保険給付の縮小については、OTC類似薬の保険給付からの除外が議論されている。国民の治療アクセスが経済的な理由で断たれるといった問題が生じることや、長期間の治療を要する難病患者や障害者、小児医療における子育て世代の親の負担の問題などから、医療界や患者団体からは反対の意見が出されている。2025年11月27日に開催された社会保障審議会・医療保険部会では、「保険給付の対象から除外する」ことは好ましくなく、「保険給付の対象としながら、患者に特別負担を課すような仕組みを検討していくべきではないか」という提案がなされた。政府は、2026年度からの保険適用除外を断念し、保険適用を維持した上で患者に追加負担を求める方向で検討が進められている。

有効性の低い医療の見直しについては、どの程度財政効果があるかは明らかではないが今後積極的に進められるべきであると考える。

フリーアクセスの制限と医療費の関係は、紹介状なしの大病院受診の選定療養化はすでに行われている。かかりつけ医の登録制は、かかりつけ医以外を受診した時に病院側は患者情報がないため、さまざまな検査を１から行い、その結果医療費が高額になるので、かかりつけ医を受診した方が医療費は節約されるという理屈かと思うが、遠藤教授は合意形成は可能かと疑問を呈している。

５．おわりに

１人当たり医療費が現役世代の約７～10倍の高齢者人口が2040年にピークを迎えるまで、当面、医療費を押し上げる。また、新薬（高額薬剤）による医療費の増大は今後も避けられないと考えられる。一方、支える側の生産年齢人口は今後20年で急減することから、このままでは世代間の負担バランスの歪みが増幅する。

被用者保険から国民健康保険・後期高齢者医療制度への支援金は、現役世代もいずれ退職後は国民健康保険・後期高齢者医療制度へ加入するので、保険料の前払いと考えられるが、「保険」の目的・理念に照らして限度を超えているのではないかという疑問もある。

医療費の約４割が公費（税金）で賄われ、さらに増加傾向にあることから医療保険制度の財政構造の脆弱性が大きな課題である。この課題を解決するには財源の確保に尽きる。金融所得を保険料算定・窓口負担に反映させることは一つの解決策である。政府は、高齢者の窓口負担割合等に金融所得を反映することを閣議決定したが、これは第一歩である。もう一つの解決策は、筆者の個人的見解であるが、薄く広く、現役世代など特定の者へ負担が偏らない消費税増税である。その際、低所得者の負担増が問題となるが、給付付き税額控除制度をセットで導入することにより解決されると考える。

社会保障制度への信頼が揺らいでいるいま、人口構造の変化を見据え、中長期的視点で抜本的な社会保障制度改革に政府が取り組むことを期待する。

参考文献

１．戦後から1970年代までの病床数から検討する国公立病床の担う役割の変容、酒井　美和、2022年３月『遡航』001号 pp. 48-75
２．第197回社会保障審議会医療保険部会資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_63640.html
３．吉野維一郎、医療経済フォーラム・ジャパン主催、第23回公開シンポジウム講演集
４．医療費の見える化について―厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/mieruka_2022.pdf
５．低所得者が直面する国保の逆進性と排除、東洋経済オンライン：https://toyokeizai.net/articles/-/560830
６．遠藤久夫、医療保険制度の持続可能性について、医療経済フォーラム・ジャパン主催「第23回公開シンポジウム」

感染症関連情報

感染症に関する情報につきましては、北海道医師会ホームページ「医師の皆様へ－感染症情報」に掲載しています。

ＵＲＬ：http://www.hokkaido.med.or.jp/doctor/infection.html