

特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズの充足に 関連する社会的要因の検討

—施設外医療機関への外来受診及び入院状況に関する考察—

岡 村 裕
Hiroshi OKAMURA

1. 緒 言

特別養護老人ホームは、要介護高齢者の日常生活介護を目的とした老人福祉施設であるが、その根拠法となる老人福祉法および介護保険法では、入所者の適切な健康管理のために、医務室の設置、協力病院の指定を義務づけている。ただし、医師は非常勤でも可とされ、看護婦の配置も少数であるため、特別養護老人ホームでの医師や看護婦等の人員配置の最低基準は、老人病院、老人保健施設等と比較するとかなり低い¹⁾。

近年、特別養護老人ホーム入所者の重度化と医療ニーズの増大²⁾ がみられ、特別養護老人ホーム入所者と病院長期入院者の健康状態にさほど大きな差が認められないことが指摘されている³⁾。全国的な統計においても、特別養護老人ホーム入所者のADL(日常生活動作)は老人保健施設のそれよりも重度な状況にある^{4,5)}。

これに対して、特別養護老人ホームにおける医療行為の実施率は低く、ニーズに適合していないサービス提供の実態を示唆する報告がある⁶⁾。また、施設内医療サービス体制の充実^{7,8)} や、入所者の健康変化の詳細な観察による早期対応、等の必要性⁹⁾ が指摘されている。現場レベルの会議等では、特別養護老人ホームの医療サービス体制は入所者のニーズに応える水準になく、その強化が必要との意見もある¹⁰⁾。

2000年に導入された介護保険制度下においては、特別養護老人ホームに対してケアプランの作成が義務付けられるなど、介護サービスの標準化が進められている。一方で、医療サービスの標準化はそれほど容易ではない。一般的に特別養護老人ホームでは、入所者の健康変調に対して施設内の医療資源による対処が困難な場合、施設外の医療機関を活用することで入所者の健康管理に努めている。入所者の容態の急変時には、協力病院との連携が特に重要であるとされている^{7,8)}。すなわち、特別養護老人ホームの医療サービス体制は、介護サービス体制と異なり周辺の医療資源の地理的分布にかなり依存する部分があることから、保健医療福祉サービスを複合的に経営する組織を除き、一経営組織の努力だけで医療サービスの質を確保することは難しいと考えられる。特に協力病院および利用可能な医療機関が地理的に遠い場所にある施設の場合、施設入所者の外来受診及び入院援助に支障が生じる可能性が考えられるが、この問題についてはほとんど検討されていない。

そこで、本研究では、特別養護老人ホームと利用医療機関との距離が入所者の外来受診及び入院援助に及ぼす影響について調べることを目的として、同一経営母体、同規模の2カ所の特別養護老人ホームを選定し、比較調査した。

2. 方法

1) 調査対象

施設規模、職員配置、介護及び看護サービス内容がほぼ同じと考えられ、利用する施設外医療機関への距離が大きく異なる施設を調査対象施設として選定することを試みた。調査対象施設として選定したのは2つの特別養護老人ホームA、Bである。この2施設の経営母体は同一のもので、入所定員と職員数もほぼ同じ規模だった。同経営母体は、管理する施設のサービス提供体制を均一なものとするために、職員の年齢構成や経験年数の調整を目的とした勤務施設の異動を1年単位で行っていた。各施設の職員の給与は同一の基準によって算定されていた。また、各施設間のサービスに大きな差が生じないように、統一されたサービスマニュアルが示され、職員研修が積極的に行なわれていた。各施設間においては、職員の交流が活発に行われており、対象となった2施設間においても交流頻度は高かった。一方、施設所在地の違いから2施設の協力病院への距離は片道それぞれ約3kmと約35km、時間では約5分と約40分で大きな差があった。嘱託医は両施設とも近隣の内科医で、嘱託医師の回診頻度、回診時間の契約内容に違いはなかった。ただし、A施設は開所から一人の医師が継続して担当していたのに対して、B施設についてはその地域の持ち回りで2年ごとに交替していた。

両施設ともに、入所期間があらかじめ限定されていない施設開所時からの措置入所者全員を調査対象者とした。A施設は230名、B施設では194名が今回の調査対象となった。

2) 調査デザインと収集したデータ

観察の起点を措置入所日とし、初回入院、初回通院の2つを観察のエンドポイントとして想定した。施設入所時点からの記録を用いて後ろ向きコホート及び継続コホート調査を行なった。両施設ともに、施設の医療・看護記録から、外来受診及び入院状況、性別、年齢、入所経路などの基本的属性、入所時点における疾患名、服薬数、視聴覚、言語機能、ADL、痴呆症状の有無などの健康状態を転記した。また、施設ケアサービスの提供体制についても、施設の介護・看護体制、及び医療体制を把握した。

ADLについては、食事、排泄、入浴、更衣、移動の5つの各項目が、「自立」、「一部介助」、「全介助」のどの状態にあるかを看護婦が評価したのち、自立1点、一部介助2点、全介助3点とし、それらを合計してADL得点を算出した。精神状況については、痴呆の程度を柄澤による老人知能の臨床的判定基準に基づいて看護婦が測定した。精神状況は「痴呆な

し、「軽度」、「中等度」、「重度」、「最重度」のいずれかに分類され、痴呆の程度の軽い順に1から5の精神機能得点を与えた。

3) 解析方法

単変量解析では、基本的属性、健康状態について2施設間の分布の差を検討した。質的変数についてはカイ二乗検定を行い、量的変数についてはt検定あるいはwelchの方法を用いて検定を行った。施設別にみた累積非入院率の推定はKaplan-Meier法を用い、非入院率曲線の有意性はgeneralized Wilcoxon testとlogrank testにより検定した。多変量解析では、Coxの比例ハザードモデルを用い、入所者の性、年齢、健康状態等を調整して施設差の影響を検討した。統計解析には、表計算ソフトExcelと統計解析ソフト HALBAU for Windows Version 5.34を用い、有意水準は5%とした。

3. 結果

1) 対象施設における医療サービス体制の比較

両施設ともに、入所者の健康状態の観察は、介護職、看護婦、生活相談員の直接処遇職員が全員で行うことを原則としていた。診療補助業務の中でも、注射、点滴などは看護婦が担当したが、与薬、血圧測定、吸引、酸素吸入、創処置等については、介護職も、医師及び看護婦の指示のもとで実施することがあった。夜間、宿直の介護職は看護婦から指示のあった者について健康状態の観察(チェック)を行い、入所者の健康状態が急変した場合は、緊急時の対応マニュアルにそって対処することとしていた。対処方法の判断が困難であった場合、看護婦に連絡し判断を仰ぐこととしていた。救急車等の手配は、看護婦が判断して実施することを原則としていた。

施設外での診療を必要とする場合、協力病院として指定した病院を主に利用していた。A施設の協力病院は施設から3km、車で5分ほどの距離にあった。一方B施設の協力病院は施設から35km、車で40分ほどの距離にあった。協力病院での受け入れが困難な場合、あるいは、入所者やその家族が希望するかかりつけの病院がある場合、協力病院以外の病院を利用した。入院の判断は本人、家族の意見を参考に、医師と看護婦によって決定されていた。ターミナルケアに関する方針は、両施設ともに、家族との話し合いの中で決められていた。

入所者の診療は、2施設ともに近隣の開業医と週2回2時間の非常勤の雇用契約を結んで実施していた。原則的に、施設に入所した時点から嘱託医師が入所者の主治医となり、疾病の診断・治療などの診療行為を実施していた。看護婦は日勤のみで、診療補助行為を医師の回診時の指示に従い実施していた。医師は、週に2度回診し、回診結果と回診日間の情報から次の指示をだした。次の回診日までの間に、医師から指示のない予期されなかった健康変動が発生した場合、看護婦は、電話で医師に相談するか、あるいはFaxで詳細を報告し、指

示を仰ぐことにしていた。また、あらかじめ決められた約束処方に基づいてなんらかの対処や緊急の処置を行った場合は、嘱託医に事後報告を行っていた。嘱託医師の定期回診は、事前に看護婦が選定した対象者について行われた。検査は、規定された一年に一回の胸部レントゲンと血液検査等の健康診断以外に、必要に応じて採血、採尿等を行い、嘱託医師に提出した。精密検査が必要な場合には、嘱託医師の医院、協力病院あるいは近隣の病院に受診した。

2) 入所時状況の比較

性別、年齢、ADL状況、痴呆症状のレベルについて両施設間の分布に有意差は認められなかった。さらに、オムツ使用、麻痺あるいは拘縮の有無、褥瘡の有無、尿道留置カテーテル使用の有無、経管栄養カテーテル使用の有無について比較したが、有意差は認められなかった(表1)。

入所時の有病状況は、A施設入所者が平均2.3の疾病を持っていたのに対して、B施設入所者は2.2で有意差は認められなかった。疾病の種類分布については、A施設入所者のほうが循環器系疾患の有病率が約10%高い状況にあったが、精神および行動の障害は、逆に約10%低い状況にあった(表2)。

表1. 入所時状況の比較

変数		A施設(N=230)		B施設(N=194)		p値
		数	(%)	数	(%)	
1.性別	男性	65	(28.3)	42	(21.6)	n.s.
	女性	165	(71.7)	152	(78.4)	
2.平均年齢(歳)		78.6		79.6		n.s.
3.ADL状況	食事	自立	167 (72.6)	158	(81.4)	n.s.
	一部介助	45	(19.6)	24	(12.4)	
	全介助	18	(7.8)	12	(6.2)	
入浴	自立	4	(1.7)	9	(4.6)	n.s.
	一部介助	109	(47.4)	85	(43.8)	
	全介助	117	(50.9)	100	(51.5)	
排泄	自立	55	(23.9)	52	(26.8)	n.s.
	一部介助	57	(24.8)	53	(27.3)	
	全介助	118	(51.3)	89	(45.9)	
更衣	自立	39	(17.0)	22	(11.3)	n.s.
	一部介助	87	(37.8)	85	(43.8)	
	全介助	104	(45.2)	87	(44.8)	
移動	自立	58	(25.2)	52	(26.8)	n.s.
	一部介助	84	(36.5)	77	(39.7)	
	全介助	88	(38.3)	65	(33.5)	
平均ADL得点*		10.2		10.3		n.s.
4.精神機能**	痴呆なし	39	(17.0)	43	(22.2)	n.s.
	軽度	54	(23.5)	39	(20.1)	
	中等度	82	(35.7)	54	(27.8)	
	重度	46	(19.6)	53	(27.3)	
	最重度	10	(4.3)	5	(2.6)	
5.その他の状況	オムツ使用	あり	129 (56.1)	105	(54.1)	n.s.
	なし	101	(43.9)	89	(45.9)	
麻痺・拘縮	あり	110	(47.8)	81	(41.8)	n.s.
	なし	120	(52.2)	113	(58.2)	
褥瘡	あり	14	(6.1)	15	(7.7)	n.s.
	なし	216	(93.9)	179	(92.3)	
尿道留置カテーテル使用	あり	2	(0.9)	6	(3.1)	n.s.
	なし	228	(99.1)	188	(96.9)	
経管栄養カテーテル使用	あり	8	(3.5)	3	(1.5)	n.s.
	なし	222	(96.5)	191	(98.5)	

*自立=1、一部介助=2、全介助=3として、食事、入浴、排泄、更衣、移動の得点を合計。

**病期の老人知能の臨床的判定基準による区分

表 2. 入所時の有病状況

国際疾病分類	A施設(N=230)		B施設(N=194)	
	人数	(%)	人数	(%)
感染症および寄生虫症	2	(0.9)	2	(1.0)
血液、造血器、免疫機構の障害	5	(2.2)	6	(3.1)
内分泌、栄養および代謝疾患	31	(13.5)	25	(12.9)
精神および行動の障害	68	(29.6)	79	(40.7)
神経系の疾患	29	(12.6)	18	(9.3)
眼および付属器の疾患	3	(1.3)	3	(1.5)
循環器系の疾患	170	(73.9)	131	(67.5)
呼吸器系の疾患	9	(3.9)	9	(4.6)
消化器系の疾患	23	(10.0)	13	(6.7)
皮膚および皮下組織の疾患	3	(1.3)	1	(0.5)
筋骨格系および結合組織の疾患	46	(20.0)	50	(25.8)
尿路性器系の疾患	6	(2.6)	7	(3.6)
症状、徴候および異常臨床所見	1	(0.4)	0	0.0
損傷、中毒、その他の外因の影響	1	(0.4)	0	0.0
平均有病数	2.3		2.2	

重複回答

3) 施設外医療機関への受療状況の比較

対象者の施設外医療機関への延べ入院人数(入院件数)、入院率はB施設のほうがやや多かったが、延べ通院件数、通院率は、逆にA施設のほうがやや多かった。入院、通院を合計した受療件数及び受療率はA施設のほうがわずかに多かった。入院した者の平均入院日数は、両施設とも29日と差がなかった(表3)。

表 3. 受療件数及び受療率

変数	A施設(321,640人日)	B施設(206,893人日)
入院状況		
入院件数(件)	120	168
平均入院日数(日)	29	29
入院率	0.4件/1,000人日	0.8件/1,000人日
通院状況		
通院件数(件)	510	236
通院率	1.6件/1,000人日	1.1件/1,000人日
受療(入院・通院合計)		
受療件数(件)	630	404
受療率	1.96件/1,000人日	1.95件/1,000人日

施設外医療機関で受療した者は、A施設で230人中164人(71.3%)、B施設では194人中143人(73.7%)だった(表4)。そのうち入院した者は、A施設81人(49.4%)、B施設は113人(79.0%)とB施設が有意に多かった。一方、通院した者は、A施設141人(86.0%)、B施設は91人(63.6%)とA施設のほうが有意に多かった。受療した者A施設164人、B施設143人のうち、初回の受療で入院した者は、A施設16人(9.8%)、B施設28人(19.6%)とB施設が有意に多かった(表5)。また、入院したA施設81人、B施設は113人のうち、入院前に少なくとも1回通院した者は、A施設39人(48.1%)、B施設34人(30.1%)とA施設が有意に多かった(表6)。

表4. 施設外医療機関の利用状況

		A施設(N=230)		B施設(N=194)		p値
		人数	(%)	人数	(%)	
利用	あり	164	(71.3)	143	(73.7)	n.s.
	なし	66	(28.7)	51	(26.3)	

表5. 施設外医療機関の利用形態

		A施設(N=164)		B施設(N=143)		p値
		人数	(%)	人数	(%)	
入院	あり	81	(49.4)	113	(79.0)	p<0.05
	なし	83	(50.6)	30	(21.0)	
通院	あり	141	(86.0)	91	(63.6)	p<0.05
	なし	23	(14.0)	52	(36.4)	
初回受療	入院	16	(9.8)	28	(19.6)	p<0.05
	通院	148	(90.2)	115	(80.4)	

表6. 入院前通院状況

		A施設(N=81)		B施設(N=113)		p値
		人数	(%)	人数	(%)	
通院	あり	39	(48.1)	34	(30.1)	p<0.05
	なし	42	(51.9)	79	(69.9)	

4) 利用医療機関との距離

利用した医療機関は、両施設あわせて50施設だった。病院は20カ所、診療所は30カ所で、そのうち歯科は5ヶ所、眼科は2カ所、皮膚科が2カ所、整形外科が2カ所だった。A施設のみが利用したのは16カ所、B施設のみが利用したのは20カ所、両施設共通して利用していた

のは14ヶ所だった。A施設が入院に利用した施設は18カ所で、通院に利用した施設は25カ所だった。一方B施設では、入院に利用した施設は26カ所で、通院に利用した施設は23カ所と入院に利用した施設がやや多かった。利用した施設外医療機関との平均距離は、通院に利用した医療施設についてはA施設が18.9kmに対してB施設が40.3kmだった。また、入院に利用した医療施設についてはA施設が20.1kmに対してB施設が46.1kmだった。

5) 累積非入院率の比較及び多変量解析

図は、初回入院をエンドポイントとした累積非入院率を施設別に示したものである。累積非入院率曲線全体の差について検定を行った結果、logrank test、一般化Wilcoxon testともに有意な差が認められた ($p < 0.05$)。また、初回通院に関しても同様の検定を行った結果、一般化Wilcoxon testに有意差が認められた ($p < 0.05$)。さらに、Coxの比例ハザードモデルを用い、初回入院をエンドポイントとして多変量解析を行った。性別、年齢、入所時ADL、精神状況(痴呆症状の程度)、尿道留置カテーテルの有無、を調整因子として投入した結果、施設の違いと性別のみが有意だった ($p < 0.05$)。入院リスクが高かったのは、男性(Hazard Rate=2.115, 95%CI=1.534-2.915)、B施設入所者(Hazard Rate=2.526, 95%CI=1.866-3.421)だった(表7)。

表7. 入院の規定要因に関する多変量解析結果(比例ハザードモデルによる)

変数	係数	カテゴリ	ハザード比	95%信頼区間
ケルプ(施設)	0.435	B施設	2.526***	(1.866-3.421)
		A施設	1.000	
性別	0.847	男	2.115***	(1.534-2.915)
		女	1.000	
入所年齢	0.044	1歳増加	1.002	(0.984-1.021)
痴呆	0.038	1点増加	0.990	(0.860-1.138)
ADL得点	0.146	1点増加	0.982	(0.927-1.039)
尿道カテーテル	0.884	あり	1.619	(0.499-5.257)
		なし	1.000	
疾病数	0.063	1点増加	1.052	(0.920-1.203)

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$

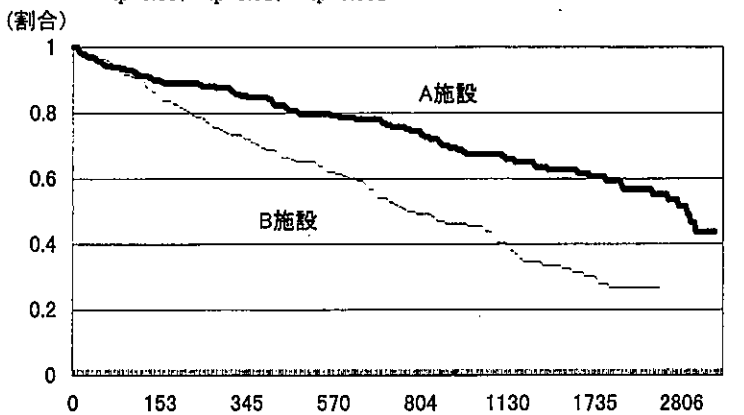


図. 累積非入院率曲線の比較 (日数)

4. 考 察

本研究では、特別養護老人ホームと利用医療機関との距離が入所者の外来受診及び入院援助に及ぼす影響について調べることを目的として、同一経営母体、同規模の2つの特別養護老人ホームにおける比較調査を実施した。

米国ではnursing home入所者の入院の規定要因について多数の施設を対象とした調査が行われている^{11~20)}。しかし、今回のように施設の構造的要素がほぼ同等と考えられ、利用医療機関との距離が大きく異なる2施設の比較、という研究デザインによる報告例はない。

本研究の質に関しては次の通りほぼ適切に確保できたと考えられる。まず、データの収集については、2施設を著者一人で行ったため、対象者の情報に関する測定者バイアスの問題はなかったと考える。また、後ろ向きコホート調査として過去の記録情報を用いたことから記憶によるバイアスの問題もなかった。さらに、対象2施設の記録様式は統一されていたので、既存の記録における測定バイアスも無視できるものと考えられる。ただし、施設側の入所者に関するプライバシー保護の姿勢から、入手できる情報は限られた。回診時の具体的内容、往診頻度、受療のタイミング、受療理由、受療過程に関しては十分な情報が得られなかった。

今回の調査では、2施設の入所者の累積非入院率に有意差が認められ、この施設差は予後因子を調整した場合においても認められた。ただし、わが国では、特別養護老人ホーム入所者の入院の規定要因に関する報告はほとんどない。一方、米国のnursing home入所者の入院の関連要因として、性別、入所時年齢、痴呆の程度、ADLあるいは重症度が報告されている^{11~20)}。そこで、今回入院状況の施設差を検討する際、まずnursing homeに関する知見を参考として、性別、入所時の年齢、ADL、痴呆の程度を調整因子として選択し、さらに尿道留置カテーテルの有無、入所時の疾病数を調整因子として加えた。

この対象2施設における累積非入院率の差は、施設外医療機関の活用状況の違いを示すものと考えられる。例えば、初回受療が入院だった者の割合はB施設が有意に高く、入院前に少なくとも1回通院した者の入院者の割合は、B施設で有意に低かった。これらのことは、B施設では事前に通院することなしに入院する例が多く、かつ、入院するタイミングはかなり重症化してからであった可能性を示唆している。A施設では、入所者に健康変調が生じた場合、即座に施設外医療機関に通院させることで入院及び重症化を防止することが可能だったが、B施設では施設外医療機関の利用を控え、かなり重症化する段階まで施設で対応した結果、入院のリスクが高まったと推測できる。

さらに、この対象2施設における施設外医療機関の活用状況の違いは、周辺医療機関への距離の差、嘱託医師の施設勤務年数の差、施設側と入所者あるいは家族の意思決定プロセスの差といった社会的要因により生じた可能性が考えられた。まず、今回、利用した医療機関への距離について、2つの施設ではかなりの差がみられた。一般的に特別養護老人ホームに

おける医療は、第一に施設内の資源を用いて行われ、施設内医療の限界に近づいた時に初めて施設外医療機関を利用することになる。その場合の医療機関への移送に関する判断・意思決定には、心理社会的要因がかなり影響することが報告されている¹²⁾。また、医療機関へ付き添う職員の拘束時間は、医療機関への距離に比例する。B施設では、A施設よりも移送及び付き添い時間に対する職員の負担感を引き起こしやすい傾向にあり、受療抑制や受療のタイミングのずれが生じた例が多かった可能性が考えられる。

次に嘱託医師の施設勤務年数の影響であるが、両施設ともに近隣の内科の開業医が嘱託医となっていたものの、A施設では1人が9年間継続していたのに対して、B施設では、2年ごとに交代していた。嘱託医としての施設勤務年数は、入所者に関する情報や施設内医療の結果及び限界に関する情報の蓄積量に比例し、施設外医療機関の活用における判断に何らかの影響を与えたものと考えられる。今回の場合、より施設勤務年数が長いA施設の嘱託医のほうが、より適切な施設外医療機関の活用を指導できたものと考えられる。

検査受診などの必要性については、「発生した症状・徴候が日常生活に支障のないものかどうか」、「全般にわたる悪化の有無」、「過去の対症療法による奏効の度合い」、「本人の意思確認の度合い」を基準として判断し、家族との話し合いの中で決定されているという報告がある²¹⁾。また、Caroleら²²⁾は、nursing homeの入所者は、治療の目的が快適な生活や安全を提供するものでない限り、積極的な治療を拒否する傾向にあることを指摘している。さらに、急性症状の発生時、介護職や看護職の質や施設の資源以外に、家族からの要求が施設から病院への移送の判断に影響を及ぼす事例が報告されている^{23~25)}。これらは米国のnursing homeでの例であるが、入所者に発生した健康問題への対処について家族と相談することは、特別養護老人ホームでも一般的に行われている。本研究では、そうした意思決定過程に関する記録は得ていないが、本人あるいは家族の意向が入院に影響した例があったかもしれない。

一方で、施設内におけるケア(介護および看護)サービスの質の違いによって累積非入院率に差が生じた可能性も考えられた。しかし、両施設の介護及び看護職員の年齢あるいは経験年数の差はほとんどなかった。年齢あるいは経験年数と健康管理活動の熟練度はほぼ相関すると考えられるので、施設内におけるケアサービスの質には大きな差は生じなかったと推測される。また、入院に関する基本的方針は、同一経営母体の施設ということで統一されており、両施設ともに、家族との話し合いの中で実施していた点で共通していた。さらに、嘱託医師による定期回診日以外の往診頻度の影響も考えられたが、今回の調査では、両施設ともに記録が整理されておらず、正確なデータが得られなかった。しかし、2施設の嘱託医師となった医師は、すべて診療所の内科医であり、契約内容も同様であったことから推測すると往診頻度にも大きな差がなかった可能性が高いと考えられる。

今回の結果から、対象2施設における累積非入院率の差は、施設外医療機関の活用における判断・意思決定の質の違いにより生じた可能性が示唆された。今回の場合、特に施設外医

療機関との距離、嘱託医の勤務経験、施設側と入所者あるいは家族との意思決定過程が、受療判断及びタイミング等の受療プロセスに影響した可能性が考えられた。わが国の特別養護老人ホームの整備状況はいまだその必要量に追いついていない。今後も特別養護老人ホームの量的整備は重要な課題であるといえよう。その施設建設における場所の確保は経営母体組織の努力に任されているが、その際には、十分に周辺医療機関との距離について考慮すべきである。また、介護保険法における指定基準においても、医療サービス体制に関するより詳細な規定が必要であると考えられる。

文献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向。144(9), p131, 東京(1997)
- 2) 本間昭、新名理恵、坂田成輝：平成7年東京都老人福祉施設入所者健康実態調査(1)・昭和62年調査との比較。老年社会科学, 18(2) : 153-161(1997)
- 3) 黒田研二、趙林、岡本悦司ほか：在宅要介護老人、病院長期入院老人、特別養護老人ホーム入所者の特性に関する比較研究。日本公衆衛生雑誌, 39(4) : 215-222(1992)
- 4) 厚生省大臣官房統計情報部：平成7年社会福祉施設等調査報告。厚生統計協会、東京(1997)
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部：平成7年老人保健施設実態調査・老人保健施設報告。厚生統計協会、東京(1997)
- 6) 関東ブロック老人福祉施設連絡協議会：第31回関東ブロック老人福祉施設研究総会 報告。新潟県老人福祉施設協議会, 164-165, 新潟(1995)
- 7) 寺崎仁、梅里良正、久保喜子ほか：病院・老人保健施設・特別養護老人ホームにおける高齢者のケア・サービスに関する比較研究、日本公衆衛生雑誌, 41(8) : 671-681(1994)
- 8) 大平昌彦、大原啓志、鈴木順一郎ほか：老人ホームの実態と医療サービスに関する研究。日本公衆衛生雑誌, 29(12) : 626-634(1982)
- 9) 長沢一男：老人医療をめぐる社会的諸問題・特別養護老人ホームの問題点。老化と疾患, 3(2) : 51-59(1990)
- 10) 松浦尊磨：特別養護老人ホームにおける健康管理に関する多角的検討。老年社会科学, 17(2) : 117-127(1996)
- 11) Jeanne A. Teresi, Douglas Holmes, Harrison Bloom, et al. : Factors Differentiating Hospital Transfers from Long-term Care Facilities with High and Low Transfer Rates. The Gerontologist, 31(6) : 795-806(1991)
- 12) J. S. Kayser-Jones, Carolyn L. Wiener, Joseph C. Barbaccia. : Factors Contributing to the Hospitalization of Nursing Home Residents. The Gerontologist, 29(4) : 503-510(1989)

- 13) Howard Bergman, and A. Mark Clarfield.:Appropriateness of Patient Transfer from a Nursing Home to an Acute-Care Hospital: A Study of Emergency Room Visits and Hospital Admissions. *Journal of American Geriatric Society*, 39 : 1164-1168(1991)
- 14) Jeanie Kayser-Jones. : Decision Making in the Treatment of Acute Illness in the Nursing Home ; Framing the Decision Problem, Treatment Plan, and Outcome. *Medical Anthropology Quarterly* 9(2):236-256(1995)
- 15) Patrick W.Irvine, Nancy Van Buren and Kent Crossley : Causes for hospitalization of nursing home residents; the role of infection. *Journal of The American Geriatric Society*, 32(2):106-107(1984)
- 16) Donald D.Tresch, William M. Simpson, Jr, and John R.Burton : Relationship of long-term and Acute-Care Facilities;the problem of patient transfer and continuity of care. *Journal of The American Geriatric Society*, 33(12):819-826(1985)
- 17) Joseph G.Ouslander : Reducing the hospitalization of nursing home residents. *Journal of The American Geriatric Society*, 36(2):171-173(1988)
- 18) Marc P.Freiman and Christopher M.Murtaugh:The determinants of the hospitalization of nursing home residents. *Journal of Health Economics* 11:349-359(1993)
- 19) William H.Barker, James G.Zimmer,W.Jackson Hall, et al: Rates, Patterns, Causes, and Costs of hospitalization of nursing home residents;a population-based Study. *American Journal of Public Health* 84(10):1615-1620(1994)
- 20) Christopher M.Murtaugh, Marc P. Freiman : Nursing home residents at risk of hospitalization and the characteristics of their hospital stays. *The Gerontologist*, 35(1):35-43(1995)
- 21) 岡村裕、野山修 : 特別養護老人ホームにおける医療サービスの評価の試み、老年社会科学, 22(3):425-435(2000)
- 22) Carole Michelson, Michael Mulvihill, Ming-Ann Hsu, et al. :Eliciting Medical Care Preferences from Nursing Home Residents. *The Gerontologist*, 31(3) : 358-363(1991)
- 23) Rachel A. Pruchno, Michael A. Smyer, Miriam S.Rose, et al : Competence of long-term care residents to participate in decisions about their medical care;a brief, objective assessment. *The Gerontologist*, 35(5):622-629(1995)
- 24) Terri R. Fried, Muriel R.Gillick, and Lewis A.Lipsitz : Whether to transfer?; Factors associated with hospitalization and outcome of elderly long-term care patients with pneumonia. *Journal of Gen Internal Medicine*, 10:246-250(1995)
- 25) Graham D.Rowles, Dallas M.High : Individualizing care ; family roles in nursing home decision-making *Journal of Gerontological Nursing*, 20-25(1996)

