

コロナ禍における介護老人保健施設入所者の退所先の変化 ～入所者の要介護度・自立度・認知度との関係～

*Changes in Destinations for Residents of a Long-Term Care Health Facility During the COVID-19 Pandemic:
Relationship Between the Level of Care Required, Independence, and Awareness of Residents*

嶋野広一¹⁾ 長尾 徹²⁾

¹⁾ 大阪河崎リハビリテーション大学：大阪府貝塚市水間 158 番地（〒 597-0104）

²⁾ 神戸大学大学院保健学研究科：兵庫県神戸市須磨区友が丘 7 丁目 10-2（〒 654-0142）

Koichi Shimano¹⁾, Toru Nagao¹⁾

¹⁾ *Osaka Kawasaki Rehabilitation University: 158 Mizuma, Kaizuka-city, Osaka 597-0104, Japan*

²⁾ *Doctoral program, Graduate School of Health Sciences, Kobe University: 7-10-2 Tomogaoka, Suma-ku, Kobe-City, Hyogo 654-0142, Japan*

要旨：新型コロナウイルス感染症の拡大前（2019 年度、以下、コロナ禍前）と感染拡大中（2021 年度、以下、コロナ禍）の介護老人保健施設（以下、老健）の退所先の相違と年齢・要介護度・自立度・認知度に違いがあるかどうかを調査することとした。対象は O 府の老健を退所した 162 人である。方法は 2019 年度と 2021 年度の退所者から自宅退所者（以下、自宅群）と高齢者向け住まい・施設の退所者（以下、みなし群）の数を得て、自宅群とみなし群の人数、年齢、要介護度、自立度、認知度を比較した。2019 年度（自宅群：57 人、みなし群：26 人）と 2021 年度（自宅群：69 人、みなし群：10 人）は、2021 年度で自宅群の人数が多く（ $p=0.004$ ）、さらに自宅群の年齢は若く（ $p=0.021$ ）、両群共に 2021 年度で認知度が重度であった（自宅群： $p=0.002$ 、みなし群： $p=0.009$ ）。2021 年度は、退所者や家族が、他施設での集団生活での新型コロナウイルスへの感染リスク恐れて入所を控え、介護サービスが必要な認知度にもかかわらず自宅へ退所したと思われる。

キーワード：高齢者、新型コロナウイルス、介護老人保健施設

ABSTRACT : This study aimed to probe into whether there were differences in the destinations of residents leaving a long-term care health facility before the spread of COVID-19 in fiscal year 2019 and during the spread of the infection in fiscal year 2021. This study also attempted to investigate differences among residents regarding age, levels of care required, independence, and awareness. The participants were 162 people who left a long-term care health facility in O Prefecture. We obtained data on the number of people who left their homes and the long-term care health facility in fiscal years 2019 and 2021, and compared the datasets according to the number of people who left their homes and the facility, age, levels of care required, independence, and awareness. In 2021, the number of people who left home was higher than in 2019 ($p = 0.004$), and those who left home were younger ($p = 0.021$). Both those who left home and those who left the long-term care health facility had high levels of awareness in 2021. In 2021, it appears that residents and their families were afraid of the risk of contracting COVID-19 from groups living in other facilities, and so they moved back home despite being aware of the need for nursing care services.

Key words : Older adults, COVID-19, Long-term care health facility

¹⁾ 嶋野広一 Koichi Shimano

E-mail : shimanok@kawasakigakuen.ac.jp

1. 序文

新型コロナウイルス感染症は2019年12月に中国で報告され、我が国でも約7万人が死亡するなど、社会活動に多大なる影響を及ぼしてきた¹⁾。感染症、特に今回の新型コロナウイルス感染症はいわゆる「三密（密閉空間・密集場所・密接場面）」の条件がそろった場所（クラスター）発生のリスクが高いと言われている²⁾。

医療機関は上記の三密の例に漏れず、入院患者同士が同室で過ごす時間が長い（密閉空間・密集場所）、患者と職員が濃厚に接触する機会が多い（密接場面）、咳症状や痰吸引などの処置でウイルスに接触する危険性があること、患者自身がマスクをしない等の理由で感染症が拡大しやすい環境である。介護老人保健施設（以下、老健）においては、さらに入所者が高齢であることから新型コロナウイルス感染症に罹患すると重症化して死に至る危険性が高い。そのため、医療機関と同様に、施設内に新型コロナウイルスを持ち込まないように入所者と家族の面会を禁止、もしくは制限するという対策が講じられた³⁾。

老健の役割は介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭復帰や在宅支援を促すことである⁴⁾。一方で、ターミナルケア（終末期医療）は、以前は医療機関で行われていたが、2009年4月より老健でのターミナルケア加算が新設された。疾患に対し積極的な治療を行うのではなく、心身の苦痛を緩和して、“その人”らしく生きていくためのケアを老健も担うこととなった⁵⁾。2000年の介護保険制度発足時は老健退所者全体の45%が家庭復帰したが、2016年では約29%まで低下している⁶⁾。一方、家庭復帰や在宅支援を促す目的から、老健の人員配置基準として、一定数の入所者数に対し、リハビリテーション専門職を設置しなければならないと定められている⁴⁾。老健における理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下、リハ専門職）の役割は高齢者の自立支援や家庭復帰、在宅支援のためにリハビリテーションサービスを提供することである。また、リハ専門職は入所者が家庭復帰できるかどうかについて、日々他職種と連携、模索している。リハ専門職にとって、老健からの家庭復帰は老健の運営の観点からも常に興味を持っておかなければならない事項である⁷⁾。

しかしながら、前述のように新型コロナウイルス感染症が猛威を振るった。感染症が蔓延する状況下にあっても、リハ専門職が家庭復帰を推進するという役割を全うするためには、老健入所者がどのような場所に退所するかを把握することは、リハ計画を立案する上で大変重要である。そこで、今回のコロナ禍における老健入所者の退所先に変化があったのか、将来、同じような感染症の蔓延があった場合にはどう対処すれば良いのかという検討が必要であると考えた。

感染症の流行によって、退所先に変化があったとすれば、その状況を顕在化（記録）しておくことで、再度、同

様の状況に陥った場合に準備しておくことが可能となるだろう。

そこで今回は、コロナ禍前とコロナ禍の老健退所者の退所先と年齢・要介護度・自立度・認知度に変化があったどうかを調査することとした。

2. 対象

対象は〇府内の老健1施設における2019年度と2021年度の自宅への退所者（以下、自宅群）と高齢者向け住まい・施設（以下、みなし群）への退所者の計162人（男性54人、女性108人、年齢84.1±8.1歳）である。研究対象老健は本研究内容に賛同が得られた施設であり、在宅復帰・在宅療養支援等指標⁸⁾で超強化型に分類されていた。

なお、対象者には医療機関、老健、特別養護老人ホームへの退所および死亡退所を除外した。

3. 方法

2019年度と2021年度の入退所名簿から、自宅群とみなし群に該当する対象者を抽出した。その後、2019年度と2021年度の自宅群・みなし群の年齢、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準⁹⁾（以下、自立度、表1）、認知症老人の日常生活自立度判定基準⁹⁾（以下、認知度、表2）をカルテ情報より入手した。

要介護度は寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要（要支援状態）になった場合に、介護の必要度合い（自立、要支援1から要介護5の計8段階）を表す指標であり、数値が大きくなるほど要介護度は重度となり、要介護度に応じた介護サービスを受けることができる¹⁰⁾。

自立度は何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的かつ短時間に判定することを目的として作成されたものであり、“能力”の評価ではなく“状態”、特に“移動”にかかわる状態像に着目して、日常生活の自立の程度を4段階にランク分けしたもので、J（生活自立）からC（寝たきり）に分けられる⁹⁾。

認知度は本人との交流や詳細のわかる家族や介護者からの聞き取りにより、意思疎通の程度やみられる問題行動に着目して、日常生活の自立の程度を7段階にランク分けして評価するもので、I（自立）からM（著しい精神症状や重篤な身体症状が見られる）に分けられる¹¹⁾。

4. 統計学的処理と研究倫理

統計学的処理については、SPSS Version28を使用し、有意水準を5%未満とし、2019年度と2021年度の自宅群とみなし群への退所者数を χ^2 検定にて比較した。両年度

の年齢、要介護度、自立度、認知度はKolmogorov-Smirnovの正規性の検定を行い、年齢は正規性が認められたため、対応のないt検定を用い、要介護度、自立度、認知度は正規性が認められなかったため、マンホイットニーのU検定を用いて比較した。

なお、統計処理に際し、自立度は自立～C2を9～1、認知度は無～Mを1～8として著者が各ランクに評点を対応させた(表1、2)。

研究倫理については、文部科学省・厚生労働省の疫学研究に関する倫理指針に従い、対象者及び対象者家族による研究についての同意は、研究を行う老健において、研究の目的を含めた実施についての情報を通知または公開し、さらに可能な限り拒否の機会を保障するオプトアウトを行った。本研究は、大阪河崎リハビリテーション大学研究倫理審査委員会の承認(承認番号:OKRU-RA0042)を得て実施した。

表1. 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準⁹⁾と統計処理に用いた評点

ランク	判断基準	評点
生活自立	J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	
	1 交通機関等を利用して外出する	8
	2 隣近所へなら外出する	7
準寝たきり	A 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出できない	
	1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する	6
	2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	5
寝たきり	B 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ	
	1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う	4
	2 介助により車椅子に移乗する	3
	C 日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する	
	1 自力で寝返りをうつ	2
2 自力では寝返りもうてない	1	

※自立は評点:9とした

表2. 認知症老人の日常生活自立度判定基準⁹⁾と統計処理に用いた評点

ランク	判断基準	見られる症状・行動例	評点
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している		2
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる		3
	IIa 家庭外で上記IIの症状がみられる	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでにできたことにミスが目立つ等	
	IIb 家庭内でも上記IIの症状がみられる	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする		5
	IIIa 日中を中心として上記IIIの症状がみられる	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる。物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
	IIIb 夜間を中心として上記IIIの症状がみられる	ランクIIIaに同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	ランクIIIに同じ	7
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体症状が見られ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	8

※自立:1

5. 結果

退所者については2019年度の自宅群は57人、みなし群は26人、2021年度の自宅群は69人、みなし群は10人であった(表3)。これら、 χ^2 検定にて比較した結果、2021年度の方は自宅群が多かった($p=0.004$) (表3)。

さらに、自宅群において2019年度と2021年度の年齢、要介護度、自立度、認知度を比較した結果、2021年度の自宅群の年齢は若く($z=2.334$ $p=0.021$)、認知度が重度であった($z=3.164$, $p=0.002$)。なお、要介護度、自立度に差はみられなかった(表4)。

一方、みなし群においては2019年度と2021年度の比較において、2021年度の方が認知度は重度であった($z=2.629$ $p=0.009$)。しかし、年齢、要介護度、自立度に差はみられなかった(表5)。

表3. 2019年度および2021年度における自宅群とみなし群の退所者数

	2019年度	2021年度	p値
自宅	57	69	0.004
みなし在宅	26	10	

χ^2 検定

表4. 自宅群における2019年度と2021年度の比較

	2019年度 (n=57)	2021年度 (n=69)	統計量 (z)	p値
年齢	86.7 ± 7.0	83.4 ± 8.7	2.334	0.021
要介護度	3 (2.4)	4 (2.4)	1.617	0.106
自立度	4 (3.5)	4 (3.5)	1.230	0.219
認知度	3 (2.6)	5 (4.6)	3.164	0.002

表5. みなし群における2019年度と2021年度の比較

	2019年度 (n=26)	2021年度 (n=10)	統計量 (z)	p値
年齢	79.9 ± 7.6	84.5 ± 5.2	1.727	0.316
要介護度	3 (2.4)	3 (2.3)	-0.165	0.876
自立度	5 (4.5)	5 (4.5)	0.603	0.590
認知度	4 (2.5)	6 (4.8)	2.629	0.009

6. 考察

今回は、コロナ禍前(2019年度)とコロナ禍(2021年度)の自宅群とみなし群の人数、年齢、要介護度、自立度、認知度に変化があったかどうかを調査した。その結果、感染症拡大中(2021年度)の方が感染拡大前(2019年度)に比べてみなし在宅への退所が少なく、自宅への退所が多かった。また、認知度に関しては、各群ともに2021年度の方が2019年度に比べて認知度が重度であった。

2021年度に自宅群が多くなった要因のひとつとして、2020年のコロナ禍に厚生労働省より各都道府県に対して、「入所希望者が新型コロナウイルスに感染している疑いがあるという理由で施設入所を断ることは、受け入れを拒否する正当な理由には該当しない。」との通達¹¹⁾がある。このことは、新型コロナウイルスに感染していることを理由に入所を断られていたという事例が、全国的にみられたことを示唆している。なぜ、新型コロナウイルスに感染している疑いのある高齢者の入所を断るのかについて、認知症者の場合は施設内でのマスク着用や隔離を強要するのは困難なことが多く、認知症者を受け入れることによって、感染症対策が不十分になることが考えられる^{12,13)}。感染症対策の不十分さが施設内でのクラスターを招く危険性があるので、高齢者の入所を制限していたと思われる。さらに、施設内でクラスターが発生した場合は施設の収入が低下する危険性があった。具体的には、コロナ禍の2021年は前にコロナ禍前比べて、老健の入所、短期入所療養介護の稼働率(以下、稼働率)が1.9%減少している。施設規模が100床の場合は、年間で1,000万円の収入ダウンとなる¹⁴⁾。よって、施設での感染拡大や施設運営維持の観点から止む無く、新規の入所を制限していたと考えられる。

2020年度は、新型コロナウイルスに感染した場合は受け入れ可能な医療機関への入院という流れになっていた。しかし、高齢者が施設で感染した場合、受け入れ医療機関での前述のような隔離の難しさやそれに伴う医療従事者の2次感染の恐れ、さらに新型コロナウイルス感染症の治療法も確立されていなかった。医療機関は新型コロナウイルス罹患者を受け入れるために様々な体制を整える必要があるが、コロナ禍当初は医療逼迫を起こしていた。逼迫した理由について、新型コロナウイルス罹患者を受け入れる病床の不足が挙げられる。これは民間病院の新型コロナウイルス罹患者の受け入れに積極的ではなかった。特に経営状況の厳しい民間病院は、新型コロナウイルス罹患者を受け入れるのには費用面、物理面でのハードルが高かったことが理由と思われる¹⁵⁾。

このような、介護施設での新規入所者の受け入れに難色を示していたこと、コロナ禍当初の医療逼迫があったことで、国としても医療機関や介護施設に支援の施策が示されている。施設の運営を維持するために、入所者が陽性となり転院ができない場合、地域医療介護総合確保基金より助成金や経費の補填、厚生労働省や各都道府県より医療従事者や感染症専門家、介護人材応援職員等の派遣がなされた。また、医療逼迫時に施設退所を満す高齢者を老健で受け入れた場合は、一定の加算が示された¹⁴⁾。

また、新型コロナウイルス感染症は、医療機関や介護施設のみならず、他の施設(みなし在宅)での集団生活の場合、自宅や家族のような小集団と比べて罹患リスクが高い。本人や家族が他の施設(みなし在宅)での集団生活に伴う新型コロナウイルスへの感染を恐れて入所を控え、止

む無く自宅へ退所したのではないかとも考えられる。

自宅群の認知度に関しては2021年度の方が2019年度より重度であった。具体的には、2019年度の自宅群はⅡaに相当し、「(家庭外で)日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。」である。対して、2021年度の自宅群はⅢaに相当し、「(日中を中心として)日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする」とされている。つまり、2021年度の自宅群は2019年度と比較して、他者の介護がより必要な状態で退所していた。みなし群に関しても同様で、2019年度はⅡbに相当し、「(家庭内でも)日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」とされている。対して、2021年度はⅢbに相当し、「(夜間を中心として)日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする」である。自宅群と同様に、2021年度のみなし群も他者の介護が必要な状態で退所している。2021年度は、退所者や家族が他施設での集団生活での新型コロナウイルスへの感染を恐れての入所控えによって自宅へ退所したと思われる。コロナ禍では、施設内でも自粛を余儀なくされており、入所者は活動できないことによる日中の生活意欲の低下を引き起こしていた。加えて、マスク着用やシールドの設置によって、会話のしにくさや聞き取りにくさを招き、他者とのコミュニケーションが減少してしまった^{16,17)}。そのような心身機能が低下した状態での退所となった場合、特に自宅への退所者は家族が退所者の介護を担うことになる。2021年度は退所者や家族が他施設での集団生活での新型コロナウイルスへの感染リスク恐れて、介護サービスが必要な認知度にもかかわらず自宅へ退所したと思われる。堺ら¹⁸⁾はコロナ禍での介護者のメンタルヘルスと介護負担感について、精神健康不良な介護者は介護負担が強い傾向にあり、介護によって社会生活に影響を及ぼしていることを報告している。今回の研究でも、介助者である家族の介護負担がコロナ禍前に比べて一層高くなったのではないかと考えられた。

石井¹⁹⁾はコロナ禍での介護サービス利用の変化について、コロナ禍によって介護サービスを受けることができなくなったと回答したものが約80%、そして、受けられなくなったことによって家族が介護を担っていた者が約70%と報告している。我々の調査結果と合わせて考えると、コロナ禍では認知度が重度の高齢者が自宅へ多く退所し、さらに介護サービスも受けにくくなっているという状況が予測される。

これらの状況をふまえると、介護者である家族等への臨機応変な支援が不可欠であり、既存の制度や支援だけでは、感染症拡大による介護負担増加および介護者の心労を招きかねない。長引く新型コロナウイルス感染症において、家族介護者の介護負担軽減への対策を早急に講じる必

要性がある。介護施設においては感染対策の在り方を見直す必要があり、具体的には施設にウイルスを持ち込まない、国からの業務継続ガイドラインに従って対策することが求められている²⁰⁾。

今回のコロナ禍では、高齢者の心身の活動や外出頻度が減少し、結果として高齢者のフレイルを進行させてしまうこととなったという報告が多くみられる^{21,22,23)}。平時より、感染症蔓延時でも活用可能な社会資源の準備や施設退所に際しては、対象者本人や家族に心身機能低下予防のプログラムの提供が重要と考えられる。例えば、対象者本人には感染症予防対策によって、本人の行動範囲が狭くなると活動量も減少し、心身機能や意欲の低下につながりフレイル状態になるので²⁴⁾、対象者本人の生活の質の向上となるような活動の支援、感染症予防対策を講じながらの季節の行事やレクリエーション、家族との面会等が重要と思われる²⁵⁾。介護者には積極的に情報提供を行うことで介護者の介護負担や不安の軽減につながると思われ、そのことで対象者本人にも安定した介護環境を提供できるとも考えられる¹⁸⁾。

感染症の蔓延によって自宅への退所が増えてしまった社会構造が推察され、感染症蔓延時には在宅における福祉サービスの増加、支援の拡大が望まれるのではないだろうか。

7. 研究の限界

今回の研究はコロナ禍における老健の入所者の退所先の変化を調査したものである。1施設のみの調査で対象者が少ないこと、退所先というデータからの考察であり、退所者や家族からコロナ禍によって退所先を自宅へ振り替えたのかを直接情報を得たものではないこと、2019年度の退所者と2021年度の退所者は同一対象者ではない為、今回の結果は限定的で、一般化は難しい内容となっている。考察に関しては社会的な提言に留まっていることが挙げられる。

今後は感染症等による行動制限が生じた際に、どのようにすれば介護福祉サービスが継続できるかを検討していく必要がある。

8. 結語

今回はコロナ禍前とコロナ禍中の老健退所者の退所先と年齢・要介護度・自立度・認知度に変化があったかどうかを調査した。その結果、

- ・コロナ禍の方が拡大前より自宅への退所者が多かった。
- ・コロナ禍の自宅群の年齢は拡大前と比べて年齢が若く、認知度が重度であった。
- ・2021年度は退所者や家族が他施設での集団生活での新型コロナウイルスへの感染リスク恐れて、介護サービスが必要な認知度にもかかわらず自宅へ退所したと思われる。

9. 利益相反開示

本論文に関して、開示すべき利益相反状態は存在しない。

10. 文献

- 1) 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症の現在の状況について〈https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32969.html〉. [accessed 2024-11-20]
- 2) 首相官邸：新型コロナウイルス感染症対策について3つの密を避けましょう〈<https://www.kantei.go.jp/jp/content/000061868.pdf>〉. [accessed 2024-11-20]
- 3) 厚生労働省：社会福祉施設等（入所施設・居住系サービスに限る。）における感染拡大防止のための留意点について〈<https://www.mhlw.go.jp/content/000683520.pdf>〉. [accessed 2024-11-20]
- 4) 厚生省（現 厚生労働省）：介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準〈https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82999407&dataType=0&pageNo=1〉. [accessed 2024-11-20]
- 5) 厚生労働省：介護保険制度をめぐる最近の動向について〈<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000917423.pdf>〉. [accessed 2024-11-20]
- 6) 公益社団法人全国老人保健施設協会：介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化に向けて～在宅復帰阻害要因の検討と在宅復帰機能の強化策～〈http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/04/H29_zaitakushien_kyoka_report.pdf〉. [accessed 2024-11-20]
- 7) 山田孝, 小林法一, 竹原敦 他：高齢期領域の作業療法第2版. 中央法規, 東京都, pp130-131, 2016
- 8) 厚生労働省：介護老人保健施設〈<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001131788.pdf>〉. [accessed 2024-11-20]
- 9) 能登真一, 山口昇, 玉垣努 他：作業療法評価学 第3版. 医学書院, 東京都, pp617, 2017
- 10) 厚生労働省：要介護認定に係る制度の概要〈<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo1.html>〉. [accessed 2024-11-20]
- 11) 厚生労働省：高齢者施設における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応等について〈<https://www.mhlw.go.jp/content/000645252.pdf>〉. [accessed 2024-11-20]
- 12) 安田いずみ：制限を余儀なくされた生活から専門職が学んだこと. 日本認知症ケア学会誌, 22(2):327-331, 2023
- 13) 伊藤慎介：感染者の病院搬送が叶わず施設内療養を継続. コミュニティケア, 24(7):78-81, 2022, 82-85, 2022.
- 14) 漆間伸之：新型コロナウイルス感染症による介護老人保健施設への影響. コミュニティケア, 24(7):78-81, 2022
- 15) 田伏久之：新型コロナ禍における医療逼迫に思う. 大阪救急, 106:19-31, 2022.
澄川良一：コロナ禍における在宅サービスの在り方. 医療秘書教育全協誌, 21(1):41-44, 2022.
- 16) 上村淳, 竹原敦：新型コロナウイルス感染症に対する新たな生活様式のための作業療法. 東京作業療法, 9:20-25, 2021
- 17) 森祐樹, 清野論, 山下真里：大都市在住後期高齢者における通いの場への参加状況とその関連要因：新型コロナウイルス感染症拡大の影響に着目した検討. 応用老年学, 18(1):23-25, 2024.
- 18) 堺景子, 樽谷精一郎, 中谷結香 他：新型コロナウイルス感染症流行下における家族介護者のメンタルヘルスと介護負担感について. 老年精神医学雑誌, 35(2):189-197, 2024.
- 19) 石井伸弥：新型コロナウイルス感染症が認知症患者とその家族に及ぼす影響. 認知症の最新医療, 11(2):66-70, 2022.
- 20) 横山美実子：スタッフへの丁寧な説明と寄り添うことの必要性を痛感. コミュニティケア, 24(7):90-92, 2022
- 21) 石井瞬, 辻田みはる, 川村征大 他：新型コロナウイルス感染症の流行前後における整形外科外来通院中の高齢患者のフレイル有症率の変化. 地域理学療法学, 3:26-34, 2024.
- 22) 中北智士, 松本大輔, 高取克彦：地域在住ロバスト高齢者における新型コロナウイルス流行下での運動実施と基本チェックリストの下位項目との関連. 地域理学療法学, 3:69-76, 2024.
- 23) 山田実：新型コロナ感染症とリハビリテーション医療. Journal of Clinical Rehabilitation, 30(12):1253-1258, 2021.
- 24) 谷内開, 小池亮太：老人保健施設におけるコロナ禍の作業療法. 作業療法おかやま, 32:4-11, 2022.
- 25) 宮本芳恵：介護老人保健施設は今後どうあるべきか. コミュニティケア, 24(7):93-95, 2022