

したがって、本研究では、これから高齢期を迎える中年者における介護が必要になった場合の療養場所の希望の実態とその関連要因を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 分析対象・調査内容

本研究は、日本の郊外にある一市における市町村介護保険事業計画策定にあたる調査に基づいている。調査が実施された自治体は、東京から約 100km 東に位置しており、2010 年 10 月時点で、人口およそ 20 万人であり、そのおよそ 16%が高齢者（65 歳以上）、およそ 7 割が生産年齢人口（15-64 歳）である<sup>29</sup>。この割合は、同年の日本全体（65 歳以上：23.0%）と比較するとやや若い<sup>29</sup>、同年の主な高齢化先進国の高齢化率（イギリス 16.6%、フランス 16.8%、アメリカ 13.1%、韓国 11.1%）に近い<sup>1</sup>。

2011 年 2 月、当該自治体は 40-64 歳の全被保険者からランダムサンプリングした 2,000 名に対し、自己回答式質問票を郵送し、906 名から回答を得た（回答率 45.3%）。

収集された情報は、①基本属性：年齢、性別、世帯状況、職業、既往・現病歴、②主観的健康感、③家族介護経験有無、④生きがいの有無とその内容、⑤近隣との人間関係、⑥高齢者福祉サービスや市政一般情報の入手先、⑦介護・介護保険に対する考え、そして⑧介護が必要になった場合に希望する療養場所である。

我々は、調査参加者から、調査時点で 65 歳以上だった者（ $n=4$ ）、従属変数である「介護が必要になった場合に希望する暮らし方」について未回答の者（ $n=17$ ）、その他無効回答（ $n=1$ ）を除いた計 884 名を最終的な分析対象とした。

### 2. 従属変数

従属変数は、「介護が必要になった場合に希望する暮らし方」である。本項目について、対象者は 1. 自宅で、主に家族や親族に介護をしてもらいたい、2. 自宅で、主に介護サービスなどを利用したい、3. 子どもや親族等の家に住み替えて、介護をしてもらいたい、4. 特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの施設で暮らしたい、5. その他、6. わからない、という 6 つの選択肢のうち希望する 1 つを選択している。

本研究では、従属変数について 2 種類の分析を実施した。第一に、分析対象者を、介護が必要になった場合に希望する療養場所を回答した者（回答番号：1, 2, 3, 4）と、わからないと回答した者（回答番号：6）の 2 群に分けた（回答群 = 1; 未回答群 = 0）。その他と回答した者（回答番号：5）は回答内容のデータが得られなかったため分析対象から除外した。

第二に、分析対象者を、介護が必要になった場合に希望する療養場所について自宅（子どもや親族等の家含む）を希望する者（回答番号：1, 2, 3）と、施設を希望する者（回答番号：4）の 2 群に分けた（自宅希望群 = 1; 施設希望群 = 0）。その他及びわからないと回答した者（回答番号：5, 6）は分析対象から除外した。

### 3. 分析方法

各調査項目の単変量解析に加え、どの変数が療養場所への回答及びその内容に関連しているのかを検証するために、二変量解析をそれぞれの対照群に対して実施した（回答群と未回答群、自宅希望群と施設希望群）。 $\chi^2$  検定と Fisher の正確確立検定を二値の独立変数に対して行い、ウィルコクソンの順位和検定を連続変数に対して行っ

た。それらの検定を行った後、それぞれの対照群に多変量解析として多重ロジスティック回帰分析を行い、オッズ比、95%信頼区間を算出した。モデル投入のプロセスは、二変量解析によって  $p < 0.20$  の関連が見られた変数を投入することとしたが、先行研究を踏まえ、性別、年齢、世帯構成、主観的健康感、家族介護経験有無については、二変量解析の結果にかかわらず、どちらの対照群の分析においてもモデルに投入した。全ての分析は SAS version 9.4 software (SAS Institute, Cary, NC, USA) を使用した。

#### (倫理面への配慮)

調査データの使用にあたっては、つくば市と研究代表者(田宮菜奈子)との間で正式な契約を行なった。そして本研究を実施については筑波大学倫理審査委員会の承諾を得た。

### C. 研究結果

介護が必要になった場合の暮らし方の希望について表 1 に、回答群と未回答群、および、自宅希望群と施設希望群における対象者の特徴を表 2 に示す。介護が必要になった場合の暮らし方について、それぞれ、表現した者は 692 名 (81.2%)、分からない者は 160 名 (18.8%)、自宅を希望する者は 439 名 (63.4%)、施設を希望する者は 253 名 (36.6%) だった (表 2)。

多重ロジスティック回帰分析の結果を表 3.1, 3.2 に示す。回答群と未回答群の分析では (表 3.1)、高齢者福祉サービスや市政一般に関する情報を「市の広報誌」から入手していること (OR 1.78; 95% CI 1.06-3.00)、「介護の問題に対する関心」が“とても、もしくはある程度ある”こと (OR 1.73; 95% CI 1.04-2.87) が、介護が必要になった場合

の暮らし方について回答することに関連していた。

自宅を希望する群と施設を希望する群の分析では (表 3.2)、年齢が高いこと (OR 1.03; 95% CI 1.01-1.06)、今後、生きがいや楽しみにしていきたいこととして「家族との団らん」をあげていること (OR 1.64; 95% CI 1.15-2.35)、高齢者福祉サービスや市政一般に関する情報の入手先の数が多いこと (OR 1.19; 95% CI 1.01-1.41) が自宅を希望することに関連していた。一方で、「女性」であること (OR 0.65; 95% CI 0.43-0.97)、今後、生きがいや楽しみにしていきたいこととして「習い事や学習活動」をあげていること (OR 0.60; 95% CI 0.40-0.88)、「家族等の介護」を“現在もしくは以前に行ったことがある”こと (OR 0.62; 95% CI 0.42-0.93) が、施設を希望することに関連していた。

### D. 考察

まず、はじめに本研究の分析対象者のうち 81.2%の者が、介護が必要になった場合の暮らし方について回答しており、療養場所についての意向をもっていることが明らかになった。そして、市の広報紙から情報を得ている者がより療養場所についての意向を持っているという結果が示された。

この結果の解釈としては 2 通り考えられる。1 つは、市の広報紙から得られた情報が、住民の暮らし方の希望を決定することに貢献したということ。もう 1 つは、暮らし方に関心が強い者がそれらの媒体を通して情報を得ているということである。介護の問題に対する関心が強いことも関連要因となっていることから、後者の解釈の方が、真実に近いかもしれない。また、本研究で対象となった自治体は、広報紙を市内全世帯に各戸配布する方法をとっている。2000

年に日本で実施された自治体広報紙の配布方法に関する調査によると、全体の 81.4% の自治体が自治会経由での配布方法をとっているが、近年、自治会加入者の減少によって、広報紙が住民全体に行き渡らなくなっていることが課題とされていた<sup>38</sup>。本調査が行われた自治体の比較的積極的な取り組みが、広報紙の項目において明らかな関連が見られたことの背景にあることが考えられる。

次に、希望する療養場所を回答した者のうち 63.4% の者が要介護状態になったときに暮らす場所として自宅を、36.6% の者が施設を希望していること、そして、家族等の介護を“現在もしくは以前に行ったことがある”ことが、介護が必要になった場合の療養場所として施設を希望することに有意に関連することを明らかにした。

介護経験と療養場所の希望の関連については、Choi ら<sup>19</sup>は、自身が介護に習熟していると思っている者は、療養場所として自宅を希望する傾向があることを、Fukui ら<sup>18</sup>は、在宅看取り経験がないことが、自宅以外の場所を希望する要因であることを報告している。これらの報告は本研究で得られた結果とは反対の傾向を示しているように見える。しかし、荒木ら<sup>16</sup>は、介護者に協力者がいないことが、介護者自身が最期を迎えたい場所を病院や施設と希望する要因であることを報告している。これらの報告から、自身にとって介護経験が達成感のない、苦しい経験だったと感じている者は、自身の療養場所、最期を迎える場所についても自宅以外を選択するという可能性が考えられる。本研究の対象者はこれから高齢期を迎える中年者であり、介護経験があっても、それを習熟したと感じたり、在宅看取りを経験するまでには至っているものが

多くないのかもしれない。そのため、介護経験が施設を希望する要因となった可能性がある。

一方、本研究の対象となった自治体では、平成 24 年度のサービス受給者全体のうち、施設サービス受給者の割合（各月の平均）が 21.0% であり<sup>30</sup>、平成 26 年 3 月時点で多くの施設は満床もしくは空床がほとんどない状況である<sup>31</sup>。これらのことから、仮に、本研究で得られた自宅・施設それぞれの希望割合がおおよそそのまま維持された場合、施設サービスの需要が供給を上回る可能性がある。それらのことを踏まえると、今後、在宅での療養生活を継続するために保険者は介護者支援に関する施策の充実化を早急に検討する必要がある。

最後に、本研究は限界をもつ。本調査は、日本の関東圏にある一市における一時点の調査である。65 歳以上の高齢者割合 16% は、同年の日本全体（65 歳以上：23.0%）と比較するとやや若く、生産年齢人口は全国 63.8% に対し、67.8% とやや高い<sup>29</sup>。したがって、一般化には留意が必要である。

## E. 結論

対象者全体の 8 割が、介護が必要になった場合の暮らし方について考えが決まっており、そのうち 65% が暮らす場所として自宅を、35% が施設を希望していた。

暮らし方を回答した者は、介護の問題に対する関心、広報によって高齢者福祉サービスの情報の入手していた。また、家族等の介護を“現在もしくは以前に行ったことがある”ことが、介護が必要になった場合の療養場所として施設を希望することに有意に関連していた。

これから高齢期を迎える人が住み慣れた

自宅で療養生活を継続するためには、さらなる介護者への支援策の検討、広報紙を通じた介護・福祉サービス等の情報提供の推進が示唆された。

#### 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### 引用文献

1. World Population Prospects: The 2012 Revision.  
<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm> (2014年5月3日アクセス可能)
2. Barbara Gomes, Irene J Higginson. Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. Palliative Medicine 2008; 22(1): 33-41.
3. World Health Organization. Palliative care: the solid facts. World Health Organization, Geneva: 2004.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98418/E82931.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf) (2014年5月3日アクセス可能)
4. OECD. Long-term Care for Older People. OECD publications 2005.  
[http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people\\_9789264015852-en#page138](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page138) (2014年5月3日アクセス可能)
5. Dirk Houttekier, Joachim Cohen, Johan Surkyn, Luc Deliens. Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. BMC public Health 2011; 11: 228.
6. 内閣府. 平成24年版高齢社会白書. 東京: 印刷通販, 2012; 2-13.
7. 厚生労働省. 終末期医療に関する調査等検討会報告書.  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html#mokuji> (2014年5月3日アクセス可能)
8. 厚生労働省. 介護サービス施設・事業所調査.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html> (2014年5月3日アクセス可能)
9. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成24年人口動態調査.  
[https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?\\_toGL08020101\\_](https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_) (2014年5月3日アクセス可能)
10. 厚生労働省. 平成25年第42回社会保障審議会介護保険部会資料.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002tbl1.html> (2014年5月3日アクセス可能)
11. 国立大学法人東京大学高齢社会総合研究機構. 高齢者等が支援を受けながら住み続けられるサービス付き高齢者向け住宅など、高齢者の住まい方とその支援方策等に関する調査研究事業報告書. 国立大学法人東京大学高齢社会総合研究機構 2013.  
<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/research/data/H24IOGroukenjigyoku.pdf> (2014年5月3日アクセス可能)

12. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care* 2013; 12; 7.
13. Wang YC, Chung MH, Lai KL, Chou CC, Kao S. Preferences of the elderly and their primary family caregivers in the arrangement of long-term care. *J Formos Med Assoc* 2004; 103(7): 53-59.
14. Eckert JK, Morgan LA, Swamy N. Preferences for receipt of care among community-dwelling adults. *J Aging Soc Policy* 2004; 16(2); 49-65.
15. 瀧澤理穂, 牧野智恵, 洞内志湖. 石川県における在宅緩和ケアに関する意識調査 一般県民を対象として. *石川看護雑誌* 2012; 9; 81-90.
16. 荒木晴美, 新鞍真理子, 炭谷靖子. 介護者自身が最期を迎えたい場所の選択に関連する要因. *日本看護研究学会雑誌* 2012; 35(2): 11-18.
17. Yamasaki M, Ebihara S, Freeman S, Ebihara T, Asada M, Yamanda S, Arai H. Sex differences in the preference for place of death in community-dwelling elderly people in Japan. *J Am Geriatr Soc* 2008; 55(2); 376.
18. Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Sawai M, Watanabe M. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: a population-based nationwide survey. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42(6); 882-92.
19. Choi J, Miyashita M, Hirai K, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer* 2010; 18(11): 1445-53.
20. Higginson IJ, Sen-Gupta GJ. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med* 2000; 3(3); 287-300.
21. McCall K, Rice AM. What influences decisions around the place of care for terminally ill cancer patients? *Int J Palliat Nurs* 2005; 11(10): 541-7.
22. Choi KS, Chae YM, Lee CG, Kim SY, Lee SW, Heo DS, Kim JS, Lee KS, Hong YS, Yun YH. Factors influencing preferences for place of terminal care and of death among cancer patients and their families in Korea. *Support Care Cancer* 2005; 13(8): 565-72.
23. Sanjo M, Miyashita M, Morita T, Hirai K, Kawa M, Akechi T, Uchitomi Y. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 2007; 18(9); 1539-47.
24. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Yoshida S, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K. Preferred place of care and place of

- death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 2012; 20(10): 2575-82.
25. 内閣府. 「高齢者介護に関する世論調査」の概要. 内閣府政府広報室 2003.  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/10/s1027-6d2.html> (2014年5月3日アクセス可能)
26. 内閣府. 高齢者の健康に関する世論調査. 2009.  
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h19/kenko/zentai/index.html> (2014年5月3日アクセス可能)
27. 平川仁尚, 益田雄一郎, 葛谷雅文, 井口昭久, 植村和正. 終末期ケアの場所および事前の意思表示に関する中・高年者の希望に関する調査. *ホスピスケアと在宅ケア* 2006; 14(3): 201-205.
28. Ohnishi M, Kuwamoto A, Urata H, Kusuba Y. Preference of middle-aged Japanese regarding place to receive end-of-life. *Health Science Research* 2012; 24(1): 27-31.
29. 総務省統計局. 平成22年国勢調査. 2012.  
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001037709&cycode=0> (2014年5月3日アクセス可能)
30. 茨城県保健福祉部長寿福祉課介護保険室ホームページ  
<http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/kaigo/> (2014年5月3日アクセス可能)
31. 茨城県保健福祉部長寿福祉課ホームページ  
[http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/kofuku/sisetu/kusho/kushojoho\\_hom](http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/kofuku/sisetu/kusho/kushojoho_hom) (2014年5月3日アクセス可能)
32. Brogaard T, Neergaard MA, Sokolowski I, Olesen F, Jensen AB. Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliat Med* 2012; 27(2): 155-64.
33. Oyama Y, Tamiya N, Kashiwagi M, Sato M, Ohwaki K, Yano E. Factors that allow elderly individuals to stay at home with their families using the Japanese long-term care insurance system. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13(3): 764-73.
34. Campbell JC1, Ikegami N, Gibson M J. Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Aff* 2010; 29(1): 87-95.
35. Arai Y, Kumamoto K. Caregiver burden not 'worse' after new public long-term care (LTC) insurance scheme took over in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19(12): 1205-6.
36. Washio M, Arai Y. The new public long-term care insurance system and feeling of burden among caregivers of the frail elderly in rural Japan. *Fukuoka Igaku Zasshi* 2001; 92(8): 292-8.
37. Kuzuya M, Hasegawa J, Hirakawa Y, Enoki H, Izawa S, Hirose T, Iguchi A. Impact of informal care levels on discontinuation of living at home in community-dwelling dependent elderly using various community-based services. *Arch Gerontol Geriatr*

2011; 52(2): 127-32.

38. 公益社団法人日本広報協会. 2000年度市区町村広報広聴活動調査結果. 公益社団法人日本広報協会ホームページ.

<http://www.koho.or.jp/useful/research/2000/index.html> (2014年5月3日アクセス可能)

表1 介護が必要になった場合の暮らし方の希望(n = 884)

暮らし方の希望	n	%
自宅で、主に家族や親族に介護してもらいたい	122	13.8
自宅で、主に介護サービスなどを利用したい	315	35.6
子どもや親族等の家に住み替えて、介護してもらいたい	2	0.2
特別養護老人や有料老人ホームなどの施設で暮らしたい	253	28.6
その他	32	3.6
分からない	160	18.1

表 2 各群における対象者の特徴

		表現の有無(n = 852)				p-value	療養場所(n = 692)				p-value
		表現群(n = 692)		分からない群(n = 160)			自宅群(n = 439)		施設群(n = 253)		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
性別	男	262	38.2	72	45.6	0.09	186	42.8	76	30.3	0.00**
	女	424	61.8	86	54.4		249	57.2	175	69.7	
年齢	無回答			8							6
	平均(範囲)	52.4	(40-64)	52.3	(40-64)	0.84 <sup>§</sup>	53.0	(40-64)	51.4	(40-64)	0.00** <sup>§</sup>
世帯構成	無回答			18							13
	独居	31	4.6	17	11.0	0.00**	15	3.5	16	6.5	0.08
主観的健康観	他者と同居	646	95.4	138	89.0		414	96.5	232	93.6	
	無回答			20							15
治療中・後遺症のある病気	とても健康・まあまあ健康	620	90.1	134	84.8	0.05	396	90.8	224	88.9	0.41
	あまり健康でない・健康でない	68	9.9	24	15.2		40	9.2	28	11.1	
現在の仕事	無回答			6							4
	あり	317	54.0	83	57.2	0.48	200	54.1	117	53.9	0.95
介護の問題に対する関心	なし	270	46.0	62	42.8		170	46.0	100	46.1	
	無回答			120							105
市の介護予防の取り組みについて知っているか	仕事している	533	77.5	119	74.8	0.48	343	78.7	190	75.4	0.32
	仕事していない	155	22.5	40	25.2		93	21.3	62	24.6	
家族等の介護をしたことがあるか	無回答			5							4
	常勤の社員・職員	250	36.34	57	35.85	0.91	87	34.5	163	37.4	0.45
近所づきあいはどの程度あるか	常勤の社員・職員以外	438	63.7	102	64.15		165	65.5	273	62.6	
	無回答			5							4
健康保持や疾病予防などのための取組	自営業主・自営業手伝い、自由業	76	11.1	16	10.1	0.72	56	12.8	20	7.9	0.05*
	自営業主・自営業手伝い、自由業以外	612	89.0	143	89.9		380	87.2	232	92.1	
今後、生きがい、楽しみにしていきたいこと	無回答			5							4
	非常に、嘱託、パート、アルバイト	174	25.3	35	22.0	0.39	103	23.6	71	28.2	0.19
情報の入手先	非常に、嘱託、パート、アルバイト以外	514	74.7	124	78.0		333	76.4	181	71.8	
	無回答			5							4
内容	とても関心がある・ある程度関心がある	586	87.5	112	73.2	0.00**	377	87.9	209	86.7	0.66
	あまり関心がない・全く関心がない	84	12.5	41	26.8		52	12.1	32	13.3	
市や隣近所とのつきあい	無回答			29							22
	知っている・ある程度知っている	81	12.2	10	6.5	0.05*	63	14.8	18	7.5	0.00**
家族等の介護をしたことがあるか	あまり知らない・まったく知らない	584	87.8	143	93.5		362	85.2	222	92.5	
	無回答			34							27
健康保持や疾病予防などのための取組	現在中心的にしている・以前中心的にしていた・手控えている(いた)	270	40.9	52	34.0	0.11	171	40.4	99	41.8	0.74
	したことがない	390	59.1	101	66.0		252	59.6	138	58.2	
近所づきあいはどの程度あるか	無回答			39							32
	寮を歩き来する人がいる・会えば軽く話す人がいる	324	50.3	66	43.7	0.14	217	52.9	107	45.7	0.08
健康保持や疾病予防などのための取組	挨拶する程度がほとんど・つきあいがほとんどない	320	49.7	85	56.3		193	47.1	127	54.3	
	無回答			57							48
今後、生きがい、楽しみにしていきたいこと	あり	632	92.7	137	87.5	0.00**	399	92.4	233	93.2	0.69
	なし	50	7.3	21	13.3		33	7.64	17	6.8	
内容	無回答			12							10
	あり	651	97.0	141	94.6	0.15	415	97.4	236	96.3	0.42
情報の入手先	なし	20	3.0	8	5.37		11	2.6	9	3.7	
	無回答			32							21
内容	仕事	132	19.7	18	12.1	0.03*	341	80.1	198	80.8	0.81
	仕事以外	539	80.3	131	87.9		85	20.0	47	19.2	
情報の入手先	無回答			32							21
	習い事や学習活動	201	30.0	31	20.8	0.02*	106	24.9	95	38.8	0.00**
内容	習い事や学習活動以外	470	70.0	118	79.2		320	75.1	150	61.2	
	無回答			32							21
情報の入手先	家族との団らん	304	45.3	51	34.2	0.01*	209	49.1	95	38.8	0.01*
	家族との団らん以外	367	54.7	98	65.8		217	50.9	150	61.2	
内容	無回答			32							21
	友人や隣近所とのつきあい	228	34.0	42	28.2	0.17	275	64.6	168	68.6	0.29
情報の入手先	友人や隣近所とのつきあい以外	443	66.0	107	71.8		151	35.5	77	31.4	
	無回答			32							21
情報の入手先	平均(範囲)	2.1	(0-9)	1.7	(0-6)	0.00** <sup>§</sup>	2.2	(0-9)	1.8	(0-8)	0.00** <sup>§</sup>
	無回答			17							12
内容	市の広報誌	492	72.4	93	60.0	0.00**	317	73.4	175	70.6	0.43
	市の広報誌以外	188	27.7	62	40.0		115	26.6	73	29.4	
情報の入手先	無回答			17							12
	友人・知人	105	15.4	14	9.0	0.04*	193	47.1	127	54.3	0.08
内容	友人・知人以外	575	84.6	141	91.0		217	52.9	107	45.7	
	無回答			17							12
情報の入手先	テレビ	126	81.3	561	82.5	0.72	82	19.0	37	14.9	0.18
	テレビ以外	29	18.7	119	17.5		350	81.0	211	85.1	
内容	無回答			17							12
	パソコン	72	10.6	18	11.6	0.71	44	10.2	28	11.3	0.65
情報の入手先	パソコン以外	608	89.4	137	88.4		388	89.8	220	88.7	
	無回答			17							12

\*p < 0.05, \*\*p < 0.01. <sup>§</sup>Wilcoxon rank sum test. Other variables:  $\chi^2$ -test.

表 3.1 療養場所の希望の回答に関連する要因の調整オッズ比(n = 727)

要因		OR	95%CI	p-value	
性別	男	1			
	女	1.02	0.67-1.56	0.91	
年齢		1.00	0.97-1.03	0.90	
世帯構成	独居	1			
	他者と同居	1.78	0.86-3.67	0.12	
主観的健康観	あまり健康でない・健康でない	1			
	とても健康・まあまあ健康	1.19	0.65-2.18	0.58	
健康保持や疾病予防などの取組	なし	1			
	あり	1.61	0.87-2.98	0.13	
今後、生きがい、楽しみにしていきたいこと	なし	1			
	あり	0.98	0.36-2.64	0.96	
内容	仕事以外	1			
	仕事	1.64	0.90-2.98	0.11	
	習い事や学習活動以外	1			
	習い事や学習活動	1.41	0.86-2.30	0.17	
	家族との団らん以外	1			
	家族との団らん	1.45	0.96-2.19	0.08	
	友人や隣近所とのつきあい以外	1			
	友人や隣近所とのつきあい	0.87	0.55-1.35	0.52	
情報入手先の数		0.84	0.72-1.06	0.17	
	内容	市の広報紙以外	1		
		市の広報紙	1.78	1.06-3.00	0.03*
		友人・知人以外	1		
友人・知人		1.89	0.93-3.85	0.08	
介護の問題に対する関心	あまり関心がない・全く関心がない	1			
	とても関心がある・ある程度関心がある	1.73	1.04-2.87	0.03*	
市の介護予防の取り組みについて知っているか	あまり知らない・まったく知らない	1			
	知っている・ある程度知っている	2.02	0.91-1.65	0.08	
家族等の介護をしたことがあるか	したことがない	1			
	現在中心的にしている・以前中心的にしていた・手伝っている(いた)	1.06	0.69-1.65	0.78	
近所つきあいはどの程度あるか	挨拶する程度がほとんど・つきあいがほとんどない	1			
	家を行き来する人がいる・会えば親しく話す人がいる	1.08	0.71-1.64	0.73	

\*p < 0.05, \*\*p < 0.01. Hosmer-Lemeshow test  $\chi^2=6.92$ , p-value=0.55. Likelihood ratio test p-value=0.0013.

表 3.2 療養場所として自宅を希望する要因の調整オッズ比 (n = 597)

要因		OR	95%CI	p-value
性別	男	1		
	女	0.65	0.43-0.97	0.04*
年齢		1.03	1.01-1.06	0.01*
世帯構成	独居	1		
	他者と同居	1.57	0.71-3.51	0.27
主観的健康観	あまり健康でない・健康でない	1		
	とても健康・まあまあ健康	1.16	0.64-2.11	0.63
今後、生きがい、楽しみにしていきたいこと	習い事や学習活動以外	1		
	習い事や学習活動	0.60	0.40-0.88	0.01*
	家族との団らん以外	1		
	家族との団らん	1.64	1.15-2.35	0.01**
仕事	自営業主・自営業手伝い、自由業以外	1		
	自営業主・自営業手伝い、自由業	1.52	0.80-2.89	0.20
	非常勤、嘱託、パート、アルバイト以外	1		
	非常勤、嘱託、パート、アルバイト	0.95	0.62-1.46	0.80
情報入手先の数		1.19	1.01-1.41	0.04*
	内容			
市の介護予防の取り組みについて知っているか	友人・知人以外	1		
	友人・知人	0.91	0.53-1.57	1.57
	テレビ以外	1		
	テレビ	1.08	0.62-1.86	0.80
家族等の介護をしたことがあるか	あまり知らない・まったく知らない	1		
	知っている・ある程度知っている	1.62	0.86-3.04	0.13
近所づきあいほどの程度あるか	したことがない	1		
	現在中心にしている・以前中心にしていた・手伝っている(いた)	0.62	0.42-0.93	0.02*
近所づきあいはどの程度あるか	挨拶する程度がほとんど・つきあいがほとんどない	1		
	家を行き来する人がいる・会えば親しく話す人がいる	1.25	0.86-1.81	0.24

\*p < 0.05, \*\*p < 0.01. Hosmer-Lemeshow test  $\chi^2=8.27$ , p-value=0.41. Likelihood ratio test p-value < 0.0001.

**Welfare pluralism in a super-aging society:  
Providing a continuum of care and support for older adults**

研究分担者 陳礼美 関西学院大学 人間福祉学部社会福祉学科 准教授

研究要旨

本研究は、日本の高齢化政策における福祉多元主義の発展を文献レビューを行って記述することを目的とした3部構成の研究の最初の部分である。福祉多元主義が日本の高齢化政策、とくに介護保険制度（LTC）とプロダクティブ・エイジング（PA）にいかに関与しているか、焦点を当てている。福祉国家の民営化は、介護保険制度の導入によって最も明らかになっている。市場セクターに加えて、日本のボランティアセクターは、ますます福祉の中で大きな役割を担っている。しかし、ボランティアセクターの存在が有効的か、またどのような実用的かつ政治的な問題があるかどうか十分な実証的証拠は存在しない。

A. 研究目的

Aging has been treated rather negatively in the twentieth century and has become a key global challenge for the twenty-first century. Today, many countries are faced with the increasing social security benefits and social welfare costs as demographic aging progresses. There are numerous studies and reports from various disciplines trying to solve the complexities contributing to the “aging problem” affecting the social and economic aspects of people’s lives. However, solutions set forth by various disciplines, rather than adding to a cumulative understanding of the problem and creating doable solutions, have led to the establishment of inconclusive and fragmented arguments without persuasive solutions.

It requires no questioning that the current

demographic trend has created a chronic crisis affecting the economic system and the welfare state can no longer sustain itself solely on the shoulders of the government sector. Welfare pluralism, that is, the involvement of the informal, voluntary, and market sectors’ in social welfare, is important and new ways of thinking about welfare and social life are necessary.

This is the first part of a 3-part study which aims to document the development of welfare pluralism in Japan’s aging policy. In particular, it focuses on how the idea of welfare pluralism is motivated and supported in Japan’s aging policy, specifically for long-term care (LTC) and productive aging (PA). It builds upon the investigator’s previous research on aging policies and programs for long-term care (LTC) and productive aging

(PA), and aims to restrict the scope of the research to these two aging policies in light of a welfare pluralist society:

## B. 研究方法

This study consists of qualitative, quantitative, and practice approaches to answer the 3 research questions. Findings from these parts will complement each other to portray a comprehensive picture of welfare pluralism confining the scope of research to LTC and PA programs. R1: An analysis of relevant literature in aging will be conducted to gain an understanding of the privatization process and its development. R2: a survey of programs in aging will be conducted to investigate the structure and process needed for a sustainable cadre of volunteers. R3: site visits and interviews will be conducted in the two fieldwork sites developed in Kansai and Yokohama areas over the years by the PI and co-PI to collect best practices of collaboration by government, commercial, and voluntary sectors. For this report, the first research question (R1) will be answered.

(倫理面への配慮)

The investigator has many years of experience in her respective field collecting sensitive information in a non-threatening, supportive way. The investigator recognizes the importance of treating information confidentially and respecting the privacy of study participants. There are no physical risks associated with participation in the research. The confidentiality of the participants will be strictly protected. Data collection forms will be identified with a code number to protect against the disclosure of any participant's

identity when handling the questionnaires. The surveys and any other data collected for this study will be kept in a locked file cabinet in the investigator's research office. Identifying information will be accessible only to the principal investigator and co-investigator. Data input will be conducted using two computers with limited access using password located in the investigator's office. After the successful completion of the study, materials with identifiers will be destroyed.

## C. 研究結果

### *Privatization in developing nations.*

Industrialized countries have been experiencing a welfare crisis for some years. Reasons are threefold. First, welfare systems have become too expensive and the demand for welfare has not been able to respond well simply through state-financed policies. Second, many current welfare problems are becoming increasingly complex and dynamic; existing programs are experiencing difficulties providing proper solutions to problems. Third, the state's struggle to finance and deliver appropriate solutions and support has become a problem of its own.

*Japan is no exception to this trend.* Japan has made remarkable advances post-war towards becoming an industrialized country, but the state has been fraught with welfare crises. In particular, as Japan quickly entered the super-aging society, social security expenditures have grown rapidly. In particular, pension, medical, and long-term care costs have rose steadily over the years. The most recent figures (Ministry of Health, Labour, and Welfare, 2011) show that pension expenditures

was approximately ¥53.6 trillion (ratio of health spending to GDP was 9.3%), medicine ¥33.6 trillion (6.9%), and LTC ¥7.9 trillion (1.6%), respectively. Aging policies in Japan have been revised and amended in terms of their fiscal matters to suppress the costs of aging, but these efforts alone are not enough. One solution to the welfare state problems is welfare pluralism, or a mixed economy of welfare. Welfare pluralism implies a less dominant role for the state in the provision, financing, or regulation of welfare; for one, privatization of the welfare state has become the undertaking of this solution. Privatization does not simply mean the transfer of welfare responsibilities from the state to the voluntary and informal sectors, but an ideological issue concerning the state's relationship with individual citizens and social groups, and a matter of practicalities (Johnson, 1989).

***Privatization in Japan's aging policy.*** An area in Japan's aging policy where privatization has been encouraged is the public long-term care insurance program (LTCI). Since its inception in the year 2000, one of the major changes that came about with the LTCI was that local municipalities who were insurers of LTCI allowed beneficiaries to choose and to contract with private providers to supply their long-term care services. Since then, the public long-term care insurance program has undergone four revisions, and the most recent revision in the year 2012 included the creation of a "Comprehensive Program for Preventive Care and Daily Life Support." Implementing this program, which is a set of programs similar to the existing preventive care benefits provided by the LTCI, rests upon the decision

of each municipality probably based heavily on the availability of their manpower and social resources. This program will not be financed by the LTCI; it is an alternative offered as the state provision for preventive care is reduced and eligibility for LTCI tightened for those who oscillate between ineligibility and support levels 1 and 2. This will affect approximately 150,000 older adults who use 21.4% of the LTCI services (December 2012).

Additionally, a related effort is the campaign by the government to promote awareness and self-support among older adults to live a healthier lifestyle, plan ahead financially for retirement, and become active participants in society (Cabinet Office, 2013). To achieve this, the government suggests an increase in paid volunteerism and other paid activities so older adults can earn some income and maintain their health and meaning in life through such activities (Cabinet Office, 2013). In general, volunteerism has become a pervasive activity among older adults. However, the rate of older volunteers in Japan lags behind most of the developed countries (Cabinet Office, 2010). Furthermore, although there are no national figures, anecdotal sources report that paid volunteer positions are few.

***Limited evidence on the effects of privatization.*** Such steps toward privatization have widely occurred in most welfare states starting in the 1980s as an attempt to reduce social expenditures (Johnson, 1989). History has shown that there is much skepticism that the state's major role in the provision of welfare will be successfully transferred to the commercial, voluntary and informal sectors. Limited studies show that many practical and

political problems are associated with the voluntary sector, and the informal sector is already heavily committed (Johnson, 1989). For example, it is still unknown whether efficiency is achieved with private organizations play a larger role as providers of social services. If public provision is to be reduced, there is a need for an increase in expenditure in order to build up voluntary and commercial provision and to support informal care (Webb & Wistow, 1987). Another problem is that there are barriers between different providers of social services when these organizations are supposed to collaborate (Gynnerstedt & Shartau, 1996).

#### D. 考察

Echoing Peter Townsend's words, our institutions of 'structured dependency' surrounding work, retirement, and education have faltered to change in the new global older and Japan's aging policy is no exception. Social institutions such as long-term care and lifelong learning for older adults have not made their transformations despite the changes in today's life course. These institutions have great potential if redesigned to take advantage of the aging population.

Moreover, practitioners and researchers need to look into the social inequalities rising from access and use of these institutions. In Japan, adult lifelong learning centers have undergone extensive budget cuts at the municipal levels and may have created barriers to gain educational and social engagement opportunities for some older adults. The same can be said for opportunities for volunteerism (Chen, 2012).

In addition to these social institutions, there seems to be a need of supporting institutions fostering new forms of solidarities as our social relationships change. Chris Philipson suggests of four forms of 'bonding': mutual solidarities, generational and friendship solidarities, caring solidarities, and global solidarities. The idea of a new contract between generations today hint to the need for new relationships as our society become more fragmented, unequal, and divided, and for some, matched by deep poverty.

Aging will need to embrace complexity from a multifaceted, consumer-driven society ripe with inequality and expanding divergence between the rich and poor. Anything but homogenous, it is important to acknowledge that the aging society is one with enormous divergence. Our discussions and practices in social welfare must explicitly embrace this diversity and diffusion. Moreover, trying to understand the aging experiences requires a reflection upon its multidimensionality and multifaceted nature, especially the need to move away from the microfication and have a dual micro- and macro-level view to aging issues. A major challenge for the foreseeable future will be to continue to evolve macro-level theories which make sense of the increasing complexity of the links between ageing, on the one side, and social structure, on the other (p. 50). Attempts to practice in the field of aging, which miss these nuances fail to do justice to older clients and their families.

#### E. 結論

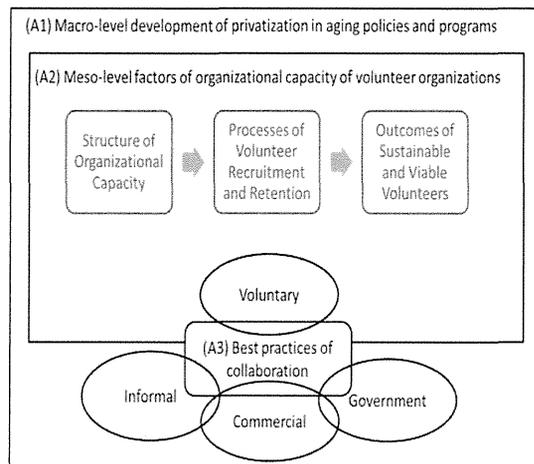
Results from the first part of this 3-part study shows that privatization of the welfare

state has become apparent with the introduction of the Long-Term Care Insurance Program. In addition to the market sector, the Japanese voluntary sector has increasingly taken on a larger role in the provisions of the welfare state. However, there are not enough empirical evidence on whether efficiency is achieved and whether there are any practical and political problems associated with the increased presence of the voluntary sector.

In order to meet the need for an updated macro-level theory in aging, empirical evaluations of the voluntary sector such as the volunteer-based programs in aging is warranted. Previous research conducted by the investigator documenting the conceptual framework for institutional capacity of the voluntary sector has shown that sustainable supply of volunteers must touch upon the following four factors: access, incentive, information, and facilitation (Chen, 2012). For this study, based on Donabedian's (1966) framework, we investigate the structural and process features required to create a sustainable volunteer-based programs in aging using empirical analysis.

Furthermore, there is a need to create an evidence-based data on collaborative best practices in a welfare pluralist society. Collaborative best practices by various local stakeholders in aging based on LeGrand and Robinson's (1984) areas of state privatization: provision, subsidy, and regulation may be useful. In particular, previous research conducted by the investigator has found that paid volunteerism will be a growth area for older adults as a viable and flexible system – an alternative to employment – to gain some

income (Chen, 2012, 2103).



## F. 研究発表

### 1. 論文発表

None

### 2. 学会発表

None

## G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

- |           |     |
|-----------|-----|
| 1. 特許取得   | N/A |
| 2. 実用新案登録 | N/A |
| 3. その他    | N/A |

## 福祉研究雑誌に掲載された原著等論文における研究倫理の記載について －日本発福祉実証研究のGlobal Standard化のために必要なこと－

研究分担者 高橋秀人 福島県立医科大学 医学部 教授

研究協力者 森山葉子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 助教

### 研究要旨

【目的】福祉研究は「ヒトを対象とする研究」であるにも関わらず、公衆衛生系、人文系、経済系等にまたがっており、現在あるいは今後の日本の成果を世界に向けて発信する場合、倫理に対する意識が異なればこれは好ましいとは言えない。本研究は最近公表された福祉研究雑誌掲載原著等論文の倫理記載状況を明らかにすることを目的とする。

【方法】邦文の主な福祉研究雑誌3種(A:公衆衛生系, B:人文系, C:経済系)に、2009年から2012年の間に掲載された原著等論文(A:22編, B:135編, C:89編)を対象とし、研究者が直接データを収集したのか、行政等データあるいは二次データを用いたのか、研究対象単位が個人, 団体なのか、対象者からのインフォームドコンセント取得の有無、倫理委員会審査の記載の有無を確認した。研究者が対象者から直接データを収集した研究を「倫理的記載が必要な研究」と定義し、1)インフォームドコンセント取得の記載割合、2)対象者に対する倫理的配慮の記載割合、3)研究に対する倫理審査記載割合がすべて等しいかどうかを比較した(Fisher 直接確率検定)。

【結果】対象論文のうち倫理的記載が必要な研究はA:N=19(90.5%), B:N=61(84.7%), C:N=3(8.3%)であった。これらの研究で1)インフォームドコンセント取得(口頭, 文書, 回答をもって代諾)している研究はA:N=17(89.5%), B:N=37(60.7%), C:N=0(0%) ( $p=0.003$ ), 2)対象者に対する倫理的配慮の記載のある研究はA:N=13(68.4%), B:N=30(49.2%), C:N=1(33.3%) ( $p=0.530$ ), 3)研究に対する倫理審査記載のある研究はA:N=12(63.2%), B:N=14(23.0%), C:N=0(0.0%) ( $p=0.002$ )であった。

【結論】福祉研究は同じ「ヒトを対象とする研究」であるにも関わらず、雑誌によって、インフォームドコンセント取得割合、倫理審査の記載割合に差が認められた。これは分野による研究倫理記載に関する慣習や意識の差の表れと考えられ、倫理基準が存在しないことに依存している可能性がある。

## A. 研究目的

ヒトを対象とする医学研究を実施するにあたり、わが国では疫学、臨床、ヒトゲノム・遺伝子解析等、様々な倫理指針が制定され、該当する研究は倫理審査を受けて実施されている。現在公衆衛生やヘルスサービスリサーチは、医療・介護・福祉の連携を通して、福祉研究を含む形で、より学際的になってきている。しかし福祉研究は同じ「ヒトを対象とする研究」であるにも関わらず、公衆衛生系、人文系、経済系等にまたがっており、現在あるいは今後の日本の成果を世界に向けて発信する場合、倫理に対する意識が異なっていればこれは好ましいとは言えない。これに関し福祉研究の中で主要な役割の一つである高齢者について、年齢3区分別人口の割合<sup>1)2)</sup>によると、日本の高齢化率は23.3% (2012年24.1%)と一番高く、これは2番目に高いドイツ20.6%、3番目のイタリア20.3%、それ以降の18%以下を大きく引き離して<sup>1)</sup> 高齢化が進んでおり(記載のない数字順位は2011年値)、日本の知見は先駆的な高齢社会の経験国として、様々な国に対し必要とされることが予想される。現在上記のような福祉研究において、それぞれの分野での研究倫理に対する意識が同一かどうかはわかっていない。本研究は最近公表された福祉研究雑誌掲載原著等論文の倫理記載状況を明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

邦文の主な福祉研究雑誌3種(A:公衆衛生系, B:人文系, C:経済系)に、2009年から2012年の間に掲載された原著等論文(A:22編, B:135編, C:89編)を対象とする。研究者が直接データを収集したのか、行

政等データあるいは二次データを用いたのか、研究対象単位が個人、団体なのか、対象者からのインフォームドコンセント取得の有無、倫理委員会審査の記載の有無を確認した。研究者が対象者から直接データを収集した研究を「倫理的記載が必要な研究」と定義し、1)インフォームドコンセント取得の記載割合、2)対象者に対する倫理的配慮の記載割合、3)研究に対する倫理審査記載割合がすべて等しいかどうかを比較した(Fisher 直接確率検定)。

## C. 研究結果

対象論文のうち倫理的記載が必要な研究は A:N=19(90.5%), B:N=61(84.7%), C:N=3(8.3%)であった。これらの研究で1)インフォームドコンセント取得(口頭, 文書, 回答をもって代諾)している研究は A:N=17(89.5%), B:N=37(60.7%), C:N=0(0%) ( $p=0.003$ ), 2)対象者に対する倫理的配慮の記載のある研究は A:N=13(68.4%), B:N=30(49.2%), C:N=1(33.3%) ( $p=0.530$ ), 3)研究に対する倫理審査記載のある研究は A:N=12(63.2%), B:N=14(23.0%), C:N=0(0.0%) ( $p=0.002$ )であった。

## D. 考察

福祉研究は同じ「ヒトを対象とする研究」であるにも関わらず、雑誌によって、インフォームドコンセント取得割合、倫理審査の記載割合に差が認められた。これは分野による研究倫理記載に関する慣習や意識の差の表れと考えられ、倫理基準が存在しないことに依存している可能性がある。

## E. 結論

「ヒトを対象とする研究」に分類される研究であれば、その記載について分野を問わず何か統一した基準が必要かもしれない。

## 2. 実用新案登録

なし

## 3. その他

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

日本公衆衛生学会 2013 三重

## 参考文献

### 1)

国民衛生の動向2013/2014 厚生労働統計協会 p46表13 年齢3区分別人口の割合と年齢構造指数の国際比較

2) 総務省人口推計(平成 23 年 10 月 1 日現在) 表 5 年齢 3 区分別人口の推移(昭和 25 年～平成 23 年)

<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2011np/pdf/gaiyou.pdf>

(2014 年 5 月 10 日アクセス可能)

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

### 1. 特許取得

なし

表 福祉研究雑誌3種に掲載された原著等論文における研究倫理の記載について

	A 公衆衛生系		B 人文系		C 経済系		P値
	N	%	N	%	N	%	
(1) 個人対象研究	21		72		36		
倫理的配慮必要	19	100.0%	61	100.0%	3	100.0%	
1) インフォームトコンセント取得	17	89.5%	37	60.7%	0	0.0%	0.003
文書	8	(47.1%)	10	(27.0%)	0		
口頭, および回答をもって代諾	9	(52.9%)	27	(73.0%)	0		
2) インフォームトコンセントの記載あり	13	68.4%	30	49.2%	1	33.3%	0.530
3) IRB 審査受けた	12	63.2%	14	23.0%	0	0.0%	0.002
(2) 集団対象研究	1		14		17		
(3) NOデータ(概念論文, 理論研究, etc)	0		49		36		
計(編)	22		135		89		

## ドイツにおける要介護概念の変更と介護家族を支える社会システム

研究分担者 本澤巳代子 筑波大学人文社会系 教授

### 研究要旨

ドイツでは、「新たな要介護概念の具体的な構築のための専門家委員会」が、2013年6月27日、連邦保健省大臣に報告書を提出した。この報告書では、従来の3段階の介護等級を5段階とすること、要介護認定の基準については、従来の身体的な状態だけでなく、介護の必要度も考慮されるべきこととされた。介護の必要度を考慮することで、介護家族の負担が軽減されること、認知症高齢者が住み慣れた地域で生活し続けられるようになることが期待されている。連邦保健省のモデル事業として、2014年夏から新しい要介護認定の基準に従ったMDKによる認定作業が開始され、2015年初めまでに集められた4000件の認定結果を分析した上で、新たな介護等級と要介護認定基準を導入するための法案作成が行われることになっている。

他方、2012年初めから、連邦家族省は、全国に450ある多世代の家を活用して、行動計画「多世代の家Ⅱ」をスタートさせた。この「多世代の家Ⅱ」の重点目標は、高齢者と介護、移民と教育、家事関連サービス給付の提供と仲介である。特に周辺地域の住民の自主的な活動を支援する形で展開されてきた「多世代の家」は、当初、オープンカフェを設置して地域における多世代間の交流を図るとともに、高齢者の知識や経験と時間的余裕を活用して生きがいと居場所を見つけてもらう活動であったが、その定着を受けて、今度は、ソーシャルワーカーによる介護保険給付や家事支援の相談・仲介などを行うこと、認知症高齢者とその家族の居場所づくりや地域住民との交流を目指すものになるとのことである。地域包括支援センターとオープンカフェ付きの公民館・図書館等の機能とを組み合わせ、地域における情報交換や交流の場を創出しようという試みである。地域包括ケアシステムの構築を目指す日本にとっても、大いに参考になるプロジェクトである。

#### A. 研究目的

本研究は、先進諸国の中でも急速に少子高齢化が進展したドイツにおいて、急増する要介護高齢者に対する介護ニーズに対応するため導入された介護保険制度、特に新たな要介護認定の現状と課題を明らかにするとともに、住み慣れた地域で要介護者や認知症高齢者が家族と共に生活し続けられることを目標に、新たにスタートした多世

代の家を活用した試みを概観し、日本における地域包括ケアシステム構築にあたって参考となる諸点を明らかにすることである。

#### B. 研究方法

本研究を進めるにあたって、昨年度開催した国際シンポジウム「日独韓における介護保険の現状と課題」において明らかとなったドイツの介護保険の現状、特に従来の