老人の入院医療に関する医療保険の 種類別比較分析

Comparison of Medical Care of Inpatients Aged 70 or More with Different Medical Insurance

大阪大学医学部公衆衛生学教室

西 垣 千 春・多 田 羅 浩 三

Chiharu Nishigaki and Kozo Tatara

Department of Public Health, Osaka University Medical School, Osaka

A recent trend in the hospital care of old persons is for the patients to be older and for the stay to be longer. This study was on the hospital care of elderly inpatients in terms of bed-days, admission rate, diseases and insurance points paid with either National Health Insurance (NHI) or Social Health Insurance (SHI). Data were obtained from the medical insurance records for the month of January 1985 for inpatients aged 70 or more of H city, Osaka prefecture. The number of inpatients covered by NHI was 360, and that covered by SHI was 447.

More residents of this city aged from 70 to 79 were insured by NHI than by SHI, but fewer persons aged 80 or more. About half of the residents insured by NHI were men and half were women, but with SHI, twice as many insured residents were women.

The admission rate (number of inpatients per 100 insured persons) was 5.0 with NHI and 7.0 with SHI, which difference was significant. The number of inpatients per 10,000 insured persons who had diseases of the circulatory system, digestive system, musculoskeletal system and connective tissue with SHI was significantly higher than that of inpatients with NHI. The proportion of inpatients with a long stay (one year or more) was 23%. The rate was significantly higher with SHI than with NHI. With NHI, the proportion of patients who received more than 2,000 points of insurance payments tended to be higher than with SHI. The proportion of patients who received 1,000 to 1,499 points tended to be higher with SHI than with NHI.

The results suggested that social factors as well as medical ones affected the hospital care given to old persons. It is thought that especially women aged more than 75 tend to become insured by SHI, changing from NHI after the deaths of their spouses. This tendency caused the different structure of diseases or care at home, and a different situation in the medical care of elderly patients is observed. Thus, the recent trends in hospital care of elderly inpatients are more strongly affected by persons insured by SHI than by those insured by NHI.

Key words: National Health Insurance (NHI), Social Health Insurance (SHI), insured persons, admission rate, bed-days, insurance points
国民健康保険（国保）、社会保険（社保）、被保険者、受診率、在院日数、診療点数

は じ め に

国民医療費に占める老人医療費の割合は、昭和50年には13.4%であったが、昭和58年には22.8%にまで増大し

ている。70歳以上老人の受療率をみても、昭和50年には人口10万対18,750であったものが、昭和58年には21,517となっている。患者調査によると入院と外来別にみた昭和58年度の老人の受療率は、わが国の全年齢の受療率に

対して外来では2.6倍、入院では4.5倍と、外来に比して入院の受療率がとくに高率であった²⁾。また、医療費についても全体の伸び率が近年抑制の傾向にあったのに対して、老人の入院医療費は増加を続けている。

高齢化の進んでいるイギリスの調査では、老人の入院については、高齢になるほど、長期化の傾向が認められること、また、入院期間が6か月未満のものと6か月以上のものとを比較すると、半年間の間に退院するものの割合には2倍以上の差が認められたことが報告されている^{3,4)}。

わが国でも老人の入院については近年患者の高齢化、入院期間の長期化が指摘されており^{5,6)}、家族形態の変化に伴った介護機能の脆弱化により、入院に対しケアの代替的役割が期待されている場合も少なくない^{7,8)}。

これまでに行われた市町村における国民健康保険の診療報酬明細書の分析からも老人の入院については、在院日数が長いことなど、他の年齢層とは大きく異なった傾向の認められることが明らかにされている⁹⁻¹¹⁾。

健康な町づくりに先進的に取り組んできた地域として有名な沢内村や朝倉町では、保健婦の活発な訪問活動や健康診査の推進、医師の熱心な健康教育、また施設機能の十分な活用をはかることにより、地域の入院患者の減少、医療費の低下が成果として現れている^{12,13)}。老人医療の健全な運営を目指すためには、医療と保健、福祉を連動させていく体制づくりが各地の地域特性に即して取り組まれる必要がある^{14,15)}。

国民健康保険の実績によると、地域により老人の受診率に差があること^{16,17)}、また、保険の種類によって加入者の受療行動の量や潜在疾病量においても差のある可能性が日立市における国民健康保険と日立製作所日立工場の健康保険被保険者及び被扶養者の診療報酬明細書の分析から指摘されている。この中で女性の国民健康保険高齢者の受診率が高いこと、男性では国民健康保険に比べ健康保険の受診率が高いことが示されている¹⁸⁾。

老人医療受給対象者数をみると、全国の調査では国民健康保険老人医療受給対象者数が社会保険（本論では国民健康保険以外の保険をさす）の老人医療受給対象者よりも多く、3対2の割合となっていることもあり、これまで診療報酬明細書の分析については国民健康保険の実績を中心に行われることが多かった。しかし、高齢者を対象とした施策の充実をはかるためには、国民健康保険のみならず社会保険も含めた老人全体を対象として、入院の長期化、高齢化と関連する要因を明らかにしていく必要があるといえる。

そこで本研究では、国民健康保険および社会保険の別による老人保健法による入院医療について、患者の受診率および在院日数、点数、疾病の種類別の比較を行い、両保険における老人入院医療の特性を明らかにすることを目的として実施したものである。

対象と方法

分析の対象とした大阪府H市は、近年宅地化が進んできた大阪市近郊の中都市である。昭和60年1月の人口は約38万人、65歳以上の人口割合は6.1%であった。昭和59年より医師会、保健所、社会福祉協議会、市の保健課、老人福祉課を中心とした老人の在宅ケアの支援体制づくりに向けた熱心な活動が行われている。

本分析は、本市の昭和60年1月分の老人保健法による老人医療受給対象者の入院受診の実態について行ったものである。診療報酬明細書の件数は807件であり、保険の種類別の内訳は国民健康保険（国保）360件、社会保険（社保）447件であった。なお、分析に用いた年齢階級別の社会保険老人医療受給対象者数は各年齢階級の人口から国民健康保険老人医療受給対象者数を除いた人数である。

分析を行った項目は、在院日数および診療点数、疾病分類である。在院日数は診療報酬明細書に記載のあった入院年月日から算出したものである。疾病分類に関しては、国際疾病分類に基づいて区分を行い、複数の病名が記載されている場合は、入院の要因となっていると推定される病名を複数の医師の判断により決定した。また、受診率は、老人医療受給対象者100人あたりの老人入院医療受給者数である。なお、疾病分類別の受診率は老人医療受給対象者1万人あたりの老人医療受給者数で示した。本市の昭和59年度の老人の入院療養給付の状況は、大阪府が公表している「老人医療事業の概要」によると、年間の総入院件数は13,666件であった。

在院日数の分析にあたっては、少数の非常に長い入院患者の在院日数が全体に大きな影響を与えることを考慮して、5年未満の入院患者について分析を行った。なお、点数の分析についても在院日数と同じ患者を対象として行った。

昭和59年度のH市内の医療機関数は病院が26か所、診療所が193か所であった。病床数は病院が4646床、診療所が192床の計4838床であった。

結 果

1) 老人医療受給対象者

老人医療受給対象者数を保険の種類別にみると、総数

では国保老人医療受給対象者が半数強を占め、やや社保老人医療受給対象者数を上回った。しかし年齢階級別にみると、70歳代では国保老人医療受給対象者が多かったが、80歳以上では社保老人医療受給対象者の方が多く、年齢階級の間で相違が認められた。

男女別には、男性では国保老人医療受給対象者が63.7%、社保老人医療受給対象者が36.3%であり、国保は社保の約2倍であった。女性では国保老人医療受給対象者が45.6%、社保老人医療受給対象者が54.4%と社保が多かった。

なお、これを保険の種類別に男女の比率をみると、国保では男48.8%、女51.2%とほとんど差はなかった。社保では男31.3%、女68.7%と女性が男性の約2倍となっていた (Table 1)。

2) 受診率

保険の種類別に受診率をみると、国保では5.0、社保では7.0であり、社保の老人医療受給対象者の受診率が有意に高かった。どの年齢階級でも社保の受診率が高率であった (Table 3)。

さらに受診率を疾病分類別にみると、新生物では国保老人医療受給対象者が高率を示したが、その他の症病においては社保の老人医療受給対象者に高率のものが多かった。とくに循環系の疾病では老人医療受給対象者1万人あたりの人数が、国保では264.6、社保では372.9、また筋骨格結合組織の疾病では、国保が29.1、社保が96.7、消化器系の疾病では、国保が19.4、社保が48.4であり、社保の受診率がそれぞれ有意に高率であった (Table 4)。

Table 1 Number of insured persons by type of insurance, sex, and age.

Age	Number of insured persons								
	National Health Insurance			Social Health Insurance			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
70~74	1859 (52.7)	1863 (50.4)	3722 (51.6)	815 (40.7)	1851 (42.0)	2666 (41.6)	2674 (48.4)	3714 (45.9)	6388 (46.9)
75~79	1072 (30.4)	980 (26.5)	2052 (28.4)	571 (28.5)	1352 (30.7)	1923 (30.0)	1643 (29.7)	2332 (28.8)	3975 (29.2)
80~84	441 (12.5)	538 (14.6)	979 (13.6)	429 (21.4)	778 (17.7)	1207 (18.8)	870 (15.7)	1316 (16.2)	2186 (16.0)
85~	153 (4.3)	313 (8.4)	466 (6.5)	188 (9.3)	425 (9.6)	613 (9.5)	341 (6.2)	738 (9.2)	1079 (7.9)
Total	3525 (100.0)	3694 (100.0)	7219 (100.0)	2003 (100.0)	4406 (100.0)	6409 (100.0)	5528 (100.0)	8100 (100.0)	13628 (100.0)

Numbers in parentheses are percentages.

Table 2 Number of inpatients by type of insurance, sex, and age.

Age	Number of inpatients								
	National Health Insurance			Social Health Insurance			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
70~74	61 (38.4)	67 (33.3)	128 (35.6)	33 (26.2)	81 (25.2)	114 (25.5)	94 (33.0)	148 (28.4)	242 (30.0)
75~79	50 (31.4)	49 (24.4)	99 (27.5)	38 (30.2)	103 (32.1)	141 (31.5)	88 (30.9)	152 (29.1)	240 (29.7)
80~84	35 (22.0)	53 (26.4)	88 (24.4)	32 (25.4)	84 (26.2)	116 (26.0)	67 (23.5)	137 (26.2)	204 (25.3)
85~	13 (8.2)	32 (15.9)	45 (12.5)	23 (18.3)	53 (16.5)	76 (17.0)	36 (12.7)	85 (16.2)	121 (15.0)
Total	159 (100.0)	201 (100.0)	360 (100.0)	126 (100.0)	321 (100.0)	447 (100.0)	285 (100.0)	522 (100.0)	807 (100.0)

Numbers in parentheses are percentages.

Table 3 Admission rate by type of insurance, sex, and age.

Age	Admission rate ⁺								
	National Health Insurance			Social Health Insurance			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
70~74	3.3	3.6	3.4	4.0	4.4	4.3	3.5	4.0	3.8
75~79	4.7*	5.0*	4.8*	6.7	7.6	7.3	5.4	6.5	6.0
80~84	7.9	9.8	9.0	7.5	10.8	9.6	7.7	10.4	9.3
85~	8.5	10.2	9.7	12.2	12.5	12.4	10.6	11.5	11.2
Total	4.5*	5.4*	5.0*	6.3	7.3	7.0	5.2	6.4	5.9

+ : Number of inpatients per 100 insured persons * : $p < 0.05$ (compared to Social Health Insurance)

Table 4 Admission rate for different diseases by sex and by type of insurance.

Diseases ⁺⁺	Admission rate ⁺								
	National Health Insurance			Social Health Insurance			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
Infectious and parasitic diseases	5.7	8.1	6.9	5.0	11.3	9.4	5.4	9.9	8.1
Neoplasms	53.9	51.4	52.6**	34.9	38.6	37.4	47.0	44.4	45.5
Endocrine, nutritional and metabolic diseases, and immunity disorders	5.7	8.1	6.9	5.0	15.9	12.5	5.4	12.3	9.5
Diseases of the blood and blood-forming organs	2.8	0	1.4	0	6.8	4.7	1.8	3.7	2.9
Mental disorders	28.4	51.4	40.2	20.0	43.1	35.9	25.3	46.9	38.2
Diseases of the nervous system and sense organs	8.5	5.4	6.9	0	9.0	6.2	5.4	7.4	6.6
Diseases of the circulatory system	244.0	284.2	264.6*	379.4	370.0	372.9	293.1	330.9	315.5
Diseases of the respiratory system	22.7	16.2	19.4	25.0	13.6	17.2	23.5	14.8	18.3
Diseases of the digestive system	25.5	13.5	19.4*	39.9	52.2	48.4	30.8	34.6	33.0
Diseases of the genitourinary system	22.7	8.1	15.2	30.0	11.3	17.2	25.3	9.9	16.1
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	0	0	0	0	2.3	1.6	0	1.2	0.7
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	5.7	51.4	29.1**	49.9	118.0	96.7	21.7	87.7	60.9
Congenital anomalies	2.8	2.7	2.8	0	4.5	3.1	1.8	3.7	2.9
Symptoms, signs, and ill defined conditions	22.7	43.3	33.2	39.9	31.8	34.3	28.9	37.0	33.8
Total	451.1	544.1	498.7	629.1	728.6	697.5	515.6	644.4	592.2

+ : Number of inpatients per 10,000 insured persons, ++ : by International Classification of Diseases 9, * : $p < 0.05$ and ** : $p < 0.01$ (compared to Social Health Insurance).

受診率は、高齢になるほど高く、また男性よりも女性が高い傾向が認められた。

3) 在院日数

本分析の対象となった入院患者の総在院日数は18万7001日であった。これを保険の種類別にみると、国保が39.7%、社保が60.3%であり (Table 5)、また、平均在

Table 5 Number of inpatients, total bed-days, and total insurance points by sex and type of insurance⁺.

		National Health Insurance	Social Health Insurance	Total
Number of inpatients	Male	149 (55.8)	118 (44.2)	267 (100.0)
	Female	185 (38.8)	292 (61.2)	477 (100.0)
	Total	334 (44.9)	410 (55.1)	744 (100.0)
Total bed-days	Male	26441 (45.2)	32070 (54.8)	58511 (100.0)
	Female	47850 (37.2)	80640 (62.8)	128490 (100.0)
	Total	74291 (39.7)	112710 (60.3)	187001 (100.0)
Total insurance points	Male	5630859 (55.4)	4540168 (44.6)	10171027 (100.0)
	Female	6437445 (39.9)	9683888 (60.1)	16121333 (100.0)
	Total	12068304 (45.9)	16121333 (54.1)	26292360 (100.0)

+ : The table excludes patients who had been in hospital for 5 years or more.
Numbers in parentheses are percentages.

院日数は、国保222日、社保275日であった。

在院期間が1年以上5年未満の長期入院患者の割合をみると、保険の種別には国保では24.2%、社保では31.0%を占め、社保の長期入院患者の比率が高かった (Fig. 1)。

4) 点数

本分析の対象となったすべての入院患者の総点数は2629万2360点であった。保険の種別には、国保が45.9%、社保が54.1%であった (Table 5)。1日あたり点数の平均は国保が1763点、社保が1550点であった。

点数階級別にみると、1日あたり点数では、男女とも国保において、2000点以上の高点数の者の比率が高く、社保では1000点から1500点までの中間の点数の者の比率が高かった (Fig. 2)。

5) 5年以上の入院患者

5年以上の長期入院患者は、国保では男が5人、女が8人であった。社保では男が2人、女が7人であった。年齢をみると国保では70歳代が10人、80歳代が3人、社保では70歳代が5人、80歳代が4人であった。疾病分類には国保では半数以上の7人が循環系の疾病であったが、社保では、循環系と精神障害がそれぞれ3人ずつで、筋骨格結合組織が2人であった。1日あたり点数は、国

Fig. 1 Proportion of inpatients with a long stay by sex and type of insurance.

Fig. 2 Distribution of insurance points per day by type of insurance

保では1000~1499点が7人, 999点以下が5人で, 1人が1500~1999点であった。社保では, 7人が999点以下の低い点数の者であり, 2人が1000~1499点であった。

考 察

1) 国民健康保険と社会保険の入院医療の比較

入院医療には社会的要因が関与していることが多いということが指摘されている^{19,20)}。特に老人については, 近年, 患者の高齢化, 入院期間の長期化の傾向がいわれ, 医療以外の要因が, 老人の入院に大きな影響を与えているとされている^{21,22)}。

今回, 老人入院医療を国民健康保険, 社会保険の別に比較分析を行ったところ, 受診率および在院期間に差のあることが明らかになった。同じ老人医療でも, 保険の種類によって, 入院の実態に相違があるということは, 医療以外の要因が近年の老人の入院の特徴をつくり出していることを示唆している。

まず, これらの相違を生み出すひとつの要因として考えられることは, 国保老人医療受給対象者と社保老人医療受給対象者の特性の違いである。

老人医療受給対象者の人数は総数では社保よりも国保が多かったが, 年齢階級別の分布では, 70歳代では国保の老人医療受給対象者が多く, 80歳代では社保の老人医療受給対象者が多かった。また, 性別にみると女性では, 75~79歳以上の年齢階級では社保の老人医療受給対象者の占める比率が高くなることが認められた。これらの傾向は, 退職者国保への加入状況, また, 男性の平均寿命などを勘案すると, 夫の退職後, 夫婦で国保に加入するものが多いが, 夫の死亡後, 女性が, 息子や娘の社保の被扶養者に移行する機会が多いのではないかと推察される。この結果は介護必要度の高い高齢になるほど, 国保老人医療受給対象者から第二世代の者の同居者として社保の被扶養者になる者が多いことを示しているといえる。

今後高齢者の人口の増加とともに, 75歳以上あるいは80歳以上のような高齢者が入院患者全体に占める割合は増大することが予測される²³⁾。これらの年齢の者の中で, 国保から社保の老人医療受給対象者に移行するものが多いと, 老人医療受給対象者における社保の比率がますます大きくなっていくことが考えられる。

この点からも, 国保入院医療とあわせて社保入院医療についても, その実態の推移を明らかにしていく必要があることが強く示唆されている。

2) 国民健康保険と社会保険の受診率の比較

昭和59年の患者調査によると, 全国の70歳以上の者の入院受診率は人口1万対529であり, H市の老人医療受給対象者1万あたりの患者数(受診率)は592であった。年齢階級別にみると, とくに80歳以上でH市は全国を上回っていた。疾病分類別の入院受診率では, 循環系, 筋骨格結合組織の疾病など, 高齢者に多く, 在院期間の長い傾向にある疾病において, H市が全国より高い受診率を示していた。

また, 全国の国保とH市の国保を比較すると, 総数の受診率では全国が8.2であるので²⁴⁾, H市(5.0)が低かったが, 疾病分類別の受診率では差は認められなかった。

これらの結果からすると, H市の老人の入院医療の受診率について, 国保の受診率は全国よりも低かったので, H市の老人入院医療の高い受診率は社保の高い入院受診率によるものであると判断される。

全国の老人の国保と社保の老人医療受給対象者数の比は3対2と国保が多い。また, 国保における60~69歳の者(高齢加入者)の割合は12.6%, また70歳以上の者の割合(老人加入率)は12.5%であるのに対し, 政府管掌保険の老人加入率は4.3%, 組合管掌保険では2.9%である。このように国保は社保に比してみかけ上老人医療受給対象者の比率が高率であり, このため老人の入院医療に関しては, 従来老人医療受給者の比率の高い国保の実態を中心に分析が行われることが多かったと考えられる。

しかし, 今回の分析の結果からするとH市では, 社保老人医療受給対象者の受診率がすべての年齢階級において国保老人医療受給対象者よりも高率であり, 在院日数の分布においても社保老人入院医療受給者の占める割合は国保老人入院医療受給者の占める割合の約1.5倍となっていた。

以上の結果からすると, 近年の老人入院医療の動向や特徴に対し, より大きな影響を与えているのは国保老人医療受給対象者よりもむしろ社保であると判断される。

3) 国民健康保険と社会保険の老人医療受給対象者の入院医療の内容

国保老人入院医療受給者では在院日数が短く, 1日あたり点数の高い者の割合が大きかった。一方, 社保老人入院医療受給者では, 在院日数が長く, 1日あたり点数の低い者の率が高かった。老人医療受給対象者の性別, 年齢階級別人数分布からみると, 80歳未満の国保老人医療受給対象者は社保老人医療受給対象者に比して配偶者が存在する者が多いと考えられ²⁵⁾, 介護が必要になったときにも家庭での介護を期待できる場合が多いと推察される²⁶⁾。

また、社保老人入院医療受給者では循環系疾患の受診率が高かった。循環器の疾病の特性として介護ニーズの高いことがあり²⁶⁾、第二世代の同居者の比率が高いと考えられる社保老人医療受給対象者では入院に頼りがちになると推察される。同じH市の調査では三世代同居世帯のねたきり老人の場合、介護を要するようになったため同居を始めたものが約3割と多く、同居により、家族間の人間関係のトラブルや住居の問題などの様々な影響が家庭内におこっていることが報告されている²⁷⁾。また、80歳以上の脳血管疾患による入院患者では、死亡による退院の者の比率が非常に高いことなども報告されている²⁸⁾。このように、患者を支える家庭の状況の違いが入院医療の内容に影響を与えていることがうかがわれる。社保老人入院医療受給者は国保老人入院医療受給者に比して、とりまく環境にはむしろ課題が多いと考えられる。この点からも社保老人入院医療受給者に対しては、国保老人入院医療受給者にもまして強力な施策の実施が必要であると判断される。

4) 老人の入院状況の改善について

老人の入院医療に対し、病床数の削減、在院日数の短縮に取り組み、成果をあげているイギリスでも、老人の病床占有率の高さは問題となっている²⁹⁾。

長期療養者（慢性疾患患者）の場合には入院中に退院後のケアと治療、予後の計画をたてる必要性、また、在宅ケアを効率的に実施するには、病院が福祉部門や精神科領域と協力していく必要性が指摘されている^{29,30)}。

今回の分析では、5年以上の長期在院患者は22人と少数ではあったが、その特性をみると慢性疾患が多く、1日あたり点数は低かった。治療の対象よりもむしろケアの対象であると考えられる。

老人の入院受診の現状を改善していくためには、在宅での援助体制の強化、受け皿としての施設の充実が前提条件として必要である。地域において、在宅ケア推進のための組織づくりが提唱される中で、在宅でのケアを可能ならしめる条件は何か、また、どのような環境整備が必要なのか、そして、どのような人たちを施設ケアの対象としていくのかを明らかにしていかなければならない。信頼のおける主治医を持つ者と、持たない者では在宅療養に大きな違いがあること²⁶⁾、また家族類型により介護の担える範囲が異なることが報告されている⁷⁾。さらに、脳血管疾患等では初期のリハビリの影響が大きいにもかかわらず、老人の入院の割合が高い病院で、その設備が充分整備されていない現状も指摘されている²⁸⁾。老人の置かれている状況を把握し、介護者のニーズを正確につ

かんでいかなければならない。

これらの点に関連して、本研究は高齢者について、保険の種類により世帯構成や老人の疾病構造などに差があり、このため医療への関わり方に差異の存在することを示唆している。老人の入院医療の改善をはかるためには、この点をふまえた在宅ケアの推進が必要であると考ええる。

ま と め

1) 大阪府H市の昭和60年1月における老人医療受給対象者数は13,628人であった。国民健康保険老人医療受給対象者と社会保険老人医療受給対象者別にみた場合、総数では国保老人医療受給対象者が多いが、75歳以上の年齢階級では、とくに社保の女性の比率の大きいことが認められた。

2) 昭和60年1月分の入院受診した老人の診療報酬明細書の件数は、国保360件、社保447件であった。年齢階級ごとの受診率をみると、どの年齢階級においても、社保老人医療受給対象者の受診率が国保老人医療受給対象者の受診率を上回っていた。

3) 診療報酬明細書の記載内容に基づいて、在院日数、疾病区分、診療点数を国民健康保険と社会保険の別に分析を行った。この結果、国保老人入院医療受給者では在院日数が短く、1日あたり点数の高いものの比率が高く、また、社保では在院日数が長く、1日あたり点数の低いものの比率が高かった。

4) 本研究から、老人医療受給対象者の社会的特性、とくに家族構成の相違により、入院医療への関わり方に差のあることが示唆された。

文 献

- 1) 厚生省；昭和59年度厚生行政年次報告書、(1986)。
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部；昭和58年患者調査、(1985)。
- 3) L.J. Donaldson ; Outcome of Admissions of Elderly People to Hospitals and Homes : A survey and Followup, Public Health, 98, 270-276 (1984)。
- 4) L.J. Donaldson ; Care of the elderly in hospitals and homes: foci of discontent, Journal of the Royal Society of Health, 5, 181-185 (1983)。
- 5) 大阪府医師会；老人患者に関わるアンケート集計結果について、(1984)。
- 6) 大阪府医師会；第2回老人患者に係るアンケート集計報告、(1985)。
- 7) 藤林千春、山田早苗；家族類型別にみたねたきり老

- 人と介護の実態, 老人問題研究, 第6号, 38-46 (1986).
- 8) 丸尾直美; 高齢化と医療・福祉総合化政策の課題, 健康保健, 11月号, (1984).
- 9) 多田羅浩三, 朝倉新太郎; 八尾市国民健康保険入院医療の実態, 八尾市市民経済部保険課・八尾市医師会・大阪大学医学部公衆衛生学教室, (1984).
- 10) 多田羅浩三, 朝倉新太郎; 吹田市国民健康保険入院医療の実態, 吹田市国民健康保険課・吹田市保険課・大阪大学医学部公衆衛生学教室, (1985).
- 11) 多田羅浩三, 朝倉新太郎; 摂津市国民健康保険入院医療の実態, 摂津市保健衛生部・摂津市医師会・大阪大学医学部公衆衛生学教室, (1985).
- 12) 新庄文明, 黒田研二; 沢内村の保健事業, 多田羅浩三他編, 市町村の保健事業, 91-134 (1984).
- 13) 藤林千春, 黒田研二; 朝倉町の保健事業, 多田羅浩三他編, 市町村の保健事業, 373-405 (1984).
- 14) 藤林千春, 朝倉新太郎; 地域における保健・医療・福祉サービスの組織的展開, 公衆衛生, 50, 9号, 605-610 (1986).
- 15) 塚本哲人他; 地域と老人—在宅, 施設, 病院の連携による地域老人福祉の確立をめざして—, 老年社会科学, 6, 2号, 4-24 (1984).
- 16) 村上正孝, 森口祐一, 西岡秀三; 高齢者受診率の増加傾向と地域的要因, 厚生 の 指標, 33, 10号, 22-27 (1986).
- 17) 佐久間淳; 人口高齢化, 社会経済的要因と老人医療, 厚生 の 指標, 31, 21-30 (1984).
- 18) 村上正孝, 小川 清, 森口祐一, 西岡秀三; 国保と健保加入者の受診構造についての検討, 日本公衛誌, 31, 4号, 177-185 (1984).
- 19) 多田羅浩三, 大石 充, 新庄文明, 黒田研二, 朝倉新太郎; 大阪府S市国民健康保険患者の在院日数の推移に関する分析, 日衛誌, 42, 618-632 (1987).
- 20) 黒田研二, 稲福重夫, 辻 美子, 丸山 創, 多田羅浩三, 朝倉新太郎; 精神科入院患者の在院期間と関連する諸因子, 日本公衛誌, 31, 241-249 (1984).
- 21) 前田信雄; 高齢者の入院費用の高低に関する研究—地域差の分析—, 社会 保 障 研 究, 19, 56-59 (1983).
- 22) 水野 肇; 医療の将来像, 週刊社会 保 障, No. 1441, 18-20 (1987).
- 23) 岩崎 栄, 鹿野直子; 老人保健施設問題について, 週間社会 保 障, No. 1441, 14-17 (1987).
- 24) 国民健康保険の実態 昭和59年版; 国民健康保険中央会, 都道府県国民健康保険団体連合会.
- 25) 国民健康保険実態調査報告; 厚生省保険局調査課編, (1985).
- 26) 多田羅浩三, 朝倉新太郎; ねたきり者の診療・疾病・介護の実態に関する研究 (大阪府医師会ねたきり者実態調査報告書), 大阪府医師会, 大阪大学医学部公衆衛生学教室, (1986).
- 27) 枚方市ねたきり老人介護者 (家族) の会; ねたきり老人世帯調査報告書, (1986).
- 28) 中村文子; 老人医療にいま求められているもの, 厚生 の 指標, 10号, 36-45 (1986).
- 29) J. Grimley Evans; Institutional Care, Tom Arie, Health Care of the Elderly, 176-193, The John Hopkins University Press (1981).
- 30) Charlotte R. Krats; Care of the Longterm sick in the Community, Churchill Livingstone (1978).

(受付 1987年10月19日 受理 1988年1月8日)