

の文脈、階層、年齢階層、経済状況等)

3. 文化的・伝統的な活動に参加するために関係するすべての地域の部門を動員する。
4. 高齢者の包括的なデータベースを開発するー彼らの氏名、介護者に加えて教育歴、学習業績、および健康状態を含むもの。

戦略 (How) : 高齢者主体のプログラムと高齢者を地域の文化資産とするため

5. 高齢者のリーダーシップの下の柔軟で、適正な、個別化され、楽しい学習プログラムを企画することができ、高齢者を確実に CLC 運営委員会の一員とすること。
6. 地域の高齢者の間の人間関係を作ることを促し、講座を通じて、IT や携帯情報端末を利用して、社会的なネットワークを作る。
7. 高齢者が公的・非公的な学校や学習施設においてボランティアの教師として活躍できる場を提供するようにする。
8. 地域社会で入手可能な専門知識、資源、および素材を利用して、高齢者間での相互学習の機会を推進する。
9. 高齢者のための専門的なファシリテーターと介助者の育成と研修を行い、品質保証のための標準を作成する。
10. すべての学習素材および内容をオンラインにしてアクセス可能にできる包括的なプラットフォームを作成し、高等教育組織と協力して高齢者学習プログラムとして認証する。
11. 民間会社、宗教団体、保健医療機関、および他の地域における組織と一致協力する。
12. 雇用機会について学ぶ機会を地方自治体と民間部門に繋げる。
13. 全国的なレベルで情報を調整し情報を共有するために、多部門の省庁に関わる委員会を創設する。
14. プログラムを監督・評価し改良を行う。

内容 (What) : 日常生活において実用的で有益である

15. 高齢者の精神衛生においてストレスを緩和するように、心配りと瞑想を統合する。
16. 健康に関する基礎知識 (病気と治療についての情報を含む) を増やすための講座を提供する。
17. 高齢者が、自分の目標に基づき、新しいビジネスを始め、社会的な起業が実践できるように新しい能力と技能を開発することを支援する。
18. 世代間の学習が効果的に実施できることを促進するように、高齢者や若い世代の思考様式が変わる機会を創出する。
19. 情報技術の技能を提供し、情報とメディアに関する基礎知識の必要性を強調する。
20. 金融に関する基本知識と財務管理の知識を伝える。
21. 死の現実に向かい合っている高齢者に対して、講座を企画し死への心理的準備を行うことを支援する。

場所と時間 (Where and When) : よいアクセスと柔軟性

22. CLC、コミュニティカフェ、およびコミュニティ・カレッジに参加しやすいように改善する。
23. 情報技術の基盤整備を CLC で実施する。

タイ国教育省学校外教育局およびユネスコバンコク事務所作成
最終版 2015 年 4 月
(日本語訳 : 山本秀樹)

タイにおける高齢者介護の実態—今後の政策展開へ向けて

1. マイアミ大学グローバルエイジング教育視察
2. タイにおける高齢者支援プロジェクト視察と高齢者ボランティアの役割
3. 同プロジェクトにおける介護者の状況と介護負担に関する予備的研究

研究代表者 田宮菜奈 筑波大学医学医療系 教授
研究協力者 柏木志保 筑波大学医学医療系 研究員
研究協力者 宮下裕美子 筑波大学医学医療系 研究員

研究要旨

2014年1月20日から24日までタイを訪問し、以下の情報収集を行った。目的は、1) マイアミ大学グローバルエイジング教育の視察、2) Nakhon Ratchasima (Korat)県における高齢者支援プロジェクト視察と高齢者ボランティアの役割を把握すること、3) 現状を把握した上で、同プロジェクトにおける介護者の状況と介護負担に関する予備的研究を行うことである。1) より、アジアと欧米など、高齢化の進行速度や文化的背景の異なる海外における大学との連携の意義が明らかになった。2) の結果、高齢者の情報を公的に共有することの重要性、3) の分析結果からタイにおいて介護負担が高い人々をサポートするためには、介護者のQOLの改善、介護への満足度を高める余地があることが明らかとなった。そして、それは、現場の状況と合致していると考えられた。

1. マイアミ大学グローバルエイジング教育視察

A. 研究目的

2015年1月20日、マイアミ大学（米国）とマヒドン大学（タイ）連携のグローバルエイジング教育を視察した。マイアミ大学は、両大学の交流を深めグローバルエイジング教育を推進するために、マヒドン大学の学生をマイアミ大学に招へいし、またマイアミ大学の学生をタイに派遣する交換プログラムを実施している。マイアミ大学の学生は、1月上旬からタイを訪問し、タイの社会、文化、歴史を理解した上で、タイの高齢化を理解し、米

国との比較分析を行うことをエイジング教育の目的としていた。1月20日は、同エイジング教育に参加した学生が、学習の成果を発表する日であった。筑波大学においても医学医療系の大学院生と人文社会科学系の大学生によるジョイントセミナーが毎年開催されている。そこで、本稿では、マイアミ大学とマヒドン大学で行われたジョイントセミナーの視察を受け、両大学の教育成果を筑波大学におけるジョイントセミナーへと示唆することを目的としている。

B. 研究方法

2015年1月20日、マヒドン大学において開催されたグローバルエイジング教育の成果発表会に参加し、学生の成果発表を聴講することにより、両大学と筑波大学とのジョイントセミナーの開催の可能性を考察する。

C. 研究結果

学生の発表は、グループ発表で行われた。6つのグループが米国とタイにおける高齢化の比較分析を行った。発表では、米国における社会保障の内容とその課題について検討した上で、タイにおける高齢化の状況と高齢者のライフスタイルを中心に発表が行われた。タイでは、介護保険制度や高齢者をサポートするシステムが十分に確立されていないが、高齢化がさらに進行するタイにおいて重要と考えられるのは、フォーマルセクターとインフォーマルセクターのバランスである点が強調された。

また、発表では、学生がバンコクおよびタイ北部における調査の成果も発表されており、タイにおける社会を熟知した上で高齢化を考察している点が評価に値すると思われた。

D. 考察

筑波大学においても平成26年度のジョイントセミナーのテーマは、フォーマルセクターとインフォーマルセクターのバランスであった。フォーマルセクターとインフォーマルセクターのバランスは、マイアミ大学およびマヒドン大学とのテーマと共通しているため、今後、両大学との交流を行うことにより、両大学の学

生のグローバルエイジングに対する理解がさらに深まるものと考えられる。

筑波大学におけるジョイントセミナーでは、留学生が主にセミナーに参加し、母国の高齢化の課題を見出すことを目的としている。これらの学生は、生まれ育った母国を調査対象とするために、母国の社会状況や文化を熟知している。また、学生は、他の学生の発表を通じて他の国の状況を理解することができる。

マイアミ大学とマヒドン大学との連携教育では、対象国は米国とタイの二か国であるが、フィールド調査を通じてタイの社会や文化に対する理解を深めることに特徴があると考えられる。筑波大学におけるジョイントセミナーでは、経費の関係上、大学外でセミナーを行うことは難しい状況にあるが、マイアミ大学の学生は、成田を経由して米国に帰国することが明らかとなったので、成田を経由する際に、筑波大学との連携教育を実現することができれば、今後、マイアミ大学、マヒドン大学、筑波大学との連携を模索することができると考えられる。

E. 結論

グローバルエイジングに関する教育に関しては、アジアと欧米など、高齢化の進行速度や文化的背景の異なる海外における大学との連携の意義が明らかになった。

2. タイにおける高齢者支援プロジェクト視察と高齢者ボランティアの役割

A. 研究目的

研究代表者の田宮と分担者の野口がJICAの専門委員であるため、研究員柏木が、両者の出張に同伴して、本研究費により、タイ Nakhon Ratchasima (Korat) 県に

において実施されている Project on Long-Term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People (LTOP)の視察を行った。本稿の目的は、タイ高齢者の現状を理解することと、高齢者ボランティアの役割を理解することである。

B. 研究方法

2015年1月22日～24日まで Nakhon Ratchasima (Korat)県においてフィールド調査を行った。高齢者へのヒアリング、また高齢者ボランティアへのヒアリングを通じて、タイ高齢者の状況と高齢者ボランティアの役割を考察する。

C. 研究結果

【フィールド調査】

1件目は、女性(66歳)、半身に軽度の麻痺があった。女性が日常生活を送るスペースは清潔に保たれており、必需品も充足されている様子であった。訪問当時、家族が不在であったため、家族から介護負担等に関する情報を直接得ることはできなかった。

2件目は、半身に麻痺ある女性(68歳)である。社交的な女性であり、訪問団を快く迎えてくれた。訪問中、得意な踊りを披露するなど、元気な様子であった。しかし女性は、以前、脳血管疾患を患った後、半身が不随になり、寝たきりの状態になった。その頃、LTOPが開始され、女性は対象者としてLTOPに参加することができたため、適切なリハビリを受けることができた。その成果として、女性のバーセルインデックスが劇的に改善され、歩行器を利用して動くことが可能となった。

3件目は、男性(37歳)である。主たる介護者は配偶者である。男性は、崩落事故により全身不随となった。LTOPは高齢者を対象としているが、例外的なケースとしてLTOPに参加している。本稿は高齢者を対象としているため、3件目の事例については割愛する。

LTOP参加者との研究打ち合わせの後、LTOP デイケアセンターを視察した。デイケアセンターには、歩行訓練を行うための手作りの装置、マッサージをうけることができる場所、また高齢者の健康を維持するための運動手法が壁に掲示されていた。毎週火曜日の9:00-12:00に利用者がセンターに集い、サービスを受けている。

【高齢者ボランティアへのヒアリング】

TOPに参加する15名の高齢者ボランティアに対してヒアリングを行った。ヒアリング時の質問と回答は、次の通りである。

- ① 「高齢者ボランティアに参加しようと思った動機」
 - 1) 母の病気を契機として、介護の必要性を実感したから、2)自分も高齢になった時に助けてもらいたいと思うので、自分が元気なうちに地域の高齢者を助けたいと思ったから、3)人のためになりた、4)高齢者を助けたい。
- ② 「LTOPが開始されて以降、何か変化はありますか」
 - 1) LTOPが開始される以前は、例えば病気の人がいたとしても、その人に対する情報が収集され、管理されることはなかった。LTOPが開始されて以降、高齢者の情報がシステムティックに集められるように

なり、情報の共有ができるようになった。

- 2) 自分が担当している高齢者に問題がある時、ケアマネにどのように対処したらよいか聞くことができ、適切に対応することができるようになった。
 - 3) 情報を集めることにより、どのようなサービスが必要となるかを考えるようになった。また、その情報を自治体関係者もチェックするようになった（＝自治体とのネットワークが構築されつつある）
- ③「プロジェクトメンバーが家に訪ねてくることに対し、プロジェクト参加者が抵抗を示すことはあるか」
- 1) 抵抗があると言った人はいままで一人もいない。むしろ介護を支援してくれる人が来るのを嬉しく思っているようだ。
 - 2) 家族介護だけだと負担が大きいので、公的機関に介入してもらい、円滑に専門的な治療を受けられることを快く思っていると思う。
- ④「実際に、上記のようなケースがあったのですか」
- 1) はい、ありました。

D. 考察

視察 2 件目の高齢者の事例のように、タイにおいても適切なりハビリを受ける機会があれば、寝たきり状態を回避することができる高齢者もいると考えられる。

LTOP 開始以前は、高齢者の情報がジャーホー町で一括して管理されることはなかった。高齢者ボランティアに対するヒアリングから、支援を必要とする高齢者の情報を支援者側が共有することが、

適切な支援を高齢者に提供する上で重要であると考えられる。また、地域の高齢者と直接触れ合う機会がある高齢者ボランティアは、高齢者と公的機関を結ぶ架け橋となっていると考えられる。

E. 結論

タイでは、まだ高齢者に対する全国的なデータが蓄積されていないので、国レベルで支援を必要とする高齢者の情報が共有されていない。LTOP の対象地域は限定的であるものの、タイにおいて高齢者および介護サービスモデルとその評価に対する調査が開始されたことにより、これらの成果が高齢者支援政策を考察する上で貴重なデータになると考えられる。

3. 同プロジェクトにおける介護者の状況と介護負担に関する予備的研究

A. 研究目的

JICA の LTOP Baseline 調査分析を共同研究者として担当するにあたり、上述 2. タイにおける高齢者支援プロジェクト視察と高齢者ボランティアの役割に対するフィールド訪問をもとに、現状に即した予備分析を行うことを目的とする。今回は、タイにおける介護負担の要因に着目した分析を行った。

B. 研究方法

Baseline 調査は、2014 年 5 月から 6 月に LTOP プロジェクトメンバーにより収集された。LTOP baseline 調査の対象地域は、Chiang Rai(チェンライ県)Yang Hom(ヤムホン・タンボン)、Khon Kaen(コンケン県)Sa-ard(サード・タンボン)、Nakhon Ratchasima(ナコンラチャシマ県)Joho (ジョーホー・タンボン)、

Nonthaburi(ノンタブリ 県)Bang Si Thong(バンシートン・タンボン)、Bangkok (バンコク都) Dindaeng Zone D (ディンデン D 地区)、Surat Thani(スラタニ 県)Bang Na(バンナー・タンボン)である。対象者は、60 歳以上の高齢者を介護する者である。介護負担に関しては、Zarit Burden Interview (ZBI)を用いた。147 名の介護者に対して調査が行われたが、本稿では介護負担に関する質問に回答しなかった 3 名を除外した。ZBI の合計が 20 以下の者を「介護負担が低い群」、21 以上を「介護負担が高い群」と設定し、これらの 2 群の介護の状況を比較検討した。

なお、本研究はタイ政府の倫理審査を経て実施されており、我々は、その連結不可能匿名化されたデータをもとに分析をおこなった。

C. 研究結果

介護負担が低い群は 61.8%、護負担が高い群は 38.2%であった。被介護者の平均年齢は、81.3 歳であった。被介護者の状況は、家の中で生活する者が 60.1%と最も多かった。

介護者と被介護者の関係は、娘(既婚)が 34.0%、配偶者が 21.5%、娘(未婚)が 14.6%であった。介護者と被介護者の同居をみると、同居が 87.7%で最も多かった。介護者の性別は、女性が 78.0%であった。介護者の婚姻の有無をみると、婚姻しているが 64.0%であった。介護者の教育レベルをみると、初等教育レベルが最も多く 52.8%であった。家族のために仕事をした経験があるかについては、有りが 89.4%であった。月の収入は、平均で 12,605.1 バーツであった。収入源では、仕事が 36.1%で最も多かった。社会

参加については、有りが 58.2%であった。

QOL については、item26 の場合、質問項目が 9 item 欠如しており、short version だと 1 item 欠如しているが、short version の QOL が低い群が 50.4%であった。

介護平均年数は、6 年であった。介護をする理由としては(複数回答)、「介護が子どもの義務だから」と回答した人が 85.3%、「誰も介護をしてくれる人がいないから」と回答した人が 45.4%、「恩恵を感じるから」と回答した人が 42.7%、「被介護者に愛情を感じるから」が 49.0%であった。介護のトレーニングを受けた経験があるかという問いに対しては、無しが 80.8%であった。

介護活動に関する質問については、14 種類の活動について質問を行ったが、平均で 10 の活動を行っていることが分かった。介護の頻度については、1 週間のうち 4~6 日と回答した人が 93.0%であった。介護を行う時間帯については(複数回答)、朝が 86.8%、昼が 77.8%、夕方が 78.5%、夜が 60.4%であった。介護を行う時間数については、一日中(21~24 時間)が 53.9%であった。

介護をして良かったと感じる事に関する質問については(複数回答)、「満足感を与えてくれる」が 52.8%、「関係性が深まる」が 53.5%、「誇りを感じられる」が 54.2%、「高齢者の嬉しそうな顔を見ることが出来る」が 51.4%、「人生がより意義のあるものになる」が 26.1%であった。介護に関して満足している人は、どちらでもないが 45.5%であった。

単変量解析の結果、介護負担の高さと統計的に有意($p < 0.05$)であった要因は、女性の介護者、家族のために仕事をした経験がある者、QOL が低い者、介護活動の

種類が多い者、介護に満足していない者等であった。

D. 考察

アジアにおける介護負担の研究と比較考察すると、女性の介護者については、先行研究(Cheah, 2012)と同様の結果となったが、QOL、仕事の経験、介護活動の種類、介護に対する満足度については、さらなる研究が必要である。

E. 結論

タイにおいて介護負担が高い人々をサポートするためには、介護者のQOLの改善、介護への満足度を高める余地がある。

また、これらの研究の成果は、2015年10月に開催予定のInternational Association of Gerontology and Geriatrics Asia/Oceania Regional Congressにおいて発表予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

柏木志保、Felipe Sandoval、田宮菜奈子「高齢者介護に携わる介護者の抑うつとその関連要因

—インドネシアの全国的な調査から—」

第55回日本熱帯医学会大会・第29回日本国際保健医療学会学術大会、2014年11月3日

Shiho Kashiwagi, Nanako Tamiya. Factors Associated with Self-Rated Health for Older People in the Philippines, The 2nd International Conference on Global Aging,

29 Sep. 2014

Shiho Kashiwagi, Felipe Sandoval, Nanako Tamiya. Caregiver's situation and care burden: Using LTOP Baseline Survey in Thailand, International Association of Gerontology and Geriatrics Asia/Oceania Regional Congress, 19-22 Oct. 2015 (予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

謝辞

本視察の機会をいただきましたJICAおよびLTOPチームのみなさま、チュラロンコン大学ステチャイ教授、マイアミ大学ジェロントロジーセンターのみなさまに感謝申し上げます。

**アフリカにける高齢者の抑うつ症状やQoLの研究
—WHOの“Study on global AGEing and adult health (SAGE)”を用いた多国間
研究：ウガンダと南アフリカの分析—**

**An African overview of determinants of depressive symptoms and
—Multi country studies using the WHO Study on global AGEing and adult
wellbeing of older persons in South Africa and Uganda
health (SAGE), Wellbeing of Older People—**

研究分担者 田宮菜奈子 医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授
研究協力者 サントバーン フェリーペ 筑波大学 人間総合科学研究科 博士課程
研究協力者 ラカー ジョセフィン 筑波大学 人間総合科学研究科 修士課程

研究要旨

By 2050, the number of people over 60 living in Africa will go from 50 million to nearly 200 million. This shift, with no precedent in human history, will bring deep consequences for society, influencing people's social, economic and political lives in Africa. The present studies take place both in Uganda and South Africa, using similar studies belonging to the WHO Study on global AGEing and adult health series. The study on South Africa focuses on finding factors related to depression and the one in Uganda in factors related to wellbeing. At a bivariate level, the study in South Africa shows the significant beneficial effects of being married, having an education, having a source of income, and keeping or improving their financial conditions to avoid being depressed. The study in Uganda shows that being married has a beneficial effect on achieving high quality of life. Other beneficial factors include, being employed, participating in groups. Additionally, all health state descriptions were significant, including: difficulty moving around, self-care, pain and discomfort, cognition, sleep, no energy, feeling sad low or unhappy, being worried, and interpersonal activities.

As a conclusion we can observe that, at a bivariate level of analysis, in both Uganda and South Africa, there is a beneficial effect of being married, and having a source of income. In addition, the significance of health status is present in both settings. Improving both health services and the

A. 研究の背景と目的

The share of people aged 60 years or over in the world will increase from 12

percent in 2014 to 21 by 2050 (1). Older persons in Africa will more than triple by 2050, reaching 212 million (1).

Despite this increase of the share of older persons, national services, such as health, and pensions systems remain low in quantity and quality, and will get increasing pressure.

The aim of the present study is to lay an initial view on the factors affecting the mental health of older persons in South Africa and wellbeing in Uganda.

B. 研究方法

The studies in both settings are cross sectional using secondary data from the study on Global AGEing and Adult Health, Well-Being of Older People Study (SAGE, WOPS) carried out in Uganda in 2009 and in South Africa in 2010 (2).

Face-to-face interviews were used to collect data on persons aged 50+ in five groups:

1. -Are HIV infected and have been on ART for at least 1 year;
2. -Are HIV infected and either on ART for less than 3 months or waiting to initiate ART;
3. -Had an adult child who died of AIDS-related illness;
4. -Have an adult child living with HIV and on ART;
5. -Have no child with HIV/AIDS and are not themselves infected with HIV (comparison group in Uganda).

B-1. Sample sizes

In South Africa, the final sample size was 219 people who are 50 years

and above, excluding HIV positive persons.

In Uganda, the final sample size was 311 people who are 50 years and above, also excluding HIV positive persons.

B-2. Study Designs

Both studies follow a cross-sectional design, using as outcome depressive symptoms in South Africa and Quality of Life (QoL) in Uganda.

In South Africa, depressive symptoms were measured using the DMS-IV criteria, following a positive answer to all of the following three questions:

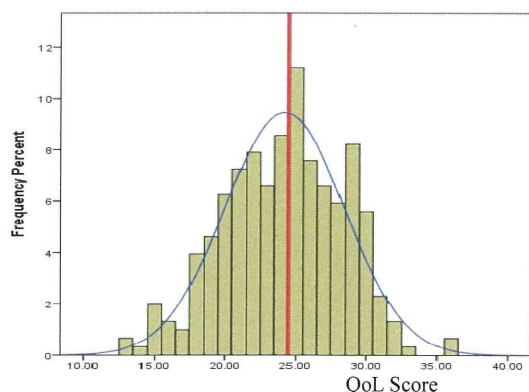
- 1- During the last 12 months, have you had a period lasting several days when you felt sad, empty or depressed?
- 2- During the last 12 months, have you had a period lasting several days when you lost interest in most things you usually enjoy such as personal relationships, work or hobbies/recreation?
- 3- During the last 12 months, have you had a period lasting several days when you have been feeling your energy decreased or that you are tired all the time?

Table 1. Depression by previous diagnosis and self report In South Africa n=219

	n	%
DSM Score (0-3)		
No Symptoms	76 (34.7)
One Symptom	38 (17.4)
Two Symptoms	52 (23.7)
Three Symptoms	53 (24.2)
Depressive symptoms		
No	166 (75.8)
Yes	53 (24.2)

In Uganda, Quality of life was measured by EUROHIS-QOL 8-Items, they include; general health, finances, esteem, energy, personal relationship, home, activities, and overall while controlling for social economic characteristics. To determine low and high QOL, we used QoL score 24 as the median and took points from 24 below as low QoL and 25 above as high QoL as shown in figure below.

Figure 1. Distribution of QoL Scores in Uganda



C. 研究結果と考察

C-1. Results in South Africa

The univariate results showed that most of the older persons were female with more than 80% of the sample and a mean age of 66.8 years old. More than half of the respondent were the heads of the households (54.3%) or

living with their spouse (21.5%). The majority was married, with nearly a quarter having widowed (26%).

Regarding education, around half of the sample had no education (51.6%) and 33.8% had only elementary education. Most of the sample was unemployed (96.3%) with a subsequent reliance on government grants as a source of income (85.8%), with nearly half declaring that their financial situation is worse compared to three years ago. More details can be found in table 2.

Table 2. Sociodemographic Characteristics in South Africa n=219

Sex	n (%)
Male	42 (19.2)
Female	177 (80.8)
Age	
Mean[SD]	66.8 [10.4]
Relationship to the head of the household	
Boyfriend/Girlfriend	3 (1.4)
Brother or Sister	5 (2.3)
Head (self)	119 (54.3)
Other (family) Relative	9 (4.1)
Parent	12 (5.5)
Parent-in-law	1 (0.5)
Son or Daughter	22 (10)
Wife or Husband	47 (21.5)
Domestic worker	0 (0)
Tenant	0 (0)
Missing Data	1 (0.5)
Marital status	
Civil Marriage (monogamous)	24 (11)
Civil Marriage (polygamous)	2 (0.9)
Married (not further specified)	28 (12.8)
Traditional Marriage (monogamous)	61 (27.9)
Traditional Marriage (polygamous)	1 (0.5)
Married, but separated	1 (0.5)
Traditional Marriage (separated)	1 (0.5)
Never been married (not further specified)	26 (11.9)
Never been married and not engaged	8 (3.7)
Never been married, but engaged	10 (4.6)
Widowed	57 (26)
Employment status	
Unemployed	211 (96.3)
Employed	7 (3.2)
Missing	1 (0.5)
Educational Background	
No education	113 (51.6)
Elementary	74 (33.8)
Secondary	18 (8.2)
Diploma	1 (0.5)
Adult Education Only	13 (5.9)
Main Source of income	
Government grants	188 (85.8)
Earnings from selling or trading	2 (0.9)
Wages, salary from job	8 (3.7)
Other	7 (3.2)
No source of income	11 (5)
Missing	3 (1.4)
Financial Situation Compared to 3 years ago	
About the same	87 (39.7)
Better	34 (15.5)
Much worse	98 (44.7)

The bivariate analyses showed that caregiving was not a significant factor for depression, when compared to non-caregivers, neither was caring for children nor adults, or the sum of both roles. On the other hand, four sociodemographic factors were found to be significant as shown in table 3.

Table 3. Bivariate analyses of depression by socio demographic characteristics in South Africa

	Not Depressed n (%)	Depressed n (%)	Total n (%)	p-value
Sex				0.205
0 Male	35 (21.10%)	7 (13.20%)	42 (19.20%)	
1 Female	131 (78.90%)	46 (86.80%)	177 (80.80%)	
Age				0.217
Mean[SD]	66.24 (9.838)	68.51 (12.047)	219 ()	
Relationship to the head of the household				0.363
0 Others	18 (10.80%)	9 (17.30%)	27 (12.40%)	
1 Head (self)	90 (54.20%)	29 (55.80%)	119 (54.60%)	
2 Spouse or partner	42 (25.30%)	8 (15.40%)	50 (22.90%)	
3 Son or Daughter	16 (9.60%)	6 (11.50%)	22 (10.10%)	
Marital status				0.038
0 Not married	70 (42.20%)	31 (58.50%)	101 (46.10%)	
1 Married	96 (57.80%)	22 (41.50%)	118 (53.90%)	
Employment status				0.200 [‡]
0 Unemployed	159 (95.80%)	53 (100.00%)	212 (96.80%)	
1 Employed	7 (4.20%)	0 (0.00%)	7 (3.20%)	
Educational Background				0.005 [‡]
0 No education	76 (45.80%)	37 (69.80%)	113 (51.60%)	
1 Elementary and adult education	72 (43.40%)	15 (28.30%)	87 (39.70%)	
2 Secondary and over	18 (10.80%)	1 (1.90%)	19 (8.70%)	
Main Source of income				0.013 [‡]
0 No income	5 (3.00%)	6 (12.00%)	11 (5.10%)	
1 Government grants	145 (87.30%)	43 (86.00%)	188 (87.00%)	
2 Own work and others	16 (9.60%)	1 (2.00%)	17 (7.90%)	
Missing				
Financial Situation Compared to 3 years ago				0.006 [‡]
1 Much worse	65 (39.20%)	33 (62.30%)	98 (44.70%)	
2 About the same	70 (42.20%)	17 (32.10%)	87 (39.70%)	
3 Better	31 (18.70%)	3 (5.70%)	34 (15.50%)	
Animal ownership				
Cows				0.332
No	131 (78.90%)	44 (83.00%)	175 (79.90%)	
Yes	35 (21.10%)	9 (17.00%)	44 (20.10%)	
Goats				0.855
No	126 (75.90%)	39 (73.60%)	165 (75.30%)	
Yes	40 (24.10%)	14 (26.40%)	54 (24.70%)	
Chickens				0.600
No	45 (27.10%)	17 (32.10%)	62 (28.30%)	
Yes	121 (72.90%)	36 (67.90%)	157 (71.70%)	
Electricity grid access				0.425
No	42 (25.30%)	13 (24.50%)	55 (25.10%)	
Yes	118 (71.10%)	40 (75.50%)	158 (72.10%)	
Toilet facilities				0.464
Does not have	18 (10.80%)	8 (15.10%)	26 (11.90%)	
Does have	148 (89.20%)	45 (84.90%)	193 (88.10%)	
Drinking Water Source				0.435 [‡]
Other Sources	52 (31.30%)	14 (26.40%)	66 (30.10%)	
Pipe Private	21 (12.70%)	4 (7.50%)	25 (11.40%)	
Pipe Public	93 (56.00%)	35 (66.00%)	128 (58.40%)	

[‡] fisher's exact test; t-test for continues variables, otherwise chi-square was used

Being married seems to have a protective effect against depressive symptoms, along with having an educational background, having a source of income, and improving their financial situation.

Additionally, all aspects of self-perceived health were associated to depressive symptoms, including: general health today, in the past 2 weeks and difficulties with work as seen in table 4.

had a rather pervasive prevalence with nearly 80% of the sample being currently employed.

The distribution of urbanization are nearly equal in both rural and urban.

Regarding our bivariate analyses using Quality of Life as exposure, we found to sociodemographic characteristics to be significantly associated to high quality of life were being married (p -value 0.001) and being employed (p -value

Table 5. Bivariate analyses of Depression by Health States in South Africa

	Not Depressed	Depressed	Total	p -value
	n (%)	n (%)	n (%)	
General Health Today				0.001
1 Very bad	0 (0.00%)	2 (3.80%)	2 (0.90%)	
2 Bad	18 (10.80%)	12 (22.60%)	30 (13.70%)	
3 Moderate	66 (39.80%)	25 (47.20%)	91 (41.60%)	
4 Good	78 (47.00%)	12 (22.60%)	90 (41.10%)	
5 Very Good	4 (2.40%)	2 (3.80%)	6 (2.70%)	
Health During the past 2 weeks				0.001
1 Very bad	1 (0.60%)	2 (1.90%)	3 (1.40%)	
2 Bad	24 (14.50%)	16 (18.90%)	40 (18.30%)	
3 Moderate	100 (60.20%)	30 (39.60%)	130 (59.40%)	
4 Good	41 (24.70%)	5 (5.70%)	46 (21.00%)	
Difficulties with work or household activities				0.000
1 Extreme/can't do	1 (0.60%)	1 (1.90%)	2 (0.90%)	
2 Severe	18 (10.80%)	18 (34.00%)	36 (16.40%)	
3 Moderate	70 (42.20%)	21 (39.60%)	91 (41.60%)	
4 Mild	47 (28.30%)	10 (18.90%)	57 (26.00%)	
5 None	30 (18.10%)	3 (5.70%)	33 (15.10%)	

Wilcoxon-mann-whitney; Confidence interval at 95%

0.0001) as shown in table 5.

C-2. Results in Uganda

From the total 311 study participants, 63.8% were female and 36.6% men, with a mean age of 68.6 years old. The rural to urban composition were 50.7% and 49.2% respectively. Nearly a quarter had no educational background (25.7%). Most of the sample (96%) had a child. Employment

Additionally, the only related factor from social network items to be significant was group participation, (yes/no), (p -value 0.01). On the other hand, all dimensions of health states are significant: general health, difficulty moving around, self-care, pain and discomfort, cognition, sleep,

no-energy, feeling sad, worried or anxiety, and interpersonal activities.

Table 5. Bivariate table of Low and High QoL by sociodemographics in Uganda. n=311

	Low QoL	High QoL	p value	
Social Demographic Characteristics				
	153(49.2)	151(48.6)		
Sex			0.573	
Male	53(34.6)	57(37.7)		
Female	100(65.4)	94(62.3)		
Age	mean/SD	70.1/60.1	66.0/910	0.910 +
Residence			0.910	
Rural	78(51.0)	76(50.7)		
Urban	75(49.0)	75(49.7)		
Education			0.058	
Yes	106(69.3)	117(78.5)		
No	47(30.7)	43(26.2)		
Married			0.001	
Yes	53(20.9)	50(42.7)		
No	134(71.7)	67(57.3)		
Employment			0.000	
Yes	104(70.3)	127(87.0)		
no	44(29.7)	19(13.0)		
Children			0.525 ++	
Yes	148(96.7)	142(95.3)		
No	5(3.3)	7(4.7)		
Religion			0.139 ++	
Catholic	95(62.1)	74(49.0)		
Islam	15(9.8)	21(13.9)		
Other	4(3.3)	5(3.3)		
Protestan	38(24.8)	51(33.8)		
Income quintile			0.962 +++	
Highest	35(22.9)	31(20.5)		
Fourth	33(21.6)	28(18.5)		
Middle	18(11.8)	38(25.2)		
Second	35(22.9)	27(17.9)		
Lowest	32(20.9)	27(17.9)		

† t-test; ++ fisher's test; +++ Wilcoxon-Mann-Whitney; rest is χ^2

Hypertension was the most prevalence chronic disease at 36% in the population. Among QoL dimensions, money had the lowest scores with 1.6 and personal relationships had the highest score of 4 in a range of 1 to 5 points as shown below.

Figure 2. QoL Scores in Uganda

Quality of Life Scores	Mean/SD
Esteem	2.9/0.86
Activities	3.0/0.9
Personal relationship	4.05/0.5
Energy	2.8/0.94
Finance	1.6/0.72
Home	3.5/0.86
Overall	3.1/0.75
Health	2.9/0.96
Score QoL	24.2/4.22
Average QoL	3.02/0.5

The mean score for the EUROHIS-QOL 8-Items was 24 points with the range of 11 to 38.

C-3. Discussion

In the present studies, while not multivariable, we set the starting point to more complex multivariable models to be carried in the near future by the authors.

This preliminary findings lead us to discuss on how some common elements that point to a better mental health and well-being of older persons are found among sociodemographic and health states characteristics of older persons. First, being married seems to be a beneficial factor in both settings. This is probably due to several intertwined factors, such as, the value of interpersonal relationship, the economic safety of partnership, availability of care, sentimental ties, etc.(3).

Similarly, in both settings, we find that having an income has a protective factor. In the case of Uganda, this

income takes place through the employment of 78.6% of the sample, while employment in South Africa remains low at 3.2% it is replaced by the role government grants, which represent the main source of income of 87% of the South African sample. Both, depression (4) and wellbeing (5) has been linked to socioeconomic risk factors in longitudinal and cross-national designs before, arguably through facilitating the acquisition of goods, services, and stability. In the case of pension, receiving and sharing it integrates the older persons into their communities, rather than feeling like a burden on their families (6).

It must be noted that while assets, such as cattle, electricity, drinking water and toilet facilities does not seem to play a role in either setting, income stability at late life does. As ageing progresses both in South Africa and Uganda, the capacity to provide old age support will be put under increasing pressure. While there is acknowledgment of extending the income security of older persons in developing countries (7) and its benefits (6), the provision of such net remains low, both in coverage and quality in Africa (6).

Additionally, it has been extensively documented the role of health states in wellbeing and mental health (8, 9) as found in the present study. This points to the necessity of paying attention to the provision of health services for

older persons in these developing countries, both for prevention and treatment of physical and mental health conditions, while considering the challenges older persons face, such as, low education, lack of income, dependency on welfare, financial insecurity, poor health, etc. found in these studies.

In the case of depression, it has been shown that when depression takes places along other health problems it tends to be under-diagnosed in primary care settings (10) and it has been suggested that even if depression is diagnosed it tends to be under-reported to avoid stigmatization (10).

Moreover, in many African countries, governments spend much less on health care than in northerner regions. In 2005, 48 of the 54 African countries spent less than USD 26 per capita on healthcare, while private out-of-pocket payments reached USD 58 on average (11). Furthermore, depression tends to receive a low priority in health service policies across Africa (12). Of particular concern in Africa is the HIV pandemic. In the present studies we have focused on those affected by the pandemic and its high prevalence in South Africa will be reflected on mental health in the overall psychiatric morbidity into later life of those affected by it (12).

Finally, it must be acknowledged the role played by the SAGE Well-being of Older People Study, used in the present

studies, in describing the health status, wellbeing and functional status among older people affected by HIV/AIDS in their families, by allowing direct comparisons between different African countries. As limitations, it must be mentioned that these results correspond to bivariate analyses of factors and therefore the simultaneous effects of them on our outcomes cannot be assessed. Also, the designs of these studies is cross-sectional, hindering any inference on causality, along with considering the subjective components of this face-to-face survey.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

References

1. DESA. Population facts 20142014. Available from: <http://goo.gl/gXHtGj>.
2. WHO. SAGE HIV studies 2010. Available from: <http://goo.gl/foydSa>.
3. Pilkington PD, Milne LC, Cairns KE, Lewis J, Whelan TA. Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015;178:165-80.
4. Lorant V, Croux C, Weich S, Deliege D, Mackenbach J, Anseau M. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *Br J Psychiatry.* 2007;190:293-8.
5. Niedzwiedz CL, Katikireddi SV, Pell JP, Mitchell R. Socioeconomic inequalities in the quality of life of older Europeans in different welfare regimes. *Eur J Public Health.* 2014;24(3):364-70.
6. Stewart FJY. "Pensions in Africa",

OECD Working Papers on Insurance and Private2009.

7. Barrientos A. New strategies for old-age income security in low income countries2008. Available from:

<http://goo.gl/zMpMQe>.

8. Prieto-Flores ME, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Lardies-Bosque R, Rodriguez-Rodriguez V, Ahmed-Mohamed K, et al.

[Sociodemographic and health factors explaining emotional wellbeing as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain. 2005]. *Revista espanola de salud publica.* 2008;82(3):301-13.

9. Capozzi LC, Nishimura KC, McNeely ML, Lau H, Culos-Reed SN. The impact of physical activity on health-related fitness and quality of life for patients with head and neck cancer: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2015.

10. Lubner MP, Hollenberg JP, Williams-Russo P, DiDomenico TN, Meyers BS, Alexopoulos GS, et al. Diagnosis, treatment, comorbidity, and resource utilization of depressed patients in a general medical practice. *International journal of psychiatry in medicine.* 2000;30(1):1-13.

11. Bank AD. Aging Population Challenges in Africa2011. Available from: <http://goo.gl/Qgg78q>.

12. Gureje O. Mental health policy development in Africa. 2000.

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための開発研究事業）
（分担）研究報告書

筑波大学国際シンポジウム グローバルエイジングへの国境なき挑戦 人を支える医療と介護

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授
研究分担者 本澤巳代子 筑波大学人文社会系 教授
研究分担者 柏木聖代 横浜市立大学医学部看護学科 准教授
研究協力者 柏木志保 筑波大学医学医療系 研究員
研究協力者 Peter Lloyd-Sherlock イーストアングリア大学 教授
研究協力者 Sonng-nang Jang 韓国中央大学校看護学科准教授
研究協力者 Gerard IGL キール大学 法学部教授、社会保障・保健法研究所長
研究協力者 Marlene J. Egger ユタ大学 公衆衛生学・家庭医療学 教授

研究要旨

平成26年9月27日（土）、筑波大学東京キャンパスにおいて、「筑波大学国際シンポジウム グローバルエイジングへの国境なき挑戦 人を支える医療と介護」を実施した。アメリカ、イギリス、ドイツ、韓国、日本のエイジング研究者4名を招へいし、85名がシンポジウムに参加した。シンポジウムでは、各国の経験を学び、経験を共有することの必要性が強調された。しかし、韓国のデータが整備、公表されているのに対し、日本のデータの整備、公表はおくれていることが指摘された。日本の優れた技術や政策を広く世界に普及するためにも、また解決が難しい課題に挑戦するためにも、今後日本のデータが整備され、公表されることが期待される。

A. 研究目的

ケアが必要な人、そしてケアする人を支えるには、暮らしの場において適切な医療が提供され、人の暮らしを支えるしくみと調和させることが重要である。これは高齢化に向かうすべての国が希求することであり、国境を越えてグローバルに互いの経験を尊重し共有し合うことが必要である。このような認識のもと、ケアをする人の人権も尊重したドイツ介護保険の政策過程、最長寿国日本における高齢者肺炎の地域・施設での適切な医療

の在り方、米国Patient-centered Medical Home からみる高齢国での地域医療の在り方、これから高齢化を迎える国々における課題、日独の先例に学び制定された韓国介護保険と国際比較について各国の専門家から報告を踏まえた上で、グローバルな視点で「人を支える医療と介護」について考察する。

B. 研究方法

平成26年9月27日（土）、筑波大学東京キャンパス134講義室において、「筑波大

学国際シンポジウム「グローバルエイジングへの国境なき挑戦 人を支える医療と介護」を実施した。シンポジウムは、厚生労働科学研究費補助金地球規模保健課題推進研究事業「グローバルエイジングへの国境なき挑戦：経験の共有と尊重を支える日本発学際ネットワークによる提言に関する研究班」（研究代表：田宮菜奈子）の主催、筑波大学プレ戦略研究拠点「つくばグローバルエイジングセンター」準備室（室長：田宮菜奈子）の協力で実施された。

報告は、ゲルハルト・イーゲル (Prof. Dr. iur. Gerhard IGL) キール大学 (ドイツ) 法学部教授、社会保障法・保健法研究所長「介護保険と複合型福祉—インフォーマルケアとフォーマルケア：ドイツの経験から」、寺本信嗣 (Prof. Dr. Shinji Teramoto) 筑波大学医学医療系教授「肺炎は要介護高齢者の「好まざる」友である—治療すべきか、諦めるべきか?」、ピーター・ロイド・シャーロック (Prof. Dr. Peter Lloyd-Sherlock) イースト・アングリア大学 (イギリス) 教授「発展途上国における非感染性疾患と高齢者—なぜ非感染性疾患は問題なのか、そしてなぜ政策は取り上げないのか?」、マリーン・J・エガー (Prof. Dr. Mariene J. Egger) ユタ大学 (アメリカ合衆国ユタ州ソルトレイクシティ) 医学部教授「高齢化社会における臨床実践の変容—デザインによるケアとアメリカの患者中心医療ホーム」、スーン=ナン・ジャン (Soong-nang Jang) 韓国中央大学校看護学科准教授、同看護科学研究所長兼務「韓国における高齢者介護に対する規定—国際的比較の視座」である。

C. 研究結果

出席者は85名 (学内27、学外47、所属不明11) (外国人出席者17名、内学外外国人7名：ドイツ1、アメリカ2、イギリス3、韓国1、内学内外国人10名：韓国1名、ロシア1、チリ1、ウガンダ1、中国6) であった。

ゲルハルト・イーゲル氏は、次の内容で報告を行った。ドイツの介護保険 (LTCI) は、施設型ケアだけでなく在宅ケアに対しても一定の給付を行う。在宅ケアは、介護の必要性の程度に応じた一定限度額までの介護サービスを保証するが (フォーマルケア)、一方で、受益者はサービスの代わりに、介護の程度に応じた介護手当 (Pflegegeld, 現金支給) の受給を選択することもできる (インフォーマルケア)。

介護手当の金額は、介護サービスが提供された場合にカバーされる金額よりも低く設定されており、在宅ケアは家族の仕事であって、家族の構成員や隣人、ボランティアによって非公式に提供され得るとの理念に従って支給される。

このような介護手当は補助的な役割しか持っておらず、また介護手当は介護サービスと併給することができる。ここ数年、介護施設でのケアの分野において、ボランティアはその役割を増してきた。認知症をわずらう者に対する援助の分野においては、インフォーマルケアとフォーマルケアの複合は未だ重要である。本報告では、ドイツにおいて、介護保険法の規定がどのように働き、フォーマルケアとインフォーマルケアの連携を保証するのかを紹介するとともに、このドイツの経験から学ぶことができるものを示した。

フォーマルケアとインフォーマルケア

による複合福祉制度においては、専門知識を有する介護職と家族介護者により構成されている。LTC は、インフォーマルケア抜きでは、持続することが不可能である。

寺本氏は、次の内容で講演を行った。肺炎は日本を含む先進国における主要な死亡原因であり、肺炎による死亡のほとんどは 65 歳以上の高齢の患者に対して起こる。誤嚥性肺炎（AP）の有病率は、介護施設と医療施設の双方で急速に増加している。今日、肺炎は介護中にある高齢者の「好まざる友」であるが、誤嚥性肺炎に対する治療戦略は未だ完全には確立されていない。そこで、本報告では、誤嚥性肺炎の有病率と治療戦略について検討する。

市中肺炎（CAP）の入院症例と院内肺炎（HAP）の双方において、誤嚥性肺炎の有病率の前方視的調査を行った。また公表されたデータ及び関連文献より効果的な治療戦略を検討した。

肺炎で入院した患者のほとんどは 70 歳以上の高齢者であった。肺炎の総症例に対する誤嚥性肺炎の比率は加齢と共に上昇した。市中肺炎（CAP）の全入院症例中、誤嚥性肺炎の発症率は 60.1% であった（全 439 症例中 264 件）。誤嚥性肺炎の治療には抗生物質の適切な処方が重要である。オーラルヘルスケア、嚥下リハビリテーション、潜在的な肺疾患の適切な管理、肺炎球菌ポリサッカライドワクチン（PPV）及びインフルエンザワクチンの投与は重要な予防戦略である。

誤嚥性肺炎（AP）は介護中の高齢者の間で大幅に増加している。嚥下障害に対する老年医学アプローチ等の治療戦略は、抗生物質投与に加えて臨床的に有意であ

る。

ピーター・ロイド・シャーロック氏の本報告では、発展途上国における非感染性疾患（NCD）の有病率の増加と、これに関連するリスク因子、特に高血圧の影響に焦点を当てられた。認識の向上と効果的な治療へのアクセスが持つ潜在的な利点に注目することで、人口高齢化は修正不可能なリスク因子であるという確立した見識に問いを投げる。本発表では、年金の拡張や非感染性疾患の流行に対処する健康保険といった介入の範囲を考察した上で、現在の国際的な非感染性疾患政策の中にある高齢者に対するバイアスを特定し、この傾向の所以を考察することを目的とする。

非感染症疾患対策の中で、高齢者のプライオリティが低いことは、今後改善すべき課題であると考えられる。

マリーン・J・エガー氏の報告は次の通りである。世界的な高齢化は、全ての国に、高齢者に対する人道的で、文化的な配慮があり、その上経済的に実現可能な方法での対応を要請している。発展し続ける医療技術とそれに伴うケアの細分化に伴い、アメリカのヘルスケア・システムは特に人々の健康増進と患者のケアの強化、これと同時にヘルスケアに対する一人当たりのコストを削減するという 3 つの目標の達成を要請されている。アメリカの家庭医学は、全ての個々の実践に関し、患者中心の医療ホーム（PCMH）というビジョンの達成に向けた実践の路線変更を受け入れた。その発展状況は、ドナベディアンによるケアの構造・過程・成果の尺度によって追跡されている。ユタ大学ヘルスケア・コミュニティ・クリニックの実践の変更戦略は、デザインに

よるケア（CBD: Care by Design）と呼ばれており、PCMH と CBD の指標における概念的な相関関係は強いが、精密に検討すれば PCMH の指標が構造と方針に対するものであるのに対し、CBD の指標は運用プロセスに関連しており、PCMH の構想をコミュニティ・クリニックの特定の集団や運営上の文脈に実装するためのものである。私たちは、上述の3つの目標という文脈の中において、PCMH の未来のビジョンを達成させたいと考えているので、私達の CBD は、アメリカにおけるヘルスケアの変容を示すことにある。アメリカは、特に高齢者のための、一貫したサービスが統合されていない。

高齢化に対するシステムの再統合は、それぞれの国により異なっているといえる。しかし、それぞれの国におけるサービスの変容は必要であり、経験そして技術の共有が今後必要となると考えられる。

スーン=ナン・ジャン氏の報告は、次の通りである。韓国において介護施設の数が大幅に増加していることを受け、これらの質と評価システムは懸念すべき課題となっている。介護の質を評価する際、政策立案者は健康状態への転帰や利用者の満足度に関する重要な側面を考慮すべきである。これには監査制度や調査、データ、フィードバックから集められた多大な量の情報が必要である。介護サービスに対する現在の評価サービス制度は複雑であり、複数の行政機関が関与し、単一評価者システムを国民健康保険公社（NHIC）から引き出して作成するか否かの議論や、自治体の主張もある。

韓国政府は財政的な持続性が懸念されるにも関わらず、介護保険の認定要件の変更を検討しており、制度に参加する際

に要する日常生活動作（ADL）制限を軽減することによって健康度の高い高齢者をも対象とすることを考慮している。加えて現段階では特別ケアユニット（例えば認知症ケアユニット）に対する公式の制度は無いが、これは変更される可能性があり、サービスに対するより高額の償還を通して施設は特別ケアユニットの導入を奨励されるはずである。韓国の介護システムは急速に成長したが、未だに発展の初期段階にある。国家の規制と監視システムは未だ成熟途中にあり、消費者、提供者、及び政策立案者の間には実質的な問題が存在する。本報告では、OECD のデータを用いて、韓国における LTC の現状を比較考察する。

インフォーマルケアにおける介護者の性別を比較すると、韓国では女性が 64.8%、男性が 35.2%であり、女性の介護者が多いことがわかる。ベルギー、オランダ、デンマーク、ドイツ等の諸国における介護者の性別が女性（約 5 割、男性約 5 割）であるのに対し、韓国の介護者は女性が多数であることが明らかとなった。

介護者の年齢をみると、デンマーク、オランダ、イスラエル、ギリシャなどが 50 歳から 64 歳までのグループが 7 割程度、65 歳以上のグループが 3 割程度であるのに対し、韓国では 50 歳から 64 歳までのグループが約 5 割、65 歳以上のグループが 5 割を超えている。デンマーク、オランダ等と比較して、韓国の介護者の年齢は、50 歳から 64 歳までの比較的若い層の介護者の割合が低く、65 歳以上といった年齢が高い層の割合が他国と比較して高いことが明らかとなった。

介護者と被介護者の同居の割合をみると、スペインを除く諸国（デンマーク、