

アメリカの老人医療と福祉

阪南中央病院・内科 岡本 祐三

「アメリカの老人医療と福祉一要旨」

わが国では、「寝たきり老人」問題に象徴的に表出している、病弱老人の「長期ケア」のあり方が大きな社会問題となっている。これは老人の医療と福祉の問題がもっとも先鋭に問われる領域でもある。これに対して現在「民活路線」による対応策が立案されて議論を呼んでいる。

米国では、わが国よりも高齢化の進行がはやく、工業化とそれに伴う核家族化の速度もよりはやかだったために、病弱老人のケアが1980年代から社会問題化した。これに対して、米国では私的な低級医療施設—「ナーシング・ホーム」を大量に作ってゆく政策が採られた。大不況後の1935年に制定された「社会保障法」、1960年代の老人および貧困者対象の医療費公費負担制度が、さらに「ナーシング・ホーム」増設に拍車をかけ、1970年代には「ナーシング・ホーム産業」が形成される。しかし、株式会社経営によるこれらの低級医療施設には、ケアのレベルが低いものが多かったり、老人への虐待事件まで頻発するようになった。また「ナーシング・ホーム」入院老人は大半が貧困化しており、併せてこれらが非常な社会問題となっている。

また近年老人医療費公費支払い制度「メディケア」に、「DRG方式」が導入され、この制度

によって治療不十分なまま病院を退院させられ、ナーシング・ホームへ転送されたり、末期状態になると病院からナーシング・ホームへ移される事態が全国的に起こっている。米国は老人ケアの分野に、国際的にも特異な「民活路線」政策を押し進めてきたが、その実情と問題点からはわが国にとっても多くの教訓が得られよう。

はじめに

わが国で、老人を襲う病気で今日もっとも恐れられているものの一つは、癌とならんで脳卒中である。今私達の親世代の老人が、或る日脳卒中で倒れるとする。とりあえず、どこかの救急病院へ運びこむことになる。救命医療の水準は随分と向上したから、多くは一命を取りとめる。問題はその後である、じっくり何カ月もかけてしかも家族の付き添い無しでリハビリをやってくれる所がない。不幸にして重症の四肢の障害を残し、とても家族では世話できない状態になった場合、安心して長期のケアを任せられる施設を見つけるのが非常に難しい。

ここで我々ははじめて、急性期の医療は国民皆保険制度等によりかなりの水準まで整備されたが、「長期ケア」の体制が大変不備であることに気付くのである。「長期ケア」とは、まだ日本では一般化していないが、高齢化先進諸国

では社会保障の分野で二十数年前からさかんに提唱されている制度概念である。すなわち障害によって長期にわたって日常生活が困難に陥った状態、即ち障害状態が生活化された状態へのケアに対応する制度である。したがって「長期ケア」とは、言い換えると医療的なニーズが、生活ニーズと分かちがたく結びついているケアともいえる。

こうして一命をとりとめるだけでは事は済まず、その後の人生を尊厳を持って暮らせるようにすべきだという要求が、今わが国でも急速に高まっているが、米国においても「長期ケア」という、医療と福祉が不可分に一体化した社会福祉サービスのあり方が、1960年代以降医療と福祉の両分野にまたがった一大社会問題となっている。

米国の医療経済学者カール・ペグルスは、老人医療という発想の根本問題として、老人を特定社会集団として扱わねばならない理由を(1)政治的影響がある (2)退職者が殆どである (3)医療サービスへの高いニーズを有しているという事柄を挙げているが²⁾、(3)に関連して今一つ、長期にわたる重い障害を残しやすく、日常生活に不自由を来すことが多い、という事をつけ加えたい。

老人医療を論ずる場合、「医療一般」—急性期医療と「長期ケア」(long-term care)という二つのワク組みで考える事が今日非常に重要であり、かつ現実的である。

米国の老人

米国の老人人口は、総人口(2億2500万人)中の約11%—2500万人。近年の傾向として75歳以上の後期高齢者の増加が著しい。

老人の幸福を決定的に左右する要因は、「医療」と「退職後の収入」である。この両者に困難が生じると、老人は再起不能となる。「健康」と「収入」はいわゆる「鶏と卵とどちらが先か？」というジレンマ関係にある。米国の老人に関する調査では、老人330万人が貧困線以下にあり、さらに220万人が貧困線すれすれにある。この両者を併せると、全老人の4分の1になる。平均しても、老人世帯の収入は若い世代の世帯収入の半分以下である。典型的老人世帯の家計は、生活上不可欠の項目—食費、住宅費、交通費、医療費—で占められていて余力が非常に乏しい。退職老人世帯の80%では、この4項目の必須経費が支出の全てを占めてしまう。ここに米国でも老人医療制度という特別対策が必要とされる最大の理由がある。

老人層が全人口に占める割合は11%であるが、米国の全個人医療費支出(米国では、総医療費という場合、公的病院建設費用なども含めるので、個々人の傷病治療に要した費用をこう称する)の30%が老人医療費にあてられている。国民一人あたり医療費では、老人1600ドルに対して、65歳以下が500ドルと老人は若い世代の3.5倍の医療費が必要である。

米国では、わが国のように全国民を包摂した「国民皆保険制度」はいまだ成立していない。しかし、このような莫大な医療費を患者が自己負担のみで賄い得ないことは明らかである。そこで民間の医療保険以外にも、65歳以上の老人と貧困者のみを対象とした、医療費の公費負担制度が、ベトナム戦争下の社会不安を背景として1965年前後に相次いで成立した。「メディケア」と「メディケイド」である。ここで、米国の老人医療や福祉の問題を論ずる時不可欠の要素である、この両制度について簡単に説明し

ておこう。

〔「メディケア」と「メディケイド」〕

「メディケア」は公的老人医療保険であり、「メディケイド」は医療扶助制度である。この両制度は米国の社会保障制度の歴史上、画期的な意義を有している。というのは「自由診療の王国」（であった）米国において、はじめて成立した公的な医療費支払い制度だからである。その背景として、先にも述べたように世界中で最も高度に医療技術が発達している米国で、21世紀もあとわずかという今日に至っても、未だ国民全てを包含する「国民皆保険制度」が成立しえていないという事情がある。たとえば1988年度の大統領選挙でも、当選した共和党のブッシュ大統領は就任後の政策発表において、民主党候補の「全ての国民に医療保険を」という方針を明確に否定している。

しかしこのような米国でも、1960年代に発せられたニクソン大統領の「医療危機非常事態宣言」以来、医療を受けられない人々が数千万人もいる事が社会問題化し、例外的に65歳以上の老人だけを対象にした強制加入の公的医療保険が1965年になってようやく成立する。これが「メディケア」である。同じ頃、貧困者と障害者を対象にした医療扶助制度「メディケイド」も成立した（日本でいえば「生活保護」の医療給付にあたる。その後、人工透析の必要な腎不全患者等の障害者医療は「メディケア」に含められることになった）

「メディケア」は、運営の責任主体は連邦政府であり、基金は勤労者の掛金と国庫支出による。従ってこの制度の赤字は即ち国庫負担増を意味するから、近年の老人医療費の高騰を背景に、この制度は常に大きな社会問題となっている。制度的には、他の国々の公的医療保険と異なり、

米国の特殊医療事情に基づいて、病院への入院医療費をカバーする「パートA」と、医師への技術料支払いをカバーする「パートB」の二本建になっていて、「パートB」だけは任意加入制である。この制度により老人の急性期医療については、事態は大いに改善された。

そして、1983年度より、国庫負担削減を意図して、入院費用について、疾病毎に定額費用が給付されるといういわゆる「DRG方式」が導入された。しかし後述するように治療不十分のまま退院させられる「未了退院」やナーシング・ホームへの転送が増えるなど、医療レベルの低下が現在非常に問題化している¹²⁾。「メディケア」の給付の概要は以下のようだ（1989年1月より改訂されたもの）。

- ・病院入院：60日までの入院については患者負担は定額564ドルのみ。61日目から90日目までは患者負担は1日あたり130ドル。91日目から150日目までは患者負担は1日あたり260ドル。150日目以降は全額患者負担。
- ・外来診療：医師技術料については患者負担は1,370ドルまで。但し、薬剤費用は全額患者負担
- ・ナーシング・ホーム：最初の8日間は患者負担は1日あたり20%、9日目から150日目までは患者負担はゼロ。151日目以降は全額患者負担。
- ・在宅ケア：年間38日分については患者負担はゼロ（看護婦サービスのみ給付、医師の指示が必要。状態が固定すれば給付打ち切り。）。（しかし、「メディケア」発足後も、老人医療費の30%は自己負担となっている。また「メディケア」は6カ月以上の「長期ケア」に対しては殆ど給付を拒否している）

「メディケイド」は、貧困者対象の医療扶助制

度であるから、適用を受けるには「本当に」貧困者であるかどうかについて厳しい資産所得調査が伴う。つまり、この制度の適用を受けることは「社会的」に貧困者であることを「公認」されなければならないわけで、米国社会では非常な不名誉である。運営責任は「州」（連邦政府の補助金あり）。適用基準や給付内容についても「州」毎にかなりな差異がある。支払い額も低く抑えられていて、一般的には医療機関からは適用患者は歓迎され難い傾向にある。

この「メディケア」「メディケイド」の制定が、後に様々なスキャンダルが暴露され、一大社会問題となるナーシング・ホーム産業の興隆をさらに後押しすることになる。

米国の老人医療の歴史

米国の老人福祉のルーツを求めると、かの18世紀英国の「救貧法」にゆきつくとされている。この「救貧法」は、貧困者の「世話—処理対策」を地域行政の責任に押し付けた立法措置であった。この発想が19世紀に植民地アメリカにも伝わり、地方自治体の公的負担と慈善事業の負担において、貧困者—病弱者に「院内救済」—indoor-relieff—を与える事が始まった。「院内救済」とはこういう困窮者を施設（「救貧院」や「労役場」）に収容することであり、この措置を「希望」するものをできるだけ抑えるために、この処遇を社会的な不名誉とするために様々な工夫をこらすというものであった。1867年までに、16の州が「州慈善局」を設置し、州の施設の監視や、公的資金の補助を受けている民間施設の監督を行うようになった。やがて、これらの監督局が、老人病院、ナーシング・ホームなどの施設の設置基準を設けるようになった。

20世紀に入ると、最初の20年間に目覚ましい社会改革が行われた。公設診療所、裕福な市民対象の病院、貧困者のための病院、種々の療養所が開設され、「救貧院」の改善が行われ、施設の分類や体系化や制度全般の改良がなされた。そして、30年代の大不況の到来とともに中間階層にも社会不安が急激に拡大し、米国の社会福祉政策は劇的な変貌をとげる。

もっとも重要なものは、1935年の「社会保障法」である。この法律のもともとの狙いは、自宅で生活を続けていこうとする老人達に、経済援助をあたえようとするものであったが、法律が発効すると、施設に入っていた老人達が、世話人付き個人経営の零細な民間アパートへとおびただしく移動する結果をもたらした。20世紀初頭の米国には、1千を越えるナーシング・ホームが存在していたが、これらは殆どが教会、友愛組合、社会事業団体、その他の慈善団体によって運営されたり後援されたりしていた。しかしこれらの施設の待遇が低劣だったのと、「お情け」的に施設にいさせてもらう雰囲気嫌われたのである。このような世話—ケア—付き老人アパートこそが、今日のナーシング・ホーム産業の原型をなすものであった。この頃から既に、やがて高齢化社会の進展とともに、老人の世話という大量の社会的ニードが生じるに違いないという事を見通した企業家達がいた¹⁾。こうして病弱老人の「長期ケア」が家族や公的施設から、営利主義のはびこりやすい私的施設—ナーシング・ホーム—へと移ることになった。また費用の高い病院を退院した患者なども、療養のためにナーシング・ホームへ入るようになるとともに、次第にこのような施設が一種の医療施設と認知されるようになってくる。この社会福祉施設から低級医療施設への認知が、後の

表1 ナーシング・ホームの施設数、病床数などの推移

年	施設数	病床数	100床あたり職員数	占床率
1973	15,700	1,177,300	全 66人 看護+介護40人	86.5%
1977	18,900	1,402,400	— —	89.0%
1985	19,100	1,624,200	71人 43人	91.6%

米国のナーシング・ホーム大増設への大きな布石であった。

〔ナーシングホーム産業の興隆〕

米国のナーシング・ホームというのは、病院でしかできないような濃厚な治療は必要でないが、看護ケアや介護ケアを必要とする人達が入る施設である。1930年代には、全米で1千200施設・2万5千床しかなかったが、1950年代までに8千施設・30万床に増え、その後も衰えることなく急増し続け、今日では約1万9千施設・160万床にもなった。これらの大部分が株式会社組織の営利企業によって経営されていることが、米国の病弱老人政策の大きな特徴であるが、ナーシング・ホームの病床数が1970年代には全病院病床数（90万床）を越え、要するに米国の入院施設は、病院とナーシング・ホームの二重構造になったのである（表1）。ナーシング・ホーム病床が、全米の人口10万人あたり約650床となるから、いかに多数であるかが分かる。

ナーシング・ホームは、医療面では非常に手薄である。看護スタッフの構成をみれば、この辺の事情は明らかである。100床あたり平均して、正規の看護婦は、正看護婦、準看護婦合わせて10人程度であり、三交代で休暇をとれば、有資格看護婦のいないシフトがざらにあるということになる。常勤医師のいるのは、ごく一部の高級「ナーシング・ホーム」だけだ。

〔社会問題化するナーシング・ホーム〕

さて、今や「ナーシング・ホーム」は米国の

医療問題の中でも最大のものの一つで、議会でも度々問題になっている。そのひとつは重度の障害者が多い（表2）にもかかわらず、ケアの80～90パーセントが素人同然の看護婦の手に委ねられていることである。職員にとっては重労働であり、離職率は75パーセントに及ぶ。ケアの内容の劣悪なものが多いうえ、入院患者の虐待事件さえ頻発している。

1986年7月から、「ナーシング・ホーム」のメディケア指定施設の認可システムがより厳しいものに改訂され、従来の書類審査のみから、調査官の立ち入り調査を重視するようになった。この制度では、立ち入り調査の内容として、「防火設備は万全か」（毎年ナーシング・ホームの火災で数百人の死者がでる）、「感染予防対策はどうか」（院内感染事件がよく起こる）、「服薬は正しく履行されているか」といった事その他、入院患者の内、最低10パーセントと直接面談しなければならない、とされているが、これは先に述べたような事情の反映である。

先述したごとく、米国のナーシングホームは

表2 ナーシング・ホーム入院患者の生活動作能力障害度（要介助者の割合）

	1985年	1977年
入浴	91%	87%
着脱衣	78	78
排泄	63	55
食事	40	34
失禁（大小便）	55	47

その大部分が、高収益の株式会社組織という純粋な営利企業によって経営されているが、これは国際的にみても極めて特異な政策といえよう（営利74%、非営利21%、公立5%）。そして現在では寡占化が進み、全ナーシング・ホームベッド数の50%がナーシング・ホームチェーン企業の所有となっている（ベッド稼働率92%）。

米国の老人「長期ケア」

「メディケア」は老人の急性期医療のための医療費公費負担制度であり、現在でも米国唯一の公的医療保険制度である。先に述べたように、「メディケア」は「長期ケア」—ナーシング・ホーム入院—の費用は僅かしかカバーしないが、「メディケア」によって病弱老人の入院そのものの潜在的ニードが顕在化したために、長期入院を嫌う病院が老人患者をナーシング・ホームへ転送するケースが急増した。

そうするとナーシング・ホームへ入院したものの退院ができず（ナーシング・ホームの平均入院期間は1年半）、資産を使い果たして貧困階層に転落（こういうケースが非常に多い）する老人も多数出現することとなってゆく。こういう老人は当然ゆき場がなくなるが、唯一「メディケイド」によって社会的貧困者の認定を受ける道が残されている。「メディケイド」は「長期ケア」の費用を安い金額ではあるが負担するからである。こうして、最終的には米国のナーシング・ホームに長期入院する老人の半数以上が、「メディケイド」の受給者となっている（表3）⁶⁾。「自助努力」が世界で最も強調される米国で、「メディケイド」の適用者となるということは、もちろん社会的には大変不名誉なことである。したがって、これは悲惨とし

表3 ナーシング・ホーム退院時の費用負担者・入院期間別（1985年）

	1カ月以下	1～6カ月	6カ月以上
自費	43.4%	45.1%	37.6%
メディケア	28.5	8.8	
メディケイド	22.1	39.2	56.1
その他	6.1	6.9	5.1

ナーシングホーム生存退院患者（877,000人）の退院先—1985年

自宅あるいはそれに準ずる所	30.4%
他のナーシングホーム	11.2
一般病院	49.1
その他の医療施設	4.9
不明	2.2

かいいようのない事態であるが、最悪の「民活路線」の当然の帰結でもある。

こうして米国では、「一般医療」に対する公的保険制度が発足するはるか以前より、「長期ケア」について、低級医療施設を受け皿とする制度ができあがった。ひるがえって日本の場合、「一般医療」の制度—「国民皆保険制度」—が先に整備され、ついで高齢化社会の急速な進展とともに「老人医療無料化」制度が発足した。そしてこの「一般医療—急性期医療」の制度に依存して、もともとは急性期医療のための施設でもって、急性期医療のスタイルが無秩序に延長される形で、「長期ケア」施設—いわゆる老人病院—ができてしまったが、この事情がわが国の「長期ケア」のあり方に大きな問題を残した。米国もまた、低級医療施設で—しかも大部分を営利企業に委ねるといって—老人の「長期ケア」を受け止めるという政策的失敗を展開してきたのである。

『メディケア「DRG方式」』について

こういう状況の中で、米国では老人のみを対象とした「国民皆保険制度」が発足したが、「メディケア」は制度発足当初は、病院の積極的協力をとりつけ、制限治療によって差別医療が行われないように、大変気前良く支払いに応じていた。しかし、米国の経済の退潮と「メディケア」医療費の高騰とともに、年毎に支払い内容に厳しい制限を加えるようになった。その究極的な仕組みが「DRG方式」である。

日本では「DRG方式」として有名な、米国の老人医療保険「メディケア」の診療報酬支払システムは、支払い方法としてはむしろ「PPS (Prospective Prepayment System)」と呼ばれるのが普通だ。つまり「DRG (Diagnosis Related Group)」—診断名+処置分類群別—を基礎とした、「PPS」—「定額前払い方式」による診療報酬支払い制度である（本稿では「DRG方式」と略する）。

この制度は、医療費の高騰—特に老人医療費—が世界中の先進国で社会問題化している折りから、強力な医療費抑制策として国際的な関心を生んだ。「DRG方式」は、導入直後から米国の老人医療に大きなインパクトを与え、入院日数の著しい短縮と急増を続けた「メディケア」の費用増傾向に歯止めをかけ、また予想以上の病院の収益増をもたらした。わが国にも、思い切ったマルメ方式により「ムダな医療」が省けた成果だと、医療費政策として「成功」であったと伝えられている。しかし導入後丸5年を経過し、医療費圧縮「成功」とはうらはらに、医療内容の大幅な質的低下を招いたり、老人医療

保険の費用は抑制されたかもしれないが、その一部は実は自費や他の公費負担に振り替えられていたという実態が明らかとなりつつある。

〔米国の医療費支払制度と「DRG方式」〕

最初に、米国の医療費支払い制度の概要について、本稿と関連する部分のみについて、そのあらましを説明しておこう。

まず、診療報酬制の説明の前提として、米国では、病院が「オープン・システム」で運営されていることが重要だ。医師は自分の診療所のみ患者で、入院治療が必要な場合には契約している病院へ入院させ、いわば病院の病室、看護婦、検査設備、手術設備を「借りて」二次、三次医療をおこなう。（因みに、だから米国では一次、二次、三次医療は、医師毎の機能としては分化していなくて、同じ医師が、診療活動を展開する場所によって一次医療をやったり、二次医療をやったりしていることになる）。

従って、患者は「医師技術料」は直接主治医である医師に支払い、病院には「入院費」—部屋料、食事料、看護料、検査料、その他の設備使用料を支払う。この「医師技術料」や「入院費」は医師や病院が自由に決めてよいというのが、これまで米国医師会が誇ってきた「自由診療制」である（但し保険会社が支払う場合は、厳しい制限をつけて一方的に料金額を決めてくる）。また、何度もいうように「メディケア」と「メディケイド」以外には、医療費の公費負担制度はなく、治療費用の支払いは個人の自己負担（民間保険からの支払いも含め）が基本である。

「DRG方式」というのは、この中で「メディケア」の入院費用の支払いにのみ適用されている支払い方式である。つまり、医師の「技術料」については、一切適用されていない。即ち、

これまでのところ、「DRG方式」は医師の収入をおびやかす存在ではなかった。これが、自由診療制を長らくの間誇ってきた米国の医療界で、「DRG方式」が案外簡単に実施に踏み切られた大きな理由である。

さて、この「DRG方式」では、疾患グループ毎に、予め決められた“おおまかな”「定額」の診療報酬が基金から支払われる。即ち、看護料や食料料、部屋料金等の「入院費」だけで1日あたり10万～20万円もする米国の病院での入院治療のことだから、「病名」ごとに入院日数もきっちりとはじめから決められてくる。このような乱暴な“大マルメ”を取り入れることによって、「出来高払い」制の欠点とされる「過剰診療」—ムダな医療—を牽制し、米国の総医療費高騰の主因である病院費用のそのまた“元凶”たる「老人入院医療費」（この場合は連邦政府の国庫負担増にとって“元凶”ということだが）を遮二無二押さえ込み、連邦からの支出を抑えようという意図で導入が図られたわけである。

一人ひとり個別性の強い診療内容を、丸ごと「定額」でマルメするなどとんでもないというのが医学的常識だが、「いや、年間を通してトータルでみれば、個別性は全体の中に解消され収支が合う筈。上手に運営すれば一定額支払い以下の金額で抑えられたケースが増えれば、むしろ余りが出る。大体入院の最後の1日や2日は医学的にはどうにでもなる。実は医師がカルテの記載を整えたりするために延ばしていることが多い。こういう“ムダ”なことをさせないで、1日も早く退院させれば、病院としては儲かる筈ですよ」というのが、制度推進側の論理である。ただし、医療的立場からみた場合、この方式の致命的ともいえる欠陥として、このように「病名」として「診断群」に分けても、

「病人」の重症度（これこそ個別差がもっとも顕著に出てくるところだが）の表現には極めて不十分だということが、当初から指摘されていた（「合併症」についても考慮されてはいるが）。

しかし、導入後まもなく様々な弊害があらわれはじめた。周知のように米国の入院費用はべらぼうに高い。だから、先にも触れたように、この制度では、老人の入院患者を定められた日数以上病院に入れておくと、超過した分は丸々病院側の負担となる。逆に1日でもはやく退院させると、丸々病院側の儲けとなる。米国の病院は軒並み経営難に苦しんでいるから、病院側は1日でも早く退院させようと、契約している主治医達に強力なプレッシャーをかけはじめた。（病院に「協力的」医師と、「非協力的」な医師のリストを作り、契約医師に差別的待遇をしている病院のあることも暴露された）。

この「早期退院」プレッシャーの犠牲になったのが、入院患者である。まだ十分な治療が終了しておらず、不安定な状態で退院を勧告させられる患者—Premature discharge「未了退院」—が続出し、導入後1年間で、厚生省には5千通以上ものこれに抗議する手紙が続々と届いたが、政府筋は「全て最高の治療を受けている筈だ」と終始強弁して突っぱねた。¹²⁾

また制度の「不正利用」として、病院側が支払い額の高い方へ、高い方へと診断名をずらしてゆく「DRG クリープ—DRG creep」など様々な悪影響や医師のモラル・ハザードも顕在化してきた。¹²⁾

以上が、かの「悪名」高い「DRG方式」導入後、今日までに起こった事態のあらましである。

【「DRG」方式による診療報酬算定の方法】

「PPS-DRG」では、以下のような手続きによ

って診療報酬が算定される。

①ある患者を「退院時の状態」により、次のような要素—「主診断」「処置」「合併症」「年齢」「性別」—によって、枝分かれ式のチャートを用いて、最終的には470分類(DRG—Diagnosis Related Group)のうち特定の「1カテゴリー」に所属させ分類する。(この患者分類方式は、よく知られているように、本来は治療費の支払い用に作成されたものではなく、もともとは病院医療統計用に、入院日数に差のある病状グループ分類を見出そうとして、エール大学の研究グループが開発したものであった。これを連邦政府が、「メディケア」の診療報酬支払い用に転用したのである。従って、わが厚生省が最近の健保報酬改定の際、老人医療費や検査料の押さえ込みのためにしきりと口にするような「マルメ」を、はじめから意識して発想されたものではない。)

②各カテゴリーには、「DRG—weight」という一定の数値が付けられている(日本の「健保」でいえば、各診療行為ごとに決めてある「診療報酬点数」のようなものである)。

即ち、この段階で各患者毎の「DRG—weight」が決まる。

③日本の「健保」のいわゆる「1点単価」方式では「1点=10円」であるが、この「DRG—PPS」では、この「単価」を「dollar—rate」と称する。従って、

④診療報酬支払い額は各診療報酬点数×単価、即ち「DRG—weight」×「dollar rate」ということになる。(「dollar rate」は、地域ごとに異なる。またインフレ率や国庫財政により毎年修正されることになっている)

さて、この新制度が導入されたのは1983年10

月で、ニュージャージー州を皮きりに、現在ではほぼ全国的に実施されている。問題点や懸念は初めから指摘され、New Eng. J. Med. 誌などにも度々関連論文が発表されてきた。また、そこは実証的にやらないと済まないこの国である。「DRG方式」の導入が、医療面に及ぼす悪影響について科学的な批判を加えた研究報告も次々と登場するようになった。

〔ナーシング・ホームと病弱老人〕

もっと劇的な変化が生じたのは、老人患者の入院動態である。以下にご紹介する報告の内容を理解して頂くためには、ここで、「長期ケア」の主要な受皿である、米国特有の「ナーシング・ホーム」という病弱老人のための中間施設—低級医療施設というべきか—について、さらに説明を加えておきたい。米国では、老人医療のための入院施設は、急性期医療のための「病院」と「長期ケア」のための「ナーシング・ホーム」との二本建てになっているが、その成立にかかわる歴史的事情の一端については最初にも触れた。

現在では全米で、一般病院が90万床(平均在院日数7~8日)くらいあるわけだが、病院では、世界でも最も濃厚に人手と物量を投入した高能率の治療が行われるが、この段階が過ぎてなお、24時間ケアの付いた療養が必要な場合、医療的には格段に手薄な「ナーシング・ホーム」へ移る。あるいは、「寝たきり状態」になり、はじめから「長期ケア」のためにここへ入院する場合もある。もちろん経費的には、「ナーシング・ホーム」は病院の10~30分の1程度で済む。(「ナーシング・ホーム」にも「看護ケアホーム」と「中間ケアホーム」の2種類があるが、本論では主として「看護ケアホーム」が関係する。いずれも米国の社会保障制度上は「医療施設」

として扱われている)

医療費の関係でいうと、病院入院については65歳以上であれば、医師の技術料以外は、564ドルの自己負担を払えば、「DRG方式」の許す範囲なら、入院費用は60日目まではすべて「メディケア」でカバーされる。ナーシング・ホームの入院費用は、基本的には自費である。民間医療保険も全くといってよいほどカバーしない。1989年1月の改定以前では「メディケア」では「病院退院後であれば」という条件付だが、最初の20日間だけは自己負担なし、21日目から100日目までは毎日65ドル自己負担で残りの費用をカバーした。しかし「メディケア」が面倒をみるのはここまでで、100日以降は全額自己負担となっていた。

従ってそれ以上の長期入院（「ナーシング・ホーム」も米国では医療施設として扱われているから、ここでは「入院」という表現をしている）が必要となれば、自己資産を使い果たしてしまうと、以後は行政的に「貧困者」の認定を受けて、貧困者医療扶助制度である「メディケイド」の「世話」になる他ない。かくして米国の「ナーシング・ホーム」の、長期入院老人の半数以上が、最終的には「メディケイド」受給者となっている事情については先にも述べた。しかし、少しややこしくなるのだが、この「ナーシング・ホーム」には「メディケイド」で入っている老人でも、また病院へ入院する段になれば、とにかく65歳以上の老人であれば、再び「メディケア」の適用が受けられるわけである。

制度の評価をする場合、直観的に察知される事柄を客観的に裏付けることは非常に大切なことだ。「DRG方式」の医療面への悪影響を、極めて具体的かつ決定的ともいえる事実でもって実証した研究報告が、最近続々と発表されて

いるので、その代表的なものを幾つかご紹介しよう。まず、医療レベルの低下に関するものである。¹⁰⁾

〔医療レベルの低下〕

中西部にある1100床の典型的な地域病院へ、1981年10月から1986年3月まで、自宅で大腿骨骨折（初回）を起こして入院した65歳以上の老人患者から、338ケースを選び「PPS-DRG」導入前と後の患者の治療内容や退院後の処遇を比較した（導入前が149ケース、後が189ケース）。両群には集団特性の差異は全くなかった。結果はどうだったか。

まず病院での入院日数は、21.9日から12.6日と大幅に（42%）短縮された。入院してから手術日まで、また手術後からリハビリに移るまで、リハビリ開始から退院日までの日数も顕著に短縮されていた。しかし、行われたリハビリの単位数は余り減少していなかった。手術後の短い日数に集中してリハビリが行われるようになっていたのである。

患者の状態を比較すると、ここにも注目すべき変化が起きていた。退院前に少しでも歩ける者の割合が、「DRG方式」導入を境にして、56%から40%へと低下していた。退院までに最大限何m歩けるようになっていたかを比較すると、これも平均して28mから11mと半分以下になっていた（表4）。

病院を退院した後、ナーシング・ホームへ移された患者の割合は、導入前後の3年間を平均すると、38%から60%へと急増していた（殆どが比較的高度なケアが提供できる「看護ケアホーム」である）。さらに重大な事実として、退院後1年を経てまだナーシング・ホームに入院していた患者の割合も、9%から33%へと4倍近くも増えていた（表5）。しかも、このよう

表4 「DRG方式」導入前・後の、「大腿骨骨折患者」の病院での治療内容、退院後状態についての比較

	〔前 (149人)〕	〔後 (189人)〕
平均在院日数	21.9	12.6
在院日数中央値	19	12
入院より手術までの日数	2.2	1.2
手術後よりリハビリまでの日数	8.4	3.8
リハビリ開始後より退院までの日数	11.3	7.6
リハビリテーション		
単位数合計	7.6	6.3
単位数/手術後日数	0.41	0.59
死亡率 (%)		
病院	3	4
1年後	7	12
退院時の歩行可能者の割合 (%)	56	40
退院時の平均最大歩行距離 (m)	27	11
ナーシング・ホームへの転送 (%)	38	60
1年後もナーシング・ホーム入院中 (%)	9	33

表5 病院での平均在院日数とナーシング・ホームへの転送割合の推移

年 度	1981	1982	1983	1984	1985	1986
平均在院日数 (日)	22.3	22.1	21.3	13.9	11.8	10.1
ナーシング・ホームへの転送 (%)	36	39	39	54	67	67
1年後もナーシング・ホーム入院中 (%)	8	5	14	38	31	33

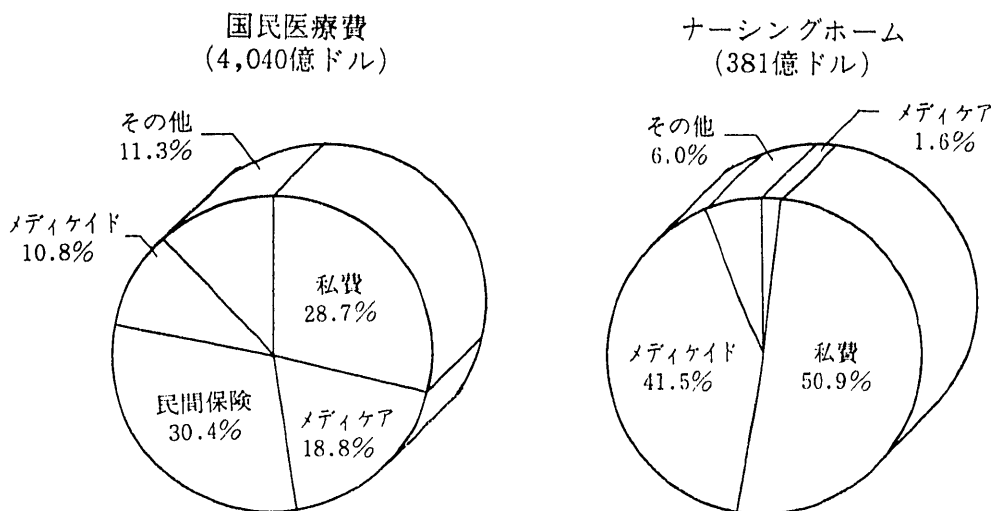
なケースは、軽症者がより多くナーシング・ホームへ送られるようになって増えたのではなかった。1年後の時点で、ナーシング・ホームで未だ濃厚なケアを必要とする人々の割合は殆ど変わっていないのである(前が75%, 後が70%)。ナーシング・ホーム側が経営上の理由で病院側に積極的に患者の転送を働きかけたためではないかと調べてみたが、これを示唆する事実は何も見当たらなかった。

ナーシング・ホームへ送られる理由のうち、最も多いのが「歩行障害」であったが(ナーシング・ホームに入院し続けている理由としても最多)、家庭内の介護能力、在宅ケアサービスの利用のしやすさなどについても両群に差はなかった。

合併症の有無についても比較したが、両群にあまり差異はなく、むしろ合併症のない患者群について、導入後から一層平均在院日数の短縮(16.3→9.9日)とリハビリ単位数の減少(8.3→5.2)、歩行可能距離の減少(38m→15m)がみられ、より多くナーシング・ホームへ転送されていた(25%→47%)。また、1年後もより多くナーシング・ホームに残留していた(5%→27%)。

医療経済の観点からこの結果をみてみよう。ナーシング・ホームの費用負担は図1¹⁴⁾のよう
で、自費が約半分、「メディケイド」(州予算+連邦政府補助)が残りの半分の殆どを占める(米国の民間保険会社は、ナーシング・ホームをはじめ「長期ケア」には殆ど手を出さない)。

図1 1986年の国民医療費とナーシングホーム費の財源



・ナーシングホームの財源割合は、国民医療費の財源割合と明らかに異なっている。民間保険とメディケアの合計が国民医療費の過半数を占めるのに対して、ナーシングホームではメディケアの割合は2%にも満たない。一方、メディケイドは国民医療費の11%近いが、ナーシングホームにおいては41%を占め、ナーシングホームでは私費(50%)とメディケイドに二極分化されている(出所=Health Care Financing Administration)。

従って、「DRG方式」導入によってより多くの老人がナーシング・ホームへ移されるようになったということは、即ち「DRG方式」で圧縮された「メディケア」の費用は、病院での「ムダ」な医療を省いた結果というよりは、少なくともその一部は、単に自費および貧困者医療扶助費「メディケイド」にシフトされたにすぎないということをも意味する。しかもそのために、多数の老人が自宅での自立生活を奪われ、ナーシング・ホームに長期に滞留する結果さえもたらしているのである。

この制度の悪影響をモロに受けたのは、面倒をみってくれる家族や知人のいない老人達であった。導入前だと、このような老人のうち50%がナーシング・ホームへ送られていたが、1年後にはその80%が自宅へ復帰できていた。しかし、導入後は90%がナーシング・ホームへ送られるようになり、1年後になってもそのうちわずか40%が自宅へ復帰できたに過ぎなかった。

次に紹介するのは米国医師会雑誌 JAMA 掲

載の研究報告のあらましであるが、「DRG方式」が老人医療の分野にいかにか大きな影響を及ぼしたかを、さらに端的に理解して頂けると思う。(9)

〔犠牲になる老人患者と増えるナーシング・ホーム死亡〕

1982年から1984年にかけて、ウィスコンシン州の「メディケイド」(病院およびナーシング・ホーム入院費用は本人負担無し)適用を受けている老人でナーシング・ホームに入院中の患者(以下「ナーシング・ホーム群」とする)と、自宅生活を送っている老人(「自宅群」とする)を、それぞれについて2万人以上選び、その入院と死亡場所の動態を調査した。以下はその驚くべき結果である(表6)。

①「DRG方式」導入と期を一にして、ナーシング・ホームで急激な入院率の上昇が見られた。この間、「自宅群」では変化がない(図2)、むしろ減少傾向である(表6)。

②病院での平均在院日数は、両群ともに著し

表6 「PPS-DRG」導入前後の「メディケイド」適用老人の入院動態（ウィスコンシン州）

	「ナースング・ホーム群」			「在宅群」		
	10/82~9/83	10/83~9/84	増減率 (%)	10/82~9/84	10/83~9/84	増減率 (%)
総人数	25,149	25,312	+0.6	22,559	22,317	-1
総入院回数	3,848	6,668	+73	8,285	7,598	-8
入院率（人口千対）	153	263	+72	367	340	-7
総在院日数	41,774	53,227	+27	71,085	56,909	-20
平均在院日数	10.8	8.0	-26	8.6	7.5	-13

図2 メディケイド受給老人の入院率の推移

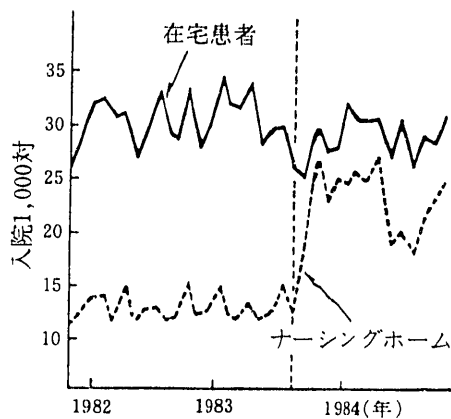
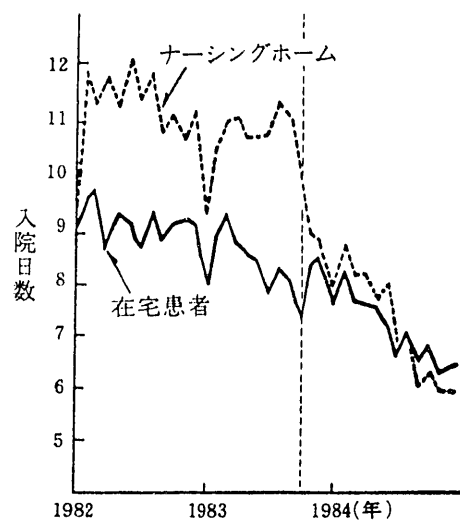


図3 メディケイド受給老人の平均在院日数の推移



く短縮された。特に、「ナースング・ホーム群」では、従来は「在宅群」よりも在院日数は2～3日も長い傾向にあったのが、在院日数がより一層短縮された結果、「在宅群」と変わらない日数となった（図3）。

③①と②は同時に進行した、表裏一体の事態である。

④1983年～1985年にかけて、ナースング・ホームでの死亡率が年間18%も増えた。

一方、病院での死亡率は10%も減った（図4）。

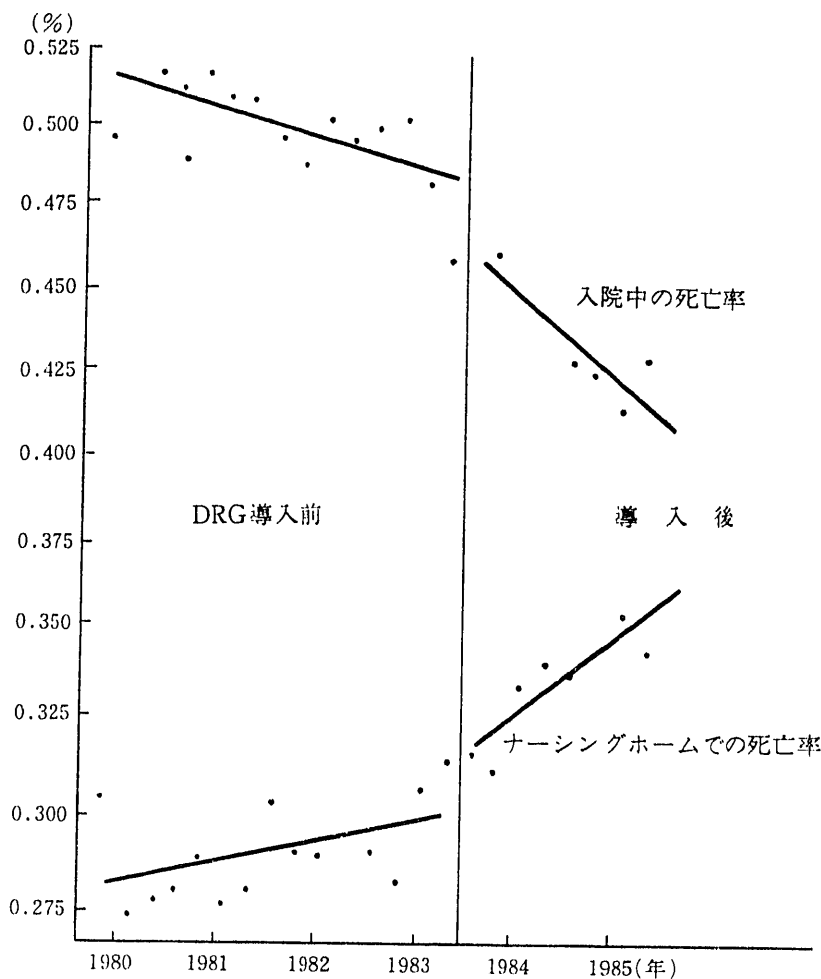
これらの事実についての、同論文の詳しい指摘は以下のようなものである。

ナースング・ホーム入院中の「メディケイド」老人で、「DRG方式」導入直後から入院率（総入院回数）がこのように急激に増加しているが、この中には実は「再入院率」の急増が含まれていよう。この事実に鑑みれば、この患者

の主治医達が何らかの協定をし、いずれ再入院になるだろうと計算済みで、「DRG方式」を利用してナースング・ホーム入院老人を操作した可能性がある。もしこれが事実だとしたら、病院の利益増をはかるために、全く意図的に病院への転送回数を増やしているということになる。

また別の側面として、「ナースング・ホーム群」では、従来は病院に入院すればむしろ在院日数が長びく傾向にあったが、「DRG方式」導入を境に「在宅群」よりも急激に在院日数が短縮している。このため、結果として「未了退院」が増え、これがさらに頻繁な再入院をもたらしていると考えられる。そうすると、病院では入院日数が短縮され、医療費が節約されたこ

図4 病院での死亡率とナーシングホームでの死亡率の推移
(ウィスコンシン州, 季節調整済みデータ)



とになるが、これらの多数の「未了退院」例では、単に病院医療費がナーシング・ホーム費用にシフトされているに過ぎない。

さらに注目すべき事実として、「DRG方式」導入後ナーシング・ホームでの死亡が急増している。通常終末期医療には高額な処置が多く含まれるので、終末期老人患者はそれまでは（出来高払い制だと）病院に高い収益をもたらした。しかし、定額支払いの「DRG方式」導入以後不採算医療の典型となり、病院側が入院を回避するようになったためである。つまり、このような病院側の意を汲んだ医師達が、ナーシング・ホーム入院老人が終末期状態になっても、病院へ入院させることを手控え、その代わ

りナーシング・ホームを終末期医療の場として「利用する」ことが増えたためである。要するに病院での入院治療の便宜に医師達が目をつむり、ナーシング・ホームへ終末期老人が移されていることになる。つまり、老人の終末期医療が病院からナーシング・ホームへシフトしたわけである。次にこのような病院およびナーシング・ホームへの老人の入院動態の変化を、死亡動態により全国レベルでみると、どのような変化が起こっているだろうか¹³⁾。

以下は全米50州での、65歳以上老人の死亡動態を詳細に分析したものだ。⁽¹³⁾

まず表7をみて頂くと、「DRG方式」が最初に導入されはじめた1983年度から1985年度

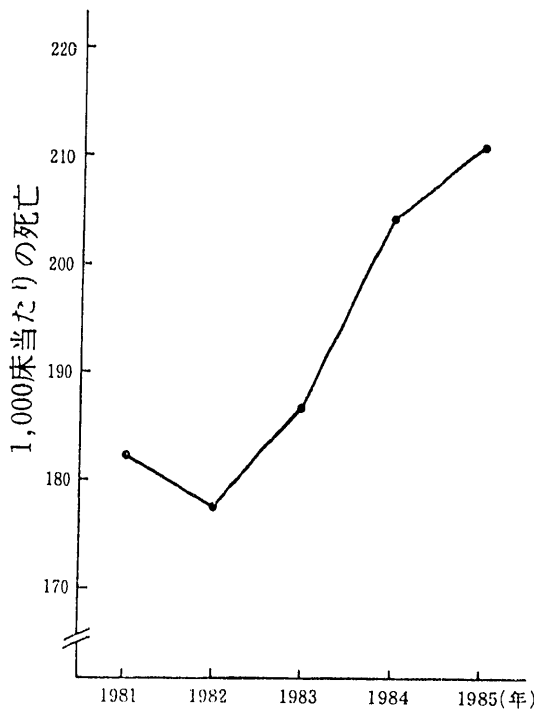
表7 65歳以上老人の死亡場所の分布の推移 (全米50州, 1981~1985年)

年 度	病 院	ナーシング ホーム	その他**	不 明	総 数	実数 (%)
						死亡率*
1981	871,710(65.2)	255,363(19.1)	208,569(15.6)	1,337(0.1)	1,336,979	53.5
1982	878,693(65.1)	255,270(18.9)	215,079(15.9)	799(0.1)	1,349,841	52.9
1983	899,298(64.2)	271,575(19.4)	228,439(16.3)	804(0.1)	1,400,106	53.7
1984	882,893(62.1)	296,541(20.8)	241,850(17.0)	1,024(0.1)	1,422,312	53.7
1985	894,684(61.0)	314,526(21.5)	255,868(17.5)	818(0.1)	1,465,896	54.2

* 「死亡率」—「メディケア」加入者1,000人対

** 「その他」—自宅及び診療所死亡を含む

図5 急上昇したナーシングホームでの死亡率



(米50州, 1981~85年)

にかけて、死亡場所の割合に顕著な変化が認められる。つまり次第に病院での死亡が減じ、ナーシング・ホームでの死亡増にシフトされているのだ。これはナーシング・ホームの病床増によるものでないことが、図5のナーシング・ホーム1000床あたりの死亡増によって裏付けされている。

さらにこの動態を1981年度から1983年度までの傾向から予測される死亡(予測値)と、1984年度の実際の死亡の割合(観察値)について比較し、これを「DRG方式」未実施州と実施州において比較したのが表8である。ここではさらに病院での平均在院日数についても同様の比較をしてある。これによれば、未実施州では全ての項目について予測値と僅かなズレしかないが、実施州では予測値と観察値の間に顕著な差異が認められる。

表8 ナーシングホームと病院での死亡割合および病院平均在院日数の変化
「DRG方式」未実施州と実施州の比較 (1984年度, 地域別)

「DRG方式」	ナーシングホーム死亡			病 院 死 亡			病院平均在院日数		
	予測値	観察値	変化%	予測値	観察値	変化%	予測値	観察値	変化%
未実施州	14.4	14.4	0	69.4	68.8	-0.6	12.8	12.5	- 1.7
実施州									
北東部	23.5	24.2	+0.7	59.0	58.2	-0.8	10.4	9.5	- 2.3
中西部	24.0	26.0	+2.0	62.6	60.1	-2.5	9.7	8.6	-11.3
南部	15.2	16.7	+1.5	67.2	65.2	-2.0	8.8	8.1	- 8.0
西部	22.9	24.8	+1.9	56.9	55.0	-1.9	7.9	7.3	- 7.6

さらにこの報告によれば、病院死亡からナーシングホーム死亡へのシフトは、病院の平均在院日数が短縮されている州ほど、また興味ある事実として、HMOへの加入率の高い州ほど大きくなっている事実を示しているが、これはこれまでのHMOの「経済性」が医療の質的犠牲の上に成立しているのではないかという懸念を再燃させよう。

おわりに

このような急激なシフト現象は、医療費的にみても、病院経費がナーシング・ホームへ転嫁されたことを意味する。結局、病弱老人に対する包括的な政策を欠いたまま、医療制度の矛盾にも手をつけず、つぎはぎ的な一米国でも patch work と形容されている一対策に終始してきたしわよせが、最も弱い立場の老人層に集中しているのである。

米国の老人医療と福祉は、年々その構造的欠陥を深めつつある。先進国中でも、公的サービスを中心とした医療福祉制度を備えた北ヨーロッパ諸国とは全く対照的に、民間のそれも営利企業に老人ケアサービスを委ねた米国が抱える諸問題は、今老人ケアの分野でも「民活路線」導入に向けて盛んに動きはじめているわが国にとって、大いに教訓的ではないだろうか。

また米国の老人医療費分野での制度改定—「DRG方式」導入により、老人の医療や福祉にどのような結果が生じたかは驚くばかりである。医療内容の著しいレベル低下や、（モラルハザードをも含め）医師の行動様式にいかにか歴然たる変化が生じたかをみれば、制度というものが人々に与える影響の大きさをまざまざと見る思いである。

参考文献

- 1) 「アメリカの医療と看護」岡本祐三著・保険同人社
- 2) 「アメリカの老人医療」・岡本祐三訳・勁草書房
- 3) 「アメリカの在宅ケアと老人医療保険」・岡本祐三訳・勁草書房
- 4) 「中間施設を問い直す」岡本祐三・「社会保険旬報」62年1月1日号
- 5) 「米国ナーシング・ホームの財政課題」・「社会保険旬報」61年10月1日号
- 6) Discharge From Nursing Homes : Preliminary Data From the 1985 National Nursing Home Survey, Advancedata from Health Statistics of the National Center for Health Statistics Number 142. Sept. 30, 1987 U. S. DHHS Public Health Service
- 7) Schramm CJ, Gabel J, PROSPECTIVE PAYMENT Some Retrospective Observations N. Eng. J. Med, June 23 1988 ; 318 : 1681-2
- 8) Lewis AN et al, The Initial Effects of the Prospective Payment System on Nursing Home Patients, Am. J. Pub. H., Jul. 1987 ; 77 : 819-21
- 9) Sager MA, The Impact of Medicare's Prospective Payment System on Wisconsin Nursing Home, JAMA Apr. 1987 ; 257 : 1762-66
- 10) Fitzgerald JF et al, THE CARE OF ELDELY PATIENTS WITH HIP FRACTURE Changes since Implementation of the Prospective Payment System, N. Eng. J. Med, Nov 24 1988 ; 319 : 1392-7
- 11) Vladeck BC, HOSPITAL PROSPECTIVE PAYMENT AND THE QUOLITY OF CARE N. Eng. J. Med, Nov. 24 1988 ; 319 : 1411-3
- 12) 岡本祐三 いわゆる「米国の医療革命」について（上）（下）厚生福祉 1985 ; 3477 : 2-6, 3478 : 2-6
- 13) M. A. Sager et al CHANGES IN THE LOCATION OF DEATH AFTER PASSAGE OF MEDICARE'S PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM—A National Study, N. Eng. J. Med, Feb, 16 1989 ; 320 : 433-9
- 14) 「明・暗分かれる米国の老後生活」米国医療視察レポート日本医事新報 No. 3399 p. 106
(おかもと ゆうぞう)