

医学開成会座談会

# 日本の社会保障制度の 現状と課題

—医療体制と医療費から見えてくる課題—



医学開成会

医学開成会





#### 司会進行

松原 久裕 先生

千葉大学大学院医学研究院  
先端応用外科教授

#### 出席者

永井 良三 先生

自治医科大学学長

#### 出席者

樽見 英樹 先生

日本年金機構副理事長  
元厚生労働事務次官

## 日本の社会保障制度の現状と課題

**松原** ライフメディコム企画 医学開成会座談会「日本の社会保障制度の現状と課題—医療体制と医療費から見えてくる課題—」を始めさせていただきます。私は、司会を務めます千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科 松原久裕です。本日は、日本年金機構副理事長・元厚生労働事務次官の樽見英樹先生、そして自治医科大学学長の永井良三先生という素晴らしい先生方をお招きして、座談会を進めていきたいと思います。

日本の社会保障制度については、超高齢化社会による若者の負担増や、一時は年金がもらえなくなるのではないかなど、いろいろな懸念がマスコミ等で報道

されています。奇しくも先の衆院選で自民党が惨敗し、国民民主党の玉木代表が「103万円の壁」の引き上げを提言したことで、「106万円の壁」「130万円の壁」という別の視点からも、社会保障費への関心が高まっています。この点については樽見先生がお詳しいと思いますが、いかがでしょうか。

**樽見** 今の社会保障制度で懸念されていることは、少子高齢化が進んで支える側が少なくなり、もらう人ばかり多くなるということだと思います。年金についてはマクロ経済スライドという、人口構成の変化に応じて給付水準を調整する仕組みが組み込まれているため、年金がもら

えなくなるなどということはありません。ただし、将来の給付水準が低くなりすぎないようにすることが課題となっています。

他方、医療・介護に関しては、これまでは国民皆保険という全体の支払いをマネジメントできる体制の中で、比較的安い負担で高いパフォーマンスの医療・介護を提供できていましたが、コスト増と人手不足をどう乗り越えるかということが課題になっています。これに対しては、例えば自己負担割合の引き上げや、高額療養費の限度額の引き上げ、保険料の引き上げ、薬価の調整といった制度論で対応することも大事ですが、併せて医療の



提供体制や中身についての議論が必要です。高齢者が増えれば、かつての急性期中心の医療体制から、地域や在宅で医療を支える体制に変えざるを得なくなり、増加していく医療・介護の費用をより社会としてこなしやすくする仕組みを構築し、それに対する社会的な合意を作っていく時期に来ていると思います。

**松原** ありがとうございます。非常に分かりやすく今後の課題をお話いただきました。永井先生、いかがですか。

**永井** 社会保障制度は、限られた資源をどう再配分するかという問題です。これまで科学や医療技術が進歩し、専門性を追究すれば医療は必ず良くなるという考え方がありました。しかしそれは戦後経済成長のモデルです。人口が減るなかで、若年世代の社会保障費の負担が重くなった時代にあつては、医療にも持続可能性が求められます。例えば最近では1回1億円を超える薬剤もありますが、それを誰がどのように負担するのかをよく考えないといけない。人口も東京圏への一極集中です。地域医療にどのような影響が出るのか。そういう意味で、これからは医療のSDGsがテーマになると言えます。

**松原** 人口減少によって、税収がどんどん増えていくことが望めない中で、そうした高額な薬剤等の負担はどうしていったらいいのでしょうか。

**永井** 今のところ、どんな高い薬剤でも保険で償還されます。しかし技術料もなく、薬価差益も極めて少ないために、病院で使える量は限りがあります。経営を理解しない医師は後で償還されると言いますが、経費が膨らんで病院経営が回らなくなってしまうのです。

ですから、何でもバイオ医薬品、高度医療開発を目指せばよいということではなく、同時にローコストの医療の研究開発もしなければなりません。研究もバランスが重要で、あまりにも先端に偏れば倒れてしまうという教訓です。

こうした高額医薬品の使用は、限られた病院だけで負担するのではなく、地域全体で負担する、いわば地域医療構想のなかで考えるべきだと思います。

**樽見** 実は私が保険局長だった頃から、薬価差はできるだけ減らすべしという方針で薬価の改定が行われてきました。薬価というのは、実際の市場で取引されている価格をどれだけ償還するかという考

え方なので、そこに差があつてはならないというのが建前だからです。ただ、非常に高額な薬の場合は、それを管理するための費用もいろいろかかってくるので、それらをどう保険の仕組みの中で償還していくかという工夫も必要だろうと思います。

**永井** これは病院経営の問題でもありません。原価が非常に高くなると、後から戻ってくるにしても仕入れが必要ですから、余裕のある病院でないと思えないはず。公的病院の場合、どうしても理念で走って自分の首を絞めかねないので、その辺りの経営面の指導も重要になってくると思います。

**松原** 支払いから収入までの間の資金繰りをどうしていくかという問題ですね。昔のように黒字が出ていればいいのですが、今は赤字の病院が多く、自治体などから補助金を受けたりしている中で、それこそ運営費そのものが枯渇してしまいかねません。

**永井** 例えば薬価が1億円で50万円の薬価差益があつたとします。そういう患者が1000人来たら、診療報酬は1000億円ですが、万一のための保険料を引くと、手に残るのは2億円程度です。こうした医療に傾斜すると診療報酬が増えてもやっていけません。こういう高額な医療は今の皆保険制度には馴染まないのではないかと思います。

**松原** そういう高額医療については、個人が民間の保険会社と契約して賄うという、アメリカのような方策はどうでしょうか。

**樽見** 保険がなぜあるかということから考えると、むしろ高い医療をどのようにファイナンスするかというところに保険の意義があるので、加入者の立場からすると、高いから外すというのはいかがなものかだと思います。もちろんどんな場合に使えるかという一定の制限は必要ですが、そこは皆保険で賄って、むしろそれほどお金のかからない医療やOTCで治療できる医療の方を個人の負担に持つていく方が、保険の考え方には即していると思います。

**永井** そうすると、高額医療の薬剤料をどこかが立て替えてくれる制度があるとよいですね。基金が薬価を立て替える。医療機関には技術料だけが来るという形にすれば、病院経営は楽になります。

高額医療も、地域医療構想の下で分担すれば、特定の医療機関に経済的負担が偏って倒産するようなことは避けられると思います。地域医療構想調整会議で、医師の配置だけでなく、どの医療をどの医療機関が分担するかを話し合う。同時に病院の経済的負担も平等化することを考えないといけないのではないのでしょうか。

**樽見** それこそドイツの保険医協会による総額請負方式のように、各地域の医師会が健保組合なりと契約を結んで、今年この地域の医療を総額幾らで請け負いますと決めて、その枠に基づいて診療報酬を配分するというような、地域でコスト面も含めて引き受けていくような仕組みは、工夫の余地があるかもしれません。

**永井** まさにそういうことを実施しないといけないと思います。



## 持続可能で質の高い医療サービスを提供するために

**松原** どの病院も経営が非常に厳しく、大学病院などはほぼ赤字経営だといわれている中、働き方改革でさらに人件費負担が大きくなっています。永井先生、その辺りはどうでしょうか。

**永井** 一つの要因は、大学病院の位置付けが法的にきちんとなされていないことです。文科省の設置基準には、大学病院は医学部の教育研究のためにあるとされており、高度医療機関とは書いてありません。いわんや地域に人材を派遣する機関とも書いてありません。結局、教育研究の名の下に地域へ派遣して労働させざるをえず、労働協約の問題となります。ですから、大学病院の医療機関あるいは人材派遣機関としての役割を、どこかで明確に法的に位置付けないといけません。

ただ、そこでもう一つの問題が出てきます。大学病院は人事権を持っています。医療機関として経営的にも独立すると、力を持ちすぎることになります。経営が保証されるのであれば、人事権はパブリックなシステムに委ねるべきでしょう。専門医育成は逆に大学から離さないと、全体に歪みが生じる可能性があります。

**樽見** 大学病院の位置付けが必ずしも明確でないからこそ、その間の余裕でうまくやってこられた部分があったのだと思

います。一方で、そこが医師の長時間労働を顕在化させない温床になっていたことも事実です。地域における医療の効率化、各医療機関の機能の明確化が求められる中で、大学病院をどう位置付けていくか、他の高度医療提供機関とのすみ分けも必要になります。その際、人事をよりパブリックな仕組みとしていくというのは賛成ですし、そこでは医師の働き方改革もセットになると思います。

**松原** ただ、実際には初期臨床研修制度が始まって以来、大学の医局がどんどん弱体化して、医師派遣力が減り、辺鄙な地域や過疎地域から医者がいなくなり、大都市への集中が起きています。こうした傾向についてはどのように考えますか。

**永井** 専門医制度については、海外も苦勞しています。例えばアメリカのある州では、心臓専門医が5人と指定されました。ニーズや大学病院のキャパシティを考えると10人でもおかしくなくないのに、なぜ5人なのかと聞くと、保険会社から5人分しか給料が来ないからだと言われました。つまり、保険会社が専門医の数や配置までコントロールしているのです。ヨーロッパでは、専門医になるのは自由ですが、専門医でないと常勤医になれないというルールがあり、その常勤医のポストは国が管理していま

す。ということは、結局は国が専門医の数と配置をコントロールしているのです。

日本は誰でもいつでもどこでも専門医になれる、世界に類を見ない制度です。しかし本当に地域医療構想を充実させていくには、誰かがコントロールしないとイケません。日本にはアメリカ型の市場原理の医療はなじまないでしょうから、パブリックなところで管理していかざるを得ないと思います。

専門医制度が始まる直前、私は厚労省の医療部会長として、医政局から私的委員会を作って専門医制度をまとめて欲しいと言われました。委員会では我田引水の議論が続いて紛糾する中で、私案として委員会で専門医の数を各県に割り振り、研修先の病院は地域医療構想調整会議で決めるという案を出したところ、日本医師会から懸念が出され、当時の塩崎大臣がその懸念に応える形で専門医制度の1年延期を決定しました。そして、「専門医制度のあり方についてはプロフェッショナルオートノミーを尊重する」ということになり、私の委員会は空中分解しました。

ただ、そのとき塩崎大臣が一つだけ重要な指摘をしています。それは、これから厚生労働省はアカデミアに対して、いろいろな調整をするよう注文するという点でして、それは今も生きています。ただ、まだ緩いのが難点です。例えば応募者と募集数が何倍も違えば都会に行ってしまうわけで、応募者に対する募集数は1.2倍ぐらいにするべきです。地域のなかでうまくやりくりするプログラムを作る必要があります。アカデミアだけで専門医制度を動かすわけではないということが了解されたという点は、この問題の糸口になると思います。

**樽見** 専門医になることの法的効果が、一定以上の知識があれば誰でも専門医と称することができるというものなのか、それともヨーロッパのように、その資格がなければこういうポストには就けないといった形で、医療提供体制の中で厳格に位置付けられているかという違いですね。

**永井** それは非常に重要なポイントで







す。そうした制御システムがないために、人口当たりの専門医の数は、日本はアメリカより多いのです。例えば心臓外科の専門医はアメリカの3倍です。しかし1人の手術件数は3分の1、脳外科の専門医数は4.5倍で、1人の手術件数は22分の1です。つまり、若い専門医希望者を集めないと手術できないのです。また専門医も、あるときからキャリアを変えて、手術現場を離れています。

欧米では、メスを置いた外科医が地域に戻って総合医になることはありません。アメリカは、専門医の時代に十分な収入を得ているから専門医として辞め、あとは悠々自適の生活です。ヨーロッパは、アメリカほど給料はもらっていませんが、最後の収入で年金額が決まるので、専門医のままリタイアの方が有利なのです。欧米に共通しているのは、専門医と専門医の隙間を埋めるために医師の間で階層ができており、NP (nurse practitioner : 診療看護師) や PA (physician assistant : 診療アシスタント) といった職種ができています。また、外国から医師を導入し、あ

る時期がきたら帰国してもらおうという求心力を使うのです。そうしたシステムがあるので専門を極めて専門医としてリタイア出来るのだと思います。

日本はいずれの仕組みもありません。一方で、日本の専門医制度の特殊性として、帰属意識を求めるメンタリティーがあるように思います。しかし、医局の専門医の多くは40歳になれば、開業して総合医になることが多いのです。日本はタスクシフトとタスクシェアを進めないと、専門医制度が育たないと思います。





## テクノロジーの進化と医療の未来

**松原** 今、「新たな地域医療構想等に関する検討会」で 2026 年以降の構想を検討している最中ですが、出てくる資料を見る限り、在宅、介護、そして具合が悪くなったときの救急をメインに話が進められています。一方で、このままいくと介護人材が圧倒的に不足してくることが懸念されています。

**樽見** 介護における人手不足の問題は、厚労省も数年前からロボットの活用をはじめとする技術的なブレイクスルーや、効率的なサービス提供の仕組みを模索してはいますが、率直に言って、なかなか良い手はないのが現状です。そういう中で、やや迂遠かもしれないけれども、要介護になる人や、医療的に手のかかる状態になる人をできるだけ少なくする、介護や医療の予防ということが以前に増して重要になってくるし、それを地域医療構想の中でも明確に位置付けていくことが大事になってくるのではないかと思います。

**永井** そうですね。医療に関して、アクセス、コスト、クオリティの三つは同時に成り立たないといわれますが、IT や AI などのテクノロジーが進歩すれば、ある程度は改善できると思います。最近、アメリカの心臓病の教科書を翻訳したのですが、その中でも、大規模な機械を使った先端医療でなくても、携帯電話を使っ

た遠隔医療や、簡易な道具を使った在宅医療で同じような効果が出せるという説明が随分取り上げられていました。アカデミアでも医療現場が求める研究をもっと進める必要があります。そこではやはり情報が大事になります。

**樽見** 私が今勤務している日本年金機構で、今年 6 月から高齢年金の請求を、一部の対象者ですけれど、電子的にできるようにしたところ、対象者の 1 割以上が電子申請をしてきたのです。高齢者といっても今の 65 歳は、提供側が思っている以上に電子的な手段に対して抵抗感が少ないのだと感じました。ですから、AI や ICT といった情報技術を使って、医療のアクセス、コスト、クオリティを改善するというのは非常に大きな分野ではないかと改めて思っています。

**松原** まさにそのとおりで、今の 65 歳は働いているときにコロナ禍を経験して、それこそリモート会議などをせざるを得ない状況になって、便利な部分が相当あることも理解している層なので、どんどん広げられる方向にあると思います。規制緩和がされれば、遠隔医療などにも取り入れられていくのではないでしょう。

**永井** 遠隔集中治療に保険点数が付くようになりました。まだ都市の中核病院が中心ですが、将来的には遠隔で僻地の重

症患者のケアができるようになるかもしれません。国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) の統合プロジェクトでも、「データ利活用・ライフコースプロジェクト」が 8 本柱のうちの一つとして独立しました。ただし、その中身のほとんどはゲノム医療のための医療情報です。ゲノムで解決する医療はごく一部で、生活習慣病や循環器病については、ゲノムの寄与はあまりありません。アメリカの遺伝学会もポリジェニックなリスクコアを現場に導入するのは時期尚早と言っています。高齢者の病気はまさにポリジェニックな多因子疾患ですから、生活指導や予防管理までを含めた地道な研究をしなくてはなりません。

**松原** そのあたりが先ほどおっしゃったローコストの医療開発ということにつながってくるのです。

**永井** そうです。アメリカの専門の教科書がそちらの内容を増やしているということは、論文数も増えているということです。ですから過去のイメージにとらわれない方がよいと思います。

**樽見** そういうところに大きなフロンティアがあるということなのでしょう。例えば高齢者に重度の要介護にならないための生活習慣を付けさせるなど、重たい介入ではなく日常生活の中のささやかな介入を行うというところで情報技





術を活用したり、行動経済学的なインセンティブをつけたり、まさに永井先生がおっしゃったローテクの分野でやると面白いことがたくさんあるように思います。

**永井** そこに AI が出てきているわけですが、松原先生は医療現場や行政で AI を使うことをどのように見ていらっしゃいますか。

**松原** 弱点を知りながら、長所をいかに活かしていくかが非常に重要だと思っています。それこそビッグデータというとゲノムの方に流れがちですが、もっと普通の、問診や血液検査など開業医でも取れるデータこそビッグデータで、それをいかに使っていくかということの方が重要で、それが予防などにもつながってくるのではないかと思います。

私はがんの専門ですが、今、がんの分野で一番のトピックスは免疫チェックポイント阻害剤です。今までの抗がん剤は、進行は遅らせるけれど治癒はできませんでした。しかし、免疫チェックポイント阻害剤を使うと治癒する人が出てきます。では、どんな人に効くのかということゲノムで解析しようとしています。まだあまり結果は出ていなくて、エビデンスがあるのは 1 日の食物繊維の摂取量や筋肉量、BMI といった、ゲノムとは関係

のない部分なのです。やはり生体の状況というのは、いろいろなところに関わってくるのだと思いますね。

**永井** 近代医学は科学に基づく医学でした。科学では要素還元が重要ですが、それが全てではないという謙虚さを科学者も医療者も持つべきだと思います。特に複雑系になると要素還元では説明しきれないので、プラグマティックな見方をもっと入れるべきだと思います。

これからはわれわれ医療者が AI を育て、教育することも大事だと思います。私がデータを提供し、AI がモデルを作り、それを採点する。学生の答案と同じですね。だんだん賢くなってきて、そのうち AI が第一の弟子になる時代が来るかもしれません。

**松原** AI というのはパターン認識なので、出てきた答えが間違っていたら、「それは駄目だよ」と言うと、またそれを AI が学習してレベルアップしていく。その辺をきちんと人が使っていくことが重要ですね。

**永井** 一つ面白いのが、同じ答えでも機械的な評価と私の評価が違うのです。情報科学としての見方と医師の見方で違いがあるようで、その違いを埋めていくことも大事な作業になります。

**松原** 評価の視点が違うということですね。

**永井** われわれの持っている経験知を、人に教えると同時に、AI にも教えて鍛えていく。趣味の盆栽をいじる代わりに AI を教育する（笑）。

**松原** そうかもしれませんね。日本の医療はいろいろな問題を抱えています。皆さんの英知を集め、AI を含めた新しいテクノロジーを使いながら良い方向に持っていくことは、日本であれば絶対にできると信じて、頑張っってやっていきたいと改めて感じました。本日はお忙しい中、どうもありがとうございました。

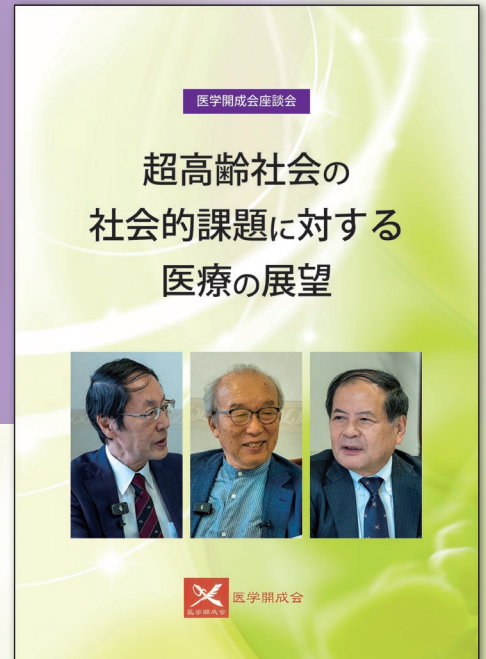


会場：開成学園



# 超高齢社会の 社会的課題に対する 医療の展望

- 超高齢社会の現状と将来の課題について
- 「地域医療構想」と「医師の働き方改革」
- 新たな医療技術や治療法



それぞれの立場から意見交換



永井 良三 先生

自治医科大学学長



黒木 登志夫 先生

日本学術振興会・学術システム研究センター顧問  
東京大学名誉教授、岐阜大学名誉教授



松原 久裕 先生

千葉大学大学院医学研究院  
先端応用外科教授

こちらの記事は「医学開成会のホームページ」  
または、「右のQRコード」からご覧いただけます。

