



基礎資料

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**

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	15.9	14.9	14.0	17.8
平成12年 (2000年)	17.4	12.2	15.9	16.5	16.0	17.3
平成22年 (2010年)	23.0	12.8	16.3	20.6	16.8	18.3
令和2年 (2020年)	28.6	16.1	18.6	21.8	20.7	20.1
令和12年 (2030年)	30.8	20.4	21.0	26.5	24.4	22.1
令和22年 (2040年)	34.8	22.0	23.4	29.6	27.0	24.4

出典：UN, World Population Prospects：The 2024 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。

3

(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	7.0	7.1	6.7	8.0
平成12年 (2000年)	7.1	5.8	7.5	7.1	7.3	8.9
平成22年 (2010年)	11.0	5.9	7.8	9.0	8.9	8.5
令和2年 (2020年)	14.7	6.5	8.6	11.4	9.5	9.5
令和12年 (2030年)	18.8	9.4	10.4	12.5	12.9	11.7
令和22年 (2040年)	19.7	12.2	12.2	16.5	15.5	13.1

出典: UN, World Population Prospects: The 2024 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

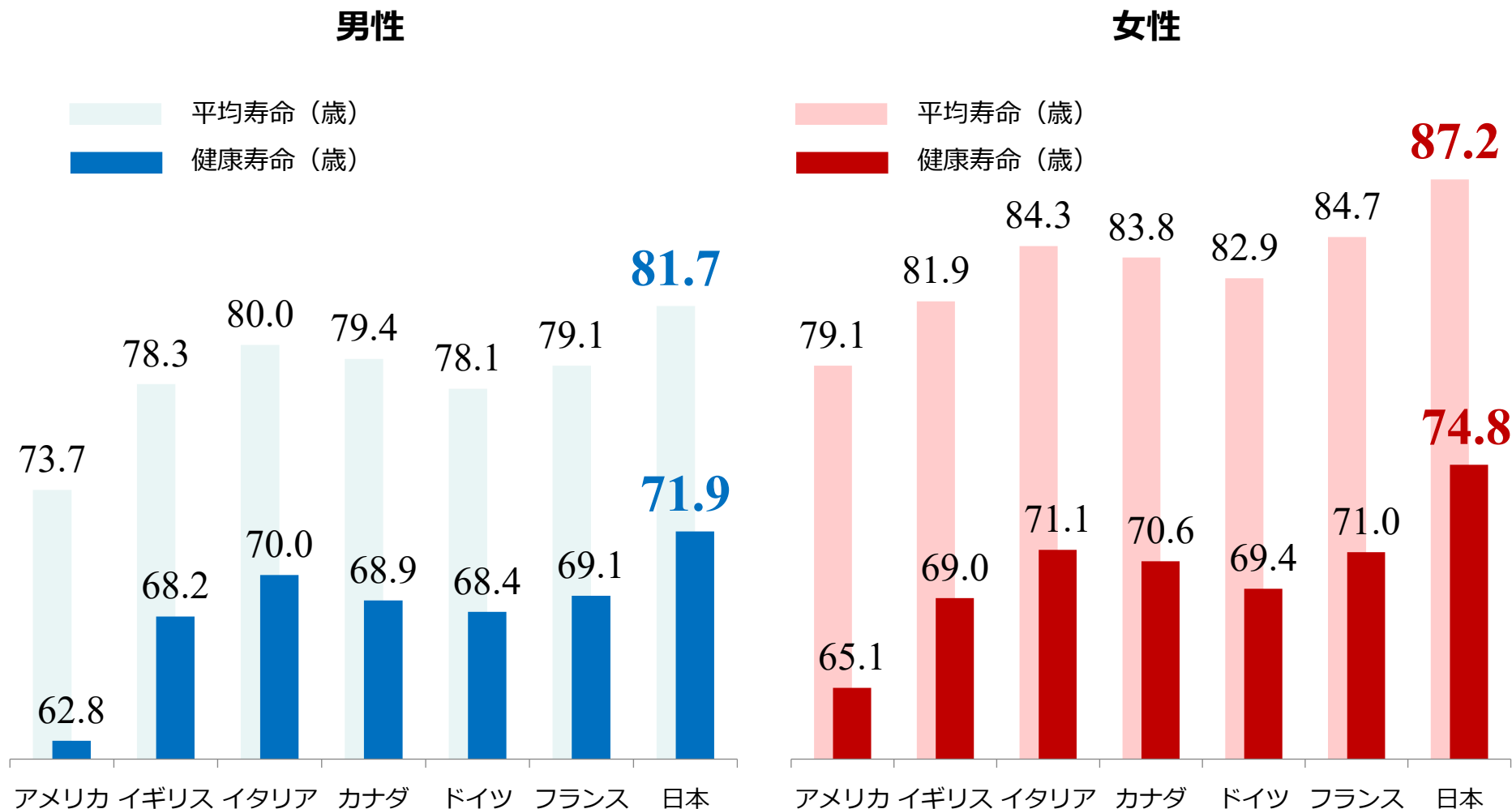
戦後諸外国と比較して低かった平均寿命は年を経るごとに延びてきた。世界的に見ても**日本人は長生き**といえる。

		昭和22年 (1947年)	昭和30年 (1955年)	昭和40年 (1965年)	令和 7 年 (2025年)
男	日本	50.06	63.60	67.74	81.35
	アメリカ	64.6 (1948)	66.6	66.8	76.5(2024)
	イギリス			68.3 (1965-70)	79.12(2022-24)
	ドイツ			67.41(1963-65)	78.47(2022-24)
	フランス	61.87(1946-49)	65.04(1952-56)	67.8	80.3
	スウェーデン	69.04(1946-50)	70.49(1951-55)	71.6(1961-65)	82.52
女	日本	53.96	67.75	72.92	87.33
	アメリカ	69.9 (1948)	72.7	73.8	81.4(2024)
	イギリス			74.6(1965-70)	83.02(2022-24)
	ドイツ			73.22(1963-65)	83.19(2022-24)
	フランス	67.43(1946-49)	71.15(1952-56)	75.0	85.9
	スウェーデン	71.58(1946-50)	73.43(1951-55)	75.7(1961-65)	85.55

(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

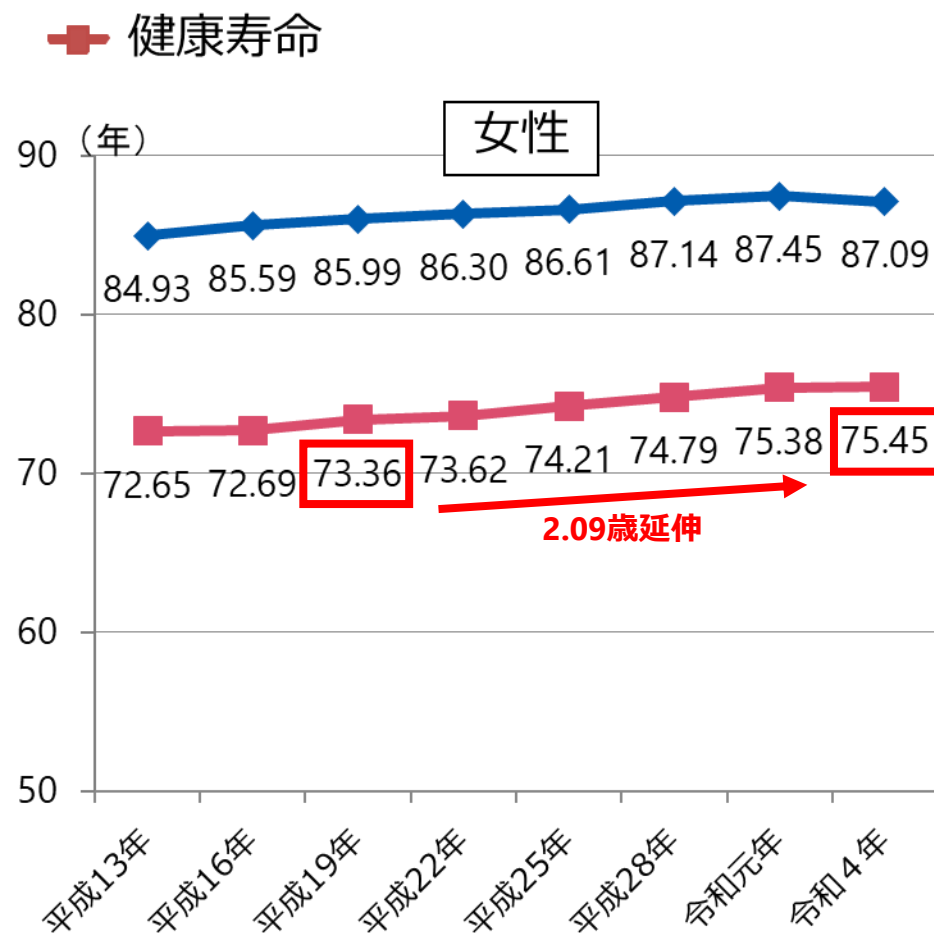
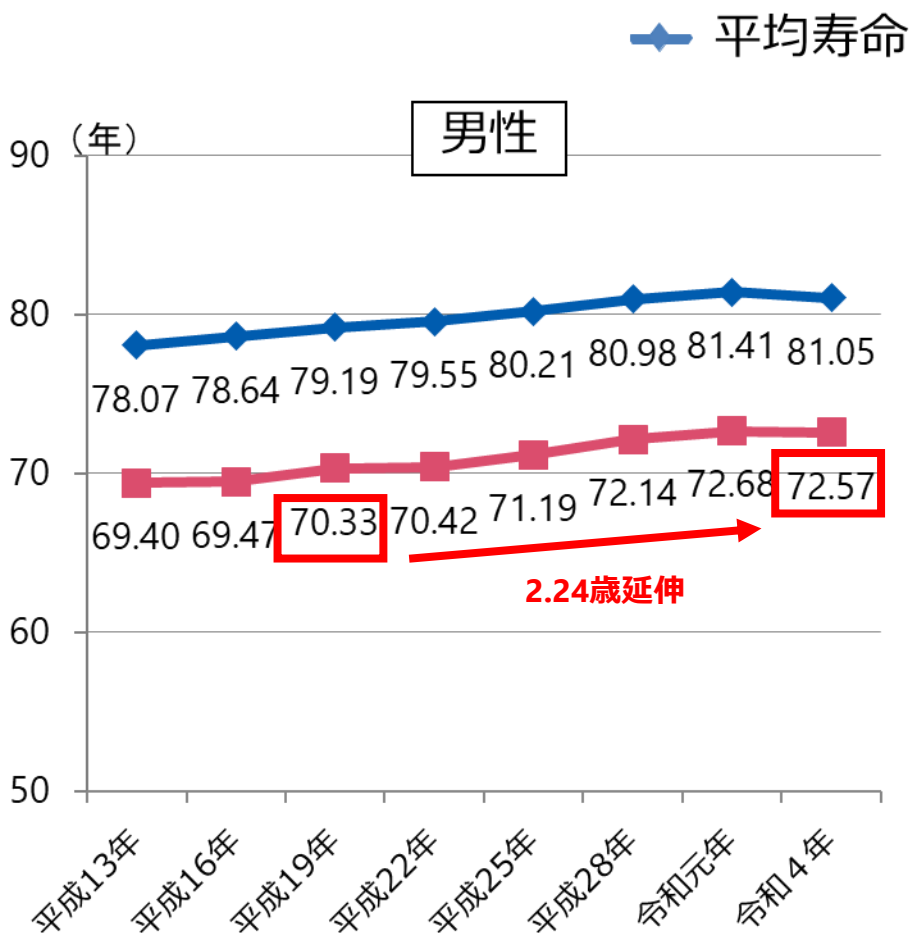
日本は、先進7か国の中で、最も長い平均寿命、健康寿命となっている。



(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 (2026年9月2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

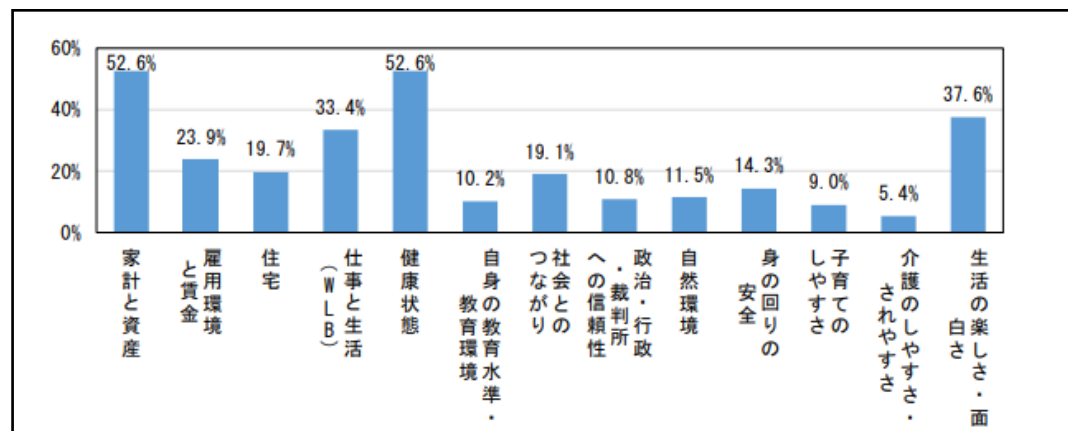


【資料】 平均寿命：平成13・16・19・25・28・令和元・4年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」
健康寿命：厚生労働科学研究において算出

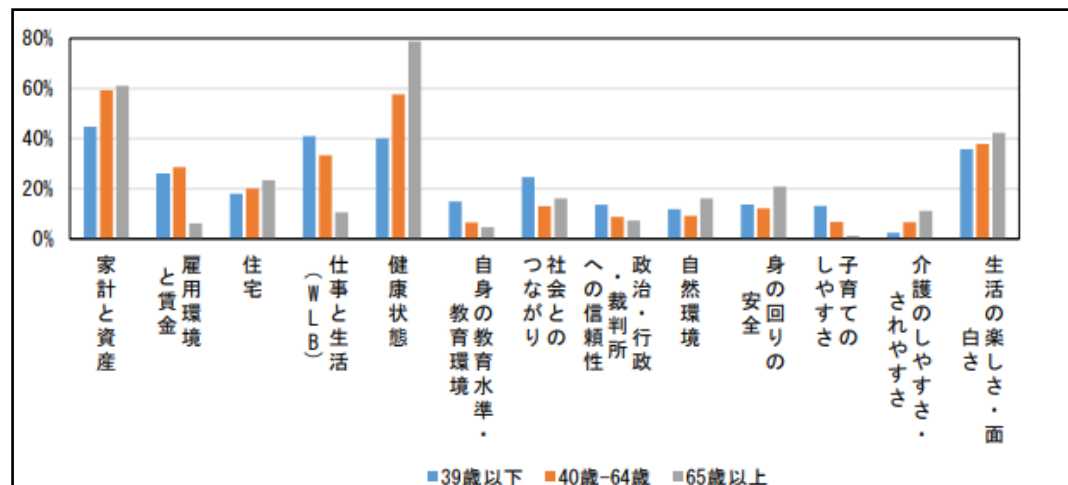
生活満足度と健康状態の関係

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。



療養の給付等

特定健診・特定
保健指導 等

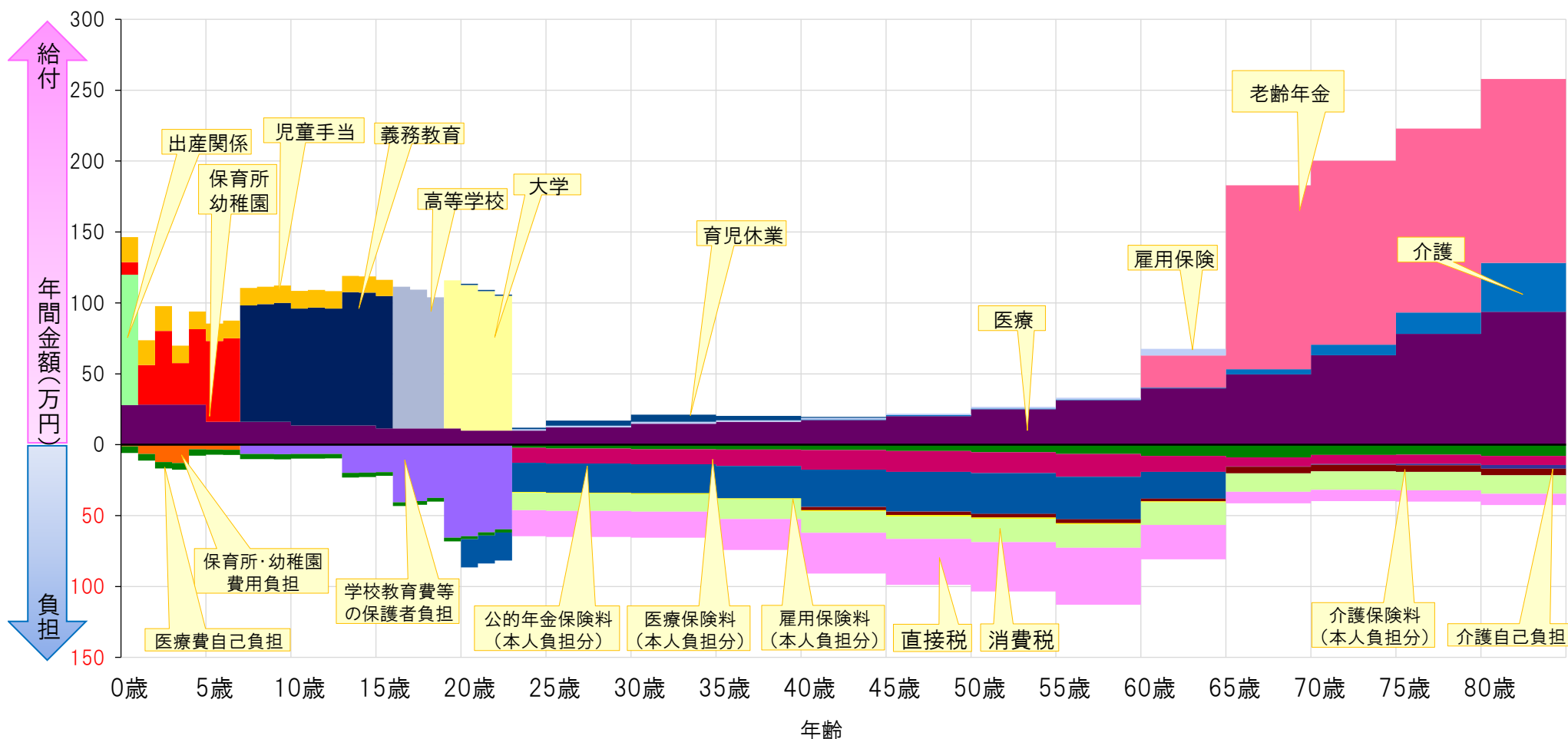
出産育児一時金

出産手当金

傷病手当金

葬祭費・埋葬料

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



(出典) 各種統計を基に、厚生労働省にて推計。

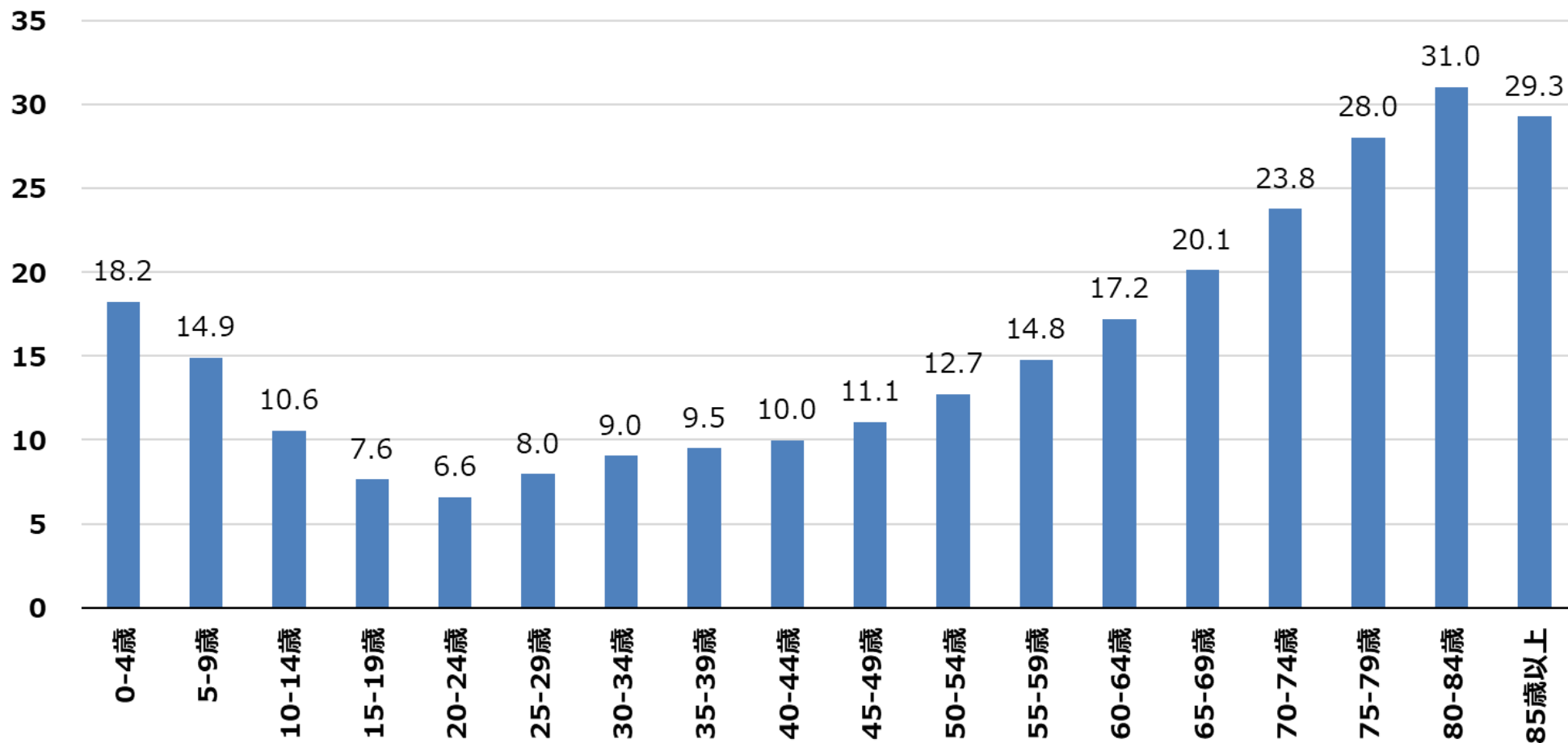
(注) 令和5年度(データがない場合は可能な限り直近)の実績をベースに1人当たりの額を計算している。

なお、こども・子育て支援については、「こども未来戦略」(令和5年12月22日閣議決定)の「加速化プラン」(令和6年度から令和8年度を集中取組期間に設定)に基づき、各種制度を拡充しているところであるが、令和5年度以降の取組については実績値がないため反映していない。また、当該取組の財源として令和8年度から徴収を開始する子ども・子育て支援金についても同様。

年齢階級別 1人当たり年間外来受診回数（医科・歯科、2023年度）

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。

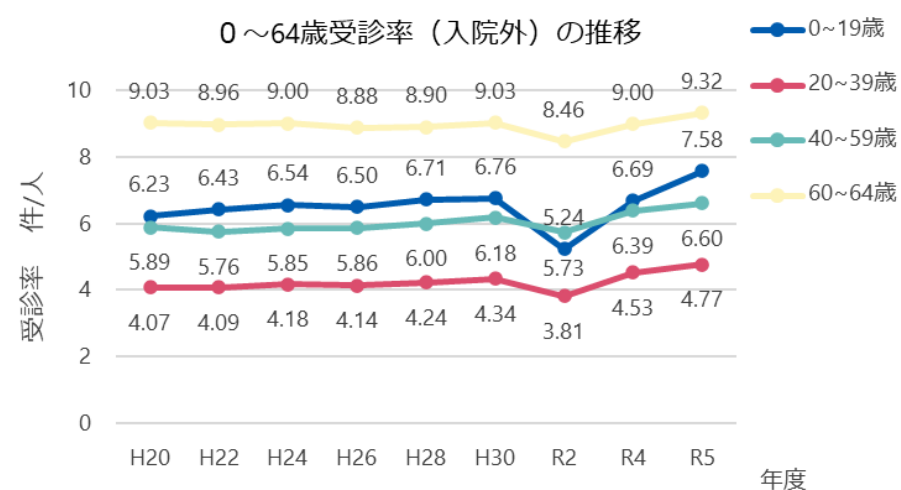
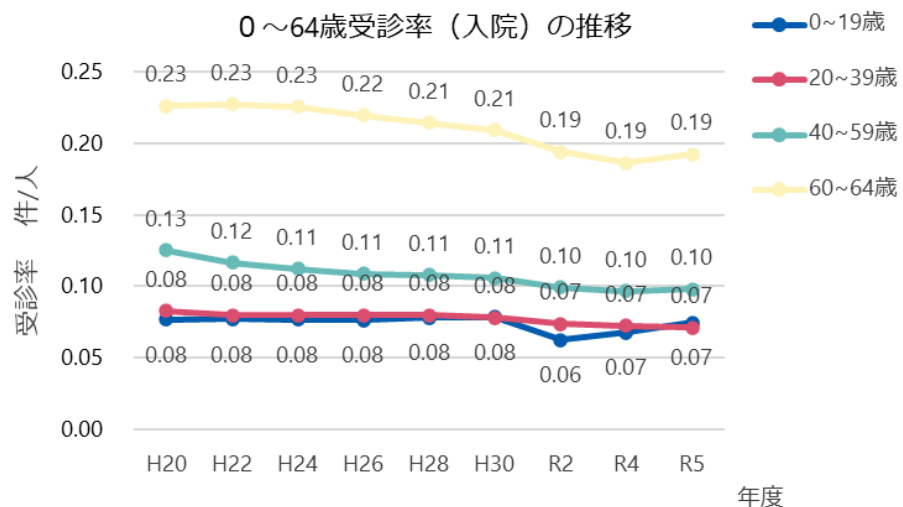
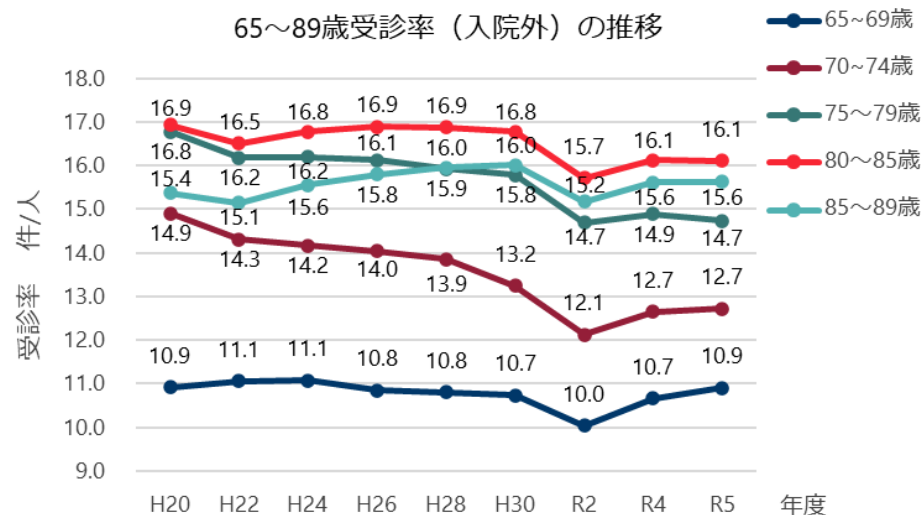
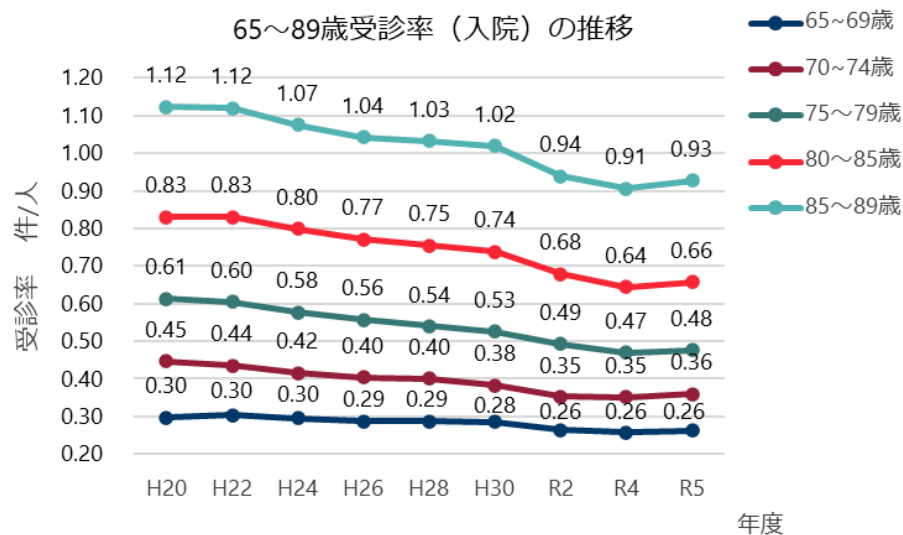
1人当たり年間
外来受診回数（回）



出典：厚生労働省 医療保険に関する基礎資料～令和5年度の医療費等の状況～

受診率の推移

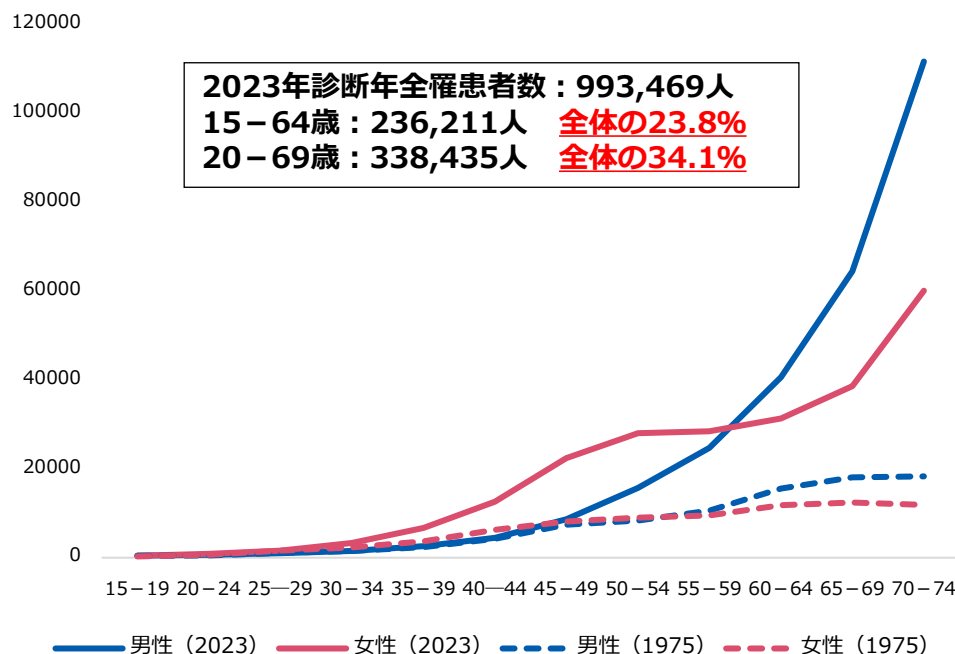
高齢者の受診率は、入院について低下傾向にある。



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

- がん患者の約3人に1人は20歳代～60歳代で罹患している。
- 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。

性別・年齢別がん罹患患者数

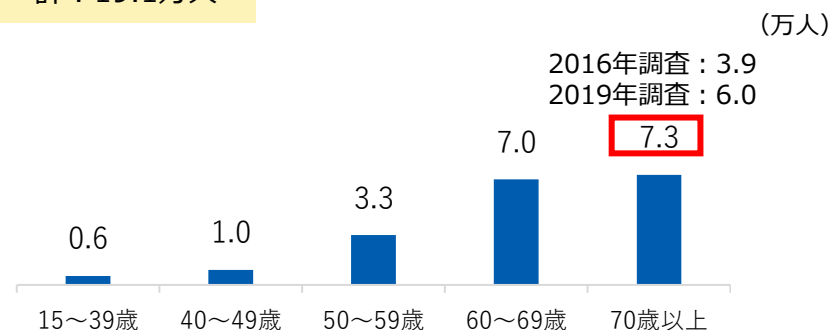


注：1) 2023年は「全国がん登録」に基づくデータ。
 2) *性別不詳があるため男女の合計が総数と一致しない。

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5年 全国がん登録 罹患数・率報告」（令和8年1月14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

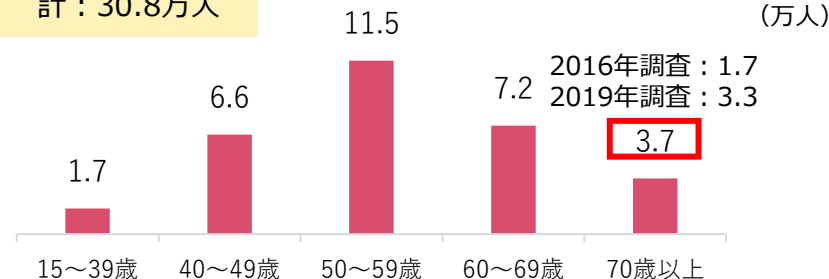
仕事を持ちながら悪性新生物で通院している者【男性】

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

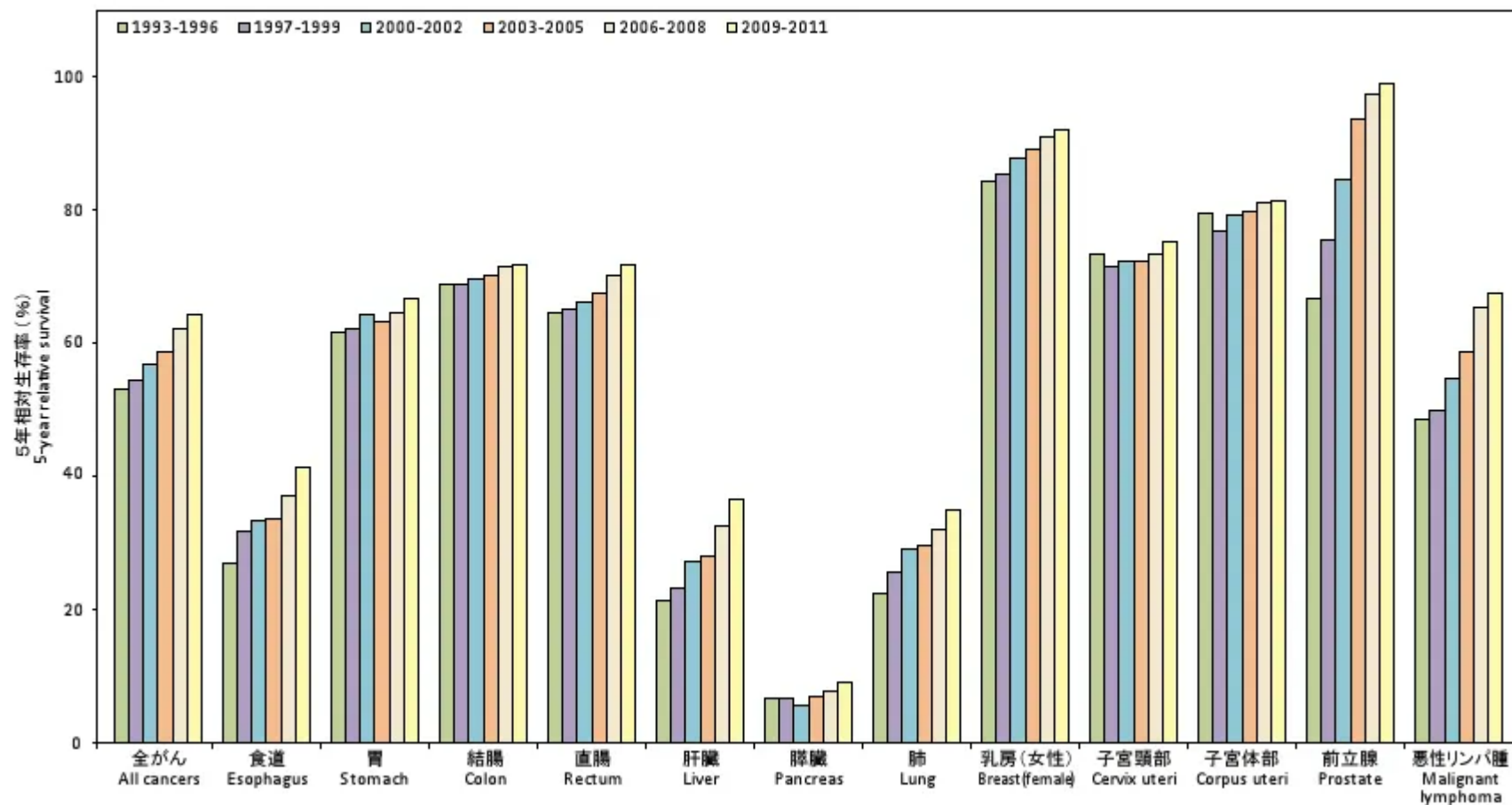


注：1) 入院者は含まない。2) 「仕事あり」とは、調査の前月に収入を伴う仕事を少しでもしたことを行い、被雇用者のほか、自営業主、家族従事者等を含む。なお、無給で自家営業の手伝いをした場合や、育児休業や介護休業のため、一時的に仕事を休んでいる場合も「仕事あり」とする。

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

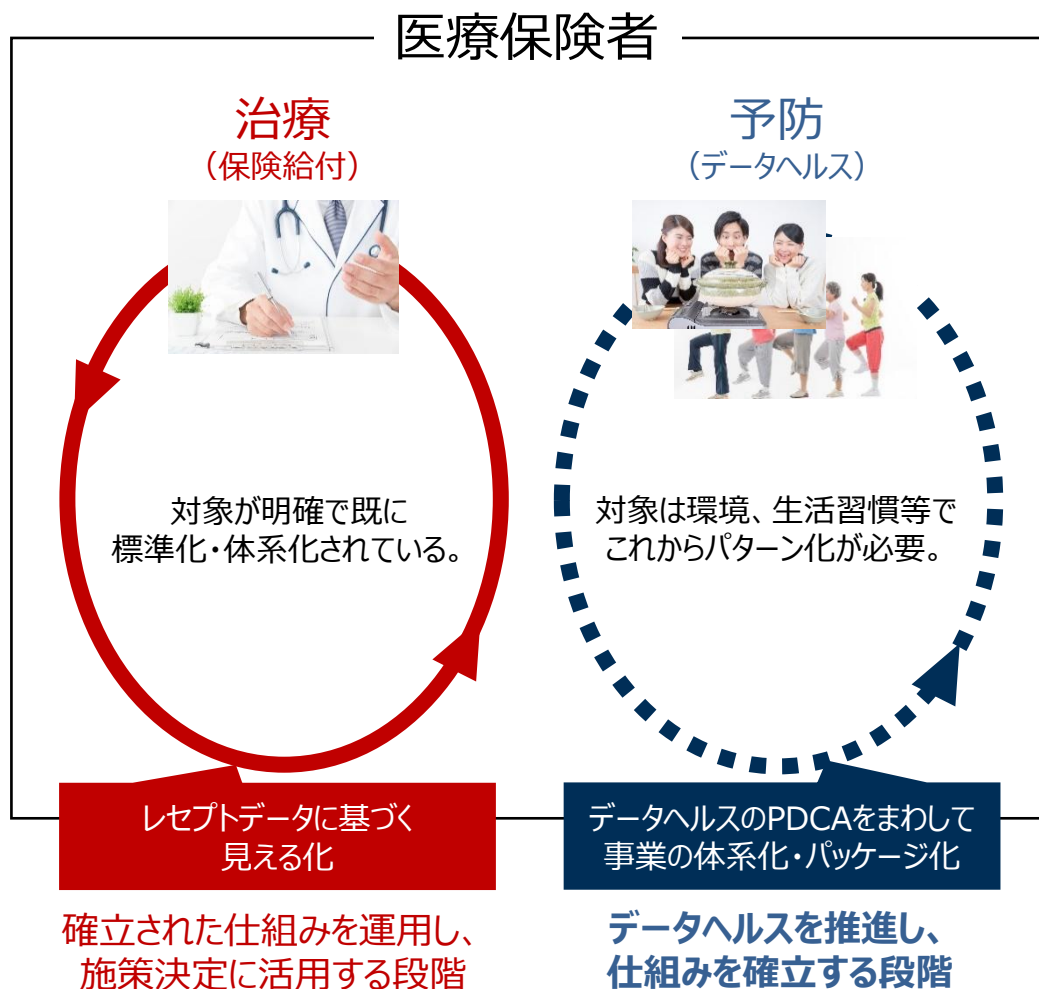
【対象者】被保険者

【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、尿検査(尿糖、尿蛋白)

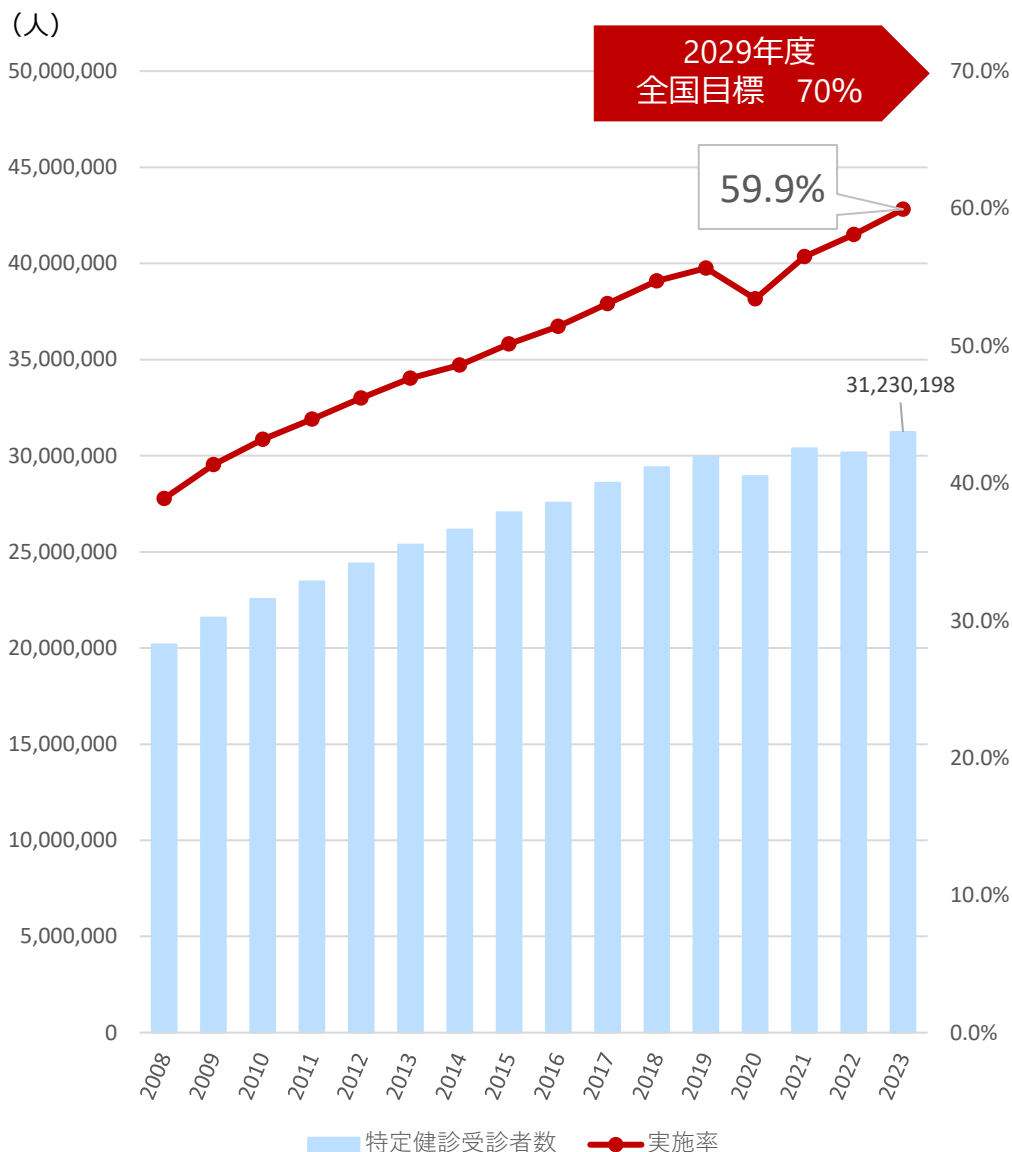
※ 血液検査の項目

- ・ 脂質検査(空腹時中性脂肪、やむを得ない場合は随時中性脂肪
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))

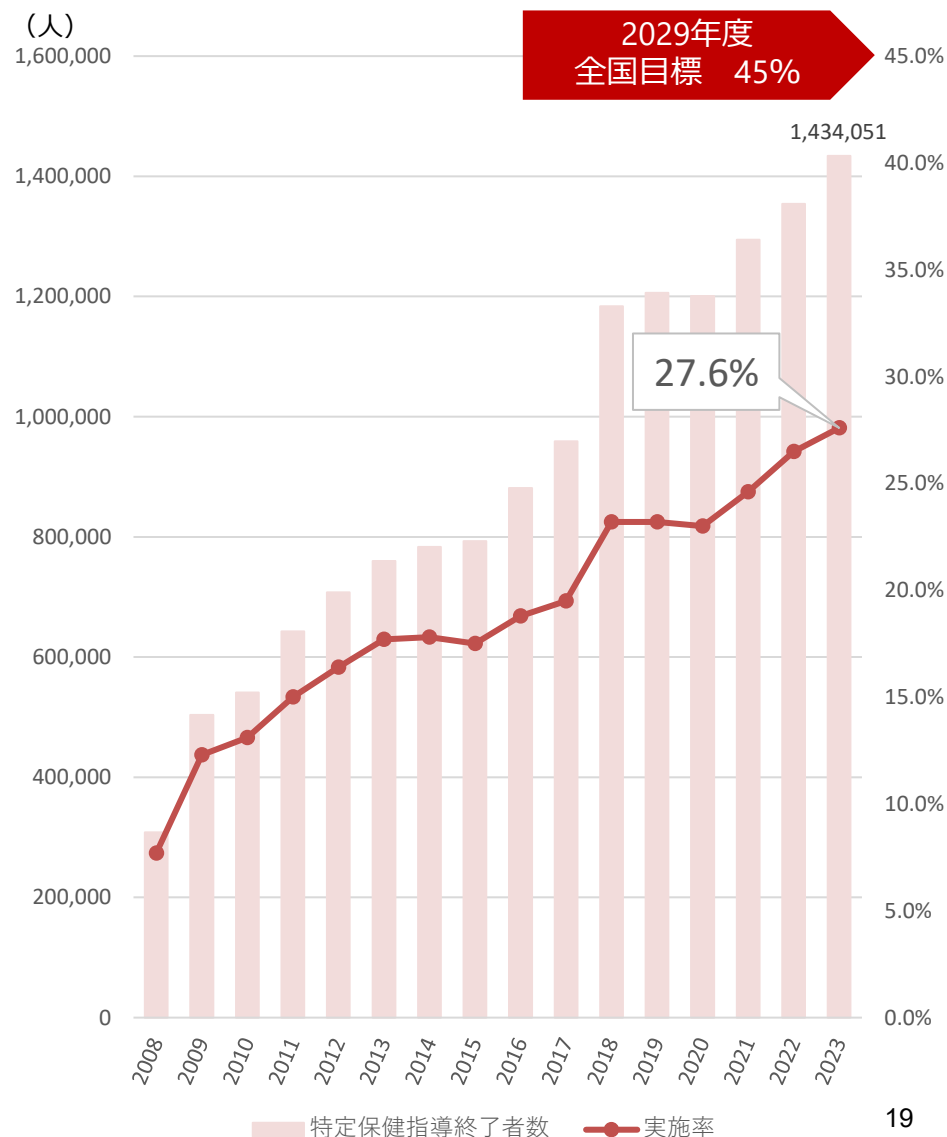
※ 上記項目の他、一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に、心電図検査等の詳細な検査を実施。

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

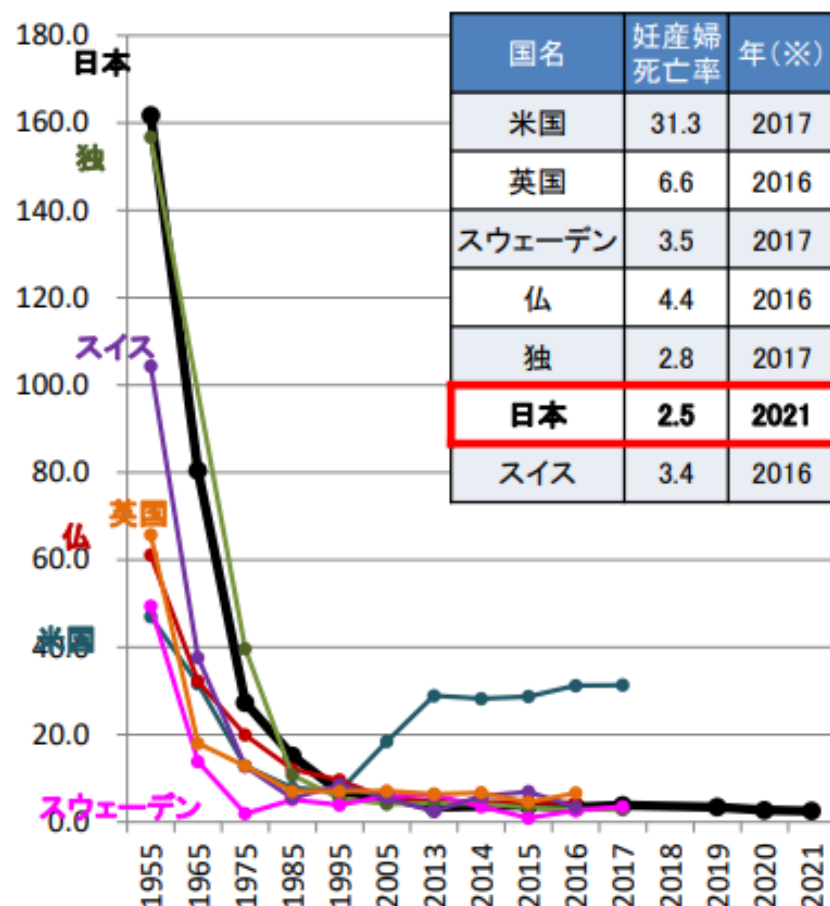
第3回こども家庭審議会成育医療等分科会

令和6年3月14日

資料3-2

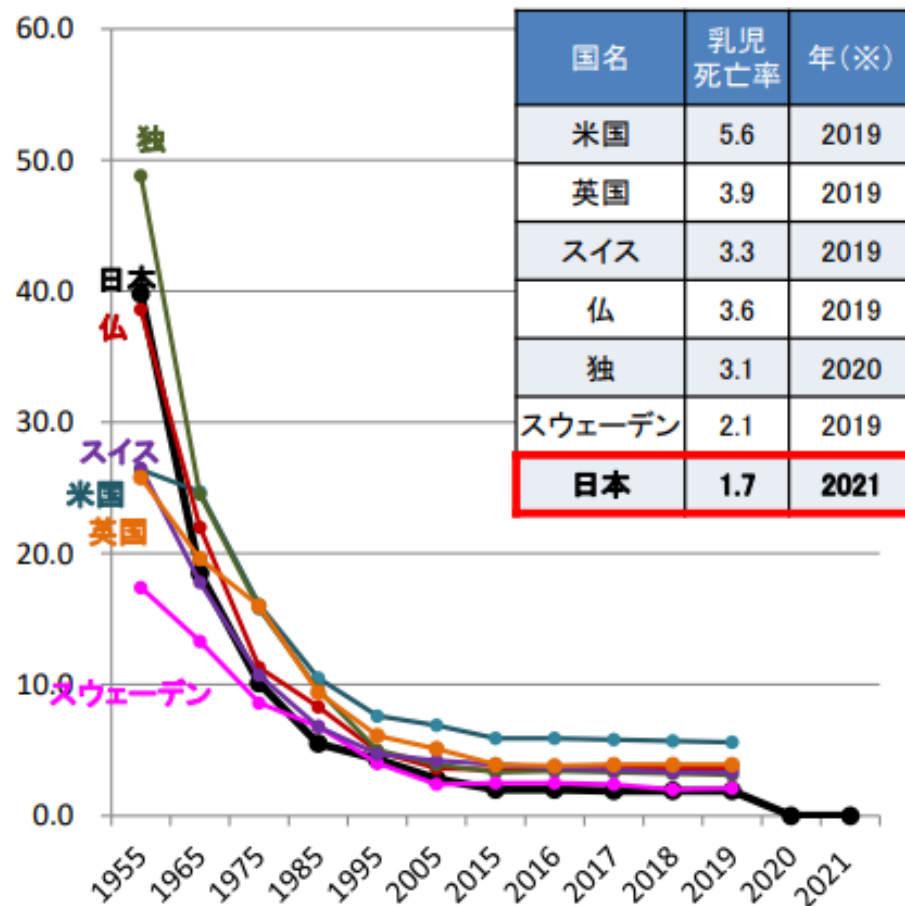
妊産婦死亡率

(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

概要

- 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定めており、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5年度）>

	支給件数（万件）	支給額（億円）
健康保険組合	24	1,191
協会けんぽ	32	1,572
共済組合	12	571
市町村国保	6	291
国保組合	2	92
計	77	3,720

※ 1 支給額は原則50万円。

※ 2 出産育児一時金に要する費用について、支給額の財源構成は保険料＋後期高齢者医療制度からの出産育児交付金（令和8年度 21
からは支給に要する費用の約7％）となっている。

出典：「医療保険に関する基礎資料」

医療分野についての国際比較（2023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）	13,818	6,412	9,301	6,848	7,364	5,619
総医療費の対GDP比（%）	16.7	11.0	11.7	11.5	11.3	10.7
人口千人当たり総病床数	2.8 ^{※3}	2.4	7.7	5.4	1.9	12.5
人口千人当たり臨床医師数	2.7 ^{※3}	3.4	4.7	3.9	4.5 ^{※3}	2.7 ^{※3}
病床百床当たり臨床医師数	98.9 ^{※3}	138.5	60.8	72.1	235.5 ^{※3}	21.0 ^{※3}
人口千人当たり臨床看護職員数	12.4 [#]	9.1	12.3	9.6 ^{#※2}	11.0	12.2 ^{※3}
病床百床当たり臨床看護職員数	438.2 ^{#※3}	374.9	159.8	171.8 ^{#※2}	577.4 ^{※3}	96.8 ^{※3}
平均在院日数	6.6 ^{※3}	8.3	9.0	9.1	5.5	26.3
平均在院日数（急性期）	6.0 ^{※3}	7.5	7.5	5.5	5.3	15.7
人口一人当たり外来診察回数	3.5 ^{※3}	5.0 ^{※1}	9.7	5.4	2.4	12.1 ^{※3}

出典：「OECD Data Explorer」（2026年2月13日閲覧）

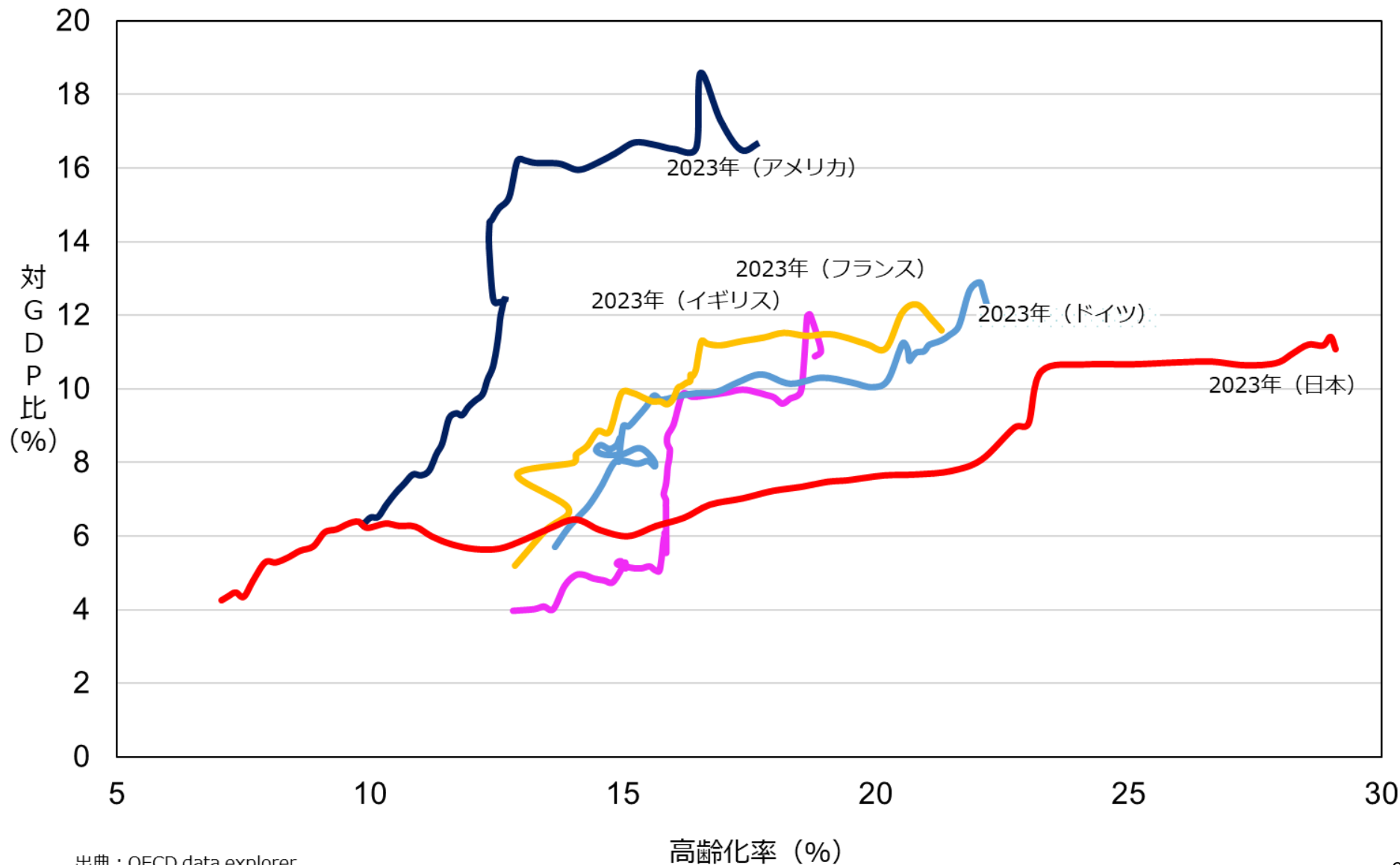
注1：「※1」は2009年、「※2」は2021年、「※3」は2022年。注2：「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3：「一人当たり医療費（米ドル）」は、購買力平価である。注4：「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5：「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(2026)	ドイツ(2024)	フランス(2024)	スウェーデン(2024)	イギリス(2024)	アメリカ(2024)
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87.4%が加入。(2022) ※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。	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)等に参加。(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	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%(2024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2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150〜400クローナ ※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(1,400クローナ)。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(130クローナ)の範囲内でランスティングが独自に設定 ※多くのレギオンでは20歳までは無料。 ・薬剤 物価基礎額の0.05倍(2,850クローナ)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(9.90ポンド) ※あらかじめ3か月(32.05ポンド)または12か月(114.5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、それを越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9.9%(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 ※NHS費用の約2割は、退職年金等の現金給付に充てられる国民保険の保険料から充当されている。	【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障税(※)を10年以上納付する必要あり) ※給与の2.9%(労使折半) ・外来(パートB) \$164.9〜560.5/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(2024年の公費による補助額は145億ユーロ)	一般社会拠出金(CSG):23.2% 目的税(タバコ、酒等):30.9% 国庫からの移転等:3.0% ※保険料収入は全体の36.4%(2023年度)	レギオンの税收(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を国が負担(メディケア)

【出典】厚生労働省大臣官房国際課「2024年 海外情勢報告」
医療経済研究機構「スウェーデンの医療保障制度に関する調査報告書(平成31年3月)」、医療経済研究機構「ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2024年度版」
医療経済研究機構「フランス医療保障制度に関する調査研究報告書 2024年度版」、医療経済研究機構「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2023年度版」
医療経済研究機構「アメリカ医療保障制度に関する調査研究報告書 2023年度版」

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5年度）

医療費 45.0兆円	医療給付費 38.4兆円 (実効給付率 85.4%)		自己負担額 6.6兆円 (14.6%)
	公費 14.4兆円 (32.0%)	保険料 24.0兆円 (53.4%)	

※ 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

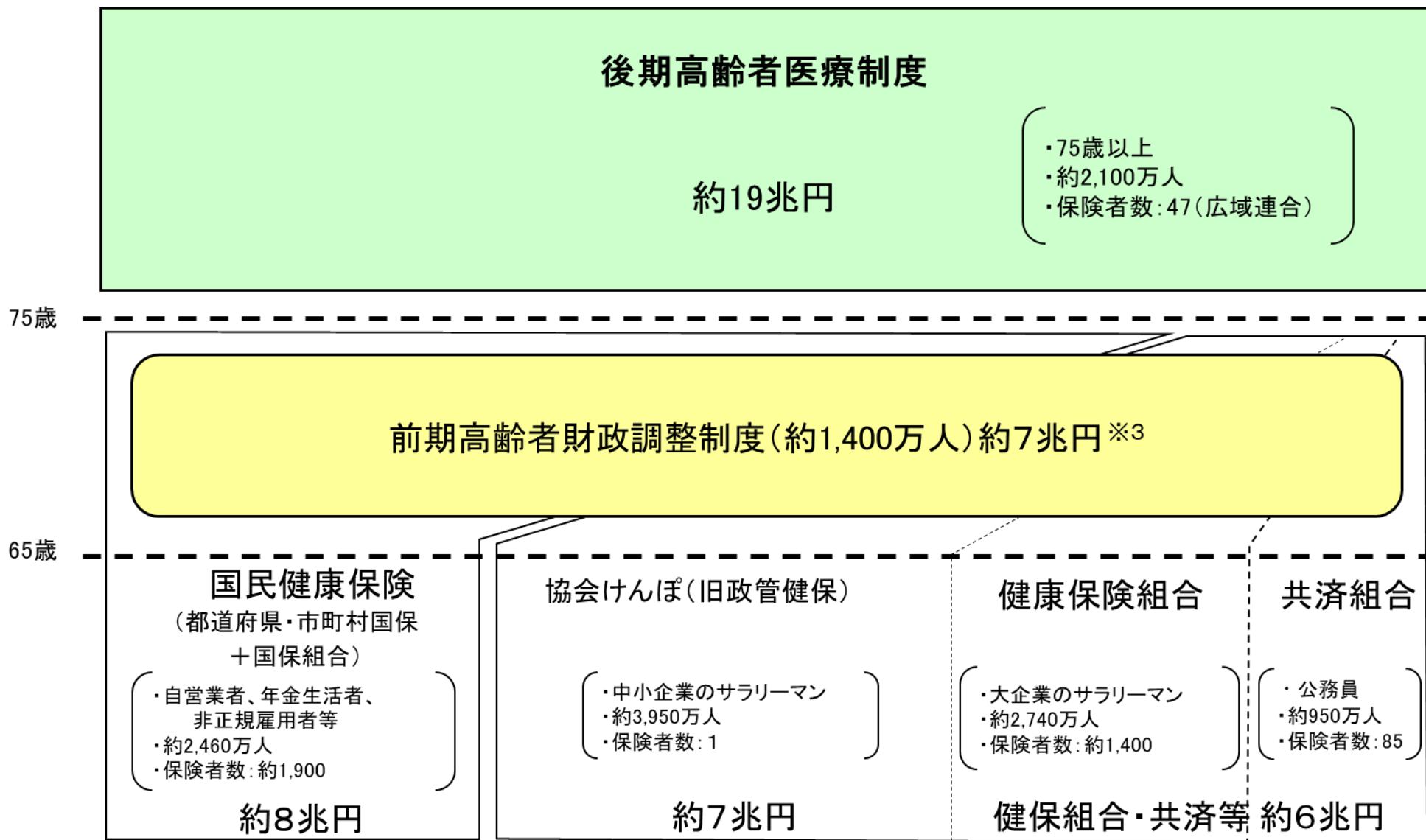
- 社会保険制度のメリットとして、①サービスの受け手の権利性②負担への納得③所得の多寡に関わらない普遍性が挙げられる。

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



※1 加入者数・保険者数、金額(給付費)は、令和8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1,400万人)の内訳は、国保約940万人、協会けんぽ約330万人、健保組合約100万人、共済組合約40万人。

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6年3月末)	1,716	1	1,380	85	47
加入者数 (令和6年3月末)	2,309万人 (1,590万世帯)	3,954万人 〔被保険者2,521万人 被扶養者1,433万人〕	2,803万人 〔被保険者1,668万人 被扶養者1,135万人〕	979万人 〔被保険者576万人 被扶養者402万人〕	1,978万人
加入者平均年齢 (令和5年度9月末)	54.0歳	38.9歳	36.1歳	35.3歳	82.7歳
65～74歳の割合 (令和5年度)	43.8%	8.2%	3.6%	3.5%	1.3%(※1)
加入者一人当たり 医療費(令和5年度)	41.7万円	21.0万円	19.3万円	20.0万円	96.4万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和5年度)	99万円 〔一世帯当たり 145万円〕	182万円 〔一世帯当たり(※3) 286万円〕	253万円 〔一世帯当たり(※3) 425万円〕	244万円 〔一世帯当たり(※3) 413万円〕	94万円
加入者一人当たり 平均保険料 (令和5年度)(※4) 〈事業主負担込〉	9.3万円 〔一世帯当たり 13.6万円〕	13.0万円〈26.0万円〉 〔被保険者一人当たり 20.5万円〈40.9万円〉〕	14.4万円〈31.4万円〉 〔被保険者一人当たり 24.1万円〈52.8万円〉〕	14.8万円〈29.5万円〉 〔被保険者一人当たり 25.0万円〈50.0万円〉〕	7.9万円
保険料負担率	9.3%	7.2%	5.7%	6.1%	8.4%
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8年度予算ベース)	4兆667億円 (国2兆9,154億円)	1兆1,737億円 (全額国費)	1,453億円 (全額国費)		9兆8,628億円 (国6兆2,436億円)

(※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である。(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5年度税制に基づき算出)。

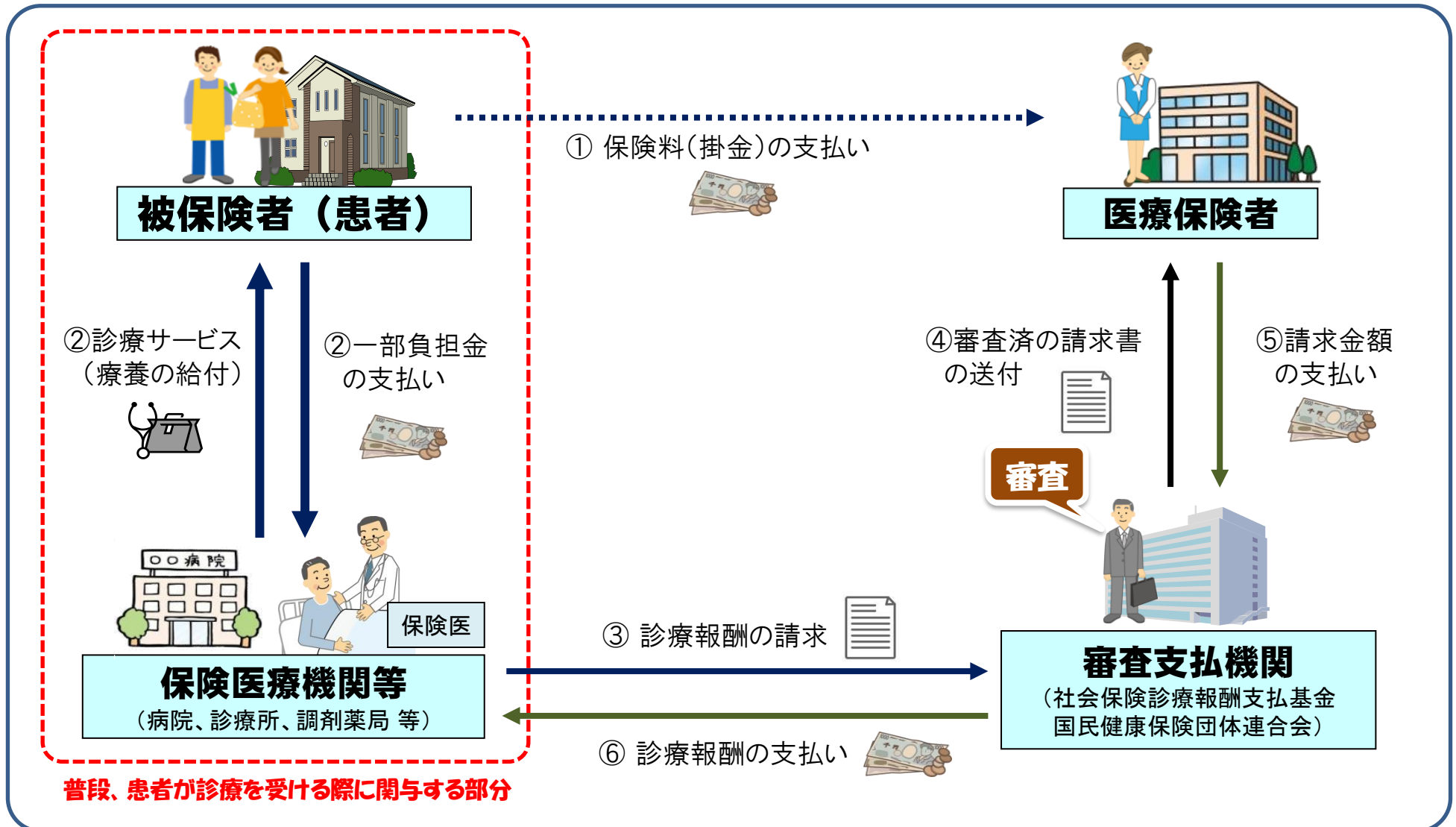
(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※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。

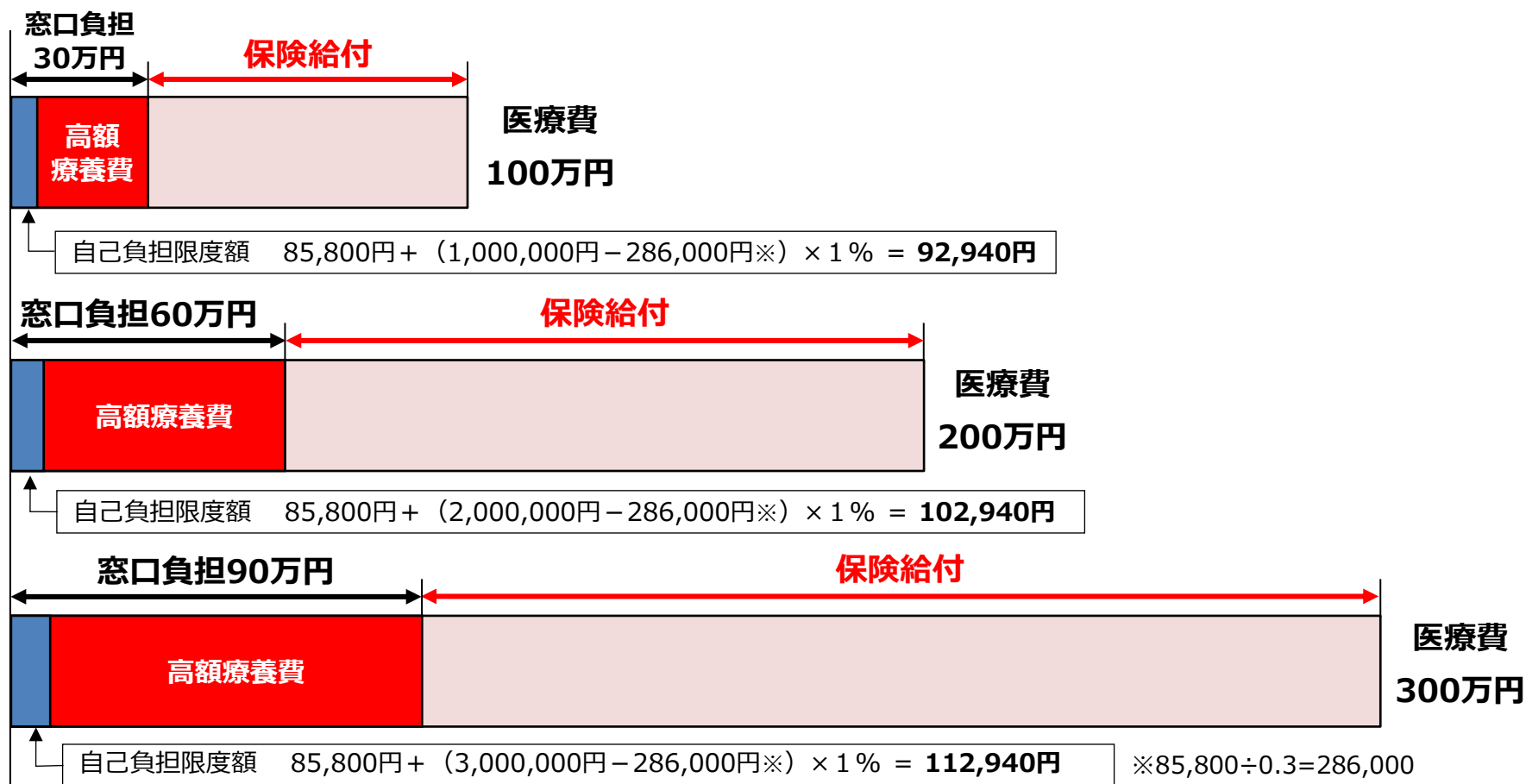
- ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割、現役並み所得者以外の一定所得以上の者は2割）。
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割（現役並み所得者は3割。）。
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。

	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にならないよう、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510万円の場合（3割負担）



70歳以上の所得区分ごとの窓口負担割合・高額療養費 (令和8年8月～令和9年7月)

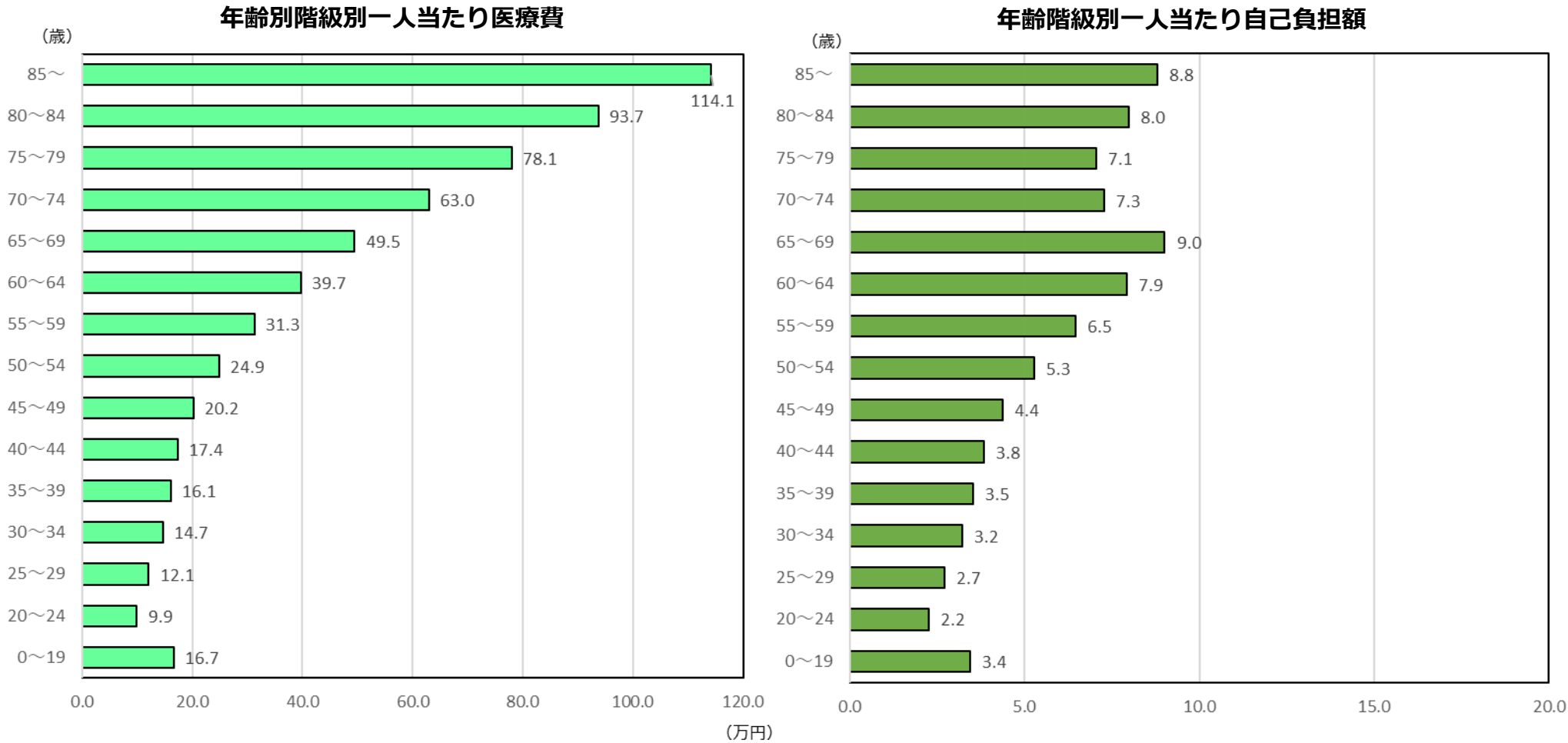
所得区分	窓口負担割合		高額療養費制度における自己負担限度額			(参考) 各区分の人数・割合	
	70～74歳	75歳～	外来特例 (月額・個人ごと)	月額上限(世帯ごと)	年間上限 (世帯ごと)	70～74歳	75歳～
現役並み 単身：年収約383万円～ 複数：年収約520万円～	3割	3割	—	収入に応じて 85,800～270,300円+ (医療費－286,000～901,000円)× 1% <多数回該当：44,400～140,100円>	収入に応じて 530,000～ 1,680,000円	約90万人 (約11%)	約140万人 (約7%)
一般Ⅱ 単身：年収約200万円～ 約383万円 複数：年収約320万円～ 約520万円	2割	2割	22,000円 (年21.6万円)	61,500円 <多数回該当：44,400円>	530,000円	約490万人 (約60%)	約390万人 (約20%)
一般Ⅰ 単身：年収～約200万円 複数：年収～約320万円		1割					約600万人 (約31%)
低所得Ⅱ 世帯全員が住民税非課税 (年収約80万円～)	2割	1割	11,000円 (年9.6万)	25,700円 <多数回該当：24,600円>	290,000円	約180万人 (約21%)	約510万人 (約26%)
低所得Ⅰ 世帯全員が住民税非課税 (年収～約80万円)	2割	1割	8,000円	15,700円	180,000円	約60万人 (約8%)	約310万人 (約16%)

(出典) 各区分の人数・割合は「医療保険に関する基礎資料」(令和5年度)により作成。

※ 障害認定により後期高齢者医療制度の被保険者となった方は「75歳～」に計上し、「70～74歳」には含まない。 ※ 70～74歳は一般Ⅱと一般Ⅰの区別は無い。

年齢階級別一人当たり医療費と自己負担額（令和5年度）

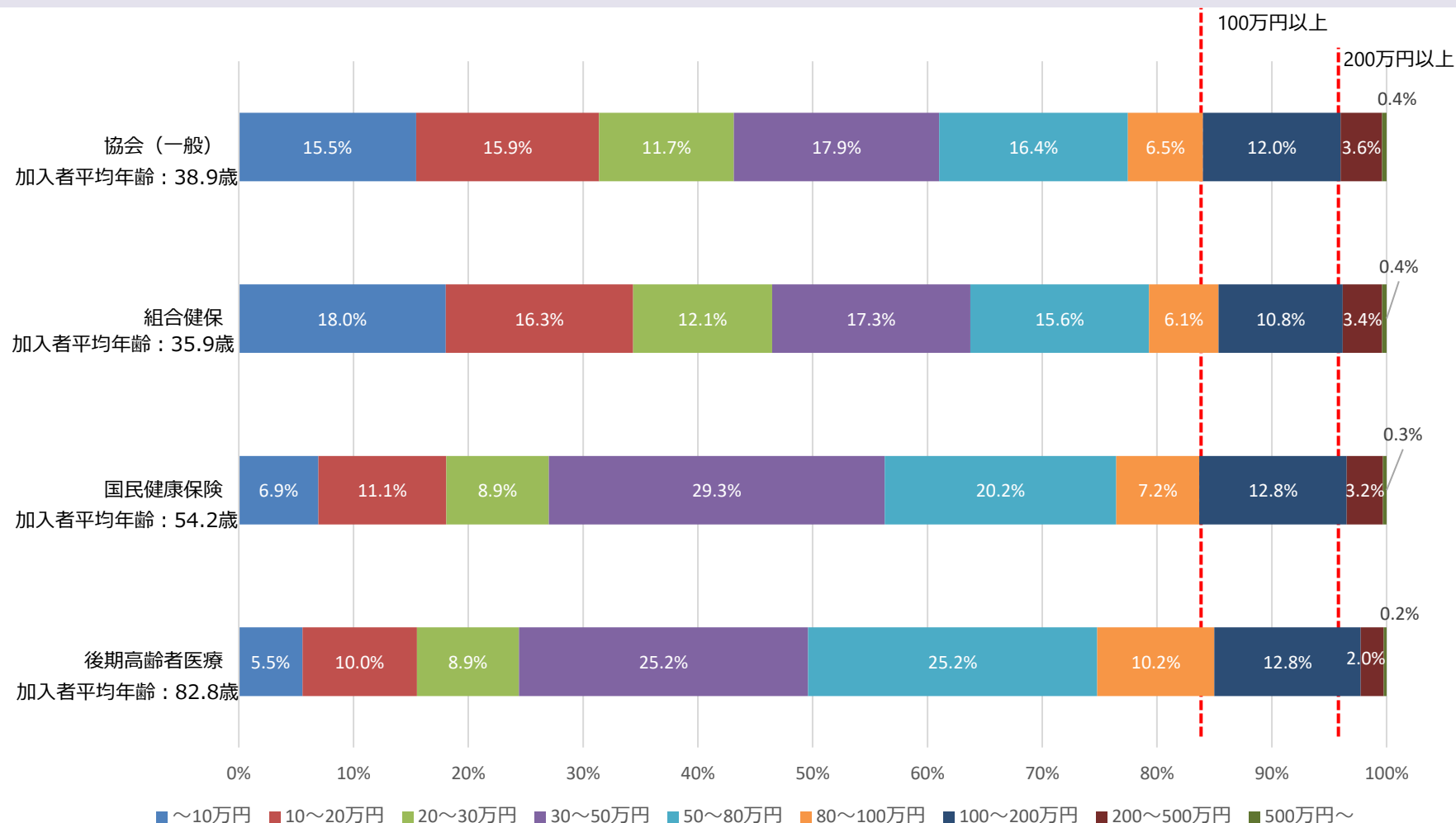
- 高齢になるにつれて一人当たり医療費は高くなるが、一人当たり自己負担額のピークは60代後半。
- 70代以降は、医療費は高額になるにもかかわらず、一人当たり自己負担額は低く抑えられている。



出典：厚生労働省 医療保険に関する基礎資料～令和5年度の医療費等の状況～

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。

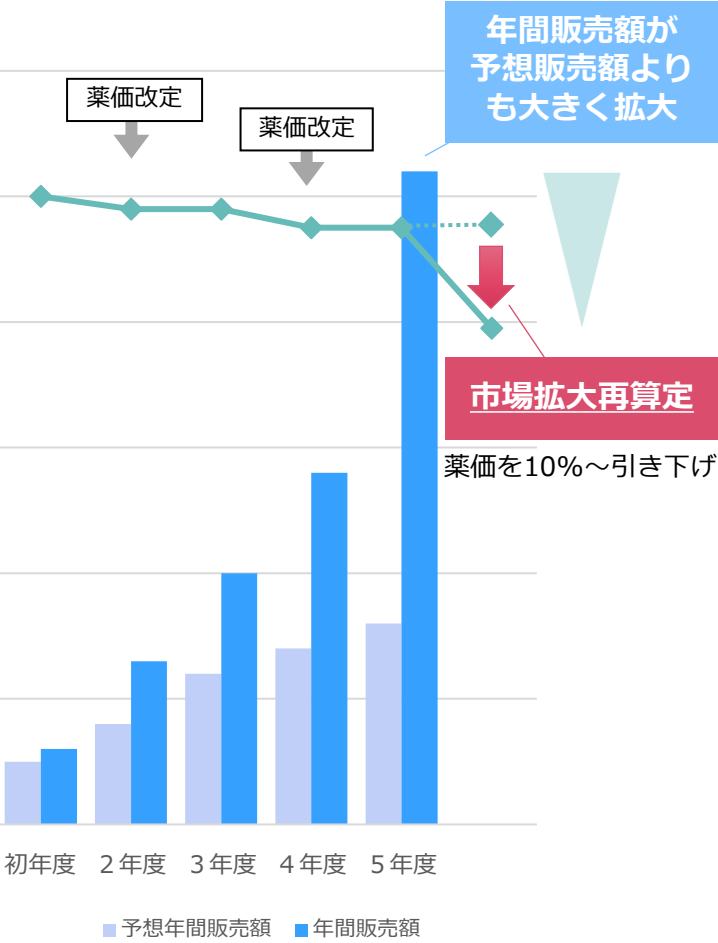
高額薬剤の保険収載

○薬価上位5品目（令和8年5月20日時点）

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
エレビジス点滴静注	304,972,042円 (304,972,042円)	2026/02/20	113億円
ゾルゲンスマ点滴静注	167,077,222円 (167,077,222円)	2020/05/20	42億円
ゾルゲンスマ髄注	167,077,222円 (167,077,222円)	2026/05/20	43億円
アクーゴ脳内移植用注	72,716,528円 (72,716,528円)	2026/05/20	28億円
アムシェプリ	55,306,737円 (55,306,737円)	2026/05/20	74億円

市場拡大再算定

【市場拡大再算定のイメージ】：年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等に、薬価を引下げ



市場拡大再算定			年間販売額	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
市場 拡大 再 算 定	薬価改定時の再算定		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 ・ 収載時に2年度目の販売予想額が 100億円※ ¹ 又は150億円※ ² 以上とさ れた品目 ・ 収載時に年間販売額が1,500億円 を超えると見込まれた品目及びそ の薬理作用類似薬	350億円超	2 倍以上	10～25%	10～15%
			100億円超	10倍以上	10～25%	－
		市場拡大再算定又は持続可能性特例 価格調整対象品目の薬理作用類似薬	150億円超	2 倍以上	10～25%	10～15%
			150億円超	2 倍以上	10～25%	10～15%
持 続 可 能 性 特 例 価 格 調 整	薬価改定時の再算定		1000億円超～ 1500億円以下	1.5倍以上	10～25%	
			1500億円超	1.3倍以上	10～50%※ ³	
	四 半 期 再 算 定	・ 効能追加等がなされた品目、 ・ 収載時に2年度目の販売予想額が 100億円※ ¹ 又は150億円※ ² 以上とさ れた品目 ・ 収載時に年間販売額が1,500億円 を超えると見込まれた品目及びそ の薬理作用類似薬※ ³ ・ 市場拡大再算定又は持続可能性特 例価格調整対象品目の薬理作用類 似薬	1000億円超～ 1500億円以下	1.5倍以上	10～25%	
			1500億円超	1.3倍以上	10～50%※ ³	

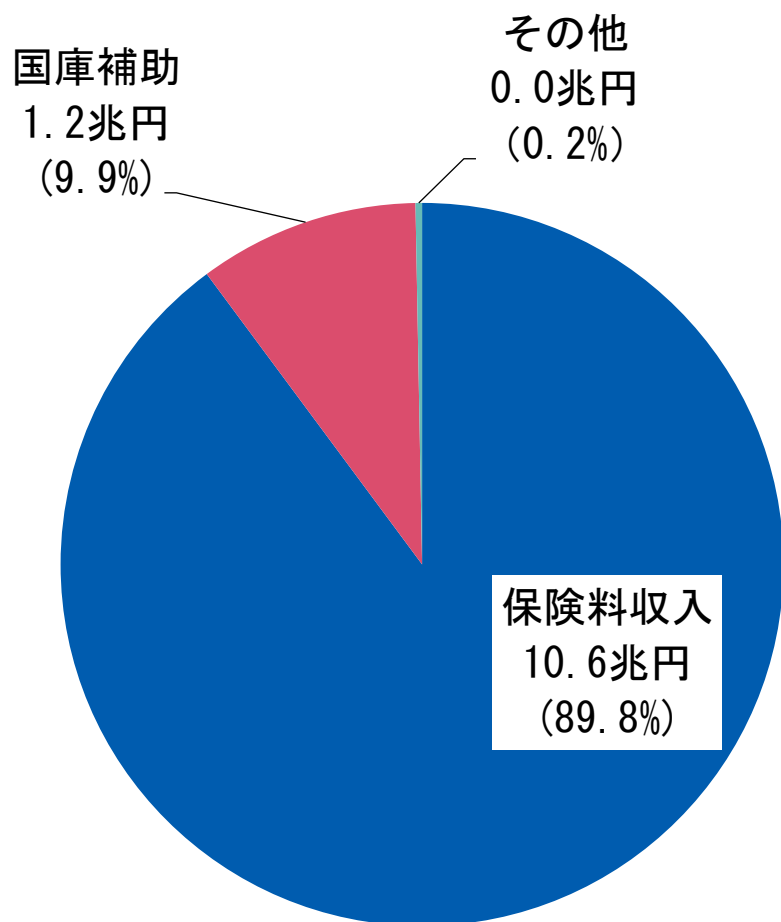
※1 原価計算方式により算定された品目 ※2 原価計算方式以外の方式により算定された品目

※3 年間販売額が予測販売額から10 倍以上かつ 3,000 億円超に急拡大した場合に限り、上限値は66.7% 38

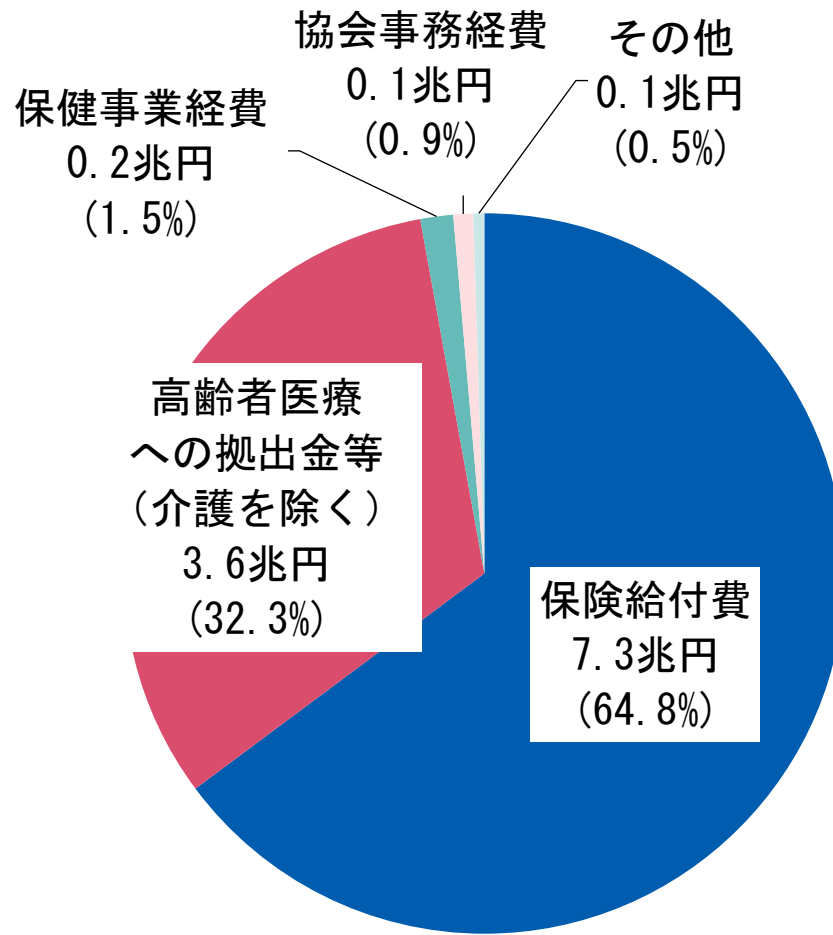
協会けんぽの財政構造（令和6年度決算）

協会けんぽ全体の収入は約11.9兆円、支出は約11.2兆円であり、支出のうち約7.3兆円（約6.5割）が保険給付費に、約3.6兆円（約3割）が高齢者医療への拠出金に充てられている。

収 入 11兆8,525億円



支出 11兆1,939億円

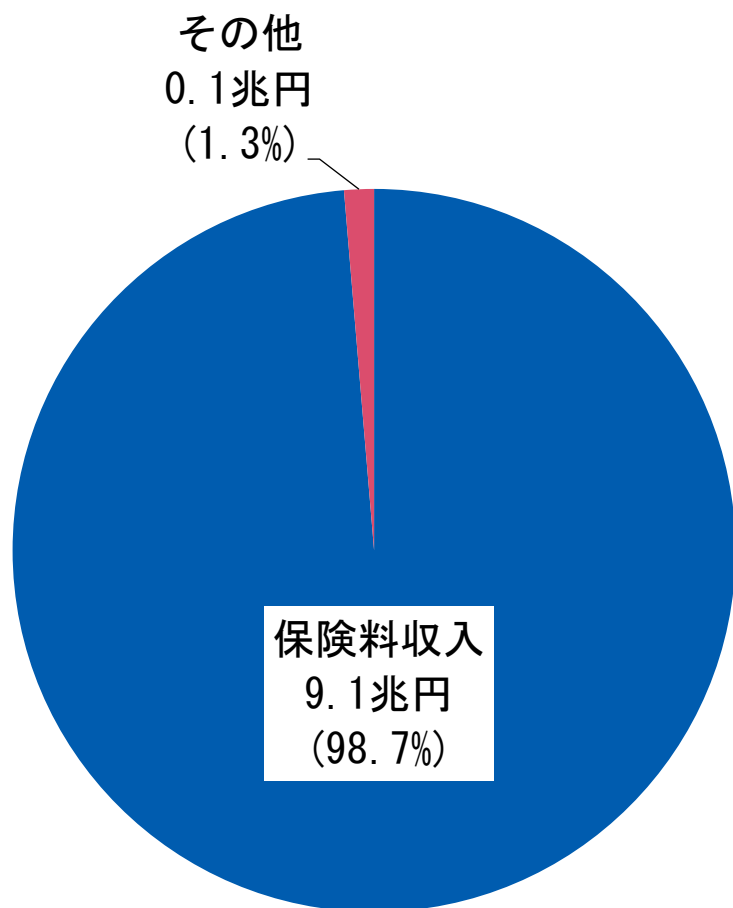


（注）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

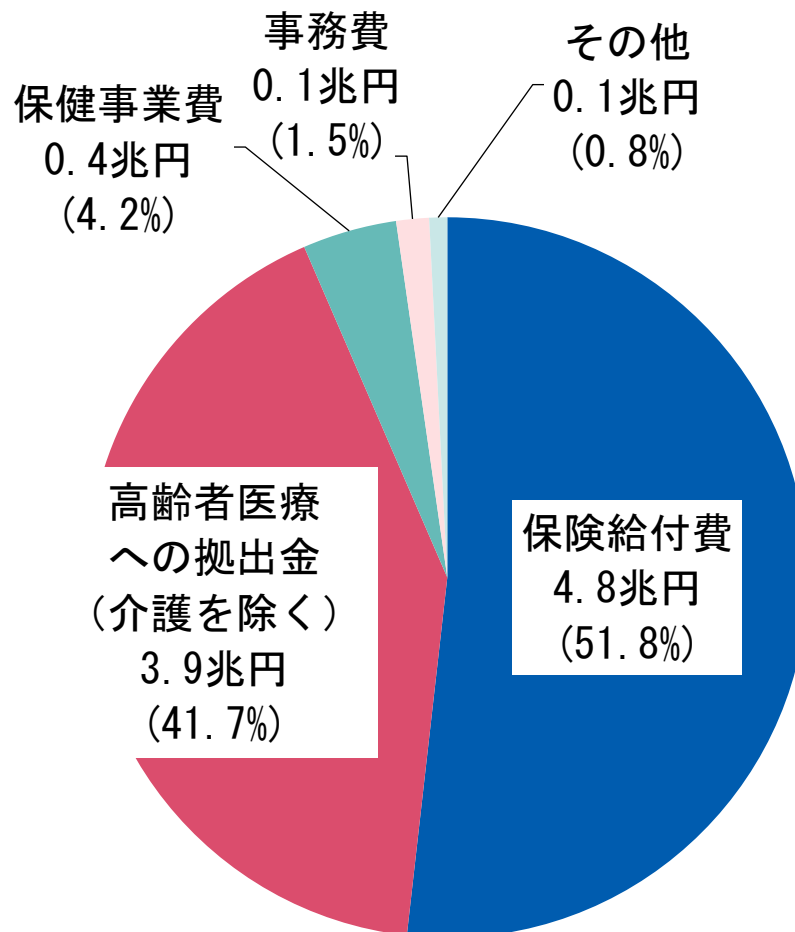
健康保険組合の財政構造（令和6年度決算見込）

健保組合の経常収入は約9.3兆円、経常支出は約9.3兆円であり、支出のうち約4.8兆円（約5割）が保険給付費に、約3.9兆円（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 9兆2,677億円



経常支出 9兆2,531億円



（注）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

国民健康保険制度の財政の概要（令和9年度概算要求ベース）

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：3,700億円、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：2,900億円、国庫補助額：1,400億円
（国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4）

医療給付費等総額：約101,700億円

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

（22,200億円）

法定外一般会計繰入

約1,200億円 ※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

7,600億円

定率国庫負担

（32%）※1

20,600億円

都道府県繰入金

（9%）※1

5,800億円

前期高齢者交付金

33,500億円

※3

○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：4,600億円
（都道府県 3/4、市町村 1/4）

公費負担額

45,000億円

国 計 ： 32,100億円

都道府県計： 11,000億円

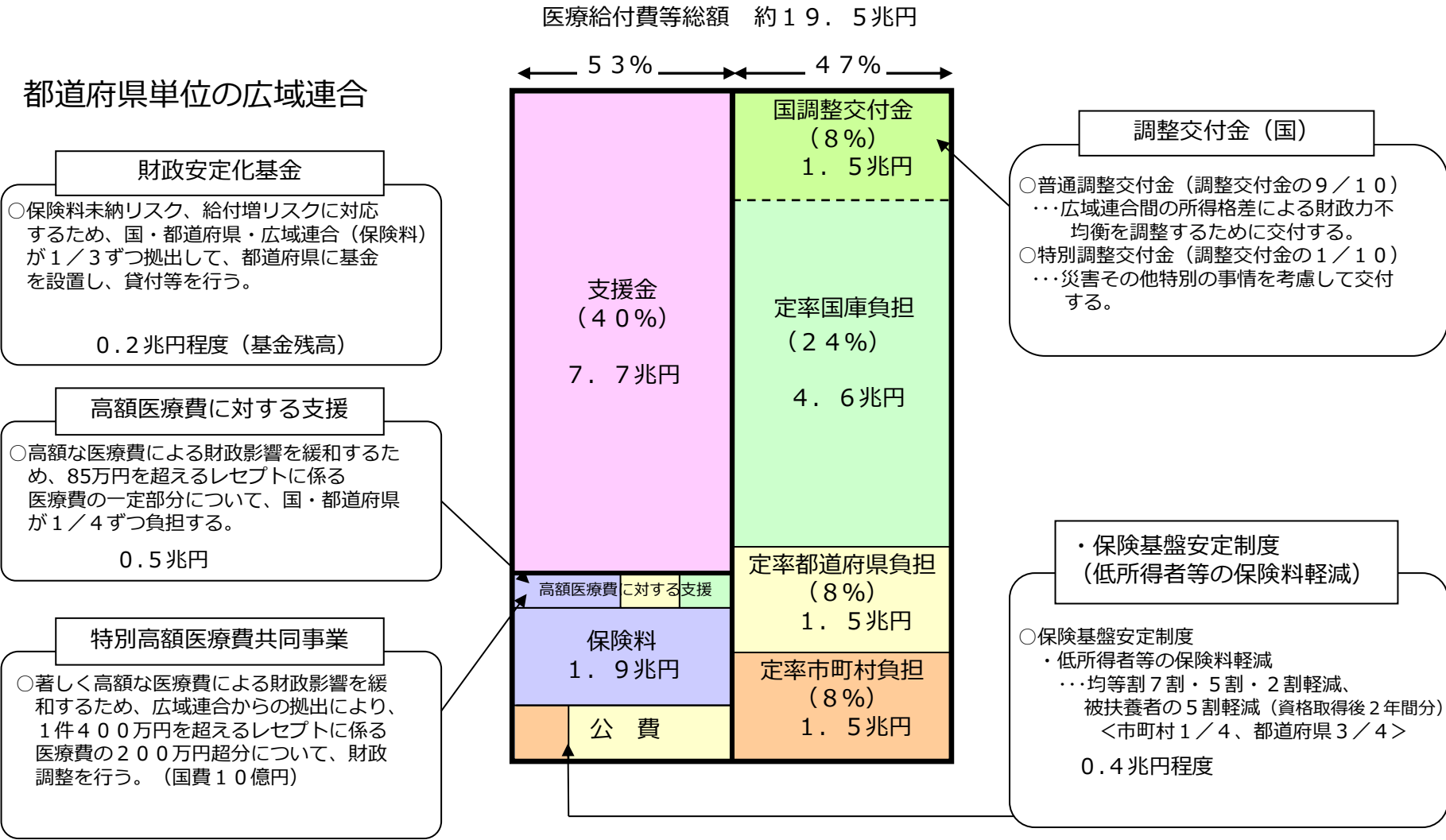
市町村計 ： 1,900億円 41

※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5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

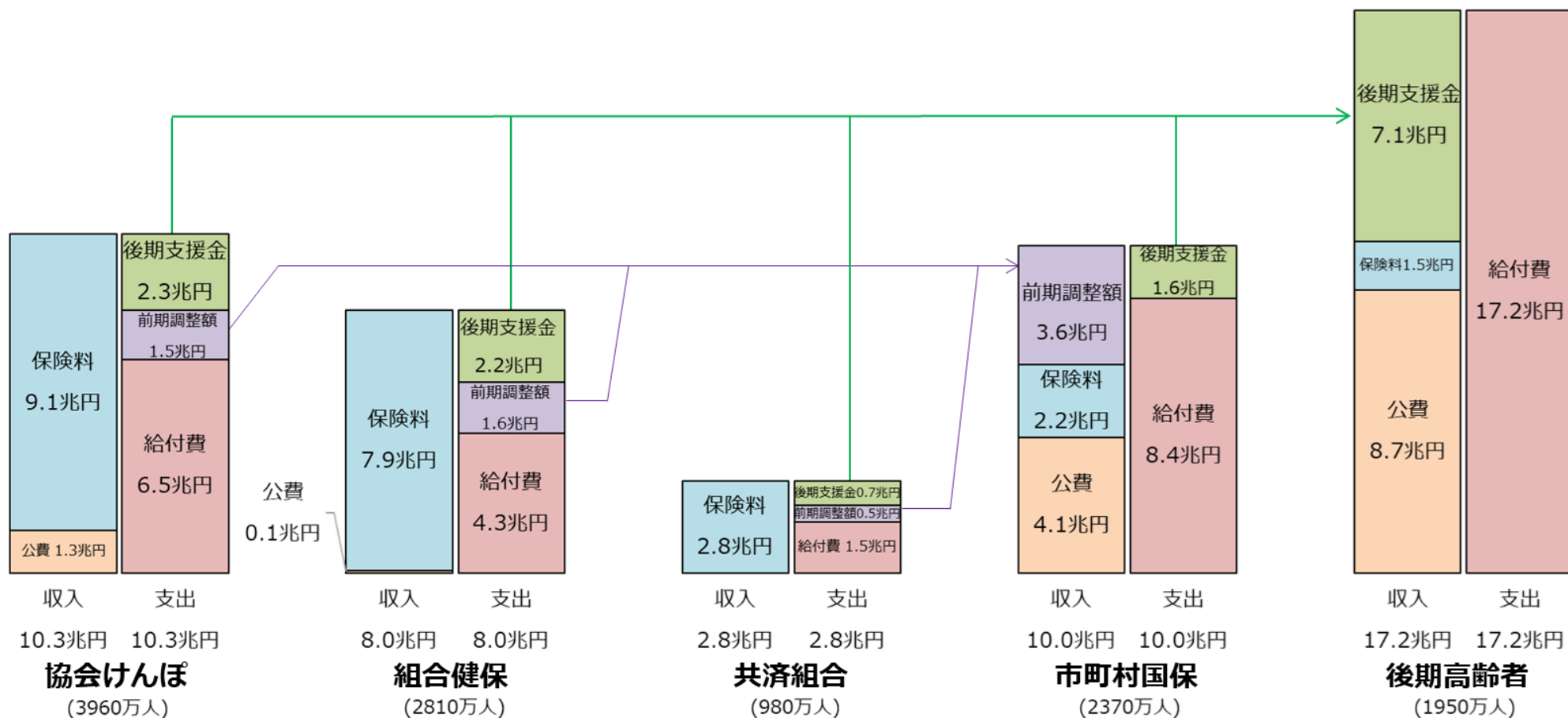
後期高齢者医療制度の財政の概要（令和 8 年度予算ベース）



※ 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5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。

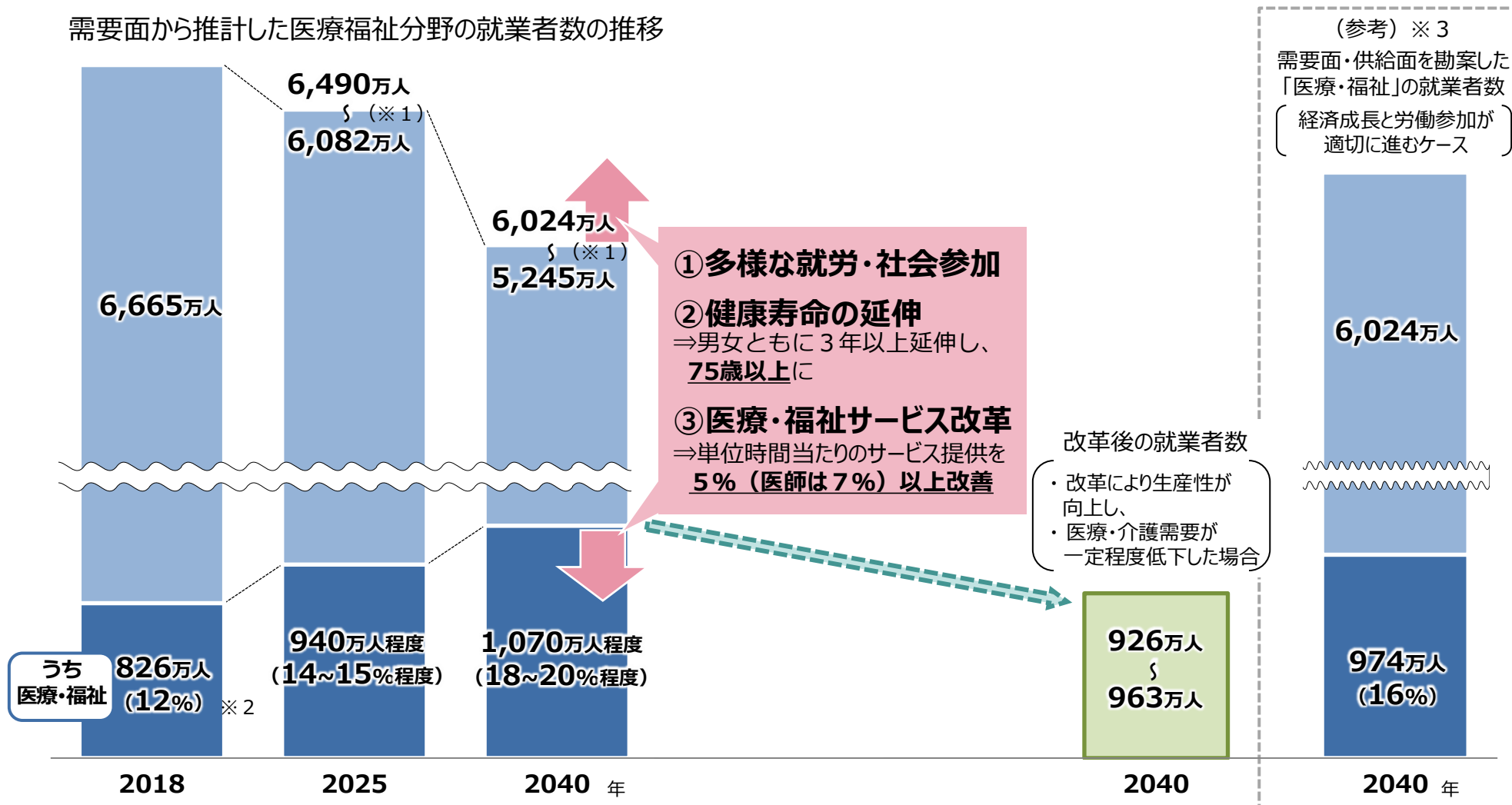
注3 括弧内の人数は、当該制度の加入者数（年度平均）を示している。

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。

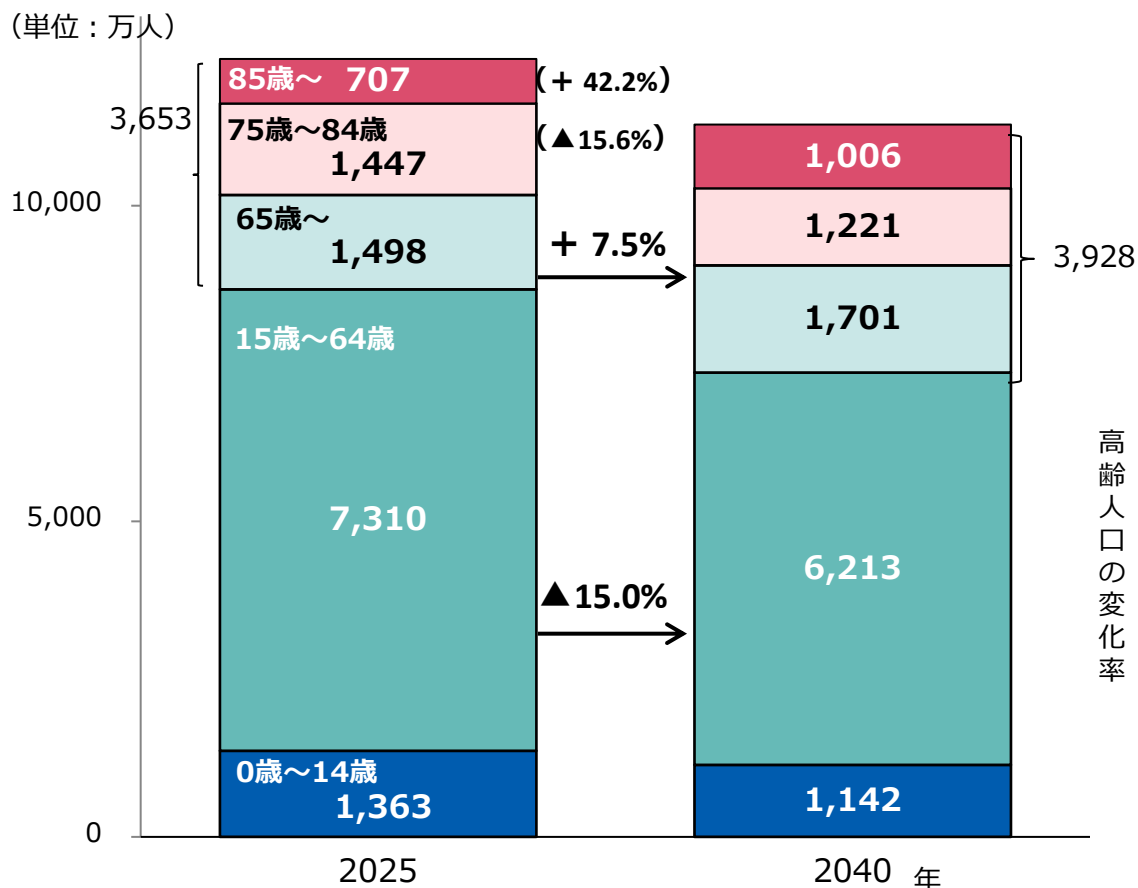
※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※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

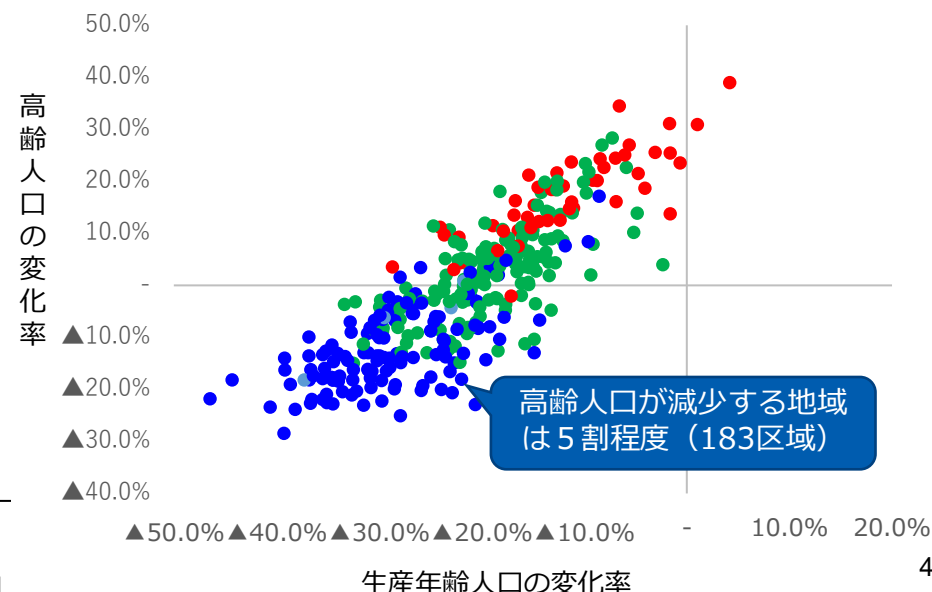
<人口構造の変化>



<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10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外



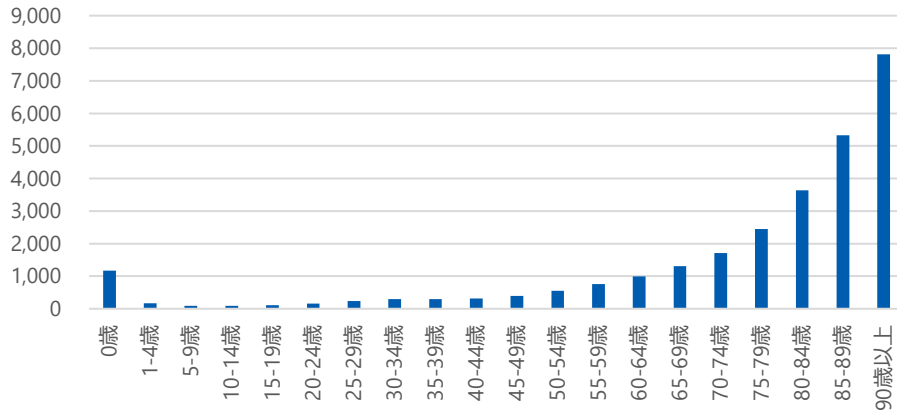
医療保険制度が直面する環境変化

-医療需要の変化-

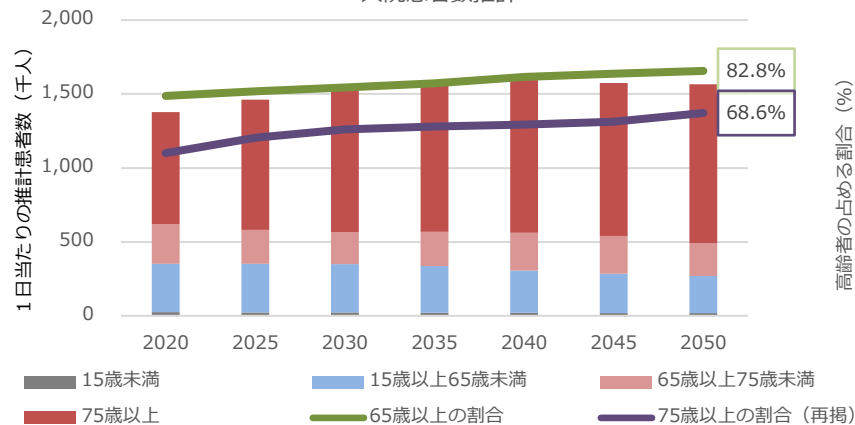
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 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。

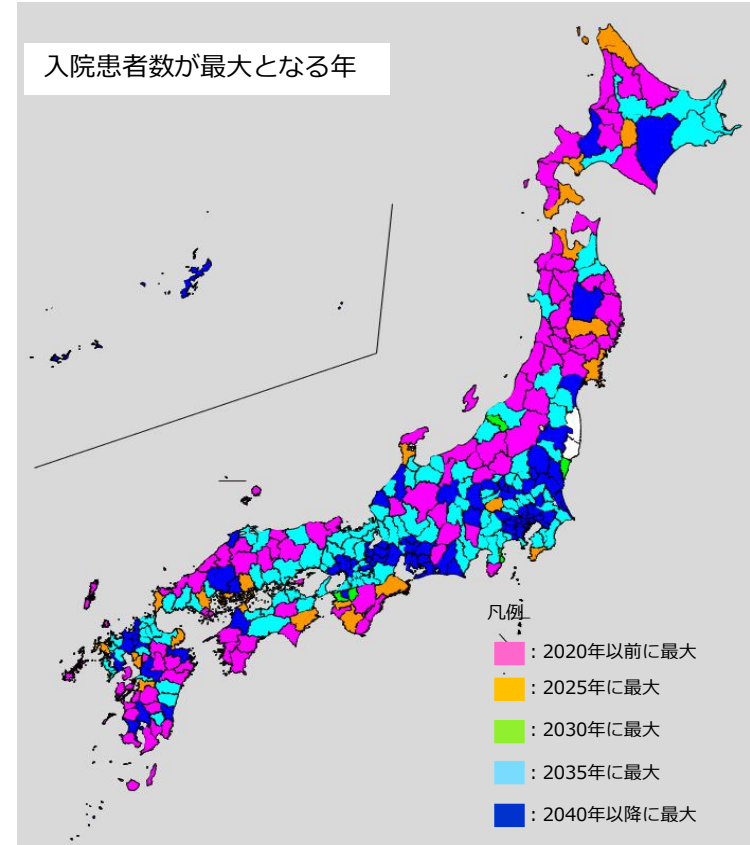
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



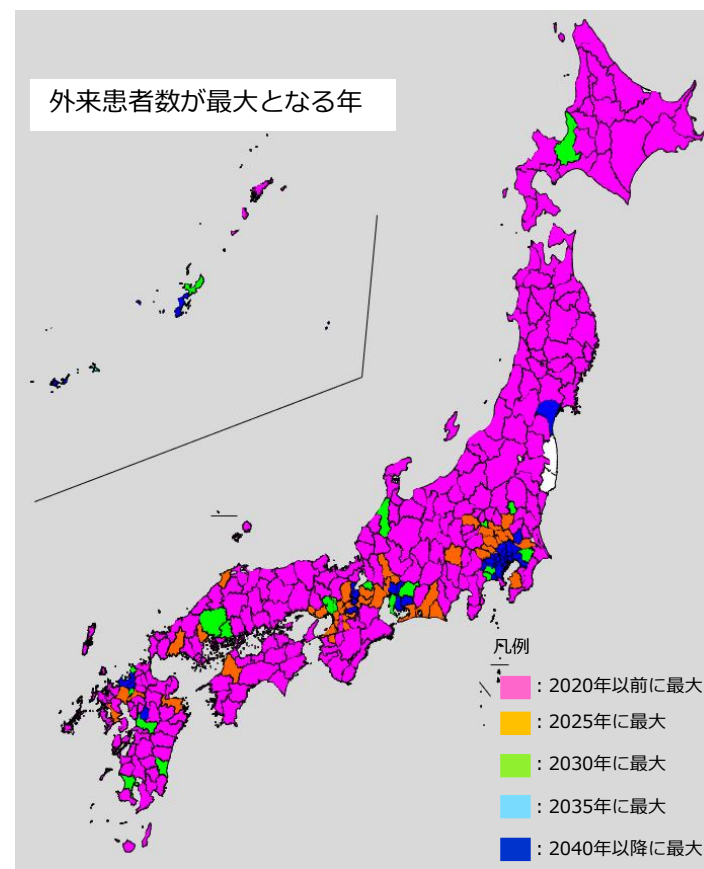
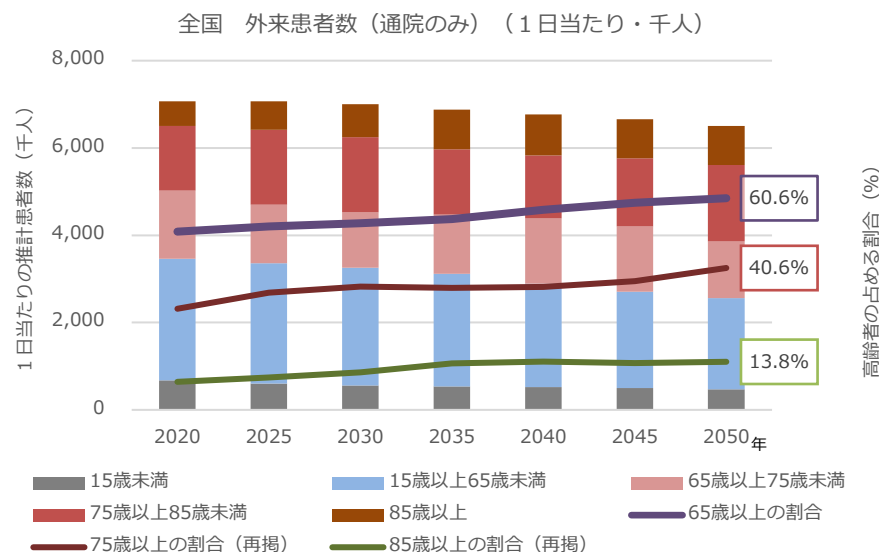
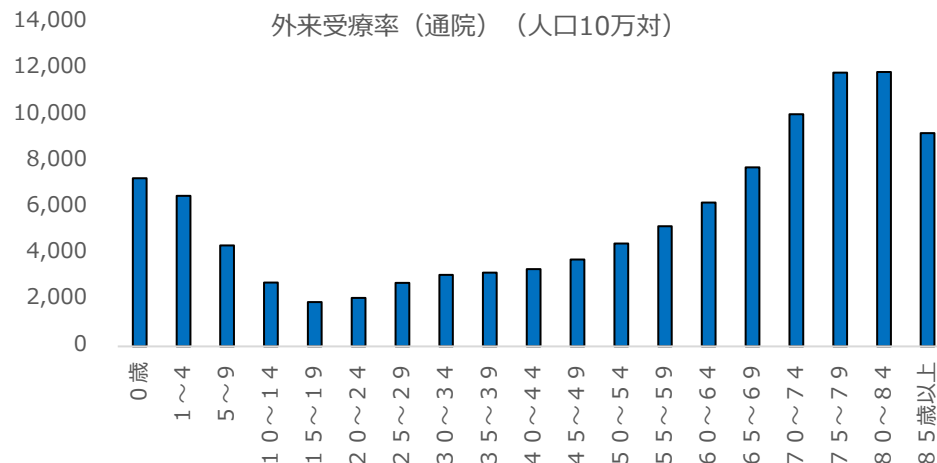
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 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。

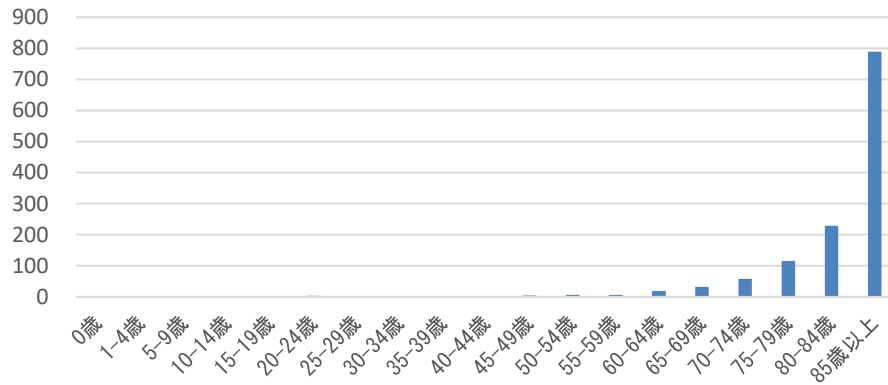
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 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。

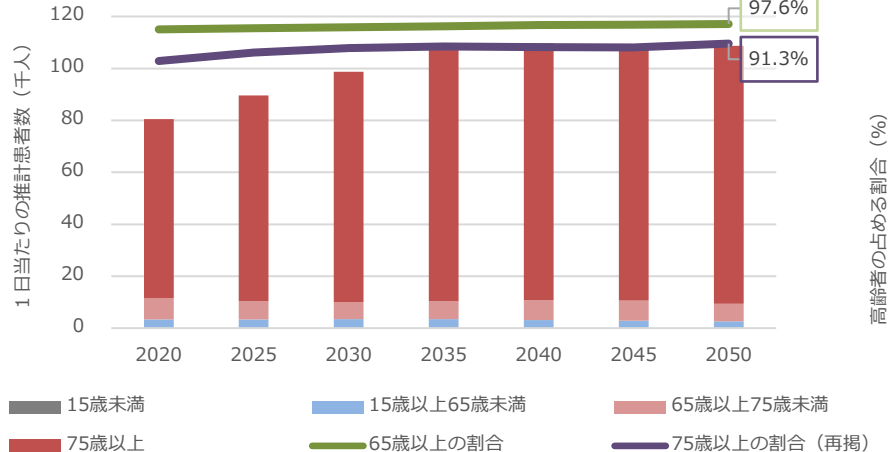
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 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。

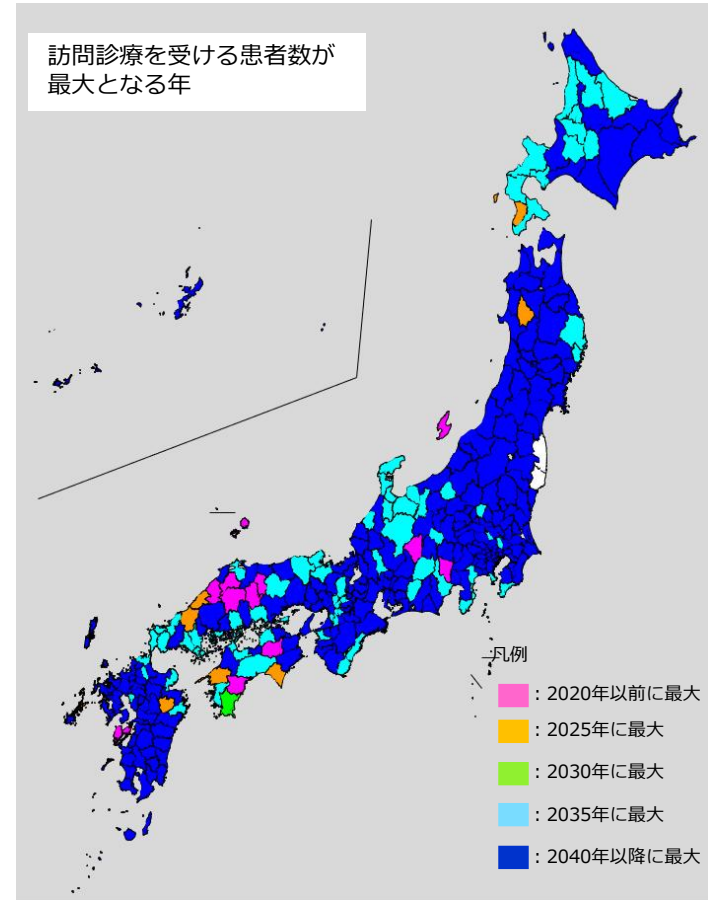
訪問診療受療率（人口10万対）



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。

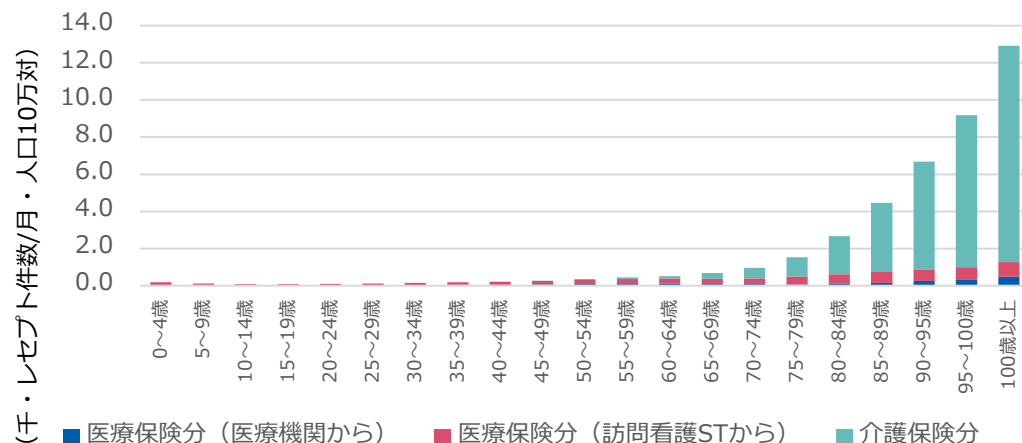
訪問看護の必要量について

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

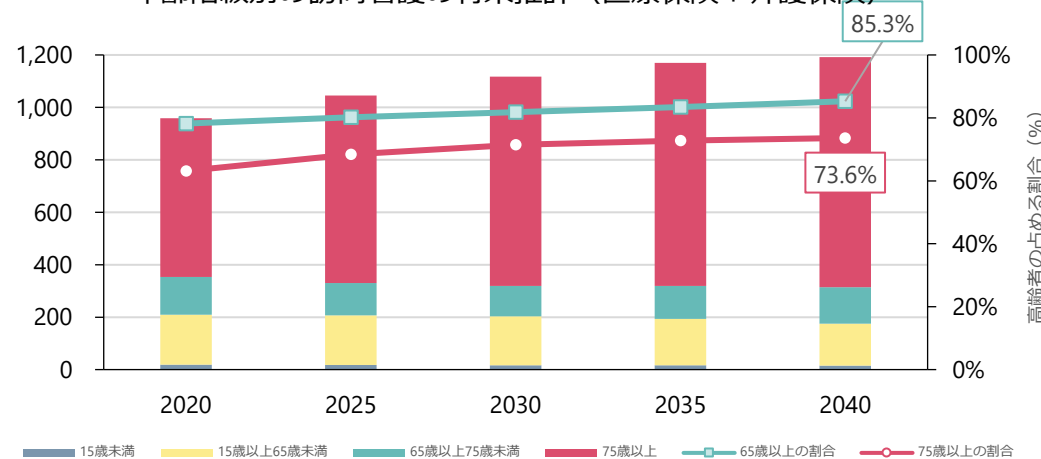
資料
改

- 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。

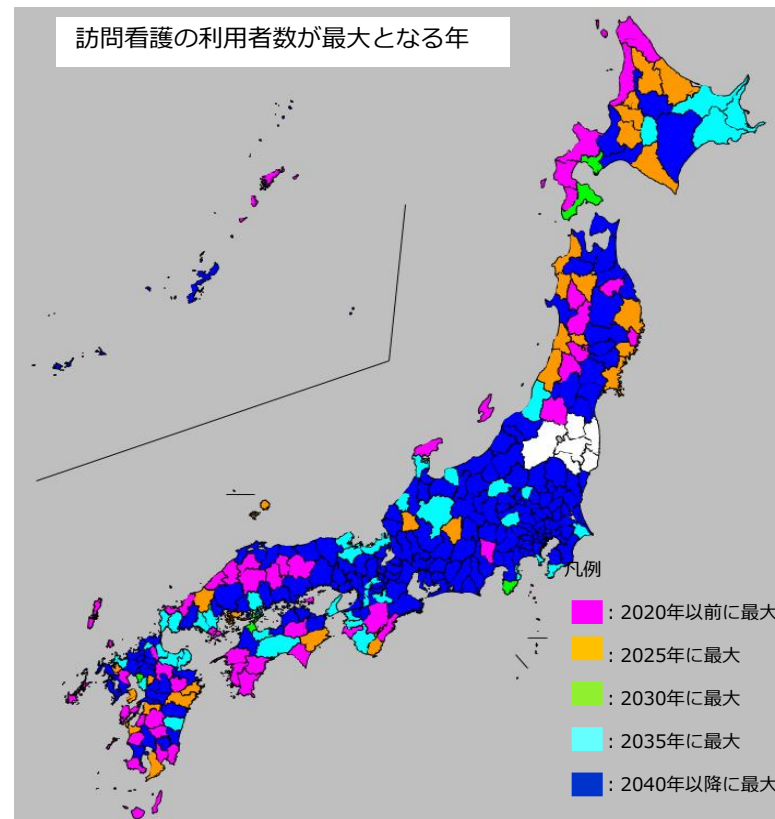
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



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。

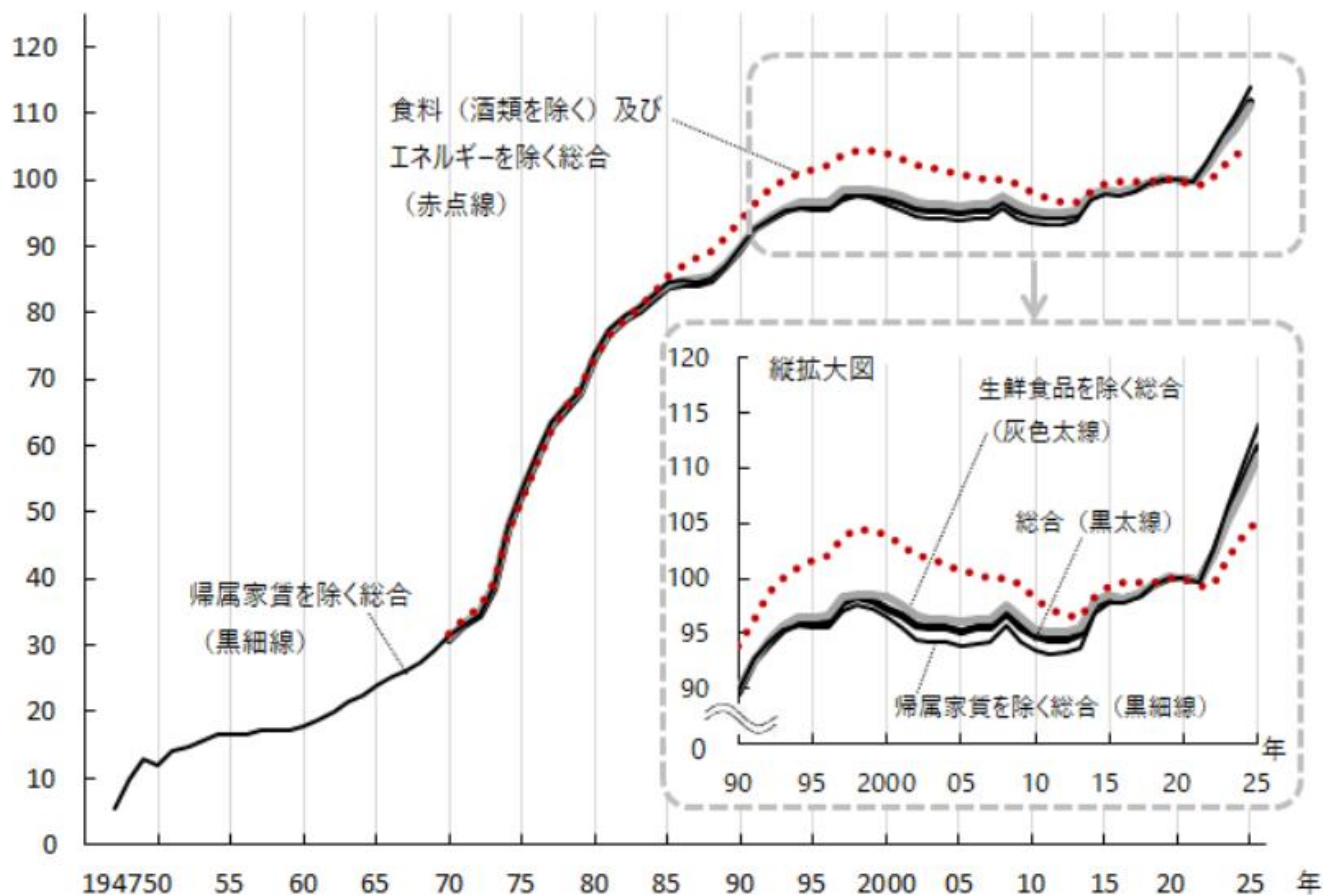
医療保険制度が直面する環境変化

-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。

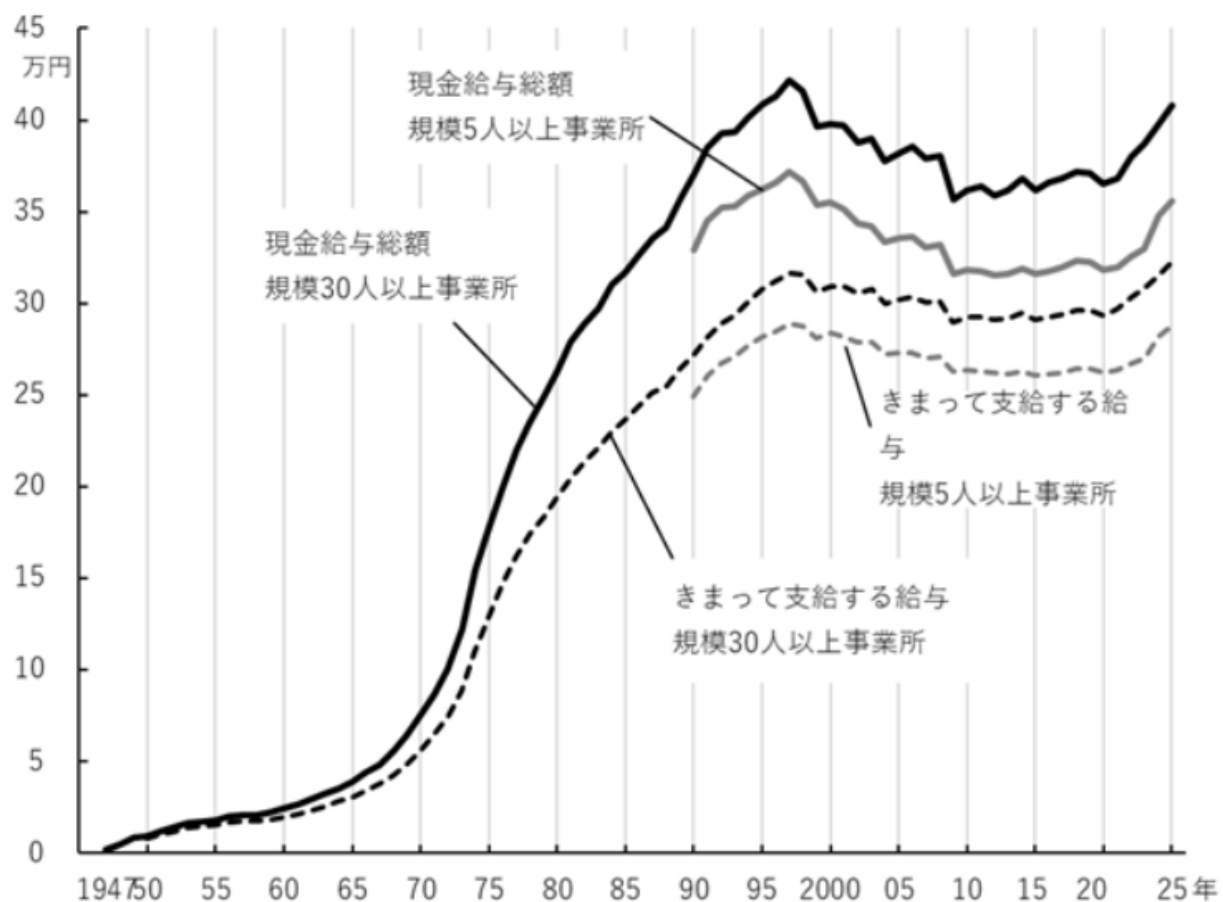
図1 消費者物価指数 2020年=100 1947年～2025年 年平均



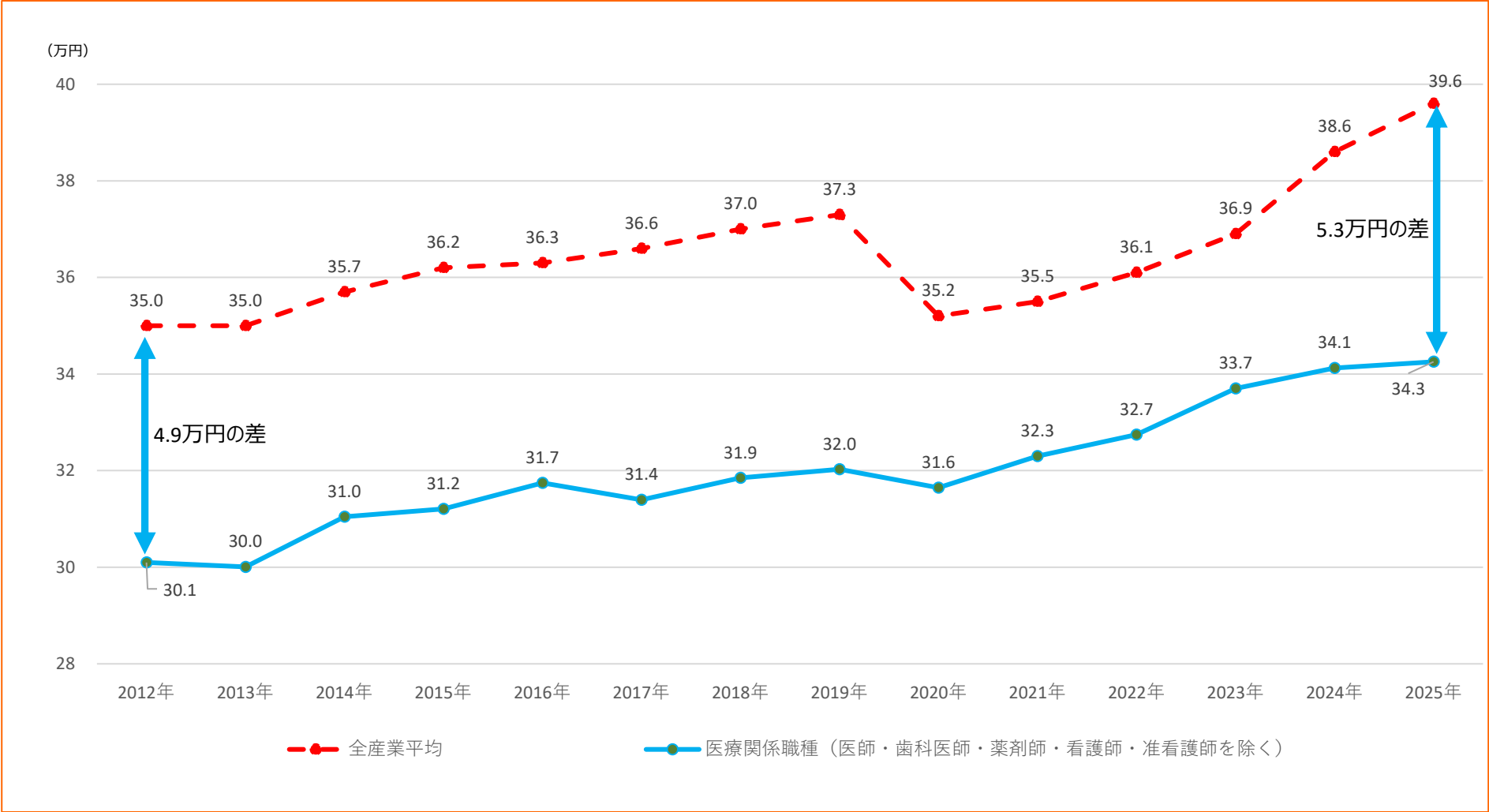
賃金の長期トレンド

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～2025年 年平均



医療関係職種の給与の推移について



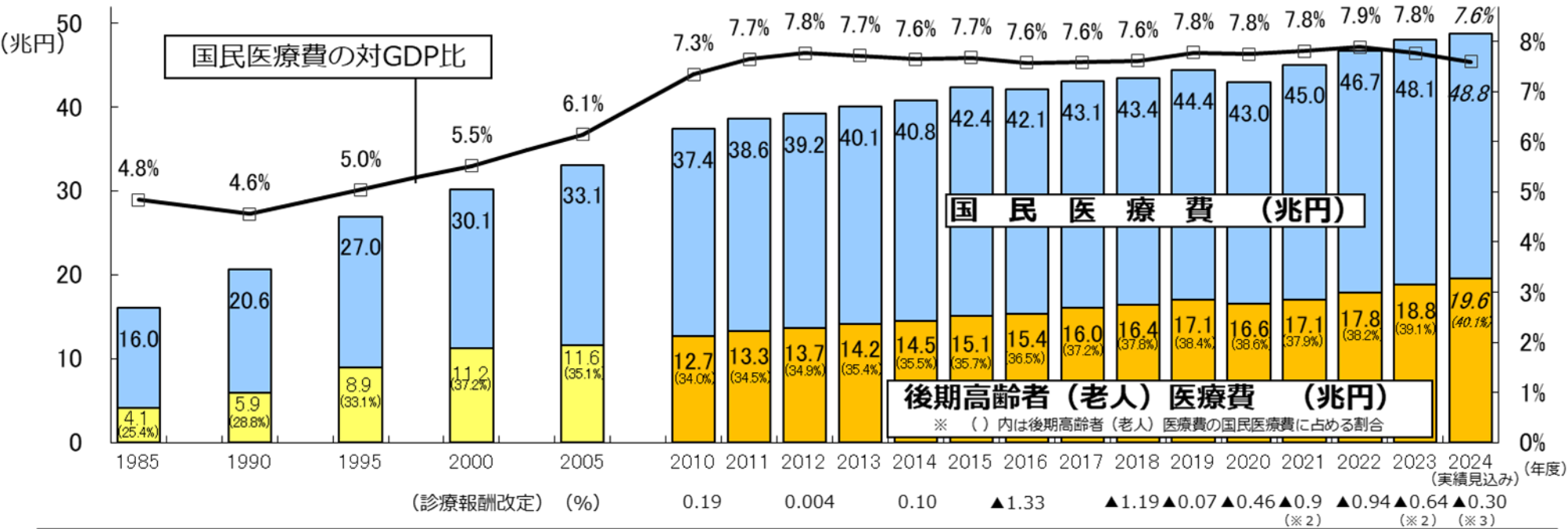
出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

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



(主な制度改正) 2000年以降

- ・介護保険制度施行 (2000)
- ・高齢者1割負担導入 (2000)
- ・高齢者1割負担徹底 (2002)
- ・老人医療の対象年齢5年間で段階的引上げ (2002~2007)
- ・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(※1) (2014)
- ・一定以上所得高齢者2割負担 (2022)

<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	2024
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)	(R6)
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	3.0	1.5
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	5.4	4.1
GDP	7.2	8.6	2.4	1.7	0.8	1.7	▲1.0	0.1	2.9	2.8	3.4	0.8	2.0	0.4	0.1	▲2.9	4.0	2.6	4.7	3.7

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。なお、1993年度以前のGDPは平成12年基準、1994年度以降のGDPは令和2年基準の数値である。

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 2024年度の国民医療費 (及び2024年度の後期高齢者医療費。以下同じ。) は実績見込みである。2024年度分は、2023年度の国民医療費に2024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、5年度それぞれの国民医療費を用いて、当該年度それぞれの薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

(※3) 令和6年度の診療報酬改定のうち、影響を受ける期間を考慮した値。

医療費の伸び率の要因分解

	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)	R 6年度 (2024)
医療費の伸び率 ①	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	3.7%	3.0%	1.5% (注1)
人口増の影響 ②	-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%	-0.4%
高齢化の影響 ③	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%	0.6% (注2)
診療報酬改定等 ④		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% (注8)	-0.64% (注8)	-0.30% (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%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.2%	3.4%	1.6%
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5年度までは国民医療費の伸び率、令和6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6年度の高齢化の影響は、令和5年度の年齢別1人当たり医療費と令和5年度、6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。

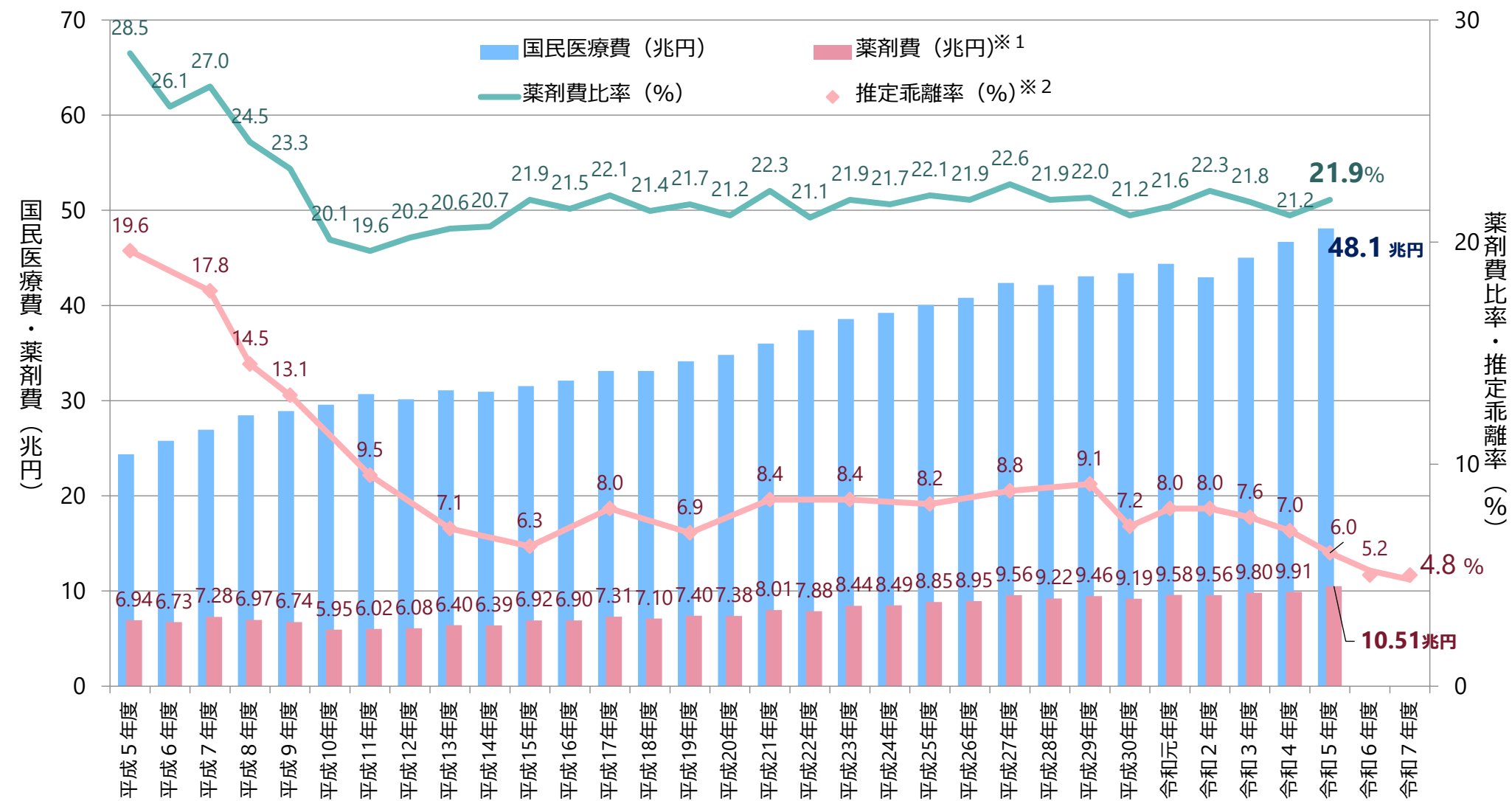
注7：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

注8：令和3、5年度それぞれの国民医療費を用いて、当該年度それぞれの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6年度の診療報酬改定のうち、影響を受ける期間を考慮した値。

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。

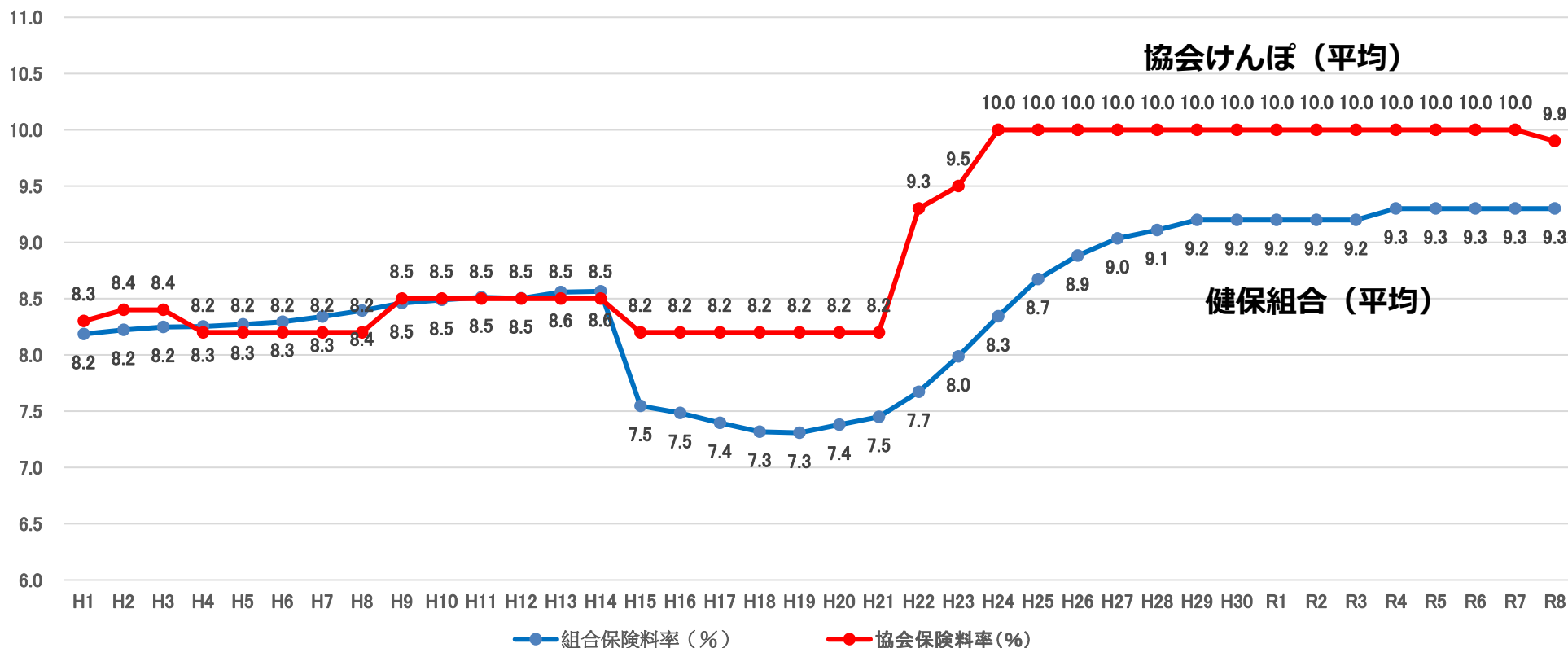
医療保険制度が直面する環境変化

-保険料・所得の変化-

協会けんぽ・健保組合の保険料率の推移

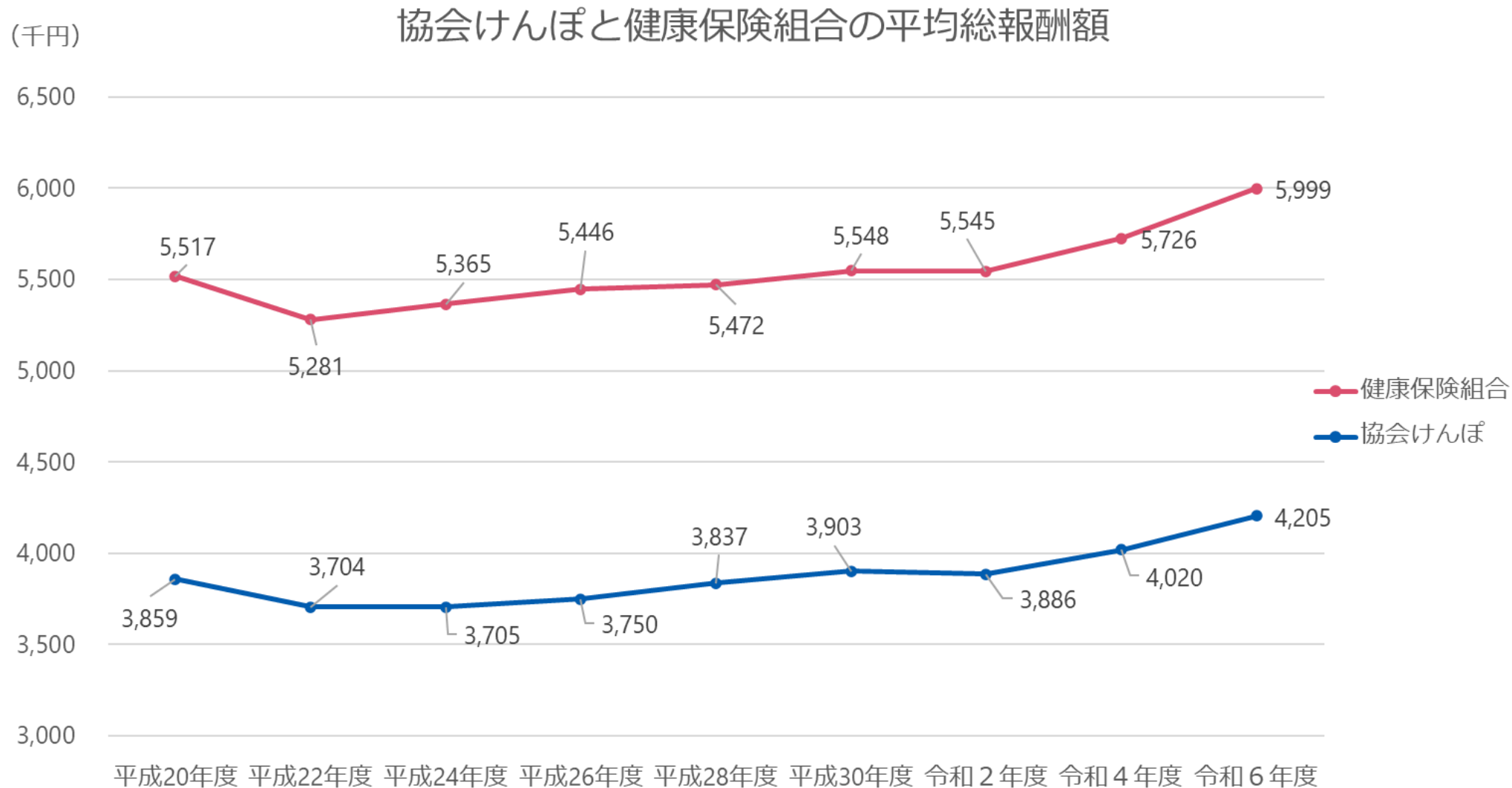
- 協会けんぽの令和8年度における平均保険料率は9.9%。平成22年度から平成24年度にかけて上昇し、その後令和7年度まで10.0%で推移してきたが、令和8年度に0.1%減少した。
- 健保組合の令和8年度予算早期集計における平均保険料率は9.3%。平成15年度に1.0パーセント減少し、平成19年度以降は毎年上昇していたが、近年はほぼ横ばいとなっている。

(単位: %)

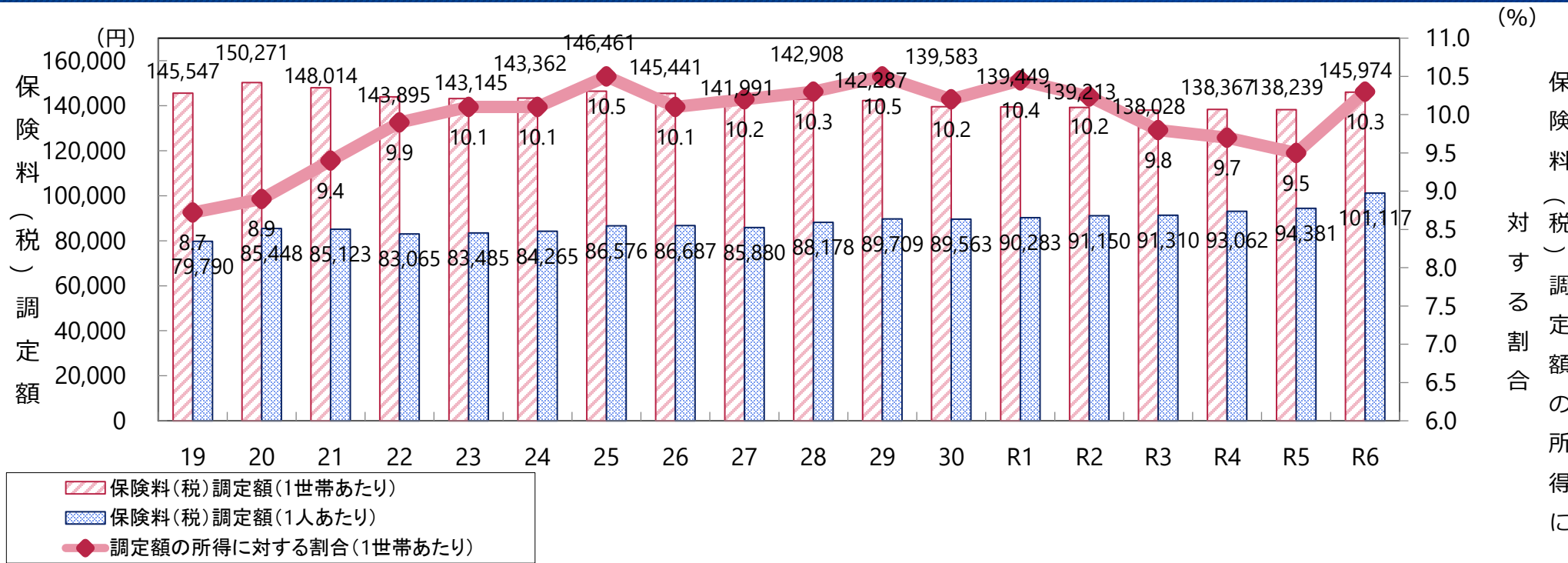


※健保組合については、平成元年度から令和5年度までは決算、令和6年度は決算見込、令和7年度は予算、令和8年度は予算早期集計の数値を使用している。
 ※平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの（政管健保では、実質的に0.7%の保険料率の引上げ）。
 ※協会けんぽについては、平成19年度までは政府管掌健康保険の数値を使用している。

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）



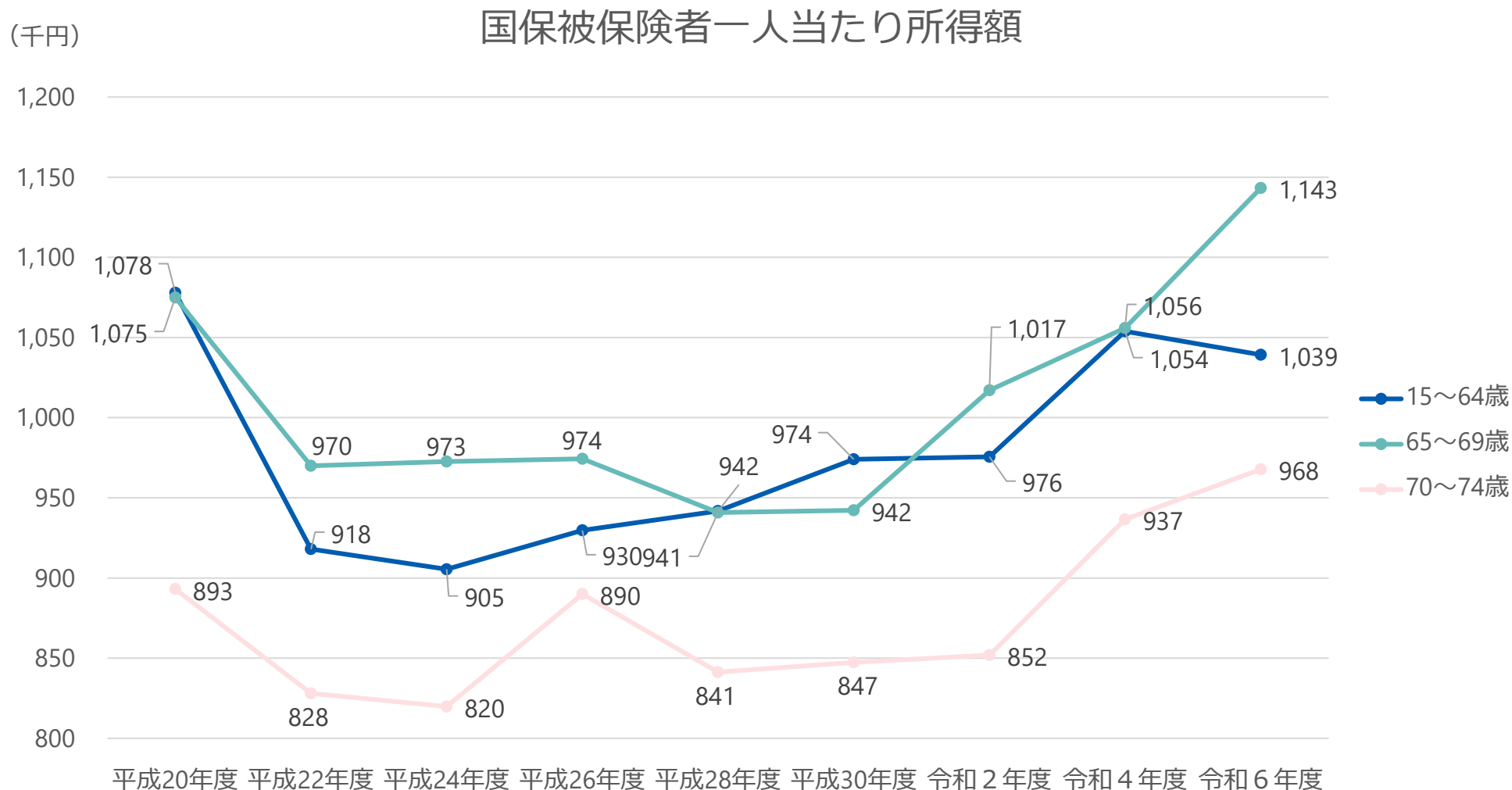
国民健康保険料（税）の負担の変化



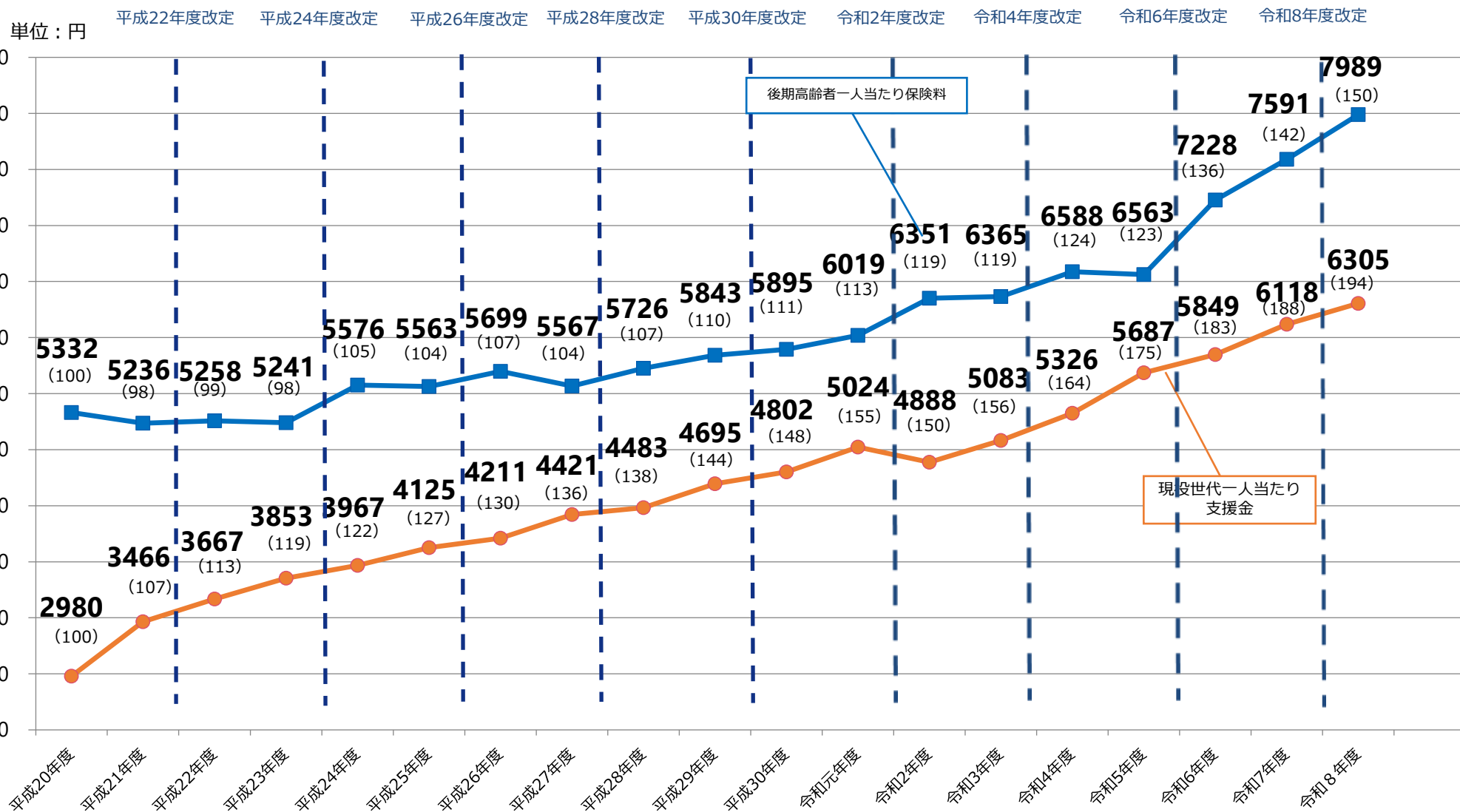
	平均所得（令和 5 年）		保険料（税）調定額（令和 6 年度）		保険料（税）調定額の所得に対する割合
	1世帯当たり①	1人当たり	1世帯当たり③	1人当たり	1世帯当たり③/①
全世帯	1,411千円	977千円	145,974円	101,117円	10.3%
2割軽減世帯	1,040千円	625千円	132,136円	79,397円	12.7%
5割軽減世帯	623千円	381千円	67,462円	41,192円	10.8%
7割軽減世帯	102千円	82千円	23,262円	18,658円	22.7%

（注）令和6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）



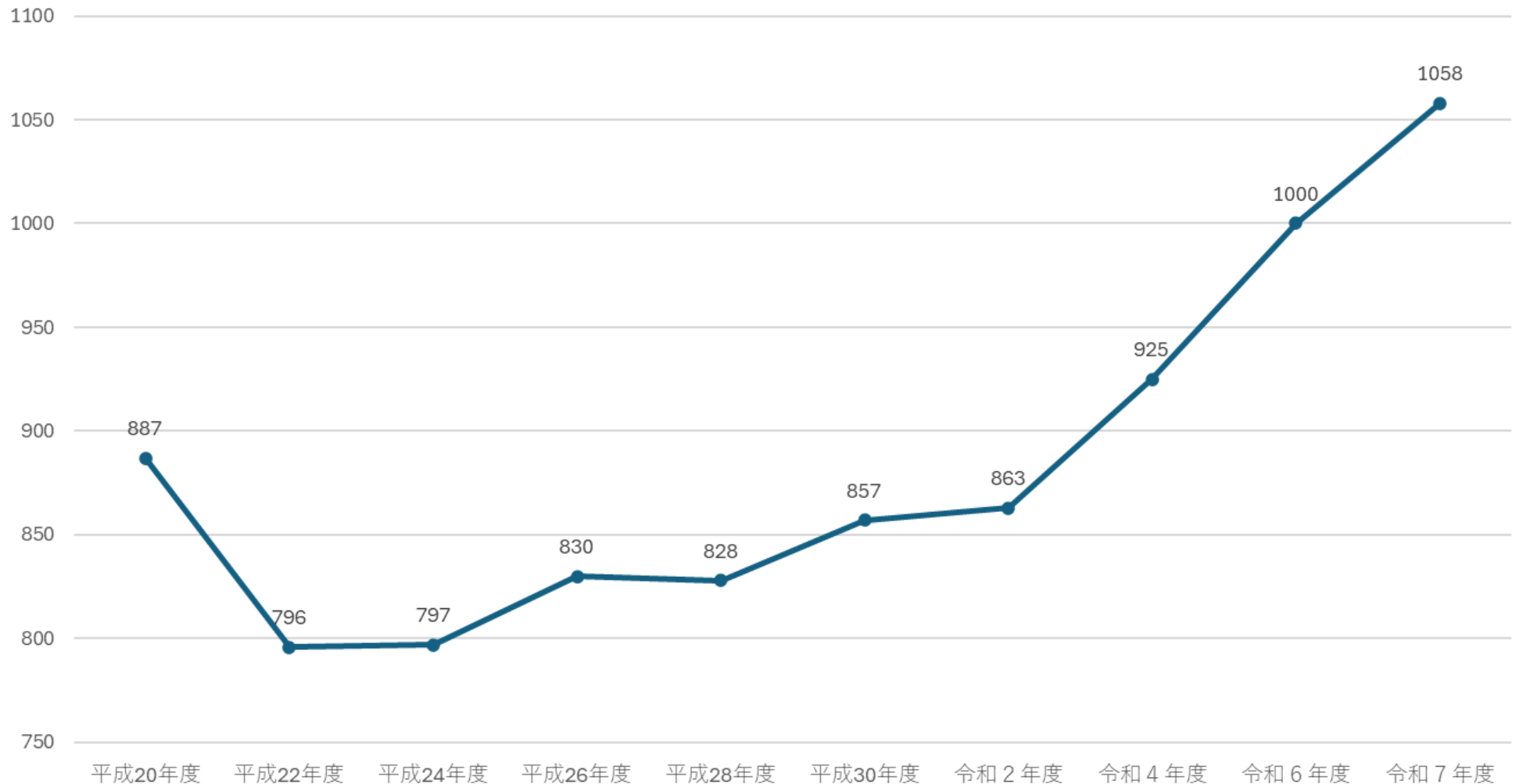
後期高齢者1人当たり保険料、現役1人当たり支援金の推移



- ※ 後期高齢者一人当たり保険料額は、平成20～令和7年度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（令和7年度は速報値）。令和8年度は、保険料改定時見込み（医療分のみ）。
- ※ 現役世代一人当たり支援金額は、平成20～令和6年度は確定賦課、令和7年度及び令和8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 1 人当たり所得額の推移（平成20年度以降）

後期被保険者 1 人当たり所得額

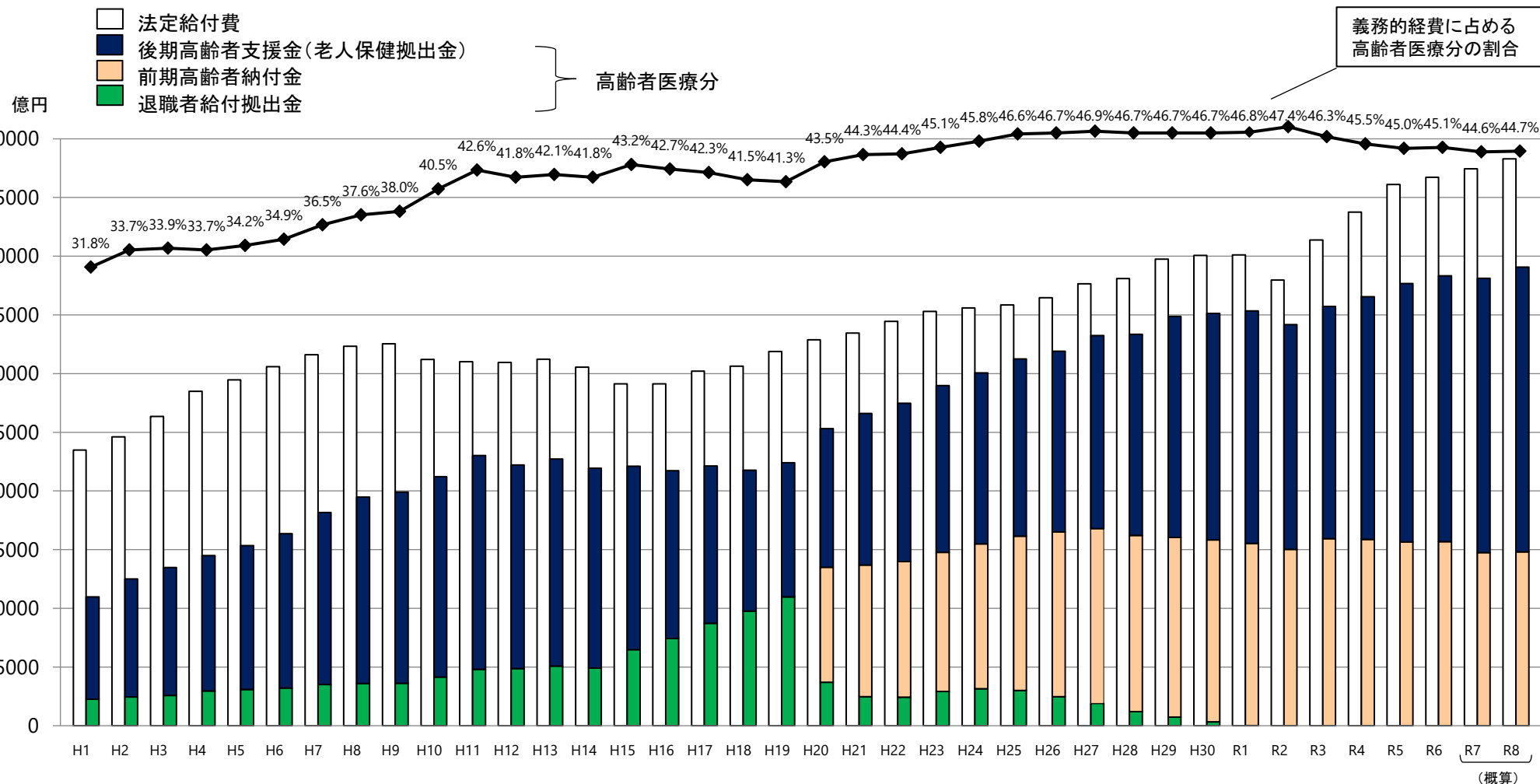


※ 所得とは、収入から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前）である。
※ 各年度に掲げる所得は前年の1月～12月までの所得である。

出典：厚生労働省「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」

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、44.7%（令和8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6年度までは実績額を、令和7年度及び令和8年度は概算額を用いている。

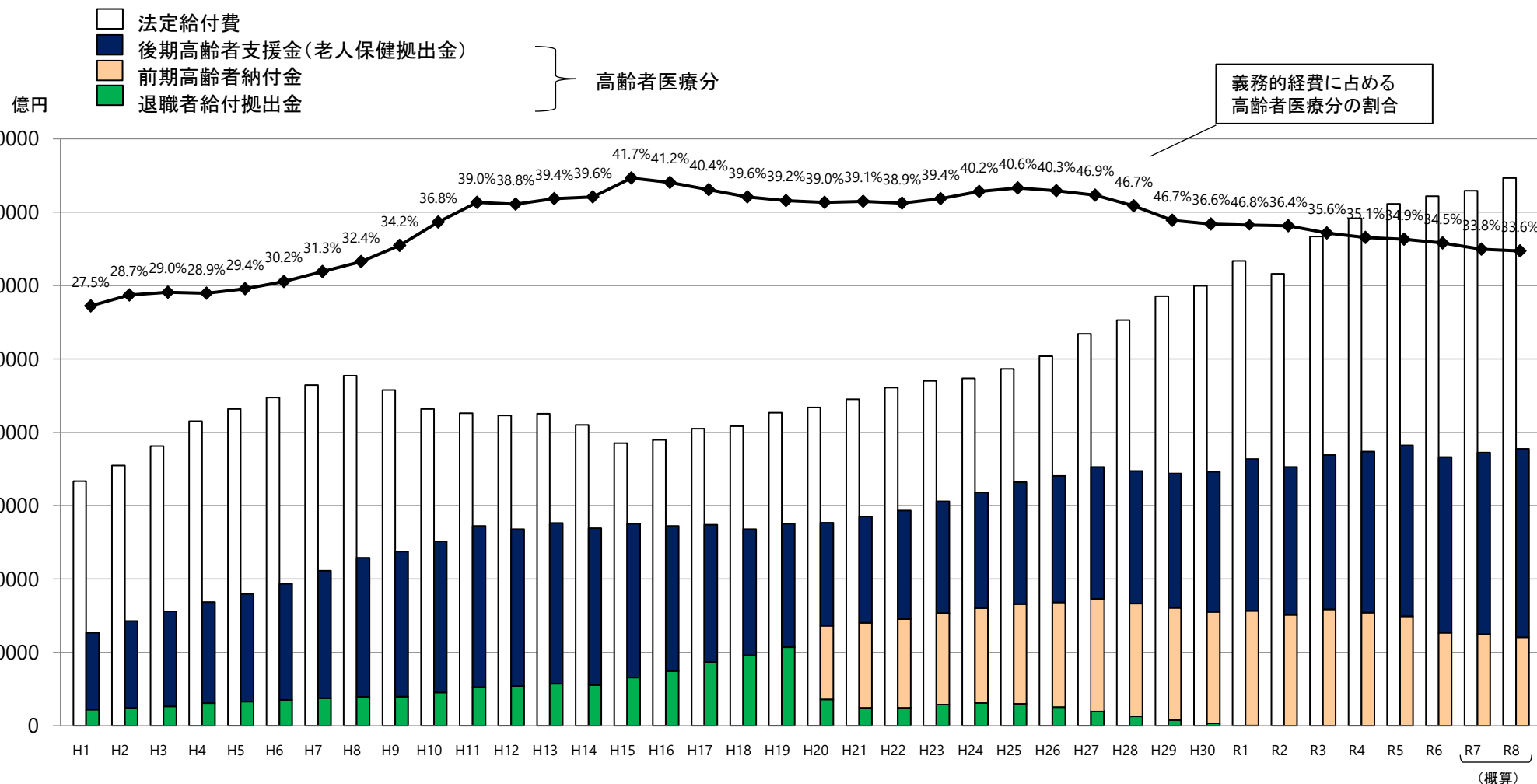
※後期高齢者支援金等は、令和6年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額。令和7年度及び令和8年度は概算額を用いている。

※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。

※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、33.6%（令和8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6年度までは実績額を、令和7年度及び令和8年度は概算額を用いている。

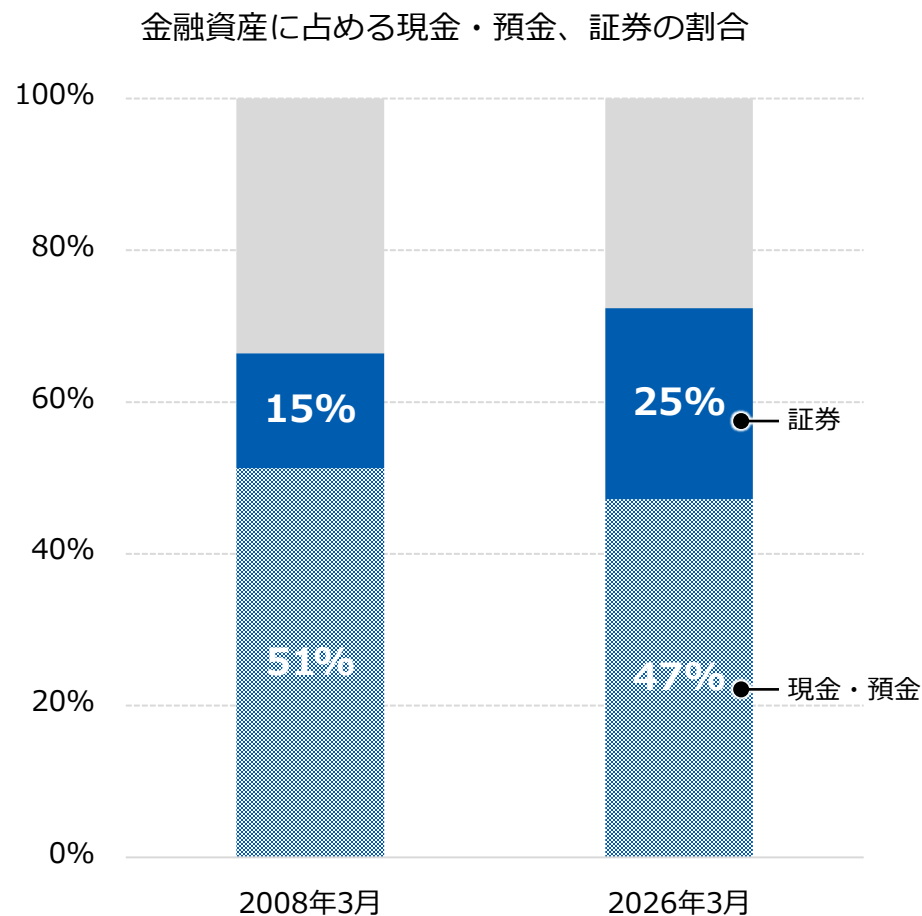
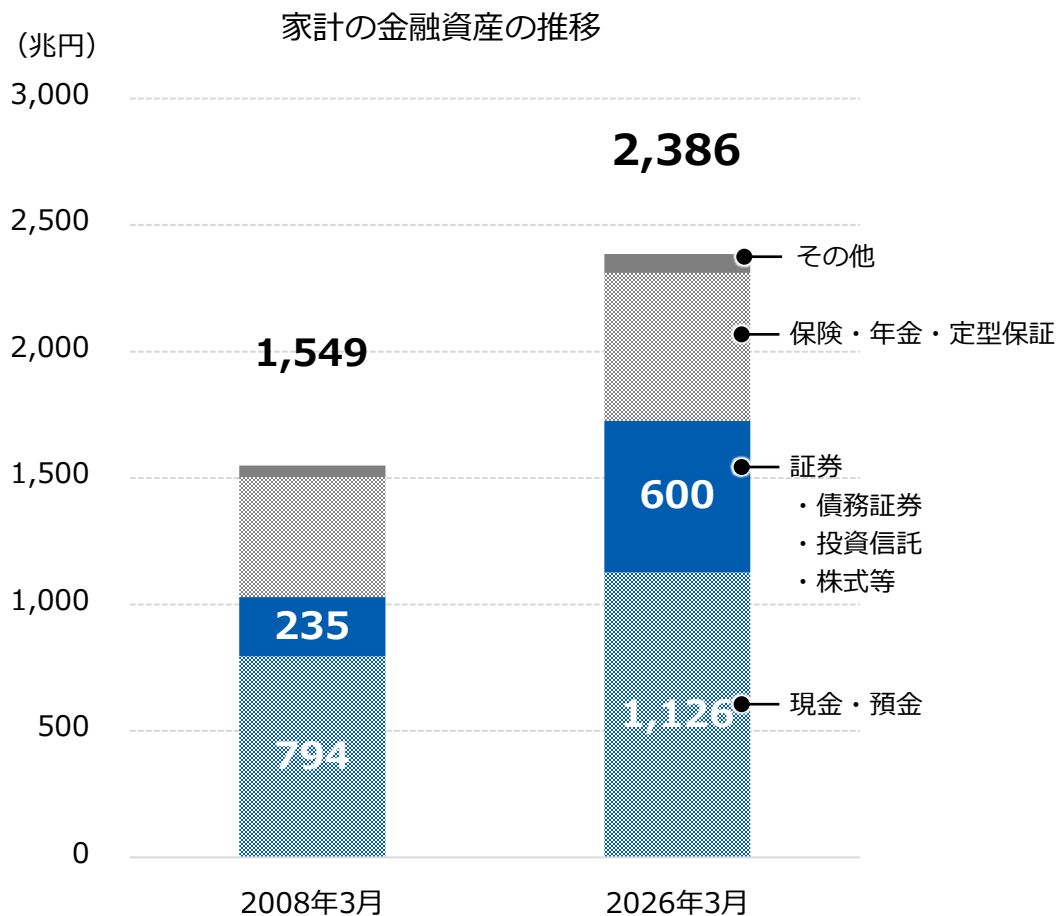
※後期高齢者支援金等は、令和6年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額。令和7年度及び令和8年度は概算額を用いている。

※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。

※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。

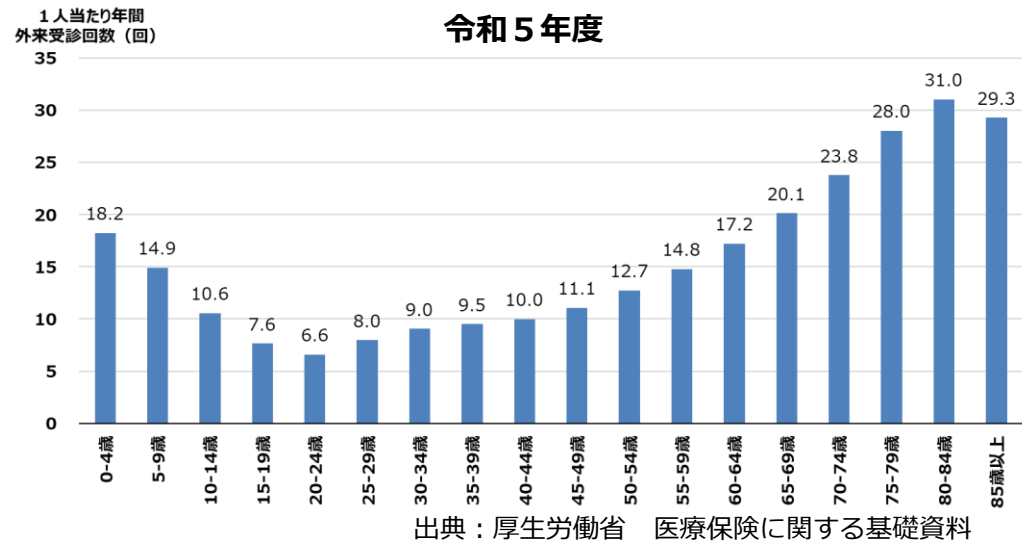
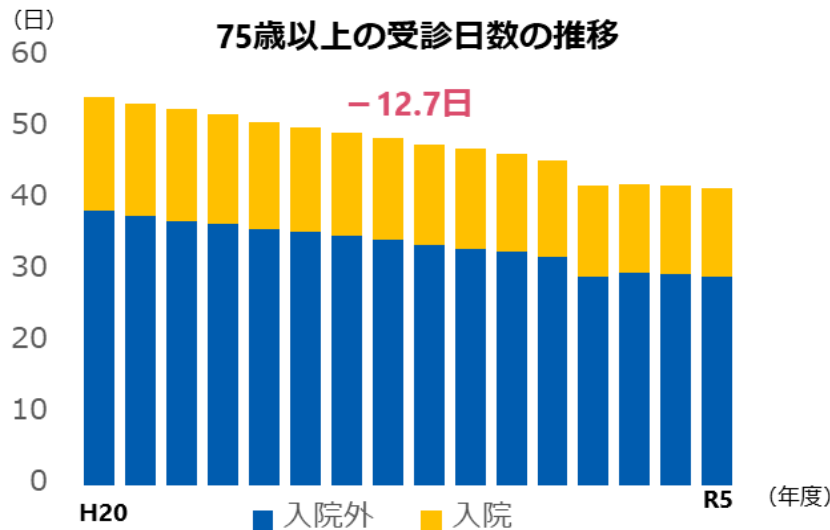
家計の金融資産

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

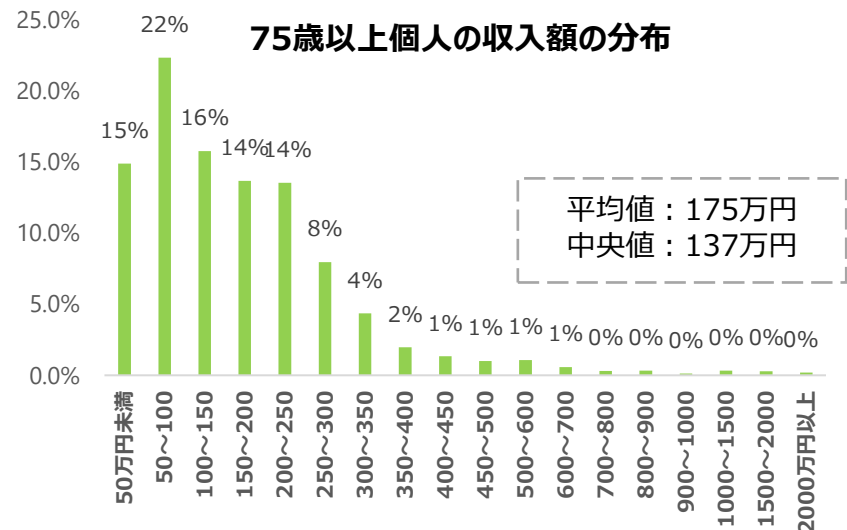
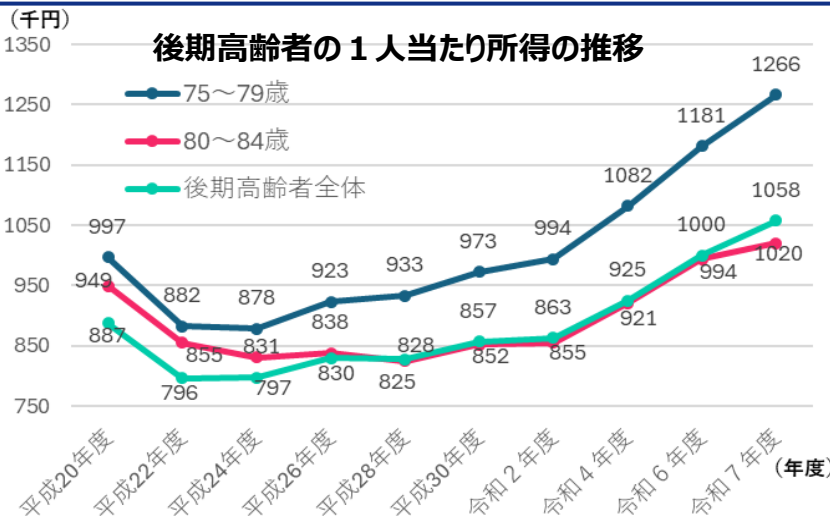


高齢者の受診・所得の状況

- ✓ 高齢者の受診日数は減少しているが、外来受診日数は現役世代に比べると多い。



- ✓ 高齢者の所得は増加傾向にあるが、バラツキは大きい。

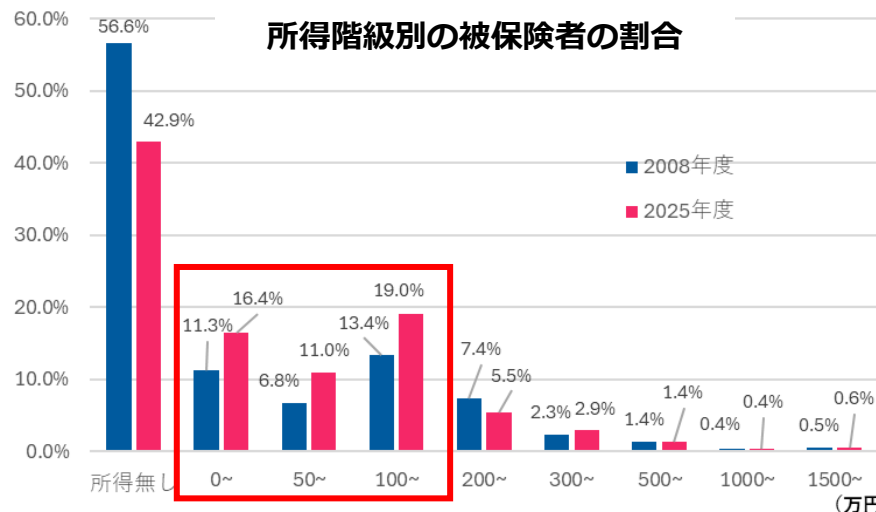


※ 所得とは、収入から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前）である。
出典：厚生労働省「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」

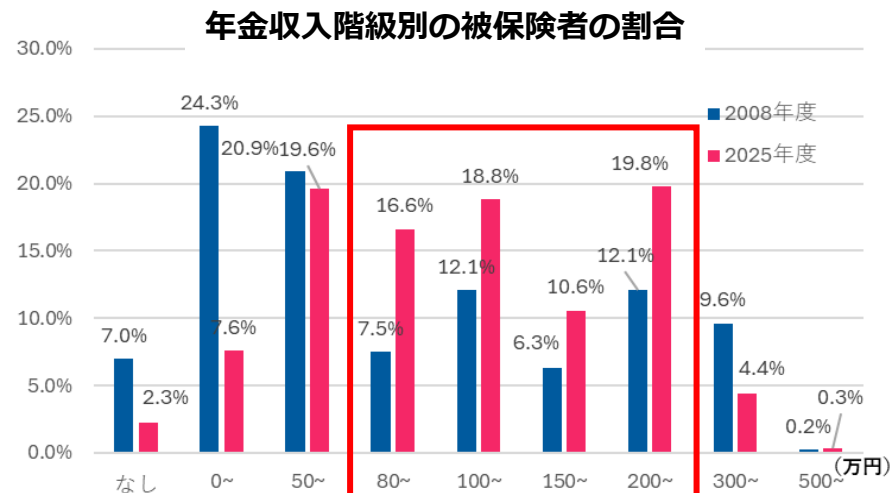
出典：厚生労働省「令和4年 国民生活基礎調査」を特別集計

後期高齢者の所得等の状況（2008年度と2025年度の比較）

- 所得なしが減少し、所得200万円未満までの層が増加。また、年金収入80万円以上300万円未満の層が増加。
- 主な所得種類別の被保険者の割合をみると、「所得なし」が減少し、「給与所得」や「雑所得（年金等）」が増加。

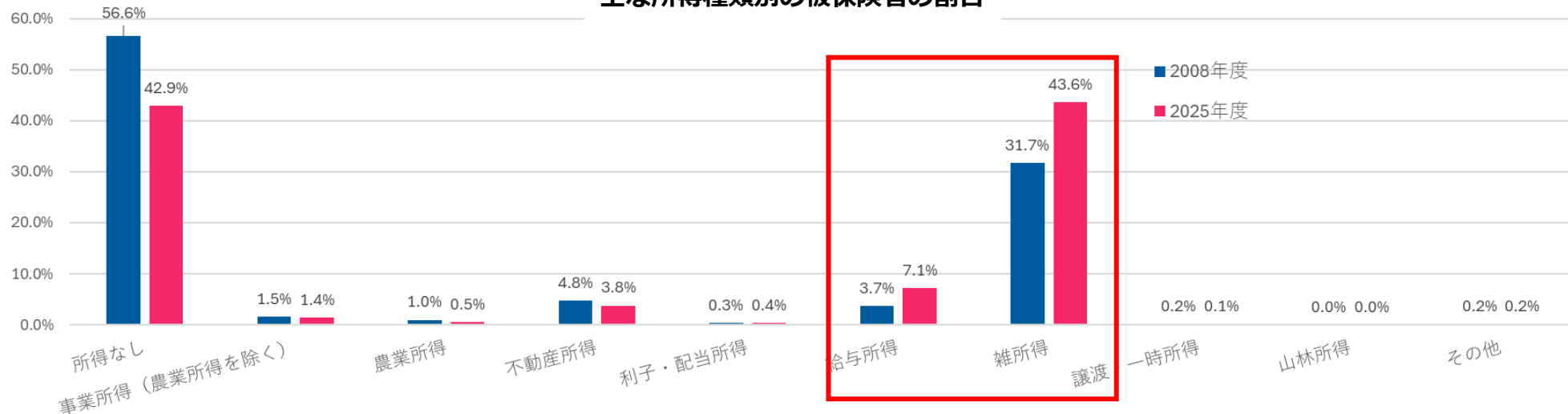


※ 「所得なし」は、必ずしも収入が無いということではなく、収入から公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前所得）が無い被保険者をいう。
 ※ 本図は、所得不詳の被保険者を除いて集計している。



※ 年金収入には、課税対象とならない障害年金及び遺族年金が含まれていないことから、「なし」は、必ずしも年金収入が無いということではない。

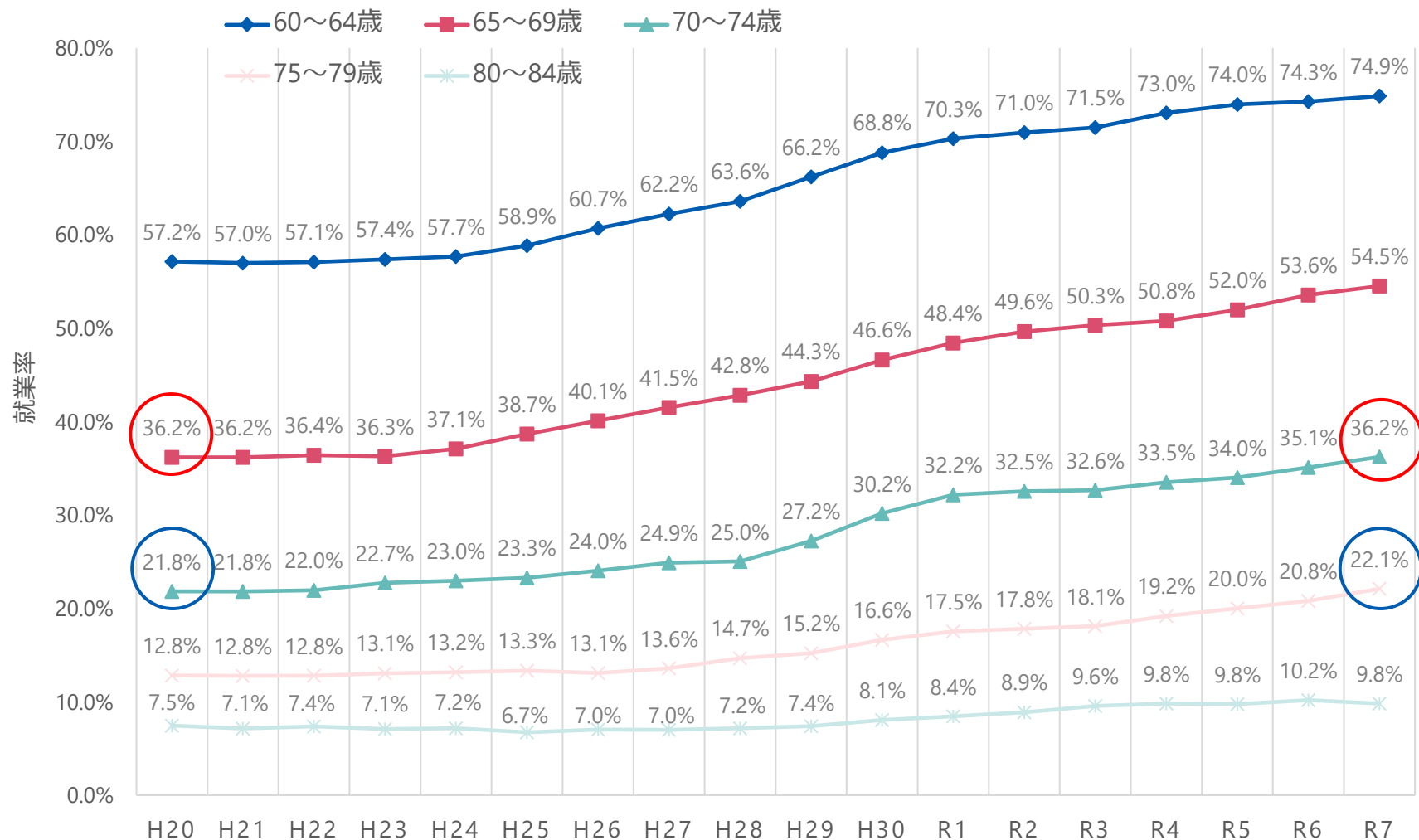
主な所得種類別の被保険者の割合



※ 本図は、所得不詳の被保険者を除いて集計している。
 ※ 各年度に掲げる所得は前年の1月～12月までの所得である

高齢者の就業率の推移（平成20年以降）

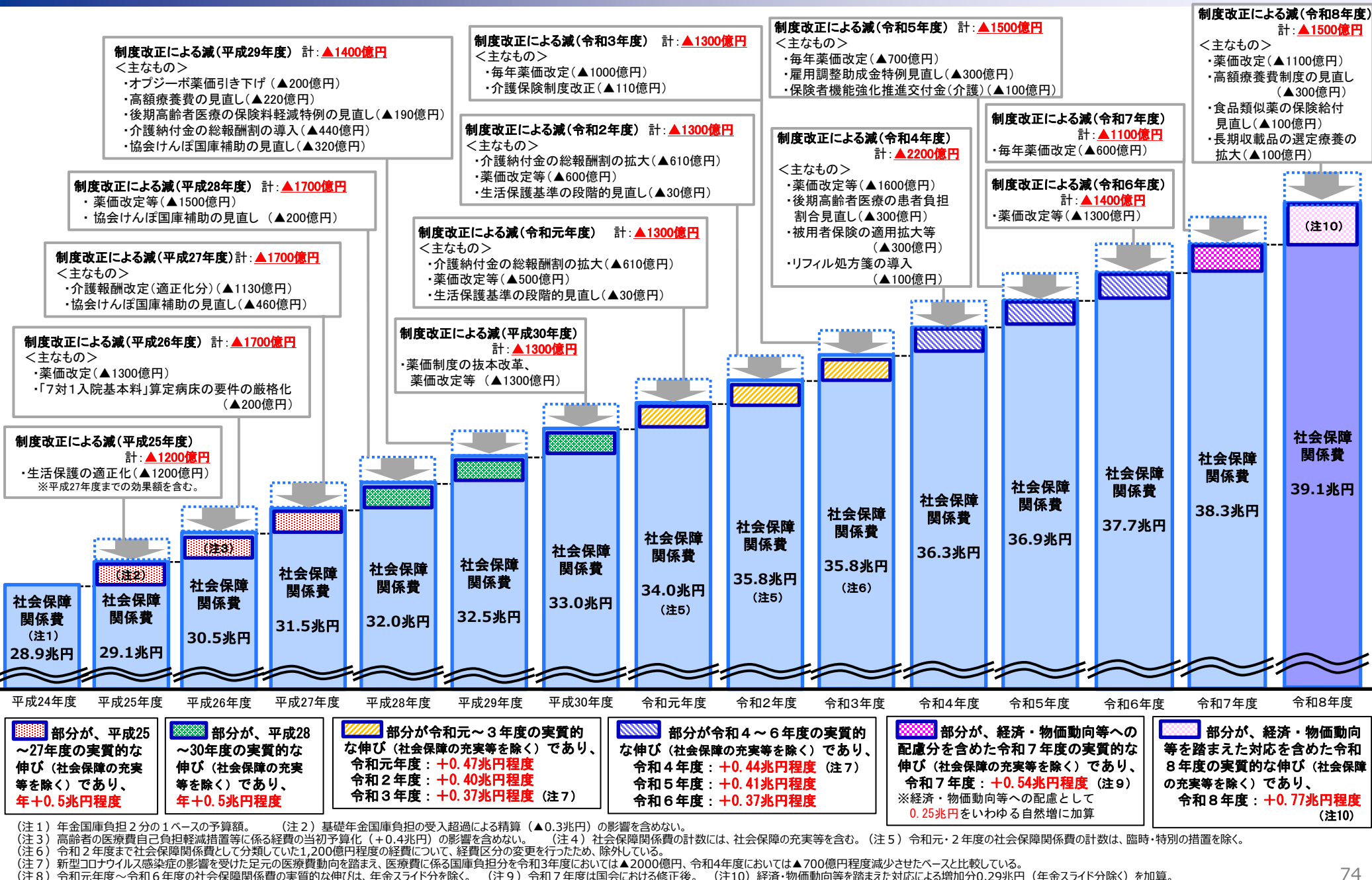
○ 70～74歳、75～79歳の就業率は、後期高齢者医療制度施行時の65～69歳、70～74歳の就業率と同程度に上昇。



これまでの医療保険制度改革

社会保障関係費の伸び

財政制度等審議会財政制度分科会資料より



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
令和8年度 (2026年度)	OTC医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする一部保険外療養を創設 後期高齢者医療制度における金融所得の勘案 出産の標準的な費用に係る給付体系の見直し 高額療養費の支給要件等を定める際には、特に長期療養者の家計への影響が適切に考慮されるよう、法律上明確化

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)	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																	70～74歳	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)
		国保	3割 高額療養費創設 (\$48～)	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)								
被用者家族	5割	被用者本人	定額 →1割 (\$59～) 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 (\$48～) →入院2割 (\$56～) 高額療養費創設 外来3割 (\$48～)	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

国民健康保険における保険料水準の統一に関する進捗状況

国保においては、平成30年度の制度改革により、年度間の保険料の変動の抑制等を図るため、保険者の規模について、都道府県と市町村が共同で運営する仕組みとし、安定的な財政運営を確保する観点から、都道府県単位での保険料水準の統一に向けた取組を進めている。

進捗状況（R8現在）

統一達成団体

- 完全統一（2府県）
大阪府、奈良県
- 納付金ベースの統一（12道県（完全統一達成を除く））
北海道、青森県、宮城県、群馬県、埼玉県、三重県、滋賀県、兵庫県、広島県、香川県、高知県、長崎県

<進捗状況ごとの都道府県数>

	達成	目標設定	未定・調整中
完全統一	2	19	26
納付金	14	25	8

<各都道府県の目標設定状況>

都道府県	納付金	完全統一	都道府県	納付金	完全統一	都道府県	納付金	完全統一	都道府県	納付金	完全統一
北海道	達成	R12	東京都	R12	未定	滋賀県	達成	R9	香川県	達成	R18
青森県	達成	R12	神奈川県	R9	R18	京都府	未定	未定	愛媛県	R11	未定
岩手県	R11	R12～17	新潟県	R12	未定	大阪府	達成	達成	高知県	達成	R12
宮城県	達成	R12	富山県	R12	未定	兵庫県	達成	R12	福岡県	未定	未定
秋田県	R15	未定	石川県	調整中	未定	奈良県	達成	達成	佐賀県	R9	R12
山形県	R11	未定	福井県	R10	R12	和歌山県	R9	R12	長崎県	達成	未定
福島県	R11	R11	山梨県	R12	R12	鳥取県	R11	未定	熊本県	R9	R12
茨城県	未定	未定	長野県	R12	未定	島根県	未定	未定	大分県	R9	R11
栃木県	R10	未定	岐阜県	R11	未定	岡山県	調整中	未定	宮崎県	調整中	未定
群馬県	達成	R15	静岡県	R12	未定	広島県	達成	R12～17	鹿児島県	R15	未定
埼玉県	達成	R12	愛知県	R11	未定	山口県	R12	未定	沖縄県	未定	未定
千葉県	R11	未定	三重県	達成	未定	徳島県	R11	未定	※ 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ		

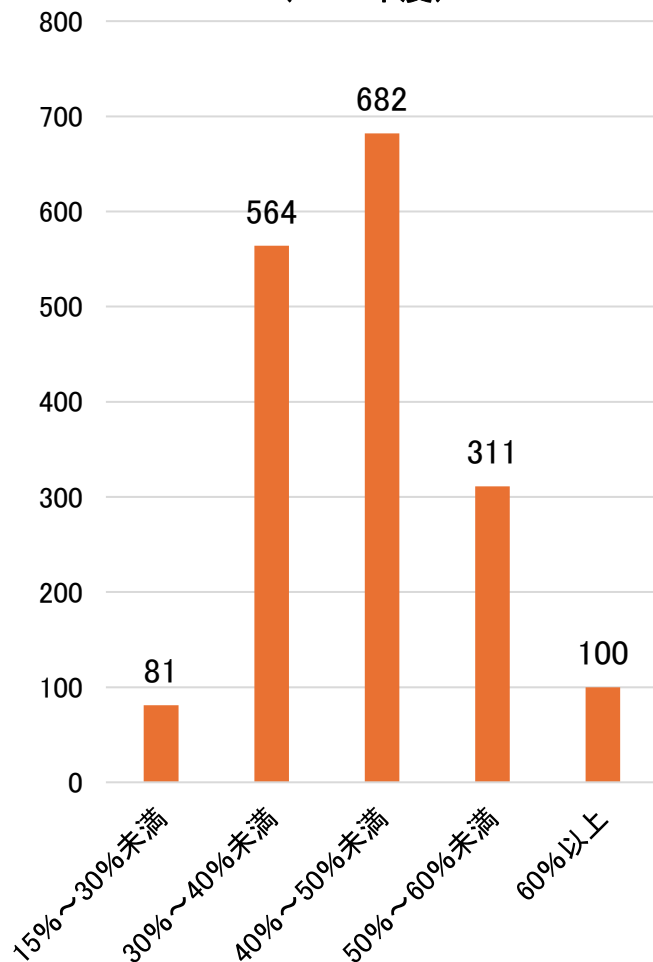
（参考）「保険料水準統一加速化プラン（第3版）」における目標年度に関する記載

- 納付金ベースの統一：現行の国保運営方針期間中（令和6年度～11年度（令和12年度保険料算定まで））に、各都道府県における「納付金ベースの統一」を行う。
- 完全統一：全国において、次期国保運営方針期間（令和12～17年度）の中間年度（令和15年度保険料算定）までに完全統一を達成し、実現が困難な場合にも、遅くとも令和17年度（令和18年度保険料算定）までに確実に「完全統一」を達成する。

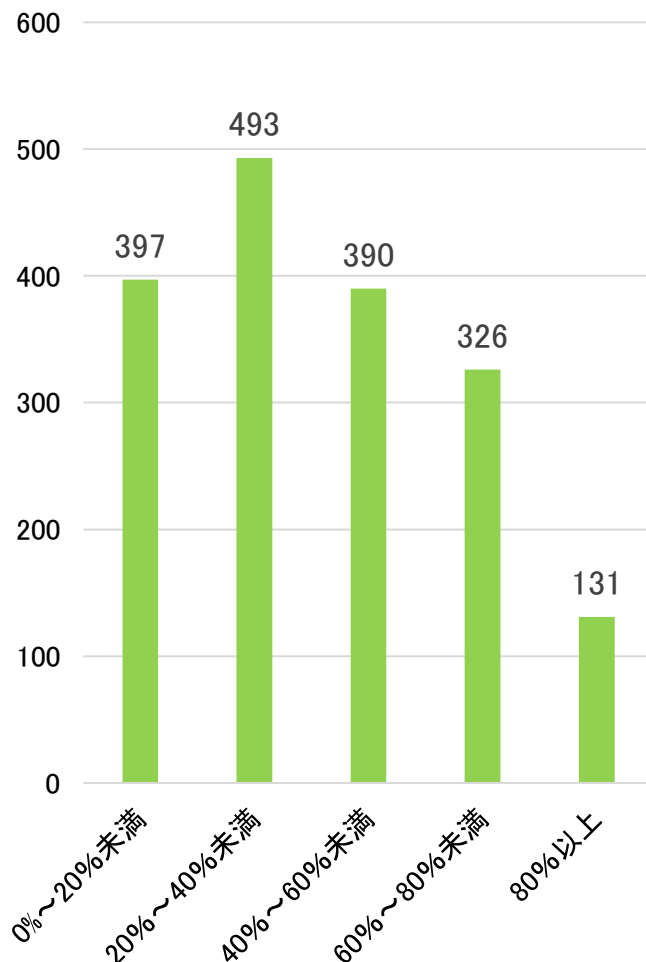
国保保険者（市町村）による予防・健康づくり、保険料収納の取組

国保保険者（市町村）による予防・健康づくりや保険料収納の取組状況には差異があることから、保険者機能の強化を図るため、平成30年国保制度改革に基づき、予防・健康インセンティブの強化等を行う保険者努力支援制度が本格実施された。

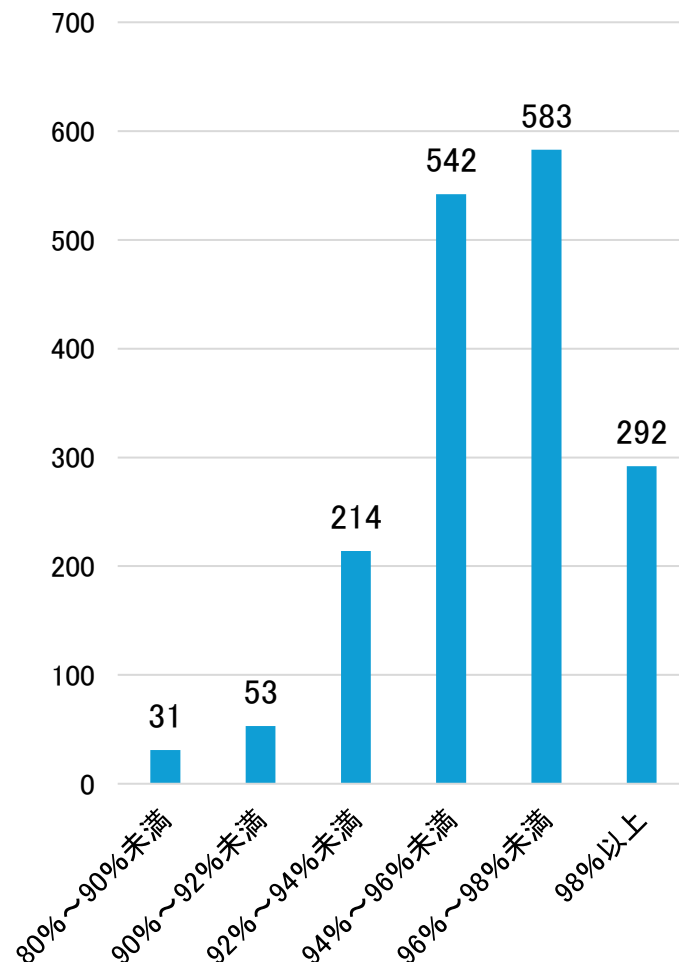
特定健診実施率別市町村数
（2023年度）



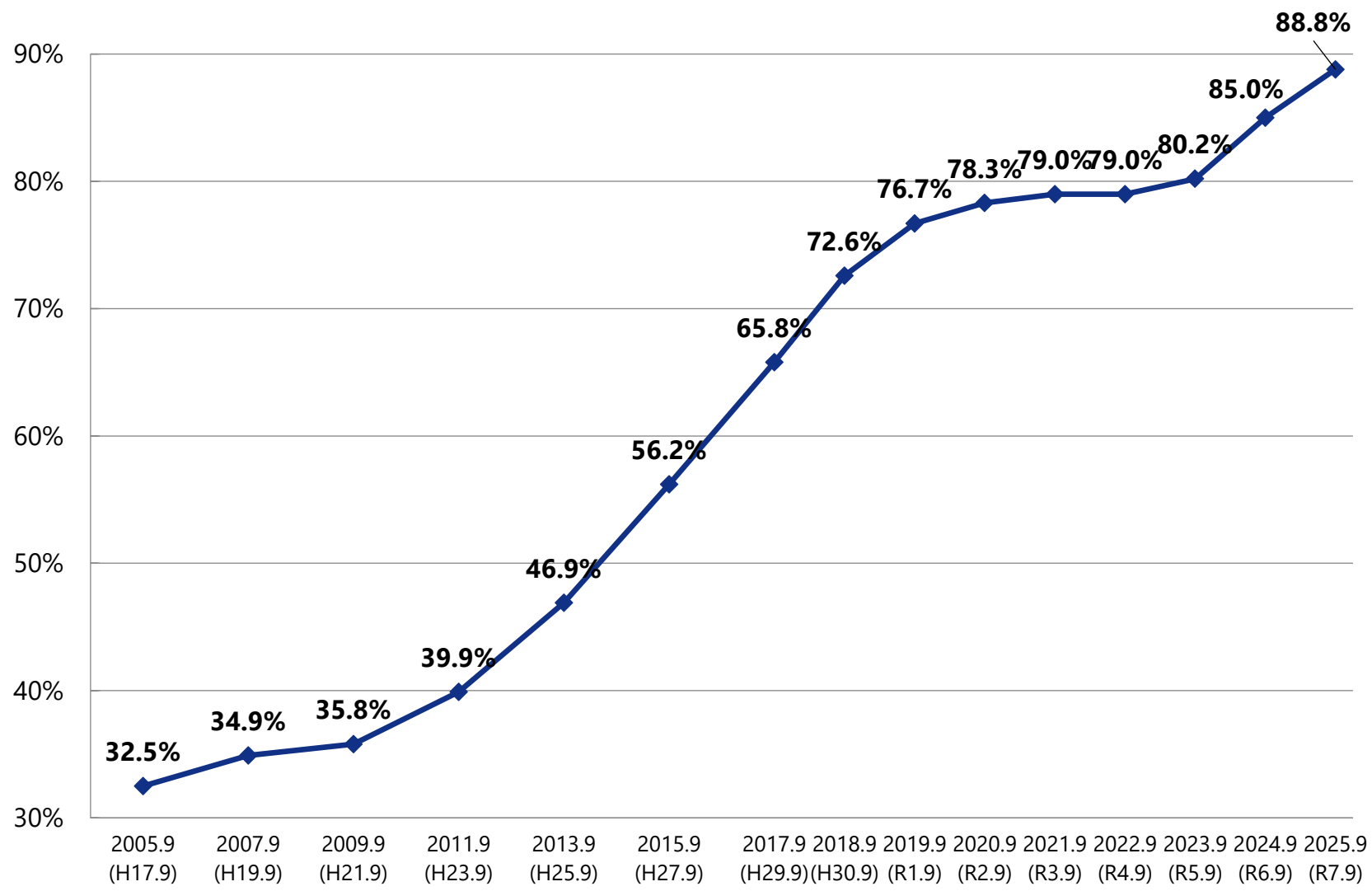
特定保健指導実施率別市町村数
（2023年度）



国保保険料（税）収納率別市町村数
（2024年現年分）



薬価調査における後発医薬品の使用割合（数量ベース）



改正の趣旨

持続可能な医療保険制度の実現に向けて、必要な保険給付等の適切な実施と世代間や世代内での負担の公平性の確保を図るため、一部保険外療養の創設、後期高齢者医療における金融所得の保険料等への勘案、出産に係る給付体系の見直し、国民健康保険における子どもに係る均等割保険料等の軽減の拡充等の措置を講ずるほか、医療機関の業務効率化と勤務環境改善の取組等に係る措置を講ずる。

改正の概要

1. より公平な負担の実現、効率的な給付の確保

【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① OTC医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする一部保険外療養を創設する。
- ② 後期高齢者医療において、上場株式の配当等の金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するため、金融所得の支払に係る報告書等（法定調書）を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等を設ける。

2. 出産等の次世代支援や現役世代からの予防・健康づくりの拡充

【健保法、船員保険法、国保法、母子保健法等】

- ① 出産に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、出産の標準的な費用に係る給付体系の見直し等を行う。
- ② 妊婦健診に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、妊婦健診（望ましい基準内）の実施に係る標準額を定める等の環境の整備をするほか、サービス及び費用の見える化を進める。※こども家庭庁所管事項
- ③ 国民健康保険制度において、子どもに係る均等割保険料（税）の5割を軽減する措置の対象を、未就学児から高校生年代まで拡充する。
- ④ 現役世代の予防・健康づくりを強化するため、全国健康保険協会が取り組む保健事業に関する責務を明確化する。

3. 必要な医療の提供の確保

【健保法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法等】

- ① 高額療養費の支給要件等を定める際には、特に長期療養者の家計への影響が適切に考慮されるよう、法律上明確化する。
- ② 業務効率化・勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する新たな事業を地域医療介護総合確保基金に設けるほか、計画を作成し業務効率化・勤務環境改善を推進する病院を厚生労働大臣が認定する仕組みを設ける。併せて、医療機関は業務効率化・勤務環境改善に努めるものとする。

4. その他

【健保法、国保法、高確法等】

- ① 全国健康保険協会の平均保険料率の引き下げとあわせ、令和8年度から令和10年度までの時限措置として、全国健康保険協会への国庫補助に係る特例減額の控除額を引き上げる特例措置を講じる。
- ② 国民健康保険組合に対する国庫補助について、一定の場合に、現行の補助率の下限よりも低い補助率を例外的に適用する。
- ③ 国民健康保険の財政安定化基金（本体基金分）について、納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認める。等

施行期日

このほか、平成19年の雇用保険法等の一部改正法で改正を要した船員保険法第76条第6項について、規定の形式的修正を行う。

令和9年4月1日（ただし、2④及び4①は公布日、3①は令和8年8月1日、3②の一部は令和9年1月1日、1①は公布後1年以内に政令で定める日、2①及び②は公布後2年以内に政令で定める日、1②は公布後5年以内に政令で定める日等）

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（令和5年12月22日閣議決定）の概要

- 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- 上記②の取組は、2028年度までの各年度の予算編成過程において、実施すべき施策を検討・決定

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組 ※2040年頃を見据えた中長期的取組は省略
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	（労働市場や雇用の在り方の見直し） 「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等	（勤労者皆保険の実現に向けた取組） - 短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 - フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 等 - 年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	- 前期財政調整における報酬調整の導入 - 後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み - 介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） - 介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） - イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し - 診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 - 入院時の食費の基準の見直し等 - 生活保護制度の医療扶助の適正化	（生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） - 医療DXによる効率化・質の向上 等 - 生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 - 医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 - 医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） - 介護の生産性・質の向上 - イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し - 国保の普通調整交付金の医療費勘案等 等 - 国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 - 介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） - サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 - 福祉用具貸与のサービスの向上 等 - 生活保護の医療扶助の適正化等 - 障害福祉サービスの地域差の是正 （能力に応じた全世代の支え合い） - 介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） - 医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い - 医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 - 障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現 （高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） - 高齢者の活躍促進 等 - 疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 - 経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等
「地域共生社会」の実現	- 重層的支援体制整備事業の更なる促進 - 社会保障教育の一層の推進 - 住まい支援強化に向けた制度改正 等	- 孤独・孤立対策の推進 - 身寄りのない高齢者等への支援 等