

第3章

計画の目標

第1節 目標の考え方

医療費適正化を総合的かつ計画的に進めるため、国において、全国医療費適正化計画や、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を策定し、これに基づき、都道府県は都道府県医療費適正化計画を策定することとされています。

この全国医療費適正化計画、都道府県医療費適正化計画については、平成20（2008）年度を初年度とする5か年計画として策定するものであり、その政策目標として、

- (1) 国民（住民）の健康の保持の推進
- (2) 医療の効率的な提供の推進

を掲げることとなっています。

国の掲げる政策目標

平成27年度において、

- メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群を平成20年度と比べて25%減少させる。
- 全国平均の平均在院日数について、最短県との差を半分に短縮する。という、長期目標（医療制度改革大綱等）を踏まえ、

平成24（2012）年時点において

- ① 国民（住民）の健康の保持の推進に関する目標
 - ア 特定健康診査の実施率を70%以上とする。
 - イ 特定保健指導の実施率を45%以上とする。
 - ウ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群の減少率を10%以上とする。
- ② 医療の効率的な提供の推進に関する目標
 - ア 医療療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。）の病床数を、一定の算式に基づき算定した数とする。
 - イ 平均在院日数は、全国の平均と最短の都道府県との差の1/3を減らす。

本節では、こうした国の医療費適正化計画の策定に係る基本方針や国の定める政策目標を踏まえながら、特定健康診査・特定保健指導の実施や療養病床の再編成など、政策目標を達成するための方策として国が実施する内容や考え方などを示すとともに、本計画に定める目標設定の基本的な考え方を明らかにします。

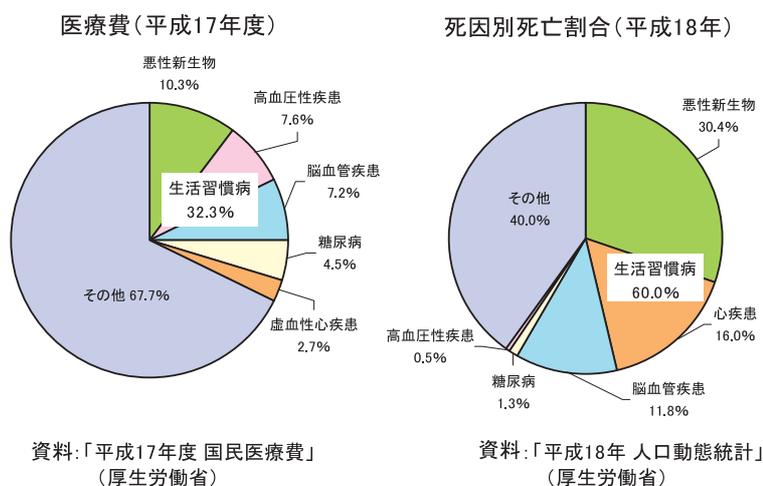
1 「住民の健康の保持の推進に関する目標」に係る考え方

(1) 国の方針

生活習慣病は、国民医療費の約3割、死亡数割合では6割を占めており、有病者が増加しています。(図表3-1-1)

生活習慣病の大きな原因の一つに、肥満者の増加があります。内臓脂肪型肥満に動脈硬化のリスクである高血糖、高血圧、脂質異常が重複した状態がメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)であり、平成17(2005)年の調査(「国民健康・栄養調査」(厚生労働省健康局))では、40~74歳の男性の2人に1人、女性の5人に1人が、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者又は予備群と考えられる者という状況です。

図表3-1-1 生活習慣病の医療費と死因別死亡割合



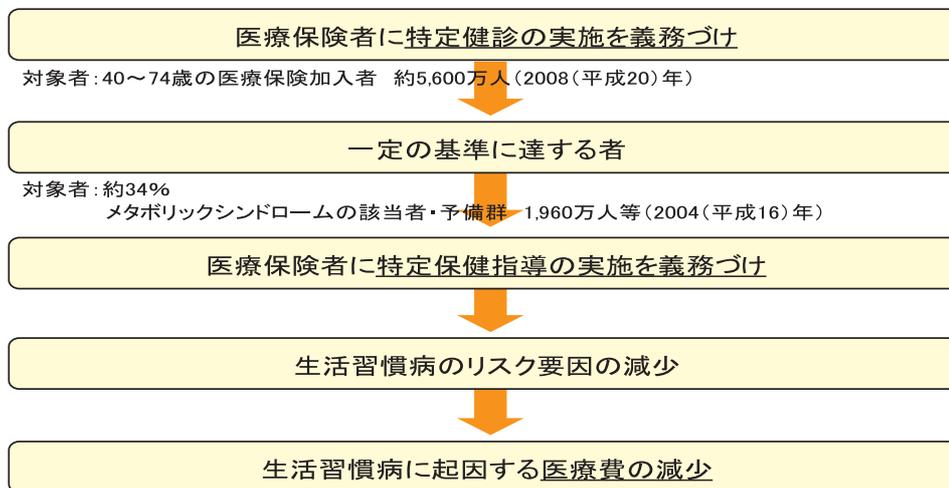
このようなメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に起因する生活習慣病については、より効果的な健診やその結果を踏まえた保健指導が求められていました。

内臓脂肪を減少させることで個々の諸病態の改善や発症リスクの低減が図られるという「メタボリックシンドローム」の概念が日本内科学会等内科系8学会の合同により平成17年に登場したことを踏まえ、先般の医療構造改革の一環として成立した高齢者医療確保法により、平成20(2008)年4月から保険者(国民健康保険・被用者保険)に対して、40歳以上の加入者(被保険者・被扶養者)を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健康診査(以下「特定健診」という。)及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導(以下「特定保健指導」という。)の実施が義務付けられました(図表3-1-2)。

従来の健診・保健指導は、個別疾患の早期発見・早期治療が主たる目的でしたが、今後は内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容という観点から行われることとなりました。また、従来、様々な疾患の疑いを指摘された者に対して行われていた保健指導については、内臓脂肪の蓄積に着目して対象者を選定することとなりました。

これは、保健指導の性格を従来の健診結果の伝達や一般的な情報提供にとどまる、いわば「プロセス重視」から、個別に行動変容を促し、生活習慣の改善につなげる「結果重視」へと変えるものです。(図表3-1-3)

図表3-1-2 保険者による健診・保健指導の実施（2008（平成20）年度施行）



出典：「平成 19 年版 厚生労働白書」（厚生労働省）

図表3-1-3 生活習慣病に関する健診・保健指導の基本的な考え方

	これまでの健診・保健指導		これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）予防のための保健指導を必要とする者を抽出するための健診
特徴	プロセス重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療	行動変容を促す手法	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	実施回数や参加人数（アウトプット評価）		糖尿病等の患者・予備群の25%減少（アウトカム評価）
実施主体	市町村		医療保険者

出典：「平成 19 年版 厚生労働白書」（厚生労働省）

このような新たな生活習慣病対策の実施の流れを踏まえ、国は、医療費適正化基本方針で、都道府県医療費適正化計画における「住民の健康の保持の推進」に関する目標について、次のとおり設定することとしています。(図表3-1-4)

図表3-1-4 医療費適正化基本方針に定める参酌標準（住民の健康の保持の推進に関するもの）

○住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標

- (1) 特定健康診査の実施率
平成24年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。
- (2) 特定保健指導の実施率
平成24年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。
- (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標
平成20年度と比べた、平成24年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を、10%以上の減少とする。

※この目標は、長期的には平成27年度末時点で平成20年度当初と比べて25%以上減少という目標を踏まえたものである。

(2) 東京都の考え方

国の医療費適正化基本方針で定める「住民の健康の保持の推進に関する目標」の設定に係る東京都の考え方は次のとおりです。

各医療保険者は、高齢者医療確保法第19条に基づき、特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的目標などを定めた「特定健康診査等実施計画」（以下「特定健診等実施計画」という。）を定めることとされています。

本計画における「住民の健康の保持の推進に関する目標」の設定に当たっては、都内に所在する各医療保険者が定める特定健診等実施計画の策定状況を踏まえています。

各医療保険者の目標値の設定状況は図表3-1-5のとおりであり、各医療保険者が定める特定健診等実施計画における平成24年度の目標設定は、おおむね国の医療費適正化基本方針で定める参酌標準の数値目標と一致しています。

図表3-1-5 都内各保険者の平成24年度における特定健康診査の実施率等の目標

		単一健保	共済	総合健保	政府管掌	国保組合	区市町村 国保	東京都計
目標値	特定健康診査の実施率	79.3%	77.8%	71.1%	70.0%	70.2%	65.0%	70.0%
	特定保健指導の実施率	44.4%	46.1%	44.9%	45.0%	45.0%	45.0%	44.9%
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	△10.6%	△10.0%	△9.9%	△10.0%	△10.0%	△10.0%	△10.4%
参酌標準	特定健康診査の実施率	80%		70%			65%	70%
	特定保健指導の実施率	45%						45%
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	△10%						△10%

資料：「特定健康診査等実施計画の作成状況等に関する調査^(注)」（厚生労働省保険局）結果から東京都で作成

上記を踏まえ、本計画では「都民の生活習慣病予防の推進に関する目標」として、平成24年度における数値目標を定めることとし、その設定に当たっては、国の医療費適正化基本方針で定める参酌標準の数値目標と同一とします。

なお、関連計画であるプラン21（第1章第2節（9頁）参照）においても、平成19年度の改定により、国の定める「都道府県健康増進計画改定ガイドライン」等や都民の健康状態の分析等に基づき、本計画と同一の数値目標を設定しています。

(注) 「特定健康診査等実施計画の作成状況等に関する調査」

国が、都道府県医療費適正化計画の円滑な作成等に資するよう、各医療保険者が作成する特定健康診査等実施計画の作成状況等を把握するため、各医療保険者を対象に実施した調査。

2 「医療の効率的な提供の推進に関する目標」に係る考え方

(1) 療養病床の病床数について

① 国の方針（療養病床の再編成）

療養病床は、主として長期にわたり療養を必要とする患者を受け入れるもので、病床数は全国で約37万床あり、うち医療保険が適用されている医療療養病床は約25万床、介護保険が適用されている介護療養病床は約12万床です。

国は、療養病床の再編成について、次のように述べています。

主として長期にわたる療養を必要とする患者が入院する療養病床については、医療保険が適用される医療療養病床と介護保険が適用される介護療養病床があるが、いずれにしても慢性期入院医療実態調査（2005（平成17）年度）で、医師による指示の変更がほとんど必要のない方も利用していた実態が明らかとなった。

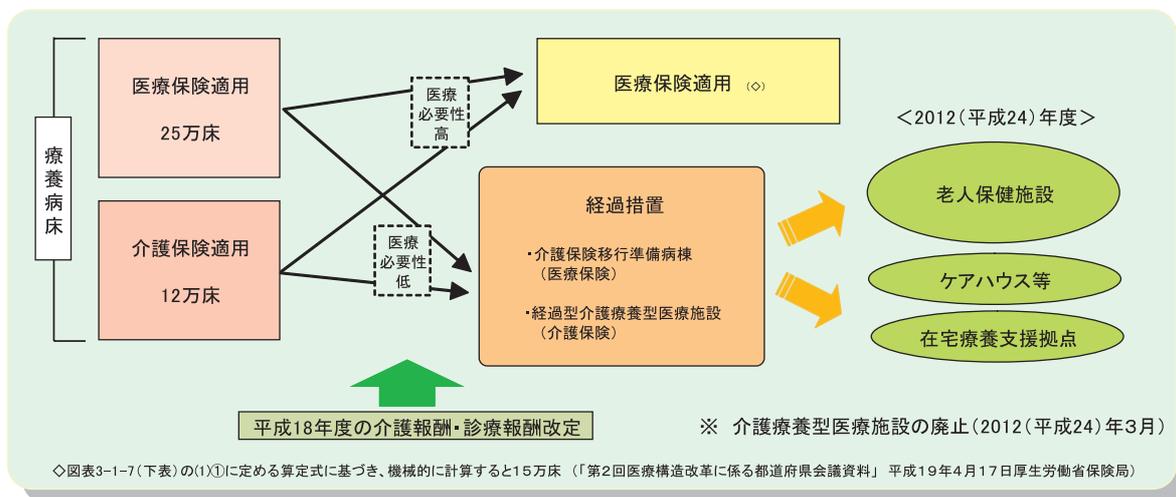
このような実態を踏まえ、先般の医療構造改革では、①高齢者の状態に即した適切な医療・介護サービスの提供、②医療保険や介護保険の財源の有効かつ効率的な使用、③医師・看護職員など専門能力を有する貴重な人材の有効かつ効率的な活用という視点に立ち、療養病床の再編成に取り組んでいる。

具体的には、①医療の必要性が高い高齢者に対しては、引き続き医療保険により療養病床において必要な医療サービスを提供する一方、②医療サービスの必要性が低い高齢者については、こうした人たちが利用している療養病床を2011（平成23）年度末までの間に、より居住環境の良い老人保健施設等に転換して対応することとする（図表3-1-6）。

また、今後、療養病床の再編成が進められる中で、療養病床から転換した老人保健施設の入所者に引き続き適切な医療を提供する必要があることから、今般、社会保障審議会介護給付費分科会の「介護施設等の在り方に関する委員会」において、療養病床から転換した老人保健施設における医療サービスの在り方について取りまとめを行ったところであり、今後は同委員会における議論を踏まえ、介護給付費分科会において引き続き検討を進めていくこととしている。

（「平成19年度厚生労働白書」から抜粋）

図表3-1-6 医療の必要に応じた療養病床の再編成



資料：厚生労働白書（平成19年版）

このような療養病床再編成の流れを踏まえ、国は、医療費適正化基本方針の中で、都道府県医療費適正化計画における「医療の効率的な提供の推進」に関する目標について、図表3-1-7（以下「療養病床等の参酌標準」という。）のとおり設定することとしています。

図表3-1-7 医療費適正化基本方針に定める参酌標準（医療の効率的な提供の推進に関するもの）

○医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標の考え方

(1) 療養病床の病床数

平成24年度末時点での療養病床の病床数 = ①と②により設定する。

① 各都道府県における $a - b + c$

a	医療保険適用の療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。）の現状の数（平成18年10月）
b	医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数（平成18年10月） (医療区分1)+(医療区分2)×3割
c	介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数（平成18年10月） (医療区分3)+(医療区分2)×7割

② 都道府県は上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。

療養病床等の参酌標準(1)②と関連して、国は、「療養病床の再編成に当たっては、地域によって、療養病床や介護保険施設等の整備状況や高齢化の進行状況が異なることから、各地域の実情に応じて行っていくことが必要である。」と、地域の実情に応じた療養病床の再編を前提にしています。

② 東京都の考え方

東京都の状況を見ると、療養病床数は約21,000床（平成18年10月現在）あり、うち医療療養病床は約13,000床、介護療養病床は約8,000床です。

（図表3-1-8）

図表3-1-8 東京都の療養病床の状況

	病床数
医療療養病床	13,122床（11,920床）
介護療養病床	7,911床
合計	21,033床

※1 平成18年10月現在

※2 () は回復期リハビリテーション病棟の療養病床を除いた療養病床数

仮に、国の示す療養病床等の参酌標準の(1)①（各都道府県における $a - b + c$ ）を用い、平成24年度末時点での療養病床の病床数を算定した場合、約7,500床となります。

第1章第1節（1頁）でも見たように、東京都の高齢化は今後、急速に進展し、20年後には後期高齢者人口が2倍以上になると予測されています。

また、単独世帯の高齢者数、夫婦のみ世帯の高齢者数は、平成17年から平成47年までの30年間にそれぞれ2.12倍、1.52倍となり、合わせて100万人以上の著しい増加が見込まれています。（図表3-1-9）

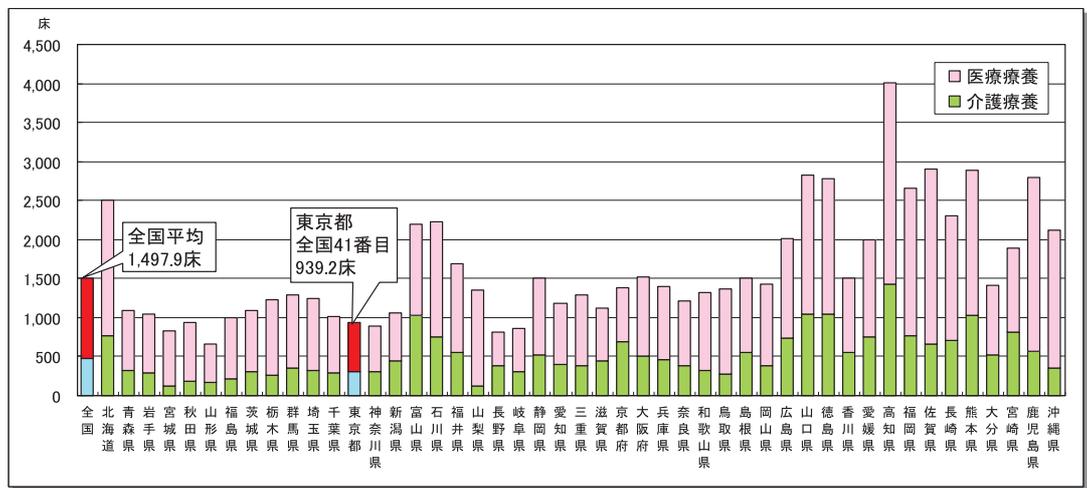
一方、東京都の人口10万人当たり療養病床数（第2章第2節（26頁）参照）及び高齢者人口当たりの療養病床数は、全国的に見ても少なく（図表3-1-10）、また、今後の急速な高齢化の進展により、急性期医療を終えた後も医学的管理が必要な患者の増加が見込まれます。

図表3-1-9 高齢者のみの世帯（単独・夫婦のみ）に属する高齢者数の将来推計



出典：東京都地域ケア体制整備構想（平成19年12月）

図表3-1-10 高齢者人口10万人当たり療養病床数の都道府県比較



資料：「東京都地域ケア体制整備構想（平成19年12月）」

出典：65歳以上人口-「平成17年国勢調査（総務省）」、病床数-「病院報告（平成18年3月分概数（厚生労働省）」

また、平成17年の患者調査（厚生労働省大臣官房統計情報部）によると、都外の療養病床に入院していると推計される都民は、約5,200人に上っており、療養病床再編を機に、都外の療養病床の利用が困難になることも想定されます。

したがって、平成24年度末時点における療養病床数は、国の示す参酌標準の(1)①を用いて算定した数値を踏まえ、かつ参酌標準の(1)②で示す東京都の地域特性等を十分に加味した数値を合算し、東京都として必要な病床数を確保する必要があります。

そのためには、療養病床を持つ医療機関等の今後の転換意向等を把握し、地域の実情に応じた病床数の確保をする必要があります。

しかし、「地域ケア構想」(第1章第2節(10頁))策定に当たり、平成19年7月に東京都が医療機関に対し行った療養病床アンケート調査(以下「アンケート調査」という。)結果によると、介護療養病床を持つ医療機関等においては、介護療養病床が廃止される平成24年4月1日時点での転換意向について「未定」とする回答が約半数を占めています。

「未定」の理由では、「転換後の経営の見通しが不透明である」、「転換先の介護施設等の報酬が明確でない」の回答の合計が6割を超えました。

各医療機関等は、平成20年の診療報酬や介護報酬の改定内容やその影響等から、今後の見通しを立て、意向を固めていくものと思われます。

したがって、平成20年度春にアンケート調査を再度実施し、医療機関等の意向を把握していきますが、その前に、医療機関等の転換意向を踏まえた目標設定を行うことは困難です。

一方で、「保健医療計画」(第1章第2節(9頁))に掲げる「基準病床数」は、医療法に基づく病床整備の基準であるとともに、病床の適正配置を図り、適正な入院医療を確保するためのものとして東京都が定めるものです。

基準病床の算定は、一般病床と療養病床とでそれぞれ算定するように医療法施行規則で定められています。

療養病床数の設定に当たっては、性別・年齢階級別の人口に長期療養入院・入所需要率を乗じて算定したものから、介護施設等に対応可能な数の控除や病床利用率等を勘案して算定しており、保健医療計画に定める療養病床数(以下「基準病床数(療養病床数)」という。)は現状を踏まえて設定した病床数であるといえます。

上記を踏まえ、本計画における平成24年度末時点での目標数値の設定については、国の示す療養病床等の参酌標準((1)①(各都道府県における $a - b + c$))を踏まえながらも、東京都としての地域特性等を十分に加味する(参酌標準(1)②)ため、基準病床数(療養病床数)^(注)を目標数値として設定し、保健医療計画との整合を図ります。

なお、今後の診療報酬改定や医療機関等の転換意向を踏まえた上で、必要に応じ見直しを行います(第5章(67頁)参照)。

(注)「基準病床数(療養病床数)」には、回復期リハビリテーション病棟の療養病床数を含む。

(2) 平均在院日数について

① 国の方針

平均在院日数の短縮は、医療費適正化の総合的推進における中長期的な対策の柱の一つであり、(1)で述べた「療養病床の再編成」も平均在院日数の短縮対策の一環として位置付けられています。

国は、医療費適正化基本方針の中で、都道府県医療費適正化計画における「医療の効率的な提供の推進」に関する目標について、次のとおり設定することとしています。(図表3-1-11)

図表3-1-11 医療費適正化基本方針に定める参酌標準（医療の効率的な提供の推進に関するもの）

○医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標の考え方

(2) 平均在院日数に関する数値目標

平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数から、平成18年の病院報告における各都道府県の平均在院日数と同年の最短の都道府県の平均在院日数との差の1/3(これを上回る数字としても差し支えない。)の日数を減じたものとする。

(注) 平成18年の病院報告による全国平均の平均在院日数と、最も短い都道府県の平均在院日数との差を平成27年度までに半分に短縮するという長期目標を前提としたものであり、(平成18年～24年までの6年間)/(平成18年～27年までの9年間)×1/2(差の半分)により1/3と設定。

② 東京都の考え方

(1)で述べたとおり、基準病床数（療養病床数）を本計画における療養病床の病床数の目標数値として設定することとしました。

これにより、療養病床数は既存病床数と比較して増加することとなります。

療養病床数が増加すれば、平均在院日数は増加すると推定されます。(第2章第2節(28頁)参照)

しかし、療養病床数が増加することにより平均在院日数が増加するとしても、本計画において設定する療養病床の目標数は、東京都としての現状を踏まえた病床数です。

一方で、第2章第2節の図表2-2-10(28頁参照)のとおり、東京都の平均在院日数の推移を見ると、各年で減少を続けています。

これは、診療報酬の改定などが影響しているものと推定されますが、これ以外にも、二次保健医療圏ごとの医療連携の促進や救急医療体制の充実等、東京都のこれまでの取組が効果として表われている要素が考えられます。

なお、今後の診療報酬の改定の影響や第4章の医療費適正化に向けた取組を推進することで、結果としてそれが平均在院日数を短縮する成果として表われると推定されます。

また、東京都の平均在院日数は、全国で最短の長野県に次いで短い状況となっています。(第2章第2節(28頁)参照)。

なお、本計画の最終年度となる平成24年度においては介護療養病床が廃止されているため、本計画の策定に当たっては介護療養病床分の数値を除く必要があります。

厚生労働省保険局によると、平成18年病院報告における全病床の平均在院日数から介護療養病床分を除いた平均在院日数は、全国平均で32.2日、東京都は25.4日(全国46位)で、最短県の長野県は25.0日となっています。^(注)

この数値を踏まえ、国の医療費適正化基本方針に定める参酌標準を用いて平均在院日数の算定を行った場合、東京都は25.2日となり、現状の25.4日と比較して大差はありません。

上記を踏まえ、本計画では、平均在院日数の目標数値を現状の平均在院日数を維持する数値で設定します。

(注) 「平成18年病院報告」公表時に厚生労働省保険局が各都道府県に示したものに基づく。
(「都道府県医療費適正化計画における平均在院日数の確定値について」(平成20年1月31日付事務連絡(厚生労働省保険局)))
都道府県医療費適正化計画の策定に当たっては、平成23年度末に介護療養病床が廃止されるため、平成18年病院報告における全病床に係る平均在院日数から介護療養病床分を除いた数値を用いる。

第2節 計画の目標

前節の「目標の考え方」を踏まえ、平成24年度における目標を以下のとおり設定します。

1 都民の生活習慣病予防の推進に関する目標

- (1) **特定健康診査の実施率**
40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受けることを目指します。
- (2) **特定保健指導の実施率**
特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることを目指します。
- (3) **メタボリックシンドロームの該当者及び予備群（特定保健指導の実施対象者）の減少率**
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が、10%以上減少（平成20年度比）することを目指します。

2 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- (1) **療養病床の病床数**
療養病床の病床数を28,077床とすることを目指します。
（平成24年度末時点）
- (2) **平均在院日数**
平均在院日数を25.4日とすることを目指します。