

老人病院における介護力強化と費用・マンパワーの変化

——わが国の老人長期ケアの現状と医療施設の変貌——

高 木 安 雄

I 序

本稿は、老人の長期ケアを軸に看護・介護の費用とマンパワーについて考察したものである。看護・介護の問題は、21世紀の高齢化社会を前に国民の大きな関心を集め、中高年層の間では寝たきり・ボケ恐怖症すら生まれているという。行政的にもこの問題については、サービス・費用面で高齢者保健福祉推進10か年戦略や介護保険の検討、マンパワー面で介護福祉士制度の創設、看護職員人材確保法など、さまざまな取り組みがなされている。

しかし、老人ケアの現状を詳細に検証すれば、寝たきり老人は65歳以上人口の5%程度であり、病院や特別養護老人ホームなどの収容施設に入院・入所している老人も同じく7%弱であり、老人の多くは地域・家族に支えられながら天寿を全うするのである。看護・介護の問題は、需要の過大さばかりが強調されて、その費用とマンパワーについて具体的なサービスの検証がなされてこなかったといえる。

もちろん、この問題が、これまでの医療保険・福祉という狭い枠組みでは、解決不能であることは明らかなだ。老人保健制度によって老人保健施設、老人訪問看護ステーションなど、新たなサービス体系が次々と生み出されているのは、そのためである。しかし、看護・介護という新しいサービス需要に対して、どのようなシステムが社会的に有効であるか、その構築は容易でない。医療保険のシステムにおいては、現物給付で医療サービスが

提供されているが、これは急性期疾患については医学的な診断・確定が可能であり、それによって必要な医療サービスもおのずと確定されてくることにもとづいている。しかし、老人や慢性期疾患に対する看護・介護の需要は、患者自身の症状はもちろん、患者を取り巻く家族・地域の支援体制によって大きく異なってくる。家族・地域の支援基盤が強固であれば、老人長期ケアの施設・在宅のニーズは小さくなるのは当然だろう。

こうしたなかで、看護・介護問題を社会保障のひとつとして、公的サービスで取り組むことを考えた場合、これまでの保険給付のあり方（現物給付か金銭給付か）はもちろん、看護・介護のサービス必要量をどう判定するか、現物サービスを公的に供給可能かなど、多くの課題に直面する〔1〕。こうした看護・介護の費用とマンパワーの問題は、これまでの医療・年金・福祉という社会保障の制度的枠組みの再編成を迫るものといえよう。

II わが国の老人長期ケアの現状とその変遷

わが国では、障害や要介護状況にある老人のケアは、長く家族の責任の下で行われてきた。今日でも、65歳以上の老人の57%はなお、家族とともに暮らしているが、こうした家族扶養の伝統は、急速な高齢化の進行、核家族と女性の社会進出の増加のなかでますます困難になっている。65歳以上の老人の人口割合が1960年の5.7%から1990年の12.1%に上昇したことに伴い、老人のための施設ケアは大幅に拡大している。

表1に示すように施設にいる老人の割合は、

表 1 65歳以上老人の入院・入所者数の推移 (1960～1990年)

	入院・入所者数の推移				同65歳以上人口割合			
	1960年	1970年	1980年	1990年	1960年	1970年	1980年	1990年
病 院	35,300人	141,200人	375,200人	649,200人	0.7%	1.9%	3.5%	4.4%
診 療 所	1,600	17,600	57,000	45,200	0.0	0.2	0.5	0.3
老人保健施設	—	—	—	26,900	—	—	—	0.2
特別養護老人ホーム	1,100*	12,100	81,300	160,800	0.0	0.2	0.8	1.1
養護 老人ホーム	48,000*	60,500	66,000	64,600	0.9	0.8	0.6	0.4
軽費 老人ホーム	—	3,000	11,900	16,400	—	0.0	0.1	0.1
計	86,000	234,400	591,400	963,100	1.6	3.2	5.6	6.5
65歳以上人口	5,350千人	7,331千人	10,647千人	14,899千人	100.0	100.0	100.0	100.0

注：*老人福祉施設は、昭和38年の老人福祉法によって創設されており、ここでは昭和39年の数値。

資料：厚生省大臣官房統計情報部「患者調査」「社会福祉行政業務報告」「老人保健施設実態調査」昭和35、45、55、平成2年。

1960年の1.6%から1990年の6.5%に増え、この施設収容の割合はアメリカよりも高いといわれている。しかし、アメリカでは老人の長期ケアのほとんどがナーシングホームで行われているのとは異なり、わが国ではさまざまな医療施設と福祉施設で幅広く展開されている。

この医療・福祉2つの分野のうち、医療部門は老人の長期ケアのかなりの部分を担っており、施設収容全体の75%を占めている。このうち、90%は病院であり、6%は診療所、4%が新しく創設された老人保健施設である。このようにわが国では、病院が老人の長期ケアの大きなサービス供給主体となっており、そこでは急性期医療と慢性期医療が同時に提供されているのである。その結果、病院全体の平均在院日数は51日にのぼり、入院患者の46%が65歳以上の老人という実態である。しかも、老人患者の43%は6ヵ月以上の在院期間であり、5年以上も9%いる。もちろん、病院のなかには急性期医療、慢性期医療のいずれかにしぼって医療サービスを提供するところもあるが、多くはこの両者を提供し、ときには同じ病棟で急性期と慢性期の医療が提供されることもある。

診療所も病院と同様に老人の長期ケアの機能を担っており、入院患者の48%が65歳以上の老人となっている。そして、本来、診療所は医療法上、48時間の収容を目的にした入院施設であるにもかかわらず、老人患者の38%は6ヵ月以上の入院となっている。

老人保健施設は、わが国で最初に創設された中間的なケア施設であり、病院を退院した患者が地域に帰る前に、より快適な環境のなかでリハビリテーションなどに取り組む目的でスタートした。入所者は、3ヵ月以内に退院する方針が掲げられているが、その64%は3ヵ月以上入所を続けている。

こうした3つの医療施設においては、医師が施設の長となっており、国立・自治体・日赤など公的セクターもあるが、自由開業医制の下でほとんどが医療法人・医師個人など民間セクターによって設立されている。これらの老人長期ケアの費用は、一部の保険外負担を除いて医療保険で賄われている。しかし、新たに創設された老人保健施設においては、給食など日常生活サービスに対しては適正な利用者負担を課している。

老人の長期ケアのもうひとつは、社会福祉によるサービスであり、全入所者の残り25%を占めている。そのうち、67%は特別養護老人ホーム、27%は養護老人ホームに、7%は軽費老人ホームに入所している。養護老人ホームと軽費老人ホームは、安い費用で生活サービスの提供を目的としており、これら老人福祉施設への入所にはミーンズテストによる入所判定を必要とする。アメリカのナーシングホームに相当するのは、わが国では特別養護老人ホームであろう。しかし、この特別養護老人ホームは寝たきり老人に対する恒久的な施設として意図されているが、夜間や週末には医師

や看護婦がいらないのが一般的であり、医療サービスの面で不十分といえる。さらにこうした福祉施設においては、管理者に医師・看護婦など特別の資格が要求されていない。福祉施設も医療施設と同様に国立・自治体・日赤など公的セクターは少なく、社会福祉法人としてきびしい公的コントロールの下にある。具体的には、医療施設の入院が管理者である医師や勤務医の判断でなされるのに対して、福祉施設への入所はニーズの判定にもとづく福祉事務所の「措置」として行われ、どの施設に入所するかも行政の判断に委ねられている。福祉施設の利用者負担も「費用徴収」として、本人と扶養義務者の所得に応じて決められ、資産はその対象になっていない。

問題は、これらの医療・福祉施設はそれぞれが独立して開設され、その機能も連携していないことである。それは、こうした現在のシステムが、老人ケアのニーズの急速な拡大に対応しながらも、制度的な体系として整備されてこなかった結果といえる。歴史的には、老人の長期ケアのニーズに対応して最初に生まれたのが、社会福祉サービスによる特別養護老人ホームであり、1963年に創設されている。当時は医療保険による病院での医療サービス・ケアが高価であったという理由による。しかし、この特別養護老人ホームは、建築費と運営費を公的資金に依存しているため、財源制約によってその後の整備はゆっくりとしか進まなかった。

1973年、福祉充実を求める社会的な要求・圧力が老人医療費無料化を実現させた。それまで、多くの老人が5割負担であったことを考えると、これによって、老人長期ケアに対する超過需要が発生し、それを病院が供給するように長期ケアの施設に変化していったのは当然である。医療保険の財源によって老人は無料で医療サービスを受けられるほか、福祉という貧しいものへのサービスというマイナスイメージを払拭できたのである。これに伴い、老人長期ケアのための病院が次々と開設され、また急性期医療において設備の整った大病院との患者獲得競争に敗れた小病院が老人長期ケアの施設に転換していったのである〔2〕。しか

し、病院は元来、老人長期ケアの施設として想定されておらず、設備基準も人員配置も最低限にとどまっていた。このため厚生省は、1992年の医療法改正によって療養型病床群を新設するのである。

病院と診療所は、全国一律の診療報酬点数表によって出来高払いで運営されている。医療施設は、診療報酬以外を患者に請求することは禁じられており、医療サービスの提供はこの公的な診療報酬によって強くコントロールされてきた。しかも、クスリや検査などプライマリケアを優遇した診療報酬となっており、看護サービスは低く評価されたままであった。とくに、無資格の付添看護婦によるサービスが行われ、こうした診療報酬の構造は老人長期ケアにマイナスの影響をもたらしてきた。そして、老人長期ケアの質を向上させなかったばかりでなく、老人長期ケアを担う病院では有資格者の看護婦を確保することを困難にしてきた。老人患者が重症の場合には、付添婦をつけることを余儀なくされ、家族の代理人として無資格のケアを提供することになったのである。

この付き添い看護は、病院における看護ケア・サービスの責任を曖昧にしたほか、患者に保険外の負担を強いていた。こうした状況を改善するため、1981年から基準看護以外の病院については、付き添い看護費用の約3分の2が償還されるようになった。しかし、この付き添い看護の制度的な認知は、逆に付き添い看護による老人長期ケアの供給を一般化してしまった。さらに老人長期ケアに取り組む病院は、診療報酬が低いことを理由にケアとは関係ない部分で保険外負担を徴収するようになり、老人病院での洗濯代・オムツ代などのサービスとして「お世話料」が登場してきた。これらの保険外負担は、行政によって暗黙のうちに認められ、ケアの内容が問題であるばかりでなく、患者の保険外負担が病院での老人長期ケアについて指摘されるようになった〔3〕。

こうした状況の下で、1988年、老人保健施設が創設された。当初、厚生省は病院のいくつかがこの老人保健施設に転換することを意図したが、実際は予想どおりには進んでいない。その理由は、老人保健施設の施設療養費が低いレベルにとどま

ったこと、そして老人保健施設の設備・構造基準が病院にとってはきびしい内容に決まったことがあげられる。たとえば、1床当たりの面積が病院は4.3m²であるのに対して、老人保健施設は8.0m²と2倍のスペースを必要とした。結果的に、老人保健施設の整備は予想したほど進展しておらず、さらに短期の入所・通過施設という老人保健施設の目的を実現するのが難しいことも明らかになっている。これは、在宅ケアが不十分なことに加えて、老人長期ケアの根本的な施設がないことから生じている。特別養護老人ホームは、老人長期ケアの根本的な施設であるが、国の財政的な制約を受けて十分には整備されておらず、1990年の「高齢者保健福祉推進10か年戦略」によって、ようやく24万人分の整備計画が立てられたにすぎない。さらに、現実的に老人長期ケアの最大の提供者である病院も、1985年にスタートした地域医療計画によって病床規制措置が生まれて、これ以上の拡大は不可能になった。

老人長期ケアを取り巻くこうした困難な状況をふまえて、厚生省は1990年の診療報酬改定において定額支払制度を導入した。この制度は、一定以上の介護職員を置く介護力強化の病院に対して認められ、付き添い看護を禁止したほか、出来高払いによる個別的な支払いは、リハビリテーションや画像診断・処置などに限定されている。この定額支払制度は、支払額が相対的に高く設定されているために、老人患者の割合が多く、看護婦が少ない病院にとっては有利になり、同時に「お世話料」の保険外負担も黙認された。

しかし、この介護力強化の老人病院の出現は、特別養護老人ホームや老人保健施設にとって波紋を投げかけることになった。すなわち、定額支払いの場合、サービス提供者が軽症の患者のみを入院させてしまうという強いインセンティブが働く(特別養護老人ホームは福祉事務所の措置によって入所者が決定されるが、一般的に施設側の自由裁量がかなり働くといわれている)。老人長期ケアに介護力強化病院が新たに加わっても、それは軽症患者によって容易に占有されてしまい、重症患者はつねに入所困難な状況に置かれる事態が予

想される。

こうした状況を改善するには、重症患者の特性に応じ、かつその費用を公平に支払うシステムが必要である。さらに、医療施設・福祉施設によるバラバラな老人長期ケアのサービス提供を改め、すべてのサービス提供者を同一の財政・支払制度によって統合すれば、患者もその症状に応じて効果的なサービスを受けることができ、サービスの連携と統合が実現しよう。病院・老人保健施設・特別養護老人ホームという制度的な区分を再検証するとともに、それぞれの施設にいる老人長期ケア患者の重症度、費用・マンパワーの配分の現状を測定し、老人長期ケアのサービス・施設体系と費用・財源調達を再調整することが要請されている。

Ⅲ 定額支払制度による老人病院の 介護力強化の意義と問題点

——N老人病院のケーススタディから考える——

(1) 定額支払制度とN老人病院の概要

厚生省は、老人の入院医療に対して1990年4月の診療報酬改定において定額支払制度を導入した。この目的は、①出来高支払制度による点滴・検査などの過剰診療の防止、②看護・介護職員がケアを充実して、老人患者を「寝たきりにさせない」医療を提供する——の2点にある。わが国の診療報酬はこれまで、「出来高払い制度」を採用しており、老人医療において「クスリ漬け・検査漬け医療」という過剰診療を生み出してきた。今回の新しい定額支払制度が、これまでの投薬・検査を主体とした医療サービスをどのように変化させ、老人患者の生活の質や日常生活動作(ADL)にどんな影響を及ぼしているのか、今後の老人医療のあり方を展望するうえで重要な問題提起を行っている。

この定額支払制度は、特例許可老人病院が介護職員を手厚く配置した場合、病院の選択・申請にもとづき、看護・投薬・注射・検査の診療報酬点数を包括化し、「入院医療管理料」として定額支払いで病院に支払うものである。老人病院に対して投薬・点滴・検査よりも介護力の強化・充実を求

めているため、この定額支払制度を採用した病院は、「介護力強化病院」とよばれている。介護職員の数に応じて、「入院医療管理料」は次の3つに区分されている。看護職員はいずれも、患者6人に1人という同一の配置基準である。

(I) 患者4人：介護職員1人の場合、1日
6,980円

(II) 患者5人：介護職員1人の場合、1日
6,520円

(III) 患者6人：介護職員1人の場合、1日
6,210円

このうち、(III)は1992年4月の診療報酬改定によって、介護力強化病院の普及促進の意味から介護職員の配置要件を緩和したものであり、付き添い看護解消の政策誘導といえる。同時に、(I)と(II)についても、その診療報酬点数は20%ほど引き上げられており、経済的なインセンティブの下で定額支払いの定着が図られようとしている。この「入院医療管理料」に入院料など固定的な支払いの点数を加えて、老人の入院患者は月36万円程度の定額払いとなる。リハビリテーションや画像診断、処置などの費用については、従来の出来高払いが残されているが、全体の90%強は定額払いであり、包括的な支払いに変わりはない。

この定額支払いを採用する介護力強化病院は、1992年6月末現在で以下ようになっており、特別許可老人病院の総数1,121病院（わが国の病院数1万96の11.1%）、14万7,442床（同病床数167万6,803床の8.8%）に対して、約4分の1の導入状況にある。

(I) 157病院・14.0% 2万1,978床・14.9%

(II) 123病院・11.0% 2万 183床・13.7%

(III) 8病院・0.7% 835床・0.6%

計 288病院・25.7% 4万2,996床・29.2%

厚生省が1991年5月にまとめた「入院医療管理料承認病院実態調査」（対象病院108病院）による

と、承認以前（1990年1月）と承認後（1991年1月）の1ヵ月の患者1人当たり点数は、検査が42.7%、投薬が34.2%、注射が49.4%と大幅に減少していることが明らかとなっている。そして、看護職員による療養上の指導・世話やリハビリテーションなどが多くの病院で増え、介護職員も老人患者に対するレクリエーションや入浴介助を増やすなど、投薬・検査よりもケアを重視した新しい老人医療が始まっている。

しかも、この調査によると、病院の1ヵ月の医業収入は10.1%も増加したのに対して、医業費用は医薬品費や診療材料費の減少により3.7%の伸びにとどまり、医業収入から医業費用を差し引いた収支差額は62.4%もの大幅増となっている。定額支払制度は、老人病院の経営にとってもプラスの効果を及ぼしており、普及・定着のための経済的な誘導の時期といえよう。

今回、ケーススタディの対象としたのは、北海道にある介護力強化病院であり、1979年6月に146床の老人病院として開設され、現在は942床とわが国でも有数の大規模老人病院に成長してきた（表1による病院での老人長期ケアが急増した1980年とほぼ同時期に開設されている）。定額支払いの「入院医療管理料」は1990年7月から(I)を採用している。1991年の1年間の1日平均患者数は入院939人（病床利用率99.7%）、外来46人であり、入院を軸に老人の長期ケアを展開している施設である。1ヵ月平均の新入院患者数は28人、退院患者28人（軽快7人、転院8人、死亡13人）と患者の動きは小さい。この結果、平均在院日数は1,029日（2.8年）と長くなっており、老人の「終の住処」として病院が機能しているのである。

この病院では、患者の重症度・看護の必要度に応じて、病棟を3つのタイプに分けており、看護・介護職員も表2のように傾斜配置されている。

定額支払制度の実施に伴い、それまでの付き添

表 2

病棟タイプ	患者の重症度・介護の必要度	病棟・病床数	看護・介護職員数
A：重症病棟	○重症・全介助が多く、治療・処置が多い	3病棟・309床	患者2.0人に1人
B：中間病棟	○ベッド上での生活が多く、治療は比較的少ない	6病棟・441床	患者2.3人に1人
C：軽症病棟	○比較的自立度が高く、リハビリテーションが多い	3病棟・192床	患者2.8人に1人

表 3

	出来高払い制 1990年3月	定 額 支 払 制		看護・介護職員1人当たり患者数**		
		1991年度平均	1992年度平均	1990年	1991年	1992年
看護婦	人 75 (14.1)	人 88 (21.1)	人 90 (21.7)	人 12.6	人 10.7	人 10.5
准看護婦	81 (15.2)	79 (18.9)	85 (20.5)	11.6	11.9	11.1
助手+付添婦*	377 (70.7)	251 (60.0)	240 (57.8)	2.8	3.8	3.9
計	533 (100.0)	418 (100.0)	415 (100.0)	1.7	2.3	2.3

注: *定額支払制度の下では、看護助手=介護職員となる。

**この看護・介護職員1人当たり患者数は、総病床942床から計算した。

い看護は廃止となり、看護・介護の職員体制は表3のように変わった。老人病院がそれまで、付き添い看護に多くを依存していたかが明らかとなる。しかし、全体の看護・介護職員数は、付添看護婦が減った分だけ減少となっており、看護・介護職員1人当たり患者数では出来高払い当時の1.7人から、定額制での2.3人へとケアの人的密度は低下している。もっとも、看護婦・准看護婦の有資格者1人当たり患者数は1990年6.0人、1991年5.6人、1992年5.4人とスタッフの充実が行われている。看護婦・准看護婦の専門職が、介護職員とともに老人ケアの向上にどう取り組むか、定額支払制度の試金石であろう。

さらに、こうして少なくなった看護・介護部門に対して、給食・薬局・リネンサプライの各部門などによる支援体制が築かれており、全職員による老人ケアの向上が課題となっている。元来、看護・介護職員は、「病院の万能選手」としてあらゆる業務を担わされることが多いが、医師の診療介助とともに療養上の世話に専任できる体制作りが老人の長期ケアの充実には不可欠であろう。今後の看護・介護のマンパワー確保を考えると、効率的にサービスを提供するための、ケア部門の支援・援助の方策が求められている。

平成3年度の入院患者数は表4のとおりで、938人の平均年齢は男80.1歳、女82.2歳となっている。その構成割合は、男27.2%、女72.8%と老人の長期ケアは圧倒的に女性の患者である。

(2) 定額支払いによる医業収入・薬剤費などの変化

表5は、重症・中間・軽症の各病棟タイプ別に患者1人1日当たりの平均医業収入・薬剤費・委

表 4 N老人病院における患者数——男女・年齢階級別 (1991年)

	男	女	総 数
60歳未満	人 4 (1.6)	人 4 (0.6)	人 8 (0.9)
60歳代	17 (6.7)	24 (3.5)	41 (4.4)
70歳代	85 (33.3)	191 (28.0)	276 (29.4)
80歳代	128 (50.2)	369 (54.0)	497 (53.0)
90歳以上	21 (8.2)	95 (13.9)	116 (12.4)
計	255 (100.0)	683 (100.0)	938 (100.0)

託検査費を調べたものである。1990年3月は定額支払制度以前の状況を示し、1991年3月は前年7月からの定額制導入後、9ヵ月後の変化を表し、さらに1992年3月はその1年9ヵ月後の結果である。

出来高払い制の下では、重症病棟の3つの病棟でみた患者1人1日当たりの医業収入は、1万4,145円、1万1,448円、1万164円である。同じ重症病棟でも、医業収入の最高と最低とでは1.39倍の格差が生じていた。しかし、この差も定額制の導入によって著しく縮小し、1991年3月では419円、1.04倍にまでなる。そして、1992年3月には67円とほぼ同水準に横並びとなる。定額制とはいえ、こうした差が生まれるのは、前述のとおり一部に出来高払いの部分が残されているためである。

中間病棟では、平均9,250円の医業収入であるが、最高の1万846円と最低の8,409円とでは1.30倍の格差があり、重症病棟の格差をやや下回る。この差は、定額制とともに縮小し、1991年3月が529円、1.05倍、1992年3月が377円、1.04倍となる。しかし、6つの中間病棟での平均医業収入では1万772円、1万787円と1991年3月が16.5%、1992年3月が0.1%と定額制によって収入増加が実現

表 5 N老人病院の定額支払制度以後の患者1人1日当たり医業収入・薬剤費・委託検査費の変化

		出来高支払制度		定 額 支 払 制 度			
		1990年 3 月		1991年 3 月		1992年 3 月	
		平 均	範 囲	平 均	範 囲	平 均	範 囲
医業収入	A: 重症病棟	円 11,919	円 14,145~10,164	円 10,946	円 10,948~10,529	円 10,961	円 10,995~10,928
	B: 中間病棟	9,250	10,846~8,409	10,772	11,134~10,605	10,787	10,984~10,607
	C: 軽症病棟	8,364	8,649~8,089	11,039	11,169~10,972	10,886	11,020~10,759
	計	9,801	14,145~8,089	10,868	11,169~10,529	10,852	11,020~10,607
薬剤費	A: 重症病棟	円 4,222	円 6,243~3,092	円 1,529	円 1,802~1,120	円 1,253	円 1,950~662
	B: 中間病棟	2,173	3,792~1,209	481	738~281	465	699~276
	C: 軽症病棟	1,199	1,308~1,010	552	625~454	427	569~351
	計	2,504	6,243~1,010	806	1,802~281	681	1,950~276
委託検査費	A: 重症病棟	円 529	円 739~379	円 68	円 89~48	円 78	円 100~58
	B: 中間病棟	391	634~221	39	65~13	34	84~21
	C: 軽症病棟	372	468~297	18	31~4	16	27~5
	計	440	739~221	44	89~4	46	100~5

していることに注目したい。これについては、後述する。

次に軽症病棟に移ると、出来高払い制度の下でも、基本的に病棟間の医業収入の格差は大きいものではなかった。最高の8,649円と最低の8,089円の間には、560円、1.07倍の差しかなく、重症・中間病棟が定額制を採用したときの格差と同レベルであった。このN老人病院では、重症・軽症など患者の症状に応じた医療サービスがなされ、それが医業収入にも反映したといえ、投薬・点滴の過剰診療が行われていなかったといえる。しかし、定額制の導入によって医業収入は1万1,039円と32.0%もの大幅な上昇を示す。しかも、1991年3月の各病棟タイプ別の平均医業収入では重症病棟のそれを上回っており、その差が小さいとはいえ、軽症病棟が最高ランクである。

これは、新しい制度でも出来高払いが認められている理学療法・作業療法などのリハビリテーションが、軽症病棟でより多くなされているためである。各病棟タイプ別の患者1人1日当たりリハビリ収入をみると(1991年3月)、重症152円、中間243円、軽症432円と1日当たり金額は少ないが、重症と軽症では2.84倍の差が生まれている。重症になれば、リハビリテーションを行うことは不可能となり、定額払いとリハビリなど一部出来高払

いのケース・ミックスが、軽症患者の医業収入を増加させている。しかし、軽症病棟間の医業収入には大きな差はみられず、1991年、1992年とも1.02倍にとどまる。軽症病棟のこうした傾向が今後、どう展開していくか、定額支払制度の評価に関わる課題といえる。

医業収入を厳密に比較するには、定額制によってそれまでの付き添い看護が廃止されたことを考慮にいれる必要がある。付き添い看護は、患者個人の支払いによる療養費払いであるため、患者個人がいくら支払ったかのデータ入手は困難であり、それが付き添い看護問題の社会的な非難を生む要因ともなっている。

N老人病院の1990年3月の医業収入に北海道平均の1日当たり看護料金額3,673円(厚生省老人保健福祉部『老人医療事業年報』平成2年度)を加えると、平均医業収入は1万3,474円となり、定額支払い後の金額を上回る。付き添い看護は重症度別に金額が異なるため、すべての患者について収入減となったとはいえない。しかし、N老人病院にとって看護・介護職員全体の数は少なくなったとはいえ、病院自身が雇用する分、その人件費は老人医療のコストアップ要因になるはずである。看護・介護の費用とマンパワーの確保は、老人病院にとって大きな問題である。

医療収入のこうした病棟タイプ別の変化をみると、患者の重症度別にみた病院のコストと利益は大きく異なることが明らかとなる。将来的に定額支払いを維持・発展する以上、患者の重症度・ケアの必要度に応じたタイプ別の定額払いを考えていくことが必要となってくる。

表5の薬剤費に移ると、現実に使用される薬剤量（この場合は薬価ベースで表示）は、定額支払制度の導入によっても硬直的な使用でないことに注目したい。1990年3月の出来高払い当時にも病棟タイプ間の大きな格差が存在していたが、それは定額制の下でも明らかな格差が残されており、重症度別にみれば単純な薬剤の減少でないことがわかる。

重症病棟では薬剤費の平均額は4,222円から1,529円と2,693円、63.8%の減少を示している。しかし、なお1,802円と最高の薬剤使用の病棟を抱えるなど、重症病棟がもっとも薬剤を使用することに変化はない。

中間病棟の薬剤費は2,173円から481円へと1,692円、77.9%の減少であり、その減少幅は3つの病棟タイプの間でいちばん大きい。しかも、最高と最低の格差は2.63倍と3つの病棟タイプでいちばん大きく、1990年の3.14倍よりも縮小したとはいえ、中間的な症状の老人患者に対しての薬物療法が医師の間でなお揺れ動き、統一的な薬剤使用が確立されていないことがうかがえる。重症病棟の同じ格差は2.02倍から1.60倍に縮小しており、定額支払いといっても患者が重症になれば、必要な薬剤は使用しなければならないと予測できる。

軽症病棟の薬剤費は1,199円から552円と647円、54.0%減少し、1年後にはさらに減少している。もともと軽症病棟での薬剤費の格差は小さく、出来高払いの下でも1.30倍にすぎず、定額払いで1.38倍とやや拡大している。薬剤費全体で約3分の1まで減少し、なおそれが続いている結果であるが、こうして病棟タイプ・重症度別に分析すると、定額支払いであっても必要な患者には薬剤の使用が継続しているとみるべきであろう。

表5では、外注委託検査費の状況を示してあるが、薬剤費以上に変化・減少しているのが明らか

となる。重症病棟の患者1人1日当たり検査費は529円であったが、定額支払い後、68円と以前の8分の1にとどまる。中間病棟でも391円から39円と10分の1のレベルにダウンした。さらに軽症病棟では、372円が18円と20分の1まで下がった。こうした検査費の大幅な減少のなかで注目したいのは、出来高払いの下でも病棟タイプ別にみた検査費の格差は薬剤費とは逆に小さくなく、薬剤費3.52倍、検査費1.42倍という状況であったことである。それが定額支払制度の導入によって1991年3.77倍、1992年4.88倍と拡大する傾向にあり、薬剤費の格差縮小という傾向とは反対の現象を示している。これは、検査費自体がごく少額になったことであろうが、出来高払い当時の検査による過剰診療が重症度とは無関係に、ルーチン検査で行われていたことを示している。そのルーチン検査が定額支払いで止められたことが、検査費の大幅減につながったことは明らかだ。

(3) 患者の変化（入院・退院・死亡）と定額支払制度のケーススタディによる評価

定額支払制度の採用によってN老人病院が、患者の入院方針をどう変化させたか、それを検証するのは困難である。すなわち、現在の定額支払制度の下では、患者の重症度にもかかわらず同一の支払額であるために、重症患者はサービスのコストが大きいので入院させない方が経営的に有利であり、より軽症な患者の入院に経済的なインセンティブが働いてしまう。さらに定額支払制度には、もうひとつ必要な投薬・検査も止めてしまうという「粗診粗療」の問題がある。これについては、前述のとおり検証し、重症度に応じた投薬・検査など必要な医療サービスの提供がある程度、裏づけられている。

この病院の入院・退院・死亡者数は表6のとおりで、大きなパターンの変化はみられない。反対に入院患者は重症病棟で増加しており、新しい定額支払制度が12ヵ月間、完全実施された1991年度と出来高払いの1989年度と比べても174人から180人に増えている。入院患者総数に占める重症病棟への入院患者の割合はこの3年間、33.5%、40.4

表 6 N老人病院における入院・退院・死亡患者数 (1989-1991年度)

病棟タイプ	入 院			退 院			死 亡		
	1989年	1990年	1991年	1989年	1990年	1991年	1989年	1990年	1991年
A: 重症病棟	人 174	人 166	人 180	人 90	人 61	人 61	人 137	人 149	人 146
B: 中間病棟	253	220	143	68	74	66	106	70	14
C: 軽症病棟	92	25	6	114	45	34	5	1	1
計	519	411	329	272	180	161	248	220	161

%, 54.7%と多くなり, 入院患者の過半数が重症病棟である。反面, 軽症病棟への入院患者は減少を続けて, 17.7%, 6.1%, 1.8%とほとんど入院していない。これはN老人病院において, 保険外負担である「お世話料」が, 軽症な患者の入院を防止している経済効果が指摘できる。

死亡患者は毎年減少しており, とくに中間病棟が顕著であり, 106人, 70人, 14人とほぼ10分の1にまで下がっている。重症病棟の死亡はほぼ同水準であり, 画期的な治療効果などない老人の末期医療の困難さが指摘できる。しかし, 退院・死亡を合わせた患者数に対する死亡患者の割合は, 1989年47.7%, 1990年55.0%, 1991年50.0%となっており, 死亡患者の割合もやや低下傾向をみせている。こうしてみると, 新しい定額支払制度は老人患者に対するケアの改善を生んでいることが推測される。

今回のケーススタディから定額支払制度について, 以下のように結論づけることができる。

- ① 新しい定額支払制度の導入は, 薬剤費・検査費を大幅に減少させた。これは, 出来高払い制度が生み出してきた鼻腔栄養・留置カテーテル→発熱→抗生物質→寝たきり→褥瘡という「老人医療の悪循環」を解消することに有効である。
- ② 看護婦は, 薬剤・検査の減少によって医師の診療介助から解放されて, 食事の介助・身体清拭などケアにシフトした活動ができるようになった。これは, 老人患者のADLの改善につながっていく。
- ③ 出来高払い制度は, 薬剤・検査など医療サービスのすべてのコストを保障してきた。しかし反面, 「患者にとって最も必要な薬剤・検

査とは何か」というコスト意識を希薄にしてきたことも否定できない。定額支払制度はこうした老人医療のあり方に劇的な変化をもたらしている。

- ④ 定額支払制度は重症患者の入院拒否・困難という問題を抱えているが, こうした傾向は今回のケーススタディの病院にはみられなかった。しかし, 現在はその制度的な防止策を用意しておらず, 早晚, 検討材料になることは明らかである。

IV 終わりに——看護・介護の費用とマンパワーの今後

これまでみてきたように, 高齢化社会とともに医療施設も変化を余儀なくされ, 医療・保健・福祉相互間の連携・調整が必要になってきている。しかし, これらの施設の費用とマンパワーの相違は大きく, それぞれが長い歴史をもつだけに, その調整は容易でない。それが, 国民生活水準の向上, サービスの高度化・多様化の結果ではあっても, 各施設間の効率的な資源活用こそ高齢化社会の重要課題である。老人病院の定額支払制度も, 老人医療サービスがより福祉的要素に近づきつつあることを示している。医療・保健・福祉に年金を加えて, 看護・介護サービスのシステム化こそが社会保障の今日的課題といえよう。

表7は, これら老人長期ケア施設の患者・入所者のADLの状況をみたものであり, それぞれの施設の特徴と類似性が明らかとなる。食事の全介助は, 特別養護老人ホーム13.8%, 老人病院13.5%と同レベルであるのに対して, 排泄の全介助は老人保健施設28.5%, 老人病院28.1%が並んでお

表7 老人ケア施設入所者の日常生活動作 (ADL) の状況 (1990年)

	養護老人ホーム N=6,343人	特別養護老人ホーム N=15,231人	老人保健施設 N=26,918人	N老人病院 N=942人	
				1991年 3月	1992年 3月
食事/自立	94.0	67.4	78.0	75.6	77.1
一部介助	5.2	18.8	16.7	10.9	11.6
全部介助	0.8	13.8	5.3	13.5	11.4
排泄/自立	92.3	36.9	44.8	43.8	45.9
一部介助	4.3	17.4	26.7	22.9	26.0
全部介助	3.4	45.6	28.5	33.3	28.1
着脱衣/自立	88.0	26.8	25.3	38.0	42.7
一部介助	8.5	26.3	46.3	26.0	26.6
全部介助	3.5	46.9	28.4	36.0	30.7
入浴*/自立	77.1	12.0	9.9	17.9	20.3
一部介助	17.5	30.9	51.8	15.8	16.6
全部介助	5.4	57.1	38.3	66.2	63.2

注：*N老人病院の「入浴」のADLは、この病院が集計した「日常生活基準表」の「清潔」を読み換えている。

資料：厚生省大臣官房統計情報部「老人保健施設実態調査」「社会福祉施設調査報告」平成2年。

り、全体的に入所者のADLは老人保健施設がいちばん高いことが指摘できる。これは、老人保健施設がもつ病院から家庭へ、病院から福祉施設への中間的な施設としての特徴といえるが、在宅ケアの未整備・特別養護老人ホームの定員制限などにより、中間施設での滞留も始まっている。看護・介護の資源配分の見直しは、家庭や地域を含め広い視野から行わねばならない。

その際、基本的に重要なことは、老人長期ケアに必要な需要の測定・判定をどのような尺度で行うかである。老人病院での「社会的入院」も、退院可能な老人患者に対する支援体制が整備されていないという意味では、必要な社会サービスなのである。たまたまそれを病院が提供しているにすぎない。在宅ケアまで含めた老人患者のサービス必要度の社会的な判定基準・尺度を開発することが必要である。それは、これまでの老人福祉施設に対する「措置」判定とは異なり、施設に着目するのではなく、老人の症状・ADLを共通の尺度で判定し、費用・マンパワーという資源の配分方法を開発しなければならない。定額支払いの老人病院における重症患者の入院拒否・粗診粗療を防止する観点からも、こうした社会的に共通な判定

基準・尺度が求められる〔4〕〔5〕。

急性期疾患から慢性期疾患へと成人病の時代を迎えて、医療保険自体も制度的な調整を必要とされている。急性期疾患に対応する出来高払い現物給付方式のみでは、看護・介護サービスにおいて資源の浪費とADLの低下を生み出すだけであろう。そうした意味では、老人医療費無料化によって生み出された医療治療・偏重の老人サービスを、福祉・保健の間で看護・介護サービスを加えて再構成していくことになる。しかも、高齢化の進行とともにこうした需要は拡大の一途であり、最終的には医療・保健・福祉の財源の調整・統合、統一的な利用者負担の方法が考えられてよいだろう。

看護・介護という優れて主観的な満足に関わる老人の長期ケアのサービスについて公的システムを本格的に構築することは、社会保障がこれまで取り組んでこなかった。せいぜい福祉や医療の限られた分野でなされてきたにすぎない。しかし、平均寿命の伸長とともに国民の身近な関心となり、「高齢者の介護」は先進国共通のテーマとなっている〔6〕。21世紀の社会保障にとって最重要課題であるが、解決のためのモデルがないテーマでもある。わが国がどう取り組んでいくか、1961年の国民皆保険・皆年金体制から30余年が過ぎて、新たな社会保障の再構築を迫られているといえよう。

参考文献

- 〔1〕 堀 勝洋『福祉改革の戦略的課題』、中央法規出版、1987年
- 〔2〕 高木安雄「第2次医療法改正までの歩み——21世紀の医療供給体制をめぐる動きとその焦点」『病院』、1992年12月
- 〔3〕 二木 立『90年代の医療と診療報酬』、勁草書房、1992年
- 〔4〕 翠川純子「アメリカにおけるナース・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」『海外社会保障情報』97号、1991年12月
- 〔5〕 池上、高木他「長期ケアの支払い方式に関する研究」、第30回日本病院管理学会研究報告、1992年11月
- 〔6〕 「第2回 OECD 社会保障大臣会議コミュニケ——社会保障政策の新しい方向性」『週刊社会保障』第1721号、1993年1月

(たかぎ・やすお)

社会保障研究所調査部主任研究員)