関節リウマチに関わる医療福祉制度
特に高額療養費制度について

第２０４回城北リウマチ教室
2025.6.5

http://www.jouhoku-rheumatism.com

リウマチ教室の予定とこれまでの講義内容が収録されています

城北病院　医療福祉連携相談課
出村朱音

日本の公的医療保険制度

〇日本は国民皆保険制度をとっている（昭和36年（1961）～）
〇国民はいずれかの保険に加入することが原則

- 保険給付…被保険者の疾病および負傷に対して行われる

- 法定給付と付加給付
  法定給付…保険者に法律で給付を義務付けたもの
  付加給付…義務付けられていないもの
  例：傷病手当金
  （健康保険では法定給付だが、国民健康保険では付加給付）

本日は主に高額療養費制度について説明していきますが、まずは日本の公的医療保険制度について改めて見ていきたいと思います。

日本は昭和36年（1961年）より国民皆保険制度をとっており、国民はいずれかの保険に加入することが原則となっています。
被保険者の疾病及び負傷に対して保険給付が行われ、給付割合は年齢によって7、８、９割となっています。
また給付には、保険者に法律で給付を義務付けた法定給付と、義務付けられていない付加給付があります。
例として、病気や怪我により休職した際に申請できる傷病手当金は健康保険では法定給付ですが、国民健康保険では付加給付となっています。

医療保険制度			保険者（運営主体）	被保険者
被用者保険	健康保険	協会けんぽ（全国健康保険協会管掌健康保険）	全国健康保険協会（各都道府県ごと）	中小企業の被用者とその扶養家族
		組合管掌健康保険	健康保険組合（企業ごと）	大企業の被用者とその扶養家族
	船員保険		全国健康保険協会	船員（船舶所有者に使用される人）とその扶養家族
	各種共済	国家公務員 地方公務員 私学教職員	各種共済組合	公務員等とその扶養家族
国民健康保険			市町村と都道府県	自営業者や無職等、被用者保険等に加入していない者以外の国民
後期高齢者医療制度			各都道府県の広域連合	75歳以上の人（後期高齢者）、65歳以上75歳未満の一定の障害認定を受けた人

国民はいずれかの保険に加入するということで、大きく分けると被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療制度に分けることができます。

医療費一部負担割合

医療費の一部負担（自己負担）割合について

○ それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。
- 75歳以上の者は、１割（現役並み所得者は３割、現役並み所得者以外の一定所得以上の者は２割）。
- 70歳から74歳までの者は、２割（現役並み所得者は３割。）。
- 70歳未満の者は３割。６歳（義務教育就学前）未満の者は２割。

引用：厚生労働省「我が国の医療保険について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/iryouhoken01/index.html （2025/4/20閲覧）

医療費の一部負担割合（自己負担割合）についてです。
日本の医療保険制度では、年齢や所得によって負担割合が異なります。
0歳から就学前までの子どもは2割、
小学生から70歳までは3割、
70歳から75歳までは2割、現役並み所得者は3割、
75歳以上は1割、一定以上所得者は2割、現役並み所得者は3割となっています。

公的医療保険の給付内容

（令和6年6月現在）

	給付	国民健康保険・後期高齢者医療制度	健康保険・共済制度
医療給付	療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前：8割、義務教育就学後から70歳未満：7割、 70歳以上75歳未満：8割（現役並み所得者：7割） 75歳以上：9割（現役並み所得者以外の一定所得以上の者：8割、現役並み所得者：7割）	
	入院時食事療養費	食事療養標準負担額：一食につき490円 低所得者：　一食につき230円 （低所得者で90日を超える入院：　一食につき180円） 特に所得の低い低所得者（70歳以上）：　一食につき110円	
	入院時生活療養費 （65歳～）	生活療養標準負担額：一食につき490円（＊）＋370円（居住費） （＊）入院時生活療養（Ⅱ）を算定する保険医療機関では450円 低所得者：　一食につき230円（食費）＋370円（居住費） 特に所得の低い低所得者：　一食につき140円（食費）＋370円（居住費） 老齢福祉年金受給者：　一食につき110円（食費）＋0円（居住費） 注：難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額	
	高額療養費 （自己負担限度額）	70歳未満の者（括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当） ＜年収約1,160万円～＞ 252,600円＋（医療費－842,000）×1%　（140,100円） ＜年収約770～約1,160万円＞ 167,400円＋（医療費－558,000）×1%　（93,000円） ＜年収約370～約770万円＞ 80,100円＋（医療費－267,000）×1%　（44,400円） ＜～年収約370万円＞　57,600円　（44,400円） ＜住民税非課税＞　35,400円　（24,600円）	70歳以上の者（括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当） 入院　外来【個人ごと】 ＜年収約1,160万円～＞ 252,600円＋（医療費－842,000）×1%（140,100円） ＜年収約770～約1,160万円＞ 167,400円＋（医療費－558,000）×1%（93,000円） ＜年収約370～約770万円＞ 80,100円＋（医療費－267,000）×1%（44,400円） ＜一般＞　57,600円（44,400円）　18,000円［年間上限144,000円］ ＜低所得者＞　24,600円　8,000円 ＜低所得者のうち特に所得の低い者＞15,000円　8,000円
現金給付	出産育児一時金 （※1）	[illegible]円）。	
	埋葬料（※2）	被保険者又はその被扶養者が死亡した場合、健康保険・共済組合においては埋葬料を定額5万円を支給。また、国民健康保険、後期高齢者医療制度においては、条例又は規約の定める額を支給（ほとんどの市町村、後期高齢者医療広域連合で実施。1～5万円程度を支給）。	
	傷病手当金	任意給付	被保険者が業務外の事由による療養のため労務不能となった場合、その期間中、最長で1年6ヶ月、1日に付き直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の１に相当する額の３分の２に相当する金額を支給
	出産手当金	任意給付	被保険者本人の産休中（出産日以前42日から出産日後56日まで）の間、1日に付き直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の１に相当する額の３分の２に相当する金額

※1　後期高齢者医療制度では出産に対する給付がない。また、健康保険の被扶養者については、家族出産育児一時金の名称で給付される。共済制度では出産費、家族出産費の名称で給付。
※2　被扶養者については、家族埋葬料の名称で給付。国民健康保険・後期高齢者医療制度では葬祭費の名称で給付。

引用：厚生労働省「我が国の医療保険について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/iryouhoken01/index.html
（2025/4/20閲覧）

医療保険の基本的な部分について見てきましたが、今回はその中でも医療保険で法定給付として定められている高額療養費について見ていきたいと思います。

高額療養費制度とは

- 1か月間で医療機関や薬局で支払った医療費（自己負担分）が上限を超えた場合に、超えた金額を支給する制度

  ※1か月間（1日から末日まで）

- 上限額は所得や年齢によって定められる

それでは、高額療養費制度について具体的に見ていきます。
高額療養費制度とは1か月間で医療機関や薬局で支払った医療費（自己負担分）が上限を超えた場合に、超えた金額を支給する制度です。ここでの1か月間とは1日から末日までを言います。
自己負担の上限額は、所得や年齢によって定められています。

自己負担上限額（69歳以下）

毎月の上限額は、加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられます。

<69歳以下の方の上限額>

適用区分		ひと月の上限額（世帯ごと）
ア	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円＋(医療費－842,000)×１％
イ	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円＋(医療費－558,000)×１％
ウ	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円＋(医療費－267,000)×１％
エ	～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円
オ	住民税非課税者	35,400円

注　１つの医療機関等での自己負担（院外処方代を含みます。）では上限額を超えないときでも、同じ月の別の医療機関等での自己負担（69歳以下の場合は２万１千円以上であることが必要です。）を合算することができます。この合算額が上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

引用：厚生労働省「高額療養費制度を利用される皆様へ（平成30年8月診療分から）
https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf （2025/4/20閲覧）

自己負担上限についてです。上限額は、69歳以下と70歳以上で設定されています。

69歳以下では、収入の区分によって、5つの区分に分けられています。
1か月の自己負担上限額は表のとおりです。

自己負担上限額（70歳以上）

毎月の上限額は、加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられます。
また、70歳以上の方には、外来だけの上限額も設けられています。

<70歳以上の方の上限額（平成30年８月診療分から）>

適用区分		外来(個人ごと)	ひと月の上限額（世帯ごと）
現役並み	年収約1,160万円～ 標報83万円以上／課税所得690万円以上	252,600円＋(医療費－842,000)×１%	
現役並み	年収約770万円～約1,160万円 標報53万円以上／課税所得380万円以上	167,400円＋(医療費－558,000)×１%	
現役並み	年収約370万円～約770万円 標報28万円以上／課税所得145万円以上	80,100円＋(医療費－267,000)×１%	
一般	年収156万～約370万円 標報26万円以下 課税所得145万円未満等	18,000円 (年14万４千円)	57,600円
住民税非課税等	Ⅱ 住民税非課税世帯	8,000円	24,600円
住民税非課税等	Ⅰ 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	8,000円	15,000円

注　１つの医療機関等での自己負担（院外処方代を含みます。）では上限額を超えないときでも、同じ月の別の医療機関等での自己負担を合算することができます。この合算額が上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

引用：厚生労働省「高額療養費制度を利用される皆様へ（平成30年8月診療分から）
https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf （2025/4/20閲覧）

70歳以上では、現役並み、一般、住民税非課税等でそれぞれ上限額が設定されています。
1か月の自己負担上限額は表のとおりです。
区分一般、住民税非課税等では、外来だけでの上限額も設定されています。

利用時の自己負担分の計算について

- 1か月ごとに計算
- 受診者、医療機関ごとに計算
- 入院にかかる医療費、通院にかかる医療費は別
- 医科と歯科は別
- 医療費のみ対象
（差額ベッド代や入院時の食事代は対象外）

高額療養費制度における自己負担分を計算する際の注意点です。
・1か月ごと（例えば6/1～6/30）に計算します。
・受診者、医療機関ごとに計算します。
Aさんが1か月の間にB病院、C病院に受診した場合、B病院でかかった自己負担額とC病院でかかった自己負担額はそれぞれの医療機関ごとで計算をします。
B病院を受診し、B病院から処方箋が発行され、D薬局でお薬代を支払いした場合、B病院とD薬局での自己負担分は合計することができます。
・入院と通院は別で計算します。
・医科と歯科は別で計算します。同じ医療機関内の医科、歯科であっても別となります。
・自己負担分として計算できるものは医療費のみ、差額ベッド代や入院時の食事代は対象外となります。

限度額適用認定

医療機関の窓口で、「限度額適用認定証」を提示することで、窓口での支払いが自己負担上限額までとなる

「限度額適用認定証」の交付を受けることで、負担軽減することが可能

また、高額療養費制度には負担軽減のため、限度額適用認定というものがあります。
事前に、「限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関の窓口で提示することで、
窓口での支払いが自己負担上限額までとなります。

例えば、70歳以上の方で区分一般、自己負担上限額が57,600円の方の場合、窓口で支払う自己負担が60,000円の場合も限度額適用認定証があればその日の支払いは57,600円となります。
医療費が高額になると見込まれる場合や入院する場合などは、事前に限度額適用認定証の交付手続きを行いましょう。
国民健康保険であれば各市町村の担当窓口、全国健康保険協会であれば各県に支部があるのでその支部に、といったようになります。

多数回該当

- 医療機関にかかった直近12か月の間に、3回以上自己負担上限額に達した場合、4回目以降自己負担上限額が減額される

- 減額後の上限額は所得区分によって定められている

※加入する保険が変更になった場合、回数は引き継がれない
　例：社会保険から国民健康保険に変更

自己負担上限額が設定されていることで、医療費の負担は軽減されますが、さらに負担が軽減される場合があります。
「多数回該当」というしくみで、医療機関にかかった直近12か月の間に、3回以上自己負担上限額に達した場合、4回目以降の自己負担額が減額されるというものです。
減額後の上限額は所得区分によって定められています。
注意する点として、加入する健康保険が変更になった場合、回数は引き継がれません。例えば、社会保険に加入し多数回該当対象となっていても、国民健康保険に変更となった場合、回数はリセットされます。

多数回該当

過去12か月以内に３回以上、上限額に達した場合は、４回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。

<70歳以上の方の場合（平成30年８月以降の診療分）>

所得区分	本来の負担の上限額	多数回該当の場合
年収約1,160万円～の方	252,600円＋（医療費－842,000円）×1%	140,100円
年収約770万～約1,160万円の方	167,400円＋（医療費－558,000円）×1%	93,000円
年収約370万～約770万円の方	80,100円＋（医療費－267,000円）×1%	44,400円
～年収約370万円	57,600円	44,400円

（注）「住民税非課税」の区分の方については、多数回該当の適用はありません。

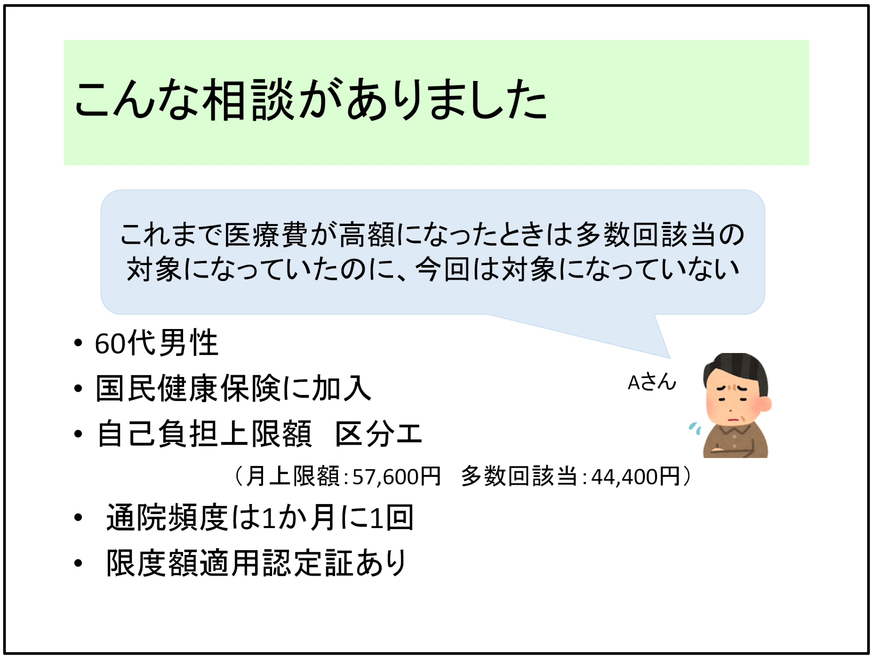
<69歳以下の方の場合>

所得区分	本来の負担の上限額	多数回該当の場合
年収約1,160万円～の方	252,600円＋（医療費－842,000円）×1%	140,100円
年収約770万～約1,160万円の方	167,400円＋（医療費－558,000円）×1%	93,000円
年収約370万～約770万円の方	80,100円＋（医療費－267,000円）×1%	44,400円
～年収約370万円	57,600円	44,400円
住民税非課税者	35,400円	24,600円

引用：厚生労働省「高額療養費制度を利用される皆様へ（平成30年8月診療分から）
https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf （2025/4/20閲覧）

それぞれの区分での多数回該当となった場合の上限額です。
70歳以上、住民税非課税の区分では多数回該当の適用はありません。
多数回該当の場合の自己負担上限額は表のとおりです。

70歳以上の方で、一般区分の場合、本来の自己負担上限額は57,600円ですが、多数回該当となると1か月の上限は44,400円となります。



ここで、多数回該当に関して、通院患者さんよりこんな相談がありました。皆さんもぜひ考えてみていただけたらと思います。

相談内容は、これまで医療費が高額になったときには多数回該当の対象になっていたのに、今回の会計では対象となっていなかった、というものです。

相談にこられた患者さんは60代男性、国民健康保険に加入しており、自己負担上限額は区分エです。
通院の頻度は1か月に1回でした。

限度額認定証を持っており、窓口での支払いは上限額までとなっていました。

これまで多数回該当の対象となっていたのに、なぜ今回は対象となっていなかったのでしょうか。

こんな相談がありました

これまで医療費が高額になったときは多数回該当の
対象になっていたのに、今回は対象になっていない

Aさん

今回の受診月を入れた過去12か月の間では
上限額を超えた月は3回のため

理由は、今回の受診月を入れた過去12か月の間では、自己負担上限額を超えた月は3回であったため、です。

ご負担をさらに軽減するしくみもあります　②多数回該当

ポイント

過去12か月以内に３回以上、上限額に達した場合は、４回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。

＜70歳以上の方の場合（平成30年８月以降の診療分）＞

所得区分	本来の負担の上限額	多数回該当の場合
年収約1,160万円～の方	252,600円＋（医療費－842,000円）×1%	**140,100円**
年収約770万～約1,160万円の方	167,400円＋（医療費－558,000円）×1%	**93,000円**
年収約370万～約770万円の方	80,100円＋（医療費－267,000円）×1%	**44,400円**
～年収約370万円	57,600円	**44,400円**

（注）「住民税非課税」の区分の方については、多数回該当の適用はありません。

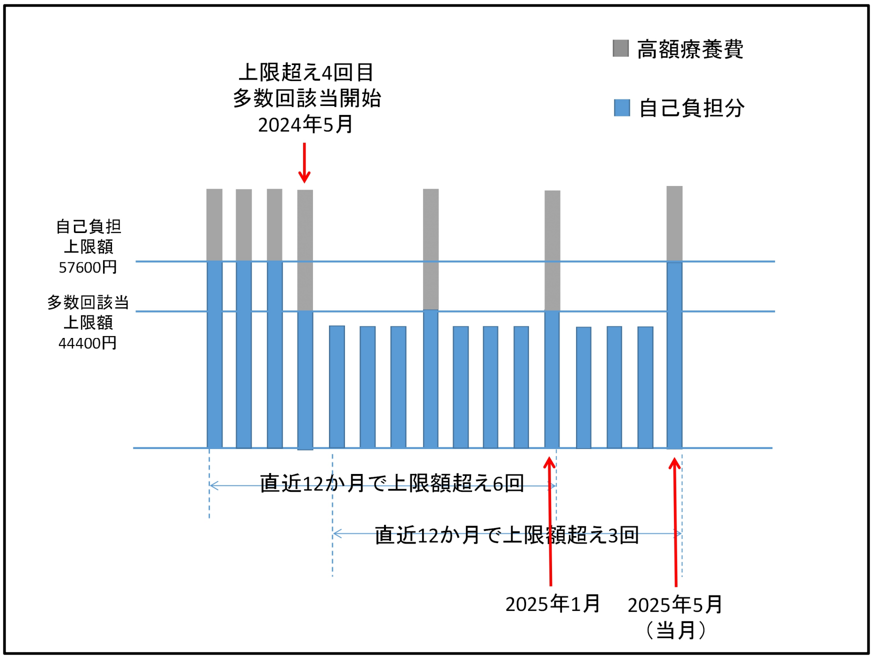
＜69歳以下の方の場合＞

所得区分	本来の負担の上限額	多数回該当の場合
年収約1,160万円～の方	252,600円＋（医療費－842,000円）×1%	**140,100円**
年収約770万～約1,160万円の方	167,400円＋（医療費－558,000円）×1%	**93,000円**
年収約370万～約770万円の方	80,100円＋（医療費－267,000円）×1%	**44,400円**
～年収約370万円	57,600円	**44,400円**
住民税非課税者	35,400円	**24,600円**

引用：厚生労働省「高額療養費制度を利用される皆様へ（平成30年8月診療分から）
https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf （2025/4/20閲覧）

多数回該当についておさらいします。
ここでのポイントは、多数回該当となる要件の、過去12か月以内に3回以上上限額に達した場合というところです。

過去12か月というのは、受診があった当月を入れた12か月を見ます。当月からさかのぼった12か月間で、上限額に達した4回目からは多数回該当となり、上限額が引き下げられます。

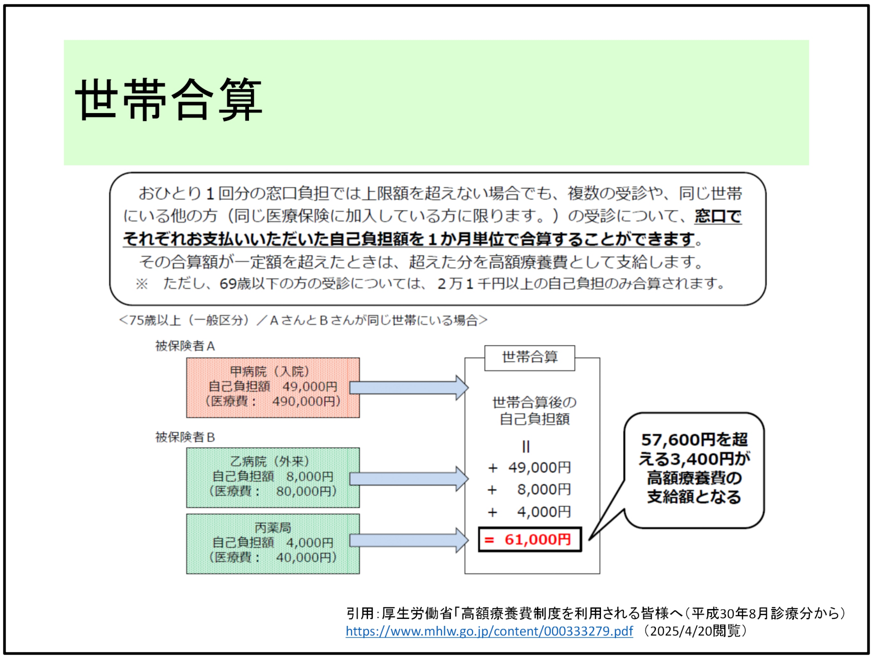


今回のケースを図で見てみます。
多数回該当の対象にならなかったと相談があった月は、図の当月と示したところで、2025年5月です。

Aさんは区分エ、医療費自己負担が上限額の57600円を超えた月が過去12ヶ月の間で4回目となった2024年5月から多数回該当となり、窓口での支払いは44,400円となっていました。
その後は、窓口での支払いが上限額の44,400円に達していない月もあり、その月はかかった金額を窓口で支払いしていました。

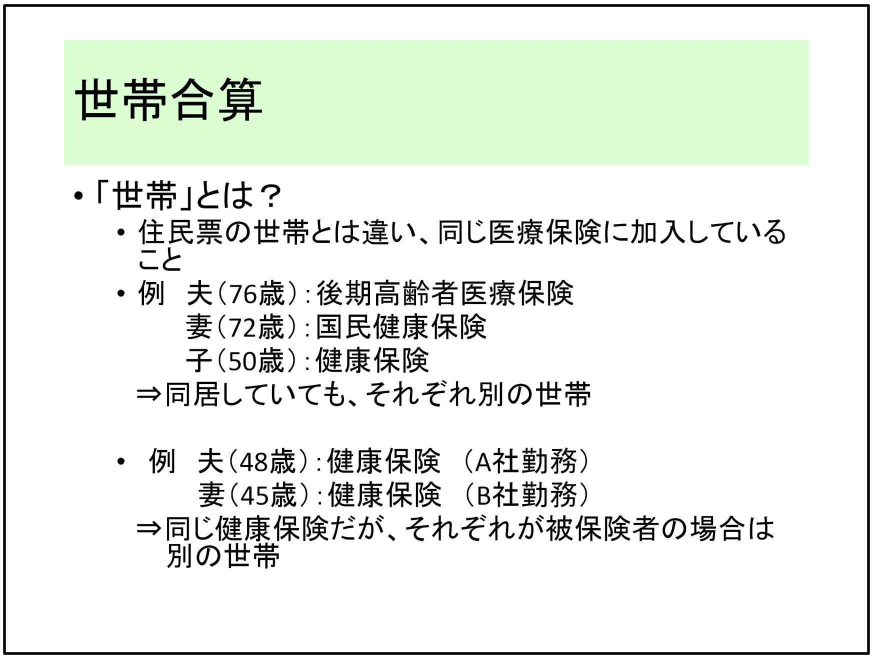
2025年1月に自己負担上限額を超える診療がありましたが、1月を含めた過去12ヶ月を見ると、上限超えは6回のため、この月も多数回該当の対象となり、窓口での支払いは44,400円でした。

しかし、今回相談のあった5月、自己負担上限額を超える診療となりましたが、過去12ヶ月を見ると上限超えは3回のため、多数回該当の対象外となり、窓口での支払いは57,600円となったのです。



高額療養費制度には、世帯合算という仕組みもあります。
一人1回分の窓口負担では上限額を超えない場合でも、複数の受診や同じ世帯にいる他の方の受診について、窓口でそれぞれが支払った自己負担額を合算することができるというものです。その合算額が自己負担上限額を超えた場合に、超えた分が高額療養費として支給されます。
この際、69歳以下の方については自己負担額が21,000円以上のものでないと合算できないというところに注意が必要です。

このスライドの図は、75歳以上のAさん、Bさんが同じ世帯にいる場合の例です。75歳以上なので、AさんBさんともに後期高齢者医療保険の加入者です。一般区分のため1か月の自己負担上限額は57,600円です。
Aさんが支払った1か月間の自己負担額は49,000円、Bさんは病院で8,000円、薬局で4,000円となっています。それぞれで見ると自己負担上限額の57,000円に達していませんが、それぞれの自己負担額を合計すると、49,000円+8,000円+4,000円=61,000円となり、上限額を超えます。支払いした額から自己負担上限額を差し引くと、61,000円−57,600円=3,400円となり、3,400円が高額療養費として支給されます。
最終的には、世帯での自己負担は57,600円ということになります。



世帯合算の例がありましたが、改めて、世帯合算時の「世帯」について説明します。ここでは、住民票の世帯とは違い、同じ医療保険に加入していることを指します。

先ほどのスライドでは、AさんBさんともに後期高齢者医療保険に加入していたため、同じ世帯ということでした。

例を挙げると、同居していても、夫は後期高齢者医療保険に加入、妻は国民健康保険に加入、子は健康保険に加入している場合、世帯合算の仕組みの中では、それぞれが別の医療保険に加入しているため別の世帯とみなされます。

また、夫はA社勤務で健康保険に加入、妻はB社で健康保険に加入している場合、同じ健康保険ではありますが、それぞれが被保険者となっているためこの場合も別の世帯となります。

世帯合算
例　69歳以下のみの場合

50代夫婦

- Aさん　被保険者（健康保険に加入）
- Bさん　被扶養者
- 自己負担上限　区分ウ

Aさん
〇〇病院　入院

自己負担額
150,000円
（総医療費500,000円)

Aさん
〇〇診療所　外来

自己負担額
12,000円
（総医療費40,000円）

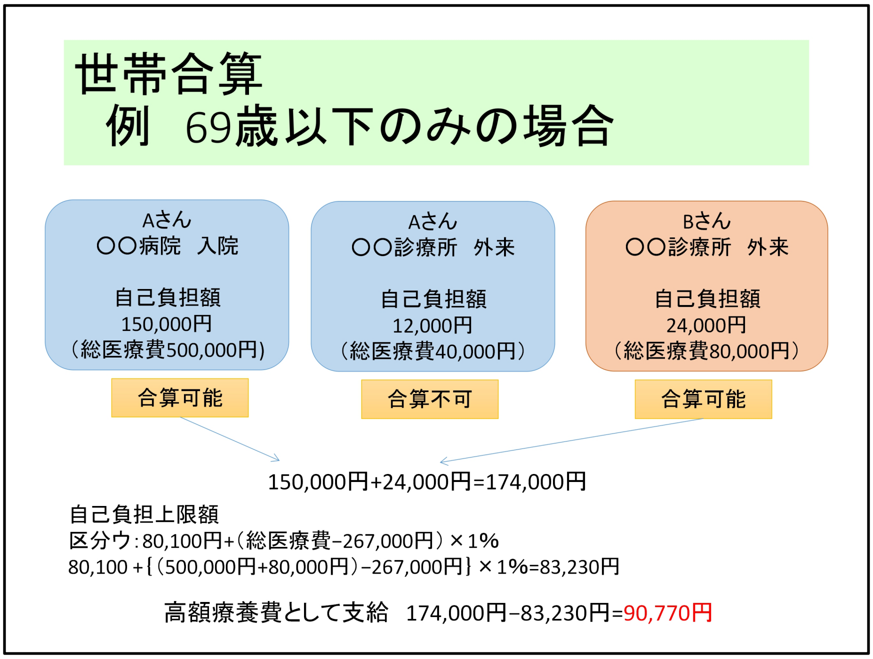
Bさん
〇〇診療所　外来

自己負担額
24,000円
（総医療費80,000円）

世帯合算の例です。世帯全員が69歳以下の場合です。
50代夫婦、Aさんは健康保険の被保険者、Bさんは被扶養者です。
高額療養費自己負担上限は区分ウです。

Aさん、Bさんは同じ月に入院と受診がありました。
Aさんは病院に入院し、自己負担3割分の150,000円を支払いしました。また、外来受診でも窓口で12,000円を支払いしています。
Bさんは外来受診で、自己負担3割分の24,000円を支払いしました。

この場合、世帯合算の計算はどうなるでしょうか。



この例では、世帯全員が69歳以下のため、合算する際は自己負担額が21,000円以上のもののみとなることに注意が必要です。

自己負担額より合算可能なのは、Aさんの入院分150,000円、Bさんの外来分24,000円となります。
Aさんの外来分は21,000円以下のため、合算はできません。
合算すると、150,000円+24,000円=174,000円　となります。

次に、医療機関窓口ではそれぞれが支払いをしましたが、高額療養費としていくら支給されるか計算してみます。
世帯での自己負担上限額は、区分ウの自己負担額計算式にあてはめて計算してみると、
80,100＋{（500,000円+80,000円）−267,000円}×1%=83,230円　となります。

世帯で合算した医療費から自己負担上限額を差し引いた額　90,770円（174,000円−83,230円=90,770円）が高額療養費として支給されます。

最終的に、この世帯で1か月にかかった医療費は、自己負担上限額の83,230円と、合算対象とならなかった12,000円の計95,230円となります。

世帯合算
例　70歳以上と69歳以下の世帯

70代の夫と60代の妻の世帯

- Aさん（夫 72歳）　Bさん（妻 67歳）
- ともに国民健康保険に加入
- 自己負担上限　区分一般（70歳以上）　区分エ（69歳以下）

Aさん
〇〇病院　入院

自己負担額
120,000円
（総医療費600,000円)

Aさん
〇〇診療所　外来

自己負担額
24,000円
（総医療費120,000円）

Bさん
〇〇病院　外来

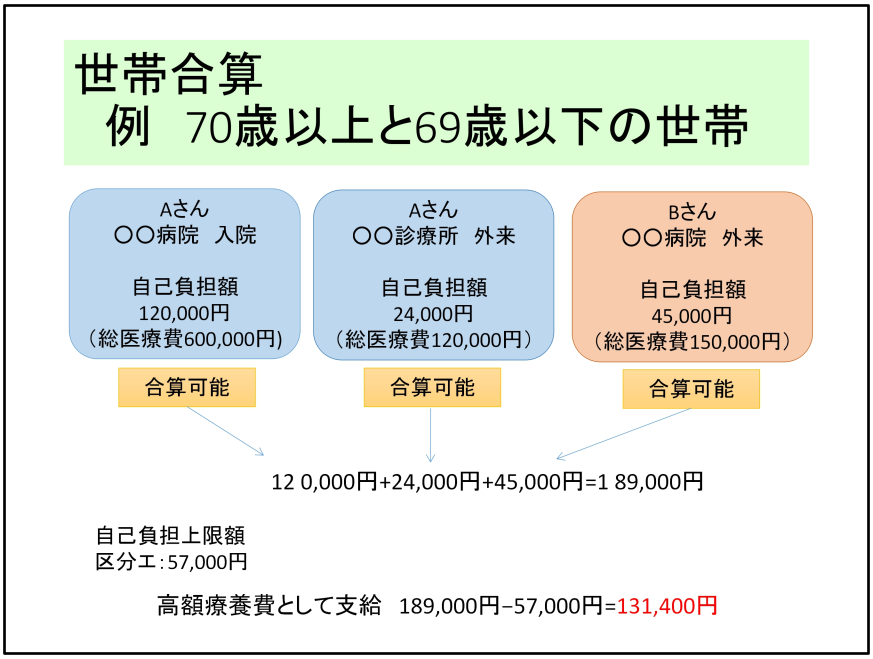
自己負担額
45,000円
（総医療費150,000円）

世帯に70歳以上の方と69歳以下の方の両方がいる場合の例です。

高額療養費自己負担上限はAさんは70歳以上で区分一般、Bさんは69歳以下で区分エとなっています。

Aさん、Bさんは同じ月に入院と外来受診がありました。
Aさんは病院に入院し、自己負担2割分の120,000円を支払いしました。
また、Aさんは外来受診で、自己負担2割分の24,000円を支払いしました。
Bさんは外来受診で、自己負担3割分の45,000円を支払いしました。

この場合、世帯合算の計算はどうなるでしょうか。



70歳以上の方と69歳以下が同一世帯にいる場合も、まずは合算できる医療費を確認します。
Cさんは69歳以下のため21,000円以上のものしか合算できませんが、今回は45,000円のため合算が可能です。

この世帯は自己負担上限額が57,600円のため、世帯で合算した医療費から自己負担上限額を差し引いた額　131,400円（189,000円−57,000円=131,400円）が高額療養費として支給されます。

それぞれの医療機関窓口で支払いをしていますが、最終的には、この世帯で1か月にかかった医療費は、自己負担上限額の57,600円となります。

払い戻し手続きについて

- 医療機関で支払った自己負担額が1か月の上限を超えた場合、払い戻しの申請手続きが必要

（限度額適用認定証があっても、
複数の医療機関で支払いした際や世帯合算をした場合等）

- 申請先、問い合わせ先は各保険者
- 領収書が必要
- 診療を受けた月の翌月から2年間、申請が可能

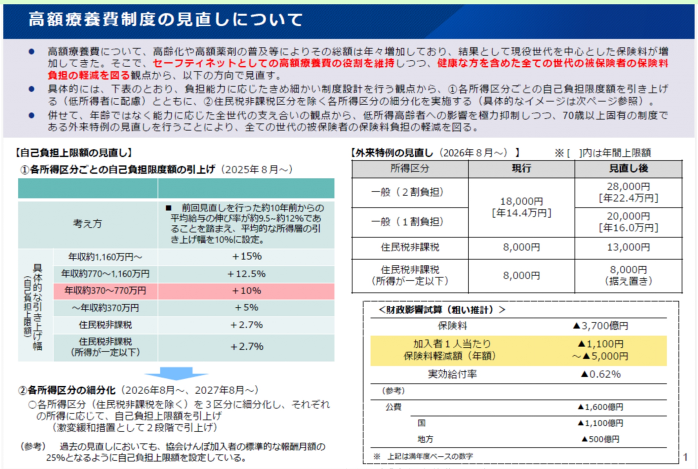
高額療養費制度は償還払いの制度のため、いったん医療機関窓口にて自己負担額を支払いし、自己負担上限額を超えた分については払い戻しの手続きが必要となります。
限度額適用認定証があれば、自己負担上限額までの支払いとなりますが、複数の医療機関で支払いをした際や、世帯合算をした際に払い戻しの手続きが必要となる場合があります。

申請先、問い合わせ先は各保険者です。国民健康保険であれば各市町村の担当窓口、全国健康保険協会であれば各県に支部があるのでその支部に、といったようになります。

手続きの際には、支払いをした際の領収書が必ず必要です。

また、払い戻し手続きができる期間は、診療を受けた月の翌月から2年間となっています。

高額療養費引き上げについて
（※全面凍結が決定）



高額療養費制度の見直しについて

- 高額療養費について、高齢化や高額薬剤の普及等によりその総額は年々増加しており、結果として現役世代を中心とした保険料が増加してきた。そこで、**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、以下の方向で見直す。
- 具体的には、下表のとおり、負担能力に応じたきめ細かい制度設計を行う観点から、①各所得区分ごとの自己負担限度額を引き上げる（低所得者に配慮）とともに、②住民税非課税区分を除く各所得区分の細分化を実施する（具体的なイメージは次ページ参照）。
- 併せて、年齢ではなく能力に応じた全世代の支え合いの観点から、低所得高齢者への影響を極力抑制しつつ、70歳以上固有の制度である外来特例の見直しを行うことにより、全ての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図る。

【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		■ 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。
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%

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の25%となるように自己負担上限額を設定している。

【外来特例の見直し（2026年８月～）**】** ※[ ]内は年間上限額

所得区分	現行	見直し後
一般（２割負担）	18,000円 [年14.4万円]	28,000円 [年22.4万円]
一般（１割負担）		20,000円 [年16.0万円]
住民税非課税	8,000円	13,000円
住民税非課税（所得が一定以下）	8,000円	8,000円（据え置き）

<財政影響試算（粗い推計）>

保険料		▲3,700億円
加入者１人当たり保険料軽減額（年額）		▲1,100円～▲5,000円
実効給付率		▲0.62%
（参考）		
公費		▲1,600億円
	国	▲1,100億円
	地方	▲500億円

※ 上記は満年度ベースの数字

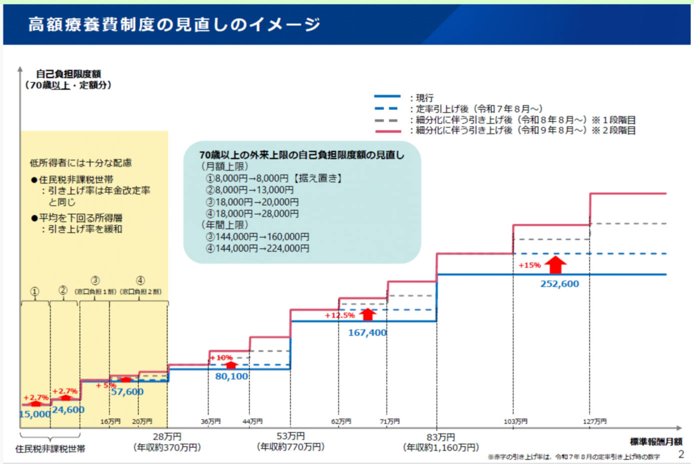
1

引用：厚生労働省「高額療養費の見直しについて」
https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001393881.pdf （2025/4/20閲覧）

最後に、高額療養費の引き上げについて触れますが、この引き上げについては全面凍結となりました。
そのため、2025年8月から自己負担上限額引き上げといわれていましたが、現在の基準が継続して適用されます。
全面凍結とはなりましたが、引き上げが実施されるとどのような影響があるのかを見てみます。

この図にもあるように、高額療養費は高齢化や高額薬剤の普及等により医療費の総額が年々増加しており、結果として現役世代を中心とした保険料が増加してきているため、セーフティネットとしての高額療養費乗せ役割を維持しつつ、全ての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図るため、とのことで引き上げの方向で見直しが進められていました。
具体的な内容としては、各所得区分の自己負担上限額の引き上げと、各所得区分の細分化です。これを数年に分けて段階的に実施すると発表されていました。

高額療養費引き上げについて（※全面凍結が決定）



引用：厚生労働省「高額療養費の見直しについて」
https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001393881.pdf （2025/4/20閲覧）

これは、高額療養費制度の見直しのイメージ図とのことで、青の実線が現行の自己負担上限額を表しています。
詳しく見てみると、
青の点線が令和7年、灰色の点線が令和８年、赤の実線が令和9年と数年に分けて段階的に自己負担上限額を引き上げしていく予定となっていたことが分かります。

高額療養費引き上げについて（※全面凍結が決定）

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（令和７年８月～令和８年７月）

（令和７年８月～令和８年７月）

		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）	290,400＋（医療費－968,000）×１％ 〈多数回該当：161,100〉
	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		188,400＋（医療費－628,000）×１％ 〈多数回該当：104,700〉
	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		88,200＋（医療費－294,000）×１％ 〈多数回該当：48,900〉
	～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		60,600 〈多数回該当：46,500〉
	住民税非課税		36,300 〈多数回該当：25,200〉

		負担割合	外来（個人ごと）	上限額（世帯ごと）
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	290,400＋（医療費－968,000）×１％ 〈多数回該当：161,100〉	
	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		188,400＋（医療費－628,000）×１％ 〈多数回該当：104,700〉	
	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		88,200＋（医療費－294,000）×１％ 〈多数回該当：48,900〉	
	～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 75歳以上 1割（※4）	18,000 （年間上限 144,000）（※5）	60,600 〈多数回該当：46,500〉
	住民税非課税		8,000	25,300
	住民税非課税 （所得が一定以下）			15,400

※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。

3

引用：厚生労働省「高額療養費の見直しについて」
https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001393881.pdf （2025/4/20閲覧）

もし、現行の高額療養費自己負担額よりさらに上限が引き上げられると、高額な治療を受ける際にはさらなる自己負担の増加、現行の上限額であれば多数回該当の対象となっていても上限額引き上げにより自己負担額が上限額まで達しないことで多数回該当の対象とはならないというケースも考えられます。

例えば、70歳未満区分エでは現行では上限額は57,600円ですが、引き上げ後は60,600円と予定されていました。それに伴い、多数回該当の上限額も46,500円と引き上げられています。

今回は全面凍結ということで、いったん見送りにはなりましたが、引き上げを中止するということではないようです。
高額療養費制度は、安心して治療を受けるために不可欠な制度です。
今後引き上げに関する話題等、注視していきたいと思います。

ご不明点等あれば当院ソーシャルワーカへ
ご相談ください

ご清聴ありがとうございました

これで終わります。ご清聴ありがとうございました。