

《論 文》

新型コロナウイルス感染症と地域包括ケアシステムの 空間的変容に関する試論

中 村 努

Attempt about spatial reconstruction of community-based integrated care systems
in the society coexisting with the novel coronavirus diseases

TSUTOMU NAKAMURA

キーワード

新型コロナウイルス感染症 (Novel coronavirus disease), 地域包括ケア (Community-based integrated care), 空間的変容 (Spatial reconstruction), 地域間格差 (Regional disparity), 災害 (Disaster)

I. はじめに

本稿は、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) と共存せざるを得ない時代における、地域包括ケアシステムの空間的変容に関して予察的な検討を行うことを目的とする。日本の社会保障における最重要政策課題は、問題を抱えても住み慣れた地域の中で生活を継続可能とするための地域包括ケアシステムを、地域ごとの実状を踏まえて構築することである。本稿では、地域包括ケアシステムを訪問診療・看護・介護にとどまらず、退院調整や生活支援を含めた意味で用いる。

本題に入る前に確認しておきたいことは、本稿の脱稿時点(2020年6月8日)において、COVID-19の収束の見通しがまったく立っていないことである。ウイルスの完全な収束が確認できた後の状況を「ポスト (post) コロナ」あるいは「アフター (after) コロナ」と呼称するのに対して、ウイルスが収束する前に、日常生活や企業活動が再開される状態を、「ウィズ (with) コロナ」と呼称することがある。しかし、筆者は「ウィズコロナ」を前提とした議論を展開する

ことに違和感を禁じ得ない。確かに、休業を強いられた多くの国民の生活補償が十分とは言えないため、収束を待たずして生活の基盤となる仕事を再開せざるを得ない事情が少なからずある。したがって、ウィズコロナが国民にとって収入を得るためにやむなしと判断させるに至った責任の大部分は、十分な生活補償を約束しないまま休業要請を行った政府にある。一方、感染による死亡リスクが高い人々にとって、ウィズコロナはCOVID-19と共存するという聞こえのいい言葉ではなく、感染により命が危険にさらされる状態に常に置かれることを意味する。

中国疾病対策センターの週報によると、COVID-19の年齢別の致死率は、高齢者や、高血圧、糖尿病、心疾患、慢性呼吸器疾患、がんを基礎疾患とする者で高くなる (The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team, 2020)。ただ、基礎疾患がなくとも、致死率が0.9%を示しており、決して低い数字とはいえない。しかし、政府はウィズコロナを念頭に置いた政策に舵を切った。すなわち、とりわけ重症化リスクの高い高齢者や有病者、あるいは対面接触を必須とする職種への感染抑止よりも、経済活動の再開を通じ

た経済政策を優先したといえる。ウィズコロナには、こうした差別や弱者切り捨ての論理が潜んでいる。

ワクチンや新薬の開発には半年かそれ以上の年月を要するとされ、日本のみならず、いったん感染が収まりつつある国を中心として、都市封鎖（ロックダウン）や自粛要請が解除されつつある。しかし、過去の感染症の事例をみると、新種のウイルスでは、第一波の流行のピークが過ぎたとしても、第二波、第三波と感染の流行を繰り返してきた。COVID-19についても、ほとんどの人がウイルスへの免疫を有していないとされ、第二波以降のパンデミックがいつどのようにして発生するのか予測できない。また、COVID-19の収束が実現したとしても、未知のウイルスが今回と同様かそれ以上の感染拡大をもたらす可能性は否定できない。

しかし、実際にウィズコロナとしての対策が講じられた以上、いついかなる場所においても、パンデミックが起こる可能性を常に想定した日常生活のあり方を模索していかなければならない。とりわけ、重症化リスクの高い人々へのケアが、これまでよりも慎重になされる必要が生じる。医療や看護、介護サービスでは、追加的に必要な対策として、感染リスクを極力減らしたケアの提供、職員や従事者を含めた集団感染防止策、マスクやアルコール消毒剤、ゴム手袋といった物資の調達、感染症疑い発生時の対応などが挙げられる。しかし、長期的な感染症リスクに対応するための余力のある企業や組織と、余力のない企業や組織とでは、個々の経営努力によって提供しうるケアの内容には相当の格差が生じるであろう。経営体力に乏しい事業者にとって、COVID-19の感染拡大前の平常時であっても、人材や資金に余裕のない経営環境にあった。そのため、感染リスクの高い対面によるケアを、従来通り提供するために必要な人材や資金を用意することはきわめて困難である。したがって、事業者にとって、感染リスクの高い対面によるケアを控えるか、感染リスクと向き合いながらケアを提供し続けるかという

難しい選択を迫られることになる。経営を存続させるために後者を選択する場合であっても、十分な感染防止対策が採用できないために、結果としてケアの供給が停止されることも想定される。たとえば、実際に対面でサービスを行う従事者が、自分自身やその家族への感染を懸念して、業務の継続を敬遠する場合や、利用者とその家族が感染リスクを恐れてサービス利用を控える場合である。こうした事業縮小につながる対応は、従来のケアを受けてきた利用者本人とその家族が、住み慣れた地域における生活の継続を困難にする。

以上を踏まえて、本稿では、COVID-19感染症への対策の必要性から、地域包括ケアシステムにおいていかなる変容が生じうるのか、空間的側面に焦点を当てて検討する。以下、Ⅱでは、地理学を中心とした先行研究の成果と課題を整理し、Ⅲでは、今度起こりうる平常時の地域包括ケアシステムの空間的変容として、ケア供給の地域間格差の拡大の可能性を検討する。また、自然災害の発生時における地域包括ケアシステムの課題について考察する。Ⅳでは、これまでの議論から、地理学における今後の研究課題を整理する。調査方法は2020年3月25日～26日にいの町あったかふれあいセンター、こども食堂こうちに対して実施したヒアリングのほか、報道資料や公的機関の報告書を参考にした。

Ⅱ．先行研究の成果と課題

地域包括ケアシステムは地域の事情を踏まえて自治体を含めたアクターが連携することが求められている。このうち、医療サービスは、原則として自由に開業できる民間の医療法人によって供給されている。また、介護サービスは介護保険制度の導入によって準市場化が進んでいる。そのため、ケアニーズに対して供給過多の地域もあれば、需要過多の地域もみられるなど、少なからぬ需給ミスマッチが生じている。地域包括ケアは生活を維持していくための公共

性の高いサービスであることから、ケアの需要が供給を上回る、いわば空白地域への対応策が、社会保障制度を採用する日本の地域課題として指摘される。

地域包括ケアの空白地域の発生要因は地域によって異なる。第1は空間的要因である。地方都市や中山間（農山村）地域では、公共交通網が不十分なため、都市部に集中する医療関連施設や小売店などインフラへのアクセシビリティが低い。人口減少や市町村合併を機に、インフラは都市部への集中傾向をいっそう強める一方、中山間地域では公共交通が衰退していることから、アクセシビリティの地域格差はむしろ拡大している。今後、保健、医療、福祉サービスが相対的に不足する中山間地域において、関連する事業者や住民が協力することで、地域のケアニーズを充足することが課題とされる。

第2は社会的要因である。大都市やベッドタウンでは、運動機能が低下した住民にとって、家族による介護や近隣住民によるコミュニティ機能は在宅ケアを可能にするためのセーフティネットの役割を果たしてきた。しかし、虚弱・認知症高齢者や高齢単身世帯の増加、コミュニティ機能の低下は、互助や共助による介護力の低下につながり、在宅ケアの提供を難しくしている。また、必要な医療・介護サービスが満足に利用できない低所得世帯も多い。これに対して、それぞれに方針や専門性が異なる医療機関や多職種の相互理解やコミュニケーション、情報提供が、在宅医療の提供主体の課題とされる（宮澤編著、2017：61）。

従来の研究はそれぞれの専門分野の視点から、保健、医療、福祉の特定の領域に限定した議論を展開してきた。たとえば、疫学・公衆衛生学では、ソーシャル・キャピタルを活用したコミュニティの再構築（近藤編、2016）、社会福祉学では、社会的弱者に対する個別支援の実践やノーマライゼーションを軸とした政策介入（大橋編、2014）、医療経済学のうち臨床経済学では、ミクロレベルの技術やプログラムレベルで、医療・福祉サービスのあり方や効果・効率

を研究する（Drummond, M.F., *et al*, 1997）など、個々の専門分野の視点から、保健、医療、福祉の特定の領域に限定した議論が、自治体内の資源の活用を中心に展開されてきた。しかし、地域包括ケアシステムのあり方を議論するためには、利用者や職種による立場の違いを超えた分野横断的な研究によって、医学的合理性（効果）、経済的合理性（効率）、社会的合理性（公正）のバランスを考えた普遍的な位置づけが必要である（近藤、2017）。医学的合理性とは、医療の安全性や効果といったアウトカムを重視する。経済的合理性は費用対効果を優先し、できるだけ少ない費用で最大の効果を求める考え方である。社会的合理性は、上記2つの合理性が低くとも、満足度や納得感といった地域社会の公正性を重視する。ただし、地域によって方向性の異なる3つの合理性のバランスは異なることが想定されるため、地理的条件から3つの合理性のベストミックスを導出し、地域包括ケアシステムの理論化を図る必要がある。

地理学によるアプローチは、提供主体の論理のみならず、住民の生活の論理も踏まえた政策科学としての側面をもつ。そのため、地理学から地域包括ケアシステムの空白地域の発生要因とその解決策を検討することは、地域包括ケアの本質である、生活を支えるケアのあり方を、最適な地域スケールや地域内外の資源の活用も含めた空間的側面から検討するうえで有効であると考えられる。しかしながら、地理学における研究蓄積は少ないのが現状である。

欧米の地理学では、COVID-19は総じて根本的な変化をもたらす現象と考えられている（Castree *et al.*, 2020）。それは地球上における人類の長期にわたる変化によって現されるある種壮大な問いである。しかし、Castree *et al.* (2020) は、地理学者がそのディシプリンにどのような意味や目的があるかについて広範に精査することから逃れるならば、過度の保守主義に陥る危険性を指摘している。そして、ラディカルな思考や、ラディカルな行動を伴った実験

を考えるために学問の自由を用いる、あるいは学会誌を通じて広く論証し、学問の自由を守ることができると主張した。

本稿の問題意識も上記と共通している。疫病の流行は、歴史研究において社会経済構造を根本から変えるきっかけとなる史実の一部としてたびたび指摘されてきた（石，2018；村上，1983）。しかし、突発的に発生する自然現象とは異なり、COVID-19は世界中でほぼ同時多発的に発生し、現在進行形で長期にわたる事象である。加えて、現在ではグローバル化を背景として、国境を超えて人の移動が広域化しており、ウイルスはかつてないスピードでグローバルに蔓延する。そのため、われわれは平常時においても、COVID-19を意識した行動の見直しを迫られるであろう。そうしたアクターの行動の変化やアクター間の関係を考察するため、従来は想定されていなかった地理的条件を加味し、従来の確立された視角を批判的に捉える必要がある。

社会保障に関する従来の研究では、福祉国家論や国際比較研究によって、国家が採用する政治体制や財源などから、各国の社会保障制度を類型化してきた。しかし、COVID-19への感染拡大を防止する政策のありように関して言えば、これまでの分類基準による類型化はほとんど意味をなさない。

まず、検査や集計の方法が異なるうえ、完全な情報開示が担保されていないため、感染者数や死者数を国家間で単純比較することはできない。また、政権トップの政治判断が、感染症予防対策と、その後の感染状況に大きく影響するが、同様の社会保障制度の枠組みを採用していたとしても、その判断基準は大きく異なることもある。たとえば、高福祉高負担を特徴とする北欧の福祉国家政策は有名であるが、スウェーデンは都市封鎖や厳しい外出規制を行わない独自の政策を貫いた。しかし、北欧の中で、スウェーデンのCOVID-19による死者数は突出している。スウェーデンでは、経済活動を継続可能とする経済的合理性や、個人の自由を尊重す

るという社会的合理性を優先する反面、高齢者施設でのクラスターが発生したことによって、医療崩壊の懸念も指摘される。そこで患者の受け入れ制限のために、若年層を優先するという、いわばトリアージが採用されている。ここに、全国民が高い負担のうえに手厚い社会保障でカバーされるという理念と実態との乖離がみられる。

日本では、医学的合理性と経済的合理性の両立を図るため、都市封鎖を伴わない比較的緩い規制のもとで、外出自粛の要請が行われてきた。個人の行動は自主性に任されていたとはいえ、社会的な非難から免れるため、自主性の余地はそれほど多くはなかったと考えられる。一方、政府の要請は、対面接触を伴うケアを受けてきた当事者や、ケアを提供する組織や団体にかかわるケアラーへの配慮、すなわち社会的合理性の視点に乏しい。そのため、組織や団体によって、感染防止策を講じながらケアを提供する方法や内容についての判断に苦慮することとなる。結果として、複数の組織や団体によるネットワークに基づくこれまでの地域包括ケアシステムが立ち行かなくなり、持続可能性の格差が助長される恐れがある。次章では、これまでのCOVID-19へのアクターの行動を検証し、地域間格差の拡大の可能性について考察する。

Ⅲ. 地域間格差の拡大の可能性

(1) COVID-19の感染拡大による医療・介護供給体制への影響

従来のケアは、医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・福祉とそれぞれの領域ごとに分かれた制度において、階層的・重層的に提供されてきた。地域包括ケアシステムは、日常生活圏域ごとに、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組みである。ただし、医療に関して現在、都道府県の地域医療計画に位置付けられた地域医療構想が進められており、経営効率を優先した病床削減が議論されている。その一方で感染症対策は同計画に

において言及されていなかった。このことから、医学的合理性よりも経済的合理性を優先したことが、感染症患者を受け入れる病床のひっ迫を招いた背景にあると考えられる。

そこで、今後は感染症病棟や集中治療室を中心に、感染症の患者あるいは感染症疑いの患者を受け入れるための病床や人工呼吸器などの医療機器や医療資材、人材を確保しておくことが前提となる。ただ、受け入れ態勢を整えたとしても、こうした患者を受け入れると、病床の空きが発生することとなり、経営環境の悪化につながる。

国公立大学は2004年の独立行政法人化の一環で国立大学法人（公立大学法人）へと変更された。附属病院の運営は病院収入と運営費交付金で行われているが、一般の医療機関と同様、病院の収入が減少すれば、経営は悪化する。石蔵（2020）によると、政策的な高度医療を担う大学病院は、COVID-19の影響によって経営悪化を招いているという。法人化された際には多額の借入金を譲り受けたために借金の返済に苦慮しているうえに、2019年10月の消費税増税が経営を圧迫している。

また、地域医療を担う医療機関に関して、感染を恐れた受診控えのために医療機関の経営環境が悪化しているという。医療機関コンサルティング会社のメディヴァによると、全国約100の医療機関について、感染拡大の前後で、外来患者は2割強、入院患者は1～2割減少したという。首都圏では外来は4割、入院は2割の減少と全国平均を上回っており、特にオフィス街の診療所では、在宅勤務の定着で会社員らの患者が落ち込んだ（朝日新聞デジタル、2020年5月30日付）。COVID-19に伴う影響として、今回の感染拡大時期に流行する花粉症患者の受診抑制や、小児の受診控えが指摘される（ミクスonline、2020年6月2日付）。エムスリーが独自に構築したリアルワールドデータベース（2020年3月時点で延べ2600万患者分）によると、花粉症については、診療所を受診した患者数のうち昨年実績比が最も高かったのが3月第

2週（8日～14日）で22%減となった。これは全診療科の平均（9%減）と比較しても、特異的に受診患者数の減少が分かる。

年齢別にみると0～14歳の受診患者については、3月第3週（15日～21日）が28%減となり、全診療科のトレンド（10%減）と比較して、受診控えがあったことを裏付けた。診療科のうち、小児科の受診患者数については、3月から5月末まで、全診療科に比べて患者数の減少は顕著で、4月第4週（19日～25日）、翌第5週（26日～5月2日）はともに51%減であった。

その結果、医療機関の経営状況は急速に悪化している。日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会が5月7日～15日にかけて、加盟する全国4,332病院を対象に行った、4月の経営状態に関するアンケート調査（有効回答数1,141病院、有効回答率26.3%）によると、2020年4月度は病院の外来患者、入院患者ともに大幅に減少しており、経営状態は著しく悪化していた。特に、COVID-19の感染患者の入院を受け入れた病院では、診療報酬上のさまざまな配慮はあったものの経営悪化は深刻であった。また、病棟閉鎖せざるを得なかった病院の悪化傾向は顕著であった。具体的には2019年医療経済実態調査における病院の医業利益率は-2.7%、医療法人では2.8%となっているが、2020年4月度の医業利益率について、全病院は-10.0%、COVID-19患者受け入れ病院は-12.2%、一時的病棟閉鎖病院は-15.7%とそれぞれ大幅な赤字であった（表省略）。

特定警戒都道府県における病院の経営指標を2019年4月度と2020年4月度において比較すると、医業費用に関して、全病院と特定警戒都道府県で変化はほぼみられず、ともに-1.4%の微減にとどまる（表1）。一方、医業収入に関して、全病院は-10.5%であるのに対して、13の特定警戒都道府県は-12.5%、8の特定警戒都道府県は-13.8%と大きく減少している。とりわけ、特定警戒都道府県における外来診療収入の減少幅が大きく、非感染患者の感染リスク

表 1 特定警戒都道府県における経営指標の比較

(単位：千円)	有効回答全病院 (n=1,049)			13の特定警戒都道府県 (n=589)			8の特定警戒都道府県 (n=413)		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年4月	2020年4月	前年比
医業収入	446,902	400,062	-10.5%	490,919	429,758	-12.5%	497,799	429,197	-13.8%
入院診療収入	301,101	274,429	-8.9%	329,829	296,290	-10.2%	333,684	296,754	-11.1%
外来診療収入	126,443	111,881	-11.5%	137,293	118,055	-14.0%	137,966	116,675	-15.4%
その他医業収入	21,185	16,345	-22.8%	23,978	17,433	-27.3%	26,408	18,649	-29.4%
医業費用	441,821	435,514	-1.4%	484,848	478,197	-1.4%	488,084	481,237	-1.4%
医薬品費	74,957	71,729	-4.3%	80,368	76,799	-4.4%	79,883	75,873	-5.0%
診療材料費	48,583	44,273	-8.9%	53,909	48,858	-9.4%	57,143	51,047	-10.7%
給与費	216,596	219,384	1.3%	238,901	242,088	1.3%	238,330	242,077	1.6%
その他経費	104,292	103,854	-0.4%	115,059	114,040	-0.9%	117,560	117,358	-0.2%
医業利益	4,292	-36,109		2,785	-49,739		5,030	-53,894	
医業利益率	1.0%	-9.0%		0.6%	-11.6%		1.0%	-12.6%	

注1：13の特定警戒都道府県：北海道・茨城県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・岐阜県・愛知県・石川県・京都府・大阪府・兵庫県・福岡県

注2：8の特定警戒都道府県：北海道・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・京都府・大阪府・兵庫県

資料：日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会（2020）

を回避した受診控えによる影響が大きいのと考えられる。

医療機関の経営が苦しくなると、医師や看護師らに影響が及ぶことが懸念される。実際に非常勤医師の雇止め、看護師の給料や一時金がかかるケースがみられる（朝日新聞デジタル、2020年5月30日付）。COVID-19の患者を受け入れている医療機関の勤務者には最大20万円が支給されるが、賃下げ幅が上回る可能性があるという。大病院のなかには、業務が減少している一部の職員について、一時帰休を検討する施設もみられるという。

日本の公的医療保険制度は、手術や入院といった診療行為ごとの出来高払い方式を基本とする診療報酬によっている。そのため、収入の多寡が患者数に依存する構造になっている。一方、厚生労働省の医療経済実態調査によると精神科を除く病院の2018年度の損益率は-2.7%の赤字で利益を出しにくい構造にあった。このことは、当初見込んでいた患者数が減少することによって、収支バランスが容易に崩れることを示唆している。

介護事業についても同様の構造がみてとれる。とりわけ、2015年の介護報酬改定でデイ

サービスの報酬が全体として6%程度引き下げられた影響で、利益が出にくい状態が続いており、事業の見直しを迫られる事業者も少なくない（宮澤編著、2017：105）。このように、介護費の抑制のために報酬単価は低く抑えられており、介護職員の給与が低水準にとどまることにもつながっているとされる。

(2)「新しい生活様式」を踏まえた対応の必要性

厚生労働省は2020年5月7日、新型コロナウイルスを想定した「新しい生活様式」をウェブサイトに掲載した。これは新型コロナウイルス感染症専門家会議によって5月4日に出された提言を踏まえた、日常生活で取り入れるべき感染拡大防止のための実践例である。同会議は2月14日に設置されて以降、感染拡大をできる限り防ぐ方策として、3つの密（①換気の悪い密閉空間、②人が密集している、③近距離での会話や発声が行われる、という3つの条件）を避けること（2020年3月9日）や、人との接触を8割減らす10のポイント（2020年4月22日）といった提案を行ってきた。これらの提案は、市民の行動変容を促す役割を果たしてきたといえる。

新しい生活様式では、①一人ひとりの基本的感染対策、②日常生活を営むうえでの基本的生活様式、③日常生活の各場面別の生活様式、④働き方の新しいスタイル、の4つの実践例が示されている。ここで地域包括ケアシステムに与える影響の大きい項目は、3つの密を回避することに加えて、社会的距離（social distancing）をできる限り2m（最低1m）とることである。勤務形態においても、テレワークやローテーション勤務、オンラインでの会議などが提案されている。これらはあくまでも提案であって、必ずしも従う義務はない。しかし、万が一、ケア提供事業者がこれらの提案を蔑ろにしたために感染者が発生した場合には、社会的な非難を免れないであろう。彼らは重症化リスクの高い高齢者や有病者と接する機会が多いため、日常生活で求められる以上の慎重な感染防止対策が求められる。したがって、ケアを提供する事業者は、経営環境の悪化が見込まれたとしても、これらの提案を甘受せざるを得ない状況にある。それほど上記の提案は、国内で生活するうえで守るべき社会規範としての機能を果たしている。また、筋トレやヨガは自宅で活用する、食事は少人数で会話は控えめにするといった、対面方式による大人数での効率を重視したケアの実現を困難にしている。上記の新しい生活様式は、もっぱら感染防止という医学的合理性を追求した行動パターンの変容を迫るものであり、高齢世帯や障がい者、ひとり親世帯、生活困窮世帯などに対して、地域の支援をどう活用して地域の安全をいかに守るかといった社会的合理性の視点を欠いている。

このような状況において、医療機関が1人でもCOVID-19の患者を受け入れれば、感染リスクの高いベッドの多くを感染症患者専用とし、感染防止のため非感染症患者には使用できなくなる。そのため、外来や救急の受け入れは制限され、ある程度の感染者を受け入れない限りは、何らかの補償なくして経営の安定性が担保されない。感染者病床を確保するため、一部自治体において、重症患者や中等症患者、軽症患

者と感染者の重症度別に受け入れ先を区別する動きもみられるが、日々の感染状況によって患者数は大きく変動するため、医療機関の経営構造が依然として不安定であることに変わりはない。

訪問診療や訪問看護は、在宅で療養せざるを得ない患者にとって最後の砦である。訪問看護においては、重症化リスクの高い患者が多く、訪問先や事業者内の感染対策が大きな負担となっている。日本訪問看護財団が2020年4月16日～24日にかけて、加盟する全国2,714の訪問看護ステーションを対象に行ったアンケート（回収数424事業所、回収率15.6%）によると、52.4%が2020年1月以降、訪問看護の回数が「全体的に減った」と回答した。その理由として、感染を警戒する「利用者や家族の意思」（195件）を挙げており、リハビリや医療的ケアなどの訪問看護が減少したという（日本訪問看護財団、2020）。

事業所に立ち寄る頻度を減らす手段の一つとして、患者の情報を共有できる電子カルテを導入することも考えられる。しかし、システムの導入にかかる初期費用や月額利用料の負担が大きいことから、実際にシステムを導入できる事業者は、経営余力のある大規模な事業者に限られる。訪問介護についても、感染対策のために訪問回数を減らすなどのサービス縮小の対応をとっているところもあるものの、ヘルパーは従来、人手不足のために、事業所にとって休業を要請しにくい状況にある。そのため、訪問介護事業所は、人件費の支出を変えずに、感染リスクを抑えながら従来通りのサービスを維持しなければならないという、きわめて厳しい経営を強いられている。

また、居宅サービスの場合、職員の感染などによって、休業を余儀なくされた場合の引き継ぎ先の確保が課題となっている。先述の訪問看護ステーションに対するアンケートによると、休業せざるをえない場合の利用者の引き継ぎ先について、「決めている」と回答した事業所は13.4%だったのに対し、「決めていない」が

39.4%、「検討中」が43.9%などと80%以上の事業所が引き継ぎ先を確保していなかった（日本訪問看護財団，2020）。

当然ながら、引き継ぎ先の候補は、既存の在宅医療の地域別実施状況を反映して、都市部で多く地方で少ないと推測できる。在宅医療の地域別実施状況について都道府県別に病院・一般診療所の訪問診療の実施件数と訪問看護ステーションによる訪問看護の回数を65歳以上人口千人当たりでみると、ともに西日本の府県において、また大都市圏もしくは大都市を要する都府県において多い。在宅療養支援診療所・同病院に関しても立地市区町村は西日本に多く、さらに高い実績を指定の要件とする機能強化型施設が立地する市区町村は大都市圏ならびに地方圏でも都市部、つまり人口密度の高い地域に多いという傾向がある（宮澤編著，2017：59）。

一方、農村部で唯一展開する小規模な診療所や訪問看護ステーションにとって、人員面の制約、遠隔性や自然条件などの地理的特性から従来、遠方への訪問が困難であった。加えて、感染症対策の負担の大きさや職員の感染によって、サービスの縮小や休業を余儀なくされるならば、家族が負担をカバーするほかない。家族の支援が期待できない場合は、患者は住み慣れた地域から離れた、都市部の施設入所を選択せざるを得ない。これは、地域包括ケアシステムの趣旨から大きく逸脱するものであり、すでにある地域間格差がさらに拡大することを意味する。ここでも、地域包括ケアシステムの崩壊の被害者は、利用者本人とその家族である。医学的合理性や経済的合理性が優先される結果として、社会的合理性が蔑ろにされ、サービスを受けるべき当事者が必要なサービスを満足に受けられない状況が容易に想像できる。

緊急事態宣言が出されて以降、デイサービス（通所介護）やショートステイ（短期入所生活介護）に対して、知事が必要だと判断した場合に使用の制限や休業の要請が可能となった。一方、デイサービス事業者には、自主休業やサービスの縮小によって、経営悪化が深刻化してい

るところも存在すると考えられる。収支バランスを維持するためには従来の運営体制に戻す必要がある。しかし、デイサービス事業所では、感染のピークが過ぎた後に、通常の運営に戻すことに苦慮している。デイサービスのメニューには、歌を含めたレクリエーションや多人数での会食が含まれるケースが多い。従来と同様の利用者を受け入れるため、メニュー内容の変更や職員の増員、追加の部屋の確保などが求められる。これらの課題とその対策の必要性については、施設サービスについても同様である。一方、第二波、第三波によって地域での感染の発生が確認された場合、第一波と同様にして、自主休業や要請を受けての休業を余儀なくされるであろう。

ケアを提供する事業者は、感染予防に伴う多大なコスト負担を抱えつつ、十分な補償を受けれないまま、経済的合理性の追求を迫られている。その原因は、金銭的な支援が不十分なまま、休業の要請や外出の自粛を求める根拠となる医学的合理性を重視した政府の行動にある。こうして、現場に転嫁された感染症対策という負担に対して、当事者を含めた個々のアクターがそれぞれ感染リスクを回避するための行動を強いられている。その結果として、当事者の社会的合理性が損なわれる可能性がある。しかも、このような被害の構図は、地方でより深刻になることが懸念される。ただ、人口密度の高い都市部においても、在宅医療にかかわる医療機関や専門職が多いがゆえに、ケアの方針や専門性の違いから医療機関間や職種間の連携に齟齬をきたすケースも想定される。

(3)介護予防・生活支援における事業継続の困難性

COVID-19の感染リスクが高いとされる、対面での接触が困難になるなかで、孤立しがちな高齢者の見守りが課題となっている。従来は身寄りのない単身高齢者に対して、民生委員や、知人・友人といった地域の共助がセーフティネットとしての役割を果たしてきた。共助による取り組みは、孤立防止や介護予防のために集

いの場を設けて地域住民の交流を深める活動が中心であり、ソーシャル・キャピタルの醸成による生きがいづくりにも関連するとされる。住民が主体となる活動が困難な場合は、社会福祉協議会が集いの場やミニデイといった見守りを兼ねた介護予防や生活支援の主体的役割を担うことが多い。これらは、重症化リスクの高い高齢者が集まることが活動の柱となっているが、直接の対面が困難な場合、共助に代わる支援方法がきわめて限られている。従来、こうした孤立世帯への支援の選択肢は、人口密度の低い離島や中山間地域において縮小傾向にあった（中村，2018，2019a）が、今後は根本的な支援方法の変更も求められよう。

対面接触を克服しながら孤立防止に努める新たな取り組みもみられる。2020年4月17日、各地で地域福祉活動に取り組む有志が、任意団体「『つながりを切らない』情報・交流ネットワーク」を立ち上げた。同団体のウェブサイトではコロナ禍における孤立防止のための活動事例が紹介されている。これらは従来の対面接触に基づく人的交流から、オンラインベースによる人的交流への切り替えや、対面方式とオンライン方式との併用のためのノウハウを全国に伝える取り組みと評価できる。しかし、利用者の特性やグループの活動方針、活動内容の違いから、あらゆる地域や団体がオンラインを基盤とする交流に移行するとは考えにくい。たとえば、オンライン会議システムによる交流は、お互いに表情を確認できるため、電話による音声のみのやり取りよりも健康状態を把握しやすい側面はあるが、通信環境やリテラシーの問題がボトルネックとなる。そのため、定期的な戸別訪問や電話による安否確認が現実的な支援方法になるものと考えられる。実際に、高知県いの町にある小規模多機能支援拠点施設「いの町あったかふれあいセンター」および「吾北あったかふれあいセンター」は2020年3月16日以降、COVID-19の感染拡大に伴って、施設利用やミニデイなどのイベントを休止していた（写真1）。一方、活動休止中にあっても、センター



写真1 休止中のいの町あったかふれあいセンター
（2020年3月26日筆者撮影）

職員が独居高齢者などの見守り訪問を継続して、生活状況を確認していた。

おもに子どもに対して、無料か安価で食事を提供する場として重要な機能を果たしているのが、子ども食堂である。政府は全国すべての小中高校と特別支援学校について、2020年3月2日から春休みに入るまで臨時休校するよう要請した。この要請を受けた休校のために預け場所に困る共働き世帯や、給食の休止のために食事を満足にとることができない世帯に対して、居場所や栄養バランスの取れた食事に対する潜在的利用ニーズが増加したと推測される。

しかし、NPO法人全国こども食堂支援センター・むすびえとこども食堂ネットワークが2020年4月13日～17日にかけて、全国231団体に実施したアンケートによると、COVID-19の感染拡大を受けて、活動が「子ども食堂の開催」（9件）から「弁当や食材の配布」（100件）や「食材等の宅配」（7件）に推移していた。子ども食堂のなかには、これらの活動の複数を実施しているものもみられる。必要な支援として、「会場の確保」（37件）や「支援先や他団体の情報」（32件）、「開催手段、アイデア」（31件）が上位を占め、感染予防対策を施しながら、十分な支援活動を実施するのに苦慮している様子が見え隠れする。また、「食材等の配布」、「食材等の宅配」は、通常のこども食堂の開催より金銭的な負担が大きく、食材や資金などの

支援が求められるという。一方、自由回答から、これまでの食堂の運営では見えなかった母子家庭へのアクセスが可能になったという好意的な意見もみられた（NPO法人全国こども食堂支援センター，2020）。

高知県高知市の「こども食堂こうち」では、毎週水曜日の16：00～19：00にバイキング形式の食事が提供されていた。しかし、2020年3月以降、COVID-19の感染拡大による自治体の自粛要請に応じるかたちで、通常の食堂開催を中止した（写真2）。その代替措置として、毎週水曜日の昼間に食堂前の空き地で弁当を無料配布することになった（写真3）。一方、高知市は2020年4月17日、「新型コロナウイルス感染



写真2 こども食堂こうちによる弁当の無料配布
（2020年3月25日筆者撮影）



写真3 こども食堂こうちによって配布された弁当
（2020年3月25日筆者撮影）

症に係る高知市対処方針（ver.3）」において、小・義務教育学校において共働き家庭など留守家庭の児童で、特に低学年児童など留守番をすることが極めて困難な場合、学校において「児童の居場所」を確保するとともに、小・中・義務教育学校の児童生徒に対して「希望者への給食」の提供を行う方針を示した（高知市新型インフルエンザ等対策本部，2020）。また、こども食堂こうちは、5月26日以降、通常は弁当の配色や喫茶店を行っているNPO法人の店舗スペースを借りて、週2日のペースで寄付によって集まった食材を無料で配布している（こども食堂こうちウェブサイト）。こども食堂こうちでは、できる範囲での支援を継続しているものの、必要な世帯への支援には不十分と考えている。食事や居場所の欠如は、自宅から徒歩圏内に生鮮食料品店がないという空間的要因のみならず、貧困、孤立、家庭内暴力といった複数の社会的要因が関連していることが多い。

従来のフードデザート問題は移動手段が限られる高齢者を中心に論じられていた（岩間編著，2013；岩間編，2017）。そうした問題は、高齢化が相対的に進展する地方で指摘されたが、コミュニティ機能の不十分な都市部でも確認された。しかし現在では、非正規労働者、外国人労働者、ひとり親家庭、若年層といった貧困に起因するフードデザート問題が深刻化することが懸念される。以上の新たな因果関係は、欧米のフードデザートと共通している。とりわけアメリカ合衆国の貧困集中地区において、マイノリティを中心にCOVID-19への感染リスクの高い外出を伴う職種に多く従事していることが指摘されている（朝日新聞デジタル，2020年5月1日付）。以上の地域格差や、健康問題との関連は以前から指摘されていた。すなわち、マイノリティは基礎疾患を抱え重症化リスクが高いにもかかわらず、収入のために感染リスクの高い対面が必須の仕事に従事し続けなければならない。こうした事情が、COVID-19の感染拡大を介して、既存の地域格差を拡大するように作用していると考えられる。日本において

も、貧困がもたらす感染リスクの拡大が、さらなる貧困をもたらし、フードデザート問題が深刻化するという、悪循環を繰り返す恐れもある。

介護予防や生活支援を目的とした集いの場を再開する場合には、デイサービスやショートステイと同様にして、職員や利用者の感染防止と、サービスの維持による利用者の支援を両立することには困難を伴う。これまでのアクターの行動から、感染リスクを回避するために活動を休止するのか、支援を必要とする当事者のために開催を継続するのか、運営者もどこまで支援すべきか悩みながら、必要な支援の提供方法を模索している様子がうかがえる。従来の集いを基本とする活動が大きく制限されるなかで、行政は増加が懸念される孤立世帯や生活困窮世帯に対して、より積極的に社会福祉の責任を果たしていくことが期待される。

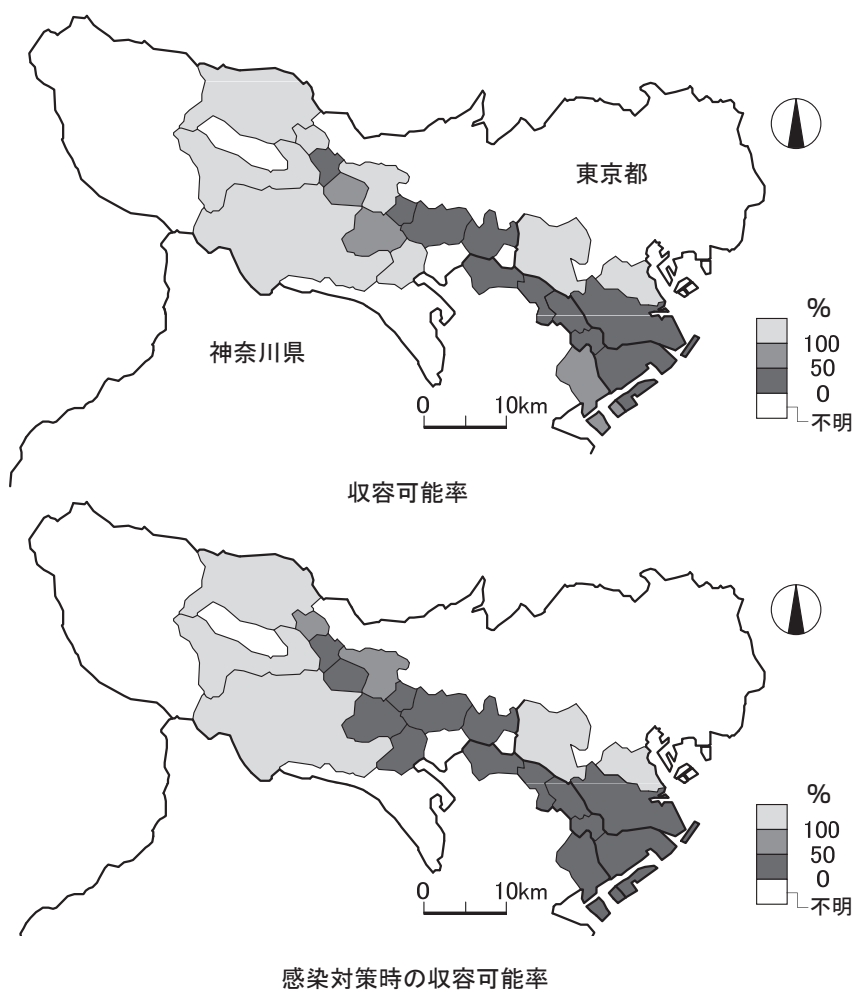
(4)災害時における課題

これまでの災害研究において、未知のウイルスの感染拡大の懸念がある状況における、台風や地震といった自然災害への備えのあり方についてほとんど議論されていなかった。特に、避難所の運営に関して、これまでも避難所の衛生環境が悪化し、インフルエンザやノロウイルスといった感染症が蔓延する事例がみられた。1995年の阪神・淡路大震災では避難所においてインフルエンザが流行した。しかし、COVID-19の致命率は、基礎疾患のある高齢者において高い値を示すうえ、避難生活の長期化によって健康が悪化して重症化リスクをさらに高める可能性がある。ところが、社会的距離を確保しようとする、従来の感染症対策による避難所運営では、COVID-19の感染防止対策としては不十分である。

たとえば、2019年10月の台風19号で避難所が満員になるケースが相次いだ、多摩川の浸水想定区域を含む東京都および神奈川県内の23の自治体、759カ所の避難所に対して、NHKが実施した調査を概観しよう（NHK NEWS WEB、2020

年6月3日付）。浸水想定区域にある避難所は189カ所（24.9%）であった。そのうち、避難所の収容人数や面積を公表している21自治体のデータによると、浸水想定区域内の住民165万人のうち、避難所に収容可能な人数は約88万人で、収容可能率は53%にとどまった（図1）。なかでも、府中市で18%、川崎市中原区で23%、東京都大田区、川崎市幸区および川崎区で25%など、多摩川下流域にあたる自治体で収容可能率が低い値にとどまる。一方、COVID-19感染対策を考えて、避難所における1人当たりスペースを4m²で計算すると、収容可能率は全体で24%と減少し、感染対策を講じない場合と同様、府中市（7%）、東京都大田区（10%）、川崎市中原区（12%）などがきわめて低い値にとどまる。2020年5月現在、東京都大田区では59カ所、川崎市川崎区では33カ所の避難所が多摩川の浸水想定区域内に立地しており、他の自治体と比較して多い。しかし、それ以上に広大な浸水想定区域内に多くの人口を抱えている。そのため、感染対策を講じない場合でも、避難所のみでは収容能力を超えることが明らかである。こうした地域では、高層マンションが多く立地することから、災害時の共助を発揮するために、住民同士が平常時に交流を重ねることが課題となる。

加えて、人口密度の高い都市部を中心に、感染リスクの低い避難先を検討する必要がある。2020年5月、内閣府が近年災害を経験した63市町村にヒアリング調査した結果によると、すべての自治体において、従来の避難所に加えて、ホテル・旅館、学校施設など新たな施設の活用を予定していた。東京都の区市町村向けの指針では、密集を避けるため、小中学校では体育館のほかに教室なども使用することや、ホテルや旅館のほか、大型商業施設の駐車場なども活用して、より多くの避難先を確保するよう求めている。また、せきや発熱などの症状がある人には専用のスペースを設け、ほかの避難者と建物や階を分ける工夫をしたり、トイレや手洗いまでの動線も重ならないよう検討することを求め



注：收容可能率＝避難所の受入可能人数／浸水想定区域内の人口

資料：NHK NEWS WEB 2020年6月3日付

URL: <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200603/k10012456471000.html>（最終閲覧日：2020年6月4日）

図1 多摩川の浸水想定区域を含む自治体別收容可能率

ている。このほか、安全な場所に住んでいる人は自宅にとどまったり、親戚や知人の家に事前に避難する方法もあることなどを住民に周知するよう求めている（NHK NEWS WEB, 2020年6月4日付）。

大阪府の区市町村向けの指針では、ホテルや旅館、その他の民間施設などの活用を検討を要請した。安全が確保できているのであれば、親戚や友人宅への避難も考えられるとした。感染

症対策も具体的に盛り込んだ。家族間で1～2m以上の間隔を保ち、難しい場合は座った時の口元より高いパーティションで仕切る。発熱などの症状が出ている住民は、学校の空き教室などに隔離することを求めている（朝日新聞デジタル, 2020年6月4日付）。

新たな感染防止対策の指針について、避難所以外の避難先として自宅や親戚、知人・友人の家が挙げられているが、孤立世帯では自宅以外

に選択肢がない。このことは、ソーシャル・キャピタルの有無が、感染リスク回避の可能性に格差を生じさせるリスクを示唆している。また、避難先について、ホテルや旅館、商業施設といった民間施設の利用も検討されていた。しかし、こうした施設が立地するのは、おもに都市中心部や郊外であり、立地がみられない地域では、避難所以外の感染リスクの低い避難先が限られよう。すなわち、経済合理性に基づく地理的要因（民間施設の地理的偏在）と、コミュニティ機能の縮小という社会的要因が相まって、避難所以外の避難先のアクセスに格差が生じることが懸念される。

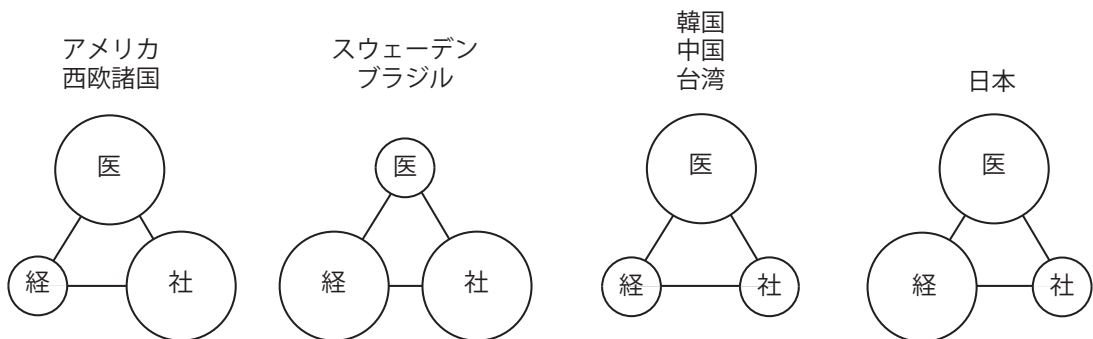
一方、従来の備蓄では感染防止対策が不十分なことが明らかになっている。感染防止に役立つとされるパーティションを備蓄していたのは25市町村（39.7%）、段ボールベッドの備蓄は22市町村（34.9%）、マスクの備蓄は34市町村（54.0%）、消毒液の備蓄は29市町村（46.0%）にとどまった。

在宅避難者にとっても、避難所は救援物資を受け取る拠点として重要である。自治体の備蓄状況は万全とは言えないが、災害発生時に果たして救援物資が滞りなく輸送されるのであろうか。筆者らは災害時における食料品や医薬品といった救援物資輸送のリスクを、現代の流通システムの広域化と交通インフラの脆弱性に求め

た（荒木ほか，2017）。日本の流通システムは、コンビニ業界に代表されるように、ICTによる在庫極小化を徹底したジャストインタイム配送を特徴としている。しかし、こうした平常時の効率追求のシステムは、非常時において適時に必要なものが届かないリスクともなる。分散在庫やリードタイムの制限を緩くした、いわば冗長性を組み込んだシステムへの転換が求められる。非常時のリスクは、事業継続計画（Business Continuity Plan=BCP）の策定を機に回避されつつあるが、大規模災害のたびに課題として指摘されてきた。パンデミックの第二波、第三波に向けて、マスクや消毒液、フェイスシート、医療用防護服など、感染症の拡大防止のために必要な物資輸送の仕組みを見直す必要がある。効率と安全の両面から、国境を超えた広域的なグローバル・サプライチェーンのリスクと、国内でも調達可能なローカル・サプライチェーンの意義はもっと強調されてよいであろう。

Ⅳ. おわりに—ICTの可能性とリスク

本稿では、COVID-19の感染拡大に伴う、地域包括ケアシステムにかかわるアクターの行動の変化を検証し、今後の感染防止策を踏まえて地域包括ケアシステムにいかなる対応が求められるのか、空間的側面に焦点を当てて考察し



注：図中の医は医学的合理性、経は経済的合理性、社は社会的合理性を示す。
資料：筆者作成

図2 COVID-19の感染症対策にみる国別の合理性のバランス

た。

COVID-19の感染拡大の時期において、各国政府が採用した3つの合理性のバランスは図2のように整理できる。欧米では、感染者の急拡大を受けて、都市封鎖や厳しい外出規制を敷くようになった国が多くみられる。ただし、スウェーデンは厳しい外出規制を敷かずに、集団免疫の獲得という例外的な措置を採用し続けた。ブラジルも同様に経済活動の維持を基本とした戦略を採用している。一方、中国や韓国、台湾では、ICTによる行動監視という医学的合理性の追求が早期の感染収束に貢献したといわれる。ただ、こうした政策の違いが感染拡大の防止の成否を分けたとは必ずしも言えない。この分類はあくまで感染拡大時の政府の対応を大別したに過ぎず、福祉国家論の枠組みでは差異の要因を説明しきれない。それぞれの政策は、国や地域によって異なる歴史的文脈において、固有の政治、制度、文化、経済の各要素が相互に関連しあうプロセスの帰結とみなせる。今後はウイルスと国内外のアクターとの関係の変化を、長期にわたるプロセスにおいて解釈していく必要がある。

日本政府が採用した政策は、医学的合理性と経済的合理性を両立させるため、都市封鎖を伴わない比較的緩やかな外出規制にとどまった。しかし、社会的合理性の視点の欠如によって、高齢世帯や障がい者、ひとり親世帯、生活困窮世帯などへの従来の支援が損なわれる可能性がある。彼らはリテラシーの欠如や通信環境の整備にかかる費用負担の大きさから、デジタル格差の被害者にもなりやすい。こうした支援の欠如をカバーする、ソーシャル・キャピタルもまた乏しく、特に人口密度の低い中山間地域において、平常時においても孤立する傾向にあると推察される。他方で、人口密度の高い都市部においても、平常時から長期の自宅待機による虚弱化や孤立が予想され、コミュニティ機能の希薄な地域では必要な支援が行き届かない可能性が高い。以上の地理的条件は、自然災害の発生時に、支援格差としてより先鋭化して現れると

考えられる。

医療・介護事業者は非感染患者の外出控えや感染患者への対応を背景に、利益の確保に苦慮している。再び感染症が拡大すれば、閉鎖や倒産による医療・介護崩壊の懸念がある。その空白地域を埋める最後の砦として、子ども食堂や小規模多機能拠点の役割期待がある。しかし、運営者の多くは、COVID-19の感染リスクの懸念と、支援継続の意志との間で揺れ動きながら、十分な支援を実施できていなかった。こうした草の根ともいえる活動団体の運営者とその潜在的利用者が、ウィズコロナ政策の真の被害者といえるのではなからうか。

地域包括ケアシステムの本質は、利用者への対面接触を伴う多職種の連携である。対面接触をできる限り減らそうとする試みも、接触の頻度を減らすか、社会的距離をとるといった対応にとどまり、感染リスクの回避には限界がある。そこで、接触を極力排除する手段の一つとして、オンライン化への切り替えあるいは併用によるケアの提供が挙げられる。たとえば、外出自粛が継続する状況において、2020年4月に初診におけるオンライン診療が解禁されたこともあって、オンライン診療の導入が進みつつある。ただし、地域包括ケアシステムへのICTの受容のあり方は地域的に一様にはならず、むしろ既存の地域格差を拡大する方向に作用すると考えられる。

今後、濃厚接触者を把握するアプリをはじめ、ICTの導入による行動監視につながる動きに対して、市民が容認姿勢に傾くことも考えられる。しかし、権力者がICTを全体主義の道具として利用する懸念は拭えない。同様のことは、マイナンバーの推進による個人情報座の管理、スマートシティ戦略にみる特定の企業による都市管理についても言えよう。他人との物理的接触がままならない状況においては、少なからぬメディアや論評において、ICTそれ自体が地域課題のボトルネックを解消してくれる技術決定論的な論調が支配的である。しかし、これまでもそうであったように、ICTそのものは決

して価値中立ではなく、開発と普及を主導するアクターと、利用しようとするアクターとの関係性においてその機能が決定される側面がある(中村, 2019b)。とりわけ、生活困窮世帯を中心に通信環境を整えられないために、依然としてデジタル格差が存在することに留意しなければならない。ICTがどういった地域に受容され、どうふるまうのかを検討するため、ウイルスや科学、ICT、関係団体や組織との関係論的な見方が求められる。ICTの受容をめぐる議論は、中長期的かつ複数の関係者を対象とする綿密な調査を要することから、検討は他日を期したい。

謝辞

本稿の執筆にあたって、科学研究費補助金(基盤研究(C))「在宅医療空白地域における支援モデルの構築に関する地理学的研究」研究課題番号18K01141、研究代表者: 中村 努)を使用した。いの町あったかふれあいセンター、こども食堂こうちの方々をはじめ、ご協力くださった皆様には貴重なお話を賜りました。この場を借りて感謝いたします。

文献

- 荒木一視・岩間信之・楳原京子・熊谷美香・田中耕市・中村 努・松多信尚(2017):『救援物資輸送の地理学—被災地へのルートを確保せよ—』ナカニシヤ出版。
- 石 弘之(2018):『感染症の世界史』角川書店。
- 石蔵文信(2020): 大学病院を襲うコロナ危機とは?。 URL: <https://news.yahoo.co.jp/byline/ishikurafuminobu/20200531-00181186/> (最終閲覧日: 2020年6月1日)
- 岩間信之編著(2013):『改訂新版フードデザート問題—無縁社会が生む「食の砂漠」—』農林統計協会。
- 岩間信之編(2017):『都市のフードデザート問題—ソーシャル・キャピタルの低下が招く街なかの「食の砂漠」—』農林統計協会。
- NPO法人全国こども食堂支援センター(2020):『こども食堂の現状&困りごとアンケート結果』NPO法人全国こども食堂支援センター。 URL: https://musubie.org/wp/wp-content/uploads/2020/04/musubie_Q_sheet_0423.pdf (最終閲覧日: 2020年

6月3日)

- 大橋謙策編著(2014):『ケアとコミュニティ—福祉・地域・まちづくり—』ミネルヴァ書房。
- 高知市新型コロナウイルス等対策本部(2020): 新型コロナウイルス感染症に係る高知市対処方針(ver.3)。 URL: https://www.city.kochi.kochi.jp/uploaded/life/135552_445425_misc.pdf (最終閲覧日: 2020年6月3日)
- 近藤克則編著(2016)『ケアと健康—社会・地域・病い—』ミネルヴァ書房。
- 近藤克則(2017):『医療・福祉マネジメント 第3版』ミネルヴァ書房。
- 中村 努(2018): 離島の医療再編による日常生活圏域のケアへの影響—長崎県新上五島町を事例として—。季刊地理学, 69, 189-206。
- 中村 努(2019a): 高知県梼原町における地域包括ケアの地理的多様性。高知大学教育学部研究報告, 79, 155-166。
- 中村 努(2019b):『医療システムと情報化—情報技術の受容過程に着目して—』ナカニシヤ出版。
- 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会(2020):『新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況緊急調査(速報)』。 URL: http://www.hospital.or.jp/pdf/06_20200518_01.pdf (最終閲覧日: 2020年6月4日)
- 日本訪問看護財団(2020):『新型コロナウイルス感染症に関する緊急アンケート調査(第1弾)』日本訪問介護財団。 URL: <https://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2020/05/200525korona-chousa.pdf> (最終閲覧日: 2020年6月3日)
- 宮澤 仁編著(2017):『地図でみる日本の健康・医療・福祉』明石書店。
- 村上陽一郎(1983):『ペスト大流行—ヨーロッパ中世の崩壊—』岩波書店。
- Castree, N., Amoore, L., Hughes, A., Laurie, N., Manley, D. and Parnell, S. (2020): Boundless contamination and progress in Geography. *Progress in Human Geography*, 44, 411-414.
- Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L. and Torrance, G. W. (1997): *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press. ドラモンド, M. F.・オブライアン, B. J.・ストダード, G. L.・トランス, G. W.著, 久繁哲徳・岡 敏弘監訳2003『保健医療の経済的評価—その方法と適用—』じほう。
- The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team (2020): The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) — China, 2020. *China CDC Weekly*, 2 (8), 113-122.