

研究員 の眼

政策形成の「L」と「R」で高額療養費の見直しを再考する

意思決定過程を詳しく検討し、問題の真の原因を探る

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 上席研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～政策形成の「L」と「R」で高額療養費の見直しを再考する～

公的医療費の患者負担を抑える「高額療養費」の見直し問題に注目が集まっています。政府が2025年度当初予算案の編成に際して、現在は原則8万円超となっている高額療養費の限度額を段階的に引き上げる方針を決めたところ、患者団体から反発が相次ぎ、修正する動きが広がっています。

ただ、問題は見直しの内容にとどまりません。むしろ、筆者は「問題をこじらせた真の原因は雑な政策形成過程の積み重ねにあり、ここを認識しなければ、再び同じ問題が起きる」と懸念しています。

そこで、今回は高額療養費の政策決定過程の問題点を探りたいと思います。その際、政策形成過程の論議で言及される「L」と「R」という考え方を使います。ここで言う「L」「R」は人口に膾炙した概念とは言えませんが、前者は正統性（legitimacy）の頭文字、後者は「正当性」（Rightness）を意味します。いずれも日本語の読み方は「せいとうせい」であり、「正しさ」と訳されるものの、2つの意味は大きく異なります。本稿では、ともに「正しさ」を意味する「L」と「R」をキーワードに、高額療養費見直しの決定過程を詳述することで、問題の真の原因を探りたいと思います。

2—高額療養費の見直し案と反響

1 | 現行制度と今回の見直し案

まず、高額療養費の概要と今回の見直し案について説明します。高額療養費とは月額の上限を設定することで、患者の窓口負担を抑制する仕組みです。年齢や収入で上限は異なるものの、図表1の左上の通り、現在は70歳未満の場合、「約1,160万円以上」「約770万～約1,160万」「約370万～約770万」「～約370万円」「住民税非課税」の5つに分かれています。さらに、70歳以上の場合は「住民税非課税（一定所得以下）」を加えた6つに区分されています。

例えば、70歳未満で年収が約370～770万円の人が月100万円の医療費を支払うことになった場合、原則として窓口負担は30万円だが、高額療養費で上限は8万7,430円まで抑えられます¹。筆者も15年前に2度、虫垂炎をこじらせて立て続けに入院した際、入院費用が償還されたことを証明する紙を

¹ 基準となる8万100円に加えて、100万円から26万7,000円を差し引いた分の1%に相当する金額の合計を負担する。

見て、「何と素晴らしい仕組みだろう」と感嘆した記憶があります。

しかし、今回の見直し案では、限度額の段階的な引き上げと所得区分の細分化が決まりました。見直し案の内容は少し複雑なので、概要だけ説明すると、現行区分のまま、2025年8月から限度額が引き上げられます。例えば、70歳未満の年収約370～約770万円の人の場合、図表1の通り、限度額の基準は8万100円から8万8,200円まで上がり、2026年8月から13区分に細分化されるとともに、限度額も2027年8月までに段階的に引き上げられることになっています²。その際、所得の低い人の伸び幅を抑え、高所得者に多くの負担を求める「応能負担」が強化されることになっています。

図表1：高額療養費の見直し（70歳未満の場合）

| 現在の年収区分 | 現在の月単位限度額 | 2025年8月～2026年7月の年収区分 | 月単位の限度額 |
|-----------------|--------------|----------------------|--------------|
| 約1,160万円～ | 25万2,600円+1% | 約1,160万円～ | 29万400円+1% |
| 約770万円～約1,160万円 | 16万7,400円+1% | 約770万円～約1,160万円 | 18万8,400円+1% |
| 約370万円～約770万円 | 8万100円+1% | 約370万円～約770万円 | 8万8,200円+1% |
| ～約370万円 | 5万7,600円 | ～約370万円 | 6万600円 |
| 住民税非課税 | 3万5,400円 | 住民税非課税 | 3万6,300円 |

| 2026年8月～2027年7月の年収区分 | 月単位の限度額 | 2027年8月以降の年収区分 | 月単位の限度額 |
|----------------------|--------------|-------------------|--------------|
| 約1,650万円～ | 36万7,200円+1% | 約1,650万円～ | 44万4,300円+1% |
| 約1,410万円～約1,650万円 | 32万5,200円+1% | 約1,410万円～約1,650万円 | 36万300円+1% |
| 約1,160万円～約1,410万円 | 29万400円+1% | 約1,160万円～約1,410万円 | 29万400円+1% |
| 約1,040万円～約1,160万円 | 22万200円+1% | 約1,040万円～約1,160万円 | 25万2,300円+1% |
| 約950万円～約1,040万円 | 20万4,300円+1% | 約950万円～約1,040万円 | 22万500円+1% |
| 約770万～約950万円 | 18万8,400円+1% | 約770万～約950万円 | 18万8,400円+1% |
| 約650万～約770万円 | 11万3,400円+1% | 約650万～約770万円 | 13万8,600円+1% |
| 約510万～約650万円 | 10万800円+1% | 約510万～約650万円 | 11万3,400円+1% |
| 約370万～約510万円 | 8万8,200円+1% | 約370万～約510万円 | 8万8,200円+1% |
| 約260万～約370万円 | 6万6,900円 | 約260万～約370万円 | 7万9,200円 |
| 約200万～約260万円 | 6万5,100円 | 約200万～約260万円 | 6万9,900円 |
| ～約200万円 | 6万600円 | ～約200万円 | 6万600円 |
| 住民税非課税 | 3万6,300円 | 住民税非課税 | 3万6,300円 |

出典：財務省、厚生労働省資料を基に作成

注1：「+1%」では実際の医療費から一定の金額を引いた分の差額に1%を乗じた額が上乗せされる。

注2：多頻回受診などで例外がある。

2 | がん患者団体などの反発

しかし、今年に入って、がん患者団体などの反発が大きくなっています。52のがん患者団体で構成する全国がん患者団体連合会（以下、全がん連）は2025年1月に緊急アンケートを実施し、「治療を諦め死なねばならないのかと絶望している」といった切実な声を集めた上で、「患者への影響は甚大で、生活が成り立たなくなったり、治療をやめたりするケースが出てくるおそれがある」との危機感を露わにしました³。さらに、全がん連がインターネット上の反対署名を募ったところ、開始から5日間で

² 70歳以上の場合、外来の上限を抑える特例制度があり、高額療養費と一体的に見直される。

³ 全がん連の天野慎介理事長のコメント。2025年1月28日『朝日新聞デジタル』配信記事を参照。

7万人を超えたという⁴ので、見直し案に対する反対意見が急速に広がったと言えます。

特に、直近12カ月の間に3回以上、高額療養費の対象になった場合、4回目以降の自己負担を抑える「多数回該当」の上限が引き上げられることについて、がんの再発を防ぐ高額な薬などを繰り返し使う長期療養の患者にとって、大きな打撃になる点が問題視されています。

3 | 国会答弁や修正の動き

では、こうした見直し案について、どのように政府は説明しているのでしょうか⁵。1月24日に召集された通常国会で、この問題は繰り返し議題に上がっており、石破茂首相は「高額な薬剤がものすごいスピードで増えている。この制度をどうやって続けていくことができるか。所得の低い方については、負担能力に応じて当然最大限の配慮する」と説明。その上で、「一番苦しんでおられる方々の声を聞かずにこのような制度を決めるとは思わない。きちんと聞いた上で、そういう方々に対して不安を払拭することも政府の務めだ」と答弁しています。

さらに、福岡資麿厚生労働相も「様々な立場の有識者で構成される専門家の審議会で、4回の議論を行うなど丁寧なプロセスを経た。がん患者など当事者の方々の声も真摯に受け止めながら、可能な限り合意形成が図られるように努めていく」と発言。2月12日には、がんや難病の患者団体と面談し、政府案の修正に前向きな姿勢を示しました。メディアの報道などを総合すると、多数回該当の上限を据え置く方向で修正される見通しです。

3——高額療養費見直しの政策形成過程

1 | 見直し論議の経過

では、どんな過程で見直し案は浮上したのでしょうか。ここは日付まで明記しつつ、詳しく見ます。見直し論議が本格化したのは2024年11月21日、厚生労働相の常設諮問機関である社会保障審議会医療保険部会に「医療保険制度改革について」というペーパーが示された時でした。その後、同年11月28日、12月5日、同年12月12日に会合を重ねる過程で、見直し案が具体化しました。先の説明で福岡厚生労働相が「専門家の審議会」「4回の議論」と言及しているのは正に、この経過を指します。

結局、2024年12月27日に閣議決定された2025年度当初予算案で、図表1のような見直し案が確定。年が明けた2025年1月23日の医療保険部会では、3段階の見直しが平年度化した場合の給付抑制額として、約5,330億円という数字も示されました。この過程では、医療保険部会に参画する有識者に加えて、日本医師会や健康保険組合連合会などの意見が集約されています。

さらに、首相をトップとして分野横断的に施策を検討する経済財政諮問会議では2024年12月3日、全世代型社会保障構築会議では同月6日の会合で、高額療養費の見直しが話題になりました。このほか、経済財政諮問会議を中心に、2024年12月26日に取りまとめられた「経済・財政新生計画改革実行プログラム2024」でも、2024年度に「高額療養費制度の自己負担限度額の在り方について関係審議会等において検討」、2025年度に「検討の結果に基づき、政令改正」、2025年度以降に「自己負担限度

⁴ 2025年2月3日『m3.com』配信記事を参照。

⁵ 政府・与党や患者団体の動きは『朝日新聞デジタル』『共同通信』『読売新聞オンライン』『m3.com』の配信記事を参照。

額の見直しや所得区分の細分化等を段階的に実施」という段取りが盛り込まれました。

2 | 見直し案に関する政府の説明

これらのプロセスにおける資料を見ると、石破首相や福岡厚生労働相の説明のベースとなっている数字や考え方が示されていることに気付きます。例えば、見直し論議が浮上した2024年11月21日の医療保険部会に提出された資料では、高齢化の進展や医療の高度化などで高額療養費の総額が増加し、給付費の6~7%を占めている点が紹介されています。その上で、高額療養費で患者負担の上限が維持されていたため、「医療保険制度における実効給付率は上昇」していると書かれています。

ここで言う「実効給付率」とは、公的医療保険から賄われている比率を指します。確かに高額療養費の支給額（概数）を見ると、前回見直し時の2015年度は2.49兆円弱だったのに対し、2021年度に2.85兆円に増え、同じ期間の実効給付率も84.84%から85.46%に上がっています。こうした背景として、石破首相の答弁に出ていた通り、高額薬品の開発などが影響していることが指摘されています。

一方、11月21日の資料では、前回見直しの2015年度時点と比べると、賃上げを通じて世帯主収入や世帯収入が増加している点も触れられています。この点に関しては、見直し案が具体化した際の資料でも、2015年度以降の平均給与の伸び率が約9.5~約12%であることを考慮しつつ、平均的な年収階層で10%を引き上げるとされており、「賃上げの影響」が意識されている点は明らかです。

こうした資料を踏まえると、見直し案の理由として、「実効給付率の上昇」「賃上げの影響」が説明されていると理解できます⁶。このうち、前者は1%の伸びなので、「そこまで深刻か？」と突っ込みたくなりますが、「白を黒と言いくるめるような強引な説明」とまで言い切れません。

3 | 予算編成上の要請というホンネ

ただ、これらの説明を天邪鬼な筆者は「タテマエに過ぎない」と見ており、「予算編成上の要請」「少子化対策の財源確保」という2つのホンネが隠されていると考えています。

このうち、1つ目では予算編成における歳出抑制が関係します。最近の予算編成では、30兆円を超える社会保障費の上昇幅を自然増のレベルに抑えることが意識されており、予算編成の方向性を示す骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）などでは、「歳出の目安」という言葉が使われています。

具体的な数字で言うと、近年の社会保障費は毎年、7,000~8,000億円程度増えているため、伸びを5,000億円程度に抑えることが目指されており、2025年度当初予算案でも踏襲されました。ここでは詳細な説明は省きます⁷が、歳出抑制の項目として高額療養費の見直しが挙がっており、2025年度に約200億円の給付抑制が想定されています。

4 | 次元の異なる少子化対策からの要請というホンネ

もう1つが少子化対策からの要請です。これを検討する上では、2024年度予算編成を振り返る必要があります。この時、岸田文雄内閣が重視した「次元の異なる少子化対策」が焦点となり、児童手当

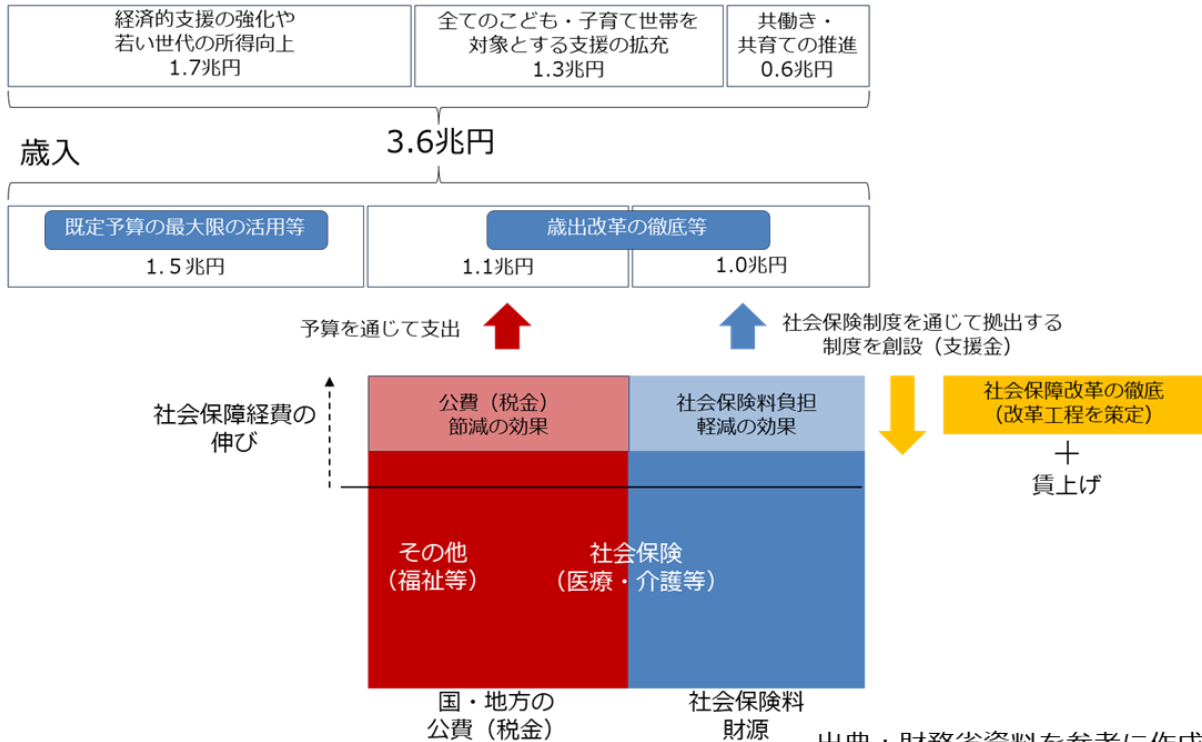
⁶ ここでは詳しく触れないが、2024年10月の総選挙以降、話題になっている「現役世代の社会保険料負担の軽減」も理由の一つに挙がっている。

⁷ 2025年度予算については、2025年2月6日拙稿「[2025年度の社会保障予算を分析する](#)」を参照。

の所得制限撤廃などが決まった一方、約3兆2,000億円に上る財源の確保策について、岸田首相は「新たな国民負担は増やさない」と言明し、増税論議が封印されました。その前年に防衛費増税が決まっていたので、「二正面作戦は取りにくい」と考えられたのではないかと推測します。

図表2：次元の異なる少子化対策の財源対策のイメージ

歳出：加速化プラン完了時点



結局、約3兆2,000億円は歳出の組み換えや給付抑制で賄うことになりました。当時、政府が示していた全体像は図表2の通りです。この時、歳出抑制を単なる「空証文」に終わらせないため、政府は2023年12月に「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（以下、改革工程）を作りました。つまり、歳出抑制のメニューを並べることで、2兆円強を歳出抑制で賄うとした図表2の具体化を図ろうとしたわけです。実は、ここに高額療養費の見直しが盛り込まれています。

「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において「世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討」を行う事項として位置付けられている高額療養費制度の在り方について、賃金等の動向との整合性等の観点から、必要な見直しの検討を行う。

ここで言う「新経済・財政再生計画改革工程表」とは毎年末、経済財政諮問会議を中心に決める歳出改革の工程表であり、2022年版を引用しつつ、高額療養費の見直しが言及されていたわけです⁸。

⁸ なお、「新経済・財政再生計画改革工程表」では向こう3年間の方針が示されており、2022年版と2023年版では見直し項

以上の経過を踏まえると、このような点を指摘できると思います。まず、タテマエの見直しの理由として、政府が「実効負担率の減少」「賃上げの影響」などを挙げている点。次に、「予算編成上の要請」「少子化対策の財源確保」というホンネが隠されている可能性、そして後者では2023年12月の改革工程で方向性が示されており、予算編成過程で具体化したという経過です。

付言すると、下衆の勘繰りと批判されるかもしれないですが、5,000億円規模という数字ありきで見直し案が作られているようにも見えます。さらに、「見直し方針は3年前に示され、2年前には閣議でも決めているんだし、負担増は既定路線」という関係者の心の声さえ聞こえるような気がします。

4—政策形成過程の問題点

1 | 高額療養費の見直し論議で合意形成は十分だったのか？

しかし、やはり突っ込みどころは多いと思います。まず、「高額療養費の見直し論議に関して、合意形成の努力は十分だったのか？」という点です。確かに見直しの方向性は2年前の閣議決定文書などに盛り込まれているのですが、詳細が決まっていたわけではありませんし、漢文みたいに漢字が並ぶ政府文書を読み込む人は筆者のようなマニアに過ぎません。実際、多くの人は「寝耳に水」「少子化対策のカネをどうして患者負担で賄うの？」と受け止めたのではないのでしょうか。

このため、上記の案が決まる過程で患者団体の意見を聴くタイミングがあれば、例えば特定の疾病については見直し案の対象から外すとか、多数回該当に関わる患者負担の年額上限を設定するなど、別のアイデアが浮上した可能性もあります。全ての人の理解を得るのは難しいにしても、合意形成の努力が不十分だったと言わざるを得ません。

2 | 「改革工程」の検討過程は十分だったのか？

さらに、議論の前提となっている改革工程の検討過程の不十分さも浮き彫りになります。関係各省や与党、関係団体と十分に調整されたと思えないためです。

ここで少しだけ当時の経緯を振り返る⁹と、次元の異なる少子化対策は元々、岸田首相が2021年9月の自民党総裁選で、「子どもを含む家族を支援する政府予算の倍増」に賛意を示した辺りから始まります。その後、「予算倍増」の実現に向けて、主に2023年に検討が進みましたが、財源確保の詳細は議論されず、改革工程についても、与党や関係団体と調整した形跡が見受けられません。このため、筆者は当時、「泥縄」「付け刃」などと批判していました。

実際問題として、改革工程は策定過程で修正を余儀なくされました。並行して検討されていた介護保険の2割負担拡大が先送りされた¹⁰ことで、わずか2週間で文案が修正されたのです。その上、今回的高額療養費の見直しで混乱を招いた点を考えると、改革工程の策定過程が如何に杜撰だったか分かります。その意味では、今回の混乱を作り出した真の原因は改革工程にあると言えます。

目として、「高額療養費制度の在り方」が言及されているが、いずれも3カ年で取り組む事項は空欄になっている。

⁹ 次元の異なる少子化対策の経緯や改革工程の問題点については、2024年2月14日拙稿「[2024年度の社会保障予算の内容と過程を問う（下）](#)」、同月1日拙稿「[2024年度の社会保障予算の内容と過程を問う（中）](#)」を参照。

¹⁰ この経緯については、2024年3月1日拙稿「[介護保険の2割負担拡大、相次ぐ先送りの経緯と背景は？](#)」を参照。

5—「L」と「R」で考えると…

1 | 高額療養費を巡る「L」と「R」

こうしたプロセスを政策形成過程で使われる「L」と「R」で再検討すると、問題点が一層、浮き彫りになります。冒頭に述べた通り、前者は正統性 (legitimacy)、後者は「正当性」 (Rightness) を意味します¹¹。いずれも読み方は「せいとうせい」、翻訳は「正しさ」ですが、2つの意味は大きく異なります。つまり、前者は「正しい」手続きで政策が決まったか、を意味します。今回の件で言うと、「改革工程に盛り込まれた」「専門家の審議会」「4回の議論」という説明が「L」になります。

一方、「R」の「正当性」は「正しい政策」であり、「なぜ必要か？」という専門性や合理性に基づく議論です。ここで注意する必要があるのは、「R」の正しさが多様な点です。例えば、今回の高額療養費の見直し論議では、実効負担率の上昇を問題視しつつ、医療保険に投じられる税金や保険料の負担を抑制したいという考え方自体は間違いとは言いきれないし、「治療を諦め死なねばならないのかと絶望している」という多数回該当の患者の悲痛な声も正しさを有しています。

つまり、「R」の「正しさ」は1つではなく、審議会やメディアなどの機会を重ね、できるだけ多くの人々が納得できる合意形成プロセスが欠かせないことになります。これは18世紀フランスの哲学者、ルソーが提唱した「一般意志」を作り上げる過程になります¹²。

ただ、今回の議論は「L」に著しく傾斜しています。その証左として、見直し論議が浮上した2024年11月21日の医療保険部会資料では、下記のように書かれています（一部文言を省略）。

改革工程に「高額療養費の自己負担限度額の見直し」が盛り込まれており、(注:2024年)11月15日に開催された「全世代型社会保障構築会議」においても、複数の委員から、年齢ではなく負担能力に応じた負担という全世代型社会保障の理念や、保険料負担の軽減等といった観点から、見直しを早急に求める意見があったことを踏まえ、必要な見直しを検討していくべきではないか。

この後、見直しの視点として、「実効負担率の減少」「賃上げの影響」などが言及されていますが、主たる根拠は改革工程とか、全世代型社会保障構築会議の意見に置かれています。これらは全て「L」であり、厚生労働省が考える「R」は完全に後回しになっています。

2 | 改革工程を巡る「L」と「R」

改革工程に関しても、同じことが言えます。そもそも今回の案件に限らず、歳出抑制は「総論賛成、各論反対」になるのが当たり前であり、検討過程では関係団体との調整や国民への説明が不可欠です。

例えば、小泉純一郎政権期の2006年に歳出・歳入一体改革が盛り上がった際、政府内では「増税を優先すべき」「経済成長と歳出削減を先に進めるべし」という意見が鋭く対立。結局、小泉首相の指示で、自民党が歳出改革を作る異例の展開となりました¹³。筆者は当時、この過程を記者として取材して

¹¹ 政策形成に関する「L」と「R」の議論は法哲学を中心に様々な議論が展開されているが、本稿は2019年3月公表のPHP総研報告書「統治機構改革1.5&2.0」を主に参照した。筆者は次元の異なる少子化対策について、この枠組みで批判している。詳細については、2024年1月23日拙稿「[政策形成の『L』と『R』で考える少子化対策の問題点](#)」を参照。

¹² ルソーの訳本や解説書は多いが、桑原武夫ほか訳(1954)『社会契約論』岩波文庫を参照。

¹³ 小泉政権の経緯については、清水真人(2007)『経済財政戦記』日本経済新聞出版社などを参照。

いましたが、自民党で毎日のように歳出改革のプロジェクトチームが開かれたのを覚えています。その結果、最低でも 11.4 兆円の歳出を 5 年間で削る方針が決まりました。つまり、「R」を紡ぐ努力が政府・与党で交わされたわけです。

それにもかかわらず、この時の歳出抑制策はリーマンショックの影響もあり、わずか 2 年で事実上の撤回となりました。つまり、歳出抑制策は検討だけではなく、実行も簡単ではないのです。

一方、改革工程に関しては、こうした形で「R」を形成するプロセスが不十分であり、むしろ「首相の意向」という「L」をタテに作成されたと考えられます。このため、杜撰な改革工程を根拠にした「L」の議論を続ける限り、同じような混乱は繰り返される可能性が高いと思います。

6——超党派での議論を

最後に一つ提案したいと思います。筆者自身は「年齢で区分された患者負担は合理的ではない」¹⁴と考えており、子どもを除く部分は原則として 3 割負担に統一するとともに、医療費を多く使う人には高額療養費で負担を軽減する形が合理的と思っています。政府自身も 2024 年 9 月に決まった「高齢社会対策大綱」で、「年齢に関わりなく、能力に応じて支え合う」という考え方を示しています。

一方、2024 年 10 月の総選挙でキャスティングボートを握った国民民主、日本維新の会は公約で、高齢者の患者負担見直しに言及しており、一部の野党とは足並みが揃っています。

そこで、政府・与党には是非、高額療養費を含めた患者負担の在り方を話し合う政党間協議を提唱し、高齢者の患者負担引き上げに関する方向性とか、患者負担と高額療養費の役割分担などについて、少しでも合意形成を積み重ねて欲しいと思います。

7——おわりに

今回は高額療養費の見直しに関する内容や経過を検討するとともに、合意形成が不十分な点を批判的に論じました。さらに、政策形成で使われる「L」と「R」という考え方を使い、その問題点も検討しました。

言うまでもなく、「L」は民主的な手続きという点で非常に重要ですが、「L」に偏重し過ぎると、正統性を持つ人の正しさだけで政策が決まり、今回の患者の声のような少数の「R」が軽視されます。付言すると、「L」とは民意を背景にして人を動かす「力」であり、多くの人が「正しさ」を巡って対話することなく、「力」だけで政策を決めると、19 世紀英国の思想家、ジョン・スチュワート・ミルが指摘した「多数の専制」に繋がります¹⁵。実際、今回の過程では、多数回該当の長期療養患者の「R」が置き去りになったわけで、「L」や「力」に偏重する政策決定の弊害が明らかになったのではないのでしょうか。

今回に限らず、最近の政策形成では「L」に偏る傾向が多く見られますが、「R」の過程を経ない杜撰な改革工程を根拠にしつつ、歳出改革の議論を進めた場合、同様の問題が起きかねないと考えています。

¹⁴ 70 歳以上は原則 1 割、一定程度の所得以上の 75 歳以上高齢者は 2 割となっている。高齢者に関わる患者負担の経緯については、2022 年 1 月 12 日拙稿「[10 月に予定されている高齢者の患者負担増を考える](#)」を参照。

¹⁵ ミルの邦訳や解説本が多いが、塩尻公明ほか訳（1971）『自由論』岩波文庫を参照。