

死亡高齢者の医療費は本当に高いのか

入院医療費の年齢階層別分析・2

白木 克典

しらき かつのり

医療法人財団石心会本部事務局地域医療
連携室長

荒岡 茂

あらおか しげる

同・狭山病院病歴管理室長

石井 暎禧

いしい えいき

同・理事長

(前号より続く)

死亡高齢者に特有の高額医療など存在しない

前項では、マスコミなどで一人歩きしている「医療費は死亡直前に急上昇する」という論調について、①従来のデータには集計手法上の限界があり、「死亡前医療費なのか入院後医療費なのか」が不分明、また、②死亡、生存の別なく入院医療費と在院日数には逆相関関係が成立する、という2点を指摘した。そして、そのことを根拠として「死亡前」に特有の高額医療など存在しない可能性が強いことを示唆した。

以上を前提として、本調査レポートのテーマである「死亡高齢者の医療費分析」を行うこととしたい。まずは、本調査のデータ規模を示す

「総件数および医療費総額」の確認と整理から開始する。

1. 総件数および医療費総額の分析

表4(実数)、表5(構成比)は、「総件数、医療費総額」レベルにおける調査結果を、転帰(死亡退院/生存退院)×3階級年齢階層でクロス集計したものである。

これらの結果は以下のように整理できる。

1) 実数レベル(表4)で見えること

①死亡退院症例は件数で全体の7.3%、医療費で13.2%であり、そのシェアは生存退院症例に比べ極めて小さい。狭山病院が地域の基幹的な急性期病院であり、かつ癌末期患者に対する緩和医療も実施していることを踏まえれば、療養型病床群はもとより他の急性期病院に比べても、

死亡退院症例の比率は高いと考えられるが、それにしてもこの程度である。

②ただし上記のとおり、医療費シェア(13.2%)は件数シェア(7.3%)の約1.8倍に達しており、死亡退院症例の1人当たり医療費が生存退院症例に比べ相対的に高額であることをうかがわせる。したがってその高さが何によってもたらされているのか(年齢階層によるのか、疾病構造によるのかなど)について検証することが課題となる。

2) 構成比レベル(表5)で見えること

①年齢階層別傾向を見ると、死亡退院症例では各年齢階層とも件数シェアと医療費シェアの間にほぼ相関関係があり、同時に後期高齢者層のシェアが件数、医療費の両面でおのおの50%以上を占めている。

②生存退院症例では、死亡退院症例に見られるような年齢階層に伴う件数と医療費の相関関係はなく、むしろ非高齢者層では相対的に1人当たり医療費が低く、高齢者層では高くなることを示唆するような結果となっている。

以上を総合すると、実数レベルの結果(表4)から推測される「死亡退院症例の1人当たり医療費の相対的な高さ」は、一方で「死亡退院の1人当たり医療費が各年齢階層にわ

表4 調査結果の概要(転帰×3階級年齢階層：実数)

		非高齢者	前期高齢者	後期高齢者	総計
症例数(件)	死亡	120	113	247	480
	生存	3,220	1,348	1,497	6,065
医療費総額(千円)	死亡	197,480	208,682	433,667	839,829
	生存	2,434,957	1,436,138	1,643,033	5,514,128

表5 調査結果の概要(転帰×3階級年齢階層：構成比)

		非高齢者	前期高齢者	後期高齢者	総計
症例数(%)	死亡	25.0	23.5	51.5	100.0
	生存	53.1	22.2	24.7	100.0
医療費総額(%)	死亡	23.5	24.9	51.6	100.0
	生存	44.2	26.0	29.8	100.0

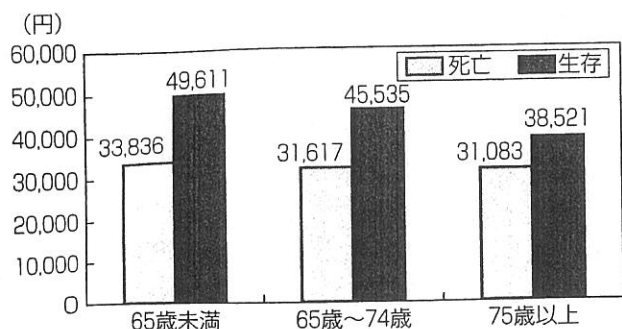


図6 1日当たり入院医療費(悪性新生物)

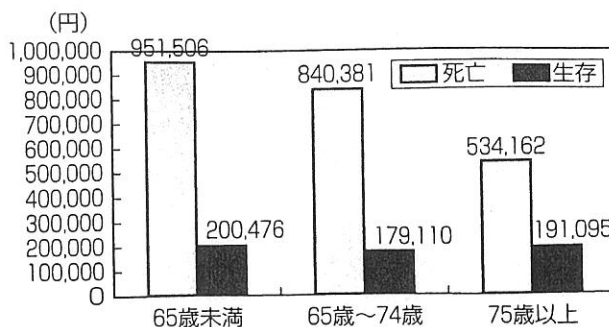


図7 1日当たり入院医療費(循環器疾患)

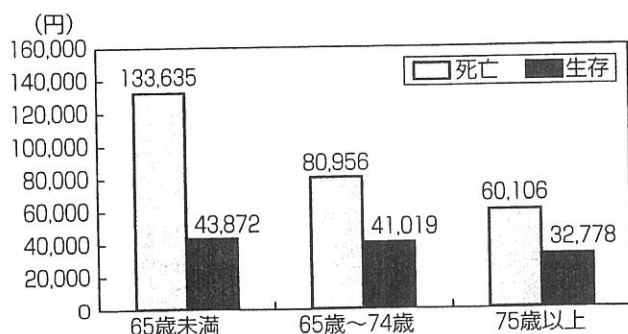


図8 1日当たり入院医療費(その他の疾患)

たって生存退院より高い」, 他方で「生存退院の1人当たり医療費が非高齢者層において相対的に低い」, この2点の要因が複合した結果と考えられる。

次に単位医療費(1日当たり, 1人当たり)の分析をととして死亡高齢者の入院医療費の実態により接近してみたい。

2. 1日当たり入院医療費の分析

提供された医療の内容を示すメルクマールとなるのは, 単位医療費, なかなく, 1日当たり医療費である。「集計・分析」の項で述べたとおり, 調査フィールドである狭山病院での診療の個別特殊性を踏まえ, 入院医療費をできる限りスタンダードな形でとらえるために, われわれは, まず第1の分析軸として3種の疾患分類軸(悪性新生物, 循環器疾患, その他の疾患)を設定し, それに従って結果を集約した。次にその分類結果をそれぞれ死亡退院, 生存退院別(第2の分析軸)に整理し, 3階級年齢階層を第3の分析軸とする

ことによって, 地域の急性期病院における高齢者の入院医療費がどのような傾向にあるかをとらえることとした。その結果は, 上記の図6～8に示したとおりである。

1) 急性期病院において死亡退院患者の医療費水準が高くなる理由

第1の特徴は, 全年齢階層の死亡退院について, 「悪性新生物」によるものの医療費水準が「循環器疾患」および「その他の疾患」によるものに比べ極めて低いことである。また, 死亡退院の医療費水準が生存退院のそれを下回っているのは「悪性新生物」によるもののみである。

換言すれば, 悪性新生物によるものの以外で死亡退院する場合の医療費水準は, 同じ疾患で生存退院する場合に比べかなり高いということである。

これは以下の3点の反映と考えられる。

①悪性新生物によって死亡退院する場合, 提供される医療は患者の疼痛管理, QOL維持を目的とした緩和

和医療(=ターミナルケア)主体のものに限定されるため, 医療費水準は低く, かつ加齢による変化もほとんど見られないこととなる。

②悪性新生物以外の原因で死亡退院する場合には, 死亡に至るプロセスで急性疾患および慢性疾患の急性増悪に対応する医療が提供される。その医療は, 生と死が瞬時に入れ替わるケースもまま見られるような激しい症状と対峙するものであるため, 投入される医療資源は当然, 相対的に規模が大きくなり得ない。

③死亡退院患者(悪性新生物以外)の症状が例外なく生死の瀬戸際に立つ重篤なものであるのに対して, 生存退院の場合, 死亡退院と同レベルの医療提供が必要な重症患者がいる一方, 症状が比較的軽く, 医療費水準の低い患者もいる。したがって, この点からも悪性新生物を除く死亡退院の平均医療費水準が生存退院のそれを凌ぐのは当然といえる。

2) 生存・死亡にかかわらず入院医療費は加齢に伴って低下する

第2の特徴は, 生存・死亡の別なく「加齢に相関して入院医療費が低下する」傾向が見られ, しかも, 悪性新生物以外, つまり急性疾患(慢性疾患の急性増悪を含む)による死亡退院の場合, この傾向が極めて明確に表れていることである(図7, 8)。逆に悪性新生物の場合には, 死亡退院よりも積極的治療の結果が反映さ

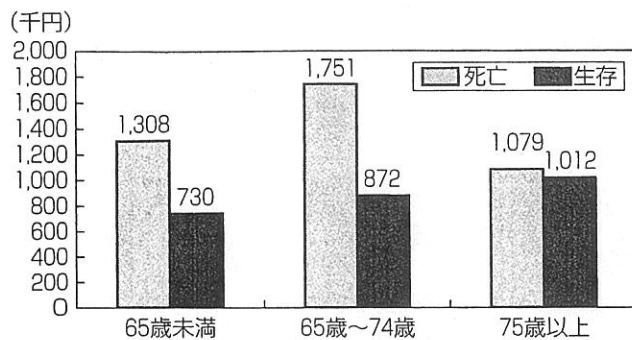


図9 1人当たり入院医療費(悪性新生物)

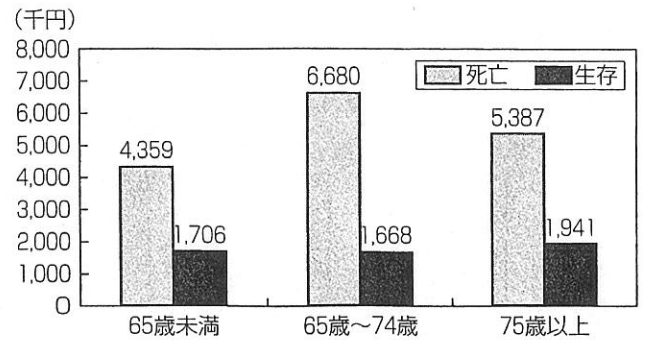


図10 1人当たり入院医療費(循環器疾患)

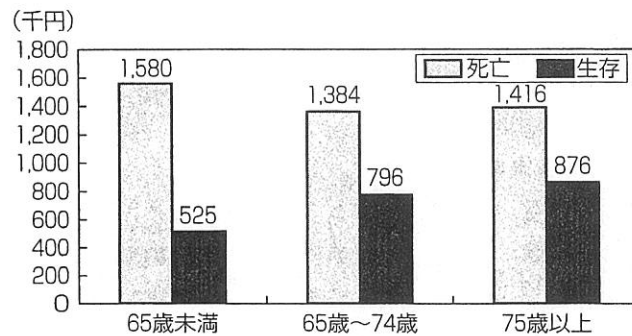


図11 1人当たり入院医療費(その他の疾患)

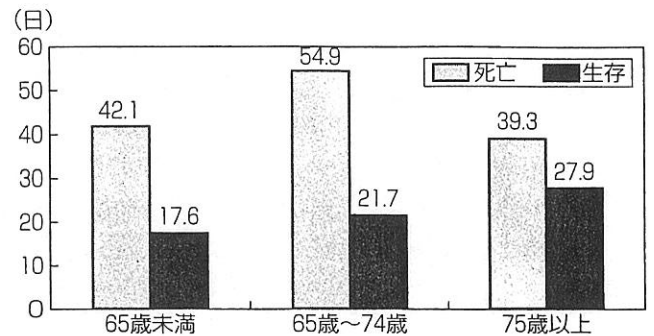


図12 平均在院日数(悪性新生物)

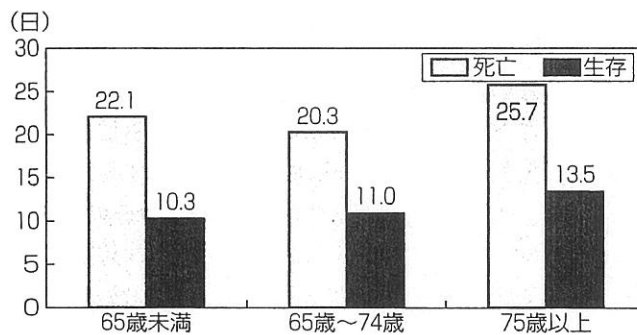


図13 平均在院日数(循環器疾患)

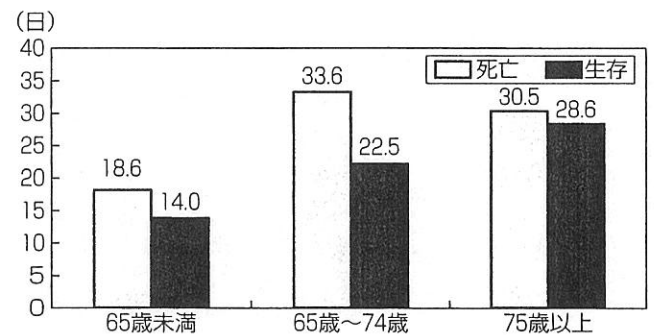


図14 平均在院日数(その他の疾患)

れる生存退院の場合にこの傾向が顕著に表れている(図6)。

つまり、「結果としての死亡、生存」にかかわらず、生還が期待される局面で積極的医療が実施される場合、高齢者層の費消する医療費(=投入される医療資源)は、非高齢者層に比べかなり低いということである。しかもこの傾向は「非高齢者層よりも前期高齢者層」、「前期高齢者層よりも後期高齢者層」というように年齢に相関する形でより明確さを増す構造を持っている。

ここにおいて、一部の論者による「死亡前(終末期)の高齢者に対する

入院医療費が高すぎる」、「死亡前(終末期)高齢者に対して、(本来必要のない)過剰な医療資源が投入されている」等々の主張はきれいに裏返された。

3. 1人当たり入院医療費の分析

一瞥したところ、「1人当たり入院医療費」(図9～11)には「1日当たり」のように明確な年齢階層別傾向は見当たらない。しかし、図12～14の「平均在院日数」を媒介とすれば、その特徴は以下のように整理できる。

1)「1日当たり」と「1人当たり」との逆転現象

第1に、悪性新生物の「1人当たり入院医療費」では各年齢層とも死亡退院が生存退院を上回っており、「1日当たり入院医療費」の結果をきれいに逆転していることである(図9)。これは手術や化学療法などの積極的医療を目的とした入院に比べ、緩和医療の在院期間がどうしても長期に及びがちなことの影響と考えられる。

第2に、三つの疾患群の中で医療費が相対的に低い「悪性新生物」および「その他の疾患」の生存退院の場合、「1日当たり入院医療費」が加齢に伴って低下しているのに対し

て「1人当たり入院医療費」は上昇している点である(図9, 11)。ここでも逆転が見られるのだが、この点についても在院日数との相関、つまり高齢者ほど回復力が弱まりがちなため、疾病の重症度が在院日数に反映されることが大きな要因になっていると考えられる。

2)医療費水準が突出する「循環器疾患」の場合は？

三つの疾患群の中で医療費が突出して高い「循環器疾患」の場合はどうか。生存退院では、他の疾患群に比べ在院日数がかなり短く、1人当たり入院医療費についても年齢階層による違いはほとんど見られない(図10)。これは医療費構成において手術部分(インターベンションを含む)の占める割合が高いためと考えられる。しかし、死亡退院の場合、在院日数は「その他の疾患」にかなり接近(非高齢者層では逆転)しており、これは、循環器疾患で死亡する場合、重大な合併症を抱えるケースが多いことなどの影響と推測し得る。ただし、本調査フィールドでの循環器疾患死亡症例は少ない(表3, 前号p483を参照)ため、この点についての一般化は禁欲すべきであろう。

3)症例数が最も多い「その他の疾患」の場合は？

本調査フィールド中、最も症例数が多い「その他の疾患」のうち、死亡退院に見られる特徴的傾向は以下の2点である。

第1に1人当たり入院医療費について非高齢者層をピークとしている点では「1日当たり入院医療費」と変わらないものの、非高齢者層と高齢者層との開きは大幅に縮まっていることである。これについても、重症度の高さと高齢者の回復力減退という意味で在院日数が相関していると考えられる。

第2に最も死亡症例数が多い後期高齢者層(表3, 前号p483を参照)

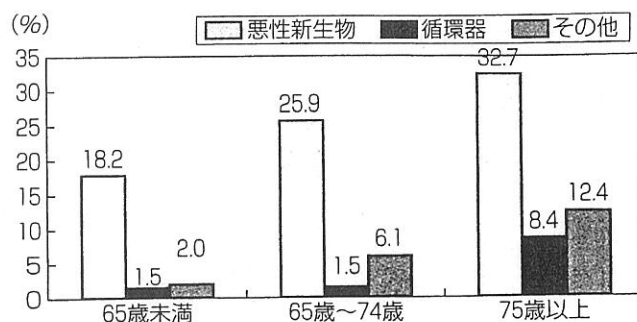


図15 疾患別死亡率

の場合、死亡退院と生存退院の平均在院日数の開きは2日しかないことである。これは、医療提供の時間的側面においても、「死亡高齢者に対する(意味のない)延命治療」という主張が実態と乖離したものであることを示すと考えられる。

以上見てきたとおり、高齢者層(前期・後期)の「1人当たり医療費」の高さは、高齢者の場合、結果としての死亡・生存にかかわらず、疾患の重症度が在院日数の長さに結びつきやすいことの反映である。したがって、死亡退院が生存退院の医療費水準を上回るのも、死亡に至る症例の場合、重症以外にはあり得ないため、生存退院よりもその傾向がより明確になるのであり、死亡前に「(意味のない)延命治療が行われている」ためなどでないことは自明であろう。

● ● ● むすびにかえて

以上の分析と考察をとおり、「死亡高齢者の医療費は本当に高いのか？」という本調査のテーマに対して「結果としての生存か死亡にかかわらず、積極的な医療(急性期医療)が必要な局面における医療費水準は加齢に伴って低下する」という解答が導き出された。「死亡前(終末期)高齢者に対して、(本来必要のない)過剰な医療資源が投入されている」という一部の論者の主張に対して、急性期医療現場における医療提

供の実態をもって反論することができたと考える。

しかし、われわれは本調査によって十分な結果が得られたとは考えていない。特に、調査フィールドが1か所のみであり、症例数が必ずしも十分とはいえないため、疾患別分析や医療行為別分析、年齢階層別分析を限定的にしか行えず、疾患の重症度と在院期間の関係などについて十分な裏付けを獲得できなかった点である。医療費構造の実態により接近するためには、地域の基幹的な急性期病院を中心に、医療機能および地域条件に特色を持つ病院のデータが数多く収集され、総合化される必要があるだろう。

また、文中で触れた「死亡前医療費か入院後医療費か」という観点は、今までに提起されていない問題ではないかと思われる(あくまでわれわれの乏しい認識範囲では、という注釈がつくが)。したがって、この問題については、本格的な再立論、つまり精密なデータ分析に基づく厳密な論理展開が再度必要とされるであろう。

いずれにせよ、今後、多くの医療関係者の方が、以上のようなわれわれの試みに参加していただければ、成果はもっと実りあるものになると思われる。

結語に当たって、狭山病院における疾患別死亡率グラフ(図15)を提示する。一瞥すればわかるとおり、悪性新生物によるものを除き、全年

年齢階層にわたって死亡率は低い。例えば、インターベンション治療などを要する循環器疾患を発症した、重症度の高い後期高齢者でさえ、10人中9人以上が生存退院できている。このような生還率は、必要な時に必要な医療を提供できる(=受療できる)医療制度がわが国に存在してきたことの証ではなかろうか。

現在、医療についても「聖域なき改革」の対象とされ、「医療の効率化」が喧しく叫ばれている。しかし、そこで叫ばれる「改革」の内容は、要するに「医療費の抑制」に過ぎず、誰でも「必要な時に必要な」医療を受けることのできる制度からの退却である。「医療改革」の目指す方向がこのような地平である限り、この

国に暮らす人々の将来はあまりに暗い。このような流れに棹をさす意味でも、医療の実態に即した医療経済理論の構築が急がねばならないだろう。本調査レポートがそのための小さな一石となることができれば望外の幸せである。

文 献

- 4) 府川哲夫：特定疾病のフェイズ別医療費－悪性新生物と脳血管疾患。季刊社会保障研究 36(1)：81-89, 2000
- 5) 広井良典，他：「福祉のターミナルケア」に関する調査研究事業報告書，財団法人長寿社会開発センター，1997
- 6) 安田純子，他：終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究報告書，医療経済研究機構，2000
- 7) 片岡佳和：終末期におけるケアに係わる制度及び政策について。社会保険旬報 2095：12-15, 2001

- 8) 二木 立：21世紀初頭の医療と介護，勁草書房，2001
- 9) 石井暎禧：老人への医療は無意味か－痴呆老人の生存権を否定する「竹中・広井報告書」，社会保険旬報 1973：6-13, 1998
- 10) 石井暎禧：みなし末期という現実（上・中・下）。社会保険旬報 1983：14-19, 1984：36-39, 1985：32-35, 1998
- 11) 石井暎禧：終末期医療費は医療費危機をもたらすか－「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究報告書」の正しい読み方。社会保険旬報 2086：6-14, 2001

しらき かつのり

医療法人財団石心会本部事務局地域医療連携室長：☎ 210-0023 神奈川県川崎市川崎区小川町 14-19 浜屋八秀ビル 2F

あらおか しげる

医療法人財団石心会狭山病院病歴管理室長：☎ 350-1323 埼玉県狭山市鶴ノ木 1-33

いしい えいき

医療法人財団石心会理事長

お知らせ

NPO 21 世紀癒しの国のアリス パッチ・アダムス講演会

NPO 21 世紀癒しの国のアリスでは、映画「パッチ・アダムス」の実在のモデルである医師パッチ・アダムス氏を招き講演会を開催する。これに伴い事務局では参加者を募集している。

〔テーマ〕パッチと語ろう 21 世紀の介護－愛と笑いと歓びを

〔主催〕NPO 21 世紀癒しの国のアリス

〔協賛〕ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社，厚生労働省

〔日程・会場〕東京：8 月 31 日・13 時～16 時(昭和女子大学人見記念講堂)，岡山：9 月 1 日・13 時 30 分～

16 時(岡山口イヤルホテル)
〔定員〕東京：2,000 名，岡山：1,000 名(先着順)

〔参加費〕3,000 円

〔問合先〕東京：21 世紀癒しの国のアリス事務局(☎ 03-5295-7015, FAX 03-5295-3031, e-mail: mail@iyashinoalice.com)，岡山：岡山旭東病院内(☎ 086-276-3231, FAX 086-274-1028, e-mail: yuko@kyokuto.or.jp)

第 11 回 JAMIC 懸賞論文募集

〔テーマ〕医療とインターネット

〔応募資格〕医師・医学生

〔応募規定〕20 字×20 行で 10 枚以内。手書きの場合は B5 判の 400 字

詰原稿用紙で、筆記用具はボールペンか万年筆を使用。ワープロの場合は、A4 判用紙に横書きで 1 枚当たり必ず 20 字×20 行で印字。応募作品は表紙に“論文部門”または“エッセイ部門”と明記のうえ、作品タイトル・氏名・年齢・所属先(医師の場合は職名・専門科目も明記)・連絡先の住所(郵便番号から)および電話番号(あれば FAX 番号・E-mail アドレスも)を記入し、下記宛に郵送する。

〔応募締切〕2002 年 10 月 31 日(消印有効)

〔応募・問合先〕株式会社日本医療情報センター広報部懸賞論文係(☎ 03-3345-1181, FAX 03-3368-6199, E-mail: edit@jamc-net.co.jp)