

# 高額療養費は その「役割」を保てるか

立教大学経済学部

安藤道人

2025.11.26

日本医学ジャーナリスト協会

オンライン講演会

# 胃腸炎で3日間寝込む直前のつぶやき



安藤道人 (Michihito Ando)  
@michihito\_ando



「負担上限に達すれば「通院し放題」という表現を許容する社会では、70歳未満も含めて、主要先進国の中でも高い医療費の自己負担上限額を引き下げていくことは難しそうだ。

>高額療養費制度、70歳以上の「外来特例」見直しへ...負担上限に達すれば「通院し放題」と批判

70歳以上の外来受診費を軽減する「外来特例」で、現在の自己負担上限額と昨年12月に一時決定された上限の見直し額

年収区分の目安	現在の上限額	昨年の見直し額
単身世帯:200万~383万円 複数世帯:320万~520万円	月1万8000円 (年間14万4000円)	月2万8000円 (年間22万4000円)
単身世帯:200万円未満 複数世帯:320万円未満		月2万円 (年間16万円)
年収80万円以上の住民税 非課税世帯	月8000円	月1万3000円
年収80万円未満の住民税 非課税世帯		

yomiuri.co.jpから

午後10:21・2025年11月22日・2,710件の表示



安藤道人 (Michihito Ando)  
@michihito\_ando



医療財政を、需要サイド（患者）の負担増という「粗い手綱」でコントロールしようとする時代を、いつまで続けるのだろうか。

(いっばなしはよくないのでnoteつぶやきで続きを書こうかと思ったが、とりあえず禁欲)

午後10:25・2025年11月22日・992件の表示

# 自己紹介

- **出生**：1981年生まれ、神奈川県出身
- **学歴**：一橋大学経済学部卒→一橋大学社会学研究科（社会学修士）  
→（就職）→ウプサラ大学（スウェーデン）経済学部（経済学博士）
- **職歴**：三菱総合研究所→（中断）→国立社会保障・人口問題研究所  
→立教大学経済学部
- **専門**：社会保障論・財政学・応用計量経済学
- **研究**：近現代の日本において、社会保障や地方財政がどう形成され、  
どう人々や社会のあり方に影響を与えているか？
- **ウェブ**：<https://sites.google.com/site/michihito7ando>

# ロードマップ

1. これまでの経緯
2. 引き上げ案の「衝撃」
3. 論点1：3つの「財政的背景」を整理する
  - 財政的背景A：少子化対策の財源確保
  - 財政的背景B：医療保険財政への対応
  - 財政的背景C：インフレへの対応
4. 論点2：社会保障の改革哲学を再考する
5. 論点3：「命の選択」と「家計破綻」を防ぐ
6. 3つの「テイクアウェイ」

# これまでの経緯

## 政策形成期（舞台裏）：2023年度-2024年度の半ば

- 2023年度まで：「次元の異なる少子化対策」と「改革工程」。後者では高額療養費への言及あり
- 2024年度6月「骨太の方針」では高額療養費への言及なし

## 政策形成期（表舞台）：2024年11月～12月

- 「全世代型社会保障構築会議」と「社会保障審議会医療保険部会」での議論
- 12月25日クリスマスの「大臣合意」で高額療養費の上限の引き上げ幅の公表

## 政策撤回期：2024年度末（12月～3月）

- 患者団体や医療系学会からの反対、2度の修正案の提示
- 2025年3月7日、衆議院通過後の参議院審議中に見送り決定

## 政策再検討期：2025年度前半（4月～11月まで）

- 「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」開催



## 高額療養費制度 負担上限額 ことし8月の引き上げ見送りへ 政府

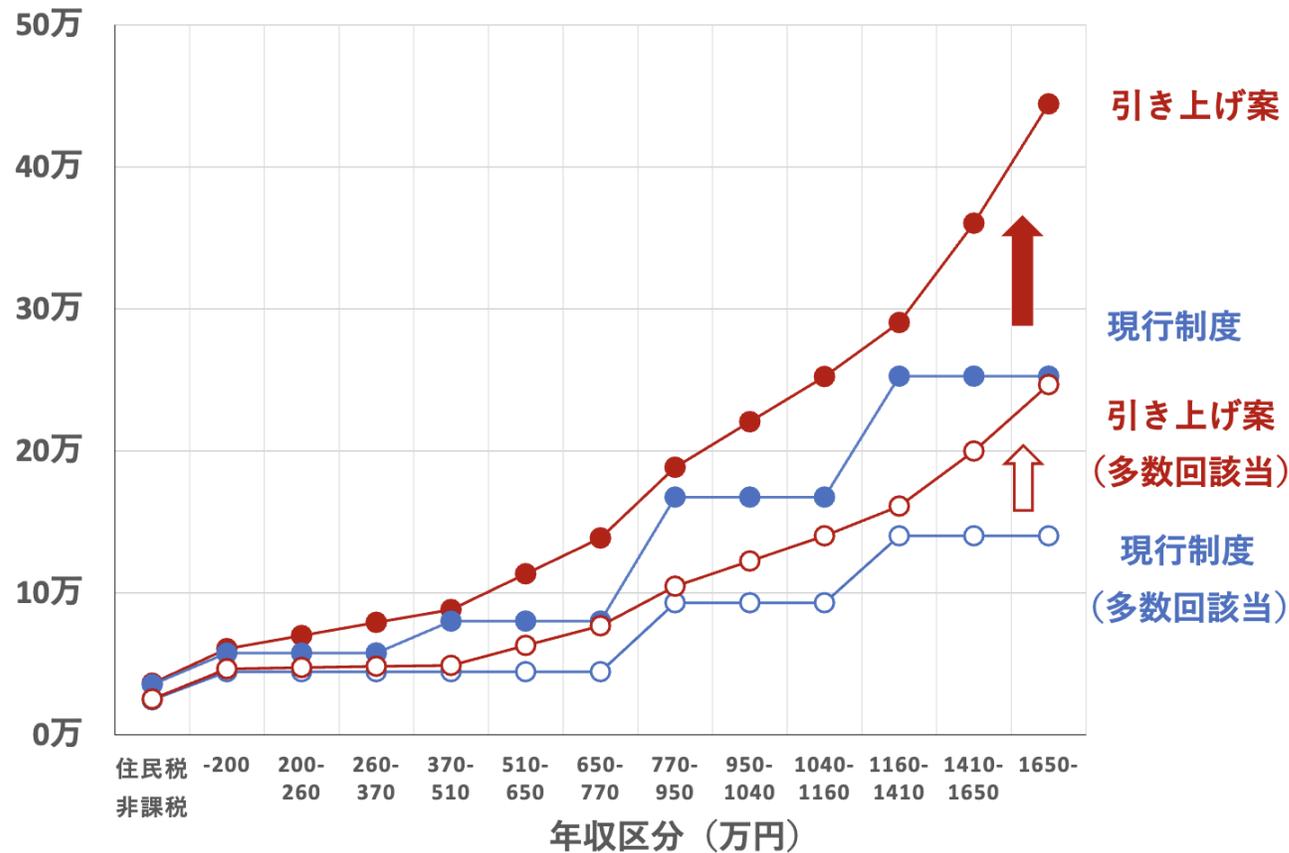
2025年3月7日 18時46分

高額療養費制度の負担上限額の引き上げについて、政府は与野党からさらなる見直しを求める意見が出ていることから、ことし8月の引き上げを見送る方針を固めました。

出典：<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20250307/k10014742201000.html>

# 引き上げ案の「衝撃」 1/3

高額療養費の上限額（月額、万円）



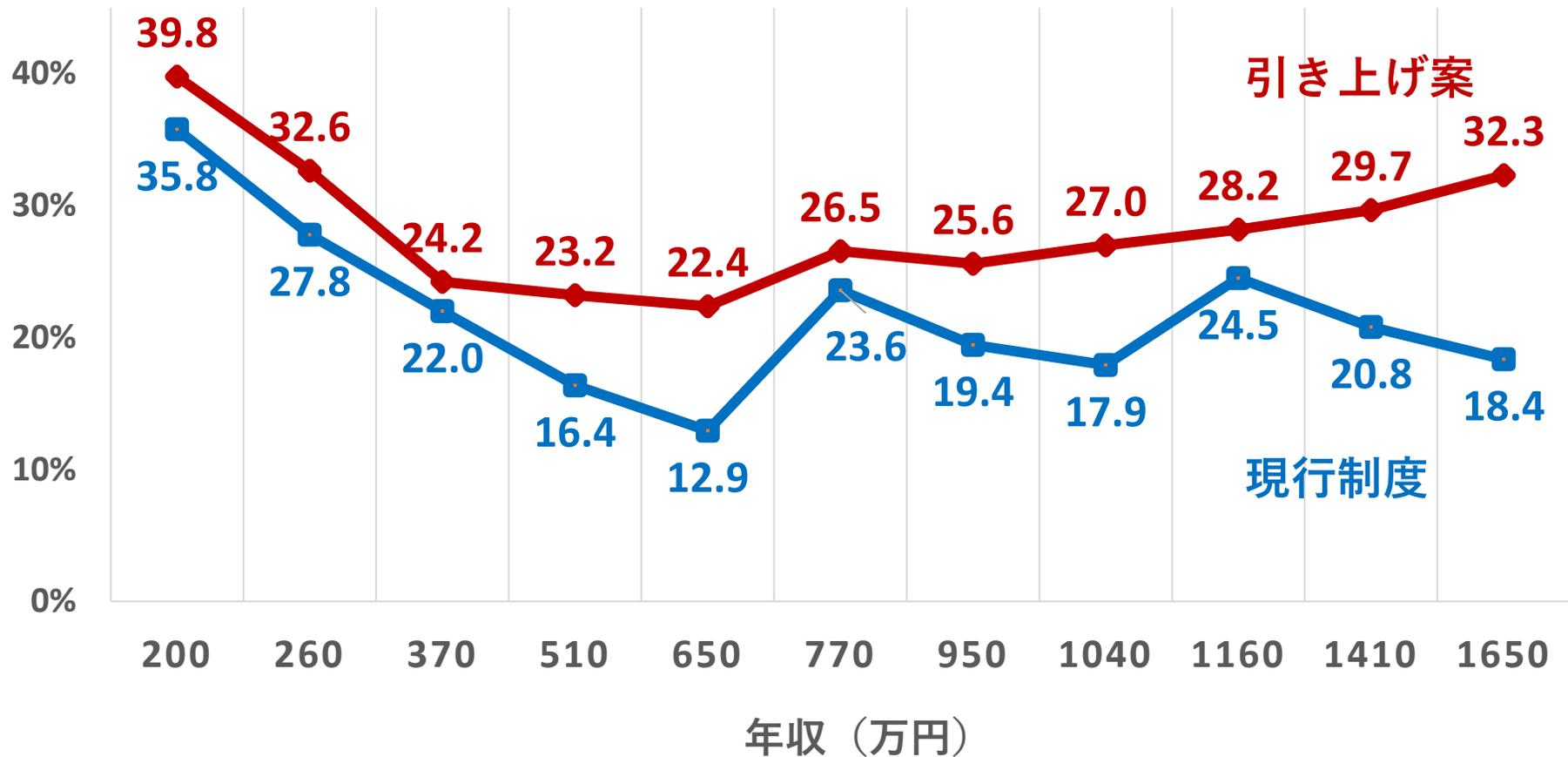
2つのポイント

1. 年収区分の細分化
2. 年収区分ごとの上限額の引き上げ

注：年収区分が370万円以上の場合、ここに記載されている上限額を超える部分について、さらに1%の自己負担も発生する（多数回該当の場合を除く）。  
出所：厚生労働省資料より安藤作成

# 引き上げ案の「衝撃」 2/3

自己負担上限額（年額）の手取り所得に対する割合  
(% 45歳単身世帯の概算値)



- 上限額の年額は、年3回の上限額と9回の多数回該当上限額として計算。
- 「手取り所得」は、2025年度の45歳単身世帯を想定した概算値（税・社会保険料負担分は除いた後の数値。2025年1月時点で想定されていた制度に基づく）

# 引き上げ案の「衝撃」 3/3

- 引き上げ案の上限額と同水準の自己負担に直面した場合、**ほぼ全ての年収区分でWHOが「破滅的医療支出」と定義する水準に達する**

(大阪医科薬科大学の伊藤ゆり氏の推計)

- 引き上げ案が実現した場合、**自己負担上限額に達せずに高額療養費の対象から外れ「多数回該当」にもならない人が、70歳未満で8.4万人発生する**

(東京大学大学院の五十嵐中氏の推計)

→一言でいうと、「**すごい負担増**」

# 3つの論点

## 論点1

- 3つの「財政的背景」を整理する

## 論点2

- 社会保障の改革哲学を再考する

## 論点3

- 「命の選択」と「家計破綻」を防ぐための制度を考える

# 論点1：3つの「財政的背景」

財政的背景A：少子化対策の財源確保

財政的背景B：医療保険財政への対応

財政的背景C：インフレへの対応

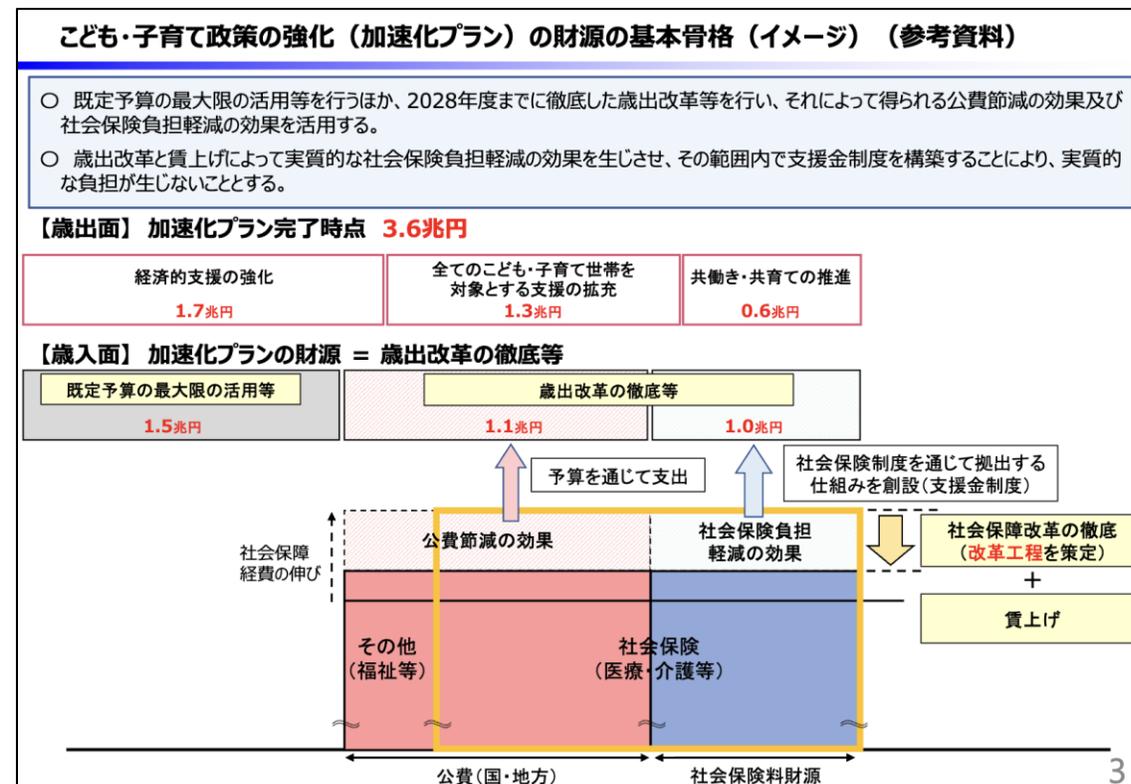
# 財政的背景A：少子化対策の財源確保

## 「次元の異なる少子化対策」の財源対策

- 1.1兆円の公費節減
- 1兆円 of 社会保険負担軽減



- 高額療養費がターゲットに



出所：「子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律（公布日：令和6年6月12日）概要・参考資料」（こども家庭庁ウェブサイトより取得）

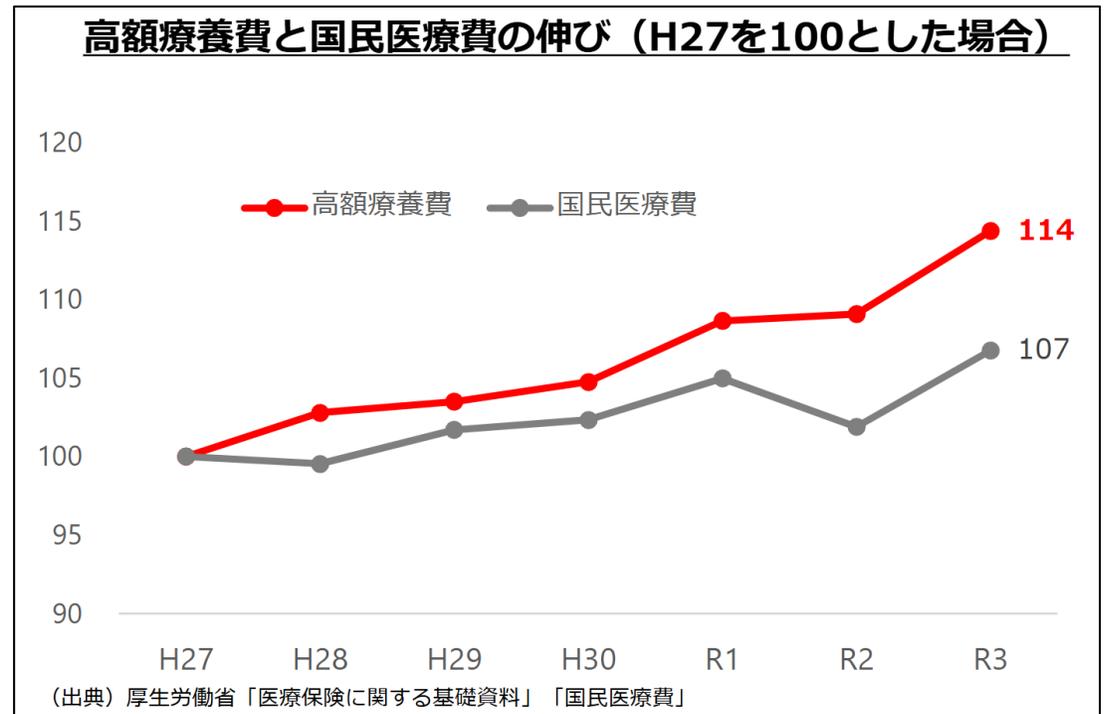
# 財政的背景B：医療保険財政への対応

## • 政府見解：

- 高額療養費の伸び：14%
- 国民医療費の伸び：7%
- 「倍のスピードで増加」(右図)

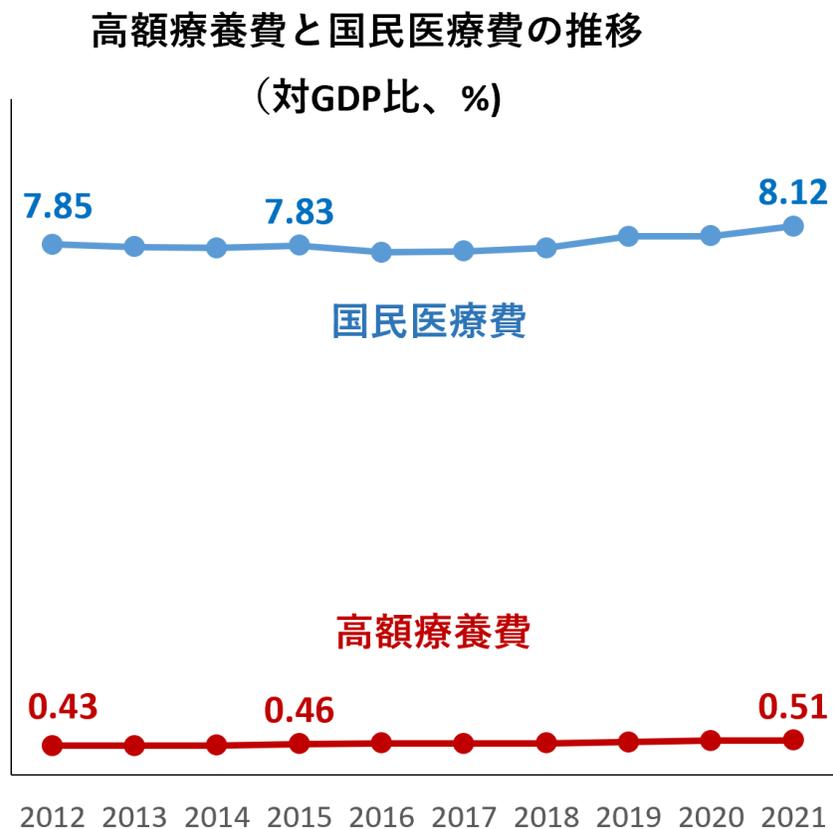
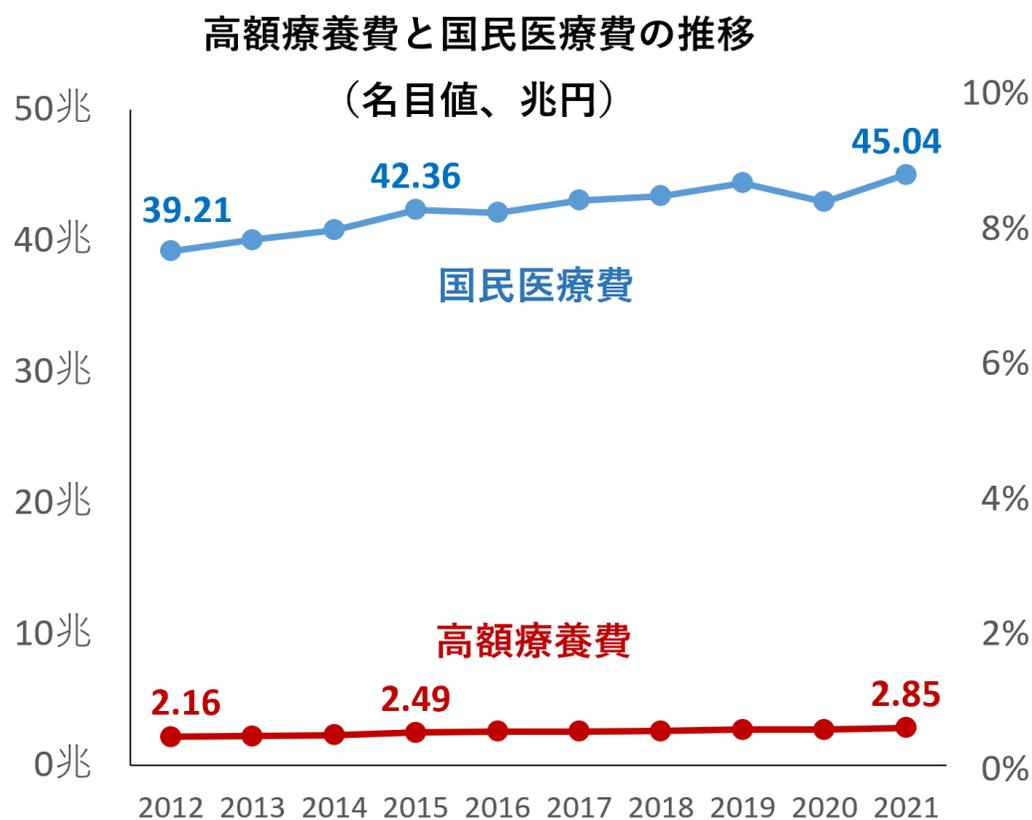


- 誤りではないが、統計の一面的な加工の結果(次ページ)



出所：社会保障審議会医療保険部会資料(第186回 2024.11.21 資料2 p.6)

# 高額療養費と国民医療費の伸び (名目値と対GDP比で見た場合)



出所：「医療保険に関する基礎資料」および2023年SNAより安藤作成

参考：名目GDPは530兆(2004)→520兆(2014)→610兆(2024)と過去10年で90兆円増 (2023年SNA)

# 財政的背景C：インフレへの対応 1/2

- 政府は「物価・所得の上昇への対応」とも説明（右図）



- 現行制度は所得上昇が自己負担上限額の増加に繋がる仕組み
- 正当化が難しいロジックだった

【自己負担上限額の見直し】

①各所得区分ごとの自己負担限度額の引上げ（2025年8月～）

考え方		
具体的な引き上げ幅 (自己負担上限額)	年収約1,160万円～	+ 15%
	年収約770～1,160万円	+ 12.5%
	年収約370～770万円	+ 10%
	～年収約370万円	+ 5%
	住民税非課税	+ 2.7%
	住民税非課税 (所得が一定以下)	+ 2.7%

■ 前回見直しを行った約10年前からの平均給与の伸び率が約9.5～約12%であることを踏まえ、平均的な所得層の引き上げ幅を10%に設定。

②各所得区分の細分化（2026年8月～、2027年8月～）

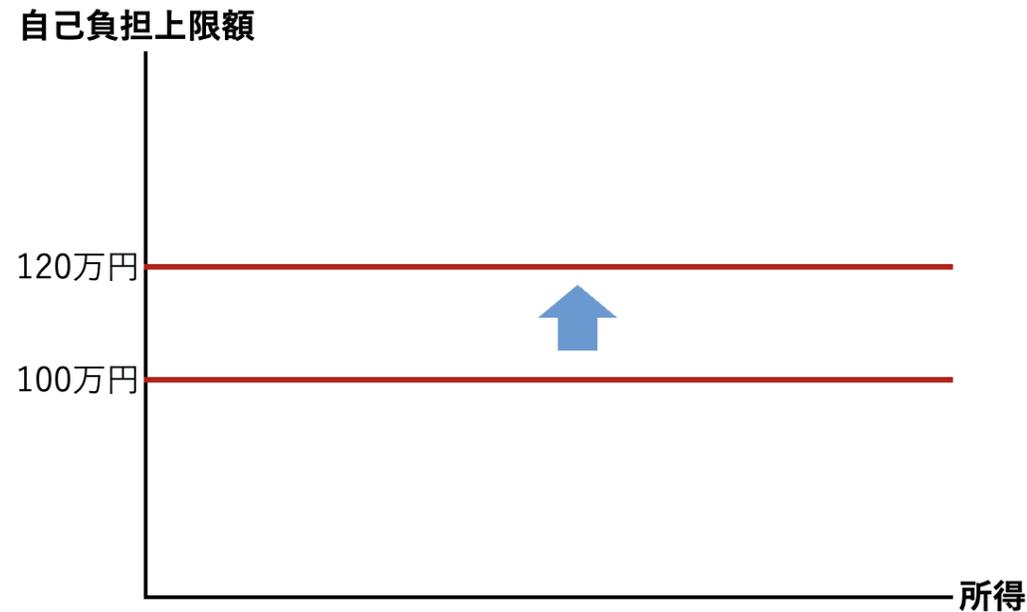
○各所得区分（住民税非課税を除く）を3区分に細分化し、それぞれの所得に応じて、自己負担上限額を引上げ（激変緩和措置として2段階で引上げ）

(参考) 過去の見直しにおいても、協会けんぽ加入者の標準的な報酬月額額の25%となるように自己負担上限額を設定している。

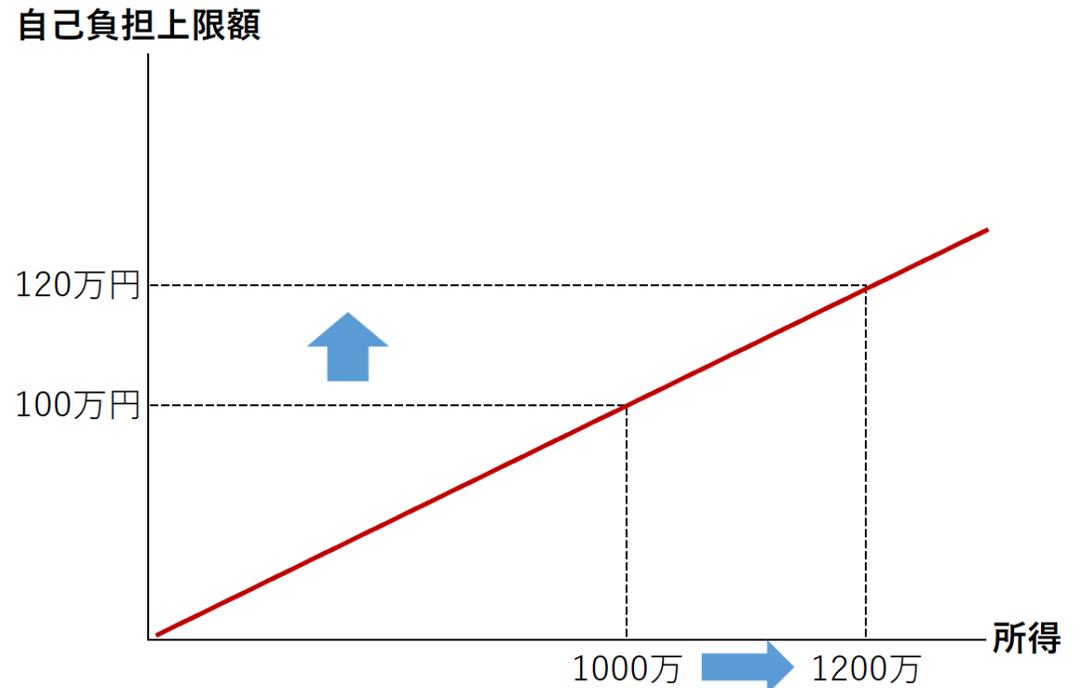
出所：社会保障審議会医療保険部会資料（第192回 2025.1.23 資料2 p.2）

# 財政的背景C：インフレへの対応 2/2

自己負担上限額を一律に設定している場合、  
インフレ調整が必要  
(スウェーデンなど)



自己負担上限額を所得比例で設定している場合、  
インフレ調整は不要  
(ドイツなど。日本もこの亜種)

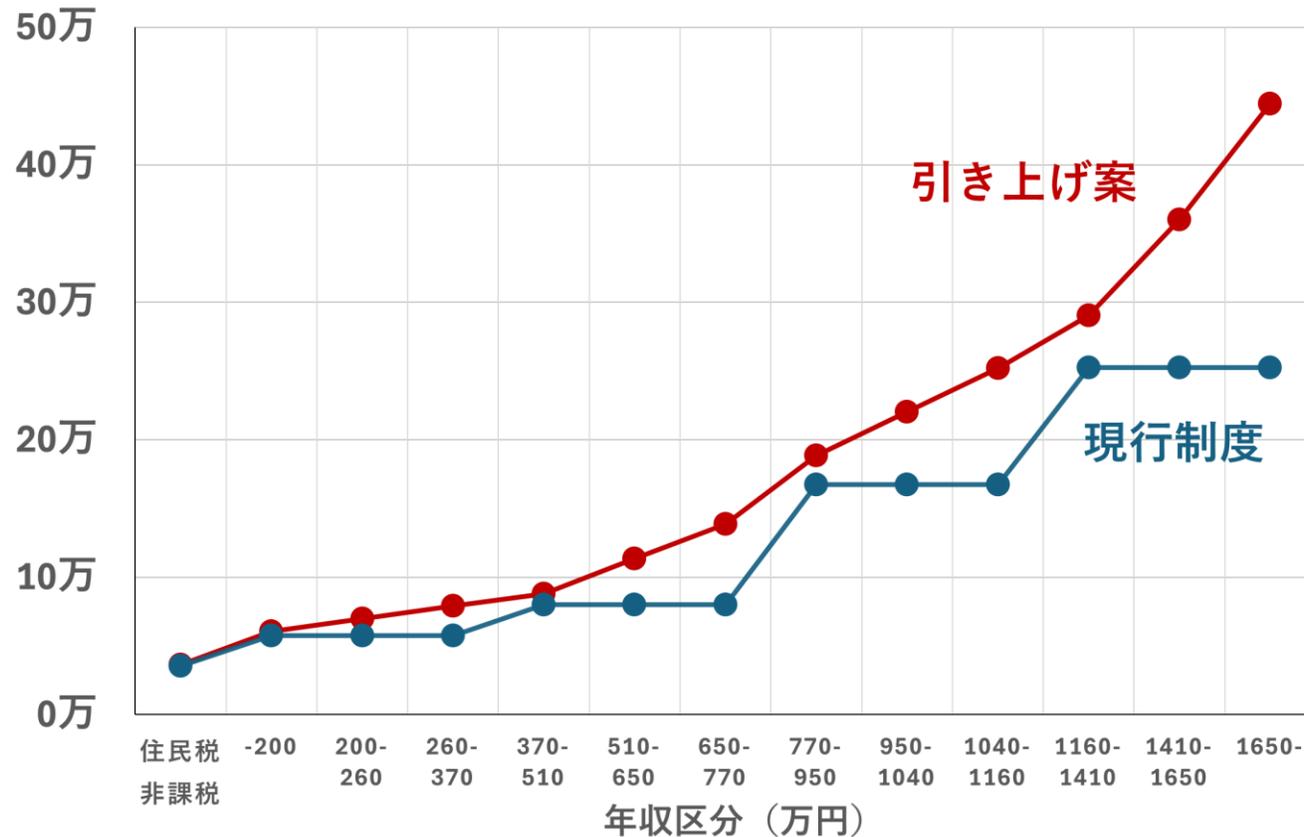


## 論点 2：社会保障の改革哲学を再考する 1/5

- 引き上げ案の「衝撃」の1つは「**所得段階別負担の急勾配**」（次ページ）
- その根拠は「**能力に応じた負担**」という改革哲学
- もともとは税制（や社会保険料）での「**応能負担原則**」という考え方
- 「**能力に応じた負担**」が近年の自己負担引き上げの指針に
  - 「社会保障と税の一体改革」前後から、とくに高齢者の自己負担改革
  - 「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年）で明記

# 論点 2：社会保障の改革哲学を再考する 2/5

## 自己負担の上限額（月額、万円）

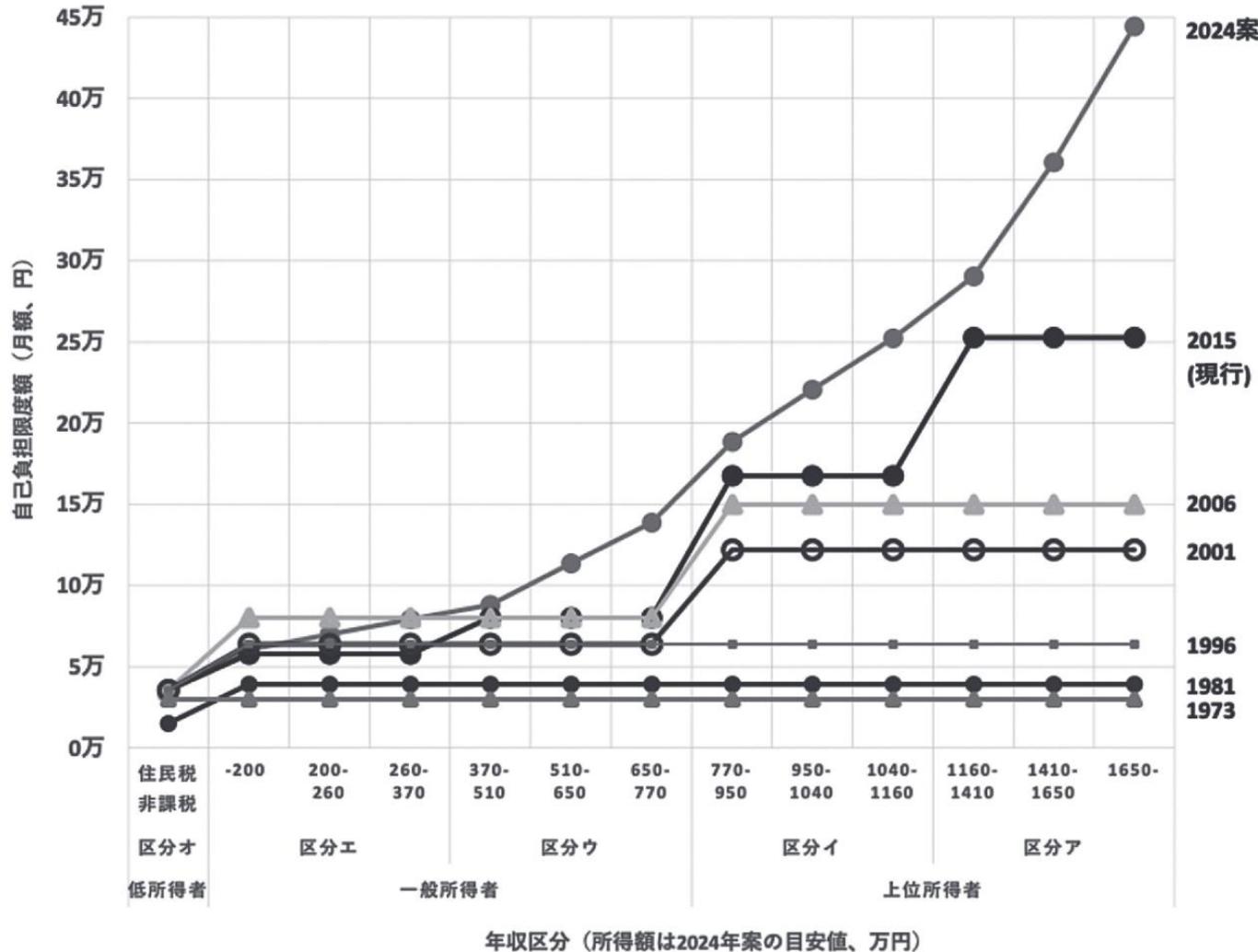


- 現役世代の3割負担はもう上げられない
- 高額療養費における大胆な「能力に応じた負担」化による予算確保を試みた？

注：年収区分が370万円以上の場合、ここに記載されている上限額を超える部分について、さらに1%の自己負担も発生する。

出所：厚生労働省資料より安藤作成

# 参考：高額療養費の負担限度額の歴史的推移



- 当初はほぼ一律
- 物価や所得に応じた一律の引き上げも実施
- 「能力に応じた自己負担」を強化し始めたのは2000年代に入ってから

# 論点 2：社会保障の改革哲学を再考する 3/5

- 「能力に応じた負担」は自己負担サイドではマイルドにすべき
- 自己負担への「応能負担」の適用は中間層や高所得層の不公平感に繋がる
  - 「税や保険料も高いのに、医療費の自己負担も高い」
- 「能力（所得や資産）に応じた税・保険料負担」と「必要（ニーズ）に応じた社会保障給付」というオーソドックスな社会保障哲学にもう少し回帰すべき
- そもそも、公費・私費あわせた負担が同額なら、社会全体では同額の負担
- 「負担の抑制」ではなく、「**誰がどう負担するか**」という問題：
  - 「患者負担増による現役世代の手取り増」は、健康な層から不健康な層へのコストシフティング（負担の付け替え）

## 論点 2 : 社会保障の改革哲学を再考する 4/5

- 現行制度は、年収区分に関わらず、過度な自己負担上限
  - 「命の選択」（治療断念）や「家計破綻」はすでに生じている
- 「能力に応じた自己負担」をマイルドかつシンプルにする必要
  - 医薬品の自己負担増が急激かつ複雑だと死亡率が上がるという研究も
    - Chandra, A., Flack, E., & Obermeyer, Z. (2024). "The health costs of cost sharing" (「自己負担の健康コスト」) *The Quarterly Journal of Economics*, 139(4), 2037-2082, *The Quarterly Journal of Economics*
- ドイツのように、**年間所得の一定割合を自己負担上限額とすることも一案**  
(マイルドかつシンプル)

# 参考：日本とヨーロッパ諸国の 成人の医療費自己負担上限制度

日本	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 年収に応じた月ごとの自己負担上限額（高額療養費制度）。継続して上限額を超える場合には「多数回該当」によるさらなる軽減</li><li>・ 指定難病患者や障害者に対する国や自治体による公費負担医療制度</li></ul>
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 自己負担上限額は世帯年収の2%（一定の条件を満たした慢性疾患がある場合は1%）に設定</li></ul>
フランス	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 抗がん剤等の代替性のない高額医薬品は自己負担なし</li><li>・ 長期疾患患者に対する自己負担免除制度や補足的医療保険制度</li></ul>
イギリス	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 診療や入院は国民保健サービス（NHS）により原則無料</li><li>・ イングランドでは処方薬に定額負担があるが、免除対象が多く、スコットランド・ウェールズ・北アイルランドでは処方薬も無料</li></ul>
スウェーデン	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 外来診療や処方薬の自己負担上限額は国レベルで設定。入院は1日あたり定額制。85歳以上の高齢者の外来診療費は無料</li><li>・ 2025年には、外来診療上限額は年間1,450SEK（約2万円）、処方薬上限は年間2,900SEK（約4万円）</li></ul>

出典：安藤（2025c）より抜粋。各国・地域のウェブサイトや、大久保豪（2021）「日本、ドイツ、フランス、イギリスにおける患者自己負担制度の違いについて」『医療と社会』第31巻第1号を元に作成

# 参考：台湾・香港・韓国よりも日本の低所得層は破滅的医療支出リスクが高いとの研究も

Zhang et al. *International Journal for Equity in Health* (2025) 24:215  
<https://doi.org/10.1186/s12939-025-02568-2>

International Journal for Equity  
in Health

RESEARCH

Open Access



## Providing financial protection in health for low-income populations: a comparison of health financing designs in East Asia

Qian Zhang<sup>1</sup>, Julia Shu-Huah Wang<sup>2\*</sup>, Alex Jingwei He<sup>3</sup>, Chenhong Peng<sup>1</sup>, Aya Abe<sup>4</sup>, Inhoe Ku<sup>5</sup>, Irene Y.H. Ng<sup>6</sup> and Xi Zhao<sup>7</sup>

### Abstract

**Background** Fighting illness and poverty are intertwined objectives in global development. In recent decades, health financing reforms across many nations have enhanced financial protection for low-income populations and promoted health equity for all citizens. However, prior cross-national comparative studies predominantly focused on examining financing structures or social health insurance (SHI) schemes, neglecting financing schemes targeting the poor, such as medical financial assistance (MFA). This study comparatively explores the design of health financing schemes and financial protection outcomes for low-income populations across six societies in East Asia: mainland China, Hong Kong, Taiwan, Japan, South Korea, and Singapore.

**Methods** We assess the design of health financing schemes from the dimensions of income-based eligibility, population coverage, and benefit generosity. Policy information was collected from official websites and policy reports. To compare financial protection outcomes, we derived the data through the "model family approach" and jurisdiction-level statistics and simulated catastrophic health spending of lung cancer for individuals across four income levels: (1) no income; (2) earning minimum wage; (3) earning half the national/regional average wage; and (4) earning the national/regional average wage.

**Results** We find that health financing schemes in Taiwan and Hong Kong are generous and inclusive for general populations, while Japan, South Korea, and Singapore's financing schemes are protective and offer relatively generous benefits for vulnerable groups. In contrast, mainland China provides limited benefits in SHI and MFA schemes. Health financing schemes reduce the financial burden to varying degrees, with Taiwan, Hong Kong, and South Korea providing financial protection for low-income populations to a higher degree, followed by Japan, Singapore, and mainland China. Notably, our findings highlight inequities for individuals earning half the average wage in Singapore, mainland China, and Japan (and to a lesser extent in Taiwan, Hong Kong and Korea), as these groups face higher risks of catastrophic health spending compared to other income groups.

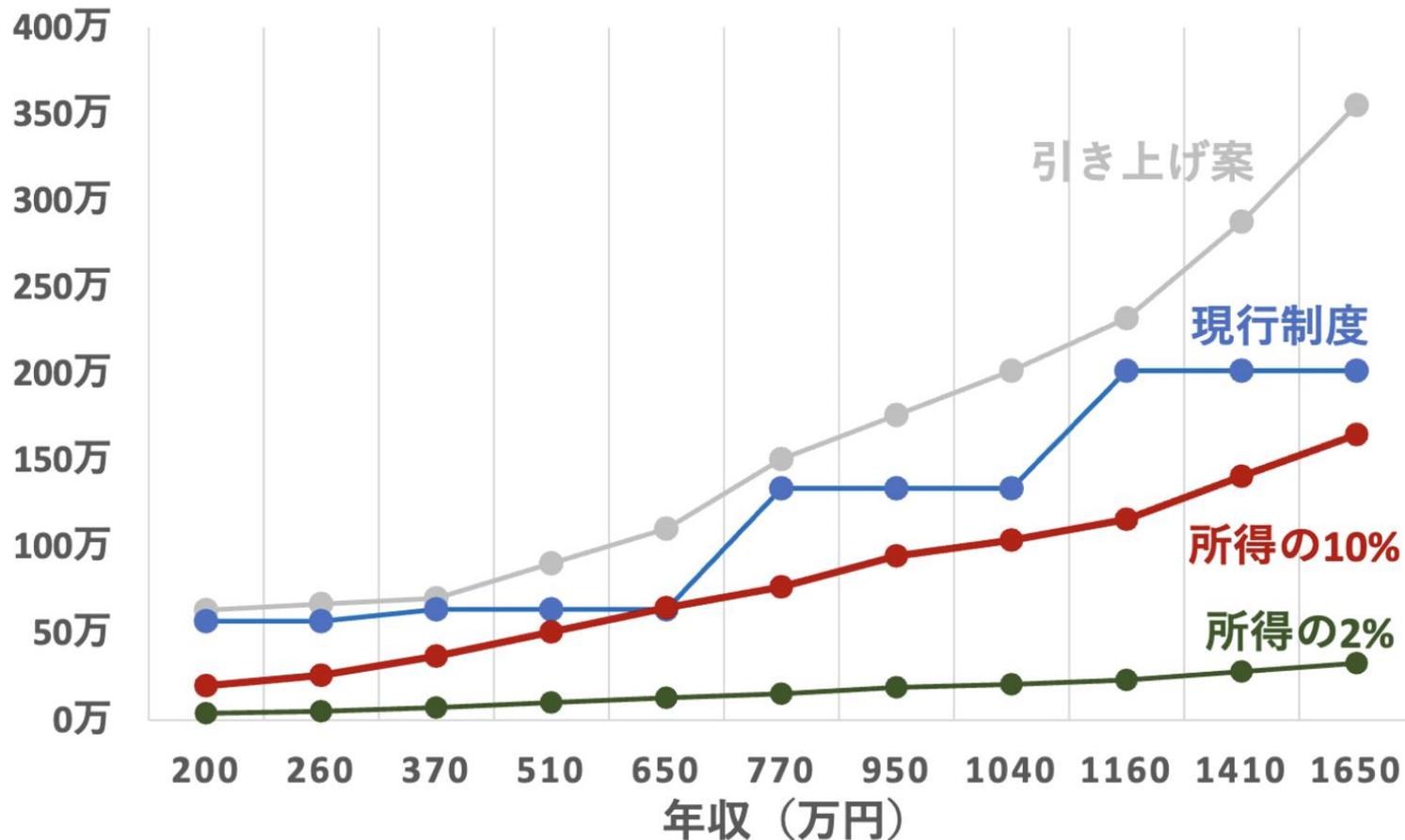
Zhang et al. (2025) Providing financial protection in health for low-income populations: a comparison of health financing designs in East Asia. *Int J Equity Health* 24, 215  
<https://doi.org/10.1186/s12939-025-02568-2>

### 「結果」の日本語訳

- 台湾と香港の医療保険制度は、一般住民に対しても手厚く包括的であることがわかった。一方で、日本・韓国・シンガポールの制度は、脆弱な立場にある人々に対して比較的手厚い給付を行う「保護的」な性格をもっている。これに対し、中国本土の社会医療保険（SHI）や医療扶助（MFA）は、給付が限定的である
- 医療費制度は国ごとに異なる程度で経済的負担を軽減しており、低所得層に対する負担軽減効果は、台湾・香港・韓国が最も高く、それに日本・シンガポール・中国本土が続く。
- 特に注目すべきは、シンガポール、中国本土、日本（台湾・香港・韓国でもやや程度は低いが同様）において、平均賃金の半分しか得ていない層が、他の所得層に比べて「破滅的医療支出」に直面するリスクが高いという不平等が明らかになった点である。

# 論点 2 : 社会保障の改革哲学を再考する 5/5

自己負担の上限額（年額、万円）



- 年間所得の10%を自己負担上限額とする場合、多くの年収で自己負担上限額は下がる。
- 現行制度の自己負担上限額は、上限3回、多数回該当での上限9回で機械的に算出している点は注意

出所：「現行制度」と「引き上げ案」は厚生労働省資料に基づき安藤試算。「所得の10%」と「所得の2%」は安藤試算

## 論点3：「命の選択」と「家計破綻」を防ぐ 1/4

- 「自己負担を低く抑える」べき理由は多元的
- 医療保険の役割は、ざっくり以下の3つ
  1. **医療利用 (healthcare utilization)**
  2. **健康 (health)**
  3. **家計保護 (financial protection)**
- **医療利用と健康**：「命の選択」や「治療断念」を防ぐことが最優先
- **家計保護**：「命の選択」や「治療断念」を防いで「家計破綻」してはダメ

## 論点3：「命の選択」と「家計破綻」を防ぐ 2/4

- 日本の医療は、「フリーアクセス」や「治療の待ち時間の短さ」や「治療成績」などは国際的にも優れている。
- 「医療利用」と「健康」において「“世界に冠たる”国民皆保険」という自己評価の源泉？
- 一方、「**医療費の経済的負担**」については、日本はもともと「**世界に冠たる**」ではない。
- **いまでも高い自己負担に苦しむ人が多数いる。**

# 「家計が苦しい」「治療あきらめたくない」という当事者の声

## 女性、30代、がん患者

「がん患者です。がんセンターに通院しています。病院に行くと、こんなにも何かしらのガンを患ってる人がいるんだと、びっくりするぐらいガンと闘ってる方が多いです。そして本当にお金がかかります。びっくりします。どうしようと思います。泣きたくなります。でも生きたいです。まだ小さい子供の成長を見たいです。みんな生きたいと思ってます、治療したいんです。病気になって、辛くても悲しくても希望を持って、みんな治療していると思います。それをどうかお願いします、生きる希望を閉ざさないでください。どうか治療を諦める方が出てこないように祈っています。」

## 女性、40代、がん以外の疾病の患者

「40000円/1か月のクスリを使って治療してそれに飲まないと死んじゃうクスリを服薬しています。40000円のクスリは点滴です。生活を維持するためには必要です。免疫の病気ですが難病指定されていませんし、障害年金も貰っていません。制度の狭間に落ちている医療難民のようなものです...受診は幾つもの科にしているし引き上げなんてされたら病院行けなくなってしまうし治療もできずこのまま死んじゃうことを選びたくなる。医療費のために毎日体に負担がない程度に働いている感じです。」

出典：全がん連(2025.1.20)「高額療養費制度の負担上限額引き上げ反対に関するアンケート取りまとめ結果（第1版）～3,623人の声」

# 「治療を断念する患者を見てきた」という医療関係者の声

## 医師

- 若い白血病患者さんの治療を行っていますが、**入院治療や仕事復帰、復帰後の薬物治療でいつも障壁となるのは経済面**です。
- 低所得の方が経済的な理由で**治療を断念される場面を多く見してきました**。
- 今の上限額でも、**治療を継続できない人がいます**。これ以上引き上げたら、経済的な理由で治療を断念する、延命を諦める人が、増加していきます。
- **現状でもいわゆる現役世代から「薬が高額なので払えない」という相談を受けることが多い現場の人間としては到底許容できない施策**である。
- 実際に、現在でも高額療養費の上限が高いために**高額の治療に躊躇される方がいらっしゃいます**。
- 現時点の高額療養費制度でも**対応できない患者もたくさんおられます**。
- 若年の担がん患者では**がん治療と同時に仕事の継続困難、教育、親世代の介護と多大な負担がかかる状況がしばしばみられます**。

## 看護師・医療関係者

- みなさん**ギリギリのところ**で、やりくりしながら治療を続けている方がほとんどです。（看護師）
- 現行制度でも、**治療に限界を感じている患者を間々目の当たりにします**。
- 現状でも**金銭面を理由に治療継続について不安を抱えている患者は多くおられます**。
- 現在でも、がん治療に伴い毎月決まった金額の医療費がかかっていて、**経済的な不安を抱えている方が多くいらっしゃいます**。
- **治療費がかかるという理由で、治療をあきらめる人が、います**。
- 医療ソーシャルワーカーとして急性期病院で働いています。**医療費負担が原因で治療を諦めようとしている患者さんを何人も見してきました**。
- 現役世代ほど、**金銭面で最善の治療を諦める姿を目にしています**。
- これまでも**経済的な理由で治療を断念する方を見てきました**。

出典：全がん連(2025.1.20)「高額療養費制度の負担上限額引き上げ反対に関するアンケート取りまとめ結果（第1版）～3,623人の声」

# Asrid「患者当事者・家族視点からみた高額療養費に関するアンケートの結果報告」

パネル 6  
掲載内容

## もし高額療養費の自己負担上限額が 切り上がったたら… (1/6)

本日の  
資料



### 1. 治療への影響

- 治療選択肢の減少や受診の抑制・断念する
- その結果、重症化を招き、命に危険が及ぶ可能性がある
- かえって国の医療費負担が増加するのではないか

“治療の選択肢の幅が狭まる。収入や生活費を考え、**生活に影響を及ぼすほどの状態で喫緊の治療でなければ受けない。それによって、医療が遠のき、健康面も悪化する**可能性が高くなり、悪循環をたどると思う(内分泌疾患)”

“上がった分の負担額は必ず将来の家計を苦しめる。治療を受けてやっと生活や命を繋いでいる人々にとって、**金銭的負担から治療を諦める(=無治療となる)ことは、自分の命を自分で諦めるということだ(神経疾患)”**

Copyright (C) 2025 ASrid. All Rights Reserved

12

パネル 7  
掲載内容

## もし高額療養費の自己負担上限額が 切り上がったたら… (2/6)

本日の  
資料



### 2-1. 生活への影響

治療費捻出のため生活費を切り詰める

- 食費や趣味のお金を削る、自宅の売却や資産を切り崩す

“(疾患による**経済的負担が軽くなれば**)教育、結婚、出産など、**この病気で費用が多額にかかることで諦めている身近な幸せが叶う**(内分泌疾患)”

“子どもの通院だけでなく、自分自身も定期的に通院・投薬があり、年間20万円近い医療費がかかっている。夫の収入が減っている中で、生活が苦しくなり、**生きる選択肢を迫られることがあるかもしれない**ことが恐怖(骨・関節疾患)”

“引き上げ幅にもよるが、**年金以外の資産を取り崩してでも通院治療に影響がないようにしたい**(神経疾患)”

Copyright (C) 2025 ASrid. All Rights Reserved

13

出典：[https://asrid.org/2511\\_NANBYOForum\\_ASrid\\_presentation.pdf](https://asrid.org/2511_NANBYOForum_ASrid_presentation.pdf)

# Asrid「患者当事者・家族視点からみた高額療養費に関するアンケートの結果報告」

パネル7 掲載内容

## もし高額療養費の自己負担上限額が切り上がったら… (3/6)

本日の資料 

### 2-2. 就労への影響

- 治療制限の結果、仕事を辞めざるを得ない
- 治療費のために無理して働く
- 上限が引き上がるため、キャリアを制限する・働き控えをする

“働くのは正直とてもきつく、限界を感じながらも何とか働いて医療費を捻出している。治療をしても仕事はおろか、日常生活に支障を来す難病患者はたくさんいて、私もそのうちの一人である。発症以降、貯蓄を切り崩しながらギリギリで生活していて、趣味なども捨てざるを得なかった。限度額の引き上げが行われたら、どう生きていけば良いのか分からない(骨・関節疾患)”

Copyright (C) 2025 ASrid. All Rights Reserved

14

パネル7 掲載内容

## もし高額療養費の自己負担上限額が切り上がったら… (4/6)

本日の資料 

### 2-2. 就労への影響

- 治療制限の結果、仕事を辞めざるを得ない
- 治療費のために無理して働く
- 上限が引き上がるため、キャリアを制限する・働き控えをする

“(症状を持ちながら)無理して働いているのに、働いているということで(自己負担上限の)金額が上がることが納得していない。病人は医療費のために働いて、それだけしかお金を使ってはいけない、と言われている気分。体がしんどくて、それでもお金のために働かなければいけない状態に苦しんでいる(消化器疾患)”

“治療を諦めるか、もしくは将来的に仕事をできなくなれば生活保護を選択して治療をすることも視野に入れている(免疫疾患)”

Copyright (C) 2025 ASrid. All Rights Reserved

15

出典：[https://asrid.org/2511\\_NANBYOForum\\_ASrid\\_presentation.pdf](https://asrid.org/2511_NANBYOForum_ASrid_presentation.pdf)

# Asrid「患者当事者・家族視点からみた高額療養費に関するアンケートの結果報告」

パネル 8  
掲載内容

## もし高額療養費の自己負担上限額が 切り上がったら… (5/6)

本日の  
資料



### 3. 心理的な影響

- 闘病に加え、支出増によっても精神的負担が増大する
- 場合によっては人生を諦めざるを得ない

“もし今よりも(症状が)悪化して高額な薬剤を勧められたとしても、高額療養費の引き上げがあったとしたら、おそらく**支払えないので、働くことや人生、生きることそのものを諦める**と思う(免疫疾患)”

“治療が上手くいくかも分からないときに、**医療費が高額だと「自分は生きていないほうが良いのでは？」という思考回路に陥る**(免疫疾患)”

Copyright (C) 2025 ASrid. All Rights Reserved

16

パネル 8  
掲載内容

## もし高額療養費の自己負担上限額が 切り上がったら… (6/6)

本日の  
資料



### 4. 家族・子どもへの影響

- 子どもに十分な医療を受けさせられるか不安がある
- 親の治療費の増加が子どもの養育費・教育費に影響する

“(子どもの病気が)指定難病になっていない病気のため、今後もし発生するかもしれない**医療費に対応出来るかどうか不安**(骨・関節疾患)”

“小さい子どもが2人おり、その教育費用などにも影響を与えかねないため、(高額療養費の)改正の話は心配。**自分が生きていることで、子供の養育費、教育費に影響が出る事態になったことは無念だし、その影響度合いが増す改正は厳しいものがある**(血液疾患)”

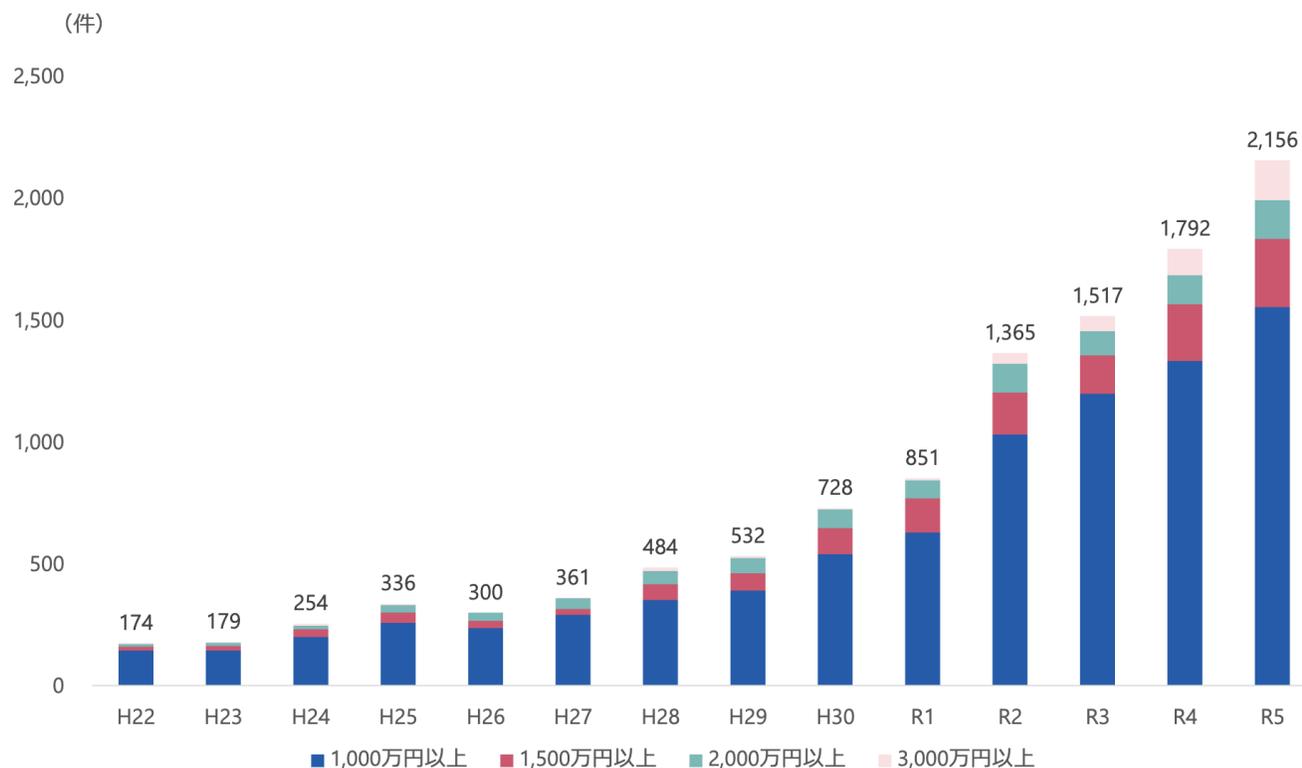
Copyright (C) 2025 ASrid. All Rights Reserved

17

出典：[https://asrid.org/2511\\_NANBYOForum\\_ASrid\\_presentation.pdf](https://asrid.org/2511_NANBYOForum_ASrid_presentation.pdf)

# 論点3：「命の選択」と「家計破綻」を防ぐ 3/4

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」

8

- 厚労省は高額レセプトの増加を「引き上げ」の根拠の一つとしたが...
- 裏を返せば、「**高額な自己負担に直面している患者が増えている**」ということ

## 論点3：「命の選択」と「家計破綻」を防ぐ 4/4

高額療養費に対応する先進諸国の制度を見てみると...

- **ドイツ**：自己負担上限は**年間所得の2%**（慢性疾患は1%）
- **フランス**：抗がん剤等の代替性のない**高額医薬品は自己負担なし**
- **イギリス**：**原則無料**（医薬品は自己負担ありだが免除対象も広め）
- **スウェーデン**：外来・医薬品の**自己負担上限は年間数万円ほど**

参考：安藤(2025c)、大久保 豪（2021）「日本，ドイツ，フランス，イギリスにおける患者自己負担制度の違いについて」『医療と社会』第31巻第1号

**「高額療養費は世界的に見ても優れた制度」に根拠なし**

# 再掲：胃腸炎で3日間寝込む直前のつぶやき



安藤道人 (Michihito Ando)

@michihito\_ando



「負担上限に達すれば「通院し放題」という表現を許容する社会では、70歳未満も含めて、主要先進国の中でも高い医療費の自己負担上限額を引き下げていくことは難しそうだ。

>高額療養費制度、70歳以上の「外来特例」見直しへ...負担上限に達すれば「通院し放題」と批判

70歳以上の外来受診費を軽減する「外来特例」で、現在の自己負担上限額と昨年12月に一時決定された上限の見直し額

年収区分の目安	現在の上限額	昨年の見直し額
単身世帯:200万~383万円 複数世帯:320万~520万円	月1万8000円 (年間14万4000円)	月2万8000円 (年間22万4000円)
単身世帯:200万円未満 複数世帯:320万円未満		月2万円 (年間16万円)
年収80万円以上の住民税 非課税世帯	月8000円	月1万3000円
年収80万円未満の住民税 非課税世帯		

yomiuri.co.jpから

午後10:21・2025年11月22日・2,710件の表示



安藤道人 (Michihito Ando)

@michihito\_ando



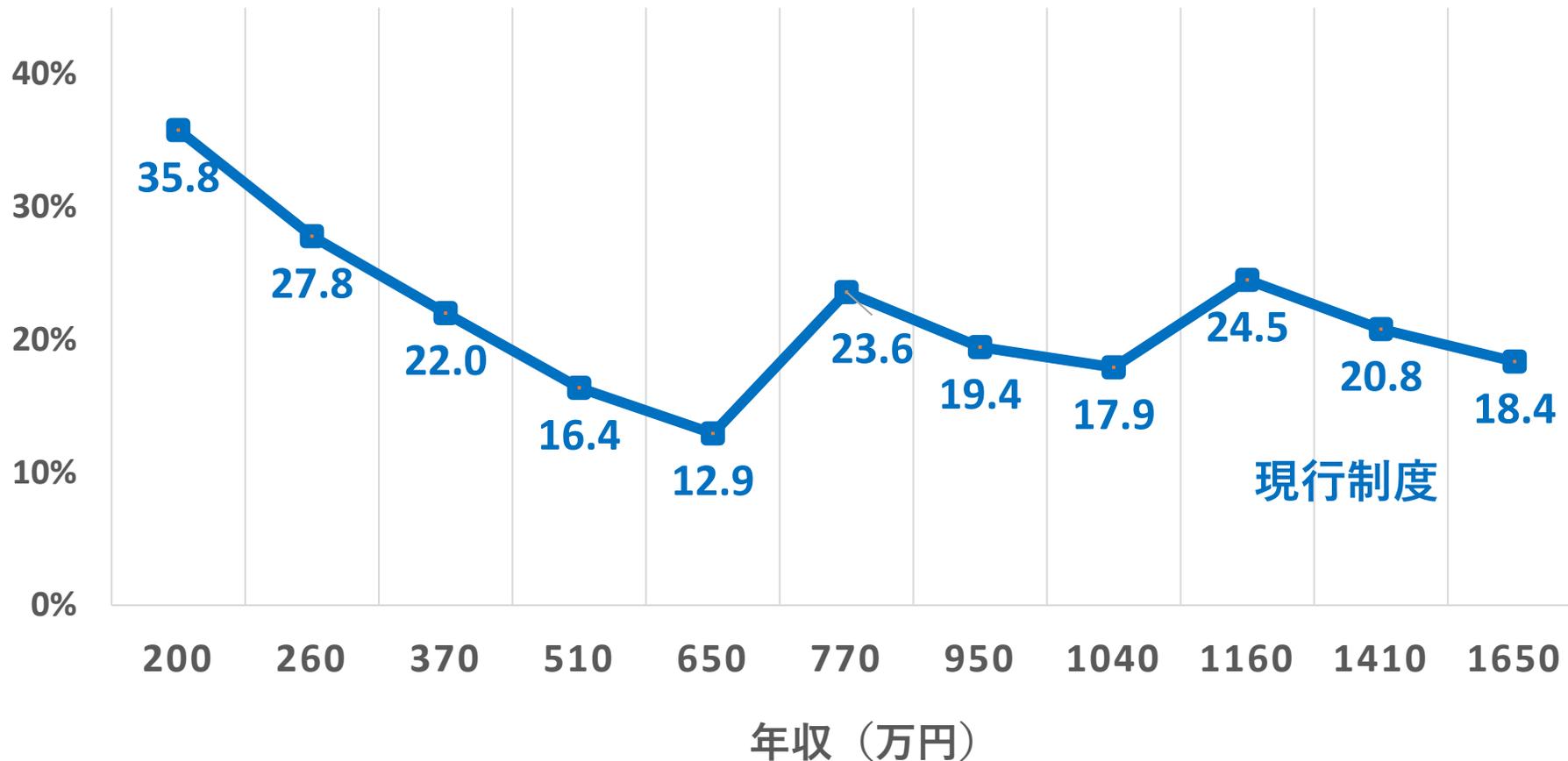
医療財政を、需要サイド（患者）の負担増という「粗い手綱」でコントロールしようとする時代を、いつまで続けるのだろうか。

(いっばなしはよくないのでnoteつぶやきで続きを書こうかと思ったが、とりあえず禁欲)

午後10:25・2025年11月22日・992件の表示

# 再掲：現行制度における自己負担上限額

自己負担上限額（年額）の手取り所得に対する割合  
(% 45歳単身世帯の概算値)



- 上限額の年額は、年3回の上限額と9回の多数回該当上限額として計算。
- 「手取り所得」は、2025年度の45歳単身世帯を想定した概算値（税・社会保険料負担分は除いた後の数値。2025年1月時点で想定されていた制度に基づく）

# 3つの「テイクアウェイ」

1. インフレ下のマクロ医療財政について正確な議論を
2. 「能力に応じた自己負担」より「必要に応じた医療利用」を
3. 高額療養費制度は現時点でも十分な役割を果たせていない

# 議論できなかったこと

- 現実問題としての財政のやりくりは？
- 様々な案がありうる
  - **他の医療費自己負担を引き上げる**
    - 高齢者の自己負担引き上げ → 高齢者は低所得者・高医療ニーズ者が高く破滅的医療支出リスクが高い
    - OTC類似薬の保険適用除外 → 一部の人に大幅な負担増。また線引きをどうするかなどの技術的問題
    - 子どもの医療費無料化の抑制 → 自治体の公費負担医療に国による一律介入はできないし、政治的動向にも逆行
  - **医療提供体制を改革し、医療費増加を抑制する**
    - フリーアクセス制限・かかりつけ医強化 → 医療提供体制改革は迅速には進まない
    - 出来高払いから包括支払いへ → 医療提供体制改革は迅速には進まない
  - **財政全体で考える**
    - 高額医療に対する公費負担医療での対応（難病対策などを参考に） → 対象となる治療の線引きや財源問題
    - 税・保険料の強化・引き上げ → 子ども子育て支援金で近年実施済み。また「手取り増」に逆行。
    - 他分野の歳出抑制 → 医療・介護・福祉は歳出抑制で疲弊。子ども・教育も減らし難い。土木・防衛もニーズ高まる

# 参考文献

1. 安藤道人(2025.2.4)「2024年度末の「高額療養費の上限額の引き上げ論」について：家計への影響の試算と政策決定過程の検証」 **note記事** [https://note.com/michihito\\_ando/n/nbace13ebfb4d](https://note.com/michihito_ando/n/nbace13ebfb4d)
2. 安藤道人(2025.2.15)「高額療養費上限額引き上げの「譲歩案」とその問題点」 **note記事** [https://note.com/michihito\\_ando/n/n4fdd8028ab18](https://note.com/michihito_ando/n/n4fdd8028ab18)
3. 安藤道人(2025.3.7配信、3.22公開)「高額療養費制度 上限額引き上げ見送りは当然だ」 **共同通信記事** <https://www.47news.jp/12266480.html>
4. 安藤道人(2025.3.19)「医療費負担を考える、「高額療養費改革案」の教訓「破滅的医療支出」の患者を減らしていく政策を」『週刊東洋経済/東洋経済ONLINE』 <https://toyokeizai.net/articles/-/864475>
5. 安藤道人(2025.3.27)「政策哲学から再考を 高額療養費と社会保障(下)」『日本経済新聞』（「経済教室」欄）  
<https://www.nikkei.com/article/DGKKZO87603220W5A320C2KE8000/>
6. 安藤道人(2025.4.23)「高額療養費上限額引き上げ案の衝撃と教訓—「命の選択」と「家計破綻」を防ぐ改革に向けて—「高額療養費制度と社会保障を考える議員連盟」第2回総会の講演資料 [https://www.dropbox.com/scl/fi/3sln4ivwanes4vgdjf1ty/250423KogakuRyoyoHi\\_Giren.pdf](https://www.dropbox.com/scl/fi/3sln4ivwanes4vgdjf1ty/250423KogakuRyoyoHi_Giren.pdf)
7. 安藤道人(2025a)「医療の皆保険達成と自己負担の変動」『経済セミナー』2025年4・5月号 通巻743号（連載「社会保障のこれまでとこれから 福祉国家と実証経済学の視点」vol.6）
8. 安藤道人(2025b)「医療利用・健康・家計の平等化のための医療保障」『経済セミナー』2025年6・7月号 通巻744号（連載「社会保障のこれまでとこれから 福祉国家と実証経済学の視点 vol.7）
9. 安藤道人(2025c)「高額療養費上限額引き上げ案の衝撃と教訓—「治療断念」と「家計破綻」を防ぐ医療保険の再構築に向けて—」『社会保険旬報』 No.2966, pp.6-13
10. 安藤道人(2025d)「高額療養費の負担限度額引き上げ案はどう「拙速」だったのか」『都市問題』2025年8月号 pp.4-13
11. 安藤道人・河田純一 (2025)「高額療養費改革案はどう見送られたのか: 2024年度案の政策形成・修正過程と患者運動」『医療経済研究』, 37(1)