

高額療養費制度について

厚生労働省保険局

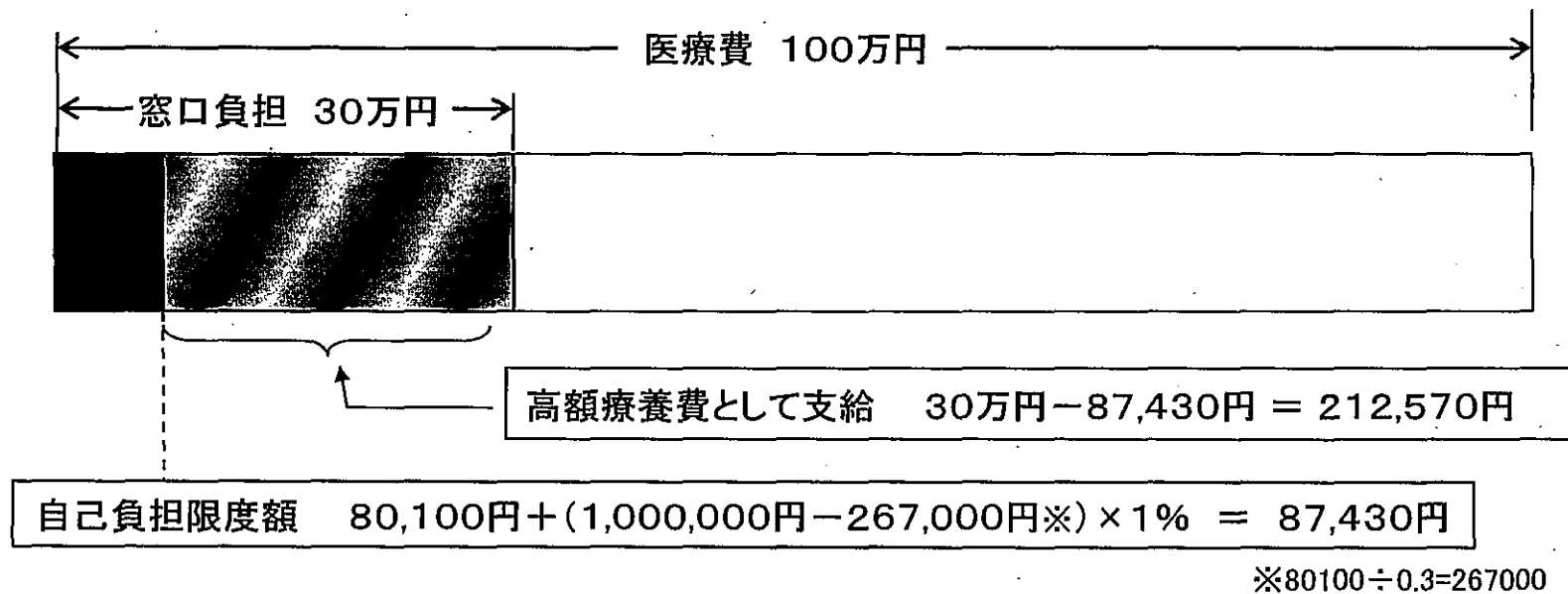
高額療養費制度の概要

○ 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。

※ 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

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース（3割負担）>



(注) 同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円以上	150,000円＋（医療費－500,000）×1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

		要件	外来（個人ごと）	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者		[後期・国保] 課税所得145万円以上（※3） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※3）	44,000円	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数該当44,400円〉
一般		現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ	[後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等	8,000円	24,600円
	Ⅰ	[後期] 世帯員全員の所得が一定以下 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※4） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※4） 等		15,000円

※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。

※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除（33万円）をさらに差し引いたもの

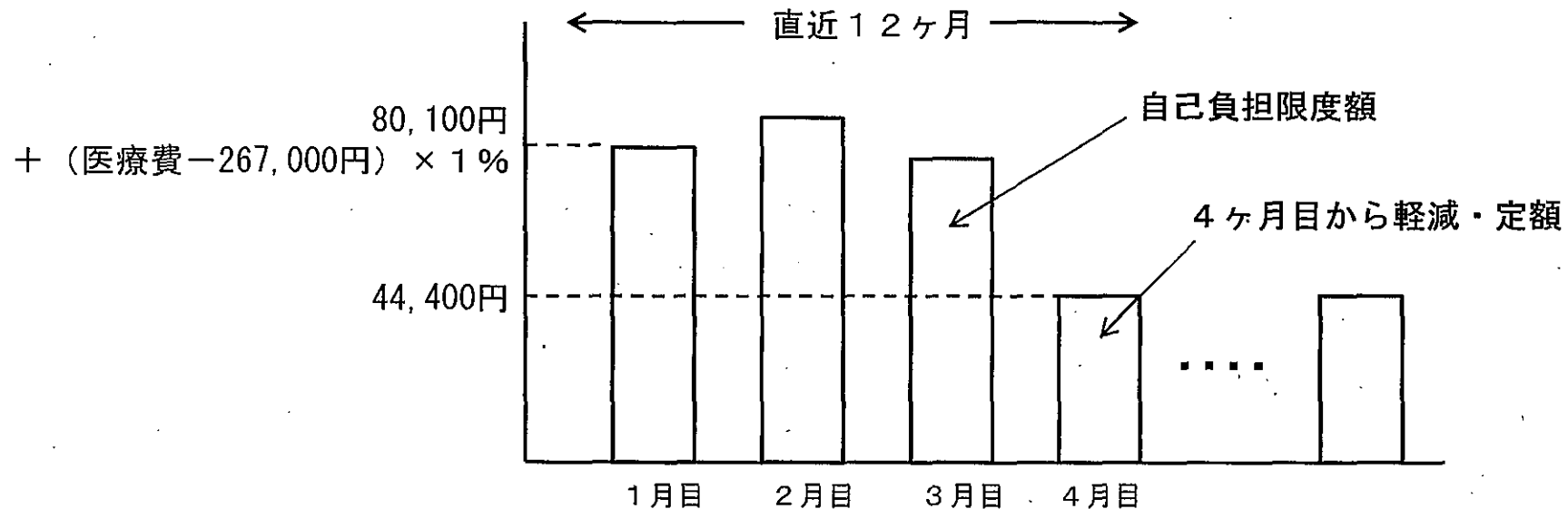
※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得（退職所得を除く）がない場合（年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下）

高額療養費の多数該当の仕組み

- 現行の高額療養費制度では、同一世帯で直近12ヶ月間に、高額療養費が支給された月が3ヶ月以上になった場合は、4ヶ月目から自己負担限度額が軽減された定額となる。

<所得区分「一般」の場合>



<70歳未満の方の場合>

所得区分	軽減前の自己負担限度額	➔	多数回該当の場合
上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%		83,400円
一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%		44,400円
低所得者	35,400円		24,600円

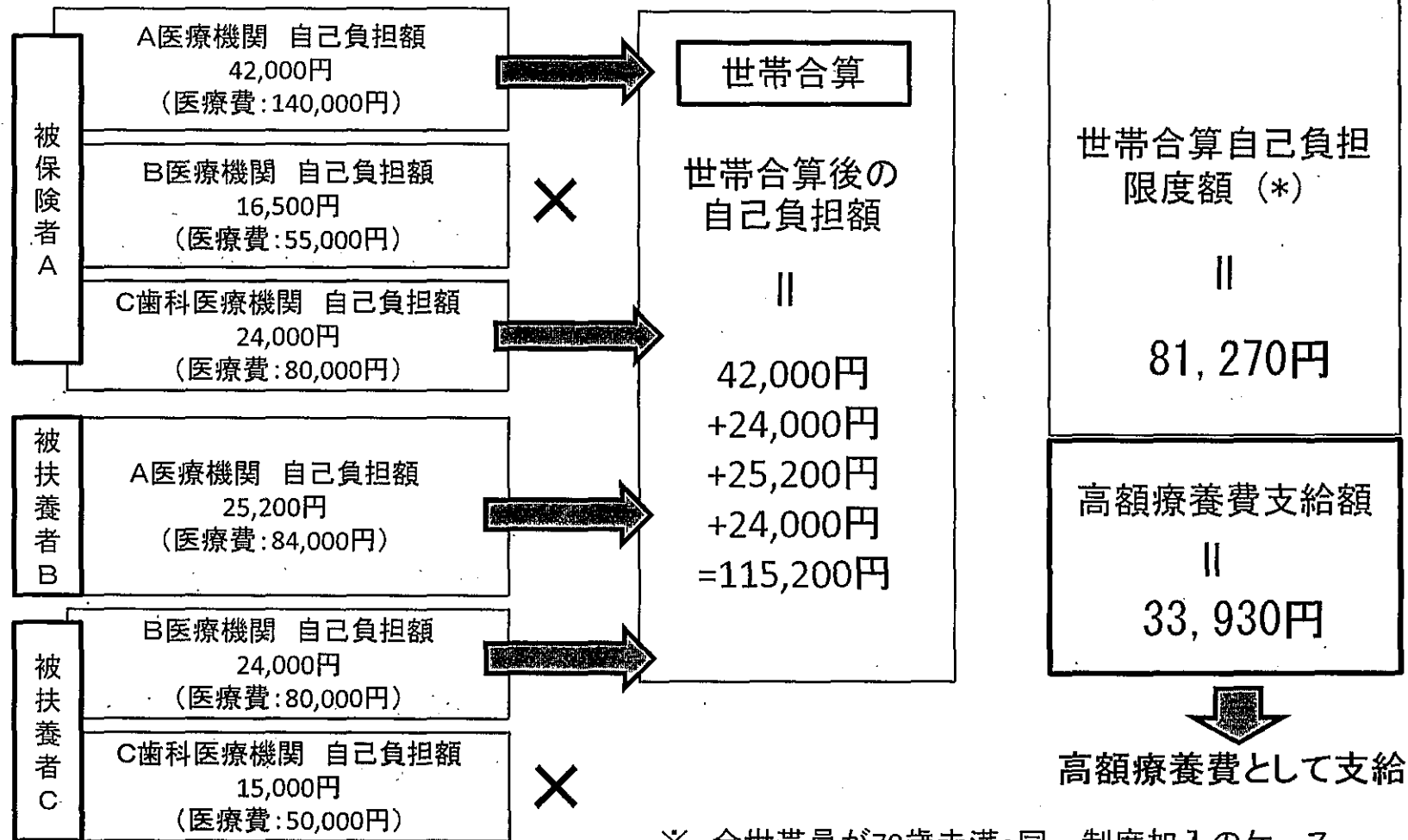
<70歳以上の方の場合>

所得区分	軽減前の自己負担限度額	➔	多数回該当の場合
現役並み所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%		44,400円

(注) 「一般」や「低所得者」の区分の方については、多数回該当の適用はありません。

高額療養費制度における世帯単位の合算の仕組み

- 病院の窓口で支払う1か月の自己負担額が合算対象基準額（レセプト1件あたり2万1千円）以上のものについて、同じ医療保険に加入する家族について世帯単位で合算を行い、合算額からその世帯における自己負担限度額を控除した額を高額療養費として支給する。



※ 全世帯員が70歳未満・同一制度加入のケース

- * 自己負担限度額=80,100円+ [(140,000円+80,000円+84,000円+80,000円) - 267,000円] × 1%=81,270円
- * 70歳以上の場合、高齢者の負担軽減のため、一部負担金の額が21,000円未満であっても合算される。
- * 世帯全体の負担額をリアルタイムで把握することができないため、償還払いで対応。(一部について現物給付対応)

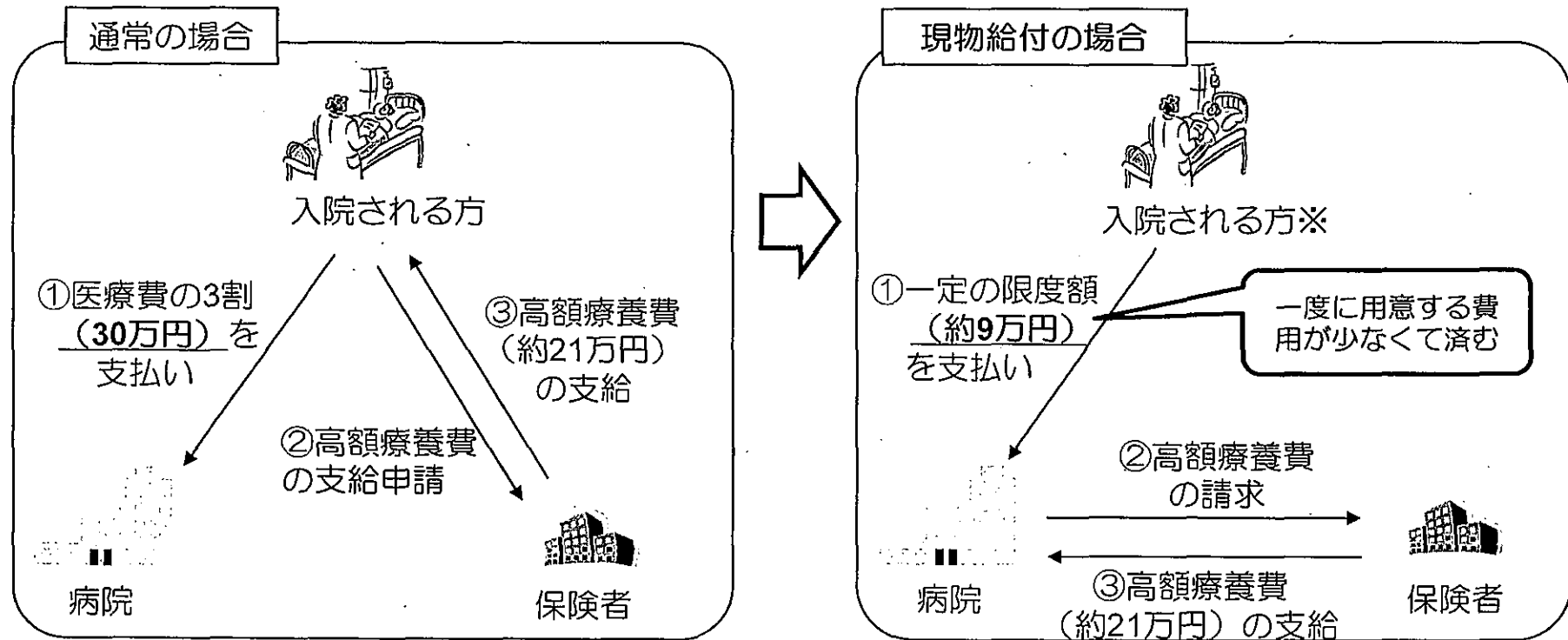
入院における高額療養費の現物給付の仕組み

入院される方については、事前に所得区分の認定証を保険者から発行してもらうことにより、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ことができる仕組みとしている。これにより、窓口で一度に用意する費用が少なくて済む。

※ 高額療養費は医療機関や薬局に直接支払われるため、事後に保険者に対して、高額療養費の支給申請をする手間が省ける。

※ 70歳以上の方は、所得区分の認定証がなくても、自動的に窓口での支払が負担の上限額までにとどめることができる（低所得者の区分の適用を受けるためには認定証が必要）。

<例>100万円の医療費で、窓口の負担（3割）が30万円かかる場合



※70歳以上の低所得者及び70歳未満の方は、事前に保険者の所得区分認定を受けておく必要がある

高額長期疾病（特定疾病）に係る高額療養費の特例について

1 特例の趣旨と経緯

高額療養費における高額長期疾病（以下「特定疾病」という。）の特例は、著しく高額な治療を長期（ほとんど一生の間）にわたって必要とする疾病にかかった患者について、自己負担限度額を通常の場合より引き下げ、1万円とすることにより、医療費の自己負担の軽減を図るものである。昭和59年の健康保険法改正で被保険者本人の定率負担（1割）が導入された際、国会審議を踏まえて創設された。

2 対象疾病

- 対象となる特定疾病は、法令上、以下の要件が定められている。
 - ① 費用が著しく高額な一定の治療として厚生労働大臣が定める治療を要すること、かつ、
 - ② ①の治療を著しく長期間にわたって継続しなければならないこと

 - この要件に基づき、現在、以下の3つの治療法と疾病が指定されている。
 - ① 人工腎臓を実施する慢性腎不全（昭和59年10月から対象）
 - ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（昭和59年10月から対象）
 - ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（※）（平成8年7月から対象）
- ※ 血液製剤の投与に起因するHIV感染者、2次・3次感染者等に限る。

3 自己負担額

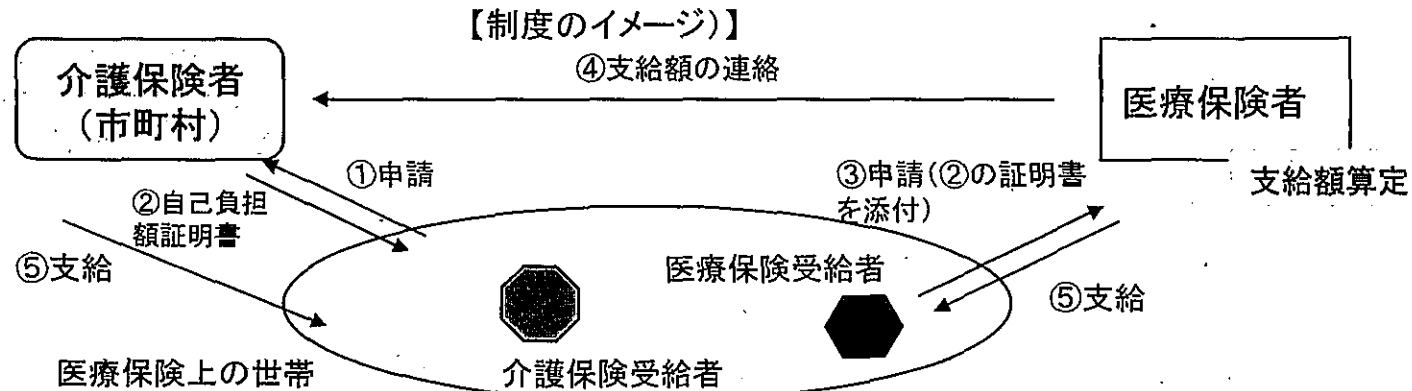
自己負担限度額は月額1万円（※）。限度額を超える分は高額療養費が現物給付で支給される。

※ 慢性腎不全のうち70歳未満の上位所得者については2万円

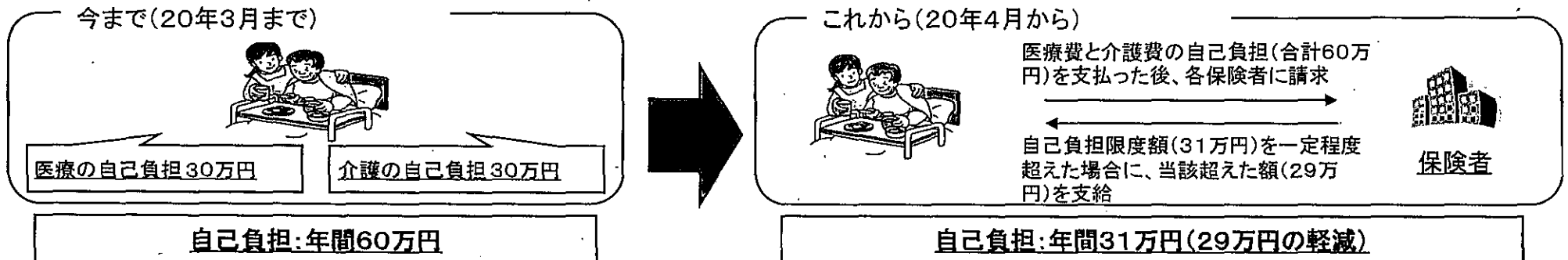
高額介護合算療養費の概要

○ 1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み。

- ①支給要件 医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、限度額及び支給基準額(500円)の合計額を超えた場合に、当該自己負担額を合算した額から限度額を控除した額を支給する。
- ②限度額 年額56万円を基本とし、被保険者の所得・年齢に応じてきめ細かく設定。
- ③費用負担 医療保険者、介護保険者の双方が自己負担額の比率に応じて負担し合う。



○ 夫婦とも75歳以上(住民税非課税)で、夫が医療サービス、妻が介護サービスを受けている世帯の場合
 (医療サービス)病院に入院 (介護サービス)特別養護老人ホームに入所
 (年金収入)夫婦で年間211万円以下(住民税非課税)



高額介護合算療養費の自己負担限度額について

○ 年額56万円(高齢者医療と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえて設定)を基本とし、被保険者等の所得・年齢に応じてきめ細かく設定している。

		後期高齢者医療制度 + 介護保険	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳～74歳がいる世帯(※1))	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳未満がいる世帯(※2))
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円	67万円	126万円
一 般		<u>56万円</u>	62万円 →56万円(※3)	67万円
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	34万円
	Ⅰ	19万円	19万円	

※1・2 対象となる世帯に、70～74歳の方と70歳未満の方が混在する場合には、

①70～74歳の方に係る自己負担の合算額に、(※1)の区分の自己負担限度額を適用した後、

②なお残る負担額と、70歳未満の方に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※2)の区分の自己負担限度額を適用する。

※3 70～74歳の患者負担割合の見直し(1割→2割)の凍結を踏まえ、限度額についても75歳以上の方と同等に設定

高額医療費貸付制度について

1. 貸付制度の概要

- 高額療養費の支給手続きでは、現在、保険者がレセプトにより被保険者の窓口負担額を確認した上で支給の決定を行っている。現行のレセプトの請求・審査の事務処理では、診療月の翌月初旬に医療機関が審査支払機関にレセプトを送付し、診療月の翌々月初旬にレセプトが保険者に到達するため、高額療養費も診療月の翌々月以降に支給される。
- 保険者は、被保険者の負担軽減の観点から、高額療養費が支給されるまでの間の当座の窓口負担に充てるため、その資金を貸し付ける「高額医療費貸付制度」を保健事業として実施することができる。（健康保険法第150条第2項、国民健康保険法第82条第2項、高齢者の医療の確保に関する法律第125条第2項）

2. 貸付の流れ（協会けんぽの場合）

- 貸付申込者は、協会けんぽに対し、高額療養費の請求と併せて貸付を申し込む。
- 協会けんぽは、高額療養費の支給見込み額から貸付額（見込額の8割相当額）を決定し、貸し付ける（貸付金は無利子）。不相当と認めたときは、申込書類を返戻する。
- 協会けんぽは高額療養費の支給額を決定し、当該支給額が貸付額を上回るときは、その差額を本人に支給する。貸付額に満たないときは、差額を本人に請求する。

3. 実績

協会けんぽ	17,508件、17億1242万円（平成21年度）
健保組合	6億2010万円（平成19年度）
市町村国保	121,142件、164億5992万円（平成19年度）

高額療養費の所得区分別の加入者数

[70歳未満]

※一定の仮定を置いた粗い推計

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上、旧た だし書き所得600万円以上)	約300万人 (8.6%)	約780万人 (25.9%)	約170万人 (5.6%)
一般	約3,130万人 (90.9%)	約2,240万人 (74.0%)	約2,010万人 (65.1%)
低所得者 (市町村民税非課税)	約10万人 (0.4%)	約2万人 (0.1%)	約900万人 (29.3%)
計	約3,440万人 (100.0%)	約3,020万人 (100.0%)	約3,090万人 (100.0%)

[70歳以上]

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	後期高齢者
現役並み所得者	約9万人 (15.0%)	約4万人 (14.6%)	約40万人 (8.5%)	約110万人 (8.2%)
一般	約50万人 (78.0%)	約20万人 (84.4%)	約300万人 (56.2%)	約740万人 (56.1%)
低所得者Ⅱ	約4万人 (7.0%)	約0.3万人 (1.0%)	約120万人 (21.9%)	約240万人 (18.3%)
低所得者Ⅰ			約70万人 (13.3%)	約230万人 (17.4%)
計	約60万人 (100.0%)	約30万人 (100.0%)	約530万人 (100.0%)	約1320万人 (100.0%)

(※1) 協会けんぽと健保組合は、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と仮定して推計。

また、70歳以上の低所得者の人数は、70歳以上の低所得被保険者数に低所得者の扶養率を乗じて推計。

(※2) 市町村国保は、所得不詳の人数を除いた所得区分の割合から推計。

(※3) 各制度の人数は、平成20年度平均(保険局調べ)。ただし、後期高齢者については4月から翌年2月の平均である。

高額療養費の支給実績（平成19年度）

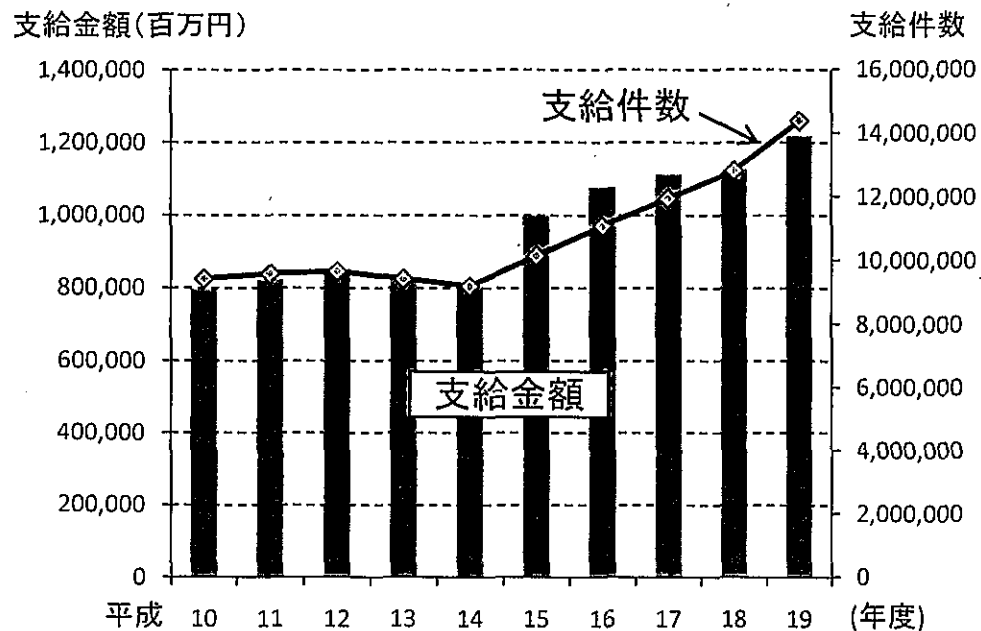
	支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険	約1438万件	約1兆2177億円	84,657円
政府管掌	約240万件	2704億円	112,462円
健保組合	約158万件	1693億円	106,986円
共済	約52万件	519億円	99,757円
国保	約987万件	7248億円	73,465円
老人保健	約2327万件	約4056億円	17,433円
計	約3765万件	約1兆6234億円	43,115円

	支給件数	支給額	1件当たり支給額
現金給付	約2625万件 (69.7%)	約9142億円 (56.3%)	34,827円
現物給付	約1140万件 (30.3%)	約7092億円 (43.7%)	62,198円
計	約3765万件 (100%)	約1兆6234億円 (100%)	43,115円

(注) 国保の現物給付は「高額長期疾病（特定疾病）」分のみを計上している。

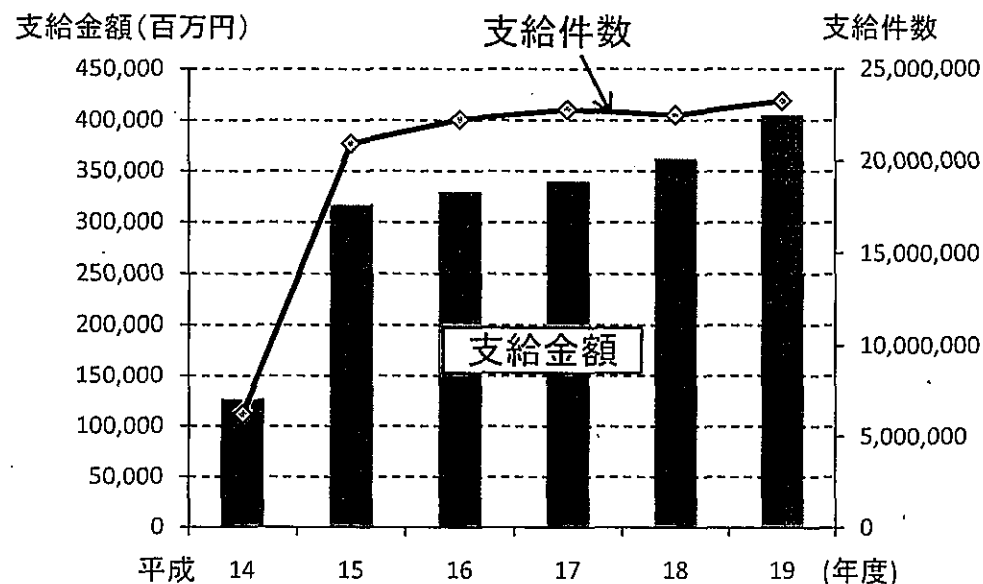
高額療養費の支給実績（年度別）

【医療保険計】



	支給件数	支給金額(百万円)	1件当たり金額(円)
平成10年度	9,429,564	796,619	84,481
11	9,577,230	822,891	85,922
12	9,660,817	850,720	88,059
13	9,426,045	831,169	88,178
14	9,197,745	806,471	87,681
15	10,140,044	998,539	98,475
16	11,073,989	1,077,485	97,299
17	11,951,357	1,112,509	93,086
18	12,831,370	1,127,518	87,872
19	14,384,223	1,217,725	84,657

【旧老人保健制度】



	支給件数	支給金額(百万円)	1件当たり金額(円)
平成14年度	6,198,269	127,041	20,496
15	20,932,092	317,067	15,147
16	22,243,599	329,903	14,831
17	22,776,326	340,531	14,951
18	22,492,330	363,012	16,139
19	23,267,158	405,626	17,433

実効給付率の推移

(単位: %)

	高額療養費 自己負担 限度額	政管一般			組合健保			国保 市町村	老健	
		被保険者 (70歳未満)	被扶養者 (70歳未満)	計	被保険者 (70歳未満)	被扶養者 (70歳未満)	計			
48年度	48. 10～	30,000円	98.6	60.7	84.7	98.4	76.1	87.3	70.7	—
49年度			98.9	71.9	88.2	98.7	80.5	89.2	72.3	—
50年度			99.1	73.0	88.3	98.9	81.3	89.5	74.5	—
51年度	51. 8～	39,000円	99.2	73.3	88.2	99.1	81.0	89.2	75.0	—
52年度			99.0	73.5	88.0	98.8	80.6	88.8	75.0	—
53年度			98.2	74.4	87.7	97.9	81.0	88.5	76.0	—
54年度			98.3	74.9	87.8	98.0	81.1	88.6	76.5	—
55年度			98.3	75.5	88.1	98.1	81.6	89.0	77.1	—
56年度	56. 3～	低 15,000円	97.8	76.8	88.2	97.4	81.8	88.8	77.5	—
57年度	57. 9～	45,000円	97.9	76.8	88.5	97.5	81.3	88.7	78.2	—
58年度	58. 1～	51,000円	97.9	75.3	89.4	97.6	81.4	89.8	76.3	98.4
59年度	59. 10～	低 30,000円	94.4	75.4	86.9	94.5	81.2	87.9	76.7	98.4
60年度			90.3	75.8	84.3	91.4	80.2	85.8	77.9	98.5
61年度	61. 5～	54,000円	90.3	75.9	84.3	91.5	80.1	85.8	78.2	98.2
62年度			90.3	75.9	84.2	91.6	80.2	85.9	78.5	96.5
63年度			90.4	75.8	84.2	91.6	80.4	86.0	78.6	96.6
元年度	元. 6～		90.3	75.8	84.2	91.5	80.1	85.9	78.5	96.7
2年度	57,000円	低 31,800円	90.4	75.9	84.3	91.6	80.2	86.1	78.7	96.7
3年度	3. 5～		90.4	75.8	84.4	91.6	80.2	86.2	78.6	96.7
4年度	60,000円	低 33,600円	90.5	76.1	84.6	91.8	80.6	86.6	79.1	96.1
5年度	5. 5～		90.5	76.3	84.8	91.9	80.9	86.8	79.3	95.8
6年度	63,000円	低 35,400円	90.3	76.0	84.5	91.3	80.1	86.1	79.1	95.4
7年度			90.2	76.1	84.6	91.0	79.5	85.7	78.8	94.8
8年度	8. 6～	63,600円	90.3	76.0	84.5	91.3	79.1	85.6	78.5	94.8
9年度			84.7	75.5	81.0	86.5	77.6	82.3	77.9	93.8
10年度			81.2	75.2	78.8	83.5	76.4	80.2	77.6	92.8
11年度	13. 1～	一般:63,600円+1%	81.3	75.2	78.8	83.3	76.1	79.9	77.7	92.7
12年度		上位所得者:121,800円+1%	81.3	75.3	78.9	83.1	76.0	79.7	77.9	92.4
13年度		低所得者:35,400円	81.2	75.1	78.7	83.0	75.6	79.5	77.6	92.0
14年度	15. 4～	一般:72,300円+1%	81.1	75.3	78.7	82.7	75.8	79.5	77.7	91.3
15年度		上位所得者:139,800円+1%	74.0	75.1	75.0	75.9	75.9	76.4	79.0	91.1
16年度		低所得者:35,400円	74.3	75.4	75.6	76.1	76.0	76.7	79.7	91.3
17年度	18. 10～	一般:80,100円+1%	74.4	75.5	75.9	76.0	75.9	76.7	80.2	91.5
18年度		上位所得者:150,000円+1%	74.4	75.5	76.1	75.9	76.0	76.8	80.7	91.3
19年度		「1%」は一定限度額を超えた医療費の1%	75.1	76.0	76.7	76.3	76.2	77.2	81.3	91.1

(注1)老人保健法施行前は70歳以上の加入者を含む。

(注2)国保市町村の59年度以降は、一般被保険者のみについでの数値である。

(注3)老健は、3-2ベースの数値である。

医療保険制度の患者一部負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～	平成9年9月～	平成13年1月～	平成14年10月～	平成15年4月～	平成18年10月～	平成20年4月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制 度（老人福祉法）		老人保健制度						75歳以上	後期高齢者 医療制度
				なし		入院 300 円/日 外来 400 円/月	→ 1000 円/日 → 500 円/日 (月4回まで) + 薬剤一部負担	定率 1 割負担 (月額上限付き) * 診療所は定額制 を選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率 1 割負担 (現役並み所得者 2 割)		定率 1 割負担 (現役並み所得者 3 割)
国保	3 割	老人		なし		老人保健制度		定率 1 割負担 (現役並み所得者 2 割)		70～74歳	2 割負担 (現役並み所 得者 3 割)
被用者本人	定額負担										
被用者家族		国保	3 割 高額療養費創設 (S48～)	入院 3 割 外来 3 割 + 薬剤一部負担		3 割 薬剤一部負担の廃止		3 割		70歳未満	3 割 (義務教育就 学前 2 割負 担)
		被用者本人	定額 → 1 割 (S59～) 高額療養費創設	入院 2 割 外来 2 割 + 薬剤一部負担							
		被用者家族	3 割 (S48～) → 入院 2 割 (S56～) 高額療養費創設 外来 3 割 (S48～)	入院 2 割 外来 3 割 + 薬剤一部負担							

- (注) ・ 1994(平成6)年10月から入院時食事療養費制度創設、2006(平成18)年10月から入院時生活療養費制度創設
 ・ 2002(平成14)年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、2008(平成20)年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大
 ・ 2008(平成20)年4月からの70歳～74歳の高齢者の患者負担の見直し等について、三年間凍結等

高額療養費制度の主な改正経緯（健康保険法関係）

○ 高額療養費制度は、昭和48年の制度創設以来、数次の改正の中で、低所得者の所得区分の設定、世帯合算方式や多数該当世帯の負担軽減、入院時の現物給付化などの見直しを行ってきた。

制度改正(施行年月)	高額療養費制度の改正内容	その他の主な制度改正
昭和48年10月	<ul style="list-style-type: none"> 医療の高度化により高額の自己負担を必要とする場合が少なくないことを踏まえ、被扶養者について高額療養費制度を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被扶養者の自己負担の引下げ(5割→3割)
昭和56年3月	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の低所得者について高額療養費を創設 被扶養者について低所得者の所得区分を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被扶養者の自己負担の引下げ(入院3割→2割) 本人一部負担金(定額)の引上げ
昭和59年10月	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の低所得者以外にも高額療養費を創設 世帯合算方式の創設 ※合算対象基準額(一般3万円、低所得者2万1千円) 多数該当世帯の負担軽減を創設 高額長期疾病の特例(血友病、慢性腎不全)を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の定率負担(1割)の導入 退職者医療制度の創設
平成8年6月	<ul style="list-style-type: none"> 高額長期疾病の特例の対象に後天性免疫不全症候群を追加 	
平成13年1月	<ul style="list-style-type: none"> 高所得者の実質的な負担率が低下していたことを踏まえ、上位所得者の区分を創設 一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算 	<ul style="list-style-type: none"> 一般保険料と介護保険料を合算した率に適用されていた保険料率の上限を、一般保険料率のみに適用する改正
平成14年10月	<ul style="list-style-type: none"> 70歳以上について入院時の高額療養費の現物給付化 平均標準報酬月額に対する自己負担限度額の水準の引上げ(22%→25%) 一般・上位所得者の合算対象基準額の引下げ(3万円→2万1千円) 	<ul style="list-style-type: none"> 保険料の総報酬制(ボーナスに標準報酬月額と同一の保険料率を賦課)を導入(平成15年4月施行) 被保険者本人の3割負担の導入(平成15年4月施行)
平成19年4月	<ul style="list-style-type: none"> 70歳未満について入院時の高額療養費の現物給付化 	<ul style="list-style-type: none"> 現役並み所得のある高齢者の自己負担の引上げ(2割→3割)

※ 上記の改正のほか、平均的な給与の伸び、可処分所得の伸びを勘案して、自己負担限度額の引上げを行ってきた。

高額療養費の現行の自己負担限度額の考え方

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額(1月当たり)		所得区分要件・限度額設定の考え方
		外来(個人ごと)		
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額53万円以上※① [国保] 世帯の被保険者全員の年間所得(基礎控除後)の合計額が600万円以上※②	150,000円※③+ (医療費-500,000)×1% 〈多数該当 83,400円〉※④		①平成15年家計調査の勤労者世帯の世帯収入5分位の第1分位の定期収入526,939円に相当 ②標準報酬月額53万円に対応する旧ただし書き所得 ③標準報酬月額53万円に対応する総報酬月額60万円の25% ④年間最大負担額(当初3カ月+多数該当9カ月)が総報酬月額60万円の2カ月分程度となるよう設定
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円※⑤+ (医療費-267,000円)×1% 〈多数該当 44,400円〉※⑥		⑤平成16年度の政管平均標準報酬月額283,208円に対応する総報酬月額(約32万円)の25% ⑥年間最大負担額(当初3カ月+多数該当9カ月)が総報酬月額32万円の2カ月分程度となるよう設定
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円※⑦ 〈多数該当 24,600円〉※⑦		⑦昭和59年改正で低所得者の負担限度額が健保15,000円、国保39,000円であったものを制度間での格差を是正して30,000円(多数該当21,000円)とした。その後、給与伸び率、可処分所得伸び率、消費者物価指数伸び率を勘案し、一般の自己負担限度額の引上げと平仄をとって、平成元年・3年・5年に引き上げたが、5年以降は据え置き。

[70歳以上]

	要件	自己負担限度額(1月当たり)		所得区分要件・限度額設定の考え方
		外来(個人ごと)		
現役並み所得者	[後期・国保] 課税所得145万円以上 [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上	44,400円※⑧	80,100円※⑨+ (医療費-267,000円)×1% 〈多数該当44,400円〉※⑩	⑧70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて設定 ⑨70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせて設定
一般	現役並み所得者、低所得者 I・IIに該当しない者	12,000円※⑩	44,400円※⑩	⑩平成14年10月の1割負担導入時以降、据え置き
低所得者	II	8,000円※⑪	24,600円※⑪	⑪70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合わせて設定
	I		15,000円※⑪	

注1 標準報酬月額：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。
注2 旧ただし書き所得：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除(33万円)をさらに差し引いたもの。

平均的な月収に対する自己負担限度額の水準について

- 高額療養費の自己負担限度額は、昭和48年の制度創設時は、平均的な月給（旧政管健保の平均標準報酬月額）の50%程度となるよう3万円で設定された。
- その後、所得水準が上昇する中で、それに見合って限度額が引き上げられてこなかったことから、平成13年には平均的な月給の22%程度まで低下したため、平成14年の改正では25%程度まで引き上げた。

改定年度	自己負担限度額 (A)	改定検討時の標準報酬月 額の平均値 (B) ※	割合 (A/B)	備考
昭和48年	30,000円	59,241円	51%	平均標準報酬月額の約50%
昭和51年	39,000円	105,832円	37%	昭和48年の考え方に沿った場合、急激な負担増となるため37%相当に設定
昭和59年	51,000円	189,548円	27%	給与伸び率、可処分所得の伸び率に照らして限度額をスライド
昭和61年	54,000円	207,362円	26%	
平成元年	57,000円	224,360円	25%	
平成3年	60,000円	244,616円	24%	
平成5年	63,000円	270,214円	23%	
平成8年	63,600円	289,694円	22%	
平成12年	63,600円+1%	290,701円	22%	医療を受けた者と受けていない者の負担の公平を図る等の観点から医療費の1%の自己負担を導入
平成14年	72,300円+1%	289,700円	25%	標準報酬月額の25%に引上げ
平成18年	80,100円+1%	総報酬約32万円※	25%	総報酬月額の25%に設定

※平成18年の改定からボーナスを含めた総報酬に対する割合で設定。

高額療養費制度に関する改善の要望

(平成22年通常国会での質問・要望等があったもの(順不同))

- 70歳未満者の「一般区分」のうち、所得の低い層の自己負担上限額の引き下げ
- 世帯合算の合算対象基準額(現行70歳未満は21000円以上のレセプトが合算の対象)の引下げ、レセプト単位(医科・歯科・入院・外来別)で合算対象基準額を設定する取扱いの見直し
- 歴月をまたがる場合の月単位での高額療養費の支給
- 外来における高額療養費の現物給付化
- 高額療養費の自動支払化など支給申請の簡素化
- 高額長期疾病(自己負担1万円)の対象となっていないものの高額長期疾病への追加

(参考) 総理所信の代表質問における菅総理大臣答弁

「高額療養費制度については、患者負担に一定の歯止めをかけているが、患者負担の現状や医療保険財政への影響等を勘案しつつ、その在り方を検討」(平成22年6月14日)

自己負担の軽減について要望がある疾病の例

疾病名	主な病状等	治療法等	1月当たり総医療費(※)	患者数
慢性骨髄性白血病 (CML)	病態の段階として慢性期・移行期・急性転化期の3段階がある。慢性期ではほとんど無症状であるが、軽度の疲労感や満腹感が伴う程度であるが、移行期では白血球数のコントロールが困難となり、貧血傾向、発熱等が現れることがある。その後、急性転化期に至ると、急性白血病と同様の症状となり、治療が困難となる。治療は慢性期から移行期への移行を防ぐための治療を慢性期において行うのが中心であり、その場合に用いられるのがグリベックの投薬を継続する手法である。	グリベック、タシグナ、スプリセルの投与（慢性期） ※なお、移行期までであれば骨髄移植、急性転化期であれば、急性白血病の治療	(慢性期の場合) グリベック：約33万円 タシグナ：約55万円 スプリセル：約55万円 ※高額療養費の支給対象となるが、治療が続くため月々の負担が重い	約1万2千人（平成20年患者調査）
消化管間質腫瘍 (GIST)	粘膜下腫瘍の一種で消化管壁に腫瘍が生じる。症状が現れにくいいため、腫瘍が大きくなるまで発見されにくい。自覚症状としては、下血、腹痛、腹部のしこりなど。切除することが基本であるが、切除困難な場合にはグリベックやスーテントによる投薬治療となる。なお、グリベック等による投薬治療により、腫瘍の増殖は抑えられるものの、腫瘍が完全に消失することは少ない。	グリベック、スーテントの投与	グリベック：約33万円 スーテント：約48～96万円 ※高額療養費の支給対象となるが、治療が続くため月々の負担が重い	不明
関節リウマチ	破壊性非化膿性関節炎を主病変とし、関節の破壊、変形を来し、自己免疫疾患の一つとされる。進行性、全身性の炎症性疾患であり、全身倦怠感や微熱等、多彩な全身症状を呈する。合併症として間質性肺炎、心膜炎等が起こることがある。関節破壊が進行すれば、痛み・変形のため日常生活動作が不自由になる。	レミケード等の生物学的製剤の投与	約18万円（体重60kgの場合。2か月に1回投与） ※年齢・所得区分によっては高額療養費の支給水準にまで窓口負担が達しない	約33万6千人（平成20年患者調査）
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	気管支に慢性的な炎症を起こし、肺が次第に壊れていくため、呼吸困難となる病気。	抗コリン薬吸入、在宅酸素療法など	在宅酸素療法の場合、約10万円	約22.4万人（平成20年患者調査）

(※) 「1月当たり総医療費」は、医療用医薬品添付文書の用法・用量において患者の体重を60kgと仮定して推計したもの。

(参考) 保険局保険課作成

医療保険財政の状況について

(単位:億円)

		平成19年度	20年度	21年度	22年度	備考
国民健康保険	収入	131,168	127,166			<ul style="list-style-type: none"> ・介護納付金等に係る費用を含む。 ・平成21年度までとなっていた以下の国保財政基盤強化策を平成25年度まで4年間延長 <ul style="list-style-type: none"> i 高額医療費共同事業(780億円) ii 保険者支援制度(760億円) iii 財政安定化支援事業(1,000億円) (数字は22年度予算ベースの公費負担額)
	支出	130,746	126,451			
	収支差	422	715			
	一般会計繰入(赤字補填分)を加味した収支差	▲ 3,620	▲ 2,383			
旧政管健保 (協会けんぽ)	収入	71,052	71,357	69,900	77,100	<ul style="list-style-type: none"> ・平成21年度末積立金残高(累積赤字)は、▲4500億円。 ・平成22年度から3年間の財政再建期間において、以下の特例措置を実施 <ul style="list-style-type: none"> i 保険料率の引上げ(8.2%→9.34%(H22)) ii 国庫補助率の引上げ(13%→16.4%) iii 累積赤字の3年間の分割償還
	支出	72,442	73,647	75,900	75,600	
	収支差	▲ 1,390	▲ 2,290	▲ 6,000	1,500	
組合健保	収入	62,003	63,717	62,966	61,581	<ul style="list-style-type: none"> ・平成21年度は予算ベース。 ・平成22年度は予算早期集計ベース。
	支出	61,403	66,778	69,173	68,186	
	収支差	600	▲ 3,061	▲ 6,207	▲ 6,605	
後期高齢者 医療	収入		98,517			<ul style="list-style-type: none"> ・翌年度に精算される国庫支出金等(▲1,599億円)の精算後の収支差は1,408億円。 ・後期高齢者医療制度は、2年間の財政運営期間を通じて財政均衡を保つこととされており、初年度は剰余が発生する仕組みとなっている。
	支出		95,510			
	収支差		3,007			