

老人医療の現状と政策の流れ

石井 暎禧

- 1 変化が始まった日本の医療システム
2002年の診療報酬改定の意味するもの
- 2 医療改革の課題は効率化か？
- 3 施設に入っている人はどのくらいか
- 4 社会的入院の現状
- 5 老人病院,社会的入院の発生と合法化の流れ
- 6 終末期医療と入院医療費
- 7 終末期医療と政策
- 補1 老人介護施設のあり方
- 補2 在宅および特別養護老人ホームのターミナルケア
- 補3 終末期医療費はなぜ問題になったか

* 法政大学大原社会問題研究所は、研究所の全研究員が一堂に会する機会を設け、そこで研究員の意見を直接にうかがい、今後の運営・活動に活かしていくべく、毎年、研究員総会を開催している。石井暎禧氏の講演は、2002年2月27日（水）に開かれた2001年度研究員総会に先立って行われた。本稿は、当日の講演内容に加筆・補正していただいたものである。（編集部）

[石井暎禧 いしい・えいき]

1937（昭12）年 東京都生まれ

62（昭37）年 東京大学医学部医学科卒業
東京大学付属病院産婦人科へ入局

73（昭48）年 医療法人財団石心会（せきしんかい）設立に参画
石心会川崎幸病院院長（神奈川県川崎市）

74（昭49）年 石心会理事長

90（平2）年 石心会狭山病院院長を兼務（埼玉県狭山市）

現在 医療法人財団石心会理事長

狭山病院院長

日本病院会 理事

通信教育委員会副委員長

医療経済・税制委員会委員

広報委員会委員

著書 『医療と介護保険の境界』（雲母書房、共著）

『正しい高齢者医療改革に向けて』（非売品、共著）など。

医療法人財団石心会の石井でございます。

きょう、このような席にお呼びいただき大変光栄に思っております。私は現場の医者を十数年前にやめて、病院の経営者という立場で仕事をしております。たまたま3～4年前に、その立場から老人医療、ターミナルケアの問題で論争いたしました。昨年さらに同じ問題を終末医療費問題として第二弾の問題提起をいたしました。私の立場は現場の医療者であると同時に、医療費を経営者としての立場から見て、医療政策と格闘してきました。その角度から日本の医療費の話をしたいと思うのです。

1 変化が始まった日本の医療システム - 2002年の診療報酬改定の意味するもの

初めに、2002年4月に行われる診療報酬の改定を取り上げて見ましょう。2.7%引き下げの診療報酬改訂が決まっています。この2.7%というのは一体どういう意味を持つかが問題です。新聞論調では、保険料が上がり、また自己負担が多くなったので国民への負担は非常に大変だけれども、医療機関の負担は小さいのではないかと報道されています。しかし、病院ではこの2.7%の影響は結構大きいのです。どうしてかといいますと、日本の一般病院の利益率を見ますと、平均3%ぐらいなのですね。黒字病院だけを取り上げてみても5%ぐらいです。そこの2.7%ですから、大体现状の利益分はこれですっ飛ばすということになります。ですから、小さい数値ではありません。しかも今回の医療費改訂は厚生労働省も大変苦労しています。彼らもよく分かっています、単純に引き下げただけでは、病院が困る、そこで今回は幾つか特定療養費という名の差額徴収をとりなさいと言っています。保険医療の医療費の枠内では、この2.7%の減収は多分各病院とも消化できないだろうから、患者さんから個人負担で別個に取りなさいと言っているのです。これは日本の医療政策の大きな転換になります。いわゆる混合医療（保険医療と自費医療の混合）を医療の基本部分にまで認める第一歩になるかもしれません。個室については規制を緩和して3割ぐらいから5割に拡大してきましたが、これまでの差額徴収は医療の周辺部分に限定されていたと言えます。しかし差額徴収の適用範囲が特定療養費の拡大という名目で、原則なき拡大の様相を呈してきました。

特に入院180日以上对患者さんに対して、特定療養費制度を適用するという改定は、単なるお金の問題とはいえ、これからの医療体系の根幹を大きく変えていく可能性をもっています。いわゆる急性期と長期療養と分けていくのは、これまでも一貫した国の政策でしたが、今回これが非常に強まりました。医療費を抑制するために、社会的入院をなくしていかなければならなくなったからです。すなわち、「180日以上の人部屋代部分は自費でもらってください。これは医療上の必要から入院しているのではなくて、住居代わりに病院にいるのだから」、こういう話です。これは医療施設の機能を分化させていこうとする動きの一環です。

他方、急性疾患で入院した場合、入院期間が短いほど高い報酬を与える構造になっているのですが、この日数を更に縮める政策をとっています。例えば、最も高い（12,090円/日）入院料区分である「一般病棟入院基本料」の平均在院日数要件は従来の「25日以内」から「21日以内」に短縮されました。また、急性期加算、急性期特定病院加算の基準については、当初、これまでの「20日以内」から「16日以内」に変えようという動きがありましたが、さすがに抵抗があって「17日以内」という線に落ち着きました。とはいえ、この目標値であっても、おのおのの病院にとっては、クリ

アするのは大変なことだろうと思います。

このような「医療機関の機能分化」は、昨年暮、厚生省の医療改革案として中医協（中央社会保険医療協議会）に提出された『21世紀の医療供給体制の変革』において強く打ち出されました。今回の診療報酬改定はこの改革案に沿って展開されていますが、この流れはわが国の医療の進路にとってきわめて重要です。

第1に、急性期病床の配置目標について厚生労働省が「50万～60万床」という方向を明確に打ち出したことです。今までもアドバルーン的には「50万～60万床」という数字が取り沙汰されていたわけですが、今回の改革案の中では、五つの政策シミュレーションのうち三つがこの目標値を示しており、国の方向性は定まったと言って間違いのないと思えます。今回の改定における平均在院日数のしほり強化についても、この道筋で読みとってゆく必要があるでしょう。

第2に、平均在院日数の短縮が急性期病院として生き残れるか否かの最大の要件として登場し、今後ますますその傾向が加速されると予想されることです。今改定では平均在院日数21日以内を急性期として認めてゆく、しかも実際上は17日くらいを当面の標準値として考えようという意向が示されたと思われます。しかし、この程度では現在の病院状況を変えるのではなく、追認に過ぎません。わが国の病院の一般病床と療養病床との分化はある程度進んでいるのです。どこまで進んでいるかということ、平均在院日数をアメリカと同じ計算方法で算出すると、一般病院の平均在院日数はだいたい19日くらいになっているはずで、急性期病床の平均在院日数は18.4日くらい。その中で最も看護婦さんが多く配置されている、2対1看護体制をしいている病院を見ますと、過半数は平均在院日数が16日以下になっていますので、急性期病院の平均在院日数が14日にまで短縮されるのは時間の問題です。

今年の診療報酬改定は、そういう方向へ機能分化を確定し、促進させるものです。そして、そのことは、いわゆる社会的入院の是正が進むということを意味します。

2 医療改革の課題は効率化か？

国家財政の悪化につれて、医療費増加が重要な問題といわれています。日本の場合には医療費と言ったら、保険医療費のことを考えればほとんど済んでしまいます。それでは、何が問題か簡単にご説明したいと思います。

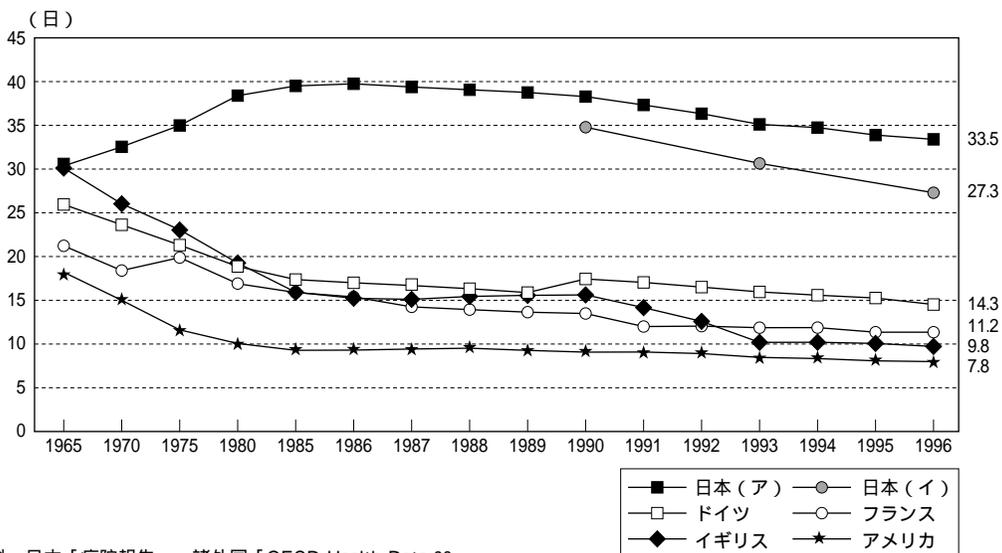
日本の保険医療費は、入院医療費が半分、外来医療費が半分です。病院と診療所で分けると、病院も外来診療をやっていますから、少し病院の取り分が多くなり、大体60%くらいになっています。世界的に見ますと、外来医療費は20数%ですから、これでも日本は外来が優遇されて、入院は余り重んじられていないと言えます。この日本の医療費の特徴は、これまで厚生省は誇らしげに言っていたように、きわめて効率性の高いものです。最近ではより効率的にするため、これは強調しなくなりました。日本の医療費はご承知のようにGDP比率で言うとOECD諸国のうちで第20位です。だから、世界的に見ると医療費に大きな配分をしていない国と言えます。しかし、日本の平均寿命は世界一ですし、最近厚生省が盛んに提唱している健康寿命でも断然トップです。だから常識的にみて日本の医療費の効率性は高いと言えるわけです。

そこで現在の医療改革の中心軸に効率性を置き、さらにそれを高めることが、果たして本当に意

味があるのかは大変疑問です。このシステムは一部をいじれば、全体に影響し、多分システムを全部変えないと同じだけの効率性は保てないと思います。現在は国民皆保険のシステムであり、自由開業制があり、フリーアクセスであり、公私の病院が競合するというシステムです。今このシステムの中で、医療供給は明らかにそれなりの競争の上で、一種の最適バランスに達して、この効率性を保っているわけですね。そうしますと、現状の効率的システムから何かを削っていったときに、果たしてこの効率性が医療を破壊することなしに成立するか吟味しなければいけないのです。単純に効率性を求めることが、真の効率性を達成するのでしょうか。確かに日本の入院期間は非常に長い。これも厚生省のデータでも前々から言われていることです。世界的に見たら非常に長いわけですね。これはよく知られたグラフ(図1)ですが、日本の場合には、世界各国が下がっていったのに拘わらず、日本は老人医療費の無料化に伴い、長くなっています。これは日本の特殊性だ、だから、短くしろと言うのですが、これも単純に信じ込んでしまうと、ちょっと問題が起こります。これは社会的入院が関係するからです。この社会的入院という概念は厚生省がここ数十年の間、定義がよく分からないとか、難しいとか言って逃げていた問題です。しかし最近はこの問題を厚生労働省も大きく取り上げてきています。介護保険ができていくときにも、この問題が一つのテーマであったこともご存じのとおりだと思います。

図1 人口当たり病床数の国際比較

我が国の平均在院日数は、近年減少傾向にあるものの、諸外国に比べ長い状況にある。



資料：日本「病院報告」、諸外国「OECD Health Data 98」

(注) 1. 「日本(ア)」は、「その他の病床」の平均在院日数、「日本(イ)」は「その他の病床」(療養型病床群等を除く)のみを有する病院の平均在院日数を、それぞれ病院報告の算定式により算出した。

2. 諸外国の平均在院日数の定義はOECDの統計に従った。

3. 諸外国の平均在院日数の算定の対象病床の範囲はOECDの統計に従った。(前掲)

3 施設に入っている人はどのくらいか

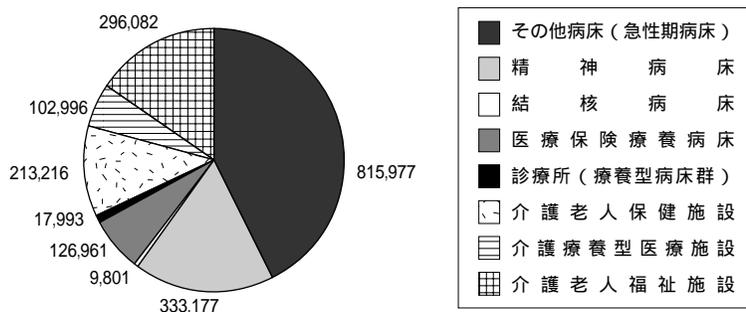
介護保険で、医療と介護との関係がもう一度問われるようになりました。それまでは、老人介護施設の不足の中で、病院が要介護高齢者を抱えるのは当たり前と考えられてきました。今日の研究

老人医療の現状と政策の流れ（石井暎禧）

会のテーマも一つは在宅ケアの問題だとうかがっていますし、私が終末期医療の問題や介護保険の問題に発言する羽目になったのは、我々の病院が約30年近く前から在宅医療に取り組んでいて、訪問看護ステーションも神奈川県では最も早期につくった事と関係します。在宅医療や老人ケアで一番大きな問題になる痴呆の問題についても、「ぼけ老人をかかえる家族の会」と一緒に、その当時から取り組んできました。そのため終末期医療や、医療費の問題について発言の機会が多くなったわけです。

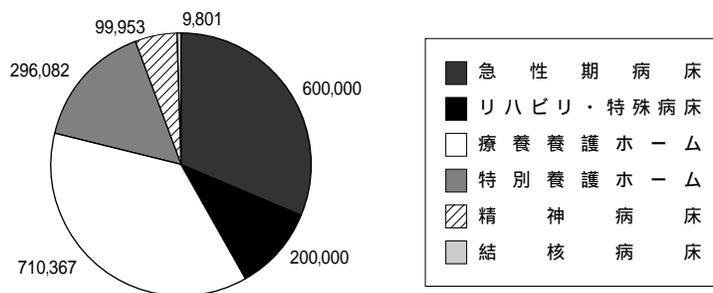
ここで病院に入院したり、介護施設に入所している人は、どのくらいいるのか、大づかみに見ておきましょう。この図（図2）は病院や特養ホームなど、入院・入所施設を全部いっしょにしたグラフです。もっとも大きいのが一般病床です。急性期病床とも言われています。その次が精神病床。つぎに大きいのは介護老人福祉施設すなわち特養ホームです。介護老人保健施設がそれに続いています。このようにさまざまな施設があって、介護を必要とするご老人を抱えている家族は、どこに入れるべきが分からず、大変困っているわけです。日本の施設類型は、大変混乱しているのです。

図2 入院・入所者数



次の図（図3）は、厚生労働省が狙っているのと同じように、わたくしが勝手にこの中に含まれる社会的入院を、療養病床や老人保健施設に振り分けて見たものです。そうするとどんな比率になるか。日本の一般病床は、大体50～60万床になります。それから精神病床も大きく減らしています。実は精神科にも非常に多くの社会的入院がいます。現在、精神病院床は大体30万床がありますが、精神科の治療のために使われている病床は、大体3分の1です。そこでは患者が3カ月以内に

図3 施設類型将来予測



入退院するペースで病床が利用されているのです。後は長期入院です。10年、20年という人もいます。これは社会復帰できない精神障害者が多い現実を示しています。先進的な医療機関では、病院の周りにアパートを借り切ったグループホームを作るという試みが始まっています。つぎに、20万床をリハビリや特殊病棟と仮定しました。根拠はあまりありません。回復期リハビリ病棟だとか、難病、植物状態のための特殊病棟などの類型が保険点数上で規定されていますが、どのくらい必要か、はっきりした数値はどこにもありません。しかし現状での実際的な使われ方は、こんなものかなと推測しています。

4 社会的入院の現状

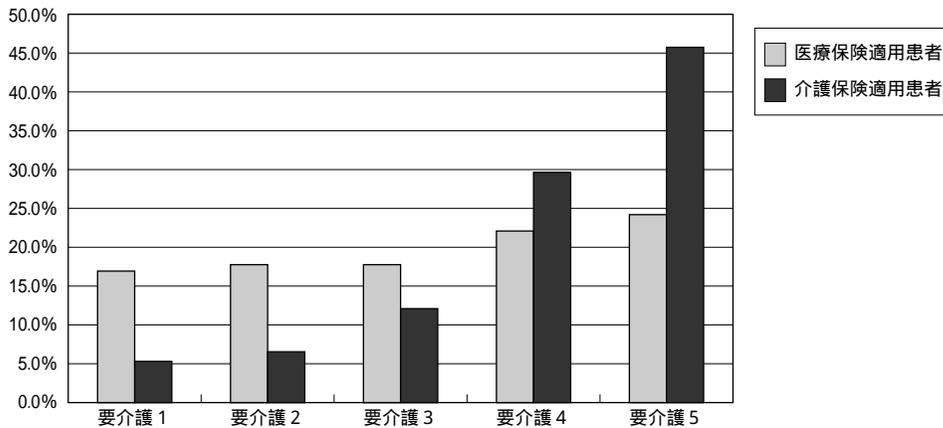
今度の診療報酬改定で最も注目されたのは、先に述べたように180日を超える入院日数の患者に特定療養費制度を適用するという改定でした。180日以上入院している人の多くは、介護施設への入所がふさわしいから、そちらに行ってもらうことを意図した制度です。実際には追い出されるか、自己負担分を月額4～5万円余分に払うかの選択が迫られることとなります。もともと介護保険ができるときに、療養型病床は、介護保険に入れるのか、医療保険に入れるのかの問題がありました。私は介護保険に入れるのは、本当は反対でした。「本当は」というのは、療養型病床と言ってもやはり病院ですから、入っている人を管理するシステムです。入っている人が一生強制・管理されて生活するのは、システムとしてふさわしくない。本来生活の場では出来るだけ自由に生活し、そこに医療が加わるという形にすべきです。病院に生活を持ち込むのでは限界があると、わたくしは思い反対しました。しかし、現実的にはなかなか難しいだろうと思っていました。だから、療養型病床が、実態として老人ホームであるならば、そこにも介護保険を適用するのはやむを得ないだろうと思っていただけです。

その当時の厚生省は療養型病床群を約19万床目指して施設整備をしようとしていました。老人病院の経営者も、将来は介護保険の方が有望だということで、一斉に一般病床を療養型病床に転換し始めました。これを見た厚生省の特に介護保険をつくっていた人たちはびっくりしたわけです。当時の転換のスピードと流れを見ますと、わたくしは大体35万床までいくのではないかと思いました。厚生省の人たちもそう思ったのでしょう。必死になって待ったをかけたのです。当時、わたくしたちが主催したシンポジウム中で厚生省から地方に出向していた担当官が証言しています。行政指導をやったわけです。さらに医療保険に残ることを可能にしました。介護保険の療養病床と医療保険の療養病床という、普通の人は違いが理解できない病床類型ができたのです。その結果、19万床までいかないで、16～17万床で止まってしまったのです。今になって、介護保険が出来たが、社会的入院が減少していないなどという発言はピントはずれです。もちろん行政指導だけでは、これほどの効果は期待できませんから、介護保険の報酬単価を想定されたよりちょっと下げ、医療保険に残った長期入院の方をやや有利にしたのです。医療保険でしばらく様子を見てみようと思わせるような価格設定をしたわけです。それで転換はびたりと止まる。どうなったかという、一つの病院が両方を持ったのです。介護保険の療養病床と、医療保険の療養病床です。医療介護の実質は変わらなくとも、当然経営的な使い分けをします。最初のうちは医療保険のほうに入れておき、半年過ぎた人から介護保険病棟に移すのが一般的なやり方となりました。医療保険病棟をもつ病院間でのたらい

まわしも残りました。自由度が高いし、介護保険の認定を受けなくても済みますから。

二つの長期療養制度が併存し、患者負担も違うとすると、その根拠が問われることになります。これに関するデータが医療経済研究機構と日本医師会のシンクタンクである日医総研（日本医師会総合政策研究機構）から同じような報告書としてまとめられています。ここでは医療経済研究機構のデータを紹介します。その意味がわかりやすいようにグラフを書き直しました。次のグラフ（図4）です。

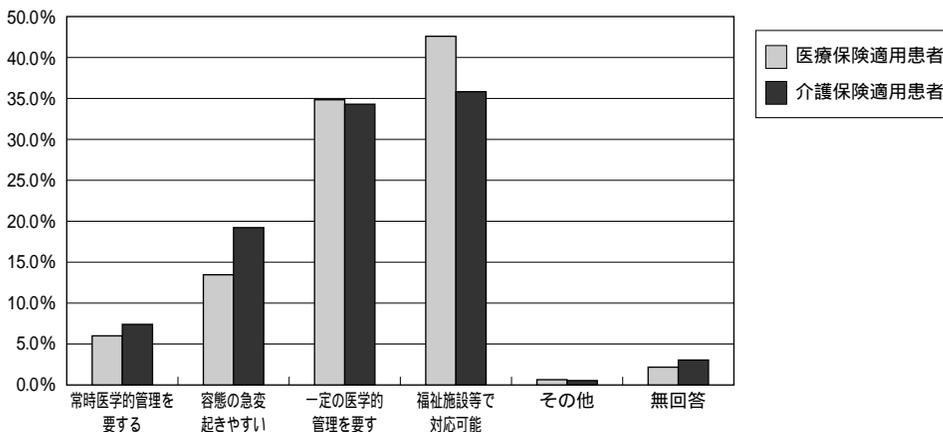
図4 療養型病床群における要介護老人の割合



入っている人たちの介護度です。生活自立度は医療保険のほうが高い。医療保険では、介護度で値段は変わりませんから、軽い人を入院させておく方が得です。その結果、手間がかかる人は介護保険の施設のほうが多くなります。しかし介護度が高くなると医療を必要とする人が増えますので、医療保険の施設に入れないのは矛盾です。

この事情は次のグラフ（図5）で明らかになります。医療保険と介護保険適用者の患者の状態、医療的にみた身体的状況です。これを見ますと、福祉施設等で対応可能というのは40%くらいです。「病状は安定しているが、一定の医学的管理を要する人」が30%くらい、この人たちも病院に入院

図5 患者の状態



させておく必要がある患者さんか疑問です。この人が動ける人だったら、外来通院で血圧の薬をもらえばいいわけです。寝たきりだとすれば、往診があればいいのです。ですから、もし家庭で介護できれば、自宅に帰ることができる人たちです。「容態の急変が起こりやすい」、このクラスになると、その施設の能力次第です。「容態の急変が起きやすく、常時医学的管理が必要な人」は、入院がいいでしょうね。こう見ると、現在の医療保険適用であろうと、介護保険適用であろうと、ほとんど差がなく7割方の方は病院に入院している必要はないのです。これが日本の長期入院医療の実態です。ですから、保険種別を問わず療養型病床群にいる人たちの多くは、介護施設としての機能を主に利用していると言えます。しかし、医療が必要な要介護者が入院する施設として想定されていた医療保険適用の療養型病床群の方が、どちらかという医療依存度は低いというミスマッチ傾向もはっきり示されています。これが社会的入院の数値の実態です。それなら、実態に合わせて施設の再編と整備をしなくてはならないと思います。

次のグラフ(図6, 7, 8)は痴呆老人の割合です。これを見ますと「社会的入院を減らし、在宅ケアを」といっても、それで済まない現実がよく分かります。痴呆老人の日常生活自立度というのを見ますと、介護保険適用の方に関する限り、ほぼ自立している方はほんの少しです。ほとんどの人は痴呆があるわけです。軽い痴呆まで含めると、療養型病床群、老健、それから特別養護老

図6 介護療養型医療施設の痴呆老人

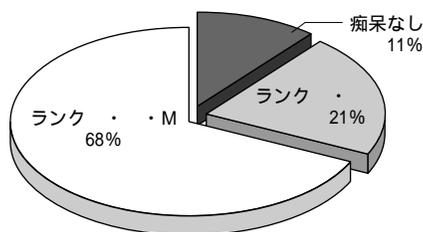


図7 介護老人保健施設の痴呆老人

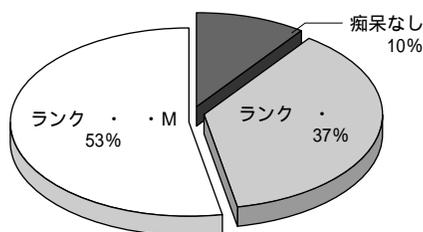
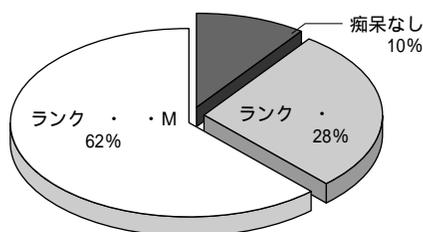


図8 介護老人福祉施設の痴呆老人



老人医療の現状と政策の流れ（石井暎禧）

人ホームの入居者の9割は痴呆であり、7割は相当重症で常時見守りが必要です。さらに「だれかが注意していれば自立という状態の人」を、家に帰せるかも問題です。痴呆の方を家族は夜昼無く見守ってられるかを考えると、家族介護で痴呆高齢者を介護することは困難なことです。

そこで、あるシンポジウムで私は「痴呆の介護を在宅で」という考えを基本に置かないほうがいいと、お話をしました。私の祖父と母がアルツハイマーでしたから、これはわたくしの実感でもあります。痴呆高齢者の介護を考えると、家族の感情で自宅介護が理想と考えるのではなく、本人のために現実的にどちらがいいか、よく考えることです。

5 老人病院、社会的入院の発生と合法化の流れ

多くの問題をはらむ我が国の介護システムの仕組みがどのように出来てきたか、歴史的な経過をお話したいと思います。なぜ日本の医療が諸外国と違ってこのような状況になってきたか。最大の原因は日本の高齢化が非常に急激だったことです。そのため、ほかの国が、例えば100年かかった老人施設の整備を一挙にやらなければならなかったため、遅れが著しいといえます。他方、医療については、国民皆保険制度ができ、老人医療費が無料化されるなど、介護より進んだシステムがつくられました。この段階で同時に特別養護老人ホームなどの施設を、どんどん造ればバランスがとれたでしょう。それをしなかったため、医療施設は過剰になり、介護施設は不足するというアンバランスができ、その後の老人病院問題などを生んでいます。ヨーロッパなどでは老人ホームは、基本的に自治体や慈善団体の施設として公的に整備されてきています。日本においてもそれができないはずはなかっただろうと思うのですが、基本方針もなく福祉の費用を安上がりでやろうと考えてきたことが仇になりました。特別養護老人ホームを造るとすると、建設費用は国や自治体がほとんど出して、運営費も同様ですから、国や自治体の負担が大きいのです。他方、老人病院は民間が投資資金を出し、運営費は社会保険からお金が出ますから、国が出す分は少なくて済みます。単純にこの差が現在の問題を生んでいるのです。厚生官僚の友人は当時「国が出す金が少なくてすむからね」と言っていました。

老人病院発生の理由には、介護施設が足りない他に、2つの経営的誘因があります。第1に医療費の無料化により、病院側の社会的入院受け入れが容易になり、第2に民間病院の経営逼迫です。医療費は、公的病院、民間病院を問わず、同じ基準で払われる一方、公的病院には、運営補助金と建設の補助金が出ます。普通の医療の面で公的病院とは経営的に民間病院は勝負にならない。その結果、民間病院は設備と人材の補給の差が診療内容の差を生み、急性期の患者さんが集まらず、脱落していく。患者が居ないから、需給関係では非常に売り手市場である老人の社会的入院をどんどん受け入れていく。

逆に考えると、老人医療費の無料化はビジネスチャンスだったわけです。老人病院は地価が高い人件費も高い都市部ではほとんど造られず、地価が安く人がいない辺鄙なところで造られました。患者がいまませんから、緊急性を要する普通の医療は成り立ちません。しかし、病院からも家族からも持て余された介護を要する高齢者は広域から集められます。社会的入院、老人病院はこうやって発生しました。

当然、これに対して批判が強く起こります。朝日新聞の大熊記者のキャンペーン、その後の富里

病院事件、安田病院事件など、いろいろ起こりました。老人病院批判が起こってくる中で、厚生省はこれに手をつけざるを得ませんでした。最初、厚生省は実態を追認していきました。病院の施設の基準とか、人員基準は、医療法に規定されております。しかし罰則がない義務違反でしかないもので、行政指導しかできず、ベッドを減らさせるか、つぶすという実効性を持つ政策をとることができなかつたのです。そこで現実を認めて、特例許可病院という制度をつくりました。特例と言うと、何か立派なように聞こえますが、この特例とは人員要件を満たしていない法律違反ではあるけれども、特例として認める、医者の数、看護婦さんの数が少なくとも、病院としてとりあえず認めて、ただし医療費の値段は安くするというのです。この制度は、近く廃止になりますが、社会的入院をこのように追認したのです。

ところが批判が大きくなってきたので、介護力強化病院という制度を作りました。薬漬け、検査漬けを防ぐために定額制にする一方、医者、看護婦は少なくともいいけれども、ヘルパーさんはたくさん置きなさい、そうすれば病院が成り立つようお金をつけますという制度です。さらに一層強力な利益誘導により進めたのが、療養型病床群という制度です。健康保険法上の規定を一步すすめて、医療法上の規定にして、法律上も合法化したのです。日本の行政は大体、お金先行です。我々の仲間では、保険局帝国主義というのですけれども、日本の医療行政に関して、医政局が国の政策や法律をつくるのですが、大体の場合保険局が先に現状に合わせて、お金のつけ方を決めて、それを後から法律が追いかけていくようです。一般病院と療養型病床群、この違いはどの程度かというところ、これは利益率に見事に反映しています。長期療養型病院の利益率が大体平均で7.5%、一般病院が3%という経営状況は何年間ほとんど変わりません。厚生省が毎年出している「医療法人の経営実態調査報告」に載っています。また、老健法で老人保険施設という介護施設類型も登場しました。このように社会的入院を徐々に合法化しながら政策誘導していった、介護施設としてまともな方向へ持っていくというのが、厚生省のこの間の政策でした。

さて介護保険が創設されるころ、今度は療養型病床群を介護保険にするのか、医療保険に留めるのかが問題になりました。現在でも論議的のです。これまでお話しした流れからは、これを介護保険適用として、社会的入院の最終決着とするはずでした。「療養型病床群は社会的入院にはあたらない」というのが当時の厚生省の見解となりました。療養型病床群と老人保健施設と特別養護老人ホームは実質上同じような人が入っているから一元化して、同一の施設体系にしようという話もありましたが、アドバルーンに終わりました。そこで外国にはない大変複雑な病院と介護施設の体系になりました。アメリカではホスピタルとナーシング・ホームという形の二つに分かれています。諸外国は大体そうです。老人ホームと病院という分け方です。ドイツでも、介護保険は老人ホームに適用されたのです。介護保険ができると同時に、名称はともかく、介護保険が医療保険のどちらに所属するかで、施設の性格・機能ははっきりすると期待されました。しかし、先に述べた事情により非常に中途半端に療養型病床群が二つに分かれることによって、これまたあいまいにされました。

しかし、昨年、医療保険改革が小泉政権で推進の方向が強まり、ともかく医療費を抑えろという話になりますと、医療保険の中に入っている療養型病床群のお金が問題になりました。冒頭述べた今年の医療費改定で、昨年の中医協における議論から登場した社会的入院問題が改定内容として登

場したのです。これらの動きは、高齢者が増えたため疾病構造が変わったというより、「老人医療費」をめぐってシステムが変化してきたのです。

6 終末期医療と入院医療費

3年前に私が終末期医療の問題を取り上げたのは、私の病院が緩和ケアに取り組んでいたからではありません。私の病院には緩和ケアに熱心なお医者さんがいますが、私はターミナルケアの専門家ではありません。経営者として、老人医療費全体の問題のなかでの、終末期医療費問題に興味を持ったのです。

私の論争相手だった広井さんたちには、二つの点で錯覚があったのではないかと考えています。医療と介護の仕事は、厚生労働省が想定するように、医療と介護があって、真ん中にグレー・ゾーンの問題があるという構造ではないと思います。諸施設を一例に並べて、位置づけるのでは、実態を把握できません。間違いになります。障害を持った老人は、どの人をとっても程度の差こそあれ、介護も医療も必要で、一つの線上に並ぶどれかを選択するようなものではないのです。介護と医療はベクトルが違うわけです。縦軸、横軸の片一方が介護であり、他方が医療とすると、必要とされる度合いは、平面のなかに散らばっていると考えてください。福祉のターミナルケアと病院のターミナルケアのどちらを選ぶかと考えたところに問題があったのです。

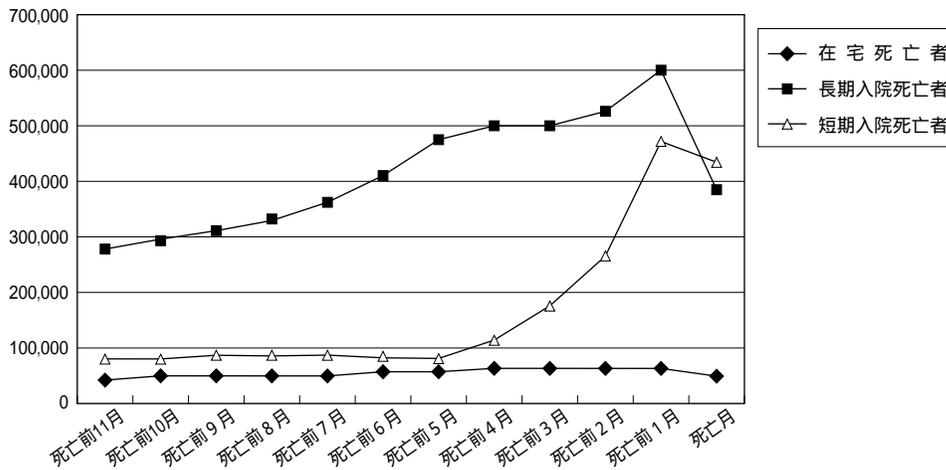
もう一つの錯覚は、終末期医療費が高いと認識されたことです。最初の論争のとき、私の批判点は広井さんたちの主張が事実上医療と介護の二者択一論になっていることに対してでした。「終末期医療費が高い、何とか減らしたい」という考えにも問題があると指摘しましたが、終末期医療費が本当に高いのかどうかを、本格的に論争しませんでした。広井さんたちは高齢者がどんどん多くなるにつれて、これが深刻な問題になると結論づけておられるのですが、これはちょっとおかしいなと思ったのですが、深入りしませんでした。

ところが医療保険改革が非常に問題になっていく中で、中医協等に広井さんも依拠した終末期医療費のデータが提出されて、終末期医療についての議論がされ始めました。その結果、医療制度改革の方針として、終末期医療の見直しがうたわれ、日本医師会の幹部もこれに賛同するという事態になりました。ただし提出された資料は広井さんのものではなく府川さんたちのものでした。ところが、府川さんの研究も広井さんの研究も元のデータは実は同じなのです。両者とも1993年に出された月別のレセプト・データを元にして、それを分析されたのです。しかし結論は正反対でした。広井さんは終末期医療費が問題だと判断され、府川さんは終末期医療費が高いとは言えないという結論でした。

これが広井さんのレポートの中にあるグラフ（図9）でして、死亡時に近づくにつれて、一人1カ月当たりの医療費が高まるように見えます。これは錯覚なのです。元データに間違いがあるわけではないのですが、データ操作でこんなグラフがかけられるのです。死ぬ寸前は終末期医療費が高いのだと頭に入ってしまうグラフです。これは広井さんだけではないのです。府川さんも同じデータを使っていらっしゃるから、同じようなグラフが書かれています。そのグラフが中医協に終末期医療費の検討資料として出されました。このときに私は府川さんの研究に注目したのです。

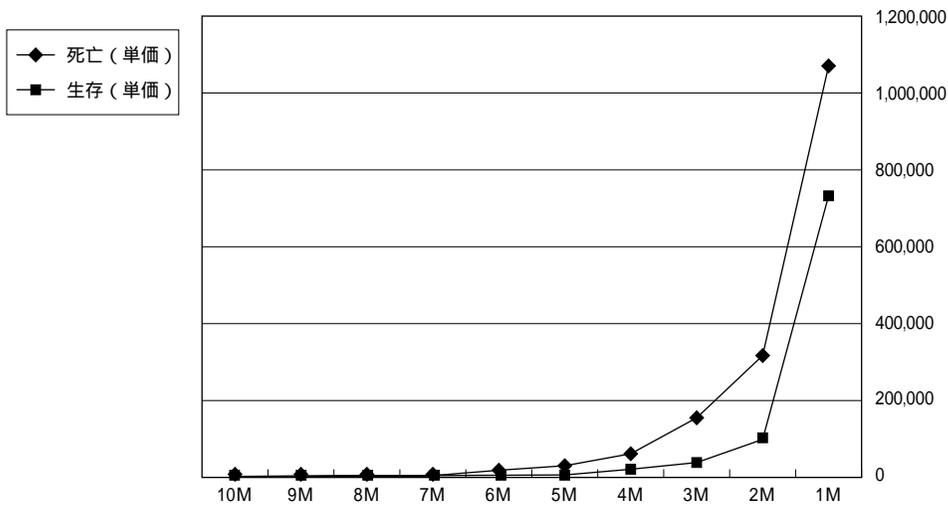
最初の論争の時、注目したのは、広井さんの報告書では、グラフには書かれていないが、表に登

図9 死亡前12ヶ月の医療費



場する数値を見ると、むしろ年齢が高くなるにつれて終末期医療費が安くなることでした。「高齢者が増えていくと、むしろ終末期医療費については下がるのではないかとわたくしは指摘したのですけれども、死ぬときは少々医療費がかかるのは当たり前と思いき、人間死ぬのは一回だけだから別に少々高くてもいいのではないかと、そのときは単純に思っていました。しかし府川さんの論文を直接見ますと、別に医療費が高くなるわけではない、入院する人が死の直前増えているだけだと結論づけられていました。この分析結果はさっと読んだだけでは、理解しにくいのです。他方、広井さんたちはこのグラフを見て単純に結論を出してしまわれた。なぜなのか。死亡した患者に余りに目が行きすぎたからです。死亡患者だけを取り上げて調べたのですね。生きている患者のことを考えていない。比べていないのです。終末期入院医療費というからには、終末期でない患者の入院医療費と比べなければいけなかったのだと思います。病院に入るときは死ぬためではないのです。何

図10 一人あたり月別入院費

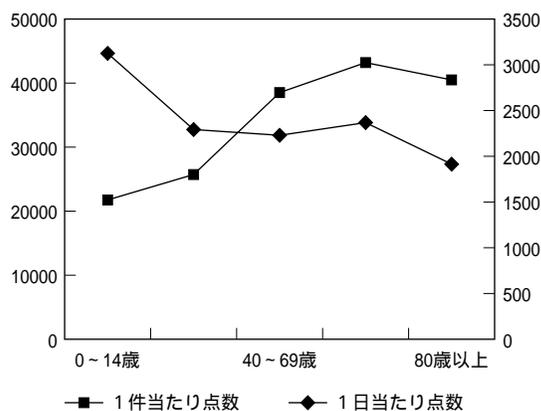


老人医療の現状と政策の流れ（石井暎禧）

とか治して帰りたいと思って入院し、病気を治療する。その結果、死ぬ人もいるし、生きて帰れる人もいる。生きて帰れる人と、死んで帰る人のこの差をターミナルケア医療費として見なければいけない。死んだ人の医療費だけ見たのでは、ターミナルケア医療費は分からないのです。次のグラフ（図10）を見ていただければ一目瞭然だと思います。これは私たちの病院に入院した患者さんのレセプト・データで、厳密に言うと手法が違いますが、似たようなデータ操作をやってみました。狭山病院の入院患者さん一人一人の、入院日数、一日あたり平均医療費を元にして、退院時からさかのぼって、30日ごとの医療費を計算し、各月ごとのデータを見たものです。そうしますと、死んだ人も、生きて退院した人も、ほとんど同じようなグラフを描くことが分かります。だから、死亡者だけ見ているといけないのです。じつはこのグラフは一人の患者に関しては、入院から退院まで一日当たりの入院費は平均値をとって一定と仮定しています。それにも拘わらず、死の直前に医療費が上がるようなグラフが描けるわけです。このグラフを、右と左をひっくり返して見ると、入院日からだんだんと医療費が下がるというグラフにもなります。この数値は入院している人と入院していない人の平均値ですから、いずれも入院していて医療費がかかる人が多い退院日や入院日に近い月の費用が多くなるのです。何の意味もないグラフなのです。

これらデータには、患者数だけでない要素も、多少含まれています。入院期間が短い人は、一日当たりの医療費が高いという事実があるからです。これは入院期間全体ではありませんが、ある月のレセプトから、一人1カ月当たりの入院費および一日当たりの入院費を年齢別に見ていったグラフ（図11）です。一日当たりの入院費は若い人が高く、年をとるにしたがって低くなる。入院日数は逆に長くなるという傾向が見取れます。しかし注意しなければならないのは、現状の日本の医療が多くは社会的入院、長期入院を抱えての数値であるということです。これは月ごとのレセプト・データですので、実際上の入院日数はこれでは分かりません。

図11 年齢層別入院医療費の推移



がんのターミナルケアの場合をみますと、平均入院日数は、私どもの病院で45日ぐらいになっており、年齢による変化は余りありません。全国的の緩和ケア病棟での平均在院日数も大体同じくらいですね。それで普通のがんの治療をして帰る方については、年齢が高くなるにつれて長くなります。若い人で18日ぐらい、高齢者で28日ぐらいになっています。この程度の差なのです。死亡者一

図12 平均在院日数全疾患

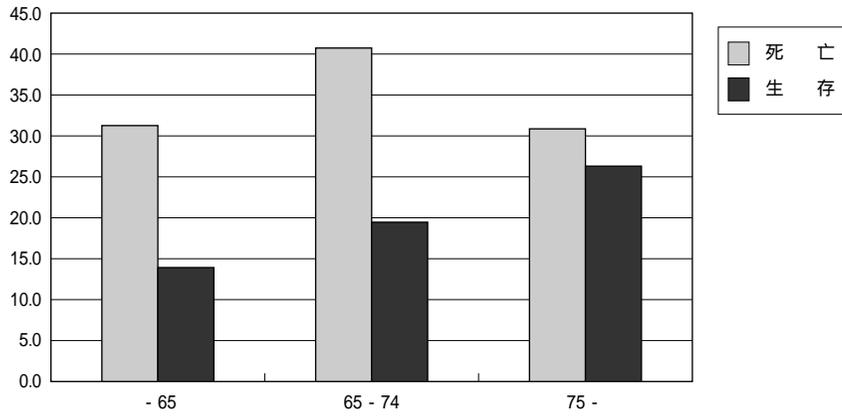


図13 年齢階層別悪性新生物在院日数

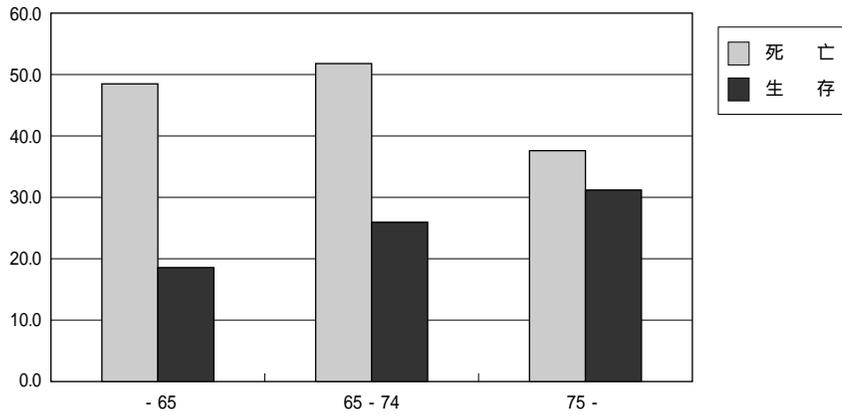
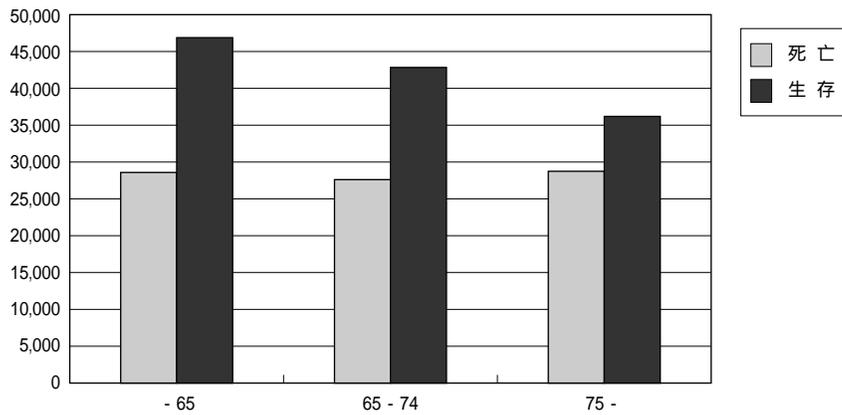


図14 年齢階層別悪性新生物単価



老人医療の現状と政策の流れ（石井暎禧）

図15 年齢階層別循環器（手術を伴う）在院日数

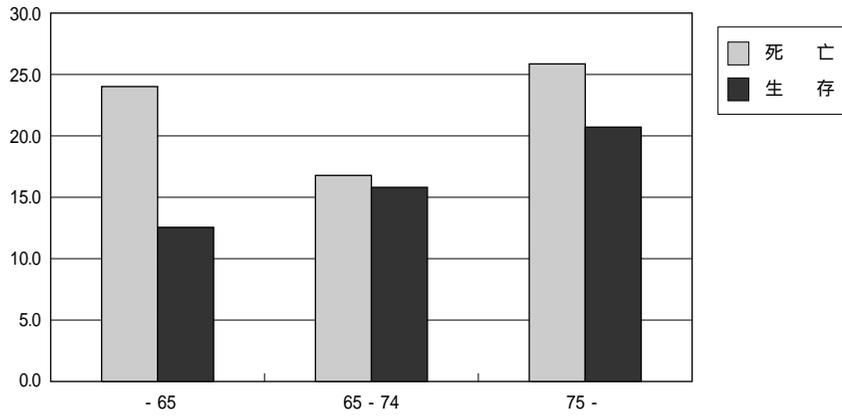


図16 年齢階層別循環器疾患（手術を伴う）単価

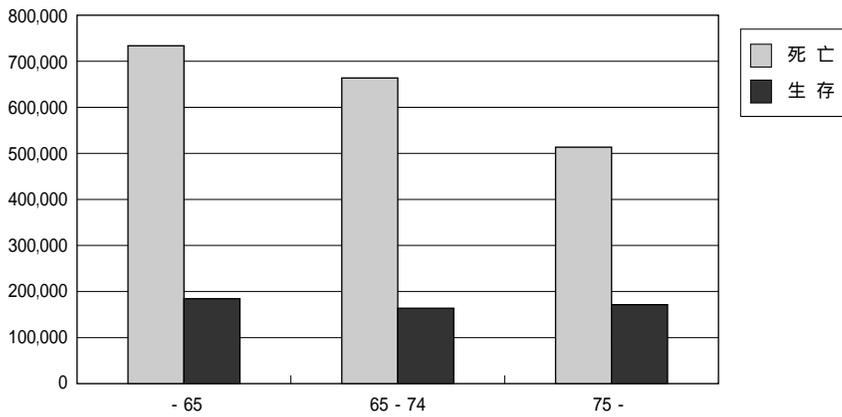


図17 年齢階層別その他疾患在院日数

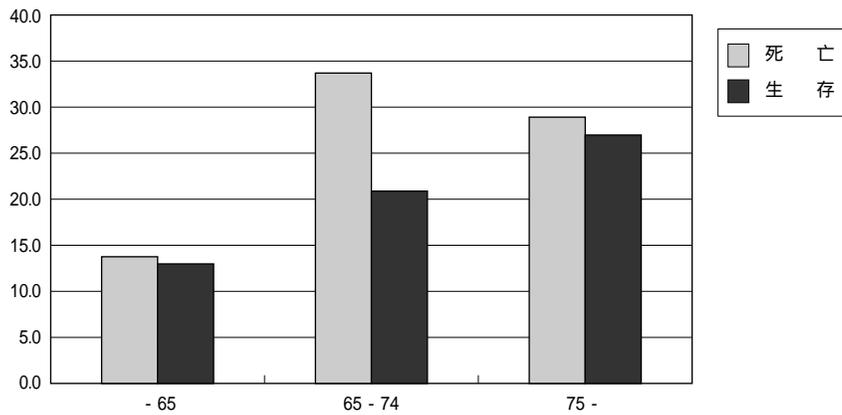
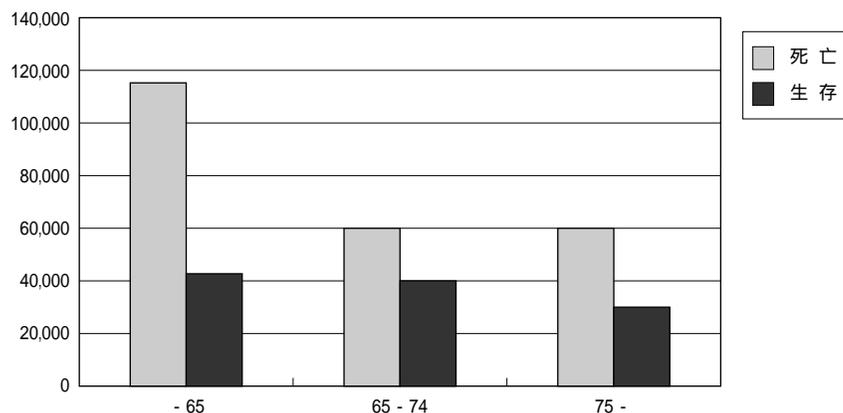


図18 年齢階層別その他疾患単価



日当たりの治療費に関して言えば、年齢が高くなるにつれ、低くなります。これは悪性新生物、循環器疾患、その他疾患のいずれを見ても、同様です（図12, 13, 14, 15, 16, 17, 18）。これは府川さんの研究データと一致します。

こう見てきますと、老人医療費をことさらに取り上げる必要がどれだけあるのか疑問になります。なぜならば、一人当たりの老人入院医療費は長期療養の人を含んだデータです。急性期の病院入院医療費はこれを除いて考えなければなりません。この、社会的入院を除いて考えると、老人と若い人で入院期間の差は、今ほど大きいだろうか、ここらへんが疑問です。大分縮まっていくのではないかと。現在国はDRG / PPSという一件あたりの疾患別定額制の診療報酬制を取り入れようとしています。この方法では高齢者とそれ以外の人を分けて値段をつけようという考えは余りないのですね。入院日数の問題はもはや医療の問題ではなくて、介護の問題等々、生活支援システムの問題であると割り切ってしまうというわけです。

7 終末期医療と政策

小泉内閣になってから、医療制度改革の課題の中で、終末期医療については余り言わなくなってしまったのですが、昨年の厚労省の「課題と視点」の中では大きな政策課題として「終末期医療の見直し」が取り上げられています。このパンフレットは大変おもしろい本でして、本編と資料編があり、この二つを読み比べますと、いろいろなことが読み取れます。

厚生労働省はデータを隠してはおりません。しかし誰にも分かるようにもしていません。老人の医療費が高額になっていると主張していますが、その内容をよく見てみますと、入院、外来とも、老人の一人1日当たりの医療費は、老人のほうが安いのです。老人医療費が高いのは受療頻度が高いからです。病気になるから受診するのであって、病院が好きだから行くわけではないのですよね。老人になったら病気がしやすい。日本の医療費が高いのは、結局老人が増えてきたからです。これだけの事です。それ以外のどんな議論も意味がないのです。

受療率を下げる、これは老人になるのをやめろという話ですから、無理です。ですから、老人医

老人医療の現状と政策の流れ（石井暎禧）

療費問題は、さまざまな粉飾を取って考えますと、日本の高齢化社会をどうするかという全体的な社会の仕組みの問題であって、老人医療の構造を変えれば何とかなるといった問題ではないと思います。老人の受療率が高いなどということは、余計なお節介で、言ってみても余り意味がないのです。実は医療の効率化について、医者以外の方が書いている提案を読みますと、そうかなと思うこともありますが、これをやってみたところで、実際に医療費にはね返らないような内容です。最近読んだのでは、IT化を進めて、こちらの病院でかかったデータを、よその病院で使えば、二重に検査をしなくてもいいから安くなるなどといっています。そんな金額は本当に小さいです。大きく変えられる医療費として何があるかと言えば、社会的入院です。社会的入院は、僕の試算によると40万床ありますから、医療費だけを考えれば、これの対応策になります。ただし、これで日本の社会保障費全体が下がるかという点、必ずしもそうではありません。むしろ病院に入れておけば、生活環境は非常に悪く、コストもかかっていない状態ですから、まともな介護システムにすると、費用は上がる可能性があります。ただし、全体的として同じ費用であるならば、コストを介護側にシフトしたほうが質的にいいのだろうと思います。

これからの医療費問題を考えるときには、お金の問題ばかりを考えてみても、そこからは実際上の効率化も、質の改善もできないので、直接に日本の医療の何が問題かということを見ていく必要があるだろうと思うのです。老人医療費論争で考えますと、先入観で、老人にだけ目を向けますと問題が見えなくなり、偏見を生むのではないかと思います。

先ほどの医療費データとは一体何を意味するデータなのか。本当に年齢による変化なのか。それ以外の理由によるのか。または年齢が関係するとしても、直接的因果関係が間接的か。と突っ込んで分析しないと、解決策はありません。老人が医療費をたくさん使っているから、減らそうという主張は、老人が暇だから勝手に病院にかかっているというのなら別ですが、老人は病気にかかりやすいのだとしたら、その主張の意味が違ってきます。社会科学の方々が、データを検討するときには、数値としては正しくても、それがどのような意味を持つか、よく考えていただければ幸いです。

以上をもちまして私の話は終わりました、ご質問を受けます。

補1 老人介護施設のあり方

（質問） 社会的入院というのが大変問題であるとは思いますが、ある面ではそうせざるを得ないようなところがあるのではないかと。例えば家族がない人で居場所がないとか痴呆であるとか、いずれ医療施設でないにしても、どこかで面倒を見なければならぬ。医療施設しか空いてないと医療施設に行くという話になってきたかと思うのですが、これを根本的に解決するには、どんなふうな構想をお持ちなのか、そのへんをちょっとお話いただければありがたいと思います。

石井 厚生労働省の人は、家庭では介護が無理な人は、どこかの施設には入っていると考え、費用区分上どちらの保険を適用するかだけを考え、施設の転換を考えているのだと思います。ただ、利用者から考えると、心身の状態にふさわしいところで、適切な介護を受け、生活をできるように、

制度設計を考えてもらいたいと思います。建物や組織はいったん出来上がると、考え方や発想を変えようとしても、中身を変えることは困難です。まだ築5年ぐらゐの立派な鉄筋コンクリートの建物も、別な会社が買くと、大抵壊してしまうのです。新築するよりも、改装費用が高いからです。ですから老人病院は壊して、そこに老人ホームを建てればいいのです。最近では、企業の独身寮をケアつきの老人アパートに改装する動きがあり、それを進めている会社がありますが、もともと全室個室用にできていますから、転用し、比較的動ける人を対象の老人アパートにしようという話ですから、可能なのです。しかし老人病院の大部屋では、生活空間とは言えませんし、介護上も問題があります。しかも痴呆の人は、部屋だけが問題なのではありません。生活空間全体を整え、いろいろなプログラムに基づき、生活のリズムを作ってあげる必要があります。痴呆の人で一番問題なのは、生活のリズムがなくなり、時間の流れが分からなくなっているのですから。

これを作り、人間としての生活を可能にすることが、痴呆のケアで最重要な課題です。身体的なお世話をすることだけがケアではないのです。生活の流れをつくり、安全な環境の中で見守ってあげるのが痴呆の介護です。夜も普通の人は個室にして、他人に安眠を妨害されないだけで十分です。しかし、痴呆が進み非常に不安になるような人や、夜昼がなくなってしまった人の場合、誰かが付いていてあげなければいけないことがあります。これを病院の大部屋システムの中でやろうとしても無理なのです。長期療養の病院でも、痴呆の人が多くて、しかも大部屋暮らしですね。心が落ち着きません。どうせ改造するのだったら、すっきりと生活施設へ転換してしまったほうが早いのです。

それから病院という名前もやめたほうがいいと思います。いろいろ病気を持っても、介護施設の場合、そこは家庭ですから、家庭での在宅医療と同じで、医療は外側であるべきだと思うのです。介護保険下あるいは医療保険下でも定額制の場合は、病気の治療は敬遠されますから、常時入院管理が必要になるような病状では、急性期の病院へ入院すればいいのです。それ以外については、アメリカのナーシング・ホームだってお医者さんに週2回くらい来てもらって、運営しています。もちろん看護婦さんはいます。

生活施設は病院ではなく基本的には老人ホームです。終の棲家になるためには、医療がどう保障されるかが問題です。医療的な必要な処置が全くなく、そのまま看取っていける場合などほとんどありませんから。それができれば中間の施設はいらないと思っています。私の法人は療養型病床群も老健も持っていません。二つ病院があるが、両方とも急性期の病院で、両方とも平均在院日数は17~18日ぐらゐです。介護施設も、自分でやってみて、何が問題か見たいと思って一つ作りしました。一昨年特別養護老人ホームを、全室個室でオープンしました。

補2 在宅および特別養護老人ホームのターミナルケア

では、そういう中で人はどう最後の日を迎えるのか。ターミナルケアはうちの特養でも難しいのです。人が亡くなるとき、その人を一人で放置しておくわけにいかないでしょう。格別の医療の必要がなく、徐々に他人が気づかないうちに亡くなる方であれば、確かに病院に入れなくてもスムーズに行くかもしれません。しかし、終末期論争でも話したように、多くの人間の死に方はそういう

老人医療の現状と政策の流れ（石井暎禧）

ものではないのです。今は療養型病床群の患者さんでも死にかけると急性期の一般病院に送ってきます。なぜかという、医療が提供できないからです。定額制ですから、医療費をかけるわけにはいかない、かかる人は引き受けない。うちの近くにある療養型病床群では「薬を3剤以上飲んでいられる方はお断り」と言います。このような状況が起こっている。点滴が必要な人は引き受けてもらえない。気管切開している人は嫌。療養型病床群は定額制だから当然、このように「経営的」に判断されてしまいます。医療を提供すればその分だけ持ち出しになる。そこで一般病院で死ぬ人が増えてくる。

どうしてかという、最後の3日間ぐらいは徹夜で誰かが付きっきりでいないといけないからです。家族介護力が小さいから施設に来ているのですから、家族に頼るわけにはいきません。職員のだれが付くか、やはり看護婦さんとなりますが、もともと介護施設では少ない。ケアワーカーさんたちが最後に看取するのも、なかなかこれが難しい。ケアの判断が必要な場合があるからです。いろいろ教育が必要ですし、医療的ケアに属するものも必要になるからです。

どういうケースが特に問題になるか。たとえば呼吸器の疾患です。気管切開していたり、頻繁にたんを吸引しなければならぬ慢性の呼吸器障害を持っている患者さんですね。吸引しないと、苦しいし、そこで窒息して死ぬわけですから。「吸引するのは延命措置だから、できるだけしない」という施設もあるそうですが、「苦しくても我慢すれば死ねるのだよ」...こういうケアというのがあるのでしょうか。やはり苦しかったら楽にしてあげたいと思い、それが延命につながるわけです。だけれども喀痰の吸引というのは難しい。こういうケースの場合、病院に最後の何日間は担ぎ込まれても、問題だと言えないだろうと思っています。

ですから、国際的に見ても、病院におけるターミナルが増えていっているのは事実です、在宅ターミナルケアはなかなか進まないのです。在宅死を可能にするには、相当な努力が必要です。うちの二つの病院を見ても在宅死亡率が全然違うのです。なぜかといったら、医者の考え方や患者本人・家族との関係によるのです。川崎の場合には、杉山というきわめて熱心な医者がいまして、もう20数年在宅医療をやってきてカリスマ的存在となっています。彼が患者家族を説得して、家族に「今晚多分亡くなるでしょう。亡くなっても別にあわてて病院に電話してこなくてもいい。翌日に死亡診断書を取りにおいで」と言って、相手が納得する関係を作っているからできるのです。彼のカリスマ性を抜きにして一般化できません。我々の病院の中では杉山教と言っています。普通は死にかけていると、もうだめだと思っても、救急車を呼んでしまうか、医者と呼ぶか、看護婦さんと呼ぶかします。これで往診患者の在宅死を40%、50%にできるのです。そうではないと、20%か30%にとどまる。だから、うちの訪問看護ステーションの扱う終末期患者のうち、川崎幸病院が主治医の患者さんの在宅死亡率は高いけれども、周りの開業医さんから頼まれてターミナルの訪問看護にしている患者さんの在宅死の率はずっと低くなります。

このような患者さんや家族との信頼関係がつかれないまま、家族に無理をさせ過ぎる場合も、時には在宅医療の分野ではあると聞いています。このへんはなかなか理論では割り切れないところではないかなと思っています。

補3 終末期医療費はなぜ問題になったか

(質問) 老人終末期医療費問題についてお話をされまして、老人医療費と終末期医療費という二つの言葉が出てきましたけれども、この関係についてどう考えているのか。つまり、お年寄りの中で、死んで帰る人にかかわる医療が終末期医療費、生きて帰る人を含めて老人医療費ということではよしいのかというのが一つです。

それから二つ目は、やはり若い人よりもお年寄りのほうが飲む薬の量が多いのではないかと、あるいは亡くなる人はやはり病気が重くなるから、治療にも、それから薬にもいろいろとお金がかかるのではないかという、一般的な印象があるわけですがけれども、先生の今日のお話ですと、特別にそういうお金がかかるわけではなくて、高齢者の方は病気になりやすい、病気になっても治りにくいから長期療養ということでもってお金がかさむだけであって、1日当たりと申しますか、要するに1人当たりの医療費では若い人と変わらないというお話です。我々の一般的な印象と違うわけですがけれども、そのへんはどう考えたらよしいのか、これが二点目です。

三点目は、論争で結局、老人医療費、あるいは終末期医療費のお金がかかるというのは、統計の見間違いであって、実際はそんなに高くなっているわけではない。老人医療費も特別に高いわけではないのだという、そういうご主張ですがけれども、その論争の意味と申しますか、それはどういうことにつながっていくのか、どういう主張になっていくのか、どういう違いを生み出すのか。つまり、医療費に対する政策なり、あるいは高齢者医療に対する対応という点で、どういう違いがそこから出てくるのかということをお聞きしたい。以上です。

石井 一つ目の終末期医療費というのは、確かに言葉としては問題にされますが、現実にはなにも分析されていないし、できても対応の仕様がな問題です。分析するには、まず終末期を定義しなければなりません。主治医もできない終末期判断をどうやって定義づけるか。定義づけを医療経済学者が論じていますが、しょせんできないだろうと思っています。そういう意味では終末期医療費という概念は、経済学的な分析の対象としては、成立しないと思っているのです。しかし、死んでしまってから、さかのぼってあれは終末期だったとして分析はできるでしょう。そして死んでしまった人と、生きて帰った人との差の中には終末期という要素が含まれているとは言えますから、事後的に見た終末期の医療費の特徴を探ることはできる。だけれども、終末期だからこういう医療をしたほうがよい、ああいう医療をしないほうがよいという経済学的結論はできないと思います。

終末期を言えるのはガンぐらいなのですが、これも医療が進歩するとあやしくなってきました。抗がん剤は大体効かないということだったのですが、だんだん効くのが出てきましたし、転移したガンの診断もつきやすくなり、放射線治療についても最近では、ピンポイント爆撃ができるようになってきました。こういう技術がだんだん進歩していくと、再発だったら全部だめという話でなくなってきた、治療法についての考え方が変わってきます。

それから、老人のがんに関して言うと、老人のがんは、進み方がゆっくりです。がん患者もがんではなくて、他の疾患で死ぬこともあるわけです。体が弱ってくるから肺炎にかかりやすくなり肺炎で死ぬ。こんな場合、終末期ケアを緩和ケアでと構想するわけにはいなくなる。緩和ケアについ

老人医療の現状と政策の流れ（石井暎禧）

ても痛みを止めるために、相当の高度の医療技術が必要な場合があります。がんが骨へ転移すると大変痛いわけです。これは放射線治療をやると楽になる。このような医療はやってあげたほうがいいわけです。ところがターミナルケア・緩和ケアというと何もしないという考えが流布されていて、治療技術を駆使すれば、ずっと楽になるのに、その努力を考えないことがあります。急性期病床を持たない緩和ケアの施設では、そういう傾向が出てきています。それをやる医療的な設備もないし、また医療的なケアをする能力もないからです。単純に医療か看取りかとはいえないのです。昨年私は医療経済研究機構の報告書を読み、その内容を克明に検討してみると、以上の問題点を正確に指摘しているにもかかわらず、結論は相変わらず緩和ケアが重要だとしが言っていない。これは、おかしいのではないかと批判を書きました。その通りだという回答がありました。

第二の問題ですが、若い人の治療とお年寄りの治療を比較するとき、同じ病気と比較しないといけません。同じ病気なら、あまり変わらないのです。むしろ濃厚度は老人のほうが低いといえます。医療は体にこたえるものです。濃厚な治療は老人には向かないのです。ただし、心臓の病気といっても、血管の老化に伴う心臓病は、年寄りに多いので、60歳代までは、病気を問わず平均を取ると医療費が高くなり、その後低下するように思われます。いずれの病気でも、それだけを取りあげれば、年齢が高くなるにしたがって、1日当り医療費は下がります。そして同じ病気なら死ぬ人のほうが重症であるので、同じ年齢層で比べると、医療費が高いといえます。しかし死んだ人同士を比べると、年齢が高くなるにつれ、1日当り医療費は下がり、入院日数が伸びます。罹る病気の差、入院期間が、老人の医療費が高いという印象を与えているのです。

第三の点は、高齢者医療費や老人終末期医療費がなぜ政策課題となったのかという問題です。わたくしのターミナルケア論争を開始するきっかけとなった「福祉のターミナルケア」の報告書に「近年終末期医療費が高額に上がっていくことは周知のとおりである。さらに今後は高齢者とくに後期高齢者に死亡数が急増すると想定されることから、高齢者の終末期医療の規模は今後急速に拡大が見込まれる。終末期医療が遠からぬ将来において保険医療財政を圧迫する恐れもある」という問題意識が書かれています。老人医療費が問題であり、それも終末期にだけ費用がかかるとすれば、それを抑えようという発想が出てきました。そして老人の終末期は、介護施設や緩和ケア病棟でという主張になっていったのです。しかも医療を施さないのが良いのだという結論へ導かれていきました。ところが終末期医療費は、医療財政上の大きな問題ではないのですから、高齢者への医療そのものが問題視され、高齢者の存在そのものが否定的に語られる状況が生み出されているのが問題ではないかと思えます。

（いしい・えいき 医療法人財団石心会理事長 石心会狭山病院院長）