

健康保険法施行令等の一部を改正する政令案に関する意見募集の結果について

令和8年7月29日
厚生労働省保険局保険課

健康保険法施行令等の一部を改正する政令案について、令和8年6月6日（土）から同年7月5日（日）まで御意見を募集したところ、約4,300件の御意見をいただきました。

お寄せいただいた御意見の要旨とそれに対する考え方について、内容により分類し、以下のとおり取りまとめましたので、公表いたします。

皆様の御協力に深く御礼申し上げますとともに、今後とも厚生労働行政の推進に御協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

No.	案に対する御意見の要旨	御意見に対する厚生労働省の考え方
1	(負担の増加により治療行動に影響が生じる等の理由から自己負担上限額を引き上げるべきでないという御意見) - 高額療養費の自己負担上限額が引き上げられると、経済的な理由で治療や受診を諦める患者が増えるため、制度改正には反対。 - がんや難病などで継続的な高額治療が必要な患者にとって、自己負担上限額の引き上げは治療継続を困難にするため、現行制度を維持すべき。 - 私自身(又は家族など)が、がんや難病などの治療、帝王切開、不妊治療、その他の手術・長期入院などの際に高額療養費制度に助けられた。制度があったからこそ、経済的な不安を抑えながら治療を受けることができたため、今後も必要な人が利用できる制度として維持してほしい。 - 高額療養費制度の多数回該当は4か月目以降に適用されるため、患者が最も経済的に苦しくなる治療開始直後の数か月間に負担が集中している。今回の改正は、その最も困窮する最初の3か月の負担をさらに増やすものであり、治療開始直後の患者に追い打ちをかけるため反対である。 - 自己負担上限額の引き上げによって、お金のある人だけが十分な治療を受けられ、お金のない人は治療を	大切なセーフティネット機能である高額療養費制度を、将来にわたって守っていくためには、必要な見直しを適時適切に実施していくことが必要と考えております。 今回の見直しに当たっては、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ9回にわたって御議論いただき、近年の医療費の伸び等に一定程度対応した形での負担上限額の見直しを行っていくことの必要性は理解する一方、長期療養者や低所得者については適切な配慮が必要であるといった考え方を整理いただき、こうした考え方を踏まえ、今回の見直しを決定しました。 具体的には、制度全体の持続可能性の確保の観点から、低所得の方の負担に配慮しつつ、主に療養期間が短期の方に追加のご負担をお願いする一方で、「多数回該当」の金額の据え置きに加え、「年間上限」を創設しており、また、「年収200万円未満の課税世帯」の方の「多数回該当」の金額を月1万円程度引き下げるなど、特に治療にかかる経済的負担が厳しいと考えられる長期療養者や低所得者の負担に配慮しております。 高額療養費制度の見直しは、高齢化や高額薬剤の普及等を背景に、高額療養費が医療費全体の倍のス

諦めざるを得なくなる。これは命を経済力によって選別することにつながるため容認できない。 ・ 医療へのアクセスは所得によって左右されるべきではない。必要な治療を受ける機会が経済状況によって制限されることは、国民の健康と生命を守るという社会保障制度の趣旨に反する。 ・ 短期療養者を含め、すべての患者が安心して治療を受けられる制度とすべき。短期的・急性的な医療費負担へも引き上げは行うべきではない。 ・ 高額療養費制度利用者の 8 割にあたる 660 万人、人口の 6 % は、年間の利用回数が 1 ～ 3 回であり、負担増の見込みという指摘がある。制度利用者の大多数が負担増となる改正は、セーフティネット機能の強化とまらない。 ・ 長期療養者への配慮が必要であることは理解するが、そのために短期療養者の負担が重くなってしまう制度には納得できない。長期療養者と短期療養者のどちらかを優先する制度ではなく、どちらも安心して必要な治療を受けられる制度であってほしい。 ・ 上限額が引き上げられれば、中低所得層を中心に「受診控え」か「生活保護へ転落」の二者択一を迫られることになる。 ・ 所得区分によっては自己負担上限額が最大 38% 引き上げられる今回の案は負担増が大きすぎる。見直し	ピードで伸びている中で、先送りできない課題です。今回の見直しは、「制度の持続可能な確保」と「長期療養者や低所得者へのセーフティネット機能の強化」の両立を図るものであるという趣旨をご理解いただけますと幸いです。
--	---

	を行うとしても、物価上昇率や賃金上昇率を踏まえた範囲にとどめ、患者の受療機会や生活に過度な影響を及ぼさない制度設計とすべきである。 ・ 高額療養費の自己負担上限額が引き上げられると、経済的な不安から受診や治療を控える患者が増えるおそれがある。必要な医療を早期に受ける機会が失われるため、制度改正には反対である。 ・ 現在は健康であっても、将来いつ病気やけがをするか分からない。必要なときに安心して医療を受けられなくなることへの不安が大きく、自己負担上限額の引き上げには反対である。 ・ 高額療養費制度は、万一重い病気になったときでも安心して治療を受けられるという安心感を国民に与えている。自己負担上限額の引き上げは、その安心感を失わせる。 ・ 自己負担上限額は引き上げるのではなく、むしろ引き下げるべきである。 ・ 高額療養費制度を廃止しないでください。	
2	(年間上限の導入等と自己負担上限額の引き上げについての御意見) ・ 年間上限を設けることにより、長期療養者の年間負担額を一定程度抑えようとする考え方自体は理解できる。しかし、その一方で月額自己負担上限額を引き上げれば、年間上限に到達するまでの間の負	今回の見直しに当たっては、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ9回にわたって御議論いただき、近年の医療費の伸び等に一定程度対応した形での負担上限額の見直しを行っていくことの必要性は理解する一方、長期療養者や低所得者については適切な配慮が必要であるといった考

	担が大きく増加し、患者はその時点で受診や治療の継続を諦める可能性がある。年間上限の導入と自己負担上限額の引き上げは分けて考えるべきであり、年間上限を導入するとしても自己負担上限額の引き上げには反対である。 ・ 年間上限の導入を理由に月額上限額まで引き上げることには賛成できない。 ・ 年間上限を導入しても、単月も払えなければ治療を諦めざるを得ない。 ・ 中低所得者の負担軽減や年間上限の創設は評価できるが、月額の自己負担上限額まで引き上げる必要はない。負担軽減策と負担増をセットで実施するのではなく、患者保護につながる部分のみ導入すべきである。 ・ 多数回該当の継続や年単位の上限額の新設など一定の配慮がみられるものの、多くの所得区分で1カ月の限度額が引き上げられることには反対。現行の上限額でも破滅的医療支出となっている患者がある中で、さらなる限度額引き上げは到底容認できない。 ・ 年間上限額が設定されているとしても、医療費以外の費用（生活費等）は変わらず毎月決まって発生するため、毎月の医療費負担が増加することで日々の生活に悪影響が出る懸念がある（現役世代は日・	え方を整理いただき、こうした考え方を踏まえ、今回の見直しを決定したものであり、ご理解いただけますと幸いです。
--	---	---

	月ごとの出費で生計を管理しており、年間の金額をベースにして考えるほどの経済的余力がない）。	
3	（高額療養費制度の重要性についての御意見） ・ 誰もが突然の病気やけがに見舞われる可能性があり、高額療養費制度は最後のセーフティネットである。その機能を弱めるような改正はすべきでない。 ・ 高額療養費制度は医療保険制度において最も重要。たとえ通常の窓口負担割合が上がるとしても、高額療養費制度だけは死守すべき。	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、自己負担額に上限を設ける制度であり、医療保険制度における重要な仕組みの一つです。高額療養費制度を将来にわたって持続可能なものとしつつ、他方で、高額療養費制度の位置付けや考え方を十分に踏まえ、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において、当事者を始め、制度を支える多くの関係者に議論を重ねていただいた「到達点」が今回の見直しですので、ご理解いただけますと幸いです。
4	（制度改正を行うタイミングについての御意見） ・ 食料品や光熱費などあらゆる物価が上昇し、家計負担が増えている状況の中で、さらに高額療養費の自己負担まで引き上げるべきではない。国民生活が厳しい時期に行う制度改正としては適切ではない。	大切なセーフティネット機能である高額療養費制度を、将来にわたって守っていくためには、必要な見直しを適時適切に実施していくことが必要と考えております。 今回の見直しに当たっては、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ9回にわたって御議論いただき、近年の医療費の伸び等に一定程度対応した形での負担上限額の見直しを行っていくことの必要性は理解する一方、長期療養者や低所得者については適切な配慮が必要であるといった考え方を整理いただき、こうした考え方を踏まえ、今回

		の見直しを決定したものであり、ご理解いただけますと幸いです。
5	(高額療養費制度の見直しに係る昨年の議論に関する御意見) - 令和7年3月に一度「実施の全面見合わせ」を表明したはず。なぜ今回、ほぼ同じ内容で再び実施に至ったのか、その間に何が変わったのか。 - 反対意見があがり撤回、凍結となったにもかかわらず、強引に推し進めるべきでない。	今回の見直しに当たっては、「検討プロセスに丁寧さを欠いた」という前回の御指摘を重く受け止め、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」を設置し、議論を重ねてまいりました。 見直しの内容は、同専門委員会において整理・合意された「基本的な考え方」に沿ったものとしており、ご理解いただけますと幸いです。
6	(外来特例を含む高齢者の負担に関する御意見) - 通院による継続治療を受けている患者にとって、外来特例の自己負担上限額引き上げは大きな負担となる。特にがんや難病の外来治療への影響が大きい。ため、外来特例の引き上げは撤回するべきである。 - 社会保障費の増大は問題だが、一部の高所得者に焦点を当てて上限を引き上げわずかな費用削減を得るよりも、自己負担上限額を70歳未満のものへの統一し、外来特例の廃止などを行うべき。 75歳以上の高齢者は年金収入が中心で現役時代より所得が大きく低下する一方、慢性疾患の増加により医療機関を頻繁に受診する必要がある。そのため、窓口負担は現役世代より所得に占める割合が高く、一律に負担割合を引き上げれば負担はさらに重くなる。こうした高齢者負担の増加は、高齢の親を	「外来特例」の在り方については、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において整理・合意された「基本的な考え方」において、加齢に伴って受診機会が増加するという高齢者の特性を踏まえると、制度の必要性は理解できるものの、医療費全体が増加している中で、一定の見直しが必要と整理されたことを踏まえ、本年8月以降、外来特例の「自己負担限度額」を見直すこととしています。 また、「外来特例」の対象年齢については、医療保険制度改革全体の議論が行われている中で、全体感を持った検討を進め、高齢者の経済的負担に急激な変化が生じないような制度の在り方とすべき、と整理されています。 今後、高齢者の窓口負担割合の在り方について議論が進められる中で、外来特例の対象年齢の在り方

	支える現役世代や介護と子育てを担う世帯にも影響し、家族全体の生活を圧迫する。さらに、いわゆる「8050 問題」を抱える世帯では、家族の共倒れにつながるおそれがある。	についても検討が行われることになると考えております。
7	(年間上限の支給方法等に関する御意見) ・ 年間上限制度を導入するのであれば評価できるが、現物給付化や自動適用を行い、患者が一時的に立て替える必要がない仕組みにするべきである。 ・ 年間上限制度の創設によって長期療養患者の年間負担を抑える考え方は評価できる。しかし、患者が一度窓口で支払い、その後に還付を受ける方式では資金繰りの負担が大きい。年間上限の自動適用や早期償還、現物給付化を実現するべきである。 ・ 年間上限に達した場合の還付（償還払い）については、申請方法・必要書類・審査期間などの実務が明らかにされていない。施行前に、年間上限の申請手続き・還付までの期間について具体的な工程を公表すべき。	「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において整理・合意された「基本的な考え方」において、「年間上限」については、「現物給付化」するためのシステム整備を待つのではなく、まずは「償還払い」であっても「早急に実現を図る」と整理されていることを踏まえ、本年 8 月から開始することとしております。 「現物給付化」の在り方については、今後、システム面での課題の整理も含めて関係者と検討を行ってまいります。 申請方法等については、本政令と同日に公布・施行される「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令（令和 8 年厚生労働省令第 117 号）」による改正後の健康保険法施行規則等に規定しており、これに基づき行われることとなります。 具体的な償還手続としては、計算期間（8 月から翌年 7 月まで）以後に、各保険者から償還払いすることとなります。なお、保険者が実務上可能であると判断した場合においては、被保険者本人からの申請を不

		要とする「自動給付」の形で給付することは差し支えないこととしております。
8	(年間上限の算定期間に関する御意見) ・ 年間上限の算定期間を「8月から翌年7月まで」とすると、療養開始時期によっては医療費の累積が分断され、同じような継続治療でも年間上限の適用有無や自己負担額に差が生じる可能性がある。多数回該当と同様に「直近1年間」を算定期間とすることで、療養開始時期による不公平を防ぎ、患者の経済的・心理的負担の軽減につながる制度とすべきである。 ・ 病気や治療のタイミングは個人の意思でコントロールできるものではないため、時期によって不公平が生じないように、通算方法を柔軟化(例:任意の連続する12ヶ月間とするなど)すべき。	年間上限の計算期間については、実務的な課題を踏まえ、既存の年間の外来療養に係る高額療養費や高額介護合算療養費の仕組みと同様とする観点から、「8月から翌年7月まで」としており、ご理解いただけますと幸いです。
9	(見直しによる財政影響に関する御意見) ・ 保険料が月に100~200円程度しか下がらない一方で、高額療養費の自己負担上限額は数万円単位で増えるのは釣り合いが取れておらず、制度改正に納得できない。 ・ ペットボトル1本分(月117円)とわずかな保険料軽減と引き換えに患者・国民の命綱を奪うのはおかしい。その程度の保険料であれば払うので、引き上げはやめてほしい。	今回の見直しは、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」で整理・合意された「基本的な考え方」を踏まえ、「制度の持続可能性の確保」と「長期療養者や低所得者に対するセーフティネット機能の強化」という観点から行うものであり、その結果として保険料軽減も生じるものです。 医療保険の加入者は全国民であることから、保険料軽減効果という意味で申し上げれば、月額数百円となりますが、今回の見直しは、「制度の持続可能性

・ 多くの人にとって保険料の軽減効果はわずかである一方、実際に病気になって高額療養費制度を利用する人には大幅な負担増が生じる。病気になった人にだけ過度な負担を求める制度改革は不公平である。 ・ 年間で数千円にも満たない保険料軽減では家計改善の実感はなく、高額療養費の負担増による不利益の方がはるかに大きい。今回の見直しによるメリットが理解できない。 ・ 医療保険財政の改善効果が限定的であるにもかかわらず、重い病気の患者には大きな負担増を求める内容となっている。財政効果と患者負担のバランスを欠いているため見直すべきである。 ・ 将来病気になった場合の自己負担増による不安の方が、保険料がわずかに下がるメリットよりもはるかに大きい。月数百円の負担増であれば受け入れられるが、医療費負担の大幅な増加には賛成できない。 ・ 国には国民の生命と健康を守る責務がある。財政上の理由を優先して重い病気の患者に負担を求めることは、その責務を十分に果たしているとは言えない。 ・ 厚生労働省保険局の資料によれば、今回の見直しによる給付費削減効果のうち約 44%、約 1,070 億円	の確保」と「長期療養者や低所得者に対するセーフティネット機能の強化」という観点から行うものであり、この大切なセーフティネット機能を将来にわたって堅持していくために行うものでありますので、ご理解いただけますと幸いです。 なお、今回の見直しに伴う最終的な財政影響は、保険給付費ベースで 2,450 億円の減と見込んでおりますが、予算の積算上の取扱いについては、過去の見直し時と同様に、「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」を機械的に計算しているものです。
---	---

	が受診抑制によるものと見込まれている。これは、必要な医療を経済的理由で控える患者が一定数生じることを前提とした制度設計であることを意味する。受診抑制を織り込んだ見直しは、高額療養費制度の趣旨と整合しないのではないか。 ・ 本当に保険制度を恒久的に維持していくために必要な改正なのであれば、どれほどの効果を見込んでいるか公開すべき。	
10	(負担増に伴う生活への影響に関する御意見) ・ 子育て世帯は教育費や養育費など多くの支出を抱えている。そこに高額療養費の自己負担増が加われば、治療と子どもの生活・教育のどちらを優先するかという苦しい選択を迫られるため、制度改正には反対である。 ・ 物価高騰や社会保険料負担の増加により、現役世代の家計は既に厳しい状況にある。高額療養費の自己負担上限額まで引き上げられれば、生活そのものが成り立たなくなる世帯が生じるおそれがある。少子化対策や子育て支援を推進すると言いながら、現役世代や子育て世帯が病気になった際の負担を増やすことは政策として矛盾している。子どもを育てながら治療を続ける家庭への支援を弱めるべきではない。	今回の見直しに当たっては、患者お一人お一人が置かれた状況は様々であるという前提に基づき、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ9回にわたり議論をいただきました。 具体的な見直しの内容については、同専門委員会において整理・合意いただいた「基本的な考え方」を踏まえて決定したものであり、特に、長期療養者の経済的負担への配慮の観点から、長期にわたり治療を継続されている方がご不安に感じる「将来の医療費負担」に見通しを立てやすくなるよう、「年間上限」を新設することとしています。

	・ 高額療養費の負担増は患者本人だけの問題ではない。配偶者や子どもを含めた家族全体の生活に影響を及ぼし、教育費や住宅ローン、介護費用など他の支出にも深刻な影響を与えるため見直しには反対である。 ・ がんや難病の治療では、医療費だけでなく通院のための交通費や宿泊費も継続的に発生する。現在でも大きな負担となっている中で、高額療養費の自己負担上限額まで引き上げられれば、治療継続が一層困難になる。	
11	(治療を受けながら働く患者の方に関する御意見) ・ がんや難病などの治療を受けながら働く現役世代にとって、高額療養費の自己負担上限額の引き上げは大きな負担である。休職や収入減の中で医療費負担まで増えれば、治療の継続だけでなく仕事を続けることも難しくなるため、制度改正には反対である。 ・ 自己負担上限額が引き上がることや後日償還払いの申請手続きを行うことは、がん対策推進基本計画でも治療と仕事の両立支援を掲げているにも関わらず、患者本人や家族が就労を継続することを阻む要因となる可能性がある。	今回の見直しでは、長期療養者の経済的負担への配慮の観点から、長期にわたり治療を継続されている方がご不安に感じる「将来の医療費負担」に見通しを立てやすくなるよう、「年間上限」を新設することとしています。 また、本年4月からは、事業主に対して、治療と仕事の両立支援に関する努力義務が課せられているところであり、様々な観点から、就労や生活を支援してまいりたいと考えています。
12	(治療による収入減に関する御意見)	「被用者保険」においては、固定的賃金に変動があり、それが3ヶ月間継続した場合に、標準報酬月額を

	・ 重い病気になった場合には休職や離職によって収入が減少することが多い。しかし医療費負担は依然として発生するため、高額療養費の自己負担上限額が引き上げられると、最も支援が必要な時期に家計への負担が集中してしまう。 ・ 長年にわたり高い税・社会保険料を負担してきた被保険者が、大病により急激に所得を失った場合には、保険料減免、医療費支払猶予、高額療養費区分の一時的引下げなど、実際の支払能力に応じた救済策を検討すべき。 ・ 疾病による休職の場合、保険者算定によって標準報酬月額是从前の等級のまま維持される仕組みがある。休職中は傷病手当金等により実際の収入が大幅に減少していても、高額療養費の所得区分には休職前の標準報酬月額が適用される。また、退職後に国民健康保険へ移行した場合も前年所得が基準となるため、現在の収入実態との乖離が生じる。療養中の生活負担を軽減するため、収入減少時には実際の収入状況に応じて所得区分を見直せる仕組みが必要である。	臨時で見直す「随時改定」という仕組みがあり、収入が減少しこれに該当する場合には高額療養費の所得区分も下がります。 また、「国民健康保険」においては、雇用保険の特定受給資格者等として認定を受けた方が、国民健康保険に加入した場合には、本人からの申請に基づき、前年の給与所得をその100分の30とみなして所得判定を行い、その所得に応じた所得区分を適用することとしています。 こうした制度について、今回の高額療養費制度の見直しの趣旨等と合わせて、厚生労働省のホームページ等で改めて周知してまいります。
13	(中・高所得者層への負担が大きいという御意見) ・ 高所得者とされる所得区分であっても、住宅ローンや教育費、家族の扶養などにより生活に余裕があるとは限らない。高額な治療費が長期間続く場合に	今回の見直しは、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」で整理・合意された「基本的な考え方」を踏まえ、現行(改正前)の制度において「大括り」であった所得区分について、応能負担の観点から、令

	は、高所得者層であっても治療継続が困難となるおそれがあり、影響が過小評価されている。 ・ 物価高や社会保険料負担の増加に直面している現役の中間所得層（年収約 200 万～770 万円）が、今回の見直しで最も大きな影響を受けることが問題である。低所得者向けの配慮措置の対象外である一方、高所得者ほどの経済的余裕もないため、予期せぬ大病や長期療養に直面した場合、自己負担上限額の引上げが治療継続の断念や家計破綻につながるおそれがある。	和 9 年 8 月から、現行の限度額から著しく増加しないよう配慮しつつ、所得区分を細分化することとしております。 今回の見直しが、「制度の持続可能な確保」と「長期療養者や低所得者へのセーフティネット機能の強化」の両立を図るものであるという趣旨をご理解いただけますと幸いです。
14	（憲法が保障する生存権等に関する御意見） ・ 高額療養費制度の自己負担上限額が引き上げられることで、経済的な理由から必要な治療を受けられない人が生じるおそれがある。このような状況は、憲法が保障する生存権を脅かすものであり認められない。 ・ 病気やけがをした人が治療費を理由に治療を断念せざるを得なくなることは、憲法第 25 条が定める「健康で文化的な最低限度の生活」を維持できなくなることにつながるため反対である。	今回の見直しでは、「多数回該当」の金額を維持した上で、「年間上限」を導入するとともに、年収 200 万円未満の方の「多数回該当」の金額を引き下げるなど、長期療養者や低所得者へのセーフティネット機能を強化しています。 国民の生活保障という点に関しては、医療保険制度のみならず、介護保険制度、公的年金制度、雇用保険、労災保険、福祉施策を始め、就労支援など様々な施策を通じて、その生活を支援してまいります。
15	（医療保険制度への信頼に関する御意見） ・ 病気やけがに備えて毎月健康保険料を負担しているにもかかわらず、実際に高額な医療が必要になったときの自己負担まで引き上げられるのであれば、保険料を支払っている意味が分からなくなる。	医療保険制度を将来世代に引き継いでいくとともに、現役世代を中心に保険料負担をできる限り抑制するためには、医療保険制度全体の改革が重要であると考えており、こうした観点から、社会保障審議会

	・ 社会保険料は上がり続けている一方で、高額療養費制度の給付内容は実質的に縮小されようとしている。負担だけが増え、保障が後退することには納得できない。 ・ 誰もが安心して医療を受けられることが日本の国民皆保険制度の大きな特徴である。いざ病気になったときの保障を縮小することは、制度そのものへの信頼を損なうことにつながる。 ・ 国民は、必要なときに支えてもらえるという前提で保険料や税金を負担している。病気になった時の負担をさらに求めることは、社会保障制度に対する国民との信頼関係を損なうものである。 ・ 現役世代や中所得層は健康保険料の負担が年々増加しているにもかかわらず、高額療養費制度の自己負担上限額まで引き上げられると、負担が二重に増えることになる。保険料を負担しながら、病気になった際のセーフティネットまで縮小されれば、国民皆保険制度への信頼が損なわれかねない。 ・ 高額医療費の自己負担上限額の引き上げは医療を必要としている人々に対する偏見や差別を助長することも考えられる。	（医療保険部会）において多岐にわたる論点について議論いただきました。 また、高額療養費に関しては、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ9回にわたって御議論いただき、近年の医療費の伸び等に一定程度対応した形での負担上限額の見直しを行っていくことの必要性は理解する一方、長期療養者や低所得者については適切な配慮が必要であるといった考え方を整理いただき、こうした考え方を踏まえ、今回の見直しを決定しました。 高齢化や高額薬剤の普及等を背景に、高額療養費が医療費全体の倍のスピードで伸びている中で、今回の見直しは、「制度の持続可能の確保」と「長期療養者や低所得者へのセーフティネット機能の強化」の両立を図るものであるという趣旨をご理解いただけますと幸いです。
16	（見直しにより結果的に医療費等の増大などの社会的な不利益が生じるという御意見）	今回の見直しは、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」で整理・合意された「基本的な考え方」を踏まえ、「多数回該当」の金額の据え置きに加え、

	・ 受診控えによって病気が重症化すれば、入院や高度医療が必要になるケースが増え、結果として医療費総額はかえって増加する可能性がある。短期的な給付費削減だけではなく、中長期的な医療費への影響も考慮すべきである。 ・ 病気の悪化によって働けなくなる人が増えれば、障害年金や生活保護など他の社会保障制度への支出が増加する可能性がある。その結果、社会保障費全体が増えるおそれがある。 ・ 適切な治療を受けながら働くことができた人が、治療中断や病状悪化によって就労継続できなくなるおそれがある。労働力人口の減少や税収・保険料収入の減少につながるため、社会全体にとっても不利益が大きい。 ・ 自己負担上限額の引き上げによって受診控えや治療中断が増えれば、病気の重症化などを招き、結果として医療費や社会保障費がかえって増加するおそれがあるのではないか。	新たに年単位の上限額を設ける「年間上限」を創設することで、「将来の医療費負担」に見通しを立てやすくするものであります。「年間上限」の創設により、これまでよりも負担が減少する方もおられます。 なお、今回の制度改正の影響が実際の受診行動にどう影響するかはよく注視する必要があると考えており、今後検証してまいりたいと考えています。
17	(民間医療保険に関する御意見) ・ 高額療養費制度による公的保障が縮小されれば、民間医療保険への加入を余儀なくされる人が増える可能性がある。公的医療保険制度を弱めて民間保険への依存を高めるような制度改正は行うべきではない。	「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」においては、「高額療養費制度の見直し」と「民間医療保険」との関係について、御意見としていただいております。 また、今回の見直しは、「多数回該当」の維持や「年

		間上限」の創設など、将来の医療費負担に見通しを立てやすくしており、民間医療保険への加入の促進を意図しておりません。
18	(他の医療保険制度改革を優先すべきという御意見) - 高額療養費制度の自己負担上限額を引き上げる前に、高齢者医療制度の負担のあり方を見直すべきである。年齢による負担の違いや窓口負担のあり方を含め、制度全体の公平性を確保した上で議論を行うべきである。 - 患者負担を増やす前に、不要不急の受診や過剰な処方を見直し、薬剤費の適正化などを進めるべきである。まず医療費全体の効率化に取り組み、その上で必要な財源確保策を検討するべきである。 - 医療保険財政の改善が必要であるとしても、高額療養費制度の自己負担上限額を引き上げる前に、高齢者医療制度の見直しや医療費の適正化、OTC 類似薬の保険給付の見直し、行政改革など、他の方法による財源確保を優先的に検討するべきである。重い病気の患者に負担を集中させるのではなく、まず別の選択肢を尽くすべきである。 - 高額療養費制度は現役世代が病気や怪我で働けなくなった時のセーフティネットであり、真っ先に改正するものではない。まずは、高齢者の負担割合、	今回の見直しは、「持続可能性の確保」と「長期療養者や低所得者へのセーフティネット機能の強化」を図る観点から行うものです。 また、医療保険制度を将来世代に引き継いでいくとともに、現役世代を中心に保険料負担をできる限り抑制するためには、医療保険制度全体の改革が重要であると考えており、こうした観点から、社会保障審議会（医療保険部会）において多岐にわたる論点について議論いただいております。 そうした議論を踏まえ、高額療養費制度の見直しだけではなく、 - 今回の診療報酬改定では、残薬対策や長期処方・リフィル処方への取組を強化するとともに、 - OTC 類似薬の保険給付の見直し、金融所得の反映等の取組も進めていくこととしており、 さまざまな改革をこれからも一つひとつ積み重ねていく必要があると考えています。

	滞在期間の短い外国人は国民健康保険制度から外すなど、他に優先して議論すべきことがあるはず。 ・ 将来にわたって国民皆保険制度を維持するためには、医療費の適正化や制度改革が必要であることは理解している。しかし、必要な医療を受ける患者の負担増ではなく、他の方法も含めて慎重に検討すべきである。 ・ 高額療養費の自己負担上限額を引き上げる前に、生活習慣病予防や重症化予防などの予防医療を強化すべきである。病気になった人の負担を増やすのではなく、病気になる人を減らすことで医療費を抑制すべきである。 ・ 医療費増加の背景には、薬剤費、高額医療技術、診療報酬、人口構成の変化、慢性疾患の増加、重複投薬や制度運営の非効率など様々な要因がある。まずは増加要因を分析・公表し、不要な支出の削減や医療提供体制の効率化など制度側の改善を優先すべき。 ・ 高額医療費を削るのではなく、外国籍の医療を100%実費とすべき。 ・ 仮に、70歳以上全体を3割負担、70歳未満を4割負担にしても、高額療養費を維持することで死に直結する影響は減るのではないか。	
--	---	--

19	(医療保険制度以外の制度改革やそれによる財源確保を検討すべきという御意見) ・ 高額療養費制度の利用者に負担増を求める前に、行政の無駄な支出の削減や既存予算の見直しを行うべきである。患者やその家族に負担を転嫁する前に、他の方法で財源確保を検討するべきである。 ・ 高額療養費制度の自己負担上限額を引き上げる前に、防衛費の増額や他の大型予算の使い方を見直すべきである。国民の命や健康を支える医療費の負担を増やす一方で、防衛費などには巨額の予算を投入していることに納得できない。財源が必要であれば、まず他の支出の優先順位を見直すべきである。 ・ 財政が厳しいことは理解するが、医療費の負担が大きく治療を諦めざるを得ない患者が出る一方で生活保護受給者は無料で保険医療を受け放題というのは一生懸命働いて税金や社会保障費を負担している側としては納得しかねる。生活保護受給者の無料受診の見直しの方が先ではないか。 ・ 国の税収は過去最高水準となっているにもかかわらず、重い病気の患者の負担を増やして財源を確保しようとするには納得できない。税収が増加しているのであれば、その一部を社会保障や医療保障の充実に充てるべきであり、高額療養費制度の自己負担上限額を引き上げる必要はない。	社会保障制度を持続可能なものとするため、全ての世代で能力に応じて負担し支え合い、必要なサービスが必要な方に適切に提供されるといった全世代型社会保障を構築する観点から、こういった財源で増大する社会保障費を支えていくのか、不断の検討が必要と考えています。 今回の見直しに当たっても、医療保険制度、あるいは社会保障制度全体との関係を意識しつつ、社会保障審議会（医療保険部会）において多岐にわたる論点について議論いただいております。今後とも、様々な関係者の御意見を伺いながら、真摯な検討を重ねてまいりたいと考えております。
----	--	---

	・ 高額療養費制度を変える前に、変えても医療費が支払えるくらい雇用を安定させたり、手取りを増やしたりする方が先。 ・ 今回の見直しは、「子ども・子育て支援金」の創設、実質的負担をゼロにする政治的な要請から始まっていると見られるのに、現役世代の高額療養費制度の利用者の負担が増えるというのは本末転倒である。 ・ 重い病気になった場合の医療費は個人が負担できる範囲を超えることが多い。高額療養費制度は社会全体で支えるべきであり、国費の投入を拡大して患者負担を抑えるべきである。 ・ 政府がこれまで指摘されてきた用途不明の出費等を全て洗い出し、不要と判断される分を削減し医療費に充てるよう調整すべきである。 ・ 子どもを持つ可能性の高い現役世代、子育て世代、子育てを終了し次世代の納税者を生み出した国民を最優先すべきである。 ・ 生活保護世帯の頻回受診など明白に無駄である部分をまず先に手をつけるべきである。 ・ 生活保護受給者や高齢者も含め、一定の免責額を定めるなど軽微な医療行為の負担額こそ引き上げるべきである。	
--	---	--

	・ 日本国民の命と健康を守るために、負担増ではなく公費投入など別の形での財源確保を求める。 ・ 負担を減らすために補償を小さくするよりもっと取るべきところから取ればまだ現状の高額療養費制度は維持できると考える。例えば、3号被保険者の廃止などを検討すべき。	
20	(多数回該当の運用に関する御意見) ・ 高額療養費制度を見直すのであれば、まず多数回該当制度の運用改善を行うべきである。自己負担上限額の引き上げによって多数回該当に到達しにくくなれば、長期療養患者の負担が実質的に増加するため、制度本来のセーフティネット機能を維持できるよう改善するべきである。 ・ 現行制度では、転職や退職による保険者変更時に高額療養費の支給実績がリセットされ、多数回該当の通算が認められていない。特に、治療継続が難しく退職した患者は、収入が減少しているにもかかわらず、それまでの実績を失い、療養に専念すべき時期に自己負担が重くなる。最も支援を必要とする時期に不利益が生じないよう、保険者変更後も直近12か月の支給実績を通算できる仕組みとすべき。	高額療養費制度における「多数回該当」の取扱いについては、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」で整理・合意された「基本的な考え方」においては、「実務的な課題もあるものの、カウントが引き継がれる仕組みの実現に向けた検討を進めていくべきである」と整理されたところであり、今後、こうした考え方に沿って検討を進めていくこととしています。
21	(自己負担の合算対象となる要件(いわゆる21,000円基準)に関する御意見)	御指摘の点については、多額な財源が必要となるが、厳しい医療保険財政においてその点をどのように考えるか、高額療養費制度の中で見直しの優先順

	・ 70 歳未満の世帯合算は、各受診の自己負担額が 21,000 円以上のものに限られている。70 歳以上と同様に、この要件の撤廃や段階的な引き下げを検討してほしい。 ・ 今回新設される年間上限は、本来極めて有益なものであるはずだが、現代医療では複数の医療機関や調剤薬局の利用により医療費が少額に分散しやすい中で、1 回あたり 2 万 1,000 円未満の支払いが合算対象外となるため、年間で高額な医療費を負担していても年間上限の適用対象に届かない場合があり、年間上限が十分に機能しないおそれがあるため、2 万 1,000 円基準の大幅な引き下げ・撤廃を求める。	位をどのように考えるのか、例えば、長期療養者や低所得者への配慮を優先すべきではないか、などといった課題を整理する必要がある、慎重な検討が必要であると考えております。
22	(暦月単位の仕組みに関する御意見) ・ 算定が月でまとめられる事を考えると、月跨ぎで上限に達しないため、年間上限に該当するまではその値上がり分を払い続ける事となり、月収が乏しい時点で金銭的な問題で治療を継続できない、断念せざるを得ない状況を作りかねない。 ・ 高額療養費制度は現在も暦月単位で計算されるため、同じ治療内容や総医療費であっても、治療日程が月をまたぐかどうかによって自己負担額が変わる問題がある。制度上の不公平は改善すべき。	高額療養費制度における運用上の課題については、可能な限り改善していくことができるよう、検討を進めていくことが必要と考えております。 システム面での課題、実務面での課題などを整理しつつ、可能な点から検討を進めてまいります。
23	(超過分の医療費の 1 %を自己負担限度額に加算する仕組みに関する御意見)	超過分の医療費の 1 %を自己負担限度額に加算するという仕組みについては、今回の見直しの対象と

	・ 今回の自己負担上限額の引き上げに伴い、＋１％の自己負担分を廃止してほしい。	しておりませんが、「多数回該当」や「年間上限」には「１％」部分を求めないこととしており、ご理解いただけますと幸いです。
24	(付加給付制度に関する御意見) ・ 大企業の健康保険組合や国家公務員が加入する共済組合には付加給付制度がある一方で、中小企業の従業員が加入する協会けんぽなどには十分な付加給付がない。今回の見直しは、結果として付加給付のない中小企業の従業員や家族により大きな負担を課することになり、不公平である。	「付加給付」は、各健保組合が独自の判断の下、相互扶助の考え方に基づき、健保組合自身の自主財源の中で実施している取組です。 今回の高額療養費の見直しによって、「付加給付」の取扱いをどのように位置付けるかは各保険者の中で検討されるものであり、その点についてご理解いただけますと幸いです。
25	(所得区分により自己負担上限額を決める現行の方法やその公平性に関する御意見) ・ 同じ所得であっても、扶養する子どもの人数や家族構成によって生活の実態は大きく異なる。所得だけで負担区分を決めるのではなく、扶養家族の有無や生活状況も考慮した、より公平な制度設計とすべきである。 ・ 現在のような区分方式ではなく、年間所得の一定割合を自己負担の上限とする仕組みの方が公平である。所得区分の境界による不公平を解消するためにも、所得比例型の制度設計を検討すべきである。 ・ 現在の負担区分は所得区分の境目で負担額が大きく変わるうえ、国民健康保険や後期高齢者医療制度では前年所得を基準としているため、療養時点の実	今回の見直しは、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」で整理・合意された「基本的な考え方」を踏まえ、現行（改正前）の制度において「大括り」であった所得区分について、応能負担の観点から、令和９年８月から、現行の限度額から著しく増加しないよう配慮しつつ、所得区分を細分化することとしております。 他方、負担能力に応じた制度の在り方という観点については、同専門委員会においても、将来的には、所得区分をよりきめ細かいものとすべきという趣旨の御指摘もあったところであり、所得変動の実態に留意していく点を含め、今後の課題の一つと考えております。

	際の支払能力を反映していない。収入減少後の状況も考慮した制度に見直すべきである。 ・ 現行および今回の改正案では、負担能力を主に「所得（収入）」のみで区分していますが、現役世代と高齢者世代の間にある資産格差を考慮すると、所得のみの判定では真の応能負担（能力に応じた負担）が実現できない。特に高齢層においては、収入が少なくても多額の金融資産や不動産を保有しているケースがある。今後の制度設計においては、後期高齢者医療制度や介護保険の費用負担における資産勘案の議論と同様に、高額療養費の上限額設定においても保有資産を計算に組み入れる仕組みを検討すべき。 ・ そもそも日頃から健康保険料を多く支払っている人が治療を受ける際、さらに高額の治療費を支払わざるを得ない制度に問題がある。 ・ 所得の差によって実際に支払う医療費の窓口負担額が大きく変わる仕組みは、公平性の観点から疑問が残る。一律の負担増を強いるのではなく、制度全体の公平性と持続可能性を担保するための、より根本的な見直しを求める。 ・ 低所得者への配慮は理解できるが、その結果として低所得者層と中間所得者層の負担差が大きく、所得区分の境目では負担額が急激に増加する。所得階	
--	---	--

	層間の不公平感が拡大するおそれがある。所得が一定水準を超えただけで自己負担上限額が大きく上昇する仕組みでは、真面目に働いて所得を得た人ほど大きな負担を負う、低所得でいた方が「得」になる構造は、働き控えに繋がる。 ・ 高所得者ほど保険料負担が大きいにもかかわらず、高額療養費制度の自己負担上限額も高く設定されているため、保険としての保障機能が弱くなっている。急な傷病や家族の治療による大きな負担を避けるため、給付・保障は原則一律とし、所得再分配は自己負担額ではなく所得税や保険料によって行うべきである。高所得者への負担調整は累進課税や保険料率の見直しで対応し、負担が大きい層ほど保障が薄くなる制度構造を改める必要がある。 ・ 現在の制度は共働き世帯の実情を十分に反映しておらず、夫婦が別々の健康保険に加入している場合、世帯合算の恩恵を受けにくい。年間上限制度が導入されても、夫婦それぞれに上限が適用されるため、世帯全体の自己負担上限が実質的に2倍となる場合がある。現役世代の公平性の観点から、共働き世帯についても実態に応じた救済措置や、世帯単位で負担を評価できる仕組みが必要である。 ・ 収入に応じて自己負担額を上げるだけでなく、地方と都会における地価や物価も考慮すべきである。	
--	---	--

	・ 応能負担の観点から自己負担限度額の区分を細分化することには賛成である。しかし、限度額の算定方法については、公平性の観点から国保と同様、健保加入者においてもすべての所得で算定されるようにするべき。	
26	（見直しの趣旨や内容についての説明が不足しているという御意見） ・ なぜ高額療養費制度の見直しが必要なのか、なぜ患者負担の引き上げという方法が選ばれたのかについて十分な説明が行われていない。制度改正の目的や背景について、国民が納得できるよう丁寧に説明するべきである。 ・ 自己負担上限額がどのように変わるのか、自分がどの所得区分に該当するのか、年間上限制度によって実際の負担がどう変わるのかなどが分かりにくい。患者や家族が制度内容を正しく理解できるよう、分かりやすく説明するべきである。 ・ 全医療費のうちのたった6%である高額医療費について、全年齢で引き上げをしなければならないという論拠が不明瞭である。 ・ 制度改正によって、疾患別・所得別・世帯構成別・年齢別にどのような負担増が生じるのか、また影響を受ける人数が十分に示されていない。高額療養費制度によって治療を継続し命を支えられている	第9回の「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」（令和7年12月25日）において、見直し後の具体的な金額や、患者の負担がどのように変化するかを負担増となる事例・負担減となる事例の双方をお示した資料を提示し、議論をいただいております。 また、今回の見直しの意義や内容を国民の皆様には十分御理解いただくことは重要であると考えており、同専門委員会における議論の経緯や、今回の高額療養費制度の見直しの内容に関する広報資料についても、厚生労働省ホームページに掲載しております。 更に、広報資料に関しては SNS での発信も行うとともに、今回の見直し等に関する問い合わせに対応するため、本年7月よりコールセンターを設置しております。 引き続き、こうした周知・広報の取り組みを丁寧に行ってまいります。

	人々の実態や、負担増が生活や治療選択に与える影響について、具体的なデータを基に分かりやすく示すべきである。 ・ 国民が正しい知識を持って自分で備えることが出来るよう、実効性ある金融教育を徹底したうえで、負担（公助の縮小）を求めるべきである。 ・ 制度変更に伴う丁寧な説明と相談支援体制の充実も求める。	
27	（当事者の意見等の反映に関する御意見） ・ 患者団体や医療関係者の意見を十分に聞かないまま制度改正を進めているように感じる。制度変更による影響や検討内容を広く公開し、関係者との十分な議論を行うべきである。 ・ がん患者や難病患者、長期療養者、患者団体など、実際に高額療養費制度を利用している当事者の意見が十分に反映されているとは思えない。制度の影響を最も受ける人々の声を丁寧に聞いた上で制度設計を行うべきである。 ・ 多くの反対署名が集まっていることを重く受け止めるべき。関係団体等から反対署名や要望書を提出しているにもかかわらず、その意見が十分に反映されているとは思えない。 ・ 第 221 回国会において成立した健康保険法等の一部を改正する法律に係る衆参両院の附帯決議の趣旨	今回の見直しにあたっては、患者団体の方にも参画いただいた「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において、患者団体や医療関係者等からのヒアリングを行うとともに、様々な事例を含む資料をお示しし、延べ 9 回の議論を重ねてまいりました。 具体的な見直しについては、同専門委員会において整理・合意いただいた「基本的な考え方」を踏まえて決定したものであり、ご理解いただけますと幸いです。 なお、同専門委員会は公開で行われており、また、議事録や資料については、厚生労働省ホームページに掲載しております。

	を踏まえるべきである。本政令案は、こうした附帯決議の趣旨を十分に踏まえたものとは言い難い。	
28	（見直しによる影響についての検証・検討に関する御意見） ・ 今回の見直しによって、がん患者や難病患者、長期療養者などの自己負担が実際にどの程度増加するのかについて十分な分析が行われていない。所得区分ごとの影響や患者負担の変化を明らかにした上で制度改正を検討するべきである。 ・ 自己負担上限額の引き上げによって、治療中断や受診控えがどの程度発生するのか十分に検証されていない。患者が必要な医療を受けられなくなる事態が生じないかを慎重に評価したうえで判断するべきである。 ・ 制度改正が患者本人だけでなく、家族の生活、就労継続、労働力確保、社会保障費全体に与える影響について十分な検証が行われていない。短期的な財政効果だけでなく、中長期的な影響も含めて検証するべきである。 ・ 本改定案による保険料削減効果の政府試算は、患者の受診抑制による削減効果が存在することを前提としつつ、受診抑制により患者に生じる健康上の悪影響の有無について評価・検討していない。	今回の見直しにあたっては、患者団体の方にも参画いただいた「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において、患者団体や医療関係者等からのヒアリングを行うとともに、様々な事例を含む資料をお示しし、延べ9回の議論を重ねてまいりました。 具体的な見直しについては、同専門委員会において整理・合意いただいた「基本的な考え方」を踏まえて決定したものであり、ご理解いただけますと幸いです。 なお、同専門委員会は公開で行われており、また、議事録や資料については、厚生労働省ホームページに掲載しております。

	・ 2024 年末に示された高額療養費制度の上限引上げ案は負担増の幅が大きく、多くの所得層で WHO のいう「破滅的医療支出」に達する懸念がある。低所得者の上限引下げや年間上限の新設は評価できるものの、今後予定される引上げでも患者負担の増加は避けられず、影響の検証も十分とはいえない。制度改革に当たっては、医療・所得データを連結した詳細な影響分析を行い、再検討すべきである。特に、がん患者や長期療養患者では「経済毒性」により治療中断や生活上の諦めが生じ、健康格差の拡大につながる懸念がある。医療費抑制は患者負担増ではなく、根拠の乏しい検診や費用対効果の低い医療の見直しなどで対応し、データ基盤整備と研究環境への投資を進めたうえで制度設計を行うべきである。 ・ 病気が長期化すると、収入減少や失職、介護負担、通院費増加などにより家計状況は大きく変化する。そのため、単年度の年収だけで負担能力を判断するのではなく、疾患別、治療期間別、世帯構成別、扶養状況別、可処分所得の推移などを含めた多角的なデータを検証すべき。	
29	(所得区分の細分化による複雑化に関する御意見) ・ 所得区分が細分化されることで、自分がどの区分に該当するのか分かりにくくなっている。病気や入院による不安の中で制度を理解しなければならない	今回の見直しでは、長期療養者の経済的負担への配慮の観点から、長期にわたり治療を継続されている方がご不安に感じる「将来の医療費負担」に見通しを立てやすくなるよう、令和 8 年 8 月から、「年間上

患者や家族にとって、制度の複雑化は大きな負担であり、より分かりやすい仕組みとするべきである。 ・ 所得区分を細分化すればするほど、自分がどの区分に該当するのか理解しにくくなり、医療機関や保険者による説明も困難になる。患者が制度を理解できず混乱するため、過度な複雑化は避けるべきである。 ・ 所得区分の細分化自体は望ましいが、健康保険組合等では標準報酬月額随時改定により所得区分が頻繁に変わるため、届出時期によっては実際の所得区分と異なる自己負担限度額が適用され、後から差額精算が必要になることがある。区分の細分化によりこうした事務処理や利用者負担はさらに増えるおそれがあり、また、返金処理された金額は、給付金支給とは異なりマイナポータル上の医療費情報に十分反映されない場合があり、医療費控除の手続にも影響する可能性がある。そのため、月額変更（随時改定）の改定月を翌々月の1日からにする等の対策を検討すべき。 ・ 「所得区分の細分化を行う」とあるが、受給者が支払う自己負担額は租税でも保険料でもないのだから、「所得区分」を13段階に細分化する正当な理由は存在しない。被保険者は標準報酬等の金額に応じた保険料を「応能負担」しているところ、いざ給付	限」を新設することとしています。 また、現行（改正前）の制度において「大括り」であった所得区分について、応能負担の観点から、令和9年8月から、現行の限度額から著しく増加しないよう配慮しつつ、所得区分を細分化することとしております。 こうした見直しの内容については、「専門委員会」において整理・合意いただいた「見直しの考え方」を踏まえて決定したものであり、「制度の持続可能性を確保」しつつ、「長期療養者や低所得者のセーフティネット機能を強化する」という今回の見直しの意義や内容を国民の皆様に十分御理解いただけるよう、周知・広報に努めてまいります。
--	---

	を受ける段階になってまで、重ねて「応能」「負担」を強いられる。現行制度の所得区分５段階でさえ、区分ア～ウはとくに過重である。むしろ従前のようにせいぜい２～３段階とするべき。	
30	(制度の簡素化に関する御意見) ・ 年間上限の申請や還付手続、負担額の確認などが複雑になれば、患者や家族だけでなく医療機関や保険者の事務負担も増加する。制度利用者に過度な負担を課さないよう、簡素で利用しやすい制度とするべきである。 ・ 年間上限や多数回該当制度の仕組みは分かりにくく、自分の負担額がどのように計算されるのか理解することが難しい。患者が安心して制度を利用できるよう、制度設計を簡素化するべきである。 ・ 原則本人からの申請となっているが、受診者側の対応は現実的に困難と考える。保険者又は保険者から委託を受けている国保連等から本人に連絡し、申請を促す方法を検討すべきである。	「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において整理・合意された「基本的な考え方」において、「年間上限」については、「現物給付化」するためのシステム整備を待つのではなく、まずは「償還払い」であっても「早急に実現を図る」と整理されていることを踏まえ、本年８月から開始することといたします。 「現物給付化」の在り方については、今後、システム面での課題の整理も含めて関係者と検討を行ってまいります。 申請方法等については、本政令と同日に公布・施行される「健康保険法施行規則等の一部を改正する省令（令和８年厚生労働省令第１１７号）」による改正後の健康保険法施行規則等に規定しており、これに基づき行われることとなります。 具体的な償還手続としては、計算期間（８月から翌年７月まで）以後に、各保険者から償還払いすることとなります。なお、保険者が実務上可能であると判断した場合においては、被保険者本人からの申

		請を不要とする「自動給付」の形で給付することは差し支えないこととしております。
31	(見直しの必要性は一定理解するが、慎重になるべきという御意見) ・ 高齢化の進展や医療技術の高度化に伴い医療費が増加している現状を踏まえると、高額療養費制度を含む医療保険制度の持続可能性を確保するための見直しが必要であることは理解できる。しかし、その負担を重い病気の患者に集中させるべきではない。 ・ 制度そのものを見直す必要性は理解できるものの、今回の見直し案は長期療養患者や現役世代への影響が大きく、内容としては適切とは言えない。制度の持続可能性と必要な医療へのアクセスの両立を図るべきである。	今回の高額療養費制度の見直しは、高齢化の進展や高額薬剤の開発・普及等により、医療費が年々増大していく中において、「制度の持続可能性の確保」と「長期療養者や低所得者へのセーフティネット機能の強化」の両立を図る観点から行うこととしております。こうした見直しの必要性について、一定のご理解をいただいている御意見として受け止めております。 今回の見直しに当たっては、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ9回にわたって御議論いただき、制度全体の持続可能性の確保の観点から、低所得者の方の負担に配慮しつつ、主に療養期間が短期の方に追加の負担をお願いする一方で、「多数回該当」の金額を維持した上で、「年間上限」の仕組みを導入するとともに、年収200万円未満の方の「多数回該当」の金額を引き下げるなど、長期療養者や低所得者へのセーフティネット機能を強化しています。
32	(見直しに伴うシステム改修等に関する御意見) ・ 今回の制度改正では所得区分や年間上限制度の導入などに伴い、保険者や医療機関のシステム改修が必要になると考えられる。しかし、その費用や実施	今回の見直しにあたっては、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ9回にわたって御議論いただき、同専門委員会において整理・合意いただいた「基本的な考え方」を踏まえて決定した

	可能性について十分な検証が行われているとは思えない。 ・ 年間上限制度の新設には、システム改修や事務処理、人件費など新たな行政コストが伴う。制度の複雑化による運営負担も考慮すると、得られる財政効果が十分か疑問であり、制度改正による効果と追加コストを総合的に比較した上で、その必要性や有効性を検証すべきである。 ・ 医療機関では月額上限額の変更や年間上限の新設に対応するためのシステム改修や窓口業務の見直しが必要となる。レセプトコンピュータや会計システムの改修には通常一定の準備期間を要するにもかかわらず、令和8年7月の公布から令和8年8月1日の施行まで約1か月しかなく、実務上の対応が困難である。十分な移行期間を確保すべきである。また、こうしたシステム改修に対し、国からの補助金等の財政的な支援措置を検討すべきである。	ものであります。 所得区分の細分化に関する施行時期については、保険者等のシステムの改修やレセプト（診療報酬明細書）の記載事項変更に伴う審査支払機関や医療機関等のシステム改修・事務変更の準備などに一定の期間を要することを踏まえ、令和9年8月施行としております。
33	（低所得者への配慮が不十分であるという御意見） ・ 低所得者の場合、年間上限額に到達しても破滅的医療支出を超える計算になるため貧困を防ぐ目的としては不十分。低所得者については限度額の引き下げも含めて検討すべき。	今回の高額療養費制度の見直しでは、「年収200万円未満の方」の多数回該当の金額を引き下げ、「年間上限」の金額についても、他の所得区分よりも低い金額（41万円）に設定することにより、所得が低い長期療養者のセーフティネット機能を強化しております。 また、一人当たり医療費全体の伸びにあわせて月

	・ 低所得者への配慮を設けているが、そもそも所得 200 万円未満の低所得者が月に 61,500 円の医療費を負担出来ない。 ・ 住民税非課税世帯の外来特例限度額は 8,000 円から 11,000 円へと、金額としては小さいものの率にして 37.5%引き上げられる。低所得層・年金生活者の実際の受診パターンを踏まえた影響を検証し、必要な追加配慮を検討すべき。 ・ そもそも、低所得者が「年収 200 万円未満」という区切りがおかしい。現在の物価水準や生活費を考えると、年収 200 万円を超えたからといって十分な生活余力があるとは言えない。年収 200 万円未満のみを低所得者として扱う基準は現実とかけ離れており、制度設計を見直すべきである。	額上限額を見直す際にも、非課税の方については年金改定率の伸びに止めているほか、外来特例の限度額についても、「住民税非課税区分」に外来年間上限を導入し、年間の最大自己負担額（12 ヶ月限度額を負担される方の負担額）を現在よりも増加させないこととしております。
34	（長期療養者等への配慮が不十分であるという御意見） ・ 今回、多数回該当の据え置きや年間上限の設定などといった配慮はなされているものの、癌の治療や難病といった患者は長期の治療を余儀なくされる。それらの患者にとっては、わずかな月額引き上げであったとしても、年間・数年単位で見れば甚大な負担増になる。難病・長期療養者に対しては、さらなる特例措置や免除規定を設けるべき。	今回の見直しは、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ 9 回にわたって御議論いただき、整理・合意いただいた「基本的考え方」を踏まえたものです。 具体的には、近年の医療費の伸び等に一定程度対応した形での負担上限額の見直しを行っていくことの必要性は理解する一方、長期療養者や低所得者については適切な配慮が必要であるといった考え方に基づくものであり、ご理解いただけますと幸いです。 なお、本年 8 月時点で多数回該当に該当している方については、引き続き多数回該当の場合の自己負

	・ がんや難病等の長期療養者は、治療開始時点の高額療養費制度を前提に治療計画や家計設計を行っているため、自己負担上限額を引き上げることは、治療中の患者に事後的な負担増を課すことになり、受診抑制や治療中断につながるおそれがある。このため、制度改正時点ですでに高額療養費制度を利用している患者については、現行制度を継続適用するなどの経過措置を設けるべきである。 ・ 月額上限の引上げにより、これまで多数回該当の対象となっていた患者が上限額に達しなくなり、多数回該当の軽減措置を受けられなくなる可能性がある。多数回該当の金額が据え置かれても、対象から外れる患者が増えれば実質的な負担増となるため、必要な経過措置を検討すべきである。	負担限度額となるので、現在のご負担額から変わりません。 また、本年８月以降に高額療養費の適用を受けることとなった方についても、最初の３回分（３ヶ月分）は、医療費の伸びに応じた御負担をお願いすることになりますが、その後の負担額は、現在多数回該当を利用されている方と変わらず、また、年間上限により上限額が設定されることとなります。
35	（負担の在り方に関する御意見） ・ 所得格差が大きくなっている現状を踏まえると、現在の設定は中低所得者の負担が大きい。中低所得者への負担率は増やさず、高所得者や超高所得者・資産家の負担をより高くしてほしい。 ・ 年収 200 万円未満の低所得者層に対しての優遇に理解ができない。元々対して税金も保険料も低いか、あるいは納めていないのに、優遇しすぎである。	今回の見直しは、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ９回にわたって御議論いただき、整理・合意いただいた「基本的考え方」を踏まえたものであり、「月額上限額」については、応能負担の考え方に基づき、所得区分を細分化する一方で、「長期療養者へのセーフティネット機能の強化」という観点から、「多数回該当」や「年間上限」については、負担額が現行よりも増加しないよう、所得区分を細分化しておりません。 その上で、全世代型の社会保障制度の構築という

・ 高額療養制度の年間上限額が、200 万から 370 万世帯については比較的高額（所得に対する比率が高い）になっているため、この層の上限額を引き下げ、1160 万以上の世帯の上限額引き上げが必要だと考える。 ・ 中央値の現役世代の負担を大きくすると、一度家庭経済が破綻すると生計を保てなくなる。広く浅く取るのではなく、年収や資産が億単位の富裕層から多く徴収するなどの方針に変換すべき。 ・ 所得区分の基準額は固定するのではなく、物価や賃金の上昇を反映して毎年見直すべきである。応能負担の公平性を維持するためには、インフレに応じて所得区分の対象額も調整し、例えば「年収 1,160 万円以上」の区分であれば翌年以降は物価上昇率に応じて基準額を引き上げるなど、継続的な見直しが必要である。 ・ 保険料そのものの区分につき、上限をはずし、高額所得者により負担を求めるべき。 ・ 「一人当たり医療費の伸びに応じて月額負担上限額（月間の高額療養費算定基準額）を見直す」とあるが、被保険者全体に対してではなく、受給者に対してのみ負担を引き上げることは、保険原理に反する。	観点からも、「応能負担」という観点は重要であり、今回の見直しによる影響を丁寧に検証しつつ、制度の在り方について不断の検討を行ってまいります。
--	---

	・ 年収区分の細分化により公平性が高まるように見えるものの、自己負担上限額も引き上げられることで低所得者の負担はむしろ重くなっている。特に年収 370 万円以下の層では、年額ベースの負担が高所得層より重くなる場合があり、低所得の高齢者が安心して医療を受けられるよう、より負担を軽減すべきである。 ・ 健康保険料は受けた医療に応じて負担すべき。 ・ 保険負担が何歳になっても 3 割負担になるのなら、高額医療の上限は、むしろ下げてほしい。 ・ 生活保護を受けた方が医療面で救われるというような逆転現象や絶望感を国民に抱かせる制度設計は、労働意欲を削ぎ、社会の公平性を著しく損なう。	
36	(所得区分をもっと細分化すべきという御意見) ・ どうしても負担を増やす必要があるなら一律で上限を上げるのではなく、単身者や中低所得者の負担が重くなりすぎないようにもっと細かく所得区分を分けるべき。 ・ 一番上の所得区分（年収約 1,650 万円以上）について、より上位の区分を作り、より高い限度額区分を複数設定すべき。 ・ 年収の中央値が 300 万円台なのに、年収約 770 万円～約 1,160 万円の人と、年収 370 万円の人の年間上限が同じなのはおかしい。	今回の見直しは、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ 9 回にわたって御議論いただき、整理・合意いただいた「基本的考え方」を踏まえたものであり、「月額上限額」については、応能負担の考え方に基づき、所得区分を細分化する一方で、「長期療養者へのセーフティネット機能の強化」という観点から、「多数回該当」や「年間上限」については、負担額が現行よりも増加しないよう、所得区分を細分化しておりません。 その上で、全世代型の社会保障制度の構築という観点からも、「応能負担」という観点は重要であ

	今回の改正案は応能負担の観点から所得区分を細分化するものである以上、その考え方を多数回該当額にも反映させることが制度の整合性に資すると考える。例えば、53 万円～59 万円、62 万円～68 万円、71 万円～79 万円の各区分ごとに多数回該当額を段階的に設定することにより、より適切な応能負担を実現できるのではないか。私は長期療養者への配慮として多数回該当制度を維持する方針には賛同している。その上で、所得区分を細分化する以上、多数回該当額についても負担能力の差を反映した仕組みとすべき。	り、今回の見直しによる影響を丁寧に検証しつつ、制度の在り方について不断の検討を行ってまいります。
37	(段階的に施行する理由に関する御意見) - セーフティネットの観点から、年収約 200 万円未満の課税世帯については令和 9 年 8 月から上限額を引き下げるとあるが、令和 8 年 8 月から導入すべき。 - 令和 8 年 8 月、令和 9 年 8 月と 2 段階で引き上げを行う理由は何か。	今回の高額療養費制度の見直しは、制度全体として議論を重ねてきたものであり、その上で、保険者等のシステム対応に要する期間も考慮し、施行を二段階にしております。 所得区分の細分化については、保険者等のシステム改修や、レセプト(診療報酬明細書)の記載事項変更に伴う審査支払機関や医療機関等のシステム改修等に一定の期間を要することを踏まえ、令和 9 年 8 月施行としており、そのため、「年収 200 万円未満」の方の多数回該当の金額の引き下げについては、所得区分の細分化が施行される令和 9 年 8 月施行としております。
38	(令和 9 年度施行分に関する御意見)	今回の見直しは、「高額療養費制度の在り方に関す

	・ なぜ、令和８年度の改定における効果、影響を調査・検討しないのか。第一段階引き上げの影響検証なしに第二段階引き上げを実施すべきでない。 ・ 特に令和９年８月に予定されている２段階目の見直しは、令和８年８月の引き上げが患者の受診行動や生活に与えた影響を全く検証しないまま導入されるものであり、容認できません。	る専門委員会」において延べ９回にわたって御議論いただき、整理・合意いただいた「基本的考え方」を踏まえ、「制度の持続可能性確保」「長期療養者・低所得者のセーフティネット機能強化」という観点から行うものであり、全体感を持った制度設計としております。そのため、施行時期は令和８年８月と令和９年８月に分かれるものの、見直しとしては一体的に実施することとしています。 なお、今回の制度改正の影響が実際の受診行動にどう影響するかはよく注視する必要があると考えており、今後検証してまいりたいと考えています。
39	(医療機関への負担に関する御意見) ・ 現状の負担額でも低所得層ほど支払いが難しく、一部負担金を滞納される方が多くいて、病院の未収金が膨らんでおり、負担額の増額は一層病院の収入にダメージを与えることが予想される。 ・ 所得の区切りを細かくすることで、本人・事業所・病院各所の事務手続きの間違いや漏れによる補助の遅滞や過剰請求に繋がり、返戻・差額未請求による病院の負担に繋がり経営圧迫の原因のひとつになると予想される。また、現在未収問題は病院の経営を圧迫する大きな原因となっており、今回の自己負担額の増加も直結するものと思われる。	今回の見直しに当たっては、様々な方から御意見を伺ってきましたが、長期にわたり治療が必要となった場合に、「将来の医療費負担に対する見通しが立ちにくく、この点が非常に不安である」といった指摘をされる方が多かったと考えております。 今後、制度の内容だけでなく、高額療養費制度の対象となる方の事例なども活用しながら、医療費や治療頻度の具体的なイメージを持っていただけるよう、SNS やリーフレット等を活用して、丁寧な周知に努めてまいります。

	・ 高額療養費制度についても知らない方が多く、現場で説明を行い、理解を頂くことは職員の負担も大きい。そんな中で負担額の増額、および区分の細分化は職員の負担が大きく現場の混乱が予想される。負担額の増額を実施するなら、理解と周知を求めるため行政から積極的に周知を行っていただきたい。	
40	(パブリックコメントに関する御意見) ・ 現行制度との比較や具体的な負担増加額のシミュレーションが本体資料に添付されていないのがわかりにくい。 ・ パブリックコメントの資料では、意見募集期間中に別紙の一覧表が差し替えられていたが、変更内容に関する説明がなく、確認のために余分な手間が生じた。資料の差替え自体は問題ないものの、差替え時にはその旨や変更箇所、内容変更の有無を明示し、意見提出者が混乱しないよう配慮すべきである。 ・ パブリックコメントの締切から政令公布予定日までの期間が極めて短く、国民から寄せられた意見を十分に検討し制度に反映する時間が確保されていない。改正には反対であり、まずはパブリックコメントを活かすため公布日を延期すべきである。 ・ この「パブリック・コメントでは、提出された意見の「量」ではなく「内容」を考慮します。 同一内	本件意見公募手続（いわゆるパブリック・コメント）は、行政手続法及びその関係法令等に基づき、意見提出期間・提出意見考慮期間等を設定し、実施しております。

	容の意見が多数提出された場合であっても、その数が考慮の対象となる制度ではありません。」はどういう考えなのか。 反対意見が同じ内容なのは当たり前であり、その上でどれくらいの数の反対意見が来たかを考慮すべきと考える。	
41	(OTC 類似薬の保険給付の見直しとの関連性に関する御意見) ・ OTC 類似薬の保険外費用も高額療養費制度に組み込むことについての考慮が抜けていることの観点から反対。 ・ OTC 類似薬の保険適用外などで保険費用の負担も増えている現状で、高額療養費の限度額増は適切とは言えない。	医療の高度化等に対応し持続可能な制度を実現しつつ、現役世代を中心に保険料負担をできる限り抑制できるよう、負担能力や公平性の観点から、高額かつ長期な医療が必要な患者へのセーフティネット機能の維持・強化を図りつつ、必要な受診は確保した上で、日常的な医療における薬剤自己負担の見直しを行うこととしています。 今回の高額療養費制度の見直しは、制度全体の持続可能性の確保の観点から、低所得の方の負担に配慮しつつ、主に療養期間が短期の方に追加のご負担をお願いする一方で、「多数回該当」の金額据え置きに加え、「年間上限」の創設、「年収 200 万円未満の課税世帯」の方の「多数回該当」の金額を月 1 万円程度引き下げなど、特に治療にかかる経済的負担が厳しいと考えられる長期療養者や低所得者の負担に配慮しております。 OTC 類似薬の保険給付の見直しのいずれにつきましても、がん患者や難病患者などの配慮が必要な慢

		性疾患を抱える方の負担が増えることのないよう配慮を行うこととしております。
42	（様々な診療分野で活用されている制度であることに関する御意見） ・ 切迫早産・妊娠中の合併症などによる長期入院等で高額療養費制度を利用する場合がある。妊産婦の長期入院は、予防可能ではなく、突発的に発生する事象であり、少子化対策と銘打つのであれば、妊娠・出産に関わるリスクに対応できる制度設計が必要である。 ・ 高額療養費制度は、高齢者や慢性疾患患者が歯科治療や訪問歯科診療、口腔機能管理を継続するための重要な支えとなっている。自己負担上限額が引き上げられると、限られた生活費の中で歯科受診が後回しにされやすくなり、口腔機能の低下や誤嚥性肺炎、低栄養など全身の健康悪化を招くおそれがある。制度は利用を抑制するのではなく、必要な医療を安心して受けられるよう維持・充実させるべきである。 ・ 精神科入院は長期化しやすく高額療養費制度の利用が多いため、自己負担上限額の引上げは患者本人や家族の生活設計に大きな影響を与える。統合失調症や双極症などでは若年発症が多く、家族内で複数人が治療を必要とする場合もあるため、負担増によ	高額療養費制度は、医療保険制度の中の重要な仕組みの一つであり、高額療養費制度を将来にわたって持続可能なものとする必要があると考えております。 そのため、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」においても、高額療養費制度の位置付けや考え方を十分に踏まえつつ、当事者を始め、制度を支える多くの関係者に議論を重ねていただき、「基本的考え方」について整理・合意いただいたものであり、今回の見直しも、それを踏まえたものである点についてご理解いただけますと幸いです。

	り治療の優先順位付けを迫られ、医療アクセスの格差が広がるおそれがある。特に入院医療では、経済的理由から必要な入院や入院継続を断念する事態が増え、回復や社会復帰への悪影響が懸念される。また、高額な新規薬剤の選択も難しくなる。困難を抱える患者への負担増ではなく、支援を必要とする人が守られる制度であるべきである。	
43	(今後の見直しに関する御意見) ・ 負担上限を将来的に定期的に見直す仕組みが別途検討されているとの報道もあり、患者・被保険者が中長期的な負担を見通せない状況が続いている。制度の安定性・予見可能性を担保するため、将来の見直しサイクルの有無について明確な説明を求める。 ・ 今回の見直しにとどまらず、今後も2年ごとに上限額を自動的に見直す（引き上げる）仕組みを導入しようとする動きがあると聞く。なし崩し的な負担増のルール化は、国民の不安を煽るだけであり、断固として認められない。	高額療養費制度に限らず、あらゆる制度についてその時々状況や課題に応じた不断の検討が必要であると考えておりますが、現時点で更なる改正の予定はありません。
44	(制度の拡大や新設の提案等の御意見) ・ 毎月、限度額に到達するほど高額な分子標的薬を使用しているようなケースのがん患者に対して、「特定疾病」として月限度額を1万円にするとといった制度の検討を求める。	今回の見直しにあたっては、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」において延べ9回の議論を重ねてまいりました。 具体的な見直しの内容については、同専門委員会において整理・合意いただいた「見直しの考え方」を踏まえて決定したものです。

	高額療養費制度の自己負担額が大きくなるのであれば、一括で支払うことが難しい患者も増える。治療継続を妨げないよう、公的な分割払いや分納制度を整備すべきである。	高額療養費制度を含む医療保険制度を持続可能なものとするため、その時々状況や課題に応じた不断の検討を進めてまいります。
45	(賛成の御意見) - 私自身の所得区分では見直し後に負担が軽減される見込みなので賛成である。 - 所得区分の細分化について、賛成する。日頃から健康管理に努めている者にとって影響は限定的であり、負担能力に応じた制度設計という観点からは一定の合理性がある。 - 自己負担限度額の引き上げに賛成する。高額な薬剤・医療機器を用いた先進的治療は、その恩恵を受ける患者数が有病率から見て限定的である一方、財源は広く国民全体が負担する構造にあり、治療相応分の自己負担は、受益と負担のバランスという観点から合理的である。なお、年収に応じた上限額の設定は、医療費控除制度も活用できることから、実質的な負担は一定程度緩和され则认为る。 - 制度を維持するための改正案に全面的に賛成する。引き続き、高額療養費に限らず、医療保険制度の継続的な見直しを進めていただきたい。	本案に賛成の御意見として承ります。 高額療養費制度だけではなく、医療保険制度全体の改革を進めつつ、全体感を持った議論を進めていくべきという点については、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」においても認識が一致しています。 厚生労働省としても、高額療養費制度の見直しだけではなく、今回の診療報酬改定では、残薬対策や長期処方・リフィル処方への取組を強化するとともに、OTC 類似薬の保険給付の見直し、金融所得の反映等の取組も進めていくこととしており、さまざまな改革をこれからも一つひとつ積み重ねていくことが必要であると考えています。

※上記のほか、37 件の今回の意見募集に関係ない御意見をいただきました。