

## アメリカにおけるナーシング・ホーム改革

——入所者アセスメントの導入と支払い方式への応用——

翠川純子

### 1. はじめに

アメリカにおける長期ケアの諸問題は、心身機能の低下を余儀なくされる後期高齢者層の増大に伴い、メディケア、メディケイドの将来的な財政破綻に対する危惧に起因してきたといっても過言ではない。連邦政府は、1983年以降、メディケアによる急性期医療費の増大を、支払い基準に厳しい制限を設けた「PPS-DRGs」方式<sup>1)</sup>の導入によって緩和しようと試みている。しかしながら、導入後数年を経た段階で、入院日数の短縮と増大する急性期医療費の歯止めには一定の成果をみたとはいえず、その実質的効果に関しては疑問視する報告も行われており、なかでも「医療レベル」あるいは「ケアの質」の低下が懸念されている<sup>2)</sup>。

一方、同様にメディケア、メディケイドの限定的な償還<sup>3)</sup>の制約を受けるナーシング・ホーム等の長期ケア施設においても、「ケアの質」に関わる不安やディレンマは、以前より少なからず存在してきた<sup>4)</sup>。しかしながら、ケア・サービスの受け手側の社会的、経済的基盤の脆弱さ、および長期ケア体系の構造的な制約のもとで、「ケアの質」に関する疑問や不満が表面化し、連邦レベルで体系化される機会乏しく、

具体的な措置として施策化されるまでにはかなりの時間を要した。ここでいう構造的な制約には、限定的な償還方式とともに、市場経済のもとで、目的や組織形態を異にする諸団体が独自の運営管理を行い、それに対して複数の保険機関や私費による支払いが錯綜している多元性や、地方分権化の進んだ行政機構による統一的な管理の困難さがあげられる。レーガン政権下で、財政赤字削減の一環として、ナーシング・ホーム関係の法的規制を緩和し、事務手続きの簡便化を図ろうとする提案<sup>5)</sup>が行われた背景はここにある。

本稿では、長期ケアにおける「ケアの質」改善措置として制定された、1987年の総括的予算調整法（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987、以下、OBRA '87と略記）の意義について論じ、新たに規定された、ナーシング・ホームにおける入所者アセスメントの統一的実施に関わる方法論について検討する。また、アセスメント方式は異なるが、統一的なアセスメントをメディケイドの償還基準に応用している例として、「ケース・ミックス」支払い方式<sup>6)</sup>、および「クオリティ・インセンティブ」支払い方式<sup>7)</sup>を取り上げ、「ケアの質」の確保・向上と財政措置との関連について考察する。

## 2. 長期ケアにおける「ケアの質」と OBRA '87

1959年の上院小委員会において、ナーシング・ホームにおける不適切、不統一なケアが問題として提出されたのをはじめ、1970年代にもいくつかの連邦、州当局による調査が、ナーシング・ホームの設置・サービス基準の遵守状況が各施設間で大きく異なる事実を報告し、改善の必要性を指摘してきた<sup>8)</sup>。これに対し、特にメディケイドを管轄する保健・社会サービス省 (Department of Health and Human Services, DHHS) 内のヘルスケア財政局 (Health Care Financing Administration, HCFA) は、数回にわたり改革案を提示する試みを行ったが、徹底して実施されるまでには至らなかった。ところが、1984年の入所者をめぐる訴訟の結果、裁判所が DHHS に対して入所者ケアの保障責任を明言したこと、またレーガン政権によるナーシング・ホーム法規制改正をめぐって、国会が既存法制の見直しを諮問したことを直接的な契機として、HCFA は具体的な調査に着手した。諮問をうけた医療研究所 (Institute of Medicine, IOM) は、いくつかの提言をまとめ、これらの多くが OBRA '87 に具現化されることになった<sup>9)</sup>。

IOM による最も重要な指摘の一つは、従来のナーシング・ホームへの法規制は、ケア提供の潜在的な要素であるマンパワーの量的整備や、ハードウェアとしての設置基準や運営管理に偏重し、提供されている「ケアの質」そのもの、あるいは入所者へのサービス効果が重視されていなかったというものである<sup>10)</sup>。OBRA '87は、これらの提言をうけて、「ケアの質」の確保・

向上を図る具体的手段として、従来、無資格であった看護助手 (寮母) の訓練義務規定や、登録看護婦の増員を核とするマンパワー整備、統一のアセスメントによる定期的な入所者の状態把握とそれのケア計画への反映、罰則規定の明確化などを含む一連の連邦関与策を打ち出している。新規定のおもな内容は次のとおりである<sup>11)</sup>。

- 看護助手 (寮母) は、各州が認可する75時間以上の訓練を受け、能力査定に合格しなくてはならない。各州は、有資格看護助手の登録制度を完備し、入所者の虐待、あるいはケアの怠慢がみられた者のリストを管理する。
- すべての施設は、24時間ベースで登録看護婦を配置しなければならず、登録看護婦については、8時間単位で週7日配置する必要がある。上記に関しては、職員採用が不可能な場合は免除されることもあるが、その際には入所者とオンブズマン双方にあらかじめ通知されなくてはならない。
- 各施設は、ケア計画の基礎として、包括的なニーズ・アセスメントを入所時および少なくとも年1回は実施しなければならない。
- ナーシング・ホームは精神障害を有する者に対して、適切な施設入所を行っているかを確認するため、入所前スクリーニングと年1回の入所者レビューを実施しなければならない。
- ナーシング・ホームは、不適切な移動や退所の防止を含む、入所者の権利遵守、および擁護をしなくてはならない。
- 各州は、基準に合致しない施設に対して罰則規定を設けなければならない。罰則には、罰金の徴収、新規償還の拒否、基準遵守

が実施されるまでの一時的な管理者の派遣、を含む。

OBRA '87は、1990年10月より施行され、規定を遵守しない州は、メディケア、メディケイドへの参入権を失う可能性がある。

### 3. 統一の入所者アセスメント —MDSとRAPsの開発—

「ケアの質」および入所者へのケア・サービス効果を評価、向上させる手段として、入所者の変化する状態を把握しうる、包括的で信頼性の高いアセスメント方式と、「ケアの質」を向上させるための教育的手法の開発が急務とされた。HCFAは、この研究・開発をいくつかの専門家および機関に委託し、その結果、綿密な信頼性と妥当性の検討をへて、MDS (Minimum Data Set) と RAPs (Resident Assessment Protocols) が完成した<sup>12)</sup>。

MDSは、ADLをはじめとする入所者の一般的な状態(残された諸機能、ニーズ、選好)を測定するアセスメント方式で、ナーシング・ホーム入所者を知るうえで最低限必要であると思われる評価項目が設定されている。各州は、MDS以外でも、これらの最低限の項目を網羅した独自のアセスメント方式を開発し、連邦の許可をうけてこれを使用することができる。MDSは、大項目A～Pより構成されており、登録看護婦によって、入所前(スクリーニング用)、入所時、および最低年1回実施されることが義務づけられている。また、3カ月に1度は、その状態に大きな変化がないかを確認する際にも用いられる。従来は、各々の施設が独自にアセスメントを行っていたため、行政が入所者の状態を統一した基準で把握することは不可

能であり、また、一度入所すれば、老人の状態の変化に関わりなく、一定のケア・サービスが退所時まで継続的に提供されることが多かった。しかし、MDSを定期的に用いることにより、状態に応じた適切なケア計画の策定と遂行が可能になる。また、登録看護婦にアセスメントの実施権を限定したことは、「PPS-DRGs」導入以後、とくに入所者の重度化が進んでいる<sup>13)</sup>なかで、職員の医療上の専門性が重視されていることを示している。

一方、RAPsは、MDSによって得られた入所者の状態に関する情報をもとに、その状態とケア・サービスとのギャップや問題点の発見につながるカギを提示し、ケア計画の見直しと変更を図るためのフレームワークを提供している。アセスメントが、アセスメントのためのアセスメントに終始し、具体的なケアやケア方針と必ずしも結びつかない問題点を克服し、RAPsは、アセスメント情報を有機的にケア計画にフィードバックさせ、ケアの質的向上へつなげる役割を果たす。また、入所者の現状に関するデータをもとに、将来的あるいは潜在的な問題状況や、リハビリテーションによる機能回復の可能性についても示唆を与えるよう働きかける機能も有している。また、一方的な「指示」としてではなく、あくまでも問題の認識とケア計画の見直しを主体的に促すアプローチによって、教育的効果をあげようとしている点が特徴である。

RAPsは、MDSによって測定された情報をもとに、18の課題領域を設定し、それぞれについて「引き金」(trigger)と呼ばれる、課題領域への該当を決める判断基準と、ケア上の問題発見やケアの見直しにつながる「手引き」を提示している。18の課題領域は以下のとおりである<sup>14)</sup>。

- |                  |            |
|------------------|------------|
| ・精神的錯乱・混乱        | ・痴 呆       |
| ・視覚機能            | ・コミュニケーション |
| ・ADL 機能／機能回復の潜在性 | ・失禁／カテーテル  |
| ・心理・社会的安寧        | ・心理状態      |
| ・問題行動            | ・活 動       |
| ・転 倒             | ・栄養状態      |
| ・経管栄養            | ・脱水・水分補給   |
| ・歯科ケア            | ・褥 瘡       |
| ・向精神薬の使用         | ・身体的拘束     |

MDS と RAPs の詳細については別稿に譲るとして、ここでは、18の課題領域の中から「問題行動」を例に、基本的な流れをごく簡単にまとめてみることにする。

### RAP：問題行動<sup>15)</sup>

- I. 課題（問題行動の特徴や典型的な処置方法などについての概要）
- II. 引き金（問題行動のある入所者群、および潜在群の2群を発見する）
  1. 1つ以上の問題行動が認められる〔\* H3a, H3b, H3c または H3d=1, 2 に該当〕  
\*は、MDS の項目につけられた番号。  
以下の説明ではこの部分は省略する。
  2. 問題行動に改善がみられ、かつ向精神薬、抗うつ剤を服用している。
  3. 問題行動に改善がみられ、かつ体幹または四肢拘束の特別処置を受けている。
- III. 手 引 き
  1. 問題行動の見直しと描写
    - a 問題行動の深刻さ、執拗さ、および変化の観察と評価

- ・問題行動の凝縮性、持続期間、頻度、行動パターンとその拡がり、本人と周囲に与える影響について検討

### 2. 特定可能もしくは解決可能な潜在要因の検討

#### a 認知能力の問題

- ・精神錯乱状態、アルツハイマーまたは他の痴呆、脳血管障害の影響

#### b 心理状態または対人関係の問題

- ・不安定な人間関係、悲嘆、焦燥、精神疾患

#### c 環境要因

- ・職員の対応、ストレスや暴力的入所者の存在、非日常的な日課

#### d 疾 病

- ・急性疾患の発生、慢性疾患の悪化、その他の疾病（例：肺炎、便秘、糖尿病）

#### e コミュニケーションの障害

- ・自己を理解させること、他人を理解することの困難

#### f 感覚器官の障害

- ・聴覚・視覚の機能障害

#### g 処置、管理的な手段の実施

- ・向精神薬、抗うつ剤、安定剤の服用、体幹・四肢拘束、行動療法の適用

\*の箇所にみられるように、すべての兆候となる状態や状況は、MDS の各項目と連動している。また、RAPs の各項目にはいくつかの質問が付されている。これは、アセスメントを行うケア職員が自らに問いかける形式になっており、前述したように主体性を重視した「教育的効果」が図られている。MDS と RAPs は、今

後の実践段階における評価によって再検討される必要があるだろうが、アセスメントとケア計画の見直しが必然的に一体化したもので、従来にない、効果的なケアの質的向上にむけての具体策といえるであろう。

#### 4. 入所者アセスメントの財政政策への活用—2つの事例—

統一化されたアセスメントによって得られる入所者に関わる情報は、ケア計画の見直し、ケアの質的向上に活用されるばかりでなく、従来の一律的な償還方式の見直しにも有効な手がかりとなりうる可能性を示唆している。本稿で取り上げるのは、MDSとRAPsが完成される数年前から州レベルで実施されているプログラムである。MDSとは方法論を異にし入所者アセスメントを、現在ほとんどの州で一律的な償還が行われているメディケイド償還システムに反映させている例である。今後、MDSとRAPsが全国的に実施されるなかで、その応用が議論される可能性が高いのではないかと思われる。基本的な考え方は、従来の長期ケアにおける償還方式には、入所者の機能水準が反映されていなかったこと、また、ケアの質が問われることなく償還が一律的・事務的に行われていたこと、の不合理を解消することにある。折しも、長期ケア費用の今後の財政的な圧迫が表面化している時だけに、「PPS-DRGs」がそうであったように、長期ケア領域においても、支払い方式の合理化を求める動きがおこるのは必至ではないかと思われる。

##### (1) 「ケース・ミックス」支払い方式

この方式は、ニューヨーク州のメディケイド

償還において用いられているもので、“ケース・ミックス”と呼ばれる入所者の類型別に、入所者にかかる資源利用の多少を指標化し、償還額へ反映させる方式である。従来の方法では、個々の入所者が要する資源量（ケアに要する諸経費）が償還額に反映されておらず、営利優先の施設が、重度患者の入所を制限し、軽度患者を好む危険性があった<sup>16)</sup>。こうした不公正な支払い方式を改善するためには、ケアの質的量的相違を反映した諸経費を算出する必要があるが、ケア総量を測るのに、最も重要な基準として着目されたのが入所者の機能水準である。これまで、施設特性（規模、形態、ケア水準等）をもとに、ケア経費を階層化しようとする試みはあったが、これでは、施設に重度入所者を歓迎する動機づけを与えることにはならず、「ケアの質」改善には直接的に結びつかない<sup>17)</sup>。このような観点から、入所者の機能水準を償還基準とし、手続き上は機能水準別の類型が償還の目安として考えられた。これによく類似しているのが、急性期医療の「ケース・ミックス」支払い方式のベースになっているDRGsである。ただ、急性期医療と長期ケアの決定的相違は、急性期医療においては、急性疾患による症状や経過がかなり普遍的であるため、それらを諸経費に換算する予見的な支払いが可能であるが、長期ケアではあまりにも個々のケースによる相違が大きく、予見的な見積りが不可能なことである。したがって、換算は疾患の一連の経過ではなく、入所日数を単位に行われる<sup>18)</sup>。また、入所者の機能水準を基準とすることは、SNF（高度の看護ケアを提供するナーシング・ホーム）、ICF（中間レベルのケア施設）等の異なる種類の施設間においても、入所者の状態把握を可能にする点で大きな長所がある。

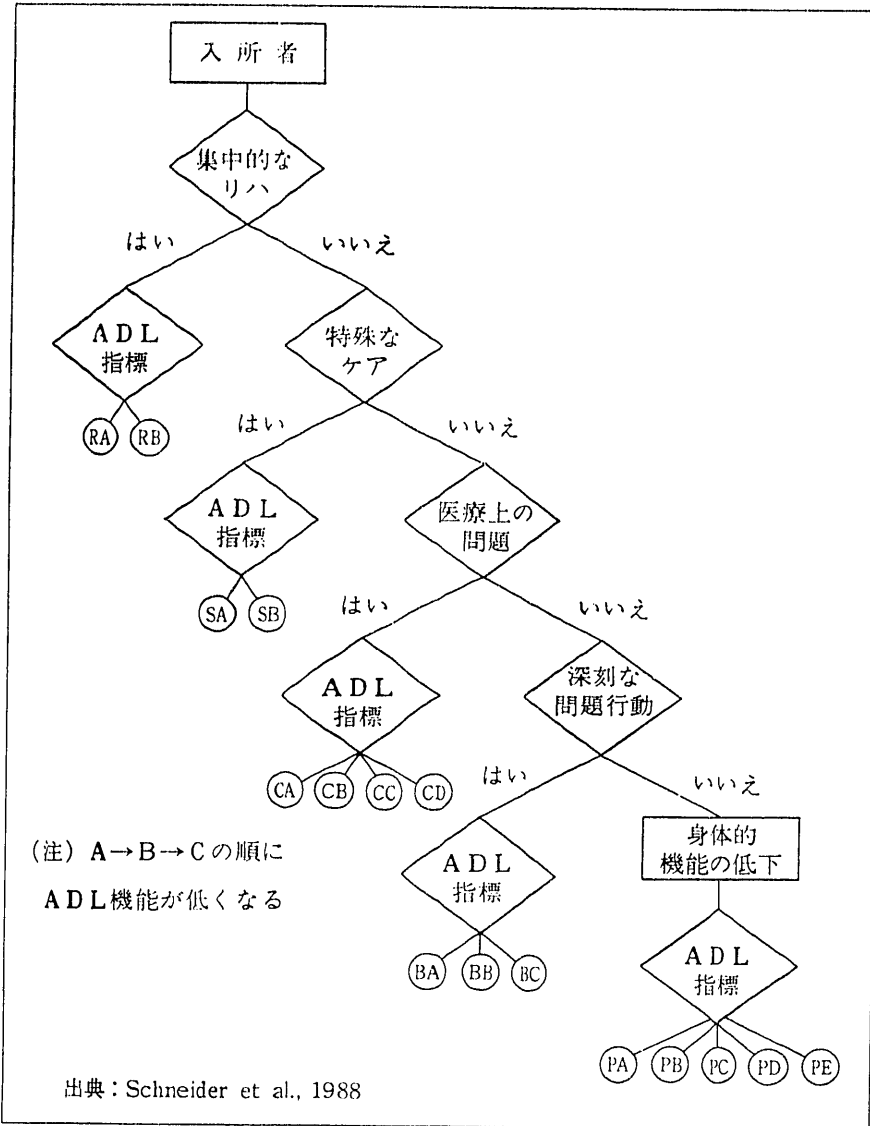


図1 RUG-IIによる分類方法

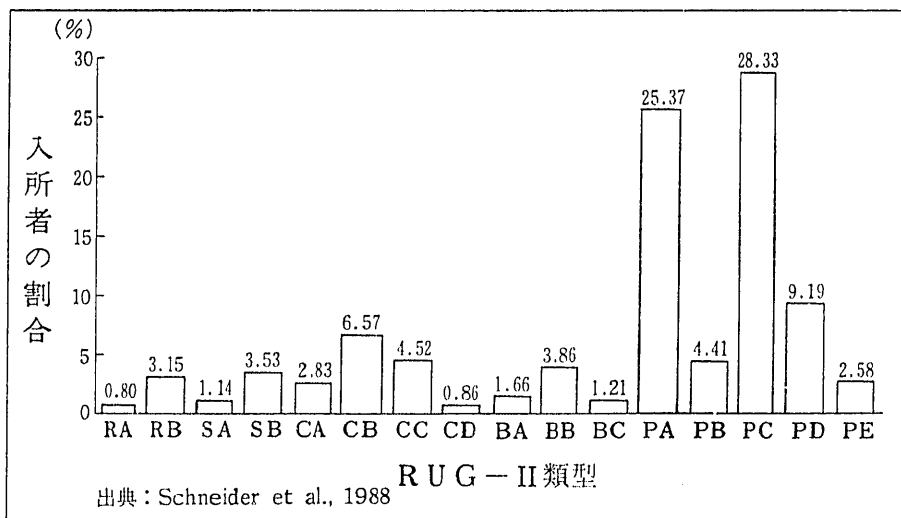


図2 RUG-IIによるニューヨーク州の入所者分布 (1987年4月)

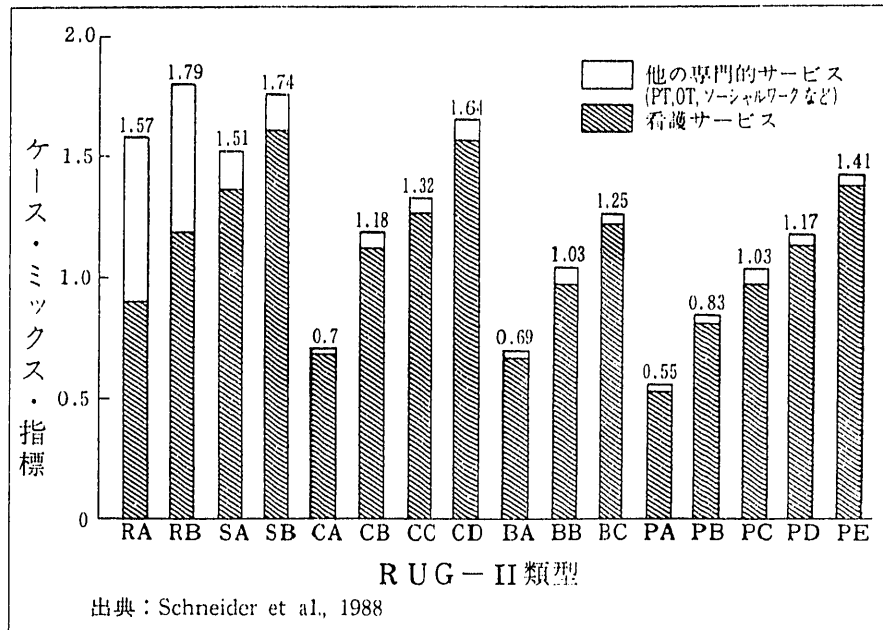


図3 RUG-II における「ケース・ミックス・指標」

この方式を実施するには、州のすべてのナーシング・ホームにおける統一的な入所者アセスメントによる類型化が必要となる。この類型方法の一つで、ニューヨーク州で採用されているのが、RUG-II (Resource Utilization Groups, Version II) と呼ばれる方法である<sup>19)</sup>。RUG-II は、入所者を必要なケアの専門性と種類によって階層化し、さらに ADL を組み合わせることによって、16の相互排他的なグループに分類する。ケアの専門性と種類は、具体的に①集中的なリハビリテーション→②特殊なケア→③医療上の問題→④深刻な問題行動→⑤身体的機能の低下、といった高度な専門的ケアから、よりニーズの低い日常生活動作の介助に至るよう階層構成される。ADL は、排泄 (軽い方から 1~3 点)、食事 (1~4 点)、移動 (1~3 点) の総得点によって得られる簡易式 ADL 指標によって表される (図 1 参照)。Schneider らの研究 (対象施設 52カ所、入所者数合計 3,427 人) 結果では、RA から PE までの 16 類型の度数分布は図 2 のとおりである。最も多いのは、P グループの、特

別なリハビリテーションや医療上の処置は必要ないが身体的機能の低下がみられるもので、全入所者の 7 割近くを占めている。具体的には、PA が ICF、より ADL 機能が低い PC が SNF の各施設の典型的入所者群ということになる。

次の課題は、各類型ごとにケアの量を測定し、指標化することである。ここで用いられている「ケース・ミックス・指標」は、給与に応じた職員のケア時間を自己記録方式で算出し、平均を 1 として指標化したものである。図 3 にみられるように、集中的なリハビリテーションを必要とする入所者のうち、相対的に ADL 機能が低い RB グループがもっとも多くのケア資源を要し、平均の 1.79 倍に及んでいる。他方、もっとも資源利用の低い PA グループは、平均の 5 割強足らずであった<sup>20)</sup>。この差が、最終的にメディケイドの償還に反映される仕組みとなっている。

(2) 「ポジティブ・インセンティブ」支払い方式

「ポジティブ・インセンティブ」支払い方式は、従来の罰則規定を中心としたケア管理システムとは対照的に、より積極的なインセンティブ、すなわち動機づけを償還システムに取り込むことによって、ナーシング・ホームにおける「ケアの質」を向上させようとするものである。イリノイ州では、1985年よりこの方式をメディケイドの償還に導入している。参加は強制ではなく、施設の意思にまかされている。積極的な動機づけとしては、6つの領域において、州および連邦が定めた「ケアの質」に関する基準をクリアした施設に対してのみ、基準に上乗せしたレートの償還を行う財政措置（メディケイド入所者1人あたり最高1日2ドル）がとられる。また、5つ以上の基準をクリアした施設には、“5つ星”マークが授与される。市場原理を巧みに利用したこの方式は、上乗せされる金額そのものはわずかであるとはいえ、Geronの調査報告によれば、1985年から89年における809のナーシング・ホームのうち、90%にも及ぶホームが登録している。そのなかで、1988年までに、27%の施設が5から6つの領域で基準をクリアしている<sup>21)</sup>。この結果は、財政的な誘因策が、「ケアの質」向上に対して極めて有効な手段になりえることを示唆している。具体的には、右表に示された6つの領域で、「ケアの質」がそれぞれ審査される<sup>22)</sup>。

一方、Geronは、基準の到達度を測る各々のアセスメント手法の妥当性についてはかなり疑問が残るとしている。例えば、入所者への面接調査のみによって、偏見や遠慮のない客観的な回答を得られるとは考えにくい<sup>23)</sup>。これは、

審査領域	審査の方法と基準
構造と環境	清潔さ、創造的な設計など。基準の審査は、現場視察とハードウェアの評価により実施される。
入所者の参加と選択	“意義ある活動”への参加水準と質。前者は入所者の参加割合、後者はケア計画のレビューによる入所者の興味や選択との一致が審査される。
地域と家族の参加	施設から地域へ、地域から施設への参加と交流度。入所者の地域への参加水準は最低1人平均週2時間。交流の質は、施設の報告をもとに8つの項目で審査される。
入所者の満足度	看護ケアへの満足度、職員の思慮深さなど、10項目について、入所者10人から20人に面接調査が行われる。
ケア計画	ケア計画が、医学、看護の診断に基づいた適切な目標を設定し、それらにむけてどの程度の進展がみられたかを、ケア計画のレビューと入所者への面接で審査する。
専門的・集中プログラム	退所計画、痴呆入所者への集中プログラムなど、施設は4種類以上の専門サービスを実施し、それらの報告書が査定される。

「ケアの質」、さらには入所者の「生活の質」を定義し、操作概念を明確化して測定することの難しさを示しているともいえる。しかしながら、ナーシング・ホームにおける「ケアの質」を測る一つの枠組みとしては、今後の検討に十分値すると思われる。

5. むすび

本稿では、長期ケア費用の効果的削減と、現場における「ケアの質」の確保・向上という、一見矛盾するかにみえる両者を、同時に解決し



ていこうとするアメリカの事例を、OBRA'87の制定を軸に検討してきた。そのなかには、我が国をはじめ先進諸国においても普遍的に適用可能な視点や方法が数多くみられる。それらは、次のようにまとめられる。

まず第一に、長期ケアにおける「ケアの質」の確保・向上をはかる責任を国が明言し、その具体的措置を講ずる必要性である。第2に、具体的措置は、従来の設置基準に偏重したハードウェア、罰則規定中心の規制から、ソフトウェアやサービス効果を重視した、入所者本位のケア・サービス体制を促す、効率的、教育的な働きかけへと移行している点である。また、第3として、入所者本位のケア・サービス体制づくりには、信頼性、妥当性が高く、全国共通に使用可能な統一のアセスメントによって、常に入所者の状態が把握され、ケア計画に反映しうる基礎資料が用意されていることが必要条件となる。その前提として、MDSのような、統一のアセスメント方式の開発が急がれたわけである。最後に、MDSやRAPsの完成までは、極めて科学的な作業手続きであったわけであるが、今後は、支払い方式への適用などをめぐり、それらの政治的活用への関心が高まることが想定される<sup>24)</sup>。

我が国では、長期ケア施設として、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームがそれぞれ多角的に配置されているが、ケアの内容は相互に混入しあっているのが実状である。また、これらの中で財源措置が異なり、措置費、療養費などが入所者のケア・ニーズに関わらず一律的に支払われている。21世紀の高齢社会を目前にして、長期ケア施設の量的拡充が推進されているなかで、その体系的な整備が必要とされるが、ケアの質、量に即応した施設整備と、それ

を可能にする一元的な財源方式が今後求められていくであろう。この必要性に照らして、上述したアメリカの事例は大いに参考になると考えられる。また、量的拡充とともに、入所者のプライバシーや選択権を含む「生活の質」を重視し、「ケアの質」を確保・向上させていくために、より具体的な施策や方法論に関わる論議が活発に展開されることが期待される。

#### 注

- 1) 467の疾病診断群 (Diagnosis Related Groups) と呼ばれる診断・処置分類群にもとづいた、定額前払い方式 (Prospective Payment System) による診療報酬支払い制度をいう。メディケアの入院給付に1983年以来適用され、医療行為の効率化を図る経済的なインセンティブを病院側に与えることを目的としている。
- 2) 岡本祐三「アメリカの老人医療と福祉」『海外社会保障情報』No. 89. 1989, pp. 10-16. において詳しく紹介されている。
- 3) メディケアによる長期ケア給付は厳しい日数制限があり、医師の指示による急性疾患後の療養に給付されるのみである。一方、メディケイドの適用にあたっては所得制限があり、給付内容も限定されている。
- 4) Pillemer, K. & Moore, D. "Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey by Staff" *The Gerontologists* Vol. 29, No. 3, 1989.
- 5) Morris, J. N., Hawes, Fries, B. E. et al. "Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes" *The Gerontologists* Vol. 30, No. 3, 1990, pp. 293.
- 6) 詳細については以下を参照されたい。  
Schneider, D. P., Fries, B. E., Foley, W. L., Desmond M., & Gormley W. J. "Case Mix for Nursing Home Payment: Resource Utilization Groups, Version II" *Health Care Financing Review/1988 Annual Supplement*.  
Fries, B. E., Ljunggren, G., & Winblad, B. "International Comparison of Long-term Care: the Need for Resident-Level Classification"

- Journal of American Geriatrics Society*. Vol. 39, No. 1, 1991, pp. 10-16.
- Select Committee on Aging, House of Representatives & Special Committee on Aging United States Senate. *Legislative Agenda for An Aging Society: 1988 and Beyond*. U. S. Government Printing Office, Washington: 1988.
- 7) Geron, S. M. "Regulating the Behavior of Nursing Homes Through Positive Incentives: An Analysis of Illinois' Quality Incentive Program (QUIP)" *The Gerontologists* Vol. 30, No. 3, 1990.
- 8) Morris, J. N., Hawes, Fries, B. E. et al. pp. 293-294.  
Morris, J. N., Hawes, C., Murphy, K., Nonemaker, S. *Resident Assessment Instrument; Training Manual and Resource Guide*. Eliot Press. MA 1991, pp. 2-3-2-4.
- 9) Morris, J. N., Hawes, Fries, B. E. et al. pp.294.
- 10) *ibid.* pp. 294.  
Schneider, D. P., Fries, B. E., Foley, W. L., Desmond M., & Gormley W. J. "Case Mix for Nursing Home Payment: Resource Utilization Groups, Version II" *Health Care Financing Review/ 1988 Annual Supplement*. pp. 39-40.
- 11) *FACT SHEET* AARP's Public Policy Institute FS4-2/91, 1991.
- 12) Morris, J. N., Hawes, C., Murphy, K., Nonemaker, S. *Resident Assessment Instrument: Training Manual and Resource Guide*. Eliot Press. MA 1991. このマニュアルに全容が記載されている。
- 13) 2) の岡本論文に詳しい。
- 14) Morris, J. N., Hawes, C., Murphy, K., Nonemaker, S. pp. 2-2.
- 15) *ibid.* pp. F-38-42.
- 16) Schneider, D. P., Fries, B. E., Foley, W. L., Desmond M., & Gormley W. J. pp. 39.
- 17) *ibid.* pp. 40.
- 18) *ibid.* pp. 41.
- 19) Select Committee on Aging, House of Representatives & Special Committee on Aging United States Senate. pp. 59.
- 20) Schneider, D. P., Fries, B. E., Foley, W. L., Desmond M., & Gormley W. J. pp. 49.
- 21) Geron, S. M. pp. 295-296.
- 22) *ibid.* pp. 293.
- 23) *ibid.* pp. 294-295.
- 24) Schneider, D. P., Fries, B. E., Foley, W. L., Desmond M., & Gormley W. J. pp. 39.
- (みどりかわ・じゅんこ  
東京都老人総合研究所・社会福祉部門)