

「税・社会保障改革シリーズ No.68」

2025 年 7 月 31 日
No.2025-008

高額療養費制度を巡る政策のあり方

— 必要な医療へのアクセス確保と非効率な医療の抑制の両立に向けて —

調査部 主任研究員 成瀬道紀

《要 点》

- ◆ 政府は、公的医療保険の患者自己負担に上限を設ける高額療養費制度の自己負担限度額を引き上げる方針を示したが、患者団体などの反対を受けて一旦凍結し、本年秋までに再検討のうえ結論を得るとしている。本稿は、高額療養費制度の現状と課題を整理し、①必要な医療へのアクセス確保と、②非効率な医療の抑制の両立を図る観点から、あるべき政策を考察する。
- ◆ わが国の高額療養費制度を巡る問題点として、大きく三つ指摘できる。第1に、医療保険制度のなかで供給側を統制する仕組みが乏しいため、高額療養費制度によって患者の自己負担が一定額に達しそれ以上ほとんど増えない状態になると、非効率な医療の利用に歯止めがかかりにくい。実際、効果は他の薬と同等と考えられるが価格だけ高い抗癌剤の使用など非効率な医療が行われている。第2に、年齢や入院・外来の別など、患者の負担能力と無関係な要因で自己負担限度額に差が設けられている。具体的には、70 歳以上の患者の外来の医療費について相対的に自己負担限度額が低く定められている。このため、頻回受診・多剤投与・ホスピス型住宅への過剰な訪問看護など、とりわけ高齢者の外来医療の分野で非効率な医療の利用が目立つ。第3に、医療費と自己負担限度額の計算基準が月単位であり、継続的に高額な医療を必要とする患者の負担が過重となりやすい。
- ◆ 以上を踏まえ、求められる政策は次の通りである。第1に、非効率な医療を抑制するための医療保険制度そのものの改革である。具体的には、保険給付対象とする薬の限定、費用対効果を重視した診療ガイドラインの整備、および、それを遵守させるための病院や診療所へのモニタリングや診療報酬上の評価などである。第2に、高額療養費制度において年齢や入院・外来の別による自己負担限度額の差を撤廃する。第3に、高額療養費制度における医療費と自己負担限度額の計算基準を月単位から年単位に変更する。その際、患者にコストを節約するインセンティブを持たせる観点から、年間の医療費が増えると必ず自己負担が増える体系とする。

本件に関するご照会は、調査部・主任研究員・成瀬道紀宛にお願いいたします。

Tel : 080-4172-8107

Mail : naruse.michinori@jri.co.jp

[「経済・政策情報メールマガジン」](#)、[「X（旧 Twitter）」](#)、[「YouTube」](#)でも情報を発信しています。

本資料は、情報提供を目的に作成されたものであり、何らかの取引を誘引することを目的としたものではありません。本資料は、作成日時点で弊社が一般に信頼出来ると思われる資料に基づいて作成されたものですが、情報の正確性・完全性を保証するものではありません。また、情報の内容は、経済情勢等の変化により変更されることがあります。本資料の情報に基づき起因してご閲覧者様及び第三者に損害が発生したとしても執筆者、執筆にあたっての取材先及び弊社は一切責任を負わないものとします。

1. はじめに

2025 年度予算審議にあたり、公的医療保険の患者自己負担に上限を設ける高額療養費制度の自己負担限度額を引き上げる見直しについて、患者団体などからの反対を受けて、政府案が 3 回も修正された。とりわけ、一旦見直しを白紙撤回することとなった 3 回目の修正は、予算案の衆議院通過後に行われたため、参議院で予算案を修正したうえで衆議院に戻し再可決するという現行憲法下初の異例の事態となった。医療技術の高度化や高齢化により高額療養費制度の給付額が増加するなか、制度の見直し自体は不可欠な状況にあり、政府は高額療養費制度について本年秋までに再検討のうえ結論を得るとしている。そこで、本稿では高額療養費制度の現状と課題を整理したうえで、あるべき政策を考察する。

高額療養費制度に限らず医療費の自己負担に関する制度設計の要諦は、①必要な医療へのアクセス確保と、②非効率な医療の抑制という、二律背反的な課題の追求にある。非効率な医療とは、コストのわりに効果が低い医療、あるいは、効果がほぼない無駄な医療を指すが、自己負担が小さいとこうした医療が利用されやすくなる。このような、医療保険で自己負担が軽減されることで発生する非効率な医療の利用は、医療経済学の用語で「モラルハザード」と呼ばれ、よく知られる事象である。自己負担は、①を重視するならば小さく、②を重視するならば大きくするのが望ましい。個々の患者の負担能力が正確に把握されていないなかでは、自己負担の調整のみによって両者を両立させるのは、針の穴にラクダを通すような難事といえる。

わが国の高額療養費制度を巡る問題点として、大きく三つ指摘できる。第 1 に、医療保険制度のなかで供給側を統制する仕組みが乏しいため、高額療養費制度によって患者の自己負担が一定額に達しそれ以上ほとんど増えない状態になると、非効率な医療の利用に歯止めがかかりにくい。第 2 に、年齢や入院・外来の別など、負担能力と無関係な要因によって、自己負担限度額に差が設けられている。こうした非合理的格差は、不公平であり、かつ、①と②の両立を一層困難にする。第 3 に、医療費と自己負担限度額の計算基準が月単位であり、継続的に高額な医療を必要とする患者の負担が過重となりやすい。こうした患者の負担軽減策として「多数回該当」という仕組みが設けられているが、弥縫策にとどまり弊害が目立つ。

本稿の構成は次の通りである。続く第 2 章で、現行の高額療養費制度および一旦白紙撤回された政府の見直し案を概観する。第 3 章で現行制度の課題を指摘したうえで、第 4 章であるべき政策を提言する。

2. 現行制度と政府の見直し案

（1）現行制度の概要

高額療養費制度とは、高額な医療へもアクセスしやすいように、医療費の患者自己負担に上限を設ける制度である。わが国の公的医療保険では、医療費に対する患者の自己負担割合は年齢や所得に応じて 1～3 割（法定自己負担割合）に定められている。それでも、例えば医療費が 1,000 万円と高額になり、仮に 3 割負担で 300 万円の自己負担を求められるとするならば、患者の経済状況によっては支払いが容易ではない。そこで高額療養費制度により、法定自己負担割合で計算した金額（上記の例では 300 万円）が自己負担限度額を超える場合、実際の自己負担は自己負担限度額まで軽減される。



現行の高額療養費制度の主な特徴は以下の通りである。第1に、所得が高いほど自己負担限度額が高く設定されている（図表1）。高所得者は保険料が高いうえに自己負担限度額まで高い点は、受益と負担の乖離が著しく、その是非については議論があるところだが、低所得者でも高額な医療へアクセスできるようにすることが重視されていると考えられる。なお、図表1の年収はあくまで目安であり、実際には、被用者保険であれば標準報酬月額¹、国民健康保険や後期高齢者医療制度であれば旧ただし書き所得²や課税所得、すなわち各制度の保険料算定の基準となる所得情報が自己負担限度額を決める所得区分の判定に用いられる。

（図表1）高額療養費制度の自己負担限度額

(円)				
	年収（目安）	月単位の自己負担限度額	多数回該当	外来特例
70歳未満	約1,160万円～	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$	140,100	—
	約770～約1,160万円	$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$	93,000	—
	約370～約770万円	$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$	44,400	—
	～約370万円	57,600	44,400	—
	住民税非課税	35,400	24,600	—
70歳以上	1,160万円～	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$	140,100	—
	約770～約1,160万円	$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$	93,000	—
	約370～約770万円	$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$	44,400	—
	～約370万円	57,600	44,400	18,000
	住民税非課税	24,600	—	8,000
	住民税非課税 （所得が一定以下）	15,000	—	8,000

（資料）厚生労働省「医療保険制度改革について」2024年11月21日第186回社会保障審議会医療保険部会資料より日本総合研究所作成

第2に、70歳を境にして年齢により自己負担限度額を定める体系が二つに分かれている。例えば、住民税非課税であると、同じ所得であっても、70歳以上の患者は70歳未満の患者に比べて自己負担限度額が低く抑えられている。一般論としては高齢者の方が若者より医療への需要が大きい傾向があるものの、実際に高額な医療費がかかった若者と高齢者の間で、所得が同じでも自己負担限度額に差をつけることに対しては合理的な説明は困難といえよう。

第3に、医療費と自己負担限度額の計算基準が月単位である。このため、継続的に高額な医療を必要とする患者の自己負担が過重となりやすい。例えば、Aさん、Bさんともに70歳未満で住民税非課税とする（法定自己負担割合3割）。Aさんは、ある月に120万円の医療を受けて他の月は全く医療費がかからなかったとすると、自己負担は35,400円（＝自己負担限度額）となる。他方、Bさんは、年間を通じて毎月10万円の医療費がかかったとすると、自己負担は月々3万円で、年間36万円となる。Bさんの月々の自己負担3万円は自己負担限度額未満であるため、高額療養費の支給は全く受けられない。AさんとBさんで年間の医療費は同じでも、年間の自己負担額は10倍以上の差が生じる。

¹ 等級1（58,000円）から等級50（1,390,000円）の50等級に区分されている。通常4～6月の報酬（賞与を除く）の平均額に基づき算出されるが、期中に大幅な給与改定があった場合は再計算される。被用者保険の保険料は、標準報酬及び標準賞与を基に計算されるが、高額療養費制度の自己負担限度額の計算では標準賞与が考慮されないため、年間給与が同じでも賞与の比率が高い患者の方が有利になるなど、公平性に課題がある（西沢[2025]）。

² 総所得金額に山林所得、配当所得、譲渡所得などを加えた金額から、基礎控除額を差し引いたもので、国民健康保険料算出の基準となる。

第4に、第3と関連して、継続的に高額な医療を必要とする患者の自己負担を軽減するために、「多数回該当」という制度が設けられている。多数回該当とは、過去12ヵ月に3回以上高額療養費の支給を受けた患者に対し、4回目以降の自己負担限度額を引き下げる制度である。70歳未満で住民税非課税のCさんが、ある年の1月から毎月15万円の医療を受け始めたとなると、月々の法定自己負担割合（3割）に基づく自己負担は45,000円であるが、高額療養費制度により、1月、2月、3月の自己負担は自己負担限度額の35,400円となる。4月以降は多数回該当が適用され、毎月の自己負担は24,600円に軽減される。なお、月々15万円の医療を受けたCさんの年間の自己負担は32万7,600円であり、月々10万円の医療を受けたBさんの自己負担（36万円）よりも小さくなる逆転現象が生じる。

第5に、年収が約370万円を下回る70歳以上の患者に対して、外来の自己負担限度額を一段と低く定める「外来特例」と呼ばれる制度が設けられている。例えば、70歳以上の住民税非課税の患者は、外来であればどれだけ医療費を使っても、毎月の自己負担は最大8,000円にとどまる。患者が医療機関（病院・診療所）に通院する通常の外来はもちろん、医師・看護師・薬剤師等の医療従事者が患者宅を訪問する在宅医療も外来特例の対象に含まれる。

第6に、自己負担が一定額に達すると、限界自己負担割合が法定自己負担割合（1～3割）から急にゼロまたは1%と極めて小さくなる。限界自己負担割合とは、医療費が追加的に1単位増加した時に増加する自己負担額である。自己負担が一定額を超えると限界自己負担割合は、年収約370万円を下回る患者はゼロとなり、年収約370万円を上回る患者も1%となる。非効率な医療の利用されやすさに影響を与えるのは、平均的な自己負担割合よりもこの限界自己負担割合の方である。例えば、15万円と30万円の効果が同等の2種類の薬があり、高額療養費制度によりどちらを選んでも自己負担は35,400円とする。患者にとって35,400円という金額の絶対額は小さくないとしても、2種類の薬の差をとった時の限界自己負担割合はゼロであるため、相対的に低コストの15万円の薬を選びコストを節約しようとするインセンティブは全く働かない。

（2）高額療養費の推移と増加の背景

高額療養費は、2010年度の2.0兆円から2022年度の3.0兆円に増加しており（図表2）、その主因は、医療技術の高度化および高齢化と考えられる³。高額療養費の金額は、高額療養費制度の対象となったレセプト（診療報酬明細書）における法定自己負担割合に基づく自己負担額と自己負担限度額との差額を積算したものであり、高額療養費制度の対象となった医療費の総額はこれよりはるかに大きい。上記のCさんで1月の医療費が15万円かかったケースでは、法定自己負担割合（3割）に基づく自己負担額は45,000円、自己負担限度額は35,400円、高額療養費として計上されるのは9,600円（＝45,000円－35,400円）と医療費総額の10分の1以下にとどまる。医療技術の高度化と高齢化は国民医療費そのものの押し上げ要因でもあり、国民医療費も増加傾向にあるが、高額療養費の増加ペースはそれを上回り、国民医療費に占める高額療養費の割合は2010年度の5.3%から2022年度に6.4%と1.1%ポイント上昇している。

高額療養費の75歳未満（被用者保険と国民健康保険）と75歳以上（後期高齢者医療制度）の内訳をみると、いずれも増加している。75歳未満の加入者数は減少⁴しているにもかかわらず、その

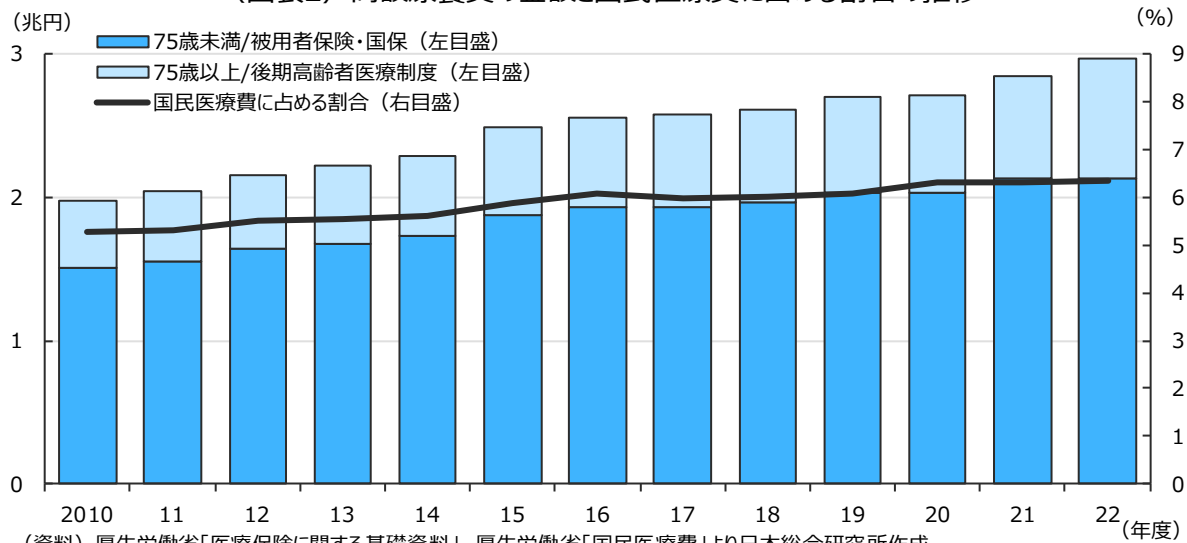
³ その他の要因として、現役並み所得がある高齢者等の法定自己負担割合の引き上げ、診療報酬引き上げなどが考えられる。なお、医療費が同じでも法定自己負担割合が高くなると、自己負担限度額に達しやすくなり、高額療養費の増加要因となる。

⁴ 被用者保険と国民健康保険の加入者数は、2010年度の1億1,257万人から2022年度に1億436万人に減少した。



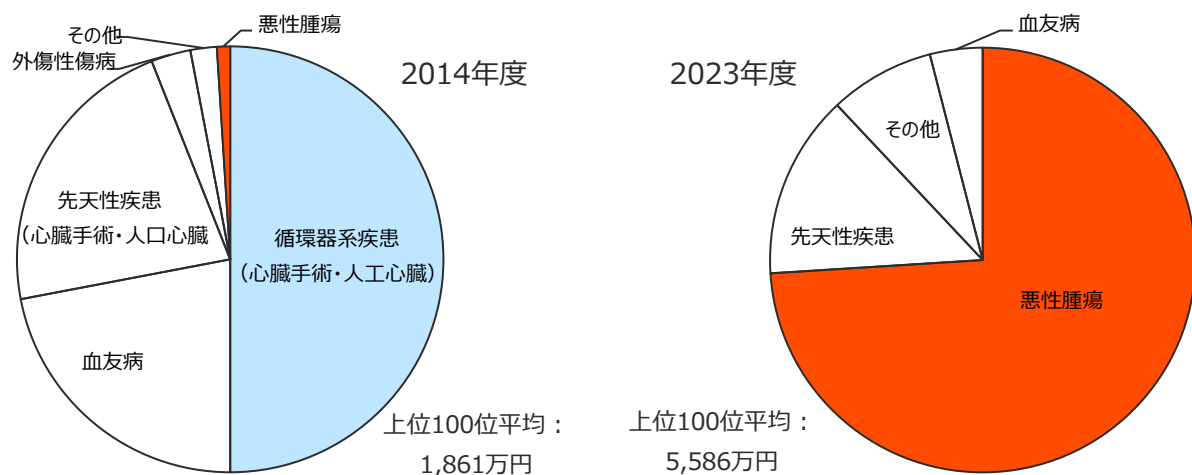
高額療養費が増加しているのは、医療技術の高度化によるところが大きい。75 歳以上の高額療養費の増加は、医療技術の高度化に加え高齢化による加入者数の増加⁵が大きく寄与している。

(図表2) 高額療養費の金額と国民医療費に占める割合の推移



医療技術の高度化による高額療養費の増加は、様々な技術の影響を受けているが、とりわけ抗癌剤を中心とした高額薬の普及によるところが大きいと考えられる。健康保険組合連合会[2024]によると、1,000 万円を超えるレセプトは2010 年度の174 件から2023 年度には2,156 件と10 倍以上に急増した。上位100 件のレセプトをみると、2014 年度は心臓手術に代表されるような循環器系疾患が半数を占めていたのに対し、2023 年度は悪性腫瘍（癌）が約4 分の3を占めており、平均金額は1,861 万円から5,586 万円に上昇した（図表3）。この背景には癌の領域を中心に高額薬が次々と投入されたことが指摘できる。2014 年時点の抗癌剤は、化学合成品が中心であったが、足元では、生物の細胞を利用して製造したタンパク質の医薬品であるバイオ医薬品の利用が広がっている⁶。バイオ医薬品は化学合成品に比べてはるかに高価な製品が多い。

(図表3) 高額レセプト上位100位の疾患分類の変化（2014年度→2023年度）



(資料) 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」より日本総合研究所作成

⁵ 後期高齢者医療制度の加入者数は、2010 年度の1,434 万人から2022 年度に1,913 万人に増加した。

⁶ バイオ医薬品は、1980 年代からインスリンに代表されるように相対的に分子量の小さいタンパク質であるホルモンなどが利用されていたが、2010 年代後半から、抗癌剤を中心により分子量が大きく高額である抗体医薬品が相次いで市場に投入された。

バイオ医薬品の普及もあって、公開データから集計可能な抗癌剤の国内市場規模は、2014年度の7,846億円から2023年度には1兆9,859億円と9年間で約2.5倍に増加した(図表4)。こうした抗癌剤による治療は高額化しており、多くの患者において高額療養費制度の対象となる。バイオ医薬品は注射薬であるため、通常は院内で診療中に注射されるが、入院よりも外来で注射されることが多い。なお、外来の診療報酬はほとんどの場合出来高払いのため⁷、院内で注射する薬は、より高い薬を使うほど医療機関の収入が大きくなり、医療機関としてはあえて高い薬を使うインセンティブがあることに留意が必要である⁸。

(図表4) 抗癌剤の国内市場規模推移(公定薬価ベース)

(億円)										
年度	2014	15	16	17	18	19	20	21	22	23
外来の院外	2,445	2,821	2,906	3,221	3,567	4,261	4,677	5,222	5,775	6,146
外来の院内	3,996	4,991	6,001	6,607	7,371	8,578	8,902	9,664	10,063	11,432
注射薬	3,060	3,742	4,671	5,148	5,792	6,840	7,153	7,817	8,230	9,522
内服薬	936	1,249	1,330	1,459	1,579	1,738	1,748	1,847	1,833	1,910
外用薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入院	1,405	1,681	1,813	1,837	1,834	2,043	1,951	2,070	2,007	2,281
注射薬	1,207	1,439	1,557	1,576	1,573	1,776	1,708	1,791	1,805	2,057
内服薬	190	234	247	254	254	260	237	273	197	218
外用薬	9	8	8	8	7	7	6	6	5	5
合計	7,846	9,493	10,720	11,665	12,772	14,882	15,530	16,956	17,845	19,859

(資料) 厚生労働省「医科・歯科・調剤医療費の動向調査」、厚生労働省「NDBオープンデータ」より日本総合研究所作成

(注1) 薬効分類上2桁42の「腫瘍用薬」を集計した。

(注2) 外来の院外は医科・歯科・調剤医療費の動向調査のデータより作成し、詳細な内訳は不明ながら、ほとんど内服薬である。

(注3) 外来の院内、入院はNDBオープンデータより作成し、数量上位のデータのための、過少推計である。

他方、とりわけ高齢者の外来特例では自己負担限度額が低く設定されているため、手術や癌治療のような高額な医療でなくても、高額療養費制度の対象となることが多い。高血圧や高脂血症等の生活習慣病でも、複数の疾患を持つ高齢者が疾患ごとに別々の医療機関を受診して大量の薬の処方を受けたり、在宅医療を受けたりして医療費が嵩めば、容易に高額療養費制度の対象となる。2022年度の高額療養費における後期高齢者医療制度(75歳以上)の金額シェアは28%(8,362億円)であるが(再掲図表2)、対象となったレセプト件数のシェアは60%(4,244万件)にのぼる。

(3) 政府の見直し案の概要と背景

政府は、2024年11月21日の社会保障審議会医療保険部会で、高額療養費制度の見直しを議題とし、その後同部会における数回の議論を経て、2024年12月27日に、高額療養費制度の見直し案を織り込んだ2025年度予算案を閣議決定した。政府の見直し案は、所得区分を細分化するとともに自己負担限度額を段階的に引き上げる内容である(図表5)。とくに所得の高い区分において、現行制度からの引き上げ幅が大きくなっている。図示は省略するが、通常の自己負担限度額に加え、多数回該当や外来特例の自己負担限度額もあわせて引き上げられている。自己負担限度額の引き上げは、

⁷ 入院医療では、急性期病院を中心に、DPC(Diagnosis Procedure Combination)と呼ばれる包括払いの診療報酬を選択している病院も多い。ただし、DPCでも病院が高額薬の使用を過度に控えないように、一定の要件を満たす高額薬については、例外的に出来高払いとしている。

⁸ 他方、外来の院外処方の薬は、薬価差益(薬の売買益)は薬局のものとなるため、医療機関の収益は処方する薬の価格に左右されにくい。

2025 年 8 月、2026 年 8 月、2027 年 8 月の 3 段階で行われる計画となっていた。2 段階目の引き上げである 2026 年 8 月からは、所得区分を細分化する計画としていた。現行制度は所得区分が粗く、僅かな所得の差異で境界をまたぎ所得区分が一つ変わると自己負担限度額が急激に変わるため、その是正を図ったものである。

(図表5) 政府見直し案における自己負担限度額の段階的引き上げ（70歳未満）

(円)

年収（目安）	現行	2025年8月～	2026年8月～	2027年8月～
約1,650万円～	252,600 + 1 %	290,400 + 1 %	367,200 + 1 %	444,300 + 1 %
約1,410～約1,650万円			325,200 + 1 %	360,300 + 1 %
約1,160～約1,410万円			290,400 + 1 %	290,400 + 1 %
約1,040～約1,160万円	167,400 + 1 %	188,400 + 1 %	220,200 + 1 %	252,300 + 1 %
約950～約1,040万円			204,300 + 1 %	220,500 + 1 %
約770～約950万円			188,400 + 1 %	188,400 + 1 %
約650～約770万円	80,100 + 1 %	88,200 + 1 %	113,400 + 1 %	138,600 + 1 %
約510～約650万円			100,800 + 1 %	113,400 + 1 %
約370～約510万円			88,200 + 1 %	88,200 + 1 %
約260～約370万円	57,600	60,600	69,900	79,200
約200～約260万円			65,100	69,900
～約200万円			60,600	60,600
住民税非課税	35,400	36,300	36,300	36,300

（資料）厚生労働省「高額療養費制度の見直しについて」2025年1月23日第192回社会保障審議会医療保険部会資料より日本総合研究所作成
（注）+ 1 %はその左側の定数の金額の自己負担となる医療費を実際の医療費が超過した金額に対して 1 %自己負担を加算することを指す。

もともと、癌の患者団体を中心に、自己負担限度額の引き上げによる医療へのアクセス阻害を懸念する声が日々強まり、政府は修正を余儀なくされていった。1 回目の修正案で、継続的に高額な医療を必要とする患者の負担増を和らげるため、多数回該当の金額を据え置く方針とした。2025 年 2 月 14 日に福岡厚生労働大臣が全国がん患者団体連合会との面談時にこの方針を示し、石破首相も 2 月 17 日の衆議院予算委員会で同様の考えを示した（三原[2025]）。

それでも患者団体・関係学会・野党等と合意に至らず、政府はさらに譲歩し、石破首相は 2 月 28 日の衆議院予算委員会で 2 回目の修正案を示した。同修正案は、2025 年 8 月は自己負担限度額を引き上げるものの、2026 年 8 月、2027 年 8 月の引き上げは一旦白紙とし、再検討するという内容である。これを受けて予算案が 3 月 4 日に衆議院で可決されたが、なお自己負担限度額引き上げへの批判は収まらず、参議院での予算案審議中に、政府は 2025 年 8 月分も含め自己負担限度額引き上げを一旦白紙撤回する 3 回目の修正案を示し、2025 年秋までに再検討し結論を得ることとした。2025 年 3 月 31 日に参議院はこの修正を反映した予算案を可決し、衆議院に戻し、同日中に衆議院も可決して、予算が成立した。少数与党の下での不安定な国会運営のなかとはいえ、一つの政策を巡りこのように度々予算案が修正されるのは、異例の事態である。

ここまでの混乱を招いた要因として、患者等の当事者の声を反映するプロセスが十分ではなかったこともあるが、高額療養費制度そのものの問題点は正というよりも少子化対策の財源捻出策として自己負担限度額引き上げが検討されたのが大きい（安藤[2025]）。岸田政権は、子ども・子育て支援金の財源として医療保険料に上乗せして年間 1 兆円徴収しながら、保険料負担を増やさないという無理のある説明をした。そのついでに石破政権が、高額療養費制度の自己負担限度額を引き

上げて、保険料負担から患者負担に付け替えることで辻褄をあわせようとしているようにみられたのである⁹。そもそも、医療保険において自己負担を課す最大の意義は、たんなる財源確保ではなく、非効率な医療の抑制にある¹⁰。今回の政府による高額療養費制度見直しの過程で決定的に欠けていたのは、非効率な医療の抑制という改革の本来の目的の共有である。

3. 現行制度の課題

(1) 非効率な医療の誘発

A. 構造的な矛盾を抱えるわが国における非効率な医療の抑制策

わが国は、非効率な医療の抑制を図る手段を自己負担に依存していながら、高額療養費制度により自己負担を軽減するという構造的矛盾を抱えている。

非効率な医療を抑制する手段は、大きく①供給側への統制、②患者への自己負担の賦課の二つがあり、各国はいずれか、あるいは両方を用いている。例えばイギリスは、①を重視している。薬が承認されても、費用対効果が低い場合は公的医療制度の給付対象とならない場合が多い。給付対象となる薬も、医師は費用対効果を重視した診療ガイドラインに従い効率的な処方を行う。住民は事前に幅広い疾患に対処できる家庭医の診療所を登録し、受診が必要な場合はまずその診療所を受診する。家庭医の報酬は登録住民数に基づく人頭払いの要素が強く受診回数に左右されないため、家庭医は必要性の低い受診をしないよう患者に指導する。医療費は薬剤費の定額負担など一部を除き原則無料であり、②の役割は小さい。他方、ドイツをはじめ、①と②を組み合わせる非効率な医療の抑制を図る国も多い。

高額療養費制度との関係では、イギリスはそもそも医療費が原則無料であるため、高額療養費制度のような制度は必要なく、存在しない。患者に医療費の一定割合の自己負担を求めるドイツでは、わが国の高額療養費制度のように患者の自己負担に上限が設けられているが、同時にその対象者に対しては、①により医師が非効率な医療を提供しにくくする力がはたらく。

翻ってわが国は、①がほとんど機能せず、もっぱら②により非効率な医療の抑制を図る基本構造である。承認された薬は、費用対効果の優劣にかかわらず原則保険収載される。しかも、薬の使用条件や使用順序が海外のように詳細に定められておらず、医師の裁量が極めて大きい(成瀬[2023])。わが国は、全国一斉休診などの強硬手段も含めた日本医師会の強い要請により、1962年に制限診療が撤廃された。国民皆保険が成立した1961年の翌年のことである。当時の制限診療は、費用対効果を重視し、薬の使用条件や使用順序などを定めており、今でいう診療ガイドラインに強制力をもたせたものといえる。こうした政治的経緯もあり、わが国は、世界でも稀にみる自由放任型の公的医療保険制度への道を辿った。さらに、診療報酬は出来高払いが基本であり、医療サービスの提供量を増やすほど医療機関の収入が増える。イギリスのような登録制はなく、フリーアクセスの名のもとに患者は最初からどの医療機関でも自由に受診できる。こうしたなか、患者に1~3割の自己負担を課すことが、ほぼ唯一の非効率な医療の利用に対する抑止力となっている。

このような基本構造のなかで高額療養費制度により対象者の限界自己負担割合をゼロまたは1%とすれば、非効率な医療の利用に歯止めがかかりにくいのは当然の帰結である。対象者が少なかつ

⁹ 厚生労働省の試算でも、自己負担限度額引き上げによる医療費総額の減少(いわゆる長瀬効果)を織り込んでいたが、非効率な医療の抑制によるという説明がなかったため、「必要な治療が経済的理由で断念される。」として、一層批判が強まった。

¹⁰ 被保険者が一般的なリスク回避的な選好を持つならば、モラルハザードが生じないのであれば、理論上自己負担をゼロとするのが最適であることが知られている。

た頃は許容範囲であったかもしれないが、医療技術の高度化や高齢化が進むなか、今や看過できない状況に至っている。

B. 非効率な医療の利用の実態

a. 高額医療の分野－抗癌剤を例に

医療技術の高度化の影響が大きい分野に注目すると、抗癌剤で非効率な医療の利用が指摘されている。

一つ目は、効果が同等¹¹と考えられる薬が複数ある時に価格が高い方の薬が選ばれるケースである。例えば、様々な癌種の治療に用いられる血管新生阻害剤の代表的な薬としてラムシルマブ（商品名サイラムザ）とベバシズマブ（商品名アバスチン）があり、効果は同等と考えられているが（國頭[2023]）、価格はラムシルマブの方が2倍以上高い。両者ともバイオ医薬品であるが、ベバシズマブはすでに特許が切れていてバイオシミラー（バイオ後続品）が上市されており、バイオシミラーの価格は先発薬であるアバスチンのさらに半分以上である。バイオシミラーとはバイオ医薬品の後発医薬品¹²であり、先発薬とアミノ酸配列¹³が同一で、臨床試験で効果が同等であることが確認されたうえで承認される。通常のコスト感覚があれば、安価なベバシズマブのバイオシミラーを選ぶと考えられるが¹⁴、ラムシルマブとベバシズマブの先発薬がそれぞれ年間 500 億円程度使用されている（図表 6）。

（図表6）血管新生阻害剤の使用状況（2023年度）

ラムシルマブ（商品名サイラムザ）	薬価（円）	数量	薬剤費（億円）
点滴静注液100mg	76,659	264,429	203
点滴静注液500mg	362,032	80,628	292
ベバシズマブ（商品名アバスチン）			
点滴静注用100mg	30,428	541,729	165
点滴静注用400mg	114,527	361,073	414
ベバシズマブ（バイオシミラー）			
点滴静注100mg	11,184	508,078	57
点滴静注400mg	42,262	220,075	93

（資料）厚生労働省「第10回NDBオープンデータ」より日本総合研究所作成

血管新生阻害剤は一例に過ぎず、免疫チェックポイント阻害剤（2023 年度 5,080 億円）¹⁵など市場規模の大きな別の作用機序（薬が効果を発揮するメカニズム）の抗癌剤でも、同様に効果が同等と考えられても相対的に価格の高い薬が選ばれるケースが多数指摘されている（健康保険組合連合会[2025]）。加えて、特許切れのバイオ医薬品におけるバイオシミラーの金額シェアは、2024 年時

¹¹ 薬の効果が同等と考えられる典型例は大きく二つある。一つは、直接お互いに比較した臨床試験によるエビデンスがあるケースである。もう一つは、作用機序（薬が効果を発揮するメカニズム）が同一であり、かつ、効果が異なることを示唆する材料がないというケースである。同一作用機序の新薬の開発を複数のメーカーが並行して進める場合、それぞれの臨床試験では古くからある作用機序の薬と比較して効果が優れていることを確認するのが一般的であり、お互いに比較することは少ない（國頭[2023]）。

¹² 先発薬の特許が切れた後に販売され、先発薬と同じ有効成分の医薬品。先発薬に比べて研究開発のコストが小さいため、通常は先発薬よりも安価になる。

¹³ タンパク質は、アミノ酸が鎖状に繋がった分子であり、アミノ酸の配列によってタンパク質の性質が決まる。

¹⁴ ただし、胃癌の適応はベバシズマブにはなくラムシルマブのみにあるなど、製品間で承認を取得している適応が完全には一致しないため、すべてをベバシズマブのバイオシミラーに置き換えることは容易ではないと考えられる。

¹⁵ NDB オープンデータから集計。免疫チェックポイント阻害剤のうち、PD-1 抗体と PDL-1 抗体の結合を阻害する作用機序の薬のみ集計した。これらの薬は、Goldstein DA, et al[2024]でも、様々な癌腫の治療で同じ作用機序の別の薬と置き換え可能であることが示されている。免疫チェックポイント阻害剤のなかで作用機序が異なる CTLA-4 阻害剤は集計対象外とした。

点で 33.7%にとどまる（厚生労働省「医薬品価格調査」）。医師や患者が費用対効果を重視すれば、この数字は本来 100%に近づいていくはずである¹⁶。

なぜ効果が同等と考えられるのに高い薬が使われるかといえば、里見[2025]で臨床経験豊富な癌治療の専門医も指摘している通り¹⁷、高額療養費制度によってどの薬を使っても患者の自己負担がほとんど変わらないため、医師もコストについて深く考えずに処方しているのである。あるいは、あえて高価な薬を使った方が病院の得られる薬価差益（薬の売買益）が大きくなったり、海外学会への参加の支援など製薬企業から医師への便宜提供が期待できたりすることが薬の選択に影響を与える可能性も否定できない。

抗癌剤での非効率の二つ目は、本来防げるはずの廃棄が生じているケースである。薬剤師外来を設置し先進的な残薬確認の取り組みを行っている大垣市民病院薬剤部の報告によれば、経口抗癌剤の残薬調整だけで、月平均 52.2 万円の薬剤費が削減された（郷ら[2018]）。この取り組みは高く評価できるが、裏を返せば、患者が自宅で服用する経口抗癌剤は、医師の指示通りに服用されずに残薬が生じることが多いことを示している。本事例のような薬剤師による介入がなければ、往々にして、残薬の存在は医師に伝えられないまま次の処方が行われる。患者にとって指示通りに服薬していないことを医師に伝えるににくいという心理的な要因もあろうが、高額療養費制度により薬の処方量の多寡で自己負担が変わらないのも、患者が医師に残薬を積極的に伝えない一因といえる。極端なものでは、二つの医療機関を受診し、片方の医療機関で処方された抗癌剤は副作用のため服用せずに廃棄したうえ、別の医療機関で治療を受けていることや薬を服用していないことを処方した医師に伝えずにそのまま処方が続けられた事例も報告されている（國頭[2023]）。

b. 高齢者医療の分野－外来特例の影響を中心に

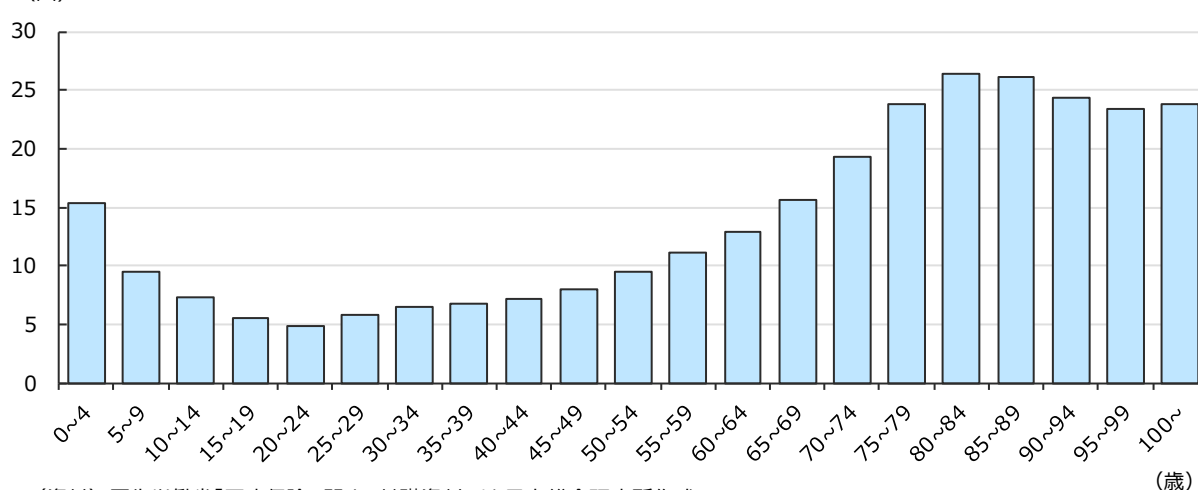
外来特例で自己負担限度額が低く設定されていることの影響を受ける高齢者の外来医療の分野では、過剰かつ非効率な医療サービスの利用が目立つ。

まず、高齢者の外来受診回数や処方薬の使用量が極めて多い。わが国の外来受診回数が国際的にみて極めて多いことは有名だが、年齢階層別にみると高齢者の外来受診回数が多い（図表 7）。高齢になると体に不調が生じやすくなるため、受診回数が増えること自体は自然であるが、わが国の高齢者は海外の高齢者と比べても顕著に受診頻度が高い（図表 8）。加えて、わが国は処方薬の使用量も OECD 平均の 2 倍以上と極めて多い（図表 9）。服用する薬の種類が 6 種類を超えると、副作用によるふらつき、転倒、肝機能障害などの薬物有害事象が生じやすくなることが知られているにもかかわらず（図表 10）、である。高齢者の法定自己負担割合の低さや外来特例による自己負担限度額の低さが、このような過剰かつ非効率な医療の利用を生む要因になっているとみるのが自然であろう。ただし、金銭面の問題だけでなく、総合診療専門医（家庭医のわが国制度上の呼称）が普及せず、複数の疾患を持つ高齢者が疾患ごとに別々の臓器別専門医を受診し、それぞれの臓器別専門医が個別最適で投薬する傾向があるという医療提供体制上の問題がある点にも留意が必要である。

¹⁶ ただし、先発薬が複数の効果を持つときに、そのバイオシミラーが一部の効果の適応を取得していない場合があり、そのような場合はバイオシミラーへの置き換えが難しく、シェア 100%を実現するのはハードルが高い。

¹⁷ 里見[2025]では、「高額療養費制度がある日本では患者負担は変わらないから、どうせ他人の金なら新しい方を好む。」「我々は高い薬に感覚が麻痺し、気前よく負担してくれる高額療養費制度の上にあぐらをかいて、いつの間にかこうした常識を失っているのか。」「承認した薬の全てを保険償還の対象としていて、医療者側はコストを気にせず気前よく使ってきたのがコスト高騰の主因です。」など、高額療養費制度により医師、患者の双方がコストを考慮しにくくなっている実態を示している。

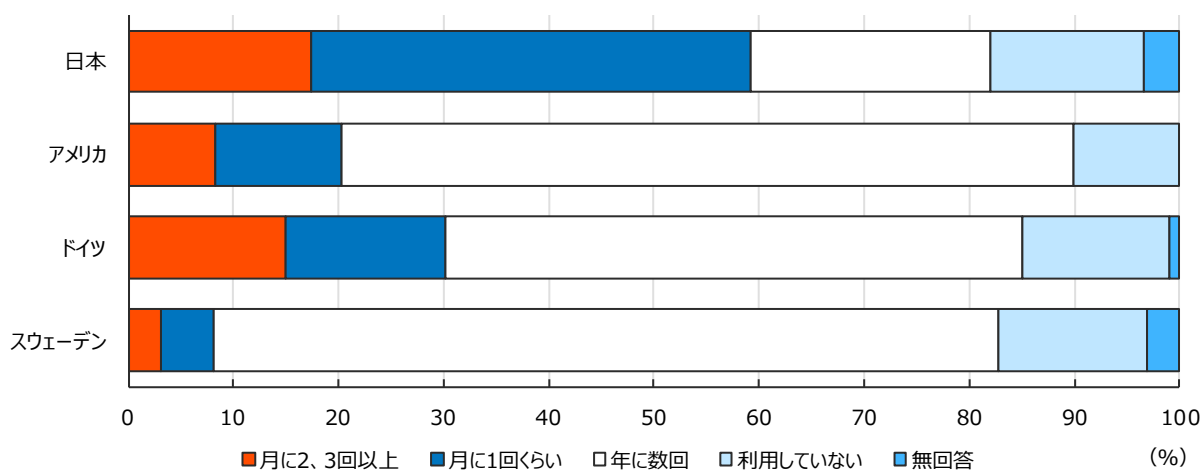
(図表7) 年齢階級別一人当たり外来受診回数 (2022年度)



(資料) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」より日本総合研究所作成

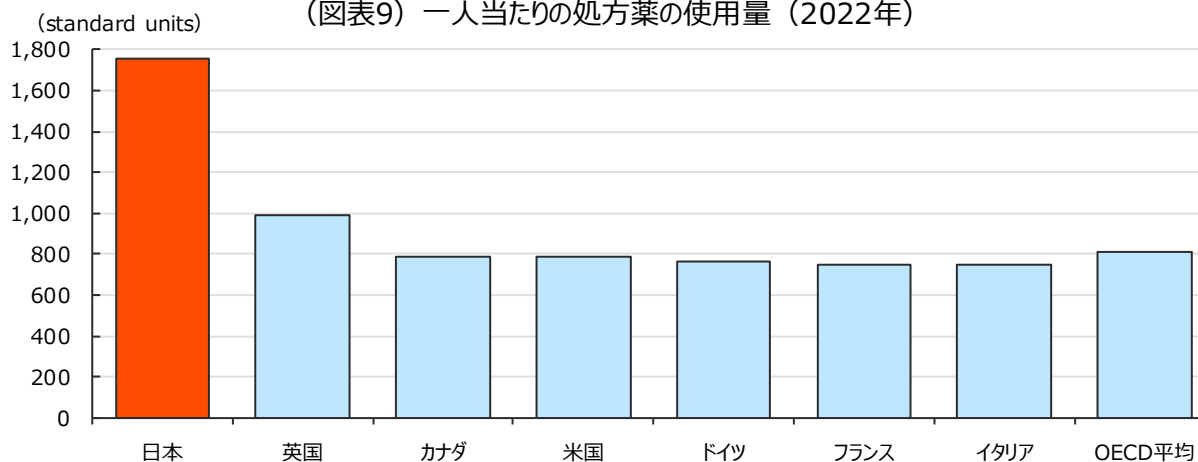
(注) 医療保険適用者のみが対象で、生活保護法適用者は含まない。

(図表8) 高齢者 (60歳以上) の医療サービスの利用状況



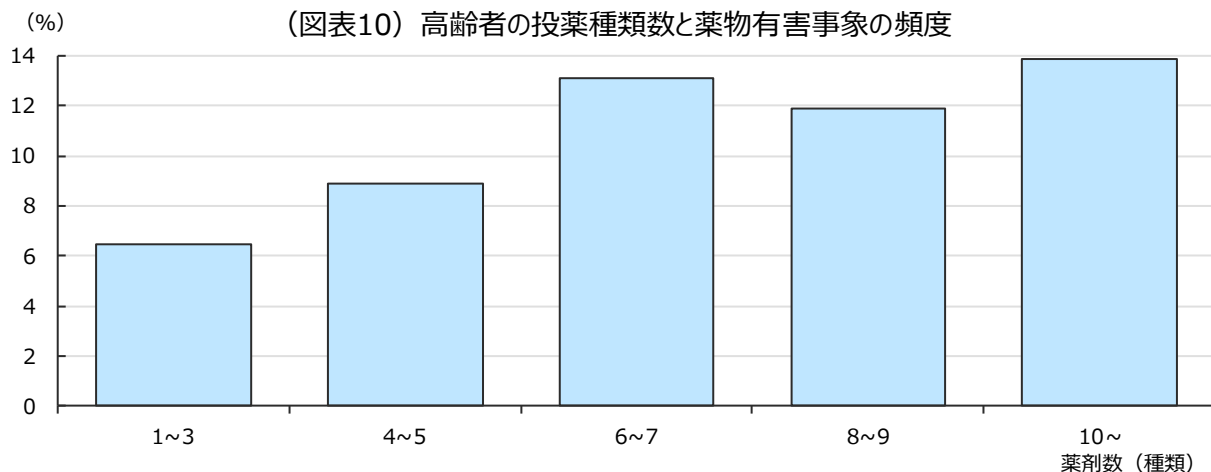
(資料) 内閣府「第9回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」より日本総合研究所作成

(図表9) 一人当たりの処方薬の使用量 (2022年)



(資料) RAND CORPORATION "International Prescription Drug Price Comparisons", OECD "OECD Data Explorer" より日本総合研究所作成

(注) standard unitsは、錠剤1錠、注射薬1バイアルのような、医薬品の数量の最小単位。



(資料) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, et al[2012]. 「High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs : analysis of inpatient database」より日本総合研究所作成

(注) 東大病院老年病科入院患者2,412名の解析。

次に、悪質な事例として、近年いわゆるホスピス型住宅に入居する患者への訪問看護で、サービスの過剰提供や不正請求が頻発している。訪問看護を含む在宅医療の主な対象者は通院困難な要介護認定を受けた高齢者である。要介護認定（または要支援認定）を受けた患者は、原則訪問看護は介護保険により給付されるため、保険給付の対象となる金額は要介護度に応じた上限が設けられ、それを越えた分は全額自己負担となる。ただし、例外的に、末期癌や特定の難病などの患者への訪問看護は、医療保険による給付を受ける。医療保険による給付であれば、保険給付額に上限がないうえ、高額療養費制度によって自己負担に上限が設けられ¹⁸、どれだけ利用しても例えば外来特例で自己負担は最大8,000円という状況になる。自己負担が上限の8,000円より増えないのであれば、必要以上に頻繁に訪問看護がきても患者に金銭的不利益はないし、事業者が水増しして請求しても患者は気がつきにくい。

実際、こうした制度を利用（悪用）して、相場よりも安い賃料を武器に末期癌や難病の入居者を集めたうえで、過剰な訪問看護サービスを提供して医療保険制度から多額の給付を受けるホスピス型住宅が問題視されている。例えば、①患者当たり一定額の月単価目標を設定し、一律に1日3回、複数名での訪問看護を提供するようマニュアル等で現場に求めるなどによる訪問看護の過剰提供や、②実際には夜間に患者が眠っていることを看護師1名で数十秒から数分確認しただけ¹⁹でも、複数名で30分訪問したという虚偽の記録に基づいて不正請求を行うなどの事案が、複数の事業者で行われていることが報道等で明らかにされている²⁰。

（２）計算期間が月単位であることの問題点と多数回該当による対応の限界

高額療養費制度は、医療費と自己負担限度額の計算期間が月単位のため、継続的に高額な医療を必要とする患者の自己負担が大きくなる。こうした患者の負担を軽減するために多数回該当という制度があるが、弥縫策にとどまり、弊害が目立つ。

¹⁸ 一部の難病の患者は本稿の主題である高額療養費制度とは別に、指定難病への医療費助成制度により、自己負担に上限が設けられている。

¹⁹ あるいは、患者の部屋を訪問することすらなく、睡眠状況を検知するセンサーの画面を事務室から確認しただけで請求するケースも報告されている。

²⁰ 株式会社サンウェルズ特別調査委員会「調査報告書」（2025年2月7日）、2025年6月19日介護ニュース JOINT「【市川亨】ホスピス型住宅、不正の実態とは 内部資料を入手 職員・入居者の驚きの証言」など。

まず、多数回該当によっても継続的に高額な医療が必要な患者の負担軽減という目的が十分に達成されておらず、根本的な解決策になっていない。前述の通り、多数回該当は過去 12 ヶ月に 3 回以上自己負担限度額に達すると対象になるが、ぎりぎり自己負担限度額に達しない患者の負担は軽減されず、年間の医療費が同じでも患者の自己負担に 10 倍以上の格差が生じ得る。自己負担限度額に達しても、保険者が変わると回数がりセットされるため、多数回該当が適用されるのが遅れ、自己負担限度額が高いままの期間が長くなる。高額療養費制度の対象となるような重い疾病に罹患すると、治療に専念するため退職する場合もあるが、その際に被用者保険から国民健康保険等へ保険者も変わることになるため、実際に影響を受ける患者は少なくないとみられる。

次に、複雑な仕組みにより年間医療費と自己負担の関係が単調な増加関数ではなくなっているため、自己負担を減らす目的で医療サービスの利用が歪められ、結果的に無駄なコストが生じる。医療保険財政の観点から最も深刻なのは、多数回該当の適用を受けるために、自己負担限度額に達するようあえて高額な医療サービスを受けることであろう。実際、厚生労働省の委員会でも、患者団体の代表の委員から、自己負担限度額に達するために、あえてより高額な先発薬を使うケースがあることなどが報告されている²¹。さらに、月単位で自己負担限度額が設定されているため、毎月一定額の医療費を使うよりも特定の月に集中的に使った方が自己負担は小さくなる。例えば、高価な抗癌剤を 1 ヶ月分ずつ処方すると自己負担限度額に達しないが、3 ヶ月分まとめて処方すると自己負担限度額に達するようなケースがある。抗癌剤は副作用などで治療方針が変更されることも多く、このような自己負担を減らす目的の長期処方、薬の大量廃棄に繋がる。

4. 求められる政策

以上の議論を踏まえ、求められる政策は大きく以下の三つである。

（1）非効率な医療を抑制するための医療保険制度そのものの改革

第 1 に、非効率な医療を抑制するための医療保険制度そのものの改革である。具体策として一つは、保険給付対象とする薬の限定である（成瀬[2023]）。現在のような承認された薬を原則すべて保険収載する運用を廃し、費用対効果を重視して、保険収載の是非を判断する。すでに保険収載されている薬も順次費用対効果の検証を行い、費用対効果に著しく劣る薬は保険給付対象から外す²²。

もう一つは、費用対効果を重視した診療ガイドラインの整備と活用である（財政制度等審議会[2025]）。保険収載された薬であっても、他に効果が同等でより安い薬がある場合は、安い方を優先することを診療ガイドラインに明記する。現在は、各学会が診療ガイドラインを定めているが、有効性や安全性など医学的観点からのみ検討され、コストが考慮されていないことがほとんどである。うえ、治療の際に活用するかは医療機関の任意である。もともと学会はコストへの関心が高くないほか、医師がほぼボランティアで診療ガイドラインを作成・更新している状態であり、コスト面の分析まで手が回らないというのが実情である。引き続き各学会が診療ガイドラインの作成を担うにしても、政府として予算と人員を出して関与を強め、費用対効果を重視するよう学会を指導し、診

²¹ 2025 年 5 月 26 日第 1 回「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」における全国がん患者団体連合会理事長の天野慎介委員の発言。

²² わが国では、保険診療と保険外診療を併用する混合診療が原則認められておらず、保険外併用療養費制度と位置付けることで例外的に混合診療が認められる。費用対効果に劣る薬を保険給付対象から除外する際には、そうした薬の使用を希望する患者の負担を過度に高めないために、保険外併用療養費制度に位置付けるのが妥当と考えられる。



療ガイドラインを公的な位置付けとすべきである。さらに進めて、診療ガイドラインの遵守を担保するために、その遵守状況をモニタリングしたうえで、診療報酬上の評価を行うのが有効と考えられる（成瀬[2023]）。わが国は病院も含めて民間の医療機関が多く、医療機関を統制するうえで診療報酬の役割は大きい。

このような医療保険制度そのものの改革は、実行に時間を要するが、高額療養費制度の改革の結論を得ることになっている本年秋までに方向性を示すべきである。すなわち、当初の政府見直し案のような自己負担限度額引き上げ一辺倒の制度変更は避ける代わりに、供給側への統制を強めることで非効率な医療を抑制するというビジョンを明確にする。改革の実行にあたっては、すべての分野で一斉に行おうとせず、大きな効果が期待される分野から段階的に進めていくのが現実的と考えられる。

（２）年齢や入院・外来の別による自己負担限度額の差の撤廃

第２に、年齢や入院・外来の別による自己負担限度額の差の撤廃である。70歳以上と70歳未満で分かれている現行制度の体系を年齢によらず一本化したうえで、外来特例は廃止する。昨年末に高額療養費制度について議論した社会保障審議会医療保険部会でも一部の委員からこうした意見が出されている²³。これにより、外来特例の対象となっていた患者は現行制度より自己負担限度額が上昇し、高齢者の外来分野で目立っていた非効率な医療の利用が一定程度抑制されることが期待できる。なお、70歳未満の患者と自己負担限度額の水準を揃えるものであり、引き続き、最低限の医療へのアクセスは確保されるものと考えられる。

これと同時に、総合診療科の普及を推進するとより効果的である（成瀬[2024]）。外来特例の廃止は高齢者が外来医療費を節約するインセンティブを高めるが、あわせて、医療の質を維持しつつ医療費を抑制する方法を示し啓蒙することで、患者は実際に医療費抑制に向けて行動変容を起こすことができる。とりわけ複数の疾患をもつ高齢者は、疾患ごとに別々の臓器別専門医を受診するよりも、総合診療専門医を受診した方が、外来受診回数が減り医療費が抑制されるうえ、多剤投与も是正され、医療の質が高まると期待される。しかし、現状総合診療専門医の認知度が低いうえ、総合診療科を標榜することすら認められていないため、総合診療科を受診したい患者もどの医療機関を受診してよいのか分からない状況にある。わが国は総合診療専門医の育成が遅れているという課題もあるが、総合診療科の標榜を認めることを含め普及策を進めることで、総合診療専門医の志望者が増える好循環が期待される。

（３）計算期間の年単位化

第３に、計算期間の年単位化である。医療費と自己負担限度額の計算期間を現行の月単位から年単位へ変更する。ドイツやスウェーデンなど、わが国の高額療養費制度に相当する制度がある国でも、計算期間は年単位である（安藤[2025]）。計算期間を年単位化することで、年間にかかった医療費が同じであれば自己負担も同じになり、継続的に高額な医療が必要な患者の負担が軽減されるほか、無理に医療費を特定の月に集中させようとするようなインセンティブもなくなる。

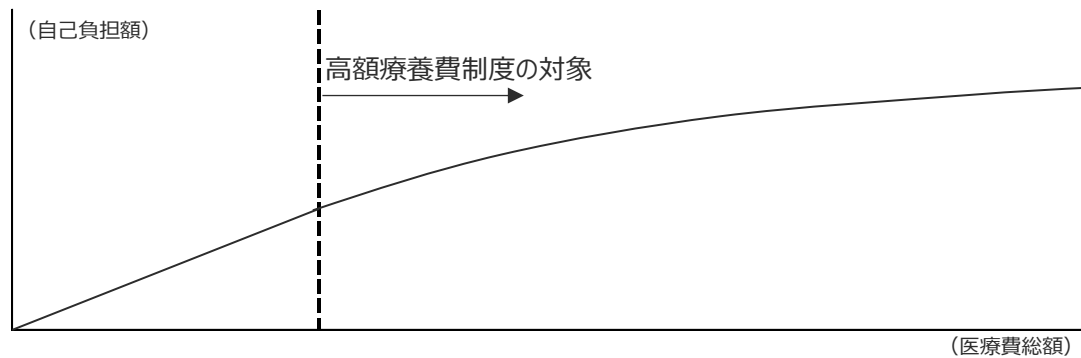
計算期間の年単位化にあたり、高額な医療へのアクセスを確保するために限界自己負担率は通減

²³ 2025年12月5日第188回社会保障審議会医療保険部会では、上智大学経済学部教授の中村さやか委員が「まず、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ということ、それから、インフレ対応が必要だということに関しては理解できるものだと思います。」と発言し、健康保険組合連合会会長代理の佐野雅宏委員が「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と考えます。」と発言している。



させつつも、患者にコストを節約するインセンティブを持たせるため、医療費が増えれば必ず自己負担が増える体系とする（図表 11）。これにより、効果が同等であればコストの低い薬または治療法を選ぶ患者が増えるようになることに加え、過剰な訪問看護や不正請求等に対して患者側のチェックがはたらきやすくなると期待される。

（図表11）年間の医療費総額と自己負担額の関係



（資料）日本総合研究所作成

計算期間を年単位にするとしても、翌年になるまで給付が受けられないのでは患者の負担が大きく、受診の都度、少なくとも月単位で給付を受けられる方が好ましいであろう²⁴。例えば、ある所得区分のDさんの年間医療費100万円、200万円、300万円に対応する自己負担が30万円、50万円、60万円であるとする。Dさんが、1月、4月、7月に100万円の医療をそれぞれ受けた場合、1月の自己負担30万円、4月の自己負担20万円、7月の自己負担10万円とすることで、計算期間を年単位にしても早期の給付が可能である。マイナ保険証やマイナンバー制度を通じて、年間の医療費累計額や所得区分などの情報が、医療機関、保険者、患者、行政等の間で必要に応じ適時に共有できるよう、システムや関連法令を整備することで、年単位の計算と月単位の給付の両立は実現可能であろう。

5. おわりに

高額療養費制度の政府見直し案は、非効率な医療の抑制という目的が明確に示されないなかで、時間的制約もあり、現行制度の骨格をほぼ維持したまま自己負担限度額を引き上げる内容となった。その結果、医療へのアクセスを阻害すると患者団体などからの反対を受けて、異例の展開を経て一旦白紙撤回を余儀なくされた。

紆余曲折を経ながらも、結果として腰を据えて検討を行う時間が確保されたのだから、政府にはこれを奇貨として、必要な医療へのアクセス確保と非効率な医療の抑制の両立という命題に立ち返り、現行制度の延長線上にとどまらない最善の制度設計を目指すことを期待したい。

以 上

²⁴ 現行の高額療養費制度においても、受診時の窓口での支払いが自己負担限度額までとなる現物給付と、受診時には窓口で法定自己負担割合を支払ったうえで、自己負担限度額との差額を後から給付される現金給付がある。

〔参考文献〕

- [1] 安藤道人[2025].「高額療養費上限額引き上げ案の衝撃と教訓ー『治療断念』と『家計破綻』を防ぐ医療保険の再構築に向けてー」社会保険旬報 No. 2966
- [2] 伊藤由希子[2025].「高額療養の医療の質は高いのか？」週刊社会保障 No. 3308
- [3] 國頭英夫[2023].『誰も考えようとしなかった癌の医療経済』中外医学社
- [4] 健康保険組合連合会[2024].「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」
- [5] 健康保険組合連合会[2025].「医療保障総合政策調査・研究基金事業 高額医薬品の適正使用の推進のための調査研究 報告書」
- [6] 郷真貴子、川地志緒里、宇佐美英績、木村美智男、吉村知哲[2018].「経口抗がん薬服用患者に対する薬剤師外来における残薬確認の有用性」医療薬学 44 巻 6 号
- [7] 財政制度等審議会[2025].「激動の世界を見据えたあるべき財政運営」
- [8] 里見清一[2025].『患者と目を合わせない医者たち』新潮社
- [9] 成瀬道紀[2023].「薬剤給付制度の薬価偏重からの脱却をー給付対象の限定と医師の処方行動への働きかけをー」JRI レビュー2023 Vol. 8, No. 111
- [10] 成瀬道紀[2024].「かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方ーわが国と医療提供体制が類似した台湾を参考にー」リサーチ・フォーカス No. 2024-014
- [11] 西沢和彦[2025].「標準報酬月額上限引き上げの前に議論すべきこと」東京財団政策研究所 Review
- [12] 三原岳[2025].「異例づくめの高額療養費の見直し議論を検証する 少数与党の下で二転三転、少子化対策の財源確保は今後も課題」ニッセイ基礎研レポート
- [13] Daniel A Goldstein, Leonard B Saltz, Gregory R Pond, Ian F Tannock[2024]. “Pharmacological class effects of anticancer drugs: opportunities for decreasing healthcare spending” BMJ Oncology