

第9期（令和6・7年度）

医師会再生ビジョン委員会答申

日本の医療体制の良さと未来を考える

令和8年3月

公益社団法人福岡県医師会

医師会再生ビジョン委員会

令和8年3月23日

福岡県医師会
会長 蓮 澤 浩 明 様

福岡県医師会 医師会再生ビジョン委員会
委員長 雨 宮 直 子

答 申

医師会再生ビジョン委員会では、貴職からの諮問「日本の医療体制の良さと未来を考える」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。

医師会再生ビジョン委員会

委員長	雨 宮 直 子
副委員長	西 山 努
副委員長	竹田津 宏 子
委員	的 場 ゆ か
委員	古 賀 豊
委員	川 本 京 子
委員	中 村 和 生
委員	江 頭 省 吾
委員	井 上 久 子
委員	長谷川 善 之
委員	坂 田 元 子
委員	豊 永 次 郎
委員	宮 城 佳 昭
委員	荒 牧 昌 信
委員	小 野 英 尚
委員	石 橋 興 介
委員	王 丸 陽 光
委員	横 倉 義 典
委員	原 祐 一
委員	田 中 耕太郎
(順 不 同)	

目次

諮問「日本の医療体制の良さと未来を考える」について

はじめに（福岡市医師会 雨宮直子）	1
1. フリーアクセス制度について	
（1）フリーアクセスの国際的な位置づけと日本の課題（久留米医師会 竹田津宏子）	2
（2）選択の自由とは（北九州市医師会 川本京子）	5
（3）日本人の民族性と倫理的特性から今後を考える（粕屋医師会 坂田元子）	7
（4）医療機関へのフリーアクセス制度は維持できるのか？（大川三瀧医師会 小野英尚）	9
2. 国民皆保険制度について	
（1）日本医療の根幹に在る国民皆保険制度（大牟田医師会 西山努）	11
（2）2040年問題とOTC類似薬の非保険化について（北九州市医師会 古賀豊）	14
（3）他国の医療制度を通じて、日本の国民皆保険制度の良さを考える （福岡市医師会 井上久子）	16
（4）予防を基軸とした国民皆保険の再設計（柳川山門医師会 石橋興介）	19
3. 自由開業医制度について	
（1）自由開業制の非（飯塚医師会 豊永次郎）	21
（2）人口減少地域における自由開業医制度の在り方、医師偏在への対応は？ （田川医師会 宮城佳昭）	23
（3）医師偏在時代の自由開業医制度（直方鞍手医師会 荒牧昌信）	25
（4）都市部からみえる自由開業医制の今と未来への提言（福岡市医師会 王丸陽光）	27
4. 日本の医療体制の良さが導く未来について	
（1）未来に医療体制の良さを残すために、今考えるべきこと、すべきこと （福岡市医師会 雨宮直子）	29
（2）理念の継承と社会の選択 一望まれる医療の未来とは？（北九州市医師会 的場ゆか）	32
（3）地域医療における医師会の役割、学校検診と検死について （北九州市医師会 中村和生）	34
（4）現在の医療制度を持続可能とするために（福岡市医師会 江頭省吾）	36
（5）少子高齢化と社会保障の持続可能性に向けて（筑紫医師会 長谷川善之）	38
おわりに（大牟田医師会 西山努、久留米医師会 竹田津宏子）	40
各委員の感想	42
第9期医師会再生ビジョン委員会日程	51

はじめに

医師会再生ビジョン委員会委員長
福岡市医師会 雨宮 直子

日本の医療は長年にわたり世界に誇る体制を築いてきたが、その持続可能性が今まさに問われている。しかし、それが社会にどこまで認識されているかは疑問である。

当委員会では、会長諮問「日本の医療体制の良さと未来を考える」を受け、2年間にわたって20名の委員で議論した。日本の医療体制の良さとして掲げたテーマは、1. フリーアクセス、2. 国民皆保険、3. 自由開業制の3点であった。これらについて、それぞれの考え方や立場に基づいて議論を重ね、多様な視点を共有しながら医療の在り方について考えを深めてきた。また、日本医師会常任理事の今村英仁先生、衆議院議員の鬼木誠氏を講師としてお招きし、貴重なご講演をいただいたことにより、さらに各自が理解を深め、考えを成熟させることができたのではないかと考えている。

一方、2025年5月から6月にかけて、NHKは相次いで医療特集番組を放送した。疲弊する救急現場や医師不足に悩む病院などを取り上げ、「医療が危機的な状況にある」という現実を社会に問いかける内容であった。医療機関の経営状況については既に各方面でデータが示されている。日本医師会は2025年9月17日の定例記者会見で、「診療所の緊急経営調査」の結果を公表し、2024年度における診療所経営の大幅な悪化に言及した。医療法人全体の医業利益の赤字割合は45.2%、経常利益の赤字割合は39.2%に上り、さらに近いうちに廃業を検討している診療所が13.8%に達していることも報告された。続く10月22日の定例記者会見では「病院の緊急経営調査」の結果が報告され、物価高騰・人件費の上昇に加え、コロナ関連補助金等の廃止の影響により、国立病院の経営利益赤字割合は85.0%、公立90.9%、公的68.4%、医療法人56.4%に達し、極めて厳しい経営状況にあると強い危機感を示した。

このように、医療従事者の不足や医療機関の経営悪化など、日本の医療はまさに危機的状況にあり、日本の医療体制の良さの先行きは不透明である。高市総理は就任会見（2025年10月21日）において、医療機関の危機に触れ「私たちの安心・安全にかかわるインフラが失われるかもしれない」と述べ、政府としても危機感を共有していることが伺われた。この発言を医療体制の立て直しに向けたひとつの契機と私は受け止めている。委員会では、日本の医療体制の良さをいかにして守り、その未来をより良いものへとつなげていくべきかを真摯に考えてきた。本答申書には2年間の議論を踏まえた各委員の多様な視点からの提言がまとめられている。

1. フリーアクセス制度について

(1) フリーアクセスの国際的な位置づけと日本の課題

久留米医師会 竹田津 宏子

1. フリーアクセスとは

「フリーアクセス」は単一の概念ではなく、少なくとも次の二つの側面を含むと考えられる。

①初診の受診先選択の自由：患者が症状、評判、利便性等を踏まえ、診療所・中小病院等を含めて初診の受診先を比較的自由に選択できること。

②大病院・専門医療への直接受診の自由：紹介状や一定の手続きを必須とせずに、大病院や専門医療へ直接受診できること。

本稿では、上記①をフリーアクセス①、②をフリーアクセス②として稿を進める。

2. 国際的な制度比較

- ・フリーアクセス：(日本・ドイツなど) ごく限られた国のみで認められている。
- ・ゲートキーピング型：(欧州・イギリスNHSなど) プライマリ・ケアを起点とし、紹介を経て専門医・大病院へアクセスする設計。資源配分の効率化に資する可能性がある一方、受診待機の長期化等が課題として指摘されている。
- ・制限付きフリーアクセス：(フランス・韓国など) 紹介なし受診が可能な場面があるが、その場合は自己負担が増加する。
- ・フリーアクセス制限：(アメリカ・シンガポールなど) 保険会社の事前承認が必須であり、自由度が低く自己負担が増加する。

以上を踏まえると、日本は国民皆保険のもとでフリーアクセス①を比較的高い医療水準で維持してきた点に特徴がある。他方で、フリーアクセス②をめぐるっては、医療提供体制や財政状況の変化を踏まえ、運用の在り方を継続的に検討する必要がある。

3. 日本のフリーアクセスの意義

日本のフリーアクセスの利点として、患者が必要と感じた時点で医療に到達しやすいことが挙げられる。特にフリーアクセス①は、緊急性、生活圏、勤務形態、家庭事情、症状等に応じて受診先を柔軟に選択でき、受診の納得感や利便性を高める要素となり得る。これは国民の安心感を支える重要な背景の一つである。

同時に、フリーアクセス①を維持することは、地域の多様な医療機関が役割を發揮しやすい土台でもある。したがって、制度設計を検討する際には、フリーアクセス①の価値が損なわれないよう配慮することが望ましい。

4. フリーアクセスをめぐる主な課題

(1) 医療費増大

ドクターショッピングや重複受診が生じると、重複診療・重複検査につながる場合があります。医療費増大の一因となり得る。個々の患者の合理的な受診行動と、医療提供体制全体の効率とのバランスは検討課題である。

(2) 大病院への集中

軽症患者の大病院受診が増えると、高度急性期医療の運用効率や医療従事者負担に影響する可能性がある。紹介状なし受診に関する追加負担（選定療養費等）は一定の抑制策として位置づけられているが、金額や運用の地域差・施設差が、患者にとって分かりにくさや不公平感につながる可能性がある。フリーアクセス②の範囲と運用は、理念と実務の両面から丁寧な議論が必要である。

(3) 診療報酬の支払い方式

出来高払い中心の仕組みは、必要な医療を保障しやすい一方、受診回数・検査回数が増える場合では医療費が増加しやすい構造を有する。包括払いや人頭制等の方式の活用は、効率化に資する可能性がある一方、医療の質・アクセスへの影響が懸念として論じられることもある。制度の目的と現場実装の両面から慎重な検討が求められる。

(4) 高齢化と医療需要の増加

高齢化と医療の高度化に伴い、医療費の自然増は一定程度避けがたい。医療体制の維持に必要な財源の確保について、保険料・税・自己負担の役割分担を含めた議論が必要である。

(5) 負担と給付に関する国民的合意

医療の給付水準と負担水準の関係は、制度の持続可能性を左右する。一定の医療水準を維持するには相応の負担が必要となる可能性があることについて、国民に分かりやすい説明と合意形成を進めることが重要である。

5. フリーアクセスを守るための今後の課題

(1) 大病院アクセスのルール整備

高度急性期医療を担う大病院については、原則紹介制としつつ、救急性などの例外を明確化することが検討対象となり得る。併せて、選定療養費等の運用は全国的な標準化・透明化を進め、患者にとって理解しやすい制度とすることが望ましい。

(2) かかりつけ医機能の強化

欧州型の完全登録制を目標とするのではなく、フリーアクセス①の「初診の受診先選択の自由」を尊重しながら、継続的な健康管理・慢性疾患管理・服薬調整・紹介等を担う「かかりつけ医機能」を段階的に強化することが考えられる。地域の医療機関の役割分担と連携強化は、フリーアクセス②の適正化にも資する可能性がある。

(3) 説明と合意形成の枠組み

制度の目的（高度急性期の機能維持、重複の抑制、地域医療の強化等）と、患者に生じ得る影響（手続き、費用、受診経路等）を、分かりやすく提示する枠組みが必要である。医療者側の説明努力だけではなく、行政など関係団体との連携の在り方も検討課題である。

6. 結論

フリーアクセスは日本医療の象徴的制度であり、特にフリーアクセス①は国民の利便性と納得感を支える価値として尊重されるべきである。一方、医療財政や医療資源の集中という環境変化を踏まえると、フリーアクセス②の範囲と運用については、機能維持の観点から再整理が必要となり得る。

今後は、フリーアクセス①を損なわないことを前提に、フリーアクセス②のルール設計、選定療養費等の標準化、地域連携とかかりつけ医機能の強化、負担と給付に関する説明と合意形成について、幅広い立場を踏まえた議論を進めることが望まれる。

(2) 選択の自由とは

北九州市医師会 川本 京子

はじめに

日本の医療制度の大きな特徴の一つに、「フリーアクセス制度」がある。これは、患者が自らの意思で医療機関を自由に選べる仕組みであり、紹介状がなくても原則としてどの病院・診療所にも受診できる制度である。国民皆保険制度と並び、日本の医療の公平性と利便性を支えてきた重要な柱といえる。

もっとも近年では、医療機能の分担を進める観点から、大病院を紹介状なしで受診する際には「選定療養費（紹介状なし定額負担）」が求められるようになってきている。これは、患者の自由な受診を完全に制限するものではなく、地域の診療所やかかりつけ医をまず受診するよう促す仕組みとして位置づけられている。すなわち、制度としての「自由」は維持されつつも、その自由を適正に運用する方向へと舵が切られ始めているのである。

本稿では、フリーアクセス制度がもつ「選択の自由」の意義について考え、かかりつけ医制度との関係にも触れたい。

患者側の選択の自由

まず、フリーアクセスの最大の利点は、患者の「選択の自由」が保障されている点にある。体調に異変を感じたとき、誰もが自らの判断で最寄りの診療所を受診でき、必要とあれば高度医療を担う大病院を直接訪ねることもできる。この自由度の高さは、患者にとって大きな安心感を与え、ためらうことなく受診する行動につながっている。初期段階での受診機会が確保されることは、病気の早期発見や早期治療を促し、重症化防止や健康寿命の延伸に寄与しているといえる。しかし、複数の医療機関を同時に受診する「ドクターショッピング」も生じやすい。これは、診断を確認したい、よりよい治療を求めたいという患者心理の表れでもあるが、結果的に検査や投薬の重複を招き、医療費増大や安全性の低下につながる恐れがある。こうした問題に対応するためには、患者情報を一元的に把握できる「かかりつけ医」の存在が極めて重要となる。

医療機関側から考える選択の自由

医療機関を自由に選べる環境は、医療者側にも良い影響を与えている。患者に選ばれる立場であるという意識が、医療の質向上や接遇改善への努力を促し、医療サービス全体の底上げにつながっている。医療機関間の健全な競争原理が働くことで、説明責任の徹底や患者中心の医療の推進が進む点も見逃せない。こうした「自由」の恩恵が、今日の日本の高い医療水準を支えてきたといえるだろう。一方で、フリーアクセス制度は医療の効率性という観点から多くの課題を抱えている。最大の問題は、医療機能分化が進みにくいことである。患者が専門病院を自由に受診できるため、軽症例であっても大病院に集中し、外来の混雑を招く。これにより、本来高度な医療を要する重症患者への対応が遅れるなど、医療資源の適正配分が妨げられている現状がある。

フリーアクセスと「かかりつけ医制度」の関係

厚生労働省のホームページには「かかりつけ医」の定義として「健康に関することをなんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。」と書かれている。なかなかハードルが高い表現であるが、そもそもかかりつけ医制度は、患者の健康を継続的に見守り、必要に応じて専門医療へつなぐ「医療のゲートウェイ」として機能することを目的としている。患者がまず身近な医師に相談することで、医療機関の役割分担が明確になり、病診連携や地域医療の効率化が図られる。つまり、かかりつけ医はフリーアクセスの自由を「適切な方向へ導く羅針盤」のような役割を果たす存在といえる。

現状の課題と今後の方向性

しかし現状では、かかりつけ医制度が全国的に十分に浸透しているとは言い難い。制度上の位置づけや患者の認識に差があり、「どの医師をかかりつけ医と考えるか」が曖昧なままになっている地域も多い。そのため、患者が適切な相談先を持たずに直接大病院を受診するケースが後を絶たない。フリーアクセスの自由を維持しながら、かかりつけ医の機能を明確化し、信頼関係を築いていくことが今後の大きな課題である。

近年導入された大病院外来受診時の「紹介状なし定額負担制度」は、こうした医療機能の分担を促すための取り組みである。患者の自由を奪うものではなく、「まず身近な医師に相談する」という行動を促す仕掛けとして意義がある。さらに、電子カルテや地域医療連携ネットワークの活用により、かかりつけ医と専門医が情報を共有できる体制を整えることで、患者の自由な選択と医療の効率性を両立させることが期待される。

さらに患者側の意識改革も必要である。何でも自由ということではなく、そこには必ず「選ぶ側の責任」もついてくる。夜間救急受診が増えることで救急を担う高次病院の外来がひっ迫し、医師が疲弊し退職することで医師不足になる病院もある。選ぶ側の責任として、国民に今の医療の現状を正確に知らせることが必要である。

終わりに

「選択の自由」とは、単に好きな医療機関に行けるということではない。それは、患者が自らの健康を主体的に考え、信頼できる医師とともに最適な治療を選び取る権利と責任を含んでいる。フリーアクセス制度は、日本の医療の「受診しやすさ」という最大の強みを支えてきた制度である。その理念を守りつつ、かかりつけ医制度と両輪で機能させることで、より持続可能で安心できる医療提供体制が築かれるだろう。真の意味での「選択の自由」とは、信頼できるかかりつけ医とともに、自らの健康を守るための自由であると考ええる。

(3) 日本人の民族性と倫理的特性から今後を考える

粕屋医師会 坂田 元子

はじめに

日本の医療制度は、1961年に国民皆保険制度が確立されたことで世界的にも稀な水準に達した。その大きな特徴の一つが「フリーアクセス制度」である。これは、患者が自ら医療機関を自由に選択し、どこでも受診できる仕組みを指す。欧米諸国では家庭医制度やゲートキーパー機能が導入され、一定の制限のもとで医療資源の利用が管理されているのに対し、日本では長く自由な受診が認められてきた。この制度は国民にとって安心感を与え、平等な医療アクセスを実現するものであったが、近年の財政的制約や人口動態の変化により、その持続可能性が問われている。本稿では、日本人の民族性と倫理的特性の観点から、フリーアクセス制度の意義と今後のあり方を考察する。

日本人の民族性と倫理的特性

日本人は歴史的に「和を尊ぶ」民族であり、集団の調和や協力を重んじる傾向がある。これは島国という地理的条件や、農耕社会における共同体の発展と密接に関係してきた。個人の利益よりも全体の安定を優先する文化的背景は、医療においても「誰もが平等に治療を受けられるべきだ」という理念に直結している。

実際に『第8回日本の医療に関する意識調査』では、所得の高低にかかわらず治療内容は同じであるべきと答えた人が70.9%に上っている。この結果は、国民の間に「医療の公平性」に対する強い倫理的志向が根付いていることを示す。さらに、日本人は心理学的研究において「不安を感じやすく、リスクを回避する傾向」が強いとされている。遺伝的背景として、セロトニントランスポーター遺伝子のSS型保有率が欧米よりも高いことが指摘されており、これは神経伝達物質セロトニンの働きに影響し、不安感受性を高める要因とも考えられる。

このような特性は、些細な体調の変化に敏感に反応し、すぐに医療機関を受診する行動様式につながっている。フリーアクセス制度は、こうした国民の心理的傾向に即したものであり、「安心への希求」と「平等の尊重」という倫理的価値観に合致するため、長年にわたり受容されてきたといえる。

倫理観から見た現代的課題

しかし、医療資源には限界がある。大病院への集中や重複受診、軽症例の救急外来利用は、医師や看護師の過重労働を生み、医療の持続性を脅かしている。倫理的にみれば、自由なアクセスを認めることは「個人の安心感」を守る一方で、「医療資源を公平に分配する」というもう一つの倫理原則を侵害する可能性がある。つまり、フリーアクセスの理念が日本人の民族性と合致してきたからこそ、逆説的に資源の浪費を引き起こし、結果的に弱者が不利益を被るリスクを高めているのである。

このジレンマを解決するには、日本人特有の協調性と倫理観を逆に活かす必要がある。すなわち「国民に丁寧の説明し、役割分担の必要性を理解してもらうこと」である。一次医療、二次医療、三次医療のそれぞれの役割を広報や教育を通じて繰り返し示すことで、

「個人の自由」を制限しながらも「社会全体の安心」を確保する新しい合意形成が可能になるだろう。

将来の展望

今後の制度設計において重要なのは、「かかりつけ医機能」を強化しつつも、日本人の不安傾向に配慮した「緩やかなゲートキーパー制度」を導入することである。一方で救急医療については、国民の安心感を支える基盤として、フリーアクセスを維持すべきであり、倫理的責務である。さらに、オンライン診療やAI トリアージを導入し、患者が安心して受診行動を選択できる体制を構築することが有効である。制度改革を成功させるには、国民に現状と課題を繰り返し説明し、理解を促すことが不可欠である。新型コロナ流行時に示された国民的協力体制は、その可能性を裏付けている。

結論

フリーアクセス制度は、日本人の民族性と倫理的特性に深く根ざした医療制度であり、国民の安心と平等を長年支えてきた。しかし、医療資源の逼迫という現実を前に、制度の在り方を見直さざるを得ない段階に来ている。重要なのは、単に制限を設けるのではなく、日本人の協調性と公平性志向を活かして、国民的合意を形成しながら「緩やかな制度改革」を進めることである。

倫理的観点からは、個人の自由と社会的公正の調和を図ることが求められる。フリーアクセスの理念を完全に放棄するのではなく、救急医療や基幹的医療には存続を認めつつ、かかりつけ医制度や地域医療構想を通じて持続可能な仕組みへと進化させるべきである。日本人の「不安を避けたい」「弱者に配慮したい」という特性を踏まえれば、適切な説明と理解促進により、この改革は実現可能である。フリーアクセス制度は、単なる医療制度ではなく、日本人の倫理観そのものを映し出す鏡であり、今後も国民的議論を通じて新しい形へと発展させていくことが期待される。

参考資料

- ・印南一路『生命と自由を守る医療政策』2011年
- ・瀬尾弘志「日本人と不安」新潟市医師会 東ニイガタ友愛クリニック、2022年10月28日
- ・松本友里恵ほか「うつ病発症と遺伝子・環境相互作用」精神保健研究 59、pp. 7-15、2013年
- ・「第8回日本の医療に関する意識調査」日医総研ワーキングペーパーNo. 480、2024年1月23日

(4) 医療機関へのフリーアクセス制度は維持できるのか？

大川三瀆医師会 小野 英尚

はじめに

フリーアクセス制度とは、診療所から大病院まで受診する医療機関を自由に選べる制度である。「国民皆保険制度」「自由開業医制度」と並び、日本の医療を支える特徴的なシステムといえる。

フリーアクセス制度は、患者にとっては非常に便利な制度である。ただ、一方で、医療資源の効率的な活用という点からすると、ムダが生じやすい面がある。軽症例を含む大病院への患者集中が勤務医の疲弊を招いているとの指摘があるが、これはフリーアクセスの負の側面と考えられる。世界的に見てもこのようなフリーアクセス制度を採用している国は少なく、日本の医療へのアクセスの良さを支える大きな要素となっている。この制度を維持することには、国民の安心と医療の公平性を守るという重要な意味があるが、果たしてこの制度を維持していくことができるのか、英国や米国などと比較しながら考えてみた。

1. 英国との比較

英国など多くの国では、医療アクセスに一定の制限が設けられている。例えば英国の国民保健サービス (National Health Service : NHS) では、まず地域の「かかりつけ医 (General Practitioner : GP)」を受診し、GPの判断で必要な場合にのみ専門医や病院へ紹介される仕組みがとられている。

この「ゲートキーパー制度」によって、軽症患者は地域医療で対応し、専門医療は重症患者に集中させることができる。日本のフリーアクセス制度に比べ、受診の自由度は低いが、医療費の抑制と医療従事者の適正配置が実現しており、持続可能な仕組みといえる。

ただし、まずGPの診察を経なければ専門医を受診できないため、診断や治療が遅れるケースが少なくない。GPの予約が数週間先になることもあり、結果的に病状が悪化してから専門医にたどり着く患者も存在する。英国のかかりつけ医制度のような厳格な手法で制限すべきかという、フリーアクセスを制限して、医療の無駄を省くという名目で病院を減らし、MRIなどの検査機器も減らしすぎたため、検査待ちや、癌の手術の待機患者も半年待ちがざらという状況となることを、国民が望むとは考えにくく、特に高齢化社会に突入している日本では、多様な疾患を抱える患者が増えるため、専門医療への迅速なアクセスが求められる。日本のフリーアクセス制度は、こうした高齢者医療にも柔軟に対応できる点で優れており、自由に専門医や医療機関を選べる仕組みは、リスクを最小限に抑え、患者の安心を守るものである。

2. 米国との比較

米国では、国民皆保険制度が存在せず、医療は基本的に民間保険に依存している。そのため、保険未加入者は医療費が高額になり、十分な治療を受けられないことが少なくない。医療機関の選択は保険契約の内容によって制限され、加入している保険の「ネットワーク」に含まれない病院を利用すると、多額の自己負担が発生する。つまり、米国では経済的条件によって医療アクセスが大きく左右される。これに比べ、日本のフリーアクセス制度は、

経済的格差にかかわらず全国どこでも医療を受けられるという公平性を実現している。国民皆保険制度と組み合わせることで、医療への平等なアクセスが担保されている点は、他国に誇れる日本の強みである。

3. フリーアクセス制度の利点と欠点

フリーアクセス制度は医療機関の健全な競争を促し、医療の質向上を支える役割を果たしている。患者が自由に医療機関を選べることにより、各医療機関は選ばれるための努力を行う。医師の専門性向上や医療サービスの改善、接遇の質の向上、過重労働を厭わぬ医療者の働き方などもあると思われるが医療全体の底上げにつながっている。これに対し英国では、患者の医療機関選択の自由が制限されているため、競争原理が働きにくい。制度の効率性は高いものの、医療サービスの画一化やモチベーション低下といった問題が指摘されている。日本のような自由選択制は、医療従事者にとっても質の向上を目指す動機づけとなり、結果として患者満足度を高める効果がある。以前に比べると、ホームページ等を見て医療機関を受診する患者は明らかに増えてきている。「フリーアクセス」とは、患者側から言えば、「行きたい所に自由に行ける」という事である。

ただ問題なのは、そのコストが助け合いの仕組みである医療保険から支払われているという事である。すなわち、行きたい医療機関が自由に選択出来るようにする為のコストを、受益者である選択者とは関係のない人のお金で賄われているという事が問題なのである。特に、患者が複数の医療機関を受診することで検査や投薬が重複し、医療資源の無駄が生じる場合もある。この問題を解決するためには、何らかのペナルティ制度で縛るか、教育や周知徹底で受診行動の変容を促すのだが、仮に前者を選択しても、システムの強要では患者の考え方は変わらず、結果的には対症療法にしか過ぎない。後者を選択することが必要だと思われるが、それを実行し効果が出るにはかなりの時間を要する。

結語

日本の医療制度は、医療費負担を低く抑え、患者が医療に容易にアクセスできるという点を重視して設計されている。しかし、我が国では高齢化が進み、疾病構造が大きく変化し、2025年以降は生産年齢人口の減少がさらに加速していく。そのため、医療の提供体制は大きな転換期を迎えており、医療サービスの充実と負担のバランスを図りつつ、持続可能な制度設計が求められる。国民各位がどういう社会を望むかということにかかっているのだが、県医師会からも、医療サービスを利用する患者の立場に立って、必要としている人に適切な医療を提供できるように、提言していく必要がある。

2. 国民皆保険制度について

(1) 日本医療の根幹に在る国民皆保険制度

大牟田医師会 西山 努

1. はじめに

戦後日本の医療制度は、世界的にも稀有な形で「国民皆保険」、「フリーアクセス（受診する医療機関の自主的選択）」そして「自由開業（医療者の開業—無制限）」の三本柱（制度）のもとに発展を遂げてきた。しかしながら現在、少子高齢化の進行、医療資源の偏在、経済成長の鈍化など、各制度の創設期には想定し得なかった課題が山積している。とりわけ国民皆保険制度は、財源の持続性という根本的な問題に直面しており、その再構築が喫緊の課題である。本稿では『日本医療の根幹に在る国民皆保険制度』に主眼を置き、国民皆保険制度の歴史的成り立ちと現状を踏まえ、その未来を展望する。一方で本答申は、これまで福岡県医師会（日本医師会）が保持（目指して）してきた現行制度の理念を尊重しつつも、その持続可能性の観点から、従来の枠組みを再考する必要性にまで踏み込んだ内容に言及している。

2. 国民皆保険制度の成立と意義

日本の医療保険制度の起源は、1922年（大正11年）制定の「健康保険法」に遡る。これは企業の被用者を対象とした職域保険であり、国民全体を包含するものではなかった。その後、1938年に「国民健康保険法」が制定されたが、これも各自治体（保険者）の任意運用に留まり、真の意味での「皆保険」には至らなかった。

そして、1958年の改正国民健康保険法により、市町村国保への強制加入が原則化され、遂に1961年に国民皆保険制度が実現した。国民皆保険制度は戦後の経済復興と高度成長を支える社会基盤として機能し、日本の医療と国民の健康水準を著しく向上（世界2位の平均寿命と健康寿命）させた。併せて特筆すべきは、「同制度の成立以降の日本は世界で類をみない乳児死亡率の低さを達成—維持（世界1位）できている点」である。まさに、「経済と医療の一体的発展」の根幹に在る社会政策だと云える。

3. 膨張する医療費と制度維持の危機

2025年度の国民医療費は52兆円を超え、過去最高を更新（毎年1兆円を超えるペースで医療費が増大している！）した。なかでも高齢者の医療費は全体の6割を占め、今後とも増加することが確実視される。人口減少（少子高齢化）と経済成長の停滞（所得減／税収減）が続くなか、医療費の自然増をどのように抑制しつつ、必要な医療を保障するかが最大の課題である。

医療費増加の背景には、高齢化だけでなく、医療技術の高度化や慢性疾患の増加など、医療需要の質的变化も存在する。また、国民皆保険制度で担保されている「誰もが好きな病院にいつでも手軽な料金でかかれる患者の権利（フリーアクセス）」が、医療需要を量的にも底上げ（国民一人あたり外来受診回数・世界1位）している現実も無視できない。こうした構造的要因に対する医療財源—不足の警鐘は四半世紀以上前から鳴らされ続けてい

るが、国民感情に付度する政府（政権）は遅々として実効的な政策を執ろうとしない。この事態はもはや政治任せにできる状況になく、医療の現場を最も精確に認識している医師会が率先して抜本的な改革に取り組む喫緊の課題である。

4. 自己負担率と公平性の再考

現在の医療費自己負担は、原則として70歳以上2割、現役並み所得者および6～69歳3割、6歳未満2割である。かつて、高齢者の医療費が全額公費負担（自己負担ゼロ）であった時代（1973年創設の老人医療費支給制度）を経て、1982年の老人保健法施行以降、高齢者（70歳以上）の自己負担（有償一制度）が段階的に導入されてきた。

国民皆保険制度の財源構造が「税・保険料・自己負担」の三本立てである以上、いずれかを減らせば他が増える。国民皆保険制度を維持するためには、国民全体が「医療制度の出資者」であるという意識を共有（自身の課題として自覚）することが不可欠である。その上で、国民全体（全世代）の医療費—自己負担率を再考し、特に70歳以上の自己負担率を3割（現役世代並み）に引き上げることは医師会が声高に提示すべき現実的な選択肢として、国民レベルで早急に検討すべきである。ただし、所得に応じた段階的負担額の調整など、社会的公平性を担保する工夫は当然求められる。

5. 高額医療費制度の持続性

上述した所得や年齢による医療—負担額の一律化のみならず、出産（出産一時金）や傷病（傷病手当金）の際に種々の医療費助成が受けられるのも国民皆保険制度の特徴と云える。加えて高額医療費制度は、経済的理由によって必要な治療を断念することを防ぐ、国民皆保険制度下の優れた社会保障である。一方で、1億円を超えるような超高額医薬品【例：脊髄性筋萎縮症（神経難病）の遺伝子治療薬—ゾルゲンスマ／1億6,707万7,222円（1患者あたり）】が保険適用となる現状は、制度そのものの持続性が危ぶまれている。現実的に高額医療制度における国民医療費の割合は総医療費の6～7%（2021年度）を占め、年々増加の一途を辿っている。昨今の医療技術の進歩を否定するものではないが、限られた財源の中で公平な給付を維持するためには、給付額の上限設定や給付額—決定過程の透明化など、医師会は新たな枠組みを率先して提示する必要がある。2025年12月、厚労省は「2026年8月以降の高額医療費—自己負担額の年収に応じた段階的引き上げ策」を発表した。医師会には政策施行までに、新たな患者負担額の合理性について可及的速やかに検証—評価すべきと要求したい。

6. おわりに

国民皆保険制度は、戦後日本が築き上げた最大の社会的資産の一つである。だが現在、その「蛇口をひねれば水が出る」ように当然と思われてきた国民皆保険制度が、静かにそして確実に機能不全へと向かっている。足元を見れば医療機関（病院）の7割以上が赤字経営に陥る現状は、もはや制度の限界（医療崩壊）を示唆している。それを受けて、先日政府（厚労省）は「医療施設等経営強化緊急支援事業」で医療機関への助成金交付を決定した。しかしながら、筆者には同事業の実効性は十分とは云えず、寧ろその場しのぎ感が否めない。医療—介護機関の経営危機の要因の根底には、医療圏の縮小（特に過疎地域で

の人口減少)も大きく関与していると考え。その観点から、経営一介護業態の経営を救済するには当委員会の昨年のテーマである「人口減少下での地域医療や社会の変化について」と密接に関連付けた施策が必須である、と主張したい。

医師会は、国民皆保険制度を守る「受け身の存在」ではなく、社会全体の医療ビジョンを描く「改革の推進者」でなければならない。医療資源の最適化、医療機関の集約化(地域医療構想)、そして国民的合意の形成—これらを発展的に実現するために、我々医療者が自らの責務を自覚し、併せて医師会が強いリーダーシップを発揮することが求められている。

国民皆保険制度の理念『会長諮問—主題：日本の医療制度の良さ』を次世代に継承するため、今こそ医師会と国民が協働して「持続可能な医療のかたち」を考える時である。

(2) 2040年問題とOTC類似薬の非保険化について

北九州市医師会 古賀 豊

1. 国民皆保険制度の良さとは

国民皆保険制度は全国民に公的医療保険に加入する義務を求めるが、全国民が所得に関係なく同質の医療を受けられるという恩恵をもたらす。1961年に確立したこの制度により国民の健康面のセーフティーネットが保障され、それによって生活や就労の基盤が安定し続けてきたことは、我が国の経済的・社会的発展に大きく寄与している。

2. 2040年問題による国民皆保険制度存続の危機

2040年問題とは、「2040年頃に高齢者人口のピークと現役世代人口の減少が重なることで社会保障制度（特に医療と介護）が財政的・人的に立ち行かなくなるリスク」をいう。例えば、2022年度に60兆円だった医療と介護の給付費は2040年に100兆円に達するとの予測があるが、現役世代が負担する税金や社会保険料では、その増加分の補填は不可能である。今後も国民皆保険制度を存続させるためには、財政面・制度面の抜本的構造改革が必要である。

3. OTC類似薬の段階的非保険化（以下、「非保険化」と略す）がもたらす功罪

(1) 非保険化のメリット

OTC類似薬とは、市販薬と同等の成分・効能を有する処方薬である。現在、非保険化の候補薬は軽症・セルフケア向けの症状（感冒症状、胃痛・筋痛、鼻炎、皮膚炎など）に使用する薬に限定されている。これらを保険適用から外すことには以下のメリットがある。一つ目は、医療費全体の約3割を占めている薬剤費の削減である。非保険化による薬剤費の削減効果は年間約1,000億円と見込まれている。二つ目は、「国民の自己管理意識の醸成」である。軽い症状は自ら判断し、薬局で薬剤師の助言を得て対処するという行動様式は欧米諸国ではすでに定着しており、医療リテラシーの向上につながる。

(2) 非保険化のデメリット

デメリットの一つ目は「低所得者の治療控え」である。保険外となれば薬代は全額自己負担となり、低所得者は必要な薬を買えない可能性がある。二つ目は「自己判断による誤った薬の使用や重大な疾患の見逃し」である。特に、自覚症状を的確に表現できない小児、病状が急変する可能性がある小児・高齢者についてのリスクは高い。三つ目は「非保険化によって保険診療の患者が減ると、経営余力の乏しい医療機関は廃業に至る恐れがあること」である。これらのデメリットはいずれも国民皆保険制度の特長である「必要な医療へのアクセス保障」に反するものである。

4. 他国と日本の薬剤費負担制度の違い

ヨーロッパの国々には「全ての薬に同じように税金を使う必要はない」という考えが基本にある。フランスでは国が薬の医療的価値を評価し、その結果に応じて患者の負担を変えている。医療的価値が高い薬は自己負担がなく、そうでない薬ほど負担が大きくなる。

ドイツでは同じ治療効果をもつ薬のグループごとに保険で支払う上限額を決め、それを超える高い薬を選んだ場合は差額を自己負担とする仕組みを採っている。イタリアでは重症疾患・慢性疾患は社会全体で支えるという理念を元に、重症に必要な薬は無料、軽症向けの薬は自己負担とする考え方が採られている。スペインでは、薬の種類に加えて所得も考慮し、経済力のある人ほど多く負担する制度を採っている。

一方、日本の薬剤費負担制度は非常にシンプルである。患者が負担する医療費は各人の所得にかかわらず原則3割で、診察も薬も同じ負担率である。この分かりやすさと公平性は日本の医療制度の大きな特徴であるが、薬の医療的価値に関係なく一定の比率で公費が使われる日本の制度は、ヨーロッパの国々の制度とは大きく異なっている。

薬剤費を削減する対策としての非保険化は、現在の日本の医療制度を大きく変えない範囲で考案された方策である。単純に非保険化を実行すれば前述のデメリットの出現が懸念されるが、これは看過できない重大な問題である。デメリットに対する何らかの付加的対策は避けられないだろう。しかし、付加的対策には新たな公費の支出が必要であり、これは非保険化のメリットを弱めることになる。要は、国民皆保険制度の良さを損なわない範囲で医療費をできるだけ削減するバランスの良い方策を創造することにある。「薬の医療的価値等に基づいて公費の使い方に優先順位をつける」という他国の考え方は、今後の薬剤費削減対策の方向性として重要なものとする。

5. まとめ

国民皆保険制度を将来にわたって維持するためには、制度の理念を守りつつ、人口構造の変化や財政制約に対応した方策を多角的視点で再設計する必要がある。非保険化など薬剤費を削減する方策は、他国の薬剤費負担制度を参考にして慎重に議論を進めるべきである。どの立場の人にも痛みが無いような改革は望めない。国民・医療従事者・行政がそれぞれ一定の負担を分かち合い、協力する心構えを持つことが、今まさに求められている。

(3) 他国の医療制度を通じて、日本の国民皆保険制度の良さを考える

福岡市医師会 井上 久子

現在の日本は超高齢化社会を迎え、人口オーナスや社会保障費の増大を背景に、利便性の高い国民皆保険制度をどのように維持していくかという課題を抱えている。そこで、他国の医療制度との比較を通じて、日本の国民皆保険制度の特徴や、その優れている点について考察する。

OECD加盟国の中で国民皆保険制度を採用していないのはアメリカ合衆国のみである。アメリカ合衆国以外の国々は社会保険方式（ビスマルク型＝ドイツ、フランス、日本など）または税方式（ベヴァリッジ型＝イギリス、スウェーデンなど）を採用している。日本と同様にビスマルク型を採用しているドイツおよびフランスの医療保険制度の特徴を紹介し、日本の制度と比較する。なお、ドイツ、フランスの医療保険は職域保険を基礎としており、日本の国民健康保険に相当する制度を持ち合わせていない。

1. ドイツの医療保険制度

ドイツの公的医療保険はもともと労働者のための制度として誕生し、その後、対象者の範囲を拡大してきた。高所得者を除き、被用者、農業従事者、職業訓練中の者、大学生、公的年金受給者は公的医療保険への加入が義務付けられている。年収約7万ユーロ以上の高所得者は、民間医療保険への切り替えが可能となっている。公的医療保険の保険料は所得に応じて決定される。民間医療保険では年齢に比例して保険料が変動する。公的医療保険加入者の外来診療費は、あらかじめ登録された加入者数に基づく包括的な支払い方式が採用されており、その結果、医療機関が民間医療保険の加入者を優先的に診療する傾向がみられる。外来診療は原則として10割給付であり、患者の自己負担はない。過剰受診を抑制する目的で患者負担が導入された時期もあったが、十分な効果が得られずに低所得者の受診控えを招いたため、最終的に廃止された。入院診療や医薬品については患者負担が存在するが、18歳未満の子どもは免除されている。高齢を理由とした減免措置は設けられていない。

2. フランスの医療保険制度

フランスではすべての国民が公的医療保険へ加入しており、この点では日本の制度と類似している。医療費の7割を公的医療保険が給付し、自己負担は3割である。ただし、登録が義務づけられているかかりつけ医を経由せずに専門医を受診した場合、自己負担は7割となる（婦人科、小児科、眼科、歯科を除く）。フランスでは協約料金を遵守して診療報酬を請求するセクター1医師と、協約料金を超えて請求できるセクター2医師に区分されている。セクター2医師を受診した場合、協約料金を超える部分は全額自己負担となるため、任意の民間医療保険（補足医療保険と称する）に加入していなければ、高額な負担が生じる。補足医療保険へ加入することで自己負担は1割程度まで軽減され、国民の9割以上が加入している。未加入者は主に健康に自信のある若年層とされている。また、がんや慢性疾患、難病などを対象とするALD（長期療養対象疾患）制度があり、対象疾患に関する治療費の自己負担は全額免除されるが、この制度は医療保険制度にとって大きな負担

となっている。さらに、妊婦健診や出産、産後ケアなどの出産、育児に対する医療保障が手厚い点も特徴である。しかしながら患者負担の項目が多く、免除の条件も複雑であるため、制度全体が分かりにくい構造となっている。医療費の給付は償還払い方式が原則であり、患者が一旦全額を支払い、後日保険者から払い戻しを受ける仕組みである。このため、患者自身が手続きを行う必要があり、医療へのアクセスを抑制する要因となっている。現物支給方式の拡大については、自由医療の原則への介入や医師の独立性を損なうとして医師組合から強い反対がある。

3. 両国の医療保険制度との比較

ドイツは多数の公的医療保険組合が存在し、加入者が保険者を選択できる点が特徴である。また民間医療保険を選択した場合には、より手厚いサービスを受けられるなど、加入形態による差が生じている。保険料は所得連動型であり、低所得層に配慮した制度設計となっている。外来診療は全額給付、入院診療は原則1割負担であり、日本よりも自己負担が低い。それと比べて日本は原則として医療費の3割を自己負担するが、比較的低い自己負担で高度な医療を受けることができ、全国一律の給付が行われている点で公平性が高い。ただし、保険者を選択することは出来ない。また、ドイツでは高齢者ではなく18歳未満の子ども自己負担を免除しており、これは子どもの貧困対策というよりも、社会全体で育児を支援する家族政策の一環であると考えられる。直接的な因果関係は不明であるが、ドイツの出生率は近年回復傾向にある。

フランスでは、補足医療保険への加入によって自己負担額が大幅に軽減されるのだが、公的医療保険制度が基礎的保障に留まり、民間保険への依存が強まる構造となっている。また、ALD制度や出産、育児支援の充実は評価できるが、給付の仕組みが複雑である点が課題である。日本では自己負担割合が一律であり、医療内容によって負担割合が変化しないため、制度が比較的分かりやすい。フランスの開業医が事務員を雇わずに運営できる背景には、保険請求が不要な償還払い方式であることも一因と考えられる。

4. まとめ

日本では、高齢者人口の比率が低かった時代には、高齢者負担を軽減する政策は合理的であった。しかし、人口構造の変化や高齢者の資産保有状況を踏まえると、高齢者が一律に経済的弱者であるとは言えなくなっている。今後、全世代型社会保障への転換を進める中で、応能負担を重視し、ドイツのような手厚い育児支援を取り入れることは、将来の家族政策にもつながると考えられる。

OECDによれば2022年の日本の医療費の対GDP比は11.5%であり、アメリカ16.6%、ドイツ12.7%、フランス12.1%と比べて低い水準にある。これは日本の国民皆保険制度が医療費を適正かつ効率的に使用しているためである。日本では受診時に一部負担金を支払い、現物給付として医療サービスを受ける。診療後には診療報酬明細書が作成され、審査支払機関による審査を経て医療機関に報酬が支払われる仕組みであり、保険者や国の政策が医療提供に強く反映される構造となっている。これに対し、フランスのような償還払い方式では、診療時点で支払いが完結するため、医療費の無駄遣いや低所得者のアクセスの抑制に繋がる可能性がある。

日本の国民皆保険制度は、誰もが比較的少ない負担で、質の高い医療を現物給付として公平に受けることが出来る制度である。他国の医療保険制度を学ぶことで、この優れた制度が全世代型社会保障制度の理念に沿って、今後さらに発展していくことが期待される。

(4) 予防を基軸とした国民皆保険の再設計

柳川山門医師会 石橋 興介

予防を基軸とした国民皆保険制度の再設計について、ここに提言する。わが国の国民皆保険制度は、戦後の社会基盤整備の中で「すべての国民に医療を保障する」という理念のもと築かれ、長きにわたり国民の健康と社会の安定を支えてきた。しかし少子高齢化、生活習慣病の増加、医療費の膨張という現実を前に、この制度を従来の延長線上で維持することは困難となっている。今こそ治療中心から予防を基軸とする国民皆保険への転換が必要である。

現在の医療費の大部分は生活習慣病とその合併症に費やされている。糖尿病、心不全、腎不全などは一度発症すると長期にわたり多大な医療資源を必要とし、患者の生活の質を大きく損なう。これを未病や軽症段階で食い止めることは、患者の人生を守ると同時に、医療財政の健全化に直結する。従来「予防はコスト削減」として語られることが多かったが、今後は「予防は未来への投資である」という発想に転換すべきである。その効果は、医療費抑制にとどまらず、労働力人口の維持や地域活力の持続にも及ぼす。

予防を実効性ある仕組みにするためには、テクノロジーの導入が不可欠である。健診や問診に加えて、ウェアラブルデバイスやAIによるデータ解析を活用し、個人ごとのリスクに応じたオーダーメイドの介入を可能にする。例えば健診結果と日常のライフログを連結し、AIが血糖や腎機能の変化を早期に検知した段階で医療者が介入できる仕組みを国民皆保険の枠組みで保障することにより、病気の芽を未然に摘むことができる。

さらに、予防は医療機関の枠を超えて進める必要がある。自治体、薬局、学校、企業、フィットネスクラブなどが「地域予防ネットワーク」として連携し、地域包括ケアと予防を融合させる体制を整備することが重要である。医師会は病気を治す存在としてだけでなく、地域の健康をデザインする主体として役割を拡張し、予防文化を社会に浸透させる責務を担う。

そのためには、制度の評価軸も刷新する必要がある。従来は受診率や医療費、平均寿命が重視されてきたが、今後は健康寿命の延伸、未病期間の長期化、生活の質(QOL)の向上を主要な指標とすべきである。さらに、臨床現場で活用されるeGFRスロープやTIR(Time in Range)といった新しい医学的指標を制度設計に取り入れることで、現場の実感と政策の評価をつなぐことができる。

予防を基軸とした再設計を実現するためには、医師会自らが先導役を務める必要がある。最新エビデンスの迅速な共有、診療報酬上の課題や制度上の障壁を国に提言すること、さらには、若手医師や医学生に対して予防医療の専門性を教育する仕組みの強化が求められる。

国民皆保険制度は単なる医療費の支払いの仕組みではなく、日本社会を支える文化である。その文化を次世代へ継承するためには「治す保険」から「守る保険」へと進化させなければならない。具体的には、予防投資を診療報酬で正当に評価する仕組み、健診データと日常データを統合するシステム、地域包括ケアと予防をつなぐプラットフォーム、そして健康寿命を中心に据えた新たな制度評価指標を柱とすべきである。

我々医師会は、国民の健康を守る最前線に立つ者として、病気に対応する医療から健康を創造する医療へと役割を広げ、国民皆保険制度を未来へと進化させる責任を果たしていく。

3. 自由開業医制度について

(1) 自由開業制の非

飯塚医師会 豊永 次郎

はじめに

戦後日本の医療制度は、「自由開業制」「国民皆保険」「フリーアクセス」という三本柱の上に築かれてきた。これらは医師の自律性と国民の平等な医療アクセスを保障し、かつては世界に誇る医療体制を形成した。しかし、人口減少と高齢化が進む現代において、この三原則を同時に維持することは、日本の医療の持続可能性を損なう要因となっている。とりわけ自由開業制は、医師の偏在、医療費の膨張、病院経営の悪化を招く構造的問題の中心にあり、その見直しは避けて通れない課題である。

1. 自由開業制が生む地域偏在と都市集中

自由開業制のもとでは、医師は開業場所を自由に選択できる。生活環境や経営の安定性を考慮すれば、当然ながら都市部に開業が集中する。結果として地方、過疎地では医師不足が慢性化し、小児科、産科、救急などの必要な医療が維持できなくなっている。一方、都市部では診療所が乱立し、過剰競争の中で患者の奪い合いが生じ、診療の質と倫理性が損なわれつつある。この構図は、地域医療の格差拡大を固定化する要因となっている。

2. 勤務医減少と医療モールの拡大

病院勤務医の過重労働や待遇の低さを背景に、中堅医師が開業に流出している。さらに、調剤薬局やコンサル会社など株式会社が主導する「医療モール」が急増している。経済合理性を最優先したモール化は、医療が商業の一部として扱われる現象を生み、医療費が株式会社に流れる構造を定着させている。診療所間の競争は激化し、地域医療は連携よりも採算を優先する方向に傾きつつある。これにより、医療の公共性が損なわれているのが現状である。

3. 三原則維持がもたらす医療費単価抑制と病院経営悪化

自由開業制、国民皆保険、フリーアクセスという三原則を同時に維持すれば、医療費は必然的に増大する。国民が自由に受診し、医師が自由に開業し、全ての診療行為が保険給付の対象となる以上、医療の「量」は制限なく膨張する構造だからである。

しかし国家財政には限界がある。政府は医療費総額の増加を抑えるため、診療報酬改定によって「医療費単価」を抑えてきた。この仕組みこそが病院経営悪化の最大の原因である。単価抑制が続く限り、病院の収益は伸びず、勤務医の待遇改善も進まない。設備投資や人員配置が削減され、急性期や救急医療の現場は疲弊を極めている。

すなわち、三原則を同時に維持すること自体が、医療費単価の抑制と病院経営悪化を不可避にする制度的ジレンマである。

4. 医師会組織の空洞化と公的業務の負担増

自由開業制の放任は、医師会の組織基盤にも深刻な影響を及ぼしている。都市部では営利的医療モールが増え、個人開業医が急増する一方、医師会に加入しない医師が増加している。その結果、学校医、検死、介護保険認定審査会、当番医など、地域社会に不可欠な公的業務を担う医師が限られている。残された医師会員や理事が高額な会費を負担しながら、ほぼ無償でこれらの公的責務を果たしているのが実情である。自由開業制の放任は、地域医療の崩壊のみならず、医師会活動の継続性にも深刻な影響を与えている。

5. 制度維持の限界と改革の方向性

先進国の中で、自由開業制、国民皆保険、フリーアクセスの三原則を同時に維持しているのは日本だけである。多くの国では、医療費の膨張を防ぐため、開業制限やゲートキーパー制度を導入している。

日本が医療費をこれ以上増やさないのであれば、三原則を堅持することは、医療費単価の抑制、病院経営の悪化、医療人材の流出という悪循環を固定化することでしかない。今こそ、自由開業制の見直しを含めた抜本的な制度改革が必要である。

具体的には、①地域医療構想に基づく開業地調整制度の導入、②医療モール開発の認可制と併設する調剤薬局と院内薬局の調剤費是正、③地域医師会・医療法人による医師配置調整権限の強化、などを検討すべきである。

結語

自由開業制は、かつて医療の自由と多様性を支えた理念であった。しかし今日では、その自由が医療の偏在と財政的歪みを生み、医療現場の疲弊を招いている。三原則を同時に維持することが、結果として医療費単価を抑え、病院経営を悪化させる最大の要因であることを、我々医師会こそが直視しなければならない。

自由開業制の見直しは、医師の自由を奪うものではない。それは、全国どこでも適切な医療が受けられ、医師が安心して働ける環境を再構築するための改革である。医師会は今こそ勇気をもって、自由開業制の是正を提言すべきである。

(2) 人口減少地域における自由開業医制度の在り方、医師偏在への対応は？

田川医師会 宮城 佳昭

蓮澤会長より諮問～「日本の医療体制の良さと未来を考える」をテーマに議論を交わしている。回を重ねるごとに現在の医療制度の見直しを検討する時期に来ていると感じた。8月の合宿では日本医師会常任理事の今村英仁先生の【これからの日本の医療は、世界の先駆けとなりうるか～超高齢化社会と課題先進国“日本”～】、衆議院議員の鬼木誠氏の【素晴らしい日本の医療をどう守るか？】の講演を聴講し、改めて世界と比べてから観た日本の医療制度の良さと今後の少子超高齢化に対応する社会保障をどうするか？に対して皆、危機感を抱えていると切に感じた。

さて、田川のなかでも私の開業する添田町は、山伏の修行の地である霊峰英彦山がある典型的な山間部のへき地に位置する。少子高齢化の波の真っ只中にあり、非常に高い高齢化が進んでいる。特に若者が移住するような産業などが少なく、入植率も、出生率も減少し、今年には町内の小中学校、6校を統合し、1校のみとなった。私が小学生の時は6学年で千人近い児童がいたが、現在は200名に届かないのが現状である。

家族が地元を離れ、高齢の夫婦または独居の世帯が増加している。当院では山間部の通院が困難な方も多く、訪問診療も行っているが、施設入所者が増加してくることが早晚予想される。このようなことを踏まえ、今後、地域医療提供体制を維持していくために自由開業医制度が今後どのようにあるべきかを考えてみる。

日本の医療制度には3つの柱があり、フリーアクセス制度、国民皆保険制度、自由開業医制度である。自由開業医制度は医師免許があれば、全国どこでも都道府県に保険医療機関の届出を行い、保険医として自由に開業する権利のことで標榜する診療科を自身で決定し、診療を行うことができる自由標榜制度とともに日本の医療制度の特徴とされている。

厚生労働省の参考資料によると、九州地方の2022年診療所医師数は13,093人で、2040年には6,642人に半減する試算が出ている。都市部では内科や美容形成など新規開業の件数増加があり、診療科によっては飽和状態になっている。メリットとして新規参入により患者さんに提供する検査や治療の選択の幅が広がり、医療の質の向上が望めることはよいことであるが…

しかし、人口減少の地域や医師の高齢化が増加する地域では医師偏在の問題が浮き彫りになり、こうした地域では、自由開業医制による新規開業は、医業収入など経営面でも不利となり、医師偏在の深刻化が懸念される。これらの課題に対応するために、多角的な対策が望まれる。

①地域別の保険点数の引き上げ

人口減少地域やへき地、離島などでは、医師需要はあるにもかかわらず経営の持続が困難になりやすい。そのために地域に応じた保険点数の加算を導入し、収益性を高めることで、医師が開業しやすい環境を整備することが重要である。

②データに基づく診療科別の偏在の把握と、許可制などによる新規開業の誘導

診療科別の医師の偏在化を詳細にデータ化し、医師会が中心となって厚生労働省と連携

することで必要な地域・診療科を優先した新規開業の誘導（認可制の導入など）を検討。これにより、自由開業医制の弊害を最小化し、医師資源の最適配置が予測可能になる。

③地域医療構想による医療機能の分析と整備の強化

都道府県で策定されている地域医療構想を活用し、病院機能の再編、診療県ごとの医療の需要予測、医療機能の調整を診療所と一緒に進める。これにより医師の過剰・不足が明確化され、適切な医師の配置につながる。

④後継者不在の医療機関の継承支援

医師の高齢化に伴う後継者不在で閉院する医療機関が増加していることから、これらの医療資源の活用のため、若手医師やUターン医師の開業機会として利用し、継承支援を行うことで地域の医療空白を防ぐ。

⑤自治体による補助金や税制の優遇などの経済的支援

新規開業に対する初期投資は膨大になっており、自治体による補助金、家賃補助、税制優遇、設備導入の支援など、開業リスクを軽減する政策の立案。

⑥地域枠医師と大学病院・自治体の連携による医師派遣

医学部地域枠や大学医局と都道府県が連携し、地域医療構想に沿った医師派遣システムを構築し、これにより地域の恒常的な人員不足を補いつつ、若手医師の教育の場としても機能させることが期待される。

⑦全国的なマッチング機能やパートナーシップ協定の構築

地域へ移住して働きたい医師と、医師を求める地域をマッチングする全国的な仕組み（プラットフォーム）を整備し、自治体間・医療機関間の連携を促進するパートナーシップ協定を導入することで医師配置の最適化を全国で進める。

極論では開業医（保険医）の公務員化なども検討材料になりえる。今の医療制度は国民皆保険、フリーアクセス、自由開業医制度ともに守られるべきと考えるが、自由でありながら、誘導するという制度設計が、自由開業医制度が継続されるために、国民とともに今後、しっかり議論されることが期待される。

参考資料

財務省 持続可能な社会保障制度の構築（財政各論Ⅱ）

社会保障

厚生労働省 第8次医療計画における外来医療の見直しの方向性について

医師偏在是正対策について

新たな地域医療構想について

九州大学学術情報リポジトリ 医療の社会化：病院の公営と医師の公務員化の提唱

(3) 医師偏在時代の自由開業医制度

直方鞍手医師会 荒牧 昌信

はじめに

私の所属する直方鞍手医師会は、福岡県の中間に位置し、都市部と非都市部の双方の特徴を併せ持つ。しかし近年、人口減少と高齢化が進行し、医療資源の偏在が一層顕著となっている。特に内科を中心とした地域医療体制の脆弱化が深刻であり、この10年間で新規の内科開業はなく、5件の診療所が閉院している。二次救急病院の閉鎖や基幹病院の常勤医減少も進み、地域医療の継続性が危ぶまれている。自由開業医制度は、戦後の日本医療を支えてきた重要な仕組みであり、医師の自律性と創意工夫を尊重する制度として機能してきた。しかし、人口構造や医療需要の変化により、現状のまま維持することは難しくなっている。自由開業医制度の理念を次世代へ継承するためには、現実を直視し、制度の再構築を進める必要がある。

自由開業医制度の意義

自由開業医制度とは、医師が自らの専門性や理念に基づき、開業場所や診療内容を自由に選択できる制度である。医師は患者に最も近い立場で地域医療を支え、住民との信頼関係を築いてきた。この制度は地域の特性に応じた多様で柔軟な医療提供を可能にし、地域の実情に即した医療を展開してきた。国家や行政の一方的な配置に縛られず、医師が自らの意思で地域医療を実践できる点にこそ、この制度の本質がある。自由という理念のもとで、医師は自らの専門性を最大限に発揮し、医療の質と多様性の向上に寄与してきた。自由開業医制度は、まさに医療の創造性と倫理性を支える根幹であり、医師の職業的自律を体現するものである。

地域医療の現状と課題

しかし近年、自由開業医制度の下で地域医療の格差が拡大している。非都市部では内科医の減少が著しく、後継者不在や高齢化、若手医師の都市志向が重なり、診療所の閉院が相次いでいる。基幹病院では常勤医の確保が難しく、夜間救急の受け入れを縮小せざるを得ない事例もみられる。働き方改革による労働時間の上限規制は医師の健康を守るうえで重要であるが、医師数が限られる地域では理想と現実の間に深い乖離が生じている。結果として、慢性疾患の管理から救急医療まで、地域医療のあらゆる段階で連携が途切れつつある。自由開業医制度の理念を守るためにも、医師の「自由」と住民の「医療を受ける自由」を両立させる新たな制度設計が求められている。

自由開業医制度の未来と地域医療の持続可能性を高める方策

自由開業医制度の理念を維持しつつ、地域医療の持続性を高めるためには、次の3つの方策が重要である。1. 地域医療に貢献する医師を経済的側面だけでなく社会的・職業的観点から正当に評価し、顕彰・認定制度を整備することで、若手医師の地域志向を促す。地域勤務を医師としてのキャリア形成の一部として明確に位置づけることが、地域医療の担い手を確保する鍵である。2. 勤務医と開業医が相互に補完し合う「地域医療連携モデル」

を構築し、在宅医療・救急・慢性疾患管理などを協働して担う仕組みを制度化する。これにより、限られた人材を有効に活用し、地域全体で医療提供力を維持することができる。

3. 医師会・自治体・大学医局の三者が協働し、地域ごとの医師数、診療機能、後継者計画をデータ化・共有する「見える化」を進めることで、医師配置の偏在を早期に把握し、将来を見据えた戦略的な人材配置を可能とする。これらの取り組みが、地域医療を持続的に支える現実的かつ実効性のある基盤となる。

自由開業医制度と地域医療を守るための医師会の役割

こうした取り組みを行政任せにすべきではない。現場の実情を最も理解しているのは、地域で日々医療を担う医師自身である。したがって、医師会が主導して制度設計や調整を行うことが不可欠である。地域医師会は診療所や病院の実情を把握し、地域全体の医療マップを描ける唯一の組織である。医師会が「地域医療協議会」を設置し、開業希望医師と地域の医療ニーズをマッチングさせる仕組みを整備することが有効である。また、引退を予定する医師と若手医師をつなぐ「地域医療継承プログラム」の創設も重要であり、医療の断絶を防ぎ地域医療の継続性を確保するうえで大きな意義を持つ。さらに、各地域医師会は、開業希望医師の窓口となるだけでなく、自地域で開業する魅力や支援体制を積極的に発信し、地域間で競い合うような活力ある仕組みをつくることが望ましい。医師会が主体的に動くことで、自由開業医制度は「不変の原則」ではなく「地域とともに進化する制度」として新たな価値を持つものである。

おわりに

自由開業医制度は、日本の医療の自由と多様性を象徴する制度である。しかし、人口減少と高齢化が進む現代において、単に自由を保障するだけでは地域医療を維持できない。今後は、「自由を守り、地域を支える」新たな段階への転換が求められている。その実現のためには、県医師会および地区医師会が主導し、現場の知見をもとに地域医療の仕組みを再設計することが必要である。

(4) 都市部からみえる自由開業医制の今と未来への提言

福岡市医師会 王丸 陽光

1. はじめに

日本の医療制度は、現在まで『国民皆保険制度』と『自由開業医制』を両輪として発展してきた。『自由開業医制』とは、医師が資格を有すれば自由に診療所を開業できる制度である。この制度は、患者が医療機関を自由に選ぶことができる『フリーアクセス』を保障し、戦後の医療水準の向上と普及に大きく貢献してきた。しかし、社会構造が大きく変化している現代において、『自由開業医制』は多くの課題に直面している。今回、今まで考えられてきた『自由開業医制』の長所と短所をもとに、都市部における自由開業医制の現況と今後の私見について述べる。

2. 自由開業医制の長所と短所

(1) 長所

①医療の質の向上

開業医間の競争原理が働くことによって、各医療機関の医療サービスの質などが向上する。例えば、患者が自院を受診してもらうために、医師は診療技術の研鑽に励むだけでなく、待ち時間の短縮や院内環境の整備などといった患者満足度を高める努力を行う。

②地域に根差した医療の提供

これまで多くの開業医は、地域住民の健康を長期的に支える『かかりつけ医』としての役割を担っており、地域社会の重要なインフラとなっている。

③医師のモチベーションの向上

医師は自らの理想とする医療を追求し、専門性を活かした診療所を開業することが可能である。そのため、自身の裁量で医療を提供できることは、医師の仕事に対する満足度やモチベーションの向上につながる。

(2) 短所

①医療機関の地域的偏在

医師は都市部や人口の多い地域に集中して開業する傾向があり、地方やへき地では医師不足が深刻化している。このことにより、地域によっては受けられる医療の質に格差が生じている。

②診療科の偏在

医師の働き方や開業の方法などによって、特定の診療科の開業が集中する傾向にある。一方で、労働条件などが過酷な診療科の新規開業は敬遠され、地域によってはこれらの医療へのアクセスが制限されている。

③過当な競争による弊害

診療所が乱立する地域では、患者が自院を受診してもらうための過当競争が起こる。そのため、過剰な診療が行われるリスクや専門外の自由診療への誘導などの問題が生じる。

④経営重視による医療の歪み

開業医は、医師であると同時に診療所の経営も求められる。そのため、経営面を優先し

て、過剰な診療や利益に結びつきやすい医療（自由診療など）が行われる可能性がある。

3. 都市部における自由開業医制の課題

『自由開業医制』は、われわれ医師に与えられた権利である一方で、『医の倫理』を遵守することを前提に成り立ってきた。日本医師会では、この『医の倫理』を『医の倫理綱領』として採択 (https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/000967.html) している。時代と共に社会構造が変化しても、医療を行う上でその根本である『医の倫理』は不変でなければならない。しかし、現在その『医の倫理』が揺らぎ始めている。都市部において、その象徴的な事例が今でも過剰に開業が行われている美容医療である。

美容医療は、疾患を治療する医療から発展し、整容的な面においてQOLの更なる向上をもたらす医療であり、現代の生活においては不可欠となっている。一方で、美容クリニックの乱立や自由診療であるため、前項の2. (2) ③や④の傾向が年々強くなっていることは、報道などで承知の通りである。また、その収益性の高さから企業も美容医療に参入することによって、ますますこのような課題が深刻化している。さらに、都市部の基本診療科の診療所においても、新規開業の増加によって経営重視の傾向となっており、企業の介入や専門外である自由診療を行う診療所も増加してきている。

つまり、都市部の医療はビジネス医療へシフトしてきていると同時に、この影響が地方の医療にも波及し、日本の医療は負のスパイラルに陥りつつある状況である。

4. 自由開業医制の未来

厚生労働省は、医療資源の偏在を是正するため『外来医療計画』を推進しているが、これは『自由開業医制』を制限しているようなものであり、つまり医師が自分の自由や権利を制限していることに他ならない。日本の医療制度においては、世界各国と比較しても、医師や患者に多くの自由な権利が与えられており、その恩恵をお互いに受けることができる素晴らしい制度である。日々変化する社会構造の中で、この制度を維持していくためには、医療の根本をなす医師や患者の倫理観を見直す必要がある。

例えば、医師であれば『医の倫理』についての医学教育を充実させる、患者であれば国民に日本の医療がどのように行われているかを医療制度も含めてしっかりと伝えていくというように、医療の根本を国全体で考えていくことである。そのためには、行政だけではなく日本医師会などの医療団体や教育機関である大学も一体となって、今後の医療や医療制度に取り組んでいくことが、今後の『自由開業医制』を維持していく上で重要であると考える。

4. 日本の医療体制の良さが導く未来について

(1) 未来に医療体制の良さを残すために、今考えるべきこと、すべきこと

福岡市医師会 雨宮 直子

日本の医療は、1. フリーアクセス、2. 国民皆保険、3. 自由開業制という三つの柱によって、世界に誇るべき体制を築いてきた。これらの仕組みにより、国民は必要なときに必要な医療へ自由にアクセスでき、地域や経済状況によらない公平な医療提供を長年にわたり実現してきた。実際、COVID-19のパンデミックにおいて日本は他の先進国と比較して死亡率が低く、経済的ダメージも小さく抑えられたが、それにはこの医療体制の存在が大きく寄与していると考えられる。

しかし現在、この誇るべき医療体制は大きな岐路に立たされている。社会保障費や医療費の削減が声高に議論され、医療機関の経営は悪化の一途をたどっている。かつては「患者に必要な医療を提供する」という本来の使命を中心に据え、経営に過度に頭を悩ませることなく地域の健康を支えることができた。しかし今や「必要な医療を提供すること」と「経営を維持すること」が背反しかねない状況が生じている。さらに、医師の偏在や地方の過疎化・高齢化により、医療過疎地と呼ばれる地域も発生しており、地域間格差は拡大している。このままでは、日本の医療の良さそのものが失われかねない。

では、未来にこの医療体制の価値を残すために、今何を考え、何をすべきか。私はその方向性を、以下の五つに整理したい。

1. 持続可能な財源と支払い制度の再構築

医療は国民の生命を守る「社会的投資」であるという視点に立ち、医療費の総量のみを抑制する議論から脱却すべきである。必要な医療には適切な対価が支払われる仕組みへ転換し、地域医療や救急医療など採算性だけでは維持できない領域には公的支援を強化する必要がある。

さらに踏み込めば、医療が高度化し医療費が増大していく現代において、高度な医療技術を誰に、どのように適用するべきかについて、社会全体で正面から議論することも避けては通れない。

加えて、近年、IT化の進展や人材不足により、医療分野にはさまざまな業種が参入するようになった。これに伴い、新たなコスト構造が生まれている。従来から課題とされてきた消費税（仕入れには課税される一方、診療報酬には転嫁できない）に加え、システム導入費、維持・管理のための手数料、人材確保のための経費など、医療費に十分反映されてこなかった費用が医療機関の経営を圧迫している。したがって、単なる物価高騰への対応にとどまらず、社会情勢の変化を踏まえた医療費のあり方を再検討する必要がある。

2. 医療従事者を守り、育てる体制づくり

医療従事者の不足は、医療体制を根幹から揺るがす重大な課題である。医療従事者は目の前の患者を決して放っておくことはできず、その責任感と倫理観によって医療が支えられている。しかし、医療の需給バランスがとれていない地域や領域では、医療従事者の「気

概」だけで医療を維持せざるを得ない状況が続いている。

過重労働の是正や働き方の柔軟化、ICTの活用による業務効率化などにより、どのような状況でも医療が継続できる環境を整えることが不可欠である。そして、それに要する経費を公的に支えることも当然必要である。そもそも、このような現場の熱意だけに頼る持続不可能な構造は、早急な改善が求められる。

3. 地域に根ざした連携と機能分化の推進

すべての医療機関がすべてを担うのではなく、地域で役割を分担し、相互に連携する「地域完結型医療」を実現すべきである。病院と診療所の垣根を越え、急性期から慢性期、在宅医療まで切れ目なくつながる体制を構築することで、患者の安心と医療資源の効率的活用が可能になる。地域包括ケアシステムの充実も含め、多職種や自治体との連携をさらに強化していく必要がある。

4. 医療の公益性を守り、過度な利益追求を抑制する

医療は本質的に公益性を有し、営利追求を主目的とすることは容認できない。医師は「患者の利益を最優先する」という倫理的使命感をもって医療に従事しており、自らの利益のために医療を行うことはこの使命と根本的に相反する。また、それを優先すると、不要な検査や治療の増加、質の低下、患者の安全性の損失につながりかねない。

一方で、医療機関が持続可能に運営されるための適正な対価は確保されなければならない。したがって、診療報酬の透明化、外部資本の関与に対する適切な規制などを通じ、医療の公益性を損なうような過度な利益追求を抑制する制度的枠組みを構築する必要がある。こうした取り組みにより、医療者の倫理と患者本位の医療を守りつつ、安定した医療提供体制を維持することができる。

5. 国民と「医療をともにつくる」意識の共有

医療は医療提供者だけで維持できるものではなく、国民もまた医療体制を支える重要な主体である。日本の医療体制の良さは、「必要なときに、いつでも安心して医療を受けられる」ことであるが、それを未来に引き継ぐためには、国民一人ひとりが医療を当然に与えられるものとして消費するのではなく、限りある社会資源として共に守り育てるという視点を持つことが求められる。

そのためには、医療制度や費用構造、健康リテラシーに関する教育・啓発を行政・医師会・メディアが連携して進めていく必要がある。患者と医療者の信頼関係を基盤とし、「医療を共につくる」という意識を社会全体で共有することこそが、持続可能な医療の未来を切り拓く力となる。

すなわち、「医療を守る」とは単に制度を維持することではなく、医療提供者・利用者・行政・社会全体がそれぞれの責任と役割を共有し、信頼に基づく新たな協働の形を築くことである。この協働を実現するために、医療の専門性と現場を理解し、行政や社会との橋渡しができる存在として、医師会の担う役割は極めて大きい。

私は、今、毎日の診療の中で、日本の医療の持続可能性について大きな危機感を抱いて

いる。つい最近までは、これほど強く意識することはなく、ここに至るまで深く考えることがなかった自分を反省している。今こそ、医療体制の良さを未来へ引き継ぐための具体的な行動を起こさなくてはならない。国民、行政、そして私たち一人ひとりが互いに信頼し、共に歩み始めることが不可欠である。

(2) 理念の継承と社会の選択 — 望まれる医療の未来とは？

北九州市医師会 的場 ゆか

1. はじめに — 国民皆保険制度の理念と成果

戦後の日本は「すべての人に公平で質の高い医療を」という理念のもと国民皆保険を整えた。所得や地域にかかわらず必要な医療へアクセスでき、自己負担も比較的抑えられてきたことは、健康寿命の延伸と社会の安定に寄与している。受療機会の格差が小さいことは、人々の生活不安を和らげ、社会の連帯を支える土台となってきた。

2. 制度の持続を脅かす構造的課題

(1) 社会保障負担の増大

少子高齢化で給付費は増え続け、現役世代の保険料負担は限界に近いとされる。医療・介護・年金を合わせた負担感は、家計や企業活動にも影響し、世代間の公平性を巡る緊張も高まっている。

(2) 制度疲労と人材危機

医師・看護師の過重労働、医療資源の地域偏在、医療法人の経営逼迫が顕在化する一方で、高度化する医療やチーム医療の成果が十分に評価されにくい。DPC下で効率化が強まる一方、地域医療支援、災害対応、教育・研修など公益機能への評価は不十分で、物価上昇も収益構造を圧迫している。結果として医療界全体の人材流出や離職が加速し、提供体制そのものの脆弱化につながる。医療DXも現場任せの断片的導入に留まり、標準化不足やシステム連携の欠如が、利便性を阻みつつ費用と業務を増やしている。

3. 方向転換 — 効率化から「適正化」への再構築

必要なのは単なるコスト削減ではなく、医療の本質的価値を再評価し資源配分を適正化することだ。科学的根拠に基づく医療を徹底し、過剰支援や低価値医療を抑制する一方で、救急・周産期・災害医療など社会を守る機能には適切な投資を行う。さらに、在宅・リハビリ・予防を含む地域包括ケアを充実させ、病院完結型から地域完結型へ移行することが、制度全体の持続可能性を高める。

4. 医療を支える文化的・倫理的基盤の再確認

医療は市場のサービスではなく、社会保障で支えられる社会インフラである。診療報酬や設備投資の議論を超えて、医療者の倫理、患者と社会の信頼、命の尊厳への理解という文化的基盤を再確認する必要がある。難病助成や高額療養費制度は理念の具現化であり、脆弱な立場の人々を守る安全網として、社会の安心を支えていることも忘れてはならない。

5. 社会的合意形成と「医療の優先順位」の再構築

理念を守るには、支える責任をどう分かち合うかの合意が不可欠だ。最先端医療と予防・公衆衛生の配分、希少疾患支援、終末期を含む高齢者医療の公費支援、低価値医療の抑制、DXと人材育成への投資など、限られた財源で優先順位を選び直す必要がある。議論は「削るか増やすか」ではなく、国民が望むアウトカムと負担水準を、データと透明性のもとで

照らし合わせて決めることにある。

6. 国民的議論の必要性

日本の医療体制の良さは、相互扶助と医療者の献身に支えられた文化的遺産である一方、極めて高水準のサービスを安価に提供する構造は持続困難になりつつある。この良さを当然視せず、何を守り、何を変えるのかを社会全体で言語化しなければならない。受診行動や予防も含めて、国家財政と国民負担に見合う医療を再構築するため、医療界・行政・国民が理念を共有し、医師会などの専門団体が対話の場を整え、合意形成を主導することが求められる。

7. 提言 — 次世代に誇れる医療の構築に向けて

(1) 理念の共有

「すべての人に公平で質の高い医療を」という理念を、政策・教育・現場運営の共通基盤として再確認する。医療の目的は「命と健康を守る」ことであると同時に、患者の価値観に沿った癒しを提供することであり、慢性疾患・高齢社会に適した新たな医療観の形成が求められる。

(2) 制度設計

チーム医療・教育・地域貢献を正に評価する指標を整備し、診療報酬の最適化を図る。電子カルテ標準化と情報共有基盤を整え、現場負担の軽減と安全性を両立する。安定財源についても、公的保険・自己負担・企業・地域共助の最適な組み合わせを検討する。

(3) 人材と地域

働き方改革を進め、地域勤務を促すインセンティブを設計する。大学・中核病院を核に教育研修ネットワークを再構築し、地域完結型のキャリアパスを確立する。多職種連携で総合力を高める。

(4) リテラシーと対話

学校教育と情報公開で制度理解を促し、メディアとも協働して国民的対話を継続する。

(5) 医師会の発信

開業・勤務・若手・女性医師を内包する多層的組織として使命を明確化し、わかりやすい発信と双方向の対話を続ける。

8. 結語 — 理念を未来へつなぐ社会へ

技術の高さだけでなく信頼と相互扶助の文化に根ざす医療が、日本の医療体制の良さが牽引してきた価値である。医療者・行政・国民が理念を共有し、医療者を含めた国民一人ひとりが、時代に即した優先順位と負担を選び取ることが、誇れる未来へつながっていく。納得のいく形で支え合い、医療の費用構造と限界を共有し、国民が望む医療の姿こそが、未来の医療を形づくるのである。

(3) 地域医療における医師会の役割、学校検診と検死について

北九州市医師会 中村 和生

2025年度の再生ビジョン委員会の合宿では、衆議院議員の鬼木誠氏をお招きし、医療経済や医師の働き方改革など、様々なテーマについて議論を重ねた。

診療報酬の抑制や医師偏在は、今後、学校健診や検死に影響が出てくると感じている。将来の学校健診と検死について考えた。

(1) 未来の学校健診はどうなるのか？

*過去の学校健診、学校医。

- ・学校医は地域の名誉職であった。
- ・学校医を務めることが、児童、そのご家族が来院する契機となった。集患ツールであった。
- ・学校健診出務のため、午後から休診日を作ったり、外来診療を短縮したりしていた。医療機関や医師に時間的、経済的な余裕があった。
- ・学校医報酬は、年額 25 万円程度であった。
- ・学校健診の手引きがある。健診方法については学校医に一任されており、保護者の方からの注文、質問などは少なかった。
- ・インターネットは発達しておらず、学校健診の連絡は、養護教諭からの電話連絡や書面での通達であった。

*現在の学校健診、学校医。

- ・学校医は地域の名誉職ではない。忙しい中、なるべく引き受けたくない。
- ・学校医を務めても集患効果は乏しい。地域の学校との結びつきは希薄。母校でも学校医を引き受けたくない。
- ・休診や診療時間短縮は、自院経営に直結する。時間的な余裕もない。
- ・学校医報酬は、年額 25～29 万円程度と 30 年前と殆ど変わらない。健診対象の児童数は報酬に殆ど反映されておらず、児童数が増えるほど負担と疾病見逃しリスクが高まる。
- ・物価が上昇し、最低賃金が 1.7 倍に増えていることを考慮すると、学校医報酬は減っていると判断できる。
- ・脱衣、着衣の取り決めが曖昧になっている。プライバシーへの配慮が疾病、虐待、貧困などの発見を上回る傾向にある。長年の学校健診意義の啓蒙不足が露呈した。
- ・学校健診内容や診察方法について、保護者の方からの質問や注文が入る。時に警察に通報されたり、ネットに悪評を書き込まれたりする。
- ・都市圏ばかりでなく、人口減少地区でも学校医を引き受ける医師が不足し、一人で数校を掛け持ちするしかなくなった。
- ・配慮に配慮を重ねた結果、健診時間が長くなり、身体的、精神的負担が増え、学校医を辞めたいという医師が増えた。しかし、成り手がないたため、なかなか辞めることができない。
- ・ご高齢の医師が引退し、学校医も同時に辞められるため、学校医不足に拍車がかっている。

以上、過去と現在の学校健診を比較すると、校医業務に対する考え、価値観が大きく変わったことがわかる。校医不足は深刻で簡単に解決するようには思えない。

今後、医師の偏在が加速し、併せて学校医も減少すると予測される。会員の先生から「学校医推薦をやめるべき。」との声は大きくなるだろう。結果、地域医師会は、学校医の推薦や業務から手を引く可能性がある。

行政、学校は、やむを得ず、地域の医師と直接、学校医契約を結ぶしかない。ただ、年額 25～29 万円程度で学校医を引き受けてくれる医師は少なく、報酬を上げるか、医師派遣会社に委託するしかない選択肢はないだろうか。

(2) 未来の検死はどうなるのだろうか？

現状、低報酬、いつ呼ばれるか分からない検死業務をひき受けてくれる医師は非常に少ない。特定の医師が検死業務を行っている地域が多いが、その医師も高齢化し、検死業務を継承する医師が居らずに今後の見通しは不透明である。

北九州市若松区では、検死医の負担軽減のため、検死に協力可能な医師に手上げいただいで対応している。人口約 8 万人の若松区で、約 10 名の検死協力医で業務をこなしている。

高齢者の増加とともに孤独死も増えるため、検死数は増加する。反面、検死協力医は現状維持か、減る可能性が高いため、協力医の負担は増えるだろう。

財政状況の良い東京都は、検死費用 3 万円から 7 万円程度を公費としてまかない、検死医を確保している。

福岡県では、検死に公費補助は存在しない。所管の警察署から交通費として約 3,000 円が検死医に支払われるのみである。結果、検死を行った医師は、死体検案書の文書料として数万円をご遺族からいただいているのが現状である。

検死医確保のため、福岡県がある程度の予算を組まなければ、ご遺族の経済的ご負担は減ることはない。また、検死業務を行う医師の減少にも歯止めがかからないだろう。福岡県の年間検死数は約 7,000 程度である。福岡県の財政規模から考慮して、東京都と同額は困難であるが、多少の公費補助は可能ではないかと考える。

学校健診の校医推薦、検死医の確保、双方ともに地域の医師や医師会の役割が非常に大きい。今後、医師の偏在、働き方改革、医療費抑制が加速し、協力が困難になると考える。結果、児童や住民への医療サービスの低下に繋がるだろう。決して注目度の高くはない学校健診と検死業務であるが、福岡県、福岡県医師会には、今以上に真剣に取り組んでもらいたい。

(4) 現在の医療制度を持続可能とするために

福岡市医師会 江頭 省吾

現在の日本の医療は都市部でも過疎地域においても多くの問題を抱えている。日本医師会は将来維持すべき医療体制、即ち、「国民皆保険制度」、「フリーアクセス」及び「自由開業権」の堅持をうたっているが、現状のままでそれを維持するのは困難である事は周知の事実である。それぞれに解決すべき問題は山積状態であるが、とりわけ深刻な問題は、地方における若年者を中心とした人口減少に根差した高齢化の加速度的進行であり、それに伴って地域医療体制維持が大きく揺らいでいることだと思われる。こうした地域では、例えば病院やクリニックを誘致できたとしても、患者数減少による収益不足、医師や看護師の確保難、地域の社会生活基盤の弱体化などが重なり、経営の持続可能性が極めて困難となっている。単に医療機関を設置するだけでは解決せず、地域特性を踏まえた柔軟かつ多方面での協力体制構築、特に行政の積極的な協力が得られる仕組みが必要と考える。以下に主要な課題を整理しその方策を考えてみる。

第一の課題は、過疎地域の自治体に取り組んでいる医療提供体制の維持努力が、現実的には持続可能な方向となっていない点である。過疎地域では高齢者が多く、慢性疾患や在宅医療へのニーズが中心であるにもかかわらず、従来型の自治体立病院が存在し、その機能や体制維持に苦慮する状況が多くみられる。このような地域には、比較的規模が大きな急性期や高度医療を提供する病院を維持するほどの人口規模は存在しないため、従来型の病院モデルでは採算が取れず、経営破綻リスクが高いと考えられる。対策としては、先ず病院の維持や新たな病院誘致ではなく、在宅機能を持った小規模クリニックまたは有床診療所という形態で誘致することが望ましく、その実現には地域行政の積極的関与が必須だと考える。例えば、地域に「自治体立診療所」として設立し、そこに自治体立病院、大学病院や地域医療支援病院から医師をローテーションさせるか、都市型生活にこだわりの少ないと思われる中高年医師を誘致する方策が有効と考える。勤務医であるため採算性の問題から解放され医業に専念する事が可能となる。即ち、離島や山間部の診療所のような運営が望ましいと考える。このことで自治体は総合的病院機能維持のための大きな財務負担が、小規模化することにより軽減されると思われる。また、診療所にとっても自治体の総合病院や地域の基幹病院との緊密な関係が可能となり、医療の地域間格差の軽減の一助になるとと思われる。

次に課題となるのは、医療従事者の地域定着である。しかし、過疎地域では都市部と比較し教育環境や情報アクセスの格差、生活利便性の低さなどから、若い世代の医師や看護師が長期的に移住する事が難しい。この対策としてもローテーション勤務制度や都市型生活へのこだわりが比較的少い中高年世代を勤務医として誘致することが有効と考える。これにより、赴任者にとって、生活上の不便さや孤立感を軽減できると考える。

また、過疎地域の弱点である交通アクセスの不便さも対策が必要である。過疎地では交通網が弱体化し、通院が困難な住民が多い。更に専門医や高度医療へのアクセスも制限される。このためには自治体が送迎サービスやコミュニティバスを提供し、交通弱者を支援するとともに、例えば移動診療車などを活用する手段の整備も有用と考える。また、ICTを活用することも必須であろう。遠隔医療体制の確立や医療データ共有を進めることに

より、地域間格差の是正と医療の質の維持が期待できる。

上記のごとく問題解決を医師個人の努力に期待するのは現実的ではない。とりわけ経済面での支援は必須であり、同時にローテーション勤務制度、ICTを活用した遠隔医療ネットワークの整備など自治体主導の体制構築も不可欠である。一方、政府は不採算病院の統廃合を促す施策を進めており、更に民間へも病院のM&Aを促進させようとする姿勢を見せている。地域の関与がないまま政府主導の施策が進めば、地域医療が住民や自治体の望まない形となり、医療提供体制の崩壊へとつながるリスクが高まりかねない。従って、地域医療を守るために自治体は地域におけるこれからの医療体制づくり計画を早期に策定し、それに基づき方策を着実に実施すべきである。ただ、このプロセスにおいては地域住民をはじめとし、地域医師会や基幹病院と十分に話し合う必要がある。これらが実現すれば、自治体は財務負担を軽減しつつ、多少の地域格差はあっても必要な医療が継続的に提供される社会の実現が可能となると考える。

(5) 少子高齢化と社会保障の持続可能性に向けて

筑紫医師会 長谷川 善之

私は筑紫医師会に所属し、太宰府で開業医をしている。いち国民として医療の恩恵を受けるだけでなく、それは自院の経営においても同様である。この事実はあまりに当たり前であり、これが永遠と続くものだと思い、深く意識することはなかった。しかし、再生ビジョン委員会に参加するようになり、日本の医療体制の良さと、その維持が危機に瀕していることを初めて知り、多くのことを考えさせられた。

日本は世界有数の長寿国であり、その背景には国民皆保険制度を基盤とする充実した医療体制がある。この制度により、国民は経済的な不安を抱えることなく医療を受けられ、高い健康水準と平均寿命の延伸が実現できた。戦後、日本の高度成長とともに福祉の増進が進められ、現在の社会保障制度が整備されたことも大きな要因である。

1. 医療アクセスの平等性

日本の医療体制の特徴は、全国どこでも一定水準の医療が受けられる点にある。地方にも診療所や病院が整備され、訪問診療や在宅看護も拡充している。これにより、高齢者が住み慣れた地域で医療を受け続けることが可能になっている。

2. 医療体制の本質と認識

日本の医療体制はフリーアクセス、国民皆保険、自由開業制という三本柱に支えられている。国民にとって大きな恩恵であるが、我々医療提供者にとっても日常の前提となり、その価値を「当たり前」として受け止め、有り難みを十分に感じてこなかった面がある。制度の意義を改めて再認識する必要がある。

3. 医療の質と人材

医療従事者は高い教育水準と倫理観を持ち、チーム医療の体制も進んでいる。医師や看護師、薬剤師などが連携し、治療のみならず生活全体を支える取り組みが広がっている。

4. 技術革新と可能性

I C TやA Iの導入により電子カルテの標準化やオンライン診療、遠隔モニタリングが進んでいる。これにより地域格差が縮小し、限られた人材や資源を補うことが可能となっている。

5. 少子高齢化と社会保障の課題

一方で、日本は少子高齢化による医療需要増大と労働人口減少に直面している。社会保障費は財政を圧迫し、このままでは制度の持続性が揺らぐ恐れがある。

6. 医療体制を持続させるためにやるべきこと

日本の医療体制の良さを出来るだけ長く持続させるには、次の取り組みが必要である。

- (1) 予防医療の徹底：病気を未然に防ぎ、健康寿命を延ばすことで医療費を抑制する。
- (2) 医療と介護の一体化：地域包括ケアを強化し、在宅中心の仕組みを整える。
- (3) 財源の安定化：社会保険料や税制を見直し、公平な負担を実現する。
- (4) 人材確保と働き方改革：医療従事者の環境改善と地域偏在の是正を進める。
- (5) デジタル化と効率化：ICTやAIを活用して業務を効率化し、限られた資源を最大限に活かす。

これらの実現が制度の持続に直結する。

7. 国際的役割

日本は災害医療や感染症対応でも実績を持ち、その経験は国際社会への貢献につながる。特にアジア諸国においては高齢化への対応モデルとして重要な役割を果たすだろう。

結論として、日本の医療体制は「平等性」「質の高さ」「技術革新」「持続可能性」を基盤に未来を支える存在である。少子高齢化や財政難という困難を乗り越え、制度の良さを出来るだけ長く持続させ、国民が安心して暮らせる社会を築くことこそ、日本の医療体制の良さが導く未来である。そしてそれは国民にとっての安心だけでなく、我々医療機関にとっても経営の安定と繁栄をもたらす。制度が健全に維持されれば、患者は安心して受診し、医療需要は安定する。その収益は人材育成や設備投資に再び還元され、医療の質が向上するという良循環が生まれる。医療制度の安定は国民と医療機関の双方にとっての利益であり、この相互依存の循環を守り抜くことこそが、日本の医療の未来を切り拓く鍵である。

おわりに

医師会再生ビジョン委員会副委員長
大牟田医師会 西山 努

今回、福岡県医師会—再生ビジョン委員会に参加（私自身は二期目）し、今回は副委員長を務めさせていただいた。そして、会長諮問『日本の医療制度の良さと未来を考える』について、「国民皆保険」、「フリーアクセス（受診する医療機関を国民が自由に選択できる）」および「自由開業（医療者の開業地域／選択＝無制限）」の観点から10回におよぶ意見交換（討論）の末、それらの観点から委員全員が分担して答申するに至った。

「国民皆保険」、「フリーアクセス」、「自由開業」の各制度は、三位一体となって現代日本の医療制度を支えてきた重要な制度である。しかしながら現在、少子高齢化の進行、経済成長の鈍化、医療資源の偏在など、それぞれの制度の創設期には想定し得なかった課題が山積している。近年それらの課題はさらに難解（重大）な局面に達し、日本の医療制度は静かにそして確実に機能不全へと向かっていると云っても過言ではない。それらの問題点について各委員が真摯に向き合い、日本の医療制度の良さと未来をについて討論し尽くした上で、本答申書が完成した。どの答申にも日本の医療制度の未来が好転する為に必須の方針（打開策）が提言されている。委員全員で刻苦精進して完成させた答書であり、是非ともご一読願いたい。

今回の再生ビジョン委員会でも、8月末に恒例の夏合宿（於ルートイングランディア大宰府）が催された。その際に、『日本医師会常任理事の今村英仁先生：これからの日本の医療は、世界の先駆けとなり得るか～超高齢社会と課題先進国“日本”～』と『衆議院議員の鬼木誠氏：素晴らしい日本の医療をどう守るか？』の両講演を拝聴する機会を得た。どちらも示唆に富んだ内容で、私自身が答申を作成する上で大いに参考になった。演者のお二人には、重ねて深謝申し上げたい。

最後に、今期の再生ビジョン委員会に参加して頂いた委員の皆様には心から『ご苦労様でした。』とお礼を申し上げたい。忙しい診療の合間を縫って県医師会—会議室（含：大宰府—夏合宿）まで出向き、真面目に議論を交わしたからこそ出来上がった答申書である。一方で、本答申書に目を通して頂く医師会関係者には、再生ビジョン委員—全員の『日本の医療制度の未来を良くしたい！』と云う熱い願いが込められた珠玉の答申書である事にも、是非思いを馳せて頂きたい。

本答申の取りまとめにあたり、委員の先生方には、日本の医療体制を支えてきた「フリーアクセス制度」「国民皆保険制度」「自由開業制度」について、多角的かつ丁寧な議論を重ねていただいた。これらの制度は、「蛇口の水を捻れば水が出る」と同じように誰もがが必要な医療にアクセスできるという“当たり前”を長年にわたり支えてきたものであり、国際的にも高く評価されている日本の大きな強みである。

患者が自ら医療機関を選べる自由、所得差に左右されず医療を受けられる皆保険制度、そして地域の医療ニーズに応じて医師が柔軟に開業してきた歴史は、戦後日本の医療提供体制を形づくってきた柱であった。しかし、これらの制度が今後も自然に維持されるとは限らない。人口構造の変化、医療財政の制約、医師偏在や地域間格差、医療DXの進展など、医療を取り巻く環境は大きな転換期を迎えているのである。

本委員会では、こうした課題を受け止めつつ、制度の価値を損なわず次世代へ継承するための方向性を検討してきた。制度の持続性を高めるためには、医療提供者の努力だけでは不十分であり、国や自治体、そして国民との協働が不可欠であると考えている。地域特性を踏まえて医療資源を適切に配置し、医師や医療機関が最大限に能力を発揮できる環境を整えることが、未来の日本医療を守る上で最も重要な要素である。

また、日本の医療の魅力は制度面だけでは語り尽くせない。地域の医療を支える、かかりつけ医、病院勤務医など医療提供者が、患者のみならず地域住民に向き合い続けてきた姿勢など、数値には表れない地域・社会への貢献が、日本の医療の質を形づくってきたのである。委員会では、今までの価値を大切にしながら、制度改革を進めていく必要性について認識を共有した。

医療は単なるサービスではなく、人々の生活と人生に深く関わる営みである。したがって、制度改革は効率や数字だけで論じるべきではなく、医療を受ける人、医療を担う人それぞれに寄り添う形で進められるべきであると考えている。

本答申が、日本医師会として「日本の医療体制の良さと未来」を広く社会とともに考えるための一助となることを願うとともに、私たちが受け継いできた医療の価値を損なうことなく次世代へ引き継ぐために、これからも不断の対話と努力を続ける必要があると考える。

各委員の感想

雨宮 直子 委員長

この度、三期目となる医師会再生ビジョン委員会において、委員長を努めさせていただきました。人や物事をまとめることは決して得意とは言えず、進行や調整の面で至らぬ点多かったことと思いますが、委員並びに事務局の皆様のご理解とご協力により、本委員会の活動を無事に終えることができました。この場を借りて、心より感謝申し上げます。

本委員会では、「日本の医療体制の良さと未来を考える」という諮問のもと、フリーアクセス、国民皆保険、自由開業制という三つの柱を軸に議論を重ねてまいりました。地域特性の違いによる医療提供の実情、日々の診療から感じる課題、医療機関経営の厳しさ、病院勤務医における働き方の問題など、立場や環境の異なる委員から寄せられた率直な意見は、日本の医療が直面する現実を多面的に示すものでした。

日本の医療体制が有してきた強みを再確認し、今後の医療の方向性を考え、医療の未来を少しでも明るいものにすることを委員の一人ひとりが深く考える2年間であったと感じております。今般の医療法改正においては、自由開業制のあり方に一定の制度的見直しの動きが見られました。こうした変化を踏まえつつ、現場の視点から将来を見据えた提言として、本答申書がよりよい日本の医療の未来にわずかでも寄与できれば幸いです。

西山 努 副委員長

字数の関係で答申の本文では言及し得ませんでした。委員会では「患者が手軽に医療機関を受診し過ぎる、過剰受診」や「医療機関側の過剰診療／濃厚診療」を、国民皆保険制度の弊害としての意見も少なくありませんでした。しかしながら、住民が医療機関を受診しなくなれば、我々医療者が収入を得ることが出来なくなる事も事実です。国民皆保険制度は、患者（需要）と医療機関（供給）のバランスが均衡してこそ機能する制度です。少子高齢化問題が深刻な地方都市（過疎地）では、それが不均衡な状態が顕在化しています。云い換えれば、現行の国民皆保険制度は、①医療財源の不足（答申本文を参照）のみならず、②医療の需要と供給のアンバランス（地域によっては、供給過多の所為で医療機関が淘汰される局面も。現在、医療構想調整会議で審議中）の、二つの根本的（致命的？）な問題をかかえています。（特に筆者が開業する大牟田地区の有明医療圏では、この「少子高齢化一問題」を先決問題として取り組まなければ、先ごろ政府が決定した「医療施設等経営強化緊急支援事業」はその場しのぎで、絵に描いた餅で終わってしまいかねません。）

感想文としては、意図に反して悲哀感の漂う文章になってしまいましたが、今回の再生ビジョン委員会での見識は、普段の町医者診療では得難い見聞（経験）を得ました。雨宮委員長をはじめ、委員会の諸先生、県医師会役員、そして県医師会事務局の方々に深謝申し上げます。

竹田津 宏子 副委員長

今回、2期目となる再生ビジョン委員会に副委員長として参加させていただきましたが、十分に期待に応えられたかどうかについては反省も残るものでありました。しかし、本委員会での議論に加わることができたことは、私にとって大変貴重な経験でありました。日本の医療体制の根幹に関わるテーマを、委員の皆さまと多角的な視点から検討する中で、日常診療に追われる中では見えにくくなっていた日本医療の価値を改めて見つめ直す機会となりました。

日本の医療は“当たり前を受けられるもの”として国民に浸透していますが、その背景には、フリーアクセス制度、国民皆保険制度、自由開業制度という三つの柱が存在します。これらの利点や課題を、患者側と提供者側の双方から整理できたことは大きな意義がありました。他の委員からの多様な意見や、日本医師会常任理事の今村英仁先生の講演からも新たな気づきを得ることができました。

制度を守るだけでは未来の医療を持続させることはできません。大きな社会課題のもとで、制度の良さを損なわず柔軟に進化させる必要性を強く実感しました。今回の経験で得られた視点を、今後の活動に生かしていきたいと考えています。

的場 ゆか 委員

初めて答申づくりに参加し、多くの学びを得ました。議論を重ねる中で、国民皆保険を支える理念の重みと、各々の持ち場において医療体制の持続性に対する切迫した懸念が広く共有されていることを強く実感しました。

医療の価値を守り続けるためには、単なる効率化ではなく「適正化」へと舵を切る視点が不可欠であり、それは日々の診療における一つひとつの判断にも直結します。勤務医も開業医も、同じ地域の健康を支える地続きの存在であります。立場や役割が異なっても、患者の尊厳と社会の安心を守るという使命は共通しており、相互理解のもと協働してその使命を果たしていくことが重要だと感じました。

医師が国民に必要とされる存在であり続けるためには、透明性を意識しながら社会への貢献を重ね、信頼を維持していく姿勢は欠かせません。同時に、限られた財源のもとで優先順位を選び直す議論から目を背けず、低価値医療の抑制や予防の推進にも医師自らが主体的に関与する覚悟が必要だと痛感しました。今後は医師会の発信を通じて、国民と双方向に学び合う場を広げ、受診の適正化や制度理解の醸成にも力を尽くしたいです。積み上げてきた信頼と誇り、謙虚さを忘れず、日本の医療を未来へつなぐよう努めていきたいです。

古賀 豊 委員

私が担当した答申のお題は「国民皆保険制度の良さと未来」でした。私は「OTC類似薬の非保険化の功罪」に論点を絞って自分の考えを整理しましたが、その思考過程において、医療現場の実情を政治に正確に反映させる重要性を強く感じました。「医政なくして医療なし」というスローガンを今まで何度も耳にしてきましたが、その意味がようやく腑に落ちた感じです。日本の医療体制の良い理念を踏まえつつ、現実的に持続可能な体制へ

の変革を進めるためには、政治家・国民・医療者が同じ熱量で意見を交わし、変革の落とし所を追求する必要があると思います。再生ビジョン委員会に参加しなければ、私はこのような考えを持てなかったかもしれません。委員会では、自分の知らない情報を毎回大量に浴び続けましたが、まさに情報の滝行で「新しい気づき」を得た心境です。医師会活動を敬遠してきた私ですが、今は多くの医師に医師会活動を経験していただきたいと思っています。本委員会の運営にご尽力いただいた県医師会の方々に感謝申し上げます。

川本 京子 委員

今回初めて再生ビジョン委員会に参加させて頂いたものの、なかなか参加できず先生方との意見交換がきちんとできていたかは疑問であります。しかし、立場が違う先生方の考え方や同じ資料でもその捉え方の違いに驚き、日本の医療という大きなテーマなど普段考えることなく日常業務をこなしている毎日の中では、いい刺激になりました。

今回のテーマでは日本の医療の良さに改めて気づくとともに、その危うさにも気づかされました。今後、子供たちの世代に少しでも良いものが残せるように、いま私たちが頑張っていかなければならないと考えることができた1年半でありました。

委員長をはじめ委員会の先生方、県医師会の理事の先生方、事務の方大変お世話になりました。

中村 和生 委員

再生ビジョン委員会では、現在の医療の問題点、医師会のあり方、医療制度などについて協議を重ねました。大変な時代に医師として生きていると実感する契機となりました。

現状、病院、診療所、歯科などの倒産件数が過去最多を更新しています。しかし、我が国は、医療費抑制、診療報酬改悪の手を緩めようとしません。このままでは世界最高水準の我が国の医療は廃れてしまうと感じました。

福岡県医師会内部で協議を行って改革を声高に唱えたところで、国家が医療分野を財政上のお荷物と判断して切り捨てようとしているのですから致し方ありません。

つい五年前までは、新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者に対し、拍手やライトアップで感謝されていました。もう、遙か昔に感じます。

おそらく、救急医や病床不足による救急車のたらい回しや救急患者の受け入れ停止、検死医不足による骸の放置、校医不足による学校検診瓦解、産科医、小児科医不足による母子医療の崩壊が起こるまで、国家も国民も気づかない、あるいは気づかないフリをするのではないかと感じています。

救急診療や日々の業務で疲弊し、そのような日が来ないことを祈りつつも、「そこまで医療が落ちぶれて漸く認識する。これもまた歴史だ。」と考えるようになりました。

ただ、文句を言っても何も始まらないので、私心を棄てて医療活動に全力で取り組む決意、心が折れぬよう精進を続けたいと考えています。

江頭 省吾 委員

医師会再生ビジョン委員会のメンバーとなりましたが、委員会へあまり参加できず十分な議論ができなかった事が心残りです。今回の委員会議論は「国民皆保険制度」、「フリーアクセス制度」、「自由開業権制度」を維持する事がテーマでしたが、それにとどまらず、「医師の進路選択の偏り問題」、「医師の地域的偏在問題」、「人口減少への対応問題」、「かさむ医療費問題」、「低く抑えられた診療報酬問題」、「人件費や経費の増加問題」、などの問題が複雑に絡み、解決法策の提案を導き出すには容易ではない事を実感しました。また、日本の医療制度のユニークさや将来的政治課題など、諸外国の事情や政治家の意見を伺うことができ大いに刺激を受ける事ができました。

ただ多くの委員からの意見では、現在の条件下でこれらの制度を維持するのは極めて困難（不可能）との見解が委員会メンバー全体で共有でき、その上でどの部分をどの程度制限すれば上記三原則を維持できるのか、といった建設的な意見が多く提案され議論が深まったことは、私にとって大きな経験となりました。

今後もこのような委員会が続いてゆくことを願っています。

井上 久子 委員

これまで、医療制度や政策について深く考えることなく過ごしていました。考えないようにしていた、が正しいのかも知れません。しかし、近年の業界全体の経営状況が厳しくなるタイミングで、再生ビジョン委員会へ参加することとなりました。否が応でも、色々と考えを巡らせる事となりました。自身の知識とボキャブラリーの乏しさに向き合うのは辛かったですが、委員の先生方のお陰もあり、多少なりとも自分の言葉で意見を言えるようになった気がしています。そして、委員会を通じて多くの先生方と知り合うことができたのも、私の財産となりました。感謝のひとつであります。

長谷川 善之 委員

筑紫医師会理事として「医師会再生ビジョン委員会」に参加し、日本の医療の未来を俯瞰的に考える重要性を強く実感しました。議論を通じ、社会保障費の増大により国が医療費抑制を進めざるを得ず、その影響が国民皆保険制度やフリーアクセス、自由開業制度といった日本の医療の根幹を揺るがしている現実を初めて深く認識しました。これらは、当然の前提として享受してきた制度ですが、維持には医師側の意識と働きかけが不可欠であることを痛感しました。特に、制度設計や財源、政策判断を理解する「医政」の重要性を学び、診療だけでは医療の未来を守れないことを理解しました。8月の合宿では、地域医療や海外制度との比較、財政的持続可能性など幅広い視点から医療を見直し、他科・他世代の医師との対話を通じ、自身の視野の狭さに気付かされました。今回の経験を通じ、「良い医療」は現場と制度の両輪で成り立つことを再認識し、制度を次世代へ持続可能な形で継承する責務を自覚しました。今後は理事として医師会活動に主体的に関わり、日本の医療の価値を守るために何ができるかを考え行動していきたいです。

坂田 元子 委員

令和6年、粕屋医師会理事を拝命し、再生ビジョン委員会に参加させていただきました。毎回、委員会の前日までに届く膨大な資料に圧倒され、目を通すことに必死で、考えをまとめる余裕がなく、フリーディスカッションでは動悸に悩まされることもありました。

しかし、日常診療では意識しない医療制度について深く学ぶことができ、大変勉強になりました。特に1泊2日の合宿は、貴重な機会でありました。日本医師会常任理事の今村英仁先生のご講演『これからの日本の医療は世界の先駆けとなり得るか～超高齢社会と課題先進国“日本”～』の中で、倫理観、国民の医療観は国によって異なり、どのようなイデオロギー(理念)を国民が持っているか、倫理解析から考える医療提供の考え方というお言葉に感銘を受け今回の答申書を作成しました。今後は、フリーアクセス制度や国民皆保険も何らかの形で制限される可能性が高いだろうと考えております。自由開業も管理され、医学生や研修医の専門選択にも制約が生じるかもしれないです。これまで当たり前のように内科を選択し、診療できていたことに改めて感謝しております。

財政状況から診療報酬はさらに厳しくなると予想されますが、目の前の患者に集中し、誠実な診療を心がけたいです。狭い視野に囚われがちでしたが、委員の先生方の多様なご意見に触れ、大変有意義な時間となりました。心より感謝申し上げます。

豊永 次郎 委員

令和6・7年度福岡県医師会再生ビジョン委員会において、「日本の医療体制の良さと未来を考える」という会長諮問に対する答申書作成に携わり、私は自由開業制について担当しました。自由開業制は、日本の医療を支えてきた重要な理念であり、その是非を論じることには強い葛藤がありました。しかし、答申作成を通じて、自由開業制・国民皆保険・フリーアクセスという三原則を同時に維持することが、医療費単価の抑制を招き、結果として病院経営を悪化させ、地域医療の持続性を損なっている現実を明確に認識しました。私は飯塚医療圏で地域医療に携わる中で、医師偏在による病院機能の維持困難や、医師会活動を担う人材の減少を日常的に実感しています。理念を守るだけでは地域医療は維持できない。医師会こそが現実から目を背けず、制度の在り方を正面から問い直し、地域医療を守る立場で責任ある提言を行う必要があると強く感じた委員会でありました。

宮城 佳昭 委員

今回、令和6年9月より第9期再生ビジョン委員として参加しました。これまで参加した田川医師会の歴代の前任者からは医政など勉強になる会だから、といやいやながら参加したのを覚えています。雨宮直子委員長をはじめ、委員に選任された皆さんの医療に対する知見の広さにびっくり、無知な自分を思い知らされました。8月の合宿の親睦会ではアルコールも入り、皆さんの楽しいお話も聞くことが出来ました。今後の診療に活かし、今後の地域医療を盛り上げていきたいです。

荒牧 昌信 委員

2期4年にわたり本委員会で答申の作成に関わる機会を得たことは、地域医療の現状と将来について深く考える貴重な経験となりました。医師偏在、人口減少、高齢化、医師の働き方改革など、地域医療を取り巻く課題は複雑かつ深刻で、もはや個々の医療機関や個人の努力のみで解決できる段階ではないことを強く実感しました。

自由開業医制度の理念を守るには、制度を固定化するのではなく、地域の実情に応じて柔軟に変化させていく必要があります。その中心的役割を担うべき存在が医師会であり、今こそ医師会が主導権を持ち、医師配置や医療機能の調整、若手医師の地域定着支援などを戦略的に進める改革が不可欠であります。

同時に、医師会員一人一人の意識改革も重要であります。自らの診療所や専門領域のみに目を向けず、地域全体の医療を「自分たちの問題」として捉える姿勢が求められます。地域医療は誰かが担うものではなく、会員全員の協働によって初めて成り立つものであります。本委員会での議論を通じ、医師会とは単なる職能団体ではなく、地域医療の将来を設計し、守り、育てる責任ある組織であることを再認識しました。今後もさまざまな機会を通じて、医師会とともに活動していきたいと考えています。

小野 英尚 委員

今回初めて再生ビジョン委員会に参加させていただいて、会長諮問である「日本の医療体制の良さと未来を考える」というテーマを聞き、当地区医師会の再生ビジョン委員会を経験されておられる先輩の先生方から、「いい勉強になるけど、なかなか骨太な委員会だからね・・・」と言われたことが頭をよぎり、開業医として地域の患者様と向き合いながら日々の診療をこなしてきていただけた自分に、皆様に発表できるようなことがあるのかと、不安な気持ちで委員会に参加していました。しかし委員会に参加していくうちに、日本の医療体制の良さや問題点を、様々な診療科の先生方の意見を聞き、色々な地域で患者様と向き合いながら、日本の医療体制を守るために頑張っておられる同志であるという事がわかり、今回の委員会で学んだことを活かして、日々の診療に取り組みたいと思いました。

最後に、今回のテーマについて、わかりやすい資料を提示していただき、少しずつ問題点や課題などを、議論しやすいように導いて頂けたことは、委員長をはじめ県医師会の先生方のご尽力の賜物であり、心より御礼申し上げます。

王丸 陽光 委員

私自身としては、第9期再生ビジョン委員会に参加したことで、日本の医療全体について真剣に考えるよいきっかけとなりました。われわれ医師は、医師会が提供する情報やマスコミ報道などで日常の医療情報を得ていますが、実際にそれらのことについて先生方と形式的に直接議論する機会があまりありません。この委員会には、県内各地区から様々な診療科の先生方が参加されているため、各地区の医療現場の現状や各先生方の医療に対する考えを直接拝聴することができ、大変有意義でした。

今回作成した答申は、各委員の先生方の『日本の医療体制の良さと未来を考える』熱い想いが詰まった結晶となります。しかし、答申の作成が第9期再生ビジョン委員会の終わりではなく、各委員の先生方が委員会で得た情報や知識を各地区の会員の先生方に直接伝えていく作業も必要ではないでしょうか。

今後の再生ビジョン委員会が、福岡県医師会や各地区医師会の更なる発展に寄与することを期待したいと思います。

横倉 義典 委員

これこそ、今ある危機感の実際であります。何に対する危機感なのか。それは今まで築き上げられてきた日本の医療の形に対してです。現状を維持することが困難になり始め、改革・変革・進化もしくは破綻いずれかの路を選ばなくてはならないことへの前兆を感じているのだと思います。

私が医師会の委員会に最初に参加させて頂いたのがこの委員会であります。医師会内で最も若手？が集う委員会で、与えられた諮問について自由闊達に議論し答申をまとめ上げます。規約では50歳以下の文言がありますが、目安でしかありません。要は柔軟な思考を持って、建設的に将来へのビジョンを描ける人が県内各ブロックや会長推薦で集うのであります。そもそも私だって年齢では若手ではありません。還暦までカウントダウンが始まっているのだから。ただ、医師会という枠にはめると、特に役員と限定するとさらに狭まりますが、若手と呼ばれます。ただ、これは正直少し異常な世界だと思っています。そしてこの10年、委員としてそしていつの間にか担当役員として参画し続けてきました。幸いなことに、一期前は日本医師会の未来ビジョン委員会にも参加させていただきました。全国の新進気鋭の医師と関わり多くの英知を得ることができ、その繋がりは今も続いています。今回のこの委員会も、地域医療の現場で患者、家族そして医師をはじめとした各種の医療関係者と日々接し、自院自診療科の現状と運営に奔走する委員が赤裸々な意見を出し合い議論してきました。だからこそ、「これこそ！」であります。

この答申をぜひ多くの関係者の方々に目を通していただき、今ある現場の葛藤を読み感じてもらいたいです。そして将来どのように進化したのか振り返る資料となることを確信しています。委員の皆様、2年間ありがとうございました。

原 祐一 委員

福岡県医師会における再生ビジョン委員会は、比較的若い世代の会員が中心となり、日本の医療体制の未来を真剣に考える貴重な場であります。会長諮問である「日本の医療体制の良さと未来を考える」を受け、私たちは約一年半にわたり、フリーアクセス、国民皆保険、自由開業制という三本柱を軸に議論を重ねてきました。

改めて感じたのは、これらの制度が日本の医療の根幹を支え、多くの国で実現が難しい「公平性」と「アクセスの良さ」を生み出してきたという事実でありました。一方で、その良さが当たり前となり、制度維持のための財源やマンパワー、地域格差といった課題が顕在化していることも浮き彫りとなりました。特に、フリーアクセスが患者の利便性を高

める一方で、医療資源の偏在や地域医療計画との整合性に影響を及ぼしている点は、今後の政策設計において避けて通れない点であります。

議論を通じ、若い世代の医師が制度の強みと脆弱性を同時に理解し、臨床現場の感覚と制度設計の視点を往還させながら議論を深めてゆく姿が印象的でありました。国民皆保険の持続可能性、さらには自由開業制が地域ごとのニーズとどのように調和しうるのかなど、多様な視点が交わることにより、医療の将来に対する具体的な課題と希望が見えました。

一年半の議論は結論を示すだけでなく、次代を担う医師が医療制度の担い手として、自ら考え、意見を発信する重要性を再確認する機会となりました。日本の医療の良さを守りつつ、将来世代へ持続可能な形で継承していく責任を、委員会を通じて強く感じました。

田中 耕太郎 委員

委員の皆様、2年にわたる委員会への参加ご苦労様でした。

今回の議論においては、やはり雨宮委員長の博識と細やかな目配りが際立ちました。また、それを支える西山副委員長の“西山節”や竹田津副委員長の的を得た鋭い発言が運営に花を添えていた印象です。先生方本当にありがとうございました。

今までの私の経験の中でも、特に最後の委員長の議論は中身が濃く、記憶に残るものでした。惜しむらくはこの議論を最後にして委員会が終了してしまうこと、、、とても残念です。

なぜ、このように中身のある議論ができたかを考えると、やはり直前に行った太宰府での合宿が大きかったと思います。一泊二日で委員たちが語り明かし、遠慮なく語り合える間柄になれたことが大きかったのではないのでしょうか。今後の反省として、合宿は早めに行うことにしたいと思います。

また、原常任理事や横倉理事が、適宜必要な資料を準備してくださったおかげで、今まで考えたことのなかった海外の医療情勢まで中央の情報に触れることができました。ありがとうございました。

最後に、委員の先生方、お気をつけてください。この委員会で話し合った内容は、色々なしがらみをなくして考え合った“ぶっとんだ話”です！地元医師会で安易に話すとビククリされてしまうかもしれません。TPOを考えて話してくださいね。

皆様本当に長い期間ありがとうございました。

平田 泰彦 副会長

この委員会は、平成22年3月に「これからの医師会のあり方」について最初の答申を出して以来、活動している伝統ある委員会と伺っています。医療制度の将来や地域医療のあり方など、多岐にわたるテーマに取り組んでおり、福岡県の医療の未来を考える上で重要な提言を行ってきました。今期は雨宮直子委員長、西山努副委員長の絶妙の司会の下、フリーアクセス制度、国民皆保険制度、自由開業医制度という3本の柱で、諮問「日本の医療体制の良さと未来を考える」への答申を出されました。

日本の医療制度は従来から国民皆保険制度の下で低コスト、高品質な医療を提供してき

ました。しかし昨今の、高齢化とそれに伴う疾病構造の変化、生産年齢人口の減少による人手不足、更には最近の物価高、高賃金、診療報酬抑制政策などにより、医療提供体制は大きな転換期を迎えています。

こういう中で日頃から地域医療を様々な立場で担う委員は現場の問題点をお互いに吐露し講師の話聞いて真剣に議論し、今国が何を考えどこに向かっているのかを垣間見ることができたのではないではないかと思えます。原祐一常任理事、横倉義典理事、日本医師会常任理事の今村英仁先生、鬼木誠衆議院議員には深く感謝申し上げます。

今後は答申が終わり無くフリーアクセスと「医師や診療科の偏在対策」、国民皆保険制度と「かかりつけ医機能報告制度」、自由開業医制度と「新たな地域医療構想」と一筋縄では行かない解決すべき問題が複雑に絡み合い立ちはだかっています。この答申が福岡県の医療政策に反映され、委員の皆様がここで経験したことを元に地域医療の現場で今後リーダーシップを発揮されることを期待しています。

第9期医師会再生ビジョン委員会日程

会長諮問「日本の医療体制の良さと未来を考える」

令和6年度

第1回 令和6年 9月26日(木) 19:00

第2回 令和6年11月25日(月) 19:00

第3回 令和7年 1月20日(月) 19:00

第4回 令和7年 3月24日(月) 19:00

令和7年度

第5回 令和7年 5月19日(月) 19:00

第6回 令和7年 7月28日(月) 19:00

第7回(合宿)

令和7年 8月30日(土) 16:00

- ・講演「これからの日本の医療は、世界の先駆けとなり得るか
～超高齢社会と課題先進国“日本”～」

日本医師会常任理事 今村 英仁

令和7年 8月31日(日) 9:00

- ・講演「素晴らしい日本の医療をどう守るか？」

衆議院議員 鬼木 誠

第8回 令和7年11月17日(月) 19:00

第9回 令和8年 1月20日(火) 19:00

第10回 令和8年 3月16日(月) 18:30

- ・答申提出