

回復期病棟における多疾患併存(Multimorbidity)患者の 退院後の在宅サービス提供実態に関する研究

籾 内 荘 志

キーワード：多疾患併存 (Multimorbidity)、医療介護連携、介護サービス

1. はじめに

高齢人口の増加に伴い、多疾患併存 (Multimorbidity) 患者も増加し、提供する医療サービスのありかたが問われている (木村, 2019)。多疾患併存とは単一の慢性疾患に罹患している者より早期死亡、入院期間の延長、QOL (生活の質) の低下、複数薬剤の摂取 (ポリファーマシー)、経済的コストの増加等、望ましくない臨床アウトカムと関連していることが示されている (Skou, 2022)。しかし、これまで行われている単一疾患の臨床ガイドラインに準じたアプローチでは限界があり、治療・ケアだけでなく生活背景を踏まえた医療・介護サービスの連続的な提供が必要である。

多疾患併存患者に対する介入のシステマティックレビュー10件のうち6件がケア提供組織の改善に関する内容であり、組織のあり方が問われ、他の4件は患者自身の自己管理をサポートするといったセルフマネジメント系の内容が示されていた (Smith, 2012)。以上のことから、従来の単一疾患固有のアウトカムに焦点を当て専門職が介入する方法だけでなく、患者自身の行動や意思決定及びサービスを提供する方法論の開発が必要であることが示されている。またNyweide (2013) によると予防介護による早期介入に関する研究では、予防介護により、入院患者を減少させることが示されている。

このような昨今の状況からは、多疾患併存患者の多い日本の高齢患者に対しては、医療分野だけでなく、介護分野における早期からのケアは必要不可欠といえる。日本でこの役割を期待される専門職としては、介護支援専門員 (以下ケアマネージャー) が

存在する。

筆者の勤めている A 病院は、脳血管疾患、運動器疾患、心疾患、呼吸器疾患を主病名とした多疾患併存患者が入院している。しかし、多疾患併存患者に対して十分な退院支援、退院後に利用するサービスの適切性や再入院の実態は把握できていない。

そこで本研究では、ケアの継続性の観点から、①電子カルテのデータより入院後・退院前の情報を収集し、②A 病院在籍のケアマネージャーから、利用者の退院後の利用サービス・退院後の状況について聞き取り調査を行った。

これらの結果をもとに、退院後のサービスの傾向を明らかにするとともに、在宅復帰に向けた退院支援及び退院後の安定した生活を送るための A 病院と介護サービスの連携について考察を試みる。

2. 目的

A 病院（回復期病棟）から退院した多疾患併存患者の退院時及び退院後のサービス提供の実態を調査し、病棟とケアマネの連携支援の実態を可視化することにより、現在の連携のあり方を検証することを目的とする。

3. 研究の対象と方法

①対象

2022 年 1 月～2023 年 12 月の間に A 病院の回復期病棟を入退院した多疾患併存患者 9 名を担当するケアマネージャーに対し、アンケートおよびインタビューを実施した。

また、同期間内に回復期病棟に入院していた患者 50 名に対し、電子カルテより情報として性別、年齢、入院前の居住地、退院先、主病名、現病歴、既往歴、在院日数、FIM（入院時・退院前）、認知機能（HDS-R）、要介護度（入院時・退院時）、家族構成、介護者の有無、服薬状況を収集し患者の傾向を集約した。

②分析方法

研究の手順は、図 1 に示した通りである。上記①の 9 名へのインタビューと、②の 50 名の病棟データを分析した。

さらに、医療介護連携における重要な観点を検討するためにケアマネージャーに対してインタビュー調査を実施した。

ケアマネージャーには、担当患者の要介護度や身体状況以外に、「家族の負担・困り

ごと」、「退院後に困ったこと」、「患者が現在利用しているフォーマルサービス」、「患者が現在利用しているインフォーマルサービス」、「現在の医療の利用」、「当該患者の医療介護連携で困ったこと」、「医療介護連携に関する質問では、「法人内の医療介護連携における強み」、「法人内の医療介護連携における弱み」、「法人内外の医療連携で困ったこと」、「法人内外の医療連携における課題」、「患者の意思決定におけるポイント」、についてインタビューし、質的記述的研究法によるカテゴリー化を試みた。

入院患者を対象とした回復期病棟における患者の状態調査では、退院先別分類を実施し、自宅退院群:40名、その他施設退院群:10名に対し、併存疾患数、在院日数、要介護度・FIMによる退院患者の状態像を検討した。

さらに自宅退院患者40名のうち、要介護度が維持・改善している27名を抽出し、インタビュー対象患者9名のうち、要介護度が維持・改善した6名の患者との関連について比較・検討を行った。

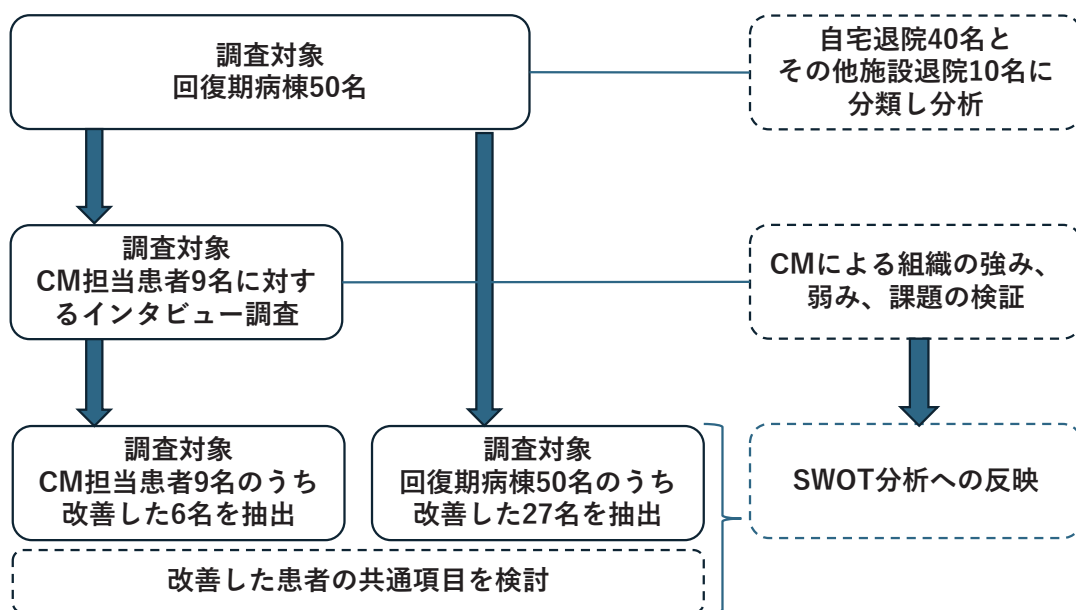


図1：研究の手順

③倫理的配慮

本研究の倫理的配慮として、兵庫県立大学大学院社会科学研究科研究倫理審査委員会の承認（2024-0010号）、およびA病院の倫理委員会の承認（2024-002号）を得た。

4. 結果

4-1. 回復期病棟の自宅退院群（40 名）とその他施設退院群（10 名）の集計・t 検定の結果

回復期病棟における自宅退院 40 名（以下、自宅退院）とその他施設退院（以下、施設退院）10 名の患者群で平均による検定を行い比較した（表 1）。性別は各群いずれも女性が多く、年齢は自宅退院群で 70 歳代、その施設退院群は 80 歳代が最も多いことがわかった。

入院前の居住地は自宅退院・施設退院のどちらの群も自宅が多かった。入院前の居住地については、自宅に戻った患者は、自宅からの入院者が他の施設から入居した患者よりも多かった（ $p=0.003$ ）。

対象疾患の種類は自宅退院・施設退院のどちらの群も神経系疾患が最も多く、併存疾患数は自宅退院群が 2 個、その他施設退院群は 3 個が最も多いことがわかった。

入院時の要介護度は自宅退院群で未申請・非該当が最も多く、施設退院群は要介護 1 が最も多いことがわかった。

入院時 FIM は自宅退院群で 81～90 点が多く、施設退院群では 41～50 点、51～60 点、61～70 点が同数で多いことがわかった。

在院日数は自宅退院・施設退院のどちらの群も 1～2 か月が多く、認知機能は自宅退院群で低下無しが多く、その他施設退院群は低下あり（HDS-R:20 点以下）が多いことがわかった。自宅に退院した患者は、他施設に退院した患者よりも入院時 FIM も認定機能も、退院時 FIM も有意に良好な状態を示していた。

退院時の要介護度は自宅退院群で未申請・非該当が多く、施設退院群は要介護 1 が多いことがわかった。

退院時 FIM は自宅退院群で 121 点以上が多く、その他施設退院群では 51～60 点、61～70 点が同数で多いことがわかった。

上記の結果からは、自宅退院群よりも施設退院群の患者の状態の方が重篤であることが明らかにされた。

4-2. ケアマネージャーへのインタビュー結果

A 病院における退院支援の強みや弱み、支援の特徴、状態改善の要因を明らかにするため、インタビュー調査を実施した。各インタビューへの回答は複数におよび、その内容をカテゴリー化したものを結果として表記した。

例えば、「当法人の医療介護連携にて強みと思う点は何ですか?」の質問に対して、「早期に情報を得られ、円滑に調整が進む」、「早期に情報を得られる」という2つの回答があった。それをカテゴリー化し、「早期に情報が得られる」と要約した。

強みとしては、「早期に情報が得られる」、の他に、「他職種と対面で連携がとれる」、「迅速な対応が可能」という返答に要約し、「当法人の医療介護連携にて弱みと思う点は何ですか?」の質問に対して、「悪印象が残る」、「SW の人員不足」、「外部への意識が低い」と要約し、「医療介護連携にて困ったことはありますか? (法人内外問わず)」の質問に対して、「他院から情報が得られにくい」、「専門外の窓口にされた」、「医療スタッフとの考えの乖離」という返答に要約した。「医療介護連携における課題は何ですか? (法人内外問わず)」に対して、「法人外との連携強化」、「医療スタッフの意識改革」、「CM による利用者理解」、「CM のカンファレンス参加」の返答に要約した。

「意思決定が難しいケース（認知症利用者）の支援はどのように行っていますか?」の質問に対し、「利用者の意志を優先」、「利用者の背景理解」、の返答に要約した。

「退院後の利用者の状態はどう変化していますか? (心身ともに)」の質問に対し、「良くなっている」、「意欲の関連」、「精神面の安定」という返答に要約した。(表2)。

表2：インタビュー結果のカテゴリー化

強み	弱み
「早期に情報を得られる」 「他職種と対面で連携がとれる」 「迅速な対応が可能」	「悪印象が残る」 「SW の人員不足」 「外部への意識が低い」
医療介護連携で困ったこと	医療介護連携の課題
「他院から情報が得られにくい」 「専門外の窓口にされた」 「医療スタッフとの考えの乖離」	「法人外との連携強化」 「医療スタッフの意識改革」 「CM による利用者理解」 「CM のカンファレンス参加」
「意思決定が難しいケース（認知症利用者）の支援	「退院後の利用者の状態はどう変化
「利用者の意志を優先」 「利用者の背景理解」	「良くなっている」 「意欲の関連」 「精神面の安定」

4-3. 多疾患併存患者の自宅退院群（8名）における項目別介護サービス集計

上記インタビュー対象患者を、結果4-1と同じ手法により、多疾患併存患者の自宅退院群（8名）を抽出し、状態を示すFIM及び要介護度、提供されている介護サービスを分類し、集計した（表3）。

この結果、FIMの点数の高低に関わらず、8名中7名が福祉用具貸与を利用していることがわかった。また通所系の介護サービスはいずれの点数においても提供されていたが、通所介護は低い点数の患者に多く、訪問介護は高い点数の患者に多い傾向で示された。

リハビリテーションは、全体として訪問リハビリの提供が4名とやや多く、訪問看護は50点台の1名のみという結果であった。続いて、要介護度別においても傾向を集約してみた結果、全ての要介護度で福祉用具の貸与は提供されていることがわかった。福祉用具はFIM、要介護度の高低に関わらず、利用されていることがわかった。

通所介護は要介護1から要介護4の方に利用されており、要介護度別の傾向はあまり見られなかった。同様に訪問介護においても、要介護度別の傾向はあまり見られなかった。

リハビリテーションは要介護1～3に提供されており、通所リハビリは要介護度がやや高い者に提供されていることがわかった。

表3：項目別介護サービス集計（退院時FIM別・要介護度別・要介護度改善者）

		n	%			n	%
FIM50点台 (n=1)	通所介護	1	(100.0)	要介護1 (n=2)	訪問リハビリ	2	(100.0)
	訪問看護	1	(100.0)		福祉用具貸与	2	(100.0)
	訪問リハビリ	1	(100.0)		通所介護	1	(50.0)
FIM70点台 (n=1)	通所介護	1	(100.0)	要介護2 (n=2)	訪問介護	2	(100.0)
	ショートステイ	1	(100.0)		福祉用具貸与	2	(100.0)
	福祉用具貸与	1	(100.0)		訪問リハビリ	1	(50.0)
FIM80点台 (n=3)	福祉用具貸与	3	(100.0)		住宅改修	1	(50.0)
	通所介護	2	(66.7)	要介護3 (n=3)	民生委員	1	(50.0)
	訪問リハビリ	1	(33.3)		通所リハビリ	2	(66.7)
	通所リハビリ	1	(33.3)		通所介護	2	(66.7)
FIM100点台 (n=2)	福祉用具貸与	2	(100.0)		福祉用具貸与	2	(66.7)
	訪問リハビリ	2	(100.0)		訪問看護	1	(33.3)
	訪問介護	1	(50.0)		訪問リハビリ	1	(33.3)
	通所介護	1	(50.0)		ショートステイ	1	(33.3)
	住宅改修	1	(50.0)	要介護4 (n=1)	通所介護	1	(100.0)
	民生委員	1	(50.0)		福祉用具貸与	1	(100.0)
FIM110点台 (n=1)	福祉用具貸与	1	(100.0)				
	訪問介護	1	(100.0)				

4-4. 多疾患併存患者の自宅退院群要介護度改善者（6名）の介護サービス集計

インタビュー対象である多疾患併存患者の自宅退院群（8名）の中で要介護度が退院後に維持・改善している患者は6名（75%）であった。

同様に、回復期病棟の自宅退院40名のうち、要介護度が維持・改善した患者は27名（68%）であった。維持・改善した患者の比率は同じ傾向である。

表3はインタビュー対象患者で維持・改善した患者の特性を示した。最も多く提供されていたサービスは福祉用具貸与であり、全員（6名）に提供されていた。次いで、訪問リハビリ（3名）、通所介護（3名）は半数に提供されていた。また、訪問介護（2名）は1/3の割合となっていた。（表4）

表4：多疾患併存患者における要介護度改善者の提供介護サービス

	サービス名	n
要介護1→要支援2 (n=2)	福祉用具貸与	2
	訪問リハビリ	2
	通所介護	1
要介護2→要介護1 (n=2)	福祉用具貸与	2
	訪問介護	2
	訪問リハビリ	1
	住宅改修	1
	民生委員	1
要介護3→要介護2 (n=1)	福祉用具貸与	1
	通所介護	1
	通所リハビリ	1
要介護4→要支援1 (n=1)	福祉用具貸与	1
	通所介護	1

4-5. SWOT 分析

患者の退院先別の分析結果や、ケアマネジャーからのインタビュー内容を使って SWOT 分析を実施した（図 2）。

退院時 FIM 及び認知機能が良好であるほど、自宅復帰していたという結果を強みとして考えた。また、入院時 FIM が低値、入院前の居住地が施設の場合は自宅復帰が困難を弱みとした。強みの 2 項目は、入院期間中にも介入が可能であり、弱みの 2 項目は介入が困難であることを基準とした。

ケアマネジャーへのインタビューから得られた情報からは、早期に情報が得られること、対面で情報が得られること、迅速な対応が可能であることを強みとした。

また利用者の意思決定支援において、利用者の意思尊重・背景理解が挙げられていることから利用者ファーストであることを強みとした。

弱みには、医療スタッフとの考えの乖離やカンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないこと等を当てはめた。

機会には連携強化のニーズがあること、医療スタッフの意識改革の必要性を当てはめた。

脅威にはケアマネジャーにおける他院との連携が少ない事、他院から情報が得られにくいこと等を当てはめた。

		プラス要因	マイナス要因
内部環境	強み(S)	・退院時FIMの点数が高値な程、自宅退院の可能性が上がる ・認知機能が良好な程、自宅退院の可能性が上がる ・早期に情報が得られる ・対面で情報が得られる ・迅速な対応が可能 ・利用者ファースト	・入院時FIMの点数が低値な程、自宅退院の可能性が下がる ・入院前の居住地が施設の場合、自宅復帰が難しい ・医療スタッフとの考えの乖離 ・入院中カンファレンス参加メンバーの制約(ケアマネが呼ばれない) ・SWの人員不足 ・外部への意識が低い ・入院中の悪印象が残る
	機会(O)	・連携強化のニーズ ・医療スタッフの意識改革 ・地域の医療介護需要	・他院との連携が少ない ・他院から情報が得られにくい ・人口動態の変化 ・働き手の不足
外部環境			

図 2 : SWOT 分析

5. 考察

5-1. 退院時 FIM 別・要介護度別での介護サービス と CM に関する調査結果からの SWOT 分析

退院時 FIM 別・要介護度別及び要介護度改善者でそれぞれの傾向を把握するため、提供されている介護サービスを集計した結果、福祉用具貸与のサービスは要介護度が改善した患者全員に提供されていた。

西田（2004）の調査内容による結果からも、要支援対象者以外全員に福祉用具貸与のサービスが提供されていることが報告されており、概ね一致している結果となった。

しかし、福祉用具貸与サービス以外については介護度の高低や FIM の高低によるサービス提供の一定の規則性はみられなかった。

また、SWOT 分析で行った強みや弱み（図 2）やケアマネジャーのインタビューからは、「意思決定が難しいケース（認知症利用者）の支援はどのように行っていますか？」の質問に「利用者の意志を優先」、「利用者の背景理解」が挙げられ、患者本人の趣味嗜好や環境を配慮したケアプランを立案していることがアンケート結果からは示された。

内田（2006）は、自立支援、介護予防ができたと判断された要因について、ケアマネジャーに調査した研究から、ケア提供者のサービスの工夫や家族の協力、本人の意欲、ケアマネジャーによる効果的なサービスの組み合わせ等が挙げられている。同様に、高見（2005）は、利用者の生活満足度に関連する項目として、「サービスの種類、組み合わせ、内容の満足」や「希望や意見に沿ったサービス利用」、「生活意欲の向上」が報告されている。このように、ケアマネジャーが適宜サービスを変更・調整する事や本人の意欲を向上させるようなサービス調整が重要であることが示された。

一方、SWOT 分析における弱みとして、「医療スタッフとの考えの乖離」、「制約があり、呼ばれない」との内容が示され、医療介護連携に何らかの障壁があることがわかった。

以上の内容から、A 病院在籍のケアマネジャーは、患者の生活満足度の向上を意識させ、ケアプランを立案しているが、適切なサービスを提供するためにはケアマネジャーに医療機関内の情報を提供し、患者の在宅生活に活かせるようにすることが課題であり、こういった提供方法を検討することで、より適切な支援につながると考えられた。

5-2. 入院～退院までにおけるケアマネジャーとの連携プロセス

患者にとって、満足度が高く、適切なサービスを提供するためにはケアマネジャーの役割は大きい。本研究では、これについて SWOT 分析をした結果、強みとして「対面で情報が得られること」、機会である「連携強化のニーズ」が重要と考えた。そこで、医療スタッフとケアマネジャーの連携強化のためのフローチャート（図3）を考案した。このフローチャートで重要な点は、対面での情報交換の場を仕組みとして設けたことである。

ケアマネジャーへのインタビューから、「カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれない」という意見があった。これは、A 病院のカンファレンスは、基本的に医療スタッフのみで実施しており、ケアマネジャーへの情報提供はカンファレンス後に SW を通じた対面もしくは、電話連絡のみとなっている。

このため、対面で情報が得られる強みを生かしきれておらず、さらにカンファレンス後の情報収集となっているため、早期に情報を得られるという強みも生かされない状況となっていた。電話連絡やメール連絡よりも対面でコミュニケーションをとることで親密度が増すという報告（岡本, 2006）もある。今回、ケアマネジャーが常にカンファレンスへ参加するという提案は、強みとなる。また、ケアマネジャーと医療職間の相互の理解を深め、弱みにあげた「医療スタッフとの考えの乖離」の解消や機会にあげた「医療スタッフの意識改革」に繋がると考える。さらに、カンファレンスとリハ見学に参加することで各専門職から詳細な情報が得られることもメリットとなる。

これまで、A 病院の回復期病棟では、脳血管疾患患者と骨関節系疾患患者の情報共有が主となっている。例えば、脳血管疾患患者では、上肢麻痺・歩行能力の関連について、運動器疾患患者では移動能力の関連について伝えることが重要され、これらに関する情報共有が主たる内容であった。

一方、ケアマネジャーからは、患者の在宅での生活や家族背景に沿った情報提供がされていた。

今後は、移動能力に関する一連のデータ値に加えて、ケアマネジャーからの患者の在宅生活の状況を追加することで、具体的で適切なケアプラン立案ができるようにすることが求められる。

この立案に際し、情報共有のプラットフォームとして、対面でのカンファレンスを実施し、病院の理学療法士や作業療法士等がケアマネジャーに同行し、家族介護の実際を見る中で、病院でのリハビリを生活でのリハビリとして検討できる場を設けることが更なる医療介護連携をすすめることになると思う。

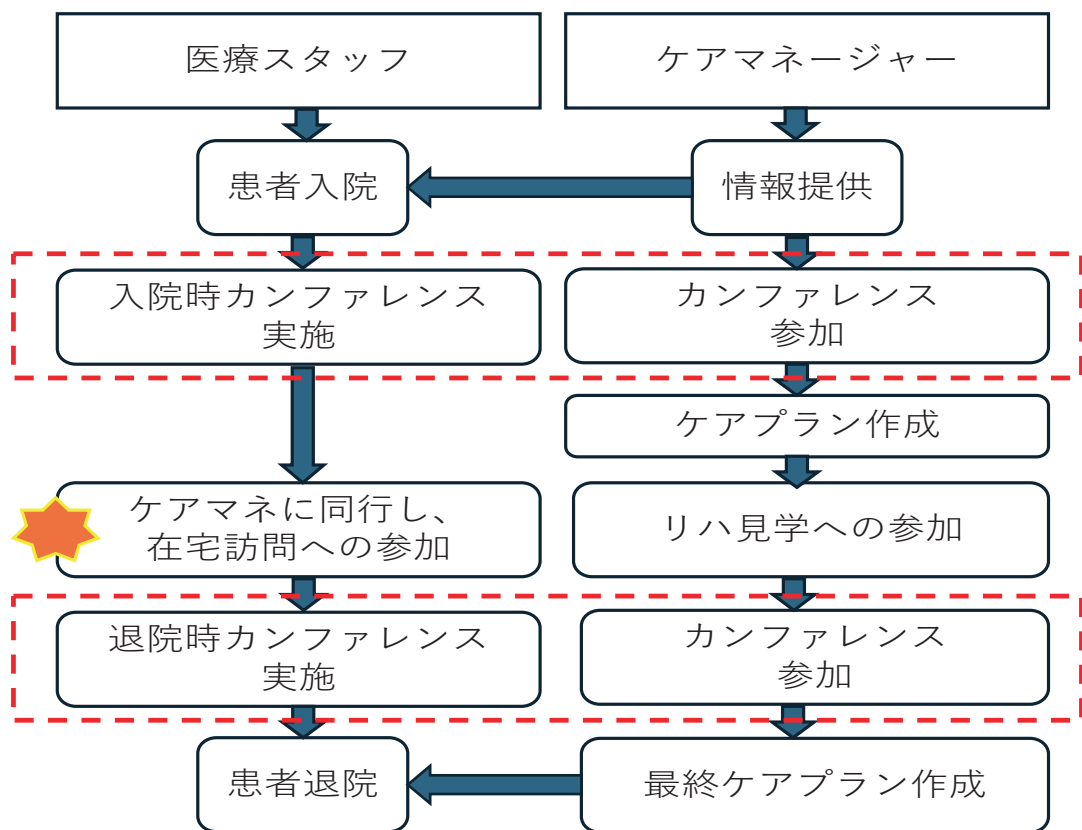


図3：入院～退院までの医療介護連携フローチャート

6. 結論

本研究では、A病院（回復期病棟）から退院した多疾患併存患者の退院時及び退院後のサービス提供の実態を調査し、病棟とケアマネの連携支援の実態をケアマネージャーからのインタビュー調査結果を基に可視化し、現在の連携における課題を示した。

さらに、課題の解決のために、新たに入院から退院までの医療介護連携のためのフローチャートを提案した。これには現在、実施されていない医療スタッフとケアマネージャーが、病院内の入院時や退院時カンファレンスに参加することや退院時カンファレンス前に、病院スタッフがケアマネージャーと患者の在宅訪問すること、あるいは、ケアマネージャーがリハ見学をするという新たな試みが含まれている。

今後は、このフローに基づく支援を実装化していくことで、A病院の医療介護連携を強化していくことが期待される。

謝辞

本稿を作成するにあたり、熱心かつ丁寧にご指導賜りました兵庫県立大学大学院社会科学研究科 筒井孝子教授、木下隆志教授、貝瀬徹教授、井出健二郎教授に深く感謝申し上げます。

また、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の医療マネジメントコース、介護マネジメントコースでご教授頂きました教員、講師の先生、そして同期の皆様方には多くのご支援をいただきましたことを重ねて御礼申し上げます。

最後となりますが、多大なご支援を頂きました職場の皆様にはこの場を借りて心より感謝申し上げます。

参考文献

- [1] Nyweide, D. J., Anthony, D. L., Bynum, J. P., Strawderman, R. L., Weeks, W. B., Casalino, L. P., & Fisher, E. S. (2013). Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA internal medicine*, 173(20), 1879-1885.
- [2] Skou, S. T., Mair, F. S., Fortin, M., Guthrie, B., Nunes, B. P., Miranda, J. J., ... & Smith, S. M. (2022). Multimorbidity. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 48.
- [3] Smith, S. M., Wallace, E., Salisbury, C., Sasseville, M., Bayliss, E., & Fortin, M. (2018). A core outcome set for multimorbidity research (COSmm). *The Annals of Family Medicine*, 16(2), 132-138.
- [4] Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O' Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *Bmj*, 345.
- [5] 荒尾雅文, 石濱裕規, 前原恵美, 福井博樹, & 八木静江. (2009). 訪問リハビリテーションが脳卒中者の ADL 向上に及ぼす効果, 及び ADL 向上要因の検討. *理学療法学*, 36(2), 72-73.
- [6] 一宮洋介. (2008). 認知症の予防には何をしたらよいか?. *順天堂医学*, 54(4), 508-510.
- [7] 伊藤郁乃, 佐藤広之, 濱田康平, & 新藤直子. (2011). リハビリテーション後の転帰と在院日数に影響を与える社会的要因の検討. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(8), 561-565.

- [8] 内田陽子. (2006). ケアマネジャーからみた在宅ケア利用者の自立支援・介護予防の条件. 北関東医学, 56(2), 105-111.
- [9] 岡本香, & 高橋超. (2006). 親密度の違いおよびコミュニケーション形態の違いがメディア・コミュニケーション観に及ぼす影響. 実験社会心理学研究, 45(2), 85-97.
- [10] 齊田綾子, 飯田苗恵, 鈴木美雪, 大澤幸枝, & 牛久保美津子. (2013). 回復期病院における急性期病院からの転入患者の特性と退院先-自宅退院と施設退院の患者特性の比較. 北関東医学, 63(2), 109-117.
- [11] 高見千恵, 忠津佐和代, 中尾美幸, 水子学, & 長尾光城. (2005). 在宅高齢者の介護保険サービスに対する評価. 川崎医療福祉学会誌, 14(2), 297-304.
- [12] 筒井孝子, & 東野定律. (2006). 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, 53(10), 762-776.
- [13] 西田裕介, 大塚祐子, 原司, 牧迫飛雄馬, & 久保晃. (2004). 要介護度別にみた通所リハビリテーション利用者の介護保険サービス利用状況. 理学療法科学, 19(1), 37-41.
- [14] 日本能率協会総合研究所 (2017)「入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き」、『厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業』、2-3
- [15] 福尾実人, & 田中聡. (2016). 運動器疾患を有する高齢者の身体活動量に関連する要因の検討. ヘルスプロモーション理学療法研究, 5(4), 199-204.

引用ホームページ

- [1] 厚生労働省：令和 4 年(2022) 人口動態統計(確定数)の概況状況
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei22/dl/10_h6.pdf(閲覧日 2024 年 1 月 16 日)
- [2] 国立社会保障・人口問題研究所:日本の将来推計人口
https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023_gaiyou.pdf(閲覧日 2024 年 2 月 17 日)
- [3] 総務省統計局:人口推計
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202402.pdf>(閲覧日 2024 年 2 月 17 日)
- [4] 内閣府:高齢期の暮らしの動向 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/sl_2_2.html (閲覧日 2024 年 1 月 16 日)

[5]内閣府：令和6年版高齢社会白書(全体版)

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/pdf/1s2s_02.pdf (閲覧日:2024 年 7 月 23 日)