



ひと、暮らし、みらいのために  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 高額療養費制度について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1

## 高額療養費制度の見直しにかかる経緯

ひと、くらし、みらいのために

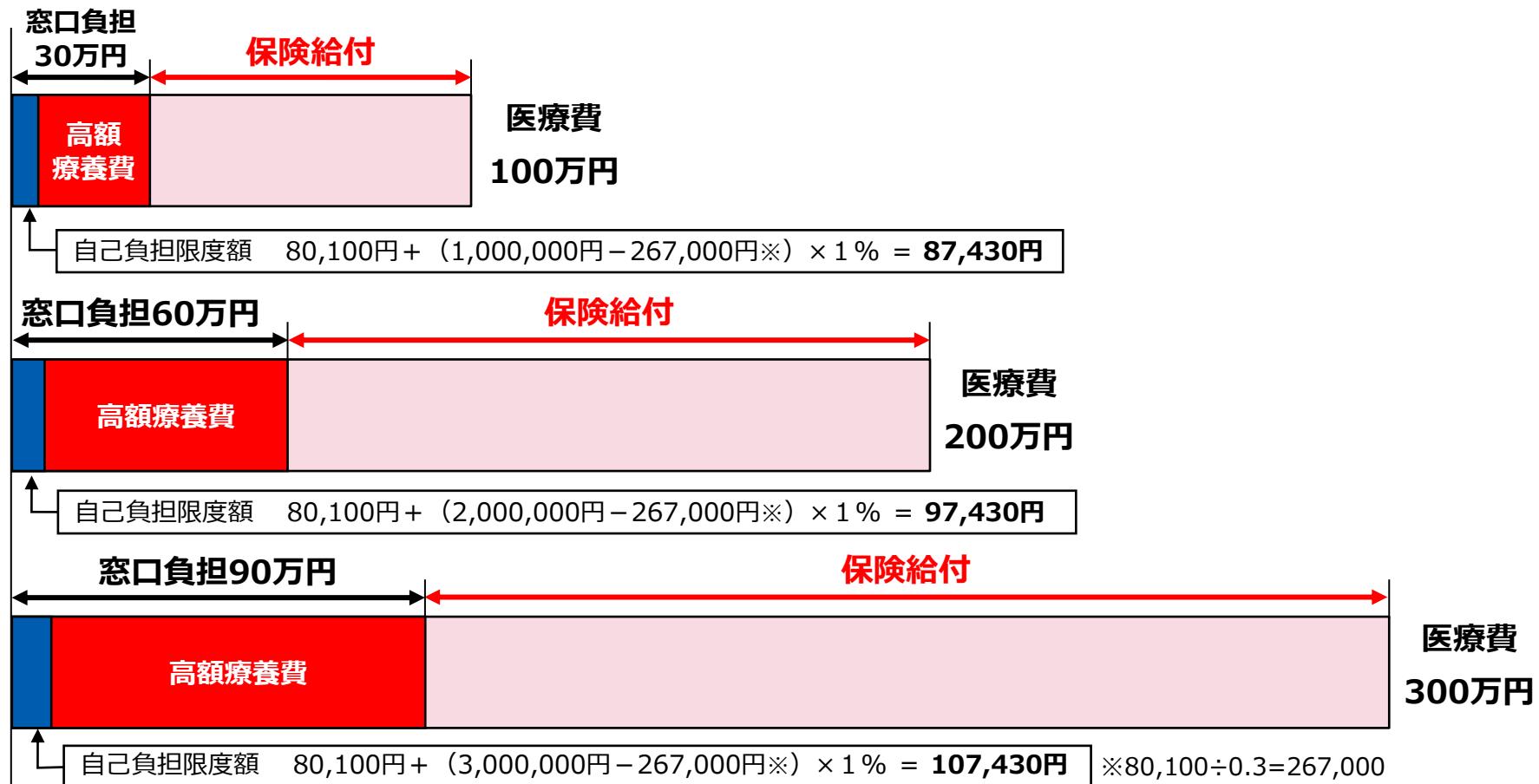


厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 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）



# 患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（現行）

		負担割合	月単位の上限額（円）
70 歳 未 満	<b>年収約1,160万円～</b> 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	3割（※1）	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>
	<b>年収約770～約1,160万円</b> 健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>
	<b>年収約370～約770万円</b> 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	<b>～年収約370万円</b> 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>
	<b>住民税非課税</b>		35,400 <多数回該当：24,600>
70 歳 以 上	<b>年収約1,160万円～</b> 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	外來（個人ごと） 252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>
	<b>年収約770～約1,160万円</b> 健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>
	<b>年収約370～約770万円</b> 健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	<b>～年収約370万円</b> 健保：標報26万円以下（※2）／国保・後期：課税所得145万円未満（※2）（※3）	70-74歳 2割	18,000（※5） 〔 年14.4万円（※6）〕 57,600 <多数回該当：44,400>
	<b>住民税非課税</b>		24,600
	<b>住民税非課税</b> (所得が一定以下)	75歳以上 1割（※4）	8,000 15,000

※1 義務教育就学前の者については2割。

※2 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※4 課税所得が28万円以上かつ年金収入+その他の合計所得金額が200万円以上(複数世帯の場合は320万円以上)の者については2割。

※5 75歳以上の2割負担対象者について、施行後3年間、1ヶ月分の負担増加額は3000円以内となる。

※6 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

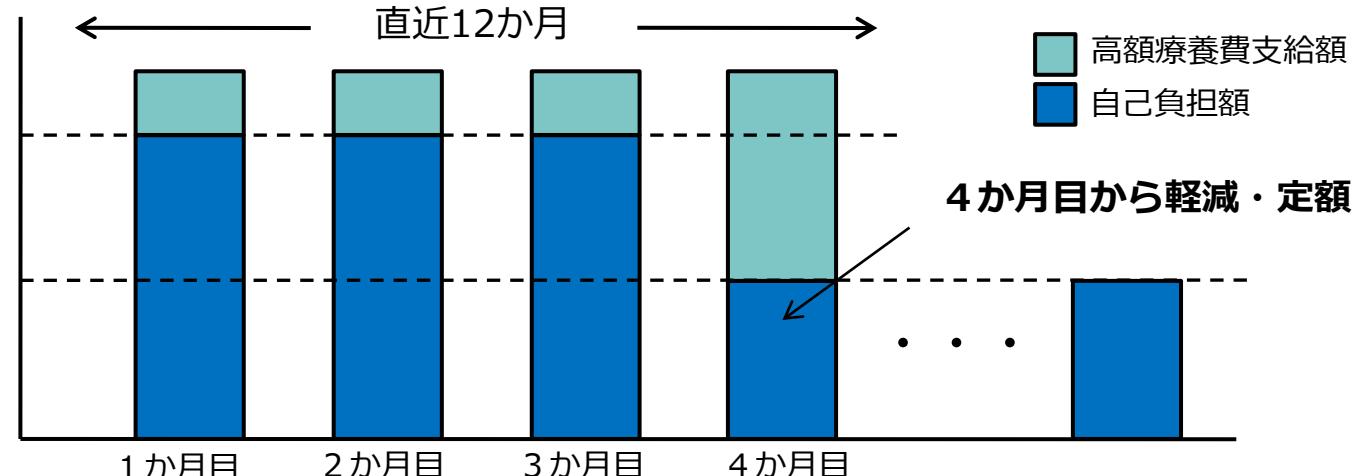
## 高額療養費の多数該当の仕組み

- 同一世帯で、直近12か月間に高額療養費が支給された月が3か月以上になった場合は、4か月目から自己負担限度額が軽減された定額となる。

<年収約370～約770万円の場合>

$$80,100\text{円} + (\text{医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%$$

44,400円



70歳未満

所得区分	軽減前の自己負担限度額	多数回該当の場合
年収約1,160万円～	$252,600\text{円} + (\text{医療費} - 842,000\text{円}) \times 1\%$	<b>140,100円</b>
年収約770～約1,160万円	$167,400\text{円} + (\text{医療費} - 558,000\text{円}) \times 1\%$	<b>93,000円</b>
年収約370～約770万円	$80,100\text{円} + (\text{医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%$	<b>44,400円</b>
～年収約370万円	57,600円	<b>44,400円</b>
住民税非課税	35,400円	<b>24,600円</b>

70歳以上

所得区分	軽減前の自己負担限度額	多数回該当の場合
年収約1,160万円～	$252,600\text{円} + (\text{医療費} - 842,000\text{円}) \times 1\%$	<b>140,100円</b>
年収約770～約1,160万円	$167,400\text{円} + (\text{医療費} - 558,000\text{円}) \times 1\%$	<b>93,000円</b>
年収約370～約770万円	$80,100\text{円} + (\text{医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%$	<b>44,400円</b>
～年収約370万円	57,600円	<b>44,400円</b>

# 高齢者の高額療養費における外来特例について

## 外来特例の経緯・考え方

### 【経緯】

- 70歳以上の高齢者の外来特例は、平成14年10月に、それまで設けられていた外来の月額上限額を廃止し、定率1割負担の徹底を行った際に、
  - ・ 高齢者は外来の受診頻度が若年者に比べて高いこと
  - ・ 高齢者の定率1割負担を導入してから間もない（平成13年から実施）こと
 等を考慮して設けられたもの。
- 平成29・30年の高額療養費制度の見直しの際に、直近の患者の医療費の分布を基に一般区分の限度額を引き上げるとともに、年間の負担額が変わらないよう外来の年間上限を設定（14.4万円）。さらに、平成30年に、現役並み所得者の細分化に伴い、世代間の負担のバランス・負担能力に応じた負担の観点から、現役並み所得者の外来特例を廃止。

### 【限度額設定の考え方】

- 一般区分の外来の月額上限は、平成14年の制度導入時及び平成29・30年の見直し時に直近の一人当たり医療費の上位2～3%程度（統計的な例外値）の1割に当たる水準で設定（平成14年～：12,000円、平成30年～：18,000円）。
- 低所得者については、平成14年の制度導入時、自己負担限度額が一般的なものに占める割合を踏まえ、一般区分の概ね2／3の水準で設定（8,000円）。その後限度額の見直しは行われていない。

### [70歳以上的一般・低所得者の自己負担限度額（現行）]

所得区分	外来(個人ごと)	上限額（世帯ごと）	
		一般	住民税非課税
一般	18,000円 [年14.4万円]	57,600円 <多数回該当：44,400円>	
住民税非課税	8,000円	24,600円	
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円	

# 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）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	<p><b>(労働市場や雇用の在り方の見直し)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「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</li> <li>・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等</li> </ul>	<p><b>(労働者皆保険の実現に向けた取組)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理</li> <li>・年収の壁に対する取組 等</li> </ul>
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前期財政調整における報酬調整の導入</li> <li>・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</li> <li>・介護保険制度改革 (第1号保険料負担の在り方)</li> <li>・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)</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・入院時の食費の基準の見直し等</li> <li>・生活保護制度の医療扶助の適正化</li> </ul>	<p><b>(生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療DXによる効率化・質の向上</li> <li>・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化</li> <li>・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）</li> <li>・介護の生産性・質の向上</li> <li>・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</li> <li>・国保の普通調整交付金の医療費勘案等</li> <li>・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・福祉用具貸与のサービスの向上</li> <li>・障害福祉サービスの地域差の是正</li> <li>・生活保護の医療扶助の適正化等</li> </ul> <p><b>(能力に応じた全世代の支え合い)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現</li> <p><b>(高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の活躍促進</li> <li>・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等</li> <li>・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）</li> </ul> </ul>
「地域共生社会」の実現	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重層的支援体制整備事業の更なる促進</li> <li>・社会保障教育の一層の推進</li> <li>・住まい支援強化に向けた制度改正 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・孤独・孤立対策の推進</li> <li>・身寄りのない高齢者等への支援 等</li> </ul>

# 高額療養費制度の見直しについて

令和7年1月23日

第192回社会保障審議会  
医療保険部会

資料2

- 高額療養費について、高齢化や高額薬剤の普及等によりその総額は年々増加しており、結果として現役世代を中心とした保険料が増加してきた。そこで、**セーフティネットとしての高額療養費の役割を維持しつつ、健康な方を含めた全ての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図る**観点から、以下の方向で見直す。
- 具体的には、下表のとおり、負担能力に応じたきめ細かい制度設計を行う観点から、①各所得区分ごとの自己負担限度額を引き上げる（低所得者に配慮）とともに、②住民税非課税区分を除く各所得区分の細分化を実施する（具体的なイメージは次ページ参照）。
- 併せて、年齢ではなく能力に応じた全世代の支え合いの観点から、低所得高齢者への影響を極力抑制しつつ、70歳以上固有の制度である外来特例の見直しを行うことにより、全ての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図る。

## 【自己負担上限額の見直し】

### ①各所得区分ごとの自己負担限度額の引上げ（2025年8月～）

考え方		■ 前回見直しを行った約10年前からの平均給与の伸び率が約9.5～約12%であることを踏まえ、平均的な所得層の引き上げ幅を10%に設定。
具体的な 自己負担 上限額 引き上げ 幅	年収約1,160万円～	+15%
	年収約770～1,160万円	+12.5%
	年収約370～770万円	+10%
	～年収約370万円	+5%
	住民税非課税	+2.7%
	住民税非課税 (所得が一定以下)	+2.7%



### ②各所得区分の細分化（2026年8月～、2027年8月～）

- 各所得区分（住民税非課税を除く）を3区分に細分化し、それぞれの所得に応じて、自己負担上限額を引上げ（激変緩和措置として2段階で引上げ）

（参考） 過去の見直しにおいても、協会けんぽ加入者の標準的な報酬月額の25%となるように自己負担上限額を設定している。

## 【外来特例の見直し（2026年8月～）】

※ [ ]内は年間上限額

所得区分	現行	見直し後
一般（2割負担）	18,000円 [年14.4万円]	28,000円 [年22.4万円]
		20,000円 [年16.0万円]
住民税非課税	8,000円	13,000円
住民税非課税 (年間収入が80万円以下)	8,000円	8,000円 (据え置き)

### <財政影響試算（粗い推計）>

保険料	▲3,700億円
加入者1人当たり 保険料軽減額（年額）	▲1,100円 ～▲5,000円
実効給付率	▲0.62%
(参考)	
公費	▲1,600億円
国	▲1,100億円
地方	▲500億円

※ 上記は満年度ベースの数字

# 令和7年3月7日 石破総理大臣発言 抜粋（高額療養費制度見直しの実施見合せ）

高額療養費制度の見直しに関して、先ほど、患者団体の皆様と面会をし、直接、その切実なお声を承ったところであります。これまで、御指摘を真摯に受け止めて、「多数回該当」の方の負担据え置きや、令和8年度以降の所得区分の細分化の再検討などを行い、その点については一定の御評価を頂戴をいたしましたが、本年分の定率改定を含め、今回の見直しについて、なお御理解を頂くには至っておりません。高額療養費が増大する中、保険料負担を抑制するとともに、この大切なセーフティーネットを次の世代にも持続可能なものとするため、制度の見直し自体は実施させていただきたいと、説明をいたしてまいりました。

保険者の皆様方からも、そのような御要望を改めて頂戴をいたしました。（中略）被保険者の方々の声に応えるためにも、御理解を頂きたかったのでありますが、患者団体の皆様方からは、「それでも受診抑制につながるおそれがある」と、このような御意見を頂戴をいたしました。ここに至りますまで、患者団体の皆様に御理解を頂けない理由の一つとして、本件の検討プロセスに、「丁寧さを欠いた」との御指摘を頂いておることを、政府として、重く受け止めねばならないと思っております。患者の皆様に御不安を与えたまま、見直しを実施することは望ましいことではございません。

また、今日に至る審議の過程におきまして、立憲民主党の野田代表、委員会で質問を頂きました。日本維新の会、公明党、衆・参の自民党からも、それぞれ御意見を頂戴をいたしました。こうしたことから、私は本年8月に予定されております定率改定を含めて、見直し全体について、その実施を見合わせるという決断をいたしました。本年秋までに、改めて方針を検討し、決定することといたします。

（中略）

この高額療養費制度が、患者の皆様方にとって大切な制度でありますからこそ、丁寧なプロセスを積み重ねることで、これが持続可能なものとして、次の世代に引き継がれるように心から願い、努力をしてまいりたいと存じます。

2

## 高額療養費制度をとりまく状況

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

# 高額療養費制度の見直しに関する経緯

- 昭和48年10月 被扶養者について高額療養費制度を創設
- 昭和56年3月 被保険者（低所得者）について高額療養費制度を創設
- 昭和59年10月 被保険者（低所得者以外）について高額療養費制度を創設。世帯合算方式、多数回該当を創設
- 平成13年1月 70歳未満について上位所得者区分を創設。一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算
- 平成14年10月 自己負担限度額の見直し
- 平成18年10月 自己負担限度額の見直し
- 平成27年1月 70歳未満について所得区分細分化（3区分→5区分）、自己負担限度額の見直し
- 平成29年8月 70歳以上について外来特例を含めた自己負担限度額の見直し
- 平成30年8月 70歳以上について所得区分細分化（4区分→6区分）、外来特例を含めた自己負担限度額の見直し

# 高額療養費制度の見直し（平成27年1月施行）

令和6年11月21日

第186回社会保障審議会  
医療保険部会

資料2

## 1. 見直しの趣旨

- 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、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。

## 2. 見直しの内容

### (見直し前)

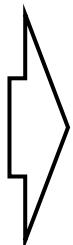
月単位の上限額（円）	
<b>上位所得者 (年収約770万円～)</b> 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得600万円超	150,000 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数回該当：83,400>
<b>一般所得者 (上位所得者・低所得者以外)</b> 3人世帯（給与所得者/夫婦子1人の場合： 年収約210万～約770万円）	80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>

70 歳 未 満	窓口負担割合	外來	
		3割	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	44,400	12,000	44,400
一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)		8,000	24,600
住民税非課税			15,000
住民税非課税 (所得が一定以下)			

75 歳 未 満	窓口負担割合	外來	
		3割	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	44,400	12,000	44,400
一般（～年収約370万円） 課税所得145万円未満(※1)		8,000	24,600
住民税非課税			15,000
住民税非課税 (所得が一定以下)			

### (見直し後)

月単位の上限額（円）	
<b>年収約1,160万円～</b> 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>
<b>年収約770～約1,160万円</b> 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円	167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>
<b>年収約370～約770万円</b> 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円	80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
<b>～年収約370万円</b> 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	57,600 <多数回該当：44,400>
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>



70 歳 未 満	窓口負担割合	外來	
		3割	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	44,400	12,000	44,400
一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1) (※2)		8,000	24,600
住民税非課税			15,000
住民税非課税 (所得が一定以下)			

75 歳 未 満	窓口負担割合	外來	
		1割	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	44,400	12,000	44,400
一般（～年収約370万円） 課税所得145万円未満(※1)		8,000	24,600
住民税非課税			15,000
住民税非課税 (所得が一定以下)			

※1 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 平成26年3月末日までに70歳に達している者は1割。

(注) 75歳以上の所得区分、限度額に変更はない。

# 70歳以上の高額療養費制度の見直し（平成29年、平成30年）

令和6年11月21日

第186回社会保障審議会  
医療保険部会

資料2

## 見直し概要

- 第1段階目（29年8月～30年7月）では、平成29年7月までの枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額（世帯）については、多  
数回該当を設定。
- 第2段階目（30年8月～）では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
- 一般区分については、7月31日を基準日として、1年間（8月～翌7月）の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限（外来年間合算）を設  
ける。  
※外来年間合算は基準日に一般区分又は住民税非課税区分である場合に対象となる。

## ○～29年7月（70歳以上）

区分	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
現役並み (年収約370万円以上)  健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 (年収156万～370万円)  健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満 ※2	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

## ○一段階目（29年8月～30年7月）

区分	限度額 (世帯 ※1)
外来 (個人)	80,100円 + 1% <44,400円>
57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>

## ○二段階目（30年8月～）

区分（年収）	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
年収約1160万円～ 標報83万円以上 課税所得890万円以上	252,600円 + 1% <140,100円>	
年収約770万～約1160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	167,400円 + 1% <93,000円>	
年収約370万～約770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般	18,000円 (年14.4万 円※3)	57,600円 <44,400円 >
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

## ○現行（69歳以下）

限度額 (世帯)
252,600円 + 1% <140,100円>
167,400円 + 1% <93,000円>
80,100円 + 1% <44,400円>
57,600円 <44,400円>
35,400円 <24,600円>

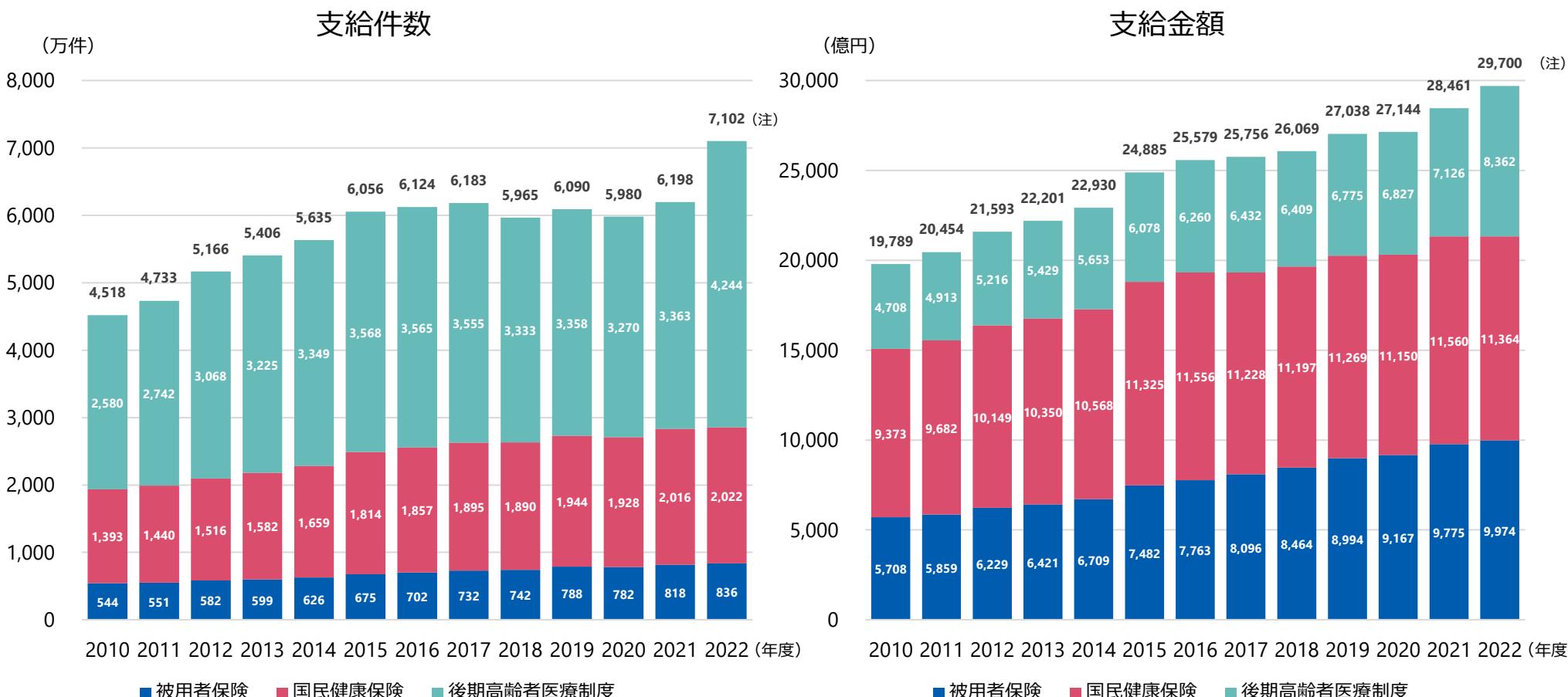
※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者

※2 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。

※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

<>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額（多數回該当）。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

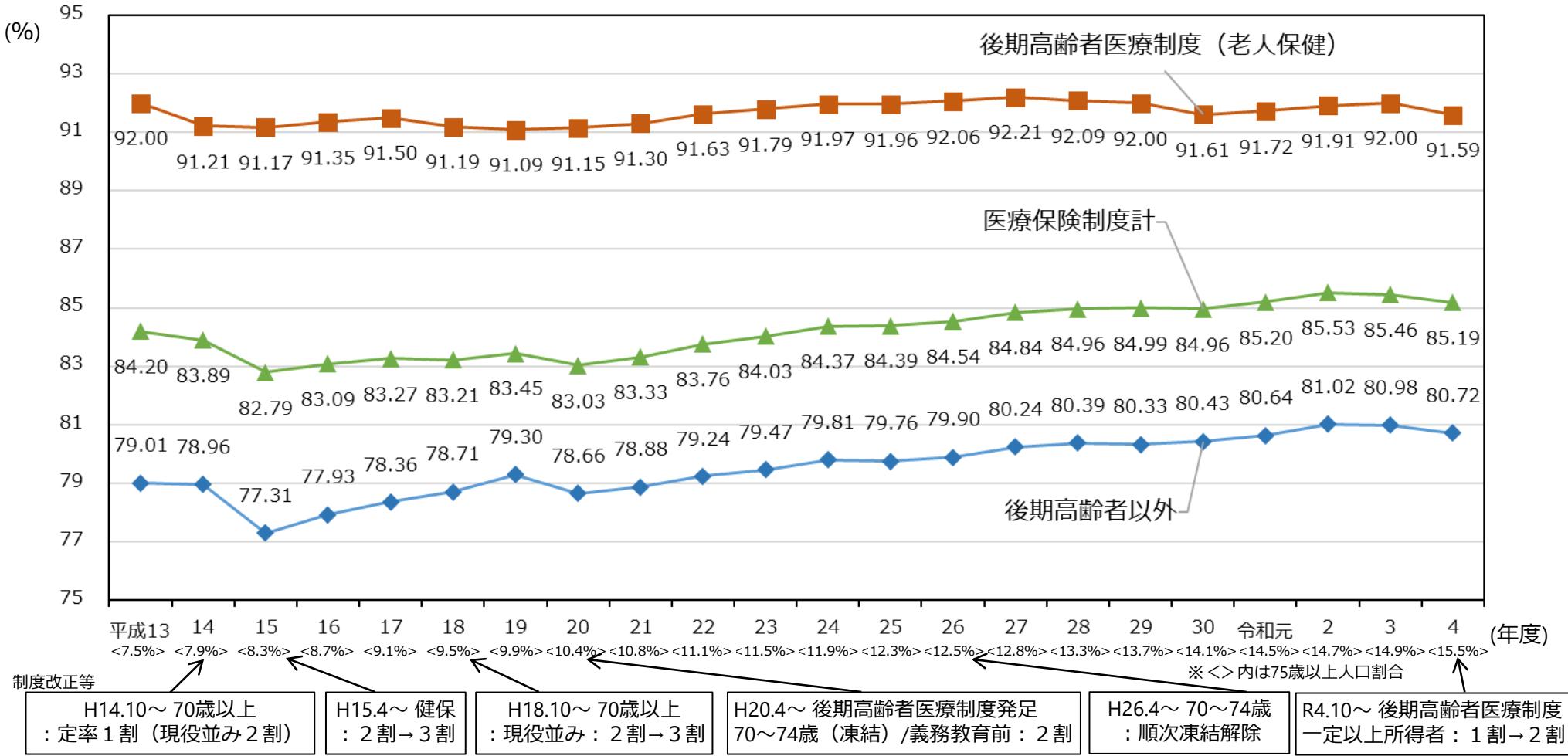
# 高額療養費の支給件数・支給金額の推移



(注) 後期高齢者医療制度の窓口負担割合の見直し時の配慮措置が含まれているため、2022年度の後期高齢者医療制度の数値を他年度の数値と比較する際は留意が必要。  
 (出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

# 実効給付率の推移

実効給付率（直近では約85%）は、制度改正等により上下することはあるものの、高齢者の方が実効給付率が高い傾向にあるため、高齢化の進展等により、近年のトレンドとしては上昇傾向になっています。



(注1) 予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業、新型コロナウイルス感染症にかかる公費支援といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

出典：各制度の事業年報等を基に作成

# 健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移

(件)

2,500

2,000

1,500

1,000

500

0

H22

H23

H24

H25

H26

H27

H28

H29

H30

851

1,365

1,517

1,792

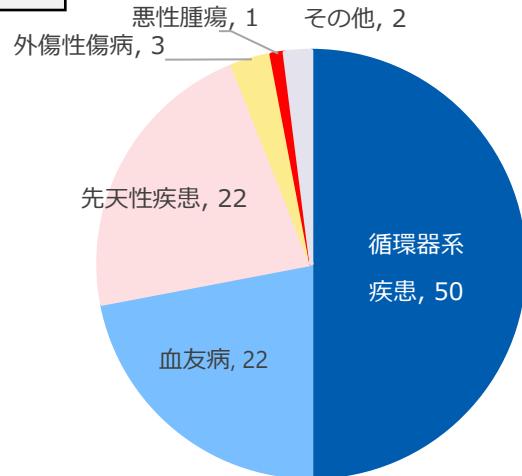
2,156

■ 1,000万円以上 ■ 1,500万円以上 ■ 2,000万円以上 ■ 3,000万円以上

(出典) 健康保険組合連合会「高額レセプト上位の概要」

# 健保組合における高額レセプト上位100位について

H26年度

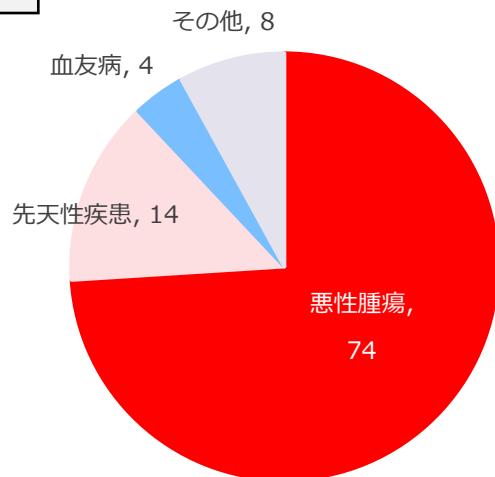


上位100位平均：約**1,861万円**（最高金額：約3,000万円）

## 【疾患別の主な高額要因】

- 特発性拡張型心筋症、肥大型心筋症  
→植込型補助人工心臓HeartMate II（約1,830万円～1,890万円）
- 左心低形成症候群、大血管転位症、大動脈弓離断症等 →心臓手術
- 血友病A,血友病B →ノボセブン（薬価：約8万円～40万円）

R 5年度



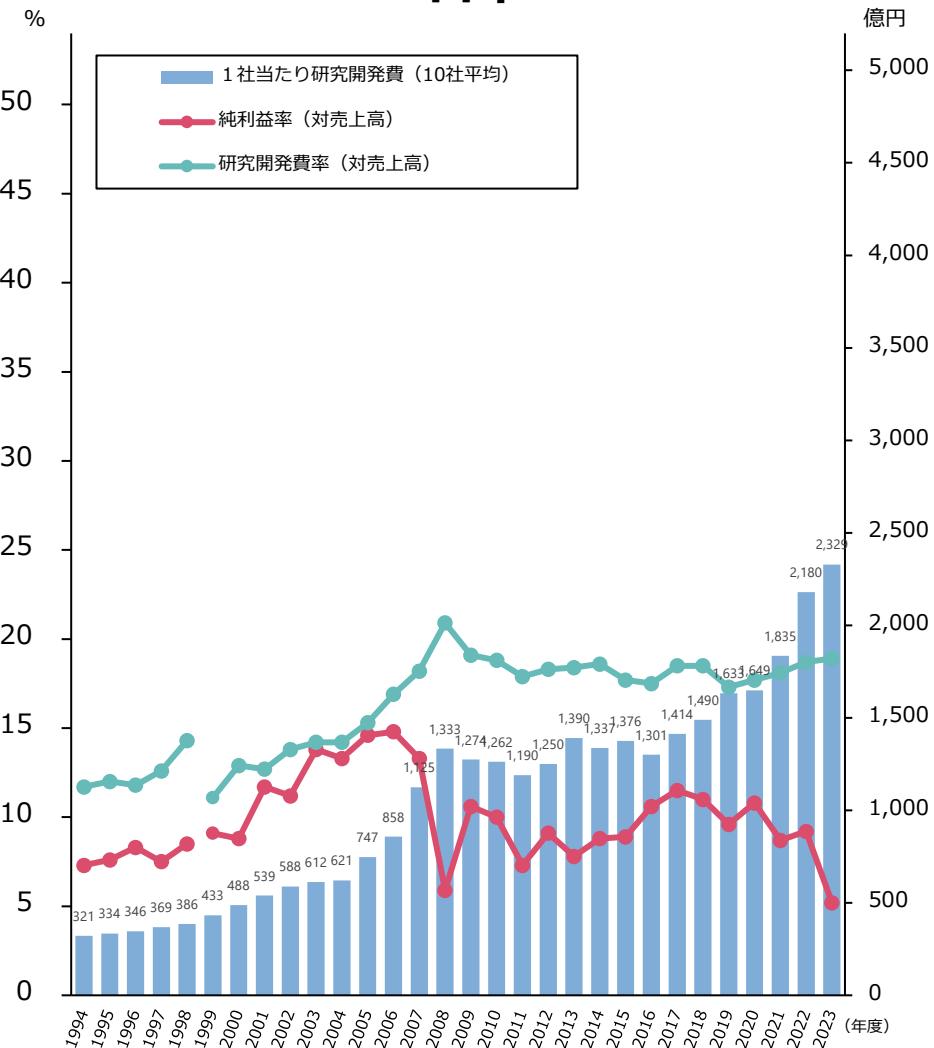
上位100位平均：約**5,586万円**（最高金額：約1億7,800万円）

## 【疾患別の主な高額要因】

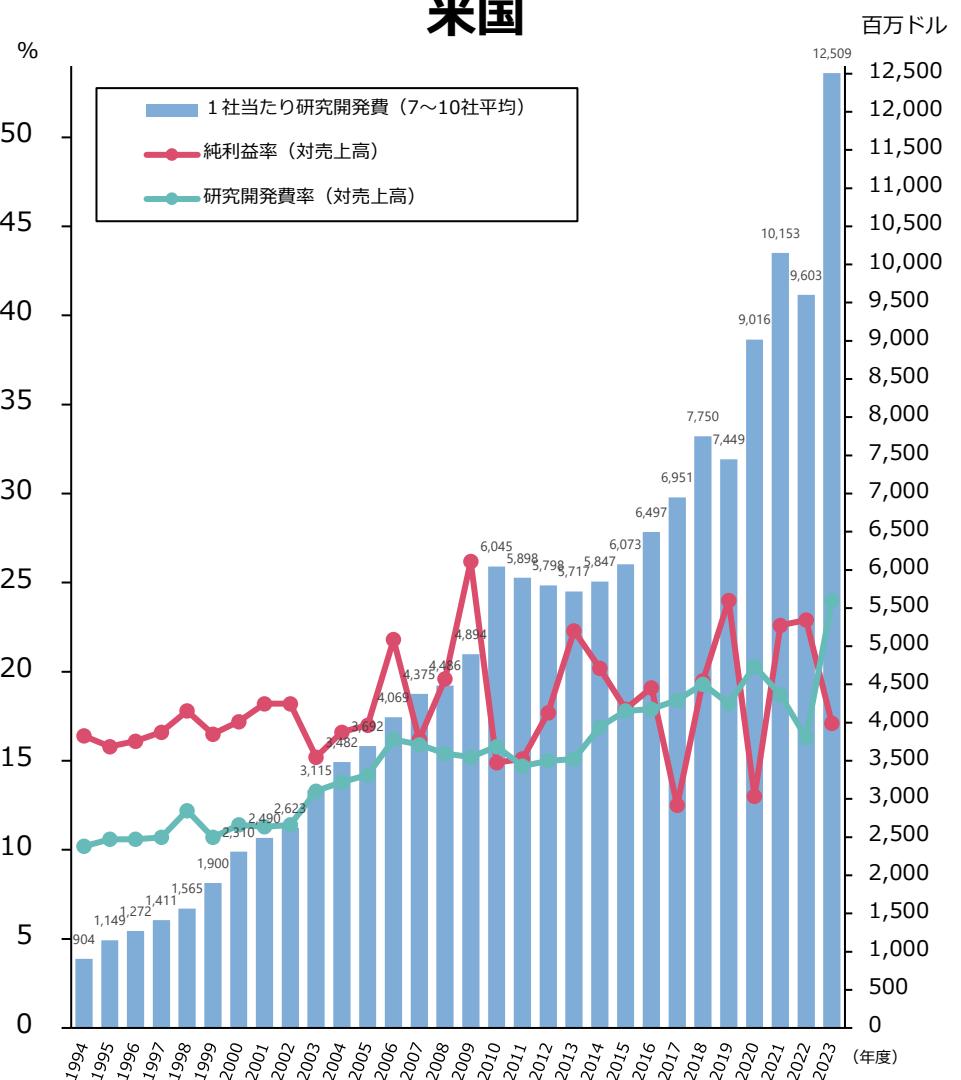
- 脊髄性筋萎縮症 →ゾルゲンスマ（薬価：約16,708万円）
- B細胞性急性リンパ芽球性白血病、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫  
→キムリア、ブレヤンジ、イエスカルタ（薬価：約3,265万円）
- 血友病A →ヘムライブラ（薬価：約29万円～122万円）  
※従来のノボセブン等も併用されている。

# 製薬企業の研究開発費と利益率の推移

日本



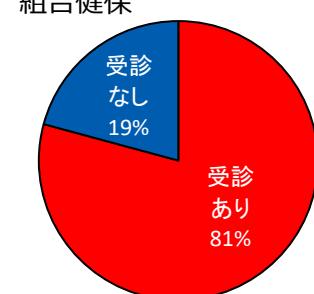
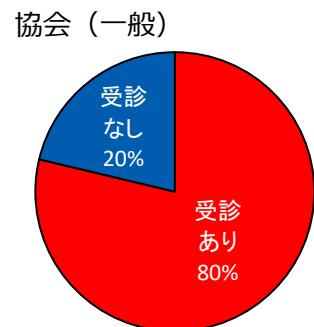
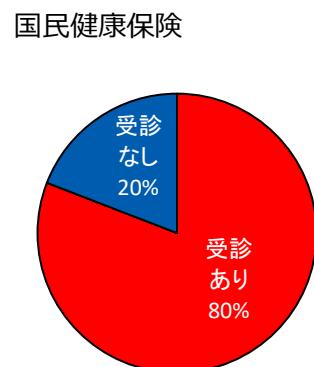
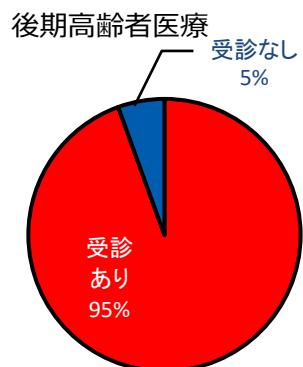
米国



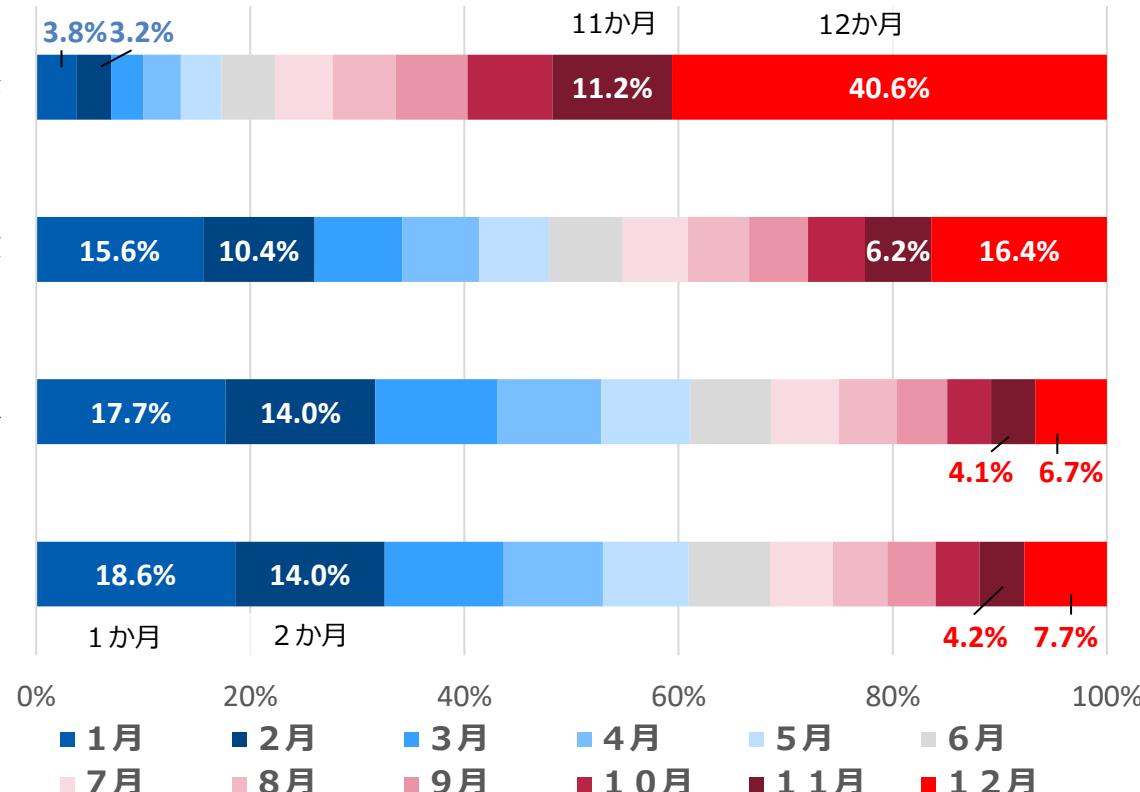
(出所) SPEEDA (株式会社ユーザベース)、有価証券報告書、アニュアルレポート  
(出典) 日本製薬工業協会 DATA BOOK 2025

- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2月以下だったのは、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療は1割。
- 後期高齢者医療では、外来受診者のうち約4割の者が毎月診療を受けている。

年間で外来受診した患者の割合



受診ありの者の受診月数



(出典) 医療給付費実態調査(令和4年度)

(注) 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

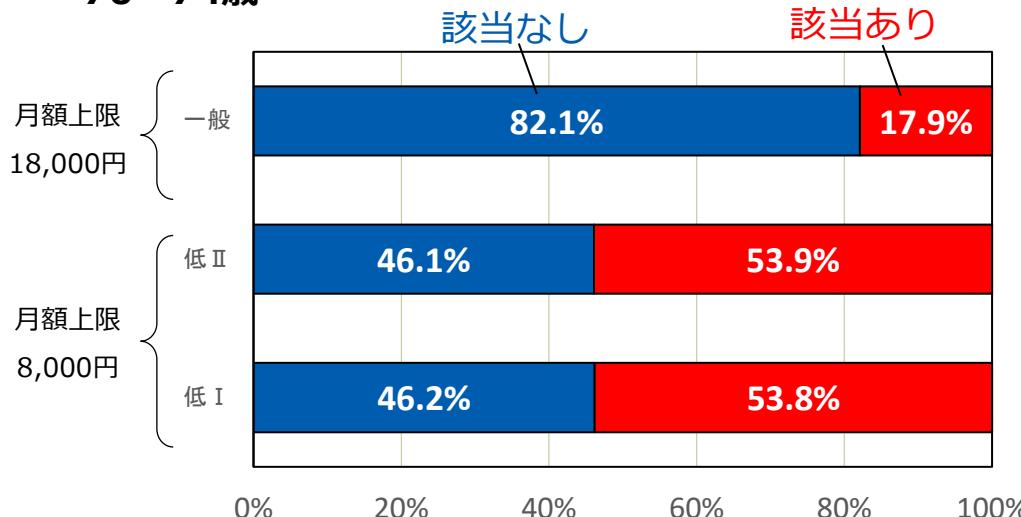
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したものから、令和4年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

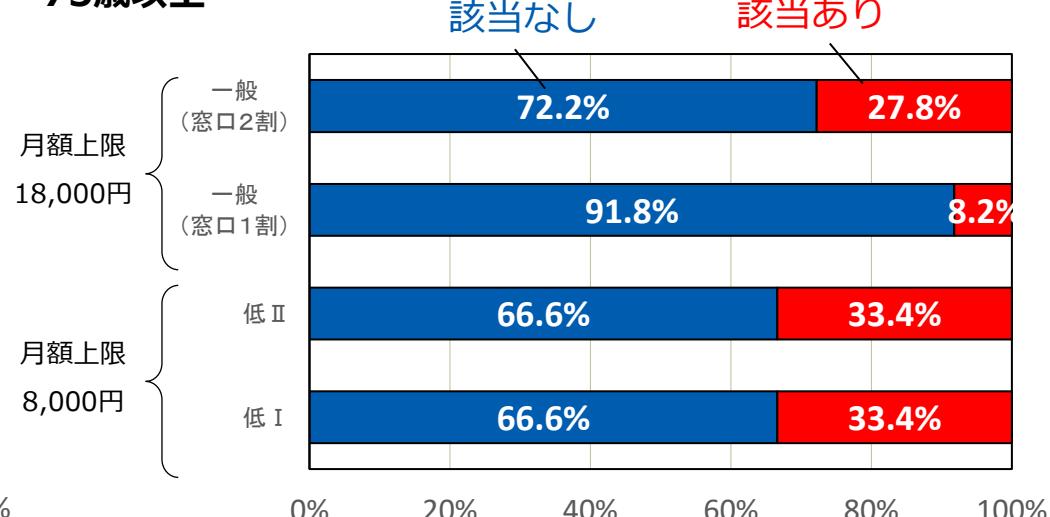
# 外来特例に該当する患者の割合

## 外来の月額上限（月間1.8万円または8千円）に該当する患者の割合※

70～74歳



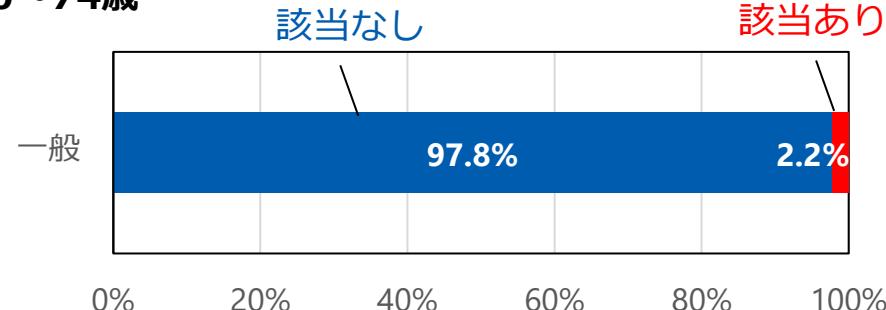
75歳以上



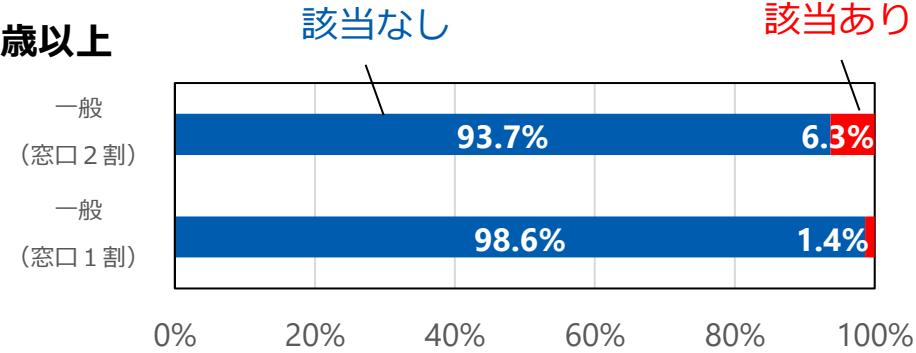
(※) 外来の月額上限に該当する患者の割合は、1年間に1回以上外来特例に該当する者の患者数に占める割合を示している。

## 外来の年間上限（年間14.4万円）に該当する患者の割合

70～74歳



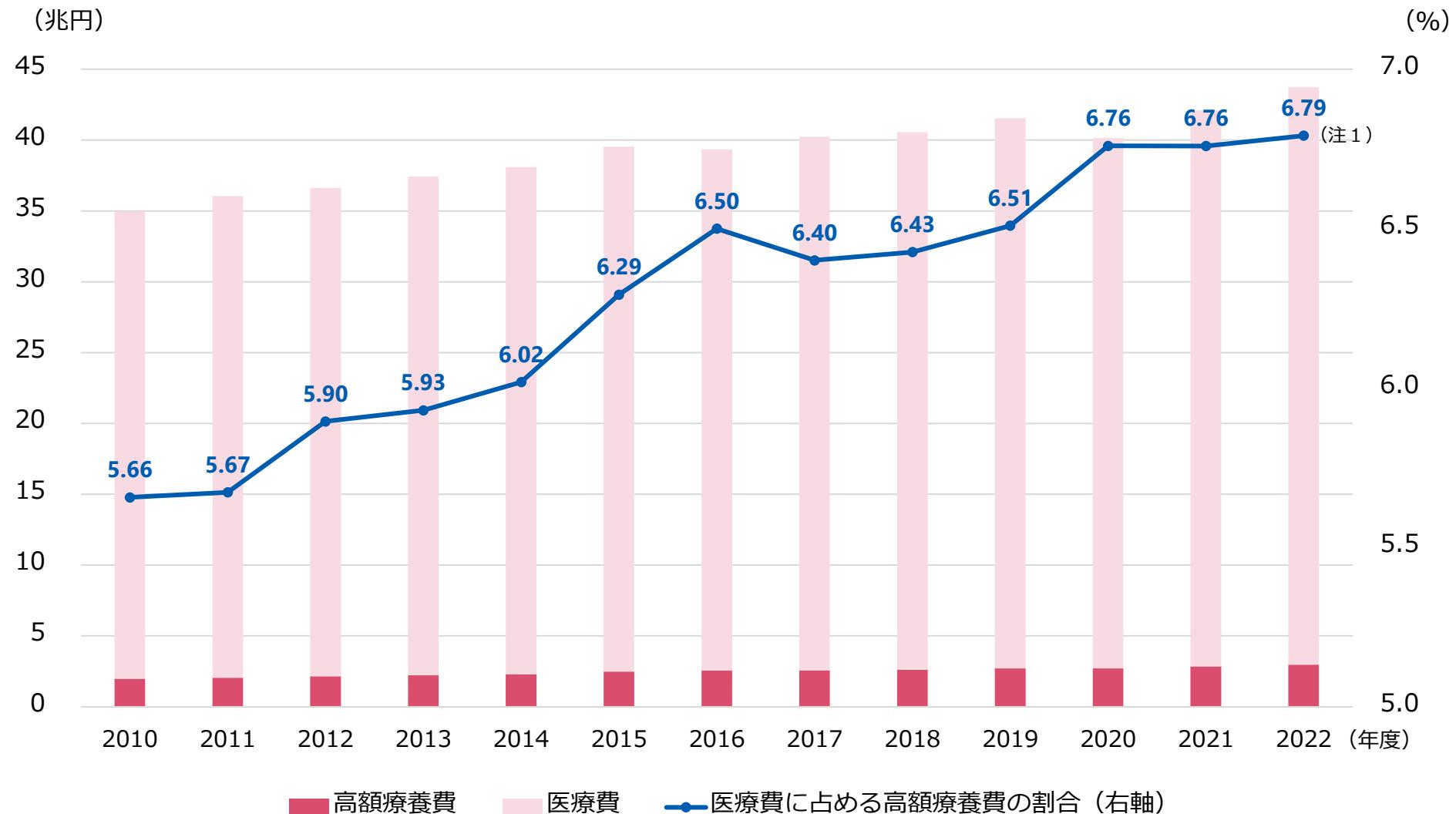
75歳以上



(出典) 令和4年度医療給付実態調査のレセプトデータを基に保険局調査課において推計

(注) いずれも患者数に占める割合。一般(窓口2割負担)については、年間を通じて2割負担であって窓口負担引き上げに伴う外来の配慮措置がない場合として推計。

## 医療費に占める高額療養費の割合【保険制度全体平均】



(注1) 後期高齢者医療制度の窓口負担割合の見直し時の配慮措置が含まれているため、2022年度の数値を他年度の数値と比較する際は留意が必要。

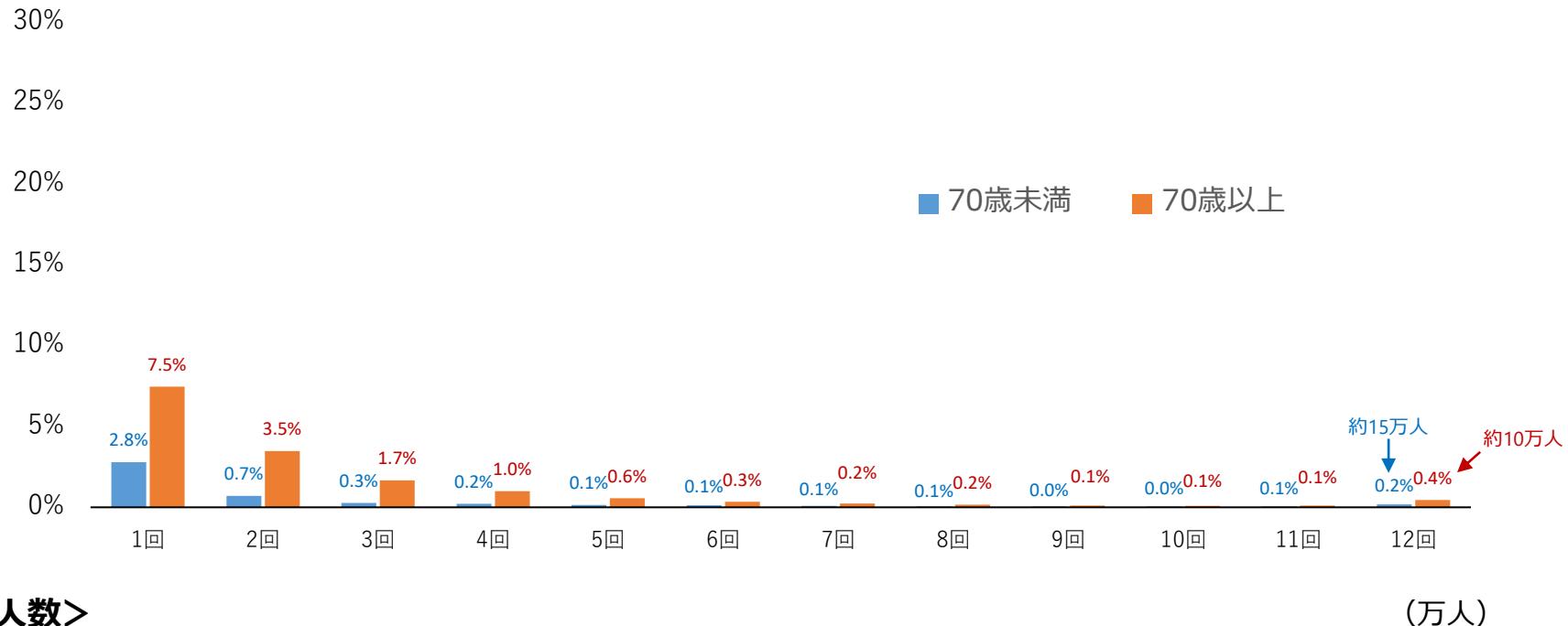
(注2) 上記の高額療養費・医療費の値は各制度の値を合計した数値（医療保険計）であり、国民医療費（総額）とは一致しない。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」を元に作成。

# 高額療養費の年間該当回数別の患者割合・回数（ごく粗い推計）

第189回社会保障審議会  
医療保険部会

## 患者に占める高額療養費の年間該当回数（外来特例等を除く）別割合



<人数> (万人)

	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回	12回
70歳未満	230	60	20	20	10	10	5	5	4	4	4	15
70歳以上	195	90	45	25	15	10	5	4	3	2	3	10

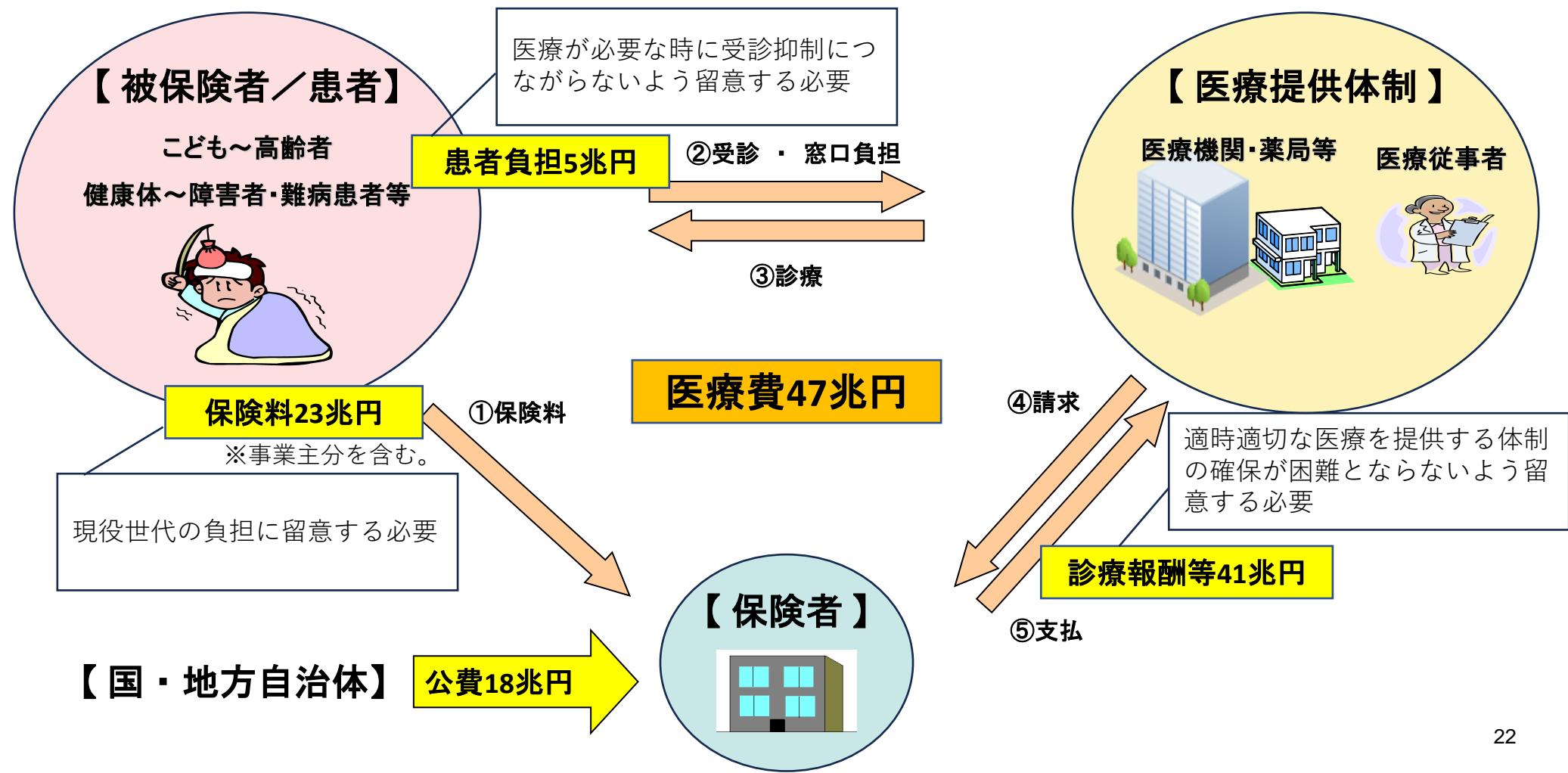
※ 令和4年度の医療費、加入者数をベースとして、現行の高額療養費制度に当てはめた場合の受給者数等を推計したもの。

なお、患者負担割合については後期高齢者の2割負担導入後のものとし、配慮措置については考慮しないものとして推計。

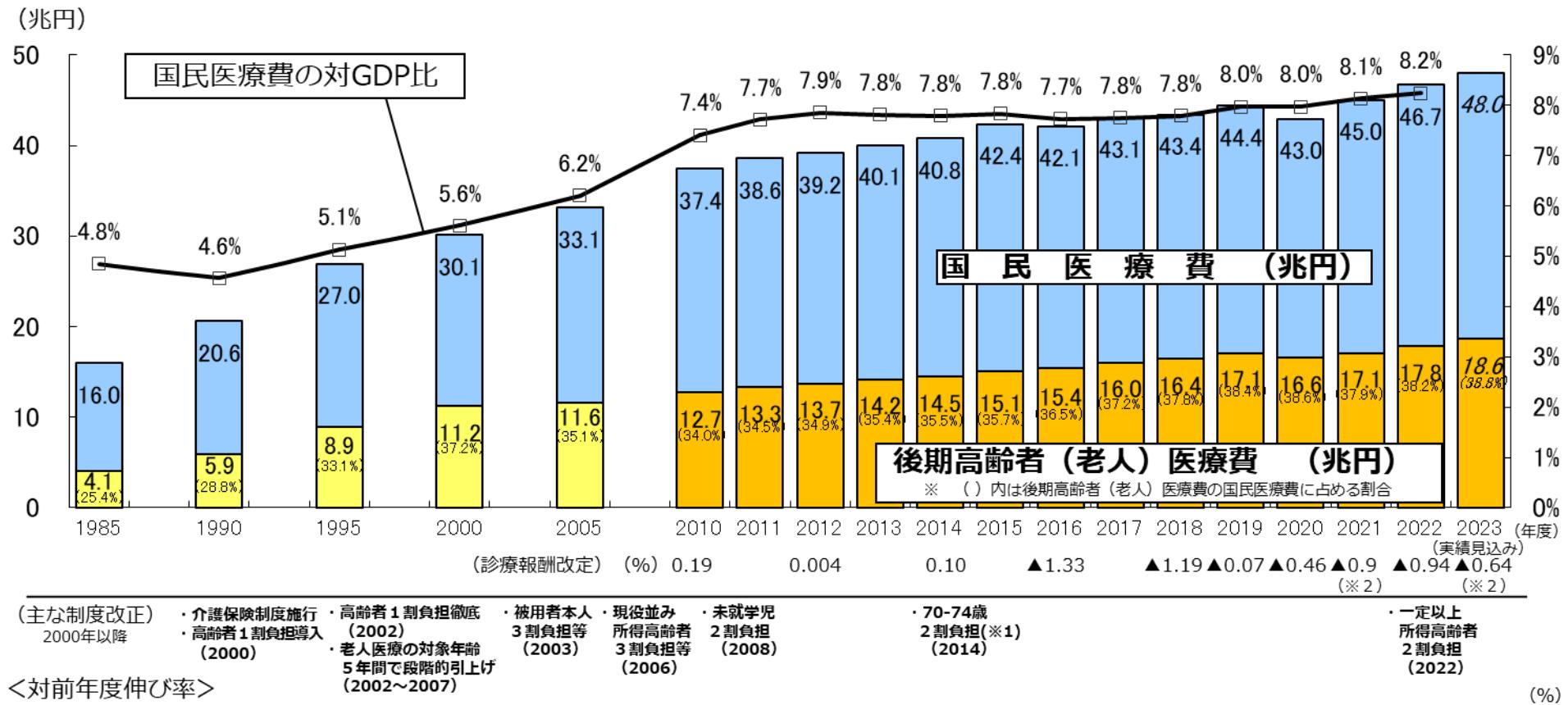
※ 高額療養費の該当回数は、外来特例等を除く。

# 我が国の医療保険制度を巡る構図

- 医療保険制度は、医療費を保険料、公費、患者負担によりファイナンス（資金調達）する仕組みである。
  - ⇒保険料を下げるにつつ、医療費の規模を維持する場合、代わりに患者負担等を増やす必要がある。
  - ⇒保険料を下げる、医療費の規模を縮小する場合、縮小しすぎると、医療機関等は診療報酬減を通じて医療提供の継続が困難となる。



# 医療費の動向



	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2005 (H17)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)	2017 (H29)	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (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。

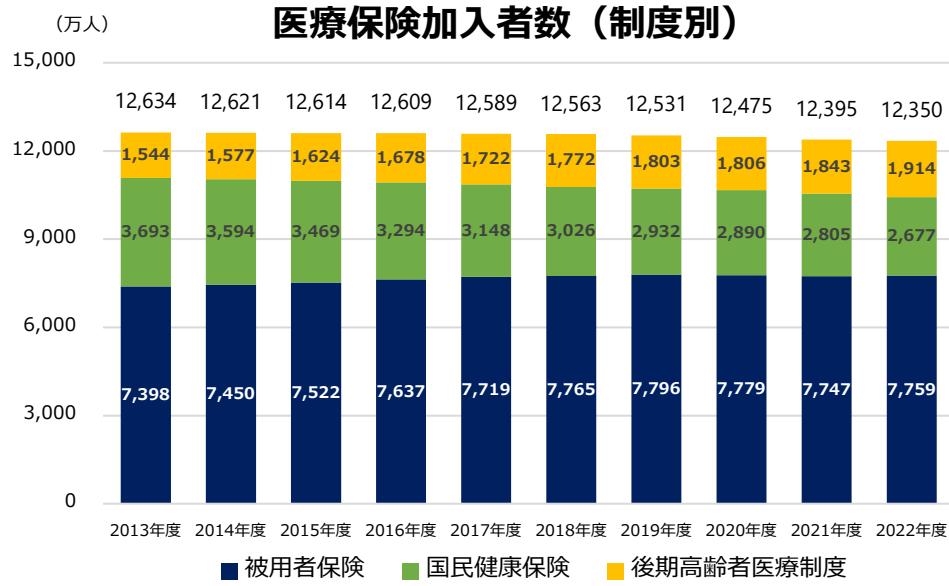
注2 後期高齢者（老人）医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。

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。

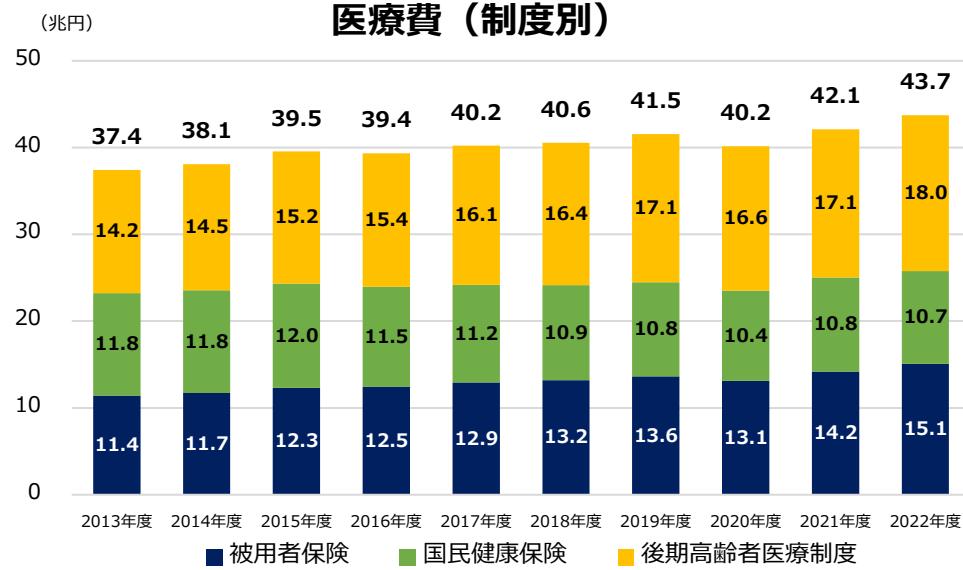
# 医療保険を取り巻く状況



(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

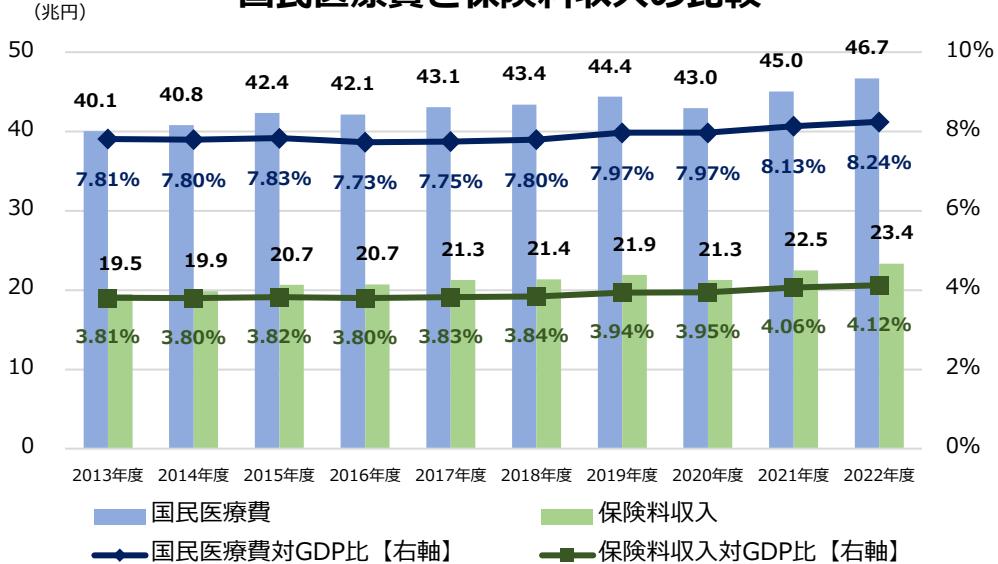
## 医療費（制度別）



(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

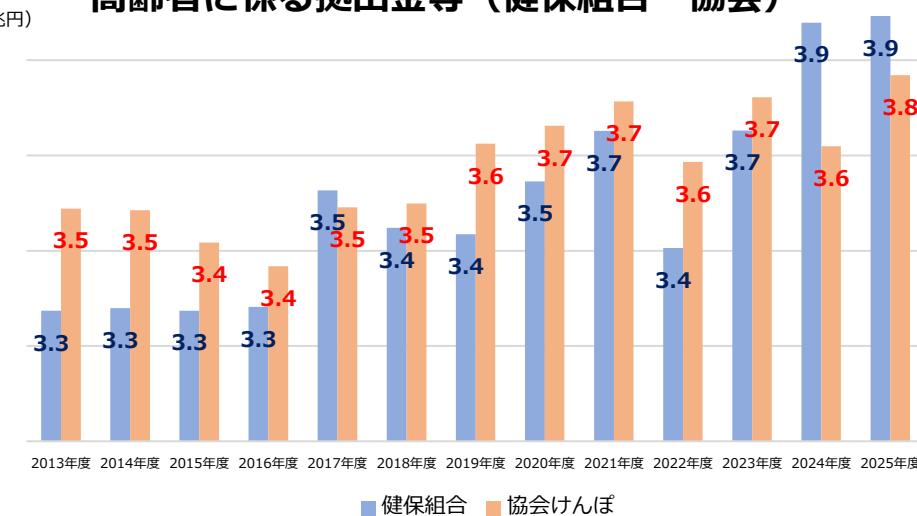
## 国民医療費と保険料収入の比較



(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「国民医療費の概況」を元に作成。

## 高齢者に係る拠出金等（健保組合・協会）



(出典) 全国健康保険協会「事業年報」、健保連「健康保険組合の決算見込について」及び「健康保険組合予算編成状況」等を元に作成。

(注1) 「拠出金等」とは、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、退職者給付拠出金、老人保健拠出金の合計。

(注2) 健保組合は、2019年度～2022年度までは決算、2023年度は決算見込、2024年度は予算、2025年度は予算（早期集計）。

(注3) 協会は、2024年度は12月末時点の見込、2025年度は政府予算を前提とした見込。

# 近年の医療保険制度改革の経過

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 <b>後期高齢者医療制度を創設</b>
平成22年度 (2010年度)	後期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 <b>「総報酬割」を導入</b> その後、順次所得を勘案する範囲を拡大し、 <b>平成29年度から全面総報酬割</b> (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) <b>70～74歳患者負担</b> について、新たに70歳になる方から <b>2割負担</b>
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（平成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上げ（平成30年度）
令和4年度 (2022年度)	<b>75歳以上の一定以上所得者について2割負担</b> 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)	<b>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</b> <b>前期高齢者財政調整</b> についても、一部（1/3） <b>所得を勘案して調整</b> 「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 <b>「高齢者負担率」を見直し</b>

## 医療費の財源構成（令和4年度）

皆さんのが病院の窓口で支払う金額（自己負担額）は、平均的には、受けた医療にかかった費用（医療費）の約15%です。その他の部分は医療保険制度から支払われます。この医療保険でまかなわれる割合（約85%）を、「実効給付率」といいます。またこの約85%のうち、公費でまかなわれる部分が約32%、保険料でまかなわれる部分が約53%となっています。

自己負担額の割合は年齢によって異なりますが、法定給付率に加えて高額療養費制度等があることにより、後期高齢者（75歳以上）とそれ以外で分けた場合には、後期高齢者が約8%、それ以外が約19%となっています。

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



後期高齢者 以外 25.8兆円	医療給付費 20.8兆円 (実効給付率 80.7%)		自己負担額 5.0兆円 (19.3%)
	公費 5.0兆円 (19.5%)	保険料 15.8兆円 (61.2%)	

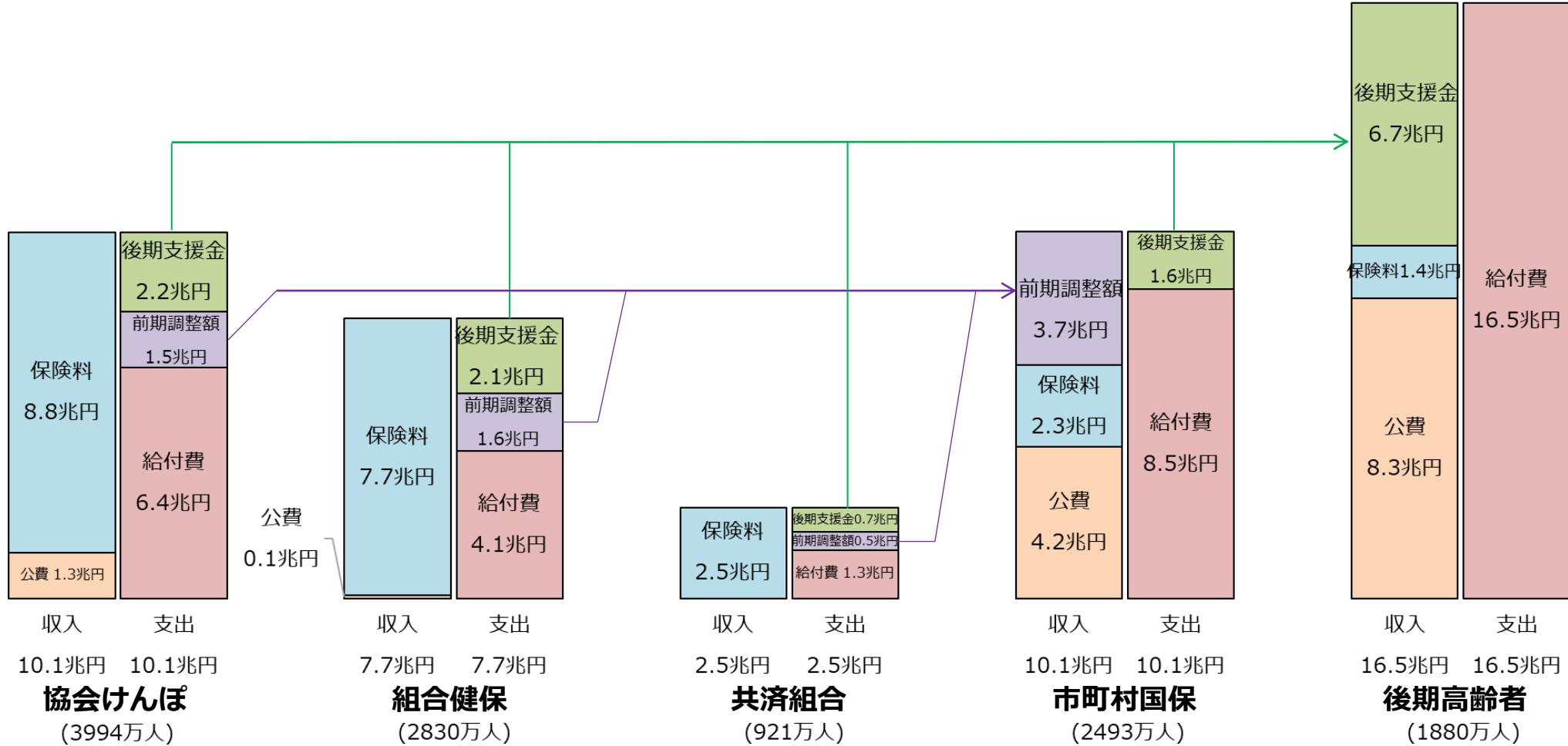
後期高齢者 18.0兆円	医療給付費 16.5兆円 (実効給付率 91.6%)		自己負担額 1.5兆円 (8.4%)
	公費 8.3兆円 (46.1%)	保険料 1.4兆円 (8.1%)	
		支援金 6.7兆円 (37.4%)	

$$\begin{cases} \text{公費} & 0.7\text{兆円} \\ \text{保険料} & 6.1\text{兆円} \end{cases}$$

※ この資料における「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。

# 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）。



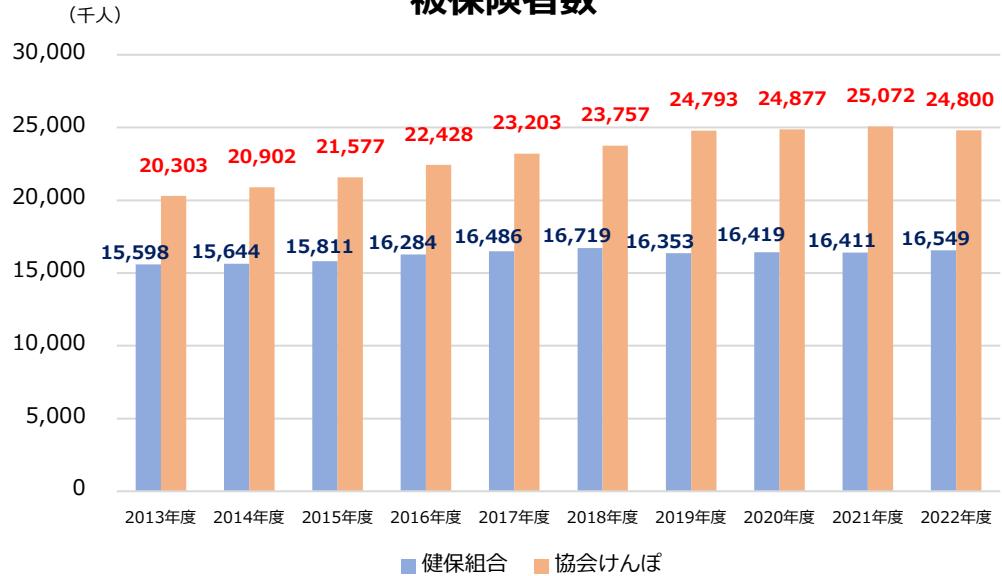
注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（国保組合など）があるため。

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。

# 健保組合・協会けんぽについて

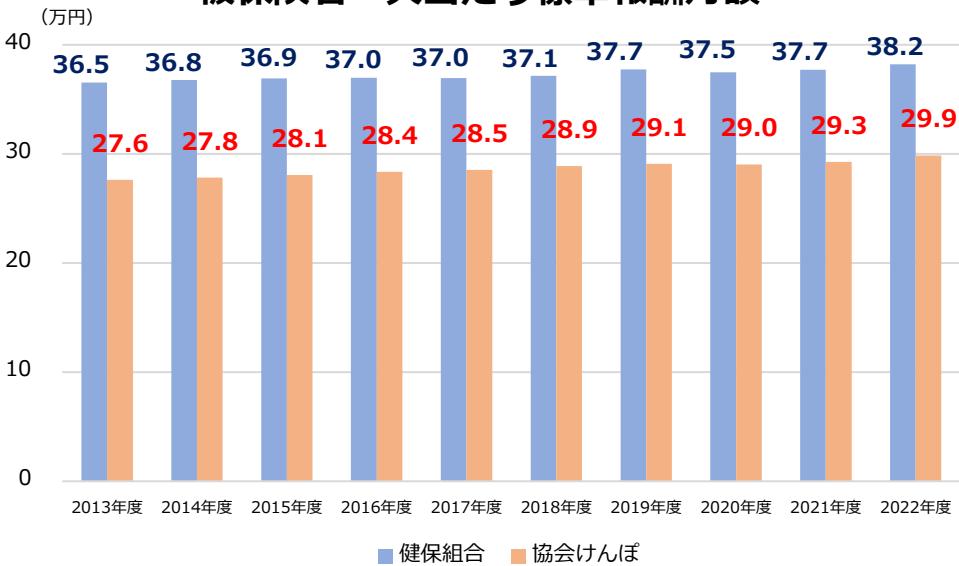
## 被保険者数



(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

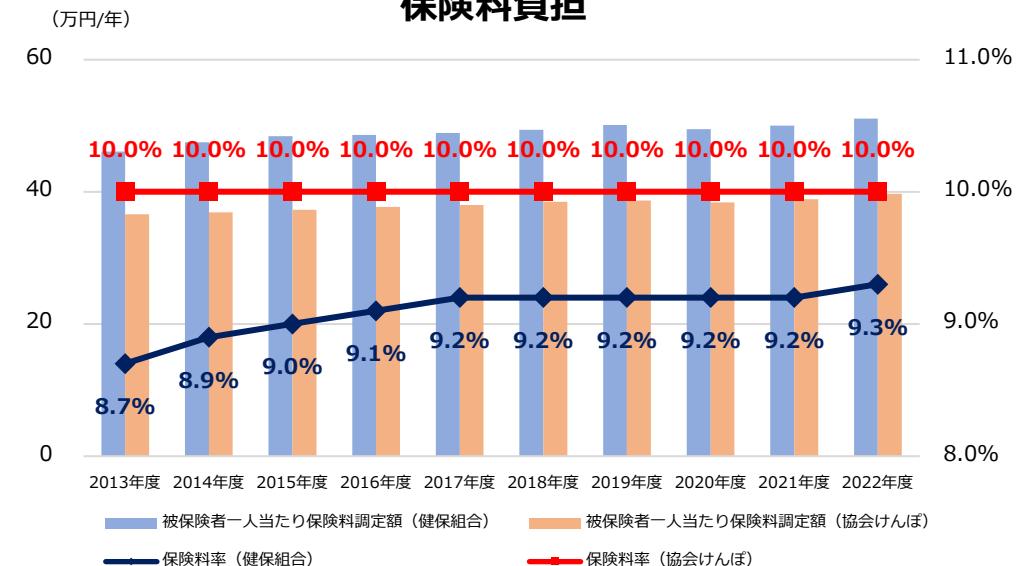
## 被保険者一人当たり標準報酬月額



(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

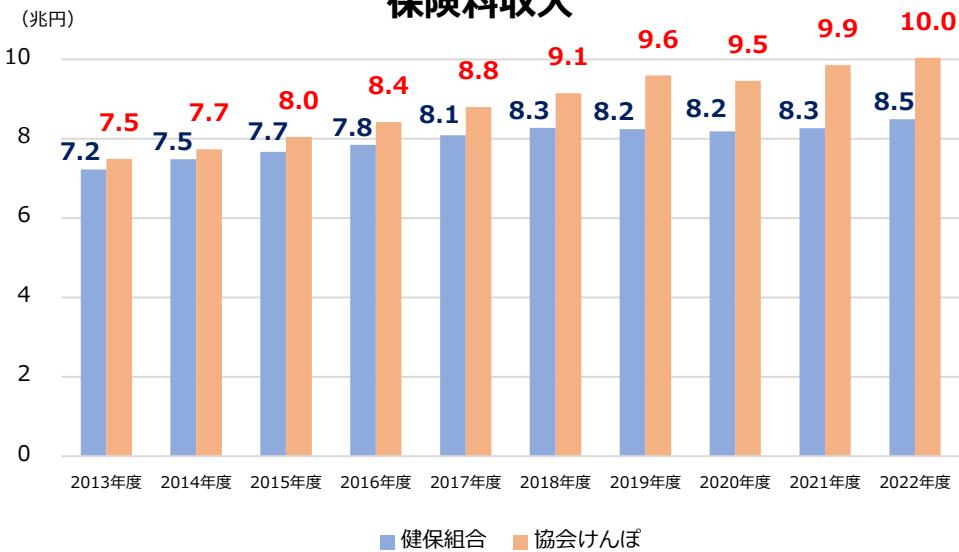
## 保険料負担



(注) 事業主負担を含む数値。年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

## 保険料収入



(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」