

令和6・7年度
医政研究委員会 答申

令和8年5月
兵庫県医師会 医政研究委員会

目次

はじめに	2
社会保障費と医療財源について	4
医療費適正化という名の医療費削減に翻弄される医療者たち	6
フランスの社会保障と世界屈指の国民負担率	8
「日本の医療費」これからどうする？	10
社会保障財源としての消費税	13
女性の年金の行方～第3号被保険者制度と遺族年金～	15
ドイツの医療財源と医療政策	17
高額療養費制度の現在地を考える	19
まとめ	21
おわりに	22

令和8年5月20日

兵庫県医師会
会長 八田 昌樹 様

答申書

令和6年諮問第3号をもちまして本委員会に諮問のありました「社会保障(医療)財源について」に関し、慎重審議の結果、次の通り結論を得ましたので、ここに答申いたします。

兵庫県医師会医政研究委員会

委員長	生島 雅士
副委員長	川崎 史寛
副委員長	木村 紀久
委員	大西 康文
同	片嶋 隆
同	武部 健
同	久野 文
同	由井倫太郎

(副委員長以下、50音順掲載)

はじめに

社会保障制度は、しばしば「ゆりかごから墓場まで」と表現されるように、私たちの人生のすべての段階にわたって重要な役割を果たしている。年金や医療保険、福祉制度、失業保険などから構成される社会保障は、人が生まれ、成長し、働き、老いるという人生のあらゆる段階の過程において欠かせない支えとなり、社会全体の安定を維持するために不可欠な制度である。しかし、その規模や複雑さゆえに、制度の全体像、財源の仕組みを十分に理解することは容易ではなく、国民の多くが「支え合いの仕組み」を実感しにくい状況にある。

年金制度は、現役世代が納めた保険料で高齢者の生活を支えるものであり、医療保険は病気やけがの治療費を共助、連帯の精神のもとで補う。福祉制度は、高齢者や障害者、困窮者を支援し、失業保険は職を失った人々の生活を一時的に下支えする。これらの制度は相互に密接に関連しながら、国民生活のあらゆる過程を支えている。すなわち社会保障は、単なる制度の集合体ではなく、国民一人ひとりの生活の「セーフティネット」として機能しているのである。

しかし、この社会保障制度を持続的に運営していくためには、膨大な財源を必要とする。特に少子高齢化が急速に進む日本では、年金、医療、介護などに要する支出が年々増加しており、現役世代が納める保険料や税収だけでは制度を支え切れない状況が続いている。最新の統計によれば2023年度の国民医療費は約48.1兆円に達し、過去最高を更新した。今後も高齢化の進展と新たな医療技術の普及に伴い、医療費の増加は避けがたいと見込まれている。したがって、社会保障財源の確保は、我が国の最重要課題の一つである。

財源確保のためには、税制の見直しや新たな財源の調達の検討が不可避である。消費税の引き上げや所得税・法人税・社会保険料の見直しなどが議論される一方で、国民負担増大には、慎重な検討と丁寧な説明が求められる。また、支出の効率化も極めて重要であり、医療提供体制の最適化や行政コストの削減、デジタル化や遠隔医療などの推進など持続可能な制度設計が求められている。

社会保障はまた、政治の場においても常に主要な争点であり、この2年の間、政治情勢は大きく変化した。2024年の衆議院選挙では、政治とカネの問題を契機に石破内閣が誕生したものの、就任からわずか26日後の総選挙で与党は過半数を割り込み、政権運営は不安定化した。その後の2025年参議院選挙では、物価高対策や現役世代の可処分所得の増加、外国人労働者政策などが主要な争点となったが、自民・公明両党は再び大敗し、衆参両院で少数与党となった。最終的に石破内閣は退陣し、高市早苗氏が自民党総裁に選出されるとともに、自民党と日本維新の会による新たな連立政権が発足した。就任後、早期解散し行われた2026年衆議院選挙では、政権の枠組みや高市政権の政策路線への信任に加え、物価高への対応、現役世代の可処分所得向上、社会保障改革、そしてとりわけ消費税減税の是非が大きな争点となった。自民党は大幅に議席を伸ばし、高市政権の政策路線は一定の民意による信任を得たものと受け止められ、連立政権は安定した政権基盤を回復するに至った。こうした政治情勢の変化は、社会保障・医療政策の方向性にも少なからぬ影響を及ぼし、とりわけ、医療財源の在り方、給付と負担のバランス、そして世代間・世代内・地域間の公平性をどのように確保するかという課題が、再び議論の俎上に載ることとなった。

社会保障制度の改革は、一時的な財政措置や制度変更ではなく、微調整を加えながら国民全体で支え合う持続可能な仕組みとして構築することが求められている。年金・医療・

介護の制度改正は国民生活に直接影響を及ぼすため、合意形成には時間と丁寧な議論、「理屈」ではなく「納得」が不可欠である。特に、医療制度においては、限られた財源の中で安全で質の高い医療を確保し続けるため、医療提供体制の効率化と地域医療の再構築が喫緊の課題である。

今回、医政研究委員会では、前述の社会保障制度とその財源をめぐる課題認識を踏まえ、委員一同が多角的な視点から検討を重ね、活発な議論を行った。その中心的なテーマは、世界や国民から高く評価されている「国民皆保険制度」に代表される我が国の医療と、その根幹を支える財源の在り方である。医療が国民生活にいかに関与し、さらには我が国の経済・社会の安定と発展にどのように貢献できるか、近年の新たな知見の蓄積や技術革新の進展による医療の高度化と医療費について、医療費をはじめとする社会保障費の財源選択をどのように設計すべきか、安全で質の高い医療を将来にわたり持続可能なものとするためにはどのような制度的工夫が求められるか、医師偏在や診療科偏在といった地域医療の構造的課題を踏まえ、2040年を見越した「地域医療構想」にどのように対処していくのか、フランスやドイツなどの主要欧州諸国における医療制度および医療財源の変革から我が国への示唆となる点は何があるか、現行の社会保障制度に内在する問題点、課題についても各委員の報告を踏まえて整理・検討を行った。

これらの検討成果を広く共有するため、2025年5月17日に第28回医政フォーラムを開催し、高久玲音氏を招聘して、「社会保障の財源と医療提供体制」と題する基調講演を賜った。講演後には、委員会報告を踏まえたシンポジウム形式による討議を行い、多角的な視点から有益な示唆を得た。さらに、2026年5月9日には第29回医政フォーラムを開催し、島崎謙治氏を招聘して、「国民皆保険の危機と展望」と題する基調講演をいただいた。引き続き、同様にシンポジウム方式による討論を実施し、社会保障制度の持続可能性に関する多面的な示唆を得た。

これら一連の活動を通じて、社会保障財源をめぐる課題が単なる財政論にとどまらず、医療提供体制の在り方、地域医療構想、そして国民一人ひとりの健康と安心を支える社会基盤の問題であることを再認識した。本答申書は、その議論の成果をもとに、医療と財源を将来にわたり持続可能なものとするための課題整理と提言をとりまとめたものである。

社会保障と医療財源を考える基本的視点

医師には、人々の生命と健康を守り、誰もが平等に安全で質の高い医療を受けられるよう支えるという重大な使命が課せられている。医療は診療報酬という形で公的財源により支えられており、その制度の持続可能性は国民生活全体に直結する問題である。したがって、我々医療従事者には、日々の診療に専念するだけでなく、社会保障制度や医療財源の構造を正しく理解し、責任ある立場から議論と提言を行う姿勢が求められている。社会保障は単なる給付制度ではなく、国民の生活基盤を下支えする**社会的共通資本**であり、医療者はその担い手として制度の内側に立つ存在である。

社会保障制度の本質と経済における役割

厚生労働省は、社会保障制度を国民の「安心」と生活の「安定」を支えるセーフティネットと位置づけ、「社会保険」「社会福祉」「公的扶助」「保健医療・公衆衛生」の四つの柱から構成され、生涯にわたりすべての国民を支える制度であると説明している。経済学者・権丈善一氏は、社会保障を、ミクロの視点では貢献原則に基づいて分配された所得を必要原則に基づいて修正する再分配制度であり、マクロの視点では基礎的消費を社会化することによって有効需要を全国に配置する経済政策手段という二重の性格を持つ制度と位置づけている。すなわち社会保障は、格差を是正し、社会の安定と経済成長を同時に支える制度基盤である。現代資本主義社会において、医療・介護や保育・教育といった分野を支払い能力にかかわらず提供することは不可欠であり、社会保障は出生と同時に始まり、生涯を通じて継続的に提供される社会的インフラである。

社会保険制度における再分配と世代間理解

社会保険制度が果たす再分配機能には、今必要でない人から今必要な人へ資源を移転する「保険的再分配」と、必要でない時期から必要な時期へ備える「時間的再分配」という二つの側面がある。少子高齢化と雇用の不安定化が進む現代社会において、**社会保障は個人の生活リスクを平準化し、消費を安定させる不可欠な装置**である。近年、「年収の壁」が負担増として強調されることが多いが、社会保険料の負担は将来の給付と表裏一体であり、短期的な損得ではなく、生涯を通じた受益と負担の関係で理解されるべきである。高齢者医療費の増大をめぐって世代間対立が語られることもあるが、「若者」と「高齢者」という対立軸ではなく、誰もが通過する「就労期」と「高齢期」という時間軸で捉えることが、社会保障制度を冷静に理解するうえで不可欠である。

我が国の社会保障制度の成熟と財政的課題

日本の社会保障制度は、戦前の共同体的相互扶助や慈善事業を起点として発展し、戦後1946年の生活保護法、1961年の国民皆保険・皆年金制度の実現を経て確立された。現在では、医療、年金、介護、雇用保険等を包括する成熟した制度体系となっているが、世界に例を見ない速度で進行する高齢化により、給付水準は増加の一途をたどっている。2024年度の社会保障給付費は約138兆円に達し、そのうち医療費は48.0兆円と全体の約3割を

占めている。これを支える公費は国家財政の中核を成しており、給付と負担のバランスをいかに再設計するかは、我が国の将来像を左右する重要課題である。

医療費の規模と内訳

我が国の医療費は2022年度で46.7兆円、一人当たり約37万円、対GDP比8.24%であり、経済規模を踏まえれば必ずしも過剰な水準ではない。OECD諸国との比較においても、日本の医療費が突出して高いとは言えず、むしろ効率的に医療サービスが提供されている側面がある。医療費の内訳を見ると、医科診療費が約7割を占め、その中で入院医療、外来医療、調剤医療が一定の比率で構成されている。財源面では、保険料が約50%、公費が約38%、患者負担が約12%であり、6割以上が自己負担または企業負担によって賄われている。この構造を踏まえれば、医療費の持続可能性を確保するためには、単純な給付抑制ではなく、負担の在り方を含めた制度全体の再設計が不可欠である。

社会保障を「負担」から「投資」へ再定義する視点

社会保障費の伸びを抑制すれば、一時的に財政は安定するかもしれないが、医療・介護人材の賃金は抑制され、人手不足が深刻化し、結果として国民生活の不安が増大する。その帰結として消費は冷え込み、経済成長は阻害される。これはミクロの合理性を積み上げた結果がマクロでは非合理となる、いわゆる「合成の誤謬」に他ならない。医療・介護・保育は地域に根差したサービス産業であり、雇用と消費を地域内で循環させる重要な経済基盤である。診療報酬の引き上げにより医療費が増加することは、GDPの増加を通じて税収増にもつながり、医療は社会全体に対する投資として位置づけることが可能である。

医療者の倫理と持続可能な制度への責務

経済学者・宇沢弘文氏は、医療と教育を社会的共通資本の中核と位置づけ、営利原理ではなく高い倫理性に基づいて運営されるべきであると説いた。また森亘元日本医学会会長は、「必要にして十分な医療」「節度ある医療」「品位ある医療」の重要性を指摘し、医師に与えられた裁量権は、知識・教養・品位を兼ね備えた専門家によって良識をもって行使されるべきであると述べている。超高齢社会の進行に伴い、社会保障費の増大は避けられないが、国民皆保険を堅持しつつ持続可能な医療制度を構築するためには、我々医療者自身が制度の担い手として自らの役割を自覚し、適正な医療提供とともに、社会に対して責任ある提言を行っていくことが求められている。

「医療費適正化という名の医療費削減に翻弄される医療者たち」

(川崎 史寛副委員長担当)

ACPの推進と診療現場への影響

終末期医療に限らず、地域医療、在宅医療の現場において、近年はACP(アドバンス・ケア・プランニング)の重要性が強調されており、これは日常診療においても、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心疾患、腎機能低下など、さまざまな慢性疾患の管理の場面において、もしもの時のために患者が望む医療やケアについて十分に情報を共有しながら治療方針を決定していくことを求めるものである。このような診療を真摯に実践しようとするれば、必然的に一人ひとりの患者に割く時間は増加し、結果として単位時間当たりに対応できる患者数は限られてくる。しかしながら、時間をかけて丁寧な説明を行い、ACPを意識した診療を実施したとしても、診療報酬は原則として一律であり、20分を要した診察であっても、5分で終了した診察であっても、再診料は同一である。この構造のもとでは、社会が求める医療の質に応えようとするほど、医療者は労働時間を延ばさざるを得ず、従来と同水準の収益を維持するためには、より長時間働くことを余儀なくされることになる。

人件費上昇と医療機関経営の現実

最低賃金をめぐっては、国政選挙の場において1,500円、あるいは2,000円といった数字が示されるなど、医療機関経営の実態や財源への配慮が十分とは言えない議論が先行し、その結果として最低賃金は段階的に引き上げられている。これに対する対応策としてベースアップ評価料が導入されているが、その算定に伴う煩雑な事務作業は、結局のところ医療機関側が担わなければならない。簡便化が図られたとはいえ、実務負担が消えるわけではなく、ACPなど時間を要する診療に取り組む中で、さらに事務作業に時間を割かれるという状況が生じている。社会全体では働き方改革の名のもとに長時間労働の是正が求められている一方で、医療現場においては、むしろそれとは逆行する仕組みが制度として積み重ねられているように感じられる。職員の基本給が上昇すること自体は、日々真摯に業務に従事していることを考えれば当然であるが、人材確保のためには高い時給を提示せざるを得ないにもかかわらず、応募自体が少ないという現実もある。加えて、医師自身の労働対価に目を向けると、やりがいは十二分にあるものの、診療報酬が抑制される中で収入が上昇する見込みは見られない。仮に名目上の収入が維持されたとしても、加算算定のための事務作業など、医療行為以外の業務時間が増加すれば、実質的な時間当たりの報酬は低下していくことになる。

診療報酬改定の影響と医療者の疲弊

加えて医療材料についても、人件費、運送費、原材料費の高騰を背景に価格上昇が続いており、消耗品についても同様の影響を受けているが、診療報酬がこれらのコスト上昇に見合う形で見直される動きは乏しい。むしろ、前回改定において特定疾患療養管理料が一部疾患から除外され、生活習慣病管理料へと移行した結果、同じ業務内容で、より多くの情報を患者と共有することが求められるようになったにもかかわらず、医療機関の収入は減少しているのが実情である。このような状況が続けば、医療者の心身の負担は限界を超えかねない。

実際、岐阜県保険医協会が実施した調査では、開業医の平均寿命が70.4歳と、日本人全体の平均寿命より約10年以上短いという驚くべき結果が報告されている。**我々医師も医療者である以前に一人の人間であり、適切な休息や余暇を必要とし、最低限の生活のゆとりを求めるのは自然なことである。**しかし現行制度のもとでは、命を削るように働き続けるか、収入を抑えつつ診療規模を縮小し、限られた患者のみを診るかという選択を迫られ、発展的な将来像を描くことが困難である。

診療報酬への提言と地域医療の将来

以上を踏まえ、今後の診療報酬改定に対する提案として、診療所運営の基盤である**初診料および再診料について、物価や人件費の上昇を反映した十分な評価を行うことが不可欠**であると考え。これが確保されれば、医療者が安心して診療に専念でき、地域医療の要である民間の診療所・病院を持続的に維持することが可能となるであろう。具体的な点数設定については物価上昇率に見合った水準が望ましいが、その最終的な判断は政治の責任に委ねられる部分も大きい。もし現在のように民間医療機関の存続を困難にする政策が継続されれば、地方から医療機関が姿を消し、都市部においても診療所の淘汰が進み、我が国が誇るフリーアクセス体制が維持できなくなる可能性が高い。受診までに長時間待たされる状況が常態化すれば、軽症と考えられる症状については自己判断で市販薬に頼る動きが広がることも想定されるが、医療者の関与がないまま症状が悪化すれば、結果としてより多くの医療資源を必要とする事態を招きかねない。社会は医療に対して、きめ細やかな対応、人生の最終段階まで寄り添う医療を求めているが、それを実現しようとするれば、医療現場が置かれている現状が、物価高騰や手取り増加といった一般的な経済議論とは全く異なる次元で進行していることを、広く共有する必要があると考える。

フランスにおける国民負担率の特徴と社会保障の位置づけ

フランスはOECD諸国の中でも国民負担率が極めて高い国として知られている。国民負担率とは、年金や医療保険などの社会保障負担と、所得税・法人税・固定資産税・付加価値税等の租税負担を合算し、これを国民所得やGDPで除した指標である。OECD加盟国40か国の国際比較では、国民負担率対GDP比が日本は22位であるのに対し、フランスは世界第1位に位置しており、典型的な高福祉・高負担国家といえる。

フランスの社会支出は対GDP比で他国を上回る水準にあり、社会保障制度は国民生活の安定を国家運営の中核に据えた設計となっている。医療、年金、失業、住宅といった生活基盤を広く支える点において、社会保障はフランス社会における中心的な制度的位置づけを占めている。

高齢化の進展と社会支出構造の特徴

フランスでは日本ほど急速ではないものの、高齢化率は着実に上昇しており、それに伴い社会支出も増加してきた。社会支出の内訳をみると、高齢者向け給付の割合が高いことに加え、失業給付や住宅支援への支出が他国と比べて手厚い点が特徴である。

一方で、フランスの高齢化率は22.1%と、ドイツ(23.2%)やイギリス(19.5%)と大きな差はなく、日本の29.7%と比べると低い水準にある。すなわち、フランスの社会支出の大きさは、人口構造の特殊性というよりも、「給付水準を維持する」という政策選択の結果と捉えるべきである。

医療保険財源の限界とCSG(一般社会拠出金)導入の背景

CSG導入以前のフランスでは、医療保険財源の大部分を社会保険料に依存しており、その約7割を事業主が負担していた。1967年以降、医療保険財政の悪化に対応するため保険料率は度重なる引き上げが行われ、1984年には事業主負担12.6%、被用者負担5.5%、合計18.1%に達していた。

この高い事業主負担は雇用コストを押し上げ、1980年代以降、フランスでは10%前後の慢性的な高失業率が続いていた。また、家族手当が全額事業主負担であったこともあり、雇用創出や企業の国際競争力確保の観点から、従来の保険料中心の財源構造は限界に直面していた。加えて、高齢化の進展により社会保障費は増大し、新たな安定財源の確保が不可欠となっていた。

CSGの制度的性格と財源構造の転換

こうした状況を受け、1991年、ロカール政権下でCSG(Contribution Sociale Généralisée:一般社会拠出金)が導入された。CSGは、稼働所得のみならず、年金・失業給付等の代替所得、資産所得、投資益、さらには1997年以降、くじ・カジノの獲得金までを課税対象とする、極めて広範な課税ベースを有している。

CSGは議会承認を必要とする点で租税的性格を持つ一方、その収入は家族手当、医療保険、老齢保険など社会保障給付に厳密に充当され、社会保険料徴収機関によって徴収

されるという点で、社会保険料的性格も併せ持つ。すなわち、税と社会保険料の中間的制度として、国民連帯になじむ給付を幅広い負担で支える仕組みへの転換を実現した制度である。

導入当初1.1%であったCSG税率は、その後、課税対象拡大と税率引き上げを通じて段階的に拡充され、社会保障財源としての役割を拡大してきた。その結果、1990年には社会保障基金収入の86%を占めていた社会保険料の割合は、2020年には56%まで低下し、CSGや租税を含む多元的な財源構造へと転換している。

租税構造と高い国民負担率の受容

フランスは世界で最初に付加価値税(VAT)を導入した国であり、導入当初から比較的高い税率を維持してきた。加えて、歴代政権は税率引き上げや課税ベース拡大を通じて、安定的な財源確保を進めてきた。これらの要素が、社会保険料以外の租税負担を含めた国民負担率の高さに大きく寄与している。

このような高負担構造にもかかわらず、フランスでは社会保障給付の充実と税・拠出金の使途に対する一定の信頼が存在し、結果として国民負担率の高さが社会的に受容されていると考えられる。

フランスの医療制度と日本との対比

フランスの医療制度は職域ごとの医療保険制度を基盤としつつ、国民の約99%を公的医療保険でカバーしている。かかりつけ医制度が重視され、診療報酬は医師組合と保険者との交渉により決定されるため、診察料は日本と比較して高い水準にある。知識・経験・専門性が報酬の中で評価される制度設計となっている点が特徴である。

一方、日本では初診料・再診料が低く抑えられ、検査や投薬を含め一つの医療機関で完結する利便性の高い医療が提供されており、薄利多売型ではあるが極めて効率的な医療提供体制が構築されている。この日本の医療の価値は、国際的にみて過小評価されがちである。

日本への示唆—財源論から逃げない社会保障改革

フランスは、社会保障給付の抑制ではなく、財源確保に正面から取り組むことで制度を維持してきた国である。社会支出の増大に対し、当初は保険料や自己負担の引き上げで対応し、さらなる財源不足にはCSGの新設・拡充によって賄うという選択を行ってきた。

これに対し、日本では診療報酬改定を通じた医療費抑制が長年続けられてきたが、その余地はすでに限界に近づいている。今後は給付抑制のみを議論するのではなく、消費税、社会保険料、資産・金融所得課税などを含めた財源論を避けることなく、国民的議論として真正面から取り組む必要がある。

フランスの経験は、高負担であっても社会保障への信頼と納得があれば制度は維持可能であることを示している。我が国においても、制度の持続可能性を確保するため、財源論を中心に据えた社会保障改革へと舵を切ることが強く求められる。

「日本の医療費」これからどうする？

(武部 健委員担当)

はじめに

日本人の平均寿命は男女ともに80歳を超え、世界有数の長寿国である。加えて、医療水準を国際比較した評価では日本が最上位に位置づけられるとの報告もあり、我が国は高い水準の保健医療を提供してきた。日本の医療の特徴は、国民全体を公的医療保険制度で保障し、医療機関を自由に選択できるフリーアクセスの下で、皆保険制度を維持するため一定の公費投入を行っている点にある。皆保険の基盤となる国民健康保険法は昭和33年(1958年)に制定されたが、当時は高度経済成長期であり、現在とは経済成長率や人口構成が大きく異なる。今後も医療の高度化と高齢化の進行により医療費は増加が見込まれることから、日本の医療費の現状と、その持続可能性に向けた論点を整理する。

日本の医療費と国際比較

国民医療費は年々増加し、2022年は46.7兆円(対GDP比8.2%)である。人口一人当たり医療費は1991年17.6万円から2022年37.7万円へと増加し、30年間で2倍以上となっている。医療費をOECD加盟国で比較すると、日本の医療費は対GDP比11.5%で第4位に位置する一方、一人当たりでみると第19位であり、**国際的にみて医療費水準が「突出して高い」とまでは言い切れない**。なお、OECD統計上の医療支出には介護や予防医療等が含まれる一方、我が国が算出する国民医療費にはそれらが含まれない点には留意が必要である。

初診料・再診料と物価・最低賃金の推移

消費者物価指数は過去10年間で上昇し、全国最低賃金も2014年の780円から2024年の1,055円へと上昇し、約1.35倍となっている。一方、同期間における初診料・再診料の伸びは、初診料が90円、再診料が40円の増加にとどまり、それぞれ1.03倍、1.04倍である。すなわち、診療報酬は物価や人件費の上昇に十分追随していない。医療は労働集約型産業であり、医療機関の費用構造において人件費が大きな割合を占め、約5割に達するとの報告もある。医療機関が収支改善を図るには、収入増または費用抑制が基本となるが、最低賃金は今後1,500円を目安に引き上げられることが見込まれ、人件費の抑制のみで対応することは現実的に困難である。医療分野でもDX推進が掲げられているものの、**医療の質と安全を担保する上で人による対応が不可欠な領域は多く**、機械化による人件費削減には限界がある。したがって、次期以降の診療報酬改定においては、物価・賃金上昇を踏まえた基礎的評価として、初診料・再診料の適切な見直しが求められる。

医療費の伸びの要因

医療費増加の要因について厚生労働省は、高齢化の影響に加え、医療の高度化等の寄与が大きいと分析している。我が国では、新規技術や先進医療として実施された技術が、評価を経て保険導入され、日常診療に普及することで、高い水準の医療提供体制が形成されてきた。近年は抗がん剤をはじめ高額医薬品の使用が拡大しており、今後も悪性腫瘍患者の増加が予測される中で、より有効で高額な治療薬が開発・導入される可能性が高い。高額医薬品はADLの改善や生命予後の延長に寄与し、患者・家族に大きな利益をもたらす一方、医療費増加圧力となることも避けられない。

高額医薬品への対応

高額医薬品の増加に対しては、薬価制度改革として年4回の再算定制度が導入され、さらに2019年から費用対効果評価制度が導入された。これはQALY(質調整生存年)等を用い、一定の基準に基づいて価格調整を行う枠組みであり、費用対効果が相対的に低い品目については価格を引き下げ、医療費の抑制に資する品目は評価する設計となっている。加えて、高額医薬品の最適使用推進は医療費の効率化に直結する。個別化医療の研究を進め、投与前に効果予測が可能となれば、無効例への投与を減らし、医療資源の適正配分に資する。また、診療ガイドラインにおいても費用対効果や適正使用に関する記載を充実させる必要がある。最適使用を担保する観点からは、一定の施設要件・医師要件の設定も検討に値する。

国民医療費の負担

我が国の医療保険制度は社会保険方式を基本としつつ、皆保険維持のため公費が投入されている。国民医療費の財源を患者負担・保険料・公費に分けてみると、1950年代以降、患者負担は低下し、保険料は概ね横ばいで推移する一方、公費は増加傾向にある。1960年の医療費に占める公費割合は約20%であったが、2020年には38.4%、金額にして16.5兆円に達している。今後も医療費とそれに伴う公費負担の増加が見込まれ、財政当局が医療費抑制に強い関心を寄せる背景となっている。

高額療養費制度

近年、政策課題として注目されたのが高額療養費制度である。本制度は窓口負担が高額となった場合、自己負担限度額(上限額)を超えた分が払い戻される仕組みであり、重篤疾患や高額治療に対する家計防衛の役割を担う。一方で高額療養費は増加傾向にあり2006年1.5兆円(対GDP比4.5%)から、2021年2.9兆円(対GDP比6.3%)へと拡大している。2025年度予算案では、自己負担上限額の引き上げ等を含む見直し案が示されたが、各方面からの反対意見を受けて凍結され、2025年秋までに制度方針を検討することとなった。今後も高額な治療法・医薬品の開発と利用拡大が見込まれる中で、制度の持続可能性を確保するため、所得に応じた負担の在り方、費用対効果を踏まえた給付設計、最適使用の徹底など、複数の観点からの再検討が求められる。

増加する医療費への対策:保険範囲の検討

諸外国では、薬剤の有効性や治療効果に応じて償還率を変える制度が採用されている例があり、フランスはその一つである。日本においても、医療の有用性評価に応じた自己負担の在り方を検討することは選択肢となり得る。現在の医療保険は、同一所得であれば窓口負担割合は同様であり、給付範囲も原則として一律である。一方、民間医療保険では、追加負担により保障範囲が広がる商品設計が存在する。こうした考え方を公的制度へどの程度取り入れ得るかについては、皆保険の理念、アクセスの公平性、逆選択の問題、所得再分配機能など慎重な検討が不可欠であるが、例えば保険料負担や給付内容の在り方を中長期的課題として議論し、公費負担の増加を抑える方策を探ることには一定の意義がある。

まとめ

医療費は増加を続けており、今後もその傾向は継続する可能性が高い。日本の国民は皆保険制度の下で、比較的低い自己負担で高水準の医療を受けているが、この制度を持続可能とするためには、社会情勢の変化に応じた制度設計の見直しが避けられない。また、国民にとっても「**良質な医療には一定の費用を要する**」ことを共有した上で、限られた財源の中でどの領域に重点的に資源配分を行うのか、医療の質・公平性・持続可能性のバランスを踏まえた慎重な検討が求められる。

社会保障財源をめぐる現状認識

我が国では人口減少と急速な高齢化の進展により、年金・医療・介護を中心とする社会保障給付費が今後も確実に増加することが見込まれている。1970年代にはGDP比で5%未満であった社会保障給付費は、2022年度には20%を超え、社会保障は国家財政の中核を占める支出項目となった。とりわけ医療費と年金給付総額の増加は顕著であり、制度を将来世代に引き継ぐためには、安定的かつ持続可能な財源確保が不可欠である。

社会保障財源としての消費税の制度的位置づけ

消費税は1989年に導入され、その目的は「国民福祉の充実等に必要な歳入構造の安定化」と明確に位置づけられてきた。2012年の社会保障・税一体改革以降、消費税増収分は年金・医療・介護・少子化対策に充当されることが法的に担保され、現在では社会保障目的税としての性格を有している。消費税は、**税込規模が大きく、景気変動や人口構成の変化の影響を相対的に受けにくい点、特定の世代や所得階層に負担が集中しにくい点**において、高齢化が進行する社会に適した基幹税である。

消費税以外の財源の限界

社会保障財源の中心である社会保険料は、勤労世代と企業に負担が集中する構造となっており、少子高齢化が進む中で、これ以上の引き上げには雇用や賃金への悪影響が懸念される。とりわけ事業主負担の増加は、非正規雇用の拡大や人件費抑制を通じて、経済全体の活力を損なうおそれがある。また、国債による財源調達は今後世代への負担先送りであり、債務残高対GDP比が主要先進国中で最も高い我が国において、恒常的な財源として依存することは許容されない。所得税についても、労働所得への過度な依存は就労意欲や国際競争力の低下を招く可能性がある。

消費税の課題と論点

もっとも、消費税を社会保障財源とすることには、いくつかの論点がある。

第一に、消費税が本当に社会保障に使われているのかという疑問である。消費税は社会保障目的税として位置づけられている一方で、会計上は一般財源である。

しかし、現時点では、社会保障公費負担分が消費税収を上回っており、消費税収のみで社会保障費を賄っているわけではない。したがって、消費税が社会保障以外に流用されているか否かを議論する以前に、消費税収だけでは社会保障財源として不足しているという現実を直視する必要がある。

第二に、消費税の逆進性の問題である。所得に占める消費の割合は低所得層ほど高くなるため、消費税は所得に対して逆進的な性格を持つとの批判がある。

しかし、単年度の所得だけで負担能力を判断することには限界がある。高齢者など、所得は少なくとも一定の金融資産や不動産を保有する層も存在し、生涯所得の観点から見れば、貯蓄はいずれ消費に回るため、消費税は過去に蓄積された資産にも一定程度課税する仕組みと捉えることができる。

さらに、消費税を財源として低所得層に厚い社会保障給付を行えば、税と給付を合わせた制度全体としては逆進性が消失し、再分配機能を有することになる。

第三に、輸出免税制度に関する不公平感である。日本の消費税は、国際的に一般的な仕向け地主義を採用しており、輸出品については国内で消費されないため免税とされ、仕入れ時に支払った消費税相当額が還付される。一方、輸入品には国内品と同様に課税される。

この仕組みは、国際競争の中立性を確保し、二重課税を回避するために必要な制度であり、税制上の論理的整合性は高い。ただし、実際の取引過程において、下請け企業が十分に消費税分を価格転嫁できず、結果として負担を押し付けられるような状況があれば、それは看過できない問題である。

また、食料品等に対する消費税率の引き下げについては、国民生活への配慮という点では理解できるものの、税収減によって社会保障財源の基盤を揺るがす可能性がある。

食料品の消費税を0%とした場合、数兆円規模の減収が生じると見込まれ、減税は一度導入すると見直しが困難である。

国際比較から見た消費税の必然性

フランスや北欧諸国をはじめとする高福祉国家では、付加価値税率が20%を超える国が一般的であり、一定水準以上の社会保障給付を維持するためには、消費税に依存せざるを得ない現実がある。これらの国々は、高い国民負担率にもかかわらず、安定した社会保障制度と経済成長を両立させており、国民の理解と納得のもとで消費税を基幹財源として位置づけている。我が国のみが低い消費税率を維持したまま、同水準の社会保障を将来にわたり維持することは困難である。

結論—消費税引き上げの必要性

以上を踏まえると、今後の社会保障制度を持続可能なものとするためには、**消費税を引き上げることは不可避であり、必要である**と結論づけざるを得ない。消費税は万能の財源ではないが、社会保険料や国債に過度に依存することなく、世代間の負担を平準化し、将来世代への責任を果たすための最も現実的かつ安定的な財源である。重要なのは、消費税率の引き上げを単独で行うのではなく、その用途を明確に社会保障に限定し、給付の内容と制度改革を同時に進めることである。国民に対して、何のために負担を求め、その負担がどのように社会に還元されるのかを丁寧に示すことによって、消費税引き上げは初めて社会的合意を得ることが可能となる。

社会保障制度は「負担」ではなく、国民の安心と経済の安定を支える「社会的投資」である。消費税の引き上げは、その基盤を将来世代へ引き継ぐための責任ある選択であり、避けて通ることのできない政策判断である。

年収の壁をめぐる問題提起

近年、「年収の壁」をめぐる議論が社会的関心を集めている。「働かない方が手取りが多い」というインセンティブは、短時間労働者の就業調整を誘発し、潜在的な労働力を減少させる要因となっている。短時間労働者には、第1号被保険者として国民年金・国民健康保険の保険料を自己負担している人と、第3号被保険者として第2号被保険者に扶養され、いずれの保険料も負担していない人が存在する。第3号被保険者は、年収が130万円を超えると扶養から外れ、保険料を負担することになるため、「壁」と感じる。少子高齢化が進行し、労働人口減少が不可避である我が国においてこの問題は単なる個人の選択のみならず、社会保障制度の持続可能性に関わる課題となっている。こうした中、自民・維新連立政権合意(2025年10月)において、「配偶者の社会保険加入率上昇や生涯非婚率の上昇を踏まえた第3号被保険者制度等の見直し」が明記され、制度の在り方が改めて問われている。

第3号被保険者制度の概要と創設の背景

第3号被保険者とは、会社員や公務員などの第2号被保険者に扶養される配偶者で、年収130万円未満の者を指す。本人は保険料を直接負担することなく、基礎年金の給付を受けることができ、その費用は厚生年金制度全体で賄われている。本制度は1985年の年金制度改正により導入されたが、その背景には「夫が働き、妻が家庭を守る」という性別役割分業モデルが一般的であった当時の社会構造がある。

女性の年金権確立と制度の意義

第3号被保険者制度創設以前、妻が国民年金に任意加入していなければ、障害年金や老齢年金を受給できず、離婚時には無年金となるケースも少なくなかった。本制度は、被扶養配偶者が自ら保険料を負担しなくとも基礎年金を受給できる仕組みを設けることで、女性の年金権を個人として制度的に確立し、老後保障を強化する役割を果たしていた。一方で、同年に男女雇用機会均等法が成立し、女性の就業促進が図られたことを踏まえると、配偶者に扶養されることが有利となる制度が併存したことについては、制度的矛盾を指摘する声も存在してきた。

社会構造の変化と制度の乖離

制度が前提としていた片働き世帯モデルはその後大きく変容した。共働き世帯は1990年代半ばより片働き世帯を上回り現在では多数派となっている。第3号被保険者数の年齢分布をみても、若年層での減少が顕著であり、制度の構造自体が変化している。ただ、第3号被保険者には、短時間労働者、出産・育児・介護による一時的離職者、病気や障害、失業、学び直し等により就労していない者など、多様な属性が含まれている。このため単純な制度廃止では、セーフティネット機能の低下を招く可能性がある。

これまでの見直し議論と論点整理

第3号被保険者制度については、2001年の「女性と年金検討会」を踏まえ、2002年に四つの見直し案が検討された。その中で、①夫婦共同負担の基本認識の明確化は2004年改正

で実現し年金の「世帯単位」から「個人単位」への転換が一定程度進んだ。②第3号世帯への追加負担、③基礎年金給付の減額については、応能負担原則や基礎年金の全国民共通保障という理念との整合性の観点から否定的に整理されてきた。一方、④被用者保険の適用拡大による第3号被保険者の縮小については、2015年の年金部会で一定の方向性が示され、現在も制度改革の中心に据えられている。

就業調整問題と勤労者皆年金の方向性

第3号被保険者制度は、短時間労働者の就業調整を生む要因の一つとされている。週20時間以上の就労により被用者保険に加入すれば厚生年金の受給権が得られる一方、扶養範囲内にとどまれば保険料負担は生じない。この差異が、就業調整を助長してきた。短時間労働者を含めた被用者保険の拡大をすすめ、勤労者皆年金を徹底することで、制度によるインセンティブの歪みを是正することが重要である。

遺族年金・加給年金の見直しと医療制度への影響

2025年度年金改正では、被用者保険の適用拡大に加え、遺族年金制度の見直しが盛り込まれた。給付の有期化や男女差の解消、自立促進を前提とした仕組みへの転換が進められている。

一方で、遺族年金が非課税所得であることは、所得把握の歪みを生じさせ、住民税非課税世帯の判定や高額療養費制度、介護保険料の算定に影響を与えている。老齢年金が課税対象であることとの比較においても、制度間の公平性の観点からは十分な検討を要する課題である。

医療財源との関係と今後の方向性

社会保障費、とりわけ医療費は高齢化と医療の高度化を背景に増大を続けており、安定的な財源確保は喫緊の課題となっている。第3号被保険者は年金制度上、本人が直接保険料を負担せず、医療保険においても被扶養者として保険料負担を伴わない構造となっている。したがって、被用者保険の適用拡大により第2号被保険者へ移行する人が増えることは、医療保険制度においても「被扶養者から保険料負担者への転換」を意味し、「負担なき給付」から「負担と給付の対応関係」へ転換され、制度財政の安定化に一定の効果をもたらす可能性がある。

もっとも、その影響は保険者ごとに異なり、協会けんぽにおいては低所得加入者の増加や高齢者医療拠出金の負担増により財政悪化の懸念がある一方、国民健康保険では短期的な改善と引き換えに加入者構造の高齢化・低所得化が進行する可能性がある。このように、制度改革は単独では完結せず、医療保険制度全体の課題を調整していく必要がある。

一方で、第3号被保険者には育児・介護・疾病など様々な事情により就労が困難な人も含まれており、制度は依然として社会的セーフティネットとしての役割を担っている。今後は被用者保険の適用拡大を進めつつ、結果として第3号被保険者の範囲が徐々に縮小していくことを見据えながら、真に支援が必要な人を守る制度として位置づけ直していくことが重要である。あわせて、加給年金や遺族年金制度、さらには遺族年金の非課税扱いと医療・介護保険制度との関係についても、社会保障制度全体の整合性という観点から丁寧な検討が求められる。

はじめに

ドイツは、1883年の疾病保険法制定以来、世界で最も早く社会保険制度を確立した国であり、日本の健康保険制度もドイツの疾病保険法をモデルとして創設された。1990年頃までは、日本とドイツは類似した医療制度改革を志向してきたが、その後は異なる道を歩んでいる。医療提供体制(デリバリー)においては、ドイツは病院と診療所の機能分化が明確である一方、医療財政(ファイナンス)の面では、日本と高い類似性を有している。このため、ドイツにおける医療財源改革の成果と問題点を検証することは、日本の制度を考えるうえで有益である。

ビスマルク体制に始まる社会保険国家

ドイツの社会保障制度は、19世紀後半、オットー・フォン・ビスマルクの主導のもと、疾病保険、労災保険、年金保険が制度化されたことに始まる。産業革命下の過酷な労働環境において、労働力の維持と社会の安定を目的として、飴と鞭の政策として社会保障を国家の責務と位置づけた点が特徴である。この流れは、戦後のドイツにおいても受け継がれ、社会保険を中核とする制度体系として発展してきた。

ドイツの医療保険制度の構造

ドイツの医療保険制度は、公的医療保険(GKV)と民間医療保険(PKV)から成るデュアルシステムである。国民の約9割がGKVに加入し、賃金比例の保険料で運営されている。一方、高所得者や自営業者など約1割はPKVに加入している。日本のような後期高齢者医療制度は存在せず、公的医療保険における患者自己負担は年間所得の2%を上限とする仕組みが設けられている。財源は社会保険料が中心で、公費投入は日本と比べて限定的であるが、その分、社会保険料率は賃金の約42%と非常に高い水準にある。

医療制度改革と市場競争の導入

1980年代以降、ドイツでは医療費の増加と保険料率上昇への対応として、段階的かつ急進的な医療制度改革が繰り返されてきた。1990年代後半以降は、被保険者による疾病金庫の選択制が導入され、市場競争を通じて医療の質と経済性の向上を図る改革が進められた。DRG(包括支払い方式)の導入、家庭医機能の強化、外来自己負担の導入など、給付抑制と効率化を目的とした施策が相次いだ。

改革の成果と顕在化した問題点

保険者選択制の導入により、疾病金庫の統合は進んだものの、管理費の増加や追加保険料率の上昇が生じている。また、保険者によるリスク選別、すなわち高リスク被保険者の排除や低リスク者の勧誘といった問題も指摘されており、これを防ぐためにリスク構造調整の精緻化が求められてきた。その結果、制度は次第に一元化に近づき、競争導入の意義そのものが問われる状況となっている。さらに、政権交代のたびに改革方針が大きく揺れ動き、制度の安定性に課題を残している。

事業主負担と経済への影響

ドイツでは、社会保険料に占める事業主負担が高く、1990年代から2000年代にかけては雇用コストの増大が失業率上昇の一因とされた。このため、税財源投入による保険料負担の抑制や、労使折半原則の見直しが繰り返し検討されてきた。結果として、紆余曲折を経ながらも労使折半に回帰しており、事業主負担の在り方は現在も重要な政策課題である。

医療提供体制の特徴

ドイツでは、診療所と病院の役割分担が明確であり、家庭医を起点とした医療提供が基本となっている。公的医療保険における高度医療へのアクセスには制限が設けられている場合がある一方、民間医療保険専用の診療所、病院では制限がなく待ち時間は比較的短い。また、医師会による開業医の定員制限も行われ、医師偏在対策を講じている。

日本への示唆

ドイツの医療制度改革は、市場競争の導入や急進的改革を通じて持続可能性を高めようとした試みであったが、リスク選別や制度不安定化といった問題も顕在化している。これらの経験から、日本においては、保険者選択制などの競争的手法を安易に導入することは慎重であるべきであり、既存の国民皆保険制度を基盤としつつ、漸進的かつ一貫した改革を積み重ねることが重要であると考えられる。また、事業主負担については、ドイツほど高い水準であっても経済成長が維持されている点を踏まえ、日本においても一定の検討余地がある。

結語

ドイツの社会保障制度は、歴史的にみて急進的な改革を繰り返してきたが、その都度、政策の揺り戻しを経験してきた。こうした経緯を踏まえれば、必ずしも成功例として単純に評価することはできない。日本に求められるのは、制度の根幹である国民皆保険を維持しながら、財源と給付のバランスを見直し、持続可能性を高めるための着実で一貫した改革である。

高額療養費制度の現在地を考える

(片嶋 隆委員担当)

はじめに

高額療養費制度は、国民皆保険制度の下で、疾病や負傷により高額な医療費負担を余儀なくされる国民の生活を困窮から守るために創設された極めて重要なセーフティネットである。近年、医療技術の高度化や高額医薬品の登場、少子高齢化の進行により医療保険財政は厳しさを増しているが、その対応として高額療養費制度の自己負担限度額引き上げが検討されてきた。

高額療養費制度の創設と制度的意義

高額療養費制度は、1961年の国民皆保険達成後も自己負担額の上限が存在しなかった医療保険制度の課題を是正するため、1973年に創設された。その後、世帯合算や多数回該当制度の導入、入院・外来における現物給付化などの制度改正を通じて、患者負担の軽減と受療保障の強化が図られてきた。本制度は、所得に応じた自己負担限度額を設定することで、医療費負担が過重にならないよう、国民皆保険制度の理念である「誰もが必要な医療を受けられる」体制を支えてきた。

近年の見直し議論と2024年改正案の経緯

2024年に示された高額療養費制度改正案では、70歳未満を中心に自己負担限度額の段階的引き上げが提案された。これは、高額医療費の増加が医療保険財政を圧迫していると一部の識者の発言に端を発し、短期間の財務・厚労大臣による折衝で合意に至った。しかし、患者団体や野党から強い反対が示され、2025年3月には改正案全体が凍結された。その後、厚生労働省において「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」が設置され、制度の抜本的な再検討が進められている。

高額療養費の増加をめぐる実態と評価

政府は、高額療養費の支給額が国民医療費より速いペースで増加していることを、制度見直しの根拠の一つとしている。しかし、高額療養費が国民医療費全体に占める割合は直近でも6～7%程度にとどまっており、対GDP比で見ても長期的な増加幅は極めて限定的である。また、高額レセプトの増加は、高額医療を必要とする患者が増加していることの裏返しでもあり、単純に給付抑制の対象とすることには慎重な検討が必要である。

高額医療費増加の背景と構造的課題

高額療養費の増加要因としては、高額新薬の保険適用拡大、先進医療技術の普及が挙げられる。これらは医療の進歩に伴う不可避の側面を有しており、制度上「自然増」として十分に評価されていない点が課題である。また、特定医療保険材料における内外価格差や、高額医薬品の費用対効果評価、適正使用の厳格化、バイオ後続品の普及促進も医療費適正化の観点から引き続き検討が求められる。

自己負担限度額引き上げの問題点

自己負担限度額の引き上げは、短期的には医療保険財政の改善につながる可能性があ

る一方で、高額医療を必要とする患者に過度な負担を集中させ、受療抑制や健康被害を招くリスクを内包している。特に、**現役世代の保険料負担軽減を理由に、高額療養費利用者のみを標的とする政策は、社会連帯の理念に反し、不公平・不公正との批判を免れない。**

国際比較から見た日本の位置づけ

諸外国では、自己負担上限を世帯年収割合で設定する制度(ドイツ)、代替性のない高額医薬品の自己負担免除(フランス)、原則無料の医療提供(イギリス)、国が明確な年間上限を定める制度(スウェーデン)など、多様な仕組みが採用されている。日本の高額療養費制度は、月単位・所得区分という点で独自性を持つが、国際的に見ても必ずしも過度に手厚い制度とは言えない。

まとめ

高額療養費制度は「**医療保険の最後の砦**」として今後も国民からの信頼を維持していくことが重要であるが、生産年齢人口が減少し、「**団塊の世代**」がすべて75歳以上となった現在においては、「最後の砦」であるからといって制度を聖域として維持し続けることが難しくなっている現実も直視する必要がある。自己負担限度額の見直しに当たっては、制度の理念と役割を踏まえ、患者への影響を十分に評価したうえで慎重かつ段階的に検討するとともに、**単純な給付抑制に依存することなく、高額医薬品や医療材料の価格見直し、費用対効果評価の実効性向上、保険料や税を含めた「広く薄い」負担の在り方や公費負担医療制度による重点的支援**も含め、国民的議論のもとで持続可能な医療財源の仕組みを構築していくことが求められる。

まとめ

本答申書で検討してきた医療費と財源を巡る諸課題は、人口動態の変化、医療提供体制の持続性、国民負担の在り方という三つの軸に集約される。日本は世界でも類を見ない速度で高齢化が進行してきたが、今後は後期高齢者数の増加ペースが鈍化することが見込まれており、高齢化そのものが直ちに医療費の急増をもたらす局面は次第に変化しつつある。一方で、生産年齢人口の減少は今後も続き、現役世代一人当たりの保険料負担や医療・介護人材の確保といった課題は、むしろ一層深刻化すると予測される。

このような環境下において、医療保険制度の持続可能性を考える際に最も重要なのは、**医療保険制度における給付と負担は、短期的な時間差は存在しても、長期的には必ず一致せざるを得ない**という原則を正面から受け止めることである。給付水準を維持または拡充するのであれば、その財源は保険料、公費、自己負担のいずれか、あるいはそれらの組み合わせとして国民全体が負担することになる。逆に、負担の増加を抑制しようとするれば、給付内容や医療へのアクセス、あるいは医療提供体制そのものに何らかの調整を求めざるを得ない。

医療費抑制策については、世代間の負担の公平性、高齢者の自己負担、保険給付範囲の見直し、医療提供体制の効率化、予防の推進など、さまざまな選択肢が議論されてきた。しかし、これらはいずれも特定の立場から見れば合理的であっても、**すべての世代、すべての立場にとって不利益のない形で同時に実現することは困難である**。個々の政策が目指す「部分的な最適解」を積み重ねた結果として、制度全体の財政的均衡が損なわれるのであれば、それは合成の誤謬と言わざるを得ない。

また、医療費抑制を過度に進めることは、医療機関の経営悪化や人材流出を通じて医療の質を低下させる危険性を孕んでいる。一方で、医療・介護分野は雇用創出効果や内需拡大効果を持つ重要な産業であり、人口減少社会における経済成長の観点からも一定の投資的側面を有している。しかしながら、増え続ける保険料負担や公費投入を無制限に容認することは、財政規律の観点からも、将来世代への責任という観点からも許容されない。

したがって、医療保険制度を持続可能なものとするためには、「誰にとっても痛みのない制度」を目指すのではなく、**一定の不利益や負担が生じることを前提とした上で、その分配をいかに社会全体として納得可能な形に設計するか**という視点が不可欠である。そのためには、国民に対して負担と給付の関係を丁寧に説明し、合意形成を図りながら、段階的かつ現実的な制度調整を行っていく必要がある。

本答申書で提示した各論点は、こうした総合的判断を行うための材料を整理したものであり、いずれか一つの施策のみで問題が解決する魔法の杖ではない。医療の質とアクセスを守りつつ、負担と給付の均衡をいかに確保するかという難題に対し、社会全体で向き合い続けることが、医療保険制度を将来世代に引き継ぐための前提条件である。

おわりに

本答申は、過去二年間にわたり、委員会において検討を重ねてきた社会保障および医療財源の在り方について、その到達点を現時点で整理し提示するものである。社会保障制度、とりわけ医療を取り巻く環境は、少子高齢化の進行、医療技術の高度化、物価および人件費の上昇、国民意識の変化など、複数の要因が複雑に絡み合い、極めて難解かつ多面的な課題を内包している。そのような中で、本委員会としてテーマを十分に掘り下げ、すべての論点について完全な結論に至ったとは言い難い部分も残されているが、各委員がそれぞれの専門分野や臨床現場、医療政策の視点から調査・分析・考察を重ね、真摯に議論を積み重ねてきた結果として、本答申を一定の形にまとめられたことは大きな成果であると考えている。

本答申の検討過程において開催された二度の医政フォーラムは、我が国の医療制度の将来を考える上で多くの示唆を与えるものであった。

まず高久玲音先生からは、高齢者医療費負担の在り方、ゲートキーパー機能の強化、開業医報酬の水準、さらにはグループ診療体制の推進など、医療界にとって耳の痛い論点も率直に提示された。フォーラム終了後には、「医政研究委員会は言われっぱなしではないか」「けしからん」といった厳しい声を頂いたことも事実である。しかしながら、医療提供体制の効率性、専門職の自律性、財源負担の公平性といった問題について、社会が医療をどのように見ているのかを知ることは極めて重要である。医療側の論理が社会的合意を得ているのかという問いは、我々医師にとって避けて通ることのできない課題であり、こうした率直な議論の機会はむしろ有意義なものであったと考えている。

一方、島崎謙治先生が提示されてきた医療政策の体系は、現行制度の枠組みを踏まえつつ現実的な制度調整を積み重ねていくものであり、いわば「寄木細工」のごとく精緻に組み立てられた政策体系であると言える。そこには制度の根幹を一挙に転換するような抜本改革は見られないが、国民皆保険という歴史的制度を守りながら持続可能性を確保しようとする、現実的で漸進的な政策思想が示されている。今回の講演では、国民皆保険制度の危機が、財源論だけでなく、医療人材、地域医療、救急医療、世代間・世代内の公平性、税制、さらには社会保障改革の政治過程にいたるまで、総合的に捉えられていた。医療界としては、国民皆保険の理念を堅持しつつも、現実の人口動態と財政制約を直視し、理念を語るだけでなく、医療現場を支える人材、地域医療を守る仕組み、そして持続可能で公平な財源のあり方を一体として考える必要があることを示す、極めて示唆に富む内容であった。

意見の対立や批判の存在は、制度を揺るがす脅威ではない。J.S.ミルが『自由論』において述べたように、異なる意見の存在こそが真理への接近を可能にする。我々医師は専門職としての誇りを持つと同時に、社会の一構成員として他者の視線にも敏感でなければならない。医療が公的財源に支えられている以上、その在り方は常に社会的評価の中に置かれているからである。

本答申の検討の過程においては、社会保障を「持続可能性」のみで語るのではなく、現場で医療を支える医療従事者の労働実態や生活、さらには地域医療が果たしてきた役割と今後の展望を踏まえ、制度のあるべき姿を多角的に捉えることを重視してきた。本答申が、単なる現状分析にとどまらず、将来に向けた課題提起として関係各方面に共有され、今後の政策議論や制度設計の一助となることを強く期待するものである。

また、検討に際しては、担当副会長である橋本寛先生をはじめ、主担当の西口郁先生、副担当の北垣幸央先生、多田英二先生、古形芳則先生には、それぞれの豊富な知識と経験を惜しみなく提供していただき、論点整理や議論の方向性において多大なご助言とご支援を賜った。各委員が安心して意見を述べ、建設的な議論を重ねることができたのは、先生方のご尽力によるところが極めて大きく、ここに改めて多大なる敬意と感謝の意を表したい。

さらに、本答申の取りまとめにあたっては、事務局担当者の献身的な支援、ならびに各委員の継続的な調査、資料作成、意見集約への努力なくしては、完成に至ることはなかった。この場を借りて、委員会運営を支えていただいたすべての関係者に対し、心より感謝申し上げます。

本答申が、今後の兵庫県医師会における医政活動の基礎資料として活用されるとともに、医療の現場で日々奮闘する医師・医療従事者の声を社会に伝える一助となり、国民が安心して医療を受け続けられる持続可能な社会保障制度の構築につながることを願い、結びとしたい。