第46回日本東洋医学会総会

特別講演 1

長寿社会と厚生行政のとりくみ

篠崎 英夫

Policies of the Ministry of Health and Welfare for An Aging Society

Hideo SHINOZAKI

Minister Office, the Ministry of Health and Welfare

Nihon Toyo Igaku Zasshi (Japanese Journal of Oriental Medicine), 46, 519-524, 1996

(accepted 22 Nov, 1994)

本日は「長寿社会と厚生行政のとりくみ」ということですが、今までの行政経験の中から自分が経験をしたことを踏まえながらお話しをさせていただきますと思います。まず初めに、この7月1日に愛知県の大府市に国立長寿医療センターがオープンします。平成4年の国立療養所課長のときに構想が持ち上がり、ようやく完成に近づいたわけです。国立療養所中部病院に附属している長寿医療研究センターは、地元愛知県のご協力、あるいは現在中部病院の院長でおられる井形先生のご尽力、また長寿科学振興財団のご協力によりまして、ようやくオープンすることになりました。老人性痴呆疾患の研究や寝たきり老人の予防に関する研究、介護支援機器の開発に関する研究などを当面の主な研究内容としてスタートをするわけです。初めは4部・13室でスタートをします。今回できる部としては、病理や免疫のことを中心にやる老化機構研究部と痴呆疾患研究部、それから老年病研究部というのがあって、将来的には東洋医学の薬物療法の開発の研究もここでやっていただくことにしています。それから生体機能研究部、この4つの部で7月にスタートします。

長寿社会の到来

長寿社会については皆さま方よくご存じと思いますが、若干お話をさせていただきますと、我が国の人口構造が大きく変わるわけです。平成2年の人口は1億2千万人くらいのところですが、しばらくは人口が増え続けて、ちょうど神奈川県の人くらい増えるわけですが、厚生省の人口研の予測によりますと、2011年にピークを迎え、それ以後は人口が減り始めるわけです。2011年といえどもあと15～6年先の話です。

それから、4月1日の総理府の発表ですが、15歳未満の若年人口は現存2,020万人ほどですが、これは大正9年以来の少ない数字で、2000年には2,000万人を切るといわれています。我が国は戦後一貫して人口が増え続けてきましたので、こうしたことは経験したことのないことですし、さらに若い人口が増えないということです。

逆に、老人の人口の方は増え続けるわけで、現在は全国平均で言うと65歳以上の人口が14%くらいですが、これがどんどん増えて西暦2000年には17%くらいになります。これも推計ですが、

2025年には一番多い数字で27%くらいと言われていたのですが、中位の推計で言いましても25.8%になるということですから、言ってみれば4人に1人が65歳以上の高齢の方ということになるわけです。この25.8%という数字は、恐らく世界的にも、どこの国も経験したことのない高い数字です。例えば今、北欧諸国は我が国から比べると非常に老人の多い国ですが、スウェーデンでも20.9%くらいですし、イギリスも19.6%くらいで頭打ちです。そういう意味合いからしても4人に1人の高齢者人口を抱えることは、オーバーに言えば人類がまだ経験したことのない超高齢化社会に向かうわけです。

そういう中で、逆に平均寿命も増え続けています。国際的に見ると平均寿命は年々短くなっている国が多く、世界の中ではいまだに飢餓に苦しんでいる国もありますし、あるいはボスニア・ヘルツェゴビナではありませんが、内紛あるいは内戦が止まらない国もあります。そういうところでは平均寿命も短くなっているわけですが、我が国の場合は、逆にこの平均寿命そのものがほとんど毎年のように伸びて、更新をされていて、世界一の記録を塗り替えているわけです。我が国でも戦後すぐの昭和22年で見ると男性は50歳、女性が53歳くらいでした。今年は戦後50年と言われていますが、その50年の間に平均寿命は伸び続けて、現在では男性が76歳、女性が約83歳と世界一の長寿の国になっています。この寿命も今後さらに伸び続けると予測されていて、これも推計ですが、先程申し上げた4人に1人が65歳以上の人口となる西暦2025年には男性が78歳、女性が85歳くらいの平均寿命になるだろうと予測されるわけです。したがって我が国が今後迎える長寿社会は若い人口が少なくお年寄り、それも特に高齢のお年寄りの多い、そういう長寿社会がもうすぐ来るわけです。

研究体制の整備

そういう将来に向かって、私どもは今からいろいろ準備をしなければならないと思っているわけですが、まずその中で行政として取り組んでいる

ことの1つとして、国の研究機関の見直しをついこの間始めたばかりです。厚生科学課は、国立の試験研究機関を所管していて、国の機関7つに特殊法人の社会保障研究所を加えて全部で8つの研究機関があります。この8つの研究機関を西暦2000年までに、つまり平成12年を目標にして再構築をする計画を、今年の1月23日に発表したところです。どんなふうに再構築するかというと、まさに今申し上げたように超高齢化社会に向かって厚生省の研究体制を再構築していこうというものです。

先生方もよくご存じの研究所も多いと思いますので若干詳しくお話ししますと、国立公衆衛生院と国立医療病院管理研究所、人口問題研究所の3つの国の機関と、それから先程申し上げた特殊法人の社会保障研究所の4つを、2つの研究所に重点的に再構築することになります。特殊法人の社会保障研究所は、先だつての内閣の行政改革の方針によって廃止されることになってますが、社会保障は今後の高齢化社会に向けて大変大事な研究分野でもありますので、その機能を移転して大きく2つの研究所に分けようということです。

その1つは、具体的な地域サービスを行う政策研究所に衣替えをして、名前はまだ正式な名前ではなく仮称ですが、国立保健医療福祉政策研究所というのを作ろうとしています。今までは、伝染病の予防やあるいは医療対策が主でしたが、超高齢化社会を迎えるにあたりまして、福祉という言葉に代表されるようないろいろな地域的な行政サービスが必要になってきます。それを行うものとして国立保健医療福祉政策研究所を埼玉県のと光市に作ることにしています。土地はもう確保されているのですが建物はこれからで、なるべく早く着工にこぎつきたいと思っています。

それからもう1つ、今申し上げた具体的な地域サービスの研究所のほかに、マクロとして我が国の社会保障や、あるいは人口問題を研究していただくということで、国立社会保障人口問題研究所というのを新たに作ることにして、厚生省のすぐ隣にもう来年からスタートをすることにしました。それから今ある国立健康栄養研究所を、国立

健康科学研究所にして充実強化をします。今までは栄養の問題と健康の問題とを非常に直結したものととして位置づけていたのですが、これからは健康科学というような新しいコンセプトのもとで研究所を充実させていきたいということで、この中では当然老化の問題やあるいは素因の問題等も研究テーマになると思います。場所は現在新宿区の戸山町にあります、そこを拡充強化することになっています。

それから国立予防衛生研究所と、癩の研究をしている国立多摩研究所とを合体して、戸山町に国立予防科学研究所を設置し、アメリカの CDC のようなかたちの研究所にしようと考えています。また、癩の研究をしていた多摩研究所は、ハンセン病治療研究センターとして、同じ場所で新たなスタートを切る予定です。

それから、国立衛生試験場というのが用賀にあります、これは明治7年にできた大変古い研究所です。先程の会頭のお話にもありましたが、薬は我が国最初の医制発布のときの一番大事な部分で、国が自ら薬の検定をするというような意味からできた研究所です。しかし今は PL 法の導入もありますし、むしろそういう国家検査、あるいは国家検定というようなものはなるべくスリムにして、安全性の対策や研究を主にしたものにしようということになり、府中市に移転して、新しく国立衛生科学研究所としてスタートしようと考えています。ここでは今まで薬を中心にしていましたが、それに食品も加えます。アメリカでは FDA というのがあって、口から入るものの安全性を確保する意味合いからいっしょに扱っています。それにならって、食品と薬品をいっしょにして、また水道、廃棄物などのいわゆる生活工学系の研究もこちらに移して、府中の地で国立衛生科学研究所というものを発足させようと考えています。

それから最後に新しい研究所ですが、厚生省には今申しあげましたように、設立の古い研究所が多くあります。したがって、開発型の研究所はありません。そこで大阪にある衛生試験場の支所を発展的に改組して、これも仮称ですが国立厚生科学基盤技術開発研究所という少々長い名称の、い

わば厚生省の取り組むべき開発型の研究所を大阪方面に作ろうと考えています。これは平成12年度くらいを目標にしています。今のところ創業の研究やあるいは人工臓器を主体にしようと考えていますが、詳しい具体的な中味についてはさらに今後関係者の学者の先生に集まって検討していただき、立派な研究所を作りたいと思っていますところです。これが新たな長寿社会に向けての研究体制の整備ということです。

医療保険制度の見直し

次に申し上げるのは、医療保険制度の見直しです。先生方にも大変ご関心の深い保険診療の部分です。昨年まで保険局で医療課長をしております、寺澤先生ほか保険担当の先生方にもいろいろお話を伺う機会がありました。医療保険も今大きな曲がり角にさしかかっています。ご存じのように平成7年度の国民医療費は推計で、26兆7,000億円ほどになろうと言われています。これは国民1人が1年間に21万3,000円、医療費を費やす計算で、平成6年度に比べて約4%の増との推測があります。この国民医療費は大体毎年1兆円ずつくらい増えています。1兆円と申しますと四国と本土を結ぶ本四架橋が1本1兆円だそうですから、毎年あいう橋を1本作る分くらい医療費が増えているわけです。

この中で特に老人の医療費の占める割合がどんどん増えています。これはまさに長寿社会に向かっている傾向だろうと思いますが、この国民医療費の中で老人医療費の占める割合は、20年前には10%でした。それが10年前には20%になり、今では約30%が老人の医療費です。したがって26兆7,000億円の中の8兆円強が老人医療費です。いわゆる本当の医療の部分と、俗にいう介護の部分とがミックスしてこの8兆円の中に含まれているわけですが、計算の仕方はいろいろあるようですが、大ざっぱに言ってこの老人医療費8兆円の半分近くが介護の部分で占められているのではないかとされています。そういうわけで厚生省は今、その介護の部分について新たな制度が作れないかどうか検討しているところです。こういう医

療保険の現状,あるいは我が国の医療の現状も,転換期にさしかかっているわけです。

我が国には約1万の病院があるのですが,その1万の病院の中で,大学病院等500床以上の大きな病院は,約500あります。ところがその1万の病院の70%にあたる7,000の病院は,200床未満です。したがって我が国の病院医療というものを考えたときに,圧倒的に多いのはこの200床未満の病院です。諸外国では病院は最初から病院で,国公立あるいは宗教団体が作るようなものが最初から病院として発足をしている経緯があります。しかし我が国の場合は,開業医の先生が診療所を始められて,それを有床診療所にし,さらにその有床診療所を20床以上の病院へとだんだん大きくして,大体200床くらいが精いっぱいというようなことで,大体200床までの病院が圧倒的に多いわけです。この辺が今後の我が国の病院医療を考えるとときに,1つの大きな特徴であろうと思います。こういう200床未満の病院が圧倒的に多い中で,老人病院が(今はこの名前は使わないようにしているのですが),約18万床くらいを占めています。高齢化社会を迎えるにあたっては老人の方の処遇は非常に大きな問題になるわけですが,こういうベッド数が18万床くらいあります。

老人保健制度が新しく出来てスタートを切った老人保健施設の病床数が増え続けていて,今では約5万5,000床くらいになっています。戦後一貫して増え続けてきた我が国の病院数,病床数が,平成5年の調査で初めて減りはじめたのです。その主な原因は,老人の受療率が下がってきたことによるものです。老人の数は増えているわけで,その需要はあるはずですから,どこに老人の方が行っているかと言うと,まだまだ在宅医療は数の上に表れてくるほど充実していないと思いますので,多くは老人病院におられる患者さんが老人保健施設の方に移りはじめているのではないかとされています。平成5年から病院数も病床数も減りはじめたわけですが,平均在院日数が短くなっているにもかかわらず,病床利用率が下がっているのです。つまりこれは都会地の特に中小病院に見られる傾向ですが,患者さんがそのベッドの,

半分とまでは言いませんが,かなりの部分に患者さんが入っていないという状況が始まっているわけです。

我が国にはいろいろな形の病院の制度があります。一般の病院,それから平成4年6月の医療法の改正からスタートをした大学病院を中心とする特定機能病院,それから老人病院あるいは老人保健施設などがあります。こういうものがいろいろ複合体として現在存在しているわけですが,今までのような形ではなくて,少しずつ老人の収容施設も違った形の収容の傾向が生まれてくるのではないかと考えております。病院の機能分化が今後はいよいよ進んでいくのではないかという気がします。

診療報酬のことですが,我が国の医療費の中ではそういう患者さんとの動きのほかに,薬剤比率が非常に高いのが1つの特徴です。直近の数字でも,大体30%前後が医療費の中に占める薬剤比率となっています。イギリスは国営医療ですからいろんな意味で違いますが薬剤比率は約12%程度ですし,アメリカでもDRGなどの導入によって下がっていて,7~8%くらいのところですよ。そんな中で,薬剤をどのように医療保険の中でとらえるかもかなり大きな問題で,今,医療保険審議会等で議論がされているところです。

この薬剤比率の問題については,かねてからいろいろと言われていましたが,昨年の4月の改訂のときに,ゾロ商品の扱い方について1つの統一的な考えを出しました。ドイツではゾロ商品の扱い方が非常に大きな課題になっていますが,今までのような薬の薬価の決め方でいいのかどうかということも議論がされているわけです。

このように,医療保険を取りまく課題,あるいは問題があるわけですが,昨年の4月あるいは6月の診療報酬の改訂を実際に担当しましたので,そのことの中から今後の長寿社会に向けての1つの姿勢というようなものをおくみ取りいただければと思って若干ご説明します。昨年の4月,そして10月に続けて2段階の改訂を行いました。診療報酬の改訂幅で言いますと4.8%という大変高い改訂率です。医療費ベースで薬価の引き下げ率が

2.1でしたから、実質は2.7%の改訂率で、これは16年ぶりの高い改訂率になります。ちょうど4月と10月の間の6月に健康保険制度の法律改正があって、これは食事の問題ですが、この改訂の財源をもって、さらに10月に改訂幅を乗せて、その合計が4.8となったわけです。

したがって、昨年の4月1日の時点での改訂幅は3.3%でまず改訂をし、法律改正で患者さんに食費の一部自己負担をしていただくという制度を導入して、それによる財源によって付き添い看護をなくしました。それから、在宅医療を推進することなどを主な内容とした10月改訂をまた行って、さらに1.5%上乗せして合計4.8%の改訂になったわけです。

改訂のポイントがいくつかあります。いくつかの新しい試みをしました。1つは甲乙とあった点数表が、昭和33年の現在の診療報酬以来、36年ぶりに去年の4月から一本化されました。それから、診療報酬の世界では一番大きな基準であった基準寝具・基準給食・基準看護の三基準が全て変わりました。基準寝具はなくなって入院環境料に変わりましたし、また基準給食も入院時食事療養費ということで廃止になりました。さらに基準看護についても昨年の10月から新看護体系というものを打ち出しました。看護料は病院では、収入の非常に大きな部分を占めますので、いきなり全部こちらにというわけにもいきませんので、古い看護体制も残してはいるのです。新看護体系では初めから正准比率が20%は入っていますが、入院患者に対する看護婦さんの割合と看護補助者の割合（看護補助者というのは言葉を変えれば介護の部分ですが）、その割合を合算して点数請求できるようにしました。そして、従来のように特3とか特2とか特1というような比率を最初から入れるのではなくて、トータルで一般病院の場合、入院患者の2:1がアッパーリミットで、老人病院の場合は3:1をアッパーリミットとしました。そして看護婦さんの数と看護補助者（介護者）の割合を、病院に各々選んでいただいて、それを合算したもので点数請求をしていただくというようなシステムに改めたわけです。今後の我が国の病院

医療についての大きな流れになるのではないかと思います。

それからもう1つが在宅医療の推進で、特に高齢化社会を迎えるにあたって、在宅医療は必須であろう、それからまたインフォームドコンセントが充実すればするほど、患者さんにとっては在宅で医療をしたいという希望者も多くなってくるのではないと思われることから、在宅医療の充実を大きな目玉にしたわけです。健康保険法を改正して、居宅つまり患者さんの自宅も医療の場と位置づけたわけです。その前に医療法の方では先にそういう位置づけをしています。健康保険法の方でもそういう位置づけをしました。それを受けて、例えば在宅時医学管理料というようなものを、かかりつけ医機能を評価して点数化して、1か月3,000点としたり、あるいはガンの末期の患者さんについては在宅末期総合診療料というようなものを創設したりして、主に在宅医療をこれから充実していくための1つの誘因となるような点数設定をしたわけです。

昨年の4月には鍼灸あるいは按摩マッサージの施術料金の改訂もしました。診療報酬は実費、先程申し上げたように2.7ですが、10月の改訂分はほとんど食事の関係ですので3月、4月時点での実質改訂率1.2%をベースにして、鍼灸は2.2%、それから按摩マッサージは2.1%の改訂率で施術料金の改訂を行ったわけです。鍼灸あるいは按摩マッサージについては、額としては合計でも100億円くらいのところですが、伸び率が非常に高く、それだけ需要があるということだろうと思うのです。しかし今までのようなかたちで施術料の改訂をすることがいいのかどうか。あるいは鍼灸や按摩マッサージについての健康保険の位置づけ、あるいは給付の仕組み、支給の適正化などの観点から見直す必要があるのではないかとということで、療養費部会というものを医療保険審議会の中に設置をし、現在その審議をしていただいているところです。メンバーの中にはもちろん各々の団体の代表の方、それから東洋医学や漢方医学の学識経験の方にもお入りいただいております。

長寿科学総合研究事業

最後になりますけれども、厚生科学研究そのものの重点研究分野の見直しも、今進めているところです。昭和63年の9月に、厚生省の厚生科学会議というところから11の重点研究分野の提言がなされました。それを受けて、対がん10か年戦略等の新しい戦略が生まれてきて、そのうちの1つが先程申し上げた長寿科学の財団を設立するとか、あるいは国立長寿医療センターを設立する。あるいは寺澤先生にも分野長をしていただいている長寿科学総合研究費の設置、そしてまたその推進です。長寿科学研究費は、基礎分野、老年病分野（痴呆疾患・骨粗鬆症・疫学の3つのサブプロジェクト）、リハビリテーション（看護・介護）の分野、支援機器の開発分野、社会科学分野、漢方・東洋医学の分野の全部で6つの分野に分かれています。この漢方・東洋医学の分野の分野長を寺澤先生にお願いしているわけです。

この長寿科学総合研究事業は、昭和62年に3億

円の研究費でスタートをしたものですが、おかげさまで年々少しずつ増額されてきており、平成7年度は15億8千万円の総額の研究費となっています。平成元年からこの漢方・東洋医学の分野の研究課題として3つが設定されることになり、現在はそれが増えて4つの研究分野にさらに分かれて、この長寿科学総合研究が進められているというような現状です。

今申し上げましたように、我が国には長寿社会がもうすぐ到来します。さらにそれに向かって私も厚生省もできるかぎりの努力をしながら、それに体制が合うようにいろいろ見直しをしています。今国民は、漢方あるいは東洋医学に対して非常に期待している状況です。先生方のこういう学術集会でのご研鑽を通じて、国民の保健福祉医療にご貢献をいただければ大変ありがたいと思っています。時間ですので、この辺で私の話を終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございます。

（文責：高橋宏三）