

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.893 2025.11.4

医療情報ヘッドライン

**厚労省、次期改定の基本方針を提示
「診療報酬上求める基準の柔軟化」と明記**

▶厚生労働省 医療保険部会

**高額療養費の自己負担見直しに向け
厚労省が3つの論点を提示**

▶厚生労働省 専門委員会

週刊 医療情報

2025年10月31日号

**医療経営支援「補助金を措置」
所信表明**

経営TOPICS

統計調査資料

令和6年度

介護給付費等実態統計の概況
(令和6年5月審査分～令和7年4月審査分)

経営情報レポート

**知っておきたい医療費削減の仕組み
高額療養費制度改定のポイント**

経営データベース

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 患者満足度向上

**第一印象を良くするポイント
正しい電話対応のポイント**

発行: 税理士法人ブレインパートナー

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

厚労省、次期改定の基本方針を提示 「診療報酬上求める基準の柔軟化」と明記

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は 10 月 23 日の社会保障審議会医療保険部会で、2026 年度の次期診療報酬改定における基本方針を提示。「物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応」を重点課題として位置づけた。具体的な対応の方向性として、「医療従事者の処遇改善」「業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進」「タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進」「医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策」に加え、「診療報酬上求める基準の柔軟化」を公表資料に明記。深刻な人手不足を踏まえると、人員配置基準の緩和に踏み切る可能性が出てきた。

■賃上げ・人材確保の取組は「急務」

厚労省は、次期診療報酬改定に向けた「基本的視点・具体的方向性」として、前述の重点課題を含めた 4 つの視点を提示。重点課題と位置づけた「物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応」は視点 1 とし、視点 2 として「2040 年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進」、視点 3 として「安心・安全で質の高い医療の推進」、視点 4 として「効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上」を挙げた。

重点課題とした視点 1 について厚労省は、「医療機関等は、現下の持続的な物価高騰により、事業収益の増加以上に、人件費、委託費や医療材料費等といった物件費の事業費用

が増加しており、事業利益が悪化している」とし、「2 年連続 5 %を上回る賃上げ率であった春闘などにより、全産業において賃上げ率が高水準となっている中、医療分野はこれに届いておらず、人材確保も難しい状況にあり、医療分野は厳しい状況に直面している」との認識を示した。

そのうえで、「医療機関等が資金繰り悪化等により、必要な医療サービスが継続できない事態は避けなければならないことから、物価高騰による諸経費の増加を踏まえた対応や、必要な処遇改善等を通じた、医療現場を支える医療従事者の賃上げ・人材確保のための取組を進めることが急務」とし、前述した具体的な方向性を提示している。

■かかりつけ医機能の評価も見直しへ

視点 2 の具体的方向性としては、「患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備、人口の少ない地域の実情を踏まえた評価）」、「『治し、支える医療』の実現」、「かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価」などを挙げた。視点 3 では「アウトカムにも着目した評価の推進」「医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価」などを、視点 4 では「後発医薬品・バイオ後続品の使用促進」「電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進」などを挙げている。

医療情報
ヘッドライン
②

高額療養費の自己負担見直しに向け 厚労省が3つの論点を提示

厚生労働省 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会

厚生労働省は 10 月 22 日の「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」で、高額療養費の自己負担のあり方について3つの論点を提示した。その中で、これまで同委員会や医療保険部会での展開されてきた議論を踏まえて「セーフティネット機能として患者になくてはならない制度として認識が一致している」としたものの、1,000 万円以上の高額レセプト件数が近年急増している現実もある。

今後も医療費の増大が見込まれる中で、患者の経済的負担に配慮したセーフティネット機能を保つ制度設計ができるかどうか問われている状況だ。

■高額レセプトは近年急激に増加

厚労省が提示した論点は、「高齢化の進展や医療の高度化等により増大する医療費への対応」「年齢にかかわらず負担能力に応じた負担」「セーフティネット機能として的高額療養費制度の在り方」の3つ。切り口はそれぞれ異なるものの、突き詰めるといずれも患者の自己負担額が焦点となっている。

背景にあるのは、急激な医療の高額化だ。

健康保険組合連合会の「令和6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」によれば、2015 年度のレセプト最高金額は約 4,253 万円、上位 100 位平均は約 1,987 万円だったが、2024 年度のレセプト最高金額は約 1 億 6,871 万円と約4倍に、上位 100 位平均は約 4,250 万円と約2倍に増えている。

1,000 万円以上のレセプトに絞り込むと、より高額化の傾向が見える。2010 年度は 174 件だったが、10 年後の 2020 年度は 1,365 件と約 7.8 倍に、2024 年度は

2,328 件と 2010 年度に比べると約 13.4 倍に増加しているのだ。

■がん治療の断念を防いでいる側面も

一方で、高額療養費制度の存在が、安心して治療を受けられるセーフティネットとして機能しているのも事実。国立がん研究センター「患者体験調査報告書 令和5年度調査」によれば、2021 年にがんと診断された 18 歳以上の患者のうち「治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある人」は 1.8%、「治療費用の負担が原因で、保険診療範囲内治療を断念したことのある人」は 0.9%だった。にもかかわらず、「医療を受けるための金銭的負担が原因で生活に影響があった人」は 24.2%と約4人に1人が該当しており、必要以上に高額療養費制度によって優遇されているわけではない状況も見えてくる。

諸外国と比較しても、高齢化率が際立って高いわりには、総医療費の対 GDP 比は高くない。米国および欧州4国（イギリス、ドイツ、フランス、スウェーデン）と日本を比較すると、日本（12.3%）は、米国（16.5%）、ドイツ（12.4%）に次ぐ3番目だ（以下、フランス 11.8%、イギリス 11.1%、スウェーデン 10.9%と続く）。

福祉元年と呼ばれた 1973 年に創設された高額療養費制度は、誰もが先進医療を受けられるという点で、日本が世界に誇る国民皆保険の象徴的な存在であり、平均年齢および保健医療水準が世界最高レベルとなった要因でもある。どのような形で持続可能性を確保できる制度にしていくのか、今後の議論の行方から目が離せない。

ビズアップ週刊

医療情報

2025年10月31日号

[情報提供]MMPG

(メディカル・マネジメント・プランニング・グループ)
メディカルウェーブ

医療情報①
高市早苗首相
所信表明演説

医療経営支援「補助金を措置」 所信表明

高市早苗首相は 24 日、衆参両院の本会議で就任後初めての所信表明演説に臨み、深刻な経営難に陥っている医療機関や介護施設を支援するため報酬改定を待たずに補助金を措置する考えを示した。

高市氏は、国民が安心して必要なサービスを受けられるためにも赤字に苦しむ医療機関や介護施設への対応は「待ったなし」だと強調した。診療報酬や介護報酬の改定で物価高や賃上げを適切に反映させるとともに、報酬改定を待たずに補助金を支給して経営改善や従業員の処遇改善の「効果を前倒しする」と表明した。

また、社会保障の給付と負担のバランスを見直すため、有識者を交えた超党派の国民会議を新設し、税と社会保障の一体改革を議論する。OTC 類似薬を含む薬剤の自己負担の見直しや、医療機関の DX 化、データヘルスを通じた質の高い医療の実現に向けた検討を迅速に進める考えも示した。これらの改革を通じて、現役世代の保険料負担を抑制する。

医療情報②
厚生労働省
医療保険部会

「物価高・賃上げ」への対応を 重点課題に 厚労省案

厚生労働省は 23 日、2026 年度診療報酬改定の基本方針で、「物価や賃金、人手不足などへの対応」を重点課題に位置付ける案を社会保障審議会の医療保険部会に示した。

厚労省案では、4 つの基本的視点のうち、物価高や賃上げなど医療機関を取り巻く環境の変化への対応に重点を置く。物価高騰により、人件費や委託費、医療材料費などの費用の伸びが収益の増加分を上回り、医療機関の収支が悪化。全産業の賃上げ率が 2 年連続で 5%を超える中、医療分野ではこれに追い付かず、人材確保も困難な厳しい状況に直面しているとした。

具体的方向性の例としては、人件費をはじめ高騰する費用への対応を掲げた。

医療従事者の処遇改善や ICT・AI・IoT の活用促進、診療報酬で求める基準の柔軟化なども盛り込み、賃上げや人材確保に向けた取り組みを進める。

基本的視点ではほかに、以下を挙げた。

- ▼40 年ごろを見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域医療の確保、地域包括ケアシステムの推進
- ▼安心・安全で質の高い医療の推進▽効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

このうち、「安心・安全で質の高い医療の推進」では、救急医療や小児・周産期医療の充実、質の高いがん医療・精神医療の評価、難病患者などへの適切な医療の評価を重点的な対応が必要な分野として示した。

厚労省が示した案に対し、島弘志委員（日本病院会副会長）は、「今の診療報酬は医療機関の支出に全く対応できていない」と強調。26年度改定は、病院や診療所が「生きるか、死ぬか」という議論になるとし、入院基本料をはじめとする基本診療料をしっかりと引き上げるなど、医療機関の経営安定化に向けて必要な対応を取るよう強く訴えた。

医療情報③
日本病院団体
協議会

消費税に関する議論の場の設置を ～日病協の神野正博副議長の記者会見

日本病院団体協議会の神野正博副議長（全日本病院協会会長）は24日の記者会見で、医療機関や薬局が負担する消費税の問題について議論する場の設置を国に申し入れる考えであることを明らかにした。消費税に関する議論の場の設置について、中央社会保険医療協議会から厚生労働相に建議するよう中医協委員と協議する。

消費税負担の問題を巡っては、10月8日に厚労省が、診療報酬での補填率の計算で2021年度と22年度の支出に水道光熱費を計上しないなど複数のミスがあったことを公表し、謝罪する事態となった。

神野副議長は、保険診療が非課税とされる中、「医療機関などが負担する消費税を診療報酬で補填する仕組み自体に問題がある」とし、これについて議論する場の設置を中医協が厚労相に建議するよう働きかける考えを示した。中医協の支払側と診療側の委員も消費税について何らかの問題意識を持っていることも確認したという。

12月以降に23-24年度の消費税の補填率に関するデータが中医協で示される見込みであることから、そのあたりに建議を行うことを想定している。

医療情報④
日本医師会
松本吉郎会長

松本日医会長 新政権に 「スピード感ある対応」期待

日本医師会の松本吉郎会長は22日の定例記者会見で、前日に発足した高市新政権についての見解を述べた。高市首相が医療機関の経営危機に補正予算で対応すると言及した点を「心強い」と語った。

一方、連立与党である日本維新の会が求めるOTC類似薬の保険適用除外については「反対」と明言。自民・維新の連立政権合意書の内容についても「患者負担の増大」の懸念を表明するなど適切なタイミングで意見を述べていく考えを示した。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年10月31日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

令和6年度 介護給付費等実態統計の概況 (令和6年5月審査分～令和7年4月審査分)

厚生労働省 2025年9月30日公表

結果の概要

1 受給者の状況

(1)年間受給者数

令和6年度（令和6年5月審査分～令和7年4月審査分）における介護予防サービス及び介護サービスの年間累計受給者数は全体で68,597.3千人と、令和5年度と比較すると1,517.8千人（2.3%）増加している。

そのうち介護予防サービスの年間累計受給者数は11,431.7千人、介護サービスの年間累計受給者数は57,191.2千人と、それぞれ623.6千人（5.8%）、896.4千人（1.6%）増加している。

また、年間実受給者数は全体で6,754.0千人と、令和5年度と比較すると121.9千人（1.8%）増加している。そのうち介護予防サービスの年間実受給者数は1,303.9千人、介護サービスの年間実受給者数は5,731.1千人と、それぞれ59.3千人（4.8%）、64.6千人（1.1%）増加している。

受給者数の年次推移

（単位：千人）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	対前年度	対前年度
					増減数	増減率
年間累計受給者数 ^{注1)}	64 830.0	65 857.7	67 079.4	68 597.3	1 517.8	2.3%
年間実受給者数 ^{注2)}	6 381.7	6 524.4	6 632.0	6 754.0	121.9	1.8%

注:1)「年間累計受給者数」は、各年度とも5月から翌年4月の各審査月の介護予防サービス又は介護サービス受給者数の合計である。

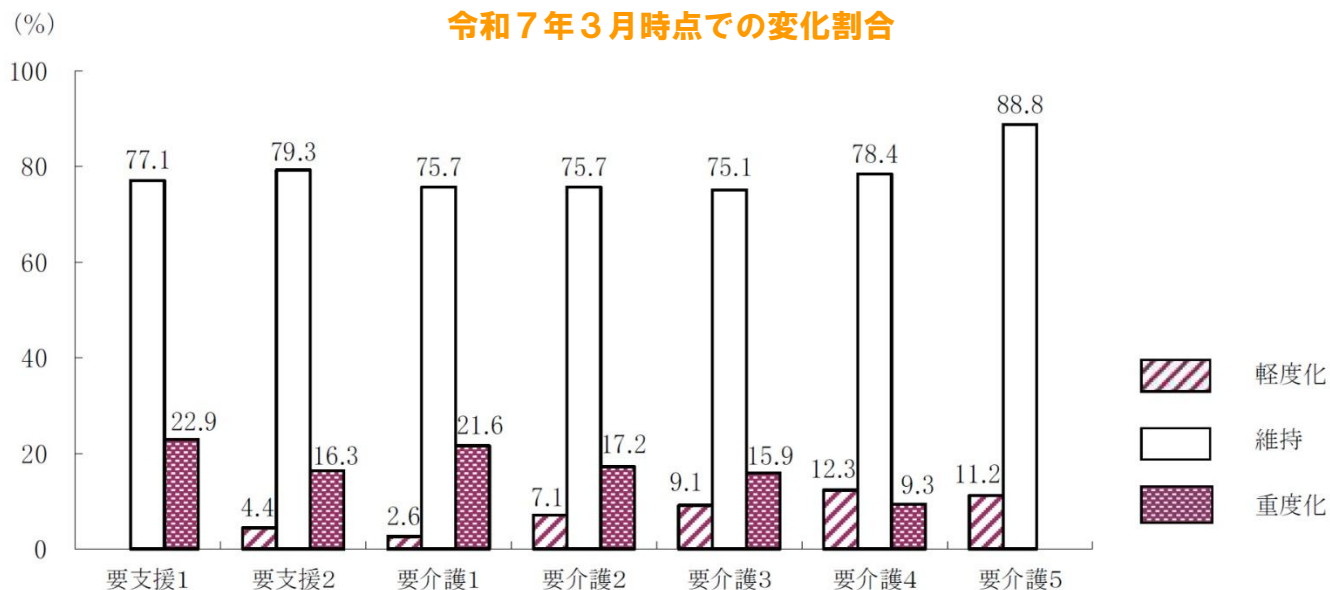
注:2)「年間実受給者数」は、各年度とも4月から翌年3月の1年間において一度でも介護予防サービス又は介護サービスを受給したことのある者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。

(2)要介護（要支援）状態区分の変化

令和6年度における受給者のうち、令和6年4月から令和7年3月の各サービス提供月について1年間継続して介護予防サービス又は介護サービスを受給した者（以下「年間継続受給者」という。）は、4,063.2千人となっている。

年間継続受給者の要介護（要支援）状態区分を令和6年4月と令和7年3月で比較すると、要介護（要支援）状態区分の変化がない「維持」の割合が、「要支援1」～「要介護4」でおおよそ8割、「要介護5」でおおよそ9割となっている。

年間継続受給者における令和6年4月時点の要介護（要支援）状態区別にみた 令和7年3月時点での変化割合



【令和6年4月の要介護（要支援）状態区分】

(3) 性・年齢階級別にみた受給者の状況

令和7年4月審査分においては、認定者数 7,492.0 千人、受給者数 5,726.4 千人となっており、受給者数を性別にみると、男 1,777.0 千人（31.0%）、女 3,949.4 千人（69.0%）となっている。

また、認定者数に占める受給者数の割合をみると、男 72.9%、女 78.1%となっている。

65 歳以上の各年齢階級別人口に占める受給者数の割合（令和6年11月審査分）を性別にみると、「75～79 歳」以降のすべての階級において、女の受給者数の割合が男を上回っている。

2 費用額の状況

(1) 費用額累計における年次推移及びサービス種類別の状況

令和6年度の費用額累計は 11,938,109 百万円と、令和5年度と比較すると 424,188 百万円（3.7%）増加している。

サービス別に費用額累計をみると、介護予防サービスでは 320,244 百万円、介護サービスでは 11,617,866 百万円と、令和5年度と比較するとそれぞれ 20,942 百万円（7.0%）、403,246 百万円（3.6%）増加している。

費用額累計の年次推移

（単位：百万円）

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	対前年度 増減数	対前年度 増減率
費用額累計 5月審査分～ 翌年4月審査分	10 778 334	11 029 131	11 191 213	11 513 921	11 938 109	424 188	3.7%

注) 費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額（公費の本人負担額を含む）の合計額である。市区町村が直接支払う費用（償還払い）は含まない。

(2)都道府県別にみた受給者1人当たり費用額

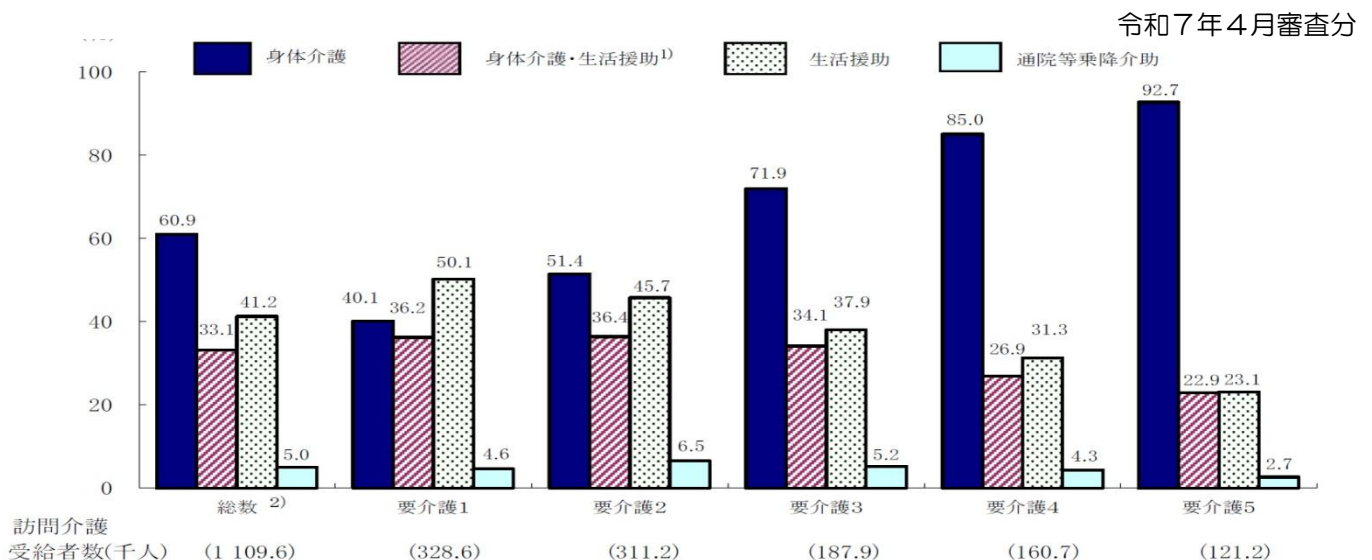
令和7年4月審査分における受給者1人当たり費用額を都道府県別にみると、介護予防サービスは佐賀県 37.1 千円と最も高く、次いで長崎県が 34.7 千円、鹿児島県が 32.9 千円となっている。介護サービスでは、鳥取県が 229.9 千円と最も高く、次いで新潟県が 220.5 千円、福井県が 219.7 千円となっている。

3 居宅サービスの状況

(1)訪問介護

令和7年4月審査分における訪問介護サービスの要介護状態区分別の受給者について内容類型別の利用割合をみると、要介護1では「生活援助」50.1%、要介護5では「身体介護」92.7%が最も多くなっており、要介護状態区分が高くなるに従って「身体介護」の利用割合が多くなり、「生活援助」の利用割合は少なくなっている。

訪問介護サービスの要介護状態区分別にみた内容類型別受給者数の利用割合



注：訪問介護内容類型別受給者数の利用割合(%)＝内容類型別の受給者数／訪問介護受給者数×100

1) 「身体介護・生活援助」とは、身体介護に引き続き生活援助を行った場合をいう。

2) 総数には、月の途中で要介護から要支援に変更になった者を含む。

(2)通所介護・通所リハビリテーション

令和7年4月審査分における通所介護と通所リハビリテーションの受給者について要介護状態区分別の割合をみると、「要介護1」～「要介護3」の合計が全体の8割以上を占めている。

4 地域密着型サービスの状況

令和7年4月審査分における地域密着型（介護予防）サービスの種類別の受給者について要介護（要支援）状態区分別の割合をみると、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護では、「要介護3」～「要介護5」の割合が多くなっている。

令和6年度 介護給付費等実態統計の概況（令和6年5月審査分～令和7年4月審査分）の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



制度改正

知っておきたい医療費削減の仕組み 高額療養費制度 改定のポイント

1. 高額療養費制度の概要と見直し延期の背景
2. 高額療養費自己負担限度額の変更点
3. 高額療養費制度見直しの行方
4. 制度変更の動向と今後の注目点



■参考資料

【厚生労働省】：令和4年度 国民医療費の概況 高額療養費を利用される皆様へ 高額療養費制度の見直しについて 高額療養費自己負担割合 令和8年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案） 他

1

医業経営情報レポート

高額療養費制度の概要と見直し延期の背景

厚生労働省は持続可能な医療保険制度の構築や所得に応じた負担の見直しなどを目的に、2025年8月から段階的に高額療養費制度の見直しを行うことを決定しました。

しかし、物価高騰による家計の負担増の回避や、「がん、難病の患者団体」の訴えなどにより、当初予定されていた自己負担限度額の見直しは見送りとなりました。これは制度全体の凍結を意味するものではなく、2026年以降、今後の動向を注視しながら段階的な調整が再検討される見込みです。以上を踏まえて、本稿では、高額療養費制度の基本的な仕組みについて確認し、医療費を取り巻く状況や、検討された変更と今回見送られた背景について解説します。

■ 制度の基本的な仕組み

高額療養費制度は、ひと月に医療機関に支払った額が高額になった場合に、定められた上限額（自己負担限度額）を超えて支払った額を払い戻す医療保険制度です。この制度は、国民皆保険制度の一環として設けられており、高額な医療費がかかっても、経済的な理由で必要な医療を受けられないということがないよう、患者負担を軽減するという重要な役割を果たしています。医療費の自己負担割合は、年齢や所得によって異なり、以下のようになっています。

◆ 患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

(令和4年10月～)

		負担割合	月単位の上限額 (円)	
			外来 (個人ごと)	上限額 (世帯ごと)
70歳未満	年収約1,160万円～ 健保：標額83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	3割 (※1)	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標額53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標額28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標額26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>	
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
70歳以上	年収約1,160万円～ 健保：標額83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標額53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標額28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標額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	18,000 (※5) [年14.4万円 (※6)]	57,600 <多数回該当：44,400>
	住民税非課税	75歳以上 1割 (※4)	8,000	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

※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 旧ただし書き所得の合計額が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 75歳以上の2割負担対象者について、施行後3年間、1月分の負担増加額は3000円以内となる。

※6 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。

(出典) 厚生労働省：医療費の一部負担(自己負担)割合について

患者の自己負担割合は、年齢や所得によって決まっており、一般的には70歳未満の場合は3割、70歳以上は1割または2割(所得に応じた区分により)となっています。

ただし、この自己負担割合で計算された医療費が高額になった場合、高額療養費制度によって、定められた上限額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻されます。

高額療養費自己負担限度額の変更点

■ 2025年度の負担引上げ見送りについて

前述の通り、2025 年8月から予定されていた、高額療養費の自己負担限度額の見直しが見送りとなりました。しかし、改正の見送りは制度全体の凍結を意味するものではなく、2026年から今後の動向を注視しながら段階的な調整が再検討される見込みです。

◆ 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、以下の方角で見直す。
- 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		
具体的な引上げ幅 (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。

【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

（出典）厚生労働省：
高額療養費制度の見直しについて

■ 主な変更点

2026 年8月からは、以下の点が変更される予定です。

●各所得区分の自己負担限度額の引き上げ

所得が高い層にはより大きな負担を求め、低所得者への配慮を行いながら、全体の制度の持続可能性を図る方針となっています。

●各所得区分の細分化

2026 年8月から、住民税非課税区分を除く各所得区分が3区分に細分化されます。この細分化は、激変緩和措置として2段階で実施される予定であり、段階的な実施により被保険者の負担が一度に大きくならないよう配慮されています。

例えば、「年収約770～1,160万円」の区分の方の場合、現行では一律の自己負担限度額ですが、細分化により「年収約770～900万円」「年収約900～1,030万円」「年収約1,030～1,160万円」の3区分に分けられ、所得が高くなるほど自己負担限度額も高くなります。

3

医業経営情報レポート

高額療養費制度見直しの行方

■ 日本難病・疾病団体協議会の声明

今般の改正に対し、一般社団法人日本難病・疾病団体協議会（JPA）は2025年2月21日に「高額療養費制度における負担上限額の引き上げ」に関する緊急声明を発表しました。

JPAは、政府が予定していた段階的な上限額の引き上げに対し、「多数回該当」部分の据え置き決定については評価する一方で、その他の区分において最大70%もの引き上げが予定されている点については強い懸念の声を上げました。

声明では、「引き上げによりこれまで制度の恩恵を受けていた患者が限度額に届かず、セーフティネットから外れてしまう可能性がある」として、特に現役世代で治療と就労を両立しようとする人々に深刻な影響が出ることを指摘しました。

また、制度の支出を約3兆円から2兆円程度へと抑制できるとする政府の試算については、「セーフティネットとしての機能の縮小を意味し、受診抑制や重症化のリスクも懸念される」と批判しています。

さらに、議論のプロセスにおいて「資料の不十分さ」や「当事者不在の審議」への問題提起も行われました。JPAは「制度の持続可能性」を否定するものではなく、拙速な制度変更ではなく、丁寧で当事者参加型の議論を通じた再検討が必要だという声も上げています。

◆ 日本難病・疾病団体協議会の声明

1 制度の持続可能性への懸念

制度の持続可能性への懸念は高いが影響は低い。

1



2 患者のセーフティネットからの脱落

患者のセーフティネットからの脱落は深刻な影響を及ぼす。

2



3 議論プロセスへの問題提起

議論プロセスへの問題提起は影響も懸念も低い。

3



4 受診抑制のリスク

受診抑制のリスクは影響が高いが懸念は低い。

4



■ 全国がん患者団体連合会(全がん連)のアンケート結果

一般社団法人全国がん患者団体連合会（全がん連）は、2025年1月に「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」を実施し、3,623人の声を取りまとめました。

4

医業経営情報レポート

制度変更の動向と今後の注目点

■ 今後の制度改革の見通し

これまで幾度も述べてきたとおり、今回の高額療養費制度の改正は見送られましたが、これは制度の完全な凍結を意味するものではありません。

厚生労働省は今後も以下の点を踏まえ、段階的な制度改革を継続する方針です。

◆2026年8月以降実施可能性のある項目

- 持続可能な医療保険制度の構築
- 所得に応じたきめ細かい負担調整
- 全世代型社会保障の実現

■ 医療制度改革に向けた次世代の課題

2025 年以降、団塊の世代が 75 歳以上となり、高齢人口の急激な増加が予想される中、医療費の増大は避けられない課題となっています。また、現役世代の数は急速に減少しているため、一人あたりの社会保障負担は増大し、現行の医療保険制度の持続可能性が揺らぐ可能性があります。



◆現状の課題

社会保障制度の持続可能性の確保

人口構造の変化（少子高齢化）の中で、今後も増加し続ける社会保障給付費に対して、財政的な持続可能性をどう実現するかが重要な課題となっています。特に都市部と地方ではニーズや課題が異なるため、地域ごとの特性を考慮した対策が必要です。

医療費適正化のための政策連携

医療制度の持続可能性を確保するためには、経済・財政との連携を強化し、統合的な改革を進める必要があります。特に、医療費適正化、医療 DX の推進、民間資金の活用など、多角的なアプローチが求められます。

世代間の給付と負担の公平性

現行制度は高齢者への給付が中心で、現役世代に大きな負担がかかっています。この構造を見直し、保険料率の見直しや高齢者の応能負担の拡大、診療報酬体系の改革など、財政基盤の強化と世代間・世代内の公平な負担の仕組みづくりが課題となっています。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

第一印象を良くするポイント

来院する患者や家族に対して 第一印象を良くするポイントを教えてください。

アメリカの言語学者メラビアンによれば、「人は相手からのメッセージを、言語による部分は7%、残りの93%を非言語であるトーンやイントネーションや顔の表情などのボディランゲージから受け取る」という研究結果が示されています。つまり、「明るさ、元気、さわやか」という良いイメージは、相手にメッセージを伝える際に与える印象の大部分を占めているのですから、それだけで人間の大きな魅力になるのです。他人に対する第一印象を良いものにするためには、次のようなポイントに留意して対応するとよいでしょう。

①感じのよい挨拶、元気な返事、さわやかな言動をする

挨拶という漢字は、「襟を開いて迫る、押し広げて近づける」という意味を持っています。

これは、人間関係において最も基本的な姿勢といえるでしょう。心を近づけなければ、相手との関係づくりは何も始まりません。したがって、「挨拶一つ満足にできずに偉そうなことを言うものではない」等といわれるのは、正しい考え方といえます。

もう一つ重要なのは、「礼」です。礼には相手を敬い、大切に思う気持ちが込められており、物事は礼に始まり礼に終わります。また、美しい礼を心がければ、心も正されてきます。

これらに注意した上で、明るく、元気に、さわやかな言動を心掛けるようにします。

②まず、形を整える

人は職員の言動を見て「あの病院、クリニックは良い雰囲気だ」という印象を持つのです。

当然ながら、「内容は形式を規定する」ものです。この考え方は古くから日本にあり、剣道や柔道、茶道、華道など「道」と称されるものは、すべて形を大事にし、形を整えることから自己修養を果たそうとしています。

形を整えたうえで磨かれた内容は、さらに磨かれた形となって現れるのです。美しい礼の本質的な目的は、「自分を磨くこと」です。例えば服装を整えることで、外面的な第一印象をよくすることはできますが、それはあくまでも一時的なものにすぎません。本当のセンスの良さやその人の魅力は、自分を磨き、内面を充実させるところから生まれてくるものです。

このような意識を持つことによって、人と接する際に相手に与える印象は、良いものになるはずです。

正しい電話対応のポイント

適切で相手に礼儀を欠かない
電話の受け方やかけ方を教えてください。

■電話の受け方

電話の受け方のポイントとしては、次の点が挙げられます。

①呼び出し音が鳴ったらすぐ出る

呼び出し音がしているのに、相手がなかなか出ないでイライラした経験はありませんか。電話が鳴ったら、サッと電話に手を伸ばすようにしましょう。

②「モシモシ……」ではダメ

受話器をとったら、すぐこちらを名乗り、先方の名前（社名）を聞きます。のんびり受話器をとって「モシモシ……」と出るのは最低です。

③用件は必ずメモをとる

用件はメモをとり、必ず復唱して、先方に確認してもらいます。自分で答えられない用件の場合は、答えられる人にすぐに代わってもらうようにしましょう。

④ひとを呼ぶときは送話口を押さえる

「〇〇さん電話ですよ！」と大声で呼ばれると、こみいった事情がある人は困ってしまいます。送話口を手で押さえて連絡しましょう。

⑤電話を取次ぐ場合は相手の名前を聞く

取次ぎ電話の場合は、相手の名前を確認し名宛人に取次ぎます。名宛人が他の電話に対応中、または会議中のときは、あとでかけて頂くか、先方の電話番号を聞いてこちらからかけるようにします。

■電話のかけ方

電話のかけ方として、次の要領を心得ておきましょう。

①準備をしてから電話をかける

予め用件や話す要点、順序をメモに書いて、短時間で済ませるように心掛けます。

②相手の番号を確かめてかける

間違い電話は、相手に迷惑をかけるばかりでなく、料金や時間をムダにすることになります。

③相手を確認、こちらを名乗る

相手が出たら、医療機関・会社名などを確認してから、医療機関名と自分の名前を名乗り、話したい人や担当部署の取次ぎを依頼します。取り次がれたら、もう一度名乗り、用件に入るようにします。

④用件は要領よく話す

必要事項をもれなく伝えられるように、予めポイントをまとめておきましょう。

⑤時間帯をチェック

勤務先等への電話は勤務時間内で、先方が忙しくない時間帯を選んでかけるようにしましょう。

⑥「ありがとうございました」を忘れずに

用件が済んだら、「ありがとうございました」「よろしくお願いします」のあいさつで締めくくります。

電話を扱うときは、必ずメモを用意し、正確で要領よい受け答えをしましょう。