

れている以上、「選択と集中」が必要になるが、診療科の廃止や縮小には議員や住民は反対するためそれを実行できない。むしろ、「選択と集中」（「これかあれか」という選択）ではなく「多々益々弁ず」（公立病院だから「これもあれも」すべきだ）という議員や住民の要求を自律的に制御することができない例は枚挙に暇がない。また、病院事業は住民の関心が高く政治問題化しやすい。このため、首長も積極的に「調整」にコミットすることは回避し穏便に済ませようとする傾向がある。首長のスタンスが曖昧であれば、部下である公務員は危険を犯してまで「調整」することはしない。その結果、問題の本質にメスが入らずに先送りされる。

第3に、自治体内部が縦割型の組織となっており、病院事業の経営を総合的に考え「調整」することができない。例えば、公立病院の自治体側の窓口として病院事業部局があっても、人事関係は人事部局が、一般会計繰入や予算は財政部局が権限を有しており、病院事業部局は単なる「取次機関」であって実質的な「調整」権限を有していないことはしばしばみられる。また、公立病院の問題は単に財政問題や労務問題として捉えるべき性格のものではない。地域医療計画との整合性等を含め医療政策の観点から検討することが必要である。また、病院の「増収対策」として過剰な医療を行えば国民健康保険財政に悪影響を及ぼすといった点も配慮すべきである。しかし、人事部局、財務部局、病院事業部局、医療政策部局、国民健康保険や介護保険担当部局がスクラムを組み、公立病院の問題を総合的に検討する体制がとられている自治体は少ない。むしろ、これらが意思疎通を欠き、指揮命令系統が多様かつ複雑で混乱を招いている例がしばしばみられる<sup>18</sup>。

要するに、公立病院のガバナンス構造は「権限と責任」が不明確かつ分散しており病院経営にふさわしい構造になっていないのである。その結果、地域の中でその公立病院がどのようなポジションをとるかという経営戦略の基本が定まらず、医療環境が変化しても機動的な対応ができず、高コスト構造も改まらないことになる。

ちなみに、病院の休止に追い込まれた例としては銚子市病院があるが、休止後に設けられた「銚子市病院事業あり方検討委員会」の報告書（2008年11月）は、休止までの経緯について、こうした委員会としては異例の厳しい指摘を行っている<sup>19</sup>。この指摘は筆者が以上述べたことと符合する。

「委員会からは、①平成19年11月時点で存在した病院経営改善計画が楽天的すぎて病院職員にも危機意識が低かったこと、②議員の暴言に近い発言がいかにも医師のモチベーションを下げたか、③結果論としては平成19年度の中頃に病院経営規模の縮小を決断すべきだったこと（中略）、④銚子市としても市立病院あるいは市民としても、病院のすべてを存続させるか、さもなくばすべてを失うゼロの決定か、というのは成熟した議会、行政、市

<sup>18</sup> さらに、市町村立病院の場合であれば、都道府県の総務省の「受け皿」部局（地方課など）との「調整」も必要になる。

<sup>19</sup> なお、堀（2009）は銚子市立総合病院のケースを基に自治体病院の課題と展望について論じているが、筆者も堀の見解に賛成する。

民の決定ではないこと、などが意見として総括された。

#### (4) 公立病院改革ガイドラインの要点と趣旨

公立病院が抱える本質的な問題をガバナンス構造の問題として捉えると、改革ガイドラインの意図や趣旨がより明確になる。「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」はばらばらの3本柱ではなく、相互に結びついているのである。改革ガイドラインの要点は次の6つである。

第1に、改革ガイドラインでは、地域において公立病院として真に果たすべき役割は何か見直すことが強調されている。この点に関し留意すべきことは、へき地等に立地している病院と民間病院等が集積している都市部の病院を書き分け、後者については必要性が乏しいものは廃止・統合を含めて検討すべきこととされていることである。また、事業形態の見直しの箇所では、「地域における医療・介護・福祉サービスの需要動向を改めて検証し、必要な場合、病院事業の診療所化や老人保健施設、高齢者住宅事業等への転換」も視野に入れることを求めている。

第2に、公立病院として果たすべき役割を明確にした上で、独立採算原則に立って最大限効率的な運営を行ってもなお不足する真にやむを得ない部分のみを対象に一般会計等からの繰出(病院からみれば「繰入」)である。以下同じ)を認めるという考え方に立っている。裏返していえば、一般会計等からの繰出を漫然と行うこと(特に赤字補填的な繰出を行うこと)を認めていない。

第3に、一般会計等から所定の繰出が行われれば「経常黒字」が達成されることが求められている。留意すべき点は、目標設定の基準が「減価償却前黒字」(キャッシュフローがショートしなければよい水準)ではないということである。これはこれまでの公立病院に対する経営指導方針からみれば厳しいように見えるが、民間病院の経営であればごく当然のことである。なお、経営に関し具体的な数値目標を掲げることが求められている。これは改革プランをペーパープランに終わらせることなく実効性を確保するためである。

第4に、経営指標だけでなく医療機能の確保に関する指標についても数値目標を設定することとされている。これは、公立病院改革が単に「経常赤字」を出さなければよいというのではなく、地域において真に必要な医療を確保するという観点から設けられたものであり、見落とされがちであるが重要な点である。

第5に、経営形態の見直しが強調されている。すなわち、公立病院改革ガイドラインでは、「民間的経営手法の導入を図る観点から、例えば地方独立行政法人化や指定管理者制度の導入などにより、経営形態を改めるほか、民間への事業譲渡や診療所化を含め、事業の在り方を抜本的に見直すことが求められる」と明記されている。また、「地方公営企業法の全部適用については、現在財務規定等のみを適用している団体にとって比較的取り組み易い側面がある半面、逆に経営形態の見直しを契機とした民間的経営手法の導入が不徹底に終わりがちであるとの指摘がある点について、特に留意が必要である」と強い調子で述べられている。

第6に、再編・ネットワーク化も重要な柱となっている。その背景には、医師不足をはじめ医療環境をめぐる厳しい現実を踏まえ、医師確保や医療機能を個々の病院で考えるのではなく、地域全体をカバーする基幹的病院とネットワークを組むことによって地域医療を確保するという考え方がある。再編・ネットワーク化については、「自分のまちの病院がなくなることや診療所に格下げになることは絶対反対である」という住民感情が強く頓挫するケースが多い。しかし、厳しい現実には直視しなければならない。医師や看護師等のスタッフが今後とも確保できる見通しがあるかという問題に加え、医療密度が薄ければ医療安全の問題も含め医療の質は低下することになる。

#### (5) 改革プランの策定状況と展望

改革プランは2008年度内に総務省に提出することが求められており、おそらく若干の例外を別にすれば4月中には改革プランが出揃うことになると見込まれる。ただし、そのことは改革プランの質を必ずしも保証しない。率直に言って公立病院改革に対する取組み姿勢には都道府県および病院によって大きな「温度差」があり、筆者は、「たら・れば」の類のペーパープラン（例：医師数がピーク時の水準に戻れば経常収支は改善される）が少なくないのではないかと推測している。しかし、公立病院改革は先送りすれば済まされる問題ではない。医師の引揚げや地方財政の厳しさは今後さらに増すからである。また、改革プランは今回提出すればそれで終わりということでもない。改革ガイドラインでは、「改革プランの実施状況をおおむね年1回以上点検・評価を行うこととし、（中略）改革プラン対象期間のうち遅くとも2年経過した時点において、改革プランで掲げた経営指標に係る数値目標の達成が著しく困難であると認めるときは、改革プラン全体を抜本的に見直す」旨が規定されているからである。その意味では、改革の「胸突き八丁」が始まるのはまさにこれからというべきである。そして、その見直しに当たっては、ガバナンス構造まで遡って公立病院改革の本質を考える必要がある。

### 7. おわりに—結びにかえて—

以上、医療・介護制度の制約条件としての人的資源の確保問題について考察、効率化をめぐる政策課題を鳥瞰、3つの個別課題（①職能の見直し、②透析医療、③公立病院改革）の検討を行った。最後に、本稿を要約するとともに次年度の研究課題との関係について述べる。

#### (1) 要約

高齢化が急速に進み医療・介護需要が増加する一方、生産年齢人口が急減するため、医療・介護の人的資源の確保は大きな問題となる。日本は先進諸国に比べ保健衛生・社会事業従事者や看護師等の労働力人口に占める比率はやや低い、この四半世紀の間に、看護職員は1.5倍から2倍程度、介護職員は2倍ないし2.5倍程度増やす必要がある。そのためには、潜在看護師等の活用といった方策以外に養成数自体を増やす必要があり、一定の仮定を置いて試算すれば2030年には新卒者の約8人に1人を看護・介護職員とすることが必

要になる。

若年労働力の争奪が激しくなることは必至であり、その前提として医療・介護の一層の効率化が求められることになる。医療・介護の効率化の課題は、医療機関の機能分化の推進、医療・介護の連携の強化、家庭医やプライマリケアの医療政策上の明確化など山積しているが、十分議論が進んでいない検討課題もある。

第1に、生産性向上という観点から職能の見直しを行うことが不可避である。ナース・プラクティショナー、専門看護師、認定看護師に一定の条件の下で医療行為の一部の実施権限を付与することを検討すべきであるが、医師らの理解を得るためには、具体的に対象とすべき医療行為の範囲や条件等を十分詰める必要がある。また、「医療的ケア」の介護職等への解禁論については、当面は違法性阻却論により解禁することもやむをえないが、将来的には、「医療的ケア」という類型を設け、一定の資格を創設し解禁することを検討すべきである。

第2に、医療経済上や患者のQOL向上の観点から透析医療のあり方の検討を行うべきである。日本では施設透析が圧倒的であるが、患者の態様等によっては在宅透析が望ましく、患者や家族の負担軽減や診療報酬上の問題など在宅透析の阻害要因を政策的に除去すべきである。また、透析原因の大きな割合を占める糖尿病の発症予防や患者の疾病管理、居住系施設における透析患者受入れ条件の検討も行う必要がある。

第3に、公立病院改革を進める必要がある。公立病院問題は、高コストで多額の赤字を抱えているという問題もさることながら、開設者と病院長との「責任と権限」関係の不明確性、多様なステイクホルダーの関与、行政内部の縦割りと権限の分散といったガバナンス構造に本質的な問題がある。公立病院改革は一過性の問題ではない。改革プランをペーパープランに終わらせないためには、こうしたガバナンス構造に遡って考察しメスを入れる必要がある。

## (2) 次年度の研究課題との関係

本稿のうち個別課題については検討が十分であるとはいいがたい。特に透析医療に関しては問題意識および論点の整理に終わっている。在宅透析の実践例の分析やそれを踏まえた検討は次年度の研究テーマとしたい。また、公立病院改革については、成功事例として2008年度に統合した日本海総合病院の事例（山形県立日本海病院と酒田市立病院の統合事例）を取り上げる予定であったが、2008年4月に統合してから日が浅いため、2008年度の決算状況等を含め次年度に全体的評価を行うこととしたい。

## (参考文献)

- 岡谷恵子・下平唯子・柏木聖代（2005）「主要国の看護師制度の概要」世界の労働，55巻10号
- 草間朋子（2008）「ナース・プラクティショナー養成の必要性」看護展望，Vol.33.No.4
- 厚生労働省（2008）「福祉・人材確保関係主管課長会議資料」

- 斉藤明（2007）「世界およびわが国における在宅血液透析の現状」腎臓，Vol.30.No.1
- 島崎謙治（2006）「医師と患者の関係」社会保険旬報，No.2296-2298
- 島崎謙治（2007）『医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究』（厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 平成16年度から18年度総合研究報告書）
- 島崎謙治（2008a）「高齢化社会と医療政策」，岩村正彦編著『高齢化社会と法』（有斐閣）
- 島崎謙治（2008b）「在宅医療と政策」，佐藤智他編『在宅医療の展望：明日の在宅医療（第1巻）』（中央法規出版）
- 西澤欣子・窪田実（2007）「在宅血液透析のメリット・デメリット」腎臓，Vol.30.No.1
- 日本腎臓学会（2007）『CKD診療ガイド』東京医学社
- 樋口範雄（2007）『医療と法を考える－救急車と正義』有斐閣
- 堀真奈美（2009）「自治体病院の課題と展望－銚子市立総合病院のケースから考える－」週刊社会保障，2514号
- 松尾精一（2007）「在宅血液透析の医学的管理」腎臓，Vol.30.No.1
- 良村貞子（2002）『アメリカにおける医療過誤と看護師の責任』北海道大学図書刊行会

# 一般病床退院患者に対するリハビリスタッフの継続関与・連携の実態 ～病床構成による違いを中心に～

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

## 1. はじめに

厚生労働省は、医療制度改革の中で、急性期から維持期・在宅までの切れ目のない包括的なサービス提供体制の構築を推進している。こうした流れの中、リハビリテーション（以下、リハ）は非常に重要な役割を期待されているが、医療から介護への移行部分において、連携が十分には機能していないという指摘も多い。

今回の介護報酬改定においても、医療から介護へのリハ移行を円滑にするため、①通所リハにおける短時間、個別のリハの評価の新設 ②短期集中リハ実施加算点数の増額 ③訪問看護ステーションからのリハ職による訪問の要件緩和 などが導入された。このように、医療と介護におけるリハ連携強化が、報酬改定という手法を使って進められているが、現場レベルでは、連携強化やサービスの質の向上に向けた課題はまだ山積している。

そこで、今回、兵庫県理学療法士会のご協力のもと、退院後のリハスタッフの継続関与の実態把握を目的に、兵庫県下の病院（一般病床、回復期リハ病床、療養病床のいずれかを有する病院）を対象とした、『退院後のリハビリ専門職の継続関与に関する実態調査』を実施した。

本稿では、このうち、一般病床を有する病院に対するアンケート調査結果について報告する。

## 2. 研究方法

### 1) 調査対象

兵庫県下の320病院のうち、一般病床を有する247病院を調査対象とした。

### 2) 調査方法および調査時期

調査方法は、自己記入式質問紙による郵送調査法を用いた。実施に際し、アンケート用紙に、本調査の趣旨、データ公表に関する留意点等を記載した文書（共同研究者である兵庫県理学療法士会の会長との連名）を添付し、調査への協力を依頼した。

対象は247病院、有効回収数は43病院（回収率:17.4%）であった（2009年3月10日現在）。調査時期は2009年2月2日現在（一部項目は1月中）で、未回答者の未回答理由については調査していない。

### 3) 調査内容

#### ①病院概要

開設主体、許可病床数、併設事業

#### ②運営状況

リハ科専従医師の配置、職種別リハ専門職数、リハ届け出状況（心大血管疾患、脳血管疾患、運動器、呼吸器）、病棟専従医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の有無、平均在院日数、リハ実施日数

### ③入院患者の状況

入院患者数、傷病別リハ必要患者の構成割合

### ④退院後の受け皿機関との連携状況

1ヶ月の退院患者数、退院先、退院後のリハ継続の状況、ケアマネジャー（以下、ケアマネ）の退院時カンファレンスへの参加状況、地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）の有無、退院先への情報提供担当、退院に向けた活動状況、退院先の医療機関・介護施設およびケアマネへのリハ関連情報の提供方法および各種情報交換会の有無

## 3. 研究結果

### 1) 病院概要

#### (1) 開設主体

対象 43 病院を開設主体別にみると、「医療法人」が 60.5%と最も多く、次いで「自治体」25.6%、「社会保険」「個人」4.7%、「独立行政法人」「学校法人」2.3%の順であった。

#### (2) 病床規模・病床構成

病床規模別にみると、「100-199 床」が 48.8%と最も多く、次いで「100 床未満」20.9%、「300-399 床」11.6%の順であった。

病床構成は、「一般のみ」55.8%と最も多く、次いで「一般+療養」27.9%、「一般+回復期リハ」9.3%、「一般+回復期リハ+療養」7.0%の順であった。

#### (3) 併設事業

併設事業の有無をみると、「併設あり」69.8%、「併設なし」30.2%であった。併設サービスの内容をみると、「訪問リハ（医療機関）」が 41.9%と最も多く、次いで「通所リハ」39.5%、「訪問看護ステーション（以下、訪看 St）」37.2%、「居宅介護支援」「介護老人保健施設（以下、老健）」34.9%、「介護老人福祉施設（以下、特養）」「診療所」「訪問看護（医療機関）」「訪問介護」「短期入所」18.6%の順であった。

ここで、併設事業の有無を、施設系、在宅リハ<sup>1</sup>、居宅介護支援の有無に分け、これと病床構成の関係をみた。

施設系サービスでは、「一般病床のみ」25.0%<sup>2</sup>、「一般+療養」50.0%、「一般+回復期リハ」75.0%、「一般+回復期リハ+療養」66.7%、在宅リハサービスでは、「一般病床のみ」50.0%、「一般+療養」83.3%、「一般+回復期リハ」100.0%、「一般+回復期リハ+療養」66.7%、居宅介護支援では、「一般病床のみ」20.8%、「一般+療養」58.3%、「一般+回復期リハ」25.0%、「一般+回復期リハ+療養」66.7%と、一般病床のみに比べ、回復期リハ病床や療養病床を併せ持つ病院の方が、多様な住まいや在宅リハサービスを多く有している状況であった。

<sup>1</sup> 「施設系サービスあり」とは、特養、老健、グループホーム、ケアハウス、高齢者住宅のいずれかを、「在宅リハサービスあり」とは、訪看 St、訪問リハ、通所リハのいずれかを併設事業として有している場合をいう。

<sup>2</sup> 一般病床のみ 24 病院のうち、施設系サービスを有する病院は 6 病院（25%）であったことを意味する。

## 2) 運営状況

### (1) スタッフ

一般病床へのリハ科専従医師の有無をみると、「配置あり」34.9%、「配置なし」58.1%、「未回答」7.0%であった。リハスタッフを職種別にみると、理学療法士（以下、PT）は全病院で、作業療法士（以下、OT）は53.5%、言語聴覚士（以下、ST）は62.8%で配置されていた<sup>3</sup>。

ここで、リハスタッフの構成をみると、「3職種配置」が46.5%と最も多く、次いで「PTのみ」30.2%、「PT+ST」16.3%、「PT+OT」7.0%の順であった。これを病床構成別にみると、「一般+回復期リハ」「一般+回復期リハ+療養」では全て「3職種配置」、「一般病床のみ」では、「PTのみ」が37.5%と最も多く、次いで「PT+ST」「3職種配置」25.0%、「PT+OT」12.5%の順、「一般+療養」では「3職種配置」が58.3%と最も多く、次いで「PTのみ」33.3%、「PT+ST」8.3%の順であった。

また、専従 SW をみると、「全病棟配置」32.6%、「一部病棟配置」9.3%、「専従配置なし」58.1%であった。

### (2) リハ届け出・実施状況

リハ届け出状況をみると、心大血管疾患では、「リハ料（Ⅰ）」4.7%、「リハ料（Ⅱ）」2.3%、「届け出なし」93.0%、脳血管疾患では、「リハ料（Ⅰ）」27.9%、「リハ料（Ⅱ）」32.6%、「リハ料（Ⅲ）」32.6%、「届け出なし」7.0%、運動器では、「リハ料（Ⅰ）」88.4%、「リハ料（Ⅱ）」7.0%、「届け出なし」4.7%、呼吸器では、「リハ料（Ⅰ）」51.2%、「リハ料（Ⅱ）」20.9%、「届け出なし」27.9%であった（疾患別リハビリテーションの人員配置基準については、表1参照）。

また、入院患者に対するリハ実施日数をみると、「平日のみ」46.5%、「平日+土曜」41.9%、「毎日」9.3%、「その他」2.3%の順であった。

### (3) 平均在院日数

平均在院日数は、全体では平均25.5日であった<sup>4</sup>。これを病床構成別にみると、「一般のみ」が20.9日と最も短く、次いで「一般+療養」28.5日、「一般+回復期リハ+療養」32.4日、「一般+回復期リハ」39.0日であった。

### (4) 病床稼働率<sup>5</sup>

病床稼働率は、全体では平均78.0%であった。これを病床構成別にみると、「一般+回復期リハ+療養」が95.1%と最も高く、次いで「一般+療養」80.9%、「一般+回復期リハ」76.4%、「一般のみ」74.8%であった。

<sup>3</sup> この数字は、常勤ないし非常勤の配置割合をみたものである。

<sup>4</sup> この数字は、各病院の平均在院日数の単純平均である（患者数による重み付けは行っていない）。

<sup>5</sup> 調査時点の一般病床入院患者数を、一般病床数で割ったものである。



表 1. 疾患別リハビリテーションにおける人員配置基準

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）

- 循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- 心大血管疾患リハの経験を有する専従の常勤 PT および専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤 PT もしくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

- 循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハの経験を有する常勤医師が1名以上勤務していること。
- 心大血管疾患リハの経験を有する専従の PT または看護師のいずれか1名以上が勤務していること。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）

- 専任の常勤医師が2名以上勤務していること。
- 専従の常勤 PT が5名以上、専従の常勤 OT が3名以上、言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤 ST が1名以上勤務していること。かつ、これら専従の従事者が合計で10名以上であること。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）

- 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- 専従の常勤 PT が1名以上、専従の常勤 OT が1名以上、言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤 ST が1名以上勤務していること。かつ、これら専従の従事者が合計で4名以上であること。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）

- 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- 専従の常勤 PT、常勤 OT、常勤 ST のいずれか1名以上勤務していること。

運動器リハビリテーション料（Ⅰ）

- 運動器リハの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- 専従の常勤 PT または専従の常勤 OT が2名以上又は両者合わせて2名以上勤務していること。

運動器リハビリテーション料（Ⅱ）

- 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- 専従の常勤 PT または専従の常勤 OT が1名以上勤務していること。

呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）

- 呼吸器リハの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- 呼吸器リハの経験を有する専従の常勤 PT 1名を含む常勤 PT 又は常勤 OT が合わせて2名以上勤務していること。

呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）

- 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- 専従の常勤 PT 又は常勤 OT が1名以上勤務していること。

（出典）社会保険研究所：平成20年4月版医科点数表の解釈

### 3) 入院患者の状況

#### (1) リハが必要な入院患者の割合<sup>6</sup>

入院患者のうち、リハスタッフとして、リハが必要と判断する患者の割合は、全体では平均 56.7%であった。これを病床構成別にみると、「一般+回復期リハ」が 81.3%と最も高く、次いで「一般+療養」65.0%、「一般+回復期リハ+療養」56.7%、「一般のみ」48.0%であった。

#### (2) 病床構成別にみたリハが必要な入院患者の構成割合

リハが必要な患者を主な傷病別にみると、全体では「骨折」が 26.5%と最も多く、次いで「廃用症候群」23.5%、「脳血管疾患」21.5%、「整形外科疾患（骨折以外）」16.9%、「心疾患」4.7%、「その他」6.8%の順であった。

これを病床構成別にみると、「一般病床のみ」では「骨折」が、「一般+療養」では「廃用症候群」が、「一般+回復期リハ」では「整形外科疾患（骨折以外）」が、「一般+回復期リハ+療養」では「脳血管疾患」が最も多かった（表2）。

表2. 病床構成別にみたリハが必要な入院患者構成割合（単位：％）

	脳血管疾患	骨折	整形外科疾患	廃用症候群	心疾患	その他
総数	21.5	26.5	16.9	23.5	4.7	6.8
一般のみ	18.8	29.3	16.7	24.4	2.5	8.4
一般+療養	20.6	24.4	13.7	25.8	9.5	6.0
一般+回復期	22.5	11.5	38.0	20.0	5.0	3.0
一般+回復期+療養	45.0	33.3	3.3	11.7	3.3	3.3

### 4) 退院後の連携状況

#### (1) 退院先

退院患者の退院先をみると、全体では「在宅への退院」が 57.0%と最も多く、次いで「特養・老健への入所」16.4%、「回復期リハ病床への転院」10.4%、「療養病床への転院」10.6%、「その他」5.6%の順であった。

これを病床構成別にみると、全てにおいて「在宅への退院」が最も多かったが、「一般+回復期リハ」「一般+回復期リハ+療養」では「回復期リハ病床への転院」が約3割を占めていた（表3）。

<sup>6</sup> ここでのリハの必要性判断は、調査票に記載したリハスタッフによるものである。

表 3. 病床構成別にみた退院先（単位：％）

	在宅	回復期 リハ	療養病床	特養・老健	その他
総 数	57.0	10.4	10.6	16.4	5.6
一般のみ	59.9	9.0	10.4	17.6	3.1
一般+療養	55.4	2.7	13.3	17.5	11.1
一般+回復期	54.5	27.5	3.5	8.8	5.8
一般+回復期+療 養	43.3	30.0	10.0	13.3	3.3

## (2) 地域連携に関連した加算の算定状況

他機関との連携に関する加算項目である「退院時共同指導料 2」<sup>7</sup>の算定状況をみると、「1月に算定した」14.0%、「過去に算定したことがある」11.6%、「これまで算定なし」74.4%、「地域連携診療計画管理料」<sup>8</sup>の算定状況をみると、「1月に算定した」18.6%、「過去に算定したことがある」14.0%、「これまで算定なし」67.4%であった。

これを病床構成別にみると、回復期リハ病床を有する一般病床の場合、地域連携診療計画管理料（病院間の連携）に比べ、退院時共同指導料 2（病院と在宅主治医との連携）の方が、算定率が低い状況であった。

表 4. 病床構成別にみた地域連携関連の加算算定状況（単位：％）

	退院時共同指導料 2			地域連携診療計画管理料		
	1月に 算定	過去に 算定	算定 なし	1月に 算定	過去に 算定	算定 なし
総 数	14.0	11.6	74.4	18.6	14.0	67.4
一般のみ	4.2	12.5	83.3	8.3	12.5	79.2
一般+療養	33.3	8.3	58.3	16.7	25.0	58.3
一般+回復期	0.0	25.0	75.0	50.0	0.0	50.0
一般+回復期+療 養	33.3	0.0	66.7	66.7	0.0	33.3

<sup>7</sup> 入院先の病院の医師又は看護師等が、患者の同意を得た上で、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等と共同で行う行為を評価したもの。入院中に1回限りで、入院先の病院が算定出来る。

<sup>8</sup> 大腿骨頸部骨折または脳卒中の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者毎の診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供する行為を評価したもの。転院時又は退院時に計画管理病院において900点を算定する。

### (3) 連携バスの使用状況

連携バスの使用状況をみると、脳卒中では、「現在使用中」30.2%、「現在作詞中」7.0%、「作成予定もなし」62.8%、大腿骨頸部骨折では、「現在使用中」34.9%、「現在作詞中」4.7%、「作成予定もなし」60.5%であった。

これを病床構成別にみると、「一般のみ」は他に比べ、いずれの疾患に対しても連携バスの使用状況が低かった。一方、回復期リハ病床を有する一般病床は、脳卒中では全病院、大腿骨頸部骨折も半数強の病院が連携バスを使用している状況であった。

表5.連携バスの使用状況（単位：％）

	脳卒中			大腿骨頸部骨折		
	現在使用中	作成中	作成予定もなし	現在使用中	作成中	作成予定もなし
総数	30.2	7.0	62.8	34.9	4.7	60.5
一般のみ	12.5	8.3	79.2	12.5	4.2	83.3
一般+療養	25.0	8.3	66.7	58.3	8.3	33.3
一般+回復期	100.0	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0
一般+回復期+療養	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0

### (4) 退院後リハ継続が必要な患者割合と対応方法

退院後リハスタッフによるリハが必要と思われる患者の割合は、全体では平均47.7%であった。これを病床構成別にみると、「一般+回復期リハ」が52.5%と最も高く、次いで「一般のみ」48.8%、「一般+療養」45.1%、「一般+回復期リハ+療養」43.3%であった。

次に、退院後リハ継続が必要な患者に対する対応方法をみると、全体では「自法人ないし系列法人でリハ継続対応」37.4%、「他法人でリハ継続対応」25.6%、「提供状況は不明」37.0%であった。「自法人ないし系列法人でリハ継続対応」の割合を病床構成別にみると、「一般+療養」が41.9%と最も多く、次いで「一般のみ」39.4%、「一般+回復期リハ+療養」26.7%、「一般+回復期リハ+療養」20.0%の順であった。

退院後リハが必要な患者への自法人ないし系列法人でのリハ継続関与に対する自己評価をみると、全体では「十分出来ている」7.0%、「まあまあ出来ている」41.9%、「どちらとも言えない」7.0%、「あまり出来ていない」23.3%、「ほとんど出来ていない」20.9%であった。ここで、「あまり出来ていない～ほとんど出来ていない」の割合を病床構成別にみると、「一般+療養」が33.3%と最も少なく、次いで「一般のみ」45.8%、「一般+回復期リハ」50.0%、「一般+回復期リハ+療養」66.7%の順であった。

#### (5) 円滑な退院に向けた活動の有無（外泊練習、退院前訪問指導）

外泊練習の有無をみると、「ほぼ全例で実施」14.0%、「一部に実施」76.7%、「行っていない」9.3%、退院前訪問指導の有無をみると、「ほぼ全例で実施」9.3%、「一部に実施」55.8%、「行っていない」34.9%であった。

ここで、「ほぼ全例～一部で実施」の割合を病床構成別にみると、外泊練習では「一般のみ」83.3%、他は100%、退院時訪問指導では、「一般のみ」「一般+療養」50.0%、他は100%であった。

#### (6) 外来リハビリの有無

退院患者に対する外来リハの実施の有無をみると、「実施」79.1%、「行っていない」20.9%であった。

実施率を病床構成別にみると、「一般のみ」「一般+回復期リハ」75.0%、「一般+療養」91.7%、「一般+回復期リハ+療養」66.7%であった。

#### (7) 退院先の医療機関、介護施設、ケアマネへのリハ関連情報提供者

退院先へのリハ情報提供者をみると、「MSW」が46.5%と最も多く、次いで「症例毎に対応者が異なる」27.9%、「看護師」「リハスタッフ」11.6%、「行っていない」2.3%の順であった。

MSWの割合を病床構成別にみると、「一般のみ」37.5%、「一般+療養」58.3%、「一般+回復期リハ」25.0%、「一般+回復期リハ+療養」100.0%であった。

#### (8) 退院先の医療機関、介護施設へのリハ関連情報提供方法

退院先へのリハ情報を提供する患者割合をみると、全体では、平均60.1%（標準偏差33.5%）であった。これを病床構成別にみると、「一般のみ」59.4%（標準偏差36.3%）、「一般+療養」62.5%（標準偏差34.9%）、「一般+回復期リハ」55.0%（標準偏差20.8%）、「一般+回復期リハ+療養」63.3%（標準偏差30.6%）であった。

次に、情報提供方法をみると、全体平均では、「方法1：書面送付（口頭伝達なし）」が77.0%（標準偏差29.8%）と最も多く、次いで「方法2：電話で情報を口頭伝達（書面なし）」8.0%（標準偏差16.7%）、「方法3：書面送付した上で、電話で情報伝達」6.8%（標準偏差15.2%）、「方法4：相手先から来てもらって口頭で情報を伝達」4.1%（標準偏差8.1%）、「方法5：その他」3.2%（標準偏差13.9%）、「方法6：相手先に出向いて情報伝達」0.9%（標準偏差3.5%）の順であった。

ここで、方法1の割合を病床構成別にみると、「一般のみ」85.7%（標準偏差21.3%）、「一般+療養」58.6%（標準偏差38.4%）、「一般+回復期リハ」97.5%（標準偏差5.0%）、「一般+回復期リハ+療養」50.0%（標準偏差26.5%）であった。「一般+療養」では、方法3および方法4が各11.8%、「一般+回復期リハ+療養」では、方法3が33.3%を占めていた。

#### (9) 退院先の医療機関、介護施設との情報連絡会の有無

退院先との情報連絡会（公式業務）の有無をみると、全体では、「ほとんどの病院・施設とあり」4.7%、「一部の病院・施設とあり」18.6%、「全くなし」76.7%であった。

ここで、「全くなし」の割合を病床構成別にみると、「一般のみ」87.5%、「一般+療養」50.0%、「一般+回復期リハ」100.0%、「一般+回復期リハ+療養」66.7%であった。自主的な情報連絡会もほぼ同様であった。

#### (10) 他院・他施設のリハ提供環境や内容の把握状況

他院・他施設のリハ提供環境や内容の把握の有無をみると、全体では、「ほとんどの病院・施設を把握」2.3%、「一部の病院・施設は把握」69.8%、「全く把握していない」27.9%であった。

ここで、「全く把握していない」の割合を病床構成別にみると、「一般のみ」37.5%、「一般+療養」0.0%、「一般+回復期リハ」75.0%、「一般+回復期リハ+療養」0.0%であった。

#### (11) ケアマネへのリハ関連情報提供方法

ケアマネへのリハ情報を提供する患者割合をみると、全体では、平均30.2%（標準偏差30.6%）であった。これを病床構成別にみると、「一般のみ」29.6%（標準偏差33.6%）、「一般+療養」34.2%（標準偏差25.8%）、「一般+回復期リハ」15.0%（標準偏差10.0%）、「一般+回復期リハ+療養」40.0%（標準偏差45.8%）であった。

次に、情報提供方法をみると、全体平均では、「方法1：書面送付（口頭伝達なし）」が32.4%（標準偏差37.9%）と最も多く、次いで「方法2：相手先から来てもらって口頭で情報を伝達」26.8%（標準偏差29.6%）、「方法3：相手先から来てもらってカンファレンスの場で情報を伝達」18.4%（標準偏差22.6%）、「方法4：電話で情報を口頭伝達（書面なし）」9.0%（標準偏差12.3%）、「方法5：書面送付した上で、電話で情報伝達」7.3%（標準偏差17.6%）、「方法6：その他」3.8%（標準偏差14.6%）、「方法7：相手先に出向いて情報伝達」2.3%（標準偏差8.7%）の順であった。

ここで、方法3の割合を病床構成別にみると、「一般のみ」16.0%（標準偏差21.7%）、「一般+療養」25.4%（標準偏差24.6%）、「一般+回復期リハ」20.0%（標準偏差26.5%）、「一般+回復期リハ+療養」0.0%であった。

#### (12) ケアマネとの情報連絡会の有無

ケアマネとの情報連絡会（公式業務）の有無をみると、全体では、「ほとんどのケアマネとあり」2.3%、「一部のケアマネとあり」16.3%、「全くなし」81.4%であった。

ここで、「全くなし」の割合を病床構成別にみると、「一般のみ」83.3%、「一般+療養」75.0%、「一般+回復期リハ」100.0%、「一般+回復期リハ+療養」66.7%であった。自主的な情報連絡会もほぼ同様であった。

## 4. まとめ及び考察

現在、脳卒中患者の病期（急性期、回復期、維持期）に着目し、地域にある医療機関、介護サービス提供者、行政などのそれぞれの有する機能を最大限発揮しながら、一人の患者に関与していくという地域完結のネットワーク型連携が求められている。こうした流れのなか、

リハには非常に重要な役割が期待されているが、医療から介護への移行部分において、連携が十分には機能していないとの指摘も多い。

そこで、今回、脳卒中患者の一般病床からの退院に着目し、これら対象者に対し、退院元の医療機関と、退院患者の受け入れを行う医療機関、介護施設、ケアマネとの、リハに関する連携の実態と有する課題を明らかにすることを目的としたアンケート調査を実施した。

以下、本研究のまとめと考察を行う。

## 1) 回答病院の代表性の部分的検証

今回の回答病院の開設主体別にみると、「医療法人」60.5%、「自治体」25.6%、「社会保険」「個人」4.7%、「独立行政法人」「学校法人」2.3%であった。平成18年医療施設調査・病院報告によると、一般病床を有する病院の開設主体構成割合は、「医療法人」55.7%、「自治体」15.6%、「社会保険」2.0%、「個人」6.2%、「国（独立行政法人含む）」4.6%、「学校法人」1.6%であり、全国に比べ、特に自治体立の割合が多かった。

全体的な構成割合の傾向は近く、ある程度の代表性は確保されていると思われるが、結果の判断においては、これらの差を考慮にいれておく必要がある。

## 2) 病床構成と病院運営の関係について

併設事業の状況を見ると、一般病床のみの病院に比べ、回復期リハ病床や療養病床を併せ持つ病院の方が、介護施設や在宅リハサービスを多く有している状況であった。

平均在院日数を病床構成別にみると（全体：25.5日）、「一般のみ」が最も短く（20.9日）、「一般+回復期リハ」が最も長かった（39.0日）。逆に、病床稼働率は、「一般+回復期リハ+療養」が最も高く（95.1%）、「一般のみ」が最も低かった（74.8%）。

「一般+回復期リハ」の平均在院日数が長くなった理由としては、一般病床を退院した患者の受け入れ先が同一法人内にあることで、①病床の稼働状況に合わせて退院調整を行うことができる ②回復期リハで受け入れ可能な状態になるまで、一般病床で治療を継続することができる などが考えられる（今回のアンケートからはその詳細にまで踏み込んでいない）。大阪府が行った先行研究では、一般病床から回復期リハに移るまでの期間が長いほど（必要時に回復期リハが提供されないほど）、機能予後が悪いという結果が示されている。脳卒中連携パスの使用率をみても、「一般のみ」は12.5%に対し、回復期リハを有する病院は100%となっている。

「一般のみ」の病院の退院患者で、回復期リハに転院した患者の機能予後と、複数の機能を有する病棟運営での患者の機能予後の比較を通じて、どちらの形態の方が、患者にとってメリットが大きいのかの検証が、今後必要と感じた。

スタッフの配置を病床構成別にみると、回復期リハを有する病院では、全ての一般病床に3職種が配置されていた。回復期リハで3職種協同が実践され、一般病床にもその影響が波及している可能性がある。一方、「一般のみ」では、PTのみ配置が約4割を占め、ST配置は約5割に止まっていた。患者構成にもよるが、脳卒中患者の場合、摂食・嚥下障害を来しやすい。現在の体制で十分対応出来ているのか、検証が必要であろう。

退院先を病床構成別にみると、「一般のみ」では、在宅退院が約6割、特養・老健への入

所が約2割、療養病床への転院が約1割であった。一方、「一般+回復期リハ」では、在宅退院は約5割で、約3割は「回復期リハ病床への転棟」であった。「一般+回復期リハ」のうち、リハを要する入院患者の構成をみると、整形外科疾患の患者割合が高い。これら患者構成が、回復期リハ病床への転棟が多かった理由と考えられた。

### 3) 脳卒中患者に関するリハ情報の提供方法

退院先の医療機関、介護施設へのリハ関連情報の提供率は約6割で、その方法としては、「郵送、患者・家族への手渡しなどの方法による書面送付（口頭伝達なし）」が約8割を占めていた。また、退院先の病院・施設との情報連絡会は、約8割が全く実施していなかった。

ケアマネへのリハ関連情報の提供率は約3割で、その方法としては「郵送、患者・家族への手渡しなどの方法による書面送付（口頭伝達なし）」が約3割、「相手先から来てもらって口頭で情報を提供」が約3割、「相手先から来てもらって、ケアカンファレンスの場で情報を提供」が約2割を占めていた。介護報酬上で、ケアマネの退院時支援強化が打ち出されており、その影響でケアマネが一般病床を訪問しているものと思われる。ただし、ケアマネとの情報連絡会の有無に関しては、約8割が実施していなかった。

大阪府の調査によると、一般病床からの脳卒中退院患者のうち、約4割は在宅へ、約25%は回復期リハ病床へ、約15%は療養病床へ、約1割は特養・老健へ、約1割は死亡退院であったと報告されている。また、回復期リハ病床退院患者の約6割は在宅へ、約25%は療養病床へ、約15%は老健・特養へ、約5%は死亡退院となっている。

患者の流れからすると、「一般病床→在宅」、「一般病床→回復期リハ病床→在宅」が多い。一般病床の平均在院日数がさらに短縮されると、在宅でも回復期状態の患者への適切なサービス提供が求められる。

現在の介護給付の実態をみると、リハ提供は非常に低い水準に止まっている。せっかく、回復期リハにより、ADL等の改善が図られたとしても、その後のリハ継続が不十分であれば、再び機能が低下する可能性も高い。一般、ないし回復期リハ病床関係者と、在宅療養を支援する関係者間の連携強化が強く求められる。

### 参考文献

- 1) 厚生労働省（2009）：平成19年人口動態統計
- 2) 厚生労働省（2009）：平成19年国民生活基礎調査の概況
- 3) 浜村明徳（2008）：医療から介護への移行と課題、PTジャーナル、Vol.42、No.8、pp.639-647.
- 4) 大阪府健康福祉部（2007）：脳卒中等地域リハビリテーション支援実践モデル事業報告書。
- 5) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会（2009）：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書。



## 「第1期医療費適正化計画」と特定健康診査等の実施目標のあり方等について

東 修司

国立社会保障・人口問題研究所企画部長

### 1. はじめに

平成20年4月から本格施行された医療制度改革を受けて、各都道府県が「住民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に関して達成すべき目標などを盛り込んだ「第1期医療費適正化計画」を、平成20年から平成24年度までの5年間を対象期間として策定してきた。また、各医療保険者においても特定健康診査等実施計画を策定するなど、関係者の連携の下に着実な取組が進められてきたところであるが、保健・医療・福祉にわたる広範な変革に着手した初年度であったこともあり、一部にスケジュールの遅れや実施段階における問題意識なども伝えられたところである。

一方、昨年12月25日に厚生労働省が公表した「平成19年国民健康・栄養調査結果」によれば、糖尿病が強く疑われる者とその可能性を否定できない者の合計が2,210万人と推計されており、10年前の平成9年と比較して840万人（38%）、前年の平成18年と比較して340万人（18%）増えるなど、増加ペースが加速していることが伝えられた。また、同調査結果においては、40歳から74歳の者のうち男性の2人に1人、女性の5人に1人は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その予備軍と考えられるとしており、併せて国民の身体状況や生活習慣の状況等のデータが示されている。

本稿では、各都道府県が策定した「第1期医療費適正化計画」の内容のうち、特に「住民の健康の保持の推進」に関して達成すべき目標として掲げられた3つの数値（特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率）に着目して、その設定水準や全国標準との関係を確認しつつ、当該目標の達成状況を評価する上で配慮すべき留意点等を考察する。また、各医療保険者が有する個別特性が特定健康診査や特定保健指導の取組に与える影響を分析するとともに、平成25年度以降に予定される後期高齢者支援金の加算・減算に係る具体的仕組の検討に向けた論点を整理する。本稿の構成としては、次の第2節で「第1期医療費適正化計画」をめぐる全般的な状況を確認するとともに、第3節では各都道府県における実施目標の設定状況と全国標準との関係を概観しつつ、目標達成に影響を与える諸要因と事業成果に係る評価のあり方を考察する。さらに第4節では、医療保険者における取組と後期高齢者支援金の加算・減算をめぐる議論について一定の整理を行い、最後に平成22年度に予定される進捗評価や平成25年度に予定される実績評価に向けた政策的インプリケーションを提起する。

## 2. 都道府県における「第1期医療費適正化計画」の策定状況等について

「高齢者の医療の確保に関する法律」第9条に基づき各都道府県が策定する「第1期医療費適正化計画」については、本年2月現在で44の都道府県<sup>1</sup>が策定を終え、その内容を公表している。昨年3月31日の厚生労働大臣告示第149号「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「基本的方針」という。）によれば、各都道府県はこの「第1期医療費適正化計画」の中に、平成24年度までの「住民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に関して達成すべき目標やその取組内容等を掲げるとともに、「計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項」を盛り込むこととされている。本稿においては、前者の2つの達成目標うち、特に「住民の健康の保持の推進」に関して達成すべき目標のあり方に着目した考察を進めることとしているが、それに先立ち、ここでは後者の「計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項」との関係について整理をしておきたい。すなわち「基本的方針」の中では、標準的な推計方法として、医療費適正化計画に定められた取組を実施する前と実施した後の医療費見通しを示すこととされているが、生活習慣病対策の効果が現れるのは「第2期医療費適正化計画」の期間（平成25年度以降）と位置付けられているため、今回各都道府県が推計している内容は、主として平均在院日数の短縮の効果である。44都道府県の「第1期医療費適正化計画」においては、一部を除いて、いずれも具体的な効率化効果が推計されている。推計された効率化の規模は「医療の効率的な提供の推進」に関する目標の水準に応じて様々ではあるものの、全てを足し上げれば、平成24年度末で概ね7,700億円程度と見込まれている<sup>2</sup>。

なお、同じく「基本的方針」に示された標準的な推計方法の中では、生活習慣病対策の中期的な効果にも言及されており、メタボリックシンドローム該当者及び予備群が平成27年度に25%減少するという目標を踏まえて、外来医療費については▲1.0%、入院医療費については▲0.5%程度の削減効果があると粗く見積もっている。他方、社会保障国民会議の「医療・介護シミュレーション」の改革シナリオ（B1、B2、B3）では、生活習慣病対策の推進効果として平成37年度の外来患者数及び外来医療費について（Aシナリオからの）5%程度の減少が織り込まれている<sup>3</sup>。いずれにしても、今回の特定健康診査や特定保健指導をめぐる医療費適正化効果については様々に議論が分かれるところであり、その是非を検証することは本稿の目的とするところではない。例えば、40歳から74歳という対象者の全員が40歳当初から本事業の対象となる「定常状態」となるには、未だ30年と少しの期間

<sup>1</sup> 本年2月現在で、厚生労働省HPトピックス「医療制度改革関連資料」の中で公表されていた各都道府県の医療費適正化計画に掲げられた内容に基づくものであり、千葉県、新潟県及び奈良県を除く44の都道府県の状況である（以下、本稿において同じ）。

<sup>2</sup> 昨年9月に告示された「全国医療費適正化計画」においても、当時、計画期間の医療費見通しを示していた42の道府県（千葉県、東京都、新潟県、奈良県及び佐賀県を除く）に係る24年度医療費総額について、取組実施前の約32.6兆円が取組実施後の約31.9兆円に変化すると算定されており、約0.7兆円の適正化効果が見込まれている。

<sup>3</sup> 社会保障国民会議の「医療・介護シミュレーション」では、生活習慣病予防がさらに進んだ場合のオプション試算として、入院医療に2.5%程度の効果が生じ、外来医療に追加的に1%程度、介護に3%程度の効果が生じた場合を仮定して、医療・介護を合わせて2%程度の効果を生じることが示されている。

を要することも事実であろう。その効果は中期的な視点から評価されるべきものであり、今後さらに制度の実施状況等を踏まえつつ、エビデンスを蓄積していくことが重要である。

### 3. 特定健康診査・特定保健指導の実施目標等について

次に、前出の44都道府県の「第1期医療費適正化計画」の策定内容うち、特に「住民の健康の保持の推進」に関して達成すべき目標として掲げられた内容に着目して、全国標準との関係等を概観するが、その前に、昨年9月8日の厚生労働大臣告示第442号「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画」（以下「全国医療費適正化計画」という。）における本目標の位置付け等を確認しておきたい。

この「全国医療費適正化計画」の中では、前述の通り、平成27年度にメタボリックシンドローム該当者及び予備軍<sup>4</sup>を（平成20年度と比べて）25%減少させるという目標を念頭に置きつつ、平成24年度において達成すべき全国的な目標を図1（中欄）の通りとしている。なお、前出の「基本的方針」の中でも、各都道府県の「第1期医療費適正化計画」における目標値として、ほぼ同様の内容が掲げられている。ただし「特定健康診査の実施率」に関しては「住民が加入している主要な保険者が特定健康診査等実施計画で定める平成24年度の目標を積み上げた数字が70%を下回る場合には、その積み上げた数字を目標として差し支えない（各保険者が参酌標準に即して目標を設定しているにもかかわらず、国民健康保険加入者の比率が高い等やむを得ない場合に限り）」という特例が定められている。

次に、44都道府県が策定した「第1期医療費適正化計画」における平成24年度目標値を概観すると図1（右

図1 第1期医療費適正化計画における全国的な目標と都道府県の状況等

	全国的な目標	都道府県における目標設定状況
特定健康診査実施率	70%（※）	北海道及び青森県の68%を除き、それ以外の都道府県で70%に目標設定
特定保健指導実施率	45%	北海道の48%を除き、それ以外の都道府県で45%に目標設定
メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少率	10%	全ての都道府県において10%減少で目標設定

欄）の通りであり、「特定健康診査の実施率」については、北海道及び青森県が68%を掲げていることを除けば、全て70%となっている。また「特定保健指導の実施率」については、北海道が48%を掲げていることを除けば、全て45%となっている。なお、この「特定保健指導の実施率」については「基本的方針」の

（注）都道府県における状況は、本年2月段階で、厚生労働省HPトピックス「医療制度改革関連資料」で公表されている44の都道府県を対象に整理したもの。  
 ※ 「特定健康診査実施率」は、住民が加入している主要な医療保険者が特定健康診査等実施計画に定める24年度目標を積み上げた数字が70%を下回る場合、その積み上げた数字を目標とすることができる。

<sup>4</sup> 「全国医療費適正化計画」や「基本的方針」における「メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍」は、全て「特定保健指導の実施対象者」を指していることに留意が必要である。

中で（前出の「特定健康診査の実施率」に見られたような）特例的な取扱いは想定されず、一律に 45%とされている点にも留意が必要であろう。最後に「メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率」については、全ての都道府県で 10%となっており、「全国医療費適正化計画」や「基本的方針」で示された水準に揃っている。

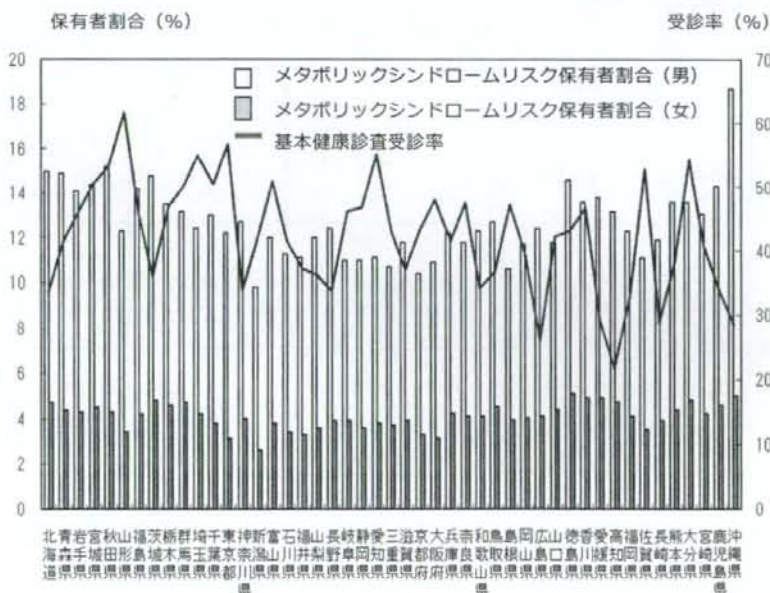
このように多くの都道府県では、「全国医療費適正化計画」や「基本的方針」で想定された全国標準に沿って目標値を設定している。具体的な目標の設定に際しては、当該都道府県における医療保険者の状況をはじめ、それぞれの地域の実情を踏まえた議論が重ねられたものと推察されるが、あらためて次の点にも留意すべきことを指摘しておきたい。

そもそも都道府県別にみたメタボリックシンドロームリスク保有者割合や、かつての老人保健法に基づく基本健康診査受診率など、事業実施の直接的な背景となる各種指標には図 2 の通り、都道府県単位で地域差が見られる。例えば、メタボリックシンドロームリスク保有者の割合については、男性では最も高い沖縄県の 18.7%と最も低い新潟県の 9.8%の間に約 1.9 倍の差があり、女性では最も高い徳島県の 5.1%と最も低い新潟県の 2.6%の間に約 2 倍の差がある。他方、基本健康診査の受診率についても、最も高い山形県の 61.7%と最も低い高知県 21.8%の間に約 2.8 倍の差が見られる。

こうした中で、まず「特定健康診査の実施率」については、従来からの基本健康診査に見られたような潜在的な地域差が、今後の受診行動にも影響することが考えられる。また、医療保険者の目標の積上げを踏まえて「実施率が 70%を下回る場合の特例」（具体的には国民健康保険加入者の

比率が高い場合等）が認められているものの、実際の国民健康保険加入者の割合を比較すれば、図 3 のように北海道及び青森県以外にも都道府県間の差が見られる。厳密には本事業の対象となる 40 歳から 74 歳層に着目して、国民健康保険加入者割合の高低を比較する必要があるが、こうした保険者構

図 2 都道府県別メタボリックシンドローム保有者割合と基本健康診査受診率



(注) 1. メタボリックシンドロームリスク保有者割合は平成 19 年度版厚生労働白書「クラスター分析に用いた統計データ」に基づき作成。  
 2. 基本健康診査受診率は「平成 17 年度地域保険・老人保健事業報告」に基づき作成。