

老人の受療パターン 国民健康保険加入老人にみる

野川久和

一 はじめに

人は誰でも「老い」を拒否できない。突然に襲う不幸は別として、絶対的にわかっていることは、「老い」とそれに続く「死」ということである。

この「老い」との闘いの、身体的、精神的バック・アップの一つに「老人医療」がある。

この稿では、老人が日常的に受けている医療の、具体的なサンプルから、いくつかのパターンを想定し、老人医療のコストのあり方を考えてみたものである。パターンは、旭区に在住し、医療保険としては横浜市国民健康保険に加入している七〇歳以上の老人のうち、五〇人の約六カ月わたる受療明細から得たが、抽出対象が少ないので、はたして、「型」として提出しうるほど、明らかなものかどうか疑わしいが、老人医療費の増高による医療保険財政への圧迫が取りざたされ、併せて、老人医療保健制度の見直し、国のレベルでも祖上にのせられてい

る昨今、日常的な場における老人医療のあり方を考えるうえで一つの試みとして、提出させて頂きたい。

本題に入る前に、現行の老人医療制度の仕組みについてふれておきたい。

現在の老人医療費の支弁形態は、医療保険プラス公費負担である。大ざっぱにいうと、老人（七〇歳以上）の属している医療保険の受け持つ費用が七〇％、老人医療費援助制度による負担が三〇％である。そして、この一〇〇％というのは、あくまでも、社会保険医療制度のワク組みの中だけのコスト計算に基づいているので、このワク組みの外にあるコスト、例えば、入院した場合のベッド料の差額とか、付添看護をつけた場合の差額（このことについては改めて後述）とか、保険基準外の歯科診療費などは、全て患者自身か家族の負担になる。

このように、医療保険制度や老人医療制度はそれだけで老人の医療についての負担を一〇〇％カバトするものではないが、制度の確立によって、経常医療費の

負担において、老人の占める比率は年とともに高まってきた。先にふれた制度の見直し論議もこの点に起因するところが大きいわけである。

これからのべる事柄は、いわば老人医療の表象の一端であるが、とりあげる例は先にものべたようにすべて横浜市旭区に在住し、医療保険としては横浜市国民健康保険に属している老人である。対象が病気に関するものなので、個別的な特定をできるだけ避けるようにしたつもりである。

簡単に、調査対象からえたパターンについてのべると、

- (一) 同じ病気でいくつかの医療機関にかかるとタイプ——さすらい型
- (二) 向老の過程でだんだんと病気が増えるタイプ——つみたて型
- (三) 一〇年以上、一定の病気で同じ医療機関にかかるタイプ——にんたい型
- (四) 家族から切り離されていく老人——疎外型

二 受療パターンについて

① さすらい型

第一にとりあげる例は、明治三十年生まれの老人である。この老人は、①高血圧、②冠不全、③狭心症、④前立腺肥大、⑤慢性胃炎、⑥心房細動という病名で、市内のA病院で昭和四十七年十月から受

表一-1 さすらい型老人の半年間のコスト

月別	3	4	5	6	7	8
A病院	③ 10,570	④ 15,230	② 10,570	② 11,390	② 11,210	② 10,210
B診療所	② 10,540	② 7,020	③ 19,310	③ 10,820	② 11,920	③ 9,880
計	⑤ 21,110	⑥ 22,250	⑤ 29,880	⑤ 22,210	④ 23,130	⑤ 20,090

(注) コストの単位は円。コストの左上の数字は当該月の受診日数

療し、①冠不全を伴なう高血圧症、②胃潰瘍という病名で昭和三十五年五月より旭区内のB診療所で受療している。昭和五十四年三月から同年八月までの間のこの老人の受療に要したコストは表一の通りである。

(以下本文において、医療機関にはアルファベットを順番に付した。)

この老人に半年間に支払われた医療費は一三万八、六七〇円であり、その七〇%を国民健康保険が、三〇%を老人医療制度が支弁したことになる。

この老人は見た限りでは毎月A病院とB診療所で受療しているが、このうち冠不全(心臓の血管障害)と胃の疾患については病名が重複しているので、治療コストも部分的に重複していることが推定できる。重複がどの程度のものか、またA病院で受療しただし昭和四十七年以後、これまでにどの程度継続してA・Bの両医療機関で受療したかはわからないが、少なくとも半年間引き続いてA・B

両方で受療していることからみて、今後この状態が続くものと考えられる。

AとBとの間の連絡がないかぎり、また何者かがチェックの役目を果たさないかぎり、この老人についての医療費の部分的重複支弁は当分続くことになるだろう。

さすらい型のもう一つの例は、明治三

十三年生まれの老人で、自分の行動半径内で医療機関を次々とかえて受療するタイプである。

この老人は、先ず昭和五十四年二月十日に肋間神経痛で旭区内のC診療所にかかり、二日後に区内のD診療所で腰痛症及び肋骨骨折の疑いという診断をうけている。さらにD診療所で受診した日と同じ日に、E診療所に行き背椎管狭さくという病名をもらっている。そして四月には、C、D、Eのどの診療所でも受診せず、五月になって別の旭区外のF診療所で受療し、①変形脊椎症、②肋間神経痛という診断をうけ、七月まで引き続きF診療所で受療している。

察するにこの老人は、背中や腰が痛くて難渋したらしい。そこで痛みをとり去ってもらおうべく、次から次へと蝶のように診療所を飛び回ったものだろう。それぞれ病名が異なっているが、最初のC診療所と最後のF診療所の病名が同じであるのは皮肉である。

さすらい型の老人は、そう多いとは思われないが、「乱受診」の見本になりかねない浮動性はどこからくるかが問題である。受療に際して、保険証と老人医療証(この両方を医療機関に示せば、保険診療基準内で無料で受診できる)は提出するが、前日、あるいは数時間前に別の医療機関で受療したことは、老人本人が

いわないかぎりわからないので、医師としては、初めからその老人の病気を診断しなければならぬ。このあたりに、高所でみると医療コストの重複があると思える。これは、例えば、健康歴を示す個人ノートのようなものが義務づけられていれば、防ぐことのできる重複ではなからうか。さすらい型は一方で、供給側の忙しさの故に老人心理を満足させられないという事情と、他方に、老人自身の医療コストに対する無感覚によって生まれる。このタイプは、ファミリー・ドクター

減するはずの型である。②つみたて型 このタイプについては、表一で三つの例を紹介する。抽出した五〇人の中で最も多いタイプで、老人医療費の大半は、このタイプによって占められていると思われる。老人医療無料化の要望が全国各地からわき上り、国の制度として発足するに至った経過も、このタイプによるコスト支弁の問題が中心をしめていたといえる。つまり、向老によって「持病」が徐々にふえ、それらが慢性化していく

表一 2 つみたて型老人の三つの例

レセプト(診療報酬明細書)に表示された病名		診療開始年月日
例 1	①動脈硬化性高血圧	47・6・10
	②変形脊椎症	48・2・26
	③坐骨神経痛	
	④右変形性膝関節炎	
	⑤両前膊部湿疹	
	⑥感冒性難聴・耳鳴・めまい	53・11・2
例 2	①脳動脈硬化症	45・11・15
	②高コレステロール血症を伴なう高血圧症	45・11・15
	③結膜結石・緑内障・遠視	53・7・25
	④左足関節症	53・11・9
例 3	①腰背部湿疹	51・1・16
	②右変形関節炎・左変形膝関節症	53・1・16
	③白内障・遠視	53・7・8
	④多発性腱生乱生症・結膜炎	53・7・8
	⑤高血圧・慢性胆のう炎	53・12・12

医療費	3月 4月 5月 6月 7月 8月					
	例 1	例 2	例 3	例 1	例 2	例 3
①	19	7	4	18	18	5
②	69,640	30,930	26,240	30,310	24,270	15,370
③	29,350	23,870	17,550	47,570	31,070	12,790
④	30,310	27,970	34,590	21,990	15,570	43,670
⑤	47,570	21,990	12,790	24,270	31,070	15,370
⑥	24,270	31,070	15,370	43,670	23,590	15,370

(注) 老人医療費の単位は円。それぞれの例の各月のレセプトを合計したもの。左上の数字は受診日数

表一 3 ある老人の受診例

病名	G病院			H診療所			I診療所		
	①	②	③	①	②	③	①	②	③
初診年月日	①50. 2. 6	②51. 2. 3	③51. 11. 17	①50. 2. 1	②50. 2. 1	③51. 11. 1	①53. 2. 15		

診療項目の内訳

	再診			療養指導			投薬			検査		
	G	H	I	G	H	I	G	H	I	G	H	I
	3月	112	348	112	100	100	100	662	159	1340	571	433
4	548	112	112	100	100	100	82	654	1340	464	—	—
5	112	348	168	100	100	100	662	186	1340	—	343	—
6	112	348	112	100	100	100	662	159	1340	—	512	—
7	112	348	112	100	100	100	692	81	1440	464	—	—
8	112	112	168	100	100	100	153	81	1340	—	343	—

注1：診療項目の数字は点数で、医療コストは1点10円で計算する

2：再診点数は、診療日数に比例している

ことにより、身体的なストレスになるばかりでなく、精神的にもまた経済的にも、老人と、老人をとりまく人々を圧迫する。老人医療制度はこのストレスを取り除くために生まれたようなものである。

表1-2にあげたこれらの老人は、高血圧などの循環器系の疾患については内科医に、変形関節症などの疾患については整形外科医に、また白内障などの感覚器系の疾患についてはそれぞれの専門医に診察をうけている。それぞれの診療所では、それぞれの医師が、毎月、問診や触診、検査や投薬、処置などの必要な医療

行為を、老人に対して行っている。それらの医療行為は、一人の老人に対して行われたものではあるが、コスト評価としては、専門的治療として、医療機関単位に独立したものと計算され支弁されている。さすらい型のようなはつきりしたコストの重複はないものの、一人の老人が持ついくつかの病気が総体として診断され治療されるのではなく、部分的なアプローチとして医療行為があり、それに対してコストが支弁されている。この間に、老人を主体として見た場合にコストがないといえるだろうか。

このコストの点についても一つ一つの例を表1-3に示す。

この老人は、内科系、眼科系、整形外科系の三つからなる疾病群を持って、それぞれの専門医で継続的に受診している。表でみられるように、現在の診療報酬体系（医療機関への医療費の支払基準）からして当然ではあるが、再診料、療養指導料がそれぞれの医療機関で算定されている。

このことは、医療が、ともすれば制度本位に傾き、主体たる人間の存在が後回しにされていることと関連がある。例えば、現在の診療供給体系の中で「小児科」があり、「小児科医」は存在するが、「老人科」はない。老人専門病院は確かにあるが、地域に密着した老人科医は体系的にはない。したがって老人は、向老に伴ない積み重なってきたいくつかの慢性病をかかえて、それぞれの専門医を訪ねなければならぬ。したがって、このタイプにおけるコストの問題を、現にある医療の供給体系の中で解決することは大変むづかしい。というのも、さすらい型と異なり、老人自身の心理的な動機によるコスト増ばかりではなく、その要因が、体系そのものの中にあるからである。また、仮に、「老人科」が設けられ、「老人科医」が地域に生まれたとしてもすべての老人がそこへ行くわけではない

しどうしても専門科医でなければならぬ病気もある。ただ、基本的には今の医療が、病者あるいは老人を、病める総体として診るのではなく、病める部分の「集合」として診るという在り方に問題があるように思う。そして、その病める部分部分に、それぞれ月ごとに完結したコストが積み込まれている。それが「つみたて型」の特徴であり、老人医療費の支弁形態の宿命になっている。

③—にんたい型

このタイプの一つ一つのコストはさして大きいものではないが、頻例であるが故に、老人医療費の基礎をなすものといえる。やはり三つの例を表1-4で示す。

例1の老人の場合はむしろ「つみたて型」に近いといえるが、例2、例3の場合には驚くほどの忍耐力である。これらの老人達は実は健康そのものではないか。苦しみのためではなく、健康の管理のために毎月診療をうけているのではないか。なぜなら、現在はトータル・ケアとしての保健制度が十分ではなく、治療者としてよりも相談者としての医師の価値が、保険制度を通じて活用されているのがこのタイプであるとも考えられる。さる九月に厚生省によって示された老人医療保健制度の第一次試案の中にも、「健康相談」の項が設けられ、四〇

表一 4 にんたい型老人の三つの例

	レセプトに表示された病名	診療開始年月日
例 1	① 高血圧・糖尿病	44・4・16
	② 冠動脈硬化症	44・4・16
	③ キンメール・ステール症候群	49・11・6
	④ 胆石症・肝機能障害	50・12・12
例 2	① 動脈硬化症	39・12・7
	② 高血圧症	39・12・7
例 3	① 高血圧症	41・4・13
	② 高脂血症	
	③ 冠動脈硬化症	
	④ 硬化性肺結核	

	3月	4月	5月	6月	7月	8月
例 ④	④	④	④	④	⑦	⑥
1	152,900	83,820	65,370	42,200	86,070	61,400
例 ④	④	③	③	④	④	④
2	10,810	5,440	5,440	7,570	10,190	9,520
例 ②	④	④	②	③	⑤	
3	6,460	4,680	5,040	4,780	4,390	5,250

(注) 老人医療費の単位は円。左上の数字は診療日数

表一 5 ある老人の一年間の受療レセプト

月別	診療日数	医療費(円)	病名	開始年月日
J病院	2	205,180	① 心不全	54・2・6
	3	241,150	② 急性腎盂腎炎	54・2・6
			③ 慢性腎不全	
			④ 慢性胃炎	
4	82,400	④ 便秘症	54・2・6	
K病院	4	23,920	関節リュウマチ	54・4・9
	5	22,740		
L病院	6	450,420	① 脳軟化・高血圧	54・6・4
	7	406,600	② 自律神経失調症	54・6・4
	8	318,380	③ 膀胱炎	54・7・6
			④ 急性口内炎	54・8・6
	9	396,980	⑤ 背部湿疹	54・9・6
	10	458,800	⑥ 慢性多発性腎盂腎炎	54・10・2
				54・11・6
	11	392,420		
12	582,670			

老人の入院は、慢性病の悪化、脳卒中の発作などによる突如の発病などいろいろであるが、最近増えて

歳以上の心身の健康相談のレールが敷かれているが、相談に誰が、どのように応じ、そのコストはどうなるのかはつづまびらかではない。

老人の場合、向老による不安と回復力の低下についての自意識が重積するため、医療相談へのニーズはそれだけ強くなるが、現在では直接医療保険へのコストに依存するしかなく、必ずしも治療に結びつかないものまで医療コストの中にのみこまれてしまう傾向がこのタイプから考えられる。

医療相談が、医療事故相談でなく医療予防相談の制度として確立することが望ましいことである。相談のためのマンパ

ワーシシステムのための費用は、にんたい型に費やされているコストを考えれば捻出できると思うし、さらににんたいに徹している老人をマンネリズムの健康保全から解放することも可能である。

④ 疎外型

これまでのべてきたパターンは、受診の数とか病名とか診療開始年月日などから想定したものであったが、最後にとり

上げる「疎外型」とは老人の病気が重くなって、ついに人生にピリオドをうつに至るまでの間、老人が、医療保険制度や老人医療制度の中でうけている扱いの中に見い出されるものであり、その扱いにおいて、老人が自分自身でなくなっていくのではないかとという型である。

向老の過程で、病弱→有病→寝たきりという道を歩む老人がふえているが、高齢化社会とは、一つにはこのようなゆっくりに死に近づいていく老人の「数多い存在」を意味している。ここにおいて、老人の「終局」をどのようにケアするか、という日常的で深刻な課題、オーバーな表現をすれば、老人自身と老人をとりま

く人々の人間存在が問われる課題が生まれる。

よくいわれる「施設ケア」か「家庭ケア」という二者択一的な視点では割り切れない、一面でおぞましい影と、他面で崇高で献身的な感性や理念に彩られた光とを併せもった課題でもある。

医療保険制度や老人医療制度が、終局に至る老人のケアにおいて担っている役割について、以下とより上げる一つのサンプルを通じて考えてみたい。

老人は、明治三〇年生まれである。この老人について、昭和五十四年二月から十二月まで三つの医療機関から提出された一二枚の診療明細(内訳は、市内の病院から入院分三枚、市内のK病院から入院分二枚、東京都下のL病院から入院分七枚)の概要から考えてみたい(表一5)。

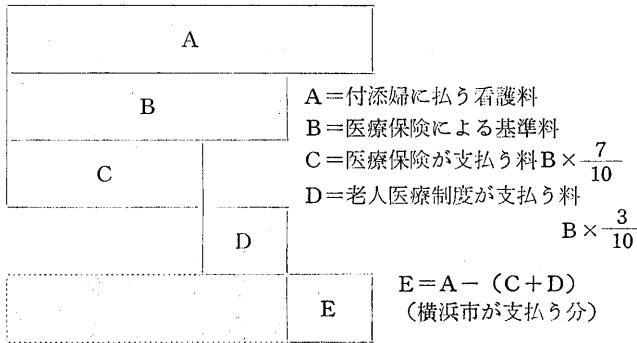
いととされているのは、寝たきり老人の入院である。これは介護者の事情によるところが大きい。家族によるケアが限界に達して、施設志向が充足されない場合に老人専用のベッドを持つ内科病院、精神病院などに入院するケースである。例でとり上げた老人の場合も、この寝たきり老人の入院と思われるケースである。

ここで、入院した老人のコスト面での実際を知っていただくために、少し横道にそれるが、入院コストの算式についてふれておきたい。

まず、病院（そこに属する医師、看護婦、X線技師などの全てのスタッフの行う医療サービスを含んで）が行うサービスは、特殊なものを除いて、すべて医療保険と老人医療費援助制度によって賄われる。老人は、医療保険のワケ組みの中で入院している限り、自分としては一円たりとも経費を支払う必要がないようにみえる。

しかし、実際はそうはいかない。一つは、医療保険で認めている入院料以外のベッド代の差額があり、これは病院の経営上の観点から認められているもので、個室以外の二人部屋、三、四人部屋などにも一日当り二千元とか三千元とかの費用が課されており、老人自身またはその家族が病院に支払わなくてはならない。

図一 横浜市に住む老人（70歳以上）の看護料の負担図



入院にかかわるもう一つの問題は「看護料」である。いわゆる「看護」の持つ意味は非常に幅広いが、ここでは次の二つの意味に限定して使いたい。一つは、病院が保有する看護婦によって行われる看護、これは医療保険が病院に求めている一定のレベルがあり、このレベルを満たしている病院が患者に対して行った看護サービスで、医療保険における「看護料」として入院料に含めてコストが支弁される（基準看護と呼ばれる）。他の一

つは、医療保険が求めているレベルの看護スタッフを持たない病院が、看護婦をいわば外注して行う看護で、一般に「付添看護」と呼ばれているものである。この付添看護は、先の病院が直接行う「基準看護」と異なり、病院はコストの支弁に関与せず、付添をした看護者と患者もしくは家族との相対でコストの支弁がなされ、医療保険が後にそのコストを償還する仕組みである。そしてこの償還の仕組みにもカラクリがあり、一〇〇%の償還ではない。すなわち、付添をした看護者に支払う一日単位の看護料は「協定料金」と呼ばれるものであって、医療保険が認めている基準料金よりも高い。そして償還の割合は、基準料金×看護日数×負担割合（通常は七〇%）であるから、実際に付添者に支払った費用と保険から戻されてくる金額との間にはかなりのひらきができ、その分だけ患者（家族）の持ち出しになるわけである。

ところで、横浜市に住んでいる七〇歳以上の老人が、基準看護を掲げない病院へ入院した場合の付添看護料の支弁形態には図一のような特別な配慮が施策としてなされていて、最終的には基準料金と協定料金との差額もカバーされるようになっている。

さて、この老人は、昭和五十四年二月六日から四月四日まで五七日間、J病院

に入院し、日常動作の自立性を欠くために、全入院期間を通じて、付添看護を認められている。J病院入院中の病名は、表一5に掲げたとおりかなりの老化を想像させる。ところが、四月四日にJ病院を退院するや、五日後の四月九日には別のK病院へ通院し、関節リウマチで治療をうけている。J病院は整形外科や外科もある病院であるがそのレセプトに関節リウマチは見当たらない。K病院へは、四月と五月で計六日通院している。日常動作が不自由な状態がすっかり治ったとも思えないから、この通院には家族の付添が必要であったろう。

そして六月になると、この老人は再び入院する。今度は家族からも遠く離れた東京都下の郡部にあるL病院である。入院時の診断は、高血圧、自律神経失調症、脳軟化であった。L病院から提出されたレセプトのその後の経過をみると、先に入院したJ病院の病名と好対象であることが判る。J病院で診断された病名がL病院で現われず、またJ病院で入院時であったはずの慢性病が、L病院では入院後四カ月後に診断されている（腎盂腎炎）。

この老人の一年間の医療とのかかわりについて、何ものかの老人以外の意思を推定することは無理かも知れない。しかし、この老人が、家族から離れた病院の

ベッドで、血圧降下剤や栄養剤や利尿剤と一緒に、大量の全身麻酔剤の点滴注射をうけながら臥床していたのは現実である。J病院の入院時には毎日付けられていた付添看護もL病院では全く付いていない。つまり、介護の必要がなくなったのである。L病院に入院後六カ月を経過したこの老人の累積の医療費は三〇〇万円をこえた。もし、制度がないとしたら家計を破壊に導びくほどの金額である。

結局、この老人は昭和五十五年三月にL病院で亡くなった。

問題が問題だけに唯の一例で多くを論ずることはおこがましいが、「老後は施設で」とか「老後は家族と共に地域で」とか、老人の決して短かくはなくなった「老先」について、いろいろな主張がな

されている。老人医療制度におけるコスト支弁は、老人の意思とはかかわりなく老人を家族から遠ざけ、地域から追い出して、孤独の意識すらないままベッドに寝かせてしまうことに、有効に作用しているのではないか。「疎外型」は一つの社会的必然であろうか。

三——むすび

先日、老人医療の窓口に坐って、二人のおばあさんが、次のような会話を交しているのを耳にした。

「もう、早く死んじまいたいね」

「そうですね。どこへいっても喜ばれないしね」

彼女達のいうともなしのつぶやきは、

あるいは「ひがみ」から出たものかもしれない。しかし、老人医療の日常的な場での老人のおかれていた姿は高い歩道橋の下に立って途方に暮れたり、駅の切符販売機の前で思案している老人と同じように、制度の画一性にはんろうされているようである。

「さすらい型」や「疎外型」が、老人を社会の仕組みの中で「杜撰」に遇していることの現れであるとしたら、制度の見直しや改革は、財政バランスへの志向に止まらず、老人の側に立つ精神にたぬかれたものにならないといけないと思われる。

確かに老人医療費は増高している。昭和五十四年度次でも、一般国保加入者の年間医療費は加入者一人当り七万八千円

余りであるのに較べて、七〇歳以上の老人の一人当り医療費は一七万九千円に達している。この上昇カーブを抑えるために、自己負担論が持ち出されているのは対症療法の観を免がれない。

理論的根拠が薄いままでは独断になるが、老人の受療特性を把握したうえで、供給体系において特別なシステムを編み出すこと、支弁形態における出来高払いを老人にはあてはめず、医療基金の形にするなどの考え方はどうであろうか。

本質的に大切なことは、老人医療費が老人のために費されることではないだろうか。古い聖書の言葉ではないが、「イスマイルのものはイスマイルに」である。

〈旭区保険年金課国民健康保険係長〉