

原 著

米国との比較によるわが国の在宅ケアの展望

大森 豊緑¹⁾ 緒方 正名²⁾

厚生省健康政策局総務課¹⁾

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科²⁾

(平成6年4月20日受理)

Further Prospects of Home Care in
Japan as compared with United States.

Toyonori OHMORI¹⁾ and Masana OGATA²⁾

*General Affairs Division, Health Policy Bureau,
Ministry of Health and Welfare
Tokyo, 100-45, Japan¹⁾*

*Department of Medical Social Work,
Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-01, Japan.²⁾*

(Accepted Apr. 20, 1994)

Key words : home care, disabled elderly person, caregiver,
health insurance, nursing home

Abstract

We consider what a desirable home care system for the elderly should be in Japan, in comparison with the United States. With aging society, the number of elderly persons who need medical treatment and health care in the United States is growing. The shift from institutional care to home care is promoted by the increase of need and the restraint of medical expenses. This shift is expected to promote home care in our country as well, because it is useful to improve the quality of life of elderly persons.

In order to cope with the growth of need, the United States takes measures to introduce private services and establishes the systems to secure the quality of home care. In Japan measures also should be taken to provide various services effectively and to reduce the burden of the families. Then we have to establish cooperation among service providers and introduce private services more effectively in our country.

要 約

高齢者に対する在宅ケアについて米国と比較し、わが国の在宅ケアの在り方について検討した。高齢化の進展に伴う医療や介護を要する老人の増加が、米国でも問題となっている。そこで、ニーズの増大と主に医療費抑制の観点から、施設ケアから在宅ケアへの移行が図られている。在宅ケアは高齢者の Quality of Life を高める上でも重要であり、わが国でも一層の推進が望まれている。

米国では在宅ケアのニーズの増大に対応するため民間サービス機関の参入を図ると同時に、その質を確保するためのシステムを導入するなどの対策が取られている。わが国でも多様なサービスを効果的に提供し、介護者の負担を軽減するための対策が求められており、各サービス提供機関の連携システムや民間サービスの導入などが必要となっている。

緒 言

わが国では長寿社会の進展に伴い、慢性疾患を有する高齢者や寝たきりをはじめとする要介護老人が急速に増加している。その結果、医療機関や保健・福祉施設等における施設ケアに対するニーズは急速に増大している。一方、各種調査から明らかなように、高齢者の多くは在宅での生活や療養を希望しており、その Quality of Life を重視する観点から、在宅ケアの必要性が高まっている。こうした状況に対応するため、1989(平成元年)年には「高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略」(ゴールドプラン)が策定され、在宅ケア支援体制の充実、強化が図られている。これらのわが国における在宅の保健・医療・福祉サービスの現状及び在宅ケアのニーズ等については、著者らが既に報告したとおりである¹⁾²⁾。

米国においても同様に人口の高齢化に伴う医療支出の増大等により、在宅ケアの一層の転換が図られているが、在宅ケア自体の歴史は比較的長く、既にシステムとしての体系化がなされている。わが国とはその医療・保険制度がかなり異なり、さらに国民性や家族機能等にも違いがあるものの、米国における在宅ケアシステムについて研究することは、わが国の高齢者に対する在宅ケア支援体制を整備する上で大いに参考になるものと考えられる。本稿では米国における在宅ケアの現状を分析し、わが国と比較することにより、日本の在宅ケアの望ましい方向性について展望した。

日米の高齢者の実態

まず、わが国と米国との高齢者の健康状況について比較する³⁾⁴⁾。表1に示すように、米国の総人口は2億5千万人、65歳以上人口は約3,100万人といずれもわが国のおよそ2倍であるが、老年人口割合ではわが国の方がやや高くなっている。両国の死亡原因を比較してみると、米国では心疾患による死亡が圧倒的に多く、2位の悪性新生物においてもわが国を上回っている。また、健康指標の一つである乳児死亡率においてもわが国は米国の約半分と低くなっている。これらの結果、平均寿命では、男女ともわが国の方が約4年長くなっている。また出生率では米国はわが国に比べてやや高くなっている。こうした背景から将来的にはわが国の老年人口割合は米国をかなり上回ると予測されている(図1)。

加齢とともに身体の生理的機能は低下し、慢性疾患や複合疾患を有する者が増加する。表2は、日米の65歳以上の高齢者のADL(日常生活活動)の実態を比較したものである。長期ケア施設入所者でみると、入所率では米国の方が高いにもかかわらず、いわゆる寝たきり状態(Bed-bound)の者は、米国ではわずか6.5%程度であるのに比べ、わが国では33.8%と5倍以上になっている⁵⁾。

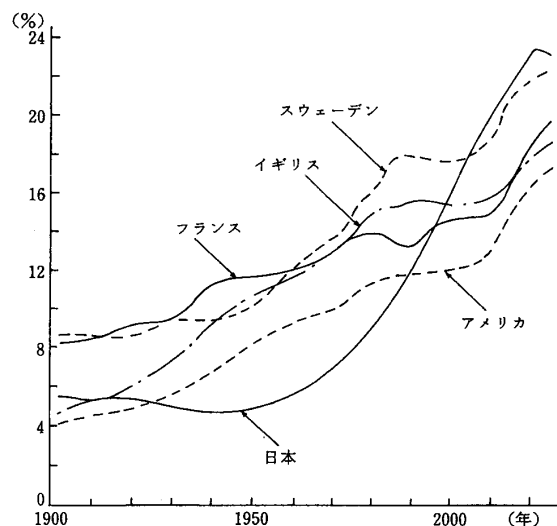
また、米国の National Long-Term Care Survey (1990)⁶⁾によると、何らかのADLの障害を有する65歳以上の高齢者は、全体の11.4%

表1 各種健康指標に関する日米の比較

	日 本	米 国
総人口	12,445万人 (1992)	24,922万人 (1990)
65歳以上人口	1,624万人 (1992)	3,133万人 (1990)
65歳以上人口割合	13.1% (1992)	12.6% (1990)
(将来推計)	25.4% (2025推計)	19.6% (2025推計)
平均寿命	男 76.1歳, 女 82.2歳 (1992)	男 72.0歳, 女 78.8歳 (1990)
死亡原因	(1991年順位) ①悪性新生物 (人口10万対 181.7) ②心疾患 (人口10万対 137.2) ③脳血管疾患 (人口10万対 96.2)	(1991年順位) ①心疾患 (人口10万対 283.3) ②悪性新生物 (人口10万対 202.9) ③脳血管疾患 (人口10万対 56.8)
乳児死亡率	出生千対4.4 (1991)	出生千対9.8 (1989)
合計特殊出生率	1.50 (1992)	1.93 (1988)

資料) 日本: 厚生省「人口動態統計」, 「患者調査」

米国: OECD Health Data File (1992), Statistical Abstract of United States (1990), Health United States (1992).



(資料) 日本は総務庁統計局「国勢調査」及び厚生省人口問題研究所の推計。外国は国連資料に基づく。

図1 主要国の65歳以上人口の推移と将来予測

と報告されている。わが国では、在宅の65歳以上の要介護者は約84万人、高齢者全体の5.2%程度と推定されている(厚生省「平成4年国民生活基礎調査」⁷⁾)。日米の高齢のADLを比較してみると、表3のようにわが国ではとくに入浴、歩行の面で支障のある者が多く、特に女性にその傾向が顕著であることが窺われる。

表2 寝たきり状態にある高齢者割合の日米比較

	日 本	米 国
在宅居住者 ・家に閉じこもり (House-bound) ・常に寝たきり (Bed-bound)	4.1	—
長期ケア施設入所者 ・ベッド上で起座可 (Chair-bound) ・常に寝たきり (Bed-bound)	25.4	40.8
長期ケア施設入所率	3.7	4.6

(単位: %)

資料) 日本: 東京都調査 (1987)

米国: The National Nursing Home Survey (1988)

米国の医療及び保険制度の現状

1. 老人医療費

米国の総医療費は、1990年で実額6,662億ドル(対GNP比12.2%)と世界で最も大きい。65歳以上の老年人口は12.6%程度であるが、老人医療費は総医療費の1/3程度を占めている⁸⁾。

また高齢者一人当たりの医療費は、1990年には年間7,000ドルを超え、このうち1/3以上を高齢者自身が医療機関へ直接あるいは保険料の形で間接的に支払っているとされる⁹⁾。こうした米

表3 ADL(日常生活活動)に障害のある高齢者の割合

機能	米 国(男女計)	日 本(男性)	日 本(女性)
入浴	9 (%)	10 (%)	15 (%)
歩行	8	12	16
着衣	5	4	4
排泄	4	2	2
食事	1	2	2

出典) 日米医療システムの比較研究, 経済研究開発機構資料) 日本: 東京都調査 (1990)

米 国: National Long-Term Care Survey (Leno, 1990)

国の老人医療費の高騰と自己負担の増大の理由は、わが国との医療・保険制度の違いによるところが大きいと考えられる¹⁰⁾¹¹⁾。

2. 医療制度

米国の医療制度については、まずその施設体系がわが国とやや異なる。米国の入院施設は、大きく病院とナーシングホーム(Nursing Home)とに区別される。表4に示すように、米国の総病院数及び総病床数は、いずれもわが国に比べかなり少ない。一方、ナーシングホームは約1万6千施設、151万床と充実している。このナーシングホームは、わが国の老人保健施設あるいは老人福祉施設(特別養護老人ホーム等)に相当し、提供可能なサービスの種類により以下の三つの形態がある¹²⁾。

①専門的看護(Skilled Nursing Care): 往診可

表4 医療・保健制度等に関する日米の比較

	日 本	米 国
国民医療費	218,260億円(1992)	6,662億ドル(1990)
同対GNP比	4.8%(1992)	12.2%(1990)
老人医療費割合	29.4%(1992)	35.1%(1990)
公的医療保険制度	老人保健制度 (70歳以上及び 65歳以上の寝たきりを対象)	メディケア (65歳以上及び障害者を対象) メディケイド (低所得者を対象)
平均在院日数	44.9日(1990)	7.9日(1990)
医師数	21万2千人(1990) (人口10万対171人)	53万9千人(1988) (人口10万対223人)
看護婦数	83万4千人(1990) (人口10万対670人)	202万9千人(1984) (人口10万対830人)
病院数	10,096施設(1990) (人口10万人当り8.2)	6,503施設(1987) (人口10万人当り2.7)
総病床数	167万7千床(1990) (人口10万人当り1,365.5床)	123万4千床(1990) (人口10万人当り507.0床)
老人保健・福祉施設等	老人保健施設(1993) 705施設(49,267床) 特別養護老人ホーム(1992) 2,576施設(182,820人) 養護老人ホーム(1992) 948施設(67,678人) 軽費老人ホーム(1992) 337施設(19,416人)	ナーシングホーム(1986) 16,388施設(150万7千床)

資料) 日本: 厚生省「国民医療費」, 「患者調査」, 「医療施設調査」, 「社会福祉施設調査」

米 国: OECD Health Data File (1992), Statistical Abstract of United States (1990), Health United States (1992).

能な医師のもとで、24時間ケアを監視の必要な患者に対して医療看護サービスを提供する。

②中間的看護 (Intermediate Nursing Care) : 何らかの看護的支援の必要な患者に対して、医療的サービスも含むケアを提供する。

③介護 (Custodial Care) : 支援的な介護だけを必要とする患者を対象にサービスを提供する。

3. 医療保険制度

米国では全国民を対象とする医療保険制度はないが、連邦政府によるメディケア及び州政府との共同によるメディケイドのプログラムがある。これらを補うために各種の民間医療保険が用意されている¹³⁾。

1) メディケア

連邦政府が実施する医療保険プログラムで、その対象者は65歳以上の老齢年金受給者、65歳未満の障害年金受給者及び慢性腎不全患者等に限定されている。メディケアは、病院医療サービスを保障するパートAと医師の診療報酬及び病院外来医療サービスを保障するパートBから成っている。1987年現在の加入者数は、パートA3,182万人(うち65歳以上2,882万人)及びパートB3,117万人(うち65歳以上2,838万人)である。

2) メディケイド

一定の要件を備えた低所得者に対する医療扶助プログラムであり、連邦政府のガイドラインの下に各州政府が運営している。連邦政府は、受給資格者の範囲の大枠とそれに対する最低限の基本サービスについて定め、補助金による援助を行っている。州政府は、給付の範囲、内容等を具体的に定めるとともに実際の運営を行っている。1987年の受給者数は、約2,300万人となっている。

3) 民間医療保険

メディケア及びメディケイドと対象となるのは全国民の15%程度であるため、米国では民間医療保険が発達している。65歳以上でメディケアの被保険者であっても、その給付範囲が限られているため、それを補填するために1989年までに高齢者の7割以上が、民間の医療保険(メディギャップ保険)に加入しているとされている。

これらの民間医療保険の提供主体として、次のようなものがある。

①営利医療保険会社

民間の生命保険会社、損害保険会社等で、全米に5,000以上あるとされている。

②非営利医療保険会社

全米各地に非営利の医療保険事業団及びその連合会が組織されており、これらはブルークロス(入院保険)とブルーシールド(診療保険)とに区分されている。いずれも全米に73団体(1991年現在)があるが、地域密着型組織のため、医療の給付内容は地域によって異なる。

③自家保険

大企業が自らの社員を被保険者集団として保険事業を行うもので、わが国の健康保険組合と類似している。

④HMO (Health Maintenance Organization, 健康維持組織)

医療機関と医師、保険者の機能を一体化したシステムである。保険者は加入者に対して医療費の支払いではなく、医療そのものを給付する。加入者は毎月定額の会費を支払い、必要な場合に指定の医師または医療機関で治療を受けることができる。

⑤PPO (Preferred Provider's Organization)

保険加入者の医療機関の選択範囲を制限することにより、契約機関に対し一定の患者数を確保する代償として、医療費抑制機構の強化と医療費(出来高払い)のディスカウントを受け入れるというシステムである。

米国における高齢者の在宅ケアの現状

1. 米国における在宅ケアのニーズ

米国では65歳以上の高齢者の約5~15%が何らかのケアを必要とし、さらに85歳以上では約25%が専門的看護ケアを必要とするとされている。米国連邦統計局によると、何らかの慢性疾患を有する高齢者は1986年では約500万人と推定され、さらに2000年には1,500万人に達すると予測されている¹⁴⁾。

こうした高齢者の慢性疾患の増加に対して、入院患者の早期退院を促進し退院後サービスの拡充を図るため、1983年にはメディケアにDRG

(Diagnosis Related Groups, 疾病別定額支払制度)による事前支払額決定方式(PPS)が導入された。これにより、患者の入院期間は大幅に短縮され、1990年では平均7.9日となっている。さらに、入院医療を必要とする者ではナーシングホームの需要が増大し、また在宅ケアへのニーズが一層高まったといわれる。

在宅ケアに対するニーズの増大に伴いメディケアからの支出は年20~30%の割合で急速に増加している。1987年では在宅ケアはメディケア全体の約4%を占めるに至った。また、需要に対応してメディケア公認の在宅ケア機関は1967年の1,753機関から1987年には5,977機関へと3倍以上に増加した。さらにメディケイドからのナーシングホームへの支出は、高齢者のための支出全体の約7割に達したと報告されている¹⁴⁾。

そこでニューヨーク州などではメディケイドに資源利用類型(RUGS)を導入することで、ナーシングホームへの入所を制限し、在宅ケアへの移行を一層促進している。RUGSはケースミックス償還制度とも呼ばれ、長期ケア患者に必要なケアの量を相対化し、その多少により患者を類型化した上で償還額に反映させるシステムである。

このように米国では主に要介護老人の増加に伴う医療費の抑制の観点から在宅ケアへの転換が図られる一方、在宅ケアシステム自体の充実が図られている。

2. 米国の在宅ケアシステム

1) 在宅ケアの種類

米国における在宅ケア(Home Health Care)は、必要なサービスの種類により、以下の二つに区分されている。

①医療サービス

医師の指示により登録看護婦や専門療法士が実施する専門的サービス

②支援サービス

看護助手の入浴、排泄、移動などのサービスとホームヘルスエイドによる食事、洗濯、家事などのサービスがある。

2) 在宅ケア提供機関

米国における在宅ケアのサービス提供機関には、①公的(州、地方政府)、②訪問看護協会、

病院、ナーシングホーム等)、③営利(民間企業等)及び④混合型の四つに大別される。これらは、さらにメディケア公認機関と非公認機関機関とに区分されるが、近年公認機関が増加傾向にあり、現在では両者はほぼ同数となっている。

3) 在宅ケアへのアクセス

在宅ケア品質保障法(1987)により、在宅ケアサービス機関は、ケアプランの作成、新たなニーズの発見のための手法、他のサービス機関との調整機能などが義務づけられている。

在宅ケアワーカーが利用希望者のニーズと能力を評価し、必要なサービスの内容を判断する。

4) ケアの質の確保

①ケアプランの作成

在宅ケア品質保障法(1987)により、在宅ケアサービス機関は、ケアプランの作成、新たなニーズの発見のための手法、他のサービス機関との調整機能などが義務づけられている。

②在宅ケアの調整

在宅ケアが複数の機関から提供される場合、ケアプランや担当職種の不一致等によるサービスの低下を防ぐため、ケースマネージャーによるケアプランの調整、サービスの適正度の評価などが行われる。この役割は、主にソーシャルワーカー、看護婦、理学療法士等が担う。

③在宅ケア提供機関の質の向上

包括的予算調整法(1987)により、在宅サービスの利用資格を明確化するとともに利用者の権利擁護を図るため、サービス機関の認定手続きの強化、従事者の研修の規程などが行われた。

5) メディケアによる在宅ケアの給付

メディケアにおいては、在宅ケア(ヘルスサービス)の給付の対象となる条件及び内容が定められている。

給付条件としては、①在宅における継続的な治療が必要なこと、②医師が必要と判断し、ケアプランを作成してくれること、③専門的看護、理学療法、言語療法のいずれかを含むこと、④患者が外出できないこと、及び⑤サービス提供機関はメディケア公認機関の指定を受けていることが規程されている。

給付内容としては、①専門的看護、②理学療法、③言語治療、④作業療法、⑤家事援助、⑥

医療用具の給付または貸与となっている。

わが国の在宅ケアの現状とニーズ

1. 在宅ケアの現状

わが国における在宅ケアは、米国と異なり、保健、医療、福祉の各機関から個別にサービスが提供されている。

保健サービスとしては、保健所や市町村による訪問指導、健康診査、機能訓練等が、福祉サービスとしては福祉事務所あるいは市町村によるホームヘルパーの派遣、デイサービス、ショートステイ等が行われている。また、医療機関からは訪問診療、訪問看護等の医療サービスが行われている。さらに保健・医療分野では、1991(平成3)年に老人訪問看護ステーションの制度が導入され、在宅の寝たきり者等に対する援助の充実が図られている。これらのサービスは主に老人保健法及び老人福祉法に基づくもので、サービスに係る費用の大部分は公費によって賄われている。

在宅サービスの利用状況を厚生省「平成3年健康・福祉関連サービス需要実態調査」¹⁵⁾で見ると、在宅医療・福祉関連サービスの利用者数は約94万人(全国民の0.8%)と推定されている。年齢別では70歳代が34.3%と最も多く、種類別では「訪問看護・機能回復訓練サービス」、「在宅介護・ホームヘルプサービス」の利用が最も多くなっている。また、サービスの提供主体別では、「市区町村、保健所等の行政機関」43.6%、「社会福祉協議会」17.0%、「医療機関」16.3%の順となっている。

2. 在宅ケアのニーズ

厚生省「平成4年国民生活基礎調査」によると、在宅の65歳以上の要介護者は約84万人(高齢者全体の5.2%)で、うち寝たきり者は約29万人(同1.8%)と年々増加している。これらの要介護老人のADLの障害の種別でみると「入浴」37.3%、「歩行」32.7%、「着替え」31.4%、「排泄」29.9%の順に多くなっている。また、寝たきり老人の介護の実態をみると、介護者の86%が同居しており、その続柄では「子の配偶者」33.4%、「配偶者」27.9%、「子」20.6%の順となっている。これらの介護者は34.5%が65歳以

上であり、介護者も高齢化が進んでいる。

これらの介護者の在宅医療・福祉サービスへの利用希望について、前述の「健康・福祉関連サービス需要実態調査」によると、在宅医療・福祉サービスの利用希望者数はおよそ770万人(全国民の6.2%)と推定され、うち65歳以上の者が、全体の36.0%を占めている。種類別では、「在宅介護・ホームヘルプサービス」、「訪問看護・機能回復訓練サービス」、「緊急通報サービス」の順になっている。また、サービス利用の理由としては、「介護者の負担を軽くしたい」(30.7%)が最も多くなっている。費用面については「経費負担が軽い場合は利用したい」78.4%、「経費負担が相当程度でも利用したい」14.2%となっている。

以上のように、わが国では寝たきり者の介護については同居の家族によって支えられており、要介護老人のQuality of Lifeの向上とともに介護者の負担を軽減するためにも在宅ケアのニーズが増大している。

わが国の在宅ケアの展望

1. 米国の在宅ケアの促進要因

前述したように、米国では入院医療から在宅ケアの移行が促進されているが、それが可能となった要因として以下のものが考えられる。

①高齢者の増加と疾病構造の変化

慢性疾患や複合疾患を有する者が増加した。

②需要の増大

在宅ケアそのものに対する国民の関心が高まった。

③在宅ケア技術の向上

在宅中心静脈栄養等の在宅医療及びケア技術が普及した。

④入院日数の短縮

DRGの導入により、長期入院が不可能となった。

⑤医療費の補償

非営利医療保険会社の医療保険プランの約9割、また他の民間医療保険会社のプランの約半数が、在宅ケアを補填している。

2. わが国の在宅ケアの課題

1) 日米の差異

わが国と米国との在宅ケア支援体制の主な差異について、次のようにまとめられる。

①医療・保険制度

わが国では医療費のかなりの部分が公的保険によって賄われているが、米国では公的保険の連用範囲が限定されており、自費あるいは民間保険によって支払われる割合が大きい。

②保険・医療・福祉の一元化

米国では、わが国のような保健、医療、福祉の区別はなく、これらのサービスが一元的に供給されている。

③在宅サービスの提供主体

わが国では在宅サービスの供給主体は大部分が公的機関であるが、米国では多数の民間機関による在宅サービスが用意されている。

2) わが国の在宅ケアの課題

わが国の実情では、ニーズの増加に十分対応できない(量的不足)、多様なニーズに対応したサービスを提供できない(質的不足)などの問題がある。在宅ケアを一層推進するためには、以下の点が重要と考える。

①在宅ケアを提供できる医療従事者の確保

プライマリ・ケアを担うかかりつけ医の養成・確保、及び在宅ケアを担う看護婦の養成が不可欠である。そのためには、米国のように在宅ケアの卒後前及び卒後教育への導入が必要であろう。

②ケースマネジメント機能の確保

わが国では保健、医療、福祉の各サービスが個別に提供されているため、サービスの重複や欠如などの問題が生じやすい。そこで、市町村の高齢者サービス調整チーム等のサービス調整機関の充実、及びソーシャルワーカー等のコーディネーターの養成が求められる。

③在宅ケアの質の評価

ニーズに対応したサービスを効果的かつ効率的に提供するためには、在宅サービス自体の質や効果を評価することが必要となる。在宅ケアの効果の評価指標として、生存率(死亡率)、入院率、サービスの依存度、生活の自立度、患者の満足度、介護者の負担度等が考えられる。

④民間サービスの推進及び導入

わが国では、在宅ケアに係る民間サービスの割合は米国に比べ少ない。ニーズに対応した良質かつ多様な民間サービスが適切に提供されれば、利用者は増加し、介護者の負担の軽減につながる。

⑤在宅ケア・システムの整備

在宅ケアを推進するためには、施設ケアとの連携、民間サービスの導入、ボランティアの活用など地域システムの構築が必要である。

3. わが国の在宅ケアの展望

長寿社会の進展に伴って現在約84万人とされる在宅の要介護老人はさらに増加し、在宅ケアに対するニーズは一層高まると予想される。在宅ケアの問題を考える場合、介護者自身の要因、介護者の要因、環境要因及び社会的要因など多くの因子が関係する²⁾。こうした因子をいかに軽減できるかが、在宅ケアを可能にするための鍵となる。

わが国では、要介護老人の増加に対応して在宅ケアの量的充足が図られているが、質的な充実も併せて考えなければならない。また、多様なニーズに対応するとともに、介護者の負担をいかに軽減するかといった視点からも在宅ケアの在り方を検討する必要がある。

米国では医療費抑制の面から在宅ケアへの移行が推進されているが、わが国では現在個別に提供されている保健、医療、福祉サービスをいかに連携させ、効率的に在宅ケアを提供するかといった検討が必要である。そのためにはサービス調整機関や在宅ケアシステムの構築が重要となる。さらに民間サービスやボランティアの積極的な活用による多面的な支援体制を確保することが必要となる。

結 語

近年とくに在宅ケアが推進されている米国と比較しながら、わが国の在宅ケアの実情と今後の展望について述べた。米国でもわが国と同様に要介護老人の増加が問題となっている。自主・自立を重んじる国民の気風から、米国では公的な医療・保険制度はわが国ほど充足されていない。在宅ケアについては主に医療費抑制の観点

から施設ケアの移行が図られているが、同時にサービスの質の充実、民間サービスの活用など効果的な在宅ヘルスサービス供給システムの在り方が検討されている。米国におけるこうした動きを研究することは、わが国の今後の在宅ケ

アの在り方を探る上で大いに参考になるものと考えられる。

本研究は、「高齢者の在宅ケアについて日本と米国の国際比較に関する研究」の一部として行われた。

参 考 文 献

- 1) 緒方正名, 大森豊緑 (1992) 保健・医療と福祉, 川崎医療福祉学会誌, 2(2)1-7.
- 2) 緒方正名, 大森豊緑 (1993) わが国の在宅ケアの現状と展望, 川崎医療福祉学会誌, 3(1)1-10.
- 3) 厚生省大臣官房統計情報部 (1993) 平成4年人口動態統計.
- 4) U. S. Department of Health and Human Services (1992) Health United States, Public Health Services Washington D. C.
- 5) 厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課監修, 寝たきりゼロをめざして, 中央法規出版, 東京, 1992.
- 6) Leon J, Lair T (1990) Functional Status of the Noninstitutionalized Elderly: Estimate of ADL and IADL difficulties, Public Health Services.
- 7) 厚生省大臣官房統計情報部 (1991) 平成4年国民生活基礎調査.
- 8) U. S. Department of Commerce (1992) Statistical Abstract of the United States.
- 9) Alan M. Garber, 池上直巳 (1993) 高齢化社会への医療の供給と財政: 日米比較, 日米の医療システムの比較研究, 総合研究開発機構, pp 307-326.
- 10) 厚生省大臣官房統計情報部 (1991) 平成3年国民医療費の概要.
- 11) 福原俊一, Edward C. Norton (1993) 日米の医療費格差の分析, 日米の医療システムの比較研究, 総合研究開発機構, pp 329-352.
- 12) 厚生省大臣官房老人保健福祉部老人福祉課監修, シルバーサービスの手法と展開, 中央法規出版, 東京, 1991.
- 13) 厚生省保険局企画課, 欧米諸国の医療保障, 社会保険法規研究会, 東京, 1992.
- 14) 村川浩一他訳, 在宅ケアの国際比較, 中央法規出版, 東京, 1992.
- 15) 厚生省大臣官房統計情報部 (1991) 平成3年健康・福祉関連サービス需要実態調査.