

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 1 日現在

機関番号：22604

研究種目：基盤研究(B)（一般）

研究期間：2013～2016

課題番号：25285175

研究課題名（和文）地域包括ケアシステムの構築に関するプロセス評価とアウトカム評価

研究課題名（英文）Process and outcome evaluation for constructing the community-based integrated care system.

研究代表者

杉澤 陽子（杉原陽子）（Sugihara, Yoko）

首都大学東京・都市環境科学研究科・准教授

研究者番号：80311405

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 13,200,000円

研究成果の概要（和文）：東京都内の一自治体にて、地域包括ケアシステムのプロセスとアウトカムを評価するための調査を行った。プロセス評価では、多様なサービス確保の目途が立たず、地域包括ケアシステムを構築する上での自治体の保険者機能に関する課題が抽出された。アウトカム評価は、65歳以上住民、要支援認定者、要介護認定者の介護者に対する郵送および訪問面接調査を行い、2013年に実施した調査の結果と比較することで、地域包括ケアシステムの効果を検証した。3年間では地域包括ケアシステムの進展を伺えるような変化は見いだせず、むしろ、この間の介護保険制度改定によるネガティブな影響が高齢者や介護者に対してあった可能性が示唆された。

研究成果の概要（英文）：We conducted the surveys in a municipality of Tokyo metropolis to evaluate process and outcome for constructing the community-based integrated care system. The results of process evaluation showed that there was few prospect of securing various services and support to construct the community-based integrated care system, and the function of the municipality as insurer had not yet worked well. To examine the outcome of the system, two repeated cross-sectional surveys were conducted in 2013 and 2016 with probability samples of community-dwelling persons aged 65 years and older, care-need/support-need certificated elderly persons, and caregivers of care-need certificated persons. The results showed that there were not any positive changes which might suggest the progress of community-based integrated care system in three years. On the contrary, it was suggested that there might be negative effects of the revision of long-term care insurance system on the frail elderly.

研究分野：社会科学

キーワード：地域包括ケアシステム 介護保険制度 政策評価

1. 研究開始当初の背景

(1) 介護保険制度の成果と課題

2000年4月に介護保険制度が導入されて以降、認定者数や居宅サービスの利用者数はいずれも2倍以上に増え、介護保険制度は要介護者の顕在化とサービス供給の普遍化を進める上で、一定の成果をあげたと評価できる。一方、制度の持続可能性の懸念が高まり、2005年の介護保険法改正では、給付の適正化を徹底する方針の明示、要支援認定者の予防給付への切り替え等の改定がなされた。2011年には、自助や互助も含む多面的なケア提供を目指す「地域包括ケア」を謳う法改正がなされた。このように介護保険制度は改正を重ね展開しているが、改正に際しては認定者数やサービス利用量、保険給付費といったアウトプット指標に基づく議論が多く、政策目標の達成状況を検証するアウトカム評価を基に制度の方向性が議論されることは少ない。

研究代表者らは、介護保険制度のプロセス評価やアウトカム評価を行うことを目的に、介護保険制度実施前の1996年から実施後の2010年までの間に計5回の反復横断調査と計3回のパネル調査を行い、介護保険が高齢者や介護者に与えた影響を実証的に評価してきた。これまでの研究成果から、居宅サービスの利用や利用希望の充足は介護保険の実施前よりは増えたが、実施後はサービスの種類によって進展に差があり、特に短期入所や訪問看護のように家族による代替が難しいサービスほど利用・供給が増えていない。

主介護者の介護負担や入所希望は、介護保険実施後10年経った時点でも介護保険実施前と比べて軽減していない、介護負担が軽減していない理由として、居宅サービスの量的不足やサービスメニューの乏しさの問題とともに、単身世帯や老々介護の増加による家族の介護力の低下、介護者の社会経済的な問題の増加など、介護状況が複雑・多様化しており、現行の介護保険制度で対応するには限界がある可能性、等が示唆された。

(2) 地域包括ケアシステムに関する課題

地域包括ケアシステムは高齢化がピークとなる「2025年に実現すべき姿」とされる構想で、05年の介護保険法改正で地域包括支援センターや地域密着型サービスの創設に際して用いられ、11年の法改正では主要な政策目標として位置づけられた。地域包括ケアシステムとは「医療・介護・福祉等の様々な生活支援が日常生活圏域で適切に提供できるような体制」のことで、「自助・互助・共助・公助の役割分担を踏まえながら、有機的に連動してケアが提供されるようなシステム」を構築することが求められている。このように概念と方向性は示されたが、具体的な進め方

は各自治体に任されており、実際にこの体制を構築・運用するには多くの課題がある。

第一に、地域包括ケア提供体制をどのように構築していけばよいかという課題がある。構築の主体は、保険者である区市町村と地域包括支援センターだが、区市町村は職員の専門性や体制的な問題があり、地域包括支援センターもその多くが社会福祉法人等への委託で活動に制約があるため、両者とも構築主体として十分に機能していない場合が多い。

第二の課題は、地域包括ケアを支えるサービスの整備と効果・課題の検証である。05年の法改正で「地域密着型サービス」が導入されたが、その普及は十分ではなく、効果も検証されていない。11年の改正では「定期巡回・随時対応型訪問看護介護」の導入や「在宅医療の充実化」が示されたが、その効果や課題の検証も不十分である。

第三の課題は、自助や互助といった非制度的支援を組み込む方法である。介護保険制度の持続可能性を考慮すれば非制度的支援の活用は必要だが、家族の介護力や地域ネットワークが脆弱化している中で、これらを地域包括ケアの提供主体として組み込むことは容易でない。

2. 研究の目的

上記の課題を踏まえ、本研究では、現行の介護保険制度の課題を高齢者や介護者の視点で評価するとともに、地域包括ケアシステムを構築する上での課題を実証的に明らかにすることを目的として、東京都内の一自治体にて以下の調査研究に取り組んだ。

(1) 地域包括ケアシステムの構築におけるプロセス評価： 地域包括ケア提供体制の構築にあたり解決しなければならない課題として、「提供体制の構築法」「サービスの整備と検証」「断片化された社会資源の連携・マネジメントの方法」等がある。本研究では、自治体、地域包括支援センター、介護サービス、医療機関、民生委員等を対象に、これらの課題について各所における展開のプロセスを検証し、課題を明らかにする。

(2) 地域包括ケアシステムのアウトカム評価： 2013年と2016年に一般高齢者、要支援・要介護認定者、介護者に対して調査を行い、地域包括ケアシステムの進展により、これらの対象者にどのような効果があったのかを検証する。評価項目は、地域包括ケアの目標が「生活上の安全・安心・健康の確保」であることから、介護や生活支援ニーズの充足状況、生活上の不安、施設入所希望、介護負担、社会的支援、社会関係資本、心身の健康状態、等の指標を用いる。

3. 研究の方法

(1) プロセス評価：自治体、地域包括支援センター、介護・医療サービス、ボランティアや民生委員に対して、個別のヒアリングや一部、質問紙調査を用いて地域包括ケア提供体制の達成状況と課題を調査した。特に、地域包括ケアシステムを構築する上で重要となる以下の内容について評価した。

日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた事業計画の策定と実施

認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援に関する事業計画の策定と実施

予防給付と生活支援サービスの総合的な実施状況（介護予防・日常生活支援総合事業）

関係機関の協働、自治体の支援

生活圏域単位での社会資源の連携・マネジメントの仕組みづくり

(2) アウトカム評価：2013年と16年に、一般高齢者、要支援・要介護認定者と介護者に対する調査を行い、地域包括ケアの目標とされる指標がどのように変化したかを把握することで、地域住民の立場から見たアウトカム評価を行った。

「一般高齢者調査」は、調査対象自治体に居住する65歳以上住民から1割相当数（約4000人）を無作為抽出し、郵送調査を行った。（回収率：2013年67.1%、2016年68.2%）

「要支援認定者調査」は、要支援1・2の各介護度から200人ずつ（計400人）を無作為抽出し、訪問面接調査を行った。回答者は原則、要支援認定者本人だが、健康上の理由等により本人が回答できない場合は、主に介護している家族等に回答してもらった。（回収率：2013年80.8%、2016年80.8%）

「要介護認定者/介護者調査」は、要介護1～5の各介護度から200人ずつ（特別養護老人ホーム入居者は除外：計1000人）を無作為抽出し、訪問面接調査を行った。回答者は原則、要介護認定者の介護を主に行っている家族（主介護者）だが、主介護者による回答が難しい場合は、その他の家族や要介護認定者本人等に回答してもらった。（回収率：2013年67.5%、2016年65.7%）

4. 研究成果

(1) 地域包括ケアシステムの構築過程における課題

地域包括ケアシステムは、「日常生活圏域で、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」ことを目指しているため、これらのニーズへの対応と課題について、自治体、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問診療実施医療機関、民生児童委員、地域見守りボランティアに対してヒア

リング調査（一部は質問紙調査も実施）を行った。その結果、多くの関係機関から共通して指摘された課題は、「住まいの整備」「健康格差」「認知症対策」「関係機関の連携」「在宅医療」「日常生活支援事業」「住民の互助（地域ケアネットワークの構築やボランティアマネジメント）」であった。

「住まい」に関しては、寝たきりになった時の療養場所として「特別養護老人ホーム等の施設」を希望する人が多いにも関わらず特養待機者が多いこと、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅が増えているものの経済的な理由で入居できない人が多く、低所得者が希望する公営住宅は入居倍率が高く、単身高齢者は賃貸住宅への入居を断られるケースが少なくない等、住まいに関する切実な課題に対応できていないことが指摘された。

「健康格差」については、低所得者ほど身体的・精神的な健康状態が悪く、社会的孤立の傾向が強く、生活上の不安も多い等の社会的不利を多く有しており、低所得者に対する支援が十分ではない可能性が示唆された。

「認知症対策」については、早期発見・早期治療のための医療・福祉の連携ネットワークが構築されつつあり、認知症を理解するための講座も多く行われる等、地域における対策が進展していることが伺えた。

「関係機関の連携」については、地域包括支援センターの機能強化を図るための自治体による後方支援、地域包括ケア会議の運営に関する課題、関係機関の情報共有・連携強化に関する課題が示唆された。

「在宅医療」に関しては、在宅療養推進協議会の設置等の進展もあったが、訪問診療や訪問看護の不足や、医療的ケアが家族にとって負担となっている等の課題が示された。

「日常生活支援事業」については、新しく自治体独自の事業を開始したものの、住民への周知が十分ではなく、利用にまで結びついていない状況であった。

「住民の互助」については、日常生活圏域ごとに住民主体のネットワークが構築され、見守りなどの支援活動を行っているものの、担い手の高齢化や偏在の問題があることや、緊急時対応、孤立死、ゴミ屋敷など住民ボランティアにとって負担が大きい問題もあり、ボランティアがストレスを感じていること、それに対する自治体や専門職からの支援が十分ではないこと等が明らかとなった。

上記に加えて、自治体職員からは「地域包括ケアシステムの具体的なプランがわからない」「多様なサービス確保の目途が立たない」「国のガイドラインが出たら、それに従う」といった消極的意見が、地域包括支援センターからは「何でも地域包括にというのは無理」という疲弊した意見が、生活支援の担い手と

して位置づけられている民生委員や住民ボランティアからは「問題が複雑・深刻でどうしたらよいかわからない」「個人情報保護や当人の支援拒否で活動が困難」といった困惑が報告され、現状では、地域包括ケアシステムの構築は進展したとは言えない状況であった。しかし、社会的排除といえる状況から支援へとつながる事例も複数あることから、このような成功事例を基に排除から包摂へとつながる要素を解明することで、地域包括ケアシステムの構築に向けての示唆を得ることができると思う。

(2) 地域包括ケアシステムの進展に関するアウトカム評価

2013年と2016年に65歳以上住民、要支援認定者、要介護認定者の介護者に対して調査を行い、その結果を比較することで、3年間でどのような変化があったのかを検証した。その結果、「住まい・医療・介護・予防・生活支援」といった地域包括ケアシステムが目指す主要項目に関しては3年間で顕著な変化はなく、地域包括ケアシステムの進展を伺えるような成果があったとは言えない状況であった。他方、この間の私的支援態勢の弱まりや介護保険制度改定によるネガティブな影響が高齢者や介護者に対してあった可能性が示唆された。以下に「住まい・医療・介護・予防・生活支援」に関する知見を示した。

住まい：

65歳以上住民調査では「住居に関すること」を「非常に/やや不安」に思っている人は、2013年25.0%、2016年21.0%で、高齢者の4~5人に1人は住居に関する不安を多少とも感じていることがわかった。

寝たきりの状態になった時の療養場所として、特養や病院等の「施設」を希望する人が2013年37.2%、2016年34.5%で、いずれの年も「在宅」を希望する人より多かった。

要介護認定者の介護者調査では、「特別養護老人ホーム」に入所中または入所を希望・検討している人は2013年26.8%、2016年21.2%であった。特養の入所申請は要介護3以上になったが、2016年調査では要介護1でも入所を希望・検討している人が1割、要介護2では2割いた。在宅介護が限界であるような重度の要介護者を受け入れるだけの施設サービスの拡充とともに、要介護1や2の人が特養入所を考えなくてもよいように在宅介護支援の一層の充実が求められている。

医療：

65歳以上住民の調査では、2013、16年とも7割の高齢者は30分未満のところに相談しやすい医師がいる状況であったが、地域によってはその割合が低い所もあった。過去1年間に病気やケガにもかかわらず、病院や診

療所、歯医者に行かなかったことがあった人は、2013年15.1%、2016年12.7%であった。

「必要な時に十分な医療を受けられないこと」については、3割の人が「非常に/やや不安」と答えていた。要支援認定者調査でも、この項目については3割が不安と答えていた。

「住み慣れた生活場所で最期まで過ごすためにはどのような支援が必要だと思うか」という質問については、2016年の65歳以上住民調査では「緊急時に入院できる病院や施設」71.9%、「医師による往診」66.5%、「看護師が自宅を訪問してケアする訪問看護」65.1%で、住み慣れた地域に住み続けるために医療の整備を希望する人が多かった。

「自分が認知症かもしれないと感じたとしても、すぐに病院に行くことには抵抗感がある」という質問に「そう思う/ややそう思う」という人は36.4%で、高齢になるほどその割合が高くなっていった。高齢になるほど認知症のリスクは高まるが、そのような人の受診抵抗感の高さが課題として示された。

2013、16年とも要介護認定者の2割は何らかの医療処置が必要な状態で、特に要介護5では5割弱が医療処置を要していた。医療処置については5割の介護者が「家族が医療処置を行うのは精神的な負担が大きい」と感じていた。医療処置を要するにも関わらず、病院ではなく在宅で療養する高齢者は今後増えることが予想されるため、家族への対応も含めた支援を充実させる必要がある。

介護：

65歳以上住民の調査では2013、16年とも「必要な時に十分な介護サービスを受けられないこと」を「非常に/やや不安」と答えた人が4割いた。要支援認定者では、この項目について3割が不安を訴えていた。

要支援認定者、及び要介護認定者の介護者調査では、ケアプランや各介護サービスの満足度、各介護サービスの利用希望の充足状況は、3年間でほとんど変化がなかった。しかし、要支援認定者のうち、ケアマネジャーと少なくとも月に1回は連絡を取り合っていると認識できている人は、半数にとどまった。要介護認定者では、ケアマネジャーによるモニタリングが不十分な可能性がある人の26.6%は「単身世帯」で、3年前の調査(18.9%)よりも増加していた。

2016年調査では、要介護1の35%が単身世帯であった。主に介護を担当している主介護者が要介護認定者と「同居」していた割合も69.4%と、3年前(79.8%)より減少していた。介護が必要な状態になっても家族と同居できない人が増えていることから、社会的な支援態勢の拡充が一層求められている。

2016年の介護者調査では、要介護認定者の介護を主に担っている主介護者の年齢は、60

歳代が3割、70歳代が2割、80歳以上が2割弱で、老々介護が多い状況であった。介護保険サービスが普及してはいるが、「毎日かかりきりで介護している人」が25%、「かかりきりではないが、ほぼ毎日介護している人」が45%と、介護に拘束されている人が依然として多かった。気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている介護者も16.4%いて、これは20歳以上の日本人における割合(10.5%)と比べて高い数値であった。6割の介護者が自由時間は1日2時間以内で、友人・知人等との交流がまったくないという介護者が25.0%、趣味などの社会活動への参加がまったくないという介護者が6割であった。5割の介護者は介護を1週間程度代わってくれる人がいないという状況で、介護を手伝ってくれる副介護者がいないという人も2013年調査より増加していた。「介護に関する相談や情報の提供」「心配事や悩みごとの相談や理解」「日常生活のちょっとした手伝い」といった支援も、全体的に2013年より減少傾向であった。高齢化や世帯員数の減少により家族・親族による支援は弱まっているが、それを公的支援で補うことが十分にできていない可能性を示す結果である。

サービス利用料の自己負担が家計にとって「非常に/多少負担」という人は、2016年の要支援認定者調査では3割、要介護認定者の介護者調査では5割弱いた。要介護度が重くなるほど負担に感じている人が増え、要介護5では6割が「非常に/多少負担」と答えていた。一定以上の所得がある人は自己負担割合が2割に引き上げられたが、2割負担の人では「非常に/多少負担」と答えた人が要支援認定者調査で4割、要介護認定者の介護者調査では5割強いた。自己負担割合の引き上げの影響が少なからずあることが伺える。

予防：

2016年の65歳以上住民調査で、新しく始まった介護予防・日常生活支援総合事業の認知度を調べた結果、「男性」「年齢が若い」「自立」「高所得」「借家」といった特性の人で認知度が低い傾向が見られた。

主な介護予防活動への参加意向を調べた結果、いずれかの活動に参加したい人は72.0%、「どの活動にも参加しようとは思わない、参加できない」という人は22.3%であった。介護予防活動の中では「足腰の衰えを予防するための活動」に参加したい人が57.6%と最多であった。「男性」「80歳以上」「要介護3以上」「低所得」「公営住宅」「単身世帯」の人では、介護予防活動への参加意向が低い傾向が見られた。

「要支援」は、元々は介護予防を目的として設定されたが、2016年の要支援認定者調査で、「いずれは介護保険サービスを利用しな

くても良い状態まで改善したい」と思っている人は3割程度で、要支援認定者の4割は「改善は難しい」と思っていた。要支援認定者に対して介護予防の意欲をいかに引き出すかが課題である。

生活支援：

2016年の65歳以上住民調査では、「高齢者のお宅を訪問し、買い物、調理、掃除などを手伝う活動」に関心がある人(既に活動している人も含む)は13.4%、「高齢者などに食事を届ける配食ボランティア」は13.6%、「ひとり暮らしの高齢者等への声かけ・見守り活動」は25.0%、「地域住民が集まるコミュニティカフェやサロンなどの居場所づくり活動」は23.4%であった。いずれの活動も65~69歳の年齢層で関心が高く、このような活動の担い手となることが期待できる。

2016年の要支援認定者調査では、別居の子どもや親族との交流がほとんどない人が2割、友人・知人との交流がほとんどない人は3割、近隣の人との交流がほとんどない人は4割であった。2013年の調査結果と比べると、近隣の人との交流がほとんどない人の割合が増加していた。要支援認定者の孤立防止のために地域住民による見守りや声かけなどの支援が実施されているが、十分とは言えない状況であった。さらに、同居家族から情報・情緒・手段的な支援を得ている要支援認定者は3割程度、医療・福祉の専門職から健康や生活、福祉のことで相談にのってもらったり、情報提供を得ている人は2割程度で、これも2013年の調査より減少していた。

以上の結果から、3年間という短期間では地域包括ケアシステムの進展を伺えるような成果は十分には見られず、むしろ、私的支援態勢の弱まりや介護保険制度改定による自己負担割合の引き上げなどの影響が高齢者や介護者に現れている可能性が示唆された。今後もサービス利用料の自己負担割合のさらなる引き上げを含む介護保険制度改定が続くことから、これらの改定が高齢者や介護者に及ぼす影響を把握し、それを踏まえた地域包括ケアシステムのあり方を検討していかなければならない。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計31件)

Harada, K., Sugisawa, H., Sugihara, Y., Simmei, M., Yanagisawa, S. (2017).

Social support, negative interactions, and mental health: Evidence of cross-domain buffering effects among younger and older adults in Japan. Research on Aging, 査読有, in press.

新名正弥, 杉澤秀博, 杉原陽子, 原田謙, 柳沢志津子. (2017). 政治的有効性感覚と組織参加の世代差. 老年学雑誌, 査読有, 7, 31-44.

Sugisawa, H., Harada, K., Sugihara, Y., Yanagisawa, S., Shimmei, M. (2016). Socioeconomic status and self-rated health of Japanese people, based on age, cohort, and period. Population Health Metrics, 査読有, 14(1), 27.

DOI:10.1186/s12963-016-0095-z.

杉原陽子. (2016). プロダクティブ・エイジングに関する国際比較の現状と課題. 応用老年学, 査読無, 10(1), 4-12.

小林江里香, 深谷太郎, 杉原陽子, 秋山弘子, Jersey Liang. (2014). 高齢者の主観的ウェルビーイングにとって重要な社会的ネットワークとは: 性別と年齢による差異. 社会心理学研究, 査読有, 29(3), 133-145.

杉原陽子. (2013). 精神心理的側面からみた高齢者の健康増進. Geriatric Medicine, 査読無, 51(9), 917-921.

[学会発表](計21件)

杉原陽子. 在宅要介護認定者の医療的ケアと家族の負担感. 第75回日本公衆衛生学会総会. 2016.10.26-28. グランフロント大阪(大阪府大阪市).

渡辺裕一, 杉原陽子. 高齢者における地域課題の共有意識と生活支援活動への参加の関連. 日本社会福祉学会第64回秋季大会. 2016.9.10-11. 仏教大学(京都府京都市).

杉原陽子. 民生児童委員の活動満足度の促進・阻害要因. 日本老年社会科学会第58回大会. 2016.6.11-12. 松山大学(愛媛県松山市).

杉澤秀博, 原田謙, 杉原陽子, 柳沢志津子, 新名正弥. 高齢者の日常生活動作の経済階層による格差 - 年齢、時代、生年コホートによる違いはあるか -. 日本老年社会科学会第58回大会. 2016.6.11-12. 松山大学(愛媛県松山市).

杉原陽子, 杉澤秀博. 高齢者の低栄養リスクに関連する要因: 経済状態、社会関係、地域環境との関連. 日本公衆衛生学会第74回総会. 2015.11.4-6. 長崎ブリックホール(長崎県長崎市).

杉原陽子. 都市部高齢者のボランティア活動を促進・阻害する要因 - 個人レベルと社会レベルの要因について -. 日本社会福祉学会第63回大会. 2015.9.19-20. 久留米大学(福岡県久留米市).

杉原陽子. 民生児童委員が感じる援助成果と役割ストレス - 地域ケアを担うボラ

ンティアのマネジメントを考えるために. 日本社会福祉学会第62回大会. 2014. 11.29-30. 早稲田大学(東京都新宿区).

[図書](計8件)

杉原陽子. (2016). 認知症の人に対するインフォーマルケア. 日本認知症ケア学会(編), 認知症ケア標準テキスト改訂5版: 認知症ケアにおける社会資源, pp.1-220 (pp.172-175). ワールドプランニング.

杉原陽子. (2015). 人の一生と生活・健康. 直井道子(編), 生活と福祉, pp.1-190 (pp.6-31). 実教出版.

杉原陽子. (2015). 高齢者のボランティア活動を促進・阻害する要因. 生涯現役社会づくりに関する活動の国際比較調査研究, pp.1-295 (pp.26-36). 国際長寿センター.

杉原陽子. (2014). プロダクティブ・エイジングとは - 高齢者の健康増進と地域社会への貢献. ダイヤ財団新書34 都市コミュニティを救うシニアの力, pp.1-130 (pp.7-38). ダイヤ高齢社会研究財団.

杉原陽子. (2014). 地域ケアを担うボランティア活動を促進・阻害する要因. プロダクティブ・エイジング(生涯現役社会)の実現に向けた取り組みに関する国際比較研究, pp.1-150 (pp.13-24). 国際長寿センター.

6. 研究組織

(1) 研究代表者

杉原 陽子(杉澤陽子)(SUGIHARA, Yoko)
首都大学東京・都市環境科学研究科・准教授
研究者番号: 80311405

(2) 研究分担者

なし

(3) 連携研究者

杉澤 秀博(SUGISAWA, Hidehiro)
桜美林大学・大学院老年学研究科・教授
研究者番号: 60201571

渡辺 裕一(WATANABE, Yuichi)
武蔵野大学・人間科学部・准教授
研究者番号: 70412921

新名 正弥(SHIMMEI, Masaya)
東京都健康長寿医療センター・研究員
研究者番号: 70312288

清水 由美子(SHIMIZU, Yumiko)
東京慈恵会医科大学・医学部・講師
研究者番号: 30328330

渡邊 浩文(WATANABE, Hirofumi)
武蔵野大学・人間科学部・准教授
研究者番号: 50383328

小池 友佳子(KOIKE, Yukako)
神奈川県立保健福祉大学・保健福祉学部・助教
研究者番号: 80714104