

連載

社会と健康を科学するパブリックヘルス(8)

「高齢者の医療費」

東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 石崎 達郎

医療費の伸びの抑制は、先進諸国における医療保障政策の重要課題である。わが国でも様々な政策が展開され今日に至っているが、医療費の伸びは止まらない。2008年度の国民医療費は34兆8084億円、前年度の34兆1360億円で比べ6725億円（2.0%）増加した¹⁾。国民医療費の中で高齢者の医療費は三分の一強を占めている。本稿は、国民医療費や高齢者医療制度を概説した後に、高齢者の医療費が増加する背景や介護費について先行研究を紹介し、高齢者の医療費を考察する。

国民医療費の特徴

わが国の代表的な医療費統計は「国民医療費」統計である。これは公的医療保険制度下で保険診療に要した一年間の医療費で、保険診療以外の費用、例えば、正常分娩や健康診断、予防接種等の費用は含まれない。

「国民医療費」統計を使って高齢者の医療費を検討する際、いくつかの点に注意する必要がある。第一は、医療の枠内に介護サービスが含まれている点である。現在、療養病床には医療保険型と介護保険型がある。前者は医療保険の枠組みで医療と介護を提供するので、医療費の中に介護サービスが含まれる。一方、介護保険制度施行前は医療費に含まれていたサービスが、制度施行後、介護費に移行した部

分もある。第二点は、高齢者医療に関する制度変更、例えば、1982年の老人保健制度創設や2008年の後期高齢者医療制度創設の前後で、老人医療対象者の定義が異なっている点である。高齢者の医療費を国際比較する場合、医療の定義や医療費の包含範囲の違いを考慮する必要がある。

高齢者の医療費抑制政策

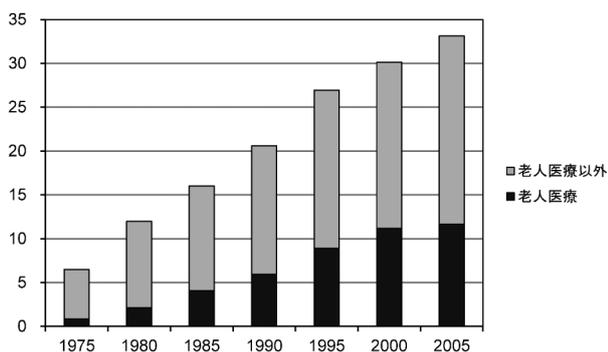
老人医療費の伸びを抑制するために、わが国では現行の長寿医療制度（後期高齢者医療制度）に至るまで、さまざまな施策が展開されてきた。ここでは、1) 高齢者の需要抑制のための自己負担額引き上げと2) 在院日数短縮化のための入院料逓減制を紹介する。

1) 自己負担額引き上げによる需要抑制

高齢患者の自己負担を無料にする老人医療費支給制度（老人福祉法）が1973年に施行された。老人医療費無料化の直接的・間接的影響から、その後の老人医療費は急騰し、1973年に約4兆円だった国民医療費は、1981年には約13兆円となった。国は「従来の老人医療費支給制度が、医療費の保障に偏り、無料ということで老人医療費の急激な増崇をまねいた」として²⁾、老人医療費無料化を1983年に廃止した。同年、老人医療費支給制度に代わって老人保健制度（老人保健法）が創設され、定額の患者自己負担方式が始まった。これは、高齢患者に自己負担を求めることで医療需要を抑え、老人医療費の増加を抑制することがねらいである。1983年当初の自己負担額は、外来がひと月400円、入院が1日300円（2か月を限度）であったが、その後も老人医療費が増加したため、以後8度にわたって負担額が引き上げられた。定額負担は2000年末まで続き（外来が1回500円、同一保険医療機関ごとにひと月2000円を限度、入院は1日1200円）、2001年からは外来・入院ともに10%の定率負担に変わった。そして、2008年には長寿医療制度（後期高齢者医療制度）が創設され今日に至っているが、この制度の主たる目的も医

図1 国民医療費における老人医療費

(億円)



療費の伸び抑制である。

2) 在院日数短縮化のための入院料逦減制

医療費増加に強く寄与すると考えられている在院日数を短縮するために、入院日数が長期化すると入院基本料や入院時医学管理料等の診療報酬が減額される逦減制が導入されている。老人医療に限らず入院医療全般に逦減制が導入された結果、平均在院日数は短縮している。他方、長期入院が必要な患者は、入院基本料等が減額される前に他の病院や介護保険施設へ移され、退院先の施設で入院・入所が再び長くなると、更に次の病院・施設に移る「病院(施設)めぐり」という事象が指摘されている。

これらの施策を導入しても、老人医療費の増加は強く抑制されなかった。それは、自己負担が少ないことで医療需要が誘発され、老人医療費が増加するという単純な構造ではないからである。また、前述のとおり、医療機関の中には、転院・入所という方法で入院料逦減制に対処するところも存在しているため、患者本人からすると入院・入所先は変わっても、入院・入所を継続していることは何ら変わらない。したがって、入院医療費逦減制が導入され、一つの病院での在院日数は短縮しても、他の医療施設等に転院して入院を継続したら、その患者の累積入院日数は増え、入院医療費総額を大きく削減させる効果は乏しい。

高齢者は非高齢者と比べ医療ニーズが高く、医療資源の消費が多くなることは、国民健康基礎調査や患者調査などから明らかである。欧米の研究結果ではあるが、人生の終末を迎える時期は医療ニーズが最高となり、結果的に多くの医療サービスが消費されることがわかっている³⁻⁴⁾。しかし、死亡前の一定期間内の累積医療費は死亡年齢で違っており、高齢で死亡した者ほど、言い換えると、長生きした者ほど累積医療費(医療資源消費量)は少ない⁵⁻⁹⁾。死期に向かって疾病の医療ニーズは増加する。先進諸国での高齢者医療費の増加は、死亡者が多くなる年齢層(高齢期)に医療費が集積した結果による影響が大きいと考えられる。

ここで「死亡前に多くの医療資源を必要とする」との記述は、誤解を招かないように注意して解釈する必要がある。医療従事者が患者の死期を正確に予測することは極めて困難であり¹⁰⁾、治療の帰結として死亡が生じる。したがって、死亡に関する医療費分析は、「死に至る可能性のある状態で治療を受けたが結果的に死亡した患者」を対象に、死亡前に消費した医療資源の量を死亡時点から過去に遡って分

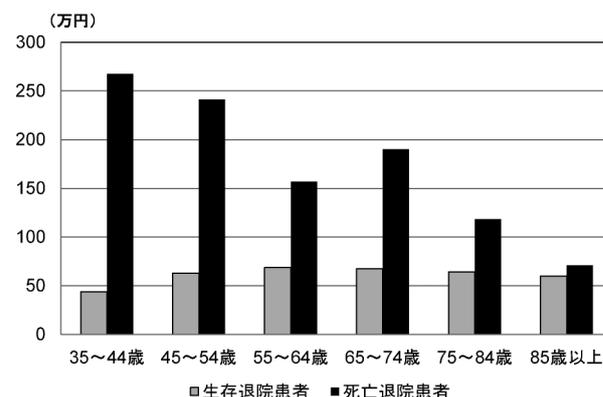
析する」という後ろ向きの(retrospective)分析に基づいている。この分析で得られた「死亡した患者の死亡前医療費が高い」という結果を、「死に近づきつつある患者に対し、医療者は高額な医療資源を投入している」と、医療資源投入と転帰の時間の流れを前向きに(prospective)捉えて解釈することは大きな誤りである。

死亡前医療費の分析例

「国民医療費」統計によると、高齢者一人あたりの医療費は若年者と比べ数倍高額であると報告されている。しかし、65歳以上で高齢者をひとまとめにし、高齢者の医療費を若年者と比較するのは、高齢者の多様性を考慮しない乱暴な報告に感じられる。高齢者といっても前期高齢者(65~74歳)と後期高齢者(75歳以上)、更には生存退院患者と死亡退院患者では、健康状態や虚弱の程度、医療資源の消費パターンなどに大きな違いが存在する。そこで1年間の入院医療に係る医療資源消費量(累積入院日数、累積入院医療費)と年齢の関係を、退院時の転帰別(生存、死亡)に分析した研究を紹介する¹¹⁾。

この研究は、1999年1月から2000年12月の間に病床規模約500床の急性期病院を退院した全患者を同定し(9,695名:生存退院患者9,145名、死亡退院患者550名)、最終退院日から過去1年間の累積医療費を計算した。累積医療費は生存患者よりも死亡退院患者で高額であり、医療費の分布は二群間で大きく異なっていた(図2)。生存退院患者群では45歳以降で累積医療費が60~70万円とほぼ横ばいであったのに対し、死亡退院患者では年齢階級が上がるにつれて累積医療費は減少傾向にあった。重回帰分析を用いて死亡退院患者の累積医療費と年齢との関係を、性別、入院回数、手術施行の有無、併存疾患の

図2 一教育病院における最終退院日から1年前までの累積入院医療費(中央値)



出典: Ishizaki T, et al.¹¹⁾を一部改変

有無等を調整して分析したところ、死亡退院患者の累積医療費と年齢との間に統計学的に有意な関係は認められなかった。このように高齢者の医療費を分析する際は、転帰と年齢の両者に留意した分析・解釈が必要である。

長寿社会における介護費用

後期高齢者、特に90歳以上の超高齢者の死亡前医療費は前期高齢者より少ないことから、「誰もが天寿を全うするようになれば、その社会の医療費は安くなる」とも考えられる¹²⁾。ただし、介護に注目すると、後期高齢者の介護ニーズは前期高齢者より高い¹³⁾、医療費が安くなる一方で、介護費がかさむかもしれない。したがって、長寿社会では医療費だけではなく介護費の把握も欠かすことができない。

わが国では高齢者の医療費と介護費を個人単位で突合して分析した研究は極めて少ない¹⁴⁾。ここではアメリカの研究を紹介する。アメリカでは高齢者を対象とする公的医療保険制度メディケア(Medicare)が1965年に創設され、現在に至っている。この制度は65歳以上の者を対象に、入院医療、病院退院後の療養施設(ナーシングホーム)での長期療養ケア、外来医療、在宅医療などを給付対象としている。受給対象者は2008年の統計で4500万人である。そこで、メディケアの支出を、急性期医療とその他の長期療養ケアに分けると、高齢者がそれぞれのサービスをどの程度利用しているのか示すことができる。SpillmanとLubitzは、死亡したメディケア受給者の中で、長寿だった者、すなわち、より高年齢で死亡した者は、急性期医療よりも療養・介護サービスを多く必要とすることを示した(表)^{7,15)}。さらにこの結果を男女で比較すると、男性よりも女性の方

が急性期医療に要する費用は高く、男女差は死亡年齢と関係なく同じ程度の差であった。他方、療養・介護サービスを男女で比較すると、医療費と同様に女性の方がこれらの費用は高く、死亡年齢が高くなるにつれて男女差は拡大していた。女性は男性よりも平均余命と平均障害期間(不健康余命)が長いいため、女性は男性より長期間にわたって療養・介護サービスを必要とする。加齢に伴う生活機能自立度や健康状態の推移の男女差を考慮したうえで、中年期とは異なる方法で高齢者の健康管理や実効性のある要介護化予防サービスが提供されなくてはならない。また、健康状態が低下し虚弱で介護を必要とする状態になった高齢者には、医療と介護の両者を最適に組み合わせて提供する必要がある。その意味では、虚弱な高齢者の医療・介護費は高齢社会の必要経費と考えることもできる。

おわりに

高齢者の医療費について、国内外の研究成果を交えて考察した。人が寿命を全うする前の医療・介護ニーズが、死因の違いによってどのような推移をとるのか¹⁶⁾、わが国の報告は未だない。高齢化が進展する中、より適切な社会保障制度を設計するためには、高齢者の健康状態の推移や医療・介護サービスの利用状況、転帰情報等々、さまざまなデータを統合しながら高齢者の医療・介護資源の利用状況を分析・推計する必要があり、そのためのデータベース構築が切に望まれる。

文 献

- 1) 厚生労働省. 平成20年度国民医療費の概況. 東京: 厚生労働省, 2010.
- 2) 厚生統計協会. 国民衛生の動向1985年. 東京: 厚生統計協会, 1985.
- 3) Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med* 1993; 328: 1092-1096.
- 4) Lubitz J, Beebe J, Baker C. Longevity and Medicare expenditures. *N Engl J Med* 1995; 332: 999-1003.
- 5) 府川哲夫. 老人死亡者の医療費. 郡司篤晃, 編著. 老人医療費の研究. 東京: 丸善プラネット, 1998; 76-87.
- 6) Himsworth RL, Goldacre MJ. Does time spent in hospital in the final 15 years of life increase with age at death? A population based study. *BMJ* 1999; 319: 1338-1339.
- 7) Spillman BC, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Engl J Med* 2000; 342: 1409-1415.
- 8) Dixon T, Shaw M, Frankel S, et al. Hospital admission, age, and death: retrospective cohort study. *BMJ*

表 米国の65歳時から死亡時までの総医療費(1996年)

死亡時 年齢	項目別医療費(米ドル)と総医療費中の内訳					
	総医 療費	急性期	施設 介護	在宅 介護	薬剤	その他
70歳	87,116	72,302	5,829	3,658	3,564	1,762
	100%	83%	7%	4%	4%	2%
80歳	157,903	112,857	22,529	8,909	9,656	3,952
	100%	71%	14%	6%	6%	3%
90歳	235,369	130,042	64,665	20,019	14,667	5,976
	100%	55%	27%	9%	6%	3%
100歳	358,174	130,910	163,563	37,476	18,214	8,011
	100%	37%	46%	10%	5%	2%
65歳以上 の全平均	164,505	105,342	34,205	11,428	9,546	3,984
	100%	64%	21%	7%	6%	2%

出典: Spillman and Lubitz⁷⁾を基に¹⁵⁾が作成した表を一部改変

- 2004; 328: 1288-1290.
- 9) Seshamani M. The Impact of Ageing on Health Care Expenditures. London: Office of Health Economics, 2004.
- 10) Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ* 2000; 320: 469-472.
- 11) Ishizaki T, Imanaka Y, Oh EH, et al. Association between patient age and hospitalization resource use in a teaching hospital in Japan. *Health Policy* 2008; 87: 20-30.
- 12) 佐々木英忠, 神田暁郎, 門馬瑞枝, 他. 高齢期の終末期医療と医療経済. *Geriatric Medicine* 1997; 35: 1535-1541.
- 13) 厚生労働省. 平成21年度介護給付費実態調査結果の概況. 東京: 厚生労働省, 2010.
- 14) Hashimoto H, Horiguchi H, Matsuda S. Micro data analysis of medical and long-term care utilization among the elderly in Japan. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7: 3022-3037.
- 15) 兪 炳匡. 「改革」のための医療経済学. 大阪: メディカ出版, 2006.
- 16) Gill TM, Gahbauer EA, Han L, et al. Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J Med* 2010; 362: 1173-1180.
-