

研究員 の眼

20年を迎えた介護保険の再考 (12) 在宅医療との関係

求められる多職種連携とケアマネジャーの主体的な役割

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

1—はじめに～在宅医療と介護保険の関係～

加齢による要介護リスクをカバーするための社会保険制度として、介護保険制度が発足して4月で20年を迎えました。介護保険の論点を探るコラムの第12回は在宅医療を取り上げます。

在宅医療と聞くと、「医療の話」と思われるかもしれませんが、在宅医療は[第9回](#)で述べた地域包括ケアの中核を成しており、介護保険と密接に関わっています。具体的には、医療・介護連携の必要性が論じられており、市町村が多職種の連携を促す「在宅医療・介護連携推進事業」については、介護保険財源が転用されています。

そこで、今回は小津安二郎監督による『東京物語』など3つの映画を取り上げつつ、在宅医療と介護保険の関係を中心に考察し、介護保険財政を司る市町村や、介護保険で「代理人」と位置付けられているケアマネジャー（介護支援専門員）が在宅医療について主体的に関わる必要性を示します。

2—在宅医療が重視されている理由

1 | 在宅での看取りを望む国民のニーズ

まず、在宅医療が重視されるようになった背景を見てみましょう。国民の「自宅で亡くなりたい」というニーズは高いとされています。例えば、2018年3月に公表された「人生の最終段階における医療に関する意識調査結果報告書」（以下、意識結果¹）によると、「末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいが、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合」では、47.4%の国民が亡くなりたい場所として「自宅」と答えています。

しかし、実際には図1の通り、日本人の7割程度が病院で亡くなっており、国民の希望が叶えられているとは言えません。確かに意識結果によると、「認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできた場合」、亡くなりたい場所として自宅を選ぶ一般国民の割合は14.8%に減少するため、全てのケースで自宅を望んでいるわけではありません。それでも在宅医療という選択肢を広げることで、国民のニ

¹ 意識結果は一般国民、医師、看護師、介護職員に尋ねており、一般国民の回答者数は973人。

ーズに対応できる医療制度に改革する必要があります。

さらに後述する通り、病院は「病気を治す」場所であり、治癒すれば社会復帰することを前提としています。これに対し、身体が弱くなった高齢者の場合、複数の疾患を同時に持っているケースが多く、全ての不具合を治すのは難しい面があります。こうした場面で求められる医療は病院で「治す」よりも、生活で「支える」方が重要になります。

以上のような違いに関しては、一般的に「医学モデル」「生活モデル」という対比で整理されています。具体的には、従来の医学的なケアに力

点を置く医療は「医学モデル」、在宅ケアなど環境と本人の関係性に着目する医療は「生活モデル」と呼ばれており、「医学モデルから生活モデルへの転換」が重視されています。もちろん、「高齢者だから医学モデルは無用」というわけではありませんが、「医学モデルから生活モデルへのシフト」は地域医療構想²や在宅医療の普及など医療提供体制改革の通奏低音となっています。

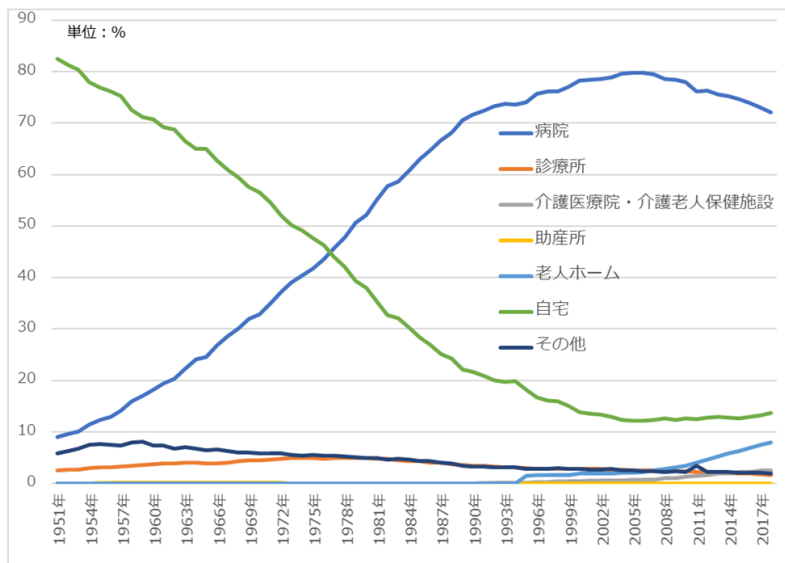
2 | 病床削減の受け皿としての思惑

さらに病床削減の受け皿にしたいという思惑も秘められています。医療経済学では、都道府県別で見たベッド数と医療費の間に相関関係があることが実証されており、医師の判断や行動が医療ニーズを作り出す「医師需要誘発仮説」による影響が以前から説明されています。

一方、日本は世界有数の病床大国です。OECD（経済協力開発機構）のデータ³によると、人口1,000人当たりで見た病床数は12.98床であり、ドイツ（8.0床）、フランス（6.91床）、イギリス（2.46床）などと比べて突出しています。そこで、医療費を抑制する観点に立ち、過剰なベッド数を解消するとともに、そのニーズの受け皿として在宅医療を充実させようとしているわけです。

これは元々、介護保険制度の創設に際しても意識されたことでした。第1回で述べた通り、医学的なニーズが少ないのに家族や住まいの状況で入院する「社会的入院」が1980年代頃から問題化したため、介護保険が創設された経緯があります。

図1：日本人の死に場所の推移



出典：厚生労働省「人口動態統計」基に作成

注1：1994年まで老人ホームは自宅、その他に含まれる。

注2：「介護医療院・介護老人保健施設」は2017年まで「介護老人保健施設」で区分。

² 地域医療構想に関しては、過去の拙稿を参照。2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2019年11月11日「[『調整会議の活性化』とは、どのような状態を目指すのか](#)」。コロナ禍の影響に関しては、拙稿2020年5月15日「[新型コロナがもたらす2つの『回帰』現象](#)」も参照。

³ OECD (2020) “OECD Health Statistics 2020” を参照。日本は2019年、フランスは2018年、ドイツは2017年、イギリスは2020年暫定値。

<https://www.oecd.org/health/health-data.htm>

では、こうした判断の下、最近の制度改正で力点が置かれている在宅医療は、実際に現場でどのように提供されているのでしょうか。以下、本コラムのメインテーマである介護保険との関係を意識しつつ、これらの点を考察します。

3——在宅医療と介護保険の関係

1 | 在宅医療の類型

在宅医療サービスの利用者については、主に高齢者が想定されており、提供される内容に応じて、いくつかの類型に分かれています。主な制度として下記のように区分けできます（なお、在宅医療には高齢者施設・住宅も含むのですが、ここでは煩雑さを避けるため、一括して「在宅」と表記します）。

- (1) 医師が月 2 回前後、患者の自宅などを訪ねる訪問診療
- (2) 具合が悪い時に医師が自宅などを訪れる往診
- (3) 看護師による訪問看護
- (4) 歯科医師による訪問歯科診療
- (5) 薬剤師による訪問薬剤指導
- (6) 理学療法士などによる訪問リハビリテーション
- (7) 医師などの専門職が自宅で暮らす際の留意点などを指導する療養管理指導

本コラムの中心テーマである介護保険に関して言うと、65 歳以上高齢者に対する訪問看護と訪問リハビリテーション、療養管理指導が原則として介護保険財源でカバーされています。

2 | 『東京物語』に登場する往診

医療保険制度でカバーされているタイプのうち、往診は伝統的な形態と言えるかもしれません。例えば、小津安二郎監督による 1953 年製作の『東京物語』では往診の様子が出て来ます。

具体的には、上京していた平山周吉（笠智衆）、とみ（東山千栄子）の老夫妻が自宅の広島県尾道市に戻った後、とみの具合が悪くなり、自宅で急逝する設定になっており、その直前に医師が自宅を訪ねて来るシーンがあります。その際、枕元から帰ろうとする医師に対し、周吉は「度々どうも」と声を掛け、その医者が過去、何度も自宅を訪ねている様子を見て取れます。わずか 15 秒程度の静かなシーンとはいえ、患者—医師の継続的な関係性と信頼関係を表している点で、味わい深いシーンです。

もちろん、今とは状況が違います。例えば、国民皆保険が完成したのは 1961 年よりも前なので、自由診療が多い時期でしたし、本コラムのメインテーマである介護保険が生まれる遥か以前の映画です。

しかし、開業医による往診が早くから実施されていた様子を見て取れます。さらに、図 1 をご覧頂くと分かるのですが、『東京物語』が作られた頃、8 割前後の人が自宅で亡くなっており、こうした情景は珍しくなかったと推察されます。

3 | 1990 年代から制度化された在宅医療

これに対し、医師が定期的に自宅を訪問する在宅医療が制度化されたのは最近のことです。具体的

には、1992年の医療法改正で「居宅」が医療提供の場に位置付けられるなど、少しずつ制度面で手当てされ、2006年改正医療法では都道府県が策定する「医療計画」に在宅医療を位置付ける規定が盛り込まれました。さらに、2006年度診療報酬改定では在宅医療を中心的に手掛ける診療所として、「在宅療養支援診療所」が制度化されるなど、近年の診療報酬改定では在宅医療が重視されて来ました。このほか、[第9回](#)で述べた「地域包括ケア」の文脈でも在宅医療は中心に据えられており、外来（往診を含む）、入院医療などと比べると、在宅医療は新しい類型と言えます。

では、医療機関における入院医療と在宅医療では一体、何が違うのでしょうか。ここでも映画の描写を使って、その違いを明らかにしていきます。

4 | 入院医療と在宅医療の違いを感じさせる『東京家族』

2013年に公開された山田洋次監督による『東京家族』は『東京物語』をリメイクした映画です。映画は『東京物語』のストーリーを家族構成やセリフを踏襲しつつ、現代風にアレンジしており、先に述べた「度々どうも」というセリフも使われています。

具体的には、下記のようなシーンです。広島県の離島に住む平山周吉（橋爪功）、とみこ（吉行和子）の老夫妻が上京している間、とみこは長男（西村雅彦）一家の自宅で倒れ、意識不明で入院してしまいます。さらに、とみこの病状について、医師が周吉や家族に対して病状を説明した後、病室から立ち去る際、長女の金井滋子（中嶋朋子）が医師に対して「度々どうも」と語っているのです。

ただ、医師にとって、とみこは初診の患者ですし、『東京物語』のような患者—医師の継続的な関係を感じることはできません。さらに、説明を終えた後、忙しそうに医師は立ち去っており、静かに時間が流れる中、患者—医師の信頼関係がジワジワと伝わって来る『東京物語』と雰囲気異なります。

結局、とみこは回復しないまま、病院で亡くなるのですが、こうした情景については、ゆっくり患者と話せない入院医療の限界を表しているように思います。

実際、入院医療の場合、医療職の都合に合わせて、患者が就寝したり、食事を摂ったりすることを強られるため、患者の都合は余り考慮されません。つまり、病院という非日常的な空間に身を置いている結果、医療職が定めたルールに沿って暮らしを送らなければならなくなるわけです。このように患者の生活が医療に支配されることを医療社会学では一般的に「医療化」と呼んでいます。

これに対し、在宅医療では関係性が逆転します。在宅医療では月2回程度、医師が自宅を訪ねるのが通例なのですが、それ以外の時間帯では患者にとって日常が流れています。このため、医師は連続している患者の生活を支援することになり、むしろ医療職が患者の希望や意向、生活実態に合わせる場面が多くなります。

しかも医療だけで在宅ケアは完結しません。生活面のニーズは医療だけで満たせませんし、生活は「10時から12時が医療保険」「13時から15時が介護保険」などと切り分けることができません。このため、医療職や介護職など様々な職種が連携しないと、生活の継続的な支援は難しくなります。ここに在宅医療と介護保険が絡んで来るわけです。

ここで一例を挙げます。図2は筆者が昨年度に関わった調査研究事業⁴の際、ヒアリングで把握した在宅ケア生活の事例です。このケースのケアマネジメントでは、「ケアプラン（介護サービス計画）の自己作成→小規模多機能居宅介護事業所のケアマネジャー→居宅介護支援事業所のケアマネジャー」という経緯を経ており、

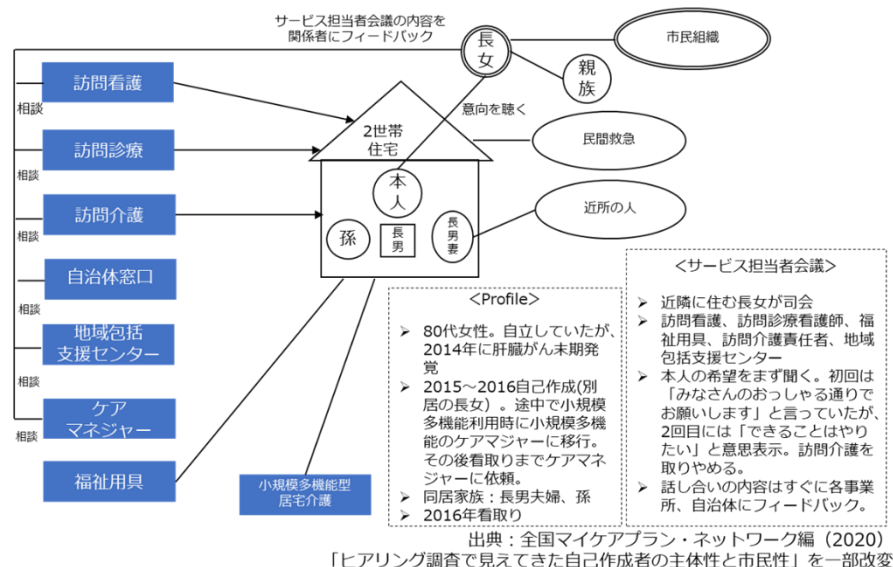
図2：在宅ケアを巡る関係者の連携の一例

こうした時系列の変化は反映しないまま、関わった関係者を全て図に盛り込んでいるのですが、多くの関係者と連携していた様子が分かります。

つまり、生活を支える上では多様な主体、関係者との連携が欠かせなくなるわけです。

こうした関係職の連携に関する実情を考察する

ため、劇場では余り見られない『ピア』という映画を取り上げます。



4——多職種連携による「顔の見える関係」づくりの重要性

1 | 在宅医療をテーマにしたレアな映画『ピア』

『ピア』は2019年に公開されました⁵。映画の製作に際して、在宅医療に携わる医師などが監修に加わっており、在宅医療の現場を理解する上では格好の素材なのですが、東京都内では「有楽町ヒューマントラスト」などで短期間、上映されただけでした。現在も希望者による自主上映会が時折、開催されている程度であり、DVDなどでも気軽に観られないレアな映画です。

主人公は高橋雅人（細田善彦）という若手医師。雅人は大学病院に勤務するエリート医師だったのですが、父親の病気に伴って町医者に転じ、在宅医療を手掛けるようになります。しかし、大学病院の医療に慣れた雅人にとって、在宅医療は全く別の世界でした。医師が一種の権威となっている大学病院における医療と異なり、在宅医療は訪問看護師やケアマネジャー、薬剤師などとフラットな関係性が求められるため、上手く対応できなかったのです。

その後、多職種のメンバーによる飲み会に参加したり、ケアマネジャーの佐藤夏海（松本若菜）に叱られたりしつつ、少しずつ在宅医療の現場に慣れて行きます。そして、がん患者の藤本由紀子（水野真紀）や家族達との出会いが……。

この後はネタバレになりますので、内容を記述しません（気になる方は自主上映会に足を運んで下

⁴ 研究事業の結果については、全国マイケアプラン・ネットワーク編（2020）「ヒアリング調査で見えてきた自己作成者の主体性と市民性」。詳細は下記のリンク先を参照。調査研究事業は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受けた。
<http://www.mycareplan-net.com/reference/yuubi.html>

⁵ 公式ウェブサイトは下記の通り。
<http://peer-movie.com/>

さい) が、映画では介護福祉士、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、福祉用具専門員相談員などが次々と登場し、生活を支える上で多くの職種が絡む点を紹介しています。

実際、映画で描写されている通り、現場では「顔の見える関係」が重視され、様々なカンファレンスや交流会が開催されています。さらに、こうした関係構築を支援する制度改正が実施されていますので、概要を紹介して行きます。

2 | 「顔の見える関係」づくりをバックアップする制度改正

多職種連携による「顔の見える関係」づくりをバックアップする制度改正として、2年に一度の診療報酬改定とか、3年周期の介護報酬改定で連携を促す内容が盛り込まれています。例えば、同時改定となった2018年度改定では、退院した患者が在宅ケア生活に移行できるようにするため、診療報酬と介護報酬の双方を改定し、主治医とケアマネジャーの連携を図る「ターミナルケアマネジメント加算」の新設など細かい制度改正を積み上げました。

このほか、[第11回](#)で取り上げた「認知症総合支援事業」と同様に、介護保険財源の一部を転用する「在宅医療・介護連携推進事業」が2015年度制度改正で創設され、表1の8つの事業を2018年4月までに実施することが全市町村に義務付けられました。

具体的には、①地域の医療・介護資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、④医療・介護関係者の情報共有の支援、⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援、⑥医療・介護関係者の研修、⑦地域住民への普及啓発、⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携——という8つの事業が実施されました。近年、在宅医療や在宅看取りに関するパンフレットや地域資源マップを作成する市町村が増えているのは、この事業の成果と言えます。

さらに、[第10回](#)で論じた「地域ケア会議」も多職種連携を促す舞台装置として位置付けられており、取り組みの濃淡は別して、多職種連携による「顔の見える関係」づくりに関して、市町村に対する支援を中心に、制度面での手当てが一定程度、なされてきていることが分かります。

では、在宅医療・介護連携の論点として、どんなことが想定されるのでしょうか。本コラムの関心事である介護保険に引き付けつつ、①市町村の主体性、②「代理人」機能の重要性——を論じます。

表1：在宅医療・介護連携推進事業の概要

事業の内訳	事業の内容
地域の医療・介護資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集。 これらの情報を整理し、リストやマップなど必要な媒体を選択して共有・活用。
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討。
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進。
医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> 情報共有シート、地域連携バスなどの活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援。 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用。
在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置などによる在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。
医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者がグループワークなどを通じ、多職種連携の実際を習得。 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催。
地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民を対象としたシンポジウムなどの開催。 パンフレット、チラシ、HPなどを活用した在宅医療・介護サービスに関する普及啓発。 在宅での看取りについての講演会の開催。
在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none"> 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村などが連携し、広域連携が必要な事項について検討。

出典：厚生労働省資料を基に作成

5—在宅医療・介護連携の論点

1 | 市町村の主体性

第1に、市町村の主体性です。先に触れた通り、市町村が介護保険との連携を図りつつ、医療・介護連携や多職種連携を強化することが意識されています。

その際、一つのネックになるのが地元医師会と市町村の関係です。例えば、在宅医療・介護連携推進事業に関する調査⁶を見ると、その取り組みの進捗や進捗についてバラツキがあり、市町村と地元医師会の関係という点で見ると、表2の通りに小規模な市町村ほど取り組みが遅れています。ひょっとすると、3年周期で大幅に

変わる制度改正のペースに、小規模市町村が対応できていないのかもしれませんが。

さらに、市町村の多くが「地域の医療・介護資源の不足」「事業実施のためのノウハウ不足」に加えて、「医師会など関係機関との協力関係の構築」などに悩んでいるという調査結果⁷も示されており、必要に応じて医療機関との接点が多い都道府県による支援などが求められそうです。

2 | 「代理人」機能の重要性

第2に、「代理人」機能の重要性です。実は、筆者は「顔の見える関係」の重要性が喧伝されていることについて、少し危うさを感じています。そもそもの問題として、専門職による連携だけが重視され、中心に据えるべき本人の意向が忘れられてしまうのではないかと、という懸念です。別に「連携」の対象は医療・介護の専門職に限りませんし、本人や家族もチームの一員です。少し奇をてらった言い方ですが、人生の最終段階を迎えた患者・利用者の場合、宗教家に関わってもらう場面もあるかもしれません。利用者本人が大事にしているペットも、考え次第ではチームの一員になり得ます。

それにもかかわらず、専門職が「地域包括ケアは『顔の見える関係』から始まる」と言いつつ、飲み会で盛り上がっている様子(最近では新型コロナウイルスの影響で減ったと思いますが…)を見ると、「集まることが目的化していないだろうか」といった懸念を持ってしまいます。

さらに、連携が往々にして無責任体制を生む懸念を恐れています。患者から見れば、異なる専門職が次々と現れ、同じことを何度も話さなきゃいけないのは苦痛ですし、「困った時に相談できる人」が決まっていないと、不安を覚えるはずで。このため、在宅ケアの利用者から見た医療・介護への「入口」を少なくした方がケアの統合性が高まると思います。その際には在宅医や訪問看護が中心になってもいいですし、本来はケアマネジャーも役割を果たせると思います。言わば患者・利用者にとっての「代理人」を形成し、その代理人を中心にケアを統合・調整するイメージです。

もちろん、患者・利用者が「困った時に相談できる人」、つまり代理人となる専門職が全ての問題に

表2：人口規模で見た市町村と医師会の協力関係の状況

単位：%	協力している	協力を予定している	協力していない
1万人未満	58.1	11.7	30.1
1万人以上2.5万人未満	84.1	6.9	9.1
2.5万人以上7.5万人未満	95.4	3.7	0.8
7.5万人以上	98.9	0.2	0.1
全体	82.8	6.1	11.1

出典：野村総合研究所（2019）「地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業—実態調査編—」（老人保健健康増進等事業）を基に作成

注1：回答数は1,733団体。

注2：調査は2018年8～10月に実施。

⁶ 野村総合研究所（2019）「地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業—実態調査編—」（老人保健健康増進等事業）を参照。

⁷ 野村総合研究所（2019）「地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究報告書」を参照。回答数は1,734団体。在宅医療介護連携に関する課題を複数回答で尋ね、1位を5点、2位を4点、3位を3点、4位を2点、5位を1点として各課題をスコア化したところ、「地域の医療・介護資源の不足」が2,440点、「事業実施のためのノウハウ不足」が2,277点、「医師会など関係機関との協力関係の構築」が2,027点だった。

対応できるとは限りません。例えば、在宅医の視点は医療の支援に偏りがちですし、逆に医学の知識や情報、経験に疎い介護・福祉職が多く、医療・介護連携の障壁として議論される時があります。

しかし、複雑な社会保障制度とか、患者・利用者の病歴や生活歴、複雑な家族関係やコミュニティなどについて、1人の専門家が深く知るのは困難です。言い換えると、「代理人」が全てに知悉できない以上、それぞれの専門職が足りない部分や苦手な部分を補完し、逆に得意な部分は専門性を発揮しつつ、代理人を中心に多職種連携を進めるイメージです。

その際、[第4回](#)で述べた通り、介護分野では本来、ケアマネジャーの役割が大きいと考えています。実際には医療機関から退院の連絡が急に入るため、現場のケアマネジャーが対応しにくい点⁸など、なかなか一口に「連携」を掲げても、言うは易く行うは難しなのですが、先に触れた映画『ピア』ではケアマネジャーが節目に登場するなど存在感が大きく、一種の「狂言回し」（場面の転換や話の進行に際して重要な役割を果たす人）のような形で、キーパーソンの役割を演じていました。野暮な私は「医師に説教するケアマネジャーなんて非現実的！」と突っ込みつつ映画を観てしまいましたが、医療・介護連携を図る上で、医療職と対等な立場で対話、連携できる「代理人」のようなケアマネジャーが一人でも増えて欲しいと期待しています。

6——新型コロナ禍の医療・介護連携

こうした医療・介護連携は新型コロナウイルスへの対応策としても有効に働くと思います⁹。新型コロナウイルスの特徴として、高齢者の死亡率が高くなっています。しかし、高齢な利用者との接点が避けられない介護現場では「三密」（密閉、密集、密接）が起きやすく、介護現場は高齢者の命に直結するクラスター（感染者集団）の発生リスクに直面しています。

ただ、一般的な傾向として、介護職は感染症対策に関する経験値や知識を欠いており、医療職のバックアップが必要になります。つまり、新型コロナウイルスへの対応でも医療・介護連携は重要な観点であり、有事の連携を平時に、逆に平時の積み重ねが有事にも活用できるのではないのでしょうか。

7——おわりに

今回は在宅医療と介護保険を中心に議論しました。在宅ケアの利用者は医療とか、介護という線引きに合わせて生きているわけではありません。このため、在宅ケアを支える医療・介護連携は今後、一層重要になって来ます。さらに、こうした連携は新型コロナウイルスへの対策にも通じるはず。単なる「顔の見える関係」の構築にとどまらない連携に期待したいと思います。

第13回は[第11回](#)、第12回と同様、介護保険料を充当している「介護予防・日常生活支援総合事業」（新しい総合事業）を取り上げます。

⁸ ケアマネジャーが勤務する居宅介護支援事業所に対して国が実施した委託調査研究によると、調査対象の50.5%に相当する事業所が「医療機関との連携において困難と感じる点、問題と感じる点」として、「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」を挙げた。2019年4月10日社会保障審議会介護給付費分科会に提出された「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業（結果概要）」を参照。この設問に関する調査対象は1,288事業所、

⁹ 介護現場と新型コロナウイルスの関係については、2020年6月15日拙稿「[新型コロナへの対処として、介護現場では何が必要か](#)」を参照。