

第 209 回社会保障審議会医療保険部会
第 9 回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会 合同開催
議事次第

令和 7 年 12 月 25 日 (木)
10 時 00 分～12 時 00 分
場所：航空会館 7 階大ホール

(議 題)

1. 医療保険制度改革について

(配布資料)

資 料 1 - 1 議論の整理 (案)

資 料 1 - 2 高額療養費制度の見直しについて

資 料 1 - 3 OTC 類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方について

参 考 資 料 1 参考資料

参 考 資 料 2 高額療養費について (参考資料)

参 考 資 料 3 特別料金の対象となる医薬品の成分一覧 (案)

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

本 委 員	うちばり まさお 内堀 雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
	きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
	たなべ くにあき ◎ 田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	はやし てっぺい 林 鉄兵	日本労働組合総連合会副事務局長
臨 時 委 員	いながわ ひでかず 伊奈川 秀和	国際医療福祉大学医療福祉学部教授
	おおすぎ かずし 大杉 和司	日本歯科医師会常務理事
	かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
	きたがわ ひろやす 北川 博康	全国健康保険協会理事長
	きもり こくと 城守 国斗	日本医師会常任理事
	さねまつ たかのり 實松 尊徳	全国後期高齢者医療広域連合協議会会长／神埼市長
	さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会会长代理
	しま ひろじ 島 弘志	日本病院会副会長
	そでい たかこ 袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
	たじま けんいち 田島 健一	全国町村会副会長・佐賀県白石町長
	なかむら さやか 中村 さやか	上智大学経済学部教授
	にん かずこ 任 和子	日本看護協会副会長
	はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
	ふじい りょうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
	まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
	よこもと みつこ 横本 美津子	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
	わたなべ だいき 渡邊 大記	日本薬剤師会副会長
専 門 委 員	いしわた いさむ 石渡 勇	公益社団法人日本産婦人科医会会长
	かめい よしまさ 亀井 良政	公益社団法人日本産科婦人科学会常務理事
	におり ひなえ 新居 日南恵	NPO法人manma理事
	みやがわ ゆみこ 宮川 祐三子	公益社団法人日本助産師会理事

(注1) ◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(注2) 専門委員は「医療保険制度における出産に対する支援の強化に関する事項」を専門事項とする。

高額療養費制度の在り方に関する専門委員会委員名簿

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长代理
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
林 鉄平	日本労働組合総連合会副事務局長
原 勝則	国民健康保険中央会理事長
山内 清行	日本商工会議所企画調査部長

敬称略、五十音順
◎は委員長を示す

議論の整理（案）

令和7年12月〇日
社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療保険部会においては、「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。以下「骨太の方針」という。）や「経済・財政新生計画 改革実行プログラム2024」（令和6年12月26日経済財政諮問会議決定）において検討が求められていた項目を中心に、令和7年9月18日以降、ヒアリングも含め、12回の議論を行った。

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極めて重要である。そのため、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た上で、あるべき将来像とそれを実現するためにとるべき対応という総論的な視点の設定の議論をした上で、個別の改革項目についての議論を行った。

はじめに

- 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、世界最高レベルの平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。
- 一方、中長期的には、人口減少及び少子高齢化は引き続き進行する。2025年までに全ての団塊の世代が75歳以上となり、その後、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する中、医療保険制度の持続可能性を確保し、将来世代に引き継いでいくことは重要なテーマである。その際、特に制度を支える現役世代の減少が続く中、その負担の上昇を放置することは、医療保険制度の観点からも適切ではない。
- また、人生100年時代を迎える中、様々な地域や職場において、高齢者が何歳であっても、様々な形で活躍する姿が見られるようになっている。こうした現実は、「高齢者」を年齢で一括りにすることがそぐわなくなってきたことを示している。
- このような人口構造の変化及び人口減少による医療需要の変化への対応

や人材の確保、現役世代の保険料負担の抑制努力の必要性を踏まえた対応は、物価や賃金の上昇など、日本経済が新たなステージに移行しつつあることを踏まえて行われることが必要である。

- 制度の見直しに当たっては、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・健康づくりに向けた個人の行動変容のさらなる後押し、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である。
- これらを踏まえ、当部会においては、以下の4つの視点を踏まえての議論を進めてきた。
 1. 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
 2. 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
 3. 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
 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
- 今般の医療保険制度の改革においては、こうした視点を踏まえ、持続可能な医療保険制度を構築するため、
 - ・ 「セーフティネット機能の確保」の視点を踏まえた高額療養費制度の見直し
 - ・ 「現役世代からの予防・健康づくりや次世代の支援強化」の視点から、標準的な出産費用の無償化に向けた制度の創設、国民健康保険制度における子育て世代への支援拡充、協会けんぽにおける予防・健康づくりの取組の強化
 - ・ 「世代内、世代間の公平の確保」の視点から、医療保険における金融所得の勘案
 - ・ 「必要な医療の提供と効率的な給付の推進」の視点から、OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し、長期収載品の選定療養の見直し、入院時の食費・光熱水費の引上げ、医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進等を総合的なパッケージとして改革を進める必要がある。

また、「世代内、世代間の公平の確保」の視点から、高齢者の窓口負担割合の在り方についても議論を行ったところであり、今後、政府・与党において、更に議論が深められることを期待する。
- こうした観点から、下記で、当部会での意見について議論を整理する。

1. セーフティネット機能の確保

【高額療養費制度の見直し】

- 高額療養費制度の在り方については、令和7年5月に当部会の下に設置され、保険者や労使団体、学識経験者に加え、患者団体の方など当事者やその声を伝える立場の方の参画を得た「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」（以下「専門委員会」という。）において、計8回にわたり多様な議論を行ってきた。
- 検討に当たっては、患者団体の方や保険者、医療関係者、学識経験者など様々な立場の方からヒアリングを行うとともに、複数の事例に基づく経済的影響のイメージやデータを踏まえた議論を行うなど、多角的かつ定量的な視点を踏まえ議論を行ってきた。
- また、当部会の議論の状況を専門委員会に適時報告するなど、医療保険制度改革全体の中で高額療養費制度の在り方をどのように考えるかについて、全体感を持った議論が深められてきた。
- その上で、専門委員会における議論を踏まえ、全体感を持った医療保険制度改革が行われることを前提とした上で、専門委員会において「高額療養費制度の見直しを行っていく場合の基本的な考え方」（令和7年12月16日）がとりまとめられた。
- その後、当部会で外来特例をはじめとする医療保険制度改革について、高齢者からヒアリングを行ったところ、
 - ・ 外来特例を利用する当事者の方から、この制度は絶対に廃止しないでほしいという声が届いている
 - ・ 制度の周知や説明の改善が強く求められる
 - ・ 高額療養費制度は高齢者の生活を支える大切な仕組みであり、今後も継続していただきたい
 - ・ 現役世代の保険料の4割が高齢者支援に当てられていることを高齢者自身が理解することが重要などの意見があった。
- 医療保険制度改革全体の中で高額療養費制度の在り方の見直しを行っていく際には、「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」を十分に踏まえる必要がある。
その際、ヒアリングで指摘された諸点も真摯に受け止め、高額療養費制度の意義や制度概要・重要性などを分かりやすく周知していくことも必要である。

2. 現役世代及び次世代の支援強化

【医療保険制度における出産に対する支援の強化】

- 我が国の周産期医療は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有している。また、諸外国に比べ妊産婦死亡率・周産期死亡率がともに低く、安全な提供体制が確保されている。出産費用については、少子化の進行や物価・賃金の上昇等を背景に、令和5年度に出産育児一時金の支給額が原則42万円から原則50万円に引き上げられた後も上昇し、妊産婦の経済的負担が増加している。また、妊産婦にとって費用に関する予見可能性が低いことも指摘されている。
- こうした中、出産に対する支援の強化については、厚生労働省と子ども家庭庁が共同で開催した「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」において議論が行われ、令和7年5月14日に議論の整理が公表された。
- 当部会では、同検討会の議論を踏まえ、地域の周産期医療提供体制の確保を前提としつつ、出産に伴う妊産婦の経済的負担を軽減していくための方策として、医療保険制度における出産に対する給付体系の骨格の在り方について議論を行った。本テーマについては、妊産婦の当事者及び産科医療関係者（公益社団法人日本産婦人科医会、公益社団法人日本産科婦人科学会、公益社団法人日本助産師会）に専門委員として議論に参画いただいた。

<出産に対する給付体系の骨格の在り方>

- 公的医療保険制度は、出産に伴い一時的に発生する被保険者の経済的負担を軽減することを目的の1つとしているが、出産費用が上昇し、また、地域差や施設間での差が顕著になっている中で、現行の出産育児一時金という給付方式では必ずしもその目的が十分に達せられなくなりつつあると考えられる。
- このため、現行の出産育児一時金に代えて、保険診療以外の分娩対応に要する費用について、全国一律の水準で保険者から分娩取扱施設に対して直接支給することにより、現物給付化を図るべきである。
- 具体的には、分娩を取り扱う病院、診療所及び助産所（出張助産を含む。）における分娩を対象に、疾病・負傷に対する給付類型である療養の給付とは異なる、出産独自の給付類型を設けた上で、妊婦に負担を求めず、設定した費用の10割を保険給付とするべきである。これにより、保険診療以外の分娩対応に要する費用について、妊婦の自己負担が生じない仕組みとなる。

○ その際、妊婦・胎児の状況や分娩の経過によって臨床現場で必要となる対応は様々であることを踏まえ、分娩1件当たりの基本単価を国が設定した上で、手厚い人員体制を講じている場合やハイリスク妊婦を積極的に受け入れる体制を整備している場合など、施設の体制・役割等を評価して基本単価に加算を設けることが適当である。

○ また、既に療養の給付がなされている診療行為（いわゆる保険診療）については、軽微なものも含め、全体の約8割の分娩で何らかのものが実施されていることが、令和6年度の協会けんぽ加入者の分娩に関するデータから推計された^(※)。分娩の安全を確保する観点から、分娩の経過において必要となる診療行為については、引き続き、従来どおり療養の給付を行うことができるようになることが適当である。

※ 保険局医療課調べ（令和7年度入院・外来医療等の評価に関する調査研究）

○ 現在、産科医療補償制度の掛け金相当額が保険者から出産育児一時金の上乗せ額として妊婦に支給されており、引き続き、妊婦の負担のない形を維持することが適当である。

○ 現行の出産育児一時金は、出産に伴い一時的に発生する経済的負担全体の軽減を目的としており、保険診療以外の分娩対応の費用が出産育児一時金の支給額を下回る場合には、差額は妊婦に支給され、保険診療が実施された場合の一部負担金を含め、様々なに発生する出産時の費用負担軽減に充てられている実態がある。こうした保険給付の目的を引き継ぐ等の観点から、新たな給付体系において、分娩1件当たりの基本単価とは別に、全ての妊婦を対象とした現金給付を設けることが適当である。

○ なお、出産に関する妊産婦のニーズは多様であり、分娩取扱施設においても、これらのニーズに対応するため、様々なサービス（アメニティ等）が提供されている。これに関し厚生労働省研究班^(※)が実施した調査によれば、例えば「お祝い膳」の有無を妊産婦が選択できる施設は回答施設の3.3%で、88.1%の施設で「お祝い膳」の料金が入院料等の他の料金に含まれており、他のサービスについても同様の傾向にあることが明らかとなった。

※ 令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））（研究代表者 野口晴子氏）

○ 妊産婦が納得感を持ってサービスを選択できるよう、これらのサービスの内容と費用の「見える化」を徹底することが必要である。厚生労働省が運営する「出産なび」は、現在、年間21件以上の分娩を取り扱うほぼ全ての分娩取扱施設の同意に基づき情報が掲載されているが、これを法令上の

義務とした上で、妊産婦の自己決定に一層資するような情報提供ツールとすべく、「出産なび」をさらに拡充していくべきである。

- その場合、妊産婦が自身のニーズに基づきサービスを取捨選択し、自己の負担で支弁することになる。これらのサービスの費用は新たな給付体系の射程に含まれるものではない以上、分娩取扱施設と妊産婦との間の契約関係に基づき、双方の合意と納得の下に自由に設定されるべきものである。その際、契約自由の原則に無条件で委ねるのではなく、費用等の見える化を制度的に担保した上で、実質的な対等当事者性を確保するための方策を検討することが求められる。
- こうした出産に対する新たな給付体系の骨格について、当部会では、委員及び専門委員から、
 - ・ 出産育児一時金の増額は、施設が同じタイミングで値上げをするため、当事者にとっては負担軽減に繋がらない
 - ・ 出産費用は子育ての入り口で妊婦の負担感が強いため、子育てを社会全体で支援するというメッセージとして、早期の負担軽減策の実施を期待する
 - ・ 少子化や物価高騰を背景に一次施設は厳しい運営状況に置かれており、一次施設を守るという観点から制度を検討すべき
 - ・ 一次施設で受け入れていたローリスク妊婦を高次施設で受け入れることになると、地域の周産期医療提供体制全体に影響が生じるため、医療アクセスを確保し、拙速な集約化を招かないようにならねばならない
 - ・ 事務局から提案された新たな給付体系の骨格が一次施設を守るものとなるかどうかは、給付水準と加算の水準にかかっており、現在の出産育児一時金より引き上げるべき
 - ・ 医療行為や助産師によるケアについて、適切に対応できるための人員・設備等の体制は基本単価の給付水準に含めて考えるべき
 - ・ 医療・助産の質を守るためにには質・量両面で体制を評価し必要な額が手当されるべき
 - ・ 現状、自由診療を前提としたコスト構造で各施設が運営されていることに留意が必要
 - ・ 各分娩取扱施設は分娩数が減少する中で、地域で求められる役割や妊婦のニーズに応じて、様々な経営上の工夫・努力を行っており、新たな制度でも、こうした各施設の経営上の自由度が確保されるような、硬直的でない緩やかな評価の仕組みが必要
 - ・ 医療安全に取り組む施設を適切に評価し、医療安全の向上に繋がる制度設計とすべき

- ・ 帝王切開としないために産科医療現場で行われている努力を評価し、安易な医療介入を助長しないような制度設計とすべき
- ・ 双子の場合は新生児の管理に追加のコストがかかるなど、個別の分娩について加算する仕組みも検討すべき
- ・ 給付内容はその後の検証を行うことを前提とした分かりやすいものとすべき
- ・ 周産期医療体制の確保は重要な課題であるが、これは国としての体制整備の問題であり、新たな給付体制とは切り離して考えるべき
- ・ 保険者の財政運営の安定性や保険料負担者の納得感に配慮すべき
- ・ 妊婦の出産場所・出産方法の希望によって不利益が生じないような制度とすべき
- ・ 分娩時のケアや入院・入所中の育児指導などの助産師による助産ケアを適切に評価すべき
- ・ 高齢出産の増加により、医療的措置を必要とする出産が増えていることを考慮すべき
- ・ 帝王切開をはじめ、保険診療が必要となるかどうかは妊婦がコントロールできず、その自己負担についても何らかの負担軽減が必要
- ・ 妊婦に一律に支給される現金給付によって、結果的に、保険診療の自己負担についても負担軽減となることが期待される
- ・ 母児の救命のために多くの医療資源を投入した場合等の自己負担の取扱いについては、慎重に議論し、国民に誤解のないよう周知すべき
- ・ 妊婦に対する現金給付を法律に根拠を置く制度として設けるのであれば、法案化に向けて具体的な金額設定との兼ね合いで法的性格を明確にすべき
- ・ 現金給付については、子ども・子育て支援法に基づく妊婦のための支援給付など、保険料財源以外で実施されている他施策との棲み分けを整理すべき
- ・ 一律の経済的負担の軽減策としてではなく、個別に生じることのある出産に伴う保険診療の一部負担金の軽減策という観点での整理もあり得るのではないか
- ・ 制度改正により現物給付化を図るのであれば、出産育児一時金の給付の性格は変更されるので、必ずしも引き継ぐ必要はないとも考えられる
- ・ 現金給付については、保険で給付するものなのか、保険料負担者の納得感や、自治体から支給されている伴走型支援の給付との整合性から、慎重に検討すべきであり、保険適用の範囲とは切り離して、公費で手当すべき
- ・ 現在、保険適用の対象となっていない正常分娩と、保険適用の対象となっている帝王切開等の異常分娩の取扱いの整合性をどう図るかも重要な課題となる

- ・ 紙付水準の設定に当たっては、保険診療を伴う分娩と伴わない分娩のコスト構造の違いを明らかとすべき
 - ・ 無痛分娩をはじめ、WHOが推奨するエビデンスに基づいた産痛緩和ケアも、自己負担のないようとする方向で検討すべき
 - ・ 無痛分娩に対する妊婦のニーズが高いことは理解しているが、リスクやデメリットもあるため、まずは安全に無痛分娩を提供できる体制整備が必要であり、自己負担のない範囲に含めるかどうかについては慎重に検討すべき
 - ・ 個室料については、全室個室の施設も多い現状も踏まえて検討すべき
 - ・ 費用負担を減らしたい妊産婦はアメニティ等のサービスを選択しないことができるようすべき
 - ・ 分娩取扱施設から保険者や患者へ分娩費用を含む提供内容と費用内訳が分かる明細書の無料発行を義務付けるべき
 - ・ 妊娠85日以降の早産・死産・流産・人工妊娠中絶についても母体保護の観点から新たな給付の対象とすべき
 - ・ 自己負担が生じないこととなる範囲について国が妊婦に対して丁寧に周知することが必要
- などの意見があった。

<新たな給付体系による出産に対する支援の強化>

- 出産に対する新たな給付体系を導入することにより、保険診療以外の分娩対応に要する費用については現物給付化により妊婦の自己負担が生じない仕組みとなり、また、現金給付によって、保険診療が行われた際の一部負担金など、それ以外に生じる費用についても、一定の負担軽減が図られることとなる。
- また、サービスと費用の関係の見える化を通じて、妊産婦が自身のニーズに応じて出産に関する自己決定を行える環境が整備され、費用に関する予見可能性の確保と納得感の向上に繋がる。

<給付体系の詳細設計>

- 新たな給付体系の導入に向けては、当部会で議論した骨格の在り方に加え、施設の体制・役割等を評価した分娩1件当たり基本単価の具体的な設計など、さらに詳細を整理することが求められる。その際は、産科医療現場の実態を十分に踏まえた制度設計となるよう、丁寧に議論を行うことが必要である。

- 分娩1件当たりの基本単価や加算の給付水準については、我が国の周産期医療提供体制、特に一次施設を守ることが重要であるとの認識の下、具体的な給付水準が保険財政と分娩取扱施設の経営の双方に与える影響のバランスを考慮しつつ、保険料を負担する被保険者の理解を得られるか否かという観点も含めて検討することが必要である。
- また、具体的な給付水準は、新たな給付体系の導入後も、物価・賃金の動向等を踏まえた分娩取扱施設の経営実態等も考慮しつつ定期的に検証と必要に応じた見直しを行うことができるよう、各施設の提供内容と費用に関するデータの収集・把握・分析が行えるような仕組みを講じることが必要である。
- なお、出生数が減少する中、妊婦が安心して出産できる環境を整備するため地域の周産期医療提供体制を確保することは行政の責任であり、税と保険の性格の違いを踏まえた総合的な検討が必要である。当部会の所掌を超えるものではあるが、医療保険制度のみで考えるのではなく、地域医療構想、こども未来戦略に基づく様々な施策など、政府においては、総合的な視座に立って施策を進めていくことを求めたい。

<新たな給付体系への移行時期>

- 新たな給付体系への移行時期については、負担軽減に対する妊産婦の期待が大きく、できる限り早い段階での施行を求めるとの妊産婦当事者等からの意見があった一方で、個々の施設が対応できるよう十分な時間的余裕を確保すべきとの意見があったことも踏まえ、妊婦が希望に応じて施設を選択できるようにした上で、当分の間、施設単位で現行の出産育児一時金の仕組みも併存し、可能な施設から新制度に移行していくことが適当である。
- 新制度の導入に当たっては、妊産婦や産科医療関係者に混乱が生じることのないよう、国が十分に説明を行うことが求められる。また、既に保険医療機関としての指定を受けている病院及び診療所と異なり、新たに指定取得等が必要となる助産所や、給付事務を行う保険者にとって過大な事務負担となることのないよう、新制度の導入に向けた準備は関係者の意見を丁寧に聴きながら進める必要がある。
- なお、法的安定性等の観点から給付体系は統一することが望ましく、移行対応はあくまでも時限的な経過措置とすべきとの意見があつたことを踏まえるとともに、分娩取扱施設の選択肢が限られている地域があることも念頭に、なるべく多くの施設が早期に新たな給付体系に移行するような方策の検討が求められる。

【国民健康保険制度における子育て世代への支援拡充】

- 国民健康保険においては、令和4年4月から、未就学児に係る均等割保険料について、その5割を公費（国1／2、都道府県1／4、市町村1／4）により軽減する措置が講じられている。
- 当該軽減措置について、地方団体からの拡充の要望も多い中で、子育て世帯の更なる負担軽減のため、その対象を高校生年代まで拡充することについて、国と地方、その他の関係者の間で調整が行われ、その議論を踏まえ、国として、法改正を含め対応してはどうかという方向性が当部会に報告された。
- 当部会では、この報告に対し、
 - ・ 子どもに係る均等割保険料の軽減措置の対象拡充は、子育て世帯の負担軽減のため、地方団体からも要望してきたものであり実現すべき。地方負担分については確実に地方財政措置をしてほしい。また、対象のほか、軽減割合についても、現行の5割からの拡充を引き続き検討してほしいなどの意見があった。
- こうした意見を踏まえ、地方分権の趣旨に反しないこと、国が一方的に議論等を押しつけないことといった点を十分に尊重しつつ、当部会で議論した方向性に沿って必要な措置を講じるべきである。

【協会けんぽにおける予防・健康づくりの取組】

- 主に中小企業で勤務する労働者及びその家族が加入している協会けんぽでは、医療費の適正化及び加入者の健康の保持増進を一層推進し、現役世代への取組をより強化する、被保険者及び被扶養者を対象に実施する健診体系の見直しや重症化予防対策の充実に取り組んでいる。
- 現役世代の予防・健康づくりという視点に立ち、協会けんぽにおけるこのような取組を一層推進する観点から、協会けんぽが「加入者の年齢・性別・健康状態等の特性に応じたきめ細かい予防・健康づくり」を適切かつ有効に実施していくことを法令上明確化していくべきである。
- この点に関し、
 - ・ 保険者による予防・健康づくりは全ての保険者に求められる取組であり、全ての保険者で取り組みが進むよう国として支援をして欲しい
 - ・ 被保険者は、自らの健康は自ら守るという意識を醸成するためには、インセンティブによる誘導より、表彰といった手法の方が加入者のやる気を引き出し、主体的な取り組みにつながるのではないかなどの意見があった。

3. 世代内、世代間の公平の確保

【高齢者医療における負担の在り方】

- 高齢者は一般的に、若年世代と比較し、所得が低い一方で医療費が高い傾向にあるとされ、窓口負担割合について、70～74歳は原則2割（現役並み所得者は3割）、75歳以上は原則1割（現役並み所得者は3割、一定以上所得者は2割）とされている。また、高齢者の医療給付費は、後期高齢者については現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳については保険者間で財政調整を行う仕組みを設けており、現役世代からの拠出金により支えられる構造となっている。
- このような中、当部会においては、現役世代の保険料負担を抑制しつつ、世代内、世代間の公平性を確保していく観点から、高齢者医療における負担の在り方について議論を行った。
- 議論に当たっては、
 - ・ 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会において、「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」とされたこと
 - ・ 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年12月22日閣議決定）において、「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」について令和10年（2028年）度までに実施について検討することとされていること等を踏まえつつ、データにより高齢者の受診の状況や所得の状況等を丁寧に確認した上で、高齢者の窓口負担割合の在り方について議論を行った。
- 高齢者の受診の状況や所得の状況等について、過去との比較や現役世代との比較等により確認したところ、
 - ・ 高齢者の受診率や受診日数は改善傾向にあり、医療費水準は5歳程度若返っている。一方、現役世代と比較すると、医療にかかる頻度が高く、日常的に受診している方も多い
 - ・ 高齢者の就業率・平均所得は上昇傾向、所得や年金収入の分布の推移を見ても「所得なし」の者や低年金の者の割合は減少傾向にあり、所得は増加・多様化している。一方、所得が低い層や年金受給額が低い層も依然一定数存在し、バラつきが大きい
 - ・ 年齢階級別の人当たり医療費と人当たり自己負担額をみると、高齢になるにつれ一人当たり医療費は高くなるが、一人当たり自己負担額のピークは60代後半であり、70代前半は60代後半より、70代後半は70

代前半より自己負担額が低くなり、一人当たり医療費と自己負担額の逆転が生じている
といった状況が確認された。

○ こうした高齢者の状態像を踏まえた上で、窓口負担割合の在り方について議論を行ったところ、

- ・ 高齢者 1人当たりの医療費水準は 5 歳若返っており、健康状態も改善傾向にある。後期高齢者の所得額や就業率なども踏まえると、高齢者の年齢区分や負担割合の見直しを含めた構造的な見直しを図る時期に来ていると考えられる
 - ・ 年齢階級別の 1人当たり医療費は年代に応じて増えていく一方で、1人当たり自己負担額はパラレルになっていない。特に 69 歳から 70 歳で大きく下がることについては議論の余地が大きいのではないか
 - ・ 所得のばらつきの問題があり、住民税非課税世帯など所得の低い層を精緻に分析する必要。低所得の方の負担を含め、全体としてバランスが取れた負担を考えていく必要がある
 - ・ 高齢者は収入を増やす可能性が少なく、大病等のリスクもあるため、年齢という考慮を全く外すことは反対
 - ・ 年齢にかかわらず能力に応じて負担するという視点は理解するが、高齢者の収入構造の特性や多くの疾患を抱えがちな傾向であるといった身体的特徴、高額療養費の議論も踏まえて丁寧に議論してほしい
 - ・ 医療保険がリスクへの備えではなく医療サービスへの補助金という形になってしまっている。現役世代よりも高齢者に対して特段に受診を促す制度設計は問題
 - ・ 高齢者医療における負担の在り方については、年齢で区切らない制度への抜本改革とセットで議論することが必要ではないか
- などの意見があった。

○ また、とりわけ「現役並み所得（3割負担）」の判断基準については、

- ・ 賃金や物価が上昇している局面においては、単純に基準額を更新すると、「現役並み所得」の判断基準の金額があがり、対象となる高齢者が減少することとなること
 - ・ 収入要件（総収入）の金額については、年金収入と給与収入の両方を有する高齢者世帯をモデルとして設定し、高い控除額が反映されており、現役世代との公平性等に係る指摘があること
 - ・ 後期高齢者の現役並み所得者への医療給付費については公費負担がないため、判断基準の見直しに伴い現役世代の負担が増加すること
- といった点に留意しつつ議論を行ったところ、

- ・ 現在の「現役並み所得」の基準は高い水準になっているが、現役世代は養育費など色々な費用がかかっており、扶養しなければならない子どもの数等の違いを考えると、この水準を低く考えてもいいのではないか
 - ・ 現役並み所得の後期高齢者の給付費について、公費の在り方や高齢者支援金について見直しを検討するべき
- などの意見があった。

- さらに、窓口負担割合の見直しの方法について、①3割負担や2割負担の対象者の拡大、②負担割合の区切りとなる年齢の引き上げ、③負担割合のきめ細かい設定といった例示を踏まえて議論を行ったところ、
 - ・ 3割負担の拡大は、現役世代の負担が増えないよう手当を講じることが必要であり、まずは現役並み所得の後期高齢者の給付費への公費の投入が必要
 - ・ 現役並み所得の判断基準については、現役世代と高齢者の生活の違いに対応できていないという課題がある
 - ・ 高齢者の健康状態の改善や就業率の上昇といった高齢者像の変化を踏まえると、現行の年齢区分については、5歳引き上げるべき
 - ・ 年齢区分の引き上げについて、将来的な方向性としては理解するが、仮に引き上げるのであれば、いきなりではなく段階的に5歳程度まで引き上げることとすべきではないか
 - ・ 2割負担の対象を拡大する場合、1割から2割となり負担が倍になる。高額療養費の外来特例の議論も踏まえ、きめ細かい配慮が必要
 - ・ 高齢者世代内での所得再分配効果を高めていくことが必要。1割から2割になると負担が倍になるので、例えば 15%といった割合の設定もあるのではないか。逆に、70～74 歳についても低所得層は 15%とするなどの配慮が必要ではないか
 - ・ きめ細かい負担割合の設定については、年齢ではなく負担能力に応じた応能負担の観点から必要ではないか
 - ・ 高額療養費の見直しや介護保険における負担割合の見直しなどの議論も行われており、高齢者にとって急激な負担増とならないよう、激変緩和措置も含めて検討することが必要

といった意見があった。

- 高齢者の窓口負担割合の在り方については、「「強い経済」を実現する総合経済対策～日本と日本人の底力で不安を希望に変える～」（令和7年 11月 21 日閣議決定。以下「経済対策」という。）において「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」について「令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を

行い、順次実施する」項目とされていることから、政党間の議論の状況を注視しつつ、上述の当部会における議論の内容を踏まえて、引き続き検討すべきである。

【医療保険における金融所得の勘案について】

- 上場株式の配当などの金融所得については、確定申告を行う場合は課税所得とされ、結果として保険料や窓口負担等の算定においても所得として勘案されるが、確定申告を行わない場合（源泉徴収で課税が終了する場合）は課税所得に含まれず、保険料や窓口負担等の算定においても勘案されない不公平な取扱いとなっている。
- 医療保険における負担への金融所得の反映に向けては、骨太の方針において、「税制における金融所得に係る法定調書の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、具体的な制度設計を進める。」とされ、経済対策においても、「医療費の窓口負担について、年齢にかかわらず公平な応能負担を実現するための第一歩として、高齢者の窓口負担割合等に金融所得を反映するため、具体的な法制上の措置を令和7年度中に講じる。」とされている。
- これらを踏まえて、①金融所得の把握方法、②金融所得勘案の対象となる医療制度について、事務局から以下の取組の方針案について提示があり、それについて議論を行った。

<①金融所得の把握方法>

- ・ 金融所得の把握方法については、本人の確定申告の有無に関わらず、金融機関等に対し所得税法などの規定により税務署に提出が義務付けられている法定調書（個人ごとの配当所得等を記載した資料）を活用する
- ・ その際、社会保険法令で法定調書の提出義務を課した上で、金融機関等の事務負担に配慮し、税制上の法定調書の提出とのワンストップ化を図る

<②金融所得勘案の対象となる医療制度>

- ・ 対象となる医療制度としては、保険料の賦課や窓口負担等の区分決定において、市町村の税情報を活用している後期高齢者医療制度と国民健康保険が挙げられる
- ・ 後期高齢者医療制度は一律に75歳以上の高齢者が対象となるが、一方で、国民健康保険は賃金をベースに保険料等を賦課する被用者保険との

バランスや地方公共団体の基幹業務システムの統一・標準化のスケジュールに留意する必要がある

- ・ また、経済対策においても、「医療費の窓口負担について、年齢にかかわらず公平な応能負担を実現するための第一歩として、高齢者の窓口負担割合等に金融所得を反映」とされていることから、まずは後期高齢者医療制度から金融所得を勘案する

○ この方針案に対し、

- ・ 負担能力に応じた負担や負担の公平性という観点から、負担に金融所得を勘案することの方向性について賛成
- ・ 事務負担への影響など実務面において様々な課題があり、様々な省庁の施策と関係するため、関係省庁と連携し、検討していくべき
- ・ 短期間での導入には無理があるため、慎重な検討と段階的な対応が必要
- ・ 自治体等におけるシステム改修等が必要となるため、現場の意見を十分に踏まえたスケジュールを設定するとともに、運営に支障が生じることのないよう改修等に係る費用について十分な財政支援が必要
- ・ 後期高齢者医療制度は年齢一律の仕組みであり、まずは後期高齢者を対象に検討していくことが、合理性もあり現実的ではないか
- ・ 世代間の公平性ということを考えるならば、現役世代の金融所得についても勘案するべきではないか
- ・ 被用者保険においては、保険者が金融所得を把握していくことは実態上極めて難しい
- ・ 現役世代の負担軽減とあるが、もう一つあるのは高齢者内での世代内の助け合いであり、所得再分配効果を高めていく視点も必要
- ・ 証券口座を通じた所得だけではなく、他の所得を含むトータルの所得や資産を把握するための方策について、関係省庁と連携し、検討していくべき
- ・ 患者負担について考えると、特に医療費が高額になった場合の負担能力は所得よりもむしろ資産に依存するところが多いため、金融資産の把握が必要

などの意見があった。

○ これらの意見を踏まえ、関係省庁とも連携し、実務的な検討を行うとともに、金融機関や保険者等の関係者との調整を丁寧に行った上で、後期高齢者医療制度において、法定調書を活用する方法により、保険料や窓口負担区分等の決定に金融所得を勘案すべきである。

○ また、具体的な保険料や窓口負担への金融所得の反映の方法については、

経済対策においても、「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」について「令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」項目とされていること、システム改修等に一定の期間が必要となることから、政党間の議論等を踏まえつつ、引き続き検討する。

4. 必要な医療の提供と効率的な給付の推進

【OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し】

- OTC類似薬の保険適用の見直しについては、骨太の方針や公党間の合意において、医療機関における必要な受診を確保し、子どもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、成分や用量がOTC医薬品と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般について保険給付の在り方を見直すとされていることを踏まえて、その保険給付の在り方について議論した。
- これらを踏まえて、①医療機関における必要な受診を確保した上でどのような保険給付の見直しが考えられるか、②見直しに当たってどのような患者について配慮が必要か、③OTC類似薬の範囲について議論を行った。

<①医療機関における必要な受診の確保を前提とした保険給付の見直し>

- 当部会では、保険給付の見直しについて、
 - ・ 保険適用除外としてOTC医薬品を購入した場合、患者の自己負担が著しく増えるケースがある
 - ・ 医療機関の受診は、医師が診察・診断をし、医学管理をした上で投薬するもので、ただ薬を出すものとは全く違う
 - ・ 保険適用としつつも、例えば保険外併用療養のような形で別途負担を求める仕組みも考えられるのではないか
 - ・ 選定療養で追加の自己負担を求める方法や償還率を変える方法等について、具体的な検討を進めていただきたい
 - ・ 保険給付の在り方を見直すに当たっては、過度な負担や急激な変化が生じないよう十分な配慮を行うべき
 - ・ 患者団体の話を踏まえると、OTC類似薬については保険適用とした上で患者負担を変更する方法が弊害が少ないのでないのではないか
 - ・ 選定療養の仕組みを活用してはどうかという意見もあるが、何でも選定療養で対応とならないように、その対象について目的・手段の観点から整理することが国民・患者の理解と納得を得るためにも必要ななどの意見があった。
- これらの意見を踏まえ、医療機関における必要な受診を確保しつつ、OTC医薬品で対応している患者とOTC医薬品で対応できる症状であるにも関わらず、他の被保険者の保険料にも負担をかけて医療用医薬品の給付を受ける患者との公平性を確保する観点から、薬剤を保険適用としつつ、薬剤費の一部を保険給付の対象外とし、患者に「特別の料金」を求める新たな仕組みを、保険外併用療養費制度の中に創設するべきである。

- また、特別の料金について、低所得者にとって負担が過重とならない水準にするとともに、長期に療養しており既に医療費負担が重い者にも配慮すべきである。

<②配慮が必要な者の範囲>

- OTC類似薬の保険給付の見直しに当たって、特別の料金を徴収しないよう配慮すべき者について、医療費助成制度が広く行われているこども、医療費に着目して公的な支援を受けている方、長期にOTC類似薬の利用を必要とする方、入院患者等を提示して議論を行った。
- 当部会では、配慮が必要な者について、
 - ・ こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得者の方については配慮が必要
 - ・ 一般用医薬品では（医療用医薬品の）10倍以上の価格になることもあり、難病の方や心身障害者の方々などの負担が非常に重くなるなどの意見があった。
- これらの意見を踏まえ、以下の者については特別の料金を徴収しない方向で検討を進めるべきである。
 - ・ こども
 - ・ がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方
 - ・ 入院患者や処置等の一環でOTC類似薬の処方が必要な方
 - ・ 医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方

<③OTC類似薬の範囲>

- OTC類似薬の範囲について、医療の中で医師や薬剤師が使う医薬品である「医療用医薬品」と患者が自ら選択する「OTC医薬品」では、有効成分が一致していても、用法・用量、効能・効果、投与経路・剤形などに違いがあることがあることを示した。
- 当部会では、費用負担の在り方について、
 - ・ 成分が一致していても、用法・用量、効能・効果、対象年齢、投与経路、剤形など、様々な違いがあり、OTC類似薬だからといって、単純に保険適用から外すことは難しい
 - ・ 用法・用量、効能・効果等の違いを踏まえつつ、OTC医薬品で代替可能なものはできるだけ広い範囲を対象として具体的な検討を進めるべきなどの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、特別の料金の対象となる医薬品の範囲は、OTC 医薬品と成分が同一の医療用医薬品のうち、最大用量や投与経路、効能・効果を考慮して OTC 医薬品との代替性が高いと思われるものとするべきである。
 - また、患者団体ヒアリングも行い、
 - ・ がん患者の中には、疼痛治療のために最大量のアセトアミノフェン、ロキソニンテープ、便秘対策のために酸化マグネシウムも服用されている方もいる。OTC 類似薬に関する議論について、経済的負担、制度面での不安も大きい。
 - ・ がんや難病の患者の中にも、OTC 類似薬を日常的に、あるいは長期に継続して使用している者がいる
 - ・ 疾患の発症はわずかな発熱、皮膚の異常、せきなどから始まることもあるが、発症数週間で亡くなる病態もあり、1日病院に行くのが遅れていれば危ないこともある。重症化すれば、高額な薬を使用しても治らない、非可逆的な状態になる。病院に行くか、行かないか、1日の迷いが生命を左右する
 - ・ 自分の症状が受診すべきかを患者自身が正確に判断することは不可能
 - ・ アトピー性皮膚炎の場合、全身に毎日2回塗る必要があり、1回に500グラム処方されても2ヶ月もたない。その他、バイオ製剤などや抗炎症薬も必要で、保険適用除外になれば患者の負担は相当重くなる
 - ・ 例えば子どものアトピー性皮膚炎では症状をコントロールし再び悪化させないために定期的に軟膏（OTC 類似薬）を使い続ける必要。保険適用除外は、一部のアレルギー疾患患者が適切な治療の継続をあきらめ症状を悪化させてしまう
 - ・ 医療用医薬品や OTC の使用状況をドラッグストアの薬剤師や登録販売者の方が総合的に把握していない中では、飲み合わせや相互作用に適切に対応できない
 - ・ OTC 類似薬を10割負担にすると患者負担が重くなりすぎる。OTC 類似薬である医療用医薬品について追加負担を求めるとしても、患者負担が重くなりすぎないように配慮が必要
- との意見もあった。

＜実施に向けた技術的な検討＞

- 新たな制度の実施に向けて、対象医薬品の範囲や長期使用等の医療上の必要性を判断する考え方などについては、専門家の意見を聞きつつ技術的な検討を行うべきである。

- 今後、セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、対象となる医薬品の範囲の拡大や特別な料金の変更について、これらの施行状況等を十分把握・分析した上で、国民の理解が得られるよう、丁寧に検討すべきである。

【長期収載品の選定療養の見直しについて】

- 令和6年度診療報酬改定において、長期収載品（後発医薬品がある先発医薬品）を選定療養の対象とし、患者の希望により長期収載品を使用する場合には、長期収載品と後発医薬品の価格差の1／4相当を患者負担とした。
- 施行後、後発医薬品の数量ベースでの使用割合は約4ポイント上昇し、90%以上になっており、長期収載品の選定療養によって、後発医薬品の使用促進に一定の効果があったと言える。他方で、特に後発医薬品を中心医療用医薬品の供給不足の状況が数年にわたって続いているとともに、後発医薬品の需要増などに伴う供給停止により、医療現場に負担がかかっているとの指摘もある。
- 長期収載品の選定療養の在り方については、令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見において「選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関して必要な検証を行うこと」とされているほか、令和6年12月25日の大臣折衝事項において、「選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握した上で、更なる活用に向けて引き続き検討する」とされている。
- こうしたことを踏まえ、長期収載品の保険給付の在り方について、施行後の後発医薬品への置換え状況や医療現場への影響も踏まえつつ、患者負担の水準についての事務局の例示も含め、議論を行った。
- 当部会では、患者負担の水準について、
 - ・ 今後さらに後発品の使用を推進するためには、より積極的に選定療養を活用すべきである。今回、患者負担の水準について、1／2、3／4、1／1と複数の案が示されているが、患者負担の影響等を踏まえつつ、負担額を拡大していくべき

- 制度導入 1 年が経過し、国民に制度が徐々に浸透してきていると考えるので、ゴールであるこの差額の全額を適用するという方向性をもって制度の見直しをお願いしたい
 - どの程度の負担にするかという絶対的な基準は無いため、医療上の必要性、あるいは納得感といったところで考えていくしかない
 - 患者負担の引上げに当たっては、まず、後発医薬品の安定供給に向けた取組に着実に対応した上で検討を進めていただきたい
 - 薬剤の種類によっては、患者に大変多くの自己負担が発生するという可能性もあると思うので、もう少し精査をし、その分析を踏まえた上で、十分この見直しの議論を進めていきたい
- などの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、後発医薬品の安定供給の確保に取り組むとともに、供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の水準を価格差の 1／2 以上へと引き上げる方向で、検討すべきである。

【先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方について】

- 令和 6 年度診療報酬改定において、長期収載品については上記のように選定療養の対象とされたが、バイオ後続品^(※1)のある先行バイオ医薬品^(※2)については、選定療養の対象外とされた。

^{※1} バイオ後続品（バイオシミラー）とは、国内で承認されたバイオ医薬品と成分の同一性を実証できないものの、品質の類似性に加え、臨床試験等によって、先行バイオ医薬品と同じ効能・効果、用法・用量で使える（＝同等／同質である）ことを検証している医薬品

^{※2} バイオ医薬品とは、遺伝子組換え技術や細胞培養技術等を応用して、微生物や細胞が持つタンパク質（ホルモン、酵素、抗体等）を作る力をを利用して製造される医薬品（第 200 回社会保障審議会医療保険部会 資料 1 「薬剤給付の在り方について」 15 ページ参照）

- 先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方については、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2025 年改訂版」（令和 7 年 6 月 13 日閣議決定）において、「バイオ後続品について、国民皆保険を堅持しつつ患者の希望に応じて利用できるよう、2024 年 10 月から施行された長期収載品の選定療養を参考にしながら保険給付の在り方について検討を行う」とされている。

- こうしたことを踏まえ、先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方について、バイオ医薬品と低分子医薬品との差異や、先行バイオ医薬品とバイオ後続品の差異等も踏まえつつ、議論を行った。

- 当部会では、
 - ・ バイオ後続品については、診療報酬上の評価は中医協で議論が進められているが、置き換えを促していくとともに、バイオ後続品への置き換えが一定程度進んでいる先行バイオ医薬品については選定療養の対象とするなど、推進を図るべき
 - ・ さらなる使用促進という観点から、バイオ後続品のある先行バイオ医薬品の選定療養制度の導入も、ぜひ検討を進めていただきたい。また、一般名処方を可能とすることや、診療報酬上の加算要件の見直しなど、医療機関がバイオ後続品を使用する環境整備も、ぜひ進めていただきたい
 - ・ バイオ後続品は後発医薬品と違って、選定療養の活用という段階ではない。置き換え状況に差があることも資料から分かるので、急激に置き換えが進んでいるものもあるなど様々。こうした置き換え状況の差について、より詳細に分析した上で議論を進めていく必要がある
 - ・ バイオ後続品に関しては、様々な問題がある。バイオ後続品の推進に関しては、一定の理解はしているが、ドクターや患者からの不安な意見もある。そのため、その双方がバイオ医薬品そのものに関しての特性を十分に理解した上で進めるということで、拙速な推進にならないようとする必要がある
 - ・ 長期収載品と同じように一般名処方ができるようになってくると、薬剤の変更といったところもセットで考えられると思うが、バイオ後続品に関しては、先行品と似て非なるものなので、この辺の制度化をきちんと促進していかないと、バイオ後続品の利用促進にはつながらないなどの意見があった。
- こうした意見を踏まえ、まずは、バイオ後続品の使用が進まない要因の1つである、バイオ後続品に対する有効性・安全性への懸念を払拭するため、バイオ後続品の有効性・安全性について医師や薬剤師、患者向けの普及啓発を行うことで、バイオ後続品の使用が進む環境整備を行うべきである。
- また、バイオ医薬品に係る一般名処方のルール整備や、医療機関・薬局におけるバイオ後続品の備蓄等の体制評価について、中央社会保険医療協議会において議論されているところであるが、令和8年度診療報酬改定に向けて、引き続き議論がなされることを期待する。
- その上で、先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方については、これらの取組や環境整備の進捗状況を注視しつつ、引き続き検討すべきである。

【医療機関における業務効率化・職場環境改善の推進】

- 2040 年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・職場環境改善による生産性向上、タスク・シフト／シェアの推進、地域における医療職種の養成体制の確保や養成課程を含めた環境整備等について、必要な制度的対応を含め、取り組むことが必要である。
- 当部会では、社会保障審議会医療部会における議論の報告を受けつつ、議論を行った。

特に、医療機関の業務の DX 化の推進については、業務効率化に取り組む医療機関の裾野を広げ、医療界全体の実効ある取組とするため、以下の対応等を行う必要がある。

- ・ 令和 7 年度補正予算において、生産性向上支援として、200 億円を計上。さらに、今後、継続的な支援の在り方を検討
- ・ DX 化の効果等に関するデータの収集（労働時間の変化、医療の質や安全の確保、経営状況に与える影響等）
- ・ 医療の質や安全の確保と同時に、持続可能な医療提供体制を維持する視点から、業務効率化を図る場合における診療報酬上求める基準の柔軟化の検討
- ・ 都道府県の医療勤務環境改善支援センターについて、体制拡充・機能強化を図るとともに、医療法上、業務効率化に関する助言・指導を行う旨を明確化
- ・ 業務効率化・勤務環境改善に積極的・計画的に取り組む病院を公的に認定する仕組みを医療介護総合確保法に位置づけ
- ・ 医療機関の責務の明確化（医療法上、病院又は診療所の管理者は業務効率化に取り組むよう努める旨を明確化。健康保険法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化。）

【入院時の食費・光熱水費について】

<入院時の食費について>

- 入院時の食費については、1 食当たりの食事療養基準額（総額）と標準負担額（自己負担額）を国が定め、その差額が入院時生活療養費として保険給付されている。
- この標準負担額については、食材料費が高騰していることを踏まえ、令和 6 年 6 月より 1 食当たり 30 円の引上げ、またその後の更なる食材料費の高騰等を踏まえ、令和 7 年 4 月より 1 食当たり 20 円の引上げが行われたが、令和 7 年 4 月以降も食材料費等の上昇は続いている状況にある。

- こうした状況を踏まえ、中央社会保険医療協議会において、入院時の食事療養基準額（総額）の更なる見直しについて議論されており、当部会においても、標準負担額（自己負担額）の更なる見直しについて議論を行った。
 - 当部会では、
 - ・ 患者にとって、食事は非常に重要な意味を持っている。過去2回の見直しで50円上がったが、これでは経営が続かないということになると患者にとっても不幸であるから、引上げを考えるべき
 - ・ 低所得者の場合は自己負担が大きくならないようにするということは必要だと思うが、低所得者の負担額は、入院せずに自宅で普通に食事する場合においても、これでは十分に食事ができないような額ではないか。通常の食費よりも著しく低く抑えられているように思う
 - ・ 近年の物価高や人件費の上昇などを踏まえると、見直しはやむを得ない。食費は入院の有無にかかわらず、日常生活においても発生する費用であることから、低所得者に配慮しつつも、自己負担の適切な反映が求められる
 - ・ 入院時の食事は療養の一環という基本を踏まえ、保険給付の部分も併せて検討が必要
- などの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、入院時の食費について、食事療養基準額（総額）の見直しに関する議論の動向も踏まえつつ、標準負担額（自己負担額）についても同様に引上げの方向で見直しを行うとともに、仮に引き上げる場合には所得区分等に応じて一定の配慮を行うべきである。

<入院時の光熱水費について>

- 療養病床に入院する 65 歳以上の者の入院時に必要な光熱水費は、1 日当たりの生活療養基準額（総額）と標準負担額（自己負担額）を国が定め、その差額を入院時生活療養費として保険給付している。
- 消費者物価指数の光熱・水道費は令和4年に大きく増加し、その後に減少傾向に転じたものの、足下では再び増加しているところ、入院時生活療養費の基準額（総額）については、平成 18 年の創設時から据え置かれている。
- 一方で介護保険制度では、令和 6 年度介護報酬改定において、家計における光熱・水道支出を勘案し、多床室の居住費の基準費用額・負担限度額について、60 円の引上げが行われた。

- こうした状況や近年の光熱・水道費の上昇を踏まえ、中央社会保険医療協議会において、入院時生活療養費の生活療養基準額（総額）の更なる見直しについて議論されており、当部会においても、入院時生活療養費の標準負担額（自己負担額）の更なる見直しについて議論を行った。
- 当部会では、入院時生活療養費の見直しについて、
 - ・ 入院時の光熱水費については、介護保険における対応も踏まえると、当然低所得者の方への配慮は必要だが、基準額の見直しについては異論はない
 - ・ 光熱水費に関しても食費と同じように上がってきていることから、これもある程度上げざるを得ない。金額は別にして、そういうことを考えなくてはいけないなどの意見があった。
- これらの意見を踏まえ、入院時生活療養費について、生活療養基準額（総額）の見直しに関する議論の動向も踏まえつつ、標準負担額（自己負担額）についても同様に引上げの方向で見直しを行うとともに、仮に引き上げる場合には所得区分等に応じて一定の配慮を行うべきである。

【効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療の扱いについて】

- 第四期医療費適正化計画において、医療資源の効果的・効率的な活用のため「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」の適正化、具体的には急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方の適正化に取り組むこととしている。
- 当部会では
 - ・ いわゆる無価値医療（効果があるというエビデンスが十分ない医療）や低価値医療（仮に効果があるとしてもその効果が小さく十分な効果があるというエビデンスがない医療）といったものを保険対象から外すと言う見直しも図っていくべき。
 - ・ いわゆる低価値医療・無価値医療といったものをなくしていくような医療改革をきちんと行わないと、国民の医療に対する信頼を確保できないのではないか。
 - ・ 臨床上どれくらい有効なのか、症状がどれだけ改善するのかという側面から評価していく制度設計があってもいいのではないか。などの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、国内外の論文や国内の診療ガイドライン、診療報酬増の算定要件などと齟齬がない「腰痛症（神経障害性疼痛を除く）に対するプレガバリン処方」の適正化を新たに医療費適正化計画に位置付けるとともに、今後の対応方針として厚生労働科学研究や医療技術評価分科会での学会等からの提案募集などから「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」を探索し、医療費適正化計画への追加や診療報酬上の取り扱いなどについて引き続き検討していくこととする。

5. 国民健康保険制度改革の推進

- 国民健康保険については、平成 30 年改革以降様々な見直しが行われてきたが、依然以下のような課題がある。
 - ・ 被保険者の年齢構成が高く、医療費水準が高い。また、被保険者の所得水準が低い。加えて、国保は小規模保険者が多く、財政運営が不安定になるリスクが高い
 - ・ 人口減少・少子高齢化に伴い、地方公共団体における人材不足が深刻化しており、保険者における事務処理を持続可能なものにしていく必要
 - 国民健康保険制度が、国民皆保険を支える仕組みとして、引き続き、持続可能な制度となるよう、国と地方、その他の関係者の間で調整が行われ、その議論を踏まえた取組強化の方向性が当部会に報告された。
 - 具体的には、
 - ・ 令和 4 年 4 月から、未就学児に係る均等割保険料について、その 5 割を公費（国 1／2、都道府県 1／4、市町村 1／4）により軽減する措置が講じられているところ、子育て世帯の更なる負担軽減のため、当該軽減措置の対象を高校生年代まで拡充すること
 - ・ 都道府県国民健康保険運営方針の中間見直しの作業年度に当たる令和 8 年度に向けて、保険料水準統一加速化プランの改定について検討し、納付金ベースの統一や完全統一に係る目標年度の設定や前倒しの検討を含め、保険料水準の統一に向けた議論を積極的に行うこと
 - ・ 財政安定化基金の本体基金分について、保険料水準の統一や制度改正により納付金（保険料）が著しく上昇する場合や、災害等が発生した翌年度以降に従来の保険料で賦課することが難しい場合に、納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認めるとともに、従来の積戻し期間（3 年間）よりも長い期間での積戻しを可能とすること
 - ・ 市町村の事務負担軽減に向け、都道府県国保連合会の役割を強化するため、国保連を活用した自治体支援の在り方の検討を行うこと
 - ・ 国民健康保険では資格喪失の原因たる事実が発生した日の翌日に資格を喪失することとされているところ、令和 7 年度地方分権提案においても支障事例が報告されていることを踏まえ、保険者の異動を原因とする資格喪失日を 1 日前倒し、資格喪失の原因たる事実が発生した日を資格喪失日とすること
- について、国として、法改正を含め対応してはどうかというものであった。

○ 当部会では、この報告に対し、

- ・ 子どもに係る均等割保険料の軽減措置の対象拡充は、子育て世帯の負担軽減のため、地方団体からも要望してきたものであり実現すべき。地方負担分については確実に地方財政措置をしてほしい。また、対象のほか、軽減割合についても、現行の5割からの拡充を引き続き検討してほしい
- ・ 財政安定化基金の使途の拡充やより長い積戻し期間の設定は、保険料水準の統一を図るためにも重要
- ・ 市町村の事務負担軽減については、国保連がしっかりとその役割を果たせるよう、必要な財源措置や人材確保等も含め、都道府県や市町村だけでなく国保連のニーズを把握しながら調整を進めてほしい
- ・ 市町村の職員も減っている中で、保険料徴収等の市町村事務への重層的支援や、デジタルの活用、都道府県を含めた広域的な対応が必要
- ・ 保険料の水準統一も進めている段階であり、財政に関わる見直しを行う場合には、市町村やその被保険者の類型に応じた、水準統一への影響も踏まえながら検討することが必要

などの意見があった。

○ これらの意見も踏まえ、今後、国民健康保険制度改革を推進するに当たって法改正を含めた対応を行う場合は、国と地方を中心とする協議の結果を尊重すべきであり、地方分権の趣旨に反しないこと、国が一方的に議論等を押しつけないことといった点を十分に尊重しつつ、結論が得られた事項に限り実施すべきである。

○ なお、国民健康保険制度をめぐる議論において、

- ・ 一定の結論を得るべき検討課題とされている「普通調整交付金の在り方」について、「医療費適正化のインセンティブ強化の仕組みについては、普通調整交付金の在り方を引き続き検討することと併せ、保険者努力支援制度におけるメリハリ付けのさらなる強化を図っていく」との方向性が示され、「普通調整交付金の所得調整機能は極めて重要であり、今後も維持すべき」との意見があったほか、
- ・ 中長期的な検討課題とされている「生活保護受給者の国保等への加入」について、「生活保護受給者を加入させることは、社会保障制度の根幹を揺るがすものであり、国保等の制度の破綻を招きかねない」との意見があった。

○ また、国民健康保険組合に係る見直しとして、

- ・ 定率補助の補助率の下限については、これまでどおり 13% を原則とするが、負担能力に応じた負担等を進める観点から、財政力及び被保険者の健康の保持増進等の取組の実施状況が一定の水準に該当する国保組合のみ、例外的に新たな補助率（12%・10%）を適用すること
 - ・ この補助率が適用されるのは、補助率 13% の区分に該当する国保組合のうち、①保険料負担率が低い、②積立金が多い（かつ、被保険者数が 3,000 人以上（経過措置）、③医療費適正化等の取組の実施状況が低調、の全てに該当する場合のみとすること
 - ・ 健康保険適用除外に係る手続について、承認を必要とせず、申出を行うことにより、健康保険の適用を除外するものとし、国保組合における事務手続の簡素化及び被保険者の資格情報管理に係る申請から承認までのタイムラグの解消を図ること
 - ・ 賃金上昇の影響等も踏まえ、補助率の判定に用いる各国保組合の平均所得の算出に際して設定されている各被保険者の所得の上限額を、1,200 万円から 2,200 万円に見直すこと
 - ・ 併せて、適用する補助率を区分する国保組合の平均所得の基準について、「150 万円未満」～「240 万円以上」と設定されているところ、これを「180 万円未満」～「270 万円以上」に見直すこと
 - ・ 国保組合に対する合併支援の拡充等を行うこと
- について議論を行った。

○ これに対し、

- ・ 医師国保に加入している医療機関の経営状況は大変厳しく、今回の提案は唐突・拙速なものであり、受け入れることはできない。補助率が削減される 3 要件は、特定の母集団における相対評価で決まり得るものであり、各組合の経営努力に関係ないものとなっている。相対評価は見直すべき
- ・ 補助率の見直しは国保組合にとっては、相当の影響があるもの。解散を考えている組合もあることから、見直しは反対であるものの、見直しを行うのであれば、周知期間、経過措置、激変緩和措置等のきめ細やかな制度設計が必要ではないか

という意見がある一方で、

- ・ 協会けんぽや健保組合との水平的公平性の観点から、要件①と要件②を新たな補助率を適用する要件とすることでよいのではないか。また、要件③についても、医療費適正化等の取組の実施状況が非常に低調であれば、あまり補助できないと明確にする観点から、要件にしてもよいのではないか

- ・ 国保組合ごとに所得の格差が大きいことを踏まえれば、国庫補助率の見直しは避けられないのではないかなどの意見があった。
- こうした意見を踏まえ、国保組合の実情を十分に勘案し詳細な制度設計を行うことを前提に、当部会で議論した方向性に沿って所要の見直しを行うべきである。

おわりに

- 上記のとおり、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応じた医療保険制度改革の在り方について、議論の整理を行った。
- 整理の前提として、物価や賃金の上昇など、日本経済は新たなステージに移行しつつあり、その状況の変化に対応した取組が必要であることは論を俟たない。このような変化を踏まえて、人口構造の変化及び人口減少による医療需要の変化への対応、人材の確保、現役世代の保険料負担の抑制努力の対応を進めるべきである。
- 今般の整理は、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ことから、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、もって国民の理解・納得感を得るべくまとめたものであり、厚生労働省においては、当部会における意見を十分に踏まえ、確実に改革を行えるよう、十分な準備期間や国による支援・丁寧な周知が必要であることに留意しつつ、取組を進められたい。



ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

高額療養費制度の見直しについて

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）
第6回 2025年11月21日（高額療養費制度について）
第7回 2025年12月8日（高額療養費制度について）
第8回 2025年12月15日（高額療養費制度について）
2025年12月16日「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」とりまとめ
第9回 2025年12月25日（高額療養費制度の見直しについて）
※医療保険部会と合同開催

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
林 鉄兵	日本労働組合総連合会副事務局長
原 勝則	国民健康保険中央会理事長
山内 清行	日本商工会議所企画調査部長

ヒアリング先

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

高額療養費制度の見直しの基本的な考え方①

令和7年12月16日 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

- 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会（以下、本専門委員会）は、高額療養費制度の在り方について検討する場として、社会保障審議会医療保険部会（以下、医療保険部会）の下に、令和7年5月に設置された。本専門委員会では、保険者や労使団体、学識経験者に加え、患者団体の方など当事者やその声を伝える立場の方の参画を得て、計8回にわたり多様な議論を行った。検討に当たっては、患者団体の方や保険者、医療関係者、学識経験者など様々な立場の方からヒアリングを行うとともに、複数の事例に基づく経済的影響のイメージやデータを踏まえた議論を行うなど、多角的かつ定量的な視点を踏まえ議論を行ってきた。
- 第4回の本専門委員会において改めて確認されたところであるが、高額療養費制度は、セーフティネット機能として患者・家族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がある。その上で、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、（本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である。
- こうした認識に立ち、本専門委員会の議論の状況を医療保険部会に定期的に報告するとともに、医療保険部会における議論の状況を本専門委員会にも適時報告を求めるなど、医療保険制度改革全体の中で高額療養費制度の在り方をどのように考えるか、全体感を持った議論が行われるよう意識しつつ、本専門委員会において議論を深めてきた。
- 依然として、医療保険部会において医療保険制度改革全体の議論が行われている現状において、具体的な金額の方針性を含む形で本専門委員会の議論をする段階には至っていないが、全体感を持った医療保険制度の見直しが行われることを前提とした上で、高額療養費制度の見直しを行っていく場合の基本的な考え方として、これまでの本専門委員会の議論を踏まえると、以下のように整理される。

高額療養費制度の見直しの基本的な考え方②

令和7年12月16日 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

【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】

- 高齢化の進展や医療の高度化、とりわけ、本専門委員会でも再三にわたり議論・指摘があったが、高額薬剤の開発・普及等を背景に医療費全体が増大する中において、医療保険制度はもとより、高額な医療を必要とする状態になった場合における極めて重要なセーフティネット機能である高額療養費制度を将来にわたって堅持していくためには、制度の不断の改革に取り組んでいかなければならない。

繰り返しになるが、その際には、医療保険制度全体の改革を進めつつ、その中で、高額療養費の在り方について検討していくことが必要である。

現在、医療保険部会において、「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」「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」「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」「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」という4つの視点に基づいて議論が深められているが、高額療養費に関しても、このような制度全体の議論と歩調を合わせつつ、他方で、高額療養費制度を取り巻く上記の課題や将来への制度の継承を確かなものとするためには、近年の医療費の伸び等に一定程度対応した形での自己負担限度額（以下、限度額）の見直しを行っていくことの必要性は理解する。

- ただし、限度額の見直しに当たっては、本専門委員会でも多くの委員から意見が出されたが、高額療養費のセーフティネット機能に鑑みると、長期にわたって療養される方の経済的負担の在り方に十分配慮すべきである。

加えて、医療保険制度全体の改革を進める中で、療養期間が短期の方を中心に限度額を見直す場合であっても、具体的には後述するが、所得が低い方に対しては適切な配慮を行うことが必要である。

高額療養費制度の見直しの基本的な考え方③

令和7年12月16日 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

【年齢にかかわらない応能負担に基づく制度の在り方】

- 現行の高額療養費制度の所得区分は、年収約370万円の方と年収約770万円の方が同じ区分に整理され、限度額も同じ取扱いとなっている。

その上、所得区分が1段階変更となるだけで限度額が2倍程度に増加するなど、あまりにも大括りな制度になっていると言わざるを得ず、応能負担の考え方を踏まえた制度設計という観点からは改善の余地がある。

そのため、所得区分を細分化（住民税非課税区分を除く各所得区分を、例えば3区分に細分化）し、所得区分の変更に応じて限度額ができる限り急増又は急減しないようにする制度設計とすることが適当である。

その際、例えば年収約400万円の方と年収約750万円の方であれば、現在は同じ限度額となっているが、応能負担の考え方によるならば、所得区分の細分化によって年収約750万円の方の限度額は相対的に大きく増加することになるものの、他方で、現在の限度額から著しく増加することのないよう、応能負担の考え方とのバランスを踏まえた適切な金額設定とすべきである。

- また、70歳以上の高齢者のみに設けられている外来特例については、加齢に伴って疾病リスクが増すことにより受診機会が増えることの多い高齢者の特性を踏まえると、制度の必要性自体は理解できるものの、医療費全体が増加している中で、現役世代の保険料負担軽減という観点からも、制度の見直し自体は避けられないという方向性で概ね一致した。

具体的には、月額上限・年額上限のそれぞれについて、応能負担という視点を踏まえた限度額の見直しを行うとともに、外来特例の制度創設から20年以上が経過する中で、制度創設当時と比較して健康寿命が延伸していること、また、受療率も低下していること等を考慮すれば、医療保険部会における高齢者の負担の在り方の議論の状況を踏まえた上で、対象年齢の引き上げも視野に入れて検討すべきである。

ただし、その際には、限度額の段階的な見直しなどの丁寧な対応が必要ではないかといった意見の他、医療保険部会において行われている高齢者の負担の在り方の議論の動向を見極めた上で慎重な議論が必要ではないかという意見もあった。

他方で、現役世代との公平性の観点からも、将来的には制度の廃止を含めて検討すべきといった意見もあった。

いずれにせよ、医療保険制度改革全体の議論が行われている中で、全体感を持った検討を進め、高齢者の経済的負担に急激な変化が生じないような制度の在り方とすべきである。

高額療養費制度の見直しの基本的な考え方④

令和7年12月16日 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

【セーフティネット機能としての高額療養費制度の機能強化】

- 本専門委員会でも、患者の立場の方を中心に多くの方々から再三にわたり指摘があつたが、高額療養費制度は、特に療養期間が長期にわたる患者にとってなくてはならない制度である。

こうした観点から、長期にわたって継続して医療費負担が嵩む長期療養者の方に配慮し、多数回該当の限度額については現行水準を維持するべきである。

加えて、仮に多数回該当以外の限度額を見直した場合、限度額（例えば、現在の月80,100円+医療費の1%）に到達しなくなり、その結果、長期療養が必要であるにもかかわらず多数回該当から外れてしまう方が発生するため、そのような方の医療費負担が過重なものとならないよう、新たに患者負担に「年間上限」を設けることも考えられ、高額療養費の限度額に該当しない方も含めて制度の対象とすることも検討すべきである。

加えて、実務的な面でも精査が必要となるが、保険者におけるシステム面での対応が制約条件にならないよう、患者本人からの申出を前提とした運用で開始することも含めて、実現に向けた制度設計の詳細や課題を早急に整理すべきである。

- また、事務局から提出された資料からも明らかになったように、例えば、年収200万円未満で「仕事と治療を両立しつつ、長期にわたり療養されているような方」の経済的負担は、現行制度でも大変厳しい状況にある。

そのため、例えば、所得区分を細分化し、よりきめ細かい制度とする際には、そのような方の経済的負担に特に配慮することも検討すべきといった意見もあった。

高額療養費制度の見直しの基本的な考え方⑤

令和7年12月16日 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

【その他】

- また、限度額に関わる意見からは離れるが、保険者や医療従事者からだけではなく、当事者の方からのヒアリングにおいても、高額療養費が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といった意見があった。他方で、一般社団法人日本難病・疾病団体協議会より、難病患者・家族の約8割（77.6%）は医療費総額を把握しているというアンケート調査結果（n=143）も紹介された。
高額療養費制度への意識を改めて喚起し、関係者に対し制度への理解を更に深めていただく観点から、高額療養費制度を利用した場合に、全体としてどの程度の医療費がかかっているのか、また、高額療養費としてどの程度の金額が還付されているのかといった全体像の見える化を進めていくこと自体は重要であり、実務的にどのような対応が可能かも含め、検討を深めていくべきである。
- この点以外にも、現行の高額療養費制度に対する様々な課題が指摘された。例えば、現行では、加入する保険者が変わる際に、多数回該当のカウントがリセットされる仕組みとなっているところ、実務的な課題もあるものの、カウントが引き継がれる仕組みの実現に向けた検討を進めていくべきである。
- また、高額療養費の在り方は、高額薬剤の開発・普及等を背景に増大する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、今後とも継続的に検討していくべき課題であるという指摘もあった。

まとめ

- 以上が、これまでの本専門委員会の議論を踏まえた、高額療養費制度の見直しを行っていく場合の基本的な考え方であるが、具体的な金額（限度額）等については、医療保険制度改革全体の議論を踏まえて設定すべきである。
また、施行時期については、国民・医療関係者への周知、保険者・自治体の準備（システム改修等）などを考慮すると、一定の期間が必要である。来年夏以降、順次施行できるよう、丁寧な周知等を求めたい。

近年の医療費の伸び等に対応した見直し

令和7年12月15日

第8回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料2

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全体感を持って議論していくことが必要。そのため、仮に見直すこととした場合、以下の考え方に基づいて具体的な金額（限度額）を検討するべきではないか。

所得区分	現行限度額
年収約1,160万円～	252,600 + 1 % <多数回該当：140,100>
年収約770～約1,160万円	167,400 + 1 % <多数回該当：93,000>
年収約370～約770万円	80,100 + 1 % <多数回該当：44,400>
年収～約370万円	57,600 <多数回該当：44,400>
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>

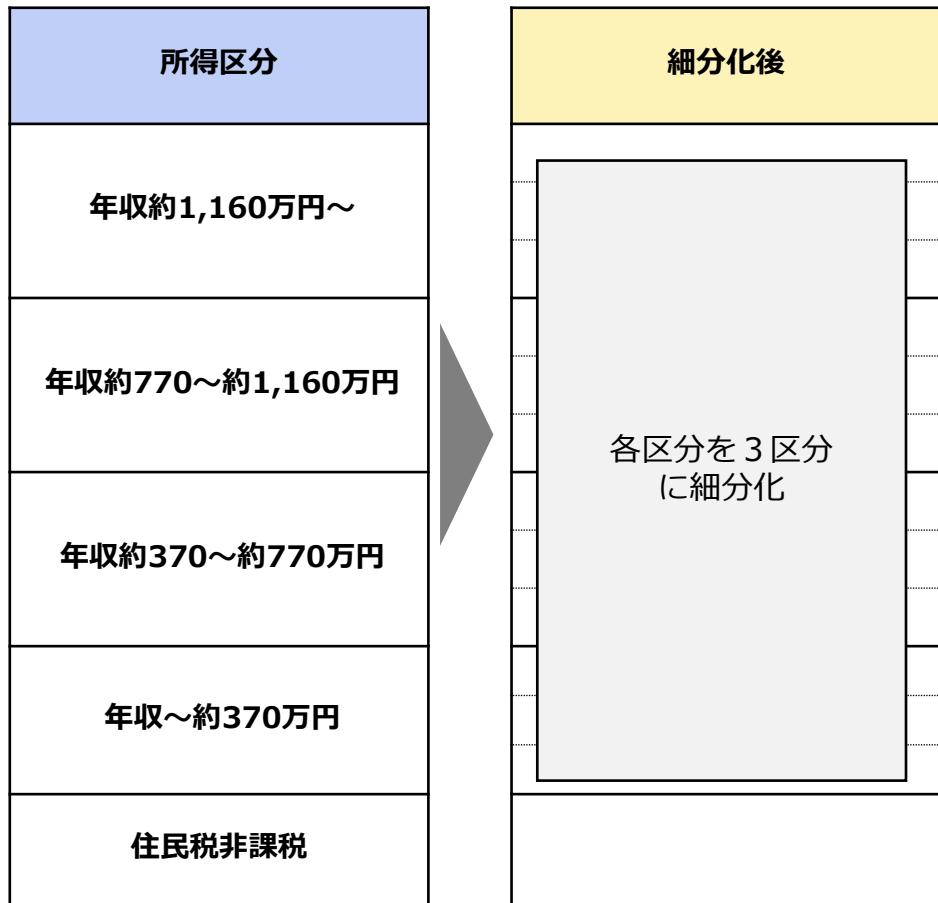
※現行限度額は70歳未満のもの

月額限度額 (1～3か月目)	多数回該当 (4か月目～)
<p>一人当たり医療費の伸びを念頭に見直し</p> <p>※高額療養費が医療費全体の倍のスピードで伸びている状況においても、高額療養費制度のセーフティネット機能を維持する観点から、見直しに配慮。</p>	<p>多数回該当の金額を据え置き (所得区分の細分化後においても同じ)</p> <p>住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げ</p>
近年の年金改定率を考慮して配慮	

- 年間上限の導入（まずは患者本人からの申出を前提とした運用で開始）
- 加入する保険者が変わる際に、多数回該当のカウントがリセットされる仕組みへの対応は今後検討

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全体感を持って議論していくことが必要。そのため、仮に見直すこととした場合、以下の考え方に基づいて具体的な金額（限度額）を検討するべきではないか。

所得区分の細分化



所得区分の細分化に伴う 自己負担限度額の設定のイメージ

細分化にあたっては、現在の限度額から著しく増加することのないよう、応能負担の考え方とのバランスを踏まえて設定

限度額
(細分化後)

限度額
(細分化前)

所得区分の細分化の際、住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げ

外来特例の見直しについて

令和7年12月15日

第8回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料2

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全体感を持って議論していくことが必要。そのため、仮に見直すこととした場合、以下の考え方に基づいて具体的な金額（限度額）を検討するべきではないか。

目安の年金年収 (単身の場合)		窓口負担割合		外来特例 (月額・個人ごと)	
		70～74歳	75歳～	現行	見直しの考え方
課税区分	約383万円～	3割	3割	—	—
	約200万円～約383万円	2割	2割	18,000円 (年14.4万)	外来医療費の伸び等を踏まえ、応能負担の考えに基づき、窓口負担2割層（75歳以上）の限度額を引上げ
	～約200万円	2割	1割		外来医療費の伸び等を踏まえ、一人当たり医療費の上位2～3%程度の水準で設定（従来の考え方と同じ）
非課税区分	～約155万円	2割	1割	8,000円	外来医療費の伸び等を踏まえ、非課税区分の中の所得上位層の限度額を引上げ
	～約80万円	2割	1割		据え置き

- 外来特例の制度創設当時と比較して健康寿命が延伸していること、また、受療率も低下していること等を考慮し、医療保険部会における高齢者の負担の在り方の議論の状況も踏まえた上で、対象年齢の引上げも視野にいれて検討。

高額療養費制度の見直しについて（イメージ）

自己負担限度額
(70歳以上・定額分)

(1) 長期療養者への配慮

●多数回該当（※）の据え置き

- (※) 年収約370万円～約770万円の者の自己負担限度額
 - ・年1～3回目：80,100円 + 1%
 - ・年4回目以降：44,400円（多数回該当）

●患者負担に年間上限（年単位の上限額）を導入

(2) 低所得者への配慮

- 住民税非課税区分の限度額の引き上げ率の緩和（①②）
 - 住民税非課税ラインを若干上回る年収層「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げ
- （※）（4）と合わせて実施

① ② (窓口負担1割) (窓口負担2割)

(3) 一人当たり医療費の増を踏まえた限度額見直し

140,000円 年間上限の月額平均

※多数回該当を下回る水準に設定

92,500円

92,500円

(5) 70歳以上外来の自己負担限度額（外来特例）の見直し

- 応能負担の考え方を踏まえつつ、低所得者（①）には配慮（月額上限の据え置き）
- 住民税非課税区分（②）に対して、新たに年間上限を導入。これにより、毎月現在の上限額まで利用される方の負担は変わらない。（③④の年間上限額も同様の考え方に基づき設定）

住民税非課税世帯

28万円
(年収約370万円)

53万円
(年収約770万円)

83万円
(年収約1,160万円)

標準報酬月額

- 現行
- - - 月額の限度額見直し（令和8年度）
- 所得区分の細分化（令和9年度）
- 年間上限の月額平均（令和8年度）
- 多数回該当の金額（現行額を据え置き）

高額療養費制度の見直しについて

所得区分	現行		R8.8~			R9.8~		
	月額上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)
約1,650万円～ (標報：127万円～)		—				342,000 + 1 % <140,100>		—
約1,410～約1,650万円 (標報：103～121万円)	252,600 + 1 % <140,100>	—	270,300 + 1 % <140,100>	1,680,000 (月額平均140,000)	—	303,000 + 1 % <140,100>	1,680,000 (月額平均140,000)	—
約1,160～約1,410万円 (標報：83～98万円)		—				270,300 + 1 % <140,100>		—
約1,040～約1,160万円 (標報：71～79万円)		—				209,400 + 1 % <93,000>		—
約950～約1,040万円 (標報：62～68万円)	167,400 + 1 % <93,000>	—	179,100 + 1 % <93,000>	1,110,000 (月額平均92,500)	—	194,400 + 1 % <93,000>	1,110,000 (月額平均92,500)	—
約770～約950万円 (標報：53～59万円)		—				179,100 + 1 % <93,000>		—
約650～約770万円 (標報：44～50万円)		—				110,400 + 1 % <44,400>		—
約510～約650万円 (標報：36～41万円)	80,100 + 1 % <44,400>	—	85,800 + 1 % <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	—	98,100 + 1 % <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	—
約370～約510万円 (標報：28～34万円)		—				85,800 + 1 % <44,400>		—
約260～約370万円 (標報：20～26万円)		—				69,600 <44,400>		28,000 (年21.6万)
約200～約260万円 (標報：16～19万円)	57,600 <44,400>	18,000 (年14.4万)	61,500 <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	22,000 (年21.6万)	65,400 <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	28,000 (年21.6万)
～約200万円 (標報：～15万円)				(※1)		61,500 <34,500>	410,000 (月額平均約34,200)	22,000 (年21.6万)
非課税【70歳未満】	35,400 <24,600>	—	36,900 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	—	36,900 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	—
非課税【70歳以上】	24,600	8,000	25,700 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	11,000 (年9.6万)	25,700 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	13,000 (年9.6万)
一定所得以下【70歳以上】	15,000	8,000	15,700	180,000 (月額平均15,000)	8,000	15,700	180,000 (月額平均15,000)	8,000

(※1) 「～約200万円（標報：～15万円）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。

(※2) 外来特例の対象年齢については、「「強い経済」を実現する総合経済対策」（令和7年11月21日閣議決定）において、「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」について、「令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」とされていることも踏まえ、高齢者の窓口負担の見直しと併せて具体案を検討し、一定の結論を得る。

高額療養費制度の見直しのポイント

- 高額療養費制度の見直しの基本的な考え方（令和7年12月16日 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会）を踏まえ、高額療養費のセーフティネット機能に鑑み、長期療養者や低所得者の経済的負担の在り方に配慮した見直しを行う。

（1）長期療養者への配慮

1. 多数回該当の金額を据え置き

– 長期に継続して治療を受けられている方の経済的負担を増加させない。

2. 「年間上限」の導入

– 多数回該当に該当しない長期療養者の経済的負担にも配慮する観点から、新たに「年間上限」を導入。これにより、月単位の「限度額」に到達しない方であっても、「年間上限」に達した場合には、当該年においてそれ以上の負担は不要となる。

（2）低所得者への配慮

1. 住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げる。

2. 外来特例の限度額引上げの際、「住民税非課税区分」に外来年間上限を導入し、年間の最大自己負担額（12ヶ月限度額を負担される方の負担額）を現在よりも増加させない。12

高額療養費制度の見直しによる患者負担の変化～多数回該当の対象者～

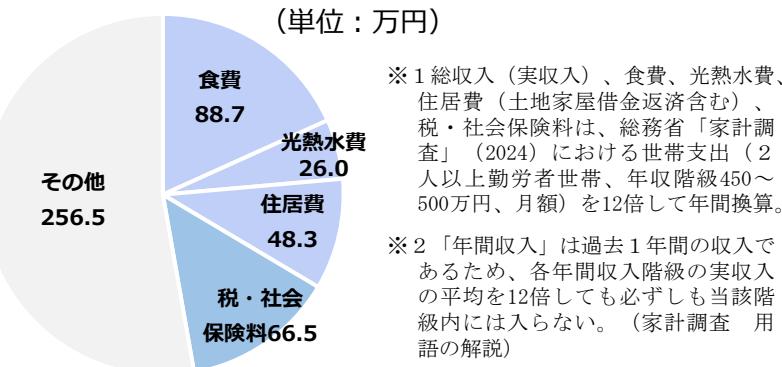
ケース

40歳代・女性・標報34万円（年収約480万円）の患者

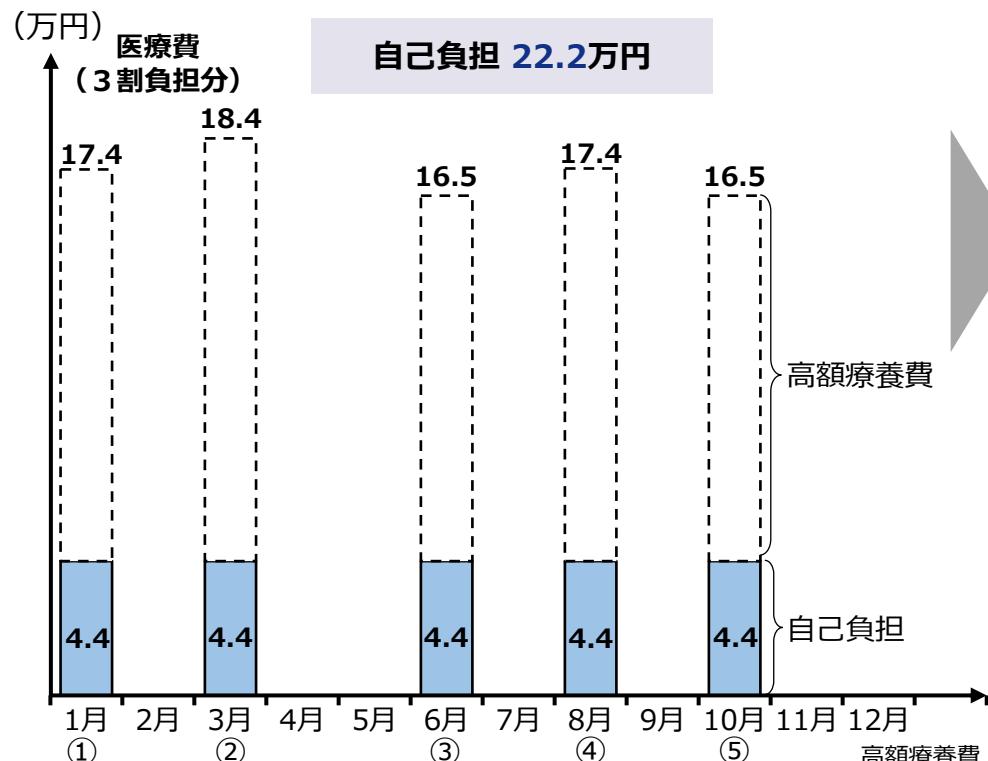
主な傷病・治療：慢性骨髄性白血病・前年から継続で多数該当

総医療費 約287.2万円（3割負担分 約86.2万円）

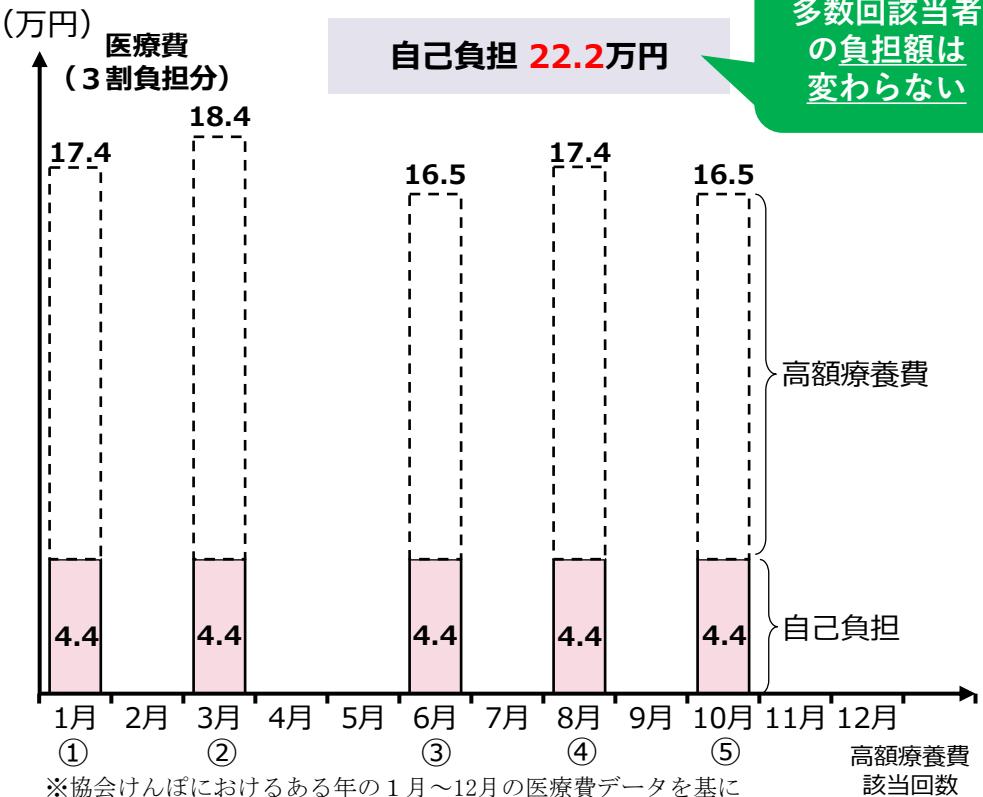
【家計調査】年間収入450～500万円の者の家計の状況（年間）



【現行】



【見直し後】



高額療養費制度の見直しによる患者負担の変化【年間上限の対象者①】

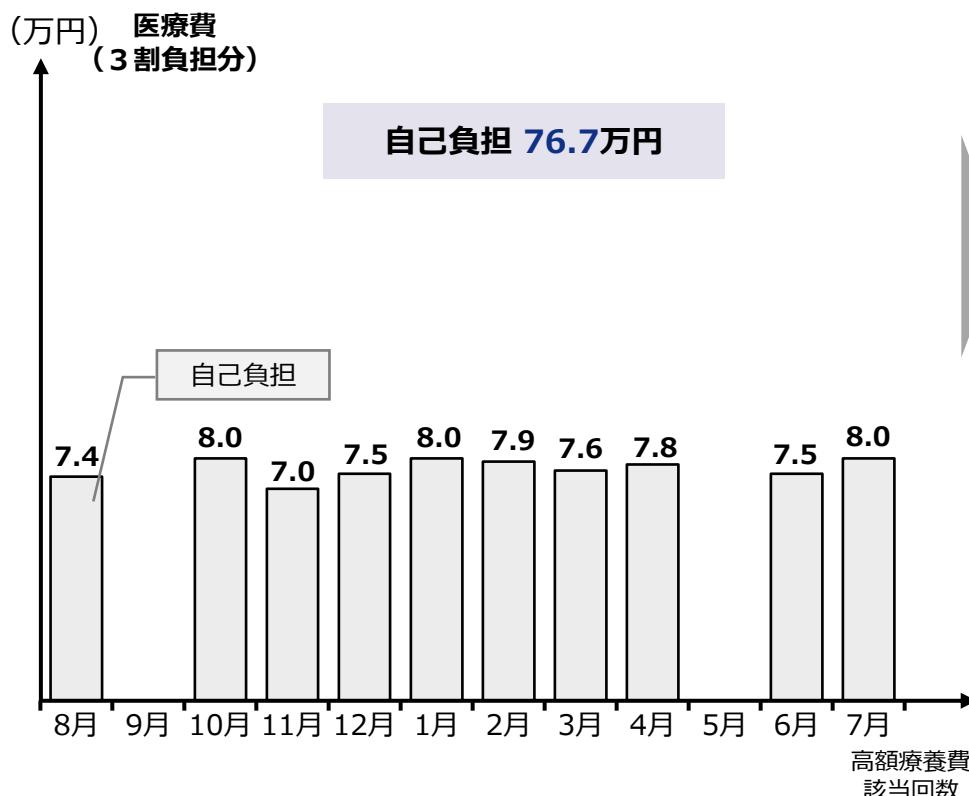
～現行制度において多数回該当に該当しない方の場合～

- 現行制度においては、長期に継続して治療を受ける場合であっても、直近12ヶ月の間に3回以上の高額療養費制度の利用がなければ、多数回該当の対象とならず、大きな経済的負担につながる。
- そこで、新たに患者負担に年単位の上限（「年間上限」）を導入し、「年間上限」を超えて支払った自己負担額については保険者から償還を行う。

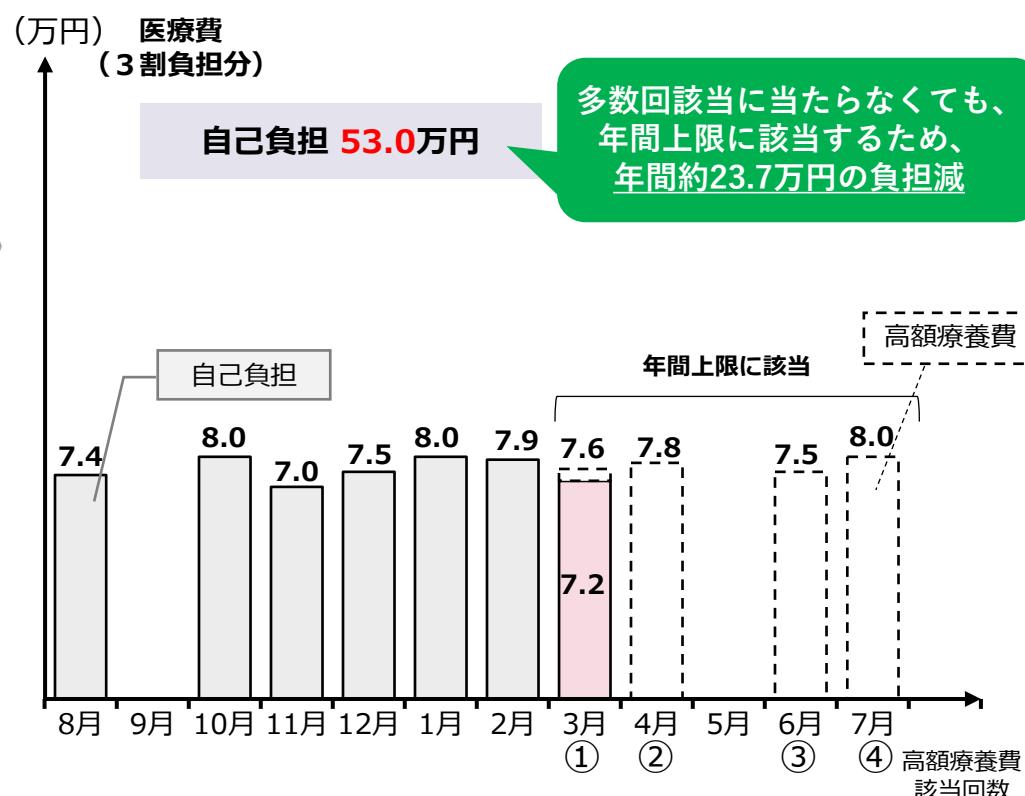
現行制度において多数回該当に該当しない方の場合

(年収約370万～約510万円の者の場合)

【現行】



【見直し後】



※四捨五入により計が一致しない場合がある。

高額療養費制度の見直しによる患者負担の変化【年間上限の対象者②】

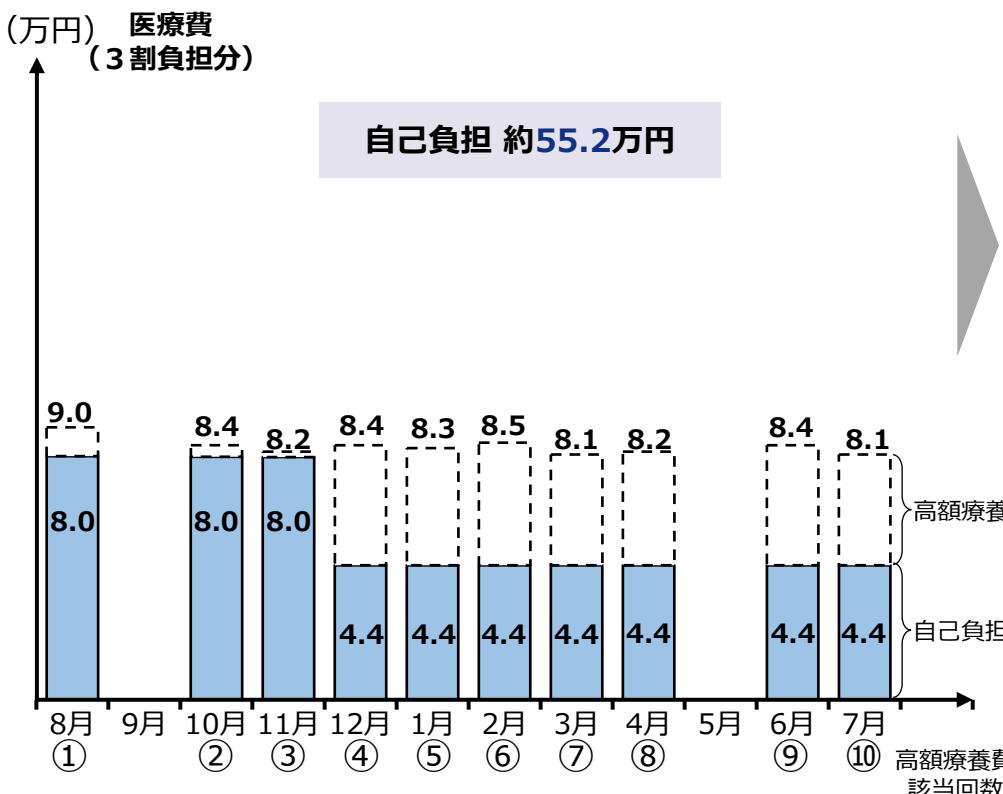
～自己負担限度額の見直しにより多数回該当から外れてしまう方の場合～

- 現行制度においては、長期に継続して治療を受ける場合であっても、直近12ヶ月の間に3回以上の高額療養費制度の利用がなければ、多数回該当の対象とならず、大きな経済的負担につながる。
- そこで、新たに患者負担に年単位の上限（「年間上限」）を導入し、「年間上限」を超えて支払った自己負担額については保険者から償還を行う。

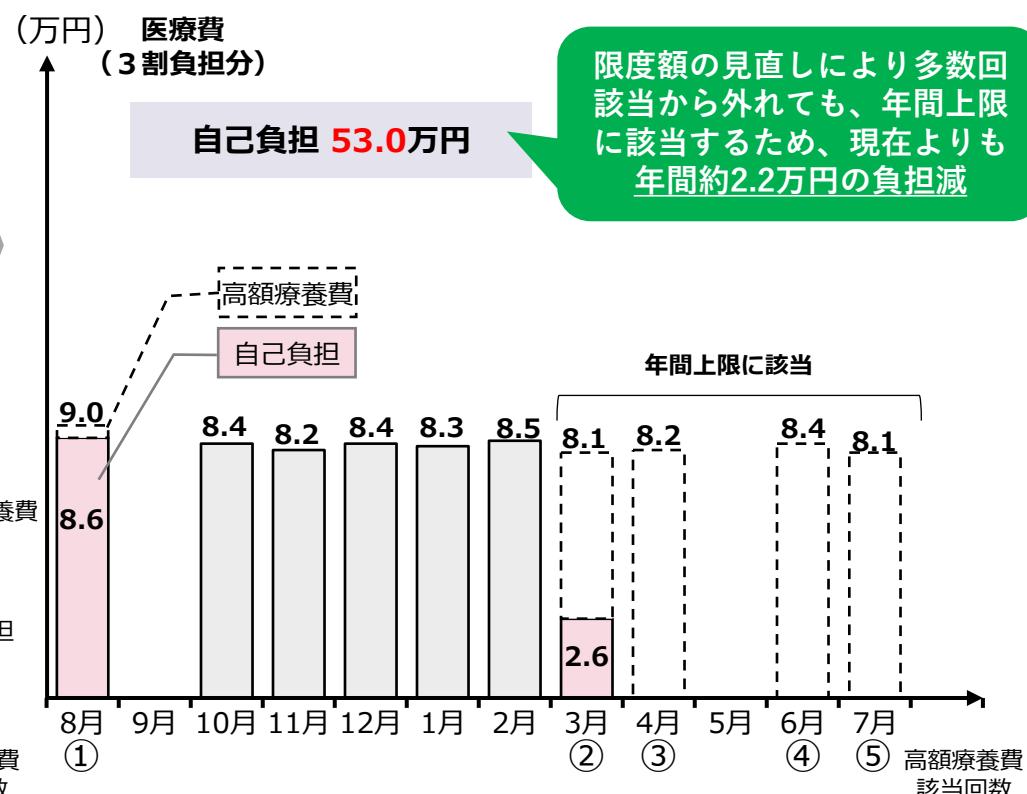
自己負担限度額の見直しにより多数回該当から外れてしまう方の場合

(年収約370万～約510万円の者の場合)

【現行】



【見直し後】



※四捨五入により計が一致しない場合がある。

高額療養費制度の見直しによる患者負担の変化【年間上限の対象者③】

～高額薬剤を単月処方された方の場合～

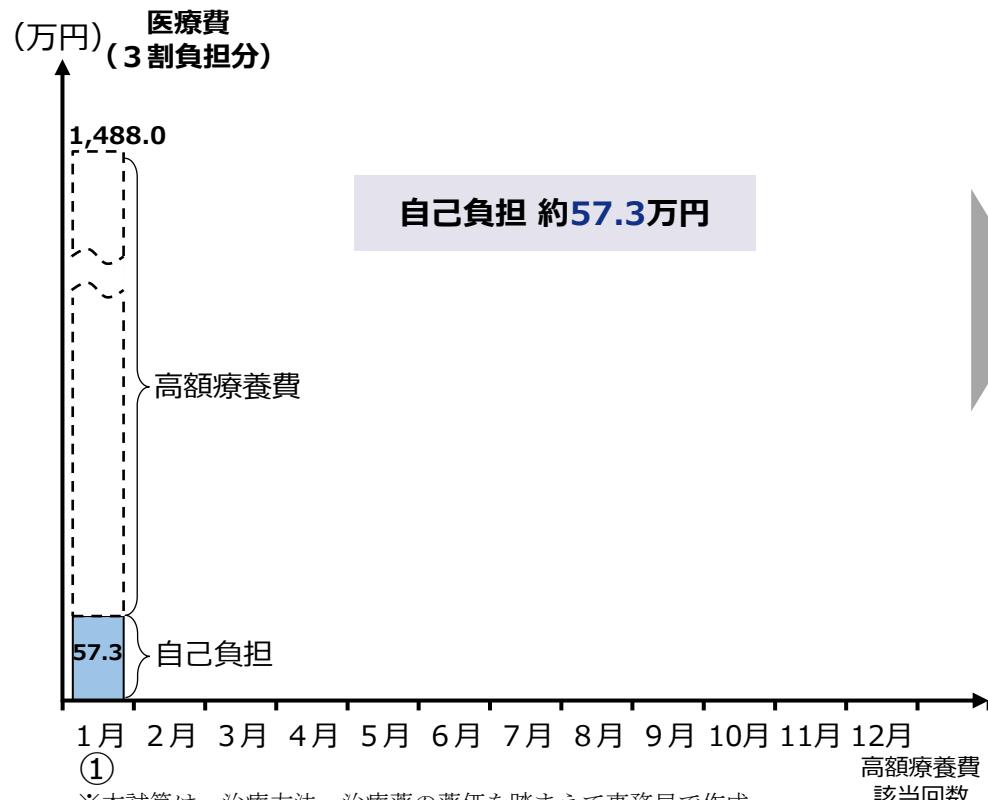
ケース

40歳代・女性・標報41万円（年収約600万円）の患者

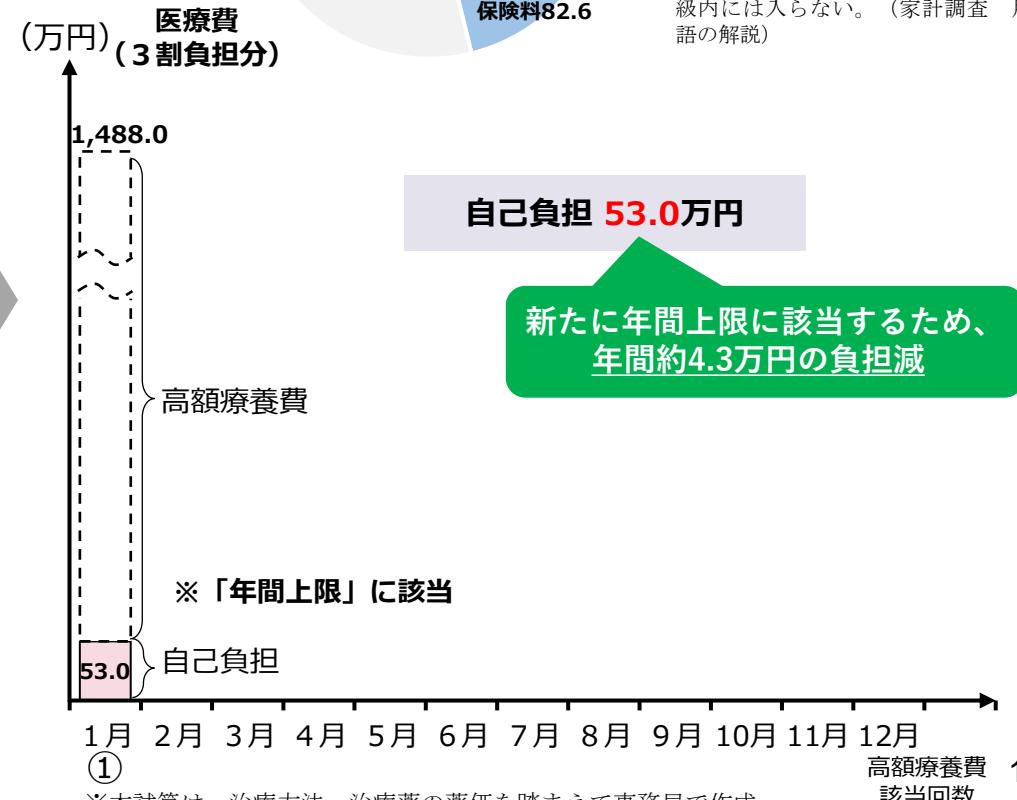
主な傷病・治療：遺伝性網膜ジストロフィー・ルクスターナ注
(薬価：約4,960万円) の使用

総医療費 約4,960万円（3割負担分 約1,488万円）

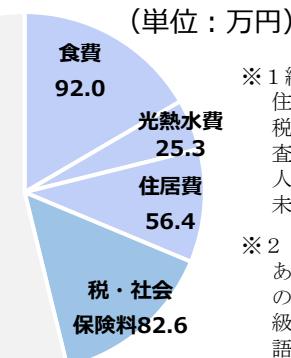
【現行】



【見直し後】



【家計調査】年間収入550～600万円の者の家計の状況（年間）



※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、居住費（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）

高額療養費制度の見直しによる患者負担の変化～年収200万円未満の多数回該当の対象者～

ケース

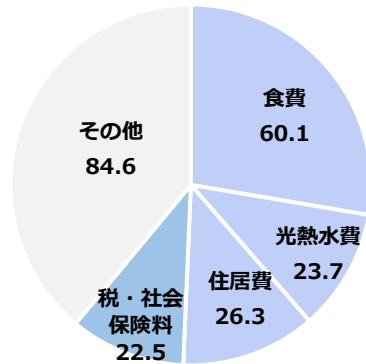
40歳代・女性・標報15万円（年収約200万円）の患者

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）

【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)



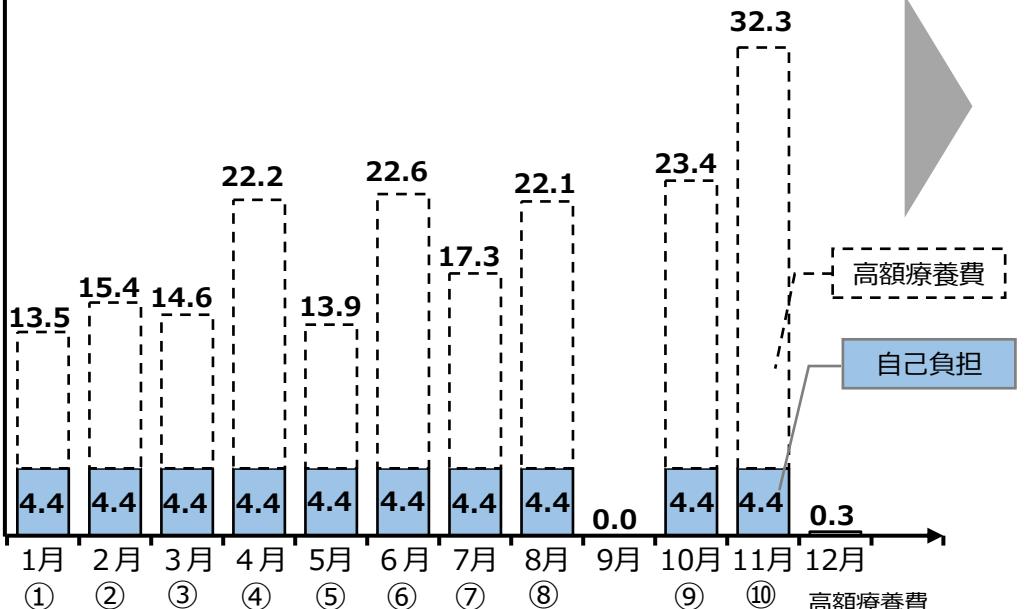
※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200万円未満、月額）を12倍して年間換算。

※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）

【現行】

(万円) 医療費
(3割負担分)

自己負担 約44.7万円

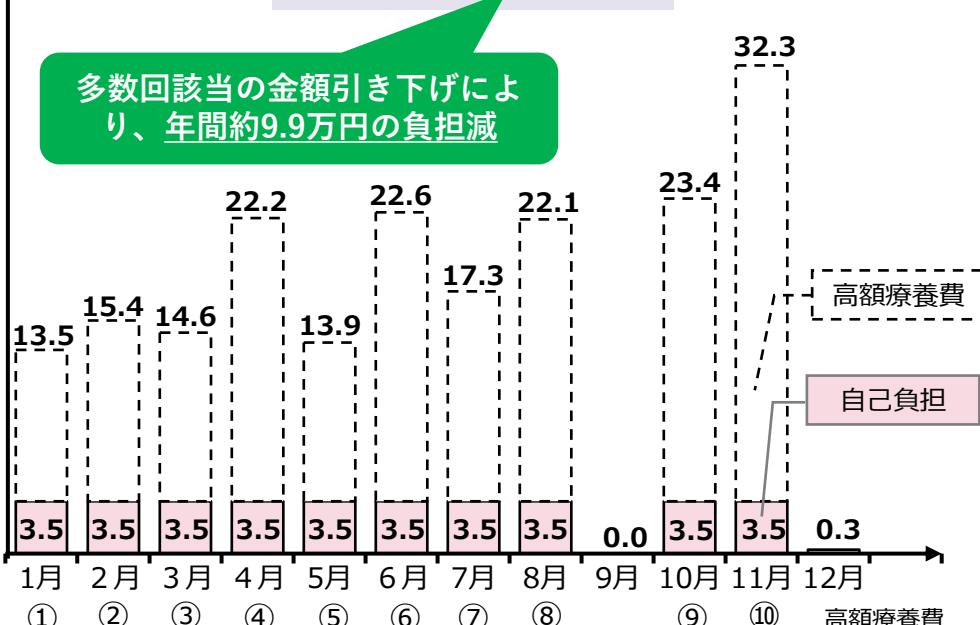


【見直し後】

(万円) 医療費
(3割負担分)

自己負担 約34.8万円

多数回該当の金額引き下げにより、年間約9.9万円の負担減



※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

※四捨五入により計が一致しない場合がある。

※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基に
制度見直し後の自己負担額を事務局にて試算

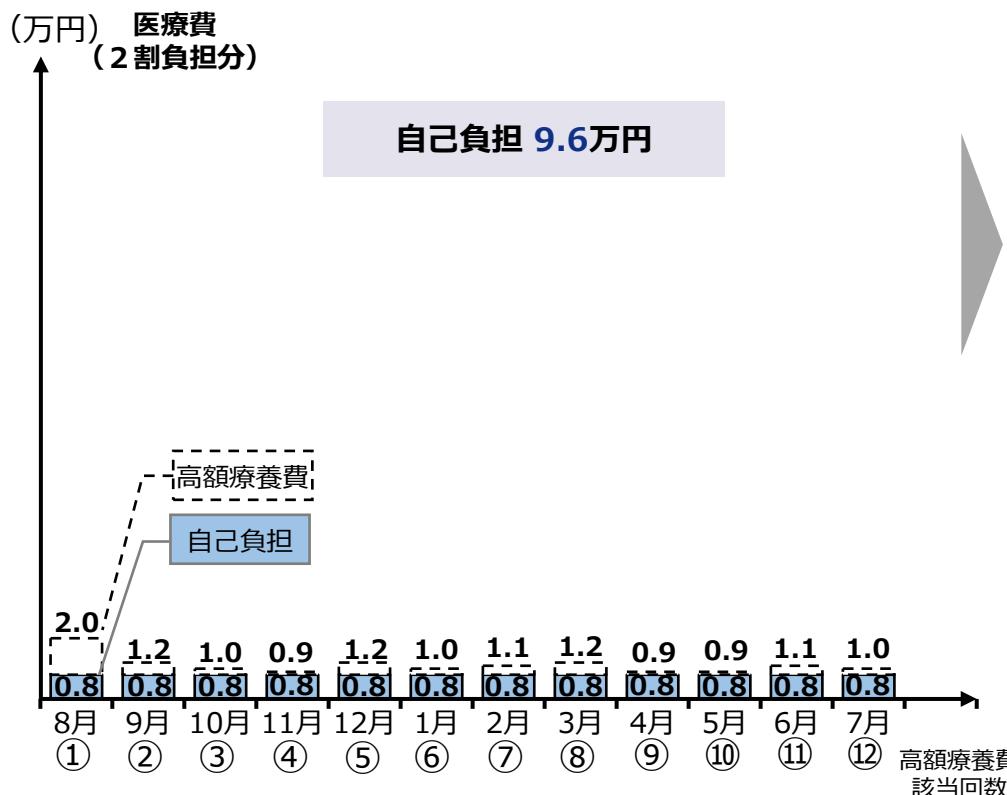
高額療養費制度の見直しによる患者負担の変化【外来特例の年間上限の対象者】

～長期にわたって継続して外来特例を利用される方の場合～

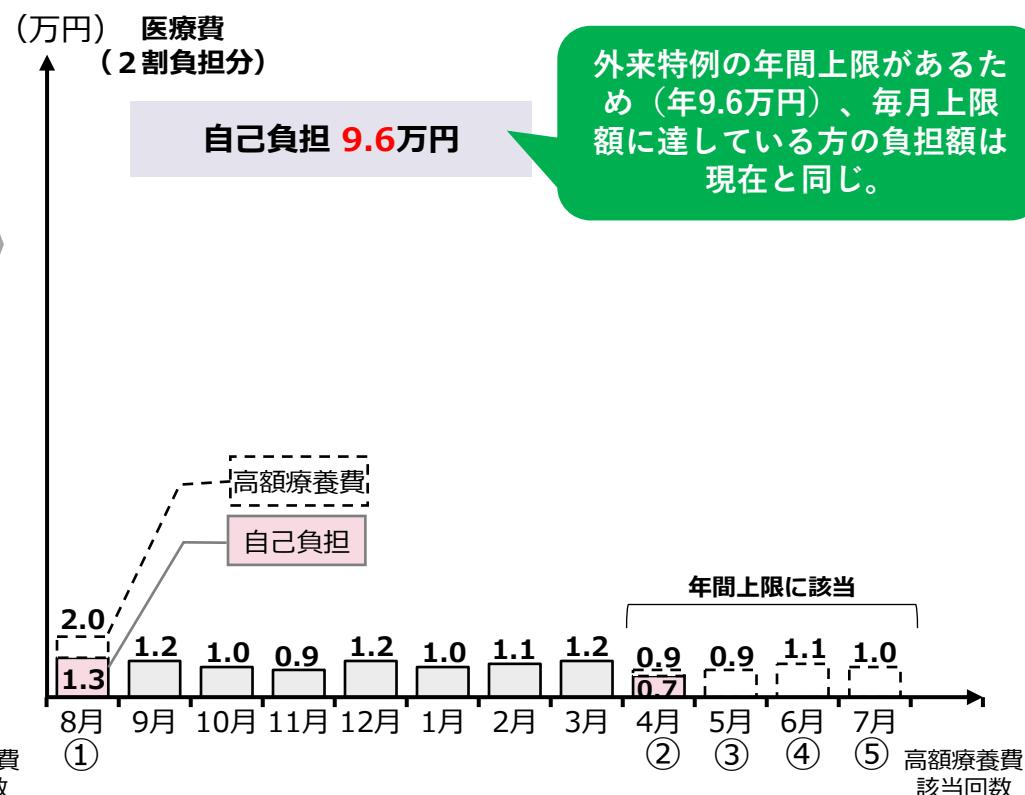
- 外来特例の限度額引上げの際、「住民税非課税区分」に外来年間上限を導入し、年間の最大自己負担額（12ヶ月限度額を負担される方の負担額）を現在よりも増加させない。

(70歳以上・非課税世帯の場合)

【現行】



【見直し後】



外来特例の年間上限があるため（年9.6万円）、毎月上限額に達している方の負担額は現在と同じ。

高額療養費制度の見直しによる患者負担の変化～単月のみ高額療養費に該当する方の場合～

ケース

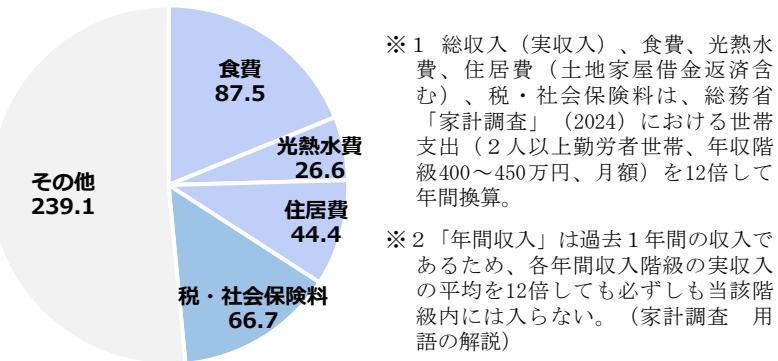
40歳代・男性・標報30万円（年収約410万円）の患者

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）

【家計調査】年間収入400～450万円の家計の状況
(年間・2人以上勤労者世帯)

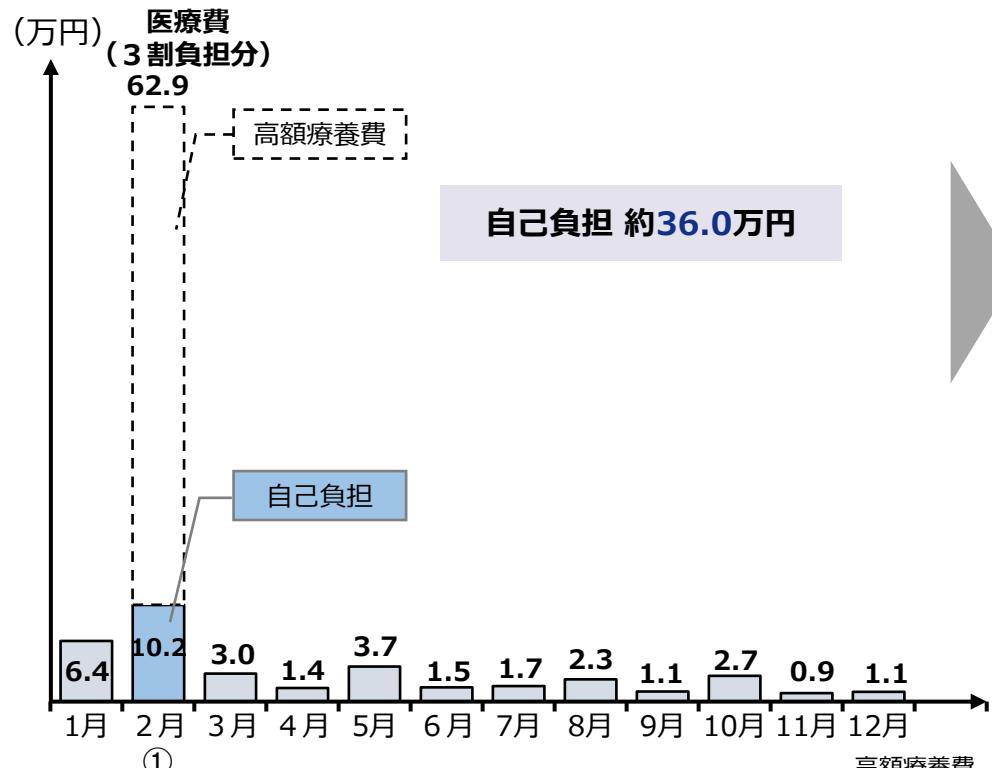
(単位：万円)



※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。

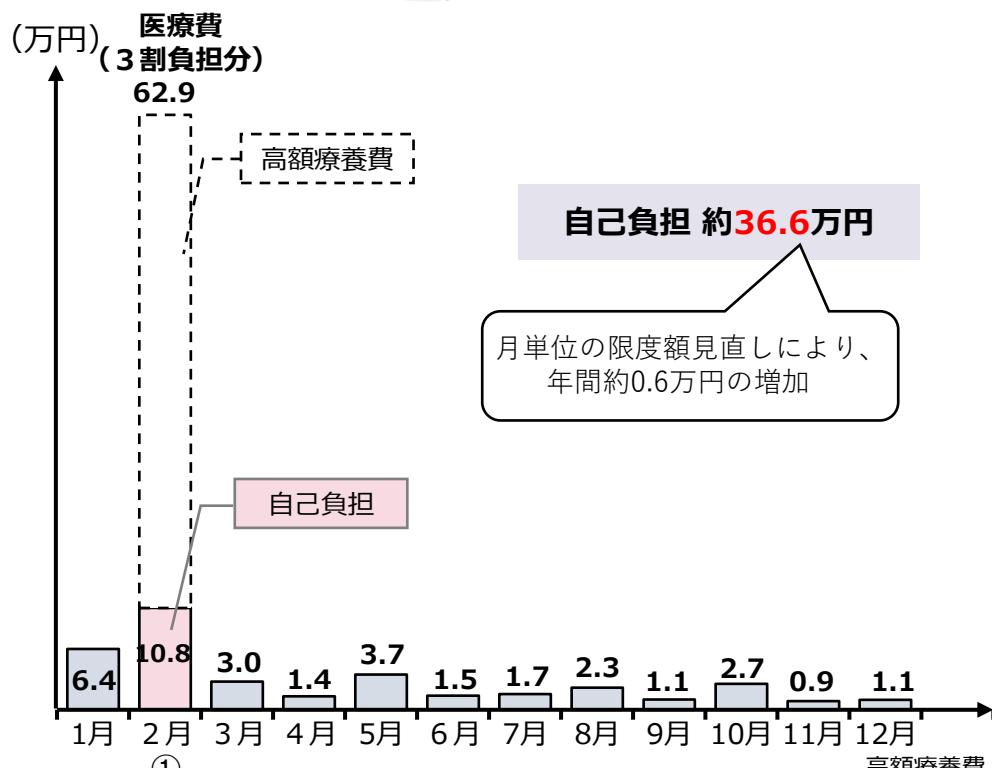
※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査用語の解説）

【現行】



※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
※四捨五入により計が一致しない場合がある。

【見直し後】



※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基に制度見直し後の自己負担額を事務局にて試算

高額療養費制度の見直しによる患者負担の変化～年3回高額療養費に該当する方の場合～

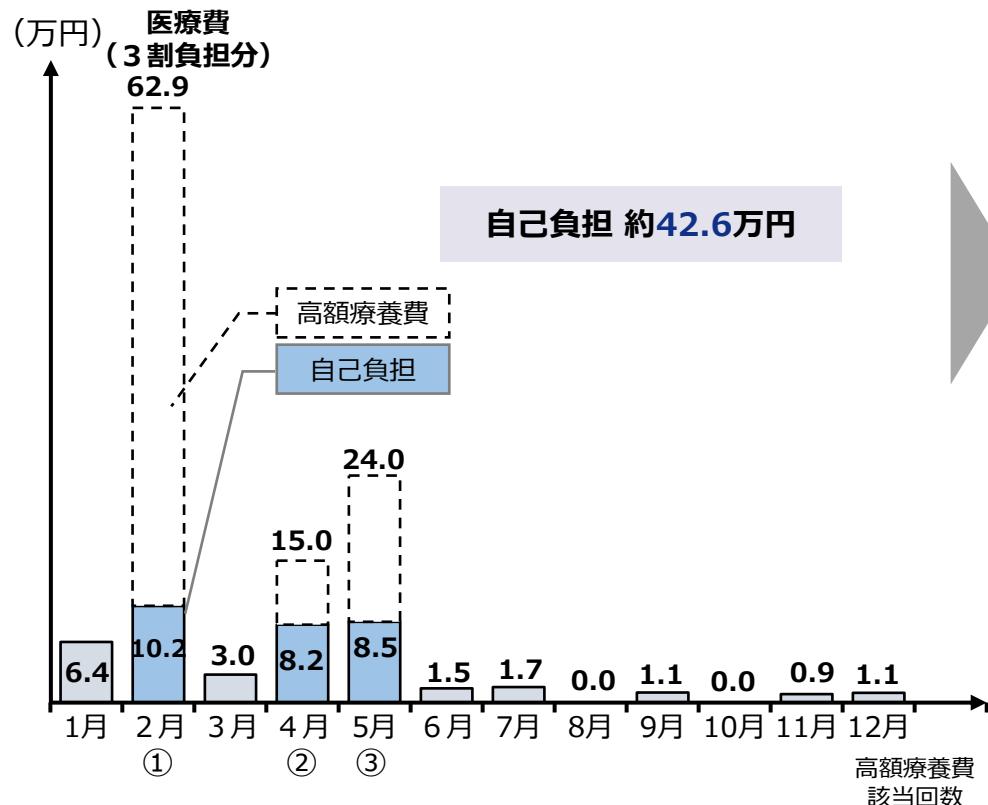
【家計調査】年間収入750～800万円の家計の状況
(年間・2人以上勤労者世帯)

ケース

40歳代・男性・標報50万円（年収約770万円）の患者

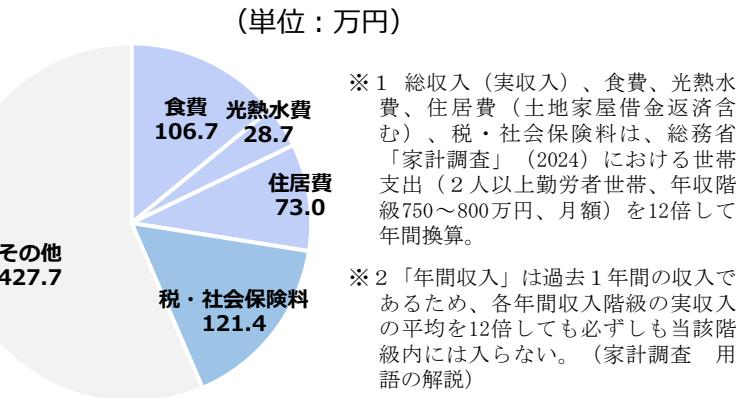
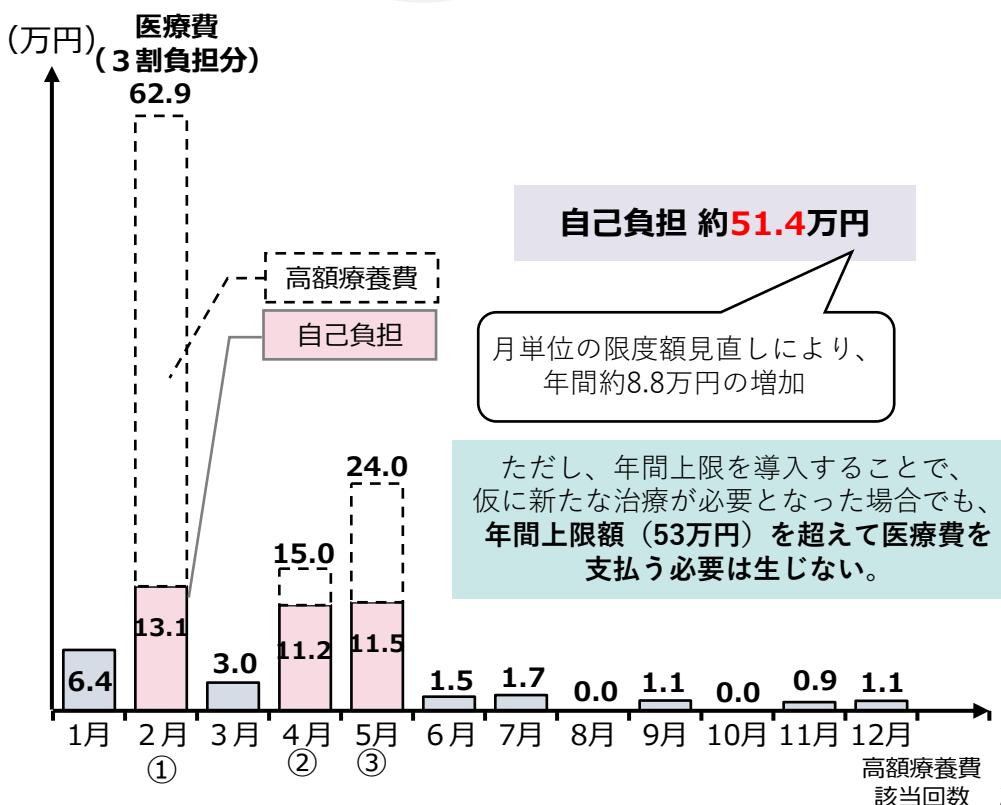
総医療費 約391.4万円（3割負担分 約117.4万円）

【現行】



※四捨五入により計が一致しない場合がある。

【見直し後】



高額療養費制度の見直しによる患者負担の変化（イメージ）

- 前ページまでの各ケースをまとめると以下のとおり。

事例	見直し前後の患者負担の変化
多数回該当の対象者	→ 負担額は変わらない
年間上限の対象者① ～現行制度において多数回該当に該当しない方の場合～	→ 年間約23.7万円の負担減 【年収約370～約510万円、現在の自己負担が76.7万円の場合】
年間上限の対象者② ～自己負担限度額の見直しにより多数回該当から外れてしまう方の場合～	→ 年間約2.2万円の負担減 【年収約370～約510万円、現在の自己負担が約55.2万円の場合】
年間上限の対象者③ ～高額薬剤を単月処方された方の場合～	→ 年間約4.3万円の負担減 【年収約600万円、現在の自己負担が約57.3万円の場合】
年収200万円未満の多数回該当の対象者	→ 年間約9.9万円の負担減 【年収約200万円、現在の自己負担が約44.7万円の場合】
長期にわたって継続して外来特例を利用される方の場合	→ 負担額は変わらない （外来特例の年間上限到達のため） 【非課税世帯、年12回外来特例の上限額を利用する場合】
単月のみ高額療養費に該当する方の場合	→ 年間約0.6万円の負担増 【年収約410万円、現在の自己負担が約36.0万円の場合】
年3回高額療養費に該当する方の場合	→ 年間約8.8万円の負担増 【年収約770万円、現在の自己負担が約42.6万円の場合】



ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

OTC類似薬の保険給付の見直し【政調会長間合意（令和7年12月19日）】

○ 別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みの創設

趣旨：①医療用医薬品の給付を受ける患者とOTC医薬品で対応している患者との公平性の確保
②現役世代の保険料負担の軽減

見直し内容：他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、**長期収載品で求めているような別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設**し、令和8年度中に実施。【法改正事項】

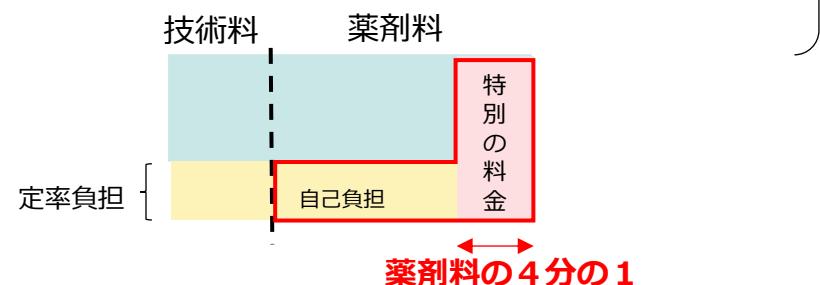
○ 特別の料金の対象となる医薬品の範囲・特別の料金の設定

対象医薬品の範囲：77成分（※）（約1,100品目）

（※）OTC医薬品と成分・投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品を機械的に選択。

特別の料金：対象薬剤の薬剤費の1/4

セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、令和9年度以降に対象となる医薬品の範囲の拡大や特別な料金の引き上げについて検討。



○ 配慮が必要な者（特別の料金を求めない方）

こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討。

特別の料金の対象となる医薬品の範囲について

今般の見直しで、特別の料金の対象となる医薬品は、OTC医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品であり、下記の数字は機械的に選定したもの。

○ **成分数** 77

○ **品目数** 約1,100

○ **主な対応症状**

- ・ 鼻炎（内服・点鼻）
- ・ 腰痛・肩こり（外用）
- ・ 胃痛・胸やけ
- ・ みずむし
- ・ 便秘
- ・ 殺菌・消毒
- ・ 解熱・痛み止め
- ・ 口内炎
- ・ 風邪症状全般
- ・ おでき・ふきでもの
- ・ 皮膚のかゆみ・乾燥肌 等

2. 薬剤給付に係る見直し

（1）OTC類似薬の保険給付の見直し

OTC類似薬の保険給付の見直しの趣旨は、OTC医薬品で対応できる症状であるにも関わらず、他の被保険者の保険料にも負担をかけて医療用医薬品の給付を受ける患者と、現役世代を中心とした、平日の診療時間中に受診することが困難である等の理由によりOTC医薬品で対応している患者との公平性を確保する観点や、それら現役世代の保険料負担の軽減を図る観点から、一定程度の見直しが必要であることによるものである。

このため、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品のうち、他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、長期収載品で求めているような別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中に実施する。まずは、77成分（約1,100品目）を対象医薬品とし、薬剤費の1/4に特別の料金を設定する。

今後、セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、将来、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品の相当部分にまで対象範囲を拡大することを目指し、上記の施行状況等について政府が把握・分析した上で与党に報告する枠組みを構築するなど、与党の関与の下、令和9年度以降にその対象範囲を拡大していく。あわせて、特別の料金をいただく薬剤費の割合の引き上げについても検討する。

なお、実施にあたっては、こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討する。

令和7年12月25日

第209回社会保障審議会医療保険部会
第9回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

参考資料1



ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

参考資料

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療保険制度における出産に対する支援の強化

ひと、くらし、みらいのために



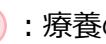
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療保険制度における出産に対する支援の強化

【基本的な考え方】

- ・ 一次施設をはじめとした地域の周産期医療提供体制の維持
 - ・ 出産費用の見える化の徹底による、妊婦自身が納得感を持ってサービスを選択できる環境の整備
- を実現しつつ、保険診療以外の分娩対応の費用について妊婦の自己負担が生じない仕組みとし、保険診療の一部負担金などの他の費用についても一定の負担軽減が図られるよう、出産に対する新たな給付体系を導入する。

新給付の適用施設（病院・診療所・助産所）



: 療養の給付とは異なる医療保険給付体系



: 療養の給付体系

保険診療以外の
分娩対応

分娩 1 件当たり基本単価

全国同水準（包括評価）
(現物給付化)

手厚い体制、
ハイリスク
妊婦の積極
的な受入体
制を整備し
ている施設
等への加算

+

保険診療
(必要な場合)

+

療養の給付
(従来どおり)

アメニティ等の
サービス

見える化を徹底し、妊婦自身が納得感を
持ってサービスを選択できる環境を整備
(自己負担)

妊婦に対する現金給付

※施設の選択により、当分の間、現行制度（出産育児一時金）の適用を受けることも可能とする。

（当該施設で出産した場合、現行どおり、出産育児一時金を支給）

国民健康保険制度改革の推進

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

国民健康保険制度改革の推進

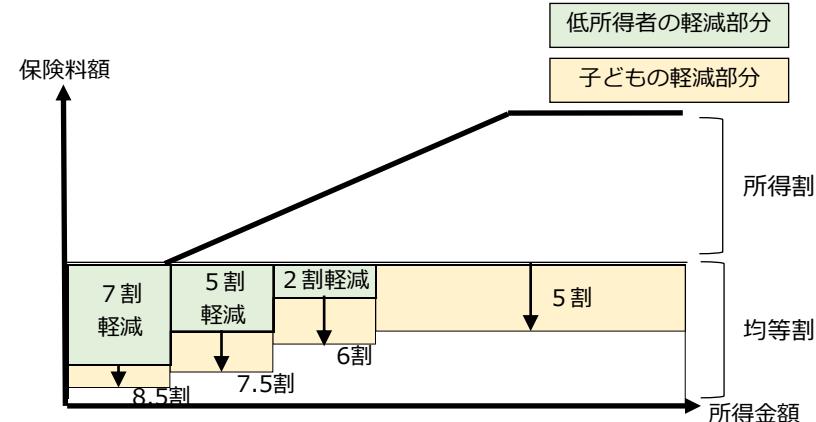
- 国民健康保険制度の持続的な財政運営、負担能力に応じた負担等の観点から、以下の見直しを行う。

(1) 子育て世帯の保険料負担軽減

- 令和4年4月から、未就学児に係る均等割保険料について、その5割を公費（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）により軽減する措置を講じているところ、子育て世帯の更なる負担軽減のため、5割の軽減措置の対象を高校生年代まで拡充する。

(参考) 軽減対象者数

未就学児	⇒	高校生年代まで
約50万人	(+約140万人)	約180万人



(2) 国民健康保険組合に係る見直し

- ① 国保組合の定率補助について、負担能力に応じた負担等を進める観点から、一定の水準に該当する国保組合（※）に例外的な補助率（12%、10%）を適用する（原則は13%～32%）。

(※) 補助率13%の区分に該当する国保組合のうち、以下の①～③の全てに該当する場合

- ① 保険料負担率（被保険者一人当たり保険料÷国保組合の平均所得）が低い
- ② 積立金が多い（かつ、被保険者数が3,000人以上（経過措置））
- ③ 医療費適正化等の取組の実施状況が低調

* その他、補助率を区分する所得基準及び各国保組合の平均所得の算出方法を見直す。

- ② 健康保険適用除外に係る手続について、承認を必要とせず、申出を行うことにより、健康保険の適用を除外するものとし、国保組合における事務手続の簡素化及び被保険者の資格情報管理に係る申請から承認までのタイムラグの解消を図る。

(3) その他持続的な国保運営に向けた見直し

- 財政安定化基金の本体基金分について、納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認めるとともに、従来の積戻し期間（3年間）よりも長い期間での積戻しを可能とする。
- 保険者の異動を原因とする資格喪失日を1日前倒し、資格喪失の原因たる事実が発生した日を資格喪失日とする。

医療保険における金融所得の勘案について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療保険における金融所得の勘案について

- 金融所得のうち、確定申告・源泉徴収を選択できる上場株式の配当などは、確定申告の有無により保険料・窓口負担等が変わる不公平が発生しており是正が必要。
- 金融機関等に対し所得税法などの規定により税務署に提出が義務付けられている法定調書を活用する方法により、まずは後期高齢者医療制度において、保険料や窓口負担割合等に金融所得を反映。来年の通常国会への法案提出を目指す。

● 医療保険における勘案状況

所得の種類	税制上の取扱い	医療保険での勘案
給与、年金等	課税（確定申告）	○
	課税（源泉徴収のみ）	○
一部の金融所得 (上場株式の配当など)	課税（確定申告）	○
	課税（源泉徴収のみ）	×

● 所得の計算式

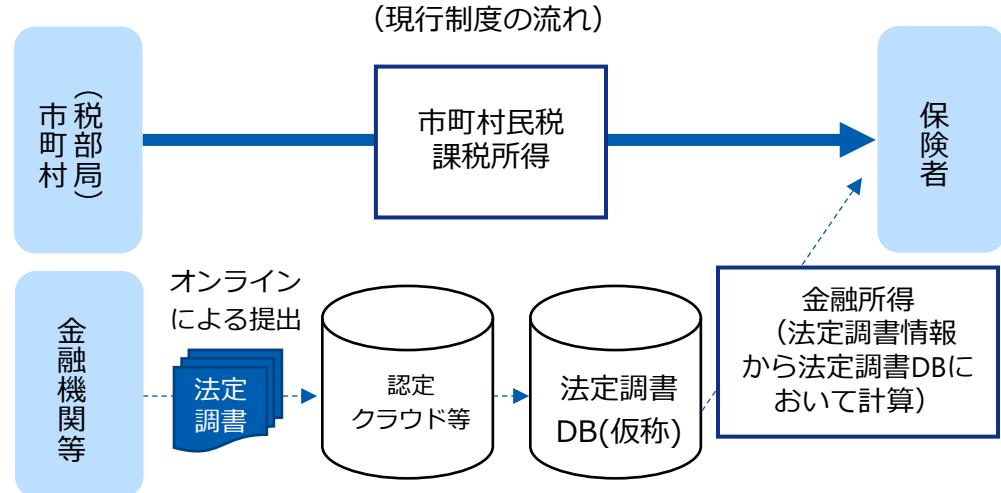
現状はこの所得のみ活用

$$\text{課税所得等} + \text{申告不要選択可の金融所得} - \text{申告された申告不要選択可の金融所得}$$

※重複分の控除

金融所得を反映した所得

● 法定調書を活用した金融所得勘案のスキーム



※法定調書のオンライン提出義務化は**法案成立後2～3年程度**

※窓口負担区分等への反映は**法案成立後4～5年程度**

長期収載品の選定療養の見直しについて

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

長期収載品（後発医薬品のある先発医薬品）の患者負担の見直し

制度の概要

- 既に後発品がある中で、患者の選択に基づいて先発品を調剤する場合に、先発品と後発品の薬価差の1/4相当を、「特別の料金」として患者にご負担いただくもの。

- 令和6年10月から、保険外併用療養費制度の「選定療養」として実施。

■例外措置（以下の場合は「特別の料金」の徴収対象外）

- 先発品を使うことに医療上の必要性があると医師が判断した場合
- 後発品の薬局在庫が無いなど、後発品を提供することが困難な場合

考え方

- 施行後、後発品への置き換え率が上昇し、一定の効果があったが、後発品の需要増に伴い、供給不安の問題も生じている。

- このような状況や、患者の経済的負担の変化にも配慮しつつ、

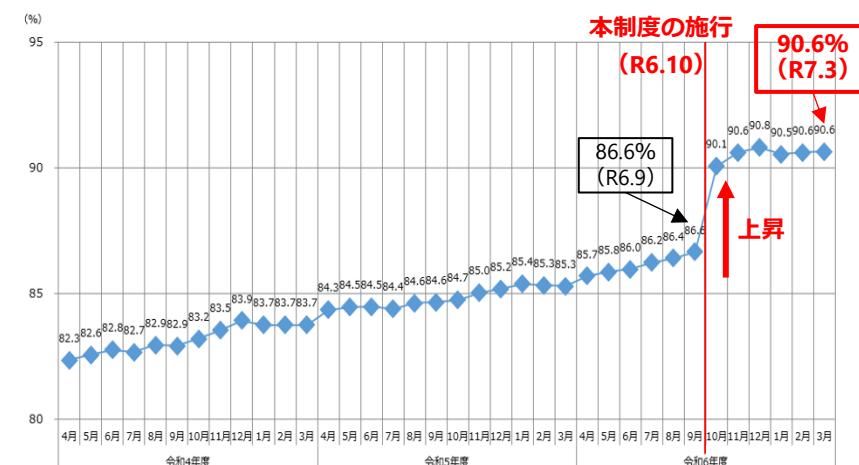
- 医薬品のライフサイクルの目指すべき姿
- 医療保険制度の持続可能性の確保や、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減

といった観点を踏まえて、創薬イノベーションや後発品の使用を更に推進していく必要がある。

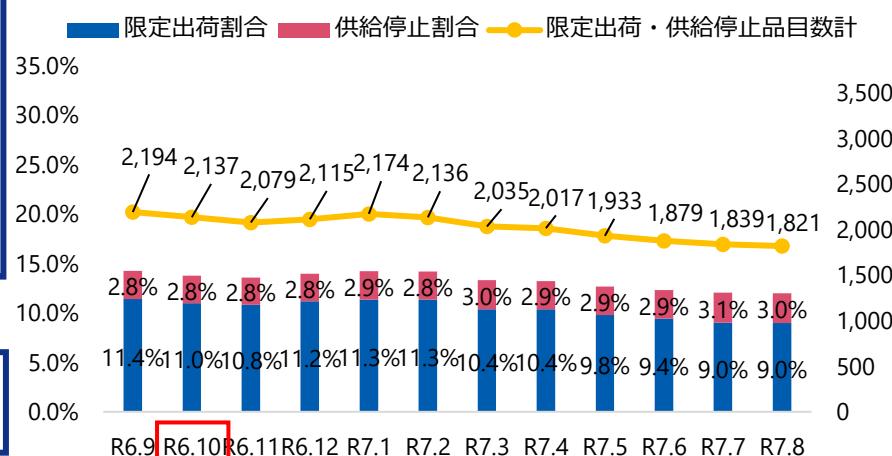
見直し案

- 「特別の料金」を先発品と後発品の薬価差の1/2以上に引き上げる。

参考：後発医薬品割合（数量ベース）の推移

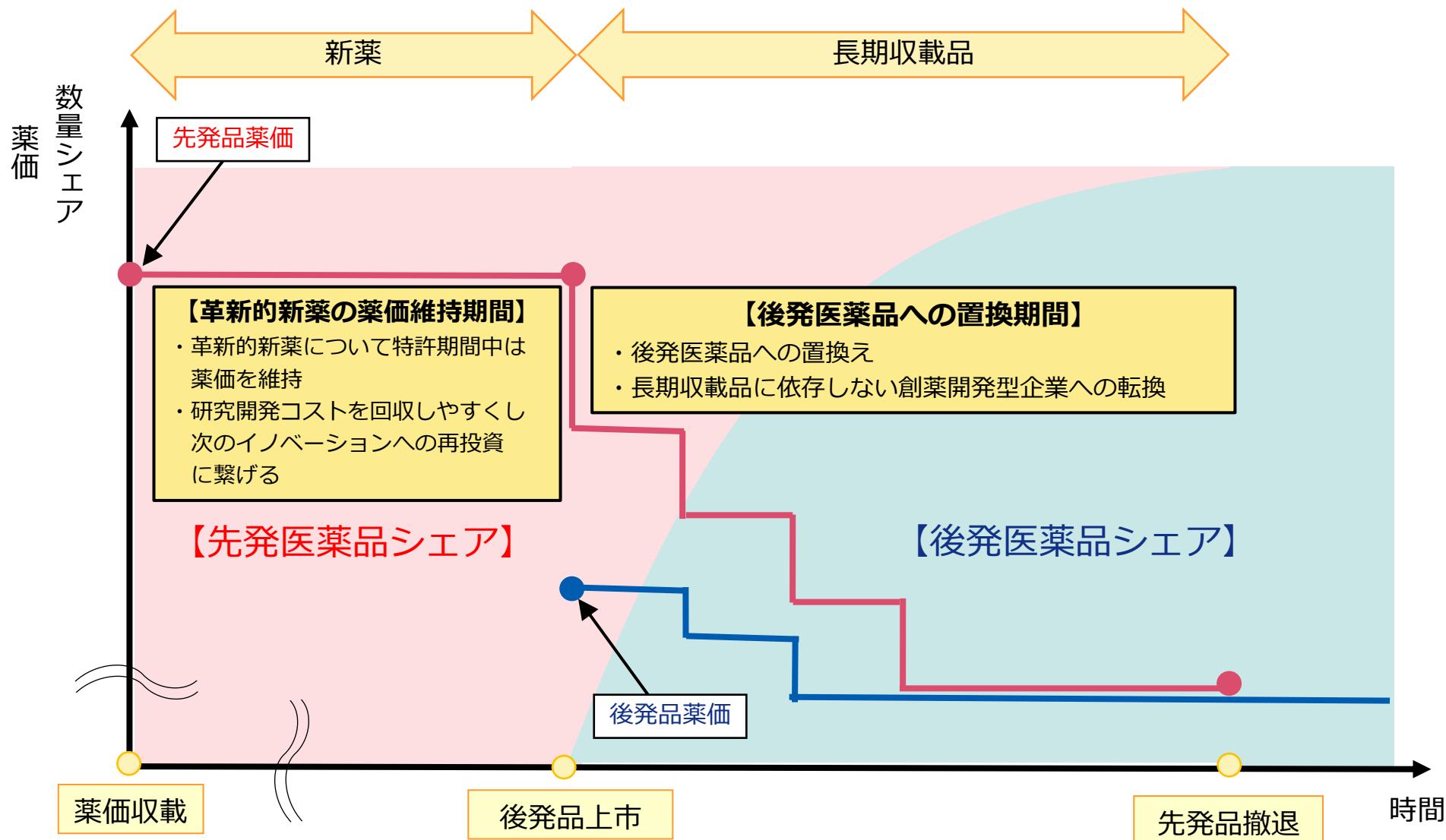


参考：医療用医薬品の限定出荷・供給停止の推移



※限定出荷の理由としては、「需要増」が最多（793品目）。

医薬品のライフサイクル（イメージ）



先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

バイオシミラーについて

バイオ医薬品の特徴

バイオ医薬品とは、遺伝子組換え技術や細胞培養技術等を応用して、微生物や細胞が持つタンパク質（ホルモン、酵素、抗体等）等を作る力を利用して製造される医薬品。

- 例：インスリン（糖尿病治療薬）
- インターフェロン（C型肝炎治療薬）
- リツキシマブ（抗がん剤等）

	一般的な医薬品	バイオ医薬品
大きさ (分子量)	100~	約1万~（ホルモン等） 約10万~（抗体）
大きさ・複雑さ (イメージ)		
製造法 (イメージ)	化学合成 	微生物や細胞の中で合成 抗体等の遺伝子
生産	安定	不安定（微生物や細胞の状態で生産物が変わり得る。）

バイオ後続品（バイオシミラー）

- 薬事承認において、後発医薬品は、先発医薬品との有効成分の同一性や血中濃度推移で評価される。
- バイオシミラーでは、複雑な構造、不安定性等の品質特性から、先行バイオ医薬品との有効成分の同一性等の検証が困難。
- そのため、品質の類似性に加え、臨床試験等によって、**先行バイオ医薬品と同じ効能・効果、用法・用量で使える（＝同等／同質である）ことを検証している。**

先発品／先行医薬品	後発医薬品	バイオシミラー
後発品に求められる条件 (有効成分の品質特性)	化学合成医薬品 有効成分、成分量等が先発品と同一である	バイオ医薬品 品質・有効性等が先行バイオ医薬品と同等/同質である
開発上重要なポイント	主に製剤	主に原薬
臨床試験	生物学的同等性試験による評価が基本	同等性/同質性を評価する治験が必要
製造販売後調査	原則 実施しない	原則 実施する

後発医薬品とバイオ後続品の取扱状況

中医協 総－2 参考
7. 10. 17 (一部改)

- 後発医薬品とバイオ後続品における、薬剤の特性や診療報酬上の評価等の違いは、以下のとおり。

	後発医薬品	バイオ後続品
定義	先発医薬品と同一の有効成分を同一量含み、同一経路から投与する製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一であり、先発医薬品と同等の臨床効果・作用が得られる医薬品。	新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（先行バイオ医薬品）と同等／同質の品質、安全性及び有効性を有する医薬品。
有効成分の品質特性	有効成分、成分量等が先発品と同一	品質・有効性等が先行バイオ医薬品と同等/同質 （同一性の検証は困難）
臨床試験	生物学的同等性試験による評価（第Ⅰ相試験）	同等性/同質性評価の治験が必要（第Ⅰ相、第Ⅲ相試験） →「バイオ後続品の品質・安全性・有効性確保のための指針」
製造販売後調査	原則 実施しない	原則 実施する
診療報酬上の評価	一般名処方加算：医科 外来後発医薬品使用体制加算：医科 後発医薬品調剤体制加算：調剤	バイオ後続品使用体制加算（R6新設）：医科 バイオ後続品導入初期加算：医科
薬剤の特性	内服薬が多い	注射薬
処方方法	一般名処方（先発品も後発品も同一） 、銘柄名処方 ※銘柄名処方の場合、後発医薬品への変更不可/患者希望いづれかを処方箋に記入	銘柄名処方 ※一般名処方も可能だが、先行品と後発品とでは一般名が異なる。
変更調剤	可（不可の場合は、処方箋の「変更不可」欄に記載）	不可

先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方について

現状

- バイオ後続品は先行バイオ医薬品と同等・同質の品質、安全性・有効性を有することが臨床試験等で検証されているが、
 - ・ 有効成分が同一ではなく、バイオ後続品に切り替えるには医師の判断が必要（変更調剤できない）
 - ・ 低分子医薬品は先発品と後発品に共通の一般名があるが、バイオ医薬品には先行品と後続品に共通の一般名が存在しない
 - ・ 後発医薬品については一般名処方加算（医科）や後発医薬品調剤体制加算（調剤）があり、患者が後発医薬品を選択できる体制が整備されてきたが、バイオ後続品については、一般名処方加算やバイオ後続品を調剤できる体制を評価する点数がない
- 他方で、バイオ後続品への置き換え率は金額ベースで33.7%（令和6年薬価調査）と低いとともに、バイオ後続品の数値目標（※）にも達していないため、引き続き置き換えを促していく必要がある。
(※) 2029年度までに、バイオ後続品が80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上とすることを目指しているが、現状（2024年度）では、バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数は22.2% (=4成分/18成分)。

対応方針

- まずは、バイオ後続品の使用が進まない要因の1つである、バイオ後続品に対する有効性・安全性への懸念を払拭するため、バイオ後続品の有効性・安全性について医師や薬剤師、患者向けの普及啓発を行うことで、バイオ後続品の使用が進む環境整備を行う。
- また、バイオ医薬品に係る一般名処方のルール整備や、医療機関・薬局におけるバイオ後続品の備蓄等の体制評価について、令和8年度診療報酬改定に向けて中央社会保険医療協議会において議論を進める。
- その上で、先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方については、これらの取組や環境整備の進捗状況を注視しつつ、引き続き検討する。

入院時の食費・光熱水費について

ひと、くらし、みらいのために

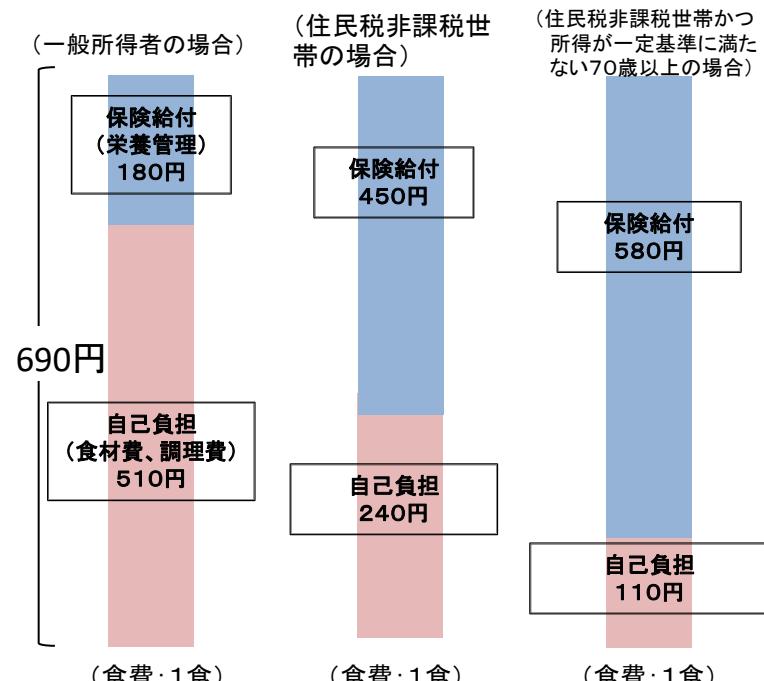


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

- 入院時に必要な食費は、1食当たりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付として支給している（「入院時食事療養費（保険給付）」＝「食事療養基準額（総額）」－「標準負担額（自己負担額）」）。
- 一般病床、精神病床、療養病床に入院する65歳未満の者については入院時食事療養費において、療養病床に入院する65歳以上の者については、入院時生活療養費の食費において評価している。

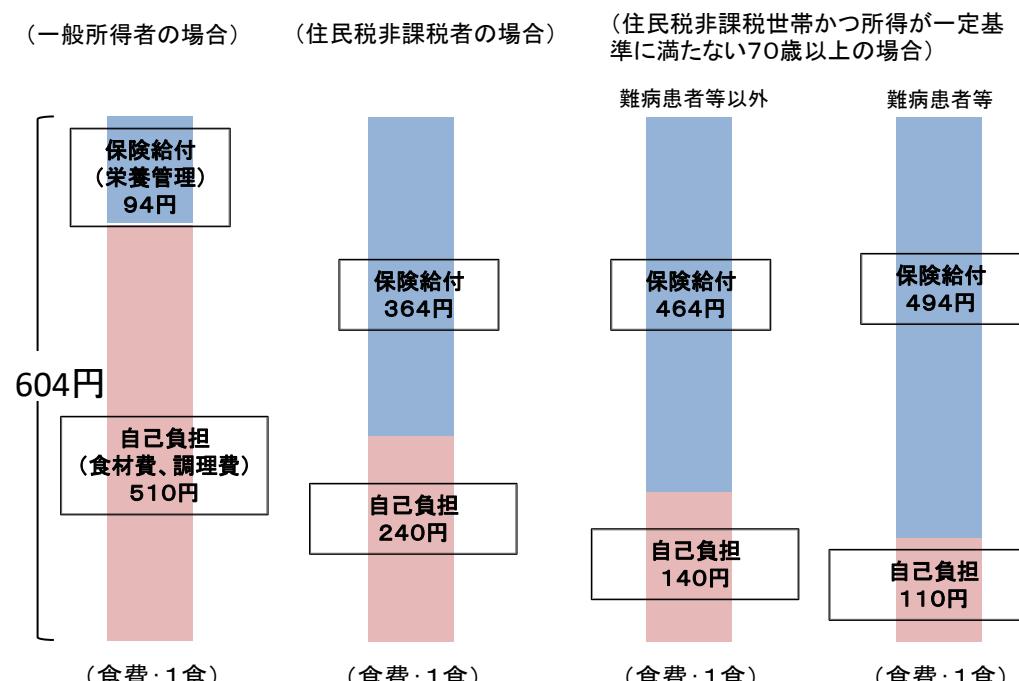
入院時食事療養費

(一般病床、精神病床、療養病床に入院する65歳未満の者)



入院時生活療養費の食費

(療養病床に入院する65歳以上の者)

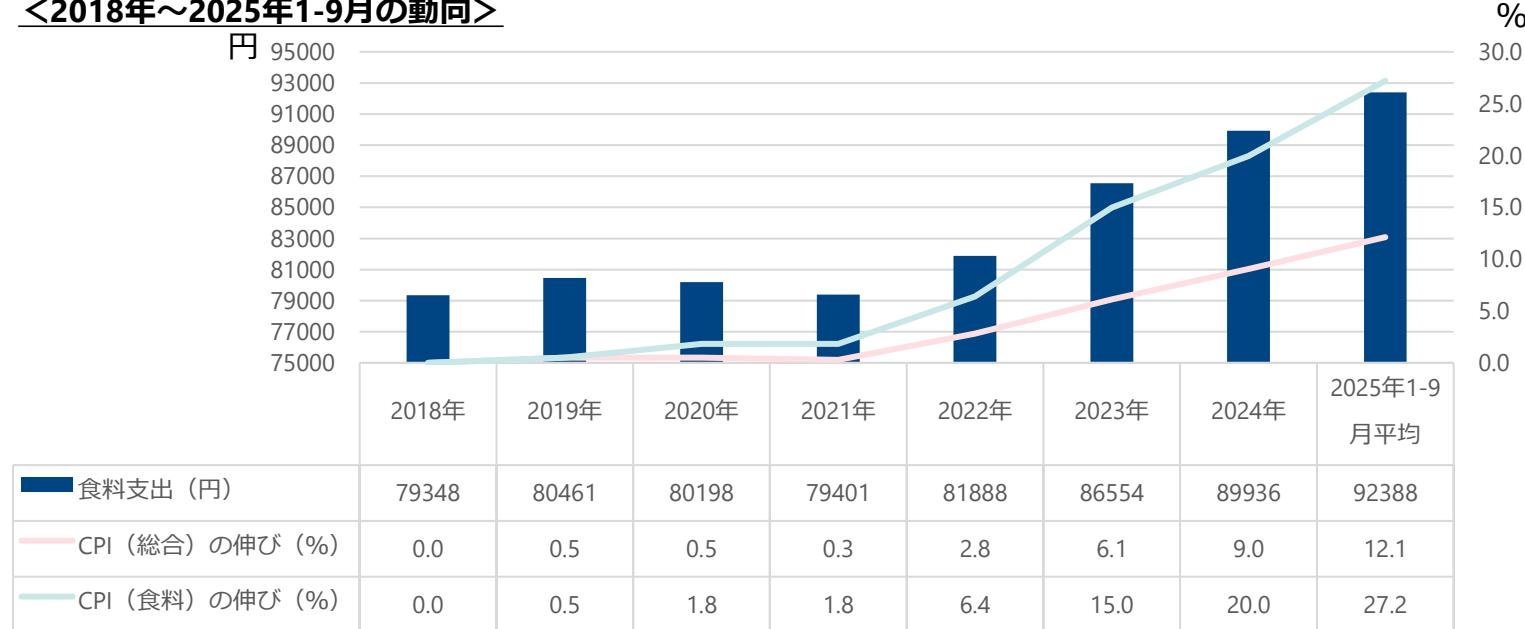


食料支出・消費者物価指数（CPI）の動向

中医協 総-2
7. 11. 7改

診調組 入-2
7. 8. 21改

<2018年～2025年1-9月の動向>



出典： 総務省「消費者物価指數」、総務省「家計調査」から作成。家計調査は2人以上の世帯のデータを使用。

※CPI（食料）の伸び、CPI（総合）については2018年比の数値

<2025年1月～10月の動向>



※10月の家計調査の値は12月上旬に公表される予定

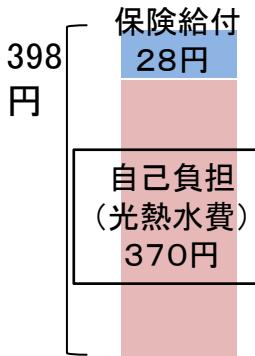
	2025年1月	2025年2月	2025年3月	2025年4月	2025年5月	2025年6月	2025年7月	2025年8月	2025年9月	2025年10月
食料支出 (円)	87763	84388	96489	89487	94204	88951	93,632	102,443	93,134	—
CPI (食料) (2020年基準)	124.7	124.1	124.2	124	124.4	124.6	125.1	126.1	127	128.1

- 入院時の食費の標準負担額については、食材費等が高騰していることを踏まえ、令和6年6月より、1食当たり30円の引上げ、また令和7年4月より、1食当たり20円の引上げを実施したが、令和7年4月以降も食材費等の上昇は続いている。
- 令和7年4月に行った引上げの検討時期と、引上げ後の令和7年4月から10月までの間を比較すると、食料の物価は6.50%上昇している。これを食材費等を勘案する自己負担額の510円に乗じると、33円となることを踏まえ、中央社会保険医療協議会において、入院時の食費の基準額(総額)について、例えば40円引き上げることが議論されている。
- この際の患者負担(標準負担額)については、これを踏まえて変更を行うとともに、所得区分等に応じて一定の配慮を行うこととしてはどうか。

(参考) CPI(食料)は、令和7年4月の引上げにて勘案できた期間から令和7年4月以降の期間にかけて6.50%上昇。
令和6年6-10月平均:117.9 ⇒ 令和7年4-10月平均:125.6 (+6.50%)

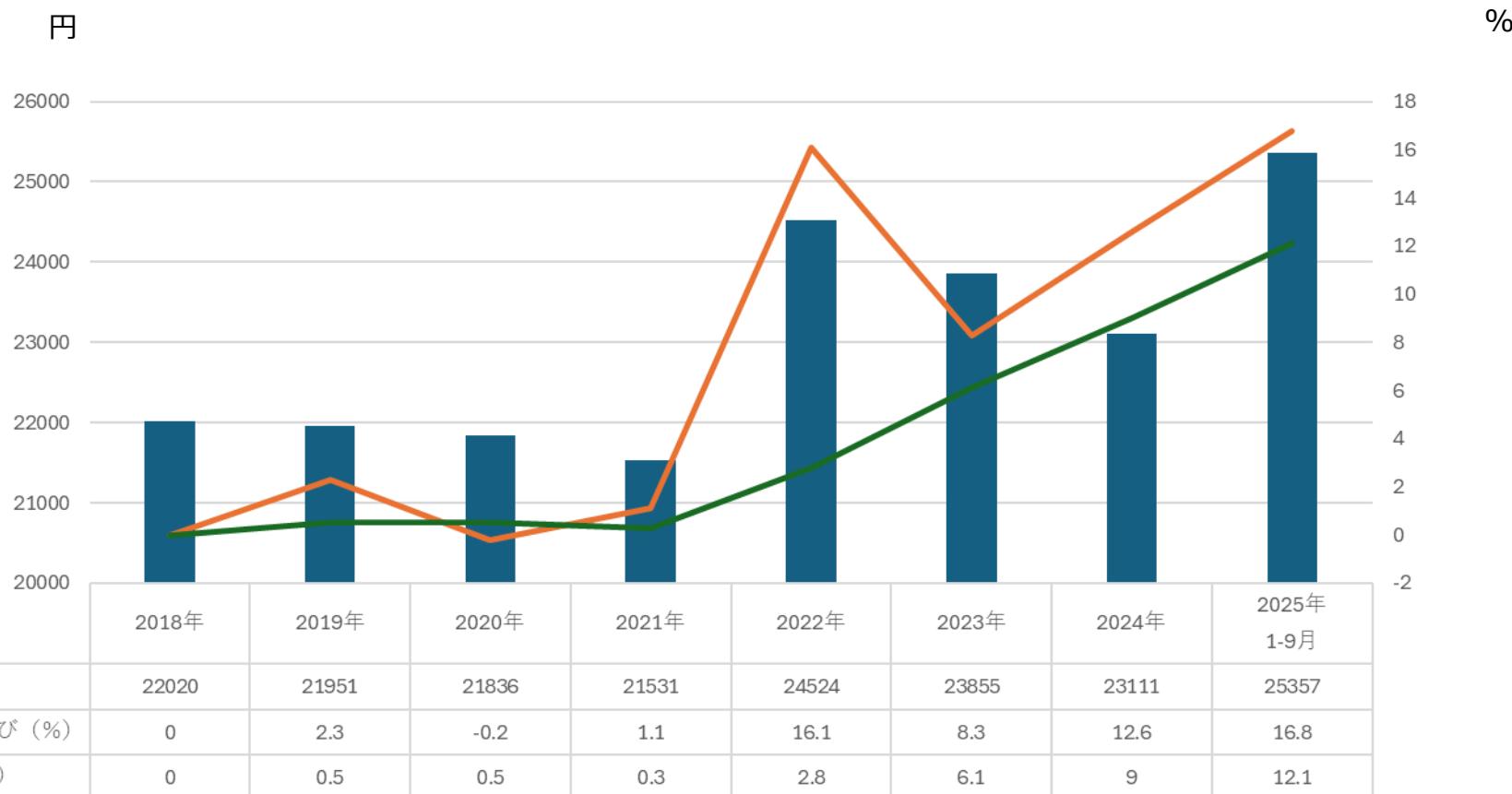
※ 見直しの施行日については、2026年度予算編成過程を経て決定。

- 入院時に必要な光熱水費は、1日当たりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付として支給している（「入院時生活療養費（保険給付）」＝「生活療養基準額（総額）」－「標準負担額（自己負担額）」）。
- 療養病床に入院する65歳以上の者については、入院時生活療養費の光熱水費において、一般病床、精神病床、療養病床に入院する65歳未満の者については入院料中にて評価している。

入院時生活療養費の光熱水費 (療養病床に入院する65歳以上の者)	左記以外の者 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)
<p>一般所得者の場合</p>  <p>398円 保険給付 28円 自己負担 (光熱水費) 370円</p> <p>(光熱水費:1日)</p>	<p>指定難病患者であり、 住民税非課税者であって、 1年間の入院日数が90日以上の場合</p>  <p>398円 保険給付 398円</p> <p>(光熱水費:1日)</p> <p>一般所得者の場合</p> <p>入院料</p> <p>入院料 にて評価</p> <p>(光熱水費:入院料)</p>

光熱・水道支出、消費者物価指数（CPI）の動向

- 光熱・水道支出は2022年に大きく増加し、その後に減少傾向に転じたものの、足もとでは再び増加しており、2021年以前の水準と比較すると、大きく増加している。消費者物価指数についても概ね同様の傾向が見られる。



※CPIの伸びについては2018年比の数値

出典： 総務省「消費者物価指数」、総務省「家計調査」から作成。家計調査は2人以上の世帯のデータを使用。

- 昨今の光熱・水道費は特に足下で大きく上昇しているところ、入院時生活療養費の光熱水費の基準額(総額)については、平成18年の創設時から据え置かれている。
- 介護保険では、令和6年度介護報酬改定において、家計における光熱・水道支出を勘案し、多床室の居住費の基準費用額・負担限度額を60円引き上げている。
- 近年の光熱・水道費の上昇や、令和6年度介護報酬改定における対応を踏まえ、中央社会保険医療協議会において、入院時生活療養費の基準額(総額)について、例えば60円引き上げることが議論されている。
- この際の患者負担(標準負担額)については、これを踏まえて変更を行うとともに、所得区分等に応じて一定の配慮を行うこととしてはどうか。

※ 見直しの施行日については、2026年度予算編成過程を経て決定。

令和7年12月25日

第209回社会保障審議会医療保険部会
第9回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

参考資料2



ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

高額療養費制度について（参考資料）

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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	<p>(労働市場や雇用の在り方の見直し)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「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 	<p>(労働者皆保険の実現に向けた取組)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>(生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療DXによる効率化・質の向上 ・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 ・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 ・障害福祉サービスの地域差の是正 ・生活保護の医療扶助の適正化等 <p>(能力に応じた全世代の支え合い)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>(高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の活躍促進 ・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）
「地域共生社会」の実現	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

医療保険部会における議論の状況（2025年12月25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
—長期収載品・先行バイオ医薬品・OTC類似薬—

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

2025年11月27日

- ①OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方について
- ②国民健康保険制度の取組強化の方向性
- ③第4期医療費適正化計画における医療資源の効果的・効率的な活用について
- ④国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について
- ⑤業務効率化・職場環境改善の更なる推進に関する方向性について（案）

2025年12月4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
(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)
- ③入院時の食費・光熱水費について
- ④令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要（案）他

2025年12月12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協会けんぽにおける予防・健康づくりの取組等
- ③後期高齢者医療の保険料の賦課限度額について
- ④医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について（案）

2025年12月18日

- ①外来特例を始めとする医療保険制度改革についてヒアリング
- ②議論の整理（案）
- ③マイナ保険証の利用促進等について

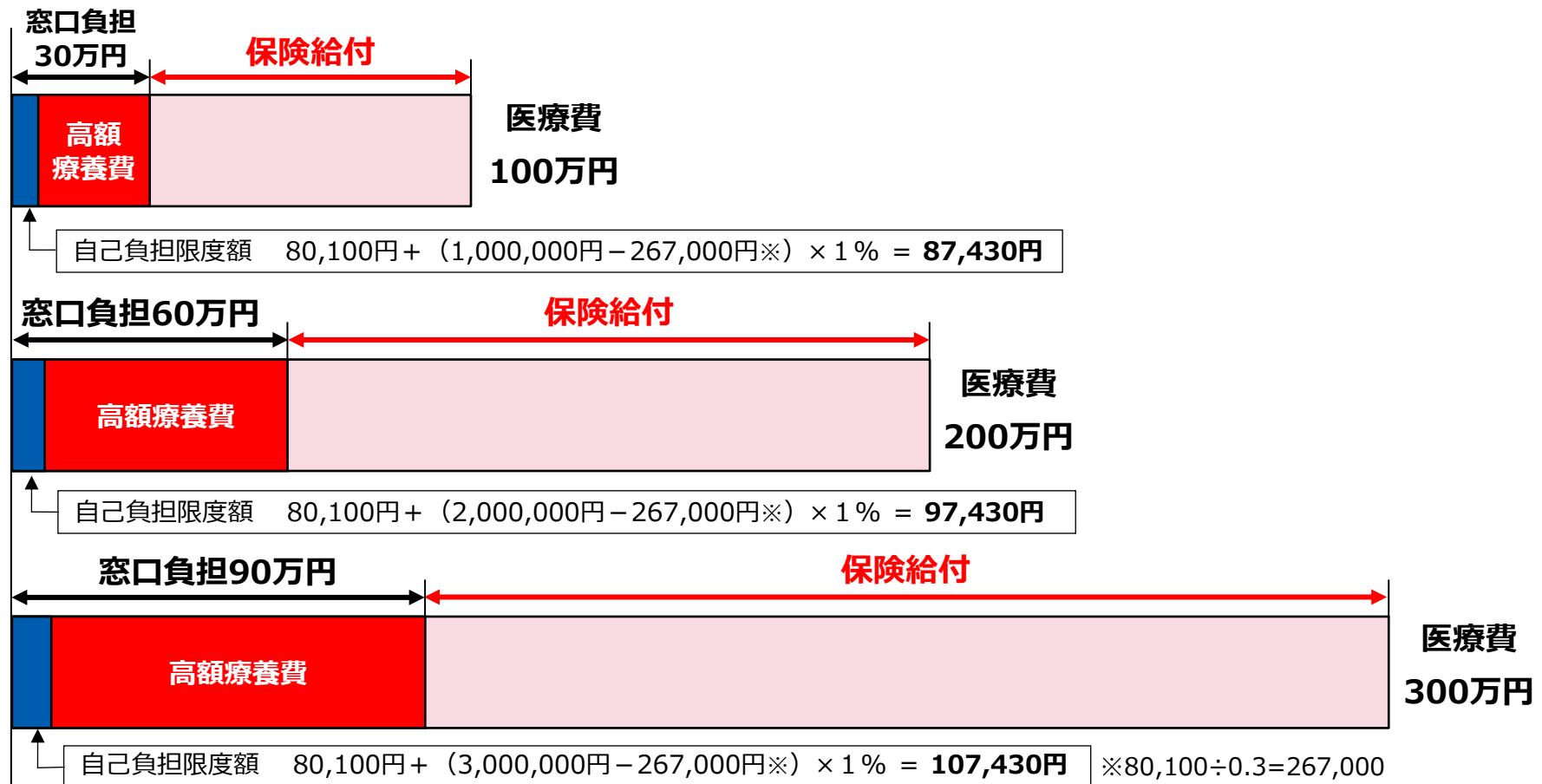
2025年12月25日

- ①議論の整理（案）
- ②高額療養費制度について

高額療養費制度の概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入
（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

(例) 70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）



患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（現行）

		負担割合	月単位の上限額（円）
70 歳 未 満	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	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	外來（個人ごと） 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		24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)	75歳以上 1割（※4）	8,000 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。

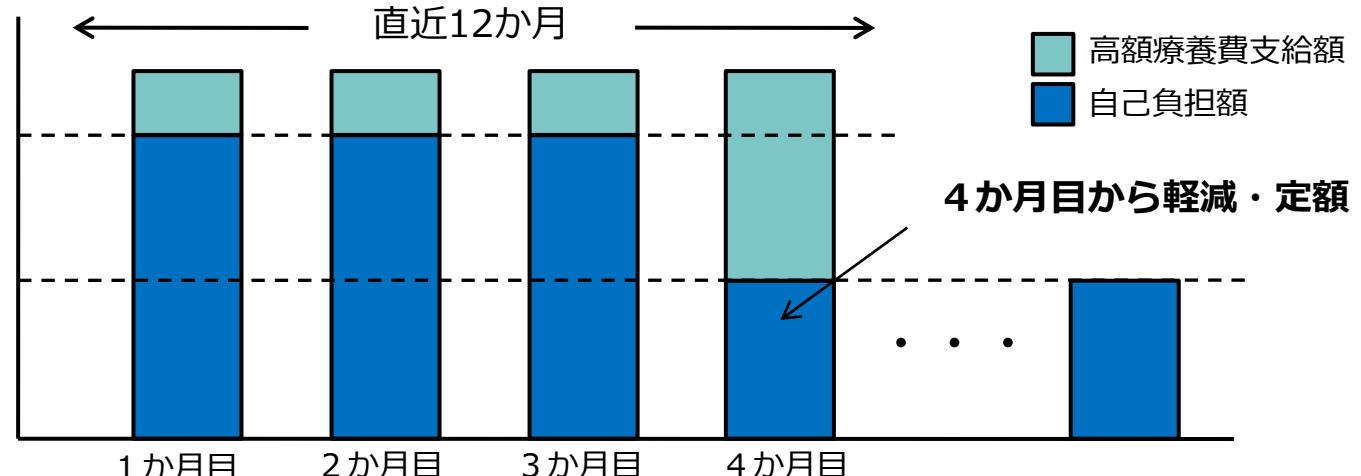
高額療養費の多数該当の仕組み

- 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。

<年収約370～約770万円の場合>

$$80,100\text{円} + (\text{医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%$$

44,400円



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

多数回該当の場合
140,100円
93,000円
44,400円
44,400円
24,600円

70歳以上	所得区分	軽減前の自己負担限度額
	年収約1,160万円～	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1 %
	年収約770～約1,160万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1 %
	年収約370～約770万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1 %
	～年収約370万円	57,600円

多数回該当の場合
140,100円
93,000円
44,400円
44,400円

高齢者の高額療養費における外来特例について

外来特例の経緯・考え方

【経緯】

- 70歳以上の高齢者の外来特例は、平成14年10月に、それまで設けられていた外来の月額上限額を廃止し、定率1割負担の徹底を行った際に、
 - ・ 高齢者は外来の受診頻度が若年者に比べて高いこと
 - ・ 高齢者の定率1割負担を導入してから間もない（平成13年から実施）こと等を考慮して設けられたもの。
- 平成29・30年の高額療養費制度の見直しの際に、直近の患者の医療費の分布を基に一般区分の限度額を引き上げるとともに、年間の負担額が変わらないよう外来の年間上限を設定（14.4万円）。さらに、平成30年に、現役並み所得者の細分化に伴い、世代間の負担のバランス・負担能力に応じた負担の観点から、現役並み所得者の外来特例を廃止。

【限度額設定の考え方】

- 一般区分の外来の月額上限は、平成14年の制度導入時及び平成29・30年の見直し時に直近の一人当たり医療費の上位2～3%程度（統計的な例外値）の1割に当たる水準で設定（平成14年～：12,000円、平成30年～：18,000円）。
- 低所得者については、平成14年の制度導入時、自己負担限度額が一般的な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歳以上的一般・低所得者の自己負担限度額（現行）]

所得区分	外来(個人ごと)	上限額（世帯ごと）
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		24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000円	15,000円

70歳以上高齢者の窓口負担割合と所得基準

年金収入のみの場合	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

近年の医療保険制度改革の経過

第1回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

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

○昭和48年10月 被扶養者について高額療養費制度を創設

○昭和56年3月 被保険者（低所得者）について高額療養費制度を創設

○昭和59年10月 被保険者（低所得者以外）について高額療養費制度を創設。世帯合算方式、多数回該当を創設

○平成13年1月 70歳未満について上位所得者区分を創設。一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算

○平成14年10月 自己負担限度額の見直し

○平成18年10月 自己負担限度額の見直し

○平成27年1月 70歳未満について所得区分細分化（3区分→5区分）、自己負担限度額の見直し

○平成29年8月 70歳以上について外来特例を含めた自己負担限度額の見直し

○平成30年8月 70歳以上について所得区分細分化（4区分→6区分）、外来特例を含めた自己負担限度額の見直し

高額療養費制度の見直し（平成27年1月施行）

令和6年11月21日

第186回社会保障審議会
医療保険部会

資料2

1. 見直しの趣旨

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。

2. 見直しの内容

(見直し前)

月単位の上限額（円）	
上位所得者 (年収約770万円～) 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得600万円超	150,000 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数回該当：83,400>
一般所得者 (上位所得者・低所得者以外) 3人世帯（給与所得者/夫婦子1人の場合： 年収約210万～約770万円）	80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>

70 歳 未 満	窓口負担割合	外來	
		3割	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	44,400	12,000	44,400
一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)	2割 (※3)	8,000	24,600
住民税非課税			15,000
住民税非課税 (所得が一定以下)			

70 歳 未 満	窓口負担割合	外來	
		3割	80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	44,400	12,000	44,400
一般（～年収約370万円） 課税所得145万円未満(※1)	1割 (※3)	8,000	24,600
住民税非課税			15,000
住民税非課税 (所得が一定以下)			

(見直し後)

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	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 未 満	窓口負担割合	外來	
		3割	44,400
現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	12,000	44,400	44,400
一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1) (※2)	2割 (※3)	8,000	24,600
住民税非課税			15,000
住民税非課税 (所得が一定以下)			

75 歳 未 満	窓口負担割合	外來	
		3割	44,400
現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	12,000	44,400	44,400
一般（～年収約370万円） 課税所得145万円未満(※1)	1割 (※3)	8,000	24,600
住民税非課税			15,000
住民税非課税 (所得が一定以下)			

※1 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。 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 平成26年3月末日までに70歳に達している者は1割。

(注) 75歳以上の所得区分、限度額に変更はない。

70歳以上の高額療養費制度の見直し（平成29年、平成30年）

令和6年11月21日

第186回社会保障審議会
医療保険部会

資料2

見直し概要

- 第1段階目（29年8月～30年7月）では、平成29年7月までの枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額（世帯）については、多
数回該当を設定。
- 第2段階目（30年8月～）では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
- 一般区分については、7月31日を基準日として、1年間（8月～翌7月）の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限（外来年間合算）を設
ける。
※外来年間合算は基準日に一般区分又は住民税非課税区分である場合に対象となる。

○～29年7月（70歳以上）

区分	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
現役並み (年収約370万円以上) 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 (年収156万～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満 ※2	12,000円	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

○一段階目（29年8月～30年7月）

区分	限度額 (世帯 ※1)
外来 (個人)	80,100円 + 1% <44,400円>
57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
14,000円 (年14.4万 円※3)	57,600円
8,000円	24,600円
	15,000円

○二段階目（30年8月～）

区分（年収）	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
年収約1160万円～ 標報83万円以上 課税所得890万円以上	252,600円 + 1% <140,100円>	
年収約770万～約1160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	167,400円 + 1% <93,000円>	
年収約370万～約770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般	18,000円 (年14.4万 円※3)	57,600円 <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

○現行（69歳以下）

限度額 (世帯)
252,600円 + 1% <140,100円>
167,400円 + 1% <93,000円>
80,100円 + 1% <44,400円>
57,600円 <44,400円>
35,400円 <24,600円>

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者

※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 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。

<>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額（多回該当）。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

高額療養費の所得区分別の加入者数（令和5年度）

[70歳未満]

	医療保険計	協会けんぽ	組合健保	市町村国保
健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超 (年収 約1,160万円～)	約 410 万人 (4.3%)	約 130 万人 (3.5%)	約 170 万人 (6.1%)	約 40 万人 (2.3%)
健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円 (年収 約770万円～約1,160万円)	約 1,180 万人 (12.4%)	約 270 万人 (7.0%)	約 640 万人 (22.9%)	約 40 万人 (2.1%)
健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円 (年収 約370万円～約770万円)	約 4,150 万人 (43.4%)	約 1,850 万人 (48.3%)	約 1,410 万人 (50.7%)	約 270 万人 (15.7%)
健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下 (年収 ～約370万円)	約 3,120 万人 (32.6%)	約 1,540 万人 (40.2%)	約 560 万人 (20.3%)	約 720 万人 (41.5%)
住民税非課税	約 710 万人 (7.4%)	約 40 万人 (1.0%)	約 1 万人 (0.0%)	約 670 万人 (38.3%)
計	約 9,570 万人 (100.0%)	約 3,830 万人 (100.0%)	約 2,780 万人 (100.0%)	約 1,740 万人 (100.0%)

[70歳以上]

	70～74歳計	協会けんぽ	組合健保	市町村国保	後期高齢者
現役並み所得Ⅲ	健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上 (年収 約1,160万円～)	約 10 万人 (1.2%)	約 4 万人 (3.0%)	約 1 万人 (2.6%)	約 4 万人 (0.7%)
現役並み所得Ⅱ	健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上 (年収 約770万円～約1,160万円)	約 10 万人 (0.9%)	約 3 万人 (2.2%)	約 1 万人 (2.1%)	約 3 万人 (0.5%)
現役並み所得Ⅰ	健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上 かつ年収383万円 ^(注1) 以上 (年収 約383万円～約770万円)	約 70 万人 (8.9%)	約 20 万人 (16.3%)	約 10 万人 (27.8%)	約 40 万人 (5.8%)
一般	健保：標報26万円以下／国保・後期：課税所得145万円未満 ^(注2) 又は年収383万円 ^(注1) 未満 (年収 ～約383万円)	約 490 万人 (59.8%)	約 100 万人 (73.5%)	約 20 万人 (67.4%)	約 360 万人 (56.3%)
低所得Ⅱ	住民税非課税 ^(注3)	約 180 万人 (21.3%)	約 2 万人 (1.7%)	約 0 万人 (0.1%)	約 170 万人 (27.2%)
低所得Ⅰ	住民税非課税 (所得がない者) ^(注4)	約 60 万人 (7.9%)	約 4 万人 (3.2%)	約 0 万人 (0.1%)	約 60 万人 (9.5%)
計	約 820 万人 (100.0%)	約 130 万人 (100.0%)	約 30 万人 (100.0%)	約 630 万人 (100.0%)	約 1,950 万人 (100.0%)

注1 同一保険者で複数の被保険者がいる場合は、収入の合計額が520万円。

注2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

注3 年金収入のみの者であれば、年収80万円～。

注4 個人の所得のうち、公的年金等に係る雑所得の金額は、公的年金等控除を「80万円」として計算する。

注5 現役並み所得者に該当せず、当該被保険者は同一世帯の他の後期高齢者医療制度の被保険者の課税所得が28万円以上かつ、当該被保

険者及び同一世帯の他の後期高齢者医療制度の被保険者の「年金収入+その他の合計所得金額」の合計が320万円以上（他に後期高齢者

医療制度の被保険者がいない世帯の場合は200万円以上）の者。

注6 低所得Ⅰ、低所得Ⅱ、一般所得Ⅱ及び現役並み所得者に該当しない者。

注7 協会けんぽの欄には日雇特例を含む。

注8 協会けんぽ及び組合健保は、「健康保険・船員保険被保険者実態調査」により推計したもの。 なお、標準報酬月額7.8万円以下（総報酬約100万円以下）の加入者を低所得区分（うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得Ⅰ）と仮定して推計。

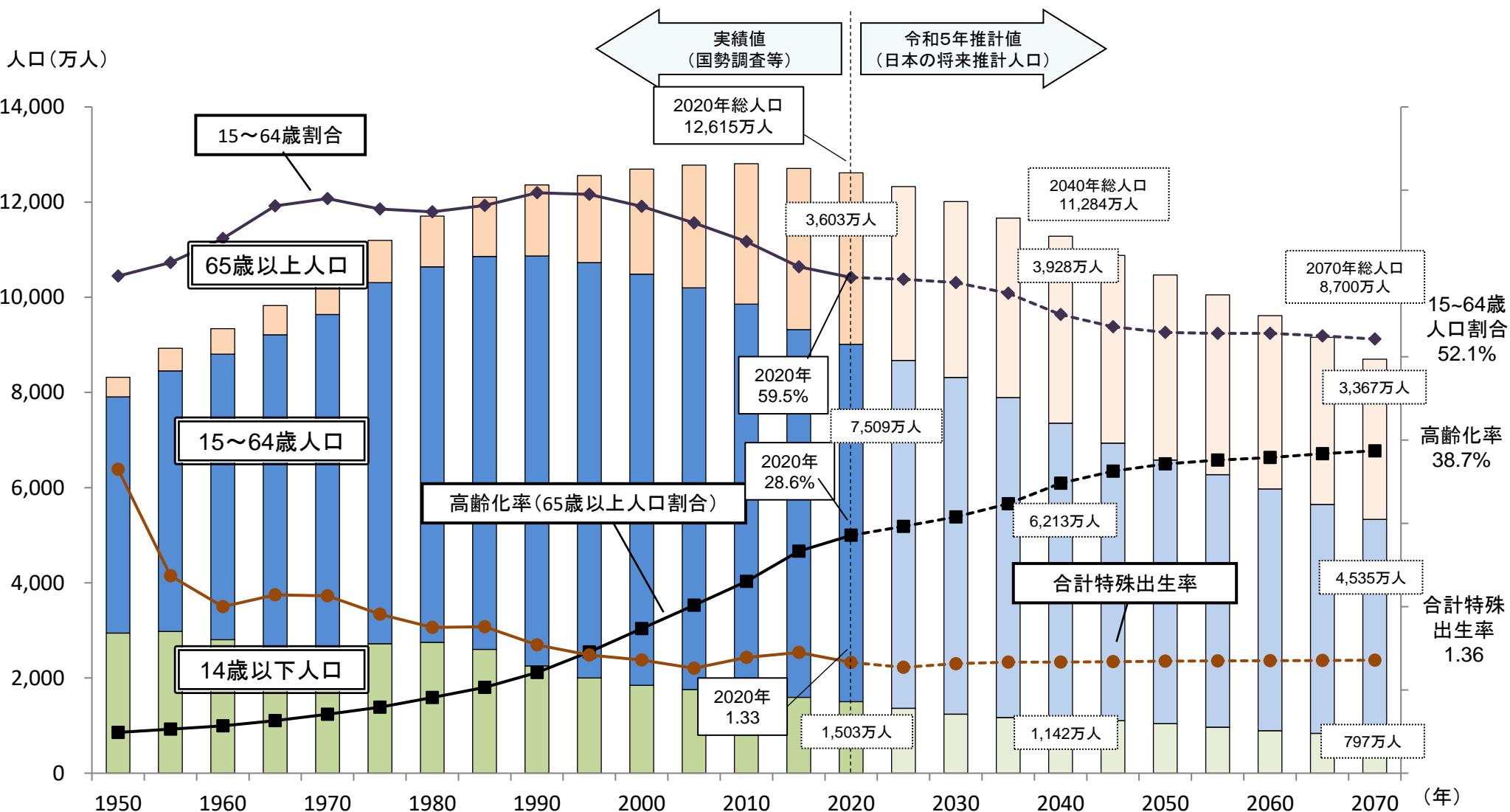
注9 市町村国保は、「国民健康保険実態調査報告」における所得不詳の人数を除いた所得区分の割合等から推計したもの。

注10 後期高齢者は、「後期高齢者事業月報」による。

注11 日雇特例及び国保組合は、協会けんぽの所得区分別加入者割合より推計。共済組合は、組合健保の所得区分別加入者割合より推計。

日本の人口の推移

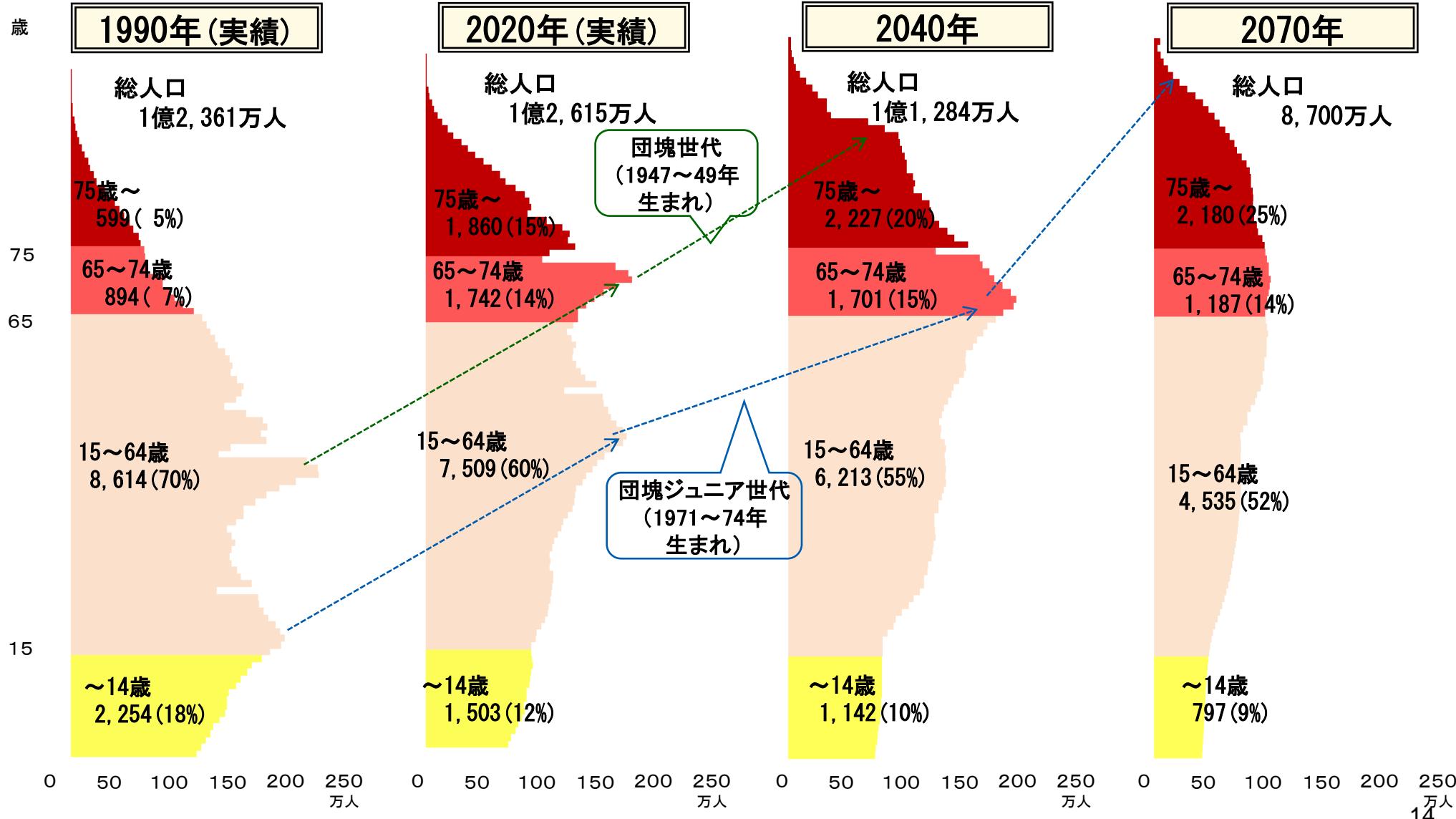
- 日本の人口は近年減少局面を迎えており、2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

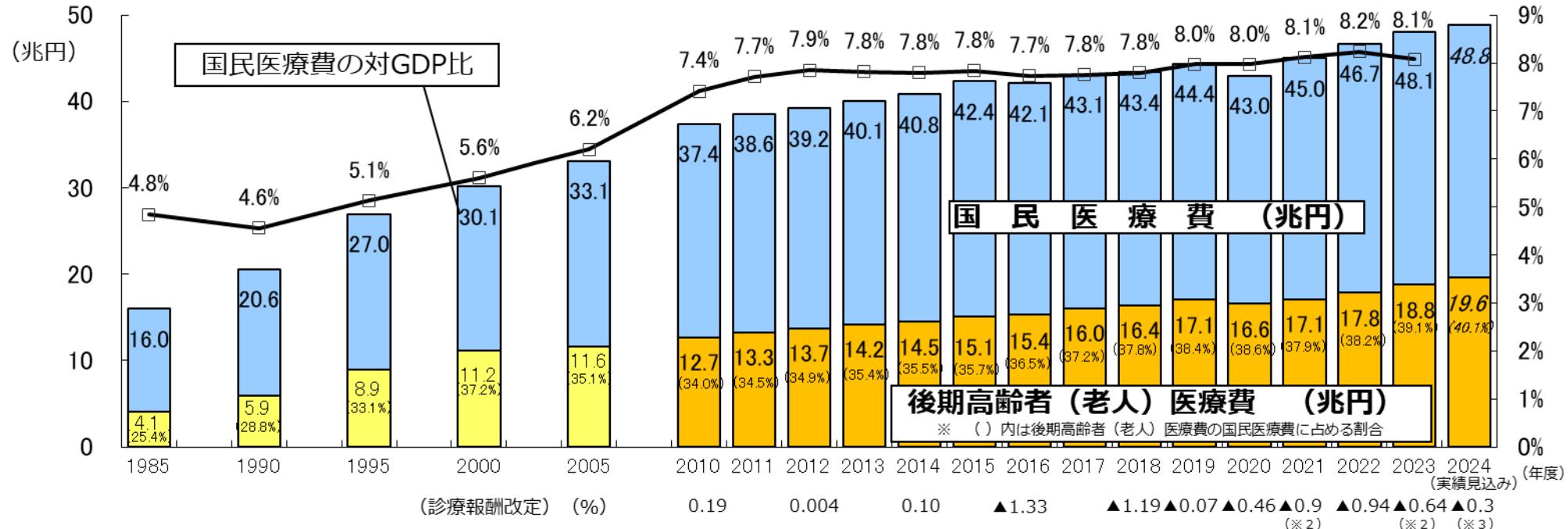
日本の人口ピラミッドの変化

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



(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計

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 ・老人医療の対象年齢 5年間で段階的引上げ (2002~2007)	・高齢者1割負担徹底 (2002) ・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。

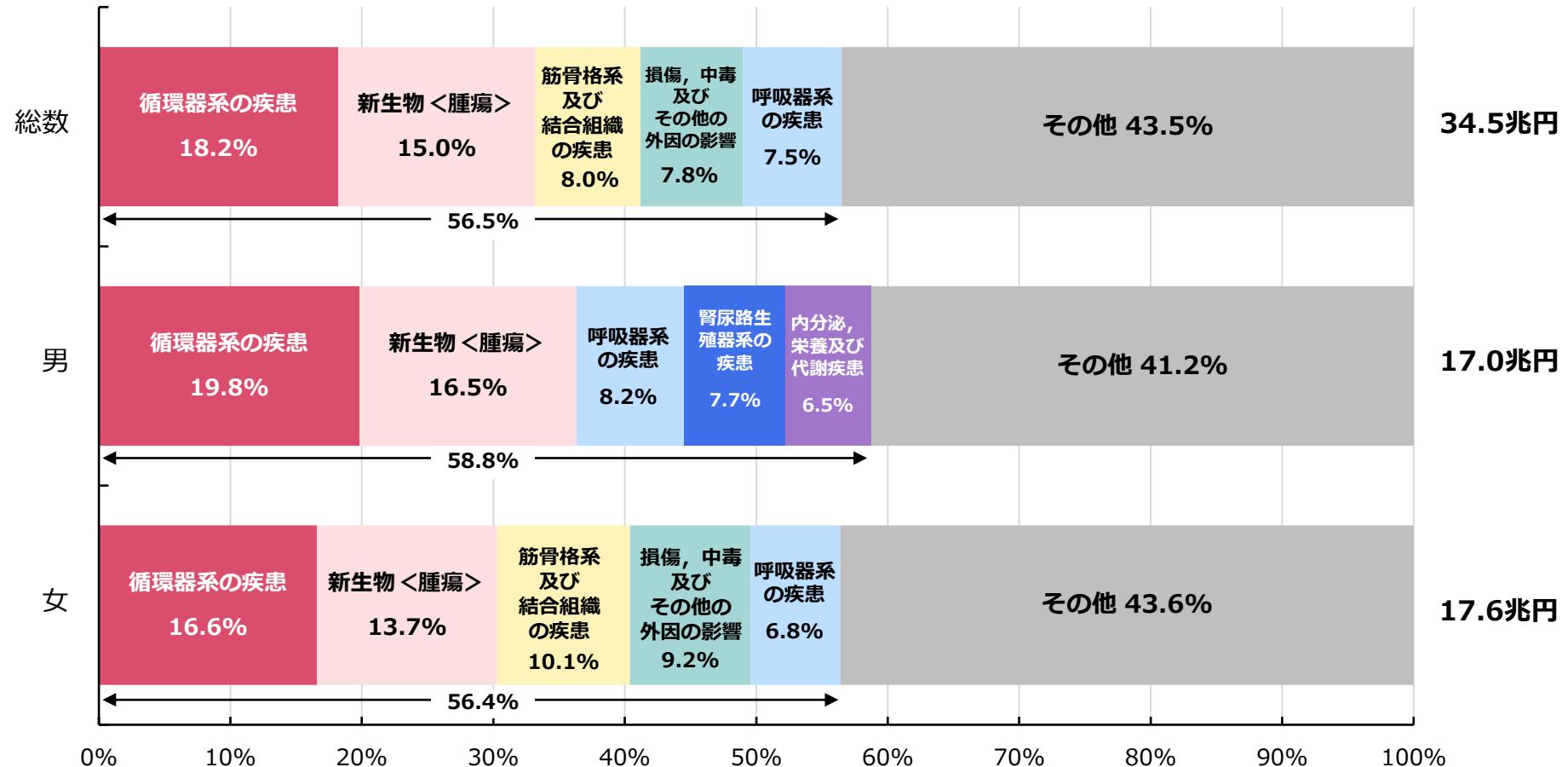
注3 2024年度の国民医療費（及び2024年度の後期高齢者医療費。以下同じ。）は実績見込みである。2024年度分は、2023年度の国民医療費に2024年度の概算医療費の伸び率（上表の斜字体）を乗じることによって推計している。

（※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）



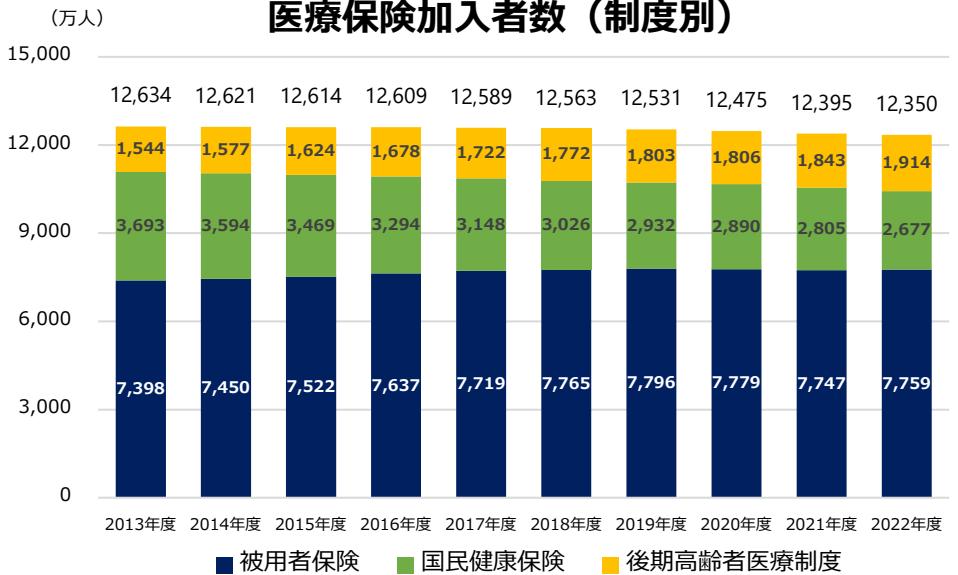
注：1) 傷病分類は、ICD-10（2013年版）に準拠し、主傷病により分類している。

2) その他は、上位5傷病以外の傷病である。

医療保険を取り巻く状況

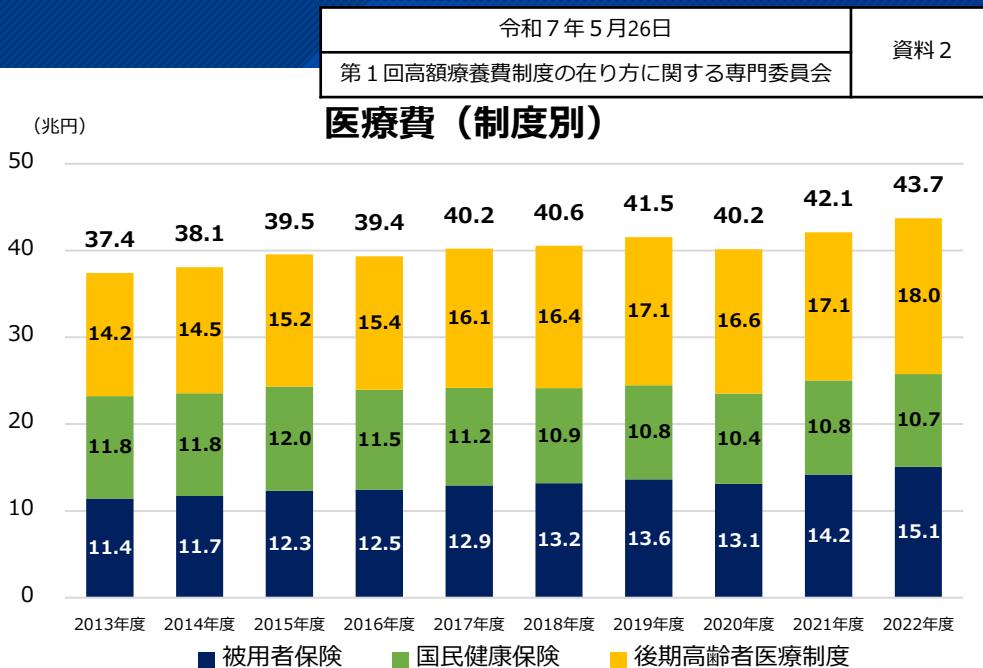
令和7年5月26日

資料2



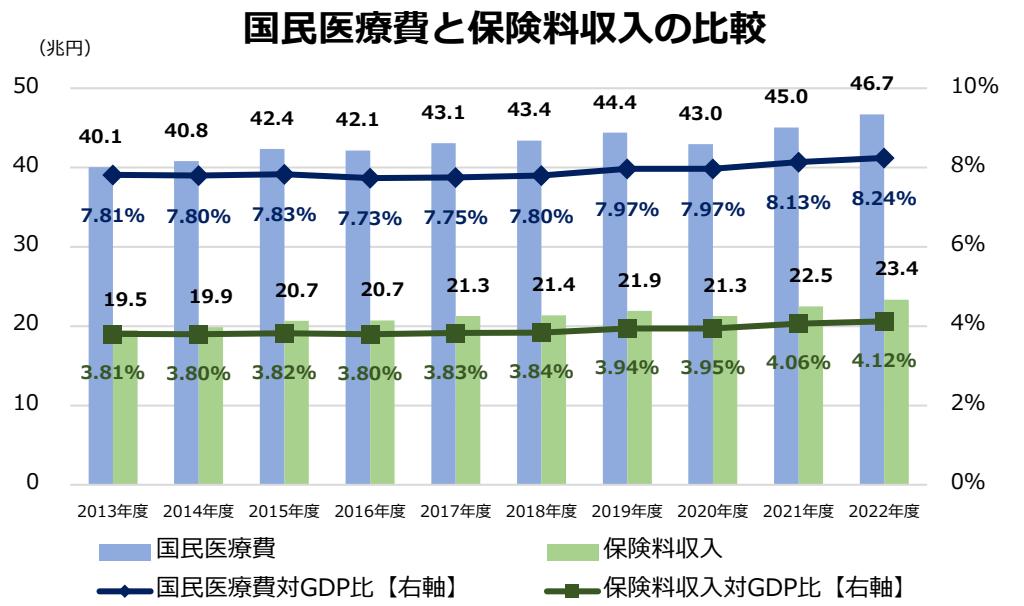
(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」



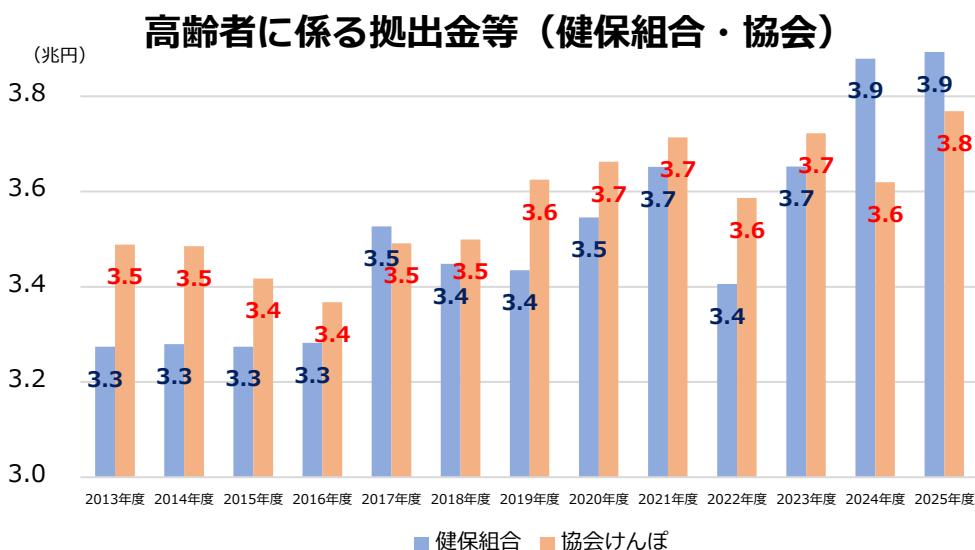
(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」



(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。



(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。

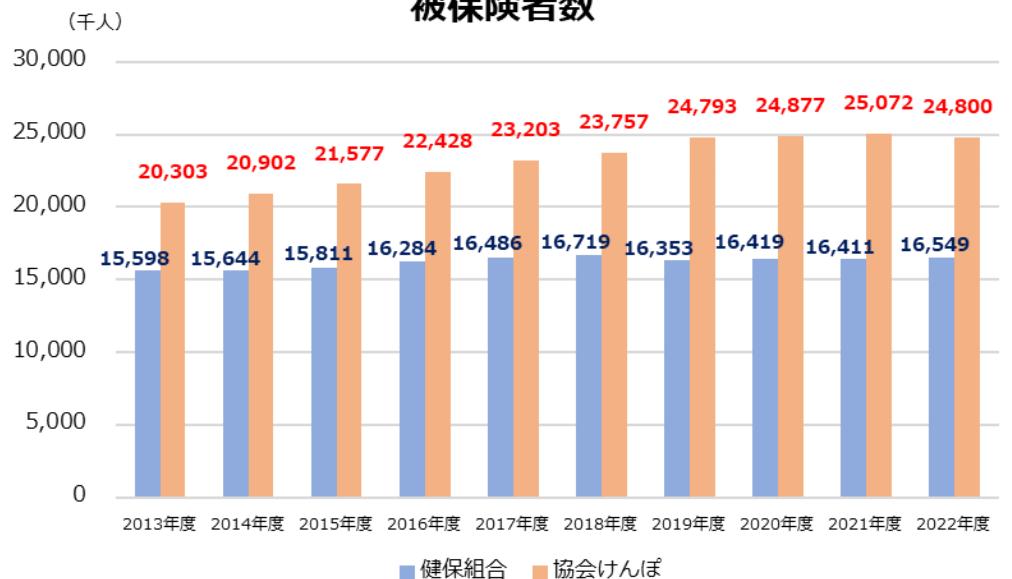
健保組合・協会けんぽについて

令和7年5月26日

資料2

第1回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

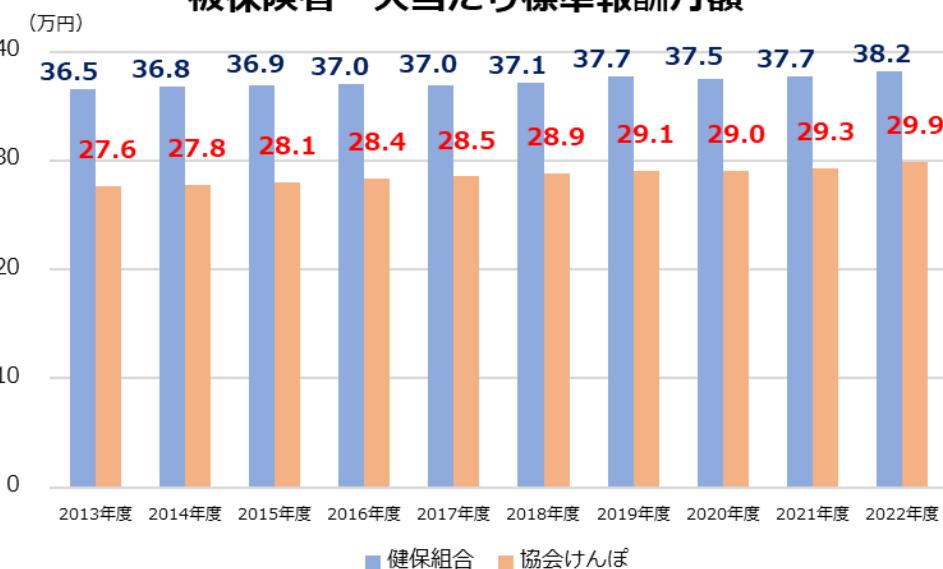
被保険者数



(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

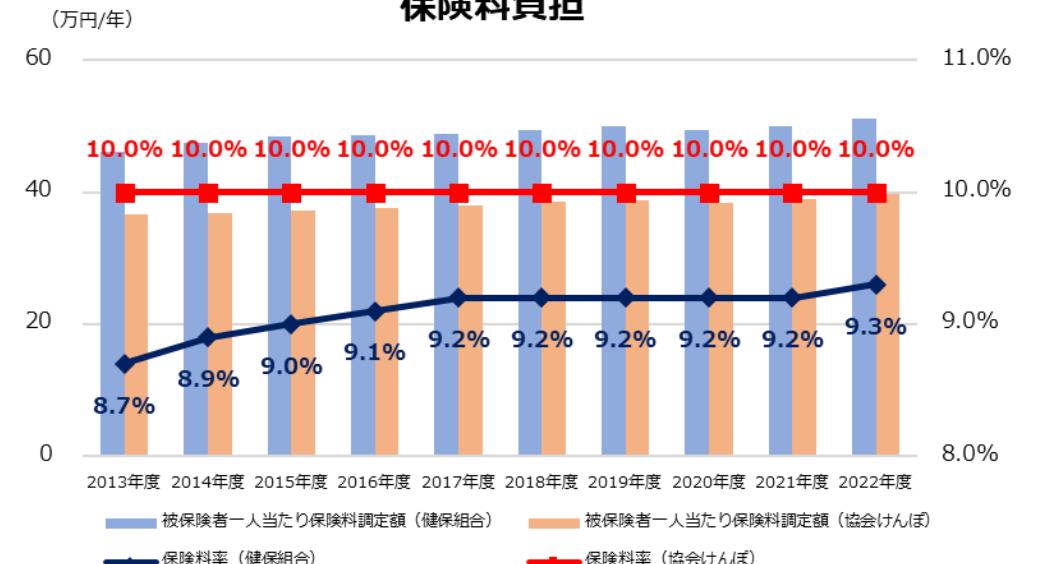
被保険者一人当たり標準報酬月額



(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」

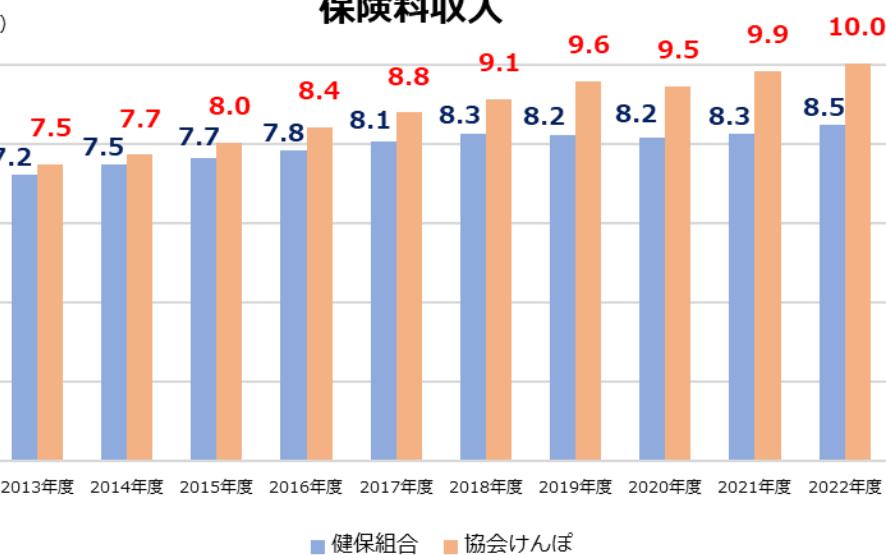
保険料負担



(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

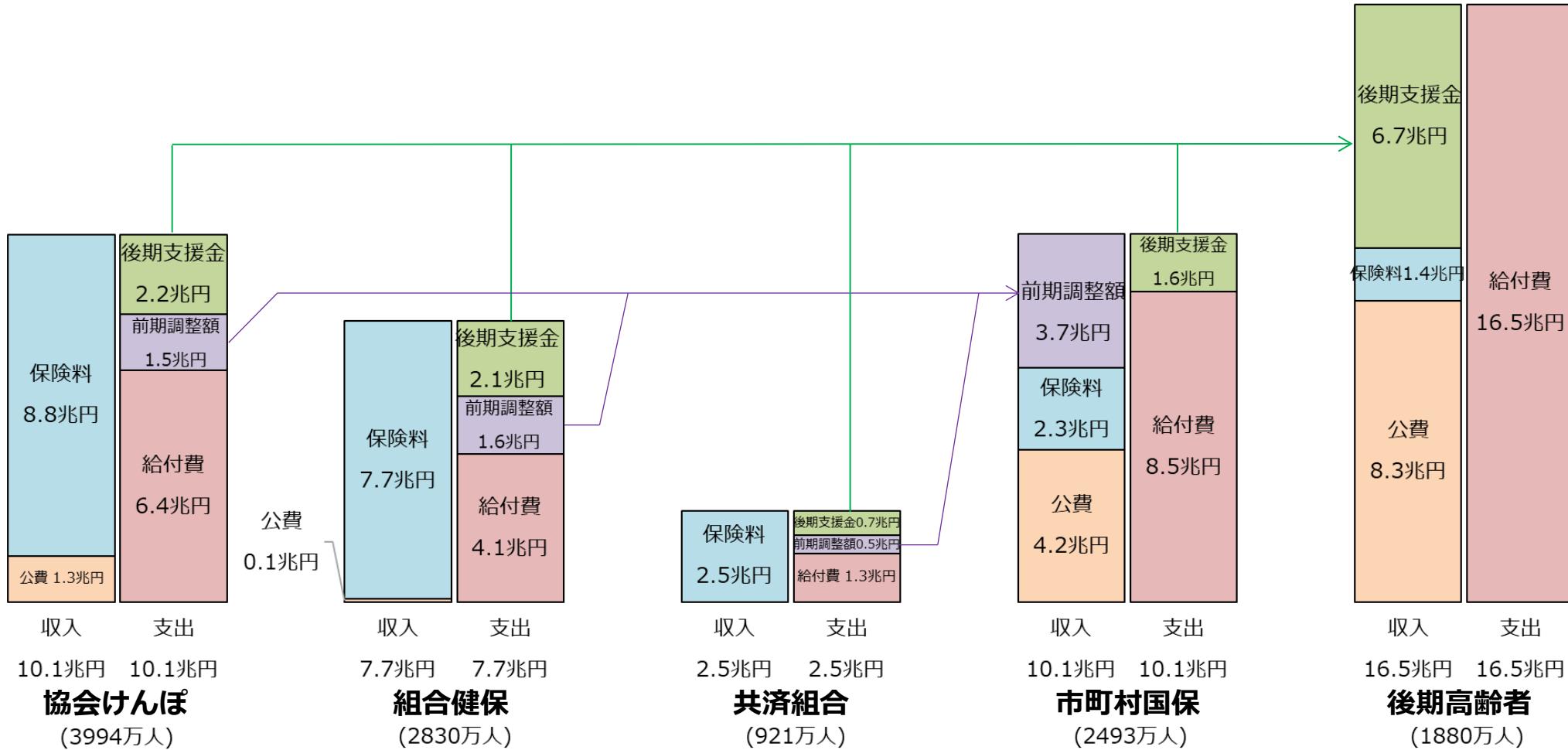


(注) 年度末時点の数値。

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

制度別の財政の概要（令和4年度）

医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどによる財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みとなっています（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担しています（後期支援金）。



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

注2 「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期高齢者支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。

注3 括弧内の人数は、当該制度の加入者数（年度平均）を示している。

医療費の財源構成（令和4年度）

皆さんのが病院の窓口で支払う金額（自己負担額）は、平均的には、受けた医療にかかった費用（医療費）の約15%です。その他の部分は医療保険制度から支払われます。この医療保険でまかなわれる割合（約85%）を、「実効給付率」といいます。またこの約85%のうち、公費でまかなわれる部分が約32%、保険料でまかなわれる部分が約53%となっています。

自己負担額の割合は年齢によって異なりますが、法定給付率に加えて高額療養費制度等があることにより、後期高齢者（75歳以上）とそれ以外で分けた場合には、後期高齢者が約8%、それ以外が約19%となっています。

医療費 43.7兆円	医療給付費 37.3兆円		自己負担額 6.5兆円 (14.8%)
	公費 (実効給付率 85.2%)	保険料 23.2兆円 (53.0%)	
14.1兆円 (32.2%)			



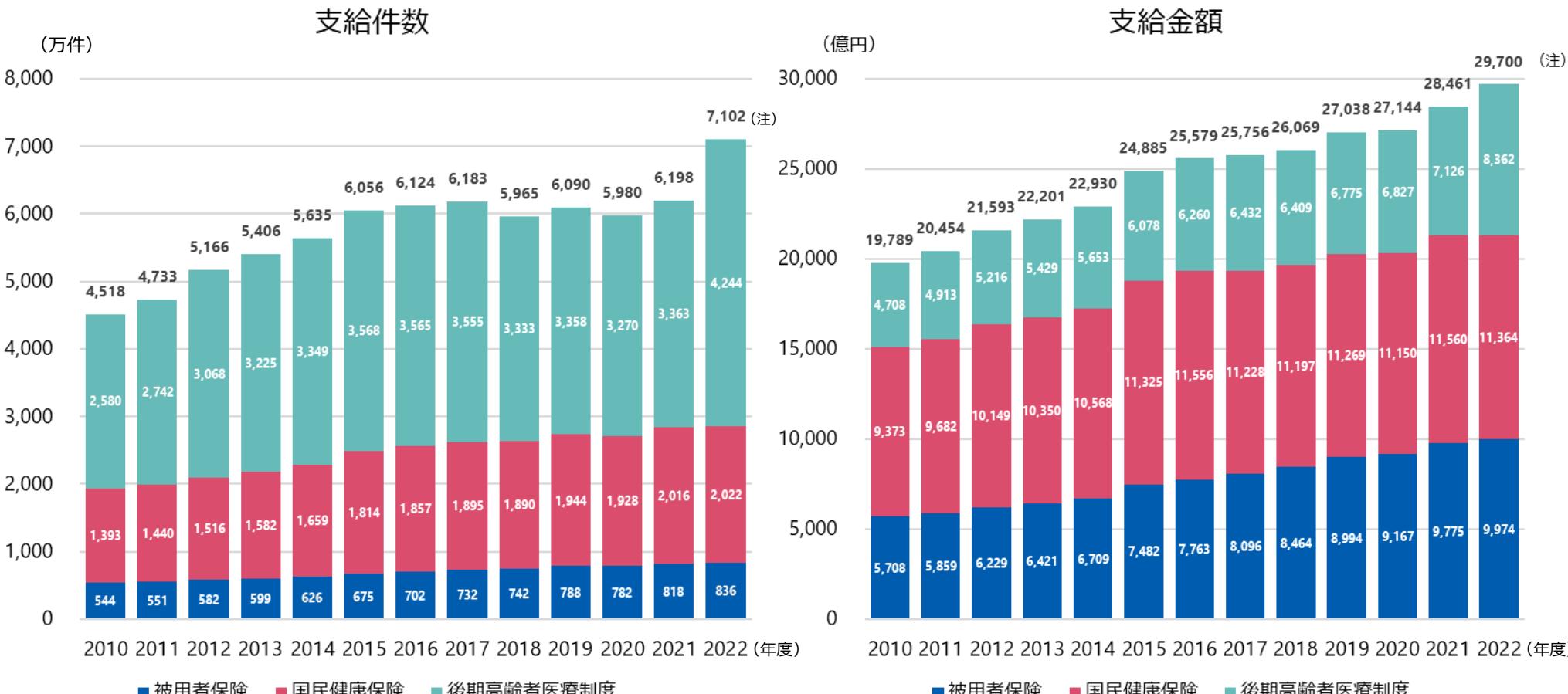
後期高齢者 以外 25.8兆円	医療給付費 20.8兆円 (実効給付率 80.7%)		自己負担額 5.0兆円 (19.3%)
	公費 5.0兆円 (19.5%)	保険料 15.8兆円 (61.2%)	

後期高齢者 18.0兆円	医療給付費 16.5兆円 (実効給付率 91.6%)		自己負担額 1.5兆円 (8.4%)
	公費 8.3兆円 (46.1%)	保険料 1.4兆円 (8.1%)	
		支援金 6.7兆円 (37.4%)	

$$\begin{cases} \text{公費} & 0.7\text{兆円} \\ \text{保険料} & 6.1\text{兆円} \end{cases}$$

※ この資料における「医療給付費」は医療保険からの給付費であり、公費負担医療分や地方単独事業分は含んでいない。
また、「自己負担額」は医療保険に係る医療費から上記の「医療給付費」を除いたものとなっている。

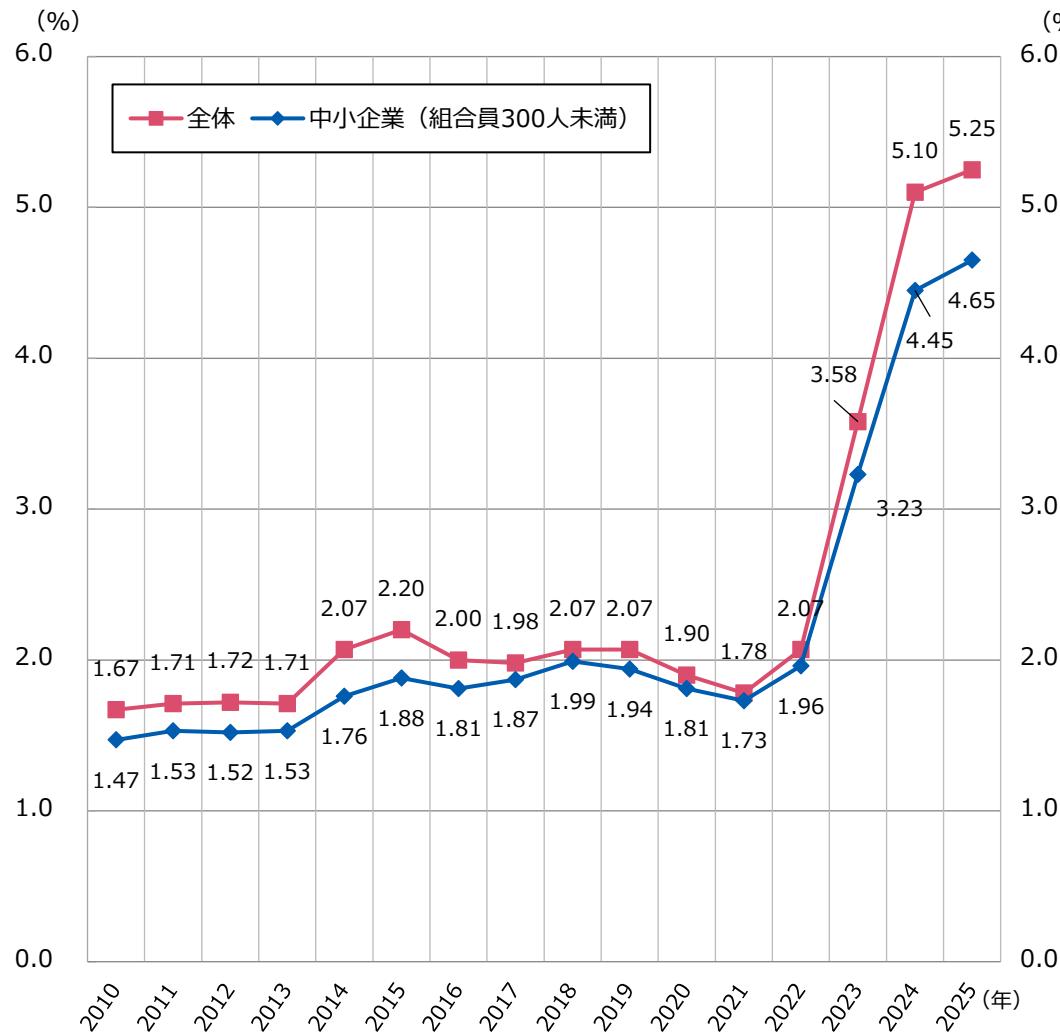
高額療養費の支給件数・支給金額の推移



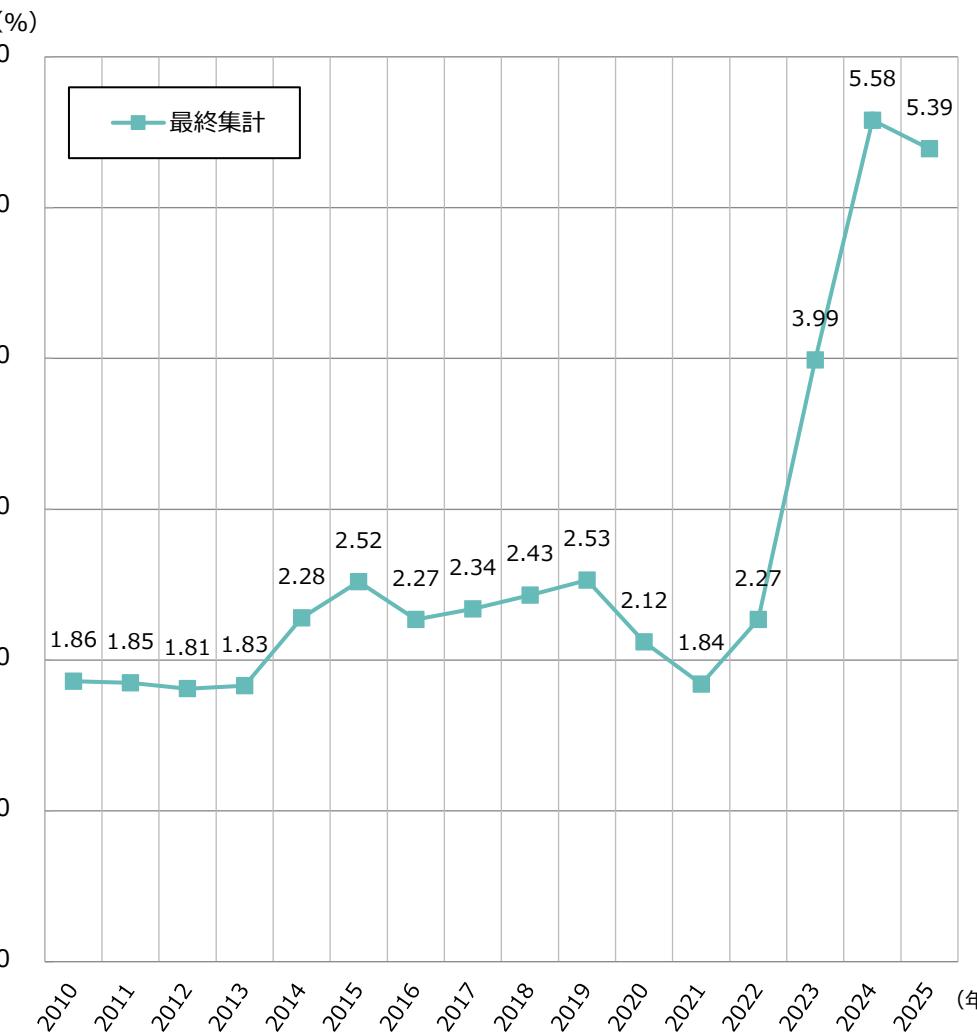
(注) 後期高齢者医療制度の窓口負担割合の見直し時の配慮措置が含まれているため、2022年度の後期高齢者医療制度の数値を他年度の数値と比較する際は留意が必要。
 (出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

春季労使交渉における賃金引上げ率の推移（連合・経団連）

連合 春闘集計結果（全体・中小）の推移



経団連 春季労使交渉集計結果（大企業）の推移



(出典) 連合「春季生活闘争 回答集計結果」

(出典) 経団連「春季労使交渉・大手企業業種別妥結結果」

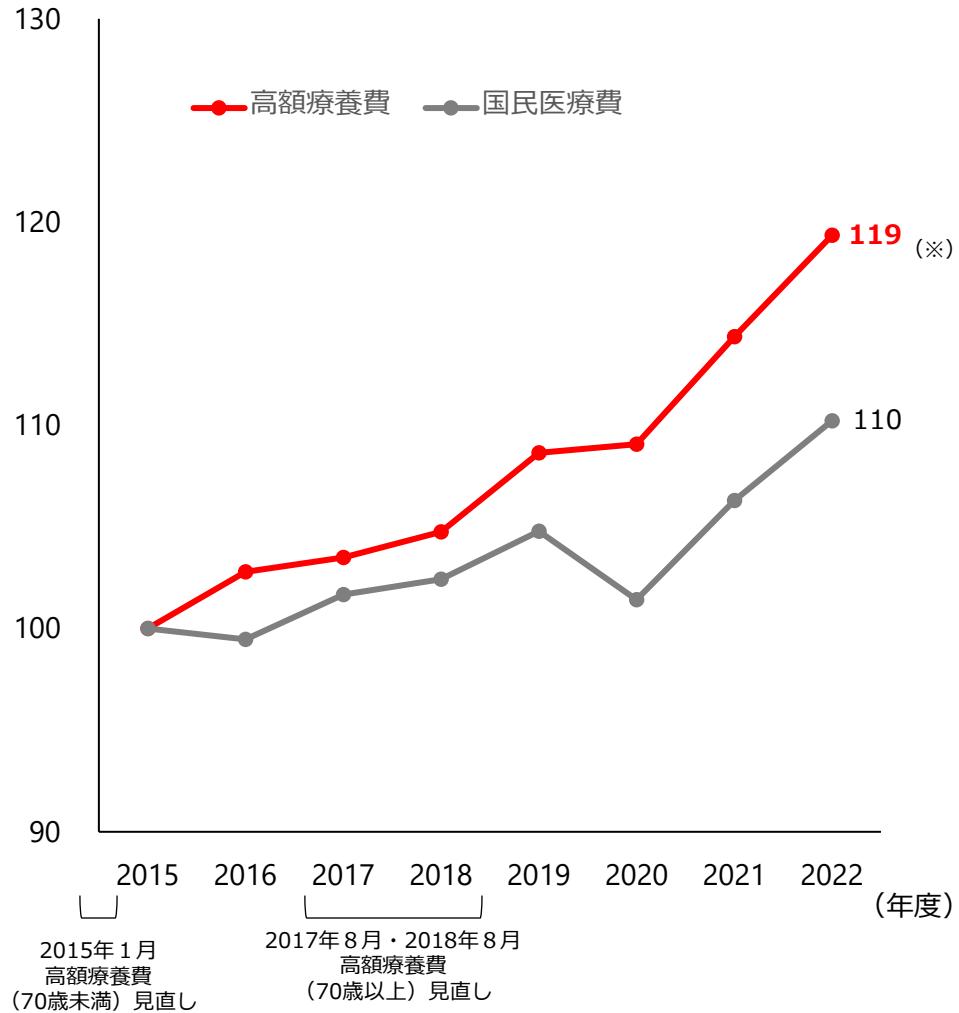
医療費の動向

令和7年12月15日

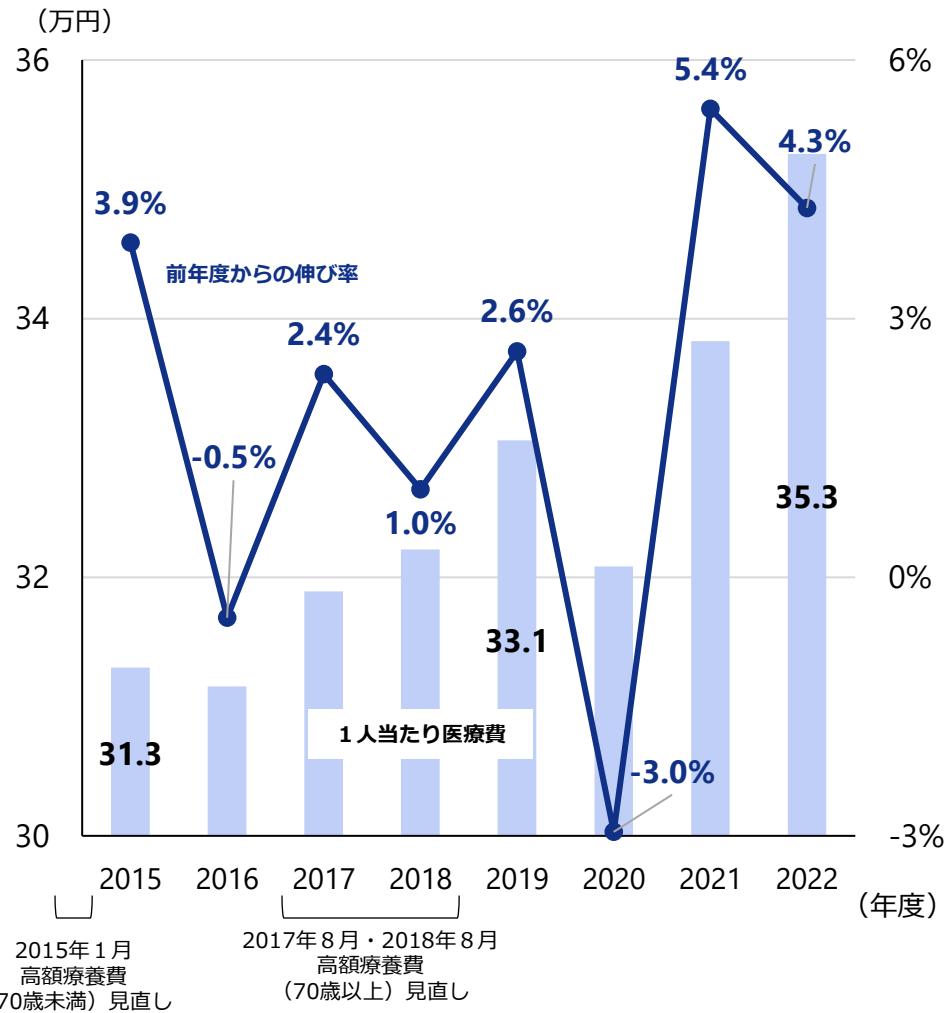
第8回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料2

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。

高齢者の一人当たり医療費の分布

70歳以上高齢者の一人当たり医療費分布（令和6年3月）

25%

20%

15%

10%

5%

0%

上位2%水準：25.6万円

上位3%水準：17.5万円

～9,999円

～49,999円

～99,999円

～199,999円

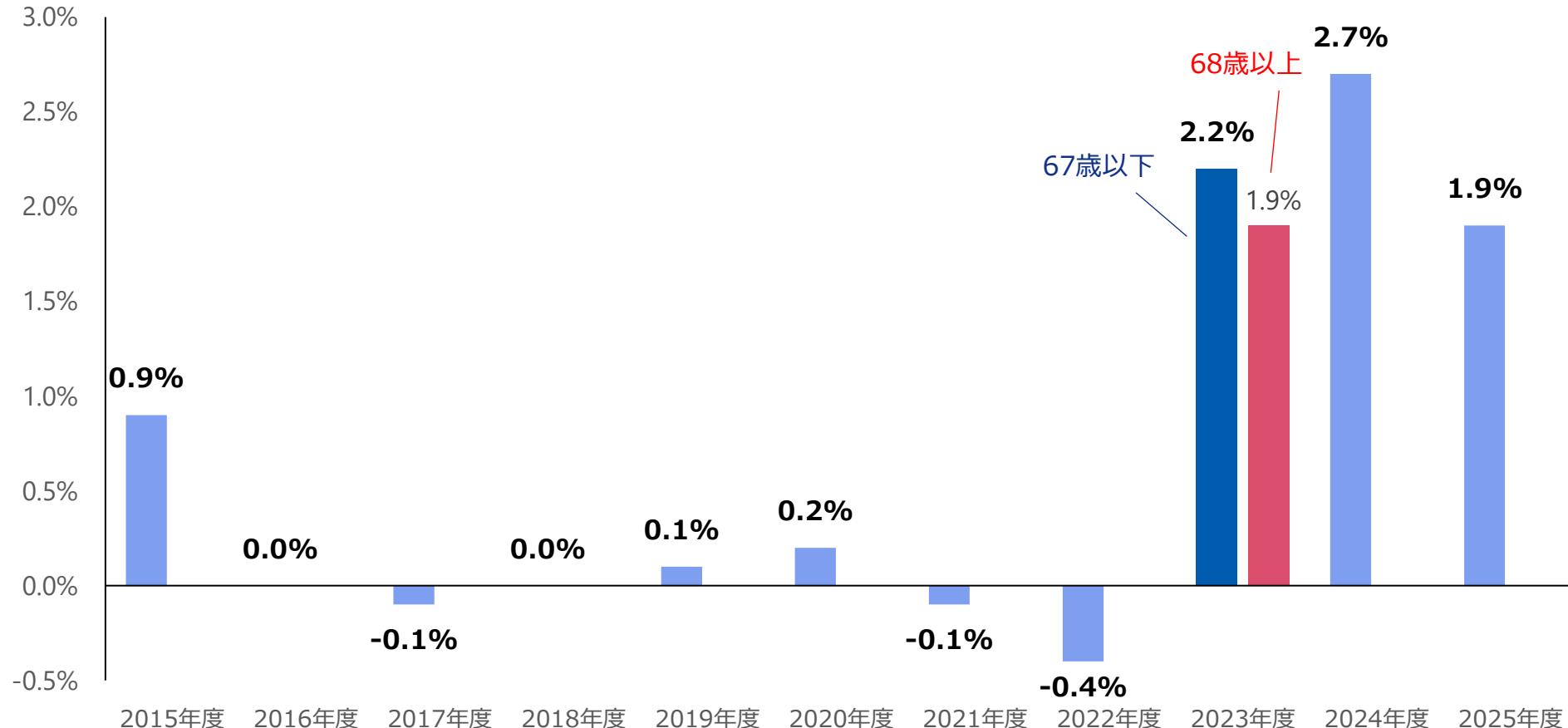
～299,999円

～399,999円

500,000円～

一人当たり医療費

年金額の改定率の推移



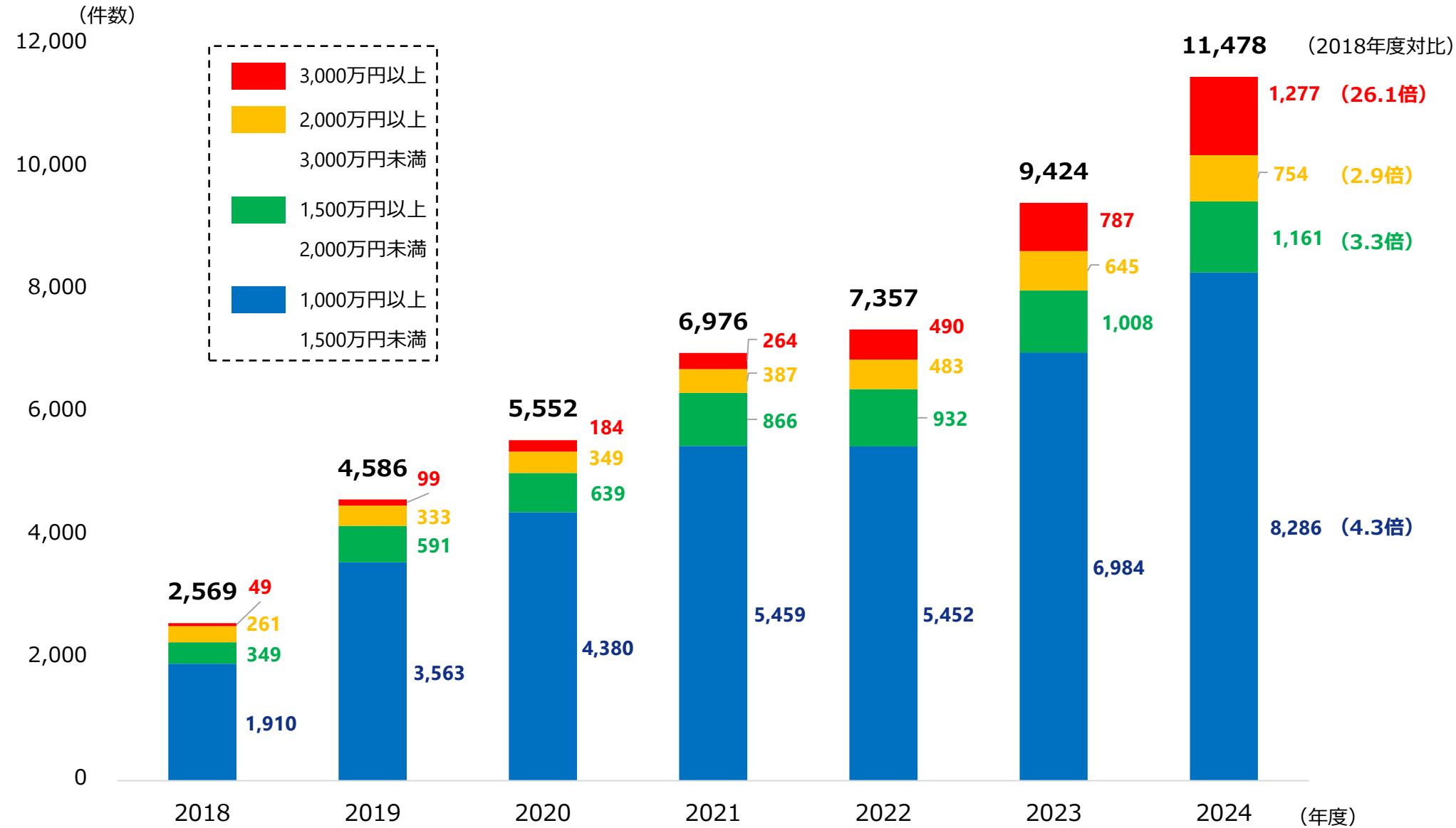
※ 名目手取り賃金変動率が物価変動率を上回る場合、新規裁定者（67歳以下の方）の年金額は名目手取り賃金変動率を、既裁定者（68歳以上の方）の年金額は物価変動率を用いて改定する。

医療費の1,000万円以上レセプト件数の年次推移（全制度計）

令和7年11月21日

第6回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

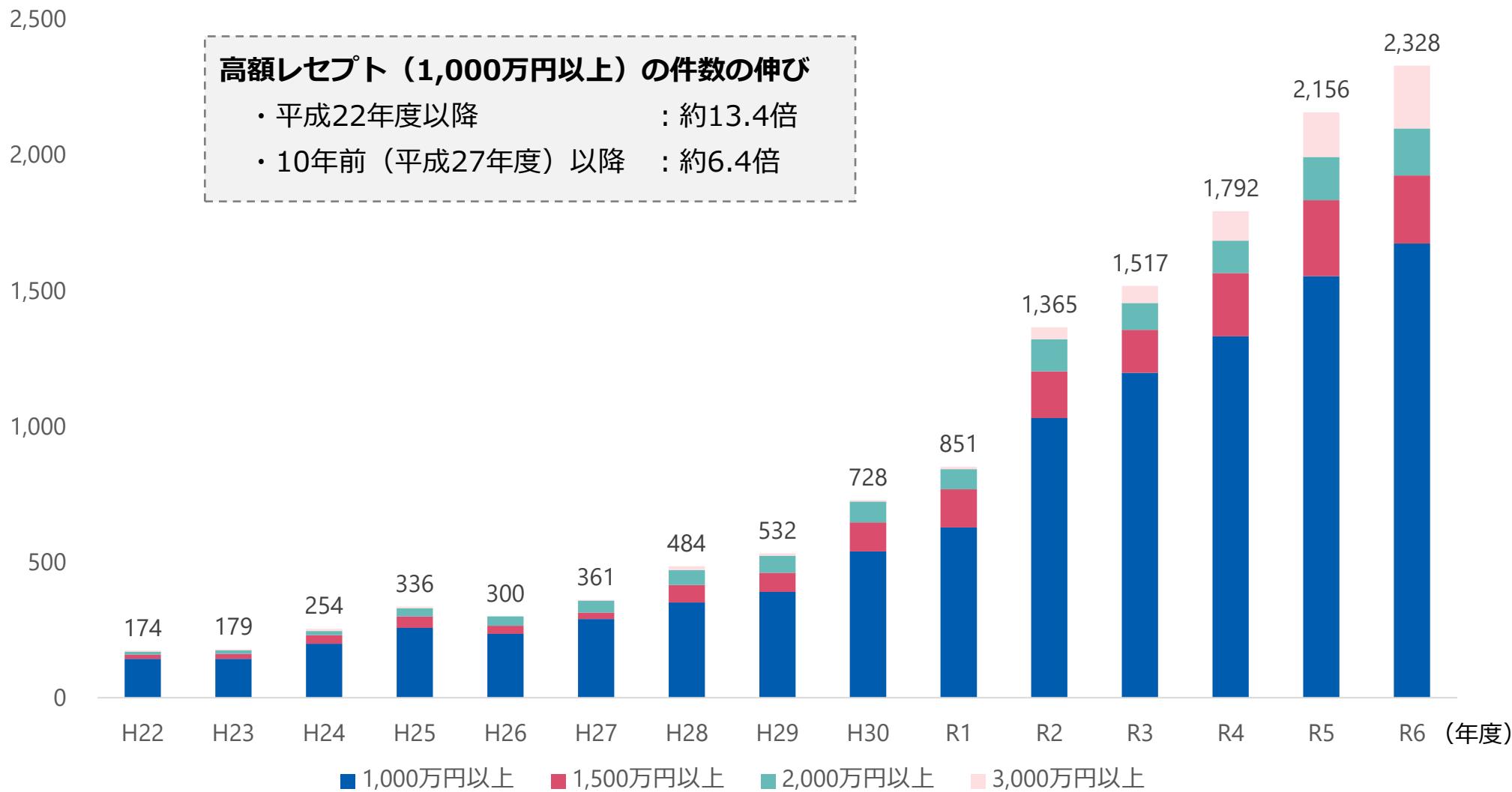
資料1



出典：医科・歯科・調剤医療費（電算処理分）の動向を特別集計
※公費負担医療分を含む。

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

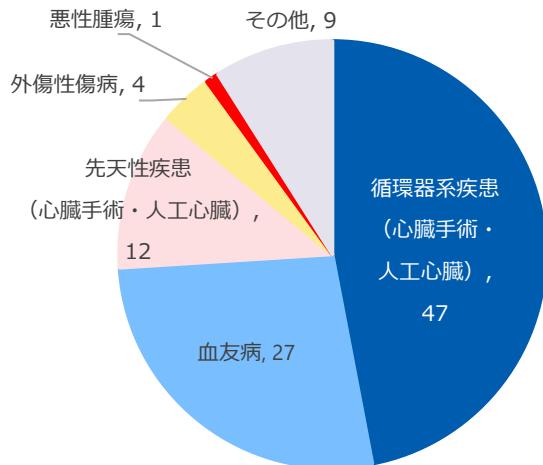
(件)



(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

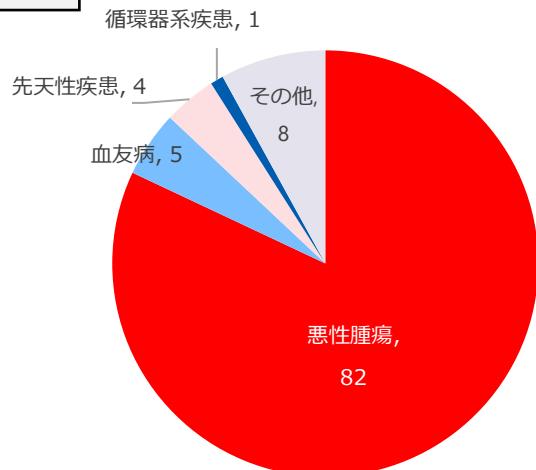


上位100位平均：約1,987万円（最高金額：約4,253万円）

【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）

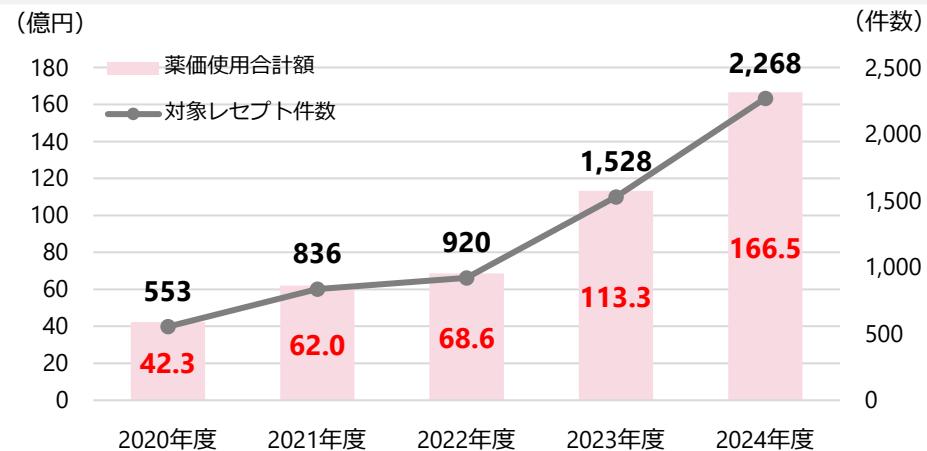
【疾患別の主な高額要因】

- 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。

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

③ イデルビオン静注（※3）

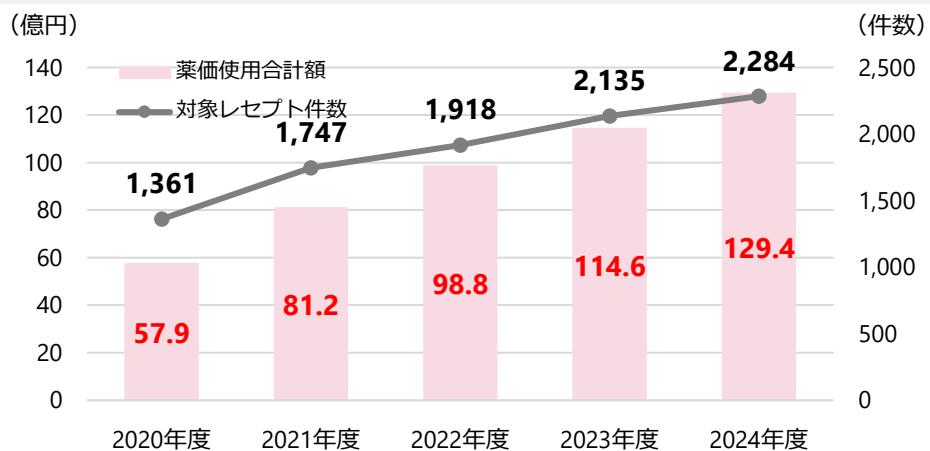
2016年11月保険収載
薬価：約9万円～約118万円



(※3) 血液凝固第IX因子欠乏患者における出血傾向の抑制

② ヘムライブラ皮下注（※2）

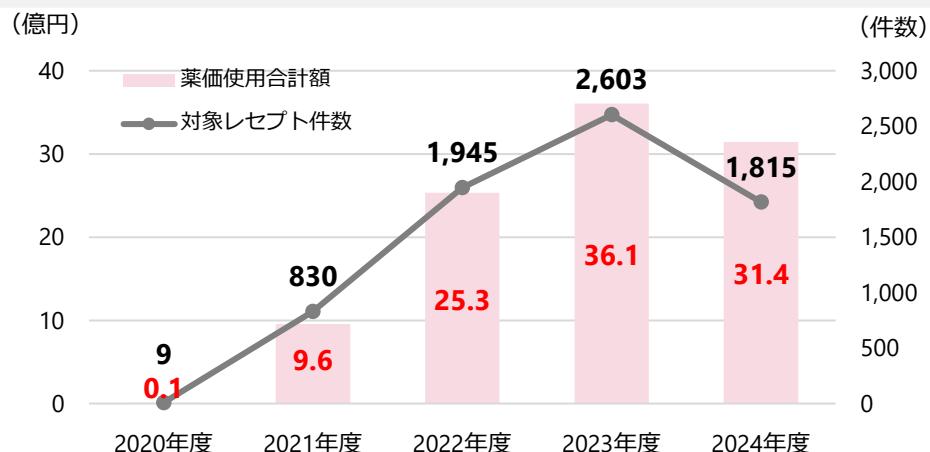
2018年5月保険収載
薬価：約29万円～約122万円



(※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

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



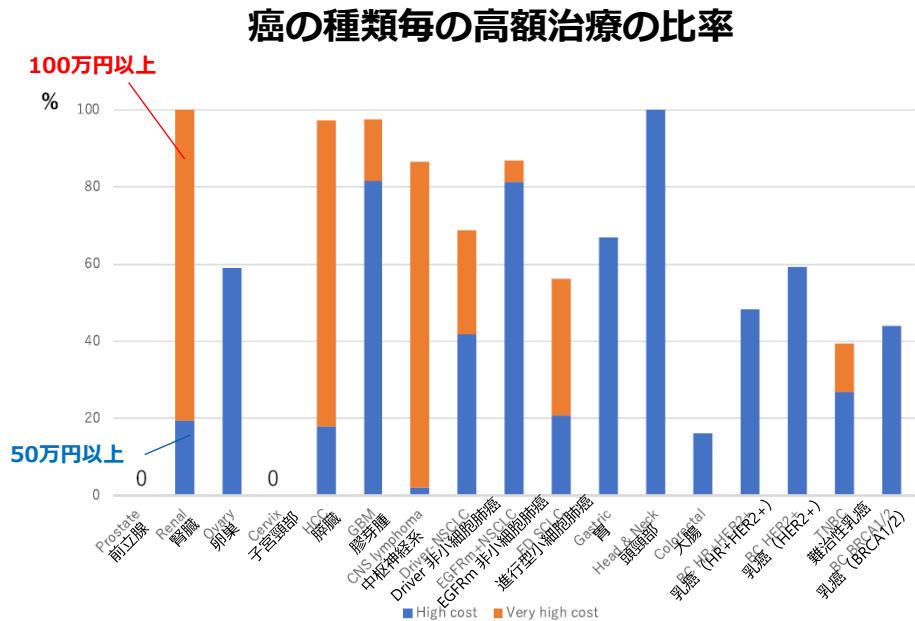
(※4) 視神經脊髄炎スペクトラム障害の再発予防

(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.

【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 + シスプラチニ併用療法 約2.3万円/月 ^{*2}	カペシタビン + オキサリプラチニ + 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

「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。」

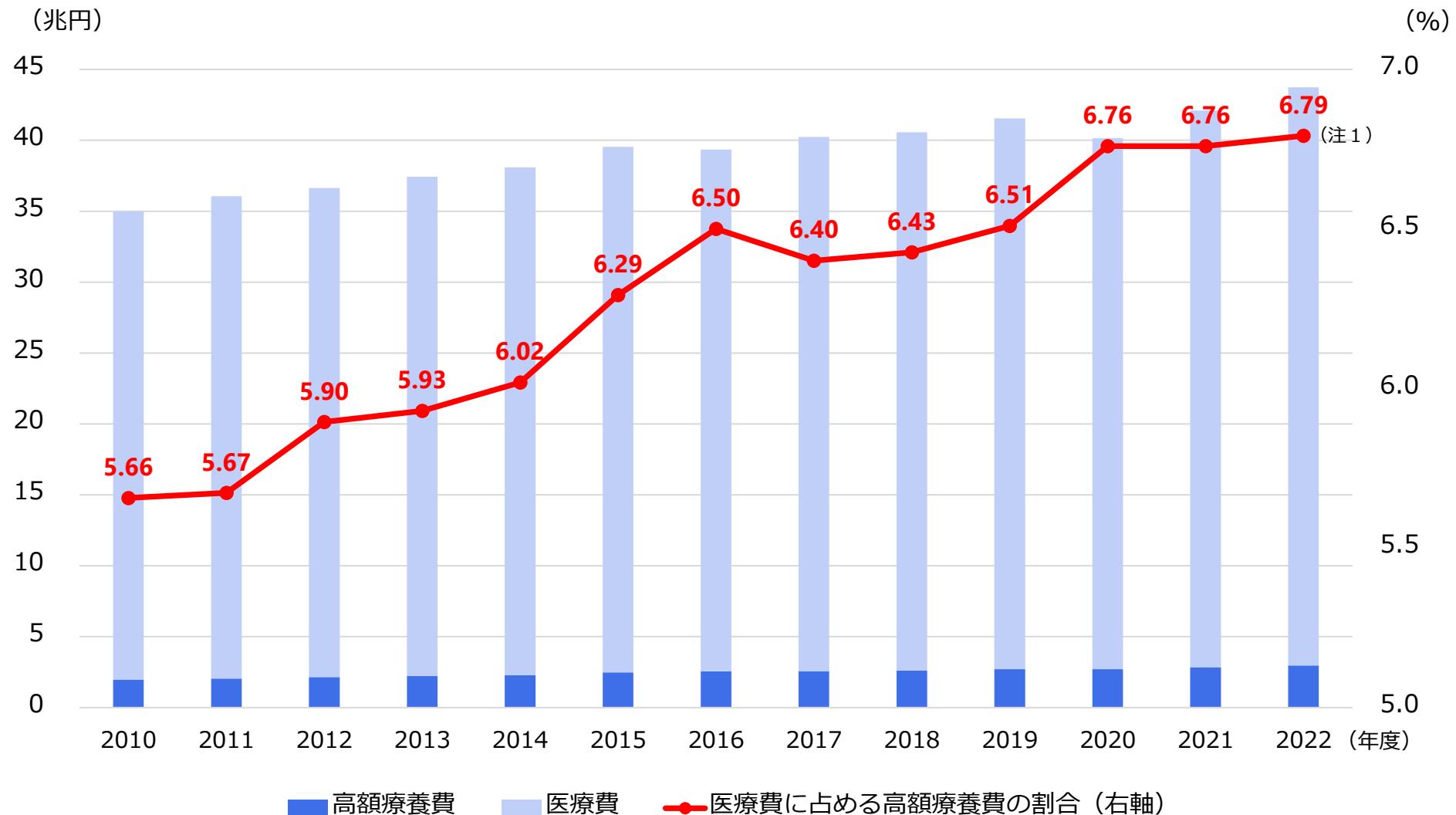
「命はかけがいのないものであることは事実。しかし、私たちのリソースは限られている。・・・日本の皆保険制度の破綻を回避するためには、私たちは医療のコストについて真剣に考え始める必要がある。」

（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.”

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。

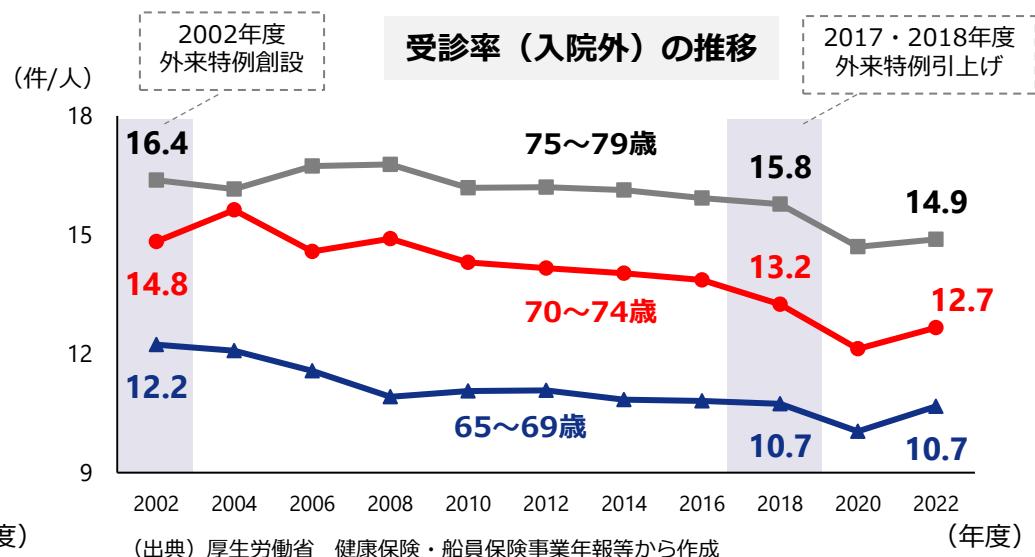
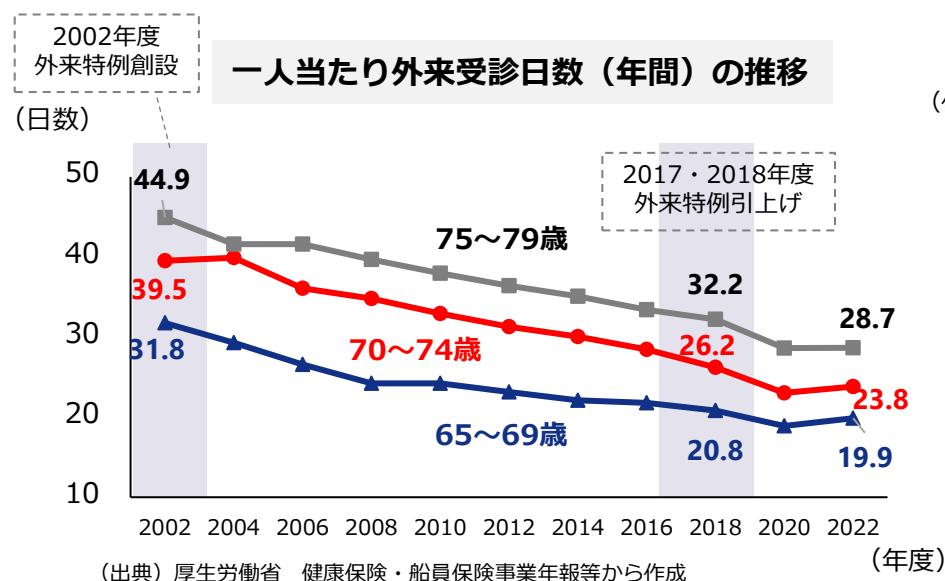
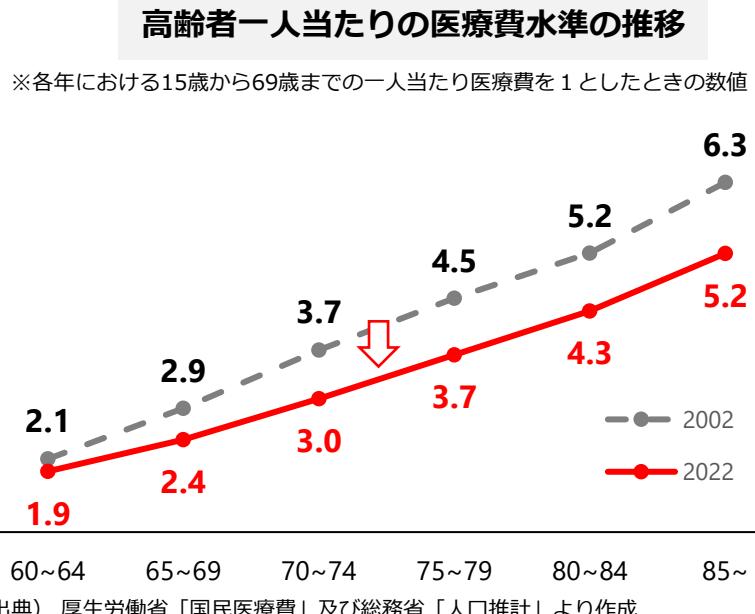
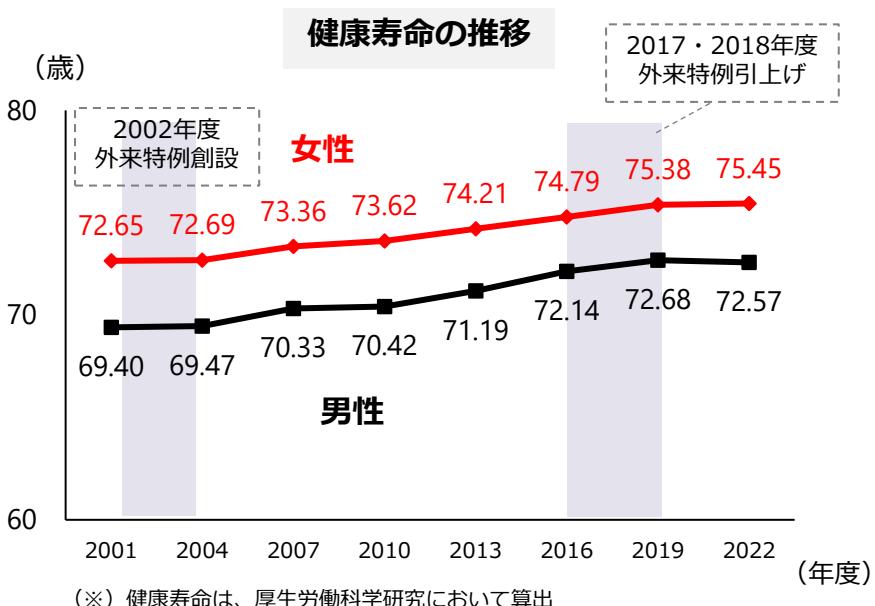
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」を元に作成。

高齢者の医療利用の推移

令和7年11月21日

第6回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料1



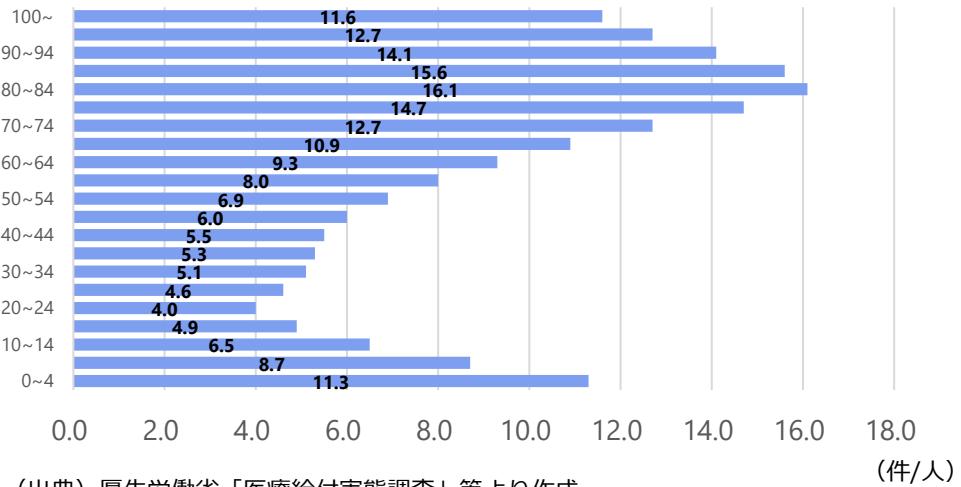
受診行動等に関する比較

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

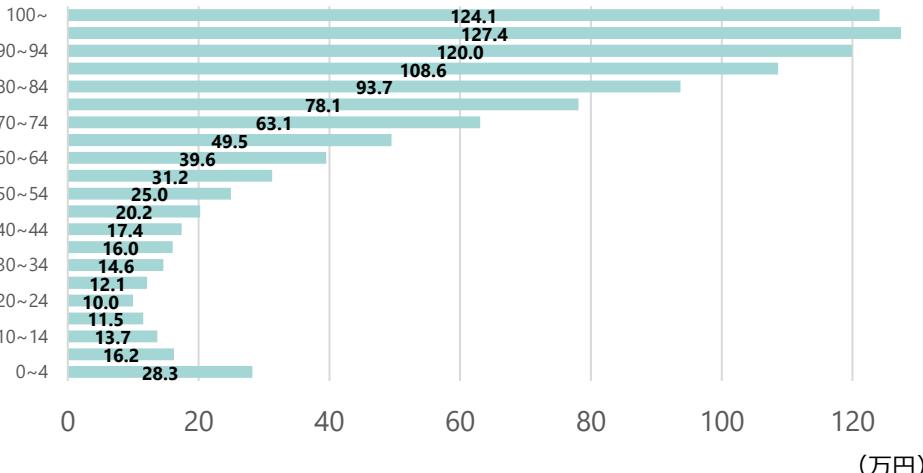
資料1

年齢階級別外来受診率（令和5年度）



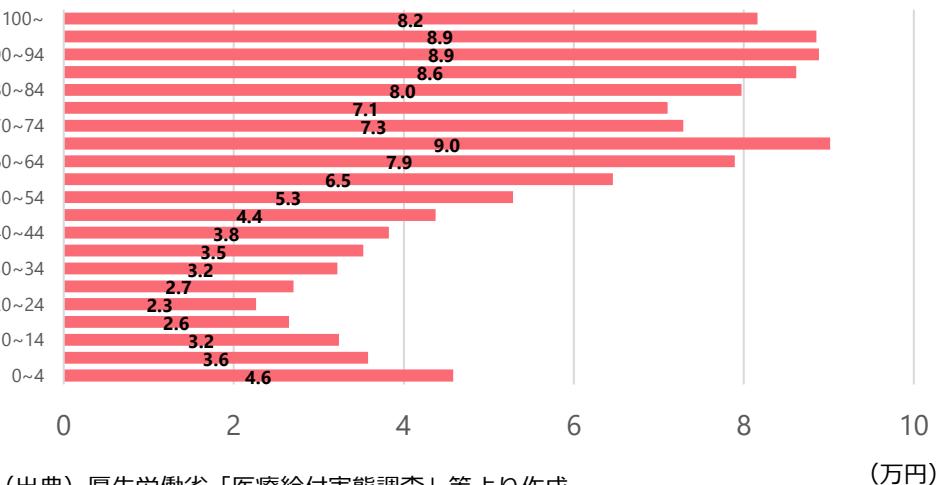
(出典) 厚生労働省「医療給付実態調査」等より作成

年齢階級別一人当たり医療費（令和5年度）



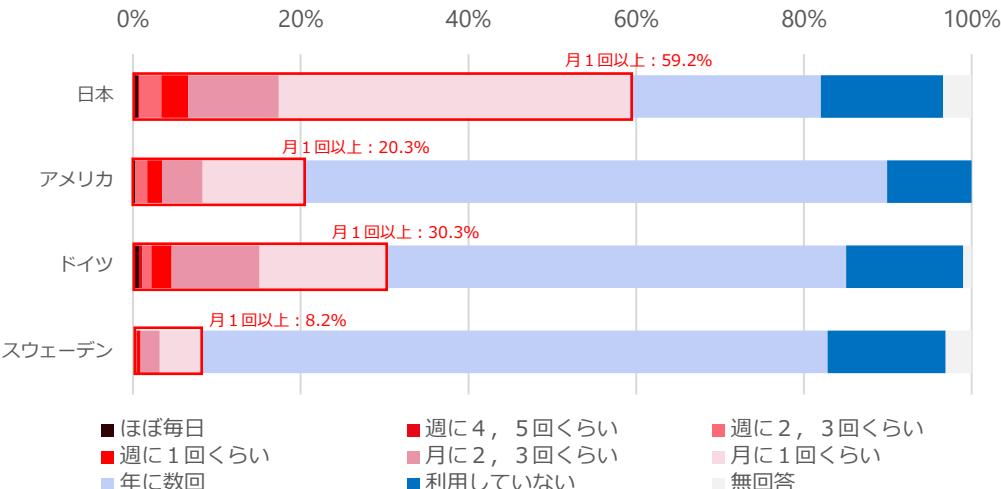
(出典) 厚生労働省「医療給付実態調査」等より作成

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

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

- 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)

4500

年齢階級別・傷病分類別受療率

4000

3500

3000

2500

2000

1500

1000

500

0

- 感染症及び寄生虫症
- 新生物＜腫瘍＞
- 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- 内分泌、栄養及び代謝疾患
- 精神及び行動の障害
- 神経系の疾患
- 眼及び付属器の疾患
- 耳及び乳様突起の疾患
- 循環器系の疾患
- 呼吸器系の疾患
- 消化器系の疾患
- 皮膚及び皮下組織の疾患
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 腎尿路生殖器系の疾患

20~24
25~29
30~34
35~39
40~44
45~49
50~54
55~59
60~64
65~69
70~74
75~79
80~84
85~89
90歳以上

出典：令和5年患者調査

3

年齢階級別の平均傷病数

2.5

2

1.5

1

0.5

0

20~24	1.3
25~29	1.3
30~34	1.4
35~39	1.4
40~44	1.5
45~49	1.6
50~54	1.7
55~59	1.8
60~64	1.9
65~69	2.0
70~74	2.2
75~79	2.4
80~84	2.5
85歳以上	2.5

出典：国民生活基礎調査（2022年）

34

高齢者の収入の状況（2021年）

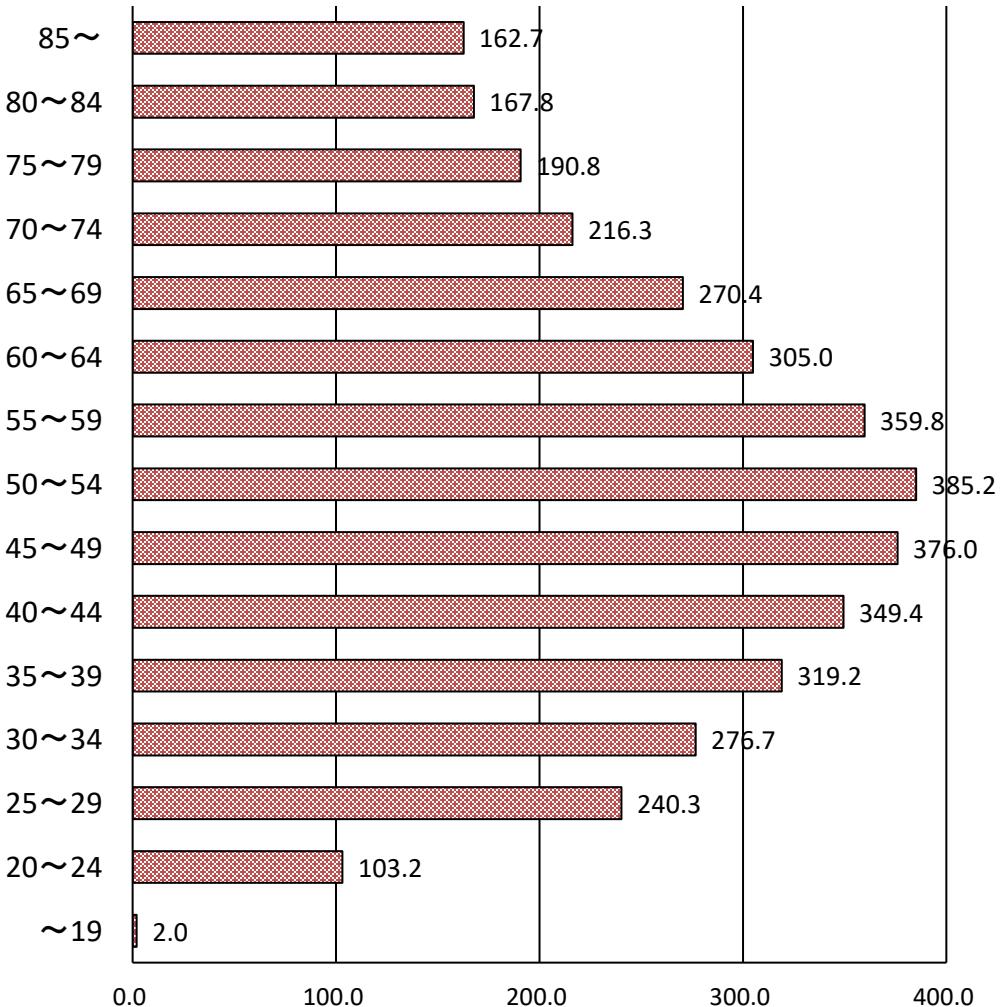
令和7年10月23日

第201回社会保障審議会
医療保険部会

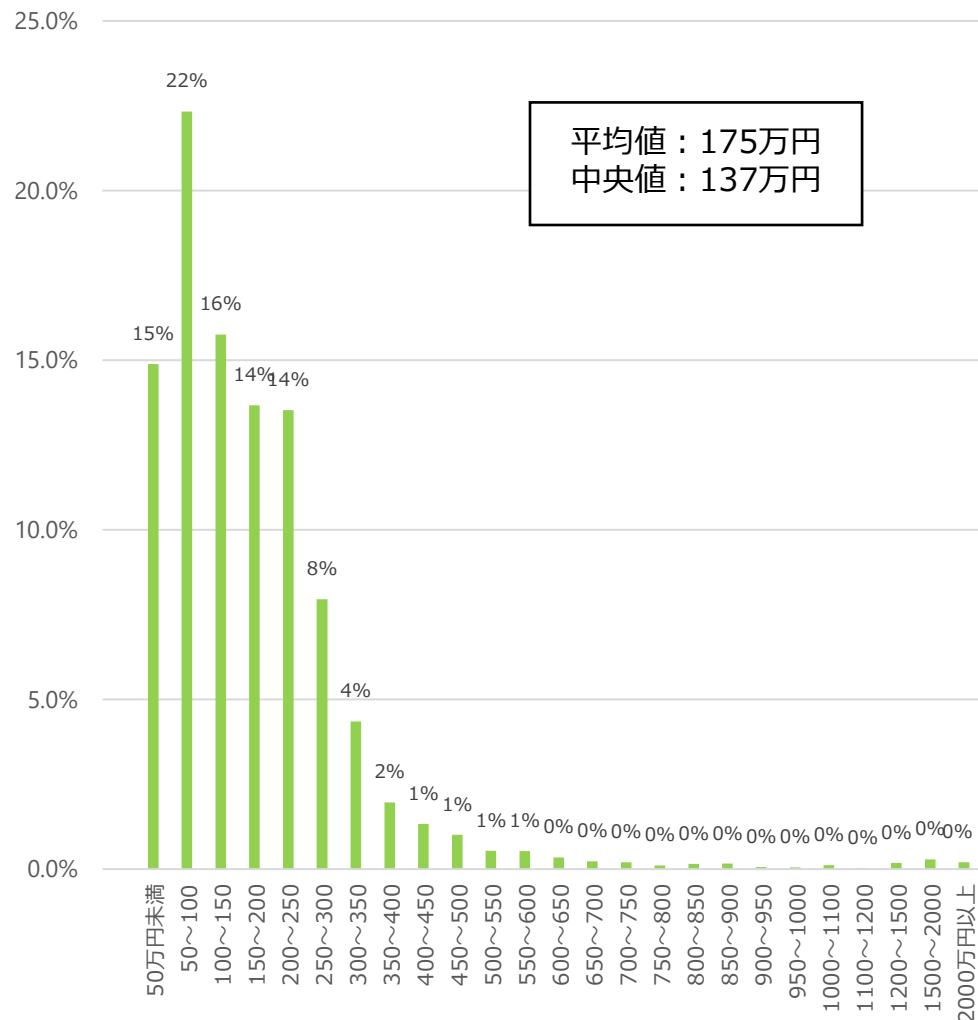
資料2

- 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>



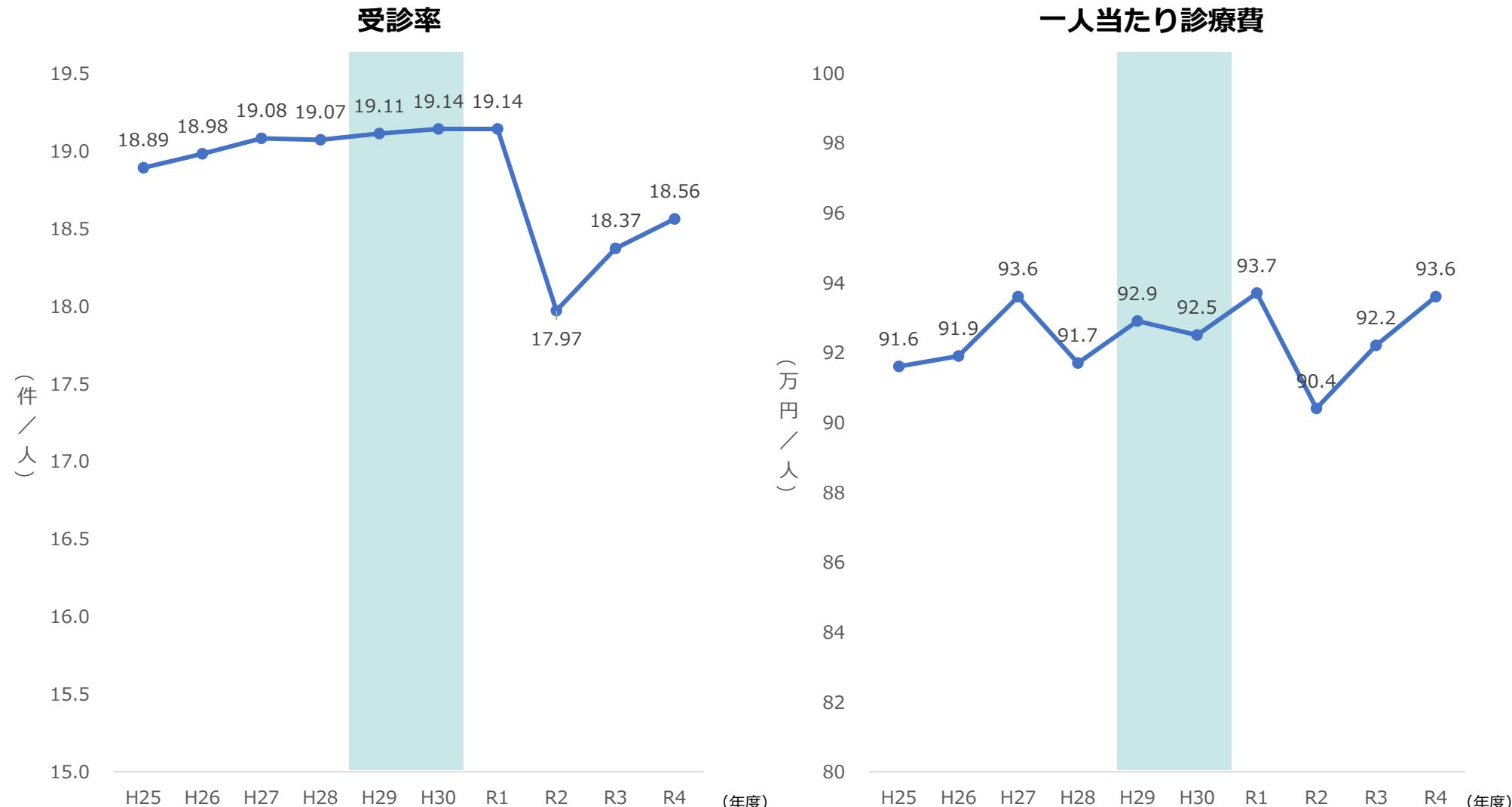
<75歳以上個人の収入額の分布>



【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）

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



(出典) 厚生労働省保険局「医療保険に関する基礎資料」

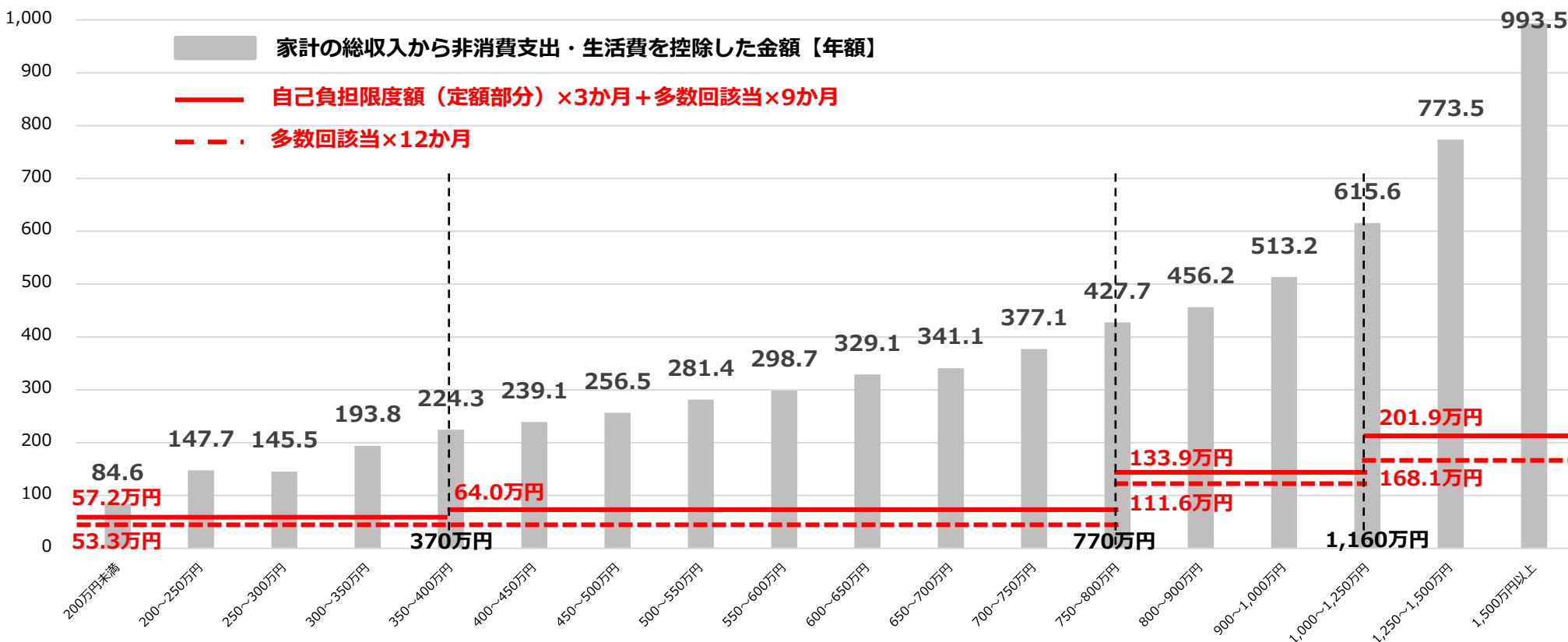
※受診率は、件数を加入者数で除したものであり、件数は医科入院、医科入院外、歯科についての合計である。

※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。

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。
 (※) 資蓄等の金融資産は考慮していない。

高額療養費制度における年間の自己負担限度額と家計の状況



（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）。

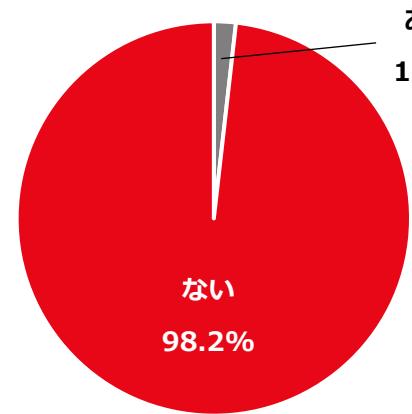
がん治療による経済的負担の影響

令和7年9月16日

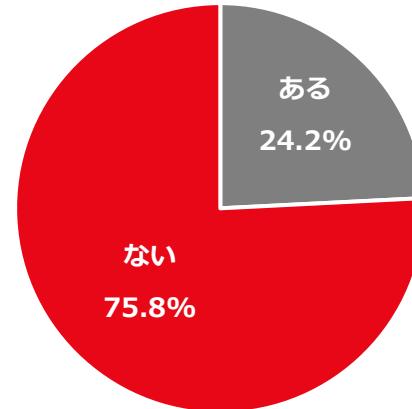
第4回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料1

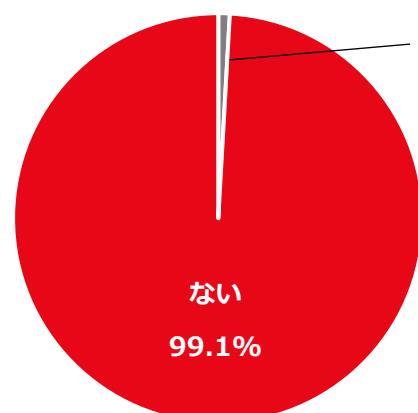
治療費用の負担が原因で、
治療を変更または断念したことのある人



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

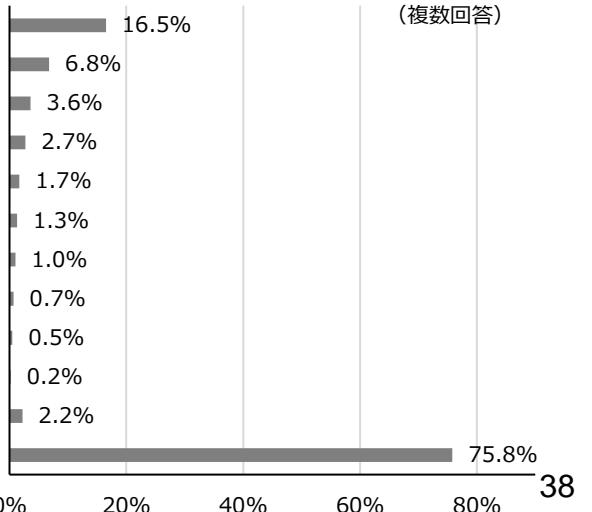


治療費用の負担が原因で、
保険診療範囲内治療を断念したことのある人



経済的影響を受けた事項

- 長期に貯蓄していた貯金を切り崩した
- 日常生活における食費、衣料費を削った
- 患者本人が仕事を続けざるを得なかった、あるいは転職せざるを得なかった
- 親戚や他人から金銭的援助を受けた（借金を含む）
- 主治医に処方薬や治療法を安価なものに変更してもらった
- 収入を増やすため、家族が仕事を増やした、あるいは働くようになった
- 受診の間隔を延ばしたり、受診を一時的に見送ったりした
- 車、家、土地などを手放した、あるいは引っ越しした
- 治療頻度や治療内容（薬など）を主治医に相談せずに自分で減らした
- 家族の進学先を変更した（進学をやめた／転校した）
- その他
- 上記のようなことは無かった



(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)

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

令和7年10月22日

資料1

(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患としている。

※、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

令和7年10月22日

資料1

第5回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

(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	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患としている。

※. 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れない。

※. 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

外来特例の月額上限に該当する者の疾病別 患者割合 (上位10疾病分類)

令和7年12月15日

第8回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料3

【一般（窓口負担2割）】

75歳以上（後期高齢者）

	外来特例の月額上限【該当者全体】 疾病分類	年1回		年2～5回		年6回以上		
		患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	
1	歯肉炎及び歯周疾患	8.9%	歯肉炎及び歯周疾患	12.3%	その他の悪性新生物<腫瘍>	9.5%	その他の悪性新生物<腫瘍>	10.9%
2	高血圧性疾患	8.1%	高血圧性疾患	9.9%	糖尿病	7.4%	腎不全	10.8%
3	その他の悪性新生物<腫瘍>	7.0%	糖尿病	6.4%	歯肉炎及び歯周疾患	6.9%	糖尿病	6.0%
4	糖尿病	6.7%	その他の心疾患	4.8%	高血圧性疾患	6.6%	高血圧性疾患	5.5%
5	その他の心疾患	5.0%	その他の悪性新生物<腫瘍>	4.3%	その他の心疾患	5.5%	その他の心疾患	4.8%
6	その他の眼及び付属器の疾患	4.1%	その他の眼及び付属器の疾患	3.7%	その他の眼及び付属器の疾患	5.1%	炎症性多発性関節障害	3.9%
7	屈折及び調節の障害	3.2%	屈折及び調節の障害	3.6%	屈折及び調節の障害	3.3%	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.1%
8	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.7%	白内障	3.0%	脊椎障害（脊椎症を含む）	3.0%	その他の眼及び付属器の疾患	2.9%
9	虚血性心疾患	2.7%	虚血性心疾患	2.8%	虚血性心疾患	2.8%	慢性閉塞性肺疾患	2.5%
10	白内障	2.4%	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.7%	白内障	2.1%	その他の呼吸器系の疾患	2.5%

【一般（窓口負担1割）】

	外来特例の月額上限【該当者全体】 疾病分類	年1回		年2～5回		年6回以上		
		患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	
1	その他の悪性新生物<腫瘍>	8.9%	屈折及び調節の障害	11.5%	その他の悪性新生物<腫瘍>	11.6%	腎不全	32.1%
2	その他の眼及び付属器の疾患	8.5%	その他の眼及び付属器の疾患	10.9%	その他の眼及び付属器の疾患	9.2%	その他の悪性新生物<腫瘍>	12.7%
3	腎不全	8.2%	白内障	10.5%	糖尿病	5.2%	糖尿病	4.4%
4	屈折及び調節の障害	7.4%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.6%	屈折及び調節の障害	5.1%	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	4.4%
5	白内障	6.0%	糖尿病	5.3%	炎症性多発性関節障害	4.9%	高血圧性疾患	3.7%
6	糖尿病	5.1%	歯肉炎及び歯周疾患	5.0%	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	4.3%	炎症性多発性関節障害	3.0%
7	高血圧性疾患	3.9%	不詳	4.5%	腎不全	3.6%	その他の心疾患	2.7%
8	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.4%	高血圧性疾患	4.1%	高血圧性疾患	3.6%	乳房の悪性新生物<腫瘍>	2.0%
9	不詳	3.2%	その他の心疾患	3.1%	その他の心疾患	3.2%	その他の呼吸器系の疾患	2.0%
10	歯肉炎及び歯周疾患	3.1%	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.4%	白内障	2.7%	その他の眼及び付属器の疾患	1.7%

※1. 特定疾患は考慮せず、外来の医療費に自己負担割合を乗じたものと、外来特例の月額上限との比較のみで外来特例の該当の有無を判定しているため、結果をみる際には注意を要する。

※2. 疾病分類は、各患者について、1年間で最も医療費（調剤を含まない）がかかった主疾病的分類としている。

※3. 「外来特例の月額上限【該当あり】」は、1年間で1回以上外来特例の月額上限に該当する者に係る集計。それぞれの患者数を100%とした時の割合。

（出典）令和6年度のNDBデータを用いて推計

外来特例の月額上限に該当する者の疾病別 患者割合 (上位 10 疾病分類)

令和 7 年 12 月 15 日
第 8 回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料 3

75歳以上 (後期高齢者)

【低所得 II】

	外来特例の月額上限【該当者全体】		年 1 回		年 2 ~ 5 回		年 6 回以上	
	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合
1	高血圧性疾患	10.6%	高血圧性疾患	13.2%	高血圧性疾患	9.0%	腎不全	12.9%
2	歯肉炎及び歯周疾患	9.0%	歯肉炎及び歯周疾患	12.2%	歯肉炎及び歯周疾患	8.3%	高血圧性疾患	7.3%
3	糖尿病	6.5%	糖尿病	5.9%	糖尿病	7.2%	糖尿病	6.5%
4	その他の心疾患	5.5%	その他の心疾患	5.1%	その他の心疾患	6.1%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.9%
5	その他の悪性新生物<腫瘍>	4.0%	脂質異常症	2.9%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.3%	その他の心疾患	5.4%
6	脊椎障害（脊椎症を含む）	3.1%	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.9%	その他の眼及び付属器の疾患	3.8%	炎症性多発性関節障害	4.2%
7	その他の眼及び付属器の疾患	3.0%	その他の眼及び付属器の疾患	2.9%	脊椎障害（脊椎症を含む）	3.6%	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.8%
8	腎不全	2.8%	関節症	2.7%	関節症	3.0%	アルツハイマー病	2.6%
9	関節症	2.7%	屈折及び調節の障害	2.5%	虚血性心疾患	2.6%	慢性閉塞性肺疾患	2.4%
10	虚血性心疾患	2.4%	虚血性心疾患	2.5%	屈折及び調節の障害	2.5%	歯肉炎及び歯周疾患	2.3%

【低所得 I】

	外来特例の月額上限【該当者全体】		年 1 回		年 2 ~ 5 回		年 6 回以上	
	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合
1	高血圧性疾患	12.8%	高血圧性疾患	15.3%	高血圧性疾患	11.2%	高血圧性疾患	9.5%
2	歯肉炎及び歯周疾患	8.8%	歯肉炎及び歯周疾患	11.5%	歯肉炎及び歯周疾患	8.2%	腎不全	9.4%
3	その他の心疾患	6.2%	その他の心疾患	5.7%	その他の心疾患	6.7%	その他の心疾患	6.5%
4	糖尿病	5.8%	糖尿病	5.2%	糖尿病	6.5%	糖尿病	5.8%
5	アルツハイマー病	3.9%	アルツハイマー病	4.0%	アルツハイマー病	3.5%	炎症性多発性関節障害	4.5%
6	脊椎障害（脊椎症を含む）	3.0%	脂質異常症	2.8%	脊椎障害（脊椎症を含む）	3.4%	アルツハイマー病	4.2%
7	関節症	2.8%	関節症	2.7%	その他の眼及び付属器の疾患	3.2%	その他の悪性新生物<腫瘍>	3.5%
8	骨折	2.6%	脳梗塞	2.6%	関節症	3.1%	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.8%
9	その他の眼及び付属器の疾患	2.5%	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.6%	その他の悪性新生物<腫瘍>	3.0%	歯肉炎及び歯周疾患	2.7%
10	脳梗塞	2.5%	骨折	2.5%	骨折	3.0%	脳梗塞	2.4%

※ 1. 特定疾患は考慮せず、外来の医療費に自己負担割合を乗じたものと、外来特例の月額上限との比較のみで外来特例の該当の有無を判定しているため、結果をみる際には注意を要する。

※ 2. 疾病分類は、各患者について、1年間で最も医療費（調剤を含まない）がかかった主疾病の分類としている。

※ 3. 「外来特例の月額上限【該当あり】」は、1年間で1回以上外来特例の月額上限に該当する者に係る集計。それぞれの患者数を100%とした時の割合。

(出典) 令和6年度のNDBデータを用いて推計

外来特例の月額上限に該当する者の疾病別 患者割合（上位10疾病分類）

70～74歳

【一般】

	外来特例の月額上限【該当者全体】		年1回		年2～5回		年6回以上	
	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合
1	歯肉炎及び歯周疾患	10.5%	歯肉炎及び歯周疾患	14.0%	糖尿病	9.1%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	13.1%
2	糖尿病	7.5%	糖尿病	6.8%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	8.3%	腎不全	9.9%
3	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	6.2%	高血圧性疾患	6.6%	歯肉炎及び歯周疾患	7.3%	糖尿病	6.4%
4	高血圧性疾患	5.4%	屈折及び調節の障害	4.9%	その他の眼及び付属器の疾患	5.2%	炎症性多発性関節障害	6.0%
5	その他の眼及び付属器の疾患	4.6%	その他の眼及び付属器の疾患	4.7%	高血圧性疾患	4.0%	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	5.1%
6	屈折及び調節の障害	4.2%	白内障	4.2%	屈折及び調節の障害	3.9%	乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	4.0%
7	白内障	3.3%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	3.7%	その他の心疾患	3.2%	高血圧性疾患	2.7%
8	その他の心疾患	2.8%	その他の消化器系の疾患	3.4%	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	2.8%	その他の呼吸器系の疾患	2.3%
9	その他の消化器系の疾患	2.8%	その他の心疾患	2.7%	炎症性多発性関節障害	2.7%	その他の眼及び付属器の疾患	2.3%
10	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.2%	脂質異常症	2.4%	白内障	2.6%	結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	2.1%

【低所得 II】

	外来特例の月額上限【該当者全体】		年1回		年2～5回		年6回以上	
	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合
1	歯肉炎及び歯周疾患	13.8%	歯肉炎及び歯周疾患	17.3%	歯肉炎及び歯周疾患	14.3%	糖尿病	12.6%
2	高血圧性疾患	11.4%	高血圧性疾患	15.1%	高血圧性疾患	10.6%	高血圧性疾患	6.6%
3	糖尿病	8.4%	糖尿病	6.0%	糖尿病	8.4%	歯肉炎及び歯周疾患	6.6%
4	脂質異常症	4.0%	脂質異常症	5.5%	脂質異常症	3.8%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	5.0%
5	その他の心疾患	3.0%	その他の歯及び歯の支持組織の障害	2.9%	その他の心疾患	3.3%	腎不全	4.1%
6	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	2.9%	関節症	2.3%	関節症	3.0%	その他の心疾患	3.8%
7	関節症	2.8%	その他の眼及び付属器の疾患	2.3%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	3.0%	脊椎障害（脊椎症を含む）	3.6%
8	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.6%	その他の消化器系の疾患	2.2%	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.7%	関節症	3.4%
9	その他の眼及び付属器の疾患	2.4%	その他の心疾患	2.2%	その他の眼及び付属器の疾患	2.6%	炎症性多発性関節障害	2.9%
10	虚血性心疾患	2.0%	胃炎及び十二指腸炎	2.1%	虚血性心疾患	2.2%	虚血性心疾患	2.0%

【低所得 I】

	外来特例の月額上限【該当者全体】		年1回		年2～5回		年6回以上	
	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合	疾病分類	患者割合
1	歯肉炎及び歯周疾患	12.9%	歯肉炎及び歯周疾患	16.0%	歯肉炎及び歯周疾患	13.4%	糖尿病	12.2%
2	高血圧性疾患	10.8%	高血圧性疾患	14.3%	高血圧性疾患	10.3%	歯肉炎及び歯周疾患	6.8%
3	糖尿病	8.5%	糖尿病	6.0%	糖尿病	8.7%	高血圧性疾患	6.4%
4	脂質異常症	3.4%	脂質異常症	4.5%	その他の心疾患	3.4%	腎不全	4.8%
5	その他の心疾患	3.1%	その他の歯及び歯の支持組織の障害	3.1%	脂質異常症	3.3%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	4.0%
6	関節症	2.7%	その他の心疾患	2.3%	関節症	2.9%	その他の心疾患	3.7%
7	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	2.5%	関節症	2.3%	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	2.6%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.6%
8	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.4%	その他の消化器系の疾患	2.1%	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.5%	脊椎障害（脊椎症を含む）	3.1%
9	その他の眼及び付属器の疾患	2.0%	症状、微候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	2.0%	その他の眼及び付属器の疾患	2.2%	関節症	3.0%
10	その他の歯及び歯の支持組織の障害	2.0%	胃炎及び十二指腸炎	2.0%	虚血性心疾患	2.0%	炎症性多発性関節障害	2.8%

※1. 特定疾患は考慮せず、外来の医療費に自己負担割合を乗じたものと、外来特例の月額上限との比較のみで外来特例の該当の有無を判定しているため、結果を見る際には注意を要する。

※2. 疾病分類は、各患者について、1年間で最も医療費（調剤を含まない）かかかった主疾病の分類としている。

※3. 「外来特例の月額上限【該当あり】」は、1年間で1回以上外来特例の月額上限に該当する者に係る集計。それぞれの患者数を100%とした時の割合。

令和7年12月15日

第8回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

資料3

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

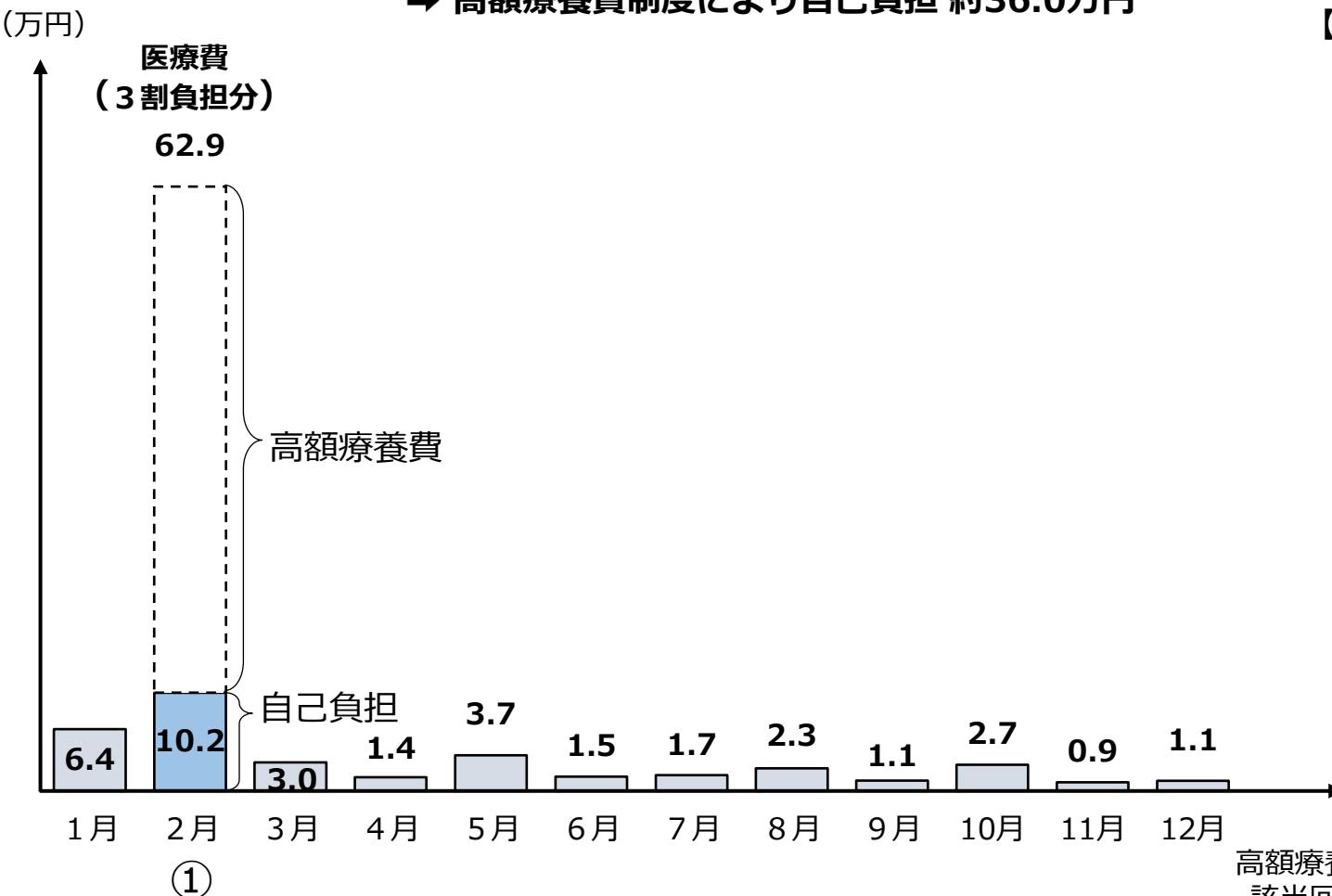
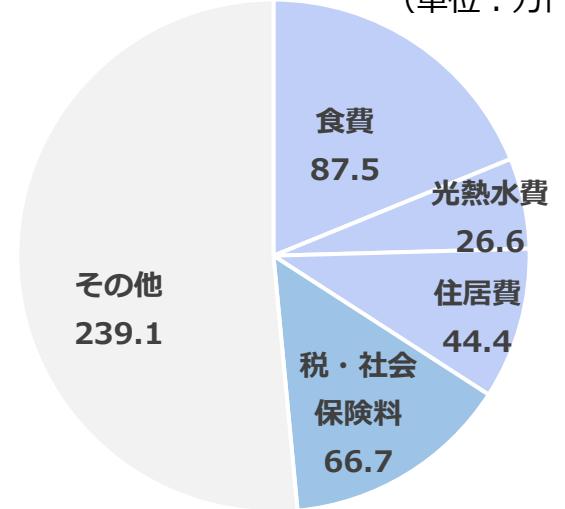
総医療費 約295.5万円（3割負担分 約88.7万円）

→ 高額療養費制度により自己負担 約36.0万円

主な傷病・治療
胃がん・内視鏡手術

【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）

胃がん患者の医療費負担の例

ケース

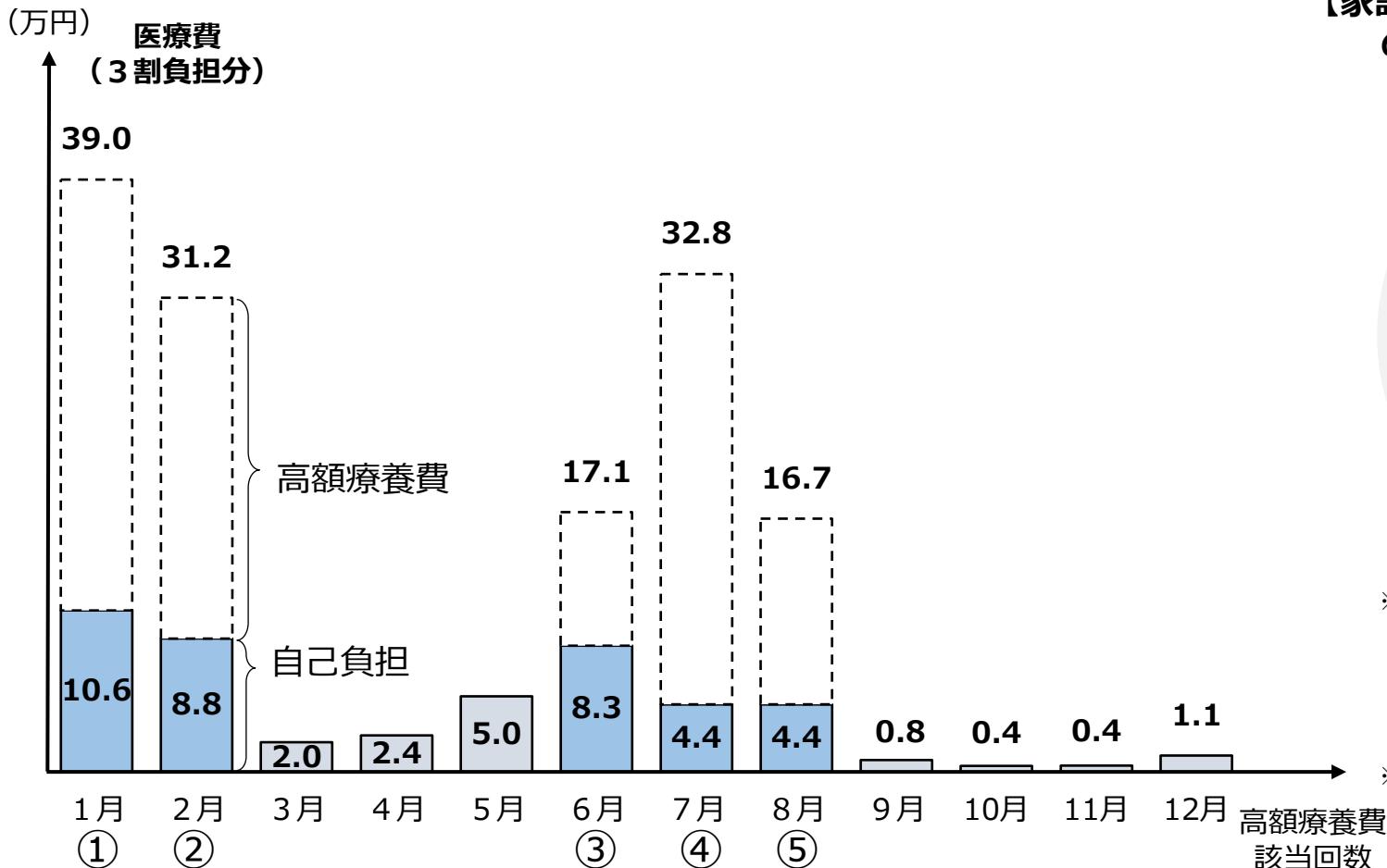
50歳代・男性・標報38万円（年収約550万円）の患者

主な傷病・治療

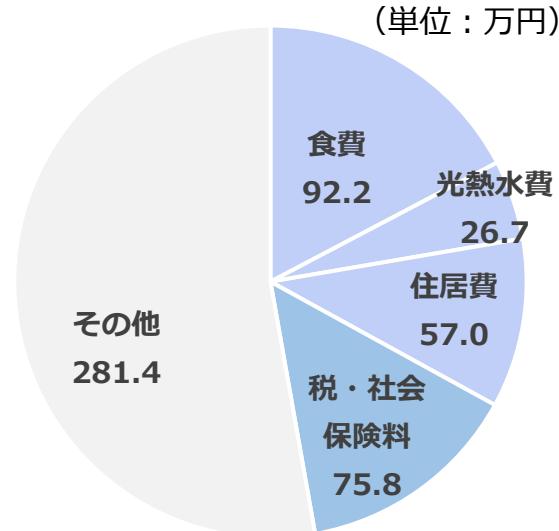
胃がん・全摘出+オプジー使用

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）



※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）

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

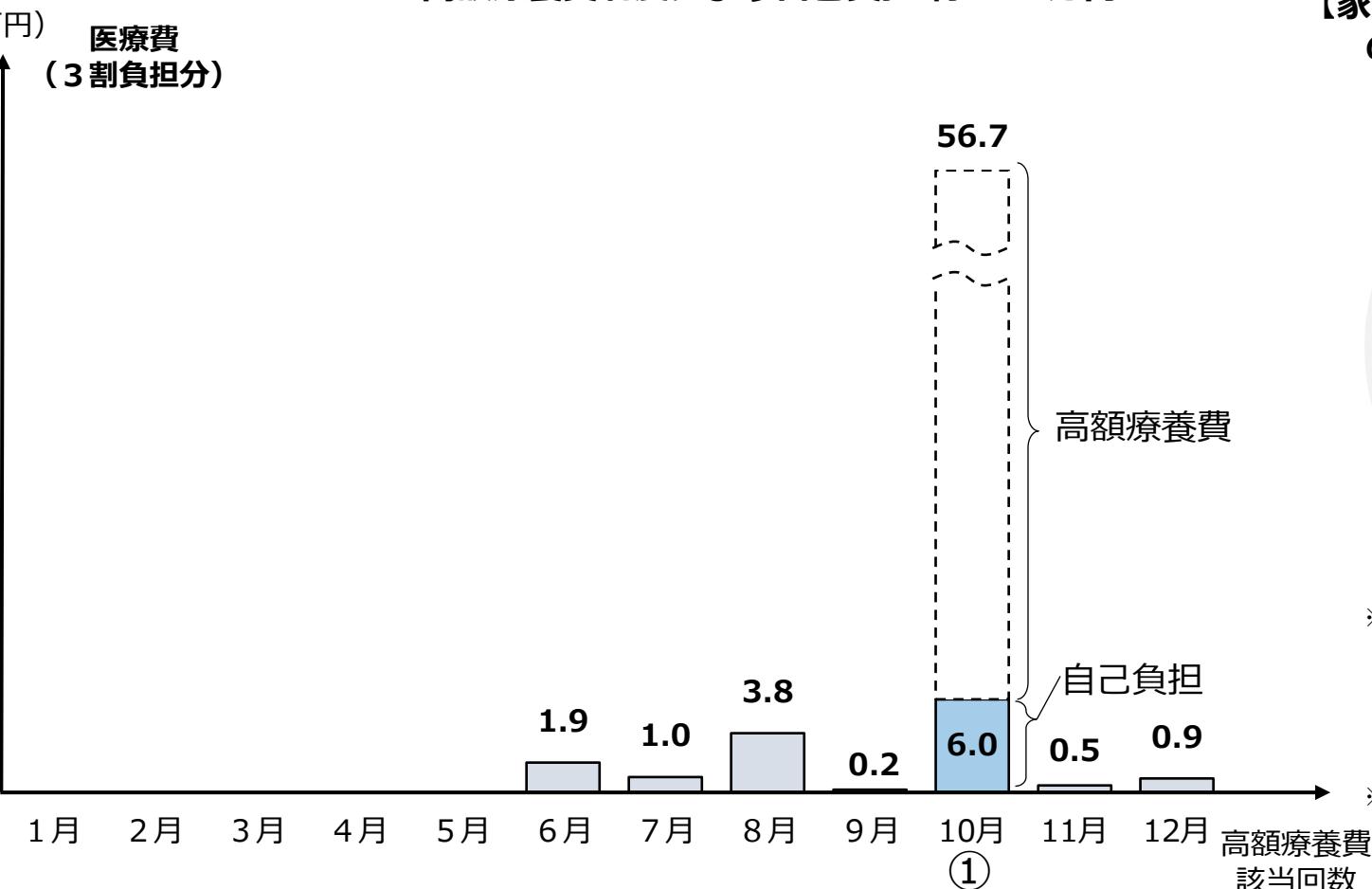
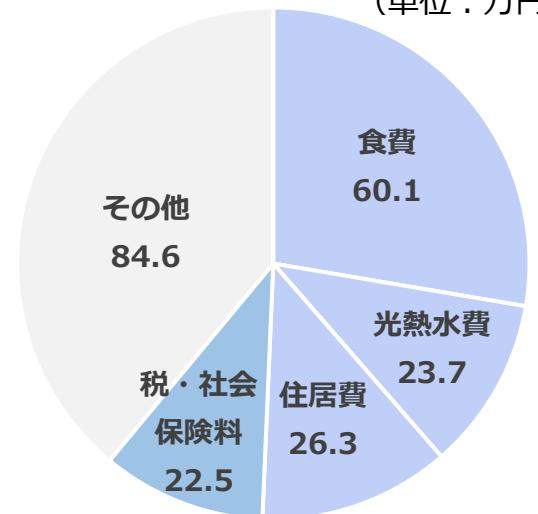
総医療費 約216.4万円（3割負担分 約64.9万円）

→ 高額療養費制度により自己負担 約14.2万円

主な傷病・治療
胃がん・腹腔鏡手術

【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

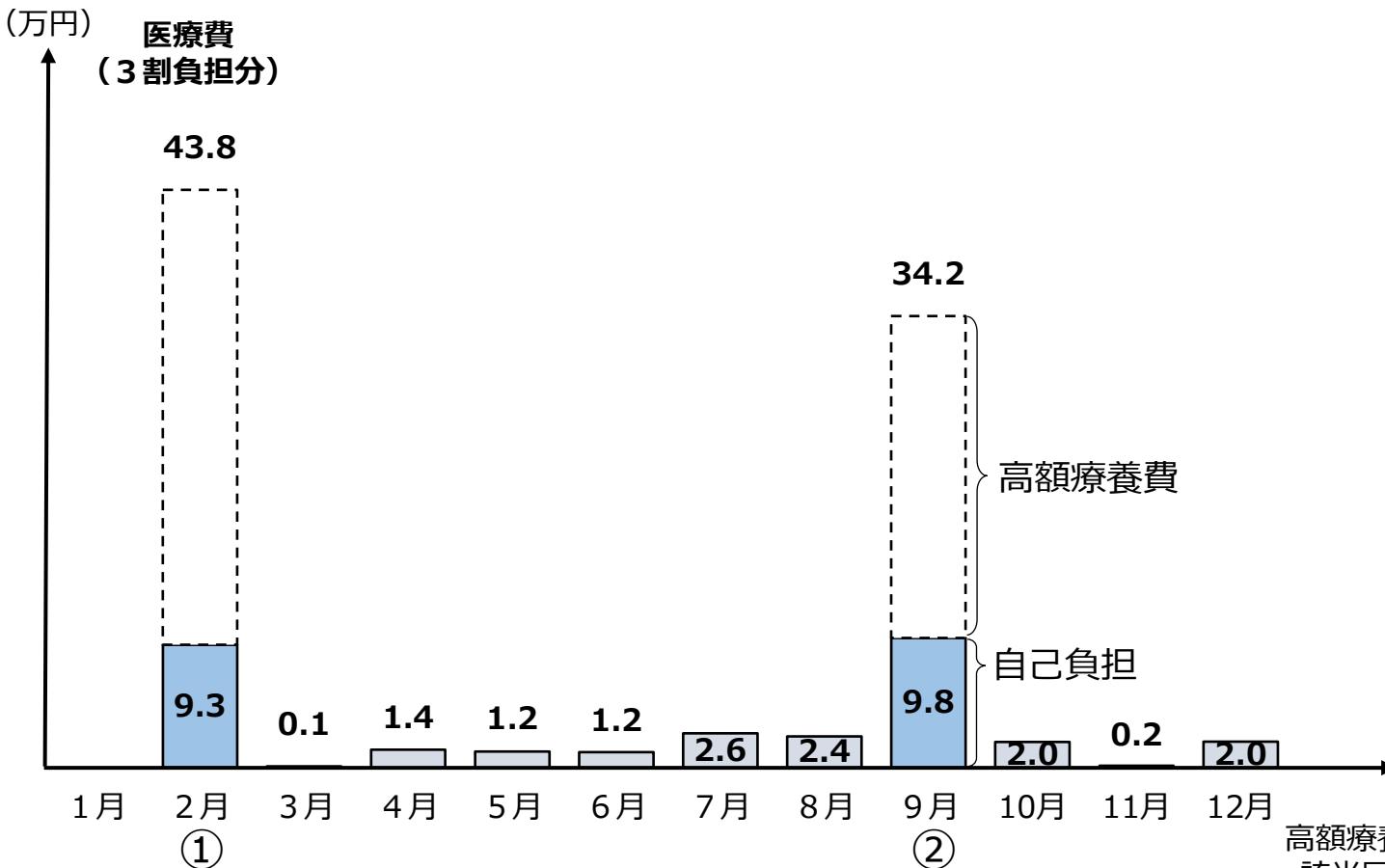
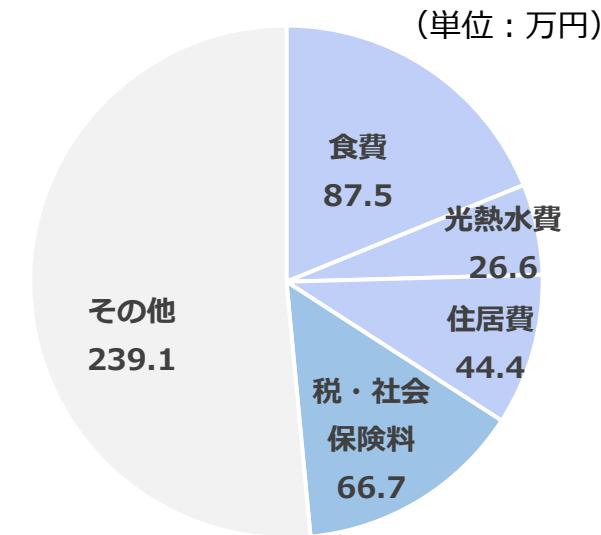
40歳代・女性・標報32万円（年収約450万円）の患者

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）



※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

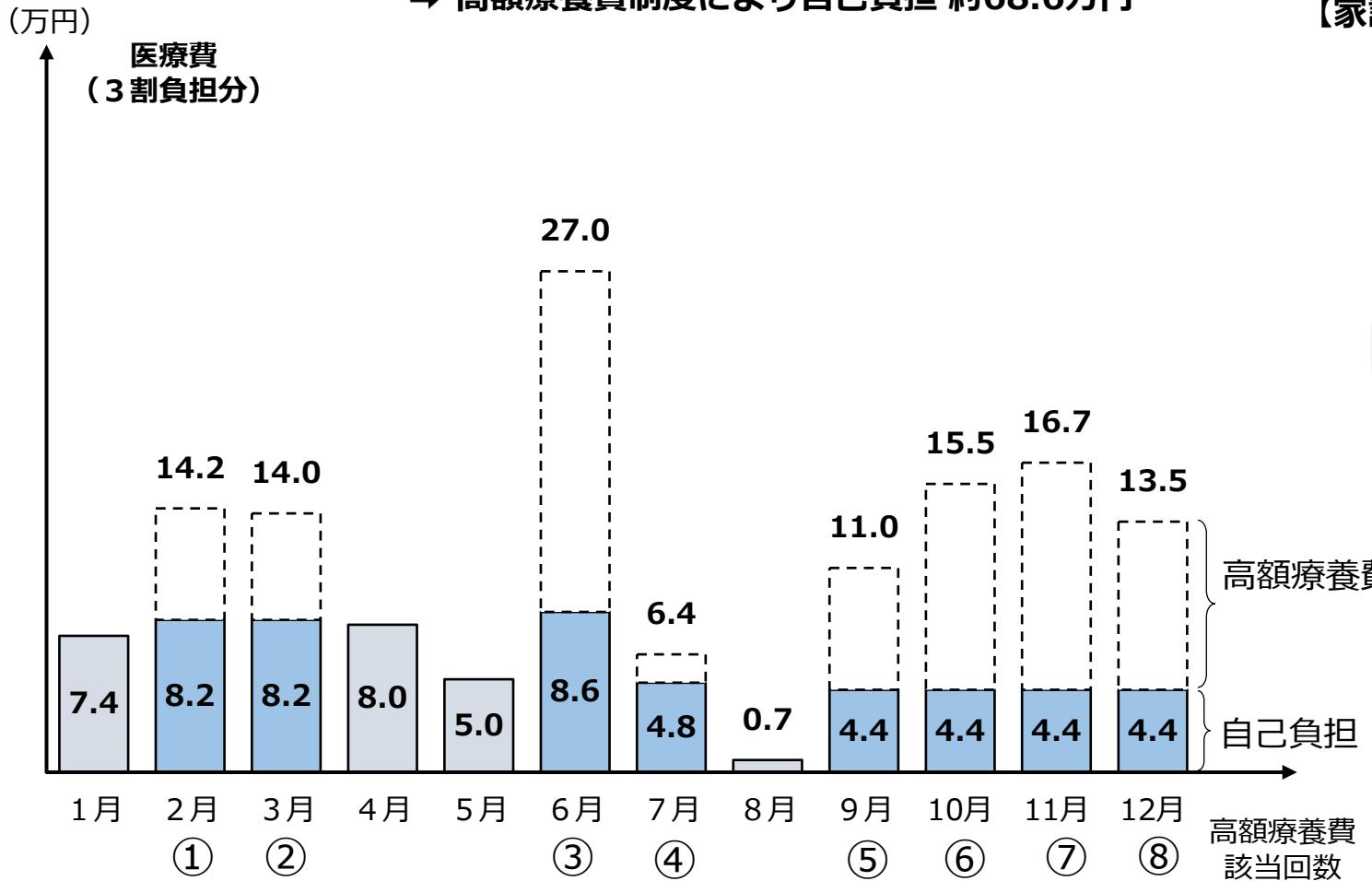
40歳代・女性・標報41万円（年収約600万円）の患者

主な傷病・治療

乳がん・切除術+抗がん剤+分子標的薬

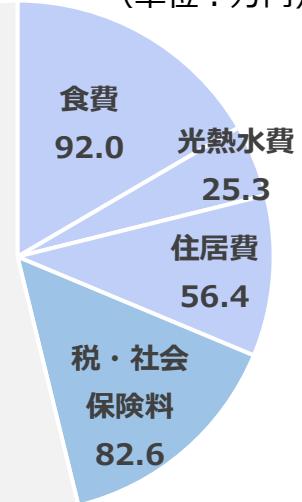
総医療費 約464.1万円（3割負担分 約139.2万円）

→ 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

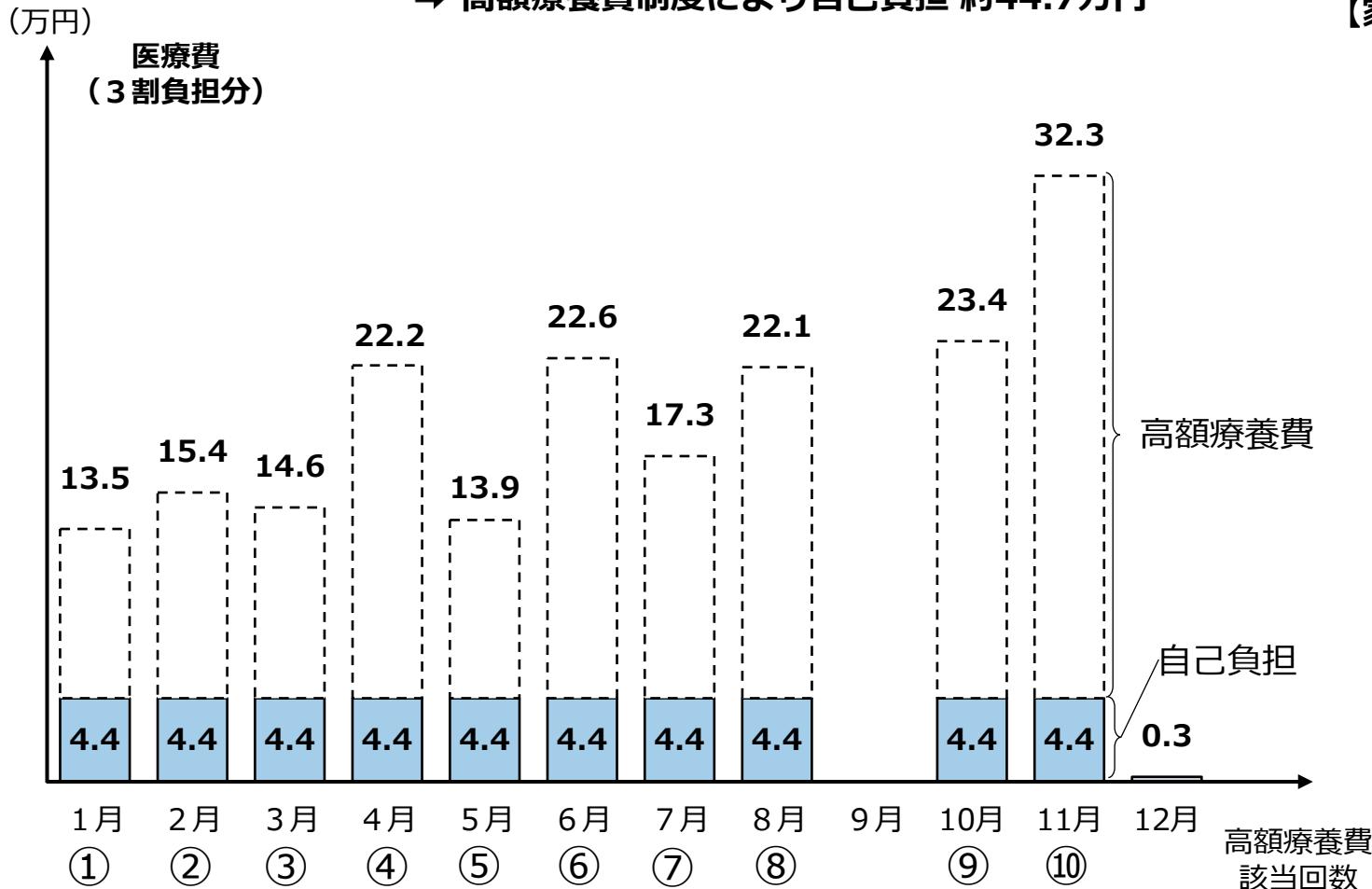
40歳代・女性・標報15万円（年収約200万円未満）の患者

主な傷病・治療

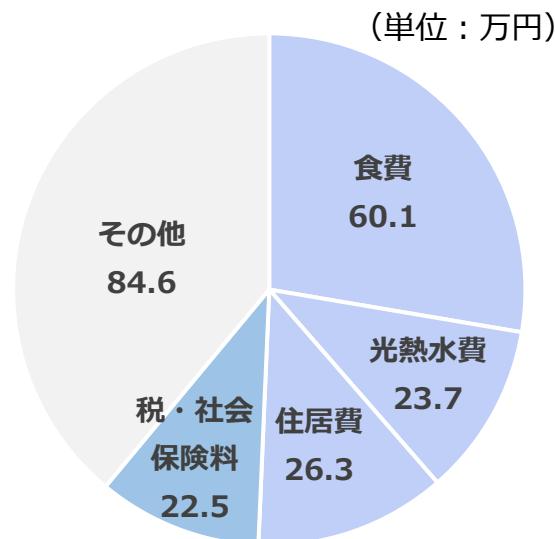
乳がん・術後再発/転移・分子標的薬、
前年から継続で多数回該当

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）



※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

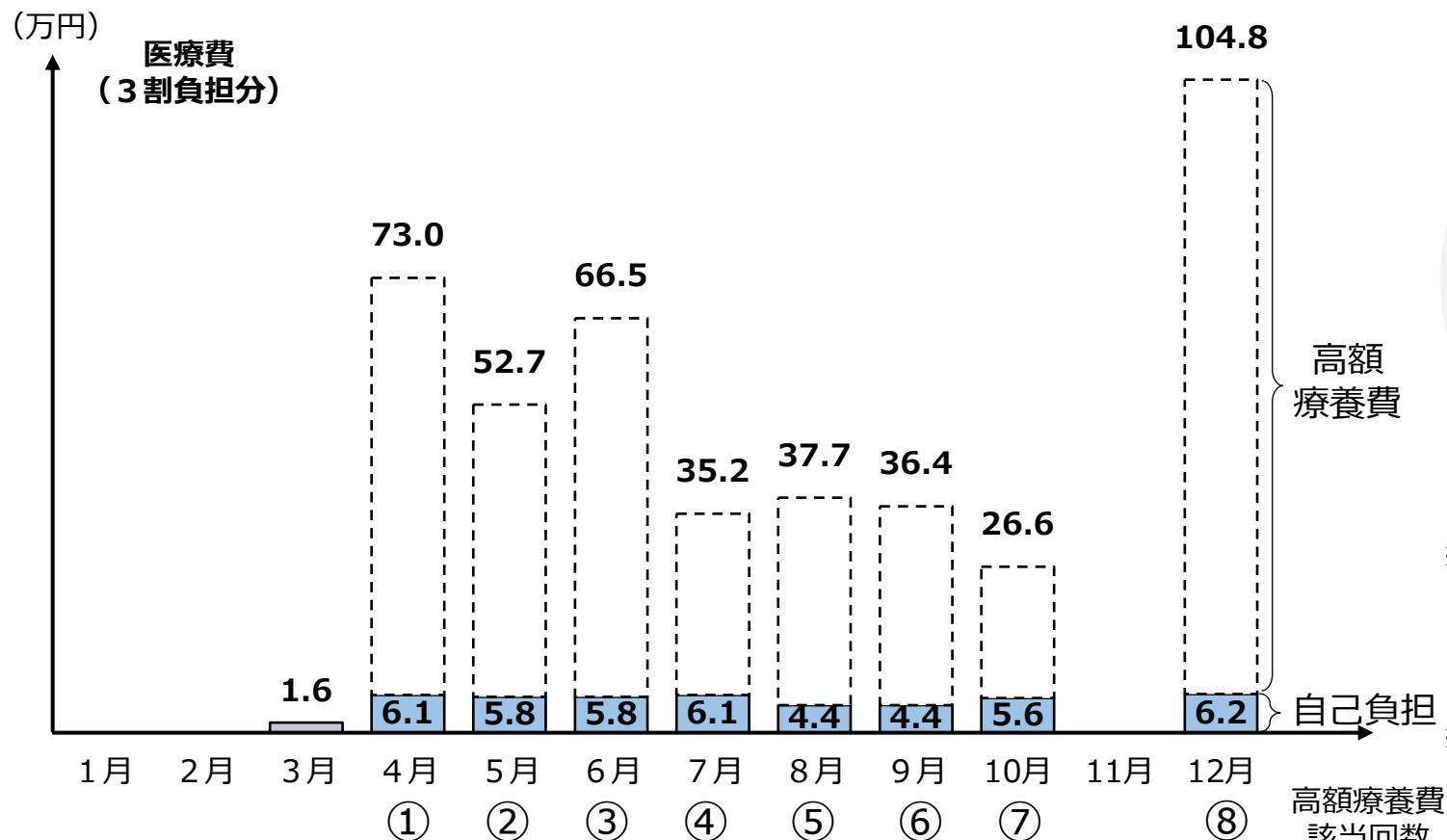
ケース

30歳代・男性・標報24万円（年収約320万円）の患者

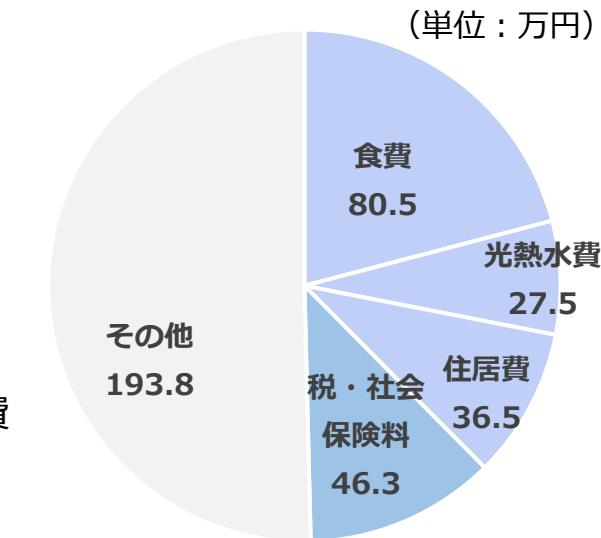
主な傷病・治療
急性白血病

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）



※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）

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

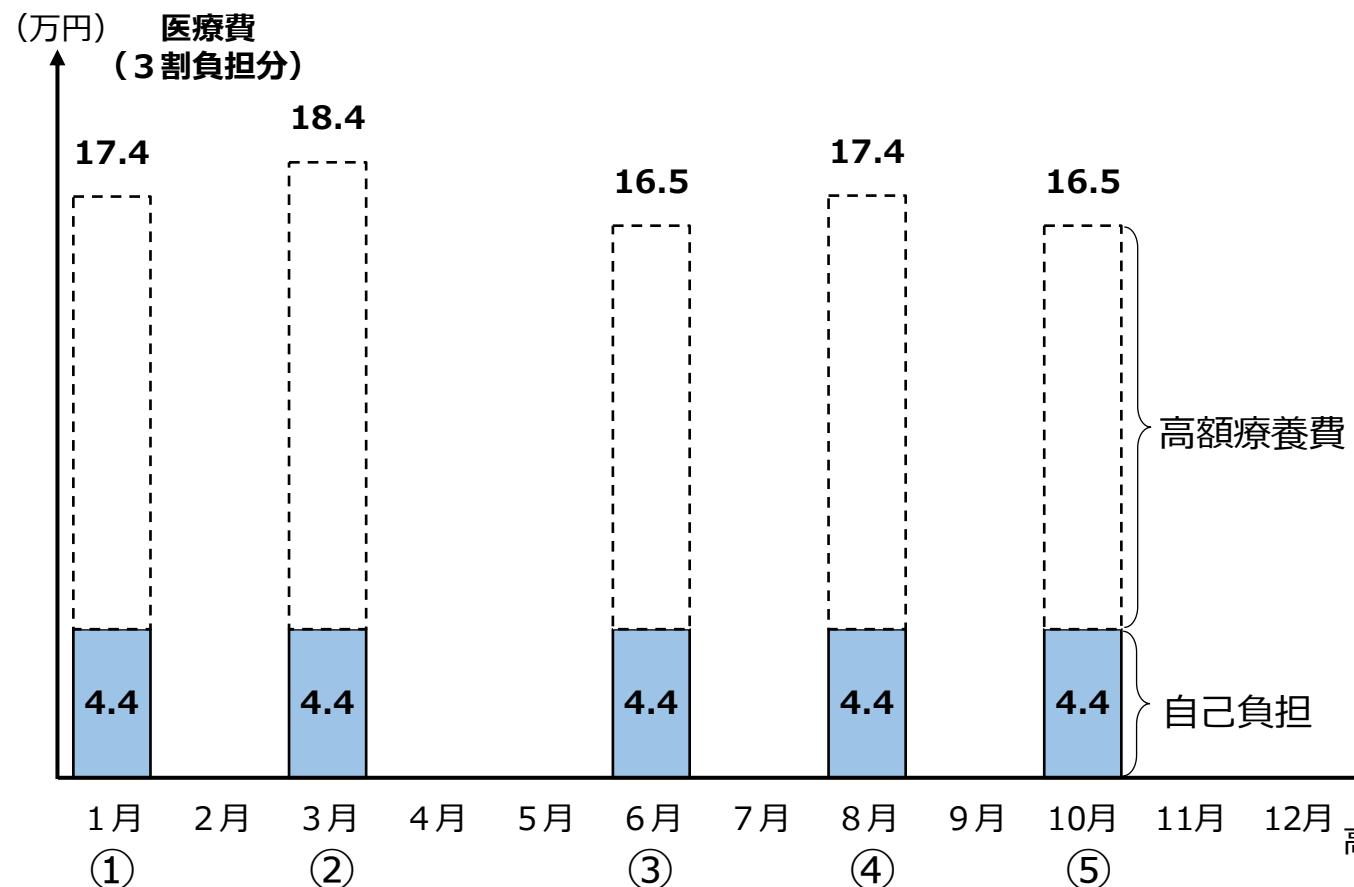
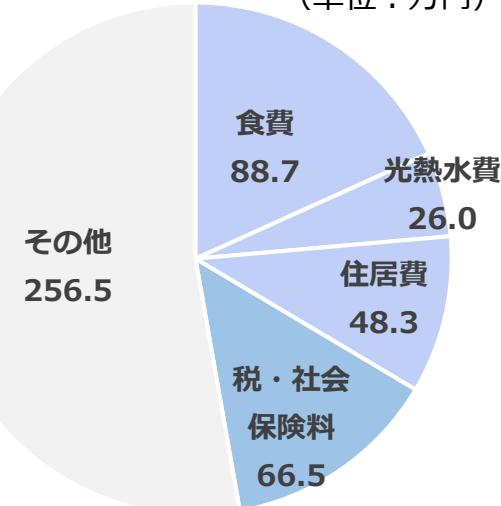
慢性骨髄性白血病・
前年から継続で多数該当

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

ケース

20歳代・女性・標報15万円（年収約200万円未満）の患者

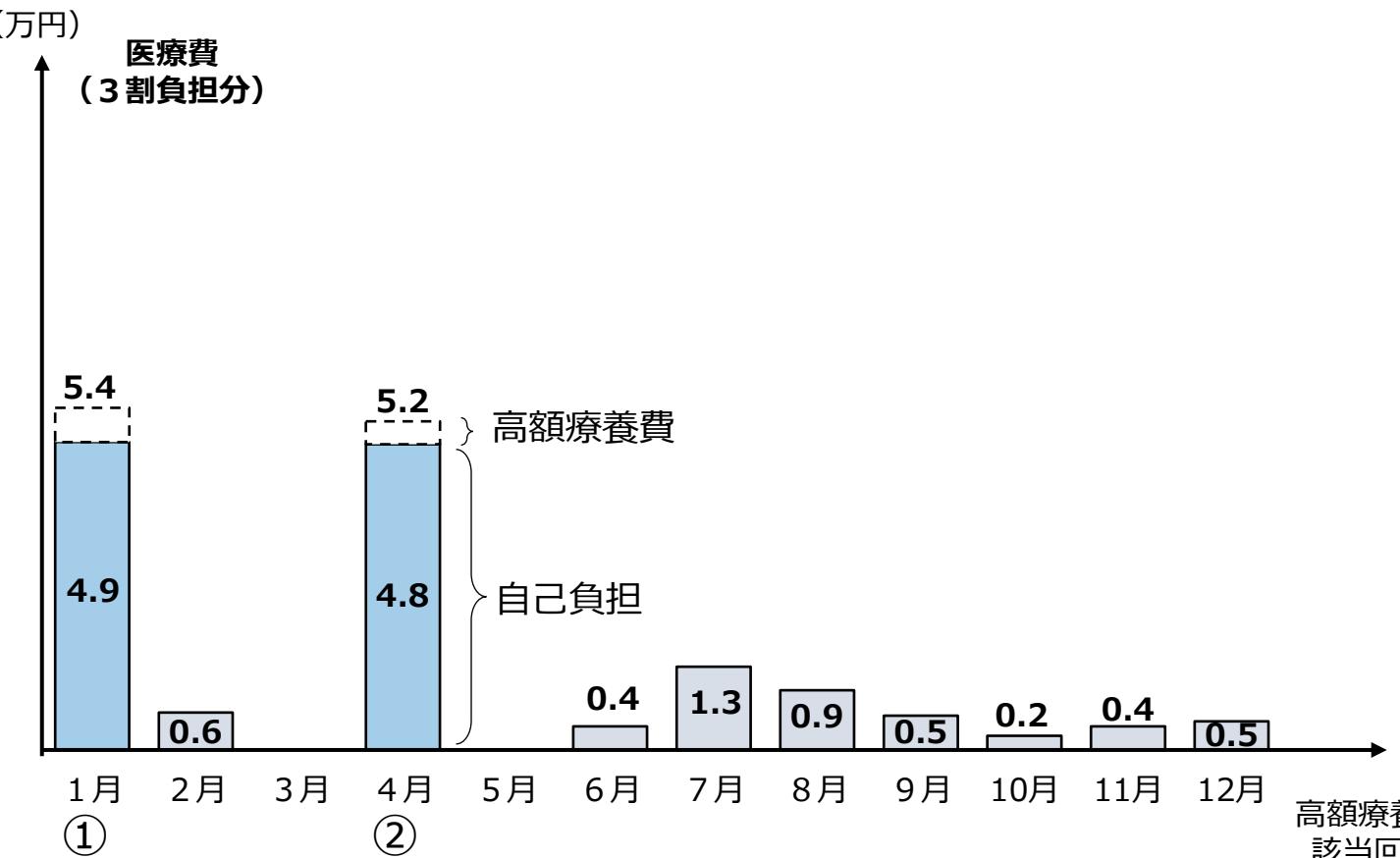
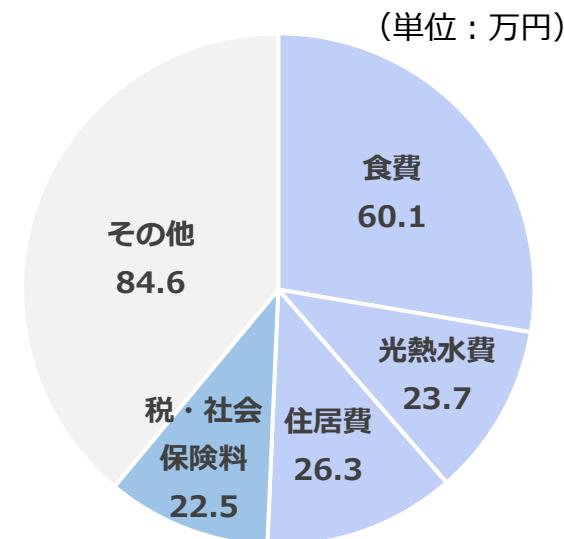
総医療費 約51.2万円（3割負担分 約15.4万円）

→ 高額療養費制度により自己負担 約14.5万円

主な傷病・治療

急性白血病・
前年から継続で多数該当

【家計調査】年間収入200万円未満の者の家計の状況（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

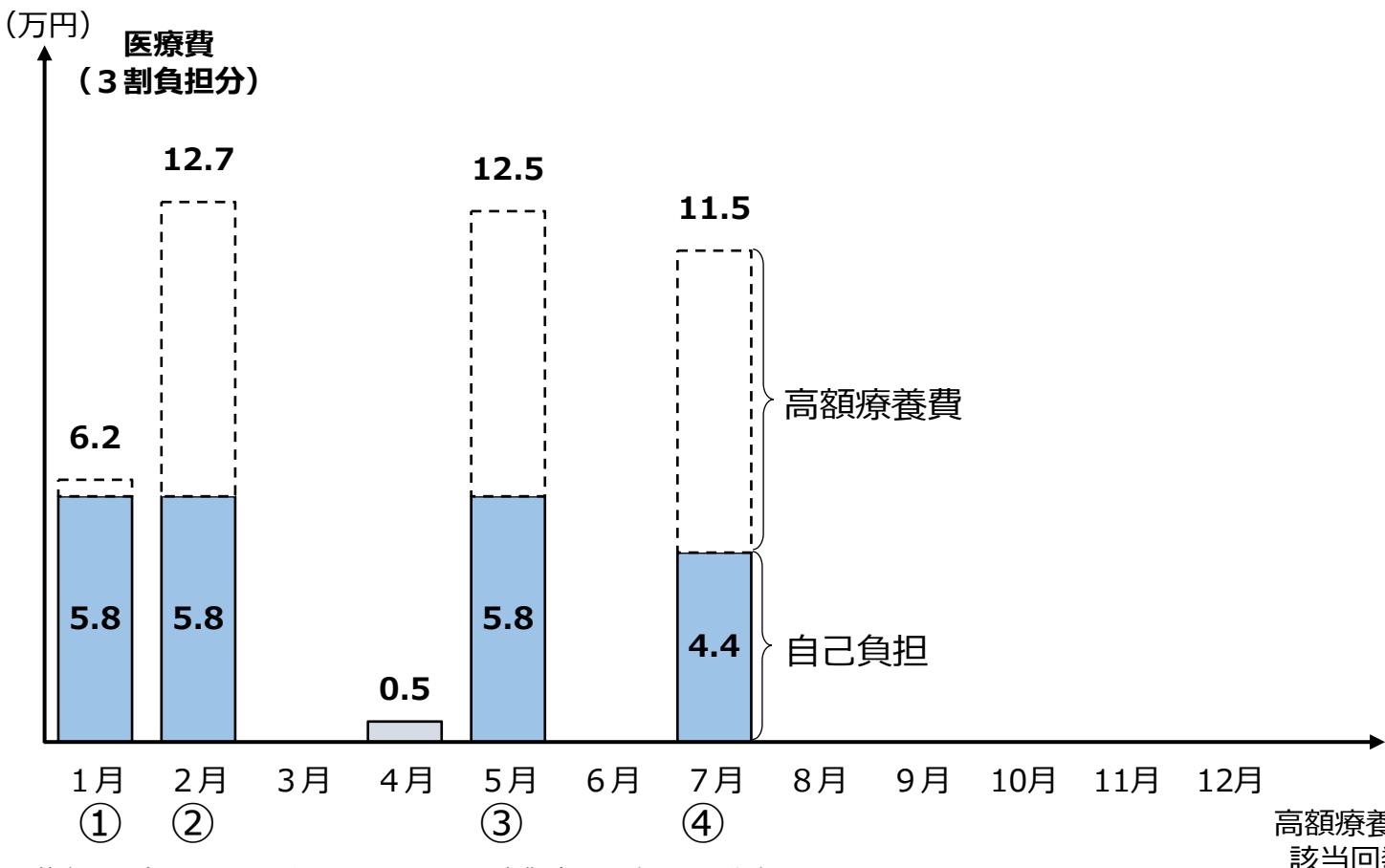
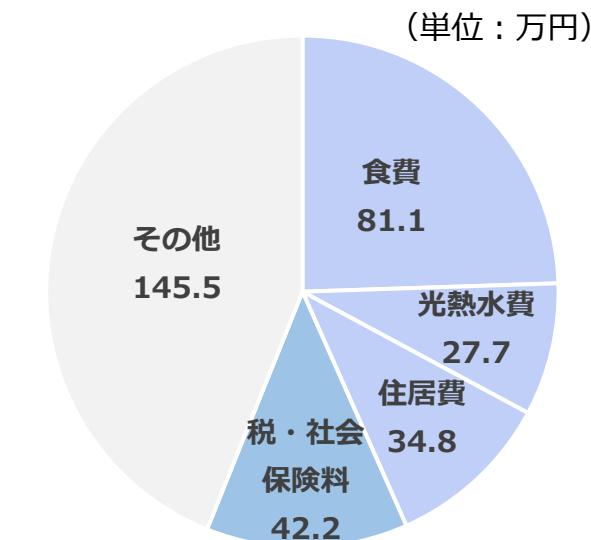
主な傷病・治療

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）



※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

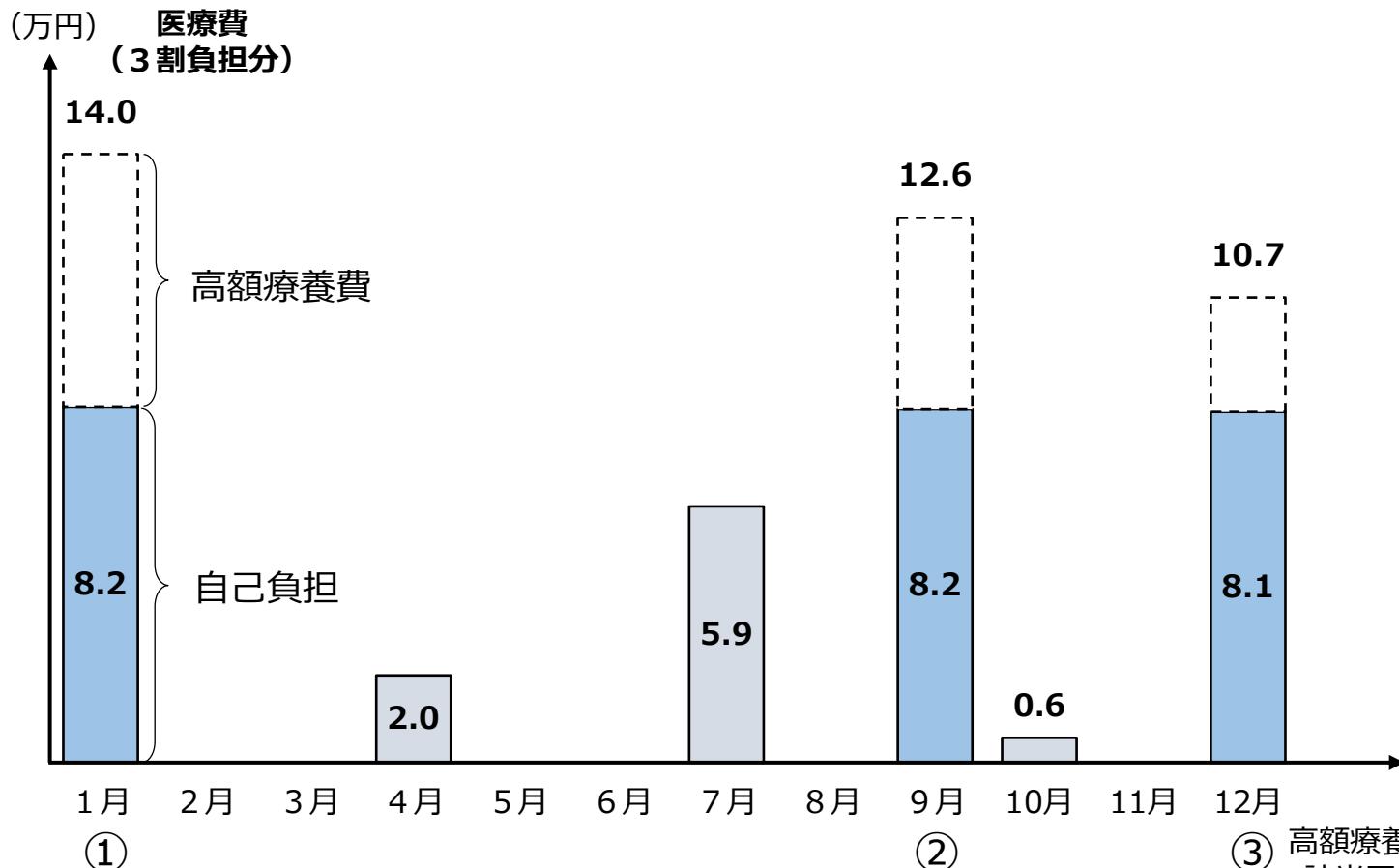
30歳代・男性・標報32万円（年収約450万円）の患者

主な傷病・治療

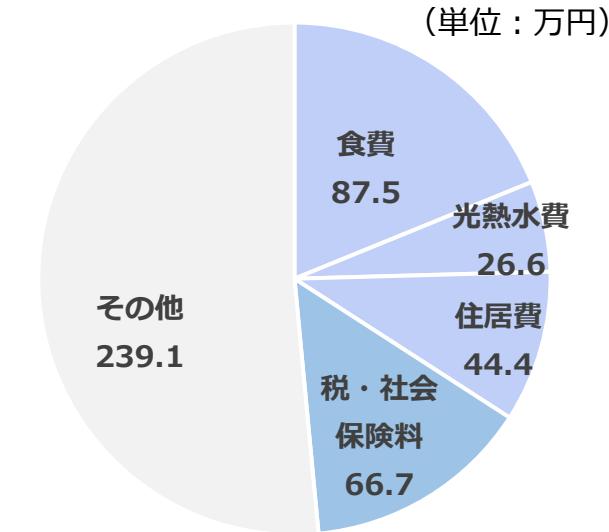
アトピー性皮膚炎・オルミエント錠使用

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）



※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

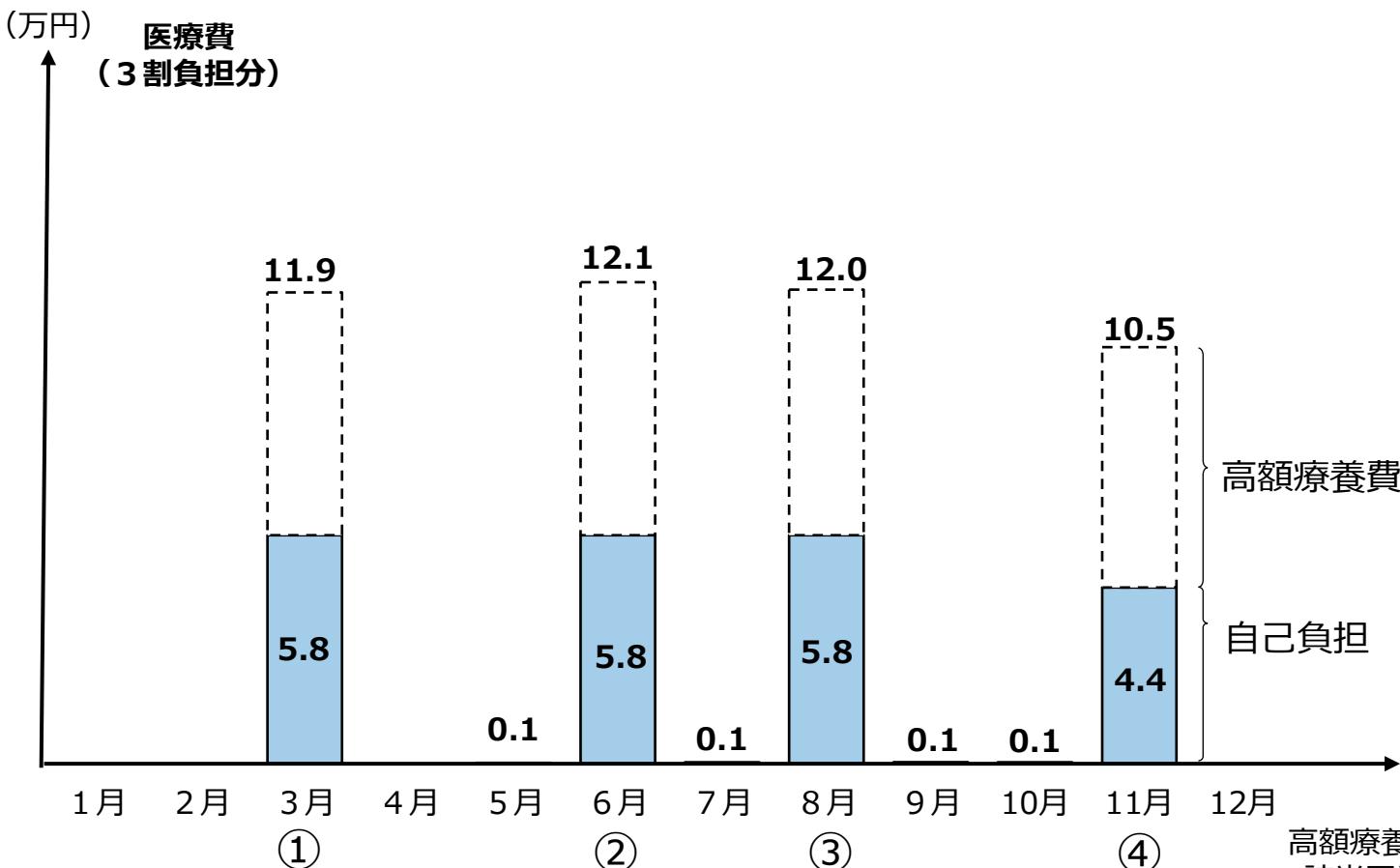
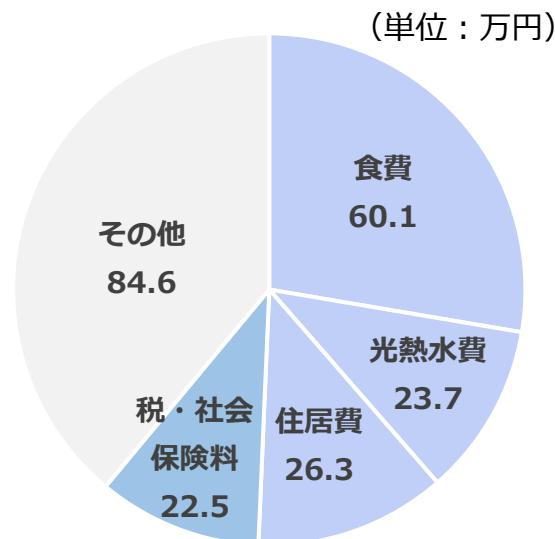
主な傷病・治療

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）



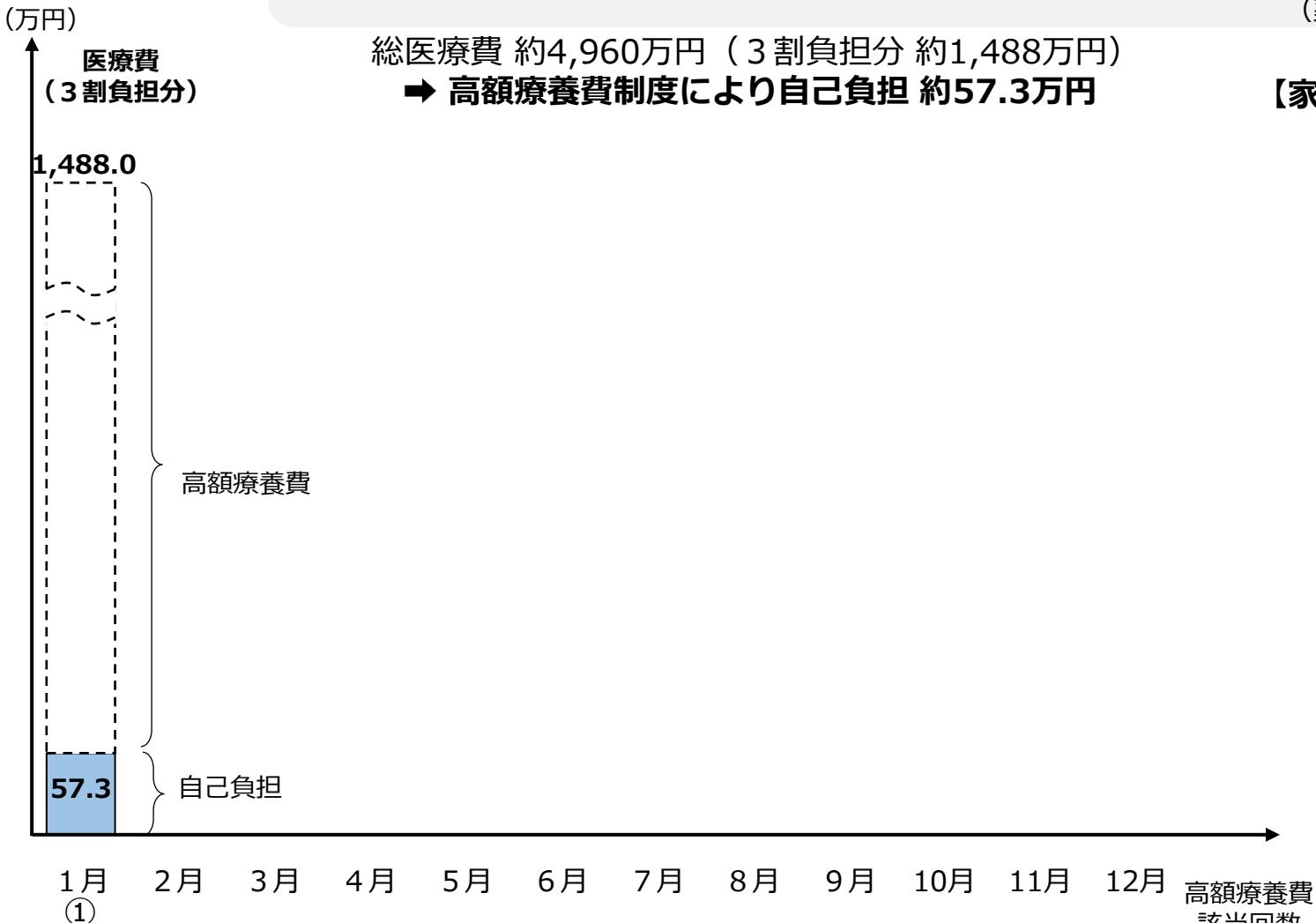
※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級200万円未満、月額）を12倍して年間換算。

※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】

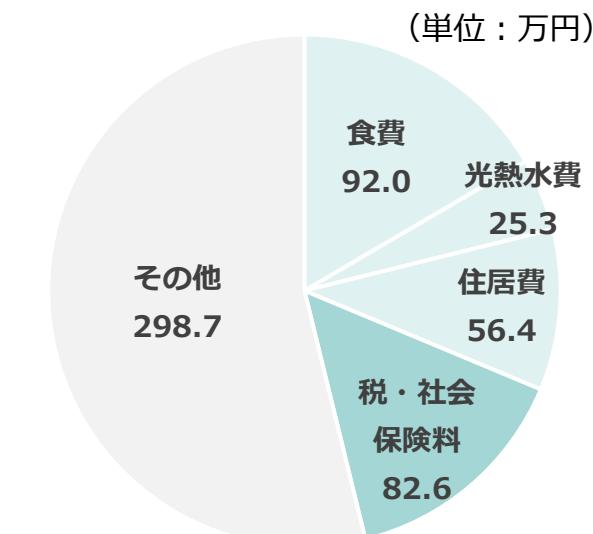
モデル試算

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・
ルクスター注
(薬価：約4,960万円) の使用

【家計調査】年間収入550～600万円
の者の家計の状況（年間）



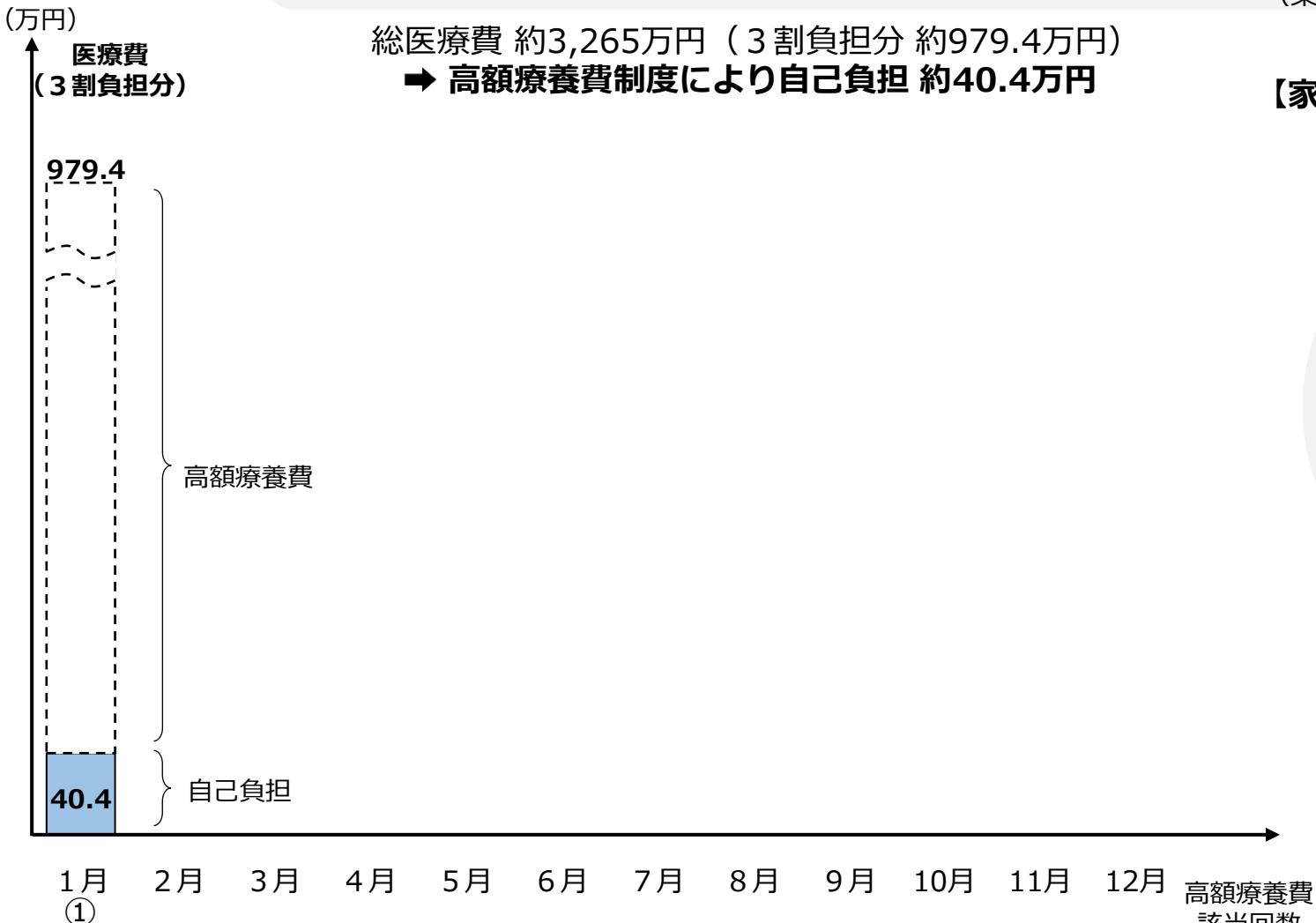
※1 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（2人以上勤労者世帯、年収階級550～600万円、月額）を12倍して年間換算。

※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）

超高額医薬品使用の例【モデル試算】

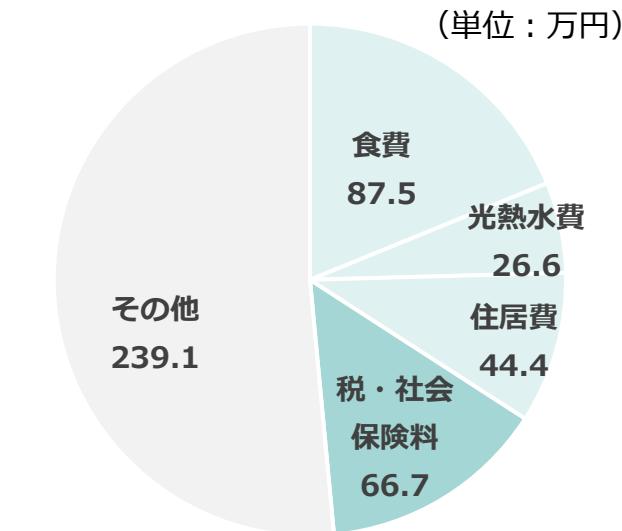
モデル試算

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

【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。

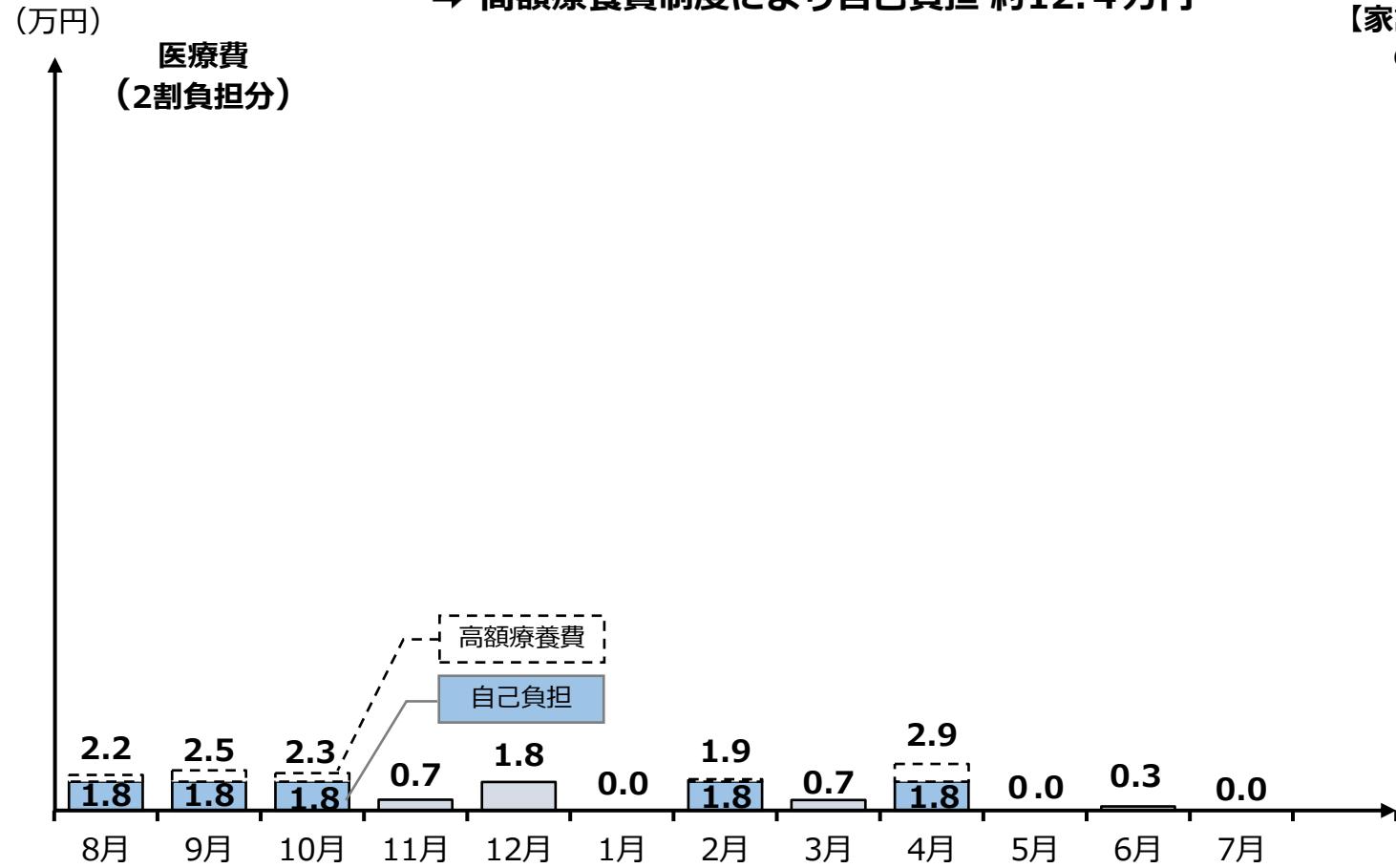
※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査用語の解説）

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

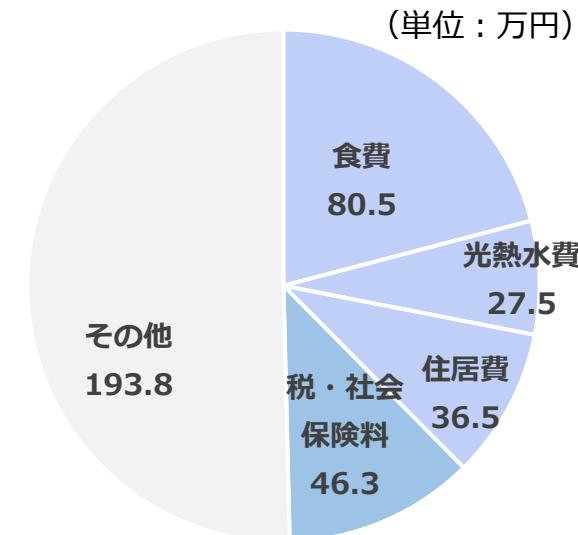
総医療費 約76.0万円（2割負担分 約15.2万円）
 → 高額療養費制度により自己負担 約12.4万円



*協会けんぽにおけるある年の8月～7月の医療費データを加工して作成

主な傷病
慢性心不全、不整脈、パーキンソン病

【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）



※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。

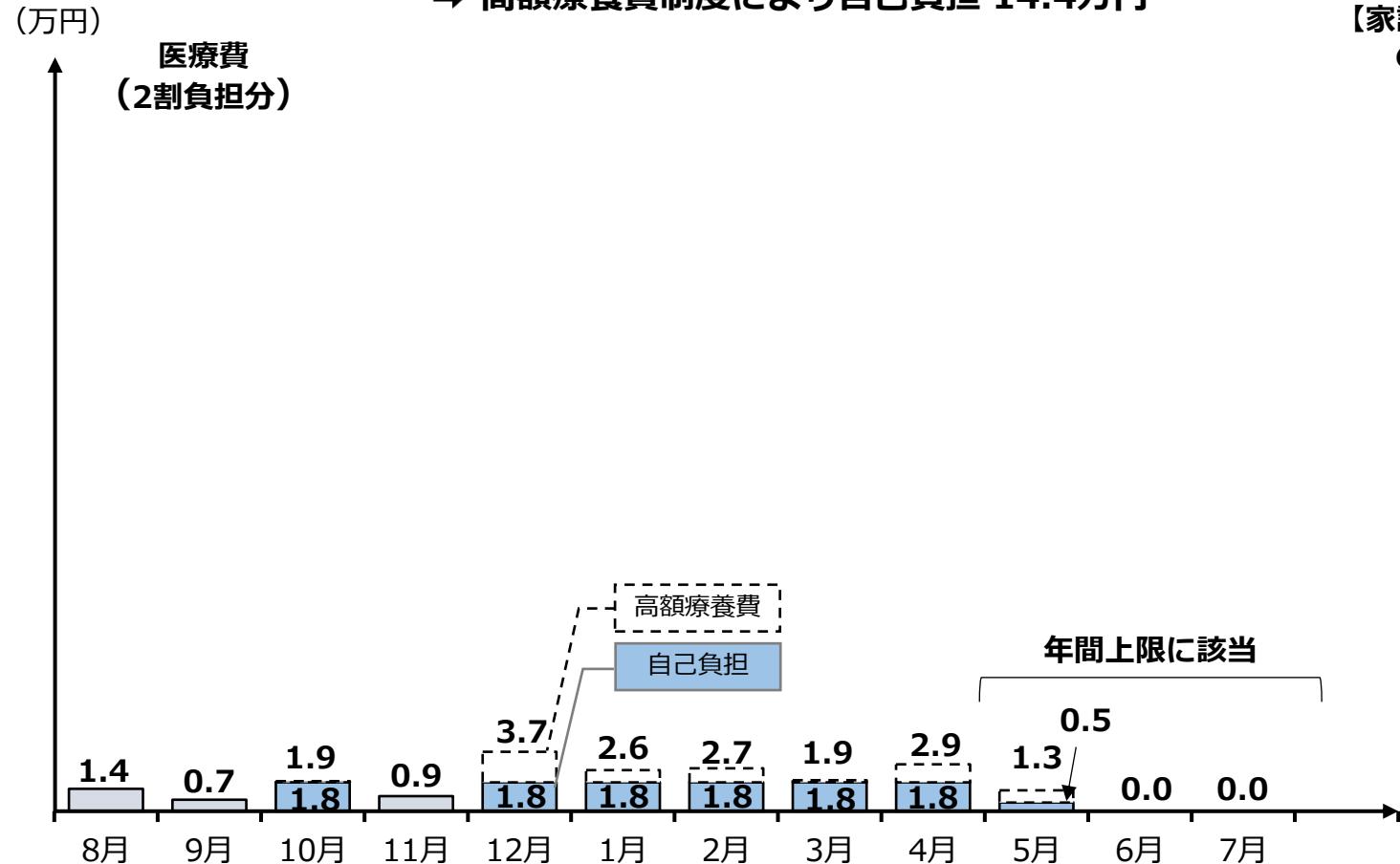
※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査用語の解説）

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

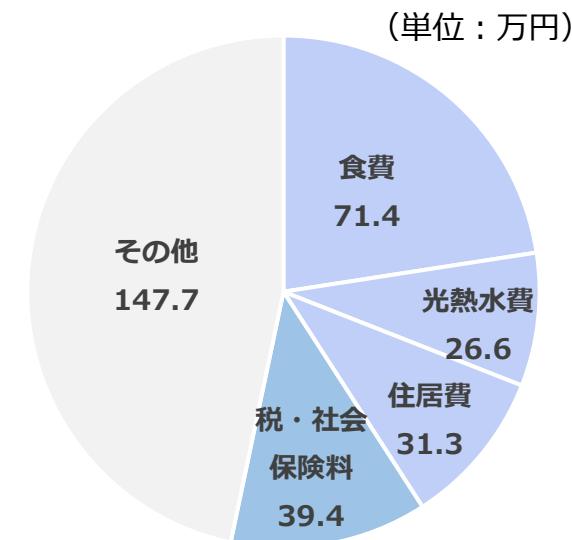
総医療費 約99.8万円（2割負担分 約20.0万円）
 → 高額療養費制度により自己負担 14.4万円



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）



※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）

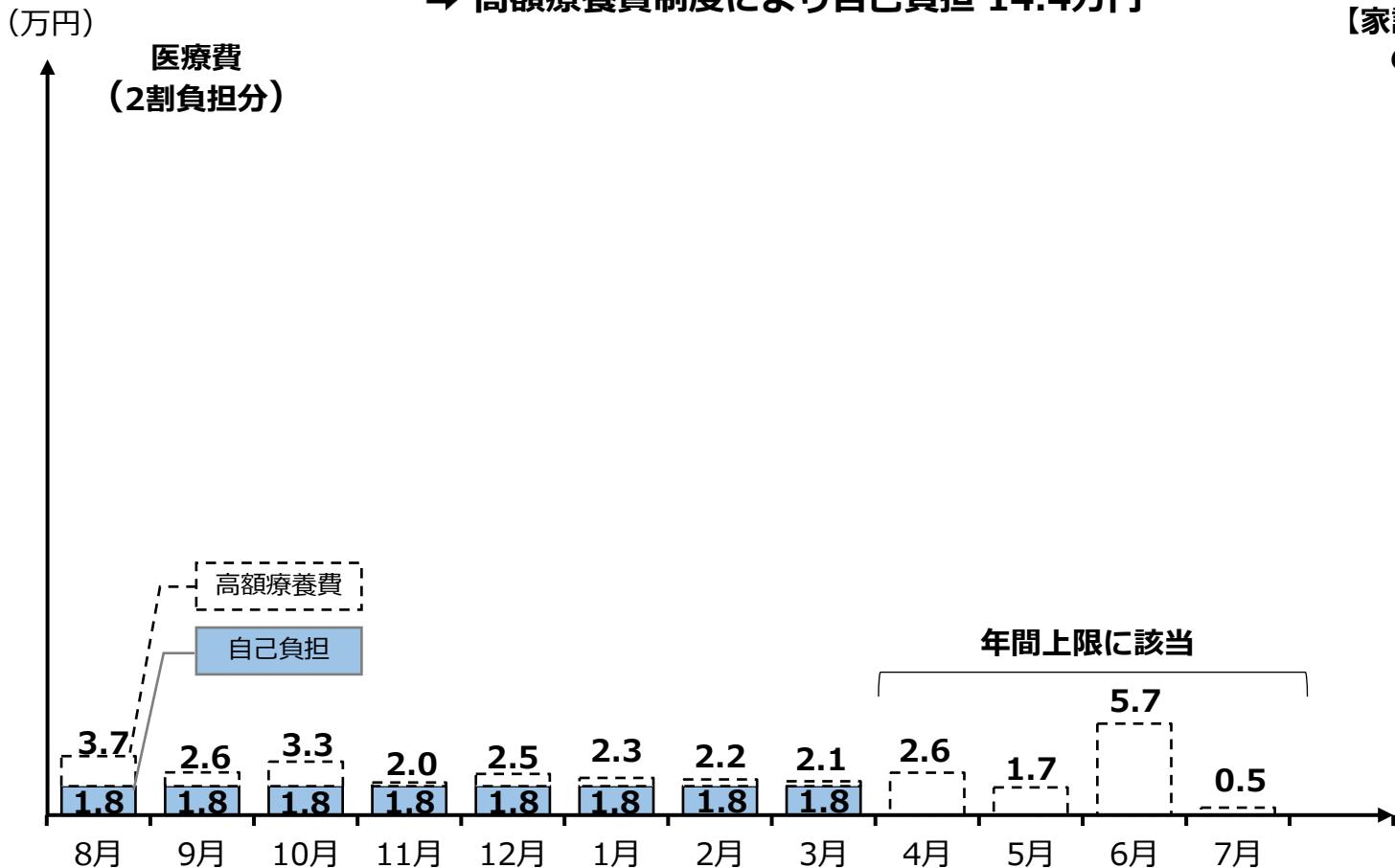
外来特例の利用時の医療費負担の例③

ケース

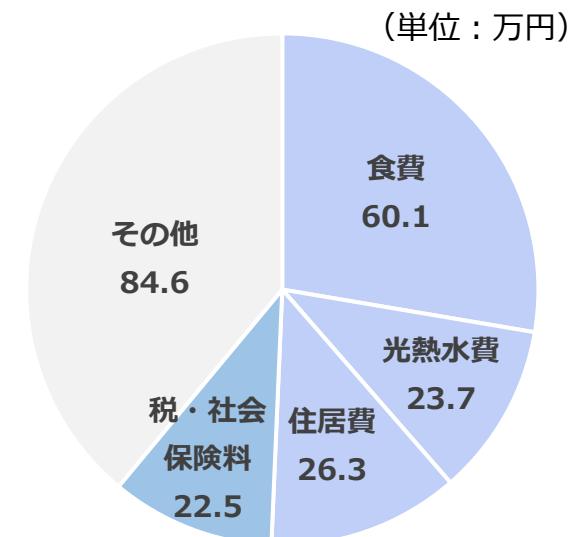
70歳代会社員・女性・標報10.4万円（年収約130万円）の患者

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）



※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）

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

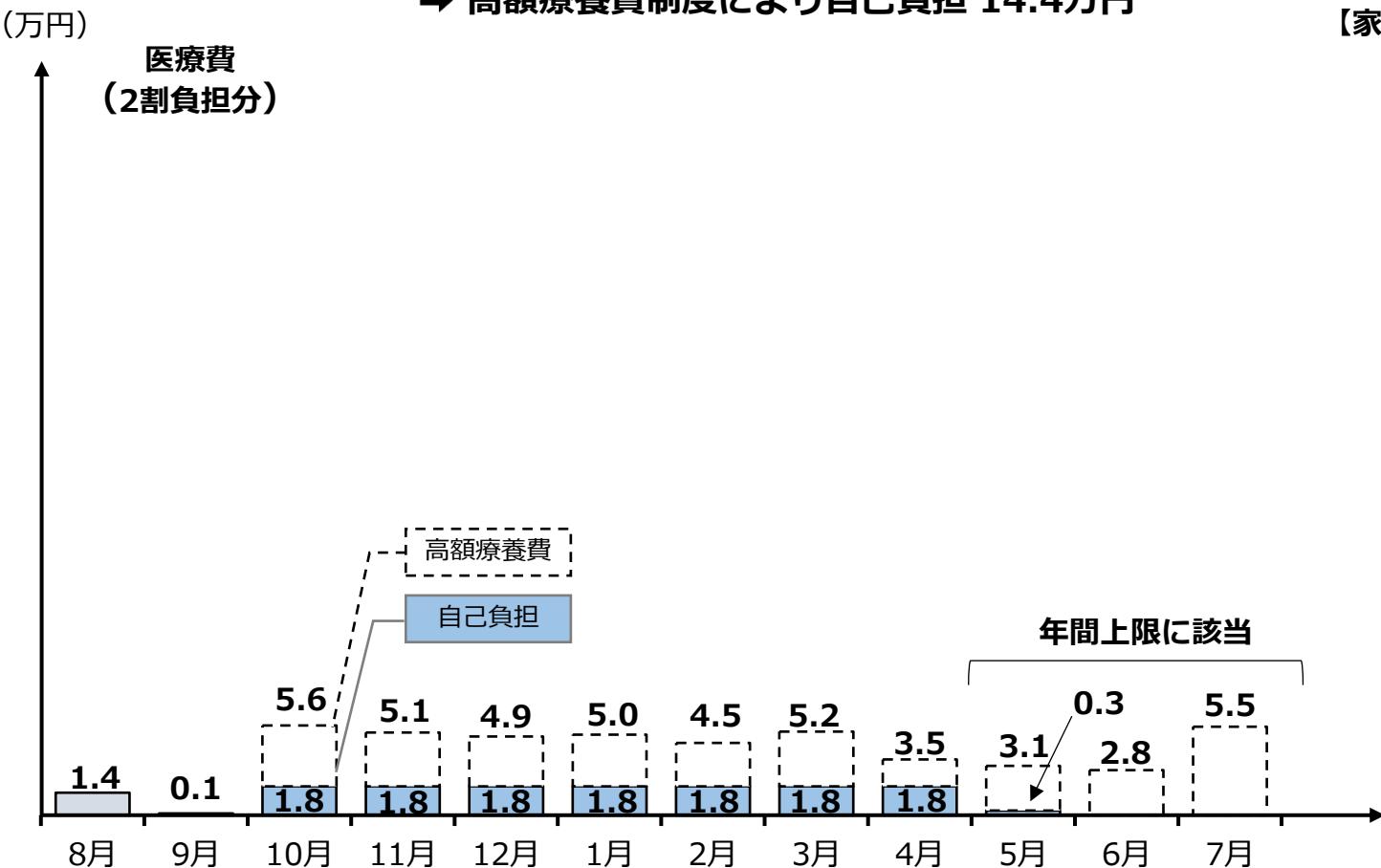
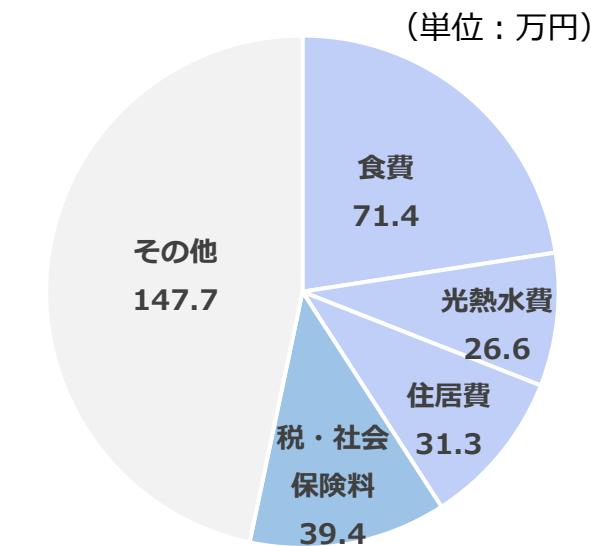
主な傷病

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）



※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）

外来特例の利用時の医療費負担の例⑤

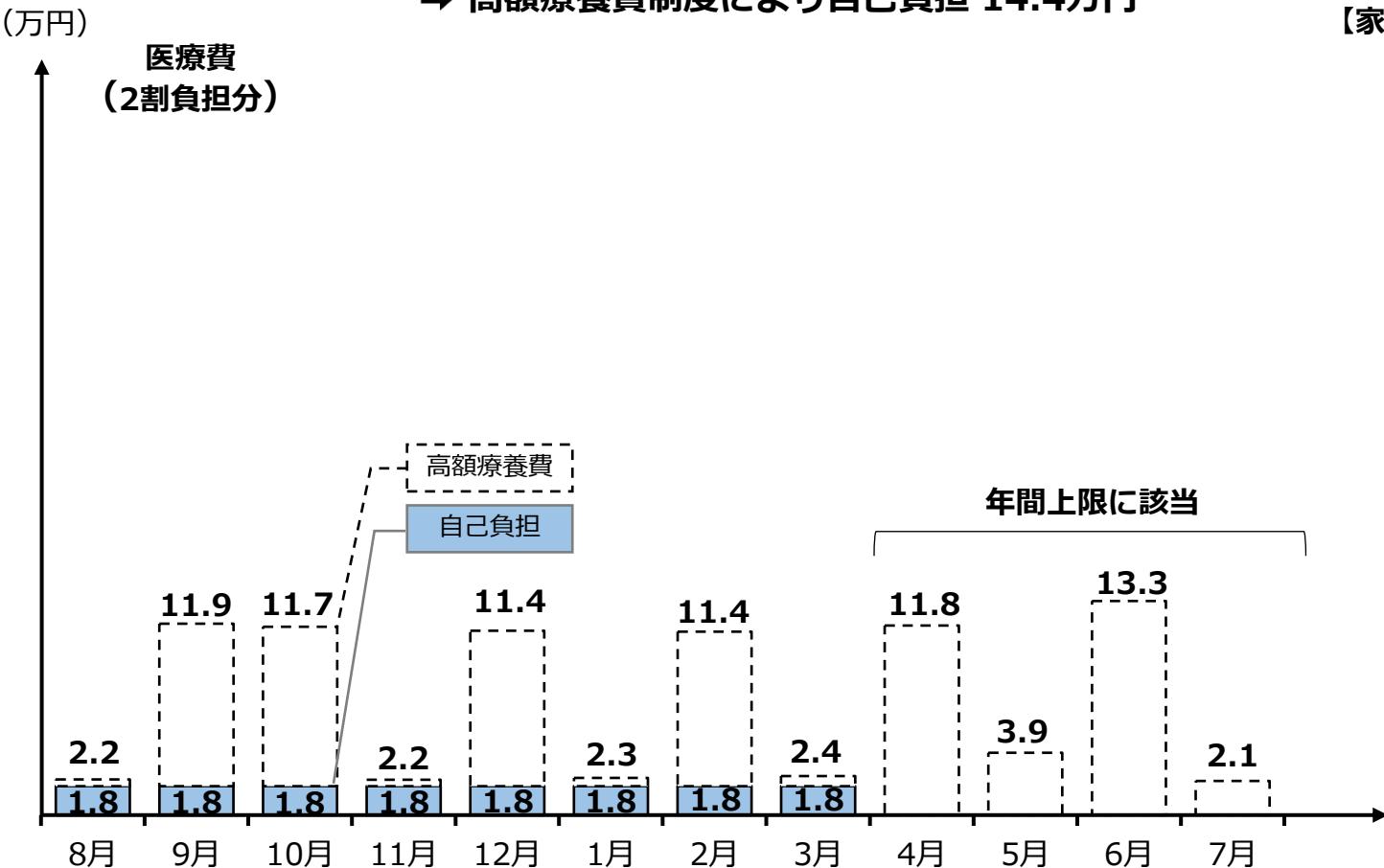
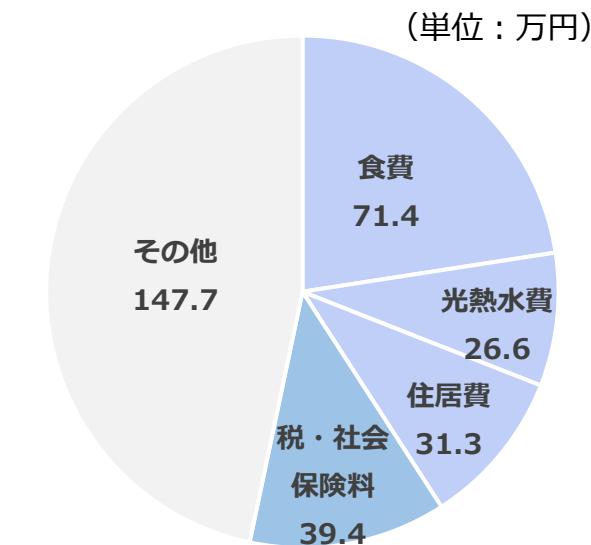
ケース

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）



※ 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）

外来特例の利用時の医療費負担の例⑥

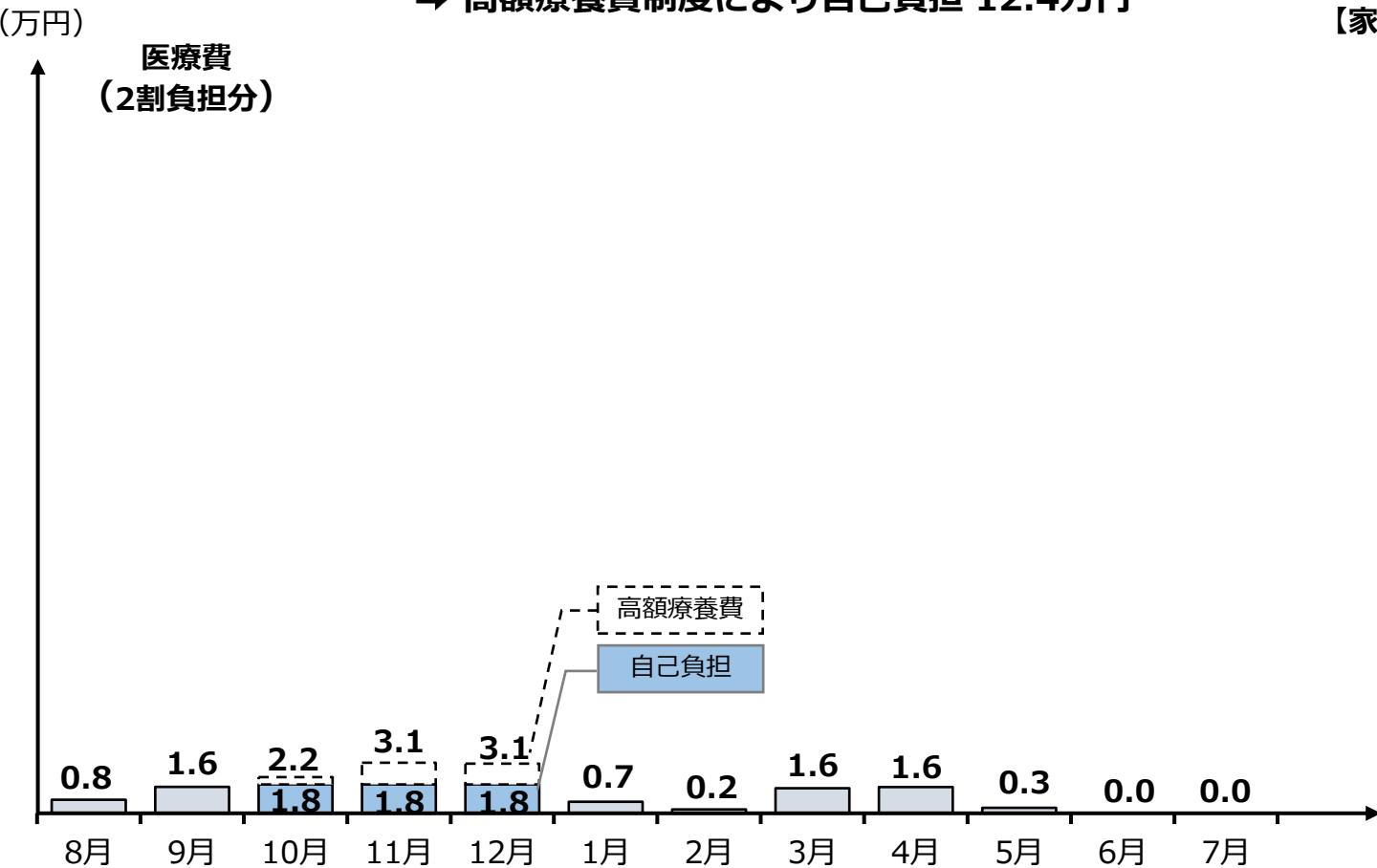
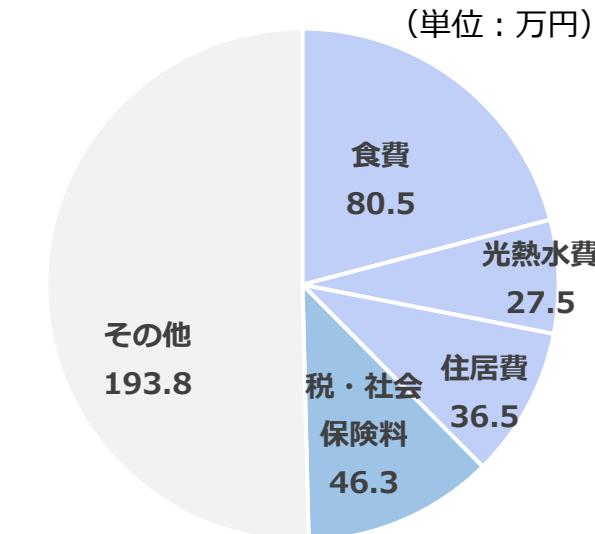
ケース

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(治療)
リンパ節転移の疑い(検査、画像診断等)

総医療費 約77.2万円（2割負担分 約15.4万円）
→ 高額療養費制度により自己負担 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）



※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）

外来特例の利用時の医療費負担の例⑦

ケース

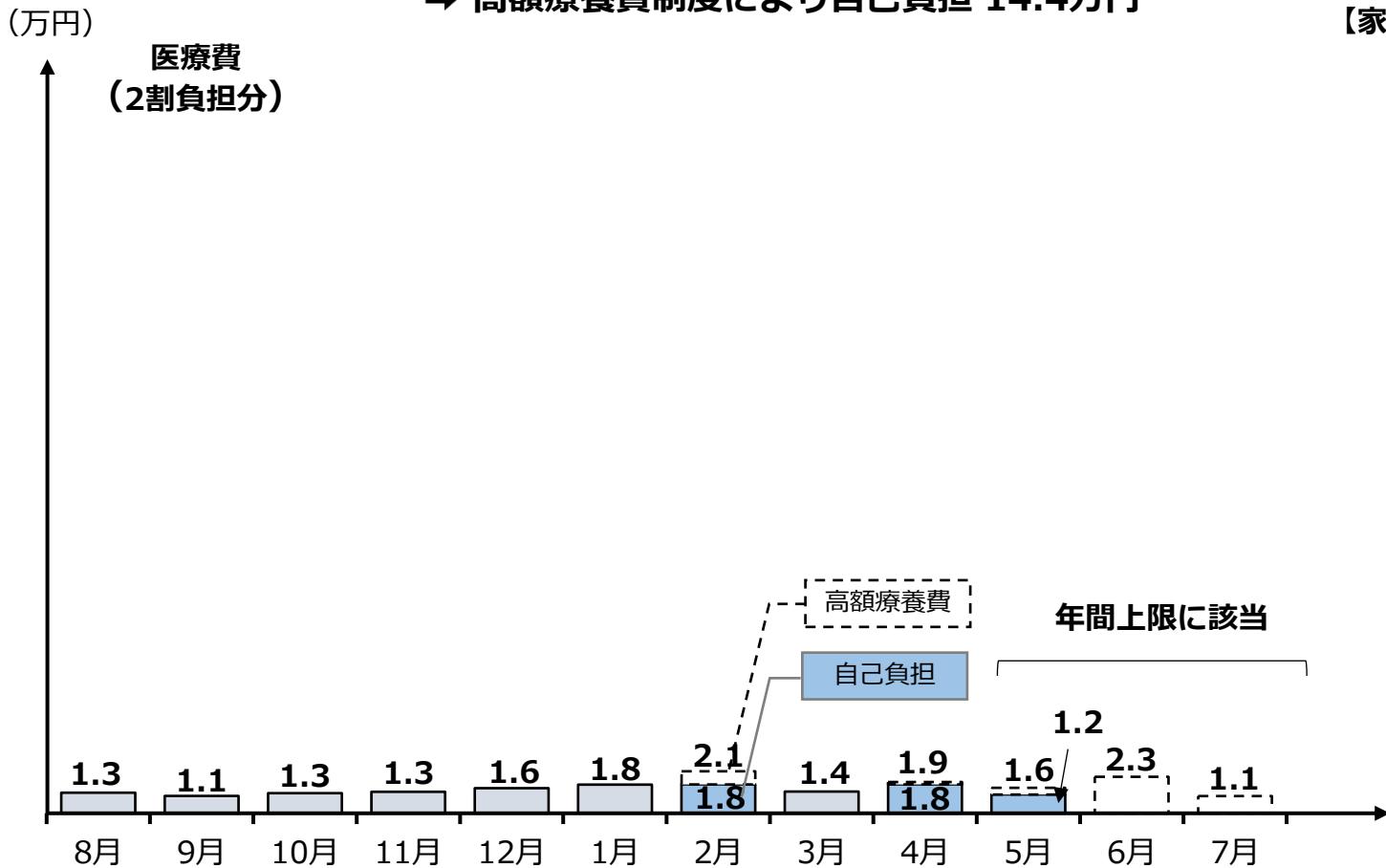
70歳代会社員・女性・標報20万円（年収約260万円）の患者

主な傷病

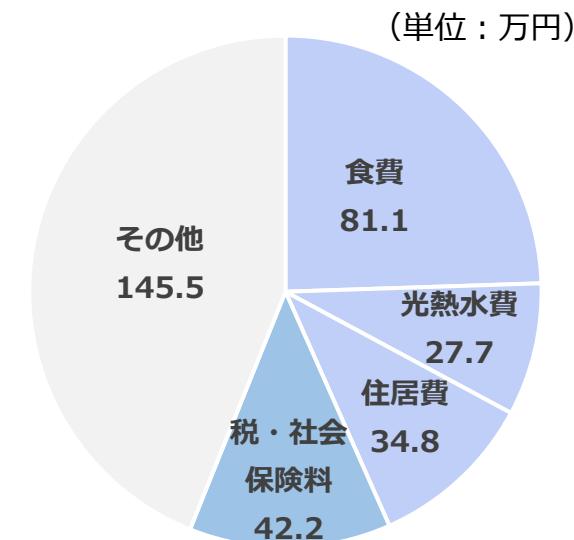
骨粗鬆症（テリパラチド）

総医療費 約95.5万円（2割負担分 約19.1万円）

→ 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250～300万円の家計の状況（年間・2人以上勤労者世帯）



※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）

外来特例の利用時の医療費負担の例⑧

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

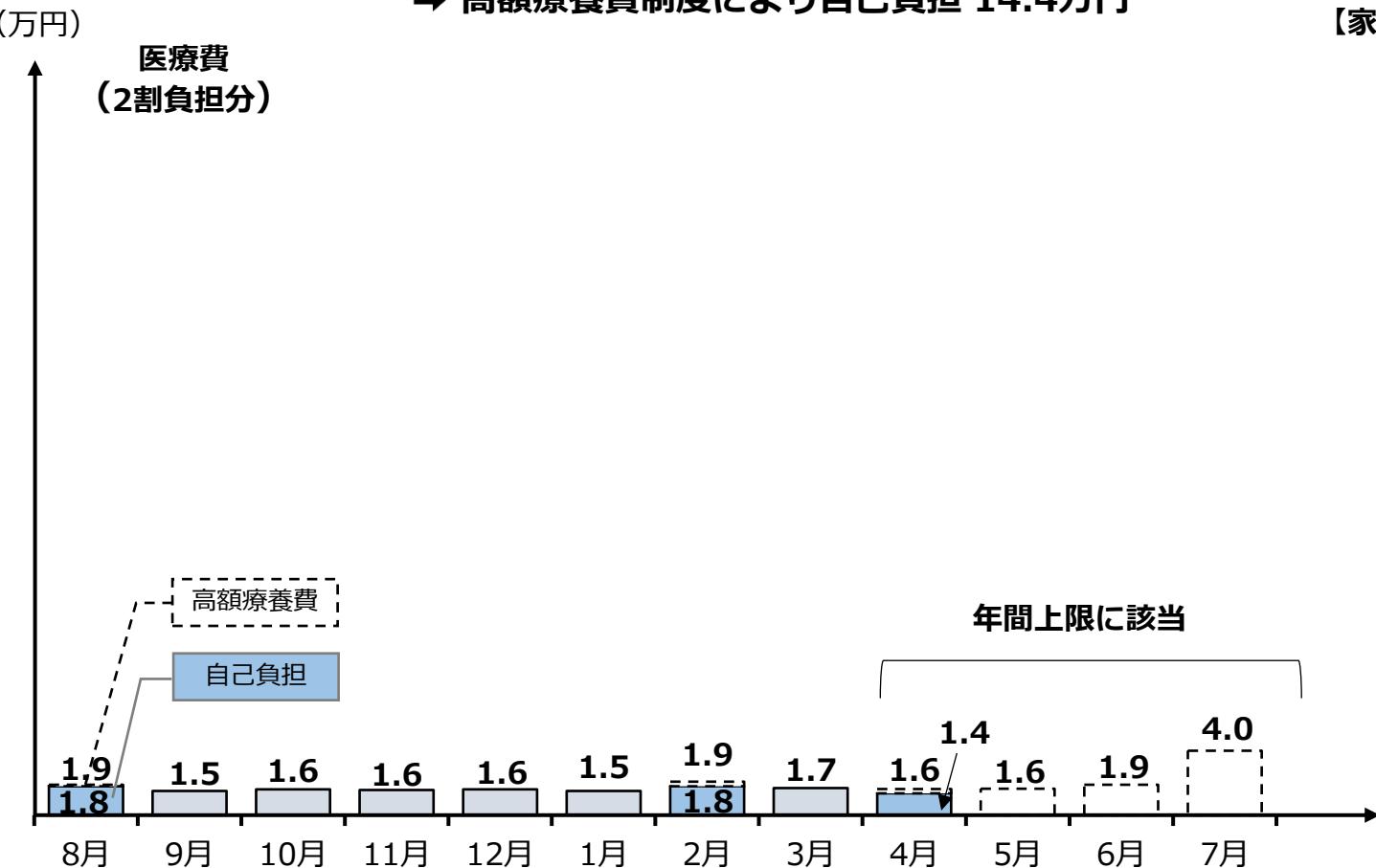
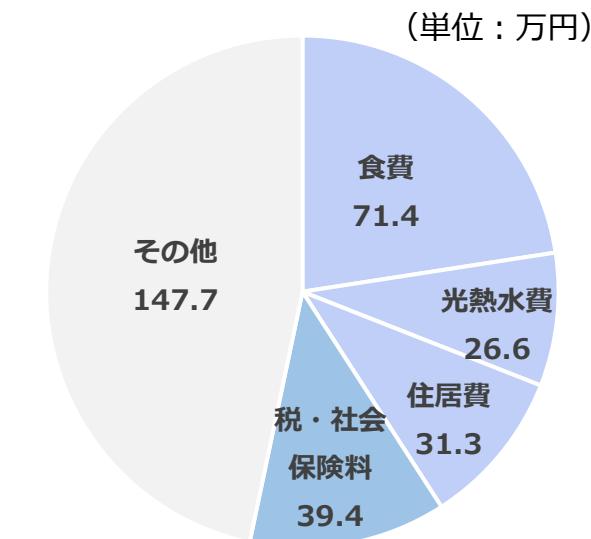
主な傷病

陳骨粗鬆症（イベニティ皮下注使用）、
転移性肺がん疑い

総医療費 約112.7万円（2割負担分 約22.5万円）

→ 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）



※協会けんぽにおけるある年の8月～7月の医療費データを加工して作成

※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。

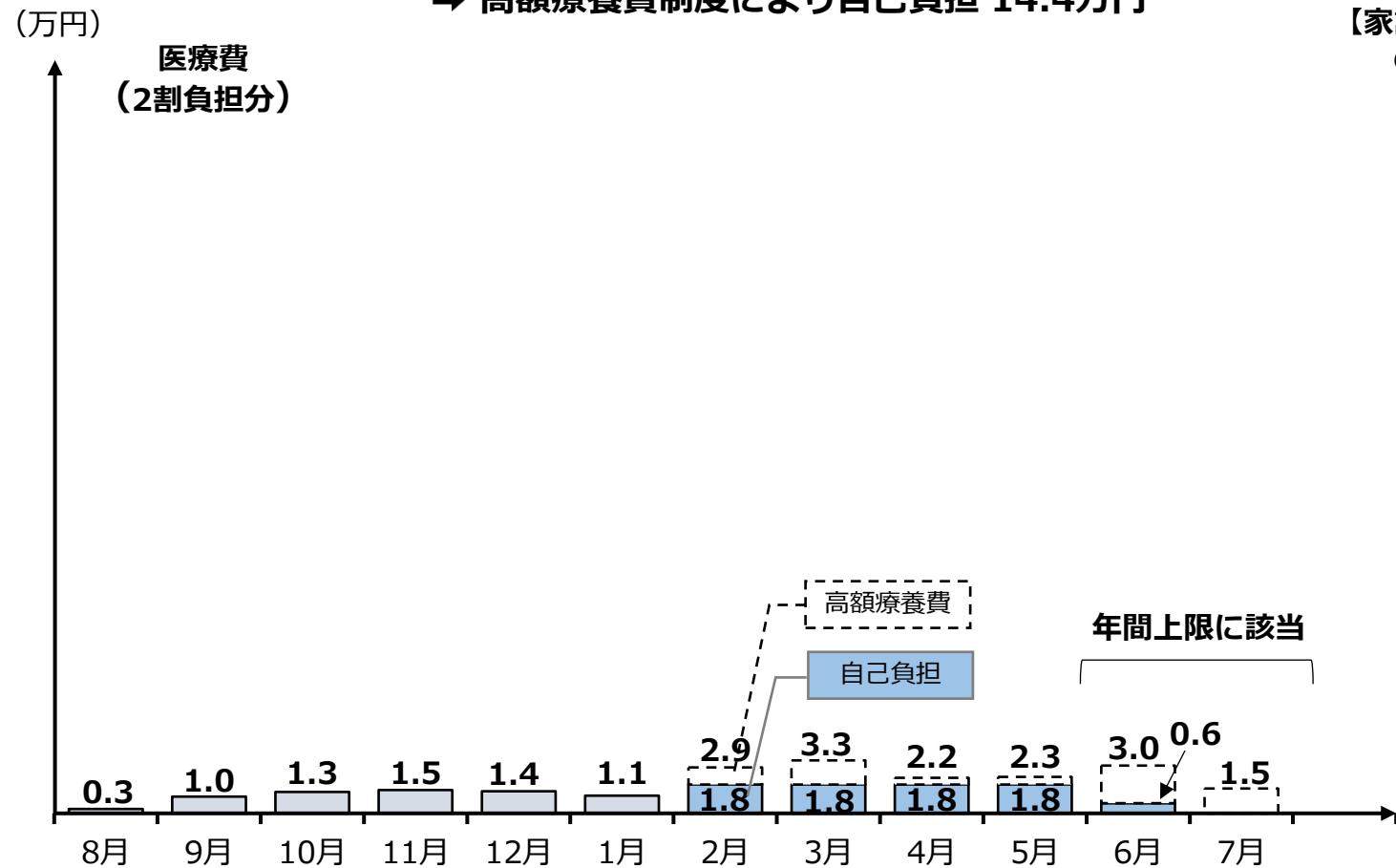
※2 「年間収入」は過去1年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査用語の解説）

外来特例の利用時の医療費負担の例⑨

ケース

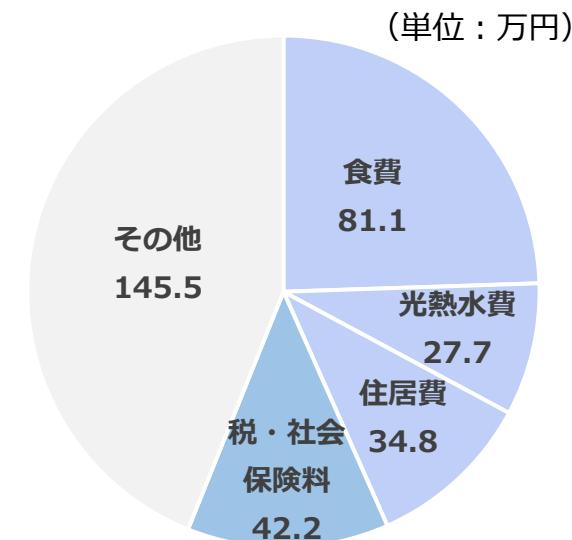
70歳代会社員・男性・標報22万円（年収約290万円）の患者

総医療費 約108.4万円（2割負担分 約21.7万円）
 → 高額療養費制度により自己負担 14.4万円



主な傷病
関節リウマチ（オルメニエント使用）

【家計調査】年間収入250～300万円の家計の状況（年間・2人以上勤労者世帯）



※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）

現行制度における高額療養費の受給者数（粗い推計）

70歳未満

		加入者数	年1回以上 高額療養費に 該当する者	(再掲) 年1回以上 多数回該当が 適用された者
計		万人	万人	万人
ア	1	150	2	0
	2	90	1	0
	3	180	2	0
イ	4	240	5	1
	5	340	7	1
	6	600	10	2
ウ	7	1,060	40	8
	8	1,300	50	10
	9	1,790	70	10
エ	10	1,760	80	20
	11	680	30	8
	12	680	40	10
オ	13	710	70	20

70歳以上

		加入者数	年1回以上 高額療養費に 該当する者	(再掲) 年1回以上 外来上限に 該当する者	(再掲) 年1回以上 多数回該当が 適用された者
計		万人	万人	万人	万人
現並Ⅲ	1	2,770	870	620	60
	2	70~74歳	3割	20	2
	3	75歳以上	3割	6	0
現並Ⅱ	4	3割	3割	9	1
	5	3割	3割	20	2
	6	3割	3割	-	-
現並Ⅰ	7	3割	3割	30	5
	8	3割	3割	50	7
	9	3割	3割	80	10
一般	10	2割	2割	410	130
	11	2割	2割	230	70
	12	2割	1割	840	170
低Ⅱ	13	2割	1割	680	300
低Ⅰ	14	2割	1割	370	170
					130
					-

※ 1. 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。

※ 2. 外来上限は、外来月額上限（外来年間上限を除く）に年1回以上該当する者

外来特例の利用人数【内訳】（粗い試算）

年間の該当回数別外来特例の利用者数（70歳以上） ※ 外来月額上限（外来年間上限を除く）に該当する者

	利用者数	総利用者数（620万人） に占める割合	総加入者数（2,770万人） に占める割合
1回	290万人	46.9%	10.4%
2回	110万人	17.1%	3.8%
3回	60万人	9.1%	2.0%
4回	40万人	6.6%	1.5%
5回	30万人	4.5%	1.0%
6回	20万人	3.5%	0.8%
7回	20万人	2.5%	0.5%
8回	10万人	1.9%	0.4%
9回	9万人	1.5%	0.3%
10回	8万人	1.3%	0.3%
11回	9万人	1.4%	0.3%
12回	20万人	3.8%	0.8%
合計	620万人	100%	22.4%

※令和5年度ベースの数値。

※粗い試算のため計が一致しない。

外来の受診動向

令和7年11月13日

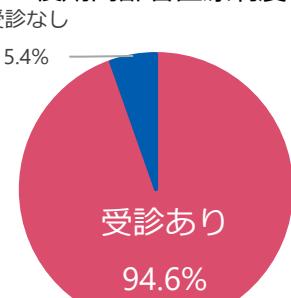
資料1-1

第203回社会保障審議会
医療保険部会

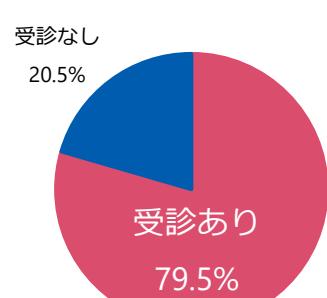
- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2月以下だったのは、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療は約1割。
- 後期高齢者医療では、外来受診者のうち約4割の者が毎月診療を受けている。

年間で外来受診した患者の割合

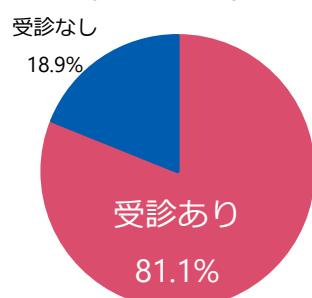
後期高齢者医療制度



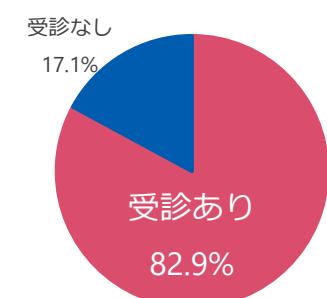
国民健康保険



協会（一般）

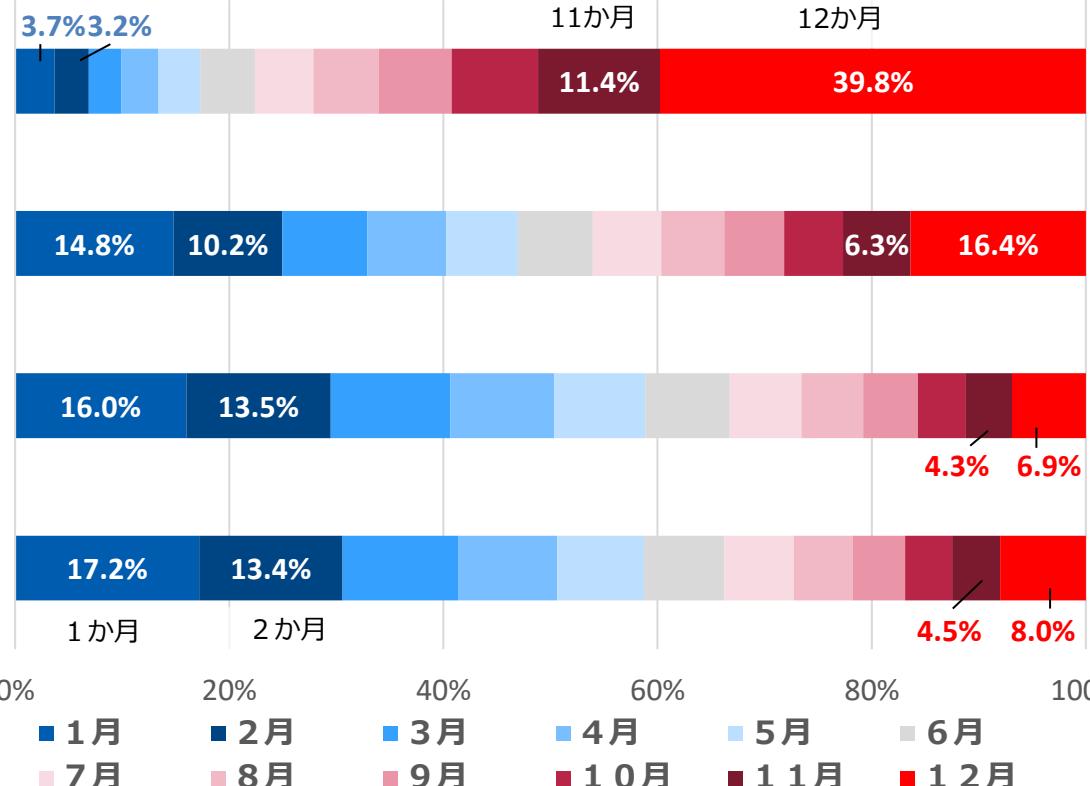


組合健保



受診ありの者の受診月数

後期高齢者医療



国民健康保険

14.8% 10.2%

組合健保

16.0% 13.5%

協会（一般）

17.2% 13.4%

(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。

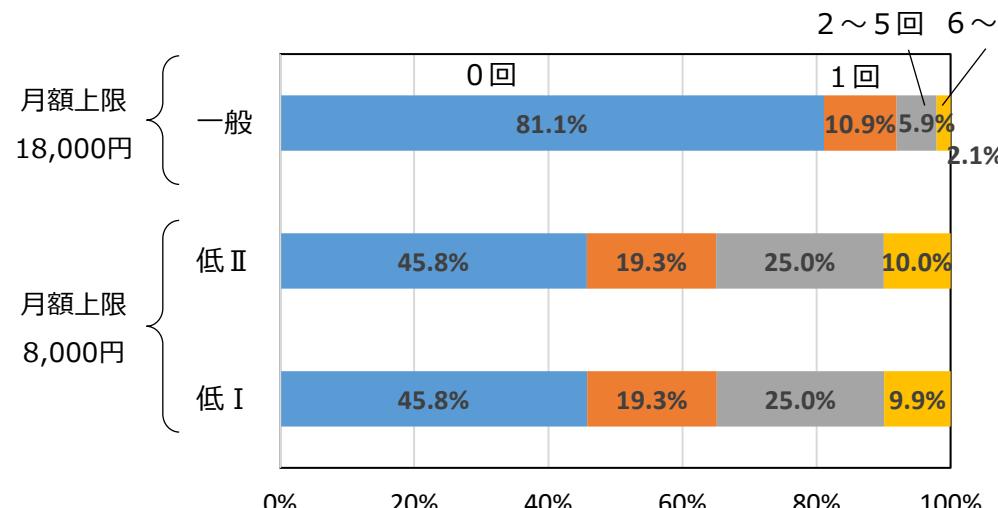
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計（「名寄せ」）したものから、令和5年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

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。

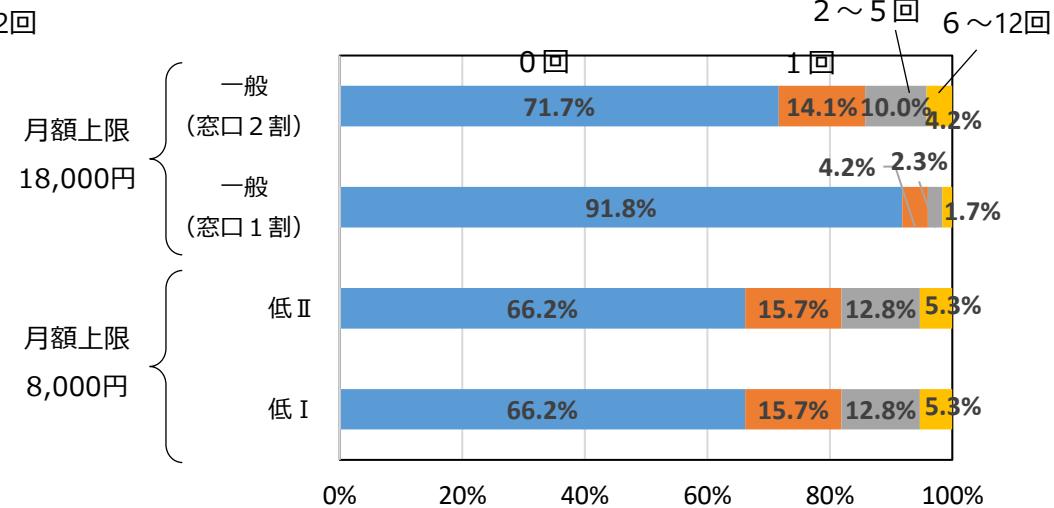
外来特例に該当する患者の割合

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※

70～74歳



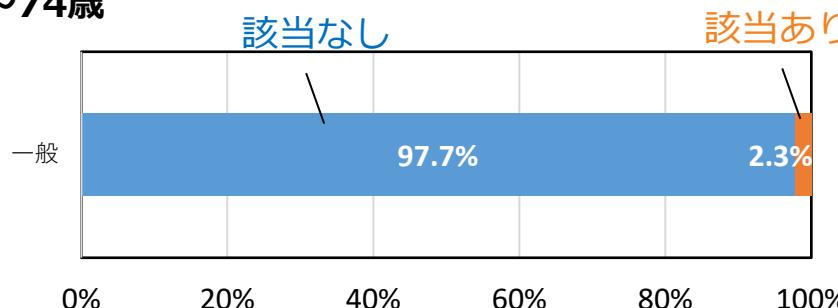
75歳以上



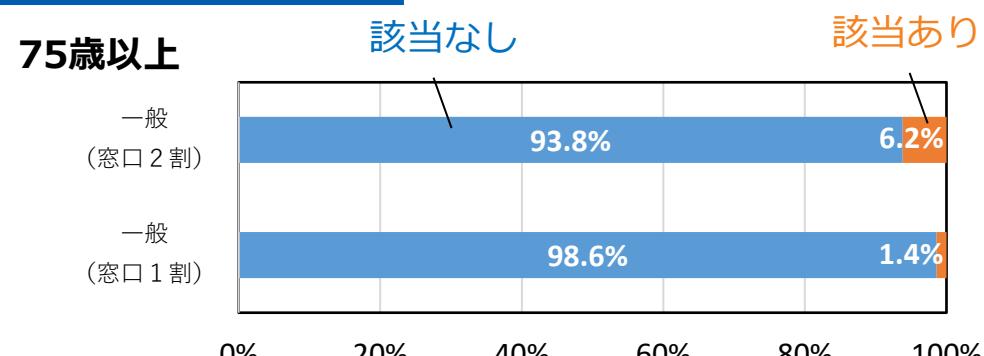
(※) 外来の月額上限に該当する患者の割合は、1年間に1回以上外来特例に該当する者の患者数に占める割合を示している。

外来の年間上限（年間14.4万円）に該当する患者の割合

70～74歳



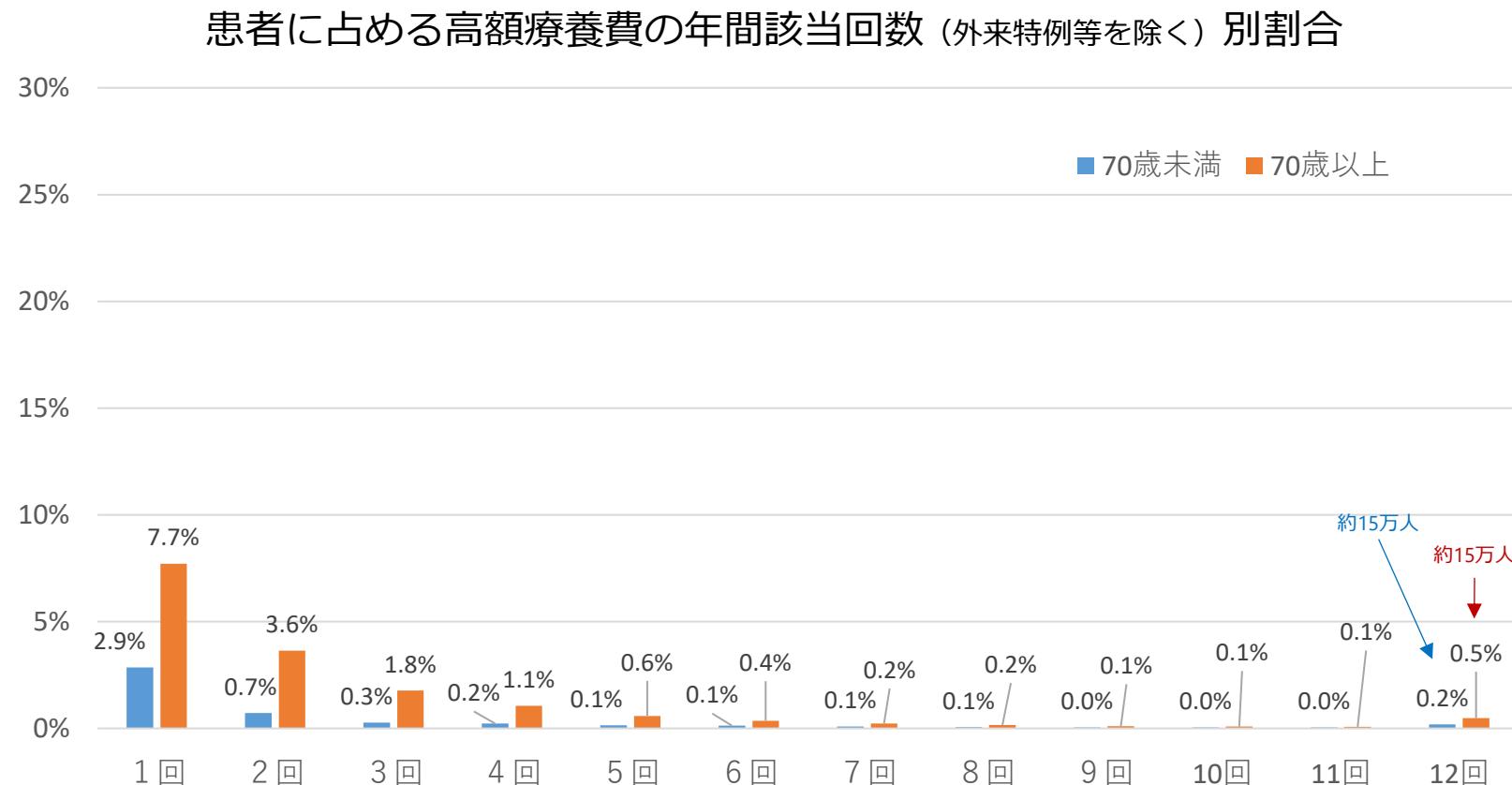
75歳以上



(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

(注) いずれも患者数に占める割合。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。

高額療養費の年間該当回数別の患者割合（ごく粗い推計）



<人数>

(万人)

	0回	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回	12回	計
70歳未満	7,860	235	60	25	20	10	10	5	5	4	4	4	15	8,260
70歳以上	2,180	200	95	45	30	15	10	5	4	3	2	2	15	2,605

※. 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。

高額療養費見直しによる財政影響と保険料軽減効果①（粗い試算）

①令和8年度満年度ベース（令和8年8月施行分）

	給付費	保険料 +公費	保険料	公費			被保険者1人当たり保険料※5 ()内は加入者1人当たり
					国	地方	
総計	▲1,890億円	▲1,890億円	▲1,180億円	▲710億円	▲480億円	▲220億円	（▲1,000円）
協会けんぽ	▲240億円	▲470億円	▲430億円	▲50億円	▲50億円	-	▲1,700円 (▲1,100円)
健保組合	▲150億円	▲380億円	▲380億円	-	-	-	▲2,300円 (▲1,400円)
共済組合等	▲50億円	▲130億円	▲130億円	-	-	-	▲2,400円 (▲1,400円)
国民健康保険	▲460億円	▲320億円	▲130億円	▲180億円	▲130億円	▲50億円	▲800円 (▲500円)
後期高齢者	▲980億円	▲590億円	▲110億円	▲480億円	▲300億円	▲170億円	▲500円 (▲500円)

※1 2025年度予算ベースを元に推計した2026年度医療費ベースの推計値。

※2 実効給付率への影響は▲0.22%。

※3 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※4 実効給付率が変化した場合に経験的に行なわれている医療費の増減効果の算定式に、今回の見直しに伴う実効給付率を代入し機械的に算出された額（約▲850億円（給付費））を含んでいる。

※5 国民健康保険の被保険者1人当たりの保険料影響額算出においては、市町村国保は1世帯当たり、国保組合は組合員1人当たりとしている。

高額療養費見直しによる財政影響と保険料軽減効果②（粗い試算）

②令和9年度満年度ベース（令和9年8月施行分）

	給付費	保険料 +公費	保険料	公費			被保険者1人当たり保険料※5 ()内は加入者1人当たり
					国	地方	
総計	▲550億円	▲550億円	▲460億円	▲100億円	▲70億円	▲30億円	(▲400円)
協会けんぽ	▲190億円	▲210億円	▲190億円	▲30億円	▲30億円	-	▲800円 (▲500円)
健保組合	▲130億円	▲180億円	▲180億円	-	-	-	▲1,100円 (▲700円)
共済組合等	▲50億円	▲70億円	▲70億円	-	-	-	▲1,200円 (▲700円)
国民健康保険	30億円	10億円	1億円	10億円	6億円	4億円	0円 (0円)
後期高齢者	▲210億円	▲100億円	▲20億円	▲80億円	▲50億円	▲30億円	▲100円 (▲100円)

※1 2025年度予算ベースを元に推計した2027年度医療費ベースの推計値。

※2 実効給付率への影響は▲0.06%。

※3 本推計は、一定の仮定において行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※4 実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果の算定式に、今回の見直しに伴う実効給付率を代入し機械的に算出された額（約▲230億円（給付費））を含んでいる。

※5 国民健康保険の被保険者1人当たりの保険料影響額算出においては、市町村国保は1世帯当たり、国保組合は組合員1人当たりとしている。

高額療養費見直しによる財政影響と保険料軽減効果【財政影響全体】（粗い試算）

【財政影響全体】

	給付費	保険料 +公費	保険料	公費			被保険者 1人当たり保険料※6 () 内は加入者1人当たり
					国	地方	
総計	▲2,450億円	▲2,450億円	▲1,640億円	▲800億円	▲550億円	▲250億円	(▲1,400円)
協会けんぽ	▲430億円	▲690億円	▲610億円	▲70億円	▲70億円	-	▲2,500円 (▲1,600円)
健保組合	▲290億円	▲560億円	▲560億円	-	-	-	▲3,500円 (▲2,100円)
共済組合等	▲100億円	▲200億円	▲200億円	-	-	-	▲3,600円 (▲2,100円)
国民健康保険	▲430億円	▲300億円	▲130億円	▲170億円	▲130億円	▲50億円	▲800円 (▲500円)
後期高齢者	▲1,200億円	▲690億円	▲130億円	▲560億円	▲350億円	▲200億円	▲600円 (▲600円)

※1 2025年度予算ベースを元に推計した2027年度医療費ベースの推計値。

※2 実効給付率への影響は▲0.28%。

※3 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※4 実効給付率が変化した場合に経験的に行なわれている医療費の増減効果の算定式に、今回の見直しに伴う実効給付率を代入し機械的に算出された額（約▲1,070億円（給付費））を含んでいる。

※5 年間上限に該当する者は約50万人と見込んでいる。

※6 国民健康保険の被保険者 1人当たりの保険料影響額算出においては、市町村国保は1世帯当たり、国保組合は組合員 1人当たりとしている。

高額療養費制度見直し案の財政影響試算【見直し項目別】（粗い試算）

(億円)

	月額限度額の見直し	所得区分の細分化	外来特例の見直し	年間上限の導入	合計
70歳未満					
給付費	▲390	▲700	—	+340	▲760
保険料	▲350	▲590	—	+270	▲670
国費	▲40	▲90	—	+60	▲80
地方費	▲5	▲20	—	+20	▲6
70歳以上					
給付費	▲270	▲360	▲1,260	+200	▲1,690
保険料	▲170	▲240	▲690	+120	▲970
国費	▲70	▲80	▲380	+50	▲480
地方費	▲40	▲40	▲190	+30	▲240
合計					
給付費	▲670	▲1,060	▲1,260	+540	▲2,450
保険料	▲520	▲830	▲690	+390	▲1,640
国費	▲110	▲170	▲380	+110	▲550
地方費	▲40	▲60	▲190	+50	▲250

※1 2027年度予算ベースの推計値。

※2 実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果の算定式に、今回の見直しに伴う実効給付率を代入し機械的に算出された額（約▲1,070億円（給付費））を含んでいる。

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。

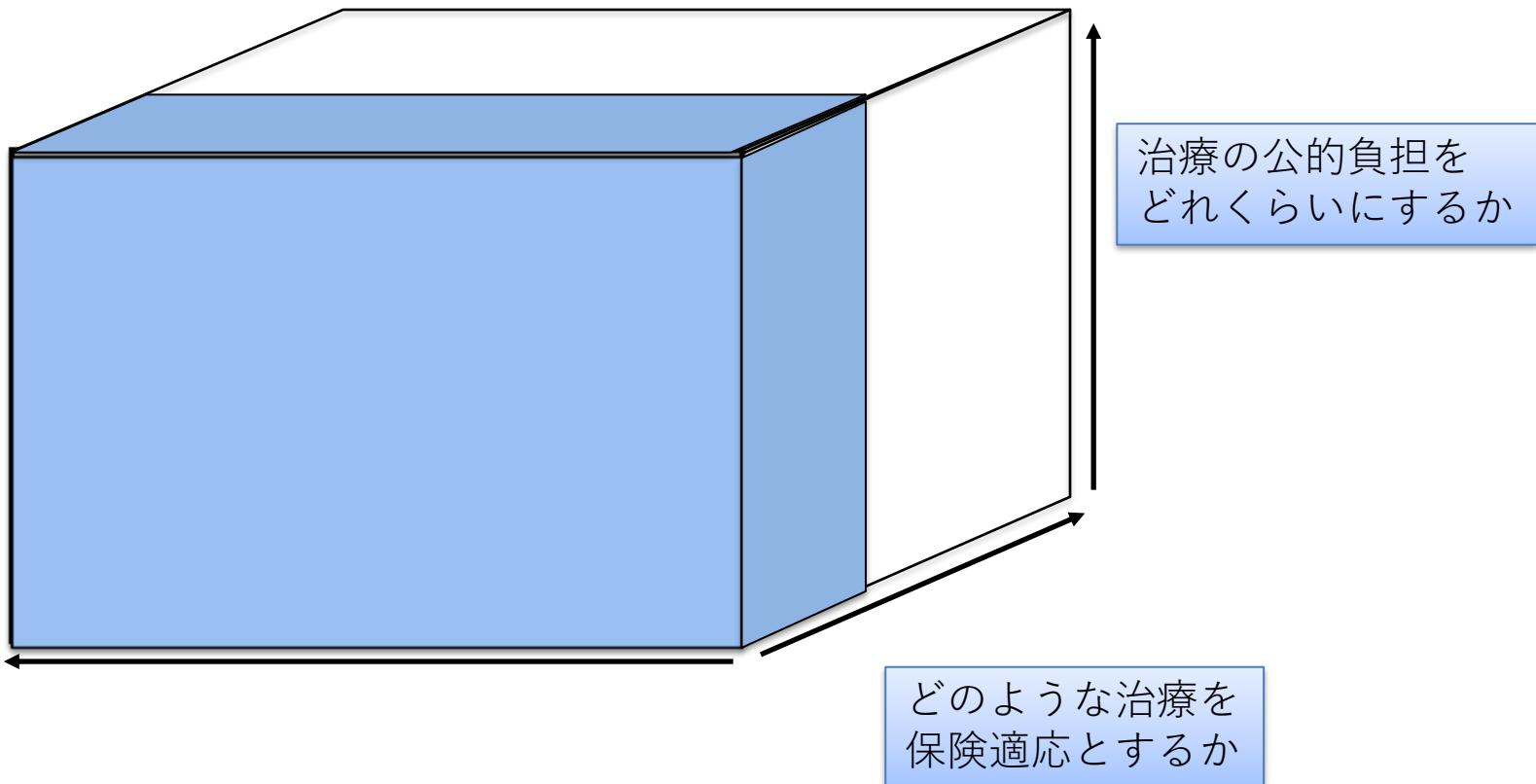
	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
一人当たり医療費（米ドル）	12,898	6,188	8,652	6,701	6,976	5,984
総医療費の対GDP比（%）	16.5	11.1	12.4	11.8	10.9	12.3
人口千人当たり 総病床数	2.8	2.4	7.7	5.5	1.9	12.6
人口千人当たり臨床医師数	2.7	3.3	4.6	3.8	4.5	2.7
病床百床当たり臨床医師数	98.9	133.4	59.4	69.8	235.5	21.0
人口千人当たり 臨床看護職員数	12.1 [#]	8.8	12.1	9.6 ^{#※2}	11.0	12.2
病床百床当たり 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。

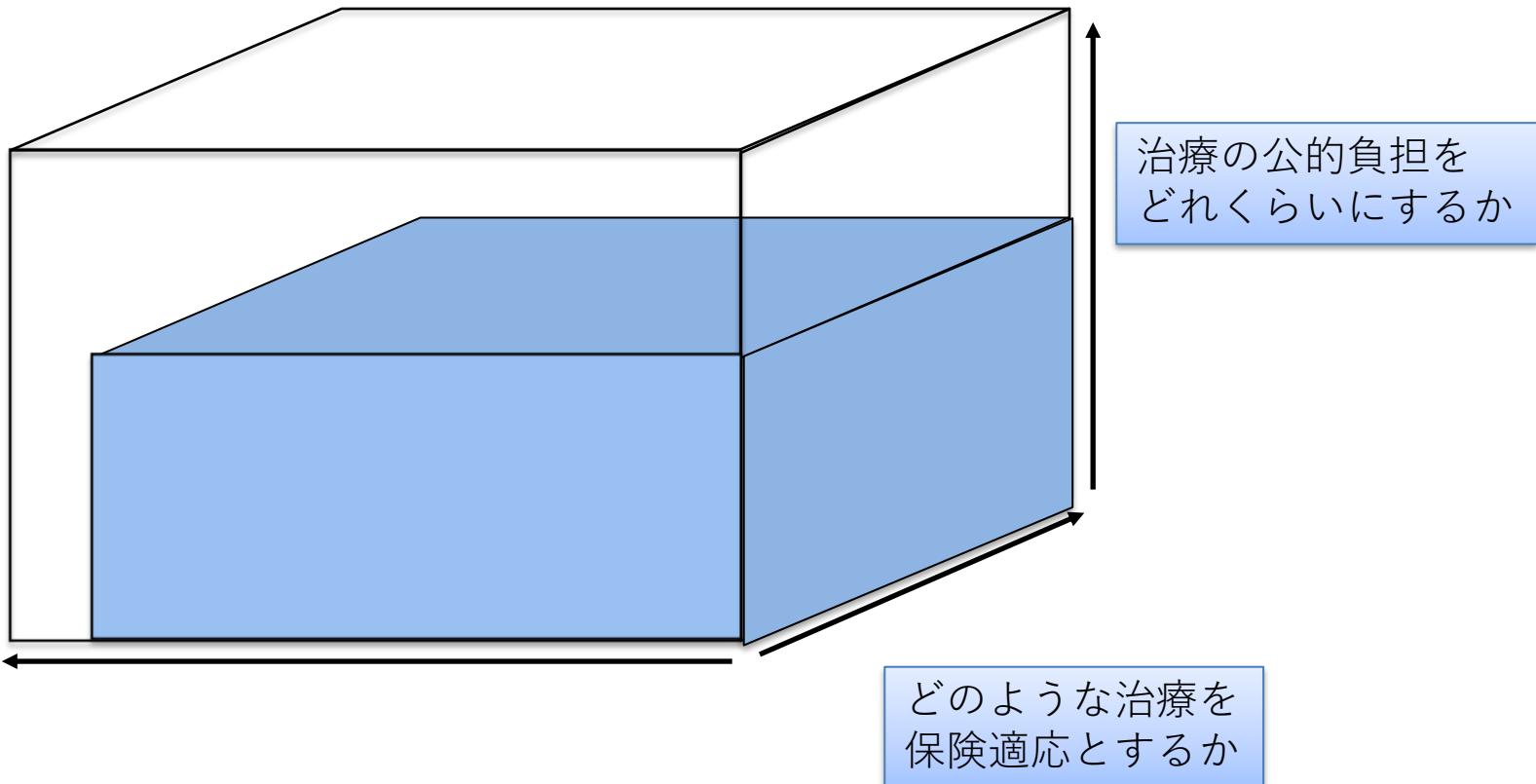
誰：国民 公的負担：0%～ 治療：科学+経済性で決定



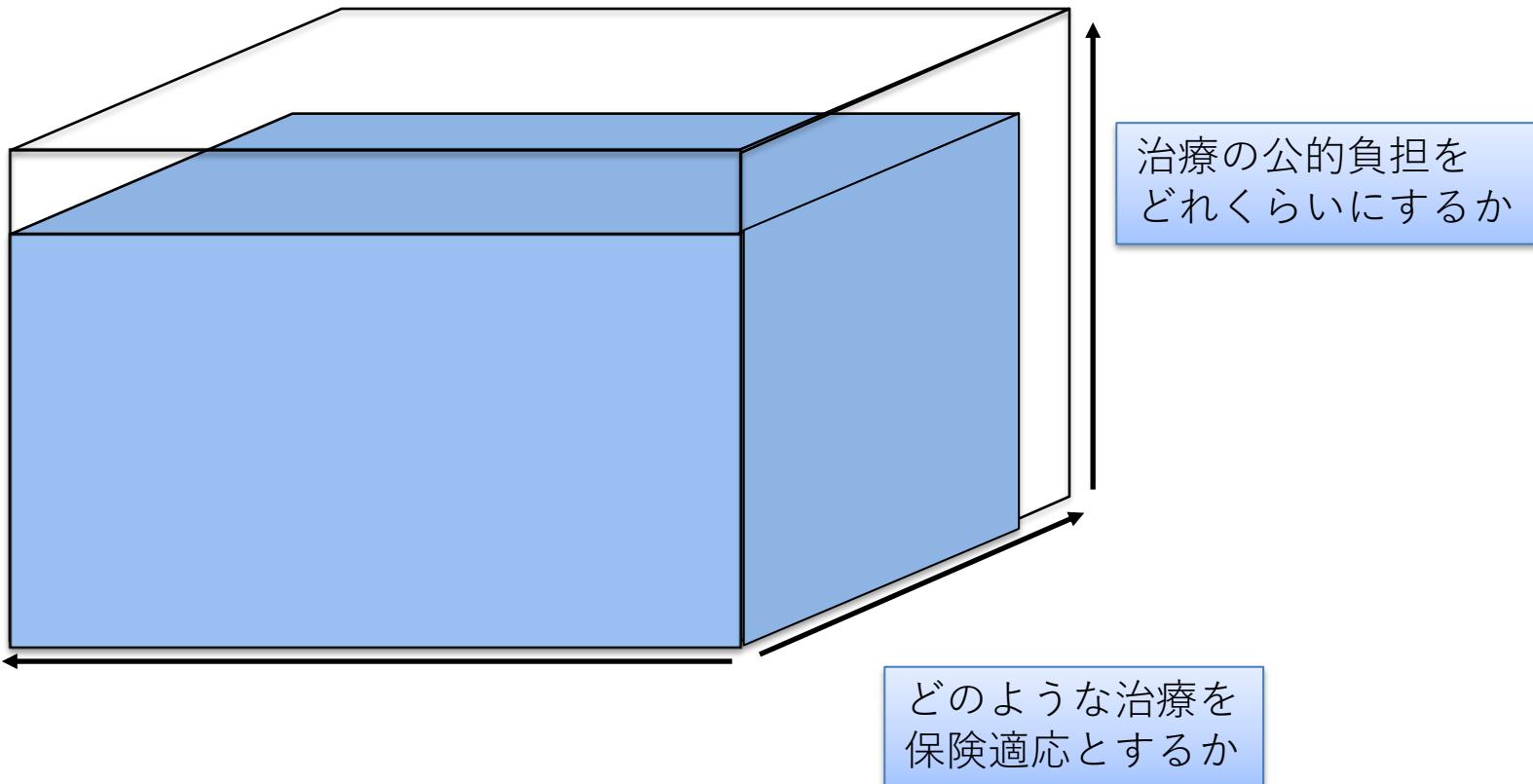
誰の治療を適応とするか？

どのような治療を保険適応とするか

誰：一部 公的負担：0-100% 治療：科学で決定



誰：国民 公的負担：0-30% 治療：科学で決定



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	ダプラフェニブ+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	セルペカチニブ	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)

患者団体等からのヒアリングにおける主なご意見①

第2回 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

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

患者のおかれている状況について

- 薬剤費は非常に高額であり、治療を続けないと命に関わることから、高額療養費制度が生きることに直結している。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に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、自分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）

第2回 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

患者団体等からのヒアリング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。）

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ぬこと」「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の費用を見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。⁸⁴

外来特例をはじめとする医療保険制度改革についてのヒアリングにおける主なご意見 (2025年12月18日 第208回社会保障審議会医療保険部会)

(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。)

- 以前、高額医療にかかった際、医療機関が高額療養費の申請をしてくれたおかげで、医療費負担が少なく、ありがたいことだと感じた。しかし、その後、別の医療機関にかかった際は、高額療養費の申請をしておらず、高額な医療費を支払うこととなつた。高額療養費制度自体が浸透していないのではないか、制度についてもう少し周知すべき。
- 知人の後期高齢者は、「高額療養費制度にはとても助かっている」「絶対にこの制度は無くさないで欲しい」と言っていた。
- 制度の存在や内容を知らないという声を多数耳にする。自治体を中心に高齢者に向けて案内していただいているが、情報が細かく読まれにくい。また、医療機関によっては、説明をしていただけないところもある。そうした点も含め、受け手となる高齢者にとって分かりやすく、理解しやすいような周知広報をお願いしたい。
- 高齢者の負担金の中の約4割を現役世代の皆様の保険料から賄っていただいていると聞いた。そのことを我々高齢者も今一度認識する必要。若い世代が子育てで一生懸命頑張っている中、高齢者も現役世代のお世話になっている立場であり、現役の人に少しでもお役に立てればいいかなと思う。
- 外来特例について、現在は「70歳以上」となつてはいるが、今の70歳と昔の70歳は大きく異なる。時代に合った制度の見直しも視野に入れていくべき。ただし、加齢の在り様は人それぞれに異なるため、その点の考慮も必要。
- 様々な見直しは必要だと思うが、その中では非、高齢者の立場に寄り添った丁寧な検討をお願いしたい。
- 高額療養費制度に関する案内が医療機関によって差がある。仮に制度を知らず治療を諦めてしまう人がいるとしたら問題である。
- 特に高齢者は病院に行く回数、治療の中身が現役世代と大きく異なる。トータルの医療費・治療費が大きい中で、低所得者の負担には配慮して欲しい。
- 制度についての認識を高めるために、特に高齢者が見やすい・読みやすい・読んでくれる媒体を作る必要。周知広報の分かりづらさが、制度の認識不足に繋がっているのではないか。

特別料金の対象となる医薬品の成分一覧(案)

※ OTC医薬品と成分・投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品を機械的に選定。

No	有効成分	用途
1	アシクロビル	抗ウイルス薬
2	アシタザノラスト水和物	抗アレルギー薬
3	アスコルビン酸	ビタミン剤
4	アンモニア水	鎮痛鎮痒収斂消炎剤
5	イソコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
6	イソプロパノール	殺菌消毒剤
7	イトプリド塩酸塩	胃薬
8	イブプロフェン	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
9	イブプロフェンピコノール	非ステロイド系消炎鎮痛剤
10	インドメタシン	鎮痛消炎剤
11	エタノール	殺菌消毒剤
12	エピナステン塩酸塩	抗アレルギー薬
13	L-カルボシステイン	去痰薬
14	塩酸テトラヒドロゾリン・プレドニゾロン	点鼻用血管収縮剤
15	オキシコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
16	オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン	抗生素質・副腎皮質ホルモン配合剤
17	オキシドール	殺菌消毒剤
18	オリブ油	皮膚保護剤
19	希ヨードチンキ	殺菌消毒剤
20	クロトリマゾール	抗真菌薬
21	クロラムフェニコール	抗生素質
22	クロラムフェニコール・フラジオマイシン硫酸塩・プレドニゾロン	抗生素質
23	クロルヘキシジングルコン酸塩	殺菌消毒剤
24	ケトチフェンフル酸塩	抗アレルギー薬
25	サリチルアミド・アセトアミノフェン・無水カフェイン・プロメタジンメチレンジサリチル酸塩	総合感冒剤
26	サリチル酸	寄生性皮膚疾患剤
27	サリチル酸メチル・dl-カンフル・トウガラシエキス	鎮痛消炎剤
28	サリチル酸メチル・l-メントール・dl-カンフル	鎮痛消炎剤
29	サリチル酸メチル・l-メントール・dl-カンフル・グリチルレチン酸	鎮痛消炎剤
30	酸化マグネシウム	制酸・緩下剤
31	酸化亜鉛	收敛・消炎・保護剤
32	次亜塩素酸ナトリウム	殺菌消毒剤
33	ジクロフェナカナトリウム	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
34	消毒用エタノール	殺菌消毒剤

No	有効成分	用途
35	静脈血管叢エキス	痔治療薬
36	精製水	溶解剤
37	炭酸水素ナトリウム	胃腸薬
38	沈降炭酸カルシウム・コレカルシフェロール・炭酸マグネシウム	カルシウム配合剤
39	チック油	消炎薬
40	デキサメタゾン	ステロイド
41	テルビナフィン塩酸塩	抗真菌薬
42	トコフェロール酢酸エステル	ビタミン剤
43	トリアムシノロンアセトニド	口内炎・舌炎薬
44	尿素	皮膚軟化剤
45	白色ワセリン	軟膏基剤
46	ハチミツ	矯味剤
47	ピコスルファートナトリウム水和物	緩下剤
48	ビサコジル	便秘薬
49	ビダラビン	抗ウイルス薬
50	ヒドロコルチゾン酪酸エステル	ステロイド
51	フェキソフェナジン塩酸塩	抗アレルギー薬
52	フェキソフェナジン塩酸塩・塩酸プロイドエフェドリン	抗アレルギー薬
53	フェルビナク	非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)
54	ブテナフィン塩酸塩	抗真菌薬
55	複方ヨード・グリセリン	口腔用殺菌消毒剤
56	ブドウ酒	滋養強壮薬
57	フラボキサート塩酸塩	頻尿・残尿感薬
58	フルチカゾンプロピオン酸エステル	ステロイド
59	プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル	ステロイド
60	ベタメタゾン吉草酸エステル	ステロイド
61	ベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩	ステロイド
62	ヘパリン類似物質	血行促進・皮膚保湿剤
63	ベポタスチンベシル酸塩	抗アレルギー薬
64	ペミロラストカリウム	抗アレルギー薬
65	ベルベリン塩化物水和物・ゲンノショウコエキス	止瀉剤
66	ベンザルコニウム塩化物	殺菌消毒剤
67	ホウ砂	眼科用剤
68	ホウ酸	眼洗浄・消毒薬
69	ポビドンヨード	殺菌消毒剤
70	ポリエンホスファチジルコリン	高脂血症薬
71	マルツエキス	乳幼児用便秘薬
72	ミコナゾール硝酸塩	抗真菌薬
73	無水エタノール	殺菌消毒剤
74	モメタゾンフランカルボン酸エステル水和物	アレルギー性鼻炎治療薬
75	ヨウ素	殺菌消毒剤
76	ロキソプロフェンナトリウム水和物	解熱消炎鎮痛剤
77	ロラタジン	抗アレルギー薬