図表で見る
医療保障

令和
7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，健康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，現在の保険料や患者窓口負担，公費負担のままでは，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，各種の制度改正が進められるとともに，消費税が社会保障目的税化され，消費税率は平成26年に５％から８％に，さらに令和元年には８％から10％へと引き上げられました。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，全世代で支える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月以降は健康保険証の新規発行が終了して，「マイナ保険証」を基本とする仕組みに移行しています。

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。本年は，団塊の世代がすべて後期高齢者となりますが，さらに団塊ジュニア世代が高齢化して65歳以上人口がピークに向かい，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。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７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　医療保険の基本原理 …… 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

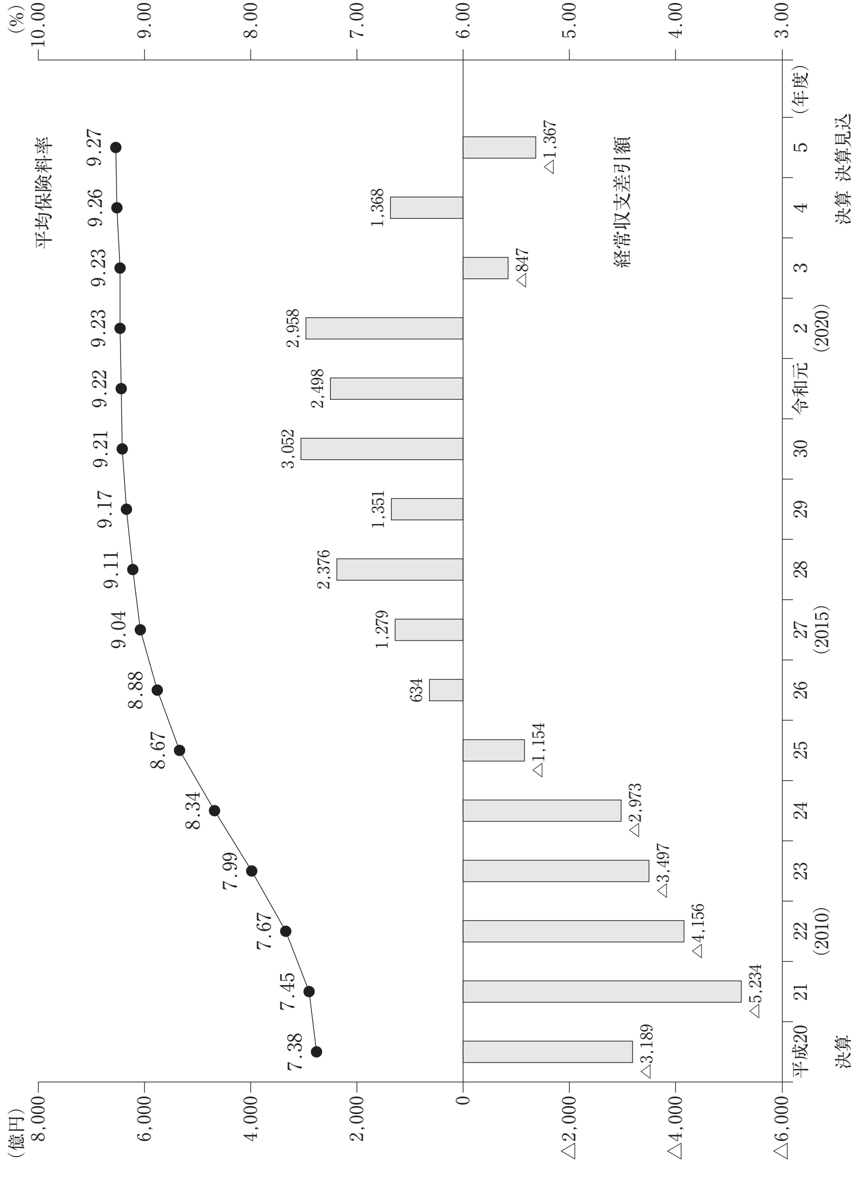
3　主要国の医療保障制度 …… 140
4　医療支出の国際比較 …… 144
5　医療支出の対国内総生産（GDP）比の国際比較 …… 146
6　社会支出の国際比較 …… 148
7　医療提供体制の国際比較 …… 150
8　病床数・医師数の国際比較 …… 152
9　平均寿命の推移と高齢化の将来予測 …… 155

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

経常収支差引額（億円）及び平均保険料率（%）の推移



説　明

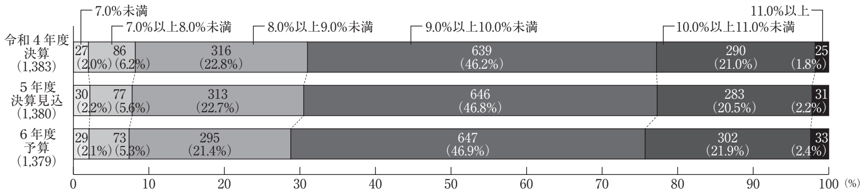
近年の健保組合の財政状況の推移をみると，平成20年度の後期高齢者医療制度の創設ならびに前期高齢者医療費等の保険者間財政調整に伴う高齢者拠出金の負担増に加え，リーマンショック（20年９月）による急速な景気後退の影響により，21年度に収支差マイナス5,234億円の過去最大の赤字となるなど，収支は劇的に悪化し，20～25年度は６年度連続の赤字となった。財政悪化が続く中，各組合は弾力的に保険料率を引き上げ（平均保険料率は20年度7.38％→25年度8.67%），また，景気が回復基調を迎えたこともあり，26年度は７年ぶりに黒字に転じ，以降，令和２年度まで黒字となっている（なお，２～４年度は新型コロナ感染拡大の影響により収支が著しく変動している）。

直近の５年度（決算見込）は，感染症や呼吸器系疾患等の著しい流行により保険給付費が大きく増加し，さらに新型コロナ感染拡大の影響により一時的に減少した高齢者拠出金も増加した。このため，収支差はマイナス1,367億円となり，５割を超える組合が赤字となった。なお，こうした状況を踏まえ，６年度予算（早期集計）では，収支差マイナス6,578億円の赤字が見込まれている。

ポイント

健保組合および協会けんぽの一般保険料率は，健康保険法第160条により３～13%の範囲内において各組合（協会けんぽ）が決定する。また，厚生労働省が健保組合に発出する予算編成通知に基づき，新年度の保険料率は，▽医療費の動向および過去実績，▽標準報酬月額および標準賞与額，▽積立金の保有状況，▽特定保険料率（高齢者拠出金など，各種拠出金に必要な保険料率）―などを踏まえ設定する必要がある。

［参考］保険料率別組合数および構成割合

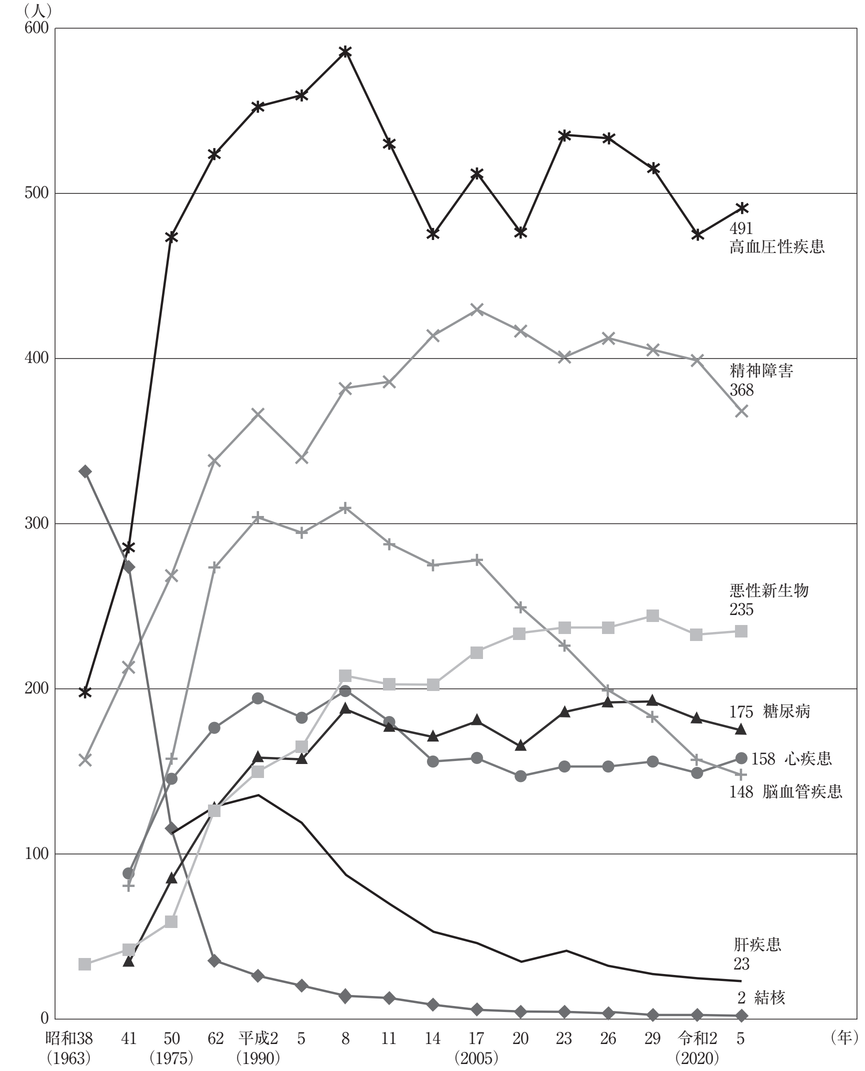


資料出所

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５年度）
「健康保険組合予算編成状況について」（令和６年度）
厚生労働省　「健康保険組合の令和７年度予算の編成について」（令和６年12月27日）

29　疾病構造の変化

主要傷病別にみた受療率（人口10万対）の推移



注　平成23年の数値は，宮城県の石巻医療圏，気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

説　明

疾病構造の変化は，国民医療費の増加を論じる際の重要な要素である。図は，主要傷病別にみた受療率（人口10万人に対しての患者数）の推移である。高血圧性疾患をはじめ，悪性新生物，糖尿病―といった疾病が増加し，また，ストレス社会の影響からか，精神疾患も非常に増えている。これに対し，かつて国民病とまでいわれ昭和25年ごろまでの死因の第１位でもあった結核は，劇的に減少している。近年の死因順位は，第１位が悪性新生物（腫瘍），第２位が心疾患，第３位が老衰―となっており（令和５年），年齢階級別では10～39歳は自殺など疾病以外の死因が，40歳以上は悪性新生物や心疾患，脳血管疾患などが多い。

ポイント

わが国の疾病構造は大きく変化してきており，環境衛生の改善や医療技術の進歩などによって結核等感染症が減少する一方，人口構造の高齢化等に伴い，悪性新生物をはじめ慢性疾患の増加が続いている。

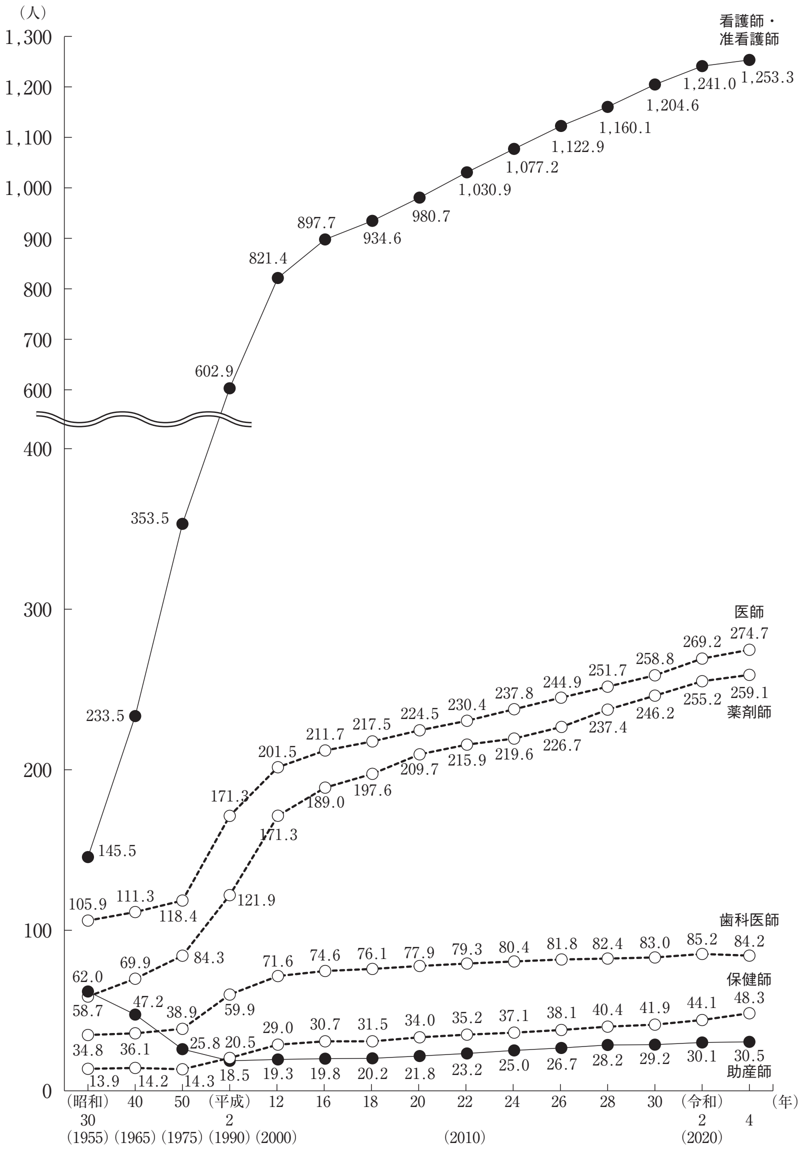
生活習慣病などの慢性疾患は，発症前の長い無症状の期間を経て，発症後には急性増悪と回復を繰り返し，次第に諸機能が失われていくという特徴をもつ。このような生活習慣病については，発病後の治療のみならず，生活習慣の改善や，検診など危険因子の早期発見・早期治療によって，病気を予防することが重要である。今後は，従来の早期発見・早期治療といった「２次予防」に重点を置いた取組みから，健康を増進し，発病そのものを予防する「１次予防」を重視した，新たな健康づくり対策をさらに推進することが重要である。

また，これらの疾患の治療は高度な技術と設備を要することが多いため，専門家の育成とともに，高度な医療技術を有する病院とかかりつけ医機能をもつ診療所との連携が必要である。

資料出所

厚生労働省「患者調査」（３年ごとに実施）
「人口動態月報 年計（概数）」（令和５年）

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４年12月31日現在における全国の届出医師数は34万3,275人で，前回調査の２年に比べ3,652人（1.1％）増加している。また，人口10万対の医師数は274.7人となっている。歯科医師数は10万5,267人で２年に比べ2,176人（2.0％）減少し，人口10万対では84.2人となっている。医師数は，厚生労働省の需給推計によれば，今後の人口減少に伴い11年頃には需給が均衡し，長期的には供給が需要を上回るとされる。

一方で，特定の地域や診療科への医師の偏在是正が急務の課題とされ，厚生労働省は，６年12月に「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を策定した。「対策パッケージ」では，将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し，適切な医療サービスを提供するため，制度改正を含め必要な対応に取り組み，実効性のある総合的な医師偏在対策を推進することとされた。具体的には，①医師確保計画の実効性の確保，②地域の医療機関の支え合いの仕組み，③地域偏在対策における経済的インセンティブ等，④医師養成課程を通じた取組み，⑤診療科偏在の是正に向けた取組みが挙げられ，国，地方自治体，医療関係者，保険者等全ての関係者が協働して取り組むこととされている。

医師の働き方改革

わが国の医療は医師の長時間労働に支えられ，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，下表のとおり，６年４月から時間外・休日労働の上限規制が適用となり，併せて，タスク・シフト／シェアおよび適切な労務管理の推進体制の整備が進められている。

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（令和６年４月～）

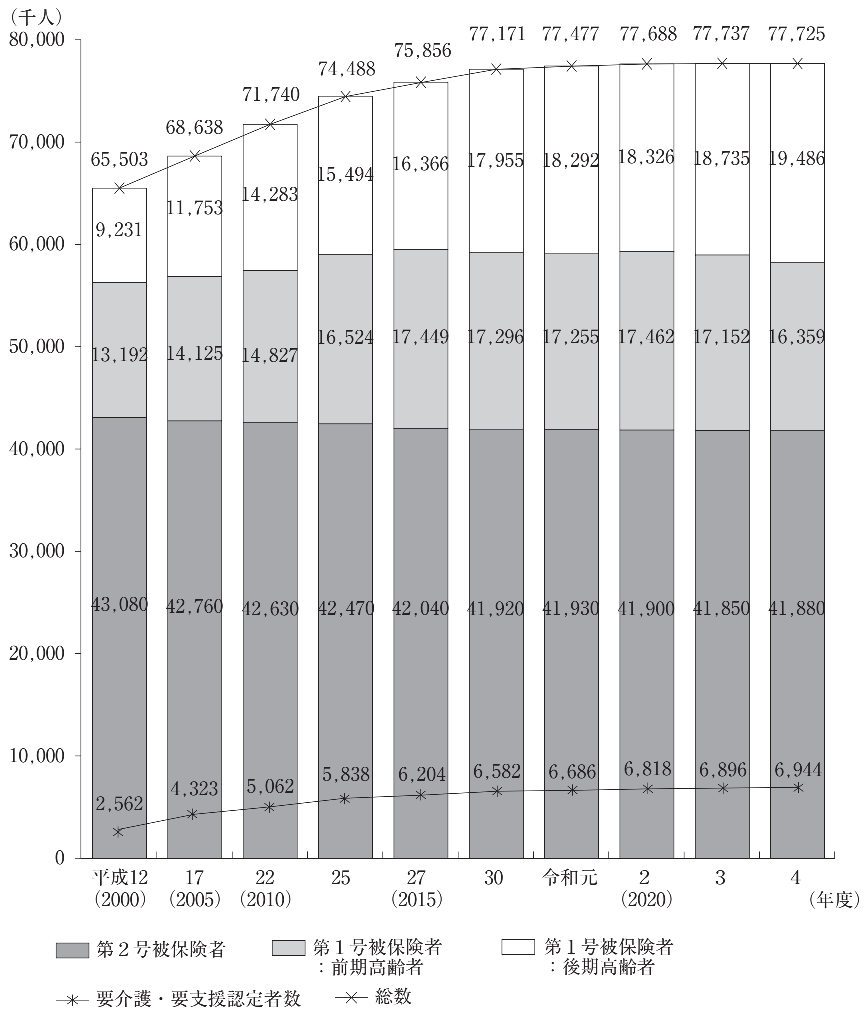
医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
原則（A：一般労働者と同程度）	960時間	義務（医師が健康状態をチェック）	努力義務
地域医療確保暫定特例水準（連携B：医師を派遣する病院）	1,860時間（2035年度末を目標に終了）		義務
地域医療確保暫定特例水準（B：救急医療等）			
集中的技能向上水準（C-1：臨床・専門研修）	1,860時間		
集中的技能向上水準（C-2：高度技能の修得研修等）			

※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），「厚生労働白書」（令和６年版），「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」

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
- 後縦靱帯骨化症
- 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４年度末で3,585万人と約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４年度の4,188万人と120万人減少している。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４年度末で694万人と，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４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（2023年）

国名	医療費の対GDP比（%）	順位	1人当たり医療費（ドル）	順位	国名	医療費の対GDP比（%）	順位	1人当たり医療費（ドル）	順位
アメリカ	16.7	1	13,432	1	デンマーク	9.4	20	6,673	14
スイス	12.0	2	9,688	2	ノルウェー	9.3	21	8,996	3
ドイツ	11.8	3	8,441	4	アイスランド	9.0	22	6,334	17
フランス	11.6	4	7,136	10	スロバキア	8.6	23	3,810	28
カナダ	11.2	5	7,013	11	チェコ	8.5	24	4,688	25
日本	**11.1**	**6**	**5,640**	**19**	イタリア	8.4	25	4,832	23
オーストリア	11.0	7	7,811	5	ギリシャ	8.4	26	3,380	31
ニュージーランド	11.0	8	6,368	15	ラトビア	7.8	27	3,247	33
スウェーデン	10.9	9	7,522	7	コロンビア	7.7	28	1,697	37
ベルギー	10.9	10	7,380	8	イスラエル	7.6	29	3,950	26
イギリス	10.9	11	6,024	18	エストニア	7.6	30	3,562	30
オランダ	10.1	12	7,738	6	リトアニア	7.3	31	3,822	27
フィンランド	10.1	13	6,343	16	ポーランド	7.0	32	3,613	29
ポルトガル	10.0	14	4,765	24	コスタリカ	7.0	33	1,793	36
チリ	10.0	15	3,349	32	アイルランド	6.6	34	6,946	12
韓国	9.9	16	5,006	20	ハンガリー	6.4	35	3,015	34
オーストラリア	9.7	17	6,931	13	ルクセンブルク	5.8	36	7,235	9
スペイン	9.6	18	4,992	21	メキシコ	5.7	37	1,486	38
スロベニア	9.4	19	4,973	22	トルコ	4.2	38	2,129	35
					OECD 平均	**9.2**		**5,573**	

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。

2023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9.2%，１人当たり医療費の平均は約5,573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11.1%，１人当たり医療費は約5,640ドルであり，OECD加盟国38か国中，それぞれ第６位，および第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に占める割合および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16.7%，１人当たり医療費は13,432ドルとなっている。

資料出所

OECD Data Explorer
医療経済研究機構「OECD基準による日本の保健医療支出」
（平成28年８月４日）