



厚生労働省

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

高額療養費制度の在り方に関する専門委員会について

概要

- 高額療養費制度については、秋までに改めて検討を行い方針を決定することとされているところ。
- 社会保障審議会医療保険部会の下に、患者団体や保険者、労使団体を代表する委員等から構成される「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」を設置。
- 本専門委員会において、患者団体・保険者等からのヒアリングを丁寧を実施した上で、それらを踏まえて、具体的な高額療養費制度の在り方に関して集中的に議論を行う。

開催日

- 第1回 2025年5月26日（意見交換）
第2回 2025年6月30日（患者団体等ヒアリング）
第3回 2025年8月28日（保険者及び医療関係者・学識経験者ヒアリング）
第4回 2025年9月16日（高額療養費制度について）

ヒアリング先

- ・慢性骨髄性白血病患者・家族の会 いずみの会
- ・認定NPO法人 日本アレルギー友の会
- ・NPO法人 血液情報広場・つばさ
- ・認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML
- ・日本航空健康保険組合
- ・計機健康保険組合
- ・後藤悌氏（国立がん研究センター中央病院）
- ・康永秀生氏（東京大学大学院医学系研究科）

委員

◎：委員長（五十音順、敬称略）

天野 慎介	全国がん患者団体連合会理事長
井上 隆	日本経済団体連合会専務理事
大黒 宏司	日本難病・疾病団体協議会代表理事
菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
北川 博康	全国健康保険協会理事長
城守 国斗	日本医師会常任理事
佐野 雅宏	健康保険組合連合会会長代理
島 弘志	日本病院会副会長
袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
◎田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
原 勝則	国民健康保険中央会理事長
村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長
山内 清行	日本商工会議所企画調査部長

患者団体等からのヒアリングにおける主なご意見①

第2回 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

(注) 主な御意見を事務局で整理したもの。(御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。)

患者のおかれている状況について

- 薬剤費は非常に高額であり、治療を続けないと命に関わることから、高額療養費制度が生きることと直結している。現行制度においても、所得や家族構成によって日常生活が大きく制限されており、生活が限界にあるという患者・家族もいる。
- 慢性骨髄性白血病の治療は、高額な分子標的薬を生涯にわたり服薬することが前提となっており、25年近く治療を続けている方もいる。
- 症状の重い患者にとって、近年登場した生物学的製剤等の新薬は効果が高く、副作用も比較的少ないことから、生活の質が大きく改善し、社会活動への参画や安定した就労につながっている。しかし、薬代が高額で、家計の負担が大きく、いつまでこの治療を続けられるのかという不安と共存しながら治療を続けている。

高額療養費制度の在り方について

(現行制度に対する認識)

- 高額療養費は重要なセーフティネットであり、制度の維持を強く望む。他方で、現行制度でも、長期療養者にとっては十分な役割が果たされていないのではないか。
- 高額療養費制度は、50年以上にわたり日本人にとって当たり前の制度となっており、なくてはならない制度。他方で、諸外国と比べても、このような恵まれている制度を擁している国はほとんどなく、その点を今一度自覚することが必要。
- 以前は、一旦自己負担分(3割分)を支払った上で、その後に償還される制度であったため、どの程度の医療費を支払っているか患者自身も自覚していたが、現物給付化されたことによって、患者の利便性は増したものの、自身が使っている医療費を意識することが少なくなっていると感じる。
- 保険者が変わった場合に、多数回該当が継続されない点は課題。
- かねてより、高額療養費制度の多数回該当44,400円の対象となる年収幅(※)が広い点に問題意識を感じており、見直しを要望してきた。

(※) 住民税非課税を上回る水準～年収約770万円が該当(事務局補足)

(注) 主な御意見を事務局で整理したもの。(御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。)

高額療養費制度の在り方について

(制度の見直しについて)

- 高額療養費制度の見直しは、長期療養者の命・生活・人生に直結する課題である点を認識すべき。自己負担の引き上げによる治療中断が増加することを懸念している。
- 自己負担限度額の引上げは、家計への影響を考慮し、現在の治療継続が可能となるようにすべき。
アトピー性皮膚炎やぜんそくは、日常生活や社会生活上の負担が大きいので、それに加えて経済的負担が増えると、患者を更に追い詰めることとなる。
- 自己負担限度額の引上げによって、多数回該当にぎりぎり届かない事例を増加させるおそれがある。
- 「所得と年齢を考慮した負担能力に応じたきめ細かい制度設計」という場合、「治療期間（長期間の負担）」という点が十分に考慮されていないのではないか。
- 制度の見直しを行う場合、高額療養費制度を長期にわたって利用する患者や家族の声を踏まえるべき。
- 高齢化が進み、高額なレセプトが増える中で、財源がいつまで持つのか。自己負担限度額の引き上げによって困る方がいるのは承知してるが、引上げを先延ばしにした結果、突然ハシゴが外されると、困る患者がもっと増える。そのような事態は避けなければならない。
- 若いうちから長期にわたって高額な治療が必要な方には何らかの対応が必要であるが、そうでない方の負担額を増やすことは避けられないのではないか。制度を維持していくためには、医療を個人の視点だけではなく社会を視野に入れて考えていくことが不可欠ではないか。

(制度の運用・その他)

- 処方日数の上限に都道府県ごと・医療機関ごとに差があり、患者の負担額に差が生じている。
- 高額化している医薬品の効果検証も併せて行う必要があるのではないか。
- 保険者から「医療費の通知」は来るが、費用全体がどうなっているかが見えるような工夫をして欲しい。患者自身が医療費の自覚をしないことには、意識も変わらないと思う。

保険者及び医療従事者・学識経験者からのヒアリングにおける主なご意見①

第3回 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

保険者

(注) 主な御意見を事務局で整理したもの。(御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。)

保健事業との関係

- 健康保険組合の保健事業の中には、データに基づいた健康増進事業やジェネリック医薬品の活用、婦人科検診など、国の保健事業をリードしているものもあり、日本の健康寿命の延伸・医療費の抑制に貢献しているが、高齢化・医療費高騰を背景とした健保組合の財政悪化は大きな課題。
- 保険者は、保健事業等を通じ、加入者の生活の安定と福祉の向上を目指して医療保険の効率化を図り、給付内容と費用負担の適正化に努めており、保健事業の実施は保険者機能として最重要事項。現状の過度な支援金を含め、医療保険制度改革の先送りは保健事業財源を圧迫し、結果として医療保険制度の持続可能性を損なわせる。

高額療養費制度をはじめとした医療保険制度改革について

- 高額療養費は、現役世代にとっても重要なセーフティネットであるが、医療費が増大し、現役世代の保険料負担が限界にある中で、医療保険制度を維持していくためには、高額療養費制度を含めた幅広い項目について負担と給付の全体の見直しは避けられない。
- 高額療養費制度を維持していくために、どのように見直すことが長期にわたり継続して治療を受けられている方々の負担への影響を最小限に抑え、かつ、国民全体の納得感を得られるかについて、丁寧な議論を期待したい。
同時に、高額療養費制度にとどまらず、現役世代の保険料負担の抑制・軽減を図るための制度改革に早急に取り組み、また、現役世代に納得してもらうための説明に力を入れていただきたい。
- 高額療養費制度、医療保険制度は経済的な破綻を予防するためのセーフティネットとして重要な役割を担っている一方で、医療の高度化や高額薬剤の保険適用は、医療保険財政を圧迫している。今後、更なる医療の高度化が進む中で、高額化していく医療費の財政の在り方をどのように考えていくか、今一度検討すべき。
- 現役世代に偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底、給付と負担の見直しを図るなど、高額療養費制度に限らず、保険料負担の増加の抑制を図り、持続可能な医療保険制度にするための制度改革は喫緊の課題。
- 医療費を支える財源は、自己負担、保険料、公費の3つしかなく、高額療養費制度だけではなく、健康保険制度の中で自己負担・保険料・公費の在り方について検討いただき、医療保険制度を維持していくために、給付を受ける側と負担する側のバランスをどう取るかについて丁寧に議論してほしい。

保険者及び医療従事者・学識経験者からのヒアリングにおける主なご意見②

第3回 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

医療従事者・学識経験者

(注) 主な御意見を事務局で整理したもの。(御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。)

日本の医療について

- 医療保険制度を「治療の公的負担をどれくらいにするか」「誰の治療を対象とするか」「どのような治療を対象とするか」という3軸で考えた場合、諸外国と比較して日本の医療保険制度は最も恵まれた制度になっているが、持続可能性という観点からは課題。海外には患者負担が0%の国もあるが、このような国では、使用できる治療薬の種類が極めて限定されている。一方で、日本の医療保険制度ではほとんどの薬が保険で利用できる。
- 2014年以降、薬効別の薬剤費では悪性腫瘍が1位となっており、当時年間7,400億円であった薬剤費が、現在では1兆円を超えるなど、非常に早いスピードで増加している。
- 日本は医療費抑制のため、薬価の引き下げを行ってきたが、マーケットの魅力が低下することによって、日本で薬を開発しない、薬が届かないという問題が起きている。「新しい薬は使いたい」と同時に「薬の価格を安くしたい」というのは難しいのではないか。
- 現行の高額療養費制度の課題として感じるのは、「医療費の算定や請求が「暦月単位」であること」「制度が複雑であり、患者負担額がどの程度になるのか全く分からないこと」「負担上限額が固定されているため、コストを意識せずに治療薬を決定しているケースがあること」などが挙げられる。
当事者意識を持たせるという観点からは、実際にいくら払っていて、保険からいくら償還されるという明細を示すとか、医療者自身がオーダーした検査や処方費用が見えるようにするなどが考えられるかもしれない。

高額療養費制度をはじめとした医療保険制度改革について

- 現行の医療保険制度は持続可能性という観点から課題があり、高額療養費制度をどのように維持しながら、新しい薬も含めて、よりよい治療を患者に提供できるようにするか、という点が今度の課題。
- これまで世代全体の自己負担割合の引上げは、医療費適正化に一定程度寄与し、患者の健康状況への影響は限定的であったことが研究結果で示されている。一方で、高額療養費の自己負担限度額引上げは、特定の患者層の受診抑制や治療中断という悪影響は否定できないのではないかと。また、低所得者層などへの配慮も必要。
- 医療費適正化の観点からは、費用対効果分析や低価値医療の利用の抑制といった対策も今後の検討課題となるのではないかと。⁵

これまでの専門委員会における主な御意見を踏まえた今後の議論（案）

- 「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」のこれまでの議論において、高額療養費制度は、セーフティネット機能として患者にとってなくてはならない制度であり、また、諸外国と比べてもこのような恵まれている制度を擁している国はほとんどなく、今後もこの制度を堅持していく必要性について認識の一致が見られた。
- こうした共通認識の下で、高齢化の進展や医療の高度化、高額医薬品の開発などが今後も見込まれる中で、また、現役世代の保険料負担に配慮する必要がある中で、制度改革の必要性は理解するが、その際には、（この専門委員会の所掌を超えることになるが、）高額療養費制度だけではなく、他の改革項目も含め、医療保険制度改革全体の中で全体感を持って議論していくことが必要という点も共通していた。
- その上で、これまでの議論を踏まえると、高額療養費制度の在り方の検討にあたっては、例えば、以下の諸点について更に議論を深める必要があるのではないかと考える。
 - ・ 現行制度においても、患者によっては医療費負担が極めて厳しい状況にあるという意見があった一方で、医療費が増大する中において、制度を将来にわたって維持し、かつ、現役世代の保険料負担への配慮の必要性なども踏まえると、低所得者の方や長期にわたり継続して治療を受けている患者の負担に配慮しつつ、負担額の一定の見直しは必要ではないかといった意見もあった。また、高額療養費制度における応能負担の在り方についてどう考えるか、更には、制度を見直す際は、仮のモデルを設定した負担のイメージやデータを踏まえる必要があるという意見もあった。これらを踏まえ、高額療養費制度における給付と負担の在り方についてどのように考えるか。
 - ・ 仮に自己負担限度額を引き上げるとした場合、限度額に到達せず、多数回該当に該当しなくなり、負担が急激に増加する事例が発生する可能性がある、また、長期にわたり継続して治療を受ける患者の経済的負担に配慮し、例えば、患者負担に年間上限を設けてはどうかという意見もあった。これらを踏まえ、高額療養費制度を見直す場合に留意すべき点として、どのような制度的配慮が必要か。
 - ・ 現行の高額療養費制度においても、例えば、加入する保険者が変わった場合に多数回該当のカウントが引き継がれない、現物給付化されていることで費用総額が見えにくくなっているため、制度を意識する機会が少ない、また、コスト意識という面での課題を指摘する意見もあった。これらを踏まえ、現行制度における課題への対応として、運用面を含めどのような対応が考えられるか。

参考資料

全世代型社会保障の基本理念①（全世代型社会保障構築会議報告書 令和4年12月16日）

2. 全世代型社会保障の理念

- 日本の社会保障は、戦後 70 年以上の歴史の中で、国民生活の安定や経済社会の発展に大きく貢献してきた。一方で、これまで、時々の情勢に応じて制度改革を重ねてきた結果として、各制度は複雑化・専門特化し、制度ごとの縦割りや制度間の不整合といった問題も指摘されている状況にある。
- こうした中で、社会保障の全体像をいま一度俯瞰し、その再構築を図ることが、「全世代型社会保障」に求められていることである。その基本理念は、・・・以下の5点に集約することができる。これらの基本理念に基づいた社会保障の構築は、国民一人ひとりが、互いにリスクに備え合い、社会に参加する個人として、それぞれの生き方を自ら選択することができ、その生き方が尊重される社会を創る上での不可欠な条件と言える。

◆「将来世代」の安心を保障する

「全世代型社会保障」とは、全ての世代にとって安心できる社会保障である。この「全世代」は、若年期、壮中年期及び高齢期はもとより、これから生まれる「将来世代」も含むものとして考える必要がある。

将来にわたって社会保障制度を持続させ、将来世代が安心して暮らしていけるようにするためには、負担を将来世代へ先送りせず、同時に、社会保障給付の不断の見直しを図る必要がある。そして、社会保障を含む経済社会の「支え手」を増やししながら、今の世代で制度を支えていくことを基本理念に置かなければならない。このことは、現在の現役世代の安心を確保することにもつながるものである。

◆ 能力に応じて、全世代が支え合う

「全世代型社会保障」は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、それぞれの人生のステージに応じて、必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものである。

超高齢社会にあっては、社会保障は世代を超えた全ての人々が連帯し、困難を分かち合い、未来の社会に向けて協力し合うためにあるという認識を、世代間対立に陥ることなく、全ての世代にわたって広く共有していかなければならない。すなわち、「全世代型社会保障」の要諦は、「社会保障を支えるのは若い世代であり、高齢者は支えられる世代である」という固定観念を払しょくし、「全世代で社会保障を支え、また社会保障は全世代を支える」ということにある。

全世代型社会保障の基本理念②（全世代型社会保障構築会議報告書 令和4年12月16日）

◆ 個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする

社会保障は、元来、個人の力だけでは備えることに限界がある課題や、リスク、不確実性に対して、社会全体での支え合いによって、個人の幸福増進を図るために存在するものである。例えば、少子化対策はこどもを生み育てたい個人の希望を実現するためのものであり、医療保険は健康な生活を送るため、年金は個人の老後の生活を守るためのものである。しかし、それらは同時に、少子化・人口減少の流れを変え、健康寿命を伸ばし、高齢者による消費、ひいては高齢者の多く住む地方の消費を下支えするという意味では、社会全体も幸福にする。

さらに、個人と社会を共に豊かにするという観点からは、消費の中心的な担い手である「中間層」を厚くし、「成長と分配の好循環」の実現にも寄与するという社会保障の意義を再認識すべきである。すなわち、市場による働きによって生じた所得分配の歪みに対して、社会保障は、より必要な人たちにより多くの所得を再分配する機能を発揮することによって、格差の是正や貧困の解消を図り、消費や「人への投資」を活発にすることができる。加えて、格差の固定化を防ぎ、貧困の連鎖を断ち切る役割を果たすことで、全ての人が未来に向けて果敢に挑戦することのできる活力あふれる社会を創り出す鍵ともなる。こうした意味でも、社会保障は、単なる社会的な支出にとどまらず、社会的に大きな効果をもたらすものであり、財源調達とあわせて、その機能が発揮されるようにすることが重要である。

また、こうした社会保障の機能が十全に発揮されるためには、人々を働き方や勤務先の企業の属性などによって制度的に排除することなく、社会保障制度の内に包摂していくことが重要となる。それによって、社会の分断を防ぎ、統合を強めていくことは、若者世代における格差拡大が懸念される今日において、特に強調されるべきことである。

◆ 制度を支える人材やサービス提供体制を重視する

社会保障は、法令や制度、財源のみによって成り立ち得るものではない。医療・介護・福祉など多くの社会保障サービスを支えているのは現場の人材であって、これまで、社会保障は、この分野で働く方々の増加によって支えられ、その発展を遂げてきた。しかし、今や事態は変わり、介護、保育をはじめ各分野において、人材不足の傾向が顕著となっている。今後、労働力がさらに減少していく中で、人材の確保・育成や働き方改革、経営の見える化とあわせた処遇改善、医療・介護現場の生産性の向上、業務の効率化がますます重要になってくる。同時に、人が人を受け止め、寄り添いながら支援することが、互いに心を通わせ、生きる力を高めていくということの重要性も忘れてはならない。

そのうえで、医療・介護などのサービス提供体制については、今後の医療・介護ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題も踏まえ、質の高い医療・介護を効率的・効果的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携をより一層進め、国民目線での改革に取り組むことが重要となる。

◆社会保障のDX（デジタルトランスフォーメーション）に積極的に取り組む

社会保障制度全般について、マイナンバー制度の下で保有されるデータを含め、幅広い主体によって保有される関係データを連携し、そのデータの活用を推進するとともに、こうした豊富なデータに基づき、個別の社会保障政策におけるEBPM（注）の実現を目指す必要がある。あわせて、社会保障におけるデジタル技術の導入を積極的に図ることによって、社会保障給付に要する事務コストを大幅に効率化するとともに、プッシュ型による現金給付や個別サービスの提供を行うことができる環境を整備していくことが重要である。

このように、日々著しい進展を遂げるデジタル技術を積極的に活用し、社会保障分野に革新的なイノベーションをもたらすことは、人々の生活をさらに豊かなものとする。最新のデジタル技術は、規格の共通化・標準化や業務の効率化にとどまらず、医療技術・医薬品の開発、健康・医療・生活情報に関わる新たなサービスや付加価値の創造にも寄与する。そして、何よりも、「困っている人に対し、公平、迅速、かつ効率的に支援を届ける」という、社会支援のベースとなる社会インフラの整備において制度的な革新をもたらすものである。

こうした視点に立ち、関係省庁が連携をしながら、政府一体となって、社会保障制度全体におけるデジタル技術の積極的な活用を図っていくことが重要である。また、その際、デジタルではどうしても代替できない部分について、リアルな人と人とのかわりによる支援を適切に組み合わせるという視点も重要である。

（注）EBPM（Evidence-based policy making：証拠に基づく政策立案）とは、政策の企画をその場限りのエピソードに頼るのではなく、政策目的を明確化したうえで合理的根拠（エビデンス）に基づくものとする。

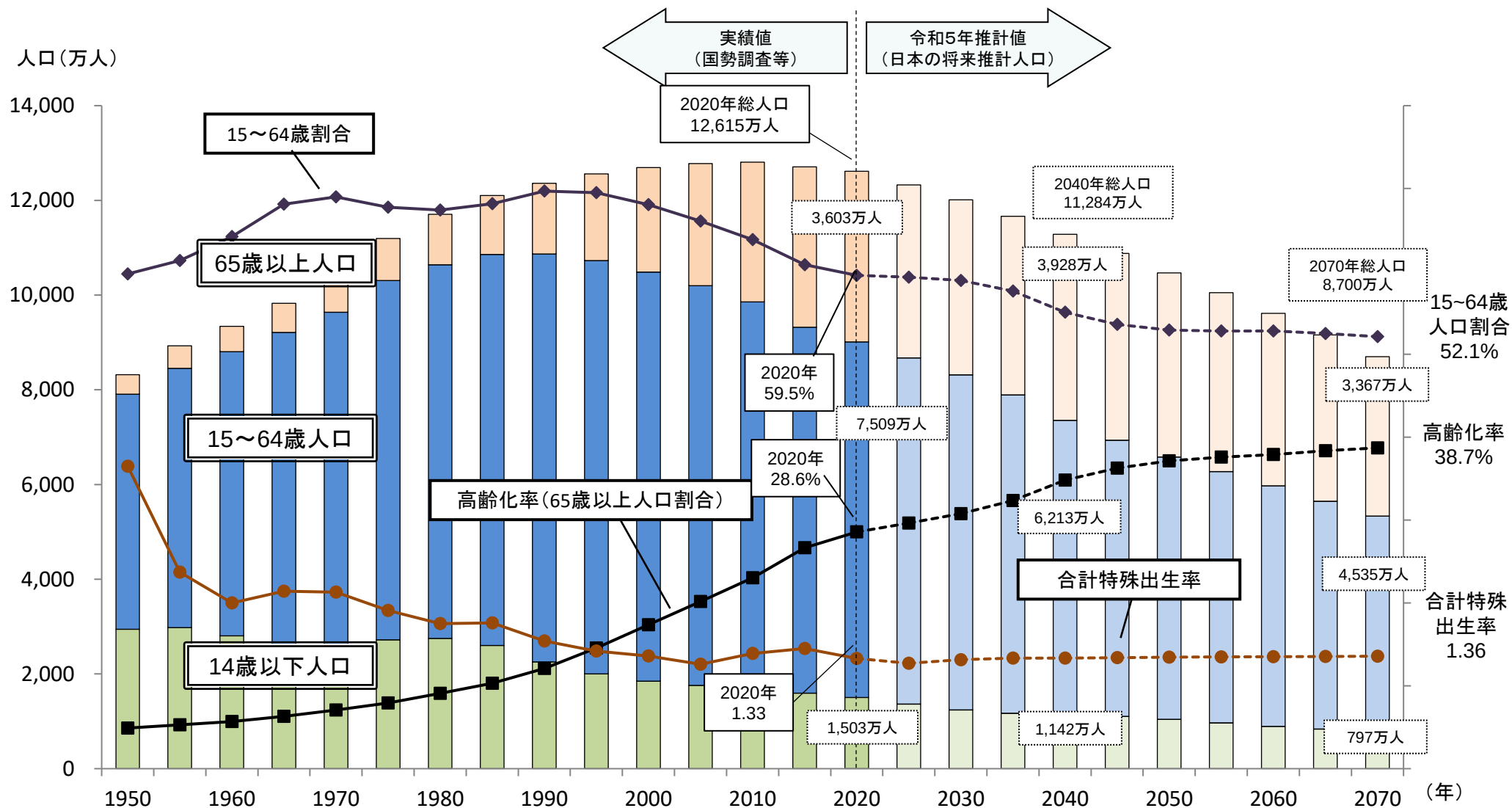
全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）の概要

- 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	（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

日本の人口の推移

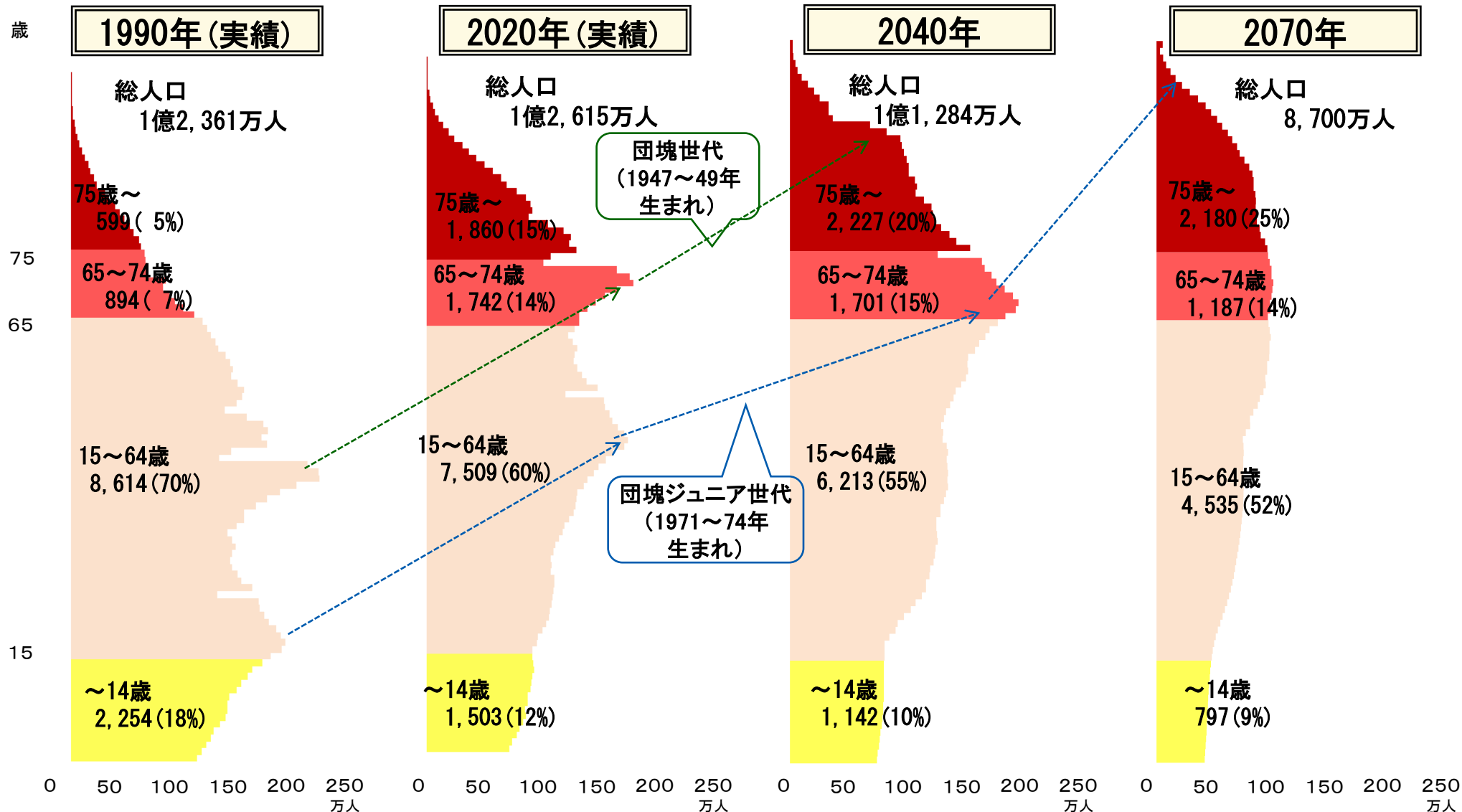
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
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)」(出生中位(死亡中位)推計)

日本の人口ピラミッドの変化

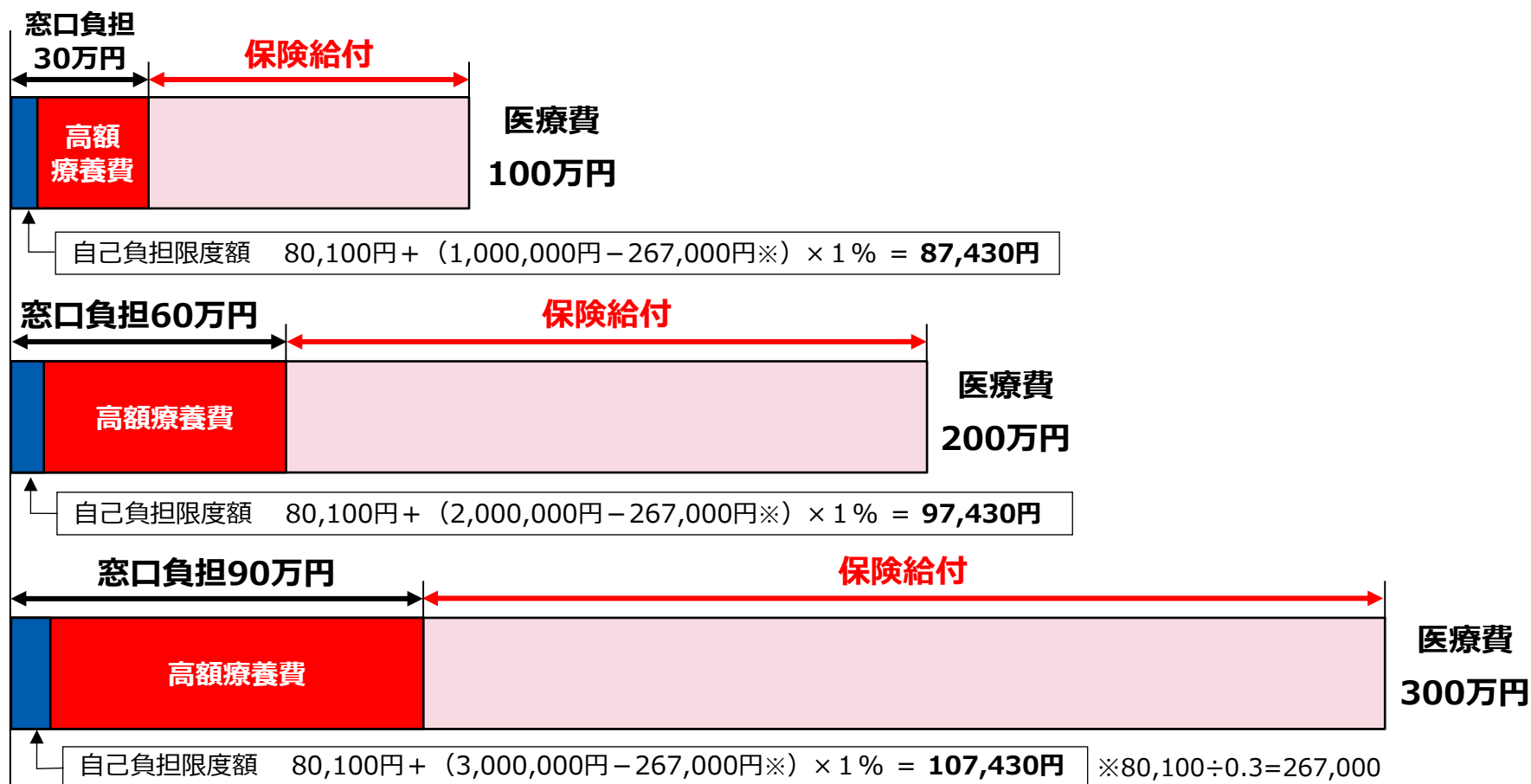
- 団塊のジュニア世代が65歳となる2040年には、65歳以上が全人口の35%となる。
- 2070年には、人口は8,700万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約39%となる。



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）

70歳未満		負担割合	月単位の上限額（円）	
	年収約1,160万円～ 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）	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <多数回該当：140,100>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円		$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$ <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円		$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 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歳以上			外来（個人ごと）	上限額（世帯ごと）
	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <多数回該当：140,100>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上		$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$ <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上		$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 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>
	住民税非課税	75歳以上 1割（※4）	8,000	24,600
	住民税非課税 （所得が一定以下）			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。

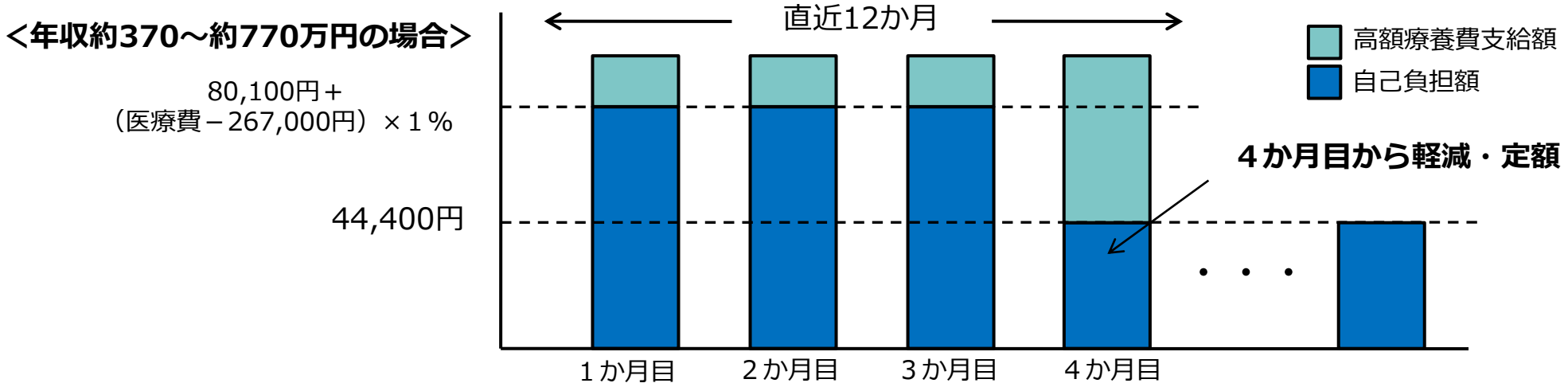
※4 課税所得が28万円以上かつ年金収入＋その他の合計所得金額が200万円以上（複数世帯の場合は320万円以上）の者については2割。

※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。



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円 + (医療費 - 842,000円) × 1%		140,100円	
	年収約770～約1,160万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%		93,000円	
	年収約370～約770万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%		44,400円	
	～年収約370万円	57,600円		44,400円	
70歳以上	住民税非課税	35,400円		24,600円	
	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円 + (医療費 - 842,000円) × 1%		140,100円	
	年収約770～約1,160万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%		93,000円	
	年収約370～約770万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%		44,400円	
	～年収約370万円	57,600円		44,400円	

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の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歳以上の一般・低所得者の自己負担限度額（現行）]

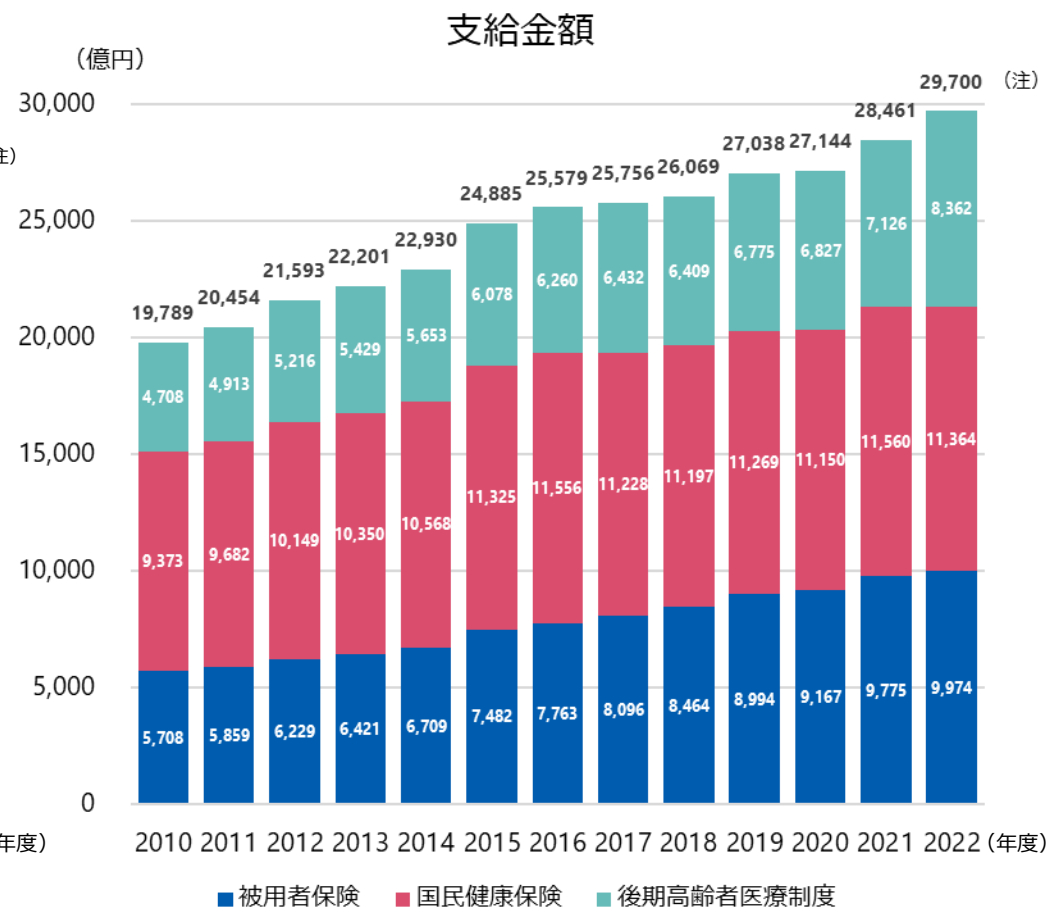
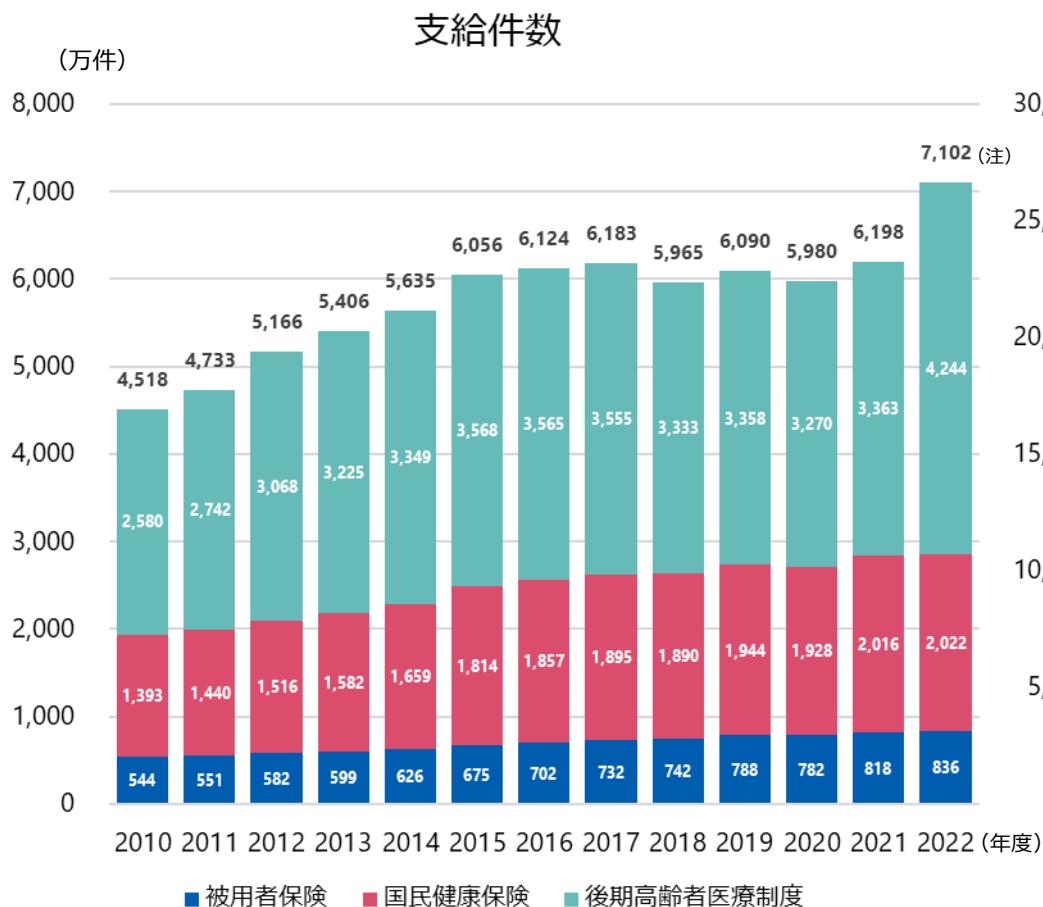
所得区分	上限額（世帯ごと）	
	外来(個人ごと)	
一般	18,000円 [年14.4万円]	57,600円 <多数回該当：44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

高額療養費の支給件数・支給金額の推移

令和 7 年 5 月 26 日

第 1 回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

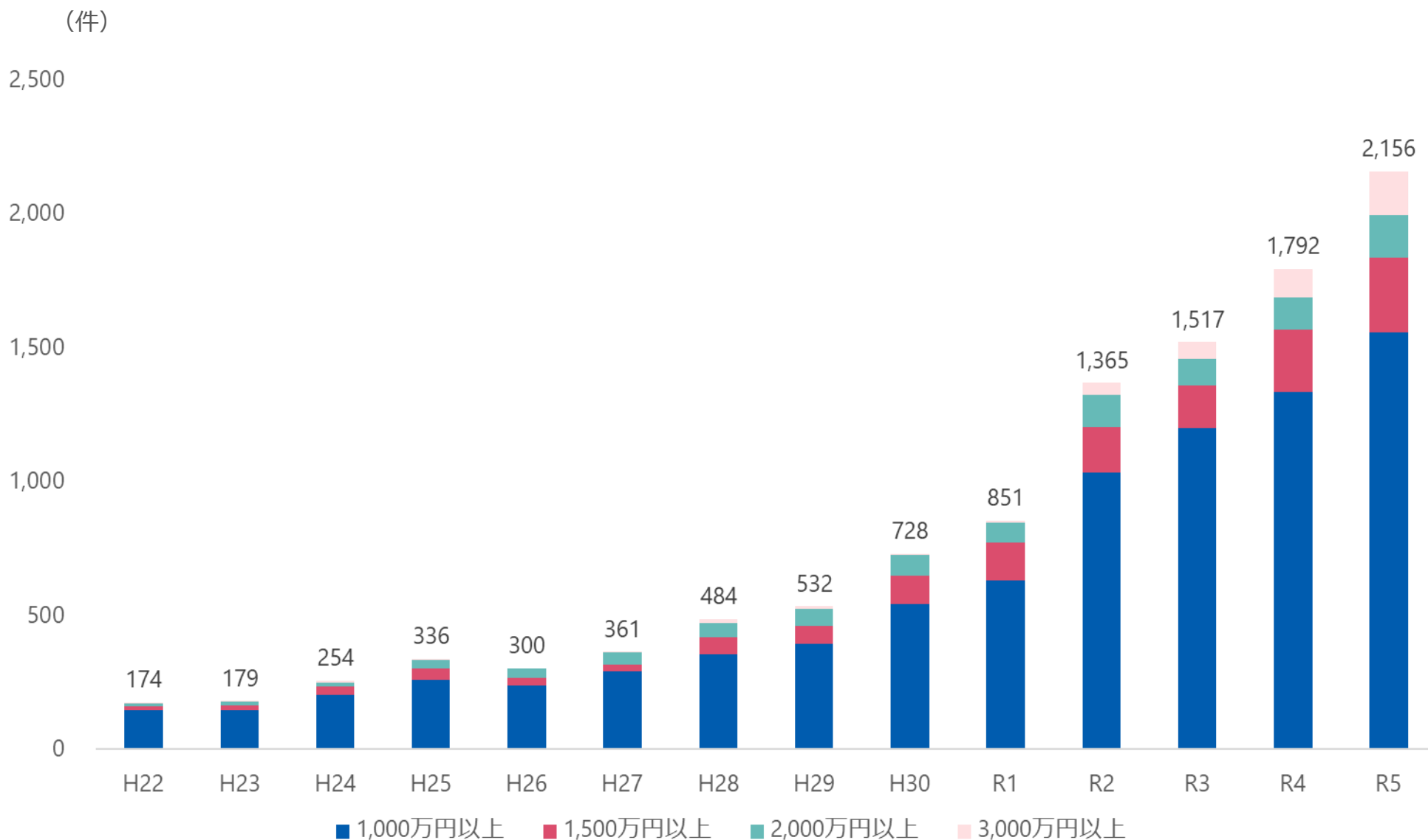
資料 2



(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」

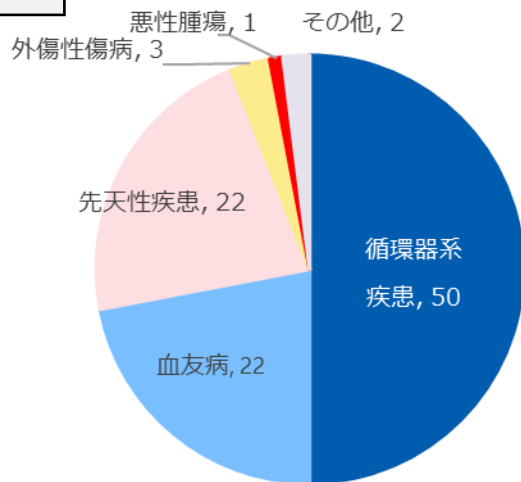
健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移



(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

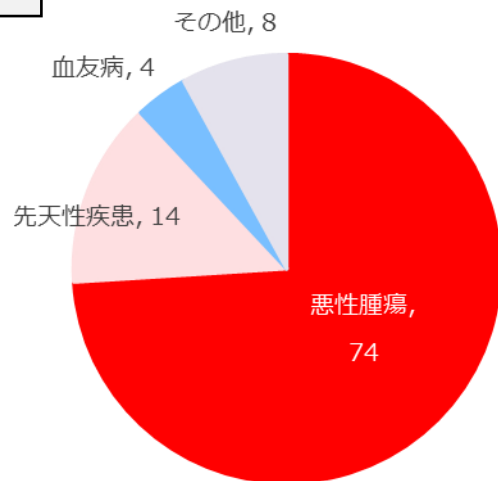


上位100位平均：約**1,861**万円（最高金額：約3,000万円）

【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）

R5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。

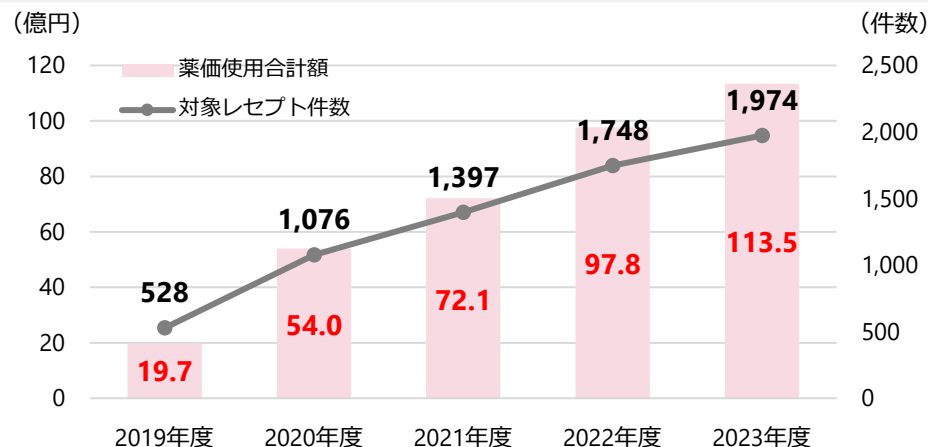
（出典）健康保険組合連合会「令和5年度 高額医療交付金交付事業における高額レセプト上位の概要」

（注）上記の薬価は令和6年3月時点のもの。

高額医薬品の使用実績の変化

① ヘムライブラ皮下注 (※ 1)

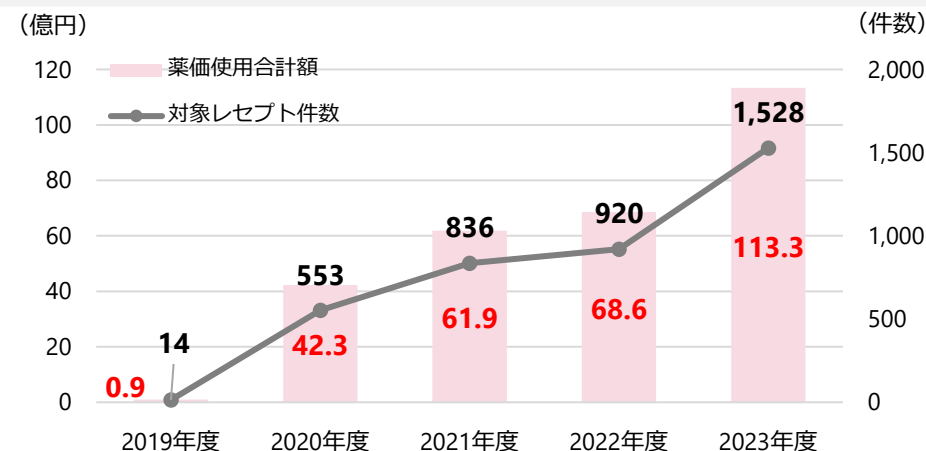
2018年5月保険収載
薬価：約29万円～約122万円



(※ 1) 血液凝固第Ⅷ因子に対するインヒビターを保有する先天性血液凝固第Ⅷ因子欠乏患者における出血傾向の抑制

② ユルトミリスH I 点滴静注 (※ 2)

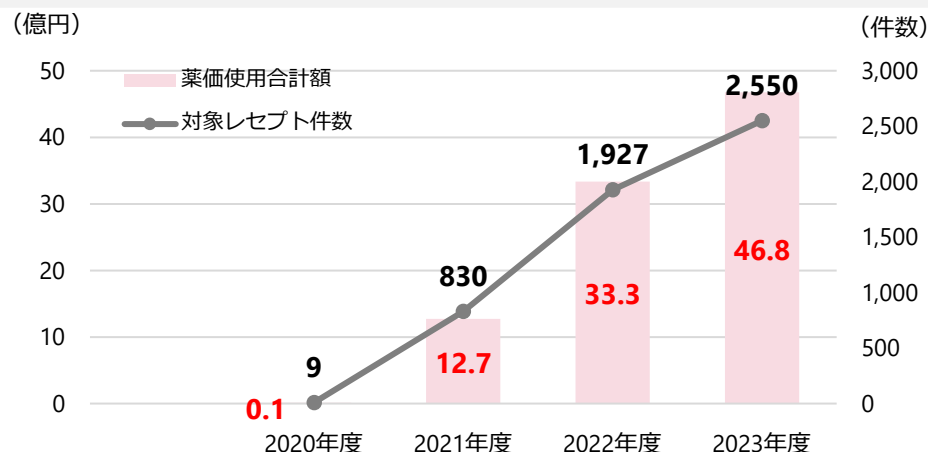
2019年9月保険収載
薬価：約70万円～約257万円



(※ 2) 発作性夜間ヘモグロビン尿症等

③ エンスプリング皮下注 (※ 3)

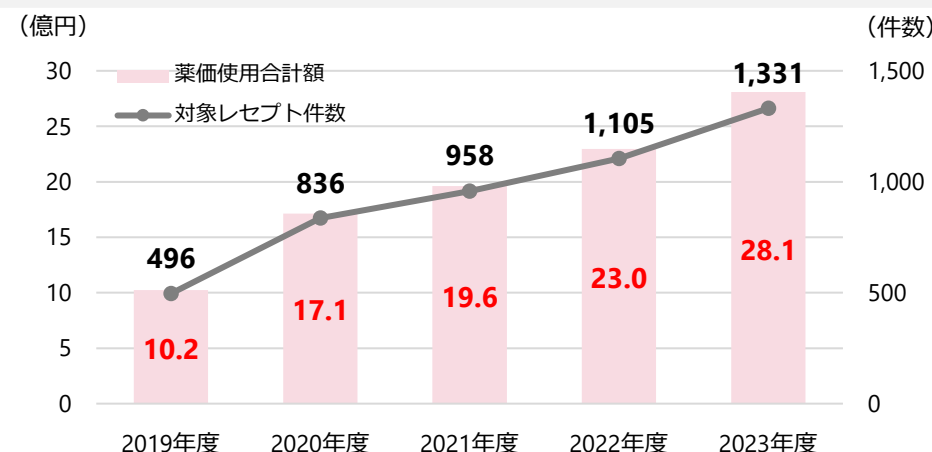
2020年8月保険収載
薬価：約153万円



(※ 3) 視神経脊髄炎スペクトラム障害の再発予防

④ イラリス皮下注 (※ 4)

2011年11月保険収載
薬価：約153万円



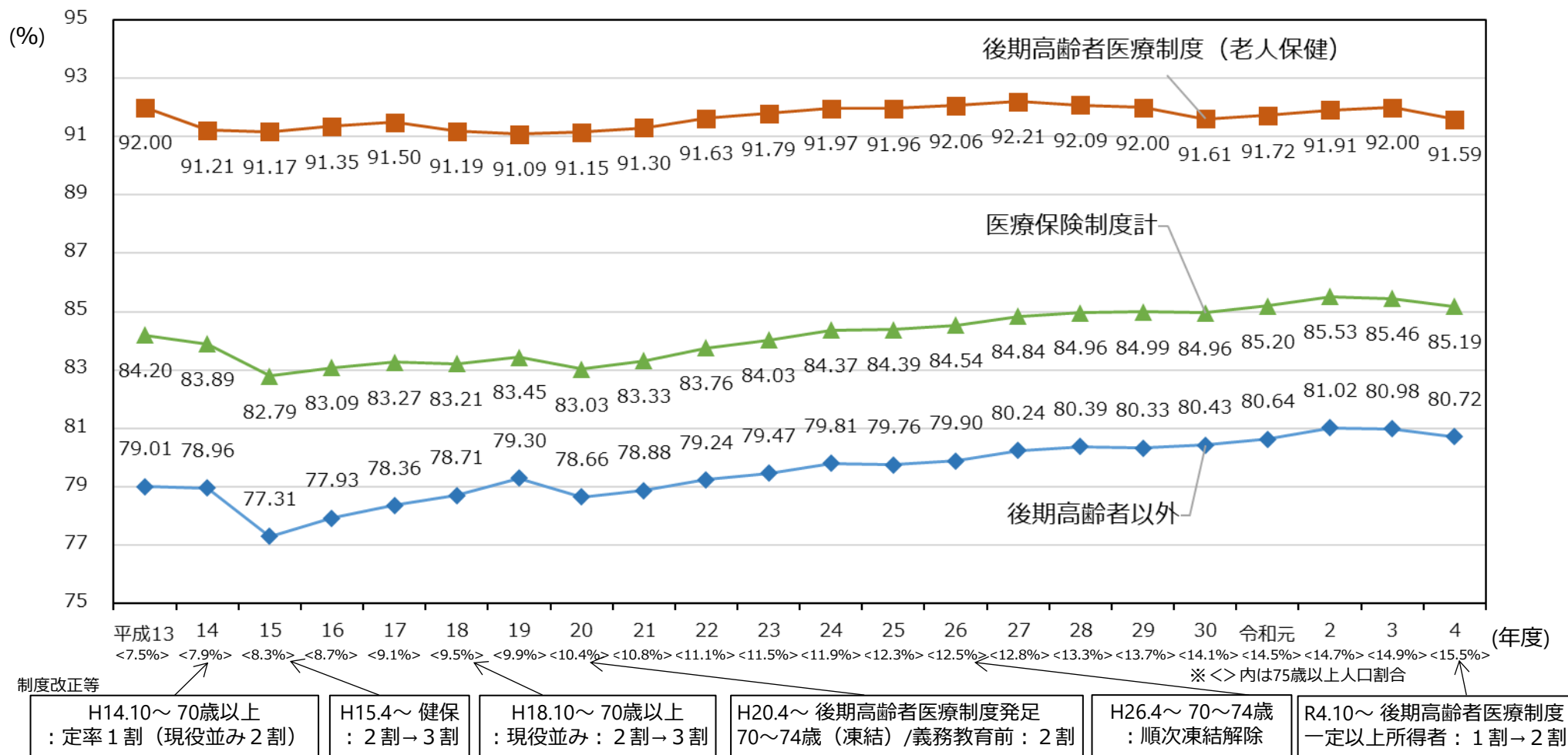
(※ 4) クリオピリン関連周期性症候群

(注) R5年度で薬価使用合計額が高い上位4品目。上記数値は一般疾病：150万円超、特定疾病：100万円超のレセプトを集計したもの。

(出典) 健康保険組合連合会「高額レセプト上位の概要」

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。

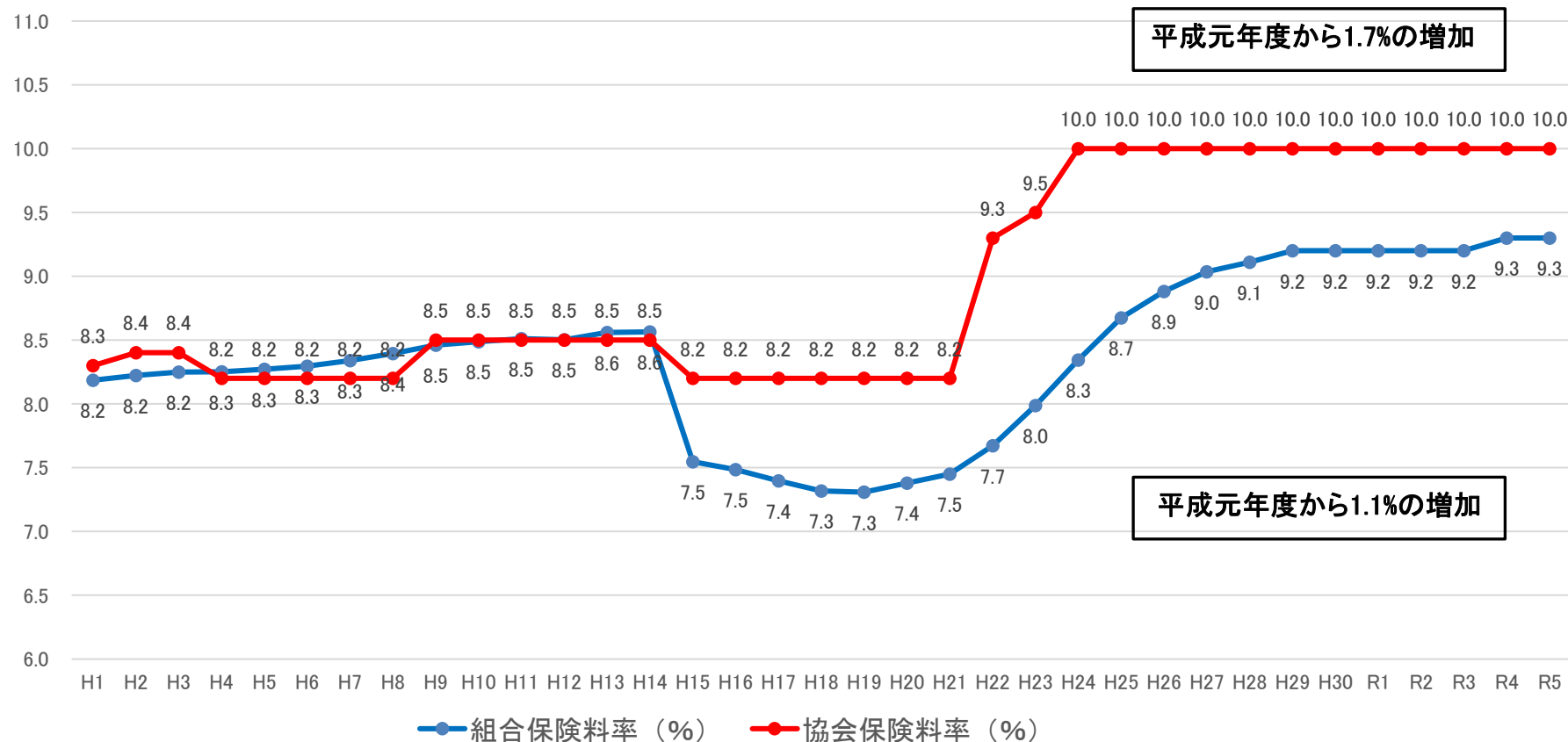
（注2）特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業、新型コロナウイルス感染症にかかる公費支援といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

出典：各制度の事業年報等を基に作成

健保組合・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: %)

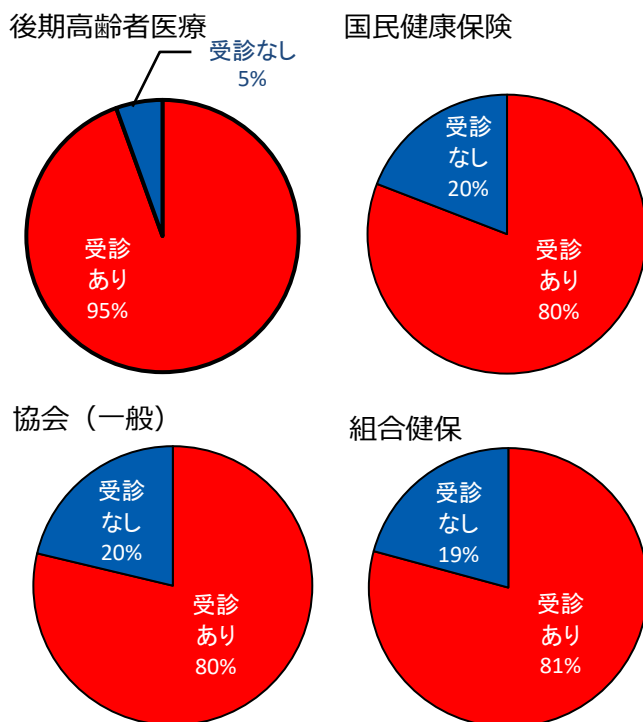


※健保組合については、平成元年度から令和4年度までは決算、令和5年度は決算見込の数値を使用している。

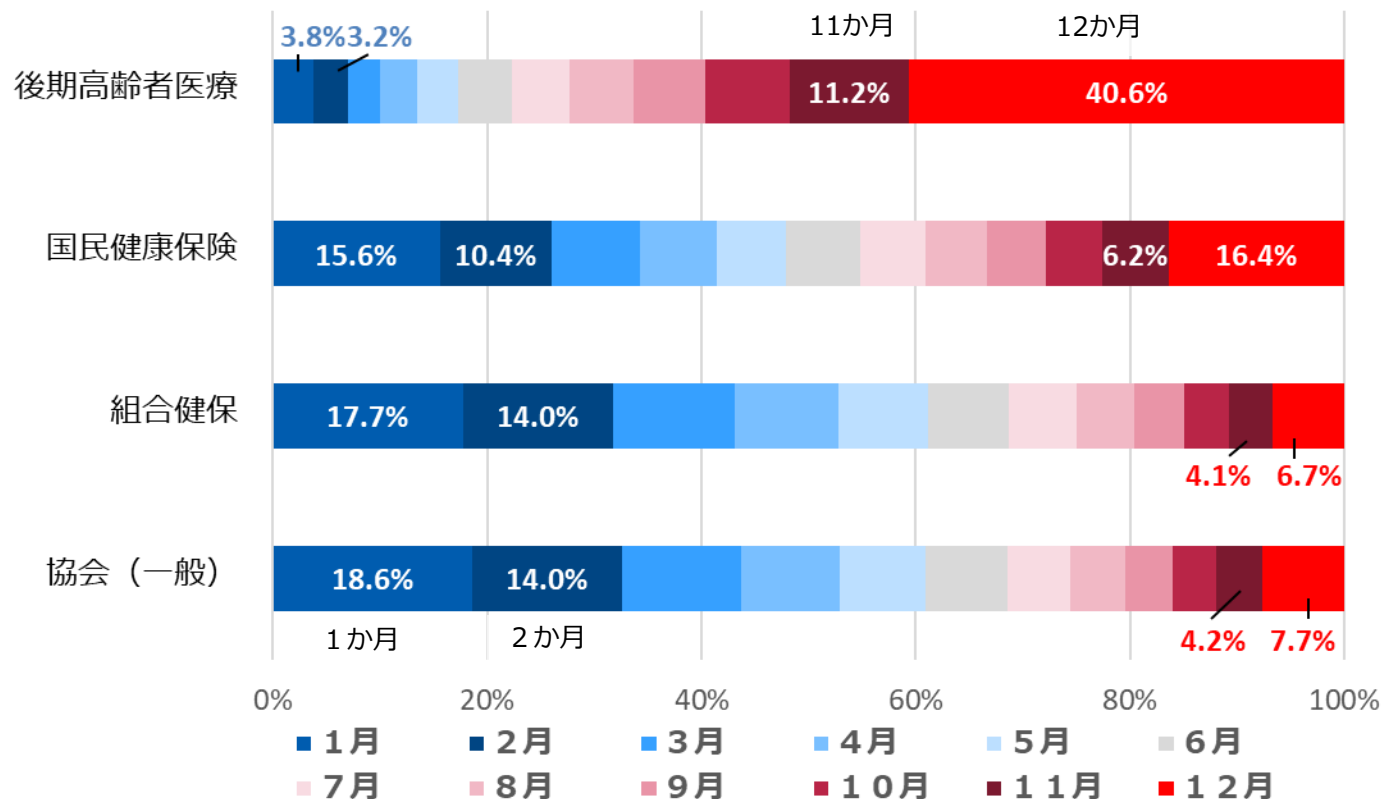
※協会けんぽについては、平成19年度までは政府管掌健康保険の数値を使用している。

- 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）

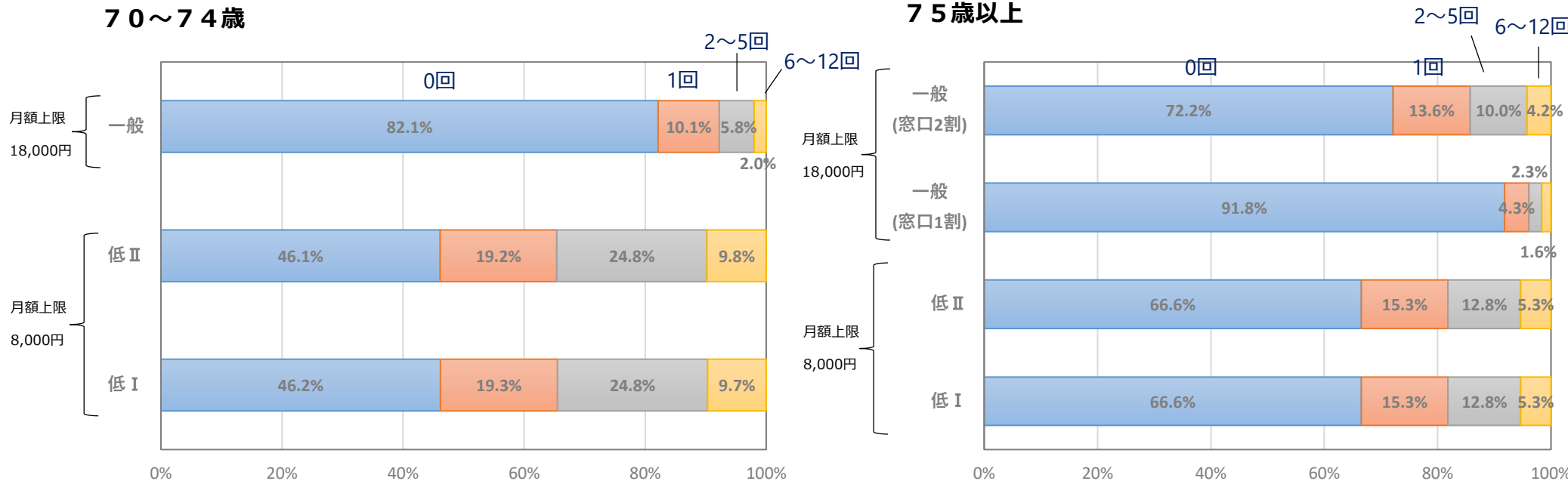
（注）1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

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

1 年間に外来の月額上限に該当した回数別の患者の割合

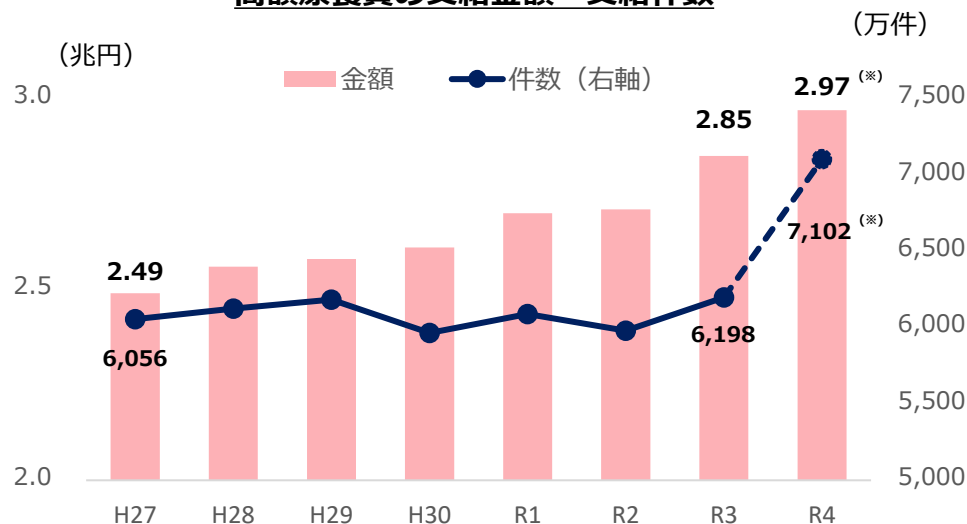


※．患者数に占める割合。75歳以上の一般（窓口2割負担）については、年間を通じて2割負担であって窓口負担引き上げに伴う外来の配慮措置がない場合として推計。

（出展）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

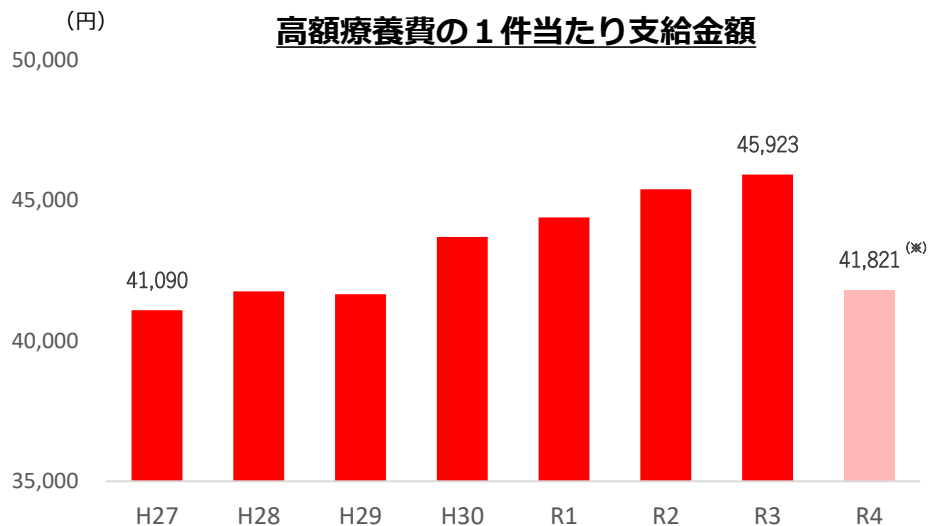
高額療養費と実効給付率の推移

高額療養費の支給金額・支給件数



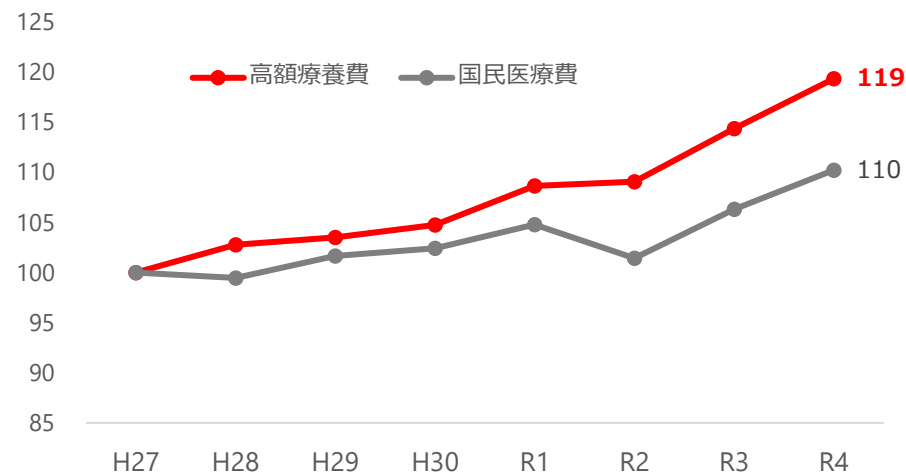
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

高額療養費の1件当たり支給金額



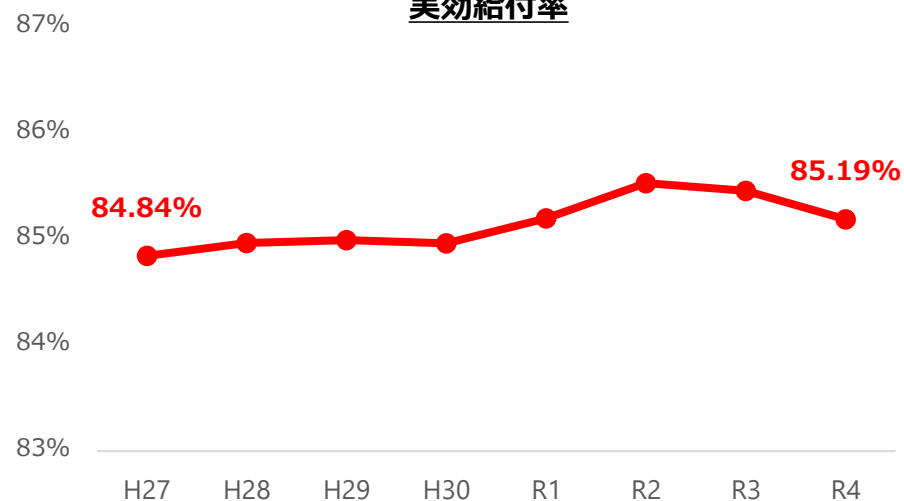
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

高額療養費と国民医療費の伸び (H27を100とした場合)



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

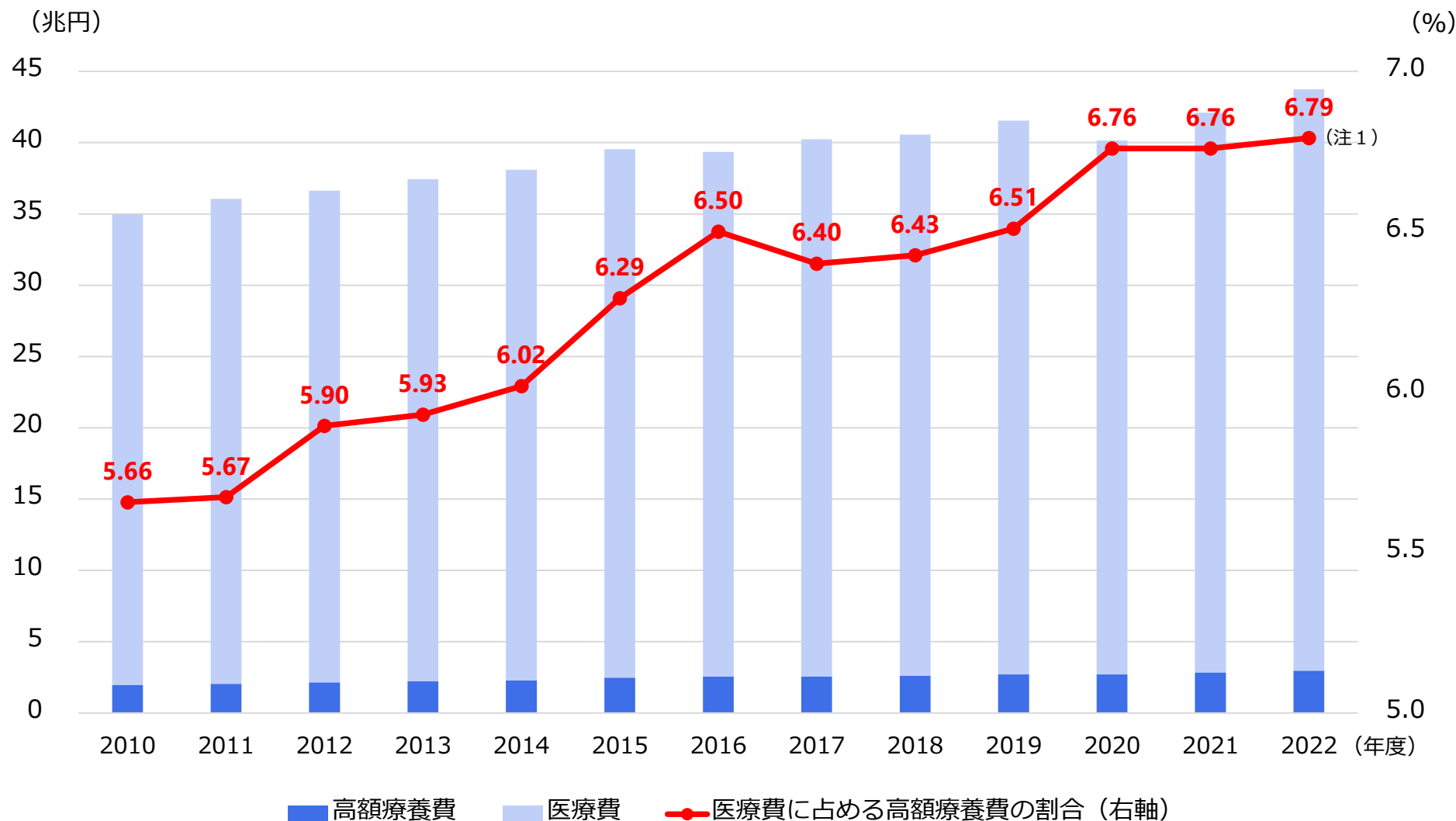
実効給付率



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

(※) 令和4年度の高額療養費には、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を含む。

医療費に占める高額療養費の割合【保険制度全体平均】

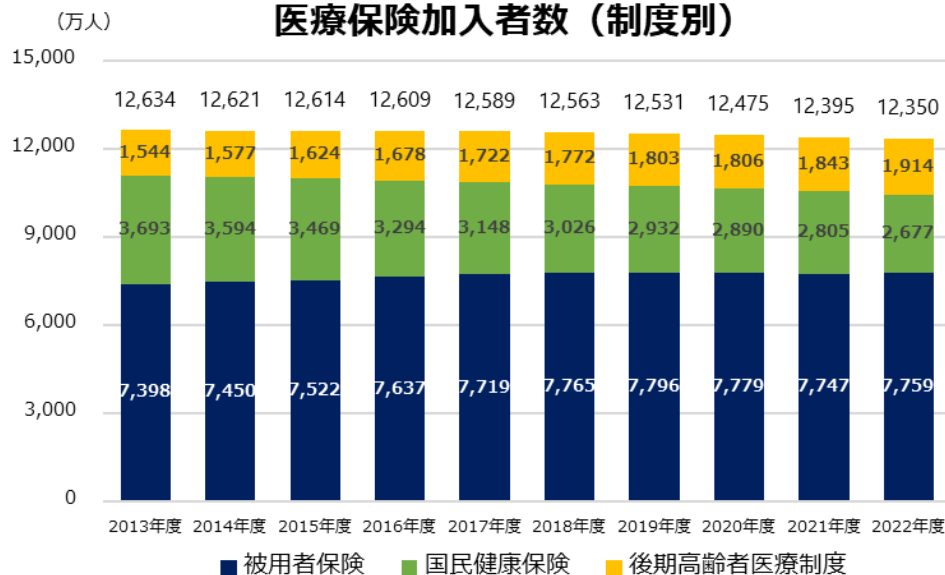


(注 1) 後期高齢者医療制度の窓口負担割合の見直し時の配慮措置が含まれているため、2022年度の数値を他年度の数値と比較する際は留意が必要。

(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。

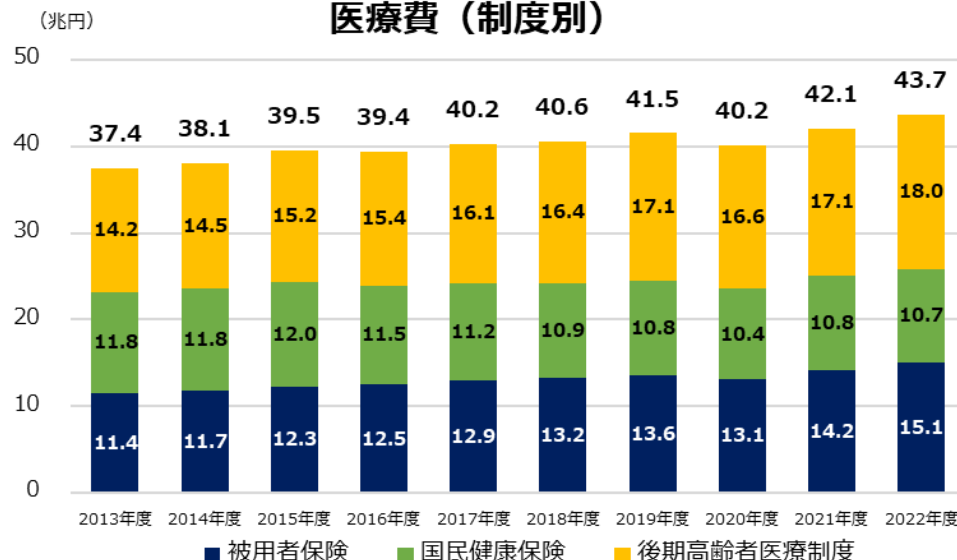
医療保険加入者数（制度別）



(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」

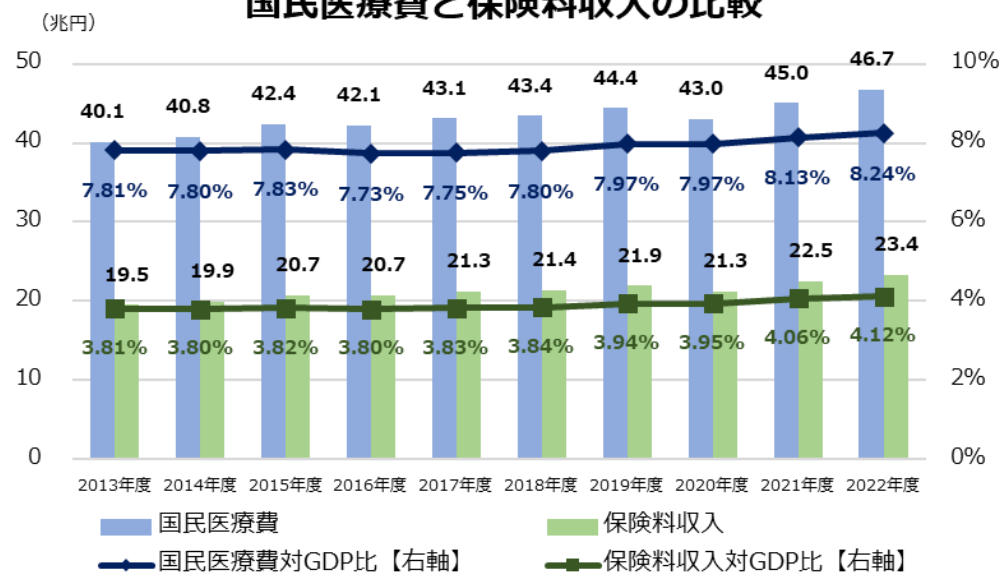
医療費（制度別）



(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」

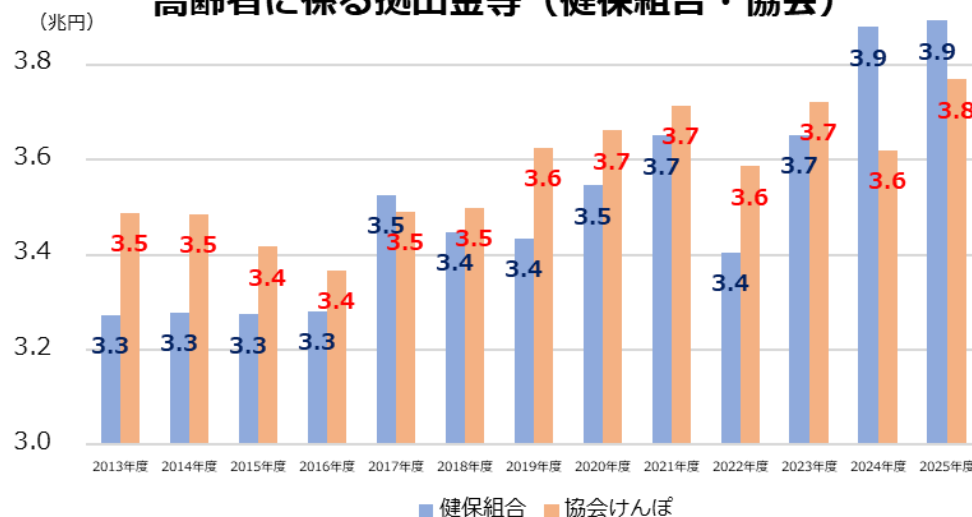
国民医療費と保険料収入の比較



(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

令和7年5月26日

第1回高額療養費制度の在り方
に関する専門委員会

資料2

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 後期高齢者医療制度を創設
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「 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（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き上げ（平成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

医療費の財源構成（令和4年度）

皆さん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。

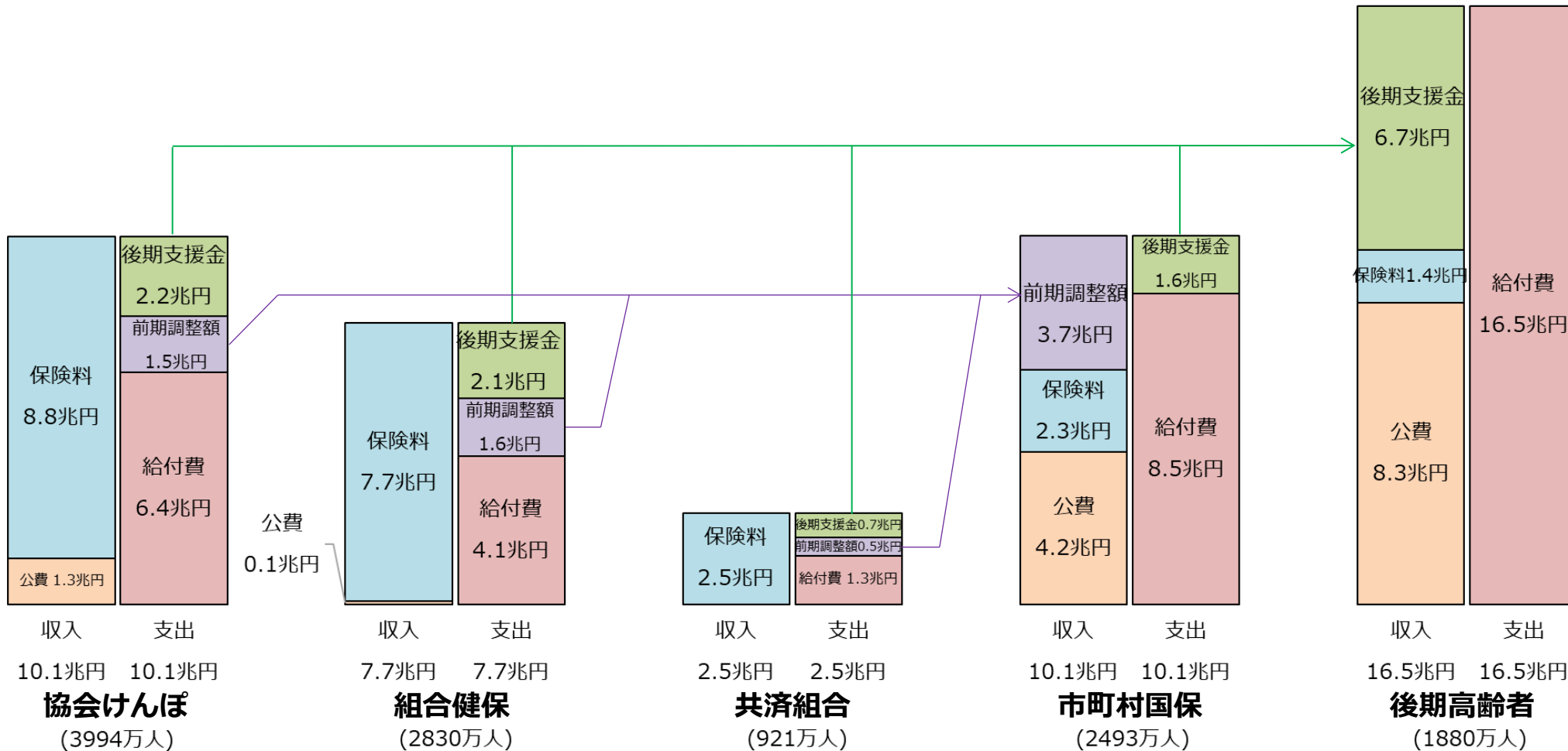
医療費 43.7兆円	医療給付費 37.3兆円 （実効給付率 85.2%）			自己負担額 6.5兆円 （14.8%）
	公費 14.1兆円（32.2%）	保険料 23.2兆円（53.0%）		
▼				
後期高齢者 以外 25.8兆円	医療給付費 20.8兆円 （実効給付率 80.7%）			自己負担額 5.0兆円 （19.3%）
	公費 5.0兆円（19.5%）	保険料 15.8兆円（61.2%）		
後期高齢者 18.0兆円	医療給付費 16.5兆円 （実効給付率 91.6%）			自己負担額 1.5兆円 （8.4%）
	公費 8.3兆円（46.1%）	保険料 1.4兆円 （8.1%）	支援金 6.7兆円（37.4%）	

公費 0.7兆円
保険料 6.1兆円

※ 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）。



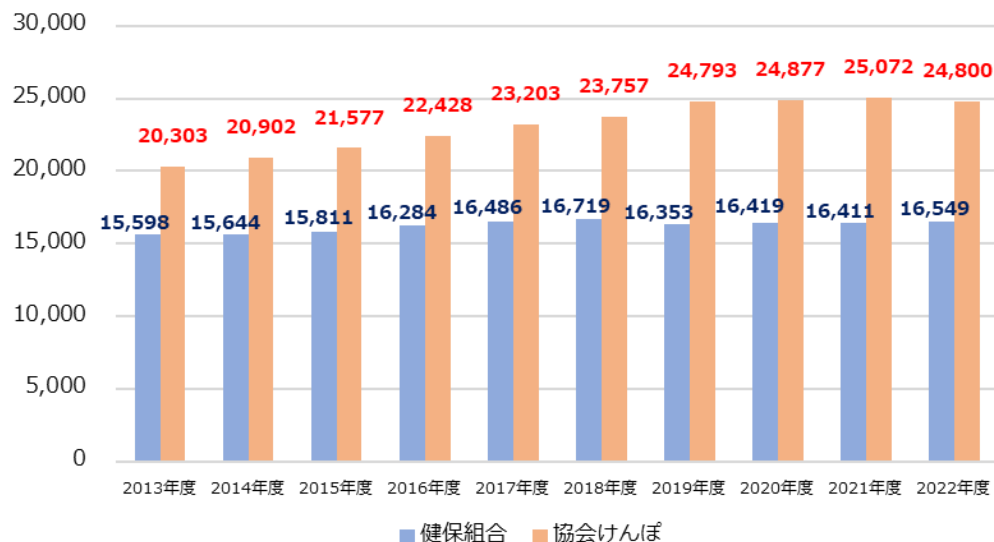
注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（国保組合など）があるため。

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。

被保険者数

(千人)

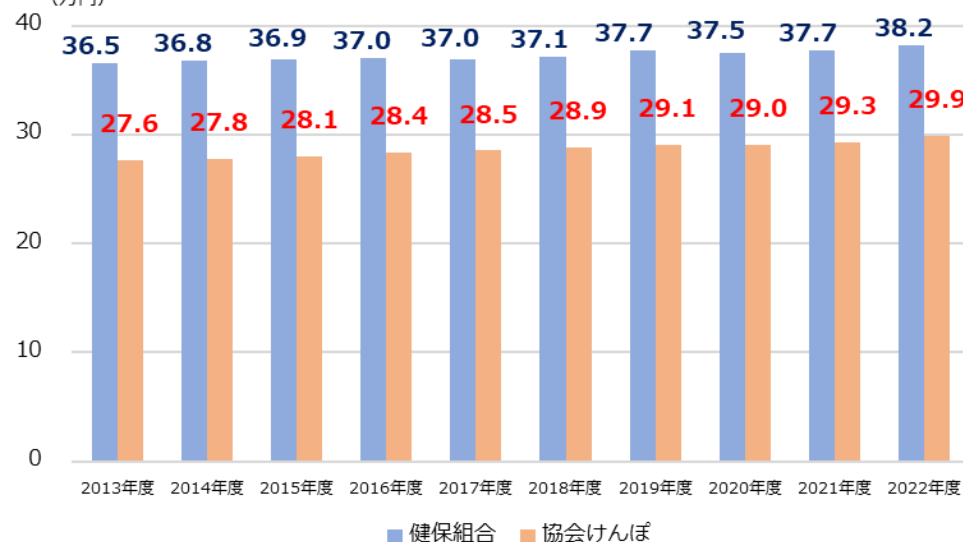


(注) 年度末時点の数値。

(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

(万円)

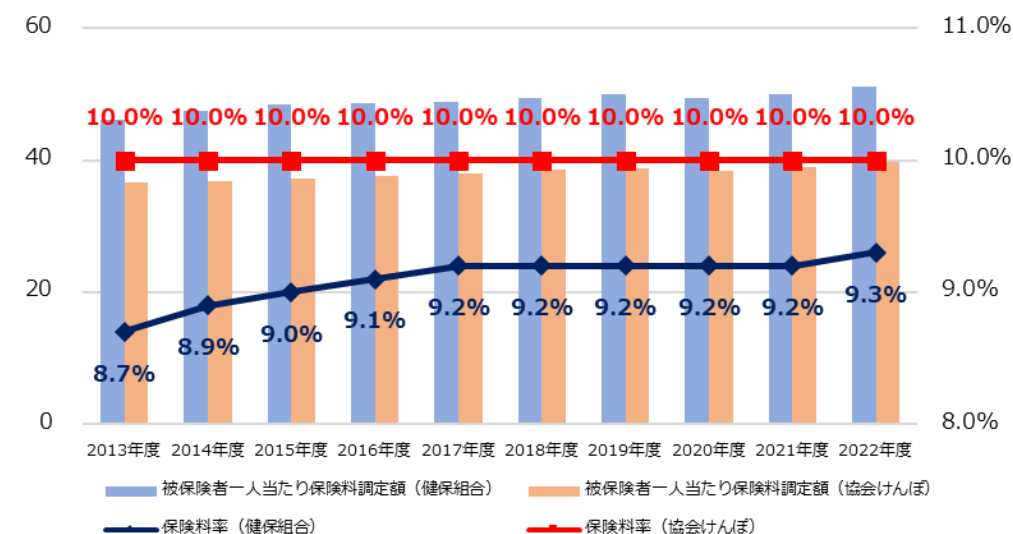


(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

保険料負担

(万円/年)

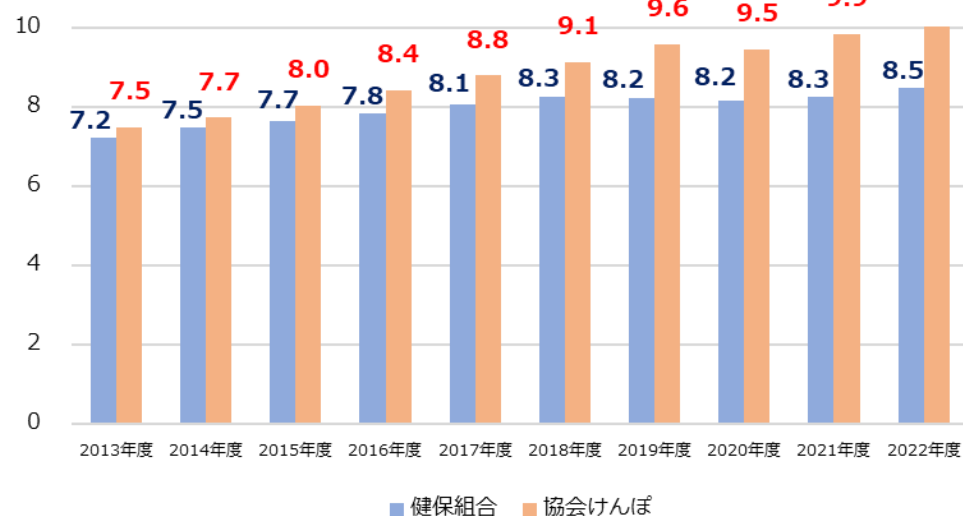


(注) 事業主負担を含む数値。年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

保険料収入

(兆円)

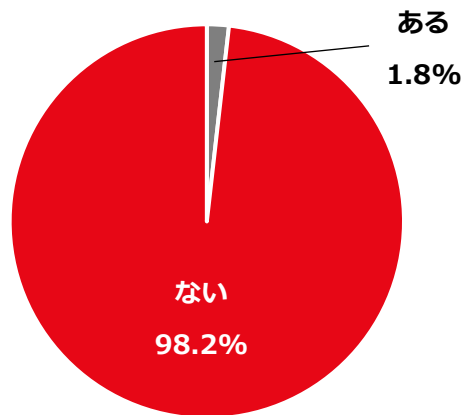


(注) 年度末時点の数値。

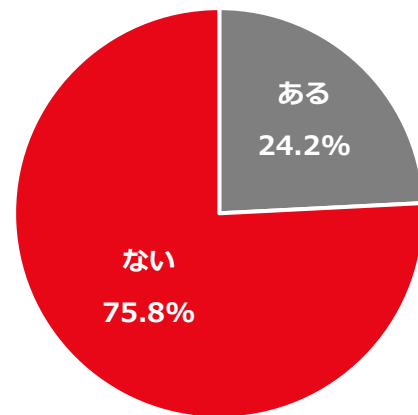
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

がん治療による経済的負担の影響

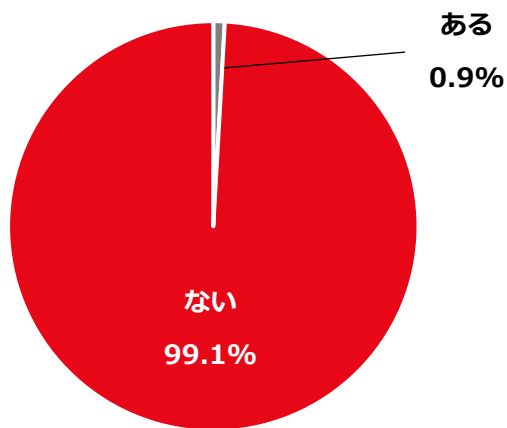
治療費用の負担が原因で、
治療を変更または断念したことのある人



医療を受けるための金銭的負担が原因で
生活に影響があった人



治療費用の負担が原因で、
保険診療範囲内治療を断念したことのある人



経済的影響を受けた事項

