



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に実施した上で、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）
- 第5回 2025年10月22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

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の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。

第5回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会における主なご意見①

(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】

- 人口構造の変化や医療費の高騰という状況を踏まえると、高額療養費制度を現行のままで維持していくことが難しいことは確か。医療の高度化・高額薬剤の普及などで高額療養費制度の重要性は増している一方、加入者の保険料負担の増につながっている点を考えると、低所得や長期療養の方々への影響に配慮しつつ、自己負担を見直すことは避けられないのではないかな。
- 増加する現役世代の保険料を軽減していくことが非常に重要。この観点から、医療保険制度全体の改革を進めていくことが不可欠であり、高額療養費制度についても改革項目の一つとして、利用者の方々の家計の破綻につながらないように十分配慮しながら一定程度見直しを行うべき。
- 医療の高度化により今後も高額療養費の支給額の増加が見込まれる中で、一定程度的見直しを含め検討することは理解できるが、見直しに当たっては、必要な医療へのアクセスが阻害されないよう、とりわけ長期に継続的な医療が必要な患者への配慮が必要。
- 医療の高コスト化の一因として、希少疾患を対象とした新薬の増加も挙げられているが、こうした薬は患者が少なく開発費を回収するためには単価を高く設定せざるを得ない状況。受益者負担と言われる医療費の自己負担は、公的保険制度の公平性を保つ仕組みとされているが、希少疾患患者にとって、病気の責任は自身になく必要に迫られて医療利用しているのであって、医療の受益は選べるものでない。過度な負担は、国民が等しく受けるべき社会的権利としての公的保険制度の公平性を損なうおそれがある。また、薬剤の高コスト化を一律に問題とする議論が広がると、新たな治療薬を待つ患者は希望を失いかねない。
- 患者やその家族、医療者の方々から、まだ自己負担限度額を上げるつもりなのか、上げられたらもう治療を受けられなくなる、といった切実な声をいただいている。一方で、制度の持続可能性や現役世代の保険料負担への配慮という観点からは、限度額の引上げはやむを得ないという意見も当然ある。高額療養費制度が大きなリスクに備えるものであり、根幹的な制度であるという観点から、他の医療改革の検討も含め、医療保険制度全体の中で議論いただきたい。
- 高額医療、高額薬剤が急激に増加しているところ、低価値・無価値医療の指摘などについて、現状を分析して、改めるべきは改めていただきたい。

第5回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会における主なご意見②

(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。)

【年齢にかかわらず負担能力に応じた負担】

- 抗がん剤治療において、高齢者は外来特例により一定の負担の中で治療を受けることができている一方で、現役世代、特に子育て世代は厳しい経済環境の中でその治療を受けることができないという現状があり、医療者の方々からは、この点について公平性の観点から多数の指摘をいただいている。
- 全世代型社会保障を目指し、年齢ではなく能力に応じた全世代の支え合いの観点で考えれば、給付と負担のバランス、世代間のバランスを踏まえて、高齢者の外来特例については見直しが必要。また、負担能力に応じたきめ細かい制度設計をしていく観点からは、現行の所得区分について、低所得者に配慮した自己負担の設定を前提としながらも、細分化が必要ではないか。
- 高額療養費制度を具体的にどこまで見直すかについては、他の項目含めた全体のバランスがあるが、まずは年齢に関わらず負担能力のある方に負担いただくということから始めて、公平な制度にしていくということを重点的に考えていくべきではないか。また、負担能力という面からは、所得のみならず資産も勘案する必要がある。
- 外来特例の在り方については、一定の年齢になるとかかる疾病数が増え、医療機関にかかる回数が増えるといった高齢者の特性を踏まえた仕組みは必要ではないか。また、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の納得性を損なうのではないか。
- 外来特例については、高齢者優遇という面がないわけではなく、メスを入れざるを得ない状況になっていると思うが、高齢者の場合は若い世代と違って失った所得を回復させる、または収入を増やすことが難しいという事情があり、また、高齢になると病気になる確率が高いといった事情があり、これらを考慮する必要がある。
- 基本的には、年齢ではなく、負担能力と給付の必要性を指標として制度の見直しを行っていくことが望ましい。負担能力という観点では、所得区分を細分化する方向は合理的と考えるが、細分化しすぎたり複雑なものにしすぎると、国民にも分かりにくく、市町村窓口などの現場で混乱が生じることにもなりかねないため、制度設計に当たっては留意する必要がある。
- 外来特例は、多くの疾患を抱え医療機関への受診が多く、所得も十分でない高齢者に対して必要なものとして制度設計されたものであり、この制度を見直す場合は、患者の自己負担の問題と合わせて議論する必要。
- 年齢階級別1人当たり医療費が年齢とともに増えている一方で、一人当たり自己負担額については特に70歳を境に大きく減っている。年齢の境目で自己負担に差が生じている現状について、世代間の公平性あるいは負担の在り方といった議論が進められることを大きく期待している。

第5回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会における主なご意見③

(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。)

【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】

- 患者の家計に与える影響について一定の差があることは理解出来たが、その中でも当然、低所得者の方や長期にわたって継続して治療を受けている方々に配慮し、この制度がセーフティネットとして機能するよう、現行の自己負担の在り方や仕組みも含め必要な見直しを行うべき。
- 今後の制度設計に当たっては、これまでのヒアリングや提示いただいたモデルも参考に、実態を踏まえて丁寧に検討をいただきたいが、その際には、医療の質を落とさずに患者が治療を継続できるよう、長期にわたって治療を受けていく方など、負担が過剰になってしまう人については十分な配慮を行うことなどが前提になると考える。
- 既に現行制度においてもWHOが定義する「破滅的医療支出」を大きく超えている患者が存在する。今後の持続可能性の観点だけではなく、患者の過重な負担にならないという観点からは、こうした患者が既に存在していることに十分配慮しながら制度の検討を行う必要がある。
- 高額療養費の見直しで国民医療費全体を抑制するのはかなり無理が生じる。一方で、高額療養費の伸びが無視出来ないということも理解出来るため、高額療養費の自己負担限度額の引き上げの議論よりは、費用対効果の見直しなどで高額療養費の伸びをどのように抑制できるかを考えるべき。
- 難病・がんなどの慢性疾患を有する方で長期間療養を必要とする方への配慮が、現行の多数回該当制度だけでは弱いのではないかと。これまでの議論で年間上限を設けてはどうかといった意見もあったが、そのような配慮は必要ではないか。
- 現役世代においても高額療養費制度が活用されており、制度変更により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にすることが重要。
- 高額療養費制度は国民の方々にとって重要なセーフティネットであるという視点とともに、本制度を含めた医療保険制度の持続可能性、さらには現役世代の保険料の負担軽減という大変難しい点を議論していくこととなる。その中においても、悪性腫瘍や難病の患者のような長期療養の方々の医療へのアクセスが妨げられないような制度設計とすべき。

第5回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会における主なご意見④

(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。)

【その他】

- 全世代型社会保障の構築、最重要課題である現役世代の負担軽減に向けては、高額療養費制度の見直しに限らず、医療保険制度全体の中で給付と負担のバランスや、公費・保険料・自己負担といった財源のバランス等について検討することが重要。医療保険部会でも議論が開始されているが、薬剤給付の在り方等、保険給付範囲の見直しも含めて総合的な検討をお願いしたい。
- 高額療養費制度の見直しの議論をするに当たっては、医療保険制度全体の負担と給付の考え方に一定の道筋が見えないと、本制度の方向性も決められないのではないか。
- 年に何回も高額療養費制度に該当するような治療を継続して受けられるケースについては、自己負担限度額を引き上げた場合に影響が非常に大きくなるという点に留意すべき。他方で、1回手術を受けられた月のみ高額療養費に該当するようなケースもあり、今後の制度設計にあたってきめ細やかに検討を加えていただきたい。

参考資料

胃がん患者の医療費負担の例

令和7年10月22日

第5回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料1

ケース

40歳代・男性・標報30万円（年収約410万円）の患者

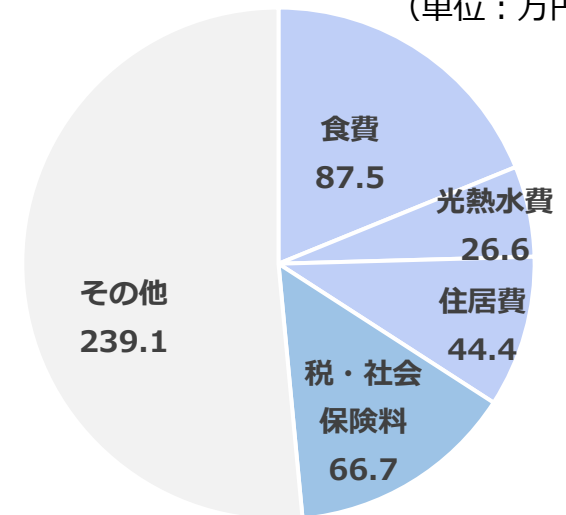
主な傷病・治療
胃がん・内視鏡手術

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）

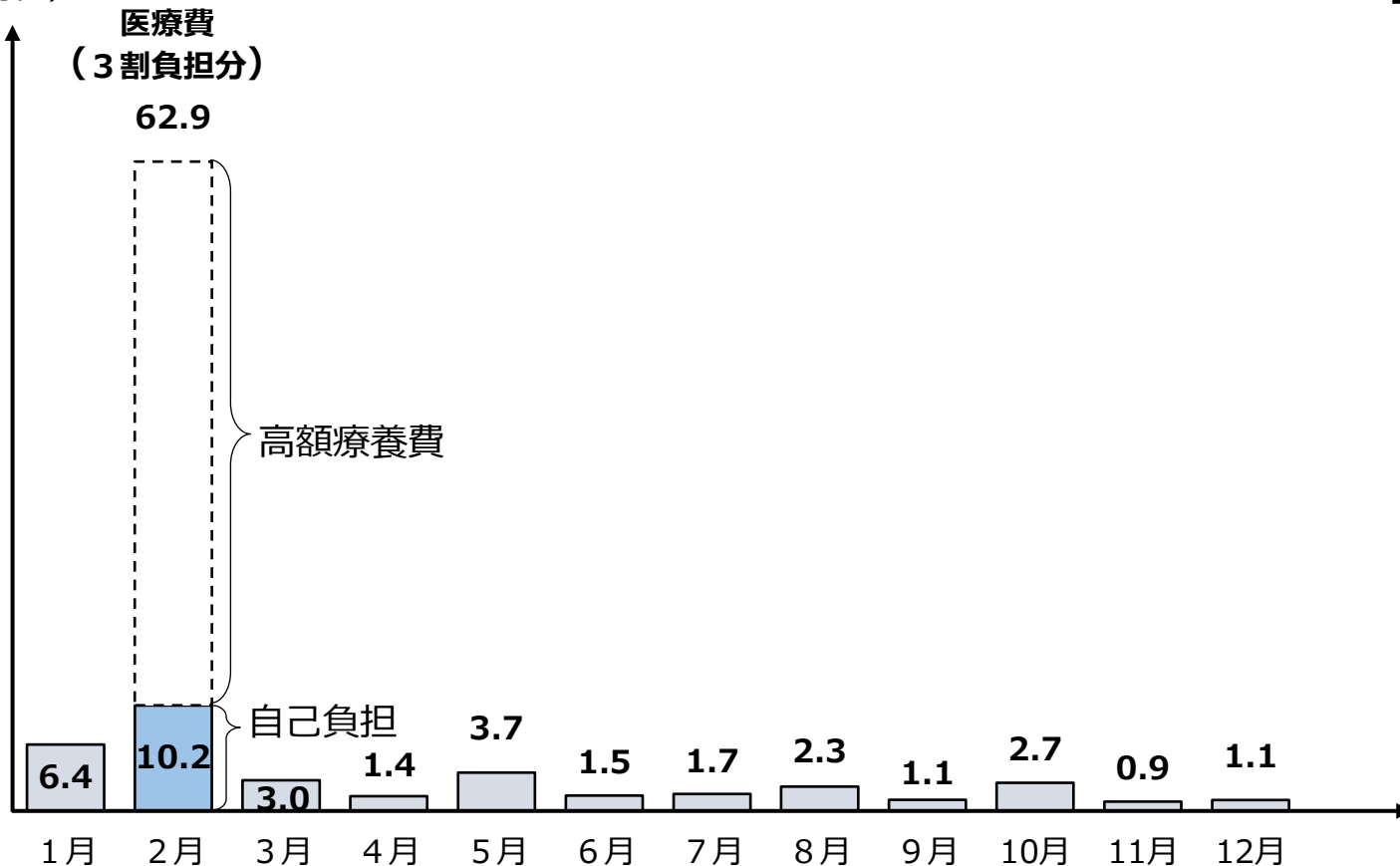
（単位：万円）



※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）



高額療養費
該当回数

①

胃がん患者の医療費負担の例

令和7年10月22日

第5回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料1

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

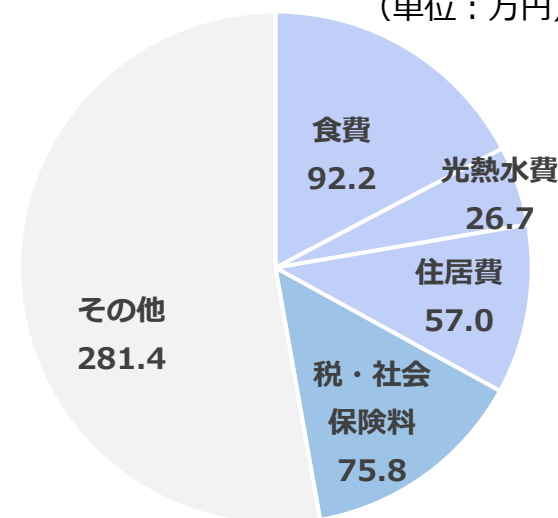
胃がん・全摘出+オペジーボ使用

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

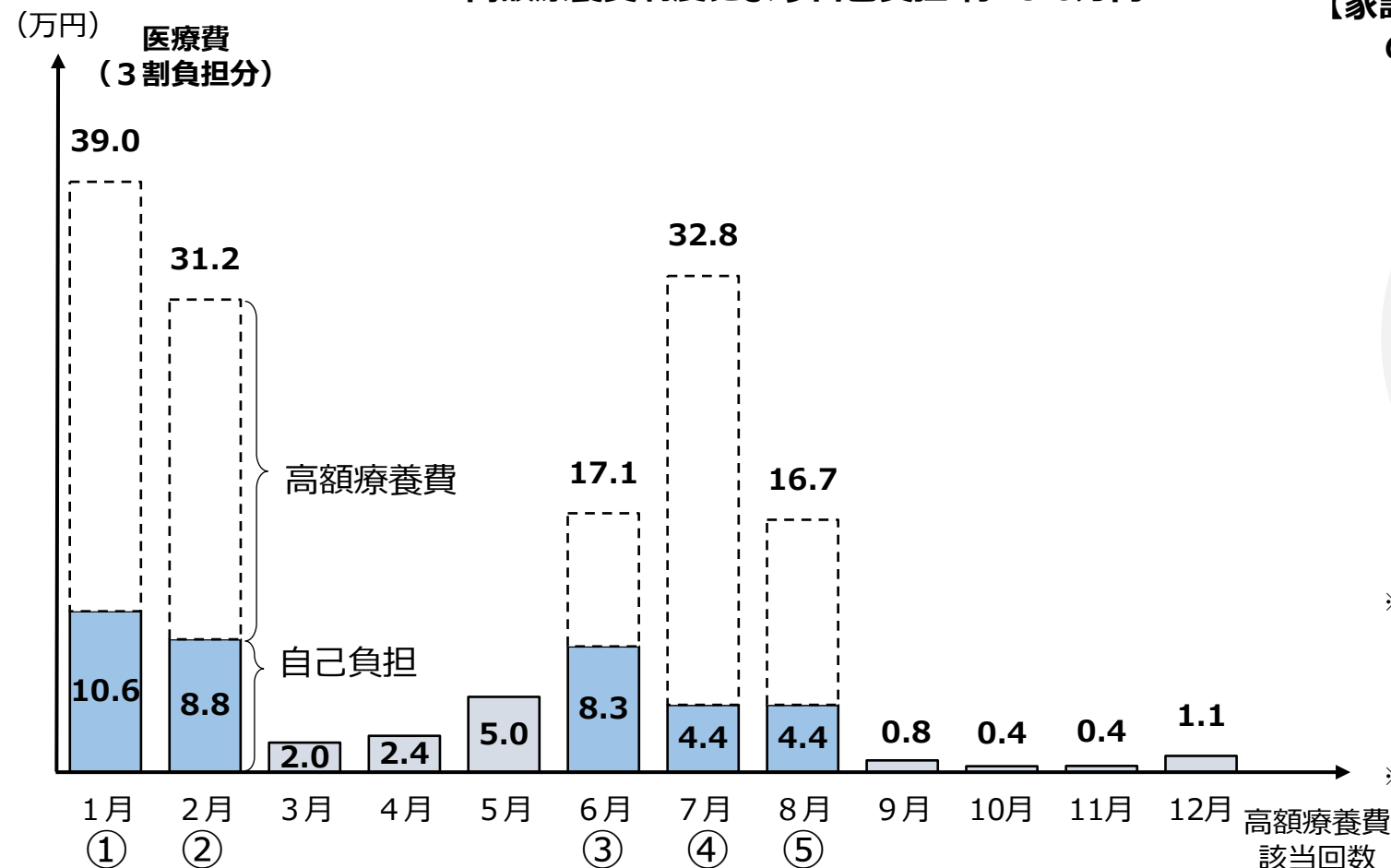
【家計調査】年間収入500～550万円
の者の家計の状況（年間）

（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

令和7年10月22日

第5回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料1

ケース

60歳代・男性・標報15万円（年収200万円未満）の患者

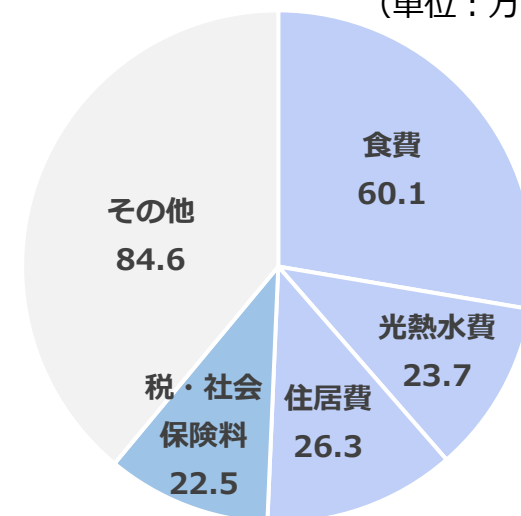
主な傷病・治療
胃がん・腹腔鏡手術

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）

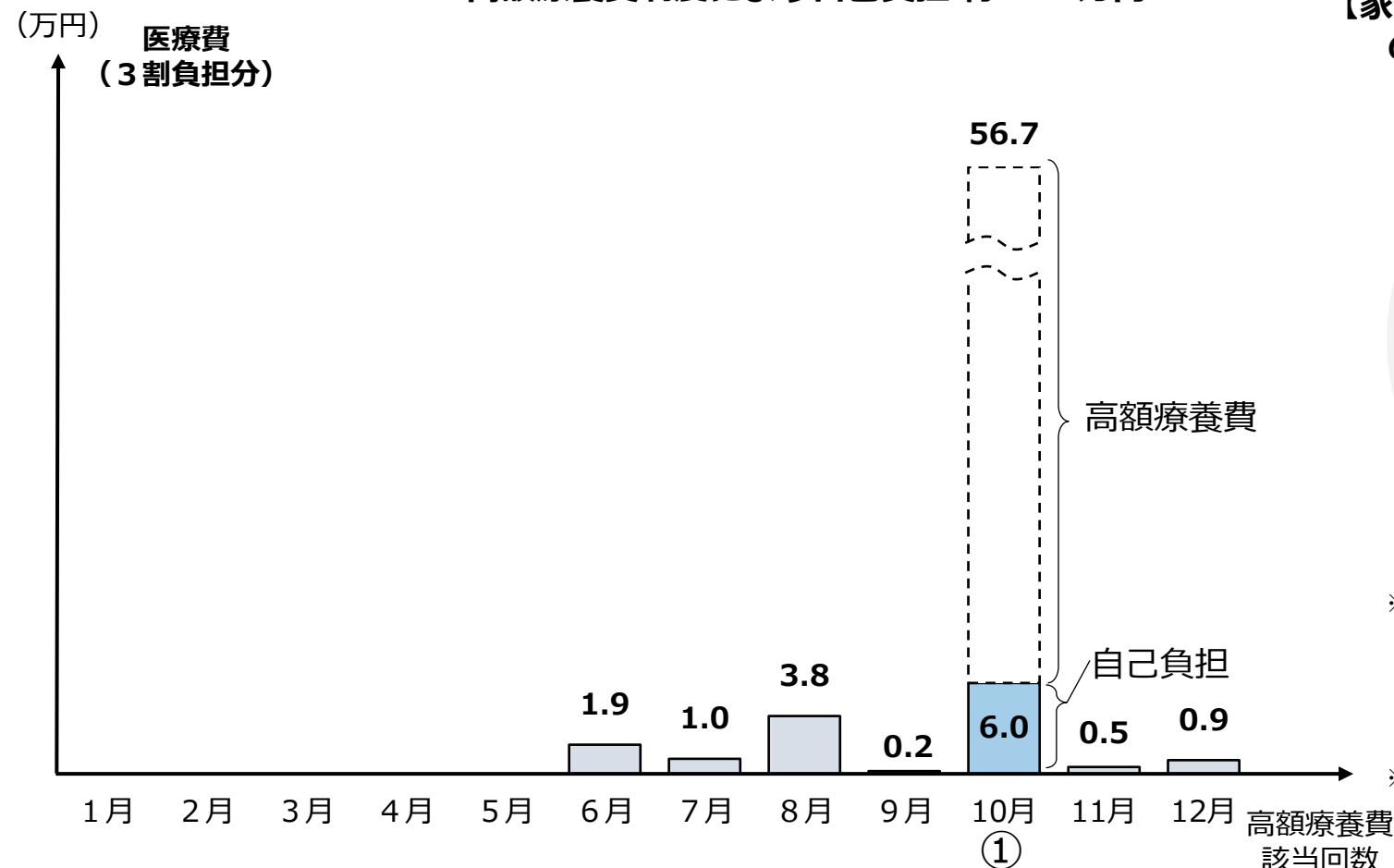
（単位：万円）



※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）

10



※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

乳がん患者の医療費負担の例

令和 7 年10月22日

第 5 回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料 1

ケース

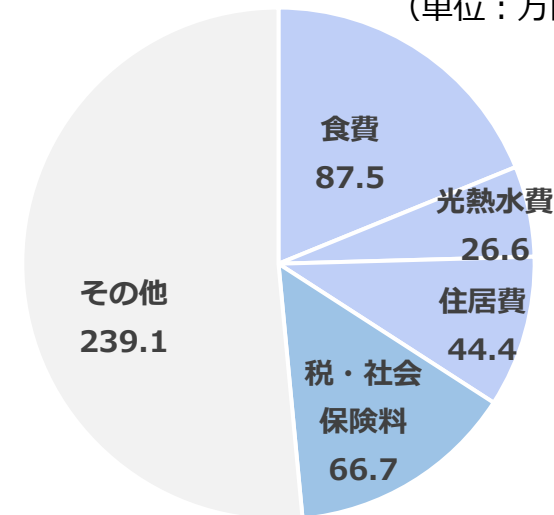
40歳代・女性・標報32万円（年収約450万円）の患者

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）

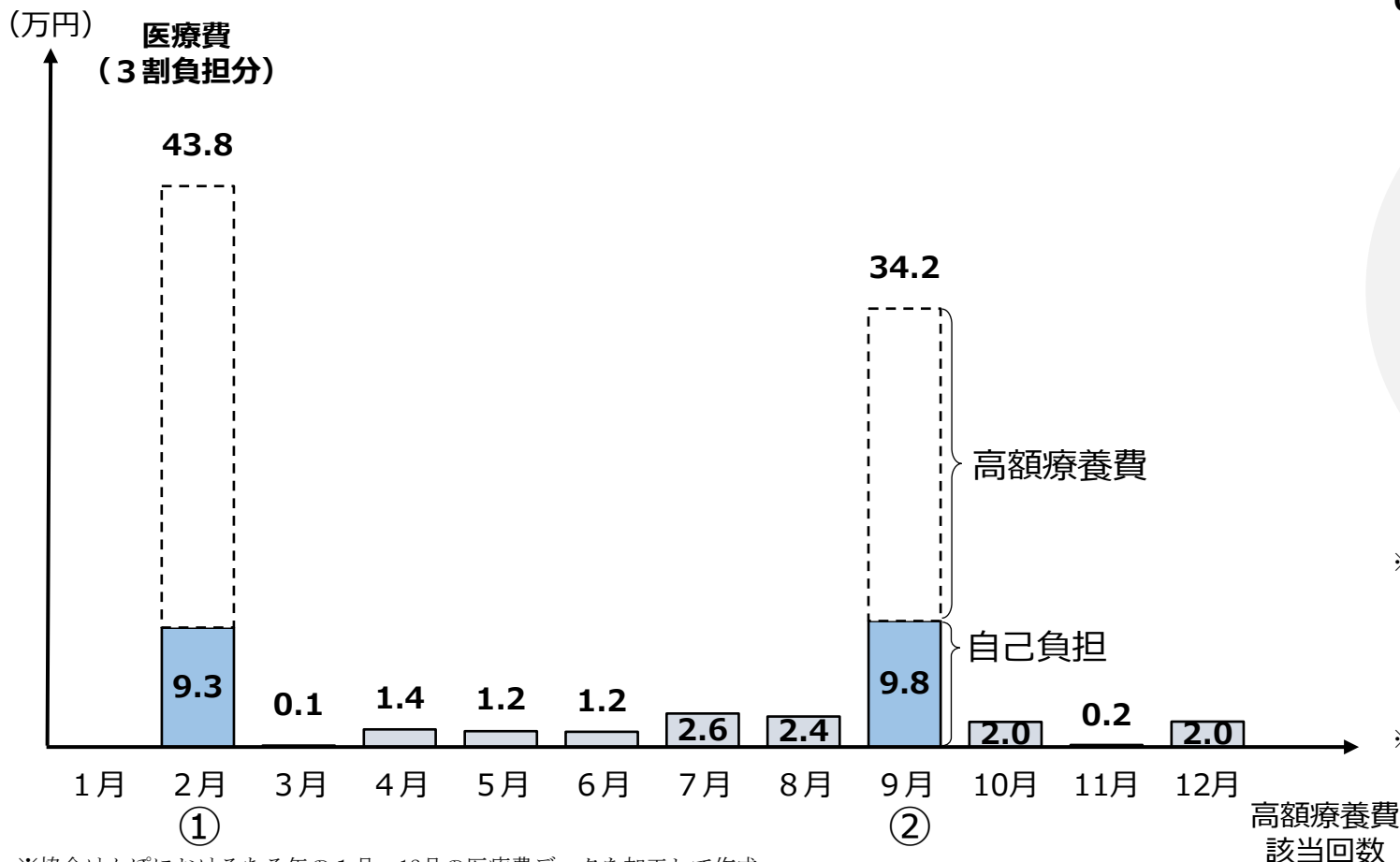
（単位：万円）



※ 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）

11



※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

乳がん患者の医療費負担の例

令和7年10月22日

第5回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料1

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

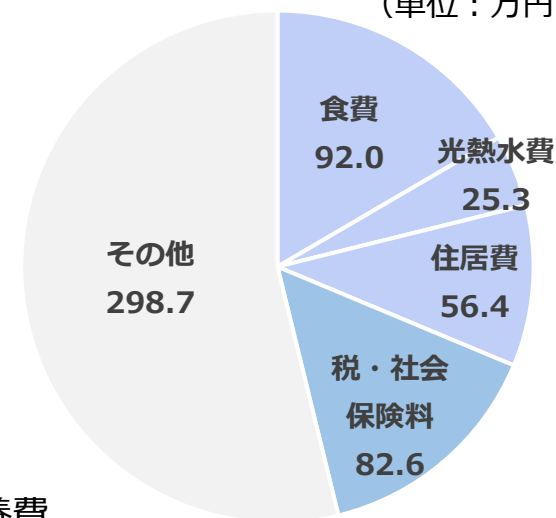
乳がん・切除術＋抗がん剤＋分子標的薬

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）



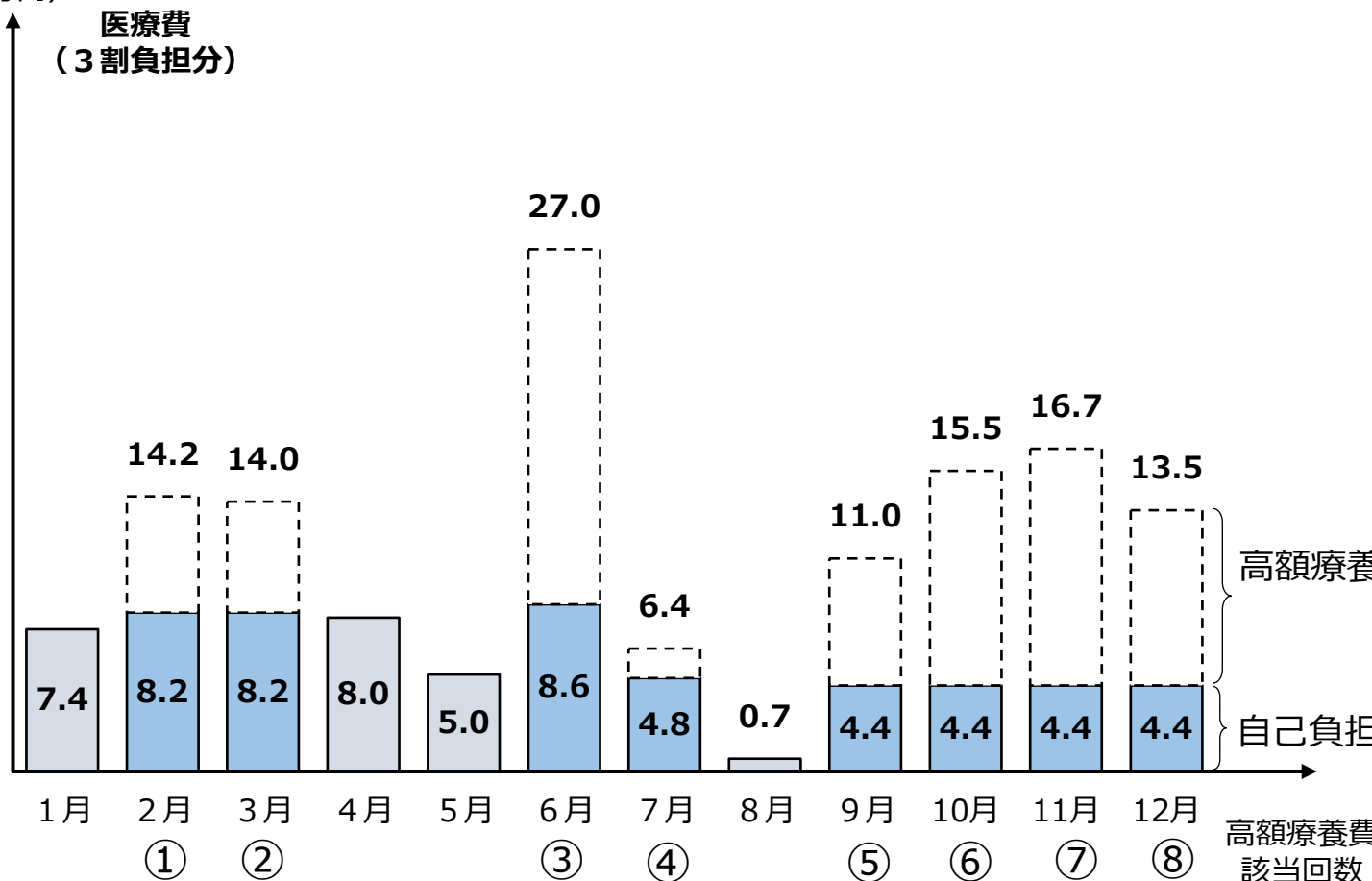
※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級550～600万円、月額）を12倍して年間換算。

※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）

12

（万円）

医療費
（3割負担分）



※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

乳がん患者の医療費負担の例

令和7年10月22日

第5回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料1

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

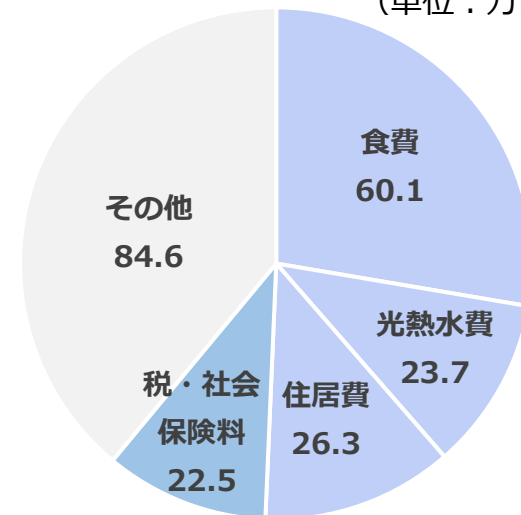
乳がん・術後再発/転移・分子標的薬、
前年から継続で多数回該当

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）

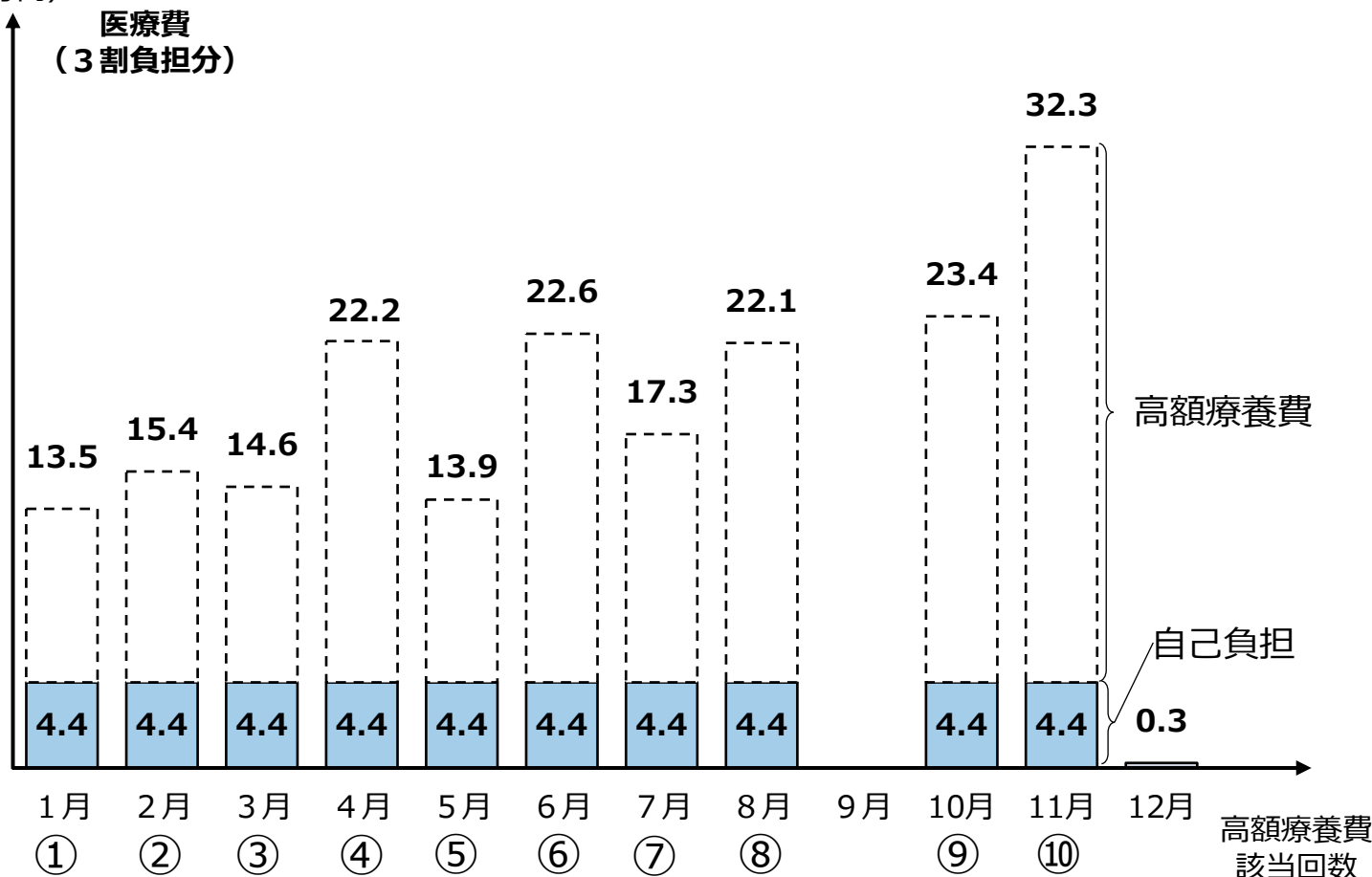


※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200万円未満、月額）を12倍して年間換算。

※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）

13

（万円）



※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

令和7年10月22日

第5回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料1

ケース

30歳代・男性・標報24万円（年収約320万円）の患者

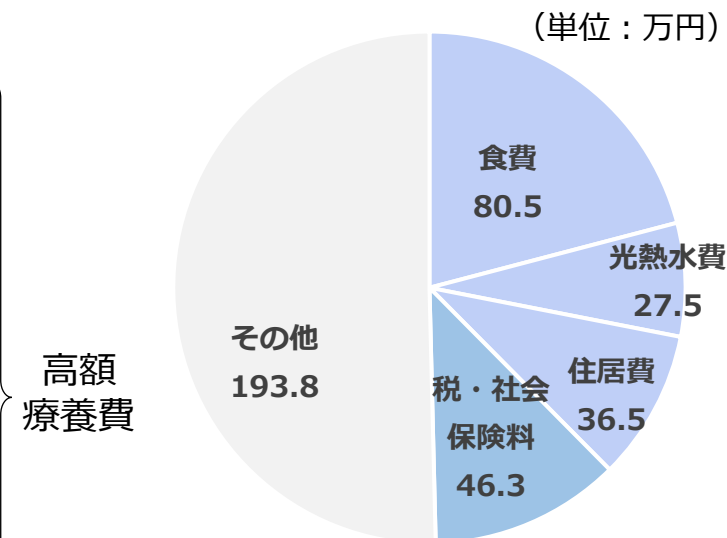
主な傷病・治療
急性白血病

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）

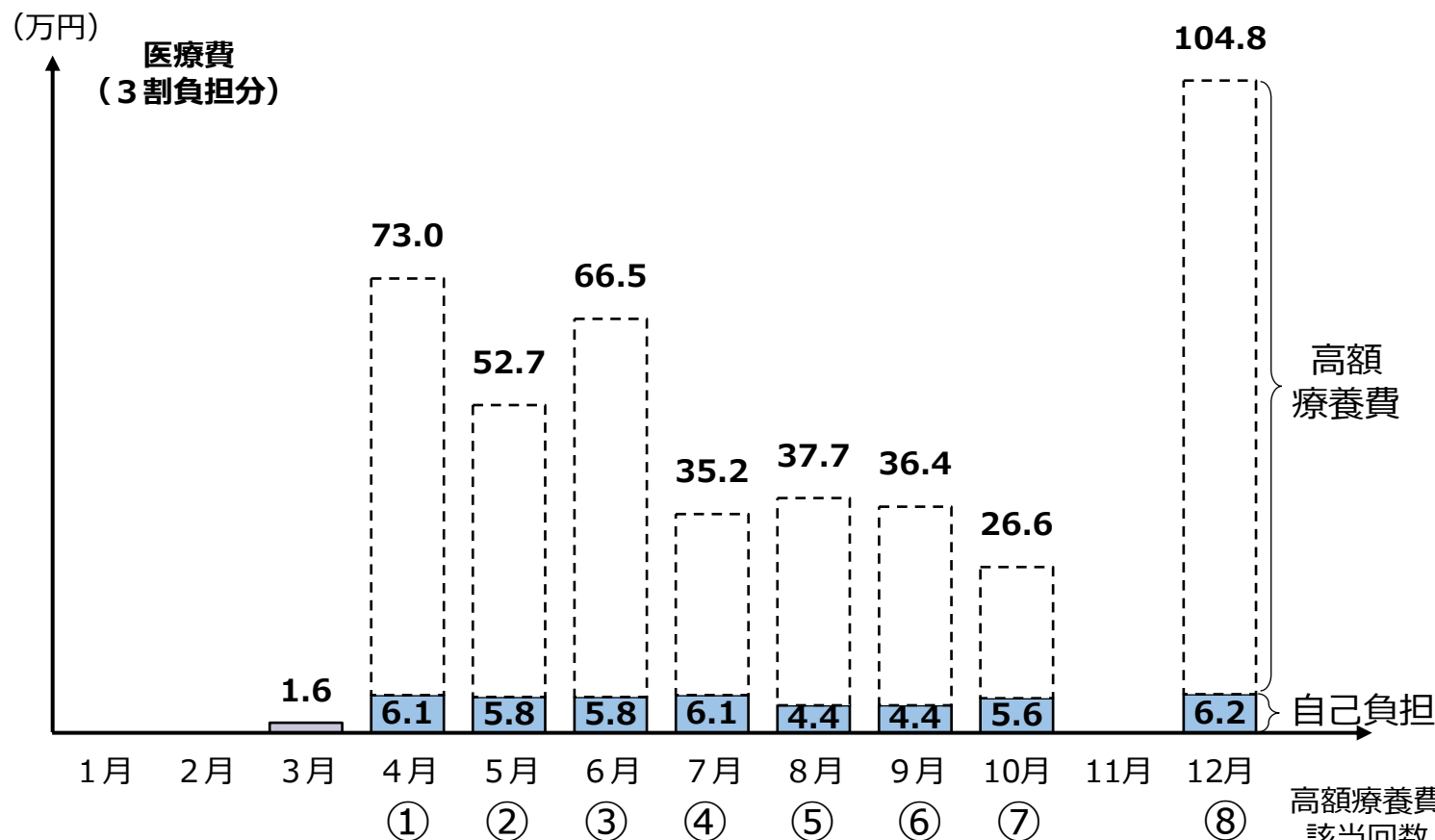
（単位：万円）



※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）

14



※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

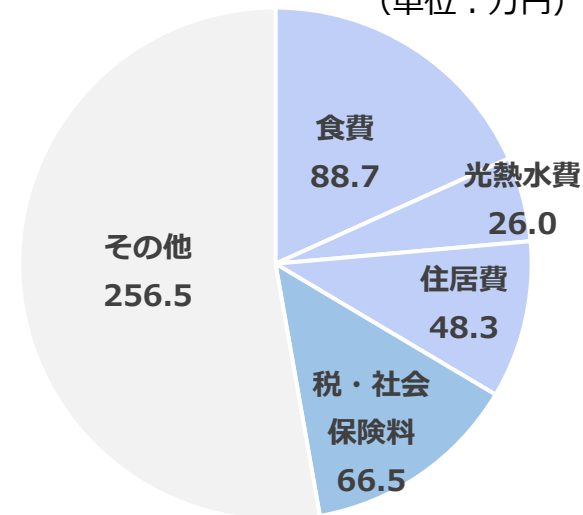
主な傷病・治療
慢性骨髄性白血病・
前年から継続で多数該当

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

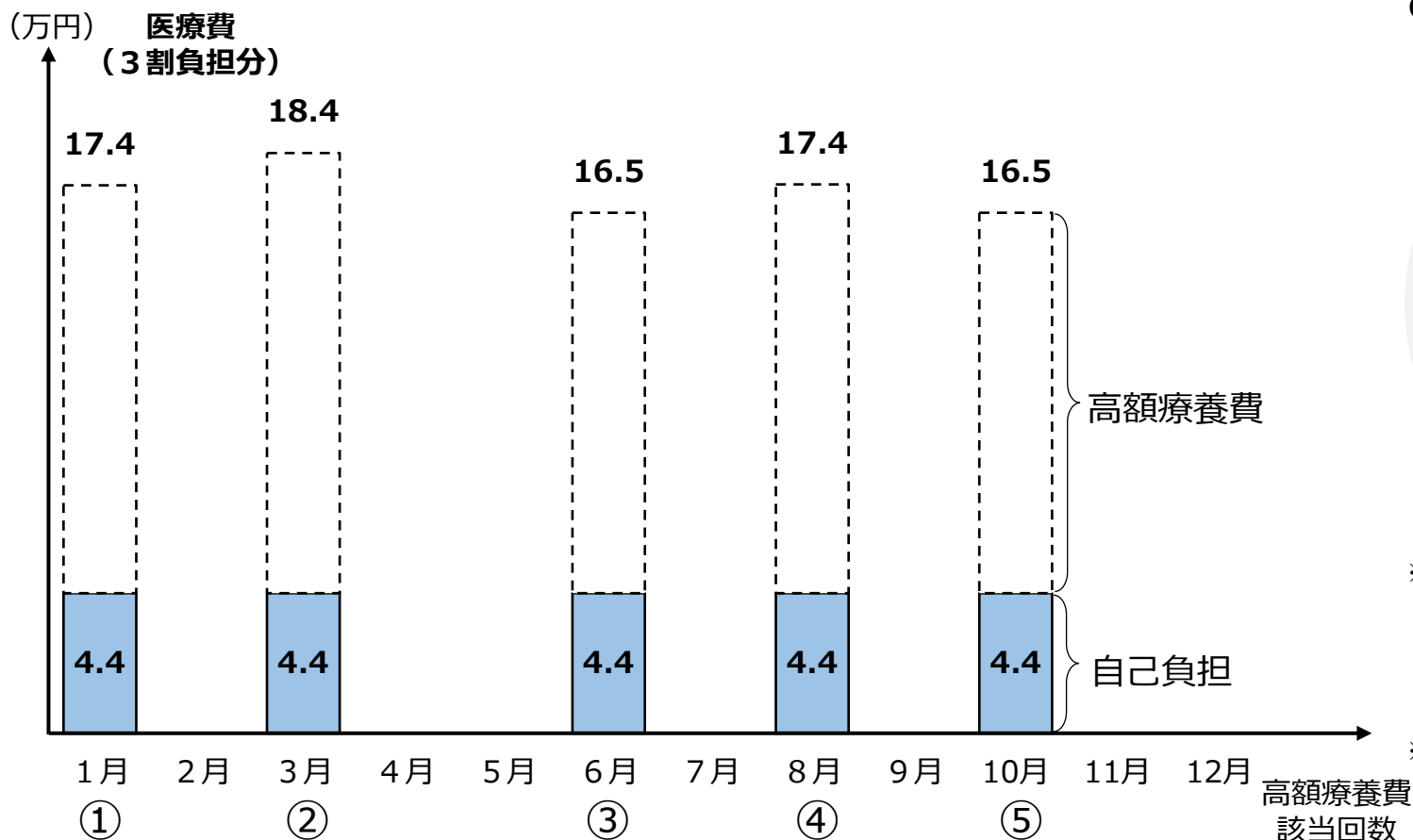
【家計調査】年間収入450～500万円
の者の家計の状況（年間）

（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）



白血病患者の医療費負担の例

令和 7 年10月22日

第 5 回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料 1

ケース

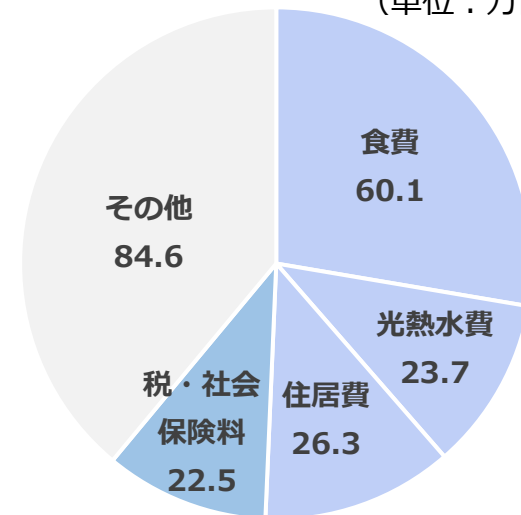
20歳代・女性・標報15万円（年収約200万円未満）の患者

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

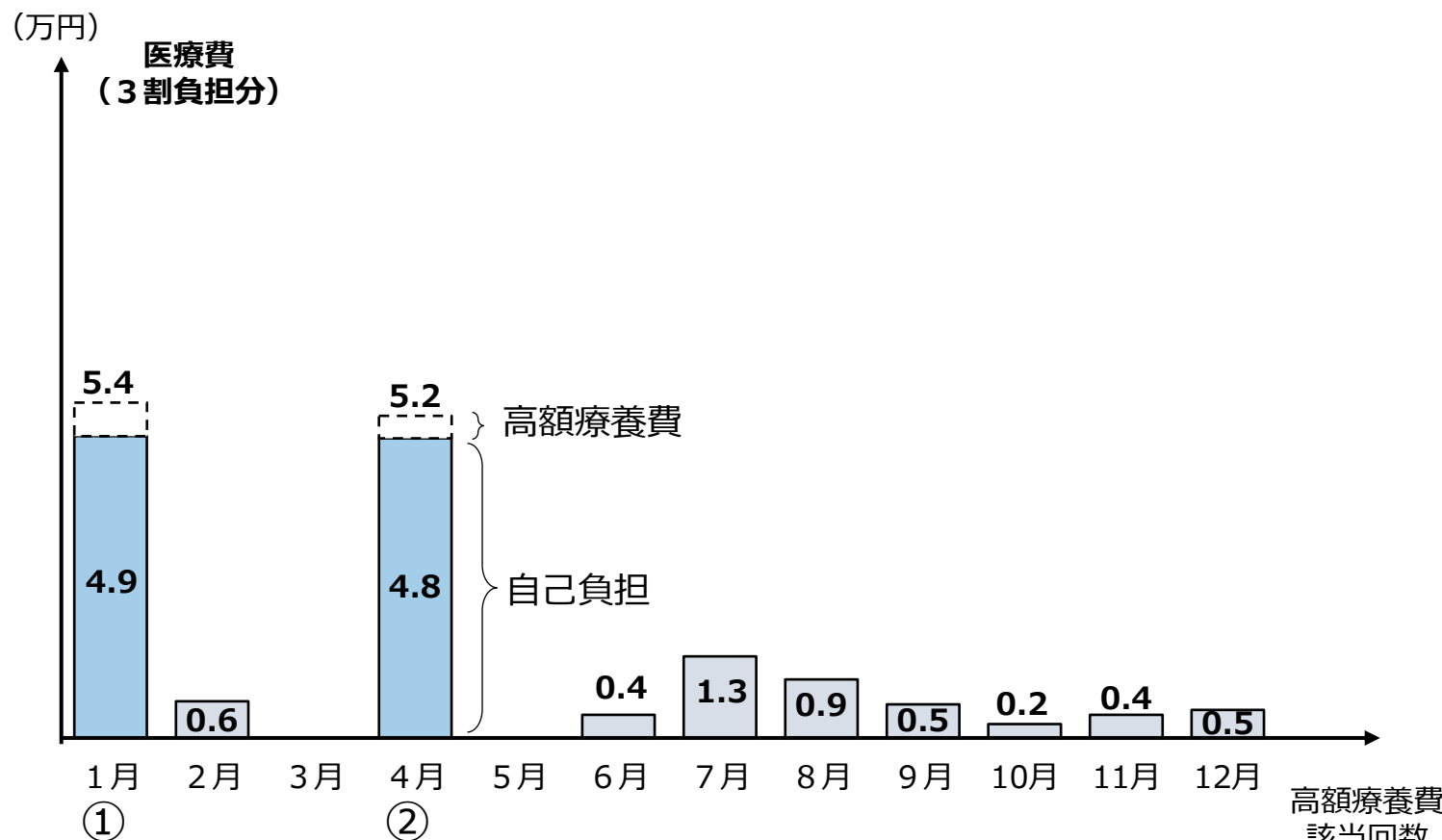
【家計調査】年間収入200万円未満
の者の家計の状況（年間）

（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

令和 7 年10月22日

第 5 回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料 1

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

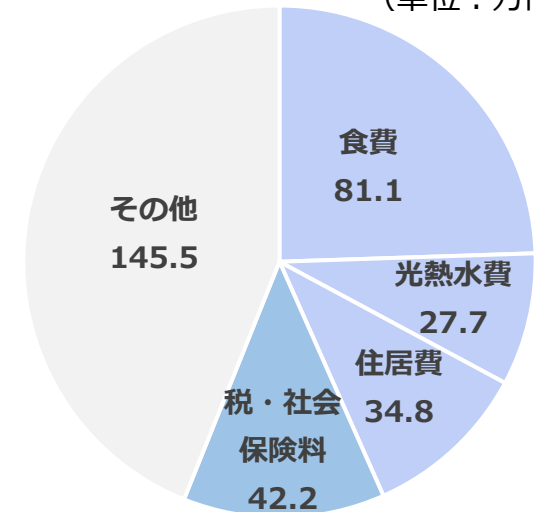
アトピー性皮膚炎・デュピクセント使用

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）

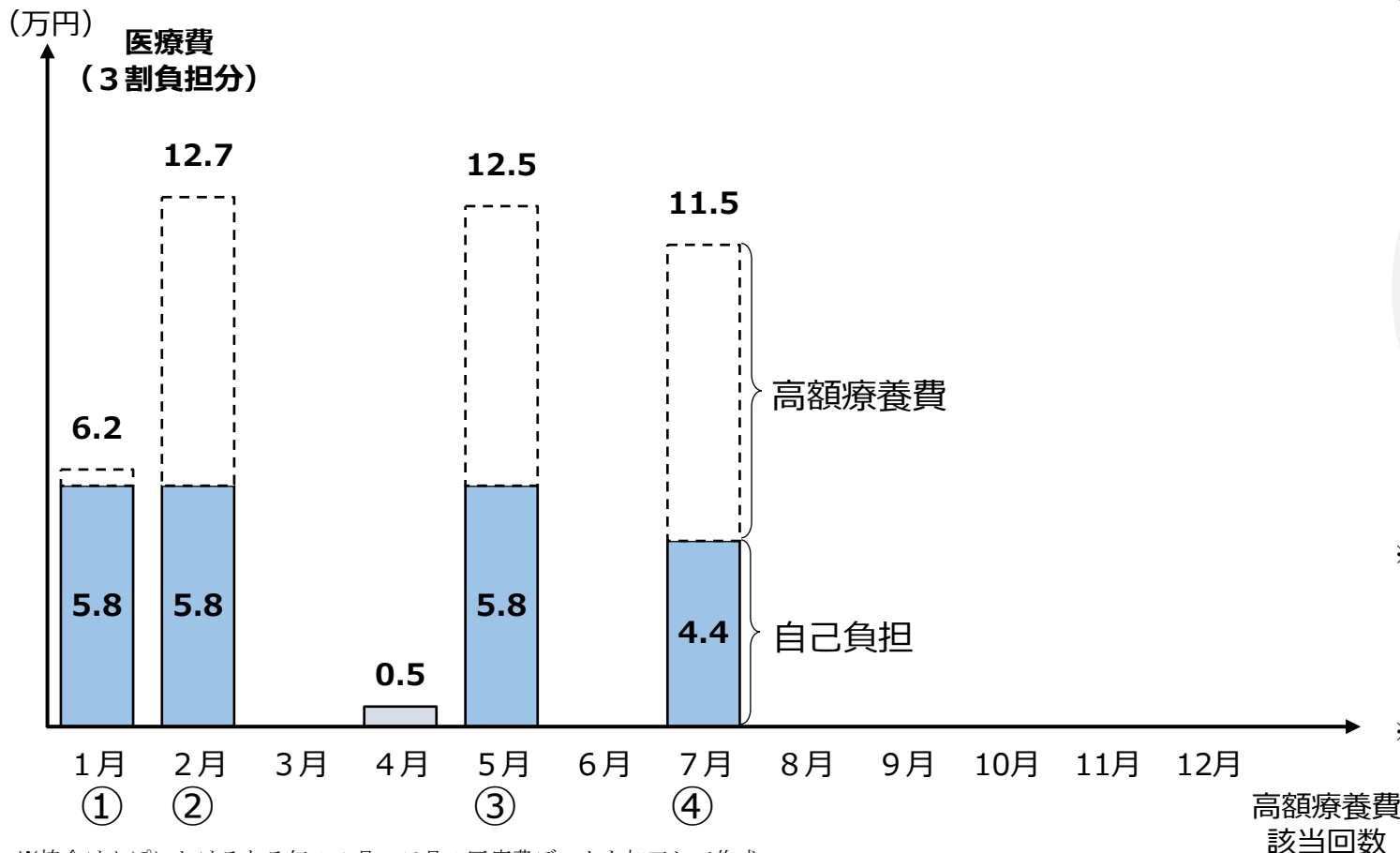
（単位：万円）



※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）

17



※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

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

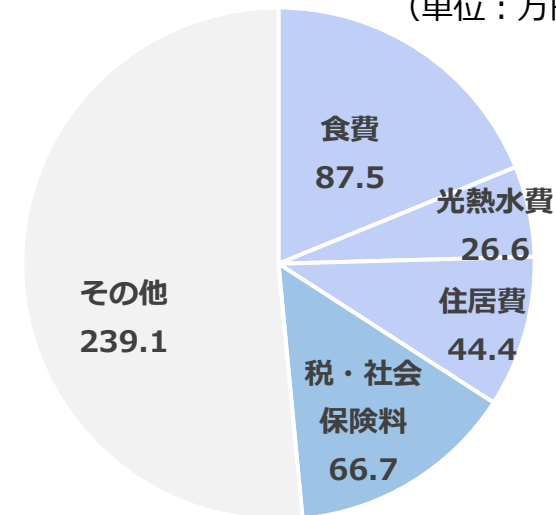
アトピー性皮膚炎・オルミエント錠使用

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

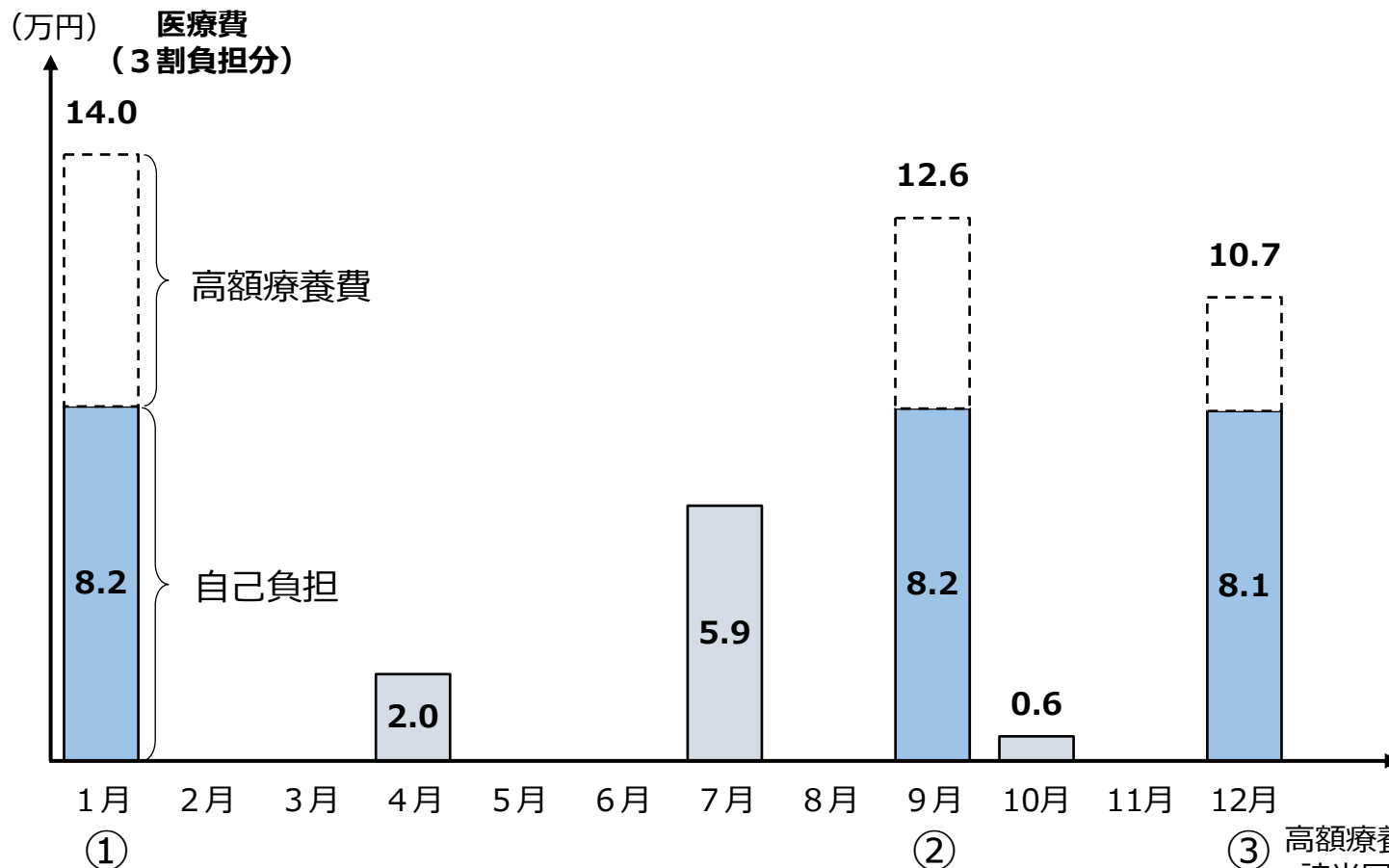
【家計調査】年間収入400～450万円
の者の家計の状況（年間）

（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）



※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

アトピー性皮膚炎患者の医療費負担の例

令和 7 年10月22日

第 5 回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料 1

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

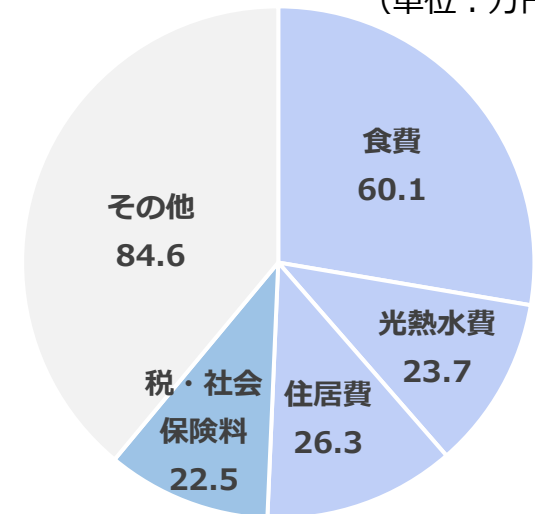
アトピー性皮膚炎・デュピクセント使用

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）

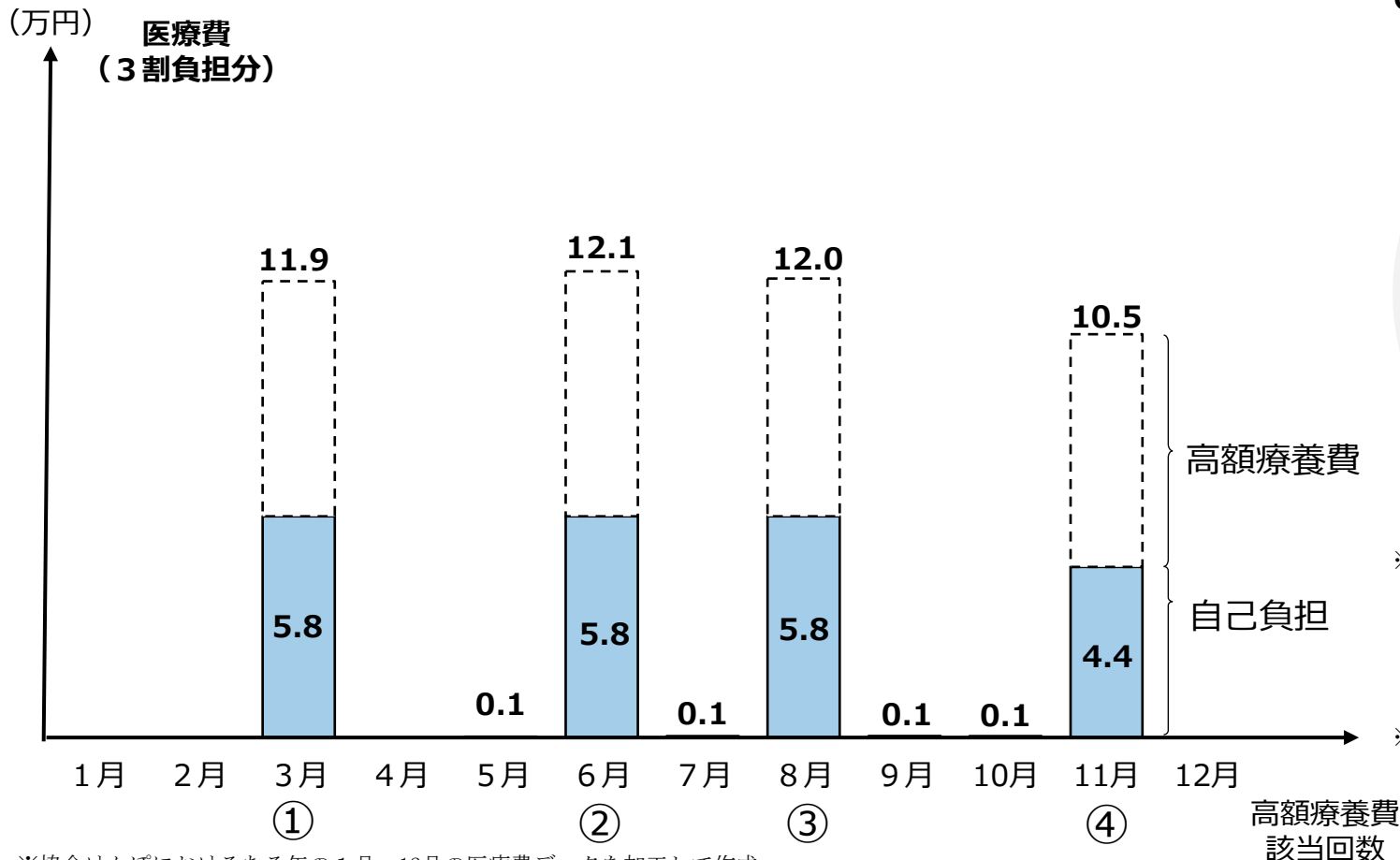
（単位：万円）



※ 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）

19



※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

超高額医薬品使用の例【モデル試算】

令和7年10月22日

第5回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料1

モデル試算

40歳代・女性・標報41万円（年収約600万円）の患者

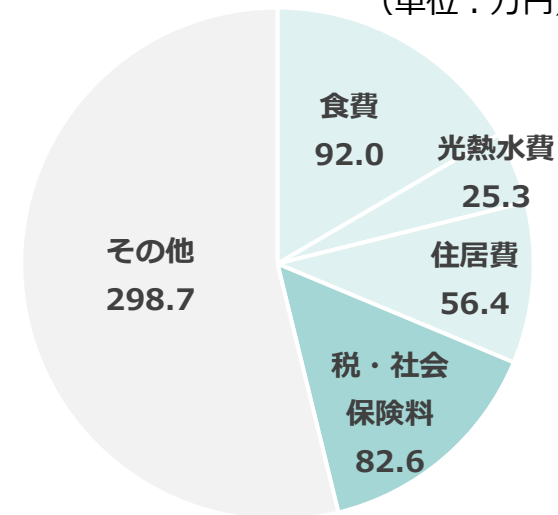
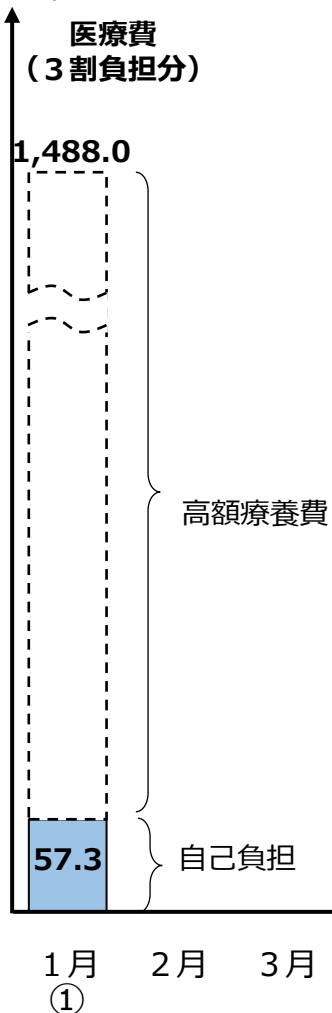
主な傷病・治療
遺伝性網膜ジストロフィー・
ルクスターナ注
（薬価：約4,960万円）の使用

(万円)

総医療費 約4,960万円（3割負担分 約1488万円）
➡ 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】

令和7年10月22日

第5回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

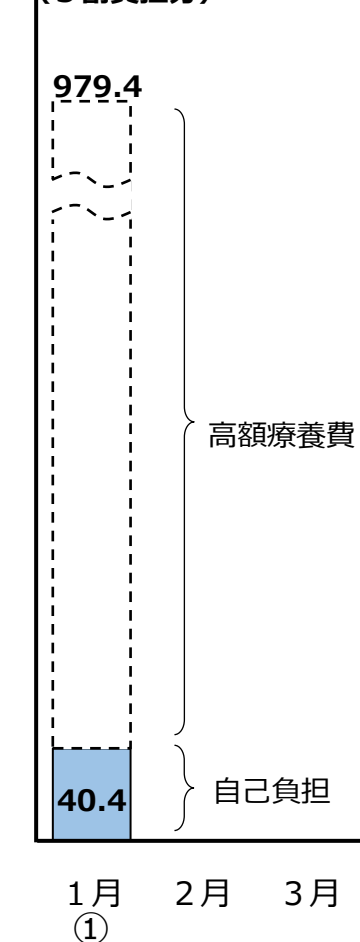
資料1

モデル試算

30歳代・男性・標報30万円（年収約410万円）の患者

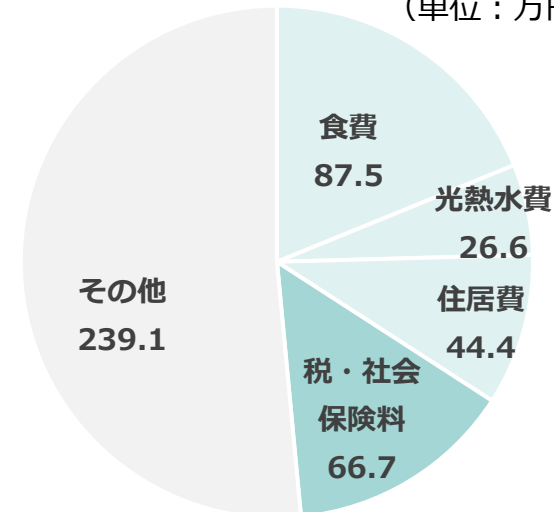
主な傷病・治療
再発または難治性の大細胞型B細胞リン
パ腫等・イエスカルタ点滴静注
（薬価：約3,265万円）の使用

（万円）
医療費
（3割負担分）
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）

（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）

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。

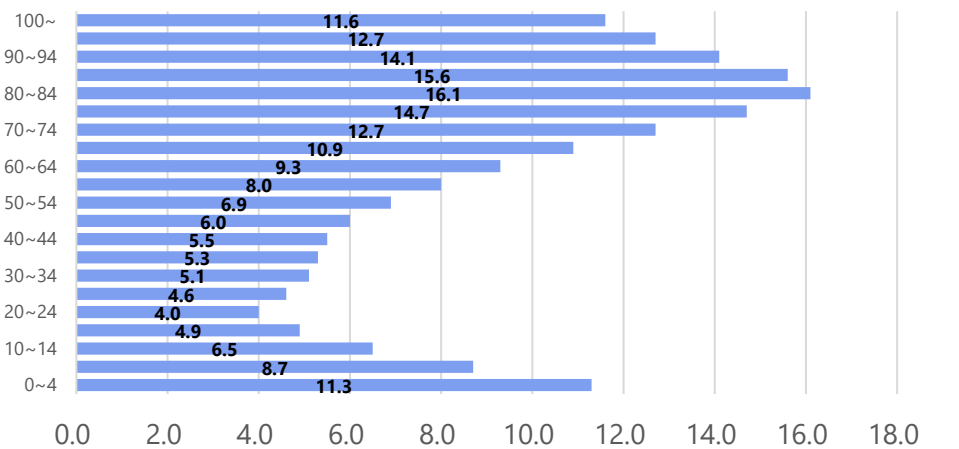
受診行動等に関する比較

令和 7 年10月22日

第 5 回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

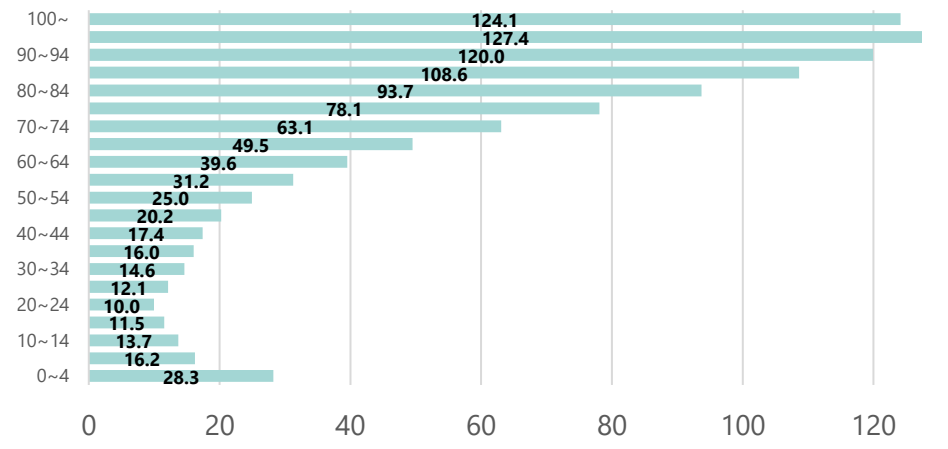
資料 1

年齢階級別外来受診率（令和 5 年度）



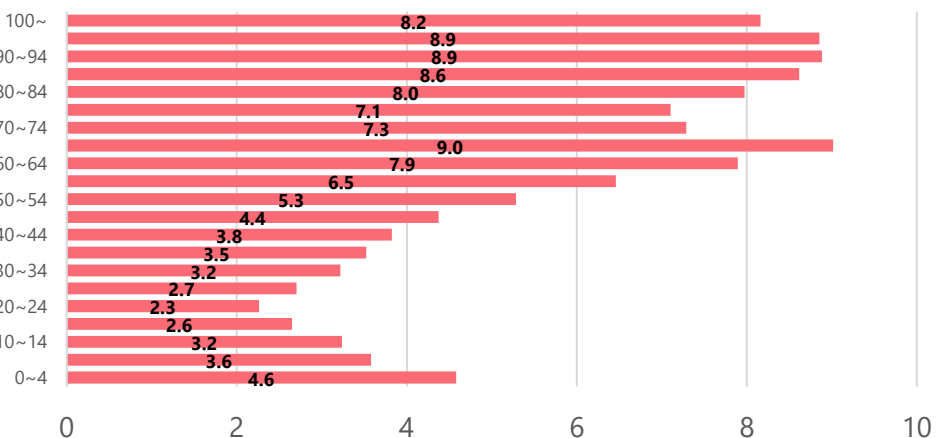
（出典）厚生労働省「医療給付実態調査」等より作成

年齢階級別一人当たり医療費（令和 5 年度）



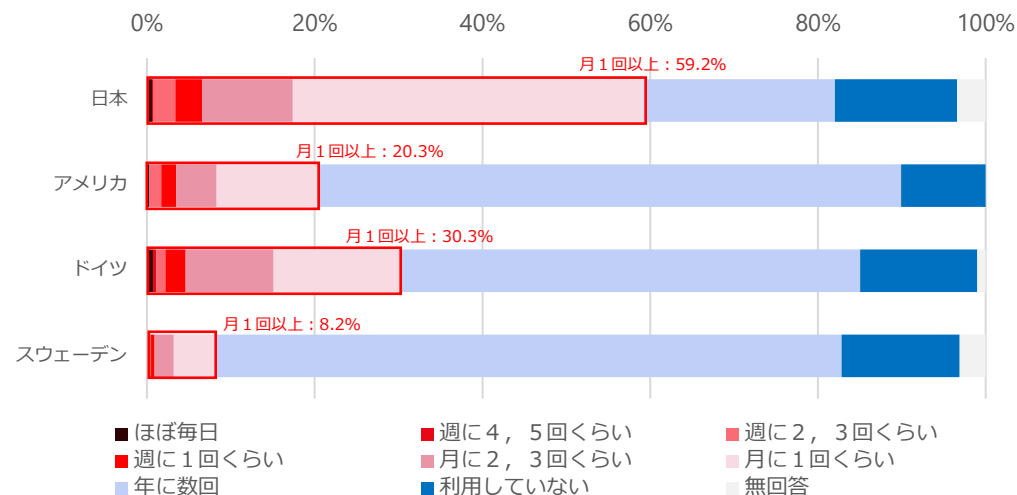
（出典）厚生労働省「医療給付実態調査」等より作成

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」