

第7回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会 メモ

菊池馨実（早稲田大学）

○患者の生命を救い QOL の向上をもたらす優れた医薬品が次々に登場している。こうした医薬品への保険適用は、すべての国民に対する受療機会の実質的平等という観点から望ましい。他方、これらの医薬品は往々にして高額であり、今後も続々と登場することが見込まれることからすれば、医療保険ひいては社会保障制度の持続可能性の観点から何らかの対応策を考えざるを得ない。本委員会での高額療養費制度の在り方をめぐる議論も、こうした背景の下で行われてきたと考えられる。

○持続可能性の観点からみると、高額療養費制度の在り方は、それ単体ではなく医療保険制度改革全体の中で議論していく必要があることが、本委員会での共通合意であったと思われる。そうした医療保険制度改革の大きな方向性ないし政策目標として共有されているのが、「全世代型社会保障」とその具現化としての「負担能力別負担」である。

○このことを前提とすれば、「外来特例の限度額の引き上げ」と「よりきめ細かい所得区分の設定」という方向性は適切と思われる。併せて、「外来特例の対象年齢の引き上げ」についても積極的に評価したい。引き上げるとすれば、新たな基準は、他の諸制度との整合性を考えれば75歳とすることが望ましいように思われる。ただし、引き上げにあたっては対象者の急激な負担増にならないよう配慮が必要である。

○他方、高額療養費が長期療養患者に及ぼす累積的な影響に鑑みれば、多数回該当の限度額の引き上げ幅については配慮が必要である。また、第1回委員会でも述べたように、かつて高額療養費の自己負担が政策上の争点となった際、低所得層への配慮の観点から、受診時定額負担、いわゆるワンコインを財源に自己負担額を引き下げようという議論が俎上に上がった。とりわけ年収370万円以下の多数回該当44000円という上限額は、年収が低くなるほど服薬に向けた障壁を高くしている可能性があり、受療機会の実質的平等という観点からは懸念される。以前、対応できなかった「宿題」に今回取り組む意味でも、現状に据え置くにとどまらず、低所得層の上限額を引下げること、「負担能力別負担」の趣旨を徹底することが適切と考える。

○高額医薬品を使用した長期療養を必要とする患者の増大は、疾病構造や治療の在り方の大きな変化を意味している。この点で検討を要するのが、高額長期疾病（特定疾病）に係る高額療養費の特例の在り方である。この点も第1回委員会で指摘したものの、今回は高齢者を対象とする外来特例が検討対象となるにとどまり、特定疾病に係る議論には至らなかった。この特例は、「非常に高額な治療を長期間（ほとんど一生の間）にわたって継続しなければならず、医療費負担が非常に高額に上るものがあり」、「このような患者について、高額療養費の支給の特例を設けることにより、費用負担の軽減を図ることとした」ものであり（『健康保険法の解釈と運用（平成29年版）』900頁）、現在3疾病について自己負担限度額を通常の場合より引き下げ、月額1万円（人工腎臓を実施している慢性腎不全

の標準報酬月額 53 万円以上の者は 2 万円) となっている (たとえば、2023 年現在慢性透析患者数は 33 万 1 千人とされ〔日本透析医学会 HP より〕、患者一人につき外来血液透析では約 40 万円、腹膜透析 (CAPD) では 30~50 万円程度の医療費がかかるとのデータも示されている〔全国腎臓病協議会 HP より〕)。ただし、同制度が設けられた 1984 (昭和 59) 年改正当時と比較して、制度の対象となる患者の治療環境が大きく変化する一方、医学等の進展によって創り出された高額医薬品等を長期間継続して (場合によりほとんど一生の間) 使用しなければならないことで、医療費負担が非常に高額に上る患者が増えているのが現状である。そうであるならば、高額長期疾病 (特定疾病) に係る特例も含めた形で負担と給付の在り方を考えることが、受療機会の実質的平等を図り、負担能力に応じた負担という全世代型社会保障の理念を推進するうえでも必要と考えられる。

高額療養費の在り方は、高額長期疾病の医療費負担を全体としてどう考えていくかという大きな視点で、今後とも継続的に行われるべきものとする。その際、それまで存在した自己負担分への公的助成を 2014 (平成 26) 年に法定化した特定医療費 (難病)・小児慢性特定疾病医療費 (小児慢性特定疾病) の自己負担限度額の扱いなども比較参照すべき類例となり得ると考えられる。