

介護老人保健施設における COVID-19 下での

経営戦略に関する検討

加賀山 俊平

キーワード：介護老人保健施設、covid-19、感染対策、事業継続

1. はじめに

2019 年より発生した新型コロナウイルス感染症（以下 covid-19）の感染拡大より、これまで以上に高齢者施設における感染対策が重要視されている。高齢者は易感染性が高いことに加え、罹患した場合の重症化リスクが高く、厚生労働省の報告によると、30 歳代と比較した場合の重症化確率は 70 歳代で 47 倍、80 歳代で 71 倍、90 歳以上では 78 倍にまで増加すると言われている（厚生労働省 2022）。

新型コロナウイルス感染症による重症者や死亡者を抑制し、それに起因する医療崩壊を防ぐために、高齢者が集団生活する福祉・介護施設の感染対策は大きな課題となっている（藤田 2021）。2022 年 3 月 16 日の厚生労働省の報告によると、新型コロナウイルスのクラスターが 4964 件にのぼったと発表されている（厚生労働省 2022）。全国の新規感染者数がピーク時よりも減少しているものの、その一方で重症化リスクが高い高齢者が生活する介護現場においては非常に厳しい状態が続いている。

この COVID-19 の影響もあり、介護業界の市場では、2020 年の「老人福祉・介護事業者」の倒産は 118 件（前年比 6.3%増）、休廃業・解散は 455 件（同 15.1%増）と、そろって過去最多を記録するなど、市場撤退を迫られる介護事業者も多い（東京商工リサーチ 2020）。

また介護給付費分科会の介護事業経営調査委員会によると、収支の状況が新型コ

コロナウイルス感染症の流行前と比較して「悪くなった」と回答した事業所の割合は2020年5月で47.5%、10月で32.7%となっている。サービス別では通所系サービスにおいて悪化の傾向は強く、また介護老人保健施設においては50%以上の事業所が収支の状況が悪化したと答えている（厚生労働省 2020）。

滋賀県A市に所在する介護老人保健施設B施設では、2019年12月下旬新型コロナウイルス感染症流行開始時より、2019年度、2020年度と感染者はスタッフ、利用者ともなく運営できていた。しかし、2021年1月下旬スタッフの同居人から感染者が発生すると同時に、該当スタッフの発熱に始まり、勤務するフロアの利用者に感染が発生した。また他のユニットの利用者にも感染拡大した。施設内の対応として、各感染フロアのゾーニングなどを行った結果として感染者は施設内3名で済んだものの、通所リハビリテーションの利用率の低下や介護老人保健施設における入所及び退所の一時停止、短期入所療養介護の受け入れ停止などが発生し、経営状況に影響を与えた。

さらに、感染者の受け入れなども、県の入院コントロールセンターと調整を行い、入院後再入所された際にも、利用者は抗原検査陽性状態での再入所となり、再度感染対策を余儀なくされるなど、医療逼迫状況もあった。

こうした状況などから、COVID-19下での介護老人保健施設の経営戦略や地域との連携の強化は自施設の経営や地域の医療・介護体制を検討する上で重要と考える。

2. 目的と方法

2-1. 目的

本研究の目的は、2019年より発生したCOVID-19感染拡大において経営状況に影響を受けた介護老人保健施設における経営戦略について検討することである。

COVID-19による影響だけでなく、施設が置かれている状況（外部環境、内部環境）に応じた経営戦略を立案する。

2-2. 方法

2022年1月に施設内で感染が発生したCOVID-19感染発生年度及び過去4年分の財務諸表を比較検討し、内部環境分析、外部環境分析を行うことにより、現状施設が直面している課題を抽出する。

また、COVID-19 下による影響を最小限に食い止めるための経営戦略を検討する。検討にあたっては、法人から得た損益計算書、貸借対照表より経営面を、利用者の居住地割合、介護度割合、転入先割合、転出先割合、入所時及び退所時の ADL 状況の変化から事業所が対象とするターゲットを特定し今後の本事業所の経営戦略を提示することを目的とする。

3. 結果

3-1. 外部環境分析

3-1-1. 高齢者人口の推移及び居住区域

A市の前期高齢者人口は減少傾向にあり、後期高齢者人口は増加傾向にある。平成31年（2019年）4月では、前期高齢者6,832人、後期高齢者6,264人となっており、令和4年（2022年）4月現在、前期高齢者は6,644人、後期高齢者は6,886人と前期高齢者が後期高齢者に移行していた。今後も引き続き後期高齢者人口は増加していくものの、令和2年を境に、高齢者人口の増加は緩やかになるとの予想である。

表1：高齢者人口内訳

A市高齢者人口推移（各年度 4月1日時点）単位：人

	2019年	2020年	2021年	2022年
65～74歳	6,832	6,817	6,868	6,644
75～	6,264	6,480	6,605	6,886

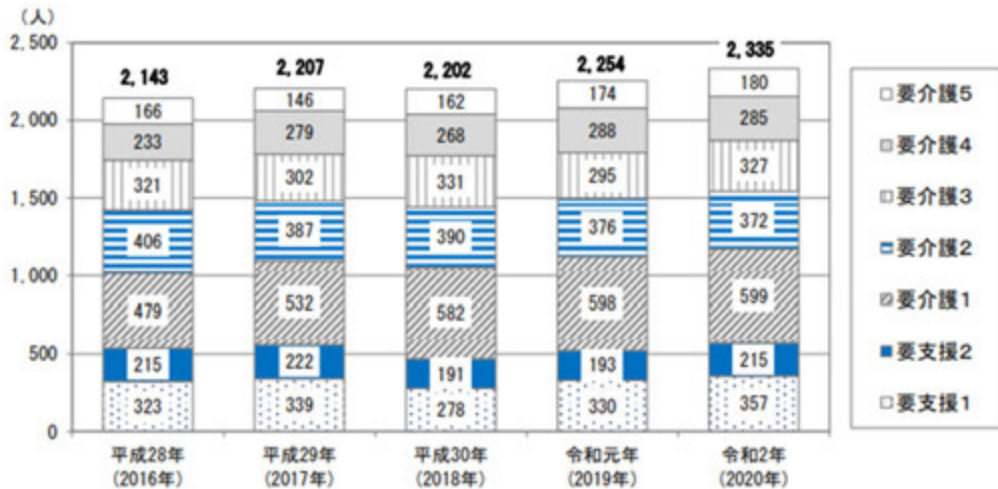
※A市ホームページ 人口・世帯数を参照

3-1-2. 要支援・要介護認定者の推移

A市要介護認定者数（第2号被保険者含む）は増加し続けており、令和2年3月末（令和元年度）に2,335人であった。要介護度別に見ると、「要介護1」が多く、認定率（第2号被保険者を含む）は17%台で上下しつつ推移し、令和※2年に17.5%となった。

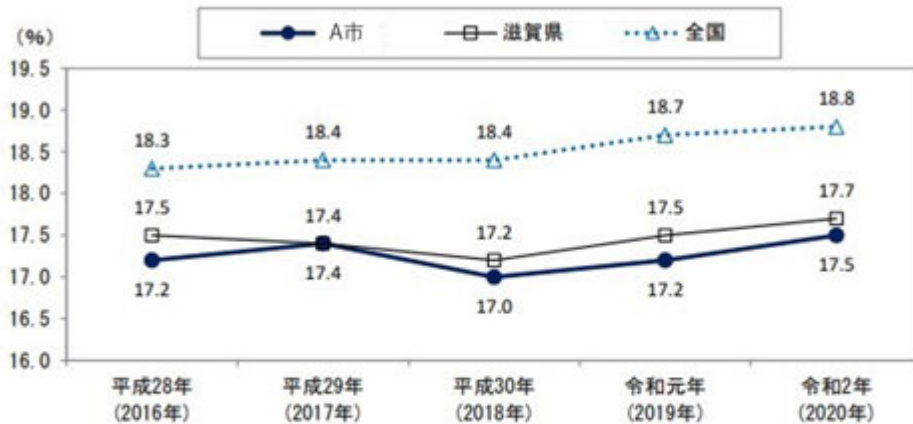
また、A市において新規で認定を受けた人のうち、前期高齢者の占める割合は滋賀県や全国の平均より高いことがわかった。新規で認定を受けた人の平均介護度は要

介護1．要介護3となっており、要支援～要介護1の軽度で分類される人が多い状況になっている。



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（各年3月末）、
※令和元年、令和2年は「介護保険事業状況報告（3月月報）」

図1：要支援・要介護認定者数の推計



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（各年3月末）、
※令和元年、令和2年は「介護保険事業状況報告（3月月報）」

図2：認定率の推移

3-1-3. 介護保険サービスの給付状況

A市のサービス受給率の3年の実績をサービス系列別に見ると、県、全国平均に比して居住系サービスは低く、在宅サービスはやや高く推移している。

市内における居住系サービスは令和2（2020）年7月時点で、定員割れの状況である。

表2：サービス受給率について

受給率(%)	A市			滋賀県平均			全国平均		
	H29	H30	R1	H29	H30	R1	H29	H30	R1
施設サービス	2.8	2.8	2.8	2.7	2.7	2.7	2.8	2.8	2.8
居住系サービス	0.5	0.5	0.4	0.7	0.7	0.7	1.2	1.3	1.3
在宅サービス	10.5	10.2	10.3	10.3	10.1	10.3	9.9	9.6	9.8

(出典) H29及びH30は年報、R1は月報

3-1-4. 在宅サービスの給付費の推移

在宅サービスの給付費の推移をみると、平成30（2018）年度から増加傾向にあり、令和2（2020）年度では2,058,223千円になると見込まれている。令和2（2020）年度の対計画比は96.8%と、計画値を下回っている。

しかしながら、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護は計画値を大きく上回っている。

表 3 : 在宅サービスの給付費の推移

単位：千円

区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	実績	実績	実績	見込み	見込み	見込み
訪問介護	218,227	261,967	313,074	291,293	305,705	297,262
訪問入浴介護	16,561	16,202	17,231	14,697	15,341	16,561
訪問看護	103,412	105,016	120,036	117,463	122,000	129,053
介護予防訪問看護		5,685	9,409	9,694	10,287	10,647
訪問リハビリテーション	14,864	17,607	29,888	25,942	27,791	28,845
介護予防訪問リハビリテーション		2,393	3,526	3,321	3,322	3,322
居宅療養管理指導	12,632	14,506	14,910	15,214	16,160	17,097
介護予防居宅療養管理指導		240	315	317	318	318
通所介護	498,855	490,654	427,424	427,680	448,910	443,699
通所リハビリテーション	152,586	131,019	117,416	119,742	125,810	131,677
介護予防通所リハビリテーション		10,609	9,492	11,467	12,216	12,695
短期入所生活介護	177,753	184,528	178,193	172,126	180,209	192,583
短期入所療養介護	25,428	32,678	27,769	31,384	33,146	35,921
福祉用具貸与	141,114	132,274	136,216	122,078	128,213	135,587
住宅改修費	13,259	6,869	9,197	7,466	8,580	8,580

資料：第8期A市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

3-1-5. 施設サービスの給付費の推移

施設サービスの給付費の推移をみると、平成 30（2018）年度から増加傾向にあり、令和 2（2020）年度では 1,617,039 千円になると見込まれている。令和 2（2020）年度の対計画比は、109.1%と計画値を上回っている。介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設において、計画値を上回っており、介護療養型医療施設は計画値を下回っている。

表 4 : 施設サービスの給付費の推移

単位：千円

区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	実績	実績	実績	見込み	見込み	見込み
介護老人福祉施設	397,100	427,960	453,341	661,336	661,703	661,703
介護老人保健施設	644,785	667,796	767,403	775,498	775,929	775,929
介護療養型医療施設	58,418	60,686	16,964	25,636	25,650	25,650

資料：第8期A市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

3-1-6. A市のニーズ調査及び実態調査結果の概要

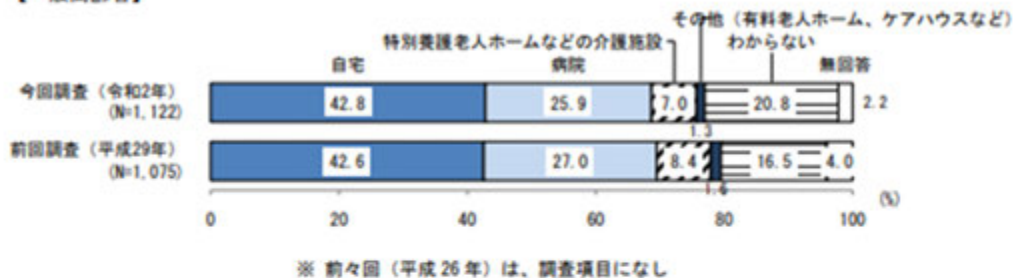
充実してほしい高齢者施策として、一般高齢者では「在宅介護サービスの充実」が 31.8%と最も高く、「公共交通機関の充実」(26.7%)、「高齢者を介護している家族等への支援」(23.5%)、「健康診断など健康管理、健康づくりへの支援の充実」(23.3%)が続いていた。

要支援者においても「在宅介護サービスの充実」が 35.4%と最も高く、「施設介護サービスの充実」(26.1%)、「公共交通機関の充実」(21.1%)、「緊急通報システムなど一人暮らし高齢者への支援」(20.2%)が続いていた。

最期を迎えたい場所は、一般高齢者では「自宅」が 42.8%と最も高く、「病院」(25.9%)、「特別養護老人ホームなどの介護施設」(7.0%)が続く。要支援者でも「自宅」が 38.5%と最も高く、次いで、「病院」(29.2%)、「特別養護老人ホームなどの介護施設」(8.1%)となっていた。

以上から、在宅サービスの充実及び最後まで在宅生活を送れることへのニーズは高い。

【一般高齢者】



【要支援者】

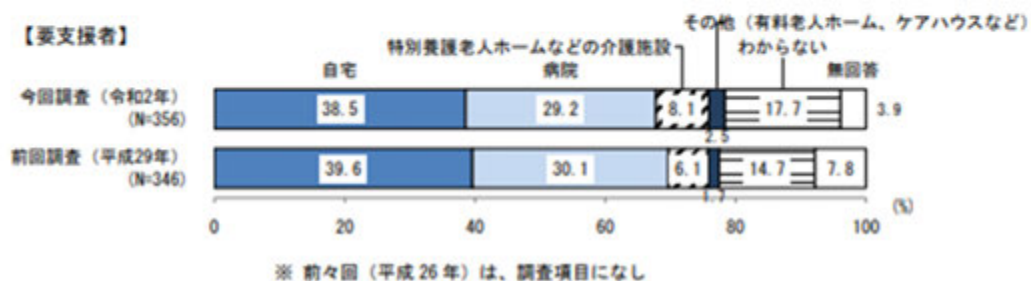


図3：最期を迎えたい場所

第8期A市高齢者福祉計画・介護保険事業計画より引用

引用：https://www.city.yasu.lg.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/107/8k

iyasusikoureisyafukusikeikakukaigohokenjigyoukeikaku.pdf

(2022年6月20日アクセス)

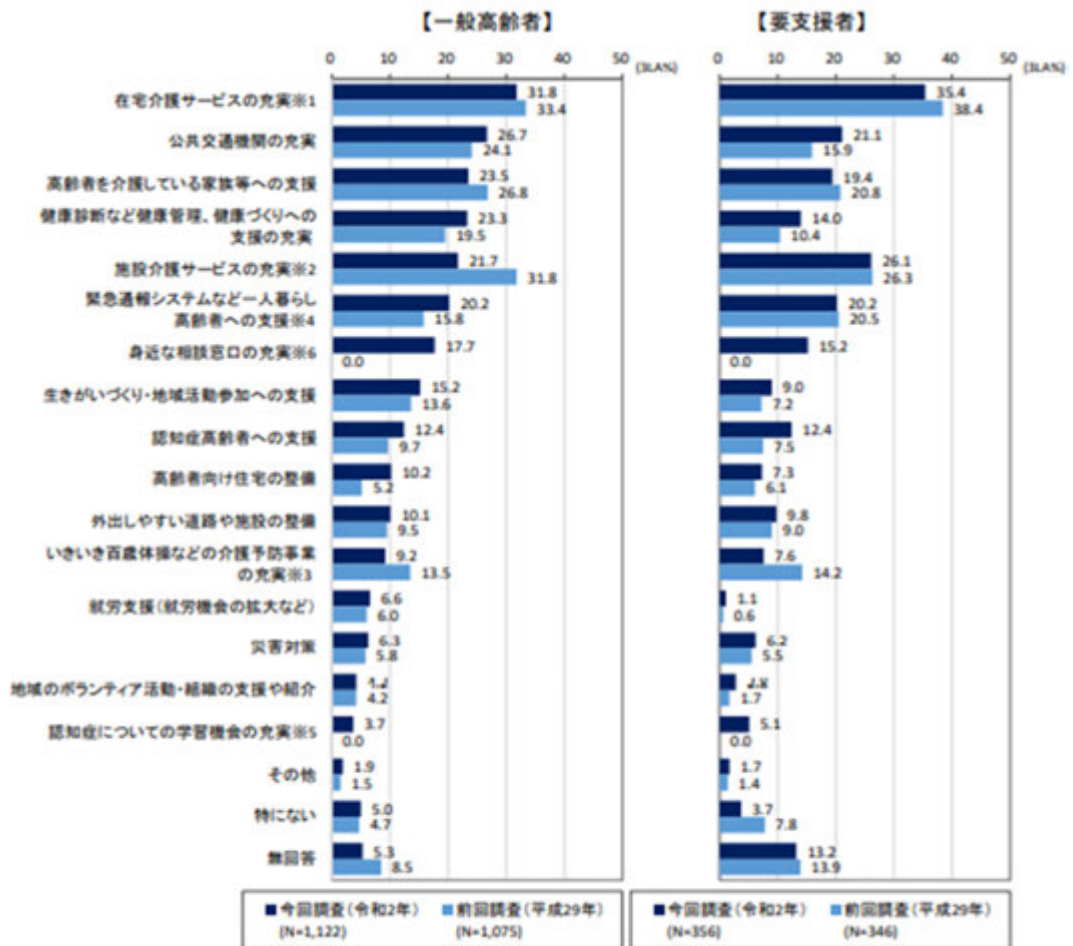


図4：充実してほしい高齢者施策

第8期A市高齢者福祉計画・介護保険事業計画より引用

引用：<https://www.city.yasu.lg.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/107/8k>

<iyasusikoureisyafukusikeikakukaigohokenjigyouseikaku.pdf>

(2022年6月20日アクセス)

3-1-7. 同医療圏内の介護老人保健施設の状況

同医療圏内の介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標の状況では、B施設は86点と医療圏内では在宅復帰支援機能は最も高かった。

また他施設との大きな違いは、喀痰吸引の実施割合が10%以上である点と経管栄養実施割合も5%以上である点で、医療依存度の高い方の受け入れを他施設よりも多く行っていることであった。

表5：B施設及び同医療圏内他施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標の状況

施設名	現体制	定員	在宅復帰率	ベッド回転率	入所前復帰率	退所前復帰率	居宅サービス数	リハスタッフ数	支援相談員数	要介護レベル	看護吸引	経営成果	計
B施設	超強化	100	50%超	10%以上	30%以上	30%以上	3サービス	5以上	3以上	35%以上	10%以上	5%以上	86
L施設	超強化	100	50%超	10%以上	30%以上	30%以上	3サービス	5以上	3以上	35%以上	5%未満	5%未満	78
M施設	超強化	100	50%超	10%以上	30%以上	30%以上	3サービス	3以上	2以上	35%以上	5%未満	5%未満	73
N施設	在宅強化	100	50%超	10%以上	30%以上	30%以上	1サービス	3以上	3以上	35%以上	5%未満	5%未満	73
O施設	超強化	70	50%超	10%以上	30%以上	30%以上	2サービス	5以上	2以上	35%以上	5%未満	5%未満	73
P施設	加算型	100	30%超	10%以上	30%以上	30%以上	2サービス	5以上	3以上	35%以上	5%未満	5%未満	66

3-2. 内部環境分析

3-2-1. 介護老人保健施設B施設の概要

介護老人保健施設 B 施設は、平成 26（2014）年 3 月に医療法人社団 C によって開設された。実施している事業は、介護老人保健施設、短期入所療養介護、通所リハビリテーション、居宅介護支援事業の 4 事業である。

また全室ユニット型個室の介護老人保健施設で、在宅復帰超強化型介護老人保健施設である。介護老人保健施設及び短期入所療養介護は合わせて 100 名の定員であり、通所リハビリテーションの定員は 35 名の定員である。

職員の人数は常勤換算で 84 名（医師 2 名、看護師 10.2 名、介護士 34.1 名、理学療法士 4 名、作業療法士 8.3 名、管理栄養士 1 名、事務員（施設ケアマネージャー 2 名、支援相談員 3 名を含む）10.4 名、居宅ケアマネージャー 4 名、通所リハビリテーション職員 10 名）で運営している。

平均稼働率は、施設内感染者発生年度の令和 3（2021）年度は、過去 2 年と比較しても、介護老人保健施設、通所リハビリテーションとも稼働率は低下している。また、令和 3（2021）年度はベッド回転率が高く、新入所利用者も多く、入退所者が多い。

表 6 B施設の過去3年の稼働状況

			2019年度	2020年度	2021年度	WAMより(2020年度)
B 施 設	介護老人 保健施設 及び 短期入所 療養介護	新入所利用者数	151	170	191	
		延べ利用者数(老健)	32,526	32,703	30,648	
		延べ利用者数(短期入所)	1,733	1,430	1,469	
		平均稼働率	93.6	93.5	88.0	90.8%
		平均介護度	3.0	3.1	3.3	3.2
		ベッド回転率	12.1	12.6	15.8	
		1床単価	15,349	15,744	15,930	
		平均稼働率	81.8	77.5	69.7	66.7%
		平均介護度	2.4	2.1	2.1	2.0%
		デイ1床単価	11,267	11,176	11,093	

WAM 独立行政法人福祉医療機構 経営分析参考指標とB施設データより筆者作成

(参考 <https://www.wam.go.jp/hp/guide-keiei-keieiqa-tabid-1976/>)

(2022年3月16日アクセス)

3-2-2. 介護老人保健施設B施設の入所利用者の居住地割合

介護老人保健施設B施設は、開設して9年目の施設であり、9年間の入所利用者総数は886名で、居住地の内訳は、A市在住利用者が372名(42%)で、以下同医療圏内の隣接市であるD市在住利用者は180名(20%)、F市在住利用者は63名(7%)であった。また医療圏外では隣接市であるE市在住者は98名(11%)、G町在住者は39名(4%)であった。

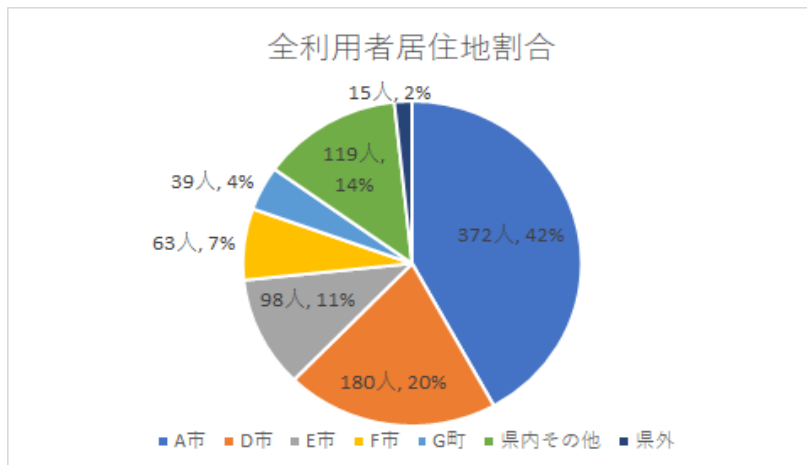


図5：全利用者居住地割合

3-2-3. 介護老人保健施設 B 施設の利用者の要介護度別割合

全利用者の入所時の要介護度別割合は、要介護 1 が 107 人（12%）、要介護 2 が 149 人（17%）、要介護 3 が 225 人（25%）、要介護 4 が 264 人（30%）、要介護 5 が 141 人（16%）となっている。要介護 3 以上の利用者が約 70%となっている。

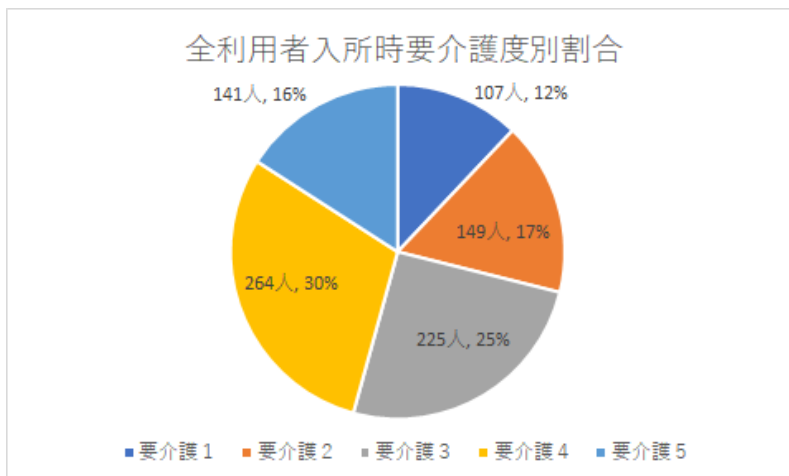


図 6 : 全利用者転入先要介護度別割合

3-2-4. 介護老人保健施設 B 施設の利用者の転入先割合

全利用者転入先割合は、在宅が 424 人（48%）、H病院が 187 人（21%）、I 病院が 52 人（6%）、J 病院が 50 人（6%）、K 病院が 42 人（5%）となっている。約半数が在宅からの利用者となっている。

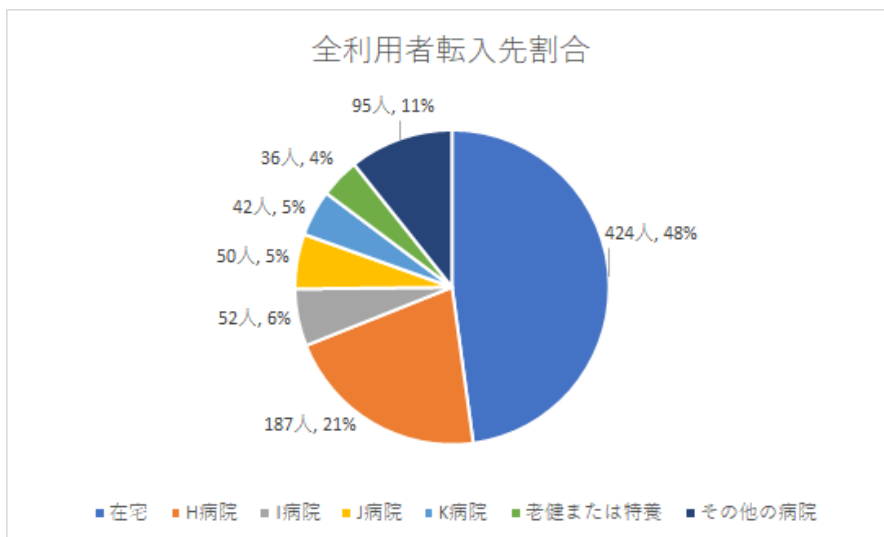


図 7 : 全利用者転入先割合

3-2-5. 介護老人保健施設B施設の利用者の転出先割合

全利用者転出先割合は、在宅が206人（26%）、H病院が108人（13%）、I病院が24人（3%）、J病院が19人（2%）、K病院が31人（4%）、その他の病院が61人（8%）、老健または特養は211名（26%）、グループホームが35名（4%）、在宅型施設が78名（10%）、看取りが31名（4%）となっている。

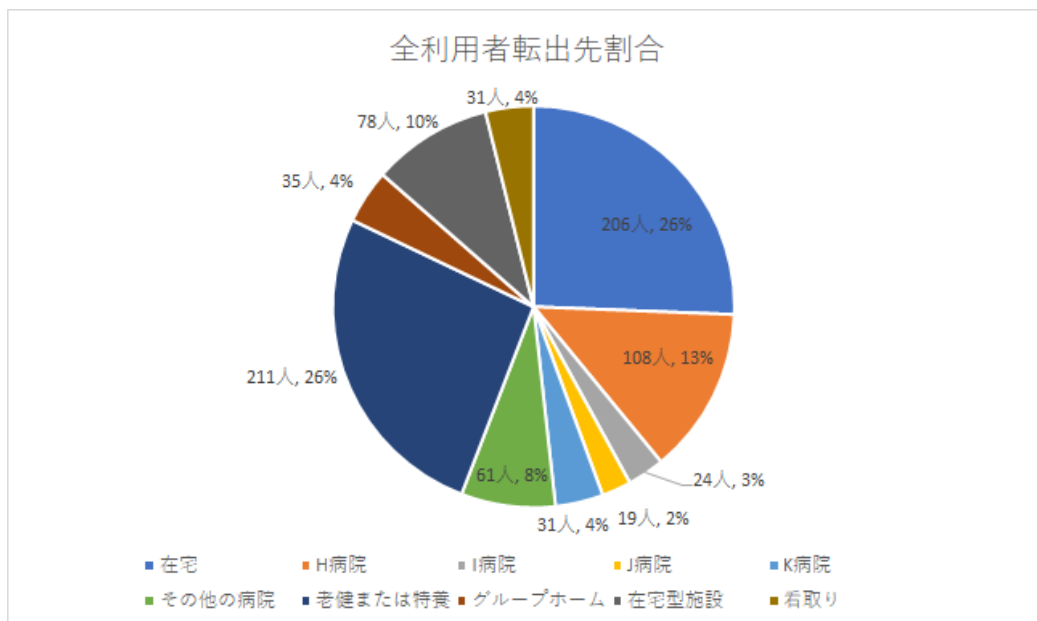


図8：全利用者転出先割合

3-2-6. 介護老人保健施設B施設入所者の転入先別要介護度及び転出先割合

a. 在宅

在宅から入所された利用者の入所時の要介護度別割合は、要介護1が72人（17%）、要介護2が88人（21%）、要介護3が108人（25%）、要介護4が118人（28%）、要介護5が38人（9%）となっている。全利用者の割合と比較して、要介護1または2の割合が高く、要介護5の割合は低かった。

転出先割合は、在宅が163人（42%）、H病院が32人（8%）、I病院が7人（2%）、J病院が3人（1%）、K病院が9人（2%）、その他の病院が24人（6%）、老健は22名（6%）、特養は59名（15%）、グループホームが28名（7%）、在宅型施設が40名（10%）、看取りが4名（1%）となっている。全体の在宅復帰者の約8割を在宅から入所した利用者が占めていた。

在宅から入所した利用者の要介護度割合

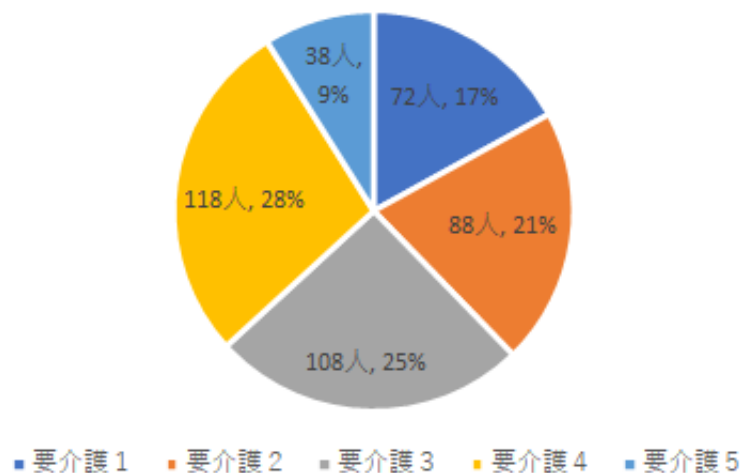


図 9：在宅から入所した利用者の要介護度割合

在宅から入所した利用者の転出先割合

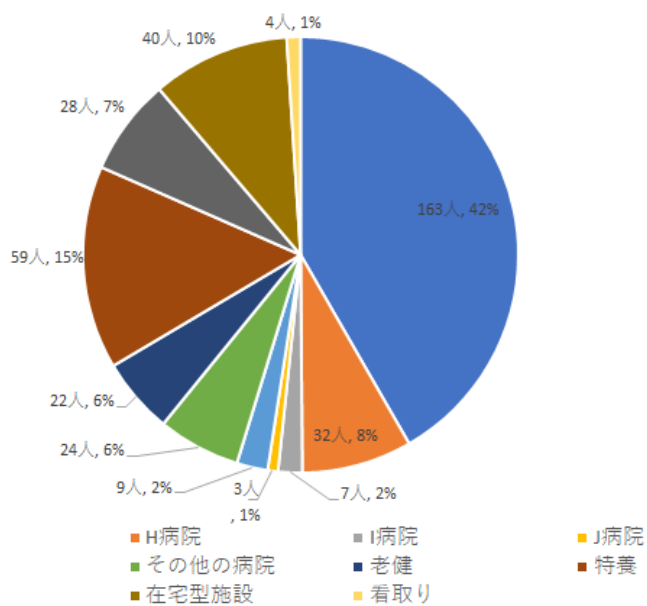


図 10：在宅から入所した利用者の転出先割合

b. H病院

H病院から入所された利用者の入所時の要介護度別割合は、要介護1が6人（3%）、要介護2が21人（11%）、要介護3が42人（22%）、要介護4が75人（40%）、要介護5が43人（23%）で要介護4、5の割合が高くなっていた。

転出先割合は、在宅が21人（12%）、H病院が51人（30%）、I病院が3人（2%）、J病院が1人（1%）、K病院が9人（5%）、その他の病院が6人（4%）、老健は6名（4%）、特養は40名（24%）、在宅型施設が20名（12%）、看取りが12名（7%）となっていた。

全体の在宅復帰者の約1割をH病院から入所した利用者が占めていた。また看取り対象者の約3割をH病院から入所した利用者が占めていた。

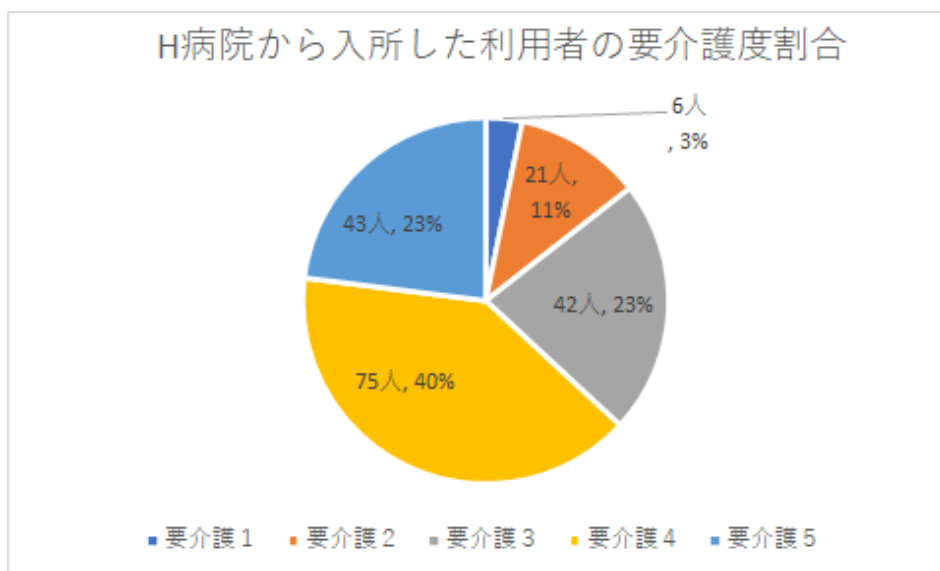


図 11 : H病院から入所した利用者の要介護度割合

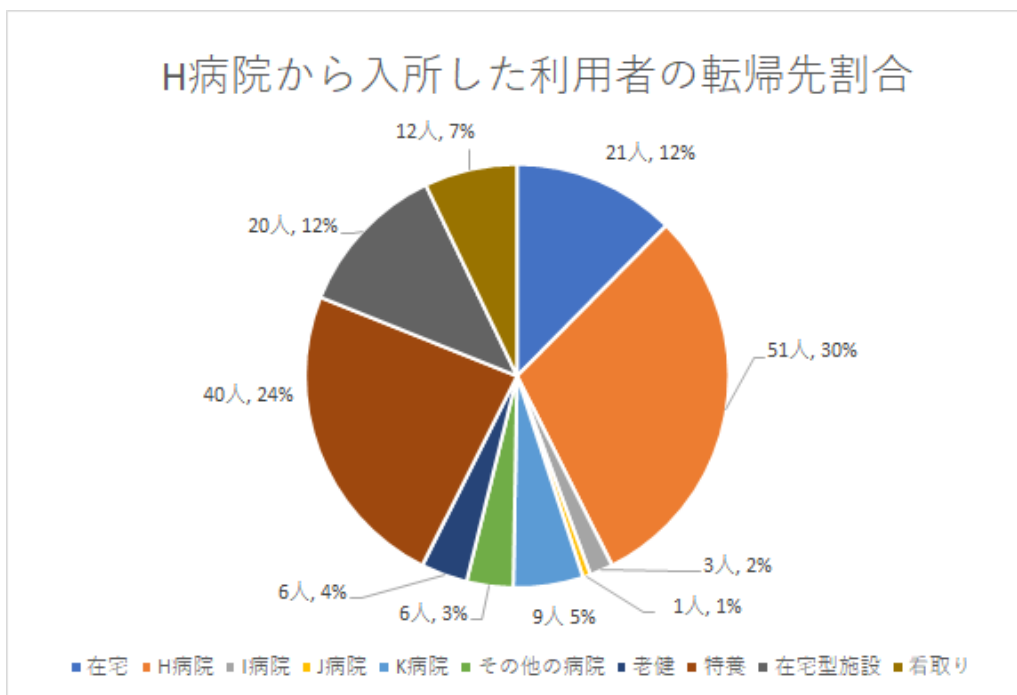


図 12：H病院から入所した利用者の転出先割合

c. I 病院

I 病院から入所された利用者の入所時の要介護度別割合は、要介護 1 が 4 人（8%）、要介護 2 が 8 人（15%）、要介護 3 が 9 人（17%）、要介護 4 が 18 人（35%）、要介護 5 が 13 人（25%）となっていた。

転出先割合は、在宅が 3 人（7%）、H病院が 4 人（9%）、I 病院が 12 人（27%）、J 病院が 1 人（2%）、K 病院が 3 人（7%）、その他の病院が 3 人（7%）、特養は 11 名（24%）、グループホームが 3 名（7%）、在宅型施設が 3 名（7%）、看取りが 2 名（4%）となっていた。

I病院から入所した利用者の要介護度割合

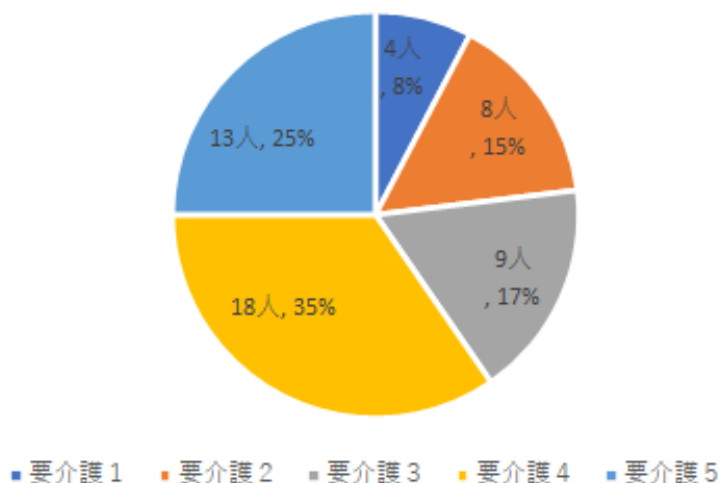


図 13 : I 病院から入所した利用者の要介護度割合

I 病院から入所した利用者の転帰先割合

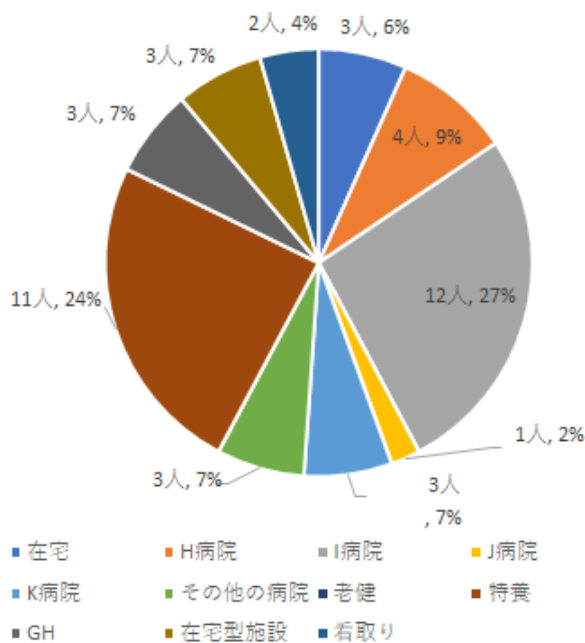


図 14 : I 病院から入所した利用者の転出先割合

d. J病院

J病院から入所された利用者の入所時の要介護度別割合は、要介護1が4人（8%）、要介護2が7人（14%）、要介護3が16人（32%）、要介護4が14人（28%）、要介護5が9人（18%）であった。

転出先割合は、在宅が4人（8%）、H病院が2人（4%）、I病院が1人（2%）、J病院が10人（21%）、K病院が3人（6%）、その他の病院が2人（4%）、老健は3名（6%）、特養は12名（25%）、在宅型施設が6名（13%）、看取りが5名（11%）となっている。

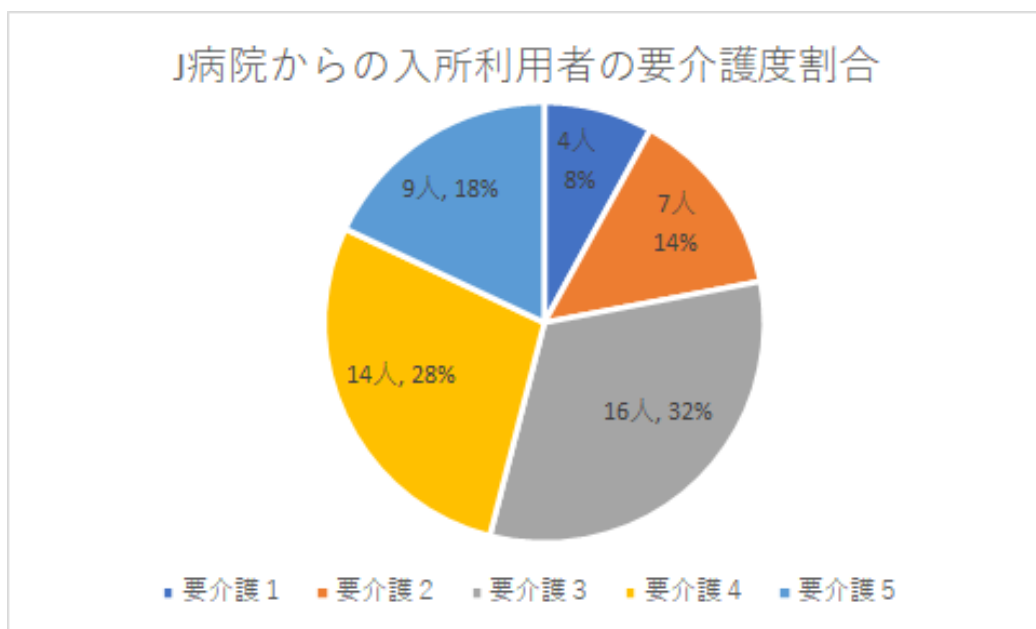


図 15： J病院から入所した利用者の要介護度割合

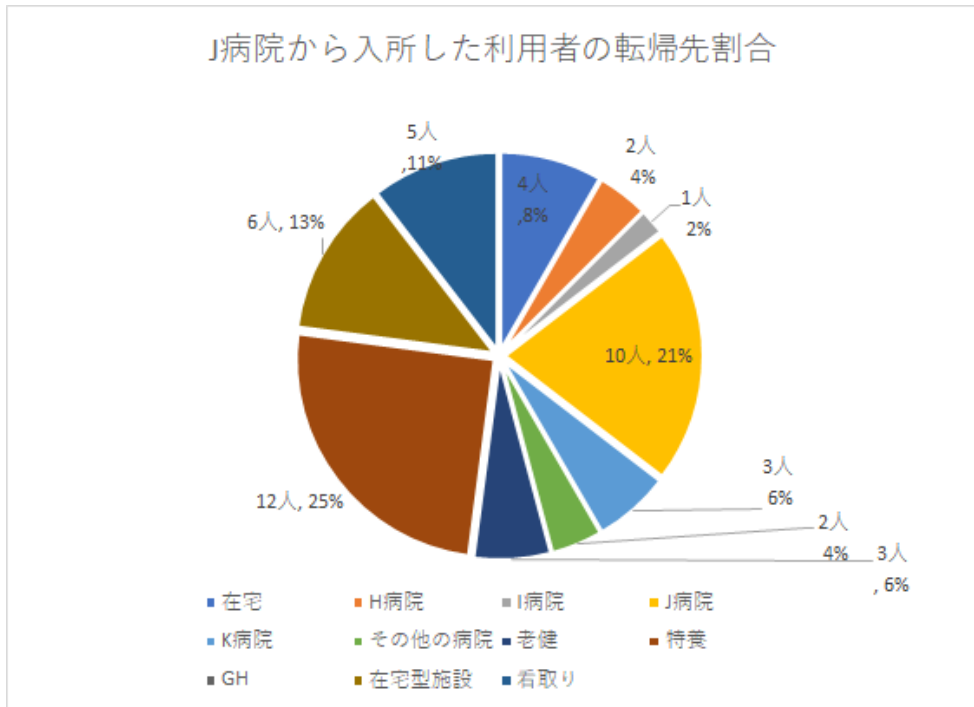


図 16： J病院から入所した利用者の転出先割合

e. K病院

K病院から入所された利用者の入所時の要介護度別割合は、要介護1が3人（7%）、要介護2が2人（5%）、要介護3が13人（31%）、要介護4が8人（19%）、要介護5が16人（38%）となっていた。転出先割合は、在宅が6人（15%）、K病院が6人（15%）、I病院が1人（3%）、J病院が3人（8%）、K病院が5人（13%）、その他の病院が5人（13%）、老健は3名（8%）、特養は4名（10%）、在宅型施設が4名（10%）、看取りが3名（8%）となっていた。他の病院と比較して、介護度が高く、在宅復帰率は高かった。

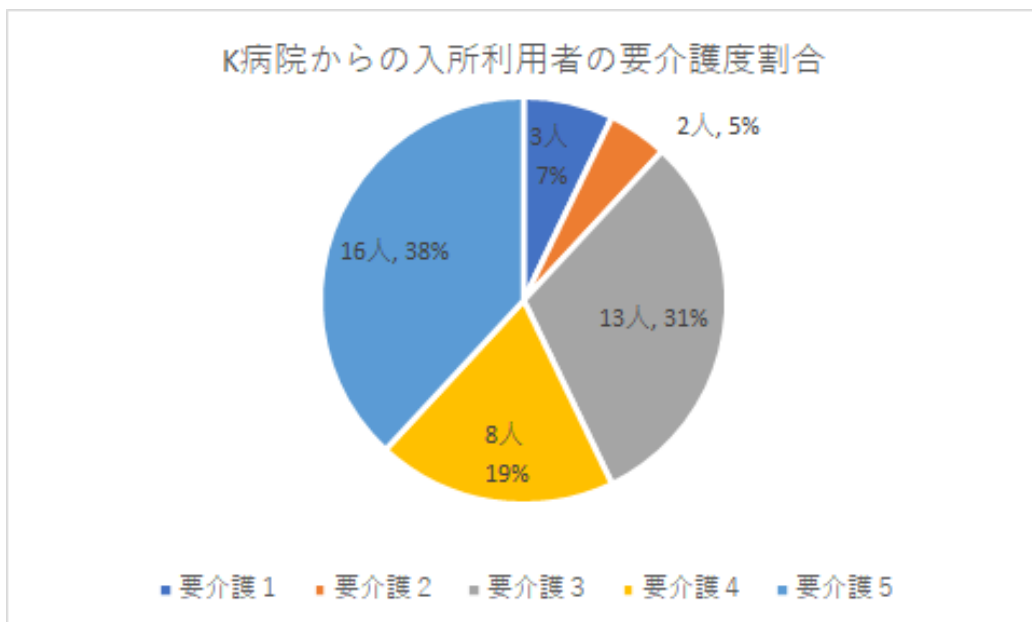


図 17 : K病院から入所した利用者の要介護度割合

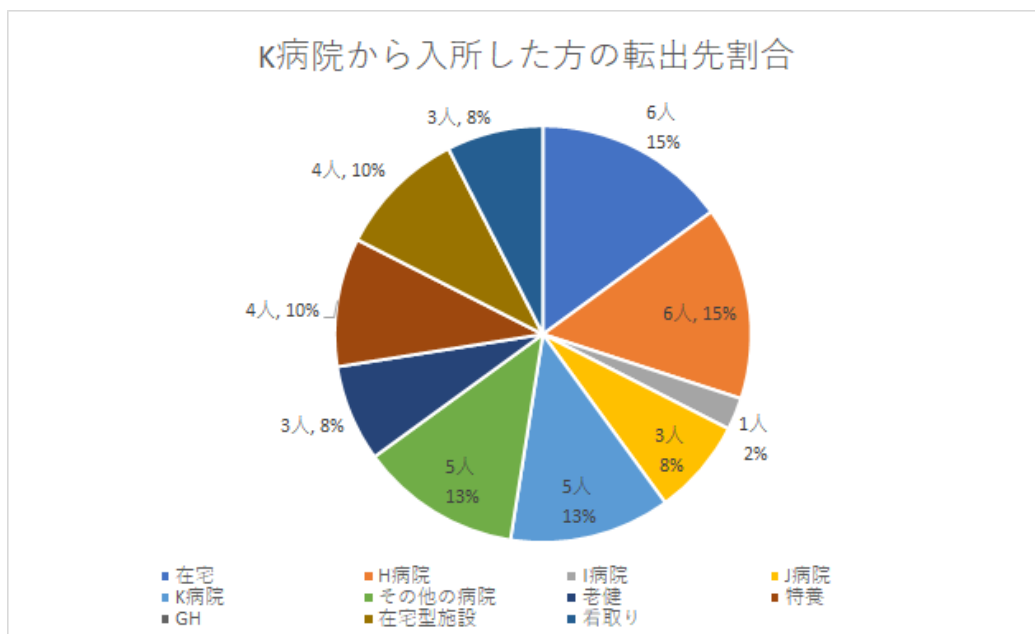


図 18 : K病院から入所した利用者の転出先割合

3-2-7. 介護老人保健施設B施設の利用者の入所時および退所時の2時点のADL状況の変化

開設時の平成 26 (2014) 3月から令和 2年 3月 31日時点までに初回入退所を行った 635名の利用者の ADL 状況を入所時および退所時の 2時点の変化について転入先別に検討をおこなった。

転入先別における Barthel Index (以下、BI) の変化を検討するため、群 (転入先) ×時間 (入所時、退所時) の二要因分散分析を行い、多重比較検定には Bonferroni 法を用いた。

二要因分散分析の結果、有意な交互作用を認め ($P < 0.05$)、転入先によって、入所後の ADL の変化が異なることが分かった。これをより、詳細に検討するため、多重比較を実施した。

この検定の結果、H病院、I病院、K病院では、入所時よりも退所時の BI が有意に低下していた ($P < 0.05$)。

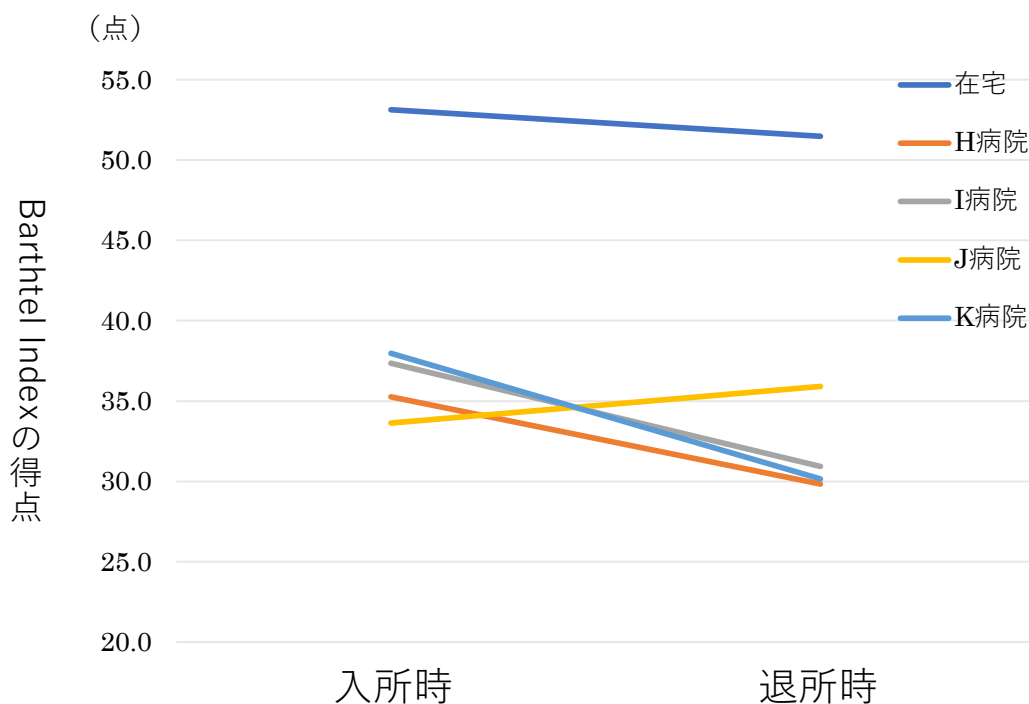


図 19 転入先別における ADL 変化

表7 転入先別におけるADL変化

	入所時	退所時	交互作用	多重比較検定
	平均値±標準誤差	平均値±標準偏差		
在宅	53.1 ± 1.4	51.5 ± 1.5		0.08
H病院	35.3 ± 2.1	29.8 ± 2.3		P <0.001
I病院	37.3 ± 4.2	30.9 ± 4.7	P <0.05	P <0.05
J病院	33.6 ± 4.2	35.9 ± 4.6		0.427
K病院	38.0 ± 4.2	30.2 ± 4.7		P <0.05

3-2-8. 介護老人保健施設B施設の財務状況

施設事業収益に関しては、施設類型が加算型から超強化型へ変更したことにより、平成30(2018)年度より令和2(2020)年度まで増加したが、施設内でコロナウイルス感染症が発生した令和3(2021)年度は、令和2年度よりも18,320,000円の減収となった。

人件費に関しては、令和3年度は、新型コロナウイルス陽性者発生時や家庭内での感染発生により、濃厚接触者となったスタッフの代わりに超過勤務を行った介護福祉士及び介護職員が1年間を通して発生してしまったことで人件費が増加していた。令和2年度と比較しても、施設事業収益は減ったにもかかわらず、人件費は増加していた。

またWAM 独立行政法人福祉医療機構 経営分析参考指標によると、介護老人保健施設における人件費の割合は平均で62.5%であり、全国平均よりも1.7%高くなっていた。

施設内感染発生年度の令和3(2021)年度は前年度から18,320,000円の減収で、経常利益としても、5,740,000円の減収となっていた。2020年は全国平均では経常利益率は4.4%であり、令和2(2020)年度時点で経常利益率は3.0%であり、全国平均を下回っている状況で、しかも人件費率は全国平均を上回っていた。

表8 B施設の損益計算書及び施設類型推移

		加算型		加算型/超強化型		超強化型		超強化型		単位：万円
		2018年度	構成比率	2019年度	構成比率	2020年度	構成比率	2021年度	構成比率	WAM(2020年度)
B 施 設	施設運営事業収益	62,461		64,691		65,583		63,751		
	人件費	39,121	62.6%	40,505	62.6%	40,118	61.2%	40,912	64.2%	62.5%
	材料費	4,647	7.4%	3,517	5.4%	2,263	3.5%	2,082	3.3%	2.3%
	経費	4,953	7.9%	4,532	7.0%	3,988	6.1%	4,086	6.4%	19.5%
	償却費	5,621	9.0%	5,142	7.9%	4,676	7.1%	3,645	5.7%	4.1%
	費用計	60,638	97.1%	61,430	95.0%	62,154	94.8%	61,207	96.0%	
	施設運営事業利益	1,822	2.9%	3,261	5.0%	3,429	5.2%	2,544	4.0%	
	経常利益	231	0.4%	1,748	2.7%	1,998	3.0%	1,424	2.2%	
	税引前当期純利益	231	0.4%	1,646	2.5%	1,833	2.8%	1,187	1.9%	
	EBITDA	9.37		10.49		9.92		7.58		

WAM 独立行政法人福祉医療機構 経営分析参考指標より筆者作成

(参考 <https://www.wam.go.jp/hp/guide-keiei-keieiqa-tabid-1976/>)

(2022年3月16日アクセス)

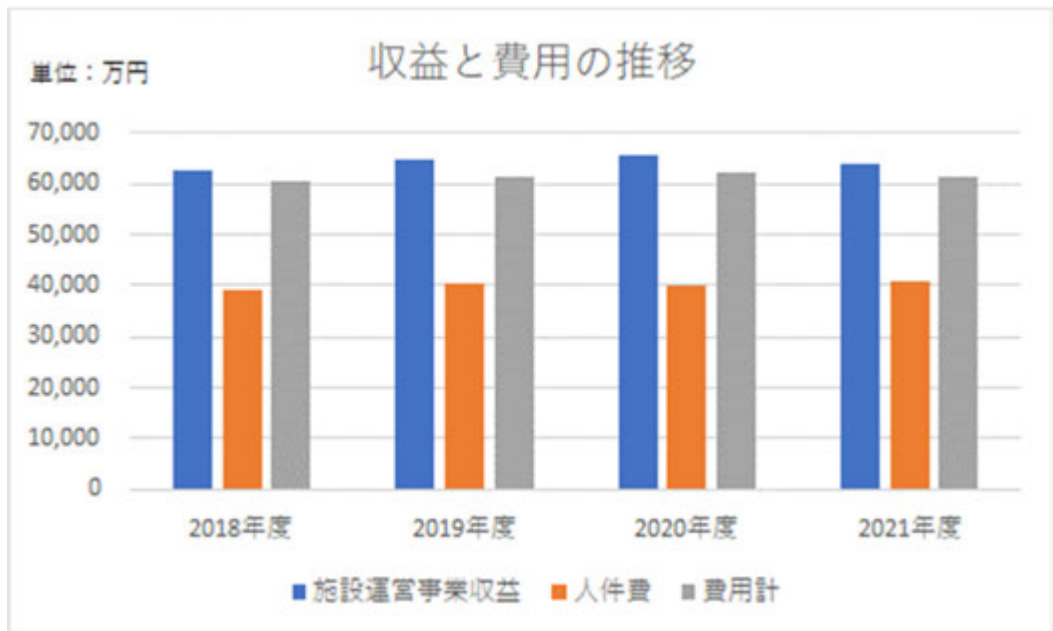


図20 収益と費用の推移



図 21 経常利益の推移

3-3. 介護老人保健施設 B 施設の今後の計画

3-3-1. 成長戦略の全体像

介護老人保健施設 B 施設は、在宅復帰超強化型老健としての地域での役割を果たすことを目的とし、在宅復帰率を維持しながら、在宅復帰支援のみならず、在宅療養支援体制の強化を目的とした訪問リハビリテーションの開設を検討している。

また COVID-19 下で地域のサロンや通所介護などの集団での活動への参加に抵抗を示す高齢者が存在することは容易に想定される。施設や病院に入所・入院することで面会制限があることで家族や友人・知人に会えないために、在宅での訪問診療などを求める利用者は増加しており (Jun Hamano 2022)、感染対策の観点からも在宅生活支援に対するニーズは高まっている。

このことから、感染対策を講じながら地域の利用者に支援を行うためには、訪問リハビリテーションは重要である。

A 市の第 8 期高齢者福祉計画・介護保険事業計画のニーズ調査では、高齢者・要支援者共に「在宅介護サービスの充実」を求められている方が多く、地域のニーズも高い。さらに、市内には訪問リハビリテーション事業を実施している事業所は 1 事業所のみであり、今後増えることが予測される在宅サービスのニーズに対して、地域での在宅生活を支える資源として期待されるものと考えられる。

在宅サービスの充実は、介護老人保健施設を退所される方々の在宅復帰後の生活に対してB施設入所から在宅生活までのシームレスな支援を可能にする一つの手段となりうる点から、在宅復帰率の維持のためにも重要である。

一方、職員の専門職としてのスキルアップとして、在宅復帰までの支援だけでなく、在宅復帰後の支援まで関わる事が出来る事が求められる。すなわち、施設における支援と在宅生活における支援がシームレスに行う事は重要であり、在宅復帰超強化型介護老人保健施設としての在宅復帰支援機能の質の向上が目指されなければならない。

過去3年間の稼働率からは、COVID-19発生による利用者の減少のみならず、年間を通じた稼働率の低下や、入退所の多さからも、看護職、介護職、リハビリテーション職、管理栄養士などの現場におけるケアの質を高めることによる入院の抑制及びベッド回転率のコントロールが必要であることがわかった。

転入先別転出先でも医療機関から入所された利用者の1～3割は転入先の病院に再入院となっているため、再入院の抑制を行う必要がある。

これを実現するためには、個人としての能力やスキルを向上できる機会だけでなく、他の職種の専門性への敬意や、他の職種の仕事への理解を深めるためのコミュニケーションが必須となる。

質の高いサービスを提供することが、地域での施設の評判へと繋がり、そういった社会的な評価によってサービスを提供する各専門職の満足度が得られる。結果として職員の意欲の向上につながり、知識や技術を向上することへと繋がる好循環を生む。以上のように、職員の知識や技術の向上によって、サービスの質の高めるための先着としては、訪問リハビリテーション事業の開設、地域におけるシームレスな連携の実現、在宅復帰支援機能及びケアの質の向上を核とした成長戦略を学習する組織という組織運営の取組方によって2025年までに実現すべきとB施設の運営会議で提案し、短期・中期計画の具体案も後述した。

表9 短期・中期計画の概要

	短期計画	中期計画
行動目標	<ul style="list-style-type: none"> ①訪問リハビリテーション事業開設 ②認知症ケアの質の向上 ③摂食・嚥下への関わり強化（再入院の抑制） ④感染対策の再教育 ⑤ICT技術導入による業務効率化 ⑥A市、D市、E市の顧客シェア7割の維持 	<ul style="list-style-type: none"> ①訪問リハビリテーションのポジショニングの確立（前置サービスとして） ②施設、在宅間のシームレスな支援体制の確立 ③医療必要度の高い利用者の受け入れ態勢の確立（病院及びK病院との連携強化） ④認知症を罹患した利用者の受け入れ強化 ⑤介護の質の向上
職員体制（増員）	管理栄養士 1名増員	非常勤 言語聴覚士 1名増員 常勤 作業療法士 2名増員
運営体制	各部署の所属員に権限や業務が集中	自ら学び進化する自己組織化により権限移譲
新たな取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・連3回のミールラウンドの実施 ・感染対策研修の定期開催 ・認知症に対する勉強会の定期開催 ・A市、D市、E市全層宅介護支援事業所への富楽活動 ・電子カルテ導入 ・見守り支援システムを試験導入 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域における困難ケースへの支援相談の実施 ・リハビリテーション職の訪問、通所、入所3部門におけるローテーション ・全床見守り支援システムの導入 ・各専門職間の連携強化

3-3-2. 短期・中期計画（2022年～2025年）

短期計画として地域における在宅介護サービスのニーズ及び在宅生活支援機能の強化を目的として、令和5（2023）年度に訪問リハビリテーション事業を開設することを目標とする。

現在B施設では、常勤換算で、理学療法士4名、作業療法士8.3名と合計で12.3名が勤務しており、1～2名の配置転換を行っても、介護老人保健施設、通所リハビリテーションのサービス提供体制は確保出来る。

また令和3（2021）年度より、訪問リハビリテーション事業開設を目的に、人員の配置体制を強化してきた。よって現在の人員の配置転換で人員の確保を行う。人員に関しては実習生などから、向学心の高い人材を中心に採用してきたため、配置転換から学びを深める機会に繋げていく。

訪問リハビリテーション事業において、医師の診察による指示は必須であるが、かかりつけ医から施設医への情報提供を受けた指示下でも減算はあるものの、訪問リハビリテーションは実施可能であるため、基本的には在宅療養を支援している医師から在宅生活に即した指示や意見を施設医が頂き、実施する予定としている。そのため、

人員の新規採用はなく、事業は開始できるため、初期投資は少なく実施できる。

またケアの質の向上に向けて、B 施設では認知症ケアについて専門職として教育を受けている作業療法士の勤務数が 8.3 名と充実しており、今後地域における認知症高齢者が増えてくることが予測されるため、他事業所との差別化として、リハビリテーション職のみならず、介護職員、看護職員の施設内研修などで認知症ケアの質の向上を図っていく。

感染対策として COVID-19 の流行に伴い、今、一度感染対策委員会で標準感染予防策や感染症対策に関わる基礎的な知識、PPE（個人防護具）の着脱方法などを指導し、施設全体としての感染対策の再教育を行う。

全室個室であるメリットを活かし、家庭内感染における濃厚接触者や病院退院後の陽性者の受け入れを行うことを、感染対策委員会で検討していく。

また令和 4 年 7 月より電子カルテ導入及び各入所フロア及び通所リハビリテーションにおいてタブレット端末を導入した。結果として部署間での情報共有に関しては電子化したことによりカルテ閲覧が全部署の内容に関してスムーズになり、どのフロアからでも情報にアクセスできるようになったため、今後 COVID-19 に対応する際も、カルテ情報にスムーズにアクセスできる。

経口摂取、嚥下・食事に対する支援として、他職種でミールラウンドを実施しているものの、誤嚥性肺炎による入院も多く、言語聴覚士の採用も検討する必要がある。2022 年度より管理栄養士の採用については強化を図り、2 名体制とする。管理栄養士の配置体制強化によりミールラウンドの頻度を増やし、観察評価回数を増やすことで、細やかな変化に気づくことが出来る体制とし、より嚥下・食事に対する意識付けを各専門職に行っていく必要がある。

営業としては、転入先別の介護度割合や転出先、入所利用者の BI の状況などから、在宅復帰率の維持を図るうえでも、在宅からくる利用者割合の維持は重要である。特に A 市、D 市、E 市の在住利用者で約 7 割を占めており、顧客シェアを守るためにも、A 市、D 市、E 市の居宅介護支援事業所を中心に営業をする。

中期計画として地域における訪問リハビリテーション事業の役割の確立を目指し、在宅生活支援のみならず、前置サービスとしての役割も担うことが出来るように取り組んでいく。居宅介護支援事業所のケアマネージャーや地域包括支援センターで支援に困っている方の身近な相談役として、身体機能、認知機能、環境を評価した中で、支援に必要であるだろうと考えられるサービスや環境などの提案が行えるよう、職員の教育を行う。

この教育によって、地域で生活している方の生活課題に歩み寄ることで、同施設内の他のサービスの紹介にも繋がることで、その方にとってシームレスな支援が可能になるのみならず、施設としても稼働率の向上に繋がると考えられる。

また介護の質の向上の視点からも、業務効率化を図り、ケアに企てる時間を増加できるよう、ICT 導入を積極的に進めていくこととする。リアルタイムモニター機能のある見守り支援システムを全床に導入し、介護職員の負担軽減及びケアの質の向上を図る。短期的には見守り支援システム導入準備として試験的に 20 床の運用も実施する予定となっている。病院との医療介護連携の点からは、J 病院からの入所者において有意差は認められないものの、唯一、BI の平均点においては入所前後で向上が認められ、リハビリテーションの必要性の高い利用者が多かったと推察された。また K 病院は、他の病院と比較しても要介護 5 の割合が高いものの、在宅復帰率は最も高かった。

3-3-3. 収支のシミュレーション

短期・中期計画に従って、訪問リハビリテーション事業による収益と費用及びターゲットを絞った営業による利用者獲得による増加する収益を見積もった。訪問リハビリテーション事業では、開設初年度の令和 4（2022）年は年度内の開設のため、セラピストの専従配置 1 名を想定しているものの、配置転換を予定しているため、新規の人員採用はなく、費用としては人件費の発生や事務用品、PC などの雑費と、訪問用の車両、リハビリテーション関連物品のみである。事務所も施設内に設けるため、地代家賃などの固定費はほとんどない。

1 日 5 件（移動およびサービス提供時間を含めて 1 件 1 時間程度と想定）を訪問件数として、人員としては合計で 3 名程度の人員配置を検討しており、2 年で 1 名ずつの増員を想定している。

また、状況に応じて、人員に関しては、介護老人保健施設でのサービス提供と、訪問リハビリテーションのサービス提供の兼務も検討している。

シミュレーションの結果としては、訪問リハビリテーションでは、費用として人件費は職員配置転換による対応及び事務員も介護老人保健施設の職員との兼務で対応予定であり、経費としては備品類や事務所なども事業所内設置のため持ち出しが少なく、費用を抑えた開設が可能であると想定した。

介護老人保健施設においては、年間 1 床ずつ平均稼働率が向上すると想定。1 床平均稼働が上がると考えると、1 床単価を 2021 年度の 15,930 円で検討すると、単年

で 5,814,450 円の増収となる。4 年間で 1 床ずつ平均稼働が向上すると考えると、2025 年度には 23,257,800 円の増収となることが予測される。

表 10 訪問リハビリテーション事業立ち上げ時の予測収益

	2023年	2024年	2025年
予定人員	1名	1名	2名
収入	¥3,960,000	¥7,660,800	¥12,854,400
支出（人件費、車両代など）	¥3,874,500	¥3,874,500	¥7,749,000
利益	¥85,500	¥3,786,300	¥5,105,400
単月の実施延べ利用者数	120	200	400

4. 考察

4-1. 感染症と共存するための新たな事業の展開

COVID-19 影響下を軸に要因分析を行ってきた。しかし、危機的な状況にあるときこそ、原点回帰となる理念経営を職員とどう共有するかといったパーパス経営が重要となる。今後も繰り返されるであろう感染症と共存しながら、いかに、ステークホルダーからの信頼を維持し、危機的状況における職員のエンゲージメントを高めていくかが大切である。我々が大切にしているものは「介護保険サービスや地域貢献活動を通して、地域住民に笑顔と幸せを届ける」と掲げている。この思いを持ち続けていく事業所であるからこと、新たな革新的事業の展開につながり、持続可能な経営が可能なのだと考える。

次に感染症との共存及びA市の地域ニーズに答えるため、個別性の高い訪問リハビリテーション事業について、以下の通り提案したい。

在宅サービスの充実、在宅復帰後の利用者に対する地域におけるシームレスな連携を可能とし、多職種連携の実現を推進することができると考えた。このことは、A市では在宅介護サービスのニーズも高いため、顧客満足度の向上にも繋がると考えた。

多職種連携によって患者中心のケアは実現しやすくなり、患者や患者家族の満足度は高まり、ケアの量・質ともに改善する（飯島ら 2015）と述べているように、このサービスを提供する自施設の職員にとって、地域での支援を経験することで課題解決能力を向上させ、スキルの向上に繋がると考える。

また Micken SM (2005) によると、他職種のケアチームに属した職員は、仕事の満足度の向上、役割の明確化、幸福感の向上が得られることを報告している。つまり、訪問リハビリテーション事業の開設は、サービスの質も向上させ、サービスの受け手側の満足度も向上し、支援者のスキルアップ及び職務満足度の向上にもつながり、地域におけるシームレスな連携を実現する一つ的手段となると考えた。

全国の介護サービス事業者を対象にした COVID-19 の経営への影響に関するアンケート結果（厚生労働省 2020）では、令和 2 年 10 月時点で経営状況が悪くなったと答えた事業所は訪問介護で 26.8%、通所介護で 42.2%、介護老人保健施設で 50.2%、通所リハビリテーションで 44.9%であり、通所、入所サービスに対して訪問サービスでは経営状況への影響は受けにくい結果となっている。このため、訪問リハビリテーション事業は、A 市内におけるニーズの高さもあり、通いの場へ出かける方が少なくなっている現状においては、収益に及ぼす影響も少なく、運営も可能と考える。

また B 施設ではリハビリテーション職員の配置転換や地代家賃などの固定費の持ち出しも少ないため、現状の稼働率低下による収益悪化の改善に繋がる。

在宅復帰支援機能を含めたケアの質の向上の点からは、在宅復帰率を維持、向上することは地域における在宅復帰超強化型老健としての B 施設の地域におけるポジショニングを明確にすることに繋がり、他施設との差別化に繋がる。

一方、Mitsutake S ら (2021) によると認知症者の退院直後の再入院の発生リスクは、認知症の可能性がない患者よりも、中等度認知症の可能性のある患者で 1.4 倍、重度認知症の可能性のある患者で 2.2 倍高いことが認められたとされ、認知症ケアに関しても、職員の認知症に対する理解が深まり、ケアの質が向上することにより、再入院抑制に繋がるとされ、杉山ら (2015) によると、管理栄養士が 2 名配置の施設では 1 名配置の施設よりもミールラウンドが多く行われ、特養では医療機関への入院リスクが有意に低いことが報告されている。

また高村ら (2019) によると退院時に常食が摂取できていることが再入院リスクを低減するとされ、高齢者を対象とするサービスではオーラルフレイルが多いことが想定され、嚥下・口腔機能低下による再入院リスクは高いと言える。

つまり高齢者施設である介護老人保健施設でも、ミールラウンドの実施体制が充実することにより、適切に食形態を評価し、観察回数が増える事が、再入院リスクを低減すると想定される。

4-2. 事業展開とされる条件

COVID-19 との共存を図りながら、施設の経営を行う上で感染対策としては、例年施設の研修として感染対策の研修は行っているものの、定期的な開催には至っておらず、十分に感染に対する教育が行き届いている状況とは言えなかった。今後は、定期的に開催し、教育体制の構築及び全スタッフの再教育をする。

東野（2014）は、看護師に対する感染対策の教育プログラムの効果は時間の経過とともに下がるが、4カ月間の効果は示されており、継続的な効果を得るためには、看護職だけでなく感染に対する知識の乏しい他の職種も含めた教育のため、少なからず4カ月以内の間隔での教育は必要と考える。

これは、認知症ケアについても同様であり、王吉彤ら（2017）によると、認知症ケア経験年数、学歴と研修参加が認知症についての知識・理解を向上させるのに最も重要であると述べられている。つまり、専門教育を受けていない経験年数の短いスタッフへの教育の充実と研修機会の提供が認知症ケアの質の向上につながると言える。

介護職員の中には有資格者も無資格者も存在するため、このような定期的な勉強会の導入は、研修があることにより、全く知識のない状態で経験のみで介護に従事していたスタッフなどの教育の実施としては有効と考える。

また森ら（2010）によると、効果的な教育方法として、教育・研修会には最新情報を取り入れながら集合研修や個別研修を組み合わせ、繰り返して行うことが重要であると述べている。よって継続した取り組みを繰り返す中で、個人への支援だけでなく同僚と相談が出来るよう組織風土に根付き、相談しやすい体制を構築することが感染対策の教育には必要と考える。

次に、感染が起きているフロアや利用者の情報を他のフロアからアクセスでき、感染が発生した際にも迅速な対応が取ることが出来る見守り支援システムの導入を検討する。

内田ら（2011）によると、非拘束なモニタリングシステムを導入することにより、介護スタッフの夜間勤務時のオムツ交換業務量の軽減や、仕事上の心理的ストレス度が軽減すると述べられていることから、COVID-19 の家庭内感染などで、スタッフが少ない際のケアの負担軽減ができるかといった検討をしようと考えている。ただし、これらは、このオペレーションに一定の知識と技能、そしてマネジメントが必要となることから、導入にあたっては、教育体制をはじめとした、相応の準備が必要となることに留意しなければならない。

4-3. 転入先による ADL の予後の変化について

転入先によって、入所後の ADL の変化が異なることが分かった。これは、退院時の BI には誤嚥性肺炎や骨折、心不全の急性増悪などを伴って再入院になった利用者が含まれており、ADL が有意に悪化している転入先では再入院リスクの高い患者が多く含まれていると考える。

特にH病院はH病院への再入院者が 30%、I 病院も I 病院への再入院者が 27%と高くなっており、K病院に関しては、K病院から入所された利用者の内要介護 3～5 の占める割合は 88%と中重度の方が多いため、再入院者及び再入院リスクの高い利用者が多くなっていることが予測される。J 病院の患者も有意差は認められないものの、唯一、BI の平均点においては入所前後で向上が認められ、リハビリテーションの必要性の高い利用者が多かったと推察され、K病院では重症度は高いものの在宅復帰支援の必要な利用者が紹介されていたと考えられる。

北山ら（2013）は 1 年以内の心不全による再入院率は 24%であり、3 回以上の再入院を繰り返す症例は 8%であったことや、心腎連関として再入院群の 12%は腎機能低下を認め、慢性的な腎機能低下症例においても再入院リスクが高いと報告している。急性期病院から入所される利用者は悪化と改善を繰り返しているような利用者像が多いことが考えられ、入所時よりも退所時で有意な悪化を認めていると考える。

H病院、I 病院、K病院ともに急性期病床を有しており、高齢社会の進展に伴う心不全などの慢性疾患の増加により、1 疾患 1 治療で終了するような対象者は非常に少なくなっている。

以上から、J 病院及びK病院との連携を強化し、要介護度が高く医療必要度の高い方の受け入れを積極的に行い、再入院者の依頼だけではなく、紹介された利用者の退所時の状況報告なども含め連携を図る必要があると考えた。

またH病院と J 病院は回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を取得しており、回復期の病床数としてH病院は 43 床、J 病院は 100 床有している。よって J 病院は回復期病床も他の病院より多いため、転入してくる対象者像としては、回復期対象疾患に罹患しており、ADL の改善途上にある利用者が多い事が想定される。

Kenneth J Ottenbacher（2014）によると、米国におけるリハビリテーション施設から地域へと退院した患者の 30 日再入院率は 11.8%であるとされ、回復期からの転入者の再入院リスクは慢性疾患を有する者よりも低いことも考えられる。結果として、転入先による入所後の利用者の BI の変化に繋がっていると考えられる。

一方で、この対象群の疾患別割合や、慢性疾患の有無の割合、再入院に繋がるま

でに要した時間などに関しては本稿では検討できておらず、今後検討していく必要があると考える。

5. 結論

数年にわたる COVID-19 の影響は甚大であるが、施設の職員すべてが、本研究で述べてきた施設の課題に向き合い、感染対策のスキルの教育を通して、B施設の同医療圏内の他施設にない強みを活かすことで他施設と差別化し、利用者に選ばれる施設を目指さなければならないことが再認識できた。

このためには、施設内の研修体制の見直しをはじめとしたOJTの徹底や職員が考え、職員同士が相談・意見がしやすい組織風土の構築が必須となる。そして、このような多職種連携による高い質のケアを生み出す前提として、管理者層のマネジメント能力向上が、今後の課題となる。

謝辞

レビューの作成におきまして最後までご指導をいただきました諸先生方に感謝申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] [Jun Hamano](#) et al. (2022) Changes in home visit utilization during the COVID-19 pandemic: a multicenter cross-sectional web-based survey、BMC Res Notes、15(1):238.
- [2] Kenneth J Ottenbacher et al. (2014) Thirty-day hospital readmission following discharge from postacute rehabilitation in fee-for-service Medicare patients、Journal JAMA、311(6) : 604-614
- [3] Mickan SM(2005) 「Evaluating the effectiveness of health care teams」、Aust Health Rev、29 : 211-217
- [4] Mitsutake S et al. (2021) 「Association of Cognitive Impairment Severity with Potentially Avoidable Readmissions: A Retrospective Cohort Study of 8,897 Older Patients」、Alzheimer's & Dementia:Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring
- [5] 飯島勝也(2015) 「在宅医療における他職種連携」、Geriatric Medicine、53 巻2

号、159-163

- [6] 岩脇陽子、他(2020)「病棟看護師の退院支援スキル向上を目指す教育に関する文献検討—5年間(2015~2020年)の文献を分析して—」、京都府立医科大学看護紀要、30号、35-43
- [7] 内田勇人、他(2011)「非拘束なモニタリングシステムによる見守り支援が介護スタッフに及ぼす影響」、老年社会科学、33巻1号、60-73
- [8] 王吉彤、他(2017)「高齢者施設スタッフの認知症についての知識・理解と態度」厚生指標、第64巻第5号、45-52
- [9] 北山達郎、他(2012)「心不全症例における再入院率とその特徴に関する実態調査」、理学療法学、40巻大会特別号、3
- [10] 厚生労働省(2021)「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業 報告書」、厚生労働省 老健局高齢者支援課
- [11] 小早川正樹(2021)「COVID-19 感染患者の受け入れが急性期民間病院の経営に及ぼした影響—感染症患者への対応と今後の課題—」商大ビジネスレビュー、第11巻2号、1-38
- [12] 佐伯恭子、他(2016)「在宅強化型介護老人保健施設に関する文献検討—在宅復帰率の向上に向けた取り組みと課題—」、千葉県立保健医療大学紀要、7巻1号、43-49
- [13] 杉山みち子、他(2015)「平成26年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金(老人保健健康等事業分)『高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業』施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する研究報告書」、一般社団法人日本健康・栄養システム学会
- [14] 高村晴美、他(2019)「前期高齢患者における再入院のリスク要因に関する研究」、神奈川県立保健福祉大学誌、16巻1号、37-46
- [15] 筒井孝子(2019)「地域包括ケアシステムの深化」中央法規出版
- [16] 日高克哉(2021)「COVID-19 下のA訪問看護ステーションの経営状況と成長戦略」商大ビジネスレビュー、第11巻3号、29-54
- [17] 開本浩矢(2017)「入門 組織行動論」中央経済社
- [18] 東野督子(2014)「療養環境における接触感染を予防する効果的な看護師の教育プログラムの開発」、聖隷クリストファー大学大学院博士論文、
- [19] 藤井博之、(2018)「地域包括ケアと他職種連携」、日本福祉大学社会福祉論集、138号、169-180

- [20] 藤田烈 (2021) 「高齢者介護施設が抱える新型コロナウイルス感染症の課題と対策」モダンメディア 67 巻 2 号、P31-36
- [21] 森英恵 (2010) 「感染管理現任教育への展開：標準予防策に対する看護師の見解に関する文献検討」、保健学研究、22 巻 2 号、51-57
- [22] 李賢娜 (2020) 「高齢者施設における ICT 技術の導入に関する考察—施設内虐待の防止に焦点を当てて—」、評論・社会科学、134 号、107-119

参考ホームページ

- [1] 厚生労働省、介護保険事業状況報告 保険者別 第 2 - 1 表 要介護（要支援）認定者数 男女計
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyom21/2112.html>
(2022 年 3 月 16 日アクセス)
- [2] 厚生労働省、高齢者における新型コロナウイルス感染症の療養のあり方に関する見解（日本老年医学会 理事長 秋下雅弘）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000917828.pdf>
(2022 年 3 月 16 日アクセス)
- [3] 厚生労働省、新型コロナウイルス感染症の“いま”に関する 11 の知識
<https://www.mhlw.go.jp/content/000927280.pdf>
(2022 年 8 月 6 日アクセス)
- [4] 厚生労働省、新型コロナウイルス感染症の介護サービス事業所の経営への影響に関する調査研究事業（速報）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000689854.pdf>
(2022 年 3 月 16 日アクセス)
- [5] 厚生労働省、データからわかる—新型コロナウイルス感染症情報
<https://covid19.mhlw.go.jp/> (2022 年 3 月 16 日アクセス)
- [6] 第 8 期 A 市高齢者福祉計画・介護保険事業計画～地域でひとが共に生きる A 市をめざして～
<https://www.city.yasu.lg.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/107/8kiyasusikoureisyafukusikeikakukaigohokenjigyoukeikaku.pdf>
(2022 年 6 月 20 日アクセス)
- [7] 東京商工リサーチ、2020 年「老人福祉・介護事業者」新設法人調査

https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20210617_01.html
(2022年3月16日アクセス)

- [8] yomiDr、新型コロナで在宅医療はどう変化？

<https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220722-OYTET50003/>
(2022年8月4日アクセス)

- [9] WAM 独立行政法人福祉医療機構 経営分析参考指標

<https://www.wam.go.jp/hp/guide-keiei-keieiqa-tabid-1976/>
(2022年7月6日アクセス)