



厚生労働省

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

高額療養費制度について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

高額療養費制度の在り方に関する専門委員会について

概要

- 高額療養費制度については、秋までに改めて検討を行い方針を決定することとされているところ。
- 社会保障審議会医療保険部会の下に、患者団体や保険者、労使団体を代表する委員等から構成される「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」を設置。
- 本専門委員会において、患者団体・保険者等からのヒアリングを丁寧を実施した上で、それらを踏まえて、具体的な高額療養費制度の在り方に関して集中的に議論を行う。

開催日

- 第1回 2025年5月26日（意見交換）
- 第2回 2025年6月30日（患者団体等ヒアリング）
- 第3回 2025年8月28日（保険者及び医療関係者・学識経験者ヒアリング）
- 第4回 2025年9月16日（高額療養費制度について）

ヒアリング先

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

委員

◎：委員長（五十音順、敬称略）

天野 慎介	全国がん患者団体連合会理事長
井上 隆	日本経済団体連合会専務理事
大黒 宏司	日本難病・疾病団体協議会代表理事
菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
北川 博康	全国健康保険協会理事長
城守 国斗	日本医師会常任理事
佐野 雅宏	健康保険組合連合会会長代理
島 弘志	日本病院会副会長
袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
◎田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
原 勝則	国民健康保険中央会理事長
村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長
山内 清行	日本商工会議所企画調査部長

これまでの専門委員会における主な御意見を踏まえた 今後の議論（案）

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

- 「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」のこれまでの議論において、高額療養費制度は、セーフティネット機能として患者にとってなくてはならない制度であり、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性について認識の一致が見られた。
- こうした共通認識の下で、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、（この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という点も共通していた。
- その上で、これまでの議論を踏まえると、高額療養費制度の在り方の検討にあたっては、例えば、以下の諸点について更に議論を深める必要があるのではないかと考える。
- ・ 現行制度においても、患者によっては医療費負担が極めて厳しい状況にあるという意見があった一方で、医療費が増大する中において、制度を将来にわたって維持し、かつ、現役世代の保険料負担への配慮の必要性なども踏まえると、低所得者の方や長期にわたり継続して治療を受けている患者の負担に配慮しつつ、負担額の一定の見直しは必要ではないかといった意見もあった。また、高額療養費制度における応能負担の在り方についてどう考えるか、更には、制度を見直す際は、仮のモデルを設定した負担のイメージやデータを踏まえる必要があるという意見もあった。これらを踏まえ、高額療養費制度における給付と負担の在り方についてどのように考えるか。
- ・ 仮に自己負担限度額を引き上げるとした場合、限度額に到達せず、多数回該当に該当しなくなり、負担が急激に増加する事例が発生する可能性がある、また、長期にわたり継続して治療を受ける患者の経済的負担に配慮し、例えば、患者負担に年間上限を設けてはどうかという意見もあった。これらを踏まえ、高額療養費制度を見直す場合に留意すべき点として、どのような制度的配慮が必要か。
- ・ 現行の高額療養費制度においても、例えば、加入する保険者が変わった場合に多数回該当のカウントが引き継がれない、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ため、制度を意識する機会が少ない、また、コスト意識という面での課題を指摘する意見もあった。これらを踏まえ、現行制度における課題への対応として、運用面を含めどのような対応が考えられるか。

第4回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会における主なご意見①

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

高額療養費制度と医療保険制度改革全体との関係について

- 高額療養費制度について、人口構造の変化や医療費の高騰等の状況を踏まえると、現行制度のままで維持することが難しいことは確かであり、一定の見直しは必要ではないか。そして、現役世代の負担軽減が不可欠な状況においては、高額療養費制度だけではなく、医療保険制度全体の中で見直しを行っていくということは共通認識になっているのではないか。その上で、医療費の適正化や、給付と負担のバランス、公費・保険料・自己負担といった財源のバランス等について検討するとともに、費用の見える化も含めたコスト意識の面の検討も含め、国民にとって納得感がある形で検討を進めていくべき。
- 医療保険財源が厳しく、現役世代の保険料負担が限界にきているという点を踏まえれば、高額療養費制度の議論を進めるに当たっても、医療保険財源を含めた制度全体の議論を踏まえた上で、検討を進めていく必要がある。全体での議論となると、やはり医療保険部会での議論が必要になってくるのではないか。
- 高額な薬剤の給付の在り方や医療費の適正化などは、この専門委員会の所掌を超えた議論であるため、医療保険部会をはじめ、関係審議会等で議論も行っていくことが必要。その際には、この専門委員会の役割分担の整理も必要。
- 医療の高度化に伴う負担と給付をめぐる問題について、中期的なスパンで議論できる場を設けてもいいのではないか。
- 高額療養費制度だけではなく、他の改革項目も含めて全体感を持って議論していくことは重要。その際は、納得感やコスト意識といったものを高めなければ議論は進んでいかないと思うため、費用の見える化や科学的根拠等の提示など国民にご理解いただく取組が重要。
- 別の場において医療保険制度全体の議論を行う際は、その議論の状況をこの専門委員会にもフィードバックしてもらいたい。
- 持続可能な医療保険制度に向けて、高齢者中心の社会保障から全世代型社会保障へ再構築することが必要であり、高額療養費制度を含めて、年齢で区切っている今の制度の在り方を見直していくべき。
- 各委員から指摘されているが、高額療養費制度も含めて医療保険制度全体で議論すべき。その際には、国民全体で意見交換、議論ができるような情報提供や費用の見える化といったものと合わせて議論を深めるべき。
- 高額療養費制度について考える際は、もう少し多角的、多方面からの検討を加える必要があり、制度全体の持続可能性について議論をする場合は議論の場を変える必要が出てくるかと思う。

第4回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会における主なご意見②

高額療養費制度の見直しについて

(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。)

- 高額療養費制度における給付と負担の在り方については、患者の方、特に長期にわたり継続して治療を受けている方の負担が過重なものとならないよう配慮する一方で、負担能力に応じたきめ細かい制度設計、例えば所得区分の細分化、また、年齢ではなく能力に応じた全世代の支え合い、例えば、外来特例の精査といった観点での見直しが必要ではないか。
- 高額療養費制度を全く見直さないというのは、医療の高度化を前提とした今の状況を踏まえると難しいのではないかと。特に低所得者の方など負担能力が厳しい方の存在をしっかりと受け止めた上で見直しの議論を進めなければならないが、全世代型社会保障の中でも負担能力別負担ということをやっており、その方向性は一定の範囲で尊重すべき。
- 今後の高齢化の進展や医療の高度化の中で、制度自体を維持可能なものにしていくためには、高額療養費制度について何かしらの見直しが必要ではないか。
- 高額療養費の自己負担限度額引上げは時期が悪いのではないかと。今、日本の経済状況は非常に厳しく、エンゲル係数も非常に高い。制度改革は待ったなしということは理解するが、物価高のときに自己負担限度額を引き上げることは難しいのではないかと。
- 高額療養費制度の見直しに当たっては、セーフティネット機能としての役割を維持するという観点と医療保険制度の持続可能性の堅持という観点のバランスをどのようにとることが重要。また、長期にわたって治療を要する方々の負担に十分に配慮することが必要。
- 高額療養費制度の見直し案を作成する際は、できるだけ分かりやすい制度にすることが必要ではないか。
- 高額療養費制度を見直すに当たっては、各所得区分における家計の影響を分析した上で必要な医療へのアクセスが阻害されないよう、特に長期に継続的な治療が必要な患者への配慮が必要。また、年齢区分を廃止し、外来特例については支給範囲の縮小に向けた検討が必要。加えて、保険料を応能負担している中で、給付においても応能負担をこれ以上強めることについては、制度への納得性を損なうとともに、高所得者層だけではなく中間所得層の負担が強まるため問題ではないか。
- 低所得の方々などに対しては特段の配慮が必要という点は共通認識になっているため、こうした共通認識の下、年間の上限の設定等といった考え方も含めて、基本的な見直しの考え方を事務局から示していただきたい。また、国民の納得感を得ながら見直しを行うことが必要になるため、国民が理解しやすい説明をしっかりといただきたい。
- 海外との比較について、比較的日本に近い制度を持っている欧州を例に挙げれば、ドイツは自己負担の上限額は世帯年収の2%程度であり、フランスは抗がん剤等の代替性のない高額医薬品については自己負担がない。医療のアクセスや質といったものを考慮せずに、自己負担だけに関して言えば、日本が海外より突出して低いというわけではない。
- 諸外国と比較する際は、医療提供体制におけるアクセスの問題などの状況も加味して比較する必要があると、給付だけに注目して議論することは適当ではないのではないかと。

参考資料

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

患者のおかれている状況について

- 薬剤費は非常に高額であり、治療を続けないと命に関わることから、高額療養費制度が生きることと直結している。現行制度においても、所得や家族構成によって日常生活が大きく制限されており、生活が限界にあるという患者・家族もいる。
- 慢性骨髄性白血病の治療は、高額な分子標的薬を生涯にわたり服薬することが前提となっており、25年近く治療を続けている方もいる。
- 症状の重い患者にとって、近年登場した生物学的製剤等の新薬は効果が高く、副作用も比較的少ないことから、生活の質が大きく改善し、社会活動への参画や安定した就労につながっている。しかし、薬代が高額で、家計の負担が大きく、いつまでこの治療を続けられるのかという不安と共存しながら治療を続けている。

高額療養費制度の在り方について

(現行制度に対する認識)

- 高額療養費は重要なセーフティネットであり、制度の維持を強く望む。他方で、現行制度でも、長期療養者にとっては十分な役割が果たされていないのではないかと。
- 高額療養費制度は、50年以上にわたり日本人にとって当たり前の制度となっており、なくてはならない制度。他方で、諸外国と比べても、このような恵まれている制度を擁している国はほとんどなく、その点を今一度自覚することが必要。
- 以前は、一旦自己負担分(3割分)を支払った上で、その後に償還される制度であったため、どの程度の医療費を支払っているか患者自身も自覚していたが、現物給付化されたことによって、患者の利便性は増したものの、自身が使っている医療費を意識することが少なくなっていると感じる。
- 保険者が変わった場合に、多数回該当が継続されない点は課題。
- かねてより、高額療養費制度の多数回該当44,400円の対象となる年収幅(※)が広い点に問題意識を感じており、見直しを要望してきた。

(※) 住民税非課税を上回る水準～年収約770万円が該当(事務局補足)

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

高額療養費制度の在り方について

(制度の見直しについて)

- 高額療養費制度の見直しは、長期療養者の命・生活・人生に直結する課題である点を認識すべき。自己負担の引き上げによる治療中断が増加することを懸念している。
- 自己負担限度額の引上げは、家計への影響を考慮し、現在の治療継続が可能となるようにすべき。
アトピー性皮膚炎やぜんそくは、日常生活や社会生活上の負担が大きいので、それに加えて経済的負担が増えると、患者を更に追い詰めることとなる。
- 自己負担限度額の引上げによって、多数回該当にぎりぎり届かない事例を増加させるおそれがある。
- 「所得と年齢を考慮した負担能力に応じたきめ細かい制度設計」という場合、「治療期間（長期間の負担）」という点が十分に考慮されていないのではないか。
- 制度の見直しを行う場合、高額療養費制度を長期にわたって利用する患者や家族の声を踏まえるべき。
- 高齢化が進み、高額なレセプトが増える中で、財源がいつまで持つのか。自己負担限度額の引き上げによって困る方がいるのは承知してるが、引上げを先延ばしにした結果、突然ハシゴが外されると、困る患者がもっと増える。そのような事態は避けなければならない。
- 若いうちから長期にわたって高額な治療が必要な方には何らかの対応が必要であるが、そうでない方の負担額を増やすことは避けられないのではないか。制度を維持していくためには、医療を個人の視点だけではなく社会を視野に入れて考えていくことが不可欠ではないか。

(制度の運用・その他)

- 処方日数の上限に都道府県ごと・医療機関ごとに差があり、患者の負担額に差が生じている。
- 高額化している医薬品の効果検証も併せて行う必要があるのではないか。
- 保険者から「医療費の通知」は来るが、費用全体がどうなっているかを見えるような工夫をして欲しい。患者自身が医療費の自覚をしないことには、意識も変わらないと思う。

保険者及び医療従事者・学識経験者からのヒアリング における主なご意見①

令和7年9月16日

第4回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料1

第3回 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

保険者

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

保健事業との関係

- 健康保険組合の保健事業の中には、データに基づいた健康増進事業やジェネリック医薬品の活用、婦人科検診など、国の保健事業をリードしているものもあり、日本の健康寿命の延伸・医療費の抑制に貢献しているが、高齢化・医療費高騰を背景とした健保組合の財政悪化は大きな課題。
- 保険者は、保健事業等を通じ、加入者の生活の安定と福祉の向上を目指して医療保険の効率化を図り、給付内容と費用負担の適正化に努めており、保健事業の実施は保険者機能として最重要事項。現状の過度な支援金を含め、医療保険制度改革の先送りは保健事業財源を圧迫し、結果として医療保険制度の持続可能性を損なわせる。

高額療養費制度をはじめとした医療保険制度改革について

- 高額療養費は、現役世代にとっても重要なセーフティネットであるが、医療費が増大し、現役世代の保険料負担が限界にある中で、医療保険制度を維持していくためには、高額療養費制度を含めた幅広い項目について負担と給付の全体の見直しは避けられない。
- 高額療養費制度を維持していくために、どのように見直すことが長期にわたり継続して治療を受けられている方々の負担への影響を最小限に抑え、かつ、国民全体の納得感を得られるかについて、丁寧な議論を期待したい。
同時に、高額療養費制度にとどまらず、現役世代の保険料負担の抑制・軽減を図るための制度改革に早急に取り組み、また、現役世代に納得してもらうための説明に力を入れていただきたい。
- 高額療養費制度、医療保険制度は経済的な破綻を予防するためのセーフティネットとして重要な役割を担っている一方で、医療の高度化や高額薬剤の保険適用は、医療保険財政を圧迫している。今後、更なる医療の高度化が進む中で、高額化していく医療費の財政の在り方をどのように考えていくか、今一度検討すべき。
- 現役世代に偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底、給付と負担の見直しを図るなど、高額療養費制度に限らず、保険料負担の増加の抑制を図り、持続可能な医療保険制度にするための制度改革は喫緊の課題。
- 医療費を支える財源は、自己負担、保険料、公費の3つしかなく、高額療養費制度だけではなく、健康保険制度の中で自己負担・保険料・公費の在り方について検討いただき、医療保険制度を維持していくために、給付を受ける側と負担する側のバランスをどう取るかについて丁寧に議論してほしい。

保険者及び医療従事者・学識経験者からのヒアリング における主なご意見②

令和7年9月16日

第4回高額療養費制度の在り
方に関する専門委員会

資料1

第3回 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

医療従事者・学識経験者

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

日本の医療について

- 医療保険制度を「治療の公的負担をどれくらいにするか」「誰の治療を対象とするか」「どのような治療を対象とするか」という3軸で考えた場合、諸外国と比較して日本の医療保険制度は最も恵まれた制度になっているが、持続可能性という観点からは課題。海外には患者負担が0%の国もあるが、このような国では、使用できる治療薬の種類が極めて限定されている。一方で、日本の医療保険制度ではほとんどの薬が保険で利用できる。
- 2014年以降、薬効別の薬剤費では悪性腫瘍が1位となっており、当時年間7,400億円であった薬剤費が、現在では1兆円を超えるなど、非常に早いスピードで増加している。
- 日本は医療費抑制のため、薬価の引き下げを行ってきたが、マーケットの魅力が低下することによって、日本で薬を開発しない、薬が届かないという問題が起きている。「新しい薬は使いたい」と同時に「薬の価格を安くしたい」というのは難しいのではないか。
- 現行の高額療養費制度の課題として感じるのは、「医療費の算定や請求が「暦月単位」であること」「制度が複雑であり、患者負担額がどの程度になるのか全く分からないこと」「負担上限額が固定されているため、コストを意識せずに治療薬を決定しているケースがあること」などが挙げられる。
当事者意識を持たせるという観点からは、実際にいくら払っていて、保険からいくら償還されるという明細を示すとか、医療者自身がオーダーした検査や処方費用が見えるようにするなどが考えられるかもしれない。

高額療養費制度をはじめとした医療保険制度改革について

- 現行の医療保険制度は持続可能性という観点から課題があり、高額療養費制度をどのように維持しながら、新しい薬も含めて、よりよい治療を患者に提供できるようにするか、という点が今度の課題。
- これまで世代全体の自己負担割合の引上げは、医療費適正化に一定程度寄与し、患者の健康状況への影響は限定的であったことが研究結果で示されている。一方で、高額療養費の自己負担限度額引上げは、特定の患者層の受診抑制や治療中断という悪影響は否定できないのではないかと。また、低所得者層などへの配慮も必要。
- 医療費適正化の観点からは、費用対効果分析や低価値医療の利用の抑制といった対策も今後の検討課題となるのではないかと。⁹

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（現行）

70歳未満		負担割合	月単位の上限額（円）	
	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	3割（※1）	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <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		$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$ <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		$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>	
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
70歳以上			外来（個人ごと）	上限額（世帯ごと）
	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <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		$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$ <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		$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ <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（※5） { 年14.4万円（※6） }	57,600 <多数回該当：44,400>
	住民税非課税	75歳以上 1割（※4）	8,000	24,600
	住民税非課税 （所得が一定以下）			15,000

※1 義務教育就学前の者については2割。

※2 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。

※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※4 課税所得が28万円以上かつ年金収入＋その他の合計所得金額が200万円以上（複数世帯の場合は320万円以上）の者については2割。

※5 75歳以上の2割負担対象者について、施行後3年間、1月分の負担増加額は3000円以内となる。

※6 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。