



1. 背景

第2版

JHPN とは

Japan Health Policy NOW (JHPN) は、日本の医療政策に関する情報を日・英、二か国語で発信する世界で唯一のプラットフォームです。

「高齢化が最も急速に進む国の一つである日本の医療政策は、世界中からの注目を集めています。それらの情報を発信するサイトとして、2015年9月に日本医療政策機構（Health and Global Policy Institute）が開設し、運営しています。

JHPN においては、以下の情報を重点的に提供しています。

- ・日本の医療政策の概要と基本情報
- ・政策トピックスを扱う「特別シリーズ」
- ・日本の医療政策の最新動向
- ・英語での情報源をまとめたリスト（論文、書籍、報告書など）

詳細につきましては、<http://japanhpn.org/ja/home/>をご覧ください。

1.1 背景 | 日本の国土と人口構成

日本は東アジアに位置する島国であり、国土総面積は約 377,900 平方キロメートルである。本州、北海道、九州、四国と沖縄本島のほか 6,800 を超える島から構成されており、47 の都道府県が地方公共団体として自治権を持つ。

日本の総人口は約 1 億 2,700 万人であり、およそ 90% が都市部や市街地に居住している。2016 年現在、総人口の約 36.5% が東京都、神奈川県、大阪府、愛知県、埼玉県に集中している。そのうち東京都の人口が最も多く、総人口の約 10.7% にあたる¹。

少子高齢化率^{2,3}

現在、人口の高齢化と低出生率が日本の保険医療制度が直面している 2 つの大きな課題となっている。

2016 年 10 月 1 日現在、65 歳以上の高齢者が全人口の 27.3% を占めている。また、この数字は 2060 年までには 38.1% に達する見込みである。

老年人口指数（65 歳以上の老年人口と 15 歳から 64 歳までの生産年齢人口の比率）は 2015 年の時点で秋田県が最も高く（60.7）、次に高いのは高知県（59.2）であった。一方、最も低いのは沖縄県の（31.2）であり、2 番目に低い割合を示したのは東京都（34.3）であった。

2015 年の出生率は全国で 1.45 である。出生率は東京で最も低く 1.24 であり、最も高い沖縄では 1.96 であった。

平均寿命と主な死亡要因

日本人の平均寿命は女性が 91.35 歳、男性が 84.95 歳と世界トップレベルである⁴。厚生労働省と OECD による 2015 年時点の日本の主要死因別死亡率は以下に示す通りである。

また、2014 年の WHO の統計によると、日本の総死亡数のうち約 79% は非感染性疾患（NCD）によるものであり、そのうち約 30% はがんによる死亡である。また、心臓病による死亡が約 29%、その他の非感染性疾患による死亡が約 12% である⁵。

<コラム> 東京で進む超高齢化

高齢化は日本国内で均一に進むものではない。東京及びその近郊、大阪、名古屋といった大都市圏では、特に劇的な高齢化が急速に進行すると考えられている。高橋*によると、2010～2025 年にかけて全国で 700 万人の後期高齢者（75 歳以上）が増加、その増加分の 50% 以上が首都圏（東京・神奈川・千葉・埼玉）・大阪圏・名古屋圏に集中する。一方で、それら 3 圏域は国土面積のわずか 2% であり、「超高齢化」は大都市でより進むことが分かる。特に東京中心部（23 区内）では高齢者向け施設のベッド数は全国平均の半分であり、施設不足が深刻になる恐れがあると高橋は指摘している。

*引用：高橋泰：第 9 回社会保障制度国民会議資料「医療需要ピークや医療福祉資源レベルの地域差を考慮した医療福祉提供体制の再構築」2013 年。

¹ 総務省統計局「人口推計」<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2016np/index.htm#a05k28-b>（アクセス日 2017 年 9 月 15 日）

² 内閣府「平成 29 年版高齢社会白書（全体版）」http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html（アクセス日 2017 年 7 月 24 日）

³ 厚生労働省政策統括官「平成 29 年我が国の人口動態」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>（アクセス日 2017 年 7 月 24 日）

⁴ 内閣府「平成 29 年版高齢社会白書（全体版）」http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html（アクセス日 2017 年 7 月 24 日）

⁵ World Health Organization (2014). "Noncommunicable diseases country profiles 2014" http://www.who.int/nmh/countries/jpn_en.pdf?ua=1（アクセス

主な死因	死亡率(人口10万人あたり) ⁶	OECD加盟国の死亡率 ⁷ (人口10万人あたり)*
がん	290.3	211
心臓病	156.5	122
肺炎	97.8	n/a
脳卒中	94.1	69
老衰	55.5	n/a
不慮の事故	31.5	n/a
自殺	20.7	12.4 in 2011
肝疾患	12.7	n/a
結核	1.7	n/a

*データが利用可能な国のみ。

障害調整生存年数（DALY）*に焦点を当てると、疾病負荷が特に高いのはがん、心臓病、糖尿病、精神・神経系疾患、筋骨格疾患、呼吸器系疾患、その他の非感染性疾病、外傷、感染症である⁸。今後、人口の変化と高齢化に伴い、生活習慣病や変性疾患による疾病負荷が増大すると考えられている。

2015 年の世界銀行の試算によると、日本の 5 歳未満児死亡率（U5MR）は出生 1,000 人あたり 3 人である。また、妊産婦死亡率は出産 10 万件あたり 6 人であり、これは 1990 年と比べて約 50%減少している⁹。

*障害調整生存年数（DALY）とは特定の疾病や傷害による健康の損失（疾病負荷）を示す指標である。「死が早まることにより失われる生存年数（YLL）」及び「健康でない状態で過ごす年数（YLD）」の合計により算出される。

<コラム> 高齢者も増えない 「人口減少社会」

2010 年から 2040 年の人口推移を年齢別にみると、日本で高齢者として定義されている 65 歳以上人口が約 900 万人増加する一方で、0-64 歳人口は 3,000 万人も大幅に減少するとみられている。そして 2040 年前後から、高齢者の絶対数の伸びはフラットになる。つまり高齢者は増加しないが、現役世代の大きな減少により総人口は 15%程度減少、高齢化「率」が上がることとなる。

日 2017 年 7 月 24 日)

⁶ 厚生労働省「平成 29 年 我が国の人口動態」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>（アクセス日 2018 年 2 月 2 日）

⁷ OECD “Health at a Glance 2013: OECD Indicators” Paris: OECD Publishing, 2013.

⁸ World Health Organization (2015). “Japan: WHO statistical profile.” <http://who.int/gho/countries/jpn.pdf?ua=1>（アクセス日 2017 年 7 月 24 日）

⁹ The World Bank (2015). “Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births)” <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>（アクセス日 2017 年 7 月 24 日）

1.2 背景 | 公的医療保険の歴史

現在の日本の医療制度を理解するには、その成り立ちから理解することが不可欠である。日本の公的医療保険制度は、職域保険（被用者保険）、地域保険（国民健康保険）、後期高齢者医療制度という異なる 3 つの構造から成り立つ。この 3 つの公的医療保険が、現在、ほぼ全ての日本国民と日本国内の長期滞在者（合わせて 1 億 2,700 万人以上）をカバーする世界最大級の医療保険制度の礎となっている。このように複数の制度、複数の医療保険者により運営されている背景には、1922 年の健康保険法成立以降、様々な制度改正が行われてきた歴史的経緯がある。

公的医療保険の歴史

公的医療保険制度のはじまり

18 世紀後半から 19 世紀にかけてイギリスで起こった産業革命の波は、やがて日本にも到達した。19 世紀後半には官営工場が民間に払い下げられたのを契機に、日本の産業革命が本格化した。日本も世界と同じく、炭鉱、工場といった環境で働く労働者が急増し、労働環境の改善・権利擁護を求める労働運動・社会運動への対策は喫緊の課題となった。こうした状況を受け、1916 年には、職工の就業制限や業務上の傷病や死亡への工場主の扶助を義務付ける工場法が制定された。

しかし労働組合による労働運動を基盤とする社会主義への対抗は、日本政治における重要な課題であることに変わりにはなかった。そこで政府は、労働運動を一概に危険視するだけでなく、穏健なものと過激なものを区別し、穏健な労働運動を容認することで階級対立を緩和することを目指し、ビスマルク型政策として「アメとムチ」による労働政策を実施した。労働運動の弾圧をムチとする一方で、アメとして登場したと考えられているのが、1922 年に成立した健康保険法である。これは業務上災害と業務外の疾病に対する労働者本人または家族への補償が主な目的であった。健康保険制度の概念自体は、1890 年代からすでに、ドイツ留学から帰国した内務省衛生局長の後藤新平を中心に政府内では議論されていたが、政府内での優先順位は上がり、長い時間をかけようやく成立した。また当時は労働者の健康保護は医療政策よりも産業政策としての意味合いが強く、工場法を所管していた農商務省が同じく所管することとなった。

時を同じくして、1929 年米国発の世界大恐慌が発生した。米国に輸出していた生糸の価格下落に端を発し、農産物の価格が次々と下落し、日本の農村には大きな打撃となった。さらに追い打ちをかけるように 1930 年にはコメの豊作による価格下落（豊作飢饉）により、農村の経済状態は深刻さを増した。1930 年代にはいると、農村は日本軍の重要な兵力供給源となり、内務省社会局は農村部の健康・栄養状態の改善が戦時における喫緊の課題として、農村をはじめ広く被用者以外の一般国民を対象とする保険制度創設の検討を開始した。こうした背景には、古くから日本各地で、特に農村地域において医療共済組合に類する事業である「定例（じょうれい）」が普及していたことや、すでに創設した被用者向けの健康保険制度が効果を示し始めていたこと、さらには同時期にスウェーデンやデンマークなどで類似の制度が効果を挙げているという情報が政府内に入っていたことがあったと言われている。

旧・国民健康保険法は 1937 年に国会に提出されたが、衆議院解散に伴い、一度審議未了・廃案となった。翌 1938 年 1 月の厚生省誕生に伴い、それまでは被保険者の条件となっていた所得制限が撤廃され「被用者以外のもの」となり、さらには保険者も被用者保険対象外の職域ベースなどの要件がなくなり「市町村を単位とする組合」と変更された。ここに現在の国民健康保険の基礎ができあがり、1938 年 3 月に成立した。

国民皆保険の達成へ

1945 年に第二次世界大戦が終結すると、GHQ（連合国軍総司令部）は、日本に対し、保護の無差別平等・国家責任の明確化・最低生活保障などを盛り込んだ「公的扶助三原則」を提示し、国民生活の保障に国家がより積極的に関与することを求めた。1948 年には旧・国民健康保険法が改正され、保険者は地域単位組合から市町村公営の原則となった。しかしながら、戦後の社会状況もあり、国民健康保険の浸透には依然として課題があり、1956 年の時点では日本の人口の約 3 分の 1 が医療保険に未加入の状態であった。こうした状況を受け、鳩山一郎首相（当時）は、この年の施政方針演説において、「全国民を包含する総合的な医療保障」の確立を宣言し、これを機に一気に進むこととなる。1958 年には現在の国民健康保険法案が提出され、保険組合の運営を市町村の強制的な事務とするほか、被用者保険・共済組合などに加入している者を除き国民に対しても加入義務を課すものとした。同年、新・国民健康保険法は成立し、3 年の猶予期間を経て、1961 年全ての市町村において国民健康保険組合が設置され、日本が世界に誇る「国民皆保険」の達成となった^{10,11,12}。

¹⁰ 北山俊哉（2011）「福祉国家の制度発展と地方政府 --国民健康保険の政治学」有斐閣

¹¹ 佐口卓（1977）「日本社会保険制度史」勁草書房

¹² 吉原健二・和田勝（2008）「日本医療保険制度史」東洋経済新報社

老人医療費の「無料化」と高齢者医療制度の制定

福祉元年と呼ばれた 1973 年には、高齢者を対象とした新たな医療保険体制である老人医療費支給制度が創設された。公費の効率的な再分配により、70 歳以上の高齢者ほぼ全員についてそれまで自己負担であった医療費 30%分が無料化された¹³。老人医療費無料化とともに「高額療養費制度」も創設され、まずは被用者保険の家族が対象となり、次いで国保、被用者本人にも広まった。高齢者の医療のための支出は 1980 年までに 1973 年以前の 4 倍以上に膨れ上がり、財源の持続可能性に対する懸念が広がったことから、1982 年に老人保健法が制定された。同法は高齢者に対して少額の自己負担を課すものであり、「老人医療費無料化」の時代を終えることとなった¹⁴。また、この法律により職域保険の保険料を市町村運営の国民健康保険に充て、財政補助をすることが可能になった。これら 2 つの改革をもたらした点において、老人保健法は日本の医療制度の歴史上で最も重要な医療政策関連の法律の一つである。

老人保健制度と退職者医療制度

老人保健法の制定により、1982 年に創設された老人保健制度は、対象者を 70 歳以上の者及び 65 歳以上の一定の障害者とし、運営主体は市町村とした。財源は、医療保険者からの拠出金、公費、一部負担金で賄われていた。しかし、次にあげる問題点が指摘され、見直しを図ることとなった。まず、若人と高齢者の費用負担関係が不明確であり、実際に各公的保険の加入者が納めた保険料の一部が拠出金として市町村へ納められる構図、つまり、保険料の納付場所（加入している医療保険制度）と拠出金が使われる場所（市町村）が分離している点などがあり、納めた保険料の用途が大変分かりづらい制度であった。老人保健制度は、2008 年 4 月に後期高齢者医療制度が創設されたことによって、廃止された¹⁴。後期高齢者医療制度では、老人保健制度で不明確とされた若人と高齢者の給付費の負担割合を明確にし、保険料の納付場所と拠出金が使われる場所を都道府県連合会ごとに設置した広域連合に一元化し、財政・運営責任の明確化を図った。また、退職した被用者保険の加入者が国民健康保険に加入することで、国保財政を圧迫するという医療保険制度の構造上の問題へ対応するため、1984 年には、退職者医療制度が創設された。退職者医療

<コラム>老人医療費無料化－

日本の医療政策の最大の「失敗」

老人医療費無料化は、政府では「日本の医療政策最大の失敗」（厚生労働省元幹部）と言われた。無料化は、高齢者の医療機関へのアクセスを劇的に改善した。一方で、過剰診療、薬漬け医療、そして病院の待合室に高齢者があふれる「病院のサロン化」などの医療サービスの「過剰使用（オーバーユース）」を招いた。当時の病院での様子を描写する高齢者同士の会話がある－「あれ、今日は山田さんは病院に来てないの？」「今日はどこか具合でも悪いんじゃない？」－用事がなくても無料で暇つぶしができる病院が人気だった、というジョークである。無料化による患者の「不適切受診」（専門家は「モラルハザード」とも呼ぶ）も大きな原因であるとされ、その後政府は、医療サービスには一定以上の自己負担を求める方針を徹底するようになる。しかし、一度無料化した自己負担を引き上げるのは政治的に極めて困難であり、それが実現するまでには実に 10 年の月日を要した。

¹³ 厚生労働省「高齢者医療の現状等について」http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000125580.pdf（アクセス日 2018 年 1 月 29 日）

¹⁴ 厚生労働省「老人保健制度からの変更点」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02d-25.html>（アクセス日 2017 年 8 月 22 日）

制度の対象者は、国民健康保険の被保険者で 65 歳未満、厚生年金等の被保険者期間が 20 年以上ある者、もしくは 40 歳以降に 10 年以上加入して老齢年金を受けている者であり、一定の認定基準を満たすことができれば、被保険者本人の扶養者も対象となった。運営主体は国民健康保険の保険者である市町村であったが、財源は退職被保険者等の保険料と被用者保険の保険者が拠出する拠出金で賄われていた。退職者医療制度も、2008 年 4 月に創設された新たな高齢者医療制度により廃止された¹⁵。

新たな高齢者医療制度の仕組み

医療政策を知る上で重要となるのは 2006 年の医療制度改革である。この改革により、75 歳以上の後期高齢者を対象とした医療保険制度が新たに創設された。こうした新たな制度が創設された理由については、次のような経緯があった。地域保険にあたる国民健康保険は、被用者保険の加入者以外で日本国内に住所を有する者を加入の対象としている。そのため被用者保険の加入者が退職した際には、国民健康保険へ加入するという構造になっている¹⁶。こうした構造により、想定される退職後の年齢を踏まえると国民健康保険は被用者保険と比べ、加入者の高齢化が進んでいる。つまり、国民健康保険へ加入する多くの国民は、医療費が高くなる高齢期に国民健康保険へ加入することとなり、財政を圧迫している状況にある。このような医療保険制度の構造的な課題への対応として、2006 年の医療制度改革により、“高齢者を社会全体で支える仕組み”が創設された。具体的には、75 歳以上については、高齢者の保険料が約 1 割、現役世代からの支援金と公費で約 9 割を賄う新たな制度が創設され、65 歳から 74 歳については各々が職域保険もしくは地域保険に加入した状態で、保険者間の財政調整を行う仕組みが創設された。前者を後期高齢者医療制度といい、独立した 1 つの医療保険制度であり、後者を前期高齢者に係る財政調整の仕組みという。

介護保険制度の創設

介護保険制度創設以前の高齢者介護については、老人福祉と老人医療とに区分されていた。老人福祉は、市町村がサービスの種類、提供機関を決めるため、利用者がサービスを選択できない、本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担となるため中間所得者層にとっては負担が重い等の問題があった。一方老人医療については、福祉サービスの基盤整備が不十分であったため、介護を理由とする一般病院への入院の長期化の問題、治療を目的とする病院では、介護に要するスタッフの数が足りず、生活環境の面で介護を要する者が長期に療養するには体制が不十分などといった問題があった¹⁷。また高齢化の進行により、医療ニーズが急性期中心から慢性疾患中心に大きく変化し、医療と介護を一体として継続的なケアを提供する必要性が高まっていた。さらには、核家族化の進行、介護する家族の高齢化などを背景に、長期療養が必要な入院などのケアニーズを医療保険でカバーするには財政負担の点からも困難であり、従来の老人福祉、老人医療制度による対応では限界があった。そこで、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして 1997 年に成立した介護保険法により、65 歳以上及び加齢に伴

¹⁵ 厚生労働省「医療保険制度体系の見直し」 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/taikou05.html>（アクセス日 2017 年 8 月 22 日）

¹⁶ 厚生労働省「我が国の医療保険について」 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000172084.pdf>（アクセス日 2017 年 8 月 22 日）

¹⁷ 厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」 http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/201602kaigohokenntoha_2.pdf（アクセス日 2017 年 8 月 22 日）

う病気を患う 40 歳以上の全員を対象として創設されたのが介護保険制度である。介護保険制度は、利用者自らがサービスの種類や事業者を選んで利用できるが、サービスの手配を利用者本人が行うことは難しいため、新たに介護支援専門員（ケアマネジャー）という職種を設けた¹⁸。利用者負担は、所得にかかわらず利用者は原則かかった費用の 1 割を負担する（一定以上所得のある場合は 2 割負担）。なお、介護保険制度では、医療保険と異なり、「支給限度基準額」を設けることで、支給限度額を超えるサービスを受けた場合、超えた分の費用は全額自己負担となる。

その他の医療政策関連の法律

公立病院における医療水準を確保するための病院の施設基準を定めた、1948 年に公布された医療法も重要な法律と言える¹⁹。医療法は医療計画制度の導入や、地域コミュニティでのニーズに対応した医療機関の提供を実現する等のため、現在までに計 8 回の改正が行われている。また、2015 年の医療保険制度改革法案の成立は、その後の医療保険制度の在り方を左右する大きな改革であった。これは、これまで市町村が運営していた国民健康保険を 2018 年から都道府県に移管するもので、都道府県が財政運営と医療提供体制で大きな権限と責任を持つようになることを意味する「国民健康保険制度創設以来最大の改革」（厚生労働省幹部）である。

¹⁸ 池上直己（2017）「日本の医療と介護 歴史と構造、そして改革の方向性」日本経済新聞出版社

¹⁹ 厚生労働省「平成 19 年度版厚生労働白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0101.pdf>（アクセス日 2018 年 1 月 29 日）

1.3 背景 | 主要な政策

年	政策	詳細
1922	健康保険法制定	・ 一定額所得をもつ会社員や他の被雇用者を対象とした国家主導の初の保険制度の成立
1938	国民健康保険法制定 厚生省設置	・ 健康保険法で対象外とされていた農家や自営業者、定年退職者、非雇用者を対象とした、市町村が管理する任意国民健康保険制度（国保）の成立
1939	職員健康保険法制定	・ 金融等の会社で働いていたサラリーマンを対象とした保険制度の成立
1942	健康保険法改正	・ 職員健康保険法を健保法へ統合・一部負担金制の導入
1948	医療法制定	・ 病院や診療所、その他の医療機関における施設の開設と管理・運営、規模、人員などを規定
1958	国民健康保険法改正	・ 市町村が国保を運営することを義務付け、被用者保険加入者等でない限り強制加入となった
1961	国民皆保険達成	・ 1958 年の国民健康保険法改正により、市町村の国保運営が義務化されたことで実現 ・ 患者の自己負担は、被用者保険は本人負担なし、家族 5 割、国民健康保険は 3 割 ・ 高額療養費制度を創設
1963	老人福祉法制定	・ 特別養護老人ホーム創設 ・ 老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）の法制化
1972	老人福祉法改正	・ 高齢者医療の無料化 ・ 70 歳以上の高齢者を対象とした新制度が成立。これにより、ほぼ全ての 70 歳以上の高齢者を対象とした医療が無料に ・ 高齢者だけでなく、その他の国保加入者の自己負担額も引き下げ
1973	健康保険法改正	・ 老人医療費支給制度の創設 ・ 政府管掌健康保険組合（政管健保）の国庫補助の定率化
1982	老人保健法制定	・ 70 歳以上の高齢者への無料医療を終了し、小額の自己負担制を導入 ・ 高齢者の医療費を、保険者間の財政調整によって賄うことを規定
1985	第 1 次医療法改正	・ 病院病床数管理のため、都道府県ごとの医療計画を策定

1990	福祉関係 8 法改正	・ 市町村老人保健福祉計画の策定が義務付け
1993	第 2 次医療法改正	・ 特定機能病院と療養型病床群制度の創設
1997	介護保険法制定 第 3 次医療法改正	・ 介護を必要とする高齢者の治療・介護費などを保障する制度の発足。これにより介護者の負担を一部軽減、高齢化のニーズに対応 ・ 地域医療支援病院制度の創設 ・ インフォームド・コンセントの法制化
2000	健康保険法等の一部を改正する法律	・ 高額療養費の見直し ・ 健康保険の保険料率の上限の見直し ・ 老人に係る薬剤一部負担金の廃止 ・ 老人一部負担の見直し
	第 4 次医療法改正	・ 入院医療の向上のため病床区分（一般病床と療養病床）の届け出を義務化 ・ 医師免許取得後 2 年間の臨床研修の必修化 ・ 全医療機関への医療安全管理体制の法的義務付け
2002	健康保険法等の一部を改正する法律	・ 患者一部負担金の見直し ・ 健康保険の保険料における総報酬制の導入 ・ 政府管掌健康保険の保険料率の引上げ ・ 老人医療費拠出金の算定方法の見直し ・ 国民健康保険の財政基盤の強化等の措置
2005	介護保険法改正	・ 予防重視型システムの確立のための新予防給付と地域支援事業の創設 ・ 施設給付の見直しのために、介護保険施設など施設等の食費・居住費を保険給付の対象外にし、所得の低い利用者への補足給付を設置 ・ 新たなサービス体系の確立のための地域密着型サービス創設、居住系サービスの充実、地域包括ケア体制の整備、中重度者の支援強化、医療と介護の連携・機能分担 ・ 負担の在り方・制度運営の見直しのための負担能力を細かく反映した第 1 号被保険者の保険料の設定、要介護認定の見直しと保険者機能の強化、費用負担割合等を見直し
2006	医療制度改革	・ 75 歳以上の後期高齢者を対象とした新たな医療制度の創設 ・ 中小企業の従業員を対象とする政府管掌健康保険の運営を国から都道府県に引き継ぐための公法人を設立

	健康保険法等の一部を改正する法律	・生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための医療費適正化計画の策定 ・保険給付の内容・範囲の見直し ・介護療養型医療施設の廃止 ・新たな高齢者医療制度の創設
	第5次医療法改正	・患者等への医療に関する情報提供を都道府県レベルで推進
2008	介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律	・介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備 ・介護サービス事業所休止・廃止の事前届出制 ・介護サービス事業所休止・廃止時のサービス確保の義務化
	健康保険法施行令等の一部を改正する政令	・高額療養費の算定基準額の見直し ・高額介護合算療養費の支給要件及び支給額並びに介護合算算定基準額を制定
	社会保障国民会議報告書のとりまとめ	・病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定 ・都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行 ・医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し ・医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築 ・医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援 ・総合診療医の養成とその国民への周知を図り、医療職種の職務の見直し、チーム医療の確立を図り、継続的にデータ収集し、常に再評価される仕組みを構築することを検討 ・財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保 ・医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）
2009	健康保険法施行令等の一部を改正する政令	・出産育児一時金及び家族出産育児一時金の金額の見直し（4万円の引き上げ）
2011	介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律	・医療と介護の連携の強化等における医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進 ・日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設

		・介護療養病床の廃止期限を猶予 ・サービス付き高齢者向け住宅の供給を促進
2012	国民健康保険法改正	・国保の財政運営責任を都道府県へ移行。財政基盤の安定化や保険料格差の是正
2013	健康保険法等の一部を改正する法律	・協会けんぽに対する 2010 年から 2012 年までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を 2 年間延長する等の措置を講ずる ・協会けんぽへの国庫補助の 13% から 16.4% への引き上げ措置を 2 年間延長
2013	社会保障改革プログラム制定	・医療制度、介護保険制度等の改革についての検討項目の明確化 ・病床機能報告制度の創設・国保の保険者・運営等の在り方改革 ・後期高齢者支援金の全面総報酬割 ・70～74 歳の一部負担金の見直し ・高額療養費制度の見直し
2014	地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律	・新たな基金の創設と医療・介護の連携強化のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置 ・地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保のため、医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定 ・地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化のため、地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行
	健康保険法施行令等の一部を改正する政令	・出産育児一時金等の額の見直し ・高額療養費及び高額介護合算療養費の算定基準額等の見直し

	第 6 次医療法改正	・ 病床機能報告制度と地域医療構想の策定により病床の機能分化・連携を推進 ・ 医師や看護師を含む医療従事者の確保対策 ・ 特定機能病院の承認の更新制の導入 ・ 医療従事者の労働環境の改善対策 ・ 在宅医療の推進 ・ 臨床研究の更なる推進 ・ 医療事故に関する調査の仕組みの整備 ・ 医療法人制度の見直し
	医療介護総合確保推進法制定	・ 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保 ・ 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化
2015	持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律成立	・ 国保の財政運営の責任主体を市町村から都道府県に移管 ・ 大企業社員や公務員の保険料引き上げ ・ 保険診療と保険外の自由診療を併用する「患者申し出療養」創設を決定
	第 7 次医療法改正	・ 地域医療連携推進法人制度の創設 ・ 医療法人制度の見直し
2017	第 8 次医療法改正	・ 特定機能病院のガバナンス改革に関する規定の創設 ・ 医療機関の web サイトなどにおける虚偽、誇大等の表示規制の創設
	健康保険法施行令等の一部を改正する政令	・ 70 歳以上の被保険者に係る高額療養費の算定基準額等の見直し
	地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律	・ 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ・ 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設 ・ 2 割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を 3 割とする
2018	国民健康保険の都道府県単位化	・ 国民健康保険の財政運営の責任主体が市町村から都道府県に移り、都道府県が財政運営の責任主体となる