

0020234

平成14年度 長寿科学総合研究事業
H13-長寿-025

高齢者保健・医療・福祉サービス提供機関における
マネジメントに関する実態分析並びに理論構築に関する研究

総括研究報告書

平成15年3月

主任研究者 小山 秀夫

(国立保健医療科学院 経営科学部)

目 次

はじめに

第1章 研究の概要	1
第2章 米国のロングタームケアサービス	5
第3章 埼玉県下の介護保険施設における介護報酬改正前後の経営変化等に関する緊急調査結果	55
第4章 介護報酬改定について	129
第5章 まとめ	133
巻末資料	141

はじめに

この報告書は、平成14年度長寿科学総合研究事業 H13-長寿-025「高齢者保健・医療・福祉サービス提供機関におけるマネジメントに関する実態分析並びに理論構築に関する研究」として、アメリカにおけるロングタームケアの動向とわが国の介護保険施設における介護報酬改定への意見や経営意識等についての動向等を分析したものである。

マネジメントという概念は、近年様々な使われ方をしており、一般的な用語となってきたものである。しかし、保健・医療・福祉分野におけるマネジメントは、リスクマネジメントやケアマネジメントのような使われ方が多く、保健・医療・福祉の経営におけるマネジメントという概念は未だ浸透しているとはいえない状況にある。平成15年4月からの医療保険制度改革、老人保健法改革等だけではなく、介護保険制度の成立から3年間が経過し、介護報酬の見直しも行われる。本研究では、これらの動向からも、保健・医療・福祉分野における経営マネジメント概念が重要であるとして、研究を行ってきた。

IF JAPAN CAN WHY CAN'T WE
「なぜ 日本にできて、なぜ 我々にできないのか？」

この言葉は、1980年6月に米国のTV放送局NBCが放映したTV番組のタイトルである。1980年代、日本の産業が奇跡的な復興を遂げ、米国を脅かすまでに成長した実態を追うドキュメント特別番組を契機にアメリカ人は日本の経営革新により一層の関心を持ち始めたと言われている。

今、わが国の保健・医療・福祉分野においては、この逆が言えるように思う。

IF AMERICA CAN WHY CAN'T WE
「なぜ アメリカにできて、なぜ 我々にできないのか？」

特に保健医療福祉分野における経営効率やマネジメントという概念は、まさにアメリカから派生してきたものである。なぜ保健医療福祉の経営マネジメントはアメリカにできて、わが国ではできないのか。1980年代のアメリカの問いかけを、今我々は自分たちに問い直さなければならない時期に来ているように思う。

本研究が、わが国の保健・医療・福祉分野の諸施設・機関のご参考になれば幸いである。

なお、本研究の調査は、埼玉県老人福祉施設協議会、埼玉県老人保健施設協会、埼玉県介護療養型医療施設研究会のご協力を得て実施した。調査にご協力をいただいた関係団体並びに施設・機関の皆様にご心よりお礼を申し上げます次第である。また、本研究の遂行にあたっては、メディアーク研究所 須磨忠昭所長、東洋大学 藤林慶子助教授の協力を得た。

多くの方々のご協力を得て、本研究を実施できたことに感謝したい。

平成15年3月

主任研究者 小山 秀 夫
国立保健医療科学院
経営科学部長

第1章 研究の概要

1 研究の目的

本研究の目的は、今後大きな変革を求められる介護保険制度に関わる高齢者保健・医療・福祉サービス提供機関において必要なマネジメント理論を構築することである。従来、高齢者のみならずわが国の保健・医療・福祉サービス提供機関においては、①経営理念はあるが、顧客動向の把握がなされていない、③経営戦略が不明確である、④経営実態が把握されていないという問題点があった。また、わが国においても諸外国においても、論文・研究等において、高齢者保健・医療・福祉サービス提供機関におけるマネジメントに触れたものは少なく、実証研究によってまとめられたものはほとんどない。そのような意味からも本研究は、高齢社会の様々なニーズに対応し、制度的にも適切な保健・医療・福祉サービス提供機関のマネジメントの方策について実証的に検証する研究を実施し、併せて国際比較による科学的なマネジメント理論の構築を目的として実施した。

2 研究の方法

今年度の研究は、分担研究者や研究協力者とともに研究班会議を招集し、研究を実施した。研究経過としては、以下の通りである。

- ① アメリカ合衆国におけるLTCの動向について、i) 文献サーベイを行い、ii) その結果を踏まえてアメリカにおけるLTC研究等の研究を行っている研究者を含めた研究班によって動向分析を行った。
- ② 昨年度のプリサーベイ結果から、埼玉県下の介護保険施設に対する「埼玉県下の介護保険施設における介護報酬改正前後の経営変化等に関する緊急調査」を実施した。調査対象は、介護老人福祉施設169施設、介護老人保健施設89施設、介護療養型医療施設42施設であった。回答数は98（回答率32.7%）であった。コントロール群として、全国の介護老人保健施設10施設、介護療養型医療施設並びにその併設施設40施設（回答率それぞれ100%）をとった。
- ③ 介護保険制度の進展を前提とし、経営学、経済学におけるマネジメント理論の概念整理並びにわが国の保健・医療・福祉分野におけるマネジメント理論の動向把握を行った。

3 研究の概要

アメリカ合衆国におけるロングタームケア（以下LTCと略）に関する文献研究分析の結果から、①アメリカ合衆国のLTCは、1965年以降メディケアとOAA（The Old American Act of 1965：高齢米国人法）の施行が契機となって発達した。アメリカ合衆国におけるLTCの政策研究は、わが国の高齢者ケアに関する政策研究を数歩先んじており、アメリカにおけるそれらの動向を参照することにより、わが国の介護保険制度下における今後の高齢者ケア政策に大きく寄与するものと考えられる。②WHOの研究グループによるL

TCホームケア実態調査結果から、各国の i) 政治・経済活動の実状と文化の水準、ii) 人口統計と人種・民族構成、iii) 伝染病・感染症の流行パターン、iv) 都市と農村の生活水準格差、v) 家族構成の変化とスピード、vi) 女性の地位と役割の程度、vii) インフラ設備の拡充水準などによって差が生じているとしている。しかし、各国のLTC政策が、施設サービスから在宅、コミュニティ・サービスへと転換する方向にあって、政策が i) 費用の効率化と低減化の持続、ii) 利用アクセスの拡大／全国民への保障、iii) 質の高いサービスの確保、iv) 質の高い医師、看護師、SW及びその他の専門スタッフの確保、v) 介護を支える家族と地域インフォーマル・ネットワークへの支援を目的としている場合には活発な政策研究の動向がみられるとしている。ゆえに、高齢者の経済力や介護家族の直面する問題への助言サポート体制、健康意識水準などを適正に分析評価しないと、適切なLTCホームケアプログラムを開発することはできないことが明らかになった。③老人保健制度の医療給付対象年齢引き上げ、公費負担増というわが国の高齢者医療保険制度の改革の動向への対応策としては、「壁のないナーシングホーム・プラン」等の今回行った質的研究で取り上げたケースの動向を参考にすることができると考える。④わが国では、介護保険制度におけるホームヘルプサービスの質の向上が問題となっているが、アメリカのパーソナルケア・ワーカーの状況分析を行ったことにより、わが国の混乱したホームヘルパーの位置づけや業務内容等を整理する上で重要な観点となると考える。

介護報酬改訂後の埼玉県下における介護保険施設の経営実態並びに経営意識調査については、①介護報酬の改定に対して、経営的に非常に危機的状況になるという見方が多く、ケアの質の向上にとっては望ましくない改定であるという意見が多かった。②しかし、そのような危機感を持ちながらも、具体的な方策や経営意識は決して高いとはいえず、減収を何で補うのかという具体的展望をまだ考えられていない施設が多いようであった。③今回の居宅介護支援についての改正は、居宅介護支援の要介護度に関係なく一律給付することについては、回答者が施設長であり実際にケアマネジメントに従事していないこともあるが、賛否がわかる部分があった。④経営変革等の経営意識については、全体的に「はい」「計画中」が多いものの設問として経営変革の内容等は今回の調査では調査項目として設定しないので、各施設独自に考える経営変革等を行っているという回答であり、例えば経営変革のないようそのものは施設による差は大きいものとする。しかし、実際に行っているという意識は重要であり、介護保険施設における経営意識は高い水準にあるとはいえないまでも決して低いものではなく、今後より具体的なサジェッション等を必要としているものとする。

また、平成15年4月からの介護報酬改定の状況を、平成15年1月現在の国保連合会への要介護度別の入所者数並びに1ヶ月当たり平均請求金額（国保連合会に実際に請求した金額であり、1割の自己負担分、その他利用者の負担分、食費、その他介護保険制度外からの収益を除いた額）と、同じ入所者と仮定して平成15年4月における1ヶ月当たりの介護報酬の平均見込請求額についてそれぞれ回答を得た。コントロール群も含めた結果としては、全施設の平均変更率は-5.0であり、介護老人福祉施設では-5.3、介護老人保健施設では-5.2、介護療養型医療施設は-4.1の変更率であった。要介護度別施設種別別に変更率をみた結果、ほぼ今回の介護報酬改定と同じような変更率となった。

今年度の研究状況は以下のようにまとめることが可能である。

第一にアメリカ合衆国のLTCについては、医療政策ほどわが国にあまり紹介されているとはいえないため、今回の研究結果を広めつつも、より詳細な研究が必要であると考ええる。

第二に、昨年度のドイツ、ルクセンブルク、イスラエルのような介護保険制度を行っている国々と比較して、公的保険制度以外の制度における質の高いケアの提供という点では大いに参考になると考える。ドイツ、ルクセンブルク、イスラエルと今年度の米国の動向を比較し、各国における介護保険制度やロングタームケアの問題点を共有し、解決に向けて模索するという課題が確認できた。

第三に、諸外国との制度比較ということから、わが国の施策に具体的にどのように活かしていくかという点であるが、諸外国の資料を収集するだけではなく、わが国への適応の可能性を如何に模索するかは以前からの課題であった。諸外国の動向は、確実にわが国のロングタームケアや介護保険制度の動向に影響を与えており、その比較検討の科学的方法を構築することが必要であると考ええる。研究成果の今後の活用・提供方法としては、昨年度同様にドイツの介護保険制度だけではなく、アメリカ合衆国におけるLTCについても、多くの人が興味を持っていることが確認でき、その内容を紹介する意義は大きいものと考ええる。

第四に、埼玉県下の介護保険施設におけるマネジメント状況調査は、今回の調査結果の詳細分析を行い、その結果を各施設に報告するとともに、コントロール群との比較から埼玉県下の特性を導きだし、埼玉県下の介護保険施設に合致したマネジメント手法を構築する必要があると考える。少なくとも、介護保険施設における経営意識を強化しなければならないという啓蒙的な要素も必要であり、全国の有料介護保険施設における経営状況をベンチマーキングとして、埼玉県下の介護保険施設の意識向上に活用していくことが必要である。昨年度に引き続き、数少ない保健医療福祉施設におけるマネジメントに関する実証研究を行い、本研究によりデータが増えていることはわが国の保健医療福祉施設のマネジメントにとっては大きな貢献であると考ええる。今後もこれらのデータを精査していくことによりわが国のみならず欧米諸国にも影響を与える調査が実施可能であると考ええる。

5 研究全体の実施経過

昨年のドイツ、ルクセンブルグ、イスラエルに引き続き、アメリカ合衆国におけるLTCの動向把握を行った。ドイツ、ルクセンブルグ、イスラエルについても継続的に動向把握を行った。また、介護保険施設におけるマネジメント状況等の調査について、来年度も継続して実施する予定である。今年度に再度昨年度使用した調査票を検討した結果、時系列での変化を追うために調査票の改定は行わず、3年間できるだけ同一項目で調査を行い、その時点での重要項目を附加していくという方法をとることとした。そのような意味からも、初年度の研究成果としては、3年間の研究の基礎となる資料並びに来年度の研究に関する多くの示唆が得られたと考える。

第2章 米国のロングタームケアサービス

<はじめに>

米国が高齢者・長期ケア（LTC：Long Term Care）サービスの拡充を政策課題としたのは、おおむね1965年以降、つまりメディケア・メディケードとOAA（高齢者米国人法（老人福祉法）：The Older American Act of 1965）の制度がスタートしてからである。それより30年以前の1935年には、すでにメディケア・メディケードの母体となる『社会保障法（The Social Security Act of 1935）』が創設されており、年金や障害医療費給付プログラムなどによって、高齢者や貧困者・ホームレスなどへ現金給付が実施されていた。

連邦厚生省が省内に初めて、『高齢者（専門）管理局（Administration on Aging）』を新設したのは1956年で、これは当時のアイゼンハワー政権が、厚生省長官の直属スタッフとして、“高齢者特命補佐官”を配置したことによっている。また、州政府がそれぞれに独自の公的医療保障プランを創設し、病院やナーシングホームの医療費を償還しはじめるのも1950年頃からで、メディケア・メディケードのスタートより15年も前である。

一方、LTC：高齢者サービスについて言えば、これも1965年以前から、ある程度のサービスがあった。例えば、シカゴのマイケル・リース病院（Michael Reese Hospital：非営利ボランタリー病院）では1942年に、米国で最初の病院併設ホームケア・プログラムをスタートさせている。これは、入院から退院、そして在宅・コミュニティケアへと自然に移行してもらうために、病院は患者の退院後も責任を持って専門スタッフ（看護婦やSW・PTなど）を家庭に派遣するという“退院フォロー型”のプログラムであった。これは施設ケアへの疑問つまり入院は本来閉鎖的な隔離機能に依存しているが、一方では患者のQOLや尊厳を軽視する側面もあるのでは？から生まれていた。

この疑問は東海岸にも広まる。例えば、第2次大戦が終わったすぐあとの1947年に、ニューヨーク市のモンテフィオーレ病院（Montefiore Hospital：非営利ボランタリー病院）が創設した在宅促進プログラムはマイケル・リース病院と同様、病院の併設型のホームケアプログラムであったが、退院フォローの訪問活動に加えて、入院期間の短縮や入院サービスの適正化などを視野に入れた、いわば“早期退院推進型”へと進化している。

その内容は主に次のとおりである。

- ① 入退院基準にもとづく入院と退院の効率化推進
- ② 入院（施設ケア）ニーズの評価判定体制
- ③ 早期退院を目的とするケアプラン（早期退院計画）の実施
- ④ ケースマネジメントによる入院サービスの調整と在宅への継続性推進
- ⑤ パーソナルケア（または介護）の必要性評価……家族・地域住民へのインタビューや本人のADL判定など…（のちのMDSへ進化）
- ⑥ 本人・家族への在宅ケア教育とライフスタイルの啓蒙活動促進
- ⑦ 家族・住民に対する介護支援訓練教室^{クラス}の支援体制確立
- ⑧ コミュニティケア（インフォーマル・サポートを含む）の啓発

このように、モンテフィオーレのプログラムは訪問看護サービスなどを提供するだけではなく、入院の適正化やケアのマネジメント、在宅サービスの啓発や教育などに力を入れ

た。また、このときに開発した多くの手法は今日の病院現場でも、日常的に利用されている。

一方、長期施設の典型であるナーシングホームは1965年以前から拡充策が進んでいた。これは『ヒル・バートン・プログラム』（正式には、“病院査定建設法(The Hospital Survey and Construction Act)”)が1946年に成立し、それにもとづいて、主に福祉的な役割を果たしている中小病院や非営利の零細ナーシングホームが施設整備拡充の公的補助金を受けられるようになったからである。ヒル・バートンは今日的評価では、長期入院や社会的入院を加速し、施設ケアの固定化を助長する悪法だと不評を買うが、ヒル・バートンのおかげで、中小の弱小病院や非営利ナーシングホームがサービスやアメニティを向上させ、市場競争に参加できたと評価される面もある。また、補助金を交付された中小病院は病床総数の15%（のちに10%）を、貧困者や弱者への無報酬入院ベッドとすることを義務付けていたので、ヒルバートン法は高齢者や医療的貧困者に対する福祉プログラムとしての働きも持っていた。さらに、ヒル・バートンによって機能が向上したナーシングホームはメディケア・メディケードにおける長期ケア保障の対象施設として認められるようになった。

このように、高齢者ケアとLTCサービスへの取り組みは確かに、1965年以前から存在していた。ただ、メディケア・メディケードやOAAがスタートしてからは、例えば連邦や州のLTC開発予算や省庁の担当スタッフ数、サービス利用者数や参加医師・医療スタッフ数、LTCプログラムの種類と数など、いわゆるヒト・モノ・カネが拡大し、LTCサービスの多様化も進んだ。実際、メディケア・メディケードはその後の病院や医師、ナーシングホームやホームケア会社などの成長を支え、主として提供者サイドに立ってLTCサービスの発展に貢献した。

一方、OAAはケア・コーディネーションやインフォーマル・サポートの開発プロジェクトに助成したり、高齢者の啓発と教育活動への補助金を交付するという形で、高齢者（利用者）サイドに立って、コミュニティケアや市民参加型プログラムを育成した。

1] OAAと長期ケア(LTC)開発:

OAA (The Older American Act of 1965) は米国で最初の長期ケア（以下LTCと略す）コミュニティケア開発推進法で、高齢者だけが独占的に利用できるLTCサービスやコミュニティ・サポートを開発し、その提供組織や職員・専門スタッフの育成及び人材教育・訓練などへ支援や、公的助成を目的としている。

このような高齢者だけを対象とする特異な法律が生まれたきっかけはもちろん、1935年創設の社会保障法が、高齢者の保護と支援、障害医療保障などを目的とする公的プログラムの創設を公認したことに根拠がある。つまり、社会保障法が成立するまでは、ほとんどの場合、民間が支えてきたコミュニティ活動や福祉プログラムを国や州が開発し育てるといった民から公へのシフト転換を可能にしたということである。

ただ、OAAが成立するまでには、かなり紆余曲折があった。また、実際に法律創設への動きが本格化したのは1950年頃からで、1965年までの15年間に、4人の大統領がOAA創設へ向けて努力を重ねた。

〇〇〇は1950年にトルーマン大統領が大統領議案提出権 (Presidential Initiatives) を発動し、全米規模の『高齢者国民協議会』(The National Conference on Aging) を、はじめて開催したことによって、法案成立への道が開かれた。この協議会は〇〇〇の草案づくりや上下両院での法案成立に向けた公聴会への情報提供を行うとともに、国民への啓蒙キャンペーンやロビイ活動なども行った。また、〇〇〇最大の特徴——つまり、それぞれの州の特性や個別の実態に合わせて〇〇〇を運用するという——を生かすうえで求められる州の行政能力や高齢者住民の実情などを評価する手法も開発した。

例えば、1952年の第2回全国大会では、高齢者の生活実態や州の処遇などについて、州がそれぞれに独自の調査分析活動を“継続的に”実施することで、各州の特性や個別事情を正確につかむべきだと助言している。それぞれの州政府はこの提言に従い、独自に調査活動を実施した。各州に共通する調査項目は主に次のような分野であった。

- ㉑ 高齢者の食生活と栄養摂取水準の実態調査。
- ㉒ 住まいのタイプ……………一戸建て、集合住宅、高齢者専門住宅、LTC施設など。
- ㉓ 同居タイプ……………年齢別同居／独居。家族／共同生活者の人員数。
- ㉔ ライフスタイル……………運動スポーツ、飲酒、旅行、趣味など。
- ㉕ リクレーション参加……………地域活動、サークル&ボランティア参加など。
- ㉖ 高齢者の経済力……………収入源、預貯金、有価証券、住宅ローン水準など。
- ㉗ 在宅サービスの必要度……………施設(ナーシングホーム)普及率対在宅利用比率。
- ㉘ コミュニティケアの実態……………フォーマル／インフォーマルの種類と利用者数。
- ㉙ 州の福祉政策……………助成金交付／費用給付プログラムの種類と予算規模。
- ㉚ LTCサービスの実態……………ナーシングホーム数、ライフケア・介護施設数、ホームケア会社数及び利用者数。

こうした州単位の調査活動によって、州政府は高齢者の全体像や必要なサービスの種類と量などを徐々につかんでゆく。一方、連邦レベルでは上下両院で高齢者の長期ケアに関連する法案提出が目立ち始める。

1958年、下院共和党のJ. E. フォガティ(John E. Fogarty)は、大統領府(ホワイトハウス)に“高齢者専門の協議会”を新設する法案を提出した。そして、この法律で生まれた『ホワイトハウス高齢者協議会』は1961年に、高齢者処遇特別法(のちの〇〇〇)の原案を公表する。これをうけて、1963年、J. F. ケネディ大統領は歴代の大統領として初めて、高齢者に言及した教書^{ドクトリン}を発表し、ホワイトハウス高齢者協議会原案を修正した高齢者米国人処遇特別法(のちにThe Older American Act: 〇〇〇となる)を提出したが不成立に終わった。だが、ケネディ暗殺の衝撃を、“Great Society Program”で和らげようとしたジョンソン大統領は、“偉大な社会建設”の一環として、ケネディ大統領の高齢者政策を引き継ぎ、ケネディ法案を修正したうえで議会に提出した。1965年7月14日、議会はジョンソン大統領の修正法案を可決し、ここに高齢者の処遇とサービス開発に関する包括法、『高齢者米国人法(〇〇〇: The Older American Act of 1965)』がようやく成立する。1950年に高齢者国民協議会が法制化の啓蒙活動を開始してから実に、15年の年月が経っていた。

〇〇〇は、米国の伝統的な風土——つまり、人としてもともと与えられている個の尊厳と自立心を大切にするという——の影響を強く受けている。また、法律の骨組みは主に、①所得、②医療、③住居、④職業、⑤年金、⑥社会サービス及び⑦レクリエーションなどの分野の開発や助成に関する規定を包括している。

これらの分野は具体的には次のような内容である。^(注1)

①Retirement Income (所得)

: 高齢者が一般の米国人としてごく標準的な生活水準を維持できるよう、退職後の金銭的収入を保障する。

②-a Physical & Mental Health (医療)

: 所得や資産の多少に関係なく、すべての高齢者に最良の医療（精神医療を含む）を保障する。

②-b Restorative Services (医療)

: 施設ケアが必要な高齢者に対して健康と体力を回復維持するすべてのサービスを保障する。

③Suitable Housing (住居)

: 高齢者の個別的で特定のニーズに対処し、しかも入居費用も本人が負担できる水準に抑えた高齢者住宅を確保する。また、入居にあたっては、住居や部屋のデザインとカラー、個室か相部屋か、自立型か共同支援型か、などを自由に選ぶ権利も保障する。

④Employment (職業)

: 仕事への適応力が高年齢などによって差別されないような職業を育成し、高齢者就職の機会を拡大する（実際には労働省が責任をもつ）。

⑤Retirement (年金)

: 健康、名誉、尊厳などに支えられた老後を保障する——この国の経済活動に長い間貢献してきた見返りと感謝を込めて——。

⑦Meaningful Activities (レクリエーション)

: 高齢者がひとりの市民として、また芸術や文化、教育と訓練、レクリエーションなどに対して、幅広く有意義に活動参加できることを保障する。

⑥-a Efficient Community Services (社会サービス)

: 効率の良いコミュニティー・サービスを開発する。その中には、低費用の移送サービス、コーディネーションに支えられて住居やソーシャル・サービスを選ぶ自由の保障、必要なときすぐに利用できるサービス供給体制などが含まれる。

⑥-b Research and Knowledge (社会サービス)

^(注1) 出典：The Older American Act of 1965, 42 S. C. Section 3001/1961 White House Conference on Aging Report.

:健康や幸福を守り改善できると実証済みの研究や知識を拡充し、高齢者の利益やサービス開発に還元する。

⑥-c Freedom, Independence (社会サービス)

:個の自由と自立及び、本人の意思でプランを立て実施するという個人の自由、などを保障する。

一方、長期医療やライフケア及び在宅サービスの開発育成については、次の①～⑨にあげる分野をターゲットとした。なかでも、①の栄養管理と食事、⑤のケア・コーディネーション、そして⑧のオンブズマン及び啓蒙教育はOAA全体の最重要テーマであった。

<LTC開発の重要項目>

- ① 自宅で自立した生活ができる限り長期間維持できるようなサービス／プログラムの開発育成。(宅配／集団給食、移送、課外活動参加プログラムなど。)
- ② 現金給付(所得保障)プログラムの開発(州の福祉給付プログラム、フードスタンプ、福祉クーポンなど。)
- ③ 在宅ケア優先の費用保障プログラムや、長期在宅ケア(LTCホームケア)の育成(壁のないナーシングホーム、デイケア／レスパイト訪問プログラムなど。)
- ④ 安全で健康な日常生活を維持するために必要なサービスを包括給付するプログラム(ライフケア・プログラム)の開発と助成(疾病予防&健康増進プログラム、ウェルネス・プログラムなど。)
- ⑤ ケア・コーディネーションの普及とその開発プロジェクトへの公的助成(ON-LOOK、チェルシー・ビレッジ・プログラムなど。)
- ⑥ 虚弱高齢者・医療的貧困者への継続的な福祉プログラムの開発と助成(ホームヘルパー派遣プログラム、シェルターハウス建設助成など。)
- ⑦ 医療・介護・福祉の包括統合サービス供給体制推進(ソーシャルHMO、LTC&ライフケア・プログラムなど。)
- ⑧ 高齢者の人権や尊厳を守るための啓発と情報提供及び、人権侵害・違法行為監視システムへの助成(オンブズマン・プログラム、コミュニティ・シニアセンター建設補助金など。)
- ⑨ 法律相談や心理療法・カウンセリングを日常的に提供するプログラムの開発(ストレス・マネジメント&カウンセリングセンター、法律相談プログラムなど。)

こうしたOAAの開発分野と助成策によって、1970年～80年代のLTCサービスや高齢者ケアは飛躍的に成長した。例えば州や市町村は高齢者対策の専門部門をどんどん新設する。一方民間側はOAAの助成金を受けて、集団給食センターや宅配サービス会社を新設した。またシニア・センターが町の中心に建設され、センターを中心に介護人の派遣、各種啓蒙セミナーの開催、就業の機会を得るための職能訓練、ケアコーディネーターの派遣など、多様な地域サービスが組織化されてゆく。それはまさに、“OAAが高齢者をこの国の脇役から主役に持ち上げた”と陰口をたたかれるくらい広範囲であり、70～80年代においてOAAが果たした役割は大きかった。

さて、OAAは1990年代に入ると、条項をたびたび修正し、主に地域や社会から孤立し孤独な人生を送る高齢者や経済的に恵まれない人、例えば独居者や未亡人、アフリカ系黒人、先住インディアン、低所得・山村僻地^{へまち}の高齢者などを法律の主な対象者とする。また、連邦の高齢者政策も少数派や虚弱高齢者の人権と尊厳を監視する全国的なオンブズマンプログラム(The National Ombudsman Program)を導入し、一方で高齢者に関する情報の統合化を目的とした全米高齢者情報センター(The National Aging Information Center)を新設するというように、弱者保護や情報システムに向かう。

1950年に第1回会議を開いたホワイトハウス高齢者協議会は、1995年に第4回大会を開いたが、これが20世紀では最後の会合となったために、討議は来るべき21世紀における高齢者政策の方向や重点的に開発すべき分野に集中した。例えば、メディケア・メディケードの規模縮小は更に進むので、①入院・施設ケアより在宅及びコミュニティを軸とする長期在宅ケア(LTCホームケア)^(注2)を一層拡充する、②高齢者の健康と安全を向上するために、予防・健康増進とリスクマネジメントを重点助成する、などであった。

こうした流れの中で、OAAも21世紀にあった法律へと衣替えしてゆく。それは2つの作業によって進められた。1つは1996年以降、上下両院がOAAの各条項を修正し、^(注3)すでに不必要となった助成対象を削除する代わりに21世紀に求められる開発助成の項目を付加するというやり方であった。これによって、インディアンなど少数民族や恵まれない高齢者への助成、職業技能訓練プログラム、シニアセンター建設助成金などは削除された。

もう1つの作業は、OAAがこれまで助成してきたサービスやプログラムの成果を検証し、効果が上がっているものは更に助成するという方法である。例えば、OAAを象徴する2大プロジェクト——①給食・栄養管理プログラム(集団/宅配共)、②オンブズマン・プログラム——は、1999年に成果報告(Outcome Report)が提出された。それによると、給食・栄養管理はおおむね当初の目的を達成しているが、オンブズマンは現在も虐待や人権無視の状況があるので拡大すべきだと分析している。そこで、給食・栄養管理は集団給食よりも自宅への配食(宅配給食サービス)や栄養士の訪問活動の方に助成金を重点配分している。

OAA予算そのものは、1995年から削減傾向にあるので、予算項目の適正化と重要項目への効果的配分が課題であるが、1999年会計年度のOAA予算8.82億ドル(約1,165億

(注2) Home-Based Long Term Care と呼ばれる。

(注3) 別紙(注)

高齢者米国人法(OAA) 条文項目:—1998年修正による—

第1条:	定義と目的の宣言布告	
第2条:	高齢者管理局(Administration on Aging)の任務と機能	
第3条:	州の助成金交付及び高齢者のためのコミュニティ・プログラム	
	(A) 一般規定 (B) 支援サービス及び、シニアセンター ←予算カット (C) 給食・栄養サービス ① 集団給食・栄養管理サービス ② 宅配給食・栄養管理サービス (D) 虚弱な在宅高齢者への日常生活支援サービス (E) 特別な必要性のための付加支援サービス (F) 疾病予防と健康増進サービス (G) 介護家族のための支援活動	
第4条:	研究、開発及び実施と検証	
	(A) 教育と訓練(提供者及び利用者(高齢者)共) (B) 研究開発及びモデルプロジェクト (C) 開発センター (D) 情報の普及拡大と啓蒙宣伝活動	
第5条:	コミュニティ・サービスへの高齢者の雇用または就労 (注a)	←労働省へ移行
第6条:	先住民インディアンへの補助と助成 ←1998年削除	
	(A) インディアン・プログラム (B) 先住民ハワイアン・プログラム (C) 一般規定	
第7条:	傷つきやすい高齢者に対する権利保護活動	
	(A) 州の規定 ① 州の一般条項 ② オンブズマン・プログラム ③ 虐待・無視・搾取防止プログラム ④ 州の高齢者権利保護及び法的支援プログラム (B) 先住民アメリカ人組織の規定 (C) 一般規定	

(注a) 第5条のみ連邦労働省が管理実行する。

出典: www.aoa.dhhs.gov/aoa/pages/oa/general.html.

円) では主に、次のような分野へ重点配分されている。

＜最近のOAAにおける重要分野＞

①	高齢者／老年学に関する学術研究と調査
②	LTC／コミュニティケア提供スタッフの教育と技能訓練(ホームヘルパー及び介護家族への技術指導など)
③	開発プロジェクト／モデル事業の推進
④	高齢者の権利保護及び、虐待防止プログラム
⑤	独居・孤立高齢者への支援サービス(インフォーマル・サポートへの助成拡大)
⑥	疾病予防と健康増進プログラム
⑦	在宅生活(高齢)者の日常生活における安全性の向上…リスク・マネジメントの開発

さらに、近年では連邦厚生省が推進している『ヘルシー・ピープル 2000 (Healthy People 2000)』における高齢者関連項目をOAAが具体的なプログラムやサービスによって支えるという役割も担っている。

例えば、OAAが主に、次のような分野を重点開発することで、ヘルシー・ピープル 2000を推進するという方法である。

a	在宅高齢者の安全管理(住環境のリスク防止)
b	健康診断の日常化
c	健康増進・ライフスタイル改善
d	栄養指導・カウンセリング
e	医薬品(処方品目・OTC)の情報提供
f	副作用／服薬指導
g	高齢者とその家族への啓蒙と教育
h	予防と健康管理教育

いずれにせよ、1965年にスタートしたOAAは、医学医療を軸とする長期ケアよりも生活や福祉及び文化や風土などに支えられた高齢者・LTCサービスの開発と育成に大きく貢献した。また、米国の社会と人々が、1970年代という早い時期に高齢者サービスや長期ケアの重要性をいち早く認識し、そのために必要なインフラをOAAが支えてきたとも言えるであろう。

2. LTCホームケア

1) LTCとメディケア

米国の医療保障制度は、わが国と比較すると強制加入ではなく、市場原理に基づいた民間保険者が主体で、統一したシステムが存在しないという特徴がある。全米の被用者は、約1億7000万人で、企業が個々に“Managed Care Plan”と契約を結ぶか、大企業によっては独自の保険制度を採用していることもある。一方、約2800万人といわれる低所得者層は、1966年に施行されたメディケイド（医療扶助制度）の対象となる。メディケイドは、連邦政府（55%）と州政府（45%）が公費負担する制度で運営は州が行う。2000年度の予算額は1150億ドルである。約3800万人といわれる65歳以上の高齢障害者等がメディケアの対象となる。この制度は、全額公費負担の病院、ナーシングホーム、在宅ケアの一部の費用を保障するパートA（2000年度予算1360億ドル）と、医師の診療費や、在宅ケア費用の一部を保障するパートBに区分されている。パートB費用の4分の1は高齢者が払う保険料でまかない残りを税負担（2000年度830億ドル）している。このほかに低所得ではあるが、メディケイドの適応にならない程度の収入がある層（最貧困層ではない人々、例えば、パートタイムの有職者、単身世帯や子供のいない勤労者世帯等）が、約4300万人おり、これらの人々が無保険者である。

なお、全米の医療提供機関は、20年間で25%減少した認定病院（Accredited Hospitals：在院日数30日以内の短期型入院）約4,500病院、長期ケア施設（LTC facilities:ナーシングホーム）約16,000施設、在宅医療機関等（訪問看護、在宅ケア機関等）現在約10,000か所、このほかに非認定病院（Non-Accredited Hospitals、多くが、小規模病院か精神病院）がある。須磨忠昭氏によると、1983年のDRD/PPS導入以降のメディケアの動向については、以下のような図にまとめることが可能であるといわれている。

項目	1983年	1987年	1992年
平均入院日数	25日/14日	13.9日/9.5日	10~9日/7.8日
病床占有率	95~85%	80%	70%

患者	ヒト	①人員カット(RN→アシスタントへ) ②パートタイマーの採用 ③ゼネラリストの採用	④フローティング・スタッフの活躍 ⑤ナース・プラクティショナーの多用 ⑥薬剤師・栄養士のICU介入	⑦PTOT STの早期リハビリ ⑧情報システム人材の育成 ⑨Pharm Dの育成	⑩コメディカルの育成 ⑪新しい専門人材の育成 (RT、ファミリーセラピスト、システムアナリスト、プログラマー、パステルセラピスト)
	モノ	①代替品 & サービス ②外来外科手術 ③ホームケア & ナーシングホーム	④サブ・アキュートケアの増加 ⑤発注の迅速性(コンピューターシステム) ⑥在庫水準の低減(在庫カット)	⑦疾病毎のパッケージ品目 ⑧共同利用(MRIセンター) ⑨共同購入体勢(VHA)	A. 共同事業・共同利用 B. サービスライン・マネジメント C. Cooperative Care D. 患者・家族啓蒙・教育 E. 統合情報システム F. ニーズ・ベース MCO
性病	組織	①病床数カット(ダウンサイズ) ②外注/部門委託管理	③部門の相互コミュニケーション向上 ④チームケアの推進	⑤部門の包括・統合化 ⑥早期退院と標準化推進	
	ケア	①入院の必要性(フレッドミッション) ②外科手術の必要性(セカンド・OP) ③退院計画	④ケース・マネジメント ⑤診療標準(Cook Book Medicine) ⑥ニーズ・アセスメント(UR)	⑦ケアの質管理(QM) ⑧コンプライアンス・満足度 ⑨患者教育と協力体制	
病院	薬剤	a. ブランドからゼネリックへ b. 第3世代より第2世代へ c. PRPの処方・調剤権拡大	d. Pharm Dの権限強化 e. メーカーに依存しない品目選定 f. EBMにもとづく情報収集	g. 医師への処方制限と教育 h. 処方ガイドライン/Drug-Path i. 処方・調剤データの制度	j. ソフトプログラム開発 k. PBMとUR l. 疾病管理と教育
	処方				
キーワード → ヒト・モノの削減(経費カット) → リストラ・ダウンサイズ → 計画・標準・評価 → 包括統合と連続性 → 教育・共同と連携・協調					

製薬企業	① Copycat Drug 産産 ② ゼネリック販売強化 ③ ホームケア事業参入 (アパシジョン・ハウス等) ④ 介護ショップチェーン化 (マッケンゾ)	⑤ インフュージョンセンター経営 ⑥ ケア・プログラムの開発 ⑦ 医薬品及び処方データの収集と 情報システムの開発(PDS) ⑧ 病院・グループプラクティスとの 共同事業/共同経営	⑨ 共同購入会社への参加(VHA) ⑩ 予防・ウェルネスプログラム開発 ⑪ 病院マネジメントへのコンサルテーション ⑫ Pharm Dの育成	⑬ 処方・調剤のEBM情報 システム化 ⑭ PBM所有(提携) ⑮ セルフ・メディケーション推進 (疾病管理と患者教育) ⑯ 地域支援(インフォーマルサポート)
	キーワード →	モノで利益をあげる (モノと事業の多角化)	ソフトで利益をあげる (情報とプログラム開発)	共同事業に参加する (連携と資本出資)

(注1) Managed Care Organization (注2) Health Care Corporation

メディケアは当初、高齢者だけを対象に1,910万人の受給者をかかえて出発したが、2000年には障害者550万人を含む約4,000万人へと膨らんでいる。彼らへの医療費は保険管理コスト約20億ドル(2,140億円)を加えると、2,120億ドル(22.7兆円)で、厚生省予算全体の約6割を占めるに至った。注1) 一方、1998年会計年度の米国総医療費は1兆1,491億ドル(123兆円)で、メディケア医療費は全体の18.4%に相当する。注2) また、総医療費を公私の保険プラン別でみると、メディケアは32.8%、メディケイドおよび州の福祉プログラムによる医療費給付額が12.7%で、公的保障は45.5%を占める。従って民間保険は残り54.5%という比率になる。

表A) 注3)

表A) 米国総医療費の推移

項目	年度			
	1965	1980	1997	1998
総医療費(\$億)	411	2,473	10,882	11,491
体GDP比(%)	5.7	8.7	13.4	13.5
国民1人当たり医療費(\$)	202	1,052	3,912	4,094
保険者別医療費給付(率)	100.0	100.0	100.0	100.0
・民間保険者	75.0	57.6	53.8	54.5
・メディケア	11.7	29.1	33.4	32.8
・メディケイド	13.3	13.3	12.8	12.7

出典: HCFA, Office of the Actuary

一方、病院や医師などの提供者別給付額を見ると、施設ケア費用(パートAの病院やナーシングホームなど)は1998年度で1,343億ドル(14兆3,701億円)、通院/訪問および医薬品/材料などの費用(パートBのクリニック、ホームヘルスなど)は約758億ドル(8兆1,106億円)を給付している。従って、費用ベースでみた施設ケア対通院/訪問ケアの提供比率は6:4(1998年度)である。

表B) 注4)

表B) メディケア/サービスタイプ別給付額(1998年会計年度)

サービス	年度	
	1998FY(億ドル)	全体比(%)
施設ケア(パートA) 注1)	1,343.2	100.0
・入院医療費	865.6	64.4
・スキルド・ナーシング施設	133.8	10.0
・ホームヘルス機関	144.9	10.8
・ホスピス	20.8	1.6
・マネジドケア	178.1	13.2
通院・訪問サービス(パートB)	757.8	100.0
・医師およびその他	400.6	52.9
・外来・通院提供者	148.5	19.6
・ホームヘルス機関	2.7	0.4
・検査センター	64.6	8.5
・マネジドケア	141.3	18.6

また、受給者の利用規模を見ると、1997年度の実績では、急性病院退院患者数が、1,180万人（受給者1,000人に対して309人）、ナーシングホームは150万人（同46人）、ホームヘルス利用者数が350.1万人（同106人）である。

表C)

表C) メディケア/サービスタイプ別利用者数

サービスタイプ別	1985年	1997年
急性病院退院患者数(万人) (受給者1,000人当り)	1,050 (347)	1,180 (309)
平均在院日数(急性病院)	8.7	6.2
1日当り入院医療費(ドル)	597	2,330
スキルド・ナーシング施設(万人) (受給者1,000人当り)	31.5 (10)	150.3 (46)
ホームヘルス機関(万人) (受給者1,000人当り)	157.6 (51)	350.1 (106)

出典：HCFA, Budget and Analysis group

注1) PRO 管理コストは含まない。

一方、急性病院の平均在院日数を見ると、DRG/PPS 導入直後の1984年に9.1日であったものが、1998年度には6.2日まで短縮した。ただし、6.2日はPPS適用病院のもので、PPS適用外病院^{注5)}は84年の18.0日から98年の12.9日へと推移している。表D) 表D)

表D) メディケア/平均在院日数の推移

病院タイプ	1984年	1990年	1995年	1996年	1997年	1998年
短期急性病院全平均	9.1	9.0	7.1	6.6	6.4	6.2
PPS適用病院	8.0	8.9	7.1	6.6	6.4	6.2
PPS適用外病院	18.0	19.5	14.8	14.0	13.4	12.9

出典：HCFA, Office of Information Services

更に、提供者数に目を移すと、PPS適用病院数は4,975病院、適用外病院は1,191病院で計6,166病院がメディケア給付病院数である。また、ホームヘルス提供機関(Home Health Agency：HHA)は9,330機関、通院リハビリテーション施設の2,890ヶ所と総合リハビリテーションセンター590ヶ所などの合計約13,000機関が訪問/通院在宅ケアの規模である。その他、通院ベースの臨床検査および検診センター、166,817などもメディケアからの給付を受けている。^{注6)}

そして、1999年のデータによれば、開業医数は、

- ・内科専門医：162,040(人)
- ・外科専門医：159,787
- ・家庭医 / GP：100,317
- ・小児専門医：29,947
- ・救急専門医：22,772
- ・整形外科医他：84,398

の合計559,261人が現役の医師である。また、その大半(98.6%)がメディケア契約医でも

ある。なお、整骨療法士 (Doctor of Osteopathy) や限定免許の治療行為許可者など約 27 万人を加えると、米国の現役医師数は約 83 万人となる。

表 E) 注7)

表 E) 医師数の変化/現役専門医師数

現役専門医タイプ別	1998年(構成比%)	1999年(構成比%)
医師総数	767,058 (100.0)	830,371 (100.0)
内科専門医	157,279 (20.5)	162,040 (19.5)
外科専門医	157,679 (20.6)	159,787 (19.2)
家庭医/GP	98,903 (12.9)	100,317 (12.1)
小児科専門医	29,098 (3.8)	29,947 (3.6)
救急専門医	21,497 (2.8)	22,772 (2.7)
その他(整形外科医他)	82,150 (10.7)	4,398 (10.2)
非医師 注1)	220,452 (28.7)	271,110 (32.6)

出典：HCFA, Office of Information Services and Office of Strategic Planning

以上の数字から見て、メディケアは 35 年の間に次のような規模を持つに至ったといえる。

- ・メディケアは国民全体の 15%をカバーしている。
- ・メディケアは高齢者人口の 98%をカバーしている。
- ・メディケアは米国総医療費の約 2 割を担っている。
- ・メディケアは医療保険市場で 1/3 の支配力 (給付規模) を持っている。
- ・メディケア・リスクプラン (マネジドケア) の加入者は全受給者の約 18% (68 6 万人) で、給付額は 15. 2% (320 億ドル/1998 年度) を占めている。注8)
- ・メディケアは連邦予算全体の約 13%を占め、GDP の 2. 5%に相当する。

注1) HCFA, Office of Financial Management “The September 1999 Monthly Treasury Report”

注2) HCFA, Office of Actuary

注3) HCFA, Office of Information Services, Social Security Administration, Office of Program

注4) HCFA, Budget and Analysis Group

注5) PPS 適用外病院は、①精神、②リハビリ、③小児・子ども、④アルコール/薬物依存、⑤LTC 病院、⑥ガンの各専門病院、および⑦メリーランド州の短期急性病院

注6) HCFA, Office of Information Services
Center for Health Plans and Providers
Office of Clinical Standards and Quality

注7) HCFA, Office of Information Services
Office of Strategic Planning
医師のカテゴリーに入る専門職者 27. 11 万人を除く

注8) HCFA, Budget & Analysis Group

表F)

メディケア 35年の歩み

年	イベント
1965年	<p>メディケア創設 (社会保障修正)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院/ナーシングホーム/ホームヘルス保障 ・医師及び専門サービス保障 <p>⇒ マルチホスピタル増加</p>
1973年	<p>PSRO創設</p> <p>HMD法成立</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ナーシングホーム & SNFとICFに区分 ・アダルト・デイケア保障開始 <p>⇒ ON-LOKプロジェクト ケースマネジメント開発</p> <p>⇒ コミュニティケア・プロジェクト</p>
1977年	<p>ブレードミッション導入</p> <p>⇒ 退院計画の推進 ⇒ ケア・コーディネーターの増加 ⇒ HMD増加</p>
1980年	<ul style="list-style-type: none"> ・ナーシングホーム保障限度は100日とする ・病院入院期間が3日以上のお客のみ SNFへの入所を可能とする <p>⇒ RUGによる給付方法 の研究開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルス(訪問サービス)は 年間100回までを保障
1981年	<p>セカンド・オピニオン義務化</p>
1983年	<p>DRG/PPS導入 (TEFRA)</p> <p>PRO創設 (PSROの改組)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホスピス保障開始 (ターミナルケア6ヶ月以内のみ) <p>⇒ 外科外来手術増加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メディケア・スイングベッド条項 (100床以下の病院に許可)
1984年	<p>S-HMOプロジェクト開始</p> <p>⇒ 早期退院計画 ⇒ 診療報酬化 ⇒ JCAHOのアウトカム評価 指標 ⇒ HMO/PPO急増 ⇒ 巨大グループ・プラクティス (スーパーグループ)の形成</p>
1986年	<p>RUGをスキルド・ナーシング施設 に適用</p> <p>⇒ PBMの増加</p>
1990年	<p>SNFとICFを統合し ナーシングホームとする</p>
1993年	<p>医師/専門サービスにRBRVSを導入</p> <p>⇒ マネジメントケアの増加</p>
2000年	<p>ホームヘルスにPPSを導入</p>

2] LTCホームケア

—— Long Term Home Health Care Program ——

1) 高齢者を見る2つの顔：

高齢者や“老い”に対して社会が見せる反応は今も昔も、あまり変化はないようである。それは、老いることへの肯定（積極評価）と否定（消極評価）とが入り乱れ、ある時代の世論や政策、そしてサービス開発の流れを右往左往している。

例えば、祖父母や年長者はその知恵と経験が豊富で、コミュニティの『宝』だから、社会は尊敬し感謝を込めて何か役に立つことをすべきだとする、前向きな対応がある。これは、高齢者のQOLやノーマリゼーションの重視、ライフスタイルの改善や高齢者本位のLTCサービス開発、そして閉鎖的な入院・施設ケアよりも在宅やコミュニティケアの方を重視する診療報酬や公的助成策の基本コンセプトを支えている。

一方、家庭や社会の中に、老人や“老い”が存在することを、ある種の恥とか^お負い目のような、いわば敗北と^{マイナス}負の意識でとらえ、高齢者の存在を外の世界に知られないよう隠したり抑え込んだりするという後向きの対応もある。これは、病院やナーシングホームがもともと持っている隔離と閉鎖の機能に結びつきやすく、入院や施設ケアの給付を厚くする政策や施設拡充補助金プログラムなどの根拠になっている。

例えば、18～19世紀に病院の原型として普及した『アームズハウス（Alms:施物のHouse:施設）』や公立病院などは、こうした負の意識と施設ケアの隔離機能とがうまく結びついた好例で、恥としての高齢者や貧困者を一般社会から遮断することで、コミュニティの健全性や豊かさを維持する役回りを果たした。つまり、病院入院医療や長期入所は、家族や地域が困ったら、福祉あるいは施しや専門性の名のもとに、やっかいな存在——高齢者、貧困者、ホームレス、精神障害者など——を隔離し、それによって家族やコミュニティが安心するという働きをもつということにもなる。それゆえ、ヒル・バートン法が中小病院やナーシングホームに公的助成金を交付し、施設ケアを拡充すべきだというのは社会一般の支持をえやすかった。今日からみれば、こうした社会的な風潮は、伝統的な医学や医師が助長したという側面も否定できない。

例えば、18～19世紀に定着した医学と医師の伝統は、高齢者の病気や身体に対する臨床的な症状だけに焦点をあて、『高齢者は複数の病気をかかえ、生きる活力が^{おとろ}衰えた不潔で手のかかる、やっかいな存在だ^(注4)』と認識していた。したがって一般社会からすれば、高齢者や老いは負の存在であり、科学や専門家の後押しによって、老人を社会の障害物として切り捨て、隔離する根拠を医師と医学が与えた、ということだ。従って、アームズハウスや施設ケアは、高齢者を家庭や社会へ呼び戻すインセンティブがほとんどない。そこで、入所高齢者のQOLやノーマリゼーションを大切にする病院やLTC施設及び職員が育たない。また、健康増進やライフスタイルの改善、入院ケースマネジメントや患者教育のような患者中心のサービスを推進するモチベーションも高まらない。

このように、高齢者へのネガティブな視線と施設の隔離機能とが増幅することで、入院

(注4) Long Term Health Care/Providing a Spectrum of Services to the Aged: P. W. Brickner, M. D., etc.