

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

医療保険制度改革について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療保険制度改革に向けた議論の進め方

- 「経済財政運営と改革の基本方針2025」（令和7年6月13日閣議決定）において、「現役世代が急速に減少し、高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据えた中長期的な時間軸も視野に入れ、現役世代の負担を軽減しつつ、年齢に関わりなく、能力に応じて負担し、個性を活かして支え合う「全世代型社会保障」の構築が不可欠である」とされている。
- 上記記載を踏まえ、**中長期的にあるべき姿から逆算した必要な政策、理念及び全体像**を示していくことが国民の理解・納得感を得るためにも重要。
- そのため、医療保険部会においては、現時点における我が国の医療保険制度、人口と医療費の変化、物価等の経済情勢の変化、医療提供体制の変化について認識を共有し、**あるべき将来像とそれを実現するためにとるべき対応について意見交換を行い、論点を整理した上で、個別課題の議論を行うこと**としたい。
- その前提で、医療保険部会において、次のとおり医療保険制度改革に向けた議論を進めてはどうか。

医療保険制度改革に向けた議論のスケジュール案

令和7年9月18日

第197回社会保障審議会
医療保険部会

資料1-1

令和7年9月

社会保障審議会医療保険部会で以下のとおり議論

以下の項目について認識の共有

- ・日本の医療や健康の状況
- ・日本の医療保険制度
- ・医療保険制度が直面する環境変化
- ・これまでの医療保険制度改革 等

上記の内容を踏まえ、具体的な課題について議論

とりまとめに向けた議論

とりまとめ

令和7年冬

医療保険部会（2025年9月18日、9月26日開催）における主なご意見①

（文責：事務局）

（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。）
下線部分は9月26日（金）医療保険部会資料からの追記・修正部分。

【1. 世代間・世代内のより公平性を確保した全世代での支え合う仕組の整備】

- 人口構造の変化等を踏まえ、支える側と支えられる側の考え方を変えていき、給付と負担のバランス・世代間のバランスを見直していく必要がある。負担構造の見直しにあたっては、財源面での裏付けも含め、どのように自己負担・保険料・公費のバランスを取るか検討が必要。
- 特に高額な医療にかかる場合の負担能力については、資産や被扶養者数なども勘案する必要があるのではないかと。
- 国民の理解を得る上では、現役世代の負担の軽減と能力に応じた全世代での支え合い、相互共助が重要。
- これまでの高齢者中心の社会保障から、全世代支援型の社会保障へ再構築することは急務。高齢化や医療の高度化等によって今後も医療費の増加が見込まれるため、現役世代、特に被保険者の納得性を確保していくことが重要であり、後期高齢者医療制度など現行制度の抜本的見直し等を進めて行くことが必要。
- 医療保険制度においては、公平性・公正性をできる限り確保することが極めて重要。
- 「所得の再分配」こそが社会保障の根幹であり、基本的な役割。
- 特に75歳以上の後期高齢者にとっては、健康状態の悪化が深刻な問題となり得て、医療費の負担も大きくなるため、配慮が必要。

医療保険部会（2025年9月18日、9月26日開催）における主なご意見②

（文責：事務局）

（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。）
下線部分は9月26日（金）医療保険部会資料からの追記・修正部分。

【2. 医療保険の持続可能性を確保するための保険給付のあり方】

- 医療保険は短期保険として捉えるだけではなく、政府管掌健康保険において中期財政運営が議論されたように、人口構造の変化等の要因を含めて中長期的に捉えて考えていく必要性がある。
- 中期・長期の財政見通しも含め、国全体としてあるべき姿を探求することが喫緊の課題。
- 高齢化や高額薬剤などの医療の高度化により医療費が増大していくことが見込まれる中では、費用対効果や経済性を考慮した医薬品の使用促進やOTC類似薬の保険適用除外、低価値・無価値医療の利用の抑制など、保険給付範囲の見直しについても当然手をつけるべき。
- 費用対効果や経済性を十分に考慮することが重要。例えば、長期収載品の選定療養の更なる見直し、バイオ後続品の使用促進なども検討すべき重要な項目。
- バイオ後続品の使用促進においては、薬剤師等との連携による丁寧な対応が不可欠。単純な試算や目標の設定だけでは対応が困難であり、使用促進の方法については、後発医薬品とは異なるアプローチが必要。
- 軽症でかつ少額な治療では患者による過剰な医療利用が生じやすいと思われるが、医療保険の在り方として、少額な治療では患者の自己負担の割合を多くし、高額な医療では必ずしも自己負担を大きくしないという経済学的な考え方を考慮する必要がある。保険の役割として、小さなリスクより大きなリスクへの保障が重要であり、その原則を国民の皆様にもご理解をいただく必要がある。
- 低価値医療・無価値医療について、分かりやすく客観的なデータに基づき議論を進めるべき。

医療保険部会（2025年9月18日、9月26日開催）における主なご意見③

（文責：事務局）

（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。）
下線部分は9月26日（金）医療保険部会資料からの追記・修正部分。

【2. 医療保険の持続可能性を確保するための保険給付のあり方】（続き）

- OTC類似薬の保険給付範囲の在り方の見直しについては、必要な受診の確保や患者負担の議論に加え、薬の過剰摂取、飲み合わせリスクも考慮した慎重な検討が必要。
- 給付と負担の見直しについて検討を行う場合、必要な医療への受診抑制につながるようなことがないよう、特に低所得者に十分配慮した制度のあり方を検討する必要がある。
- 全世代型社会保障の構築にあたっては国民の安心や生活の安定を支えるセーフティネットという役割を決して損なうことのないよう十分留意した上で、増加する社会保障給付の重点化や効率化を含め、持続可能性を高めるための制度見直しに引き続き取り組むことが不可欠。
- 医療については、早期発見・早期治療が基本であり、重症者に重点をおく形でいくと、患者による間違った判断等が生じ得、結果多額の医療費を要することにもなり得るため、慎重な検討が必要ではないか。
- 医療の進化については、確実な財源確保が必要。医療技術の評価のあり方について、改めて検討・見直しを進める必要がある。

医療保険部会（2025年9月18日、9月26日開催）における主なご意見④

（文責：事務局）

（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。）
なお下線部分は9月26日（金）医療保険部会資料からの追記・修正部分。

【3. 現役世代からの予防・健康づくりの促進とヘルスリテラシーの促進、制度の理念等への理解の促進】

- 将来を担う世代が希望を持てる制度を目指すためには、小中学生を含む学生や現役世代のうちから医療・健康についての意識醸成、予防が必要。自分の健康を守るために取り組み、ヘルスリテラシーを高め、予防やセルフメディケーション、適切な受診等に努めていただくことが大事。
- 広く国民に対して、上手な医療のかかり方、医薬品の適正使用などについて積極的に啓発が必要。健康寿命・平均寿命の延伸につながる特定健診・特定保健指導、生活習慣病の重症化予防等の取組をより一層推進することも必要。
- 日本人の健康意識や健康状態が国際的にも高いとなると、今後更なる改善には限界があり、予防医療に注力すれば医療費・社会保障費の問題が解決するというのは楽観的。また予防医療が医療費を抑制することのエビデンスについても精査が必要。
- 国民、国、医療保険者、医療提供者、事業主等々、全てのステークホルダーが危機感を共有して、皆保険制度の存続に向けて取り組んでいく必要がある。若い世代については、どういうシステムになっているか、世代間の助け合いであるとか、世代内の助け合いであるとか、そういうことについて教育制度の中で教えていく必要がある。
- 社会保障教育においては、医療・介護といった直接的な給付と負担の仕組みである社会保険の枠組みの中で、「支え合いの理念」を伝えていくという視点も必要。
- 制度の詳細以前に、社会保険の原理・原則について対話し、きちんと理解していただくことが重要。例えば保険料に関しては「応能負担の原則」があり、税とは異なり上限が設けられるとともに、低所得の方にも一定の負担をお願いするという仕組み。社会保険の原理・原則の理解が不十分であると一部負担や各種基準などの複雑性から制度の理解が進みにくくなる。
- 国民皆保険体制は、患者・医療機関の従事者を含めたすべての国民が制度について理解し、負担について納得することが重要。

医療保険部会（2025年9月18日、9月26日開催）における主なご意見⑤

（文責：事務局）

（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。）
なお下線部分は9月26日（金）医療保険部会資料からの追記・修正部分。

【4. 医療現場を取り巻く環境の変化への対応】

- 中長期的な視点から、国民皆保険制度と医療提供体制の持続可能性の確保を考えていただきたい。医療機関の経営状況が悪化し、限られた医療資源の体制が崩れてしまってから再構築することは困難であり、良質な医療を国民に提供するために、安定して体制を維持できるような制度改革をお願いしたい。
- 保険医療機関等は診療報酬によって運営されており、物価や人件費の上昇の影響を価格転化できず深刻な経営難に陥っている状況。社会経済情勢に応じ、診療報酬の臨時的な改定や、国による補助制度の創設を・拡充など早急な対策が必要。
- 昨今、経済成長と賃上げという、これまでと異なるフェーズに移りつつある。近年の賃上げは保険料収入の増加につながっており、持続的な社会保障制度の構築には持続的な経済成長は不可欠。医療費の増加が国民負担の増加につながり、経済成長と賃上げを阻害する事態は避けなければならない。経済成長と社会保障の好循環を満たしていく必要がある。
- 医療提供側の改革も不可欠。
- 医療保険制度改革を進める上で、国として医療DXを推進することは極めて重要。サービスの効率化や質の向上が図られ、患者・利用者にとってのメリットになることに加え、医療現場が抱える課題の解消にも寄与し、持続可能な医療保険制度の構築につながる。
- 将来にわたり安定的に医療を提供するためには、医療を担う人材確保が不可欠であり、医療従事者が専門性を発揮し、医療の質を担保できる体制を構築することが急務。
- 医療DXの推進も必要であるが、地域偏在等の是正のため高齢医療職の医療の継続も重要と考える。
- 給付と負担の牽連性が求められる保険料を、医療提供体制にどこまで投入ができるのか、検討が必要ではないか。保険料抛出の受益性を維持しつつ、何を、どこまで負担するかについて検討が必要ではないか。

今後の議論の進め方について（案）

- 我が国は、誰もが安心して医療を受けることができる世界に誇るべき国民皆保険を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。
- この成果を次世代にも継承していくために、中長期的な視点にたち目指すべき方向性を踏まえた上で、医療保険制度について社会・経済環境の変化に応じた必要な改革を積み重ねていくことが必要。特に、日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価や賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少を踏まえた医療需要の変化や人材の確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性を踏まえた対応は喫緊の課題。
- 制度の見直しにあたっては、負担能力に応じた負担を通じた所得再分配機能の強化、予防・健康づくりのさらなる後押し、セーフティネット機能の確保、医療DXの推進など医療提供の効率化、社会保険の原理・原則を含め制度をわかりやすく説明していくこと等により、幅広い世代の制度への納得感と制度の持続可能性を高めていくことが必要。
- こうしたことから、以下の4つの視点を踏まえ、医療保険部会での議論を進めていくこととしてはどうか。
 1. 世代内、世代間の公平をより確保し全世代型社会保障の構築を一層進める視点
 2. 高度な医療を取り入れつつセーフティネット機能を確保し命を守る仕組みを持続可能とする視点
 3. 現役世代からの予防・健康づくりや出産等の次世代支援を進める視点
 4. 患者にとって必要な医療を提供しつつ、より効率的な給付とする視点

高額療養費制度について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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）

令和7年9月26日

第198回社会保障審議会
医療保険部会

資料3

- 「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。

令和 7 年 9 月 26 日 医療保険部会における主なご意見（高額療養費制度関連）

（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。）

令和 7 年 9 月 26 日の医療保険部会において、高額療養費制度の在り方に関する専門委員会におけるこれまでの議論の状況を報告したところ、委員からの主なご意見は以下のとおり。

- レセプトの高額化が一段と進むなど医療の高度化が進んでいる状況においては、高額化している医薬品の効果検証等を図ること等について、保険者のデータも活用しつつ検討を進めていただきたい。
- 高額療養費制度は患者に経済面で安心を与える制度であるが、高額な薬剤が登場するなど、この制度創設時には想定していなかった状況になっていると考えるため、社会変化も踏まえつつ、医療保険制度全体の中で議論していく必要がある。
- 社会保障の根幹である支え合いの精神を維持し、医療保険制度を持続可能なものとするためには、性善説ではなく性悪説の視点も取り入れ、不正や不適切な利用を防ぐとともに、不正に対しては厳正に対応する規律ある制度運用が必要。
- 高額療養費制度の見直しに当たっては、国民や事業者に過度な負担や急激な変化が生じないように十分配慮するとともに、社会全体で納得感が得られるよう丁寧に検討を進めて欲しい。また、給付と負担の見直しの検討を行う際は、必要な医療の受診抑制につながることはないよう、特に低所得者に十分配慮した制度の在り方を検討して欲しい。
- 外来特例の精査が必要ではないか。年齢で区切ることについて十分な合理性がない上、かなり低い自己負担の水準で追加の自己負担がゼロとなることは、望ましくない医療利用が生じる可能性もあり大きな問題ではないか。

また、高額薬剤が適切に使用されているかという検証も必要ではないか。全体として有効な薬剤であっても、個々のケースでは有効でないケースもある。非常に有効なケースに限定して使用を認めるといった体制を作っていくことが必要ではないか。

- 社会保障制度の本質はセーフティネットであり、高額療養費制度は一番大きなセーフティネットと感じられるものである点に思いを致す必要がある。他方で、制度の素晴らしさが伝わっていないのではないかと問題意識を持っており、制度を意識する機会を作る観点からも医療コストの見える化を進めるべき。
- 今後、自己負担、所得区分、外来特例といったテーマについて厚生労働省から一定の考え方の方向性が示されるのだと思うが、外来特例について言えば、明らかに一定の年齢を経るとかかる疾患の数が増え医療機関にかかる回数が多くなるという高齢者の特性を踏まえた仕組みであることを認識する必要がある。

また、高額薬剤の有効性の評価については整理する必要があるのではないかと。わが国の制度は、少しでも有効性が認められると保険収載されるという仕組みとなっているが、有効性に関しての評価はもう少し精緻にする必要があるのではないかと。

個々のケースにおいて治療効果がないために薬剤の使用を保険適用としない仕組みとすることについては、わが国の医療保険制度上、又は倫理上、国民の理解を得るのが難しいのではないかと。

本日も議論いただきたい事項（案）

高額療養費制度については、医療保険制度改革全体の中で議論していくことが必要という点に共通認識が得られているが、高額療養費制度の在り方に関する専門委員会や医療保険部会のこれまでの議論を踏まえると、制度の在り方の検討に当たっては、以下の論点を中心に更に議論を深めていく必要があるのではないかと。

【高齢化の進展や医療の高度化等により増大する医療費への対応】

- 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、高齢化の進展や医療の高度化等により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、自己負担限度額について一定の見直しは必要ではないかという意見もあった。また、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った意見もあった。
- これらを踏まえ、高齢化の進展や医療の高度化等により今後とも増大が見込まれる医療費への対応として、高額療養費の負担の在り方をどのように考えるか。

【年齢にかかわらず負担能力に応じた負担】

- 年齢にかかわらず負担能力に応じた負担という全世代型社会保障の考え方にに基づき、70歳以上の高齢者のみに設けられている外来特例の在り方について意見があった。この点を踏まえ、外来特例の在り方についてどのように考えるか。
- また、負担能力に応じた負担を求める観点から、現行制度において大括りとなっている所得区分の在り方に関する意見があった。一方で、現在でも、一定の所得を有する方は応分の保険料を負担している中において、給付面の応能負担をこれ以上強めることは制度への納得性を損なうこととなるといった意見もあった。この点を踏まえ、所得区分の在り方についてどのように考えるか。

【セーフティネット機能として的高額療養費制度の在り方】

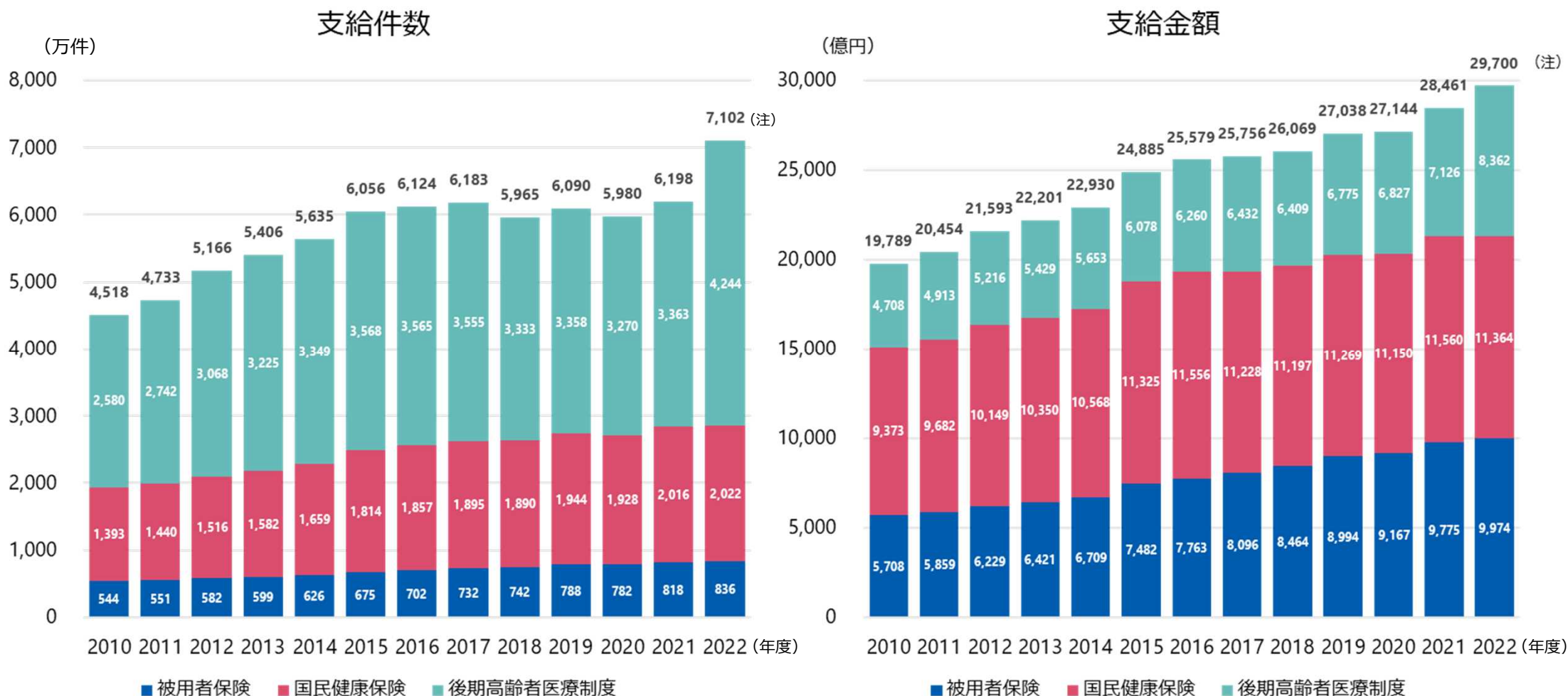
- 高額療養費制度はセーフティネット機能として患者にとってなくてはならない制度であり、今後もこの制度を堅持していく必要性については認識が一致している。その上で、制度を将来にわたり維持していく観点から、仮に自己負担限度額の見直しを行っていく場合であっても、特に、現行制度においても医療費負担が重くなっていると考えられる長期にわたって継続して治療を受けられる方や所得が低い方の負担が過重なものとならないよう配慮すべき、といった意見も多かった。
- 医療費が増大する中で、仮に自己負担限度額の見直しを行っていく場合であっても、患者の経済的負担に配慮したセーフティネット機能の在り方として、どのように考えるか。

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

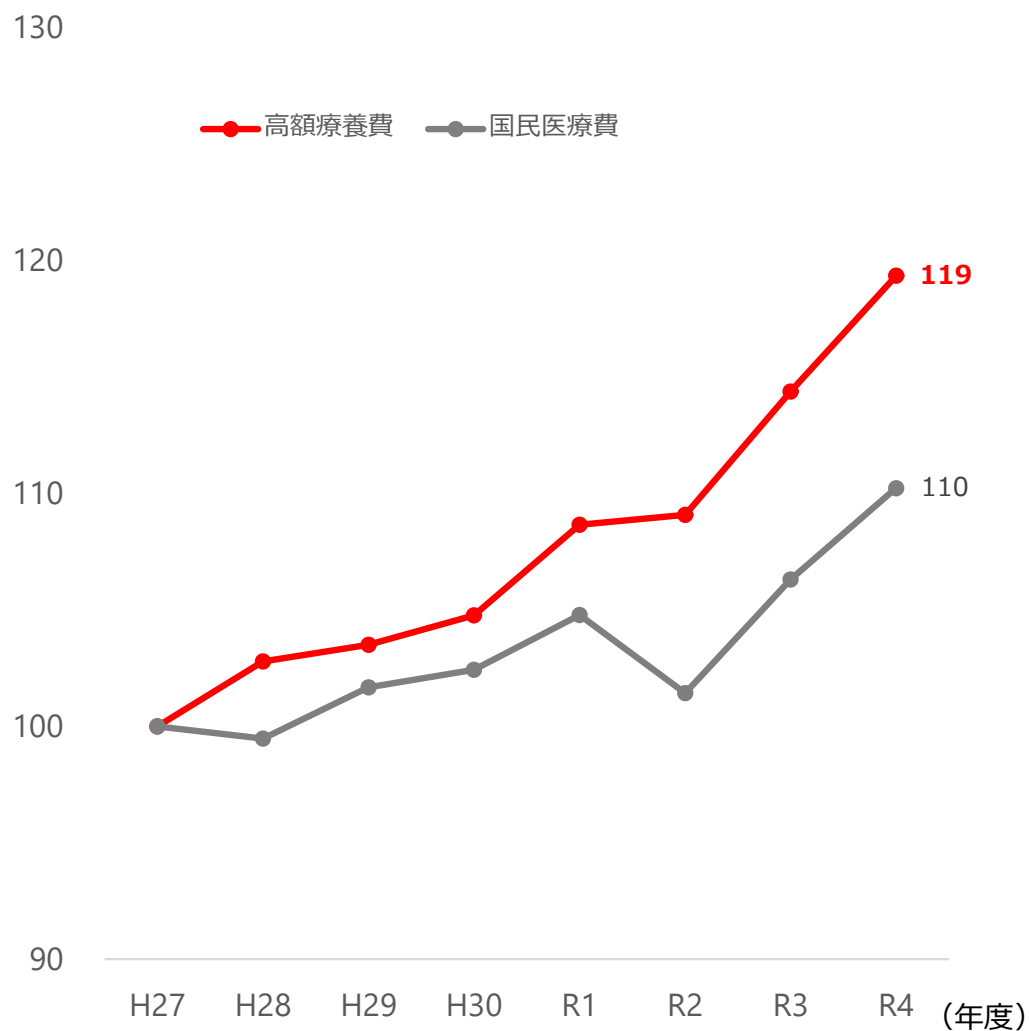


(注) 後期高齢者医療制度の窓口負担割合の見直し時の配慮措置が含まれているため、2022年度の後期高齢者医療制度の数値を他年度の数値と比較する際は留意が必要。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

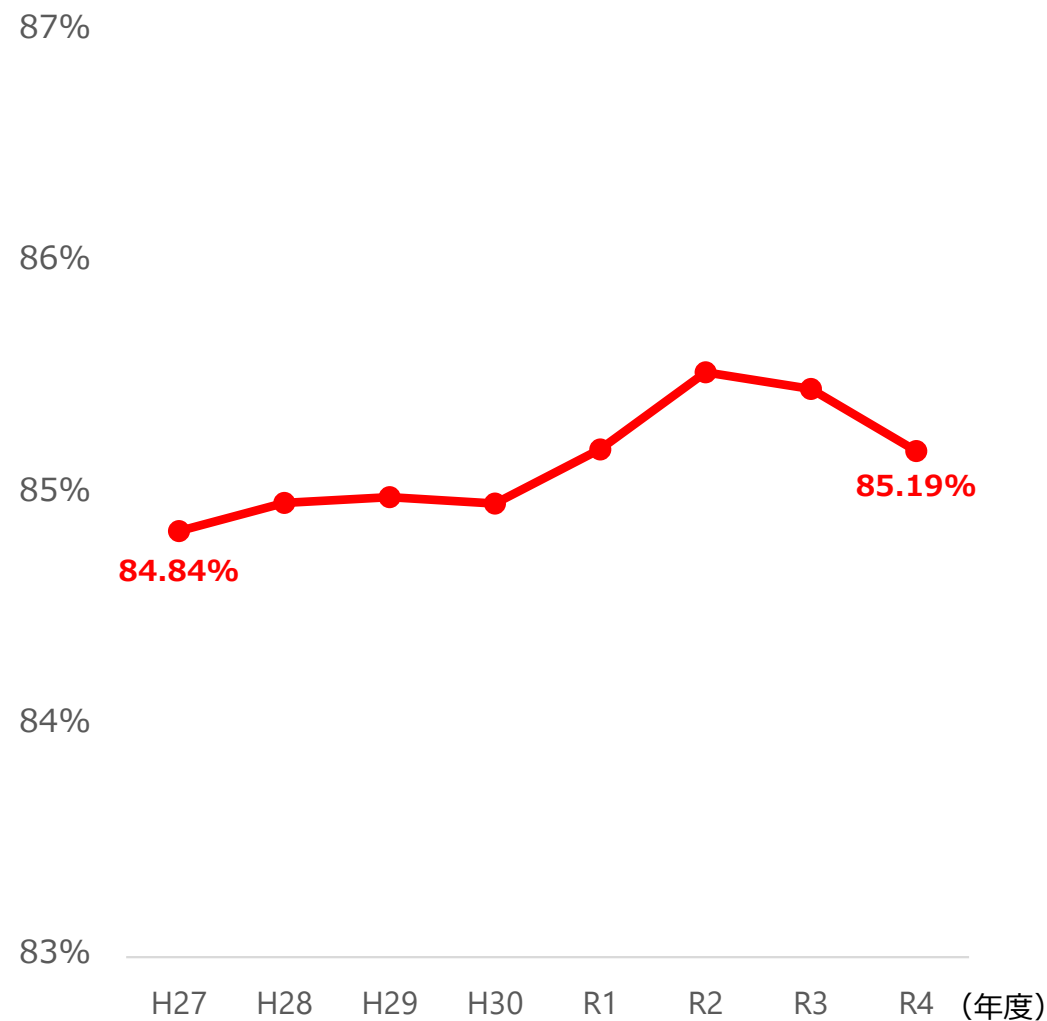
高額療養費と実効給付率の推移

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」

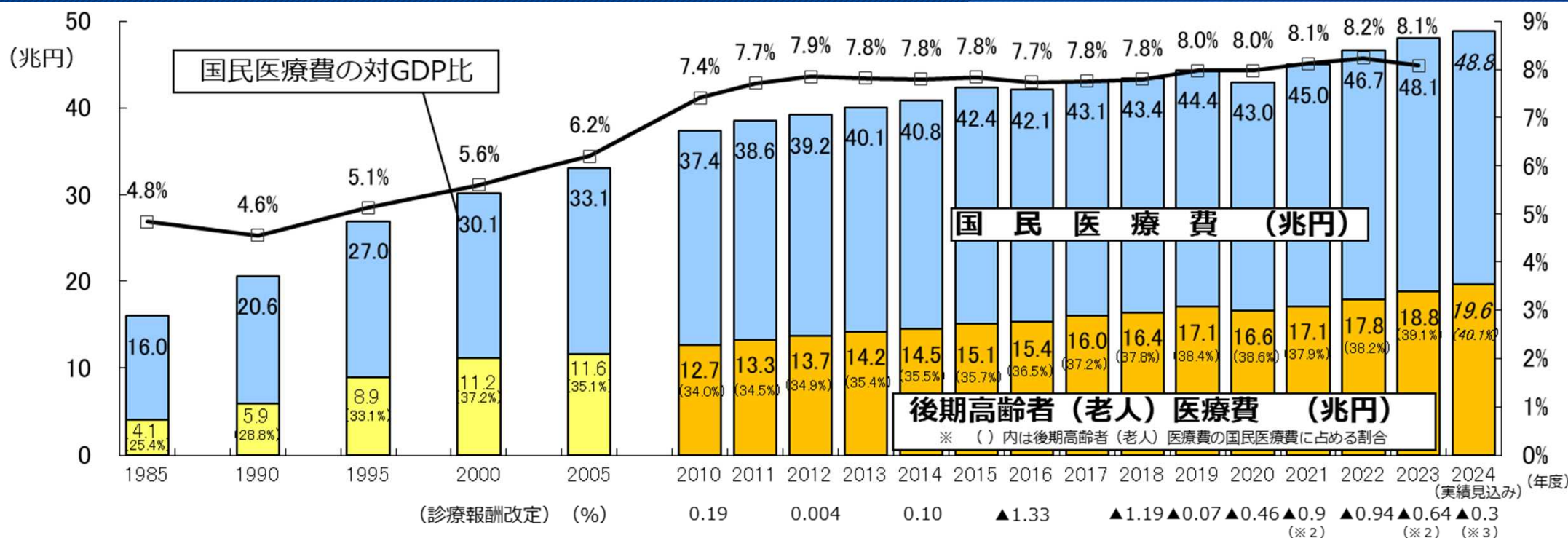
実効給付率



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

(※) 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。

医療費の動向



(主な制度改正)
2000年以降

・介護保険制度施行
・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	2.6	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	2.9	2.3	4.9	-

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。

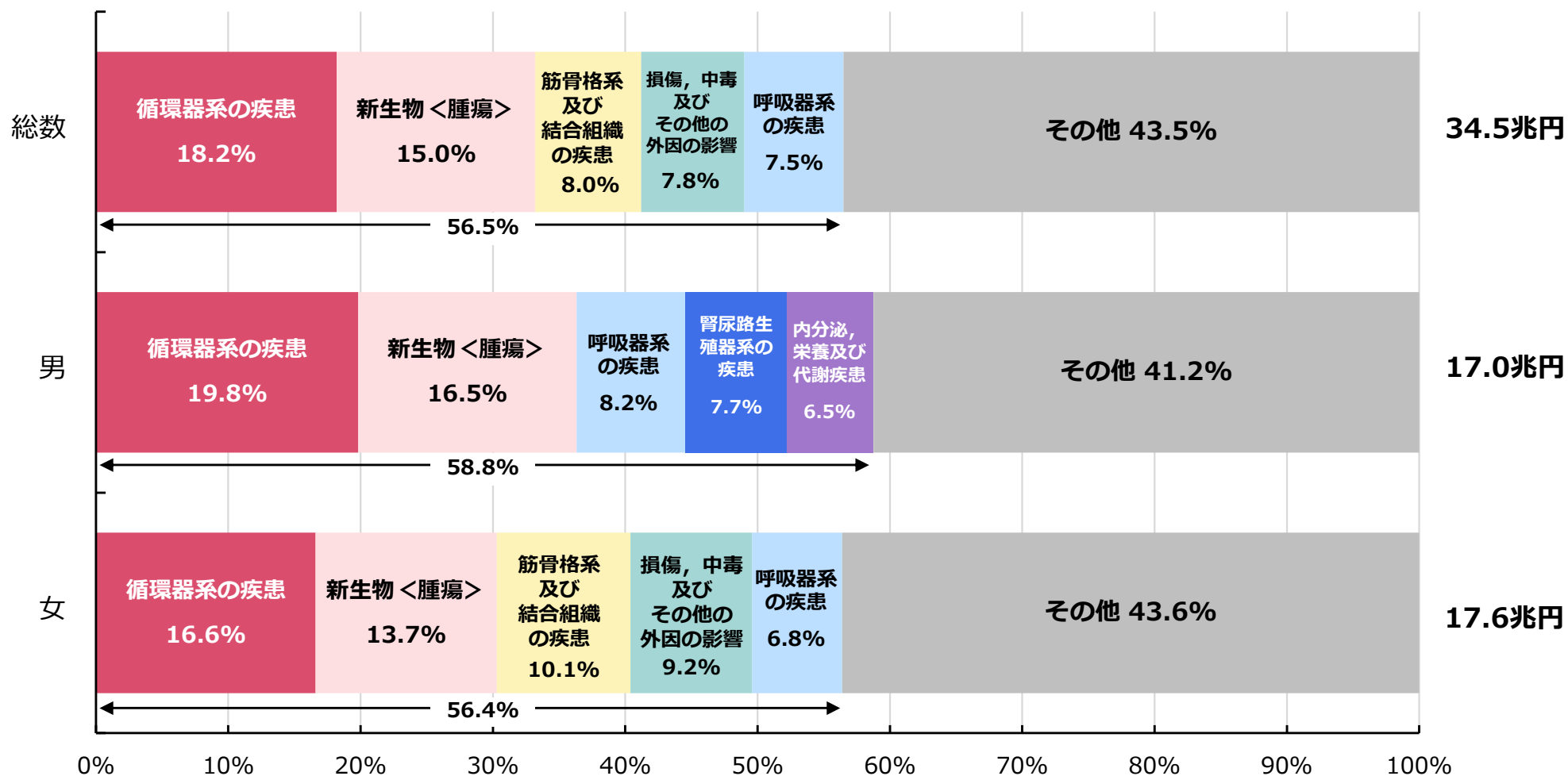
注3 2024年度の国民医療費 (及び2024年度の後期高齢者医療費。以下同じ。) は実績見込みである。2024年度分は、2023年度の国民医療費に2024年度の概算医療費の伸び率 (上表の斜字体) を乗じることによって推計している。

(※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。

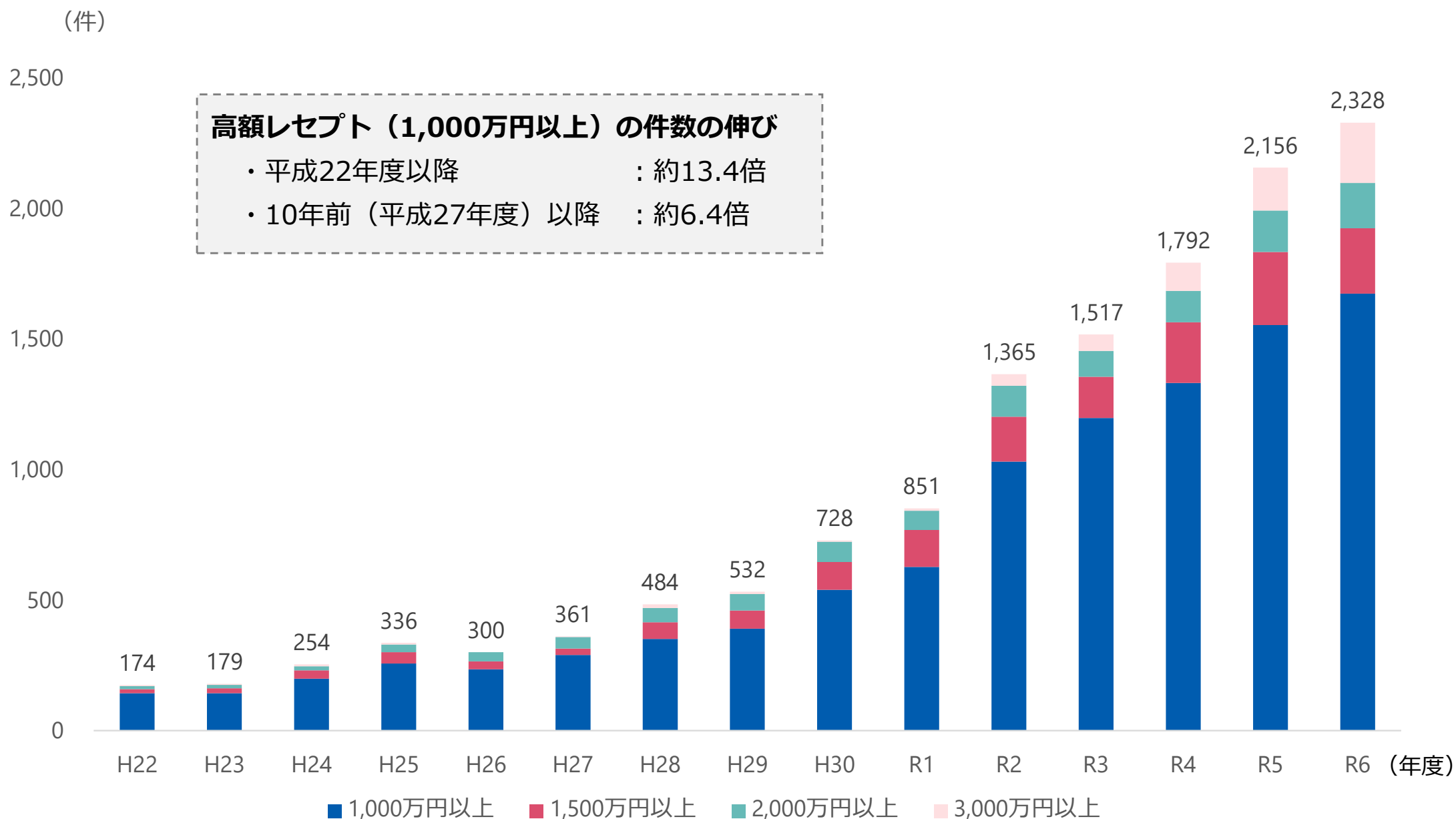
(※3) 令和6年度の診療報酬改定のうち、影響を受ける期間を考慮した値。

傷病分類別医科診療医療費構成割合（上位5位）



注：1）傷病分類は、ICD-10（2013年版）に準拠し、主傷病により分類している。
2）その他は、上位5傷病以外の傷病である。

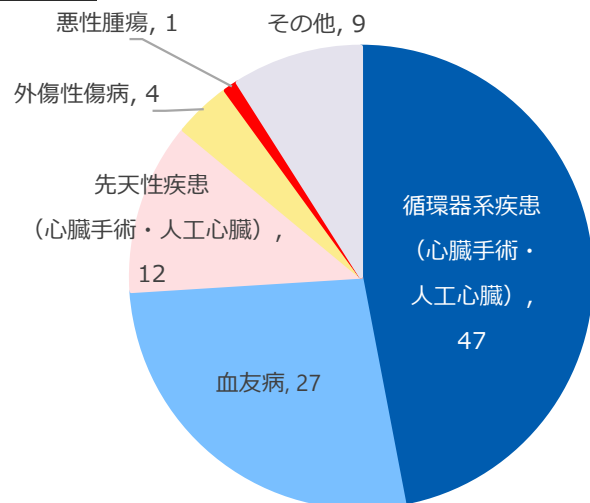
健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移



(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

H27年度

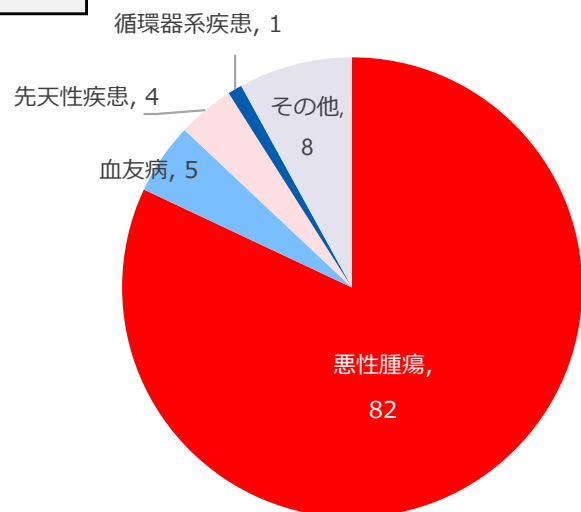


上位100位平均：約**1,987**万円（最高金額：約4,253万円）

【疾患別の主な高額要因】

- 特発性拡張型心筋症、虚血性心筋症
➡HeartMate II（約1,830万円～1,890万円・H25年4月保険収載）などの植込型補助人工心臓
- 左心低形成症候群、上部心臓型総肺静脈環流異常症、急性大動脈解離StanfordA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）

R6年度



上位100位平均：約**4,250**万円（最高金額：約1億6,871万円）

【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。

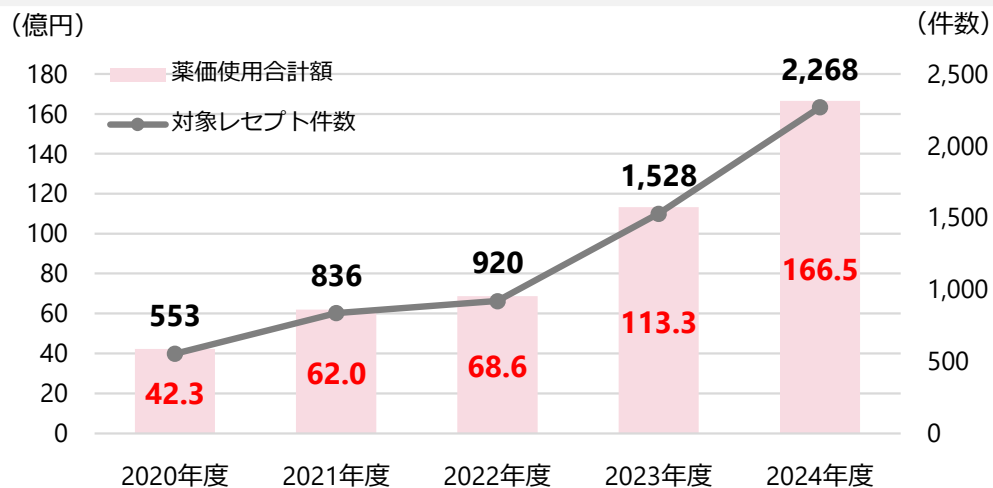
（出典）健康保険組合連合会「令和6年度 高額医療交付金交付事業における高額レセプト上位の概要」

（注）上記の薬価は令和6年10月時点のもの。

高額医薬品の使用実績の変化

① ユルトミリスH I 点滴静注 (※1)

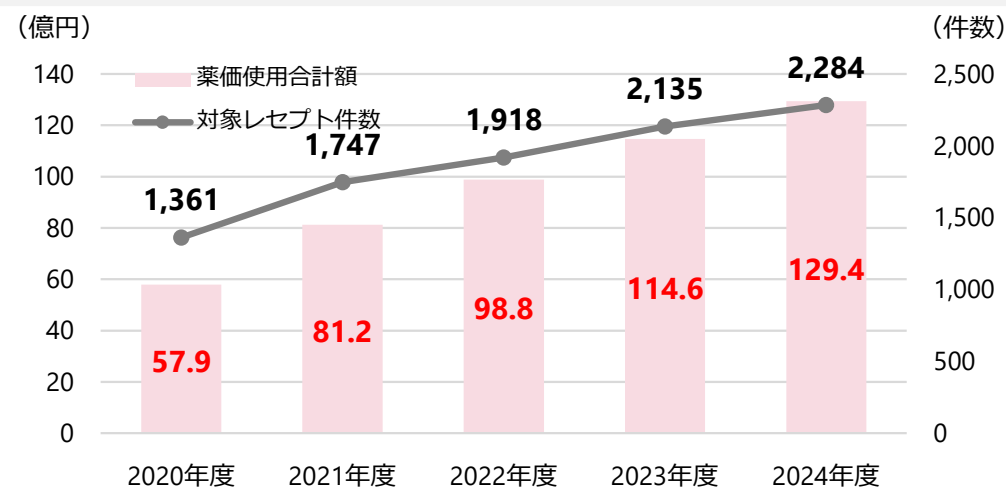
2019年9月保険収載
薬価：約70万円～約257万円



(※1) 発作性夜間ヘモグロビン尿症等

② ヘムライブラ皮下注 (※2)

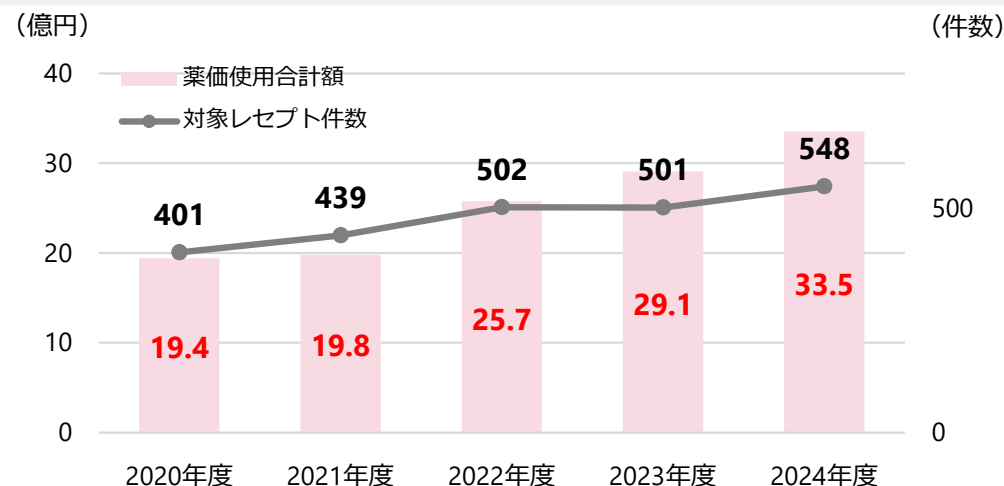
2018年5月保険収載
薬価：約29万円～約122万円



(※2) 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

③ イデルビオン静注 (※3)

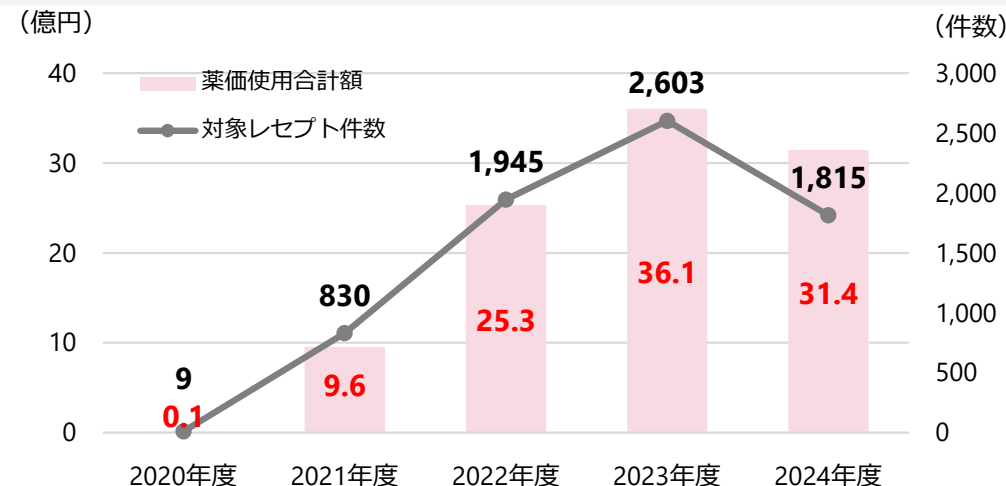
2016年11月保険収載
薬価：約9万円～約118万円



(※3) 血液凝固第Ⅸ因子欠乏患者における出血傾向の抑制

④ エンスプリング皮下注 (※4)

2020年8月保険収載
薬価：約115万円



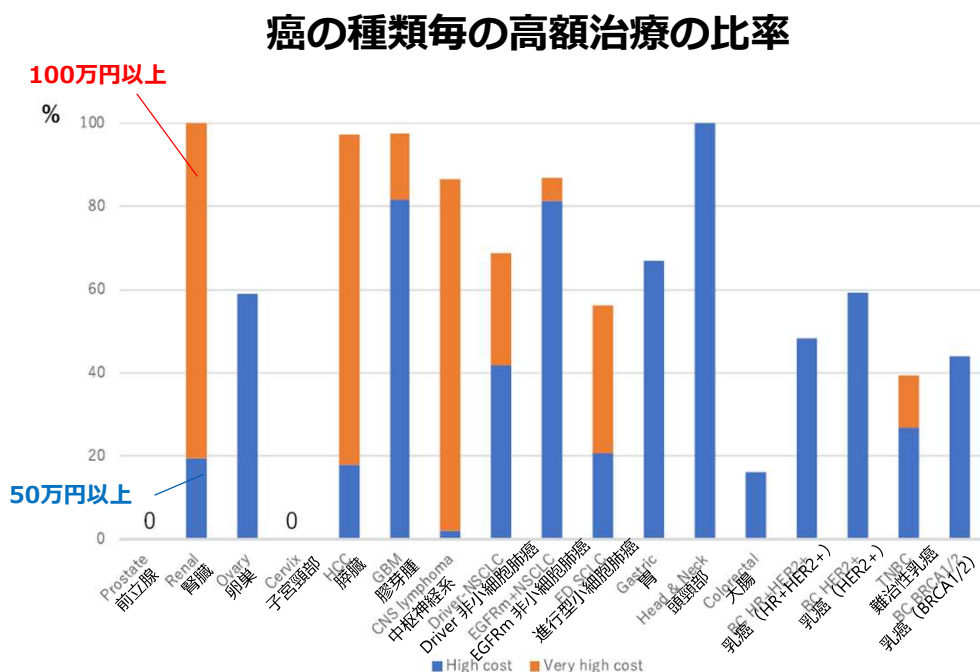
(※4) 視神経脊髄炎スペクトラム障害の再発予防

(注) R6年度で薬価使用合計額が高い上位4品目。集計対象としている医薬品は、各医薬品の最高規格単位の薬価が50万円を超えるものとしている。

(出典) 健康保険組合連合会「令和6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」

がんの治療費にかかる調査研究

- JCOG（日本臨床腫瘍研究グループ）医療経済小委員会による調査研究によると、医療の高度化により癌の治療費は10～15年前と比べて10～15倍にまで増加している。



(出典) Hideo Kunitoh, Tadao Kakizoe, *Confronting the problems we had hoped to avoid*, Japanese Journal of Clinical Oncology, Volume 54, Issue 10, October 2024, Pages 1059–1061..

「17種類の腫瘍のうち、患者の59%（治療費分布の中央値。1QR：44%～3QR：87%）の治療費は月額50万円以上であった。また、患者の17%は月額100万円以上の治療を受けている。10～15年前に標準治療であった化学療法と比較すると、コスト10～15倍に増加している。」

「命はかけがいのないものであることは事実。しかし、私たちのリソースは限られている。・・・日本の皆保険制度の破綻を回避するためには、私たちは医療のコストについて真剣に考え始める必要がある。」

(原文)

“Among the 17 tumor types, a median of 59% of the patients (1QR:44%to3QR:87%) received treatments with monthly costs of 500000 JPY or more. A total of 17% of the patients received treatments with monthly costs of 1000000 JPY or more. As compared to conventional chemotherapy, which was the standard of care 10–15 years ago, there were 10 - to 50 - fold cost increases.”

“Life is priceless. But our resources are limited. • • • If we are to avoid the collapse of the Japanese Health Insurance System, we need to start thinking seriously about medical costs.”

【参考】胃癌にかかる標準治療の変化の例

症例	2015年時の標準治療の例*1	現在の標準治療の例*3
切除不能進行胃癌	S-1+シスプラチン併用療法 約 2.3万円 /月*2	カペシタビン+オキサリプラチン+ペンブ ロリズマブ併用療法 約 62.5万円 /月*2

*1: 「日本胃癌学会編 胃癌診療ガイドライン第4版」(2014年5月)より

*2: 製造販売業者の添付文書よりを基に、当時の薬価に基づき厚生労働省保険局にて作成

*3: 「日本胃癌学会編 胃癌診療ガイドライン第7版」(2025年3月)より

高額療養費制度に該当する主な疾患（年間該当回数別）※推計

（集計概要） 1年間のうち、高額な医療費（月19万2千円以上 ※）がかかった月数別の主傷病上位10及びその入院比率。
（集計方法） 患者を名寄せした上で、当該患者に係る医療費を積み上げ、最も医療費が高い傷病名を表示。入院比率は、入院医療費が多い患者の占める割合
※ 年収約370万円未満の者の自己負担 3割の場合の自己負担限度額57,600円に該当

協会けんぽ [主疾病における患者数の多い順]

1~3回			4~6回			7~11回			12回		
疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率
1	その他の消化器系の疾患	77%	1	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	61%	1	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	35%	1	腎不全	2%
2	良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞	84%	2	その他の消化器系の疾患	13%	2	その他の消化器系の疾患	9%	2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	14%
3	その他の妊娠，分娩及び産じょく	98%	3	炎症性多発性関節障害	4%	3	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	8%	3	糖尿病	4%
4	骨折	89%	4	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	21%	4	腎不全	10%	4	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	4%
5	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	69%	5	腎不全	12%	5	気管，気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	29%	5	その他の神経系の疾患	54%
6	不詳	47%	6	気管，気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	56%	6	その他の神経系の疾患	33%	6	高血圧性疾患	2%
7	その他の眼及び付属器の疾患	49%	7	その他の内分泌，栄養及び代謝疾患	7%	7	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	20%	7	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	96%
8	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	45%	8	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	25%	8	結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	29%	8	気管，気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	9%
9	その他の損傷及びその他の外因の影響	86%	9	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	6%	9	その他の内分泌，栄養及び代謝疾患	8%	9	その他の先天奇形，変形及び染色体異常	33%
10	その他の心疾患	90%	10	不詳	24%	10	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	34%	10	その他の内分泌，栄養及び代謝疾患	10%

健保組合

1~3回			4~6回			7~11回			12回		
疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率
1	不詳	71%	1	不詳	23%	1	不詳	23%	1	腎不全	1%
2	その他の消化器系の疾患	77%	2	その他の消化器系の疾患	11%	2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	33%	2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	10%
3	良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞	85%	3	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	58%	3	その他の消化器系の疾患	9%	3	不詳	15%
4	その他の妊娠、分娩及び産じょく	98%	4	炎症性多発性関節障害	3%	4	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	5%	4	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	2%
5	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	26%	5	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	16%	5	腎不全	7%	5	その他の神経系の疾患	43%
6	骨折	88%	6	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	3%	6	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	23%	6	高血圧性疾患	1%
7	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	70%	7	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	6%	7	その他の神経系の疾患	29%	7	糖尿病	3%
8	その他の眼及び付属器の疾患	49%	8	その他のウイルス性疾患	1%	8	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	7%	8	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	25%
9	その他の損傷及びその他の外因の影響	84%	9	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	5%	9	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	20%	9	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	8%
10	う蝕	1%	10	皮膚炎及び湿疹	1%	10	その他の先天奇形、変形及び染色体異常	21%	10	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	9%

※. 疾病は、レセプトごとに主傷病で判定した医療費を個人単位で名寄せして積み上げ、当該患者の中で最も医療費が高い疾病としている。
※. 期間は、令和4年4月から令和5年3月までの1年間で見ており、期間外の診療月数や医療費は含まない。
※. 疾病分類の順番は患者数が多い順。
※. 入院比率が66%を超えているものを赤色、33%未満のものを青色としている。（出典）令和4年度医療給付実態調査を基に厚生労働省保険局において特別集計して作成

高額療養費制度に該当する主な疾患（年間該当回数別）※推計

（集計概要） 1年間のうち、高額な医療費（月19万2千円以上 ※）がかかった月数別の主傷病上位10及びその入院比率。
（集計方法） 患者を名寄せした上で、当該患者に係る医療費を積み上げ、最も医療費が高い傷病名を表示。入院比率は、入院医療費が多い患者の占める割合
※ 年収約370万円未満の者の自己負担 3割の場合の自己負担限度額57,600円に該当

市町村国保 [主疾病における患者数の多い順]

1～3回			4～6回			7～11回			12回		
疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率
1	その他の消化器系の疾患	70%	1	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	59%	1	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	34%	1	腎不全	5%
2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	65%	2	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	89%	2	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	92%	2	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	97%
3	白内障	36%	3	気管，気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	58%	3	腎不全	14%	3	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	11%
4	骨折	87%	4	炎症性多発性関節障害	6%	4	気管，気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	31%	4	不詳	65%
5	その他の眼及び付属器の疾患	36%	5	その他の消化器系の疾患	34%	5	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	9%	5	その他の神経系の疾患	75%
6	その他の心疾患	87%	6	腎不全	23%	6	不詳	63%	6	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	96%
7	虚血性心疾患	75%	7	脳梗塞	94%	7	その他の神経系の疾患	59%	7	糖尿病	12%
8	屈折及び調節の障害	9%	8	骨折	93%	8	その他の消化器系の疾患	21%	8	高血圧性疾患	5%
9	糖尿病	39%	9	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	23%	9	結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	33%	9	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	94%
10	良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞	73%	10	糖尿病	34%	10	糖尿病	26%	10	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	5%

後期高齢者医療制度

1～3回		4～6回		7～11回		12回					
疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率	疾病分類		入院 比率			
1	骨折	90%	1	骨折	98%	1	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	35%	1	腎不全	10%
2	その他の心疾患	80%	2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	63%	2	腎不全	31%	2	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	98%
3	その他の消化器系の疾患	65%	3	その他の心疾患	87%	3	脳梗塞	95%	3	アルツハイマー病	96%
4	白内障	30%	4	脳梗塞	96%	4	不詳	76%	4	不詳	58%
5	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	58%	5	その他の呼吸器系の疾患	86%	5	その他の心疾患	79%	5	高血圧性疾患	28%
6	その他の眼及び付属器の疾患	21%	6	不詳	86%	6	アルツハイマー病	91%	6	脳梗塞	93%
7	脳梗塞	84%	7	その他の消化器系の疾患	82%	7	骨折	93%	7	糖尿病	33%
8	その他の呼吸器系の疾患	83%	8	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	87%	8	気管，気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	34%	8	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	14%
9	虚血性心疾患	68%	9	高血圧性疾患	71%	9	その他の呼吸器系の疾患	72%	9	その他の心疾患	73%
10	不詳	70%	10	気管，気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	61%	10	高血圧性疾患	59%	10	血管性及び詳細不明の認知症	98%

※、疾病は、レセプトごとに主傷病で判定した医療費を個人単位で名寄せして積み上げ、当該患者の中で最も医療費が高い疾病としている。
※、期間は、令和4年4月から令和5年3月までの1年間で見ており、期間外の診療月数や医療費は含まない。
※、疾病分類の順番は患者数が多い順。
※、入院比率が66%を超えているものを赤色、33%未満のものを青色としている。（出典）令和4年度医療給付実態調査を基に厚生労働省保険局において特別集計して作成

胃がん患者の医療費負担の例

ケース

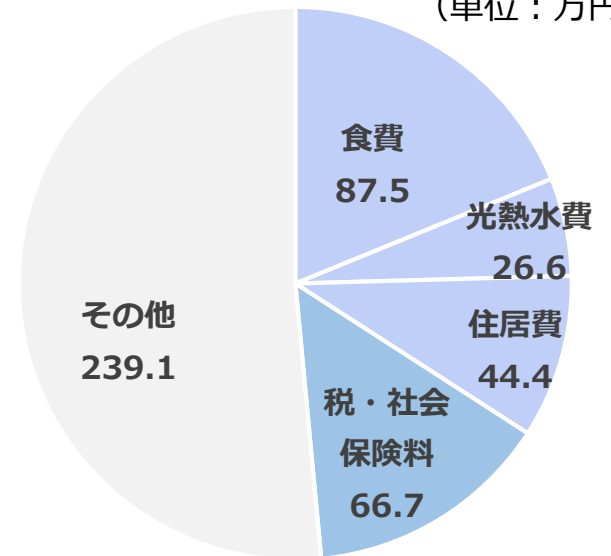
40歳代・男性・標報30万円（年収約410万円）の患者

主な傷病・治療
胃がん・内視鏡手術

総医療費 約295.5万円（3割負担分 約88.7万円）
➔ 高額療養費制度により自己負担 約36.0万円

【家計調査】年間収入400～450万円
の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級400～450万円、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）

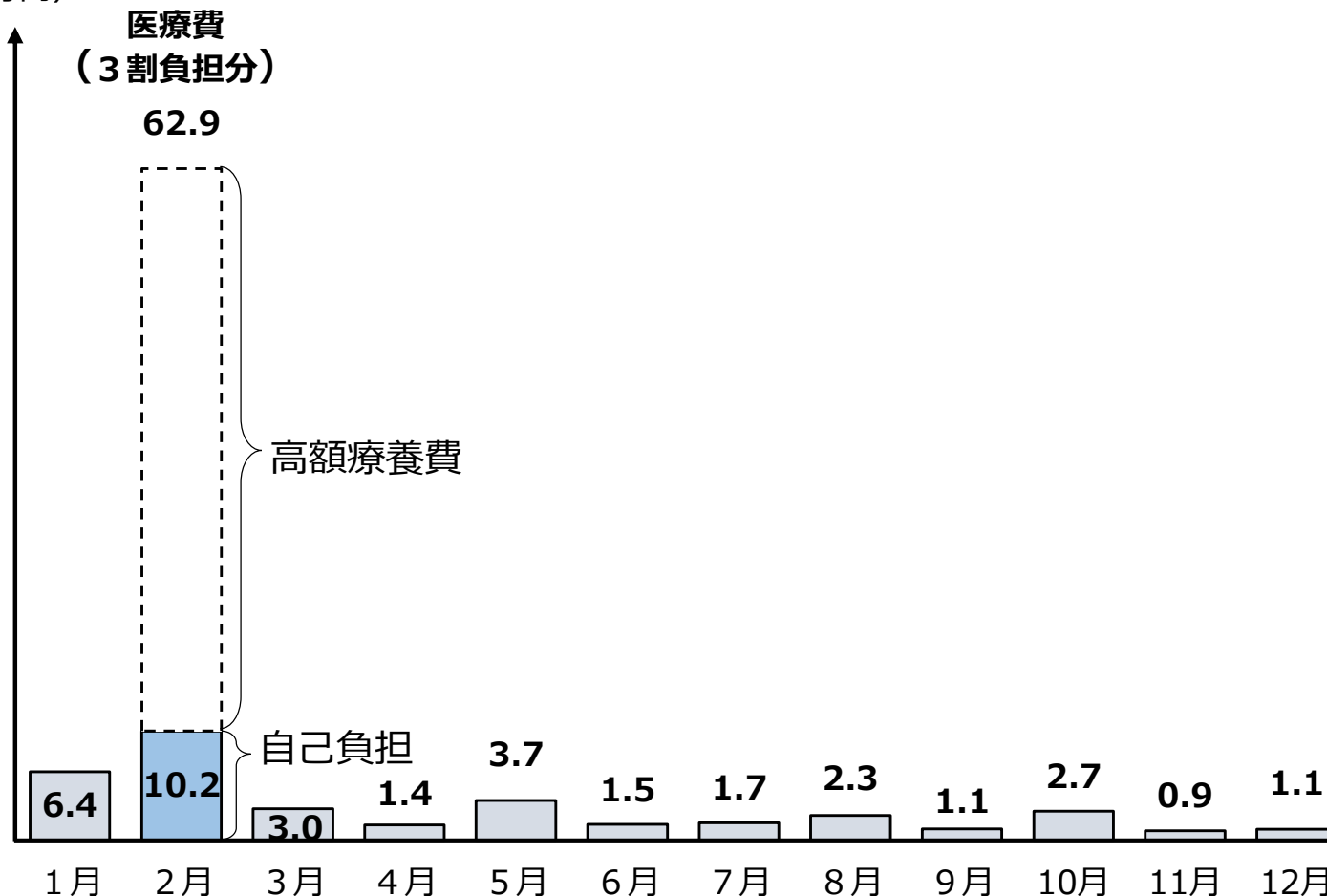
（万円）

医療費
（3割負担分）

62.9

高額療養費

自己負担



①

高額療養費
該当回数

胃がん患者の医療費負担の例

ケース

50歳代・男性・標報38万円（年収約550万円）の患者

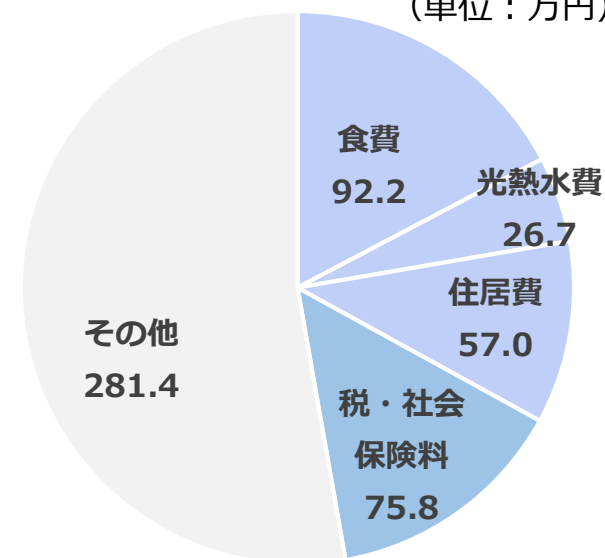
主な傷病・治療
胃がん・全摘出+オペジーボ使用

総医療費 約496.0万円（3割負担分 約148.8万円）

➡ 高額療養費制度により自己負担 約48.6万円

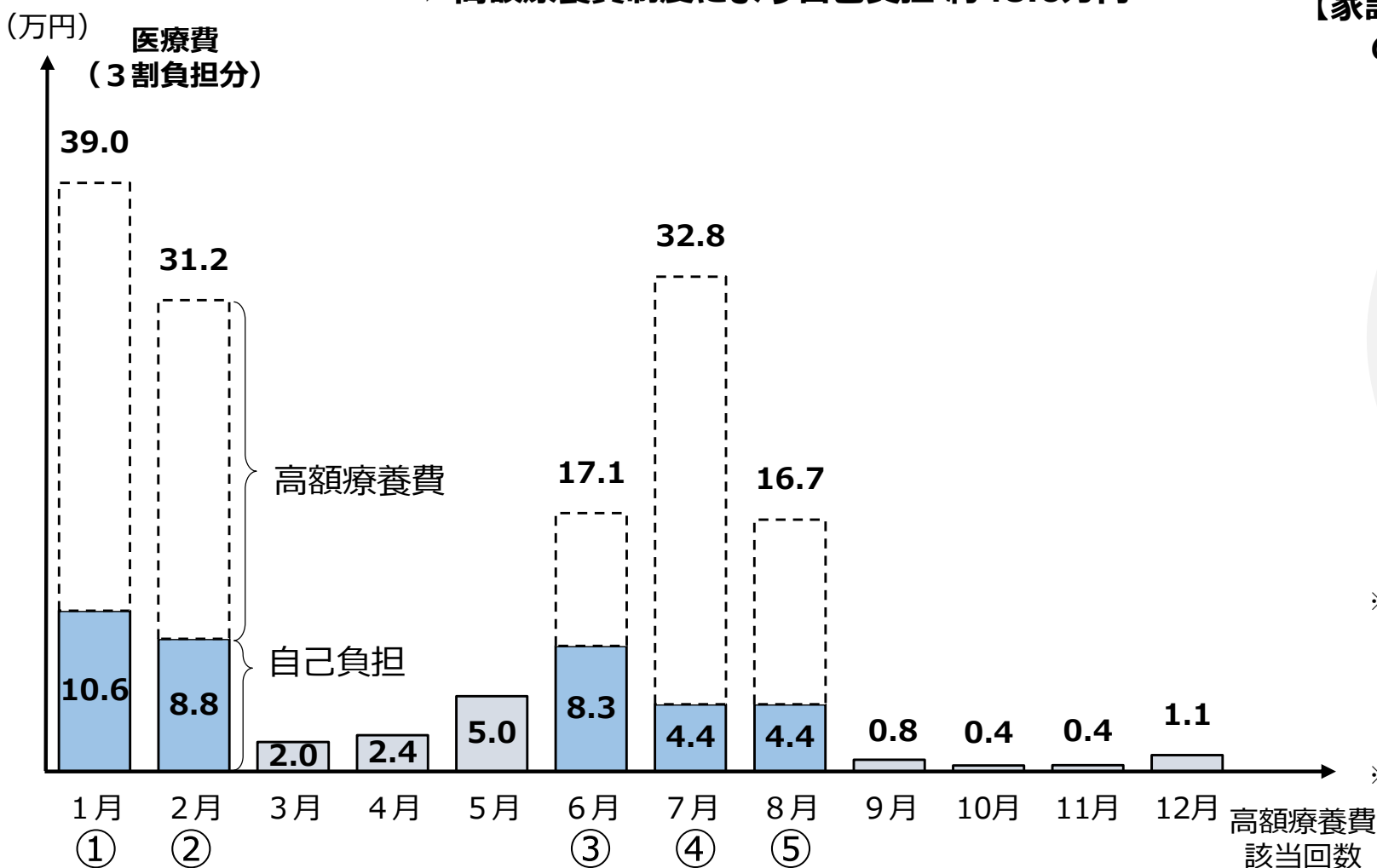
【家計調査】年間収入500～550万円
の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級500～550万円、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）



※協会けんぽにおけるある年の1月～12月の医療費データを加工して作成

胃がん患者の医療費負担の例

ケース

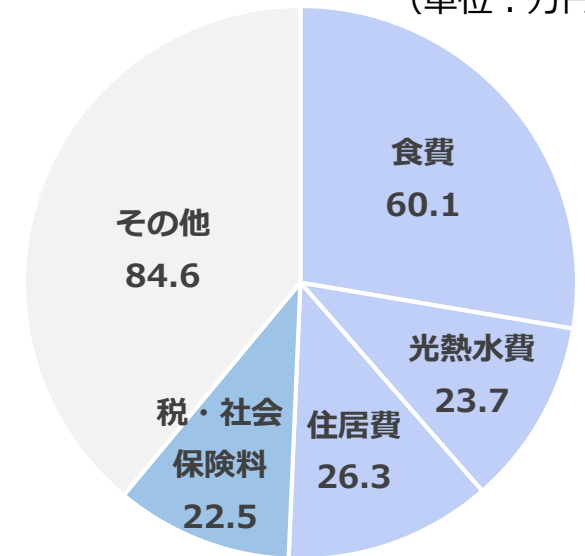
60歳代・男性・標報15万円（年収200万円未満）の患者

主な傷病・治療
胃がん・腹腔鏡手術

総医療費 約216.4万円（3割負担分 約64.9万円）
➡ 高額療養費制度により自己負担 約14.2万円

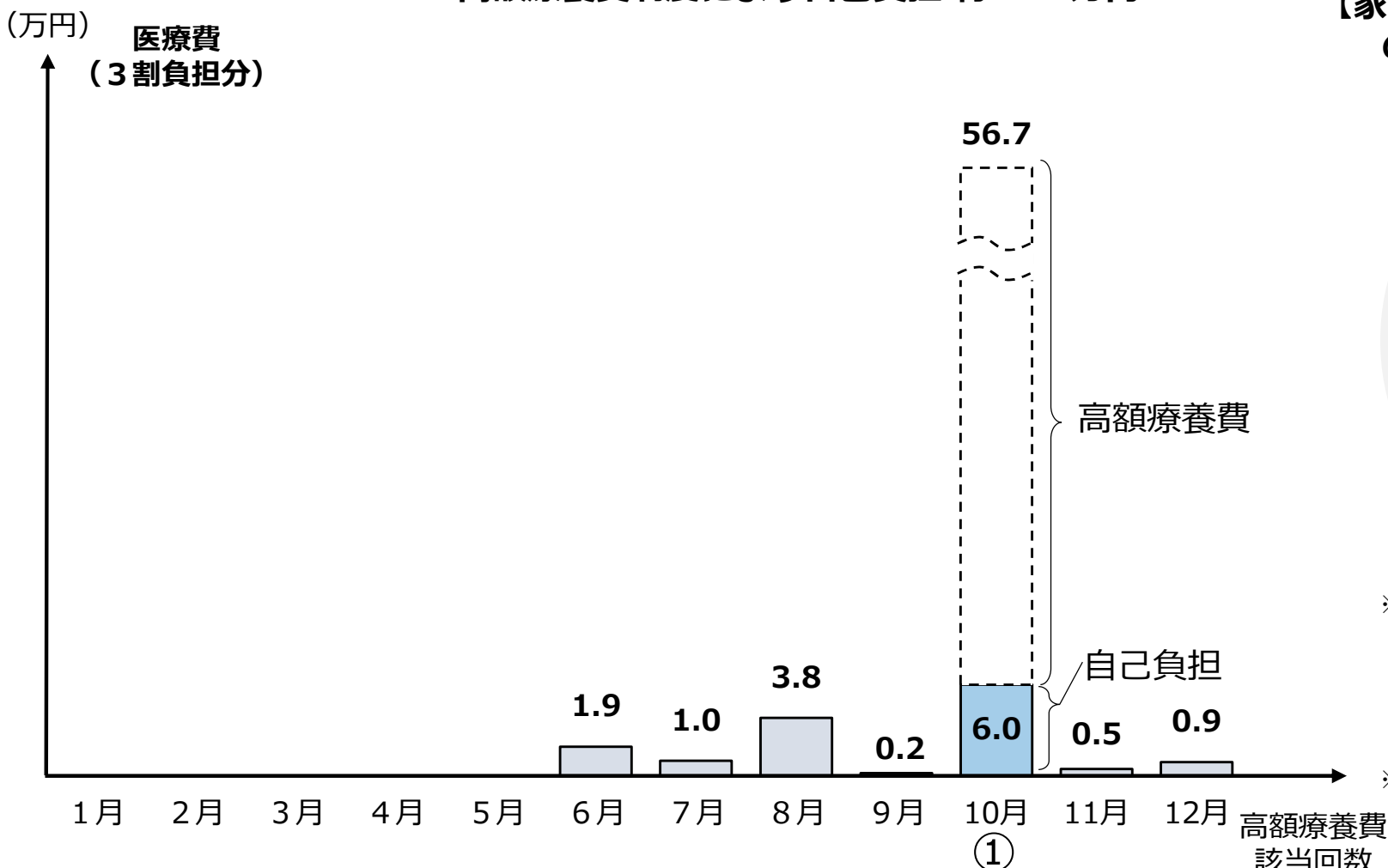
【家計調査】年間収入200万円未満
の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200万円未満、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）



乳がん患者の医療費負担の例

ケース

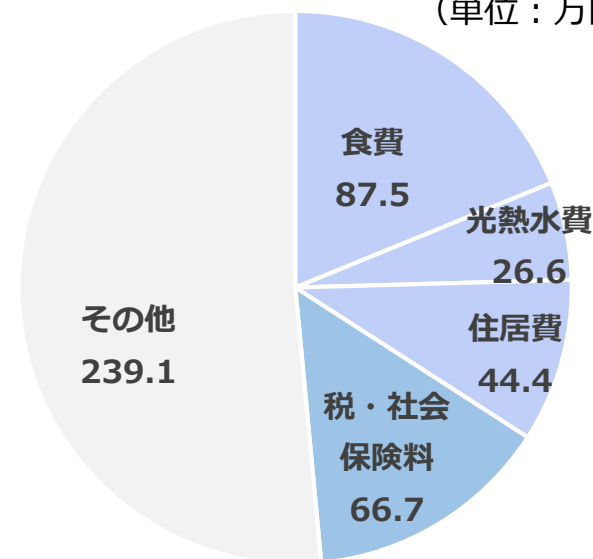
40歳代・女性・標報32万円（年収約450万円）の患者

主な傷病・治療
乳がん・切除術+再建術

総医療費 約303.4万円（3割負担分 約91.0万円）
➡ 高額療養費制度により自己負担 約32.2万円

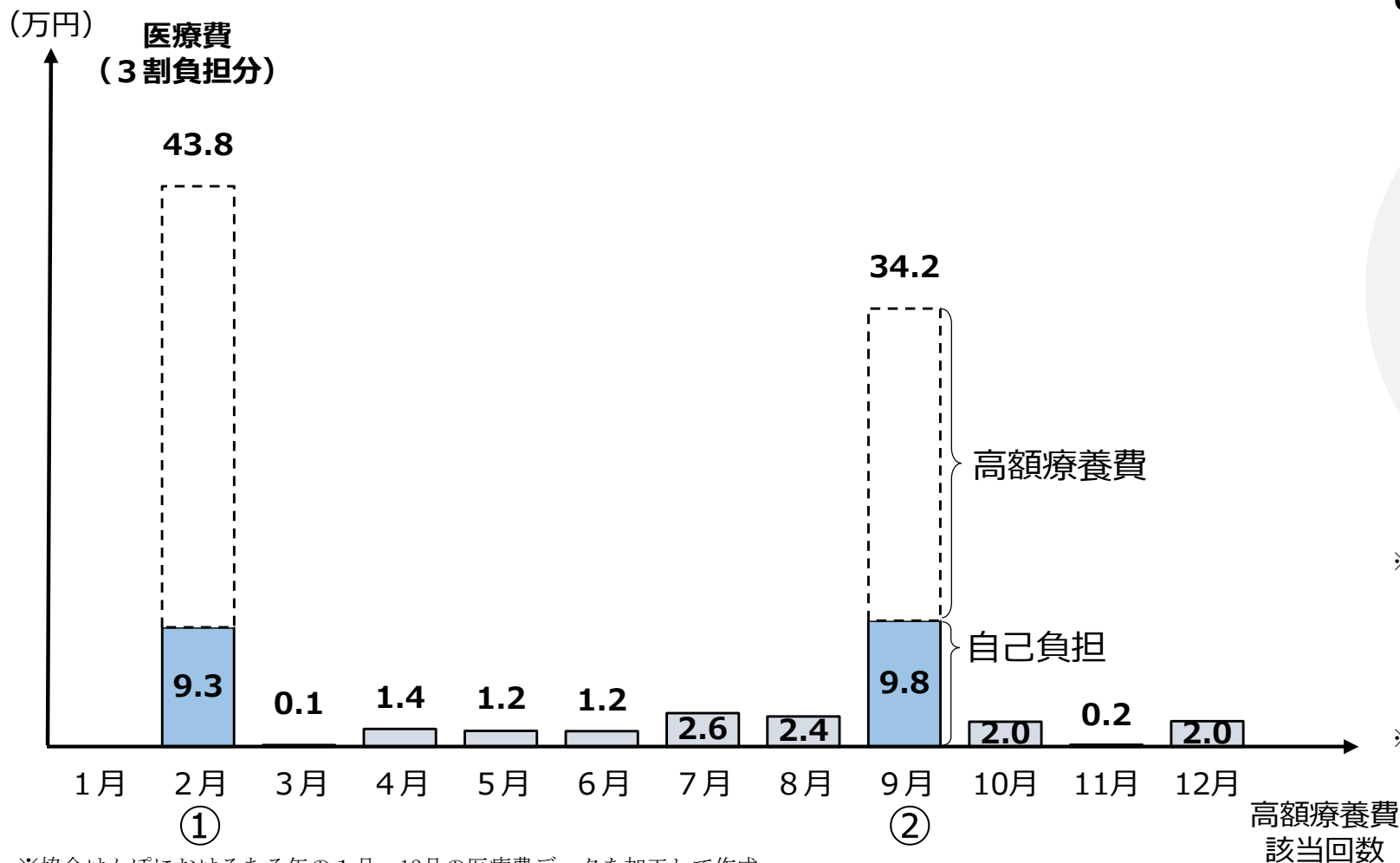
【家計調査】年間収入400～450万円
の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級400～450万円、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）



乳がん患者の医療費負担の例

ケース

40歳代・女性・標報41万円（年収約600万円）の患者

主な傷病・治療

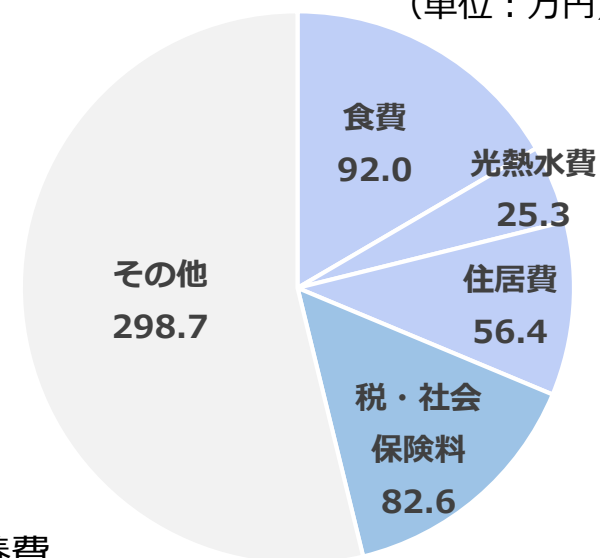
乳がん・切除術＋抗がん剤＋分子標的薬

総医療費 約464.1万円（3割負担分 約139.2万円）

➡ 高額療養費制度により自己負担 約68.6万円

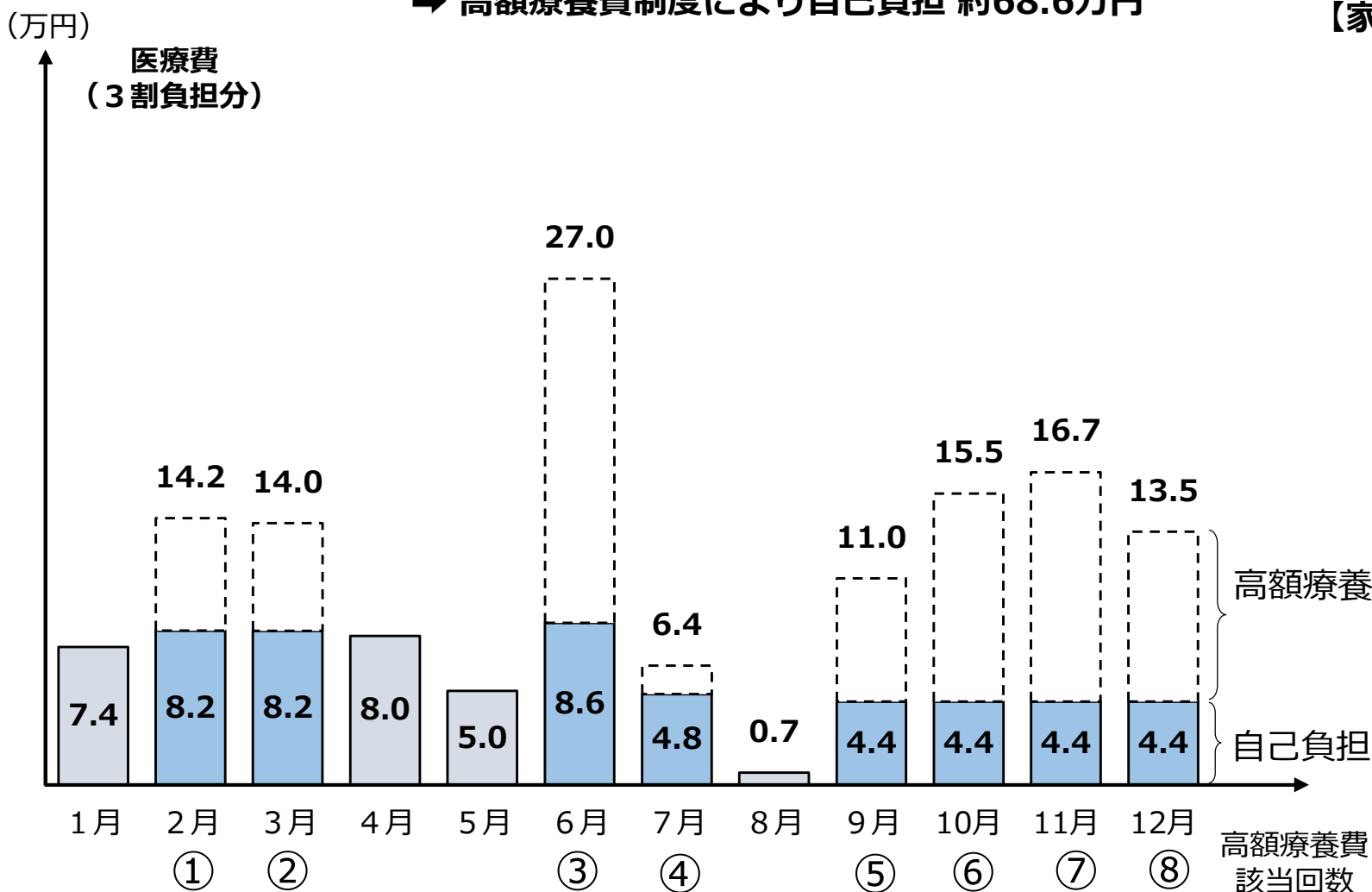
【家計調査】年間収入550～600万円の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級550～600万円、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）



乳がん患者の医療費負担の例

ケース

40歳代・女性・標報15万円（年収約200万円未満）の患者

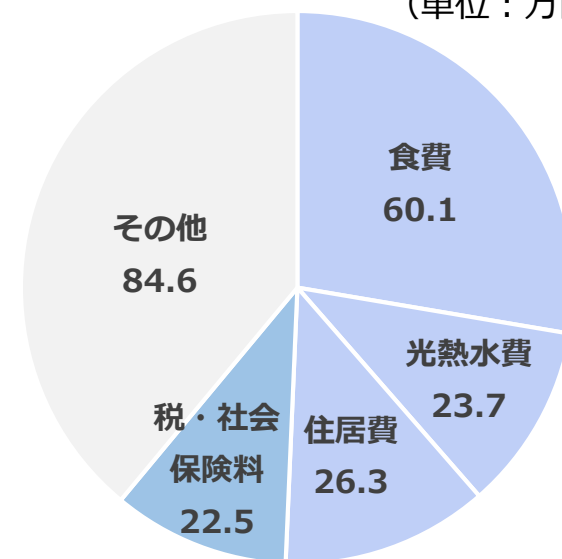
主な傷病・治療
乳がん・術後再発/転移・分子標的薬、
前年から継続で多数回該当

総医療費 約658.2万円（3割負担分 約197.4万円）

➡ 高額療養費制度により自己負担 約44.7万円

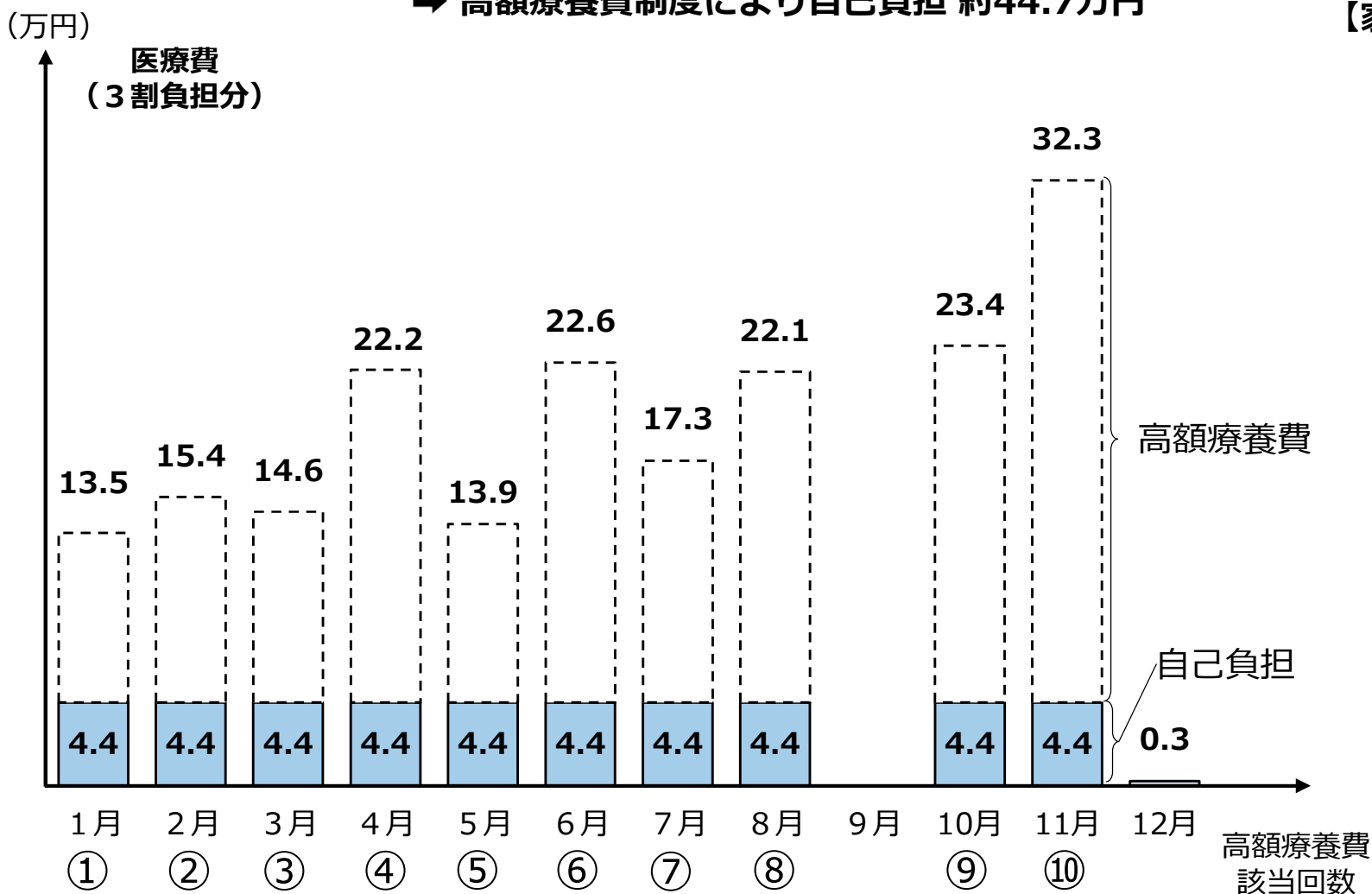
【家計調査】年間収入200万円未満
の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200万円未満、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）



白血病患者の医療費負担の例

ケース

30歳代・男性・標報24万円（年収約320万円）の患者

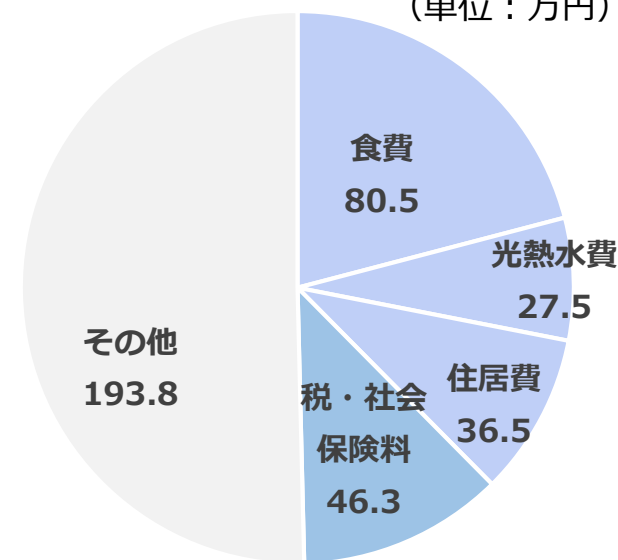
主な傷病・治療
急性白血病

総医療費 約1,448.3万円（3割負担分 約434.5万円）

➡ 高額療養費制度により自己負担 約45.9万円

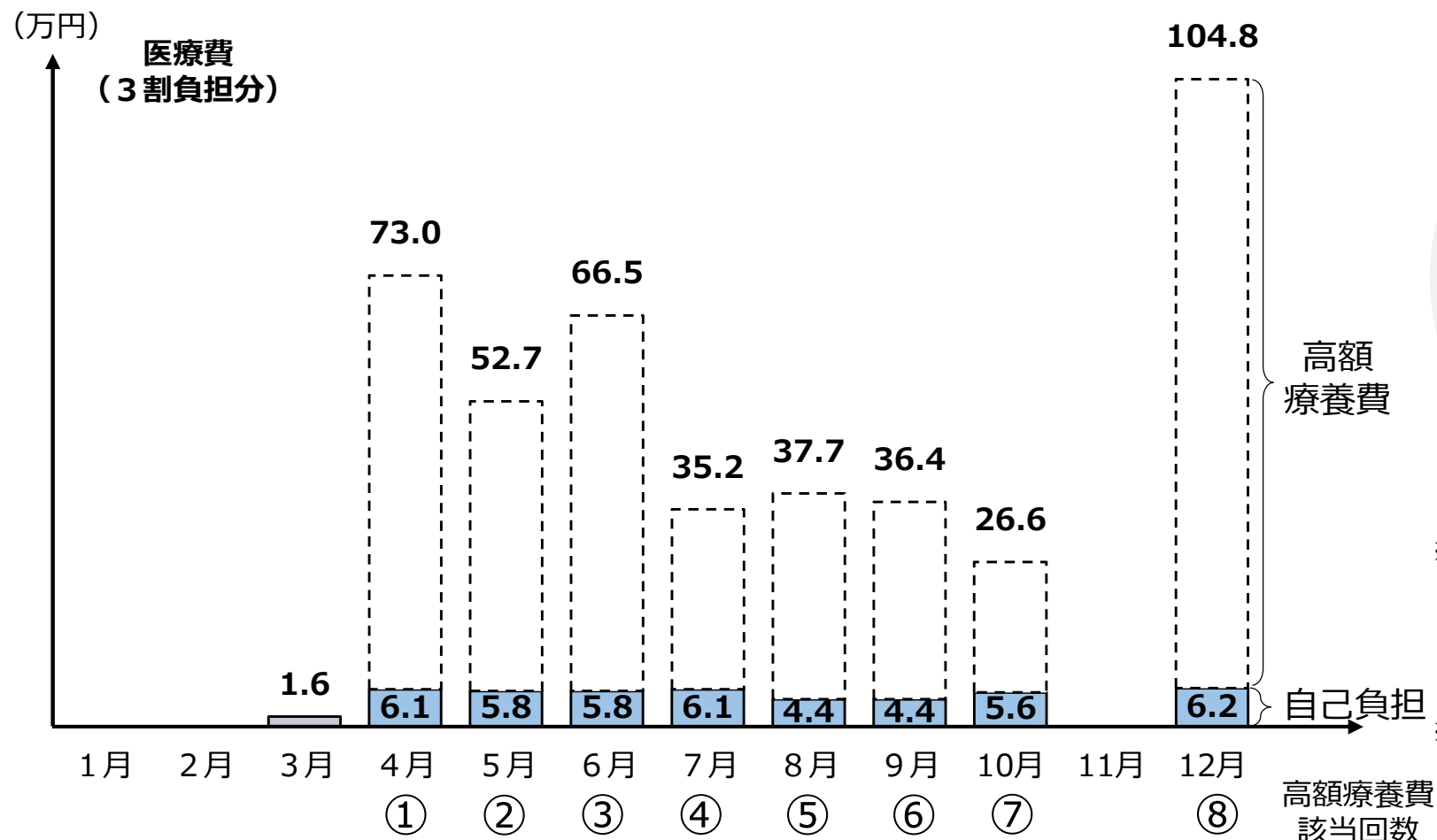
【家計調査】年間収入300～350万円
の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級300～350万円、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）



※協会けんぽにおけるある年の1月～12月の医療費データを加工して作成

白血病患者の医療費負担の例

ケース

40歳代・女性・標報34万円（年収約480万円）の患者

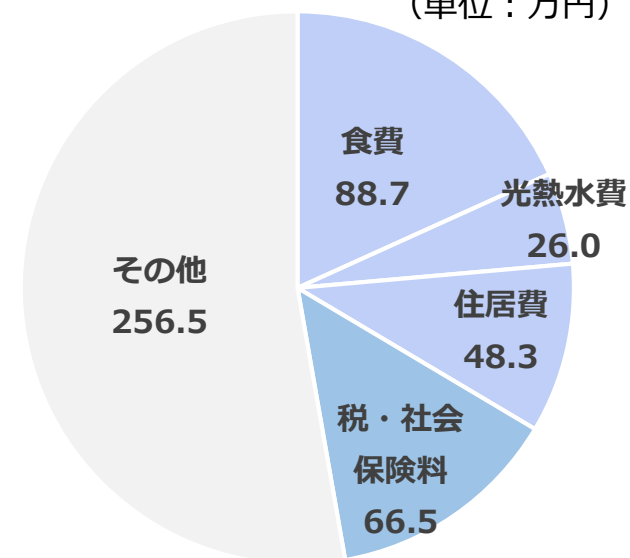
主な傷病・治療
慢性骨髄性白血病・
前年から継続で多数該当

総医療費 約287.2万円（3割負担分 約86.2万円）

➡ 高額療養費制度により自己負担 約22.2万円

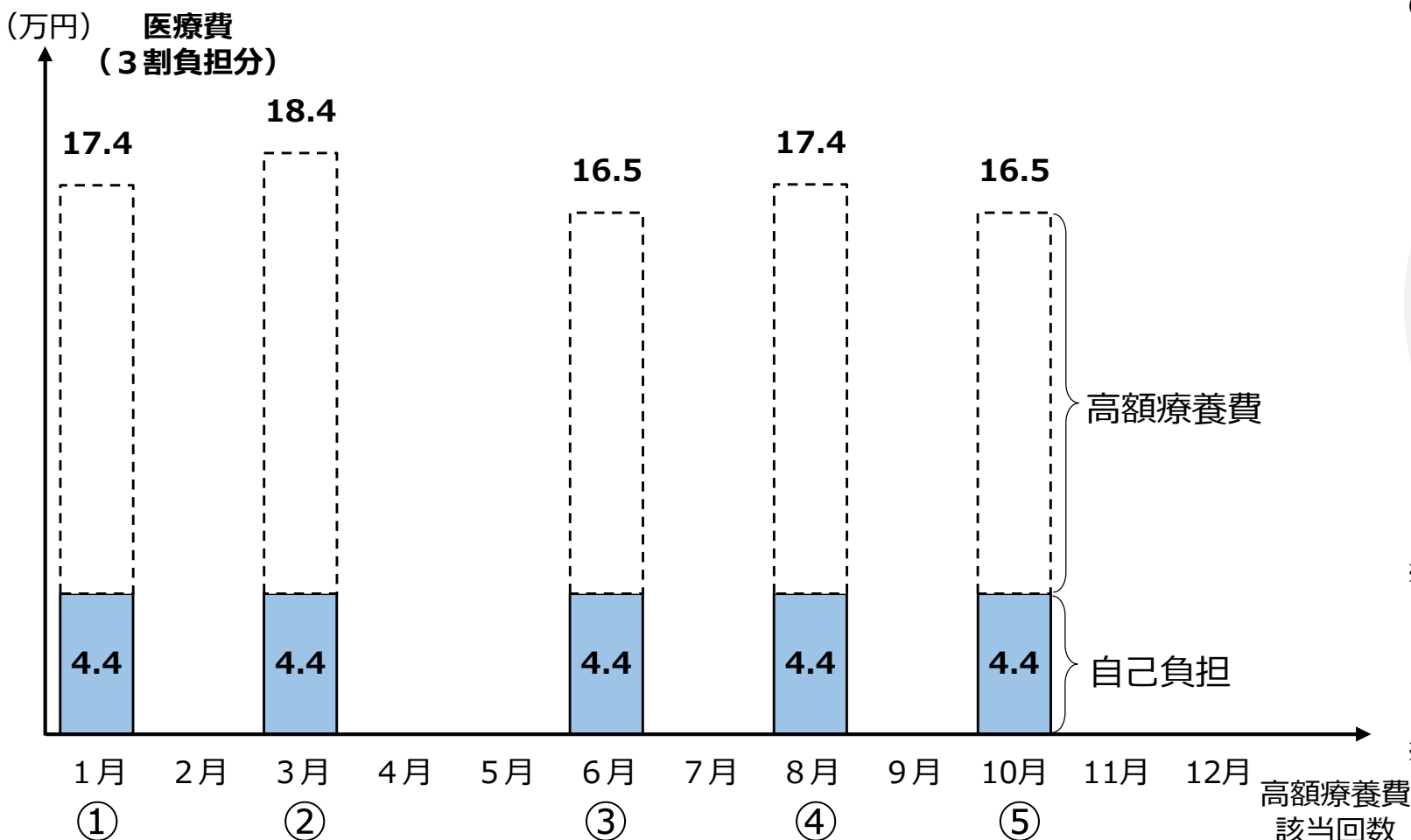
【家計調査】年間収入450～500万円
の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級450～500万円、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）



※協会けんぽにおけるある年の1月～12月の医療費データを加工して作成

白血病患者の医療費負担の例

ケース

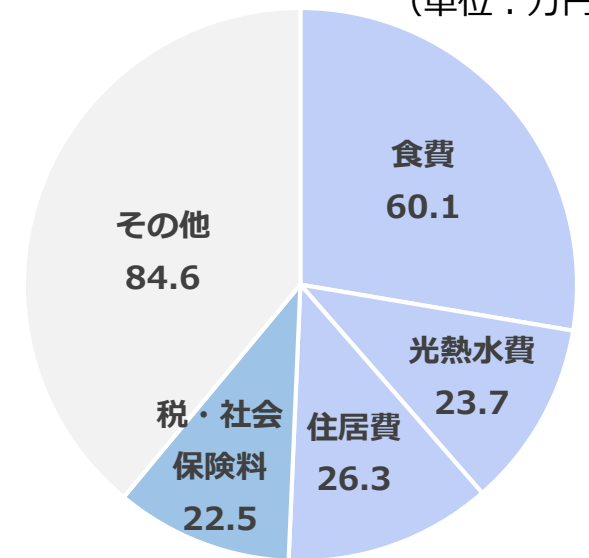
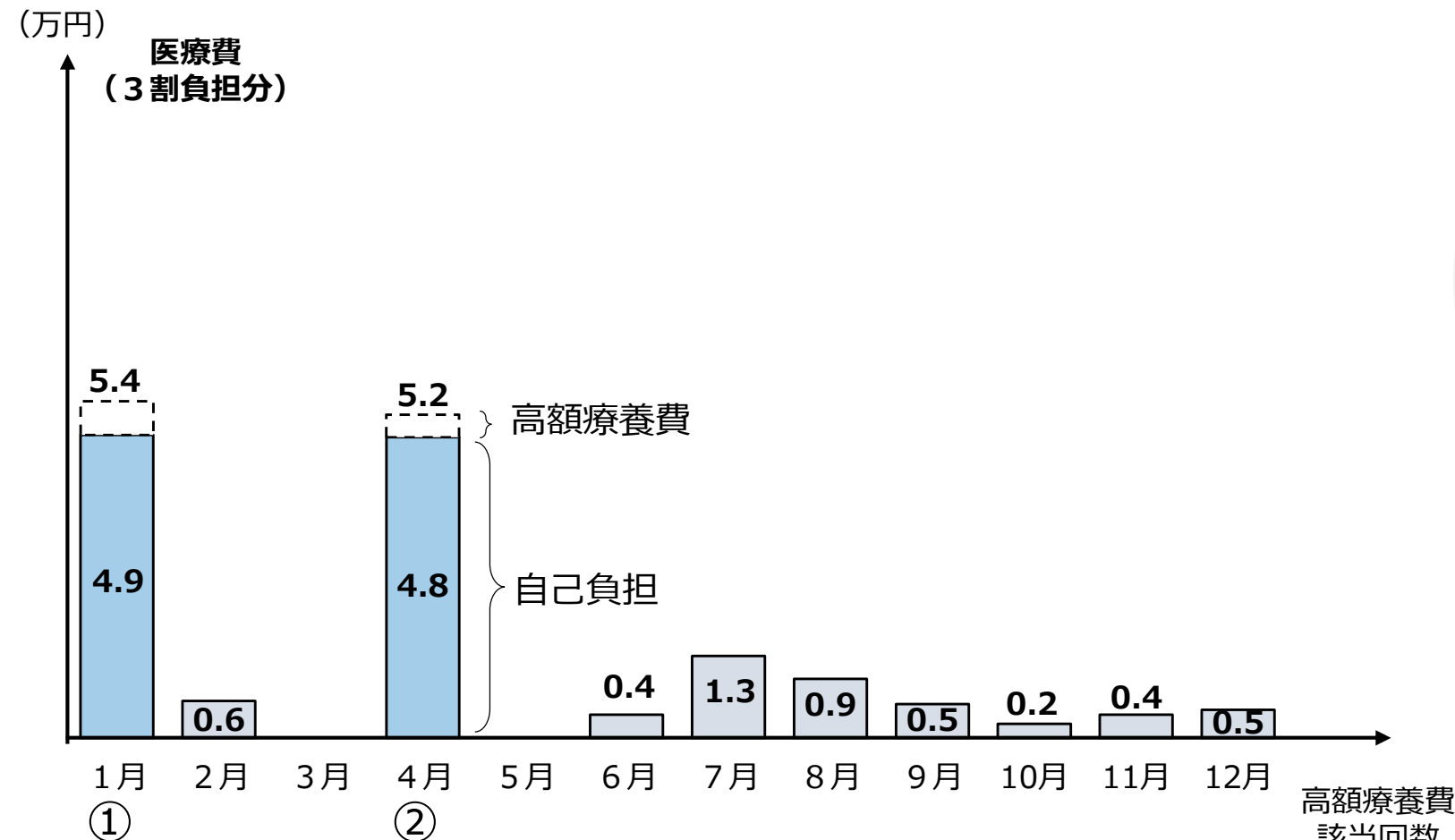
20歳代・女性・標報15万円（年収約200万円未満）の患者

主な傷病・治療
急性白血病・
前年から継続で多数該当

総医療費 約51.2万円（3割負担分 約15.4万円）
➡ 高額療養費制度により自己負担 約14.5万円

【家計調査】年間収入200万円未満
の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200万円未満、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）

アトピー性皮膚炎患者の医療費負担の例

ケース

20歳代・女性・標報20万円（年収約260万円）の患者

主な傷病・治療

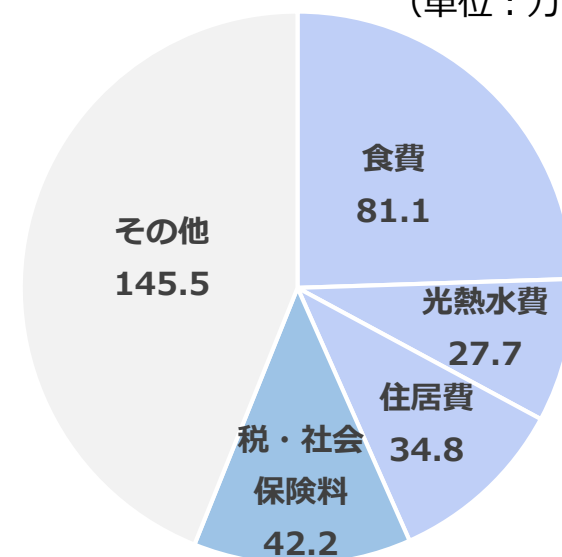
アトピー性皮膚炎・デュピクセント使用

総医療費 約144.2万円（3割負担分 約43.3万円）

➡ 高額療養費制度により自己負担 約22.2万円

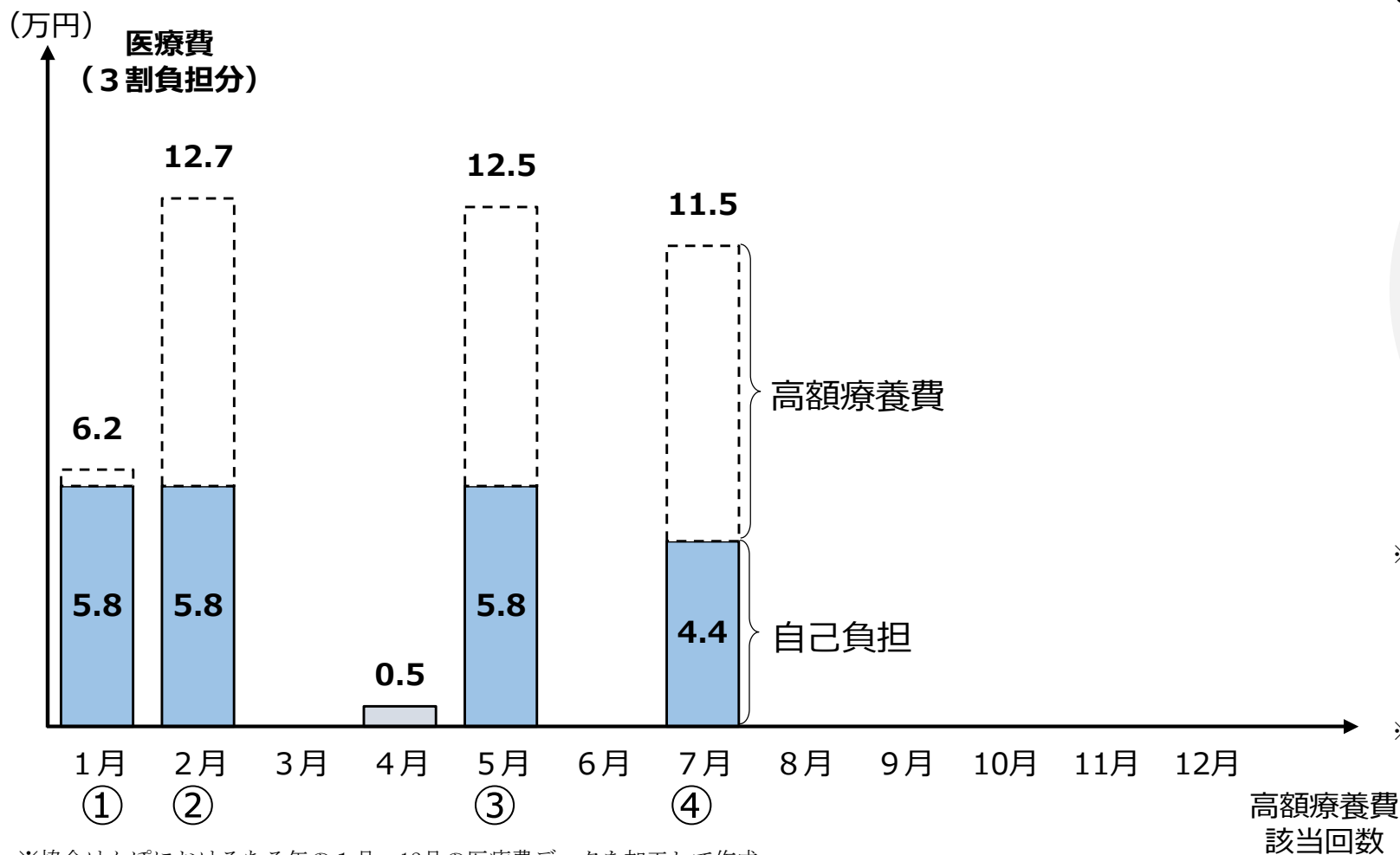
【家計調査】年間収入250～300万円の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級250～300万円、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）



アトピー性皮膚炎患者の医療費負担の例

ケース

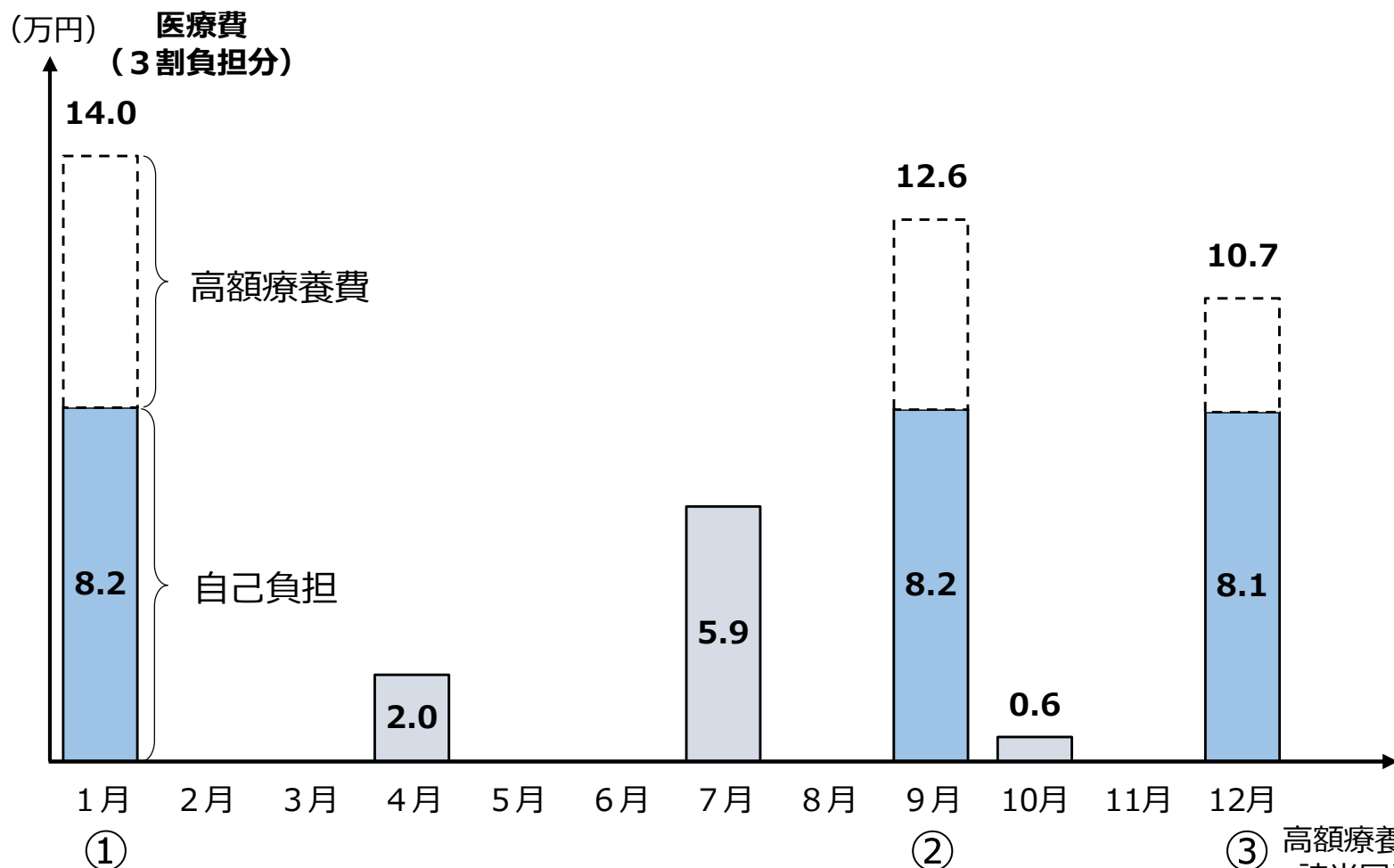
30歳代・男性・標報32万円（年収約450万円）の患者

主な傷病・治療

アトピー性皮膚炎・オルミエント錠使用

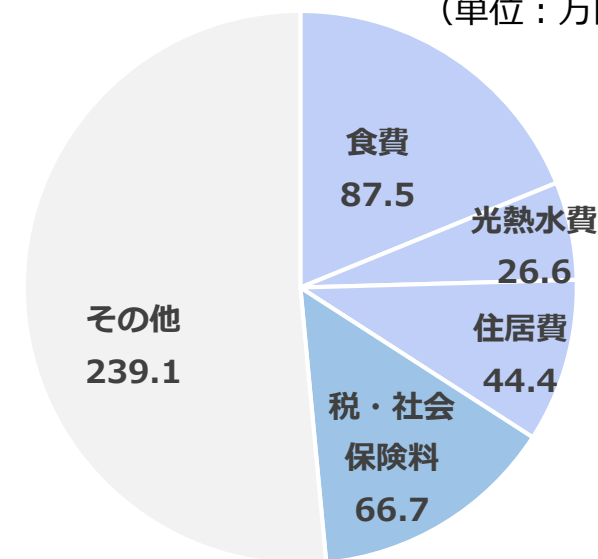
総医療費 約152.8万円（3割負担分 約45.8万円）

➡ 高額療養費制度により自己負担 約33.0万円



【家計調査】年間収入400～450万円の者の家計の状況（年間）

(単位：万円)



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級400～450万円、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）

アトピー性皮膚炎患者の医療費負担の例

ケース

30歳代・男性・標報15万円（年収約200万円未満）の患者

主な傷病・治療

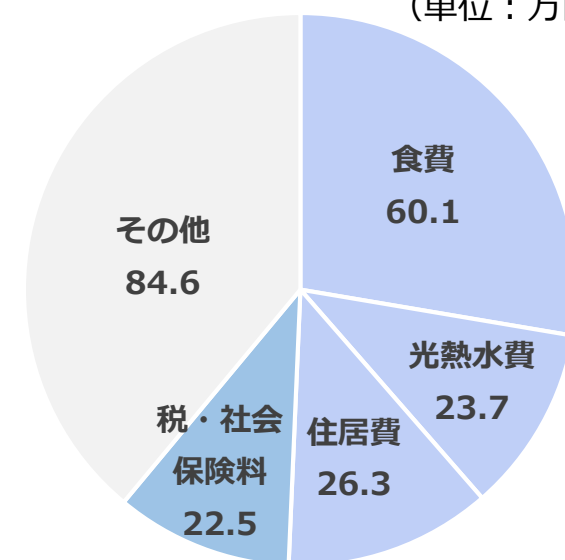
アトピー性皮膚炎・デュピクセント使用

総医療費 約156.2万円（3割負担分 約46.9万円）

➡ 高額療養費制度により自己負担 約22.1万円

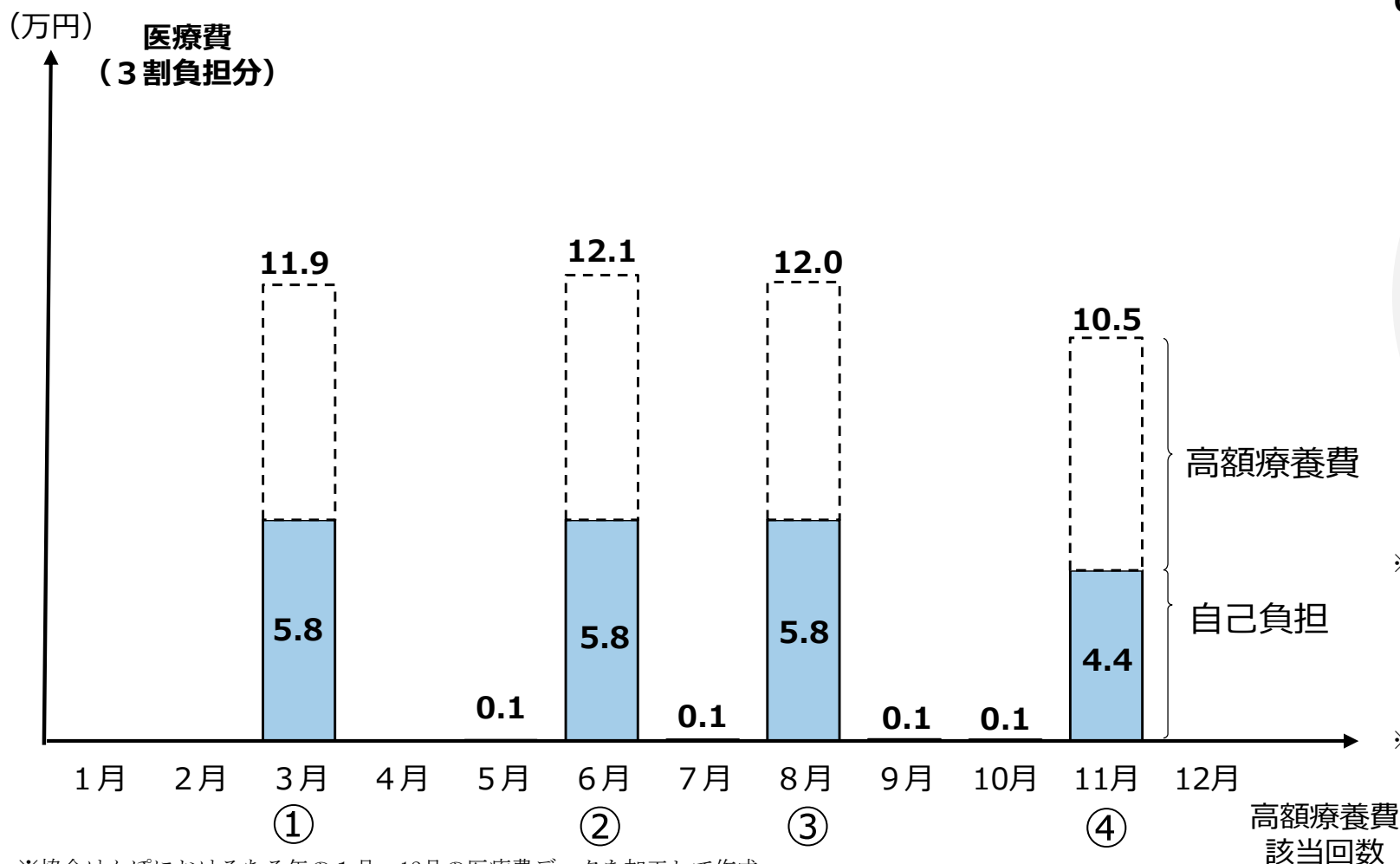
【家計調査】年間収入200万円未満の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200万円未満、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）



超高額医薬品使用の例【モデル試算】

モデル試算

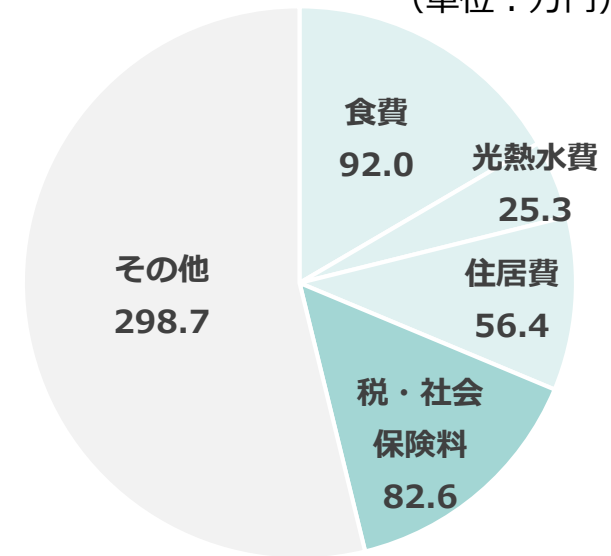
40歳代・女性・標報41万円（年収約600万円）の患者

主な傷病・治療
遺伝性網膜ジストロフィー・
ルクスターナ注
（薬価：約4,960万円）の使用

総医療費 約4,960万円（3割負担分 約1,488万円）
➔ 高額療養費制度により自己負担 約57.3万円

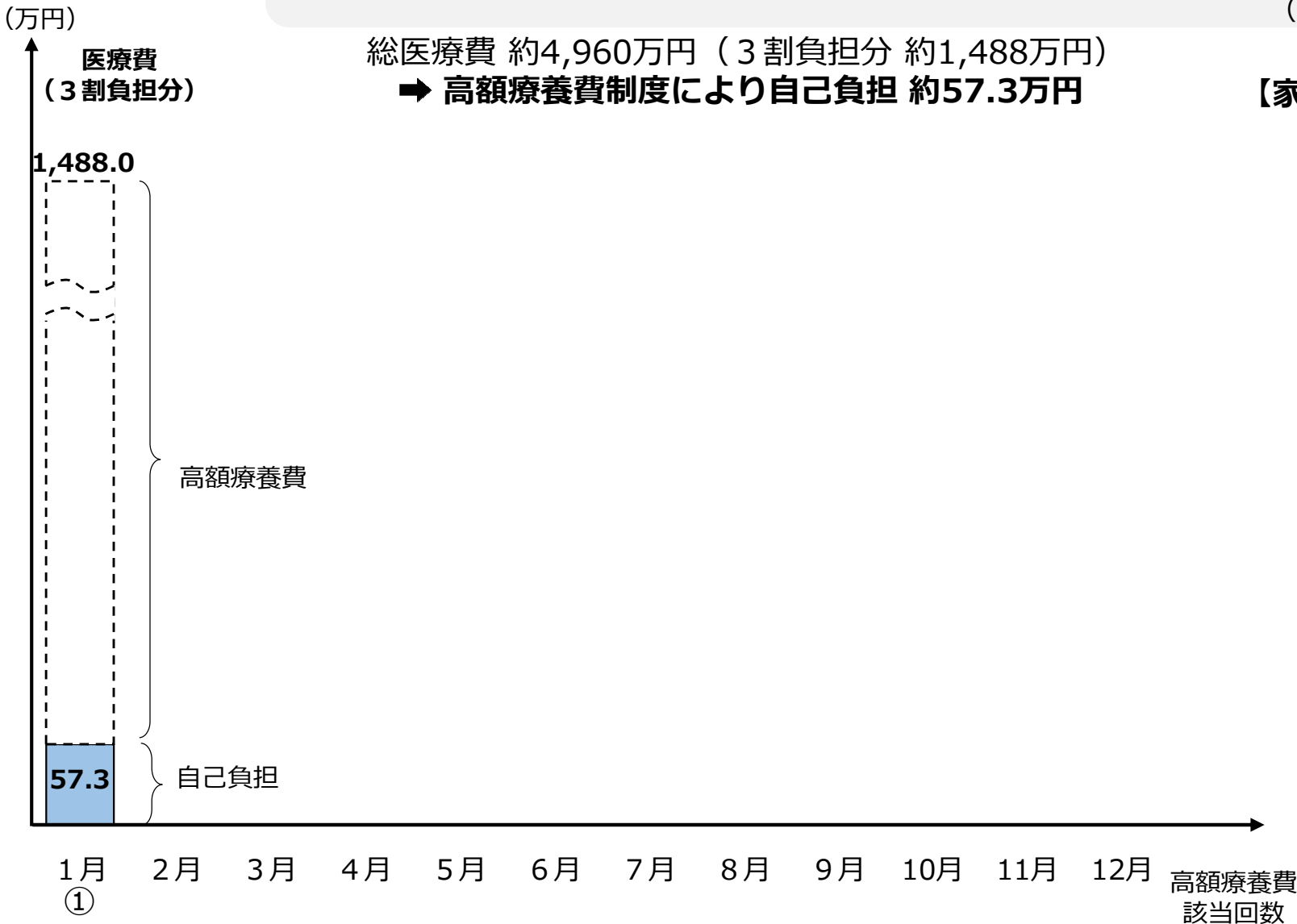
【家計調査】年間収入550～600万円
の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級550～600万円、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）



※本試算は、治療方法・治療薬の薬価を踏まえて事務局で作成。

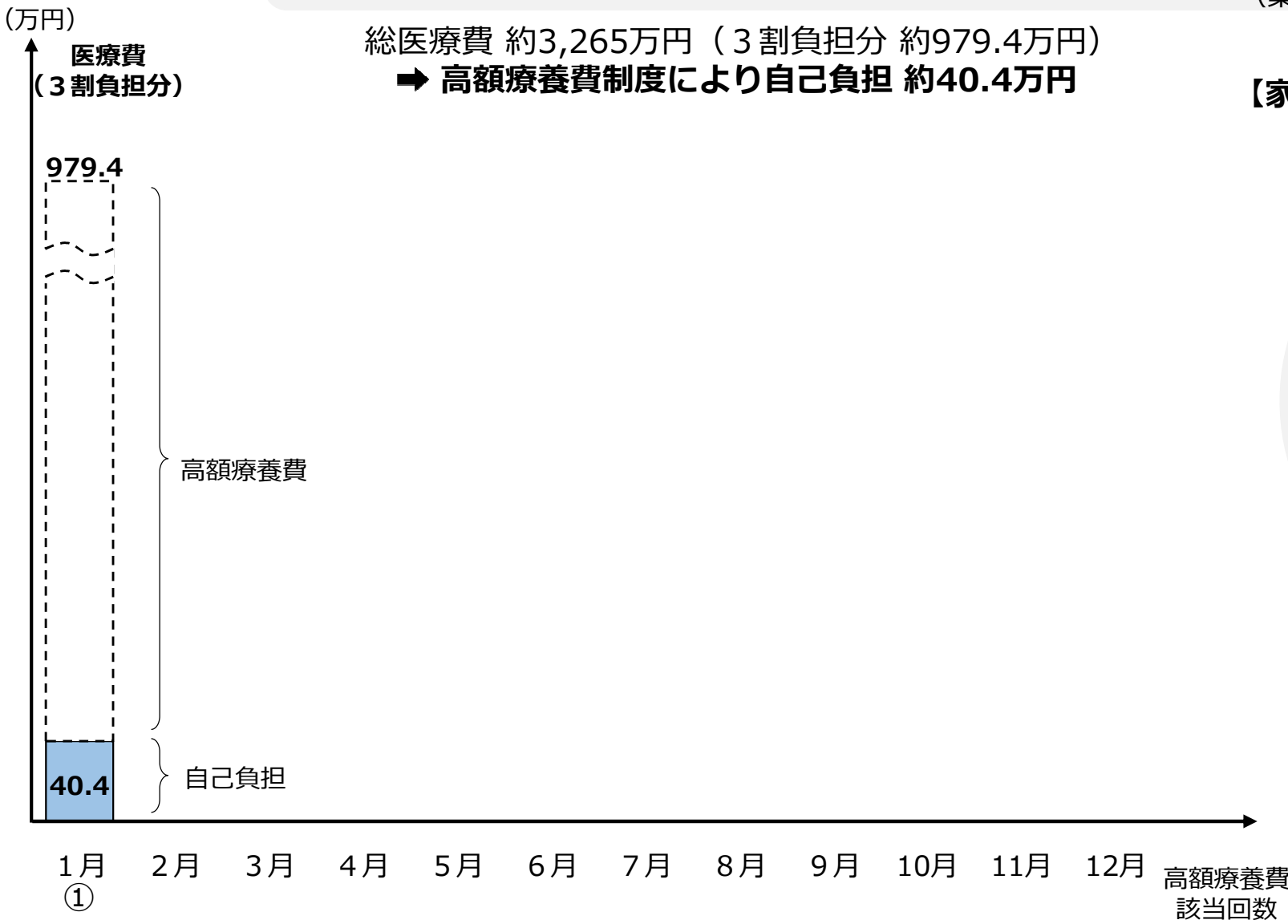
超高額医薬品使用の例【モデル試算】

モデル試算

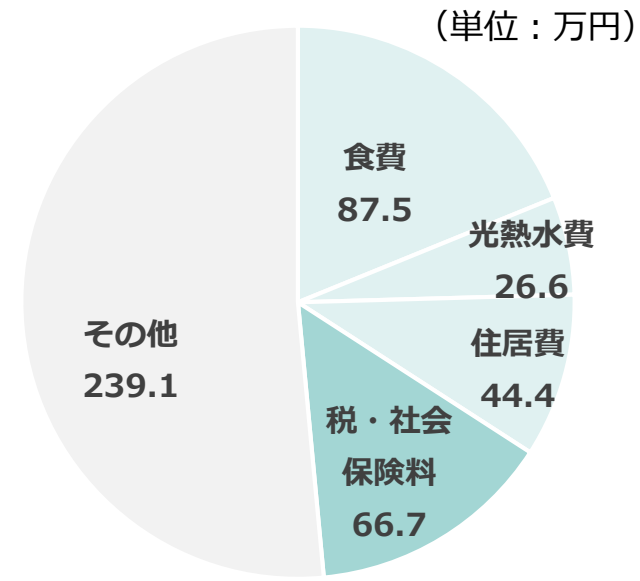
30歳代・男性・標報30万円（年収約410万円）の患者

主な傷病・治療
再発または難治性の大細胞型B細胞リンパ腫等・イエスカルタ点滴静注（薬価：約3,265万円）の使用

総医療費 約3,265万円（3割負担分 約979.4万円）
➡ 高額療養費制度により自己負担 約40.4万円



【家計調査】年間収入400～450万円の者の家計の状況（年間）



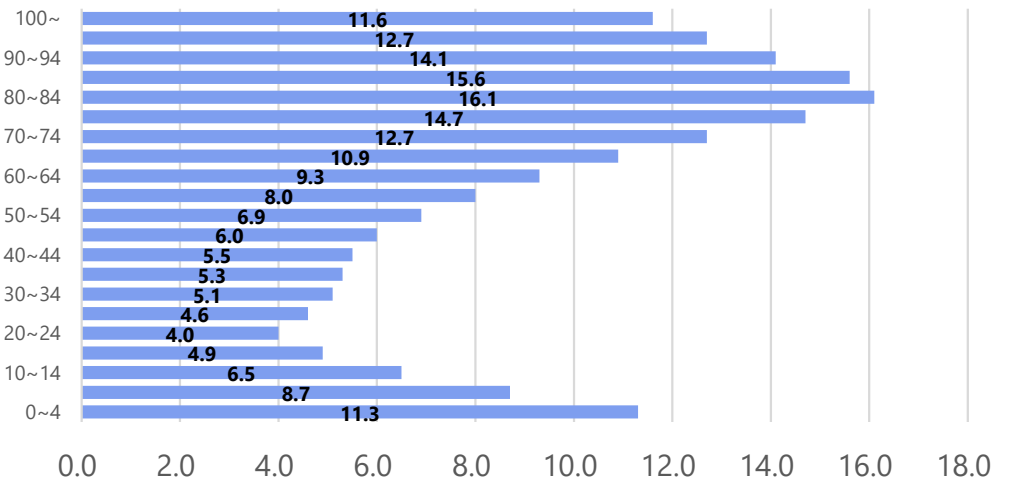
※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級400～450万円、月額）を12倍して年間換算。

※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査 用語の解説）

※本試算は、治療方法・治療薬の薬価を踏まえて事務局で作成。

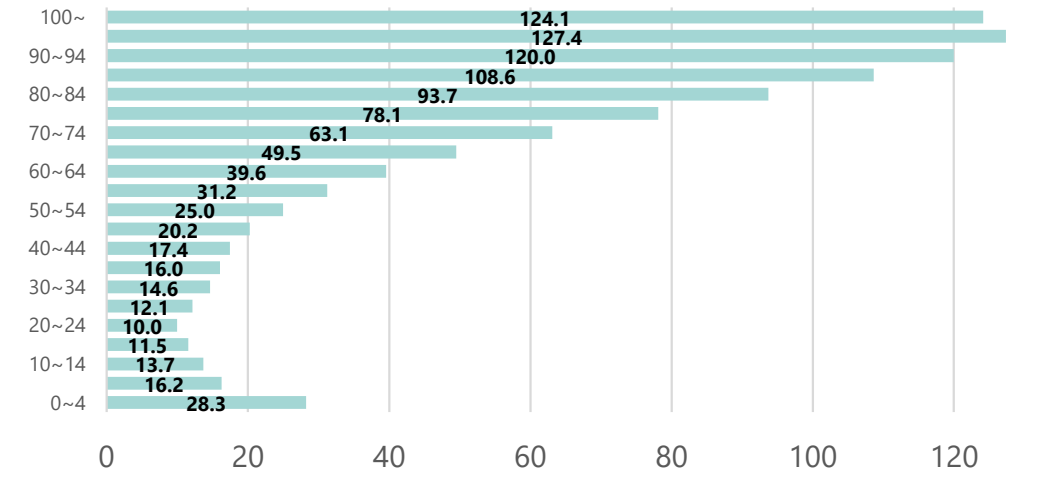
受診行動等に関する比較

年齢階級別外来受診率（令和5年度）



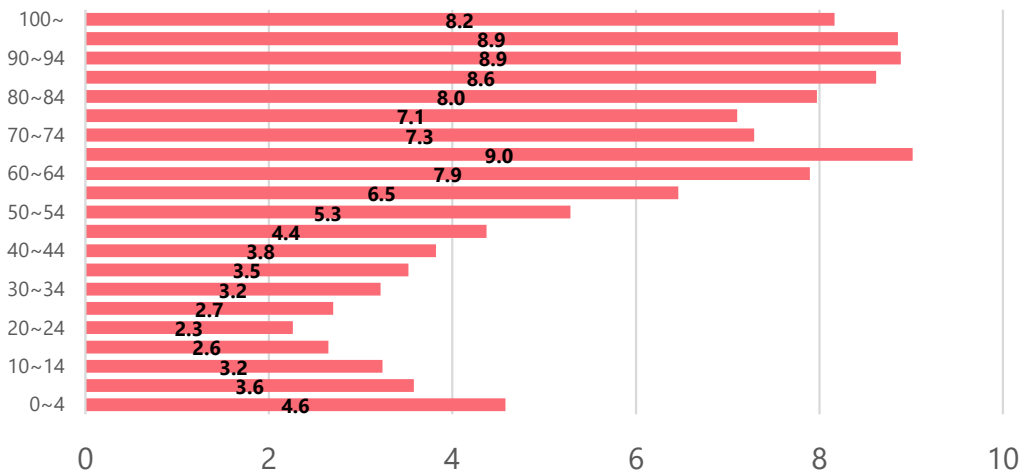
（出典）厚生労働省「医療給付実態調査」等より作成

年齢階級別一人当たり医療費（令和5年度）



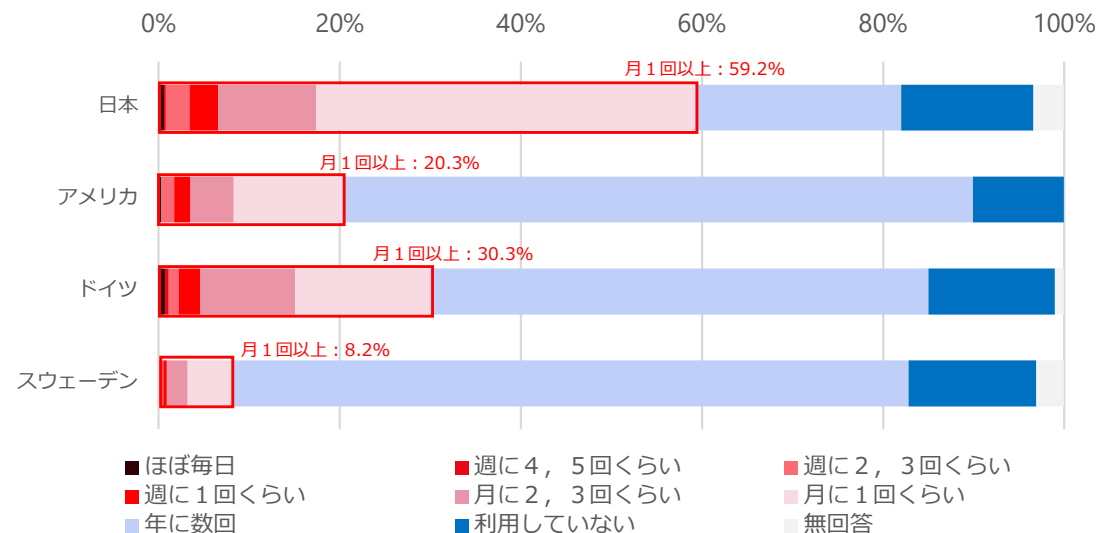
（出典）厚生労働省「医療給付実態調査」等より作成

年齢階級別一人当たり自己負担額（令和5年度）



（出典）厚生労働省「医療給付実態調査」等より作成

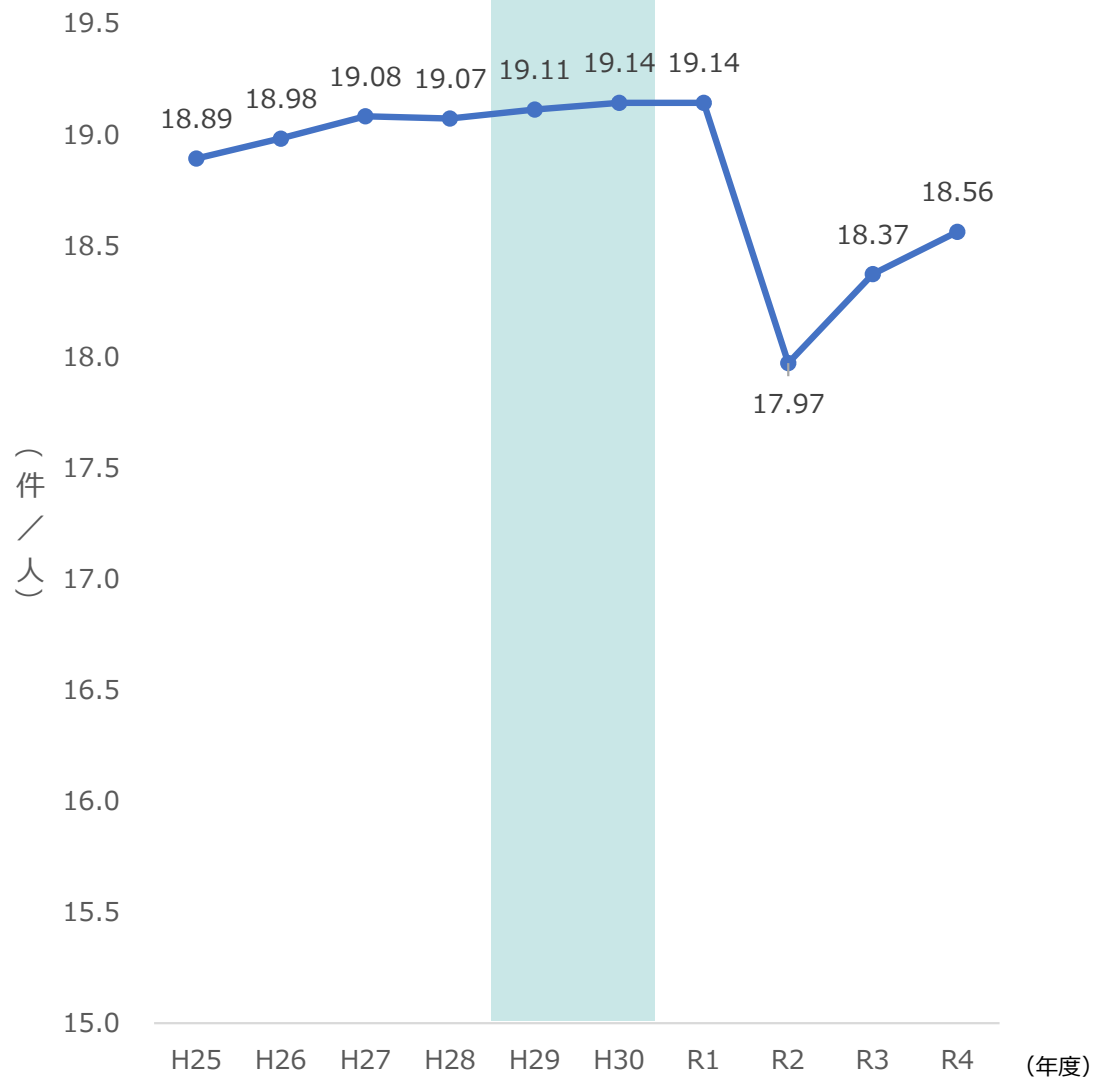
医療サービスの利用状況の国際比較（60歳以上）



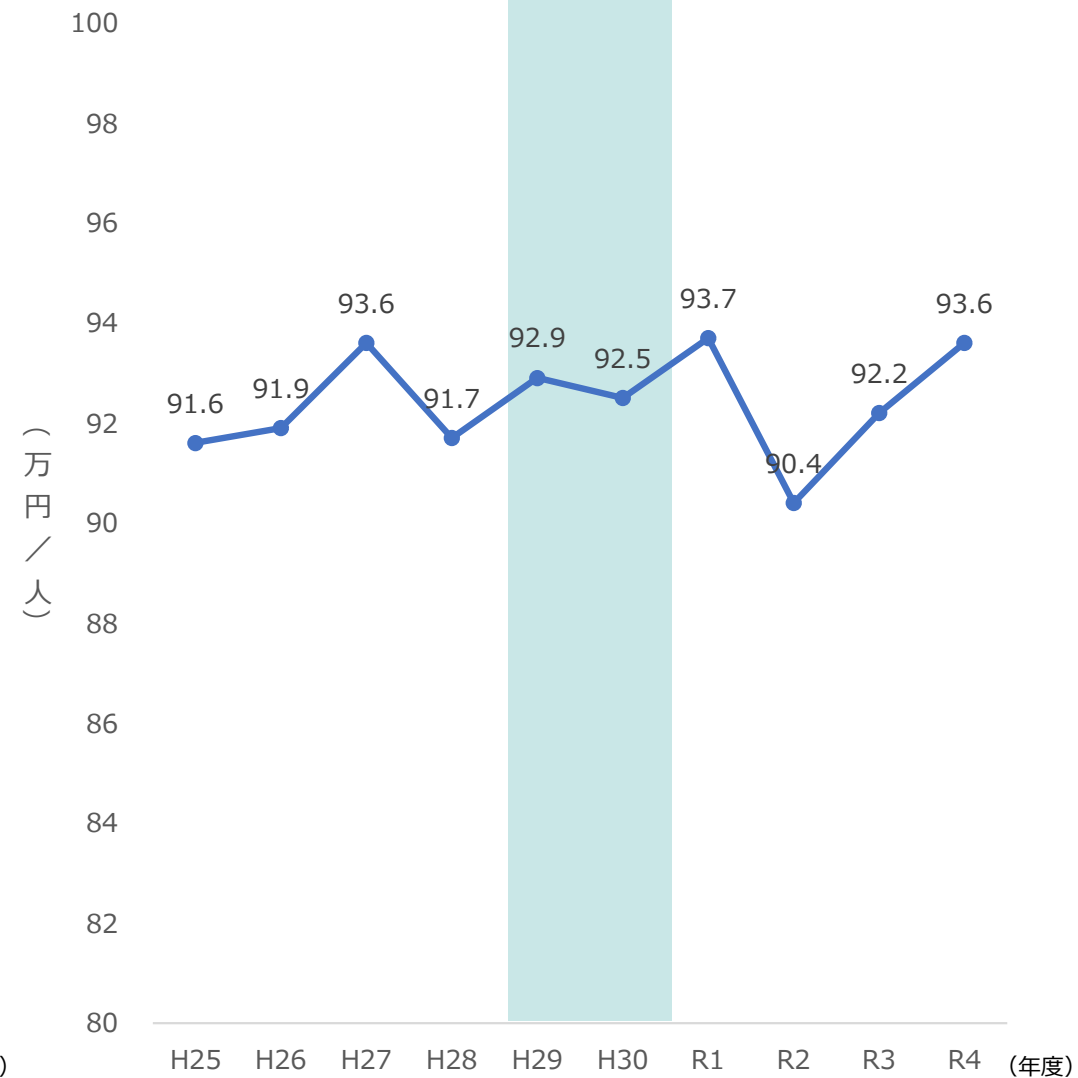
（出典）内閣府「第9回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」

後期高齢者医療制度における受診率、一人当たり診療費の推移

受診率



一人当たり診療費



(出典) 厚生労働省保険局「医療保険に関する基礎資料」

※受診率は、件数を加入者数で除したものであり、件数は医科入院、医科入院外、歯科についての合計である。

※一人当たり診療費は、医科入院、医科入院外、歯科、調剤、入院時食事・生活療養費についての診療費の合計額（保険給付費、患者負担額及び公費負担額を含む）であり、療養費は含まない。

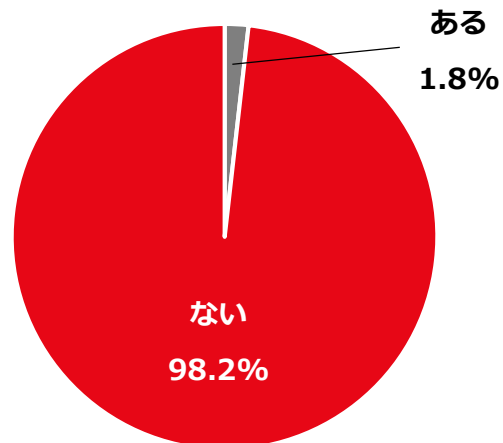
がん治療による経済的負担の影響

令和7年9月16日

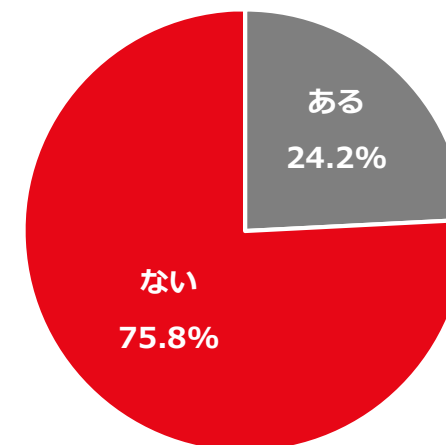
第4回高額療養費制度の在り方
に関する専門委員会

資料1

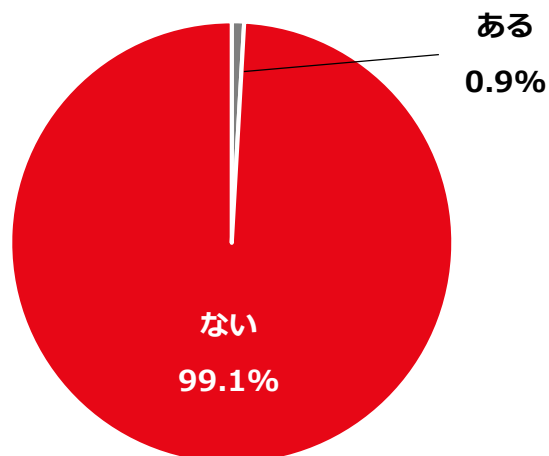
治療費用の負担が原因で、
治療を変更または断念したことのある人



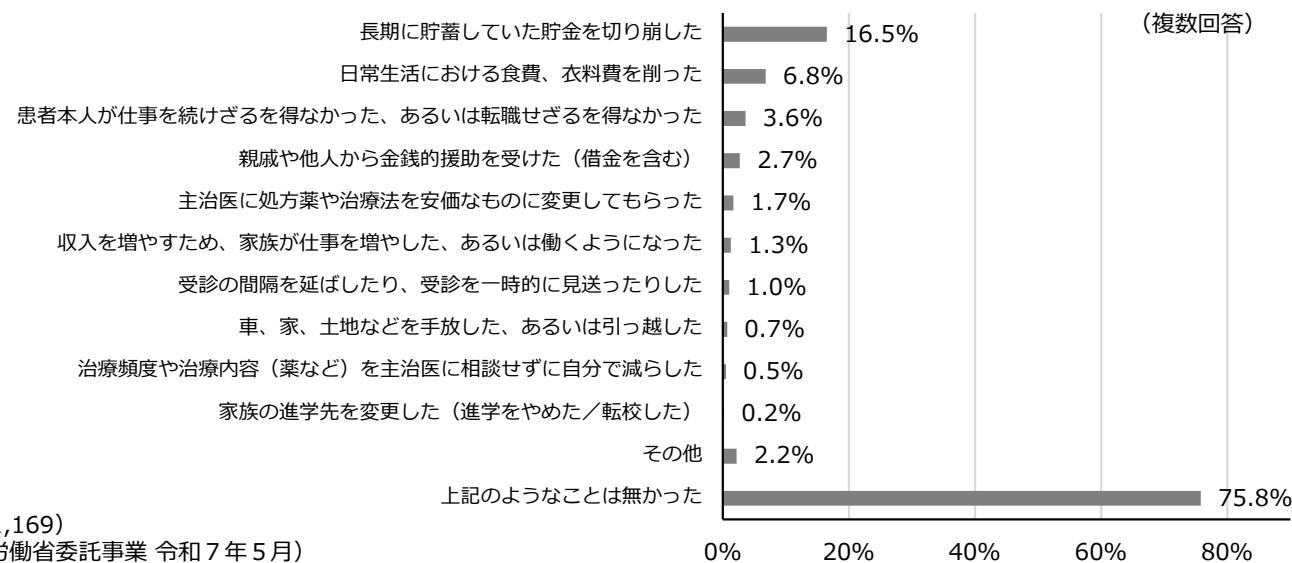
医療を受けるための金銭的負担が原因で
生活に影響があった人



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



(注) 2021年にがんと診断された18歳以上の患者を対象に抽出し分析。 (n=11,169)
(出典) 国立がん研究センター「患者体験調査報告書 令和5年度調査」 (厚生労働省委託事業 令和7年5月)

医療分野についての国際比較（2022年）

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

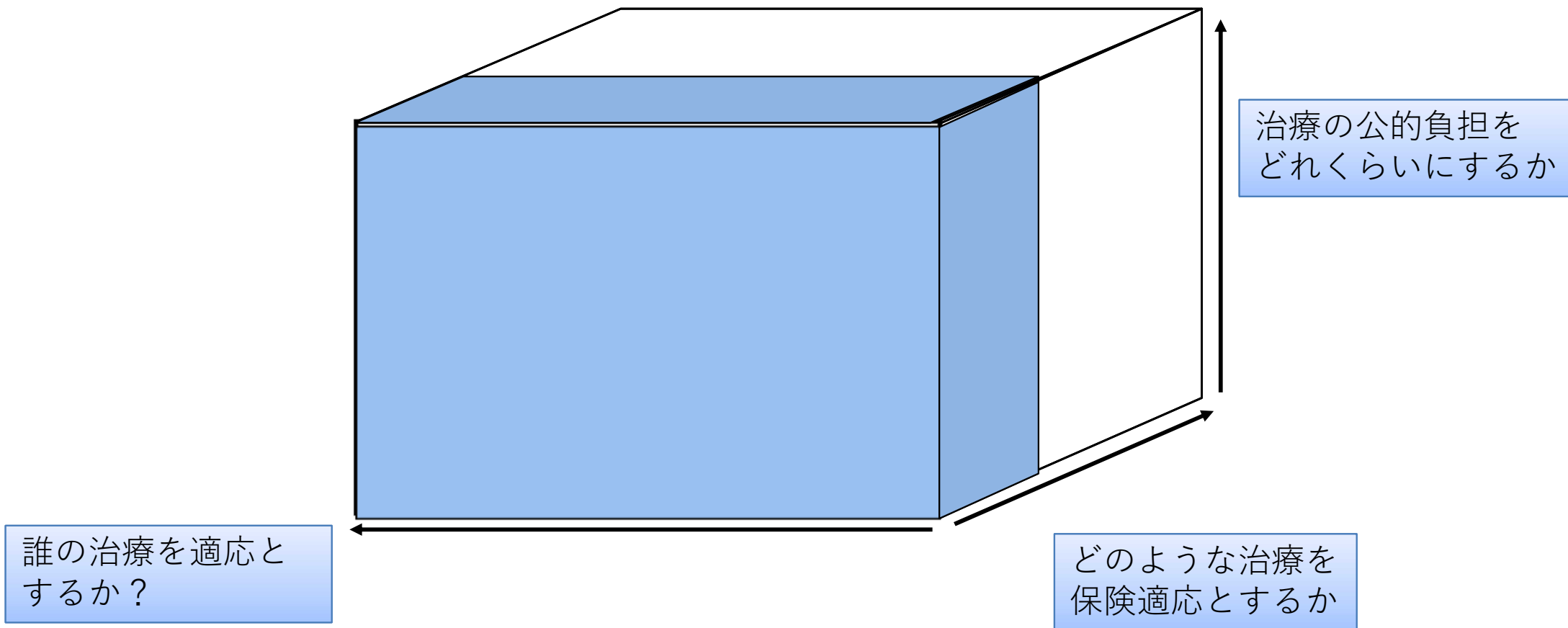
	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
一人当たり医療費（米ドル）	12,898	6,188	8,652	6,701	6,976	5,984
総医療費の対GDP比（%）	16.5	11.1	12.4	11.8	10.9	12.3
人口千人当たり 総病床数	2.8	2.4	7.7	5.5	1.9	12.6
人口千人当たり臨床医師数	2.7	3.3	4.6	3.8	4.5	2.7
病床百床当たり臨床医師数	98.9	133.4	59.4	69.8	235.5	21.0
人口千人当たり 臨床看護職員数	12.1 [#]	8.8	12.1	9.6 ^{#※2}	11.0	12.2
病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

出典：「OECD Data Explorer」（2025年9月1日閲覧）

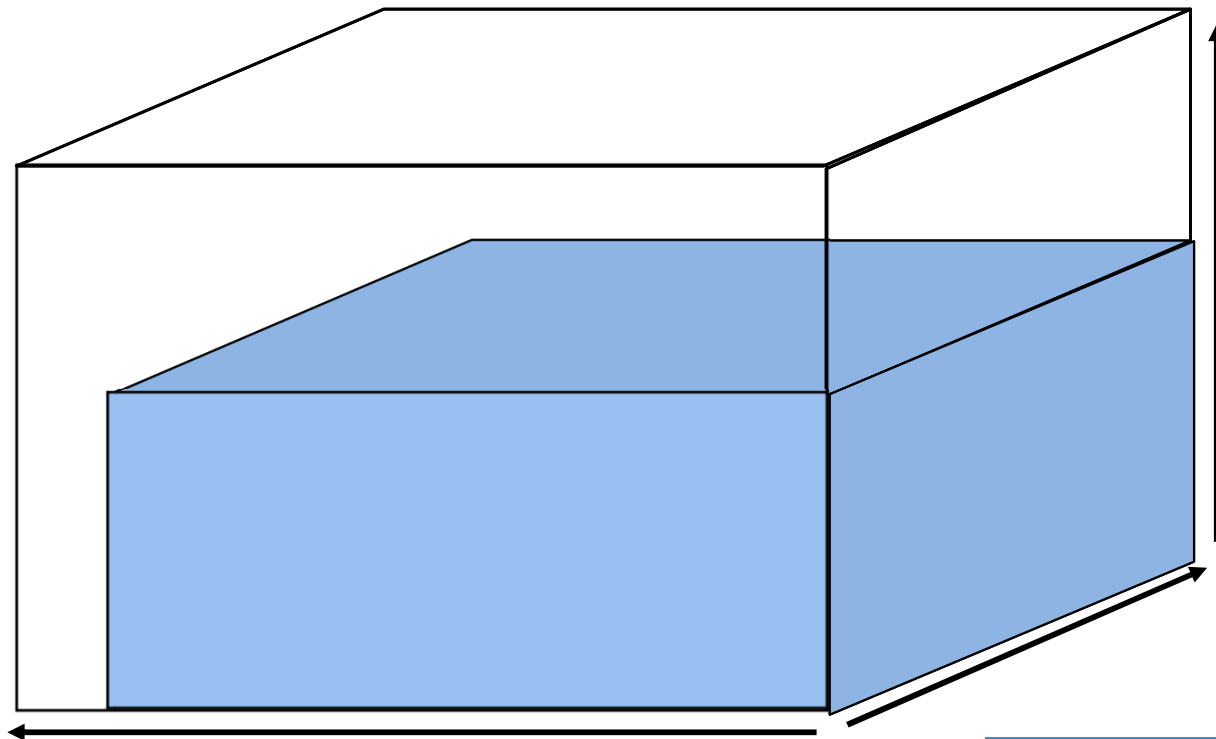
注1：「※1」は2009年、「※2」は2021年。注2：「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。注3：「病床百床当たり臨床医師数」は、臨床医師数を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

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

誰：国民 公的負担：0%～ 治療：科学+経済性で決定



誰：一部 公的負担：0-100% 治療：科学で決定

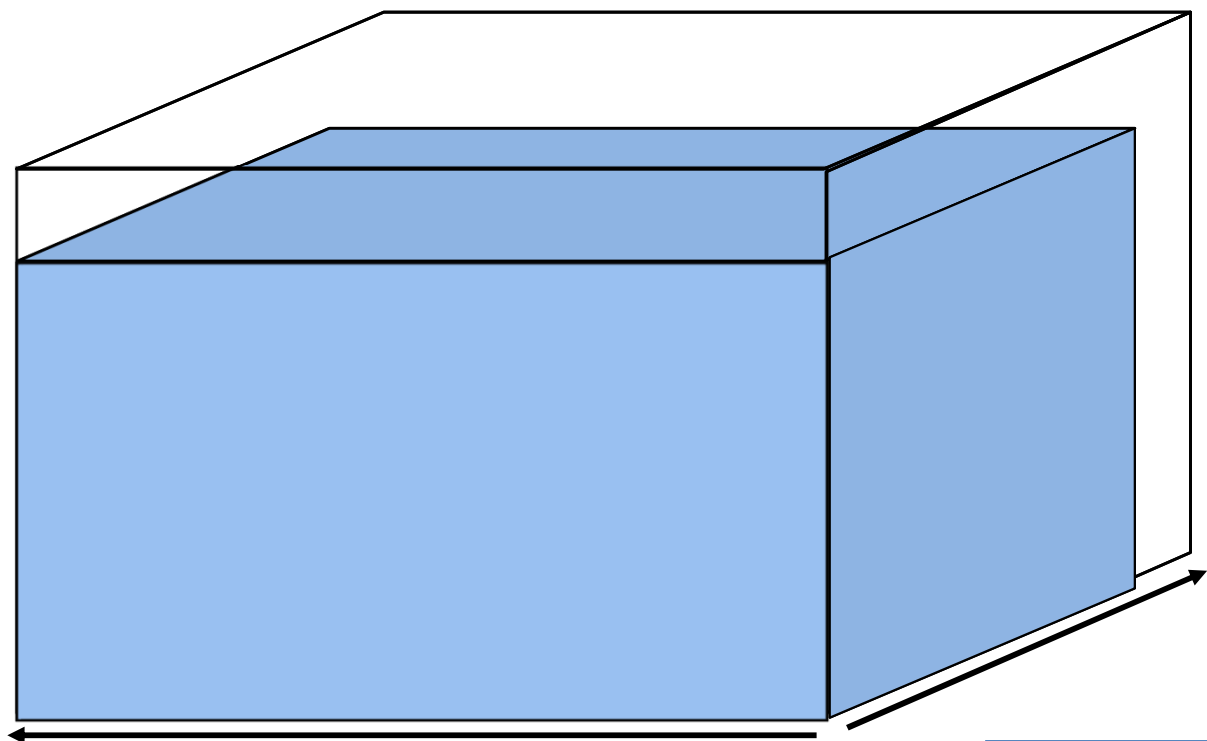


誰の治療を適応と
するか？

治療の公的負担を
どれくらいにするか

どのような治療を
保険適応とするか

誰：国民 公的負担：0-30% 治療：科学で決定



治療の公的負担を
どれくらいにするか

誰の治療を適応と
するか？

どのような治療を
保険適応とするか

世界の主流は「使用制限」

バイオロジー	薬剤名	50%以上 縮小(%)	一次治療での使用可否		
			フランス	日本	アメリカ
ALK	アレクチニブ	83	はい	はい	はい
	ブリグチニブ	74	はい	はい	はい
	ロルラチニブ	76	はい	はい	はい
ROS1	クリゾチニブ	72	いいえ	はい	はい
	エントレクチニブ	78	いいえ	はい	はい
	レポトレクチニブ	79	いいえ (>2次治療)	はい	はい
EGFR Ex19,21	オシメルチニブ	80	はい	はい	はい
EGFR Ex20	アミバンタマブ	73	いいえ	はい	はい
BRAF V600	ダブラフェニブ+トラメチニブ	68	いいえ (>2次治療)	はい	はい
	エンコラフェニブ+ビニメチニブ	75	いいえ	はい (他がん)	はい
MET Ex14	テポチニブ	56	いいえ	はい	はい
	カプマチニブ	68	いいえ	はい	はい
RET	セルベカチニブ	84	いいえ	はい	はい
	プラルセチニブ	72	いいえ	いいえ	はい
HER2	トラスツズマブ・デルクステカン	55	いいえ	はい	はい
KRAS	ソトラシブ	55	いいえ	いいえ (≥2次)	いいえ (≥2次)

参考資料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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。

慢性骨髄性白血病（CML）治療薬に係る処方日数の査定状況

○ 令和6年度に請求※1された傷病名に慢性骨髄性白血病を含むレセプトのうち、対象治療薬（グリベック、イマチニブ、スプリセル、ダサチニブ、ボシュリフ、アイクルシグ、セムブリックス）の請求時処方日数ごとの処方日数の査定数の調査を実施※2。

※1 令和6年4月～令和7年3月に請求のあった原審査及び再審査 ※2 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に対する調査

【参考1】保険医療機関及び保険医療養担当規則
第20条第2号 イ～ホ 省略
へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。（後略）

【参考2】「長期の投薬が不適切になされた事例の取扱いについて」（平成18年3月3日 厚生労働省保険局医療課）では、腫瘍用薬の長期の投薬が不適切と判断された理由の例として、「症状の経過や副作用等の状況に応じ処方すべき。」を挙げている。

＜主な査定理由＞

- ・病名や病態から過剰と判断
- ・以前の処方日数等（縦覧）を踏まえ過剰と判断
- ・コメントや症状詳記内容を踏まえ過剰と判断
- ・他剤との併用により過剰と判断
- ・算定ルール（D P C 同一傷病での再入院、退院後の転院）

都道府県	請求数	請求時処方日数ごとの査定数			
		1日～30日 （1か月）	31日～60日 （2か月）	61日～90日 （3か月）	91日以上 （3か月以上）
北海道	4,839	1	0	0	2
青森	364	0	0	0	0
岩手	1,084	0	0	0	0
宮城	1,723	0	0	0	0
秋田	742	1	0	0	0
山形	924	0	0	0	0
福島	1,263	0	0	0	1
茨城	2,027	0	0	0	0
栃木	2,142	0	0	0	0
群馬	1,854	0	0	1	6
埼玉	4,244	0	0	0	0
千葉	5,388	0	0	4	3
東京	12,683	2	1	0	4
神奈川	6,720	0	0	0	5
新潟	1,977	0	0	0	0
富山	879	0	0	0	0
石川	971	1	0	0	0
福井	859	0	0	0	0
山梨	600	0	0	0	0
長野	1,714	0	0	0	0
岐阜	1,662	1	0	0	0
静岡	2,895	0	0	0	0
愛知	6,907	1	0	0	6
三重	1,541	0	0	1	0

都道府県	請求数	請求時処方日数ごとの査定数			
		1日～30日 （1か月）	31日～60日 （2か月）	61日～90日 （3か月）	91日以上 （3か月以上）
滋賀	1,164	0	0	0	1
京都	2,282	0	0	0	0
大阪	7,804	0	2	2	3
兵庫	4,037	1	0	0	0
奈良	1,457	0	0	0	0
和歌山	886	1	0	1	1
鳥取	522	0	0	0	0
島根	465	0	0	0	0
岡山	1,792	0	0	0	0
広島	2,603	0	0	0	5
山口	1,125	0	0	0	0
徳島	775	0	0	0	0
香川	918	0	0	0	1
愛媛	1,154	0	0	0	0
高知	644	0	0	0	0
福岡	4,613	1	5	7	3
佐賀	595	0	0	0	1
長崎	1,184	0	0	1	0
熊本	1,391	0	0	0	0
大分	1,070	0	0	0	0
宮崎	914	0	0	0	1
鹿児島	1,251	0	0	0	0
沖縄	999	0	0	0	0
合計	105,647	10	8	17	43

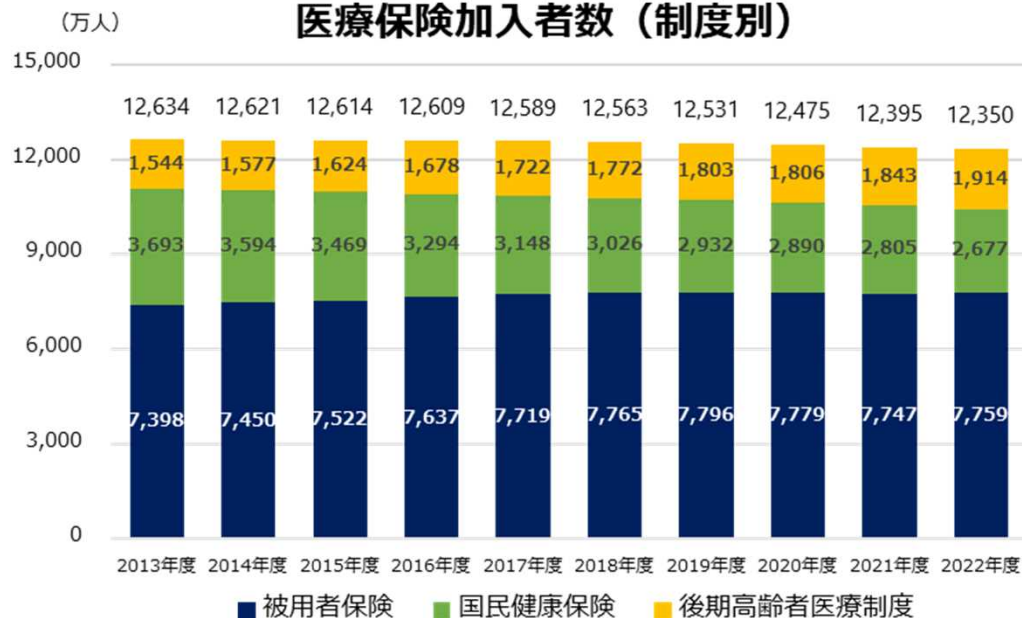
医療保険をとりまく状況

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

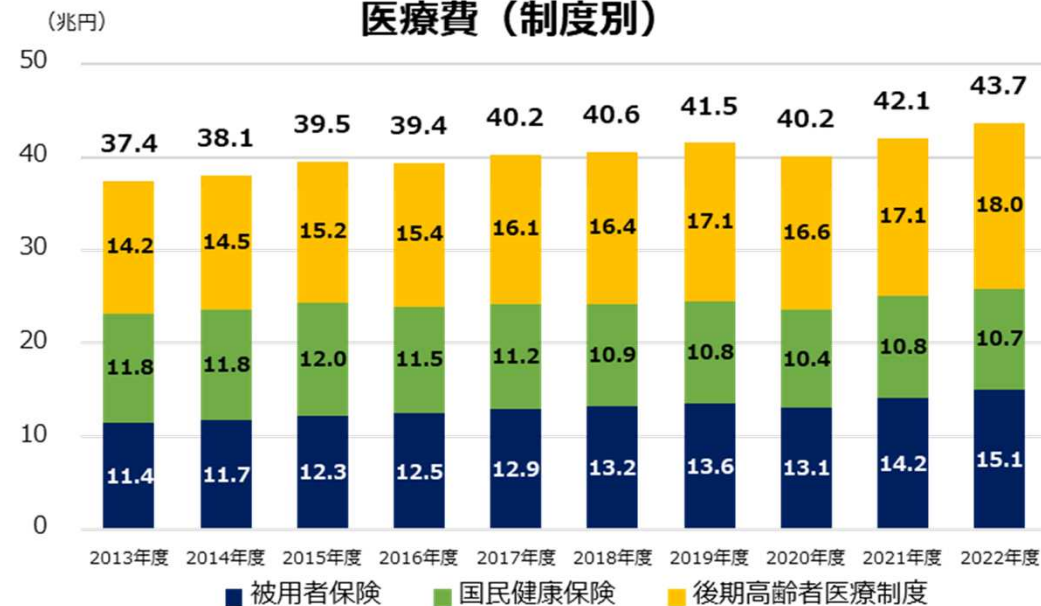
医療保険加入者数（制度別）



(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」

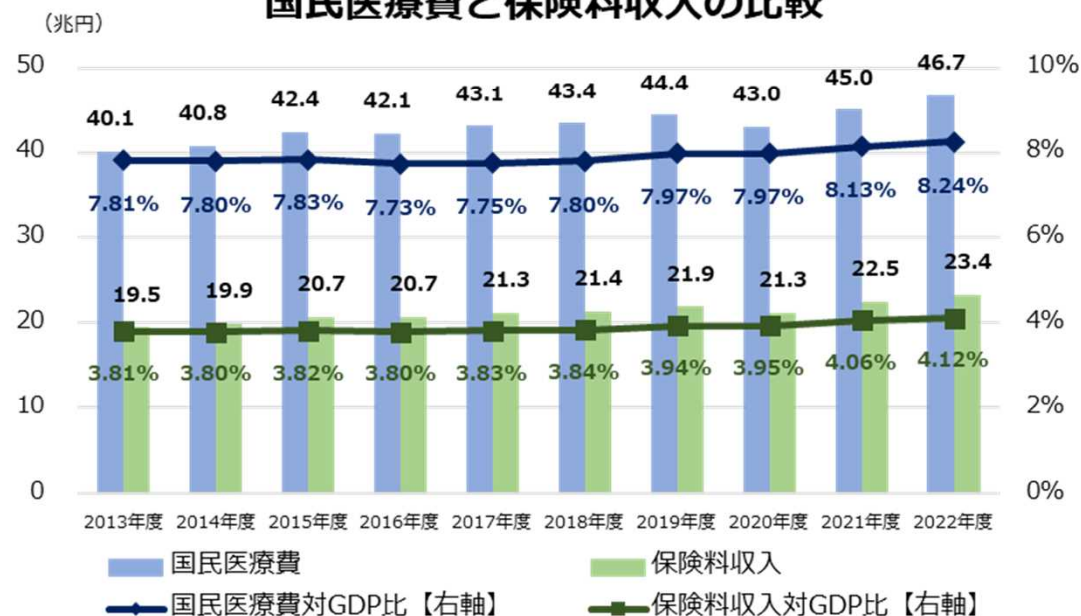
医療費（制度別）



(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」

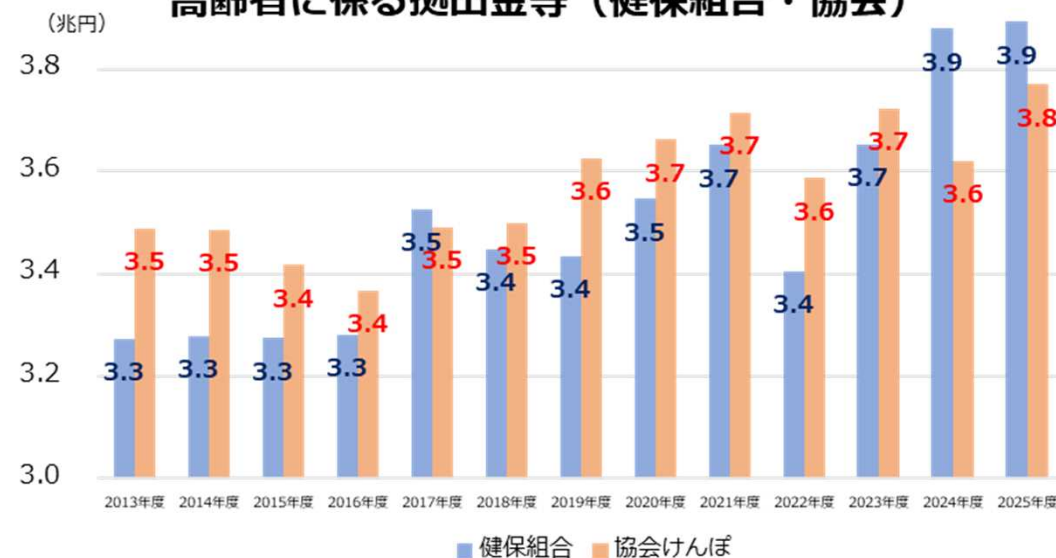
国民医療費と保険料収入の比較



(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。

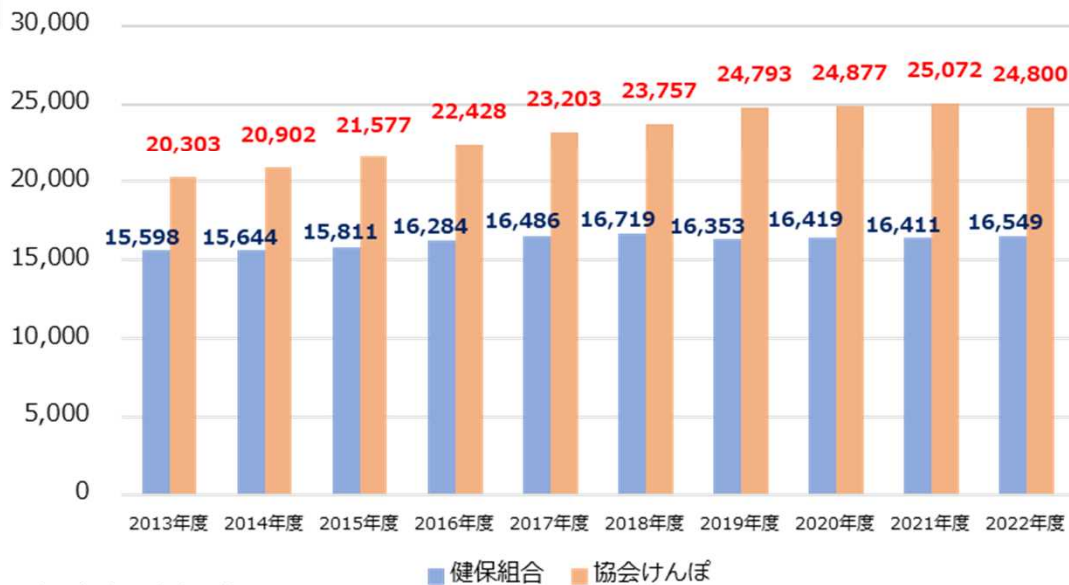
(注 1) 「拠出金等」とは、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、退職者給付拠出金、老人保健拠出金の合計。

(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。

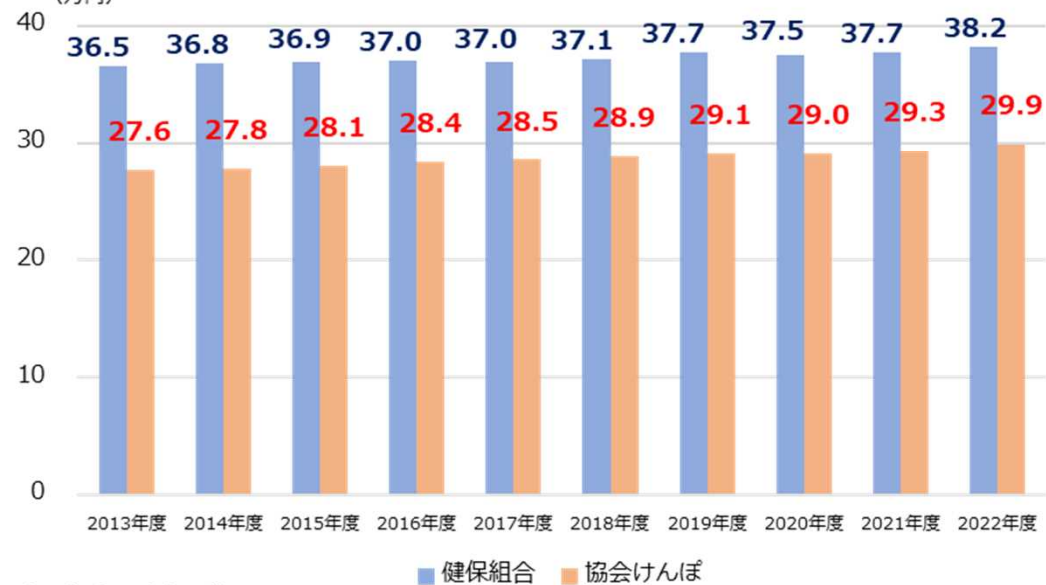
被保険者数

(千人)



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。

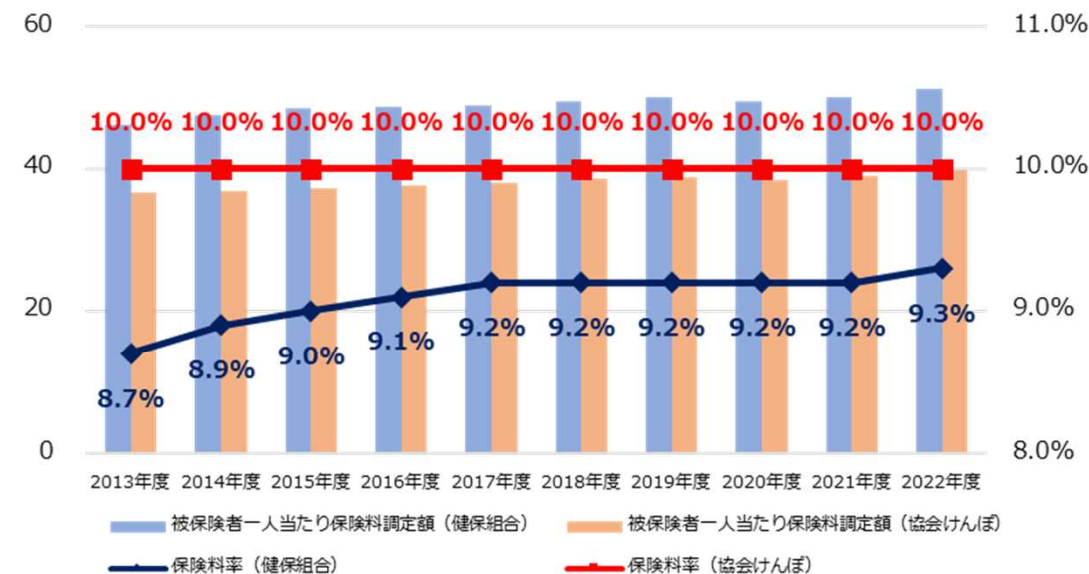
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

(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)

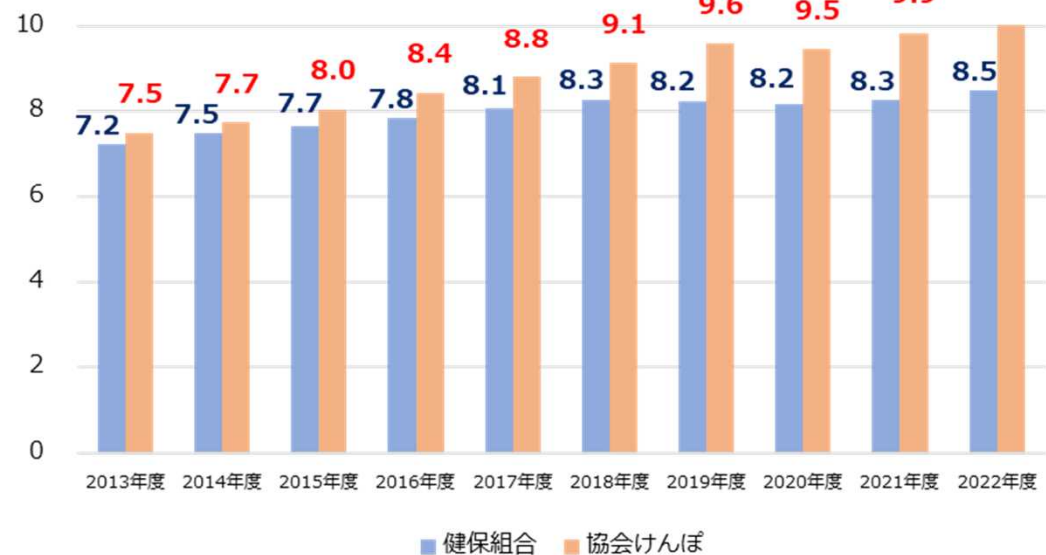


(注) 事業主負担を含む数値。年度末時点の数値。

(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」

近年の医療保険制度改革の経過

令和7年5月26日

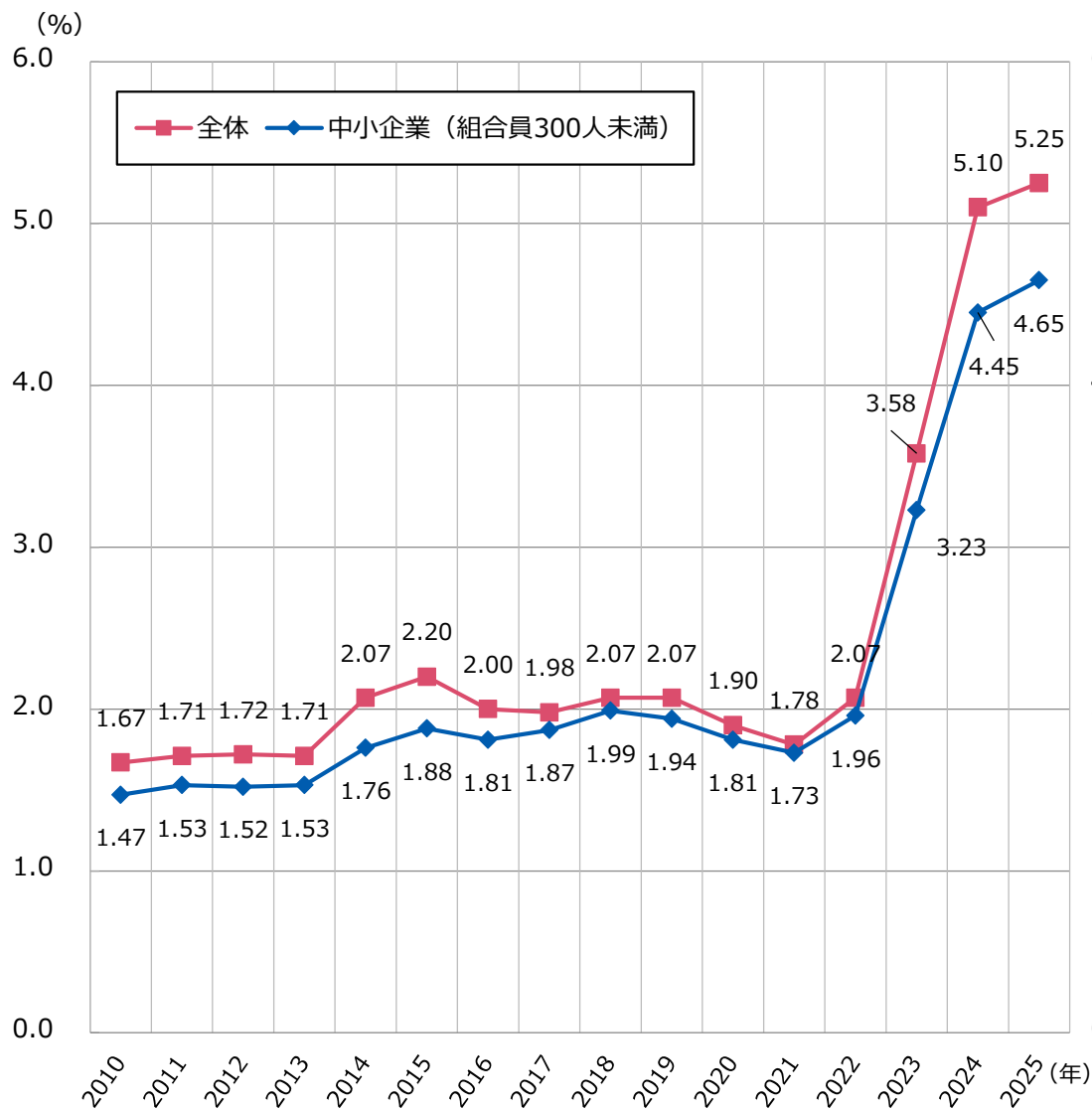
第1回高額療養費制度の在り方
に関する専門委員会

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

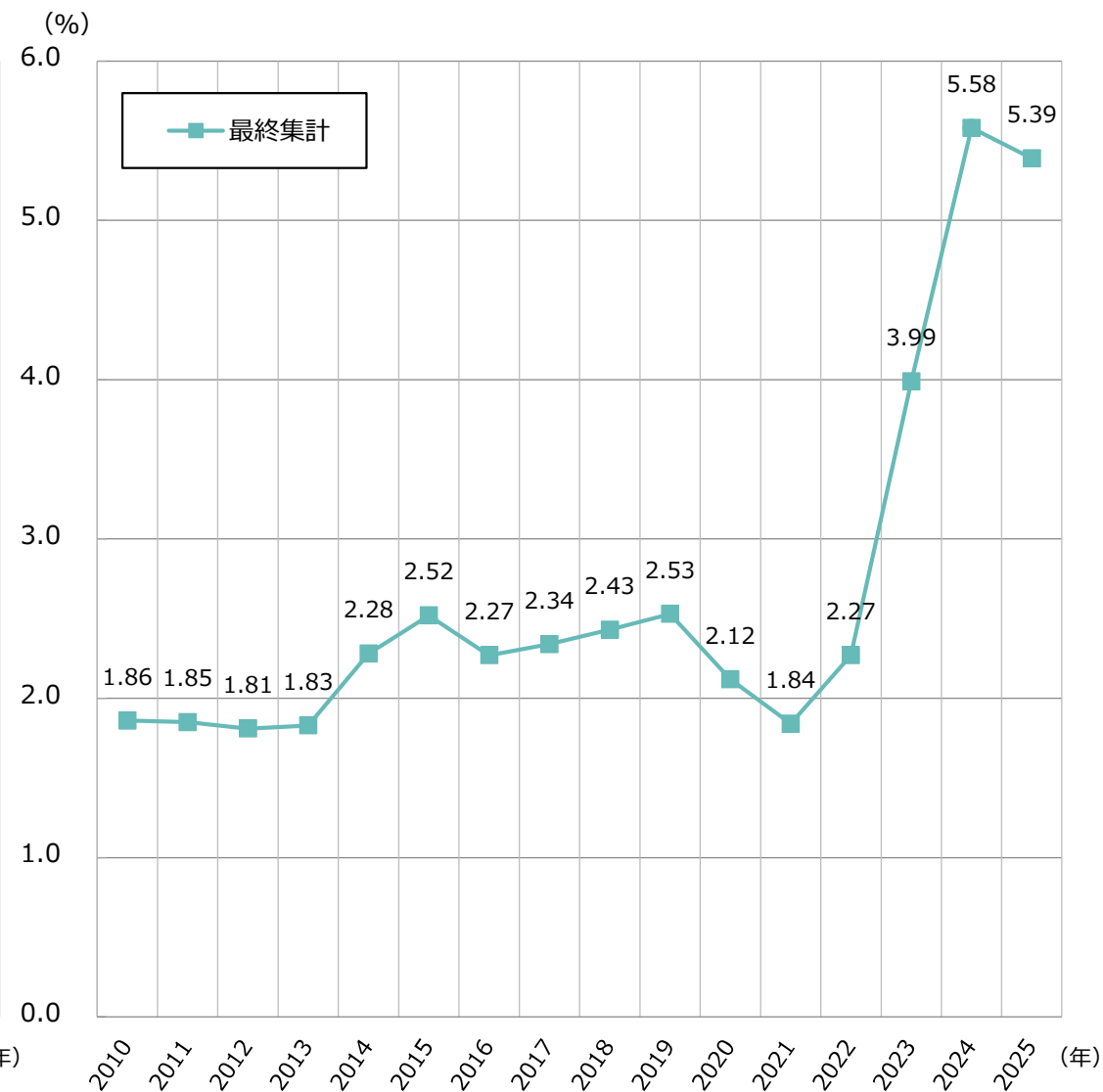
春季労使交渉における賃金引き上げ率の推移（連合・経団連）

連合 春闘集計結果（全体・中小）の推移



（出典）連合「春季生活闘争 回答集計結果」

経団連 春季労使交渉集計結果（大企業）の推移



（出典）経団連「春季労使交渉・大手企業業種別妥結結果」

医療費控除による医療費負担の軽減

- 納税者又は納税者と生計を一にする配偶者その他の親族の医療費を支払った場合は、次の金額を「医療費控除」として所得控除できる。

$$\begin{array}{c} \text{1年間に} \\ \text{支払った医療費} \end{array} - \left(\begin{array}{l} \text{適用下限額（いずれか低い方の金額）} \\ \text{① 10万円} \\ \text{② 年間所得金額} \times 5\% \end{array} \right) = \begin{array}{c} \text{医療費控除} \\ \left(\begin{array}{c} \text{最高限度額} \\ \text{200万円} \end{array} \right) \end{array}$$

(注) 控除対象とされる医療費の範囲

- ・ 医師又は歯科医師による診療又は治療の対価
- ・ 治療又は療養に必要な医薬品の購入の対価
- ・ 病院、診療所、指定介護老人福祉施設又は助産所に收容されるための人的役務の提供の対価
- ・ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師等による施術の評価
- ・ 保健師、看護師又は准看護師による療養上の世話の対価
- ・ 助産師による分娩の介助の対価
- ・ 介護福祉士による喀痰（かくたん）吸引等又は認定特定行為業務従事者（一定の研修を受けた介護職員等）による特定行為

【参考】所得税の税率

課税される所得金額	税率	控除額
1,000円～1,949,000円	5%	0円
1,950,000円～3,299,000円	10%	97,500円
3,300,000円～6,949,000円	20%	427,500円
6,950,000円～8,999,000円	23%	636,000円
9,000,000円～17,999,000円	33%	1,536,000円
18,000,000円～39,999,000円	40%	2,796,000円
40,000,000円～	45%	4,796,000円

(具体例)

- ・ 医療費控除前の課税される所得金額：500万円
- ・ 支払った医療費（年間）：50万円

医療費控除による所得税の軽減額

$$\begin{array}{l} (500,000 - 100,000) \times 20\% \\ = 80,000\text{円} \end{array}$$

➡ **8万円の負担軽減**

(※) 国税庁HPより作成

患者団体等からのヒアリングにおける主なご意見①

令和7年9月16日

第4回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料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に直結している。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を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

令和7年9月16日

第4回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料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

保健事業との関係

(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。)

- 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

令和7年9月16日

第4回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料1

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使用できる。
- 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。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⁵⁸

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

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。
具体的な引き上げ幅 (自己負担上限額)	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]
一般（1割負担）		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