVID-19: We can and should do better. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2758-2 759. <https://doi.org/10.1111/jocn.15297>

<sup>65</sup> Long, M., and Rae, M. (June 17, 2020). Gaps in the Emergency Paid Sick Leave Law for Health Care Workers. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/gaps-in-emergency-paid-sick-leave-law-for-health-care-workers/>. 2020年 8月 17日 参照.



## 第4節 結論

これまでアメリカ内の COVID-19 感染の現状とアメリカの高齢者介護サービス体系の概要について述べ、各介護サービス別に抱えている課題とこれに対する政策対応について調べた。アメリカの COVID-19 現状は時間とともに悪化しており、ワクチンと治療薬が開発されていない状況で、今後しばらくは COVID-19 による影響が続くものと予測されている。

特に、アメリカの COVID-19 は、特定の集団に属する人々が、より脅威にさらされる。例えば、高齢者集団は、他の年齢別グループに比べて非常に高い死亡率を示しており、基礎疾患のある人が、COVID-19 による死亡の脅威にさらされていて、有色人種集団は白人集団に比べて、COVID-19 による入院率が非常に高かった。

これらの結果を総合して見たとき、COVID-19 関連のリスクが複合的に当てはまる層への理解と社会的介入が優先しなければならぬと考えられる（例えば、有色人種であると同時に基礎疾患がある高齢者層など）。

また、COVID-19 により特定の階層がより脆弱になる社会構造を理解し、これを解決するための措置を迅速に講じなければならない。アメリカの高齢者関連の介護サービスを調べた結果、在宅介護サービスの種類は、訪問型在宅介護サービス、住宅環境の改善サービス、デイサービス、およびその他の地域連携サービスなど多様である。しかし、在宅介護サービスは、サービスの特性上、非対面の提供が困難であり、COVID-19 拡散の打撃を大きく受けている。

これにより、地域の居住高齢者は、従来の対面サービスを受けることができなくなり、セーフティネットがさらに悪化し、身体的、精神的および社会的ニーズの充足に困難を抱えている (Morrow-Howell, Galucia, & Swinford)。COVID-19 が拡散されている状況で、従来の方法では、円滑なサービスの提供が困難な場合があるため、新しい方式の多様なサービスを開発し提供する必要がある。

前述した無料の食事配達サービス (Meals on Wheels) の拡大を通じたサービスの一時的な中断の軽減、遠隔医療や精神保健サービス支援に健康増進と社会的孤立の防止、交通手段の提供を通じたサービスのアクセス向上などが良い代替案になる。また、社会的孤立の問題の重要性を再び認識して遠隔医療の発展に拍車をかけるなど、積極的に危機をチャンスとする態度が必要である (Berg-Weger, & Morley, 2020)。高齢者住宅、生活補助施設、リタイアメント・コミュニティをはじめと移行的介護サービスの提供機関は、COVID-19 に対応する政府支援がまだ不足している。

利用者と提供者の安全を確保し、COVID-19 事態にも継続的なサービス提供のために大きく、次のような取り組みが必要になると予想される。

①移行的介護サービス機関などの居住施設は、感染者の発生時の集団感染につながる可能性が大きいいため、徹底した防疫システムの構築と対策が必要である (Gardner, States, & Bagley, 2020)。

②居住者及び従事者の防疫物品の普及をはじめ、機関内の外部の人の出入り統制システムの構築、発熱のモニタリング、団体プログラムと共同利用スペースのソーシャルディスタンスを守るなど、利用者の安全確保が求められる<sup>66</sup>。

③住宅団地内の広域通信網を設置して、インターネットの普及を増やし、情報通信技術を活用したリモートサービス提供のシステムを確保して、サービス利用者の COVID-19 に対する情報のアクセスを高めるなどの医療機関をはじめとする様々なサービス提供者から継続的にサービスを受けるようにする。

このような努力を継続的に提供する場合、高齢者住宅、生活補助設備、リタイアメント・コミュニティに居住する高齢者の身体の健康だけでなく、家族、親戚とのコミュニケーション社会的孤立と孤独の解消にも役立つだろう (Simard, & Volicer, 2020)<sup>67</sup>。COVID-19 に対応するために介護施設、ホスピスなどの施設介護サービス機関は、在宅、移行的介護サービスモデルに比べて、様々な面で政策的な措置 (COVID-19 診断テストの支援、来客者の制限、COVID-19 感染者の分離空間の整備) が講じられている。しかし、このような措置にもかかわらず施設ケアサービス機関での感染者は増加している。

カイザー家族財団 (Kaiser family Foundation) によると、2020 年 6 月末から 7 月 10 日までの 2 週間の間に 35 個の州の施設介護サービス機関で発生した感染者は平均 11% 増加した。また、政府による防護具の普及が行き届いていない施設は、いまだに支援を受けていない場合が多く、従事者の有給・病気の休暇利用の制限によりサービスを提供する人材の減少も懸念される。

施設内立ち入り制限の基準が多少緩和されることを受けて家族、親戚などの訪問を許可する州が増加しているが、このような時こそサービス利用者と来客者の安全のための防疫体系の構築を徹底し、実施が難しい場合 Zoom などオンラインによる意思疎通チャンネルを揃え、感染の広がりを防ぐ必要があると発表した<sup>68</sup>。

アメリカは、急速に拡散した COVID-19 の問題に対応するために、これまで高齢者と関連して主な問題のみに焦点を合わせて対処してきたが、これからは長期化する COVID-19 の状況に備えて、さらに体系的な取り組みを用意しなければならない。特に、高齢者の喪失感、不安感などに焦点をあてて積極的に高齢者の権利を擁護して (advocate)、保護するために努力し、高齢者の集団の中にも社会的に疎外されている層 (低所得層、移民、重症患者など) と、彼らに介護を提供する介護者とサービス関係者に対する幅広い支援策を模索すべきである。

---

<sup>66</sup> International Council on Active Aging (2020) Creating a path towards the “Next Normal” in senior living

<sup>67</sup> Simard, J., & Volicer, L. (2020). Loneliness and Isolation in Long-term Care and the Covid-19 pandemic. Journal of the American Medical Directors Association.

<sup>68</sup> AARP. (October 14, 2020). When Can Visitors Return to Nursing Homes? <https://www.aarp.org/caregiving/health/info-2020/nursing-home-visits-after-coronavirus.html>. 2020年 10月 18日.

---

## 第 7 章 スウェーデンにおけるCOVID-19の 発生状況と高齢者介護分野の対応

---

Gerdt Sundstrom<sup>1</sup>

Lennarth Johansson<sup>2</sup>

訳 高仙喜

### 第 1 節 高齢者ケアの現状：政策及び実際

歴史的背景は重要である。世界的にそしてスカンジナビア諸国で公共福祉は、新しいものと認識されている。しかし、福祉が公共のためなら、助けを必要とする人々のためのケアの義務は北欧諸国で長い歴史を持っている。今日、スウェーデンは発展した福祉体系を整えており、国民の生涯にわたってヘルスケア(health care)、社会福祉サービス、そして年金と社会保障を提供する。1950年代以前までは、主にケアを提供できるか、世話をする家族がいない一人暮らしの貧困な市民のためにケアを提供したが、数百年にわたって、高齢者と障がい者をケアすることは公共部門の責任だった。現在、介護政策の一般的な原則は、経済的手段や家族資源とは関係なく、個人のニーズに基づいて幅広いサービス(現物)を国の補助で提供することであり、これによりある程度家族のサービスとケアの負担を軽減することである(Sipila, 1997)。スウェーデンの福祉システムの普遍的な特徴を支える基本的な考え方は、貧困な階層のための安価なサービスを提供するが、富裕層にとっても魅力的なサービスを作ることである(Szebehely & Trydegard, 2012)。

1950年代の初め、スウェーデンは高齢者ケアの政策方針を「老人ホーム(care home)から在宅ケア(home care)で」に転換した。その後、1960年代と70年代に在宅ケアが急速に広が

---

<sup>1</sup> Jonkoping University 准教授

<sup>2</sup> Jonkoping University 名誉教授

り、1980年代初めにピークに達した。その後、1980年代に政府委員会が構成され、スウェーデンの高齢者ケアシステム改革のための新しい戦略を確立するに至った。この作業では、医療保険と社会福祉サービスを二つの異なる地方当局が提供する、高齢者ケア「分離された責任」が強調された。そして市議会(county council)は健康及び医療ケアを、地方政府は社会福祉サービスを担当することになった。

「分離された責任」は、高齢者ケアに関連する機関の間で協力の難しさをもたらし、協力不足は最終的に高齢者ケアに影響を及ぼした。分離された責任は政治的責任に対する混乱、資源の非効率的な使用、ケア活動の実際の問題をもたらした。

財政及びケア責任を統合するため、高齢者ケアの責任は地方当局である地方政府レベルで負うことに決定された。1992年、コミュニティケア改革(Community Care Reform)が推進され、長期ケア(LTC: long-term care)の枠組みが整い、今日まで続いている。地域社会の継続居住(aging in place)を骨子とする1992年の改革は、施設に居住する高齢者に対するヘルスケア(health care)を含む高齢者の施設保護及びケアに法的な責任を地方政府が負うことを意味する。自治体(county)との合意により、各地方政府は在宅基盤のヘルスケアの責任も負うことができる。医師によるヘルスケア及び医療の提供は、相変わらず一次医療の責任領域である。助けを必要とする対象の在宅基盤のヘルスケアは、主に地方当局の責任である。これにより、各地方当局の専門看護師(MRN: medically responsible nurse)の配置が決定された。専門看護師の責任領域は、適切で安全な地域ヘルスケアを提供することである。専門看護師(MRN)は、地域ヘルスケアの計画、資源及び専門性の配分も担当するなど、地域ヘルスケアサービスとケアに重要な役割を果たす。

病院の看護では、入院後に治療を受けるために病床を占める患者である「病床占有者((bed blocker)」の慢性的な問題を解決するための改革案は、新しい法をつくり、地方当局が病院治療を受ける病床占有者に対する財政的負担を負うことにした(Johansson、1997)。

1990年代につくられたもう一つの政策方針は、高齢者ケアに変化をもたらした。市場及び民間福祉サービスの強化である。公共サービスの効率性改善の必要性について集中的な議論の後、市場への依存度が高まるようになった。市場メカニズムの導入又は「ケアの民営化」により、1990年代初頭から長期ケア(LTC)利用者に選択の自由が広がった。2007年に家事補助、友愛訪問サービス(befriending service)などのサービス購入について税金補助(tax subsidy)を導入することでこのような傾向が強化され、その後、補助金が拡大されて多くの高齢者が利用するようになった。租税当局によるこのような補助は、いわゆる「ブラックワーク(black work)」の根絶を意味する。

2009年に選択の自由法(Act on Freedom of Choice)が制定され、地方当局のケア機関との契約締結方法に代案ができた。前述した税金補助は、消費者の選択を強化するモデルの導入につながった。このようなモデルはスウェーデンの290自治体のうち、約半数が導入した。ニーズアセスメントの後、受給資格のある対象者は、様々な認可(accredited)のケア機関の中から選択できる。地方当局が介護対象者に提供した介護時間に固定費を負担す

るため、このような準市場(quasi-market)では、資格に基づいた競争は起こらない。新しい法により、自治体は契約方式の代案を通じてケア機関に財政を補助することができるようになった。

その後、機関内(in-house)サービス提供、民間ケア機関と介護サービスの契約締結、消費者選択モデルの導入やサービス別に異なるオプションの使用など様々な選択肢が用意された。自治体と公共/民間サービス提供機関の関係は、契約によって決まる。サービスの委託及び顧客選択モデルで自治体は品質の基準、価格などを設定して、ケア機関を管理・監督することになる(Meagher & Szebehely, 2013)。

2010年一次医療サービス関連法が制定され、患者は「自分たちの」一次医療医師と医療機関を選択する権利を得ることになった。これは、各機関が特定の財政と行政基準を満たせば、希望するサービスを作り提供できる権利を確保したという意味でもある(Burström et al., 2017)。複雑な健康問題と難しいニーズを持っている独居老人は24時間体制のケアサービスに依存する。高齢者ケアの市場化によりヘルスケアと社会福祉関連機関の数が急速に増加した。多くの民間機関は多数の下請業者と契約を結んで、必要なサービスを提供する。24時間サポートが必要な人に、複数の介護従事者がケアを提供する結果につながり、ケアの持続性、保障(security)と患者の安全に挑戦することができる。

## 第2節 公共高齢者ケアの発展と現状

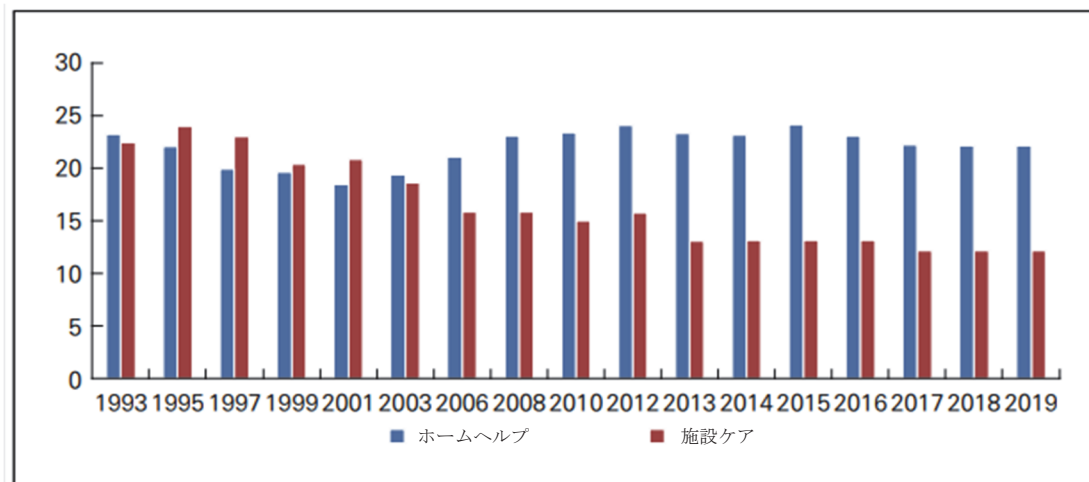
### 1. 高齢者ケアの発展

1950年代に推進されたコミュニティケア改革(Community Care Reform)は、スウェーデンの公共高齢者ケアにおいて地域社会の継続居住(aging in place)政策を統合させた。これらの改革を通じて、高齢者ケアの脱中央集中化、脱施設化が推進された。急性期病院診療の病床占有者に対して自治体が財政的責任を負うことになり、病院から高齢者の退院が急速に進められた。これにより、病院の病床数は急速に減少し、その後30年間、病院の病床数は50%以上減少した。現在、人口対比病院の病床数はOECD加盟国の中で最も低い水準である(SBU, 2013; OECD, 2019)。

2000年代初め、自治体のケア機関の病床が相次いで減少し、すべての自治体老人ホーム定員の約40%が減少する結果をもたらした(NBHW, 2020c)。65歳以上の人口占有割合も【図7-1】のように約50ポイント減少した。自治体の施設ケアが縮小され、居住者の転院率も増加した。国のデータによると、施設ケアに入所した居住者の10%が2か月以内に死亡し、31%は入所後12か月以内、50%は24か月以内に死亡している(NBHW, 2016)。このような様相は、施設ケアの居住期間は減り、施設ケア入所後短期間で死亡する人の割合が急速に増加する結果を盛り込んだ現地の研究でも確認できた(Schön et al., 2016)。2019年の施設ケアの平均居住期間は730日だった(SALAR, 2020a)。

【図7-1】 80歳以上の高齢者のホームヘルプ及び施設ケアの占有比率(1993-2019年)

(単位：%)



資料：NBHW、年間高齢者ケア及びサービス統計

高齢者ケアの地域社会継続居住政策は、人をサービスとケアの場所に移すことではなく、サービスやケアを人がいる場所に移すことで、施設入所より、必要なサービスとケアを居住する自宅で提供することで、1950年代その概念が確立され、今まで大衆に大々的に受け入れられた。

しかし、ここ数十年間、国民は地域社会の継続居住が一つの選択肢ではなく、高齢者やその家族に強要される代案になったと考えるようになった。研究によると、スウェーデンの高齢者は、継続居住しながら必要なサービスやケアはもちろん、施設ケアも受けられないことが分かった。スウェーデンでこのような問題を示すもう一つの指標は、病院の救急救命室に待機する高齢者の数が増加していることである(SBU、2013)。

高齢者ケアは公共の責任であり、子どもが助けを必要とする親の世話をしたり、金銭的な支援をしなければならないという法的義務や法的要件は存在しない。スウェーデンの福祉国家プログラムは、個人の独立性に基づいている。公式的に家族間の連帯は自発的なもので義務ではない。これに関する根本哲学は、個人の日常生活の営為に必要な場合でも、他の家族構成員からの独立を最大限に保障することである。しかし、高齢者のサービスとケアのニーズは公共が責任を負うことになっているものの、スウェーデンは他の国と同様に高齢者ケアを提供する主な責任は依然として家族と親戚が負っている(Jegermalm & Jeppsson Grassman、2012; Ulmanen & Szebehely、2015; Schön & Johansson、2016; Abellán et al.、2017; Johansson et al.、2018; Sundström et al.、2018; Malmberg & Sundström、2020)。

このような展開は、老いた家族構成員に対するケアの責任を抱えた家族に影響を及ぼした。自治体ケア機関の病床数が減少して、超高齢者人口が増加し、老いて障がいをもつ患者が病院から退院して家に帰り、広範囲にわたるホームヘルプサービスと家庭のヘルスケア

アを要するようになった。彼らの大半は85歳以上であり、一人暮らしをする死別した高齢の女性である。

このような高齢者のほとんどがホームヘルプサービスを受けているが、こうしたサービスが家庭で安全な良質のケアを十分に提供しているかは依然として課題となっている。一日は24時間で構成され、一日に7回から8回訪問しても、高齢者に必要な安全(security)を担保するには十分ではない。たまに近所に住んでいる孫がケアの穴を埋めることもある。しかし、スウェーデンの女性のほとんどが仕事をするため、むしろ日常の業務にストレスを抱えるだけである。研究によると、前述した内容により、認知症を患っている患者のほとんどが家でケアを受けている(Wimo et al.、2016)。これにより、すでに厳しい生活を送っている多くの家庭により大きな負担となっている。

## 2. 公共高齢者ケアの現状

### 1) 高齢者ケアのガバナンス

スウェーデンでのヘルスケアと社会福祉サービスの責任は、三つの異なる政府で担当する。国家的レベルでは議会と中央政府が立法活動と経済的インセンティブを通じて政策目標と方向を設定する。各地域(21州)はヘルスケアと医療サービスの提供を担当する。地方レベルで290の自治体には、高齢者向けの(助けを必要とする青年も含め)社会福祉サービス、ホームヘルスケア(home health care)、そして施設ケアのニーズを満たす法的義務がある。今日、高齢者のための長期ケア(LTC)は、各自治体が主導し、自治体の財政補助で運営されている。

各州と自治体は、中央政府から相当な水準の自律性を享受している。州と自治体の両方から選出された議員で構成された議会を設けており、租税権を持つ。各州と自治体は、法に定められた限界の中で、他の年齢集団に比べ、高齢者をいかに優先するか、そして一般的にどのような方法で資源を配分するかを決定することができる。このような責任の分離は、財源調達にも反映されている。ヘルスケアと社会福祉サービスなど高齢者のためのケアはほぼ税金で運営される。受給者は費用の一部(4~6%)のみを負担する。費用の最も多い割合(約90%)が税金で賄われる。国税で残りの費用(約5%)を賄う。高齢者のためのヘルスケアと社会福祉サービスが主に地方税で運営されるということは、地方政府が中央政府から独立して独立的な役割を果たすということを明確にしている。ほとんどのスウェーデンの労働者は所得の約30%を地方税として納付する。また、消費税(consumer tax:ほとんどの商品の25%)、酒類税、タバコ税などを納付する。

### 2) 在宅基盤のケア

スウェーデンの国民は、いつでもどこでも必要な時にサービスとケアを申し込む法的権利がある。長期サービスとケアの提供は、単一経路体系(single-entry system)を基盤とする。つまり、助けが必要な人は居住地の自治体または他の地域で一時的に居住している場合、一時的居住地の自治体に助けを求めることができる。自治体のソーシャルワーカー

(care manager)が行うニーズアセスメントの手続きを通じてニーズを評価することになる。サービスの受給資格は、施設ケアと在宅基盤のケアのいずれも資産調査によって提供されるものではなく、国の規制もない。自治体ごとにサービスレベル、受給資格の基準、提供されるサービスの範囲を決定する。個人はサービスを申し込むことはできるが、サービスに対する権利や権限を自動的に持つわけではない。高齢者のサービスの申し込みが断られたり、申請した内容より提供するサービスの内容が不足すると、行政裁判所に訴えを起すことができ、より多くの人々が行政訴訟に頼っている。

地域社会に居住する高齢者のための主なサービスのうちホームヘルプ(Home Help)がある。スウェーデンでは約3,000か所のホームヘルプセンターがあり(SALAR、2020a)、2019年の一年間16万人の高齢者をサポートした(NBHW、2020a)。ショッピング、調理、掃除、洗濯などの家事支援活動だけではなく、入浴介助、トイレ介助、更衣介助、横になる、ベットから起き上がるなどの身辺介助も含まれる。

今日のホームヘルプは、1980年代のホームヘルプと比べると多くの面で発展した。現在、ホームヘルプの利用者は日中・夕方・夜間・週末などの時間にサポートを受けることができ、このような支援は、20年前には不可能であった。現在のホームヘルプは食事の配達サービス(meals-on-wheels)など家事を代替しようとしている。別の例として、夜間パトロール班が訪問する代わりにウェブカメラで夜間監視を提供する。利用者は月に平均39時間のサービスを利用しているが、ほとんどの利用者は、サービスの利用時間が短く、一部の利用者が多くのサービスを利用することにより、利用の分布が偏っている。

ホームヘルプ以外にも、交通サービス、食事の宅配サービス、セキュリティアラーム、住宅適応(housing adaptations)、介護用品など高齢者のために自治体が提供する多様なサービスがある。自治体は家庭での高齢者をケアする家族が休息をとることができるようにデイケアサービスも提供している。高齢者は週1~2回デイケアセンターに通い、4~5時間を過ごしながらかつて様々な社会的活動ができる。また、他のケア代案はショートステイとして病院から退院した高齢者に主に提供される。

ヘルスケアは公共機関または民間機関が運営する(民間機関の場合、公的資金による補償)一次ヘルスケアセンター(PHC: primary health care centres)を介して利用することができる。各州で一次ヘルスケアセンターの責任を負う。これらのセンターでは、高齢者を含め人口全体に対するサービスを提供する医師、看護師、作業療法士、理学療法士がヘルスケアを提供する。しかし、一次ヘルスケアセンターの医師不足は、特に農村地域で相次ぐ問題で自治体の介護に否定的な影響を与える。施設に医師はいないが、居住者は急性の疾患が発生した場合、一次ヘルスケアセンターの医師の定期訪問サービスを受ける。

自治体は自治体高齢者ケアの一部分を占めるホームヘルスケア(home health care)も責任を持っているが、このようなケアは、個人の家庭や機関が提供する。ホームヘルスケアは、医療サービスも担当しているが、ほとんどの患者は、自治体が提供するホームヘルプサービスが必要な人々である。2017年にケアを受けたすべての高齢者のうち、約70%がホームヘルスケアとホームヘルプの両方を受けており(NBHW、2019a)、このような状況に置



かれた多くの高齢者は、日常的なケアと管理に大きく依存している。

### 3) 施設ケア

現在の施設ケア体系は、自治体が全ての責任を担うことになるコミュニティケア改革によって用意された。1992年に始まったこのような努力は高齢者ケアの脱中央集中化、脱施設化によりスウェーデンの公共高齢者ケアの構造を変えた。施設ケアへの接近性は、ホームヘルプサービスと同様に、自治体のケアマネジャー(care manager)が行うニーズアセスメントの手続きを経て決定される。受給資格と接近性の基準は自治体によって異なることもありうるし、実際に異なっている。しかし、認知機能障害の場合、依存度と認知機能障害の程度は、しばしば決定的な基準として作用する。

コミュニティケア改革の核心は、自治体が31,000カ所の追加の老人ホーム病床に新しい責任を負うことになったことである。このような新しい責任により老人ホームは、医療保健法(Health Care Act)に基づく病院医療の一部ではなく、社会福祉サービス法(Social Services Act)に基づく高齢者の在宅オプションとなった。療養型病院や病床のうち、どれだけ元々設計された通り、活用されているかに対するデータはない。多くの施設が閉鎖されたり、他の目的で使用されている。再建築やリモデリングした施設もあり、代案在宅オプションに置き替わった所もある。

現在、スウェーデンには約1,700カ所の高齢者ケア関連施設がある(SALAR, 2020a)。コミュニティケア改革以降、全ての型の施設ケアは、一つの「傘」の下、高齢者のためのサービスとケアを提供する「特殊住居(special housing)」という名称で統合され、ここでは老人ホームとして通称する。この概念には、ナーシングホーム(nursing home)や老人ホーム(old age home)のような高齢者入所施設(residential care facility)、サービスハウス、アシステッド・リビング(Assisted Living)、認知症の高齢者のためのグループホームなどがある。1992年以来、高齢者のための施設ケアの様々な形態に対する国レベルの統計はない。

ケア機関は自治体の委託によって民間企業が運営することができ、自治体が高齢者の機関入所を決定する。2019年の基準で施設ケアを受けた全ての高齢者のうち、19%が民間機関で運営するケアを受けた(NBHW, 2020c)。居住者がケアに対する全ての費用を負担する民間ケア機関もあるが、極めて稀である。施設の所有権に関して、ケア機関の約79%が公共機関が所有し、21%が民間企業の所有であった。民間が所有するケア機関のうち非営利は3%、営利機関は18%であった(Erlandsson et al., 2013)。ここ数年の間、民間機関が所有するケア施設(営利施設)が増加したが、これらの傾向に対する国の統計はない。

2019年10月現在、約82,000人の高齢者が自治体機関でケアを受けた。65歳以上の人口のうち、施設ケアを受ける高齢者人口の割合(coverage ratio)は290の自治体別に大きく異なっている。65歳以上の高齢者のうち、施設ケアを受ける割合が最も低いところは0.8%、最も高いところは8.2%であり、国の平均は4%である(NBHW, 2020a)。

このような施設ケアの概念は非常に幅広く、多様な形態のケア環境を含むが、最小限の

共通点は、24時間ケアの従事者が常駐するという点である。今日、3つの形態の機関で、3つのタイプの居住者をケアしていることが把握されている。約35%の居住者は、深刻な身体的疾患を患っている高齢者をケアする老人ホームの病床で過ごしており、35%は認知機能の低下を経験している認知症患者の病床で、30%は重症度が低いニーズをもっている高齢者のための介護施設で過ごしている。一方、全ての居住者の2/3は、様々な認知機能障害を抱えていると推定される。これは認知症を患っている患者が全員特殊に設計された認知症の病棟でケアを受けるのではなく、ほとんどは、地域社会に居住していることを意味する(Wimo et al., 2016)。

自治体の介護施設の外観は、一般的なマンションの建物と非常に似ており、これは、住宅基準にも反映されている。施設ケアを受ける居住者の3/4は、部屋1室または1.5室、調理設備(小さなキッチン)、トイレ及びシャワー室を備えているマンションに居住する(NBHW, 2020b)。居住者は自分のマンションに家具などを持ち込み、自分が好きなように家のように飾る。居住者は家賃を支払い、食事代と介護費用は所得に応じて定められる。居住者のほとんどは低所得層である。自己負担限度額が彼らを保護しているため、個人的なニーズを満たすための必要資金を確保することができる。

したがって、スウェーデンの長期施設ケア、すなわち老人ホームでの「病床」は、小さなマンションを意味する。これらのマンションは、廊下沿いにあり、廊下の端に食堂とテレビ視聴室がある。多くのマンションには、各フロアにつながるバルコニーもある。1階にガーデンや外部空間があるところも多い。複数の寝室とベッド脇の小さなテーブル、酸素治療用の医療装備を備えた既存の老人ホームの病床と今日のケア施設を比べると、似たような点はほとんどない。しかし、このようなケア施設も高級な医療サービスは提供していない。

介護施設に入所する平均年齢は86歳である。前述したように居住者の2/3が認知機能障害を患っており、これが施設ケア入所の主な理由である(Sköldunger et al., 2018)。残りの1/3は、深刻な疾患や機能低下を患っているか、持続的な支援と管理が必要な患者である。多くの自治体に「伝統的な老人ホーム(old age home)」が存在するが、比較的元気で身体的に活動的で、認知の問題もない高齢者が入所している。

施設ケアの主な問題の一つは、施設ケアの病床の急速な減少とつながっている。これにより、施設ケアの入所資格とアクセスについての議論が繰り返されている。一部の自治体では超高齢、独居、健康状態の不良などの深刻な依存度があるにもかかわらず、このような条件が施設ケアに病床を割り当てるには「充分ではない」という決定が出るなど、一般の目線からは施設の入所資格が不合理な場合がある。職員の割合と介護従事者の教育に対する議論も続いている。社会福祉サービス法は、施設ケアの介護従事者の割合を法的に明示していない。法令には、「必要な」職員が配置され、「良質」のケアを提供する必要があるとされている。そのため、自治体ごとに解釈は異なっている。

介護従事者の割合、勤務時間表、そして交代勤務時間のいずれも関連する問題だ。2017年のデータ(NBHW, 2017)によると、施設ケア/老人ホーム(care home)の従事者の全国平均

の割合は昼間病床当たり0.3人である。看護師の割合は昼間病床当たり0.04人である。つまり、老人ホームでは訓練された看護師が24時間常駐できないということで、これは専門看護と医療が制限されるという意味である。介護従事者に対する訓練水準も数年間批判を受けてきた。施設ケアの居住者が高齢化するにつれて次第に衰弱し、認知機能障害を有することで専門医療訓練を受けた従事者が、より多く求められている。

ヘルスケアは看護師と看護補助者が提供する。医療サービスは、一次ヘルスケアの担当である医師が提供する。介護従事者(主に看護補助者や介護職員)は、日常生活のケア、社会活動、話し相手(companionship)などの役割をする。また、介護従事者は、ベーキング、料理、配膳などの活動だけではなく、可能な限り居住者と一緒に散歩したり、軽い運動をするために努力する。介護施設は、運営管理者を通して、ソーシャルワーカーの訓練、行政業務、財務、介護従事者の勤務計画及び交代時間などを管理するようにする。各ユニット(または平面計画)は、昼間看護師が主に管理する。夜間には、必要に応じて呼び出せる当直医や看護師がいる。

### 第3節 COVID-19の現状と対応

#### 1. COVID-19の現状

COVID-19は、様々な方法で影響を与え、時間に応じてその様相が変わった。スウェーデンでは、2月末から3月までの間、冬の休暇期間に海外旅行に行った国民が感染して帰国した後、感染を伝播したものと推定される。COVID-19のパンデミックの期間中、全体人口の死亡率は、3月と4月の間、数週間間に急増したが、それ以降は、最近の数年間の死亡率より低い水準を記録した。6月(20-21週目)の死亡率は、最近の数年間の平均死亡率に近接している。夏に死亡率が減少したのは、感染した患者が夏前には死亡したと解釈できる。

【表7-1】人口10万人当たりの死亡者の数(2015~2020年) (単位:人)

| 月  | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020  |
|----|------|------|------|------|------|-------|
| 1月 | 86.0 | 85.4 | 89.9 | 84.2 | 79.2 | 78.1  |
| 2月 | 88.9 | 82.0 | 85.9 | 88.2 | 78.3 | 75.5  |
| 3月 | 85.9 | 80.1 | 79.7 | 90.1 | 73.6 | 80.1  |
| 4月 | 79.2 | 76.4 | 77.1 | 76.9 | 71.9 | 102.0 |
| 5月 | 72.8 | 69.8 | 72.2 | 66.3 | 67.4 | 83.4  |
| 6月 | 70.0 | 67.7 | 68.1 | 65.6 | 64.6 | 71.7  |
| 7月 | 70.4 | 70.6 | 66.7 | 71.1 | 65.4 | 66.0  |
| 8月 | 67.3 | 69.8 | 67.3 | 66.3 | 66.1 | 64.2  |
| 9月 | 53.8 | 42.2 | 43.8 | 49.7 | 40.4 | 44.3  |

資料:スウェーデン統計庁(2020)

スウェーデンの統計庁(国家中央統計機関)は、パンデミックの関連情報を総合する特別なウェブサイトを最初に開設した。春の超過死亡率が高く、秋の平均対比死亡率が低いことを認識した。これは1918年スペインのインフルエンザが流行した時期に観察された様相と似ている。スウェーデンの統計庁はCOVID-19の死亡者が35,000人だと発表した。1918年の結核による死亡者よりその数が著しく低いという点に注目した。スウェーデンの統計庁によると、これらの死亡者は、すでに衰弱しており、基礎疾患により新型コロナウイルスの犠牲者となったのである。近代の疫学者は、死者は「刈り取られた(摘出された)(harvested)」と言及した。

【表7-2】は、COVID-19の感染者と死亡者の数を週間データとして表している。春の間、感染者数から、感染ケースのテストレベルが低いことが批判されている。死亡者数は4月から5月の初めに当たる14~19週目に最大値を示している。

【表7-2】 スウェーデンの週間COVID-19の感染者数及び死亡者数(2020年)

(単位：人)

| 週   | 感染者数  | 累計感染者数 | COVID-19関連の死亡者数 | COVID-19関連の累計死亡者数 |
|-----|-------|--------|-----------------|-------------------|
| 1-8 | 1     | 1      | —               | —                 |
| 9   | 13    | 14     | —               | —                 |
| 10  | 211   | 235    | —               | —                 |
| 11  | 835   | 1,070  | 3               | 3                 |
| 12  | 911   | 1,978  | 56              | 59                |
| 13  | 1,943 | 3,917  | 189             | 情報なし              |
| 14  | 3,208 | 7,127  | 451             | 562               |
| 15  | 3,698 | 10,800 | 663             | 1,098             |
| 16  | 3,740 | 14,577 | 656             | 1,842             |
| 17  | 4,171 | 18,735 | 546             | 2,386             |
| 18  | 3,728 | 22,485 | 543             | 2,881             |
| 19  | 4,029 | 26,482 | 511             | 3,406             |
| 20  | 3,652 | 30,132 | 379             | 3,776             |
| 21  | 3,466 | 33,597 | 361             | 4,499             |
| 22  | 4,300 | 38,897 | 271             | 情報なし              |
| 23  | 6,060 | 44,956 | 247             | 4,757             |
| 24  | 7,208 | 52,189 | 236             | 5,007             |
| 25  | 7,462 | 59,650 | 197             | 5,179             |
| 26  | 7,645 | 67,295 | 136             | 5,459             |
| 27  | 4,935 | 72,758 | 103             | 5,489             |

|    |       |        |    |       |
|----|-------|--------|----|-------|
| 28 | 2,789 | 75,488 | 87 | 5,588 |
| 29 | 2,274 | 77,757 | 61 | 5,647 |
| 30 | 1,376 | 79,126 | 31 | 5,712 |
| 31 | 1,598 | 80,762 | 23 | 5,746 |
| 32 | 2,016 | 82,728 | 21 | 5,762 |
| 33 | 2,058 | 84,787 | 18 | 5,789 |
| 34 | 1,697 | 83,060 | 20 | 5,808 |
| 35 | 1,212 | 83,986 | 11 | 5,808 |
| 36 | 1,335 | 85,310 | 13 | 5,830 |
| 37 | 1,598 | 86,907 | 15 | 5,847 |
| 38 | 2,084 | 88,989 | 12 | 5,863 |
| 39 | 2,926 | 91,911 | 11 | 5,881 |
| 40 | 3,641 | 95,543 | 17 | 5,878 |
| 41 | 4,282 | 99,823 | 21 | 5,892 |

資料：Folkhälsomyndighetens veckorapporter (公衆衛生局の週間報告書)

\*上記のデータは、週間報告書の内容で、その数値の報告へ遅れがあった。可能な場合、2、3週後に載せられた修正データを使用した。このような理由から累積感染者数は常に正確に計算されていなかったが、累積数が変わっても週間死亡者数はほぼ正確である。COVID-19の死亡者数はCOVID-19が主な死亡原因であるか(主な死亡原因ではないが)COVID-19の感染に伴って死亡した場合に該当する。

2020年の春の展開状況をみると、高齢者人口の超過死亡率の年齢が高くなるにつれて増加することが分かる。【表7-3】のように、70歳以上の高齢者のうち、春に死亡した高齢者の29%が在宅ケアを受け、50%は老人ホームに居住していた。COVID-19のすべての高齢者の死亡率のうち、老人ホームでの死亡率は全体死亡の約半分を占めており、病院での死亡は45%、自宅での死亡は約3%の水準だった。

ストックホルム・カロリンスカ病院で患者を対象とした研究では、2020年の春、病院でケアを受けているCOVID-19の患者4人のうち3人が生存した(Religa & Hägg, 2020)。臨床フレイル・スケール(Clinical Frailty Scale)によって評価したフレイル水準が死亡リスクや家に退院できないことと関連性があることが分かった。年齢と併存疾病(comorbidity)もリスク増加と関連があるが、フレイル対比との関連性は低かった。

2020年の春、保健ケア調査局(Health and Care Inspectorate)は、老人ホームのCOVID-19感染の研究を進めた。スウェーデンの老人ホームのCOVID-19の死亡者は全国的に発生したが、全体の死亡率の70%は40自治体に集中していた。死亡率が高かった40自治体のうちCOVID-19の発生初期からCOVID-19の感染関連の医師の評価や治療に関するすべての条件を満たしている老人ホームは60%水準だった。他の250自治体の場合、このような条件を完

全に満たしている事例は67%だった(HCI、2020)。

【表7-3】70歳以上の高齢者の年齢、性別、ケアの状態、死亡の場所別によるCOVID-19の死亡者数・割合(2020年9月21日基準)

(単位：人、%)

|        | 全体    |      | 男性    |      | 女性    |      |
|--------|-------|------|-------|------|-------|------|
|        | 死亡者数  | 割合   | 死亡者数  | 割合   | 死亡者数  | 割合   |
| 年齢     |       |      |       |      |       |      |
| 70-74  | 479   | 9.2  | 330   | 12.3 | 149   | 5.9  |
| 75-79  | 729   | 14.0 | 445   | 16.6 | 284   | 11.3 |
| 80-84  | 1,109 | 21.4 | 643   | 24.0 | 466   | 18.5 |
| 85-89  | 1,344 | 25.9 | 652   | 24.3 | 692   | 27.5 |
| 85+    | 2,878 | 55.4 | 1,263 | 47.1 | 1,615 | 64.2 |
| 90+    | 1,534 | 29.5 | 611   | 22.8 | 923   | 36.7 |
| ケアの形態  |       |      |       |      |       |      |
| 老人ホーム  | 2,631 | 50.6 | 1,131 | 42.2 | 1,500 | 59.7 |
| ホームヘルプ | 1,477 | 28.4 | 795   | 29.7 | 682   | 27.1 |
| 死亡の場所  |       |      |       |      |       |      |
| 病院     | 2,318 | 44.6 | 1,392 | 51.9 | 926   | 36.8 |
| 老人ホーム  | 2,576 | 49.6 | 1,121 | 41.8 | 1,455 | 57.9 |
| 自宅     | 178   | 3.4  | 95    | 3.5  | 83    | 3.3  |
| 死亡者数   | 5,195 |      | 2,681 |      | 2,514 |      |

資料：National Board of Health and Welfare(2020d)

【表7-4】のようにストックホルム地域のCOVID-19の感染が最初に発生した後、引き続きウプサラとソムランド地域も感染者が発生した。その後、感染は、スウェーデンの南部とヴェストラリエタランド地域に広がった。興味深いのは、スコーネ地域の感染割合がストックホルム地域よりもはるかに低かったという点である。スコーネ地域の感染は遅く始まり、感染制御装置が感染率を制限する効果を収めたことである。ストックホルム地域は感染率と死亡率の基準からみると、最も多くの被害を受けた地域だった。老人ホームの感染者数と死亡者数を見てもその通りである。老人ホームで居住する高齢者の約7%がCOVID-19で春に死亡した。これはスウェーデンの他の地域に比べて約2~3倍高い数値である。

春に死亡した人のうち、70%を超える人が70歳以上の高齢者であり、性別の差は非常に小さい。ストックホルムとヨーテボリの一部は、海外出身の人口割合が高く、感染者と死者のうち外国人の数が過剰(overrepresentation)となった。彼らの多くは、最近、スウェ

ーデンに入国し、教育の水準も低くスウェーデン語も話せない場合が多い。2世代以上が同居したり、密集在宅が多く、感染の危険性が高い。

【表7-4】70歳以上の高齢者人口の地域及びケア状態別の死亡者数・割合(2020年9月21日基準)

(単位：人、%)

| 地域(州)       | 合計    |      | 老人ホーム |      | ホームヘルプ |      |
|-------------|-------|------|-------|------|--------|------|
|             | 死亡者数  | 割合*  | 死亡者数  | 割合** | 死亡者数   | 割合** |
| スウェーデン      | 5,195 |      | 2,631 | 50.6 | 1,477  | 28.4 |
| ストックホルム     | 2,044 | 39.3 | 1,047 | 51.2 | 564    | 27.6 |
| ヴェストライエトランド | 797   | 15.3 | 463   | 58.1 | 182    | 22.8 |
| スコーネ        | 241   | 4.6  | 96    | 39.8 | 91     | 37.8 |
| ウェステルイエトランド | 241   | 4.6  | 139   | 57.7 | 48     | 19.9 |
| ソデルマンランド    | 226   | 4.4  | 89    | 39.4 | 68     | 30.1 |
| ウプサラ        | 218   | 4.2  | 107   | 49.1 | 67     | 30.7 |
| ダラルナ        | 203   | 3.9  | 88    | 43.3 | 67     | 33.0 |
| ベストマンランド    | 170   | 3.3  | 117   | 68.8 | 19     | 11.2 |
| イェンシェーピング   | 168   | 3.2  | 83    | 49.4 | 50     | 29.8 |
| エブレボリ       | 159   | 3.1  | 72    | 45.3 | 57     | 35.8 |
| ウェレブロ       | 143   | 2.8  | 52    | 36.4 | 63     | 44.1 |
| ヴェステルノールランド | 115   | 2.2  | 60    | 52.2 | 32     | 27.8 |
| クロノベリ       | 87    | 1.7  | 45    | 51.7 | 32     | 36.8 |
| ノルボテン       | 80    | 1.5  | 41    | 51.3 | 27     | 33.8 |
| ハーランド       | 72    | 1.4  | 44    | 61.1 | 18     | 25.0 |
| ベルムランド      | 65    | 1.3  | 16    | 24.6 | 31     | 47.7 |
| カルマール       | 64    | 1.2  | 19    | 29.7 | 31     | 48.4 |
| イエムトランド     | 59    | 1.1  | 36    | 61.0 | 14     | 23.7 |
| ヴェステルボテン    | 25    | 0.5  | 9     | 36.0 | 10     | 40.0 |
| ブレキングエ      | X     |      | X     |      | X      |      |
| ゴットランド      | X     |      | X     |      |        |      |

注：\*総死亡比地域別死亡率、\*\*年齢別及び関連総死亡率。X=機密保持のための非公開データ

資料：National Board of Health and Welfare。死亡原因。

2020年春の死亡リスクの増加に関する最近の分析は、このような人口集団の死亡率の増加に影響を与えた原因に社会、文化的要因を含め、様々な要因があるとした。このような

地域に暮らしている多くの女性は、老人ホームでの看護補助者として勤務し、公共交通機関を利用して出退勤をするが、これにより老人ホームや他の公共サービスと地域環境に悪循環をもたらした。また、他のリスク要因は多くの老人ホームとホームヘルプサービスで臨時または「代替」人材を雇用してコストを削減している現実で、スウェーデンの医療保険の恩恵を受けられない従業員は、病気の場合でも、家に滞在することができず、出勤することで高齢者や同僚に感染させる危険があるということである(Hanson et al.、2020)。

COVID-19の死因の割合がどれぐらいなのか判断するのも難しい。ウェステルイェトランド州で自宅や老人ホームで死亡した高齢者について研究した結果、死亡者のうち、COVID-19で死亡したケースは少なかった(Pramsten、2020)。全体死亡者のうち、COVID-19が直接死因である割合は15%と推定される。死亡者のうち最大70%は、COVID-19が直接死因ではなく、死因寄与因子であった。COVID-19が直接死因である15%のうち、死亡原因は他の疾病によるものだが、最も多くの病気が心臓病であった。これは、死者がCOVID-19に感染してもCOVID-19が死亡の主な原因なのかは明らかでないことを意味する。

## 2. 高齢者のケアとCOVID-19の対応

2020年の春、COVID-19は、スウェーデンを襲い、スウェーデンの社会全般、特にヘルスケアと社会福祉サービスに大きな影響を及ぼした。パンデミック以前にも病院ケアは長い待機時間、手術待機時間、救急救命室や病棟の混雑で多くの困難を極めていた。看護師も不足し、病院に余裕病床があっても医療の人手不足で病床を確保することができなかった。そこでスウェーデンのパンデミック対応戦略は、集中治療(intensive care)の崩壊を防ぐことに相当焦点が当てられている。このため、各地域は病床を開放したり、COVID-19の治療のための病床を確保することで集中治療に必要な病床を迅速に対応して増やしていった。人材を確保するために、各地域には引退した人材や他の職種に変わった既存の保健サービス従事者などを対象に採用キャンペーンを始めた。病院も病院の職員や介護従事者が集中治療室に割り当てられた後、その場を埋める学生を雇用した。呼吸器治療と集中治療の業務に必要なスタッフと防護具及び医薬品の確保が最も重要視された。

パンデミック以前の一次ヘルスケアの状況をみると、医師の診療を受けるための長い待ち時間と全国的な医師不足、「リレー医師(relay doctor)175」への依存などが問題であった。COVID-19の感染リスクを最小限に抑え、医療保健の需要増加に対応するために、各州の一次ヘルスケアセンターの治療と訪問は患者や保健センターによって取り消された。自治体のホームヘルプサービスとホームヘルスケアは、パンデミックの以前にも従事者の頻繁な離職と訓練された介護従事者の不足で、すでに多くの困難に直面していた(Strandell、2019)。

一次診療の医師も自治体の老人ホームでの治療の責任を負っているため、彼らのケア参加も多くの困難にさらされた。国家保健福祉委員会(National Board of Health and Welfare)は、感染の恐れにより医療スタッフの老人ホームへの直接訪問は最小限に抑えなければならないと勧告した。また、できれば医師との相談は電話や画像リンクなど遠隔で



行うことを勧告した(NBHW、2020e)。結果的に幾つかの州では、老人ホームの居住者のうちCOVID-19の感染が疑われるか、または感染した場合に、老人ホームで一次的なケアを提供し、病院に転院しないことを勧告した。

## 1) 準備不足

スウェーデンの現在の緊急事態の準備は2000年代の初頭に用意された。2006年緊急事態に対する新しい法「平時における異常事態の発生前及び発生時の自治体及び地域の対策と備えの強化に関する法律(Act on municipalities' and regions' measures before and in the event of extraordinary events in peacetime and heightened preparedness)」が制定された。この法律は社会に深刻な影響をもたらしかねない特別な事件が発生する前後に、各自治体及び州政府が措置を取らなければならないと規定した。この法律によると、高齢者ケア及びヘルスケアなど行政の責任所管に関連するリスクと弱点を分析し、緊急時対応計画を立て予防しなければならない。脆弱性分析及び緊急時対応計画は、危機的状況において政府機関、地域、組織及び企業間の協力を調整することができるようにする必須要件である。

市民保護緊急計画局(Agency for Civil Protection and Emergency Planning)は、国が責任を負い、州政府の行政委員会(County Administrative Board)は、各自治体の緊急対応体制の調整を担当する。このような緊急時計画の特徴はパンデミックに準備された社会を作るために有用であるかどうかを判断するものである。例えば、ある自治体、州、または主要企業は、パンデミックのリスクが人々、財産、事業にどれだけダメージを与えるか、そしてパンデミックのために備えた防護具の数量など、様々な対応措置の効果はどうかを示さなければならない。

しかし、COVID-19のパンデミックに関する脆弱性分析が足りず、緊急時計画も基礎的なレベルで政府がどのように特殊な事件に備えるべきか、具体的なガイドラインなしに単純化されていたことが明らかになった。2020年2月に行われた検討では、パンデミックの発生前、自治体の43%だけが緊急時計画を更新したことが分かった(NBHW、2020f)。パンデミックの初期、州政府と自治体で介護従事者のためのマスク、バイザー、保護ガウンなどの防護具が非常に不足していることが明らかになったとき、このような現実が克明に現れた。COVID-19の発生初期に数週間不足していた物資の一つである人工呼吸器のような病院装備も同様であった。

当時、スウェーデンでは防護具の購入に関して、国家的な調整が行われておらず、これらの事案は21州政府で自主的に解決した。防護具へのアクセス不足に関する一つの説明は多くの地域で在庫を十分に確保しておらず、医療保健システムで医薬品や医療機器は、「適時(just-in-time)」に購入したという点である。患者が来院したとき、一部の地域では防護具の消費が100倍以上に増加したこともあった。州政府や自治体で防護具を多く購入しようとする、他の国の調達機関と競争しなければならなかったため、装備の確保に多くの困難があった。

## 2) 国家的次元

2020年2月から3月の間、COVID-19の最初の感染者が発生したとき、公衆衛生局(PHA: Public Health Agency)は、最初の報道資料と記者会見で「高齢者の保護の必要性」を強調しており、頻繁な手洗い、2メートルの距離を置くこと、不要な旅行の制限などを勧告した。マスクと案内板などを通じた繰り返しの知らせでは、これは皆の責任であり、個人の責任を重視するスウェーデンの伝統と公式な勧告案を遵守する市民意識が強調された。公衆衛生局(PHA)は、高齢者(70歳以上)と他の「リスク群(糖尿病、心臓病、腎臓病などを患っている人)」について、特別な注意を呼びかけた。会合を自制し、ショッピングや不要な公共交通機関の利用を避けるように勧告がなされた。少しでも体調が悪い人は年齢に限らず、家に留まって症状が好転した後も2日間、さらに家に留まらせた。病気のときに自宅に留まるようにするためのインセンティブとして、3月からは通常2日目から支給した病気休暇期間の給与(sick pay)を病気休暇の1日目から支給した。

### ア. マスク着用について公式な勧告の不在

頻繁な手洗いと社会的距離を置くことなどの一般的な勧告に加えて、マスクや他の個人用防護具の着用に関する一般的な制限規定はなかった。公衆衛生局(PHA)は、マスクの着用を勧告しないなど、パンデミックの深刻性を見過ごしたことに対して批判された。公衆衛生局は、マスクについて「科学的に明確な根拠の不在」と引き続いて言及した。しかし、8月公衆衛生局は、公共交通機関など密接地域でマスク着用の効果を認めた。また、公衆衛生局は「集団免疫」の自然過程を暗黙的に受容しながら、これに必然的に伴う死者については公に言及しようとはせず、さらなる批判を受けた。7月と8月にウイルスや抗体検査に対する一般的な取り組みが始まったが、このようなイニシアチブは一般人を対象としたものであった(入院時は除く)。

国家保健福祉委員会(National Board of Health and Welfare)は、春にCOVID-19の感染者に対するケアがどのように組織され、管理されるべきかについての規定及び勧告案を各州政府と自治体に伝えた(NBHW、2020e)。また、国家保健福祉委員会は、深刻な病気を患っている多くの居住者の脆弱性は無視したまま、衛生を単に「社会的な」活動と見なした。パンデミック以前にも衛生面が不十分であるという報告書(NBHW、2020a)が出されたこともあり、高齢者ケアと介護職員の基本的な安全衛生規則の教育資料(e-ラーニング)を用意した。国家保健福祉委員会は、感染統制、そして介護従事者と医療保健従事者の治療経験を基にしたCOVID-19のQ&Aも引き続き発行した。

### イ. 高齢者ケアの制約、財政的・法的混乱

スウェーデン地方政府連合(SALAR: Swedish Association of Local Authorities and Regions)は個人防護具のより制限的な使用を主張しており、これに対して、スウェーデン自治体労働者組合(Swedish Municipal Workers' Union、Kommunal)は、反対の立場を表明して法的検討を要請した。スウェーデン地方政府連合(SALAR)は、緊急ケアの優先順位付

け、そして国が春に検査を進めないという政府の立場を擁護した。スウェーデンの自治体と州政府は(中央)政府がケア及び「ケア債務(care debt : COVID-19の感染者の大量発生により待機しなければならない患者)」について、国家追加基金で負担するよう要請した。また、スウェーデン地方政府連合は4月末、老人ホーム内で発生した感染者を施設居住者と分離することができるように法的支援を政府に要請した。政府は、老人ホームの居住者は現在、自宅で居住しているということであり、これは憲法で保護される権利という理由で老人ホームの分離入所の要請を拒否した。国家保健福祉委員会は、州政府と自治体の調整不十分を指摘した。家族は放置や情報不足、そして老人ホームで臨終する機会さえ与えないことについて抗議した。年金生活者団体も老人ホームの医療専門性の不足と自治体の高齢者ケアに高齢者専門医の不足に対して抗議した。

### 3. 地域及び地方の次元

パンデミックは、高齢者と公共高齢者ケアに大きな打撃を与えた。4月、一部の自治体の状況は非常に深刻であり、特に老人ホーム内の感染者と死亡者の増加の報告が続いた。

#### ア. 老人ホームとCOVID-19

感染がどのように「浸透して」老人ホームで拡散するのかについて議論が熱い。一部の病院では、転院した高齢患者によって感染が発生した。家族による感染も発生して、3月から多くの自治体では老人ホームの訪問禁止令を下すこともあった。宅配便の運転手など他の訪問者からの感染の可能性も考えられる。職員が老人ホーム内の感染伝播にどのような役割をしたかは評価できない。しかし、COVID-19が社会全般に広がり、無症状の感染者である職員が自分が感染したことを知らず、老人ホームの感染を起こした可能性もある。感染伝播に職員がどのような役割を果たしたのかについての議論は、一部の自治体で職員の1/3がパートタイム労働者であることに注目したが、彼らは病気になっても働かなければお金を稼げないため、症状があっても家に留まらなかった可能性がある。

#### イ. 個人防護具及び安全衛生規則の不十分

老人ホームに一旦感染者が発生すると防護具が不足するため、感染の拡散が速くなることがある。多くの自治体で個人防護具を十分に確保していなかった。パンデミック以前にも物資不足に関する報告があったし、手袋を「過度に使用してはいけない」という指示があった。アルコール消毒剤、手袋、保護ガウン、マスクなど多くの物品が不足した。保護バイザーは購入することがほとんど不可能であった。多くの老人ホームとホームヘルプサービスの職員は、手袋とマスク、そして保護バイザーをケア活動に常に着用すべきか、いつ個人防護具を使用すべきかについての正確な情報がなかった。高齢者のための公共サービスは、基本的な衛生に不十分な部分があり、従事者も自分や高齢者を感染から保護できる十分な力量がないという指摘が以前にもあった。前述したように、一部の地域では、感染した患者は老人ホーム(及び在宅)でケアし、病院に転院しないようにと勧告されていた。

#### ウ. 人材充足の問題及び老人ホームのイニシアチブ

職員が感染すると、病気にかかった職員を代替する職員を採用する際に、自治体は多くの負担が発生する。ホームヘルプサービスと老人ホームの両方とも人手不足を経験した。これは臨時職員がホームヘルプサービスと老人ホームを行き来しながら勤務しなければならないという意味で、感染伝播のリスクを高めた。このような状況で雇用された従業員は適切な訓練も受けることができず、基本的な衛生規則に対する理解も不十分であった。老人ホーム内の感染拡散のもう一つの要因は、居住者同士の感染が発生したということである。老人ホームの居住者、全体の2/3が認知機能障害を患っているため、他の居住者や感染者との接触を制限することが難しかった。

個人防護具を調達することは非常に難しく、介護従事者の基本的な衛生規則はまた別の問題だった。多くの老人ホームでは新しい衛生規則を導入した。一部の老人ホームはコホートケアを組織し、居住者のうち感染者と非感染者を分離しようとした。ストックホルム市では、入院中にCOVID-19に感染した患者のためにケアのための短期病床も活用した。規模が大きい自治体では、ホームヘルプサービスにCOVID-19チームを組織し、地域社会に居住する感染の疑い又は感染者のためのあらゆる形の介入の責任を負うようにした。いくつかの老人ホームは、COVID-19チームとコホートケアを結合し、専門の担当者として老人ホームの他の居住者と分離して感染した居住者のケアができるようにした(SALAR, 2020a)。

多くの老人ホームでは、感染リスクを管理するためのイニシアチブが実施された。コホートケア、COVID-19チーム、安全衛生規則などのオンラインを通して「インスタント(instant)」教育、安全衛生規則の強化などイニシアチブが施された。短期ケア施設は感染者を隔離するために使用された。一部の自治体は、感染拡大の防止のために老人ホームの新規入所を中止した。

#### エ. 感染統制の努力

ホームヘルプサービスと老人ホーム内の個人防護具の使用は、管理者の決定事項であった。例えば、ある民間老人ホームのJudiska Sjukhemmetでは、COVID-19の最初の感染者と死亡者発生以降、自主的に面会を禁止し、保護措置を実施した。以降、感染者と死亡者が発生していなかった。当初は当局がこのような独自の措置を批判したが、その直後に、3月初め、多くの自治体では老人ホームに入所している親族を訪問しないようにという勧告を出した。

その後4月1日、政府は、新たな全国的な老人ホームの訪問禁止法を一時的に制定した。これらの訪問禁止は、10月22日に解除された。最初の問題の一つは、老人ホーム内の感染症発生についての教育がほとんどなく、パンデミックが発生した時の対処方法教育も不足した。老人ホームの多くは、高齢化と高齢者ケアが主な「社会的」課題という認識を反映して居住者が社会的な相互作用を行い、一緒に食事する空間として設計されている。しかし、これらの建築の特徴は、ウイルスの拡散に貢献した。すべての居住者は小さな調理設備を備えた部屋があるが、各部屋は廊下を中心につながっている。居住者のほとんどは、

認知症を患っており、徘徊するため感染リスクが高い。いくつかの自治体では、州政府の感染統制医師やホームヘルスケア、老人ホームを担当する医師から多くの支援を受けられなかったと述べた。多くの努力があまりにも遅く始まり、自治体と老人ホームは、検査と感染者の追跡より優先順位が低く設定されたというのが全般的な評価である。

#### オ. ホームヘルプサービスとその他の地域社会のケア

高齢者ケアの従事者は、一般的に時間制や派遣労働者が多く離職率も高い。ここ数年、ホームヘルプの利用者に対する様々な調査により、利用者を訪問する従事者が数人いるという問題が続いてきた。例えば、2018年の2週間で、16人の介護従事者がホームヘルプの必要な高齢者1人を訪問した(NBHW、2019a)。

#### カ. ホームヘルプとその他のサービスの混乱

一例として、数年前に脳卒中で深刻な麻痺を起こした妻の世話をする75歳の高齢者がいる。妻は自治体のホームヘルプサービスから一日5回、夜間に2回の訪問サービスを受けている。3月からは、この夫婦は91人の介護従事者の訪問サービスを受けたが、彼らの居住地は農村である。一般的には女性ができる仕事が少ないため、このような問題はあまりない。夫は適切な防護具が不十分な状況で、多くの人々が自分の家に入り出てウイルスにさらされることを心配した。そこで訪問する職員にマスクを提供したが、職員は行政機関で承認して規定されたもの以外の「知られていない」装備は使用することができなかった。

ホームヘルプサービスと在宅ヘルスケアは別のサービスで全ての自治体が運営する。各地域の保健当局によって防護具の使用に関するガイドラインがそれぞれ示される。一部の地域では、プラスチックのバイザーを使用し、そうでない州もある、マスクを着用しないところもある。メディアの報道によると、多くの高齢者がサービスを中断し、その代わりに自分で行ったり、家族や他の人に依存している。スウェーデンで2020年の春にホームヘルプの新規申請者を検討した結果、2015-2019年に比べて新規申請者の数は45%減少した(NBHW、2020g)。

デイケア、コミュニティセンターの機能は地域別に差があるが、3月と4月に多くの機関が閉鎖された。6月に入って制限的に運営を再開した。社会的距離を置くことを実践しながら、ほとんどが野外活動で進められた。8月と9月には、利用者が少なかったが、その後徐々に運営を再開した。また、自治体のショートステイも春に利用者が多く減少した。これらのサービスは、自宅で高齢者の世話をする家族のケア休暇サービスを提供する機能を有する。

#### キ. 民間の介入と支援

感染していない高齢者のための具体的な政府の支援はなかった。しかし、公衆衛生局で初めて警告が出て距離を置くことの規則が発表されると、地域社会や地域社会のネットワークが自発的に結成され、買い物やその他の日常生活を援助してくれる人がいない場合や、

一人暮らしの高齢者を助け始めた。これがどれほど一般的な現象であったかは知られていなかったが、マンションの建物やメディアに関連した内容に多く接したことがある。直ちに、食料品のチェーンで高齢者が買い物できる別の時間帯と費用をもらって生活必需品を家の前まで宅配するサービスを設けた。いくつかの店は若者と高齢者のための食事宅配サービスを開始した。多くの自治体が初めは個人防護具の不足に見舞われたが、革新的な生産とヘルプラインを構築した地域の商人や企業によって、これらの問題も多く解消された。例えば、ある地方の蒸留所と化学会社は、生産施設を手指消毒剤の生産ラインに変更し、自発的な組織が生まれ、保護ガウンとバイザーを生産し始めた。春の間、全国的に市民社会が動員された事例が多くみられた。

市民保護緊急計画局の支援を受けて158の自治体に自発的に組織や団体が作られ、多くのボランティアが高齢者の食料品の購入や医薬品処方を支援した。地域住民、同僚だけでなく、NGOと教会も多くの場所で同様のサービスを提供した。一部の自治体は「非常電話」を開設した。隔離生活を送っている高齢者に電話をかけて自分の状況を話して、潜在的な解決策を見つけるように手伝えることである。高齢者や公共交通機関の利用が困難な障がい者向けの交通サービスは4月から9月までに制限され、一度に2人以上利用することはできなかった。

#### 4. 長期的な影響

パンデミックが人口全体に、特に、老人ホームに入所している高齢者に長期的にどのような影響を及ぼしたかについての議論が拡大している。多くの老人ホームの介護従事者は居住者との隔離を防ぐために多くのイニシアチブをとった。介護従事者は老人ホームの居住者が家族とオンラインで連絡できるようにした。室内外の空間にプラスチックのスクリーンや透明な仮囲いを立て、安全な方法で訪問するようにした。夏には居住者が室外で家族に会うこともした。居住者と職員は、庭園合唱のような様々なクリエイティブな野外活動を行った。

印象的なイニシアチブと活動が地方で多く進められたにも関わらず、老人ホームへの訪問禁止が段階的に全国に拡大され、批判が高まった。訪問禁止が解除された時(10月22日)公衆衛生局は国際的な研究、国内の調査、年金生活者団体、海外出身の市民の利益を代弁する団体、そして国家保健ヘルプライン1177のデータをもとに報告書を出した。報告によると、このような勧告により、特定集団の精神的健康が悪化し、身体的健康にも悪影響を及ぼした可能性がある。このような否定的な結果は、勧告が持続的に実施される限り、さらに悪化する恐れがある。これらの集団の医療保健のニーズにかなりのバックログ(滞積、backlog)を発生しかねない。この報告は全国的に老人ホームへの訪問禁止令を放棄することに大きな影響を与えた。

地域社会に居住する高齢者のうち、在宅隔離や感染した高齢者向けの特別な支援は提供されなかった。病気がより悪化すれば、直接または家族が保健相談電話をかけたたり、救急車を呼ぶことができる。これまでスウェーデンは老人ホームの居住者を一時的に隔離できる

空間を設けたが、別の隔離施設は作らなかった。

当局は、増え続けるケア負債を手には負えない問題として認識している。健康問題についてケアを受けなかったり、それで適時に必要な治療を受けられない危機的状況に陥った「隠れた」ケア負債もあり得る。スウェーデン公衆衛生局と全般的なCOVID-19の対応戦略を皆が批判する理由である。特に老人ホームへの訪問禁止令が遅く決まり、検査も遅れて始まり、マスク着用についての混乱もあった。中央政府及び州政府の両方ともに防護具の準備や確保の不十分、そして管理、組織、協力の不十分に対して批判を浴びた。また、パンデミックの期間中、様々な問題が政治的なリーダーシップの不在とつながり政治と政府に対する批判も続いた。

## 第4節 高齢者ケアの現在及び未来の課題

COVID-19のパンデミックは2020年上半期、スウェーデン人口の超過死亡をもたらした。多くの高齢者が感染にさらされ、高齢者の死亡者数の70%は高齢者対象の様々な政府サービスを利用した。

パンデミックは、スウェーデンの高齢者や国民のための医療保健と公共サービスの歴史的な実験台となった。スウェーデンの医療保健や公共サービスの組織にどのような弱点と不十分な点があるのかが如実に明らかになった。すでに3月末から防護具(手指消毒剤、手袋、マスク、保護ガウン、バイザー)の不足問題が浮上した。感染が広がり、高齢者のための医療保健サービスにより多くの防護具と医療用品が必要になった。各州政府や自治体は、必要な物品を確保しなければならなかったが、多くの地域で在庫不足を経験した。そこで利用可能な装備を病院のニーズに応じて優先順位を決めて配り始めた。これにより、高齢者ケアで防護具の使用時期について非常に制限的な勧告が出されたのである。前述したように、パンデミックの発生初期に、スウェーデンの多くのケア環境で防護具の使用に関して保管施設、組織、ガイドライン、倉庫保管及び流通関連物流体系が不十分であることが明らかになった。

### 1. 人材不足及び施設ケアの不足

COVID-19のパンデミックで高齢者のためのサービス従事者の劣悪な勤務条件が明らかになったが、すでに過去にも知られており、数回指摘された問題がさらに自明になった。過去10年間繰り返されたもう一つの問題は高齢者向けの施設ケアの拡大である。雇用条件、人材補充、教育、言語の問題、勤務管理の問題がすでに何度も指摘された(NBHW、2020c)。

ホームヘルプサービスの水準と老人ホームの職員の離職も慢性的な問題である。これは事業の持続性を支援できる人材が少ないことを意味する。職員の頻繁な離職は必要な力量を備えた従事者の採用と維持が難しくなる。パンデミックで不安定な雇用条件、防護具の不足、基本衛生規則に対する認識不足などの現実が明らかになり、これが感染拡散の主な原因となり、職員も感染又は死亡に至った。スウェーデンの多くの老人ホームはCOVID-19

の感染者のための酸素吸入器など医学的治療のための装備を保有していない。また、24時間常駐する医療訓練を受けた職員もいない。

## 2. 社会福祉機関と医療保健機関との協力不足

COVID-19のパンデミックは、高齢者のための医療保健行政機関と社会福祉サービス機関の協力が非常に不十分だったことを露わにした。リスクグループ(70歳以上の高齢者)や公共高齢者ケアの利用者に対し、在宅での滞在や病院への訪問自粛などの一般的な勧告と指示のみが下された。医師は重要な役割を担うが、家庭のヘルスケアと老人ホームで受けられる医師の支援には大きな格差があった。一次医療施設は、医師の老人ホームへの訪問を制限すると勧告した。これは老人ホームに居住する病気の高齢者について入院するべきか、もしくは、老人ホームでケアを受けるべきかについての意思決定を必要とする際に、大きな問題となった。診断、処方、治療の指示は電話で行われた。国の保健福祉委員会によると、緩和ケアが最善の代案であり、二人の医師、患者、そして家族の評価が必要である。多くの場合、このような条件は満たされず、老人ホームの居住者に緩和ケアは必要なものと誤って決定されマスコミに報道されることもあった。COVID-19の患者に対する緩和ケアが不正確な基準で、あまりにも早く開始されたという議論がある。これにより、一部の患者について不適切なケアが行われ、避けることのできる死亡に至った可能性もあり得る。

特に、ストックホルムで3月20日、州政府が「患者の流れ」について下した指示をあるジャーナリストが報道することで、これらの暗い現実が現れた(Dagens Nyheter October 13, 2020)。その内容は、老人ホームでの感染者は例外的な場合のみ入院するようにし、老人ホームでは適切な医療の提供ができないので基本は居住するところでケアを受けなければならないというものだった。これらの指示は、一般に馴染みのない臨床的フレイル・スケール(Clinical Frailty Scale)で説明された。このような等級が感染者に対する臨床的評価の代替となるものではない。ストックホルム地域では医師による老人ホームへの訪問が、少なくとも25%減少し、老人ホームの居住者は医師に個別的な診察を受けられず、緩和ケアだけを受けるしかなかった。こうした事例がどれほど一般的だったかは明らかではないが、報道によると、地域の保健官僚が下した決定と、その決定に対する医師の解釈は非倫理的で違法かもしれない。この指示が下される前に開かれた州政府の会議では、主な議論の一部は記録もされず口頭で行われ、会議に出席した政治家は議論の内容を想起するのに困難を示した。

マスコミの関心を集めたある事例では、ある家族が老人ホームにいる衰えた父親がCOVID-19に感染し「緩和ケアの事例」とみなされたが、「強制的に」入院させ、治療を受けて完治した。

## 3. 検査の遅れ(遅延)

スウェーデンの公衆衛生局(Public Health Agency)のCOVID-19検査戦略は、初期には感染者追跡に集中していたが、このような戦略は、3月中旬撤回された。その代わりに、病



院を訪問した患者を先に検査し、病院の職員、地域社会のエッセンシャルワーカーの検査を終えて、高齢者ケアの自治体サービス従事者の検査が行われた。運が良ければ、自治体は民間企業から診断キットを購入することもできたが、6月と7月になるまで公衆衛生局は、COVID-19の感染検査のためのPCR検査や感染者追跡に対する勧告を出さなかった。政府は、検査の拡大を指示し、費用の支援を約束した。しかし、スウェーデン地方政府連合(SALAR)は、検査を拡大するように明確な勧告を各州政府に遅れて伝えたことについて公衆衛生局を批判した。公衆衛生局側は、勧告の中で十分に説明したと考えており、医療保健体系の麻痺を望まないと主張した。後日、公衆衛生局は、高齢者介護従事者の検査がもっと早く開始されるべきだったという点は認めた。

#### 4. 現在の問題点

パンデミックは市民、企業、州政府(地方)、自治体に異なる様式で影響を及ぼした。スウェーデンの21州と290自治体(市町村)の医療保健と公共サービスの脆弱性がより明らかになった。弱点は互いに相乗作用を起こし、各州と地方の問題を引き起こす。そのため、感染伝播が医療保健と高齢者ケアの一般的で構造的な問題や地域間の差にどれだけ影響を与えたかを把握することは困難である。パンデミックで明らかになった問題は、各州や自治体で分析しなければならない。このような医療と公共サービスの脆弱性の問題は、個人、組織、または、運営によって異なることがあり、高齢者対象の医療保健とケアの間の協力関係にも適用される(Szebehely, 2020)。

#### 5. スウェーデンの介護体系は再設計が必要なのか

スウェーデンの公共行政は、中央政府、州政府、自治体などの3段階の構造からなっており、管理、調整、効率性に問題を抱えている。パンデミックがスウェーデンの高齢者ケアにどのような影響を及ぼすかは見守らなければならないだろう。自治体間の大きな格差はあるが、多くの自治体で感染症の拡大を防ぐためにかなりの困難を経験している。多くの自治体は人口規模が小さく、高齢者ケアのための資源は、他の目的で使われる資源と競合する。これまでの感染症の全国的な広がりや地域別の差があるため、スウェーデンの高齢者対象の医療保健と介護サービスが一般的に高齢者を保護することに失敗したとは言えない。

政治的、専門的、そして公共の議論では多くの提案が上がった。そのうち一つは、中央政府は州政府が担ってきた高齢者ケアに対する責任を負う提案だった。また、今まで自治体が担ってきた高齢者ケアの責任を州政府が担う提案もあった。スウェーデンの医師協会(Swedish Medical Association)は、国が防護具の調達及備蓄に関して全般的な責任をもって、医薬品の購入や備蓄に関する責任を再び負うなど医療保健の統制が一層強化されなければならないと主張した。自治体は、今までとは違って、医師を雇うことができる法的権限をもつべきだという提案も繰り返されている。州政府と自治体では、より良い緊急時対応計画を立てることができるように要件を強化すべきだという声も上がっている。現在、

問題の一部について調査を行っており、スウェーデンの医療保健と社会福祉サービスの改革と改善を提案するための基礎となるだろう。

## 6. 大規模な改編ではなく、完成度の低い変化

著者は、高齢者ケアやサービスの構造、責任、資金の調達に意味のある変化はないとみている。しかし、大規模な構造の変更は実行されないとしても、高齢者ケアに対する全般的な資源の拡充の必要性は一層明確になった。政府はすでに、医療保健や自治体サービスの財政が不足していると結論を出している。これにより、州政府と自治体は、中央政府が高齢者の医療保健及びサービス費用の多くを負担することを求めている。

これに対して政府は、今後、州政府と自治体により多くの交付金を提供するという決定を下し、高齢者のための医療保健とケアに中央政府の補助金を策定した。2020年5月政府は、すでに介護従事者の勤務条件の改善と力量開発、そして、介護分野を魅力的な仕事にするための「高齢者ケアのための改善(äldreomsorgslyft)」という新たなイニシアチブを提示した。介護分野の従事者のために勤務時間中、有料教育訓練を提供する。政府は、労働者が教育を受けることで業務ができない時間について費用を負担する。2020年と2021年に総22億クローナを投資する計画である。このような政府のイニシアチブに加え、スウェーデン地方政府連合(SALAR)とスウェーデン自治体労働者連合(Swedish Municipal Workers' Union)は、このプログラムに参加する労働者を終身雇用の正社員として扱うことに合意した。総合すると、このような投資は、看護補助者と介護職員の10,000人が新たな正社員雇用につながると推計される。9月に政府はそのイニシアチブに17億クローナを追加投資することを決定した。

6月に発表された報告によると、スウェーデン地方政府連合(SALAR)は、現在までのCOVID-19のパンデミックの経験をまとめ、COVID-19の第2波に備えた10大課題を挙げた(SALAR, 2020b)。これは、①基本的対処方針の遵守、②防護具の適切な使用、③社会的距離の確保と段階の維持、④検査及び感染者の追跡、⑤感染状況の見通し、⑥コホートケアの適用、⑦地方及び地域の連携強化、⑧明確な意思疎通、⑨強力なリーダーシップの発揮及び効果的な危機の管理、⑩優れた労働環境の整備である。このような「良いアドバイス」は各地域と地方の状況に応じて実施される。

## 第5節 結論

2020年春が終わる頃からスウェーデンの政治家と関係当局は、スウェーデンがパンデミックの期間中、高齢者を守れなかったという認識を共にした。高齢者のための公共サービスにまだ多くの課題が残っている。ホームヘルプサービスと老人ホームの勤務条件、人材不足は慢性的な問題である。パンデミックにより、建物の特徴、人材不足、衛生環境(対策)の不備、ヘルスケアの慣行など、高齢者のための施設ケアの弱点が如実に表れた。訓練を受けた職員の不足は、数年間提起されてきた問題であり、老人ホームは頻繁に人材不足の問題を抱える。医療保健と高齢者ケアのいずれも財政が不足していることに異論はない、すでに政府は、州政府と自治体の財政を大々的に強化するいくつかの新たなイニシアチブを取っている。

COVID-19が高齢者の人口、特に公共サービスを利用する高齢者に与えた影響を単純化して説明することは難しい。COVID-19は2020年の春、スウェーデンの290自治体で様々な程度と様式で影響を及ぼした。感染は相変わらず、拡散を繰り返しながら、すべての人口集団に影響を及ぼしている。スウェーデンには約1,700カ所の老人ホームと3,000カ所のホームヘルプセンターがあり、それによって感染がホームヘルプサービスの利用者や老人ホームの居住者に伝播して、影響を及ぼしたのか具体的な様相を把握することは難しい。このような高齢者人口がなぜこのような水準まで感染したのか、これがどのような方法で予防できるのかについて単純な答を出すことは恐らく不可能だろう。

2020年の春と夏、多くの医師、感染症研究者、政治家、そして、一般市民が政府のパンデミックの対応について多くの批判をしたが、スウェーデンがこれまでのパンデミックに対処した方法について評価を下すことは時期尚早である。当初の無責任で自由放任的に見えた装置も時間が過ぎた後、いくつかの国で取り入れた多様なアプローチの一つだったからである。6月1日に結成したCOVID-19委員会は、パンデミックの対処方式を評価し、高齢者ケアの内容を集中的に扱う初の報告書を12月に発表する予定である。

しかし、パンデミックはまだ終わっていない。本報告書の作成時点でも、スウェーデンはCOVID-19の再流行を経験している。COVID-19の感染者が急増しており、死亡者数も増加している。いくつかの自治体は、老人ホーム内の新規COVID-19の感染者が発生したことを報告し、高齢者人口の死亡者も再び増加している。病院もICUの患者数が増えていると報告している。次第にさらに多くの自治体で老人ホームへの訪問禁止令を再び出している。新しい事実とデータの積み重ねから第1波に対する新たな根拠が提示されている。一例として、老人ホームの感染の経路を効果的に遮断するためには、春の検査水準は非常に低かった。現在、全国区及び地方区の政治家が老人ホームについて、より集中的な検査と感染者の追跡を求めている。これにより、パンデミックの深刻な影響が緩和されることを希望する。

スウェーデンの福祉モデルとアイデンティティは深刻な打撃を受けた。国が「ゆりかごから墓場まで」の責任を負うという社会的「契約」は突然動きを止めたようだ。近代的で、

よく組織され、優秀で、幅広いサービスを備え、医療保健と社会福祉サービスが効率的に協力する高度デジタル国家であるスウェーデンは、高齢者を含む様々な面で国際社会のモデルであった。このようなイメージ、評判にふさわしくない難問が山積している。

---

## 第 8 章 日本における COVID-19 発生状況と 高齢者ケア領域の対応

---

趙 敏廷<sup>1</sup>

訳 趙 敏廷

### 第 1 節 序論

日本は安倍総理大臣就任以降、アベノミクスをスローガンに掲げた金融緩和と消費税の値上げなどの経済政策、働き方改革などを推進してきており、大企業は最高利益が連続上昇し失業率も減少した。しかし、物価上昇に対する国民の実質賃金は減少しているなど、国民の労働条件は改善されているとはいえ、経済回復といった評価とは異なり、国民の生活難は今後も続くことが予測される<sup>2</sup>。このような状況で COVID-19 が発生し、安倍政権に対する国民の支持率は急激に低下した<sup>3</sup>。2020 年 9 月、安倍総理が持病の症状悪化を理由に辞任した。次に就任した菅総理は安倍政権の COVID-19 関連政策を継承し、COVID-19 対策と経済活性化を主要目標として掲げた。国民の信頼を回復するため、日本政府は連日 COVID-19 関連情報と対策を積極的に公開することで積極的な姿勢をアピールしており、国民の期待も切実であるといえる。日本は韓国と人口社会的に類似しており、制度面においても共通点が多いことから、コロナ禍における日本の現状と課題を分析することは韓国の今後の方案を検討する上で有用であると思われる。従って、本稿では日本における COVID-19 の発生状況と高齢者を対象とする介護サービス領域<sup>4</sup>の対応について取り上げ、

---

<sup>1</sup> Okayama Prefectural University 准教授。本報告書を作成するにあたり岡山県立大学 原野 かおり 准教授より協力を得た。

<sup>2</sup> 立松 潔 失われた 30 年と安部政権の 7 年 月刊社会主義 2020 年 1 月号特集 <http://www.kyokai.gr.jp/syakaisyugi2001.html>

<sup>3</sup> 東京新聞 Web 2020 年 2 月 26 日付 内閣支持率軒並み低下 各種世論調査不支持が上回る, <https://www.tokyo-np.co.jp/article/14512>

<sup>4</sup> 介護サービスは、韓国の長期療養サービスに該当。

関連する政策的示唆を提示するものである。

## 第2節 COVID-19 発生状況

### 1. 日本における検査陽性者

2020年9月17日現在、日本国内の検査陽性者は77,009例が確認されている。詳細な内訳は次のとおりである。

[表 8-1] 検査陽性者 (単位：名)

|                           | PCR 検査<br>実施人数<br>(*3) | 陽性者数   | 入院治療等を要する<br>者 |             | 退院又は<br>療養解除<br>となった<br>者の数 | 死亡者<br>数 | 確認<br>中<br>(*4) |
|---------------------------|------------------------|--------|----------------|-------------|-----------------------------|----------|-----------------|
|                           |                        |        |                | うち重傷者       |                             |          |                 |
| 国内事例(*1,*5)(チャーター便帰国者を除く) | 1,594,338              | 76,135 | 6,174          | 167<br>(*6) | 68,473                      | 1,472    | 76              |
| 空港検疫                      | 191,175                | 859    | 93             | 0           | 765                         | 1        | 0               |
| チャーター便帰国者事例               | 829                    | 15     | 0              | 0           | 15                          | 0        | 0               |
| 合計                        | 1,786,342              | 77,009 | 6,267          | 167         | 69,253                      | 1,473    | 76              |

注 国内事例 76,135 例、チャーター便帰国者事例 15 例、空港検疫 859 例

資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の現在の状況と厚生労働省の対応について（令和2年9月17日版）<sup>5</sup>

上記資料を筆者が一部修正（前日比を削除）した。

※1：チャーター便を除く国内事例については、令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。

※2：新規陽性者数は、各自治体がプレスリリースしている個別の事例数（再陽性例を含む）を積み上げて算出したものであり、前日の総数からの増減とは異なる場合がある。

※3：一部自治体については件数を計上しているため、実際の人数より過大となっている。件数ベースでウェブ掲載している自治体については、前日比の算出にあたって件数ベースの差分としている。前日の検査実施人数が確認できない場合については最終公表時点の数値との差分を計上している。

※4：PCR検査陽性者数から入院治療等を要する者の数、退院又は療養解除となった者の数、死亡者の数を減じて厚生労働省において算出したもの。なお、療養解除後に再入院した者を陽性者数として改めて

<sup>5</sup> 厚生労働省新型コロナウイルス感染症の現状と厚生労働省の対応について（2020年9月17日版）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_13640.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13640.html).

計上していない県があるため、合計は一致しない。

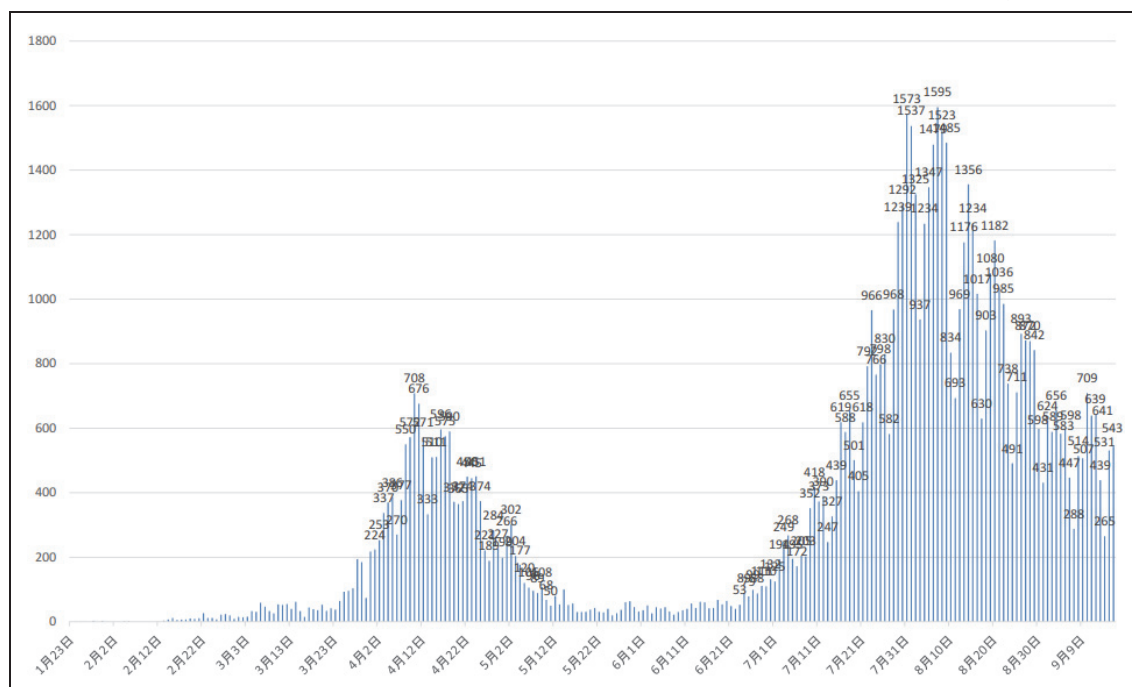
※5：国内事例には、空港検疫にて陽性が確認された事例を国内事例としても公表している自治体の当該事例数は含まれていない。

※6：東京都、滋賀県、京都府、福岡県及び沖縄県の重症者数については、都府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。

## 2. 報告日別新規陽性者

2020年1月16日国内で初めてCOVID-19感染者が発生した。その後PCR検査による新規陽性者数の推移は次のとおりである。4月の「第1波」に対して政府は全国緊急事態宣言を発令した。外出自粛、小・中・高校の休校、大規模行事の中止等協力要請を講じたことから一時的に陽性者が減少した。しかし、5月の緊急事態宣言が解除されると陽性者が急増し、「第2波」を迎える。7月下旬から8月上旬をピークに減少傾向ではあるが、現在（9月中旬）も「第1波」の時期に近い水準に高止まりしている。

[図 8-1] 報告日別新規陽性者数（2020年9月16日現在）（単位：名）



注 1 都道府県から数日分まとめて国に報告された場合には、本来の報告日別に過去に遡って計上している。なお、重複事例の有無等の数値の精査を行っている。

2 5月10日まで報告がなかった東京都の症例については、確定日に報告があったものとして追加した。

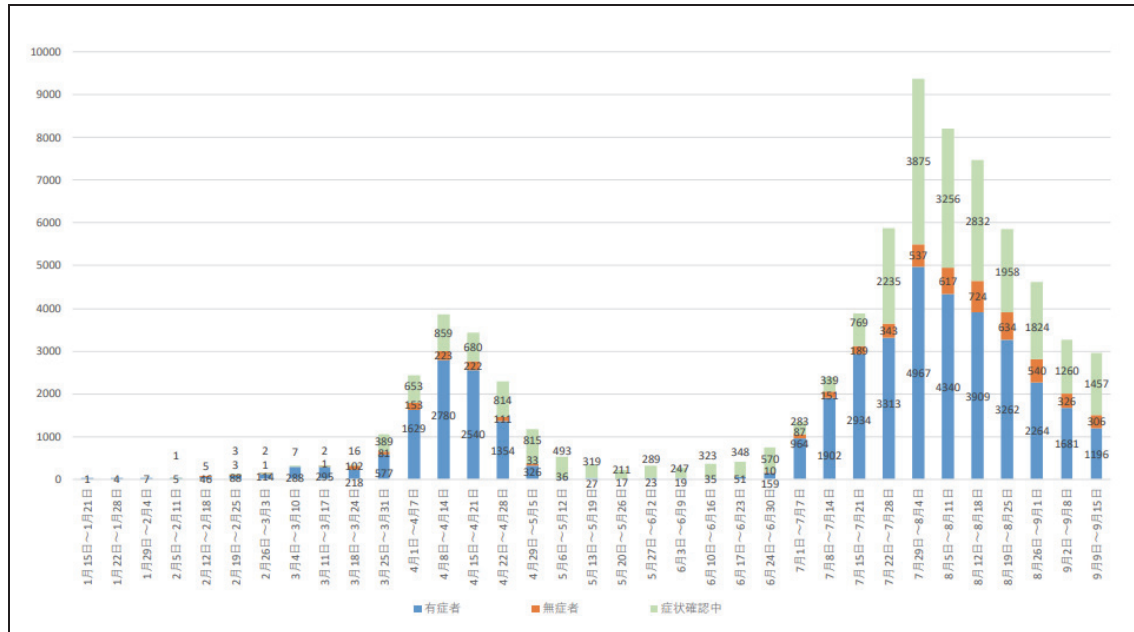
資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向<sup>6</sup>

<sup>6</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 報告日別新規陽性者数（2020年9月16日24時時点） <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000673420.pdf>

### 3. 週別陽性者の推移

[図 8-2]は COVID-19 検査結果陽性者の状況を報告したものであり、陽性者のうち有症者、無症者、確認中の感染者を区分して集計している。無症状者が全体の一定の比率を占めている。PCR 検査を実施した者に限定されていることから、今後、無症状者による感染拡大が予測される。

[図 8-2] 確定週別人数（2020年9月16日現在）（単位：名）



注：厚生労働省が把握した個票の積み上げに基づき作成しており、再陽性者については、新たな発症として集計しているため、総数は現在当省 HP で公表されている各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げた陽性者数とは一致しない。

資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向<sup>7</sup>

### 4. 年代別陽性者数

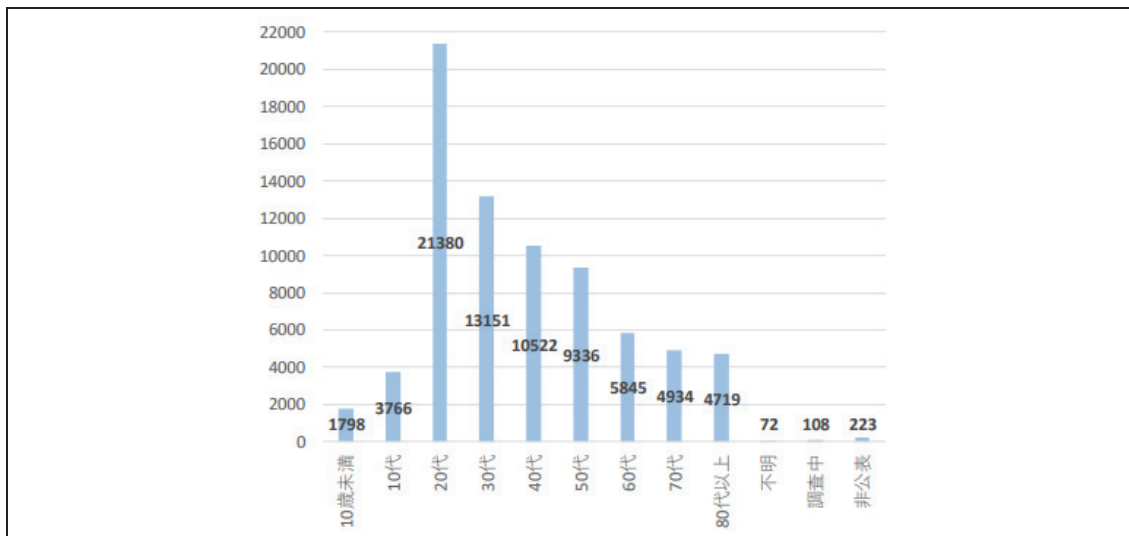
陽性者全体のうち、年齢階級別陽性者人数を見ると 20 代が最も高い。重症者は全体の 1.9%に過ぎないが、中高年以降の割合が増加傾向である。年齢階級別死亡者も年齢が高くなるにつれて死亡率も増加しており、60 代以上の高齢者が占める割合の増加が著しい。

<sup>7</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 確定週別人数（2020年9月16日18時時点）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000673422.pdf>



[図 8-3] 年齢階級別陽性者数 (2020 年 9 月 16 日現在)

(単位：名)



[表 8-2] 年齢階級別重症者割合 (2020 年 9 月 16 日現在)

(単位：名)

| 全体  | 10歳未満 | 10代 | 20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 60代 | 70代 | 80代以上 |
|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 1.9 | 0.0   | 0.0 | 0.1 | 0.0 | 0.8 | 1.9 | 4.1 | 6.8 | 4.6   |

【重症者割合】年齢階級別にみた重症者数の入院治療等を要する者に対する割合

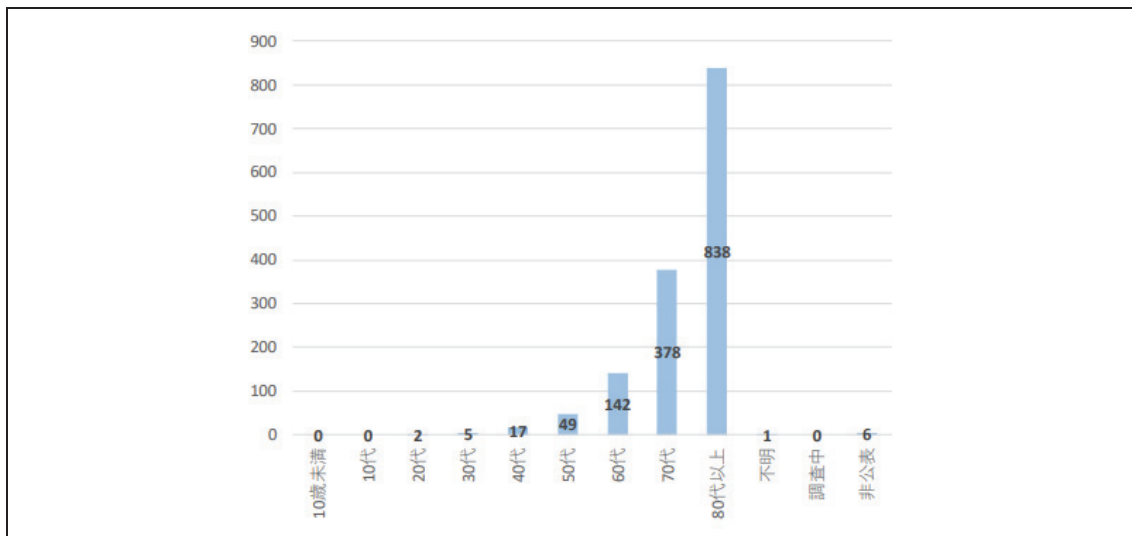
注：これらの分析は年齢階級や入院状況など陽性者の個別の状況について、都道府県等から当省が情報を得られたものを集計しており、総数は現在当省 HP で公表されている各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げた陽性者数・死亡者数・重症者数とは一致しない。

資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向<sup>8</sup>

<sup>8</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 年齢階級別陽性者数(2020年9月16日18時時点) <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000673422.pdf>

[図 8-4] 年齢階級別死亡数（2020 年 9 月 16 日現在）

（単位：名）



[表 8-2] 年齢階級別死亡率（2020 年 9 月 16 日現在）

（単位：名）

| 全体  | 10歳未満 | 10代 | 20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 60代 | 70代 | 80代以上 |
|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 1.9 | 0.0   | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.2 | 0.5 | 2.4 | 7.7 | 17.8  |

【重症者割合】年齢階級別にみた死亡者数の陽性者数に対する割合

注：これらの分析は年齢階級や入院の状況など陽性者の個別の状況について、都道府県等から当省が情報を得られたものを集計しており、総数は現在当省 HP で公表されている各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げた陽性者数・死亡者数・重症者数とは一致しない。

資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向<sup>9</sup>

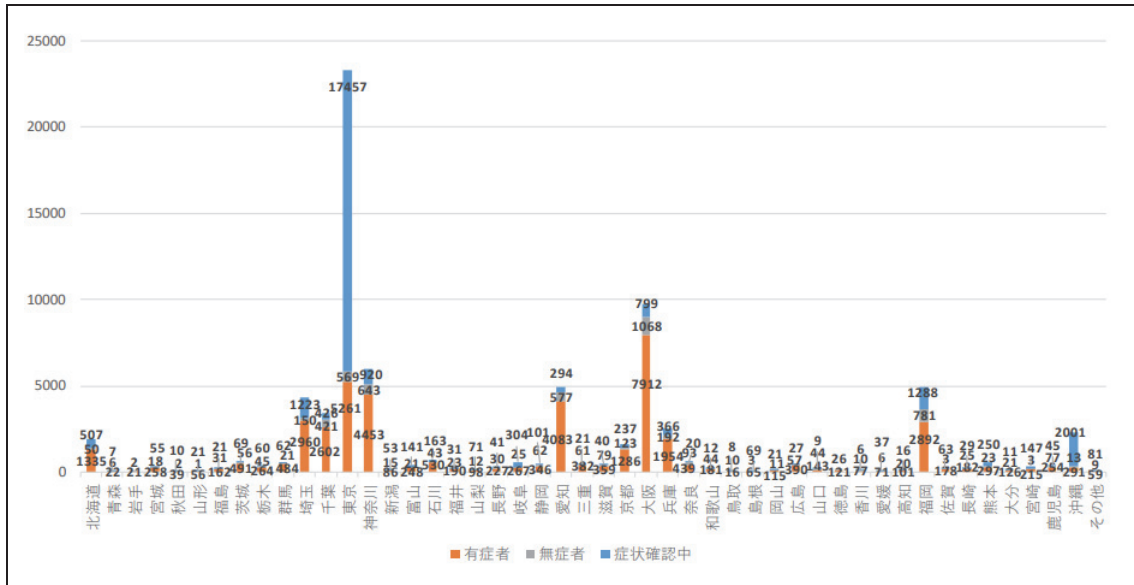
## 5. 地域別陽性者

陽性者は東京、大阪、愛知、神奈川等人口が密集している大都市に集中しており、地域間の格差が大きい。また 9 月 16 日現在有症者のうち、重症から軽症、中等症になった者は 410 名、日本国籍が確認されたいる者は 12,428 名、外国籍が確認されている者は 585 名、その他長崎県のクルーズ船における陽性者数が含まれている。

<sup>9</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 年齢階級別死亡数(2020 年 9 月 16 日 8 時時点) <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000673422.pdf>

[図 8-5] 都道府県別陽性者人数（2020年9月16日現在）

（単位：名）



注：厚生労働省が把握した個票の積み上げに基づき作成しており、再陽性者については、新たな発症として集計しているため、総数は現在当省 HP で公表されている各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げた陽性者数とは一致しない。

資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向<sup>10</sup>

<sup>10</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 都道府県別人数(2020年9月16日18時時点) <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000673422.pdf>

### 第3節 COVID-19 に対する国の取り組み

日本政府は COVID-19 に対する取り組みが危機管理の上で重大な課題であるという認識のもと対策本部を設置し、2 回にわたる緊急対応策を講じた。第 1 次緊急対応策は入国制限と社会活動の制限などを中心に、COVID-19 感染拡大防止と検査体制の整備が方向性として示された。また 1 か月後に示された第 2 次緊急対応策では、第 1 次緊急対応策の感染拡大防止策の強化とともに、政府の感染拡大防止の協力要請に応じた企業、施設等に対する補助金の支給を通じて社会活動を継続していくための支援策を展開するなど経済回復を意識した方案が多方面で示された。第 1 次、第 2 次緊急対応策の概要は次のとおりである。

【第 1 次緊急対応策】（2020 年 2 月 13 日）<sup>11</sup>

#### 1. 基本方針

何よりも国民の命と健康を守ることを最優先に必要な対策は躊躇なく実行するとの方針のもと、与党等の提言も踏まえ、当面緊急に措置すべき対応策をとりまとめた。このため、今年度予算の着実な執行に加え、第一弾として予備費 103 億円を講じることにより、総額 153 億円の対応策を実行する。今後も、事態の状況変化を見極めながら、政府一丸となって、予備費も活用して、国内感染対策、水際対策、また、観光業への対策等、緊急度に応じて、順次施策を講じていく。

#### 2. 主な緊急対応策

##### (1) 帰国者等への支援

- ①帰国者等の健康管理、感染拡大防止のための支援
- ②政府チャーター機による帰国者等及びクルーズ船ダイヤモンドプリンセスの乗員・乗客の生活支援・健康管理に万全を期すための支援物資の配布等
- ③国の要請等に基づき、受入れに協力いただいた民間企業等に対する対応
- ④帰国者等の円滑な社会復帰等のための支援
  - ・国民への正確な情報提供
  - ・PCR 検査、健康診断等
- ⑤邦人の安全確保のための支援

##### (2) 国内感染対策の強化

- ①病原体等の迅速な検査体制の強化等
  - ・国立感染症研究所への多量検体検査システム等の緊急整備
  - ・全国の地方衛生研究所の検査体制拡充支援
  - ・新型コロナウイルス感染症の検査法の開発
- ②感染症指定医療機関等の治療体制・機能の強化
  - ・国立国際医療研究センター等の治療法開発の加速化
  - ・帰国者・接触者外来及び帰国者・接触者相談センターの設置支援

<sup>11</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策(2020) [http://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel\\_coronavirus/th\\_siryou/kinkyutaiau\\_corona.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kinkyutaiau_corona.pdf) 1.

- ③検査キット、抗ウイルス薬、ワクチン等の研究開発の促進
    - ・簡易診断キット、抗ウイルス薬、ワクチン等の開発に早急に着手
    - ・民間企業とも協力しつつ、予防・診断・治療法の開発につながる技術の確立
    - ・感染症流行対策イノベーション連合への拠出を通じたワクチンの早期開発支援
  - ④マスク、医薬品等の迅速かつ円滑な供給体制の確保
- (3) 水際対策の強化
- ①全国の検疫所等の検査体制・機能の強化
    - ・地方出入国在留管理局と検疫所との連携強化による厳格な上陸審査
    - ・検疫官の応援等の体制強化等による検査体制の強化
    - ・航空会社や旅客船事業者等に対する協力要請
  - ②健康フォローアップセンターの体制整備による検疫機能の充実
    - ・健康フォローアップセンターを中心とした自治体との連携、情報共有等の必要な体制の緊急整備
  - ③入国管理の更なる強化
    - ・出入国管理及び難民認定法に基づく上陸拒否の対象となる地域、旅客船の包括指定による機動的な対応
- (4) 影響を受ける産業等への緊急対応
- ①国民及び外国人旅行者への迅速かつ正確な情報提供と風評対策
    - ・JNTOによる訪日外国人旅行者に対する正確な情報発信
    - ・厚生労働省電話相談窓口（コールセンター）の設置
    - ・宿泊事業者、観光協会等に対する適切な情報提供等
  - ②観光業等の中小企業・小規模事業者対策等
    - ・日本政策金融公庫等に5,000億円の緊急貸付・保証枠を確保し、公庫等による貸付や信用保証協会によるセーフティネット保証により資金繰りを支援
    - ・中小企業生産性革命推進事業等により、サプライチェーンの毀損等に対応するための設備投資等を行う事業者を優先的に支援
  - ③雇用対策
    - ・雇用調整助成金の要件緩和
- (5) 国際連携の強化等
- ①感染症対策に係る国際支援
    - ・分離したウイルスを研究開発用に無償供与
    - ・アジア各国等への医療資機材等の供与、検査体制の充実への貢献
    - ・各国・地域との連携による国際的な感染動向の把握
    - ・NPOなどによる国際貢献の支援

【第2次緊急対応策】(2020年3月10日)<sup>12</sup>

1. 基本方針

国内の感染拡大を防止するとともに、現下の諸課題に適切に対処するため、政府として万全の対応を行う(財政措置約0.4兆円、金融措置総額1.6兆円)。今後とも、感染の状況とともに、地域経済及び世界経済の動向を十分注視し、必要な対策は躊躇なく講じていく。

2. 主な緊急対応策

(1) 感染拡大防止策と医療提供体制の整備

①感染拡大防止策

- ・クラスター対策の専門家を地方公共団体へ派遣
- ・介護施設、障害者施設、保育所等における消毒液購入等の補助

②需給両面からの総合的なマスク対策

- ・ネット等での高額転売目的のマスク購入を防ぐため、マスクの転売行為を禁止
- ・布製マスク2,000万枚を国で一括購入し、介護施設等に緊急配布 ・医療機関向けマスク1,500万枚を国で一括購入し、必要な医療機関に優先配布
- ・マスクメーカーに対する更なる増産支援

③PCR検査体制の強化

- ・PCR検査設備の民間等への導入を支援し、検査能力を更に拡大(1日最大7,000件程度)
- ・PCR検査を保険適用(公費補助により引き続き自己負担なし)

④医療提供体制の整備と治療薬等の開発加速

- ・緊急時に5,000超の病床確保と人工呼吸器等の設備整備支援
- ・AMED等の活用による治療薬等の開発加速

⑤症状がある方への対応

- ・傷病手当金の円滑な支給に向けた取扱いの明確化、周知徹底

⑥情報発信の充実

- ・政府広報等の活用等による、わかりやすく積極的な広報(典型的な臨床情報等)
- ・在留外国人、外国人旅行者に対する多言語での適切迅速な情報提供

第1次緊急対応策が海外輸入防止策強化を中心に、感染拡大予防策など感染予防措置のための検査体制の整備と観光業など大きな打撃を受けている産業分野に対する経済的支援など、今後政府の主な方向性と課題を提示しているのに対して、第2次緊急対応策は国内の感染拡大を防ぐための防止策に焦点をあて、具体的な法案を提示している。国内感染者の推移を注視しながら実効性のある法案の優先順位を見図るといった政府の意向を垣間見ることができる。また、2020年1月15日、国内で初めて感染者が発生してからわずか1か

<sup>12</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾ポイント(2020) [https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2020/0310/shiryu\\_05-2.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2020/0310/shiryu_05-2.pdf)

ここでは、4つの主な対応策のうち、本稿と関連のある(1)のみを取り上げている。

月で第1次緊急対応策が示され、続く第2次対応策が提示されるまで1か月程度であった。予算支出に慎重な日本政府としては比較的迅速な対応であるといえる。

#### 第4節 高齢者ケアと COVID-19 への対応

##### 1. 日本における介護サービス政策

###### 1) 日本の高齢化

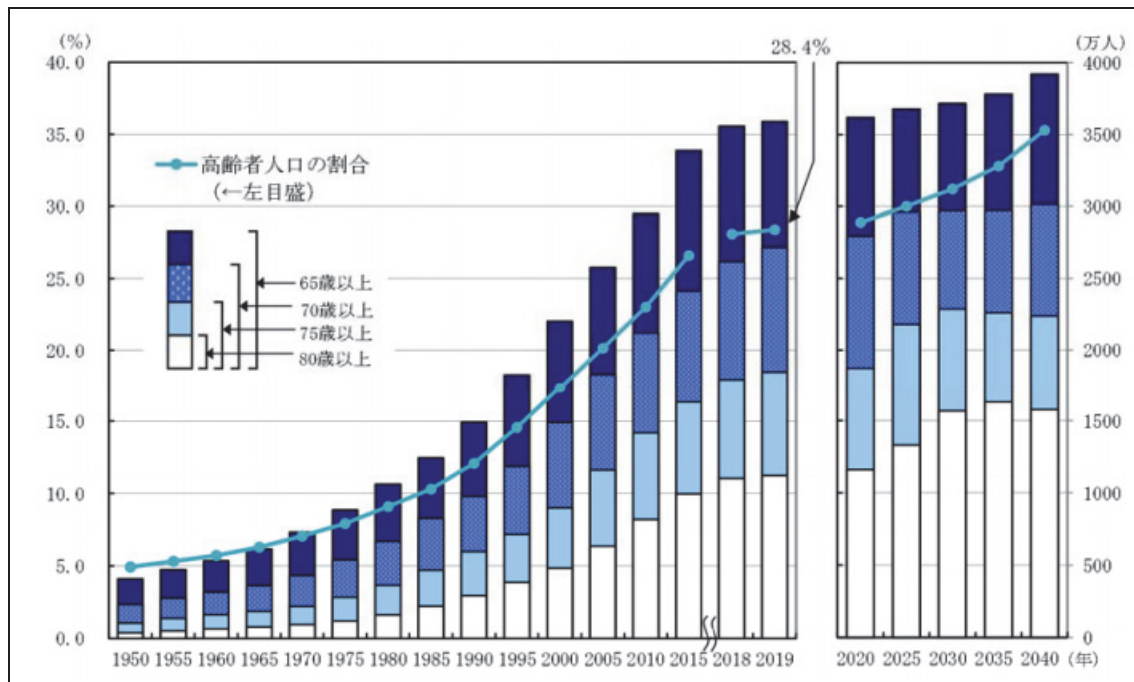
日本の総人口（2019年10月1日現在）は、1億2,617万人であり、年々減少傾向である。一方、総人口に対する高齢者人口の割合の推移をみると、1950年（4.9%）以降増加している。1985年には10%、2005年には20%を超えており、2019年には28.4%で史上最高の記録を更新している。さらに2025年には30%、2040年には35.3%まで上る見込みである<sup>13,14</sup>。

---

<sup>13</sup> 高齢化の推移と将来推計 2020年版高齢社会白書（概要版）<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/gaiyou/pdf/1s1s.pdf>

<sup>14</sup> 総務省統計局 高齢者の人口（2019）<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1211.html>

[図 8-6] 高齢者人口及び割合の推移（1950-2040 年）



資料：総務省、統計トピック No. 121 統計からみた日本の高齢者（敬老の日を記念して）2019<sup>15</sup>

介護が必要な高齢者も継続して増加傾向であり<sup>16</sup>、要介護者の割合が急増する75歳以上の高齢者人口も2025年までは急速に増加すると予測されている。2030年から75歳以上の人口の急速な増加は解消されるが、85歳以上の人口は10年ほど継続して増加する見込みである<sup>17</sup>。

<sup>15</sup> 総務省統計局 高齢者の人口（2019）<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1211>.

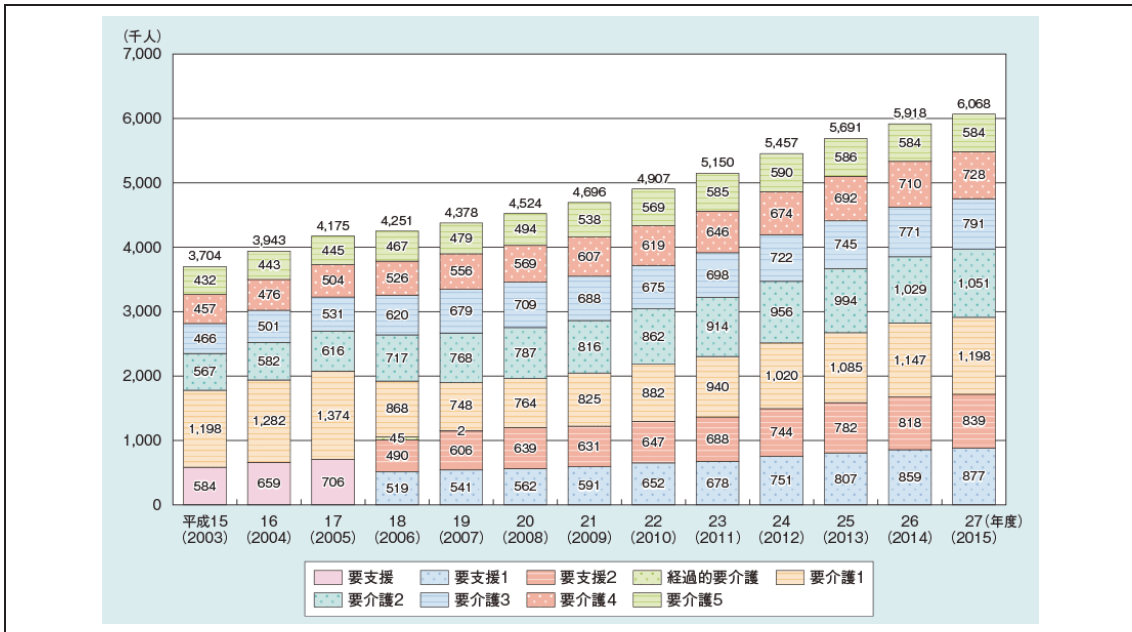
<sup>16</sup> 内閣府 2019年版高齢社会白書（全体版）[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1\\_2\\_2.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_2_2.html)

<sup>17</sup> 厚生総労働省 福祉と住宅政策との連携について（2019）<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000499815.pdf>



【図 8-7】 第 1 号被保険者（65 歳以上）要介護度別認定者数の推移

（単位；千人）

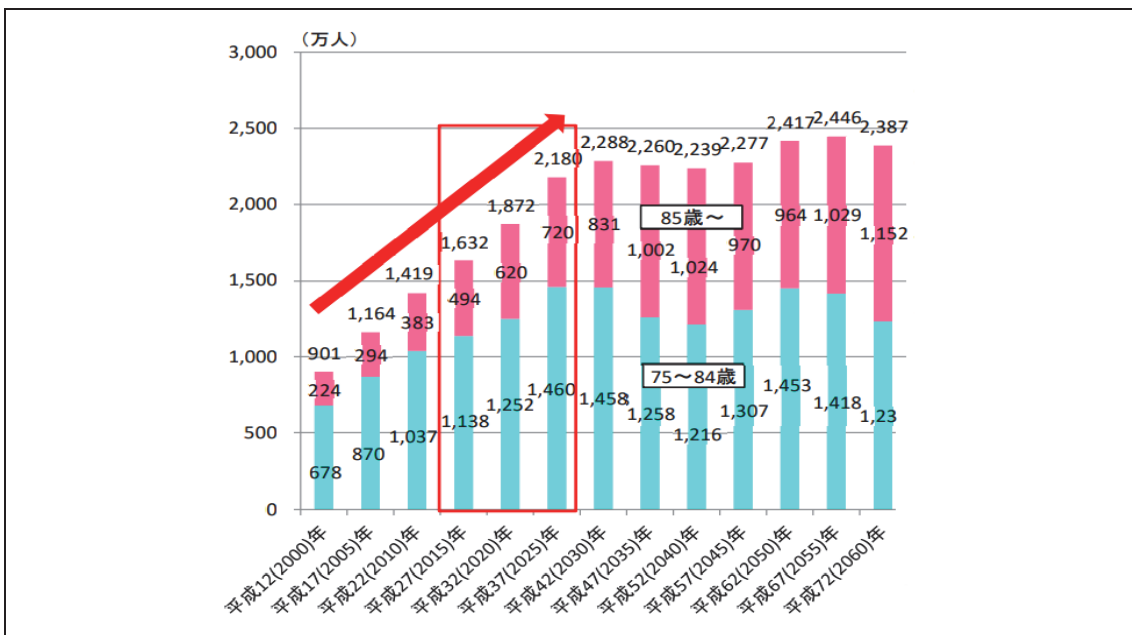


注：厚生労働省 介護保険事業状況報告（年報）に基づいて作成した資料。

資料：内閣府、2018 年版高齢社会白書<sup>18</sup>

【図 8-8】 要介護者の割合が急増する 75 歳以上の高齢者人口の推移

（単位；千人）



注：将来推計は国立社会保障・人口問題研究所、「日本の将来推計人口」（2017 年 4 月推計），出生中間（死亡中位）推計によるもの。

資料：厚生労働省、福祉と住宅政策との連携（2019）<sup>19</sup>

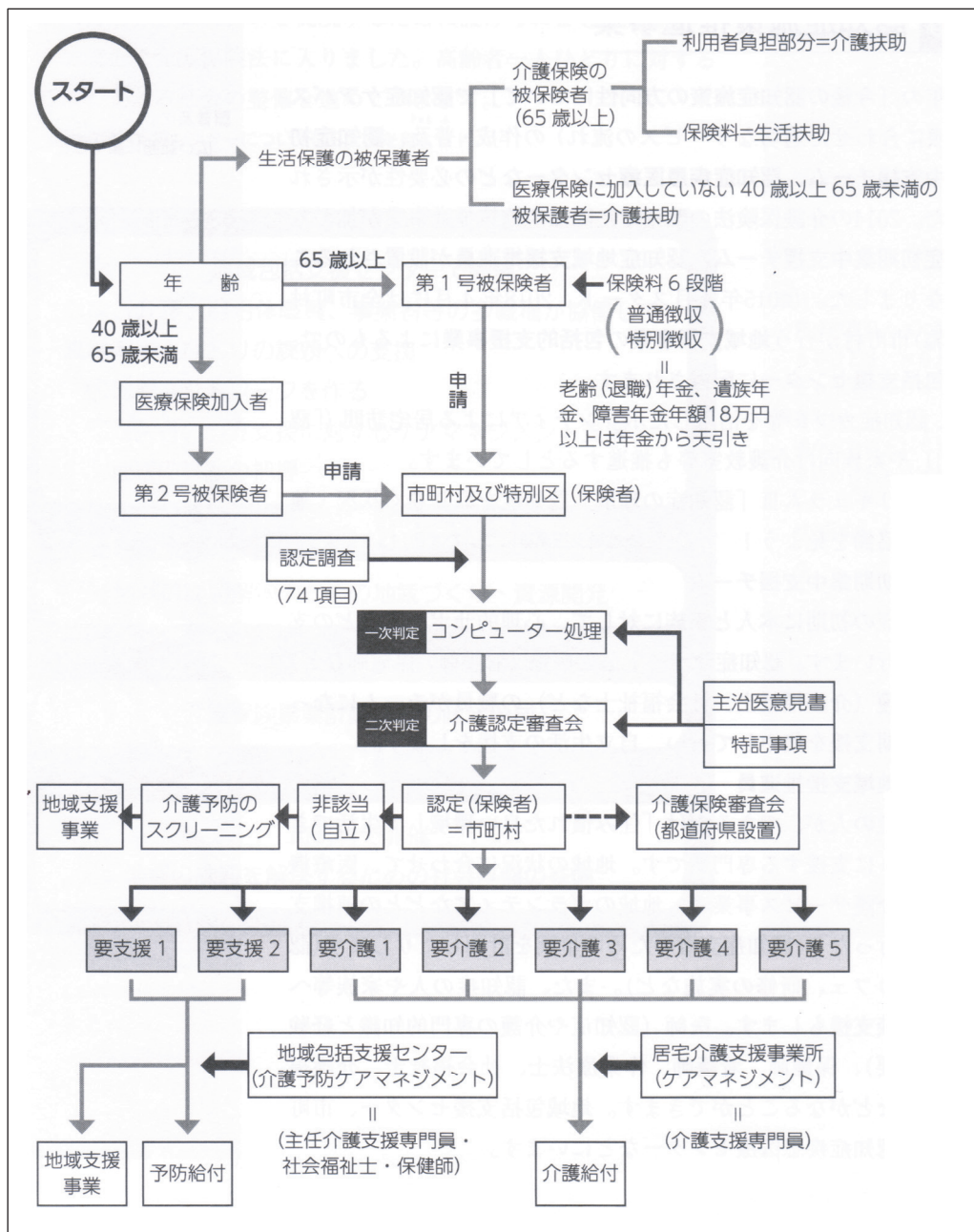
<sup>18</sup> 内閣府 2018 年版高齢社会白書 [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1\\_2\\_2.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_2_2.html)

<sup>19</sup> 厚生労働省 福祉と住宅政策との連携について（2019）<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000499815.pdf>

2) 介護保険制度とサービス

日本の高齢者介護サービスは介護保険制度を中心に在宅サービスと施設入所サービスで区分される。ほかにも地域の状況に応じて追加サービスが提供されている。介護保険制度の概要は次のとおりである。

[図 8-9] 介護保険制度の概要



資料：介護保険の概要、外国人のための介護福祉士国家試験対策（2019）<sup>20</sup>

<sup>20</sup> 外国人のための介護福祉士国家試験対策 2019 新カリキュラム I 「人間と社会」 公益社団国際厚生事業団

[図 8-9] 続き

|              | 都道府県が指定・監督を行うサービス   | 市町村が指定・監督を行うサービス  | その他  |
|--------------|---|---|------|
| 介護給付におけるサービス | <b>■居宅サービス</b><br>【訪問サービス】<br>①訪問介護<br>②訪問入浴介護<br>③訪問看護<br>④訪問リハビリテーション<br>⑤居宅療養管理指導<br>⑩特定施設入居者生活介護<br>⑫特定福祉用具販売<br><br>【通所サービス】<br>⑥通所介護<br>⑦通所リハビリテーション<br><br>【短期入所サービス】<br>⑧短期入所生活介護<br>⑨短期入所療養介護<br>⑪福祉用具貸与<br><br><b>■施設サービス</b><br>①介護老人福祉施設<br>②介護老人保健施設<br>③介護医療院<br>(2017年の改正で創設)<br>④介護療養型医療施設<br>(2024年3月まで) | <b>■地域密着型サービス</b><br>①定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br>②夜間対応型訪問介護<br>③地域密着型通所介護(2016年4月から)<br>④認知症対応型通所介護<br>⑤小規模多機能型居宅介護<br>⑥認知症対応型共同生活介護<br>⑦地域密着型特定施設入居者生活介護<br>⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護<br>⑨看護小規模多機能型居宅介護<br><br><b>■居宅介護支援</b> | 住宅改修 |
| 予防給付におけるサービス | <b>■介護予防サービス</b><br>【訪問サービス】<br>①介護予防訪問入浴介護<br>②介護予防訪問看護<br>③介護予防訪問リハビリテーション<br>④介護予防居宅療養管理指導<br>⑧介護予防特定施設入居者生活介護<br>⑩特定介護予防福祉用具販売<br><br>【通所サービス】<br>⑤介護予防通所リハビリテーション<br><br>【短期入所サービス】<br>⑥介護予防短期入所生活介護<br>⑦介護予防短期入所療養介護<br>⑨介護予防福祉用具貸与   | <b>■地域密着型介護予防サービス</b><br>①介護予防認知症対応型通所介護<br>②介護予防小規模多機能型居宅介護<br>③介護予防認知症対応型共同生活介護<br><br><b>■介護予防支援</b>   | 住宅改修 |
| 地域支援事業       |   | <b>■介護予防・日常生活支援総合事業</b><br>①介護予防・生活支援サービス事業<br>・訪問型サービス<br>・通所型サービス<br>・生活支援サービス(配食等)<br>・介護予防支援事業(ケアマネジメント)<br>②一般介護予防事業   |      |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 指定居宅・地域密着型・介護予防サービス事業者<br>介護保険施設等 | 費用負担(利用者)<br>・自己負担 原則1割(一定所得以上は2割・3割)<br>・居住費・食費 |
|-----------------------------------|--|

|      |  |   |
|------|--|---|
| 保険負担 | 介護予防サービス費<br>地域密着型介護予防サービス費<br>介護予防福祉用具購入費<br>介護予防住宅改修費<br>介護予防サービス計画費<br>高額介護予防サービス費<br>高額医療合算介護予防サービス費<br>特定入所者介護予防サービス費 | 居宅介護サービス費<br>地域密着型介護サービス費<br>居宅介護福祉用具購入費<br>居宅介護住宅改修費<br>居宅介護サービス計画費<br>施設介護サービス費<br>高額介護サービス費<br>高額医療合算介護サービス費<br>特定入所者介護サービス費 |
|------|--|---|

資料：介護保険の概要、外国人のための介護福祉士国家試験対策（2019）<sup>21</sup>

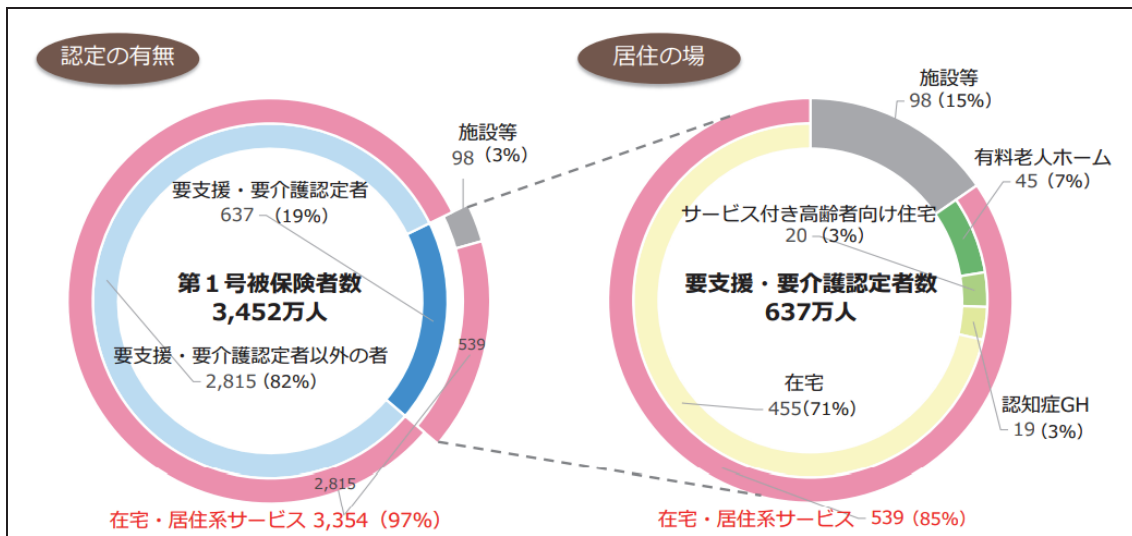
### 3) 高齢者の住居実態

厚生労働省が取りまとめた高齢者の住居実態調査結果によると、介護保険第1被保険者3,452万人のうち、3,354万人(97%)が自宅(居住型施設入所者含む)に居住しており、要介護認定者637万人のうち、539万人(85%)が自宅(居住型施設入所者含む)で生活

<sup>21</sup> 外国人のための介護福祉士国家試験対策 2019 新カリキュラム I 「人間と社会」 公益社団国際厚生事業団

している。

[図 8-10] 高齢者の居住実態



注：第1号被保険者数、要支援・要介護認定者数、施設等利用者数、認知症GH利用者数は介護保険事業状況報告（平成29年6月末現在、暫定版）から抜粋したもの。有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の利用者数は、厚労省調べの定員数（平成29年6月末現在）、サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムの登録戸数（平成29年6月末現在）、平成29年度老健事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」（平成30年3月 株式会社野村総合研究所）から推計

資料：厚生労働省 福祉と住宅政策との連携について（2019）<sup>22</sup>

政府の福祉政策（医療法、老人福祉法、介護保険法）、住宅政策（高齢者住宅法）による居住地、ほかにも民間企業による高齢者のための分譲アパートがあるなど、高齢者ができる限り地域で生活を営むことができるよう多様な居住地が設けられている。

代表的な居住地の特徴として、特別養護老人ホーム<sup>23</sup>は、中等度以上の要介護者がリーズナブルな費用で介護サービスが受けられるため、入所希望者が多い。厚生労働省の調査結果によると、2019年12月現在、特別養護老人ホームの入所申請者は29.2万名で<sup>24</sup>、申請後入所に至るまでの待機期間が長く、入所時期を予測することが難しい。ケアハウスは自分で身の回りのケアができる高齢者が比較的リーズナブルな費用で入居可能であり、環境が整備されている住宅である。一方、介護サービスが提供される場合と提供されない場合があり、後者の場合介護が必要となった時は新しい居住地を確保しなければならない。サービス付

<sup>22</sup> 厚生労働省 福祉と住宅政策との連携について（2019）<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000499815.pdf>

<sup>23</sup> 特別養護老人ホームは介護老人福祉施設（介護保険法にもとづく）ともいう。韓国の老人療養施設に該当する。

<sup>24</sup> 厚生労働省 特別養護老人ホームの入所申込者の状況（2019）<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000581323.pdf>

き高齢者向け住宅は安否確認と生活相談など必須サービスとともに食事を提供することが多い。介護サービスは別途契約して利用することができる。有料老人ホームは居住地と食事のほか、生活支援サービスがともに提供されることが多い。サービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームは自立度が高い高齢者から要介護度が高い高齢者に至るまで幅広いニーズに対応できるが、経済的負担が大きい。

このように施設入所者は中等度以上の要介護者もしくは、医療ニーズなど専門的ケアが必要な要介護者に限られており、多くの高齢者は介護者の有無、自立度、経済力などを考慮して居住地を選び、地域で在宅生活を営んでいる高齢者がほとんどである。

## 2. 介護／福祉領域と COVID-19 対応<sup>25</sup>

日本における高齢者介護福祉サービスの軸といえる介護保険制度にもとづく施設や事業所を支援するための各種対策が講じられた。予防対策は、①施設と事業所内の感染拡大防止のための物品と工事費の補助、マスク配布、PCR 検査の保険適用案など施設内の環境整備の支援、②介護/福祉領域従事者に対する慰労金支給などを通じたサービス継続支援、③感染者発生時の対応支援など3つに区分できる。具体的な内容は次のとおりである。

### 1) 介護/福祉施設内の感染拡大防止のための環境整備支援

#### ア. 介護施設など感染拡大防止対策支援

a. 介護施設などの感染防止対策として各都道府県<sup>26</sup>が介護施設に配布する消毒液などを卸・販売会社から一括購入し、介護施設などに消毒液を提供。高齢者、障害者を対象に感染予防のための広報・啓発、4人部屋の個室化工事に必要な費用を補助。

#### b. 支援内容

①都道府県の消毒液などの購入費：介護現場では感染経路遮断が重要であるという認識の下、必要な消毒液などを自力で購入することが難しい介護施設などのため、都道府県などに配布する消毒液などを卸・販売会社から一括購入に必要な費用を補助。

②介護施設などの消毒経費：感染が疑わしい者が発生した場合、介護施設など施設内感染が拡大されないよう、利用者・従事者が使用する場所と使用する物品などの消毒に必要な費用を補助。

③地方自治体の広報・啓発経費：高齢障害者にも必要な情報が行き渡るよう、感染症予防の広報・啓発経費について補助。(例：視覚障害がある高齢者向けの点字パンフレット、高齢者が必ずしもインターネットを通じて情報入手するとは限らないため市町村<sup>27</sup>報に折り込むチラシ)

④介護施設等の多床室の個室化に要する改修費：事業継続が必要な介護施設等において、感染が疑われる者が複数発生して多床室に分離する場合に備え、感染が疑われる者同士の

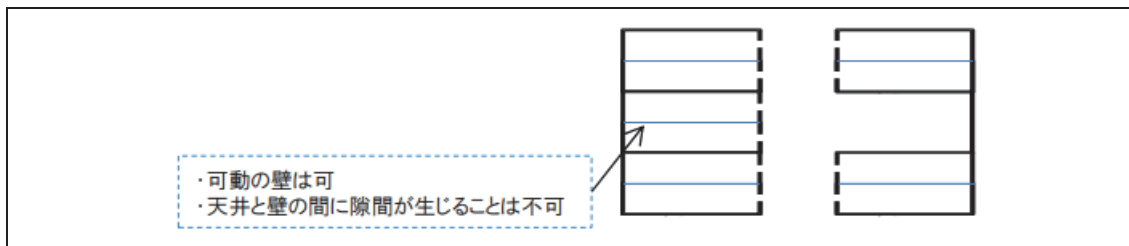
<sup>25</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾—概要資料集(2020) <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000612097.pdf>

<sup>26</sup> 都道府県は、韓国の広域自治体で市・道に該当

<sup>27</sup> 市町村は、基礎自治体で韓国の市郡区に該当

スペースを空間的に分離するための個室化に要する改修費について補助。

[図 8-11] 多床室の個室化改修例



資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾—概要資料<sup>200</sup>

[表 8-4] 支援のスキーム、実施要件

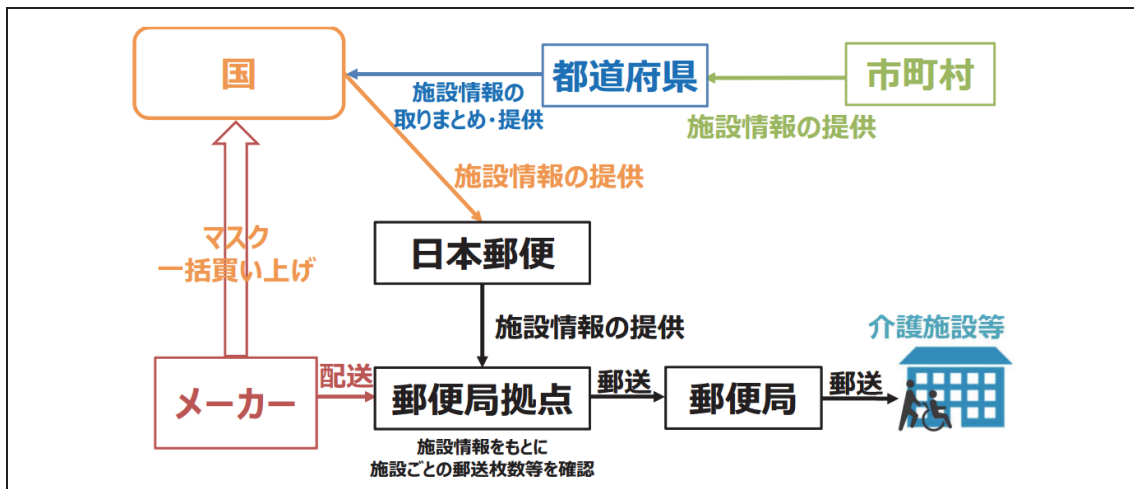
|     | 対象施設      | 補助率               | 補助上限額                         | 補助主体                       | 活用財源                    |
|-----|-----------|-------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| ①~③ | 全ての介護施設等  | 国 2/3<br>都道府県 1/3 | なし                            | 都道府県                       | 地域医療介護総合確保基金（介護施設等の整備分） |
| ④   | 入所系の介護施設等 | 定額補助              | 1 定員あたり<br>97.8 万円 都道府県又は市区町村 | 都道府県又は市区町村（いずれも政令市・中核市を含む） | 地域介護・福祉空間整備等 施設整備交付金    |

資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾—概要資料<sup>200</sup>

イ. 介護施設等に対する布製マスクの配布

- ・2019 年度予備費要求額のうち 布製マスク分が 1 1 3 億円。
- ・洗濯することで再利用可能な布製マスクを 2,0 0 0 万枚、国が一括して購入。
- ・介護施設や障害者施設、保育所、今般の学校休業に伴う放課後児童クラブなどに対し、地方公共団体の協力も得つつ、少なくとも 1 人 1 枚を配布。

[図 8-12] 介護施設等にマスクが配布される経路

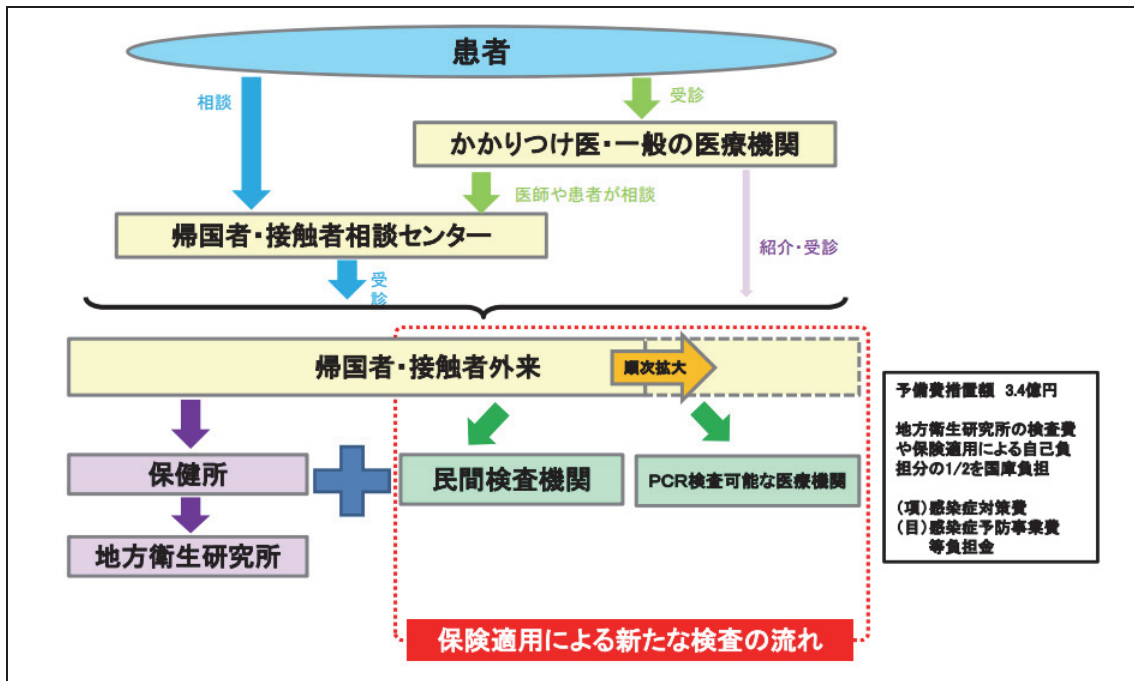


資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾—概要資料集<sup>28</sup>

ウ. 新型コロナウイルスPCR検査の保険適用

- ・保健所が検査の対象外と判断しても、医師の判断で直接検査機関等に検査委託可能。
- ・院内感染防止、精度管理の観点から、帰国者・接触者外来で検査を行うよう依頼。
- ・今後は、民間の体制整備状況を踏まえ、保険適用による検査可能数の拡大を図る。

[図 8-13] 保険適用後の新型コロナウイルスPCR検査体制と経費負担



資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾—概要資料集<sup>29</sup>

<sup>28</sup> 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾—概要資料集 (2020) <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000612097.pdf>

<sup>29</sup> 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾—概要資料集 (2020) <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000612097.pdf>

## 2) 職員に対する慰労金の支給

・介護サービスは高齢者やその家族の生活を支え、高齢者の健康を維持する上で不可欠である。今後感染による重症化リスクが高い高齢者に対する接触を伴うサービスが必要となる介護サービスの特徴を踏まえ、最大限の感染症対策を継続的に行いつつ、必要なサービスを提供する体制を構築する必要がある。そこで、必要な物資を確保するとともに、感染症対策を徹底しつつ介護サービスを再開し、継続的に提供するための支援を導入。また、新型コロナウイルスの感染防止対策を講じながら介護サービスの継続に努めてた職員に対して慰労金を支給<sup>30</sup>。

・障害福祉サービス等は、障害児者やその家族等を支える上で必要不可欠であり、感染症対策を徹底した上で、障害福祉サービス等を提供する体制を構築するための支援を実施する。新型コロナウイルス感染症が発生した施設・事業所においてサービス継続のために業務に従事した職員等に対して慰労金を支給<sup>31</sup>。

・事業内容<sup>32</sup>

利用者と接する職員に対し、慰労金として最大 20 万円を給付。詳細は以下のとおり。

[表 8-5] 職員慰労金支給対象施設及び対象職員

|          | 介護                           | 障害                       |
|----------|------------------------------|--------------------------|
| 対象施設・事業所 | 介護保険の全サービス、有料老人ホーム、サ高住、養護、軽費 | 総合支援法、児童福祉法による障害福祉の全サービス |
| 対象職員     | 対象施設・事業所に勤務し利用者と接する職員        |                          |

資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害福祉サービス等分）

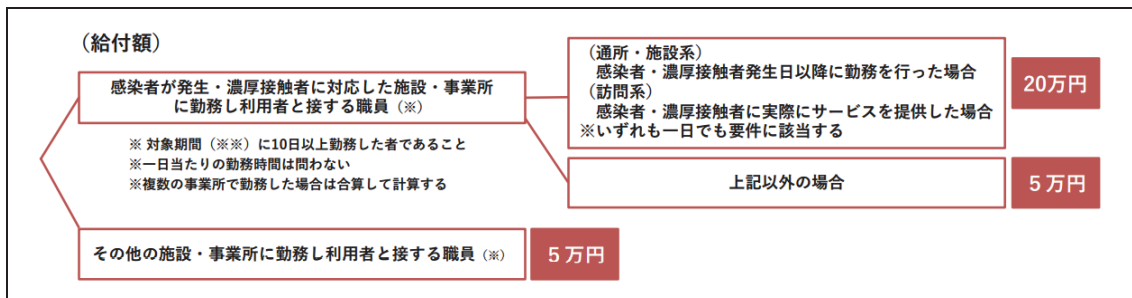
<sup>30</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）（2020）<https://www.mhlw.go.jp/content/000641921.pdf>

<sup>31</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害福祉サービス等分）（2020）<https://www.mhlw.go.jp/content/000644197.pdf>

<sup>32</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害福祉サービス等分）（2020）<https://www.mhlw.go.jp/content/000644197.pdf>



[図 8-14] 慰労金支給



注 対象期間：当該都道府県における新型コロナウイルス感染症患者1例目発生日又は受入日（★）のいずれか早い日（岩手県は、緊急事態宣言の対象地域とされた4/16）から6/30までの間

★ 新型コロナウイルスに関連したチャーター便及びクルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」から患者を受け入れた日を含む

資料：厚生労働省 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害福祉サービス等分）

### 3) 病床確保支援

①新型コロナウイルス感染症患者等について、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）等に基づき当該患者を入院させるための病床を確保。

- ・ 予算額：予備費措置額 17億円
- ・ 予算項目：感染症対策費 及び疾病予防対策事業費等補助金
- ・ 補助率と対象経費
  - － 補助率：1/2（国：地方＝1：1）
  - － 空床に係る経費：16,190円×空床日数
  - － 消毒に係る経費：当該消毒に要した額

②新型コロナウイルス感染症対策の基本方針（令和2年2月25日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）

・ 患者の更なる増加や新型コロナウイルス感染症の特徴を踏まえた、病床や人工呼吸器等の確保や地域の医療機関の役割分担（例えば、集中治療を要する重症者を優先的に受け入れる医療機関等）など、適切な入院医療の提供体制を整備する。

③新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策－第2弾－（令和2年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）

・ 感染拡大防止と同時に、国内で患者数が大幅に増えたときに備え、重症者対策を中心として医療提供体制を強化する。現在、全国で2,000を超える感染症病床が存在するが、感染症指定医療機関や国立病院機構などの公的医療機関等を最大限活用し、緊急時には5,000を超える病床を確保しており、引き続き必要な病床の確保を進める。

### 3. サービス提供機関対応

国内の感染拡大の状況が刻々と変わっていくなかで、政府の対応が順次実施された。これについて専用のサイトを用意し、最新情報を介護福祉施設と事業所に速やかに伝達することにより、継続的な運用を図ることができるように支援した。①基本的な感染予防と感染拡大の防止、②介護職員の確保、③衛生用品の確保、④要介護認定、⑤介護サービス事業所等の人員、施設・設備及び運営の基準等の一時的な取り扱い、⑥経費軽減、経営資金支援に関する事項等で構成されている<sup>33</sup>。

#### 1) 感染予防指針

基本的感染予防では、介護サービス事業所の休業要請時の留意点、社会福祉施設等に対する COVID-19 対応策、介護事業所を含む社会福祉施設などで感染が発生した場合の対応方法を掲載しており、施設内感染拡大防止には職員と利用者の体温測定と発熱などの症状がある場合の対処方法<sup>34</sup>、面会制限と委託業者などへの対応など感染拡大防止に対する情報を発信した。

また、COVID-19 感染管理、高齢者施設内感染対策点検要領<sup>35</sup>・<sup>36</sup>、各種介護施設・事業所の利用者と有料老人ホーム入所者の医療・介護サービスなどの利用、高齢者施設感染者発生時の検査体制、高齢者施設における COVID-19 対応策、社会福祉施設などの感染拡大防止のための留意点、介護予防日常生活支援事業等と関連した COVID-19 対応、感染症に関する相談、診察の判断基準等を提示した。以下、代表的な資料である。

- ・情報発信済みの内容を含めた感染症に関する基礎知識および感染予防と関連した情報を整理した介護現場における感染対策の手引き<sup>37</sup>
- ・感染対策に関する各種動画（入所施設、訪問型サービス向け）作成
- ・感染対策に関するチラシ作成

以下に、社会福祉施設等における感染拡大防止の主な内容を示す<sup>38</sup>。

<sup>33</sup> 介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について（2020）[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_00089.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00089.html)

<sup>34</sup> 厚生労働省 社会福祉施設等における新型コロナウイルスへの対応について（2020年3月19日）<https://www.mhlw.go.jp/content/000610596.pdf>

<sup>35</sup> 厚生労働省 高齢者施設における施設内感染対策のための自主点検実施要領（2020）<https://www.mhlw.go.jp/content/000657094.pdf>

<sup>36</sup> 厚生労働省 高齢者施設における施設内感染対策のための自主点検について（その2）（2020）<https://www.mhlw.go.jp/content/000678401.pdf>

<sup>37</sup> 厚生労働省 介護現場における感染対策の手引き第1版（2020年10月）<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000678253.pdf>

<sup>38</sup> 厚生労働省 社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その2）（令和2年3月6日厚生労働省健康局結核感染症課ほか連名事務連絡）<https://www.mhlw.go.jp/content/000619845.pdf>

[表 8-6] 入所施設における感染防止対策

|                        |  |
|------------------------|--|
| (1)施設等における取組           | <p><b>(感染症対策の再徹底)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染の疑いについてより早期に把握できるよう、日頃から利用者の健康の状態や変化の有無等に留意</li> <li>○ 感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、感染防止に向けた取組を職員が連携して推進</li> <li>○ 積極的疫学調査への円滑な協力が可能となるよう、症状出現後の接触者リスト、ケア記録、勤務表、施設内に入所した者の記録等を準備</li> </ul> <p><b>(面会及び施設への立ち入り)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 面会は、緊急やむを得ない場合を除き、制限すること。テレビ電話等の活用を行うこと等の工夫をすることも検討</li> <li>○ 委託業者等についても、物品の受け渡し等は玄関など施設の限られた場所で行うことが望ましく、施設内に立ち入る場合については、体温を計測してもらい、発熱が認められる場合には入館を断る</li> <li>○ 面会者や業者等の施設内に入所した者の氏名・来訪日時・連絡先について、積極的疫学調査への協力が可能となるよう記録</li> </ul> |
| (2)職員の取組               | <p><b>(感染症対策の再徹底)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」等を参照の上、マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等を徹底</li> <li>○ 出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないことを徹底</li> <li>○ 感染が疑われる場合は、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえて適切に対応</li> <li>○ 職場外でも感染拡大を防ぐための取組が重要。換気が悪く、人が密に集まって過ごすような空間に集団で集まることを避ける等の対応を徹底</li> </ul>  |
| (3)リハビリテーション等の実施の際の留意点 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ADL維持等の観点から、リハビリテーション等の実施は重要である一方、感染拡大防止の観点から、「3つの密」（「換気が悪い密閉空間」、「多数が集まる密集場所」及び「間近で会話や発声をする密接場面」）を避ける必要</li> <li>○ 可能な限り同じ時間帯・同じ場所での実施人数の縮小、定期的な換気、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上の距離の確保、声を出す機会を最小化、声を出す機会が多い場合のマスク着用、清掃の徹底、共有物の消毒の徹底、手指衛生の励行の徹底</li> </ul>  |

注：「高齢者介護施設にける感染対策マニュアル改訂版」（2019）、「新型コロナウイルス感染症についての相談基準・受診の目安について」（2020）<sup>39</sup>

[表 8-7] 新型コロナウイルス感染症に感染した者等が発生した場合の取組：入所施設

|                      | 定義  | (1)情報共有・報告等   | (2)消毒・清掃等   | (3)積極的疫学調査への協力等  | (4)感染者への対応/(5)濃厚接触者への対応  |   |
|----------------------|---|---|---|--|--|---|
|                      |   |   |   |  | 職員   | 利用者   |
| 感染者                  | 医療機関が特定<br>・PCR陽性の者   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等（利用者・職員）に発生した場合、速やかに施設長等に報告し、施設内で情報共有</li> <li>・指定権者、家族等に報告</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室及び利用した共用スペースを消毒・清掃。手袋を着用し、消毒用エタノールまたは次亜塩素酸ナトリウム液で拭拭等</li> <li>・保健所の指示がある場合は指示に従う</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、保健所の指示に従い、濃厚接触者の特定に協力</li> <li>・可能な限り利用者のケア記録や面会者の情報を提供</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則入院（症状等によっては自治体の判断に従う）</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則入院。高齢者や基礎疾患を有する者等以外の者については症状等によっては自治体の判断</li> </ul>   |
| 感染が疑われる者             | 施設等が判断<br>・風邪の症状や37.5度以上の発熱が2日程度続いている者又は強いだるさや息苦しさがある者、医師が総合的に判断した結果感染を疑う者<br>※PCR陽性等診断が確定前の者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、「相談センター」（帰国者・接触者相談センター）に電話連絡し、指示を受ける</li> <li>・速やかに施設長等に報告し、施設内で情報共有</li> <li>・指定権者、家族等に報告</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所の指示がある場合は指示に従う</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、当該施設等において、感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者を特定</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「相談センター」に電話連絡し、指示を受ける</li> </ul>   |   |
| 濃厚接触者                | 保健所が特定<br>・感染者と同室・長時間接触<br>・適切な防護無しに感染者を診察、看護、介護<br>・感染者の気道分泌液等に直接接触                          | -   | -   | -  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅待機を行い、保健所の指示に従う</li> <li>・職場復帰時期については、発熱等の症状の有無等も踏まえ、保健所の指示に従う</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として個室に移動。個室が足りない場合は、症状のない濃厚接触者を同室に。個室管理ができない場合、マスク着用、ベッド間隔を2m以上あける等の対応。部屋を出る場合はマスクを着用し、手指衛生を徹底</li> <li>・可能な限りその他利用者や担当職員を分けて対応</li> <li>・ケアに当たっては、部屋の換気を十分に実施</li> <li>・職員は使い捨て手袋とマスクを着用。飛沫感染のリスクが高い状況では、必要に応じてゴーグル等を着用</li> <li>・体温計等の器具は、可能な限り専用に</li> </ul> |
| 感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者 | 施設等が特定<br>・「感染が疑われる者」と同室・長時間接触<br>・適切な防護無しに「感染が疑われる者」を診察、看護、介護<br>・「感染が疑われる者」の気道分泌液等に直接接触     | -   | -   | -  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱等の症状がある場合は、自宅待機を行い、保健所の指示に従う。復帰時期については上欄と同じ</li> <li>・発熱等の症状がない場合は、保健所と相談の上、疑われる職員数等の状況も踏まえ対応</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアの開始時と終了時に、石けんと流水による手洗い等による手指消毒を実施。手指消毒の前に顔を触らないように注意。「1ケア1手洗い」等が基本</li> <li>・有症状者については、リハビリテーション等は実施しない。無症状者については、手指消毒を徹底した上で、職員は使い捨て手袋とマスクを着用し個室等において、実施も可能</li> <li>※保健所と相談の上、対応</li> <li>※個別ケア等実施時の留意点は別添のとおり</li> </ul>                                     |

<sup>39</sup> 厚生労働省 高齢者介護施設にける感染対策マニュアル改訂版（2019年3月）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000500646.pdf>、新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安について（2020年2月17日）<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000596978.pdf>

[表 8-8] 通所型・短期入所などにおける感染防止対策

|                      |   |
|----------------------|---|
| <p>(1)施設等における取組</p>  | <p><b>(感染症対策の再徹底)</b><br/>                 ○ 感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、感染防止に向けた取組を職員が連携して推進<br/>                 ○ 積極的疫学調査への円滑な協力が可能となるよう、症状出現後の接触者リスト、ケア記録、勤務表、施設内に入出入りした者の記録等を準備</p> <p><b>(施設への立ち入り)</b><br/>                 ○ 委託業者等による物品の受け渡し等は玄関など施設の限られた場所で行うことが望ましく、施設内に立ち入る場合については、体温を計測してもらい、発熱が認められる場合には入館を断る<br/>                 ○ 業者等の施設内に入出入りした者の氏名・来訪日時・連絡先について、積極的疫学調査への協力が可能となるよう記録</p>   |
| <p>(2)職員の取組</p>      | <p><b>(感染症対策の再徹底)</b><br/>                 ○ 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」等を参照の上、マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等を徹底<br/>                 ○ 出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないことを徹底<br/>                 ○ 感染が疑われる場合は、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえて適切に対応<br/>                 ○ 職場外でも感染拡大を防ぐための取組が重要。換気が悪く、人が密に集まって過ごすような空気に集団で集まることを避ける等の対応を徹底</p>  |
| <p>(3)ケア等の実施時の取組</p> | <p><b>(基本的な事項)</b><br/>                 ○ 感染拡大防止の観点から、「3つの密」（「換気が悪い密閉空間」、「多数が集まる密集場所」及び「間近で会話や発声をする密接場面」）を避ける必要があり、可能な限り同じ時間帯・同じ場所での実施人数の縮小、定期的な換気、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上の距離の確保等の利用者同士の距離への配慮、声を出す機会の最小化、声を出す機会が多い場合のマスク着用、清掃の徹底、共有物の消毒の徹底、手指衛生の励行の徹底</p> <p><b>(送迎時等の対応等)</b><br/>                 ○ 送迎車に乗る前に、本人・家族又は職員が本人の体温を計測し、発熱が認められる場合には、利用を断る<br/>                 ○ 送迎時には、窓を開ける等換気に留意。送迎後に利用者の接触頻度が高い場所（手すり等）を消毒<br/>                 ○ 発熱により利用を断った利用者については、居宅介護支援事業所に情報提供。同事業所は必要に応じ、訪問介護等の提供を検討<br/>                 ○ 市区町村や社会福祉施設等においては、都道府県や衛生主管部局、地域の保健所と十分に連携の上、必要となる代替サービスの確保・調整等、利用者支援の観点で居宅介護支援事業所等や社会福祉施設等において必要な対応がとられるように努める</p> <p><b>(リハビリテーション等の実施の際の留意点)</b><br/>                 ○ ADL維持等の観点から、リハビリテーション等の実施は重要である一方、感染拡大防止の観点から、「3つの密」を避ける必要</p> |

[表 8-9] 新型コロナウイルス感染症に感染した者等が発生した場合の取組：通所系・短期入所など

|                      | 定義  | (1)情報共有・報告等  | (2)消毒・清掃等   | (3)積極的疫学調査への協力等  | (4)感染者への対応/(5)濃厚接触者への対応  |   |
|----------------------|---|--|---|--|--|---|
|                      |   |  |   |  | 職員   | 利用者   |
| 感染者                  | 医療機関が特定<br>・PCR陽性の者   | ・利用者等に発生した場合、速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有<br>・指定権者、家族等に報告<br>・主治医及び居宅介護支援事業所に報告                           | ・居室及び利用した共用スペースを消毒・清掃。手袋を着用し、消毒用エタノールまたは次亜塩素酸ナトリウム液で清拭等<br>・保健所の指示がある場合は指示に従う | ・利用者等に発生した場合、保健所の指示に従い、濃厚接触者の特定に協力<br>・可能な限り利用者のケア記録や面会者の情報を提供             | ・原則入院（症状等によっては自治体の判断に従う）   | ・原則入院。高齢者や基礎疾患を有する者等以外の者については症状等によっては自治体の判断に従う      |
| 感染が疑われる者             | 施設等が判断<br>・風邪の症状や37.5度以上の発熱が2日程度続いている者又は強いだるさや息苦しさがある者、医師が総合的に判断した結果感染を疑う者<br>※PCR陽性等診断が確定前の者 | ・利用者等に発生した場合、「相談センター」に電話連絡し、指示を受ける<br>・速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有<br>・指定権者、家族等に報告<br>・主治医及び居宅介護支援事業所に報告 | ・保健所の指示がある場合は指示に従う  | ・利用者等に発生した場合、当該施設等において、感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者を特定<br>・特定した利用者について居宅介護支援事業所に報告 | ・「相談センター」に電話連絡し、指示を受ける   |   |
| 濃厚接触者                | 保健所が特定<br>・感染者と同室・長時間接触<br>・感染者の気道分泌液等に直接接触   | -  | -   | -  | ・自宅待機を行い、保健所の指示に従う<br>・職場復帰時期については、発熱等の症状の有無等も踏まえ、保健所の指示に従う                                | ・自宅待機を行い、保健所の指示に従う。居宅介護支援事業所は、保健所と相談し、生活に必要なサービスを確保 |
| 感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者 | 施設等が特定<br>・「感染が疑われる者」と同室・長時間接触<br>・「感染が疑われる者」の気道分泌液等に直接接触                                     | -  | -   | -  | ・発熱等の症状がある場合は、自宅待機を行い、保健所の指示に従う。復帰時期については上欄に同じ<br>・発熱等の症状がない場合は、保健所と相談の上、疑われる職員数等の状況も踏まえ対応 | ・短期入所においては、必要に応じ、入所施設・居住系サービスと同様の対応                 |

[表 8-10] 訪問型サービスにおける感染防止対策

|               |  |
|---------------|--|
| (1)施設等における取組  | <p><b>(感染症対策の再徹底)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、感染防止に向けた取組を職員が連携して推進</li> <li>○ 積極的疫学調査への円滑な協力が可能となるよう、ケア記録、勤務表の記録等を準備</li> </ul>   |
| (2)職員の取組      | <p><b>(感染症対策の再徹底)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」等を参照の上、マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等を徹底</li> <li>○ 出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないことを徹底</li> <li>○ 感染が疑われる場合は、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえて適切に対応</li> <li>○ 職場外でも感染拡大を防ぐための取組が重要。換気が悪く、人が密に集まって過ごすような空間に集団で集まることを避ける等の対応を徹底</li> </ul>  |
| (3)ケア等の実施時の取組 | <p><b>(基本的な事項)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス提供に先立ち、本人の体温を計測し、発熱が認められる場合には、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえた対応について」を踏まえた適切な相談及び受診を行うよう促すとともに、サービス提供時は以下の点に留意             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健所とよく相談した上で、居宅介護支援事業所等と連携し、サービスの必要性を再度検討の上、感染防止策を徹底させてサービスの提供を継続</li> <li>・ 基礎疾患を有する者及び妊婦等は、感染した際に重篤化するおそれが高いため、勤務上の配慮を行う</li> <li>・ サービスの提供に当たっては、サービス提供前後における手洗い、マスクの着用、エプロンの着用、必要時の手袋の着用、咳エチケットを徹底。事業所内でもマスクを着用する等、感染機会を減らすための工夫</li> <li>・ 可能な限り担当職員を分けての対応や、最後に訪問する等の対応</li> </ul> </li> </ul> |

[表 8-11] 新型コロナウイルス感染症に感染した者等が発生した場合の取組：訪問系

|                      | 定義  | (1)情報共有・報告等  | (2)消毒・清掃等 | (3)積極的疫学調査への協力等  | (4)感染者への対応/(5)濃厚接触者への対応   |   |
|----------------------|---|--|-----------|--|---|---|
|                      |   |  |           |  | 職員  | 利用者   |
| 感染者                  | 医療機関が特定<br>・PCR陽性の者   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有</li> <li>・指定権者、家族等に報告</li> <li>・主治医及び居宅介護支援事業所に報告</li> </ul>                                 | -         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、保健所の指示に従い、濃厚接触者の特定に協力</li> <li>・可能な限り利用者のケア記録を提供等</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則入院（症状等によっては自治体の判断に従う）</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則入院。高齢者や基礎疾患を有する者等以外の者については症状等によっては自治体の判断</li> </ul>   |
| 感染が疑われる者             | 施設等が判断<br>・風邪の症状や37.5度以上の発熱が2日程度続いている者又は強いだるさや息苦しきがある者、医師が総合的に判断した結果感染を疑う者<br>※PCR陽性等診断が確定前の者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、「相談センター」に電話連絡し、指示を受ける</li> <li>・速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有</li> <li>・指定権者、家族等に報告</li> <li>・主治医及び居宅介護支援事業所に報告</li> </ul> | -         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、当該施設等において、感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる職員を特定</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「相談センター」に電話連絡し、指示を受ける</li> </ul>  |   |
| 濃厚接触者                | 保健所が特定<br>・適切な防護無しに感染者を着服、介護<br>・感染者の気道分泌液等に直接接   | -  | -         | -  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅待機を行い、保健所の指示に従う</li> <li>・職場復帰時期については、発熱等の症状の有無等も踏まえ、保健所の指示に従う</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所等が、保健所と相談し、生活に必要なサービスを確認。その際、保健所とよく相談した上で、訪問介護等の必要性を再度検討</li> <li>・検討の結果、必要性が認められ、サービスを提供することとなる場合には、以下の点に留意             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢基礎疾患を有する者及び妊婦等は、感染した際に重篤化するおそれが高いため、勤務上配慮</li> <li>➢サービス提供時は、保健所とよく相談した上で、その支援を受けつつ、訪問時間を可能な限り短くする等、感染防止策を徹底。サービス提供前後における手洗い、マスクの着用、エプロンの着用、必要時の手袋の着用、咳エチケットの徹底を行うと同時に、事業所内でもマスクを着用する等、感染機会を減らすための工夫</li> </ul> </li> </ul> |
| 感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者 | 施設等が特定<br>・適切な防護無しに「感染が疑われる者」を着服、介護<br>・「感染が疑われる者」の気道分泌液等に直接接                                 | -  | -         | -  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱等の症状がある場合は、自宅待機を行い、保健所の指示に従う</li> <li>・発熱等の症状がない場合であっても、保健所と相談の上、可能な限りサービス提供を行わないことが望ましい</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>※サービス提供時及び個別ケア等実施時の留意点は別添のとおり</li> </ul>   |

[表 8-12] 入所施設、高齢者居住施設での個別ケアなどサービス提供時の留意点

濃厚接触者に対する個別のケア等の実施に当たっては以下の点に留意する。

①食事の介助等

- ・食事介助は、原則として個室で行う
- ・食事前に利用者に対し、(液体)石けんと流水による手洗い等を実施
- ・食器は使い捨て容器を使用するか、または、濃厚接触者のものを分けた上で、熱水洗浄が可能な自動食器洗浄機を使用
- ・まな板、ふききは、洗剤で十分洗い、熱水消毒するか、次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬後、洗浄

②排泄の介助等

- ・使用するトイレの空間は分ける
- ・おむつ交換の際は、排泄物に直接触れない場合であっても、手袋に加え、マスク、使い捨てエプロンを着用
- ・おむつは感染性廃棄物として処理

※ポータブルトイレを利用する場合の介助も同様とする。(使用后ポータブルトイレは洗浄し、次亜塩素酸ナトリウム液等で処理)

③清潔・入浴の介助等

- ・介助が必要な場合は、原則として清拭で対応する。清拭で使用したタオル等は熱水洗濯機(80℃10分間)で洗浄後、乾燥を行うか、または、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬後、洗濯、乾燥
- ・個人専用の浴室で介助なく入浴ができる場合は、入浴を行ってもよい。その際も、必要な清掃等を実施

④リネン・衣類の洗濯等

- ・当該利用者のリネンや衣類については、その他の利用者とは必ずしも分ける必要はないが、熱水洗濯機(80℃10分間)で処理し、洗浄後乾燥させるか、または、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬後、洗濯、乾燥
- ・当該利用者が鼻をかんだティッシュ等のゴミの処理は、ビニール袋に入れて感染性廃棄物として処理

[表 8-13] 訪問型サービス提供時の留意点

- ・自身の健康管理に留意し、出勤前に各自で体温を計測して、発熱や風邪症状等がある場合は出勤しない
- ・濃厚接触者とその他の利用者の介護等に当たっては、可能な限り担当職員を分けての対応や、最後に訪問する等の対応
- ・訪問時間を可能な限り短くできるよう工夫。やむを得ず長時間の見守り等を行う場合は、可能な範囲で当該利用者との距離を保つように工夫
- ・訪問時には、換気を徹底
- ・ケアに当たっては、職員は使い捨て手袋とマスクを着用。咳込みなどがあり、飛沫感染のリスクが高い状況では、必要に応じてゴーグル、使い捨てエプロン、ガウン等を着用
- ・体温計等の器具については、消毒用体温計等の器具については、消毒用エタノールで清拭
- ・サービス提供開始時と終了時に、(液体)石けんと流水による手洗いまたは消毒用エタノールによる手指消毒を実施。手指による手指消毒を実施。手指消毒の前に顔(目・鼻・口)を触らないように注意。「1ケア1手洗い」、「ケア前後の手洗い」を基本とする

## 2) 職員の確保：社会福祉施設等の介護職員確保支援

COVID-19 発生にともなう小中学校等の臨時休業のため社会福祉施設等に勤める介護職員などが勤務できない場合、厚生労働省の補助を受け、都道府県に相当と認定された団体から職員が不足しているほかの社会福祉施設等へ応援職員を派遣し、社会福祉施設等のサービスを継続して提供できるよう支援するものである。

「災害福祉支援ネットワーク推進特別対策事業(社会福祉施設などの応援職員派遣支援事業)」の一環として次の内容を実施し、定額補助(補助率 10/10)する。

- ・介護職員などの応援派遣の調整：職員が不足している施設と応援派遣の協力が可能な施設間の派遣を調整する(派遣調整に関する事務費用を支援)。
- ・介護職員などの派遣：社会福祉施設等のサービスを継続して提供できるよう介護職員など職員が不足している施設に職員を派遣する(派遣する職員の旅費、宿泊費など人件費は介護報酬などで対応)。

## 3) 衛生用品の確保

・マスクなど衛生用品の国内需給が難しい時期において政府は都道府県及び市町村が備蓄しているマスク、アルコール消毒剤など各種衛生用品を介護施設に優先的に供給するよう要請。

・マスク不足の解消するために、再利用可能な布マスクを国が一括して購入し、地方公共団体と協力して介護施設などに1人あたり1枚供給できる量を緊急配布。

・都道府県は該当施設に医療用マスクと一般マスクの迅速な供給のため衛生用品と防護用品を備蓄。医療用マスクは医療機関に優先配布、社会福祉施設等では感染が発生した施設を除き、原則一般マスク(布マスク、使い捨てマスク)を使用。

・迅速な対応のため衛生用品の配布方法を具体的に提示し、配布申請に関する相談窓口を設置。

#### 4) 要介護認定に関する手続き方法の多様化

・COVID-19 の影響がもたらす経済的負担軽減措置を講じるとともに、各種手続きが円滑に行われるよう手続き方法を多様化。

・COVID-19 の影響のため、面会などが必要な認定調査の実施が難しい場合、要介護、要支援認定の有効期間を最大 12 ヶ月延長することが可能（更新認定）。新規申請は電話相談または郵送も可能。

・各地域別対応状況は多少異なるが、以下の介護保険関連 9 項目はオンラインによる手続きが可能（介護ワンストップサービス）。

- ①要介護、要支援認定申請（新規、更新、区分変更）
- ②居宅介護サービス計画作成（変更）依頼申請
- ③負担率証書再交付申請
- ④被保険者証書再交付申請
- ⑤高額介護サービス費支給申請
- ⑥介護保険負担限度額認定申請
- ⑦福祉用具購入支給申請
- ⑧住宅改修費支給申請
- ⑨住宅移転後要介護・要支援認定申請

#### 5) 介護サービス事業所などの人員、施設・設備及び運営基準などの臨時対応

・COVID-19 の影響による介護報酬請求など事務作業の遅延が生じた場合、柔軟に対応する。

・COVID-19 の影響による訪問介護事業所の閉鎖などで一時的に特定の事業所にサービスが集中する場合、減算対象として適用しない。

・COVID-19 の影響による臨時措置として、各種介護施設・事業所に対する介護報酬算定方法を具体的に提示して適用する。

・通所介護事業所における利用者の自宅訪問サービス提供、電話による安否確認、サービス提供時間短縮、サービス提供場所の変更などでサービスを継続的に提供できるよう支援。

COVID-19 感染拡大防止の観点から休業要請の有無に関係なく、特定適用を可能とする。

#### 6) 経費軽減、経営資金の支援

・介護サービス事業所/介護施設などの関係者と連携し、感染予防を図りながら必要な介護サービスを継続して提供できるよう、介護サービス提供時想定されていなかった増加経費を支援する。

##### ア. 支援対象

- a. 休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所系サービス事業所



- b. 利用者または職員のうち、感染者が発生した介護サービス事業所・介護施設など
  - c. 濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所、短期入所系事業所・介護施設など
  - d. a~b 以外の通所系サービス事業所が訪問サービスを実施する場合
- ※a~b の通所系サービス事業所が訪問サービスを実施する場合、上記以外の訪問サービスを実施する場合の費用（d と同様）に対する追加支援が可能

#### イ. 支援内容

- ・事業所・施設などの消毒、清掃の費用、マスク・手袋・体温計など衛生用品の購入費用
- ・事業継続に必要な職員確保のための職業紹介料金（割増）、賃金・手当、旅費・宿泊費、損害保険加入費用など
- ・訪問サービス実施にともなう職員確保のための職業紹介料金（割増）、賃金・手当
- ・訪問介護事業所における訪問介護員の同行指導者に対する補償など
- ・支援対象 a、b 及び自主的に休業する介護事業所との連携時発生した増加経費の支援
- ・追加に必要な職員確保のための職業紹介料金（割増）、賃金・手当、旅費、宿泊費、損害保険加入費用など
- ・利用者を引きつぐ際発生する介護報酬で認められない費用など
- ・上記と関連した都道府県等の事務費支援

#### 4. その他、高齢者介護と COVID-19 への対応

高齢者や要介護者にいる家庭の家族を対象に COVID-19 感染予防対策に関する情報提供を配信し、周知徹底した。

##### 1) 長期間にわたる感染拡大を予防するための新しい生活様式の提示

###### ア. 個々人の基本的な感染対策

- ・感染防止のための 3 原則：ソーシャルディスタンスの確保、マスク着用、手洗い
- ・高齢者、持病のある高齢者、基礎疾患のある患者などと接する場合は健康管理にとくに留意すること。
- ・移動に関する感染対策：感染流行地域への移動自粛、対面場所と面会者に関する情報記録など。

###### イ. 日常生活の基本的な生活様式

- ・外出自粛、3密（密集、密接、密閉）回避、換気、咳のエチケット、手洗い／消毒の奨励

###### ウ. 日常生活上の場面別生活様式

- ・買い物、娯楽、スポーツ、公共交通機関利用、外食、冠婚葬祭など親族行事参加時の留意

###### エ. 新しい勤務形態

- ・在宅勤務とローテーション勤務、時差勤務、オンライン会議、オンラインを通じた名刺

交換、対面会議時は換気とマスク着用など

## 2) COVID-19により保険料の納付が困難な場合の猶予・減免措置

・第1号被保険者(65歳以上)：COVID-19の影響により被保険者を含む一世帯の生計担当者の収入が大幅減少した場合、一定期間(6ヶ月以内など)保険料が猶予される。また、一定の割合が保険料から減免される。

・第2号被保険者(40歳以上65歳未満)：COVID-19の影響により被保険者の収入が大幅減少した場合、国民健康保険(介護保険料を含む)が猶予される。

## 3) 健康維持に関する資料

・手洗い動画、体操動画の配信、介護予防関連資料の提示

## 第5節 結論

本稿では、主に日本政府の介護領域における COVID-19 対応策を紹介した。介護関連支援策として既存のインフルエンザなどの感染予防対策を活用して作成したマニュアルを早急に提示し、介護保険制度上における介護施設・事業所の継続的なサービス提供に必要な人的・物的資源の支援とともに経済的支援を積極的に推進した。このような包括的支援体制は介護難民の発生を防ぎ、介護サービスを継続的に提供する上で一定の成果をあげている。

一方、課題も山積している。入所型施設の対応策に重点をおいているにも関わらず、11月9日現在東京新聞の報道によると日本全国のクラスター感染発生件数は、計 1,994 件であり、そのうち飲食店 489 件、企業・行政機関 430 件、福祉施設 364 件、医療機関 333 件、学校・教育機関 193 件の順である<sup>40</sup>。高齢者介護施設を含む福祉施設の感染発生件数は医療機関発生件数に近い水準であり、感染予防策が十分であるとはいえない状況である。施設でクラスターが発生した場合は、集団感染が確認されてから現状復帰にいたるまで時間がかかるため、長期的な視点から継続的な支援が検討されなければならない。

また、日本の高齢者居住形態は在宅が 9 割以上である。要介護者の居住形態も 8 割以上が在宅であることを考慮し、訪問型・通所型サービスの確保は非常に重要である。しかしながら、現在の COVID-19 対応策は入所型施設に重点をおいている。今後居宅サービスを提供する事業所の対応策に注力する必要がある。例えば、訪問介護サービス利用者が介護職員より感染され死亡し、遺族が訪問介護事業所に対して損害賠償を請求する事例<sup>41</sup>が発生した。訪問介護事業所に従事する介護職員は入所施設などの介護職員に比べて人材不足がより深刻である。非正規職の割合も全体の介護職員のうち半分を上回っており、平均年齢が 53.7 歳で 60 歳以上が全体の半分以上を占める<sup>42</sup>。非正規職は正規職より研修などの機会が少ないことが予想され、訪問介護職員の専門性を担保する支援体制の強化が必要である。また、訪問介護事業所の介護職員のうち中高年層が占める比率が高い点も注目すべきである。COVID-19 は年齢が高い高齢の人や基礎疾患のある人の場合重症化されやすいことから、訪問介護事業所の介護職員の感染を恐れて離職する可能性があり、人材不足の加速化が危惧される。潜在的介護人材を活用するためには時間が必要であり、とくに若い人材を確保するための対策を講じる必要がある。

独居高齢者、高齢者世帯に対する支援も検討が必要である。感染予防と健康維持・介護予防のため情報提供はインターネットを中心に行われているが、インターネットの利用率は年齢層や収入の程度によって格差がある。とりわけ、70 歳代以降の高齢者が 51%、80 歳

<sup>40</sup> 東京新聞 Web 2020 年 11 月 12 日付 クラスター全国 2000 か所で発生 <https://www.tokyo-np.co.jp/article/68052216>

<sup>41</sup> 朝日新聞デジタル 2020 年 10 月 12 日付 「ヘルパーからコロナ感染」遺族と介護業者が和解 広島

<sup>42</sup> 公益財団法人 介護労働安定センター 令和元年度介護労働実態調査 [http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2020r02\\_chousa\\_kekka\\_0818.pdf](http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2020r02_chousa_kekka_0818.pdf) (2020)

代以降の高齢者は 21.5%と低水準に止まっている<sup>43</sup>。どの程度情報が届いているか、どの程度効果的なのか、現在の取組みに対する成果を確認し、インターネット利用が可能な環境助成支援なども積極的に支援策を検討すべきである。

認知症高齢者など要介護者を同居する家族に対する支援についても早急な検討課題がある。COVID-19 感染予防のため、外出自粛が強いられていることから家庭内暴力などが問題となっており、児童虐待の事例が増加しているが<sup>44</sup>、高齢者虐待も予測できる課題として考えられる。介護サービス事業所の休業などによる介護サービスの中断により家庭で要介護者と家族が孤立されたり、ストレスを解消できず家族関係が悪化される可能性がある。介護サービスが一時的に中断された場合であっても定期的に利用者の状況を確認し、家族との面談を実施するなど相談支援の強化も必要であろう。同時に介護施設・事業所は今後 COVID-19 感染予防を視野にいたった新しい介護サービスの在り方を模索していくことが求められるといえる。

2 度にわたる COVID-19 関連緊急事態宣言の実施結果をもとに日本政府が次に提示した対応策（2020 年 8 月 28 日）は感染防止と社会経済対応策との両立を目標としている<sup>45</sup>。ただ、今回の対応策は当初第 1 次緊急対応策で提示した日本政府の方向性を再確認しているものの、注目できる対応策は見受けられない。

日本は緊急事態宣言を発動したことで一時感染状況は改善されたが、失業者の急増や企業の経営破綻が相次ぐなど、COVID-19 は社会経済活動全般にわたり大きな影響をもたらした。社会経済活動を回復させるため、2020 年 10 月東京を含む旅行費用割引キャンペーンが実施されたが、キャンペーン実施後感染者数は再び増加傾向である<sup>46</sup>。これに対する経済活動の制限措置は再び講じられることが秒読み段階にあり、このような日本政府の対応は今後も繰り返されることが予想される。感染のリスクが高い「場所」とリスクの程度に合わせて柔軟性のある対策を講じ、重症化や死亡率を可能な限り抑制すると同時に社会経済活動の活動を図りたいという日本政府の方針は、日本のみならず韓国をはじめとする世界共通の課題である。とりわけ、感染リスクの高い高齢者に対する支援策は日本をはじめとする高齢化率が高い地域と国で早急に検討されなければならない課題である。各国で試験的に実施されている様々な対策や研究の成果を共有し、連携を図れることを期待し、このような取り組みに対して日本の事例が少しでも役立つことを願っている。

---

<sup>43</sup> 総務省 2019 年度情報通信白書 インターネット利用の世代間や年取間の格差はいまだに存在  
<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r01/html/nd232120.html>

<sup>44</sup> 読売新聞オンライン 2020 年 10 月 1 日付 コロナ下の児童虐待、最悪ペース 上半期 1 割増の 9 万 8814 件 <https://www.yomiuri.co.jp/national/20200930-OYT1T50346/>

<sup>45</sup> 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組 2020 年 8 月 28 日 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000664805.pdf>

<sup>46</sup> 朝日新聞デジタル 2020 年 10 月 29 日付 国内の感染者 10 万人超す 東京が 3 割、地方でも再拡大  
<https://www.asahi.com/articles/ASNBY4HN9NBWUTIL032.html302>

---

## 第 9 章 オランダのCOVID-19発生状況と 高齢者介護分野の対応

---

Barbara Da Roit<sup>1</sup>

訳 文京美

### 第 1 節 序論

本稿の目的は COVID-19 パンデミックが高齢者と長期ケア（LTC: long-term care）政策及び介入（利用者、従事者、インフォーマルなケア提供者）に及ぼした影響と試行した重要な措置について説明することである。そのため 2020 年に発行されたオランダの政策文書、学術論文と関連報告書、公開されたデータに基づいて作成し、現状について理解を図るためオランダの介護制度及び最近の改革案に関する資料とデータを参考にしている。

本稿の構成は次のとおりである。まず初めに、オランダの COVID-19 の展開状況及びウイルス拡散をコントロールするためオランダ政府が行った一般的な措置を説明する。第二に、オランダの介護政策及び介入について最近の改革と現況を紹介し主な課題を説明する。第三に、提示された介護分野、特に高齢者介護分野へのチャレンジとその解決のために行われた政策の経緯を提示することに意義がある。結論では、重要な問題及び教訓、今後の課題を論議する。

本稿を作成する時点で COVID-19 のパンデミックはオランダ及び他の地域で未だに進行中である。感染症発生、社会に及ぼした影響、政府の対応に関連するデータ及び情報は、COVID-19 の第 1 波と関連する暫定データ及び情報、そして第 2 波と関連する一部データ及び情報を元としている。したがって関連する追加的な調査及び評価が必要である。

---

<sup>1</sup> Ca' Foscari University of Venice 教授

## 第2節 COVID-19 発生と政府の対応

オランダでの COVID-19 初感染者は 2020 年 2 月 27 日に公式に報告された。第 1 波は 3 月に発生し、一日の感染者は 40~50 件で持続的に増加し、4 月 1 日は一日でほぼ 1400 件の頂点に達した。その後、一日の感染者数は減少し続け 5 月には 200 名以下に安定化した。

感染症の発生初期、政府の目標は急性医療保険サービスについて負担を抑え、全人口のうち、高齢者と弱者及びハイリスク・グループを守り、ウイルスの拡散を防ぐことであった (De Jonge, 2020a)。オランダで公式に確認された感染事例が出た数週間後、政府は賢明な制限措置を下した。これはイタリアとフランスなどの国がとった極端な制限措置とスウェーデンがとった相対的に緩いアプローチの中間の戦略である。政府は国民にできるだけ不要不急の外出を控えるよう呼びかけ、他人とは（同居人を除き）1.5m の距離をおくことを条件に外出を許容した。ソーシャル・ディスタンスを守らなければ過料を科した。また、学校及び保育施設、酒類を提供しているお店と食堂（テイクアウトを除き）などその他のサービス、そして接触を避けられない室内での活動（例：美容室、ジム）は閉鎖された。また、政府はエッセンシャルワーカー（保健医療従事者など）を除いた勤労者にできるだけ自宅勤務をするよう呼びかけた。COVID-19 の症状（発熱、咳、悪寒など）を感じる人は自宅待機をしなければならない。賢明な制限措置の中、介護分野で直接に影響を及ぼす最も重要な措置は老人ホームへの訪問を禁じることであった。

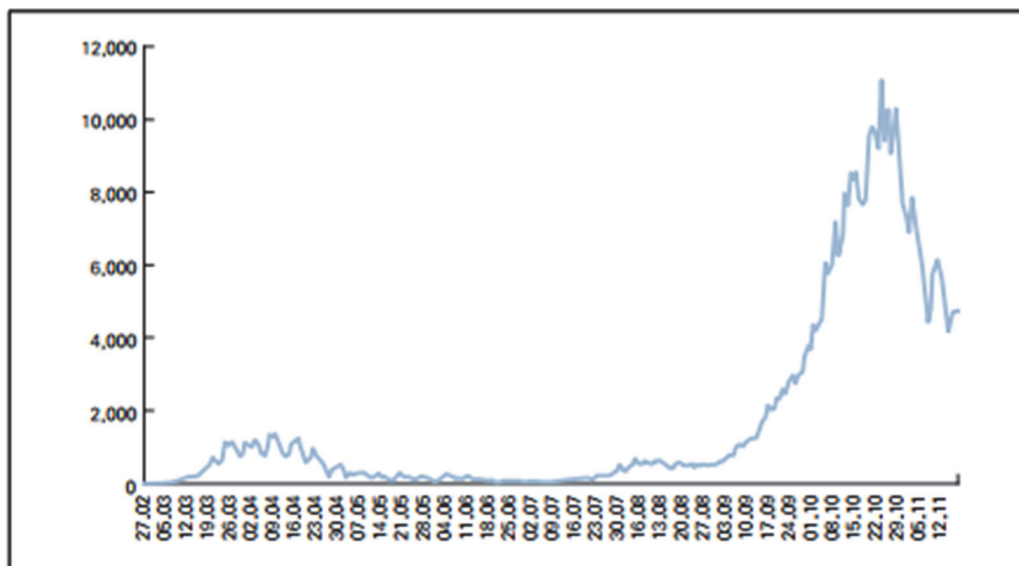
5 月中旬以降、政府は制限措置を一部緩和し始め、保育施設、小学校（一部開校）及び一部施設（例：美容室）への運営再開を許容した。カフェと飲食店も厳しく防疫及びソーシャル・ディスタンスを守りながら 6 月初旬から運営を再開した (De Jonge, 2020b)。制限措置の緩和と共に政府は COVID-19 の検査について新たなアプローチを発表した。第 1 波の際の検査は保健医療従事者及び特定のハイリスク・グループだけ選別的に行ったが、6 月 1 日から COVID-19 の症状がある人は誰でも診療診断書なしで検査を受けるようになった (Rijksoverheid, 2020e)。

その後 6 月と 7 月の二カ月間で報告された新規感染者数は制限的で、ヨーロッパの他の国と同様にウイルスの拡散が抑えられる傾向が見えた。第 2 波の初期の兆候は 8 月に一日の感染者数が 500 人程度に急増、9 月初旬以降感染者数は急増した。第 1 波とは地理的様相から大きな差が見えた。春には感染が主にオランダの南側から始まり影響を及ぼした反面、秋にはアムステルダム、ロッテルダム、ハーグなど人口が多い西側の都市に集中した。現在政府は別のアプローチを試みている。地域当局はウイルスの拡散を防ぐカスタマイズ措置を設計した。しかし、このような戦略は一部の地域から厳しい規制措置への拒否があり、ウイルスの全国拡散を防ぐには不十分であった (Kruse et al., 2020b)。9 月と 10 月にも感染者の急増が相次いだ。10 月 13 日に政府は第 2 次（準）の賢明な制限措置を行った。春に行った賢明な制限措置に似ているが、いくつかの違いもある。第一に、政府は初めて室内の公的場所でのマスクの着用を勧めた。今までオランダ当局はこのような措置に緩い態度

を見せていた。第二に、COVID-19 の症状がある人は検査を受けなければならない。検査の規模が拡大された。第三に、1 回目の賢明な制限措置の当時閉鎖された保育施設、学校および一部施設は運営を続けた。第四に、老人ホームへの訪問も許容した。パンデミックの第 2 波では 10 月の最終週の一日の感染者数が 11,107 人を記録し過去最高となった。その後は陽性判定件数が減少し始めた（図 1）。2 回目の賢明な制限措置で実施した措置が感染の拡散を防いだようだ。11 月中旬、感染に関する数値の減少傾向が明らかになり、政府は 12 月 1 日に 13 歳以上のすべての人口について室内（商店、博物館、食堂、劇場など）及び教育施設内（小学校及び保育施設を除き）でのマスク着用を義務付けた（Rijksoverheid, 2020f）。

報告された感染に関する数値は、検査に関する政策及び適用の変更で第 1 波及び第 2 波の期間中パンデミックの拡散を正確に描写することはできない。COVID-19 患者の入院状況が時間の経過による感染の程度と拡散の速度をよりよく示している。3 月末、病院の入院率は一日に 400～500 人程度であったが、10 月の入院率が最高値を記録した時は一日に 200 人か 250 人程度であった。ただ、その代わりに期間は、より長く続いた。

[図 9 - 1] 地域当局に報告された COVID-19 感染者数（2020 年 2 月 27 日～11 月 17 日）  
（単位：人）

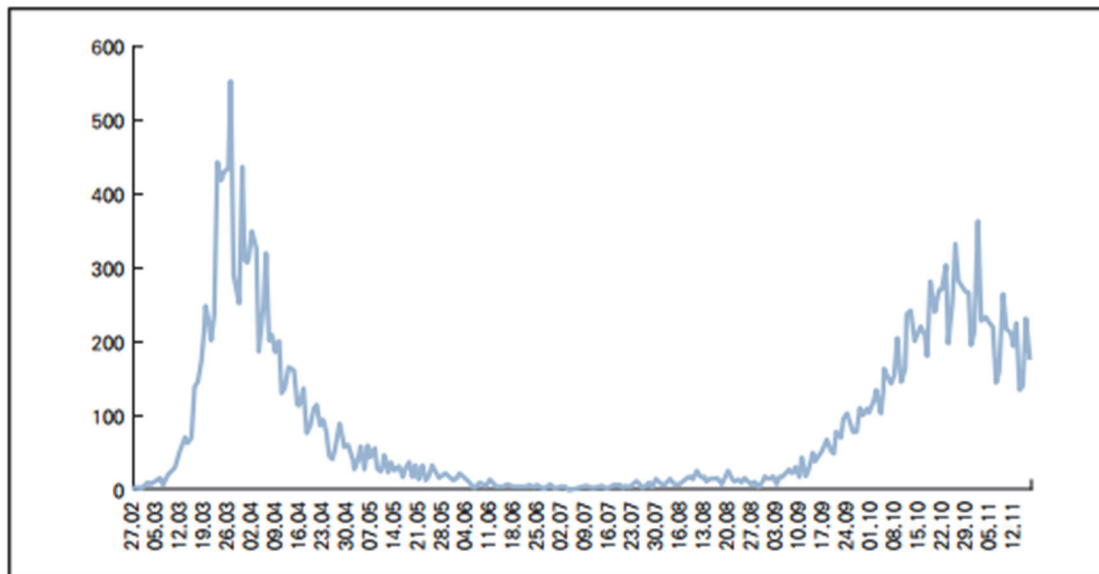


資料：RIVM, 地域保健当局（GGD）収集データ

基準 <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/grafieken>

[図9-2] COVID-19 関連の入院状況 (2020年2月27日～11月17日)

(単位:人)



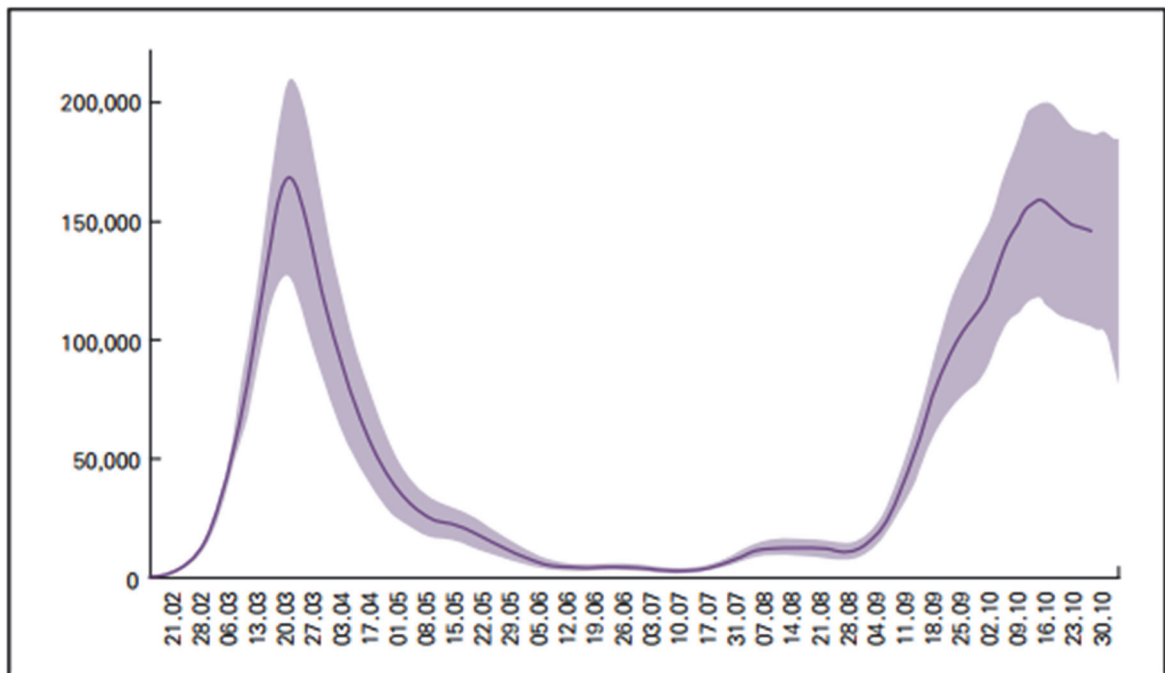
資料: RIVM, 国立集中治療評価院 (National Institute for Intensive Care Evaluation) (Stichting NICE) <https://www.rivm.nl/coronavirus-dovid-19/grafieken>

報告された感染例と病院の入院率及び積極的 (ad hoc) 疫学調査 (PIENTER Corona studie: <https://www.rivm.nal/pienter-corona-studie>) データに基づいてオランダの国立公衆衛生環境研究所 (RIVM: National Institute for Public Health and the Environment) は年間総感染者数を推定した。この推定値によると、第2波の流行は感染が頂点に至った時期の最高の感染者数が各々125,000人と200,000人で類似していた。オランダの人口が1,700万人であることを勘案すると、これは人口1,000人当たり7人から12人が感染したことを意味する。しかし、病院の入院率の傾向と同様に第2波の期間はより長く、感染者数の減少も遅かった。



[図9-3] 感染者数の推定値 (2020年)

(単位:人)



資料: RIVM(XXX) Tweede golf COVID-19 neemt veel langzamer af dan de eerste, Publicatiedatum 17-11-2020 14:30 <https://www.rivm.nl/nieuws/tweede-golf-covid-19-neemt-veel-langzamer-af>

パンデミックで死亡率も高まった。2020年1月1日から11月15日までオランダの総死亡者数は145,377人で前年度の死亡者のデータに基づいて予想した数値より10,500人(7.8%)多かった。他の国と同様に高齢者の死亡率が特に高かった。同期間の超過死亡率は5歳未満人口の場合3%であったが、65歳以上80歳未満人口では9.3%、超高齢人口(80歳以上)では8.1%であった。

<表 9-1> 総死亡者数、期待死亡数（前年基準の推定）及び超過死亡率（2020 年 1 月～11 月基準）

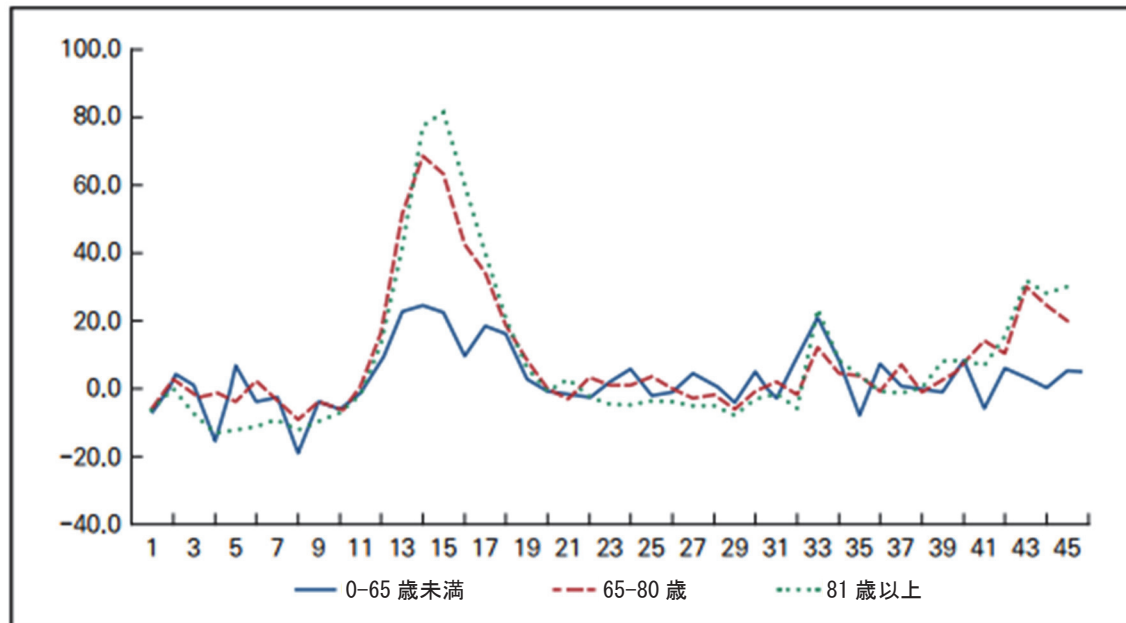
|                                 | 0-65 歳 | 65-80 歳 | 80 歳以上<br>+ | 総死亡者<br>数 | 介護<br>受給者数<br>(*) |       |
|---------------------------------|--------|---------|-------------|-----------|-------------------|-------|
| 死亡者数                            | 18800  | 44007   | 82570       | 145377    | 55566             | 89811 |
| 期待死亡数                           | 18244  | 40247   | 76400       | 134891    | 50122             | 84774 |
| 超過死亡数                           | 556    | 3760    | 6170        | 10486     | 5444              | 5037  |
| 超過死亡率<br>(期待死亡の<br>中の割合<br>(%)) | 3.0    | 9.3     | 8.1         | 7.8       | 10.9              | 5.9   |

資料：<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/48/minder-oversterfte-tijdens-tweede-golf-maar-na-9-weken-nog-steeds-hoog>).

[図 9-4] からも確認できるように第 1 波の期間中における高齢者人口の超過死亡率は最大 70%から 80%を記録（65 歳未満は 20%）した反面、第 2 波の時は 20～30%程度に留まった（65 歳未満はほとんどない）。国による介護サービス受給者の超過死亡率からも似た様相が見られた。オランダの介護政策に最近構造調整が断行されて以降、介護サービスを受ける高齢者は深刻な障害またはケアのニーズがありその多くは福祉居住施設に住んでいる（約 80%）。国による介護サービスの受給者の 2/3 は 65 歳以上で、全体の受給者の半分以上が福祉居住施設に住んでいる高齢者である。

[図9-4] 超過死亡率（死亡率と期待死亡率の差）、年齢別、週間（per week）（2020年1月～11月）

（単位：人）

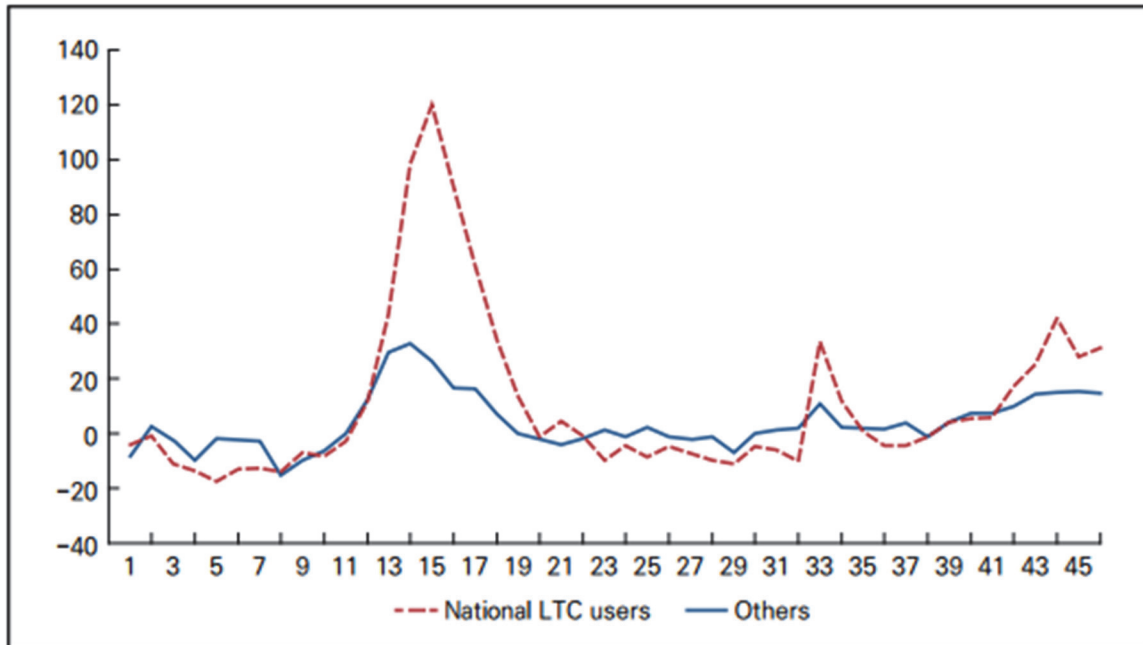


資料：CBS <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/47/sterfte-in-week-46-nog-steeds-hoger-dan-verwacht>

[図9-5] のように第1波の時、超過死亡率はパンデミックが頂点に至った週に最高120%まで急上昇したが秋には40%に下がった。第2波の時、集中治療室の入院患者のうち、より多い患者が生存した事実（REF）からも分かり、これは治療の力量が改善したからでもある。同時にパンデミックが高齢者人口に及ぼした最もマイナスの影響を和らげる準備と保護措置が作動した。実際に高齢者及び全ての年齢の長期ケアサービスの利用者は深刻な症状を経験するかまたは死亡する危険性が高い集団であるが、第2波の時期には相対的に影響がより少なかった。

〔図 9 - 5〕 超過死亡率（死亡率と期待死亡率の差）、国家介護サービス受給者基準（\*）、週間（per week）、（2020年1月～11月）

（単位：％）



資料：CBS <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/47/sterfte-in-week-46-nog-steeds-hoger-dan-verwacht>

### 第 3 節 高齢者ケアの現状

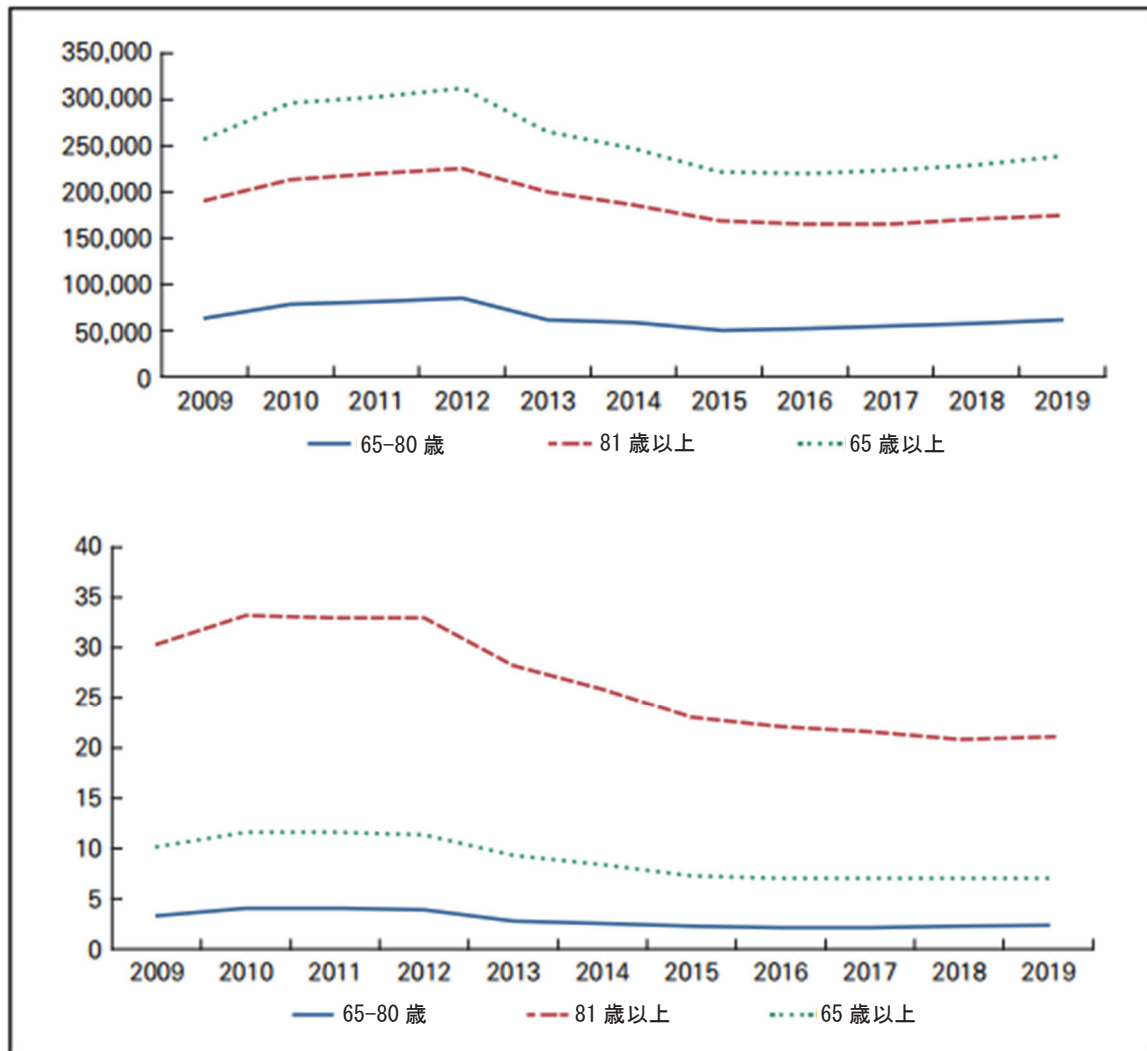
オランダで主に非営利団体が提供する居住福祉サービス、デイサービス及び訪問ケアサービスなどの介護サービスは、国庫が補助する国家社会保障制度として 1969 年に導入以降、相対的に長い歴史をもつ制度である。過去数年間介護部門は大きく成長した。西洋諸国のうち、オランダは長年介護に多くの予算を投資してきた。非急性ケアサービスが必要な居住者は年齢にかかわらず介護サービスを受ける資格がある。1990 年代以降、費用を抑えアクセスが容易な大規模の介護制度を維持するため何度か改革が試みられた。効率性中心の対策、受給者の選択権の導入、多様な形の供給の市場化（marketization）、家族の責任の強化及びインフォーマルケアの育成、受給資格の基準強化などが推進された (Da Roit, 2012a; 2012b)。しかし、このような改革はオランダの介護のインフラを根本的に変えることに失敗し、人件費を抑えたにも関わらず介護の支出は増加し続けた (Da Roit, 2012a)。2015 年に完成した新しい社会援助法は、介護の分野を大々的に改革した長期政策改革の第一歩であり (Social Support Act : Wmo, wet maatschappelijk ondersteuning)、その制定により急進的な改革のアジェンダが登場した。この戦略は今までの介護の国家制度である AWBZ (介護給付) を分離し、縦/横の脱中央化 (多様な福祉国家領域及び国家/地方を基

準で分離)、予算の削減及び運営原則の差別化で介護政策を三つに分けることを骨子とする。新たな国家介護制度(Wlz:Wet langdurige zorg)は、施設ケアまたは割合は小さいが総合的な訪問ケアパッケージで解決しなければならない重度で、集中的な終日ケアが必要な全ての年齢の人口を対象にする。厳しい国家介護の受給資格を満たさない人は二つの支援(主に混合型)を受けることができる。まず、看護(nursing)とパーソナルケア(personal care)を含む在宅療養(home nursing)はオランダで市場化したが、強い規制が適用され義務化された健康保険制度に属する。在宅サービス(home help)と社会的支援(social support)を含む社会的ケア(social care)の責任所管は自治体にあり、使える他の資源(個人、家族、社会的ネットワーク)がない場合に提供される。三つの制度は全て現物サービスの代わりに現金支援をもらい民間ケア費用に充てたり、インフォーマルなケア提供者の支払いに使うことができる(Da Roit and Le Bihan, 2019)。全般的にこのような政策の変化で地域間、社会階層間の不平等が深まる恐れがあるという懸念が提起された(Da Roit and Thomese, 2013)。

新たに導入された政策はオランダの国民に提供される介護の機会を変えた。高齢者の施設ケアサービスの受給者数の推移を見ると、最近行われた改革の効果は明らかでない。施設ケアへのアプローチには明らかな制限があった。2009年、施設ケアの利用者数は258,000人であって、2013年に最高値の312,000人に至った後、改革の直前に減少しはじめ2015年には最も低い222,000人を記録した。改革が行われて以降受給者が徐々に増加し始めた。特に2019年に新たな国家健康保険制度が提供する介護サービスの需要が大幅増加し、これによって老人ホームの待機者はより多くなった(NZa, 2019)。しかし、同年齢集団の全体人口のうち受給者の割合をみると、サービス適用範囲(coverage rate)が減少していることが分かる。65歳以上の高齢者のうち受給者の割合は2010年10.5%から2013年11.5%に上昇したが、その後徐々に減少し始めた。これは長期的な趨勢による改革と人口構造の変化の複合的な影響のもと、最近の施設ケアへのアプローチに制約が多く発生したことを意味する。二つの影響をあげると、まず、高齢者人口のうち、特に超高齢で集中ケアが必要な高齢者のうち老人ホームへの入所を選択する割合が増えた一方、在宅高齢者の状態がより悪化している点である。特に在宅高齢者の衰えによりインフォーマルなケア提供者だけではなく、フォーマルな訪問介護サービスに対する負担が増えた。

[図 9-6] 施設ケア利用者数 (2009~2010 年)

(上) 年齢別高齢者数 (単位: 名) (下) 同年齢集団の割合 (単位: %)



資料: CBS 資料をもとに再構成 (StatLine Monitor Langdurige Zorg)

2019 年介護サービスを利用する高齢者数と割合はオランダの介護政策の拡大と力量が端的に分かる (個人の予算は除く)。介護施設に居住する高齢者は 187,000 人で、年間施設利用者全体を考えると高齢者全体の人口の 5.6% である。この割合は特定の時期、特定の状況ではより制限的 (4.1%) である。オランダの施設入所率が 1990 年代初め最大 12% まで上がったことを考えると相対的に低い数値である (Da Roit, 2010)。また高齢者人口の約 1% だけが国家介護制度で深刻なケアのニーズを持っている人を対象にする在宅高齢者訪問ケアの総合サービスを受けている。

<表 9-2> 2019 年 65 歳以上の人口のうち施設ケア、訪問及び在宅サービス利用者

|                    | 年間利用者   |              | 特定の時点の利用者数 |              | 利用者別支出額（ユーロ） |
|--------------------|---------|--------------|------------|--------------|--------------|
|                    | 利用者数（人） | 65 歳以上の割合（%） | 利用者数（人）    | 65 歳以上の割合（%） |              |
| 施設ケア<br>（国の介護給付）   | 185,765 | 5.6          | 137,090    | 4.1          | 62,609       |
| 総合訪問ケア<br>（国の介護給付） | 40,445  | 1.2          | 33,065     | 1.0          | 28,092       |
| 訪問療養<br>（健康保険）     | 472,930 | 14.3         | 177,365    | 5.3          | 5,867        |
| 在宅サービス<br>（自治体）    | 197,595 | 5.9          | Na         | Na           | Na           |

資料：CBS, StaLine, Monitor Langdurige Zorg

最近の改革は介護へのアプローチを制約し、インフォーマルケアを活性化し、ケアの責任をフォーマルケアからインフォーマルケアに転換することを目標としている。実際、この目標がどのくらい達成しているかは明らかではないが、今までの根拠を見ると、インフォーマルなケア提供者とそれを受ける高齢者の割合は過去数年間減少している（Swinkels et al., 2015; Van Houselingen and de Hart, 2013; Oudijk et al., 2010）。しかし、ケアの強度はより高くなっている（Cloin et al., 2013; Oudijk et al., 2010）。制限的なインフォーマルなケア提供者により多くのケアの負担が増し深刻な問題が起きて、プレッシャーがさらに増加した。また、インフォーマルケアに関心と支援が増え、地域当局の要求条件を満たすと支援（または、育成）をもらうことができる。社会福祉サービスと連携し地域当局及び非営利団体を通し支援サービス、情報、訓練及び相談へのアプローチが過去に比べてより改善された。

2000 年代の半ば、特に 2015 年の改革後、オランダの介護制度に導入された変化によって介護従事者の雇用の条件も変わった（Da Roit, 2018; Da Roit and Moreno Fuentes, 2019）。2000 年代半ば、1 次ケア改革以前、そして 2007 年金融危機以降に行われた縮小の以前に介護分野には全体ケア分野の仕事の約 40%を占める 37 万の雇用があった。2007 年に断行された構造調整により該当する分野の雇用の増加がしばらく止まって、2012 年から 2016 年の間全人材の 10%を超える 46,000 の雇用が消えた。その後、雇用の増加傾向は緩やかだった（Da Roit, 2018）。雇用機会の減少とともに一部の雇用（特に、未熟練雇用）の不安定性と不確実性は深まった。自営業及び臨時雇用が大幅増加した（Da Roit, 2018）。介護労働市場の分化も行われた。新たな国家介護制度の規制が適用され、訪問ケア分野も

サポーターの雇用及び業務内容の技術と専門性が強化された。自治体が管理する訪問ケア分野は熟練度と専門性が低く、市場化がさらに進んだ雇用が主となっている。

## 第4節 高齢者ケアと COVID-19 の危機対応

他の国と同様に COVID-19 発生後、高齢者人口、特に介護施設に居住している高齢者人口が深刻な病気や死亡の危険性が高いことが明らかになった。

パンデミック発生初期、介護分野の政策の対応には相反する特徴があった。政府は3月20日老人ホームに外部の訪問客の禁止令を出すなど強力に対応した。しかしパンデミックの統制及びモニタリングのための手段として「老人ホーム及びその他の介護部門は国の検査施行及び防護具の配給において〔医療保健分野の中でも〕最も後にされており」、(Schols et al., 2020: 33)、感染者と死者統計モニタリングでも優先順位から外された。本節では、政策対応を検討し、このようなアプローチがどのように作られ、時間によって変わったのかについて注目する。

### 1. 介護分野のパンデミックのモニタリング及び抑制

住居型介護施設の感染者及び死者数の増加は初期からマスメディアが注目した。しかし、Kruse et al. (2020a)が強調した通り、第1波の際、介護施設と訪問ケアを受けている在宅高齢者についてのデータ不足及びモニタリングの力不足が大きな問題になった。同様に介護施設及び在宅高齢者についてパンデミックの拡散とそれに関連する詳しい情報もなかった。

5月中旬、第1次の賢明な制限措置の際行われた措置を緩和し、ウイルスの再拡散の可能性に備えて政府は全人口に対する、特に介護施設に居住している高齢者に対する感染症モニタリングの拡大の必要性について言及した (De Jonge, 2020d)。発表された戦略は一般の「ダッシュボード」に老人ホームの感染者数の推移、1名以上の感染者が発生した場所の数、電子カルテ及び一般医との協力を基盤とした死亡率及び超過死亡率など三つの指標を使うことを要点としている (De Jonge, 2020d)。その結果6月からより多くの良質な情報が政策立案者に（そして研究の目的で）提供された。しかし状況を改善するための措置にもかかわらず、介護施設の居住者と介護従事者の感染者及び COVID-19 関連死者のモニタリングにはまだ多くの空白が存在する ( Kruse et al., 2020b )。

#### 1) 検査政策

予め言及した通りオランダ政府の一般的な検査政策は選別的な検査からより包括的なアプローチに変わった。これは介護分野ですべての居住者及び介護従事者に対する検査可能性の拡大を意味する。

4月上旬まで老人ホームの居住者は症状があってもほとんど検査を受けられなかった。COVID-19 感染者が発生した施設で症状がある患者が発生した場合に限り検査が行われた。



4月6日からCOVID-19の感染が疑われるすべての老人ホームの居住者に検査が行われた（De Jonge, 2020c）。

同様に介護従事者に対する検査の可能性も改善された。3月と4月上旬にはCOVID-19の症状がある病院の職員に限り検査を受けることができた。4月6日から政策が変わった。病院の職員だけでなく介護従事者など非急性医療に従事する全ての医療保健従事者にも症状がある場合検査が行われた。症状がある介護施設利用者に対しても検査が拡大された（De Jonge, 2020c）。介護従事者及び老人ホームの居住者はパンデミックのコントロールを強化するため介護施設で素早く検査が受けられる。保健部長官が「検査の力量」が新たな検査政策の要件を満たすのに十分であると言及したが（Rijksoverheid, 2020c）、このような措置の試行に問題がなかったわけではない。全国看護師協会が春に大規模集団を対象に行った調査によると、検査を要請した老人ホームの介護従事者の半分だけが検査を受けられた（V&VN, 2020b）。

第2波の際、検査力量及びアプローチも拡大したにも関わらず現場での検査はまだ素早く行われていない（Kurse et al., 2020）。感染症管理チーム（Outbreak Management Team）は2021年に（全人口中）症状がない患者に対しても検査を拡大し、今後制限措置を緩和できるようにしなければならないと11月に政策諮問を発表した（RIVM, 2020b）。

## 2) 個人防護具（PPE）

COVID-19 パンデミックの第1波の際、老人ホーム及び他の居住福祉施設は個人防護具（PPE、主にマスク）の不足を深刻に経験した。他の国と同様にオランダでは第1波の期間中、介護施設だけではなく全般的に個人防護具が不足していた。オランダ政府はこの問題を解決するため様々な工夫をした。まず、輸入の依存度を減らすため全国的に個人防護具の生産を勧めた。そして3月に政府は病院、ケアに関わる機関及び個人防護具の生産業者など関連する利害関係者間のパートナーシップを促進し、防護具の生産及び配分を調整するようにした（Rijksoverheid, 2020a）。

しかし、個人防護具の中央調達及び配分体系は主に病院ケアに優先順位を置いており、そのような仕組みは設計上、介護施設の保護要求を大きく過小評価した。看護師と専門介護従事者を対象にオランダ看護師協会（V&VN）が行った調査で介護従事者の43%はマスク不足を経験し、病院に比べ介護施設の様子が最も深刻であることが明らかになった（V&VN, 2020a; 2020b）。さらにある新聞社が行った調査によると、老人ホームのCOVID-19感染者が隔離される空間で使用したマスクのほとんどが保健及び安全基準を満たしていないものであることが明らかになった（Friedrichs and Timmermans, 2020）。

その後、中央配分体系は徐々に老人ホームなど介護施設の要求も受容する方向に発展した（Rijksoverheid, 2020b）。個人防護具は施設の特徴によって配るのではなく、関連（保健）従事者のリスクの特性に応じて配分された。結果、危険性があると判断した介護施設従事者だけに対し個人防護具が支給され始め、介護施設の安全も改善された。第1波

が終わりかけた5月末には在宅ケア分野の個人防護具の受給も改善された。

## 2. 介護施設

介護部門で住居型介護施設は、政策立案者その他の利害関係者の関心をより多く集めた。感染症により多様な課題に直面する介護施設の状況を施設閉鎖及び再開放措置、再組織、プロトコル関連議論及び開発に分けて提示する。

オランダの住居型介護施設の発展程度、専門化及び組織を考えると、これは驚くことではない。特に老人ホームは周期的に感染症やさらに大きな危機が発生した際、内部の専門的資源で対応できる準備が整えられている。COVID-19 が欧州全域を襲った際、老人ホーム（及び他の施設）は国家感染症管理チームが感染症対応の調整を始める前に内部の危機対応チームを発動させた（Schola et al., 2020）

### 1) 閉鎖及び再開放

最も目立つ対応は介護施設の閉鎖であった。3月19日政府は老人ホーム、養護老人ホーム及び他の小規模住居型施設に対する訪問禁止を発表した（De Jonge, 2020a）。この内容は次の日実行された（TK 2019/2020b）。パンデミックの第1波の際に下した「緩い（soft）」制限措置に比べこのような措置は相対的に極端な措置であった。しかし、このような決定に対する反発はなかった。利害関係者は介護施設の感染防止及び死亡者の増加を防げる必要な措置としてこれに同意した。例外的な状況においてのみ、このような基本的な規制の適用が免除されている。政策立案者が安全より接触のニーズをより重要なものと認識した終末期ケア（end-of-life care）がその一例である。

介護受給者、介護従事者、家族に大きな影響を及ぼす（Sizoo et al., 2020）訪問者禁止は多くの問題があると認識された（Kuyper and putters 2020; Woittiez et al., 2020）。研究によると、ケア及び介護施設の閉鎖は孤独感、特に老人ホーム居住者と認知能力に制約がある患者の問題行動に影響を与えたことが明らかになった（Van der Roest et al., 2020）。第2波の発生後、患者団体、研究者、介護従事者が老人ホームに対する訪問許可を求めると政府はこれを受け入れ住居型介護施設を閉鎖しないことに決めた。また、政府は老人ホームに自由な訪問プロトコルの試行を求めた（Van de Wier, 2020; Kruse et al., 2020b）。第1波の際発生したマスクなどの個人防護具の不足問題を解決するため力量の改善、安全と関連プロトコル及び検査の力量拡大によって老人ホーム訪問者許可に対する意思決定を維持することができた（Kruse, 2020a; 2020b; Hamers et al., 2020）。

感染症の拡散の傾向が収まり介護施設の居住者の訪問禁止は5月上旬に解除され始めた。政府は全国的に施設居住者一人あたり固定訪問者を許容する段階的アプローチをとった。モデル運営を通し評価者はソーシャル・ディスタンスを骨子とする防疫プロトコルにおいて制限を緩和することを好んだ（Maastricht University & Radboudumc, 2020; De Jonge, 2020d）。これにより、このような方式が全ての住居型介護施設へ拡大され居住者一人当たりの訪問者数も増えた（Rijksoverheid, 2020d）。

## 2) 再組織化

ある組織で感染症を管理するには、組織内の活動及び日常業務、職員などに対する大々的な再組織化が必要である。オランダの高齢者ケア医師協会（Verenso）は政府政策による住居型介護施設の感染予防規則と感染管理関連プロトコルの開発及び普及に重要な役割を果たした（Rijksoverheid, 2020）。このようなガイドラインは内部の危機対応チームの協力で老人ホームに普及できた（Schols et al., 2020）。

COVID-19 感染が疑われる患者及び感染者がいる老人ホームの場合、介護施設の入所者を病院に転院させるのは通常の事例ではなく、患者の隔離のため別空間を用意した（Kruse et al., 2020a; 2020b; Van Boekel et al., 2020）。またソーシャル・ディスタンスの遵守及びウイルスの拡散を防ぐため様々な作業活動（occupational activity）も中止した。結局、外部世界との社会的コミュニケーションの減少と施設内でも人手不足、ソーシャル・ディスタンスの遵守及びウイルス感染に対する心配で施設活動および接触の機会が減少することとなった。

このような状況は相対的に若くて活発な老人ホーム居住者と認知機能障害を持っている居住者にとって特に大変であった。認知症を患っている高齢者は日常の活動に支障をきたしており、不便を訴えて問題行動を見せることが多かった（Van Boekel, 2020）。感染症予防及び管理のための技術をより多く使うことは、一部の居住者の役に立つよりストレスを誘発し、他人との接触と活動の制約に対する補償はなされていない（Ven Roest, 2020）。その上、保護措置による制約及び検査の観点からこのような変更（再組織）は従事者にもストレスであった。

## 3) 経済的な問題

パンデミックによって介護施設が遭遇した別の問題は経済的な負担である。オランダでは施設ケアに対する需要は高いが、人口の高齢化及び介護病床の縮小で待機者が増えた。しかしパンデミックの間、老人ホームへの入所率は下がった。まず、第1波以降、高い死亡率で多くの病床が空いた。同時に老人ホームに居住するのが危険という認識が生まれ（そして、第1波の際、老人ホームが閉鎖され）、在宅ケアから施設ケアに転換しようとした人が計画を後回しにした（NZa, 2020）。需要の減少と共に職員の病気休暇、防疫ルール遵守のためのサービス組織などで施設運営者は人件費及び他の費用の上昇を甘受しなければならなかった。このような介護施設の経済的混乱を解消するため政府は追加費用補償と売上損失及び流動性問題に対する支援を骨子とする支援策を備えた（Kruse et al., 2020b）。

## 3. 訪問ケア

訪問ケア分野は施設ケアよりさらに分化している。まず訪問ケアには二つの異なる財政支援と組織的支援が共存する。健康保険制度で提供する訪問介護と自治体が介入する在宅サービス（home help）及び社会的ケアがある。また、訪問ケアの提供者は（特に在宅サー

ビス領域で) 大きい機関ではない。手続き及び責任の分担がほとんど公式化されておらず、このような介入は本質的により柔軟な特徴がある。

### 1) 全般的制約と訪問ケア

施設ケアの分野と違い、政府はパンデミック発生後訪問ケア（訪問看護、社会的ケア、ボランティアの支援及びインフォーマルケア）に対して具体的な規定を設けていない。しかし、政府の他の一般的な政策が在宅高齢者と彼らが受けている公的訪問介護サービス及びボランティアとインフォーマルなケア提供者から受ける支援に影響を及ぼした。

まず、不要不急の外出自粛、ソーシャル・ディスタンスの遵守、公共交通の運行縮小などで、人々の外出だけではなく（非）公的ケアネットワーク従事者の訪問も大変になっている。オランダの第1次の賢明な制限措置は相対的に緩かったにも関わらず全ての年代の人々が移動と外出を抑えた。例えば買い物（食料品の購入を含め）、運動、第三者の訪問、ボランティア活動、インフォーマルケアにおいて他の年代に比べ高齢者に及ぼす影響が大きかった（De Haaset al., 2020）。

第二に、5月末まで政府は70歳以上の高齢者と脆弱な人に対する訪問自粛を勧告した。実際訪問ケアサービスの利用者は1.5メートルのソーシャル・ディスタンスを守ることと公共交通の運行制限で自分たちが受けていた支援の縮小を経験した。一例として作業活動が中断された（SCP, 2020; VGN, 2020）。

### 2) インフォーマルケアの必要性和重要性

4月中旬になって政府は介護部門に介入し、在宅及びデイサービスの継続のためガイドラインを発表した（De Jong, 2020f; Rijk soverheid, 2020g）。このガイドラインには二つの重要な内容が含まれていた。第一に、家庭で最大限のケアを提供することが急性疾患の治療分野の追加負担を減らすのに役立つということである。これにより、関係当事者（ケア機関、介護従事者、インフォーマルなケア提供者及びボランティア）に自分がケアする人の状況を「判断」するよう要請した。第二に、このガイドラインは補助の原則に基づいている。自分のケア資源やケアネットワークに依存できる人は、サービス提供の代替策を探すことに力を貸さなければならないということである。脆弱な高齢者や社会的ネットワーク及びケアの代案がない場合には介入しなければならない。このようなアプローチによって政府はインフォーマルなケア提供者に対するガイドライン（MVMS）を発表した（2020c）。このガイドラインによって訪問ケアサービスの従事者はインフォーマルケアに依存しながら訪問看護と在宅サービスの方向及び状況を調節しなければならなかった。これにより、1~2人のインフォーマルなケア提供者が高齢者を定期的に訪問できるようになった（De Jong, 2020f）。このような目的を達成するためインフォーマルなケア提供者を保護し、ウェルビーイングを保障することは最も重要であった。感染者または感染が疑われる症状がある人をケアするケア提供者には無料で個人防護具が支給された（MVMS, 2020c）。また、訪問ケア機関が感染または非感染利用者に各々異なるチームを割り当て

てケアを提供し始めたことによって介護従事者の日常業務に対してもある程度再組織化された (ActiZ, 2020)。地域レベルで行われた研究によると、多くのケア利用者が支援縮小を経験したり公的ケアサービスの支援を受けられなかったことが明らかになった (Erdem and Wenkink, 2020)。パンデミック第1波の時の全体的なサービスの中断及び縮小により保健部は4月と5月のサービス利用者の自己負担金を免除することを決めた (<https://www.hetcak.nl>)。一方、地域レベルの先行研究を見ると、高齢者のケア提供者に対する負担が重くなったのが明らかになり、公的な在宅ケアも縮小された。特にパンデミック以前にもケアに重い負担を抱えていたインフォーマルなケア提供者だけではなく有料ケア及び他の家庭内義務 (育児) にも負担が加わった (StiB, 2020)。

先行研究によると (Stolte et al., 2020)、ほとんどの高齢者は第1波の際、新たな状況に上手く適応した。家の内外で自らできる仕事を探し、1.5メートルのソーシャル・ディスタンスを遵守しながら接触し、友人や親戚と連絡を取り合うためのスキルも使い始めた。しかし、危機と賢明な制限措置によって多くの高齢者が (約40%) 孤立感を感じ、脆弱な高齢者の場合 (超高齢及び一人暮らし高齢者) 必要な支援を受けることができず (80歳以上の高齢者のうち16%、一人暮らしの高齢者のうち10%) 特に厳しい時期を過ごした (Stolte et al., 2020)。

### 3) ケアサービスの再開放及び新たな方向

住居型介護施設と同様に政府は5月末訪問ケアに対する制限を解除し、個別事例に対するリスクと効用について慎重な評価のもとに訪問ケアサービスの全面運営再開を発表した (De Jonge, 2020d Mei; TK, 2019/2020a)。

第2波の際、訪問ケアに対するアプローチが見直され、最小限のケアの維持ではなく、与えられた状況で最大限のケアパッケージの提供に重点が置かれた。夏には従来 (施設ケアに比べ) 公式化が不足していた訪問ケア分野に対しプロトコルとガイドラインの公式化が行われた。これはケア分野の主な利害関係者が用意した文書の発行、そして訪問ケア機関の公式化された手続き規定が設けられたからである。

この時期に遠隔ケア (e-care) の土台も築かれた。オランダ (健康) のケア分野ではパンデミック以前にもある程度整えられていたもので、政府は定期的に対面サービスの一部を遠隔型の支援に切り替えるため遠隔ケアプロジェクトに対する促進と拡大、そして財政支援を始めた。遠隔ケアシステムを活用したケア機関支援はオランダ政府がパンデミックの統制戦略の一環としてEUに要請し、資金支援を獲得した計画の内容も含まれている。

## 第5節 結論

介護分野は感染症に特に脆弱である。高齢者ケアの利用者の特性上、感染と深刻な結果により多く現れる。また、密接な接触で行われる介護サービスは利用者と従事者ともに感染のリスクが高く、ウイルス拡散の深刻な原因となり得る。こうした理由でCOVID-19パン

デミックは介護制度の変化を導く重要な要因となった。また、オランダで第1波そして（まだ終わってない）第2波は老人ホームに居住する高齢者及び在宅高齢者、介護従事者とケア機関に大きな影響を及ぼした。COVID-19のパンデミックの対応の一環として政府及び利害関係者が行った高齢者ケア分野の介入について検討した結果、幾つかの重要な課題が現れた。一方、パンデミックによってオランダの介護制度の基本的な特徴がより顕著にまた克明に表れている。介護施設及びサービスは伝統的に（他の国のように社会的ケアまたは公的扶助領域ではなく）保健医療体系に属し、体系化された組織、高い水準の専門性（Schols et al., 2020）、政策立案者及び該当分野の他に利害関係者との体系化された関係などの特徴がある。長い歴史をもつ国家提供の介護保険とこれより古い公的規制（及び財政支援）を受ける非営利団体が提供するケア制度は調整、協議及び複雑な政策の履行において多様な主体及び利害関係者の調整を必要とする。

オランダでCOVID-19の第1波、第2波の経験を評価する際、考慮すべき重要な要素がある。第1波の際に起きた老人ホームの居住者の隔離、訪問ケアサービスの中断など一部の問題に対する解決策は、よく整えられているインフラのもとで行われた。しかし、これまでの検討によるとこれは介護分野にだけ該当する「真実」で、他の分野ではそうではなかった。訪問ケア分野（特に在宅サービス）に比べ統合及び準備が行き届いている老人ホームは新たな規定、心得（プロトコル）、ガイドラインの導入（Schols et al., 2020）及びサービスを続けて運営するための力量を向上させてきた。

このような要素は次の二つを示唆する。第一に、オランダの介護制度で得た、または得られる「教訓」は制度的文脈で考えなければならない。導出した解決策を構造化されていない脈略で直ちに適用するのはあまりにも単純な措置で成功しにくい。第二に、オランダ政府が最近行った介護政策の分節化（Fragmenting）及び脱中央化（decentralizing）政策の方向は今年のパンデミックの際、観察された経過に照らし合わせ再評価される可能性があり、再評価されなければならない。特に、介護の下位分野である訪問ケアはケアの持続性の保障、サービスの質と安全性、非常事態に業務の側面で最近あった補完性（subsidiarity）、インフォーマルケア中心のケアパッケージ、脱中央化など改革の持続性について疑問を提起する（Kruse et al., 2020b 参考）。

また、最近の一連の事件は保健医療部門で介護分野が示す位置が急性疾患ケアに比べ相対的に弱いという点が明らかになった。個人防護具の提供遅延及び検査政策の調整などがこれをよく示している（Kruse et al., 2020a; 2020b）。このような重要な問題を介護政策の責任と見ることはできない。むしろガバナンス、政策、政治的優先課題、可視性関連の問題である。このような経験から導き出される明確な教訓は、介護政策が非急性ケアの重要な役割であり、パンデミック時期だけではなく普段から政策優先課題として扱われるべきだということである。

これと関連して重要であるにもかかわらず、まだ解決されていないために多くの関心が求められる問題は介護従事者の処遇である。介護従事者には過去数年間多くの変化があった。加重されるプレッシャーと労働市場での認識不足の兆候で無断欠勤（Da Roit, 2018）

と介護分野の解決できない慢性的な人手不足がある。また、介護分野の労働市場は領域別に細かく分けられて各々異なる保護、認識、専門性、力量を見せている（組織化され、支援を受け、さらには時に補償を受ける）インフォーマルケアの政策に対する関心が高まり、専門的ケア業務の脈絡に対する認識が薄くなった。パンデミックの間中は介護従事者の業務負担とストレスを加重させる類のない環境で働くようになり、このような脆弱性がさらに目立った。初期の個人防護具の不足及び制限的な検査政策は業務関連リスクを増やし、時にはストレスも溜まった（V&VN APRIL）。COVID-19 発生以前からすでに見られた介護従事者の病気休暇の増加現象は彼らの多くの不便さを示唆している。これは介護分野の雇用条件の変化とも関連がある（Da Roit, 2018）。パンデミック期間中、このような傾向がさらに顕著になった（Skipr, 2020; De Jonge, 2020e）。従って感染（感染を疑われる）または高いストレスによる同僚の欠勤によってケア業務の質にもマイナスの影響が出た。COVID-19 によって施設ケアと訪問ケア分野に必要な日常ケア業務の再組織化は新たな安全問題と組織プロトコルの変化と移行でストレスを加重させた。それだけでなく、高齢者のようなハイリスクの顧客との難しい関係で、業務関連の心理的なプレッシャーも増加した。このような特殊な状況で介護雇用の一部の脆弱性が明らかになった。しかし、これに対しパンデミック期間中政策対応を通じた体系的な解決がなされなかった。これと関連して、ケア分野の全般的な雇用政策、人手不足、勤務条件、業務の質、そしてケアの質などの問題解決により多くの関心が求められる。

最後に、パンデミックの経験はインフォーマルなケア提供者の負担が加重されるケアモデルを浮き彫りにした。過去数年間、オランダの高齢者ケア政策は負担で、費用が高く、官僚主義的で、疎外感を感じさせる公的ケアの代案としてインフォーマルケアを促進してきた。最近の改革の根本的趣旨はケアの可用性を減らすことで政府が社会的連帯を促進、強化、向上させることができるという点であった。しかし、ケアサービスの強制的縮小はケア業務がインフォーマルケアに集中する現状を生み出した。これによるストレスと業務の加重により注意が必要である。





코로나바이러스감염증-19(COVID-19). (2020). <http://ncov.mohw.go.kr/>에서 2020년 9월 18일 인출.

Aaltonen M. (2015). Patterns of care in the last two years of life. Care transitions and places of death of old people. *Acta Universitatis Tamperensis* 2094. Tampere, Tampere University Press.

Aaltonen M, Van Aerschot L. (2019). Unmet care needs are common among community-dwelling older people with memory problems in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2019. DOI: 10.1177/1403494819890800

AARP. (2019). How Continuing Care Retirement Communities Work. <https://www.aarp.org/caregiving/basics/info-2017/continuing-care-retirement-communities.html>. 2020년 8월 1일 인출.

Abellán, A., Pérez Diaz, J., Pujol, R., Jegermalm, M., Malmberg, B. & Sundström, G. (2017). Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden. *International Journal of Ageing and Later Life*, 11, 1, 69-89.

Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Care Services for Older Persons. (2012). No. 980/2012. <https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2012/en20120980>

ActiZ. (2020). 18 april. ActiZ: 'De zorg thuis gaat door, maar anders'. Vergeet de zorg thuis niet 2020 Retrieved on: 25-5-2020; Available from: <https://www.actiz.nl/nieuws/actiz-de-zorg-thuis-gaat-door-maar-anders>.

ADASS. (2019). ADASS Budget Survey 2019, London, Association of Di

- rectors of Adult Social Services.
- ADASS. (2020). ADASS Coronavirus Survey 2020. <https://www.adass.org.uk/adass-budget-survey-2020-part-1-covid-19-response>
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060.
- Administration for Community Living. (2017). About the Administration on Aging (AoA). Retrieved from <https://acl.gov/about-acl/administration-aging>
- Administration for Community Living. (2020). 2019 Profile of Older Americans. Retrieved from <https://acl.gov/sites/default/files/Aging%20and%20Disability%20in%20America/2019ProfileOlderAmericans508.pdf>
- Administration on Aging. (2020a). Long Term Care.gov: Glossary. Retrieved August 29, 2020, from <https://longtermcare.acl.gov/the-basics/glossary.html#long-term-care-services>
- Administration on Aging. (2020b). Who Pays for Long-Term Care?. <https://longtermcare.acl.gov/the-basics/who-pays-for-long-term-care.html>. 2020년 7월 2일 인출.
- Advisory Panel on Healthcare Innovation. (2015). Unleashing Innovation: Excellent Healthcare in Canada. Health Canada
- Age UK. (2019a). Health and Care of Older People in England, 2019, London, Age UK.
- Age UK. (2019b). Parliamentary Briefing. Social Care Reform, [www.ageuk.org.uk/our-impact/politics-and-government/briefings](http://www.ageuk.org.uk/our-impact/politics-and-government/briefings).
- American Society on Aging. (2020). About ASA. Retrieved from <https://www.asaging.org>
- Aronson, L. (2020). Ageism is making pandemic worse. Retrieved from

[https:// www.theatlantic.com/culture/archive/2020/03/american-ageism-crisis-is-helping-the-coronavirus/608905/](https://www.theatlantic.com/culture/archive/2020/03/american-ageism-crisis-is-helping-the-coronavirus/608905/)

Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B., Neupert, S. D., Rothermund, K., . . . Wahl, H. W. (2020). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. doi:10.1093/geronb/gbaa051

Bangerter, L. R., Liu, Y., Kim, K., & Zarit, S. H. (2019). Adult day services and dementia caregivers' daily affect: the role of distress response to behavioral and psychological symptoms of dementia. *Aging & Mental Health*, 1-7.

Barbieri M, Wilmoth J, Shkolnikov V, Gleijeses D, Jasilionis D, Jdanov D, Boer C, Riffe T, Grigoriev P, Winant C. (2015). Data Resource Profile: The Human Mortality Database (HMD). *Int J Epidemiol*, 44(5): 1549-1556.

Béland, D., & Marier, P. (2020). COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Canada. *Journal of Aging & Social Policy*, 32 (4/5), 358-364. doi:10.1080/08959420.2020.1764319

Bell, D., Comas-Herrera, A., Henderson, D., Jones, S., Lemmon, E., Morero, M., Murphy, S., O'Reilly, D. and Patrignani, P. (2020). Covid-19 mortality and long-term care: a UK comparison. Article in *LT Ccovid.org*, International Long-Term Care Policy Network, CPE C-LSE, .

Berg-Weger, M., & Morley, J. (2020). Loneliness and social isolation in older adults during the Covid-19 pandemic: Implications for gerontological social work. In: Springer.

Borgès da Silva, R. (2020). Portrait des CHSLD et enjeux en contexte de pandémie. *Options Politiques*(Avril).

- Borgès da Silva, R., Hébert, R., Perreault, S., Bosson-Rieutort, D., & Blais, R. (2020). Repenser l'allocation des ressources humaines en santé: faut-il vraiment faire un choix entre CHSLD et hôpitaux? *Perspectives*(2020PE-06), 1-5.
- Bos, A., F.M. Kruse, & P.P.T. Jeurissen. (2020). For-Profit Nursing Homes in the Netherlands: What Factors Explain Their Rise? *Int J Health Serv*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020731420915658>
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2044-2046. doi:10.1111/jocn.15274
- Brookings. (2020). About us. Retrieved from <https://www.brookings.edu/about-us/>
- Bucy, T., Smith, L., Carder, P., Winfree, J., & Thomas, K. (2020). Variability in state regulations pertaining to infection control and pandemic response in US assisted living communities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(5), 701-702. doi:10.1016/j.jamda.2020.03.021
- Burki, T. (2020). Prisons are “in no way equipped” to deal with COVID-19. *Lancet* (London, England), 395(10234), 1411.
- Burström, B., Burström, K., Nilsson, G., Tomson, G., Whitehead, M., & Winblad, U. (2017). Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden—a scoping review. *International journal for equity in health*, 16(1), 29.
- Canadian Institute for Health Information. (2018). *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2018*. Ottawa, ON: CIHI; 2018.
- Calvo, R. (2020). Older Latinx Immigrants and Covid-19: A Call to Action. *Journal of Gerontological Social Work*, 1-3.

- Campbell, S. (2018). home care workers: key facts (2018). Retrieved from <https://phinational.org/resource/u-s-home-care-workers-key-facts-2018/>
- Canadian Healthcare Association. (2009). New Directions for Facility-Based Long Term Care.
- Carers Finland. (2020). Omaishoidon tuki [Family care support] <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/omaishoidon-tuki/> (referred 21st September 2020)
- Carers Finland. (2020). Unpublished information gathered from the clients. Compiled by Parviainen K, Ring M, Tervonen S.
- Carers UK. (2019a). State of Caring, [www.carersuk.org](http://www.carersuk.org) 10.09.2019.
- Carers UK. (2019b). Carers at Breaking Point [www.carersuk.org](http://www.carersuk.org). 03.05.2020.
- Carers UK. (2020). Carers Week 2020 Research Report. [https://www.carersuk.org/images/CarersWeek2020/CW\\_2020\\_Research\\_Report\\_WEB.pdf](https://www.carersuk.org/images/CarersWeek2020/CW_2020_Research_Report_WEB.pdf). 2020년 9월 4일 인출.
- Carnemolla, P., & Bridge, C. (2020). A scoping review of home modification interventions—Mapping the evidence base. *Indoor and Built Environment*, 29(3), 299-310.
- CDC. (2020a). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization Surveillance Network (COVID-NET). Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covid-net/purpose-methods.html>
- CDC. (2020b). Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups. Retrieved from [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fneed-extra-precautions%2Fracial-ethnic-minorities](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fneed-extra-precautions%2Fracial-ethnic-minorities)

- s.html
- CDC. (2020c). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization Surveillance Network (COVID-NET). Retrieved from <https://www.cdc.gov/coro>
- CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from <https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html>
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2017). Medicare & Home Health Care. Retrieved from <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10969-Medicare-and-Home-Health-Care.pdf>
- Center for Medicare & Medicaid Services. (2019). Home-and Community-Based Services. Retrieved from <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/American-Indian-Alaska-Native/AIAN/LTSS-TA-Center/info/hcbs>
- Centers for Medicare & Medicaid Services, (2020, June 25). COVID-19 Nursing Home Data. 2020년 8월 24일 인출
- Centers for Medicare & Medicaid Services, (2020, June 25). COVID-19 Nursing Home Data. 2020년 8월 24일 인출
- Chang, E.-S., Kannoth, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS one*, 15(1), e0220857.
- Choi, N. G., & Dinitto, D. M. (2013). The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth Literacy, and attitudes toward computer/internet use. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5). doi:10.2196/jmir.2645
- CHPI. (2019). *Plugging the Leaks in the UK Care Home Industry*, London, Centre for Health and the Public Interest.
- City of Helsinki. (2020) Epidemia on taittumassa Helsingin hoivakodeissa - osa karanteeneista on jo purettu. [The epidemic has eased

in nursing homes in Helsinki - some of the quarantines have already been lifted] [<https://www.hel.fi/uutiset/fi/sosiaali-ja-terveysvirasto/epidemia-on-taittumassa-helsingin-hoivakodeissa>] (referred 7th May and 15th September 2020).

Cloïn, M. (2013). *Met het oog op de tijd: een blik op de tijdsbesteding van Nederlanders* [Considering time: a view on the time use of the Dutch]. The Netherlands Institute for Social Research, The Hague, the Netherlands.

CMA (2017). *Care homes market study: Final report*. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a1fdf30e5274a750b82533a/care-homes-market-study-final-report.pdf>.

Colello, J. K. (2020). *Who pays for long-term services and supports?* (CRS Report No. IF10343). Retrieved from Congressional Research Service website: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF10343>

Comas-Herrera, A. and Fernández, JL. (2020). *England: Estimates of mortality of care home residents linked to the Covid-19 pandemic* <https://ltccovid.org/country-reports-on-covid-19-and-long-term-care/>

Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). *Les personnes de 75 ans et plus en attente d'une place d'hébergement en CHSLD*. *Info-performance*(16), 10.

Cox, R., Dickson, D., & Marier, P. (2020). *Resistance, Innovation and Improvisation: Comparing the Responses of Nursing Home Workers to the Covid-19 Pandemic in Canada and the United States*.

CQC. (2019). *The State of Health Care and Adult Social Care in England 2018/19*, HC9, London, Care Quality Commission.

Da Roit B. (2012a). "Long-term care reforms in the Netherlands" In C.

- Ranci and E. Pavolini (eds.) *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, Springer.
- Da Roit B. (2012b). The Netherlands: the struggle between universalism and cost containment, *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 228-237.
- Da Roit, B. (2018). Long-term care reforms in the Netherlands: care work at stake, *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World*, Routledge.
- Da Roit, B., Le Bihan, B. (2019) Cash for long-term care: policy debates, visions and designs on the move, *Social Policy & Administration*, Special Issue "Cash-for-care schemes in Europe", 53(4): 519-536.
- Da Roit, B., Moreno-Fuentes J. (2019) Cash for care and care employment: (Missing) debates and realities, *Social Policy & Administration*, 53(4): 596-611.
- Da Roit, B., Thomese, F. (2016) Maakt lokaler thuiszorg zorg (on)gelijker? Sociaaleconomische ongelijkheid in de toegang tot huishoudelijke zorg binnen Nederlandse gemeenten voor en na de invoering van de WMO in 2007, *Mensch en Maatschappij*, vol. 91, pp. 381-403.
- De Haas, Faber R., Hamersma M. (2020). How COVID-19 and the Dutch 'intelligent lockdown' change activities, work and travel behaviour: Evidence from longitudinal data in the Netherlands, *Transportation research interdisciplinary Perspectives*, 6/2020: 2590-1982.
- De Jonge, H. (2020a), 19 maart. Aanscherping bezoek verpleeghuizen in vm COVID-19, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Editor. 2020: Den Haag; Available from: <https://www.rijksover>



heid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/19/kamerbrief-over-aanscherping-bezoek-verpleeghuizen-in-verband-met-covid-19.

De Jonge, H. (2020b). 6 mei. Kamerbrief COVID-19 update stand van zaken, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Editor. 2020: Den Haag; Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/05/06/kamerbrief-covid-19-update-stand-van-zaken>.

De Jonge, H., (2020c). 16 april. Kamerbrief COVID-19 update stand van zaken, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Editor. 2020: Den Haag; Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/04/15/covid-19-update-stand-van-zaken>.

De Jonge, H. (2020d). 20 mei. COVID-19 Update stand van zaken, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Editor. 2020: Den Haag; Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/05/20/kamerbrief-stand-van-zaken-covid-19>.

De Jonge, H. (2020e). 27 oktober. Kamerbrief. Stand van zakenbrief COVID-19. 2020, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport: Den Haag.

De Jonge, H. (2020f). Kamerbrief 21 april 2020 Betreft COVID-19: Update stand van zaken <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/kamerstukken/2020/04/21/kamerbrief-covid-19-update-stand-van-zaken>

De Vries D., J. Pols en A. M'charek (2020). Tussentijdse resultaten - Impact van thuisisolatie op kwetsbare groepen in Nederland: Balanceren tussen risico's en kwaliteit van leven. Geraadpleegd 5 juli

via <https://www.coronatiejden.nl/wp-content/uploads/2020/05/Tussentijdse-resultaten-Impact-van-thuisisolatie-op-kwetsbare-groepen-in-Nederlands-20200525.pdf>. Amsterdam: Amsterdam Institute for Social Science Research, Universiteit van Amsterdam.

Duijs S., Abma T., Verdonk P. (2020). Hoe zzp'ers in de zorg in een moreel mijnenveld terecht? Namen, Sociale Vraagstukken, 6 juli 2020.

Erdem, Ö., & Wentink, Y. (2020). Zorgmijding en zorggebruik in tijden van COVID-19 in Engbersen G., Wentink T. (red.) De bedreigde stad: de maatschappelijke impact van COVID-19 op Rotterdam, Kenniswerkplaats Leefbare Wijken, Rotterdam, april 2020.

Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, A., Szebehely, M., & Trydegård, G-B. (2013). Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation In G. Meagher and M.

Estabrooks, C. A., Squires, J. E., Carleton, H. L., Cummings, G. G., & Norton, P. G. (2015). Who is looking after Mom and Dad? Unregulated workers in Canadian long-term care homes. *Can J Aging*, 34(1), 47-59. doi:10.1017/S0714980814000506

Estabrooks, C. A., Straus, S., Flood, C. M., Keefe, J., Armstrong, P., Donner, G., . . . Wolfson, M. (2020). Restoring trust: COVID-19 and the future of long-term care. Ottawa: Royal Society of Canada.

Eurostat. (2020). Population ageing and structure. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing) (referred 21st September 2020)

Evelyn, K. (2020). 'It's a racial justice issue': Black Americans are dying in greater numbers from COVID-19 Retrieved from <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/08/its-a-racial-justice-issu>

e-black-americans-are-dying-in-greater-numbers-from-covid-19

Faria-e-Castro, M. (2020). Back-of-the-envelope estimates of next quarter's unemployment rate. Saint Louis Fed Blogs. Retrieved from <https://www.stlouisfed.org/on-the-economy/2020/march/back-envelope-estimates-next-quarters-unemployment-rate>.

Finnish Government. (2020). Government, in cooperation with the President of the Republic, declares a state of emergency in Finland over coronavirus outbreak 16/03/2020. [https://valtioneuvosto.fi/en/article/-/asset\\_publisher/10616/hallitus-totesi-suomen-olevan-poikkeusoloissa-koronavirustilanteen-vuoksi](https://valtioneuvosto.fi/en/article/-/asset_publisher/10616/hallitus-totesi-suomen-olevan-poikkeusoloissa-koronavirustilanteen-vuoksi) (referred 7th May 2020)

Finnish Government. (2020). Health and social services reform. <https://soteuudistus.fi/etusivu> (referred 21st September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen koronavirusepidemian aikana [Supporting the functioning of the elderly during a coronavirus epidemic] <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/ajankohtaista/ikaantyeiden-toimintakyvyn-tukeminen-koronavirusepidemian-aikana> (referred 11th September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Koronavilkku. <https://koronavilkku.fi/en/> (referred 15th September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Palvelujärjestelmän kriisinsietokyky ja mukautumisvalmius osoittautuivat koronaepidemian aikana hyviksi. [The crisis resilience and adaptability of the service system proved to be good during the corona epidemic]. <https://blogi.thl.fi/palvelujarjestelman-kriisinsietokyky-ja-mukautumisvalmius-osoittautuivat-koronaepidemian-aikana-hyvi>

ksi/

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Prevention of Corona virus infection at long-term care units. <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/taudit-ja-taudinaiheuttajat-a-o/koronavirus-covid-19/koronavirustartuntojen-torjunta-pitkaaikaishoidon-ja-hoivan-toimintayksikoissa> (referred 19th May 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Prioritising home care. <https://thl.fi/en/web/ageing/prioritising-home-care> (referred 21st September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Situation update on coronavirus. <https://thl.fi/en/web/infectious-diseases/what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/situation-update-on-coronavirus> (referred 15th September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Treatment of coronavirus and instructions for the infected. <https://thl.fi/en/web/infectious-diseases-and-vaccinations/what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/symptoms-and-treatment-coronavirus/treatment-of-coronavirus-and-instructions-for-the-infected> (referred 22nd September)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Situation update on coronavirus. <https://thl.fi/en/web/infectious-diseases/what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/situation-update-on-coronavirus>. (referred 15 September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Situation update on coronavirus. <https://thl.fi/en/web/infectious-diseases/what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/situation-update-on-coronavirus> (referred 15 September 2020)

Finnish National Institute for Health and Welfare. [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/epirapo/covid19case/fact\\_epirapo\\_covid19case?column=dateweek2020010120201231-443686&row=ttr10yage-444309#](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/epirapo/covid19case/fact_epirapo_covid19case?column=dateweek2020010120201231-443686&row=ttr10yage-444309#) (referred 15 September 2020)

Finnish National Institute for Health and Welfare. (2020). Elderly persons and other risk groups – coronavirus instructions. <https://thl.fi/en/web/infectious-diseases-and-vaccinations/what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/risk-groups-for-severe-coronavirus-disease/elderly-persons-and-other-risk-groups-coronavirus-instructions> (referred 22nd September 2020).

Finnish Union of Practical Nurses. (2020). Survey results from Vanhus- ja vammaispalvelut jäivät koronaepidemiassa suojainten osalta sivuraiteelle. [SuPer's survey: Old-age care and services for disabled were left on the sidelines in the corona epidemic in terms of protection] 14 May 2020 <https://www.superliitto.fi/viestinta/tiedotteet-ja-kannanotot/superin-kysely-vanhus-ja-vammaispalvelut-jaivat-koronaepidemiassa-suojainten-osalta-sivuraiteelle/> (referred 22nd Sep 2020)

Forma L, Aaltonen M, Pulkki J. (2020.) COVID-19 and clients of long-term care in Finland – impact and measures to control the virus. LTC Responses to COVID-9. International Long-term care Policy Network. Available from <https://ltccovid.org/2020/06/14/new-report-covid-19-and-clients-of-long-term-care-in-finland-impact-and-measures-to-control-the-virus/> (referred 15th September 2020)

Forma L, Aaltonen M, Pulkki J. (2020). COVID-19 and clients of long-term care in Finland – impact and measures to control the virus. LTC Responses to COVID-9. International Long-term care Polic

y Network. Available from: <https://ltccovid.org/2020/06/14/new-report-covid-19-and-clients-of-long-term-care-in-finland-impact-and-measures-to-control-the-virus/> (referred 15 September 2020)

Forma L, Aaltonen M, Raitanen J, Anthun KS, Kalseth J. (2020). Place of death among old people in Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, first Published August 5, 2020. DOI: 10.1177/1403494820944073

Freedman, V. A., & Spillman, B. C. (2014). The residential continuum from home to nursing home: Size, characteristics and unmet needs of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(Suppl 1). doi:10.1093/geronb/gbu120

Friedrichs, S. and C. Timmermans. (2020). 25 mei. Veel falende mondkapjes in verpleeghuizen: ‘Schandalig, we zijn besodemieterd’, in *Algemeen Dagblad*. 2020; Available from: <https://www.ad.nl/binnenland/veel-falende-mondkapjes-in-verpleeghuizen-schandalig-we-zijn-besodemieterd~a91dfea5/?referrer=https://www.google.com/>.

Gardner, States, & Bagley. (2020). The Coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *Journal of Aging & Social Policy*. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>

Gauthier, G. R., Smith, J. A., García, C., Garcia, M. A., & Thomas, P. A. (2020). Exacerbating Inequalities: Social Networks, Racial/Ethnic Disparities, and the COVID-19 Pandemic. *The Journals of Gerontology: Series B*.

Geng, F., Stevenson, D. G., & Grabowski, D. C. (2019). Daily nursing home staffing levels highly variable, often below CMS expectation

- s. *Health Affairs*, 38(7). 1095-1100.
- Glendinning, C., Jones K., Baxter K., Arksey, H., Rabiee, P., Forder, J. and Wilde, A. (2010). *Home Care Re-Ablement Services: Investigating the Longer-Term Impacts (Prospective Longitudinal Study)* York: SPRU, University of York.
- Giebel, C. (2020). Decision-making for receiving paid home care for dementia in the time of COVID-19: a qualitative study. *BMC Geriatrics* 20: 333.
- Giebel, C., Cannon, J., Hanna, K., Butchard, S., Eley, R., Gaughan, A., ... & Gabbay, M. (2020). Impact of COVID-19 related social support service closures on people with dementia and unpaid carers: a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 1-8.
- Goger, A. (2020). For millions of low-income seniors, coronavirus is a food-security issue. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Gonzales, E., Lee, Y. J., & Marchiondo, L. A. (2019). Exploring the consequences of major lifetime discrimination, neighborhood conditions, chronic work, and everyday discrimination on health and retirement. *Journal of Applied Gerontology*, 0733464819892847.
- Gordon, A. L., Goodman, C., Achterberg, W., Barker, R. O., Burns, E., Hanratty, B., ... & Spilsbury, K. (2020). Commentary: COVID in care homes—challenges and dilemmas in healthcare delivery. *Age and ageing*, 49(5), 701-705.
- Gould, E. (2020). Older workers can't work from home and are at higher risk for COVID-19. Economic Policy Institute. Retrieved from <https://www.epi.org/blog/older-workers-cant-work-from-home-and-at-high-risk-for-covid-19/>
- Grignon, M., & Spencer, B. G. (2018). *The Funding of Long-Term Care in Canada: What Do We Know, What Should We Know?* Canada

- n Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement, 37 (2), 110-120. doi:10.1017/S0714980818000028
- Guerrero, L. R., Avgar, A. C., Phillips, E., & Sterling, M. R. (2020). They are essential workers now, and should continue to be: Social workers and home health care workers during COVID-19 and beyond. *Journal of Gerontological Social Work*, 1-3.
- Haffajee, R. L., Cherney, S., & Smart, R. (2020). Legal requirements and recommendations to prescribe naloxone. *Drug and alcohol dependence*, 209, 107896.
- Haffower, H. (2020). A certain horrible subset of the internet is calling the coronavirus 'boomer remover'. *Business Insider Australia*.
- Hamers, J.P.H., et al., (2020). "Klaar voor een nieuwe golf?" Monitor naar aanleiding van de verruiming van de bezoekenregeling in verpleeghuizen. 16 oktober 2020. Maastricht University & Radboudumc: Maastricht & Nijmegen
- Han, S. D., & Mosqueda, L. (2020). Elder Abuse in the COVID-19 Era. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Hanson, E., Albin, M., Rasmusson, M., & Jakobsson, K. (2020). Stora skillnader i överdödlighet våren 2020 utifrån födelseland /Big differences in excess mortality spring 2020 by land of birth/. *Läkartidningen /The Swedish Medical Journal/* 28-32, 894-896.
- Harris-Kojetin, L. D., Sengupta, M., Lendon, J. P., Rome, V., Valverde, R., & Caffrey, C. (2019). Long-term care providers and services users in the United States, 2015-2016. *National Center for Health Statistics*. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/76253>
- Haverinen A. (2020). Personal interview, 8th May 2020. Specialist, Association of Finnish Municipalities.



- Hawks, L., Woolhandler, S., & McCormick, D. (2020). COVID-19 in Prisons and Jails in the United States. *JAMA Intern Med*, 180(8), 1041-1042. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1856
- HCI, Health and Care Inspectorate. (2020). IVO deepens the review of care and treatment in care homes for the elderly. *Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2020). IVO fördjupar granskningen av vård och behandling på särskilda boenden för äldre (in Swedish).*
- Health Canada. (2020). *Canada Health Act: Annual Report 2018-2019.* Ottawa: Health Canada.
- Hébert, R. (2017). *Canada: Application of a Coordinated-Type Integration Model for Vulnerable*
- Health Foundation. (2019a). *The real cost of a fair adult social care system.* London, Health Foundation.
- Health Foundation. (2019b). *What should be done to fix the crisis in social care?* London, Health Foundation.
- Health Foundation and Kings Fund. (2018). *A Fork in the Road: Next Steps for Social Care Funding Reform,* London, Kings Fund.
- Helin, S. (2020). Personal interview, 11th May 2020. Director, Social and Health Services, the City of Rauma.
- Helsingin Sanomat. (2020). Näin paljon Suomi tekee koronavirustestejä [This is how much Finland does coronavirus testing] A6-7. Newspaper article, 16th September 2020.
- Helsingin Sanomat. (2020). Poliisi selvittää Kiuruveden hoivakodin koronakuolemia, yli kolmannes vanhuksista kuollut [Police investigate coronary deaths in Kiuruvesi nursing home, more than a third of the elderly have died] 22nd April 2020. <https://www.hs.fi/paivanlehti/23042020/art-2000006482887.html> (referred 31st May 2020). Newspaper article.
- Helsingin Sanomat. (2020). Vanhusten telkeäminen huoneisiinsa pitää

lopettaa koronakriisin uhallakin, vaatii hoitajien puheenjohtaja Silja Paavola - ”Myös häkissä pitäminen on epäinhimillistä” [Locking the elderly in their rooms must be stopped even at the risk of a coronary crisis, demands Silja Paavola, the chairman of the nurses - “Keeping in a cage is also inhumane”. 5th May 2020. <https://www.hs.fi/paivanlehti/05052020/art-2000006496127.html> (referred 31st May 2020)

Henning-Smith, C. (2020). The Unique Impact of COVID-19 on Older Adults in Rural Areas. *Journal of Aging & Social Policy*, 1-7.

Henry, B., Mandavia, A., Paschen-Wolff, M., Hunt, T., Humensky, J., Wu, E., . . . El-Bassel, N. (2020). COVID-19, mental health, and opioid use disorder: Old and new public health crises intertwine. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12 (S1), S111.

Henry, M., Watt, R., Mahathey, A., Ouellette, J., & Sitler, A. (2020). The 2019 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) to Congress. Part 1: point-in-time estimates of homelessness Retrieved from <https://www.hudexchange.info/resource/5948/2019-ahar-part-1-pit-estimates-of-homelessness-in-the-us/>

Henwood, M., McKay, S., Needham, C. and Glasby, J. (2019). From By standers to Core Participants? A Literature and Data Review of Self Funders in Social Care Markets, HSMC, University of Birmingham.

Home Care Insight. (2020). Covid-19 has made fragile care markets more susceptible to failure warns ADASS, <https://www.homecareinsight.co.uk/covid-19-has-made-fragile-care-markets-more-susceptible-to-failure-warns-adass>.

House of Commons Health and Social Care and Housing, Communitie

- s and Local Government Committees. (2018). Long term funding of adult social care First Joint Report of the Health and Social Care and Housing, Communities and Local Government Committees of Session 2017-19 Ninth Report of the Health and Social Care Committee Seventh Report of the Housing, Communities and Local Government Committee HC 768.
- House of Commons Communities and Local Government Committee. (2017). Adult Social Care, Ninth Report of Session 2016-17, HC 1103, London: TSO
- House of Lords Economic Affairs Committee. (2019). Social Care Funding; Time to end a National Scandal, Seventh Report of Session 2017-19 HL 392.
- Hunt, M. E., & Gunter-Hunt, G. (1986). Naturally occurring retirement communities. *Journal of Housing For the Elderly*, 3(3-4), 3-22. doi:10.1300/j081v03n03\_02
- Henwood, M. and Hudson, B. (2020). Care home visits - another area of confusion surrounding the UK's Covid-19 response, <https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/care-home-visits-covid19>
- Imbert, E., Kinley, P. M., Scarborough, A., Cawley, C., Sankaran, M., Cox, S. N., . . . Fuchs, J. D. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in a San Francisco Homeless Shelter. *Clinical Infectious Diseases*.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>
- Janssen M., Van der Voort H. (2020). Agile and adaptive governance in crisis response: Lessons from the COVID-19 pandemic, *International Journal of Information Management*, 55.

- IPPR. (2019). *Who Cares? The Financialisation of Adult Social Care*, London, Institute for Public Policy Research.
- Jegermalm, M., & Jeppsson Grassman, E. (2012). Helpful citizens and caring families: Patterns of informal help and caregiving in Sweden in a 17-year perspective. *International Journal of Social Welfare*, 21(4), 422-432.
- Jetté, C., Vaillancourt, Y., & Bergeron-Gaudin, J.-V. (2011). L'économie plurielle dans les services à domicile au Canada: une comparaison des modes de régulation entre le Québec et l'Ontario. *Lien Social et Politiques*(66), 155-175.
- Johansson, L. (1997). Decentralisation from acute to home care settings in Sweden. *Health Policy*, 41 (Suppl.), 131-143.
- Johansson, L., Malmberg, B., & Sundström, G. (2018). Ett halvt århundrade svensk äldreomsorg. /Half a century of Swedish old-age care /. *Tidskrift för omsorgsforskning*, 4, 1, 62-68.
- Kaiser Family Foundation. (2019). Total Number of Certified Nursing Facilities. <https://www.kff.org/other/state-indicator/number-of-nursing-facilities/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22collid%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>. 2020년 9월 15일 인출.
- Kaiser Family Foundation. (2020a). How might Coronavirus Affect Residents in Nursing Facilities? Retrieved from <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/data-note-how-might-coronavirus-affect-residents-in-nursing-facilities/>
- Kaiser Family Foundation. (2020b). State Data and Policy Actions to Address Coronavirus. from <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/state-data-and-policy-actions-to-address-cor>

onavirus/. 2020년 9월 30일 인출.

Kehusmaa S, Autti-Rämö I, & Rissanen P. (2013). Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin. [Impact of informal care provision on elderly care expenditure]. *Yhteiskuntapolitiikka* 74, 138-151.

Keskimäki I, Tynkkynen LK, Reissel E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, Rechel B, & Karanikolos M. (2019). Finland health system review. *Health Systems in Transition* Vol. 21 No. 2 2019. European Observatory on Health Systems and Policies.

KFF analysis of 2018 Behavioral Risk Factor Surveillance System and 2018 American Community Survey. (2018). Retrieved from <https://www.healthsystemtracker.org/brief/urban-and-rural-differences-in-coronavirus-pandemic-preparedness/>

Kiers, B. (2020). Conny Helder: 'Ouderenzorg had steeds onvoldoende aandacht bij het RIVM', in *Zorgvisie*. 2020; Available from: <https://www.zorgvisie.nl/magazine-artikelen/conny-helder-ouderenzorg-had-steeds-onvoldoende-aandacht-bij-het-rivm/>

Kröger T. (2020). Interviewed by Lundelin K for *Seura* magazine. Onneksi hoivakriisi edelsi koronaepidemiaa – Yhteiskuntapolitiikan professori: ”Nyt selviävät parhaiten ne vanhuspalvelut, jotka korjasivat toimintaansa vuosi sitten” [Luckily the care crisis preceded the corona epidemic - Professor of Social Policy: “Now the elderly services that repaired their activities a year ago are going strong” <https://seura.fi/asiat/ajankohtaista/onneksi-oli-hoivakriisi-ennen-koronaepidemiaa-nyt-vanhuspalvelut-selviavat-paremmiin/> (referred 22nd May 2020)

Kröger T, Puthenparmbil J, Aerschot van Lina. (2019). Care poverty: unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal*

of Care and Caring 3(4): 485-500(16)

Kröger T, Van Aerschot L, & Puthenparambil J .(2018). Hoivatyö muutoksessa: suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa [Care in change: Finnish old age care work in a Nordic comparison] YFI Publications, Jyväskylä of Tampere.

Kruse, F. Abma, I. & P. Jeurissen. (2020a). The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 26 May 2020.

Kruse F., van Tol L., Vrinzen C., van der Woerd O., Jeurissen P. (2020 b). The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands: the second wave, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 25 November 2020.

Kunst A., De Visser M., Stoeldraijer L., Harmsen C. (2020). Oversterfte tijdens de eerste zes weken van de corona-epidemie Sociaal-demografische en geografische verschillen, CBS|Statistische Trends|2020.

Kuntaliitto. (2020). Municipal population and age structure in 31 Dec 2019. <https://www.kuntaliitto.fi/talous/kuntien-vaesto-ja-ikarakenne> (referred 17th September 2020)

Kuyper, L. and K. Putters. (2020). 18 mei. Zicht op de samenleving in coronatijd. Eerste analyse van de mogelijke maatschappelijke gevolgen en implicaties voor beleid. 2020, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

Kwiatkowski, M., & Nadolny, T. (2020). We want to live!: At-risk adults, home health care workers fear coronavirus. USA Today.

Laukkala T, Tuisku K, Junttila K, Haravuori H, Kujala A, Haapa T, & Jylhä P. (2020). Psychosocial well-being during COVID-19 pandemic among the Finnish health care professionals. Duodecim, online

e article.

Lavoie, J.-P. (2014). La responsabilité des soins aux aînés au Québec. Du secteur public au privé.

Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E.-S., Kanno, S., & Wang, S.-Y. (2020). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *The Gerontologist*, 60(1), 174-181.

Lurie, N., Saville, M., Hatchett, R., & Halton, J. (2020). Developing Covid-19 vaccines at pandemic speed. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 1969-1973.

Maatricht University & Radboudumc. (2020). 18 mei. Gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de bezoeksregeling in verpleeghuizen: indrukken week 1. 2020; <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/05/20/gefaseerde-en-gecontroleerde-aanpassing-van-de-bezoeksregeling-in-verpleeghuizen>

Malmberg, B. & Sundström, G. (2020). Anhöriga i närbild. En nationell kartläggning (Family carers close up. A national survey). Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga. In press.

Marchildon, G. P., & Matteo, L. d. (Eds.). (2015). *Bending the Cost Curve in Health Care: Canada's Provinces in International Perspective*. Toronto: University of Toronto Press.

Marchiondo, L., Gonzales, E., & Williams, L. (2017). Workplace age discrimination: Long-term relationships with health and retirement intentions. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 74(4), 655-663.

Marier, P. (forthcoming). *The Four Lenses of Population Aging: Planning for the Future in Canada's Provinces*. Toronto: University of Toronto Press.

Marier, P., Carrière, Y., & Purenne, J. (2020). *Living on Easy Street? Th*

- e Myth of the Affluent Senior. In V. Billette, P. Marier, & A.-M. Séguin (Eds.), *Growing Wise about Getting Old: Debunking Myths about Aging* (pp. 20-27). Vancouver: Publish Books.
- Maruschak, L. M., Berzofsky, M., & Unangst, J. (2015). *Medical problems of state and federal prisoners and jail inmates, 2011-12*: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice
- McGarry, B. E., Grabowski, D. C., & Barnett, M. L. (2020). Severe Staffing and Personal Protective Equipment Shortages Faced by Nursing Homes during the COVID-19 Pandemic. *Health Affairs*, 39(10). 1812-1821.
- McGilton, K. S., Escrig-Pinol, A., Gordon, A., Chu, C. H., Zuniga, F., Sanchez, M. G., . . . Bowers, B. (2020). Uncovering the Devaluation of Nursing Home Staff During COVID-19: Are We Fuelling the Next Health Care Crisis? *J Am Med Dir Assoc*, 21(7), 962-965. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.010
- McTarnaghan, S., Bernstein, H., Vilter, C., & Okoli, A. (2020). Including Immigrants in State and Local Support Responses during the COVID-19 Pandemic Retrieved from [https://www.urban.org/urban-wire/including-immigrants-state-and-local-support-responses-during-covid-19-pandemic?cm\\_ven=ExactTarget](https://www.urban.org/urban-wire/including-immigrants-state-and-local-support-responses-during-covid-19-pandemic?cm_ven=ExactTarget)
- Meagher, G., & Szebehely, M. (Eds.). (2013). *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent, and consequences*. Stockholm Studies in Social Work 30. Department of Social Work: Stockholm University.
- Means, R. and Smith, R. (1985). *The Development of Welfare Services for Elderly People*, London: Croom Helm.
- Means, R., Morbey, H. and Smith, R. (2002). *From Community Care to*



Market Care, Bristol: Policy Press.

Ministry of Finance. (2020). Municipalities at a turning point? Information on the situation of municipalities in 2020. Publications of the Ministry of Finance 2020:13. [file:///C:/Users/js70840/AppData/Local/Temp/VM\\_2020\\_13\\_Kuntien\\_tilannekuva\\_2020.pdf](file:///C:/Users/js70840/AppData/Local/Temp/VM_2020_13_Kuntien_tilannekuva_2020.pdf) (referred 17th September 2020)

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Aluehallinto [Regional State Administrative Agencies] <https://stm.fi/aluehallinto> (referred 21st September 2020)

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Fighting infectious disease: Responsibilities of the authorities. <https://stm.fi/en/fighting-infectious-disease-responsibilities-of-the-authorities> (referred 6th May 2020)

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Kuntainfo: Sosiaali- ja terveysministeriö on tarkistanut koronavirusepidemian aikana antamansa määräykset, ohjeet ja suositukset – suurimman osan voimassaolo on päättynyt [Municipal info: The Ministry of Social Affairs and Health has reviewed the regulations, instructions and recommendations issued during the coronavirus epidemic - most have expired] <https://stm.fi/-/kuntainfo-sosiaali-ja-terveysministerio-on-tarkistanut-koronavirusepidemian-aikana-antamansa-maaraykset-ohjeet-ja-suositukset-suurimman-osan-voimassaolo-on-paattynyt> (referred 22nd September 2020).

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Ministry of Social Affairs and Health guidelines to municipalities on how to implement rehabilitative work between 1 June and 31 July 2020. <https://stm.fi/en/-/sosiaali-ja-terveysministerio-ohjeistaa-kuntia-kuntouttavan-tyotoiminnan-toteutustavoista-1-6-2020-31-7-2020-valisen>

- a-aikana. (referred 22nd September 2020).
- Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Preparedness for the COVID-19 disease – a state of emergency in Finland. <https://stm.fi/en/coronavirus-preparedness> (referred 14th May 2020)
- Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Report on the use of community face coverings to prevent the spread of the COVID-19 epidemic. Helsinki, Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2020: 21. Press release in English: <https://stm.fi/en/-/selvitys-kasvosuojusten-kaytosta-koronavirustartuntojen-ehkaisemisessa-laajaa-vaihtelua-maakohtaisissa-linjauksissa-ja-vahan-tutkimustietoa>
- Morrow-Howell, N., & Gonzales, E. (2020). Recovering From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Resisting Ageism and Recommitting to a Productive Aging Perspective. *The Public Policy and Aging Report*.
- Morrow-Howell, N., Galucia, N., & Swinford, E. (2020). Recovering from the COVID-19 pandemic: A focus on older adults. *Journal of Aging & Social Policy*, 1-9.
- MVWS (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport) (2020a), 19 mei. Richtlijn Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM) voor mantelzorgers, PGB-gefinancierde zorgverleners en vrijwilligers in palliatieve zorg. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/05/19/richtlijn-persoonlijke-beschermingsmiddelen-voor-mantelzorgers-pgb-gefinancierde-zorgverleners-en-vrijwilligers-in-palliatieve-zorg>.
- MVWS (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport). (2020b). 12 mei. Richtlijn testbeleid van mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg en PGB-gefinancierde zorgverleners. 2020; Availab

le from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/05/12/richtlijn-testbeleid-mantelzorgers-vrijwilligers-palliatieve-zorg-en-pgb-gefinancierde-zorgverleners>.

MVWS (2020c) Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2020 b). 16 april. Richtlijn mantelzorgondersteuning. 2020.

Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., . . . Naspro, R. (2020). At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(2).

Nania, R. (2020). CDC Information on Covid-19 Risk for Older Populations. Retrieved from <https://www.aarp.org/health/conditions-treatments/info-2020/cdc-covid-19.html>

National Academies of Sciences, E., & Medicine. (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*.

NAO. (2018). *Adult Social Care at a Glance*, London, National Audit Office.

National Alliance on Caregiving. (2020). *Caregiving in the U.S. 2020*. Retrieved from <https://www.caregiving.org/caregiving-in-the-us-2020/>

National Council on Aging. (2020). *Social Isolation and Loneliness Among Older Americans during COVID-19*. Retrieved from <https://www.ncoa.org/resources/webinar-social-isolation-and-loneliness-among-older-americans-during-covid-19-evidence-policy-and-advocacy>

National Institute of Health. (2017). *Residential facilities, assisted living, and nursing homes*. <https://www.nia.nih.gov/health/residenti>

al-facilities-assisted-living-and-nursing-homes. 2020년 7월 27일  
인출.

National Institute on Aging. (2017). Residential Facilities, Assisted Living, and Nursing Homes. <https://www.nia.nih.gov/health/residential-facilities-assisted-living-and-nursing-homes>. 2020년 7월 15일 인출.

NBHW, National Board of Health and Welfare. (2020d). Statistics on covid-19. Socialstyrelsen (2020). Statistik om covid-19 (in Swedish).

NBHW, National Board of Health and Welfare. (2020e). Work methods in municipal health and medical care at covid-19. Socialstyrelsen (2020). Arbetssätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19 (in Swedish).

NBHW, National Board of Health and Welfare (2020g). Fewer people living at home, have applied for, and received Home Help. Socialstyrelsen (2020). Färre i ordinärt boende har fått insatser från socialtjänsten.

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2016). The situation and development of health care and social services. Report of the situation 2016]. Socialstyrelsen (2016). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2016 Retrieved from Stockholm: National Board of Health and Welfare (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2017). The unit survey on the Health and social care in the municipalities in 2017 Socialstyrelsen (2017). Enhetsundersökningen om äldre och kommunernas hälso- och sjukvård 2017 (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2019a). Open compari

sons 2018 - Services and Care for the Elderly. Socialstyrelsen (2019). Öppna jämförelser 2018. Vård och omsorg om äldre (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2019b). Services and care for older people. Report of the situation 2019. Socialstyrelsen. (2019). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019 (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2020a). Statistics on Care and Services for the Elderly 2019. Socialstyrelsen (2020). Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019 (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2020b). Services and care for older people. Report of the situation 2020. Socialstyrelsen (2019). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020 (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2020c). Statistics on Elderly and People with Impairments - Management Form 2019. Socialstyrelsen (2020). Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2019 (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2020f). Open comparisons 2020 - Crisis preparedness in social services and municipal health care. Socialstyrelsen (2020). Öppna jämförelser 2020 - Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård (in Swedish).

Nederlandse Patiëntenfederatie. (2020). Uitstel geplande zorg door de corona-crisis. [https://www.patiëntenfederatie.nl/images/stories/dossier/Ziekenhuiszorg/17042020\\_Flitspeiling\\_Uitstel\\_onderzoek\\_en\\_behandeling\\_2.pdf](https://www.patiëntenfederatie.nl/images/stories/dossier/Ziekenhuiszorg/17042020_Flitspeiling_Uitstel_onderzoek_en_behandeling_2.pdf) (consulted 26-11-2020)

Noro A. (2019). Ikäihmisten palveluiden vertaiskehittäminen [Bench

- marking the old age care] In: Sote-järjestelmän benchmarking-päivä [Benchmarking day for social and health care system] Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, 28th November 2019.
- Noro A. (2019). Ikäihmisten palveluiden vertaiskehittäminen. In: Sote-järjestelmän benchmarking-päivä. Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, 28th November 2019.
- Nuffield Trust. (2019a). What Can England Learn from the Long-Term Care Scheme in Germany? London, Nuffield Trust.
- Nuffield Trust. (2019b). What can England learn from the long-term care system in Japan? London, Nuffield Trust.
- NVAVG & Verenso. (2020). Behandeladvies COVID-19 Acute fase en nazorg. Voor SO en AVG in verpleeghuizen, instellingen voor vers tandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen (mits hoofdbehandelaar). Update 12 mei 2020. 2020; Available from: [https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Dossiers/200512-18-00-COVID-19-behandel-advies-update-herstructurering-DEFNITIEF.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Dossiers/200512-18-00-COVID-19-behandel-advies-update-herstructurering-DEFNITIEF.pdf).
- NZa. (2019). NZa: uitgaven langdurige zorg groeien sneller dan verwacht. 2019 Retrieved on: 26-05-2020; Available from: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/06/13/nza-uitgaven-langdurige-zorg-groeien-sneller-dan-verwacht>.
- NZa. (2020). Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de langdurige zorg - 16 juni 2020. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PU\\_C\\_311715\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PU_C_311715_22/1/) Utrecht: Nederlandse ZorgAutoriteit.
- OECD. (2017). Health at a Glance 2017. OECD Indicators.
- OECD. (2019). Health at a Glance 2019. OECD Indicators.
- Official Statistics Finland. (2019). Kotihoito ja sosiaalihuollon laitospalvelut 2018. [Home care and institutional care and home care services 2018].

- using services 2018]. Finnish Institute for Health and Welfare Statistics Report 41/2019.
- Older People in Québec: The PRISMA Project. In V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte, & E. Suter (Eds.), *Handbook Integrated Care* (pp. 499-510). Cham: Springer.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health at a Glance*. Paris: OECD.
- Orgera, K., McDermott, D., Twitter, M., Claxton, G., Koma, W., & Twitter, C. (2020). Urban and rural differences in coronavirus pandemic preparedness. Retrieved from <https://www.healthsystemtracker.org/brief/urban-and-rural-differences-in-coronavirus-pandemic-preparedness/>
- Orgera, K., McDermott, D., Twitter, M., Claxton, G., Koma, W., & Twitter, C. (2020). Urban and rural differences in coronavirus pandemic preparedness. Retrieved from <https://www.healthsystemtracker.org/brief/urban-and-rural-differences-in-coronavirus-pandemic-preparedness/>
- Ottawa: Canadian Healthcare Association.
- Oudijk, D., de Boer, A., Woittiez, I., Timmermans, J., & de Klerk, M. (2010). *Mantelzorg uit de doeken* [Informal care revealed]. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Available at: [https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2010/Mantelzorg\\_uit\\_de\\_doeken](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2010/Mantelzorg_uit_de_doeken) (in Dutch)
- Page, K. R., Venkataramani, M., Beyrer, C., & Polk, S. (2020). Undocumented US immigrants and Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(21), e62.
- Park, S. S. (2020). Caregivers' Mental Health and Somatic Symptoms During COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*.

- Perron, A., Dufour, C., Marcogliese, E., & Gagnon, M. (2020). La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19: une analyse du contenu de la plate-forme "je dénonce". *Aporia*, 12 (1), 76-90.
- PHA, Swedish Public Health Agency. (2020). Consequences for persons 70 years and older of infection control measures against covid-19. *Folkhälsomyndigheten* (2020). Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19.
- Pirhonen, J., Blomqvist, K., Harju, M., Laakkonen, R., Lemivaara, M. (2020) Etäläheiset - hoivakotien koronaeristys asukkaiden läheisten kokemana. [Remote loved ones - the corona isolation in nursing homes as experienced by the loved ones] Accepted for publication in *Gerontologia*.
- Pramsten, S. (2020). Covid-19 ofta inte ensam dödsorsak bland äldre. *Läkartidningen*, 35 - 36. Covid-19 is often not the only cause of death among the elderly. *The Swedish Medical Journal*/ 35-36.
- Protecteur du citoyen. (2020). Rapport annuel d'activités 2019-20. Québec: Le Protecteur du citoyen
- Public Health Agency of Canada. (2020). <https://www.canada.ca/en/public-health.html><https://www.canada.ca/en/public-health.html>
- Public Health England. (2017). Exercise Cygnus Report Tier One Command Post Exercise Pandemic Influenza 18-20 October 2016.
- Pulkki J, Jylhä M, Forma L, Aaltonen M, Raitanen J & Rissanen P. (2016). Long-term care use among old people in their last 2 years of life: variations across Finland. *Health Soc Care Community* 24, 4 39-49.
- Pulkki J, & Tynkkynen L-K. (2020). Misunderstanding home: Exploring depictions of home in old age policy decision-making. *Internati*



- onal Journal on Ageing and Late Life, open access, 14(1).
- Rajan, S. & McKee, M. (2020). Learning from the impacts of Covid-19 on care homes; a pilot survey [www.ltccovid.org](http://www.ltccovid.org).
- Rantainen, T. (2020). Vanhuutta koronan aikaan [Being old in corona time]. Science blog. <https://jyunity.fi/ajattelijat/vanhuutta-koronan-aikaan/?fbclid=IwAR3oXXYxHNUh6txVGdNiQVhkkol14FJHD3RBpDh7G5rhnbcZxTrUs2EzO1o> (referred 15th September 2020).
- Ravalier, J., Morton, R., Russell, L., & Rei Fidalgo, A. (2019). Zero-hour contracts and stress in UK domiciliary care workers. *Health & social care in the community*, 27(2), 348-355.
- Regional State Administrative Agencies (2020) Coronavirus COVID-19. <http://www.avi.fi/web/avi/usein-kysytyt-kysymykset#E1> (referred 13rd September 2020)
- Religa, D., Hägg, S. (2020). Skörhet mer kopplad till dödlighet i covid-19 än ålder. *Läkartidningen*, 38 - 39, 2020. Covid-19 is often not the only cause of death among the elderly. *The Swedish Medical Journal*/ 38-39.
- Rijksoverheid. (2020a), Opstart initiatief Landelijk Consortium Hulpmiddelen 2020; Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/24/opstart-initiatief-landelijk-consortium-hulpmiddelen>.
- Rijksoverheid. (2020b), Factsheets verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen 2020; Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/2020/04/11/factsheet-verdeling-pbm>.
- Rijksoverheid. (2020c). Testbeleid uitgebreid voor nieuwe doelgroepen Nieuwsbericht | 30-04-2020 | 19:09 <https://www.rijksoverheid.nl>.

nl/actueel/nieuws/2020/04/30/testbeleid-uitgebreid-voor-nieuwe-doelgroepen

Rijksoverheid. (2020d). 19 mei. Routekaart voor mensen met een kwetsbare gezondheid. 2020; Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/05/20/routekaart-voor-mensen-met-een-kwetsbare-gezondheid>

Rijksoverheid. (2020e). Vanaf 1 juni testen mogelijk voor iedereen met milde klachten, Nieuwsbericht, 27-05-2020, 15:00

Rijksoverheid. (2020f). Mondkapje verplicht vanaf 1 december, Nieuwsbericht, 19-11-2020, 15:00

Rijksoverheid. (2020g). Zorg voor kwetsbare mensen die thuis wonen nader uitgewerkt, Nieuwsbericht | 16-04-2020 | 19:02

Rissanen P, Parhiala K, Kestilä L, Härmä V, Honkatukia J, & Jormanainen V. (2020). COVID-19-epidemiaan vaikutukset väestön palvelutarpeisiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen – nopea vaikutusarvio [Impact of the COVID-19 epidemic on the service needs of the population, the service system and the national economy - rapid impact assessment] THL report 8/2020.

RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). (2020a). Risicogroepen en COVID-19. 2020 Retrieved on: 24-05-2020; Available from: <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen>

RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) (2020b) Advies n.a.v. 88e OMT (Outbreak Management Team), 23 November 2020, Ministry of Health Welfare and Sport <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2020/11/23/advies-nav-88e-omt>

Rothman, S., Gunturu, S., & Korenis, P. (2020). The mental health impact of the COVID-19 epidemic on immigrants and racial and ethnic minorities. QJM: An International Journal of Medicine.

- Rowles, G. D. & Teaster, P. B. (2015). *Long-Term Care in an Aging Society: Theory and Practice* (1st Edition). Springer Publishing Company.
- SALAR, The Swedish Association of Local Authorities and Regions. (2020a). Homebased care and services 2019 - difficulties and success factors. Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2020). *Vård och omsorg i hemmet 2019 - svårigheter och framgångsfaktorer* (in Swedish).
- SALAR, The Swedish Association of Local Authorities and Regions. (2020b). Facts about elderly care in the light of the corona pandemic. Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2020). *Fakta om äldre omsorgen i ljuset av coronapandemin* (in Swedish).
- Satre, D. D., Hirschtritt, M. E., Silverberg, M. J., & Sterling, S. A. (2020). Addressing problems with alcohol and other substances among older adults during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 780-783.
- SBU. (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus - med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt [Comprehensive geriatric assessment and care of frail older people]*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering [Swedish Council on Health Technology Assessment].
- Scharlach, A. E., & Lehning, A. J. (2012). Ageing-friendly communities and social inclusion in the United States of America. *Ageing and Society*, 33(1), 110-136. doi:10.1017/s0144686x12000578
- Schols J.M.G.A., Poot E.P., Nieuwenhuizen N.M., Achterberg W.P. (2020), Dealing with COVID-19 in Dutch Nursing homes, *The Journal of Nursing Home Research Sciences*, ;6:30-34.
- Schön, P. & Johansson, L. (2016). European Social Policy Network. *The*

- ematic report on work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives. Sweden 2016. Report. EU network of independent experts on social inclusion. Brussels: European Commission: European Union.
- Schön, P., Lagergren, M., & Kåreholt, I. (2016). Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study. *Health & Social Care in the Community*, 24(5), 631-638
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(sup 3), 105-113.
- SCP (Sociaal Cultureel Planbureau). (2020). Zicht op de samenleving; eerste analyse van de mogelijke maatschappelijke gevolgen en implicaties voor beleid. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (Sociaal Cultureel Planbureau). (2020) Eerste doordenking maatschappelijke gevolgen coronamaatregelen. Beleidssignalement, Maatschappelijke effecten Corona, 7 mei 2020.
- Seifert, A., Cotten, S. R., & Xie, B. (2021). A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(3), e99-e103.
- Séguin, A.-M., Van Pevenage, I., & Dauphinais, C. (2020). Do Most Very Old Quebecers Live in Residential Long-Term Care Centres? In V. Billette, P. Marier, & A.-M. Séguin (Eds.), *Growing Wise about Getting Old: Debunking Myths about Aging* (pp. 55-63). Vancouver: Publish Books.
- Sengupta, M., Valverde, R., Lendon, J. P., Rome, V., Caffrey, C., & Harris-Kojetin, L. D. (2016). Long-term care providers and services

users in the United States - State estimates supplement: National study of long-term care providers, 2013-2014. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Seppälä TT, Pekurinen M (2014) Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. [The main funding sources of for social and health care] THL raportteja / THL report 22/2014.

Simard, J., & Volicer, L. (2020). Loneliness and Isolation in Long-term Care and the Covid-19 pandemic. Journal of the American Medical Directors Association.

Simon, B. (2020). How Covid-19 has magnified some of social care's key problems, [www.kingsfund.org](http://www.kingsfund.org).

Sipilä, J. (1997). Social care services: The key to the Scandinavian welfare model: Aldershot, Avebury.

Sizoo E.M., Monnier A.A., Bloemen M., Hertogh C.M.P.M., Smalbrugge M., (2020) Dilemmas With Restrictive Visiting Policies in Dutch Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Analysis of an Open-Ended Questionnaire With Elderly Care Physicians, Journal of the American Medical Directors Association, 21 (12): 1774-1781.e2.

Skills for Care (2019). The State of the adult Social Care Sector and Workforce in England, [skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/publications/national-information/The-state-of-the-adult-social-care-sector-and-workforce-in-England.aspx](http://skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/publications/national-information/The-state-of-the-adult-social-care-sector-and-workforce-in-England.aspx). 09 April 2020.

Skipr (2020). 22 mei. 'Ziekte-uitval onder verpleeghuispersoneel neemt toe'. 2020; Available from: [https://www.skipr.nl/nieuws/ziekte-uitval-onder-verpleeghuispersoneel-neemt-toe/?daily=1&tid=TIIDP524288XECECCC6C590F488B947541F9041BFC0AYI4&utm\\_](https://www.skipr.nl/nieuws/ziekte-uitval-onder-verpleeghuispersoneel-neemt-toe/?daily=1&tid=TIIDP524288XECECCC6C590F488B947541F9041BFC0AYI4&utm_)

medium=email&utm\_source=20200525%20skipr%20daily%20nie  
uwsbrief%20-%20&utm\_campaign=NB\_SKIPR.

Sköldunger A, Wimo A, Sjögren K, et al. Resource use and its association to cognitive impairment, ADL functions, and behavior in residents of Swedish nursing homes: results from the U-Age program (SWENIS study). *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2019;34(1):130–6.

Social Insurance Institution. (2020) Frequently asked questions about the corona virus situation <https://www.kela.fi/web/en/corona-frequently-asked-questions?inheritRedirect=true> (referred 15th September 2020). Finnish Institute for Health and Welfare (2020) Koronaan liittyvillä rajoitustoimilla säästetyt laatupainotetut elinvuodet[Quality-weighted life years saved by corona-related restrictive measures] June 10th 2020. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden- uutiskirje/2020/koronaan-liittyvilla-rajoitustoimilla-saastetyt-laatupainotetut-elinvuodet> .(referred 15th September 2020)

Société canadienne d’hypothèques et de logement. (2019). Rapport sur les résidences pour personnes âgées. Ottawa: Société canadienne d’hypothèques et de logement.

Soergel, A. (2020). Are nursing home visits allowed in my state? American Association of Retired Person. Retrieved from <https://www.aarp.org/caregiving/health/info-2020/nursing-home-visits-by-state.html>

Song, Y., Hoben, M., Norton, P., & Estabrooks, C. A. (2020). Association of Work Environment With Missed and Rushed Care Tasks Among Care Aides in Nursing Homes. *JAMA Netw Open*, 3(1), e1920

092. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.20092

- Span, P. (2020). Just what older people didn't need: More isolation. Retrieved from <https://www.nytimes.com/2020/04/13/health/coronavirus-elderly-isolation-loneliness.html?fbclid=IwAR1dLpzQ80aXG8ERacNtMvfkej01IOBX3nKEJO72MEEmwkacvLQxfODqKP0>
- Sparks, H. (2020). Morbid 'boomer remover' coronavirus meme only makes millennials seem more awful. *New York Post*.
- Spilsbury, K., Devi, R., Griffiths, A., Akrill, C., Astle, A., Goodman, C., ... & Thompson, C. (2020). Seeking Answers for Care Homes during the COVID-19 pandemic (COVID SEARCH). *Age and Ageing*.
- Stall, N. M., Jones, A., Brown, K. A., Rochon, P. A., & Costa, A. P. (2020). For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. *CMAJ*, 192(33), E946-E955. doi:10.1503/cmaj.201197
- Stark, S., Keglovits, M., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2017). Effect of home modification interventions on the participation of community-dwelling adults with health conditions: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 7102290010p1-7102290010p11.
- Sterling, M. R., & Shaw, A. L. (2019). Sharing the care—a patient and her caregivers. *JAMA Internal Medicine*, 179(12), 1617-1618.
- StiB (Steunpunt Mantelzorg Breda). (2020). Corona en Mantelzorg. Verslag onderzoek, 17 april 2020.
- Stolte E., Steinmetz, S., van der Roest H., De Vries D., Van Tilburg, T. (2020). De sociale situatie van zelfstandig wonende ouderen in mei 2020, tijdens het hoogtepunt van de coronacrisis, <https://research.vu.nl/en/publications/de-sociale-situatie-van-zelfstandig-wonende-ouderen-in-mei-2020-t>

- Stone, I. R., Sanders, A., & Magan, G. (2020). Under the Radar: Affordable Senior Housing Communities Need Support To Fight COVID-19. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20200515.635326/full/>
- Strandell, R. (2019). Care workers under pressure – A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015. *Health & Social Care in the Community*, 28, 137-147.
- STT News. (2020). Tehyn ja SuPerin terveiset budjettiriiheen: Hoitajien panos koronan hoidossa on korvattava [Greetings from Tehy and SuPer to the budget dispute: The contribution of caregivers in the care of the corona must be reimbursed] 11 Sep 2020 <https://www.sttinfo.fi/tiedote/tehyn-ja-superin-terveiset-budjettiriiheen-hoitajien-panos-koronan-hoidossa-on-korvattava?publisherId=69817322&releaseId=69888585> (referred 22nd Sep 2020)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Opioid Treatment Program (OTP) Guidance. . Retrieved from <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/otp-guidance-20200316.pdf>.
- Sundström, G. (2019). Mer familj, mer omsorg /More Family, More Care/. Stenkvista: Familjen först ([www.familjenforst.nu](http://www.familjenforst.nu)).
- Sundström, G., Jegermalm, M., Abellán, A., Ayala, A., Pérez Diaz, J., Pujol, R. & Souto, J. (2018). Men and older persons also care, but how much? Assessing amounts of caregiving in Spain and Sweden. *International Journal of Aging and Later Life*, 12, 1, 75-90.
- Swinford, E., Galucia, N., & Morrow-Howell, N. (2020). Applying gerontological social work perspectives to the coronavirus pandemic. *Journal of Gerontological Social Work*, 1-11.
- Swinkels J.C., Suanet B., Deeg D.J.H. & Broese Van Groenou M.I., (201



6), Trends in the informal and formal home-care use of older adults in the Netherlands between 1992 and 2012, *Ageing and Society*, 36, pp. 1870-1890.

Szebehely (Eds.), *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences* (pp. 23-83): Stockholm Studies in Social Work 30. Department of Social Work: Stockholm University.

Szebehely, M. (2020). The impact of COVID-19 on long-term care in Sweden. LTCcovid.org, Long-Term Care Policy Network, CPEC-LE, 22 July 2020.

Szebehely, M., & Trydegård, G. B. (2012). Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 300-309.

The Alzheimer Association of Finland. (2020). Unpublished information gathered from the clients. Siipola T, Suomu K, the regional member associations.

The Association of Finnish Municipalities. (2020). Päätösluonnos valmiuslain (1552/2011) 86 §:n mukaisesti sosiaalihuollon ohjaustoimien ryhtymisestä [Draft decision on taking social care guidance measures in accordance with section 86 of the Emergency Preparedness Act (1552/2011)] <https://www.kuntaliitto.fi/lausunnot/2020/paatoslunnos-valmiuslain-15522011-86-ssn-mukaisesti-sosiaalihuollon-ohjaustoimiin> (referred 3rd September 2020)

The Human Mortality Database. [www.mortality.org](http://www.mortality.org) (referred 22nd September 2020)

The Union of Health and Social Care Professionals. (2020). Survey results from Korona on tehnyt työstä vaativampaa ja vaarallisempaa [TEHY's inquiry: Korona has made the work more demanding and

d dangerous] 21 Apr 2020. <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-kysely-korona-tehnyt-tyosta-vaativampaa-ja-vaarallisempaa> (referred 22nd Sep 2020)

The Union of Health and Social Care Professionals. (2020). Survey results from Suojautumisessa selviä puutteita – työturvallisuus tärkeämpää kuin koskaan [TEHY’s survey: Clear shortcomings in protection – occupational safety more important than ever] 6 April 2020. <https://www.sttk.fi/2020/04/06/tehy-kysely-suojautumisessa-selvia-puutteita/> (referred 22nd Sep 2020)

Tiirinki H, Tynkkynen L-K, Sovala M, Atkins S, Koivusalo M, Rautiainen P, Jormanainen V, Keskimäki I. (2020). COVID-19 pandemic in Finland – Preliminary analysis on health system response and economic consequences. *Health Policy and Technology*, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.005>.

TK. (2019/2020a). Kamerbrief met nieuwe aanvullende maatregelen om de COVID-19-uitbraak te bestrijden (brief dd. 19 mei). Tweede Kamer, vergaderjaar 2019/2020, 25 295, nr. 351.

TK. (2019/2020b). Kwaliteit van zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2019/2020, 31 765, nr. 491.

Tynkkynen LK, Keskimäki I, Atkins S, Koivusalo M, Rautiainen P, Reisel E, Aalto AM, Jormanainen V, Satokangas M, & Viita-Aho M (2020). COVID-19 Health System Response Monitor Finland. <https://www.covid19healthsystem.org/countries/finland/countrypage.aspx> (referred 15th September 2020)

Ulmanen, P. & Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential care in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 24, 1, 81-92.

Understanding the impact of COVID-19 on residents of Canada’s long

- term care homes - ongoing challenges and policy response: International Long-Term Care Policy Network.
- United Nations. (2020). COVID-19 Pandemic Exposes Global 'Frailties and Inequalities': UN Deputy Chief. Retrieved from <https://news.un.org/en/story/2020/05/1063022>
- U.S. Government Accountability Office. (2005). Elderly housing: Federal housing programs that offer assistance for the elderly. (Publication No. GAO-05-174). Retrieved from <https://www.gao.gov/new.items/d05174.pdf>
- U.S. Department of Health & Human Services. (2020). State Medicaid Programs. <https://longtermcare.acl.gov/medicare-medicaid-more/medicaid/index.html>. 2020년 8월 23일 인출.
- V&VN. (2020a). Stil drama in wijk en verpleeghuizen door tekort beschermende middelen [press release]., 6 april 2020
- V&VN. (2020b). 1 mei. Peiling V&VN: tekorten maskers houden aan, psychische druk hoog. 2020 Retrieved on; Available from: <https://www.venvn.nl/nieuws/peiling-v-vn-tekorten-maskers-houden-aan-psychische-druk-hoog/>.
- Vahia, I. V., Blazer, D. G., Smith, G. S., Karp, J. F., Steffens, D. C., Forster, B. P., . . . Reynolds III, C. F. (2020). COVID-19, mental health and aging: A need for new knowledge to bridge science and service. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Van Bochove M., Snel E. (2020). Solidariteit: hulp geven en ontvangen, in Engbersen G., Wentink T. (red.) *De bedreigde stad: de maatschappelijke impact van COVID-19 op Rotterdam*, Kenniswerkplaats Leefbare Wijken, Rotterdam, april 2020.
- Van Boekel L., Stoop A., Luijkx K.G. (2020). *Uitbraak COVID-19 in de verpleeghuiszorg Wat kunnen we leren uit de literatuur van andere*

re rampen of crisissituaties? Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2020, vol. 51.

Van de Wie. (2020). M. Manifest: Doe verpleeghuizen tijdens tweede coronagolf niet meer op slot. 2020 Retrieved on: 20-11-2020; Available from: <https://www.trouw.nl/zorg/manifest-doe-verpleeghuizen-tijdens-tweede-coronagolf-niet-meer-op-slot~ba185602/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.vilans.nl%2Fartikelen%2Fvilans-tekent-manifest-verpleeghuizen-tijdens-tweede-golf-niet-weer-op-slot>.

Van der Klundert, M. (2020). Minister kreeg al weken signalen over dreigende tekorten in verpleeghuizen. 2020; Available from: <https://nos.nl/artikel/2330830-minister-kreeg-al-weken-signalen-over-dreigende-tekorten-in-verpleeghuizen.html>

Van der Klundert, M. and J. Kompeer. (2020). Vanaf 1 juni kan iedereen in Nederland op het coronavirus getest worden. 2020; Available from: <https://nos.nl/artikel/2334835-vanaf-1-juni-kan-iedereen-in-nederland-op-het-coronavirus-getest-worden.html>.

Van der Roest H., Prins M., van der Velden C., Steinmetz S., Stolte E., van Tilburg T., de Vries D. (2020). De impact van sociale isolatie onder bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen ten tijde van het nieuwe coronavirus, Trimbos Instituut, ZonMw, 25 juni 2020.

Van Houwelingen P & De Hart J. (2013). Maatschappelijke participatie: voor en met elkaar. In Cloïn, M. (ed.) (2013) Met het oog op de tijd Een blik op de tijdsbesteding van Nederlanders [With an eye on time. A look at the time use of Dutch people], The Netherlands Institute for Social Research (SCP), Den Haag, November 2013 (in Dutch). Available at: [https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_)

publicaties/Publicaties\_2013/Met\_het\_oog\_op\_de\_tijd

- Van Dorn, A., Cooney, R. E., & Sabin, M. L. (2020). COVID-19 exacerbating inequalities in the US. *Lancet* (London, England), 395(10232), 1243.
- VenV. (2020). Handreiking voor bezoekbeleid van verpleeghuizen in corona-tijd. Actiz, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&V N en ZorgthuisNL. Geraadpleegd op 18-06-2020 via <https://www.waardigheidentrots.nl/tools/handreiking-bezoekbeleid-verpleeghuizen-corona/#>.
- Vieira, C. M., Franco, O. H., Restrepo, C. G., & Abel, T. (2020). COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas*.
- Vladeck, F., Segel, R., Oberlink, M., Gursen, M. D., & Rudin, D. (2010). Health indicators: A proactive and systematic approach to healthy aging. *Cityscape*, 12, 67-84. doi:10.2307/20868745
- Wacker, R., & Roberto, K. (2014). *Community resources for older adults: Programs and services in an era of change* (4th ed.). Los Angeles, CA: SAGE Publications, Inc.
- Whitehead, B. R. (2020). COVID-19 as a Stressor: Pandemic Expectations, Perceived Stress, and Negative Affect in Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*.
- WHO. (2020). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
- WHO. (n.d.). Ageing and life-course. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/ageism/en/>
- Wimo, A., Jönsson, L., Fratiglioni, L., Sandman, P.O., Gustavsson, A., Sköldunger, A., & Johansson, L. (2016). The societal costs of dementia in Sweden 2012 - relevance and methodological challenges in valuing informal care. *Alzheimer's Research and Therapy*.

- Woittiez, Isolde, Evelien Eggink en Mirjam de Klerk. (2020). Beleidssignalement Maatschappelijke gevolgen coronamaatregelen. Mensen met een verstandelijke beperking. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Woolley, F. (2020). Canada has so few acute-care beds that even the flattest of curves will overwhelm hospitals. Fixing the system's flaws will require federal funding. Policy Options, 19 March 2020.
- World Health Organization. (2020). COVID-19 and Violence Against Older People. Retrieved from <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-violence-against-older-people>
- Yle News. (2020). Hoitajaliitot ihmettelevät, miksei koronaohjeista piitata: Vanhusten hoivakotien ovia pidetään auki ja hoitajien suojaaksi tarjotaan putkihuivia. [Caregivers' associations wonder why the corona guidelines are ignored: The doors of nursing homes are kept open and tube scarves are provided to protect caregivers] 23rd April 2020. <https://yle.fi/uutiset/3-11315435> (referred 19th May 2020)
- Yle News. (2020). Hoitajat kertovat hoivakotien kaoottisesta korona-arjesta - "Juostaan kolmessa kerroksessa, ja sijaiset kiertävät ympäri kaupungin paikkoja" [Caregivers tell of the chaotic daily life in nursing homes - "We run between three floors and deputies to our facilities around the city] 21st April 2020. <https://yle.fi/uutiset/3-11314262>. (referred 19th May 2020).
- Yle News. (2020). Hoivakodissa Kiuruvedellä tehtiin vakavia virheitä koronaepidemiassa - potilasturvallisuus vaarantui, liki kolmannes asukkaista kuollut. [Serious mistakes were made in the corona epidemic in the care home in Kiuruvesi - patient safety was endangered, almost a third of the residents died]. 4th April 2020. <http://yle.fi/uutiset/3-11314262>

s://yle.fi/uutiset/3-11305293 (referred 4th April 2020).

Yle News. (2020). Mänttä-Vilppula todettu 11 koronatartuntaa kuntoutusosastolla – sairastuneet pääosin yli 80-vuotiaita [11 COVID-19 cases in rehabilitation ward in – most of them over 80 year of age] <https://yle.fi/uutiset/3-11544685> (referred 15th September 2020)

Yle News. (2020). THL: Hallituksen toimet hidastaneet selvästi koronan leviämistä Suomessa, testausta lisätään voimakkaasti [THL: The government's actions have clearly slowed down the spread of the corona in Finland, and testing is being stepped up]. 1st April 2020. <https://yle.fi/uutiset/3-11285785> (referred 19th May 2020)

Zimmerman, S., Sloane, P. D., Katz, P. R., Kunze, M., O'neil, K., & Resnick, B. (2020). The need to include assisted living in responding to the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(5), 572-575. doi:10.1016/j.jamda.2020.03.024

