

週刊 医業経営**WEBマガジン**

発行 税理士法人優和

**1 医療情報ヘッドライン**

25 年度医療費、39 兆 3000 億円で過去最高
医科医療費は伸び率、低水準で推移

厚生労働省

24 年度医療費・保険料の地域差分析
医療費は「西高東低」傾向続く

総務省

**2 経営TOPICS****統計調査資料**

介護給付費実態調査月報(平成 26 年 6 月審査分)

**3 経営情報レポート**

制度改革を加速させる
今後の医療・介護をめぐる政策方針

**4 経営データベース**

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 広報戦略

看板広告で効果を上げるためのポイント
差別化を図るパンフレット作成の留意点

医療情報

ヘッドライン① 厚生労働省

25年度医療費、39兆3000億円で過去最高 医科医療費は伸び率、低水準で推移

厚生労働省は8月26日、平成25年度の「医療費の動向」を発表した。これは支払基金と国保連の医療費データをまとめたもので、速報値の集計であり、労災・自費等の医療費を含まず、国民医療費の約98%に相当する。国民医療費は2年遅れで発表されるため、本データの有用性は非常に高い。

平成25年度の概算医療費は39兆3,000億円で、前年度に比べて8,500億円(2.2%)増加し、過去最高を更新している。うち医科医療費は29兆4,000億円(同+1.4%)、歯科医療費は2兆7,200億円(同+0.8%)、調剤医療費は7兆400億円(同+5.9%)だった。なお、総医療費に占める歯科医療費の割合は6.9%である。1歯科診療所当たり医療費(診療報酬)は3,825万円(前年比+0.5%)、1日当たりの歯科医療費は6,500円(前年比+0.3%)だった。

医療費の伸び率は、平成21年度が3.5%、22年度が3.9%、23年度が3.1%であったが、24年度は1.7%と低い水準となり、25年度も2.2%にとどまった。この要因としては、前年度と同様に「受診延日数が前年度に比べ0.8%減少」した点が注目される(24年度は0.9%の減少)。受診延日数は、医療機関を受診した延べ患者数に相当し、退院調整の推進や保険者等の努力などが複合的に作用し、減少しているものと推察される。

平成25年度医療費を制度別に見ると、被用者保険が11兆3,000億円(本人5兆8,000億円、家族5兆円)、国保が11兆8,000億円、後期高齢者医療(75歳以上の高齢者)が14兆2,000億円、公費が2兆

円となっている。

前年度からの伸び率を見ると、被用者保険が1.6%(本人2.6%、家族0.2%)、国保が1.1%、後期高齢者医療が3.7%、公費が2.3%である。

制度別の1人当たり医療費を見ると、全体では30万8,000円(前年度に比べて2.4%増)、被用者保険が15万3,000円(同1.3%増)、国保が31万4,000円(同2.9%増)、後期高齢者医療が92万7,000円(同1.3%増)という状況となっている。

次に、診療種類別に医療費をみると、医科入院が15兆8,000億円(医療費全体の40.2%を占める)、医科入院外が13兆6,000億円(同34.7%)、歯科が2兆7,000億円(同6.9%)、調剤が7兆円(同17.9%)となった。診療種類別医療費の伸び率(対前年度)は、医科入院が1.3%、医科入院外が1.7%、歯科が0.8%、調剤が5.9%となっている。

また、受診延日数(延べ患者数に相当)の伸び率を診療種類別に見ると、全体では前年度に比べて0.8%減、医科入院で0.7%減、医科入院外で1.3%減、歯科で0.6%増、調剤で0.6%増となった。

さらに、診療種類別の1日当たり医療費は、全体では1万5,200円(前年度に比べて500円・3.1%増)、医科入院が3万3,500円(同600円・2.0%増)、医科入院外が8,100円(同200円、3.0%増)、歯科が6,500円(同0円、0.3%増)、調剤が8,900円(同500円、5.4%増)、訪問看護が1万900円(同100円、0.8%増)となっている。

24年度医療費・保険料の地域差分析 医療費は「西高東低」傾向続く

厚生労働省は8月26日、平成24年度の「医療費・保険料の地域差分析」について発表した。市町村国民健康保険と後期高齢者医療保険を合算した都道府県別の一人当たり医療費で、「西高東低」傾向が続いていることがわかった。

市町村国保と後期高齢者医療をあわせた地域差指数を都道府県別にみると、もっとも高いのは福岡(1.208)で、もっとも低い千葉(0.874)に比べて1.38倍である。

市町村国保に限ると、もっとも高いのは佐賀(1.182)、低いのは茨城(0.896)で格差は1.32倍だが、後期高齢者医療では、最高の福岡(1.243)と最低の新潟(0.811)との間には1.53倍の格差がある。

後期高齢者医療について診療種類別にみると、入院の格差は1.88倍(最高は高知1.416、最低は新潟0.752)、入院外と調剤との合計では1.40倍(最高は広島1.171、最低は富山0.836)、歯科では2.74倍(最高は大阪1.565、最低は青森0.571)となっている。

この傾向は市町村国保でも同様であり、医療費の規模を考えると、入院医療の格差が、医療費の地域格差を生む主要因だといえよう。1人あたり医療費や地域差指数の高低を日本地図に表した「医療費マップ」をみると、『西高東低』の状況が浮き彫りになっている。

市町村国保では、保険料について、被保険者の収入や資産に着目した「応能割」や、当該市町村の医療費をベースにした「応益割」を組合せ、保険者ごとに独自の計算方法が採

られている。したがって、単純に保険者ごとの保険料の高低を議論することが難しい。たとえば、A県とB県を比較したとき、「高所得者ではA県のほうが保険料は高くなるが、低所得者ではA県のほうが保険料は低くなる」などの事例が生じてしまう。

そこで厚労省は、国保の保険料水準を比較可能とするために、次の3つの指標を設定した。

(1) 応能割：全国平均を1として指数化(応能割指数)、(2) 1人あたり医療費をベースにした応益割：全国平均を1として指数化(応益割指数)、(3) 応能割と応益割の比率に基づく、(1)(2)の指数の加重平均(標準化指数)。

(1) では中高所得者、(2) では低所得者、(3) では、平均所得者の保険料水準を見ることができるとしている。

この指標を用いて、平成24年度の市町村国保の保険料水準を比較したところ、都道府県別では次のことが明らかになった。

- (i) 平均所得者の保険料がもっとも高いのは徳島、もっとも低いのは東京(1.5倍の格差、23年度より縮小)
- (ii) 中高所得者の保険料がもっとも高いのは徳島、もっとも低いのは神奈川(1.8倍の格差、同縮小)
- (iii) 低所得者の保険料がもっとも高いのは石川、もっとも低いのは埼玉(1.7倍の格差、23年度と変わらず)

いずれの所得層でも、北海道・東北地方、中四国・九州地方で保険料水準が高い。

介護給付費実態調査月報

(平成26年6月審査分)

調査の概要

介護給付費実態調査は、介護サービスに係る給付費の状況を把握し、介護報酬の改定など、介護保険制度の円滑な運営及び政策の立案に必要な基礎資料を得ることを目的として、平成13年5月審査分より調査を実施している。

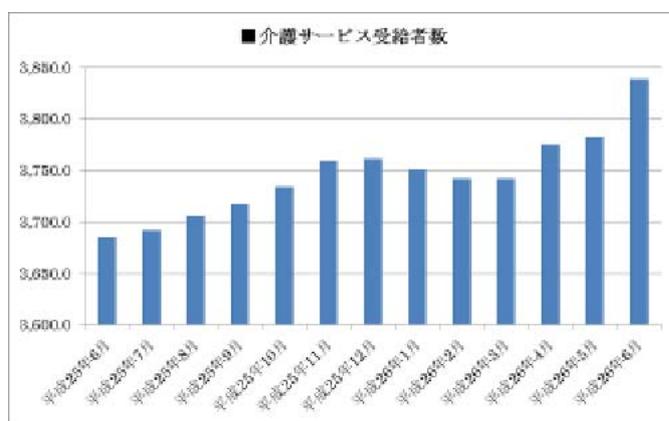
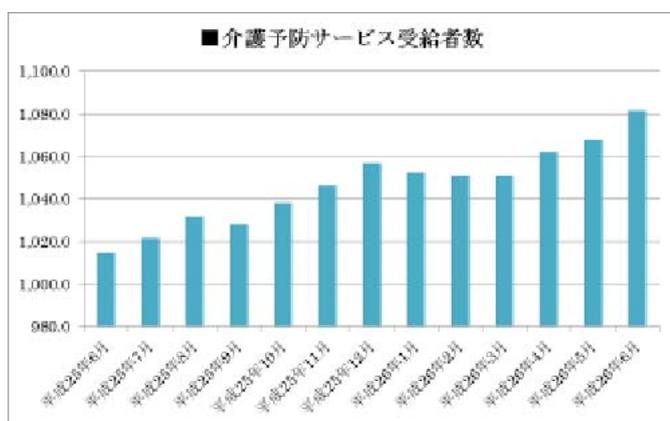
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

ただし、福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用（償還払い）は含まない。

結果の概要

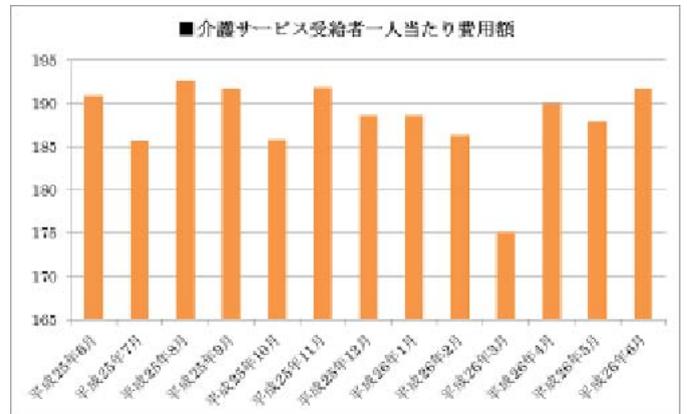
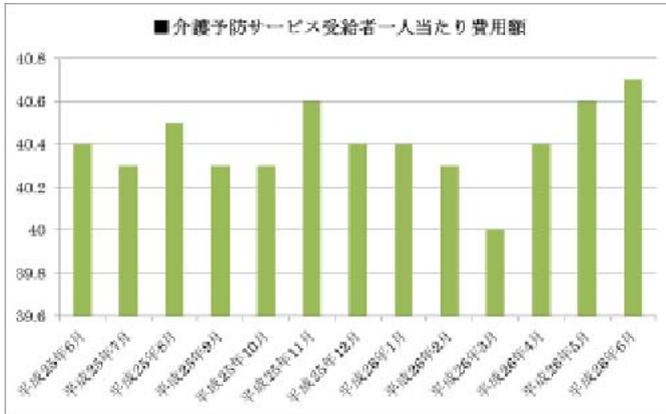
1 受給者数

全国の受給者総数は、複数サービスを受けた者については名寄せを行った結果、介護予防サービスでは1081.5千人、介護サービスでは3838.4千人となっている。



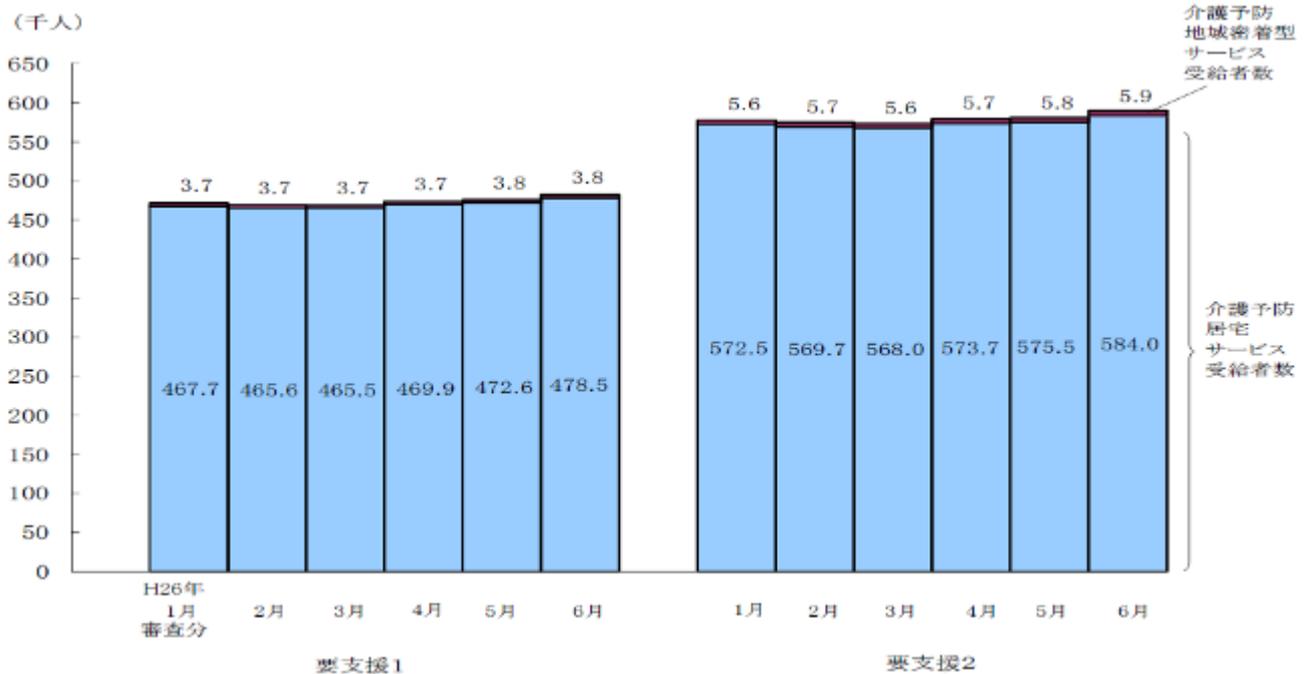
2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは40.7千円、介護サービスでは191.7千円となっている。



3 介護(予防)サービス受給者の状況

図1 要支援状態区別にみた受給者数（平成26年1月審査分～平成26年6月審査分）



注：介護予防地域密着型サービス、介護予防居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図2 要介護状態区別にみた受給者数（平成26年1月審査分～平成26年6月審査分）

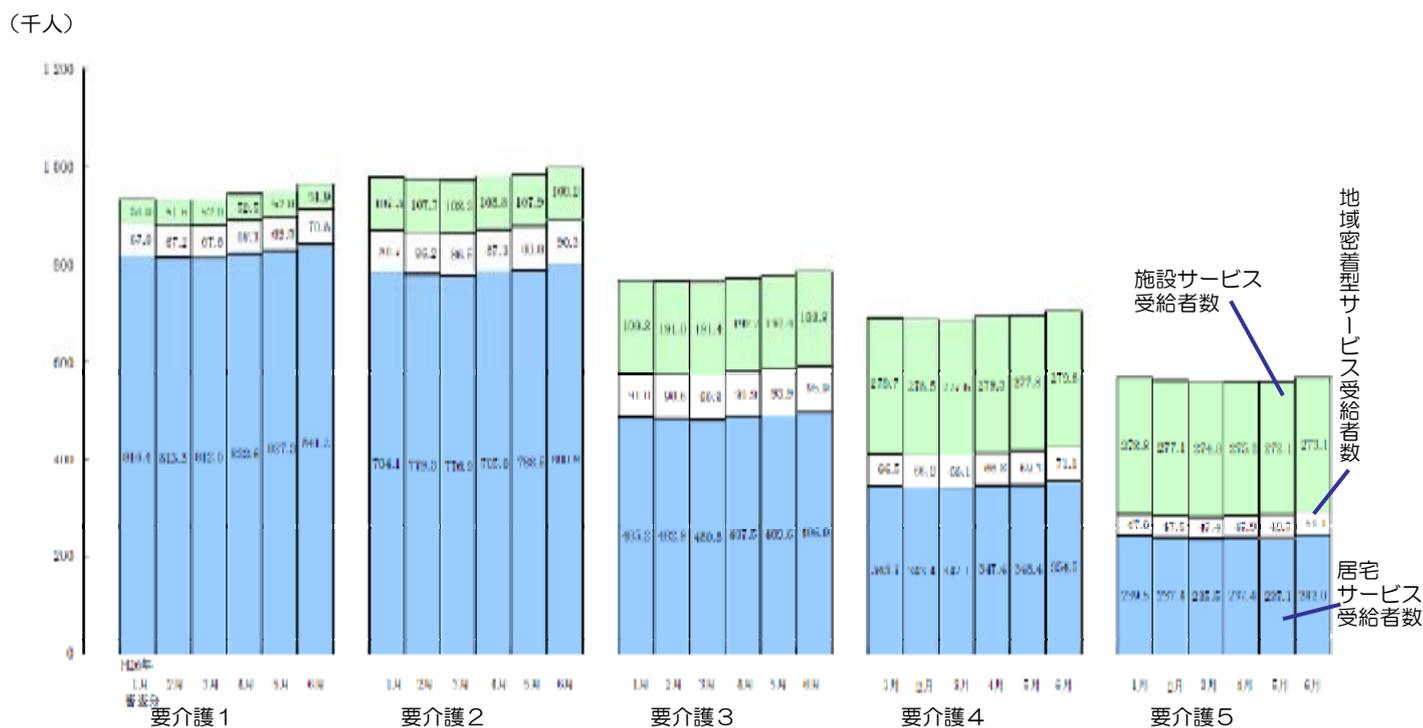
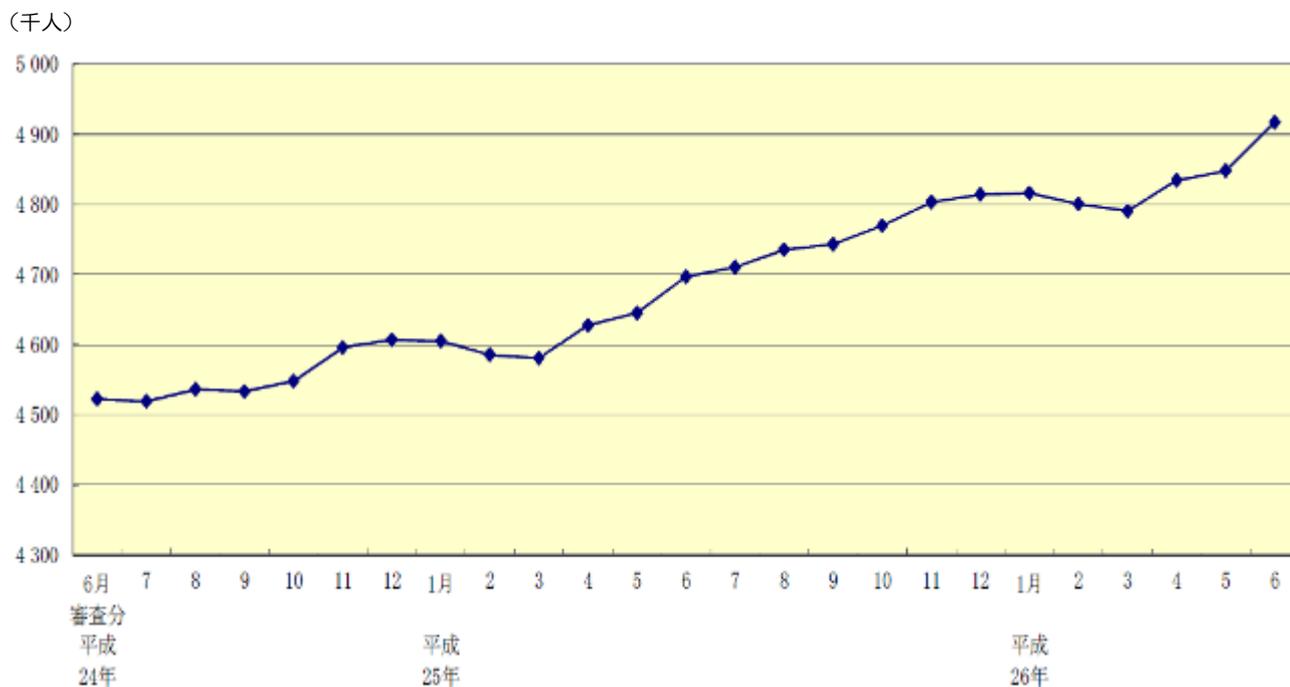


図3 受給者数の月次推移（平成24年6月審査分～平成26年6月審査分）



制度改革を加速させる 今後の医療・介護をめぐる政策方針

ポイント

- 1 示された今後の医療・介護に関する政策方針
- 2 病床機能報告制度と地域医療構想の策定
- 3 医療介護総合確保促進法による基本方針



1 示された今後の医療・介護に関する政策方針

■「成長戦略」における医療・介護の位置づけ

(1)成長戦略における健康関連分野の方針

「日本再興戦略改訂 2014（成長戦略）」では、「医療・介護などの健康関連分野をどう成長市場に変えてゆくか」という観点にたち、新たな保険外併用療法として患者申出療養（仮称）の検討などが盛り込まれています。

◆「成長戦略」に示された医療・介護関連項目

【日本再興戦略改訂 2014】 成長戦略

- 非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）の創設
⇒ 2015 年中に措置
- 新たな保険外併用療法の検討＜患者申出療養（仮称）＞
⇒ 来年通常国会に法案提出
- 個人に対する健康・予防インセンティブ（ヘルスケアポイント、現金など）の付与
⇒ 2015 年中に措置
- 大都市圏の高齢化に伴う医療・介護需要への対応 ⇒ 2015 年度末まで
- 介護分野国家資格を取得した他外国人留学生の活用 ⇒ 年内
- 看護師、薬剤師などの業務範囲のあり方検討 ⇒ 年内

【具体的な項目】

- DPCデータの第三者提供の本格的な運用に向け今年度より試験的に運用開始
- 再生医療、医療機器について専門評価機構を立ち上げ
- 患者申出療養として導入すべき事例を把握する仕組みの構築

(2)規制改革実施計画における医療・介護に関する方針

規制改革会議でまとめられた「規制改革実施計画」においては、稼働していない病床を把握し削減するための方針策定など、医療・介護関連分野における財政健全化の実践に向けた基準や要件の明確化、方針などが示されています。

既に年度内の措置が決定している社会福祉法人の内部留保の取り扱いに関しては、法人運営の透明性確保について、問題を指摘する声が多かったことから、適正化に向けた基準が公表されるとみられています。

◆「規制改革実施計画」に示された医療・介護関連項目

【日本再興戦略改訂 2014】 成長戦略

- 非稼働病床の実効性ある削除方針を検討 ⇒ 本年度結論
- 在宅医療を主として行う診療所の開設要件の明確化 ⇒ 本年度結論
- 7：1入院基本料のあり方検討 ⇒ 本年度結論
- プライマリ・ケアを専門に担う医師の育成 ⇒ 2016年度改定まで
- 社会福祉法人の内部留保の位置づけ明確化 ⇒ 本年度中に措置

【具体的な項目】 ～規制改革実施計画

- 患者申出療養（仮称）の創設
- 患者のQOLの向上効果がどの程度あるかを客観的に評価する指標や実質的な医療・介護費用の削減効果の指標をイノベーションの評価に活用する仕組みの検討
- 再生医療等製品を使用する手術で難易度に応じた手技料を算定できるよう検討
- 急性期を担う医療機関にのみ適用されるよう7：1入院基本料のあり方を検討
- プライマリ・ケアの提供体制を整える措置の検討
- 在宅診療を主に行う医療機関に対し外来応需体制を求める運用のあり方を検討

■ 患者申出療養（仮称）の概要

来年度の通常国会法案提出を目指し、医療保険が適用される保険診療と、適用されない保険外診療（自由診療）を併用しても医療費の自己負担は自由診療部分のみとする「患者申出療養制度」の枠組みについて、現在も検討が進められています。

混合診療の拡大につながるといわれる同制度は、政府の規制改革会議（岡素之議長＝住友商事相談役）が安倍晋三首相に提出した第二次答申に盛り込まれたもので、新たな成長戦略の目玉でもあり、保険診療や国民皆保険制度を脅かす存在という意見もみられます。

一方で、「成長市場」と位置付けられた医療・介護分野の活性化と将来の保険適用を目指すなかで、未承認医薬品等の使用や国内承認済みの医薬品等の適応外使用などを迅速に保険外併用療養として使用できるよう、保険外併用療養費制度の中に定める仕組みであることから、患者の意向に沿う医療提供の可能性も持っており、様々な立場から議論の対象となっています。

患者申出療養では、臨床研究中核病院（現在 15 力所）が主体となる制度として考えられがちですが、将来的には能力の高いかかりつけ医が、臨床研究中核病院や大学病院と連携して推進する立場となることが期待されます。

2 病床機能報告制度と地域医療構想の策定

6月18日の参議院本会議で可決、成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）は、医療法や介護保険法等の19の改正法の一括法で、同月25日に公布されています。

これを受けて、厚生労働省は7月25日、医療介護総合確保促進会議の初会合を開催し、地域医療構想などの基本方針となる「総合確保方針」の策定について検討を開始しました。

■ 医療介護総合確保推進法の主要項目

(1) 医療法に関連する項目

◆ 医療法関連項目

- ① 病床機能報告制度：地域医療構想（ビジョン）の策定、都道府県知事の権限強化
- ② 医療計画の見直し：在宅医療の確保目標等追加、6年ごとに見直し
- ③ 医療従事者の確保：都道府県知事による医師派遣、研修体制整備の協力要請
- ④ 医療従事者の勤務環境の改善：厚生労働大臣による指針
- ⑤ 医療法人の合併：社団と財団の合併を可能に、持分なし法人への移行促進
- ⑥ 臨床研究中核病院：厚生労働大臣の承認
- ⑦ 医療事故調査制度の見直し：「医療事故調査・支援センター」

上記の改正のうち、中心となるのが病床機能報告制度の創設と地域医療構想（ビジョン）の策定です。病床機能報告制度については後述しますが、都道府県は、本制度で報告された情報を基に医療需要を勘案し、機能別の必要病床数や将来の見通しをまとめた地域医療構想を策定して医療計画に反映させることになります。

さらに、地域医療構想を確実に実現するための措置として、医療関係者や保険者で構成される「協議の場」を設け、構想の達成に必要な事項を検討するとしました。そのうえで、この協議の結果である決定事項に従わない医療機関に対しては、都道府県がペナルティーを科すことも可能としています。

2 | 病床機能報告制度の導入

(1) 病床機能報告制度が10月に開始

病床機能報告制度は、一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所の管理者は、病床の機能区分に従い、基準日における病床の機能（以下、「基準日病床機能」という。）及び基準日から一定期間が経過した日における病床の機能の予定（以下、「基準日後病床機能」という。）並びに入院患者に提供する医療の内容等の情報について、都道府県知事に報告が求められます。

3 医療介護総合確保促進法による基本方針

■「総合確保方針」の策定へ

厚生労働省は、医療介護総合確保推進法（以下、「確保推進法」）の成立を受けて、地域医療構想などの基本方針となる「総合確保方針」の策定について検討を重ねています。

総合確保方針では、新たな財政支援制度の基金の財源を充てて実施する都道府県事業に関する基本的事項も、その中に含んでいます。

また、総合確保推進法に基づき医療介護総合確保促進会議が設置され、7月25日に初会合が開催されています。この促進会議の場で、総合確保方針が検討されるのです。

■ 介護分野における法・制度改正への対応方針

在宅医療との協働が重視されていることから、介護保険事業についても法・制度改正について、対応が求められる医療機関も多いはずです。

介護保険制度改正の準備として、厚生労働省・全国介護保険担当課長会議において説明された内容から、確認しておくべき事項を整理します。

(1)在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携の推進に関しては、制度改正により新たに創設される推進事業の概要案が示されています。

◆在宅医療・介護連携推進事業の内容

- (ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
- (ウ) 在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
- (エ) 在宅医療・介護サービスの情報の共有支援
- (オ) 在宅医療・介護関係者の研修
- (カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 二次医療圏内・関係市区町村の連携

経営データベース ①

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 広報戦略



看板広告で効果を上げるためのポイント

自院の看板を作成するにあたってのポイントについて教えてください。



■看板で伝えたい情報と作成ポイント

看板は、広告手段のなかでは地味な存在であるものの、長期間にわたって、同じ情報を発信し続けることができるという特長から、地域住民へ浸透を図るためには最も有効なツールだといえます。

■看板による広告のポイント

① C I（コーポレートアイデンティティ）のデザイン

⇒ 医療機関名のロゴ、シンボルマークなどをデザインして使用

② 掲載項目の選定

⇒ 物理的に掲載スペースが限られるため、医療機関の基本情報のほか、アピール項目に優先順位をつけて文字情報を選定する

③ レイアウトの工夫

⇒ 項目の羅列に終始せず、優先順位の高い文字情報を明確に示すレイアウト（文言の配置、強調など）にする

④ 色やデザイン、形状の工夫

⇒ 自院が提供する医療の概要を要領よく伝えるため、目を引き、視覚に訴える工夫（スペースの活用、カラーリング等）が必要

⑤ 設置場所・掲示位置の検討

⇒ 目線を意識した位置と定期的メンテナンスを想定して設置場所を選定し、目的を明確化して効率的な広報ツールとして最大限活用する

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 広報戦略



差別化を図るパンフレット作成の留意点

院外へ配布するパンフレットを作成する際に注意すべき事項を教えてください。



■メッセージ性と個性を打ち出し、パンフレットの差別化を図る

イラストや写真を多用した美しいパンフレットを院外へ配布する医療機関が増えています。個性を發揮して自院をアピールするには、これらを実際に手にとってもらう人に対する気遣いが重要です。

院外に配布するためのパンフレットは、看板とは異なり、健康上の不安を抱えている人が関心を持って手に取り、目を通すケースが多いと考えられるからです。

一方では、院外の潜在的患者に対する情報発信であるため、広告規制の対象となる可能性を踏まえて、パンフレット内で用いる表現や文言には注意が必要です。

自院の個性を打ち出そうとするあまりに、院内の施設・設備や交通面等のメリットを強調することのみでは、単なる情報の羅列という印象を与えてしまうでしょう。いずれの医療機関でも伝えたい情報は少なくないはずですが、周知のみの目的を超えた「温かみ」を持たせるためには、情報量だけでは補えない「想い」の伝達が求められるのです。

具体的な方法としては、自院の診療理念や院長の紹介などを簡潔に伝え、初めて自院とつながりを持つ「人」を主体とした表現の工夫と、「不安にはこのように対応する」というメッセージ性を打ち出すことで、「想い」を伝えるツールとして他院との差別化を図ることができます。

■パンフレット作成のポイント

- ①手に取ってもらった人を主体とする表現と構成 ⇒ 初めて自院と接点を持つ
- ②読みやすいレイアウト ⇒ 伝えたい情報を絞り、イメージアップ
- ③主観的な形容詞は避ける ⇒ 広告規制の対象になる可能性
- ④スペースに余裕をもったデザイン ⇒ すぐにアピールポイントがわかる
- ⑤Iメッセージをこめる ⇒ 「私（私たち）はこのように考えます」