



3. 医療保険制度

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。

3.1 医療保険制度 | 日本の医療保険制度

医療保険制度の概要

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[i]。日本では政府主導の社会保障政策が実を結び、1961 年に国民皆保険を達成するに至った¹。

国民皆保険制度の特徴は以下のとおりである。

日本国籍か外国籍かを問わず、日本に 3 カ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。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はないこと。また、加入者本人が世帯主でない場合は世帯主の職業、年齢及び居住地域に基づいて決められる。

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。こうした体制を「フリーアクセス制度」という。フリーアクセス制度により、国民は病気等になった際には、保険証があれば一定の自己負担で必要な医療サービスを受けることができる²。

しかし一方で、軽症であるにもかかわらず、入院や手術を必要とする患者を対象とする二次救急医療機関の夜間外来を自己都合で受診する、コンビニ受診が 1 つの問題として指摘されている。人材不足等で疲弊が懸念される医療現場を守るために、医療機関それぞれの機能に応じて適切な受診の機会を選択できるように、「かかりつけ医の推進」や「受診時定額負担」について議論が行われている³。

<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カ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、数千円の追加で自己負担を行えばほとんどの場合、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。

[i] 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。

¹ 厚生労働省「平成 19 年版厚生労働白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0101.pdf>（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

² 厚生労働省「日本の医療保険制度について」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000172084.pdf>（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

³ 内閣府「「かかりつけ医」に関する制度の現状」http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg2/kenko/131009/item3_5.pdf（アクセス日 2017 年 10 月 26 日）

保険給付と患者の一部負担

給付内容は、いずれの公的医療保険に加入していても、原則として同じである。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。

医療費の自己負担割合は、医療保険制度間を通じて同じである。70歳未満の者は3割負担であり、6歳（義務教育就学前）未満の子どもは2割負担となっている。また、70歳から74歳までの者は2割負担、75歳以上の低所得者は1割負担、70歳以上で現役並み所得者は3割負担など自己負担額の割合は年齢、所得に応じて決まる⁴。

高額療養費制度について

医療費が高額になった際に、家計に対する医療費の負担が過重にならないよう、月ごとの自己負担限度額を超えた場合に、その超えた額を支給する制度として高額療養費制度がある。自己負担限度額は、被保険者の年齢、所得によって異なる。例えば、69歳以下の加入者で年収約370万円～約770万円の場合、ひと月の上限額は80,100円＋（医療費－267,000円）×1％で算出された額となる。高額療養費制度は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⁵。高額療養費の支給額は、2013年度でみると75歳未満で約1兆6,772億円、75歳以上で約5,429億円であり、2004年から2013年の10年間で75歳未満の支給額は約1.56倍であるのに対し、75歳以上では2013年度で、1.65倍となっている。高額療養費全体でみて、支給額は増加傾向にある⁶。

保険料の仕組み

保険料については、加入する医療保険制度により算出方法が異なることから、被保険者が納める保険料の額も異なる。健保組合や協会けんぽなどは、働いている会社が保険料の半分を負担している。保険料の算出方法は、健保組合や協会けんぽでは、標準報酬月額（被保険者が事業主から受ける毎月の給料などの報酬の月額を区切りのよい幅で区分したもの）に保険料率を掛けることにより算出される。保険料率は、それぞれ健保組合ごと、協会けんぽ支部ごとに異なる。

国民健康保険における保険料の算出方法は、市区町村により異なる。所得割（その世帯の所得に応じて算定）、資産割（その世帯の資産に応じて算定）、均等割（加入者1人当たりの額を算定）、平等割（一世帯当たりの額を算定）の4つの組み合わせによって算出する。

このように加入している医療保険制度によって保険料は異なるが、保険料は収入等に応じて算定され、収入が多い程、保険料も高くなる。この保険料は、必ずしも自らが加入している医療保険の加入者の給付分だけではなく、後期高齢者や前期高齢者に係る給付分も含まれている。つまり、医療保険制度

⁴ 厚生労働省「日本の医療保険制度について」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000172084.pdf>（アクセス日 2017年9月1日）

⁵ 厚生労働省「高額療養費制度を利用される皆さまへ」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000161153.pdf>（アクセス日 2017年9月1日）

⁶ 厚生労働省「高額療養費制度の見直しについて」http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000138069.pdf（アクセス日 2017年10月16日）

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ている。

医療保険者について

日本には、3,000 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。後期高齢者医療制度は、主として職域保険及び国民健康保険からの支援金と公費により支えられている。

―職域保険

職域保険は 3 つに分類され、その一つは主に大企業向けの健康保険組合によるものである。これは 1,300 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 つ目は協会けんぽ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及び公費から構成される支援金が協会けんぽの主な財源である。それぞれ加入者数、保険料水準などが異なる⁷。

健康保険組合は、2017 年 4 月 1 日時点で 1,357 組合存在しており、いずれも健康保険法に基づき設立された公法人である⁸。1 企業により組織された組合（単一組合）と、同種同業種の事業主で組織された組合（総合組合）があり、加入者数は 2016 年 8 月末時点で 2,917 万人である。協会けんぽは、健康保険法に基づき、健康保険組合の設立が困難である中小規模の事業所の従業員と家族が加入できるように設立された保険者である。加入者数は、2016 年 8 月末現在で 3,718 万人であり、保険料水準は都道府県に設置された支部ごとに異なる。健康保険組合が財政ひっ迫等の理由により運営ができなくなり解散した場合、これまで健康保険組合に加入していた被保険者等は協会けんぽに加入することになる。こうした状況から、協会けんぽは被用者保険のセーフティネットとしての役割を担っている。共済組合は、共済各法に基づき、国家公務員等を対象として設立された保険者である。2014 年 3 月末時点で 85 組合存在しており、加入者数は、2014 年 3 月末時点で 891 万人である。健康保険組合と同様に、保険料水準は加入する共済組合によって異なる。

―地域保険

国民健康保険は自営業、無職者及び 75 歳未満の退職者を対象とした医療保険制度である。つまり、他の医療保険に加入していない住民を被保険者とする制度という点において、国民の健康を支えている医療のセーフティネットとしての役割を担っている。2017 年までは、国民健康保険の運営は市町村が担っていたが、2018 年に都道府県の管轄へと移行された。都道府県が財政運営の責任主体となることで、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等により、赤字体質が続く国民健康保険の財政基盤強化を図るという目的がある。現在の国民健康保険は、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。加入者の年齢構成の高さ、所得水準の低さ、保険料（税）の収納率の低さなどの構造的問題があり財源が不安定な制度であるといえる⁹。

⁷ 健康保険組合連合会「図表で見る医療保障 平成 29 年度版」（ぎょうせい）57-59 ページ

⁸ 健康保険組合連合会「医療保険制度の基礎知識」http://www.kenporen.com/health-insurance/m_knowledge/（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

⁹ 厚生労働省「医療保険制度改革について」https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihoshyou_kaikaku/dai4/siryou2.pdf（アクセス日 2017 年 10 月 20 日）

一 高齢者医療

Section1 で述べた通り、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。都道府県及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¹⁰。

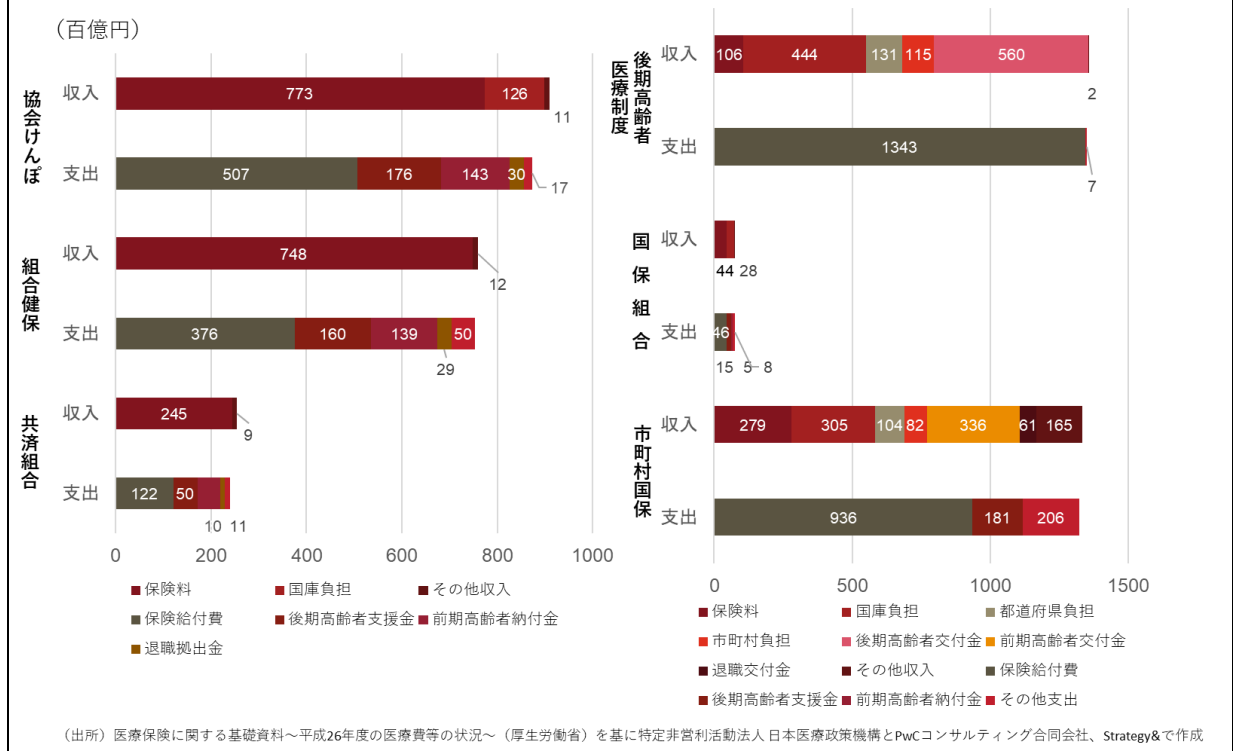
医療保険制度別収入・支出

図 3-1-1 にあるように、協会けんぽ、組合健保、共済組合の支出に示されている後期高齢者支援金や前期高齢者納付金、退職拠出金が保険者間の財政調整により、後期高齢者医療制度の収入における後期高齢者交付金、市町村国保の収入における前期高齢者交付金、退職交付金となっている。図 3-1-1 から分かるように、収入に占める保険料や国庫負担の割合、支出に占める保険給付費の割合は保険者間で大きく異なっている。この表からも明らかなように、後期高齢者医療制度と国保の収入に占める国庫負担は、保険料による収入よりも大変多くなっており、国庫に頼らざるを得ない状況からも財政運営の厳しさがうかがえる。

日)

¹⁰ 厚労働省「我が国の医療保険について」 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryouhoken/iryouhoken01/index.html (アクセス日 2017 年 10 月 20 日)

図3-1-1: 2014年度医療保険制度別収入と支出



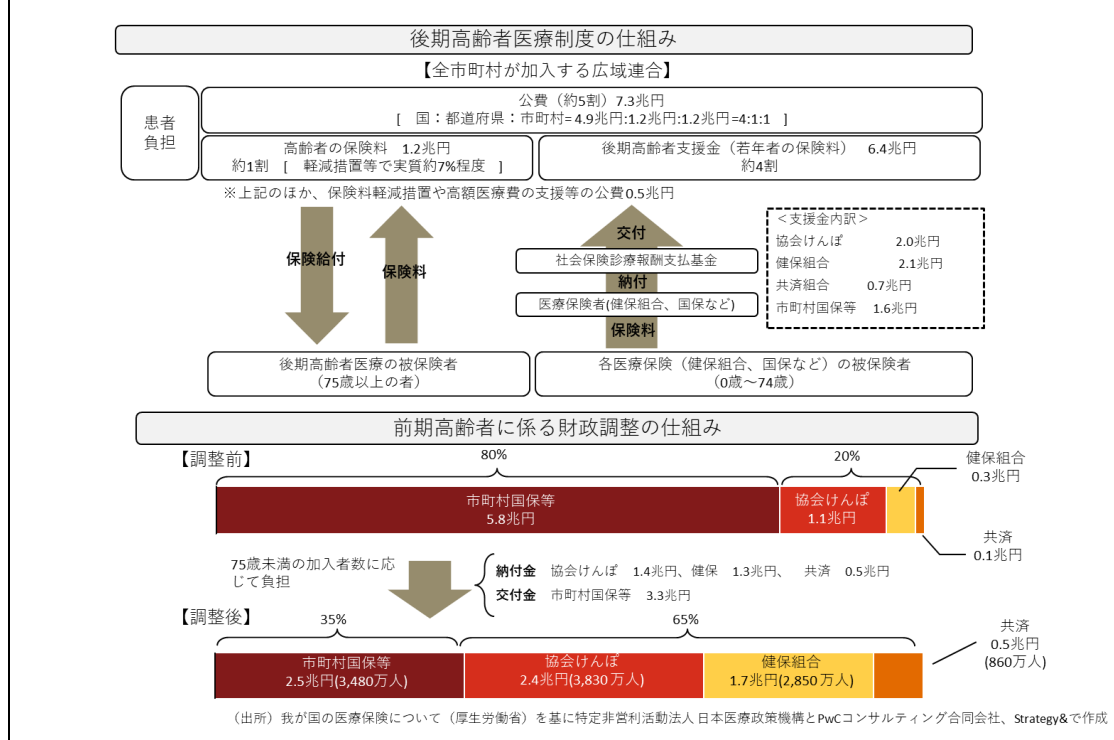
高齢者医療制度の仕組み

高齢者医療制度の財政調整の仕組みについて触れる。後期高齢者医療制度の財源については、図 3-1-2にある通り、約 5 割が公費（国：都道府県：市町村＝4:1:1）、約 4 割が各保険者からの支援金即ち現役世代からの保険料、約 1 割が高齢者の保険料から賄われている。後期高齢者医療費の規模は、2017 年度ベースで給付費 15.4 兆円、患者負担 1.3 兆円で合わせて 16.8 兆円となっている¹¹。現役世代の保険料による支援金は、原則、各保険者の加入者数（0～74 歳）で按分しており、加入者数に応じた負担となっていることから、財政力の弱い保険者には重い負担となっている。そこで、負担能力に応じた費用負担とするために、被用者保険者間での按分については、総報酬割部分を 2015 年度に 2 分の 1、2016 年度に 3 分の 2 に引き上げ、2017 年度から全面総報酬割となっている¹²。

¹¹ 厚生労働省「我が国の医療保険について」http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryouhoken/iryouhoken01/index.html（アクセス日 2017 年 10 月 20 日）

¹² 厚生労働省「費用負担（総報酬割）」http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000140159.pdf（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

図3-1-2: 後期高齢者医療制度と前期高齢者に係る財政調整の仕組み



前期高齢者に係る財政調整の仕組みは、65～74 歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を解消するため、各保険者の前期高齢者加入率に応じて負担を調整するというものである。そのため、後期高齢者医療制度とは異なり、対象となる 65～74 歳の高齢者はそれぞれが加入している医療保険制度の加入者であることには変わりはない¹³。図 3-1-2 にある通り、こうした財政調整が行われる前は、前期高齢者給付費の約 8 割が市町村国保等の負担となり、その他の保険者で 2 割を負担するという構図になるが、財政調整を行うことで、保険者間のこうした不均衡が調整され、前期高齢者給付費に占める各保険者の負担割合は市町村国保等が 35%、その他の保険者で 65%を負担することとなる。

日本における保険診療の仕組み

先にも述べたように、国民皆保険制度のもと国民はいずれかの公的医療保険に加入している。ここで、医療機関等にかかった際に医療費等がどのような仕組みによって支払われているのか、保険診療の仕組みについて説明する。こうした仕組みの前提として、日本には診療報酬制度がある。診療報酬とは、保険医療機関及び保険薬局が提供した公的保険の適用範囲内の医療サービスや薬剤への対価として受け取る報酬である¹⁴。医療機関等は出来高払いの合計額から患者自己負担を除いた金額を審査支払機関に請求する。また Section7 にて詳細に触れるが、診療報酬は厚生労働大臣が中医協での議論を踏まえ決定し、2 年に 1 度改定が行われている。診療報酬は点数化されており、1 点 10 円として評価されている。

¹³ 厚生労働省「我が国の医療保険について」 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryouhoken/iryouhoken01/index.html（アクセス日 2017 年 10 月 20 日）

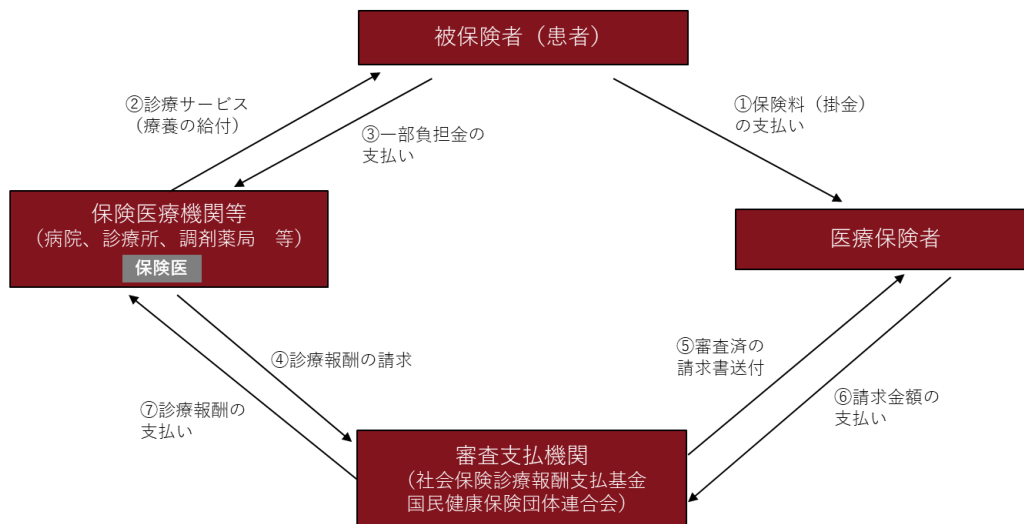
¹⁴ 厚生労働省「診療報酬制度について」 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken01/dl/01b.pdf>（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

保険診療の流れについては図 3-1-3 にあるように、被保険者証をもって医療機関等を受診した際に、受けた診療サービスに対して、年齢・所得に応じた一部負担金（1～3 割）を医療機関等へ支払う。かかった医療費から一部負担金を除いた 7～9 割については、国民が納めている保険料や税金等による公費によって賄われている。保険医療機関は、この 7～9 割の部分を審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金、以下支払基金、国民健康保険団体連合会、以下国保連）へ請求する。審査支払機関は請求内容の適否を審査し、医療機関等へ支払う診療報酬を医療保険者へ請求し、医療保険者からの支払いを受け、医療機関等へ診療報酬を支払う。つまり、医療機関等から請求された診療報酬明細書（レセプト）を審査し、審査結果に基づき診療報酬の支払いを行うことが審査支払機関の役割である。

＜コラム＞保険者機能、審査支払機関へ委託？

各都道府県に設置された審査支払機関は、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っている。ここで請け負っていると書いたのは、診療報酬請求の審査支払は、本来サービスを提供した保険医療機関等が、患者を診察した後に保険者に診療報酬を請求する仕組みとなっており、保険者が担うべき機能の 1 つだからである。しかし、診療報酬の円滑な支払を実現するために支払基金と国保連が都道府県単位で設立されると、診療報酬の支払事務はこうした組織に委託する体制がとられてきた。

図3-1-3: 保険診療の流れ



（出所）診療報酬制度について（厚生労働省）を基に特定非営利活動法人日本医療政策機構とPwCコンサルティング合同会社、Strategy&で作成

審査支払機関によって行われる審査は、保険医療機関における当該患者に提供された診療行為が保険診療ルール（療養担当規則や関連通知等）に適合しているかどうかを確認することである。レセプト

を審査する際、保険診療ルールに則って審査が行われているはずだが、請求が妥当かどうかを判断する基準が支部によって異なる「支部間差異」は 1 つの課題としてあげられる¹⁵。

¹⁵ 厚生労働省「支払基金業務効率化・高度化計画 工程表の概要」 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000169999.pdf> (アクセス日 2017 年 10 月 16 日)

3.2 医療保険制度 | 日本の介護保険制度

介護保険制度の概要

介護保険制度は、高齢者の介護を社会全体で支え合う保険制度で、2000年に創設された。市区町村が保険者となって運営を行い、40歳以上の全国民が被保険者となる。この制度は、適用範囲と給付水準の点において、諸外国と比べて寛大な制度であり、2016年4月の時点で500万人以上が受給対象である¹⁶。

介護保険創設の経緯

介護保険創設の詳細については、Section1で述べた通りである。従来の老人福祉制度下においては、市町村がサービスの選択主体であったため、利用者がサービスを選択できず、サービス内容も画一的となりがちであった。また、サービスの利用は、応能負担であったため、中高所得者層には重い負担となり、介護を理由とする一般病院への長期入院が問題となった。

高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加や介護期間の長期化などにより、介護ニーズはますます増大する一方で、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化した¹⁷。

このような、従来の老人福祉・老人医療制度の問題点を踏まえ、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして介護保険制度を創設するに至った。

介護保険の基本理念

- 自立支援：単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者の自立を支援する
- 利用者本位：利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- 社会保険方式：給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

介護保険の加入者（被保険者）と保険料

介護保険の被保険者は、65歳以上（第1号被保険者）と、40歳から64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）に分けられる。

- 第1号被保険者：原因を問わずに要介護認定または要支援認定を受けたときに介護サービスを受けることができる。

¹⁶ 厚生労働省「平成28年度介護給付費等実態調査の概況」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/16/index.html>（アクセス日 2017年11月19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11月19日）

○ 第 2 号被保険者: 加齢に伴う疾病（特定疾病）が原因で要介護（要支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができる。

2015 年度末時点で、第 1 号被保険者数は 3,382 万人、第 2 号被保険者数は 4,204 万人（2017 年度内の月平均人数）となっている^{18,19}。

第 1 号被保険者（65 歳以上）の保険料は、医療保険の保険料とは別に納付する。保険料は保険者（市町村）ごとに、所得に応じて標準 9 段階の基準額・保険料率が設定されている²⁰。第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の保険料は、医療保険の保険料と一括で徴収され、保険料は加入する医療保険者ごとに設定されている²¹。

<コラム> 被保険者はなぜ 40 歳以上？

介護保険制度がなぜ 40 歳以上の国民を対象としたのかは、制度創設時にも大きな議論があった。議論の中では、65 歳以上、20 歳以上とする意見もあったが、1996 年の老人保健福祉審議会における介護保険制度案大綱（諮問）には、40 歳以降になると自らの親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険による社会的支援を受ける可能性が高まることから 40 歳以上の者を被保険者とし、社会連帯によって介護費用を支え合うということが示されており、こうした議論を経て現在の介護保険制度の枠組みとなっている。[厚生労働省, 2006]

¹⁸ 厚生労働省「平成 27 年度介護保険事業報告（年報）」http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/15/dl/h27_gaiyou.pdf（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

¹⁹ 厚生労働省「第 2 号被保険者にかかる介護保険料について」http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/15/dl/h27_hihokensha.pdf（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

²⁰ 厚生労働省「平成 30 年度予算（案）の概要（老健局）」<https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/18syokanyosan/dl/gaiyo-13.pdf>（アクセス日 2018 年 7 月 6 日）

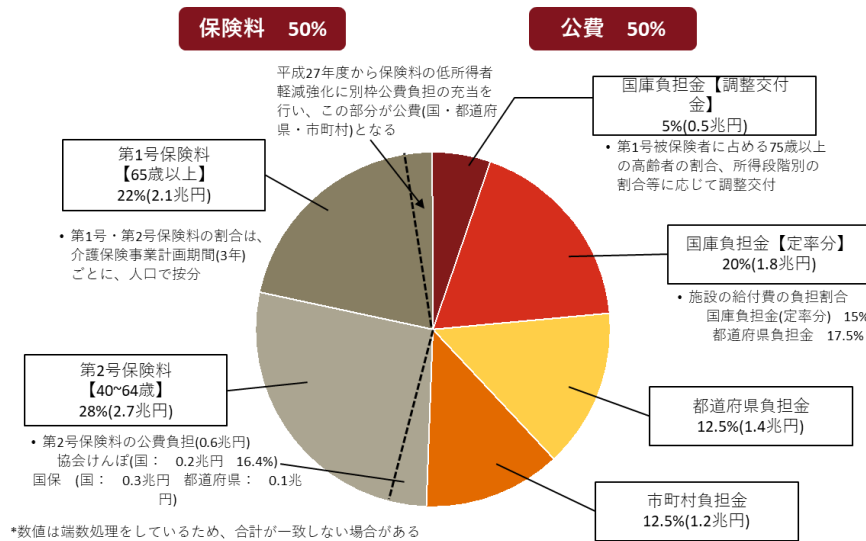
²¹ 厚生労働省「介護保険制度について」http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2gou_leaflet.pdf（アクセス日 2017 年 9 月 21 日）

介護保険財政

介護保険は、図 3-2-1 にあるように被保険者の保険料 5 割と公費 5 割で賄われている。2016 年度予算案では、介護給付費 9.6 兆円で、その内訳は、第 1 号被保険者 2.1 兆円、第 2 号被保険者 2.7 兆円、国庫負担金 2.3 兆円、都道府県負担金 1.4 兆円、市町村負担金 1.2 兆円である。医療費と同様、介護保険給付費も毎年過去最高額となっており、今後は高齢化によりさらに介護給付費も増加することが見込まれている²²。

図3-2-1: 介護保険の財源構成と規模

(28年度予算(案) 介護給付費： 9.6兆円 総費用ベース： 10.4兆円)



(出所) 公的介護保険制度の現状と今後の役割(厚生労働省)を基に特定非営利活動法人日本医療政策機構とPwCコンサルティング合同会社、Strategy&で作成

財政負担に関する財政措置もあり、「後期高齢者比率が高いことによる給付増」と「被保険者の所得水準が低いことによる収入減」を国庫負担 26%のうち 5%分で財政調整を行い、市長村間の財政力の差を解消している。こうした財政調整の仕組みについては、Section 1.2 で説明した高齢者医療制度に係る保険者間の財政調整の仕組み、つまり“財政力の差”を解消するという点では仕組みとしては大変類似した制度設計となっている。

²² 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 10 月 21 日)

介護サービス利用、要介護認定

介護サービスを利用するためには、市区町村の窓口や地域包括センターに申請をし、介護が必要だという認定「要支援・要介護認定」を受ける必要がある。要支援・要介護認定を受けると、ケアマネジャーがケアプランを作成し、介護保険を利用した様々な介護サービスを受けることが可能となる。

認定の際には、日常生活活動に基づく 74 項目の調査、及び医療関係者からの診断書に基づき、専門家委員会が検討し要介護レベル（要支援 1,2,要介護 1～5）を定める。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²³。要介護認定者の年次推移は図 3-2-2 の通りである。

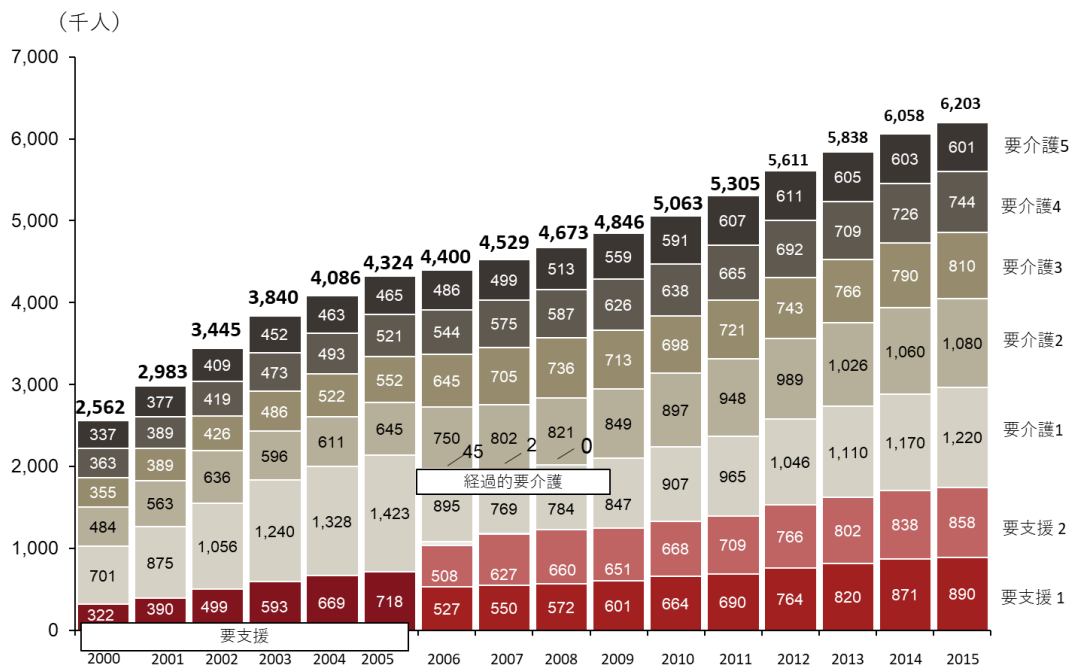
2006 年介護保険法改正では、要介護状態の軽度（要支援、要介護 1）の方が年々増え続け、要介護状態の改善につがっていない状況を改善すべく、介護予防サービスが新たに創設された。この際に、それまで要介護 1 と認定されていた方が、状態の維持、改善の可能性によって、要支援 2、要介護 1 に分けられ、こうした区分が現在まで続いている。

<コラム>介護保険制度創設

当初の利用者数

介護保険制度創設以前は、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。制度創設当初、今まで福祉サービスを受けていた者が、介護保険へ移行後も引き続き同じサービスを受けることができるように認定基準を緩く設けた経緯もあり、居宅サービス利用者は軽度の利用者が一気に増え、特養では入所を待つ人たちが増えてしまった。[池上直己, 2017]

図3-2-2: 要介護認定者の年次推移



（出所）平成27年度 介護保険事業状況報告（年報）（厚生労働省）を基に特定非営利活動法人日本医療政策機構とPwCコンサルティング合同会社、Strategy&で作成

²³ 厚生労働省「介護保険制度について」 www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2gou_leaflet.pdf（アクセス日 2017 年 9 月 21 日）

3.3 医療保険制度 | 民間医療保険

国民皆保険制度下において民間医療保険が果たす役割

民間医療保険は、公的医療保険制度の補完的役割を主に果たしている。公的保障の給付対象外サービスに対する保障や、病気になった際に発生するその他費用に対する保障、休業に対する所得保障などの役割を担っている^{24,25}。また、納税者が生命保険料、介護医療保険料及び個人年金保険料を支払った場合には、一定の所得控除を受けることができる。これを生命保険控除といい、払い込んだ生命保険料に応じて、所得税や住民税負担が軽減される。

民間医療保険分野が急成長してきた背景

医療保険やがん保険などは第三分野保険に分類される（用語集参照）。第三分野保険の取り扱いとは1970年代当初は外国の生命保険会社にのみ許可されていたが、1995年の抜本的な保険業法の改正を経て2001年に第三分野保険市場が完全自由化され、国内の保険会社全てに販売が解禁された²⁶。第三分野の保有契約件数は一貫して増加しており²⁷、生命保険の中でも主力商品となっている。近年、従来は保険への加入が難しかった「持病や既往症がある人」向けの専用の医療保険（引受基準緩和型医療保険）などの新しいタイプの商品も登場しており、高齢化が急速に進展する中、持病や既往症などで保険の加入が難しかった中高年層も、入院・手術リスクに備えることが可能になっている。こうした背景もあり、民間医療保険における保有契約件数は年々増加しており、2016年には全生命保険会社の主契約において入院・手術保障等を提供する医療保有契約件数は3,529万件に上った²⁸。

今後の民間医療保険に期待される役割

現行の日本は、公的医療保険制度の給付範囲が広く、フリーアクセス制度である。さらに高額療養費制度や混合診療禁止等の理由から、民間医療保険が果たす役割は諸外国と比較し、限定的なものにとどまっている。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や、先進医療の拡大などにより、民間医療保険に対するニーズも少しずつ変わってきている。こうした状況も踏まえ、今後の民間医療保険の役割は、公的医療保険制度改革の内容によって変わりうる^{29,30}。さらに、少子高齢社会の進展や技術革新により、国民医療費が増加するとされており、公的医療保険の範囲の見直しにより、保険適用範囲が縮小される可能性がある。現在市場で供給され

²⁴ 田近栄治、菊池潤「医療保障における政府と民間保険の役割：理論フレームと各国の事例」

http://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list6/r111/r111_02.pdf（アクセス日 2017 年 11 月 21 日）

²⁵ 中浜隆「民間医療保険の役割－日米の比較を通じて－」https://www.istage.jst.go.jp/article/jis/2007/596/2007_596_596_69/.pdf（アクセス日 2017 年 11 月 21 日）

²⁶ 芹澤伸子「第三分野保険市場」http://dspace.lib.niigata-u.ac.jp/dspace/bitstream/10191/16657/1/90_249-271.pdf（アクセス日 2017 年 11 月 21 日）

²⁷ 一般社団法人生命保険協会「2017年版生命保険の動向」<http://www.seiho.or.jp/data/statistics/trend/pdf/all.pdf>（アクセス日 2017 年 11 月 21 日）

²⁸ 一般社団法人生命保険協会「2017年版生命保険の動向」<http://www.seiho.or.jp/data/statistics/trend/pdf/all.pdf>（アクセス日 2017 年 11 月 21 日）

²⁹ 中浜隆「民間医療保険の役割－日米の比較を通じて－」https://www.istage.jst.go.jp/article/jis/2007/596/2007_596_596_69/.pdf（アクセス日 2017 年 11 月 21 日）

³⁰ 河口洋行「公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較－公私財源の役割分担とその機能－」

<http://www.seijo.ac.jp/pdf/faeco/kenkyu/196/196-kawaguchi.pdf>（アクセス日 2017 年 11 月 21 日）

ている民間医療保険の多くは定額的・定型的な金銭給付で限定的なものとなっているが、今後はこうした公的保険適用外の医療サービスに対する新たな民間保険の役割が期待されると予測される。