

医療保険制度 | 日本の医療保険制度

1947年5月に施行された日本国憲法では、国民が健康である権利を有し、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上が国の責任の範囲内であることが明確に記されている¹。日本では1961年に政府主導の社会保障政策が実を結び、国民皆保険を達成するに至った²。

国民皆保険制度の特徴は以下のとおりである³。

- 日本国籍か外国籍かを問わず、日本に3ヶ月以上滞在すると認められた者全員に公的医療保険への加入の義務があること。
- どの公的医療保険に加入するかは加入者の職業、年齢、居住地域により決まるものであり、加入者が自由に選択できるものでないこと。また、加入者本人が世帯主でない場合は世帯主の職業、年齢および居住地域に基づいて決められること。
- いずれの医療保険制度に加入している場合においても、国民が自分の判断で医療機関や受診頻度を自由に選択できる「フリーアクセス制度」。
- 給付内容が原則として同じであること。保険の制度により疾病予防や健康増進のプランに多少の差があるものの、公的医療保険は加入者が選択できるものでないため、これらの給付内容の違いは加入に影響を及ぼさない程度のものである。いずれの制度においても給付の対象は入院費、外来受診費、精神疾患による通院費、処方薬、訪問看護、歯科治療費等である。
- 医療費の自己負担率が医療保険制度間を通じて同じであること。3歳以下の子どもは2割負担、75歳以上の低所得者は1割負担など自己負担額の割合は年齢に応じて決まる⁴。
- 加入する医療保険制度により保険料率が異なること。
- 高額医療費制度による自己負担限度額を超えた場合の医療費の助成。平均的な所得の勤労者の負担上限は概ね月額9万円程度となる。自己負担限度額および限度額を超えた場合の自己負担額は被保険者の年齢と収入に応じて決められる。患者を財政的リスクから保護する(Financial Risk Protection)上で大きな役割を果たしている。
- 請求内容の適否の審査や支払を行うため、各都道府県に設置された審査支払機関が保険者への請求書送付や医療機関からの診療報酬請求などを請け負うこと。
- 医療保険制度間で加入者の所得水準に差があることから、財源を安定させる目的で保険制度間の財政調整が行われること。

コラム:フリーアクセスと自由開業・自由標榜

患者は自分がかかる医療機関を自由に選ぶことができる。たとえば、東京の会社に勤務している会社員の男性が、仕事の合間に会社の近くの大学病院で専門医の外来を訪れ、同じ週の週末に自宅のある神奈川県のクリニックで診察を受けるといったことも可能である。大病院の外来を受診する時には原則として開業医などの紹介状が必要だが、数千円を追加で自己負担を行えば殆どの場合、大病院の専門医であっても自由に受診できる。また、医師には、自由開業が認められている。さらに医師は医師免許を取得していれば、専門医の資格に関係なく、あらゆる診療科を名乗る「自由標榜」も可能である。たとえば、外科医が「内科・整形外科」といった診療科を標榜することも可能で、実際に複数の診療科を記載しているクリニックの看板を見かけることも珍しくない。

¹ 憲法 25 条により「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」とされている。

² Ikegami N. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014

³ Tatara K, Okamoto E, Allin S. Health Systems in Transition. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

⁴ Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Jun, M. (2013). International Profiles of Health Care Systems, 2013. *Commonwealth Fund Pub. No. 1717*, p.75-83.

3000 を超える保険者が存在し、**職域保険**、**国民健康保険(地域保険)**、**後期高齢者医療制度**と大きく3つに分けられる。職域保険および国民健康保険は支援金を通して後期高齢者医療制度を支える役割を持っている。

職域保険は3つに分類され、その一つは大企業向けの健康保険組合によるものである。これは1400以上の保険者により提供されている医療保険で、保険者が財政難に陥った場合には公費による助成の対象となる。2つ目は公務員向けの共済組合による保険で、公費による補助の対象外である。3つ目は全国健康保険協会により運営される中小企業の被用者向けの保険である。加入者からの保険料のほか、健康保険組合の保険料および公費から構成される支援金が全国保険協会の主な財源である⁵。

国民健康保険は自営業、無職者および75歳未満の退職者を対象とした医療保険制度である。現在、国民健康保険の運営は市区町村単位で行われているが、2018年を目処に都道府県の管轄へと移行する予定である。加入者は保険料を納付するが、実際の給付金支出の5割程度は公費により賄われている。75歳以下の退職者の著しい増加、職域保険の対象外となるパートタイム労働者の増加、および第一次産業従事者の減少を背景に、保険料の滞納者数等を鑑みると国民健康保険は最も財源が不安定な制度であるといえる。

後期高齢者医療制度は2008年に導入された制度で75歳以上の全員を加入対象とし、扶養者と被扶養者の区別がなく加入者全員を被保険者とするものである。都道府県および市町村単位にて運営されている。この制度は、高齢化に伴う支出と医療費に関する説明責任と透明性の向上に向けて国民健康保険から後期高齢者のための制度を実質的に独立させたものである。都道府県単位で過去2年の医療費支出額から算出された保険料が、加入者個人の年金から差し引かれることによって保険料を納付する仕組みである。高齢者からの保険料の納付額は支出の10%程度にしか満たないため、後期高齢者医療制度は公費の助成と上記2つの医療制度との財政調整により支えられている。

⁵ MHLW. Health and Medical Services. <http://www.mhlw.go.jp/english/policy/health-medical/health-insurance/index.html> (accessed on 15 April 2015)

医療保険制度 | 日本の介護保険制度

介護保険制度は2000年に創設され、2015年1月の時点で65歳以上の人口の約17%にあたる500万人以上を受給の対象としている⁶。また、障がいを持つ若者を給付対象とする制度とは異なり、高齢者の長期介護を目的とし、40歳以上のすべての国民に加入の義務がある制度である。

この制度の特徴としては、以下の点が挙げられる。

- 40歳以上の全ての国民を被保険者とした公的制度であること。また、保険料は所得に応じて設定される。
- **受給対象が65歳以上のすべての国民であり、加齢に起因する疾病(脳卒中などの脳血管疾患を含む16種の特定疾病)により要介護・要支援状態にある40歳以上の国民も受給資格を持つこと⁷。**また、収入にかかわらず全ての人と同じサービスを受けることが可能であり、65歳以上になれば収入や身体的ニーズに関わらず、全員が利用できること⁸。
- **介護サービスには介護施設サービス・在宅サービス・地域密着型サービスなどがあり、介護支援専門員により個別に必要なサービスの提示が行われること。**日常動作などについての調査用紙および医療関係者からの診断書に基づき、自治体が個別に要介護レベルを定める。それぞれの要介護レベルにおいて、低所得者には負担能力に応じた段階的な保険料の設定がなされている。要介護レベルは通常の場合2年おきに再診断されるが、体調の悪化などが起きた場合は随時再診断が行われる。
- 全ての介護サービスにおいて自己負担の割合が10%であること。
- ケアマネージャーや介護サービスの提供者は、介護保険制度加入者が自由に選ぶことができること。このサービス選択の自由は、**介護サービスの質を管理する上で重要である。**ただし、介護サービス提供者やケアマネージャーの数が少ない地域においてはサービスの選択肢が少ないため、選択の自由による質の管理は、あまり効果的ではない⁹。
- 保険料の設定や介護サービス提供者の認定など、**制度の具体的な運営は市町村単位で行われること。**
- **介護サービスの提供者には、営利目的の団体と非営利目的の団体の両方が存在すること。**また、介護サービス料は政府により規定され、3年毎に見直しが行われる。

コラム: 認知症

の多くの国と同様、日本でも認知症患者が増加すると予測されている。政府の推計によると、2025年には約700万人が認知症となり、65歳以上の20%が罹患するとされている。予防法も治療法も確立していないなか、認知症患者のケアは大きな課題となっている。安倍総理の指示により、政府は2015年1月に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)を策定するなど、対策を急いでいる。また、たとえば80歳の妻が85歳の夫を介護するといった「老々介護」や、家族の介護のために仕事を辞めざるを得なくなる「介護離職」などが社会問題化、今後認知症患者の増加で、さらに深刻になると予測されている。

介護保険制度の主な課題としては、以下の点が挙げられる。

- 介護サービスには非常に大きな需要があるにもかかわらず、人的資源および財源の不足、新たな施設を立ち上げることに對する政府の規制などにより、施設サービスの希望者が入所待機者として長い間施設に入れない状態が続いていること。高齢化に伴い、人口の多い大都市において介護施設のさらなる不足が見込まれていること。
- **介護従事者の不足**により、短期入所療養介護施設を含む様々な介護施設で人員不足となっていること¹⁰。厚生労働省によると、2025年までに30万人以上の人員不足が予想されている。人的資源の不足の

⁶ MHLW. Long-term care benefits: Monthly report. Retrieved from : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2015/01.html> (accessed on 15 April, 2015).

⁷ Campbell, J.C., Ikegami, N., Gibson M.J. (2010). Lessons from Public Long-term care insurance in Germany and Japan, Health Affairs, 29(1): 87-95

⁸ Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M.R., Ikegami, N., Hashimoto, H., Shibuya, K., Kawachi, I., Campbell, J.C. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The Lancet*. 2011. 378(9797): 24-30

⁹ Ikegami N. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014

¹⁰ Matsuyama, K. (20 February 20 2015). Tokyo's Elderly Turned Away as Nursing Homes Face Aid Cuts. Bloomberg. Retrieved from:

一因として、たとえば介護職の低賃金問題が挙げられていることから、厚生労働省により様々な改善策が検討されている。

- 他のアジア諸国から医療従事者を受け入れ、労働市場を拡大しようという考えに徐々に移行しつつあること。2008年から2009年にかけて日本はインドネシア、フィリピン、ベトナムと貿易協定を結び、それらの国々からの労働者を増やすことに同意した。しかし、これらの外国人労働者を現在の医療システムにスムーズに受け入れるためには、今後、様々な施策が必要である。
- 介護保険制度下の介護者の負担については未だ大規模な評価が行われていないこと。介護者の負担に影響する要因として、介護サービスの供給能力、地方自治体の協力および精神的なサポート等が挙げられる。

医療保険制度 | 日本の民間医療保険

日本の公的医療保険は給付額や補償範囲において非常に充実しているが、一方で民間の医療保険市場は急成長している分野である。民間医療保険は、かつては保障の対象が歯列矯正や高額美容外科手術などの自由診療に限られていた。民間医療保険は生命保険の特約として徐々に広がり、その後、生命保険業界が拡大するにつれ、同時に発展を遂げてきた¹¹。現在、市場に出ている医療保険プランの中には慢性疾患や入院に伴う費用を給付対象とするものもある。それらのプランは疾病治療に関わる費用を一括して保障の対象としている。がん治療費と長期入院費などがその一例である。

民間の医療保険契約には、生命保険と分離した単独型の医療保険契約、新規または契約済みの生命保険に付加する特約型、そして公的医療保険制度により発生する自己負担金を補完する医療保障保険の3つの契約形態が存在する。日本国内の生命保険会社全社が加盟する生命保険協会の発表資料によると、2013年時点で民間保険会社による単独型の保有契約件数は推定2,998万件、入院・手術保障のある契約は9,452万件、補完的な医療保障保険は172万件に達した。国内のがん保険の契約件数も2013年現在で2,116万件に上っている¹²。

国内の民間医療保険の拡大は、今後とも限定的なものに留まると考えられている¹³。その要因としては公的医療保険制度の充実、幅広い医療提供体制および医療機関へのフリーアクセス制度が挙げられる¹⁴。一方で、疾病構造の変化や日本における主な死亡要因であるがん医療が以前にも増して重視されていること¹⁵や、先進医療の拡大などが、これらの民間医療保険に対するニーズを高める可能性もあると考えられている。

¹¹ Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Jun, M. (2013). International Profiles of Health Care Systems, 2013. *Commonwealth Fund Pub. No.* 1717, p. 75–83.

¹² Life Insurance Association of Japan (2014). Life Insurance Fact Book 2014. Retrieved from <http://www.seiho.or.jp/english/statistics/trend/pdf/2014> (accessed, April 16, 2015)

¹³ Tajika, E. and Kikuchi, J. (2012). The Roles of the Government and Private Insurances in Healthcare Systems: the theoretical framework and the overseas case studies. Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review. Vol 111, No.1

¹⁴ Tajika, E. and Kikuchi, J. (2012). The Challenges of Japan's Public Healthcare System and the Potential of Private Medical Insurance. Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review. Vol 111, No.2

¹⁵ Japanese Association of Cancer Registries. *Cancer Registry in Japan*. Retrieved from http://www.jacr.info/publication/document/CR11_eng.pdf (accessed on April 16, 2015)