



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

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

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

医療保険部会における議論の状況（2025年11月21日時点）

2025年9月18日

- ①医療保険制度改革に向けた議論の進め方
- ②令和8年度予算概算要求（保険局関係）の主な事項
- ③令和6年度の医療費の動向について

2025年9月26日

- ①医療保険制度改革について
- ②令和8年度診療報酬改定の基本方針について
（基本認識、基本的視点、具体的方向性①）
- ③高額療養費制度について

2025年10月2日

- ①医療保険制度改革について
- ②病床転換助成事業について
- ③特定健康診査に相当する健康診査に係る結果送付の電子化
- ④個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブについて

2025年10月16日

- ①薬剤給付の在り方について
- ②マイナ保険証の利用促進等について

2025年10月23日

- ①医療保険制度における出産に対する支援の強化について
- ②世代内、世代間の公平の更なる確保による全世代型社会保障の構築の推進
- ③令和8年度診療報酬改定の基本方針について
（基本認識、基本的視点、具体的方向性②）

2025年11月6日

- ①高額療養費制度について
- ②薬剤給付の在り方について
ー長期収載品・先行バイオ医薬品・OTC類似薬ー

2025年11月13日

- ①世代内、世代間の公平の更なる確保による全世代型社会保障の構築の推進
（高齢者医療における負担の在り方について・医療保険における金融所得の勘案について）
- ②医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する論点
- ③マイナ保険証の利用促進等について

2025年11月20日

- ①OTC類似薬の保険給付の在り方について患者団体からのヒアリング
- ②医療保険制度における出産に対する支援の強化について
- ③医療保険制度改革について
（入院時食事療養費・生活療養費）
- ④令和8年度診療報酬改定の基本方針について

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

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）
- 第5回 2025年10月22日（高額療養費制度について）
- 第6回 2025年11月21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

令和7年11月6日	第202回社会保障審議会医療保険部会	資料1-1
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

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」を大きく超えてしまっている患者が生じている。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。

令和7年11月6日 医療保険部会における主なご意見①（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。）

- 高齢化の進展や医療の高度化等によって医療費が増大する中で、現役世代の保険料負担の上昇を抑制するとともに、この制度を持続可能なものにしていくためには、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、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。

見直しの際には、給付と負担のバランス、世代内・世代間のバランスを踏まえ、外来特例の見直しが必要と考える。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、現行の所得区分については、低所得者に配慮した自己負担の設定を前提に所得区分の細分化も必要。

全世代型社会保障の構築や、最重要課題である「現役世代の負担軽減」に向けて、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を進めていただきたい。

- 医療保険制度を持続可能なものとするとともに、増加する現役世代の保険料負担を軽減していく観点からは、医療保険制度の改革全体を進めていくことが不可欠であり、その際の改革項目の一つとして、高額療養費制度についても一定程度見直しが必要。具体的にどこまで見直すかについては、他の項目も含めた改革全体の中で検討していくべき。ただし、特に高額療養費制度については、そのセーフティネットとしての機能も踏まえ、想定される影響についてデータを可能な限り詳細に示しながら丁寧に議論を行い、国民の理解を得ていくことが重要。
- 現物給付だけでなく、傷病手当金等の所得保障の部分も含め、長期にわたり高額な医療を利用される方への影響も考える必要。
- 高額療養費制度の見直しについては、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、制度全体の議論をするということも難しいのではないかと。
高額療養費制度の見直しにあたっては、様々な患者に対して過度な自己負担が生じないように、そして、必要な受診を控えることがないよう丁寧な議論が必要。さらに、患者を含めた国民の方々にもしっかりと議論の経緯や理由を御理解していただけるような形で進めなければならない。

令和7年11月6日 医療保険部会における主なご意見②（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。）

- 家計の保有純資産の状況を見ると、格差の拡大が生じている。こうした点も踏まえながら、保険料についても応能負担として税に準じて累進的に負担いただくべきではないか。こうしたものを導入しながら、医療費を支える財源の在り方について根本的な見直しを図っていただく必要。
- 国民の多くはこの制度の持つ意味をほとんど理解しておらず、非常に高額な医療費ばかりがかかっていると思っているのではないか。国民一般に分かりやすい制度にしていく必要。
高額療養費制度を利用されている方の中には、低価値医療・無価値医療を利用されている方も少なくない。しっかり検証し無駄を省いていくことが必要。
- 見直しにあたっては、必要な医療へのアクセスが阻害されないようにすること、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。
- 大きなリスクに備えるセーフティネットとしての高額療養費制度は今後も維持していく必要。そのためには、医療費全体の抑制が急務であり、高額療養費制度においても、近年の賃金水準や物価の動向に対応した給付と負担の在り方の見直しは避けては通れない。
外来特例の見直しや所得区分の細分化なども1つの方策であり、また、制度の悪用を防ぐような制度設計も求められるのではないか。更に言えば、負担能力の尺度として、現在の標準報酬月額による区分自体が適切であるかについても検討すべき。年収を用いた算定とするなど、制度全体の中での検討も必要。
- 高額薬剤を使用するという観点においても、一時的に必要とする場合はもちろん、継続して長期の服用が必要となる場合の負担はかなり大きいため、安心して継続して服用を続けられるような環境を維持していただく必要。
- 外来特例については、長期医療を受けている方や低所得者の方々は、恩恵を受けている方も多く、高齢者の負担の在り方については、区分を細かく分ける等の工夫をしながら考えていただきたい。
- セーフティネットとして無くてはならない制度であり、世代間・世代内の不公平感を解消するためにも、制度の意義や仕組みを国民に周知し、自分事として議論を進めていく必要。

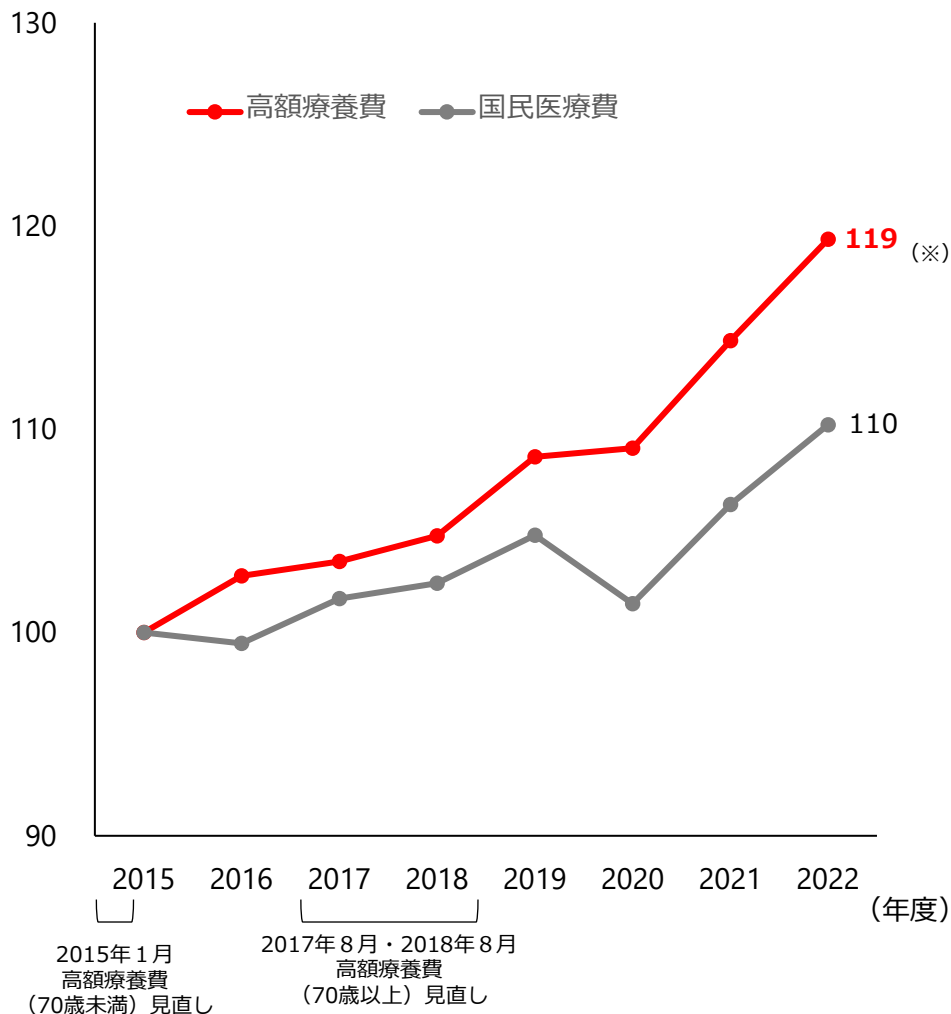
本日も議論いただきたい事項（案）

- 高額療養費制度の在り方に関し、前回の「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」（以下、本委員会）及び医療保険部会において、
 - ・ 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
 - ・ 年齢にかかわらず負担能力に応じた負担
 - ・ 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の3つ論点を中心に議論を深めていただいた。

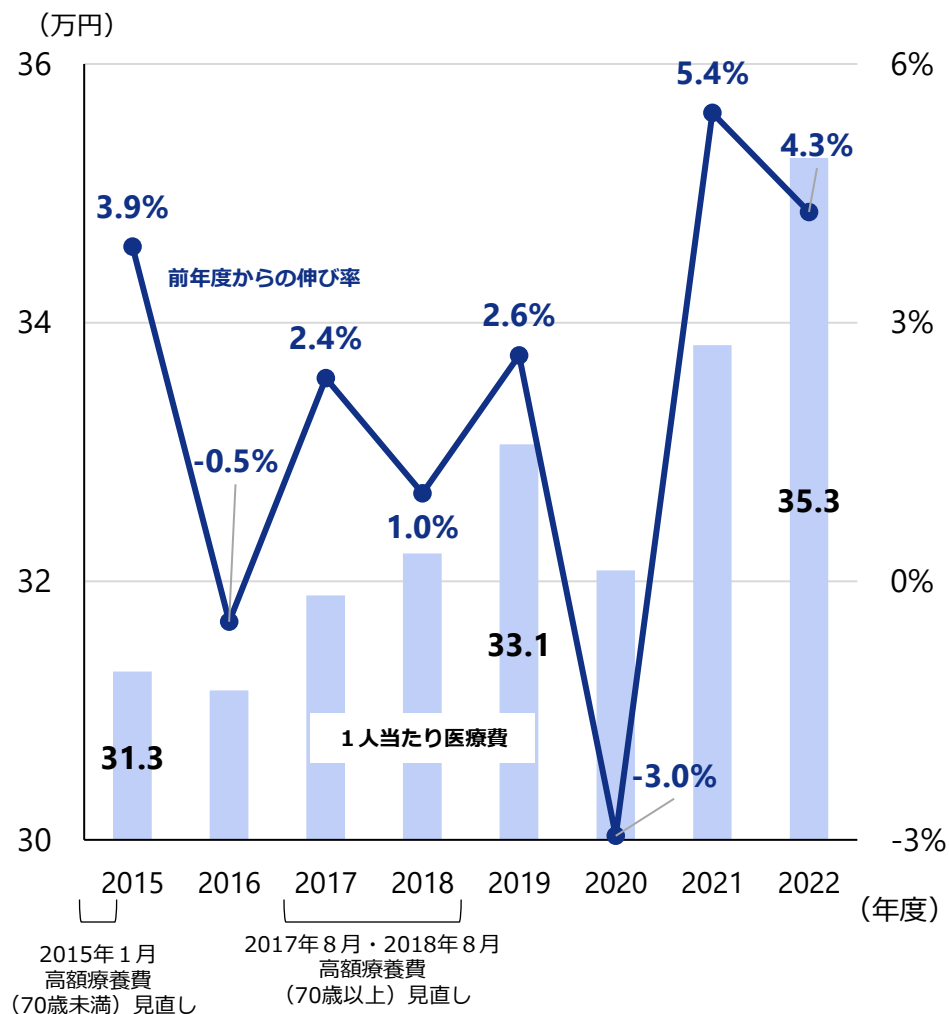
- これまでの議論や本日お示しするデータ等も踏まえ、以下の諸点を中心に更にご議論を深めていただきたい。
 - ・ 前回議論において、年齢ではなく能力に応じた全世代の支え合いの観点で考えれば、給付と負担のバランス、世代間のバランスを踏まえて、高齢者の外来特例については見直しが必要といった意見が多かった。一方で、外来特例については、高齢者になると病気になる確率が高くなるといった高齢者の特性を踏まえて考える必要があるという意見もあった。高齢者の受診動向や実際の医療費負担のケース等のデータも踏まえつつ、外来特例の在り方についてどのように考えるか。
 - ・ 前回議論において、高額療養費制度の在り方を検討する際、長期に継続して制度を利用される場合と1月のみ制度を利用されるなど短期の制度利用の場合で分けて考えるべきという意見があった。
前回提示した実際の医療費負担の複数の「事例」において、継続して制度を利用されている方と短期で利用される方の自己負担の状況をお示したところであり、こうした「事例」も踏まえつつ、医療保険制度全体の中で高額療養費制度の在り方についても検討していくという大前提に立った上で、仮に自己負担限度額を見直すとした場合、どのような切り口で見直しを行っていくことが考えられるか。
 - ・ その他、本専門委員会におけるこれまでの議論を踏まえ、更に論議を深めていくべき点があるか。

医療費の動向

高額療養費と国民医療費の伸び
(H27を100とした場合)



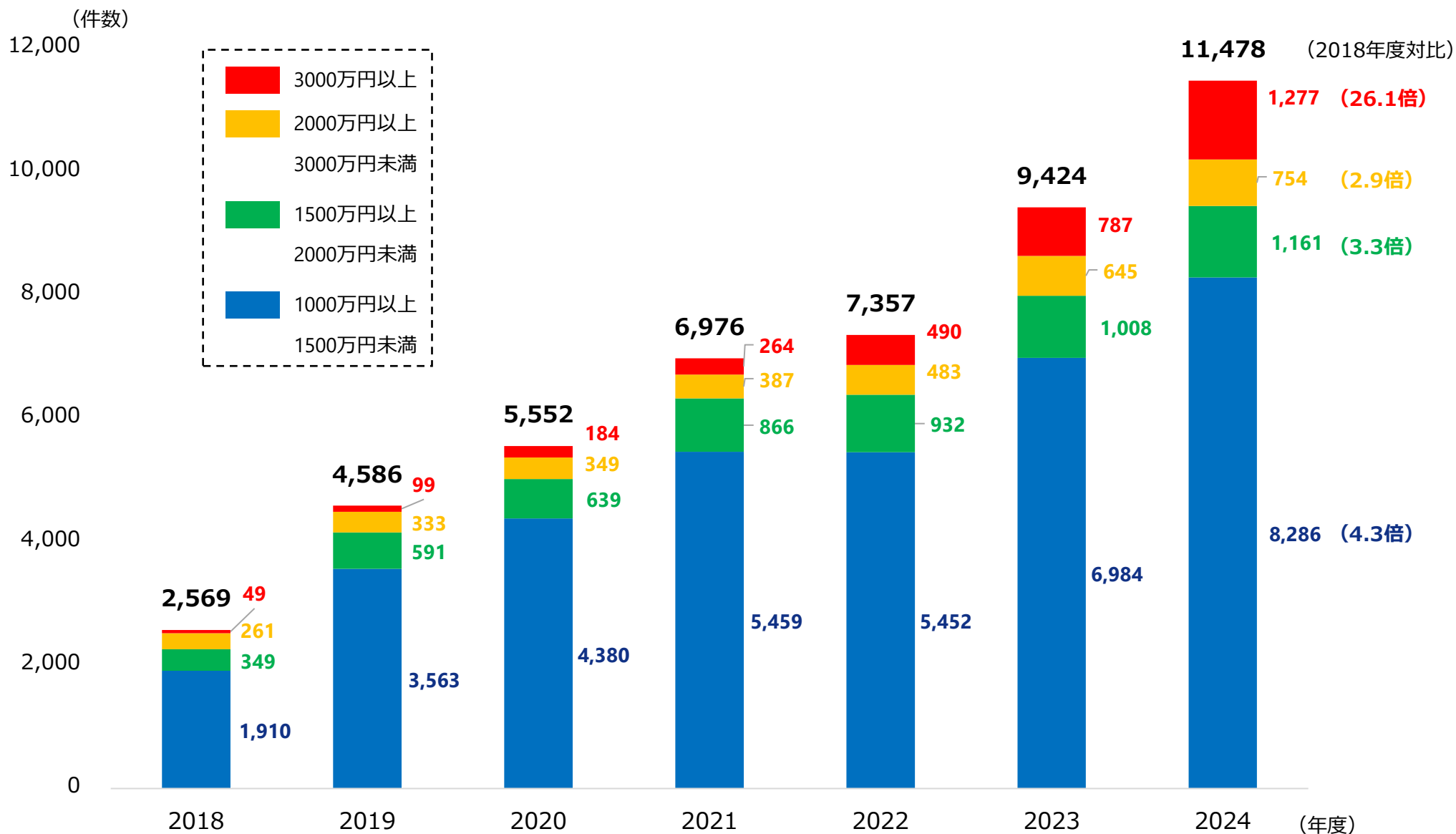
1人当たり医療費の推移 (医療保険制度)



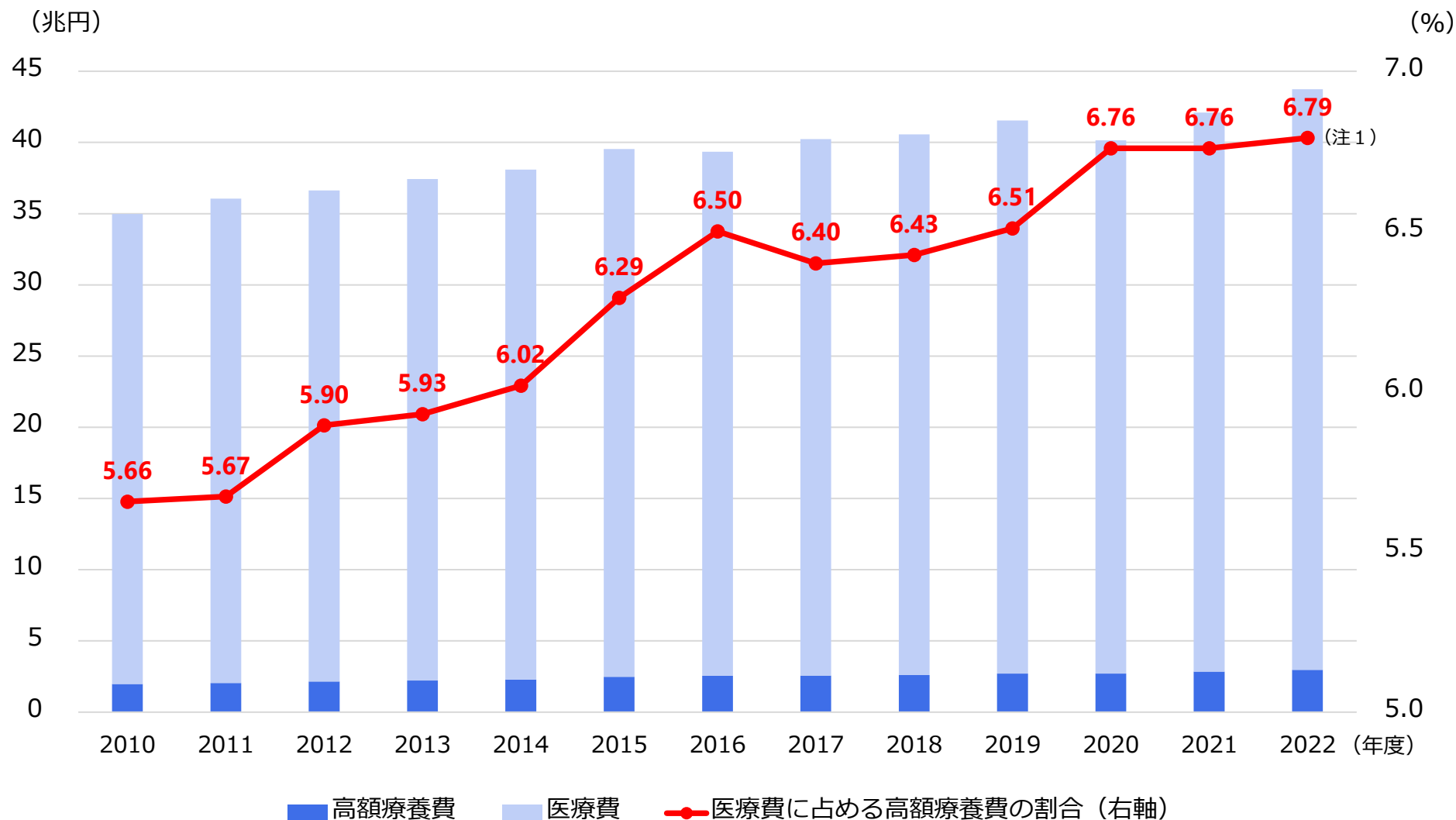
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

(※) 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1,000万円以上レセプト件数の年次推移（医療保険制度全体）



医療費に占める高額療養費の割合【保険制度全体平均】



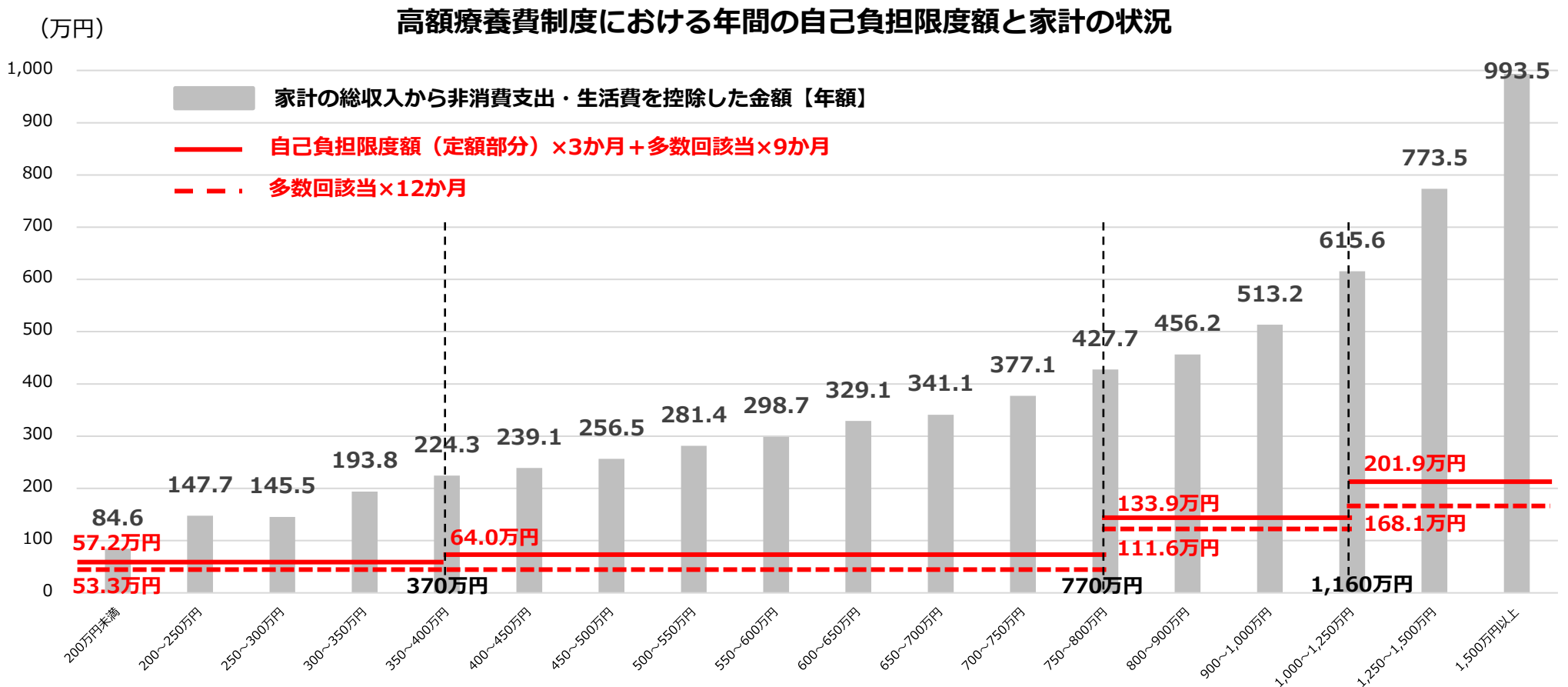
(注 1) 後期高齢者医療制度の窓口負担割合の見直し時の配慮措置が含まれているため、2022年度の数値を他年度の数値と比較する際は留意が必要。

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

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」を元に作成。

高額療養費制度における自己負担限度額と家計の状況

- 現行の高額療養費制度における自己負担と、家計の総収入から「社会保険料等の非消費支出」及び「生活費（※）」を控除した額を比較。
- （※）食費・光熱水費・住居費（土地家屋借金返済含む）と仮定して計算。
- （※）自己負担の計算に当たっては、医療費控除を考慮していない。
- （※）貯蓄等の金融資産は考慮していない。



（注）各年収階級の「家計の総収入から非消費支出・生活費を控除した金額」は、総務省「家計調査」（2024年・2人以上勤労者世帯）における同年収階級の総収入（実収入）から食費・光熱水費・住居費（土地家屋借金返済含む）・税・社会保険料を控除して算出した値（12倍して年額換算）。

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

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 + (医療費 - 842,000) × 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 + (医療費 - 558,000) × 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 + (医療費 - 267,000) × 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 + (医療費 - 842,000) × 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 + (医療費 - 558,000) × 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 + (医療費 - 267,000) × 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 [年14.4万円(※5)]	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。

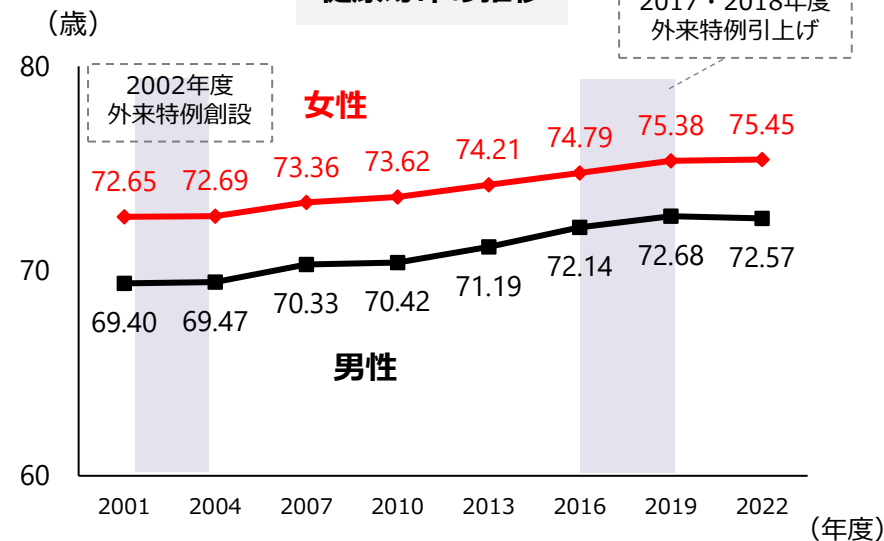
※5 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

70歳以上高齢者の窓口負担割合と所得基準

年収収入のみの場合	窓口負担割合		高額療養費制度における自己負担限度額 (月額・世帯ごと)	
	70～74歳	75歳～	外来特例 (月額・個人ごと)	
単身：約383万円～ 複数：約520万円～	3割	3割	—	収入に応じて 80,100～252,600円＋ (医療費－267,000～842,000円) × 1 % <多数回該当：44,400～140,100円>
単身：約200万円～約383万円 複数：約320万円～約520万円	2割	2割	18,000円 (年14.4万)	57,600円 <多数回該当：44,400円>
単身：～約200万円 複数：～約320万円	2割	1割	18,000円 (年14.4万)	57,600円 <多数回該当：44,400円>
世帯全員が住民税非課税 (年収約80万円～)	2割	1割	8,000円	24,600円
世帯全員が住民税非課税 (年収～約80万円)	2割	1割	8,000円	15,000円

高齢者の医療利用の推移

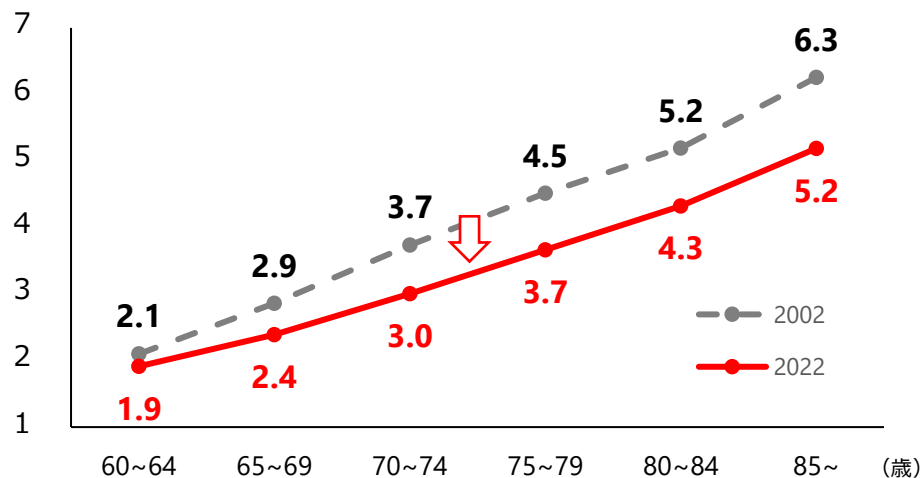
健康寿命の推移



(※) 健康寿命は、厚生労働科学研究において算出

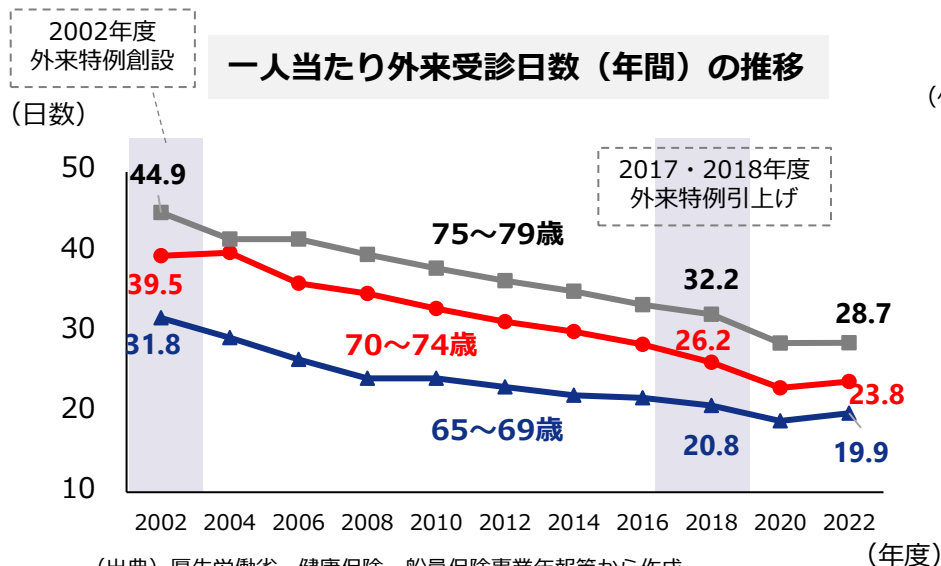
高齢者一人当たりの医療費水準の推移

※各年における15歳から69歳までの一人当たり医療費を1としたときの数値



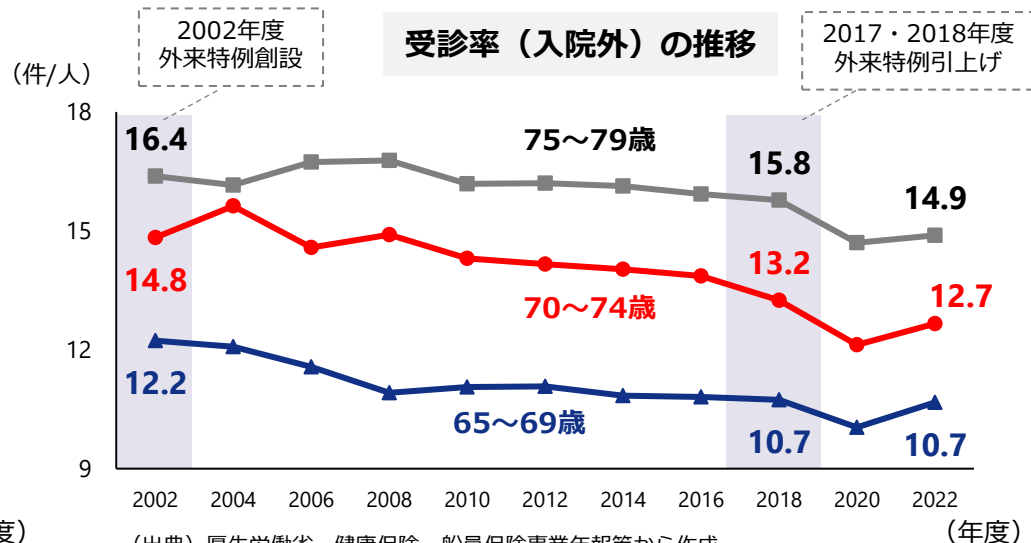
(出典) 厚生労働省「国民医療費」及び総務省「人口推計」より作成

一人当たり外来受診日数 (年間) の推移



(出典) 厚生労働省 健康保険・船員保険事業年報等から作成

受診率 (入院外) の推移



(出典) 厚生労働省 健康保険・船員保険事業年報等から作成

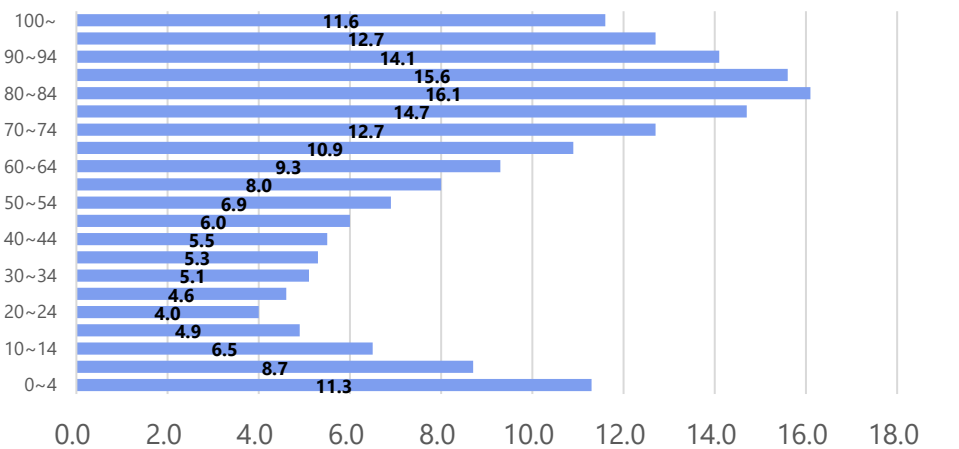
受診行動等に関する比較

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

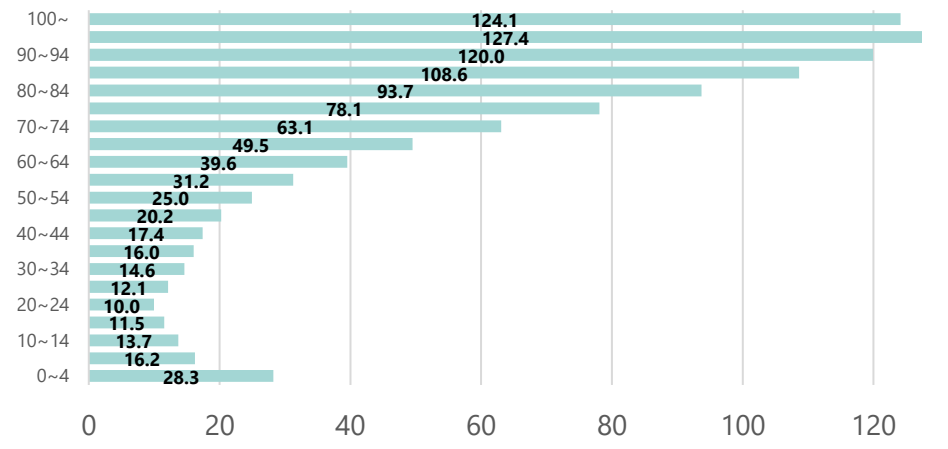
資料 1

年齢階級別外来受診率（令和 5 年度）



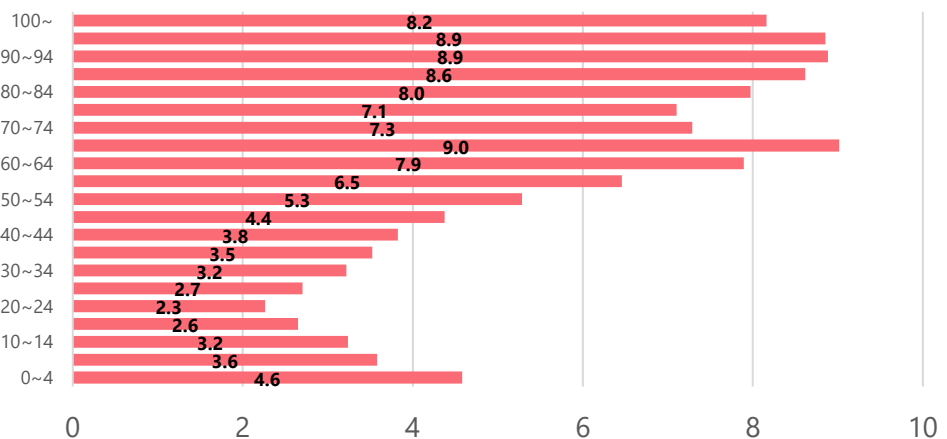
(出典) 厚生労働省「医療給付実態調査」等より作成

年齢階級別一人当たり医療費（令和 5 年度）



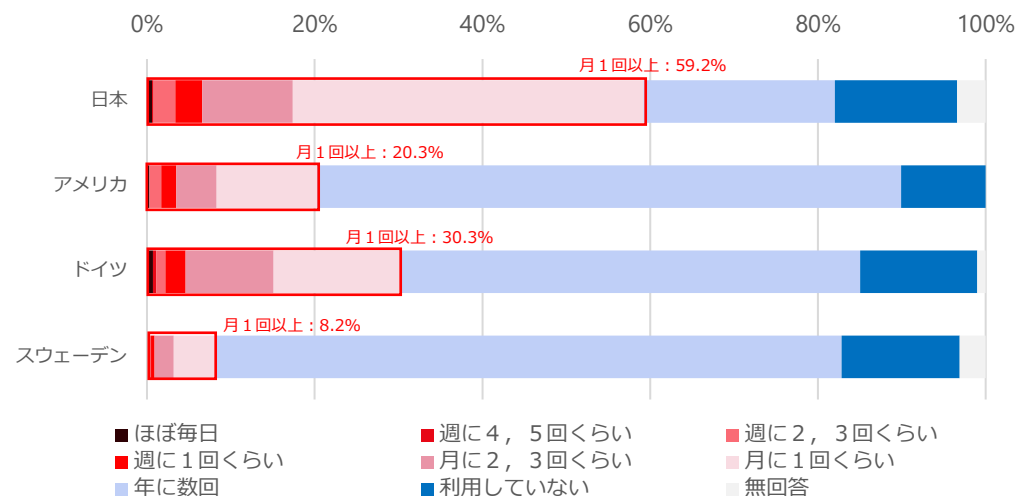
(出典) 厚生労働省「医療給付実態調査」等より作成

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）

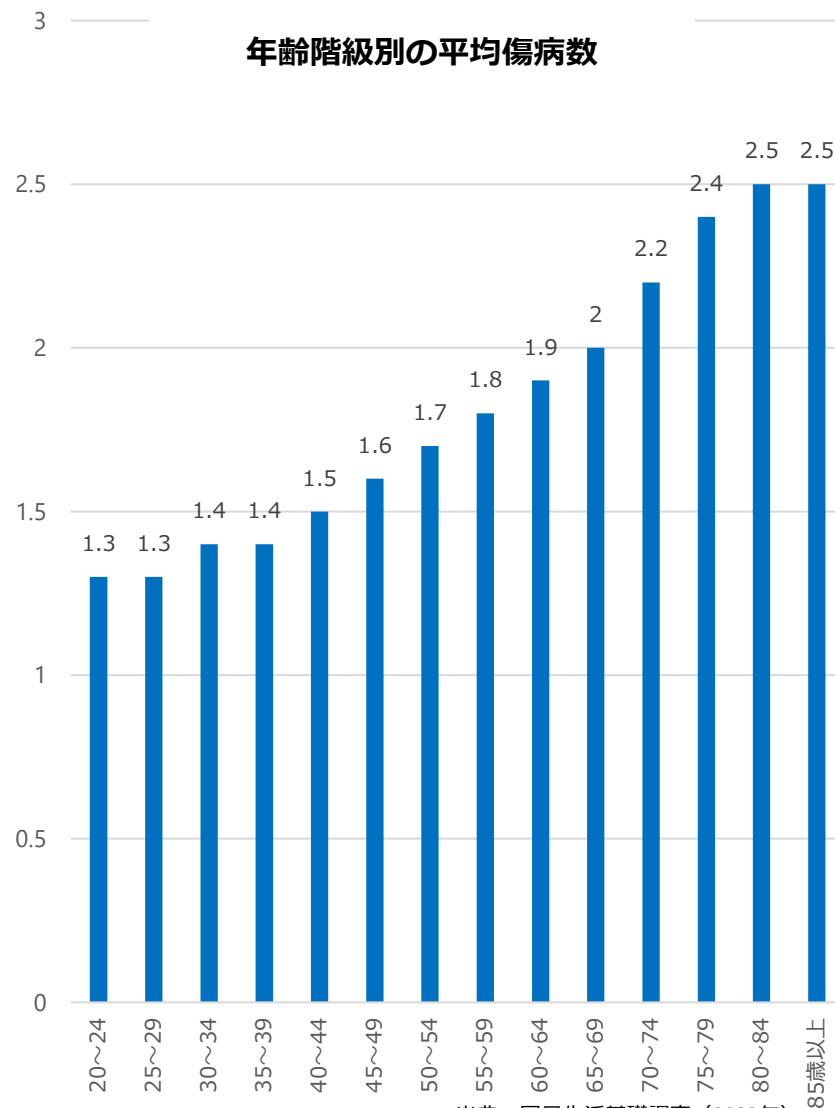
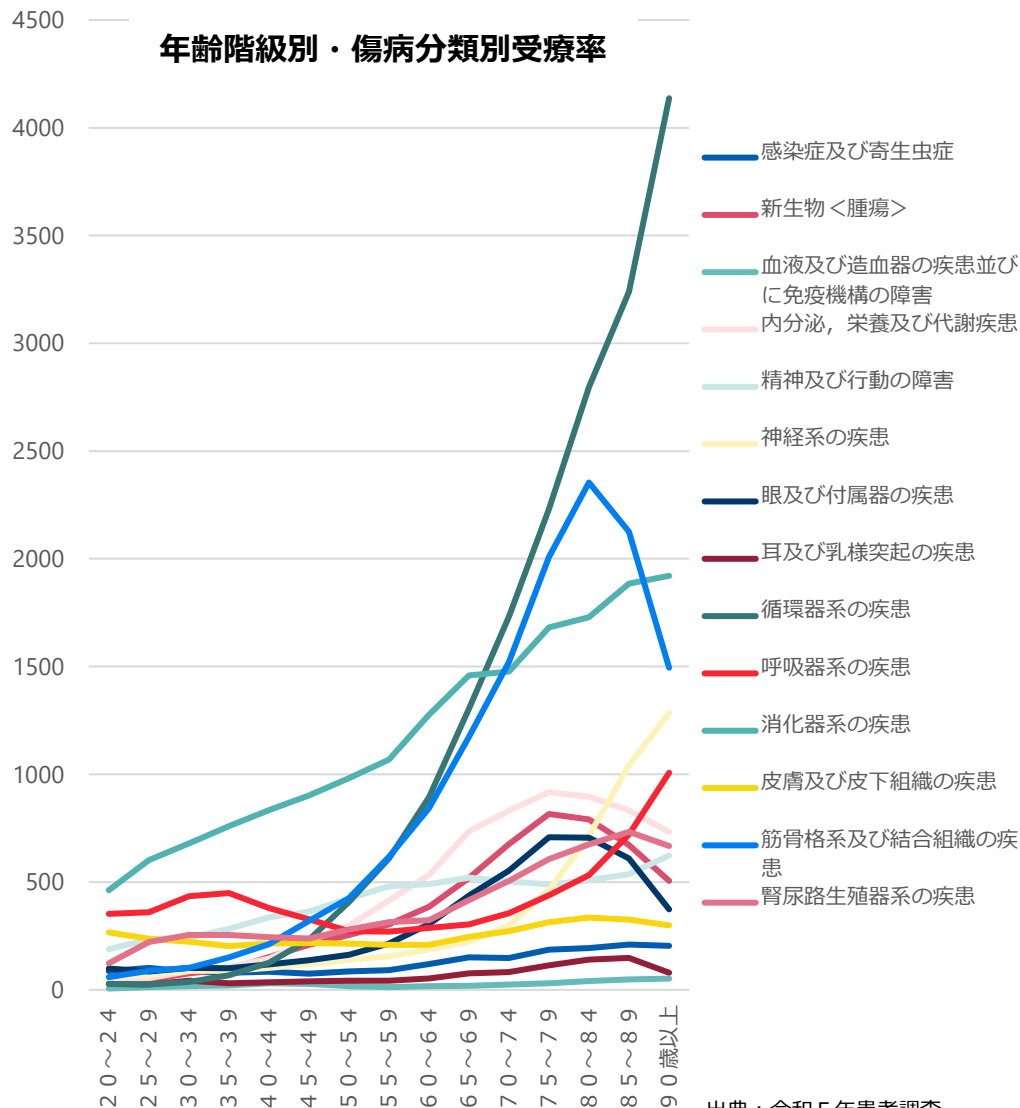


(出典) 内閣府「第 9 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」

年齢階級別の傷病分類別受療率及び平均傷病数

- 年齢階級別の傷病分類別受療率をみると、特に循環器系疾患は、年齢が高くなるにつれて受療率の上昇が顕著。
- 年齢階級別の平均傷病数をみると、年齢が高くなるにつれ平均傷病数が増加。

(人) (人口10万人対)



外来特例の利用時の医療費負担の例①

ケース

70歳代会社員・男性・標報24万円（年収約330万円）の患者

主な傷病

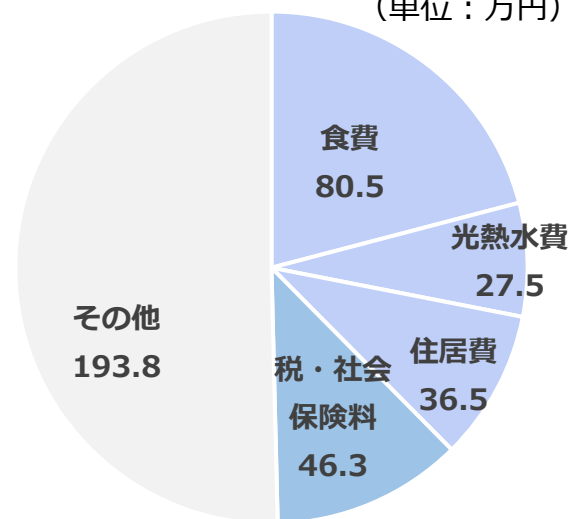
慢性心不全、不整脈、パーキンソン病

総医療費 約76.0万円（2割負担分 約15.2万円）

➔ 高額療養費制度により自己負担 約12.4万円

【家計調査】年間収入300～350万円の家計の状況（年間・2人以上勤労者世帯）

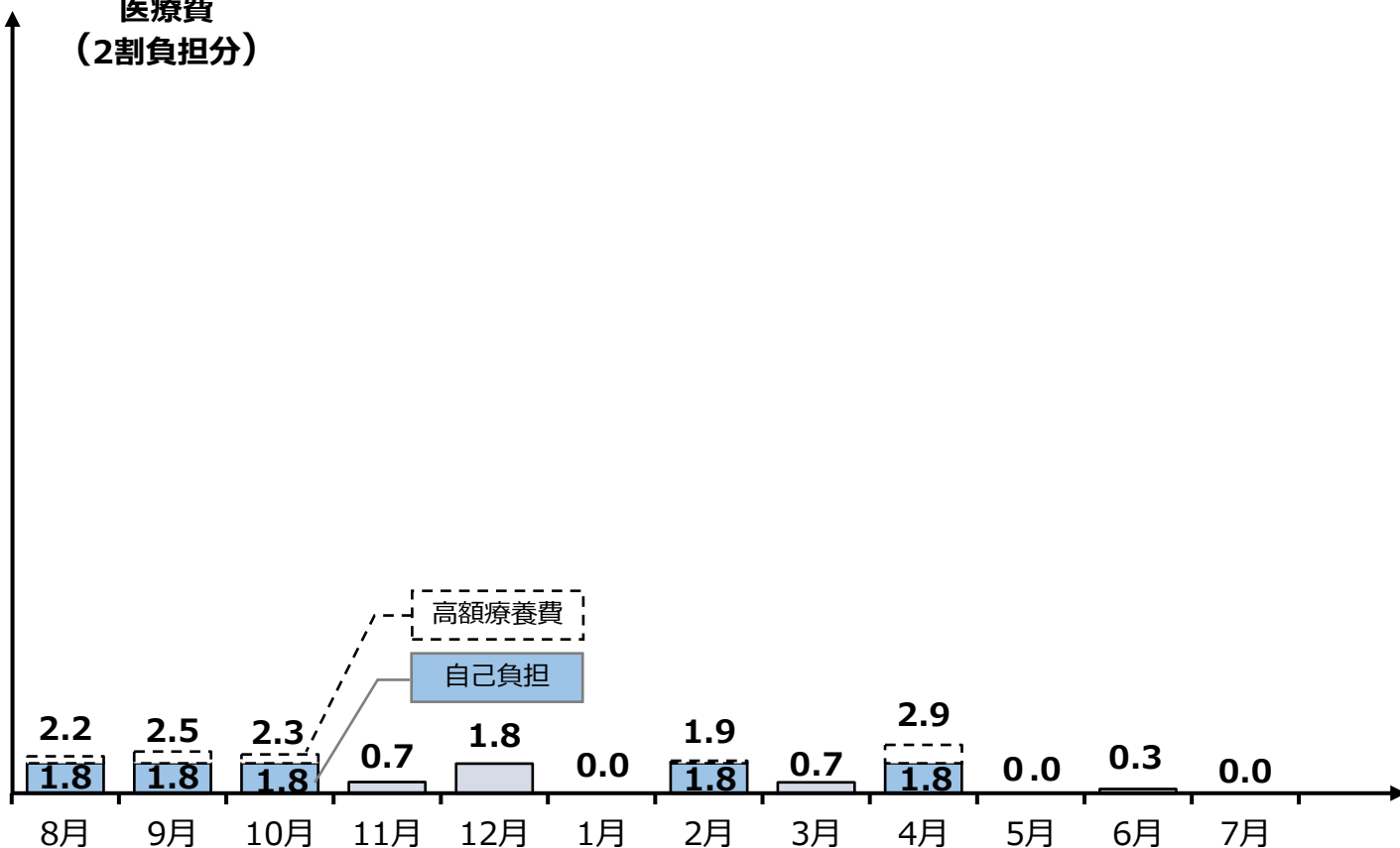
（単位：万円）



※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）

医療費
（2割負担分）



外来特例の利用時の医療費負担の例②

ケース

70歳代会社員・男性・標報19万円（年収約250万円）の患者

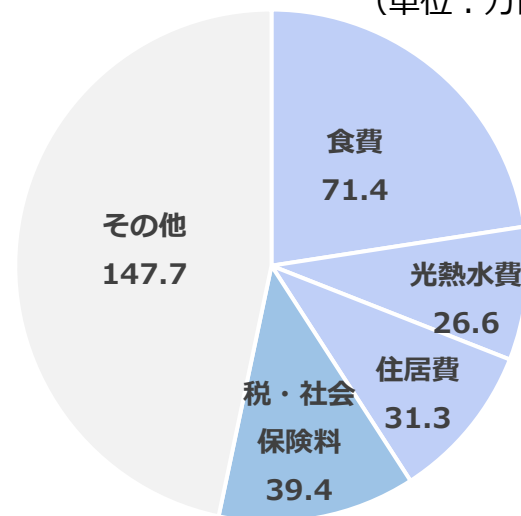
総医療費 約99.8万円（2割負担分 約20.0万円）

➔ 高額療養費制度により自己負担 14.4万円

主な傷病
陳旧性心筋梗塞（植え込み型除細動器）

【家計調査】年間収入200～250万円の家計
の状況（年間・2人以上勤労者世帯）

（単位：万円）

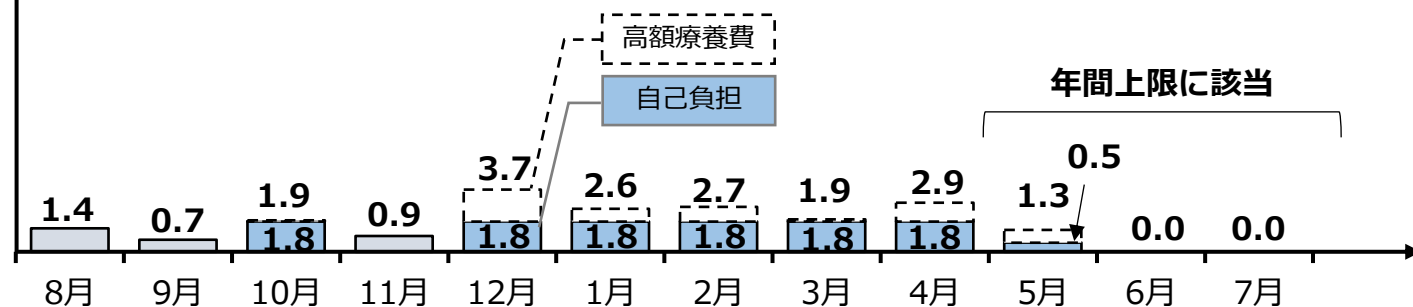


※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200～250万円、月額）を12倍して年間換算。

※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
（2割負担分）



外来特例の利用時の医療費負担の例③

ケース

70歳代会社員・女性・標報10.4万円（年収約130万円）の患者

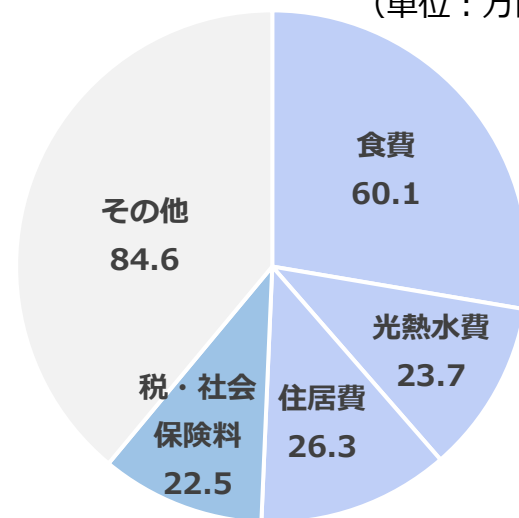
主な傷病
関節リウマチ

総医療費 約156.1万円（2割負担分 約31.2万円）

➔ 高額療養費制度により自己負担 14.4万円

【家計調査】年間収入200万円未満の家計
の状況（年間・2人以上勤労者世帯）

（単位：万円）

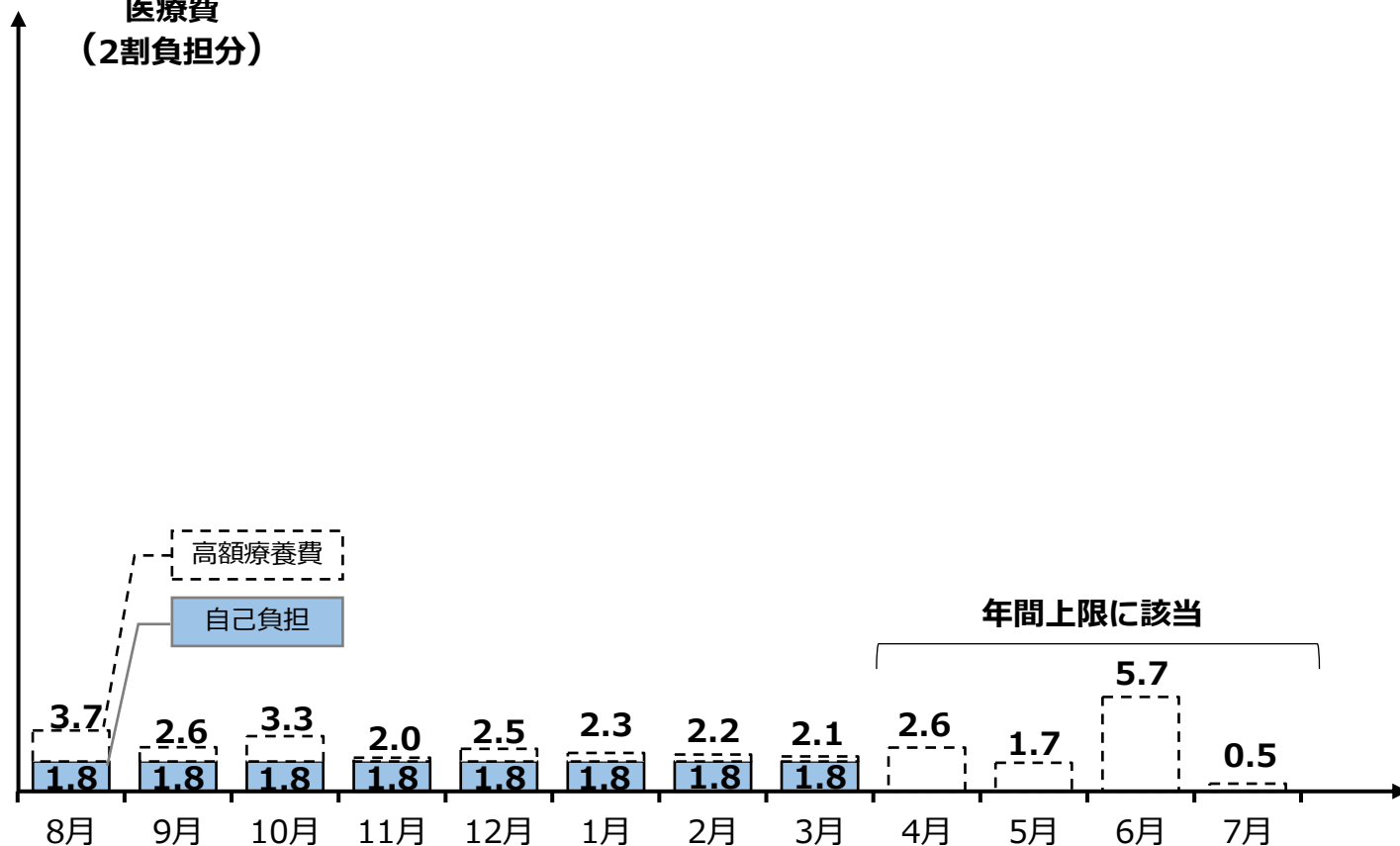


※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200万円未満、月額）を12倍して年間換算。

※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）

（万円）

医療費
（2割負担分）



外来特例の利用時の医療費負担の例④

ケース

70歳代会社員・男性・標報16万円（年収約210万円）の患者

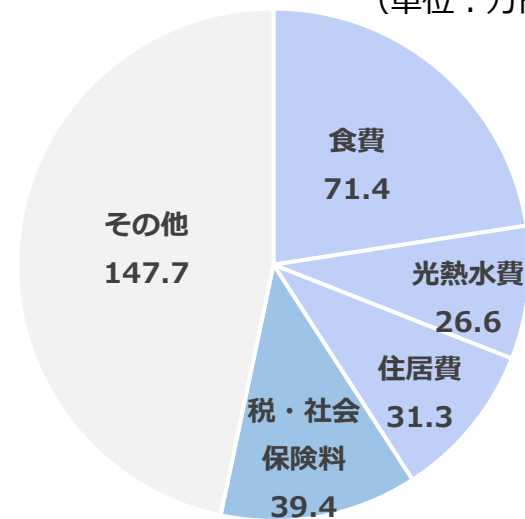
主な傷病
胃がん、転移性肺がん

総医療費 約233.0万円（2割負担分 約46.6万円）

➡ 高額療養費制度により自己負担 14.4万円

【家計調査】年間収入200～250万円の家計
の状況（年間・2人以上勤労者世帯）

（単位：万円）

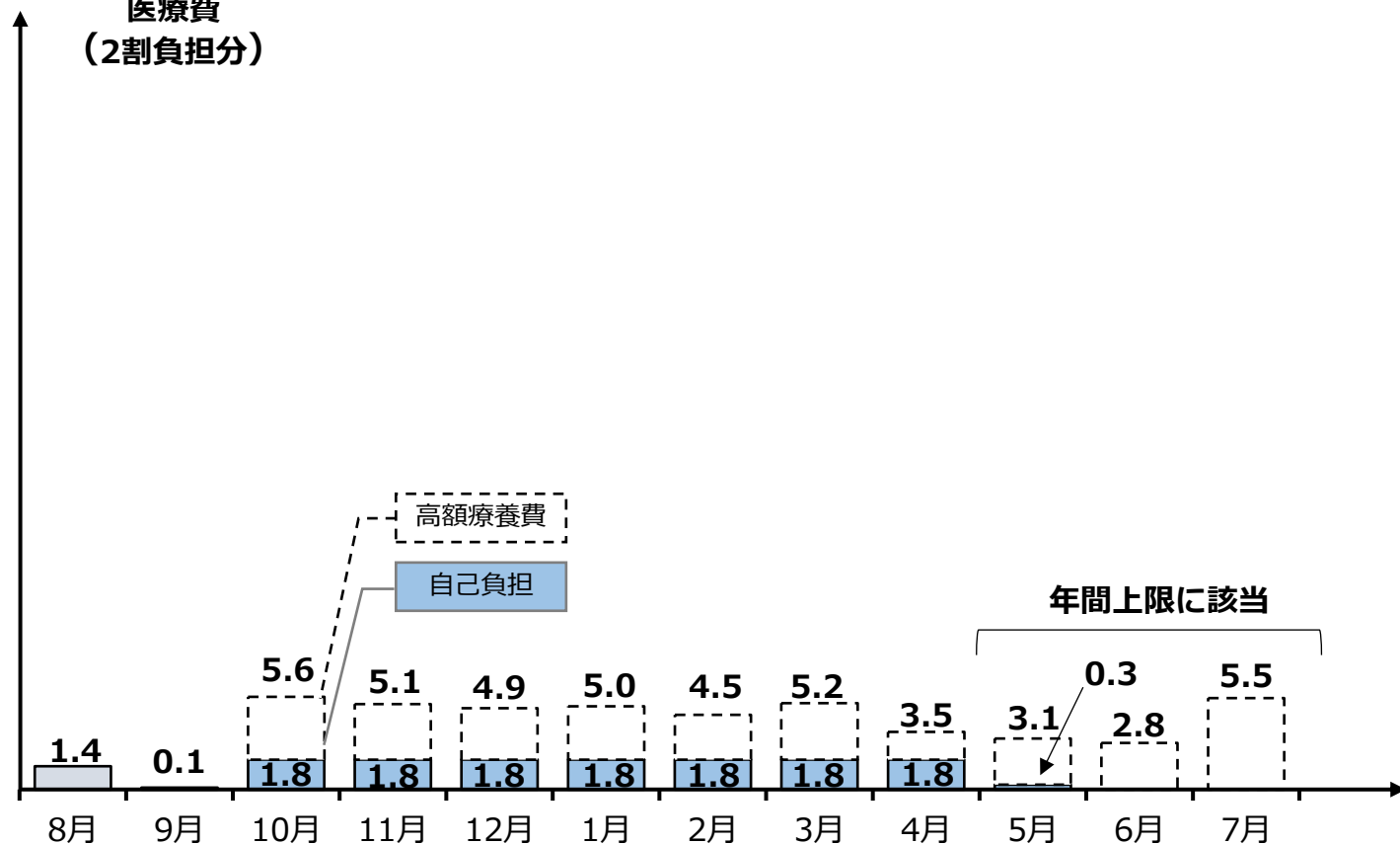


※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200～250万円、月額）を12倍して年間換算。

※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
（2割負担分）



外来特例の利用時の医療費負担の例⑤

ケース

70歳代会社員・男性・標報18万円（年収約230万円）の患者

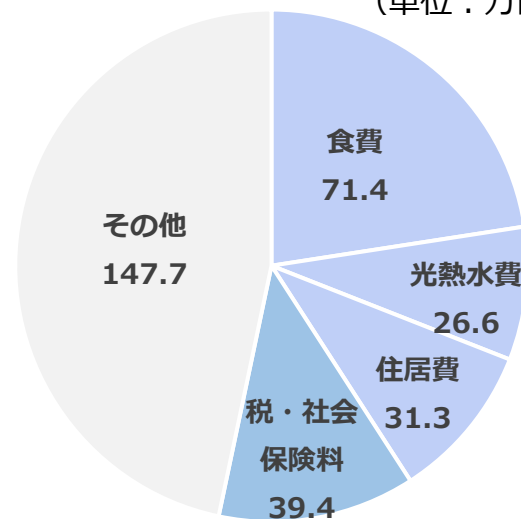
主な傷病
間質性肺炎

総医療費 約432.1万円（2割負担分 約86.4万円）

➔ 高額療養費制度により自己負担 14.4万円

【家計調査】年間収入200～250万円の家計
の状況（年間・2人以上勤労者世帯）

（単位：万円）

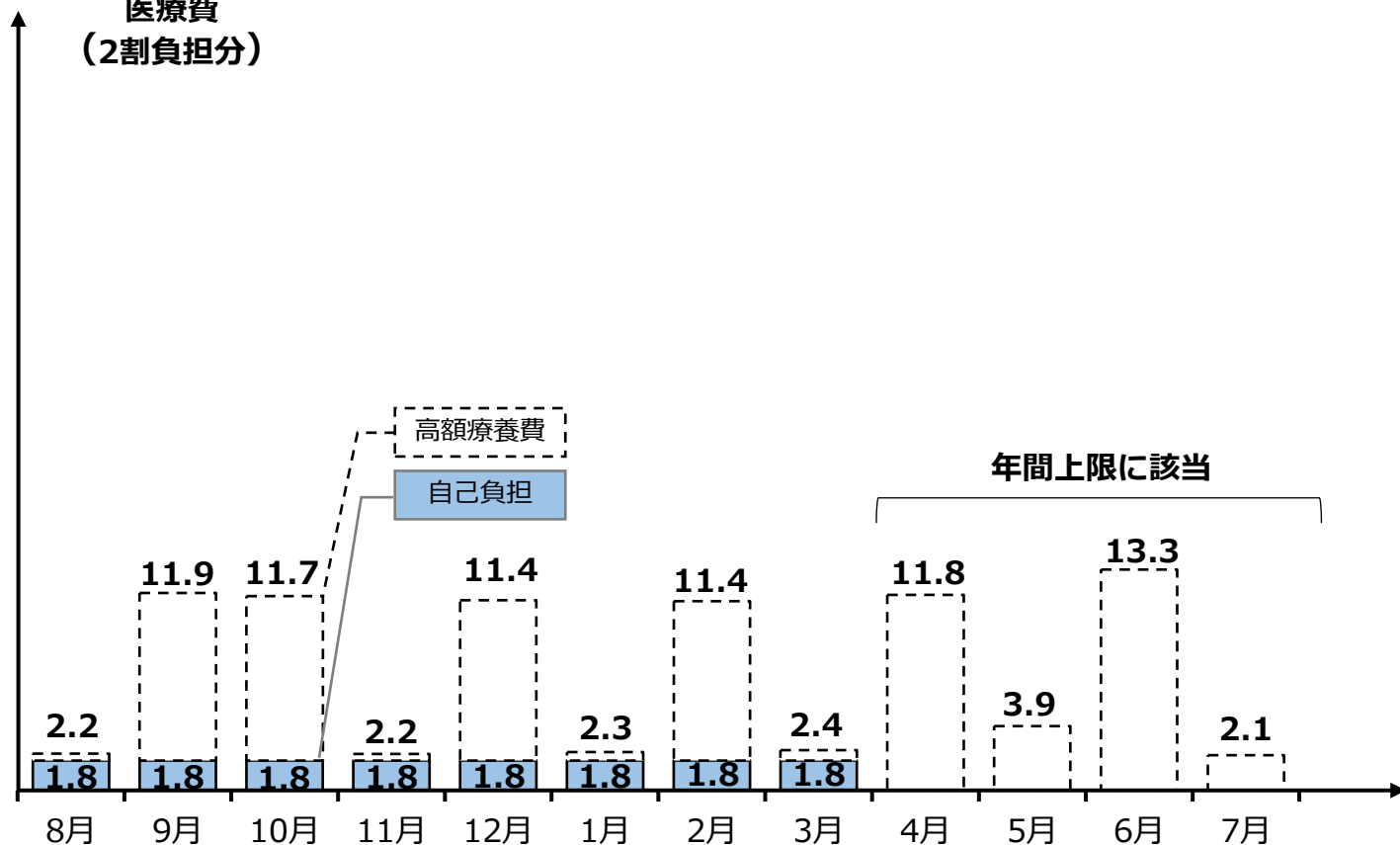


※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200～250万円、月額）を12倍して年間換算。

※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）

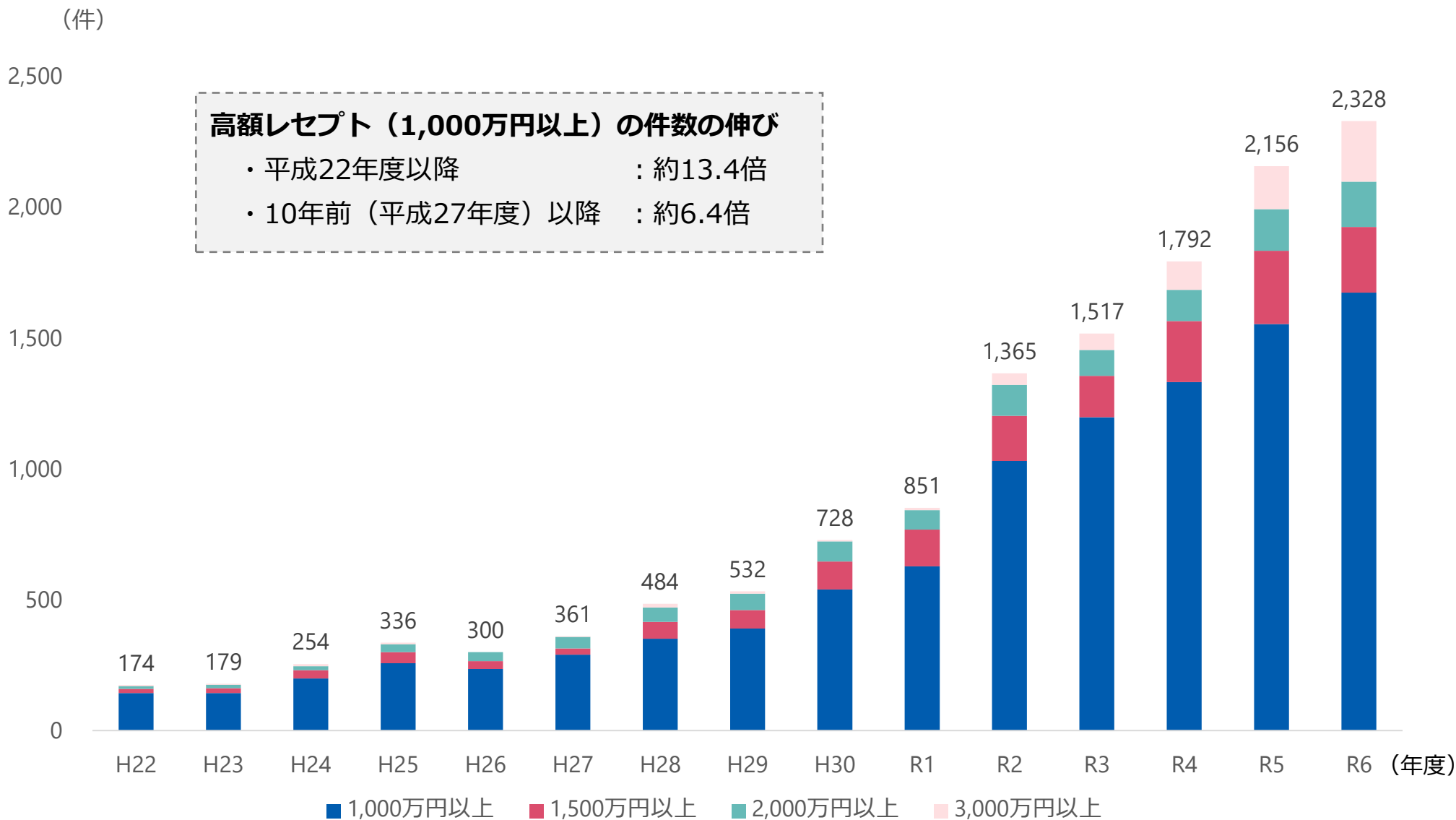
（万円）

医療費
（2割負担分）



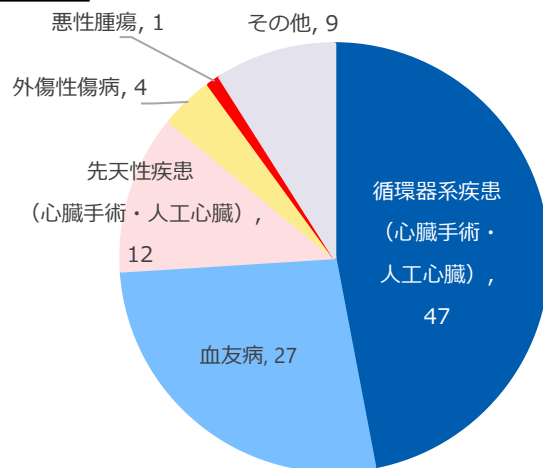
参考資料

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



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

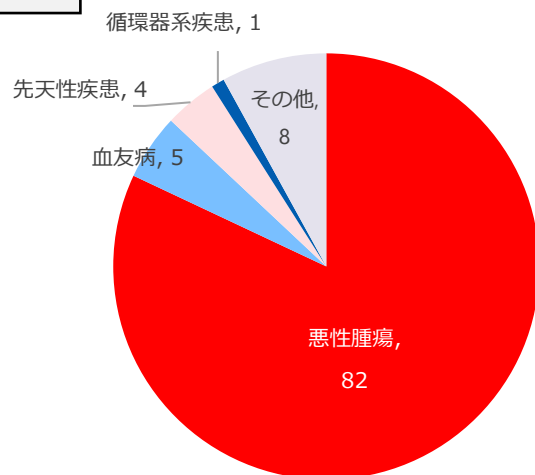


上位100位平均：約**1,987**万円（最高金額：約4,253万円）

【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。

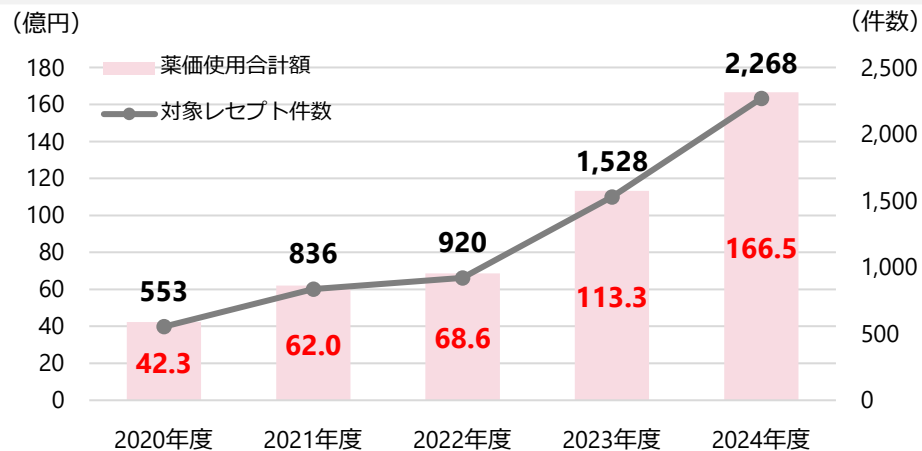
（出典）健康保険組合連合会「令和6年度 高額医療交付金交付事業における高額レセプト上位の概要」

（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)

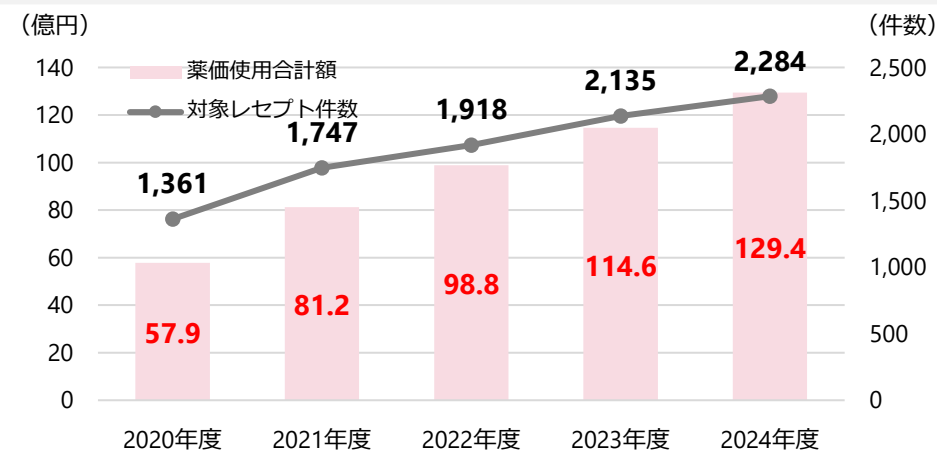
2019年9月保険収載
薬価：約70万円～約257万円



(※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)

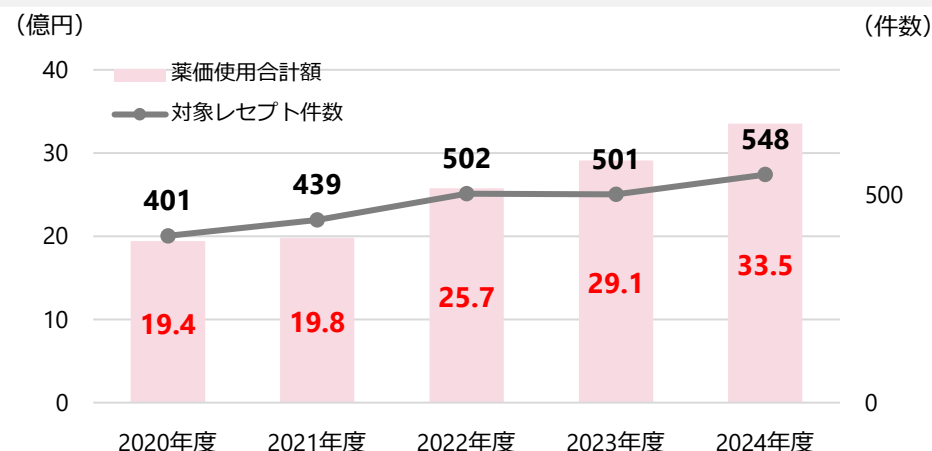
2018年5月保険収載
薬価：約29万円～約122万円



(※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)

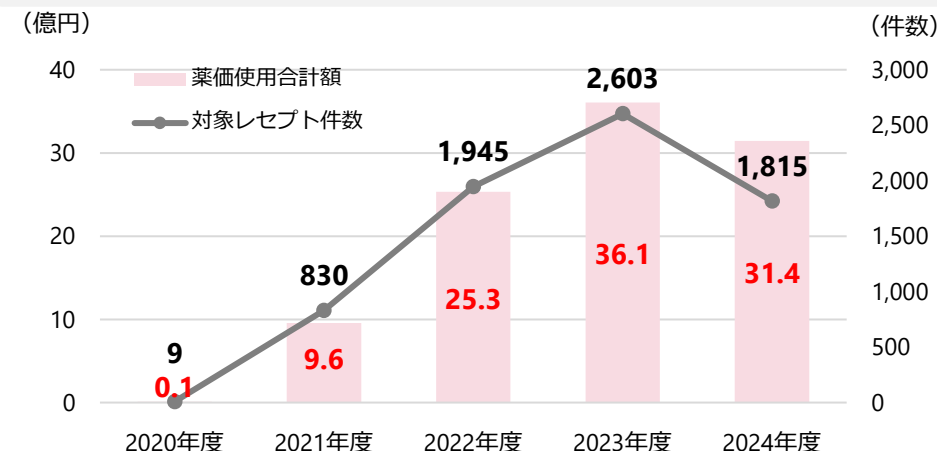
2016年11月保険収載
薬価：約9万円～約118万円



(※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



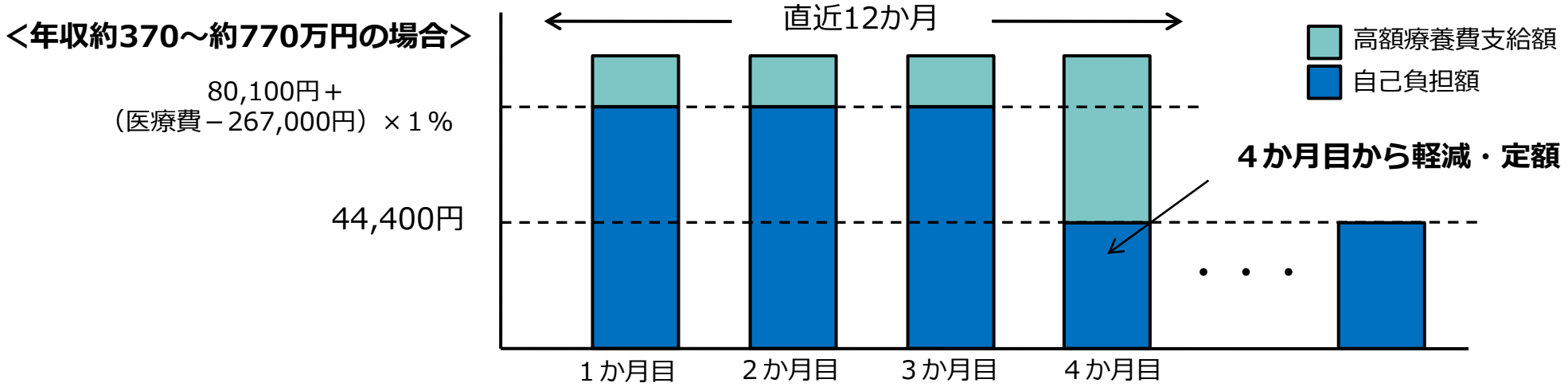
(※4) 視神経脊髄炎スペクトラム障害の再発予防

(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」

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。

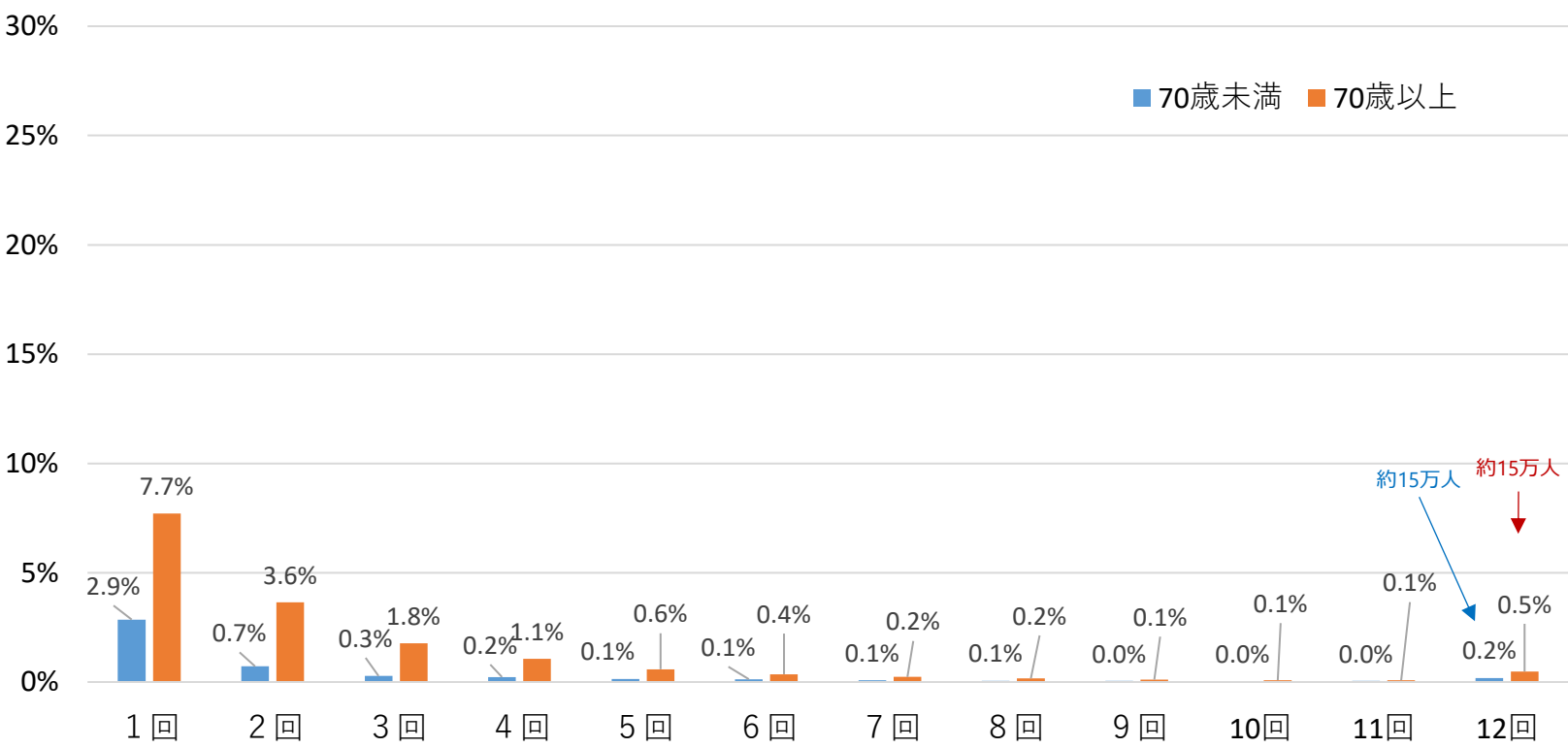


70歳未満	所得区分	軽減前の自己負担限度額	➔	多数回該当の場合	
	年収約1,160万円～	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%		140,100円	
	年収約770～約1,160万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%		93,000円	
	年収約370～約770万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%		44,400円	
	～年収約370万円	57,600円		44,400円	
	住民税非課税	35,400円		24,600円	

70歳以上	所得区分	軽減前の自己負担限度額	➔	多数回該当の場合	
	年収約1,160万円～	252,600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	

高額療養費の年間該当回数別の患者割合（ごく粗い推計）

患者に占める高額療養費の年間該当回数（外来特例等を除く）別割合



<人数>

(万人)

	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回	12回
70歳未満	235	60	25	20	10	10	5	5	4	4	4	15
70歳以上	200	95	45	30	15	10	5	4	3	2	2	15

※. 令和5年度の医療費、加入者数をベースとして、現行の高額療養費制度に当てはめた場合の受給者数等を推計したもの。
なお、患者負担割合については後期高齢者の2割負担導入後のものとし、配慮措置については考慮しないものとして推計。
※. 高額療養費の該当回数は、外来特例等を除く。

外来の受診動向

令和7年11月13日

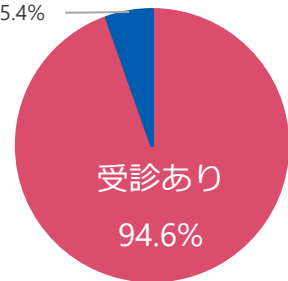
第203回社会保障審議会
医療保険部会

資料1-1

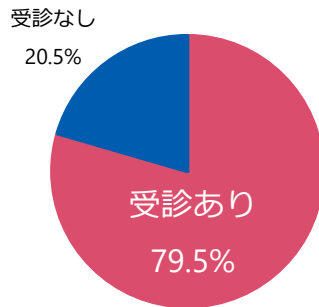
- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2月以下だったのは、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療は約1割。
- 後期高齢者医療では、外来受診者のうち約4割の者が毎月診療を受けている。

年間で外来受診した患者の割合

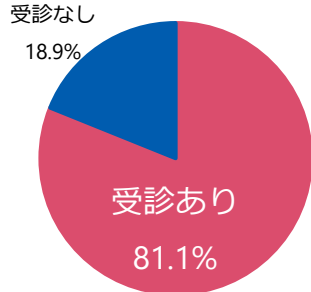
後期高齢者医療制度
受診なし



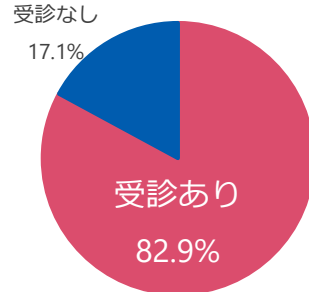
国民健康保険
受診なし



協会（一般）
受診なし

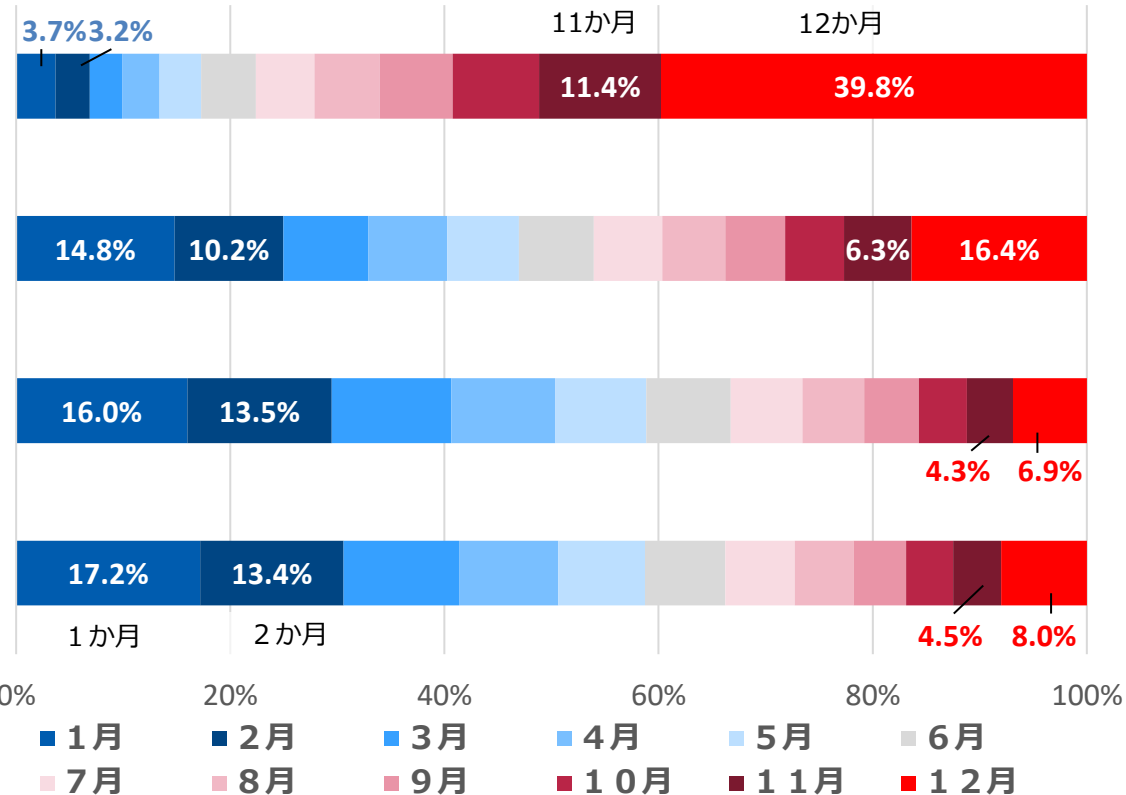


組合健保
受診なし



受診ありの者の受診月数

後期高齢者医療



（出典）医療給付実態調査（令和5年度）

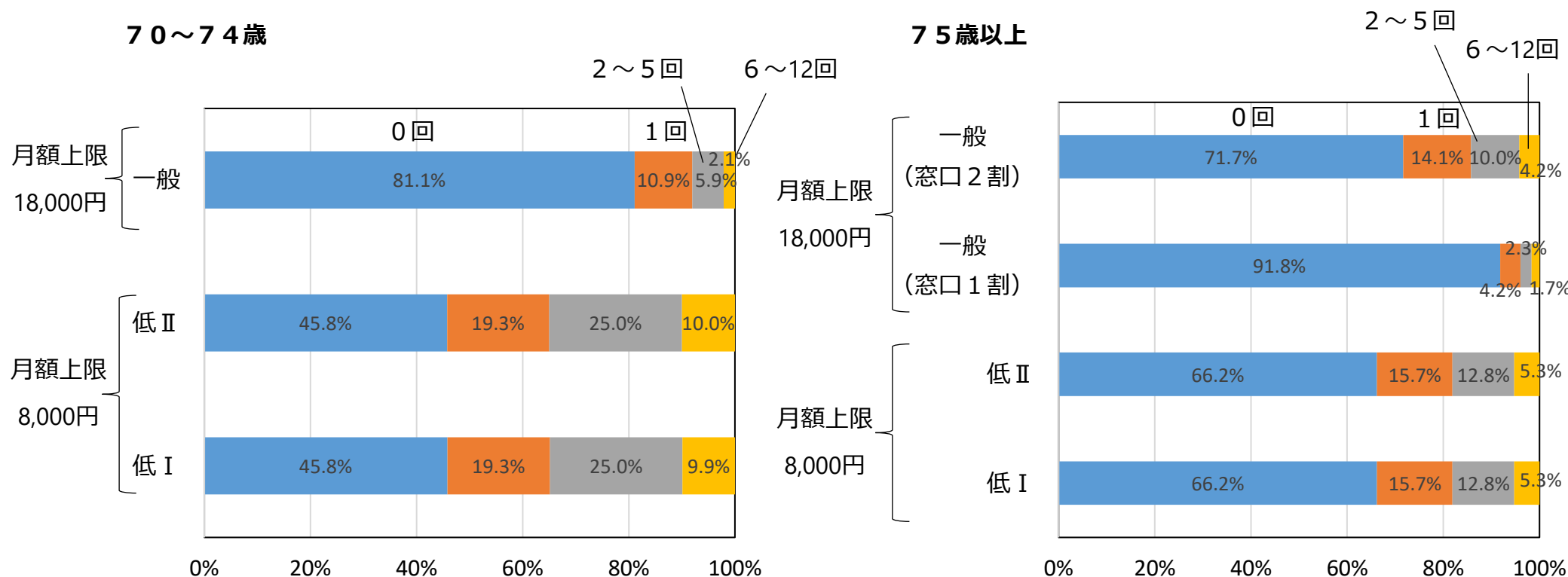
（注）1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

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5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。

（出典）令和5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

高齢者の収入の状況（2021年）

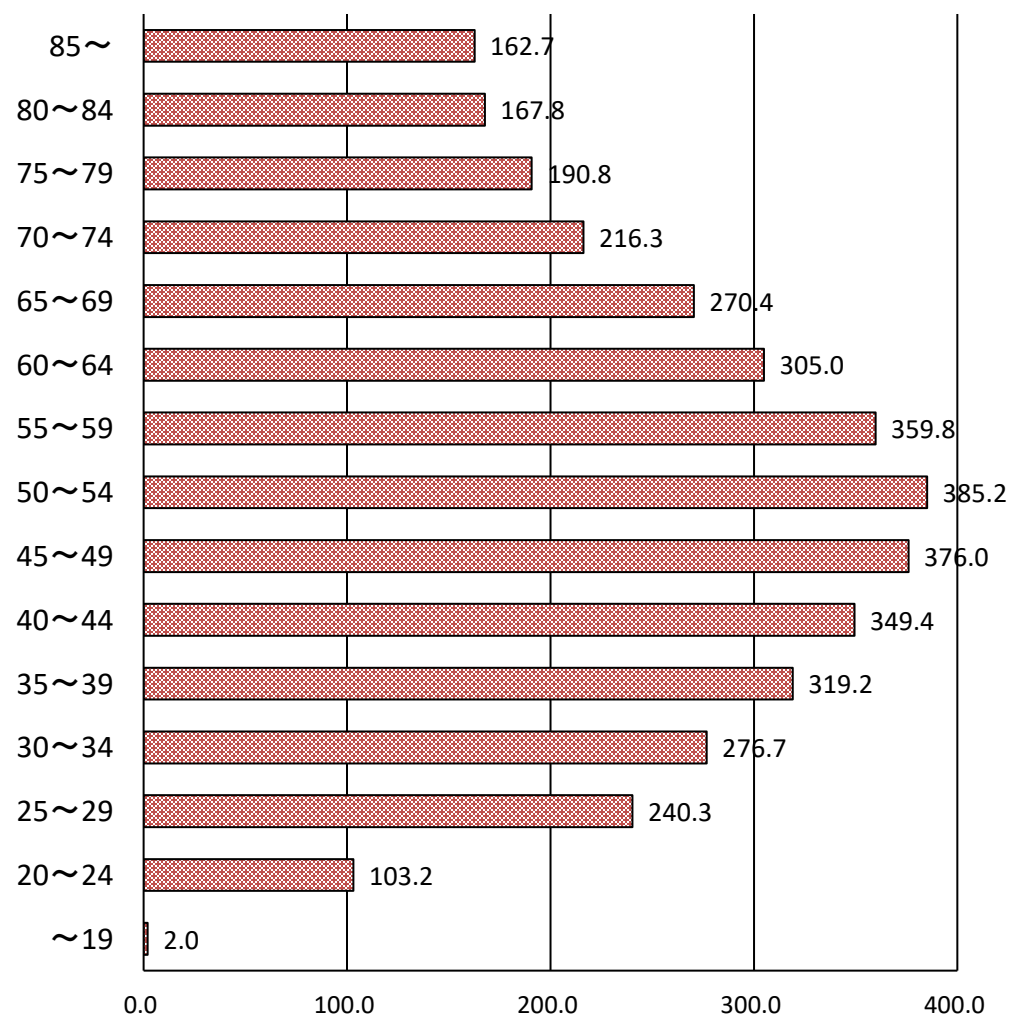
令和7年10月23日

第201回社会保障審議会
医療保険部会

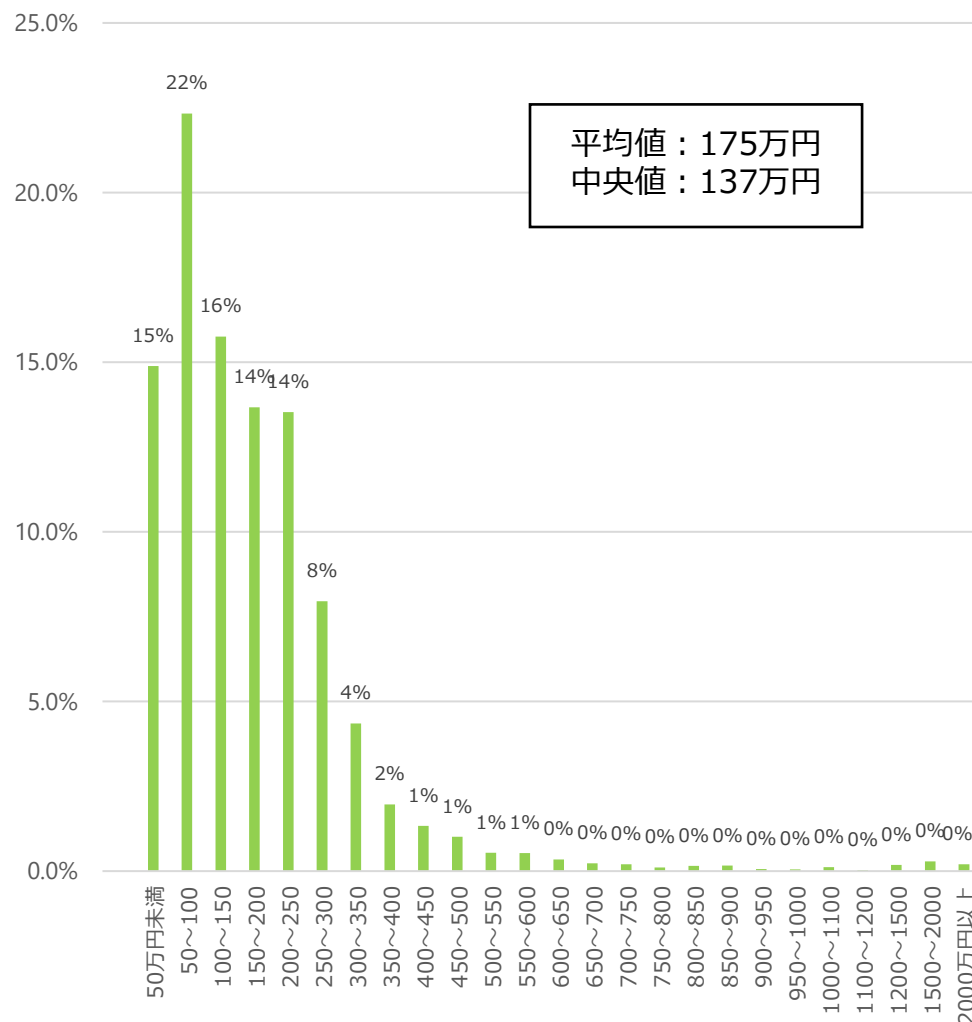
資料2

- 平均収入は、50～54歳を頂点に、年齢を重ねるにつれて低下。
- 75歳以上個人の収入は、50%以上が150万円未満の階層に分布している。

<年齢階層別の平均収入>



<75歳以上個人の収入額の分布>



【出典】2022年（令和4年）国民生活基礎調査（抽出調査）

※「収入」は、給与収入、年金等については給与所得控除、公的年金等控除を適用する前の金額。（事業収入等に係る仕入原価や必要経費は差し引いている）

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。

(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、いつまでこの治療が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と。
- 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

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

(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

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。⁴³

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