



基礎資料

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

- ・ **日本の医療や健康の状況**

 - 健康・長寿の実現

 - 保健医療の利用状況

- ・ **日本の医療保険制度**

- ・ **医療保険制度が直面する環境変化**

 - 人口構造の変化による担い手の減少

 - 医療需要の変化

 - 物価・賃金の上昇

 - 医療費の動向

 - 保険料・所得の変化

- ・ **これまでの医療保険制度改革**

- ・ **まとめ**

- ・ **議論の視点**

日本の医療や健康の状況

-健康・長寿の実現-

主要国の65歳以上の人口割合（単位：％）

我が国の65歳以上の人口割合は、1990年には諸外国とほぼ同等であったが、急速にその割合が増え、2040年には35%に達する。**世界的にも高齢化が進んだ国**である。

年	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
平成2年 (1990年)	12.1	12.3	15.7	14.9	14.1	17.8
平成12年 (2000年)	17.4	12.3	15.7	16.4	16.2	17.3
平成22年 (2010年)	23.0	13.0	16.3	20.5	17.0	18.3
令和2年 (2020年)	28.6	16.2	18.7	22.0	21.0	20.0
令和12年 (2030年)	30.8	20.5	22.0	26.4	24.4	21.8
令和22年 (2040年)	34.8	22.4	24.8	29.5	27.2	23.7

出典：UN, World Population Prospects : The 2022 Revision

ただし日本は、2020年までは総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

(参考) 主要国の75歳以上の人口割合(単位: %)

年	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
平成2年 (1990年)	4.8	5.2	6.9	7.1	6.8	8.0
平成12年 (2000年)	7.1	5.6	7.3	7.1	7.3	8.9
平成22年 (2010年)	11.0	6.0	7.7	8.9	9.0	8.5
令和2年 (2020年)	14.7	6.6	8.7	11.5	9.7	9.5
令和12年 (2030年)	18.8	9.6	10.9	12.7	13.0	11.6
令和22年 (2040年)	19.7	12.5	13.3	16.7	15.5	12.8

出典: UN, World Population Prospects: The 2022 Revision

ただし日本は、2020年までは総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

平均寿命の国際比較

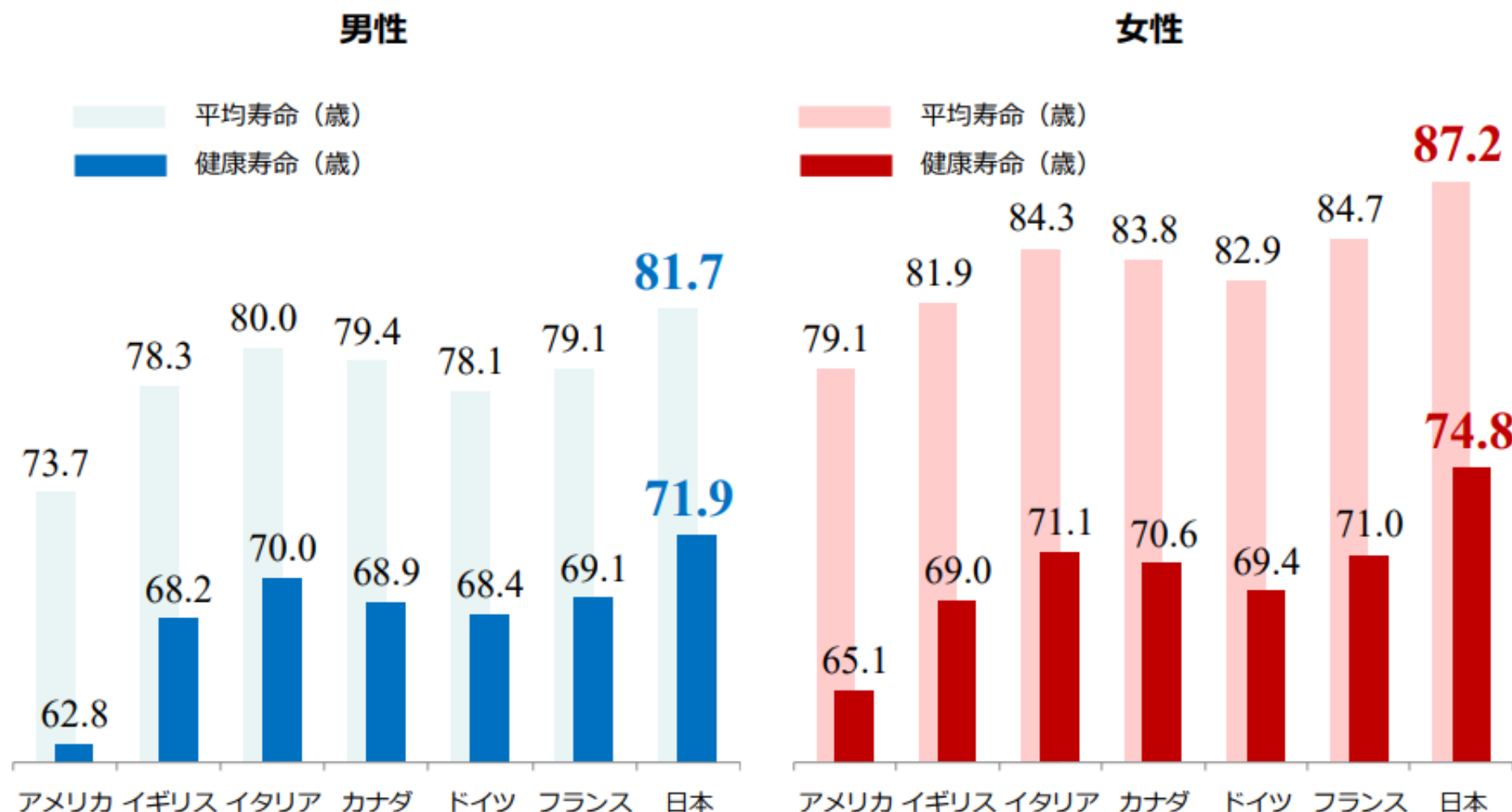
戦後諸外国と比較して低かった平均寿命は年を経るごとに延びてきた。世界的に見ても**日本人は長生き**といえる。

		昭和22年 (1947年)	昭和30年 (1955年)	昭和40年 (1965年)	令和6年 (2024年)
男	日本	50.06	63.60	67.74	81.09
	アメリカ	64.6 (1948)	66.6	66.8	75.8(2023)
	イギリス			68.3 (1965-70)	78.82(2021-23)
	ドイツ			67.41(1963-65)	78.17(2021-23)
	フランス	61.87(1946-49)	65.04(1952-56)	67.8	80.04
	スウェーデン	69.04(1946-50)	70.49(1951-55)	71.6(1961-65)	82.29
女	日本	53.96	67.75	72.92	87.13
	アメリカ	69.9 (1948)	72.7	73.8	81.1(2023)
	イギリス			74.6(1965-70)	82.77(2021-23)
	ドイツ			73.22(1963-65)	82.99(2021-23)
	フランス	67.43(1946-49)	71.15(1952-56)	75.0	85.60
	スウェーデン	71.58(1946-50)	73.43(1951-55)	75.7(1961-65)	85.35

(注) ドイツは1989年以前は旧西ドイツの値である。年次及び () 内は作成基礎期間。
出典：厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「簡易生命表の概況」、国連「Demographic Yearbook」

平均寿命と健康寿命の国際比較

○日本は、先進7か国の中で、最も長い平均寿命、健康寿命となっている。

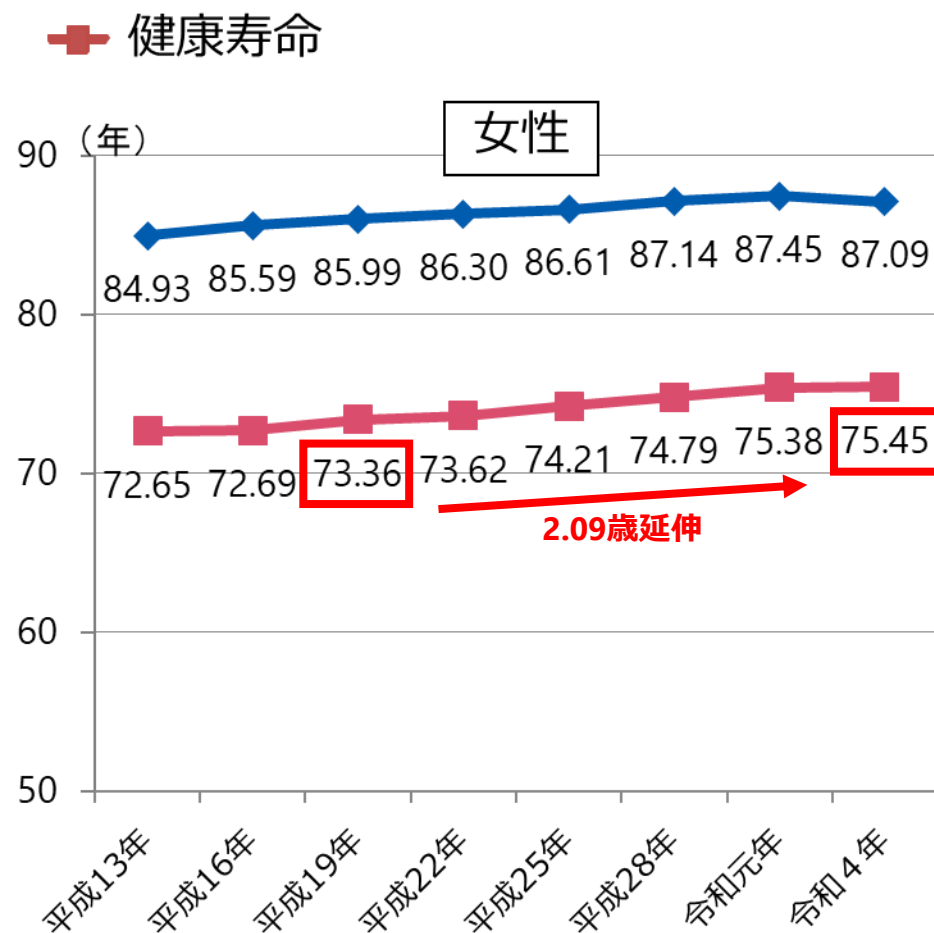
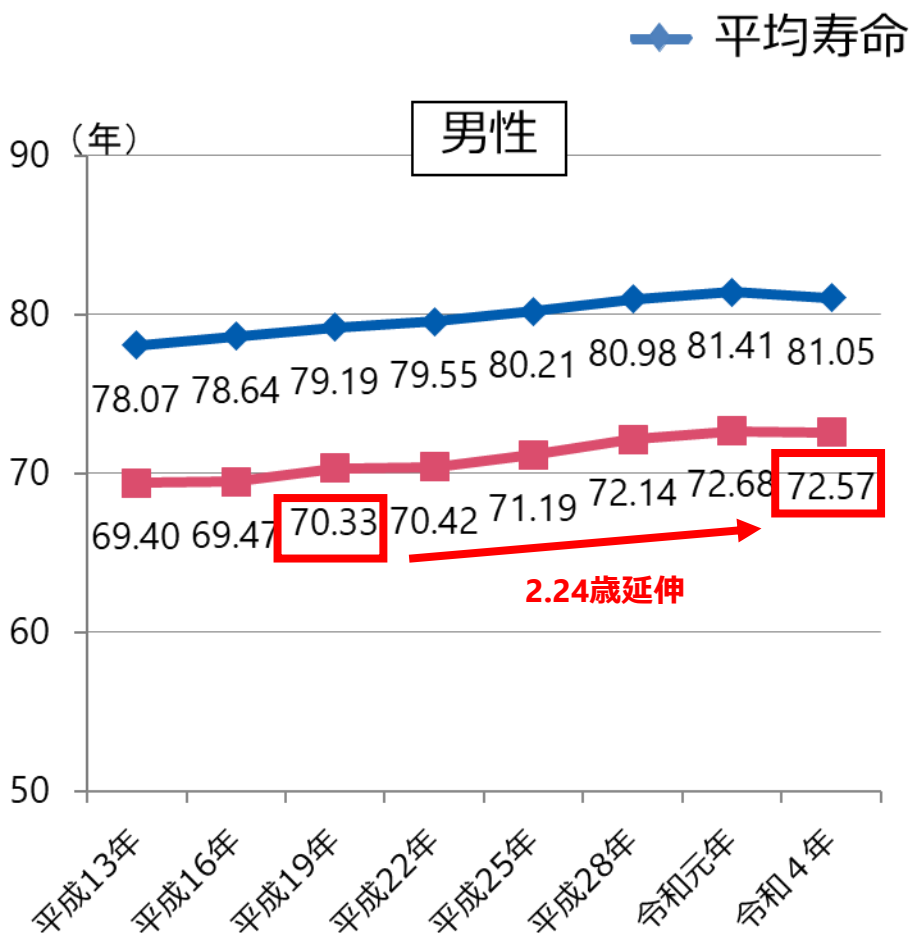


(資料出所) Global Health Observatory (GHO) data
(備考) 平均寿命、健康寿命は2021年のデータ (2025年4月11日アクセス)

平均寿命と健康寿命※の推移

※日常生活に制限がない期間の平均

令和6年12月24日第4回 健康日本21
(第三次)推進専門委員会 資料1-1
を一部改変

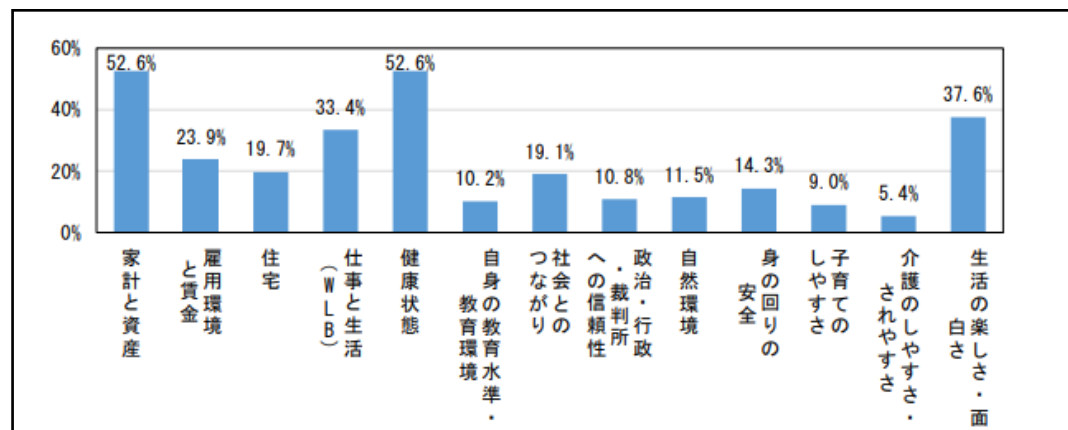


【資料】平均寿命：平成13・16・19・25・28・令和元・4年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」
健康寿命：厚生労働科学研究において算出

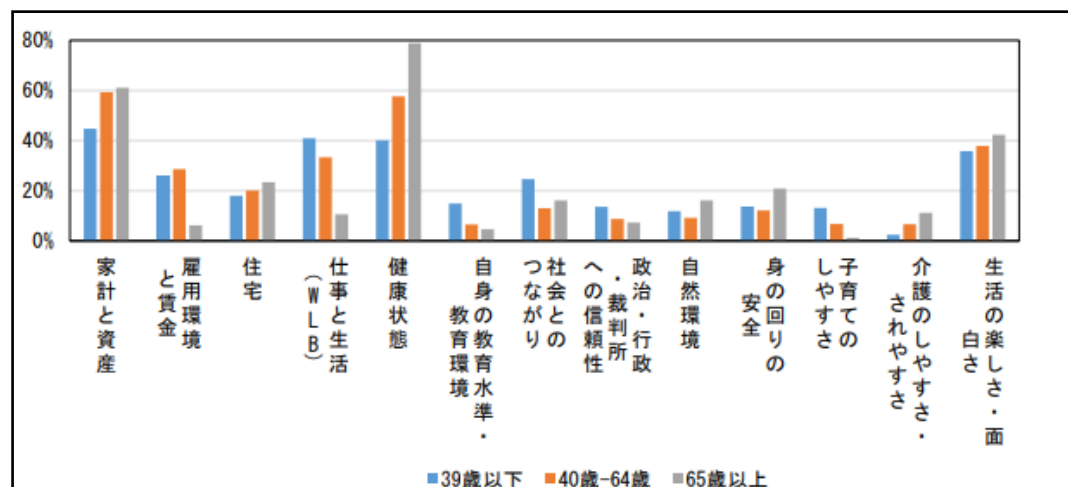
生活満足度と健康状態の関係

生活満足度を判断する際に重視した事項として、「健康状態」を選択した者の割合は13項目の中で最も多い。年齢階層が高くなるほど重視する割合が高く、65歳以上では最も多く、40歳～64歳では「家計と資産」に次ぎ、39歳以下では、「家計と資産」、「仕事と生活」に次いで選択した割合が多い。

重視事項の選択者の割合



重視事項の選択者の割合
(年齢階層別)

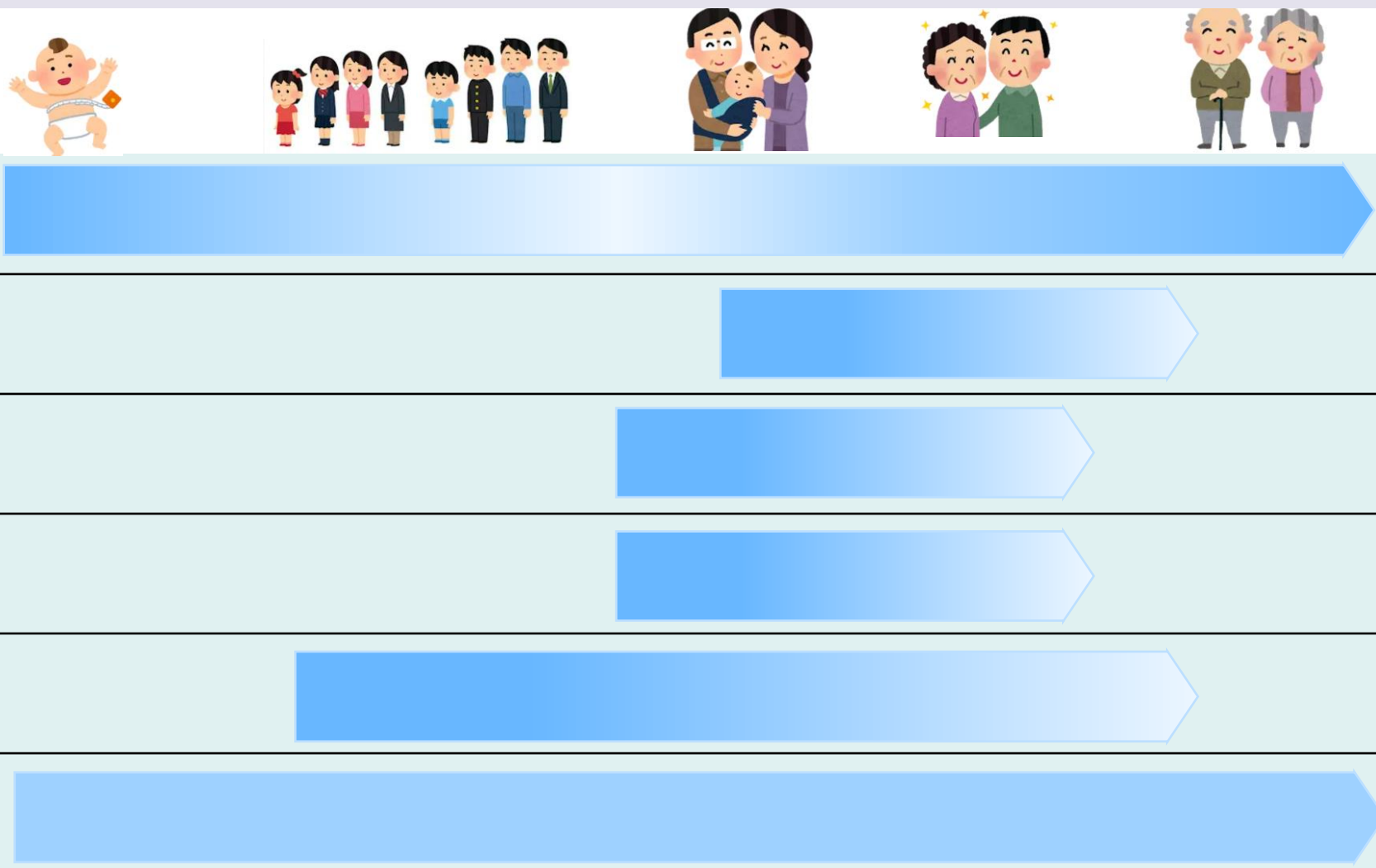


日本の医療や健康の状況

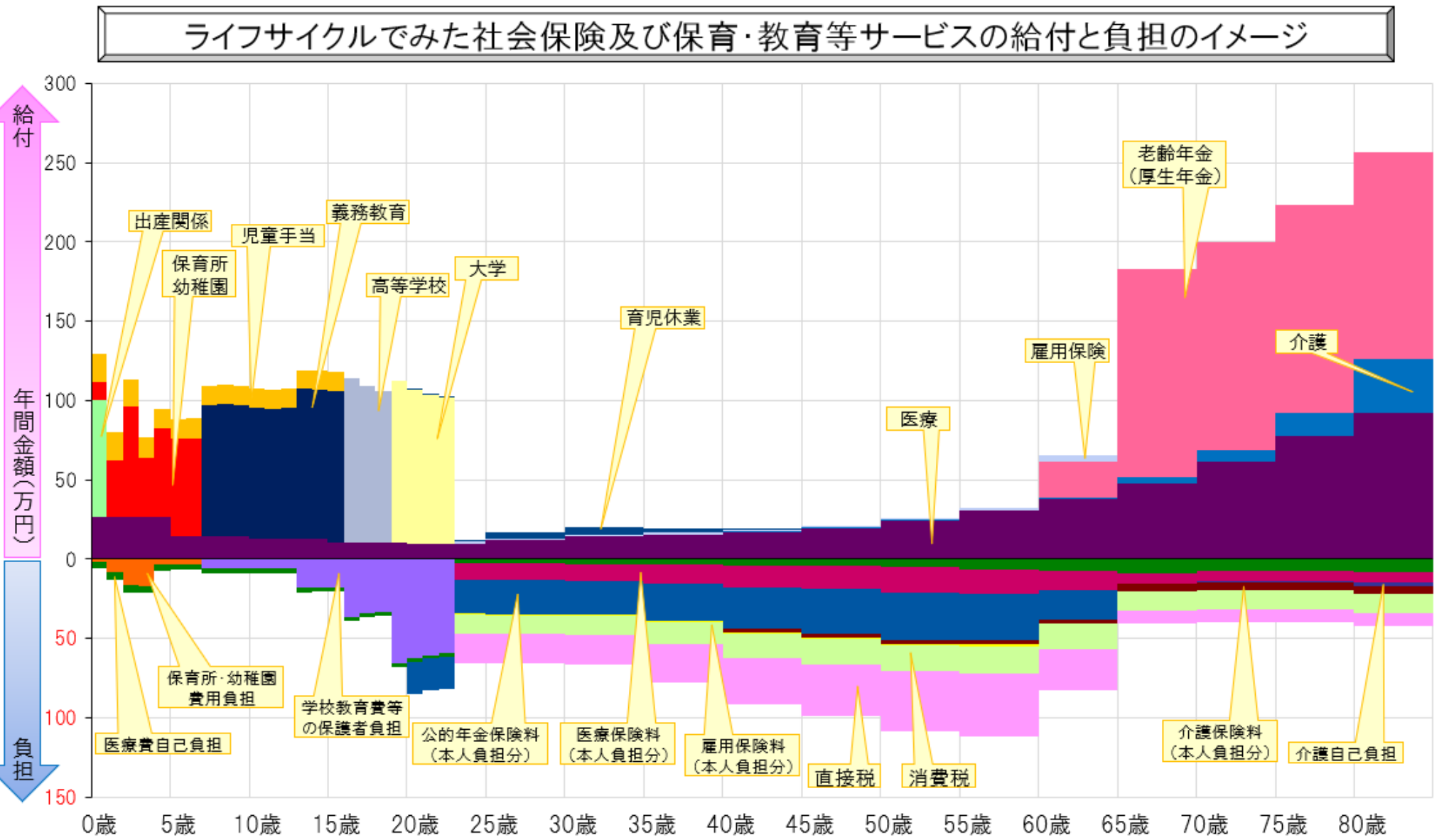
-保健医療の利用状況-

ライフサイクルで見た医療保険のサービス（イメージ）

医療保険制度は、療養の給付等に加え、出産育児一時金・出産手当金や傷病手当金などにより、国民の人生の様々な局面において支えている。



ライフサイクルでみた社会保険及び保育・教育等サービスの給付と負担のイメージ



資料出所:各種統計を基に、厚生労働省にて推計。

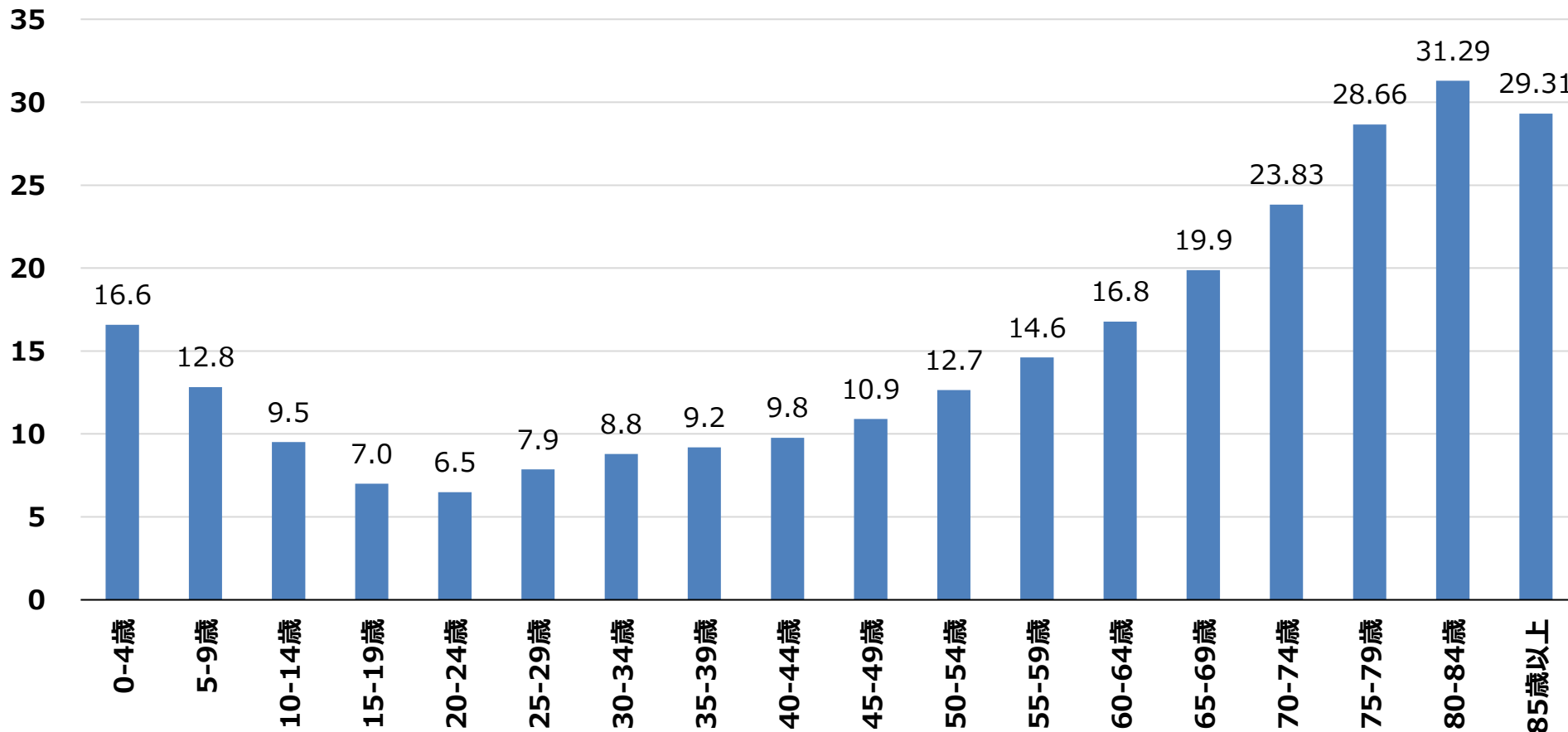
(注) 令和4年度(データがない場合は可能な限り直近)の実績をベースに1人当たりの額を計算している。

年齢階級別 1 人当たり年間外来受診回数

○ 0～4歳と60代前半の外来受診回数は同水準。高齢者の外来受診回数は、年齢に応じて増加する傾向。

年齢階級別 1 人当たり年間外来受診回数 (医科・歯科、2022年度)

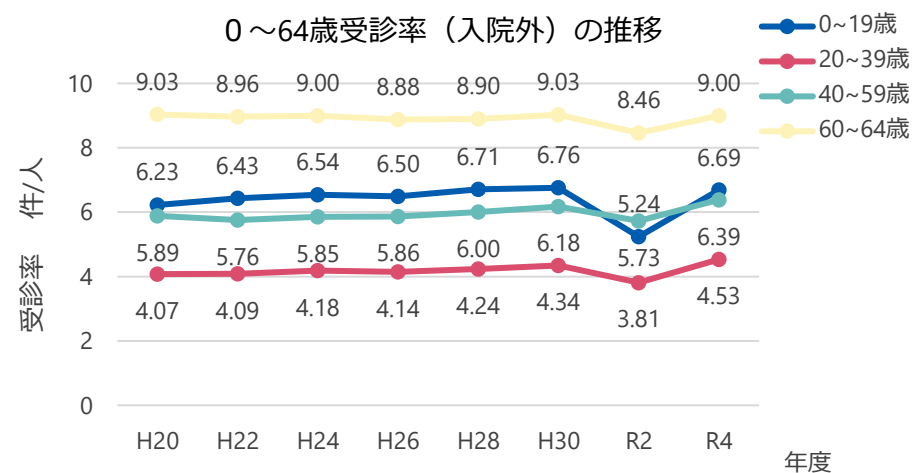
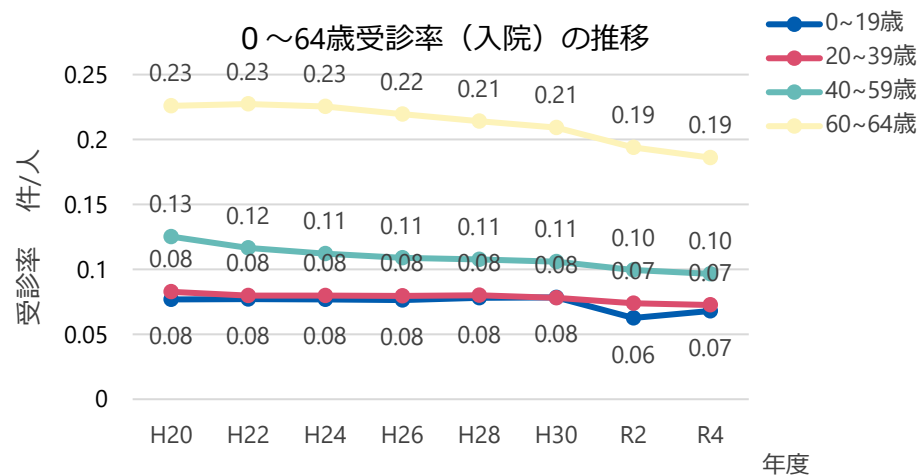
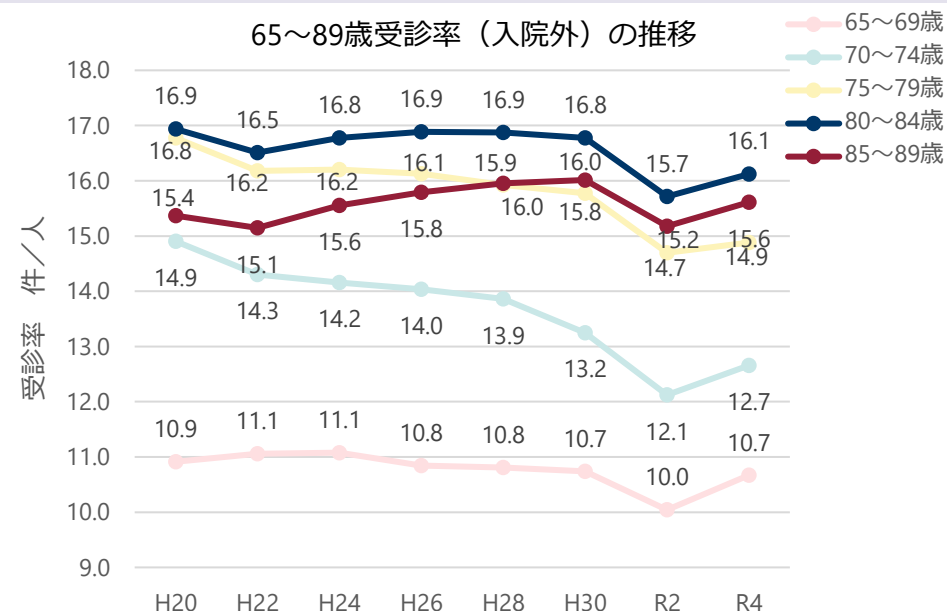
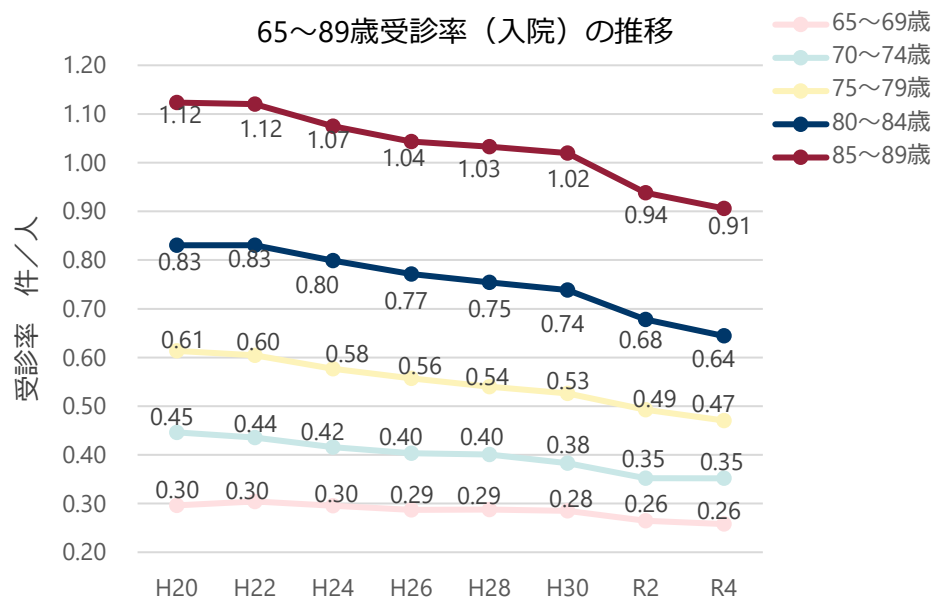
1 人当たり年間
外来受診回数 (回)



出典：厚生労働省 医療保険に関する基礎資料～令和4年度の医療費等の状況～

受診率の推移

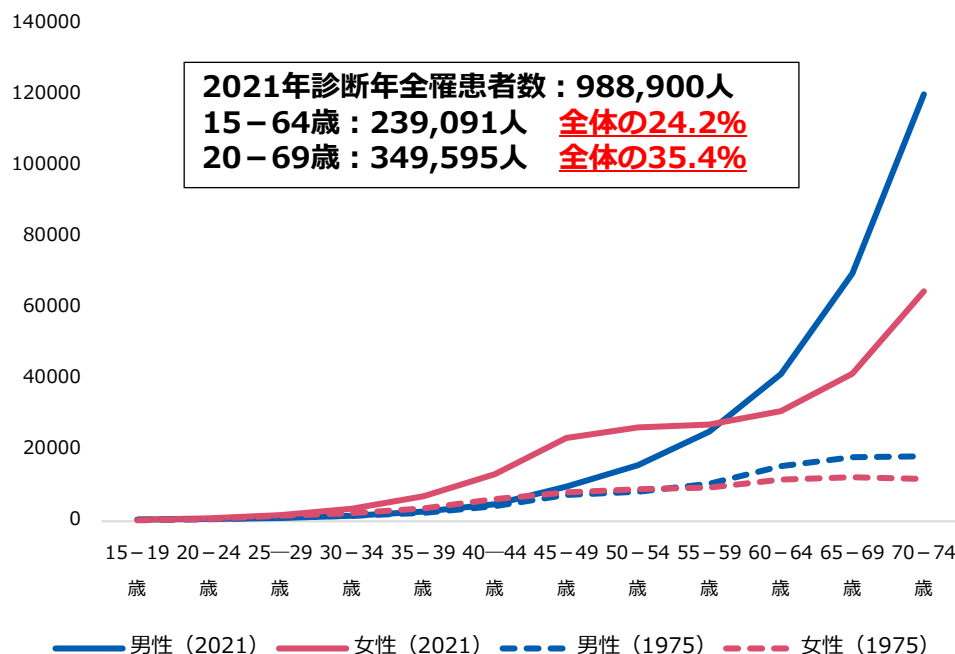
高齢者の受診率は、入院について低下傾向にある。



がん罹患患者数と仕事を持ちながら通院している者の推移

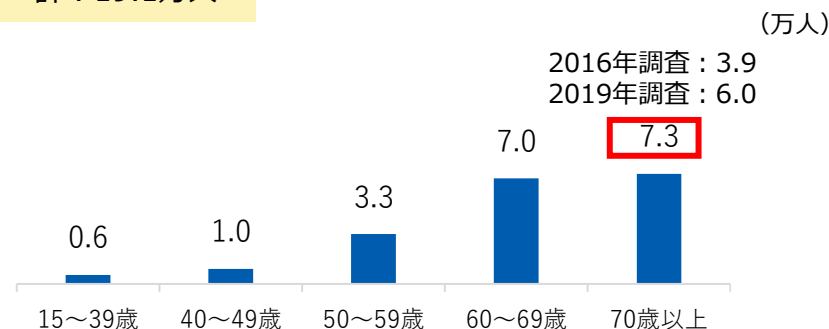
- がん患者の2022年の調査では、悪性新生物の治療のため仕事を持ちながら通院している者は**49.9万人**で、2019年同調査と比較して、約5.1万人増加した。特に、70歳以上の方の増加率が高く（1.2倍）、2016年同調査と比較すると2倍であった。
- 約3人に1人は20歳代～60歳代で罹患している。

性別・年齢別がん罹患患者数



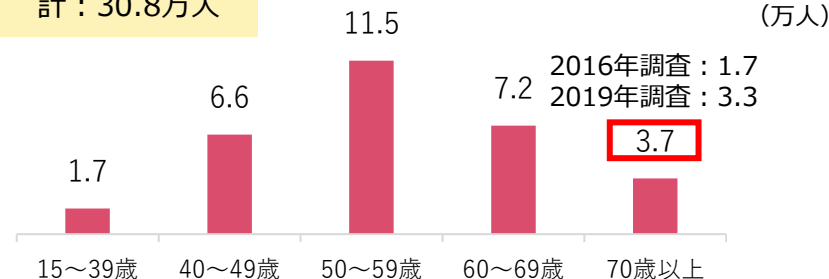
仕事を持ちながら悪性新生物で通院している者【男性】

計：19.1万人



仕事を持ちながら悪性新生物で通院している者【女性】

計：30.8万人



注：1) 入院者は含まない。2) 「仕事あり」とは、調査の前月に収入を伴う仕事を少しでもしたことを行い、被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。なお、無給で自家営業の手伝いをした場合や、育児休業や介護休業のため、一時的に仕事を休んでいる場合も「仕事あり」とする。

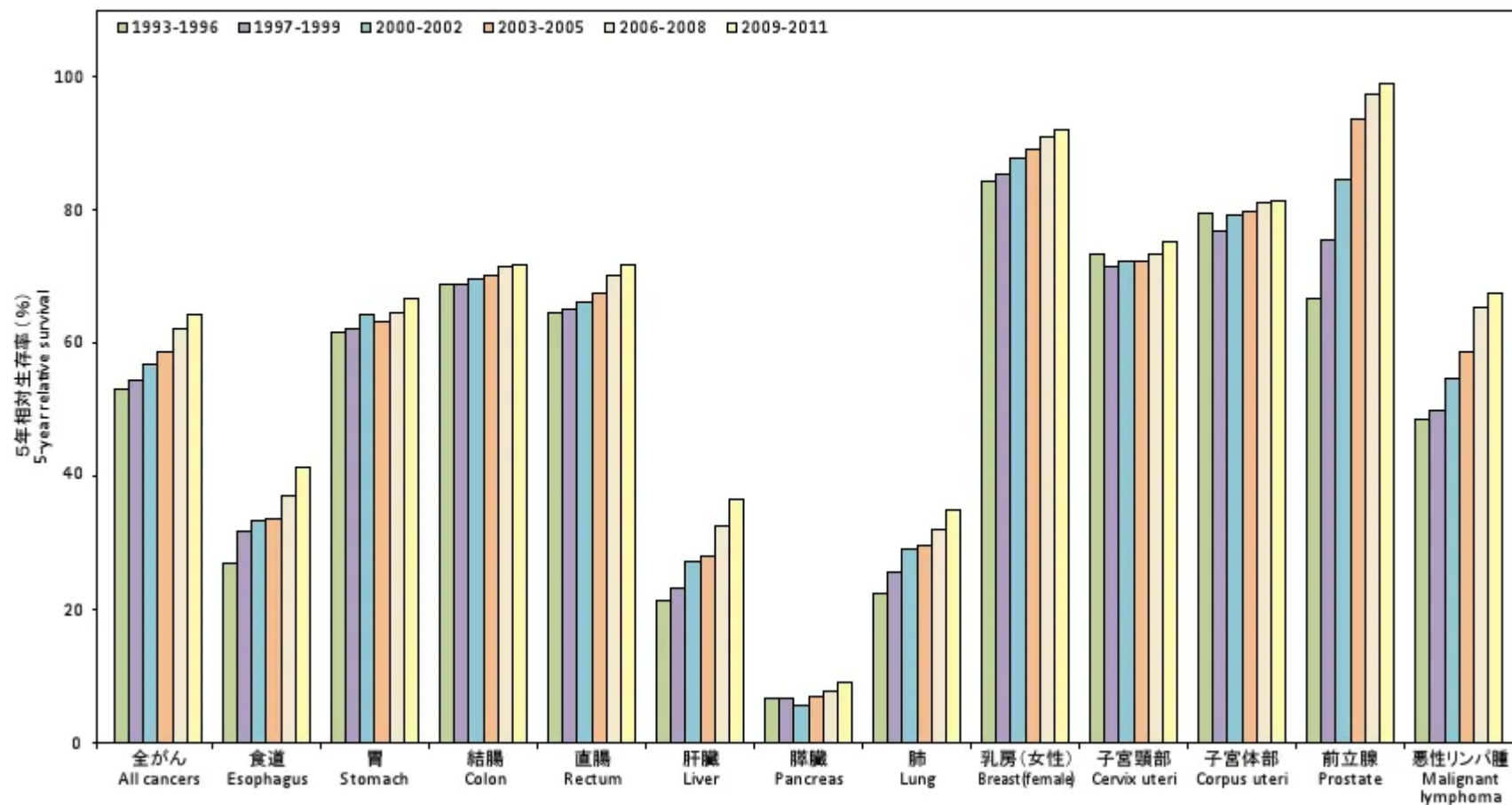
出典：厚生労働省「令和4年国民生活基礎調査」※同省健康局にて 特別集計したもの

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん罹患モニタリング集計（MCIJ））
 「令和3年 全国がん登録 罹患数・率報告」（令和7年3月27日発行）
 編集：国立がん研究センターがん対策研究所/発行：厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課

がん患者の5年生存率

がん患者の生存率が上昇・改善している。

(1) 5年相対生存率 男女計 5-year Relative Survival, Both Sexes



相対生存率：あるがんと診断された場合に治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標の一つ

日本の健診（検診）制度の概要

全体像

- 医療保険者や事業主は、高齢者の医療の確保に関する法律、労働安全衛生法等の個別法に基づく健康診査（健康診断）を実施。
- 市町村は、健康増進法に基づき、特定健診の対象とならない者の健康診査を実施。
- 市町村は、健康増進法に基づき、一定年齢の住民を対象としてがん検診などの各種検診を実施。（医療保険者や事業主は任意に実施）

（乳幼児等）
妊娠・出産後1年・
小学校就学前

母子保健法

【対象者】1歳6か月児、3歳児

【実施主体】市町村 **<義務>**

※その他の乳幼児及び妊産婦に対しては、市町村が、必要に応じ、健康診査を実施又は健康診査を受けることを勧奨

児童生徒等

学校保健安全法

【対象者】在学中の幼児、児童、生徒又は学生 ※就学時健診については小学校入学前の児童

【実施主体】学校（幼稚園から大学までを含む。） **<義務>**

被保険者・被扶養者

うち労働者

その他

医療保険各法

（健康保険法、国民健康保険法等）

【対象者】被保険者・被扶養者

【実施主体】保険者 **<努力義務>**

労働安全衛生法

【対象者】常時使用する労働者※労働者にも受診義務あり

【実施主体】事業者 **<義務>**

※一定の有害な業務に従事する労働者には特殊健康診断を実施

※労働安全衛生法に基づく事業者健診を受けるべき者については、事業者健診の受診を優先する。事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診の結果を、特定健診の結果として利用可能。

健康増進法

【対象者】住民
（生活保護受給者等を含む）

【実施主体】市町村 **<努力義務>**

【種類】

- ・歯周疾患検診
- ・骨粗鬆症検診
- ・肝炎ウイルス検診
- ・がん検診
（胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診）
- ・高齢者医療確保法に基づく特定健診の非対象者に対する健康診査・保健指導

特定健診

高齢者医療確保法

【対象者】加入者

【実施主体】保険者 **<義務>**

高齢者医療確保法

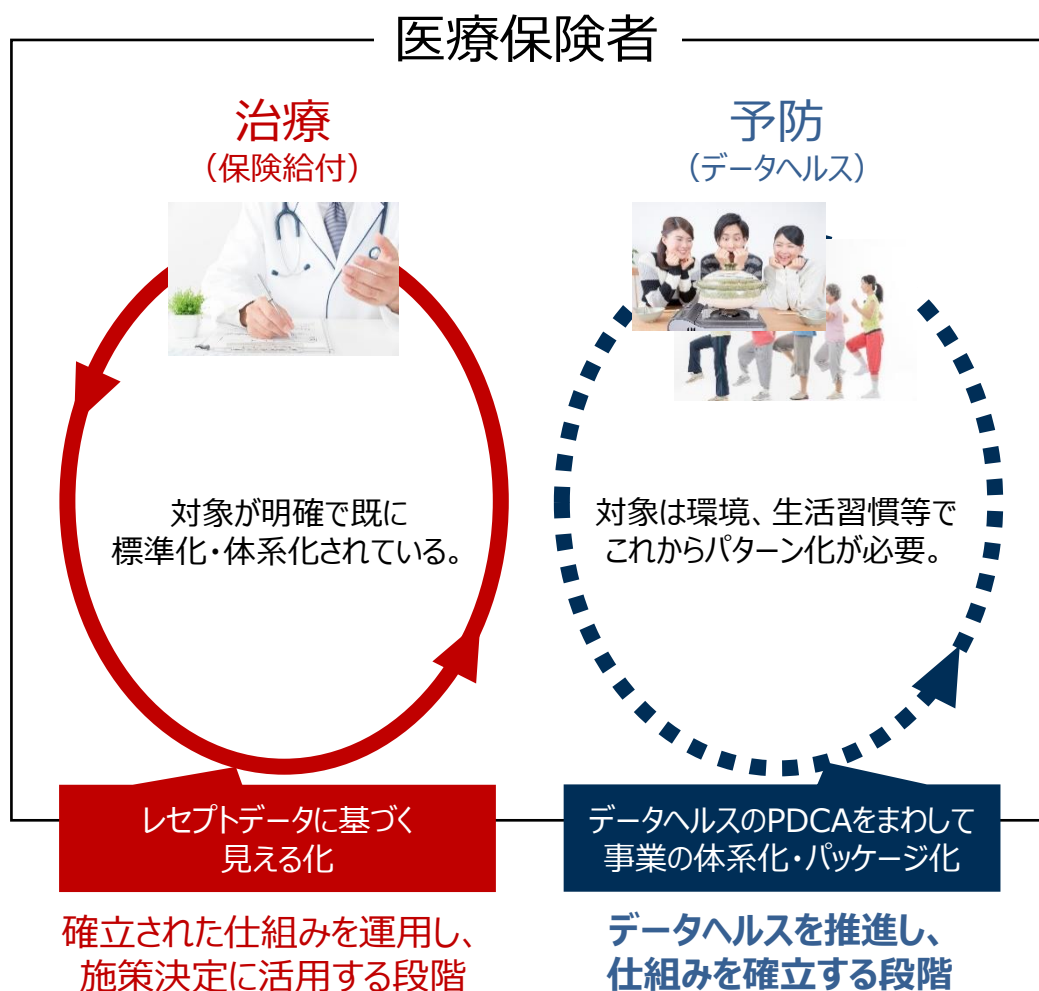
【対象者】被保険者

【実施主体】後期高齢者医療広域連合 **<努力義務>**

※上記以外に、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診、がん検診について、保険者や事業主が**任意**で実施や助成を行っている。

医療保険者における予防・健康づくりの重要性

- 医療保険者は、保険給付と予防・健康づくりを一体的に実施する主体として、加入者の生活の安定と健康増進に貢献することが期待されている。



1 データヘルスのPDCA推進

レセプト情報と特定健診結果等を有する保険者において、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を推進する。

2 総合的な保健事業の推進

特定健診・保健指導の実施に加えて、がん検診や事業主との連携などの取組を実施し、予防・健康づくりの取組を推進する。

3 コラボヘルスの推進

健康保険組合等の保険者と企業（事業主）が積極的に連携し、明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者の予防・健康づくりを効果的・効率的に実行する。

特定健診・特定保健指導の概要

- ▶ 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
- ▶ 実施主体 : 医療保険者
- ▶ 対象 : 40歳以上75歳未満の被保険者・被扶養者
- ▶ 内容(健診) : 高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査を実施。
- ▶ 内容(保健指導) : 健診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対して特定保健指導を実施。
- ▶ 実施計画 : 医療保険者は6年ごとに特定健診等実施計画を策定
- ▶ 計画期間 : 第1期(2008年度～2012年度)、第2期(2013年度～2017年度)
第3期(2018年度～2023年度)、第4期(2024年度～2029年度)
- ▶ 検査項目 : 質問票(服薬歴、喫煙歴等)、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)
理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液検査、検尿(尿糖、尿蛋白)

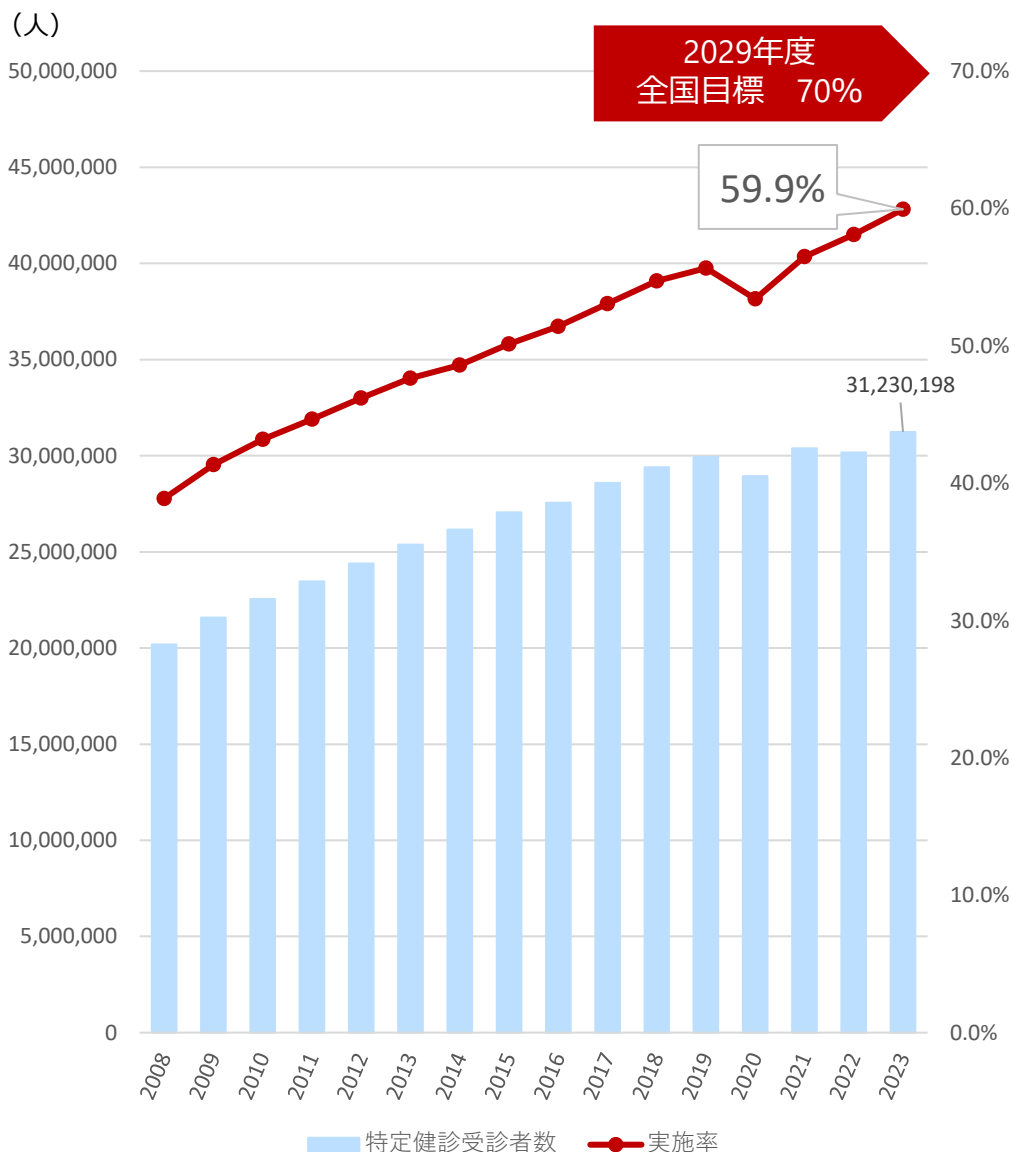
※ 血液検査の項目

- ・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
- ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖)
- ・ 肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP))

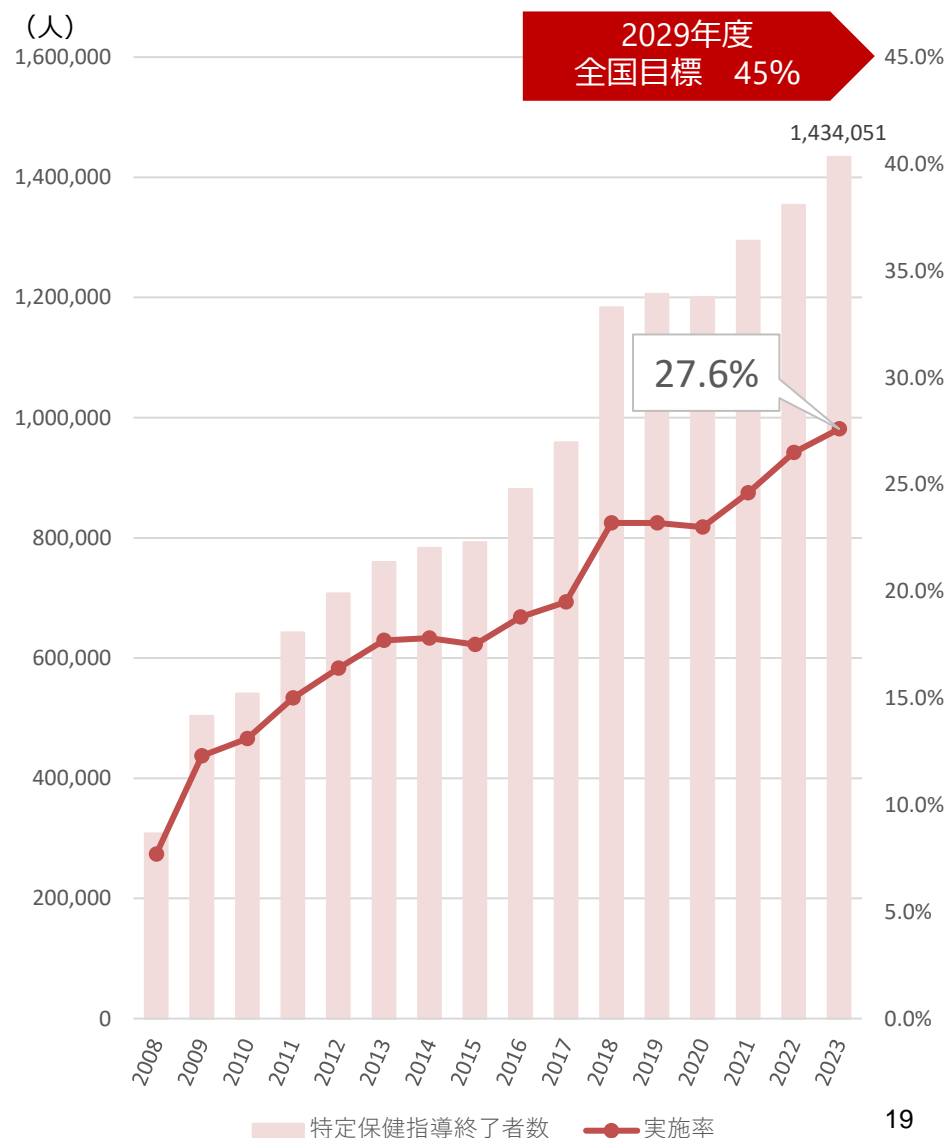
※ 上記項目の他、一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に、心電図検査等の詳細な検査を実施。

特定健診・特定保健指導の実施率の推移

【特定健診受診者数・特定健診実施率】



【特定保健指導終了者数・特定保健指導実施率】



妊産婦死亡率・乳児死亡率の推移

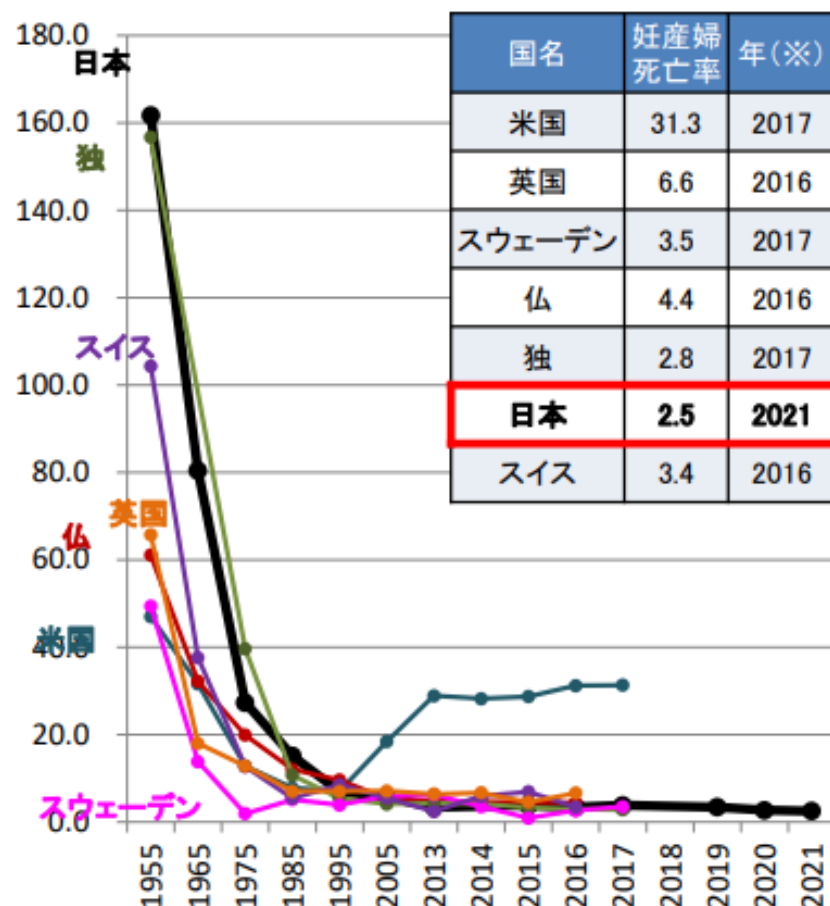
第3回こども家庭審議会成育医療等分科会

令和6年3月14日

資料3-2

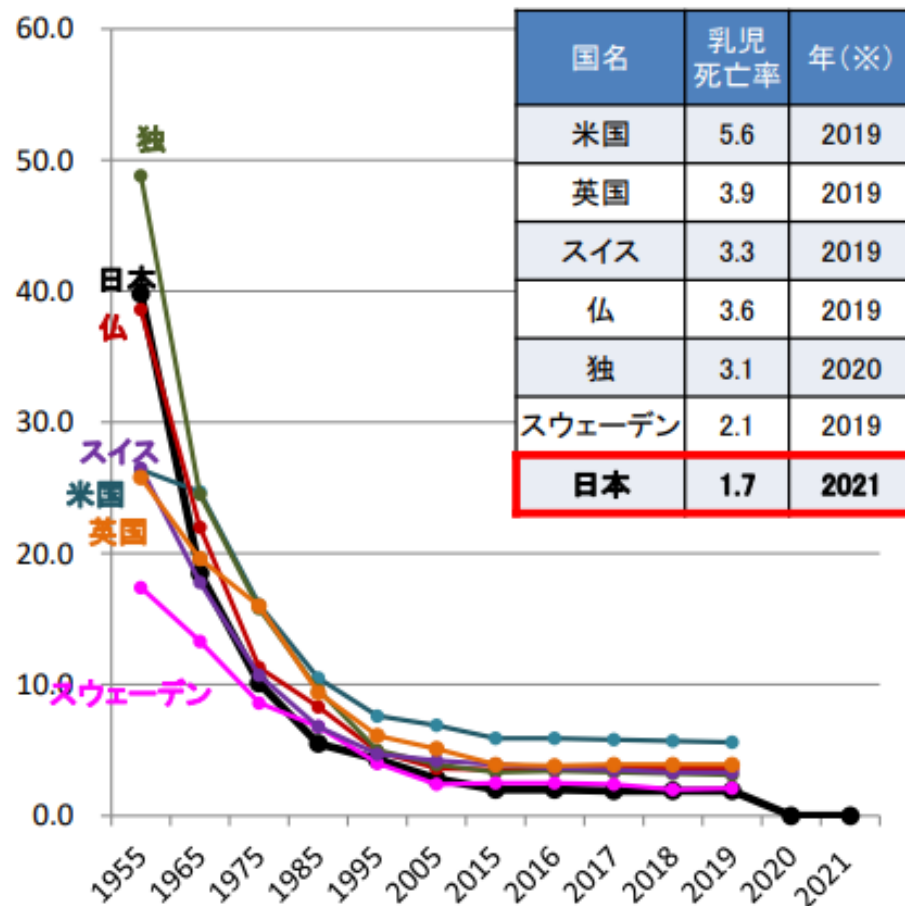
妊産婦死亡率

(妊産婦死亡数／出生数10万あたり)



乳児死亡率

(乳児死亡数／出生数千あたり)



(※1) 妊産婦死亡率 = 1年間の妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の女性の死亡数 ÷ 1年間の出生数 × 100,000

(※2) 乳児死亡率 = 1年間の生後1歳未満の死亡数 ÷ 1年間の出生数 × 1,000

出産育児一時金について

- 出産育児一時金とは、健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度。
- 出産育児一時金の支給額については、出産費用等の状況を踏まえ、弾力的な改定を実施するため、被用者保険は政令、市町村国保は条例で、それぞれ規定。
- 令和5年4月から、室料差額等を除いた全施設の平均出産費用等を勘案して、原則50万円（本人支給分48.8万円＋産科医療補償制度の掛金分1.2万円）を支給。

<支給件数・支給額（令和4年度※1）> （出典：「医療保険に関する基礎資料」）

	支給件数（万件）	支給額（億円）	財源構成
健康保険組合	26	1,078	保険料（10/10）
協会けんぽ	34	1,433	保険料（10/10）
共済組合	12	492	保険料（10/10）
市町村国保	7	271	保険料（1/3） 地方交付税（2/3）
国保組合	2	83	保険料（3/4相当） 国庫補助（1/4相当）（※2）
計	80	3,357	

※1 支給額は原則42万円。 ※2 全国土木建築国保組合を除く。

医療分野についての国際比較（2022年）

一人当たり医療費や、総医療費の対GDP比は、高齢化率は際だって高いにもかかわらず、米国やヨーロッパ4国と比較して高くはなっていない。医療提供体制については、人口当たりの病床数が多く、病床あたりの医療職員数が少ない。また、平均在院日数が長く、外来診察回数も多い。

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
一人当たり医療費（米ドル）	12,898	6,188	8,652	6,701	6,976	5,984
総医療費の対GDP比（%）	16.5	11.1	12.4	11.8	10.9	12.3
人口千人当たり 総病床数	2.8	2.4	7.7	5.5	1.9	12.6
人口千人当たり臨床医師数	2.7	3.3	4.6	3.8	4.5	2.7
病床百床当たり臨床医師数	98.9	133.4	59.4	69.8	235.5	21.0
人口千人当たり 臨床看護職員数	12.1 [#]	8.8	12.1	9.6 ^{#※2}	11.0	12.2
病床百床当たり 臨床看護職員数	362.2 [#]	438.2	156.5	171.8 ^{#※2}	577.4	96.8
平均在院日数	6.6	8.6	8.9	9.1	5.6	27.3
平均在院日数（急性期）	6.0	7.5	7.5	5.6	5.5	16.1
人口一人当たり 外来診察回数	3.5	5.0 ^{※1}	9.6	5.4	2.3	12.1

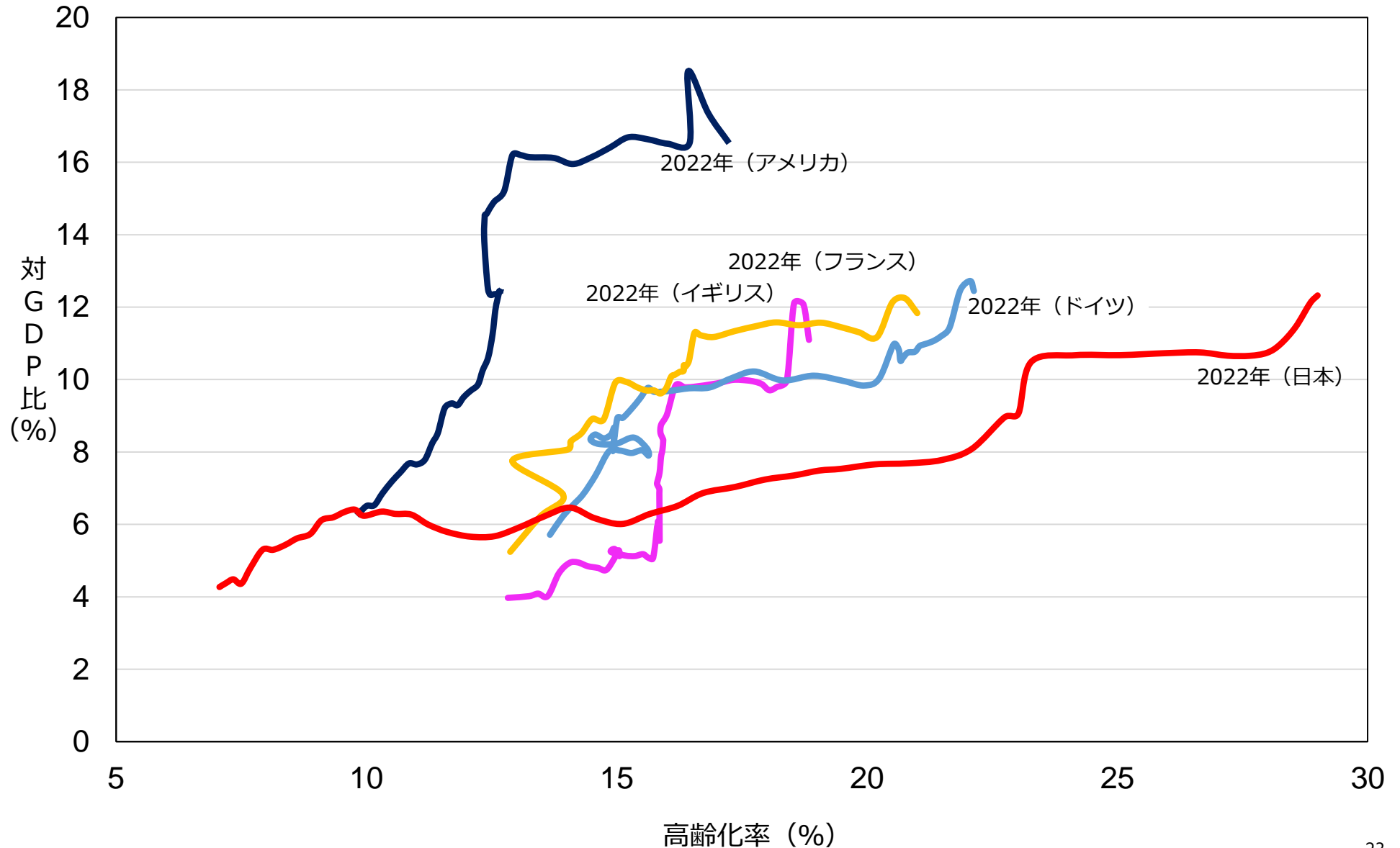
出典：「OECD Data Explorer」（2025年9月1日閲覧）

注1：「※1」は2009年、「※2」は2021年。注2：「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。注3：「病床百床当たり臨床医師数」は、臨床医師数を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

注4：「病床百床当たり臨床看護職員数」は、臨床看護職員数（アメリカ、フランスは研究機関等で勤務する職員を含む）を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

医療費全体の伸びの要因 ～高齢化率との相関～

高齢化率と医療費の対GDP比との関係について（1970年以降）



主要国の医療保障制度（概要）

		日本（2024）	ドイツ（2024）	フランス（2023）	スウェーデン（2023）	イギリス（2023）	アメリカ（2023）
制度類型		社会保険方式 ※国民皆保険 ※職域保険及び地域保険	社会保険方式 ※国民の約87.9%が加入。 ※被用者は職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入。一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではない。 ※強制適用の対象でない者に対しては民間医療保険への加入が義務付けられており、事実上の国民皆保険。 ※法的義務はないが、90%がかかりつけ医を持つ。 ※かかりつけ医に対する報酬は包括報酬中心	社会保険方式 ※国民皆保険（国民の99.9%が加入） ※職域ごとに被用者制度、非被用者制度（自営業者）等に加。入。（強制適用の対象とならない者：普遍的医療給付制度の対象となる。）	税方式による公営の保健・医療サービス ※全居住者を対象 ※広域自治体（レギオン）が提供主体（現金給付は国の事業として実施）	税方式による国営の国民保健サービス（NHS） ※全居住者を対象 ※GPへの支払いは包括報酬中心	メディケア・メディケイド ※65歳以上の高齢者及び65歳未満の障害者を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド ※現役世代は民間保険が中心（65.6%）で、無保険者は7.9%（2023年） ※2014年から企業に対し医療保険の提供をすることが原則義務化。
	自己負担	3 割 義務教育就学前 2 割 70歳～74歳 2 割 （現役並み所得者は3割） 75歳以上 1 割 （現役並み所得者は3割、現役並み所得者以外の一定以上の者2割）	・外来：なし ・入院：1日につき10ユーロ （年28日を限度） ・薬剤：10%定率負担 （上限10ユーロ、下限5ユーロ）	・外来：30% ・入院：20% ・薬剤：35% （代替的な効能をもつものがない極めて高額な薬剤0%、基本的な薬剤35%、精神安定剤などの軽度の疾病の治療に使用される薬剤70%等） ※自己負担分を補填する補足的医療保険への加入を2016年より一部義務化 ※上記の定率負担のほか、外来診療受診時負担金（1回1ユーロ）、入院時定額負担金（1日20ユーロ）、薬剤（一箱1ユーロ）等がある。	・外来 レギオンが独自に設定 プライマリケアの場合の自己負担は、1回150～330クロナ ※法律による患者の自己負担額の上限は物価基礎額の0.025倍（1,300クロナ）。各レギオンはこれより低い額を定めることもできる。 ※多くのレギオンでは20歳未満については無料。また、85歳以上の者は法律上無料とされている。 ・入院 日額上限物価基礎額の0.0023倍（120クロナ）の範囲内でランディングが独自に設定 ※多くのレギオンでは18～20歳までは無料。 ・薬剤 物価基礎額の0.05倍（2,600クロナ）が上限	・一般医療：なし ・一般歯科：治療内容に応じ3段階の定額負担（25.8、70.7、306.8ポンド） ・薬剤：外来処方薬1処方当たり定額負担（9.65ポンド） ※あらかじめ3か月（31.25ポンド）または12か月（111.6ポンド）について前払いし、処方当たりの定額負担をゼロとすることも可能。60歳以上や16歳未満等の場合は無料。	【メディケアについて】 ・入院（パートA）（強制加入） 入院1回につき、\$1,600負担 60日以内部分：自己負担なし 61日～90日部分：\$400/日 91日～部分：\$800/日（※） ※生涯に60日だけ、それを超えた場合は全額自己負担(2023年) 151日～全額自己負担 ・外来（パートB）（任意加入） 年間\$226を超えた分について、医療費の20% ・薬剤（パートD）（任意加入） 年間薬剤費が、 \$505未満部分：全額自己負担 \$505～\$4,660部分：25%負担 \$4,660～\$7,440部分：25%負担（ブランド薬・ジェネリック） \$7,440～部分：5%負担又は \$4.15（ジェネリック）／\$10.35（その他）（2023年）
財源	保険料	報酬の10.00% （労使折半） ※協会けんぽの場合	報酬の14.6% （本人：7.3%、事業主：7.3%） ※全被保険者共通 ※自営業者：本人全額負担	法定最低賃金（SMIC）×2.5までの給与の7.0%、SMIC×2.5を超える給与の13.0%を事業主が負担 （本人負担なし） ※民間商工業者が加入する被用者保険制度（一般制度）の場合	なし	なし	【メディケアについて】 ・入院（パートA） 保険料なし（ただし、65歳になるまでの間に社会保険税（※）を10年以上納付する必要がある） ※給与の2.9%（労使折半） ・外来（パートB） \$164.9～\$60.5/月（全額本人負担）（2023年）
	国庫負担	給付費等の16.4% ※協会けんぽの場合	被扶養者に対する給付や保険料率の軽減等に対する充当として一定規模の国庫補助を実施 （2023年の公費による補助額は165億ユーロ）	一般社会拠出金（CSG）：23.4% 目的税（タバコ、酒等）：32.1% 国庫からの移転等：1.6% ※保険料収入は全体の37.1%（2022年度）	レギオンの税収（主に住民所得税）を財源として運営 ※わずかであるが、国からの一般交付税、補助金あり。	主に税を財源として運営 （NHS費用の約8割）	任意加入保険の収支差为国が負担（メディケア）

日本の医療保険制度

医療保険制度の意義等について

医療保険制度の意義と財源

- 我が国は、社会保険方式による国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。
- 医療費は、保険料・公費・自己負担で賄われている。

医療費の財源構成（令和4年度）

医療費 43.7兆円	医療給付費 37.3兆円 (実効給付率 85.2%)		自己負担額 6.5兆円 (14.8%)
	公費 14.1兆円 (32.2%)	保険料 23.2兆円 (53.0%)	

※ 上記における「医療給付費」は医療保険からの給付費であり、公費負担医療分や地方単独事業分は含んでいない。
また、「自己負担額」は医療保険に係る医療費から上記の「医療給付費」を除いたものとなっている。

出典：厚生労働省 医療費の見える化について

社会保険制度の特徴

- 社会保険制度のメリットとして、①サービスの受け手の権利性②負担への納得③所得の多寡に関わらない普遍性が挙げられる。

社会保険制度は、公的扶助等の税財源で賄われる給付と比較すると、

- ①保険料の対価としての給付であることから、サービスの受け手に**権利性**が認められること、
- ②制度全体では給付水準と保険料負担が連動することから、**負担についての納得**が得られやすいこと、
- ③個々人への給付が所得の多寡にかかわらずニーズに基づいて行われる**普遍性**などのメリットがある。

出典：平成23年版 厚生労働白書

医療保険制度の体系

後期高齢者医療制度

約19兆円

- ・75歳以上
- ・約2,070万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1,440万人)約7兆円 ※3

65歳

国民健康保険
(都道府県・市町村国保
＋国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、
非正規雇用者等
- ・約2,560万人
- ・保険者数:約1,900

約9兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,920万人
- ・保険者数:1

約7兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,740万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約6兆円

共済組合

- ・公務員
- ・約950万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額(給付費)は、令和7年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約11万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,440万人)の内訳は、国保約990万人、協会けんぽ約320万人、健保組合約90万人、共済組合約30万人。

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (令和5年3月末)	1,716	1	1,383	85	47
加入者数 (令和5年3月末)	2,413万人 (1,636万世帯)	3,944万人 (被保険者2,480万人 被扶養者1,464万人)	2,820万人 (被保険者1,655万人 被扶養者1,165万人)	982万人 (被保険者574万人 被扶養者409万人)	1,913万人
加入者平均年齢 (令和4年度9月末)	54.2歳	38.9歳	35.9歳	33.1歳	82.8歳
65～74歳の割合 (令和4年度)	44.6%	8.2%	3.5%	2.4%	1.4%(※1)
加入者一人当たり 医療費(令和4年度)	40.6万円	20.4万円	18.4万円	18.5万円	95.6万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和4年度)	96万円 (一世帯当たり) 143万円	175万円 (一世帯当たり(※3)) 279万円	245万円 (一世帯当たり(※3)) 418万円	246万円 (一世帯当たり(※3)) 430万円	93万円
加入者一人当たり 平均保険料 (令和4年度)(※4) <事業主負担>	9.1万円 (一世帯当たり) 13.6万円	12.5万円<25.1万円> (被保険者一人当たり) 20.0万円<39.9万円>	13.9万円<30.4万円> (被保険者一人当たり) 23.7万円<51.9万円>	14.4万円<28.7万円> (被保険者一人当たり) 25.3万円<50.5万円>	7.9万円
保険料負担率	9.5%	7.2%	5.7%	5.8%	8.6%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への補助		給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和7年度予算案ベース)	4兆497億円 (国2兆9,145億円)	1兆1,841億円 (全額国費)	1,253億円 (全額国費)		9兆5,009億円 (国6兆286億円)

(※1) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを加入者数で除したものの。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である(令和4年度税制に基づき算出)。

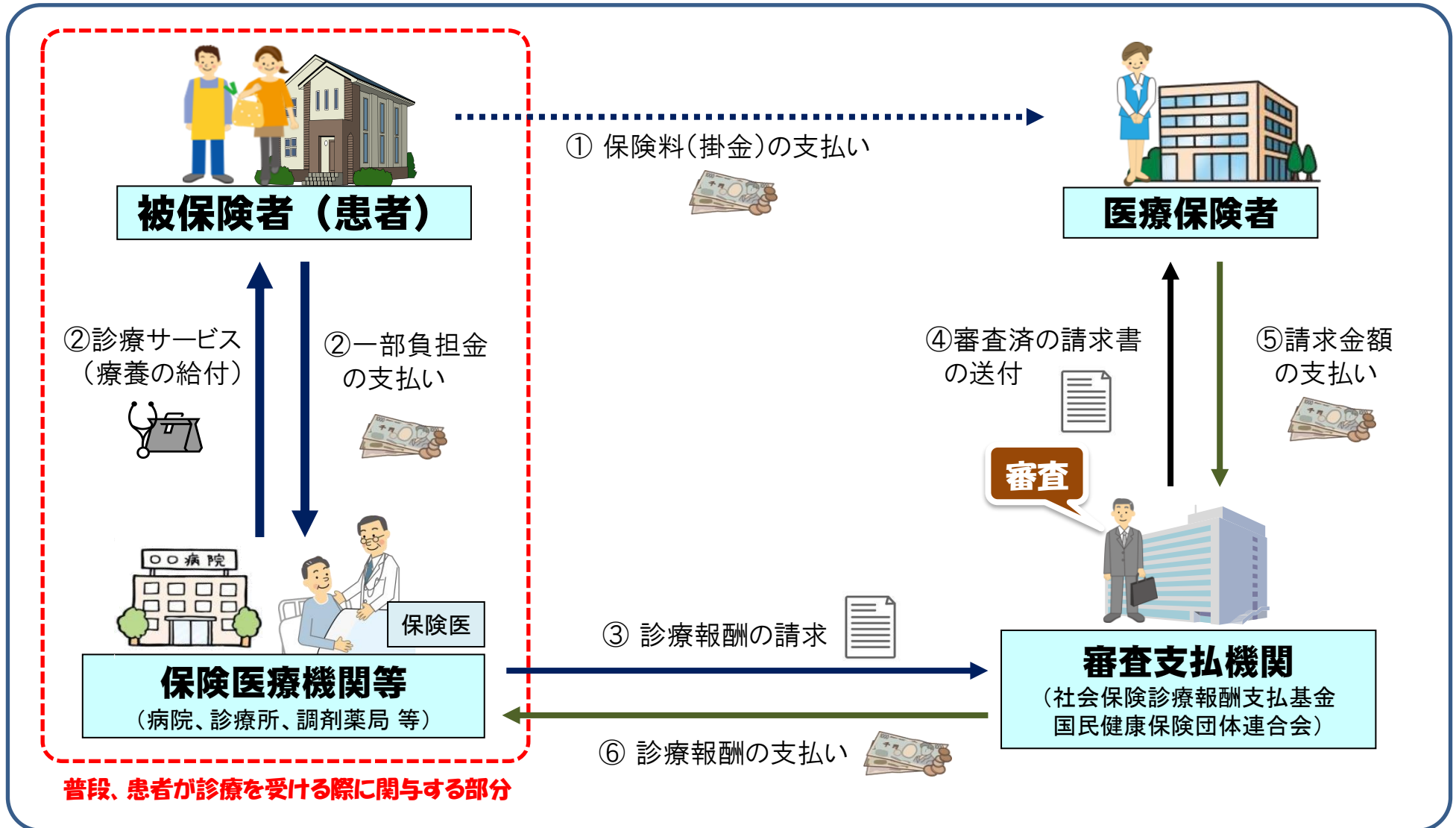
(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

保険診療の流れ

保険診療における全体の流れについては、以下のフローチャートのとおり。



診療報酬の概要

(1) 診療報酬とは

- 保険医療機関・保険薬局が保険医療サービスの対価として受け取る報酬
- 全ての保険医療機関・保険薬局に一律に適用される（全国一律）
- 厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ決定（厚生労働大臣告示）

(2) 診療報酬の機能（点数表と関連する運用ルールなどの機能を含む）

- ① 個々の診療行為の価格を定める（価格表としての性格）
 - ※ 技術、サービスを点数化して評価（1点10円）
- ② 保険診療の範囲・内容を定める（品目表としての性格）
 - ※ 点数表に掲載されていない診療行為は保険診療として認められない
- 技術・サービスの評価（約5000項目）
- 物の価格評価（医薬品については薬価基準で価格を定める 約17000項目）

(3) 診療報酬の主な役割・影響

- ① 医療サービス毎の報酬を規定 → 医療サービスの質・量に影響
- ② 保険医療機関の医業収入を規定 → 保険医療機関の経営に影響
- ③ 医療費（医療資源）を配分 → 医療提供体制の構築に影響
- ④ サービス供給量と合わせて国民医療費を決定 → 国の予算（財政）に影響

医療費の一部負担（自己負担）割合について

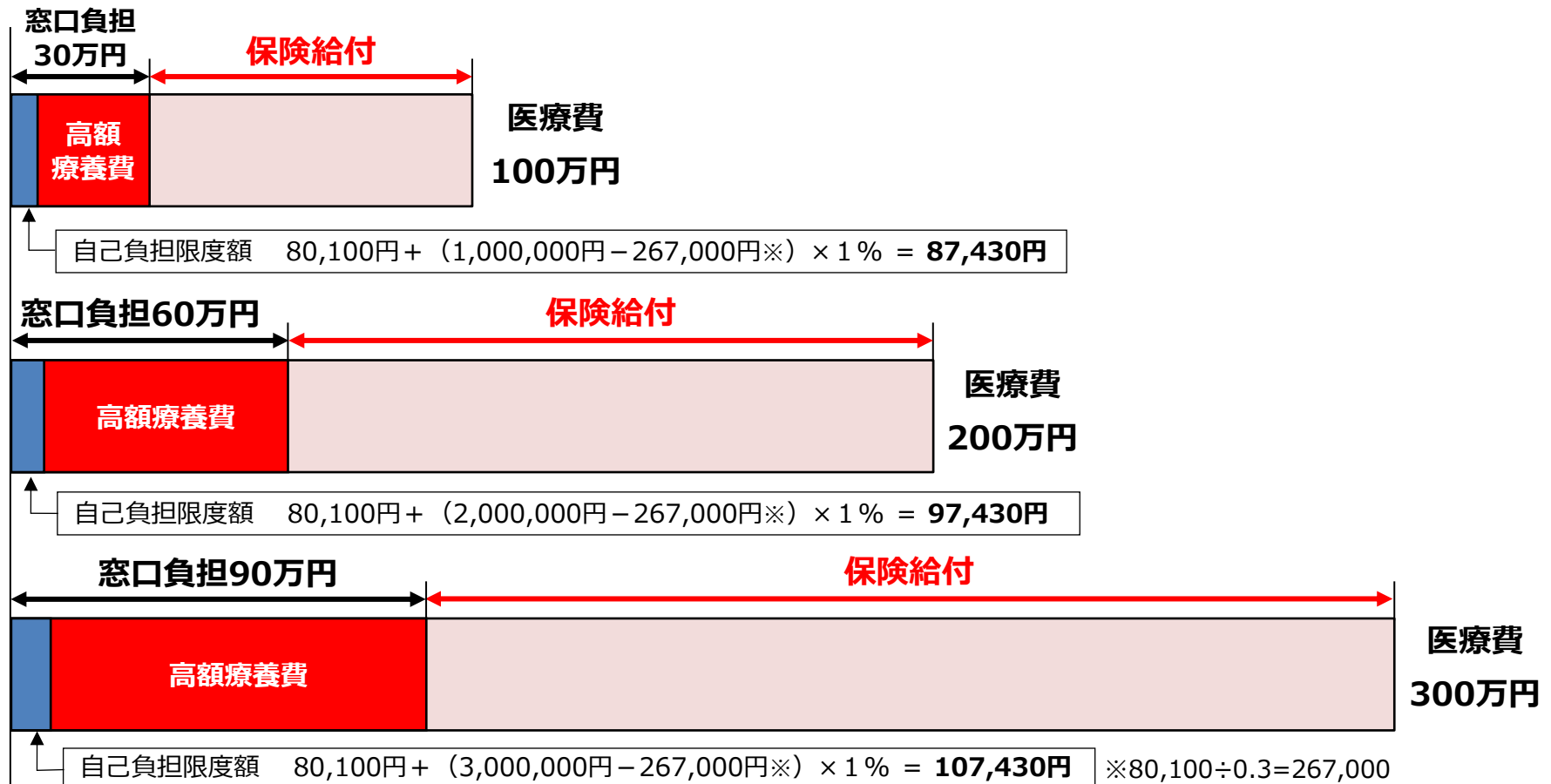
- それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。
- ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割、現役並み所得者以外の一定所得以上の者は2割）。
 - ・ 70歳から74歳までの者は、2割（現役並み所得者は3割。）。
 - ・ 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。

	一般・低所得者	一定以上所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	2割負担	3割負担
70歳	2割負担		3割負担
6歳 (義務教育就学後)	3割負担		
	2割負担		

高額療養費制度の概要

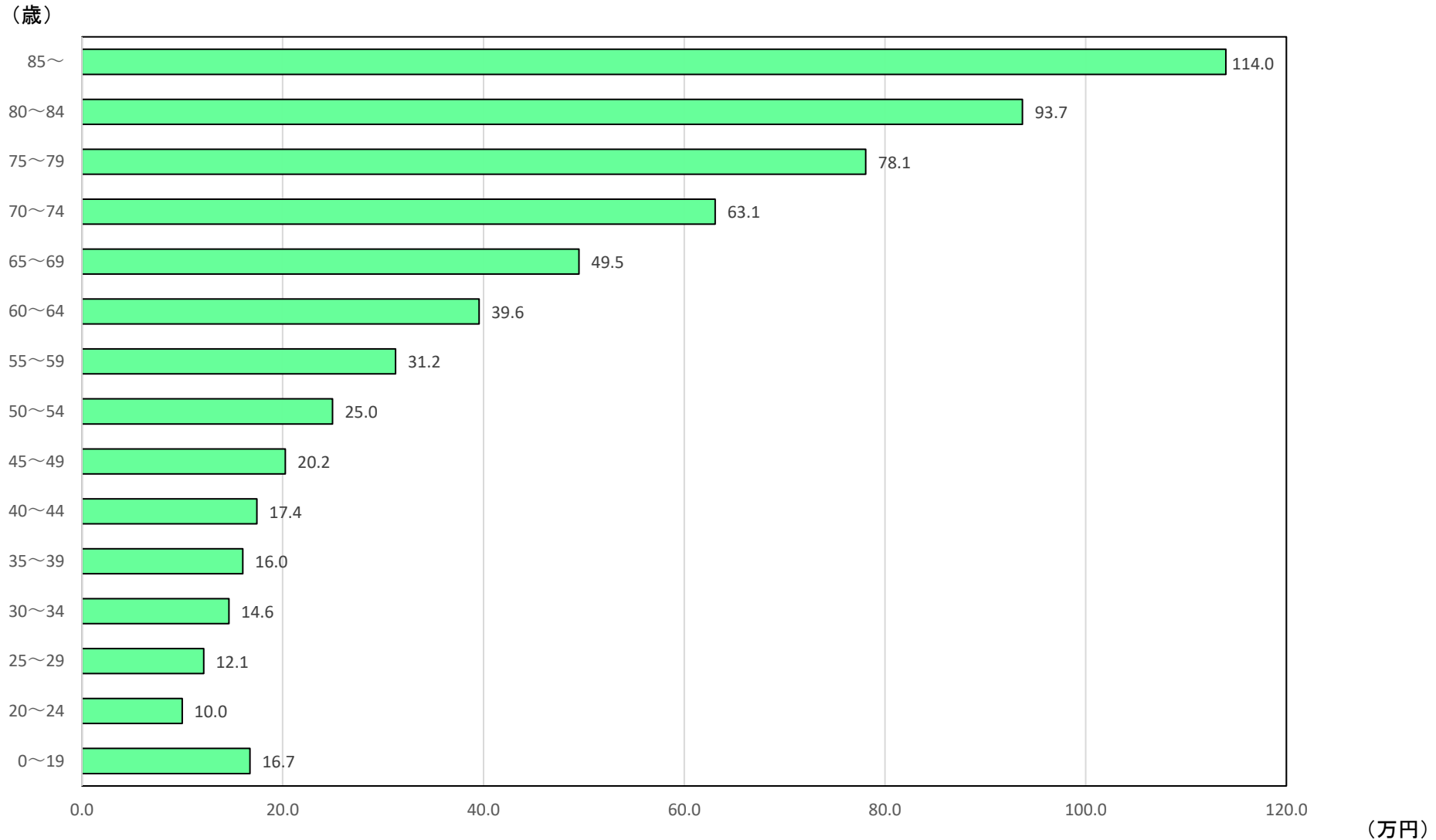
- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
 - （※ 1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入
 - （※ 2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）



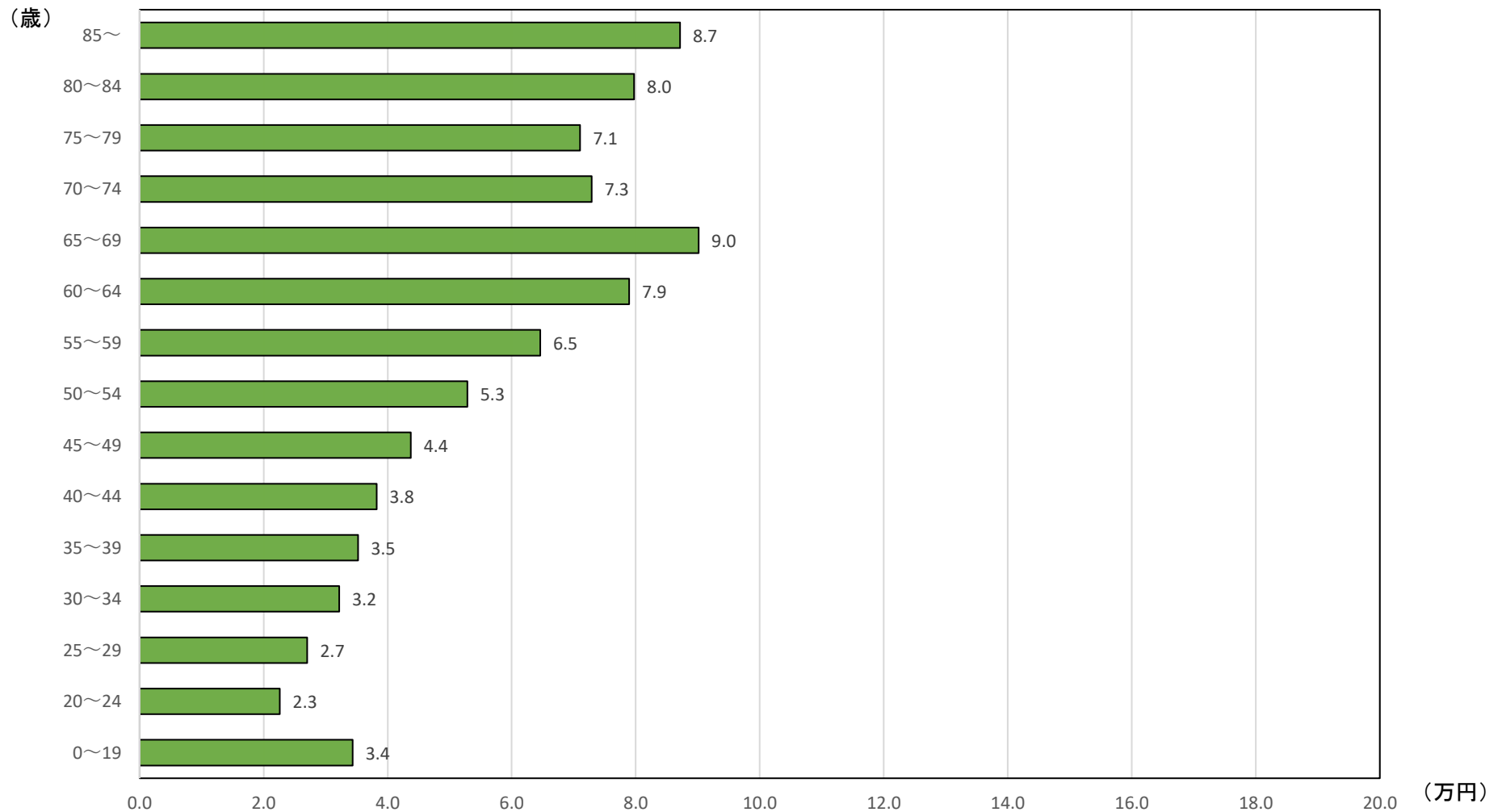
年齢階級別の1人当たり医療費

○ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。



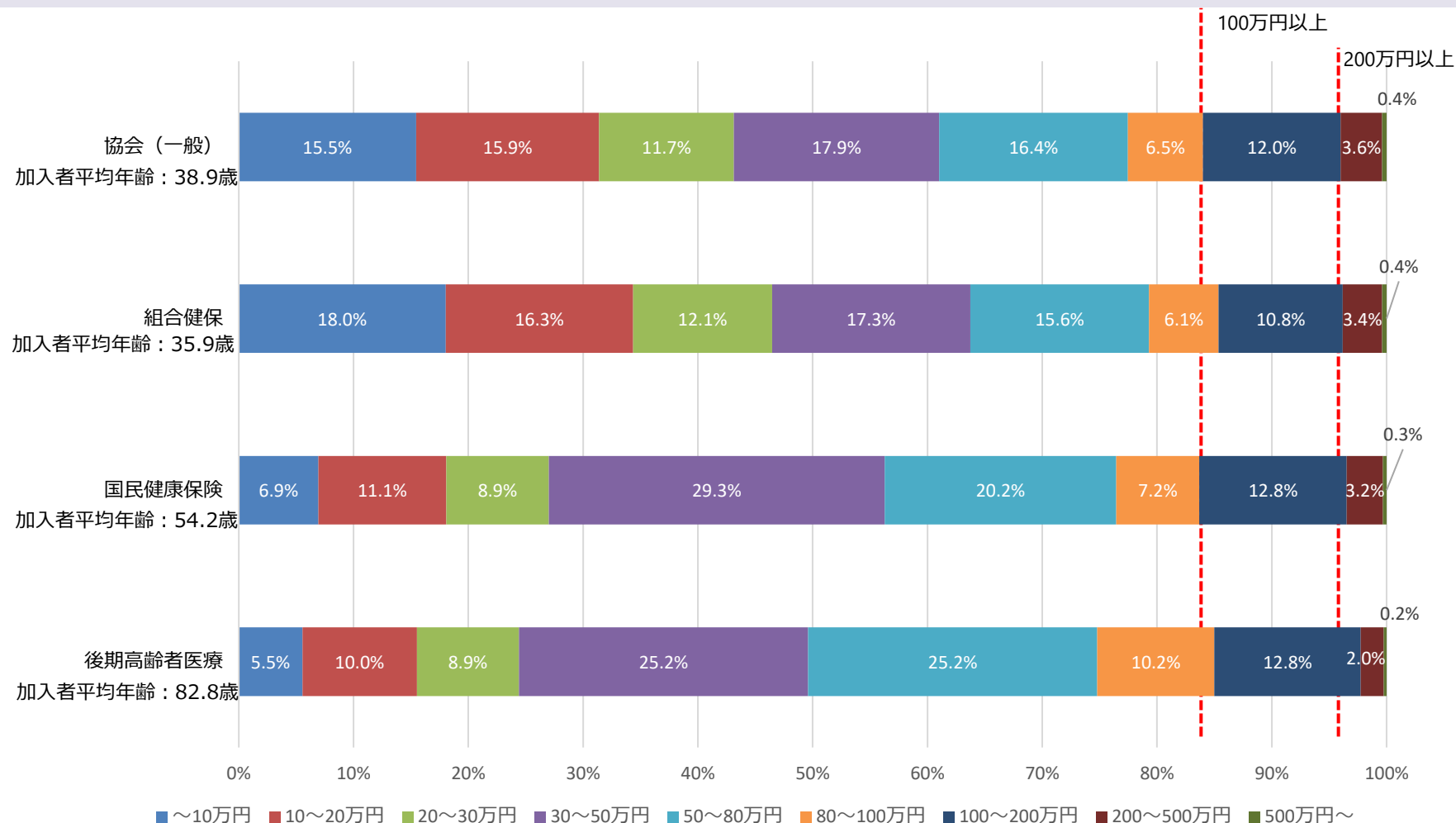
年齢階級別一人当たり自己負担額（令和5年度）

- 高齢になるにつれて一人当たり自己負担額は高くなるが、一人当たり自己負担額のピークは60代後半。70代前半は60代後半より、70代後半は70代前半より自己負担額が低くなる。



入院の医療費階級別レセプト件数の割合

- 100万円以上の高額な入院レセプトの割合は、医療保険制度によって大きな違いはない。
- さらに高額な200万円以上のレセプトに限ってみると、現役世代の加入する協会（一般）や組合健保の方が、後期高齢者よりも割合が多い。



先進医療を経て保険収載された医療技術

先進医療を経て、保険収載された品目もあり、最先端の医療について、保険適用を行ってきた。

技術名

保険点数

前立腺針生検法

(MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの)

8,210点

粒子線治療

(重粒子線治療の場合)

187,500点

110,000点※

粒子線治療

(陽子線治療の場合)

187,500点

110,000点※

※実施する疾病によって点数が異なる

＜その他の例＞

○「経カテーテル大動脈弁植込み術（弁尖の硬化変性に起因する重度大動脈弁狭窄症）」について

- ・ 平成22年から先進医療Bとして、評価療養の中で実施されたが、**平成25年時点での年間実施件数は25件**だった。
- ・ **平成25年に、一部が保険収載された。**足下の状況としては、第10回NDBオープンデータ（令和5年度のレセプト情報を集計）上では、これを包含する診療報酬であるK555-2「経カテーテル弁置換術」の「2 経カテーテル弁置換術（経皮的動脈弁置換術）」は**14,580回算定**されている。

※なお、先進医療として実施していたものと保険収載したものとは要件が異なるため、件数の単純比較はできない点に留意。

高額薬剤の保険収載

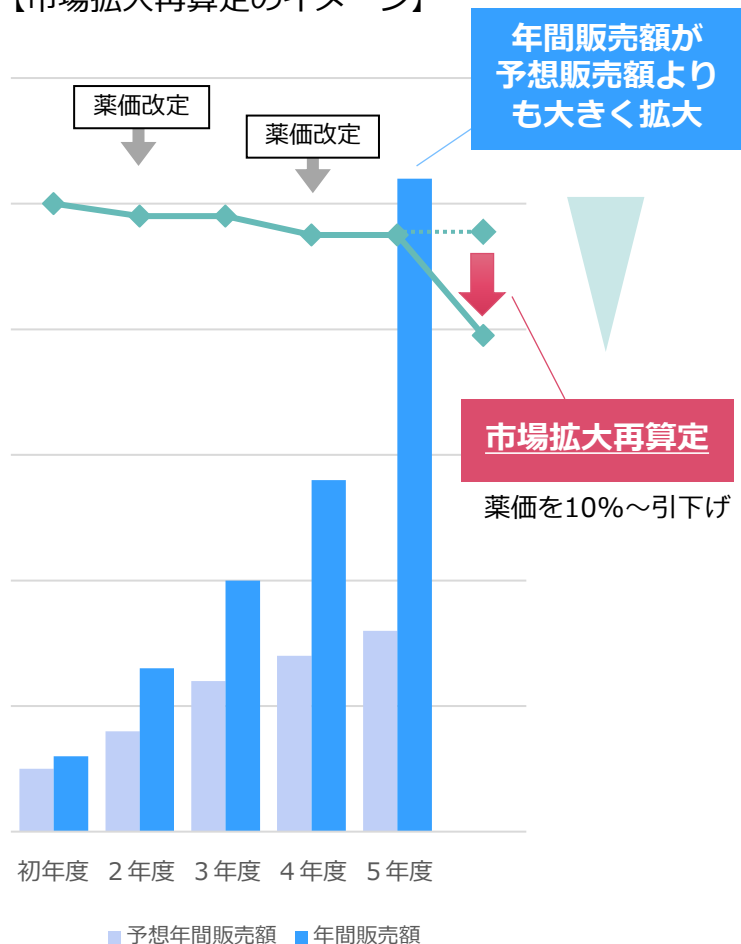
○薬価上位5品目（令和7年8月時点）

薬剤名	現在薬価 （収載時薬価）	薬価収載日	薬価収載時 ピーク時市場規模予測
ゾルゲンスマ	167,077,222円 （167,077,222円）	2020/05/20	42億円
ルクスターナ注	49,600,226円 （49,600,226円）	2024/08/30	5.0億円
ブレヤンジ静注	35,096,343円 （34,113,655円）	2021/05/19	82億円
キムリア点滴静注	32,647,761円 （33,493,407円）	2019/05/22	72億円
イエスカルタ点滴静注	32,647,761円 （34,647,761円）	2021/04/21	79億円

市場拡大再算定

年間販売額が予想販売額よりも大きく拡大した場合、一定の条件の下、薬価を引下げ

【市場拡大再算定のイメージ】



市場拡大再算定		基準額	予想販売額比	薬価引下げ率	
				原価計算方式	類似薬効比較方式
薬価改定時の再算定	年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、薬価改定時に価格を更に引き下げる	100億円超	10倍以上	10~25%	—
		150億円超	2倍以上	10~25%	10~15%
薬価改定時以外の再算定（四半期再算定）	効能追加等がなされた品目については、市場規模350億円超のものに限り、新薬収載の機会（年4回）を活用し、上記の算式に従い薬価改定を行う	350億円超	2倍以上	10~25%	10~15%
市場拡大再算定の特例（改定時・四半期）	年間販売額が極めて大きい品目の取扱いに係る特例	1000~1500億円	1.5倍以上	10~25%	
		1500億円超	1.3倍以上	10~50%	

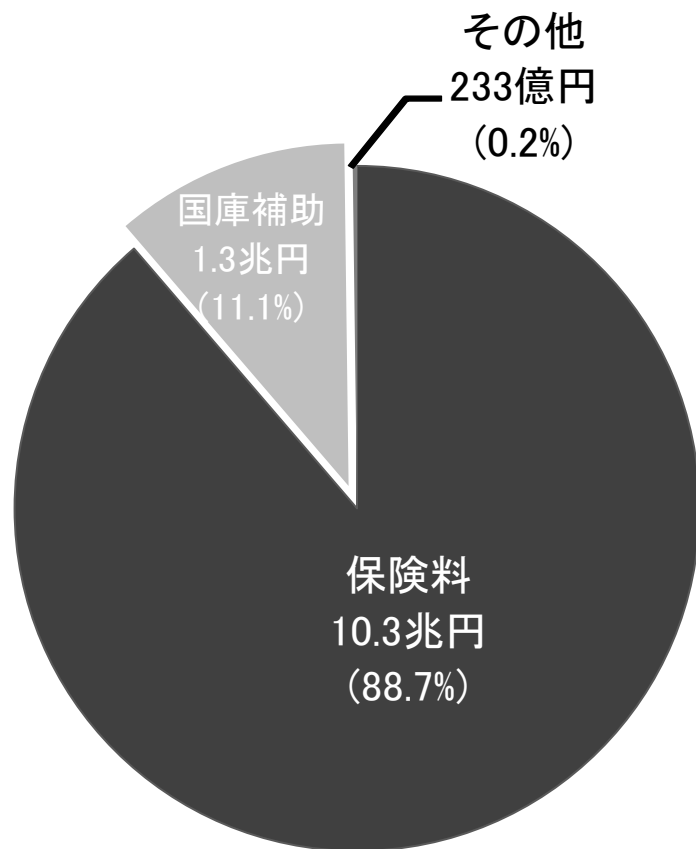
※ 特例拡大再算定対象品又はその類似品として改定を受けた品目は、当該改定の適用日の翌日から起算して4年を経過する日までの間、一回に限り、他品目の市場拡大再算定類似品に該当した場合でも、市場拡大再算定類似品又は特例拡大再算定類似品として取り扱わない。

※ 中医協であらかじめ特定した領域に該当する品目は、市場拡大再算定類似品又は特例拡大再算定類似品の要件に該当した場合であっても、市場拡大再算定類似品又は特例拡大再算定類似品として取り扱わない。

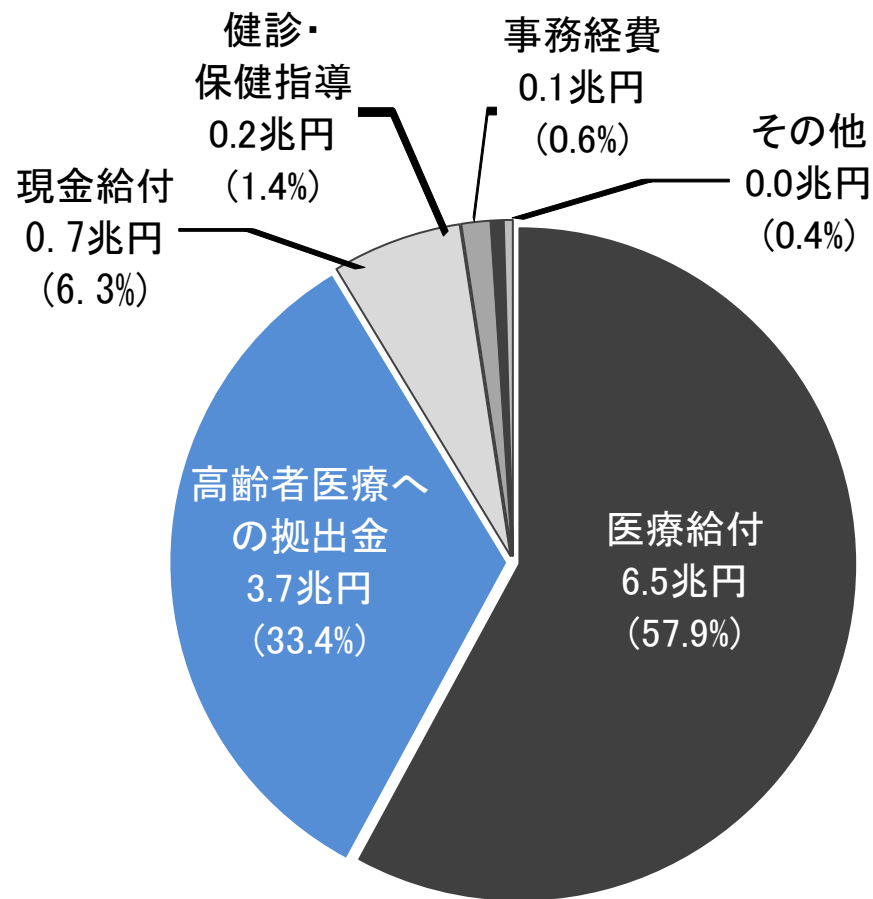
協会けんぽの財政構造（令和5年度決算）

協会けんぽ全体の収支は約11兆円だが、その約3.3割、約3.6兆円が高齢者医療への拠出金に充てられている。

収 入 11兆6,104億円



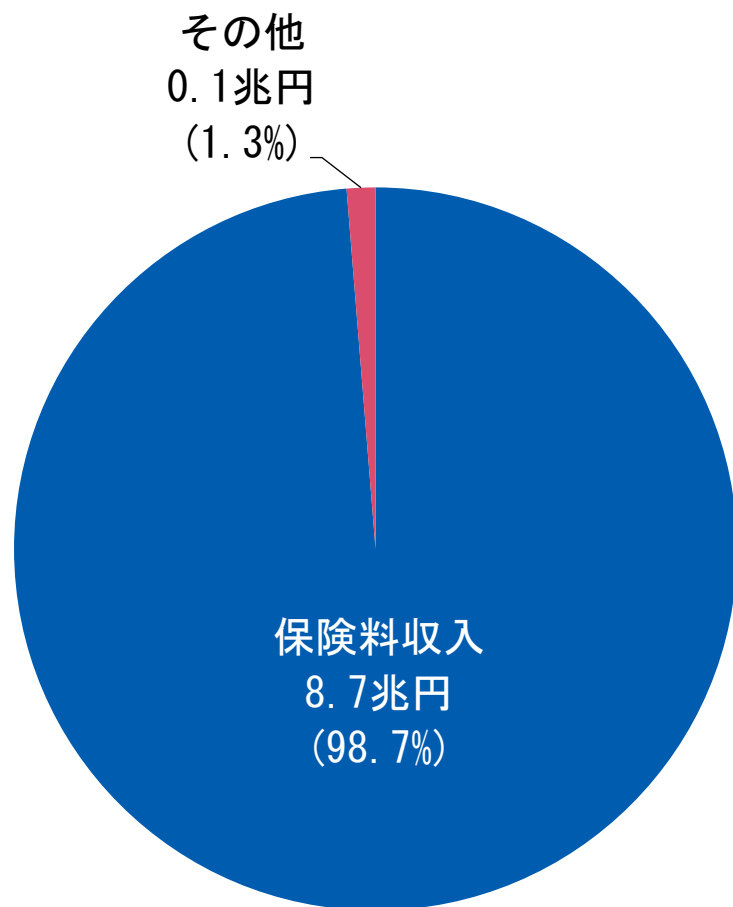
支 出 11兆1,442億円



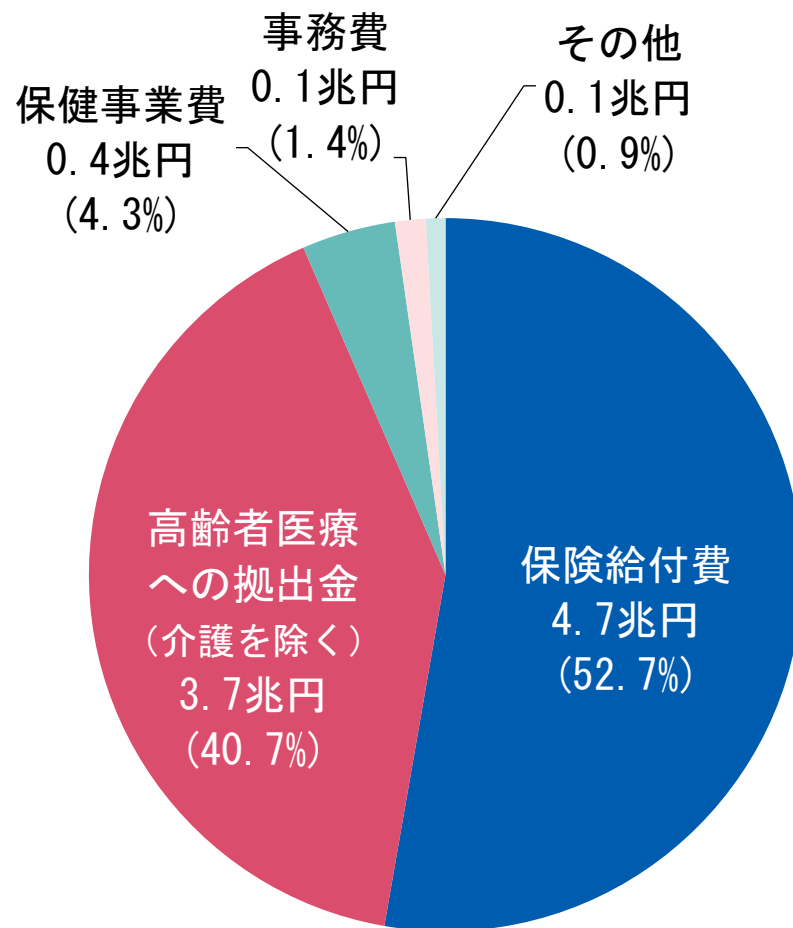
健康保険組合の財政構造（令和5年度決算見込）

- 健保組合の経常収入は約8.8兆円、経常支出は約9.0兆円であり、そのうち約4.7兆円（約5割）が保険給付費に、約3.7兆円（約4割）が高齢者医療への拠出金に充てられている。

経常収入 8兆8,313億円



経常支出 8兆9,680億円



（注）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

令和7年度の国保財政 (令和7年度予算ベース)(100億円単位)

医療給付費等総額： 約101,500億円

市町村への地方財政措置：1,000億円

保険者努力支援制度

- 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。
予算額：約1,300億円

特別高額医療費共同事業

- 著しく高額な医療費(1件420万円超)について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。 国庫補助額：60億円

高額医療費負担金

- 高額な医療費(1件90万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担。
事業規模：3,600億円、国庫補助額：900億円

子ども保険料軽減制度

- 未就学児に係る均等割保険料について保険料額の5割を公費で支援。
事業規模：80億円、国庫補助額：40億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

保険者支援制度

- 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援。
事業規模：2,600億円、国庫補助額：1,300億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

財政安定化支援事業

保険者努力支援制度

特別高額医療費共同事業

高額医療費負担金

保険料

(22,300億円)

法定外一般会計繰入
約700億円 ※2

産前産後保険料免除制度

子ども保険料軽減制度

保険者支援制度

低所得者保険料軽減制度

調整交付金(国)
(9%)※1
7,500億円

定率国庫負担
(32%)※1
20,400億円

都道府県繰入金
(9%)※1
5,700億円

前期高齢者交付金
34,400億円
※3

調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)
都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。
- 特別調整交付金(2%)
画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

産前産後保険料免除制度

- 出産する被保険者に係る産前産後期間相当分の均等割保険料及び所得割保険料を公費で支援。
事業規模：15億円、国庫補助額：8億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

低所得者保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。
事業規模：4,400億円
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

公費負担額

43,900億円

国 計 : 31,500億円

都道府県計: 10,600億円

市町村計 : 1,800億円 41

※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

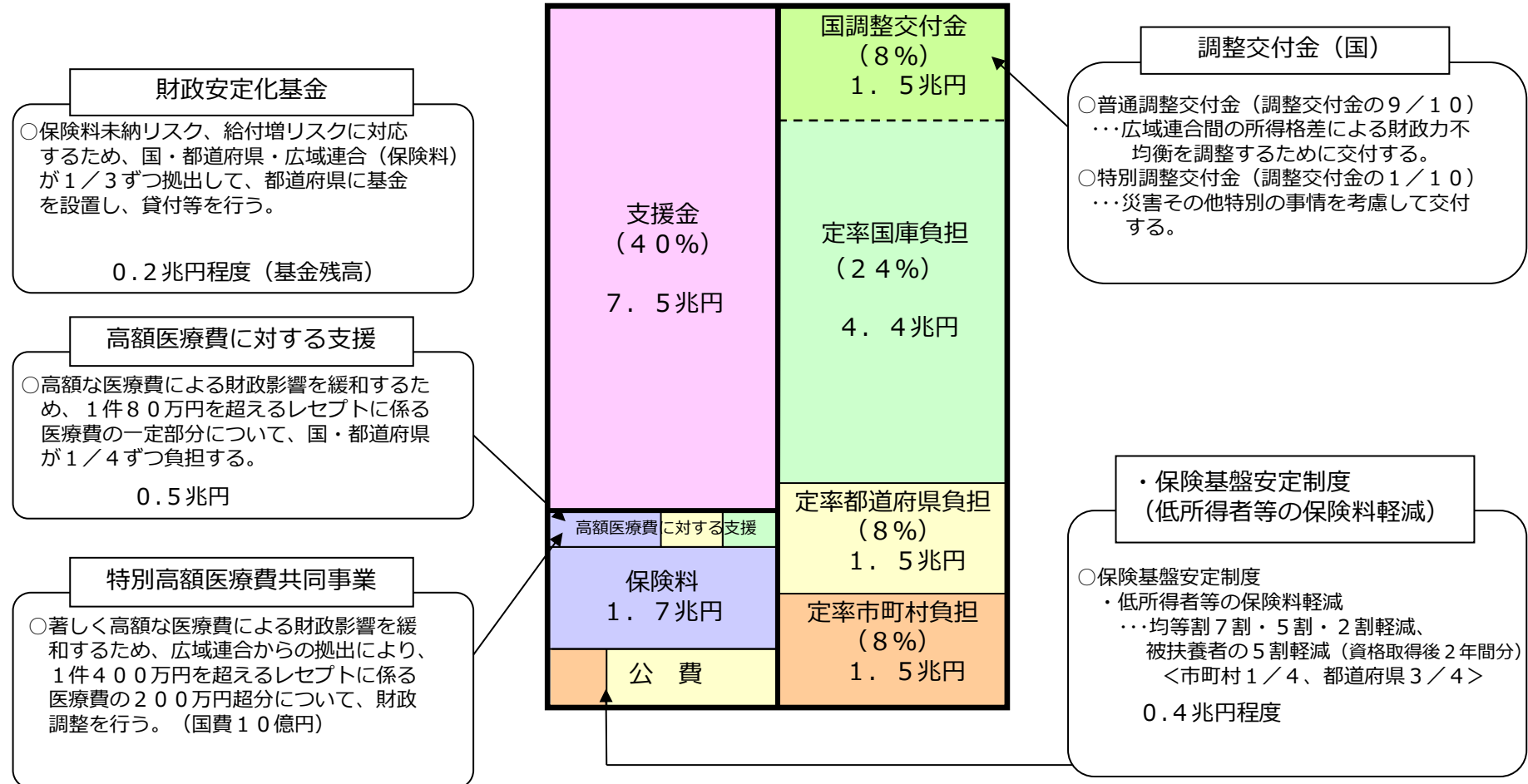
※2 令和4年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

後期高齢者医療制度の財政の概要

(令和7年度予算ベース)

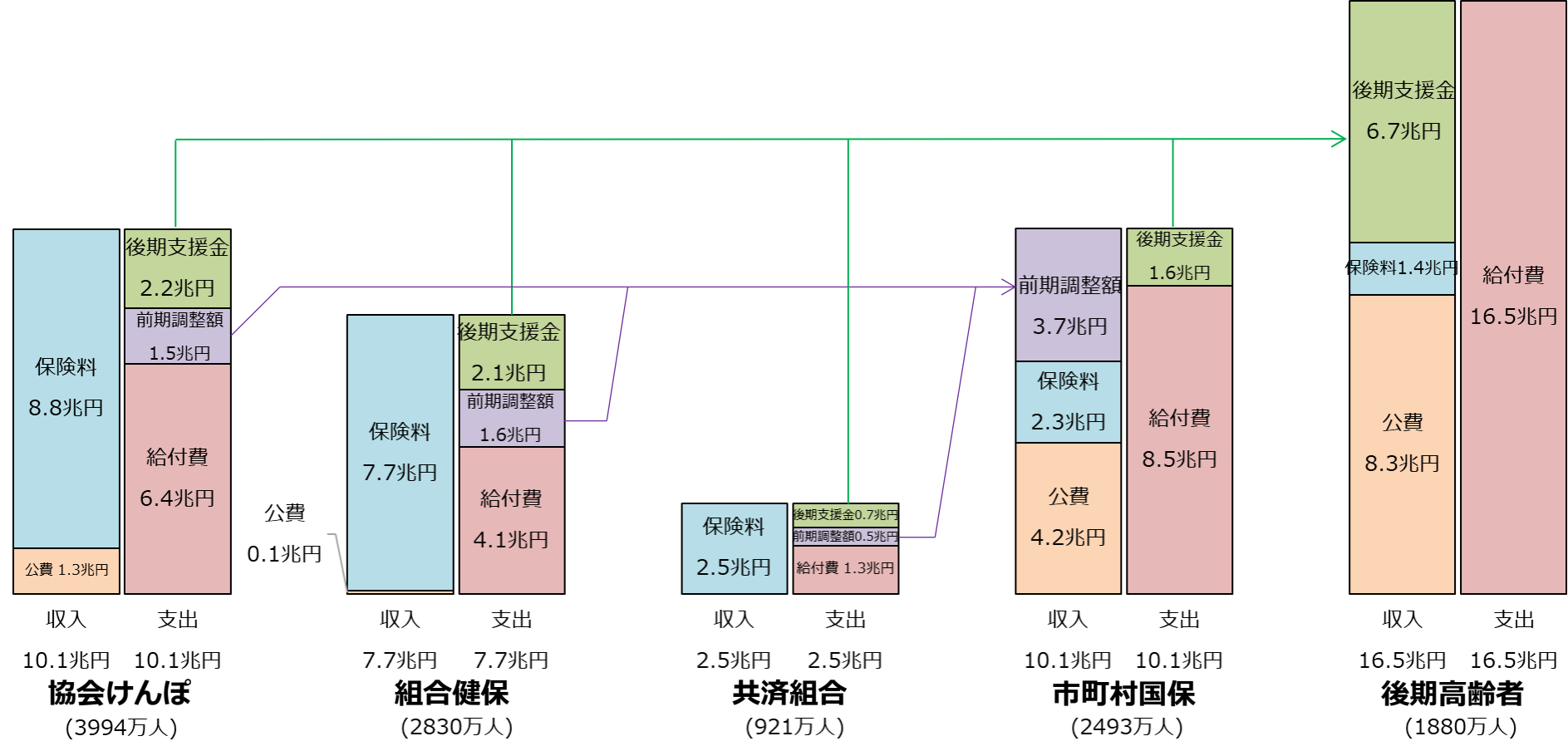
医療給付費総額：18.7兆円



※ 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は47%となっている。

制度別の財政の概要（令和4年度）

医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどによる財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みとなっています（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担しています（後期支援金）。



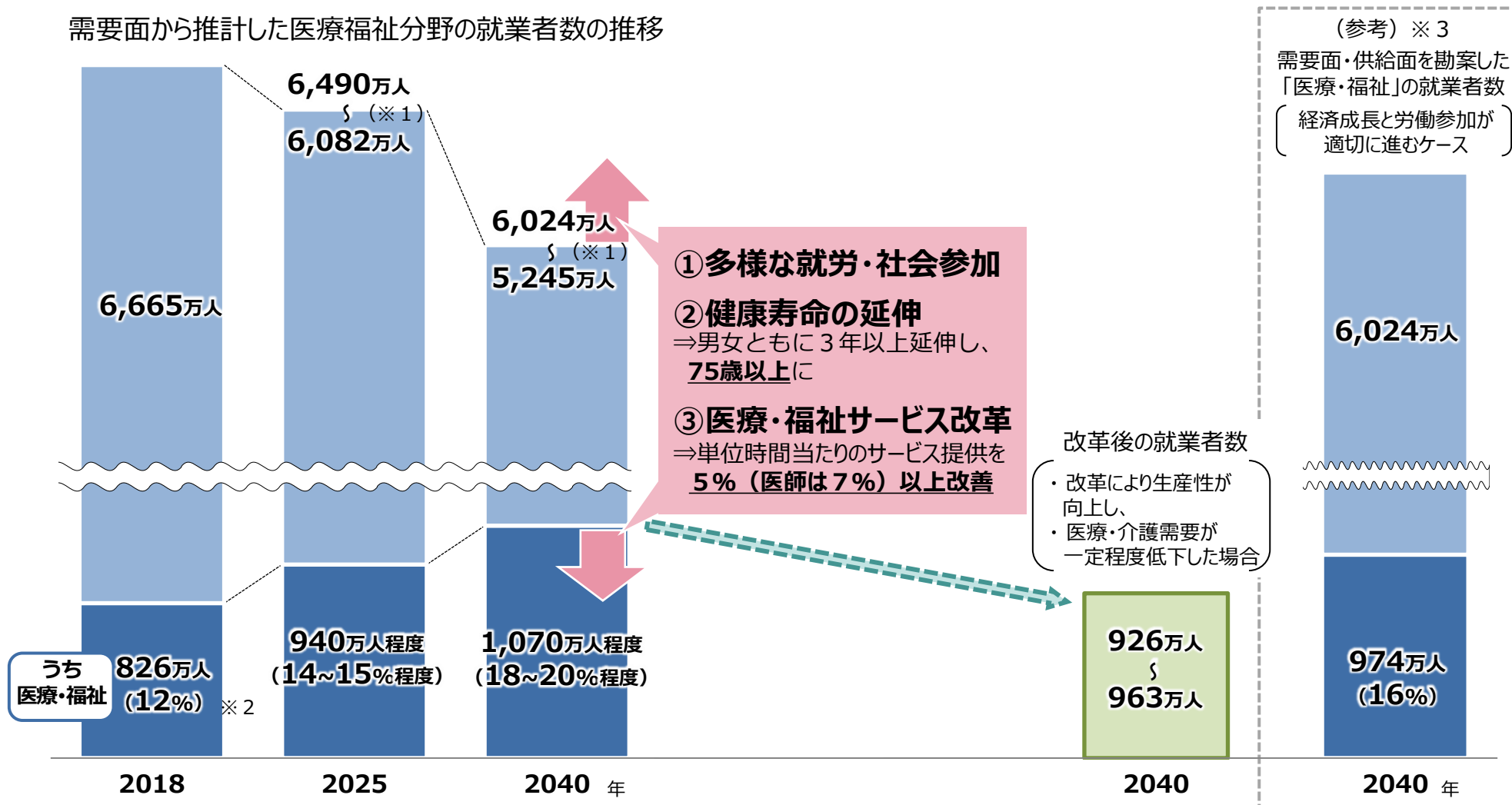
注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（国保組合など）があるため。
注2 「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期高齢者支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。
注3 括弧内の人数は、当該制度の加入者数（年度平均）を示している。

医療保険制度が直面する環境変化 -人口構造の変化による担い手の減少-

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

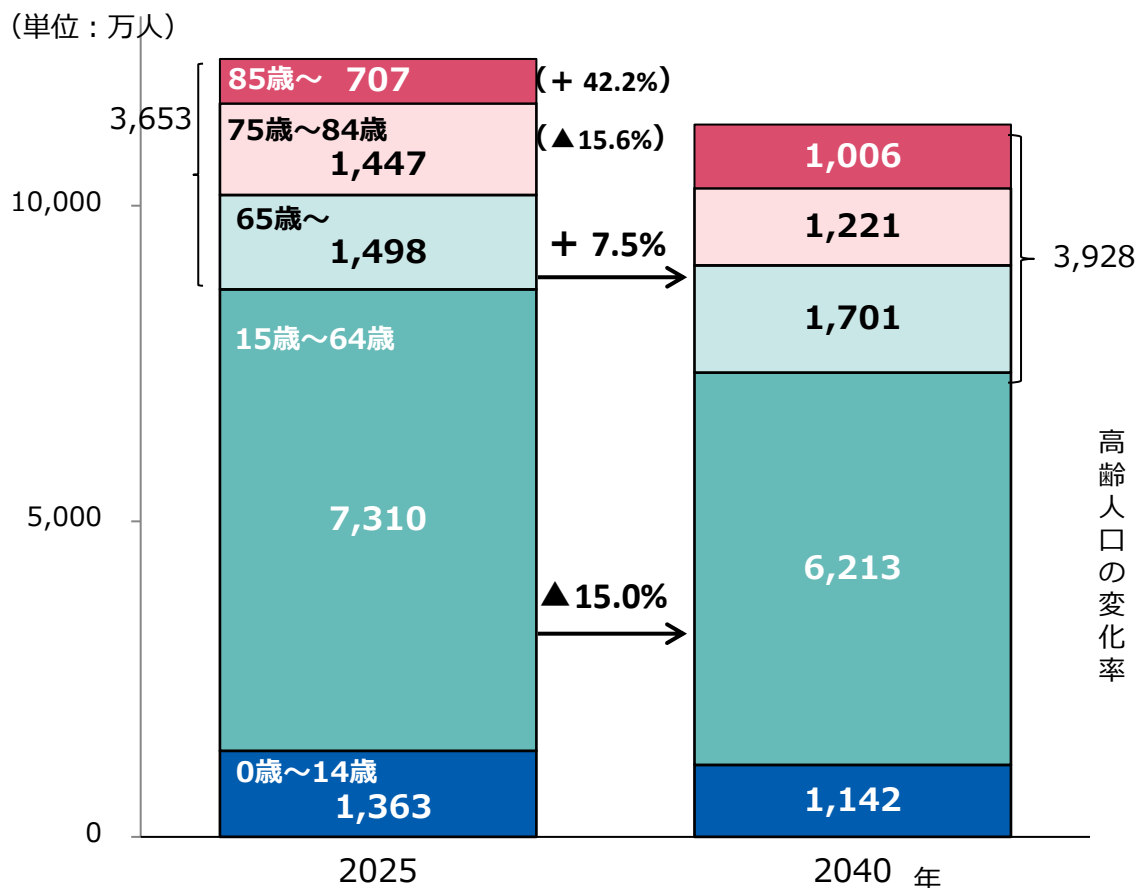
※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

状況の変化（人口構造の変化（支え手の減少）

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築することが求められている。
 - 人口は、全国的に生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。
 - さらに、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となるが見込まれ、働き方改革等による労働環境の改善や、医療 DX、タスク・シフト/シェア等を着実に推進していくことが重要となる。
- ⇒医療行為の合理化・省力化と、医療に係る事務作業の省力化の二つの観点に留意して省力化を検討

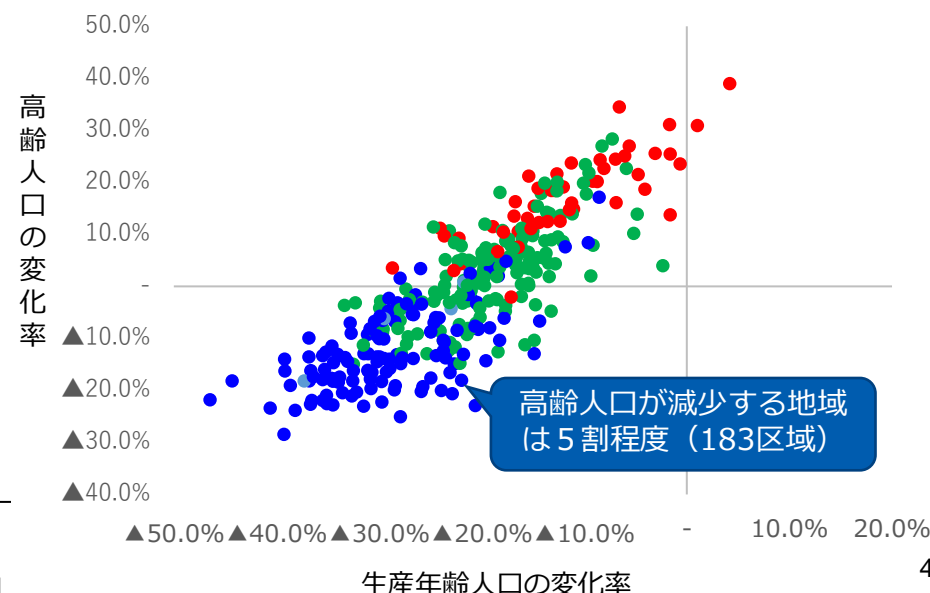
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外

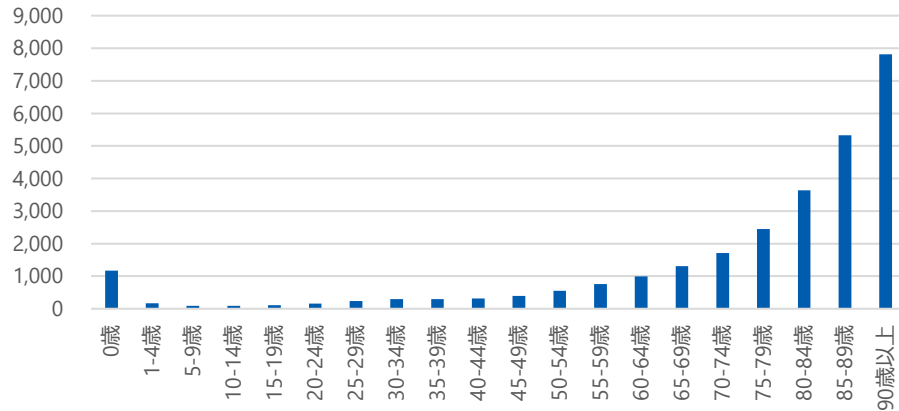


医療保険制度が直面する環境変化 -医療需要の変化-

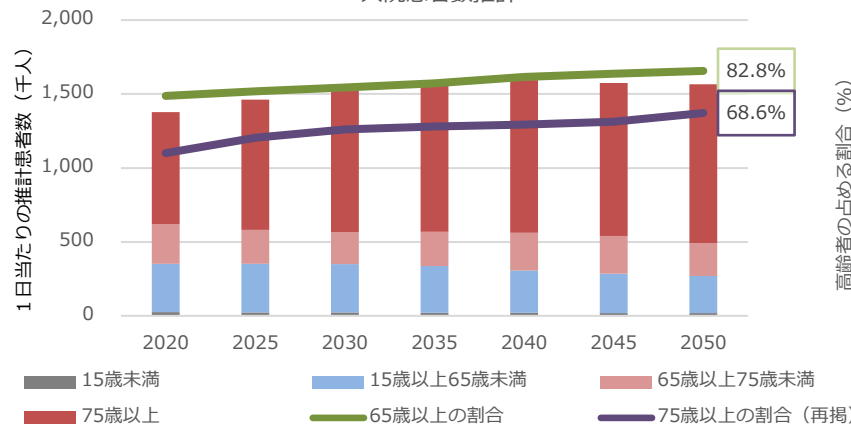
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

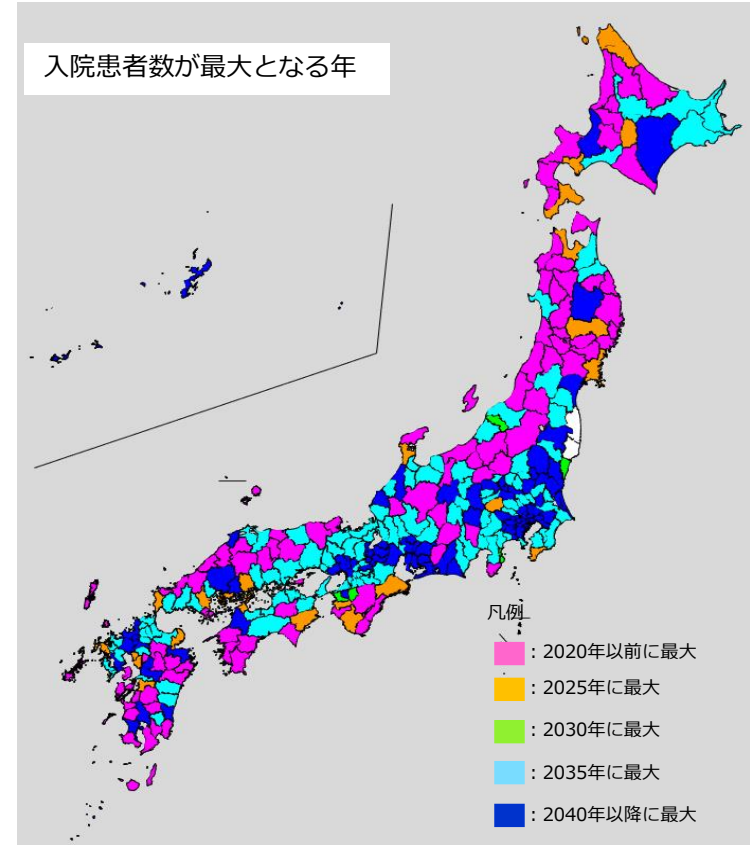
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



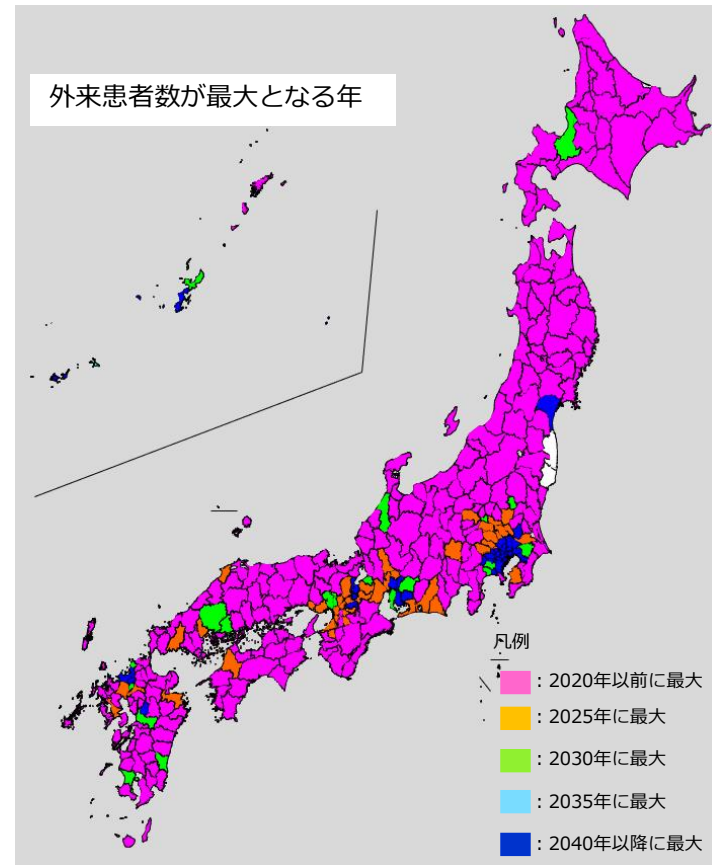
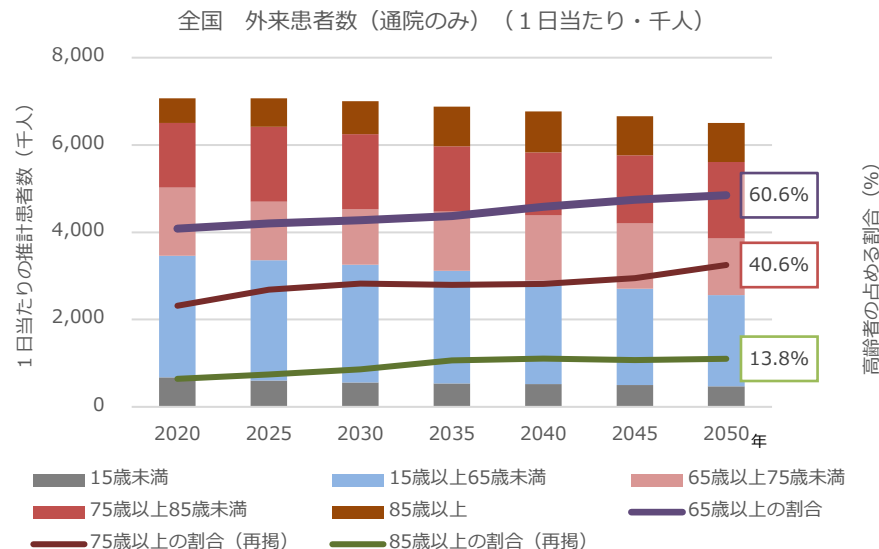
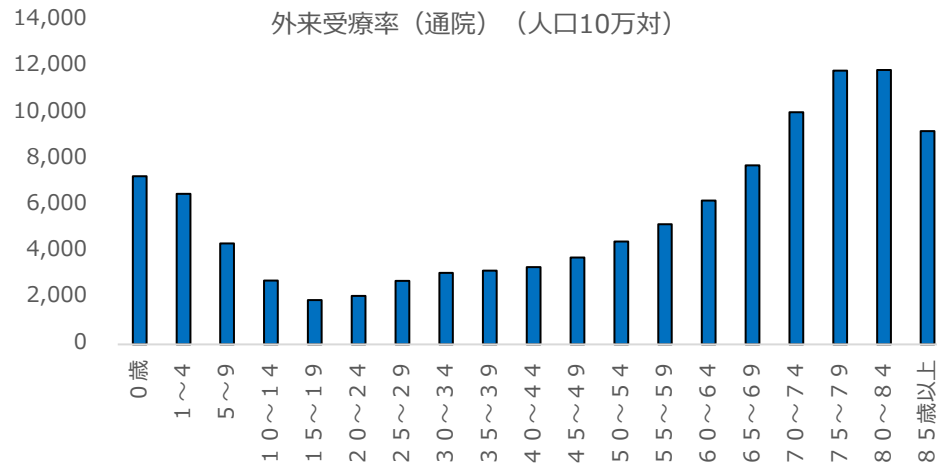
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の2次医療圏について集計。

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

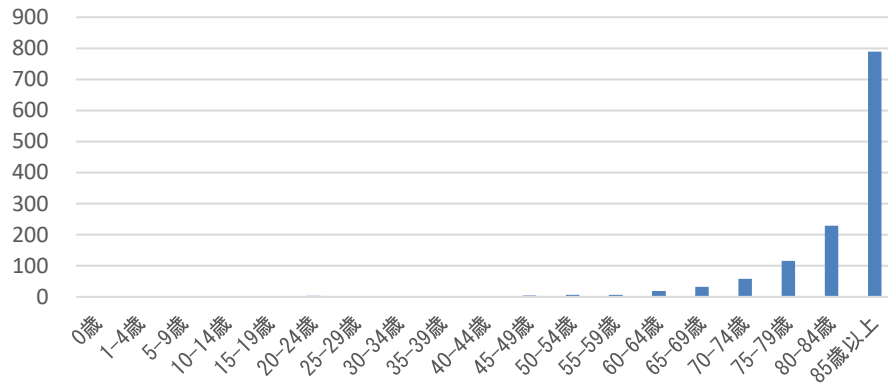
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

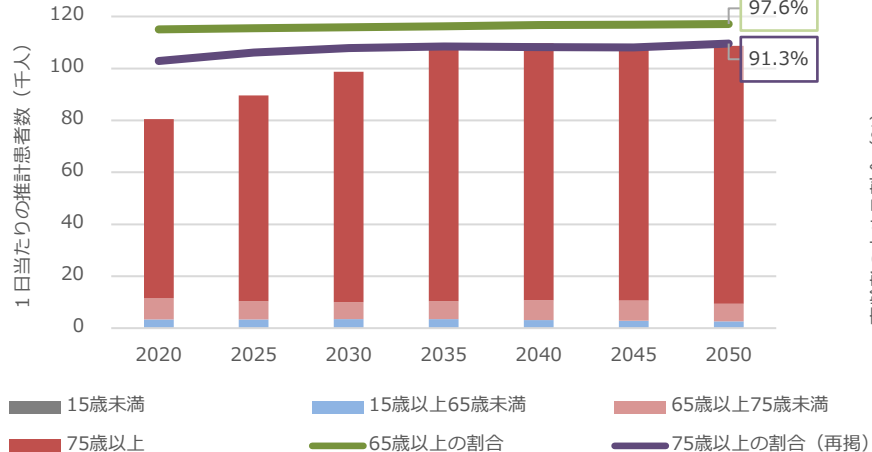
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

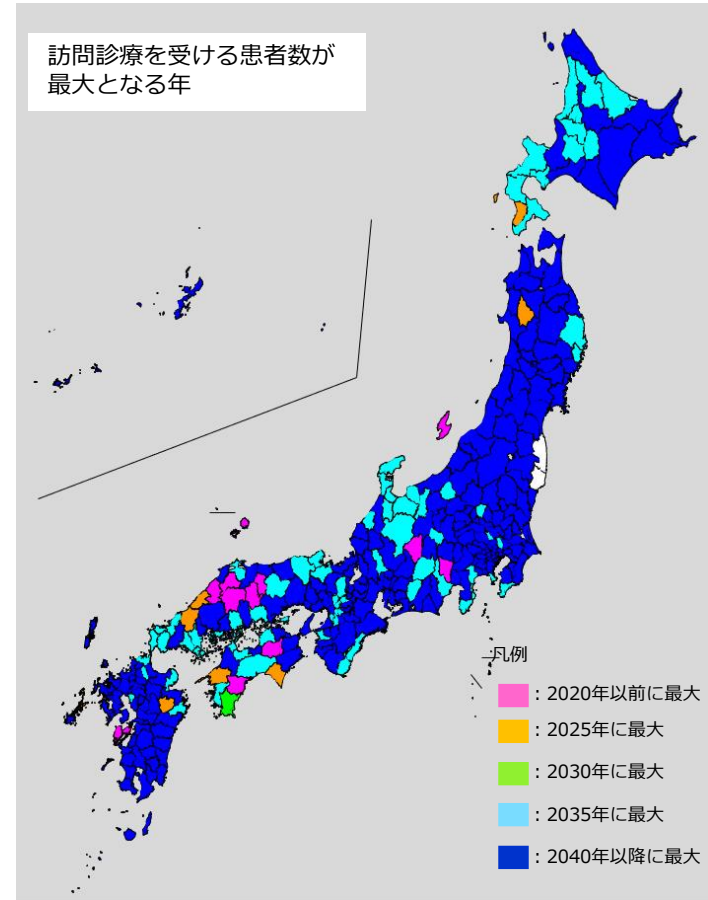
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

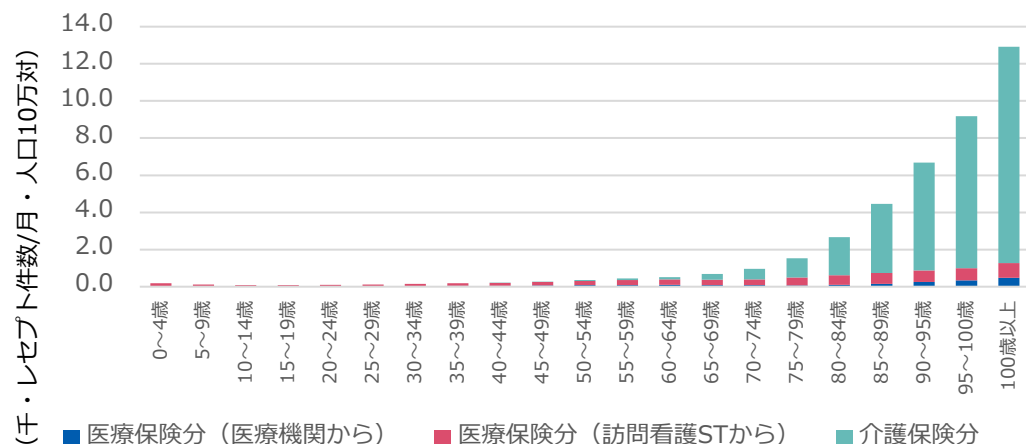
訪問看護の必要量について

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年7月20日

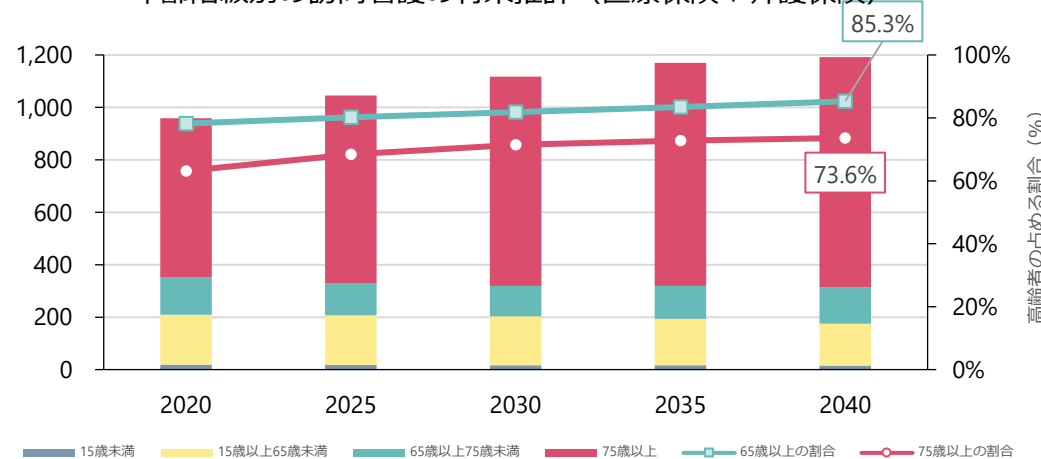
資料
改

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

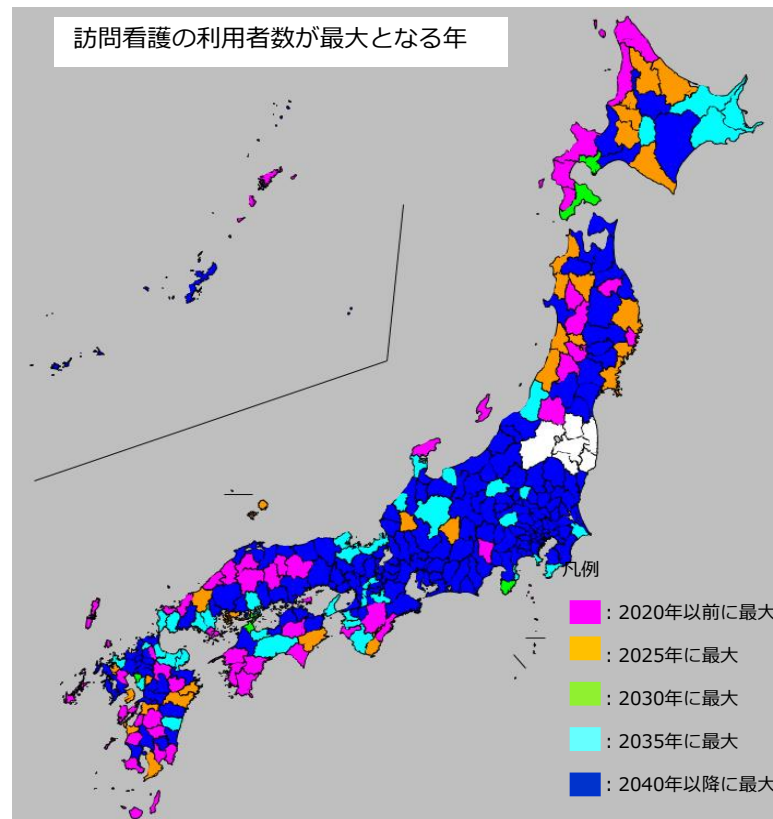
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険＋介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB、介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。

※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。

※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。

※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

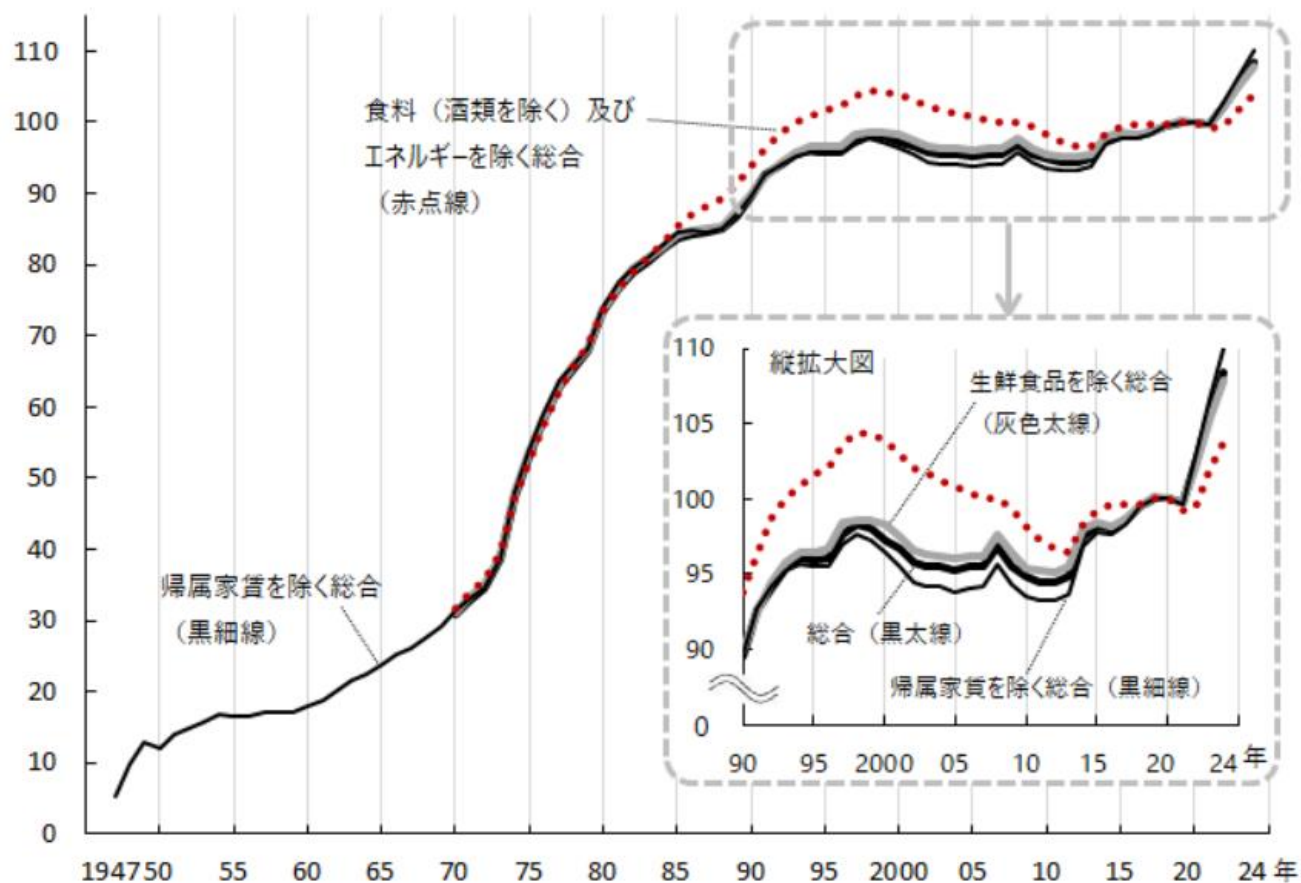
医療保険制度が直面する環境変化

-物価・賃金の上昇-

消費者物価指数の長期トレンド

消費者物価指数は、90年代後半以降横ばい傾向が続いていたが、22年以降上昇傾向にある。

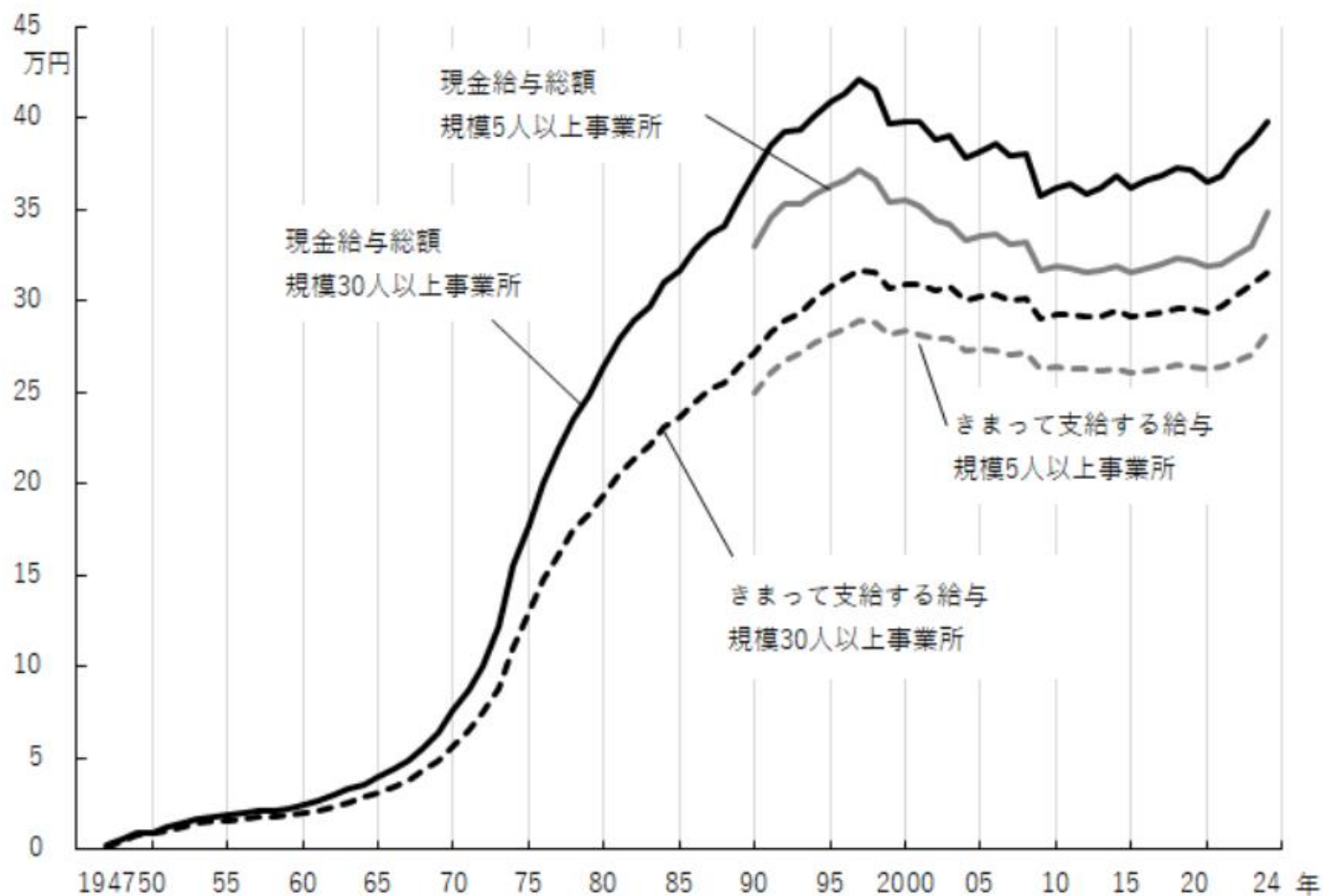
図1 消費者物価指数 2020年 = 100 1947年～2024年 年平均



賃金の長期トレンド

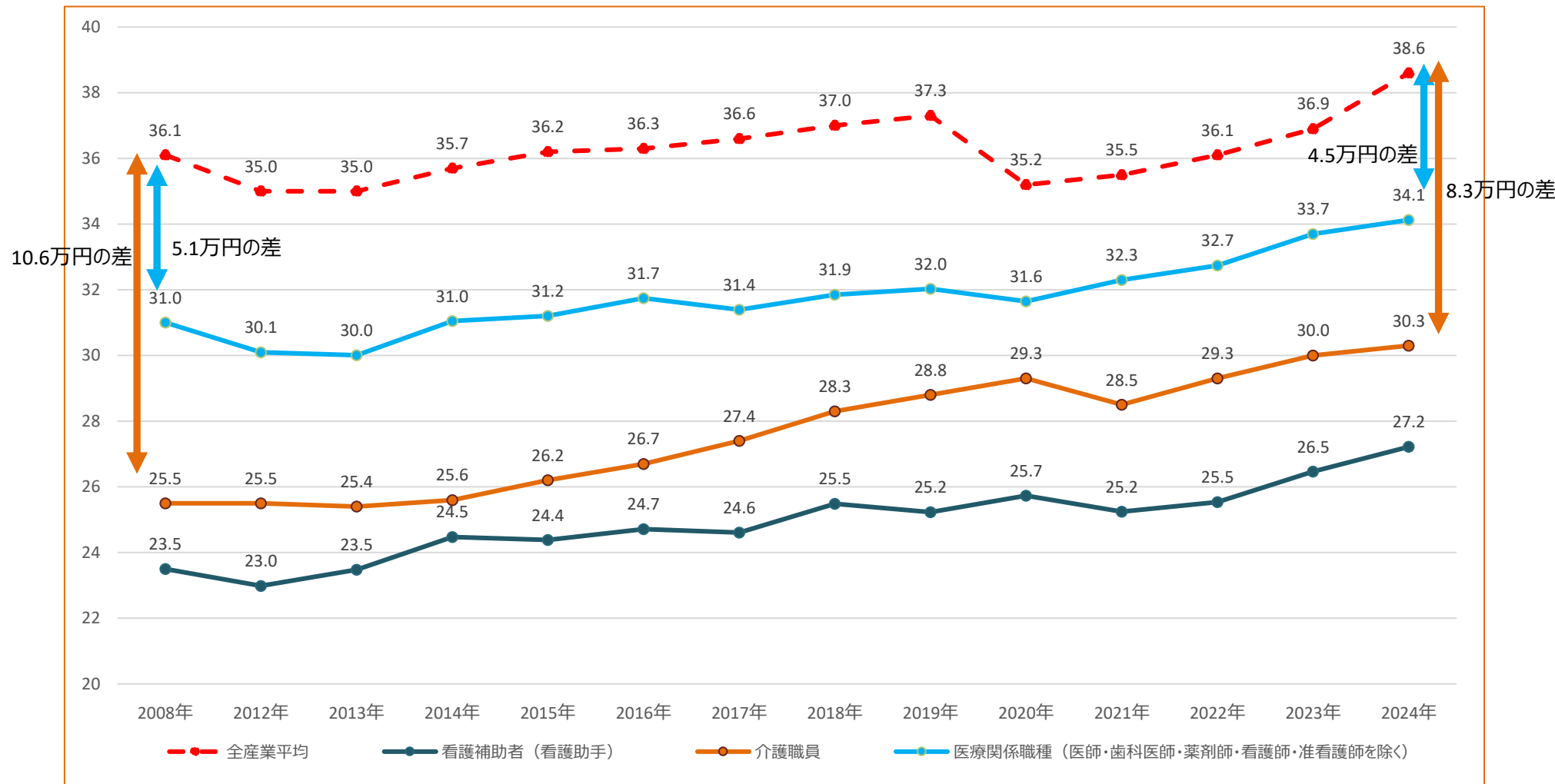
給与額は、2000年以降低下傾向にあったが、22年以降上昇傾向にある。

図1 常用労働者1人平均月間現金給与額 1947年～2024年 年平均



医療・介護関係職種の給与の推移について

(万円)



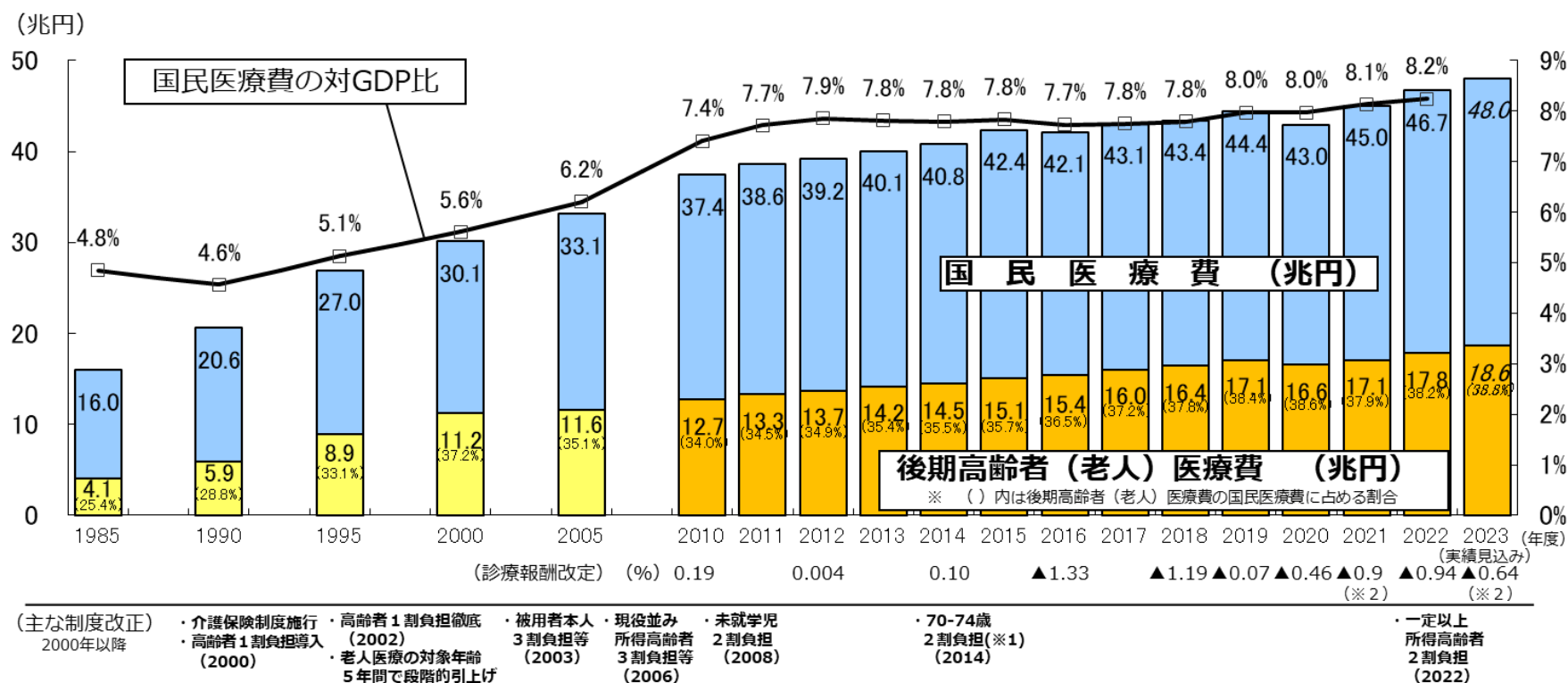
出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス））」の1/12を加えて算出した額。

注2 「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「医療関係職種（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・准看護師を除く）」とは、「診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士、看護補助者（看護助手）」の加重平均。

医療保険制度が直面する環境変化 -医療費の動向-

医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.8	3.7	2.9
後期高齢者 (老人) 医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	3.1	4.5	4.5
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.2	0.0	▲3.2	2.7	2.3	-

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 後期高齢者 (老人) 医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。

注3 2023年度の国民医療費 (及び2023年度の後期高齢者医療費。以下同じ。) は実績見込みである。2023年度分は、2022年度の国民医療費に2023年度の概算医療費の伸び率 (上表の斜字体) を乗じることによって推計している。
(※1) 70~74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除 (1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

(※2) 令和3年度と令和5年度については当該年度の医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

医療費の伸び率の要因分解

	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R 2 年度 (2020)	R 3 年度 (2021)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)
医療費の伸び率 ①	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	3.7%	2.9% (注1)
人口増の影響 ②	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%	-0.5%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9%	0.7% (注2)
診療報酬改定等 ④	0.19%		0.004%		0.1% -1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)	-0.94%	-0.64% (注9)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・受療行動の変化等	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.2%	3.3%
制度改正					H26.4 70-74歳 2割負担 (注10)								R4.10 一定以上 所得高齢者 2割負担	

注1: 医療費の伸び率は、令和4年度までは国民医療費の伸び率、令和5年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の斜体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 令和5年度の高齢化の影響は、令和4年度の年齢別1人当たり医療費と令和4年度、5年度の年齢別人口からの推計値である。

注3: 平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

注4: 平成28年度の改定分-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%。

なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5: 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%。

注6: 令和元年10月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%）のうち影響を受ける期間を考慮した値。

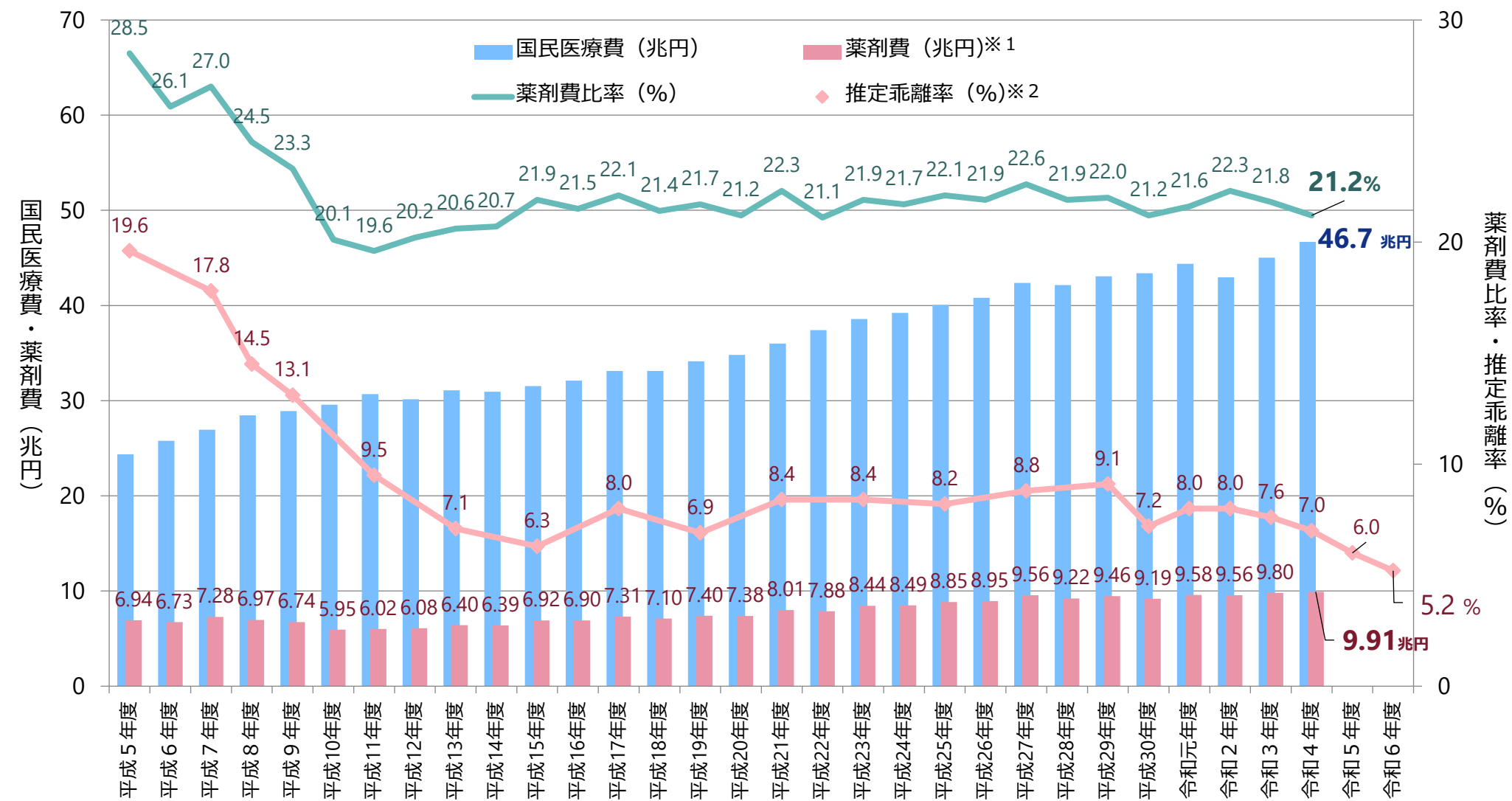
注7: 令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

注8: 令和3年度の国民医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

注9: 令和5年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

注10: 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

国民医療費、薬剤費等の推移



※1 薬剤費には、DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合は含まれていない。

※2 薬価調査で得られた平均乖離率をその年度の推定乖離率としている。
令和元年度の推定乖離率は、平成30年4月の薬価に対する乖離を示す。

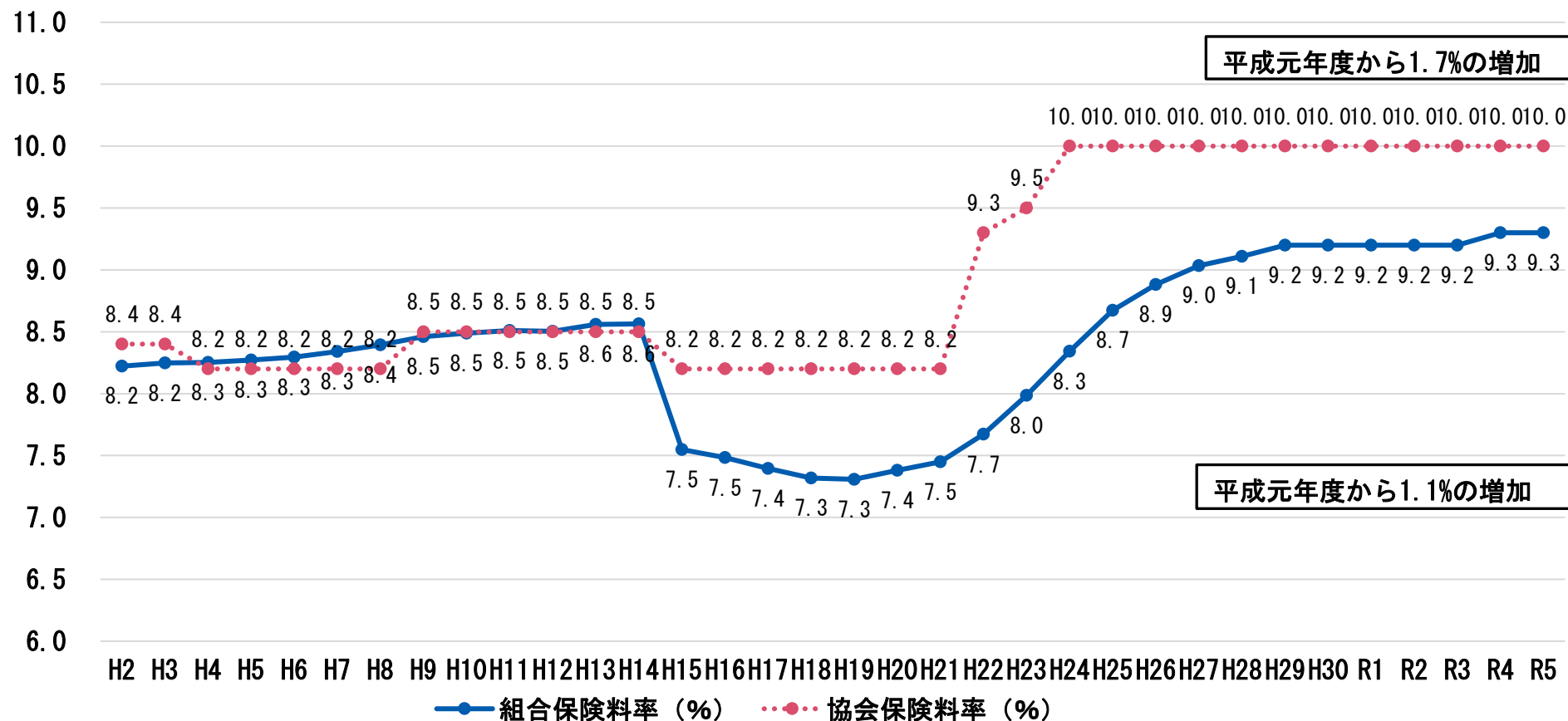
医療保険制度が直面する環境変化

-保険料・所得の変化-

健保組合・協会けんぽの保険料率の推移

- 健保組合の令和5年度決算見込における平均保険料率は9.3%。平成15年度に1.0パーセント減少し、平成19年度以降は毎年上昇していたが、近年はほぼ横ばいとなっている。
- 協会けんぽの令和5年度における平均保険料率は10.0%。平成21年度まではほぼ横ばいで推移しているものの、平成22年度においては1.1%上昇している。

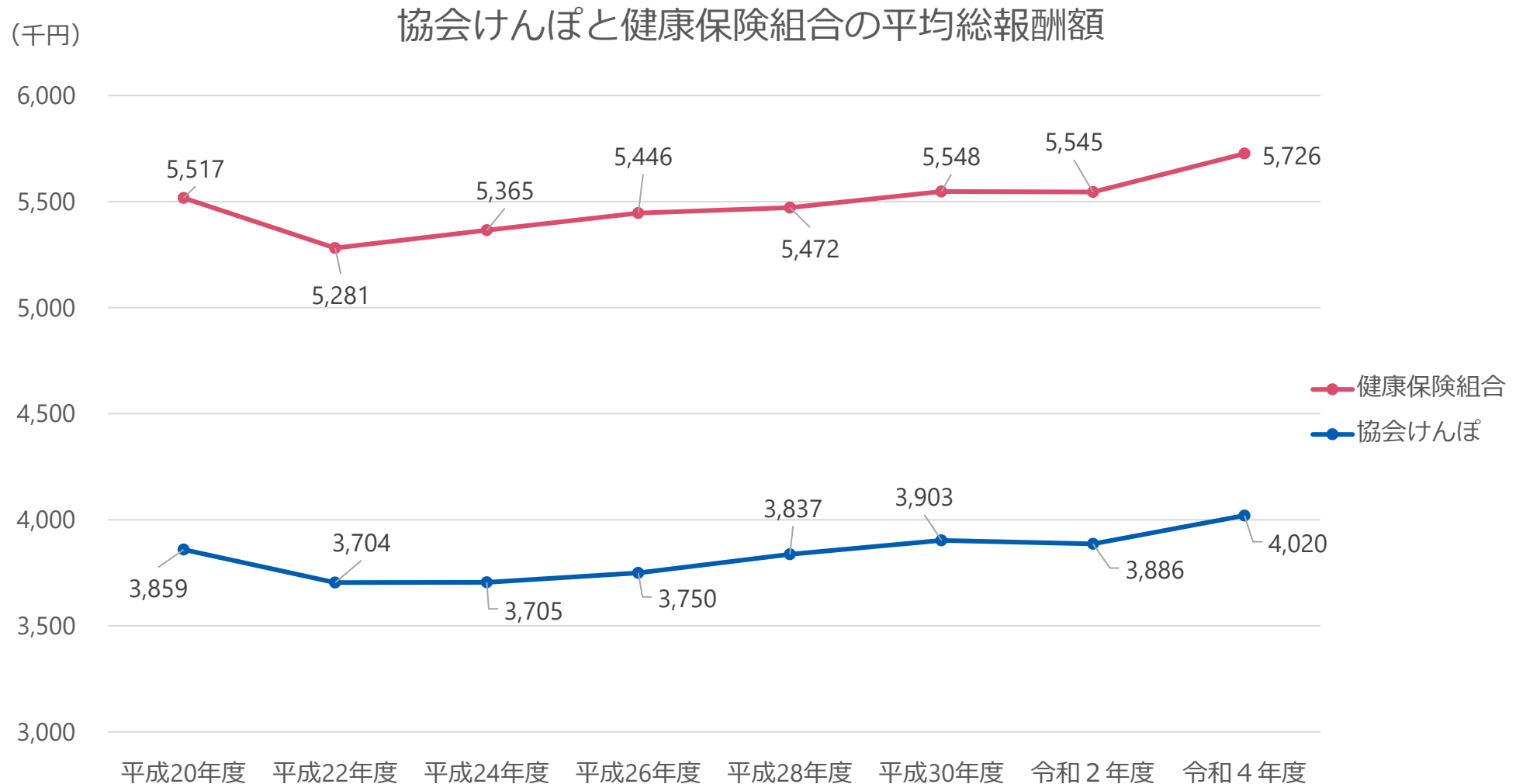
(単位：%)



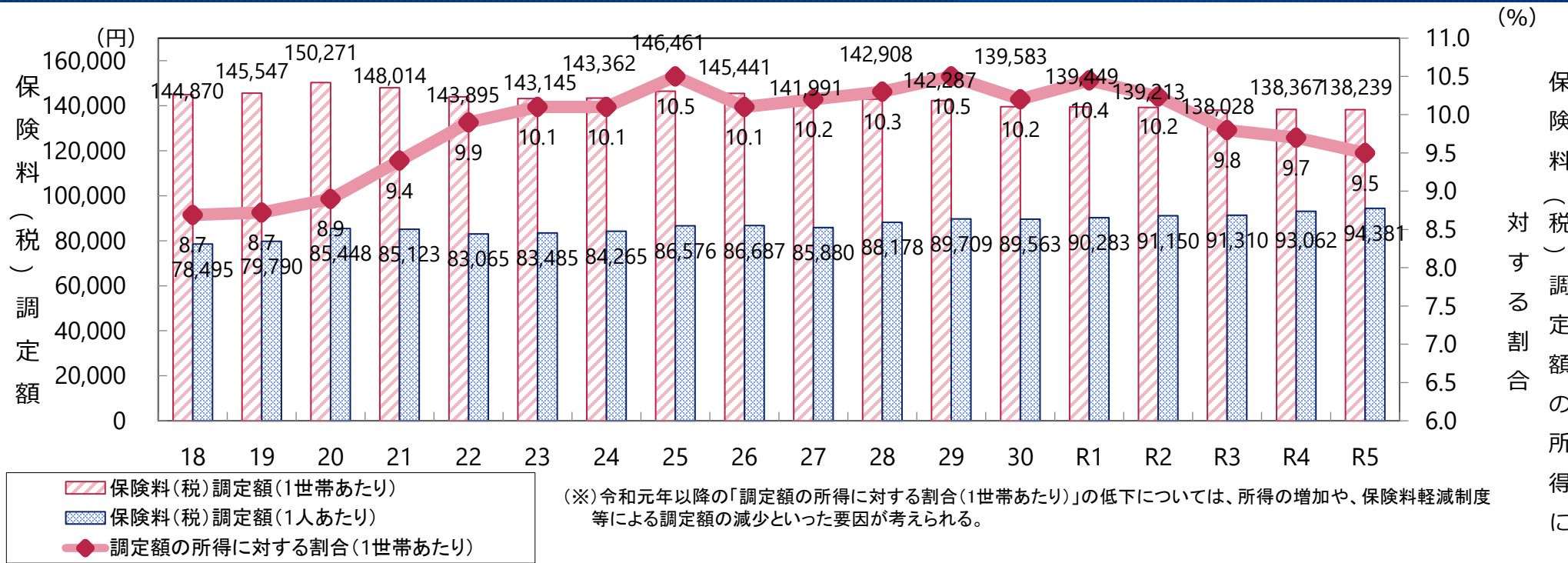
※健保組合については、平成元年度から令和4年度までは決算、令和5年度は決算見込の数値を使用している

※協会けんぽについては、平成19年度までは政府管掌健康保険の数値を使用している。

協会けんぽと健康保険組合の平均総報酬額の推移（平成20年度以降）



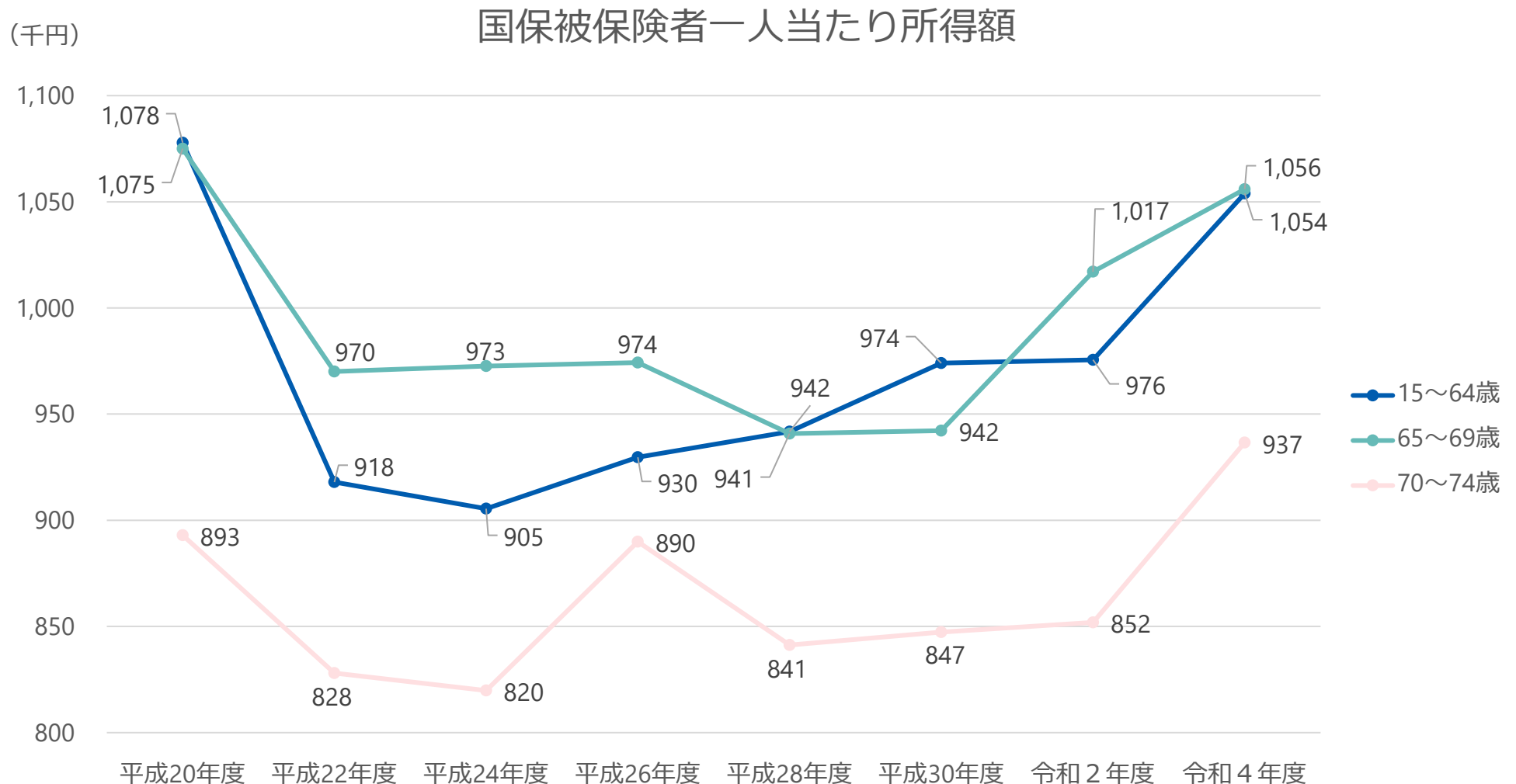
国民健康保険料（税）の負担の変化



	平均所得（令和4年）		保険料（税）調定額（令和5年度）		保険料（税）調定額の所得に対する割合
	1世帯当たり①	1人当たり	1世帯当たり③	1人当たり	1世帯当たり③/①
全世帯	1,454千円	992千円	138,239円	94,381円	9.5%
2割軽減世帯	1,044千円	618千円	127,088円	75,304円	12.2%
5割軽減世帯	635千円	382千円	65,724円	39,559円	10.3%
7割軽減世帯	105千円	83千円	22,452円	17,714円	21.3%

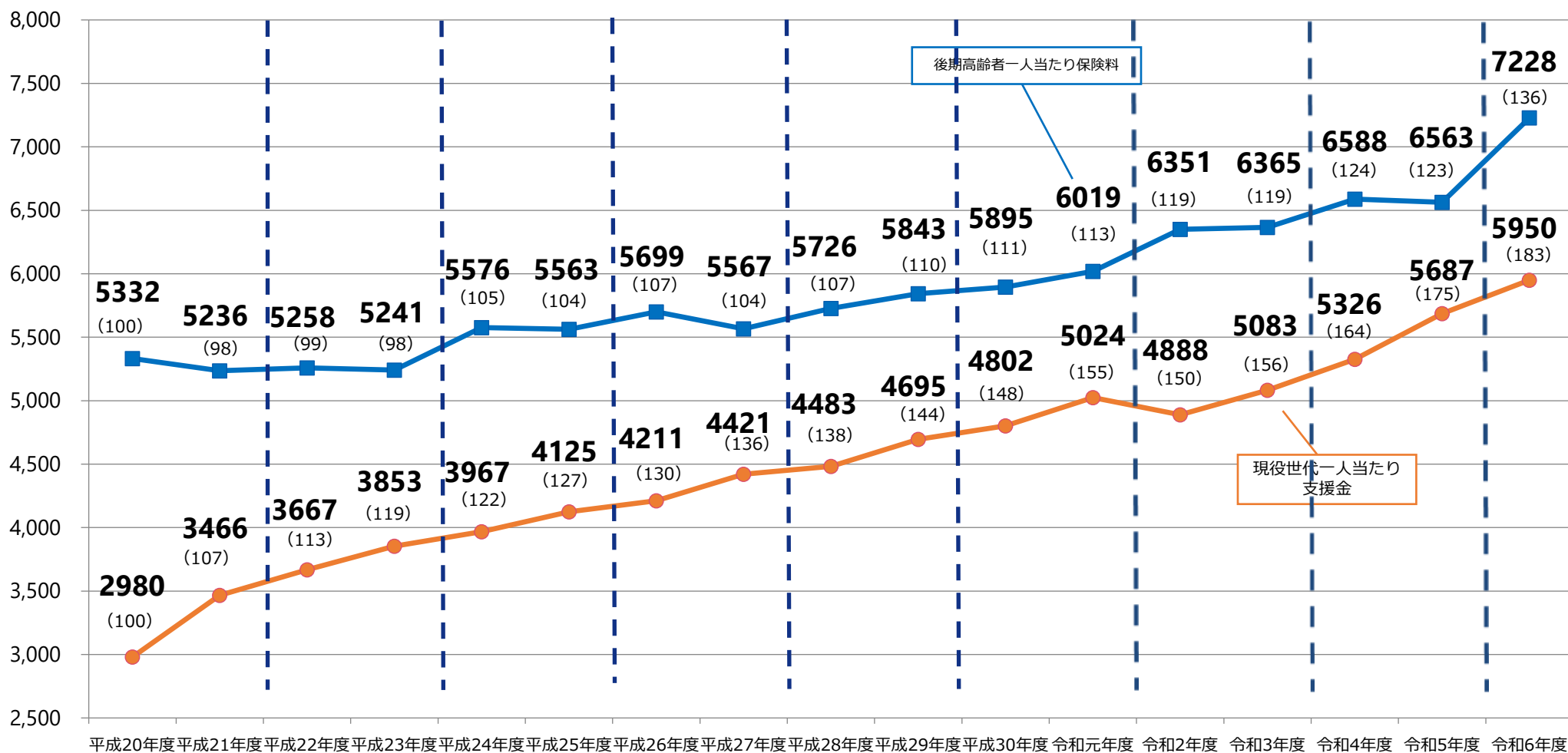
(注) 令和5年度国民健康保険実態調査報告による。
ここでいう「所得」とは、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額(基礎控除前)による前年所得である。 保険料(税)調定額に介護納付金に係る部分は含まれていない。

国民健康保険の被保険者一人当たり所得額の推移（平成20年度以降）



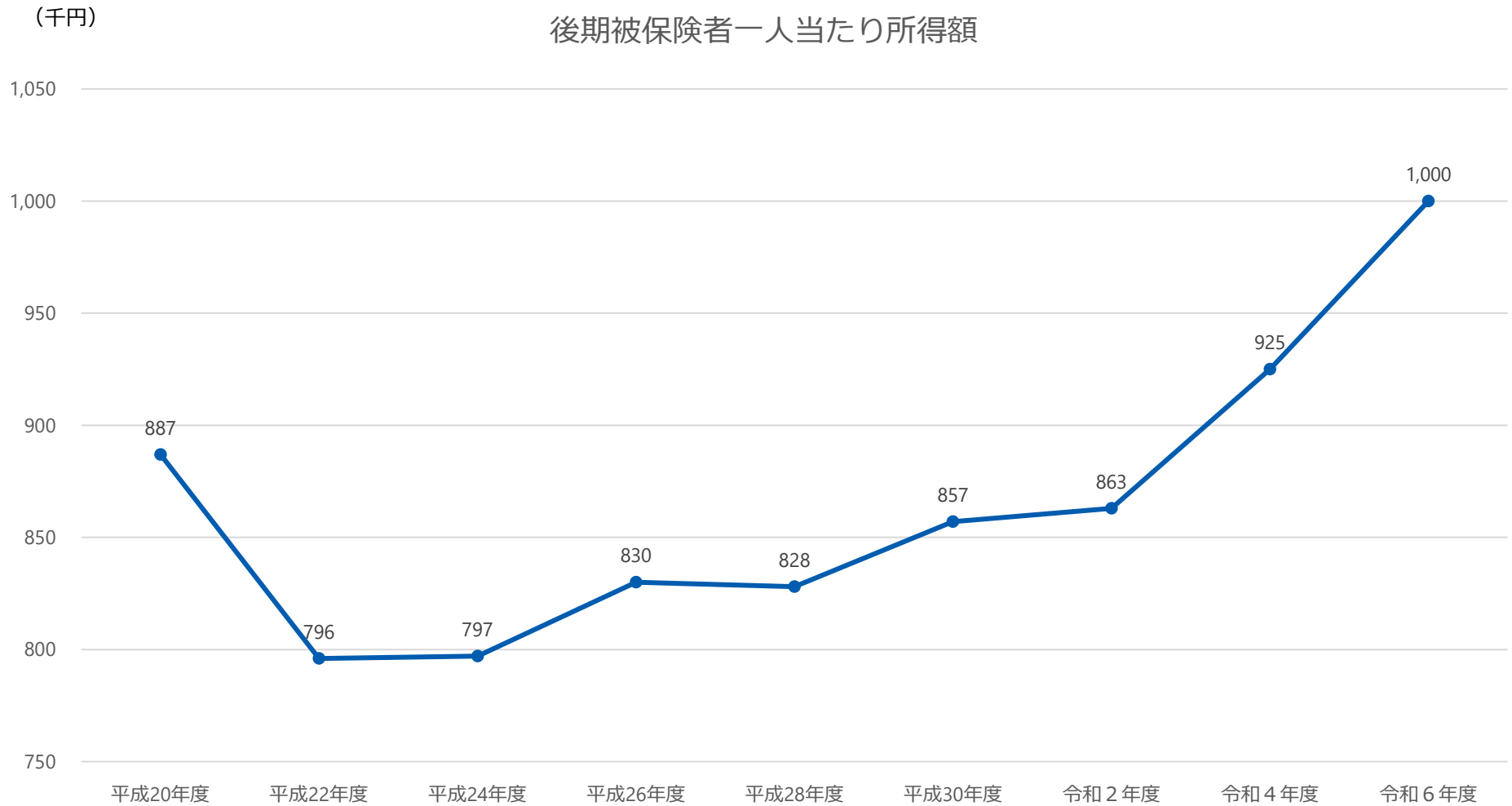
後期高齢者1人当たり保険料、現役1人当たり支援金の推移

単位：円 平成22年度改定 平成24年度改定 平成26年度改定 平成28年度改定 平成30年度改定 令和2年度改定 令和4年度改定 令和6年度改定



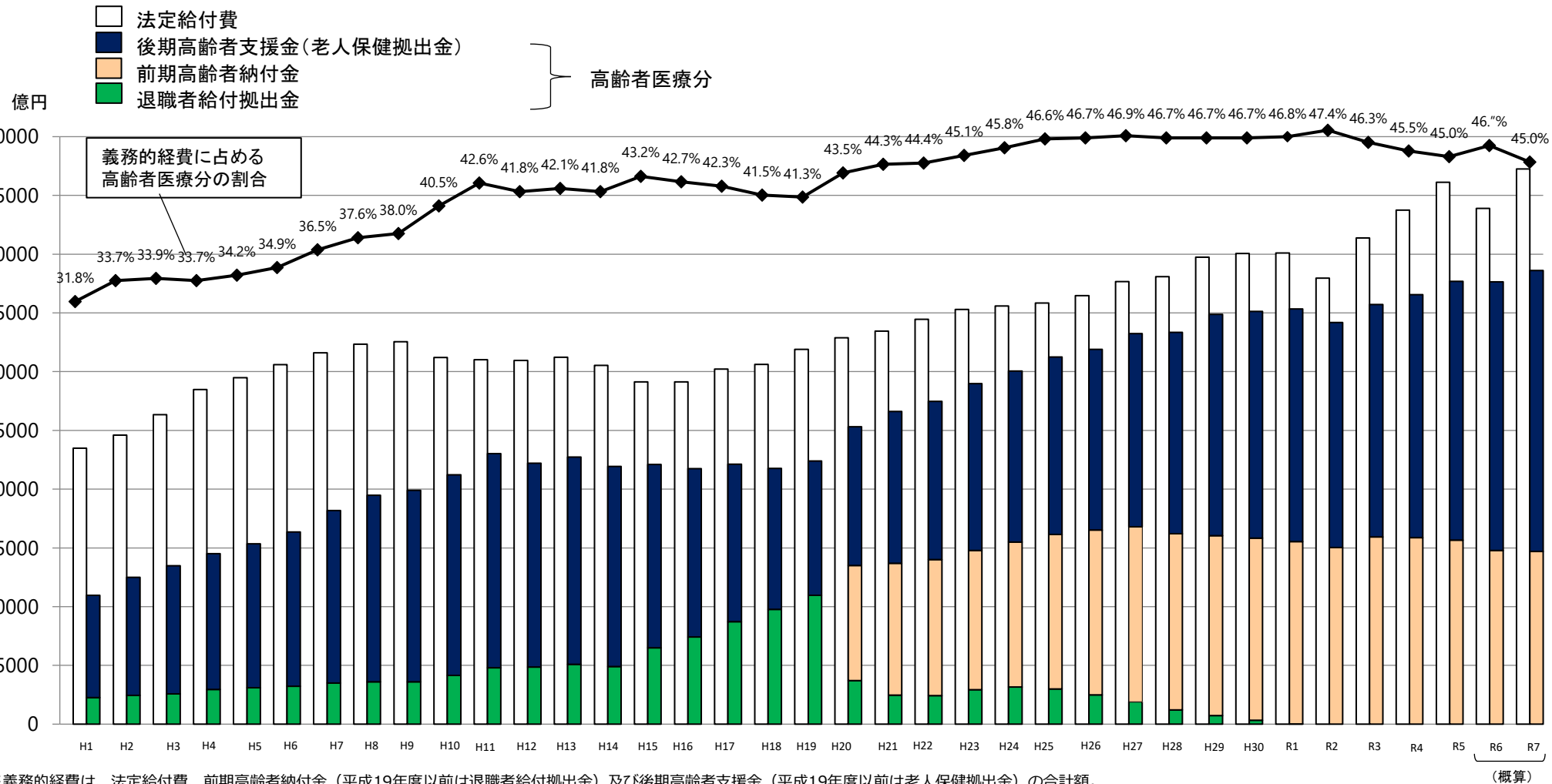
- ※ 後期高齢者一人当たり保険料額は、後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく実績額。
- ※ 現役世代一人当たり支援金額は、平成20～令和5年度は確定賦課、令和6年度は概算賦課ベース。
- ※ 現役世代一人当たり支援金額の伸びは、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。
- ※ 平成28年度の現役世代一人当たり支援金額は、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。
- ※ () 内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

後期高齢者医療制度の被保険者一人当たり所得額の推移（平成20年度以降）



高齢者医療への拠出負担の推移（健保組合）

○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、45.0%（令和7年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、令和5年度までは実績額を、令和6年度及び令和7年度は概算額を用いている。

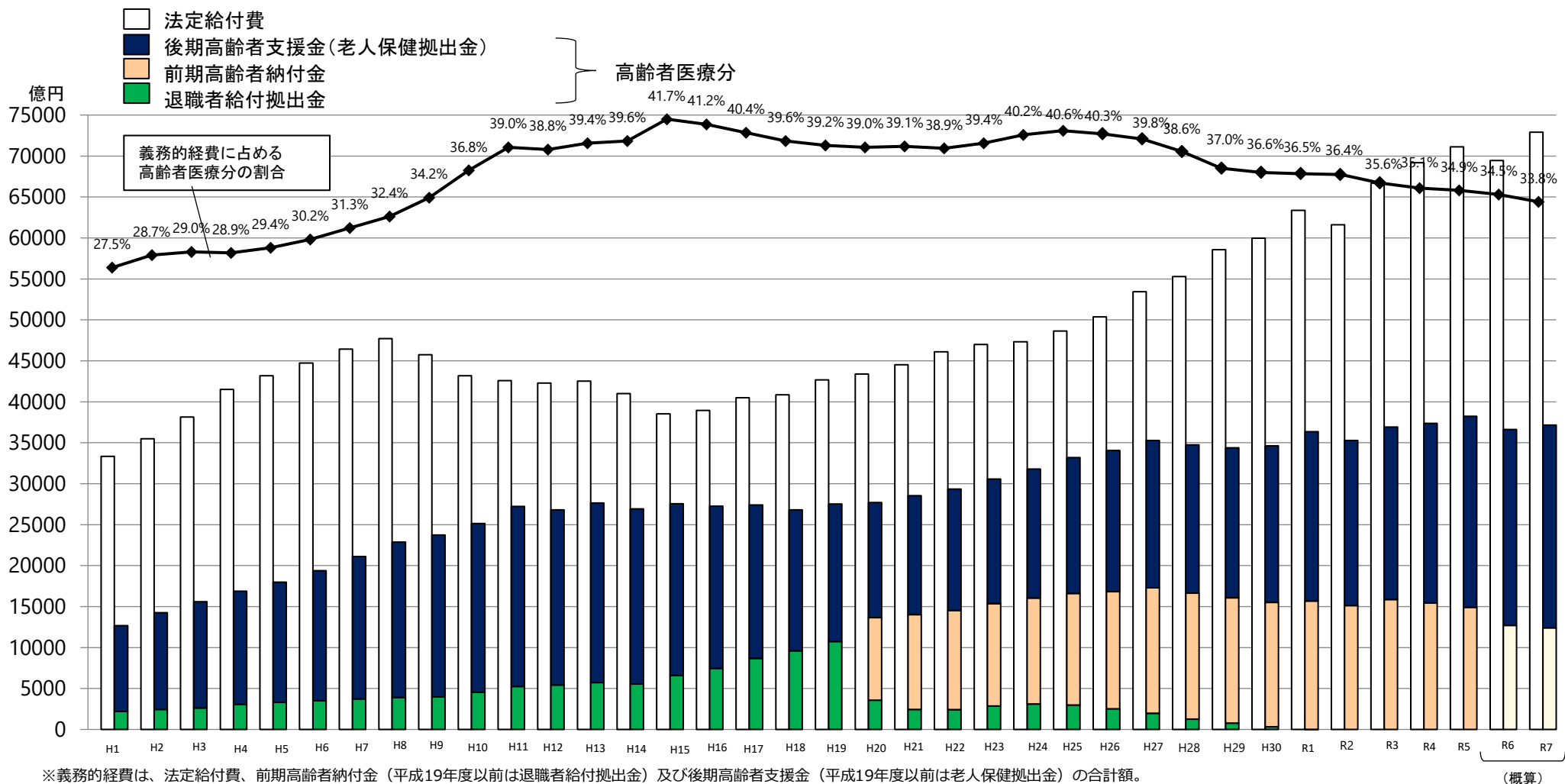
※後期高齢者支援金等は、令和5年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額。令和6年度及び令和7年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度以降は全面総報酬割としている。67

※前期高齢者納付金について、令和6年度以降は3分の1報酬調整としている。また、前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

高齢者医療への拠出負担の推移（協会けんぽ）

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、33.8%（令和7年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、令和5年度までは実績額を、令和6年度及び令和7年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、令和5年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額。令和6年度及び令和7年度は概算額を用いている。

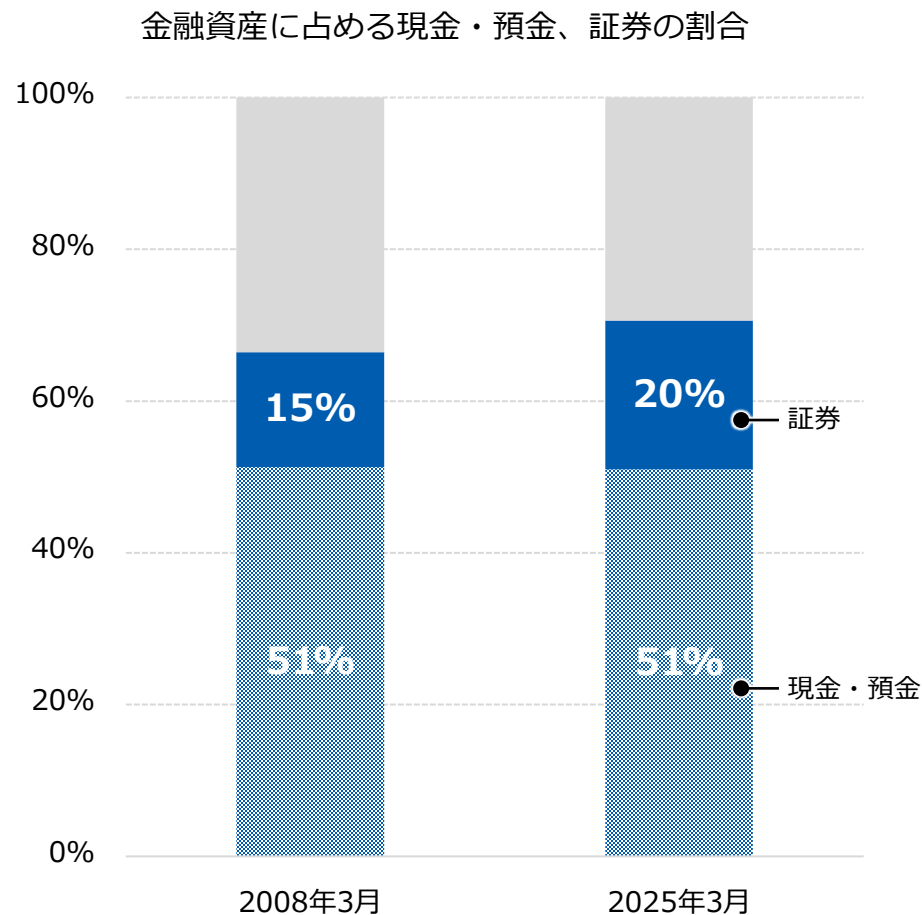
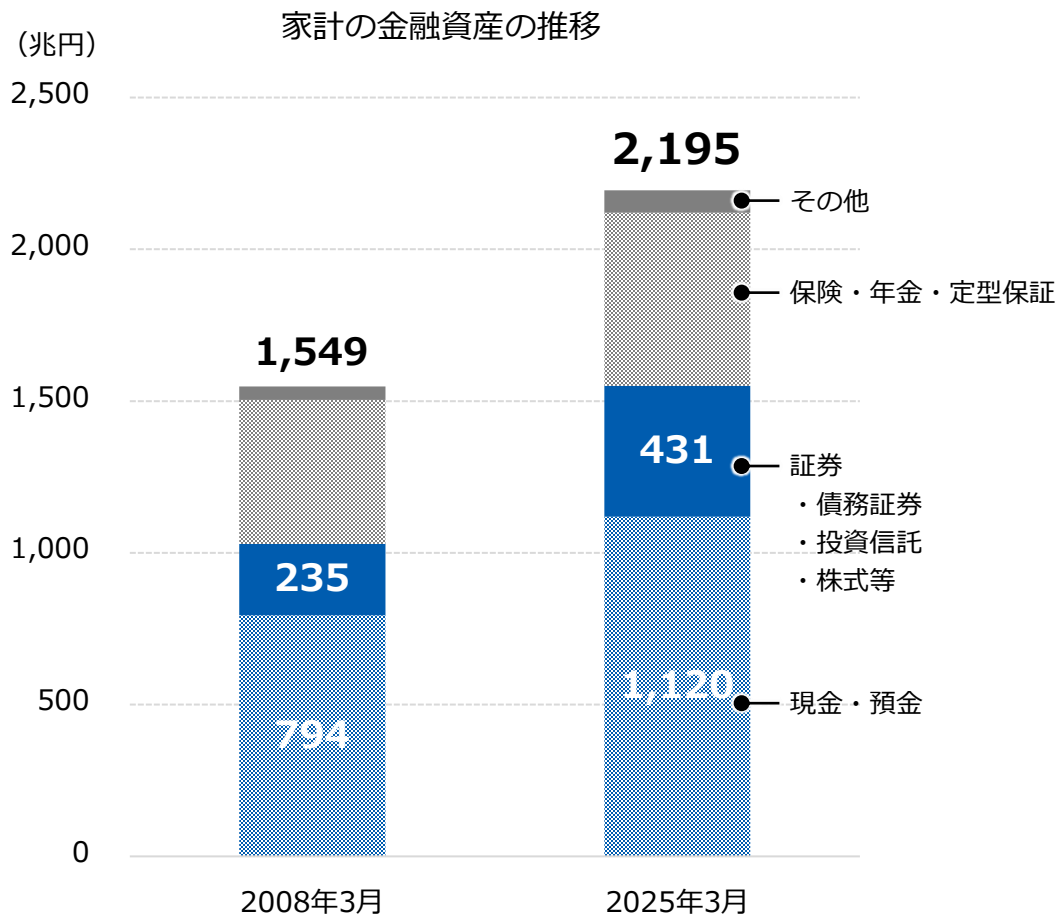
※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度以降は全面総報酬割としている。

※前期高齢者納付金について、令和6年度以降は3分の1報酬調整としている。また、前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

(概算)

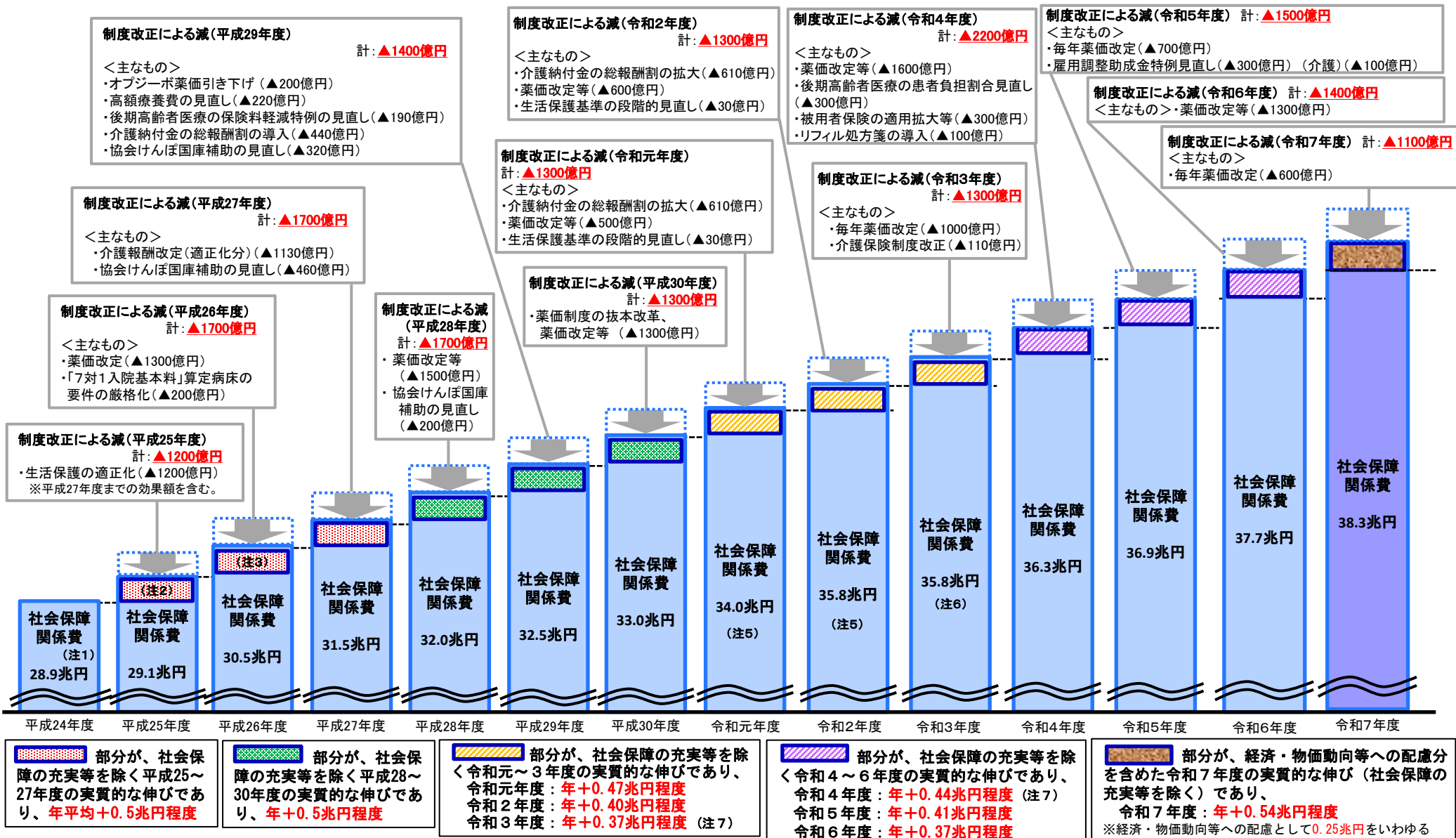
家計の金融資産

家計における金融資産は増加しており、株式等の証券が占める割合が増加している



これまでの医療保険制度改革

社会保障関係費の伸び



(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。(注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。
(注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。(注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。(注5) 令和元・2年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。
(注6) 令和2年度まで社会保障関係費として分類していた1,200億円程度の経費について、経費区分の変更を行ったため、除外している。
(注7) 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた足元の医療費動向を踏まえ、医療費に係る国庫負担分を令和3年度においては▲2000億円、令和4年度においては▲700億円程度減少させたベースと比較している。
(注8) 令和元年度～令和6年度の社会保障関係費の実質的な伸びは、年金スライド分を除く。(注9) 令和7年度は国会における修正後。

医療保険制度改革の経過について

施行年度	改正概要
平成20年度 (2008年度)	高齢化により増え続ける高齢者医療費を、公費、現役世代（保険者）の支援金、高齢者の保険料で支える 高齢者医療制度を創設
平成22年度 (2010年度)	高齢者医療制度を支える各保険者の支援金を、頭割だけではなく、一部（1/3）所得を勘案して配分する「 総報酬割 」を導入 その後、順次所得を勘案する範囲を拡大し、 平成29年度から全面総報酬割 (平成27年度に1/2、平成28年度に2/3)
平成26年度 (2014年度)	高額療養費制度について、現役世代（70歳未満）の所得区分の細分化 (70～74歳の2割負担導入と同時に改正) 70～74歳患者負担 について、新たに70歳になる方から 2割負担
平成29年度、平成30年度 (2017年度、2018年度)	70歳以上の高額療養費制度について、限度額引き上げ（29年度）、現役並世帯の所得区分細分化、一般区分の外来上限額引き上げ（30年度）
令和4年度 (2022年度)	75歳以上の一定以上所得者について2割負担 を導入 ※課税所得28万かつ年金収入＋その他の合計所得金額200万以上（現並除く）
令和6年度 (2024年度)	出産育児一時金 に要する費用の一部を 後期高齢者医療制度が支援 する仕組みを導入 前期高齢者財政調整 についても、一部（1/3） 所得を勘案して調整 「後期高齢者の一人あたり保険料」と「現役世代一人あたり支援金」の伸び率が同じになるよう「 高齢者負担率 」を見直し 長期収載品 について、 後発品との差額の1/4を別途負担 する仕組みを創設

医療保険制度の患者一部負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月 ～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～		令和4年10月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度										75歳以上	後期高齢者医療制度				
国保	3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額 制を選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所得者3割)	70～74歳	1割負担 (現役並み所得者3割)		1割負担 (現役並み所得者3割、 現役並み所得者以外の一定 所得以上の者2割)								
被用者本人	定額負担								2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに 70歳に達している者は1割 (平成26年4月以降70歳になる者から2割)										
被用者家族	5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)		入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))		3割 薬剤一部負担の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)								
			被用者本人	定額 →1割(S59～) 高額療養費創設		入院2割 外来2割+薬剤一部負担													
			被用者家族	3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)		入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))													

(注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。

- ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
- ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

医療費適正化計画（概要）について

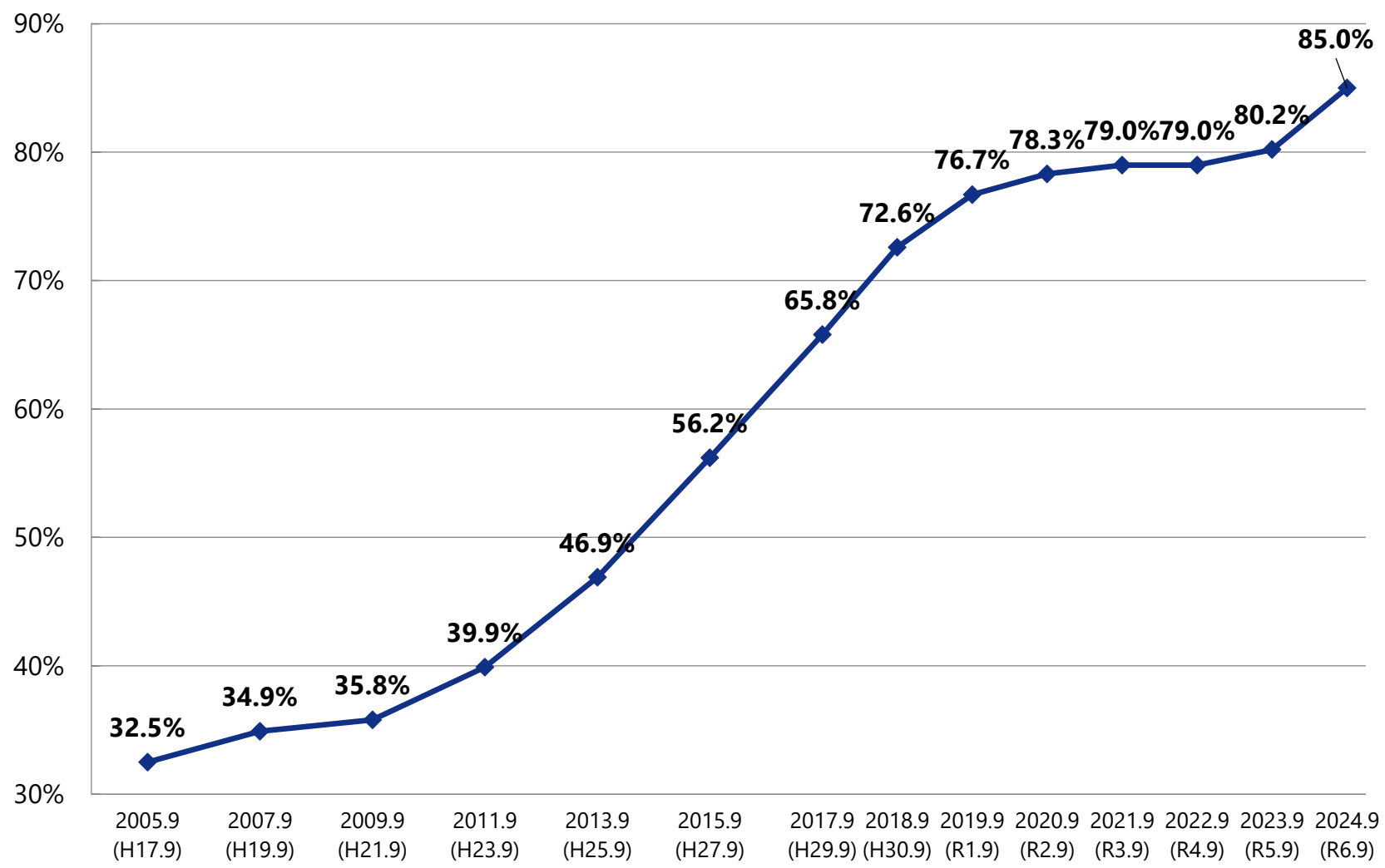
国民の適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

- ▶ 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
- ▶ 作成主体 : 国、都道府県
- ▶ 計画期間 : 6年 ※第1期・第2期は5年
(第1期: 2008-2012年度、第2期: 2013-2017年度、第3期: 2018-2023年度、第4期: 2024-2029年度)
- ▶ 主な記載事項: ①医療費の見込み
②住民の健康の保持の推進に関する目標・取組
③医療の効率的な提供の推進に関する目標・取組
④医療計画を踏まえ見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果

【第4期医療費適正化計画の目標・取組】

	取組
住民の健康の保持の推進	特定健診・特定保健指導の実施率 メタボの該当者・予備群 たばこ対策、予防接種、重症化予防、高齢者の疾病・介護予防など
医療の効率的な提供の推進	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進 医薬品の適正使用 医療資源の効果的・効率的な活用 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供

薬価調査における後発医薬品の使用割合（数量ベース）



長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- 長期収載品の使用について、**①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合**や、**②一般名処方の場合**は、**選定療養の対象とする**。
- ただし、**①医療上の必要性があると認められる場合**（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、**②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**については、選定療養とはせず、引き続き、**保険給付の対象とする**。

選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする**。
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする**。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする**。
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の1相当分**とする。

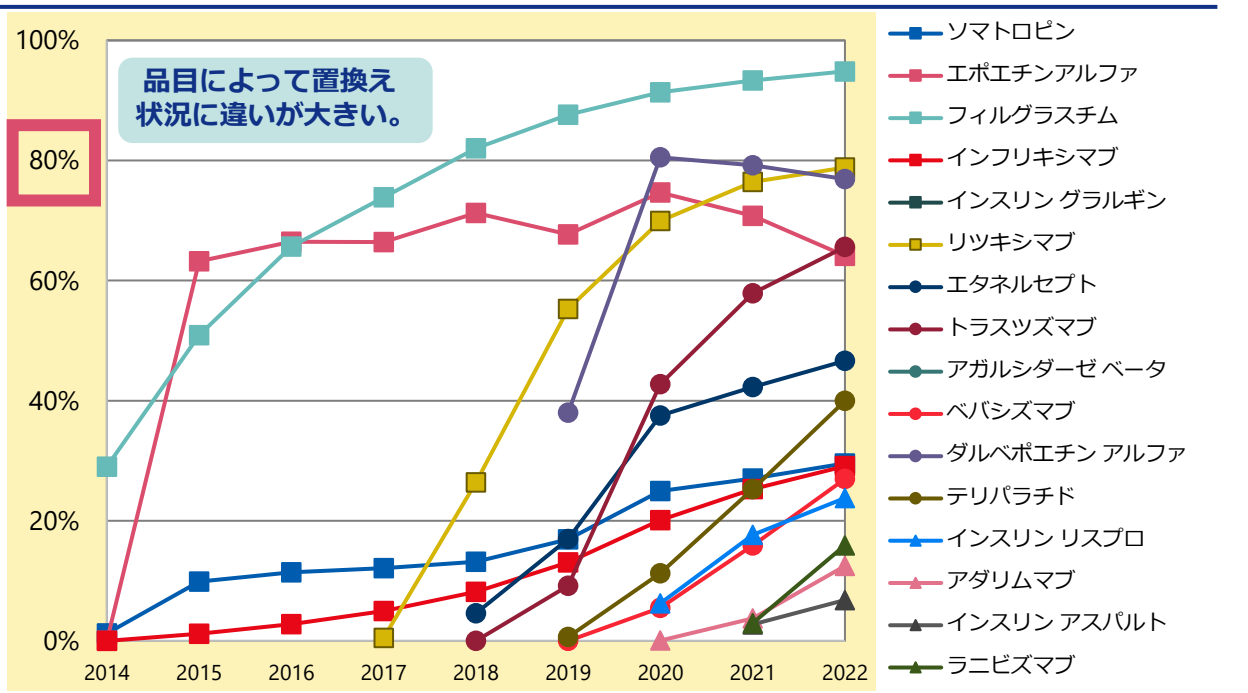
バイオシミラーの品目一覧と置換え状況

バイオシミラー※品目一覧 (2025年4月現在)

	上段：販売名（主な効能） 下段：製造販売業者名	発売日 (初発)
1	ソマトロピンBS皮下注（先天性の低身長症の治療） （サント）	2009.9
2	エポエチンアルファBS注（透析施行中の腎性貧血の改善） （JCRファーマ）	2010.5
3	フィルグラスチムBS注（がん化学療法による好中球減少症） （富士製薬、日本化薬）	2013.5
4	インフリキシマブBS点滴静注（関節リウマチの治療） （日本化薬、セルトリオン、あゆみ製薬、日医工、ファイザー）	2014.11
5	インスリングラルギンBS注（糖尿病の治療） （日本イーライリリー、富士フイルム富山化学）	2015.8
6	リツキシマブBS点滴静注（B細胞性非ホジキンリンパ腫の治療） （サント、ファイザー）	2018.1
7	エタネルセプトBS皮下注（関節リウマチの治療） （持田製薬、陽進堂、日医工）	2018.5
8	トラスツズマブBS点滴静注用（乳がんの治療） （セルトリオン、日本化薬、ファイザー）	2018.8
9	アガルシダーゼ ベータBS点滴静注（ファブリー病の治療） （JCRファーマ）	2018.11
10	ペバシズマブBS点滴静注（悪性腫瘍の治療） （ファイザー、第一三共、日医工、日本化薬）	2019.12
11	ダルベポエチンアルファBS注（貧血の治療） （JCRファーマ、三和化学研究所、ヴィアトリス・ヘルスケア、協和キリンフロンティア）	2019.11
12	テリパラチドBS皮下注（骨粗鬆症の治療） （持田製薬）	2019.11
13	インスリンリスプロBS注（糖尿病の治療） （サノフィ）	2020.6
14	アダリムマブBS皮下注（関節リウマチの治療） （協和キリン富士フイルムバイオロジクス、第一三共、持田製薬、日本化薬）	2021.2
15	インスリンアスパルトBS注（糖尿病の治療） （サノフィ）	2021.5
16	ラニビズマブBS（眼科用製剤） （千寿製薬）	2021.12
17	ベグフィルグラスチムBS皮下注 （がん化学療法による発熱性好中球減少症の発症抑制） （持田製薬、持田製薬販売）	2023.11
18	ウスティヌマブBS皮下注（尋常性乾癬、関節性乾癬） （富士製薬、陽進堂注、セルトリオン注）	2024.5
19	アフリベルセプトBS（眼科用製剤） （グローバルレギュラトリパートナーズ注、バイエル薬品注*）	薬価 未収載

注 2025年4月時点では、薬価未収載

バイオシミラー※の置換え状況



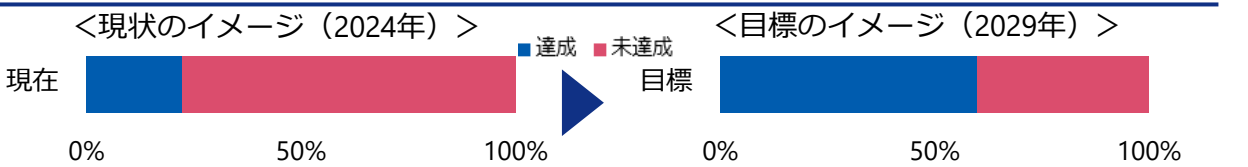
坂巻 弘之 日本のバイオシミラーのサステナビリティを考える。国際医薬品情報No.1221 p.10-15, 2023年3月13日号
(厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課にて一部改変)

出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」をもとに作成(件数)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00002.html

注：NDBオープンデータには、DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合は、データに含まれないため、フィルグラスチム、エポエチンアルファについては低めの推計値となっている。ソマトロピンは、ジェントロピンに対するシェア。インスリングラルギンの先行品に「ランタスXR」は含まない。

バイオシミラーの置換えイメージ



厚生労働省「医薬品価格調査」に基づき、バイオシミラーに数量ベースで80%以上置き換わった成分数を全体の成分数で割ったもの。現状（2024年度）では、バイオシミラーに80%以上置き換わった成分数は22.2%（＝4成分/18成分）、バイオシミラーの市場規模は約866億円。

※本資料においては、先発バイオ医薬品と有効成分等が同一である後発品（いわゆるバイオAG）も「バイオシミラー」に含めて記載。

まとめ①

■日本の医療や健康の状況

-健康・長寿の実現

- ・先進7カ国の中で、**最も長い平均寿命と健康寿命**を誇る。
- ・「健康状態」は、**生活満足度を判断する際に国民が最も重視**する事項の一つ。

-保健医療の利用状況

- ・医療保険は、療養の給付等に加え、出産育児一時金・出産手当金や傷病手当金などで、**人生の様々な局面**を支えている。
- ・**外来受診回数は、乳幼児期と高齢者が多い**。20歳以降は年齢に応じて増加傾向。0-4歳と60代前半の外来受診回数は同水準。
- ・**現役世代もがんをはじめとする重篤で高額な医療費を要する疾患に罹患するリスク**がある。
- ・がん患者の3分の1は20～60代でがん罹患。がん罹患しながら仕事を続ける者の数は増えており、**医療保険は経済の底支え・活性化にも貢献**。
- ・保険者は、がん検診の補助や特定健診・特定保健指導など**予防・健康づくりの取組**を実施している。
- ・妊産婦死亡率・乳児死亡率は世界有数の低率国。**出産に要する経済的負担を軽減**するため、令和5年から出産育児一時金の増額を実施。
- ・国際比較をすると、**一人当たり医療費や医療費の対GDP比は、高齢化率は際だって高いにもかかわらず、米国やヨーロッパ4国と比較して高くはない**。医療提供体制については、**人口当たりの病床数が多く、病床あたりの医療職員数が少ない**。また、**平均在院日数が長く、外来診察回数も多い**。

まとめ②

■日本の医療保険制度

- ・ 社会保険方式による国民皆保険制度で、**国民全員を公的医療保険で保障。所得の多寡にかかわらず**ニーズに基づいて給付。
- ・ 医療費は、**保険料、公費、自己負担**で賄われている。
- ・ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加。医療費の自己負担割合は、年齢・所得等に応じて配慮。
- ・ **高額な200万円以上の入院レセプトの割合は**、現役世代の加入する**協会けんぽや組合健保の方が、後期高齢者よりも多い。**
- ・ **高度医療や高額薬剤も、全国一律の公定価格（診療報酬）で保険診療に取り込み**、必要な人に対して質の高い医療を幅広く提供。
- ・ 加入者の年齢構成による医療費の違い等を踏まえ、医療保険者間で調整を行っている。医療保険制度全体で見た場合の負担は現役世代が中心に担っている。健保組合において後期高齢者支援金への拠出割合が増加するなど、**現役世代における保険料の負担感は増加。**

■医療保険制度が直面する環境変化

- ・ 2040年に向けて、需要の増加等に伴い、医療分野でより多くの人材が求められる見通しの中で、生産年齢人口の一層の減少により、**労働環境の改善、医療DX等の推進と併せて医療従事者の確保は今後より重要な課題**となる。
- ・ **地域ごとに課題の進行状況は異なる。**例えば既に入院患者数のピークを超えている地域もあれば、今後ピークを迎える地域もある。
- ・ 2022年以降は賃上げ率が上昇傾向にあるものの、**医療関係職種（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・准看護師を除く）」の給与の賃上げ動向は、全産業平均よりも低い。**
- ・ **医療費及び医療費の対GDP比は、増加傾向。**
- ・ 近年、**高齢者も含む全年齢層で一人当たり所得が増加傾向。**

■これまでの医療保険制度改革

- ・ 制度の持続可能性やイノベーション推進の観点から、**累次の制度改革やジェネリック医薬品の使用促進等**を実施。

- ・日本の医療・医療保険制度の現状について、どのように考えるか。
- ・医療保険制度が直面する環境変化（人口構造の変化による担い手の減少、医療需要の変化、物価・賃金の上昇、医療費の動向、保険料・所得の変化）について、どのように考えるか。
- ・上記現状や課題を踏まえ、日本の医療・医療保険制度のあるべき将来像についてどのように考えるか。その実現のために、どのような観点から必要な制度改革を検討すべきと考えるか。