

「東京都医療費適正化計画」の進捗状況

平成23年3月

東京都福祉保健局

目 次

第 1 章	計画の目的等	1
第 2 章	計画策定時と現在の状況	3
第 1	東京都の人口の推移	3
第 2	都民医療費の推移	4
第 3 章	目標の進捗状況	11
第 1	都民の生活習慣病予防の推進に関する目標の進捗状況	11
1	計画の目標	11
2	特定健康診査の実施状況	11
3	特定保健指導の実施状況	13
4	メタボリックシンドローム該当者数等の割合の状況	15
第 2	医療の効率的な提供の推進に関する目標の進捗状況	17
1	計画の目標	17
2	療養病床及び平均在院日数の状況	17
第 4 章	取組の推進	23
第 1	生活習慣病の予防	23
第 2	医療連携体制の構築	25
第 3	地域ケア体制等の推進	30
第 4	その他の取組	34
第 5 章	保険者の取組	35
第 6 章	今後の課題と取組	38
	参考資料（二次保健医療圏）	40

第1章 計画の目的等

1 計画の目的

「医療費適正化」とは、単に医療費を抑制しようとするのではなく、都民の健康づくりの推進や良質で効率的な医療提供体制の確立及び介護サービス基盤の充実等、保健・医療・福祉の各施策の取組を総合的・一体的に推進することである。その結果、都民医療費は、都民が安心し、かつ、納得できる過不足ない水準を確保し続けることができることになる。

「東京都医療費適正化計画」（以下「本計画」という。）は、全ての都民が必要な医療を安心して適切に受けられるよう、政策目標を定め、前述のとおり予防から医療、介護までに至る各施策の取組を総合的・一体的に推進することを目的に、平成20年3月に策定したものである。

2 計画の位置づけ

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第9条に基づき東京都が策定したものである。

本計画の策定に際しては、平成19年1月及び平成20年2月にそれぞれ策定した「東京都の福祉保健の新展開2007」及び「東京都の福祉保健の新展開2008」における施策展開の基本的な考え方を踏まえている。

また、策定に当たり、次の三つの計画等における本計画と関連する事項について、本計画に適切に反映させ調和・整合を図っている。

（1） 「東京都健康推進プラン21」（平成13年10月策定。平成20年3月改定）

健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく都道府県健康増進計画であり、都民の健康づくり運動を総合的に推進するための指針としての性格を有するものである。本計画と関連する生活習慣病の予防の取組について、本計画に適切に反映させ、調和を図っている。

（2） 「東京都保健医療計画」（平成元年2月策定。平成20年3月改定）

医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4に規定する医療計画を含むものであり、東京都の保健医療に関し、施策の方向を明らかにする「基本的かつ総合的な計画」である。本計画と関連する良質かつ効率的な医療提供体制の取組等について、本計画に適切に反映させ、調和を図っている。

（3） 「東京都地域ケア体制整備構想」（平成19年12月策定）

医療構造改革関連法の成立を受け、平成19年6月に国が示した「地域ケア体制の整備に関する基本指針の策定について」に基づき、これから超高齢社会を迎える東京都のケア体制を整備するための基本的理念を構築したものである。本計画と関連する介護保険サービスや在宅医療に係る取組、療養病床の再編成への取組等について、

本計画に適切に反映させ、調和を図っている。

3 計画の期間

平成 20 年度から平成 24 年度までの 5 年間

4 計画の目標

本計画では次の目標を平成 24 年度までに達成すべき目標として掲げている。

(1) 都民の生活習慣病予防の推進に関する目標

ア 特定健康診査の実施率	70%以上
イ 特定保健指導の実施率	45%以上
ウ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	10%以上（平成 20 年度比）

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

ア 療養病床の病床数	28,077 床
イ 平均在院日数	25.4 日

この目標は、国において、医療費適正化を総合的かつ計画的に進めるために示した「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（平成 20 年 3 月策定）や、国の定める政策目標を踏まえている。

具体的には、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。

という長期目標を掲げ、特定健康診査・特定保健指導の実施や療養病床の再編成等の政策を進めていくとしたものである。

5 計画の中間評価

高齢者医療確保法第 11 条により、都道府県は、都道府県医療費適正化計画を作成した年度の翌々年度（平成 22 年度）において、計画に掲げる目標達成の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表することとなっている。

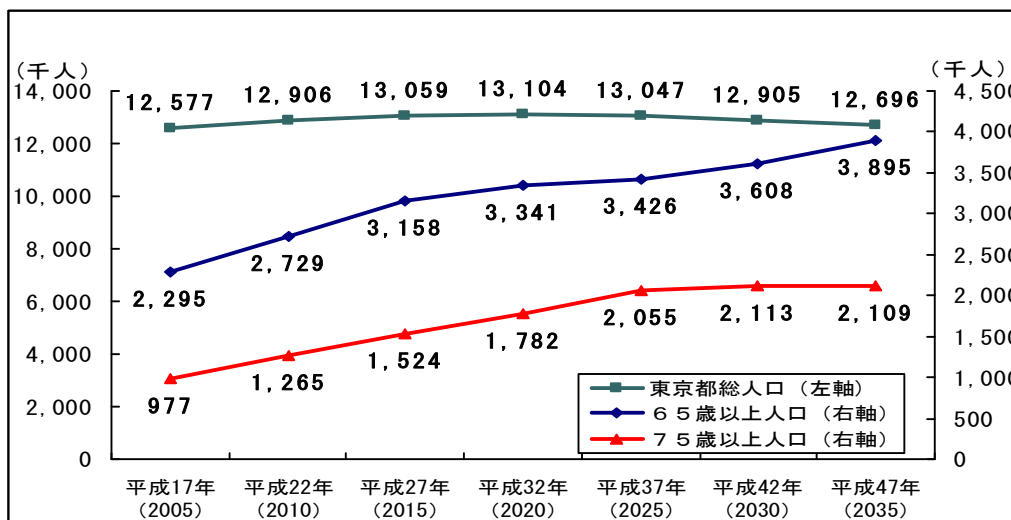
本計画については、定期的にその達成状況を点検し、その結果に基づき必要な対策を実施する、PDC A サイクルに基づく管理を行うこととされている。これを踏まえ、東京都は、計画の中間年度である平成 22 年度に、計画策定前（平成 17 年度）と計画策定後（平成 20 年度）の医療費の比較及び都の取組状況についての進捗状況を把握し、その結果を公表するものである。

第2章 計画策定時と現在の状況

第1 東京都の人口の推移

東京都の総人口の将来推計から、総人口はほぼ横ばいの状況で推移する一方、65歳以上人口は増加を続けることが見込まれる。特に75歳以上人口は、平成17(2005)年から平成37(2025)年までの20年間で、2倍以上になることが予想されている。(図表1)

図表1 東京都の総人口・高齢者人口の将来推計

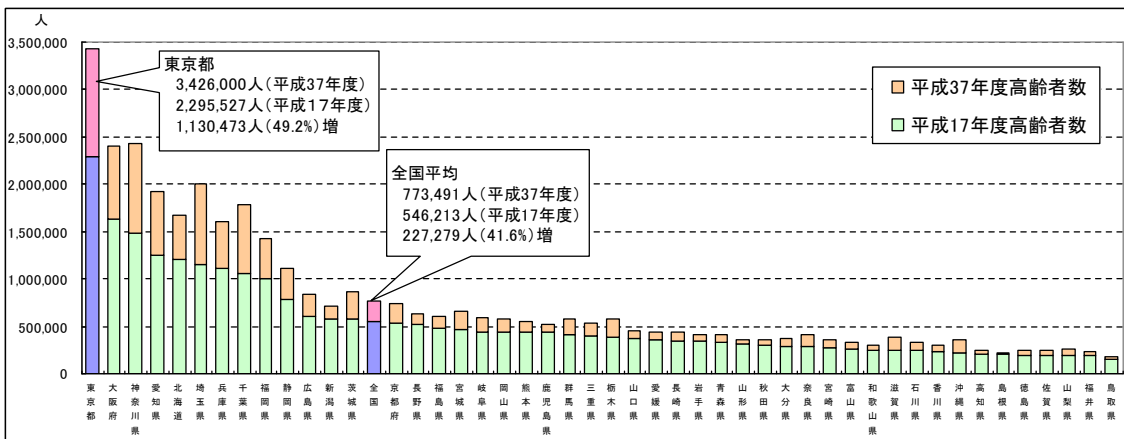


出典：「平成17年 国勢調査」(総務省)

「都道府県別の将来推計人口」平成19年度(国立社会保障・人口問題研究所)

また、65歳以上の高齢者人口の増加数を見ると、東京都は100万人以上の増加となり、他道府県と比較して、急激な高齢者数の増加が見込まれている。(図表2)

図表2 東京都の65歳以上人口の将来推計(全国比較(平成17年度から平成37年度まで))



出典：「平成17年 国勢調査」(総務省)

「都道府県別の将来推計人口」平成19年度(国立社会保障・人口問題研究所)

第2 都民医療費の推移

1 都民医療費の動向

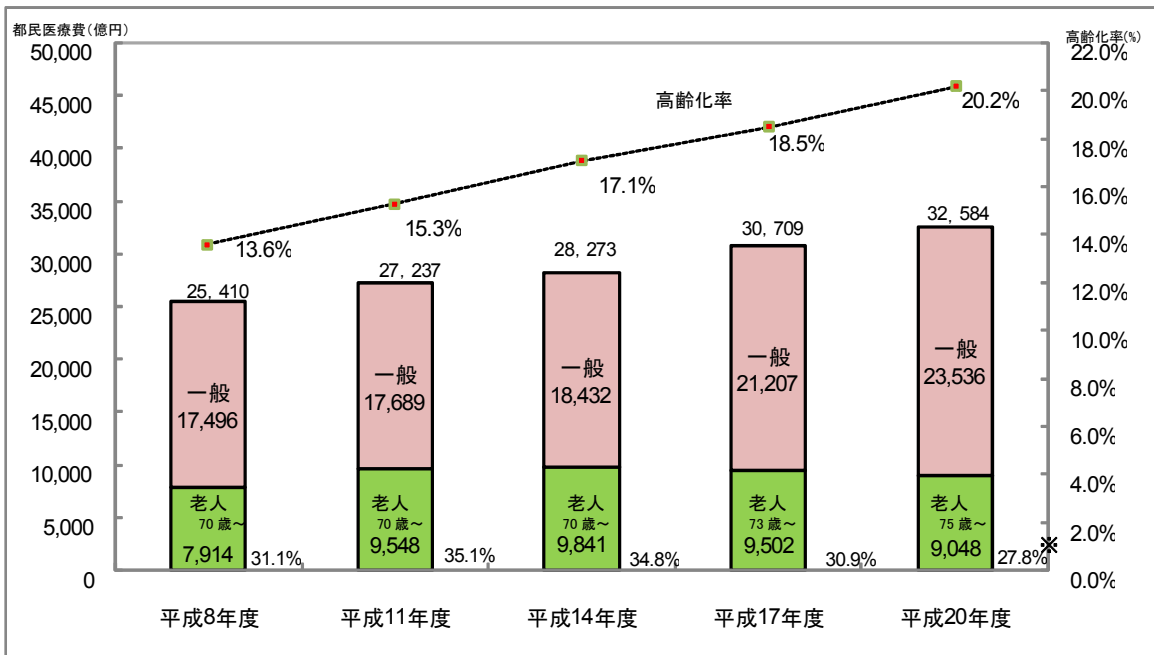
平成20年度における都民医療費総額は3兆2,584億円であり、計画策定時に基礎とした平成17年度の3兆709億円からは6.1%増加している。全国の医療費総額34兆8,084億円の9.4%を占めており、これは人口規模（都の人口は全国総人口の10.1%）と同程度の規模で、平成17年度と同様に全国1位である。

平成20年度における都の後期高齢者医療費総額は9,048億円であり、全国の後期高齢者医療費11兆3,257億円の8.0%を占めている。平成17年度と同様に全国1位であり、平成17年度の老人医療費9,502億円からは4.8%減少している。（※5ページ④参照）

また、平成20年度の後期高齢者医療費総額が都民医療費総額に占める割合は27.8%であり、各都道府県における医療費総額に占める後期高齢者医療費総額の割合と比較すると、平成17年度と同様に全国44位と低位にある。

平成8年度から平成14年度までにおいては、高齢化率（65歳以上人口割合）と医療費総額に占める後期高齢者医療費総額は比例の関係にあり、高齢化が進めば医療費が増加する傾向がある。（図表3）

図表3 都民医療費の推移



※都民医療費に占める老人医療費・後期高齢者医療費の割合

出典：「国民医療費」【都道府県別国民医療費は3年ごとに公表】平成8年度～平成20年度（厚生労働省）

「老人医療事業年報」平成8年度～平成17年度（厚生労働省）

「後期高齢者医療事業年報」平成20年度（厚生労働省）

「国勢調査」平成17年（総務省）

「人口推計年報」各年10月1日現在推計人口（総務省）

⑩：平成17年度の老人医療費は73歳以上を対象としており、平成20年度の後期高齢者医療費は75歳以上を対象としているため、対象年齢が異なるため、単純に比較できない。

なお、平成20年度の後期高齢者医療費総額は平成20年4月から平成21年2月までの11ヶ月分に係るものであるため、「平成20年度後期高齢者医療事業年報」の数値に12/11を乗じたものを使用した。

2 一人当たり都民医療費の状況

東京都における計画策定時の平成17年度と平成20年度の一人当たり医療費を比較すると、次のとおりである。

		平成17年度		⇒	平成20年度		伸び率 H17→H20	
一人当たり 都民医療費 (総額)	東京都	25位 (25.6万円)	25.9万円	⇒	29位 (26.4万円)	27.3万円	3.1%	5.4%
	全国							
一人当たり 都民医療費 (入院)	東京都	36位 (8.6万円)	9.5万円	⇒	38位 (8.8万円)	10万円	2.3%	5.3%
	全国							
一人当たり 都民医療費 (入院外)	東京都	27位 (9.8万円)	10.1万円	⇒	29位 (10.0万円)	10.3万円	2.0%	2.0%
	全国							

(1) 総額

平成17年度における東京都の一人当たり医療費(年齢補正後)^{*}は25.6万円で、全国25位とほぼ全国平均並みとなっている。平成20年度においては26.4万円で全国29位となっており、医療費の額は伸びているものの、伸び率は全国平均が5.4%伸びているのに比べ3.1%と低く、全国における順位は下がっている。(図表4、図表5)

^{*}計画策定時の一人当たり医療費の出典は「平成19年度 東京都医療費分析報告書」であり、そこでは平成17年度分について「都道府県別の医療費の将来見通しの計算ツール」を使用し、算出している。中間評価の時点では、平成17年度分、平成20年度分ともに国民医療費の都道府県別総額が公表されていることを踏まえ、次のとおり算出した。

<一人当たり医療費>

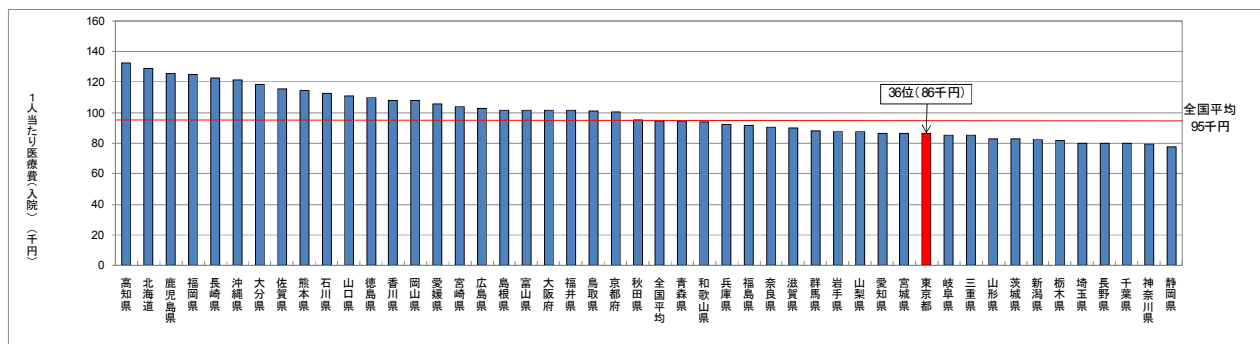
・人口構成を0～14歳、15～64歳、65～74歳、75歳以上の4つに区分し、全国における人口構成割合が各都道府県の人口構成割合であった場合に国民医療費が何倍になるかを人口構成割合の比から計算し、その逆数を各都道府県民医療費に乗じたもの(合計額が全国の医療費総額と一致するように補正)を各都道府県の総人口で除することにより算出した。

(2) 入院

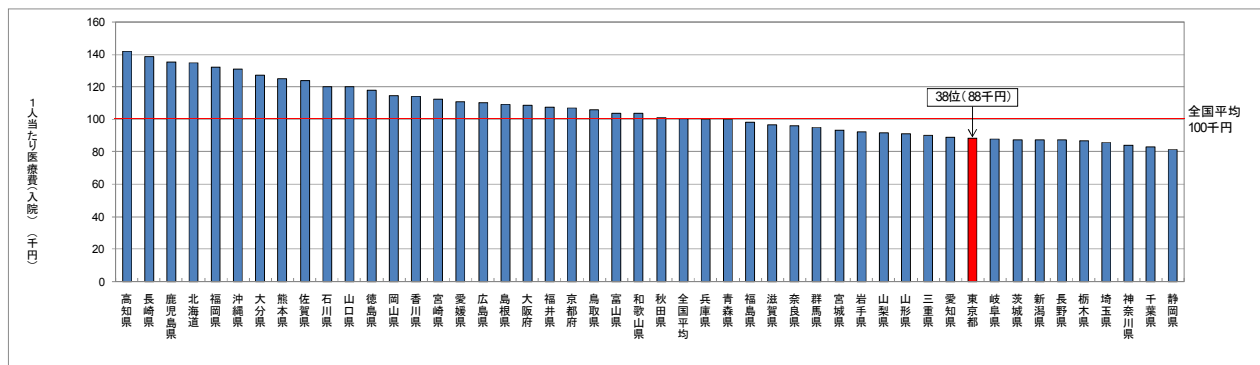
平成 17 年度における東京都の一人当たり入院医療費※（年齢補正後）は 8.6 万円で、全国 36 位と比較的低い水準となっている。平成 20 年度においては 8.8 万円で全国 38 位となっており、医療費の額は伸びているものの、全国平均が 5.3% 伸びているのに比べ 2.3% と低く、全国における順位は下がっている。（図表 6、図表 7）

※一般診療医療費における入院医療費をいい、入院時食事・生活療養費を含まない。

図表 6 一人当たり入院医療費（年齢補正後）の都道府県比較（平成 17 年度）



図表 7 一人当たり入院医療費（年齢補正後）の都道府県比較（平成 20 年度）



出典：平成 17 年度は「平成 17 年度 国民医療費」（厚生労働省）、「平成 17 年 国勢調査」（総務省）

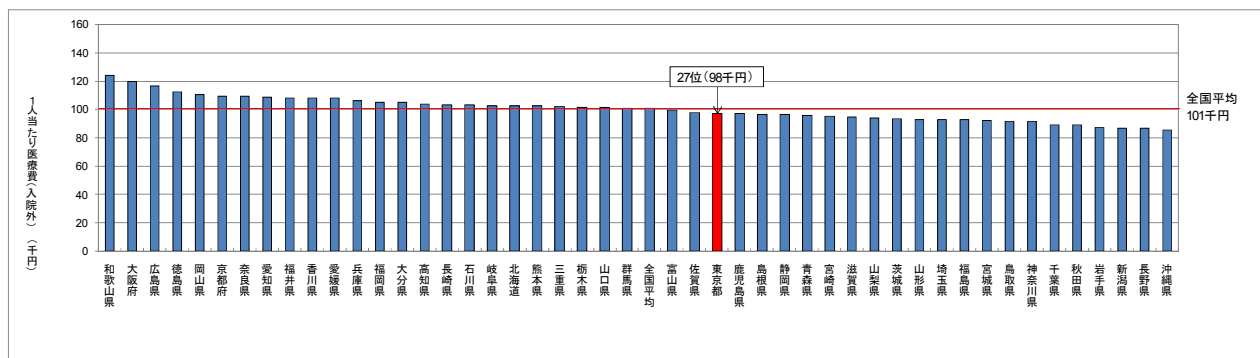
平成 20 年度は「平成 20 年度 国民医療費」（厚生労働省）、「人口推計年報」平成 20 年 10 月 1 日現在推計人口（総務省）

(3) 入院外

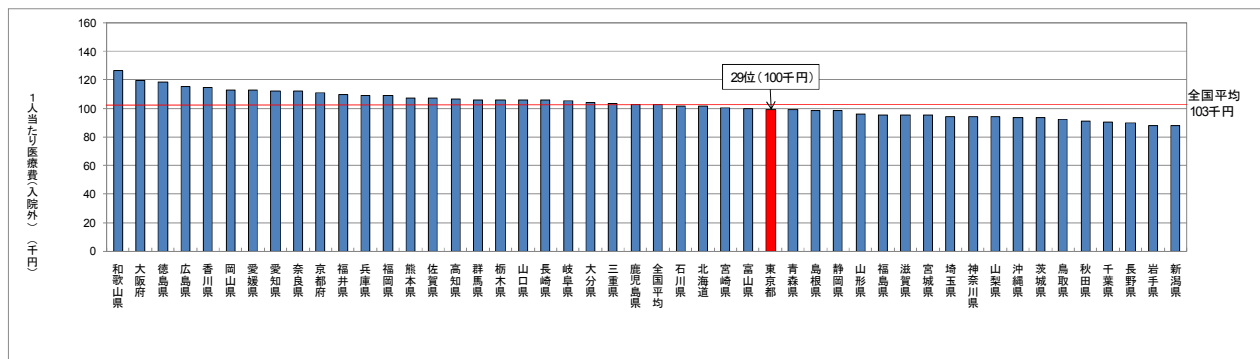
平成 17 年度における東京都の一人当たり入院外医療費^{*}（年齢補正後）は 9.8 万円、全国 27 位とほぼ全国平均並みとなっている。平成 20 年度においては 10.0 万円で全国 29 位となっており、医療費の額は伸びているものの、伸び率は全国平均の 2.0%と同程度であり、全国における順位は下がっている。（図表 8、図表 9）

^{*}一般診療医療費における入院外医療費をいい、歯科診療医療費・薬局調剤医療費・訪問看護医療費を含まない。

図表 8 一人当たり入院外医療費（年齢補正後）の都道府県比較（平成 17 年度）



図表 9 一人当たり入院外医療費（年齢補正後）の都道府県比較（平成 20 年度）



出典：平成 17 年度は「平成 17 年度 国民医療費」（厚生労働省）、「平成 17 年 国勢調査」（総務省）

平成 20 年度は「平成 20 年度 国民医療費」（厚生労働省）、「人口推計年報」平成 20 年 10 月 1 日現在推計人口（総務省）

(4) 後期高齢者医療費

平成17年度と平成20年度の一人当たり後期高齢者医療費*を比較すると、次のとおりである。

	計画策定時 (平成17年度)		最新 (平成20年度)	伸び率 H17→H20
	東京都	全国		
一人当たり後期高齢者医療費 (総額)	東京都	18位 (82.0万円)	24位 (83.9万円) 85.7万円	2.3% 4.4%
	全国	82.1万円		
一人当たり後期高齢者医療費 (入院)	東京都	34位 (36.3万円)	34位 (37.1万円) 42.7万円	2.2% 5.2%
	全国	40.6万円		
一人当たり後期高齢者医療費 (入院外)	東京都	5位 (40.5万円)	6位 (41.6万円) 39.3万円	2.7% 4.2%
	全国	37.7万円		

*平成17年度の老人医療費は、平成20年度から後期高齢者医療費へ変更になった。(5ページ⑩参照)

(平成17年度の対象者は73歳以上、平成20年度の対象者は75歳以上)

平成17年度の老人医療費は「平成17年度老人医療事業年報」の数値。

平成20年度の後期高齢者医療費は平成20年4月から平成21年2月までの11ヶ月分に係るものであるため、

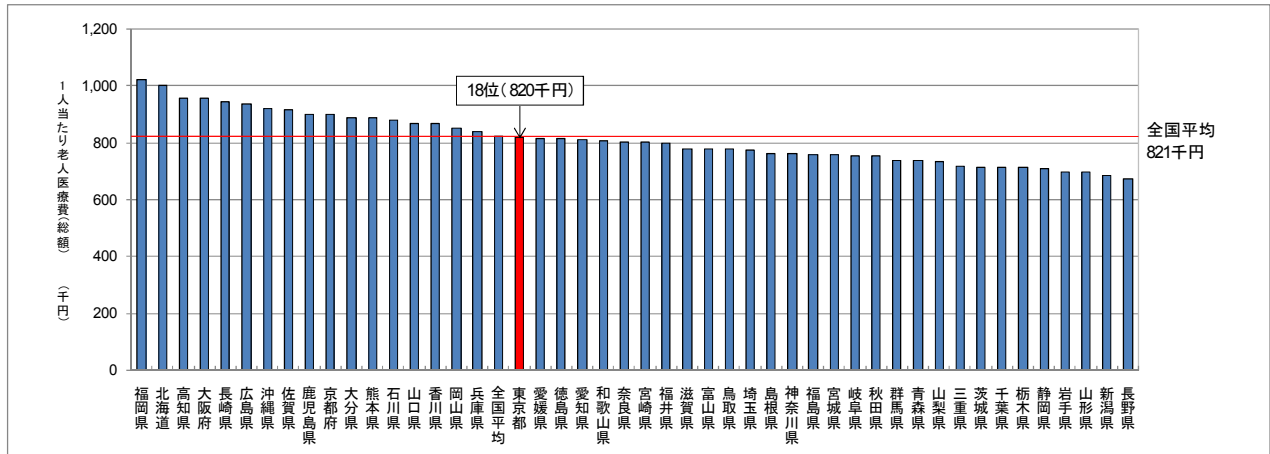
「平成20年度後期高齢者医療事業年報」の数値に12/11を乗じたものを使用した。

後期高齢者医療費(入院)は、入院時食事・生活療養費を含む。

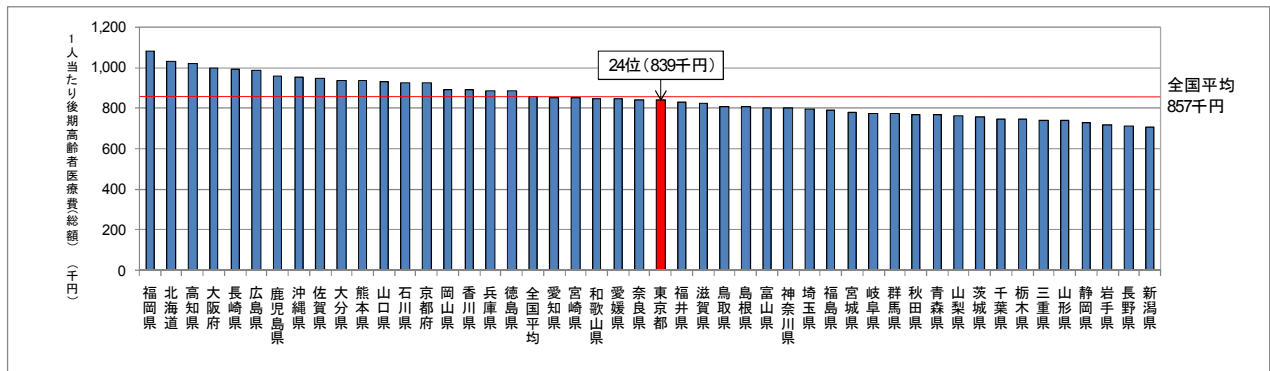
後期高齢者医療費(入院外)は、薬局調剤医療費を含む。

平成17年度における東京都の一人当たり後期高齢者医療費総額は82.0万円で、全国18位となっている。平成20年度においては83.9万円で全国24位となっており、医療費の額は伸びているものの、伸び率は全国平均が4.4%伸びているのに比べ2.3%と低く、順位は下がっている。(図表10、図表11)

図表 10 一人当たり老人医療費（総額）の都道府県比較（平成 17 年度）



図表 11 一人当たり後期高齢者医療費（総額）の都道府県比較（平成 20 年度）



出典：平成 17 年度は「平成 17 年度 老人医療事業年報」（厚生労働省）

平成 20 年度は「平成 20 年度 後期高齢者医療事業年報」（厚生労働省）

東京都の人口は、平成 17 年度から平成 37 年度までの 20 年間にかけて、総人口は横ばいであるのに比べ、75 歳以上人口は 2 倍以上に増加する見込みである。65 歳以上人口は、東京都は 100 万人以上の増加となり、全国平均の増加率 41.6%に比しても 49.2%と高い高齢者数の増加率が見込まれており、急速な高齢化が進むと見られる。

また、一人当たり医療費（総額）は全国的に上昇しており、東京都においても、全国における一人当たり医療費（総額）の伸び率の 5.4%に比べ 3.1%と低いものの、増加傾向にある。

このように、都民医療費は、高齢化の進展と高齢者を含めた一人当たり医療費の増加に伴い、今後も高い伸びを示すことが見込まれることから、医療費適正化に向けた取組の推進がますます重要となっている。

第3章 目標の進捗状況

第1 都民の生活習慣病予防の推進に関する目標の進捗状況

1 計画の目標

都民の生活習慣病予防の推進に関する目標（平成24年度における目標）

- (1) 特定健康診査の実施率
対象者（40歳から74歳まで）の70%以上
- (2) 特定保健指導の実施率
対象者（特定保健指導が必要と判定された者）の45%以上
- (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
10%以上減少（平成20年度比）

2 特定健康診査の実施状況

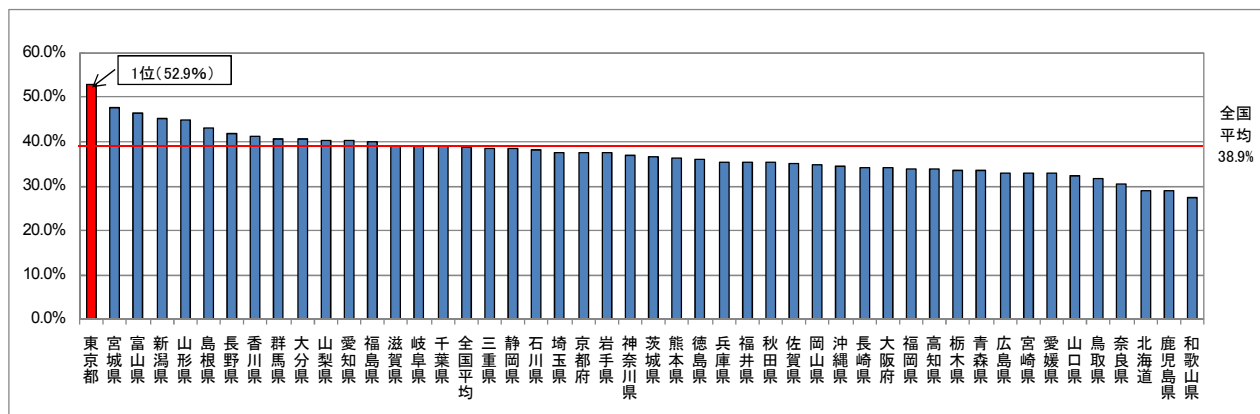
平成20年度における東京都の特定健康診査実施率は52.9%と、全国平均の38.9%を大きく上回り、全国1位となっている（図表12、図表13）。

図表12 平成20年度特定健康診査実施率

	特定健康診査 実施率	東京都の全国順位 都道府県
東京都	52.9%	1位
全国平均	38.9%	—
47位	27.4%	和歌山県

出典：平成23年1月21日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

図表13 平成20年度都道府県別の特定健康診査実施率

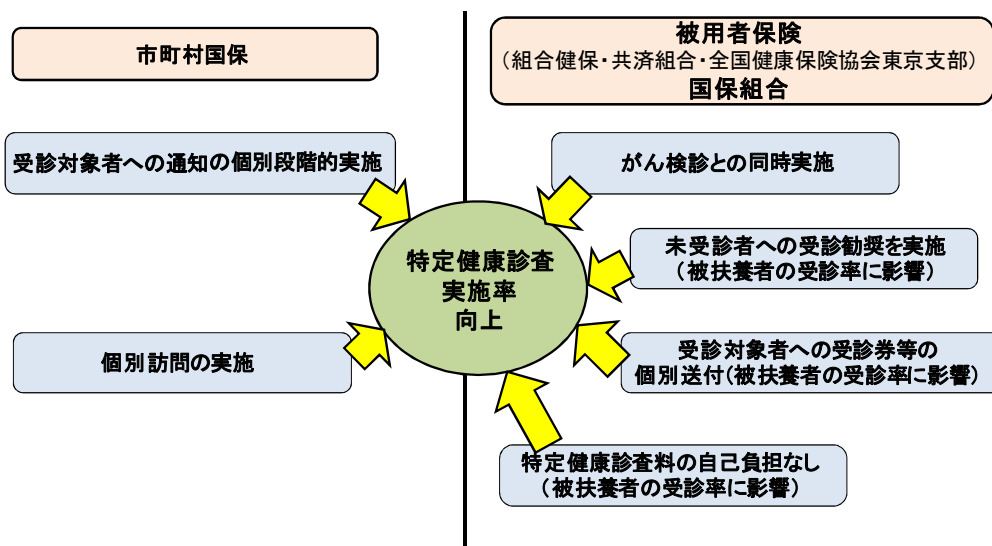


出典：平成23年1月21日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

保険者に対する調査の結果 その1

特定健康診査実施率の向上に影響を及ぼすもの

平成 22 年度に厚生労働省が実施した「保険者に対する特定健康診査及び特定保健指導の実施状況に関する調査」結果から、東京都下の保険者について分析したところ、特定健康診査実施率の向上に影響を与えているものとして、次の事項があった。



3 特定保健指導の実施状況

平成 20 年度における東京都の特定保健指導実施率は 5.1%と、全国平均の 7.7%を下回り、全国 45 位となっている。

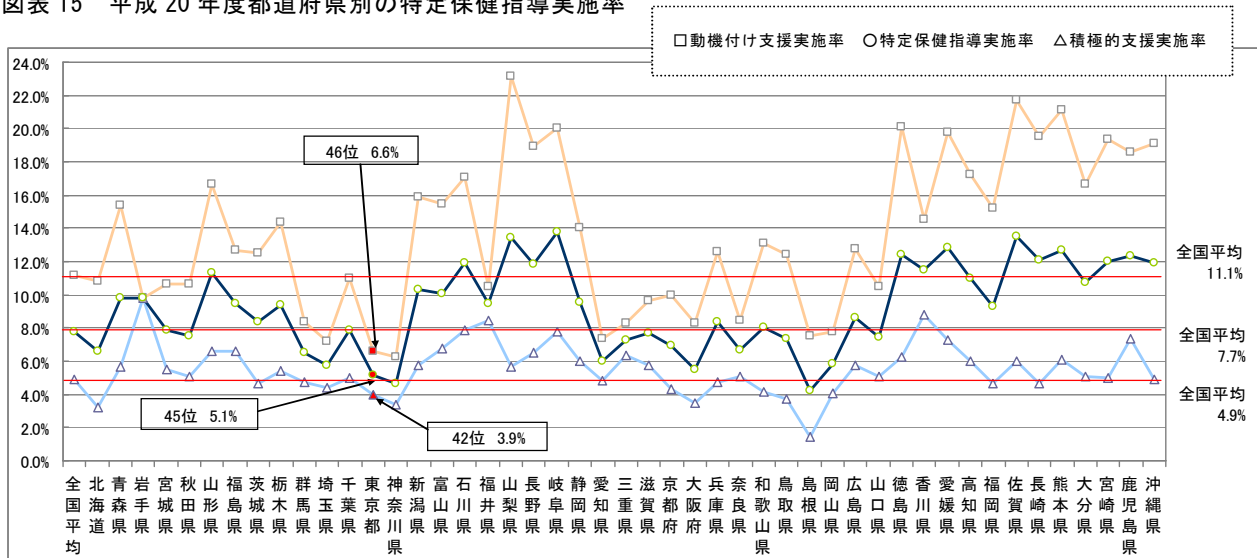
これを「動機付け支援」実施率、「積極的支援」実施率のそれぞれでみると、「動機付け支援」実施率は 6.6%（全国平均は 11.1%）で全国 46 位、「積極的支援」実施率は 3.9%（全国平均は 4.9%）で全国 42 位である（図表 14、図表 15）。

図表 14 平成 20 年度特定保健指導実施率

	特定保健指導実施率		動機付け支援		積極的支援	
	特定保健指導実施率	東京都の全国順位 都道府県	特定保健指導実施率	東京都の全国順位 都道府県	特定保健指導実施率	東京都の全国順位 都道府県
東京都	5.1%	45位	6.6%	46位	3.9%	42位
全国平均	7.7%	—	11.1%	—	4.9%	—
1位	13.7%	岐阜県	23.1%	山梨県	9.8%	岩手県
47位	4.2%	島根県	6.2%	神奈川県	1.5%	島根県

出典：平成 23 年 1 月 21 日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

図表 15 平成 20 年度都道府県別の特定保健指導実施率

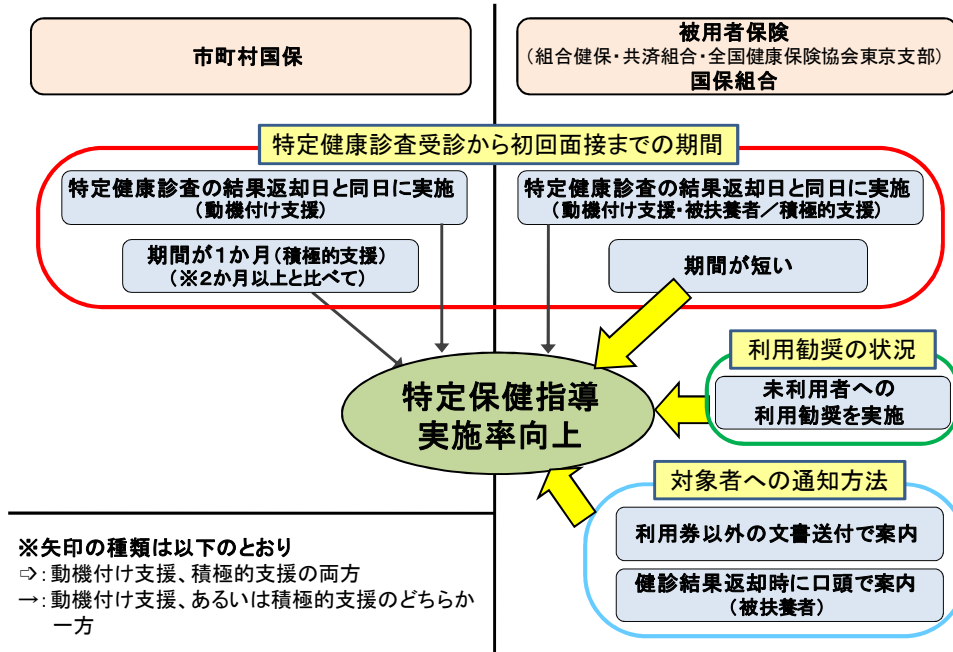


出典：平成 23 年 1 月 21 日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

保険者に対する調査の結果 その2

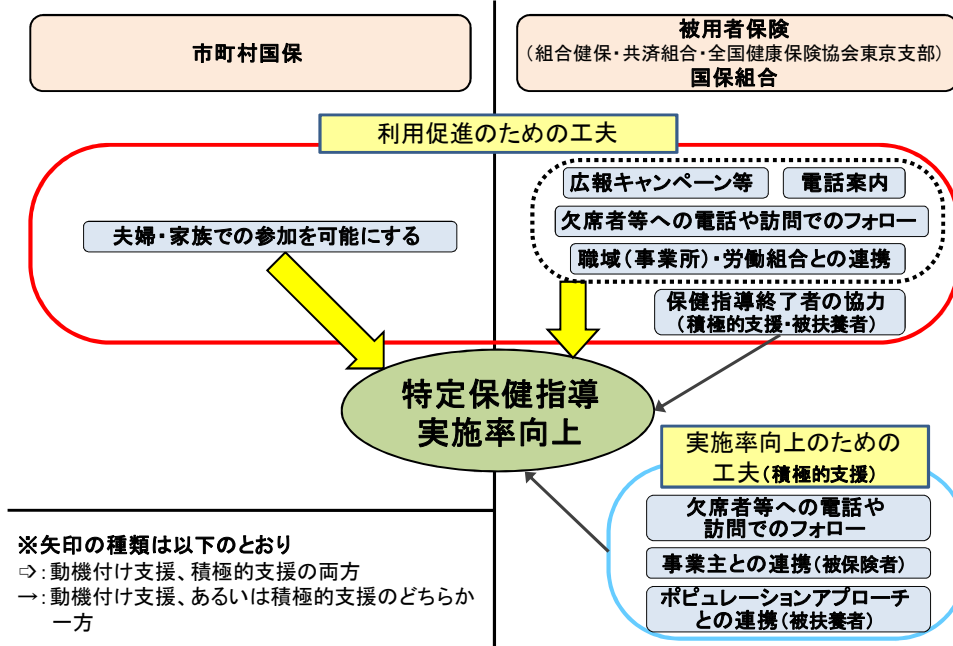
特定保健指導実施率の向上に影響を及ぼすもの① (期間、利用勧奨、通知方法)

前出の「特定健康診査実施率の向上に影響を及ぼすもの」と同様に分析した結果、東京都下の保険者に関し、特定保健指導実施率の向上に影響を与えているものとして次の事項があった。



特定保健指導実施率の向上に影響を及ぼすもの② (その他の工夫点)

特定保健指導については、①のほか、各保険者のどのような工夫が特定保健指導実施率の向上に影響を与えているかを分析したところ、次の事項があった。



4 メタボリックシンドローム該当者数等の割合の状況

特定保健指導対象者の選定基準となるメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)該当者及びメタボリックシンドローム予備群者の状況については、平成20年度における東京都のメタボリックシンドローム該当者数は383,799人で、評価対象者に対する割合は14.2%(全国平均は14.4%)で全国21位、また、予備群者数は336,979人で、評価対象者に対する割合は12.4%(全国平均は12.4%)で全国28位となっており、両者とも全国平均のレベルである(図表16、図表17)。

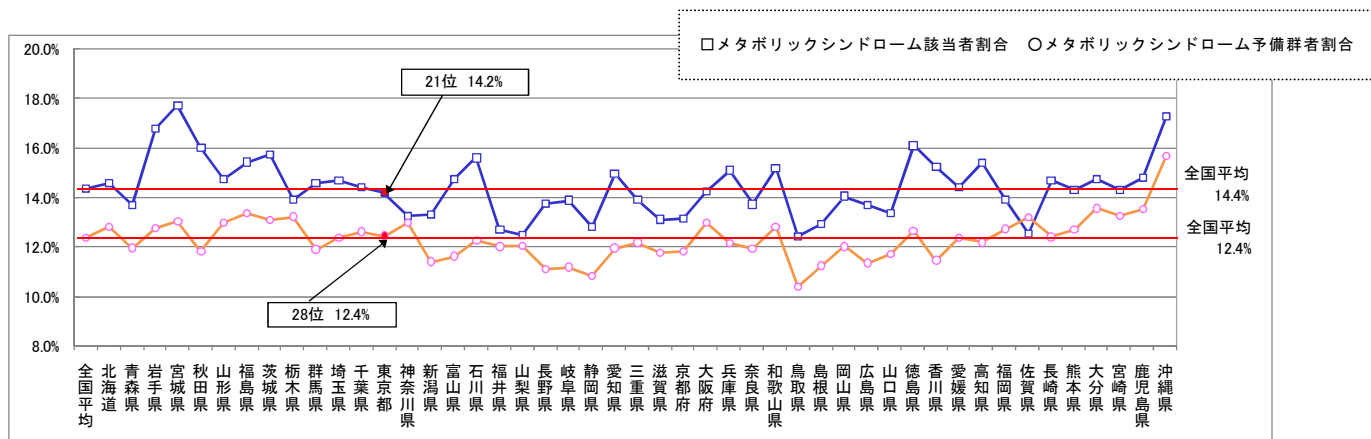
薬剤を服用している者(服薬者)については、既に医師の指示のもとで改善の取組が進められていることから、特定保健指導の対象からは外れるため、服薬者割合が高いと特定保健指導の実施率が高くなる可能性がある。この割合は、高血圧症治療薬服用者が18.3%(全国平均は18.9%)で全国13位、脂質異常症治療薬服用者が9.9%(全国平均は10.0%)で全国20位、糖尿病治療薬服用者が4.0%(全国平均は4.1%)で全国17位となっており、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)該当者及びメタボリックシンドローム予備群者の割合と同様に全国平均のレベルである(図表18、図表19)。

図表16 平成20年度メタボリックシンドローム該当者・メタボリックシンドローム予備群者割合

	メタボリックシンドローム 該当者割合	全国順位 都道府県	メタボリックシンドローム 予備群者割合	全国順位 都道府県
東京都	14.2%	21位	12.4%	28位
全国平均	14.4%	—	12.4%	—
1位	12.4%	鳥取県	10.4%	鳥取県
47位	17.7%	宮城県	15.7%	沖縄県

出典：平成23年1月21日付事務連絡(厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室)

図表17 平成20年度都道府県別のメタボリックシンドローム該当者・メタボリックシンドローム予備群者割合



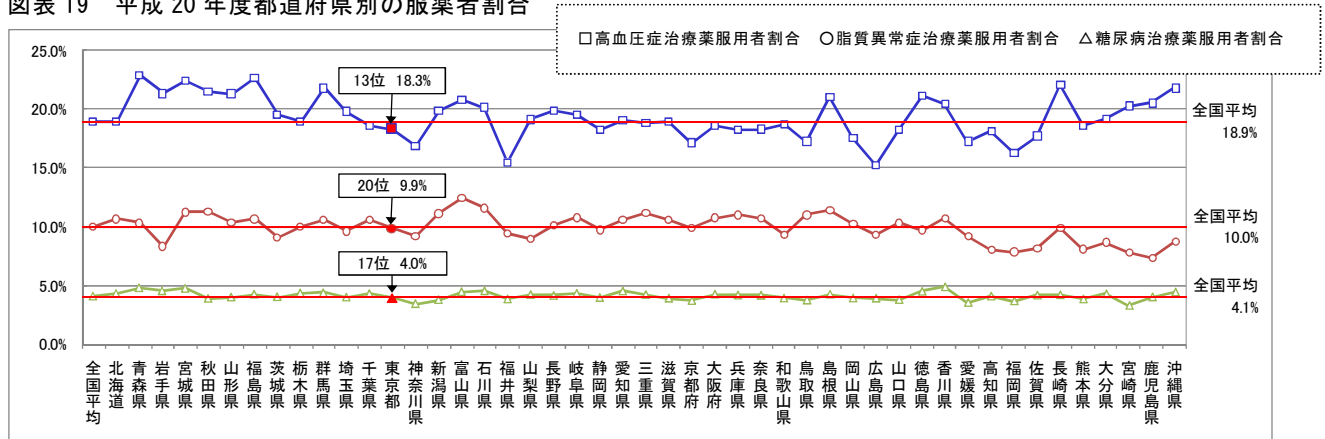
出典：平成23年1月21日付事務連絡(厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室)

図表 18 平成 20 年度服薬者割合

	高血圧症 治療薬 服用者割合	東京都の全国順位 都道府県	脂質異常症 治療薬 服用者割合	東京都の全国順位 都道府県	糖尿病 治療薬 服用者割合	東京都の全国順位 都道府県
東京都	18.3%	13位	9.9%	20位	4.0%	17位
全国平均	18.9%	—	10.0%	—	4.1%	—
1位	15.2%	広島県	7.4%	鹿児島県	3.3%	宮崎県
47位	22.9%	青森県	12.4%	富山県	4.8%	香川県

出典：平成 23 年 1 月 21 日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

図表 19 平成 20 年度都道府県別の服薬者割合



出典：平成 23 年 1 月 21 日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

第2 医療の効率的な提供の推進に関する目標の進捗状況

1 計画の目標

医療の効率的な提供の推進に関する目標（平成24年度における目標）

(1) 療養病床の病床数

28,077 床

東京都の「保健医療計画」に掲げる「基準病床数」（回復期リハビリテーション病棟の療養病床数を含むもの（介護療養病床を除く））を目標数値として設定している。

(2) 平均在院日数

25.4 日

平均在院日数の目標値は、平成24年度において介護療養病床が廃止されているとの前提のもと、介護療養病床分の数値を除いた数値で設定している。

2 療養病床及び平均在院日数の状況

(1) 療養病床の状況

東京都の療養病床数については、平成21年7月時点で20,833床であり、平成18年10月時点の21,033床と比べ、200床減少している。内訳は、介護療養病床が7,911床から7,066床へと845床の減少、医療療養病床が13,122床から13,767床へと645床の増加となっている。

国における療養病床の再編成に関する目標については、このまま再編成を押し進めることが実態にそぐわないのではないかとの懸念があることから、これに係る計画を当面凍結することとしている。したがって、医療費適正化計画に掲げる療養病床に関する目標についても、当面これを凍結し、療養病床の確保に関する新たな方針が示されるまでは評価を行わないこととされている。^{※1}また、平成22年11月の社会保障審議会介護保険部会においては、療養病床の新規の指定は行わず、（介護療養病床の転換を）一定の期間に限って猶予することが必要であるとされた。^{※2}

なお、平成23年3月時点において、計画は凍結されている。

※1：平成22年5月11日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

※2：平成22年11月30日介護保険制度の見直しに関する意見（社会保障審議会介護保険部会）から抜粋

(2) 平均在院日数の状況

ア 都道府県別平均在院日数

平成 21 年の東京都における平均在院日数は、介護療養病床を除く全病床が 23.9 日（全国平均は 31.3 日）で全国 1 位、全病床でも 25.5 日（全国平均は 33.2 日）で全国 1 位であり、平成 21 年で既に本計画で設定した目標値を達成している。

病床種別にみると、精神病床が 220.5 日（全国平均は 307.4 日）で全国 1 位、一般病床が 16.1 日（全国平均は 18.5 日）で全国 2 位、療養病床が 201.8 日（全国平均は 179.5 日）で全国 38 位、介護療養病床が 369.7 日（全国平均は 298.8 日）で全国 36 位である。

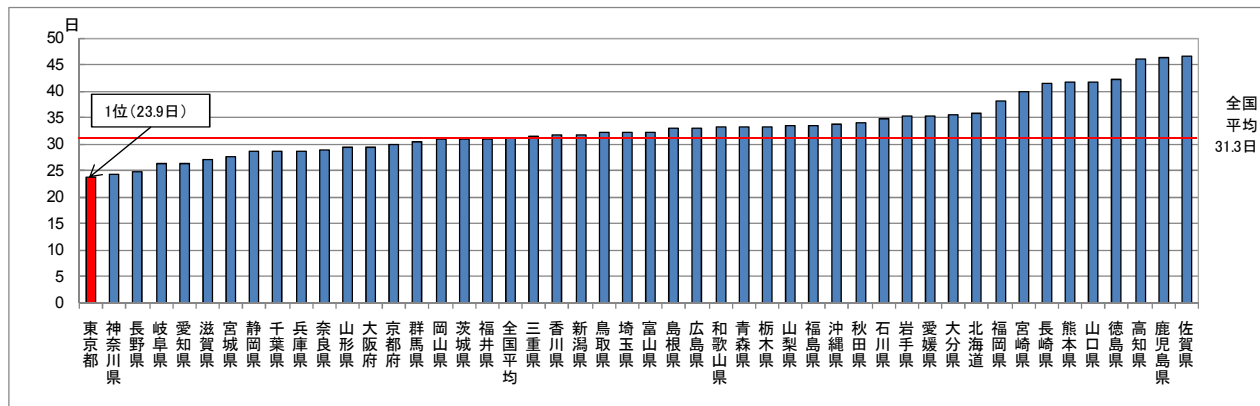
介護療養病床を除く全病床、全病床、精神病床において、東京都の平均在院日数が、都道府県の中で最も短い（図表 20、図表 21）。

図表 20 平成 21 年病床種別平均在院日数※

	介護療養病床を除く全病床		全病床		精神病床		一般病床		療養病床		介護療養病床	
	東京都	最短	東京都	最短	東京都	最短	東京都	第2位	東京都	第38位	東京都	第36位
東京都	23.9	最短	25.5	最短	220.5	最短	16.1	第2位	201.8	第38位	369.7	第36位
全国平均	31.3 日		33.2 日		307.4 日		18.5 日		179.5 日		298.8 日	
最短	東京都	23.9 日	東京都	25.5 日	東京都	220.5 日	神奈川県	15.8 日	宮城県	105.9 日	山形県	69.9 日
最長	佐賀県	46.6 日	高知県	53.1 日	徳島県	448.5 日	高知県	23.7 日	富山県	259.7 日	秋田県	800.8 日

出典：「平成 21 年病院報告」（厚生労働省）

図表 21 平成 21 年都道府県別の介護療養病床を除く全病床の平均在院日数



出典：「平成 21 年病院報告」（厚生労働省）

※病床については、医療法第 7 条第 2 項及び介護保険法第 8 条に次のとおり規定されている。

精神病床：病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのもの。

療養病床：病院又は診療所の病床のうち、精神病床・感染症病床・結核病床以外の病床で、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの。

一般病床：病院又は診療所の病床のうち、精神病床・感染症病床・結核病床・療養病床以外のもの。

介護療養病床：療養病床のうち、介護保険を適用するもの。

イ 都道府県別平均在院日数の変化

平成 21 年の平均在院日数について、平成 18 年の平均在院日数と比べると、介護療養病床を除く全病床で 1.5 日（全国平均は 0.9 日）、全病床で 1.6 日（全国平均は 1.5 日）、精神病床で 14.7 日（全国平均は 12.9 日）、一般病床で 1.0 日（全国平均は 0.7 日）短くなっている（図表 22、図表 23）。

療養病床で 5.7 日（全国平均は 8.1 日）、介護療養病床で 52.0 日（全国平均は 30.2 日）長くなっている。

全国的に見ると、介護療養病床を除く全病床において、平成 18 年と比較して平成 21 年の平均在院日数が短縮している都道府県が大半を占めている。

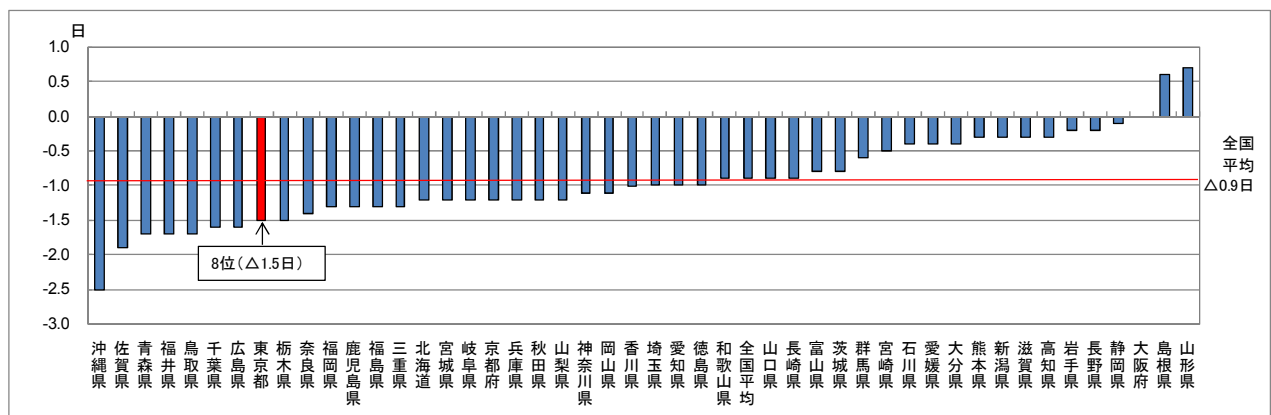
図表 22 病床種別平均在院日数の変化（平成 18 年から平成 21 年まで）

		介護療養 病床を除く 全病床	全病床	精神病床	一般病床	療養病床	介護療養病床
		平成18年	東京都	25.4	27.1	235.2	17.1
	全国平均	32.2	34.7	320.3	19.2	171.4	268.6
平成19年	東京都	24.6	26.4	236.5	16.7	197.1	339.8
	全国平均	31.7	34.1	317.9	19.0	177.1	284.2
平成20年	東京都	24.3	26.0	226.3	16.4	197.3	350.0
	全国平均	31.6	33.8	312.9	18.8	176.6	292.3
平成21年	東京都	23.9	25.5	220.5	16.1	201.8	369.7
	全国平均	31.3	33.2	307.4	18.5	179.5	298.8
平成18-21年	東京都	△ 1.5	△ 1.6	△ 14.7	△ 1.0	5.7	52.0
	全国平均	△ 0.9	△ 1.5	△ 12.9	△ 0.7	8.1	30.2
	最も減少した 都道府県とその値	沖縄県 △ 2.5	沖縄県 △ 2.7	鹿児島県 △ 78.1	鳥取県 △ 1.5	沖縄県 △ 24.4	沖縄県 △ 72.8

出典：「平成 18 年～平成 21 年病院報告」（厚生労働省）

平成 22 年 5 月 11 日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

図表 23 都道府県別の介護療養病床を除く全病床の平均在院日数の変化（平成 18 年から平成 21 年まで）



出典：「平成 18 年～平成 21 年病院報告」（厚生労働省）

平成 22 年 5 月 11 日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

ウ 二次保健医療圏別平均在院日数[※]

平成 20 年の介護療養病床を除く全病床の平均在院日数は、区中央部（14.6 日）、島しょ（17.3 日）、区西部（17.5 日）等において、東京都の平均（24.3 日）よりも短く、西多摩（57.5 日）、南多摩（47.9 日）、北多摩北部（39.9 日）等において、東京都の平均よりも長い。

介護療養病床を除く全病床の平均在院日数は、二次保健医療圏により平均在院日数の格差が大きい（図表 24、図表 25）。

なお、一般病床は、区中央部（13.9 日）、区西部（14.7 日）、区南部（15.6 日）等においては東京都の平均（16.4 日）よりも短く、北多摩北部（23.6 日）等においては、東京都の平均よりも長い。

療養病床は、北多摩西部（108.6 日）、区東部（117.6 日）等において東京都の平均（197.3 日）よりも短く、区南部（271.8 日）、北多摩北部（267.6 日）等においては、東京都の平均よりも長い（図表 24）。

[※]二次保健医療圏については平成 20 年のデータ。

二次保健医療圏のうち、区中央部は、人口 10 万人当たりの病床数が多く、一般病床数が東京都平均を大きく上回る一方、療養病床数は東京都の平均を下回っている。また、西多摩のように、療養病床数が東京都平均を大きく上回っている圏域もある。このように、二次保健医療圏ごとに様々な特徴があるため、平均在院日数（介護療養病床を除く全病床）の状況を見る際には注意を要する。

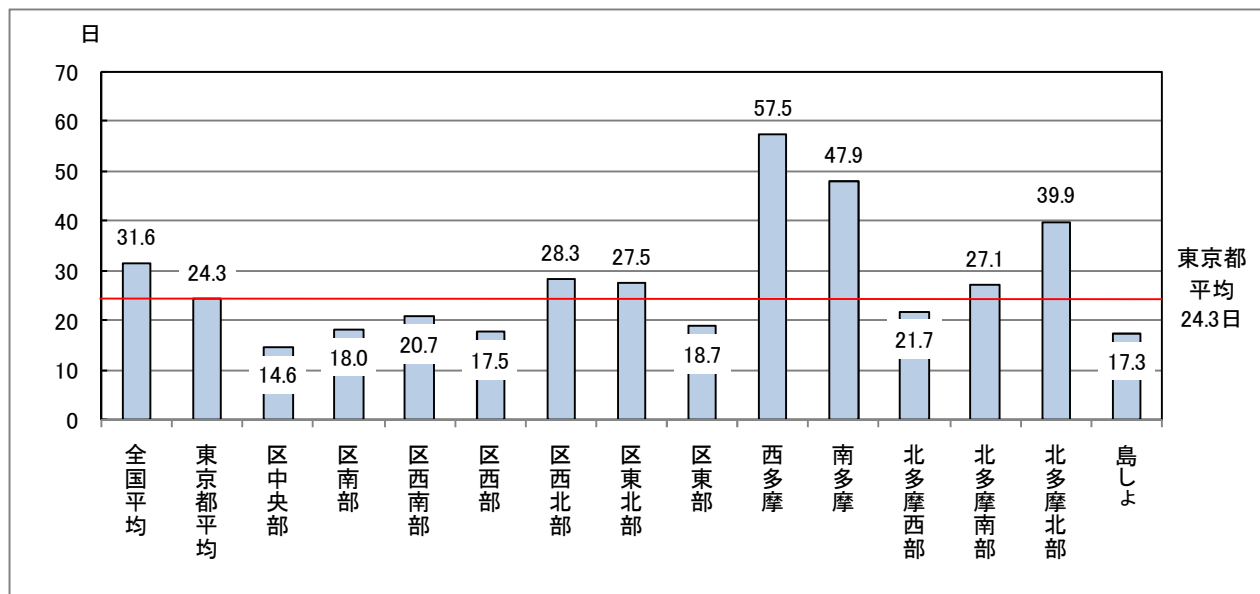
図表 24 平成 20 年二次保健医療圏別の病床種別平均在院日数

二次保健医療圏	介護療養病床を除く全病床	全病床	一般病床	療養病床
全国平均	31.6	33.8	18.8	176.6
東京都平均	24.3	26.0	16.4	197.3
区中央部	14.6	14.8	13.9	119.4
区南部	18.0	19.5	15.6	271.8
区西南部	20.7	21.6	15.9	147.0
区西部	17.5	18.1	14.7	204.3
区西北部	28.3	31.0	18.1	216.9
区東北部	27.5	29.1	18.3	176.3
区東部	18.7	19.3	16.4	117.6
西多摩	57.5	66.7	16.7	247.0
南多摩	47.9	52.8	18.6	240.2
北多摩西部	21.7	22.8	17.9	108.6
北多摩南部	27.1	28.9	16.0	218.3
北多摩北部	39.9	43.8	23.6	267.6
島しょ	17.3	17.3	17.3	—

出典：「平成 20 年病院報告」（厚生労働省）

平成 22 年 7 月 6 日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

図表 25 平成 20 年二次保健医療圏別の介護療養病床を除く全病床の平均在院日数



出典：「平成 20 年病院報告」（厚生労働省）

平成 22 年 7 月 6 日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

エ 二次保健医療圏別平均在院日数の変化

平成 20 年の介護療養病床を除く全病床、全病床及び一般病床は、平成 18 年と比べ東京都のほぼ全域において平均在院日数が短くなっており、それらが東京都全体の平均在院日数を短くしている要因となっている。(図表 26、図表 27)

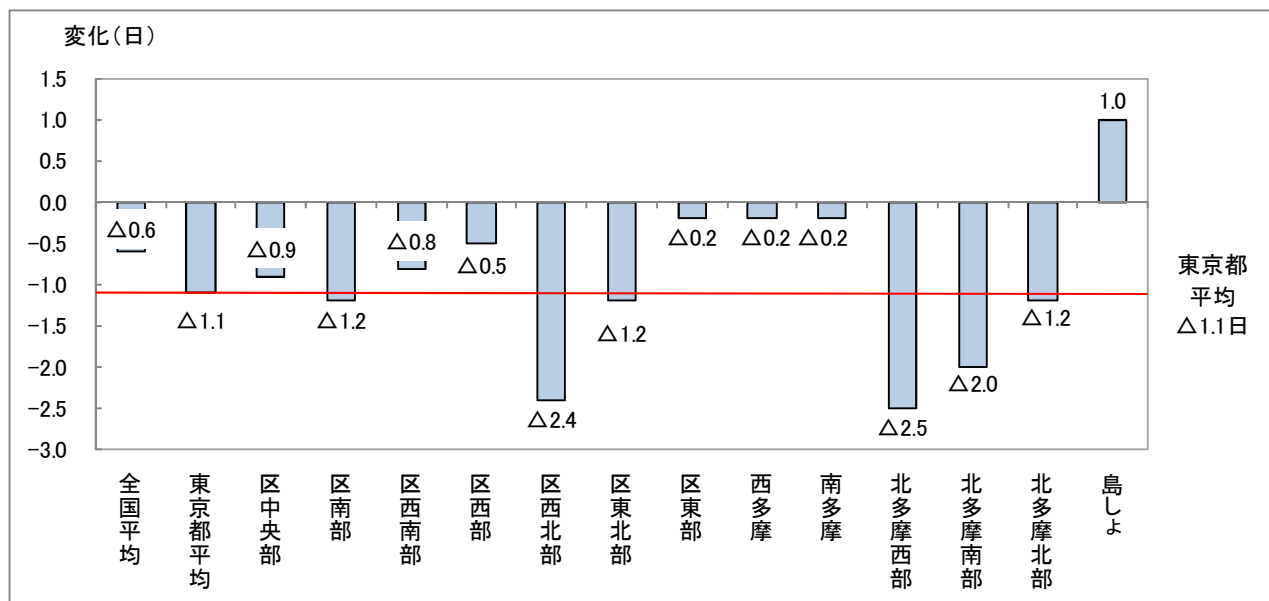
図表 26 二次保健医療圏別の病床種別平均在院日数の変化（平成 18 年から平成 20 年まで）

二次保健医療圏	介護療養病床を除く全病床	全病床	一般病床	療養病床
全国平均	△ 0.6	△ 0.9	△ 0.4	5.2
東京都平均	△ 1.1	△ 1.1	△ 0.7	1.2
区中央部	△ 0.9	△ 0.9	△ 0.8	△ 28.1
区南部	△ 1.2	△ 1.1	△ 0.9	58.3
区西南部	△ 0.8	△ 0.8	△ 0.2	22.7
区西部	△ 0.5	△ 0.5	△ 0.6	2.8
区西北部	△ 2.4	△ 2.1	△ 1.0	0.6
区東北部	△ 1.2	△ 1.6	△ 0.9	7.5
区東部	△ 0.2	△ 0.3	0.0	△ 5.3
西多摩	△ 0.2	△ 0.1	△ 0.2	△ 25.7
南多摩	△ 0.2	△ 0.5	0.0	△ 7.9
北多摩西部	△ 2.5	△ 3.0	△ 1.7	△ 16.0
北多摩南部	△ 2.0	△ 2.1	△ 1.2	△ 21.8
北多摩北部	△ 1.2	△ 0.8	0.0	18.6
島しょ	1.0	1.0	1.0	—

出典：「平成 18 年～平成 20 年病院報告」（厚生労働省）

平成 23 年 1 月 21 日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

図表 27 二次保健医療圏別の介護療養病床を除く全病床の平均在院日数の変化（平成 18 年から平成 20 年まで）



出典：「平成 18 年～平成 20 年病院報告」（厚生労働省）

平成 23 年 1 月 21 日付事務連絡（厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室）

第4章 取組の推進

東京都では、それぞれの目標に関する推進策及び関連する取組を行っている。

第1 生活習慣病の予防

急速な高齢化の進展やライフスタイルの変化等により、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の有病者が増加している。

これらの生活習慣病を防ぐためには、日々の生活習慣の改善等疾病を発症する前の予防が重要であり、関連計画である「東京都健康推進プラン 21 新後期 5 か年戦略」に基づき生活習慣病予防のための次の取組を実施している。

1 特定健康診査・特定保健指導の効果的な推進

特定健康診査・特定保健指導は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、ハイリスク者を早期に把握して、生活習慣の改善を促す保健指導を徹底することによって、生活習慣病を早期に予防しようとするものである。

健診制度の成果をあげていくためには、健診・保健指導の実施率と質の向上を図ることが重要である。このため、医療保険者が特定健康診査等実施計画を適切に進行管理していけるよう支援していくとともに、質の高い保健指導を行う人材の育成に向けて、次の取組を実施している。

(1) 特定健康診査等実施率の向上のための支援

特定健康診査等の実施率を向上させるため、受診者が利用しやすい実施体制を整備するとともに、メタボリックシンドロームを含む生活習慣病の予防や、健康づくりに関する正しい知識を普及啓発するための取組を実施している。

ア 特定健康診査・保健指導の実施体制、実施状況等に関する保険者へのアンケート調査を実施し、取りまとめ結果を還元（平成 20 年度及び平成 21 年度）

イ 保険者や区市町村、保健医療関係団体と協力した、生活習慣病の予防や健康づくりに関する正しい知識の普及啓発活動

(ア) 交通広告を活用した普及啓発等（平成 20 年度から平成 22 年度まで）

(イ) 「職場の健康づくりハンドブック」の作成・配布（平成 20 年度及び平成 21 年度）

(2) 効果的な健診・保健指導のための支援

特定健康診査等について、効果的に企画・運営できる人材を育成するとともに、保健指導をアウトソーシングする場合に留意すべきポイントを取りまとめ、医療保険者に情報提供している。

ア 特定健診・保健指導事業従事者養成研修の実施（平成 19 年度～）

イ 事業者の選定やモニタリング・評価等のポイントをとりまとめた「東京都特定保健指導業務委託ハンドブック」の作成・配布（平成19年度及び平成20年度）

2 健康づくりの一体的な推進

生活習慣病予防の推進のためには、ハイリスクアプローチである特定健康診査・特定保健指導を適切に実施するとともに、食と運動を中心とした健康的な生活習慣に関する普及啓発や環境づくりのポピュレーションアプローチに取り組むことが重要である。

また、都民の生涯を通じた健康づくりを効果的に推進するためには、地域・職域・学校等においてそれぞれのライフステージでの健康づくりに携わる関係者が、地域全体での連携を強化していく必要がある。

健康づくりの一体的な推進に向け、次の取組を実施している。

(1) ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせた健康づくりの効果的な推進

・ハイリスクアプローチ：健診等により疾患の発症リスクが把握された対象者に介入し、リスクを軽減することによって、疾病を予防する方法

・ポピュレーションアプローチ：対象を限定せず集団全体に健康づくりの情報やサービスを提供する等の働きかけを行うことにより、集団全体のリスクを低い方に誘導する方法

ア 健診で血糖値が高いとされた人に、糖尿病の早期治療を促すリーフレットを医療保険者を通して配布（平成22年度）

イ 「食事バランスガイド」の普及啓発、外食料理の栄養成分表示等の推進（平成18年度～）

ウ 「東京都幼児向け食事バランスガイド」を希望に応じて保育所や幼稚園等に貸出（平成18年度～）

エ 「東京都健康づくり応援団」の活動を、都民に情報提供（平成17年度～）

(2) 地域・職域の連携の推進

ア 地域・職域の連携を推進・強化するための「東京都健康推進プラン21 評価推進戦略会議」の開催

イ 地域・職域のリーダーとなる人材を養成するための、「健康づくり事業推進指導者養成研修」の実施（平成20年度～）

ウ 医療保険者や事業者に、糖尿病の早期発見・治療継続についての取組の重要性を伝え、重症化・合併症の予防のための取組事例を紹介するパンフレットを配布（平成22年度）

エ 職場における健康づくりの取組を支援するため、事業者に「職場の健康づくりハンドブック」を配布（平成20年度）【再掲】

(3) その他の関連する取組

都民の健康上の重点課題の一つであるがん予防の観点から、たばこによる健康

影響防止やがん検診受診率向上のため、区市町村や民間団体等と協働した、広域的な普及啓発や、健診従事者の人材育成等の取組を実施している。

ア たばこによる健康影響防止対策

未成年者喫煙防止ポスターコンクール、店頭表示用ステッカーの作成・配布、飲食店の受動喫煙防止対策に関する実態調査

イ がん検診受診促進事業

マスメディア・関係団体等と協働した、がん検診受診キャンペーン、がん検診受診率向上事業等

ウ 検診実施体制の整備

乳がん検診機器整備事業、マンモグラフィ読影医師等養成研修等

第2 医療連携体制の構築

都民の医療に対する安心や信頼を確保し、都民が質の高い医療サービスを適切に受けられるようにするためには、症状に応じた適切な医療を提供し、高度医療を担う病院から身近な地域の診療所までの各医療機関の機能に応じた役割分担や連携体制の構築が重要な課題である。

また、各医療機関でどのような診療が行われ、病気になったときにどのような治療を受けられ、どのように日常生活に復帰できるのか、といった切れ目のない医療の連携体制を、都民の視点に立って示すことが求められている。

「東京都保健医療計画」における「患者中心の医療体制の構築」の医療費適正化に向けた取組に関連する部分の実施状況は下記のとおりである。

1 都民の視点に立った医療情報の提供

(1) 「ひまわり」※による医療機能情報提供制度の実施

※東京都におけるインターネットによる医療機関案内サービス

ア 医療機能情報提供制度に対応した内容への全面更新（平成20年4月）

イ 毎年、脳卒中や糖尿病、認知症等に関する詳細な情報を新規設定し、都民の医療機関選択及び医療機関による医療連携を支援

ウ 「ひまわり」の情報を活用して、脳卒中の医療機能を担う医療機関（回復期・維持期）を、東京都のホームページに掲載し、都民や医療機関に公表

(2) 医療情報の理解促進の取組

都民の医療に対する不安・不信を取り除き、都民が主体的に医療に関われるよう、都民の医療情報への理解促進に向けた取組を実施している。

ア ウェブサイト「知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ」の作成（平成19年度）

イ 普及版「医療情報ナビミニ（概要版）」の作成（平成20年度）

- ウ ナビ等を利用した普及啓発の推進に努め、次の事業を実施
- (ア) 救急医療等現在の医療の喫緊の課題についてのシンポジウムの開催
 - ・平成 21 年度 1 回実施 延べ 152 名参加
 - ・平成 22 年度 1 回実施 延べ 96 名参加
 - (イ) 医療情報の理解促進に関する人材を養成する研修会の開催
 - ・平成 21 年度 1 回実施 延べ 161 名参加
 - ・平成 22 年度 2 回実施 延べ 239 名参加

2 疾病・事業ごとの医療連携体制の取組

東京都は、医療体制の構築が必要な 4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）については、疾病の特徴に応じて必要な医療機能を明らかにするとともに、医療機関等について調査・検討を行い、それぞれの医療機能を担う医療機関等を示す取組を進めている。

また、5 事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療）についても、より都民が安全で安心できる医療体制の実現を目指し、取組を実施している。

(1) がん医療の取組

がんは都民の主要死因の第 1 位であり、高齢化の進展に伴い、今後も患者数や死亡者数の増加が予想されることから、地域全体のがん医療水準の向上や治療の初期段階からの緩和ケアの実施等、医療体制の構築のための取組を実施している。

ア がん診療連携拠点病院（16 病院。以下「拠点病院」という。）及び東京都認定がん診療病院（16 病院。以下「認定病院」という。）の整備

イ 拠点病院及び認定病院における放射線療法、外来化学療法室等整備費の補助（平成 22 年度 放射線治療機器 3 病院、外来化学療法室 4 病院）

ウ 全ての拠点病院及び認定病院において相談支援センターを設置

エ 休日夜間相談支援をモデル実施（平成 21 年度に 3 病院で開始）

オ がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修の計画的実施

カ 東京都がん登録^{*}推進検討会の設置・開催

- ・平成 21 年度から計 3 回実施

^{*}がんの予防や治療に役立てるため、個人情報保護しながら、一人ひとりのがん患者に関する診断データやその後の経過、生存状況等、がんに関する情報を集める仕組み

キ 都内共通の地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」^{*}の作成・運用（5 大がん（肺・胃・肝・大腸・乳）については、平成 22 年 2 月から、前立腺がんについては、平成 22 年 12 月から）

^{*}がん患者が手術等専門的な治療を行った後に使用するもので、患者の 5 年ないし 10 年先までの診療の計画を立てたものを、一冊の手帳にまとめたもの。

(2) 脳卒中医療の取組

脳卒中は、発症後生命が助かった場合でも後遺症が残る可能性が高く、また、発症から治療、回復、在宅医療までに要する時間が長いため、様々な医療機関等が関

わる必要がある。この特徴を踏まえ、患者の発症から急性期までの対応を中心とした東京都全域における取組と、急性期を含め、回復期、維持期（在宅生活期）、在宅医療に至るまでの地域における取組を並行して実施している。

ア 都全域における取組

東京都脳卒中医療連携協議会及び部会（評価検証部会・地域連携パス部会・普及啓発部会）の設置

（ア）東京都脳卒中急性期医療機関の認定基準の作成（平成 20 年度）

（イ）東京都脳卒中救急搬送体制の実施（平成 20 年度～）

（ウ）東京都脳卒中急性期医療機関リストの公表（平成 20 年度～）

（エ）救急搬送体制の評価検証のための調査及び結果の分析・検証
（平成 21 年度及び平成 22 年度）

（オ）地域連携クリティカルパス合同会議の開催（平成 21 年度～）及び地域連携クリティカルパスの標準化の検討（平成 22 年度）

（カ）都民への普及啓発用ポスター・リーフレットの作成（平成 21 年度）

イ 地域における取組

二次保健医療圏ごとの地域脳卒中医療連携圏域別検討会の設置（島しょを除く 12 圏域）

（ア）地域における脳卒中救急搬送体制や円滑な医療連携の検討（平成 20 年度～）

（イ）地域住民や医療従事者への普及啓発活動（平成 22 年度）

（3） 急性心筋梗塞医療の取組

急性心筋梗塞は、発症後、速やかに A E D^{*}の使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を行い、早期に専門的な医療機関へ搬送し、受診させることが重要である。

急性心筋梗塞の中核的病院、東京消防庁、医療関係団体の代表等が中心となって、東京都全域における救急搬送の仕組みを基盤として、適切なリハビリテーションの実施や在宅復帰に向けた体制作りの取組を実施している。

^{*}Automated External Defibrillator の略。心臓が小刻みに震えて血液を送り出すことができなくなる心室細動と呼ばれる症状による心停止者に対し、電気ショックを与えて心臓の動きを正常に戻すための装置。救命のためであれば一般市民も使用することができる。

ア 東京都 C C U^{*}連絡協議会の開催

^{*}Coronary Care Unit の略で、主に急性心筋梗塞等の冠状動脈疾患の急性危機状態の患者を収容し、厳重な監視モニター下で持続的に管理する部門のこと。東京都は、1978 年、急性心筋梗塞を中心とする急性心血管疾患に対し、迅速な救急搬送と専門施設への患者収容を目的に東京都 C C U ネットワークという機構を組織した。

（ア）休日当番表の作成

（イ）心臓病患者家族のための A E D 講習会の開催

東京都 C C U ネットワーク加盟施設による開催

（ウ）ホーム A E D プロジェクト^{*}の実施

A E D の貸出 43 台（平成 22 年 12 月現在）

^{*}東京都 C C U ネットワークに加盟する 67 施設の病院に通院する心臓病患者のうち、命に関わる危険な不整脈の起こりやすい人を対象に、A E D を低額で貸し出す取組のこと

（エ）急性大動脈スーパーネットワークの開始

急性大動脈疾患に対し循環器内科と心臓血管外科が協力して緊急診療体制をとり、効率的に患者受入れを行う（平成 22 年 11 月～）

（４） 糖尿病医療の取組

糖尿病は、発症後、長期にわたって生活習慣の改善も含めた治療が必要となる一方、重症化した場合の疾病が多岐にわたることから、適切な医療提供体制の確保が必要な疾病である。

糖尿病の専門医療機関や、医療関係団体、東京都等が中心となって東京都全域を視野に、急性合併症等の専門治療の実施が可能な医療機関の認定や合併症予防等の取組、地域の医療連携の構築を支援する体制整備を進めている。

ア 東京都糖尿病医療連携協議会及び専門部会の設置（平成 21 年 3 月～）

（ア）「ひまわり」の調査項目に新たに糖尿病の項目を設け、ホームページに追加掲載

（イ）地域での糖尿病対策推進の取組に関するアンケート調査の実施

（ウ）医療連携に必要なツール（標準的な診療連携ガイドライン、診療情報提供書）の検討

（エ）評価検証のための指標（アウトカム指標・プロセス指標）の検討

イ 二次保健医療圏ごとの糖尿病医療連携圏域別検討会の設置（島しょを除く 12 圏域）

（ア）地域における糖尿病医療連携体制の構築に係る検討

（イ）地域住民や医療従事者への普及啓発活動（平成 22 年度）

ウ 東京都糖尿病医療連携講演会の実施（各地域の取組事例の紹介）

・平成 20 年 11 月開催 223 名参加

（５） 救急医療体制の充実

高齢化の進展や単身世帯の増加に伴い、突発・不測の傷病による不安感等を背景に、救急搬送患者は増加傾向にある。また、救急車で搬送される患者は入院を必要としない軽症の割合も多いことから、救急医療の必要性に関する相談体制の充実が重要である。

救急患者の病状に応じた適切な救急医療を迅速に受けられるよう、救急医療体制の見直しや救急車の適正利用を図るとともに、急病発生時の不安解消のため、救急相談センター（＃7119）等による救急相談体制の充実を図っている。

ア 迅速・適切な救急医療の確保に向け、「救急患者の迅速な受入れ」、「トリアージの実施」、「都民の理解と参画」からなる「救急医療の東京ルール」の取組を推進

（ア）東京都地域救急医療センターの創設

（イ）地域救急会議の設置

・平成 22 年 3 月現在（全二次保健医療圏において）59 か所

（ウ）全都的な受入調整を行う 24 時間対応可能な救急患者受入コーディネーターの東京消防庁への配置（平成 22 年度 14 名体制）

（エ）東京都地域救急医療センターにおける、診療の順番を判断する「トリアージ」の実施

イ 救急医療機関勤務医師確保事業（救急医の処遇改善として休日・夜間手当を創

設する救急医療機関に対し支援を行う) (平成 22 年度 73 か所)

(6) 周産期医療体制の充実

低出生体重児の増加、ハイリスク妊娠の増加等により、周産期医療に対するニーズは増大する一方で、周産期医療を担う小児科・産科の医師数や病院数、分娩取扱機関数は減少している。

また、NICUにおける長期入院児の存在や高度周産期医療を担う周産期母子医療センターの正常分娩の集中等の状況があり、高度医療の確保のためには、地域における機能分化と連携強化等が必要とされている。

妊婦(胎児)・新生児のリスクに応じた医療提供の仕組みづくりや、周産期母子医療センターの機能強化、NICUの整備、リスクのある妊娠・出産に対応可能な二次医療機関での受入体制の促進等を実施している。

ア 東京都周産期医療体制整備計画の策定(平成 22 年 10 月)

イ 周産期母子医療センターの整備・強化

(ア) 総合周産期母子医療センターにおける受入・搬送調整機能の充実

(イ) 搬送調整業務支援のための看護師の増配置への支援

(ウ) 24 時間体制で緊急手術等に対応する産科医等のオンコール体制等の整備

(エ) NICU入院児の受入促進のための後方病床看護体制の充実

(オ) 地域の医師の協力による休日診療(日直)体制の確保

ウ NICU病床の整備(平成 23 年 1 月 1 日現在 264 床)

エ スーパー総合周産期センター(母体救命搬送システム)の創設(平成 23 年 2 月 1 日現在 4 施設)

オ 周産期連携病院の創設・拡充(平成 23 年 1 月 1 日現在 10 施設)

カ 多摩新生児連携病院の創設(平成 22 年 9 月 1 日 1 病院指定)

キ 周産期医療ネットワークグループの構築(平成 22 年度 6 グループ)

ク 周産期搬送コーディネーターの配置(平成 21 年 8 月 31 日から運用開始)

受入困難な事例について、地域間の搬送調整等を集中して行うコーディネーター(助産師等)を東京消防庁に配置

ケ NICUからの円滑な退院に向けた取組の支援(平成 21 年度～)

コ 新生児科医確保支援事業(平成 22 年度～)

新生児科医の処遇改善として、NICU入院児を担当した際に手当等を支給する周産期母子医療センターに対する支援

サ 産科医等確保支援事業(平成 21 年度～)

産科医等の処遇改善として分娩手当等を支給する分娩取扱医療機関に対する支援

(7) 小児医療体制の整備

核家族化等の影響により、子供の病気に対する基本的知識が不足がちな家庭において、子供の急な体調変化の際に不安のため受診することが多くなっており、また、成人に比べ小児は夜間の救急患者の割合も高くなっている。

子供の病気や事故防止に関する知識の普及啓発を推進し、相談体制を充実するとともに、身近な地域で夜間休日に初期救急診療を受けられる体制整備、症状の重い

小児患者に対する救急医療の確実な提供のための二次・三次救急医療体制の充実を図っている。

- ア 区市町村が行う、小児救急医療に関する講演会等の普及啓発活動に対する支援（医療保健政策区市町村包括補助事業）（平成 21 年度 7 区市）
- イ 平日夜間の小児初期救急診療事業を行う区市町村に対する補助（平成 21 年度 31 区市町村）
- ウ 夜間・休日における小児科医師の複数配置による、重症患者に対応する医療機関を確保（平成 21 年度 3 病院）
- エ 休日・全夜間診療事業（小児）に参画又は拡充を予定している医療機関に対し、医師確保経費を補助することによる小児二次救急医療体制の確保
- オ 大学医学部に「小児医療調査研究講座」を設置
医療資源の少ない圏域の病院勤務を通じて、調査研究を行う医師の派遣
- カ 治療の緊急度判断を行う小児救急医療のトリアージの実施（平成 22 年度 9 病院）
- キ こども救命センターの創設
重篤な小児救急患者を必ず受け入れる高度な三次救急医療体制の確保（平成 22 年度 4 病院）
- ク 小児医療協議会の設置（平成 22 年度～）
小児医療に関し、体制の確保や研修、調査等について検討、協議を行い、小児医療体制の充実・強化を図る。
- ケ 小児医療ネットワークモデル事業（平成 22 年度～）
遠隔画像診断や空床情報の共有化、地域の連携会議等を行う初期救急から三次救急までの連携体制の強化
二次～三次連携モデル事業：多摩ブロック
初期～二次連携モデル事業：北多摩北部地域

三 地域ケア体制等の推進

今後急激な高齢社会を迎える中、都民に適切な医療を提供するためには、医療提供体制の整備と併せて、医療機関から在宅療養に円滑に移行するための介護サービス基盤の充実が不可欠である。

このため、「東京都地域ケア体制整備構想」において、次の取組を実施している。

1 地域ケア体制の推進

「東京都地域ケア体制整備構想」において、高齢者の望ましい将来像として、『自らの意思で「暮らしの場」を選択し、必要に応じて介護・医療・見守りなどのサービスを選ぶことができます。』としている。

また、『介護が必要な方は、自宅での生活を支えるために構築された「福祉・保健・医療が連携した仕組み」による、一人ひとりに応じた多様なサービスの組み合わせを活用

し、住み慣れた地域で生活を継続することができています。』としている。
この望ましい将来像を実現するため、次の取組を実施している。

(1) 高齢者の住まい方への取組

ア 介護保険制度と「高齢社会対策区市町村包括補助事業」を活用した、全区市町村における自宅のバリアフリー化に対する補助金による支援（平成22年3月）

イ 医療事業所及び介護事業所が併設された高専賃*のモデル事業の立ち上げ（平成21年4月）（図表28）

*高齢者専用賃貸住宅。高齢者の入居を拒まない「高齢者円滑入居賃貸住宅」のうち、専ら高齢者を賃借人とする賃貸住宅のこと

ウ 居住者同士の関係づくり等のスキルをもつ人材養成を目的とした、共同住宅管理人向け研修の実施

- ・平成19年度 2回 237人
- ・平成20年度 2回 319人
- ・平成21年度 2回 303人

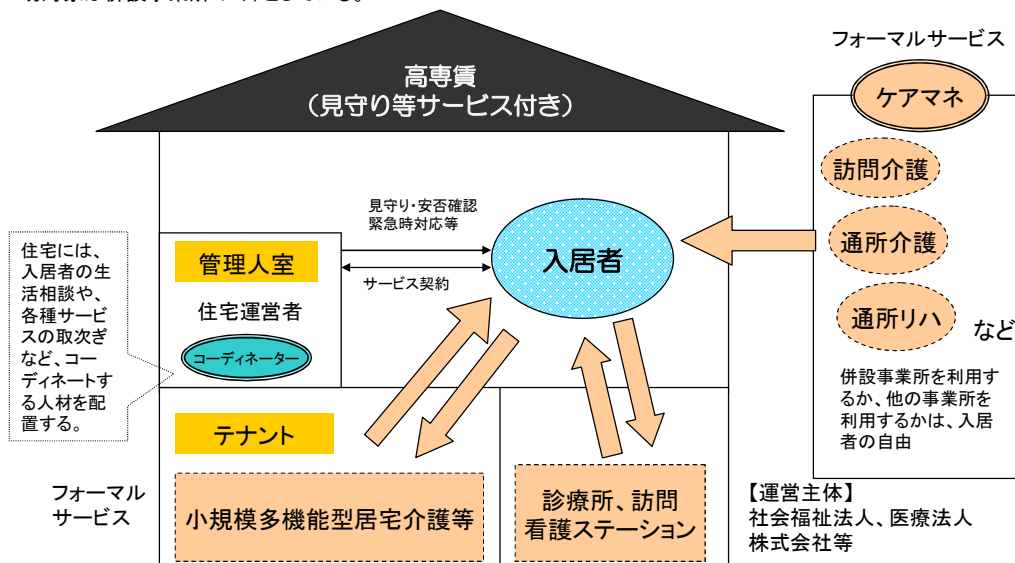
エ 区市町村が行う、高齢者が安心して生活できる居住支援の仕組みづくりに係る経費等に対する支援（高齢社会対策区市町村包括補助事業）（平成22年3月）

オ 高齢者向け住宅選びのポイント等を分かりやすく解説した冊子「あんしん なっとく 高齢者向け住宅の選び方」の発行・区市町村窓口等への配布（平成22年9月）

図表28 東京都医療・介護連携型高齢者専用賃貸住宅モデル事業

東京都医療・介護連携型高齢者専用賃貸住宅モデル事業

東京都では、平成21年度から、高齢者が医療や介護等が必要になっても安心して住み続けることのできる住まいを充実させることを目的として、「東京都医療・介護連携型高齢者専用賃貸住宅モデル事業」を実施している。また、平成22年度からは、補助メニューを拡大するとともに、医療、介護事業所のいずれかは近接地でも可（補助対象は併設事業所のみ）としている。



出典：東京都福祉保健局高齢社会対策部

(2) 介護保険サービスに係る取組

地域包括支援センターが地域包括ケアの拠点としての機能を十分に発揮できるよう、区市町村を支援している。

ア 地域包括支援センターの機能強化のための、基幹型地域包括支援センターモデル事業（平成 21 年度 5 区市）

イ 第四期介護保険事業支援計画にもとづく施策

(ア) 介護保険施設の整備率が十分でない地域において重点的に整備

(平成 22 年度 58 区市町村 415 施設)

(イ) 介護専用型特定施設に対する整備補助の継続

(ウ) 認知症グループホームについて、整備率の低い区市町村に対する重点補助

・平成 22 年度 定員 909 人の増加

ウ 小規模多機能型居宅介護について、登録定員の上限や宿泊サービスの利用定員の規制緩和等につき、国に提案

エ 認知症高齢者グループホームのユニット数について、既存市街地以外においても、地域の実情に応じて 3 ユニット程度まで緩和するよう、国に提案

(3) 在宅医療に係る取組

急速な高齢化の進展や都民のニーズ、医療制度の変化等を受け、在宅医療の重要性が増していく中で、身近な場所で適時・適切な在宅医療の提供を可能とする仕組みの構築や、地域の特性に合わせた施策の実施、在宅医療に従事する医療従事者の連携構築に向けた取組を実施している。

ア 医療保健政策区市町村包括補助事業（在宅医療推進に資する事業）

(平成 21 年度 14 区市町村)

イ 在宅医療ネットワーク推進事業（平成 20 年度及び平成 21 年度）

(ア) 在宅ホスピス緩和ケアネットワークの構築（墨田区）

(イ) 関連診療科の連携を中心とした在宅医療支援体制の構築（豊島区）

(ウ) 在宅医療調整システムの構築（国立市）

ウ 在宅医療相互研修事業

(ア) 東京都在宅医療推進シンポジウムの開催

・平成 21 年度 444 名参加

・平成 22 年度 360 名参加

(イ) 入院患者のスムーズな在宅への移行を可能にする医療従事者・在宅医療スタッフ等の連携に向けた研修の実施

・平成 21 年度 9 か所

・平成 22 年度 13 か所

エ 在宅医療拠点病院モデル事業（平成 21 年度 4 病院）

(ア) 地域における在宅医療の拠点となる病院が、後方支援病院として在宅療養患者の緊急一時入院の受入機能を構築

(イ) 地域のかかりつけ医や訪問看護師の研修会等を実施し、ネットワークを構築

オ 在宅医療普及事業（平成 22 年度～）

在宅療養推進会議を設置し、これまで行ったモデル事業や都内の先駆的な取組

を検証。課題や今後の方向性について検討し、都内全域で地域の実情に応じた在宅療養の推進を図る。

カ 在宅医療連携推進事業（平成 22 年度）

病院から在宅医療への円滑な移行及び在宅医療の継続に当たり、病院や在宅医療スタッフからの相談に応じ、在宅医、訪問看護師等の情報提供・紹介・関係者間調整を行う「在宅医療連携調整窓口」を都内 3 地域（大田区、調布市及び小平市）に設置するモデル事業を実施。

2 療養病床の再編成への取組

急速な高齢化の進展が見込まれ、急性期医療を終えた後も、医学的管理が必要な高齢者の増加とともに、自宅で療養生活を送る比較的重度な要介護認定者の増加も見込まれている。

このため、療養病床は療養の場のみではなく、容態が悪化した場合のセーフティネットとしての機能も重要である。

療養病床は、地域ケア体制における重要な社会資源であり、高齢者等の療養の場として必要な病床数を確保する観点から、次の取組を実施している。

（1） 医療機関の転換意向の把握

各医療機関に対する療養病床の転換意向等調査の実施
（平成 20 年 4 月、平成 21 年 11 月、平成 22 年 4 月）

（2） 転換支援補助の実施

既存の療養病床を廃止し、他の介護保険施設等に転換する医療機関に対し、東京都独自に上乗せ補助（平成 20 年度～）

（3） 療養病床整備事業の実施

必要な療養病床数を確保していくため、医療保険が適用される療養病床について、一般病床から医療療養病床への移行を支援している。

ア 療養病床整備事業

医療機関が医療保険適用の療養病床を整備する費用の一部補助
（平成 20 年度 2 病院 平成 21 年度 1 病院、平成 22 年度 6 病院）

イ 療養病床機能強化研修事業

療養病床を有する医療機関の病院管理者層や医療スタッフ等を対象とした、病院運営や医療・ケア技術等に関する機能強化のための研修を実施。平成 22 年度からは研修運営委員会を設置し、研修内容のさらなる充実を図っている。

・平成 21 年度 2 コース（A コース：半日、B コース：1 日）

・平成 22 年度 2 コース（A コース：半日×3 日、B コース：半日×3 日）

四 その他の取組

「第1 生活習慣病の予防」は、対象年齢層が40歳から74歳までの医療保険加入者となっていることから、これに加えて、都では、後期高齢者における生活習慣病等の早期発見や生活保護受給者における生活習慣病予防を併せて推進している。

また、国民健康保険の医療保険者に対しても、医療費適正化の推進に向けた取組を支援している。

1 後期高齢者における健康診査の推進

後期高齢者に対する健康診査の実施は、高齢者医療確保法第125条において、各都道府県に設置された後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）の努力義務として位置付けられている。生活習慣病等の早期発見や重症化予防の観点から、広域連合が実施する健康診査事業に係る経費の補助を実施している。

- ・平成20年度 56千万円 受診者数 449,831人
- ・平成21年度 61千万円 受診者数 547,476人

2 生活保護部門と保健衛生部門の連携の推進

生活保護受給者は、疾病や障害に起因する傾向が強く、単なる医療費の給付だけでは将来の経済的自立が望めない状況にある。生活習慣病の予防対策に取り組み、中長期的視点に立った医療費適正化を進める観点から次の取組を実施している。

ア 福祉事務所を対象とした会議の開催（平成19年度及び平成20年度）

イ 福祉事務所が行う事業と区市町村が行う事業の連携に関して、実施内容の提案や課題の検討の働きかけ（平成21年度～）

3 国民健康保険における取組の推進

医療保険者が実施する医療費適正化に向けた取組（被保険者に対する生活習慣改善指導、特定健康診査・特定保健指導の未受診者対策、レセプト点検、後発医薬品の普及促進に係る事業、医療費通知等）に対して、交付金を交付している。また、特定健康診査実施率や特定保健指導実施率、レセプト点検財政効果額等に応じて、成績良好な医療保険者に対し交付金を交付している。

- ・平成20年度 57保険者 144千万円
- ・平成21年度 60保険者 158千万円
- ・平成22年度 60保険者 153千万円

また、平成22年12月には、「東京都国民健康保険財政安定化支援方針」を策定し、医療費適正化の推進に向けて、医療保険者の課題に即した指導・助言や都特別調整交付金の交付による財政支援を行うこととしている。

第5章 保険者の取組

都内の医療保険者においては、特定健康診査受診率や特定保健指導実施率の向上を図るため、様々な取組を行っている。

医療保険者の代表で構成される東京都保険者協議会においては、平成20年度、特定健康診査・特定保健指導等評価検討委員会を設立し、同年度から開始された特定健康診査等に対する医療保険者への支援を行っている。

平成21年度は、医療保険者の特定健診等の事後評価を支援するために評価手法をとりまとめるとともに、特定健診等の効果的な取組をしている医療保険者の実施例を収集し、今後の課題に関して実施した保険者アンケートの結果をまとめ、報告書を作成した。

平成22年度は、この報告書の評価手法に基づき、データ提供した2医療保険者の特定健診等データの分析を行った。ここでは、特定健診受診率、特定保健指導実施率及びメタボリックシンドローム該当者・予備群者の減少率の3指標を中心に、経年による分析や特定健診等データとレセプトデータを紐付けた分析を行い、実証作業を行った。その結果、特定健診受診率及び特定保健指導実施率について、医療保険者ごとに傾向を把握することが重要であること、特定健診について、受診者から未受診者へ移った理由の洗い出しが重要であること等、評価のポイントが示された。また、各保険者がデータ分析を行うに当たっては、次の考え方を整理した上で行う必要があることが示唆された。

- ・保険者は、加入者の健康状態を把握するべきか
- ・保険者は、加入者の医療内容を把握するべきか
- ・保険者は、データを基にどのような議論を進めていくべきか

今後は、各医療保険者において、集団の傾向を把握するとともに、個々人の分析とアプローチを含めた取組が望まれる。

さらに、「特定健診受診率の向上にむけた保険者支援事業」として、3医療保険者によるワークショップを実施した。その方法は、次のとおりである。

- ①学識経験者や保健師等の支援事業講師が医療保険者へのヒアリングを行い、特定健診等の実施体制の実態を把握し、課題の抽出を行う。
- ②講師の指導の下、参加者が、課題解決に向けたアイデアを出し合う。
- ③アイデアを活用して、医療保険者において自主的な取組を実施する。

この取組は、保健活動の課題解決のためには、担当者間相互の円滑なコミュニケーションとアイデアの創発・共有・合意形成が不可欠であるとの考えから、このための技法のひとつとしてワークショップ技法を活用したものである。

以下、3医療保険者の取組例について紹介していくが、実施した3医療保険者全てにおいて、ワークショップで出された意見のいくつかが実現されるとともに、発展的な取組も行われており、特定健診受診率の向上が図られる等、一定の効果が出てきている。

事例1 A健康保険組合

(1) 現状

ア 事業形態

全国展開している流通業

イ 実施状況（平成21年度）

受診対象者数：被保険者…約3万5千人、被扶養者数…約1万9千人（全国）

特定健診受診率：被保険者…約87%、被扶養者…約25%

ウ 被保険者本人については、母体企業から定期健診のデータ提供を受けるため、受診率は高い。

(2) 課題

ア 被扶養者については、接点となる媒体が、広報誌や被保険者経由での受診券、受診案内及び健診機関一覧の配付等、文書の通知のみとなっている。

イ 被扶養者宛の「受診券」については、受診対象者や受診方法、受診項目、当日の注意事項等伝える情報が多いため読みづらくなっており、そのために問合せが殺到していた。

(3) 取組例

ア 広報の改善策についてのワークショップを行い、そこで出されたアイデアを活用して、機関紙で未受診者対策の広報を行った。そこでは、対象者に対するメッセージ「健診は健康の第一歩です」を入れ、年に1回／「0円」というPRポイントを強調する等の工夫をした。

イ 各事業所に配置されている全200名以上の保健指導員（保健師・看護師等）に協力を求め、被保険者が健康相談に訪れる際に被扶養者の受診の有無も確認してもらおう等、被扶養者に対する更なる改善策を実施している。

ウ 次年度の受診案内の作成に向けて、漫画の要素を取り入れる等、文字を読まなくても分かるようにする等の工夫をしている。

事例2 B市町村国民健康保険

(1) 現状

ア 実施状況（平成21年度）

受診対象者数：約3万3千人

特定健診受診率：約40%

イ 広報誌を活用した広報や、検査項目の追加等、既に様々な取組が行われてはいたが、特定健康診査の受診率は低迷していた。

(2) 取組例

ア 特定健診に係る各担当課が集まり、受診率向上のための策を一体的に考えるワークショップを行い、そこで出されたアイデアを活用して、月2回発行される広報に毎号、特定健診の受診勧奨の情報を掲載する取組を実施した。その結果、前年度を上回る受診券再発行依頼の問合せが来る等、効果が現れている。

イ 地域資源の活用について考えるワークショップを行い、そこで出されたアイデアを活用し、町内会との連携の検討を開始した。

ウ 受診期間の拡大や受診券の改善の検討、未受診者対策の検討（勧奨通知送付・ア

ンケート調査)等、ワークショップで出されたアイデアの実現に向けて行動を起こしている。

事例3 C国民健康保険組合

(1) 現状

ア 実施状況(平成21年度)

受診対象者数:約6万人(全国)

特定健診受診率:約40%

イ 未受診理由アンケートの実施や受診券の封筒の改善、個別通知、電話での受診勧奨等、様々な取組が実施されていた。

(2) 課題

ア 未受診理由アンケートの結果は、まとまったばかりで、対策の検討が必要とされていた。

イ 会場型健診の実施を初めて行うこととなり、準備が必要な状況であった。

(3) 取組例・効果

ア アンケートの活用と会場型健診の円滑な実施・効果拡大を目的にワークショップを行い、そこで出されたアイデアを活用して、未受診者に対して圧着はがきで個別通知を行う、電話で個別に案内を行う等の未受診者対策を実施した。また、機関紙にほぼ毎号(毎月)、関連記事を掲載した。

イ 会場型健診については、定員を上回る健診申込を集めた。また、健診当日はアンケートを実施し、その結果を踏まえた次年度に向けた取組が始まっている。

第6章 今後の課題と取組

東京都の医療費は、医療費適正化計画策定時と比較して、今後も増え続けていくという依然厳しい状況が続いている。

都民医療費総額は、全国の医療費総額の9.4%を占めており、また、一人当たり都民医療費は、全国平均の伸び率に比べると低いものの、増加傾向にある。同時に、後期高齢者人口については、都内人口における割合が低く、一人当たり医療費も全国的に見ると低いものの、増加傾向にある。

このように、一人当たり医療費の増加と急速な高齢化により、医療費は確実に増加傾向にあるため、医療費適正化に向けた取組の推進が重要となっている。

「特定健康診査の実施率」については、全国平均を上回っており、平成24年度の目標達成に向けて、特定健康診査の実施率の維持・向上を図るために、今までの取組を継続して推進していく。

しかしながら、特定保健指導は、全国平均より大きく下回っており、さらに普及啓発や人材育成等の取組等、医療保険者に対して支援を進めていく必要がある。

なお、第3章でも取り上げた医療保険者を対象としたアンケートから、特定健康診査の個別訪問等の取組を実施している医療保険者や、特定保健指導の利用勧奨等の取組を実施している医療保険者において、実施率が高い傾向が見られる。

医療保険者の特定健康診査等に向けた取組は、その結果を各医療保険者自身で活用するだけではなく、医療保険者間で共有することが重要である。東京都の取組として、医療保険者間の横のつながりである保険者協議会を活用して、医療保険者が実施する独自の取組等を他の医療保険者に対して情報提供するとともに、特定健康診査等の課題の抽出を行い、その対策及びノウハウを各医療保険者が活用できるよう還元する等、医療保険者を積極的に支援していくことが必要である。

介護療養病床を除く全病床の「平均在院日数」については全国1位であり、目標は既に達成しているものの、療養病床の平均在院日数は増えており、依然として長期化が解消されていない。

また、東京都においては、他の道府県に比べ介護保険施設等が少ない現状があり、今後の取組を進めるにあたって、在宅で療養できる環境を整えていくことが必要である。

都内二次保健医療圏別の平均在院日数については地域差が見られるが、二次保健医療圏ごとの次のような特徴を考慮する必要がある。

具体的には、平均在院日数の短い区中央部においては、特定機能病院が集中し、人口10万人対病床数が東京都平均の約2倍となっている。また、自宅死亡率が高い、在宅療養支援診療所が多い等の傾向も見られる。一方、平均在院日数の長い西多摩においては、療養病床が東京都平均と比べ大きく上回っている等の傾向が見られる。

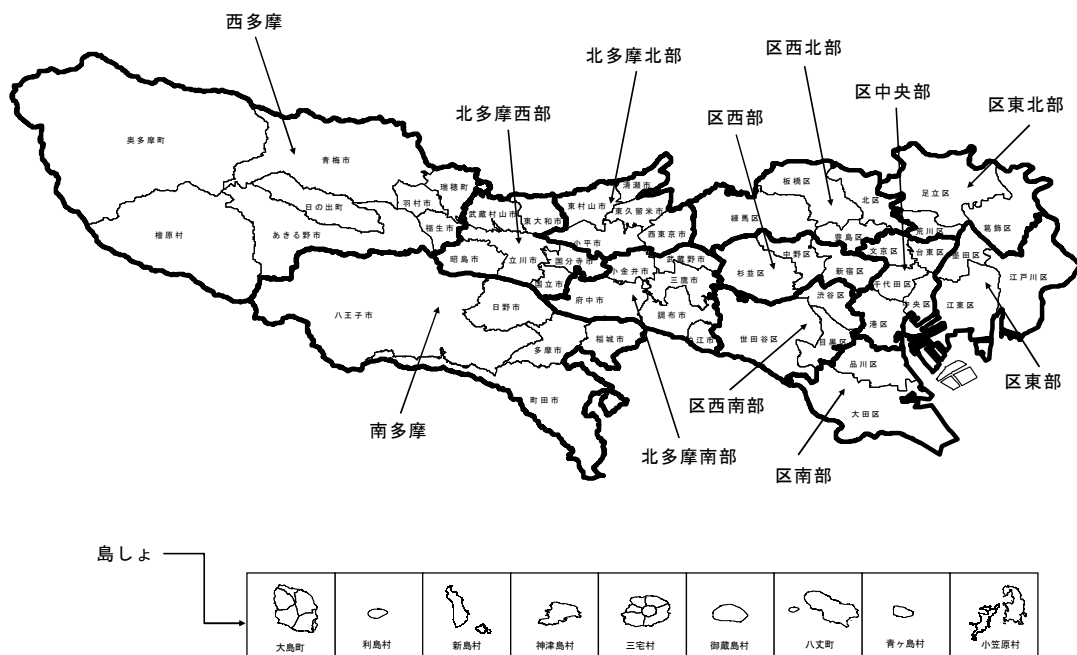
今後は、これらの特徴も踏まえ、今までの取組を推進し、地域連携クリティカルパスの活用や都民への医療情報の提供等により、高度医療から地域医療までの切れ目のない医療の連携を進めるとともに、医療と介護の連携による在宅医療の推進や介護保険サービスの

充実等により、地域包括ケアの推進のための取組を進めていくことが必要である。

さらに、平均在院日数については、都内でも二次保健医療圏ごとに状況が違ふことに鑑み、これら圏域の特徴等についても比較・分析を行い、特性に合わせた取組を検討していくことが必要である。

今後も、今までの取組を確実に実施し、平成 25 年度に行う第 1 期計画の最終評価の際には、東京都の医療費の動向を把握し、取組の効果を分析・評価したうえで、医療費適正化の取組を着実に進めていく。

二次保健医療圏



二次保健医療圏（構成区市町村・面積・人口）

二次保健医療圏	構成区市町村	面積 (km ²)	人口 (人)
区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区	63.52	680,856
区南部	品川区、大田区	82.18	1,012,031
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区	87.89	1,308,563
区西部	新宿区、中野区、杉並区	67.84	1,144,930
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区	113.93	1,796,419
区東北部	荒川区、足立区、葛飾区	98.24	1,240,892
区東部	墨田区、江東区、江戸川区	103.05	1,305,962
西多摩	青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町	572.71	398,832
南多摩	八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市	324.51	1,364,453
北多摩西部	立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市	90.25	618,886
北多摩南部	武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市	95.82	968,714
北多摩北部	小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市	76.59	707,319
島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村	405.72	28,744
計		2,187.05	12,576,601