

# 図表で見る 医療保障

令和  
6年度版

## はじめに

わが国の医療保障は、原則として誰もがいずれかの公的医療保険制度に加入し保険料を納めることで、保険証があれば国内のどの保険医療機関でも必要な医療を受けられる、いわゆる「国民皆保険」を規範として整備され、国民の健康や生活を支えてきました。しかし、少子高齢化の進行等によって医療費は一貫して増加し続けており、このままでは、現在の保険料や患者窓口負担、公費負担だけで費用を賄うことは困難になっていくと懸念されています。

医療保険をはじめとする社会保障は国民のセーフティネットであり、制度の維持、充実・安定化のために様々な議論や改革が行われています。令和元年にいったんの区切りを迎えた社会保障・税一体改革では、消費税率が引上げられ、社会保障目的税化されました。また日本の社会保障は、負担は現役中心、給付は高齢者中心と言われてきましたが、全世代を対象とした持続可能な社会保障制度を構築するための改革が進められています。医療サービスの効率化・質の向上を目指し、デジタル化の推進も強化されています。医療DXの基盤となるマイナンバーカードと健康保険証の一体化も実施され、令和6年12月には健康保険証が廃止される予定です。

しかしながら、医療保険には依然として多くの課題が存在します。団塊の世代が後期高齢者となる「2025年問題」を控え、さらに団塊ジュニア世代が高齢化し、65歳以上人口がピークとなり、医療介護ニーズの増加、生産年齢人口の減少もより深刻化する「2040年問題」を見据えて、国民の生活を支える医療保険を今後どのようにしていくのか、私たち自身も当事者として問題や課題に向き合い、考えていくことがますます重要になるでしょう。

本書は、医療保険制度をはじめ、医療・介護等に関する基礎的な情報をまとめたものです。第1章 医療保険制度、第2章 医療保険制度を取り巻く状況、第3章 医療提供体制と診療報酬、第4章 介護保険制度—の4部に加え、巻末にはわが国の医療保険制度の変遷や諸外国との比較を行う資料編を設けています。

本書が、医療・医療保険制度等に関心を寄せる方々にとって、いささかでも役立つ資料となるならば幸いです。

令和6年4月

健康保険組合連合会

# 目次

## 第1章 医療保険制度

### 1 基本原理と保険者の種類

1	医療保険の基本原則	2
2	医療保険制度の体系	4
3	保険者とその役割、職域保険（被用者保険）について	6
4	組合健保と協会けんぽの比較	8
5	地域保険（国民健康保険（市町村））について	10
6	高齢者医療について	12
7	医療保険制度の加入状況	14
8	現行の医療保険制度の比較	16

### 2 財政状況と給付

9	保険料	18
10	保険料の推移	22
11	医療保険制度における収支の構成	24
12	健保組合の財政状況	26
13	協会けんぽの単年度収支差	28
14	協会けんぽ 都道府県単位保険料率	30
15	国民健康保険（市町村）の財政状況	32
16	国民健康保険の財政構造と基盤安定化	34
17	高齢者医療費の負担の仕組み	36
18	医療保険制度における財政移転	40
19	国庫負担（補助）の概要	42
20	制度別国庫負担の推移	44
21	保険給付の種類	46
22	保険給付の範囲と国民医療費	48
23	給付率と高額療養費制度	50
24	医療保険制度状況一覧	52

### 3 保健事業

25	特定健診・特定保健指導	54
----	-------------	----

## 第2章 医療保険制度を取り巻く状況

### 1 国民医療費等

26	国民医療費	58
27	国民医療費の推移	61
28	国民医療費の負担と分配の構造	64
29	疾病構造の変化	66
30	傷病分類別の医療費割合の推移	68
31	年齢階級別1人当たり医科診療医療費の推移	70
32	年齢階級別医療費	72

## 第3章 医療提供体制と診療報酬

### 1 医療提供体制

33	保険診療の制度の仕組み	76
34	レセプト1件当たり点数の推移	78
35	医療施設と病床の類型	80
36	医療施設数の年次推移	82
37	医療機関種類別の医療費割合の推移（医科診療）	84
38	病院病床数の年次推移	86
39	都道府県別人口10万対病院病床数	88
40	都道府県別平均在院日数	90
41	医療計画と病床	92
42	医療従事者数（人口10万対）の推移と医師の働き方改革	94

### 2 診療報酬と審査・支払

43	診療報酬点数表の仕組み	96
44	診療報酬・薬価等改定と国民医療費	98
45	審査支払制度の概要	100
46	審査支払機関におけるレセプト審査の状況	102

### 3 薬剤政策

47	医薬分業の実施状況	104
----	-----------	-----

48	薬価基準	106
49	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進と普及	108

## 第4章 介護保険制度

### 1 制度と現状

50	介護保険制度の概要	112
51	介護被保険者数と要介護・要支援認定者数の推移	114
52	介護費用の推移	116

### 2 サービスと利用状況

53	介護予防・介護サービス事業所数の状況	118
54	介護サービス別・状態区分別受給者数の推移	120
55	介護保険施設数・定員数の推移	122
56	要介護度別にみた介護が必要となった主な原因	124
57	介護保険施設における退所者の入退所経路	126

## 資料編

### 1 制度の変遷と国民負担率

1	医療保険制度の変遷	130
2	国民負担率（対国民所得比）の推移	139

### 2 主要国の制度と国際比較

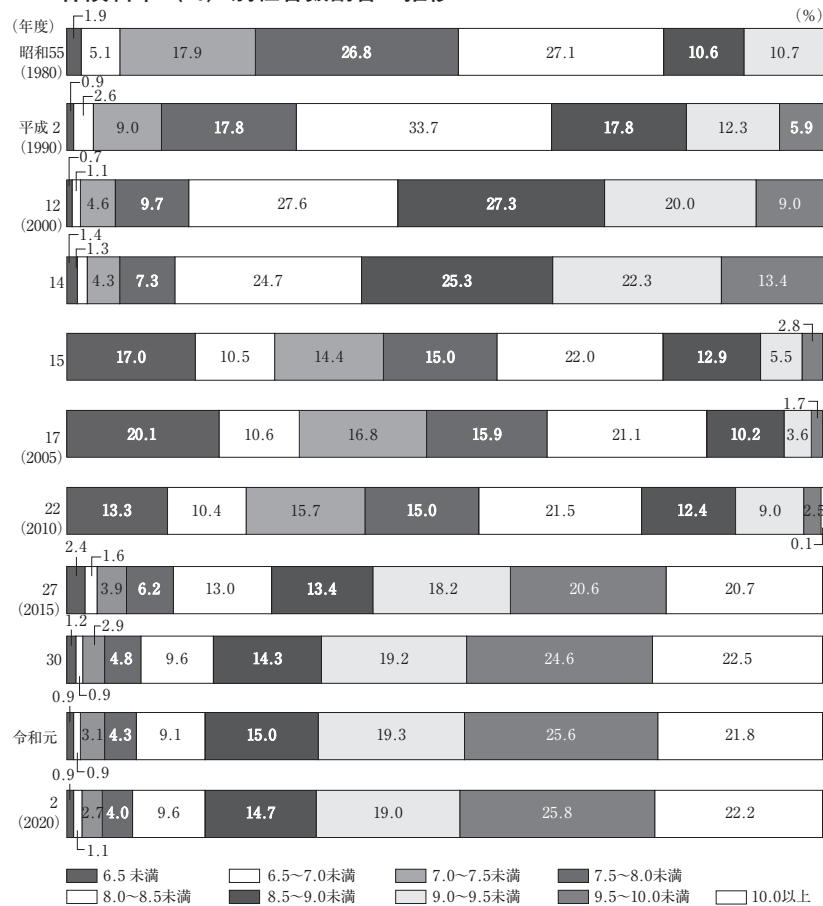
3	主要国の医療保障制度	140
4	医療支出の国際比較	144
5	医療支出の対国内総生産（GDP）比の国際比較	146
6	社会支出の国際比較	148
7	医療提供体制の国際比較	150
8	病床数・医師数の国際比較	152
9	平均寿命の推移と高齢化の将来予測	155

### 3 医療費分析

10	医療費分析の基本的な指標について	158
----	------------------	-----

12 健保組合の財政状況

保険料率（%）別組合数割合の推移



	平成14年度	15年度	22年度	27年度	30年度	令和元年度	2年度
組合数	1,674	1,622	1,458	1,405	1,391	1,388	1,388
平均料率(%)	8.564	7.547	7.672	9.035	9.211	9.215	9.220

注 保険料率は2月末現在の数値である。

説明

図は、保険料率別健保組合数の割合の推移を示している。健保組合における保険料率の状況を見ると、平成14年度までは料率の高い組合が年々増加するとともに平均保険料率が上昇傾向にあった。調整保険料率を合わせた保険料率が当時の一般保険料率の法定上限であった9.5%以上となる組合は225組合で全体の13.4%、また、政管健保（現・協会けんぽ）の保険料率である8.5%以上となる組合は1,021組合で同61.0%を占めていた。

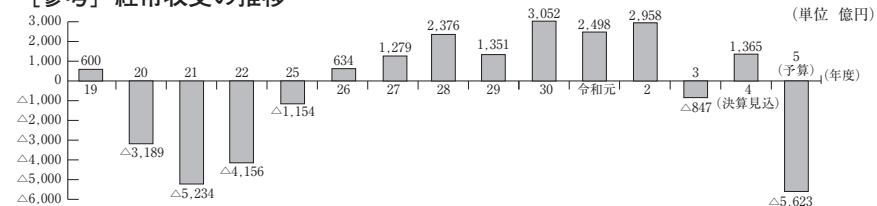
その後、15年4月の総報酬制の導入に伴う保険料収入の増加や、3割自己負担の導入による法定給付費の減少等により収支は改善されたが、20年度の後期高齢者医療制度の創設以降再び財政状況は悪化し、20年4月に10%、22年5月に12%、28年4月に13%と保険料率の法定上限が相次いで引き上げられた。多くの組合が料率を引き上げて収入増を図り、平均保険料率も上がっている。

令和5年度予算早期集計で協会けんぽの平均保険料率10.0%を上回る組合は309組合あり、報告のあった1,367組合のうち22.6%を占めた。

ポイント

平成20年度の後期高齢者医療制度創設に伴う拠出金等の大幅な増加、経済情勢の急激な悪化に伴う保険料収入の減少等から、健保組合の財政状況は大変厳しい。令和3年には団塊世代が後期高齢者となり始め、今後も医療費及び拠出金等のさらなる増加が見込まれている。4年度は保険給付費が保険料収入を大きく上回り増加したが、拠出金の一時的な減少により保険給付費の増加分が相殺された（トータルで1,365億円の黒字となったが依然4割の組合が赤字）（決算見込）。5年度は4年度に引き続き保険給付費が高い伸びを維持し、かつ拠出金負担の増加により5,623億円、1,000組合（全体の約8割）を超える健保組合の赤字が見込まれている（予算早期集計）。

【参考】経常収支の推移

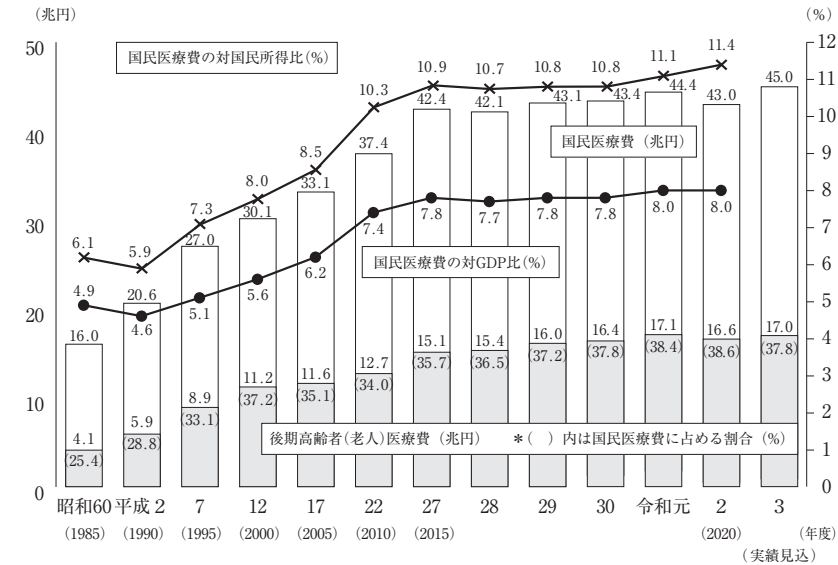


資料出所

- 健康保険組合連合会「組合決算概況報告」
- 「健康保険組合決算見込状況について」（令和4年度）
- 「健康保険組合予算編成状況について」（令和5年度）

26 国民医療費

(1) 医療費の動向



診療報酬改定	0.2%	0.19%	△1.33%		△1.19%		△0.07%	△0.46%	△0.9%
主な制度改正	介護保険制度施行 高齢者1割負担導入 (2000)	被用者本人 3割負担等 (2003)	現役並み所得高齢者 3割負担等 (2006)	未就学児 2割負担 (2008)	70-74歳 2割負担 (2014)				

- 注1 平成12年度の介護保険の創設により国民医療費の一部が介護保険へ移行している。  
 2 老人医療費は、平成14年の制度改正により、対象年齢が70歳から段階的に引き上げられ、平成19年10月より75歳以上となっている。

(2) 国民医療費等の対前年度伸び率 (%)

	昭和60年 (1985)	平成2 (1990)	7 (1995)	12 (2000)	17 (2005)	22 (2010)	27 (2015)	28	29	30	令和元 (2020)	2	3
国民医療費	6.1	4.5	4.5	△1.8	3.2	3.9	3.8	△0.5	2.2	0.8	2.3	△3.2	4.6
後期高齢者 (老人)医療 費	12.7	6.6	9.3	△5.1	0.6	5.9	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	△2.9	2.7
国民所得	7.2	8.1	1.9	3.2	△0.1	3.4	4.2	△0.1	2.1	0.4	△0.4	△6.2	-
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	3.3	0.8	2.0	0.1	0.2	△3.9	-

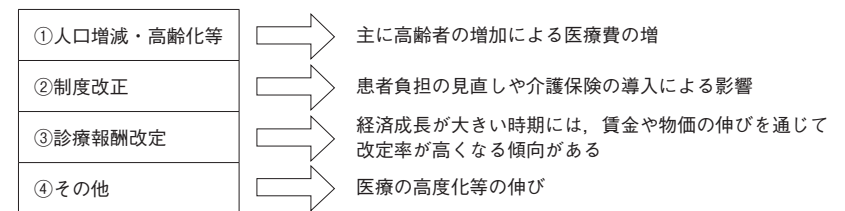
- 注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の「国民経済計算」による。  
 2 令和3年度は実績見込。

(3) 国民医療費の増加率の要因別内訳 (年次推移)

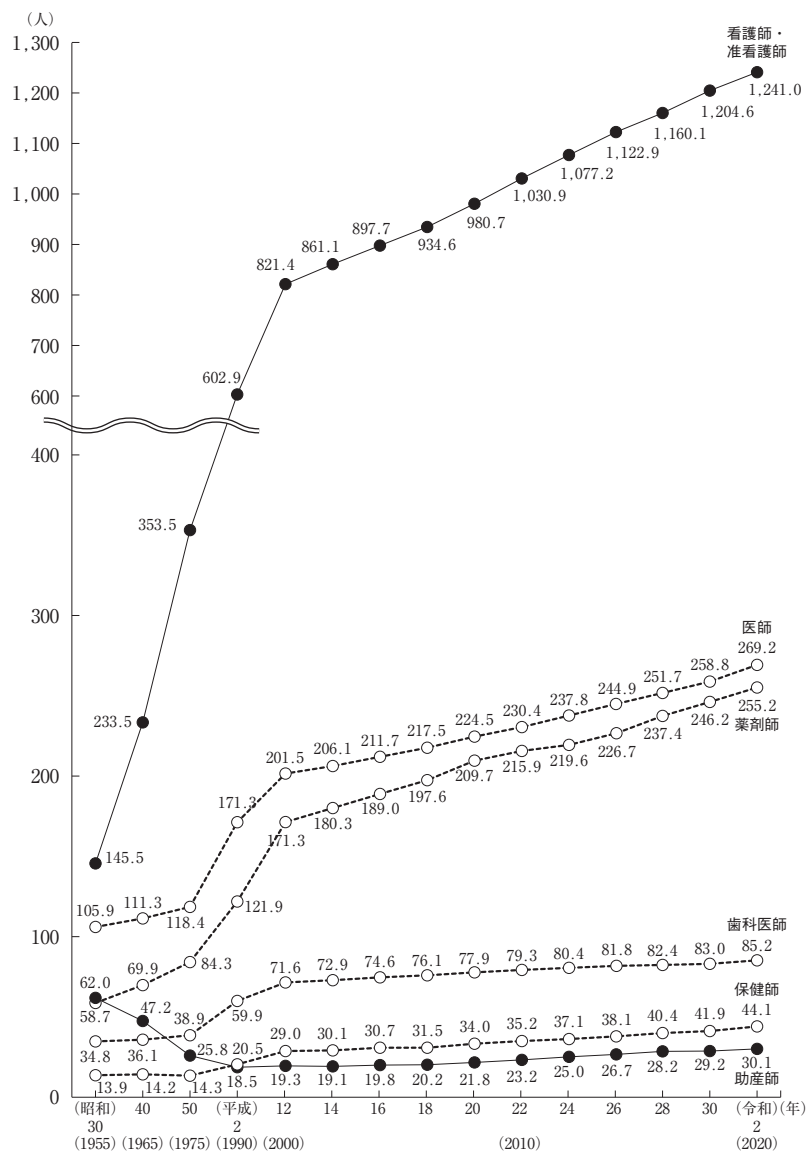
	増加率 (%)	診療報酬改定・ 薬価基準改正に よる影響	人口増	人口の高齢化	その他 (医療の 高度化等)
昭和60年度(1985)	6.1	1.2	0.7	1.2	3.0
平成2年度(1990)	4.5	1.0	0.3	1.6	1.5
7年度(1995)	4.5	0.8	0.4	1.6	1.7
12年度(2000)	△1.8	0.2	0.2	1.7	4.0
17年度(2005)	3.2	—	0.1	1.8	1.3
22年度(2010)	3.9	0.19	0.0	1.6	2.1
23年度	3.1	—	△0.2	1.2	2.1
24年度	1.6	0.004	△0.2	1.4	0.4
25年度	2.2	—	△0.2	1.3	1.1
26年度	1.9	0.1	△0.2	1.2	0.7
27年度(2015)	3.8	—	△0.1	1.0	2.9
28年度	△0.5	△1.33	△0.1	1.0	△0.1
29年度	2.2	—	△0.2	1.2	1.2
30年度	0.8	△1.19	△0.2	1.1	1.1
令和元年度	2.3	△0.07	△0.2	1.0	1.6
2年度(2020)	△3.2	△0.46	△0.3	1.0	△3.5
3年度	4.6	△0.9	△0.5	1.1	5.0

- 注1 平成8~14年度の増加率は、患者負担分推計額を訂正したため、各年度の報告書に掲載されている数値と異なる場合がある。  
 2 平成26年度の診療報酬改定等は△1.26%。消費税率引上げに対する手当として別途1.36%のプラス改定を行なったため、実際の改定率は0.1%。  
 3 平成28年度の診療報酬改定分△1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は△0.29%、実勢価等改定分で計算すると△1.03%。  
 4 平成30年度の改定分△1.19%のうち薬価制度改革分は△0.29%、実勢価等改定分で計算すると△0.9%。  
 5 令和2年度の改定分は令和元年10月に実施された消費税引上げに伴う診療報酬改定(診療報酬+0.41%、薬価改定△0.48%)の影響を考慮している。

[参考] 医療費の伸びの要因



42 医療従事者数（人口10万対）の推移と医師の働き方改革



説明

令和2年12月31日現在における全国の届出医師数は33万9,623人で、前回調査の平成30年に比べ12,413人（3.8%）増加している。また、人口10万対の医師数は269.2人となっている。歯科医師数は10万7,443人で30年に比べ2,535人（2.4%）増加、人口10万対では85.2人となっている。

令和2年度医師の需給推計によれば、医師の需給は、労働時間週60時間（一般労働者に適用されるのと同程度の水準）を上限とする「需要ケース2」において、2029（令和11）年頃に均衡すると推計され（注）、長期的には供給が需要を上回ると考えられている。こうした中で、今後の医学部定員については、高度な専門性が求められる医師の養成には約10年以上の長期を要し、需給調整に時間がかかることを踏まえて検討することが求められる。一方、地域の医療ニーズを踏まえ、医師の地域間、診療科間の偏在のさらなる是正に向け、「第7次医療計画」において「医師確保計画」「外来医療計画」の策定が追加されている（41 医療計画と病床 参照）。

注：地域医療構想を踏まえ、病床の機能区分ごとに必要な医師数を見込むとともに、「医師の働き方改革に関する検討会報告書」をふまえ、労働時間上限を3パターンで仮定。

医師の働き方改革

これまでのわが国の医療は医師の長時間労働に支えられており、今後さらに、少子高齢化に伴う医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師の働き方改革を進めることは、医師が健康に働き続けられる環境を整備することだけでなく、患者・国民に対して質の高い安全な医療提供体制を維持していくうえで喫緊の課題である。このため、医業に従事する医師（勤務医）については、2024（令和6）年4月から時間外・休日労働の上限規制が適用される（下表を参照）。併せて、タスク・シフト／シェア及び適切な労務管理の推進にも取り組むこととされている。

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～）

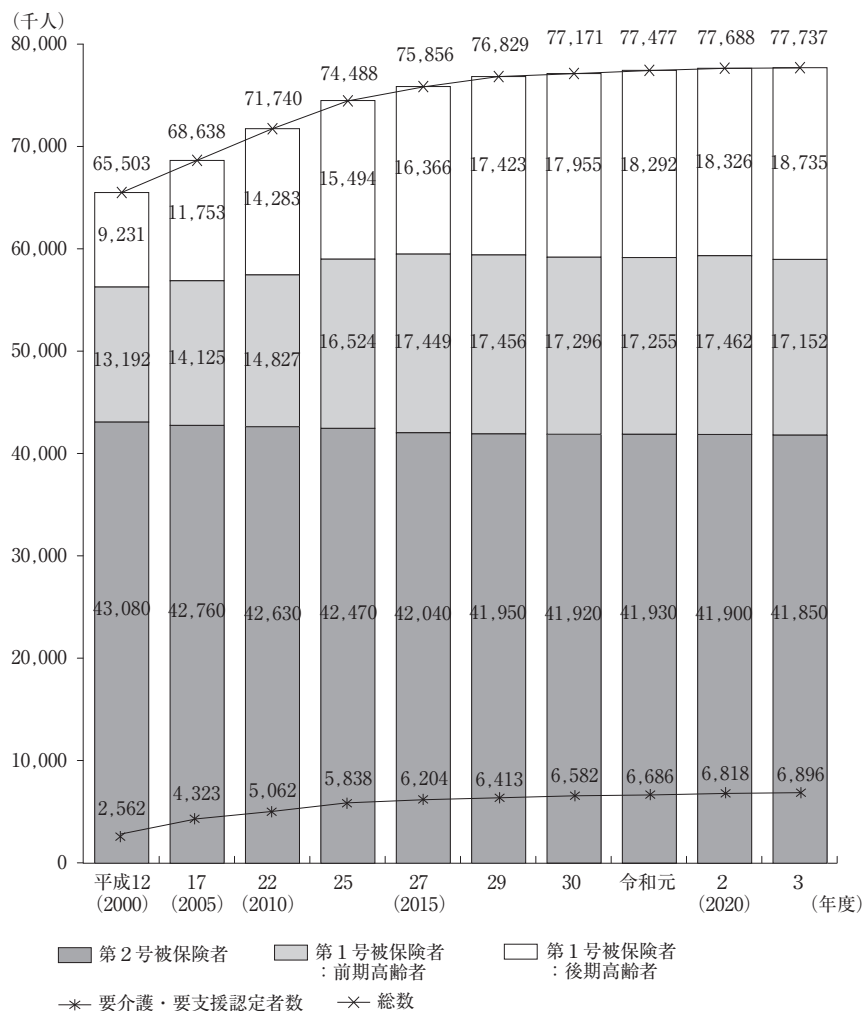
医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
原則（A：一般労働者と同程度）	960時間		努力義務
地域医療確保暫定特例水準（連携B：医師を派遣する病院）	1,860時間 (2035年度末を目標に終了)	義務 (医師が健康状態をチェック)	義務
地地域医療確保暫定特例水準（B：救急医療等）			
集中的技能向上水準（C-1：臨床・専門研修）	1,860時間		
集中的技能向上水準（C-2：高度技能の修得研修等）			

※月の上限時間は年の上限時間にかかわらず100時間未満  
 ※休息時間の確保は、連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

資料出所

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（隔年実施）、「衛生行政報告例（就業医療関係者）」（隔年実施）、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第5次中間とりまとめ」、医師の働き方改革に関する検討会資料

51 介護被保険者数と要介護・要支援認定者数の推移



注 前期高齢者：65～74歳，後期高齢者：75歳以上。

説明

65歳以上の者は第1号被保険者として、介護が必要な状態になった場合、その原因を問わず要介護・要支援認定を経て介護サービスを利用することができる。一方、40～64歳の者は老化に伴う疾病（特定疾病）が原因で介護が必要となった場合に限り、第2号被保険者として要介護・要支援認定を経て介護サービスを利用することができる。

老化に伴う疾病 [特定疾病：16種]

- ・がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込まれない状態に至ったと判断したものに限る）
- ・関節リウマチ
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・後縦靭帯骨化症
- ・骨折を伴う骨粗鬆症
- ・初老期における認知症
- ・進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ・脊髄小脳変性症
- ・脊柱管狭窄症
- ・早老症
- ・多系統萎縮症
- ・糖尿病性神経障害，糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ・脳血管疾患
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・慢性閉塞性肺疾患
- ・両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

ポイント

第1号被保険者数の推移をみると、介護保険制度発足時（平成12年度末）の2,242万人から令和3年度末で3,589万人と約60%増加している。一方、第2号被保険者は、12年度末の4,308万人から令和3年度の4,185万人と123万人減少している。また、要介護・要支援認定者数は、12年度末の256万人から令和3年度末で690万人と、約2.7倍となっている。

資料出所

厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（令和3年度）  
「第2号被保険者にかかる介護保険料について」



## 4 医療支出の国際比較

## OECD加盟国の医療支出の状況（2022年）

国名	医療費の対GDP比(%)		1人当たり医療費(ドル)	
	順位		順位	
アメリカ	16.6	1	12,555	1
ドイツ	12.7	2	8,011	3
フランス	11.9	3	6,517	9
<b>日本</b>	<b>11.5</b>	<b>4</b>	<b>5,251</b>	<b>19</b>
オーストリア	11.4	5	7,275	6
スイス	11.3	6	8,049	2
イギリス	11.3	7	5,493	17
カナダ	11.2	8	6,319	12
オランダ	11.2	9	7,358	5
ニュージーランド	11.2	10	6,061	14
ベルギー	10.9	11	6,600	7
スウェーデン	10.7	12	6,438	10
ポルトガル	10.6	13	4,162	24
スペイン	10.5	14	4,462	22
フィンランド	10.2	15	5,676	16
オーストラリア	10.0	16	6,597	8
韓国	9.7	17	4,570	20
デンマーク	9.5	18	6,280	13
チェコ	9.1	19	4,499	21
チリ	9.0	20	2,699	33
イタリア	9.0	21	4,291	23
スロベニア	8.8	22	4,114	25
ラトビア	8.8	23	3,445	27
アイルランド	8.6	24	6,047	15
ギリシャ	8.6	25	3,015	30
コロンビア	8.1	26	1,640	37
ノルウェー	8.0	27	7,898	4
スロバキア	7.6	28	2,691	34
リトアニア	7.5	29	3,587	26
イスラエル	7.4	30	3,444	28
コスタリカ	7.2	31	1,658	36
エストニア	6.9	32	3,091	29
ポーランド	6.7	33	2,973	31
ハンガリー	6.7	34	2,840	32
アイスランド	6.1	35	5,314	18
メキシコ	5.5	36	1,181	38
ルクセンブルク	5.5	37	6,436	11
トルコ	4.3	38	1,828	35
<b>OECD 平均</b>	<b>9.3</b>		<b>5,010</b>	

注 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの。

## 説明

各国の国民医療費の内容は、国ごとに大きく異なり、これを同一の次元で正確に比較することは困難である。例えば、高齢者のケアを、病院への入院などの医療を中心に対応しているか、福祉的施設を中心に対応しているかによっても異なる。また、医学教育や医学研究の費用、公立病院の施設整備の費用がどのように医療費に反映されているか、あるいは、全く反映されていないかによっても異なる。

左の表は、経済協力開発機構（OECD）の統計による「医療支出」の比較であり、国ごとの統計方法の相違をOECDにおいてある程度補正したものである。

2022年は、医療支出の国内総生産（GDP）に占める割合のOECD加盟国平均は約9.3%、1人当たり医療費の平均は約5,010ドルとなっている。

## ポイント

わが国の医療支出のGDPに占める割合は11.5%、1人当たり医療費は約5,251ドルであり、OECD加盟国38か国中、それぞれ第4位、及び第19位に位置している。2014年以降、医療支出のGDPに占める割合が上昇したが、これは、OECDのガイドラインが新たな基準に変更され、医療支出に含まれる長期医療（保健）サービスの範囲が拡大し、わが国では介護保険において提供されるサービスの多くが含まれることとなったためである。なお、OECD加盟国中、医療支出のGDPに占める割合及び1人当たり医療費ともに最も高いのはアメリカであり、対GDPの割合は16.6%、1人当たり医療費は12,555ドルとなっている。

## 資料出所

OECD Health Statistics 2023

医療経済研究機構「OECD基準による日本の保険医療支出」

（平成28年8月4日）