

医療保険制度改革について

- 所得区分の細分化及び自己負担限度額の引き上げについて異論はない。機械的なモデル試算の結果において保険料軽減額が小さいのは高齢者で軽減額が大きいのは現役世代ということだったが、これは現役世代が高齢者医療に係る拠出金も含めて過重な負担を強いられていることの裏返し。**現役世代の負担軽減が喫緊の課題であると考えれば、高額療養費の見直しは不可欠。**
その上で2点申し上げたい。まず1点目として、一般区分及び上位所得者の区分の引き上げ幅については2つの視点から考える必要。**実効給付率が前回の高額療養費制度の見直しの議論を行った平成27年度から6年間で+0.62%伸びている。今後増加が予想されるため、この増加幅をカバーできるような水準にすべき。**現行の上位所得者の自己負担限度額の設定については、各区分の最低標準報酬月額に対応する総報酬月額の25%で設定されていると認識。特に年収370万円から770万円の方については、平成18年の改正当時の協会けんぽの平均的な所得額約32万円の25%相当である80,100円となっていると理解。そういう意味では、**今回の見直しでは、直近の賃上げ状況も踏まえて引き上げを実施すべき。**2点目は高齢者の外来特例について。外来特例のセーフティネットとしての役割は理解するが、やはり70歳以上の高齢者の方については二重、三重のセーフティネットになっているという感が否めない。そういう意味では、自己負担限度額の見直しに合わせて、**外来特例の廃止も含めた抜本的な見直しが必要ではないか。**具体的には、年間上限の廃止や、月額上限の8,000円、1万8,000円の引き上げなどのケースについて、**次回の医療保険部会までにぜひシミュレーション等を行って提示いただきたい。**
- 現役世代の負担軽減に向け、改革工程に基づいて着実に取組を進めていくことが重要であり、高額療養費の見直しを進めていくべき。**現役世代が保険料負担の軽減を実感できるよう、相当程度高い水準で自己負担限度額を引き上げていくことが重要。**また、**外来診療の状況も踏まえると、70歳以上の外来特例についても廃止の方向で検討すべきことは強調したい。**
- 今回の提案は健康な被保険者と事業主全体の保険料を軽減し、患者の負担に直接影響が及ぶというもの。一方で、病気やけがの治療で治療費が高額となることは誰にでも起こり得る。**現役世代の保険料負担の抑制は大変重要であるが、医療を受ける患者にとって急激な負担増とならないようにすること、また、負担が一部の階層の方に偏らないようバランスを取ること、そして、公平性も必要ではないか。**今後の議論に向けて、具体的なイメージができるよう、例えば高齢者で外来を中心とする治療行動の人はどうなるのか、現役世代で高額な医療を受けたらどうなるのかなど、**年収別の具体的な仮のモデルを設定して示すことを検討いただきたい。**

- 大きな費用のかかる治療を受けられた場合に、この制度のおかげで助かっている方が多くいると認識。高額療養費制度にお世話になることは、皆可能性としてあり得る。なので、**事前に自分の場合どれくらいの費用負担になるのかが分かれば、負担感への理解が生まれると考える**。仮に300万円の医療費がかかった場合でも、現行制度ではそう多額ではない費用負担で医療サービスを受けて退院ができるという形になっているので、ぜひこうしたことをより分かりやすく提示できるように、今後、**広報や資料等でも、皆保険において本当にこの高額療養費制度が大いに助かる制度であることを丁寧に説明することをお願いをしたい**。費用負担の一部を負担能力に応じて負担してみんなで支えようという今回の見直しの趣旨に対する理解にもつながっていくと思うので、ぜひお願いしたい。特に、退職後、人生を謳歌しようと張り切っているが、一方では病気にならないように気をつけなくてはいけないという高齢者に大切なこと。
- **高額療養費の在り方については、高額薬剤や医療技術の高度化等によって医療費が増大している中、セーフティネットとしての役割に留意しつつ、全世代型社会保障の実現に向けて、また、保険料負担の軽減を図る観点から、負担能力に応じた負担となるように見直していくべき**。その意味で、提示された試算モデルは非常に合理性のある考え方ではないか。ただ、今回の現行制度から**所得区分を細分化することについては、制度の変数を変えるのではなく枠組みを変更するような場合、システムへの影響が大きい**ため、**施行時期については保険者がシステム改修に必要な期間を確保できることにも配慮**いただきたい。
- **重要なことは、いかに現役世代の負担を軽減できるか**。保険者を通じて多くの支援金を拠出している現役世代が負担の軽減を実感できるよう、検討を進めていただきたい。
我が国の医療保険制度は素晴らしいが、**窓口負担以外の原資は保険料や公費であり、皆で支え合っているものだということ**を忘れてはならない。間違っても病気になっても病院に行けば比較的安い薬をもらえるのだからいいということではないことを国民がしっかり理解する必要。大切なことは、まずは自助が基本だということ。**健康を維持できるよう自身で努力し、軽度な疾病はセルフメディケーションで対応するという意識と姿勢を国民全体が共有、実践することが必要**。もちろん重篤化のリスクを個人に負わせないという対応は必須であるし、**先天的な疾病や予測できないような事項等についても助け合いとして保険で対応する**という形を当たり前にしていくべき。**現役世代の負担軽減に加えて、自助の観点からも、高額療養費について適正な在り方とはどういうものかについて真剣に検討していくべき**。

- 高額療養費の見直しについては、医療を必要とする方々の受診抑制につながるようなことがないよう、また、特に低所得者に十分配慮した制度となるよう検討をお願いしたい。なお、施行時期についても、被保険者等への周知や保険者のシステム改修に要する期間が十分に確保できるよう配慮をお願いしたい。
- 社会経済情勢の変化を踏まえた高額療養費の自己負担額の見直しを行うことについては理解するが、具体的な制度設計に当たっては、一律の率の引き上げによる逆進性が生じ、低所得者に対する過度な負担とならないよう、引き上げ幅の設定には十分ご留意いただきたい。
- 給付と負担の問題で、給付は高齢者、負担は現役と言われるところ、確かに個体としては高齢者が給付を受けるわけだが、家族等の支え合いという観点からは、現役世代も支える形になっていることを見落とさないでいただきたい。
所得区分の細分化の仕方については、基本的には現状維持で、高所得者の区分は細かく階段を設けて、高額所得の方の負担を少し高く設定していただくようお願いしたい。所得の低い方たちあるいは比較的平均的な生活者の人たちが必要な医療について受診控えをする事態が生じないようにしていただきたい。
- 高額療養費の見直しは、現役世代の社会保険料負担が過大なため致し方ないと思うが、なぜこれまで社会保険料が増加してきたかという点、社会保険料は取りやすいためであり、基本的なことを変える必要。
年齢ではなく負担能力によって負担することは理解できるが、所得の持つ意味が現役世代と高齢者では違う。現役世代の方は働いて所得を増やすことができるが、高齢者はそうはいかない。なので、年齢というファクターについても考慮していただきたい。家計に占める医療費の負担を家計調査で示していただいたが、家計調査は医療にかかっていない人も含んだ平均値なので、できれば厚生労働科学研究費などを使って、より詳細に事例的に医療費が無職世帯や高齢者世帯にどのようなインパクトを与えているかを調査していただきたい。また、高齢者の受診行動などミクロな点についてもできれば今後詳細な調査をして独自のデータを出していただきたい。

- **基本的に、現役の負担の軽減は重要であるが、一方、高齢者の負担の在り方をどうするのかという問題もあるので、バランスをどう取るのかという視点が極めて重要。**後期高齢者医療の窓口負担の割合が変動した場合に、患者の受診行動が変化することは明確になっており、今回の高額療養費の制度の見直しによって患者の受診行動が大きく変わることが考えられる。外来受診をしている高齢者の半数近くがほぼ毎月の受診であることは、複数の疾患を抱えるものの、定期的な受診によって医学管理をされて、病状の悪化を防いでいるということなのだと思う。この受診行動が変化することによって病態の悪化を招くことがないように、**高齢者の中でも特に所得の低い方等への対応の配慮など丁寧な対応をお願いしたい。**

外来特例の廃止という意見に対しては明確に反対したい。現在、月額上限に該当する方は70歳以上の3割から5割程度であり、年間上限額に該当する方も割合は少ないものの一定数存在する。外来特例に該当される方は、複数の疾患治療を持つ方とか、高額薬剤を服用している方等が想定されるが、その他、在宅医療を受けている方は外来医療に比して負担が大きいために外来特例に該当しやすいのではないかと。外来特例の該当者というのは、その類型も含めて様々であり、この方々は現在一定の負担軽減を受けておられると思うので、可能な限りこの該当者の分析を行い、追加負担が適切なのかどうかについて丁寧な議論を行う必要。

- **所得区分はぜひ細分化し、細かな対応をお願いしたい。**持続して飲み続けなければならない一定の高額な薬剤がある。こうした薬を服用し続ける必要があることから自己負担限度額に該当する方も多くいるので、そのような方々の**服用控えにならないように十分に丁寧な対応をお願いしたい。**
- 全ての世代の方々に、**公的医療保険のメリット**やいざ自分が疾病を持ったときに安心して受診することができる**セーフティネットの存在をしっかりと周知広報していただき、国民皆保険制度を堅持していくことが重要。**
自己負担額限度等の仕組みが変わることで受診控えのないように、できるだけ細かな設計と制度変更後の影響把握、分析についてもお願いをしたい。

- 保険料という収入面の負担と給付という受益面の負担の両方をセットで考える必要。そこに応能負担の要素が入ってくるが、今回の場合、低所得だが健康で保険料も払っているという人に対してどの程度負担軽減が効いてくるのかが重要。そういう点で、提示いただいた試算では**現役世代の保険料負担の軽減効果の方が大きい**という点から言うと、**全世代型社会保障改革の方向にも沿っている**と感じる。

所得区分の細分化は制度を複雑にする面があるが、**所得区分が変わった時の自己負担額の激変を緩和する意味もある**と思うので、そういった点では妥当な方向。いずれにしても、所得区分の刻み方と上げ幅、所得に応じた傾斜配分について、なるべく納得感のある説明しやすい仕組みにしていきたい。

- 全世代型社会保障の観点から年齢区分をなくして負担能力に応じた負担を求めること、そして、インフレ対応が必要ということに関しては理解できる。しかし、**全体の数字を見るだけでは個々のケースで何が起きているのかが分からない**。疾病に罹患してその後治療を受けるという方について、自己負担の在り方、特に高額療養費の上限額というものがどういう影響を与えているか。それから、この影響を因果関係として正確にはかるのは難しいかもしれないが、**どういう年収の方が病気にかかって、多額の医療費がかかってしまったときに家計がどうなっているのかとか、所得の違いによって受ける医療の内容に差があるのかとか、などをより明らかにしていく必要があるのではないか**。そうした**分析が可能なデータを出して、研究者に使えるようにしてほしい**。

機械的なモデル試算の結果には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、いわゆる長瀬効果を見込んでいるが、自己負担率が変化したときに長瀬効果があることは理解するものの、今回は自己負担率が変わるのではなく、負担上限額が変わるということなので、制度変更は、負担上限に達していない人には全く影響せず、上限に達している場合は追加費用がゼロになるので、負担割合が変わる場合とは非常に異なるものではないかと思う。その上、実証的に、特にアメリカの実証研究で言われているのは、患者が治療内容や医療費に関して決定権があるのは主に最初に病院に行くかどうかだけであると。一旦診療を始めると、その先はほとんど医師が決定権を持っており、医療費に関する部分で患者の選択によって医療費が余計にかかることはあまりなく、治療開始後の医療費には自己負担割合がほとんど影響しないという結果が得られている。その意味でも上限額の変化が長瀬効果を生むかという点、よく分からないので、**機械的に当てはめると正しい推計が得られなくなってしまうのではないか**。なので、**長瀬効果を見込んだ場合と見込んでいない場合について、両方数字を出していただいたほうがいいのではないか**。

機械的なモデル試算の考え方（外来特例について）

<機械的なモデル試算>

- ① 住民税非課税区分及び一般区分の外来特例（月額上限・年間上限）を廃止
- ② 住民税非課税区分にかかる外来の月額上限のみ2,000円引き上げ、一般区分にかかる外来特例を廃止
- ③ 住民税非課税区分及び一般区分の外来の月額上限を2,000円ずつ引き上げ（一般区分の年間上限は廃止）

※所得区分の細分化 及び 自己負担限度額（多数回該当含む）の機械的引き上げは考慮していない。

所得区分 (70歳以上)	窓口負担割合	【現行】 外来にかかる 自己負担限度額 (1ヶ月当たり)	【機械的なモデル試算の前提】		
			①	②	③
一般 (～年収約370万円)	70-74歳：2割 75歳以上：1割又は 2割	18,000円 [年14.4万円]	廃止	廃止	20,000円 ※年間上限は廃止
住民税非課税	70-74歳：2割 75歳以上：1割	8,000円	廃止	10,000円	10,000円
住民税非課税 (所得が一定以下)					

機械的なモデル試算の結果（外来特例について）

（粗い推計）

	①	②	③
保険料	▲1,900億円	▲1,300億円	▲500億円
加入者1人当たり 保険料軽減額（年額）	▲700円 ～▲2,000円	▲500円 ～▲1,500円	▲200円 ～▲600円
給付費	▲3,400億円	▲2,400億円	▲1,000億円
実効給付率の低下幅	▲0.39%	▲0.28%	▲0.12%

※ 実効給付率は、平成27年度から令和3年度の6年間で+0.62%増加している。（84.84%→85.46%）

【機械的なモデル試算】

- ① 住民税非課税区分及び一般区分の外来特例（月額上限・年間上限）を廃止
 - ② 住民税非課税区分にかかる外来の月額上限のみ2,000円引き上げ、一般区分にかかる外来特例を廃止
 - ③ 住民税非課税区分及び一般区分の外来の月額上限を2,000円ずつ引き上げ（一般区分の年間上限は廃止）
- ※所得区分の細分化 及び 自己負担限度額（多数回該当含む）の機械的引き上げは考慮していない。

※1 満年度ベースの推計値。

※2 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見る必要がある。

※3 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（いわゆる長瀬効果（①：▲1,600億円、②：▲1,100億円、③：▲500億円、※いずれも給付費））を見込んでいる。

※4 加入者一人当たり保険料軽減額（年額）については、制度ごとの加入者一人当たり保険料軽減額について最低値と最高値を示したものの。

高額療養費制度の見直しの方向性（案）

【社会経済情勢の変化】

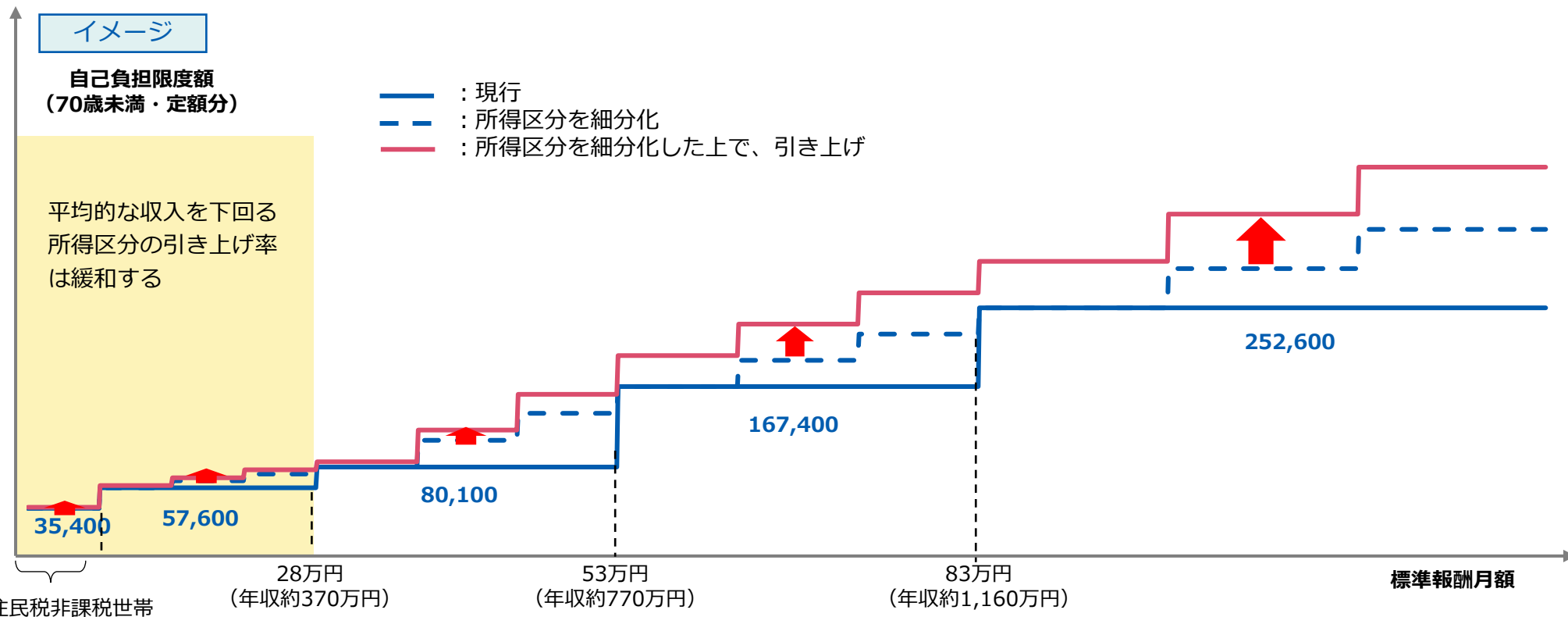
- **高齢化の進展や医療の高度化、高額薬剤の開発・普及等により高額療養費の総額が年々増加**（総医療費の6～7%相当）し、医療保険財政に大きな影響を与えている。一方、近年、高額療養費の自己負担限度額の上限は実質的に維持されてきたことなどにより、医療保険制度における**実効給付率は上昇**。
- 他方で、**前回実質的な見直しを行った約10年前（平成27年）と比較すると、物価上昇や賃上げの実現等を通じた世帯主収入・世帯収入の増加**など、経済環境も大きく変化している。また、足下では、生活必需品をはじめとした継続的な物価上昇が続く中で、**現役世代を中心に保険料負担の軽減を求める**声も多くある。

【これまでの議論を踏まえた見直しの方向性（案）】

- このように、物価・賃金の上昇など経済環境が変化する中でも、高額療養費の自己負担限度額の上限が実質的に維持されてきたこと等を踏まえ、セーフティネットとしての高額療養費の役割を維持しつつ、**健康な方を含めた全ての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図る**観点から、①**高額療養費の自己負担限度額の見直し（一定程度の引き上げ）**、②**所得区分に応じたきめ細かい制度設計とする観点からの所得区分の細分化**（住民税非課税区分を除く所得区分を概ね三区分に細分化）を行う。
- その際、能力に応じて全世代が支え合う全世代型社会保障を構築する観点から**負担能力に応じた負担**を求める仕組みとする。具体的には、**平均的な収入を超える所得区分については、平均的な引き上げ率よりも高い率で引き上げる一方で、平均的な収入を下回る所得区分の引き上げ率は緩和**するなど、**所得が低い方に対して一定の配慮**を行う。併せて、今回の見直しにより必要な受診が妨げられることのないよう、**丁寧な周知等を徹底**する。加えて、予防・健康づくりの重要性の再認識に向けた働きかけを行う。
- 施行時期については、国民への周知、保険者・自治体の準備期間（システム改修等）などを考慮しつつ、被保険者の保険料負担の軽減というメリットをできる限り早期に享受できるようにする観点から、一定の周知・準備期間を設けた上で、システム的にも十分対応可能な範囲から施行していく。（早ければ来年夏以降からの施行を想定）
- なお、高額療養費の引き上げが家計や受療行動等に与える影響については、その分析のために必要なデータを把握していくための方策等について、今後検討していく。

高額療養費制度の見直しの方向性（案）のイメージ

- ①高額療養費の自己負担限度額の見直し（一定程度の引き上げ）、②所得区分に応じたきめ細かい制度設計とする観点からの所得区分の細分化（住民税非課税区分を除く所得区分を概ね三区分に細分化）を行う。
- その際、能力に応じて全世代が支え合う全世代型社会保障を構築する観点から負担能力に応じた負担を求める仕組みとする。具体的には、平均的な収入を超える所得区分については、平均的な引き上げ率よりも高い率で引き上げる一方で、平均的な収入を下回る所得区分の引き上げ率は緩和するなど、所得が低い方に対して一定の配慮を行う。



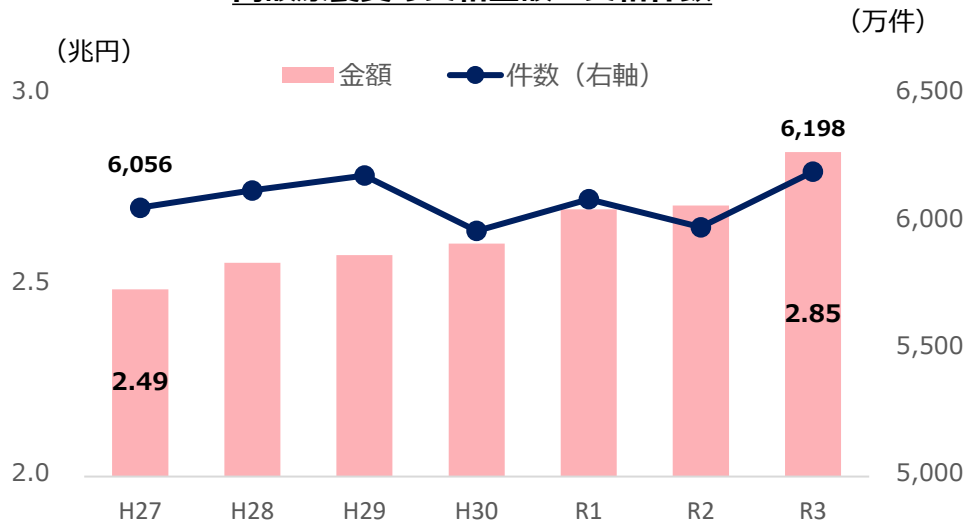
※システムのにも十分対応可能な範囲から施行していく。（早ければ来年夏以降からの施行を想定）

参考資料



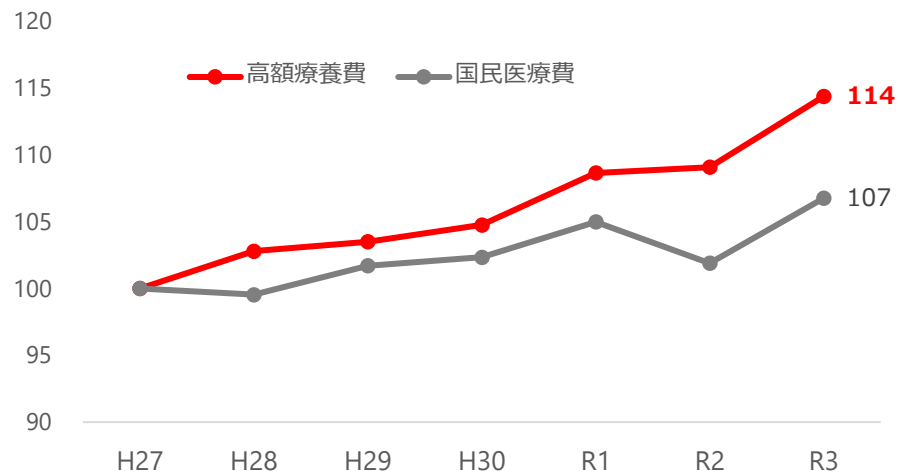
高額療養費と実効給付率の推移

高額療養費の支給金額・支給件数



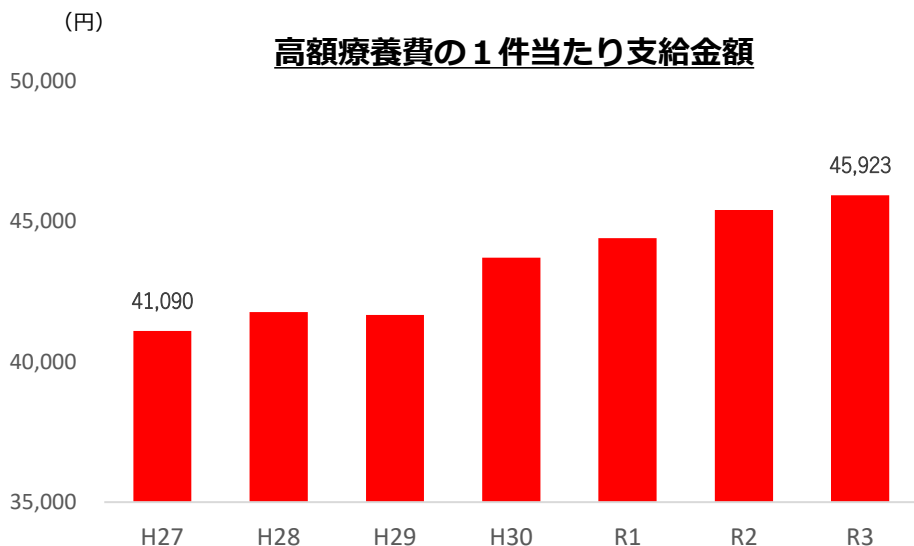
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

高額療養費と国民医療費の伸び (H27を100とした場合)



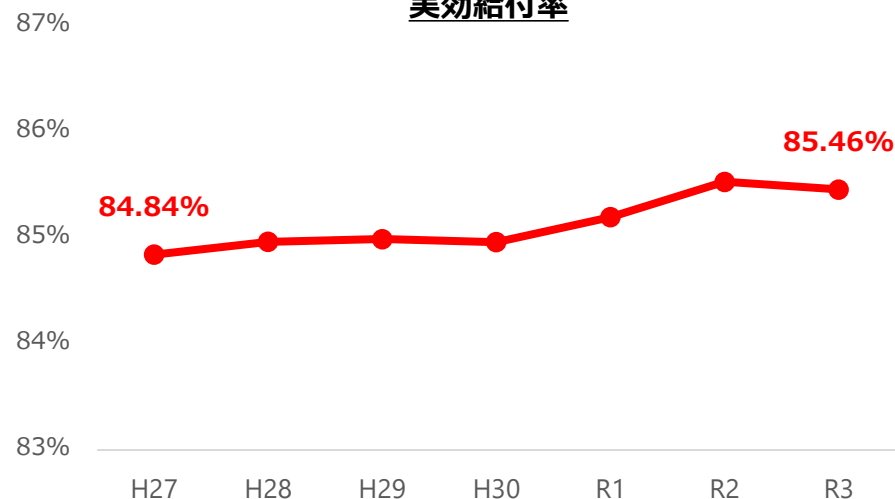
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」「国民医療費」

高額療養費の1件当たり支給金額



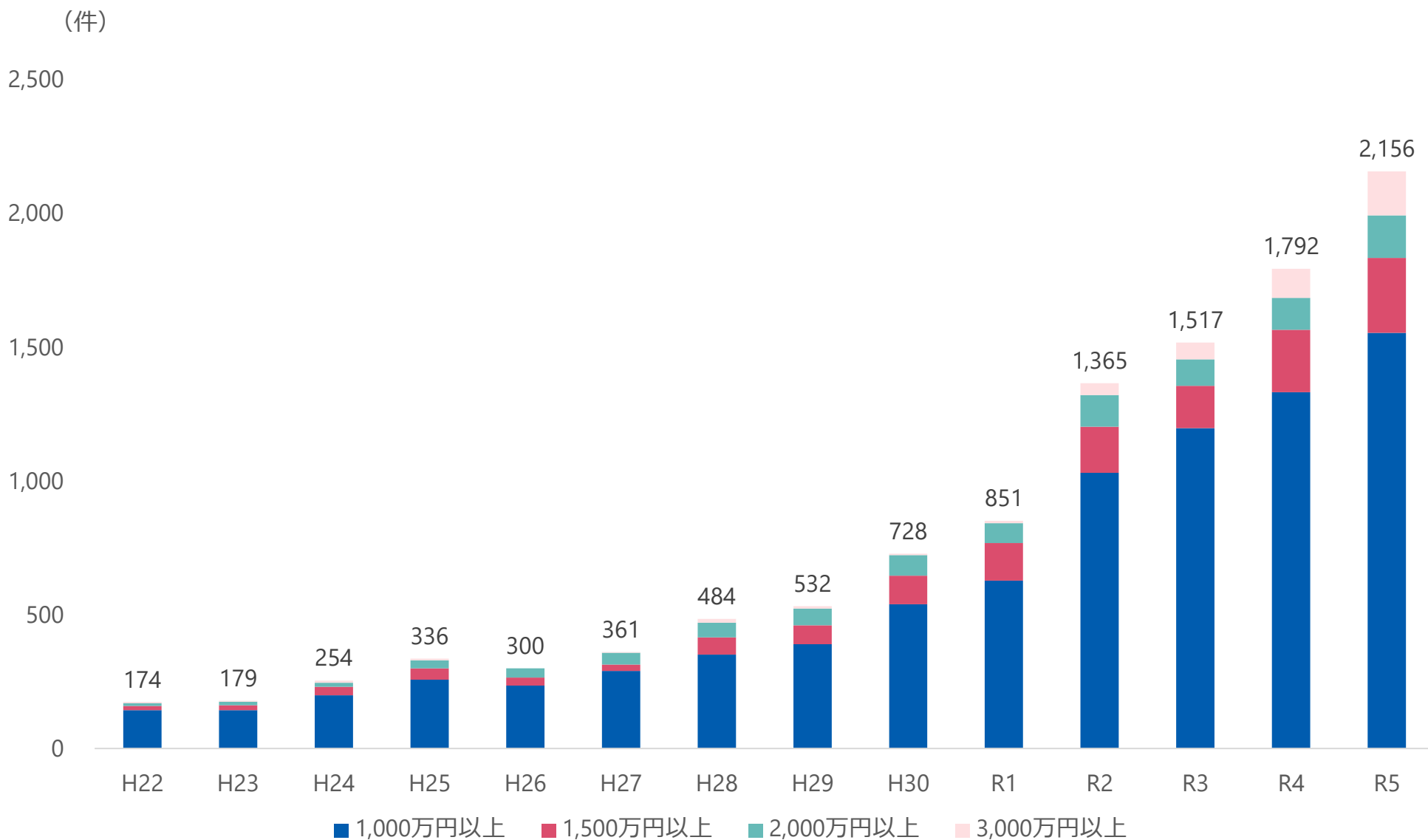
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

実効給付率



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

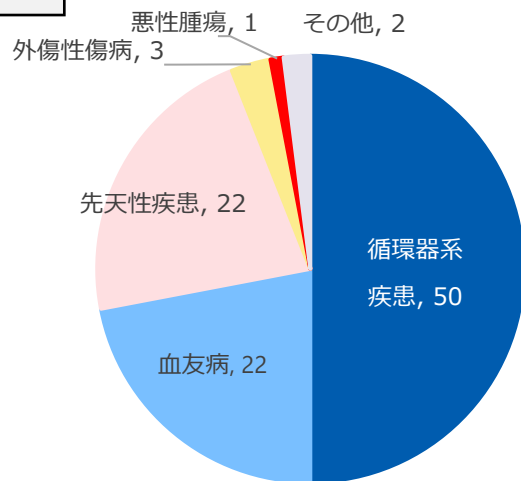
健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移



(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

H26年度

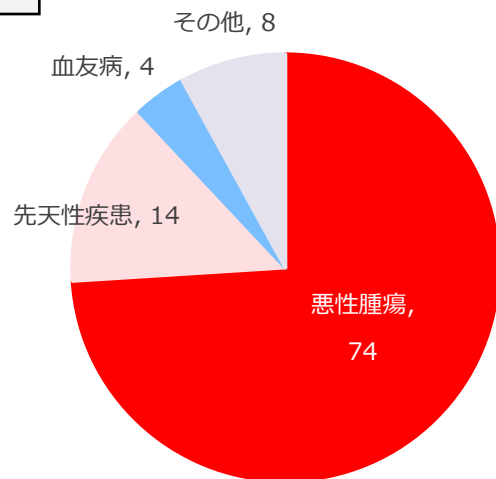


上位100位平均：約**1,861**万円（最高金額：約3,000万円）

【疾患別の主な高額要因】

- 特発性拡張型心筋症、肥大型心筋症
➡ 植込型補助人工心臓HeartMate II（約1,830万円～1,890万円）
- 左心低形成症候群、大血管転位症、大動脈弓離断症等 ➡ 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）

R5年度



上位100位平均：約**5,586**万円（最高金額：約1億7,800万円）

【疾患別の主な高額要因】

- 脊髄性筋萎縮症 ➡ ゾルゲンスマ（薬価：約16,708万円）
- B細胞性急性リンパ芽球性白血病、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫
➡ キムリア、ブレヤンジ、イエスカルタ（薬価：約3,265万円）
- 血友病A ➡ ヘムライブラ（薬価：約29万円～122万円）
※従来のノボセブン等も併用されている。

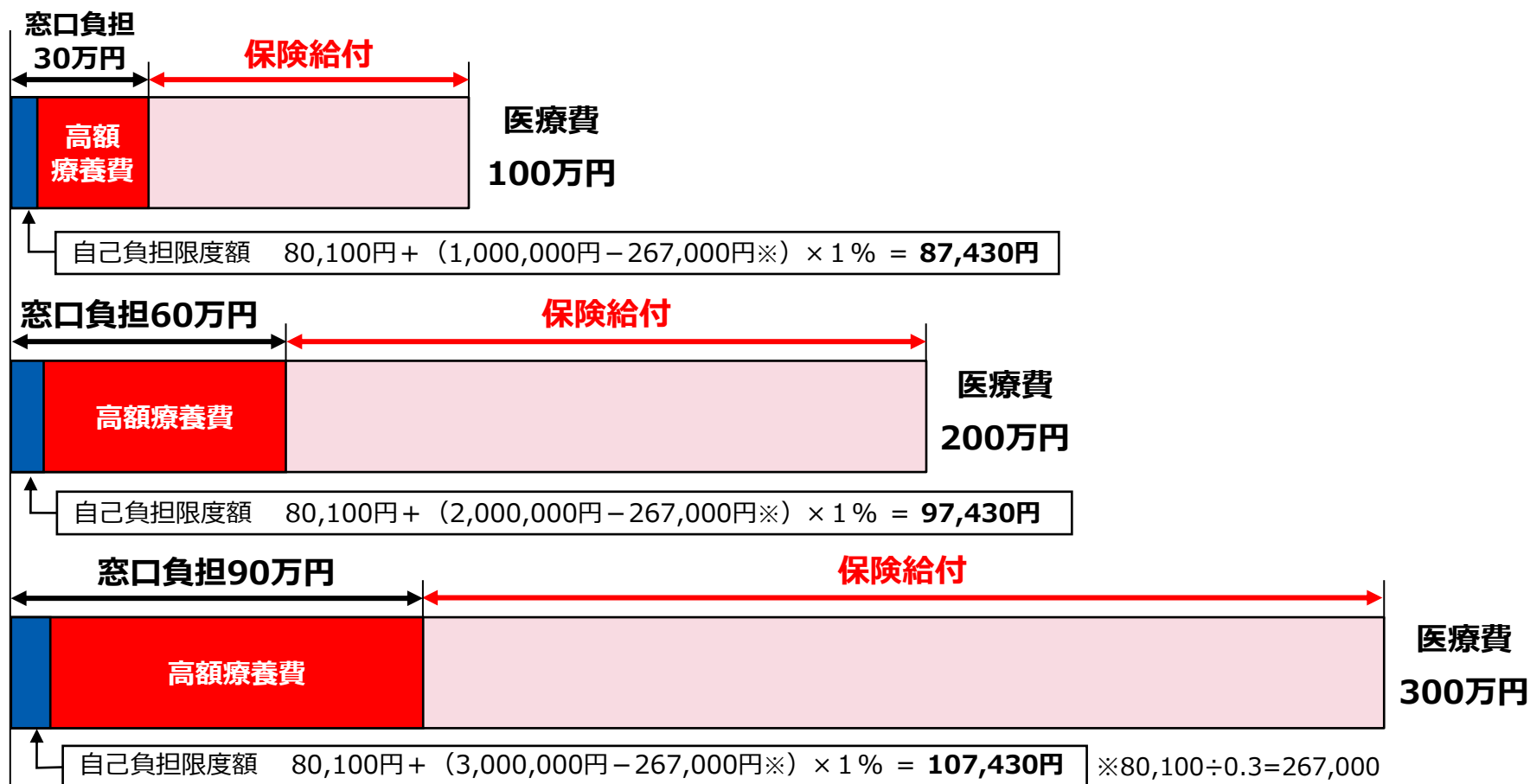
（出典）健康保険組合連合会「令和5年度 高額医療交付金交付事業における高額レセプト上位の概要」

（注）上記の薬価は令和6年3月時点のもの。

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にならないよう、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）

70歳未満	負担割合		月単位の上限額（円）	
	3割（※1）	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	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <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）
	3割	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	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <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>	
	70-74歳 2割	～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）	18,000（※5） [年14.4万円（※6）]	57,600 <多数回該当：44,400>
	75歳以上 1割（※4）	住民税非課税	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。

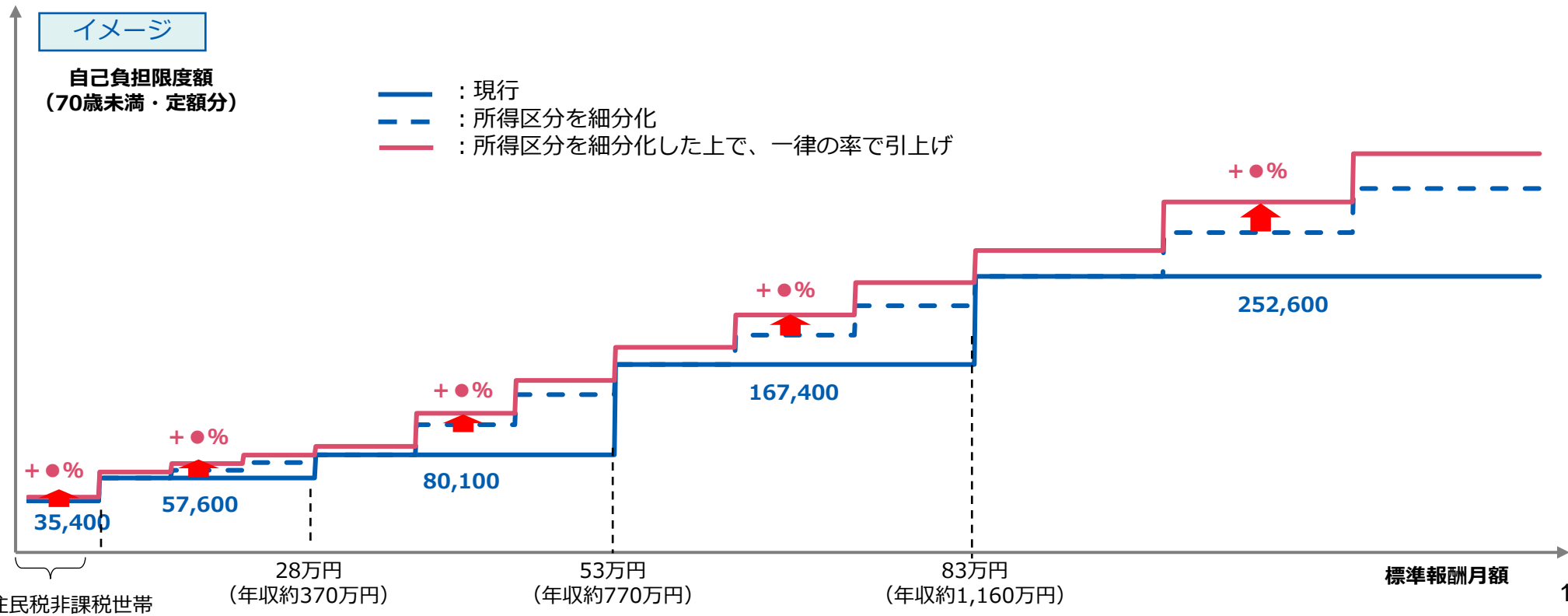
※6 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

機械的なモデル試算の考え方

- きめ細かい制度設計を行う観点から、**住民税非課税区分を除く各所得区分の細分化**（下記図青点線）を行った上で、自己負担限度額を**機械的に一律の率で引き上げた**（下記図赤線）**場合の保険料等への影響**について分析を行う。
- 一律の率は**+5%、+7.5%、+10%、+12.5%、+15%**の5パターンで試算。

(参考1) 平成27年度→令和5年度の指標の変化
 ・世帯主収入（家計調査）：+7.0% ・CPI（生鮮食品を除く総合）：+7.5% ・平均給与（男女計・民間給与実態統計調査）：+9.5%
 ・世帯収入（家計調査）：+15.9%

(参考2) 協会けんぽの平均総報酬月額の変遷
 ・平成27年度：約32万円→令和4年度：約34万円（+6.5%）
 ※ 令和4年度の平均総報酬月額に令和5年及び令和6年における春闘の平均賃上げ率（ベア・300人未満）を機械的に乗じると、平均総報酬月額は約35万円となる。（春闘の平均賃上げ率（ベア・300人未満）→令和5年：+1.96%、令和6年：+3.16%）



機械的なモデル試算の結果

(粗い推計)

一律の率	+ 5%	+ 7.5%	+ 10%	+ 12.5%	+ 15%
保険料	▲2,600億円	▲3,100億円	▲3,500億円	▲3,900億円	▲4,300億円
加入者1人当たり 保険料軽減額(年額)	▲600円 ～▲3,500円	▲800円 ～▲4,100円	▲900円 ～▲4,600円	▲1,100円 ～▲5,100円	▲1,200円 ～▲5,600円
給付費	▲3,600億円	▲4,300億円	▲5,000億円	▲5,600億円	▲6,200億円
実効給付率の低下幅	▲0.43%	▲0.51%	▲0.59%	▲0.67%	▲0.74%

※ 実効給付率は、平成27年度から令和3年度の6年間で+0.62%増加している。(84.84%→85.46%)

※1 満年度ベースの推計値。

※2 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見る必要がある。

※3 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(いわゆる長瀬効果(+5% : ▲1,500億円、+7.5% : ▲1,800億円、+10% : ▲2,100億円、+12.5% : ▲2,400億円、+15% : ▲2,700億円 ※いずれも給付費))を見込んでいる。

※4 加入者一人当たり保険料軽減額(年額)については、制度ごとの加入者一人当たり保険料軽減額について最低値と最高値を示したものの。

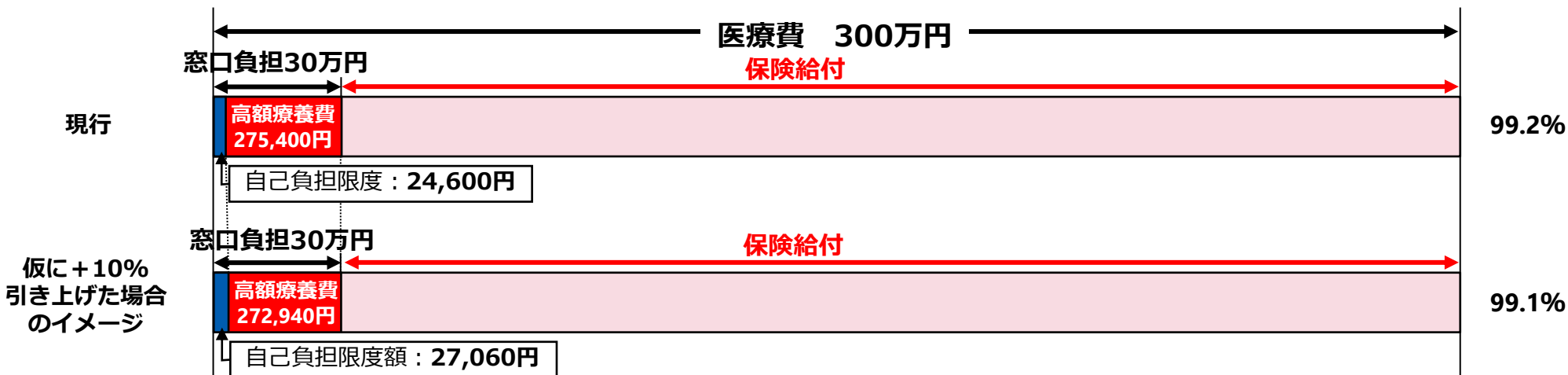
自己負担限度額を引き上げた場合のイメージ（医療費300万円の例）

（例1）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）

保険給付率



（例2）70歳以上・住民税非課税世帯の場合（1割負担）



※所得区分の細分化は考慮していない

高額療養費の所得区分別の加入者数（令和3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	
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	約 370 万人 (3.8%)	約 120 万人 (3.1%)	約 150 万人 (5.3%)	約 40 万人 (2.1%)
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	約 1,090 万人 (11.2%)	約 240 万人 (6.1%)	約 600 万人 (21.4%)	約 40 万人 (2.1%)
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	約 4,120 万人 (42.3%)	約 1,790 万人 (45.9%)	約 1,450 万人 (51.5%)	約 310 万人 (16.3%)
～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	約 3,440 万人 (35.4%)	約 1,710 万人 (43.9%)	約 610 万人 (21.8%)	約 820 万人 (43.4%)
住民税非課税	約 720 万人 (7.4%)	約 30 万人 (0.9%)	約 1 万人 (0.0%)	約 680 万人 (36.1%)
計	約 9,730 万人 (100.0%)	約 3,900 万人 (100.0%)	約 2,820 万人 (100.0%)	約 1,880 万人 (100.0%)

[70歳以上]

	70～74歳計				後期高齢者
	協会けんぽ	組合健保	市町村国保		
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	約 10 万人 (1.2%)	約 4 万人 (3.1%)	約 1 万人 (3.3%)	約 4 万人 (0.6%)	約 20 万人 (1.3%)
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	約 10 万人 (0.9%)	約 3 万人 (2.2%)	約 0 万人 (1.3%)	約 4 万人 (0.6%)	約 20 万人 (1.1%)
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	約 80 万人 (8.5%)	約 20 万人 (14.9%)	約 10 万人 (26.8%)	約 40 万人 (5.8%)	約 80 万人 (4.4%)
～年収約370万円 健保：標報26万円以下(※1)／国保・後期：課税所得145万円未満(※1)(※2)	約 540 万人 (59.9%)	約 100 万人 (74.5%)	約 20 万人 (68.3%)	約 400 万人 (56.6%)	約 940 万人 (51.6%)
住民税非課税	約 190 万人 (21.4%)	約 2 万人 (1.8%)	約 0 万人 (0.2%)	約 190 万人 (26.8%)	約 450 万人 (24.9%)
住民税非課税（所得がない者）	約 70 万人 (8.1%)	約 5 万人 (3.5%)	約 0 万人 (0.1%)	約 70 万人 (9.5%)	約 300 万人 (16.6%)
計	約 900 万人 (100.0%)	約 130 万人 (100.0%)	約 40 万人 (100.0%)	約 710 万人 (100.0%)	約 1,820 万人 (100.0%)

- ※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 協会けんぽの欄には日雇特例を含む。
 ※4 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。
 ※5 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。
 ※6 後期高齢者は、「後期高齢者事業月報」による。 ※7 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。

高額療養費の支給実績（令和3年度）

		合計	うち多数回該当分 ※1
協会 (一般)	件数 (万件)	485	36
	金額 (億円)	5,813	121
	1件当金額 (円)	119,962	33,431
組合健保	件数 (万件)	259	29
	金額 (億円)	3,103	138
	1件当金額 (円)	119,821	46,905
共済組合	件数 (万件)	73	
	金額 (億円)	842	※2
	1件当金額 (円)	115,124	
市町村国保	件数 (万件)	1,975	305
	金額 (億円)	11,151	2,071
	1件当金額 (円)	56,470	67,841
後期	件数 (万件)	3,363	
	金額 (億円)	7,126	※2
	1件当金額 (円)	21,189	

（出典）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」、「国民健康保険事業年報」

※1 多数回該当分については、協会（一般）及び組合健保については現金給付分。

※2 共済組合及び後期高齢者医療制度については、多数回該当分の実績は把握していない。

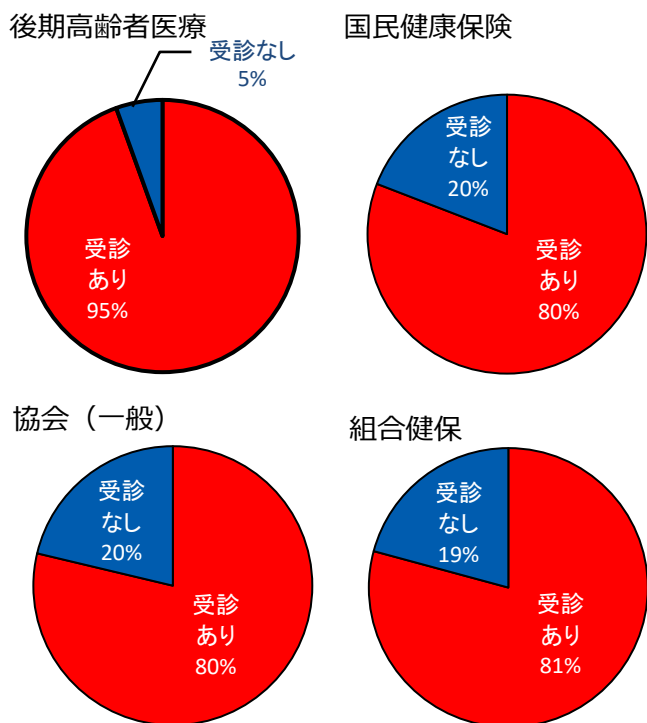
高額療養費の推移

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

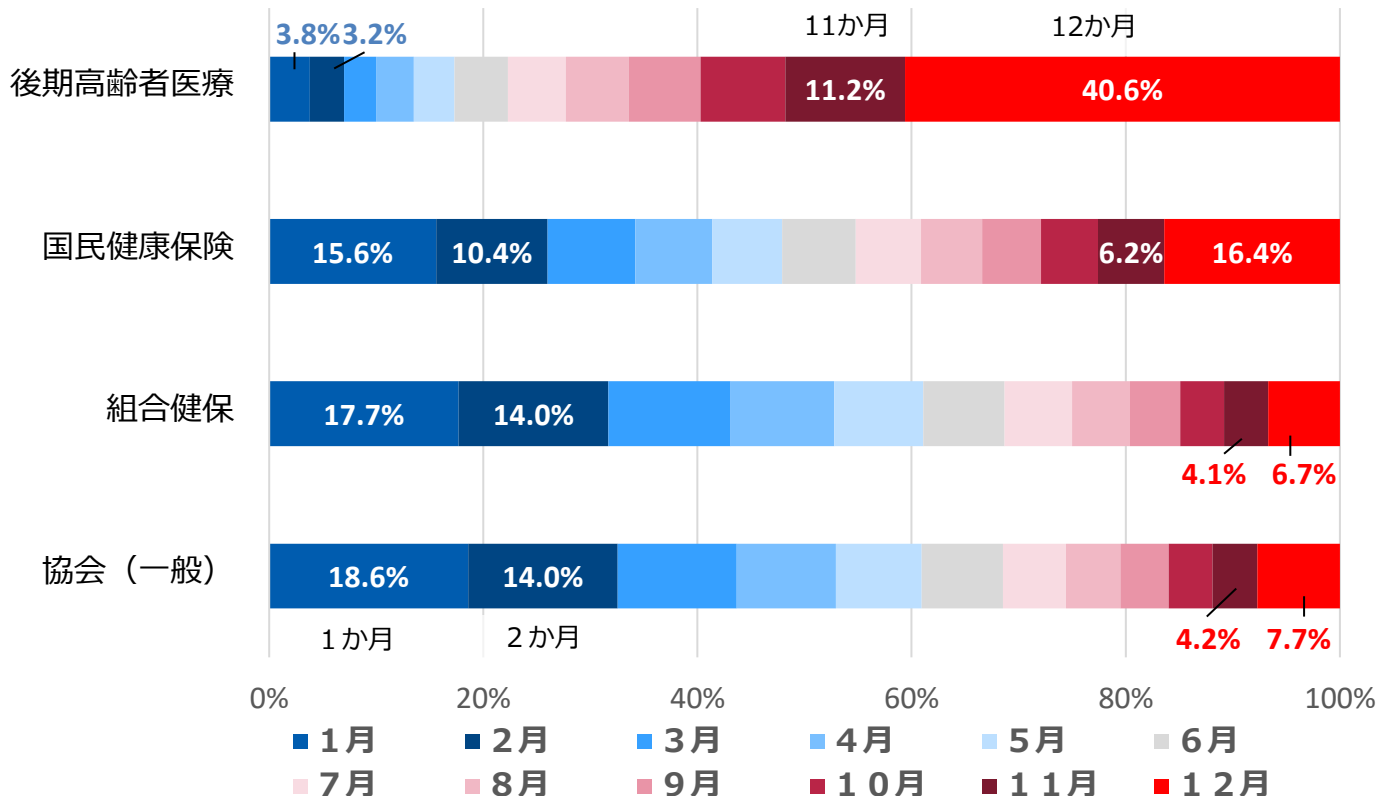
		協会(一般)			組合健保			共済組合			市町村国保			後期高齢者医療制度期		
		現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計
支給 件 数 (件)	平成24年度	2,465,150	674,103	3,139,253	1,359,398	679,147	2,038,545	396,379	234,325	630,704	9,902,356	4,883,172	14,785,528	11,127,261	19,550,973	30,678,234
	25	2,639,110	596,590	3,235,700	1,434,832	644,956	2,079,788	423,856	236,046	659,902	10,405,723	5,032,994	15,438,717	11,904,148	20,349,304	32,253,452
	26	2,825,781	606,750	3,432,531	1,505,137	645,309	2,150,446	434,369	229,547	663,916	10,787,188	5,410,795	16,197,983	12,435,783	21,055,165	33,490,948
	27	3,148,647	584,048	3,732,695	1,605,927	702,758	2,308,685	446,414	242,395	688,809	11,277,925	6,438,795	17,716,720	13,178,179	22,501,833	35,680,012
	28	3,262,116	727,106	3,989,222	1,633,772	703,016	2,336,788	444,671	233,982	678,653	11,101,213	7,057,673	18,158,886	13,553,994	22,092,293	35,646,287
	29	3,423,431	789,211	4,212,642	1,695,494	711,757	2,407,251	451,514	233,275	684,789	10,674,801	7,860,485	18,535,286	13,411,567	22,142,706	35,554,273
	30	3,504,348	808,170	4,312,518	1,711,587	707,296	2,418,883	451,617	224,922	676,539	10,044,305	8,456,566	18,500,871	12,715,280	20,611,614	33,326,894
	令和元年度	3,717,933	858,811	4,576,744	1,746,874	697,935	2,444,809	467,363	375,261	842,624	9,838,523	9,200,509	19,039,032	12,940,159	20,641,207	33,581,366
	2	3,724,131	955,757	4,679,888	1,730,205	705,044	2,435,249	459,106	235,138	694,244	9,719,967	9,166,778	18,886,745	12,974,286	19,720,860	32,695,146
	3	3,947,471	898,081	4,845,552	1,848,079	741,969	2,590,048	486,429	244,997	731,426	10,067,083	9,680,063	19,747,146	13,453,919	20,176,552	33,630,471
支給 金額 (百万 円)	平成24年度	297,344	42,268	339,612	172,464	43,452	215,916	51,294	14,605	65,899	848,186	131,353	979,539	396,765	124,807	521,572
	25	317,207	34,894	352,101	181,233	39,007	220,240	55,228	13,047	68,276	879,561	120,591	1,000,153	418,358	124,542	542,900
	26	339,032	34,181	373,214	189,995	37,288	227,283	56,755	12,077	68,832	905,588	115,612	1,021,200	438,210	127,117	565,327
	27	395,904	31,969	427,872	210,679	37,189	247,867	59,157	11,721	70,878	974,792	119,810	1,094,602	474,557	133,211	607,768
	28	414,455	34,214	448,670	218,279	35,858	254,137	60,890	10,864	71,754	1,000,696	115,893	1,116,589	492,924	133,073	625,998
	29	440,257	34,206	474,463	226,971	34,954	261,925	61,179	10,424	71,603	971,038	113,848	1,084,886	499,992	143,172	643,164
	30	463,373	33,118	496,491	239,146	35,328	274,474	63,671	10,145	73,815	962,675	118,943	1,081,618	493,388	147,520	640,907
	令和元年度	501,473	34,456	535,929	250,001	35,154	285,154	66,424	10,192	76,616	964,085	124,296	1,088,381	515,903	161,599	677,502
	2	511,242	36,618	547,861	253,067	35,368	288,435	68,416	10,290	78,706	954,599	122,164	1,076,763	526,186	156,485	682,670
	3	547,839	33,441	581,280	273,802	36,541	310,343	73,725	10,480	84,205	991,570	123,553	1,115,123	555,028	157,562	712,590
1 件 当 た り 金 額 (円)	平成24年度	120,619	62,702	108,182	126,868	63,981	105,917	129,405	62,328	104,484	85,655	26,899	66,250	35,657	6,384	17,001
	25	120,195	58,489	108,817	126,310	60,480	105,895	130,300	55,275	103,464	84,527	23,960	64,782	35,144	6,120	16,832
	26	119,978	56,335	108,728	126,231	57,783	105,691	130,660	52,612	103,676	83,950	21,367	63,045	35,238	6,037	16,880
	27	125,738	54,736	114,628	131,188	52,918	107,363	132,516	48,354	102,899	86,434	18,607	61,784	36,011	5,920	17,034
	28	127,051	47,056	112,470	133,604	51,006	108,755	136,932	46,432	105,730	90,143	16,421	61,490	36,367	6,024	17,561
	29	128,601	43,342	112,628	133,867	49,109	108,807	135,497	44,687	104,562	90,965	14,484	58,531	37,281	6,466	18,090
	30	132,228	40,979	115,128	139,722	49,949	113,471	140,983	45,104	109,107	95,843	14,065	58,463	38,803	7,157	19,231
	令和元年度	134,879	40,121	117,098	143,113	50,368	116,637	142,125	27,159	90,925	97,991	13,510	57,166	39,868	7,829	20,175
	2	137,278	38,313	117,067	146,264	50,164	118,442	149,019	43,761	113,369	98,210	13,327	57,012	40,556	7,935	20,880
	3	138,782	37,236	119,962	148,155	49,248	119,821	151,563	42,776	115,124	98,496	12,764	56,470	41,254	7,809	21,189

- 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



受診ありの者の受診月数



(出典) 医療給付費実態調査 (令和4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。

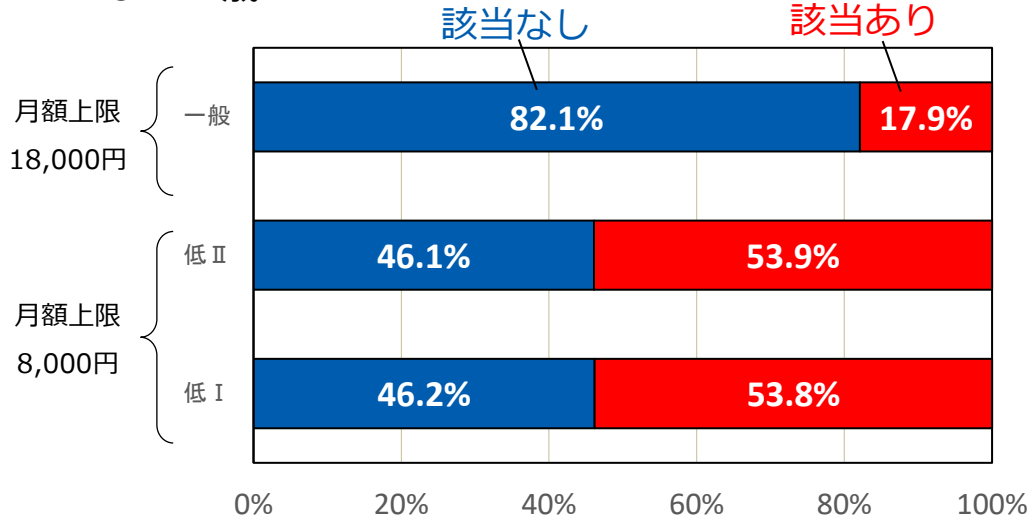
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したもののから、令和4年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

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。

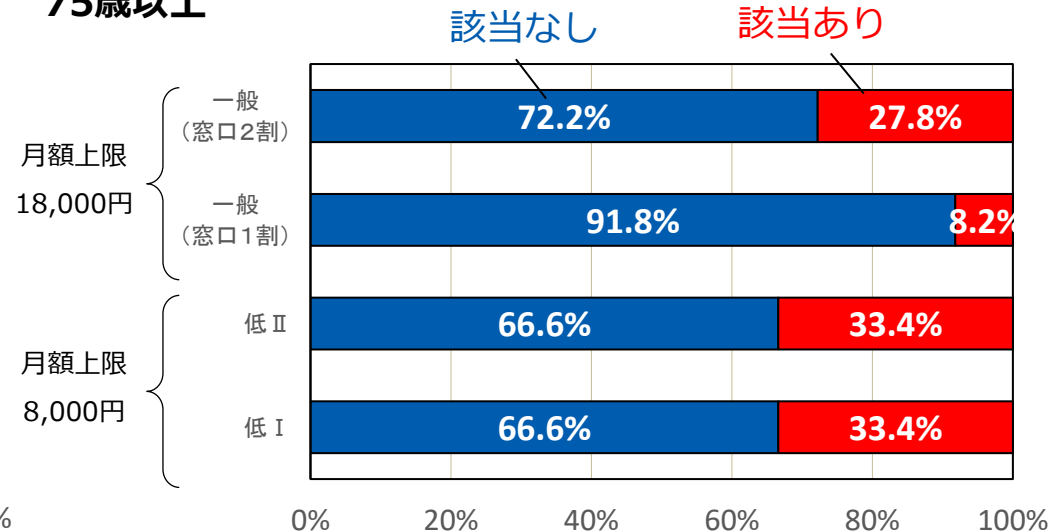
外来特例に該当する患者の割合

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



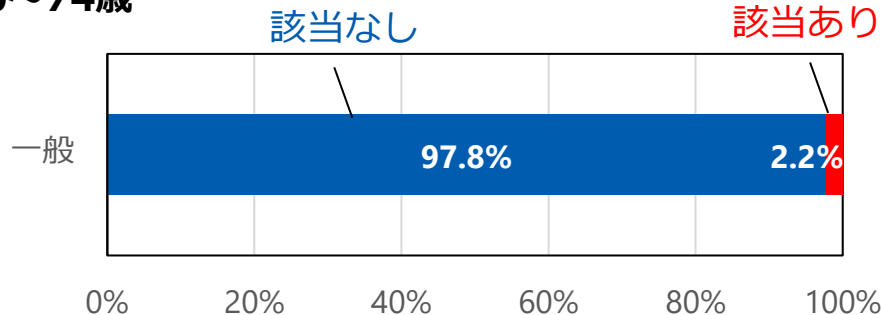
75歳以上



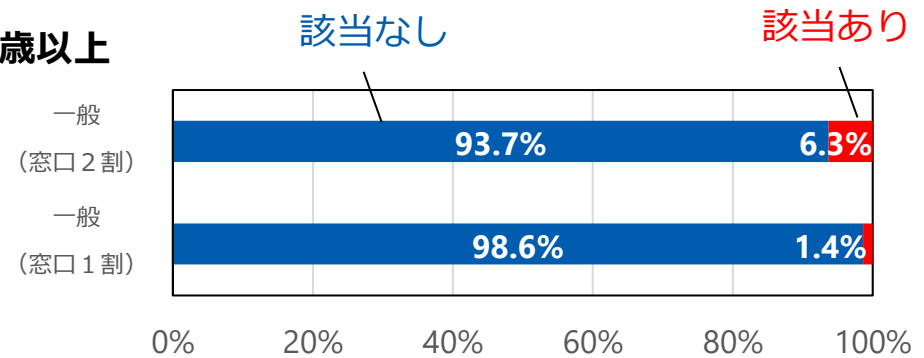
(※) 外来の月額上限に該当する患者の割合は、1年間に1回以上外来特例に該当する者の患者数に占める割合を示している。

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4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。

高齢者の高額療養費における外来特例について

外来特例の経緯・考え方

【経緯】

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

【限度額設定の考え方】

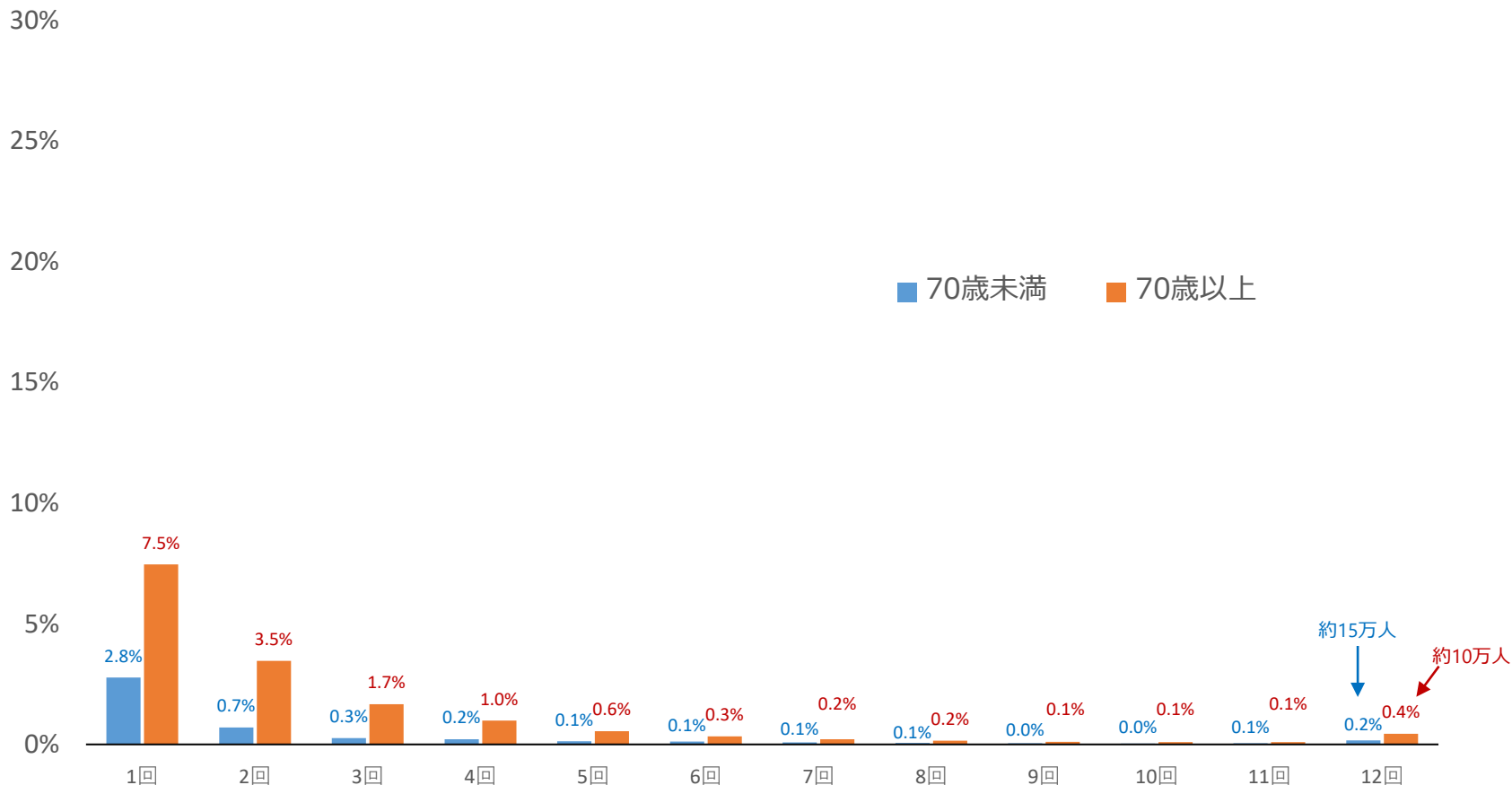
- 一般区分の外来の月額上限は、平成14年の制度導入時及び平成29・30年の見直し時に直近の一人当たり医療費の上位2～3%程度（統計的な例外値）の1割に当たる水準で設定（平成14年～：12,000円、平成30年～：18,000円）。
- 低所得者については、平成14年の制度導入時、自己負担限度額が一般のものに占める割合を踏まえ、一般区分の概ね2/3の水準で設定（8,000円）。その後限度額の見直しは行われていない。

[70歳以上の一般・低所得者の自己負担限度額（現行）]

所得区分	上限額（世帯ごと）	
	外来(個人ごと)	
一般	18,000円 [年14.4万円]	57,600円 <多数回該当：44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

高額療養費の年間該当回数別の患者割合（ごく粗い推計）

患者に占める高額療養費の年間該当回数（外来特例等を除く）別割合

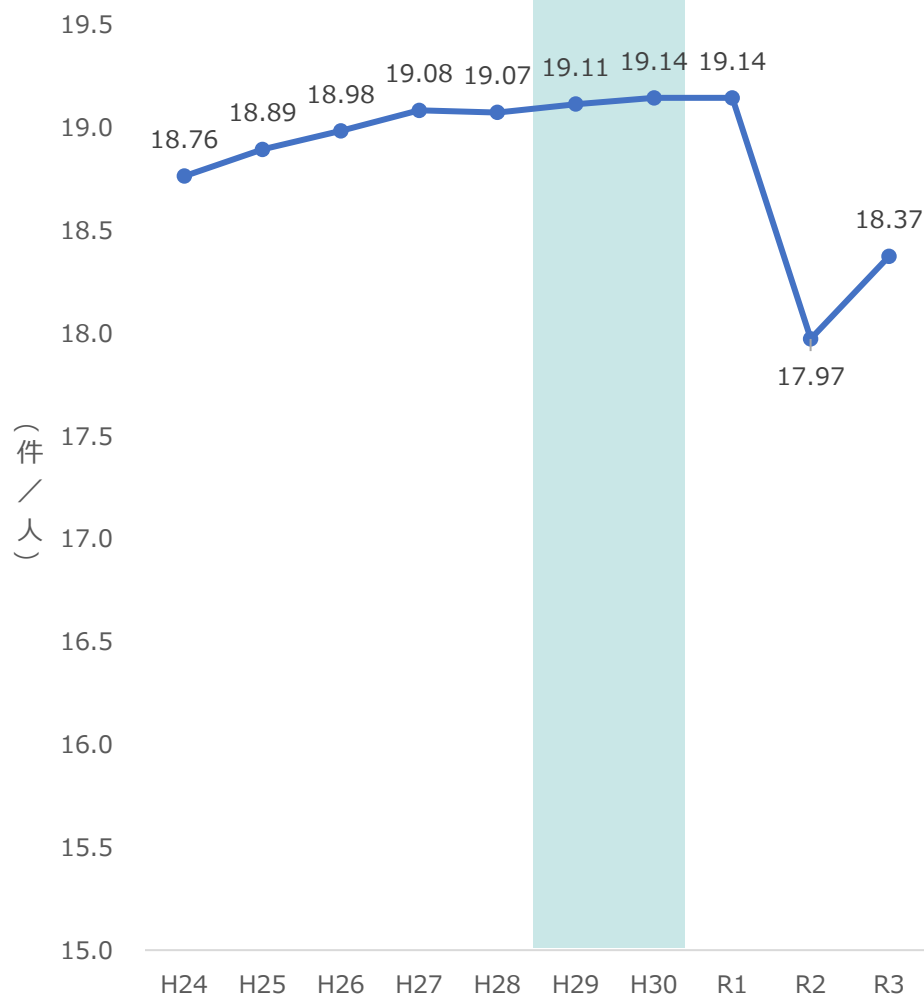


※. 令和4年度の医療費、加入者数をベースとして、現行の高額療養費制度に当てはめた場合の受給者数等を推計したもの。
なお、患者負担割合については後期高齢者の2割負担導入後のものとし、配慮措置については考慮しないものとして推計。

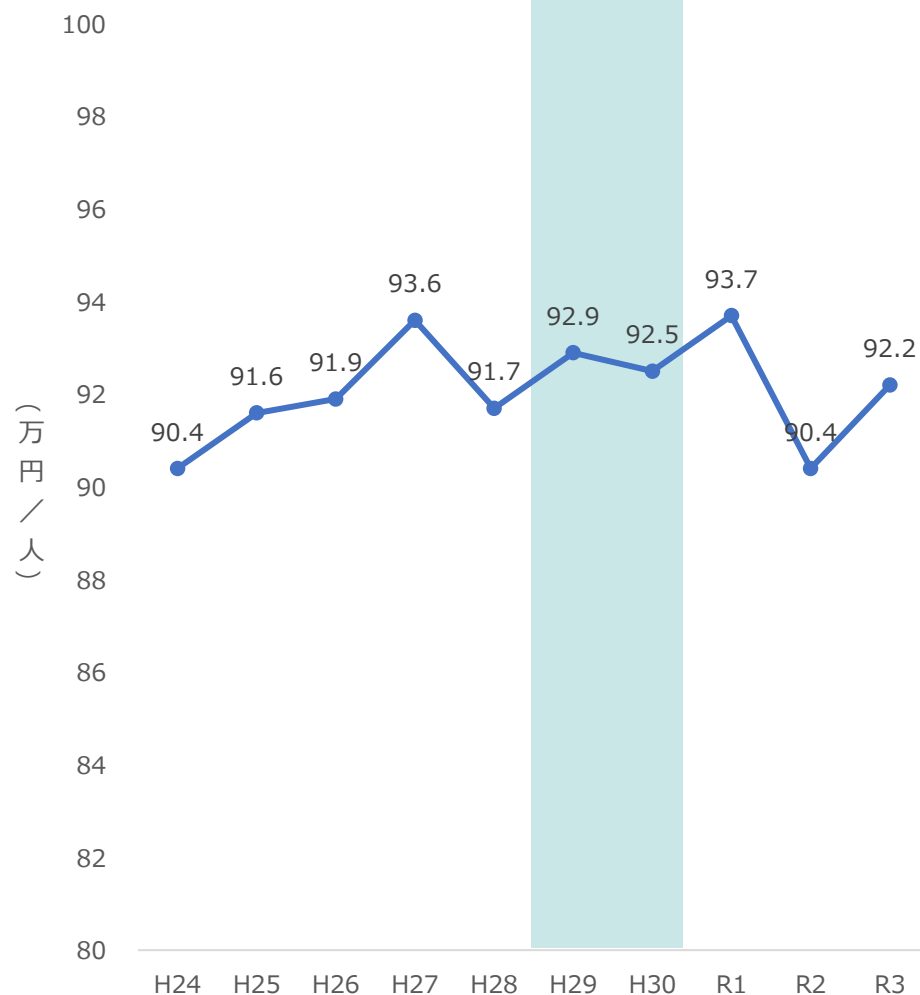
※. 高額療養費の該当回数は、外来特例等を除く。

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

受診率



一人当たり診療費



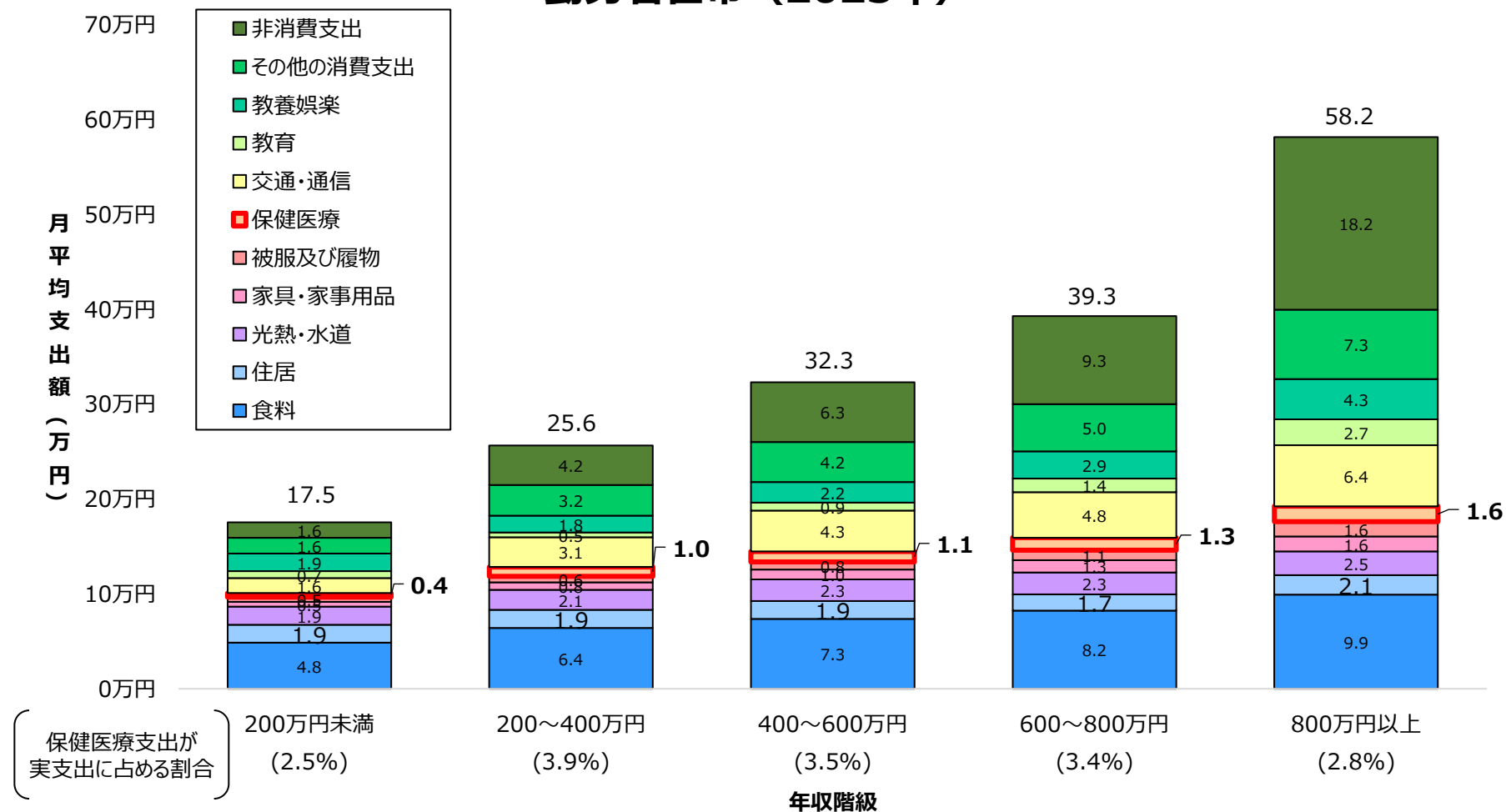
(出典) 厚生労働省保険局「医療保険に関する基礎資料」

※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。

家計における支出の状況（2023年、2人以上世帯、勤労者世帯）

勤労者世帯（2023年）



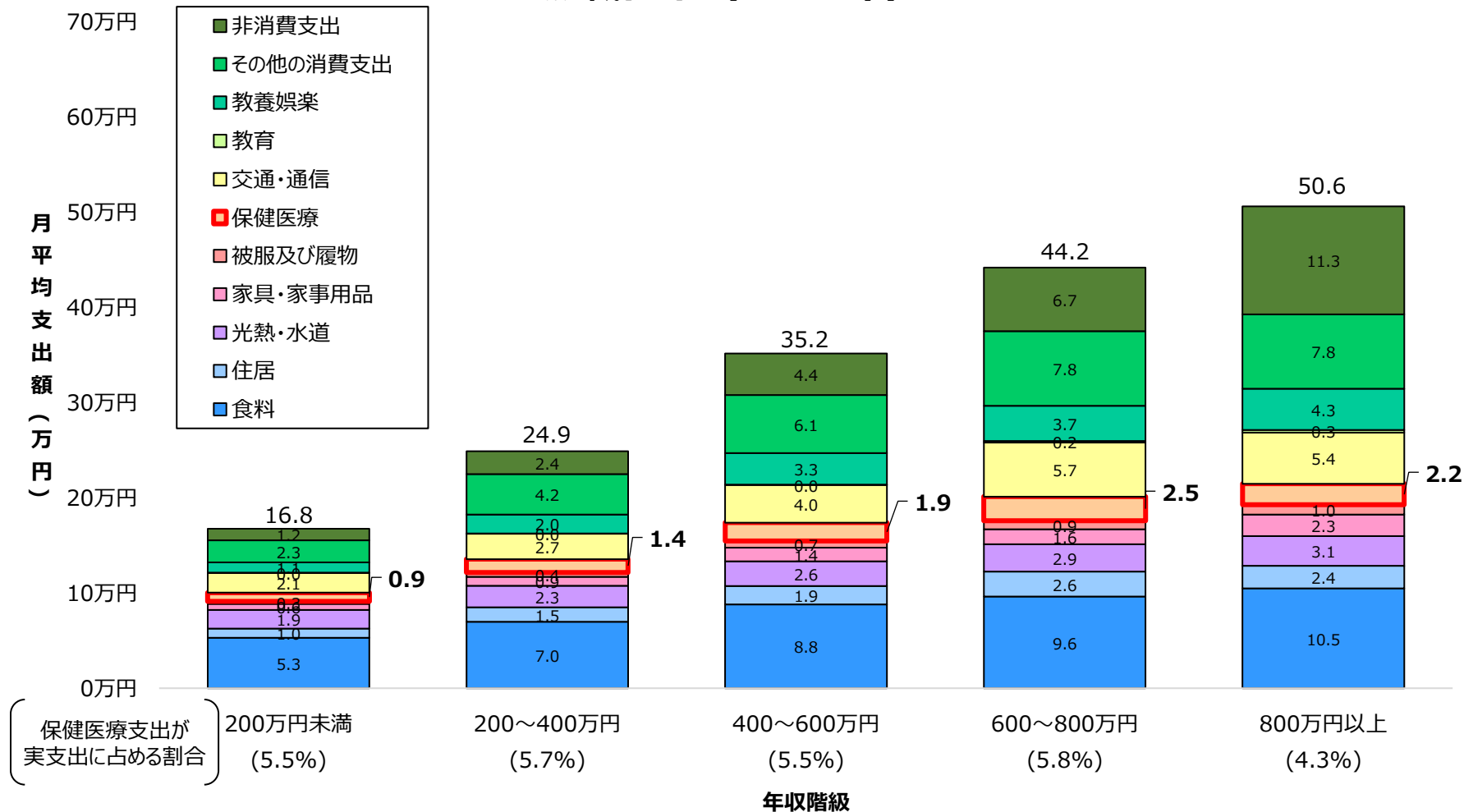
資料出所：総務省「家計調査」を基に、厚生労働省保険局において作成

※「保健医療」は、医療に係る自己負担額、医薬品、医療器具などに要する支出

※集計世帯数については、200万円未満：26世帯、200~400万円：386世帯、400~600万円：997世帯、600~800万円：1138世帯、800万円以上：1378世帯

家計における支出の状況（2023年、2人以上世帯、無職世帯）

無職世帯（2023年）



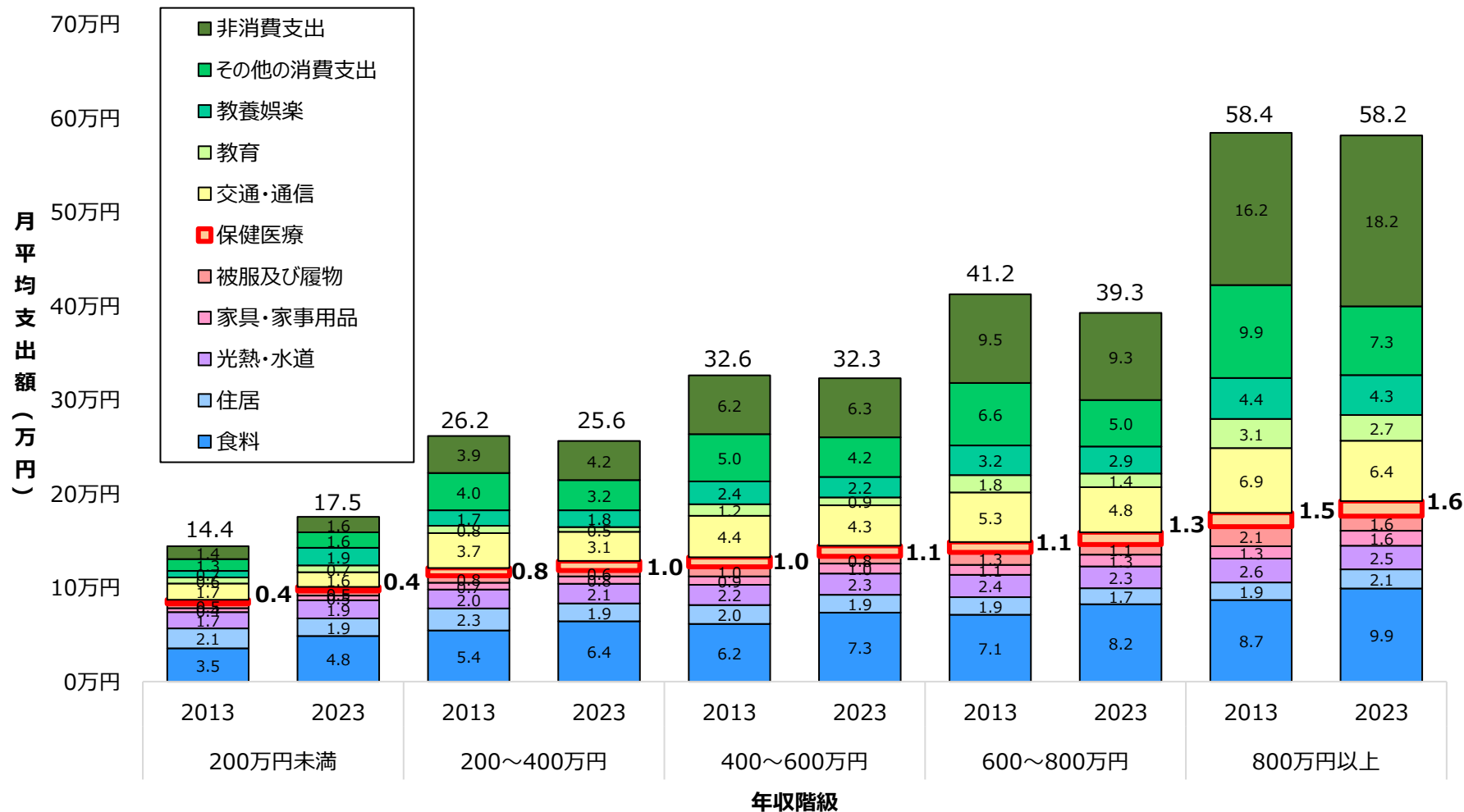
資料出所：総務省「家計調査」を基に、厚生労働省保険局において作成

※「保健医療」は、医療に係る自己負担額、医薬品、医療器具などに要する支出

※集計世帯数については、200万円未満：178世帯、200~400万円：1577世帯、400~600万円：590世帯、600~800万円：129世帯、800万円以上：74世帯

家計における支出の比較（2人以上世帯、勤労者世帯）

勤労者世帯における支出の推移

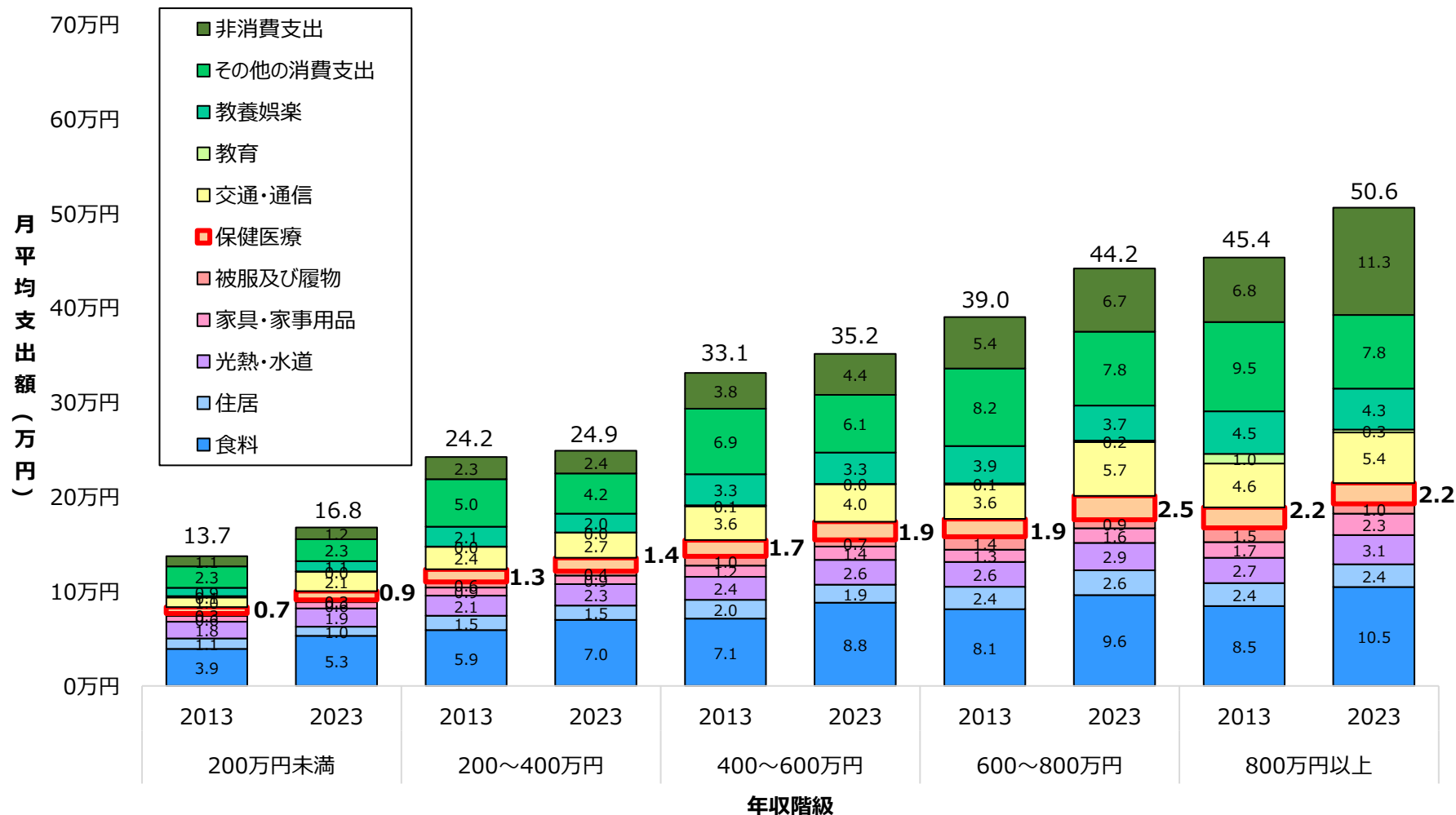


資料出所：総務省「家計調査」を基に、厚生労働省保険局において作成

※「保健医療」は、医療に係る自己負担額、医薬品、医療器具などに要する支出

家計における支出の比較（2人以上世帯、無職世帯）

無職世帯における支出の推移



資料出所：総務省「家計調査」を基に、厚生労働省保険局において作成

※「保健医療」は、医療に係る自己負担額、医薬品、医療器具などに要する支出

疾患ごとの自己負担額について（75歳以上・イメージ）

● 現行制度において、以下のような入院・外来受診を行っている高齢者（75歳以上）の医療費と自己負担額を試算。

- ① がんで1か月入院 ※平均在院日数22日
- ② 関節症（膝の痛みなど）で1か月通院 ※平均診療間隔8日
- ③ 関節症（膝の痛みなど）及び脂質異常症（高コレステロール血症等）で1か月通院 ※脂質異常症は平均診療間隔17日
- ④ がんで1か月通院 ※平均診療間隔12日

年収370万円～770万円程度の者（3割負担）

	1か月当たり医療費	自己負担額（月額）
①がんで入院	125.4万円	9.0万円（自己負担限度額に該当）
②関節症で外来受診	2.8万円	0.8万円
③関節症 及び 脂質異常症で外来受診	5.2万円	1.6万円
④がんで外来受診	16.8万円	5.0万円

年収330万円程度の者（2割負担）

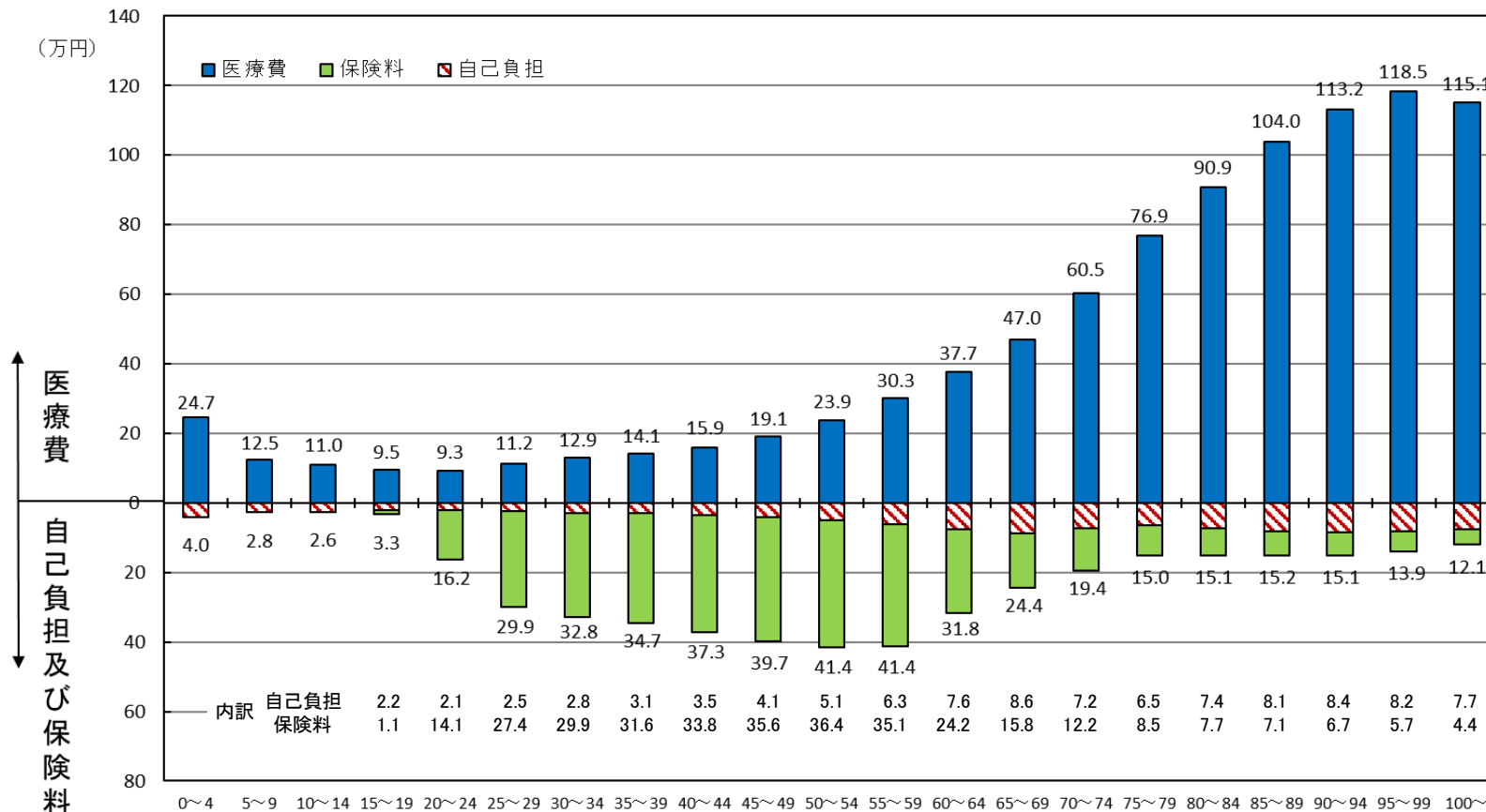
	1か月当たり医療費	自己負担額（月額）
①がんで入院	125.4万円	5.8万円（自己負担限度額に該当）
②関節症で外来受診	2.8万円	0.6万円
③関節症 及び 脂質異常症で外来受診	5.2万円	1.0万円
④がんで外来受診	16.8万円	1.8万円（外来特例月額上限に該当）

基礎年金のみの受給者（1割負担） ※ 年金収入80万円以下を想定

	1か月当たり医療費	自己負担額（月額）
①がんで入院	125.4万円	1.5万円（自己負担限度額に該当）
②関節症で外来受診	2.8万円	0.3万円
③関節症 及び 脂質異常症で外来受診	5.2万円	0.5万円
④がんで外来受診	16.8万円	0.8万円（外来特例月額上限に該当）

年齢による医療費と負担額の違い（令和3年度）

一般的に、年齢が高いほど平均的な医療費は高くなります。一方で、保険料の負担額は現役世代の間が比較的高くなります。



(注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 4. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

医療費の伸び率の要因分解

	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R 2年度 (2020)	R 3年度 (2021)	R 4年度 (2022)
医療費の伸び率 ①	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	4.0% (注1)
人口増の影響 ②	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9% (注2)
診療報酬改定等 ④	0.19%		0.004%		0.1% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)	-0.94%
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.5%
制度改正					H26.4 70-74歳 2割負担 (注9)								

注1：医療費の伸び率は、令和3年度までは国民医療費の伸び率、令和4年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の斜体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2：令和4年度の高齢化の影響は、令和3年度の年齢別1人当たり医療費と令和3年度、4年度の年齢別人口からの推計値である。

注3：平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

注4：平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-1.03%。

なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5：平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-0.9%。

注6：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定（診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%）のうち影響を受ける期間を考慮した値。

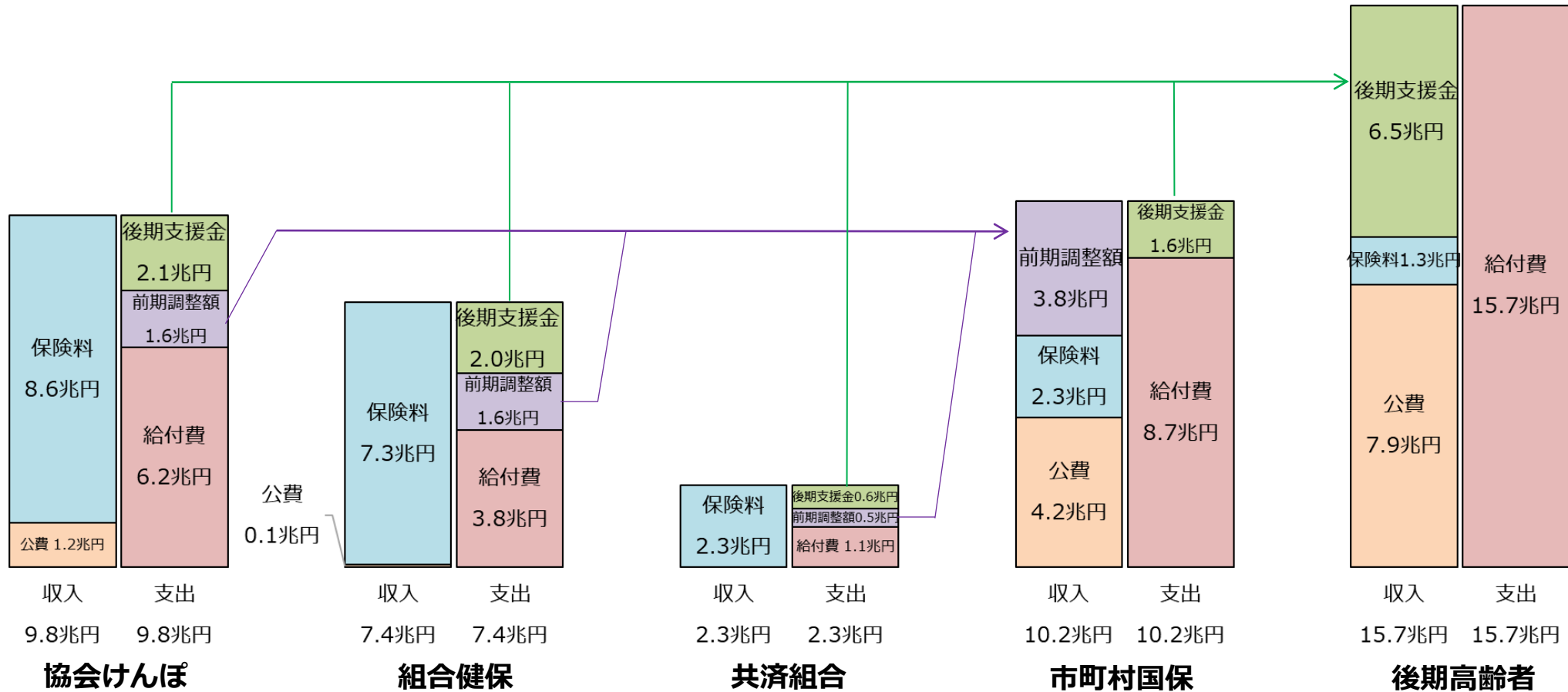
注7：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

注8：令和3年度の国民医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

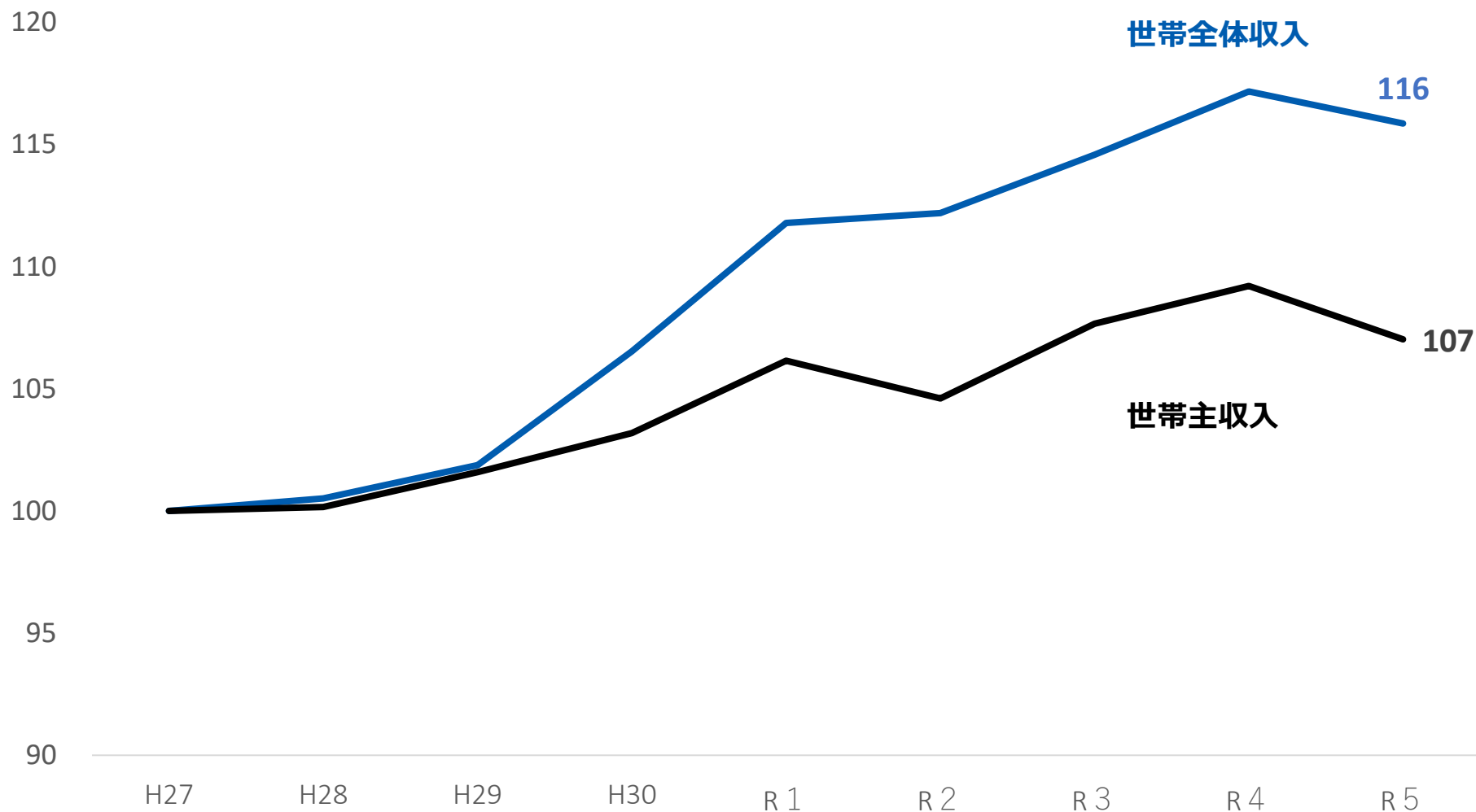
注9：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

制度別の財政の概要（令和3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）。



世帯全体収入及び世帯主収入の推移【家計調査】



出典：総務省「家計調査」
※平成27年の値を100として計算。

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

- ◆ 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

主な改革項目と工程

※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	<ul style="list-style-type: none"> （労働市場や雇用の在り方の見直し） ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等 	<ul style="list-style-type: none"> （勤労者皆保険の実現に向けた取組） ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 ・年取の壁に対する取組 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 	<ul style="list-style-type: none"> （生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ・医療DXによる効率化・質の向上 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 ・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 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正（能力に応じた全世代の支え合い） ・介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） ・高齢者の活躍促進 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等
「地域共生社会」の実現	<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革 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（2024年11月21日開催）におけるご意見①

- 高額療養費の在り方について、少なくとも高額療養費は、今の医療保険制度において被保険者の負担軽減に大きく貢献しているのは紛れもない事実。一方で、**高額薬剤等が登場することによって医療費が高額化して、医療保険財政を圧迫しているのも事実**。健保組合のデータでは、高額療養費の支給総額というのは令和元年度から5年度までの4年間で2割以上増えて600億円以上増加。中でも1000万円以上のいわゆる高額レセプトについては、この4年間で約3倍という増加が見込まれており、これらの給付のための保険料負担も増加。そういう面で、高齢者医療費に対する拠出金と合わせて、**非常に現役世代の負担増につながっている**。

こういった点を踏まえれば、全世代型社会保障構築に向けて、年齢ではなく負担能力に応じた負担、また、**保険料負担軽減の観点から高額療養費についても見直しを行う時期に来ていると理解**。高額療養費の見直しについては賛成。施行時期については、**保険者のシステム改修に係る期間等には十分御留意いただきたい**。

- 高額療養費の在り方については、全世代型社会保障の実現に向け、また、**被保険者の保険料負担の軽減を図る観点からも、社会経済情勢の変化を踏まえて負担能力に応じた負担となるように見直していくべき**。ただし、**セーフティネットとしての大変すばらしい役割があることを踏まえたきめ細かな見直しが必要**。また、その際には国民にご理解いただけるよう、丁寧な周知・説明を行っていただきたい。

- 高額療養費については、被保険者の保険料負担の軽減や負担能力に応じた負担の観点で見直しを行うとされているが、**検討に当たっては必要な医療への受診抑制につながることはないよう、特に低所得者に十分配慮した制度となるようお願いしたい**。なお、**施行時期について、被保険者等への周知や保険者のシステム改修に要する期間が十分に確保できるよう配慮していただく必要がある**。

- 全世代型社会保障構築会議で言われている全世代で能力に応じて支え合うという観点で、この改革工程に基づいて着実に進めていただきたい。**今回の高額療養費の見直しに関する案につきましても賛同**。

年齢にかかわらずという観点から言うと、**70歳以上に別途定められている外来上限特例につきましても見直しが必要ではないかと考える**し、また、その観点では、例えば能力ついて、金融資産をどうやって把握して負担能力を測っていくかとか、医療・介護の3割負担の判断基準とか、こういうことについてもしっかりと前に進めていただきたい。

医療保険部会（2024年11月21日開催）におけるご意見②

- 公的医療保険は負担能力に応じた保険料を負担する一方、受けられる医療サービスは所得の多寡にかかわらず同じというもの。このような仕組みの中で、**自己負担上限額についても負担能力に応じた負担を強めるということが、一定以上の収入がある被保険者にとって社会保険に強制加入していることへの納得感を欠くことにつながってはならない。**
高額療養費制度は、医療費の家計負担が重くならないように医療費の一部を負担するもの。そうしたことから、自己負担の水準に関してどれほどの負担原則を強めるのかという検討に当たっては、**年代や年収別などの利用の実態や考えられる影響を分析し資料でも示していただきたい。**
その上で、**国民や患者の不安、家計への過度な負担増、経済力による受診控えにつながらないよう、給付と負担の関係も踏まえて慎重かつ丁寧な検討が必要。**
- 本件は改革工程に基づき、社会保障制度の持続可能性を高めるために行われるものと認識しており、その方向性についても理解。他方、保険はいざというときのセーフティネットであり、大きなリスクに備えるもの。負担限度額の引き上げによって患者の健康状態に影響は出ないのか、医療・介護保険財政にどれだけの影響があるのかといった多角的な視点が必要。**改革に当たって必要なことは現役世代にしわ寄せが及ばないようにすること。**
- 高額療養費制度は、高額な医療費において自己負担3割を軽減するという意味で、患者にとっては非常に有効な制度だと理解。しかし、非常に高額な薬剤の採用が相次いでいるため、医療費がもの凄くはね上がってきている実態。その中で、高額療養費をどのように考えるかという方向性は賛成だが、**負担能力に応じた負担に関して、どれくらい変化させるのかという具体的なシミュレーションをきちんと示していただきたい。**高額療養費の見直しは、医療財政を非常に危険な状況にさせている高額医薬品がどんどん登場してきている状況なのでやむを得ない。
- 高額療養費制度の見直しについて、**高額薬剤の登場や医療技術の進歩に応じて高額な診療が伸びているのは事実と言われており、財政も厳しい状況であることは十分認識。**一方、高額療養費制度は、いわゆる医療におけるセーフティネットの役割を果たしているため、**全ての人が必要な医療を適切に受けられるという機能をしっかり果たせるような形で見直しが必要**がある。

医療保険部会（2024年11月21日開催）におけるご意見③

- 制度見直しについて、医療財政上の必要性は理解するが、高額療養費制度は治療を根本的に助けている部分が大きくある。もし見直しをするのであれば、**制度の変更により高額な薬剤による治療を躊躇することにつながらないよう配慮が必要である。**
- 医療保険制度改革における高額療養費の在り方について、**国民皆保険制度を持続していく観点から、負担能力に応じた負担を求めていることは重要。**

8月30日に医療保険部会で後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しの影響に関して報告があったが、この資料の中で歯科疾患は制度改正直後に外来利用率の影響を受けているデータが示されており、**今回の議論においても患者の受診控えを惹起することがないように制度設計をよろしく願いたい。**
- 医療制度関係の議論になると自己負担が増えるというニュース等も多く、心配されている方も多くいるかと思う。特に高齢者はそうした状況にある方が多い。例えば、この先、年金などの限られた収入しかないのに、医療にかかる必要があり、その医療の負担が大きくなって自分たちの暮らしは大丈夫だろうかと非常に気にされている方も多いと思う。

そうした意味では、適切な改革、丁寧な説明、そして、長期を見越した健康の増進や健康の維持ということも啓発していく必要。そのためには予防というのがとても肝心。**若い世代から健康リテラシーの教育や啓発、そして、自己管理をすることで健康を維持して大きな病気になることが減るようにしていくことがいかに大切かということ**を啓発すべきだし、これらのことは病になってからでは間に合わないので、ぜひ若い時期から啓発をしていくべき。医療財政が大きな課題となって久しいが、これを長期的にも解決する大きな下支えになる。

一方では、**負担能力に応じた対応も欠かせない**。今の区分をより細かくするとか、あるいはより詳細な分析もされると思うが、そうしたことをぜひ的確に丁寧にやっていただきたい。一方、退職などで年度をまたぐことによって収入が変わる方がいる。前年度の収入をベースに課税ベースが決まるので、そのときに一時的に負担感が増える。こうしたことへの配慮をどうするかということも検討が必要。

家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないようにという高額療養費制度の趣旨はとても大切なので、この理念を踏まえつつ今後の改革や改善をぜひ的確にお願いをしたい。また、国民への分かりやすい説明もお願いしたい。

医療保険部会（2024年11月21日開催）におけるご意見④

- 医療保険では、保険料において上下限がある関係で応能負担が原則だが、多少応益的な要素も入っている。そこに加えて給付面では、高額療養費は本来病気になった人とならない人との間の水平的な所得再分配だと思うが、そこに応能要素が入るといことで、垂直的所得再分配という面もあるという、非常にいろいろなことがミックスされたのが今の状態。そういう点から言うと、**受益に着目した限度額ということから言えば、医療費が増大すればその伸びに応じて見直すということは必要なこと。**
その一方、応能負担ということ、今回あるような負担能力に応じてということも徹底することも一つだが、そうなると、年齢に関係なくということになる。それぞれの基準の部分に該当する方たちの割合が制度とか年齢によって違っているので、特に高齢者に低所得層が多いといったような実態をどう考えるかということが重要ではないか。
- **年齢ではなくて負担能力に応じた高額療養費の負担上限額の設定や所得区分の細分化は非常に妥当。また、インフレへの対応のため上限を上げることもやむを得ない部分がある。**一方で、医療保険というのは本来ネガティブな健康へのショック、運悪く非常に高額な医療費が必要になった方のリスクを軽減するという役割が最も重要なので、高額療養費の負担上限を上げることより、例えば選定療養費によって医学的に絶対的に必要不可欠ではない部分の自己負担を増やす、または医療の標準化などのルールづくりによって健康の改善に特に必要な部分に医療費が使われるようにしていくという効率化が非常に求められる。
また、**高額療養費が医療利用など家計にどう影響を与えるのかに関してあまり実証分析がない。**例えば、自己負担割合が変化したときの影響は、誰がどういう負担割合なのかが分かるので分析しやすいが、高額療養費の負担限度額は所得や年齢によって決まっているので、誰がどういう上限になっているかということがデータから分からないことが多い。高額療養費がどういう影響を与えているか、例えば、高額療養費を超えた途端に、幾ら余計にかかっても自己負担が増えないので、急に医療利用が増えるということが起きているのか、いないのか。高額療養費の上限が上がると家計にどういう影響があるのか。負担増による医療利用の低下が起きるのか。そのようなことがよく分かっていない状況なので、そういうことが分かるような**データを研究者が使えるようになっていくことが今後非常に重要。**

医療保険部会（2024年11月28日開催）におけるご意見①

- **今後も医療費が継続して増大することが見込まれる中、我が国が世界に誇る医療保険制度を持続するためには、高額療養費についても一定の歯止めが必要。医療保険財政への負担を軽減させるためには、まず自助の徹底が重要。** 保険はいざというときのリスクに備えるものであるため、平素から国民のヘルスリテラシーを高めるセルフメディケーションを推進し、生活習慣病のような予防できる病気にならないようにする、また、軽微な疾病の場合にはOTC医薬品を活用するなど、なるべく医療制度に頼らないようにする、その上で、対応できないような治療重要度の高い疾病には、高額療養費で対応するといった考え方が重要。
- **現役世代の負担軽減に向けて、改革工程に基づいて早期から着実に取組みを進めるべき。** その観点からも、**高額療養費の見直しは提示されているような案の方向で進めていくべき。** とりわけ、**外来特例については、廃止の方向で検討すべき。**
- 高額療養費の支給状況などのデータを出していただいたが、議論を深めるには不十分。協会・組合健保や後期高齢者医療制度の1件当たり支給実績を見ると、年齢にかかわらず、高額療養費制度により経済的な負担を軽減できていることが改めて分かるが、一方で、**どういった年収の人がどれくらい支給を受けているのかについてはまだ分からない。見直しの議論に当たっては丁寧かつ慎重な検討が必要のため、年代や年収別などの詳細なデータを示していただきたい。**
現状と比較して急激な負担増とならないよう十分留意する必要がある上、長期的な治療が必要な方や世帯構成への配慮も重要。 なお、負担能力という点については、金融資産などの把握も含めて考えることも必要。
- 老年学の長期的な調査研究によると、社会参加が多いほど健康長寿ということがデータとして出ている。後期高齢者は頻繁に外来診療に行っている方が多い。病気を抱えていて外来診療に行っている人もいるが、暇潰しや医者に話を聞いてもらいたいなどのケースも多い。そうしたことを考えると、**高齢者の社会や地域活動への参加を増やすことで特に後期高齢者の医療費は減らせるのではないか、外来診療に行く頻度を減らせるのではないか**と考える。

医療保険部会（2024年11月28日開催）におけるご意見②

- **高額療養費の見直しについては、セーフティネット機能の発揮と保険料負担者の納得感をいかに両立させるか、つまり、給付を受ける側と負担をする側のバランスをどう取るかということに尽きる。**

セーフティネット機能については、協会けんぽと組合健保における1件当たりの高額療養費の金額は10万円を超えており、高額な医療費リスクをカバーするセーフティネットの役割を十分果たしている。一方で、**高額療養費の内容の変化も顕著に出ている**。1,000万円以上の高額レセプトの件数が増えており、平成26年度は300件だったものが令和5年度には2,000件以上で7倍以上になっている。健保連が公表している高額レセプト上位100位の内訳を見ると、平成26年度は循環器系の疾患が5割を占めていたが、直近の令和5年度はキムリアをはじめとした高額薬剤が約75%を占めている。**大幅な件数の伸びは近年の高額薬剤の登場・普及が大きな要因となっており、これが医療保険財政の圧迫にもつながっている。**

また、外来特例について、現状、月額上限と年間上限の2つのセーフティネットを設けているが、月額上限に該当する患者の割合は相当程度高い一方で、2つ目のセーフティネットである年間上限の該当者の割合は高くない。こうした状況を踏まえると、**外来特例の在り方については見直しの検討が必要**ではないか。

もう一つの観点である保険料負担者の納得感については、現役世代の負担軽減が極めて重要なテーマ。給付は高齢者中心、負担は現役世代中心という医療費と保険料負担のアンバランスは相変わらず顕著であると言わざるを得ない。高額療養費のセーフティネットとしての機能は十分理解するが、**高齢者医療の拠出金と併せて過重な負担を強いられている現役世代の負担軽減も喫緊の課題なため、手取りを増やすためにも高額療養費の見直しは必要**。最後に、多数回該当分の支給実績のデータの範囲が保険者ごとに異なっているため、データ分析できるような統一的な形をお願いしたい。

- **高額療養費の見直しはいわば当面の対策であり、本質的に重要なのは予防**。その意味では、ヘルスリテラシーについて子供たちが学びの過程の中で学習する、あるいは健診を受けることの大切さを啓発していかなければいけない。高額薬剤を使わなくてもいいように事前に自分の健康管理をしていくことがいかに大事かについて、政府広報などをぜひやっていただきたい。

ワクチンをもっと普及させるとか、健診をより徹底して異常があったら対応するなどして、早期発見・早期治療につなげる必要。**単に財政だけ見て、多い、少ない、足りないものはどうするかと議論するだけでは本質的な解決にならないので、当面の対策とともに本質的な対策をぜひやっていただきたい。**

医療保険部会（2024年11月28日開催）におけるご意見③

- 近年、高額薬剤の登場や医療技術の進歩に伴い高額な診療が増えていることは事実であり、それに伴い医療保険財政が非常に逼迫をしていることも十分承知。一方、高額療養費制度はセーフティネットとしての重要な役割も果たしており、特に収入の低い高齢者の経済的な支えになっていることは、本日の資料のデータからも理解できるところ。
第181回医療保険部会において、後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しが受診・受療行動に大きな影響を与えたことは明らかになっている。今回、高額療養費の負担上限を引き上げるといった場合には、窓口負担割合の見直しと同じような影響が最初に出ることは十分に想定されるだろう。例えば、外来受診ありの後期高齢者のうち年間11か月以上外来受診に行っている後期高齢者は50%を超えている。こうした方は様々な複数の疾患を抱えていることが想定され、医療機関への定期的な受診によって医学的な管理を受けて疾患の悪化を防いでいるという状態であろうと思う。そのため、今回の見直しに関しては、受療行動の変化によって状態の悪化を招かないよう、丁寧な議論を重ねてお願いしたい。
- 国民皆保険によって日本は世界に誇れる医療制度を堅持している。その恩恵を受けられる方がいる一方で、薬剤を含む高額な医療費の増加の流れは今後も続いていくものと考えており、どのような負担を誰がしていくかは非常に難しい問題。世代間格差や取り残される方ができるだけ少なくなるよう、また、負担増による患者の受診控え等を惹起することがないような制度設計等について、引き続き議論をお願いしたい。
- 高齢期になって病気にかかる人もいれば、現役時代に医療機関を利用しながら働いている方もいるということを理解してもらう必要がある。支給件数は後期高齢者と市町村国保が多く、支給金額でも市町村国保と後期高齢者が高い。ただ、1件当たりの金額では、現役世代の方が高額で、市町村国保と後期高齢者がそれに次ぐ形となっている。高齢者は様々な形で診療科目が増えてきている中で、健康維持、社会参加に努めているため、この制度を現状よりも厳しくするというのが果たしていい結果を招くのかどうかは疑問。

医療保険部会（2024年11月28日開催）におけるご意見④

- **セーフティネットとしての役割に留意しつつ、全世代型社会保障の実現に向けて、また、被保険者の保険料負担の軽減を図る観点から、社会経済情勢の変化を踏まえた負担能力に応じた負担となるよう見直していくべきというのが基本的な考え方。**
具体的な結論に至る際には、実務面から**保険者のシステム改修等に必要な期間についても配慮いただきたい。**
- 高額療養費は、若い方の場合はいざというときの医療保険ということでリスク分散的な意味合いが強いと思われるが、**高齢者の方の場合は所得再分配、つまり、低所得者への配慮という要素が入っているのでその辺りの影響を見極めながら考えるべき。**
- やはり分からないのは、例えば高額な医療費の自己負担額や、自己負担額の上限の額が家計にどう影響しているかということ。自己負担額の上限は所得によって変わることから、データではよく分からないことが多いので、それを改善したデータで分析することが重要。
正確な家計の所得や医療支出、世帯員の客観的な健康状態を全て把握できるデータはまだ日本にはない。そのため、この点について**分析可能なデータを研究者が使えるようにしていただき、どのように医療保険によってリスクから守られているのか、それから守られていないとしたらどういう人たちに対してどういう状況で起きているのかということを明確にすることが重要。**
- 15日の全世代型社会保障構築会議で清家座長から高額療養費制度について見直しの方向性で検討していただきたい旨の話があり、自分も基本的には見直しはやむなしとは思っているが、1点気になることがある。過去にいわれるワンコイン、500円を患者負担に上乗せをするという案が出たものの結局実現しなかったわけだが、特に低所得の方の負担が重いのではないかという当時の認識があったと思う。
現在、様々な薬剤が出てきており、それを飲み続けることで社会生活を送ることができるという状況になっている。そうした方の場合、多数回該当があったとしても、例えば適用区分工だと年間50万円の自己負担となる。70歳未満の方で毎月受診されている方も一定程度いるということは分かっているが、**年間ずっと多数回該当に該当し続けている方がどのくらいいるのかについても可能ならば調べていただきたい。**