投稿

高齢者向け住まいと介護サービス種類別の給付割合との関連

－都道府県データを用いた検証－

河合（カワイ）　美千代（ミチヨ）＊1　福島（フクシマ）　喜代子（キヨコ）＊2

目的　高齢者向け住まい（サービス付き高齢者向け住宅と住宅型有料老人ホーム（以下，住宅型有料）の第１号被保険者１人当たりの定員数（定員率）と介護サービス種類別の給付割合との関連を都道府県データを用いて検討することを目的とした。

方法　2021年度の介護保険事業状況報告（年報）のデータを用いて都道府県別の介護サービス種類別の給付割合を把握し，高齢者向け住まいの定員率との相関を分析する。さらに主成分分析により，高齢者向け住まいの定員率と介護サービス種類別の給付割合との関連を分析する。

結果　特別養護老人ホーム（以下，特養）の給付割合と高齢者向け住まいの定員率との間に負の相関がみられ，特養の給付割合が少ない府県で高齢者向け住まいの定員率が高かった。また，高齢者向け住まいの定員率と居宅サービスの給付割合に正の相関がみられ，高齢者向け住まいの定員率が高くなるほど，訪問介護と通所介護の合計給付割合が多くなっていた。さらに，主成分分析で得られた第２主成分では住宅型有料と特養が最も遠い位置にあり，住宅型有料重視型と特養重視型の都道府県にグループ分けされた。

結論　特養の給付抑制を図った府県において，高齢者向け住まいの定員率の増加があり，居宅給付の増大が付随して起こっていることが示唆された。地域包括ケアシステムの推進を目的に住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とする高齢者向け住まいの拡充が進められており，その結果，居宅給付の増大が一部で起こっている可能性がある。これらの動向が保険者の介護保険財政にどのような影響を与えているかについては，今後の検証が必要である。

キーワード　高齢者向け住まい，サービス付き高齢者向け住宅，住宅型有料老人ホーム，介護保険サービス，地域間格差

Ⅰ 緒　　言

近年はサービス付き高齢者向け住宅（以下，サ高住）や住宅型有料老人ホーム（以下，住宅型有料）といった集合住宅（本稿ではサ高住と住宅型有料を合わせて高齢者向け住まいと呼ぶ）が増加している。2010年11月30日の社会保障審議会介護保険部会では，地域包括ケアシステムの実現に向けた取り組みを進めるため，高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいの確保を掲げた国土交通省成長戦略を受け，高齢者が安心して生活できる場としてのすべてのニーズが施設，特に特別養護老人ホーム（以下，特養）に集中している現状を指摘し，国土交通省と連携しながら，高齢者向けの住宅の計画的な整備の必要性を唱え，「具体的には，高齢者住宅について，24時間対応の定期巡回・随時対応サービス，訪問看護，デイサービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みを広く普及することで，中重度の要介護者であっても，特養などの施設への入所ではなく，住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能と

＊1 ルーテル学院大学研究員　＊2 同総合人間学部教授

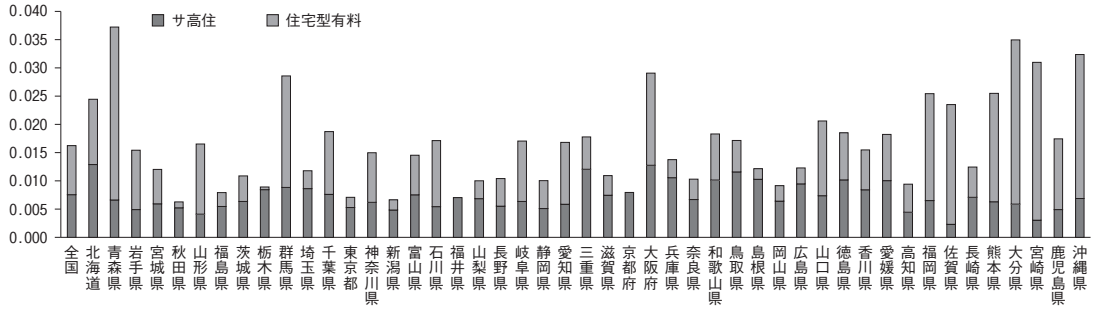
し，居宅介護の限界点を高めていくことが望ましい」とされた[1]。サ高住の供給促進のために新築や改修に対しては補助金が用意され，税制面での優遇や建築資金等への金融面での支援も用意され[2]，2021年10月末のサ高住は全国で271,302戸となっている[3]。住宅型有料は，介護保険の特定施設入居者生活介護の指定を受けて包括払いとなる介護付き有料老人ホーム（以下，介護付き有料）とは違い，外部サービスを利用するタイプの有料老人ホームで，2021年の全国の住宅型有料の定員数は328,506人[4]となっている。2021年10月の特養の受給者数は574,900人であり[5]，サ高住と住宅型有料の定員数を合わせると特養の受給者数に匹敵する数となる。

高齢者向け住まいで介護を受ける場合，入居者は一般住宅の高齢者と同じく，高齢者一人ひとりが外部のサービス事業者と契約してサービスを受ける。この高齢者向け住まいと居宅サービスとの関連が指摘をされている。たとえば那覇市は住宅型有料と通所介護等の通所系サービスの併用施設が多いため，併設型の通所系サービスの利用が極めて多いことを明らかにしている[6]。また一部の調査では高齢者向け住まいの入居者の介護保険利用が区分支給限度基準額の約９割と極めて高く，要介護３以上では特養以上に費用がかかっているといった事案もあるとの指摘[7]がなされている。高齢者向け住まいの2022年の併設事業所の設置状況をみると，サ高住の57.6％，住宅型有料の53.2％に訪問介護の事業所が併設または隣接されており，サ高住の44.6％，住宅型有料の45.6％に通所介護または通所リハビリテーション（以下，通所リハ）の事業所が併設または隣接されている[8]。また，入居者総数に対する生活保護受給者の割合は，サ高住10.4％，住宅型有料18.8％となっている[8]。

介護サービスと高齢者向け住まいとの関係に関する先行研究は非常に限られている。その要因としては，ひもづけの難しさと高齢者向け住まいの定員数が正確に把握されていないことがあげられる。高齢者向け住まいにおいて外部サービスとして利用される介護サービスと，一般住宅で利用される介護サービスには介護報酬上の取り扱いに差異はないため，「同一建物減算」の適用等で推定が可能な場合もあるがレセプトデータ上の区別は簡単ではない[9]。また，住宅型有料の都道府県別定員数の公的データは今のところ見当たらないため，実態をつかむことが困難という課題がある。一方で，介護保険制度が開始されて以降の居宅給付費増大の要因については，先行研究の蓄積がある。田近らは，2002年３月の都道府県データを用いて介護給付費の決定要因について回帰分析を行い，施設定員率の低下によって発生した「満たされない施設需要」によって居宅給付費が増加するという結果を得ている。ただし，施設給付費の方が相対的に高いため，ネットの効果では介護給付費を抑えることになると述べている[10]。西尾は，沖縄県における地域介護資源の現状を分析し，沖縄県は2000年以降，介護保険施設が新たにつくられていないことによる施設給付費の全国に比べての相対的低下があり，県内には小規模多機能型の原点といえる宅老所（小規模有料老人ホーム）や高齢者住宅の急速な進展がみられ，外部の介護保険サービスの組み合わせによって，相当数の要介護高齢者の生活が支えられていると述べている[11]。谷口は，2021年５月にまとめられた「財政健全化に向けた建議」[12]において「訪問介護や通所介護の１人当たり給付費が，全国平均と比べて極めて高い水準となっている地域もある」という指摘がなされたことに対し，全国の保険者データを用いて介護給付費に与える影響の大きい要素を重回帰分析により確認したところ，要介護２および要介護１の通所サービスの寄与率が高いことを明らかにし，当該地域の行政会議資料より，通所サービスの供給過剰が介護給付費の高い理由のひとつであることを確認している[13]。

高齢者向け住まいがこれほど増加している状況下にあって，高齢者向け住まいと介護サービスの関連をみることは非常に重要である。そこで本研究は，現在公表されている活用可能なデータを用いて，高齢者向け住まいと介護サー

図１　高齢者向け住まいの都道府県別定員率（第１号被保険者１人当たり）

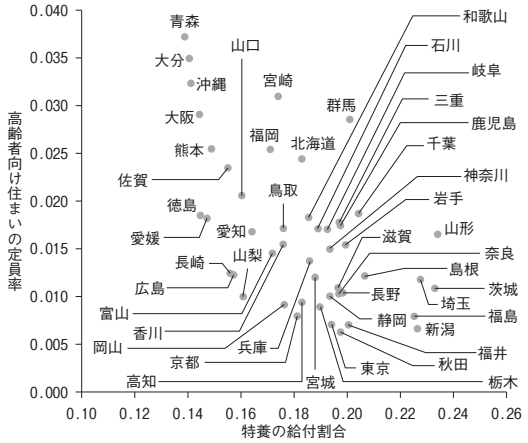


ビスの関係を検証することを目的とする。

Ⅱ　方　　法

まず，高齢者向け住まいの都道府県別の第１号被保険者１人当たりの定員数（定員率）を算出する。サ高住の定員数は2021年10月サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムのデータ（戸数）を使用する[3]。住宅型有料の都道府県別定員数は公的データが見当たらないため，2021年の社会福祉施設等調査[14]「有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅以外）」から2021年の介護サービス施設・事業所調査[15]の特定施設入居者生活介護定員数を引いたものを住宅型有料の定員数とみなして算出する。第１号被保険者数は2021年10月の介護保険事業状況報告（暫定）[16]を用いる。次に，2021年度介護保険事業状況報告（年報）[17]を使用し，各都道府県の第１号被保険者分の総単位数を１とし，全27サービスの給付割合を算出したのち，特養への給付割合と高齢者向け住まいの定員率との相関を確認する。さらに高齢者向け住まいの定員率と，訪問介護と通所介護を合算した給付割合との相関を確認する。最後に介護サービス種類別の給付割合と高齢者向け住まいの定員率を用いて主成分分析を行う。主成分分析は，変数間の相関関係を手がかりに多変量データの情報をより少数の次元へと縮約することを目的とする分析方法である。使用する変数は，介護サービス種類別給付割合（27変数）のうち，一部の都道府県で給付がなかった４サービスを除いた23変数と，サ高住定員率と，住宅型有料定員率を

図２　特養の給付割合と高齢者向け住まいの定員率



加えた25変数である。分析にはSPSS Ver.28を使用した。

本研究で扱うデータは公表されたデータであり個人情報は含まれていない。

Ⅲ　結　　果

（１）　高齢者向け住まいの都道府県別の整備状況

高齢者向け住まい（サ高住と住宅型有料）の都道府県別定員率を**図１**に示す。サ高住と住宅型有料を合計した定員率が最も高かったのは青森県，次いで大分県，沖縄県の順であった。九州・沖縄地方は高齢者向け住まいの定員率が比較的高いが，東北では青森県，関東では群馬県，関西では大阪府が突出しており，九州・沖縄地方だけが高いとはいえない。

表１　2021年の特養への給付割合が少ない府県のサービス割合の構造

	特養		訪問介護		訪問看護		通所介護		通所リハ		特定施設入居者生活介護		認知症対応型共同生活介護	
	2007年	2021年	2007年	2021年	2007年	2021年	2007年	2021年	2007年	2021年	2007年	2021年	2007年	2021年
青森県	0.166	0.139	0.101	**0.180**	0.018	0.019	0.141	0.101	0.068	0.046	0.008	0.011	0.144	0.123
大分県	0.205	0.140	0.103	0.094	0.013	0.021	0.131	**0.187**	0.093	0.074	0.030	0.033	0.051	0.058
沖縄県	0.199	0.141	0.075	0.065	0.010	0.015	**0.225**	**0.300**	0.103	0.066	0.018	0.033	0.019	0.032
大阪府	0.193	0.144	0.176	**0.210**	0.022	0.047	0.118	0.095	0.051	0.036	0.040	0.055	0.048	0.049
全　国	0.204	0.184	0.102	0.092	0.019	0.032	0.136	0.117	0.056	0.042	0.034	0.058	0.064	0.068

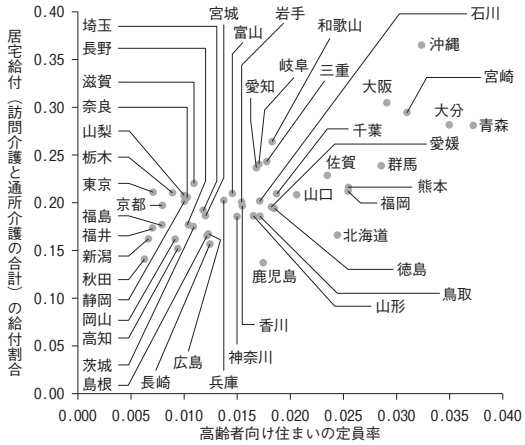
注　特養の給付を上回っているサービスを太字にした。

（２）　介護サービス種類別の給付割合と高齢者向け住まいの定員率との相関

特養の給付割合と高齢者向け住まいの定員率をプロットする（**図２**）。特養の給付割合と高齢者向け住まいの定員率との相関係数は－0.58であり，負の相関がみられた。認定率や後期高齢者割合の影響を調整していないが，特養の給付割合が少ない府県で高齢者向け住まいの定員率が高いことがわかる。**表１**は2021年の特養への給付割合が少ない府県（１位青森県，２位大分県，３位沖縄県，４位大阪府）の介護サービス種類別の給付割合の一部を，介護保険事業状況報告年報で取得可能な2007年データと比較して表にまとめたものである。青森県は訪問介護が2007年と比べて大きく給付を伸ばし，特養への給付を上回る逆転現象が起きている。また，青森県は認知症対応型共同生活介護の給付は多いが特定施設入居者生活介護の給付は少ないという特徴がある。大分県は通所介護と特養の間で逆転現象が起きている。沖縄県は2007年当時から通所介護が特養の給付を上回っていたが，さらに通所介護が給付を伸ばし，2021年は特養の２倍以上が通所介護に給付されている。一方で認知症対応型共同生活介護や訪問看護の給付は少ない。大阪府は訪問介護と特養の間で逆転現象が起きている。このように，特養への給付割合が少ない府県はいずれも訪問介護か通所介護に多くの給付がされている。

続いて，高齢者向け住まいの定員率と訪問介護と通所介護の合計給付割合をプロットする（**図３**）。高齢者向け住まいの定員率と居宅給付（訪問介護と通所介護の合計）の給付割合の相関係数は0.73であり，正の相関があることが確認できる。

図３　高齢者向け住まいの定員率と居宅給付（訪問介護と通所介護の合計）の給付割合



（３）　主成分分析

１）　主成分分析による主成分負荷量

表２は主成分分析を適用した結果である。固有値1.0以上の主成分は８つ抽出され，第１主成分の寄与率は22.81％であった。第１主成分はプラス方向に訪問看護，居宅療養管理指導，福祉用具貸与，介護予防支援・居宅介護支援，訪問入浴介護，特定施設入居者生活介護（介護付き有料等）の主成分負荷量が高い。マイナス方向には小規模多機能型居宅介護，通所リハの主成分負荷量が高い。よって，第１主成分の端には訪問看護や居宅療養管理指導などの充実があり，逆方向の端には小規模多機能型居宅介護や通所リハの充実があると捉えることができる。第２主成分はプラス方向に住宅型有料と介護療

表２　主成分分析による主成分負荷量

	第１主成分	第２主成分	第３主成分	第４主成分	第５主成分	第６主成分	第７主成分	第８主成分
訪問介護	**0.588**	**0.415**	−0.140	0.209	−0.317	0.208	0.386	0.139
訪問入浴介護	**0.675**	−0.305	−0.282	−0.156	−0.026	−0.215	0.207	0.268
訪問看護	**0.872**	0.013	0.266	0.007	−0.040	0.217	−0.079	0.025
訪問リハ	0.218	0.145	0.276	**0.611**	**0.450**	−0.212	−0.079	−0.081
居宅療養管理指導	**0.853**	0.218	0.141	−0.161	−0.138	−0.058	−0.227	−0.056
通所介護	−0.327	0.397	**−0.435**	−0.305	**0.424**	0.297	−0.310	0.016
通所リハ	**−0.508**	**0.547**	0.057	0.218	0.176	−0.095	−0.294	0.163
短期入所生活介護	−0.172	**−0.541**	**−0.470**	0.115	−0.265	−0.184	0.205	−0.383
短期入所療養介護（老健）	0.133	−0.363	0.256	0.141	**0.439**	−0.070	0.223	**0.576**
福祉用具貸与	**0.822**	−0.098	0.168	0.090	0.285	0.163	0.075	−0.018
特定施設入居者生活介護	**0.671**	0.010	0.247	**−0.400**	−0.171	−0.174	−0.372	−0.142
介護予防支援・居宅介護支援	**0.746**	0.124	−0.379	0.245	0.105	0.127	0.180	0.038
特養	0.120	**−0.764**	−0.029	−0.273	0.083	−0.251	−0.147	0.113
老健	**−0.461**	−0.310	−0.358	**0.458**	0.066	−0.226	−0.234	0.281
介護療養型医療施設	−0.232	**0.601**	0.110	−0.070	−0.059	−0.255	0.261	−0.071
介護医療院	−0.318	0.139	**0.636**	0.020	0.156	−0.083	0.247	−0.331
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0.129	−0.013	**0.491**	0.259	−0.339	−0.104	−0.245	0.093
地域密着型通所介護	0.050	0.263	0.132	−0.253	**0.472**	−0.249	0.291	−0.099
認知症対応型通所介護	−0.162	−0.159	**0.590**	−0.241	0.319	0.274	0.141	−0.029
小規模多機能型居宅介護	**−0.538**	**−0.400**	**0.412**	0.015	−0.094	0.387	−0.156	0.027
認知症対応型共同生活介護	**−0.448**	0.157	**0.454**	0.156	**−0.460**	−0.305	0.214	0.175
地域密着型特養	−0.386	−0.365	−0.223	0.169	0.011	**0.466**	0.249	−0.154
複合型サービス（看多機）	−0.171	−0.219	0.386	−0.250	−0.288	0.289	0.091	0.323
サ高住	0.353	0.045	0.147	**0.682**	−0.087	0.269	−0.172	−0.144
住宅型有料	−0.222	**0.753**	−0.257	−0.171	−0.191	0.179	0.024	0.315
固有値	5.702	3.330	2.793	1.959	1.747	1.376	1.248	1.132
寄与率	22.81	13.32	11.17	7.84	6.99	5.50	4.99	4.53

注　絶対値0.4以上のものを太字にした

養型医療施設，通所リハ，訪問介護があり，マイナス方向に特養，短期入所生活介護がある。第３主成分は介護医療院と認知症対応型通所介護の主成分負荷量がプラス方向に高い。第４主成分はプラス方向にサ高住と訪問リハの主成分負荷量が高い。第５主成分以下は寄与率が小さく省略する。

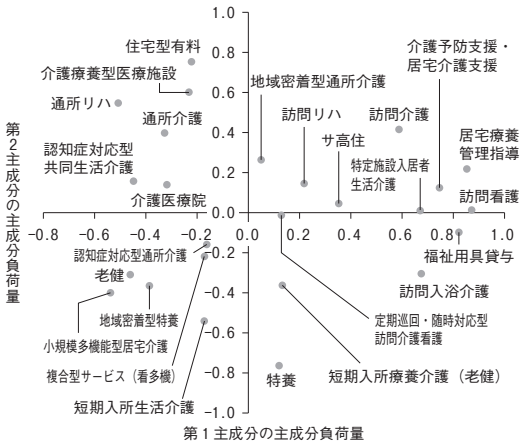
2）　第１主成分と第２主成分の主成分負荷量のプロット

図４は第１主成分の主成分負荷量を横軸に，第２主成分の主成分負荷量を縦軸にとり，介護サービスと高齢者向け住まいの関係をグラフ化したものである。

3）　第１主成分と第２主成分の主成分得点のプロット

第１主成分の主成分得点を横軸に，第２主成分の主成分得点を縦軸に都道府県の位置をグラフ化したものが**図５**である。近い位置にある都道府県は似た特徴を持っているといえる。東京都や神奈川県など人口密度の高い都道府県が横軸の右側に位置している。縦軸の上，左方向には沖縄県，宮崎県，青森県，佐賀県，大分県などが位置している。縦軸の一番下には，秋田県，新潟県，福井県，福島県，山形県などが位置し

図４　第１主成分の主成分負荷量（横軸）と第２主成分の主成分負荷量（縦軸）のプロット



注　第１主成分の寄与率と第２主成分の寄与率の合計は36.1％である。変数が多すぎると寄与率が低くなることが知られており，このプロットは全体の36.1％しか説明できていない。ただ，変数を減らして寄与率を大きくしたプロットと**図４**を比較したが，各変数の関係に大きな変化はみられなかったことから，サービス間の位置を詳細に把握できるように変数を減らさずにそのまま使用した。

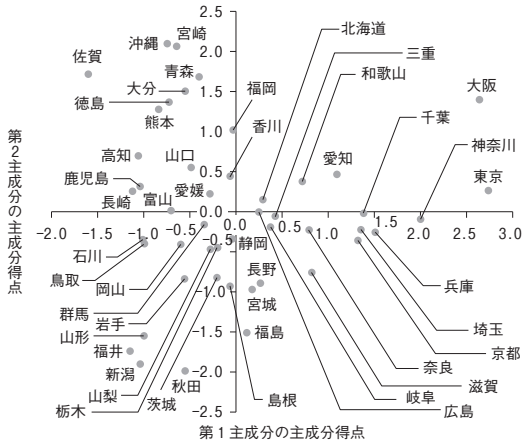
ている。

Ⅳ　考察とまとめ

本研究において，特養の給付割合と高齢者向け住まいの定員率との間に負の相関があった。また，高齢者向け住まいの定員率と，訪問介護と通所介護の合計給付割合との間に正の相関を確認した。主成分分析では，第１主成分として医療機関や民間事業者の参入が集中しやすい都市部に訪問看護や居宅療養管理指導などの医療系訪問サービスや福祉用具貸与が充実していることを示す軸を得た。また，特定施設入居者生活介護（介護付き有料等）が第１主成分と強い関係があった。介護付き有料は，全国一律の基準で運営せざるを得ない特養と比べて，よりよい住環境を求める高齢者のニーズに合わせたサービス提供が可能となる側面がある。第１主成分の軸が持つ意味について，さらなる検証が必要である。また，第２主成分では，沖縄県，宮崎県，青森県，佐賀県，大分県など，住宅型有料の定員率が高く，青森県を除いて通所介護等の通所系サービスの給付割合が多い県が近い位置にあり，これらの県は住宅型有料重視型とみることができる。一方，秋田県，新潟県，福井県，福島県，山形県など，特養と短期入所生活介護の給付割合が多く，山形県を除いて住宅型有料の定員率が低い県が近い位置にあり，これらは特養重視型とみることができる。これらの結果から，特養の給付抑制を図った府県において，高齢者向け住まいの定員率の増加があり，居宅サービスの増大が付随して起こっていることが考えられる。これまでも田近らによって満たされない施設需要が居宅給付費を押し上げていることが指摘されてきたが，本研究によって施設給付の抑制が高齢者向け住まいを媒介として居宅給付を押しあげている可能性があることを示すことができたと考える。

本研究の限界は，第一に住宅型有料の定員数の算出に課題があることである。第８期市町村介護保険事業計画において「特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数」が任意の記載事項となっており[18]，第９期も同様の方針が示されている[19]。これらの取り組みを一層強化し，詳細なデータが得られることが望まれる。第二は分析方法の限界である。本研究は相関から得た結果であり，居宅給付の増大の理由が高齢者向け住まいの増加にあると断定することはできず，さらなる分析が必要である。このような限界はあるものの，高齢者向け住まいと介護サービスとの関係について，一定の把握はできたと考える。居宅給付の増大は，入所偏重であることに比べて良い結果とみられがちであるが，その内実をていねいに分析していく必要があり，今後の研究課題としたい。

図５　第１主成分の主成分得点（横軸）と第２主成分の主成分得点（縦軸）のプロット



文　　献

１）厚生労働省．社会保障審議会介護保険部会（2010年11月30日）．介護保険制度の見直しに関する意見．（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xkzs-att/2r9852000000xl19.pdf）2023.10.18.

２）油井雄二．介護保険と高齢者向け住宅政策．ECO-FORUM 2014；29（２・３）：19-25.

３）サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム．登録情報集計結果等．（https://www.satsuki-jutaku.jp/system.html）2023.10.18.

４）厚生労働省．社会保障審議会介護給付費分科会（第221回）資料４．（https://www.mhlw.go.jp/con

tent/12300000/001131790.pdf）2023.10.20.
5）政府統計の窓口（e-stat）．厚生労働省．2021年10月審査分介護給付費等実態統計．（https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450049&tstat=000001123535&cycle=1&year=20210&month=24101210&tclass1=000001123536&tclass2=000001160826&result_back=1&tclass3val=0）2023.10.21.
6）那覇市．第８次なは高齢者プラン　那覇市高齢者保健福祉計画（令和３年度改定）及び介護保険事業計画（第８期）．（https://www.city.naha.okinawa.jp/fukusi/koureisyafukusi/kaigo/kouhou/dai8jikoureisyapuran.files/dai8jipuran_honnpurann.pdf）2023.10.18.
7）大阪府．大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会報告書　大阪府における介護施策の現状と課題，対応の方向性について．（https://www.pref.osaka.lg.jp/kaigoshien/keikaku/bukai.html）2023.10.20.
8）PwCコンサルティング合同会社．2022年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究報告書．（https://www.yurokyo.or.jp/info/pdf/4561-1）2023.10.20.
9）三菱UFJリサーチ＆コンサルティング．令和４年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業　介護保険事業計画の手引き作成に資する調査研究事業報告書．（https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2023/04/koukai_230420_01.pdf）2023.10.18.
10）田近栄治，菊池潤．介護保険財政の展開－居宅給付費増大の要因－．社会保障研究　2003；39（２）：174-88.
11）西尾敦史．沖縄県における地域介護資源の現状～地域密着型サービスを中心に～．沖縄大学人文学部紀要　2009；11：13-29.
12）財務省．財政制度等審議会財政制度分科会（2021年5月21日）．財政健全化に向けた建議．（https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia20210521/01.pdf）2023.10.18.
13）谷口豊．公的介護保険の持続可能性に関する考察－「財政健全化に向けた建議」の検証－．保険学雑誌　2022；658：21-40.
14）政府統計の窓口（e-stat）．厚生労働省．令和３年社会福祉施設等調査．（https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450041&tstat=000001030513）2023.10.19.
15）政府統計の窓口（e-stat）．厚生労働省．令和３年介護サービス施設・事業者調査．（https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450042&tstat=000001029805&cycle=7&tclass1=000001172709&tclass2=000001172887&tclass3=000001172888&tclass4=000001172889&tclass5val=0）2023.10.21.
16）厚生労働省．令和３年10月分介護保険事業状況報告（暫定）．（https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m21/2110.html）2023.10.21.
17）政府統計の窓口（e-stat）．厚生労働省．令和３年度介護保険事業状況報告（年報）．（https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450351&tstat=000001031648&cycle=8&tclass1=000001208461&tclass2val=0&metadata=1&data=1）2023.10.21.
18）厚生労働省．介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針．厚生労働省告示第29号．2021年１月29日．（https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00012180&dataType=0）2023.11.19.
19）厚生労働省．社会保障審議会介護保険部会（第107回）資料1-2．基本指針（案）について（新旧案）．（https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119109.pdf）2023.11.19.