

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.870 2025.5.20

医療情報ヘッドライン

2022年度生まれの生涯医療費を公表
患者負担は約15%、約500万円

▶厚生労働省 社会保障審議会

高額療養費制度の専門委員会を設置
今秋に向けて集中的な議論へ

▶厚生労働省 社会保障審議会

週刊 医療情報

2025年5月16日号
社福の土地・建物所有権、
規制緩和へ

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査
(令和7年2月末概数)

経営情報レポート

知り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:業績管理 > サブジャンル:未収金防止策
未収金の種類と発生原因
未収金管理体制の事例

発行:税理法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

2022年度生まれの生涯医療費を公表 患者負担は約15%、約500万円

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は、5月1日の社会保障審議会医療保険部会で、2022年度に生まれた人の「生涯医療費」を約2,800万円と試算したと発表。そのうち医療保険給付で賄われる部分は約2,300万円で、医療費の約85%が医療保険から賄われることになるとした。

つまり、患者負担は約15%（約500万円）ということになる。

■患者負担をわかりやすい形で公表

これまで厚労省は、医療費の動向や医療費の伸び率の要因分解、制度別の実行給付率などについて定期的に公表してきたほか、制度改正や診療報酬改定の財政影響についても都度必要に応じて公表してきた。

これは、医療保険財源について国民に広く理解を求める目的もあってのことだが、社会保障費の負担の重さについては、昨今国民からの不満の声が大きくなっているところだ。実際、財務省が3月5日に公表した令和7年度（2025年度）の国民負担率（租税負担率と社会保障負担率を合計したもの）の見通しは46.2%と前年度比0.4ポイント増。

賃上げがトレンドになったものの、その効果が十分に発揮されない状況となっている。

こうした状況に加え、「支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下すること」を厚労省は懸念。「改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、国民

にわかりやすい形で公表していくことが必要」として、「医療費の財源構造」「医療保険制度の比較」「実行給付率の推移と要因分析」「生涯医療費」の4点を年1回医療保険部会で報告し、ホームページ上で公表するとした。

このうち「生涯医療費」は、一生涯でかかると考えられる医療費の平均（死亡率を考慮したもの）を出し、保険給付で賄われる部分を示すのが目的だ。

今回発表された前述の数字は、2022年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、2022年簡易生命表による定常人口を適用して推計。労災等を含めた生涯医療費は約2,900万円だった。

■「実効給付率」は高齢者が高い傾向

なお、医療保険で賄われる割合を指す「実効給付率」は、高齢者のほうが高い傾向にあるため、わずかながら上昇傾向ではあるものの、近年は約85%を維持。2022年度は前年度比0.3ポイント減の85.2%で、財源別に見ると保険料分が53.0%、公費分が32.2%となっている（厚労省は、公費分の増減について「制度改正のほか、高齢化による後期高齢者の増加、被用者化による国保加入者の減少等によって変化しています」と説明している）。

自己負担額の割合は年齢によって異なるが、法定給付率に加えて高額療養費制度などがあるため、後期高齢者（75歳以上）が8.4%（1.5兆円）、それ以外は19.3%（5.0兆円）となっている。

高額療養費制度の専門委員会を設置 今秋に向けて集中的な議論へ

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は5月1日の社会保障審議会医療保険部会で、新たに「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会（仮称）」を設置する方針を提示し、了承された。学識経験者や保険者、患者等の当事者、医療・診療機関、経済界・労働者などの関係者から委員を選出する。具体的な高額療養費制度のあり方について、2025年秋までに結論を出すことを目指し、集中的に議論を展開する予定だ。

■昨年12月の大臣折衝で引き上げ案が浮上

高額療養費制度とは、同一月にかかった医療費の自己負担が一定額を超えた場合、その超過分があとで払い戻される制度のこと。患者の自己負担を抑えるセーフティネットとして重要な役割を果たしている。しかし近年は、高齢化の進展や高額薬剤の普及によって、高額療養費の総額が年々増加したため、昨年12月の2025年度予算編成に向けた厚生労働相と財務相の大臣折衝において、制度の見直しを行い、一月当たりの負担上限額を段階的に引き上げる方針を明らかにした。

具体的には、今年8月に住民税非課税の場合+2.7%（上昇幅900円）、年収約370万円の場合+5%（同3,000円）、年収約370～770万円の場合+10%（同8,000円余り）、年収約770～1,160万円の場合+12.5%（同2万円余り）、年収約1,160万円以上の場合+15%（4万円近く）とした。

2027年8月には、一月当たりの負担上限額を住民税非課税で3万6,300円、年収約200万円未満で6万600円、年収約950万円～1,040万円で22万500円程度、年収約1,650万円以上だと44万4,300円程

度まで引き上げる予定だった。

また、直近12カ月の間に3回以上制度を利用すると4回目から負担が軽減される「多数回該当」の限度額も、3段階で引き上げることを予定していた。これは、特にがんや難病といった長期にわたる治療が必要な患者に対し、治療の中止や受診控えを招きかねないとの懸念から、患者団体や医療関係者から引き上げの凍結を求める声が多くあがった。

■2月末にいったん引き上げ案は凍結へ

この状況を受けて、石破茂首相は2月末の衆議院予算委員会で「制度のあり方を再検討する」と表明。いったん、自己負担額の上限引き上げ案は凍結されることになった。

しかし、すでに国は全世代型社会保障を構築するため「負担能力に応じた負担を求める仕組み」にする方針を固めている。

「所得が低い人に一定の配慮を行う」と一貫して触れてはいるものの、昨年12月の医療保険部会で提示した資料に「具体的には、平均的な収入を超える所得区分については、平均的な引き上げ率よりも高い率で引き上げる一方で、平均的な収入を下回る所得区分の引き上げ率は緩和する」と明記。引き上げ幅に変化はつけるものの、どの所得層も引き上げる方針を明らかにしている。

高額療養費制度は、福祉元年と呼ばれた1973年に創設された。所得に関係なく誰でも先進医療が受けられる国民皆保険の象徴的な制度ともいえる。それから半世紀あまりが経過し、「財政難」によりそのあり方が問われている今、新たな専門委員会がどのような結論を導き出すのか注目したい。

医療情報①
厚生労働省
検討会

社福の土地・建物所有権、 規制緩和へ

2040年の介護・福祉サービスの提供体制を議論する検討会が9日開かれ、厚生労働省は、社会福祉法人が社会福祉事業を行う際に土地や建物の所有権を原則取得しなければならない現行ルールを一定の条件の下で緩和することを論点として示した。

また、社会福祉法人が国庫補助を受けて施設などの財産を取得してから10年末満に財産の転用や有償貸付を行う場合に補助金を返納しなければならない規制も条件付きで見直す方針を明らかにした。地域の実情に応じた既存施設の柔軟な活用を促すのが狙い。

社会福祉法人は、公益性の高い社会福祉事業を継続的に経営するため、必要な全ての物件について所有権を取得する必要がある。ただ、都市部など土地の取得が極めて困難な地域では、土地に限って貸与を受けられる。また、施設によっては特例の要件緩和が設けられており、特別養護老人ホームに関しては都市部以外の地域でも一定の条件の下で土地の貸与を受けられる。

厚労省は9日の検討会で、特に中山間・人口減少地域での社会福祉事業の新規参入を促すために貸付を容易にする仕組みを提案。社会福祉事業を行う際の土地・建物の所有権の原則取得や、財産の転用・有償貸付に関する補助金の国庫返納に関する規制について、「一定の条件を付した上で緩和する仕組みが必要」とした。

また、現行では社会福祉法人が国庫補助により施設などの財産を取得した場合、取得から10年末満にその財産の転用や有償貸付を行う際には補助金を国庫に返納しなければならない。

この点について厚労省は、社会福祉法人が国庫補助を受けて介護施設を取得した場合、財産の取得から10年末満なら補助の対象事業を続けることを条件として財産の一部転用に限り国庫に返納する必要がないことを説明。この取り扱いを踏まえ、中山間や人口減少の地域で不可欠な社会福祉事業を維持するために必要な場合は、一部転用に限らず補助金の返納を不要とすることを認めるなど、より柔軟な仕組みづくりを論点に挙げた。

併せて、中山間・人口減少地域で不可欠な社会福祉事業を維持するために必要であれば、所有権を持たずに土地や建物の有償貸付を受けて社会福祉事業を行うことを可能とした上で、貸付を行う側も補助金の国庫返納を不要とすることなどを論点とした。

厚労省が示した方向性への異論はなかった。

松原由美構成員（早大人間科学学術院教授）は、地域によって介護や福祉のサービス需要が減少する中で地域のニーズに応じて既存の施設を柔軟に活用できる必要性が高まっているほか、特に中山間・人口減少地域では10年後も同じサービス需要を維持すべき状況とは限らないと指摘。その上で、「社会福祉施設の10年末満の転用についてもさらなる柔軟化が必要だ」と強調した。また、高齢者施設から障害者施設・児童施設への転用や複数施設の統合といった、異なる分野も含む横断的な検討を行うべきだと主張した。

大山知子構成員（社会福祉法人蓬愛会理事長）も社会福祉法人の財産の転用の柔軟化を厚労省に求めた。検討会では、介護や福祉サービスの共通課題や対応策を引き続き議論し、夏ごろ取りまとめを行う。

医療情報②
国立大学
病院長会議

国立大病院213億円の赤字、 24年度収支

国立大学病院長会議は9日、2024年度の収支が国立大病院全体で213億円の赤字だったとする集計結果（速報）を公表した。人件費などのコスト増が影響し、42病院のほぼ6割に当たる25病院が赤字だった。

国立大病院全体で収支が赤字になったのは23年度から2年連続。地域医療介護総合確保基金などによる支援の増額があったため、24年12月に公表した見込みから赤字幅は41億円縮小し、赤字病院の数は7病院減った。ただ、23年度との比較では赤字額（23年度は26億円）は8倍超に膨らみ、赤字病院は9病院増えた。

働き方改革の影響や人事院勧告への対応などで、人件費は42病院の総額で284億円増え、ベースアップ評価料の新設などに伴う111億円の增收を大幅に上回った。

診療報酬の補填不足が10億円を超えた病院もある。また、18年度と23年度の比較では、人件費は9.8%、医薬品費は40.8%、診療材料費は21.8%それぞれ増えたといい、大島精司会長はこの日の記者会見で「高度な医療は、やればやるほど赤字になる構造になっている。診療報酬の点数を上げてもらわないと、赤字の構造は全く良くならない」と指摘した。

岡山大病院の前田嘉信病院長は「あと1年、来年持つか持たないかという病院が出てき始めて、（赤字の構造が）あと2年続くとキャッシュが枯渇する病院が出てくるのではないか。それくらい切羽詰まっている」と危機感を表明した。

医療情報③
警察庁
通達

訪問診療の駐車許可、 100m以内で判断

訪問診療などで訪問先に駐車場所がない場合に警察署長から受けられる駐車許可について、警察庁は駐車場所の有無の判断を訪問先からおおむね100m以内の範囲で行うよう全国的に統一する通達を各都道府県の警察本部などに出した。

訪問診療などで使用する車両が駐車可能な場所の有無を判断する範囲について、現行では各都道府県ではらつきがあったが、訪問先からおおむね100m以内に統一する。

また、駐車許可の申請場所については、車線数や交通量を勘案し、駐車を認める余地がないかを検討し、申請場所での駐車車両が関係する交通事故が複数発生していないか、通学路やバス路線ではないかなど審査時に留意すべき事項を明確化することとした。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年5月16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。

医療施設動態調査

(令和7年2月末概数)

厚生労働省 2025年4月28日公表

病院の施設数は前月に比べ 5施設の減少、病床数は 702床の減少。
 一般診療所の施設数は 19施設の増加、病床数は 218床の減少。
 歯科診療所の施設数は 40施設の減少、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和7年 2月	令和7年 1月			令和7年 2月	令和7年 1月	
総数	179 145	179 171	△ 26	総数	1 537 833	1 538 753	△ 920
病院	8 047	8 052	△ 5	病院	1 466 931	1 467 633	△ 702
精神科病院	1 055	1 056	△ 1	精神病床	315 631	315 638	△ 7
一般病院	6 992	6 996	△ 4	感染症 病床	1 945	1 945	-
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 326	3 329	△ 3	結核病床	3 492	3 492	-
地域医療 支援病院 (再掲)	704	704	-	療養病床	267 616	267 899	△ 283
				一般病床	878 247	878 659	△ 412
一般診療所	105 141	105 122	19	一般診療所	70 843	71 061	△ 218
有床	5 305	5 321	△ 16				
療養病床を 有する一般 診療所(再 掲)	409	413	△ 4	療養病床 (再掲)	3 863	3 903	△ 40
無床	99 836	99 801	35				
歯科診療所	65 957	65 997	△ 40	歯科診療所	59	59	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

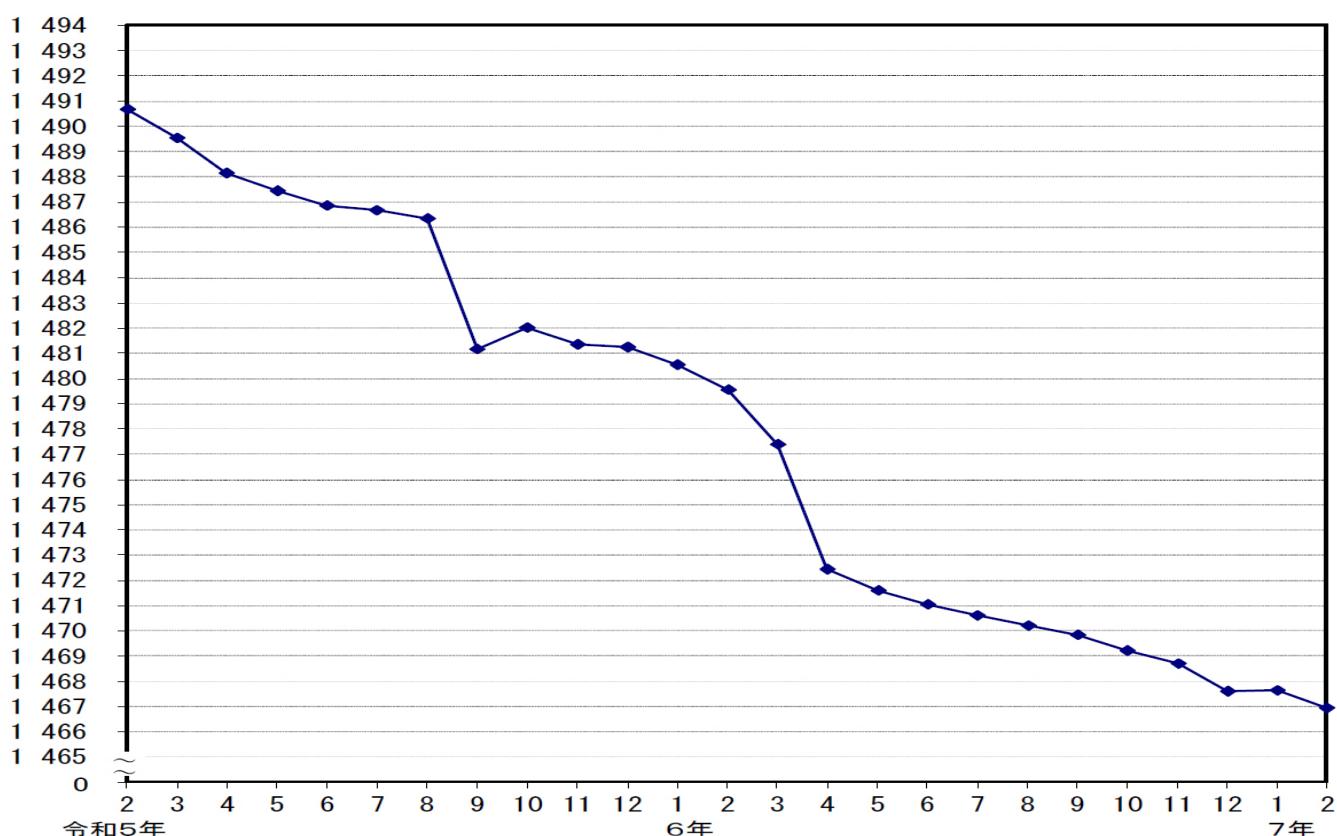
令和7年2月末現在

	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 047	1 466 931	105 141	70 843	65 957
国 厚生労働省	14	3 668	18	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	51 497	-	-	-
国立大学法人	47	32 683	146	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 478	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 047	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 075	3	-	-
その他	19	3 362	380	2 162	4
都道府県	183	45 322	263	163	7
市町村	588	117 348	2 895	1 851	236
地方独立行政法人	133	51 824	35	17	-
日赤	91	33 838	202	19	-
済生会	83	22 007	55	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	95	29 308	63	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	6	1 367	257	-	1
共済組合及びその連合会	39	12 881	133	-	3
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	186	45 785	429	121	81
医療法人	5 617	825 352	47 880	56 090	17 158
私立学校法人	113	55 605	196	38	14
社会福祉法人	200	33 387	10 539	363	40
医療生協	78	13 002	286	179	49
会社	23	7 209	1 453	7	14
その他の法人	197	40 744	1 468	351	215
個人	90	8 200	38 426	9 428	48 134

参考

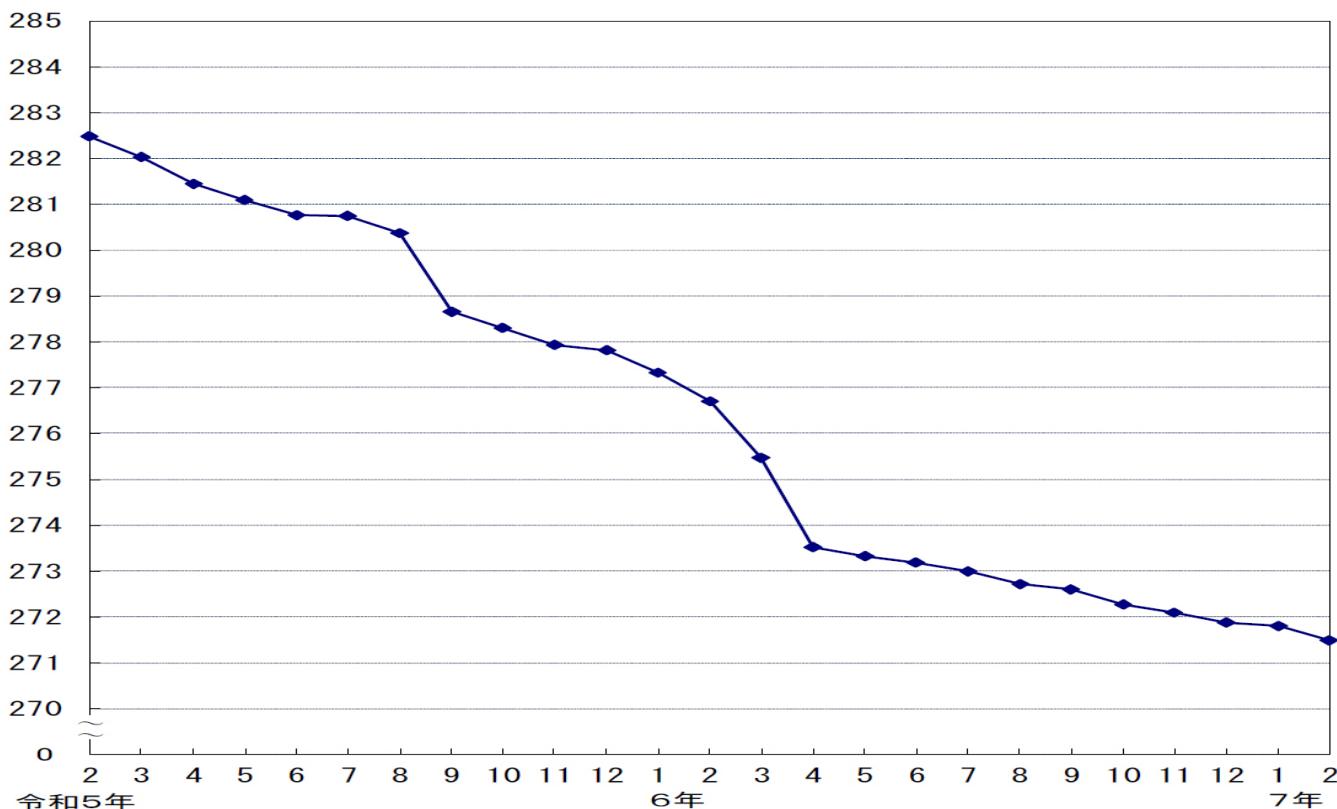
病床（千床）

病院病床数



病床（千床）

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（令和7年2月末概数）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。



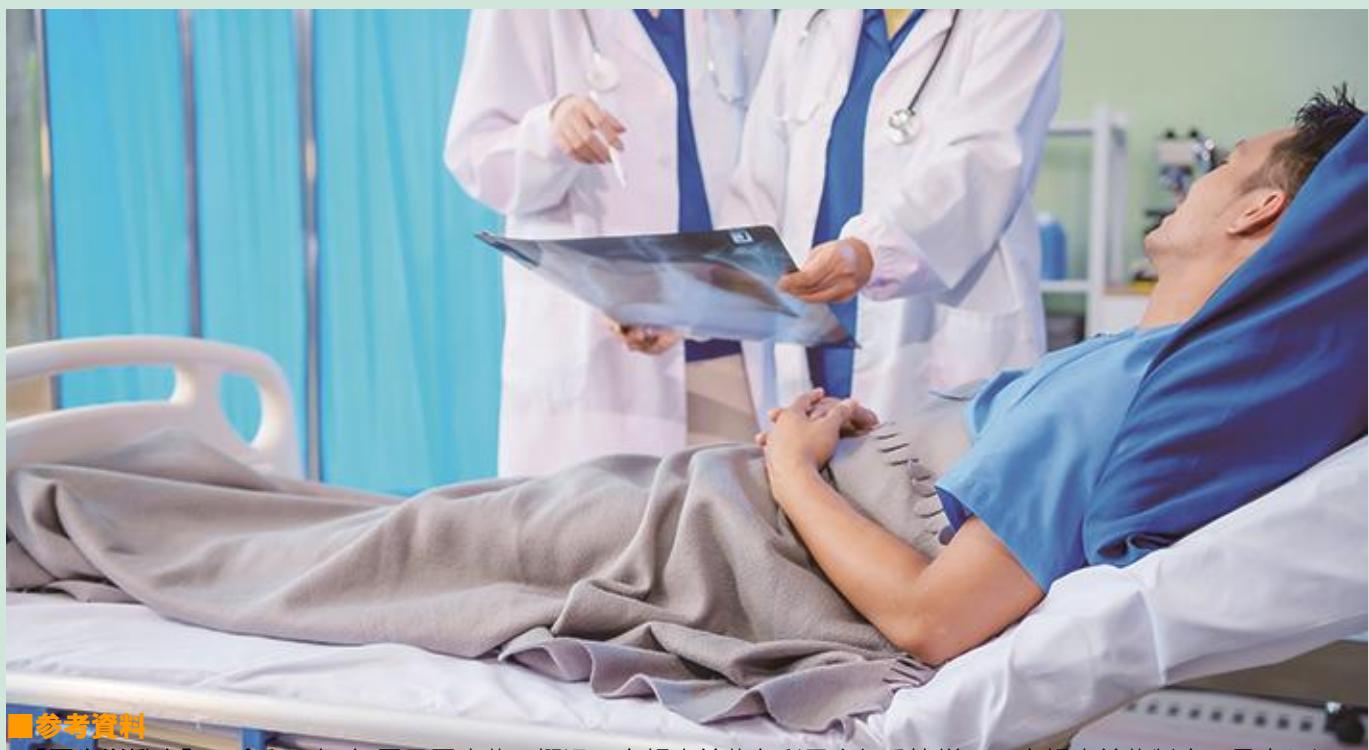
経営情報
レポート
要約版



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

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ていました。

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）	
			3割（※1）	
70歳未満	年収約1,160万円～ 健保：標準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：標準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：標準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：標準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：標準83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	外來（個人ごと） 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：標準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：標準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：標準26万円以下／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）) <多数回該当：44,400>	57,600
	住民税非課税	75歳以上 1割（※4）		24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)		8,000	15,000

（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

※1 営業教養会員の者については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10万円以下の場合は含む。
※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）の複数世帯の場合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來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。

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ええいの観点から、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 自己負担 上限額 引上げ幅	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。

【外來特例の見直し（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りないように配慮されています。

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。

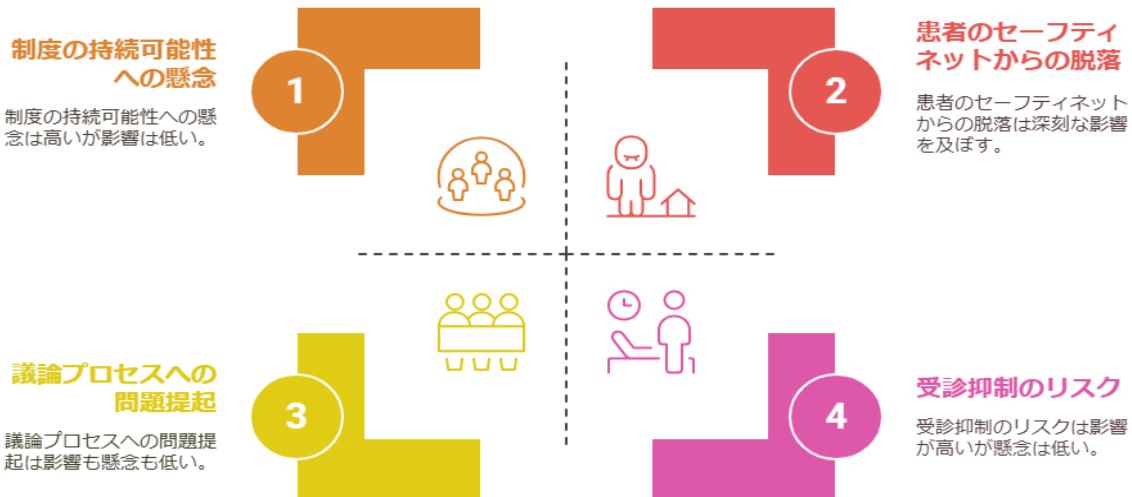
JPAは、政府が予定していた段階的な上限額の引き上げに対し、「多数回該当」部分の据え置き決定については評価する一方で、その他の区分において最大70%もの引き上げが予定されている点については強い懸念の声を上げました。

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



■ 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

■ 今後の制度改正の見通し

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、段階的な制度改正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。

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:未収金防止策

未収金の種類と発生原因

医療機関に発生する未収金の種類と発生原因には
どのようなものがあるのでしょうか。

医療機関に発生する未収金には、下記のようなものがあります。

【医療機関に発生する未収金の種類】

- ① 患者の窓口負担金
- ② 返戻・過誤未収金（再請求による）
- ③ 自賠責・生活保護・労災関連未収金（未請求による）

■発生原因は医療機関と患者側双方に存在する

厚生労働省の「医療機関の未収金問題に関する検討会」において議論されている項目として、「未収金発生の理由・回収等の取り組み」に挙げられたのは、次のようなものです。

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------|------------|
| ●会計時の現金不足 | ●治療内容の不満 | ●支払い意思なし | ●算定変更や追加修正 |
| ●第三者行為による支払方法未決定 | ●休日退院による会計不可能 | ●待ち時間が長いために帰宅 | |
| ●保険資格喪失後の受診 | ●老人・公費負担割合変更後の保険未提出による差額 | | |
| ●保険生活保護受給患者の一部負担金連絡遅延 | ●債権者・家族不明の死亡退院 | | |

（参考：厚生労働省「第2回医療機関の未収金問題に関する検討会」資料）

医療機関の未収金は、「医療機関側の原因」と「患者側の原因」の二つが存在し、これから細分化して発生原因を分類することができます。

【医療機関側にある発生原因】

●情報提供不足

- ・医療費に関する情報（例：予定検査の金額、高額医薬品）
- ・診療に関する情報（例：次回予定の検査内容）

●タイムラグのある算定

- ・職員の理解不足（例：事後算定）
- ・診療報酬制度上の課題（例：二次検査を要する治療/細菌培養同定）

【患者側にある発生原因】

●所持金不足

- ・医療費あるいは診療に関する情報に起因するもの
- ・貧困に起因するもの

●支払意思なし

- ・医療機関そのもののへの不満の表れ
- ・常習的不払い

未収金管理体制の事例

未収金管理体制の事例がありましたら、教えてください。

■未収金対応マニュアル

A病院では、医事システムと未収処理システム（電算処理システム）が導入されたことに伴い、未収金に対する対応マニュアルが策定され、以後これに従った債権管理が実施されています。

同院においては、納付書発行（請求）時から21日以内の支払を通常とし、その後1ヶ月、1年ごとに管理方法を定めています。

ア)納付書の発行と未収リストの作成

全患者に対し支払約束の有無に関わらず納付書を発行し、原則として窓口で手交（手交できなかった場合には郵送）。

納付書発行当日に支払がなかった者について未収リストを作成する。

イ)納付相談

入院患者のうち退院時に医療費の全額支払が不可能な者で、21日以後の支払を希望する患者などを対象として、医事課の担当者が面談し、納付相談を受ける。

■電算処理システムの効用

(1)債権管理簿と未収金管理システム

同院においては、債権管理簿は作成せず、これに代わるものとして「医事システム」及び「未収金管理システム」の2つの電算処理システムによる管理事務が実施されています。

「未収金管理システム」は各患者の氏名、住所等の個人情報のほか、医療費の支払者、保証人等に関する情報、未収金に関する納付書ごとの金額と支払期限、支払日とその金額、支払相談の内容や面談により得た情報、督促状の送付や電話による催促等を行った場合にはその時期、内容、分割納付の誓約書等が提出された場合には、その内容、保証人や支払人の名前、連絡先、勤務先等を必要に応じて記録しています。

(2)未収金管理事務の実施状況

未収患者に対しては、管理期間に応じて、①文書の送付と電話による支払督促、②来院時の面談、③医療費の分割支払申出書又は支払誓約書等を提出、④住居所不明者の住民票写しの取得などの督促行為が行われています。

(3)課題～面談機会と情報の積極的活用

面談の際には未納原因を調査し、その解消の可否ないし支払の可能性等を判断するために必要な情報を入手するとともに、履行可能な支払方法を検討させるなど種々な活動が行われています。