

〈新装改訂版〉

図表で見る 医療保障

令和
4年度版

健康保険組合連合会



〈新装改訂版〉

図表で見る 医療保障

令和
4年度版

健康保険組合連合会



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1兆円規模で増加する年もあり、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、今後も制度を維持していくために、様々な議論や改革が行われています。近年では、社会保障の充実・安定化と、そのための安定財源確保・財政健全化の同時達成を目指した社会保障・税一体改革が進められ、消費税の税率引上げや社会保障目的税化が行われました。

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、現在、その状況を改め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議論が進められており、令和3年6月には「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（医療保険制度改革関連法）が成立しました。

しかしながら、依然として多くの課題が残されています。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、考えていくことが今後ますます重要になるでしょう。

本書は、医療・医療保険制度に関する基礎的な情報をまとめたものです。令和4年度版からは、より深い制度理解や現状把握の助けとなるよう、全面的な見直しを行い新装改訂版として内容を再構成しました。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部構成に加え、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4年11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）の推移と将来推計	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	137

2 主要国の制度と国際比較

3	主要国の医療保障制度	138
4	医療支出の国際比較	142
5	医療支出の対国内総生産（GDP）比の国際比較	144
6	社会支出の国際比較	146
7	医療提供体制の国際比較	148
8	病床数・医師数の国際比較	150
9	平均寿命の推移と高齢化の将来予測	153

3 医療費分析

10	医療費分析の基本的な指標について	156
----	------------------	-----

第 1 章

医療保険制度

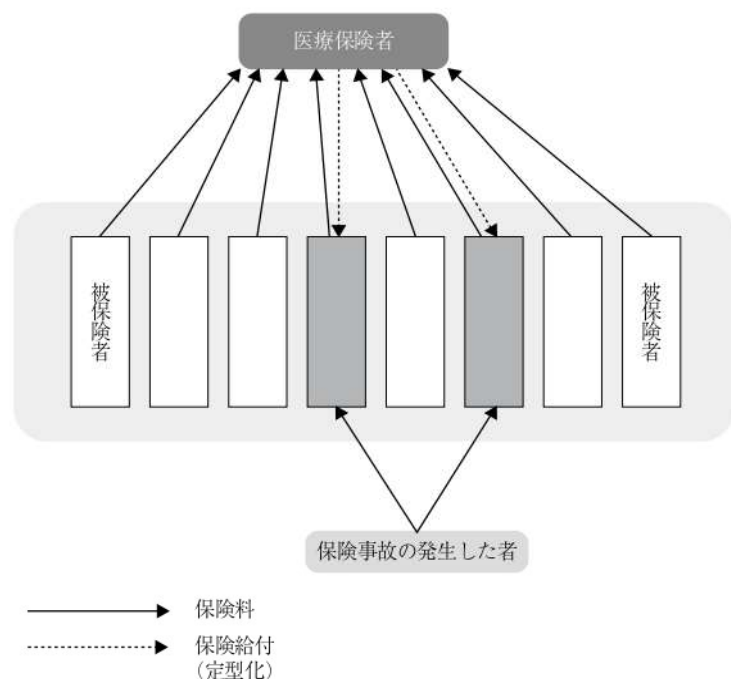
1 基本原理と保険者の種類

2 財政状況と給付

3 保健事業



1 医療保険の基本原理



説 明

保険とは、人生の途上で誰しもが遭遇する様々な危険に備えて、人々が集まって集団（保険集団）をつくり、あらかじめお金（保険料）を出し合い、それらの保険事故にあった人に必要なお金やサービスを提供する仕組みである。わが国では、疾病、老齢、失業といった社会政策的に救済が必要とされる事故については、危険の平均化を十分可能にするような多数の個人または法人を、法律をもって強制的に保険集団とする社会保険のシステムが採られている。社会保険制度は、保険料を支払った人々が給付を受けられるという自立・自助の精神を生かしつつ、強制加入の下で所得水準を勘案して負担しやすい保険料水準を工夫することで、社会連帯や共助の側面を併せ持っている仕組みである。

わが国の医療保障は、この社会保険方式によって運営されており、昭和36年の国民皆保険・皆年金体制の達成によって、ほとんど全ての国民が医療保険制度に加入することになっている。

《医療保険制度の特徴》

① 強制加入であること

医療保険は、一定の資格要件に該当する者については強制加入が原則である。また、所得の少ない者やリスクの高い者でも保険料を支払うことができるよう、保険料負担は各人の所得に保険料率を乗じるといった応能主義を採っている（国民健康保険（市町村国保）には応益負担もある）。このため、リスクに応じた保険料負担になっていない（民間保険の原則である給付・反対給付均等の原則は成り立たない）。

② 各人の属する保険集団があらかじめ決定されていること

社会政策上の観点から、医療保険の保険集団（保険者）は国によってあらかじめ定められており、国民は自分の所属する保険者を任意に選択することはできない。

③ 保険給付の定型化

医療保険における給付（保険給付）は、保険事故に対応した社会政策的要求を充足する平均的標準的な給付を行うことを目的としており、給付の種類の点でも金額の点でも、個別の保険ニーズに応ずることには限界がある。

④ 医療保険の運営は、公的機関によって行われること

医療保険の運営は、その公共的性格から国（地方公共団体）またはそれに準ずる機関によって行われる。高齢者など、一般にリスクが高いとされる者も含めて民間保険会社が引き受けなければならないとすると、経営は難しくなることが予想される。

⑤ 一部負担金があること

医療保険の対象とする傷病という保険事故は、被保険者間で事故遭遇の頻度及び程度に差があるため、医療を受ける者と受けない者との間における公平性の観点から、一部負担金が設けられている。

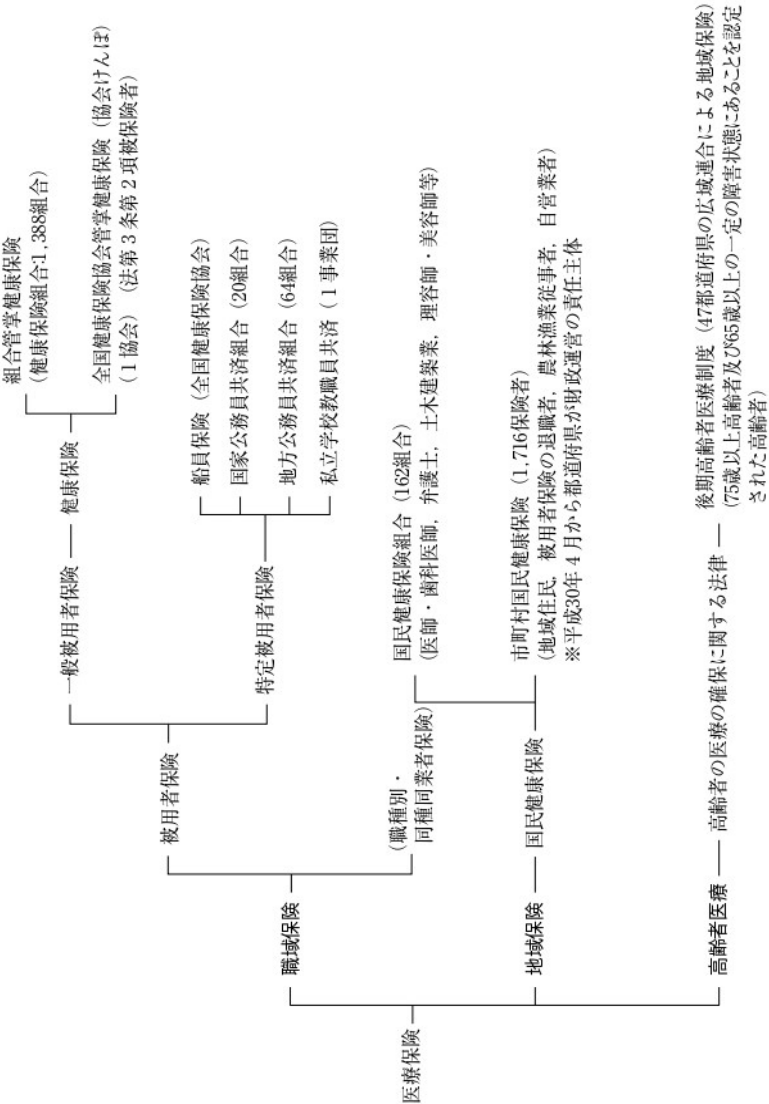
⑥ 所得移転的な性格

近年、高齢者医療のウェイトが高まり、高齢者医療費の多くを現役世代の保険料で賄うなど、高齢者に対する所得移転の色彩が強くなってきている。

資料出所

厚生労働省「厚生労働白書」（平成24年版）

2 医療保険制度の体系
(保険者数は令和2年3月時点)



説明

わが国の皆保険体制は、単一もしくは一元的な制度体系の下ではなく、複数の医療保険制度、複数の運営主体（保険者）による多元的な制度体系の下で実現されている。医療保険制度の類型は、大別すると、①職域保険、②地域保険、③高齢者医療—の3つに区分される。

①職域保険は、職域単位（＝同業種単位、企業単位）で形成された医療保険であり、被用者を対象とした「被用者保険」と職種別の「同種同業者保険」に区分される。「被用者保険」は、事業所に使用されている者（被用者）を被保険者とする医療保険であり、一般の被用者を対象とする健康保険制度と、船員、国家公務員、地方公務員、私立学校教職員など特定の職種ごとにその被用者を対象とする特定被用者保険制度がある。また、「同種同業者保険」は、国民健康保険組合にその例をみることができる。医師・歯科医師、弁護士、土木建築業、理容師・美容師—といった職種別の組合が、全国一本または都道府県別に保険集団を組織している。

②地域保険は、地域単位（＝同一地域内）で保険集団を形成する医療保険であり、通常は、1つの行政単位が1つの保険集団となる。わが国の例でいえば、「国民健康保険」がこれに該当する。「国民健康保険」は、被用者保険の適用を受けない農林水産業従事者や自営業者、小規模事業所の被用者、無職の者等を被保険者とする制度であり、都道府県及び市町村が保険者となっている。

③高齢者医療は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年）に基づき、主に75歳以上の高齢者（後期高齢者）を対象に作られた「後期高齢者医療制度」により提供されている。「後期高齢者医療制度」は、都道府県単位の全ての市町村が加入する「後期高齢者医療広域連合」が運営主体となっている。

資料出所

厚生労働省「厚生労働白書」（令和3年版）

3 保険者とその役割、職域保険（被用者保険）について

保険者の単位、数及び適用事業所数（令和元年度末）

	保険者の単位	保険者数	適用事業所数
健保組合	企業・同業種	1,388	101,739
協会けんぽ	全国	1	2,324,510
船員保険		1	5,626
共済組合	国共済	20	—
	地共済	64	—
	私学共済	1	14,646
	計	85	14,646
国保	市町村	市町村*	1,716
	国保組合	同業種	162
	計	1,878	—
後期高齢者医療制度	広域（都道府県）	47	

注 平成30年4月から財政運営の責任主体は都道府県。

説 明

表では、わが国の保険者の単位や数、適用事業所（健康保険の適用を受ける事業所）の数を示している。わが国の保険者は、医療費保障の相互扶助組織として自律的な保険運営を行う被保険者（及び事業主）の集合体と位置づけることができる。保険者は、その代表によって構成される意思決定機関及び執行機関による民主的な運営の下、①被保険者の適用（保険の加入対象とすること）・管理、②給付額に見合った保険料の設定及び賦課・徴収、③療養の給付等の保険給付（付加給付含む）、④レセプトの審査・支払、⑤保健事業等を通じた加入者（被保険者・被扶養者）の健康管理、⑥医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ—を行っている。

次に、職域保険のなかでも、主に被用者保険についてみていきたい。特徴として、▽負担面では保険料の事業主負担があり、原則として労使折半の保険料負担とされている▽給付の面では、傷病手当金、出産手当金といった休業中の所得補償が保険給付化されている—ことが挙げられる。

健康保険は、適用事業所に常時使用される者を被保険者とする制度であり、①健康保険組合（健保組合）を保険者とする組合管掌健康保険（組合健保）と、②全国健康保険協会（協会）を保険者とする全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）がある。

健保組合は、①単独の事業主（グループ）で700人以上の被保険者がいる場合（単一組合・連合組合）、②同業種の複数の事業所または一定地域内に集まっている異業種の複数の事業所で3,000人以上の被保険者がいる場合（総合組合）、厚生労働大臣の認可を受けて設立することができる。

一方、協会けんぽの場合は、健保組合の設立されている事業所以外の、主に中小企業の事業所が対象となっている。協会は被用者保険の最後の受け皿であることから、健保組合のような任意による解散が想定されていない保険者であり（健康保険法第7条の40等）、解散により消滅した健保組合の権利義務を承継（同第26条4項）することになっている。（なお、協会は政府管掌健康保険の公法人化により設立されたものである。）

共済組合は、各種共済組合法に基づく保険者組織であり、長期給付（年金）、短期給付（健康保険）の両方を提供している。「短期部門」が健康保険法による給付を代行（地方公務員共済組合の一部を除く）している。

資料出所

厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」（令和4年1月）

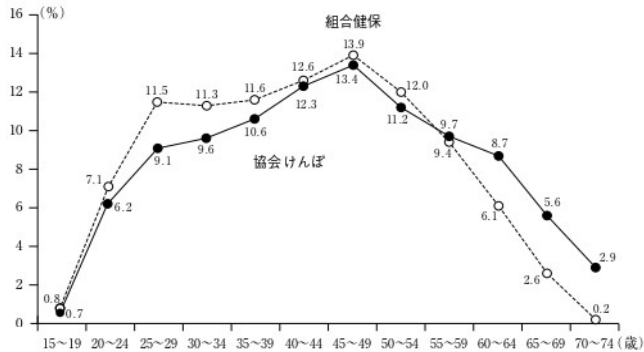
「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」（平成25年3月）

4 組合健保と協会けんぽの比較

(1) 平均年齢（被保険者）

	昭和55年 (1980)	60 (1985)	平成2 (1990)	7 (1995)	12 (2000)	17 (2005)	22 (2010)	27 (2015)	28	29	30	令和元
組合健保	36.9	37.8	38.1	39.4	40.7	40.9	41.5	42.4	42.5	42.7	42.8	43.0
協会けんぽ	39.4	40.3	41.1	42.3	42.8	43.2	43.8	44.5	44.7	45.0	45.3	45.5

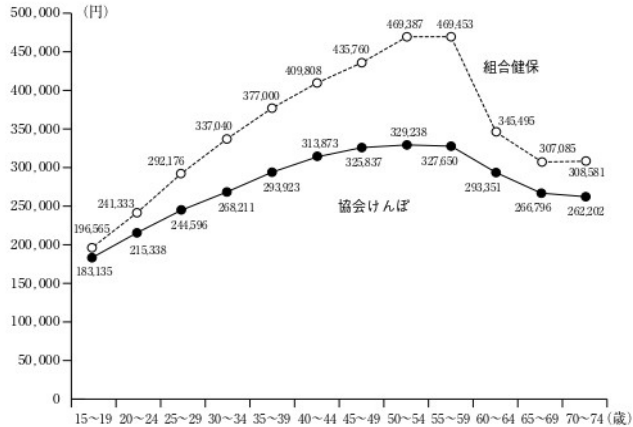
被保険者の構成割合（令和元年10月1日）



(2) 平均標準報酬月額

	昭和55年 (1980)	60 (1985)	平成2 (1990)	7 (1995)	12 (2000)	17 (2005)	22 (2010)	27 (2015)	28	29	30	令和元
組合健保	213,315	271,870	316,821	359,082	375,704	373,019	363,352	371,530	371,269	371,340	374,475	379,132
協会けんぽ	168,117	211,656	251,071	288,996	292,029	284,972	278,275	282,541	286,426	287,610	291,181	292,822

年齢階級別平均標準報酬月額（令和元年10月1日）



説明

ここでは、年齢や標準報酬月額（9 保険料 参照）をもとに、組合健保と協会けんぽを比較してみる。平均年齢は協会けんぽの方が高く、令和元年で2.5歳の差がある。被保険者の年齢分布をみると、令和元年10月の時点で、協会けんぽ、組合健保とも45～49歳の被保険者が最も多く、それぞれ全体の13.4%、13.9%を占めている。

次に平均標準報酬月額であるが、全体的に組合健保の方が協会けんぽよりも高い。協会けんぽの場合は50歳代前半から金額の伸びが止まり、以後緩やかに下降するのに対し、組合健保の場合は50歳代をピークに、以後、急激に下降している。

ポイント

保険者の財政力を評価するには2つのポイントがある。1つは給付面であり、もう1つは負担面である。給付（＝医療費等支出）が少なく、負担能力（＝報酬）の高い被保険者の多い集団は財政力の強い保険者ということになる。医療給付の多寡を左右する要因は複雑であるが、最大の要因は年齢構成である。65歳以上の高齢者と65歳未満の者とは医療費（医科診療医療費）に4倍ほどの差がある。年齢構成と賃金の状況がマクロでみて各保険者の財政力を決定するといっても過言ではない。

説明の通り、協会けんぽは組合健保より、加入者の平均年齢が高く、平均標準報酬月額が低いため、財政力が弱いとして法定の国庫補助が行われている。組合健保の保険者である健保組合は、協会の事業所のなかから、財政的に一人立ちできるものが厚生労働大臣より認可を受け設立されることが多いため、財政力が強いのはある意味では当然と言える。

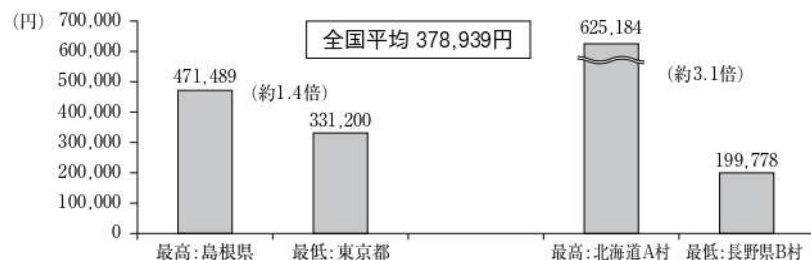
しかし、産業構造の変化や高齢者医療への拠出金（前期高齢者納付金・後期高齢者支援金。詳細は 17 高齢者医療の負担の仕組み 参照）の増加、また、中小・小規模企業の事業所が多く加入する協会については財政悪化に伴い財政特例措置が講じられるなど国の手当てがある一方、個別の健保組合の財政状況には細かな対処がされにくいこともあり、協会より財政状況が悪い、あるいは保険料率が高い健保組合も多くなってきている。

資料出所

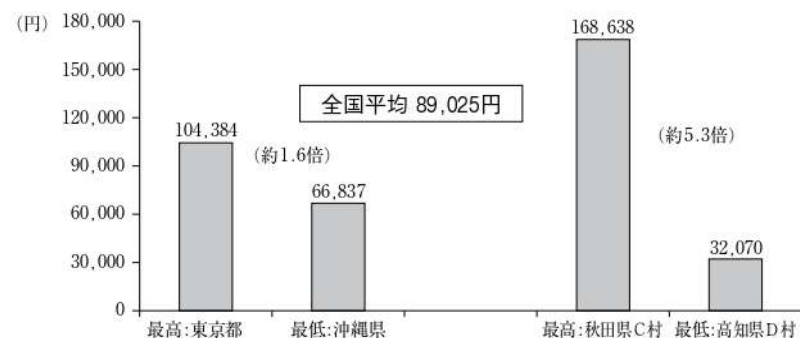
厚生労働省「健康保険・船員保険被保険者実態調査報告」をもとに作成。

5 地域保険（国民健康保険（市町村））について

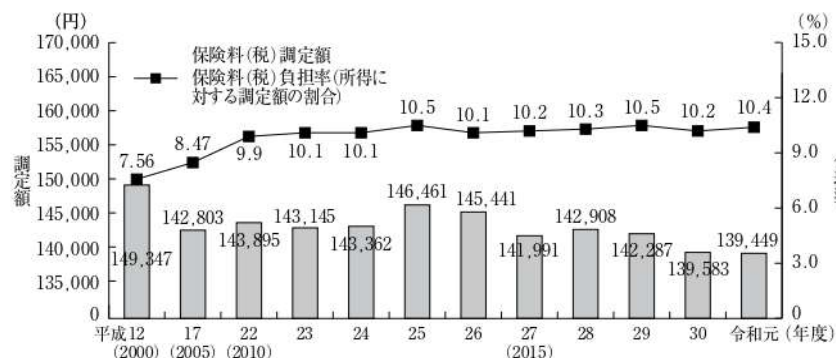
(1) 市町村国保（一般）の1人当たり医療費の地域格差（令和元年度）



(2) 市町村国保の1人当たり保険料（税）額の最高と最低（令和元年度）



(3) 1世帯当たりの保険料（税）調定額と負担率の年次推移



説明

ここでは、地域保険（国民健康保険（市町村））についてみていきたい。市町村国保について特徴を挙げると、

- ①加入者の平均年齢が高く、医療費の増加が大きい。
- ②無職世帯の加入割合が最も高く、次いで被用者となっている。
- ③医療費の地域格差が大きいため、保険者間の負担の不均衡がある。—などの構造的な問題を抱えている。

①について、制度別の加入者の平均年齢（令和元年度）は、市町村国保53.6歳に対し、協会けんぽ38.1歳、組合健保35.2歳、共済組合32.9歳、後期高齢者医療制度82.5歳—となっている。

②について、世帯主の職業別に世帯数の構成割合（令和元年度）をみると、無職が44.8%を占め、被用者は32.7%、農林水産業以外の自営業者は15.9%となっている。

③について、図に示されているように、元年度の1人当たり医療費は、都道府県別平均で最高の島根県では47.1万円であるのに対し、最低の東京都では33.1万円であり、約1.4倍の格差がある。また、都道府県別の保険料の平均額をみると、1人当たり保険料の平均額は、最も高い東京都の10.4万円に対し、最低の沖縄県では6.7万円であり、約1.6倍の格差がある。

ポイント

平成27年5月に成立した医療保険制度改革関連法では、当時、市町村が保険者となり運営されていた国民健康保険の抱える問題を解消するため、国民皆保険達成以来ともいわれる大規模な改革が実施された。この改革により、27年度から財政支援が拡充され、30年度からは都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担うことで、制度の安定化が図られた。

資料出所

- 厚生労働省「国民健康保険事業年報」（令和元年度）
- 「国民健康保険実態調査報告」（令和元年度）
- 「医療保険に関する基礎資料」（令和4年1月）