

令和6・7年度

医政研究委員会答申

医療政策とその財源のあり方

令和8年3月

福岡県医師会医政研究委員会

令和8年3月26日

福岡県医師会
会長 蓮 澤 浩 明 殿

医政研究委員会
委員長 大 橋 輝 明

答 申

医政研究委員会では、貴職からの諮問「医療政策とその財源のあり方」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

医政研究委員会

委員長 大橋 輝明
副委員長 菊池 仁志
委員 石井 義輝
上野 恭司
藤木 健弘
松田 晋哉
佐野 正
西田 英一
岩見 元照
富安 信夫
岡本 高明
井上 久子
桑野 恭行
辻 裕二
戸次 鎮史
原 祐一
稲光 毅
田中耕太郎

目 次

はじめに	1
第1節. 「現行の医療制度を維持した場合の財源の在り方」と「国民負担率を固定した場合の医療制度の在り方」	
1. 現行の医療制度を維持する場合の財源構成	2
2. 国民負担率（保険料・税）を固定する場合の医療制度の見直し	3
第2節. 2040年を過ぎた時代の医療制度と財源の在り方に関する検討	
1. 医療・介護費用の見通しと持続可能な財源設計	5
2. 現役世代の急減に対応した制度設計	6
3. 地域別対応と柔軟な制度運営の重要性	7
第3節. 保険料、公費、自己負担の割合の検討	9
第4節. 今後のあるべき医療制度に必要な医療費とその財源	
1. 入院医療の規模と機能分担	10
2. 外来医療のアクセスと機能	11
3. 在宅医療・看取りのあり方	13
4. 医療と介護・福祉の統合的視点	14
おわりに	16

はじめに

団塊ジュニア世代が高齢者となり、高齢者の人口増加が落ち着く一方で、現役世代の人口が急減するといわれている2040年を見据えた社会保障改革が求められる一方、医療界では、物価高騰・賃上げへの対応、医師偏在、人材確保及び医療DXの推進などの課題が山積している現状である。その中で、国民が健康で安心安全な医療を受けることができ、さらに医師が安心して医療を提供できる体制を構築していく医療政策が必要であり、その為にも安定した医療費の財源の確保が重要である。

医療費の財源は、その約85%が公費と社会保険料他で残り約15%が患者の自己負担となっている。政府特に財務省は財政危機を理由に、緊縮財政を唱え社会保障への支出を削減する方針を示し、岸田政権では、財政健全化を打ち出した。しかしその後、今年10月に発足した高市政権では、積極財政の方向で戦略的財政出動の方向性とするも連立政権を組む日本維新の会は、社会保険料の減額を公約に挙げ、医療費の削減や患者の自己負担のさらなる増加の可能性があり予断を許さなかったものの、本年2月に行われた第51回衆議院選挙において与党で3分の2を超える議席を獲得し、今後安定した政権運営が可能となり、医療政策においても前向きに行っていただけると期待される。

今回の医政研究委員会では、「医療政策と財源の在り方」との諮問に対し、財源の在り方について医療制度を維持した場合と国民の負担率を固定した場合の医療制度を検討し、2040年を過ぎた時代での医療制度と財源について、医療費の実効給付率と負担割合の検討を行った。さらに今後のあるべき医療制度に必要な医療費とその財源については、経済学を踏まえた医療界、学識研究者、前国会議員の講演を拝聴しながら、各委員のご意見を書いて頂いた。今後、医療政策が政権により変わる時でも、この答申が少しでもお役に立てれば幸いである。

第1節. 「現行の医療制度を維持した場合の財源の在り方」と「国民負担率を固定した場合の医療制度の在り方」

1. 現行の医療制度を維持する場合の財源構成

現行の医療制度の財源はおおむね保険料約49%、公費約38%、患者自己負担約13%となっている。制度分類の上では、日本は社会保険制度の国となっているが、実際にはイギリスのような税に基づくシステムとの混合型である。日本と同じような社会保険制度を有している国としてはフランス、ドイツ、オランダがある。これらの国は、原則として保険料の枠内で医療を賄う仕組みとなっている（実際には、固定費部分などに税金の投入が行われている）。いずれの国も1980年代から90年代にかけて、医療制度を維持するために多くの改革を行っており、その内容は日本における今後の改革を考えるうえで参考になる。以下、フランスとオランダの改革について説明する。

(1) フランス

1996年以前のフランスの社会保険制度は主たる労働に対する保険料で賄われていた。しかし、保険財政における収支相等原則の順守をその原因として、保険料が断続的に挙げられていったために1994年には保険料が稼働所得の19.6%（被保険者6.8%、雇用主12.8%；国民の80%をカバーする一般制度の場合）となっていた。この保険料の高さに対して、事業主、労働組合双方から不満の声が高まっていた。この状況をドラスティックに変えたのが1996年、当時の首相であったAlain Juppéによって行われた社会保障制度改革（Plan Juppé）であった。Juppéは社会正義、社会的公正の旗印のもと、被保険者の負担部分について全所得を対象とする一般所得税に置き換えた（2025年は所得（や資産収入に対して9.2%）。これにより不動産や株式などで高い所得を得ていた富裕層がより多くの拠出を医療保険者に行うこととなった。この改革は富裕層や年金制度で優遇されている公務員などの反発を受け、その後Juppéは失脚するが、社会正義、社会的公正の理念のもとに行われたこの改革は、その後の政権においても引き継がれ今日に至っている。なお、Juppéの改革により公的医療保障制度における被用者負担分が保険料から税にかわったことにより、医療制度は国による介入をより強く受けるようになった。その代表的なものが、毎年国民議会によって議決される医療支出目標（ONDAM）である。医療関係者の多くはJuppéの改革により、フランスの制度はNHS的な国の規制が強いものになったと批判している。

(2) オランダ

オランダもかつては主たる勤務先からの労働所得に対する保険料を雇用主と被用者が折半する我が国と同様の制度であった。しかし、1970年代から80年代の経済環境の悪化により保険財政は厳しいものになった。その原因は失業率の上昇に伴う保険料収入の低下と失業補償支払額の増大であった。この状況に対応するために、1982年に国、経営者団体、労働組合の間でワッセナー合意（Akkoord van Wassenaar）が結ばれる。

これにより正規雇用と非正規雇用の処遇が平等となり、複数の仕事を持つことを促進する雇用環境の柔軟化が行われた。しかし、この場合、勤務先や居住する場所を前提として主たる所得に対して保険料を設定するというそれまでの枠組みが、社会的公正性の下で問題となった。そこでオランダは加入する保険者の選択を自由化し、全所得を対象に保険料を賦課する仕組みとした(2025年の事業主負担6.5%、平均的な被用者の場合の税+保険料の負担率は36.2%注)。ちなみに、保険料に関しては基本的な部分についてはどの保険者を選択しても同じ保険料率という規制をかけた上で、アメニティ部分などの追加の保険料を各保険者が自由に設定できる仕組みとしている(いわゆる管理競争の保険者への適用)。

以上の2つの例は日本が現行制度を維持しようとするのであれば、保険料部分について、全所得を対象とした設計にすることの必要性、妥当性を示唆するものである。1990年代後半からの日本政府、財界の新自由主義的な制度改革は、国民の間の経済格差を大きなものにしてしまった。非正規労働者が少ない労働所得から保険料負担を行わなければならないのに対し、不動産や株式などの資産所得の多い富裕層は相対的に保険料負担の負荷が小さくなっている。毎年、多額の赤字国債を発行しなければならない国の財政状況を踏まえると、フランスやオランダのように保険料を賦課する所得の対象を拡大することが日本においても検討されるべきであると考え。日本の社会保障制度が社会連帯を前提としていることを踏まえれば、その妥当性は十分にある。

なお、フランス、ドイツ、オランダのいずれの国も、資本部分については、医療計画に基づいて補助金がある仕組みとなっている(ドイツではこれを二重財源方式という)。このような財源構成の在り方も参考になると考える。

注：オランダの場合、短期医療保険が年金保険等と一体的に徴収され、また収入によって保険料率及び定額負担が異なるため、医療保険の保険料率のみを把握することが難しい。ただし、長期療養や我が国の介護保険部分を負担する長期保険の保険料率は9.2%で、これは被用者のみの負担となっている。

参考文献

松田晋哉：欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆(2017)，勁草書房。

2. 国民負担率(保険料・税)を固定する場合の医療制度の見直し

いわゆる「2025年問題」が語られるようになってすでに10年が過ぎた。当時は、すべての団塊の世代が75歳を超える2025年に医療・介護需要が爆発的に増加するとの見通しのもと、地域医療構想が策定され、病床機能の再編や地域医療構想調整会議が各地で進められた。しかし2020年の新型コロナウイルス流行は、医療提供体制の余力を奪うと同

時に議論の優先順位を変え、政策は一時的な停滞を余儀なくされた。現在、ようやく地域医療構想の議論が再加速しているが、2025年を迎えた今、団塊世代の多くはなお比較的元気で、当初想定された医療崩壊的状况には至っていない。一方で、当時は想定されていなかったコストプッシュ型インフレが進行し、医療機関の経営は資材・人件費の上昇により逼迫しているという新たな課題に直面している。

2040年前後には団塊の世代が90歳を超え、医療・介護・年金の社会保障費は必然的に増加すると予測されている。他方で、国民負担率（税・社会保険料）をこれ以上引き上げるべきでないという意見も根強く、現行と同様の医療介護を提供できないことも想定しなければならない。

我々医師会としてはあまり想定したくないことではあるが、国民負担を固定しなければならいと仮定した場合の医療の在り方を検討する。すなわち、財源が増えないとすると、高齢者の増加に伴い、高齢者一人当たり投じられる医療資源は理論上必ず減少する。制度を維持するためには給付の重点化と選択が避けられず、「どこを守り、どこを見直すか」という価値判断が政策の核心となる。

まず検討すべきは、社会保障三分野の相対的な伸びである。年金は生活基盤である以上大幅削減は困難であり、インフレが進展するために増額になる可能性が高い。介護は要介護人口の増加を考えると給付抑制は社会的合意を得にくい。必然的に、圧縮余地は医療に集中すると思われる。では、医療費のどこを見直すべきであろうか。外来受診抑制やOTC類似薬の保険適用除外が議論されるが、削減効果は限定的である。訪問診療は高齢者の療養を支える上で不可欠な機能であり、入院代替として伸ばすべき領域である。そう考えると、最も実質的な調整余地は入院医療費になる。

今後の高齢者増加は入院需要の増加を意味し、入院すべき患者が入院できない状況は回避しなければならない。総医療費を抑えつつ必要な医療を確保するには、入院日数の短縮と病床回転率の向上しか解はなく、急性期病床の効率性を高めることは不可避である。ただし、単なる早期退院は在宅に過重な負担を移し、結果として医療の質を低下させる。重要なのは、急性期・包括期・慢性期・在宅の機能分担をより明確化し、シームレスに患者をつなぐ地域医療体制へと再設計することである。急性期は集約化し、入院期間をさらに短縮化していく。その後、在宅に戻れない方は包括期・慢性期への移行を円滑に行い、訪問診療・訪問看護を強化し、地域包括ケアを推進することで、短期集中的な入院と在宅医療の両立が可能となる。そのためには、医療DXが不可欠となっていくため、すべての医療機関への電子カルテの実装も不可避となって来るだろう。

我々医師会が目指すのは医療費削減ではない。守るべきは国民の健康と命であり、その維持のために制度改革が必要であるという現実を直視しなければならない。財源を増やせないのであれば、医療の形を変える以外に道はない。入院依存から脱却し、在宅・地域で支える医療へ。福岡県からその持続可能なモデルを示すことが、私たち医政研究会の責務であると考えている。

第2節. 2040年を過ぎた時代の医療制度と財源の在り方に関する検討

1. 医療・介護費用の見通しと持続可能な財源設計

(1) 医療と介護費用の見通し

2040年頃に85歳以上の人口がピークを迎え、認知症を有する人の数が大幅に増加し、嚥下性肺炎、虚血性心疾患、脳卒中、骨折などの高齢者に多い疾病が中心になり医療と介護の複合的なニーズを持つ人が一層増加する。2018年政府公表の「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」に基づくと、医療・介護給付費の合計は2040年度には約93兆円に達すると予測されている。2020年の57.9兆円と比較し約1.6倍の増加である。

(2) 持続可能な財源設計

財源を安定的に確保し、医療制度を維持するためには、負担と給付の両面からのアプローチが必要である。

1) 負担（財源）に関するアプローチ

- ・保険料の適正化と制度の一元化:現役世代と高齢者世代の負担の公平性を確保しつつ、制度間の格差を是正することが求められる。介護保険など他制度との連携や一元化が議論の対象となる。
- ・税金の活用:一般会計からの繰り入れ比率の適正化や、特定の目的に特化した消費税など用途限定税の活用が考えられる。ただし、税依存度の高まりは国民の合意形成が不可欠である。
- ・自己負担の見直し:所得に応じた負担のバランスを見直し、過度な受診を防ぎつつ、低所得者層への配慮を維持する必要がある。

2) 給付（医療提供体制）に関するアプローチ

財源設計においては、無駄をなくし、効率化することが、実質的な財源確保につながる。

- ・医療提供体制の効率化:地域包括ケアシステムの推進により、急性期病院から在宅・介護へのスムーズな移行を促し、入院中心から在宅・地域中心の医療へシフトさせる。重複検査や重複投薬の是正、後発医薬品の使用促進などによるコスト削減。ICT（情報通信技術）を活用して現場での情報共有や業務効率化を進め、医療提供体制全体のコストを最適化する。
- ・イノベーションの活用:費用対効果の高い医薬品や医療技術を積極的に導入・評価する仕組み（HTA（Health Technology Assessment）:費用対効果評価）を強化し、費用対効果の低い高額医療への支出を抑制する。
- ・予防医療、健康増進の強化:病気になる前の対策に重点を置くことで、将来的な医療費の発生を抑制する。特定健診や特定保健指導のさらなる推進が重要となる。
- ・後期高齢者医療制度の安定化:後期高齢者の医療費を支える仕組みについて、高齢

者と現役世代の公平な負担構造を構築することが継続的な課題である。

- (3) 持続可能な財源設計において、今後保険料や交付金を増やしていくことは避けられないが、医療の効率化、予防医学への重点シフト、世代間の公平性を維持できる総合的な社会システム改革、それを受け入れる国民の意識改革が必要である。

2. 現役世代の急減に対応した制度設計

今年はいわゆる「団塊の世代」が後期高齢者となり、日本の人口の5人に1人が75歳以上となる「2025年問題」に直面して医療・介護の需要がさらに増大し、2040年には人口の35%が65歳以上の高齢者になる「2040年問題」が懸念されている。

(1) 現役世代の減少と高齢化の急激な進行による医療制度への様々な影響

- ・ 増大する医療費を賄うため、医療保険制度の維持が困難となり保険料や自己負担額が増え、その結果受診控えによる健康格差の拡大につながる恐れがある。
- ・ 医師や看護師などの不足や偏在により特に地方や過疎地域では医療提供体制の維持が困難になり医療に質的低下につながる可能性がある。働き方改革の弊害として医療従事者の使命感の低下や収入の減少も問題を助長する可能性もある。
- ・ 医療供給体制の機能分化が十分に進んでいないと急性期、慢性期患者の受け入れや病院、診療所の役割分担がうまくいかず医療資源の有効活用ができない。

(2) 上記(1)の問題解決に向けての取り組み

- ・ 積極的な健診受診など予防医療の推進、重複や過剰投与の薬剤の見直しなど無駄な医療費を抑制する。
- ・ 地域医療構想。地域包括ケアシステムの推進により高齢者が住み慣れた地域で医療や介護を効率的に受けることができるよう医療。介護連携を強化していく。
- ・ ICTの活用による医療自体の効率化により医療機関経営の健全化と地域医療格差の解消を目指す。

(1)(2)を複合的に行っていくことが必要であり、また、医療制度の持続可能性の確保は何よりも重要であり患者自己負担の引き上げも話題として挙がるであろう。財務省主導の緊縮財政の中でも医療費の公費への依存は減らないと思われ、消費税の使用目的を本来の社会保障費に充てることは行わなければならない。

高齢者の自己負担もすべて年齢だけでなく負担能力に応じた負担にしなければならないだろう。最近では、むやみな診療報酬の引き下げなど短絡的で過度な医療費抑制が行われているが、経済的な理由で医療を受けられる人とそうでない人の医療格差の問題や受診抑制による病状の悪化でひいてはかかる医療費の高額化につながることも問題である。また、医療機関の経営悪化や倒産により地域医療自体が破綻することも考えなけ

ればならない。一度崩壊してしまった地域医療を復活させることは到底不可能である。

最後に、我々の子や孫の世代の幸せを思うと遅きに失したと考えるだけでなく、少子化に対抗するべく家族の大切さの啓蒙、地域ぐるみでの子どもや子育て世代への支援など、昭和の無我夢中だが楽しかった頃を思い出してはいかがだろうか。

3. 地域別対応と柔軟な制度運営の重要性

医療提供体制は電気や水道と同様に、国の公共的使命として持続可能性を確保すべき社会インフラである。2040年には団塊の世代が90歳を超え、医療・介護需要はピークを迎える。地域包括ケアシステムの一層の発展とともに、需要縮小期を見据えた供給体制と財源構造の再設計が急務である。しかし、物価上昇に見合う診療報酬引き上げは不十分であり、保険医療機関の減益は顕著である。さらに、非課税の保険診療に伴う「損税構造」により、設備投資を行うほど経営が圧迫される逆転現象が常態化し、地域によっては医療提供体制の崩壊が現実味を帯びている。

背景には、本来「国民の生命と健康を守る」べき医療政策が、「社会保障費の自然増抑制」を目的化した構造的課題がある。また、医療高度化やデジタル化の進展に伴い、診療報酬が医療機器メーカーやITベンダーなど周辺産業に流出し、医療現場に十分還元されない構造も深刻である。これらの是正には制度改革とともに、医療を社会全体で支える公共的資源として捉える国民的理解が不可欠である。

医療・介護を「費用」ではなく国の持続性を支える「社会的投資」と位置づけ、中長期的視点で政策を再構築する必要がある。高市総理が掲げる「単年度主義からの転換」を踏まえ、医療・介護を生活・就労・生産性向上に寄与する社会的投資として扱い、省庁横断で報酬体系を再設計すべきである。加えて、地域の実情に応じた柔軟な制度運営や新たな財源スキームの構築も求められる。

地域によって医療・介護の課題や働き手の状況は大きく異なるため、全国一律の制度運用には限界がある。今後は地域の裁量を拡大し、機能する地域ネットワークの評価や、質の高いケアを提供する事業者を適切に評価する仕組みが必要である。その基盤として、医療・介護・福祉事業者と行政が協働する「地域医療経営」の発想を導入し、地域全体で持続可能な体制を構築すべきである。

現行の診療報酬では地域医療を支える経済的合理性が十分確保できていないため、医薬品・医療機器メーカー、卸業者、ITベンダー、人材派遣会社、建設・施工企業、医療関連不動産オーナー、コンサルティング企業など、診療報酬を基盤に収益を得る国内外の企業によるESG（Environmental, Social, Governance）的拠出を原資とした「地域医療支援基金（仮称）」の創設を提案する。この基金は、都道府県単位の運営協議会が透明なルールで資金を配分し、人的ケアや地域事情に応じた柔軟な制度運営を支援することを目的とする。また、参加企業にとっても、ESGに基づく社会的貢献の実績が企業価値や市場評価の向上につながる。この提案は、医療を社会全体が「守るべき公共財」と認識するための象徴的な取り組みでもある。

その延長線上には、国が推進すべき医療データを基盤とした新しい利益循環モデルがある。日本の医療データは超高齢社会と国民皆保険の下で極めて資産性の高い潜在価値を持つが、その活用には制度D X（法律・報酬体系・利益配分ルールの標準化）に基づく公正な利用ルールが不可欠である。現状では、データの主体である患者や、設備投資下に診療を通じてデータを生み出す医療機関の権利は無視され、外部事業者のみが利益を得る不公正な構造が続いている。この状況はデータ倫理の基本原則である公正性・透明性・説明責任に反しており、医療データ基盤そのものの価値を毀損しかねない。

まずは、患者と医療機関を正当な権利主体として位置づける法整備を最優先で進め、同時に、EU（European Union）のGDPR（General Data Protection Regulation）が採用する域外適用の枠組みのような、医療データの越境移転に対する保護ルールを国際協定で確立し、データ主権を国際的にも担保する必要がある。そして、医療データ倫理の遵守を前提に、電子カルテに散在する粗データを国家プロジェクトとして制度D Xにより流通可能な形式へ転換し、創薬や医療機器開発など産業全体の基盤とする。

患者や医療機関への利益配分を制度的に規律する法整備は同時に進め、医学研究や産業振興のために研究開発段階では無償利用とし、商用化後のロイヤリティ還元という二段階モデルを導入する。ブロックチェーンやスマートコントラクトを活用すれば、公正で監査性の高い運用が可能となると考えられる。もちろん、医療を支えるため、制度D X導入に際しては医療機関の負担を増やさないと忘れてはならない。

公的医療データ基盤は保険診療を主とする医療機関に限定して構築し、自由診療領域のデータビジネスがフリーライド（ただ乗り）することを防ぐ必要がある。自由診療内で行われる遺伝子検査や各種データの資産化は市場サービスとしての性格が強く、公的制度との混同を防ぐためにも、利用制限・明確な同意・広告規制などの法整備により厳格に仕分けする。加えて、利用履歴の改ざん防止のため、ブロックチェーン等の信頼技術は公共財として整備し、特定企業の独占を排し、全国で公平かつ透明に運用される仕組みとしなければならない。

財源論だけでは展望が開けない今、医療を公共財と捉え社会全体で支えるという視点に立ってみると、新たな可能性が見えてくる。地域特性に応じた柔軟な制度運営と、ESG的拠出による基金や公正な利益循環を実現する制度D Xは、将来の医療提供体制を支える基盤となりうる。医療データによる公正な利益循環の仕組みは、国民の新たな資産を創出すると共に、病や介護により困窮している人々への救済にもつながる。ESG投資や新産業創出など産業界にも広く利益をもたらすことは言うまでもないが、この枠組みにおいては、あくまでも国民が主役であり、産業界には公正な循環の一員として誠実に関わることが求められる。医療界が持続可能な医療制度の将来像を明確に提示し、国民的議論を喚起していくことが我々に課された責務である。

第3節. 保険料、公費、自己負担の割合の検討

日本の医療費は伸び続けており、高齢者の増加に伴う医療サービスの需要増大、医療技術の進展に伴うコスト増加があり、今後も現状は続くと考えられる。2024年の医療費の総額は48.0兆円であり23年度から1.5%増え、4年連続で過去最高を更新し、団塊の世代が75歳以上となり後期高齢者の医療費が初めて全体の4割を超えた。2022年度の厚生労働省が示した概況によると国民医療費の国内総生産（GDP）に対する比率は8.24%（前年度8.13%）で、アメリカ17.3% ドイツ12.7% フランス11.9% イギリス11.3%、OECD加盟国（38か国）の平均9.2%よりも低い。日本の医療費における保険料、公費、自己負担の割合については、国の財政の健全性・国民の健康・公平性・持続可能性といった観点から議論され、国（厚生労働省）や地方自治体（都道府県、市区町村）で決定される。現在、医療費に占める保険料の割合は約49%、公費は約38%、患者自己負担は約13%となっている。

国の財政健全化の観点からは、医療費の増加に対して公費の負担割合を減らし、保険料、自己負担を増加させるのが望ましいが、保険料や自己負担の増加は特に若年層への負担集中が問題となっている現状からは国民の理解を得るのは困難な状況である。

保険料は、被保険者と事業主で賄われているが、被保険者の保険料負担は世論の動向も踏まえると、もはや限界に達してきており、これ以上の負担増は難しい。一方、事業主からの保険料負担を引き上げることに関しては、諸外国と比較して保険料が高く設定されていることや、円安基調が続く中小企業を中心とした経済状況は必ずしも回復しておらず、企業の経営悪化につながる可能性もあり慎重に議論すべきである。

患者自己負担は、年齢、収入に応じた自己負担率が設定されているが、賃金上昇が伸び悩む現役世代へのさらなる負担は現実的ではない。後期高齢者の医療費は現役世代の4倍を超える一方、保険料や自己負担は約3分の1と低い水準となっている。今後、後期高齢者の増加に伴い、若年層への負担が急増することは避けられず、全世代型社会保障の観点から、高齢者の負担能力に応じた保険料の見直しが必要である。しかしながら、高齢者の自己負担増加は、受診控えなどでの健康状態の悪化や医療費の後年増加が懸念される。医療提供体制の効率化やコンビニ受診の抑制など医療制度自体を改善すべき点はあるが、現行の制度を維持した場合、保険料や自己負担は、今後の医療費の伸びに対して十分に担保されない。

2040年からは人口減少が加速し医療費は抑制される可能性があるため、当面は、積極財政により公費負担を増大させ、保険料、自己負担を据え置きにすることが現実的であると思われる。公費の財源に関しては、消費税の社会保障目的化を進めることや医療費を補完する目的税の創設も必要になるかもしれない。

第4節. 今後のあるべき医療制度に必要な医療費とその財源

1. 入院医療の規模と機能分担

戦後の人口増加による医療需要増加と国民皆保険制度のもと、わが国の入院医療提供体制は1980年代後半から90年代初頭にピークに達し、約1万の病院と2万を超える有床診療所に合計200万床近くの病床が整備されるに至った。しかし、その後の人口構成や疾病構造の変化や国内経済の低迷のため、医療費の増加を少しでも抑えるために入院期間短縮や入院自体の減少が図られるような政策誘導が行われ、2025年には約8千の病院と5千の有床診療所にまで施設数が減少、病床も約150万床まで減少した。さらに2040年に向けて「医療機能の量的再編」から「質的最適化」への転換を目指す「新たな地域医療構想」に関する協議が始まっている。これを前提として、福岡県における入院医療の規模と機能分担について提言を行う。

福岡県は県内に医学部を有する大学が4カ所あることから、県全体でみた人口あたり医師数や病院数は全国平均を上回っている。そのため、一般的には医療資源が充実している地域とみなされている。しかし、日本医師会の地域医療情報システムを用いて県内13の二次医療圏を比較すると、人口10万人あたり医師数では5医療圏が、一般病床数では4医療圏が全国平均以下となっている。さらに、医療圏を構成する市町村単位でみると、そのばらつきはさらに大きなものとなる。このことは、急性期から回復期、慢性期、そして在宅や施設の間で循環する医療を単一医療圏で完結させることが難しいことを示唆している。したがって、まず考えるべきことは「地域」の規模や範囲をどう設定するかということになる。新たな地域医療構想では、「構想区域」の類型として、大都市型として100万人以上、地方都市型として50万人程度、それ以下の規模として30万人という目安が示されており、さらに人口20～30万人ごとに急性期拠点機能を配置するとされている。この数字をもとに県内の二次医療圏をみた場合、半数以上が単独で構想区域となることが難しいため、現在の二次医療圏を複数まとめた形の構想区域とすることを考える必要がある。一方、大都市型や地方都市型の場合、20～30万人ごとに急性期拠点機能を有する施設を選定するには、区域内を複数に区分することを考えなくてはならない。

構想区域の設定にあたっては、施設数や病床数と有する医療機能のバランスに配慮することはいうまでもないが、地域における人々の生活や歴史にも配慮する必要があると考えられる。たとえば、京築医療圏の南部に位置する豊前市は歴史的にも、現在の生活においても中津市を中心とする大分県北部との関係が非常に深く、医療も例外ではない。こうした地域では、複数の県にまたがる構想区域を設定する方が、より現実に即したものになると考えられる。総務省が提唱している「定住自立圏構想」はこうした考え方に基づくものであり、区域設定の参考にできるのではないかと考えられる。また、筆者が勤務する北九州市は、人口減少が進んでいるとはいえ依然として90万人規模の人口を抱えている。この地域は東部が豊前、西部が筑前という異なる「国」であった歴史が長く、現在でも両者間の往来は比較的少ないという実態が存在するため、構想区域もこれをもとにしたものが望ましいといえる。同様のことは他の地域にもあると思われるので、構

想区域の策定や拠点機能施設の選定にあたっては、現在の行政区分や医療圏区分だけでなく、生活や歴史的な視点も加えて柔軟に考えていく必要があるといえる。

次に、構想区域ごとの病床数と機能を検討していく場合、規模の違いはあるものの医療機関の集約や統廃合による病床数削減、さらには機能転換（主として急性期から回復期・慢性期へ）といった痛みを伴う変革は避けられないと考えられる。こうした変革について行われる議論では、「総論賛成」にはなるものの、具体化する段階で頓挫してしまいがちである。地域から病院がなくなる、あるいは担う機能が変化することにより、医療アクセスが低下することや、地域の雇用が減少・消失することについて、地域住民の理解をどのように得るか、大学からの医師派遣で維持されている病院の場合、各大学・各医局との調整をどのように進めるかなど、多くの困難が予想される。さらに、平時には必要性の低い新興感染症のパンデミック、さらには大規模災害対応のためのサージキャパシティの確保や高度医療の実施施設など、各構想区域はもとより、県全体あるいは隣県まで含めた議論が必要になる課題についても考えておく必要がある。新たな地域医療構想においては都道府県知事の権限が強化されてはいるが、可能な限り調整会議において関係者間で丁寧に合意形成を重ねていくことが望ましく、その意味において各地域の医療事情にもっとも明るい医師会の担う役割は、これまで以上に大きなものとなると考えられる。

繰り返しとなるが、2040年を見据えた入院医療の再構築は、「病床の数合わせ」ではなく、「地域で治し支える医療ネットワークの最適化」でなければならない。人口減少社会において人材確保や財源など多くの問題を抱えてはいるが、持続可能な医療提供体制構築に向けて、適切な情報発信と提言を行っていくことが、医師会としての責務であると考えられる。

2. 外来医療のアクセスと機能

日本の医療保険制度は、国民皆保険制度、フリーアクセス、自由開業医性、出来高払いという特徴を有している。特に日本の医療へのアクセスの良さは世界的に見ても恵まれた制度である。しかし、これは医療サービスが不足していた時代に供給を拡大させる目的で構築された制度であり、現代の少子高齢化、医療の高度化、高額化が進展した社会構造の下では、供給サイドの増加に応じて医療費の増大を招きやすい構造となっている。

患者側から見ると、選択の自由があることで常に安心感を得られ、いつでも受診できるため、病気の早期発見、早期治療に繋がるという利点がある。その反面、ドクターショッピングに陥った場合、医療費が増加してしまうという問題もある。今後はアクセスの良さを維持しつつ、身近で信頼出来る、かかりつけ医を持つことで、緩やかなゲートキーパー機能を発揮し、より質の高い医療の提供に繋げていくことが求められる。こうした中、複数の慢性疾患を有する高齢者の増加や現役世代の減少が進む中で、「治す医療」から「治し支える医療」を実現するため、2025年4月より、かかりつけ医機能報告

制度が施行された。医師偏在は深刻化しており、地域によっては必要な医療が不足している。不足を補うためには、医療資源を効率的に活用または集約していくことが求められる。そのためにも、多くの医療機関にかかりつけ医機能報告制度へ参加してもらい、地域を面で支える体制を構築することが肝要である。ただし、国民にかかりつけ医を登録制とすることは、フリーアクセスの阻害に繋がるため、日本医師会は明確に反対している。

医療過疎地や、通院困難者へのアクセスを確保するためにはICTを活用した、オンライン診療を推進していく必要がある。またデジタル技術を活用した医療DX化は、医療の効率化やデジタルヘルスの推進、医療従事者不足を補うなどメリットがあるが、導入コストの問題も抱えており、国による財政的支援が不可欠である。

現役世代の保険料の負担を軽減するため、保険給付範囲のあり方の見直しの一環として、政府はセルフメディケーションを推進している。2025年10月に自民党と日本維新の会が交わした連立合意書においても、OTC類似薬を含む薬剤の自己負担の見直しが盛り込まれた。今後議論が本格化していくと考えられる。OTC類似薬を保険適用から外した場合、年間約6,500億円の医療費削減が見込まれると推計されている。しかし、これが実行された場合、乳幼児の医療費助成制度のある自治体では、かえって子育て世代の自己負担が増加し、当初の目的と矛盾する結果となる可能性がある。また、薬の不適正使用にもつながり、病気の発見が遅れて重症化した段階での受診となれば、結果として医療費はさらに増大する恐れがある。

ではどのような対応が望ましいのだろうか。OTC類似薬を処方する際の窓口での自己負担率を引き上げたり、市販薬の価格を引き下げたりすることで、両者の価格差を縮小し、必要な受診を妨げない対策を検討すべきである。ただし、既に現在でも、上気道炎や腸炎の際にはまず、ドラッグストアでOTC類似薬を試し、その後に医療機関を受診する若者も少なくない。この点からも、改めてOTC類似薬を保険適用から外す意義は薄れつつあると考えられる。

年齢を重ねるにつれて、一人当たりの医療費は増加する一方、一人当たりの自己負担額は70代以上で低く抑えられている。高齢者の所得は資産を含めて増加傾向にあり、また就業率も上昇していることから、高齢者医療の自己負担については、年齢ではなく能力に応じた負担へと見直す必要がある。現役世代にとっては負担が受益を大幅に上回り、高齢者にとっては負担が受益に対して著しく過小となっているため、受益と負担のバランスの回復が重要である。ただし、高齢者の負担を増やせばアクセスの制限に繋がる可能性があるため、慎重かつ丁寧な議論が不可欠である。

少子高齢化が進む中、外来医療についてはアクセスを確保しつつ、その機能をいかに再編していくか、知恵を絞る必要がある。持続可能な財政基盤があつてこそ、こうした改革は実現できるのである。

3. 在宅医療・看取りのあり方

我が国の社会保障給付費は2025年度に約150兆円に達し、対GDP比22.4%で、そのうち年金は89兆円、医療費は48兆円、介護対策費は13兆円を占める。高齢化の進展による医療・介護ニーズの増大と年金受給者人口の増大により2040年には、約210.8から215.8兆円に増加する見通しである。そのうち、医療費と介護対策費で70兆円を超える見通しであり、制度の持続性を左右する最大の要素は「国民負担率をどの水準で維持するか」にある。現在の国民負担率は約48%で、これを上昇させて現行の医療制度を維持するか、固定して給付を制限するかにより、在宅医療と看取りの姿は大きく異なると考えられる。

(1) 現行制度維持した場合

現行制度維持した場合では、国民負担率を上昇させることで、現行の公的医療制度を維持し、在宅医療は地域包括ケアの中核として維持されることになる。訪問診療や訪問看護に安定的な報酬が確保され、医師・看護師の24時間対応体制も公費により持続可能となる。看取りは医療制度の正式な機能として組み込まれ、現行約20%から40%程度に上昇すると見込まれる在宅死亡率も十分な医療と介護資源により充足されると思われる。このシナリオでは医療費総額は増加するが、急性期病床の適正化や不要入院の減少をも同時にすすめることより、医療資源の効率性はむしろ向上するのではないだろうか。本人の意思に基づく「望む場所での看取り」が実現し、QOL (Quality of Life) およびQOD (Quality of Dying) が高まり、全国一律の医療アクセスと倫理的公平性が維持され、医療への信頼と人材確保にも好影響をもたらすと考える。

(2) 国民負担率を固定した場合

国民負担率を固定した場合、医療費の総量規制がかかり、単に在宅医療が入院した場合より低コストであるということからの代替医療として制度内に押し込まれる危険性がある。さらに報酬抑制により担い手は減少し、訪問診療や看取り支援の一部は自費化・民間保険化が進むのではないだろうか。看取りは、家族や地域ボランティアがその多くを担う構図となる。都市部では一定の民間サービスが形成される一方、地方では人材・財源不足により医療アクセスが低下し、「死に方の格差」が拡大する可能性がある。財政的には安定しても、苦痛緩和・精神的支援など医療の本質部分が削がれ、社会的信頼が損なわれる。看取りが「自己責任化」することで、医療制度は形式的には維持されても、倫理的基盤が失われ、最悪のシナリオとなる危険がある。

(3) まとめ

看取りは、決して医療財政の技術ではなく、「命の終わりを社会がどのように支えるか」という倫理的選択である。国民負担を受け入れて現行制度を維持する道を選ぶなら、看取りは公的に保障され、社会的安心が確保される。一方、負担を固定すれば、看取りは家族と地域の責任へと委ねられ、地域格差が拡大する。現実的な解として、基本的な公的看取り基盤（医師・訪問看護・薬局連携）を公費で維持し、その上に地域基金・ボラン

ティア・民間助成を重ねるハイブリッド型看取り支援体制の構築ができれば、持続可能な在宅医療、そして看取りが可能なのではないだろうか。これは財政抑制と尊厳保障の両立を図る唯一の現実的道筋と思われる。看取りの制度設計は、社会が「死」をどう受け止めるかを映す鏡である。医療と財源の議論を超えて、私たちは「最期まで生き切ることを支える医療」をどう守るかを問われている。

4. 医療と介護・福祉の統合的視点

高齢化が急速に進む中でも、特に85歳以上の高齢者人口は今後大幅に増加すると見込まれている。それに伴い、医療と介護・福祉が重なり合う複合的なニーズが急増し、従来の制度や体制では対応しきれない状況が生まれつつある。こうした変化を踏まえ、2040年を見据えた新たな地域医療構想では、これまでのように病床数や医療機能の再編だけでなく、外来医療・在宅医療・介護・福祉・人材確保までを含めた、より統合的な視点での議論が始まっている。

しかし、現行制度では医療保険、介護保険、障害福祉サービスがそれぞれ独立した財源・仕組みで運用されており、利用者や家族は複雑な申請や調整を迫られているのが実情である。今後はこれらの制度間の連携を強化し、ワンストップで切れ目のない支援が受けられるようにすることが求められる。そのためには、医療・介護・福祉の枠を超えて公費と保険料を相互に補完しあい、所得や世代に応じた応能負担を基本としながら、地域単位で包括的に配分・運用できる仕組みの構築が必要である。

その具体像としては、まず都道府県や二次医療圏単位で、現在の「地域医療介護総合確保基金」をさらに発展・拡大させた「医療・介護・福祉統合基金」を設け、地域の課題に応じて柔軟に活用できるようにすることが考えられる。例えば、在宅医療に必要な人材確保やICT整備、医療的ケア児支援や看取り体制の強化などに、統合基金から重点的に配分する仕組みである。そして財源の分配権限を地域に委ねるため、地域医師会や介護・福祉関係者、行政などが参加する「地域包括ケア推進協議体」を設け、現場の実情に基づいて基金の使途を決定することで、より実効的で納得性のある財源運用が可能となる。また、医療・介護の連携による成果（在宅復帰率、再入院率、看取り支援数など）に応じて財源を再配分する成果連動型の仕組みを導入すれば、現場の努力を正当に評価できる。

一方、限られた財源の中では、医療と介護の役割分担を明確にし、重複を避ける工夫も不可欠である。医療機関で対応できる軽度の介護ニーズ、介護施設で支えられる慢性期の医療ニーズなどを整理し、適切に振り分けることで効率的なサービス提供が可能となる。こうした医療と介護の統合的視点に立ち、地域包括ケアシステムを進化させることで、無駄な重複サービスを減らし、入院期間の短縮やスムーズな在宅移行、重症化予防が進み、結果として社会保障費全体の抑制につながると考えられる。

ただし、地域包括ケアシステムを実効あるものにするには、ICTの活用や多職種間の緊密な連携、そして地域で顔の見える関係づくりが不可欠であり、それには一定のコ

ストを要する。単なる予算削減を目的とするのではなく、限られた財源の中でICT投資や連携の仕組みづくりに重点的かつ大胆に投資していくことが重要である。そのためには、地域医療介護総合確保基金を発展的に拡充し、地域単位での財源確保と使途の柔軟化を進めることが、効率的で一貫したサービス提供体制の構築につながる。

また、この地域包括ケアの推進においては、営利追求型の事業者が主導するのではなく、地域の医療機関や介護・福祉関係者が協働し、地域医師会が中核となって公平で持続可能な仕組みを担保することが不可欠である。地域医師会は、地域の医療資源を俯瞰し、行政や多職種との橋渡し役を果たすことで、住民が安心して暮らせる地域包括ケアの実現に貢献すべき立場にある。

財源抑制の時代だからこそ、医療を切り詰めるのではなく、「必要な医療を、必要なだけ、地域で支える」体制をどう築くかが問われている。限られた資源を最大限に生かし、地域全体で支え合う仕組みを築いていくことこそが、これからの地域医師会に課せられた最大の使命であると考える。

おわりに

本委員会では、各委員がそれぞれの専門分野や地域医療の現場で得た知見を基に、現行制度を維持した場合と国民負担率を固定した場合の双方の視点から、将来の医療制度および財源の在り方について多角的な提案と議論を重ねてきた。少子高齢化の進行、医療人材不足、医療需要の地域偏在などにより、我が国の医療を取り巻く環境は大きく変化しており、従来の延長線上で制度を維持することは困難となっている。

限られた財源と人材の中で医療の質と安全を確保するためには、医療提供体制の効率化と集約化が不可欠である。急性期・回復期・慢性期の役割を明確化し、地域で医療資源を適切に再配置することで、重複投資や過剰医療を抑制し、費用対効果の高い医療を実現すべきであるとの認識が示された。2040年を見据えた医療再構築は、病床削減を目的とするのではなく、地域で治し支える医療ネットワークの最適化を図るべきであろう。

また、入院依存から脱却し、在宅・地域で支える医療への転換の必要性についても、多くの委員から指摘があった。その中核として、かかりつけ医による継続的で包括的な医療提供を強化し、医療・介護との連携を深めることが、地域医療の信頼と安定につながるなどの提案がなされた。あわせて、健診受診の促進や重複・過剰投薬の是正など、予防医学の充実により医療費の適正化を図るべきであるとの意見も示された。医療DXやICTの活用については、業務効率化や人材不足への対応、地域間格差の是正に資する重要な手段として位置付けられた。

財源面では、社会連帯を前提とする我が国の社会保障制度の特性を踏まえ、フランスやオランダのように、保険料を賦課する所得の対象を拡大することについても検討されるべきであるとの提案があった。また、必要な医療は公的に保障する原則を堅持しつつ、自由診療の拡大ではなく、選定療養を適正に拡大することで、多様なニーズに柔軟に対応することも現実的な選択肢となりうる。ただし、当面は積極財政により公費負担を拡大し、将来的な人口減少を見据えた安定的な制度運営を図るべきであろう。一方で、地域医療を支える財源としては、看取りに限らず、在宅医療の充実、医療・介護人材の確保、医療DXの推進、地域連携体制の構築などを横断的に支える仕組みが不可欠である。そのため、地域医療介護総合確保基金などの各種基金を地域の実情に応じて柔軟かつ戦略的に活用していくべきであるとの意見も示された。

本答申は、以上のような各委員それぞれの提案や問題意識を持ち寄り、議論を重ねる中で整理したものである。単一の解を示すものではなく、地域の実情に即した医療制度の構築に向けた方向性を示すことを目的としている。今後も本委員会は、現場に根差した提言を継続し、将来にわたり県民が安心して医療を受けられる体制の確立に寄与していきたい。

委員会講師一覧

○第2回（2024年12月17日）

「日本の医療の現状と将来—お金にまつわる話—」

福岡県医師会常任理事／日本医師会総合政策研究機構 原 祐一

○第3回（2025年2月20日）

「日本の医療の現状と将来—財政の考え方—」

福岡県医師会常任理事／日本医師会総合政策研究機構 原 祐一

○第4回（2025年5月27日）

「医療政策とその財源のあり方」

川崎医療福祉大学医療福祉マネジメント学部

医療データサイエンス学科特任教授 橋本 岳

（前衆議院議員）

○第5回（2025年8月19日）

「医療政策とその財源のあり方」

福岡国際医療福祉大学

看護学部教授／ヘルスサービスリサーチセンター所長 松田 晋哉