

## 第2部

# 計画の進め方

第1章 健康づくりと保健医療体制の充実

第2章 高齢者及び障害者施策の充実

第3章 健康危機管理体制の充実

第4章 計画の推進主体の役割



# 第1章 健康づくりと 保健医療体制の充実

- 第1節 都民の視点に立った医療情報の提供・都民の理解促進
- 第2節 医療DXの推進
- 第3節 保健医療を担う人材の確保と資質の向上
- 第4節 生涯を通じた健康づくりの推進
- 第5節 外来医療に係る医療提供体制の確保
- 第6節 切れ目のない保健医療体制の推進
- 第7節 歯科保健医療
- 第8節 難病患者等支援及び血液・臓器移植対策
- 第9節 医療安全の確保等
- 第10節 医療費適正化

## 第2部 計画の進め方

### 第1章 健康づくりと保健医療体制の充実

- 少子高齢化が今後更に進展し、医療・介護サービスの需要が増大しても、質の高いサービスを将来にわたって安定的に提供できるよう、東京の医療提供体制を維持・発展させていかなければなりません。
- 都民の医療に対する安心や信頼を確保し、症状に応じた質の高い医療サービスを適切に受けることができるようにするためには、高度医療を担う病院から身近な地域の診療所や薬局等までの、各医療提供施設の機能に応じた役割分担や医療資源を最大限に活用した医療連携体制の構築が求められています。
- 都の疾病構造は、生活水準の向上や医療技術の進歩に伴い、かつては結核などの感染症が中心でしたが、現在では、がん・心疾患・脳血管疾患・糖尿病などの生活習慣病が中心となっており、日々の生活習慣の改善など発症する前の予防が重要です。
- 生活習慣は成長期をいかに過ごすかに大きな影響を受け、介護予防は壮年期からの健康づくりとの一体的な取組が効果的であることから、ライフステージを通じた健康づくりが求められます。
- また、病気になった場合にも、患者のニーズに応じた医療を提供するためには、小児や働く世代、高齢者など、ライフステージに応じた支援体制を充実させるとともに、重症化予防に向けた取組も必要です。
- さらに、医療技術の進歩などに伴う医療の質の向上により、医療の内容が専門化・多様化していることから、都民が主体的に医療を選択できるよう、医療機関が持つ機能の情報を適切に集約し、分かりやすく提供する仕組みが必要です。
- これらの取組により、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」を実現するため、予防から治療、在宅療養に至るまで、切れ目のない保健医療体制の構築を推進します。

## 第1節 都民の視点に立った医療情報の提供・都民の理解促進

- 医療機関や薬局の機能やサービスについて分かりやすく情報提供し、都民の適切な医療サービスの選択を支援します。
- 都民が安心して医療サービスを受けることができるよう、医療制度や医療に関する情報について、都民の理解を促進する取組を推進します。

## 現 状

## 1 医療情報の提供

- 都は、病院や診療所などに関する都民への情報提供について、平成5年度から電話やファクシミリによる保健医療福祉相談と医療機関案内を行っています。
- 平成15年度からは、インターネットサイト「東京都医療機関案内サービス“ひまわり”」（以下「ひまわり」という。）による医療機関の所在地、診療科、医療機能などの情報提供を行ってきました。
- また、平成17年6月から薬局に関する情報をインターネットサイト「東京都薬局機能情報提供システム“t-薬局いんふぉ”」（以下「t-薬局いんふぉ」という。）により提供しています。
- 令和4年度、保健医療福祉相談件数は57,719件、医療機関案内件数は53,242件、“ひまわり”のアクセス件数は1,801,223件、“t-薬局いんふぉ”のアクセス件数は264,663件でした。
- 都が行った「保健医療に関する世論調査（令和4年9月調査）」（以下「世論調査」という。）によると、保健・医療情報の入手方法は、インターネットが55.3%、SNSが20.3%で、いずれも前回調査（平成28年度）に比べ、10ポイント以上増加した一方、テレビは72.3%、新聞は28.2%と、ともに前回から6ポイント低下しています。
- 医療機関を受診する際の情報の入手先や相談窓口、医療に関する情報を得る公的な情報源として、“ひまわり”を知っている割合は14.1%でした。
- これまで、“ひまわり”で行ってきた医療法に基づく医療機能情報の、“t-薬局いんふぉ”で行ってきた医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）に基づく薬局機能情

報については、令和6年度から「医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）」で提供していきます。

## 2 医療制度や医療情報に関する普及啓発

- 「世論調査」によると、保健医療に関して得た情報が自分にとって足りているとの回答は58.2%で、必要だと思う保健や医療に関する情報は、「病気の症状や予防・治療」、「どこにどのような医療機関があるか」、「休日・夜間の診療体制や救急医療機関」、「健康保険や医療費の制度」の順となっています。
- 都は、“知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ”（以下「医療情報ナビ」という。）により、都民（患者・家族等）に対し、医療に関する制度や基本的知識を分かりやすく説明するとともに、Webサイト“東京都こども医療ガイド”（以下「こども医療ガイド」という。）により、子供の病気やケガの対処法や子育ての情報などを提供しています。
- 医療に関する情報を得るための公的な情報源として、“医療情報ナビ”を知っていると回答した都民は2.9%（利用したことがある：0.5%）、“こども医療ガイド”では1.6%（利用したことがある：0.8%）となっています（「世論調査」）。
- 都民の医療情報への理解を促進するためには、都民（患者・家族等）に医療情報の理解を促す機会のある行政機関や医療提供施設などの医療・福祉関係職員が、適時適切に都民への説明・助言を行う必要があることから、都は医療・福祉関係職員向けの医療情報に関する研修を実施しています。
- また、住民に身近な区市町村や地区医師会が開催する健診や健康講座等の際に、都民が医療制度への理解を深め、医療従事者と信頼関係の下、適切な受療行動がとれるような学習機会を提供するための支援を行っています。
- 国は、令和3年10月に本格的な運用が開始されたマイナンバーカードの健康保険証利用や、令和5年1月に運用開始された電子処方せん、現在構築中の全国医療情報プラットフォームなど、新たな制度や医療DXの取組を進めています。
- また、新型コロナの感染拡大を契機としたオンライン診療の普及、紹介状を持った患者への診療に重点を置いた紹介受診重点医療機関の公表など、医療機関の役割分担の明確化を促す取組も進んでいます。

## 課題と取組の方向性

### ＜課題1＞都民の医療情報等の適切な選択

- 都民が病気や症状に応じた適切な医療サービスを選択できるよう、医療機関や薬局等に関する情報を分かりやすく情報提供するとともに、都民が必要とする情報に円滑にアクセスできることが必要です。

#### （取組1）適切な医療機関の選択を支援するために必要な情報提供の充実

- 「医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）」や電話等による保健医療福祉相談などを通じて、都民が求める医療機関や薬局などに関する情報を分かりやすく提供します。
- 都民が「医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）」や電話等による保健医療福祉相談にスムーズにアクセスし、必要とする情報を得られるよう、認知度や利用率の向上に向けた広報に取り組みます。

### ＜課題2＞医療制度などに関する都民の理解

- 都民が、医療に関する情報を正しく理解し、安心して医療サービスを受けることができるよう、医療の仕組み等に関する普及啓発を図ることが必要です。

#### （取組2）医療の仕組み等に対する普及啓発

- “医療情報ナビ”や“こども医療ガイド”等に、オンライン診療、電子処方箋、マイナンバーカードの健康保険証利用や全国医療情報プラットフォームなどの新たな情報も適宜反映し、都民に対して、医療の仕組みや医療に関する基礎的な知識等を分かりやすく情報提供します。
- 医療提供施設相互間の機能分担や連携の重要性、適切な医療機関の受診、在宅療養、看取り等に関する都民の理解を促進するため、都民に身近な区市町村や医師会等と連携しながら、効果的な普及啓発を実施します。
- 行政機関や医療機関等の職員を対象とした研修会を開催し、患者・家族等からの相談に応じ、適切な医療につなげることのできる人材を養成します。

## 「医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）」

- 医療法に基づく医療機能情報提供制度（医療情報ネット）は、これまで各都道府県が個別に検索サイト等を構築・運用し、都においては、医療機関案内サービス“ひまわり”により情報提供を実施してきました。
- 国は、全国の医療機関を検索可能にするなど、利便性の向上を図るため、各都道府県の医療情報ネットと医療機能情報のデータを集約した「医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）」を構築し、令和6年度から運用を開始しています。
- 「医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）」においても、これまで“ひまわり”が提供してきた都独自の情報項目、「キーワード」や「急いで（診療科目と場所から）」、「じっくり（設備や対応などから）」などのさまざまな検索方法、ページの音声読み上げや多言語翻訳対応、検索結果の2パターン表示（リスト表示と地図表示）などの機能が提供されています。
- また、これまで東京都薬局機能情報提供システム“t-薬局いんぷお”で実施してきた薬局のサービス内容等についての情報提供についても、令和6年度から、「医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）」で行われています。

## 「知って安心 暮らしの医療情報ナビ・東京都子ども医療ガイド」

### <知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ>

- 医療機関へのかかり方、かかりつけ医<sup>1</sup>・かかりつけ歯科医<sup>2</sup>の役割、入院する際の手続きや医療費の内容、医療機能の分担、退院後の療養生活など、医療に関する制度や基礎的知識を学べる、都民への普及啓発用の冊子です。
- 「大人編」「こどもの発熱編」「高齢者の骨折編（マンガ・中高生向け）」の3種類を作成し、入院から退院後までのさまざまな場面を示し、関連する医療制度や手続きなどについて、簡潔に分かりやすく解説しています。



- これらの冊子を、東京都のホームページに記載するとともに、地域や関係機関等における活用を進めることにより、都民の医療情報への理解促進を目指します。

### <東京都子ども医療ガイド>

- 乳幼児の保護者等に、子供の病気や発熱・怪我の際の症状や対応等について、緊急時の対応の参考となるよう、普段から目を通してもらうことを目的としたウェブサイトです。主に0歳から小学生程度までの子供に関する①症状別、病気別の基礎知識、②事故や怪我の対処法、③子育て情報について記載しています。



<sup>1</sup> かかりつけ医：本冊子では、公益社団法人日本医師会ホームページを参考に解説しています。

<sup>2</sup> かかりつけ歯科医：本冊子では、「東京都歯科保健推進計画「いい歯東京」」（東京都保健医療局）を参考に解説しています。

## 第2節 医療DX<sup>1</sup>の推進

- 都民が安全で質の高い医療サービスを受けられるよう、デジタル技術を活用した効率的かつ効果的な医療機関間や医療・介護関係者間等の情報共有を推進します。
- 限られた人材や医療資源で、医療の高度化、高齢化等に伴う医療ニーズの質・量の変化に対応し、安全で質の高い医療を持続的に提供できるよう、患者や医療従事者等への影響や負担に配慮しながら、医療DXを推進します。

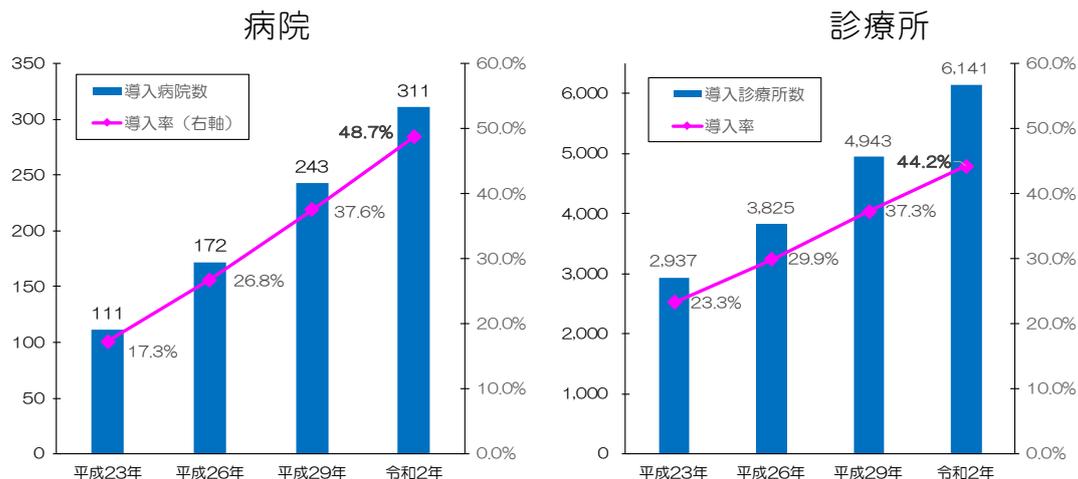
### 現状・これまでの取組

#### 1 デジタル技術を活用した医療情報等の共有

- 都民が、安全で質の高い医療を受けられるよう、医療機関間や医療・介護関係者間等の情報共有を進める必要があります。
- 医療機関間等が効率的かつ効果的に情報共有を行うためには、カルテ等の医療情報がデジタル化され、それが共有されるネットワークの構築が必要です。
- 都内の医療機関における令和2年の電子カルテの導入状況は、病院では48.7%、診療所では44.2%で、医療情報データをネットワークにより他の医療機関等と連携して利用している病院は12.9%となっています。

<sup>1</sup> DXとはデジタルトランスフォーメーション（Digital Transformation）の略で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）こと。医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる（第1回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料1より引用）。

## 都内の病院及び診療所における電子カルテ導入の状況



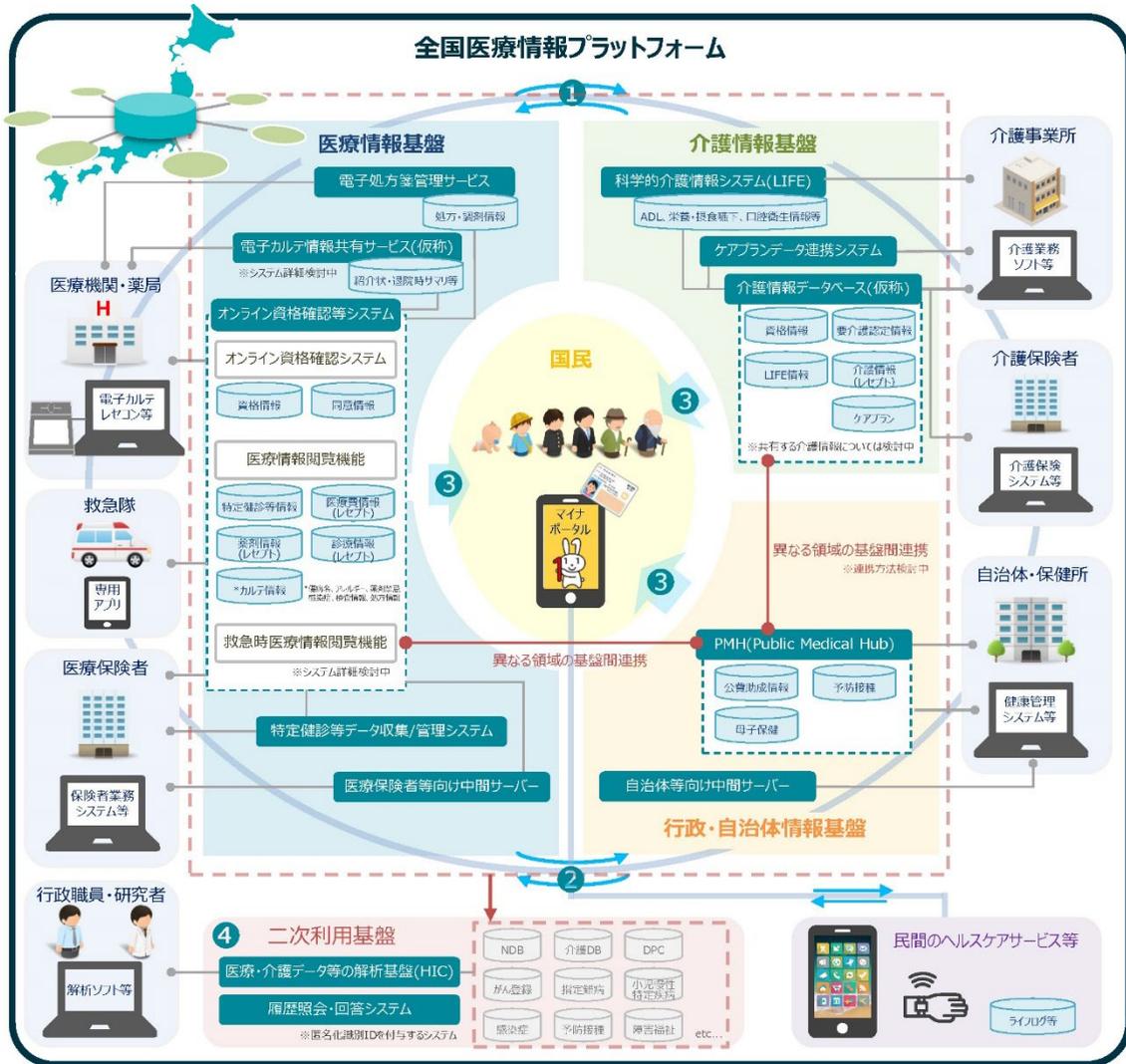
資料：厚生労働省「医療施設調査」

- 都は、電子カルテの整備、医療機関間で電子カルテ情報を相互参照するための地域医療連携システムの導入や都全域を対象とした医療連携ネットワークである「東京総合医療ネットワーク」の構築を支援しています。
- また、在宅療養患者を支えるため、医療・介護関係者等が効果的に情報を共有し連携できるよう、地域におけるデジタル技術を活用した多職種連携を支援しています。
- 国は、令和4年6月「経済財政運営と改革の基本方針 2022」において、「全国医療情報プラットフォームの創設」「電子カルテ情報の標準化」「診療報酬改定DX」を行政と関係業界が一丸となって進める方針を示し、令和4年10月、総理大臣を本部長とする「医療DX推進本部」を設置しました。
- 医療DX推進本部は、令和5年6月、「医療DXの推進に関する工程表」において、令和6年度中に標準型電子カルテの開発に着手し（運用開始時期は未定）、遅くとも令和12年に、おおむね全ての医療機関での電子カルテ導入を目指す方針を公表しました。
- 全国医療情報プラットフォームは、オンライン資格確認等システム<sup>2</sup>のネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方せん情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む。）全般にわたる情報について、共有・交換する仕組みです。

<sup>2</sup> オンライン資格確認とは、医療機関や薬局が、患者のマイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号番号等により、オンラインで資格情報の確認ができること。

- 全国医療情報プラットフォームでは、医療機関がネットワーク経由で電子カルテ情報<sup>3</sup>を登録し、他の医療機関や薬局等と情報共有等を行う「電子カルテ情報共有サービス」の構築が進められており、令和6年度中に、先行的な医療機関から順次運用を開始することが予定されています。

全国医療情報プラットフォーム全体像（イメージ）



資料：厚生労働省「第4回『医療DX令和ビジョン2030』厚生労働省推進チーム 資料2-2」より抜粋

<sup>3</sup> 「電子カルテ情報共有サービス」の対象となる電子カルテ情報は、①診療情報提供書、②退院時サマリー、③健診結果報告書の3文書と、①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、⑤検査情報（緊急時に有用な検査、生活習慣病関連の検査）、⑥処方情報の6情報

## 2 質の高い医療提供体制の確保のための医療DXの推進

- 医療現場は、医師、看護師等の専門職種はじめ、人が対応・介在する業務が基本となっており、労働集約型産業の典型とされています。
- また、医療機関は、医療の高度化、高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化に対応しながら、医療の質を向上させることが必要である一方、令和6年度開始される医師の時間外・休日労働の上限規制をはじめとする「働き方改革」や、医療従事者の業務負担の軽減、生産年齢人口の減少に伴う医療人材の確保などへの対応が求められています。
- これらの課題に対応するには、業務の効率化を進め、限られた医療人材を最大限に活用できる環境を整備することが必要です。
- 近年のデジタル技術の進歩による、オンライン診療その他遠隔医療、AIを活用した問診やカルテ自動入力、オンライン・カンファレンスなど、医療DXは、医療の質の向上や業務の効率化を図る上で有用です。
- また、オンライン診療については、国は平成30年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を策定し、平成30年度診療報酬改定において、「オンライン診療料（再診のみ）」を新設しました。
- 令和2年4月、新型コロナの感染拡大に際して、時限的・特例的な対応として医師が可能と判断した場合の初診からのオンライン診療が可能とされたことを契機に、オンライン診療を実施する医療機関は大幅に増加しました。
- 令和4年1月には、国が「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を改定し、かかりつけの医師が行う場合、診療録などにより患者の必要な情報が得られる場合等について、初診からのオンライン診療が可能となり、令和4年度診療報酬改定において「情報通信機器を用いた診療（初再診）」が新設されました。
- 情報通信機器を用いた診療の施設基準を厚生局に受理された医療機関は、令和5年11月1日現在、2,045施設（病院93、診療所1,952）です。

## 都内のオンライン診療に係る施設基準の届出受理医療機関数の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
オンライン診療料	108	200	593	1,051		
情報通信機器を用いた診療					915	2,045

注1 平成30年度から令和3年度までは、令和4年3月1日現在の届出受理医療機関を算定開始年度別に集計した数

注2 令和4年度は令和5年3月1日現在、令和5年度は令和5年11月1日現在の届出受理医療機関数

資料：関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」

- 都は、新型コロナの感染拡大を受け、令和2年度から、医療機関におけるオンライン診療等の環境整備を支援しています。
- また、令和5年度は、オンライン診療に係る都民への普及啓発動画を作成するとともに、オンライン診療の導入を検討する医療機関に対し、普及啓発のためのオンライン・セミナーを開催し、適切なオンライン診療の推進に取り組んでいます。

## 課題と取組の方向性

### <課題1> デジタル技術を活用した医療情報等の共有

- 都民に切れ目のない質の高い医療を効率的に提供するためには、医療機関間や医療・介護関係者間で、デジタル技術を活用した医療情報等の共有を進める必要があります。
- デジタル技術を活用し医療情報等を共有する地域医療連携ネットワークや、「電子カルテ情報共有サービス」が機能するには、医療機関において電子カルテの導入が進むことが不可欠です。
- 高度医療施設の集積や発達した交通網、患者の広範な受療動向といった都の地域特性を踏まえ、広域でのデジタル技術を活用した医療情報の共有の取組を進める必要があります。
- 在宅療養患者を支えるには、デジタル技術を活用し、保健・医療・福祉関係者の情報共有の更なる充実や、入退院時等における地域のかかりつけ医や介護関係者等と病院の間の情報共有を更に促進する必要があります。
- 国が構築する「電子カルテ情報共有サービス」については、現時点で制度の詳細が示されていないことから、既存の地域医療連携ネットワークが、「電子カルテ情報共有サービス」に集約されていくのか、今後の動向を注視していくことが必要です。

**（取組1）デジタル技術を活用した医療情報等の共有の推進**

- デジタル技術を活用した医療情報等の共有に向けた医療機関の取組（電子カルテや地域医療連携システムの導入等）を支援します。
- 「電子カルテ情報共有サービス」や、東京都医師会が構築・運用する都全域を対象とした地域医療連携ネットワーク「東京総合医療ネットワーク」などの取組を踏まえ、東京都医師会と連携しながら、医療機関等における医療情報の共有を推進します。
- 在宅療養患者を支えるため、デジタル技術を活用した情報共有や、地域の保健・医療・福祉関係者と病院の連携を一層促進します。
- 国が進める全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化、医療機関におけるオンライン資格確認や電子処方箋の運用等の動きを注視しながら、都の実情に合ったデジタル技術を活用した医療情報等の共有に係る取組を推進します。

**＜課題2＞質の高い医療提供体制の確保のための医療DXの推進**

- 限りある医療資源や人材を活用し、医療サービスの質の向上、医療従事者の負担軽減、業務効率化を図れるよう、患者や医療従事者等への影響や負担に配慮しながら、医療DXを進める必要があります。
- 患者の通院負担や通院に伴う感染リスクの軽減、医療資源の少ない地域における医療の確保等の観点から、対面診療とともにオンライン診療等を利用可能な環境を整備していくことが必要です。

**（取組2）質の高い医療提供体制の確保のための医療DXの推進**

- 医療サービスの質の向上や、医療機関における業務効率化・人材の有効活用等につながるデジタル技術、AIの活用など、医療DXを推進します。
- オンライン診療などの遠隔医療等について、地域の実情や疾病などの特性に合った活用を推進します。

**評価指標**

取組	指標名	現状	目標値
取組1	病院における電子カルテ導入率	48.7% (令和2年)	上げる
取組1	診療所における電子カルテ導入率	44.2% (令和2年)	上げる

### 第3節 保健医療を担う人材の確保と資質の向上

○ 高齢化の進展、医療の高度化・専門化、患者を取り巻く社会環境の変化等に伴い、在宅療養を含む医療需要の一層の増加・多様化が見込まれる中で、都民ニーズに応えるため、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮し、安全で良質な医療を持続的に提供できるよう、東京の特性を踏まえ保健医療を担う人材の確保と資質の向上を図ります。

- 急性期から、回復期、慢性期、在宅療養まで切れ目のない医療提供体制の構築が求められる中、医師、歯科医師、薬剤師、看護師をはじめとする様々な専門職が、それぞれの専門性を発揮し、相互に連携することにより、安全で質の高い医療サービスを提供する必要があります。
- 医療の高度化・専門化や、保健医療に関するニーズの多様化などに加え、令和6年4月から適用される医師に対する時間外・休日労働の上限規制を始めとする医師の働き方改革や、生産年齢人口の減少への対応が求められています。安定したサービスを提供していくためには、保健医療従事者の確保と資質の向上、勤務環境の改善に取り組むことが重要な課題となっています。
- この節では保健医療従事者の確保及び資質の向上について主なものを記載し、各疾病・事業等における人材の確保・資質向上については、各疾病・事業等の中で詳細に記述していきます。

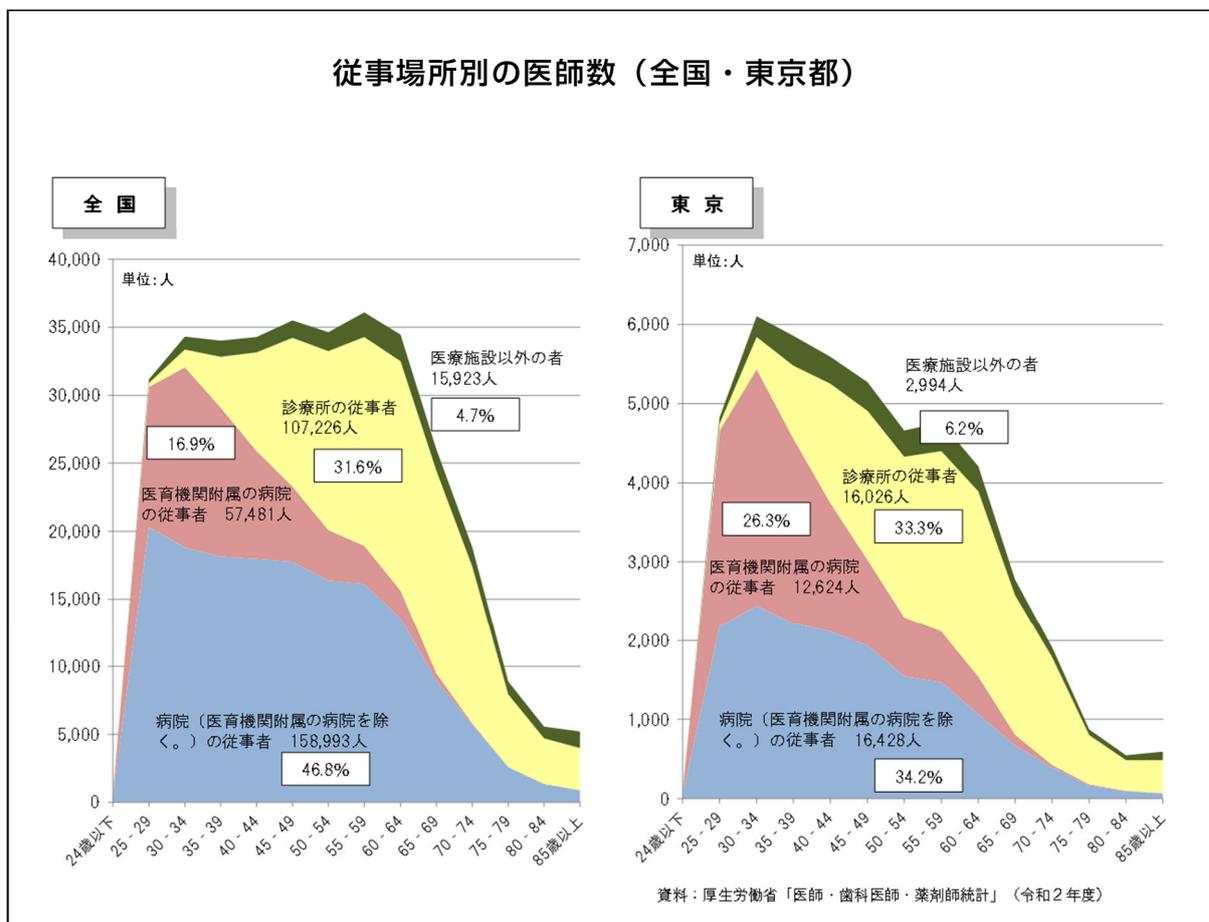
## 現状・これまでの取組

## 1 医師

## &lt;現状&gt;

## (1) 東京の医師の状況

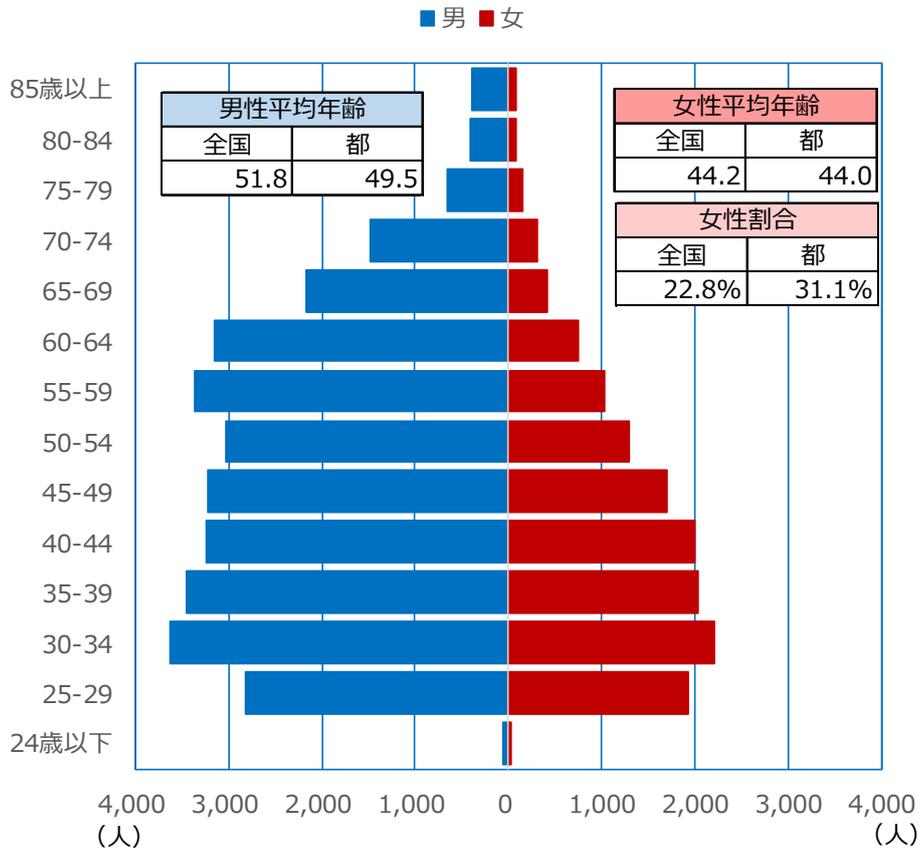
- 都内医師数は、48,072人、人口10万人当たり342.2人であり、総数は増えています（令和2年12月31日時点）。
- 従事場所別で見ると、全国と比較して医育機関附属病院の従事者の割合が高くなっています。
- 都内には、13医科大学・大学医学部が所在し、多くの医師を育成するとともに、これらの医師は、大学病院等から他県へ派遣され、全国で活躍しています。



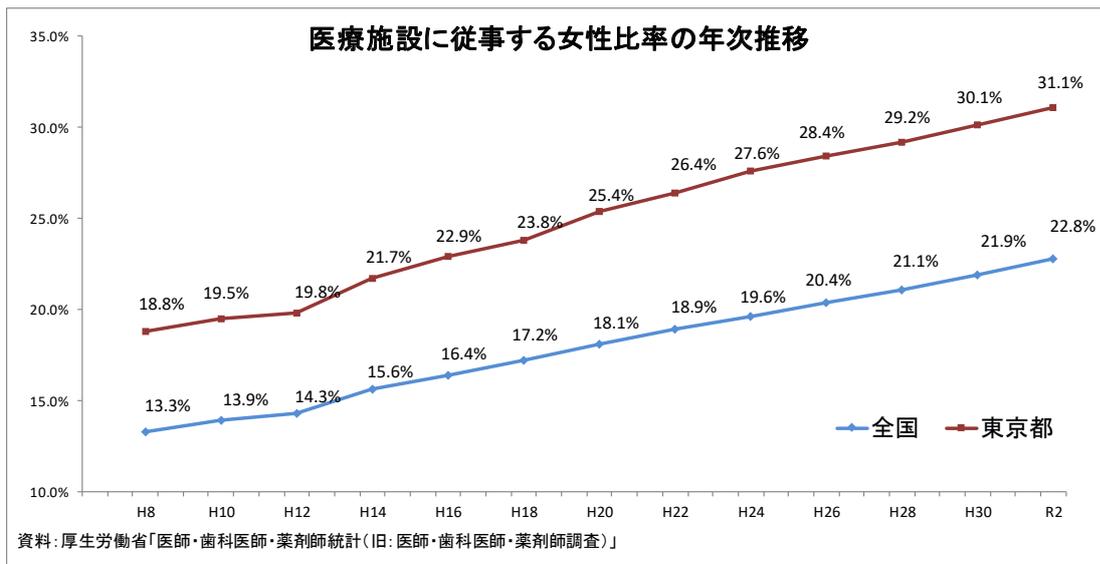
- 年齢分布では、30代の医師の割合が高く、平均年齢も全国と比較して低くなっています（全国：50.1歳、東京都：47.8歳）。
- また、男女別では、女性の医師の割合が全国と比較して高い状況にあり、特に、若年層の女性の割合が高くなっています。

- 子育て世代の医師の割合が高いことから、出産・育児等のライフイベントにも配慮した取組が重要となっています。

### 医師・医療施設従事者数（東京都）



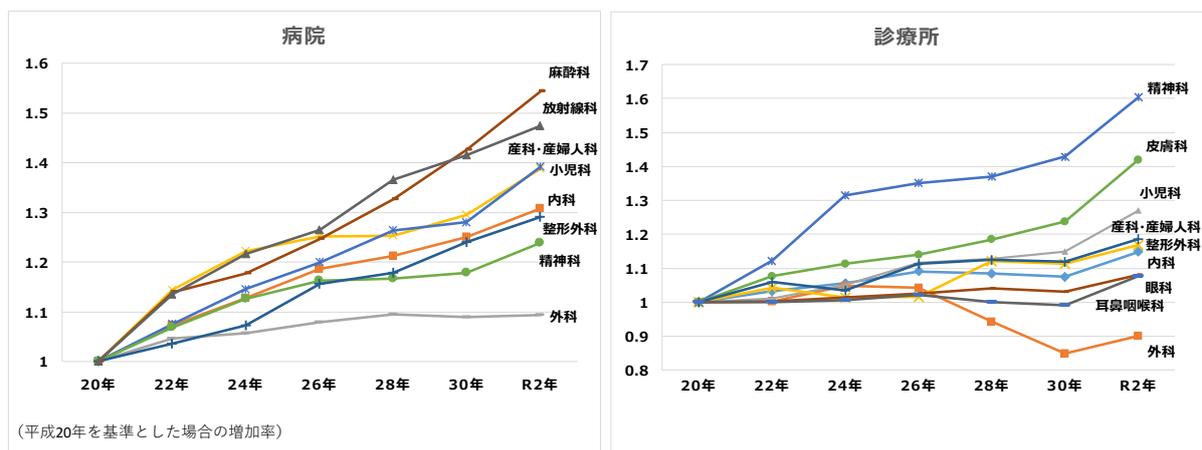
資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年度）



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

- 診療科別に医師数の推移をみると、病院では、麻酔科や放射線科等で増加率が大きくなっており、診療所では、精神科や皮膚科等で増加率が大きくなっています。
- なお、増加率の比較は、各診療科（病院・診療所別）における絶対的な医師の充足状況や診療科間の偏在を示すものではありません。

### 都内の診療科別医師数の推移について（病院・診療所別）



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

【内科】内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

【外科】外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科、小児外科

## (2) 医師確保計画について

- 平成30年の医療法の一部改正を踏まえ、都は、令和2年3月に「東京都医師確保計画」を策定しました。医師確保計画とは、医師の地域偏在<sup>1</sup>の解消を図ることを目的とし、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した「医師偏在指標」を用いて、地域における医師確保の方策を定めるものです。

### 【医療法に基づき定める計画記載事項】（医療法第30条の4第2項第11号）

- ・ 都道府県及び二次医療圏ごとの医師の確保の方針
- ・ 都道府県及び二次医療圏ごとの確保すべき医師の数の目標（目標医師数）
- ・ 目標医師数を達成するための施策

- 令和5年度に新たに国から示された医師偏在指標においても、都は、全国1位の医師多数都道府県<sup>2</sup>となっていますが、都内二次保健医療圏では、西多摩・南多摩・島しょ圏域が医師少数区域<sup>3</sup>となっています。
- 医師多数都道府県については、当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする等、医師の確保に際して制約が課されていますが、都内の医師確保は決して余裕のある状況ではありません。

## (3) 医師の働き方改革について

- 令和6年4月から医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用され、勤務医の健康を確保するためのルール（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバルの確保など）が導入されます。
- 医師の時間外・休日労働の上限については、原則年960時間（A水準）、地域の医療提供体制の確保のために暫定的に認められる水準（連携B・B水準）及び集中的に技能を向上させるために必要な水準（C水準）として、年1,860時間の上限時間数が設定されます。
- 医師の働き方改革の取組を推進するとともに、安全で質の高い地域医療提供体制を維持していくことが求められています。

<sup>1</sup> 地域偏在に加え、診療科間の医師偏在も長きに渡り課題となっており、引き続き対応が必要であるとされていますが、診療科間の医師偏在指標は国から示されていない状況です。

<sup>2</sup> 医師多数（少数）都道府県：医師偏在指標に基づき三次医療圏を順位付けした際に、上位（下位）1／3（33.3％）に該当する都道府県

<sup>3</sup> 医師少数（多数）区域：医師偏在指標に基づき全国の二次医療圏を順位付けした際に、下位（上位）1／3（33.3％）に該当する医療圏

●都道府県別医師偏在指標

順位	都道府県名	医師偏在指標 (再計算値)
1	東京都	353.9
2	京都府	326.7
3	福岡県	313.3
4	岡山県	299.6
5	沖縄県	292.1
6	徳島県	289.3
7	大阪府	288.6
8	長崎県	284.0
9	石川県	279.8
10	和歌山県	274.9
11	佐賀県	272.3
12	熊本県	271.0
13	鳥取県	270.4
14	奈良県	268.9
15	高知県	268.2
16	香川県	266.9
17	兵庫県	266.5
18	島根県	265.1
19	滋賀県	260.4
20	大分県	259.7
21	鹿児島県	254.8
22	広島県	254.2
23	神奈川県	247.5
24	宮城県	247.3
25	福井県	246.8
26	愛媛県	246.4
27	山梨県	240.8
28	愛知県	240.2
29	富山県	238.8
30	北海道	233.8
31	栃木県	230.5
32	山口県	228.0
33	宮崎県	227.0
34	三重県	225.6
35	岐阜県	221.5
36	長野県	219.9
37	群馬県	219.7
38	千葉県	213.0
39	静岡県	211.8
40	山形県	200.2
41	秋田県	199.4
42	埼玉県	196.8
43	茨城県	193.6
44	福島県	190.5
45	新潟県	184.7
46	青森県	184.3
47	岩手県	182.5

医師多数都道府県

医師少数都道府県

●二次医療圏別医師偏在指標

順位 (割愛有)	都道府県名	圏域名	医師偏在指標
1	東京都	区中央部	789.8
2	東京都	区西部	569.1
3	東京都	区西南部	413.7
4	福岡県	久留米	407.8
5	京都府	京都・乙訓	401.4
6	福岡県	福岡・糸島	399.0
7	島根県	出雲	393.2
8	東京都	区南部	380.4
9	滋賀県	大津	373.5
10	大阪府	大阪市	369.0
32	東京都	北多摩南部	312.5
35	東京都	区東部	307.6
42	東京都	区西北部	295.8
69	東京都	北多摩西部	254.4
112	滋賀県	湖北	217.6
116	東京都	区東北部	216.4
176	東京都	北多摩北部	196.4
223	栃木県	両毛	179.3
255	東京都	南多摩	164.6
314	東京都	西多摩	138.1
320	東京都	島しょ	131.6
321	北海道	宗谷	130.2
322	鹿児島県	熊毛	129.7
323	島根県	雲南	128.5
324	青森県	西北五地域	126.3
325	福島県	いわき	123.2
326	山形県	最上	120.0
327	北海道	根室	116.6
328	北海道	北渡島檜山	112.6
329	香川県	小豆	109.0
330	岩手県	釜石	107.8

上位10位

医師多数区域

下位10位

医師少数区域

<これまでの取組>

○ 都は、東京都地域医療対策協議会において都内の医療施設に従事する医師確保策等について協議を行い、東京都地域医療支援センターを中心として、東京都の特性に合った総合的な医師確保対策を推進しています。

(1) 東京都地域医療対策協議会

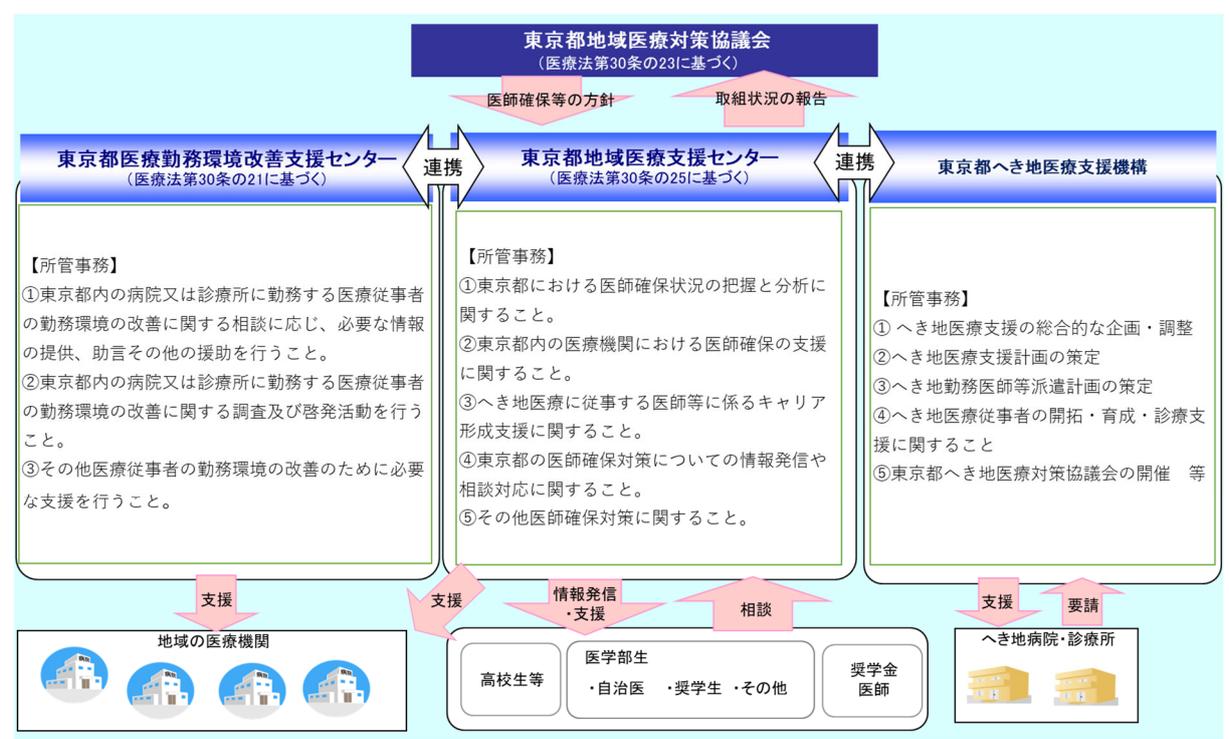
○ 東京都地域医療対策協議会では、都内の医療施設に従事する医師の確保策等について、地域の医療機関や関係団体などと協議を行っています。

(2) 東京都地域医療支援センター

○ 東京都の特性に合った総合的な医師確保対策を推進するため、「東京都地域医療支援センター」を設置し、医師不足の地域や診療科における医師の育成・確保に取り組んでいます。

○ 東京都地域医療医師奨学金の被貸与者が医師不足の医療分野で地域医療に携わる医師として定着していけるよう、地域医療の理解を深めるための研修、就業支援、へき地医療に携わる医師のキャリア形成支援などを行っています。

○ 医師確保に関する施策について、東京都へき地医療支援機構や東京都勤務環境改善支援センター等と連携して展開し、医師不足の地域や診療科における医師確保に向けて取り組んでいます。



### (3) 医師の育成・確保・地域偏在是正に関する主な取組

#### ① 東京都地域医療医師奨学金

- 医師確保が困難な、小児医療・周産期医療・救急医療・へき地医療に将来医師として従事する意思がある学生に奨学金を貸与するとともに、卒前・卒後における各種研修等の実施や、公衆衛生・法医学分野への研修も可能とする等、医師の多様なキャリア形成支援にも取り組むことにより、都内の医師確保が必要な地域や診療科・公衆衛生分野の医師の確保を図っています。

#### ② 東京都地域医療支援ドクター

- 地域医療の支援に意欲を持ち、医師経験5年以上の即戦力となる医師を都職員として採用し、多摩・島しょ地域の医師不足が深刻な市町村公立病院等に一定期間派遣し、地域の医療体制の確保を支援しています。

#### ③ へき地勤務医師の確保

- 東京都へき地医療対策協議会による派遣計画の策定、自治医科大学卒業医師の育成及び派遣、へき地専門医療確保事業等を実施し、へき地勤務医師の安定的な確保を図っています。

#### ④ 公衆衛生医師の確保・育成・定着に関する取組

- 保健所等で、公衆衛生、予防医学の視点に立って地域住民の健康を支える公衆衛生医師については、安定的な確保が課題となっており、医学部講義や医学生への保健所実習の継続的な受入れ、公衆衛生医師の役割や魅力に関する広報の強化等、様々な取組を実施しています。
- 公衆衛生医師の育成・定着については、公衆衛生医師の専門医制度（社会医学系専門医制度「TOKYO プログラム」）の運用や定期的な意見交換、勤務条件等の処遇改善などを実施しています。テレワークを活用した多様な働き方や、産育休や学術休職制度の活用を積極的に支援しています。

### (4) 医師の働き方改革への対応、勤務環境改善に向けた取組

- 東京都医療勤務環境改善支援センターにおいて医療機関からの相談に対応するとともに、医療機関が実施するチーム医療推進の取組や医師の労働時間短縮のための体制整備の取組等への支援を行うことにより、医療機関の勤務環境改善を促進し、医師の働き方改革の取組を支援しています。
- 地域医療体制の確保のため時間外・休日労働が年間960時間を超えることがやむを得ない医師が勤務している医療機関を特定労務管理対象機関、いわゆる特例水準の対象となる医療機関として指定しています。

## 2 歯科医師

- 都における歯科医師数は、平成 18 年度はいったん減少に転じましたが、再び微増を続け、平成 22 年から概ね横ばいとなっています。都における令和 2 年の歯科医師数は 17,245 人（うち、病院・診療所従事者数は 16,636 人）、人口 10 万人当たりでは 122.8 人となっています。
- 歯科医師の資質向上等に向けて、関係団体と連携した取組を進めるとともに、都立心身障害者口腔保健センターでは、障害者歯科医療や在宅歯科医療に取り組む歯科医師向けの研修を行っています。

## 3 薬剤師

- 都における薬剤師数は増加を続け、令和 2 年の薬剤師数は 52,842 人（うち、薬局従事者数は 26,094 人、病院・診療所従事者数は 6,902 人）、人口 10 万人当たりの薬剤師数は 376.2 人となっています。
- 国は、令和 5 年 6 月に全国的に統一的な尺度を用いて各地域の薬剤師の偏在状況を相対的に示す指標として薬剤師偏在指標を定めました。偏在指標は、必要業務時間（需要）に対する実際の労働時間（供給）の比率で算出されており、偏在指標が 1 を超えることが目標とされています。  
東京都全体及び東京都の二次保健医療圏における偏在指標及び区域設定は次のとおりです。

都道府県	圏域	病院薬剤師		薬局薬剤師		地域別薬剤師	
		偏在指標	区域設定	偏在指標	区域設定	偏在指標	区域設定
東京都	—	0.94	*	1.42	多数	1.28	多数
	区中央部	1.74	多数	3.08	多数	2.56	多数
	区南部	1.03	多数	1.41	多数	1.31	多数
	区西南部	1.05	多数	1.38	多数	1.30	多数
	区西部	1.25	多数	1.51	多数	1.44	多数
	区西北部	0.84	*	1.35	多数	1.21	多数
	区東北部	0.68	少数	1.24	多数	1.09	多数
	区東部	0.99	*	1.17	多数	1.13	多数
	西多摩	0.49	少数	0.95	*	0.78	*
	南多摩	0.58	少数	1.21	多数	1.00	*
	北多摩西部	0.87	*	1.29	多数	1.20	多数
	北多摩南部	0.76	*	1.41	多数	1.21	多数
	北多摩北部	0.79	*	1.17	多数	1.05	多数
	島しょ	0.04	少数	0.43	少数	0.30	少数

多数：目標偏在指標“1.0”より偏在指標が高い「薬剤師多数区域」又は「薬剤師多数都道府県」

少数：目標偏在指標“1.0”より偏在指標が低い下位二分の一に当たる「薬剤師少数区域」

\*：上記以外の「薬剤師少数でも多数でもない区域」

- 都は、薬に関する専門職として地域住民に信頼され、患者の服薬情報を管理し適切な服薬を支援する「かかりつけ薬剤師」の育成を進めるとともに、薬剤師が在宅療養支援のための専門的知識・技術を習得するための取組を進めています。
- また、薬局の開局時間外であっても在宅患者等からの相談に応じるなどの24時間対応を行うため、地域の薬局・薬剤師の連携体制の構築等の取組を行っています。

#### 4 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

##### <現状>

- 都内で医療施設等に従事している看護職員数は毎年増加しており、令和4年12月現在、145,776人ですが、人口10万人あたりでは1,038.4人と、全国平均の1,332.1人を下回っています。



- 都内看護師及び准看護師の有効求人倍率は、令和4年度は2.85倍と、全国平均の2.20倍を上回っており、依然として人材の確保が困難な状況です。
- 高齢化の進展に伴う介護保険施設や在宅療養のニーズの増大、さらに、医療技術の高度化や専門化等により、看護職員の需要は一層増加しています。
- 都内の訪問看護ステーション数は、令和5年4月現在で1,598か所であり、従事する看護職員数も年々増加しています。
- 都内看護師等学校養成所の入学定員は、5千人台半ばで推移しています。また、都内看護師等学校養成所卒業生の都内就業率は約7割であり、新卒看護職の就業先は、病院が約9割を占めています。
- 看護職員の離職率は、常勤・新卒ともに全国平均を上回っています。
- 離職の理由としては、30歳代から40歳代は結婚、妊娠出産、子育て等が上位となっており、40歳代後半から親族の健康・介護が増えはじめ、50歳代以上になると離職理由の上位となっています。

- 再就業希望者の過半数が非常勤・短時間勤務を希望しています。また、復職への不安内容としては、看護の知識・技術への不安が最も多く挙げられます。
- 定年退職後については、50歳代では78.4%が働くと回答しています。また、働きたい施設については、高齢者施設・居宅サービス事業所等が24.4%と最も多くなっています。
- 都内の専門的資格を有する看護職員について、認定看護師<sup>4</sup>は令和4年末でA課程2,289人、B課程293人となっており、全国の約1割を占めています。また、特定行為研修修了者<sup>5</sup>は令和4年末で738人が就業しており、そのうち約6割が200床以上の病院に在籍しています。
- 社会状況の変化や新興感染症への対応等により、近年、保健師の活動範囲が広がりを見せるとともに、多様化する地域保健への対応など、行政能力の向上はもとより、専門的能力の向上が必要不可欠となっています。
- 出生数、分娩取扱施設が減少する中、ハイリスク妊産婦の割合が増加しており、限られた助産師がより良い助産ケアを提供するために、分娩介助の少ない施設における介助スキルの向上など、実践能力の向上が必要です。
- 令和元年の東京都看護職員需給推計では、2025年時点で約2万人から約3万人の看護職員の不足が推計されています。現在国において、2040年(令和22年)頃を視野に入れた新たな地域医療構想を踏まえて、看護師等の需給推計を実施することが重要との方向性が示されており、都としては、国の動向を注視しながら、看護職員確保対策を推進していく必要があります。

<sup>4</sup> 認定看護師とは、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有する者として、公益社団法人日本看護協会の認定を受けた看護師をいう。特定行為研修を組み込んでいないA課程認定看護師教育(2026年度まで)と特定行為研修を組み込んだB課程認定看護師教育(2020年度から開始)がある。

<sup>5</sup> 特定行為とは、診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識・技能が特に必要とされる厚生労働省令で定める38行為21区分をいう。厚生労働大臣が指定する指定研修機関で特定行為研修を修了した看護師は、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行うことができる。

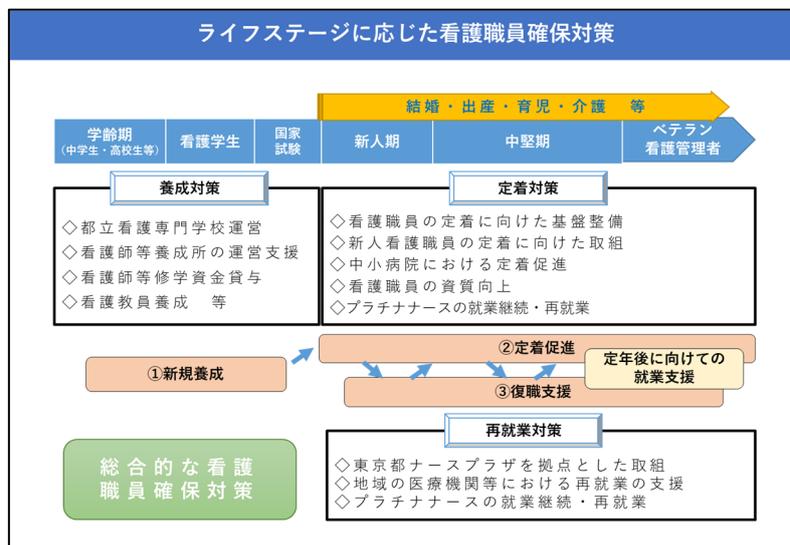
<これまでの取組>

効果的、安定的な看護職員確保のため、ライフステージに応じた対策に取り組んでいます。

## (1) 養成対策

- 都立看護専門学校（看護学科3年課程7校（一学年定員合計600人））を運営するとともに、都内の看護師等養成所の運営支援、修学資金貸与、看護教員の養成など、看護職員の着実な養成に取り組んでいます。

また、東京都立大学において、看護学科（一学年定員80人）や助産学専攻科（定員10人）等を設置し、看護職員の養成に努めています。



## (2) 定着対策

### ① 看護職員の定着に向けた基盤整備

- 医療機関における働きやすい職場環境の整備や院内保育施設の運営などの取組への支援を行うとともに、医療の高度化、多様化に対応できるよう、東京都ナースプラザにおいて最新の知識や技術に関する資質向上研修を実施するなど、都内施設における看護職員の定着促進を図っています。また、看護職員の定年退職後のキャリア継続を支援しています<sup>6</sup>。

### ② 新人看護職員の定着に向けた取組

- 病院等を対象に「新人看護職員研修ガイドライン」に沿った新人看護職員の研修実施に対する支援を行うとともに、研修責任者や教育担当者等に対し臨床研修の実施内容や方法に関する研修を実施するなど、新人看護職員の早期の離職防止と都内の看護職員の定着促進を図っています。

<sup>6</sup> 都では、定年退職前後の看護職員を「プラチナナース」と呼んでいる。

### ③ 中小病院における定着促進

- 看護職員の確保や定着が困難な中小病院を対象に、就業協力員<sup>7</sup>が訪問を行い、看護職員の確保と離職防止に向けた勤務環境の改善、研修体制の充実について助言を行うなど、都内施設における定着促進の取組を支援しています。

### ④ 看護職員の資質の向上

- 東京都看護協会及び東京都ナースプラザにおいて、様々な分野で活躍できる看護職員を育成する研修を実施するとともに、地域の特性などに対応した研修を通じて看護職員の資質向上を図っています。
- また、認定看護師や特定行為研修修了者など専門性の高い看護師の育成に取り組む病院を支援するとともに、実際の活動を紹介するなど看護師の専門性向上やチーム医療推進への理解促進に向けた講演会を行っています。

## (3) 再就業対策

### ① 東京都ナースプラザを拠点とした取組

- 看護職員の再就業を促進するため、東京都ナースプラザを拠点として再就業に向けた研修や就業相談、看護に関する情報提供を行うとともに、都民に対し事業の普及啓発活動を実施しています。また、看護職員の定年退職後のキャリア継続を支援しています。

### ② 地域の医療機関等における再就業の支援

- 育児等で離職した看護職員が再就業するに当たり、身近な地域の病院等で必要な最新の知識や技術の研修や再就業に向けた相談を受けられる仕組みを提供し、都内の看護師等の再就業を促進しています。

## (4) 訪問看護を担う人材

- 訪問看護への理解促進を図るための講演会等を開催するとともに、訪問看護未経験の看護職を雇用し、育成を行う訪問看護ステーションに対し、教育体制の強化を支援しています。
- 東京都が指定する『教育ステーション』において同行訪問等の研修や勉強会などを実施し、地域の訪問看護ステーションへの人材育成支援を行うほか、訪問看護ステーションの管理者や指導者向けの研修を開催する等、訪問看護人材の確保・育成・定着及び安定した事業所運営等のための様々な支援策を実施しています。

<sup>7</sup> 就業協力員とは、社会的信望があり、かつ、看護師等の業務について識見を有する者のうちから知事が委嘱する者をいう。

## 5 保健医療従事者（医師、歯科医師、薬剤師、看護職員を除く。）

### （1）リハビリテーション従事者

- リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士は、患者の早期回復や、急性期医療から回復期、維持期を通じた一貫したリハビリテーションの実施において、重要な役割を担っています。
- 令和2年10月現在の都内病院での従事者数（常勤換算）は、理学療法士が6,831.6人、作業療法士が3,236.6人、視能訓練士が564.7人、言語聴覚士が1,294.1人となっており、年々増加しています。また、リハビリテーションを担う専門職の国家資格取得者が年々増加傾向にあります。
- 在宅療養でのリハビリテーション需要の拡大により、令和2年10月現在の都内訪問看護ステーションでの従事者数は、理学療法士が3,305人、作業療法士が1,375人、言語聴覚士が404人となっており、従事者は年々増加しています。
- 二次保健医療圏ごとに指定した地域リハビリテーション支援センターにおいて、理学療法士等を対象とした症例検討会を開催するほか、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションに対する研修会等を開催し、知識や技術等の向上を図っています。

### （2）歯科衛生士

- 歯科衛生士は、歯科疾患の予防や口腔衛生の向上など、口腔分野において重要な役割を担っています。令和2年末の都内の就業者数は15,045人となっており、年々増加しています。
- 歯科衛生士として必要となる歯科保健医療の知識や技術等に関する講習会などの開催や、障害者歯科、在宅歯科医療に関する研修を実施し、資質の向上や再就業に向けた支援等の取組を行っています。

### （3）介護人材

#### ① 介護職員

- 介護職員は、高齢者の日常生活の自立を支援するケアワーカーです。食事や入浴、排泄、衣服の着脱や移動など、利用者の生活全般にわたって必要な援助を行います。主に高齢者施設やデイサービス等の介護職や訪問介護のホームヘルパーとして従事しています。

- 近年の少子高齢化による労働力人口の減少や、他の業種の求人状況の動向に影響され、東京都における介護関連職種の有効求人倍率は5.91倍と、全職種の1.41倍を大きく上回っており、人手不足が深刻化しています。
- 都内で必要とされる介護人材を安定的に確保していくため、都は、介護の仕事のイメージアップ、多様な人材の確保、働きやすい職場づくりなど、確保・定着・育成の取組を総合的に進めています。

## ② 介護支援専門員

- 高齢者の在宅生活を支えるためには、多様なサービス主体が連携して高齢者を支援できるよう、介護支援専門員が中核的役割を担い、利用者の自立支援に資するケアマネジメントを適切に行うことが重要です。
- 都は、介護保険制度を健全かつ円滑に運営するため、介護支援専門員に対し、研修を継続的に受講する機会を設けることにより、必要な知識や技能の修得と資質の向上を図っています。

## (4) 医療社会事業従事者

- 医療機関では、患者や他の医療機関や福祉施設等との調整を行う医療社会事業従事者（医療ソーシャルワーカー等）は、重要な役割を担っています。
- 在宅療養を担う人材の養成や最新の情報を提供する講演会の実施等、医療社会事業従事者の資質向上を図っています。

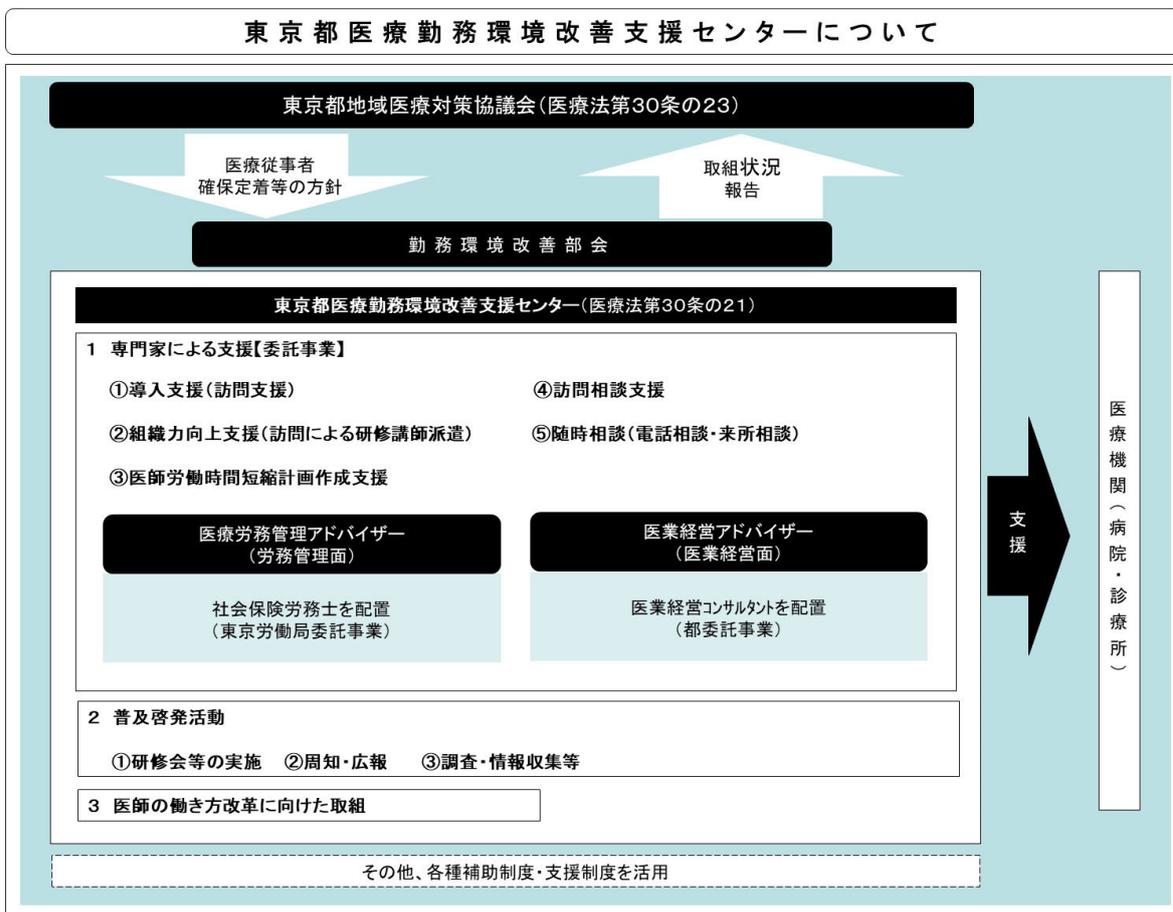
## (5) 多様な専門職種

- 医療技術の高度化や専門化、保健医療ニーズの多様化に伴い、専門職種が対応する場面が増加しています。
- 関係団体と協力し資質向上に向け講習会等を実施しています。

## 6 医療機関従事者の勤務環境の改善

- 令和6年4月から医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用されます。長時間労働の是正や、約3割を占める女性医師や離職率が高い看護職員などが働き続けられる勤務環境の整備が求められています。
- 働きやすい職場環境に向けた医療機関の主体的な取組を支援するため、東京都医療勤務環境改善支援センターを設置し、医療労務管理・医業経営アドバイザーが相談対応や助言を行う体制を整備しています。

- 医師の負担軽減を図るとともに、短時間正職員制度等の勤務形態の導入や、子育て等の様々な事情で離職した医師や看護師の復職研修、専門性の高い看護師の資格取得、チーム医療の推進等に取り組む医療機関を支援しています。



## 課題と取組の方向性

### 1 医師

#### <課題1> 医師確保計画に基づく医師確保対策

- 国から示された医師偏在指標における医師全体の偏在指標については、東京都は全国1位の医師多数都道府県となっていますが、二次保健医療圏単位では、西多摩・南多摩・島しょの三圏域が医師少数区域であり、引き続き、二次保健医療圏間の偏在是正が課題となっています。

医師全体における医師偏在指標と目標医師数<sup>8</sup>

圏域名	医師偏在指標	目標医師数 (2026年) (人)
東京都	353.9	28,381
区中央部	789.8	2,470
区南部	380.4	1,516
区西南部	413.7	2,121
区西部	569.1	1,940
区西北部	295.8	3,125
区東北部	216.4	1,806
区東部	307.6	1,657
西多摩	138.1	864
南多摩	164.6	2,821
北多摩西部	254.4	890
北多摩南部	312.5	1,850
北多摩北部	196.4	1,247
島しょ	131.6	34

- 産科における分娩取扱医師偏在指標については、全国平均の10.5に対し、東京都は14.3であり、都道府県では一番高い数値となっていますが、区東北部8.0、区東部9.7、多摩10.3と全国平均より低い区域もあります。
- 小児科における医師偏在指標については、全国平均115.1に対し、東京都は150.4であり、都道府県の中では鳥取県、京都府に次いで3番目に高い数値となっています。

<sup>8</sup> 目標医師数：3年間の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が下位1/3（33.3%）の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する具体的な医師の数。医師少数区域及び医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うこととされています。

- 都内の小児医療圏では、島しょ圏域を除き、全国平均値を上回る指標となっています。

都道府県単位の分娩取扱医師偏在指標（上位10位）

順位	都道府県名	分娩取扱医師 偏在指標
	全国	10.5
1	東京都	14.3
2	京都府	13.9
3	鳥取県	13.5
4	秋田県	12.8
5	福井県	12.7
6	奈良県	12.5
7	徳島県	12.4
8	山梨県	12.2
9	大阪府	11.8
10	沖縄県	11.6

周産期医療圏単位の分娩取扱医師偏在指標

順位	圏域名	分娩取扱医師 偏在指標
1	島しょ	89.9
5	区中央部	32.6
13	区西部	19.1
15	区南部	18.0
80	区西北部	11.4
81	区西南部	11.3
97	多摩	10.3
112	区東部	9.7
167	区東北部	8.0

※周産期医療圏の数は全国で258圏域

都道府県単位の小児科医師偏在指標（上位10位）

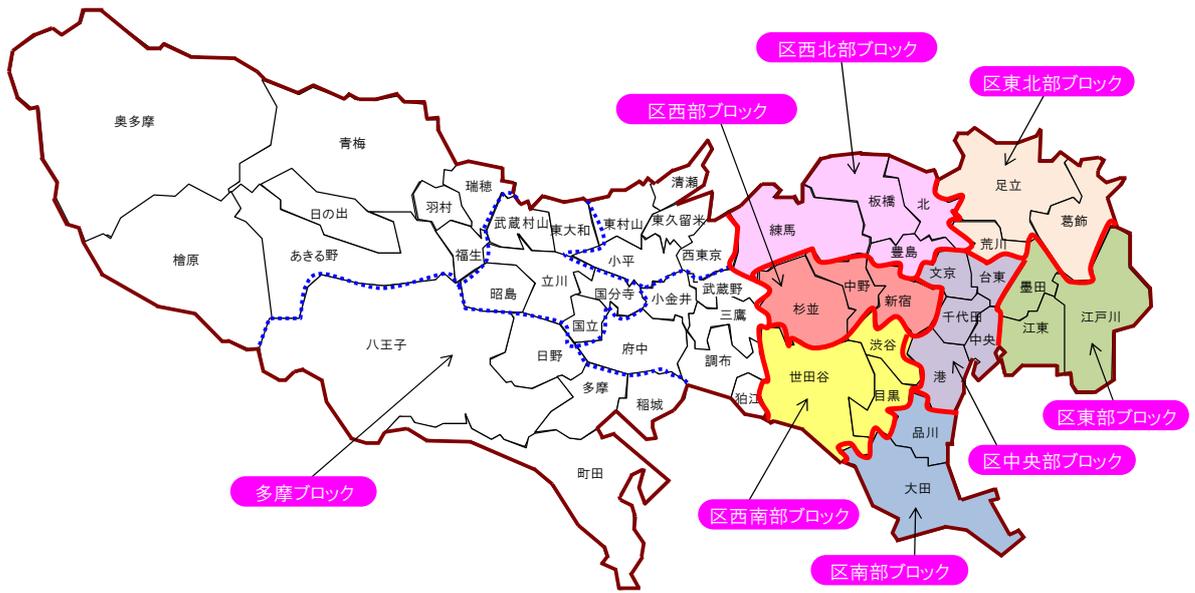
順位	都道府県名	小児科医師 偏在指標
	全国	115.1
1	鳥取県	171.0
2	京都府	152.7
3	東京都	150.4
4	高知県	134.4
5	和歌山県	130.4
6	長崎県	128.5
7	秋田県	127.9
8	徳島県	127.7
9	山梨県	127.3
10	富山県	125.9

小児医療圏単位の小児科医師偏在指標

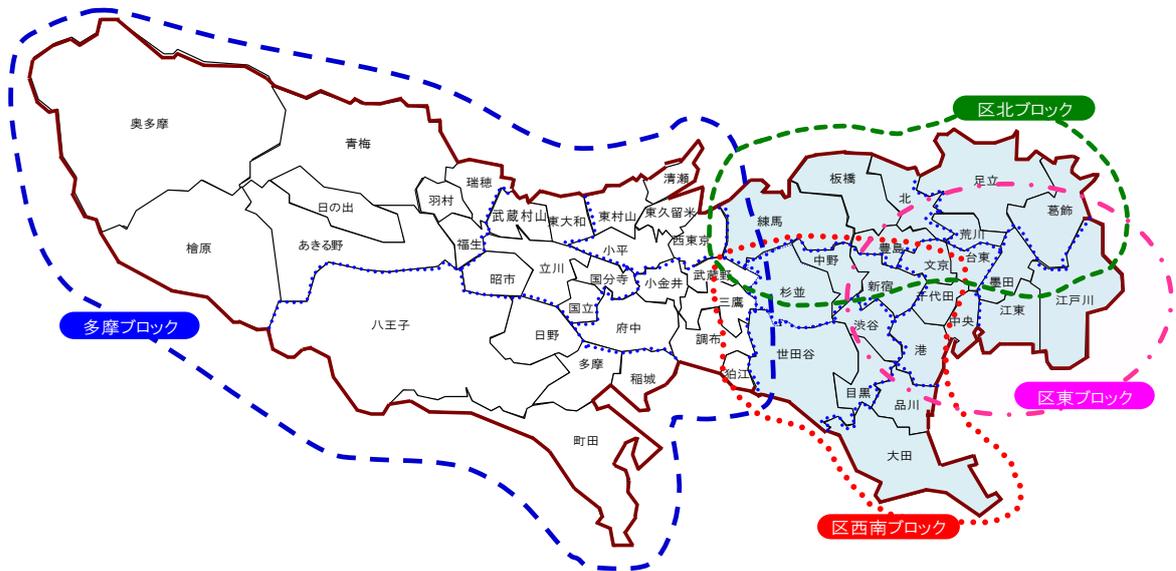
順位	圏域名	小児科医師 偏在指標
7	区西南	181.5
10	区東	177.7
77	多摩	127.3
110	区北	116.8
122	島しょ	113.3

※小児医療圏の数は全国で303圏域

周産期医療圏(島しょを除く)



小児医療圏(島しょを除く)



- 東京都は相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域<sup>9</sup>の設定はありませんが、周産期・小児医療については、政策医療の観点等から、引き続き、産科医師（分娩取扱医師）・小児科医師を安定的に確保していくことが必要です。

#### （取組1-1）総合的な医師確保対策の推進

- 都の特性に合った総合的な医師確保対策を推進するため、東京都地域医療対策協議会において地域の医療機関や関係団体等と協議を行い、東京都地域医療支援センターが中心となって、医師不足の地域や診療科における医師の確保・育成に取り組んでいきます。

#### （取組1-2）医師偏在の解消に向けた取組の実施

- 奨学金医師の活用により、都内の医師確保が必要な地域や診療科等の医師確保を行います。また、奨学金医師の義務年限終了も見据え、大学と密に連携し、より一層卒前教育・卒後サポートに取り組んでいきます。
- 東京都地域医療支援ドクター事業により、多摩・島しょ地域の医師不足が深刻な市町村公立病院等に医師を一定期間派遣し、地域の医療提供体制の確保を支援します。
- 東京都へき地医療対策協議会による派遣計画の策定、自治医科大学卒業医師の育成及び派遣、へき地専門医療確保事業等を実施し、へき地勤務医師の安定的な確保を図ります。

### ＜課題2＞地域の実情に応じた医師の育成・確保

- 東京都は医師多数都道府県とされており、都外から医師を確保することや、新たに医師確保対策を立案することが抑制されています。また、初期臨床研修医の募集定員上限の削減や、特定の診療科における専攻医採用数にシーリングが設定される等、依然として医師確保において厳しい状況に置かれています。
- また、周産期・小児医療においては、出生数が減少する一方で、ハイリスク妊産婦やNICUに入院する児は増加している状況であり、救急医療においては、東京ルール事案に該当する救急搬送患者の発生割合が増加し、その傾向が続いている等、医療分野ごとに課題があります。

<sup>9</sup> 産科・小児科については、都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位1/3（33.3%）に該当する医療圏を「相対的医師少数都道府県」・「相対的医師少数区域」と設定することとされています。なお、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があること等の理由から、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととされています。

- 高齢化に伴う医療需要の増大や、医療技術の高度化・専門化、医師の働き方改革による影響も踏まえた上で、今後も都民の医療ニーズに応えていくため、東京の実情に応じた医師の育成や資質の向上を図り、真に必要な医師の確保を目指していきます。

#### (取組2) 地域の実情に応じた医師の育成・確保に関する取組

- 国や大学、医療機関、関係団体と連携し、出産・育児等のライフイベントにも配慮しながら、東京の実情に応じた医師の育成や資質の向上に向けた取組をより一層進めていきます。
- 奨学金医師の活用により、都内の医師確保が必要な地域や診療科等の医師確保を行います。また、奨学金医師の義務年限終了も見据え、大学と密に連携し、より一層卒前教育・卒後サポートに取り組んでいきます。《再掲》
- 国や医療機関と相互に連携を図りながら、協力して臨床研修医・専攻医を育成していきます。
- 臨床研修制度及び専門医制度の適切な運用が図られるよう国等へ提案要求します。
- 自治医科大学に対して運営経費等の一部を負担する等、へき地勤務を行う総合医を養成していきます。
- 東京医師アカデミー<sup>10</sup>において、地域の医療機関と連携して高い専門性と総合診療能力を有する医師を育成し、地域の医師確保に貢献していきます。
- 都立病院の臨床現場を活用して、都独自の総合診療医の育成プログラムを作成し、人材育成を行うとともに、育成した人材を地域に輩出し、都における総合診療体制を充実・強化していきます。
- 公衆衛生医師の安定的な確保・育成について、都における公衆衛生医師の役割を積極的にPRし、より一層の確保につなげていくため、医学生が公衆衛生医師の業務を理解する機会の提供や、様々な媒体を活用した多面的な広報やオンラインも含む採用活動などの取組を行っていきます。

<sup>10</sup> 東京医師アカデミーの取組：都立病院において、専門研修カリキュラムの整備や豊富な臨床例の活用、複数の都立病院の連携による研修等の多角的な取組により、総合診療能力を有する専門医の育成を推進しています。

- また、健康危機にも十分対応可能な公衆衛生医師の育成を図るとともに、社会医学系専門医制度「T O K Y Oプログラム」の円滑な運用や多様な働き方のより一層の支援など、指導・サポート体制の充実を進め、勤務しやすい体制を整備していきます。
- 東京都感染症医療支援ドクター事業により、感染症医療・疫学の専門家をめざす医師を都の常勤医師として採用し、感染症指定医療機関や保健所等の行政機関における専門研修等を通じ、都の感染症対策を支える医師を育成していきます。《再掲》

### ＜課題3＞医師の働き方改革への対応、勤務環境改善

- すべての医療機関において、兼業・副業先を含めた医師の労働時間の把握を行い、健康確保と労働時間の短縮に計画的に取り組む必要があります。
- 特定労務管理対象機関においては、医師労働時間短縮計画に基づき、段階的に労働時間の短縮を図ることが求められます。
- 医師の健康確保と地域医療提供体制の安定的な確保を図るためには、都民の理解と協力を得ることも重要です。
- また、医師の働き方改革を踏まえ、子育て等の様々な事情を抱える医師が就業を継続し、又は一度離職しても復職しやすい環境を整備することも必要です。

### （取組3）医師の働き方改革への対応、勤務環境改善に向けた取組

- 地域医療提供体制への影響や、医療機関の働き方改革に関する取組状況を把握するとともに、東京都医療勤務環境改善支援センターにおいて、労務管理・医業経営アドバイザーによる相談対応や助言などにより、医師の労働時間短縮やハラスメント対策等、働きやすい職場環境に向けた医療機関のニーズに応じた様々な取組を支援していきます。
- 働きやすく働きがいのある職場づくりに向けて、タスク・シフト／シェア等によるチーム医療の推進やデジタル技術の活用等により、医師を始めとする医療従事者の負担軽減を図るとともに、復職や離職防止、定着促進につながる勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援していきます。
- 都民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進のため、国が実施する医師の働き方改革への理解と協力に関する啓発活動の周知・広報を行います。

## 2 歯科医師

- 口腔内細菌が糖尿病や虚血性心疾患の悪化に関与するなど、歯科疾患と全身疾患との関係が指摘されており、医師や看護師など多職種との連携を強化していく必要があります。
- また、在宅歯科医療や障害者歯科医療に取り組む歯科医師の更なる確保が必要です。

### (取組)

- 周術期の口腔機能管理が口腔内合併症を予防することや、糖尿病や心疾患等の全身の健康と歯周病が深い関わりがあることなどを踏まえ、医科歯科連携の推進に取り組んでいきます。
- 障害者が身近な地域で歯と口腔の健康づくりの支援を受けられるよう、人材育成を実施していきます。
- 在宅療養患者の口腔ケアや摂食嚥下<sup>えんげ</sup>機能支援などについての研修会を引き続き実施し、在宅歯科医療に取り組む歯科医師を確保していきます。

## 3 薬剤師

### (1) 地域の実情に応じた薬剤師確保対策

- 国が定めた薬剤師偏在指標によると、東京都全体は全国一位の薬剤師多数都道府県となっていますが、次の二次保健医療圏は薬剤師少数区域となっています。
  - 病院薬剤師の少数区域：区東北部圏域、南多摩圏域、西多摩圏域、島しょ圏域
  - 薬局薬剤師の少数区域：島しょ圏域
- 薬剤師の従事先には業態及び地域の偏在があり、一部地域では、病院薬剤師が不足しており、特に中小病院・療養型施設にその傾向がみられることから、そうした施設の薬剤師確保の取組を支援していく必要があります。
- 島しょ圏域は、病院薬剤師・薬局薬剤師ともに少数区域となっており、地域のニーズに応じた薬剤師確保の取組を支援していく必要があります。

**(取組)**

- 病院薬剤師の魅力を発信する就職相談セミナーを開催するなど、関係団体等と連携し、中小病院・療養型施設や薬剤師少数区域に所在する病院における薬剤師確保を支援します。
- 島しょ圏域における薬剤師の確保に向け、島しょ圏域の町村及び関係団体と連携して採用活動の支援に取り組みます。

**(2) 薬剤師の育成**

- 高齢者人口の増加に伴い、慢性疾患を有する患者や複数の医療機関を受診し、多種類の薬剤を継続的に服用する患者が増加することが見込まれることから、そうした患者の健康状態の把握や服薬管理について、適切な対応が求められています。
- また、在宅療養の需要は今後とも増加することが見込まれ、地域包括ケアシステムの中で薬局と薬剤師がその専門性を生かし、医師、看護師等の他職種と連携して在宅療養患者を支援していく必要があります。

**(取組)**

- 患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、服薬状況の確認、薬剤の管理や服薬方法の指導を行うなどの服薬管理を行い、患者を支援するとともに、服薬等に関する説明と患者からの相談への対応を丁寧に行う、患者から信頼されるかかりつけ薬剤師の育成を進めます。
- 在宅療養患者に対する調剤・訪問指導や医療機関と連携した入退院支援等を行うための知識や技能等を身に付け、地域の薬剤師間や多職種間、医療機関との間で連携して患者を支えられるかかりつけ薬剤師を育成します。

**4 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）**

養成・定着・再就業対策等を着実に実施することにより、看護人材の効果的・安定的な確保等のための施策を推進するとともに、看護職員の資質及び専門性の向上に取り組んでいきます。

**<課題1> 養成対策**

- 少子化の進展による若年人口の減少により、今後の養成数の大幅な拡大は困難です。養成した看護職員の都内への就業を促進する必要があります。

- 今後需要の増大が見込まれる在宅分野での看護職員を確保する必要があります。

#### **(取組 1) 看護需要に対応した養成の促進**

- 看護職を目指す人材を確実に確保するため、中高生等への働きかけや多様な人材の確保に向けた取組を推進していきます。
- 都立看護専門学校の運営や修学資金貸与などの取組により、看護師等学校養成所卒業者の都内への新規就業を促進していきます。
- 在宅医療需要の増大に対応するため、看護職員の在宅分野への就業を促進していきます。

#### **<課題 2> 定着対策**

- 結婚、妊娠・出産、子育て、介護などライフステージに応じて働き続けられる環境の整備が必要です。
- 少子高齢化の進展により現役世代が減少していく中で、定年を迎える看護職員の就業を促進していくことが重要です。
- また、医療技術の高度化や専門化等に対応できる看護職員の育成が必要です。特定行為研修修了者など専門性の高い看護職員については、高度な知識・技術の発揮のほか、タスク・シフト／シェアによるチーム医療推進の効果も期待されています。

#### **(取組 2-1) ライフステージに応じた支援策の充実**

- ライフステージに応じて看護職員が働き続けられるよう、多様なニーズに対応した働き方を支援するとともに、勤務環境改善の促進を図ります。
- 新人期・中堅期・ベテラン期など、経験に応じたサポート体制の充実を図ります。
- 定年を迎える看護職員が退職後もキャリアを継続できるよう、定年退職前からその後のライフプランを支援します。

#### **(取組 2-2) 看護職員の資質・専門性の向上**

- 各専門分野や課題等に対応した研修の充実等を図り、スキルアップ・キャリアアップを望む看護職員を支援します。また、特定行為研修修了者その他専門性の高い看護職員の養成等を支援します。

### ＜課題3＞再就業対策

- 再就業する際に希望する雇用形態は、非常勤や短時間勤務が過半数を占めるなど、多様な就業機会の確保が求められています。また、定年退職後も働く意欲のある看護職員の就業を促進していくことが重要です。
- 復職が進まない要因に看護の知識や技術への不安などがあるため、不安を軽減させるための取組が必要です。

#### （取組3）復職しやすい環境の整備

- 多様なニーズに応じた就業を支援することにより、離職した看護職員の復職を促進していきます。
- 潜在看護職の再就業への不安を軽減するため、復職に向けた研修や実技体験、就職相談会などを実施していきます。
- 定年を迎える看護職員が退職後もキャリアを継続できるよう、定年退職前からその後のライフプランを支援します。《再掲》

### ＜課題4＞訪問看護を担う人材

- 医療的ケアが必要な要介護高齢者等の増加等、訪問看護へのニーズは、今後も、増加が見込まれています。
- 訪問看護ステーションは、小規模事業所が多く、訪問看護師の教育体制の充実や、勤務環境向上を図ること等に対して、小規模事業所では限界があります。

#### （取組4）訪問看護師の人材確保等に向けた支援

- 訪問看護サービスの安定的供給のため、訪問看護師の人材確保・定着・育成のための取組や訪問看護ステーションの運営・多機能化等のための支援を実施していきます。
- また、訪問看護ステーションの管理者等に対して、ステーション運営の基礎実務や経営の安定化、人材育成体制の整備等についての研修を実施していきます。

## 5 保健医療従事者（医師、歯科医師、薬剤師、看護職員を除く。）

### （1）リハビリテーション従事者

- 理学療法士等の養成施設の定員増加に伴い、国家資格取得者が増加傾向にあります。このため、理学療法士等の資質向上が必要となっています。
- 在宅療養の需要が増えることが見込まれていることから、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションを担う人材の育成が必要です。

#### （取組）

- 地域リハビリテーション支援センターにおいて研修等を実施し、理学療法士等の技術の向上支援を行っていきます。
- 訪問看護ステーションに従事する理学療法士等に対する知識や技術の向上と介護支援専門員などの他職種との理解と連携に関する研修を実施していきます。

### （2）歯科衛生士

- 適切な歯の健康づくりや口腔ケアが行えるよう、引き続き、資質の向上や、人材確保のため再就業等への支援を行っていく必要があります。

#### （取組）

- 業務を行う上で必要となる歯科予防措置に関する知識や、再就業に向けた知識や技術等に関する講習会などを行っていきます。

### （3）介護人材

#### ① 介護職員

- 令和 22 年（2040 年）に向け、介護ニーズはますます増加していくことが見込まれており、これまで以上に介護人材の確保・定着・育成の取組を進めていく必要があります。

#### （取組）

- 介護の仕事の魅力を発信していくとともに、資格取得支援や職場体験、宿舍借り上げ支援、デジタル機器や次世代介護機器の導入支援など、介護人材の確保・定着・育成に向け、総合的な取組を進めていきます。
- こうした取組に加え、令和 22 年（2040 年）に向けて、介護の仕事をよく知らない層を含む幅広い層への働きかけを強化していくとともに、介護現場の生産性向上といったさらなる職場環境の改善や、外国人介護従事者の積極的な受入れ等の取組を拡充していきます。

## ② 介護支援専門員

- 高齢者の在宅生活を支えるためには、多様なサービス主体が連携して高齢者を支援できるよう、医療職をはじめとする多職種と連携しながら介護支援専門員が中核的役割を担い、利用者の自立支援に資するケアマネジメントを適切に行うことが重要です。
- 都内で実務に従事する介護支援専門員は、令和元年度をピークに横這いで推移しており、年齢構成の高齢化も進んでいます。また、都内居宅介護支援事業所への調査において、人材不足のため新規利用を制限しているとの回答が4割を超えています。今後、介護サービスの需要拡大が見込まれることも踏まえ、介護支援専門員の確保や定着のための取組を行うことが重要です。

### (取組)

- 基礎的及び専門的な研修を通じて、高齢者の在宅生活を支える上で中核的役割を担う介護支援専門員及び主任介護支援専門員の資質の向上を図ります。
- また、介護支援専門員の確保や定着を促進するため、法定研修受講料への補助を行い、研修受講に係る費用負担を軽減するほか、居宅介護支援事業所の管理者を対象に、所属の介護支援専門員の育成等のための手法を養う内容の研修を実施します。

## (4) 医療社会事業従事者

- 医療機能の分化、在宅療養への移行が進む中、退院支援を担う人材の養成が課題となっています。

### (取組)

- 退院支援・退院調整に必要な知識及び技術に関する研修を実施し、退院支援業務に従事する人材の確保・育成を図っていきます。

## (5) 多様な専門職種

- 医療技術の高度化や専門化、保健医療ニーズの多様化に伴い、資質の向上が必要となっています。

### (取組)

- 職能団体等と連携し、それぞれの職種に対応した研修や講演会等を行い、資質の向上を図っていきます。

## 6 医療機関従事者の勤務環境改善への取組の推進

- 医師を始めとする医療従事者の働き方改革は、医療機関における働きやすく働きがいのある職場づくりに向けて、タスク・シフト／シェアの推進など組織的な取組がより一層求められています。
- 健康で安心して働くことができる勤務環境の実現は、働く意欲や満足度を高め、医療従事者の確保や安全で質の高い医療を提供することにも繋がります。

### (取組)

- 地域医療提供体制への影響や、医療機関の働き方改革に関する取組状況を把握するとともに、東京都医療勤務環境改善支援センターにおいて、労務管理・医業経営アドバイザーによる相談対応や助言などにより、医師の労働時間短縮やハラスメント対策等、働きやすい職場環境に向けた医療機関のニーズに応じた様々な取組を支援していきます。《再掲》
- 働きやすく働きがいのある職場づくりに向けて、タスク・シフト／シェア等によるチーム医療の推進やデジタル技術の活用等により、医師を始めとする医療従事者の負担軽減を図るとともに、復職や離職防止、定着促進につながる勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援していきます。《再掲》

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
(医師) 取組 1-1 取組 1-2	医師少数区域(西多摩・南多摩・島しょ)における医師偏在指標	西多摩 138.1 南多摩 164.6 島しょ 131.6 (令和5年度)	上げる (参考: 179.4 以上 <sup>11</sup> )
(医師) 取組 1-1 取組 1-2	へき地町村が必要とする医師充足率《再掲》	100% (令和5年4月1日現在)	100%を維持
(医師) 取組 2	東京都地域枠医師の離脱率	2.0% <sup>12</sup> (令和5年度)	下げる
(看護職員) 取組 1 取組 2-1 取組 3 取組 4	看護職員数	145,776 人 (令和4年末)	増やす
(看護職員) 取組 2-2	特定行為研修修了者の就業者数	738 人 (令和4年末)	2,738 人

<sup>11</sup> 現在国から示されている医師偏在指標において、医師少数区域以外の区域の医師偏在指標は 179.4 以上となっている。

<sup>12</sup> 離脱者累計数 7 名 / 貸与者累計数 343 名

## 医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性と方向性

～厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～」(令和5年3月)～

- 医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていません。平成20年度以降、地域枠を中心とした全国的な医師数の増加等が図られてきましたが、医師偏在対策が十分図られなければ、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながりません。
- このため、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、早急に対応する必要がある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め検討が行われ、平成30年には医療法が改正されました。
- 改正法に基づき、全国ベースで三次保健医療圏ごと及び二次保健医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県において、令和元年度に医療計画の中に新たに「医師確保計画」として三次保健医療圏間及び二次保健医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を定め、令和2年度から当該計画に基づく取組が行われています。
- 3年ごとに医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、令和18年までに医師偏在是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標とし、都道府県は、地域の実情に応じた実効性ある医師確保計画の策定に努めることが求められています。

## 医師偏在指標、分娩取扱医師偏在指標、小児科医師偏在指標

～厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～」(令和5年3月)～

- これまで、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきましたが、これは地域ごとの医療ニーズの人口構成などを反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていませんでした。
- 国は、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の「5要素」を考慮した「医師偏在指標」を算定しました。

「5要素」とは

### ①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化

地域ごとの医療ニーズを、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の受療率を用いて調整する。

### ②患者の流入等

外来医療について、現実の受療行動に関するデータを参考の上で、患者の流入を反映することを基本とする。

入院医療については、地域医療構想における推計方法を参考に、患者住所地を元に医療需要を算出し、流入入についての実態も情報提供した上で、都道府県間等の調整を行うことで、患者の流入を反映することを基本とする。

### ③へき地等の地理的条件

医師確保対策は、二次保健医療圏ごとに設定した区域を基本としつつも、地域の医療ニーズに応じたきめ細かい対応を図るため、二次保健医療圏よりも小さい区域での柔軟な対応を可能とする「医師少数スポット」を定めることができる。

### ④医師の性別・年齢分布

年齢や性別によって医師の平均労働時間が異なるため、地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付けを行う。

⑤ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

i) 区域

都道府県（三次保健医療圏）ごと及び二次保健医療圏ごとにそれぞれ算出する。

ii) 入院／外来

外来医療の多くを担う診療所には地域偏在があるため、外来医療機能については医師偏在指標と分離して指標を設け、「外来医療計画」で検討する。

iii) 診療科

診療科別の医師偏在については、診療科と疾病・診療行為との対応を整理する必要があり、検討のための時間を要する。

しかしながら、産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行うこととする。

○ 医師全体における医師偏在指標の計算式

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数(※1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万人}} \times \text{地域の標準化受療率比(※2)}}$$

$$\text{(※1)標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{(※2)地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}}$$

## ○分娩取扱医師偏在指標の計算式

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数(※)}}{\text{分娩件数} \div 1,000\text{件}}$$

$$\text{(※)標準化分娩取扱医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

## ○小児科医師偏在指標の計算式

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数(※1)}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10\text{万人}} \times \text{地域の標準化受療率比(※2)}}$$

$$\text{(※1)標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{(※2)地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}}$$

(備考) 性年齢階級別の医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する二次医療圏（分娩取扱医師偏在指標においては周産期医療圏、小児科医師偏在指標においては小児医療圏）が異なる場合は、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算定することとされています。

## 医師の働き方改革とは

- 平成31年4月1日に施行された「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」により、時間外労働の上限規制や労働時間の把握、勤務間インターバル制度が適用されています。医師については、医師法に基づく応召義務などの勤務の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、法施行5年後に適用されることとなりました。
- この間、医師の働き方改革に関する検討会（全22回）、医師の働き方改革の推進に関する検討会（これまでに17回）の検討が行われました。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が成立し、長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等が規定され、令和6年4月から勤務医の時間外・休日労働の上規制が適用されます。
- 令和6年4月以降、時間外・休日労働が年間960時間を超えることがやむを得ない医師が勤務している医療機関は、開設者の申請により、「特定労務管理対象機関」として都道府県知事の指定を受ける必要があります。

医療機関に適用する水準		長時間労働が必要な理由	年の上限時間
A水準		原則（一般労働者と同程度）	960時間
特例水準	B水準	地域医療の確保のため	1,860時間
	連携B水準	地域医療の確保のため、他院に派遣する医師の労働時間を通算すると長時間労働となるため	通算で1,860時間 (各院では960時間)
	C-1水準	臨床研修・専門研修医の研修のため	1,860時間
	C-2水準	長時間修練が必要な技能の習得のため	1,860時間

### 医療機関

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関は、医師労働時間短縮計画を作成
- ・健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施等

### 都道府県

- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関（特定労務管理対象機関）を知事が指定
- ・指定にあたっては、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴取

## 薬剤師確保計画ガイドラインに基づく薬剤師偏在指標等

- 薬剤師偏在指標は、都道府県や二次医療圏などの個々の地域における、薬剤師の必要業務時間（需要）に対する、薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率を指標としており、次の「3要素」を考慮し設定されています。
- ・ 薬剤師の勤務形態・性別・年齢分布
  - ・ 薬剤師業務に係る医療需要（ニーズ）
  - ・ 薬剤師業務の種別（病院、薬局）

### 薬剤師確保計画ガイドラインに基づく薬剤師偏在指標の算定式

病院薬剤師偏在指標＝

調整薬剤師労働時間（病院）（※1）÷病院薬剤師の推計業務量（※3）

（※1）調整薬剤師労働時間（病院）＝

$\Sigma$ （勤務形態別性別年齢階級別病院薬剤師数×病院薬剤師の勤務形態別性別年齢階級別労働時間）÷調整係数（病院）（※2）

（※2）調整係数（病院）＝

全薬剤師（病院）の労働時間（中央値）÷全薬剤師（病院＋薬局）の平均的な労働時間※  
※病院薬剤師と薬局薬剤師それぞれの労働時間（中央値）の加重平均

（※3）病院薬剤師の推計業務量＝

入院患者に関する業務時間（調剤・病棟業務等）（※4）＋外来患者に関する業務時間（調剤・服薬指導業務等）（※5）＋その他の業務時間（管理業務等）（※6）

（※4）入院患者に関する業務量（調剤・病棟業務等）＝

$\Sigma$ （地域の性・年齢階級別人口 × 性・年齢階級別にみた入院受療率（全国値））×入院患者流出入調整係数×入院患者1人当たりの労働時間

（※5）外来患者に関する業務量（調剤・服薬指導業務等）＝

$\Sigma$ （地域の性・年齢階級別人口 × 性・年齢階級別の人口1人当たりの院内投薬対象数（全国値））×（全国の院内投薬対象数（日本薬剤師会公表値ベース）の合計÷全国の院内投薬対象数（NDBベース）の合計）×入院患者流出入調整係数（※）×院内処方1件当たりの薬剤師（病院）の労働時間

※外来患者にかかる流出入調整係数の作成に資する情報が入手できなかったことから便宜的に入院患者流出入調整係数を使用した

（※6）その他の業務量（管理業務等）＝

地域（都道府県・二次医療圏）別の病院数×1病院当たりの上記以外の業務（管理業務等）にかかる労働時間

**薬局薬剤師偏在指標＝**

**調整薬剤師労働時間（薬局）（※7）÷薬局薬剤師の推計業務量（※9）**

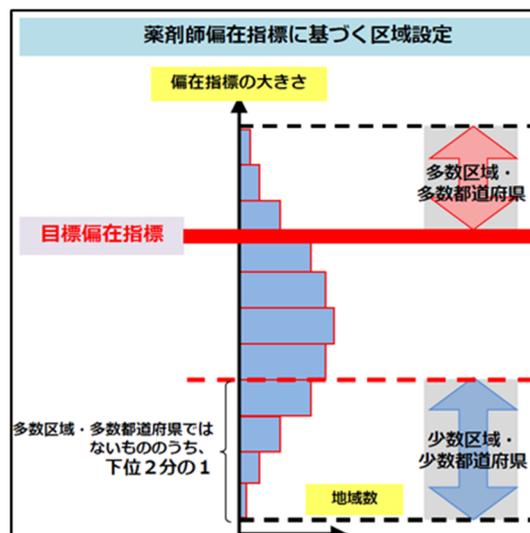
- (※7) 調整薬剤師労働時間（薬局）＝  
Σ（勤務形態別性別年齢階級別薬局薬剤師数×薬局薬剤師の勤務形態別性別年齢階級別労働時間）÷調整係数（薬局）（※8）
- (※8) 調整係数（薬局）＝  
全薬剤師（薬局）の労働時間（中央値）÷全薬剤師（病院＋薬局）の平均的な労働時間※  
※病院薬剤師と薬局薬剤師それぞれの労働時間（中央値）の加重平均
- (※9) 薬局薬剤師の推計業務量＝  
処方箋調剤関連業務にかかる業務量（※10）＋フォローアップにかかる業務量（※11）＋  
在宅業務にかかる業務量（※12）＋その他業務にかかる業務量（※13）
- (※10) 処方箋調剤関連業務にかかる業務量＝  
Σ（地域の性・年齢階級別人口 × 性・年齢階級別の人口1人当たりの院外投薬対象数  
（全国値））×（全国の院外投薬対象数（日本薬剤師会公表値ベース）の合計÷全国の院  
外投薬対象数（NDBベース）の合計）×処方箋1枚当たりの薬剤師（薬局）の労働時間
- (※11) フォローアップにかかる業務量＝  
Σ（地域の性・年齢階級別人口 × 性・年齢階級別の人口1人当たりの院外投薬対象数  
（全国値））×（全国の院外投薬対象数（日本薬剤師会公表値ベース）の合計÷全国の院  
外投薬対象数（NDBベース）の合計）×処方箋1枚当たりのフォローアップ件数×フォロー  
アップ1件当たりの労働時間
- (※12) 在宅業務にかかる業務量＝  
地域（都道府県・二次医療圏）別の薬局数×1薬局当たりの在宅業務実施件数×（在宅業務  
1件当たりの移動時間＋在宅業務1件当たりの対人業務時間）
- (※13) その他業務にかかる業務量＝  
地域（都道府県・二次医療圏）別の薬局数×1薬局当たりの上記以外の業務にかかる労働時間

地域別薬剤師偏在指標は、地域別の病院薬剤師偏在指標と薬局薬剤師偏在指標を算定する際に使用した調整薬剤師労働時間と推計業務量のそれぞれについて、病院分と薬局分を合算することにより地域別の調整薬剤師労働時間と推計業務量を算出した上で、地域別に調整薬剤師労働時間を推計業務量で除算することにより算出する。

○ 目標偏在指標は、「病院・薬局における薬剤師の業務量」（需要）と「調整薬剤師労働時間」（供給）が等しくなる時の偏在指標、すなわち「1.0」と定義しています。

目標偏在指標「1.0」	＝	(分子)	調整薬剤師労働時間
			病院・薬局の推計業務量
			(分母)

- 偏在指標の大きい区域順に並べ、目標偏在指標より偏在指標が高い二次保健医療圏・都道府県を「薬剤師多数区域」及び「薬剤師多数都道府県」と、目標偏在指標より偏在指標が低い二次保健医療圏のうち下位2分の1の二次保健医療圏・都道府県を「薬剤師少数区域」及び「薬剤師少数都道府県」と区域設定しています。



## 第4節 生涯を通じた健康づくりの推進

### 1 生活習慣の改善（栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙等）

- 「東京都健康推進プラン21（第三次）」の総合目標の一つである「健康寿命の延伸」に向け、都民一人ひとりの生活習慣改善の取組とともに、社会全体で支援し、疾病等の予防を図ります。

#### 現 状

- 高齢になっても健やかに暮らせるよう、健康上の理由で日常生活が制限されることなく生活できる期間（健康寿命）を延ばすためには、適切な量と質の食事をとること、適度に体を動かし、身体活動量を増やすことや、健康診断を定期的を受診することにより自身の健康状態や健康課題を把握し、主体的に健康づくりに取り組み、生活習慣病を予防することが必要です。
- 野菜や果物はその摂取量が少ない場合、がんや循環器病のリスクが上がるとされており、不足しないことが推奨されています。また、循環器病等との関連性を鑑み、食塩の過剰摂取への対策として、減塩に関する取組を一層推進する必要があります。

都民の1日当たりの野菜の平均摂取量は目標量（1日350g以上）に対して、男女とも290g程度、食塩の平均摂取量は目標量（1日7g未満）に対して、男性11g程度、女性9g程度です。
- 国の「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」では、成人の男女に対し1日8,000歩以上に相当する身体活動を推奨しています。身体活動・運動により、基礎代謝量が増え、内臓脂肪が減少することから、身体活動を継続することにより肥満解消の効果がありますが、生活環境の変化により、日常生活の様々な場面における身体活動量（歩数）が減少しています。

身体活動量の少ない、1日の歩数の平均値が6,000歩未満（65歳以上は4,000歩未満）の者の割合は、20歳から64歳までの男女が30～40%程度、65歳以上の男女が40%程度です。
- 心身の健康を保つためには、適切な休養をとることが必要です。良い睡眠の定義は様々ですが、適度な長さで、睡眠休養感（睡眠で休養がとれている感覚）があり、心身の健康を促す睡眠が良い睡眠といえます。

適切な睡眠時間には個人差がありますが、睡眠時間が短いと、肥満、高血圧、糖尿病、循環器病、認知症、うつ病など様々な疾病の発症リスクを高め

ることがわかってきています。

1日の睡眠時間が少なくとも6時間以上確保できるように努めることが望ましいといえます。

- 飲酒は、がん、高血圧症、脂質異常症、循環器病などを引き起こすとされているほか、睡眠に与える悪影響やこころの健康との関連も指摘されています。また、本人の健康障害の原因となるだけでなく、暴力、虐待や胎児の発育障害など周囲の人へ深刻な影響を及ぼしたり、社会問題に発展する危険性が高く、特に、女性は男性よりも、少ない飲酒量で健康に影響を及ぼすほか、アルコール依存症に至るまでの期間も短いため、注意が必要です。

20歳以上の男性では1日平均40g以上、女性では同20g以上の純アルコールを摂取すると、生活習慣病のリスクが高まるとされています。この量を超えて飲酒している20歳以上の都民は、男性で約16%、女性で約18%となっています。

- 喫煙は、がん、虚血性心疾患や脳卒中などの循環器病、COPDを含む呼吸器疾患、糖尿病、周産期の異常や歯周疾患等のリスクを、受動喫煙は、肺がんや虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候群などのリスクを高めるとされています。

20歳以上の都民の喫煙率は減少傾向にあり、全体で13.5%、男性で20.2%、女性で7.4%と、全国平均より低くなっています。また、「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（平成28年8月）」では、受動喫煙の影響による年間死亡者数は約1万5千人と推計しており、受動喫煙対策の推進が必要です。

なお、近年普及している加熱式たばこ<sup>1</sup>は、長期の使用に伴う健康影響はまだ明らかではありませんが、有害成分分析等により健康リスク等が報告されており、健康保険による禁煙治療の対象にもなっています。このため、紙巻たばこと同様に、健康への影響にかかる啓発や禁煙支援等を行う必要があります。

<sup>1</sup> 加熱式たばこ：たばこ葉やたばこ葉を用いた加工品に、火を点けずに電気ヒーターで加熱などして吸うタイプのたばこ。紙巻たばこと同様に、たばこ事業法に定められる製造たばこに位置付けられる。

## 課題と取組の方向性

### <課題 1>生活習慣の改善に向けた普及啓発及び環境整備

- 都民が自らの健康状態を把握し、主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、正しい知識の普及啓発や、環境の整備を進める必要があります。

#### (取組 1-1) 健康的な食生活に関する普及啓発等

- 健康的な食生活の意義、適切な量と質の食事（望ましい野菜、食塩、果物の摂取量及び主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の摂取）、栄養等の知識、適正体重を維持することの重要性等について、区市町村、保健医療関係団体、医療保険者・事業者等と連携し、都民自らが実践できるよう、普及啓発を行っていきます。
- 健康に配慮したメニュー提供する飲食店の増加を図るなど、適切な量と質の食事を都民の誰もが選択できるような食環境の整備を進めていきます。

#### (取組 1-2) 身体活動に関する普及啓発等

- 身体活動・運動の意義や、ライフステージに応じて日常生活の中で負担感なく実践できる身体活動量を増やす方法について、ホームページ等で分かりやすく紹介していきます。
- 1日の歩数を増やすため、健康づくりの視点を取り入れたウォーキングマップの更なる活用や、日常生活の中で自然に歩きたくなるような環境の整備を進めていきます。

#### (取組 1-3) 適切な休養・睡眠に関する普及啓発

- 適切な睡眠時間、睡眠環境や生活習慣の改善による睡眠休養感の確保、心身の健康を保つのに必要な余暇時間の充実の重要性等について、職域とも連携しながら、普及啓発を行います。

#### (取組 1-4) 生活習慣病のリスクを高める飲酒に関する普及啓発

- 飲酒が及ぼす健康への影響や、妊婦・授乳中の女性の飲酒による胎児・乳児への影響等を踏まえ、年齢や性別、体質など、個人の特性に応じた飲酒に関する正しい知識について、普及啓発を行います。

#### (取組 1-5) 喫煙・受動喫煙の健康影響に関する普及啓発

- 喫煙や受動喫煙が及ぼす健康への影響に関する正しい知識の普及に加え、禁煙方法等に関する情報提供を行います。

**(取組 1-6) 禁煙希望者への禁煙支援**

- 禁煙希望者が禁煙できるようにするために、区市町村が行う住民に対する禁煙治療費の助成などの取組を支援します。

**(取組 1-7) 20歳未満の者の喫煙防止・妊娠中の喫煙防止**

- 学習指導要領に基づいた喫煙防止教育を推進するとともに、20歳未満の者の喫煙防止と喫煙・受動喫煙による健康影響について、小・中・高校生向け喫煙防止リーフレットの配布や、全小・中・高等学校を対象としたポスターコンクールの実施など、学校等教育機関と連携を図りながら、普及啓発を行います。
- 各種広報媒体や母子保健事業における保健指導を通じて、妊娠中・授乳中の女性の喫煙防止に努めるとともに、両親学級等により禁煙を推奨する区市町村の取組に対し助言等を行います。

**(取組 1-8) 受動喫煙対策**

- 健康増進法や東京都受動喫煙防止条例（平成30年東京都条例第75号）への都民や事業者の正しい理解の促進・定着を図り、区市町村や関係機関等と連携して受動喫煙防止の取組を推進します。また、東京都子どもを受動喫煙から守る条例に基づき、いかなる場所においても子どもに受動喫煙をさせないように努めることについて、啓発していきます。
- 屋内での受動喫煙防止の徹底に向け、公衆喫煙所を整備する区市町村への支援や、基準に沿った喫煙場所の整備に関する事業者への支援を行います。

**<課題2> 区市町村等への取組支援**

- 健康づくりに当たっては、都民一人ひとりの取組に加え、都民の健康に関わる関係機関の役割が重要です。社会全体で都民の健康づくりを支援していくことを目指し、区市町村や職場等での取組を推進していく必要があります。

**(取組 2-1) 区市町村への取組支援**

- 区市町村の取組状況を把握し、参考となる事例の紹介を行うとともに、引き続き区市町村の取組に対する財政的支援を行います。また、都民の主体的な健康づくりにつなげるため、区市町村が行うインセンティブを用いた健康づくりの取組に対して、都が更なるインセンティブを提供し、区市町村の取組を支援します。

**(取組 2-2) 人材育成**

○ 区市町村や関係機関の担当職員を対象に、健康づくりの企画や指導的役割を担う人材の育成を図るための研修等を実施していきます。

**(取組 2-3) 事業者への取組支援**

○ 事業者団体と連携し、普及啓発に加え、健康づくりに取り組む企業を支援するなど、職場における健康づくりの取組を推進していきます。

評価指標

取組		指標名	現状	目標値
取組 1-1	取組 2-1 2-2 2-3	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合(20歳以上)	<令和6年度調査にて把握予定>	増やす
		野菜の1日当たりの平均摂取量(20歳以上)	男性 293.5g 女性 295.1g (平成29~令和元年)	増やす
		食塩の1日当たりの平均摂取量(20歳以上)	男性 11.0g 女性 9.2g (平成29~令和元年)	減らす
		果物の1日当たりの平均摂取量(20歳以上)	男性 83.4g 女性 104.3g (平成29~令和元年)	増やす
取組 1-2	取組 2-1 2-2 2-3	日常生活における1日当たりの平均歩数(20歳以上)	男性(20~64歳) 8,585歩 女性(20~64歳) 7,389歩 男性(65歳以上) 5,913歩 女性(65歳以上) 5,523歩 (平成29~令和元年)	増やす
		日常生活における1日当たりの平均歩数が6,000歩未満(65歳以上は4,000歩未満)の者の割合(20歳以上)	男性(20~64歳) 28.2% 女性(20~64歳) 40.6% 男性(65歳以上) 38.4% 女性(65歳以上) 36.6% (平成29~令和元年)	減らす

取組		指標名	現状	目標値
取組 1-3	取組 2-1 2-2 2-3	睡眠で休養がとれている者の割合（20歳以上）	<令和6年度調査にて把握予定>	増やす
		睡眠時間が6～9時間（60歳以上は6～8時間）の者の割合（20歳以上）	<令和6年度調査にて把握予定>	増やす
取組 1-4		生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の人の割合）（20歳以上）	男性 16.4% 女性 17.7% （令和3年）	減らす
取組 1-5 1-6 1-7		20歳以上の者の喫煙率	全体 13.5% 男性 20.2% 女性 7.4% （令和4年）	全体 10%未満 男性 15%未満 女性 5%未満 （喫煙をやめたい人がやめた場合の喫煙率） <sup>2</sup>
取組 1-8		受動喫煙の機会を有する者の割合	飲食店 18.3% 職場 5.9% （令和4年度）	なくす

<sup>2</sup> 喫煙率の目標：令和4年の国民生活基礎調査による20歳以上の都民の喫煙率（喫煙している者の割合）と令和元年の国民健康・栄養調査による現在習慣的に喫煙している者のうちたばこをやめたいと思う者の割合をもとに、喫煙している者のうちやめたい者がすべてやめた場合の喫煙率を算出し、目標を設定

## 2 母子保健・子供家庭福祉

- 妊娠期から子育て期に至るまで切れ目のない支援体制を整備します。
- 母子保健事業の実施主体である区市町村に対して、広域的・専門的・技術的支援を行い、都内全域の母子保健サービスの向上を図ります。
- 医療機関や児童福祉分野との連携を強化しながら、虐待発生の未然防止及び要支援家庭の早期発見・支援に努めます。

### 現 状

- 核家族化の進行や地域のつながりの希薄化等により、周囲に相談相手がいない、必要な情報が得にくいなど、妊娠・出産・子育てに関し、不安を抱える妊婦や保護者が増えています。
- 令和3年度の妊婦健康診査の受診率（第1回目）は92.0%、乳幼児健康診査の受診率は、3～4か月児健診93.6%、1歳6か月児健診92.1%、3歳児健診92.7%となっています。
- 女性の社会進出や男女の価値観の多様化等の社会情勢の変化により、晩婚化や晩産化が進行しており、特定不妊治療を受ける人も増加しています。
- 少子化や家族形態の変化等、子供や家族を取り巻く環境が変化する中、虐待や不登校など子供の心に影響する多様な問題事象が増加しています。
- 令和3年の妊産婦の死亡数は1人、周産期死亡数<sup>1</sup>は282人、乳児死亡数は160人、新生児死亡数は68人となっています。
- 小児慢性特定疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等を対象に、医療費助成等を行っています。
- 令和4年度に都内の児童相談所が相談を受け対応した児童虐待対応件数は、27,798件で、平成24年度の4,788件に比べ、約5.8倍に増加しています。また、子供家庭支援センターにおける令和4年度の児童虐待対応件数は、25,858件で、平成24年度の7,573件に比べ、約3.4倍に増加しています。
- 令和4年度の医療機関からの虐待通告件数は368件で、平成24年度の230件に比べ、1.6倍に増加しています。

<sup>1</sup> 周産期死亡数：後期死生数（妊娠22週以降の死産数）と早期新生児死亡数（生後1週間未満の死亡数）の合計のこと。

## 課題と取組の方向性

### <課題1> 妊娠期から出産、子育て期に至るまでの切れ目ない支援

- 子育てに不安を抱える妊婦や子育て家庭を支援するため、妊娠期から出産、子育て期に至るまでの切れ目ない支援を行う必要があります。
- 若い世代に対して妊娠・出産等の正確な知識に関する普及啓発を行うとともに、不妊治療の経済的負担の軽減の取組を推進していく必要があります。
- 妊産婦及び乳幼児の健康の保持増進及び疾病の早期発見に向け、妊婦健康診査や乳幼児健康診査等を確実に実施することが重要です。
- 安全な出産に向けて、妊婦健康診査の受診率を高めるため、制度の周知や受診促進に取り組む必要があります。
- 産後うつ予防や乳幼児への虐待予防を図る観点から、妊娠期から保健師等の専門職が関わり、支援が必要な妊婦や子育て家庭を発見し、支援につなげる仕組みが必要です。
- 保健機関や医療機関のサービス時間外においても、子供の心身の健康や育児等に関する迅速かつ適切な助言及び支援を行うことが重要です。
- 子供の安全を確保するため、子育て家庭における不慮の事故等を防ぐための取組が必要です。
- 医療機関を始めとする関係機関が、心に問題を抱える子供や発達障害児等に適切な対応を行えるように、その特性に関する正しい理解の促進が必要です。
- 早期に治療が必要な疾患の発見のため、妊婦健康診査における HIV 抗体検査や子宮頸がん検診の実施や、タンデムマス法<sup>2</sup>導入による先天性代謝異常等検査の充実などの対応を行ってきましたが、今後も必要に応じて、新たな健康課題等に適切に対応する必要があります。
- 慢性疾病を抱える児童等とその家族が、必要な医療や支援等が確実に、かつ、切れ目なく受けられるようにするための施策の実施が求められています。

<sup>2</sup> タンデムマス法：多数の病気を同時に発見できるタンデム質量分析計を用いた新たな検査法

### (取組 1-1) 妊娠・出産に関する支援

- 若い世代が妊娠・出産に関し正確な知識を持ち、将来のライフプランを描けるよう普及啓発を強化するとともに、プレコンセプションケアに係る取組を推進します。また、女性の心身の健康に関する相談に対応する「女性のための健康ホットライン」や不妊・不育症に関する相談に対応する「不妊・不育ホットライン」などの相談事業を行います。さらに不妊検査・不妊治療・不育症検査に係る費用の助成等の支援を行います。
- 子供を生み育てたいと望んでいるものの、様々な事情によりすぐに妊娠や出産をすることが難しい方を支援するため、加齢等による妊娠機能の低下を懸念する場合に行う卵子凍結に係る費用や、加齢等の影響を考慮して凍結した卵子を使用した生殖補助医療に係る費用の助成を行います。
- 中高生等の思春期特有の健康上の悩みなどについて、相談窓口を運営し、利便性向上や機能の充実を図ることで、より多くの人が活用できる場に整備するとともに、妊娠適齢期や婦人科疾患に関する健康教育、普及啓発、相談支援を実施する区市町村を支援します。
- 妊婦に対して早期の医療機関受診と妊娠の届出及び定期的な妊婦健康診査の受診を促すための普及啓発を行うとともに、悩みを抱える妊婦等に対する「妊娠相談ほっとライン」(平成 26 年度開始)を実施し、適切な支援につなげます。
- とうきょうママパパ応援事業(平成 27 年度にゆりかご・とうきょう事業として開始)及び東京都出産・子育て応援事業により、全ての妊婦を対象に専門職が面接を行い、心身の状態や家庭の状況を把握し、産後間もない産婦の健康診査や退院後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行う産後ケアなど、各家庭のニーズに応じた支援を行うとともに、育児用品や子育て支援サービス等の提供を一体的に実施することで、区市町村と連携して妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援体制を整備します。また、産後うつハイリスク者への支援が適切に行われるよう、区市町村における精神科医療機関を含めた地域の関係機関との連携体制の構築を推進します。

**(取組1-2) 子供の健康の保持・増進や安全の確保のための支援**

- 電話相談「子供の健康相談室」(小児救急相談#8000)や、ホームページ上で運用している「TOKYO子育て情報サービス」などにより、休日夜間においても、子供の受診の必要性の判断や日常からの子供の状態の観察方法、子供の健康や子育て支援に関する情報提供を行い、小児救急の前段階での安心の確保や育児不安の軽減を図ります。
- 子供の死亡事例について、福祉、保健、医療、教育等の関係機関と連携しながら、子供の死に至る情報を収集し、予防可能な要因について検証し、効果的な予防対策を提言することで、将来の子供の死亡減少につなげます。
- 小児慢性特定疾病児童等にかかる医療費の助成を行うとともに、当該児童等の健全育成及び自立促進を図っていきます。

**(取組1-3) 区市町村や関係機関に対する支援**

- 母子保健事業の手引「東京の母子保健」(令和3年度改訂)や母子保健情報一覧の作成、都内母子保健従事者への研修や母子保健事業担当者連絡会の実施等により、区市町村の各種健康診査等の確実な実施や、母子保健水準の更なる向上に向けた広域的・専門的・技術的な支援を行います。
- 平成20年度より実施している子供の心診療支援拠点病院事業において、医療機関や保育、学校、児童福祉施設などの地域の関係機関が、子供の心の診察や日常生活の中で、疾患や障害特性に応じた適切な対応が行えるよう、専門医療機関のノウハウを活用し、各種研修等を実施します。
- 新たな健康課題に対しては、最新の知見や情報収集をしながら、研修等を通じて関係機関への情報提供を行うとともに、医療機関等とも連携を図りながら、適切に対応していきます。

## ＜課題2＞児童虐待の未然防止と早期発見・早期対応

- 要支援家庭を早期に発見し、支援につなげるなど、児童虐待の未然防止、早期発見・早期対応を行う必要があります。
- 児童虐待の対応に当たっては、保健・医療分野を含む地域の関係機関の連携強化が必要です。

### （取組2）支援を必要とする子育て家庭に対する支援の充実

- 要保護児童対策地域協議会において、保健・医療分野の関係機関が持つ専門的知見などを活用し、要保護児童の早期発見や適切な保護に努めていきます。
- 区市町村が、母子健康手帳の交付時や乳幼児健診時などの母子保健事業の実施機会を活用し、スクリーニング等により要支援家庭の早期発見や虐待の未然防止、早期の対応を確実にできるよう、包括補助事業により区市町村の母子保健分野の取組を支援します。
- 病院内における虐待対策委員会の充実を図るため、医療機関従事者向けの研修を実施します。
- 虐待対応等について、医療機関や保健機関との連携を強化するため、児童相談所に医療連携専門員（保健師）を配置し、保健や医療面に関する相談や指導を行います。
- 児童福祉法の改正に伴い、児童相談部門と母子保健部門が一体となり妊娠期から包括的な相談支援等を行う「こども家庭センター」を創設する区市町村を支援するため、予防的支援推進とうきょうモデル事業及びとうきょう子育て応援パートナー事業を実施し、虐待の未然防止に取り組む区市町村の体制強化を図ります。

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組 1 - 1	妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援体制を構築する区市町村数	61 区市町村 (令和 4 年度)	全区市町村
取組 1 - 1	産後ケア事業の利用率	23.1% (令和 4 年度)	増やす
取組 1 - 1	産後 1 か月時点での産後うつ のハイリスク者の割合	11.7% (令和 4 年度)	減らす
取組 1 - 1	精神科医療機関を含めた地域の 関係機関との連携体制がある区 市町村数	18 区市町村 (令和 4 年度)	増やす

### 3 青少年期の対策

- 児童・生徒の健康管理の向上のために、学校、家庭を始め、様々な関係機関との連携強化を進めます。青少年期における思春期特有の悩みに対しては、専門家と連携した相談体制を整備します。
- 悩みを抱える青少年の状況に応じた自立や社会参加に向けた支援を行います。

## 現 状

### 1 学校保健

- 児童・生徒の健康づくりを推進するためには、学校と家庭との連携はもとより、学校と学校医等が協力し、学校における日常的な保健活動や健康教育の充実が重要です。新型コロナの感染拡大を経て、児童・生徒を取り巻く社会環境の変化に伴い、感染症に対する危機管理をはじめ、いじめ、不登校やひきこもり、摂食障害、性感染症、生活習慣病、食物アレルギー、薬物乱用など、様々な健康課題が顕在化しています。

- 学校では、児童・生徒の学びを保障するために、3年以上にわたり、家庭、学校医及び地域の保健所との連携協力を図り、新型コロナの感染予防及び感染拡大防止に向けた取組を進めてきました。

感染症法上の五類移行後も引き続き、家庭との連携による児童・生徒の健康状態の把握、換気や手洗いといった日常的な対応を継続することを基本とし、学校医や様々な関係機関と連携し、感染予防及び感染拡大防止に向けた取組を学校の実情に応じて実施しています。

- 児童・生徒にとって、思春期は、生涯にわたる健康づくりの基礎を担う大切な時期ですが、心身の様々な変化やその対処方法に関する十分な知識がなく、不安や悩みを抱え込みやすい時期でもあります。学校においても、児童・生徒がヘルスケアに関する不安等を相談できる体制を整備することが必要です。

### 2 青少年期における心の悩みの解消に向けた支援

- 青少年を取り巻く環境は、少子高齢化、情報化、国際化等の進展により大きく変化し、社会的自立に困難を有する若者の持つ背景はこれまで以上に複雑化・深刻化しており、青少年は、自分自身のことをはじめ、仕事関係、対人関係、家族関係等様々な悩みや不安を抱えています。

- こうした状況を踏まえ、全ての青少年が健やかに成長し、円滑に社会生活を営むことができる社会の形成を目指し、都の子供・若者育成支援施策の一

層の推進を図るため、平成27年8月に「東京都子供・若者計画」を策定しました。計画の中では、ひきこもり、若年無業者（ニート）など、社会的自立に困難を有する青少年の課題ごとに現状・課題や取組の方向性をまとめています。

## 課題と取組の方向性

### ＜課題1＞学校における感染症の感染拡大防止と児童・生徒の抱える健康課題の改善・解決

- 学校における感染症の感染拡大防止と児童・生徒の抱える健康課題、特に思春期における健康課題の改善・解決を図るためには、学校医や学校歯科医、学校薬剤師、関係機関等と連携することが重要です。

#### （取組1-1）新型コロナ等新たな感染症発生への対応

- 新型コロナなどの新たな感染症や、インフルエンザ、ノロウイルス、麻疹、風疹などの感染症の流行に対応し、平常時から学校と地域保健関係機関が組織的な連携・協力体制を構築するなど、学校保健危機管理体制の強化に取り組んでいきます。

#### （取組1-2）健康づくり推進のための連携と支援

- 学校・保護者・医師・学校医・歯科医師・学校歯科医・薬剤師・学校薬剤師・保健所等の地域保健機関などの連携により、健康づくりに取り組みます。

#### （取組1-3）健康課題に対する専門的な相談体制の整備

- 思春期は、集団への不適応や摂食障害、性感染症や性の課題など様々な心とからだの健康課題を抱えやすい時期です。学校において、こうした健康課題に対して早期発見、早期対応を図ることができるよう、教職員に対して、精神科医・産婦人科医などの専門家による学校相談活動の充実を図ります。
- また、都立高校や特別支援学校等において、産婦人科医を学校医として任用するなど、児童・生徒の抱える思春期特有の様々な悩みに対して、ヘルスケアに関する専門的な相談体制の整備を促進し、学校における重層的な支援体制の構築に取り組めます。
- さらに、健康的な学校環境づくりや安全体制の構築などに取り組んでいきます。

**（取組 1－4）食物アレルギーや突然死の防止**

- 文部科学省監修による「学校のアレルギー疾患に対する取組ガイドライン」等に基づき、学校における事故予防体制づくりと、緊急時に適切に対応できる体制づくりを進めていきます。
- また、急性の心臓疾患などによる突然死を防ぐため、自動体外式除細動器（AED）の使用法を含む心肺蘇生法の実技講習の充実を図ります。

**＜課題 2＞青少年の状況に応じた支援**

- 様々な悩みを抱える青少年が意欲を持って自らの能力を発揮できるよう、自立を後押ししていく必要があります。青少年の自立と社会参加に向け、青少年の状況に応じて支援することが大切です。

**（取組 2－1）相談窓口による対応**

- 青少年の相談窓口として、青少年の抱える様々な悩みや相談を受け付ける「東京都若者総合相談センター（若ナビα）」（※おおむね 18 歳以上を対象）や、都立（総合）精神保健福祉センターや保健所における精神保健福祉相談があり、それぞれの相談窓口や関係機関が相互に連携を図って、支援していきます。

**（取組 2－2）地域における支援体制の強化**

- 区市町村がNPO法人等の民間支援団体と連携するなど、住民に身近な地域において、本人に寄り添った支援が展開されるよう、区市町村の取組を後押ししていきます。

**（取組 2－3）本人や家族、支援者への情報提供**

- 新ポータルサイト「若ぱた+」を構築し、支援団体相互の連携や支援情報の発信を強化していきます。  
また、社会的自立に困難等を抱える本人やその家族を支援につなげるため、民生・児童委員等の地域支援者向けに、講習会を開催して、情報提供を行っていきます。

**評価指標**

取組	指標名	現状	目標値
取組 1－4	食物アレルギー対応委員会等の設置運営学校数の割合	97.87% (令和4年度)	100%

## 4 フレイル対策・ロコモティブシンドロームの予防

- 日常生活に支障をきたす状態とならないよう、適度な運動や健康的な食生活の実践など、望ましい生活習慣の取組を推進し、身体機能・認知機能等の維持を図ります。
- 住民主体の介護予防活動を推進し、人と人とのつながりにより、支え合える地域づくりを目指します。

### 現 状

- フレイルは、加齢に伴い、筋力・認知機能等の心身の活力や社会とのつながりなどが低下した状態とされています。要介護高齢者の多くが、フレイルという中間的な段階を経て徐々に要介護状態に陥るが、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能であるとされています。
- フレイルには、「『身体』の虚弱」、「『こころ／認知』の虚弱」、「『社会性』の虚弱」の3つの要素があります。  
「『身体』の虚弱」には、骨や関節、筋肉など運動器の衰えが原因で、歩行や立ち座りなどの日常生活に支障をきたす状態であるロコモティブシンドロームを含みます。
- フレイルの状態に至ることなく、健康な状態で高齢期を過ごすためには、栄養（食・口腔機能）、運動、社会参加の3つの柱が影響すると言われており、バランスの良い食事や運動による生活習慣病の予防、高齢になっても社会とのつながりを保ち続けることなどが重要です。
- 都は、「東京都健康推進プラン21（第三次）」の総合目標である「健康寿命の延伸」に向け、生活習慣の改善や生活機能の維持・向上に向けた普及啓発を行うとともに、区市町村や関係団体等と連携し、ライフステージ等に応じた都民の健康づくりのための取組を推進しています。
- 「介護予防・フレイル予防と社会参加の推進」を東京都高齢者保健福祉計画の重点分野の一つに位置付け、リハビリテーションの専門職等を活用した介護予防や、高齢者が体操等を行う通いの場づくりなどに取り組む区市町村を支援しています。

## 課題と取組の方向性

### ＜課題 1＞運動機能や認知機能などの機能の維持

- 高齢になっても、健康で自立した日常生活を送るため、加齢に伴い低下する運動機能や認知機能を維持できるよう、都民の生活習慣の改善、生活機能の維持・向上の取組を進める必要があります。

#### （取組 1）望ましい生活習慣等の実践に関する普及啓発の推進

- 都はホームページ等で、日常生活の中で身体活動量を増やす方法や、適切な質と量の食事、健康的な食生活の意義や栄養に関する知識について、普及啓発を行っていきます。
- 区市町村、保健医療関係団体、医療保険者・事業者等と連携し、区市町村の窓口、医療機関、職場などにおいて、望ましい生活習慣の周知を図っていきます。

### ＜課題 2＞住民が主体的に取り組む介護予防活動

- 介護予防において、体操等を行う通いの場などを住民自身が運営し、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりが求められています。
- 区市町村が地域の実情を踏まえ、様々な社会資源を活用しながら、住民主体の介護予防活動に取り組めるよう、支援していく必要があります。

#### （取組 2）住民主体の通いの場づくりを推進

- 東京都介護予防・フレイル予防推進支援センターにおいて、介護予防に取り組む人材育成や相談支援等、区市町村が行う介護予防の取組を総合的かつ継続的に支援します。
- 住民が身近な場所で主体的に介護予防の取組を進められるよう、介護予防に資する住民主体の通いの場等の介護予防活動の拡大や、フレイル予防の観点での機能強化を促進する取組を推進する東京都介護予防・フレイル予防推進員を地域包括支援センター等に配置する区市町村を支援していきます。

取組	指標名	現状	目標値
取組 1	低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合（65 歳以上）	男性 10.8% 女性 25.4% <small>（平成 29～令和元年）</small>	減らす
	日常生活における 1 日当たりの平均歩数（20 歳以上）《再掲》	男性（20～64 歳） 8,585 歩 女性（20～64 歳） 7,389 歩 男性（65 歳以上） 5,913 歩 女性（65 歳以上） 5,523 歩 <small>（平成 29～令和元年）</small>	増やす
	日常生活における 1 日当たりの平均歩数が 6,000 歩未満（65 歳以上は 4,000 歩未満）の者の割合（20 歳以上）《再掲》	男性（20～64 歳） 28.2% 女性（20～64 歳） 40.6% 男性（65 歳以上） 38.4% 女性（65 歳以上） 36.6% <small>（平成 29～令和元年）</small>	減らす
取組 2	通いの場の参加率（65 歳以上） ※通いの場への参加率＝通いの場の参加者実人数/高齢者人口	4.6% <small>（令和 3 年度）</small>	増やす

## 5 COPD（慢性閉塞性肺疾患）<sup>1</sup>の予防

- COPDの予防、重症化予防による死亡率の減少に向け、疾病の原因や症状についての正しい知識を広く周知していきます。
- 長期にわたる喫煙習慣がある等リスクの高い人に対し、COPDの早期発見と早期受診を促すため、早期治療・療養継続の意義等についての普及啓発を行います。

### 現 状

- COPDは肺の炎症性の病気で、咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行するもので、かつて肺気腫や慢性気管支炎と診断されていた病気の総称です。
- COPDは、肺炎や肺がんの危険因子として重要であり、軽症であっても高齢者の肺の健康という観点から重大な病気です。COPDの原因は複数ありますが、喫煙の影響が最も大きく、COPD患者の9割以上が喫煙者です。COPDによる死亡者は男性に多く、全国では男性の死因の第9位（令和3年）となっています。
- COPDは、禁煙等により発症予防が可能であり、発症しても服薬により重症化を予防することが可能であるため、COPDに関する正しい知識の普及啓発を行い、早期発見から早期受診・早期治療へとつなげるための取組が必要です。

### 課題と取組の方向性

#### <課題1>正しい知識の普及啓発

- COPDの症状や医療機関の受診の必要性が十分認識されておらず、適切な治療を受けずに症状が進行している人が少なくないと考えられます。

#### （取組1）COPDに関する正しい知識の普及

- COPDの発症予防、早期発見、早期治療の促進に向けて、病気の原因や症状、発症予防の方法、治療による重症化予防が可能であることなど、喫煙者等への正しい知識の普及啓発を行っていきます。また、パンフレットや動画等を活用し、職域と連携した普及啓発を行います。

<sup>1</sup> COPD：慢性閉塞性肺疾患。chronic obstructive pulmonary disease の略。

**<課題2> 禁煙希望者の禁煙成功**

- COPD患者の9割以上が喫煙者とされ、禁煙により発症予防が可能です。

**(取組2) 禁煙希望者への支援**

- 禁煙希望者が禁煙できるようにするために、禁煙方法等に関する情報提供を行うとともに、区市町村が行う住民に対する禁煙治療費の助成などの取組を支援します。

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組1 取組2	人口10万人当たりCOPDによる死亡率	男性 17.0 女性 3.7 (令和3年)	減らす

## 6 こころの健康づくり

- 都民がそれぞれストレスに上手に対処するとともに、必要に応じ、早期に適切な支援を受けることで、うつ傾向や強い不安を持たずに生活できるようにします。

### 現 状

- こころの健康は、人がいきいきと自分らしく生きるために重要であり、生活の質に大きく影響します。ストレスに耐える力には個人差があり、それを大きく超えるような強いストレスが続くと、こころの病気が起こりやすくなります。こころの病気は、健康的な生活習慣の継続を妨げ、その他の疾患の発症や重症化につながることも少なくありません。
- 都民一人ひとりが、適度な運動や適切な休養をとるなどの健康的な生活習慣によりストレスを上手に解消するなど、日常生活の中でストレスをためないことの大切さを啓発する必要があります。
- 支援が必要な程度の心理的苦痛を感じている者（K6<sup>1</sup>の合計点数10点以上）の割合は、男性9.2%に比べて、女性12.0%と高く、15歳から54歳までの若年層や働く世代でその割合が高くなっています。

### 課題と取組の方向性

#### <課題1> ストレス対処法やこころの不調の早期発見

- うつ傾向や不安の強い人の割合の減少に向け、都民がそれぞれストレスに上手に対処するとともに、必要に応じて適切な支援、治療を受ける必要があります。

#### (取組1-1) ストレス対処法やこころの不調の早期発見に関する普及啓発

- ストレスへの対処法や話しやすい関係（つながり）の重要性、自身や周囲の人のこころの不調に早めに気づく方法等について、ホームページ等による普及啓発や情報提供を引き続き行っていきます。

<sup>1</sup> K6：米国のケスラーらにより、うつ病、不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があると考えられている。平成22年から、日本でも国民生活基礎調査により把握している。

- 必要な時に適切な相談を受けられるよう相談窓口の充実に努めるとともに、多くの媒体を活用して地域の相談・支援機関を広く周知していきます。
- 労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）により、労働者が50人以上の事業所での実施が義務付けられているストレスチェックについて、ホームページ等による情報提供を引き続き行います。

#### （取組1-2）こころの健康づくりに係る人材育成

- 区市町村や保険者において健康づくりの企画や指導的な役割を担うことが期待される人材を対象に、知識や技術を普及する研修等を引き続き実施していきます。

#### （取組1-3）区市町村への取組支援

- 区市町村におけるこころの健康づくりに関する取組状況の把握と参考となる事例の紹介を行うとともに、引き続き区市町村の取組に対する財政的支援を行います。

#### （取組1-4）事業者への取組支援

- 事業者団体と連携し、普及啓発に加え、こころの健康を含む健康づくりに取り組む企業を支援するなど、職場における健康づくりの取組を推進していきます。

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組1-1 取組1-2 取組1-3 取組1-4	支援が必要な程度の心理的苦痛を感じている者（K6の合計点数10点以上）の割合（20歳以上）	男性 9.2% 女性 12.0% (令和4年)	減らす

## 7 ひきこもり支援の取組

- 当事者・家族が安心して一人ひとりの状態・状況に応じたきめ細かな支援を受けられるよう、都民及び関係者への普及啓発や効果的な情報発信、相談支援等に取り組めます。
- 身近な地域において切れ目のない支援体制の整備に取り組む区市町村を支援します。

### 現 状

- ひきこもりとなった状態の長期化や家族の高齢化が進んでおり、当事者や家族が抱える悩みも、就労や医療、介護、生活困窮、親亡き後への不安など多岐にわたっています。
- また、地域社会におけるひきこもりへの偏見（本人の甘え、怠け、親の育て方が悪いなど）や差別的な対応は、当事者や家族を追い詰め、孤立させる要因となっています。
- 令和2年に都が実施した「ひきこもりに関する支援状況等調査」では、関係機関（保健所、生活困窮者自立相談支援機関、民間支援団体など）に寄せられている相談について、当事者の年齢は中高年層を含み幅広く分布していること、ひきこもりの状態となるきっかけは当事者によって様々であること、関係機関に相談するに至るまでに長い時間がかかっているケースが一定数あることなどがわかりました。
- 都は、令和元年に当事者・家族の状況に応じた切れ目のない支援の在り方についての検討及び情報共有の場として「東京都ひきこもりに係る支援協議会」を設置し、令和3年8月に、これまでの議論を踏まえ、ひきこもりに係る支援の充実に向けた「提言」を公表しました。

### 課題と取組の方向性

#### <課題1>ひきこもりへの正しい理解の促進

- ひきこもりへの偏見を排除し、当事者や家族を地域から孤立させないよう、都民・関係者など社会全体に向けた普及啓発や情報発信を行う必要があります。
- 当事者や家族が、安心して相談や支援を求められるよう、「ひきこもりは特別な人に特別に起こることではなく、誰にでも起こりうること」、「当事者一人ひとりの心情に寄り添い、時々状況に応じた対応が必要」というメッセージを当事者や家族、社会全体に発信し、ひきこもりへの理解を促進することが重要です。

**(取組1) 都民及び関係者への普及啓発・効果的な情報発信**

- ひきこもりへの正しい理解を促進するため、インターネット広告、新聞広告、交通広告、屋内広告等による普及啓発を実施します。
- 区市町村のひきこもり相談窓口や関係機関等を紹介するリーフレットを作成し、都民等に周知します。
- ひきこもりに関する講演会を開催します。

**<課題2>一人ひとりの状態・状況に応じた相談支援**

- 当事者の多様性を踏まえて、一人ひとりの状況と心情に合った、無理のない、受け入れられやすい支援を粘り強く行うことが必要です。
- 支援に当たっては、就労や自立などのゴールありきではなく、当事者が何を望んでいるかという視点で、当事者に寄り添った、きめ細かな支援を継続することが重要です。
- 当事者が地域の活動等に参加できるよう環境を整え、当事者・家族に寄り添い、見守り、伴走し続ける地域の理解者や協力者を広げることが必要です。
- 支援者のひきこもりに関する理解促進、支援ノウハウや関係機関との調整など、スキルの向上を図る必要があります。

**(取組2-1) 相談窓口による対応**

- 都のひきこもりに関する相談窓口「東京都ひきこもりサポートネット」において、ひきこもりの状態にある当事者や家族等から、電話、メール、訪問、来所による相談に応じるとともに、ピアサポーター（ひきこもりの経験がある方やその家族）によるオンライン相談を実施し、当事者・家族の状態や状況に応じたきめ細かな支援を行います。

**(取組2-2) 多様な社会参加の場とサポートの充実**

- 当事者・家族が、活動の場など多様な地域資源を安心して利用できるよう、支援のポイント等をまとめた「ひきこもり等のサポートガイドライン」を広く支援団体や関係機関、区市町村等に周知します。
- ガイドラインの理念に沿って相談対応や居場所の提供等を都内で行う民間支援団体の情報を発信していくとともに、当該団体と連携して当事者・家族をサポートします。

**(取組 2-3) 支援者の育成**

- 支援協議会の提言やサポートガイドラインを踏まえ、区市町村職員、関係機関職員、民生委員・児童委員、民間支援団体等を対象に、当事者・家族等へのサポートに必要な知識や技術に関する研修を行います。

**<課題 3> 身近な地域における支援の充実**

- 身近な地域である区市町村は、相談・支援の担い手としての体制を構築することが必要です。
- 当事者や家族が早期の相談・支援につながり、世帯全体の複合的な課題に対応するためには、身近な地域において、相談体制の充実を図るとともに、多様な関係機関が有機的に連携して「切れ目のない支援」にあたる必要があります。

**(取組 3-1) 区市町村への支援**

- より多くの区市町村がひきこもり支援事業を開始できるよう、その立ち上げ経費を補助するほか、東京都ひきこもりサポートネットに設置した多職種専門チームが複雑・困難な事例に対し適切に助言するなど、ひきこもり支援の充実に取り組む区市町村を支援します。
- 区市町村等において相談窓口や居場所を運営する現場の支援者が一同に集まり、支援事例の共有や意見交換等を行う交流会を開催します。

**(取組 3-2) 地域における連携ネットワークの構築**

- 区市町村ごとの取組状況や連携の在り方に応じた情報共有や意見交換、事例検討を実施することにより、各区市町村における連携ネットワークの構築を支援します。

## 8 自殺対策の取組

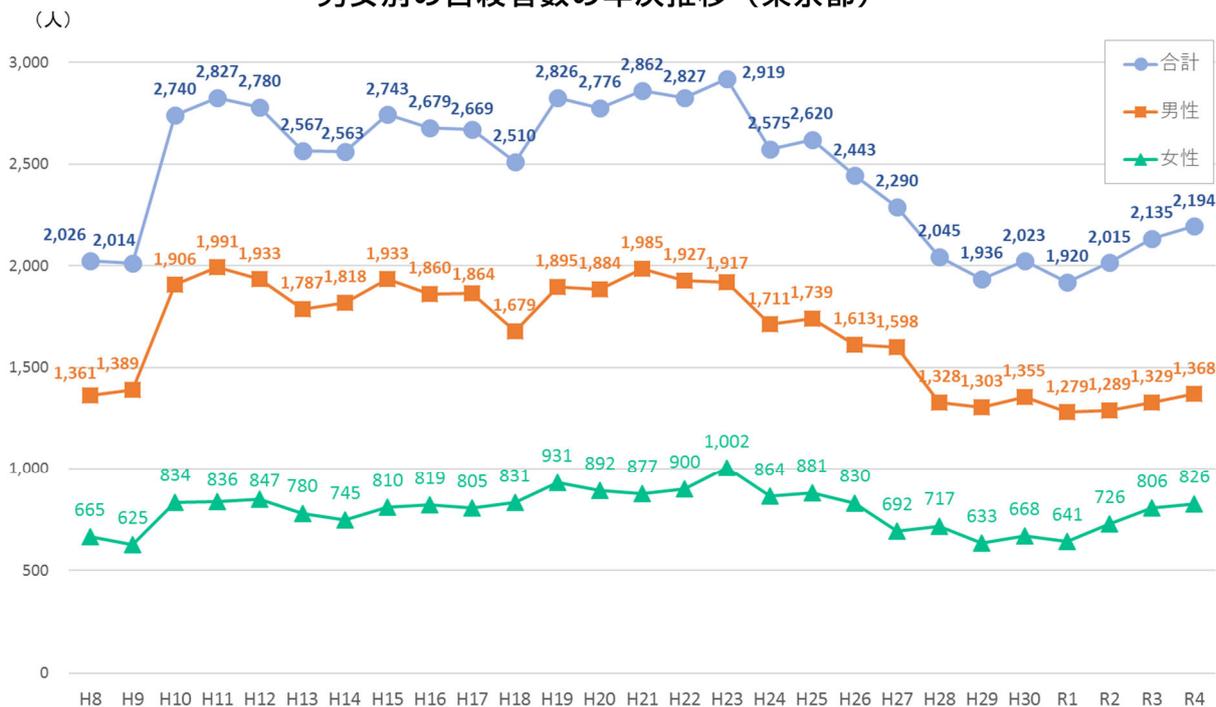
- 福祉、医療、経済、教育等との連携の下、「生きることの包括的な支援」として自殺対策を推進し、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指します。

### 現 状

- 全国の自殺による死亡者数は、平成10年に31,755人となって以降3万人前後で推移し、22年以降は減少傾向となり、令和元年には19,425人まで減少しましたが、2年以降は増加傾向に転じ、4年は21,252人となりました。
- 都の自殺者数は、平成10年から23年までの14年間は、2,000人台後半で推移し、23年の2,919人をピークに減少傾向となり、令和元年には1,920人まで減少しましたが、2年以降は増加傾向に転じ、4年は2,194人となりました。
- 都の自殺者数の約3分の2が男性、約3分の1が女性となっています。男女別にみると、男性は、40歳代後半から50歳代が最も多く、女性は、40歳代及び50歳代前半で多い傾向が続いていましたが、令和3年には特に20歳代の女性が大幅に増加しました。
- 都の職業別の自殺者数をみると、「無職者」が最も多く、次いで、「被雇用者・勤め人」が多くなっています。
- 都における小学生、中学生、高校生、大学生、専修学校生等（以下「児童・生徒・学生」という。）の自殺者数は、近年増加傾向にあります。特に、小学生、中学生、高校生の自殺者数は、平成29年は37人であったところ、令和4年は54人と大幅に増加し、10歳代の子供の自殺も後を絶ちません。また、大学生、専修学校生等の自殺者数は毎年100人前後の高水準で推移しています。
- 都における自殺者数のうち、全体の2割程度に自殺未遂歴があり、特に女性の自殺者では3割程度に自殺未遂歴があります。
- 自殺の背景には、健康問題や経済問題、就労や働き方の問題など、様々な要因が複雑に絡み合っていることから、都は、平成19年7月に、保健、医療、福祉、労働、教育等の関係機関、NPO等の民間団体及び行政機関等から構成される「自殺総合対策東京会議」を設置し、以降、これらの機関等と連携・協力して総合的な自殺対策を推進しています。

- また、自殺念慮者からの相談に対応する電話相談及びSNS相談を実施するとともに、救急医療機関に搬送された自殺未遂者等を地域の支援や精神科医療につなぐ相談調整窓口「東京都こころといのちのサポートネット」を運営しています。
- 平成28年の自殺対策基本法（以下「基本法」という。）の改正及び29年の国の自殺総合対策大綱（以下「大綱」という。）の決定を受け、都は30年6月に「東京都自殺総合対策計画～こころといのちのサポートプラン～」（以下「第1次計画」という。）を策定し、令和4年度まで5年間、第1次計画に基づき自殺対策に取り組んできました。
- 令和5年3月には、国の新たな大綱に盛り込まれた施策の動向や社会情勢の変化等を踏まえ「東京都自殺総合対策計画～こころといのちのサポートプラン～（第2次）」（以下「第2次計画」という。）を策定し、9年度までの5年間、第2次計画に基づき自殺対策に取り組んでいます。

男女別の自殺者数の年次推移（東京都）



資料：厚生労働省「人口動態統計」

## 課題と取組の方向性

### <課題1>総合的な自殺対策の推進

- 全国及び都内の自殺者数は増加傾向にあり、自殺の背景には、健康問題や経済問題、就労や働き方の問題など、様々な要因が複雑に絡み合っていることから、福祉、医療、経済、教育等との連携の下、「生きることの包括的な支援」として、自殺対策をより一層推進していく必要があります。中でも、都の自殺の現状やこれまでの取組を踏まえて、「自殺未遂者への継続的な支援」、「早期に適切な支援窓口につなげる取組」、「働き盛りの男性の自殺防止」、「困難を抱える女性への支援」、「若年層の自殺防止」、「遺された方への支援」に重点的に取り組むことが必要です。

#### (取組1-1) 自殺未遂者への継続的な支援

- 地域において自殺未遂者を継続的に支援し、自殺未遂者が安定した生活を送ることができるよう、区市町村をはじめとする地域の支援機関の体制強化に取り組みます。

#### (取組1-2) 悩みを抱える方を早期に適切な支援窓口につなげる取組

- 悩みを抱える方が援助希求行動を起こし、早期に適切な支援窓口につながるができるよう取組を強化します。

#### (取組1-3) 働き盛りの男性の自殺防止

- 勤務問題について相談しやすい環境整備など、職場におけるメンタルヘルス対策の推進とともに、うつ病等により休職した男性が仕事に円滑に復帰できるよう復職に向けた支援を実施するなど、適切な社会生活の確保を図ります。
- 育児・介護などの家庭生活に関する問題が、自殺のリスクとなることも考えられることから、援助希求行動を起こしづらいとされる男性が早期に適切な相談窓口につながるができるよう、取組を推進していきます。

#### (取組1-4) 困難を抱える女性への支援

- 女性の自殺の背景にある親子関係の不和、夫婦関係の不和を始め、勤務問題などの新型コロナの感染拡大で顕在化した女性を巡る課題を踏まえるとともに、効果的な普及啓発の在り方を検討し、様々な困難を抱える女性への支援を更に充実させていきます。

**（取組 1－5）児童・生徒・学生をはじめとする若年層の自殺防止**

- 学校の各段階、学校や社会とのつながりの有無等、支援を必要とする若年層が置かれている状況は異なっており、自殺に追い込まれる事情も様々であることから、それぞれが置かれている状況に沿った施策を実施していきます。

**（取組 1－6）遺された方への支援**

- 困難を抱える遺族等に対し早期に必要な支援を行うことができるよう、相談体制を充実させていきます。

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
共通	自殺者数 自殺死亡率(人口 10 万人当たりの自殺による死亡数)	自殺者数 2,194 人 自殺死亡率 16.3 (令和 4 年)	令和 8 年までに自殺者数 1,600 人以下、自殺死亡率 12.2 以下

## 第5節 外来医療に係る医療提供体制の確保

- 地域における協議等を通じて、外来医療機能を明確化し、各医療機関の役割分担や医療機関間の連携を促進することにより、地域に必要な外来医療の提供体制を確保します。
- 高額な医療機器の共同利用を進め、地域全体での効率的な医療提供体制の構築を推進します。

### 外来医療計画とは

- 平成30年の医療法の一部改正により策定した東京都外来医療計画は、全国ベースで国が統一的・客観的に比較・評価した「外来医師偏在指標」を用いて、外来医療に係る医療提供体制を確保するための方策を定めるものです。
- 具体的には、外来医師偏在の度合いや地域ごとの外来医療機能の偏在等の情報を新たに開業しようとしている医療関係者等に提供することで、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげていくことを基本的な考え方としています。
- また、CT、MRIなどの高額医療機器について、人口当たりの台数に地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況は異なることから、効率的な医療提供体制の構築に向けて、医療機器の共同利用による効率的な活用を計画に定めることとされています。

## 現状・これまでの取組

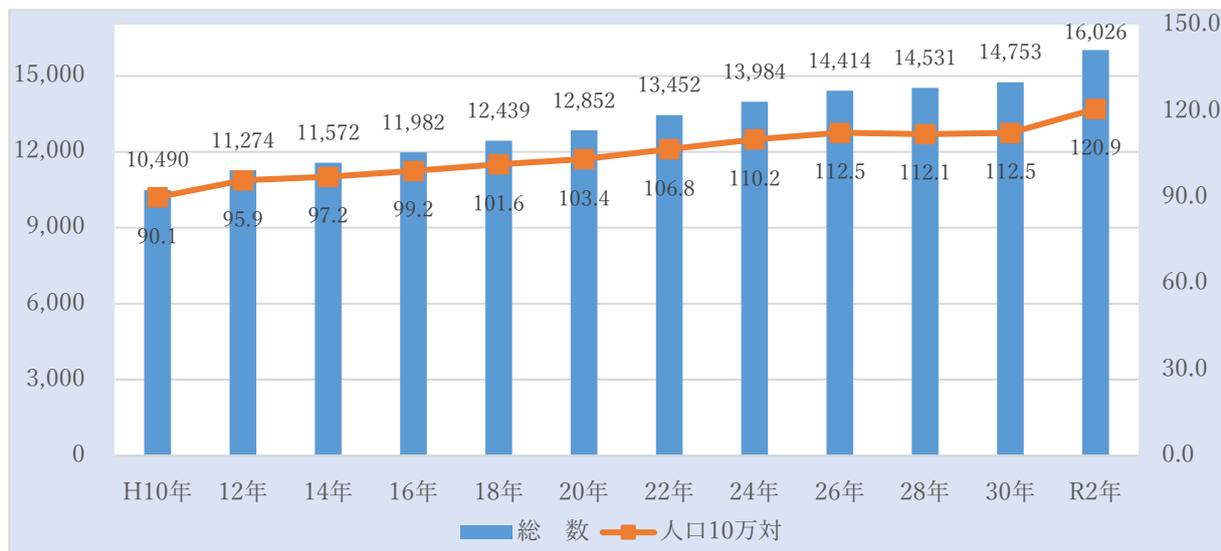
### 1 外来医療機能

#### (1) 外来医療の状況

- 都内の診療所医師数は、年々増加しており、令和2年は16,026人、人口10万人当たりでは120.9人です。

#### <診療所医師数の推移>

(人)



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

- 属性別の診療所医師数を見ると、「診療所の開設者又は法人の代表者」に比べて「診療所の勤務者」の増加率が高く、令和2年はそれぞれ、9,573人、6,453人となっています。

#### <属性別の診療所医師数の推移>

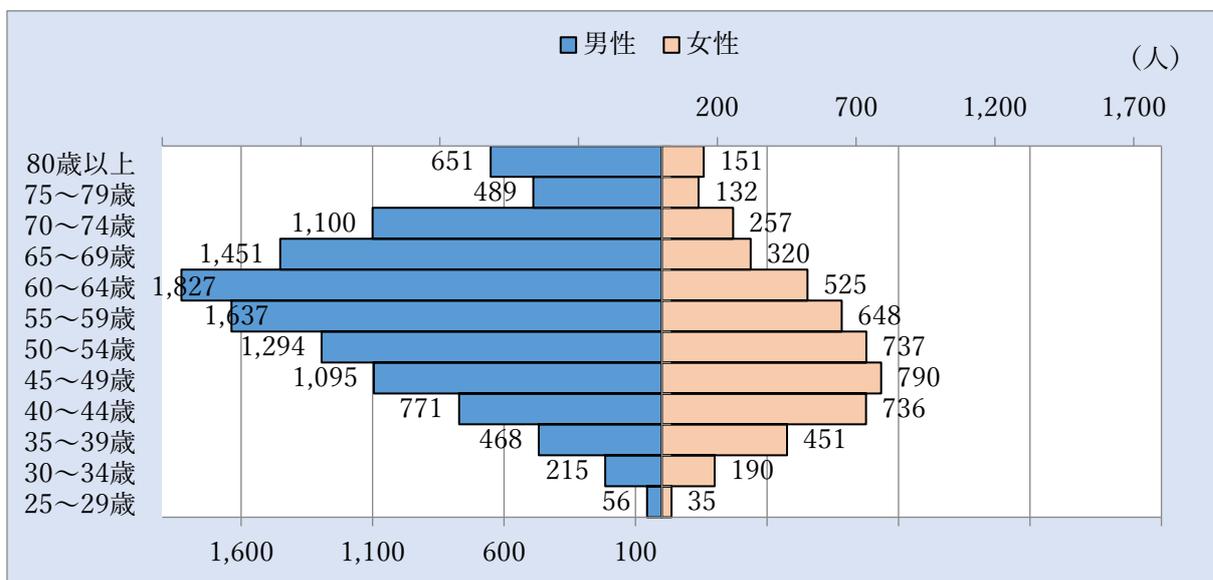
(人)



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

- 性別年齢階級別診療所従事医師数を見ると、男性では60歳～64歳までの区分、女性では45歳～49歳までの区分で最も多くなっています。

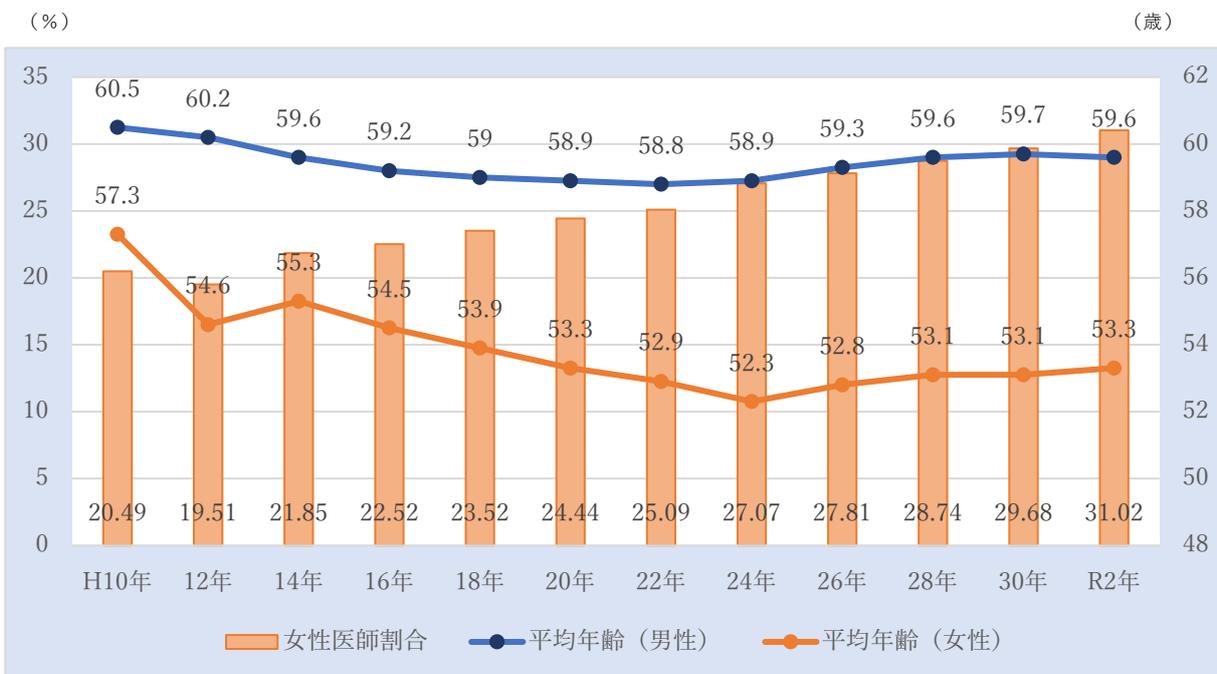
<性別年齢階級別診療所従事医師数>



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

- 診療所医師に占める女性の割合は増加傾向にあり、令和2年に30%を超え、3人に1人が女性医師となっています。平均年齢は、男性医師が約60歳、女性医師は約53歳となっています。

<診療所従事医師の男女別平均年齢及び女性比率の推移>



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

- 都内の診療所数は年々増加しており、令和2年は13,889施設、人口10万人あたりでは98.9施設です。

<年別診療所数の推移>



資料：厚生労働省「医療施設調査」

- 都内の令和元年10月から令和2年9月までの期間における診療所開設数は867施設、廃止数は629施設となっており、開設数は全国の開設数の約1割を占めています。

<診療所の開廃（令和元年10月から令和2年9月までの期間）>

	開設数	廃止数
全国	8,302	7,770
東京都	867	629
区中央部	253	162
区南部	59	31
区西南部	120	90
区西部	97	71
区西北部	101	73
区東北部	36	40
区東部	68	62
西多摩	16	12
南多摩	46	42
北多摩西部	11	10
北多摩南部	38	30
北多摩北部	21	6
島しょ	1	0

資料：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）

## (2) 外来医師偏在指標

- 外来医師偏在指標とは、地域ごとの外来機能の偏在・不足等を客観的に把握するため、二次保健医療圏ごとの人口10万人当たりの診療所医師数を指標化したもので、国が全国一律の算定式により算出したデータが都道府県に提供されています。
- 国の「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」(以下、「ガイドライン」という。)では、外来医師偏在指標の値が全国の二次保健医療圏の上位3分の1に該当する二次保健医療圏を「外来医師多数区域」としています。
- 国が算出した東京都の外来医師偏在指標は次表のとおりで、区部の全7圏域、北多摩南部、及び島しょの9圏域が「外来医師多数区域」に該当します。

＜外来医師偏在指標と外来医師多数区域への該当状況＞

全国順位 (335圏域中)	圏域名	国が算定する 外来医師 偏在指標	外来医師多数区域 (全国の上位33.3%)
	全国(参考)	112.2	
1	区中央部	270.1	外来医師多数区域 に該当
2	区西部	201.8	
3	区西南部	185.0	
13	島しょ	145.5	
14	区南部	144.7	
16	区西北部	142.8	
37	北多摩南部	127.7	
58	区東部	120.6	
74	区東北部	116.3	
120	北多摩西部	106.9	該当せず
152	南多摩	102.5	
169	北多摩北部	99.5	
269	西多摩	83.8	

厚生労働省が「医師・歯科医師・薬剤師調査」(令和2年)等に基づき算出

- 区部の全ての二次保健医療圏が外来医師多数区域に該当し、中でも区中央部、区西部、区西南部が全国順位の上位3位であり、大学病院本院が所在する二次保健医療圏が全国上位を占める状況は、前回（令和2年3月の計画策定時）と変わりません。
- 外来医師偏在指標においては、医師の確保が困難な地域等における自治体の医師確保施策等に基づく配置は考慮されず、前回同様、へき地である島しょ圏域が全国13位で「外来医師多数区域」となるなど、外来医師偏在指標が機械的に算出された相対的な数値であり、必ずしも実態を反映していない点には注意が必要です。
- また、都における外来医療の提供体制を確保するための検討においては、次の点に留意することが必要です。

#### 診療所等開設の届出

診療所の開設は、医療法第8条により届出制とされており、憲法上保障された営業の自由との関係により、どこに、どの診療科の診療所を開設するかは、開設者の自由とされています。

#### 病院の外来診療機能

特定機能病院や拠点病院等は救命救急や難病等の特殊な外来を、200床未満の病院等は地域に密着した外来をそれぞれ担い、診療所とともに、外来医療の提供において重要な役割を果たしています。

#### 外来医療機能の多様化

診療所の専門分化、かかりつけ医機能、総合診療機能、救急、在宅、看取りなど外来医療に求められる機能は多様化しています。

#### 都民の受療行動

病状に応じた適切な受療行動が浸透するよう、都民の理解促進を図ることが必要です。

少子高齢化の進展、地域における疾病構造の変化、医療機関の開設・閉鎖等に伴い、都民の受療行動は大きく変化する可能性があります。

- ガイドラインは、外来医師多数区域において、新規開業者に対する取組を行うことを求めています。都の外来医療の課題解決や将来を考えるためには、外来医師多数区域に限ることなく、全ての二次保健医療圏で新たに開業を希望する医師及び既存の診療所の医師に対し、行動変容を促すことが必要です。

- 都は、診療所の新規開業希望者が、地域の外来医療の状況について早い段階から理解を深められるよう、二次保健医療圏ごとに地域で不足する外来医療機能、外来医師偏在の度合いや地域ごとの外来医療機能の偏在等の情報を記載した外来医療計画をホームページで公表するとともに、新規開業手続きの窓口などで情報提供しています。
- また、全ての圏域において診療所の開業手続に合わせて、新規開業者の「地域の外来医療機能の状況を理解し、必要に応じて地域医療へ協力していくこと」の合意を確認し、合意がない新規開業者には、外来医療に係る医療提供体制の確保に向けた協議の場である地域医療構想調整会議への出席要請を行い、協議を行うこととしています。
- なお、「地域の外来医療機能の状況を理解し、必要に応じて地域医療へ協力していくこと」への合意の有無や地域医療構想調整会議における協議の実施の有無により、診療所の開設が妨げられるものではありません。

### (3) 紹介受診重点医療機関等

- こうした診療所医師への取組に加え、外来における患者の行動変容を促し、紹介・逆紹介の流れの円滑化を図るため、紹介状を持った患者の診療に重点を置く医療機関を明確化する「紹介受診重点医療機関」制度が、国において整備されました。
- 都は、紹介受診重点医療機関については、医療機関が報告した外来機能報告の結果を基に、地域医療構想調整会議において協議を行い、協議が整った医療機関を、東京都保健医療局のホームページにおいて公表しています。
- 高齢化が進展するなか、慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する患者を地域で支えるために必要な「かかりつけ医機能」について、国は全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）により医療法を一部改正し、「かかりつけ医機能」について各医療機関が都道府県知事に報告することなどを含む「かかりつけ医機能報告制度」を令和7年4月に創設することとし、制度の詳細について検討を進めています。

## 2 医療機器

- 二次保健医療圏ごとのCT、MRIなどの高額医療機器<sup>1</sup>の調整人口10万人当たりの台数は、次のとおりです。

＜都内二次保健医療圏の調整人口当たり台数の状況＞

	調整人口当たり台数(台/10万人)				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療 (体外照射)
全国	11.5	5.7	0.47	3.4	0.82
東京都	9.6	5.0	0.52	3.6	0.96
区中央部	29.7	17.3	3.85	13.6	5.42
区南部	8.4	4.5	0.10	2.7	0.94
区西南部	7.8	5.2	0.17	3.3	0.88
区西部	9.8	5.3	0.98	5.3	1.20
区西北部	8.1	3.7	0.48	2.5	0.66
区東北部	9.6	4.6	0.08	2.0	0.24
区東部	7.1	4.0	0.47	2.5	0.72
西多摩	10.1	2.5	0.25	2.1	0.74
南多摩	7.8	3.9	0.07	2.3	0.36
北多摩西部	7.6	5.4	0.65	2.9	0.66
北多摩南部	8.7	3.9	0.00	2.2	0.79
北多摩北部	6.7	2.9	0.14	2.4	0.57
島しょ	24.2	3.6	0.00	0.0	0.00

資料：厚生労働省が「医療施設調査」（令和2年）等に基づき作成した調整人口当たり台数

- CT、MRIなどの高額医療機器については、人口当たりの医療機器台数に地域差があり、また、医療機器の種類ごとに地域差の状況が異なります。

- 高額な医療機器を効率的に活用するためには、医療機器の共同利用を進める必要があることから、高額な医療機器を購入（新規又は更新）する医療機関が作成する当該機器の共同利用に係る計画（以下「共同利用計画」という。）について、地域医療構想調整会議において協議を行い、結果を取りまとめ公表しています。

共同利用計画には、次の内容が盛り込まれていることを確認しています。

- ・ 共同利用の相手方となる医療機関
- ・ 共同利用の対象とする医療機器
- ・ 保守、整備等の実施に関する方針
- ・ 画像撮影等の検査機器については画像情報及び画像診断の提供に関する方針

- 医療機関が購入する医療機器の共同利用を行わない場合については、共同利用を行わない理由について地域医療構想調整会議で確認しています。

<sup>1</sup> 本計画における医療機器とは、以下の5種類を指す。①CT（全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT）、②MRI（1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI）、③PET（PET及びPET-CT）、④マンモグラフィ、⑤放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）

- なお、共同利用計画作成の有無により、医療機器の購入が妨げられるものではありません。
- また、ガイドラインでは、地域における医療機器の効率的な活用に向けて、医療機器の共同利用方針を定めることとされており、都は、全ての二次保健医療圏、全ての医療機器共通の共同利用方針を次のとおりとしています。

#### ＜医療機器の共同利用方針＞

※5種共通（CT、MRI、PET、マンモグラフィー、放射線治療）

- ・ 連携する医療機関との間で共同利用を進める
- ・ 保守点検を徹底し、安全管理に努める
- ・ 検査機器の共同利用にあたっては、画像情報、画像診断情報の共有に努める

- なお、「共同利用」については、画像診断や放射線治療が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含みます。

## 課題と取組の方向性

### ＜課題1＞外来医療機能の明確化・連携

- 都の実情に応じた外来医療提供体制を確保するためには、地域で不足する外来医療機能を可視化し、外来医師多数区域に限ることなく全ての圏域において外来医療を担う医師の自主的な行動変容を促すことが必要です。
- 地域の外来医療の状況をより詳細に明らかにするため、診療所のみならず病院の外来医療機能も含めて、外来医療に関する区市町村単位及び診療科別等の現状を分析把握し、当該データに基づいて地域における協議を行うことが必要です。
- 各医療機関の外来医療機能を明確にし、患者の紹介・逆紹介の流れを一層円滑化するため、地域の実情を踏まえた協議により、紹介受診重点医療機関を公表し、医療関係者、都民に周知する必要があります。
- 国が検討する、かかりつけ医機能が発揮される制度では、都道府県が医療機関からの報告を踏まえ、当該医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、地域の協議の場に報告・公表すること等が想定されています。都内には約1万5千の医療機関が所在することから、協議の場の運営方法等について検討していくことが必要です。

**(取組1) 外来医療機能の明確化・連携の推進**

- 外来医療を担う医師の自主的な行動変容を促すために必要な情報を提供するとともに、全ての圏域で新規開業希望者に地域医療への協力を要請します。
- 区市町村単位及び診療科別等の外来機能の現状を詳細に分析して可視化し、外来医療機能の明確化・連携に向けた協議を実施していきます。
- 毎年度の外来機能報告に基づき、地域医療構想調整会議での協議を踏まえて紹介受診重点医療機関を公表し、紹介・逆紹介の流れを円滑にします。
- かかりつけ医機能に関しては、国の詳細な制度設計を注視し、都の実情に応じた対応を検討していきます。

**<課題2> 医療機器の効率的な活用**

- 医療機関間での共同利用により、高額な医療機器の効率的な活用を図るには、医療機器の新規購入や更新を検討している医療機関が、近隣の医療機関における共同利用可能な医療機器の配置状況や利用状況を把握できることが必要です。
- 医療機器の共同利用については、法令等で定められている保守点検計画の策定等を遵守した上で運用すべきであることから、都は、共同利用を運用するに当たり医療機関が遵守すべき事項を共同利用方針として定めています。

**(取組2) 医療機器の効率的な活用**

- 医療機器の配置状況に関する情報を可視化するとともに、医療機器の保有状況等に関する情報を提供していきます。
- 新規に高額な医療機器を導入する医療機関に対し、医療機器の共同利用計画書の提出を求め、地域医療構想調整会議で確認します。
- 医療機器の共同利用を行う医療機関に対し、共同利用方針の遵守を求めます。

## 外来医師偏在指標及び高額医療機器の調整人口当たり台数

- 外来診療所医師の偏在状況を把握するために、国が全国の二次保健医療圏ごとに算定する指標が「外来医師偏在指標」です。また、高額な医療機器の配置状況を可視化するために、国は全国の二次保健医療圏ごとに「高額医療機器の調整人口当たり台数」を算定しています。「外来医師偏在指標」は、次の5つの要素を勘案した人口10万人対の診療所患者当たりの診療所医師数です。

### ①医療需要（ニーズ）及び人口構成とその変化

地域ごとの医療ニーズを、人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の外来受療率により反映

### ②患者の流出入

外来医療では、患者の動きが大きいことから、医療機関所在地ベースの考え方を採用し、患者調査（平成29年厚生労働省）に基づく全ての流出入を反映

### ③へき地等の地理的条件

へき地等における外来医療機能の確保は医師確保計画の中で対応することとし、外来医師偏在指標の算定に当たっては考慮しない。

### ④医師の性別・年齢分布

地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付け

### ⑤医師偏在の種別（区域、病院／診療所）

#### ・区域

外来医療における医療需要の多くは二次保健医療圏よりも小さい地域で完結していると考えられるが、指標の算出に当たって、市町村単位では必要なデータを必ずしも把握できないため、二次保健医療圏を単位に設定

#### ・病院／診療所

外来医療機能の多くは診療所で提供されていることから、外来医師偏在指標は診療所の医師数をベース。病院については、入院機能と外来機能の切り分けが難しいことも、診療所医師数に限定している要因

○外来医師偏在指標の計算式

外来医師偏在指標

$$= \frac{\text{標準化診療所医師数}(\ast 1)}{\left( \frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万人}} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 2) \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}(\ast 4)}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化診療所医師数} = \sum \frac{\text{性年齢階級別診療所医師数}}{\text{診療所医師の平均労働時間}} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$(\ast 2) \text{ 地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率}(\ast 3)}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$(\ast 3) \text{ 地域の外来期待受療率} = \frac{\sum \left( \frac{\text{全国の性年齢階級別外来受療率}}{\text{地域の性年齢階級別人口}} \right)}{\text{地域の人口}}$$

$$(\ast 4) \text{ 地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来延べ患者数}}$$

○高額医療機器の調整人口当たり台数の計算式

高額医療機器の調整人口当たり台数

$$= \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万人}} \times \text{地域の標準化検査比率}(\ast 1)}$$

$$(\ast 1) \text{ 地域の標準化検査比率} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数(外来)}(\ast 2)}{\text{全国の人口当たり期待検査数(外来)}}$$

(※2) 地域の性年齢調整人口当たり期待検査数(外来)

$$= \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数(外来)}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

## 紹介受診重点医療機関とは

- 紹介受診重点医療機関とは、紹介状を持った患者の診療に重点を置く医療機関であり、手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来など、より専門的な検査や治療を重点的にを行います。
- まずは身近なかかりつけの医療機関を受診し、専門的な検査や治療が必要と判断された場合に、紹介状を持って紹介受診重点医療機関を受診することで、かかりつけの医療機関と紹介受診重点医療機関の役割分担が明確になり、医療機関の混雑緩和やスムーズな受診につながることを期待されます。



- 都内の紹介受診重点医療機関は、東京都保健医療局のホームページで公表しています。(令和5年8月1日現在 83 医療機関)

### 東京都保健医療局ホームページ内アクセス方法

医療政策 ▶ 医療・保健施策 ▶ 東京都保健医療計画関連事項 ▶  
紹介受診重点医療機関

URL⇒ [https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo\\_hoken/kanren/syoukaijushin.html](https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/syoukaijushin.html)

地域医療構想調整会議及び地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループ  
で出された外来医療機能に関する意見

**区中央部**

- ・ 特定の在宅医に訪問診療の依頼が集中しがちだが、依頼する数が増えるにつれて在宅医との信頼関係が深まり、連携がより取りやすくなった。
- ・ 在宅療養を希望する区民は増えつつあり、訪問診療の実施件数も増加している。
- ・ コロナ禍があけてからは、地域に在宅を支援するクリニックや訪問看護ステーションが増え、連携先としての繋がりができてきた。
- ・ 訪問看護ステーションの数は充足しており、ステーション間の連携も取れている。
- ・ 例えば循環器専門医、眼科専門医等とデジタルデバイスを通じて連携するなど、医療DXの取組も今後進む予定。
- ・ 産科や小児科など、特に夜間・休日の救急対応が多い診療科の受け入れ体制は不十分。
- ・ 休日夜間診療を輪番制で行っているが、実施する医療機関数が限定されていることから、一部の医療機関の負担が大きくなっている。
- ・ スペシャリティを持っているような先生のところに通いたいという患者さんの逆紹介については、ある程度の壁がある状況。

**区南部**

- ・ コロナ禍を経て、地域医療機関(在宅医療機関、入院医療機関)の連携が深まった印象。
- ・ 訪問診療を専門で行う新規診療所や、訪問看護ステーションの数は増加している。
- ・ 土日・休日の夜間は診療体制が確保されているが、平日夜間については現在小児科のみの対応。通常時は二次三次の救急医療体制が担保されていれば十分だが、感染症流行時等における平日の内科初期救急医療の体制整備は課題である。
- ・ 大田区の医療機関の情報がデジタル化されており、(紹介・逆紹介の際の)医療機関の選択という部分に関しては、現場としてそこまで苦勞していない。
- ・ オンライン診療の枠組みはできたものの、普及・活用は図られていない。外来の機能分化の更なる推進、患者の移動負担や診療現場の混雑、待ち時間の軽減などが課題である。
- ・ 外来施設については診療科の偏りも地域医療の確保においては影響が大きいいため、単に数のみを見るのではなく総合的に必要な機能を判断する必要がある。
- ・ かかりつけ薬局が増加してきているが、麻薬などの処方薬や無菌調製などで対応できる薬局が限られている。

## 区西南部

- ・在宅療養支援病院／診療所や訪問診療・看取りを実施する診療所及び訪問看護ステーションの数は増加している。
- ・がん末期や他の疾患による終末期の療養先として在宅を選択するケースは確実に増えている。
- ・区内で在宅医療を行う医療機関同士の連携を図り、また医師会内で在宅専門医療機関への依頼ができる関係作りを強化したことで紹介頻度が増え、区内で完結する形が見えてきた。
- ・コロナを経験し、行政も含め医療のサポート体制を構築していく機運ができたように思う。
- ・夜間休日、眼科・耳鼻科・泌尿器科などマイナー科の受け入れ先は少ない。
- ・初期救急医療体制について、人口の増加等による地域偏在が課題となっており、一部の地域では区民の初期救急医療へのアクセスがしづらくなっている。
- ・二次医療圏外にかかりつけ医療機関を持つ区民がいるなど、区内及び圏内で医療連携を含む医療提供体制の課題を解決することが難しい。

## 区西部

- ・訪問診療、訪問看護ステーションは充足していると感じる。特に訪問看護ステーション数は急激に増えている。
- ・地域の多職種連携ICTシステムを活用し、感染症流行下であっても定期的なオンライン多職種連携会が継続開催できるようになった。
- ・コロナ禍を経験し、在宅療養者の24時間支援体制を構築するためのデジタル活用について、地域の機運が高まっている。
- ・平日日中の在宅療養支援体制は充実しているが、深夜帯の体制が十分とは言えない。小規模診療所の24時間体制をサポートする仕組みが必要。
- ・在宅医療でICTの活用が増えてきたが、まだ電話やFAXでの連絡も多い。また、ICT連携はしているが医療職同士が中心となっており、介護職の参入が少ない。
- ・今後進められる医療DXにより、患者情報の共有化とそれに伴って医療の質の向上を図る必要がある。在宅の現場で医療情報を地域でいかに共有し活用できるか、体制をどうするか検討を進めていく必要がある。
- ・在宅療養に移行する手前の段階にある、フレイル、プレフレイルの高齢者を早期にトリアージして、医療・介護・行政が情報共有してケアできるシステムを作ることが必要である。

## 区西北部

- ・在宅療養支援病院／診療所の件数、訪問診療実施件数、自宅死の割合が増加しており、在宅療養支援事業の効果が一定程度現れているものとする。
- ・「医療連携・在宅医療サポートセンター」を設置し、在宅医療における入退院連携や在宅医療に関する医師のサポート等を開始している。
- ・病院と診療所の連携により、総合的な診療が行われているということを実感。
- ・コロナ禍を経て多職種間の連携が強化され、他区との連携でも情報のやり取りが緊密となった。
- ・在宅医療の資源は増えつつある一方で、在宅療養対象者も増加しつつあるため、資源の適切な配分が必要である。
- ・夜間、休日における救急医療、特に初期医療・救急車の受け入れに関して、各病院の医療資源を共有していくことは、今後の高齢者救急の増加に伴って重要。
- ・地域内で、診療科の偏りがみられる。具体的には、眼科が駅周辺に集中している。地域全体では、皮膚科、耳鼻咽喉科が少ない。
- ・開業医の先生がこういった患者を受けていただけるかがなかなか把握できないので、その辺の情報が詳細に伝わるようになれば病診連携がうまくいく。

## 区東北部

- ・訪問診療に力を入れる医療機関が増え、訪問診療専門も多くなってきている。また、SNSを活用し、多職種での連携や情報共有などがしやすくなった。
- ・訪問診療専門の診療所も増え、またその診療所を利用されている方も増えた。看取り期に入られた方のご家族が最期は自宅だと希望され、訪問診療、訪問看護等のサービスにつなぐケースも複数あり、在宅療養というカードを提示しやすくなった。
- ・多職種の連携を強化していくための意識や取組が増えている。
- ・在宅療養者に対する皮膚科、眼科、耳鼻科等の専門医も含めたチーム編成が今後の課題。
- ・在宅療養の中心となる訪問看護と医療機関、介護事業所との連携を促進していくため、情報共有ツールの活用や相互理解の促進が必要である。
- ・小児科が少なく、保育園が増えたため園医の需要が多く、保健センター等での乳幼児健診への協力が得られないようになった。
- ・病院のように大きな特徴や専門性が見えにくく、訪問診療を行うところが増えた分、地域の利用者が選びにくくなった。また、遠方から出勤する医師が多く、地域に住んでいる医師が少ないため、災害時などの対応が課題である。

## 区東部

- ・在宅療養支援病院/診療所が増加した。訪問看護ステーションの数も増えて自宅での看取りも増えている。訪問診療医も活発に活動しており、概ね在宅療養は推進されていると思う。
- ・在宅医療・介護連携推進事業会議を継続的に開催し、多職種連携推進を目的とした研修等についても情報や知識等の共有に努め、顔の見える関係の深化を進めている。
- ・在宅療養支援診療所の数や訪問診療件数、看取り件数が増えており、また、主治医一副主治医システムなど、全体として在宅医療の状況は良い方向に向かっている。支援者間で連携しながら患者支援をするという考え方も当然のこととして関係者の間で理解が進んでいると感じている。
- ・小児科の夜間、休日等の対応が出来る医療機関が少ない。児童相談所との関わりのある医師が少なく、一人の医師にかかる負担が大きい。児童精神科の予約待ちが長く、また専門医療機関が少ない。
- ・かかりつけ医として診療してきた医師が、在宅医療を行う医療機関とどのように連携していくかが課題であり、在宅専門の医療機関との連携なども視野に入れ、区内にとどまらない在宅医療体制を作ることが必要である。

## 西多摩

- ・在宅医療提供クリニックが増え、訪問看護ステーションも機能強化が図られており、在宅療養は充実してきていると感じる。
- ・訪問看護ステーションが増え、在宅療養を支える資源が充実した一方、訪問介護事業所のヘルパーの減少や高齢化等により、介護生活を支える資源不足となっている。
- ・主任ケアマネ連絡会で医療職から研修を開催し、医療と介護の連携強化に繋がっている。
- ・初期救急医療の輸番を依頼している医師の高齢化、医療機関の減少等により、従来の診療体制を維持することが困難となっている。
- ・独居高齢者や、親族がいてもキーパーソンになり得ない高齢者も地域で多く生活しており、必要な支援体制を整えるのに困難、あるいは非常に時間がかかることが課題。
- ・介護福祉の需要が増加しているが、人的資源（特にヘルパーさん）が圧倒的に不足している。
- ・広域医療圏でかつ医師数が過少、診療所医師の高齢化及び多様な合併症を有する高齢地域住民の増加等が顕著である。
- ・眼科・耳鼻科・皮膚科等の専門外来機能を提供する医療機関が少ない。

## 南多摩

- ・在宅療養支援病院／診療所数、訪問診療を実施する診療所数ともに増加しているものの、今後更に増加する在宅療養に対応するため、医療と介護が更に連携する必要がある。
- ・近隣市からも参入している在宅医療機関が増加しているが、市で研修会等を実施する際に市内の医療機関に偏る傾向があり、市外医療機関にも案内、意識共有が必要。
- ・在宅療養に関わる多職種の世代交代が進んでおり、地域の顔の見える関係の再構築が必要である。
- ・在宅医療相談窓口において、問合せ内容が多岐、また専門性が高く、相談対応にあたる専門的な知見を有する人材の確保・育成及び多職種連携の充実が課題。
- ・耳鼻科・眼科の学校医が不足しており、5校以上の兼任が常態化している。
- ・夜間休日帯における小児救急、周産期救急が課題である。
- ・夜間、休日における初期救急医療は、医師の働き方改革の導入により成り立たなくなりつつある。今後は、地域の病院間の当番制導入も視野に入れた新しい対応が必要。
- ・移動手段がなく、受診が困難な高齢者が今後どんどん増えていくことについて、受診、受療の機会をきちんと提供するという観点から、対応を検討していく必要がある。

## 北多摩西部

- ・地域ケア会議や地域医療研修を通して、医療と介護の連携強化が図られ、入院、受診相談、訪問診療、難病患者家族のレスパイト入院等、様々な医療ニーズへの対応がスムーズになった。
- ・コロナ禍で在宅療養を取り巻く各方面の協力・連携・調整体制が整備され、連携がしやすい状況になった。
- ・ICTのツールが一般的になり、多職種で活用できるケースも増えてきたが、利用しない医療機関もあり、連携のスピード感に差が出ているように思われる。
- ・市内に7ヶ所ある在宅療養支援診療所と近隣市の訪問診療クリニックにより夜間も含めて支援出来ていると考えるが、その中には実質医師1人で対応しているクリニックが複数あるため、持続可能性を考えると課題。
- ・在宅・医療介護連携支援センターの設置や多職種連携研修会などの開催により、専門職に対する「在宅療養」の周知については一定程度実施できているが、市民への周知については改善の余地がある。
- ・高齢者数並びに要支援・要介護者数の増加に伴い、在宅で介護サービスを利用する人数が増え、相対的に在宅療養のニーズが増加しているが、かかりつけ医・歯科医・薬剤師をはじめとしたマンパワーや、在宅療養支援診療所のほか訪問看護や居宅療養管理指導を24時間提供する体制の整備が不足している。

### 北多摩南部

- ・地域で退院後フォローする患者さんが増えてきている中、病院同士でつながって退院前カンファレンスを実施したり、ケアマネを通して情報共有できる環境が増えてきている。
- ・訪問診療のクリニックが増加し、患者やケアマネが気楽に相談しやすくなった。アウトリーチ的な動きも増えたことは良い傾向だと感じる。また、情報システムを活用しこまやかに情報を共有できるようになってきた。
- ・強化型在宅療養支援診療所が増えて、地域の在宅医療環境は整ってきている。
- ・ここ数年でICTの活用がすすみ、MCSで主治医を中心に多機関・多職種がタイムリーに情報共有する場面が増えている。
- ・新規の在宅療養支援診療所が増え、内科以外の皮膚科や眼科、精神科等の医師も非常勤で所属するクリニックが増えた。医療モールなども出来ているが、新しいクリニックでは往診・訪問診療を行うところは少ない。
- ・看取り等で、本人の意思が確認できず適切なサービスが提供できない事例が近年多く、関係機関でも、ACPに対する正しい知識を持っていない方が多い。
- ・クリニックごとの横のつながりと、それを踏まえての在宅医療の24時間体制の構築が課題である。

### 北多摩北部

- ・訪問診療を専門的、積極的に行う医療機関や訪問看護ステーションも増加し、資源は充足してきている。
- ・リモートやICTを活用することで多人数の多職種が情報共有、意見交換が可能となり利便性が向上した。
- ・コロナ禍で自宅療養者が増えたことにより、保健所と在宅訪問診療や訪問看護ステーション等の関係機関との連携が深まった。
- ・整形外科領域の当直を行っている医療機関が少なく、夜間・休日の受け入れ体制が不十分である。
- ・多職種連携において医師、看護師、MSW、ケアマネの連携は構築されてきたが、介護、歯科医師、栄養士、薬剤師、理学療法士などの連携拡大が必要である。
- ・在宅療養者の増加に対して、地域全体として24時間夜間休日の統一した往診体制、かかりつけ医をサポートできる体制が構築されていない。
- ・独居や身寄りのない方が増えている中、介護量の増加やエンドオブライフの時期に入った際に、「在宅は無理」と多職種が判断してしまうことは現在もあり、意思決定に沿った暮らしの支援に対する課題がある。

## 島しょ

- ・ 診療所において総合診療を行っており、広尾病院など都立病院と連携し、外来医療を提供しているが、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科など専門診療について、島内で受診する機会が年1回しか確保できていないため、本土の医療機関への受診が必要。
- ・ 医療、介護、福祉の各分野で人材不足がある。診療所においても常勤の薬剤師が欠員であり、看護師についても一部を短期派遣で確保しているが観光のオフシーズンである冬場を中心に派遣の看護師が減る。その一方で発熱外来などの繁忙度が大きく、職員の負担が大きい。
- ・ 独居・身寄り無・認知症・老老介護など社会生活困窮者、困難者が増えている。外来受診している方は何らかの関わり・介入が出来るが、それ以外の方は介入困難な方が多い。予防の段階で介入できると良いが、マンパワー不足などにより不十分。
- ・ 高齢独居、身寄りのいない患者さんが体調悪化時や自宅での生活困難となった時の意思決定や患者の療養先の選定、移動手段の確保が難しいことが多々ある。
- ・ 進行がん、再発がんに対しての化学療法の進歩に伴って、生活を維持しながら外来化学療法を島で継続したいというニーズが増えている。マンパワー、リソースや経験の乏しい地域で今後どのように対応していくか悩ましい状況を感じている。
- ・ 離島は狭い地域なため医療・福祉が連携することで調整もスムーズにいくはずだが、大きな壁は人材不足である。

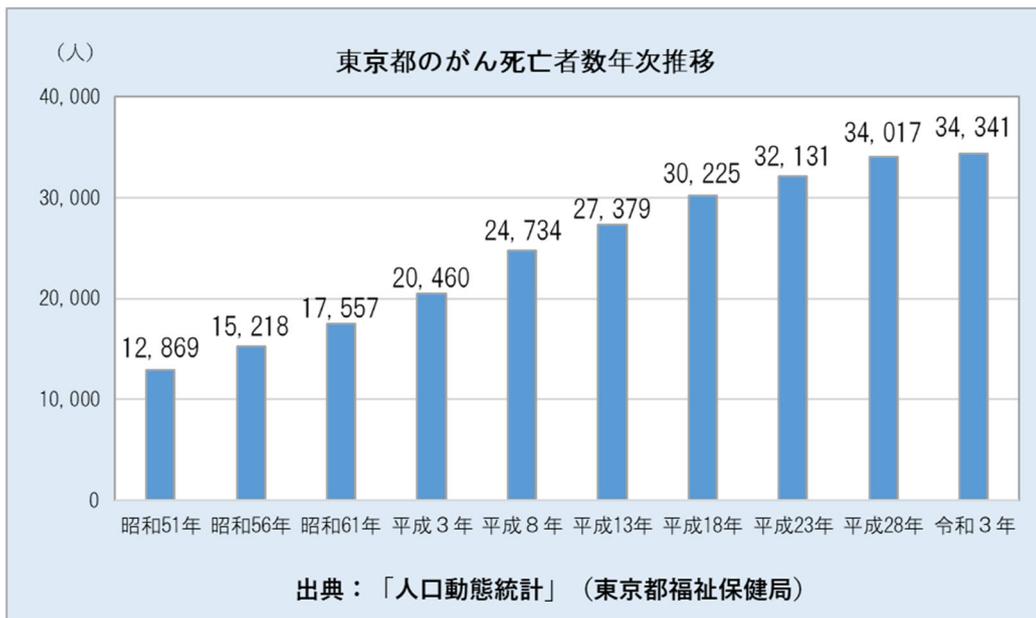
## 第6節 切れ目のない保健医療体制の推進

## 1 がん

- 誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての都民とがんの克服を目指すために、次の取組を推進します。
  - ① 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実を図ります。
  - ② 患者本位で持続可能ながん医療の提供を推進します。
  - ③ がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる地域共生社会の構築を図ります。

## 現 状

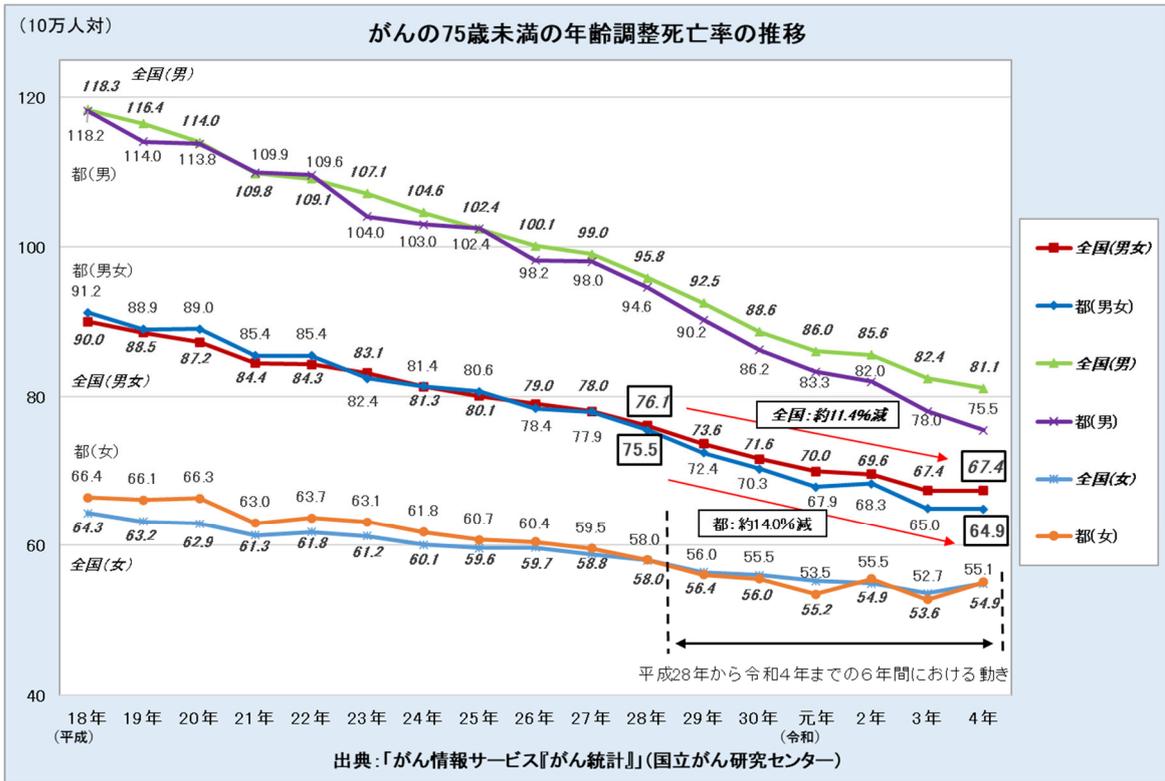
- がんは、昭和52年より都民の死因の第1位です。がんによる死亡者数は令和3年には3万4千人であり、全死亡者数の26.9%を占め、およそ4人に1人ががんで亡くなっています。



- 都のがんの75歳未満年齢調整死亡率<sup>1</sup>は、平成28年には男女全体で75.5でしたが、6年後の令和4年には64.9となり、約14.0%減少しました。全国では、平成28年には76.1でしたが、令和4年には67.4と約11.4%減少しています。両者を比較すると、都の方が死亡率の減少幅が大きくなっています。

<sup>1</sup> 年齢調整死亡率：高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較したり、同じ集団の死亡率の年次推移を見るため、集団全体の死亡率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した死亡率（人口10万対）。壮年期死亡の減少を高い精度で評価するため、「75歳未満」の年齢調整死亡率を用いている。

- しかし、一層の高齢化の進展が予測されていることから、がん患者の一層の増加が見込まれます。



- がん罹患については、令和元年のがん罹患数<sup>2</sup>は男女全体で97,948人（上皮内がんを除く。）であり、年齢調整罹患率<sup>3</sup>は401.2という状況です。

## 1 がん予防

### (1) がんの予防

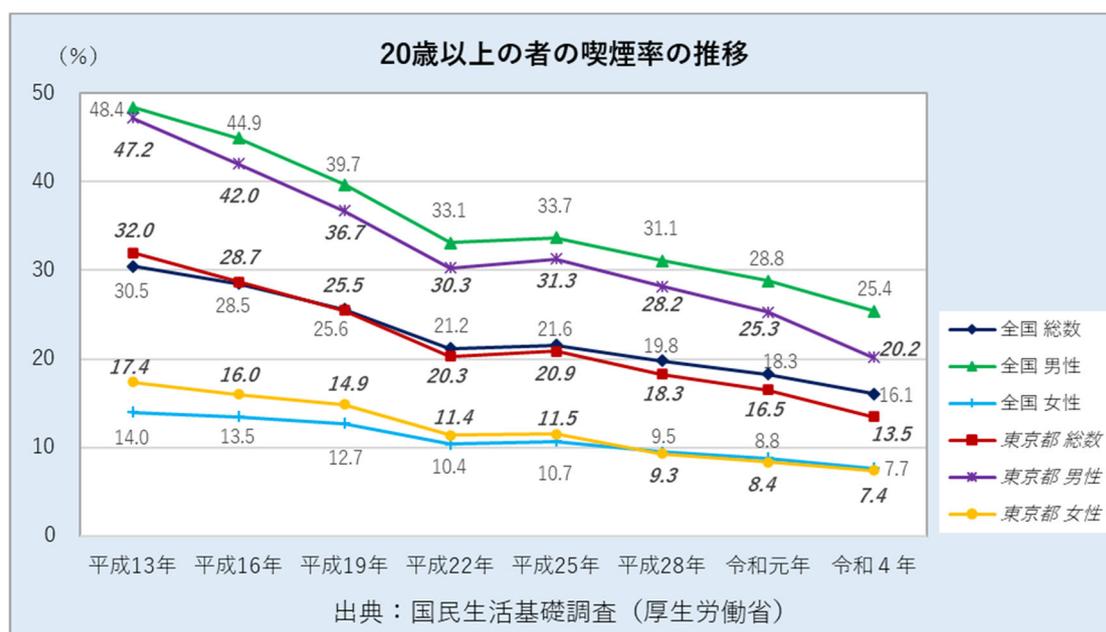
- 予防可能ながんのリスク因子として、食事や身体活動、喫煙等の生活習慣が挙げられます。「禁煙」「節酒（飲酒する場合には節度のある飲酒を）」「食生活」「身体活動」「適正体重の維持」に「感染」を加えた6つの予防法を実践することで、がんを防ぐことにつながるとされています。
- 喫煙は、がん、虚血性心疾患や脳卒中などの循環器病、COPDを含む呼吸器疾患、糖尿病、周産期の異常や歯周疾患等のリスクを、受動喫煙は、肺がんや虚血性心疾患等のリスクを、それぞれ高めるとされています。また、「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書(平成28年8月)」

<sup>2</sup> がん罹患数：一定の期間内（通常は1年）にがんと診断された数（1人の患者が複数のがんと診断されることがあるため、がん患者数とは異なる。）

<sup>3</sup> 年齢調整罹患率：罹患数を対象集団の人口で割ったものを、（粗）罹患率といい、年齢調整罹患率は、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で罹患率を比較したり、同じ集団の罹患率の年次推移を見るため、集団全体の罹患率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した罹患率（人口10万対）。

では、受動喫煙の影響による年間死亡者数は、全国で約1万5千人と推計されています。

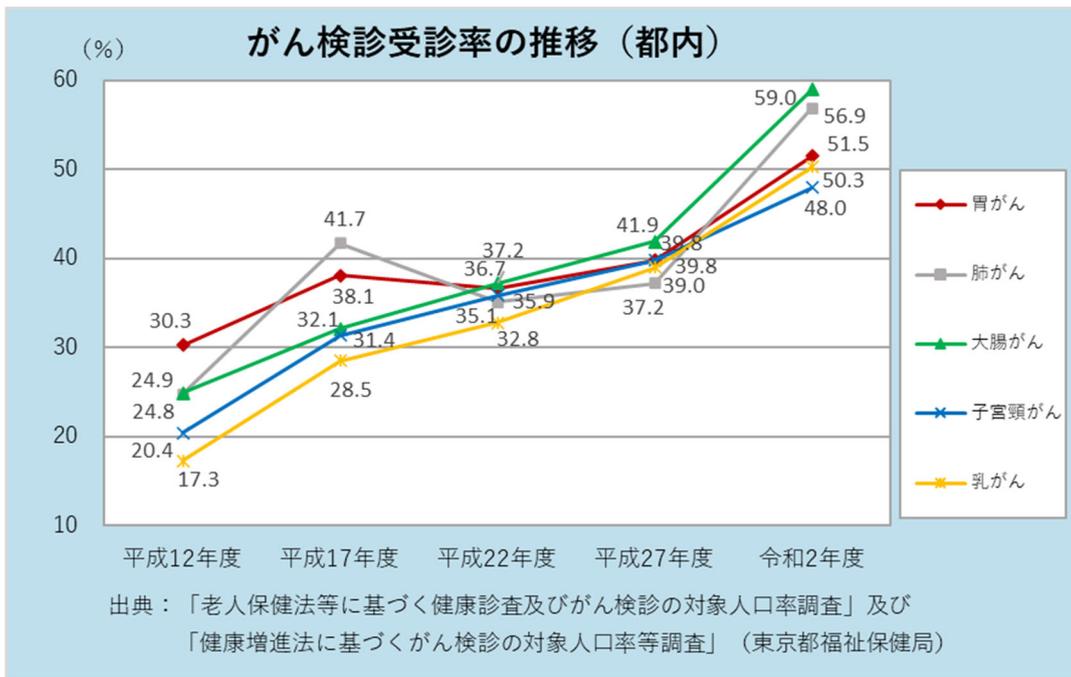
20歳以上の都民の喫煙率は減少傾向にあり、全体で13.5%、男性で20.2%、女性で7.4%と、全国平均より低くなっています。



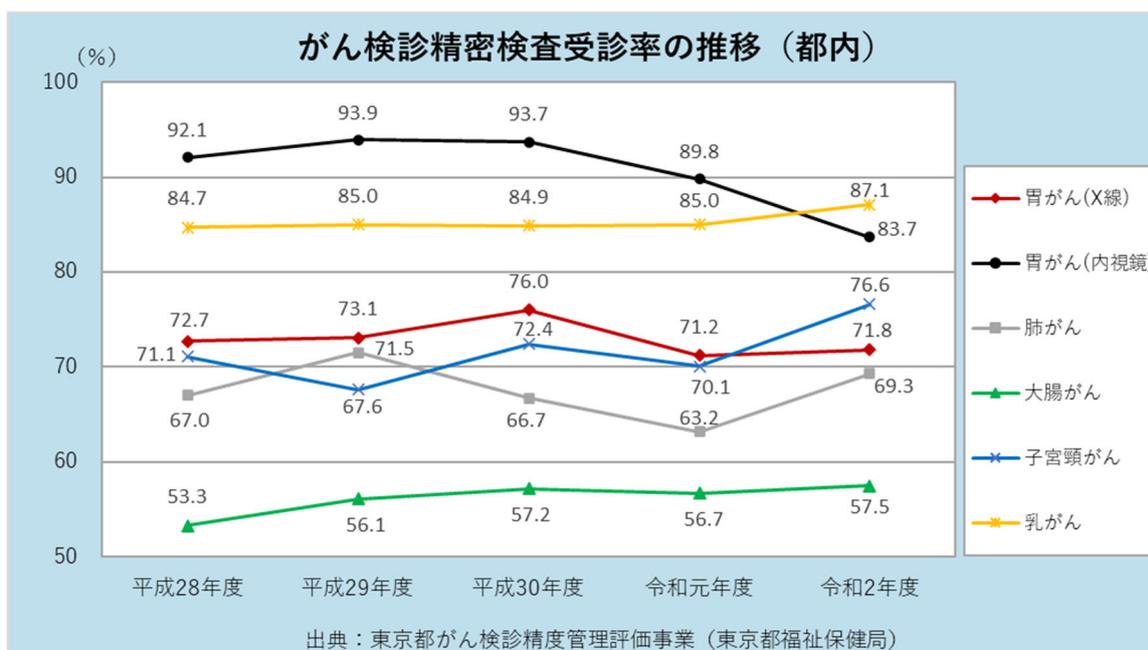
- 都は、受動喫煙による健康への悪影響を防止するため、平成30年に、健康増進法に加えて、都独自の上乗せ事項等を規定する東京都受動喫煙防止条例を制定しました。令和2年4月から改正健康増進法と都条例が全面施行となり、多数の人（2人以上）が利用する施設の屋内が原則禁煙となりました。
- 法や都条例が全面施行される前の「受動喫煙に関する都民の意識調査」（令和元年10月）によると、受動喫煙の機会がある人の割合は、飲食店、職場でそれぞれ40.5%、9.8%でしたが、全面施行から2年経過した令和4年度の調査では、それぞれ18.3%、5.9%となりました。
- 日本人のがんにおいて、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで第2位、女性では最も大きな要因となっています。ウイルスには、肝がんに関連するB型・C型肝炎ウイルス、子宮頸がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、ATL（成人T細胞白血病）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型等、また、細菌としては、胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリ等があります。

## (2) がんの早期発見

- がんの死亡率減少のためには、定期的ながん検診の受診による早期発見が重要です。都では、より多くの都民ががん検診を受診することを目指しています。都におけるがん検診受診率は上昇傾向にあり、令和2年度時点では、おおむね50%に到達しています。



- また、がん検診は、科学的根拠に基づく質の高い内容であることも重要です。  
国は、区市町村が実施主体となっているがん検診について、実施体制、対象年齢、受診間隔、検査項目等を「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「検診指針」という。）で定めています。しかし、検診指針に基づくがん検診を実施していない区市町村もあります。
- 精密検査の受診率については、90%を目標として掲げていますが、いずれのがん種においても90%には達していません。



- 職域においては、事業者や医療保険者が、従業員又は被保険者、その家族に対するがん検診を行っているところもありますが、制度上の位置付けが明確でなく、対象となるがん種や検診方法、実施回数などに関する基準がないため、実施状況は様々です。国は、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組むとともに、将来的には、職域におけるがん検診の実態把握や精度管理を推進するための取組を検討するとしています。

## 2 がん医療

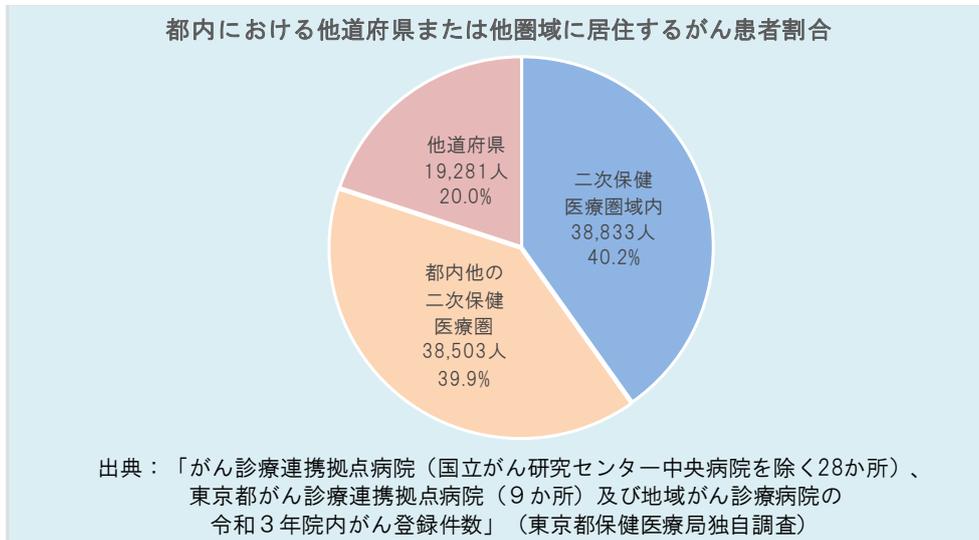
### (1) がん医療の提供

- 成人のがんについては、都内で59か所の病院が国又は都によって拠点病院等（成人）<sup>4</sup>に指定され、都のがん医療水準の向上に努めています（令和5年12月1日現在）。

指定者	種類	指定数
国	都道府県がん診療連携拠点病院	2か所
	地域がん診療連携拠点病院	27か所
	地域がん診療病院	1か所
都	東京都がん診療連携拠点病院	9か所
	東京都がん診療連携協力病院	20か所

<sup>4</sup> 拠点病院等（成人）：都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、東京都がん診療連携拠点病院及び東京都がん診療連携協力病院をいう。

- 都内の国拠点病院<sup>5</sup>、地域がん診療病院及び東京都がん診療連携拠点病院（以下「都拠点病院」という。）を受診するがん患者のうち、他道府県に居住している患者の割合は20.0%であり、およそ5人に1人は他道府県の患者です（令和3年院内がん登録件数）。



（四捨五入により算出しているため、図表中に記載している割合を合計しても100%となりません）

- 小児がんとは、主に15歳未満の小児に発症する希少がんの総称で、都内で新たにがんと診断された0歳から14歳までの人は年間で約240人<sup>6</sup>（罹患数）です。都内では、国により指定された2か所の小児がん拠点病院と都が独自に認定した13か所の東京都小児がん診療病院（以下小児がん拠点病院と東京都小児がん診療病院を総称し「拠点病院等（小児）」という。）で東京都小児がん診療連携ネットワークを構成し、連携して医療を提供する体制を確保しています。
- 「AYA世代」とは、Adolescent and Young Adult 世代の略で、主に15歳以上40歳未満の思春期及び若年成人世代を指します。AYA世代のがんは、主に19歳までの者を指すA世代においては、小児がんと同様に白血病や希少がんが多くを占めます。一方、20歳以上のYA世代になると、徐々に成人のがん種が増え始め、30歳代になると女性乳がん、子宮頸がん、大腸がん、胃がん等の成人のがんが多くを占めるようになっていきます。

<sup>5</sup> 国拠点病院：都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。  
<sup>6</sup> 全国がん登録（2019年）による（上皮内がん除く）。

- 医療技術等の進歩により、多くの小児がん患者が思春期・成人期を迎えるようになってきました。適切な医療を受けるためには、年齢に応じて小児科から成人診療科に移行する必要があります。そのため、小児科から成人診療科への円滑な医療の橋渡しや、患者及び家族に対する自立支援等、患者の年齢や状態に応じた医療を受けることができるようにするための移行期医療支援が求められています。
- 小児・AYA世代のがん患者には、晩期合併症などへの対応など、治療後も長期にわたる検査・診断・支援等のフォローアップや、がん治療の影響による生殖機能低下を考慮した生殖機能の温存に関する治療前からの情報提供などが必要です。

## (2) 緩和ケア

- 都内には、33 病院で緩和ケア病棟が設置されており（計 698 床）、専門性の高い緩和ケアを提供しています（令和5年12月現在）。

## 3 がんとの共生

### (1) 相談支援

- 国拠点病院、地域がん診療病院、都拠点病院及び拠点病院等（小児）は、看護師や医療ソーシャルワーカー等の相談員を配置した「がん相談支援センター」を設置し、がんの治療に関する一般的な情報の提供や、療養生活、治療/介護と仕事の両立、小児がん患者の長期フォローアップ等に関する質問や相談に対応しています。

## 4 基盤の整備

### (1) がん登録

- がん登録は、がん患者について、診断、治療及びその後の転帰に関する情報を収集し、分析する仕組みです。がん対策を効果的に実施するためには、がん登録のデータを活用することにより、がんの患者数、罹患率、生存率及び治療効果等の実態を正確に把握する必要があります。

### (2) がんに関する理解促進

- 学校教育では、学習指導要領に基づき、主に体育・保健体育の授業の中で、疾病の予防と関連付けて指導をしています。また、文部科学省は、平成28年4月に、「がん教育推進のための教材」（以下「教材」という。）や「外部講師を用いたがん教育のガイドライン」（以下「教育ガイドライン」という。）を策定しています。

## これまでの取組

### 1 がん予防

#### (1) がんの予防

- 「東京都健康推進プラン21」に基づき、がんを含めた生活習慣病の予防に向け、生活習慣改善のための普及啓発や環境整備等を推進するとともに、区市町村が行う取組への支援を行っています。

また、日常生活の多くの時間を過ごす職域において、健康づくりの取組が実践できるよう、事業者団体と連携し、主に中小企業に対する普及啓発や取組支援を推進しています。

- 喫煙については、健康影響に関する普及啓発や禁煙希望者への支援、20歳未満の者の喫煙防止等を行っています。

受動喫煙対策としては、健康増進法や東京都受動喫煙防止条例に基づき、施設の種別に応じた受動喫煙対策を進めています。

- 肝がんの要因となる肝炎ウイルスについて、都では、「東京都肝炎対策指針」（令和4年改定）に基づき、予防、啓発、肝炎ウイルス検査実施体制や医療提供体制の整備、人材育成、相談支援や情報提供に取り組んでいます。

また、子宮頸がんの要因となるHPVについて、都では、HPVワクチンの接種後の症状に関する相談窓口を設置しているほか、HPVワクチン接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関との連携を強化しています。

#### (2) がんの早期発見

- 都は、がん検診の受診率向上に向けて、区市町村や医療保険者・事業者等の受診勧奨・再勧奨や啓発等の取組について支援を行っています。また、広域的なキャンペーンやイベント等の啓発を展開しています。

- また、都は、検診指針を踏まえ、検診実施方法等をより具体的に示した「がん検診の精度管理のための技術的指針」（以下「技術的指針」という。）等を活用し、検診実施主体である区市町村が適切な検診を行えるよう財政的・技術的支援を行っています。

- 職域における取組としては、事業者団体と連携し、がん検診の実施に向けて検討を行っている企業や、職場でのがん検診の課題解消に向けた取組を行っている企業への支援を行っています。また、科学的根拠に基づくがん検診の実施の推進のため、講習会開催等による理解促進を図っています。

## 2 がん医療

### (1) がんの医療提供体制

#### ① 拠点病院等を中心としたがん医療提供体制

- 都は、拠点病院等（成人）の整備を進め、体制の充実を図ってきました。成人のがんについては、都内で59か所の病院が国又は都によって拠点病院等（成人）に指定されており（令和5年12月1日現在）、都は、拠点病院等の機能強化や施設・設備の整備を支援しています。
- 東京都小児がん診療連携ネットワークでは、拠点病院等（小児）が相互に連携して医療を提供する体制を確保するとともに、ネットワーク参画病院の医療提供体制を充実・強化するため、症例検討会や合同の勉強会等を開催しています。
- 東京都がん診療連携協議会及び東京都小児・AYA世代がん診療連携協議会では、人材育成等の取組を実施しています。
- 治療による副作用・合併症・後遺症による症状を軽くするための予防、治療及びケアである支持療法は、患者及び家族のQOL（生活の質）に関わる重要なものであり、がん薬物療法における薬剤師による副作用の確認等や周術期口腔機能管理などが実施されています。都では、周術期口腔機能管理に対応する歯科医師や歯科衛生士を育成するための研修会を開催しています。

#### ② 地域の医療機関におけるがん医療提供体制

- 都は、多職種連携体制の構築のために国拠点病院が中心となっていく地域の医療・介護関係者との情報共有、役割分担や支援等の検討、研修会やカンファレンスの開催等への支援を行っています。
- 在宅療養への円滑な移行のためには、入院医療機関や患者自身が、在宅医療のリソースを知り、活用できるようにすることが必要です。このため、都は、がんの在宅医療に対応可能な医療施設の情報を集約し、東京都がんポータルサイトにおいて一元的に発信しています。
- 国拠点病院や東京都小児・AYA世代がん診療連携協議会が実施する在宅医療を担う人材育成に対し、都は支援を行っています。

## (2) がんと診断された時からの切れ目のない緩和ケアの提供

### ① 都内の緩和ケアの提供体制

- 拠点病院等（成人・小児）<sup>7</sup>は、がんの診断時から一貫して、がん診療に携わる全ての医療従事者により必要な緩和ケアを提供しています。また、緩和ケアに携わる専門的な知識と技能を持つ医師等を配置した「緩和ケアチーム」を設置しています。
- 拠点病院等（成人・小児）は、切れ目のない緩和ケアの提供に向け、地域の医療機関等と連携協力体制を整備しています。

### ② 緩和ケアに係る人材育成

- 都は、国拠点病院、地域がん診療病院及び都拠点病院が開催する緩和ケア研修会等の開催支援や、多職種を対象とした研修会の開催、専門看護師等の資格取得支援を実施しています。

### ③ 都民の緩和ケアに関する正しい理解の促進

- 東京都がんポータルサイトでの情報発信や、動画による普及啓発を実施しています。

## (3) 小児・AYA世代のがん医療に特有の事項

- 都は、小児診療科と成人診療科の連携促進や患者の自立支援を推進するなど、移行期医療を総合的に支援するため、東京都立小児総合医療センターに「東京都移行期医療支援センター」を開設し、医療機関や患者及び家族からの相談、医療機関向けの研修を行っています。
- 都は、がん治療及び生殖医療に係る専門性の高い知識を定着させるための研修会やセミナー、市民公開講座を開催する「東京都がん・生殖医療連携ネットワーク」を設置し、生殖機能温存療法の実施体制の充実に向けた取組を推進しています。

## 3 がんとの共生

### (1) 相談支援

- 東京都がん診療連携協議会及び東京都小児・AYA世代がん診療連携協議会において、相談員向けの研修や勉強会を開催し、相談支援の知識や技能向上を図っています。

<sup>7</sup> 拠点病院等（成人・小児）：がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、東京都がん診療連携拠点病院、東京都がん診療連携協力病院、小児がん拠点病院及び東京都小児がん診療病院の総称

- 都は、休日・夜間対応のがん相談支援センターの運営を支援しているほか、各がん相談支援センターでは、社会保険労務士やハローワークと連携した相談支援等を実施しています。
- また、AYA世代がん相談情報センターを都内2か所に開設し、他のがん相談支援センターでは対応が困難な案件への対応や、他のがん相談支援センターへの助言等を行っています。
- 都内では、がんの経験者等による患者団体<sup>8</sup>及び患者支援団体<sup>9</sup>（以下「患者団体等」という。）が活動しています。
- がん相談支援センターや患者団体等では、がん経験者等が同じ経験を持つ仲間（ピア）として自分の経験を生かしながら相談や支援を行うピア・サポートや、がん患者及び家族が交流できる患者サロンを実施しています。

## （2）情報提供

- 都は、がん患者及び家族の医療機関の選択や療養上の悩みの解決、がんに対する理解の促進に役立つよう、がんに関する各種の情報を集約し、東京都がんポータルサイトにおいて一元的に提供しています。
- また、がん相談支援センターの機能を紹介する動画や、がんの治療と仕事の両立に係る企業向け研修用動画等、都民や企業等に向けた動画等の普及啓発資材を作成し、東京都がんポータルサイトにおいて発信しています。

## （3）サバイバーシップ支援

- がん相談支援センターでは、アピランスに関する相談支援等を実施しています。また、都は、東京都がんポータルサイト上でのアピランスケア<sup>10</sup>に関する情報発信を行っているほか、令和5年度からアピランスケアに係る用具の購入を支援する区市町村への補助を開始しました。

<sup>8</sup> 患者団体：本計画では、患者や家族、何らかの共通する患者体験を持つ人たちが集まり、お互いの悩みや不安の共有、情報交換及び交流など当事者間で自主的に活動する団体を「患者団体」と指す。

<sup>9</sup> 患者支援団体：本計画では、患者や家族を支援することを目的として患者や家族以外の第三者が主体となって活動する団体を「患者支援団体」と指す。

<sup>10</sup> アピランスケア：医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア

- がん患者の自殺防止に向け、各がん相談支援センターでは相談支援を実施しているほか、国拠点病院、地域がん診療病院及び都拠点病院では、がん患者の自殺リスクに対する対応方法や関係機関との連携を院内共通フローにより明確にしています。また、自施設の関係職種に情報共有を行う体制の構築、自施設に精神科等がない場合の地域の医療機関との連携体制の確保を図っています。

## 4 基盤の整備

### (1) がん登録及びがん研究

- 全国がん登録は、日本でがんと診断された全ての人の診断・治療情報（以下「患者情報」という。）と死亡情報のデータを、実施主体である国が一つにまとめて集計、分析、管理する仕組みです。
- 都では、医療機関等に対して、全国がん登録制度や全国がん登録情報活用の意義や目的についての理解を促進するため、「とうきょう健康ステーション」を活用した全国がん登録に関する情報発信を行っています。
- 院内がん登録は、専門的ながん医療を行う病院が実施主体となり、院内でがんの診断・治療を行った全患者の診断、治療及び予後<sup>11</sup>に関する情報を登録する仕組みです。
- 都は、平成22年度から東京都立駒込病院内に院内がん登録室を設置し、拠点病院等（成人）の院内がん登録データの集計、分析を行うほか、品質チェック等を実施しています。また、院内がん登録室及び東京都がん診療連携協議会では、院内がん登録実務者に対し各種の研修会等を実施しています。
- 都内におけるがん研究については、大学病院等で実施されているほか、公益財団法人東京都医学総合研究所や地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターにおいて実施されています。

### (2) がん教育とがんに関する理解促進

- 学校教育について、東京都教育委員会では、公立学校の児童・生徒に対して適切にがん教育が行えるよう、文部科学省による教材や教育ガイドラインに基づいて、小学校・中学校・高等学校の発達段階に応じたリーフレットを作成・配布し、各学校での活用を促すとともに、教員の指導力向上を目的とした講演会を実施しています。

<sup>11</sup>予後：病気や治療などの医学的な経過についての見通しのこと。

また、私立学校に対しては、がん教育が適切に実施されるよう、国の依頼に基づき、がん教育に関する資料や教材活用・外部講師活用研修会等の情報を提供しています。

- 児童・生徒以外の世代に対しては、主に区市町村ががん検診の重要性の理解や検診受診促進等に係る啓発を含め、がんについての健康教育を行っています。
- 都は、がんに関する基礎知識、がん相談支援センターで相談をできるということ、治療と仕事の両立に関すること、緩和ケアの重要性や生殖機能温存に関する基本的な情報等を動画にまとめ、都民向けに啓発を行っています。

## 課題と取組の方向性

### <課題1-1>がんの予防の取組の推進

- がんのリスク因子となる生活習慣や生活環境の改善に向けて、正しい知識の普及啓発を行う必要があります。
- 喫煙率減少や、20歳未満の者の喫煙の未然防止、受動喫煙対策を推進する必要があります。
- がんのリスク因子であるウイルスや細菌の感染について、正しい知識の普及啓発のほか、感染を早期に把握できるよう、適切な検査体制の整備を図る必要があります。

#### (取組1-1-1) 科学的根拠に基づくがんのリスクを下げるための生活習慣に関する普及啓発の推進、生活習慣を改善しやすい環境づくりの推進

- 健康的な食生活の実践や身体活動量(歩数)の増加に向けた都民が実践しやすい施策の展開や、飲酒の健康影響や個人の特性に応じた飲酒量についての啓発など、科学的根拠に基づいた正しい知識や日常生活での工夫について、様々な広報媒体を活用し、積極的に普及を図っていきます。
- 職域からの健康づくりの推進に向け、事業者団体と連携し、がん対策を含めた企業における従業員の健康に配慮した経営に向けた取組の支援などを行っていきます。
- 健康に関心を持つ余裕がない方も含め、無理なく生活習慣の改善を実践できるような環境整備を行うとともに、企業やNPOとの連携等を通じて、幅広い世代へ効果的に情報を発信していきます。

**(取組 1-1-2) 喫煙率減少・受動喫煙対策等に関する取組の推進《再掲》**

- 喫煙や受動喫煙が及ぼす健康への影響に関する正しい知識の普及に加え、禁煙方法等に関する情報提供を行います。
- 禁煙希望者が禁煙できるようにするために、区市町村が行う住民に対する禁煙治療費の助成などの取組を支援します。
- 学習指導要領に基づいた喫煙防止教育を推進するとともに、20歳未満の者の喫煙防止と喫煙・受動喫煙による健康影響について、小・中・高校生向け喫煙防止リーフレットの配布や、全小・中・高等学校を対象としたポスターコンクールの実施など、学校等教育機関と連携を図りながら、普及啓発を行います。
- 各種広報媒体や母子保健事業における保健指導を通じて、妊娠中・授乳中の女性の喫煙防止に努めるとともに、両親学級等により禁煙を推奨する区市町村の取組に対し助言等を行います。
- 健康増進法及び東京都受動喫煙防止条例への都民や事業者の正しい理解の促進・定着を図り、区市町村や関係機関等と連携して受動喫煙防止の取組を推進します。また、東京都子どもを受動喫煙から守る条例に基づき、いかなる場所においても子供に受動喫煙をさせないよう務めることについて、啓発していきます。
- 屋内での受動喫煙防止の徹底に向け、公衆喫煙所を整備する区市町村への支援や、基準に沿った喫煙場所の整備に関する事業者への支援を行います。

**(取組 1-1-3) 感染症に起因するがんの予防に関する取組の推進**

- 肝炎については、「東京都肝炎対策指針」に基づき、感染経路等の正しい知識の普及やワクチン接種に対する支援、肝炎ウイルス検査の受検勧奨を進めます。
- 区市町村や保健所において肝炎ウイルス検査が実施されるよう、引き続き支援するとともに、区市町村や医療保険者・事業者等と連携し、検査の実施体制の整備に努めます。
- 受検者に対して、受検前後における適切な保健指導が行われるよう支援していきます。また、検査結果が陽性であるにもかかわらず専門医療機関を未受診の患者等に対しては、区市町村や医療機関と連携して受診促進を行っていきます。
- HPVに起因するがんの予防について、HPVワクチン接種状況の把握、接種機会を逃した方への接種等についての情報発信、接種後の症状等に関する相談体制の整備を行っていきます。
- その他のウイルスや細菌についても、正しい知識の普及啓発等、適切に対応していきます。

**<課題 1-2>がんの早期発見に向けた取組の推進**

- 国の第4期がん対策推進基本計画において、がん検診受診率の目標が60%に引き上げられたことを踏まえ、さらなるがん検診受診率の向上に向け、関係機関に対する支援や検診受診に関する普及啓発等を一層進める必要があります。
- 全ての区市町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施や、精密検査受診率90%の達成に向けて、関係機関との連携強化と体制整備を進める必要があります。
- 職域における適切ながん検診実施に向けた支援を行う必要があります。

**（取組 1－2－1）がん検診の受診率向上に関する取組の推進**

- がん検診の実施主体である区市町村における個別勧奨・再勧奨や受診しやすい環境整備などの取組に対し、財政的・技術的支援を行います。また、職域におけるがん検診については、企業や関係団体等との連携を図りながら、検診実施や受診率向上に対する支援を行います。
- 都民のがん検診に関する正しい知識の理解促進及び受診率 60%の達成に向けて、区市町村、企業等の関係機関や患者団体等と協力しながら、より多くの都民ががん検診を適切に受診できるよう、機運醸成に向けた効果的な普及啓発を行います。

**（取組 1－2－2）科学的根拠に基づく検診実施及び質の向上に関する支援の推進**

- 全ての区市町村で科学的根拠に基づくがん検診が実施されるよう、技術的指針などの活用等による技術的支援を行います。また、精密検査受診率の向上に向けて、区市町村が検診結果を把握し、未受診者に対して個別に受診勧奨できるよう、体制整備や区市町村の取組に対する財政的・技術的支援を行います。
- がん検診実施機関に対しては、質の高いがん検診が実施できるよう、検診従事者向け研修の実施等により区市町村と連携しながら支援を行います。
- 職域におけるがん検診について、実態把握に努めます。また、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」によるがん検診の適切な実施に関する支援を行うとともに、国の動向を踏まえ、精度管理を推進するための取組について検討を行います。

**<課題 2－1>がん医療提供体制の充実**

（拠点病院等を中心としたがん医療提供体制の構築）

- がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するためには、拠点病院等（成人）の間において役割分担の整理と連携体制の構築を進める必要があります。
- 小児がんについては、「がん」と診断されるまでに時間を要している状況があるため、引き続き、医療提供体制の強化が必要です。

- A Y A 世代がん患者への医療提供体制の強化に向けては、A 世代と Y A 世代ではそれぞれの年代の特性を踏まえた対応が必要となるほか、小児領域と成人領域での連携が必要です。
- 都内においては、ロボット支援下手術等の高度な手術療法や、免疫チェックポイント阻害薬を用いた高度な薬物療法が国拠点病院を中心に提供されています。一方、放射線治療のうち粒子線治療は、体への負担も少なく、仕事や日常生活との両立が可能な治療法ですが、多大なコストを要することから、都内の病院には導入が進んでいない状況です。
- 副作用や後遺症に対する専門的なケアである支持療法について、拠点病院等（成人）を中心に専門外来の設置が進められてきていますが、患者による支持療法へのアクセスを確保するため、支持療法の提供体制の明確化が必要です。
- 感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療の提供を継続する必要があります。

（地域の医療機関におけるがん医療提供体制の充実）

- 国拠点病院による地域の医療・介護関係者等との連携体制の構築に係る取組状況は、地域によって差があるとの指摘があります。全ての地域において、国拠点病院を中心とした連携体制の構築を一層推進することが必要です。
- 引き続き、がん患者の在宅療養を支える人材の育成が必要です。

#### （取組 2-1-1）拠点病院等を中心としたがん医療提供体制の構築

- 都は、東京都がん診療連携協議会と連携し、医療機関間の役割分担を推進するとともに、整理した役割分担を東京都がんポータルサイトにおいて医療機関及び都民へ明確に周知し、患者が都内のどこに住んでいても適切な診断や治療にスムーズにアクセスできる体制を確保していきます。
- 引き続き、東京都小児・A Y A 世代がん診療連携協議会において症例検討会や合同の勉強会等を開催していきます。
- 都は、A Y A 世代がん患者に対する医療提供体制の検討に当たり、東京都小児・A Y A 世代がん診療連携協議会と東京都がん診療連携協議会の連携を図っていきます。

- 必要に応じて質の高い医療を受けられる環境整備を推進するため、地方独立行政法人東京都立病院機構において粒子線治療施設を整備します。
- 患者にとってニーズの高い支持療法を確認の上、その提供体制に関する情報を東京都がんポータルサイトにおいて公開していきます。
- 東京都がん診療連携協議会において、感染症発生・まん延時や災害発生時のがん医療提供体制に係る検討を進めていきます。

#### **(取組 2-1-2) 地域の医療機関におけるがん医療提供体制の充実**

- 拠点病院等（成人・小児）を中心とした地域における連携体制構築のための取組を推進していきます。
- 国拠点病院、東京都小児・AYA世代がん診療連携協議会及び都は、引き続き、在宅医療を担う人材育成等を実施していきます。

#### **<課題 2-2> がんと診断された時からの切れ目のない緩和ケアの提供**

（都内の緩和ケア提供体制の充実）

- 患者の苦痛・つらさについて、がん診療に携わる全医療従事者が把握し、適切な対応を行うことが必要です。
- 患者が望んだ場所で過ごせるよう、早期からの意思決定支援の実施及び円滑な退院支援の推進が必要です。
- 在宅医療を支える様々な職種による情報共有や地域連携を一層進めるとともに、緩和ケアに関する知識や技術の向上を図ることが必要です。
- 緩和ケア病棟では、引き続き、専門的緩和ケアの提供、在宅への移行支援及び在宅医療との連携が求められています。

（緩和ケアに係る人材育成の充実・強化）

- がん診療に携わる全医療従事者が適切な緩和ケアを提供することができるよう、研修機会の拡大や受講促進等による人材育成の強化が必要です。

（都民の緩和ケアに関する正しい理解の促進）

- 診断時から緩和ケアを受けられることなど、緩和ケアに関する理解を促進していく必要があります。

**（取組2-2-1）都内の緩和ケアの提供体制の充実**

## 《拠点病院等（成人・小児）における取組》

- 拠点病院等（成人・小児）は、研修会等により基本的な緩和ケアの技術向上を図っていきます。
- 拠点病院等（成人・小児）は、緩和ケアチームへ依頼する手順の明確化や院内連携の強化を図っていきます。
- 診断に関わる医療従事者に対し診断時の緩和ケアの理解促進を図り、患者及び家族への適切な配慮や情報提供並びに早期からの医療従事者と患者及び家族とのコミュニケーション、在宅療養に関する情報提供及び院内関係者間の情報共有について、東京都がん診療連携協議会と連携し、推進していきます。

## 《拠点病院等（成人・小児）以外に対する取組》

- 都は、緩和ケアに関する研修会等の受講を促進するとともに、緩和ケアについての啓発を実施していきます。
- 都は患者及び家族に対し、がん相談支援センターは誰でも利用できるということや拠点病院等（成人）に設置されている緩和ケア外来で受けることのできる支援について普及啓発を実施していきます。

## 《在宅移行に向けた取組》

- 拠点病院等（成人）は退院に向けたカンファレンスを地域・在宅医療機関の多職種とともに実施するほか、圏域ごとの研修、意見交換会等を実施していきます。

## 《緩和ケア病棟に関する取組》

- 緩和ケア病棟の施設や設備の整備を引き続き支援するとともに、緩和ケア病棟について、東京都がんポータルサイトの内容を充実していきます。

**(取組 2-2-2) 緩和ケアに係る人材育成の充実・強化**

- 緩和ケア研修会について、拠点病院等（成人）で受講機会の更なる確保を図っていきます。
- 引き続き多職種を対象とした研修の実施を推進していきます。
- 拠点病院等（成人・小児）や地域の医療機関等が開催する各種研修を広く周知し、受講を促進していきます。
- 地域の病院における、緩和ケアの専門資格を有する医療人材の育成を支援していきます。

**(取組 2-2-3) 都民の緩和ケアに関する正しい理解の促進**

- 都民向けに、人生の最終段階（終末期）だけではなく診断時から緩和ケアを受けることができることや自分らしい生活を続けるための支援体制について、情報を効果的に発信していきます。
- 患者及び家族向けに、主治医、看護師、がん相談支援センターの相談員等にあらゆる苦痛・つらさについて相談ができることの普及啓発を強化していきます。

**<課題 2-3> 小児・AYA世代のがん医療に特有の事項**

- 引き続き、小児がん患者の移行期医療支援を推進する必要があります。
- AYA世代のがんは、患者の数が少ないことに加え、疾患構成が多様であり、小児科や様々な専門診療科に患者が分散しています。そのため、現場の医療従事者が個別のニーズに関して深い知識や経験を蓄積することが難しく、多職種、多領域の専門家の連携が必要となります。
- どの医療機関で長期フォローアップを受けることができるのか、小児・AYA世代のがん患者にとって分かりづらいという指摘があるため、長期フォローアップの提供体制の検討や長期フォローアップを受けることができる医療機関の情報提供が必要です。
- 生殖機能温存療法の対象となるがん患者が、生殖医療の選択肢を知り、適切な意思決定をできる体制を整備するため、生殖機能温存に関する情報提供と、適切な意思決定の支援が必要です。

**（取組 2-3-1）小児がん患者に関する事項**

- 引き続き、東京都移行期医療支援センターを中心に、小児診療科と成人診療科の間での連携体制の構築や、患者の自立支援を推進します。

**（取組 2-3-2）AYA世代のがん患者に関する事項**

- 都は、各病院におけるAYA支援チームの設置状況、メンバー構成及び活動状況を把握し、東京都がん診療連携協議会と連携して好事例を共有することで、拠点病院等（成人・小児）におけるAYA支援チームの設置促進と機能向上を図ります。

**（取組 2-3-3）小児・AYA世代のがん患者に共通する事項**

- 東京都小児・AYA世代がん診療連携協議会と東京都がん診療連携協議会は、相互に連携し、各医療機関における取組事例の共有も図りながら、引き続き、長期フォローアップの提供体制の構築を進めていきます。都は、各医療機関における長期フォローアップの対応可否を把握し、対応可能な医療機関について東京都がんポータルサイトを通じて情報発信を行います。
- 都は、東京都がん・生殖医療連携ネットワークによる取組を通し、生殖機能温存に係る適切な情報提供や意思決定支援のため人材育成等を推進していきます。

**<課題 3-1> 相談支援**

（がん相談支援センター）

- がん相談支援センターを有する病院や都においては、がん相談支援センターに患者及び家族をつなぐための体制づくりを推進していますが、調査によれば、がん相談支援センターを利用したことがあると回答した患者及び家族の割合は、成人・小児とも依然として低い状況にあります。がんと診断された全ての患者及び家族が、相談を希望する場合にがん相談支援センターを訪問することができる体制の整備が必要です。
- 休日・夜間の対応や就労支援、AYA世代のがん患者がライフイベントに関連して抱える様々な課題等の多様な相談ニーズや、日本語を母国語としない人、LGBTQの患者等、様々な背景を有する患者及び家族へ対応できる体制、対面での相談が難しい患者及び家族のためのアクセシビリティの向上が必要です。

（患者団体・患者支援団体、ピア・サポート及び患者サロン）

- 患者及び家族が自身のニーズに合致する患者団体等につながることで、できる環境を整備することが必要です。

- ピア・サポーターの接し方によっては、患者及び家族を逆に傷つけてしまうこともあるため、各病院によるピア・サポート推進に向けて、ピア・サポーターの質の担保が求められています。また、ピア・サポーターとして活動することを希望しているがん経験者に対し、活動機会の提供を図ることが必要です。
- 新型コロナの感染拡大を受けて、患者サロンの活動が中断し、患者や家族が同じ立場の人と交流できる場が以前より少なくなっています。患者や家族が同じ立場の人と交流できる機会の確保が必要です。
- ピア・サポート、患者サロンとも、利用・参加したことのある人が限られているため、利用・参加を希望する人が確実にアクセスできるよう、開催に関する情報発信の強化が必要です。

#### **(取組3-1-1) がん相談支援センターにおける相談支援の強化**

- がん相談支援センターを有する病院では、外来初診時から治療開始までを目途にがん相談支援センターの存在及び場所、相談できる内容を患者及び家族に案内し、相談を希望する患者及び家族ががん相談支援センターを訪問することができる体制を整備します。東京都がん診療連携協議会では、各病院における取組の好事例を共有することで、取組を支援していきます。
- 引き続き、国拠点病院による休日・夜間の相談支援窓口の運営を補助するとともに、多様な相談ニーズや多様な背景を有する患者及び家族へ対応できる体制を維持していきます。また、オンラインでの相談環境を整えるため、各がん相談支援センターにおける設備整備を支援していきます。

#### **(取組3-1-2) 様々な形での患者・家族の支援の充実**

- 都は、引き続き、東京都がんポータルサイトにおいて患者団体等の情報掲載を推進し、患者及び家族や拠点病院等（成人・小児）に対して発信していきます。
- また、ピア・サポーターの養成研修に取り組み、研修を修了したピア・サポーターの情報を分かりやすい形で拠点病院等（成人・小児）に対して情報提供することにより、質の担保と活動機会の提供の実現を図っていきます。
- 国拠点病院・地域がん診療病院・都拠点病院における患者サロンの開催を推進するため、東京都がん診療連携協議会と連携し、好事例の共有等を行うとともに、必要な環境整備を支援します。
- ピア・サポート及び患者サロンの開催情報を、東京都がんポータルサイトで分かりやすく発信するとともに、拠点病院等（成人・小児）と連携し、がん相談情報センターによる案内も推進していきます。

### ＜課題3-2＞情報提供

- 東京都がんポータルサイトを通じて周知を図ってきた事項について、依然として都民の認知度に課題が存在します。東京都がんポータルサイトの認知度向上、利便性の向上及び分かりやすく効果的な情報発信が必要です。

#### （取組3-2）情報提供の充実

- 東京都がんポータルサイトの認知度向上のため、都が作成する患者向け資材へのQRコード掲載、SNS等を利用した広告等に取り組みます。また、拠点病院等（成人・小児）や患者団体等との相互リンク、医療従事者への情報提供によるサイトの周知に努めます。
- 東京都がんポータルサイトによる効果的な情報発信と利便性の向上のため、伝えたいメッセージとターゲットを明確化し、患者及び家族向けの情報をがんと診断されてから患者が経験する過程に沿った形で発信していきます。

### ＜課題3-3＞サバイバーシップ支援

- がん治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、ピアランスクエア等、がん患者やがん経験者のQOLの向上に向けた取組が求められています。
- がん経験者は高い自殺リスクを抱えているため、そのようなリスクへの対応も必要です。

#### （取組3-3）サバイバーシップ支援の推進

- 都は、引き続き、ピアランスクエアに係る用具の購入を支援する区市町村への補助を実施するとともに、助成を必要とする都民へ情報が届くよう情報提供を図ります。また、各病院のがん相談支援センターにおいても、引き続き、ピアランスに関する相談支援・情報提供を実施していきます。
- がん患者の自殺防止のため、各病院においては引き続き、院内外の関係者で連携してがん患者の自殺リスクに対応するための体制の確保等を図ります。

### ＜課題3-4＞ライフステージに応じた患者・家族支援

（小児・AYA世代）

- 小児がん及びAYA世代（15歳から39歳まで）のがんは、学業・就職・結婚・出産等の特徴あるライフイベントを過ごす時期に発症します。

- 学業においては、患者が入院により通学が難しい状況でも、教育機会を継続して確保する必要があります。
- 就職においては、小児・AYA世代のがん患者・がん経験者は、社会的な自立ができておらず、就職を希望しても困難な場合があるため、自立支援が必要です。
- 子育てにおいては、子供を預けられる場所の確保や子供への病気の説明の仕方等、子育て中のがん患者の抱える負担や不安を軽減するとともに、親ががんに罹患した子供に対する心のケアも必要です。
- また、がんに罹患した親の看病やきょうだいの世話、家事を子供が担うケースがあり、こうしたヤングケアラーとされる子供は、責任や負担の重さから学業や友人関係において影響を受けてしまうことが国から示されています。医療機関においてこうしたヤングケアラーに気付き、確実に関係機関につなげることが必要です。
- 小児・AYA世代のがん患者は介護保険の対象とならない等、在宅療養に際して利用可能な公的支援制度が限られているため、在宅での療養時に必要な支援を十分に受けることができない状況です。

#### (壮年期)

- 壮年期（本計画では40歳から64歳を壮年期とする。）のがん患者は、働きざかりであり、治療と仕事の両立等の課題が存在しています。
- がんの診断直後は冷静な判断が難しいことがあると言われていますが、国立がん研究センターの調査によれば、がん診断後に退職・廃業した人のうち56.8%は、初回治療開始前までの早期に退職・廃業を決定している状況があります。都と各医療機関で連携し、患者による診断直後の退職・廃業を防止することが必要です。
- 国拠点病院のうち8割以上の施設のがん相談支援センターにおいて、就職支援ナビゲーターや社会保険労務士等の専門人材と連携した相談支援を実施しています<sup>12</sup>。しかし、調査において、がん相談支援センターに患者がつながっていない状況が示唆されており<sup>13</sup>、がん相談支援センターにおける就労相談に患者を適切につなげることが必要です。

<sup>12</sup>令和4年度がん診療連携拠点病院現況報告より

<sup>13</sup>「東京都がんに関する患者調査」（令和5年3月）より

- 都では、職場における柔軟な働き方に関する制度導入や風土づくりのため、「がんになった従業員の治療と仕事の両立支援サポートブック」の作成や企業向けセミナーの開催等、様々な普及啓発を実施してきました。また、東京都難病・がん患者就業支援奨励金をはじめ、がん患者の治療と仕事の両立に取り組む企業や、働きやすい職場づくりに取り組む企業等に対する支援を実施しています。引き続き、治療と仕事の両立のための体制整備の推進が必要です。
- がんになった従業員及びその家族が働きやすい職場づくりに向けて、職場における患者の関係者が、適切な理解や知識を持つことが必要です。

#### (高齢者)

- 高齢のがん患者が、自宅や介護施設等において、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受け、安心して質の高い療養生活を送ることのできる体制整備に取り組む必要があります。
- 高齢のがん患者は、認知機能の低下から意思決定に課題が生じることがあります。高齢のがん患者及び家族等の意思決定に係る取組を支援する必要があります。

#### **(取組3-4-1) 小児・AYA世代のがん患者・家族への支援の充実**

- 入院中や療養中の教育について、引き続き病弱教育支援員を児童・生徒の入院する病院へ派遣するとともに、国の制度改正の趣旨を踏まえ、タブレット端末や分身ロボット等のデジタル機器を活用することにより、児童・生徒の学習を支援していきます。
- 小児慢性特定疾病児童等自立支援事業等を周知し、それぞれの患者の状況に応じて支援メニューにつなぐことで、小児・AYA世代のがん患者やがん経験者による自立・就労の円滑化を支援します。
- 子供を一時的に預けるための各種支援に係る情報や、患者団体等が実施する同世代のがん患者同士の交流等の取組を情報発信していきます。また、令和5年に発行したヤングケアラー支援マニュアルを拠点病院等(成人)へ配布し、周知することで、関係機関への適切な連携を促進します。
- 都は、小児・AYA世代のがん患者の在宅療養を支援する区市町村への補助を実施します。

**(取組3-4-2) 壮年期のがん患者・家族への支援の充実**

- 都は、診断直後の退職・廃業防止のため、「がんと診断されても直ちに仕事を辞める必要はない」「がん相談支援センターで相談をできる」というメッセージを、様々な手段を用いて効果的に発信していきます。
- がん相談支援センターにおいては、引き続き、社会保険労務士等と連携した就労相談を実施していきます。
- 都は、企業における両立支援の環境整備のため、引き続き、企業向け普及啓発を実施するとともに、治療と仕事の両立をしやすい職場環境づくりに取り組む企業を支援していきます。

**(取組3-4-3) 高齢のがん患者・家族への支援の充実**

- 国拠点病院等は、引き続き、地域の病院や在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等の医療・介護関係者との情報共有や連携を推進していきます。
- 都は、高齢がん患者及び家族の意思決定支援の推進のため、国が作成している「高齢者のがん診療における意思決定の手引き」等を、引き続き周知していきます。

**<課題4-1>がん登録及びがん研究**

- 全国がん登録については、今後のがん対策の推進に向けて登録データを十分に活用していくため、より多くの患者情報を収集、蓄積するとともに、データの精度を高めることが重要です。また、区市町村等における全国がん登録データの利活用を推進していく必要があります。
- 令和4年に改定された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」により、都道府県がん診療連携協議会に「Quality Indicator<sup>14</sup>の積極的な利用など、都道府県全体のがん医療の質を向上させるための具体的な計画の立案・実行」が新たに求められるようになるなど、引き続き、院内がん登録の精度向上と利活用の推進が必要です。
- がんに関する研究について、更なる推進が必要です。

<sup>14</sup> Quality Indicator : 医療の質に着目した臨床評価指標

**(取組4-1) がん登録の質の向上及び利活用の推進、がん研究の充実**

- 病院及び指定診療所の実務担当者向けに研修等を実施し、全国がん登録の質の向上を図ります。また、医療機関等に対して、全国がん登録の意義や目的の周知などの理解促進に向けた啓発を実施します。
- 全国がん登録データの活用による計画の推進に向け、区市町村におけるがん登録データ活用の取組に対する財政的・技術的支援を行います。
- 院内がん登録室及び東京都がん診療連携協議会において、引き続き、院内がん登録実務者に対する研修会等を開催し、がん登録実務者の能力向上と好事例の共有を継続していきます。
- がん登録のデータを活用・分析し、がん対策の推進に向けた施策の立案等を検討していきます。
- 引き続き、東京都医学総合研究所及び東京都健康長寿医療センターにおいて、がんに関する基礎的な研究や、早期診断、有効な治療薬・治療法に向けた研究を、都立病院や民間企業、他の研究機関等と連携しながら推進していきます。

**<課題4-2>あらゆる世代へのがん教育**

- 外部講師の活用等により、学校におけるがん教育を推進します。
- 都民が、がん罹患せず、また罹患しても早期に発見されるよう、さらには、がん患者が地域でがんと共存して生活を継続できるよう、学校以外の場においても、広く都民に対しがんの予防や早期発見、早期治療の必要性、がんの治療に関することなど、がんに関する正しい理解を促進していくことが重要です。
- 職場におけるがん予防や治療と仕事の両立に対する理解の促進も必要です。

**(取組4-2-1) 学校におけるがん教育の推進**

- 公立学校の児童・生徒を対象に、それぞれの発達段階に応じたリーフレットを作成・配布するとともに、医師やがん経験者などの外部講師の活用等により、効果的ながん教育を実施します。
- 公立学校の教員を対象とした講演会の実施等により、がん教育における指導力の向上を推進します。
- 私立学校に対しては、がん教育が適切に実施されるよう、引き続き国の依頼に基づき、がん教育に関する資料や教材活用・外部講師活用研修会等の情報を提供します。

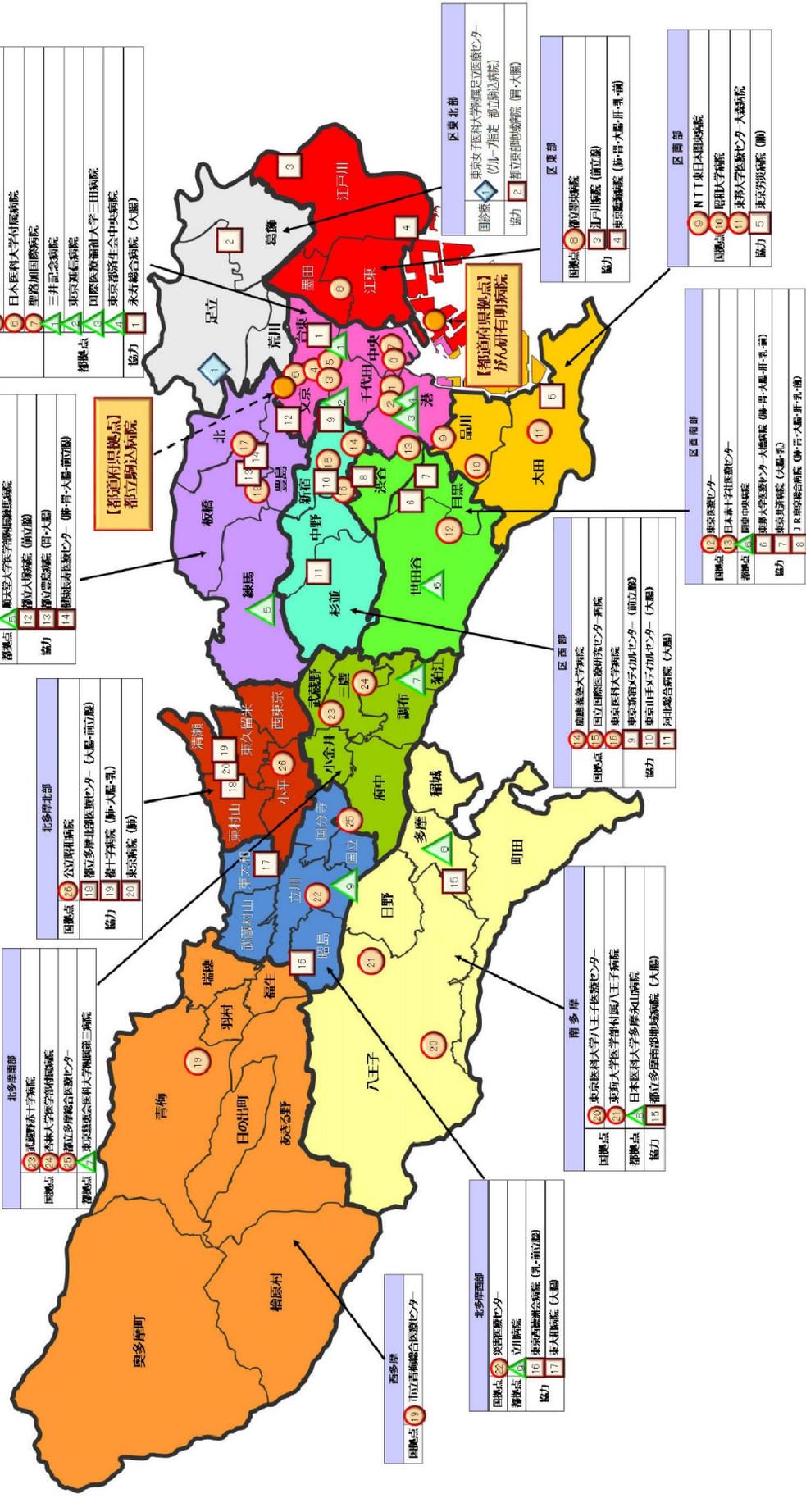
**(取組4-2-2) あらゆる世代に対するがんに関する正しい理解の促進**

- 区市町村が行う健康教育の事例を収集し、先駆的な取組を紹介するなど、情報共有を通じた地域のがんについての健康教育の推進を図ります。
- 都民が、がん予防や早期発見の重要性を認識できるよう、様々な媒体を活用し、予防・早期発見・早期治療に取り組む機運を醸成する効果的な普及啓発を実施します。
- 都は、職場での健康教育や、がん治療と仕事の両立に向けた機運の醸成に取り組む企業等を支援するとともに、各職場において、がん及び治療と仕事の両立について正しい理解が従業員全体に浸透するよう、企業向け研修用教材等の活用を推進してきます。
- がん相談支援センターの存在、科学的根拠に基づかない情報に対する注意の必要性、必ずしも仕事を直ちに諦める必要はないことといった都民への啓発が必要な事項などについて、東京都がんポータルサイト等を通し、積極的に発信していきます。

がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院・東京都がん診療連携拠点病院・  
東京都がん診療連携協力病院 一覧（令和5年12月1日時点）

都道府県がん診療連携拠点病院、  
地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、  
東京都がん診療連携拠点病院及び東京都がん診療連携協力病院整備  
状況（令和5年12月1日現在）

- = 都道府県がん診療連携拠点病院（国）
- ① = 地域がん診療連携拠点病院（国）
- ④ = 地域がん診療病院（国）
- ⑤ = 東京都がん診療連携拠点病院（都）
- ⑥ = 東京都がん診療連携協力病院（都）



## 事業推進区域

- 高度な専門的医療：都全域
- 入院医療：広域な区域（複数の区市町村、二次保健医療圏等）
- 予防、初期医療、在宅療養：区市町村

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
共通	がんの75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）	64.9 （令和4年）	54.8未満
	日常生活をがんにかかる前と同じように過ごすことができていると回答した患者（手術や薬の副作用などはあるが、以前と同じように生活できていると回答した人を含む。）の割合	成人 66.8% （令和4年度）  小児 — （基準値なし）	増やす
取組 1-1-1	“生活習慣の改善”の指標参照《再掲》		
取組 1-1-2	20歳以上の者の喫煙率《再掲》	全体13.5% 男性20.2% 女性7.4% （令和4年）	全体 10%未満 男性 15%未満 女性 5%未満 （喫煙をやめたい人がやめた場合の喫煙率） 15
	受動喫煙の機会を有する者の割合《再掲》	飲食店18.3% 職場5.9% （令和4年度）	なくす
取組 1-1-3	肝がんの年齢調整罹患率	11.4 （令和元年）	減らす
	HPVワクチンの定期接種に係る接種者数 <sup>16</sup> 及び実施率 <sup>17</sup>	24,065人 46.6% （令和4年度）	増やす
	HPVワクチンのキャッチアップ接種に係る接種者数	30,585人 （令和4年度）	増やす

<sup>15</sup>喫煙率の目標：令和4年の国民生活基礎調査による20歳以上の都民の喫煙率（喫煙している者の割合）と令和元年の国民健康・栄養調査による現在習慣的に喫煙している者のうちたばこをやめたいと思う者の割合をもとに、喫煙している者のうちやめたい者がすべてやめた場合の喫煙率を算出し、目標を設定

<sup>16</sup>接種者数：初回接種を受けた方の数

<sup>17</sup>実施率：接種者数／対象者（直近の1月1日の13歳の女子人口）

取組	指標名	現状	目標値
取組 1-2-1	がん検診受診率	胃がん51.5% 肺がん56.9% 大腸がん59.0% 子宮頸がん48.0% 乳がん50.3% (令和2年度)	5がん 60%以上
取組 1-2-2	全ての区市町村で科学的根拠に基づいたがん検診の実施	13自治体 (完全遵守 <sup>18</sup> ) (令和4年度)	全区市町村
	がん検診精密検査受診率	胃がん(X線)71.8% 胃がん(内視鏡) 83.7% 肺がん69.3% 大腸がん57.5% 子宮頸がん76.6% 乳がん87.1% (令和2年度)	5がん 90%以上
取組 2-1-1	「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(I 3(2)①ア～ケ)において、拠点病院間での役割分担の整理を求められている事項のうち、役割分担の整理・明確化を完了した項目の数	0	増やす
	「がん」と診断されるまでに4か所以上の医療機関に受診した小児がん患者の割合	15.6% (令和4年度)	減らす
	治療に伴う副作用・合併症・後遺症について苦痛を感じている患者の割合	— (基準値なし)	減らす
取組 2-1-2	東京都がん診療連携拠点病院機能強化事業における「地域がん診療連携推進事業」の実施医療圏数	3医療圏 (令和4年度)	増やす
	死亡前1か月間の療養生活について、望んだ場所で過ごすことができた患者の割合	51.8% (令和元年度・2年度)	増やす

<sup>18</sup>完全遵守：がん検診において「がん種」「検診方法」「検診対象者」「実施回数」について全て検診指針どおりであり、検診指針に定められていない検診が実施されていないこと。

取組	指標名	現状	目標値
取組 2-2-1	身体の痛みや不快な症状について、医療従事者に伝えた後、対応があり改善したと回答した患者の割合	71.5% (令和4年度)	増やす
	心のつらさについて、医療従事者に伝えた後、対応があり改善したと回答した患者の割合	62.4% (令和4年度)	増やす
	社会的な問題について、医療従事者に伝えた後、対応があり改善したと回答した患者の割合	55.6% (令和4年度)	増やす
取組 2-2-2	死亡前1か月間の療養生活について、痛みが少なく過ごせた患者の割合	47.9% (令和元年度、2年度)	増やす
	死亡前1か月間の療養生活について、からだの苦痛が少なく過ごせた患者の割合	41.4% (令和元年度、2年度)	増やす
	死亡前1か月間の療養生活について、おだやかな気持ちで過ごせた患者の割合	45.6% (令和元年度、2年度)	増やす
取組 2-2-3	緩和ケアのイメージについて「がんと診断された時から受けられるものである」と回答した都民の割合	19.0% (複数回答) (令和4年度)	増やす
	緩和ケアのイメージについて「抗がん剤や放射線の治療などができなくなった時期から始める、痛みなどの苦痛を和らげるためのケア」と回答した患者の割合	45.7% (択一) (令和4年度)	減らす
取組 3-1-1	病状や療養に関することについて、家族、がん相談支援センター、医療者、ピア・サポーター、患者団体等、誰かに「相談できた」と回答した患者の割合	61.0% (令和4年度)	増やす
	がん相談支援センターが病院内にあることを知っている患者の割合	77.8% (令和4年度)	増やす
	オンラインでの相談支援について「実施している（患者へ周知・広報している）」と回答した拠点病院等（成人・小児）の割合	9.6% (令和4年度)	増やす

取組	指標名	現状	目標値
取組 3-1-2	患者団体等が開催するイベントについて「参加したいと思っているが、参加したことはない」「存在を知らなかった」と回答した患者の割合	— (基準値なし)	減らす
	ピア・サポートについて「受けたいと思っているが、受けたいことはない」「存在を知らない」と回答した患者の割合	受けたいと思っているが、 受けたいことはない 14.8% (令和4年度) 存在を知らない 45.1% (令和4年度)	減らす
	患者サロンについて「参加したいと思っているが、参加したことはない」「存在を知らなかった」と回答した患者の割合	参加したいと思っているが、 参加したことはない (令和4年度)	減らす
取組3-2	東京都がんポータルサイトについて「見たことがある」と回答した患者の割合	3.9% (令和4年度)	増やす
	東京都がんポータルサイトについて、「役に立った」と回答した患者の割合	— (基準値なし)	増やす
取組3-3	アピアランスケアについて「受けたいと思っているが、受けたいことはない」と回答した患者の割合	34.5% (令和4年度)	減らす
	生殖機能の温存療法について説明を受けた患者の割合	72.4% (令和4年度)	増やす
取組 3-4-1	在宅療養中において改善が必要なものとして、「自身が介護を受けられる環境」「在宅療養に必要な設備」と回答したAYA世代の患者の割合	48.2% (複数選択) (令和4年度)	減らす
	復学後に困ったこととして、「勉強不足により授業についていけない(いけなかった)」と回答した保護者の割合	36.8% (令和4年度)	減らす
	AYA世代のがん患者の身の回りや生活面への支援・療養環境として改善が必要なものとして、「通院時に患者本人の子供を一時的に預けられる環境」と回答した病院及び在宅療養支援診療所の割合(在宅療養中の時期)	【拠点病院等 (成人・小児)】 63.9% 【在宅療養支援診療所】 36.4% (令和4年度)	減らす

取組	指標名	現状	目標値
取組 3-4-2	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	57.4% (平成30年度)	減らす
	病気の治療と仕事の両立に関する取組の実施状況について、「実施している」と回答した企業の割合	62.0% (令和4年度)	増やす
	職場において「がんに罹患しても就労を続けることができると思えるような方針が示されていたり、具体的な取組がなされていた(いる)」と回答した患者の割合	52.3% (令和4年度)	増やす
	がんになっても治療しながら働くことが可能であるかという質問に、「そう思う」「多少思う」と回答した都民の割合	76.3% (令和4年度)	増やす
	国拠点病院のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	3,837件 (令和4年)	増やす
取組4-1	全国がん登録の利用件数	47件 (令和3年度)	増やす
取組4-2-1	学校におけるがん教育での外部講師活用の割合	15.0% (令和3年度)	増やす
取組 4-2-2	「多くの『がん』は早期発見により治療が可能である」の設問に「そう思う」「多少思う」と回答した都民の割合	95.1% (令和4年度)	増やす
	緩和ケアのイメージについて「がんと診断された時から受けられるものである」と回答した都民の割合	19.0% (複数回答) (令和4年度)	増やす
	「『がん』になっても治療しながら働くことは可能である」の設問に「そう思う」「多少思う」と回答した都民の割合	76.3% (令和4年度)	増やす

## 2 循環器病<sup>1</sup>（脳卒中・心血管疾患）

- 循環器病の予防につながる生活習慣や健診受診の必要性、応急手当や発症時の対応などに関する都民の理解が深まるよう、取組を進めます。
- 患者を救急現場から急性期の専門的治療が可能な医療機関に適切に搬送し、受入れできる体制を整備します。
- 循環器病患者に対し、急性期から回復期、維持期・生活期に至るまで、切れ目なく適切な医療が提供されるよう、取組を進めます。
- 住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、患者やその家族に対する支援を充実します。

### 現状・これまでの取組

#### 1 循環器病の予防・健診の普及、知識の普及啓発

- 循環器病の多くは、運動不足や不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。また、受動喫煙や歯周病も脳卒中や虚血性心疾患等と関連することが明らかとなっています。
- 循環器病の主要な危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD）等の予防及び早期発見のためにも、健康診査等の受診や、行動変容をもたらす保健指導が重要です。
- 循環器病は、発症後早急に適切な治療を開始することにより、救命率の向上や後遺症の軽減が見込まれます。
- 令和4年版「救急救助の現況」（総務省消防庁）によると、東京都における令和3年の一般市民が目撃<sup>2</sup>した心原性心肺機能停止傷病者の1か月後生存率は、9.4%であり、全国平均11.1%を下回っています。

<sup>1</sup> 循環器病：健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成30年法律第105号）では、脳卒中、心臓病その他の循環器病を「循環器病」としており、同法に基づき策定する本計画についても同様とする。循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血など）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭窄症、心筋梗塞など）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤など）、末梢血管疾患、肺血栓塞栓症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等多くの疾患が含まれる。

<sup>2</sup> 一般市民が目撃：心肺機能停止の時点を目撃、又は音を聞いた場合のことをいう。「目撃、又は音を聞いた」に該当する例は、次のとおりである。

- ・ 家族の目前で「倒れた」、「ぐったりした」等、また、物音を聞いてすぐに駆けつけたところ倒れていた場合。
- ・ 交通事故等の目撃者からの通報で、救急隊（救急隊と連携して出動した消防隊も含む。以下同じ。）到着時には心肺機能停止状態であった場合。
- ・ 通報時、通報者が傷病者の生存を確認できたが、救急隊到着時には心肺機能停止状態であった場合。

## ＜これまでの取組＞

- 都は、循環器病を含めた生活習慣病の予防及び健康づくりの推進に向け、ポータルサイト「とうきょう健康ステーション」により情報発信するとともに、食事、運動等の生活習慣の改善や健診受診の必要性、継続的に治療を受けることの重要性などについてリーフレットの配布等により普及啓発を実施しています。
- 職場における健康づくりを推進するため、事業者団体と連携し、主に中小企業に対する普及啓発と取組支援を実施しています。
- 喫煙や受動喫煙については、健康影響に関する普及啓発、健康増進法や東京都受動喫煙防止条例に基づく受動喫煙対策を推進しています。
- 区市町村国民健康保険への交付金の交付や好事例の情報提供による国民健康保険の特定健康診査<sup>3</sup>・特定保健指導<sup>4</sup>の支援のほか、東京都保険者協議会<sup>5</sup>（以下「保険者協議会」という。）において、特定保健指導等を効果的に実施するための研修を実施しています。
- 脳卒中の予防や発症時の対応等については、都は、都民向けのシンポジウムを開催するとともに、インターネット上での動画の公開、ポスターやチラシ配布、二次保健医療圏ごとの講演会等を開催し、普及啓発に取り組んでいます。
- 公益財団法人東京防災救急協会や都内消防署などでは、一般市民向けにAEDの使用方法や心肺蘇生法に関する講習会を実施しています。

<sup>3</sup> 特定健康診査：日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病の予防のために、医療保険者が40歳から74歳までの加入者（被保険者・被扶養者）を対象に、メタボリックシンドローム等に着目して行う健診

<sup>4</sup> 特定保健指導：医療保険者が特定健康診査の結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげることができるよう、医師や保健師等の専門職が個別に介入、指導するもの

<sup>5</sup> 東京都保健者協議会：高齢者の医療の確保に関する法律第五十七条の二に基づいて設置され、都内の医療保険者の加入者に係る健康づくりの推進に当たり、保険者間の問題意識の共有や、それに基づく取組の推進等を図るとともに、東京都医療費適正化計画の策定又は変更、同計画に基づく施策の実施に当たっての東京都への協力、東京都保健医療計画の策定又は変更に当たっての意見提出等を行うことを目的とする

## 2 循環器病に係る医療提供体制

- 令和4年における救急搬送人員は71万2千人となっています。初診時傷病名別でみると、心・循環器疾患25,935人(5.4%)と脳血管障害23,834人(4.9%)が合わせて約1割を占めています。
- 循環器病は急激に発症し、数分から数時間の単位で生命に関わる重大な事態に陥ることも多い疾患です。
- 急性発症後早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性があります。
- 超急性期の脳梗塞については、発症後4.5時間以内にt-PAを使用する血栓溶解療法(以下「t-PA療法<sup>6)</sup>」という。)が標準的な治療として定着しており、また、機械的血栓回収療法<sup>7)</sup>(以下「脳血管内治療」という。)の普及も進んでいます。

急病の初診時傷病名別搬送人員(令和4年中)

初診時傷病名	搬送人員	割合
呼吸器系疾患	41,451	8.6%
消化器系疾患	36,542	7.6%
心・循環器疾患	25,935	5.4%
脳血管障害	23,834	4.9%
腎泌尿器・生殖器疾患	12,187	2.5%
感覚器・神経系疾患	12,018	2.5%
その他の疾患系	24,648	5.1%
その他	38,774	8.0%
症状・徴候・診断名不明確	266,691	55.3%
急病の合計	482,080	100.0%

資料:「令和4年 救急活動の現況」(東京消防庁)

<sup>6)</sup> t-PA療法: 脳梗塞の発症4.5時間以内に開始するt-PA(組織プラスミノゲン・アクチベーター)を使用した血栓溶解療法

<sup>7)</sup> 機械的血栓回収療法: 急性期脳梗塞患者を対象とし、詰まった血栓に対しカテーテルを用いて機械的に取り除く治療法

急病の初診時傷病程度別搬送人員（令和4年中）

	脳血管障害		心・循環器疾患		急病全体	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
重症以上	4,063	17.0%	7,206	27.8%	38,968	8.1%
中等症	16,444	69.0%	11,699	45.1%	194,427	40.3%
軽症	3,327	14.0%	7,030	27.1%	248,685	51.6%
総計	23,834	100.0%	25,935	100.0%	482,080	100.0%

資料：東京消防庁提供資料を一部改変

- 循環器病患者の約8割を65歳以上の高齢者が占めており、今後も高齢化に伴う循環器病患者の増加が見込まれます。
- また、新型コロナの感染拡大による循環器病患者の救急搬送や手術への影響が指摘されました。

<これまでの取組>

脳卒中について

- 都では、より一層の救命や後遺症の軽減を図るため、脳卒中発症後の患者を速やかに適切な急性期医療機関に救急搬送できる仕組みとして、脳卒中急性期医療機関制度を構築しています。現在、161施設を「脳卒中急性期医療機関」として、認定しています（令和5年12月現在）。
- 救急隊では、傷病者の全身状態の観察や脈拍・呼吸状態などの確認、家族等からの情報収集等により、重症度・緊急度を判断し、速やかに適切な救急搬送先医療機関を選定できるよう、傷病者の観察項目に、脳卒中発症が疑われる主な徴候（顔の歪み等）を加えています。

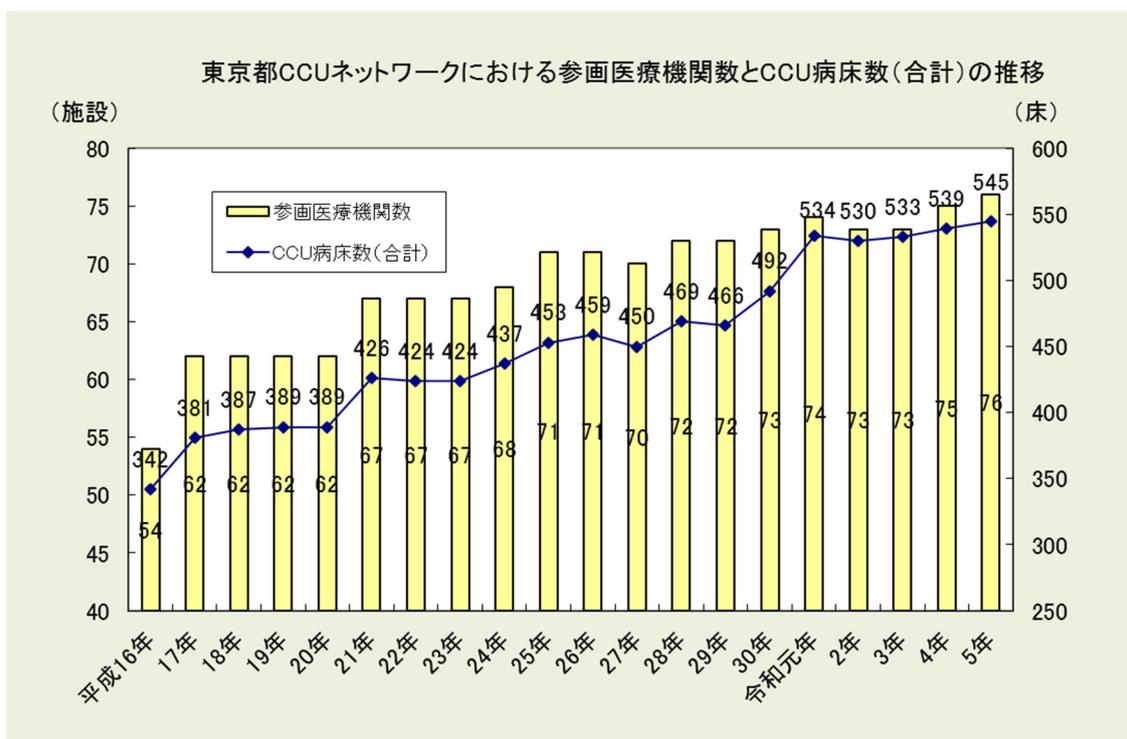
東京都における救急隊による救急搬送先医療機関の分類、選定基準（抜粋）

救急搬送先医療機関分類		選定基準
		搬送対象傷病者・選定方法
脳卒中医療機関	急性期の脳卒中傷病者を収容する医療機関	急性期の脳卒中の疑いのある傷病者
	(1) 脳卒中急性期医療機関A 脳梗塞の超急性期において適応となる血栓溶解剤t-P Aの治療が可能な医療機関  (2) 脳卒中急性期医療機関B 前記以外の脳卒中急性期医療機関	(1) 発症から24時間以内 ⇒脳卒中急性期医療機関Aを選定する。  (2) 発症から24時間を超える場合 ⇒脳卒中急性期医療機関Bを選定する。 ただし、周辺に該当医療機関がない場合は脳卒中急性期医療機関Aを選定する。

- 脳卒中医療連携圏域別検討会を設置し、二次保健医療圏単位で地域の医療機能の把握や情報共有を行うとともに、急性期から在宅療養までの連携等の充実に向け検討しています。

## 心血管疾患について

- CCU<sup>8</sup>病床を有する医療機関（CCU医療機関）、東京都医師会、東京消防庁とともに東京都CCUネットワークを構成しており、心血管疾患の救急患者をCCU医療機関に速やかに搬送できる体制を確保しています（令和5年12月現在76施設）。



- 東京都CCUネットワークの連携体制を活用した「急性大動脈スーパーネットワーク」により、死亡率が高く迅速な診断と治療を要する急性大動脈疾患について、効率的な患者搬送システムを構築しています。
- CCU連絡協議会等により都内CCU医療機関の連携を推進するとともに、症例を集積し、疾患や診療体制等について研究することにより、各医療機関が提供する医療の質の向上等を図っています。
- 心不全サポート病院を設置し、地域における医療・介護関係者への心不全に対する理解促進や相談支援の充実を図るとともに、関係者間の連携強化を進めています。

<sup>8</sup> CCU:Coronary Care Unitの略。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、嚴重な監視モニターの下で持続的に管理する部門のこと

### 3 リハビリテーション体制の充実

- 脳卒中患者は、急性期診療を行った後に様々な神経症状等が残ることが多くあります。
- 後遺症を軽減し、療養生活の質を高めるため、急性期から回復期、維持期・生活期を通じ、状態に応じた一貫したリハビリテーションを実施し、機能回復や合併症の予防、日常生活動作の維持・向上を図ります。
- 心不全等で入退院を繰り返す患者が増加しており、再発・再入院予防の観点から、心臓リハビリテーションとして、運動療法だけではなく、患者と家族への教育、カウンセリング、栄養・食事指導、服薬指導、生活指導などを含めた包括的な患者支援を行うことが効果的とされています。

#### <これまでの取組>

- 平成12年に「東京都リハビリテーション協議会」を設置し、都及び地域におけるリハビリテーション提供体制の充実を図っています。
- 脳卒中を発症した患者が急性期病院から円滑に回復期、維持期・生活期の医療機関を受診できるよう、地域連携クリティカルパス<sup>9</sup>の普及を促進しています。
- 二次保健医療圏ごとに地域リハビリテーション支援センターを指定し、支援センターにおいて、地域のリハビリテーション従事者の技術の底上げに取り組むとともに、かかりつけ医やケアマネジャーに対するリハビリテーション知識・技術情報を提供しています。

### 4 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

- 令和元（2019）年「国民生活基礎調査」（厚生労働省）によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が4.5%であり、両者を合わせると20.6%と最多となっています。
- 循環器病患者は、慢性期に脳卒中後の後遺症の残存や心血管疾患治療後の身体機能の低下等により、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。
- また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底等適切な管理及びケアを行うことも必要です。

<sup>9</sup> 地域連携クリティカルパス：急性期から回復期を経て早期に自宅に帰れるよう診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるもの

- 脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障害がわかりにくい場合（摂食嚥下<sup>えんげ</sup>障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等）があります。

## 5 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

- 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族は、診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等を抱えています。
- 急性期における医療機関受診に関することから慢性期における医療、介護及び福祉に係るサービスに関することまで、患者家族が必要な情報にアクセスできるよう各ステージにおける課題解決が求められています。

## 6 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

- 循環器病の中には、100人に1人の割合で出生する先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症等といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患があります。
- 近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に慢性疾病に罹患した患者全体の死亡率は、大きく減少し、多くの子どもたちの命が救われるようになりました。
- 小児患者の治療に当たっては保護者の役割が大きいこと、また、原疾患の治療や合併症への対応が長期化し、それらを抱えたまま、思春期、さらには成人期を迎える患者が増えていることなどの現状があり、そのような患者の自立等に関する課題があります。

## 課題と取組の方向性

### <課題1>発症予防や早期発見、疾患に関する正しい知識の普及

- 循環器病の発症予防と早期発見に向けた取組や循環器病に関する正しい知識の普及啓発を都民に分かりやすく、効果的に行うことが必要です。

#### (取組1) 循環器病に関する普及啓発の推進

- 患者や家族、都民等に対する循環器病の発症・重症化予防、早期受診の重要性や前兆、症状、発症時の対処法、後遺症などに関する知識の啓発を推進します。
- 日常生活の中で多くの時間を過ごす職場における健康づくりを推進するため、企業における従業員の健康に配慮した経営に向けた取組の支援などを行っていきます。
- 都民の主体的な健康づくりにつなげるため、区市町村が行うインセンティブを用いた健康づくりの取組に対し、都が更なるインセンティブを提供し、区市町村の取組を支援します。
- 喫煙や受動喫煙が及ぼす健康への影響や禁煙方法等に関する情報提供を行うなど、喫煙率の減少及び受動喫煙対策に取り組めます。
- 心疾患、脳梗塞など、全身の健康と歯周病との深い関わりや口腔ケアの重要性について、都民の認知度を高め、都民自ら口腔ケアに取り組むよう、普及啓発を実施していきます。
- 区市町村や医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施率やアウトカム向上の取組、特定健康診査の結果を踏まえた循環器病のリスクや生活習慣改善に関する周知啓発等、データヘルス計画に基づく保健事業について、保険者協議会等とも連携を行い、取組を推進します。
- SNS等を活用した情報発信やマスメディアとの連携などによる効果的な普及啓発を実施していきます。
- 循環器病の知識に関する普及啓発を小児期から教育機関と連携して実施します。
- 循環器病に関するポータルサイト「とうきょう脳卒中・心臓病ガイド」を開設し、都民に対し循環器病に関する情報を分かりやすく提供していきます。

- 心肺停止患者の周囲にいる一般市民（バイスタンダー）による心肺蘇生の実施やAEDの使用により救命効果が見込まれるため、AEDの使用方法や心肺蘇生法の講習会の実施などに取り組み、応急手当に関する普及啓発を推進します。

### ＜課題2-1＞救急患者の円滑な受入

- 救急患者の症状に応じた迅速かつ適切な救急搬送・受入体制の確保が必要です。

#### （取組2-1）救急医療提供体制の充実

- 脳卒中や心血管疾患の特性に応じた救急医療体制（脳卒中急性期医療機関、CCUネットワーク、急性大動脈スーパーネットワーク）の充実を引き続き図ります。
- 脳血管内治療などの専門的治療が円滑に実施できるよう、脳卒中急性期医療機関制度を再構築するとともに、救急隊が行う傷病者の観察項目の変更を行います。

### ＜課題2-2＞適切な医療の提供

- 平時のみならず、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、循環器病患者に対し、迅速かつ適切な医療を提供することが必要です。
- 医療現場の働き方改革に対応しつつ、循環器病患者を確実に受け止める診療体制の確保が必要です。
- 患者の意向を踏まえた切れ目のない適切な緩和ケアが提供できるよう、循環器病の緩和ケアに関する理解促進や人材の育成が必要です。

#### （取組2-2）医療連携の推進

- 地域の医療資源、感染症まん延時や患者数が増加する季節の状況、働き方改革の影響等を踏まえ、医療機関間で連携・情報共有を図るため、脳卒中や心血管疾患を診療する急性期医療機関間のネットワークを強化していきます。
- 急性期治療を迅速・適切に提供するため、病床を効率的に運用できるよう、患者の症状や状態に応じた円滑な転退院を促進します。

- 脳血管内治療や急性大動脈解離に対する専門的な治療などが円滑・迅速に実施できるよう、デジタル技術を活用した連携ツールの整備等医療機関間の情報共有を引き続き支援します。
- 心不全等により増悪と寛解を繰り返す患者の円滑な入退院や、治療と連携した緩和ケアの実施等に向け、地域における医療・介護関係者への心不全に対する理解促進や相談支援の充実を図るとともに、デジタル技術を活用し、関係者間の連携・情報共有の強化に向けた取組を推進します。

### ＜課題3-1＞切れ目ないリハビリテーションの実施

- 急性期からの切れ目ないリハビリテーションが必要です。

#### （取組3-1）一貫したリハビリテーションの推進

- 地域連携クリティカルパスを発展させ、より効果的・効率的に活用できる仕組みを検討していきます。
- 急性期において十分なリスク管理の下、可能な限り早期からの積極的なリハビリテーションにより、社会復帰に向けた患者教育・生活指導・運動処方を実施していきます。
- 急性期から引き続き、回復期、維持期・生活期においても、患者の疾病や病態に応じた適切かつ円滑なリハビリテーション医療の提供を推進します。
- 患者が継続的にリハビリテーションを実施できるよう、地域における外来リハビリテーション施設や訪問・通所リハビリテーション事業所などの医療資源を含めた社会資源に関する情報を共有していきます。
- 高齢化に伴い、循環器病に嚥下機能障害や廃用症候群など、複数の合併症が認められる患者が増加していることを踏まえ、複数の合併症に対応したリハビリテーションを推進します。
- 循環器病のリハビリテーションに関する高度な知識や技術を持った医療・介護関係者の育成について検討します。

**<課題3-2>地域におけるリハビリテーション体制の確保**

- 地域で治療とリハビリテーションを継続できる体制が必要です。

**(取組3-2) 地域におけるリハビリテーションの推進**

- 再発予防、重症化予防、生活再建や就労等に向け、地域で適切なリハビリテーションが提供できるよう、医療・介護関係者の連携を促進します。
- 地域のリハビリテーションニーズを踏まえ、地域リハビリテーション体制の強化・充実を図り、区市町村が実施する介護予防の取組への支援や在宅リハビリテーションに関わる人材を育成します。
- 入退院を繰り返す心不全患者等の特性を踏まえ、再発・重症化予防の観点から、適切に心臓リハビリテーションが実施されるよう、循環器病患者を支援する医療・介護関係者や患者とその家族等の理解を促進します。

**<課題4-1>地域で患者を支える取組の実施**

- 患者・家族が安心して住み慣れた地域で療養生活を継続できるよう、患者を支える取組や医療・介護人材の育成を行うとともに、医療・介護関係者等の連携・情報共有の強化が必要です。

**(取組4-1) 連携・情報共有や人材育成の促進**

- 心不全等により増悪と寛解を繰り返す患者の円滑な入退院や再発・重症化予防、治療と連携した緩和ケアの実施等に向け、地域における医療・介護関係者への心不全に対する理解促進や相談支援の充実を図るとともに、関係者間の連携・情報共有の強化に向けた取組を実施します。

**<課題4-2>循環器病の後遺症を有する者に対する支援**

- 循環器病の後遺症を有する者に対する必要な福祉サービスの提供等を引き続き推進するとともに、循環器病の後遺症に対する社会的な理解や支援が必要です。

**(取組4-2) 福祉サービス等の提供と社会的理解の促進**

- てんかん患者についての診療連携体制の整備に向け、東京都てんかん拠点病院を中心に必要な検討を実施します。
- 失語症のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等が自立した日常生活・社会生活を営むことができるよう、失語症者向け意思疎通支援者を養成していきます。

- 会話支援等を行うために試行的に設置したサロンで得られたノウハウを共有すること等により、区市町村における失語症者向けの意思疎通支援の取組を促進します。
- 高次脳機能障害者に対する適切な支援が提供されるよう、医療機関へのコーディネーター設置や医療従事者向け研修等を行い、高次脳機能障害の特性に対応した専門的リハビリテーション提供体制を充実するとともに、東京都心身障害者福祉センターでの電話相談・広報・研修等を実施します。
- 区市町村が「高次脳機能障害者支援員」を配置し、地域の医療機関や就労支援センター等との連携の仕組みづくり、高次脳機能障害者とその家族に対する相談支援の実施など、身近な地域での高次脳機能障害者支援の充実を図るための経費を補助します。
- 中部総合精神保健福祉センターにおいて「高次脳機能障害向け専門プログラム」を実施します。
- 循環器病の後遺症について、都民が、その特性を理解し、後遺症を有する者が日常生活や社会生活を営む上での困難さについて理解を深めることができるよう、取組を実施します。

#### <課題5-1> 循環器病に関する情報提供・相談支援の充実

- 患者やその家族の不安や悩みを軽減するため、情報提供・相談支援の充実が必要です。

##### (取組5-1) 適切な情報提供・相談支援の実施

- インターネットによる医療機関案内は、国が運用する医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）により行い、電話による案内は、引き続き東京都独自で実施していきます。
- 患者やその家族が必要な情報を得られるよう、医療機関や地域の相談窓口の効果的な活用等により、相談支援の充実を図ります。
- 循環器病に関するポータルサイト「とうきょう脳卒中・心臓病ガイド」を開設し、患者やその家族のニーズに応じた情報や相談窓口など、都民に対し循環器病に関する情報を分かりやすく提供します。
- 急性期医療から介護・福祉サービスに関することなど、循環器病に関する相談支援を担う人材を育成します。

## ＜課題5-2＞働きながら治療を受ける循環器病患者への支援

- 患者や家族が社会で自分らしく生活を送れるよう治療と仕事の両立支援・就労支援が必要です。

### （取組5-2）治療と仕事の両立支援・就労支援の充実

- 都や関係機関による奨励金・助成金制度や研修、専門家派遣などにより、循環器病等の治療と仕事の両立支援が必要な患者が働きやすい職場環境を整備します。
- 医療機関や職場に配置される両立支援コーディネーター（MSWや産業保健スタッフ等）の活用や産業保健総合支援センター等関係機関との連携による効果的な相談支援を推進していきます。
- 障害者の就労に向けた就労支援・相談支援、職業訓練及び雇用促進に向けた企業への支援など、循環器病の後遺症を有する障害者に対し、必要な支援を充実します。

## ＜課題6＞小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

- 医療ニーズや療育支援の必要性が高い先天性心疾患や不整脈、川崎病性冠動脈瘤、心筋症、肺高血圧、脳卒中などの小児患者が、小児から成人までの生涯を通じて切れ目のない支援を受け地域で安心して療養できる体制の整備が必要です。

### （取組6）年齢に応じた適切な医療提供・支援体制の充実

- NICU等入院児と家族が安心・安全に療養生活を継続できるよう、多職種連携に向けた研修等を充実するとともに、周産期母子医療センターや地域の医療機関におけるレスパイト病床<sup>10</sup>及び在宅移行支援病床<sup>11</sup>の整備を推進していきます。
- 小児期から成人期への移行期にある慢性疾病の患者に、年齢に応じた適切な医療を提供するため、移行期医療支援センターを中心に小児診療科・成人診療科の医療連携を進める等、移行期医療支援を充実します。
- 小児慢性特定疾病児童等やその家族に対し、電話相談及び医療機関でのピアサポート、小児慢性特定疾病児童等自立支援員による支援等を実施していきます。

<sup>10</sup>レスパイト病床：NICU等長期入院児の在宅療養中の定期的医学管理及び保護者の労力の一時的支援を目的とした病床

<sup>11</sup>在宅移行支援病床：在宅移行訓練や在宅移行後の急性増悪時における緊急入院受入の病床として利用する、NICU等と在宅療養との間に設置する中間的病床

- 入院中や療養中の教育について、病弱教育支援員を児童・生徒の入院する病院へ派遣するとともに、デジタル機器を活用することにより、児童・生徒の学習を支援していきます。

## 事業推進区域

- 高度な専門的医療：都全域
- 入院医療：広域な区域（複数の区市町村、二次保健医療圏等）
- 予防、初期医療、在宅療養：区市町村

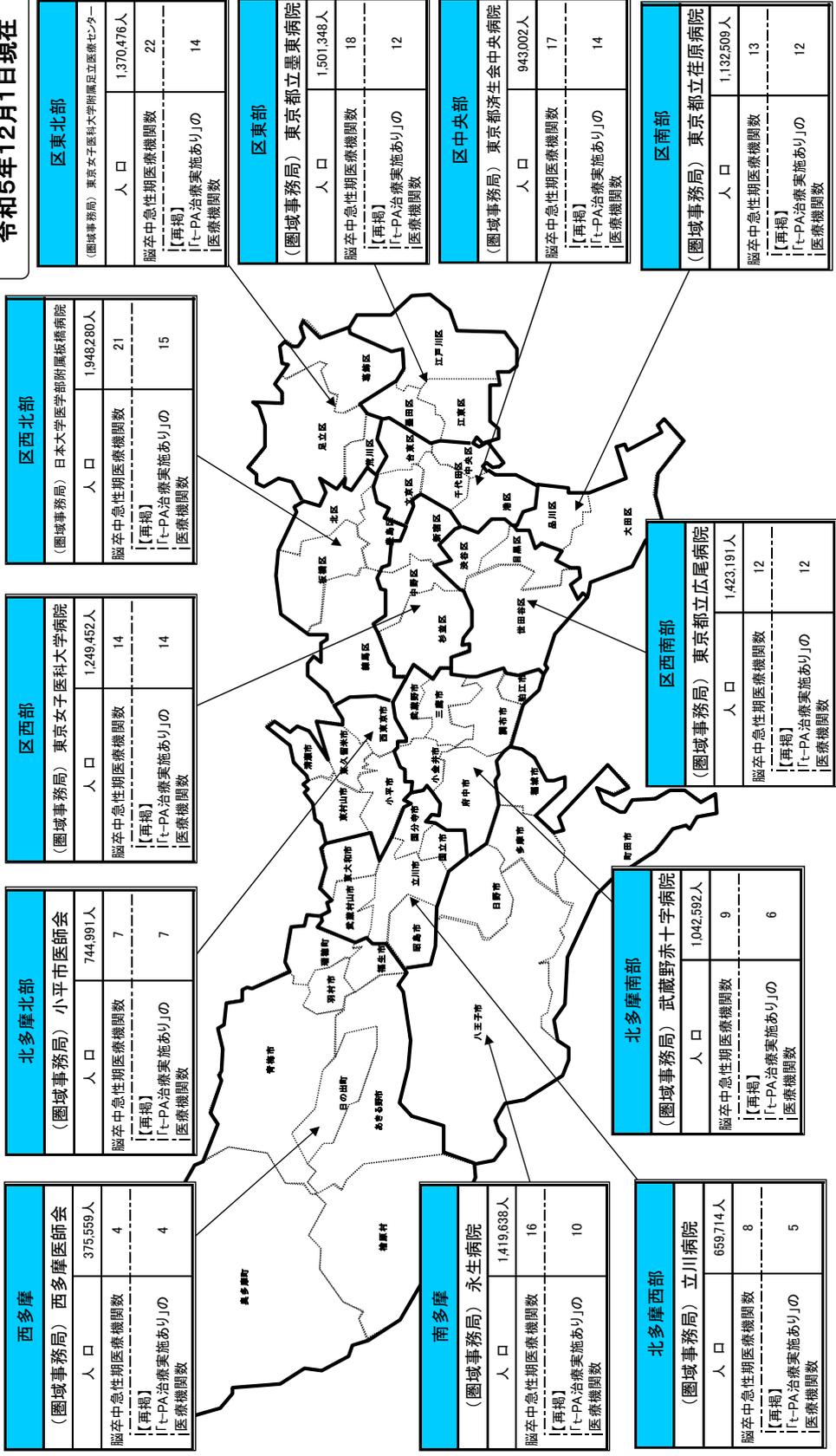
## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
共通	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 89.3 女性 52.6 （令和2年）	下げる
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 107 女性 43.3 （令和2年）	下げる
取組 1	“生活習慣の改善”の指標参照《再掲》		
	特定健康診査の実施率	65.4% （令和3年度）	増やす （70%以上）
	特定保健指導の実施率	23.1% （令和3年度）	増やす （45%以上）
	バイスタンダーの応急手当実施率	42.58% （令和4年）	上げる
取組 2	脳卒中急性期医療機関数	161 施設 （令和5年12月）	維持する
	CCU医療機関数	76 施設 （令和5年12月）	維持する
取組 3	リハビリテーションが実施可能な医療機関数（脳血管）	604 施設 （令和5年5月）	維持する
	リハビリテーションが実施可能な医療機関数（心大血管）	117 施設 （令和5年5月）	増やす

取組	指標名	現状	目標値
取組 4	心血管疾患の緩和ケアを提供する医療機関数	205 施設 (令和4年10月1日)	増やす
	脳卒中の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数	76 人 (令和4年12月末)	増やす
	慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数	61 人 (令和4年12月末)	増やす
取組 5	循環器病の相談窓口を設置している医療機関数	111 施設 (令和4年10月1日)	増やす
	両立支援コーディネーター基礎研修の受講人数	1,840 人 (令和4年3月31日)	増やす
取組 6	在宅移行支援病床を設置する周産期母子医療センター等数《再掲》	15 施設 (令和4年度)	増やす
	レスパイト病床を設置する周産期母子医療センター・指定二次救急医療機関（小児科）数《再掲》	21 施設 (令和4年度)	増やす

東京都脳卒中急性期医療機関数と圏域事務局（二次保健医療圏別）

令和5年12月1日現在

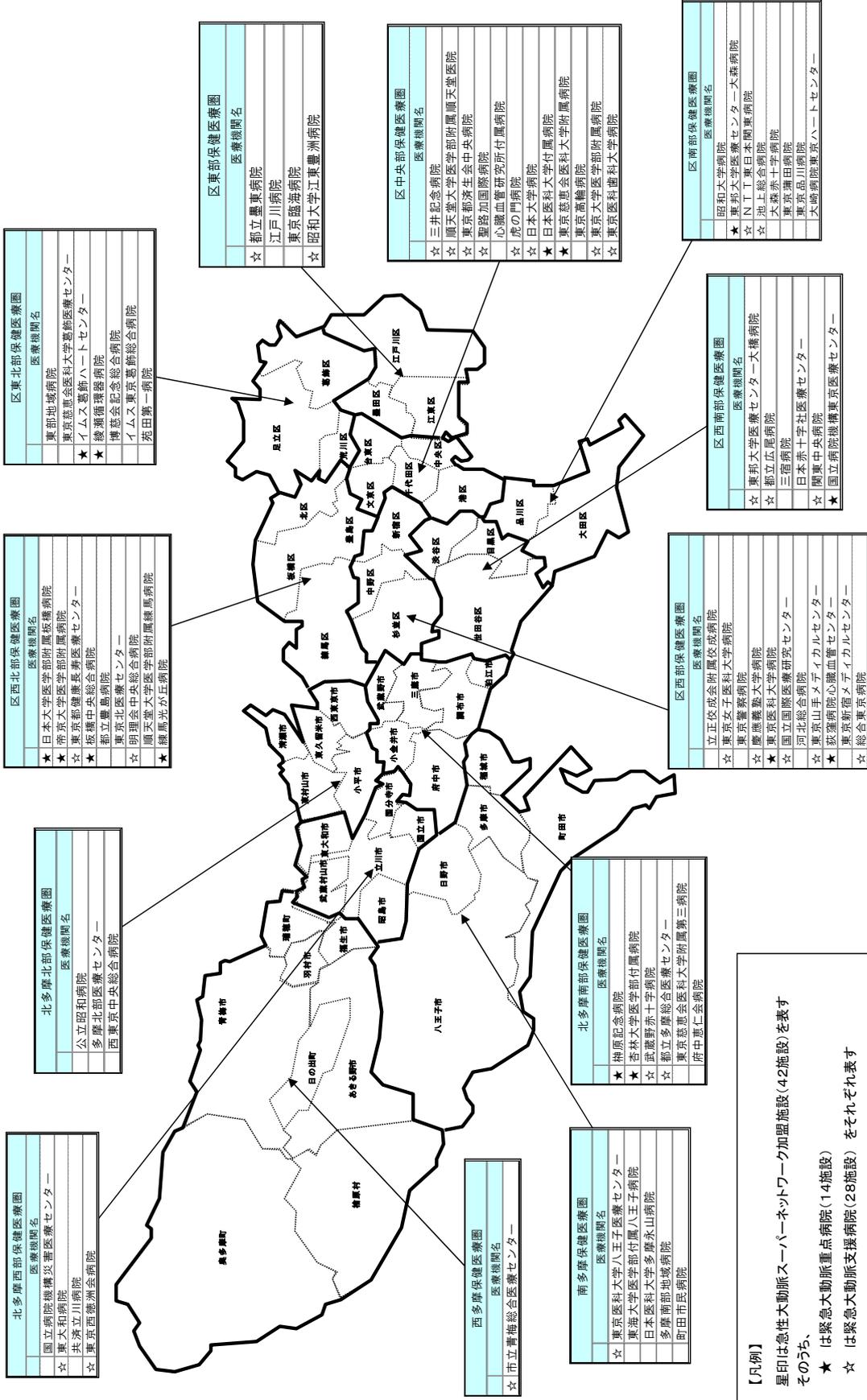


【凡例】  
 ○脳卒中急性期医療機関数…「東京都脳卒中急性期医療機関」として東京都が認定した医療機関の数  
 ○t-PA治療実施あり」の医療機関数…「東京都脳卒中急性期医療機関」のうち、t-PA治療を実施する場合は医療機関の数  
 ○人口…都総務局「住民基本台帳による世帯と人口」（令和5年3月1日現在）による  
 ※人口には外国人人口を含む

12圏域合計	
人口	13,810,752人
脳卒中急性期医療機関数	161
脳卒中急性期医療機関数 【再掲】 【t-PA治療実施あり】の 医療機関数	125

# CCUネットワーク参画医療機関

(令和5年12月1日現在 12医療圏76施設)



**【凡例】**  
 星印は急性大動脈スバーネットワーク加盟施設(42施設)を表す  
 そのうち、  
 ☆ は緊急大動脈重点病院(14施設)  
 ☆ は緊急大動脈支援病院(28施設)をそれぞれ表す

### 3 糖尿病

- 糖尿病に関する正しい知識、治療継続の重要性及び糖尿病医療連携等、糖尿病の効果的な普及啓発を促進します。
- 区市町村や医療保険者・事業者等が発症予防や重症化予防に取り組みやすいよう環境整備を支援し、糖尿病有病者や合併症を発症する人の割合を減らしていきます。
- 糖尿病の予防から治療までの一貫した糖尿病対策を推進し、都民の誰もが身近な地域で症状に応じた適切な治療を受けることができる医療提供体制を構築します。

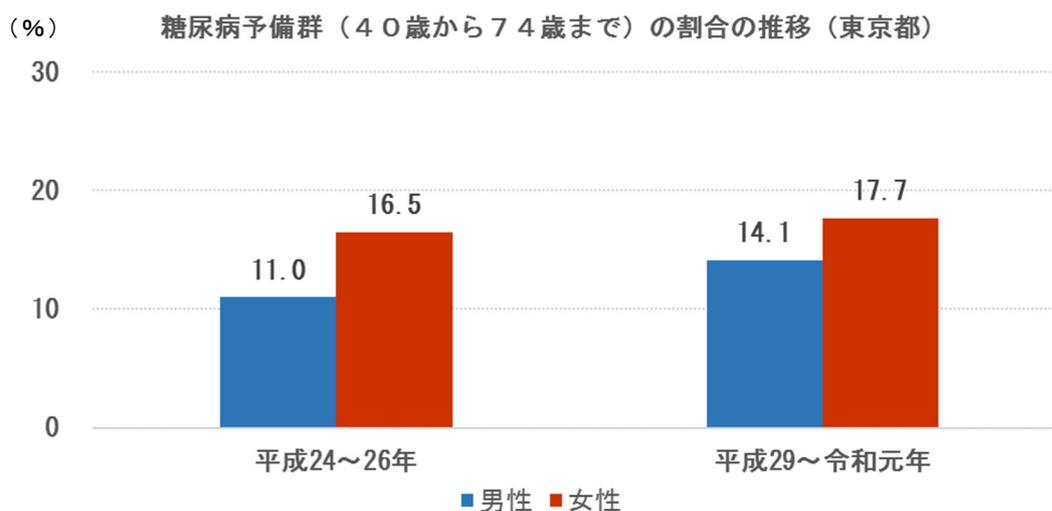
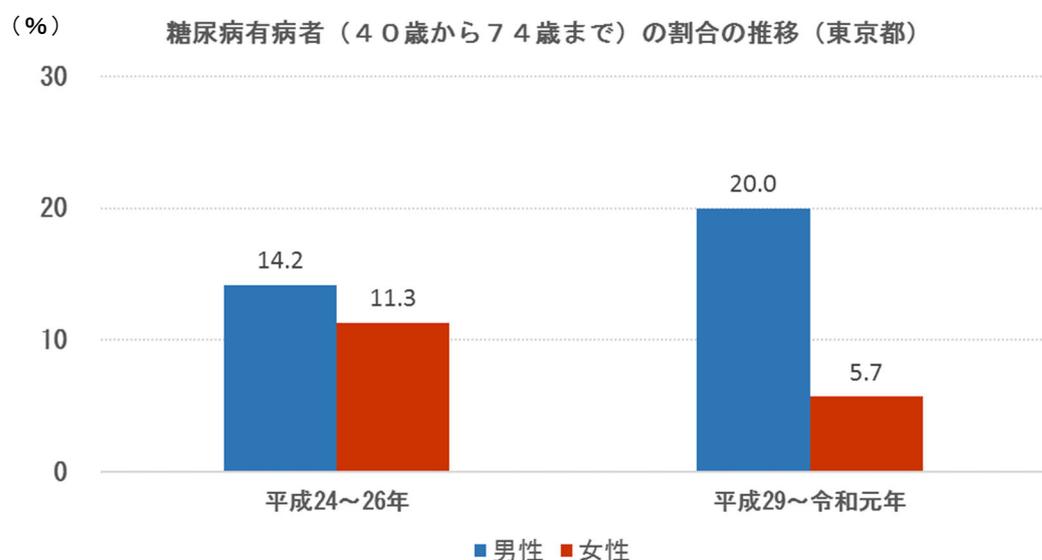
## 現 状

### 1 糖尿病の疾病特性

- 糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群です。
- 糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする「1型糖尿病」と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝子因子に、食べ過ぎ、運動不足、肥満などの環境因子が加わり発症する「2型糖尿病」に大別されます。
- インスリン作用の不足により高血糖が起こると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、高血糖が持続することにより合併症（糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害、脳卒中、心筋梗塞等）を発症します。
- 糖尿病の合併症には、著しい高血糖によって起こる急性合併症と、長年にわたる慢性高血糖の結果起こる慢性合併症があります。
- 糖尿病には、根治的な治療方法がないものの、血糖のコントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能です。
- 糖尿病患者は生涯を通じての治療継続が必要となるため、発症後、患者自身による生活習慣の改善に加えて、内科、眼科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する薬剤師、看護師、管理栄養士等と連携して実施する継続的な医療サービスの提供が重要です。

## 2 糖尿病有病者・予備群の状況

- 令和2年の患者調査によると、都における糖尿病患者数は、約52万人であり、平成26年の患者数約32万4千人と比較し、1.6倍に増加しています。
- 都の糖尿病有病者の割合を見ると、平成29年から令和元年までのデータでは、男性20.0%、女性5.7%となっており、平成24年から26年までと比較すると、男性は5.8ポイント高く、女性は5.6ポイント低くなっています。  
糖尿病予備群の割合を見ると、平成29年から令和元年までのデータでは、男性14.1%、女性17.7%となっており、平成24年から26年までと比較すると、男性は3.1ポイント、女性は1.2ポイント高くなっています。



資料：「国民健康・栄養調査」（厚生労働省）から東京都分を再集計※

※ 「国民健康・栄養調査」より算出。同調査は都道府県別の分析が目的ではないため、東京都分のみを抽出するとデータ数が少ない。データの信頼性を高めるため3年間分のデータを使用した。

- 令和3年度の糖尿病による失明発症率は、人口10万対0.90人で前年比0.15ポイント減、令和3年の糖尿病性腎症による新規透析導入率は、人口10万対11.0人で前年比0.3ポイント減となっています。

### 3 糖尿病・メタボリックシンドロームと生活習慣病の予防

- 糖尿病を予防するためには、食生活や運動に関する望ましい生活習慣について理解し、実践することが必要です。

- 糖尿病は、初期には自覚症状が乏しく、未治療や治療中断者が半数を占めています。風邪、歯周疾患などの受診をきっかけに、糖尿病が発見されることもあります。

糖尿病になり血糖値が高い状態が持続すると、心筋梗塞や脳卒中のリスクが高まるほか、糖尿病性腎症による透析、糖尿病網膜症による失明、血管障害、末梢神経障害・壊疽など深刻な合併症につながるおそれがあります。

- メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）は、内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）に、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか二つが重複した状態をいい、放置すると、糖尿病の発症や重症化を引き起こす可能性が高いとされています。

- 慢性腎臓病（CKD）は慢性的に持続する腎臓病の総称で、その原因は糖尿病、高血圧、慢性腎炎などがあります。中でも糖尿病を原因とするものが最も多いことから、糖尿病対策と連携して、早期診断・早期治療に向けた取組を行うことが重要です。

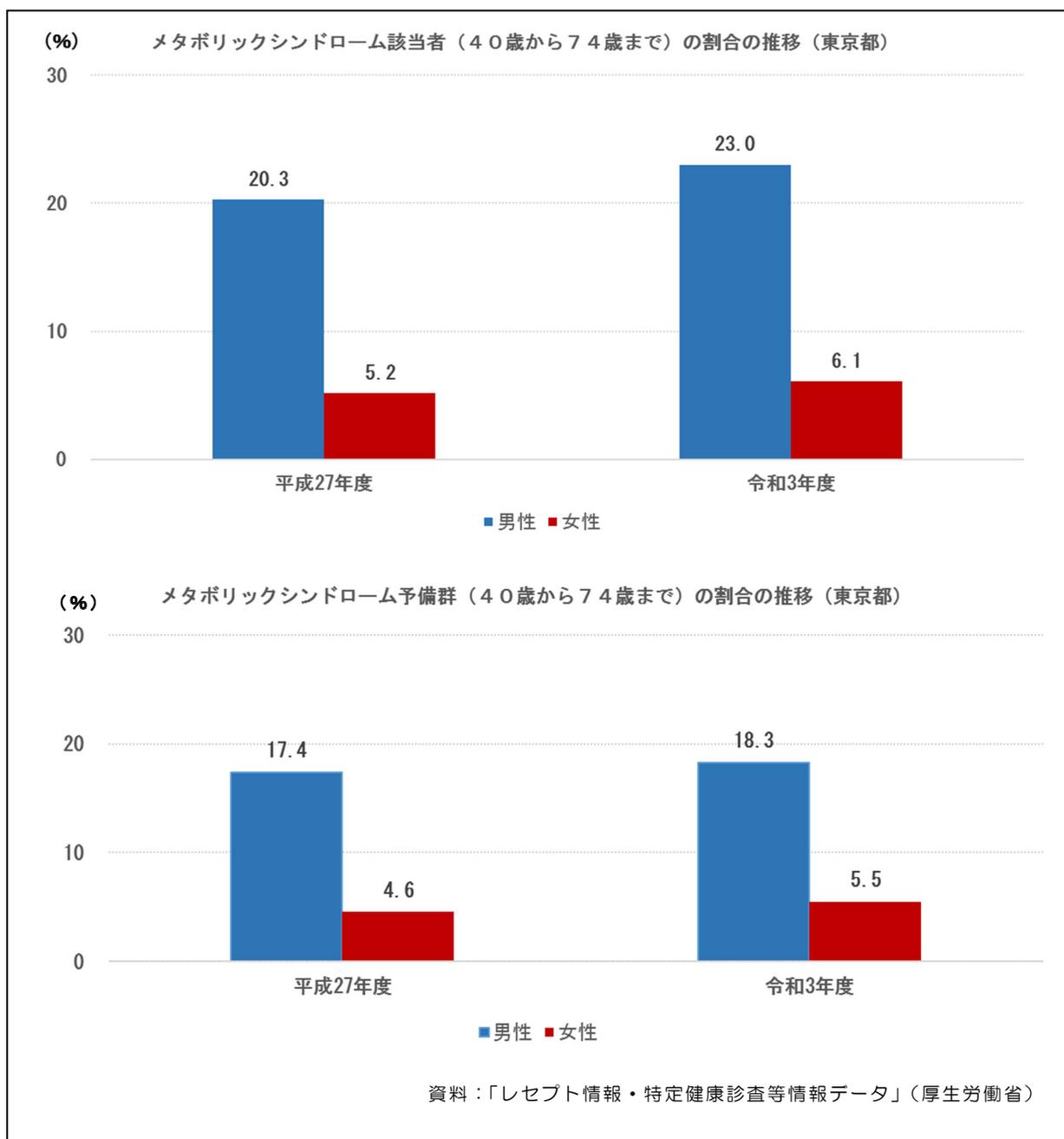
### 4 特定健康診査・特定保健指導の実施

- メタボリックシンドローム該当者・予備群を早期に把握し、生活習慣病のリスクがある人に対して、保健指導により疾病の発症予防を目指すため、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づき、40歳から74歳までの人を対象とした特定健康診査・特定保健指導の実施が平成20年度から医療保険者に義務づけられています。

- 都の令和3年度の特定健康診査実施率は65.4%となっており、平成27年度と比較すると2ポイント高くなっています。また、令和3年度の特定保健指導実施率は23.1%となっており、平成27年度と比較すると8.3ポイント高くなっています。

○ 都のメタボリックシンドローム該当者の割合を見ると、令和3年度は、男性 23.0%、女性 6.1%となっており、平成27年度と比較すると、男性は2.7ポイント、女性は0.9ポイント高くなっています。

メタボリックシンドローム予備群の割合を見ると、令和3年度は、男性 18.3%、女性 5.5%となっており、平成27年度と比較すると、男性・女性ともに0.9ポイント高くなっています。



## これまでの取組

- 糖尿病・メタボリックシンドロームの予防については、区市町村や、医療保険者・事業者等が取組主体となって、生活習慣改善に関する普及啓発や健診事業等を行っています。また、都では、糖尿病医療連携について、都内全域で統一的に定める事項や、広域的に対応する事項を協議するため、平成21年3月に「東京都糖尿病医療連携協議会」（以下「協議会」という。）を設置するとともに、二次保健医療圏を単位とし、地域において検討すべき事項を取り扱うため「糖尿病医療連携圏域別検討会」（以下「圏域別検討会」という。）を設置し、取組を進めています。

### 1 糖尿病・メタボリックシンドロームの予防

- 都民一人ひとりが望ましい生活習慣を継続して実践し、糖尿病を始めとする生活習慣病の発症・重症化予防を図るため、世界糖尿病デーを通じた機運醸成や、啓発資材の作成・提供を行うとともに、区市町村や民間団体等と連携し、都民自らが負担感のない生活習慣の改善を実践できるよう、普及啓発及び環境整備に取り組んでいます。
- 区市町村や医療保険者等において健康づくりの企画や指導的な役割を担うことが期待される人材を対象に、健康づくりの施策や栄養・運動・休養等に関する知識・技術を普及する研修を実施しています。  
また、区市町村が実施する糖尿病・メタボリックシンドローム予防対策事業に対する財政的支援を行っています。
- 日常生活の中で多くの時間を過ごす職場における健康づくりを推進するため、事業者団体と連携し、主に中小企業に対する普及啓発、取組支援を行っています。
- ホームページ「ほっとけないぞ！CKD」やリーフレットにより、腎臓や慢性腎臓病（CKD）についてわかりやすく紹介し、CKDの普及啓発に取り組んでいます。  
また、ホームページ等で、かかりつけ医から専門医への紹介基準を掲載するほか、専門医の検索ができるページを紹介することにより、CKD患者の早期発見・早期治療による重症化予防を支援しています。

- 糖尿病性腎症重症化予防については、区市町村国民健康保険等における取組の質を高めるために、「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム<sup>1</sup>」を令和4年3月に改定し、全区市町村において関係機関と連携した重症化予防の取組が進むよう支援しています。
- 糖尿病性腎症重症化予防事業は、令和4年度に57自治体で受診勧奨、58自治体で保健指導が実施されており、区市町村国民健康保険で参考となる事例をとりまとめて横展開を図るとともに、保険者協議会を通じて情報共有を行うことで、保険者等の取組を支援しています。

## 2 糖尿病医療連携の推進

- 協議会において、糖尿病医療連携体制の構築、指標の設定・検証を進めています。また、圏域別検討会において、地域の糖尿病医療連携を推進しています。
- 日本糖尿病療養指導士認定機構及び各地域のNPO法人等においては、高度で幅広い専門知識を持ち、患者の糖尿病セルフケアを支援する医療スタッフを糖尿病療養指導士として、令和4年度末で3,508人を認定しています。

## 3 糖尿病地域連携に係る取組

- 糖尿病は、重症化及び合併症予防のために治療が長期にわたることから、予防から治療までの一貫した糖尿病対策を推進し、都民の誰もが身近な地域で症状に応じた適切な治療を受けることができる医療提供体制を構築する必要があります。そのために都では以下の取組を実施してきました。

### (1) 糖尿病治療に係る医療資源の情報把握

- 東京都医療機関案内サービス“ひまわり”<sup>2</sup>では、糖尿病に関連する項目(39項目)が掲載されており、それぞれの医療機関で提供されている診療内容等を検索することができます。

<sup>1</sup> 東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム：区市町村国民健康保険等における糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組の考え方や標準的な実施方法等を提示するものとして、東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議及び東京都の三者連名で平成30年3月に策定。

<sup>2</sup> 令和6年4月より医療情報ネット（全国的統一的な情報提供システム）に移行予定

## (2) 糖尿病医療連携に資する連携ツールの活用

- 都内における糖尿病医療連携の取組を推進するため、協議会において、「東京都糖尿病医療連携ツール」を作成し、活用しています。

「東京都糖尿病医療連携ツール」

([https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo\\_hoken/tounyoutorikumi/tool.html](https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/tounyoutorikumi/tool.html))

- ① 医療機関リスト
- ② (標準的な) 診療ガイド
- ③ 医療連携の紹介・逆紹介のポイント
- ④ 診療情報提供書の標準様式

## (3) 「糖尿病地域連携の登録医療機関」制度の運用

- 糖尿病医療連携ツール等の活用を促し、地域の糖尿病医療連携体制を確立するため、「糖尿病地域連携の登録医療機関」制度を構築しています。本制度は、地域において糖尿病治療等を行う医療機関が「かかりつけ医」「専門医」「かかりつけ眼科医・歯科医等」のいずれか又は複数の立場で糖尿病医療連携ツール等を活用した医療連携に参画するものです。令和5年4月現在の登録医療機関は3,832機関であり、着実に増えてきています。

- 多くの医療機関が同じ治療方針の下、患者の症状に応じた適切な医療連携(紹介-逆紹介(返送))を行うことが可能となり、都民の誰もが身近で最適な医療を受けられ、重症化及び合併症を予防できます。

## (4) 糖尿病に関する普及啓発

- 糖尿病の予防・治療に当たっては、適切な食習慣や適度な運動習慣など生活習慣の改善が不可欠であり、身近な医療提供施設の果たす役割が重要です。また、糖尿病医療連携の仕組みの理解を促すため、都民向けに普及啓発を図る必要があります。

- 圏域別検討会において、東京都医師会等の医療関係団体と連携し、市民公開講座や医療従事者研修会等を開催し、地域の住民及び医療従事者に対する糖尿病に関する普及啓発を行っています。

## 課題と取組の方向性

### <課題1>糖尿病・メタボリックシンドロームに関する普及啓発

- 多くの都民が糖尿病の有病者・予備群、メタボリックシンドロームの該当者となっていることから、発症・重症化予防に向け、引き続き都民の理解と実践を促していく必要があります。

- 1型糖尿病は、劇症、急性発症、緩徐進行と複数のタイプがあり、その中でも緩徐進行1型糖尿病は、発症時の症状が2型糖尿病と似ており、診断までに時間を要する場合があることから、早期発見、早期治療に向けて、医療従事者や都民への理解促進が必要です。
- 慢性腎臓病（CKD）は、初期には自覚症状が乏しいことから、重症化予防・人工透析防止に向けて、早期に発見・診断し、適切な治療を実施する必要があります。

#### （取組1）糖尿病・メタボリックシンドロームに関するより効果的な普及啓発の実施

- 糖尿病やメタボリックシンドロームにならないための、負担感のない生活習慣改善の工夫（一次予防）、定期的な健診受診や必要に応じ早期に医療機関を受診し、治療を継続することの重要性（二次予防）、糖尿病の重症化予防（三次予防）について、都民の理解を一層深め、意識変容・行動変容を促していくため、ナッジ理論<sup>3</sup>の活用などにより、効果的な啓発を行います。
- 1型糖尿病のタイプ（劇症、急性、緩徐進行）などに応じて、適切な治療に繋がるよう、医療従事者に対する理解促進を進めるとともに、都民に向けた効果的な普及啓発を行います。
- 各圏域別検討会で実施している都民向け講演会等を引き続き実施し、糖尿病に関する正しい知識、治療継続の重要性及び糖尿病医療連携等について、普及啓発を推進します。
- ホームページやリーフレットを活用し、都民に対して慢性腎臓病（CKD）に関する基本的な知識を普及します。また、かかりつけ医に対しては専門医への紹介基準等の普及啓発を行い、患者の早期発見・早期治療を支援します。

#### ＜課題2＞糖尿病の発症・重症化予防

- 多くの都民が糖尿病の有病者・予備群となっており、深刻な合併症の発症者も一定数程度いることなどから、発症・重症化予防に向けた区市町村や事業者等の取組を、引き続き支援していく必要があります。
- メタボリックシンドロームを早期に発見し、改善を図るため、特定健康診査・特定保健指導の実施率を高めていく必要があります。

<sup>3</sup> 行動科学の知見に基づく工夫や仕組みによって、人々がより望ましい行動を自発的に選択するよう手助けする手法

- 区市町村国民健康保険における医療機関未受診者に対する受診勧奨や、重症化リスクのある対象者への個別指導等、糖尿病性腎症重症化予防の取組について、引き続き地域の関係機関と連携した取組を支援していく必要があります。

### **(取組2) 糖尿病の発症・重症化予防に向けた取組の推進**

- 区市町村、事業者等における糖尿病の発症予防、早期発見、重症化予防のための取組を支援してきます。
- オンライン診療や健康管理アプリ等の活用を効果的に促進することにより、発症、重症化予防等の取組を支援していきます。
- 医療保険者に対して特定健康診査・特定保健指導を効果的に実施するための研修を保険者協議会と連携して実施するなど、働く世代のうちから糖尿病を予防するための取組を支援していきます。
- 糖尿病性腎症重症化予防について、区市町村国民健康保険と地区医師会・かかりつけ医等との連携強化を図るとともに、糖尿病対策に係る会議等において情報提供や共有等を行います。また、「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を必要に応じて見直し、区市町村国民健康保険による効果的な取組を推進していきます。
- 区市町村国民健康保険における特定健康診査・特定保健指導の実施率やアウトカム向上、糖尿病性腎症重症化予防の好事例等を収集・横展開するとともに、保険者協議会等を通じた情報提供により、医療保険者が行う取組を支援していきます。

## **<課題3> 予防から治療までの医療連携**

### **(1) 予防から治療までの医療連携**

- 糖尿病は、健診等で発症リスクのあることが分かっているにもかかわらず、未受診であったり、受診をしても自ら治療を中断してしまい、重症化や合併症が発症してから受診に至る例も見受けられます。このため、発症予防、早期の受診や治療、治療の継続に向けて、区市町村や医療保険者、医療機関との連携が重要になっています。
- また、感染症の流行下等においても、糖尿病患者が切れ目なく適切な医療を受けられる医療提供体制の整備が必要です。

## (2) 地域連携に係る実効性のある取組

- 「東京都糖尿病医療連携ツール」等地域連携の取組を進めており、「糖尿病地域連携の登録医療機関」への参画は増えてきています。都内の地域連携を更に充実させるため、未参画の医療機関に対し参画を促す必要があります。
- 慢性合併症の専門治療などでは広域的な医療連携が必要であり、圏域別検討会において医療連携の取組を進めていますが、その取組・連携実績等には圏域ごとに差があることから、すべての圏域において実効性のある取組が行われるよう圏域ごとに取組を更に充実させていく必要があります。

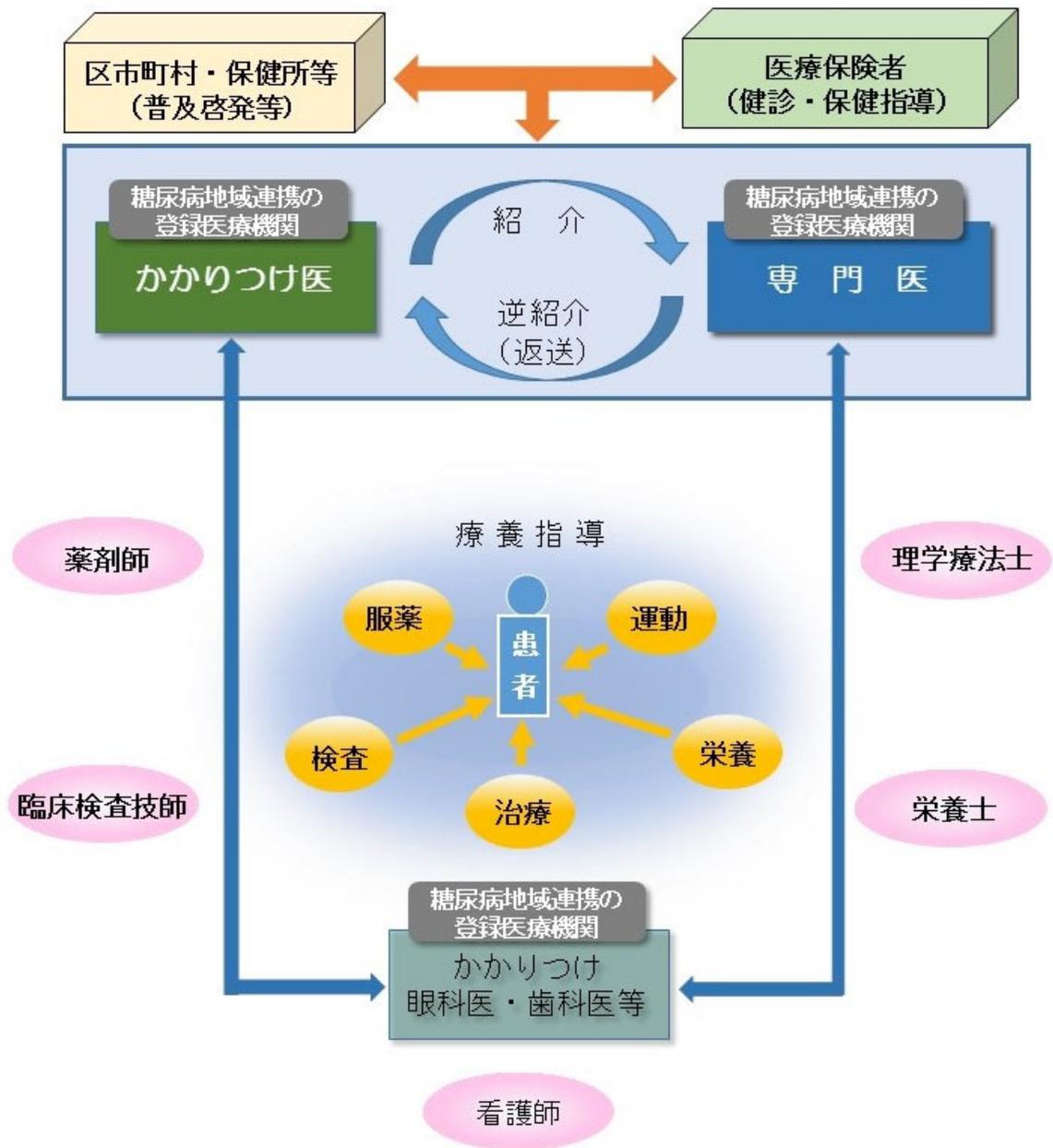
### (取組3-1) 予防から治療までの医療連携の強化

- 予防、健診、保健指導を行う区市町村や医療保険者と医療機関との連携を強化します。
- 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、臨床検査技師、管理栄養士等、糖尿病医療に関わる多様な職種の医療連携を推進します。
- 切れ目なく適切な医療が受けられるよう、オンライン診療による対応が可能な糖尿病患者の病態像について、医療機関等と共有します。

### (取組3-2) 糖尿病地域連携体制の強化

- 「糖尿病地域連携の登録医療機関」の登録数が増えるよう、広域的な普及啓発に努めるとともに、各圏域においても普及啓発を行い、糖尿病医療連携に積極的な医療機関を確保します。
- 「糖尿病地域連携の登録医療機関」に登録した医療機関相互で、実効性のある地域連携が図れるよう、都が作成した医療連携ツールの積極的な活用を促進します。
- 各圏域別検討会において、糖尿病に関わる多様な職種を対象とした研修会や連絡会を開催し、都における糖尿病医療連携体制や、職種相互の役割への理解を促進します。

### 糖尿病医療連携のイメージ



## 事業推進区域

- 専門的医療・合併症治療：広域な区域（複数の区市町村、二次保健医療圏等）
- 予防、初期・安定期治療：区市町村

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
共通	“生活習慣の改善”の指標参照《再掲》		
取組1 取組2	糖尿病による新規透析導入率（人口10万対）	11.0人 （令和3年）	減らす
取組1 取組2	HbA1c 8.0%以上の者の割合（40～74歳）	男性 1.88% 女性 0.66% （令和2年度）	減らす
取組1 取組2	メタボリックシンドローム該当者の割合（40～74歳）	15.1% （令和3年度）	減らす
取組1 取組2	メタボリックシンドローム予備群の割合（40～74歳）	12.3% （令和3年度）	減らす
取組1 取組2	特定健康診査実施率	65.4% （令和3年度）	増やす （70%以上）
取組1 取組2	特定保健指導実施率	23.1% （令和3年度）	増やす （45%以上）
取組3	糖尿病地域連携の登録医療機関の医療機関数	病院 172 施設 診療所 2,033 施設 歯科診療所 1,627 施設 （令和4年度末）	増やす

## 4 精神疾患

- 精神障害者及び精神保健に関する課題を有する方が地域で安心して暮らすことができるよう、医療、福祉、介護など地域の関係機関が連携した包括的な支援を受けられる区市町村を中心とした地域の体制づくりを推進します。
- 緊急な医療を必要とする精神障害者等が、できるだけ身近な地域で迅速かつ適切な医療を受けられる体制づくりを推進します。また、災害時においても精神障害者が適切な治療を受けられるよう、災害時精神科医療体制づくりを推進します。
- 多様な精神疾患に対して、治療拠点の整備や普及啓発等により早期に専門医療につなげるための取組を推進します。
- 精神科病院における患者への虐待の未然防止、早期発見、虐待が発生した場合の対応等が適切に行われるための体制整備を進めます。

### 現状・これまでの取組

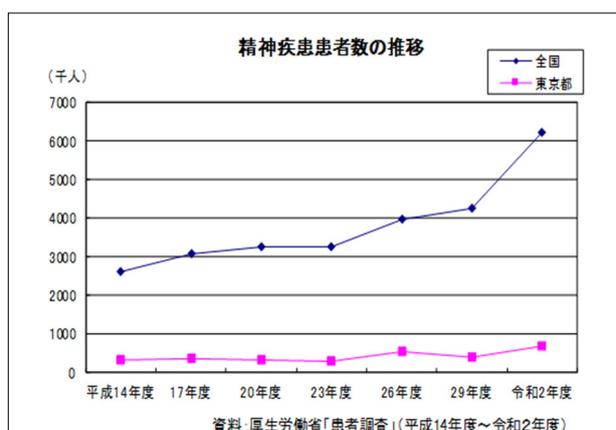
#### 1 精神疾患の特性

- 気分が沈む、意欲が出ない、考えがまとまらないなど、精神疾患は症状が多様であり、発症や病状の変化に本人や周囲も気づきにくいといった特徴があるほか、症状が身体的な変調や行動の障害としても現れることがあります。
- 症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり受診した時には入院治療が必要な状態になっているという場合が少なくありません。

#### 2 精神疾患の患者動向の状況

- 精神疾患は近年その患者数が増加しており、令和2年には全国の推定患者数が約624万人となっています。

都内の推定患者数は令和2年に約69万人であり、平成29年の約38万人から増加しています。

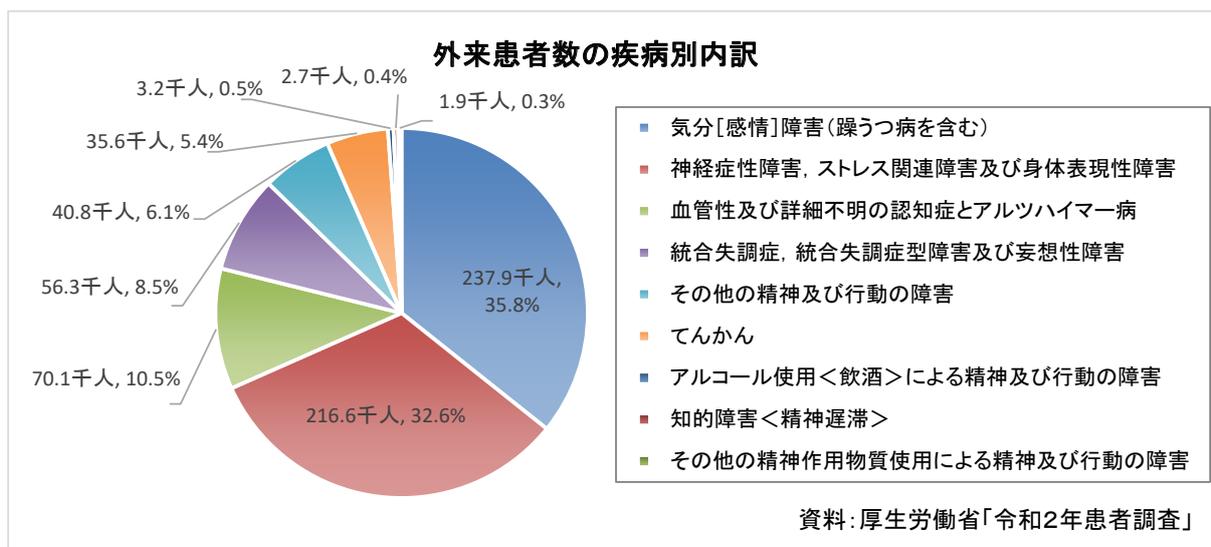
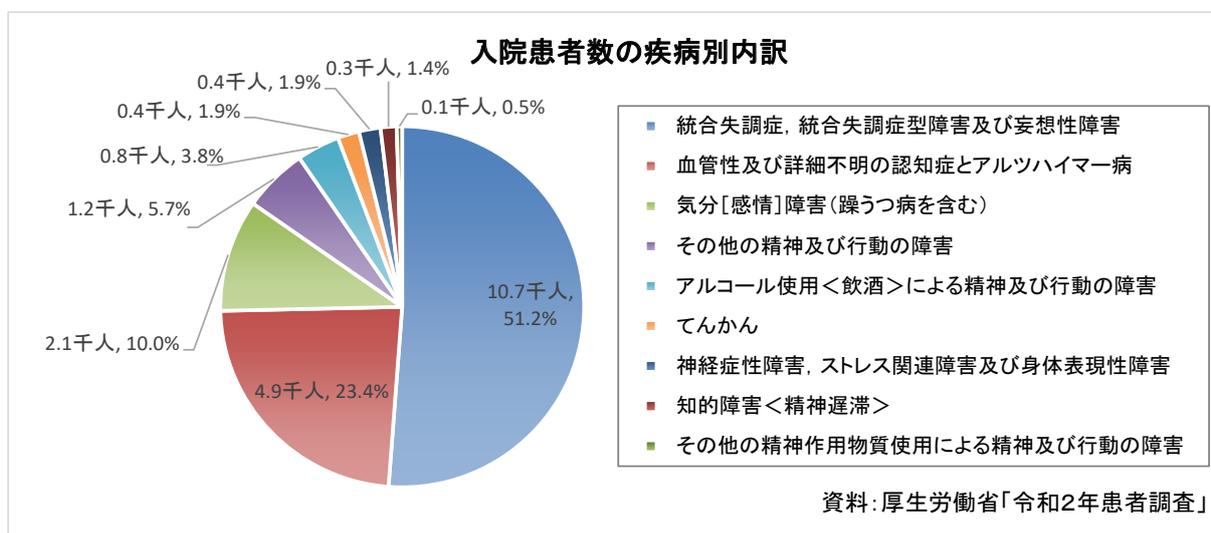


○ 都内の入院患者数は約2万人であり、平均在院日数は全国平均の3分の2程度と短く、平成26年以降は200日を切っています。

入院患者の疾病別内訳を見ると、統合失調症が51.9%、認知症が23.8%、うつ病などの気分障害が10.2%という構成となっています。

○ 一方、都内の外来患者数は約66万人であり、疾病別内訳を見ると、うつ病などの気分障害が35.9%、パニック障害などの神経症性障害が32.7%、認知症が10.6%、統合失調症が8.5%という構成となっています。

○ 自立支援医療（精神通院医療）利用者は増加傾向が続き、令和4年度の都の給付決定者数は約28万人で、疾病別では、うつ病などの気分障害が46.6%、統合失調症が22.6%と、両者で全体の69.2%を占めています。



### 3 精神科医療資源・障害福祉サービス等の状況

○ 都内の精神病床数は 21,293 床で、地域別では区部 6,455 床、多摩地域（市部、郡部）14,838 床となっています。また、人口 10 万人当たりの病床数は区部 66.6 床、多摩地域 457.5 床と、多摩地域に多く分布しています（令和 3 年 10 月 1 日現在）。

○ 精神科を標榜する診療所は 1,418 か所で、地域別では区部 1,102 か所、多摩地域 312 か所、島部 4 か所と、区部に多く分布しています（令和 3 年 10 月 1 日現在）。

**精神病床数及び診療所(精神科)の地域別状況**  
(単位:床、所)

区分	区部	多摩	計
精神病床数	6,455	14,838	21,293
人口10万対病床数	67	458	524
診療所数(精神科)	1,102	316	1,418

資料: 令和3年「東京都の医療施設」

○ 都内で訪問診療を提供する精神科病院は 14 か所、診療所は 100 か所となっています。また、都内で精神科訪問看護を提供する病院は 61 か所、診療所は 79 か所となっています（令和 5 年 7 月現在）。

**精神科訪問診療の状況**  
(単位:所)

区分	区部	多摩	計
病院	5	9	14
診療所	88	12	100

**精神科訪問看護の状況**  
(単位:所)

区分	区部	多摩	計
病院	22	39	61
診療所	68	11	79

資料: 中部総合精神保健福祉センター「精神科・心療内科 医療機関名簿」  
令和4年3月版(令和5年7月21日更新)

○ 都内の訪問看護ステーション 1,754 か所のうち、1,378 事業所が自立支援医療（精神通院医療）の事業所指定を受けています（令和 5 年 9 月 1 日現在）。

○ 区市町村の地域生活支援事業として、精神障害者に対する相談支援を行う地域活動支援センター I 型は都内に 81 か所あります（令和 5 年 4 月現在）。

○ 都では、障害者が地域で安心して生活できる環境を整備するため、地域生活の場となるグループホーム等を重点的に整備しており、精神障害者向けのグループホームの定員は 3,761 人となっています（令和 4 年度末現在）。

## 4 地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア）

### （1）都民への普及啓発・相談対応

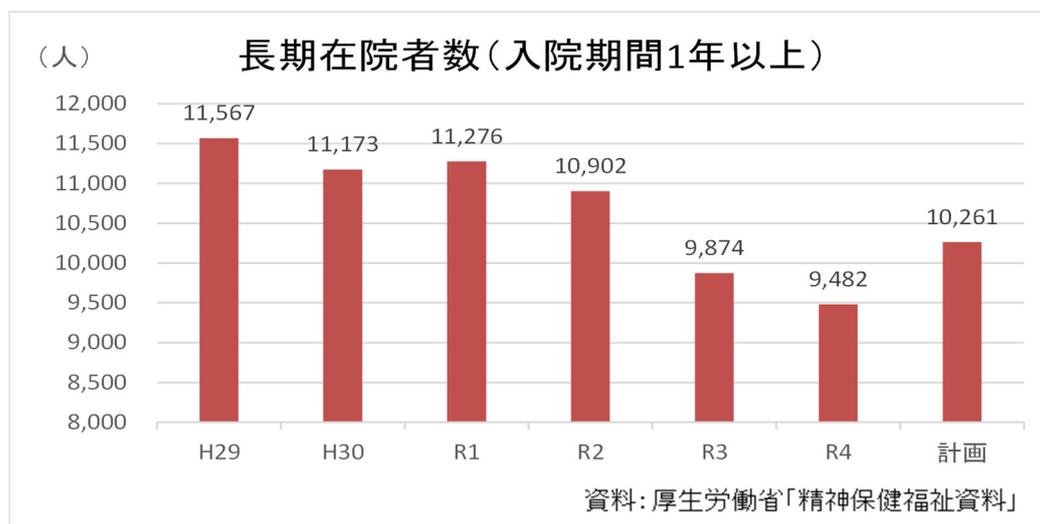
- 都立（総合）精神保健福祉センターによる広報活動や都民向け講演会など、広く都民に対して精神疾患や精神保健医療に関する正しい理解を促進するための普及啓発を実施しています。
- 都保健所及び都立（総合）精神保健福祉センターでは、地域住民からの心の健康相談について、電話相談や面接相談を実施しています。都立（総合）精神保健福祉センターでは、区市町村をはじめ、地域における関係機関に対し技術援助等を実施しています。
- 夜間においては、夜間こころの電話相談を実施しています。

### （2）支援を必要とする人を支える地域の関係機関の連携体制の充実

- 精神障害者やメンタルヘルスの問題を抱える方が地域で必要な時に適切な医療が受けられる仕組みを構築するため、二次保健医療圏ごとに、地域の関係機関による地域連携会議や症例検討会などを実施しています。

### （3）精神科病院から地域生活への移行及び地域定着に向けた取組

- 東京都障害者・障害児施策推進計画では、1年以上の長期在院者数を令和5年度末時点で10,261人という目標を設定しており、長期在院者数は令和4年6月末時点で9,482人となっています。



- 精神科病院に入院している精神障害者の円滑な地域移行及び地域定着を進めるため、地域生活移行支援会議を開催するとともに、精神科病院と地域の関係機関との調整を担う地域移行コーディネーターの配置、ピアサポーター活用の推進、関係機関職員向け研修などを実施しています。

- 国が発出した「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を踏まえ、令和2年1月に「東京都における措置入院者退院後支援ガイドライン」を策定しました。策定以降、退院後支援に従事する職員を対象に都ガイドラインの運用に関する人材育成研修を実施しています。

#### (4) 地域生活の継続に向けた取組

- 未治療や治療中断等のため地域社会での生活に困難を来している精神障害者、又は精神障害が疑われる方に対し、保健所等と連携しながら都立（総合）精神保健福祉センターの専門職チームによる訪問支援を実施するとともに、地域生活に困難な問題が生じた場合には短期的に宿泊の場を提供し、個別支援計画に基づいて支援や医療の提供などを行っています。  
また、関係機関による事例検討会や講習等の実施により、支援技法の普及や人材育成を図っています。
- 精神障害者の地域生活を支援するため、多職種による訪問支援の実施に向けた体制整備に取り組む区市町村を支援しています。

## 5 緊急時に必要な医療につなぐ体制づくり（救急医療）

### (1) 措置入院

- 精神障害のために自傷他害のおそれがある精神障害者について、精神保健福祉法第23条に基づく警察官通報等による措置入院（精神科救急医療）を行っています。
- 措置診察（夜間は緊急措置診察）を実施するために、精神保健指定医の確保等体制を整備するとともに、診察の結果措置入院が必要な患者を入院させるために、指定病院として30病院298床を確保しています（令和5年4月1日現在）。

### (2) 初期救急・二次救急医療体制

- 「精神科救急医療情報センター」を設置し、精神科に関する医療情報を提供するとともに、必要な情報を聴取して緊急性を判断し、トリアージやケース・マネジメント（調整）を行っています。  
また、患者からの相談に対し、初期救急、二次救急等の受療案内を行っています。

- 夜間及び休日の初期救急・二次救急医療体制として、精神科救急医療情報センターによる相談・調整に加え、二次救急が可能な病床を3床（2病院）、初期救急が可能な医療機関を3か所確保しています。

### （3）精神身体合併症救急医療体制

- 二次保健医療圏を組み合わせる5つのブロックに分け、精神障害者が身体疾患に罹患した際に、地域で迅速かつ適正な医療が受けられるよう、一般救急医療機関からの相談や受入れを行っています。  
また、各ブロックにおいて連携会議や研修を行うことで、一般救急医療機関と精神科医療機関との連携強化を図っています。
- 夜間及び休日に身体疾患を併発した精神障害者に対し、精神症状により一般診療科での受診を困難とする場合に、あらかじめ確保してある合併症医療機関（都立等6病院）にて受入れを行っています（令和5年4月1日現在）。
- 精神科病院に入院中の患者が新型コロナに感染した場合等に、対応可能な精神科病院での受入れを行っています。

### （4）災害時における精神科医療体制

- 災害時においても精神障害者が適切な医療を受けられるよう、各体制整備の充実強化に向けて、東京都災害時こころのケア体制連絡調整会議等において検討するとともに、関係機関等への普及啓発研修等を実施しています。
- 発災時における災害時精神科医療提供体制を整備するため、東京DPA Tの体制整備を進め、東京DPA T登録機関として31病院を指定しました（令和5年4月1日現在）。
- 令和元年度から災害拠点精神科病院及び災害拠点精神科連携病院の指定を進め、災害拠点精神科病院3病院、災害拠点精神科連携病院24病院を指定しました（令和5年9月1日現在）。

## 6 多様な精神疾患ごとの医療体制の整備

### (1) うつ病

- 令和2年に医療機関を受療しているうつ病・躁うつ病患者数（都民）は約24万人です。平成29年の12.2万人から2倍近く増加しています。
- 都立（総合）精神保健福祉センターにおいて、認知行動療法に関する専門職研修を実施しています。
- 都立中部総合精神保健福祉センターにおける「うつ病リターンワークコース」及び「うつ病ワークトレーニングコース」等、デイケアプログラムによる復職等への支援を実施しています。

### (2) 統合失調症

- 令和2年度の統合失調症の入院患者数は約1万人です。
- 治療抵抗性統合失調症の治療薬であるクロザピンやmECT<sup>1</sup>の普及を目指し、地域における連携体制の構築を検討するとともに、専門的治療に関する研修を実施しています。

### (3) 依存症

- 都の依存症相談拠点である都立（総合）精神保健福祉センター、都保健所において、本人及び家族に対する相談支援、普及啓発活動を実施しています。
- 都立（総合）精神保健福祉センターにおいて、関係機関の職員を対象とした研修や連携会議を実施し、専門的知識の普及や関係機関の連携体制確保に取り組んでいます。
- アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症の依存症専門医療機関及び治療拠点機関を選定しています。

### (4) 小児精神科医療

- 都立小児総合医療センターを拠点として、「こころ」と「からだ」を密接に関連付けた総合的な医療を提供しています。
- 発達障害児を地域で診られる体制づくりとして、講演や連絡会等を実施し医師・医療関係者との連携強化を行っています。

<sup>1</sup> mECT：修正型電気けいれん療法（modified electroconvulsive Therapy）

- 都内医療機関への医学的支援や福祉保健関係機関への相談対応、関係者への研修、都民向けシンポジウムやホームページによる情報提供などの普及啓発を実施しています。

### (5) 発達障害児（者）

- 都の支援拠点である東京都発達障害者支援センターによる専門相談や就労支援などを実施するとともに、地域における総合的な支援体制の整備を推進しています。

東京都発達障害者支援センターでは、令和5年1月からはこども部門とおとな部門の2か所で事業を行っています。

- 区市町村が行う発達障害児の早期発見や成人期支援の体制構築を促進するとともに、区市町村や医療機関向けに研修を実施し、支援機関に従事する専門的人材の育成を行っています。
- 発達障害を専門的に扱う医療機関を中心としたネットワークを構築し、地域の医療機関に対して研修等を実施しています。

### (6) 高次脳機能障害者

- 東京都心身障害者福祉センターを支援拠点として、当事者とその家族に対する専門的な相談支援や研修、普及啓発等を実施しています。

- 区市町村における高次脳機能障害者への支援体制構築を支援するとともに、二次保健医療圏における高次脳機能障害のリハビリの中核を担う医療機関を拠点病院に指定し、圏域内の区市町村や支援機関に対し技術的支援を実施しています。

### (7) 摂食障害

- 摂食障害は、若年者が罹ることが多いと言われていますが、年齢、性別等を問わず誰でもかかりうる精神疾患です。心身の成長等に大きな支障を来すほか、生命の危険を伴う場合もあります。未治療者や治療中断者も多いとされています。

- 都では、令和5年度より支援拠点病院の設置に向けた必要な検討を実施しています。

## (8) てんかん

- てんかん医療はこれまで精神科始め、脳神経外科や小児科など多くの診療科により担われてきた経緯から、どの医療機関がてんかんの専門的な診療をしているのか、患者のみならず医療機関においても把握されていない現状があります。

一般の医師への情報提供や教育体制も十分ではなく、てんかん患者が地域の専門医療に必ずしも結びついていないとの指摘もあります。

- 令和4年度に東京都てんかん支援拠点病院を指定しました。

## 7 精神科病院における虐待防止等に向けた取組

- 医療機関の従事者による精神障害者への虐待行為はあってはならないものであり、精神科病院においては虐待行為の発生防止や早期発見・再発防止に向けた取組を行っています。

- 都ではこれまで、精神保健福祉法等に基づく立入検査等により、精神科病院に対し、患者への虐待を含む不適切な処遇に関する指導監督等を実施してきました。

都内の病院に対して院内で活用できるよう虐待防止等に係る研修・啓発資料を周知しているほか、東京都障害者権利擁護センターや東京都医療安全センター「患者の声相談窓口」等において、精神科病院における患者の権利擁護に関する相談等にも対応しています。

- また、精神医療審査会において、入院患者の人権に配慮した適切な医療の確保等についての審査を実施しています。

## 課題と取組の方向性

### 1 地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア）

#### ＜課題1-1＞都民への普及啓発・相談対応

- 精神疾患は、早期に発見し早期に治療に繋げることが重要ですが、精神疾患や精神保健医療に対する偏見や理解不足により、受診が必要な方への受診勧奨が円滑に進まないことがあります。
- 速やかに専門相談や医療に繋げるためには、メンタルヘルスの問題を抱える人々の身近に、精神疾患や精神保健医療を理解している支援者が存在することが必要です。

#### （取組1-1）都民への普及啓発・相談対応の充実

- 多様な精神疾患や精神保健医療に対する偏見や誤解が生じないよう、引き続き若年層から高齢者まで広く都民に正しい理解を促進するための取組を実施します。
- 都民の一人ひとりが正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等の支援者となるような普及啓発を区市町村が実施できるよう支援します。

#### ＜課題1-2＞支援を必要とする人を支える地域の関係機関の連携体制の充実

- 精神障害者や精神保健に課題を抱える方が身近な地域で医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備するためには、地域の精神科病院、一般診療科、訪問看護ステーション、薬局、保健所等が連携しながら体制整備に取り組むことが必要です。
- 二次保健医療圏ごとに実施している精神科医療地域連携事業については、精神科医療資源の少ない一部の圏域が事業未実施となっています。
- 身体合併症を有する精神障害者に対して、継続的かつ安定的に医療を提供する体制の確保が必要です。

**(取組1-2) 支援を必要とする人を支える地域の関係機関の連携体制強化**

- 引き続き、地域における連携会議や症例検討会を実施し、精神科医療機関、一般診療科医療機関、薬局、区市町村、保健所などの相談支援機関等による連携体制を構築していきます。
- 各圏域の実施状況を共有する協議会の開催等により、連携手法を共有し、さらなる連携強化につなげます。
- また、一圏域での実施が困難な地域については、隣接する圏域を含めて事業を実施することなどにより、都全域での事業実施を目指します。
- 一般診療科と精神科の相互の連携体制強化に向け、一般診療科医師と精神科医師による研修会の全都的な実施を支援していきます。
- 身体合併症を有する入院患者に対して、地域の医療機関と連携して治療を実施する精神科病院を支援します。

**<課題1-3>精神科病院から地域生活への移行及び地域定着に向けた取組**

- 新型コロナの影響で、地域の支援機関・病院・行政が連携して退院後支援に取り組むことが十分にできませんでした。
- 入院患者本人や家族の高齢化等により、地域生活への移行がより困難な方への支援を進める必要があり、精神科病院における退院支援の中心的役割を担う精神保健福祉士の配置等を更に促進する必要があります。
- ピアサポーター支援の成果を活かし、地域で生活する精神障害者の支援を充実させる必要があります。
- 入院患者が退院後に医療、福祉、介護、就労支援等の包括的な支援を継続的かつ確実に受けられる体制の整備が必要です。

**(取組 1-3) 精神科病院から地域生活への移行及び地域定着に向けた取組の推進**

- 地域の支援機関・病院・行政が連携して退院支援（地域移行・地域定着）を一層進めるため、地域移行コーディネーターの取組やピアサポーターの活用を推進します。
- 精神保健福祉士等の配置を促進するとともに、長期在院者の退院促進に向けたサポートなど、早期退院及び円滑な地域移行に向けた体制整備を図ります。
- 地域特性に応じた精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向け、区市町村の取組を支援します。
- 保健所等が「東京都における措置入院退院後支援ガイドライン」を踏まえ、本人の了解（同意）に基づき、支援関係者等との協議の上、退院後支援計画を作成し、退院後支援の取組を進めていくことを促進します。

**<課題 1-4> 地域生活の継続に向けた取組**

- 未治療や治療中断中の精神障害者等に対する訪問支援に取り組む区市町村は増加傾向にありますが、より複雑困難な課題に直面しているケースに対する支援の充実が求められています。
- 入院が長期化しやすい難治性精神疾患を有する患者が専門的治療等を受けながら地域で安心して生活できる体制の整備が必要です。

**(取組 1-4) 地域生活の継続に向けた取組の推進**

- 区市町村による多職種の訪問支援の体制の構築を引き続き支援するとともに、地域生活の中で、より困難な問題に直面している精神障害者に対し、都立（総合）精神保健福祉センターによるアウトリーチ支援等の取組を推進します。
- 支援技法の普及により、身近な地域での支援の取組を充実させることで、精神障害者の地域生活の安定化を図ります。
- 高齢や難治性精神疾患を有する長期入院者が地域で生活できる環境整備を目指し、地域の体制づくりの構築をしていきます。

## 2 緊急時に必要な医療につなぐ体制づくり（救急医療）

### <課題 2-1> 精神科救急医療が必要な患者をより確実に適切な医療につなげる仕組みの検討

- 精神疾患の多様化や社会的背景の変化等により、既存の体制では精神科救急医療につなげることが困難なケースが増えています。
- 誰もが緊急時に適切な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制をより一層充実させるために必要な取組を検討する必要があります。

#### （取組 2-1）精神科救急医療体制の整備

- 精神科救急医療が必要な患者を、より確実に適切な医療につなげるための体制について、精神科救急医療体制整備検討委員会等での検討を進め、整備します。
- 24時間365日、入院等が必要な患者の診療応需体制を整える常時対応型施設の指定等により、精神症状の増悪時等に速やかに医療を提供できる、新たな精神科救急医療体制を構築します。

### <課題 2-2> 精神身体合併症救急患者の円滑な受入れに向けた検討

- 精神身体合併症救急患者の受入れに当たっては、一般診療科病院と精神科病院との連携体制の充実を図ることが重要です。
- 地域の相談体制における成果や課題を検証し、地域の実情に応じた効果的な相談体制の構築が必要です。
- 精神症状により一般診療科での受診を困難とする急性期の精神身体合併症患者に対し、確実に受け入れる精神科医療機関の体制整備が必要です。
- 今後、精神科患者が新たな感染症に罹患した際にも必要な対応が求められます。

**(取組2-2) 精神身体合併症救急医療体制の整備**

- 地域の関係者会議等により、地域で受入れが困難な精神身体合併症救急患者の状況や要因等を検証し、地域の実情に応じた各ブロックの体制を検討します。
- 一般診療科と精神科の相互理解を促進する研修の充実や、精神症状等に応じた相談等支援体制の推進により、一般診療科医療機関との連携強化を図ります。
- 精神科患者身体合併症医療部会等において、夜間休日に身体疾患を併発した精神科患者へ対応する合併症医療機関の整備等、精神身体合併症救急患者が地域の中で必要な医療を受けられる体制について検討していきます。
- 新興感染症等を併発した患者について、精神科患者身体合併症医療事業等の活用により受入れを実施するなど、医療体制の整備を図ります。

**<課題2-3> 災害時における精神科医療体制の整備**

- 多様化、大規模化する自然災害に備え、東京DPA Tや災害拠点精神科病院及び災害拠点精神科連携病院がそれぞれの役割分担に応じた機能を十分発揮できるよう、より一層体制整備を進める必要があります。
- 発災時に区市町村、東京DPA T、全国からの応援医療チーム、保健活動班等が連携して対応することが必要です。
- DPA T先遣隊及び東京DPA Tについて、関係団体等との連携体制を構築するとともに、災害時及び新興感染症のまん延時にも対応できる体制の整備が求められます。

**(取組2-3) 災害時における精神科医療体制の整備の推進**

- 東京DPAT養成研修やフォローアップ研修、災害拠点精神科病院等への訓練・研修等を通じて、精神科入院患者が円滑に転院することができる受入体制の整備を進めるとともに、発災直後から中長期までの災害時こころのケア体制を確保します。
- 大規模災害発生時における災害拠点精神科病院及び災害拠点精神科連携病院の機能を維持するための支援を行います。
- 区市町村の災害時こころのケア体制に関する取組を共有し、関係団体等と連携することで、地域の精神保健福祉活動のバックアップを図ります。
- 災害時及び新興感染症に対応するため、DMAT等関係団体との具体的な連携、支援内容等について検討します。

**3 多様な精神疾患への対応****<課題3-1> うつ病**

- 都民のうつ病等患者数は年々増加しており、復職等、社会復帰に際しては病状等に応じた支援が求められています。

**(取組3-1) うつ病**

- 認知行動療法に関する専門職向け研修や都立中部総合精神保健福祉センターにおける復職等への支援を引き続き実施します。
- 関係機関に対しても復職支援のノウハウの普及を図ります。

**<課題3-2> 統合失調症**

- 入院が長期化しやすい難治性精神疾患を有する患者が専門的治療を受けられるようにするためには、様々な地域で専門的治療を行う医療機関が存在する必要があります。

**(取組3-2) 統合失調症**

- 引き続き専門的治療に関する研修等の実施により医療機関や地域の支援機関における対応力の向上を図ります。
- 地域における医療機関同士の連携体制の構築を進めます。

**<課題 3-3> 依存症**

- 依存症に関する正しい知識等の情報発信を行い、理解促進や早期の治療・相談支援等につなげることが必要です。
- 地域の関係機関の連携強化や専門医療機関等の整備、区市町村や医療従事者等の対応力の向上が必要です。

**(取組 3-3) 依存症**

- 都立(総合)精神保健福祉センター、都保健所による本人及び家族等に対する相談・支援、普及啓発活動を引き続き実施します。
- 都立(総合)精神保健福祉センターにおいて関係機関の職員を対象とした研修や連携会議等、地域において様々な関係機関が密接に連携して支援を行います。
- 依存症の患者が地域で適切な医療を受けられるようにするため、依存症専門医療機関の拡充を図るとともに、地域における連携体制の構築に向けた取組を推進します。

**<課題 3-4> 小児精神科医療**

- 医療機関をはじめとする関係機関が、心に問題を抱える子供や発達障害児等に適切な対応を行えるよう、その特性に関する正しい理解の促進が必要です。
- 心に問題を抱える子供に対して、都立小児総合医療センターにおける総合的な高度専門医療を提供するとともに、地域の関係機関が連携して支えていく体制の整備が必要です。

**(取組 3-4) 小児精神科医療**

- 引き続き、都立小児総合医療センターを拠点とし、総合的な高度医療を提供するとともに、地域の関係機関が子供の心の診察や日常生活の中で、疾病や障害特性に応じた適切な対応が行えるよう、医療機関や児童福祉施設、保育・教育関係者等を対象とした各種研修等や普及啓発を実施します。

**<課題 3-5> 発達障害児(者)**

- 発達障害児は、早期発見・早期支援を行っていくことが重要であり、これまでの取組を更に進めるため、保育・教育・福祉等関係機関の更なる連携体制の充実が必要です。

- 成人期の発達障害者は、就労等の支援に合わせ、生活面で抱えている困難さに対応した支援の充実が必要ですが、区市町村における支援拠点が増えていません。
- また、二次障害として精神障害を併発している方も多く、医療的な支援の充実も求められます。

**（取組 3－5）発達障害児（者）**

- 区市町村を始めとした支援機関や医療機関の従事者に対する研修を引き続き実施するとともに、関係機関の更なる連携体制の充実を図ります。
- 成人期支援の充実に向け、東京都発達障害者支援センターのおとな部門、医療機関、生活支援・就労支援機関等との連携体制の構築を推進します。
- 東京都発達障害者支援センターによる専門相談や就労支援、関係機関への啓発等を引き続き実施するとともに、地域における家族への支援体制を整備します。

**<課題 3－6> 高次脳機能障害**

- 発症・受傷時から就労等の社会参加に至るまで、切れ目のない支援が提供されるよう、医療機関、区市町村、支援機関等の連携強化が求められています。
- 支援の充実を図るため、医療機関や地域の支援機関、企業等への理解促進や、限られた社会資源をより有効活用できる体制が必要です。
- 二次保健医療圏ごとに取組を推進していますが、各圏域で取組状況に差が生じています。

**（取組 3－6）高次脳機能障害**

- 東京都心身障害者福祉センターによる相談支援や、区市町村の支援体制構築に対する支援を引き続き実施します。
- 拠点病院と二次保健医療圏内の区市町村との協力による、急性期・回復期・維持期における医療機関や地域の支援機関への理解促進・連携強化を図るとともに、限られた社会資源をより有効活用できるよう、他圏域との連携も含めた体制整備を図ります。

### ＜課題3-7＞摂食障害

- 摂食障害患者が適切な治療を受けられるよう、都内における摂食障害の相談支援体制の整備等を進めていく必要があります。

#### （取組3-7）摂食障害

- 医療機関等の連携促進、患者・家族からの相談体制の整備、都民に対する正しい知識の普及啓発等を行う支援拠点病院を設置し、適切な治療と支援により患者が地域で支障なく安心して暮らすことができる体制を整備します。

### ＜課題3-8＞てんかん

- 患者を適切な診療につなげるための各診療科間、各医療機関間の連携強化が必要です。
- 医療機関等職員のとんかんに関する専門性を高めるための人材育成や、てんかんへの正しい理解を深めるための情報発信等の取組強化が必要です。

#### （取組3-8）てんかん

- 東京都てんかん支援拠点病院において、てんかんに関する専門的な相談支援のほか、他の医療機関との連携強化やてんかん診療に携わる医師等への助言、普及啓発等を実施します。

## 4 精神科病院における虐待防止・人権擁護に向けた取組の推進

### ＜課題4＞精神科病院における虐待防止・人権擁護に向けた取組の推進

- 令和5年2月、都内の精神科病院において職員による患者への虐待事案が発覚しました。
- また、令和6年4月1日施行の改正精神保健福祉法において、精神科病院における虐待防止措置や虐待を発見した者からの都道府県への通報が義務化されます。
- 虐待を起こさないためには、管理者や現場のリーダー層をはじめとした病院職員の患者の人権擁護に対する意識のさらなる向上とともに、ガバナンスの強化や風通しの良い組織風土の醸成が求められています。
- 患者への虐待が疑われる事案を発見した者等から通報、相談等を受けた際に、内容を検証し、速やかに必要な対応を行うための体制整備が求められています。

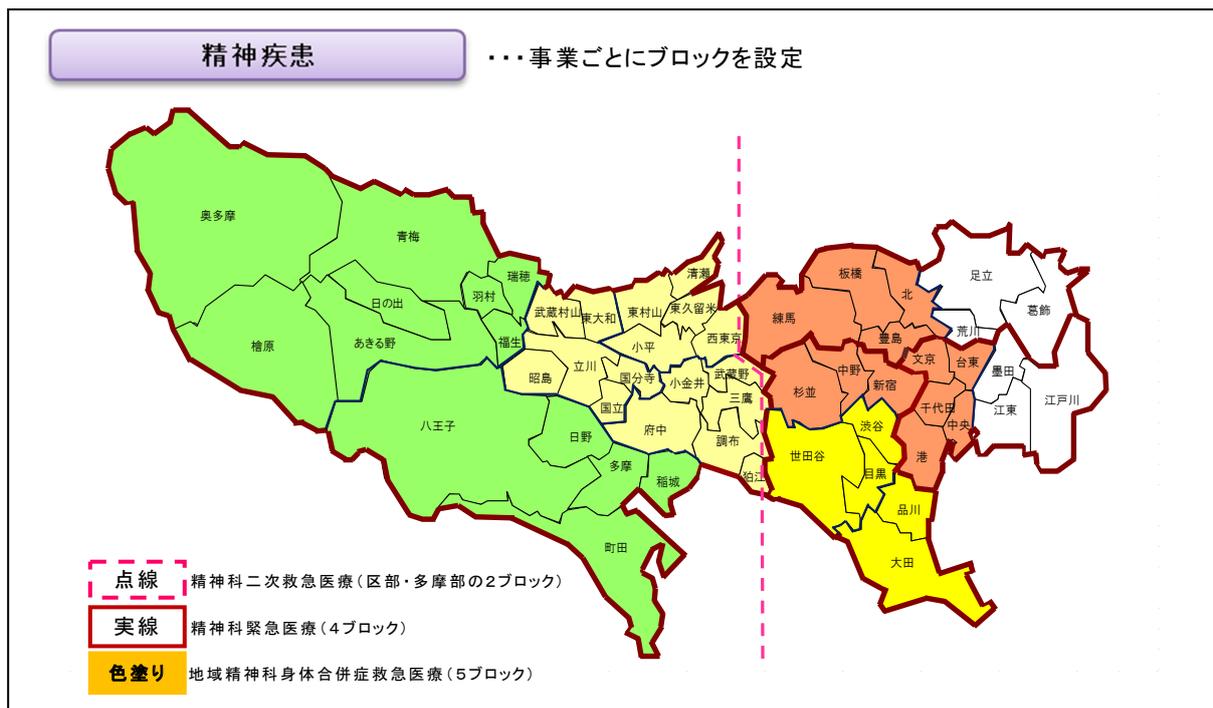
- 精神科病院においては、精神疾患により、本人の意思によらず入院が必要とされる場合があります。こうした非自発的入院による患者は、医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすく、孤独感・自尊心の低下や、日常的な困りごとや受けたい支援についての相談をすることが難しいといった悩みを抱えることがあるとされています。

**(取組4) 精神科病院における虐待防止・人権擁護に向けた取組の推進**

- 都内全ての精神科病院を対象に、主に管理者層や現場のリーダー層に向けた虐待防止研修を新たに行い、院内における研修や普及啓発を通じた患者の人権擁護に対する病院職員の意識向上や精神科病院における虐待を発生させない組織風土作りに向けた取組を支援します。
- 精神科病院における虐待に関する通報や患者・家族からの相談に対応する専用の通報窓口を新たに設置し、虐待が疑われる事案の早期発見を図ります。  
また、定期的な検査に加え、予告なしの臨時検査も実施する等、指導監督を効果的に実施していきます。
- 医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすい入院者に対して、生活に関する一般的な相談に応じ、本人の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行うための訪問支援員を養成し、派遣する取組を新たに実施します。

**事業推進区域**

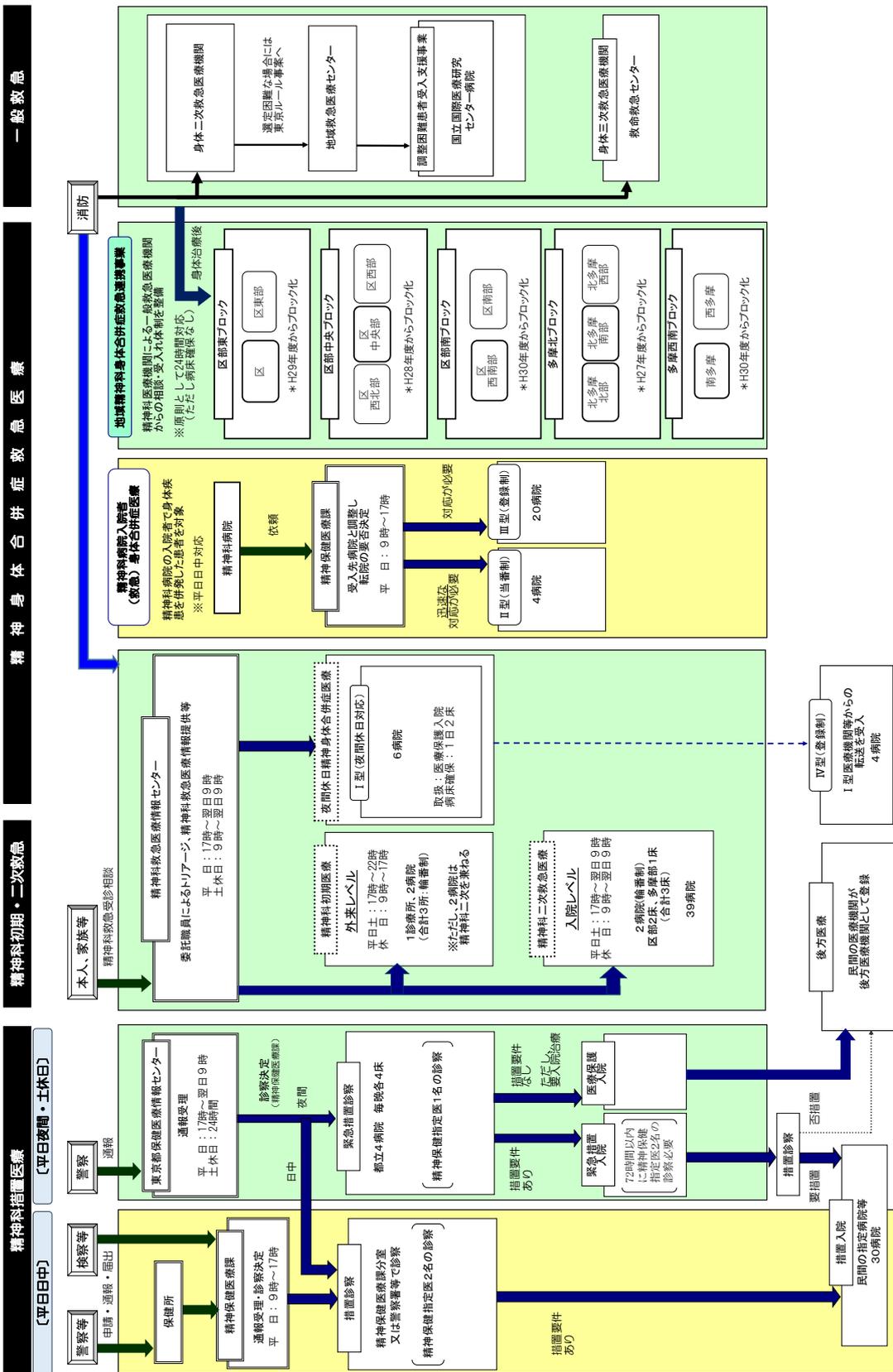
- 事業ごとにブロックを設定



## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組 1 - 3	入院後 3 か月時点の退院率	70.7% (令和元年度)	71.0%以上
	入院後 6 か月時点の退院率	85.5% (令和元年度)	86.0%以上
	入院後 1 年時点の退院率	91.7% (令和元年度)	92.0%以上
	長期在院者数 (入院期間 1 年以上)	65 歳以上 5,924 人 65 歳未満 3,558 人 (令和 4 年)	65 歳以上 5,142 人 65 歳未満 3,558 人以下 (令和 8 年度末)
	退院後 1 年以内の地域における平均生活日数	328.5 日 (令和元年度)	329.0 日以上
取組 2 - 1 取組 2 - 2	精神科救急医療機関数 (常時対応型、病院群輪番型、外来対応施設及び身体合併症対応施設)	常時対応型 3 病院群輪番型 40 外来対応施設 32 身体合併症対応施設 6 (令和 4 年度)	充実・強化
取組 2 - 3	東京 D P A T の登録機関数及び隊員数、先遣隊の登録数	登録機関数 31 隊員数 299 先遣隊登録数 2 (令和 4 年度)	充実・強化
取組 3 - 3	依存症専門医療機関の数	アルコール 9 薬物 2 ギャンブル 1 (令和 4 年度)	増やす
取組 3 - 7	摂食障害支援拠点病院数	—	設置する
取組 4	虐待防止研修の参加医療機関数	—	全病院参加

東京都の精神科救急医療体制について



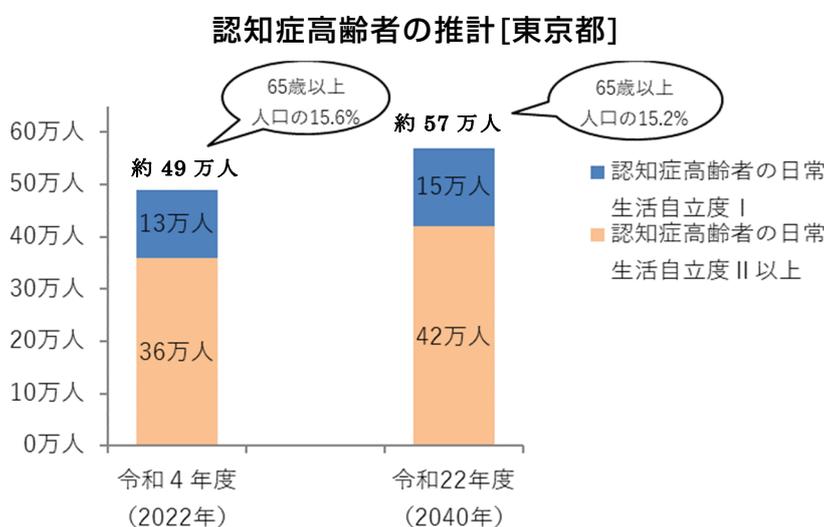
## 5 認知症

- 認知症になっても、認知症の人の意思が尊重され、地域で安心して生活できるよう、区市町村や関係機関と連携した総合的な認知症施策を推進し、認知症の人が居住する地域にかかわらず等しく、その状況に応じた適切な医療・介護・生活支援等を受けられる体制を構築します。

## 現状・これまでの取組

## 1 基本的な考え方

- 都内で要介護（要支援）認定を受けている高齢者のうち、何らかの認知症の症状を有する人（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上）は、令和4年11月時点で約49万人に達し、令和22年には約57万人に増加すると推計されています。



資料：東京都福祉保健局高齢社会対策部「令和4年度認知症高齢者数等の分布調査」

- 都は、学識経験者、医療・介護関係者、都民等からなる「東京都認知症施策推進会議」を設置し、「認知症になっても認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくり」を目指し、中長期的・具体的な認知症施策について様々な角度から検討してきました。
- 令和5年6月16日に、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進することを目的とした「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が公布されました。

## 2 普及啓発・本人発信支援

- 都はこれまで、認知症シンポジウムやとうきょう認知症ナビの運営により、認知症に関する正しい理解の促進を図ってきました。
- また、認知症の人本人を「とうきょう認知症希望大使」に任命し、認知症の人本人からの情報発信を支援しています。

## 3 予防（認知症の発症や進行を遅らせる取組・研究の推進）

- 認知症予防には、認知症の発症遅延やリスク低減（一次予防）、早期対応・早期治療（二次予防）、重症化予防、機能維持、行動・心理症状（BPSD）の予防・対応（三次予防）があり、「認知症予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症の発症を遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ことを意味しています。
- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターでは、保有する生体試料、画像データ等のビッグデータを取りまとめ、認知症研究の基盤となるデータベースを構築するほか、認知症医療の質の向上等のため、AI認知症診断システムを構築するなど、AI等を駆使した新たな認知症予防の取組を推進しています。
- 認知症の新たな薬として、認知症抗体医薬「レカネマブ」（レケンビ®点滴静注）が令和5年12月に販売開始されました。神経細胞を死滅させる「アミロイドβ」を除去することで、症状の進行を遅らせる効果があるとされています。

## 4 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- 認知症に関する専門医療の提供体制を確保するため、二次保健医療圏における医療・介護連携の拠点として「地域拠点型認知症疾患医療センター」（12か所）と、区市町村（島しょ地域等を除く。）における支援体制を強化し、区市町村における医療・介護連携の推進役となる「地域連携型認知症疾患医療センター」（40カ所）の整備を進めています。
- かかりつけ医や歯科医師、薬剤師、看護師など地域の医療従事者や、介護従事者を対象とした研修を実施するほか、認知症サポート医等の専門職に対する研修や地域の指導的役割を担う人材の育成を行っています。
- 公益財団法人東京都医学総合研究所と協働して、行動・心理症状（BPSD）の改善が期待される「日本版BPSDケアプログラム」の普及を図っています。

- 認知症の人を支え、家族介護者の負担を軽減し、認知症の人と家族が安心して暮らせるようにする必要があります。

## 5 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

- 65歳未満で発症する若年性認知症の人は、都内に約4千人と推計されています。
- 若年性認知症に関するワンストップの相談窓口である「若年性認知症総合支援センター」を都内に2か所設置し、若年性認知症の人と家族を支援しています。
- 認知症疾患医療センターでは、認知症の人と家族、地域住民等が交流しあう「認知症カフェ」や、自身の希望や必要としていること等を認知症の人本人同士で語り合う本人ミーティング等を実施しています。

## 6 認知症の研究の推進

- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターでは、「認知症との共生・予防」を重点分野に位置付け、病院と研究所が一体化した法人である強みを生かして認知症研究を推進しています。
- 公益財団法人東京都医学総合研究所では取り組むべき課題の1つに「認知症」を位置づけ、認知症発症のメカニズムやその進行機序の解明に係る研究を行っています。

### 課題と取組の方向性

#### <課題1> 認知症の人の増加への対応

- 都は、認知症の人が増加している現状等を踏まえて、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、区市町村を始めとした関係機関と連携し、様々な施策を進めていくことが必要です。

#### (取組1) 認知症施策の総合的な推進

- 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、「東京都認知症施策推進会議」において、中長期的な施策を検討していきます。
- 国が今後策定する認知症施策推進基本計画の内容を踏まえ、都の実情に即した認知症施策推進計画の策定についても検討します。

## ＜課題2＞普及啓発・本人発信支援

- 認知症の人やその家族が地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるためには、都民の認知症に対する理解をより深めるとともに、認知症の人本人が自身の希望や必要としていること等を自らの言葉で語り、希望を持って暮らすことができる姿等を発信する機会を確保することが必要です。

### （取組2）普及啓発及び本人発信支援の推進

- 認知症のポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」において、認知症の基礎知識や相談窓口等を分かりやすく紹介して都民への情報発信を充実していくほか、都民向けシンポジウムの開催など、都民の認知症に関する理解を促進していきます。
- 東京都の認知症本人大使を任命し、シンポジウムの場などで体験等を語ってもらうなど、認知症の人本人からの発信を支援していきます。

## ＜課題3＞認知症の予防の必要性

- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧改善等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が認知症予防に資する可能性が示唆されています。地域でこうした活動に参加できる環境の整備を進め、認知症の発症遅延やリスク低減、早期対応等、認知症予防に資する可能性のある取組を推進していく必要があります。

### （取組3）認知症の発症や進行を遅らせるための取組・研究の推進

- 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター・地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター等の研究機関が開発した認知症予防プログラムの活用や、認知症疾患医療センター等の認知症専門医療機関との連携などにより、認知症予防に取り組む区市町村を支援します。
- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターでは、保有する生体試料、画像データ等のビッグデータを取りまとめ、認知症研究の基盤として構築したデータベースについて、オープンデータとして利活用を図るほか、AI認知症診断システムについて、医療現場での活用・普及を図るなど、AI等を駆使した新たな認知症予防の取組を推進し、実用化につなげていきます。

## ＜課題4-1＞早期診断・早期支援

- 地域包括支援センターやかかりつけ医等が、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いがある人に早期に気づいて適切に対応するとともに、本人・家族等が支援を希望した場合には、適切に支援する必要があります。

- また、本人自身が早く気づき、早期対応できるよう、適切に情報提供及び支援を行うことも必要です。

#### **(取組4-1) 早期診断・早期支援の推進**

- 認知症検診と検診後の支援のしくみづくりを進めるとともに、段階に応じて適切な支援が受けられる体制づくりを推進していきます。
- 区市町村に配置した認知症支援コーディネーターと、地域拠点型認知症疾患医療センターの認知症アウトリーチチームが連携して、受診困難な認知症の人等を訪問し、早期に医療や介護のサービスにつなげる取組を進めていきます。
- 認知症アウトリーチチームが培った訪問支援のノウハウを提供するなど、区市町村における認知症初期集中支援チームの円滑な活動を支援します。

#### **<課題4-2> 医療提供体制の整備**

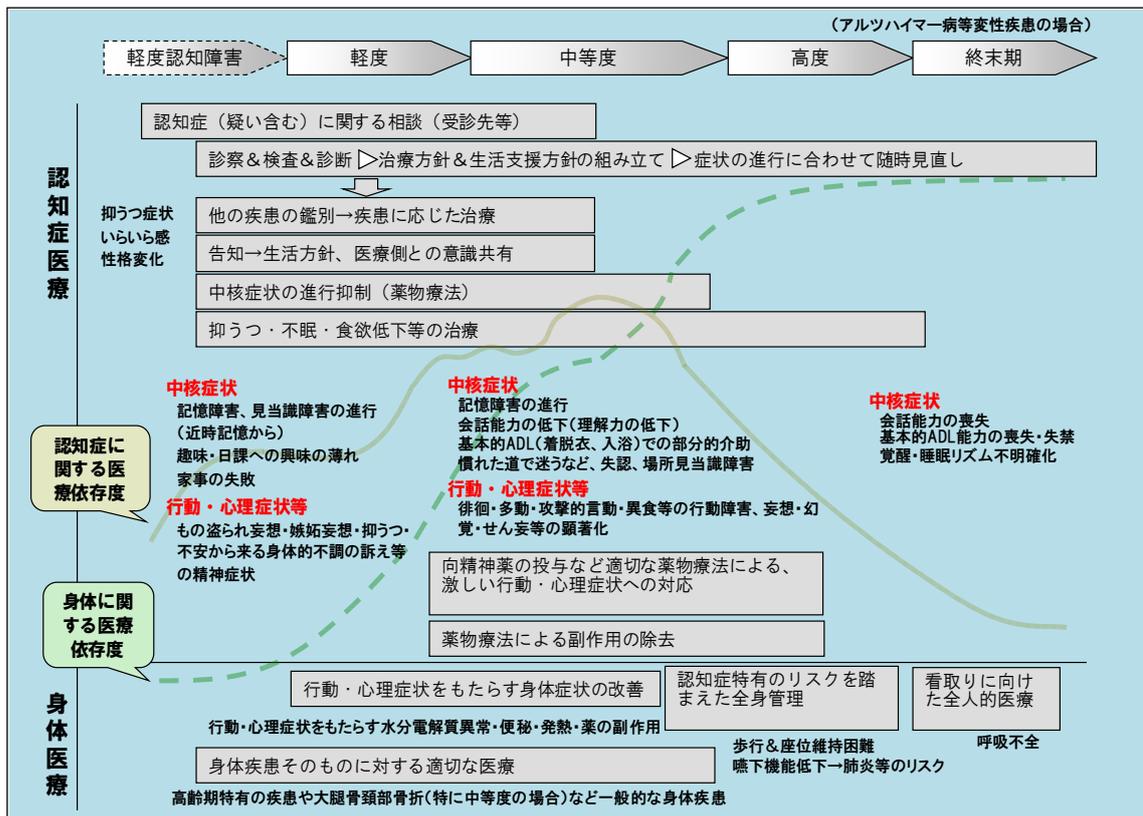
- 認知症は原因疾患や進行段階により症状等が異なるため、鑑別診断後、その進行段階等に応じた適切な医療の提供が必要です。
- また、身体合併症や行動・心理症状を発症する認知症の人が多いことから、地域の多くの医療機関が、その機能や特性に応じて、認知症の人の症状が悪化したときなどに連携し、適切に対応できる診療体制の整備が必要です。
- 地域の関係機関と連携して本人や家族等を支える認知症サポート医の活動をさらに活性化していく必要があります。
- 令和5年12月に販売が開始された認知症抗体医薬は、対象が早期のアルツハイマー病に限定されていることや、投与開始前に必要となる検査、投与開始後の頻繁なフォローアップ等ができる医療機関に限られること、投与対象とならない方への適切な配慮や治療対応が必要であること等の課題があります。

#### **(取組4-2) 医療提供体制の整備**

- 各区市町村（島しょ地域等を除く。）に設置した認知症疾患医療センターにおいて、専門医療を提供するとともに、医療機関同士及び医療・介護の連携を推進するほか、地域の医療・介護従事者の人材育成や、身体合併症や行動・心理症状を有する認知症の人を地域で受け入れる体制づくりを進めていきます。

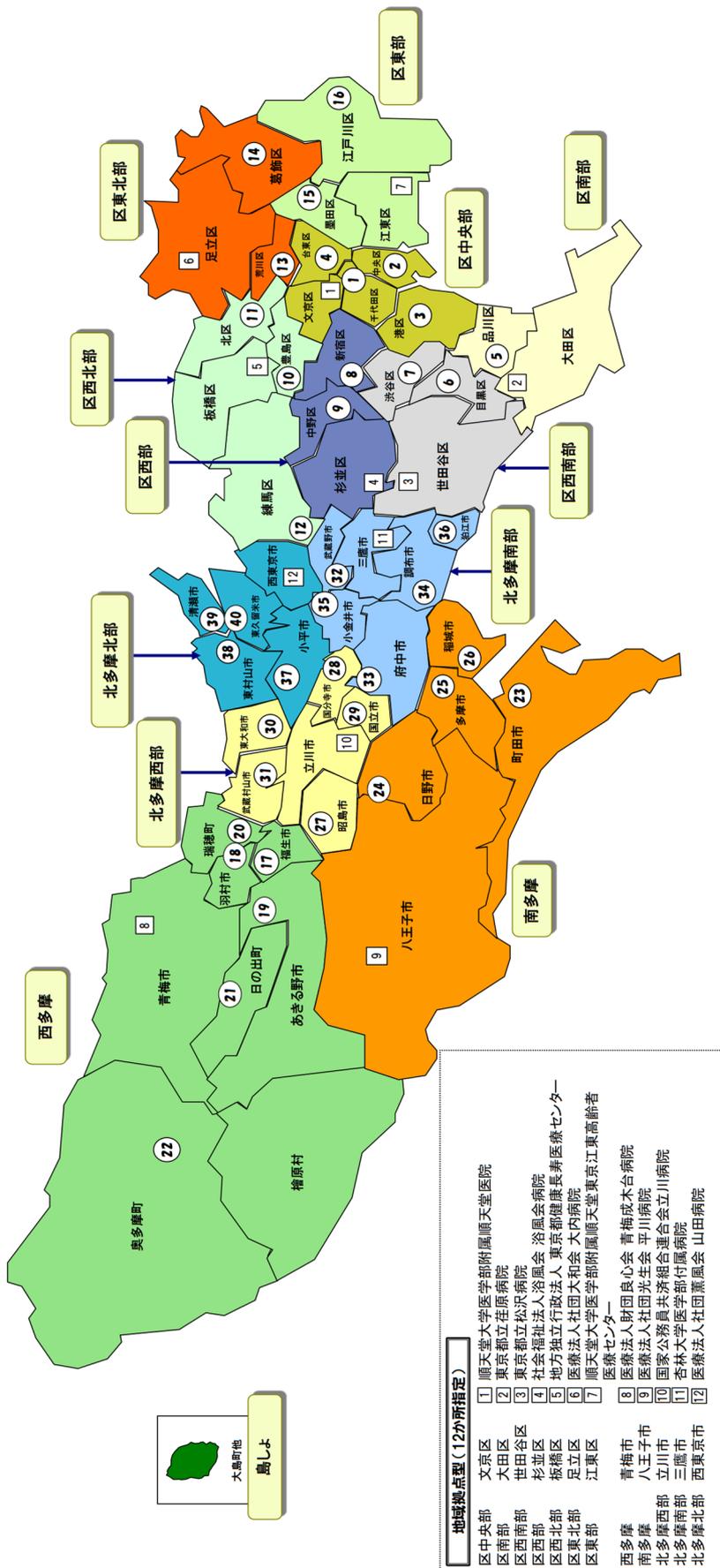
- 島しょ地域等の認知症疾患医療センター未設置地域については、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターに設置した「認知症支援推進センター」の認知症専門医等が、医療従事者等に対する相談支援、訪問研修等を実施し、未設置地域における認知症の人と家族への支援体制の充実を図ります。
- 認知症抗体医薬による治療について、都民への正しい理解の促進を図るとともに専門職の人材育成等を進めることに加え、区市町村による早期診断と継続的な支援の取組を促進していきます。
- 身近な地域における医療・介護の一層の連携と認知症対応力の向上を図るため、地域包括支援センター等と積極的に連携する認知症サポート医を認定するなど、認知症サポート医の活動の活性化を図ります。

### 認知症の経過と医療依存度



資料：東京都福祉保健局「東京都認知症対策推進会議 医療支援部会報告書」（平成21年3月）

# 認知症疾患医療センターの指定状況（令和5年12月1日現在）



地域	指定状況
区東部	荒川区 ⑬ 医療法人社団 晴友会 あべクリニック 葛飾区 ⑭ 医療法人社団 東京東双葉会 いずみホーム ケアクリニック
区西部	墨田区 ⑮ 医療法人社団 仁寿会 中村病院 江戸川区 ⑯ 医療法人社団 城東福祉会 東京さくら病院 福生市 ⑰ 医療法人社団 幹人会 福生クリニック 羽村市 ⑱ 医療法人社団 三秀会 羽村三慶病院 あきる野市 ⑲ 医療法人社団 幹人会 あきる野病院 瑞穂町 ⑳ 医療法人社団 幹人会 菜の花クリニック
西多摩	日の出町 ㉑ 公益財団法人 財団利定会 大久野病院 檜原村 ㉒ 奥多摩町 国民健康保険 奥多摩病院 町田市 ㉓ 医療法人社団 明理会 鶴川サナトリウム病院 日野市 ㉔ 医療法人社団 研友会 多摩平の森の病院 多摩市 ㉕ 社会福祉法人 桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院 稲城市 ㉖ 特定医療法人社団 研精会 稲城台病院
北多摩西部	昭島市 ⑳ 医療法人社団 東京愛成会 たかつきクリニック 国分寺市 ㉑ 社会福祉法人 浴光会 国分寺病院 国立市 ㉒ 医療法人社団 つくし会 新田クリニック 東大和市 ㉓ 社会医療法人 財団大和会 東大和病院 武蔵野市 ㉔ 社会医療法人 財団大和会 武蔵村山病院 府中市 ㉕ 武蔵野赤十字病院 調布市 ㉖ 医療法人社団 根岸病院 小金井市 ㉗ 社会医療法人 財団青山会 青木病院 狛江市 ㉘ 社会福祉法人 聖ヨハネ会 桜町病院 狛江市 ㉙ 学校法人 慈恵大学 東京慈恵会医科大学 附属第三病院
北多摩東部	小平市 ㉚ 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 一病院 東村山市 ㉛ 医療法人社団 新新会 多摩あおば病院 清瀬市 ㉜ 公益財団法人 結核予防会 複十字病院 東久留米市 ㉝ 医療法人社団 山本・前田病院

### ＜課題 4－3＞医療従事者・介護従事者等の認知症対応力向上

- かかりつけ医による健康管理やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導、病院や診療所・訪問診療等の場面における医師、看護師等による支援等の場において、認知症の疑いがある人に早期に気づいて適切に対応していくことが重要です。

#### （取組 4－3）医療・介護従事者の認知症対応力の向上

- かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師など高齢者に身近な医療従事者等が、認知症の疑いのある人に早期に気づき、適切な支援につなげるとともに、認知症の人の状況に応じた適切なケアや、口腔管理、服薬管理などが行えるよう、認知症対応力向上研修を実施していきます。
- 認知症支援推進センターにおいて、認知症サポート医等の専門職に対し、診療技術の向上等に資する実践的な研修を実施する等、地域において認知症ケアに携わる医療専門職等の人材を育成します。
- 全ての区市町村が設置する認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員が円滑に活動できるよう、研修の受講促進を図ります。
- 介護従事者に対して認知症介護に関する基礎的及び実践的な研修等を実施するほか、認知症介護指導者等を引き続き養成し、認知症ケアの質の向上を図ってまいります。

### ＜課題 4－4＞認知症ケアの質の向上と意思決定支援の推進

- 行動・心理症状（BPSD）は、認知症の人の在宅生活の継続を困難にする大きな要因となりますが、環境を整えたり、関わり方の工夫をしたりすること等により、症状の軽減が期待できるため、「日本版BPSDケアプログラム」の一層の普及が必要です。
- 人生の最終段階にあっても本人の尊厳を尊重した医療・介護等が提供されるよう、多職種協働により、あらかじめ本人の意思決定を支援する取組を推進する必要があります。

**(取組4-4) 日本版BPSDケアプログラム及び意思決定支援を普及・推進**

- 認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、公益財団法人東京都医学総合研究所と協働して、「日本版BPSDケアプログラム」の都内全域への普及を図ります。
- 医療・介護従事者が、本人の意思を尊重しながら診療や支援を行うとともに、本人の特性に応じた意思決定支援が行えるよう、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を活用して、医療・介護従事者への研修を充実していきます。

**<課題4-5> 家族介護者の負担軽減**

- 認知症の人を支え、家族介護者の負担を軽減し、認知症の人と家族が安心して暮らせるようにするためには、身近な地域で、必要な医療・介護・生活支援等を受けられることが重要です。

**(取組4-5) 家族介護者の介護負担軽減に向けた取組の推進**

- 東京の地域特性を踏まえ、地域の多様な人的資源・社会資源によるネットワークづくりを進め、認知症の人と家族を支える地域づくりを支援します。
- 介護者支援の拠点となる医療機関と連携した認知症カフェの設置や家族会の活動の支援など、地域の実情に応じて、認知症の人と家族の支援に取り組む区市町村を支援します。

**<課題5-1> 認知症バリアフリー及び社会参加支援の推進**

- 移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進する必要があります。
- 認知症の人を含む高齢者が元気で心豊かに自分らしく過ごすには、一人ひとりの希望に応じて地域や社会で活躍できる環境を整えることが求められています。

**(取組5-1) 認知症バリアフリーの推進及び社会参加への支援**

- 国が今後策定する認知症施策推進基本計画の内容を踏まえ、認知症バリアフリーの一層の推進について、検討していきます。
- 認知症の人、家族、医療福祉関係者、地元企業等の多様な市民が話し合い、認知症の人が地域の一員として自分の役割を持てるよう、認知症の人の社会参加を促進する取組を推進していきます。

### ＜課題5－2＞認知症の人と家族を地域社会全体で支える環境の整備

- 認知症の人を支え、家族介護者の負担を軽減し、認知症の人と家族が安心して暮らせるようにするためには、身近な地域で、必要な医療・介護・生活支援等を受けられることが重要です。

#### （取組5－2）認知症の人と家族を支える地域づくりの推進

- 区市町村の認知症地域支援推進員が、医療機関、介護サービス事業所、地域包括支援センター等地域の関係機関の連携を図るための支援を行うとともに、認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組等を推進します。
- 認知症の人や家族のニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みである「チームオレンジ」を区市町村が整備できるよう、その中核となるチームオレンジコーディネーターの養成を行います。
- チームオレンジの立ち上げや活動を、区市町村の状況に応じてきめ細かに支援します。
- 認知症の人の行方不明・身元不明について、区市町村におけるGPS機器の活用やネットワークづくりの支援等を通じて、早期解決が図れるよう取り組んでいきます。
- 認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所や認知症対応型通所介護事業所など、認知症の人と家族の地域生活を支える介護サービス基盤の整備を進めていきます。

### ＜課題5－3＞若年性認知症への対応

- 若年性認知症は働き盛り世代で発症するため、就労の継続や経済的な問題、多重介護など高齢期に発症する認知症とは異なる特有の課題があります。若年性認知症の人や家族への支援体制を強化していく必要があります。

**(取組5-3) 若年性認知症施策の推進**

- 若年性認知症の人を早期に適切な支援に結び付けられるよう、都内2か所の「若年性認知症総合支援センター」でワンストップの相談対応を行うとともに、地域包括支援センター職員などの支援者向け研修等を実施します。
- 医療機関を対象に、若年性認知症と診断された人へ早期に適切な支援を提供し、また適切な関係機関へ繋がるよう、知識・ノウハウの習得を図るための研修会を開催します。
- 若年性認知症の理解を深めるための普及・啓発を行うとともに、若年性認知症の人の居場所づくりや社会参加の促進等を支援します。
- 身近な地域で支援が受けられるよう、家族会への支援、若年性認知症の人の活動を支援するための拠点整備に取り組む区市町村を支援します。

**<課題6> 認知症に関する研究**

- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターには、認知症に関するエビデンスとなる臨床・研究に係る膨大なデータが蓄積されており、これらのデータを活用し、認知症との共生・予防に向けた研究を進めていくことが必要です。
- 認知症の治療法や予防法の開発には、認知症の発症メカニズムを明らかにしていく必要があります。

**(取組6) 認知症に関する研究の推進**

- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターでは、認知症の原因や診断マーカーとなるタンパク質や糖鎖等の解析、認知運動機能に異常をもたらす神経回路の解析や加齢に伴う中枢運動機能低下に関する研究に取り組んでいきます。  
また、農園や空き店舗等の既存の地域資源を新たな着想により利活用するとともに、多様な社会参加の機会を提示することにより共生社会の実現に資する研究や、軽度認知障害高齢者などに対する介入研究を通して、支援プログラムの確立や普及に取り組んでいきます。
- センターが保有する生体試料、画像データ等のビッグデータを取りまとめ、認知症研究の基盤として構築したデータベースについて、オープンデータとして利活用を図るほか、認知症医療の質の向上等を目的として構築したAI認知症診断システムについて、医療現場での活用・普及を図るなど、AI等を駆使した新たな認知症予防の取組を推進し、実用化につなげていきます。

- 公益財団法人東京都医学総合研究所では、患者の脳に蓄積したタンパク質凝集体を高純度で抽出できる独自に開発した生化学的抽出手法を用いて、認知症発症メカニズムの解明を進め、治療法・予防法の開発に向けた基礎研究を推進していきます。

### 事業推進区域

- 認知症：区市町村

### 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組4-1	認知症の早期診断・早期支援に取り組む区市町村数	22 区市町 (令和4年度末)	62 区市町村
取組4-2	認知症サポート医養成研修修了者数	1,668 人 (令和4年度末)	2,000 人
取組5-2	チームオレンジの整備に取り組む区市町村数	17 区市町 (令和4年度末)	62 区市町村

## 6 救急医療

- いつでも、どこでも、だれでも、その症状に応じた適切な医療を迅速に受けられる救急医療体制を確保していきます。
- 高齢化の進展により、今後も増加が見込まれる高齢者の救急患者が、保健・医療・介護関係者の連携の下、迅速・適切に救急医療を受けられるよう体制を確保します。
- 救急相談体制の充実を図るとともに、救急車の適時・適切な利用を推進します。

### 現状・これまでの取組

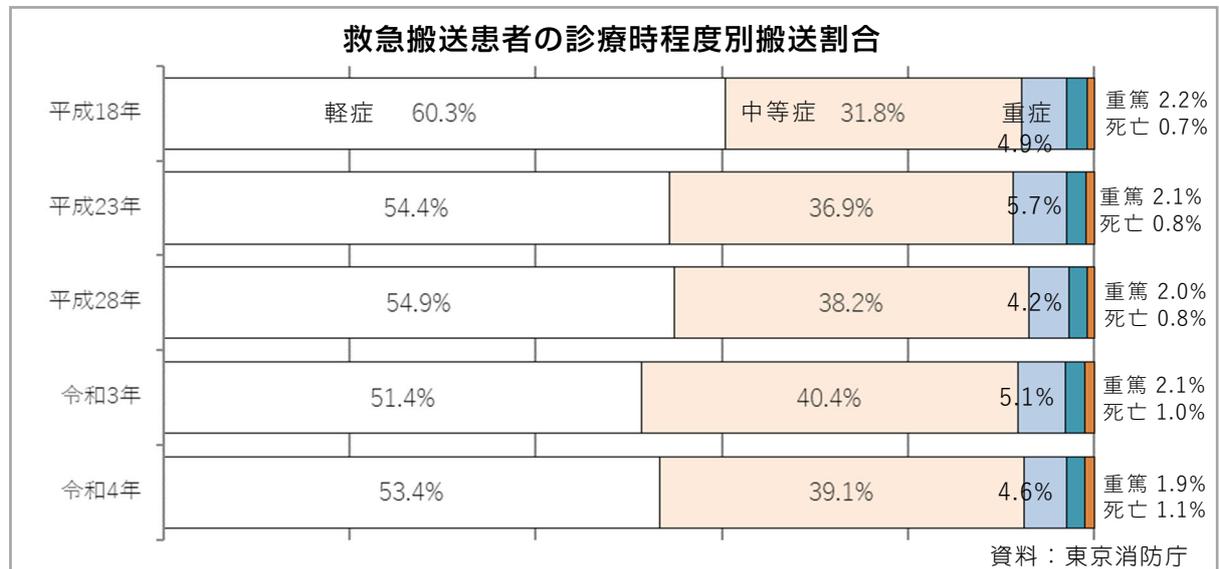
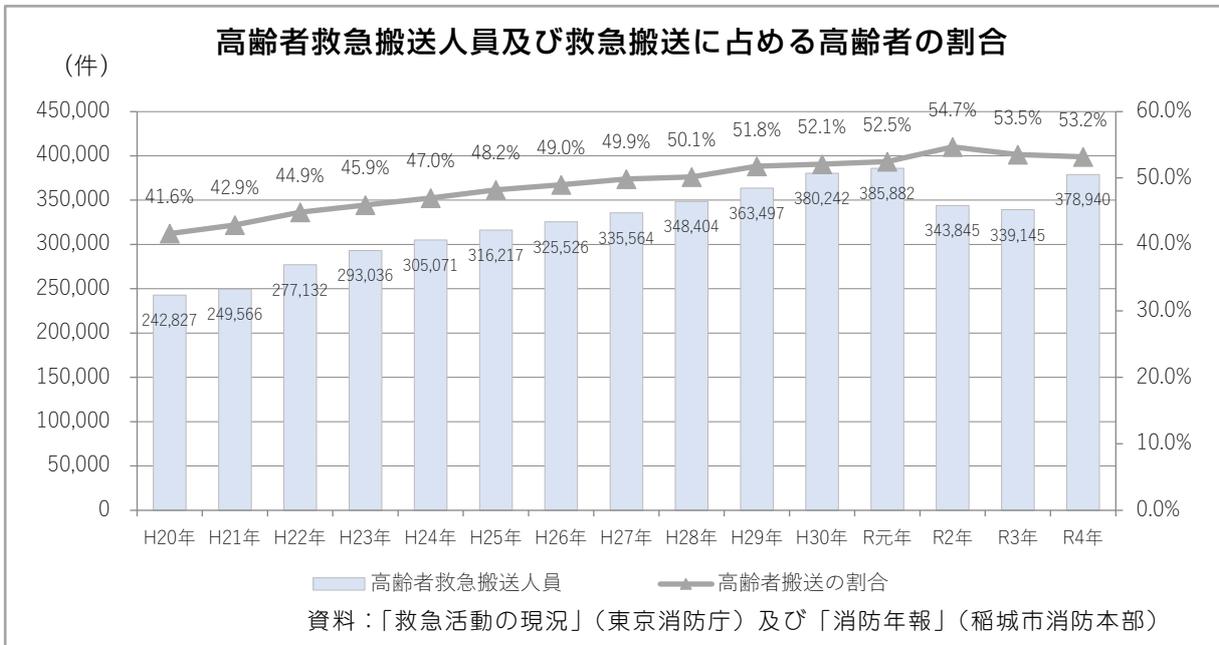
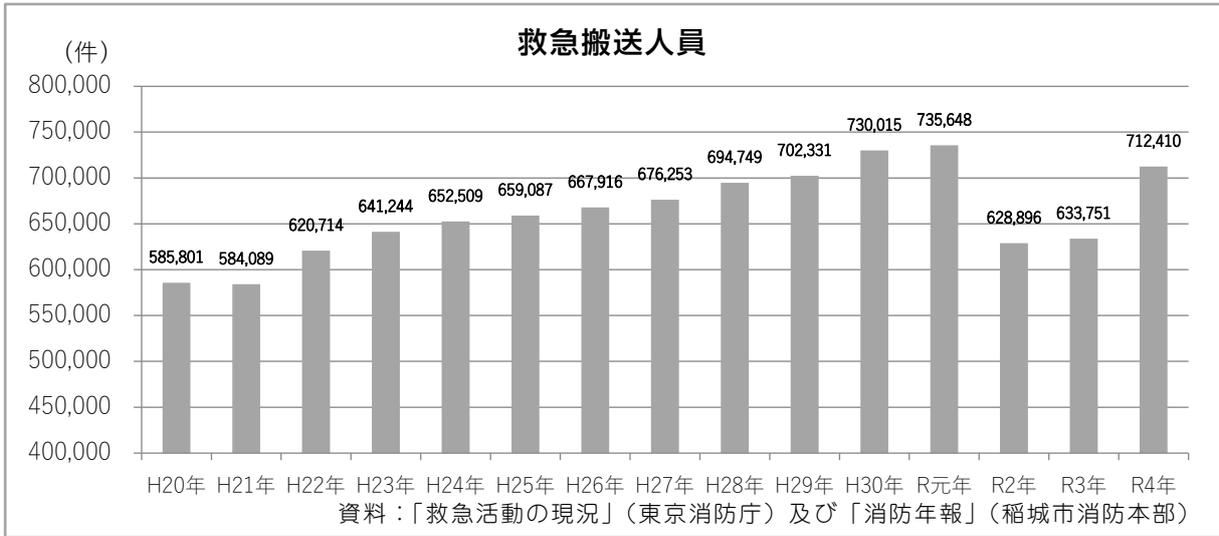
#### <救急搬送等の状況>

- 令和4年における救急搬送人員は71万2千人になっており、令和2、3年には、新型コロナの拡大の影響により一時的に救急搬送人員が減少しましたが、令和4年には以前と同水準へと戻ってきています。令和4年における救急搬送人員に占める65歳以上の高齢者の割合は53.2%であり、平成28年以降、50%を超えています。
- 令和4年における医療機関から他の医療機関に転院搬送した人員は約4万2千人であり、全救急搬送人員の5.8%を占めています。
- 令和4年における救急搬送人員に占める軽症（軽易で入院を要しない）患者の割合は53.4%と、依然として50%を超えています。
- 救急患者を受け入れる救急告示医療機関<sup>1</sup>数は、令和5年4月現在316施設になっています。
- 救急隊が出場してから医師引継までの救急活動時間は、平成28年の47分16秒から年々短縮され、令和元年には45分16秒まで短縮されましたが、新型コロナの感染拡大後延伸が続いており、令和4年には62分28秒と過去最長の時間となっています。
- 東京ルール事案<sup>2</sup>に該当する救急搬送患者については、全救急搬送人員に占める割合は、平成28年に0.96%まで減少していましたが、新型コロナの感染拡大の影響等もあり、令和4年には7.29%と東京ルールの運用開始以来最も高い値となっています。

<sup>1</sup> 救急告示医療機関：救急隊が緊急に搬送する必要がある傷病者の収容及び治療を行う医療機関として、厚生労働省の「救急病院等を定める省令」に基づいて都道府県知事が認定

<sup>2</sup> 東京ルール事案：救急隊による5医療機関への受入要請又は選定開始から20分以上経過しても搬送先医療機関が決定しない事案

- 令和6年4月から医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用され、勤務医の健康を確保するためのルール（面接指導、連続勤務時間制限、勤務時間インターバルの確保など）が導入されます。



## 1 東京都の救急医療体制

- いつでも、どこでも、だれでも、その症状に応じた適切な医療が受けられるよう、生命の危機を伴う重篤患者に対する三次救急医療機関、入院治療を必要とする中等症及び重症の患者に対する二次救急医療機関、入院を必要としない軽症の救急患者に対する初期救急医療機関を基本に、救急医療体制を確保しています。

### 救命救急医療（三次救急医療）

二次救急医療機関では対応できない複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供する医療機関とし、次の要件を満たすもの

- 1 重篤な救急患者を、常に必ず受け入れることができる診療体制がある。
- 2 ICU、CCU等を備え、重篤な患者に対し、常時高度な治療が可能である。
- 3 医療従事者（医師、看護職員、救急救命士等）に対し、必要な研修を行う体制を有する。

### 入院を要する救急医療（二次救急医療）

原則として固定・通年制で、入院治療を必要とする中等症及び重症患者に対する医療を担当する医療機関とし、次の要件を満たすもの。なお、地域の事情等から輪番制とする場合は、当番日において必要な要件を満たしていることが必要である。

- 1 救急患者の受入れの依頼があった場合は必ず診療することを基本とする。
- 2 急性疾患や外傷等に対する診断、救急処置（応急的な救命処置を含む。）及び必要な検査が24時間対応可能である。
- 3 救急蘇生法をはじめ、急性疾患や外傷等に対する診断と救急処置ができる医師及び救急患者に対応できる看護師を確保している。
- 4 救急患者の状態により必要な検査ができる体制を確保している。検査技師・診療放射線技師は常駐が望ましいが、少なくともオンコール体制を確保している。
- 5 救急患者のための専用病床又は優先的に使用できる病床を有している。
- 6 救急告示医療機関の基準を満たしている。

### 初期救急医療

主として自力来院者を中心に、入院を必要としない軽症の救急患者に対する初期医療を担当する医療機関とし、次の要件を満たすもの

- 1 内科・外科・小児科等の一般外来診療機能を持つ。
- 2 診察の結果、初期救急医療機関では十分な対応が不可能と思われる救急患者は、二次又は三次救急医療機関等との連携の下に転院を行う。

### (1) 三次救急

- 三次救急医療を担う救命救急センターの整備について、国は、おおむね100万人に1か所を目途に整備を図ることとした基準を平成19年に廃止し、都道府県の医療計画に基づき整備することとしました。都では、令和5年3月に指定した2か所の救命救急センターを加え、計28か所（令和5年4月現在）を指定し、各施設に対する整備・運営を支援しています。
- また、救命救急センターのうち、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する救命医療を担う高度救命救急センターを4か所指定しています。

### (2) 二次救急

- 365日24時間救急入院が可能な病床を確保するため、「休日・全夜間診療事業」に参画する東京都指定二次救急医療機関を239施設768床（令和5年10月現在）確保しています。
- 平成27年1月からは、入院が必要な救急患者のための空床を確保する休日・全夜間診療事業を救急搬送の受入実績等をより適切に評価する仕組みに再構築しています。

### (3) 初期救急

- 都は、区市町村が行う休日夜間急患センター<sup>3</sup>や在宅当番医制<sup>4</sup>等の初期救急医療体制の整備に対して支援を行うことにより、住民に身近な救急医療体制を確保しています。  
また、区市町村単独では体制確保が困難な眼科及び耳鼻咽喉科については、都が広域的に確保しています。

<sup>3</sup> 休日夜間急患センター：休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるため自治体が整備するもの。

<sup>4</sup> 在宅当番医制：休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるための当番医療機関

#### (4) 「救急医療の東京ルール」の推進

##### 「救急医療の東京ルール」を推進

###### ルールⅠ 救急患者の迅速な受入れ

救急患者を迅速に医療の管理下に置くため、地域の救急医療機関が相互に協力・連携して救急患者を受け入れる。(平成21年8月31日運用開始)

- 「東京都地域救急医療センター」を設置  
二次保健医療圏内において救急患者を受け止めるネットワークの核となる救急医療機関
- 「救急患者受入コーディネーター」の設置  
地域(圏域)内では受入が困難な場合、他地域の「地域救急医療センター」と協力しながら365日24時間受入調整を担う(東京消防庁総合指令室に常時複数名配置)

###### ルールⅡ 「トリアージ」の実施

緊急性の高い患者の生命を守るため、救急医療の要否や診療の順番を判断する「トリアージ」を、救急の様々な場面で実施する。

- 「搬送時トリアージ」や地域救急医療センター等での「病院内トリアージ」の推進

###### ルールⅢ 都民の理解と参画

都民は自らのセーフティネットである救急医療が重要な社会資源であることを認識し、救急医療を守るため、適切な利用を心がける。

- 都民と医療従事者の相互理解を促進するシンポジウム等の開催、救急相談センター(#7119)等における相談事業の充実

- 東京ルール事案に該当する救急搬送患者を地域(二次保健医療圏内)で受け止めるため、島しょ地域を除くすべての二次保健医療圏において、搬送調整や受入れ機能を担う東京都地域救急医療センターを指定(令和5年7月現在90か所)しています。
- 地域の特性を踏まえた救急医療の連携強化を推進するため、救急医療機関、消防機関、区市町村等により構成する地域救急会議を二次保健医療圏(島しょ地域を除く)ごとに設置し、顔の見える関係を構築しています。
- 東京ルールによる搬送調整の対象となった開放性骨折、精神身体合併症及び吐下血の救急患者を受け入れる医療機関を確保しています。

- これらの取組により、東京ルール事案に該当する救急搬送患者の数は、平成23年の14,459人から平成29年には6,090人へと減少し、同一地域（二次保健医療圏）での受入率は、平成23年の81.3%から平成29年には86.9%へと上昇しましたが、平成30、令和元年には患者数は7,104人、9,264人、受入率は86.1%、85.5%となっていました。しかしながら、新型コロナの感染拡大の影響等により、東京ルール事案に該当する救急搬送患者数は増加しています。

#### (5) 特殊救急等

- 都は、緊急に専門的な入院治療が必要な熱傷患者への救急（東京スキンバンクネットワーク）及び急性心筋梗塞などの心血管疾患患者への救急（東京都CCUネットワーク及び急性大動脈スーパーネットワーク）体制を整備しています。

#### (6) 東京ER（総合救急診療科）

- 都立病院では、365日24時間の安心と患者中心の医療を目指し、いつでも、だれでも、様々な症状の救急患者に対応できるよう、広尾病院、墨東病院、多摩総合医療センター及び小児総合医療センターに東京ER（総合救急診療科）を設置し、総合的な救急医療体制の充実を図っています。

#### (7) 精神科救急

- 精神保健福祉法第23条に基づく警察官通報等による措置入院等（精神科緊急医療）や、「精神科救急医療情報センター」の設置による患者等からの受療相談・医療機関案内（初期救急、二次救急等）を行っています。
- 精神科医療資源の状況等を考慮し、島しょを除く都内を5つのブロックに分け、各ブロックにおいて、精神身体合併症患者が地域で迅速かつ適正な医療が受けられるよう、身体治療終了後の精神疾患患者に関する相談や受入れを行っています。また、各ブロックにおいて連携会議や研修を行うことで、一般診療科と精神科との連携強化を図っています。

#### (8) 東京都ドクターヘリ

- ドクターヘリは、救急医療に必要な資器材、救急医療の専門の医師や看護師を乗せて、速やかに救急現場等へ向かうヘリコプターです。現場やヘリコプターの機内で治療をしながら患者を医療機関に搬送することができ、都では、杏林大学医学部付属病院を基地病院として、令和4年3月から運航を開始しています。

# 救急患者の受入体制

区分	程度	初期			二次			三次						
		軽症			中等症			重症						
休日	昼間 9時～17時	休日診療(初療) 内科・小児科・歯科	休日診療(初療) 眼科・耳鼻咽喉科	精神科初期	休日夜間急患センター	東京ルールによる搬送調整(毎日24時間)	休日・全夜間診療 内科系・外科系・小児科	休日診療(入院)眼科	休日診療(入院)耳鼻咽喉科 ※土曜日のみ	精神科二次	精神科身体合併症医療	特殊救急 心臓循環器救急(CCUネットワーク) 熱傷救急(スキンバンク) ※土曜日のみ	精神科緊急医療	救命救急センター
		準夜診療(初療) 内科・小児科												
	小児初期 平日夜間診療	精神科初期												
	休日診療(初療) 内科・小児科・歯科	精神科初期												
平日	準夜 17時～22時	小児初期 平日夜間診療	精神科初期											
	夜間 17時～翌9時	精神科初期												

区市町村事業

都事業

都事業(精神)

## 2 病院前救護体制

- 救急患者を病院に搬送するまでの間に救急救命士が行う救急救命処置が、実習修了と医師の指導を前提とした条件の下に拡大されるなど、より質が高く、かつ高度な救急業務が提供できる体制づくりが進んでいます。
- 都は、救急隊員の資質を向上させ、医学的観点から応急処置等の質を保障することにより、救命効果の向上と救急業務に対する信頼を更に高めることを目的として「東京都メディカルコントロール<sup>5</sup>協議会」を設置し、救急隊が行う観察や医療機関選定等の基準を定めているほか、医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置のうち、都道府県メディカルコントロール協議会の認定を必要とする救急救命処置に係る認定を行っています。
- また、タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう各職種の業務範囲の拡大等を行う一環として、令和3年に救急救命士法(平成3年法律第36号)の改正が行われ、救急救命士による救急救命処置の実施の場が拡大されました。<sup>6</sup>

### 【救急救命士の救急救命処置等の拡大】

平成 15 年 4 月	除細動 <sup>6</sup> の包括的指示化
平成 16 年 7 月	気管挿管
平成 18 年 4 月	薬剤の投与
平成 21 年 3 月	アドレナリン製剤の投与
平成 26 年 4 月	心肺機能停止前の傷病者に対する静脈路確保等
令和 3 年 10 月	救急救命処置の場が「搬送されるまでの間」から「到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間」に拡大

<sup>5</sup> メディカルコントロール：病院前救護において、救急現場から救急医療機関に搬送されるまでの間、救急救命士の活動等について医師が指示、指導・助言及び検証することにより、病院前救護の質を保證すること。

<sup>6</sup> 除細動：心臓が痙攣したように細かく震えて血液が拍出できない致死的不整脈（心室細動）に対し、電気ショックをかけることにより、その震えを取り除く処置

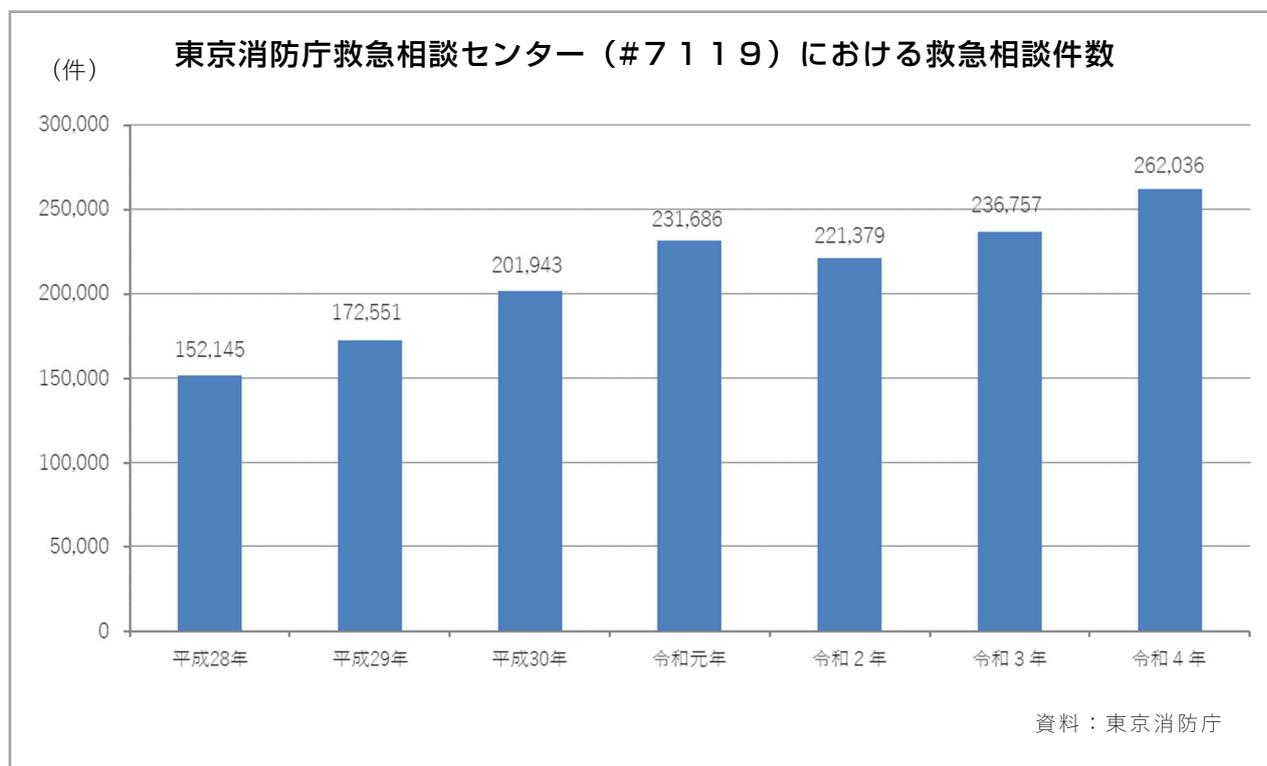
### 3 相談・案内と普及啓発事業

#### (1) 医療機関案内等

- 東京都保健医療情報センターでは、電話による保健医療福祉相談や救急医療機関を含む医療機関案内を実施しているほか、外国人向けに5か国語による電話での医療情報の提供を行っています。また、これまで東京都医療機関案内サービス“ひまわり”で行ってきた診療可能な医療機関の診療時間や医療機能などの情報の提供については、令和6年4月から、医療情報ネット（全国統一的な情報システム）に移行します。

#### (2) 東京消防庁救急相談センター（#7119）

- 急な病気やけがをして、救急車を呼ぶべきか、今すぐ病院に行くべきか迷ったときに、緊急受診の要否や適応する診療科目、診察可能な医療機関等を相談者に電話でアドバイスを行う「東京消防庁救急相談センター」を平成19年6月から運用開始し、都民の不安を解消するとともに、救急車の適時・適切な利用を図ることを目指しています。
- 平成24年には、自ら症状の緊急性を判断できる「東京版救急受診ガイド<sup>7</sup>」を作成し、緊急性のアドバイスが得られるサービスを提供しています。



<sup>7</sup> 東京版救急受診ガイド：「冊子版」とパソコンやスマートフォン、携帯電話から利用できる「ウェブ版」を提供しています。

### (3) 精神科救急医療情報センター

- 精神科に関する医療情報を提供するとともに、必要な情報を聴取して緊急性を判断し、トリアージやケース・マネジメント(調整)を行っています。  
また、患者等からの相談に傾聴や助言等の丁寧な対応を行いつつ、必要に応じて、初期救急、二次救急、身体合併症などの医療機関案内を行っています。

### (4) 「子供の健康相談室」(小児救急電話相談 #8000)

- 子供の健康に関する保護者の不安や悩みを解消し、救急医療機関にかかる前の段階での安心を確保するため、平日夜間及び休日の電話相談を実施しています。

## 課題と取組の方向性

### <課題1> 救急医療機関における患者の円滑な受入れ

- 救命救急センターの役割は、新興感染症や災害時の対応などへ広がってきており、搬送件数については平成27年から令和元年までは増加傾向にありましたが、令和2年に一旦減少し、令和3、4年は再び増加しています。他の医療機関では対応できない重症・重篤な患者を迅速・確実に受け入れるため、救命救急センターの機能を確保することが求められます。
- 新型コロナの感染拡大時には、休日・全夜間診療事業に参画している中小規模の医療機関では医師等の防護具の交換のためスペース確保や、診察室の消毒の手間などが生じ受入れが困難となりました。新型コロナの五類移行後においても、以前と同程度の患者受入が難しい状況が続いています。
- 入院を必要としない初期救急患者が、二次救急医療機関に直接受診することがありますが、大切な社会資源である救急医療を守るため、患者の状態に応じた適切な救急医療を受けられることが重要です。
- また、東京ルール事案に該当する救急搬送患者の割合は、平成29年まで減少していましたが、新型コロナの感染拡大の影響等により、発生件数・発生割合ともに増加し、その傾向が続いています。
- 医療だけでは対応が困難な福祉的な背景を有する救急患者の割合が増えているため、関係機関との連携が必要です。
- 開放性骨折、精神身体合併症、吐下血など特殊な診療を必要とする患者の速やかな受入れを図ることが重要です。

- 東京都ドクターヘリについては、近隣県との連携体制の構築に加え、災害時における効果的な運用に向けた訓練や検証等が必要です。
- 令和6年4月から医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用され、勤務医の健康を確保するためのルール（面接指導、連続勤務時間制限、勤務時間インターバルの確保など）が導入されます。救急医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な救急医療体制を維持・確保することが必要です。

### （取組1）救急受入体制の強化

- 現在の東京ルールの運用状況や医師の働き方改革による救急医療への影響などを踏まえ、都の救急医療体制のあり方や、新興感染症発生・まん延時に必要とされる体制について、救急医療対策協議会等において検討等を進めていきます。
- 高齢化の更なる進行や、新興感染症発生時や災害発生時などの突発的な事態への迅速な対応に当たり、各救命救急センターの連携・機能確保を進めていくため、三次救急医療施設連携会議等の場を活用し、センター間の情報共有を一層推進していきます。また、必要に応じ、新たな救命救急センターの指定を検討します。
- 救急隊の資質を高め、更なる救命効果の向上を図るため、「東京都メディカルコントロール協議会」において救急隊が行う観察や医療機関選定の基準等について、国の動向等を踏まえながら検討していきます。
- 地域の二次救急医療機関等が連携して救急医療体制を維持・構築していくため、地域救急会議等において、福祉的背景を有する救急患者の対応等について、関係者間の連携・情報共有等を進めていきます。
- 救急外来での救急救命士の活用によるタスクシフト／シェアを促し、医師や看護師等がそれぞれの役割に専念できるようにすることにより、救急受入体制の強化を図る医療機関を支援していきます。
- 初期治療後に状態が比較的安定した救急患者が、身近な地域へ円滑に移行できるよう、医療機関の取組を支援していきます。
- 東京ルール事案となった開放性骨折、精神身体合併症、吐下血など特殊な診療を必要とする患者の迅速な受入れのための取組を推進します。

- 精神疾患のある救急患者の円滑な受入れに向けて、救急医療機関の対応力向上を目的とした研修の実施や、地域の実情に応じた精神科医療機関、一般科救急医療機関及び保健所などの行政機関との連携を促進します。
- 消防機関をはじめとする各機関との連携を強化し、ドクターヘリの更なる効果的な運用体制の確保を進めるとともに、災害時の運用を想定した訓練や検証、他県との連携に向けた取組等を引き続き行っていきます。
- ドクターカーについては、東京DMATや、脳卒中急性期医療機関、東京都CCUネットワークなどの救急医療体制、各地域の医療資源の状況、国の動向等を踏まえながら、総合的な検討を行っていきます。

## <課題2>高齢者等の生活や症状に応じた救急医療体制の整備

- 今後、高齢化の進展に加え、要介護認定率の高い後期高齢者の増加により、要介護（要支援）認定者数が増加するなど、救急搬送の増加が見込まれます。
- 高齢者は、事故や体調の急変などで、緊急度や重症度が比較的高く、救急医療を要する事態であるにもかかわらず、適切に対応できないことがあり、また、救急搬送される際には、患者状況の伝達や意思の疎通に時間を要することがあります。
- 高齢者施設からの救急搬送は緊急性が高い案件も多く、速やかな対応が求められるため、円滑な情報連絡等が重要です。
- 在宅療養又は通院している高齢者の症状が増悪した場合には、その症状等に応じて、身近な地域の医療機関への入院が必要となることがあります。
- 高齢者や社会的背景を有する救急患者は、急性期の治療を終えた後でも自宅等へ戻ることが困難な場合も少なくないため、入院期間が長期化することがあります。

**《取組2）地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療の確保》**

## 《高齢者の迅速・適切な救急受診のための支援》

- 具合が悪くなった時に、治療中の病気や服薬状況等の情報を医療機関や救急隊等に迅速に伝えられるよう、救急医療情報キットによる情報共有に取り組む区市町村を引き続き支援していきます。

## 《高齢者施設等における救急対応の円滑化》

- 高齢者施設が、日頃から利用者の状況や希望を職員やかかりつけ医療機関と共有して、円滑に救急対応できるよう、高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドラインの活用や、救急医療機関や消防機関との連携を働きかけていきます。
- 高齢者施設や在宅で生活している高齢者が、急に状態が悪くなった場合でも、本人が望む治療やケアを実現させるため、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について都民に広く周知を図るとともに、地域の医療・介護関係者や病院スタッフの理解促進と対応力の向上を図るための研修等を実施していきます。

## 《身近な地域の医療機関による救急患者の受入体制の強化》

- 高齢者が、その症状に応じて身近な地域で救急医療を受けられるよう、かかりつけ医と連携した入院医療機関の確保や、医療機関が所有する患者搬送車や患者等搬送事業者（いわゆる病院救急車や民間救急車）の活用を促進します。
- 初期治療後に状態が比較的安定した救急患者が、身近な地域へ円滑に移行できるよう、転院支援を行う人材の配置や医療機関が所有する患者搬送車や患者等搬送事業者（いわゆる病院救急車や民間救急車）を活用した入院患者の転院搬送などの医療機関の取組を支援していきます。
- 初期治療後に状態が比較的安定した救急患者が、速やかに転院搬送できるよう、病院救急車の整備を支援します。

## 《高齢者の救急入院後の円滑な在宅移行の促進》

- 急性期の治療を終えた高齢者が円滑に転院や退院ができるよう、入院医療機関や地域の医療・介護関係者に対して、退院支援マニュアルの活用の促進や退院支援を担う人材の育成などを通じて支援していきます。

### ＜課題3＞救急車の適時・適切な利用

- 救急搬送患者のうち50%以上が入院を要しない軽症患者であり、限りある医療資源である救急医療を守るためには、東京ルールにおいて「ルールⅢ」（都民の理解と参画）として掲げた「都民一人ひとりの理解と参画」が必要です。
- 救急医療を受ける必要性の高い患者を、迅速に救急医療機関へ搬送するためには、救急車の適時・適切な利用についての取組を進めていく必要があります。
- また、医療機関から他の医療機関への転院搬送についても、緊急性や専門医療の必要性に応じた救急車の適時・適切な利用が必要です。

#### （取組3）救急車の適時・適切な利用の推進

- 救急相談センター（#7119）等の相談機関の普及啓発や利用促進を図るとともに、「救急の日」のイベントや動画広告掲出、ポスター・リーフレット等の配布等を通じて、救急車の適時・適切な利用について、都民の理解を促していきます。
- 消防機関が行う転院搬送の要請手続きについて、分かりやすくまとめた手引きを活用して、地域救急会議等を通じて医療機関への周知を進めます。
- 緊急性は低いものの医療処置が必要な患者の転院搬送の際に、病院救急車や民間救急車を活用する医療機関を支援します。

## 事業推進区域

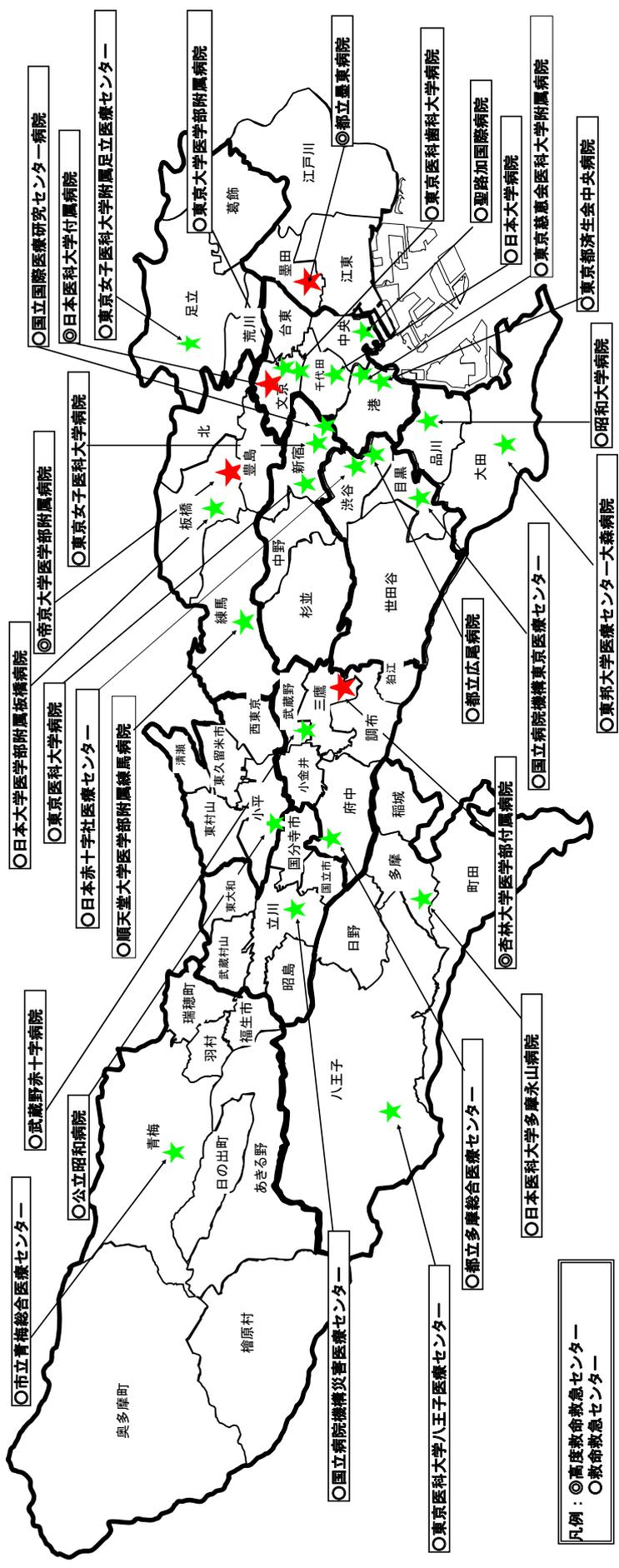
- 高度な専門的医療：都全域
- 入院医療：広域な区域（複数の区市町村、二次保健医療圏等）
- 初期医療：区市町村

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組 1	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）の1か月後生存率	9.4% （令和3年）	上げる
取組 1	三次救急医療機関の收容可能回答率	36.4% （令和4年）	上げる
取組 1	救命救急センターの充実段階評価「S」の割合	57.7% （令和4年）	上げる
取組 1 取組 2	二次救急医療機関の応需率	43.1% （令和4年）	上げる
取組 1 取組 2	東京ルール事案に該当する救急搬送患者の割合	7.29% （令和4年）	下げる
取組 1 取組 2	救急活動時間（出場～医師引継）	62分28秒 （令和4年）	短縮
取組 3	救急相談センター（#7119）の認知率	56.8% （令和4年）	上げる
取組 3	救急搬送患者の軽症割合	53.4% （令和4年）	下げる

# 救命救急センター配置図

令和5年12月1日



# 東京都における救急医療体制

令和5年4月1日現在

二次保健医療圏	区名	人口(人)	地区医師会名	初 期 (所) ※令和5年4月1日現在											二次(所)		三次		その他	
				在 宅 番 医							休 日 夜 間 急 患 セ ン タ ー 等				急 患 セ ン タ ー		東京都指定二次救急医療機関数	救命救急センター(所・床)		こども救命センター
				休日昼間	休日準夜	休日昼間	休日準夜	土曜準夜	平日準夜	名称	急患センター	歯科	急患センター 備数	歯科 備数						
区 中 央 部	千代田区	67,934	千代田区・神田	2*	1	1	1	1	千代田区休日急患診療所 ちよだこども救急室(日本大学病院) (*年末年始のみ在宅番医を実施)	2	1							日本医科大学付属病院(高度救命救急センター) 60床 日本大学病院 20床 聖路加国際病院 20床 東京都済生会中央病院 30床 東京慈恵会医科大学付属病院 20床 東京医科歯科大学附属病院 30床 東京大学医学部附属病院 20床	〇区東部 〇区中央部 〇区東部	<救命救急士数> 2,736名(消防機関に勤務している救急救急士数)
	中央区	174,272	中央区・日本橋			3	2	2	1	中央区休日急患診療所 京橋休日急患診療所 日本橋休日急患診療所 小児総合医療センター(聖路加国際病院)	4	2								
	港区	264,563	港区	2	1			1	1	みなと子ども救急診療室(愛育病院) (祝祭日・年末年始除く)	1				2					
	文京区	243,493	文京区・小石川	4	2						0				2					
	文京区・豊島区(2区共同)							1		豊島文京こども救急	1									
	台東区	217,147	下谷・浅草	2	2	1	1	1	1	台東区準夜間・休日こどもクリニック(永寿総合病院)	1				1					
<b>小計</b>	<b>987,400</b>			<b>8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>		<b>9</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	<b>7所</b>	<b>200床</b>				
区 南 部	品川区	421,321	品川区・荏原	1		2	2	2	1	荏原医師会休日診療所 品川区医師会休日診療所 品川区こども夜間救急室(昭和大学病院)	3			2			東邦大学医療センター大森病院 20床 昭和大学病院 20床			
	大田区	743,683	大森・田園調布・蒲田			3	3	2	1	大森医師会診療所 田園調布医師会診療所 蒲田医師会診療所 大田区子ども平日夜間救急室 (東邦大学医療センター大森病院)	4			2						
	<b>小計</b>	<b>1,165,004</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>		<b>7</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>2所</b>	<b>40床</b>				
区 西 南 部	目黒区	285,257	目黒区			3	1	1	1	鷹香休日診療所 中目黒休日診療所 八雲あいアイ館診療所(*11月~2月及び年末年始のみ実施) めぐろ子どもオープンクリニック	4			1			都立広尾病院 28床 国立病院機構東京医療センター 28床 日本赤十字社医療センター 26床	〇区西南 〇区西南 〇区西南 〇区西南 〇国立成育医療研究センター	<都民への情報提供> 〇東京消防庁救急相談センター 救急相談への対応や診療可能医療機関等の問い合わせに答える。 24時間対応 23区 03-3212-2323 多摩地域 042-5211-2323 全域短縮ダイヤル #119	
	世田谷区	939,112	世田谷区・玉川	6*		2	3	3	2	世田谷区医師会初期救急診療所 世田谷区医師会付属山診療所 玉川医師会診療所 (*GW、年末年始は施設数変動)	3		1	2						
	渋谷区	243,100	渋谷区			1	2	2	1	渋谷区民健康センター桜丘 しぶやこども救急室(日本赤十字社医療センター)	2		1	1						
	<b>小計</b>	<b>1,467,460</b>		<b>6</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>		<b>9</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>3所</b>	<b>82床</b>				
区 西 部	新宿区	351,119	新宿区			1	1	2	1	新宿区医師会区民健康センター しんじゅ平日・土曜日夜間こども診療室(国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院)	2			2			東京女子医科大学病院 30床 国立国際医療研究センター病院 32床 23 東京医科歯科大学病院 20床	〇東京都保健医療情報センター(ひまわり)	・都民向け医療機関案内(24時間電話対応等) 03-5272-0303 (情報内容) 医療機関 診療科目 診療時間 住所 電話番号 ・外国語による医療機関案内(5か国語) 9:00~20:00 03-5285-8181 ・医療機関向け外国語救急通訳サービス(5か国語) 平日 17:00~20:00 休日等 9:00~20:00 03-5285-8185	
	中野区	345,013	中野区	6			1	1	1	東京医療生活協同組合新瀬戸記念中野総合病院	1			2						
	杉並区	588,867	杉並区	4		3	1	3	3	杉並区休日等夜間急患診療所 医療法人財団アドベント会東京衛生アドベント病院 立正佼成会附属佼成病院	3		1							
	<b>小計</b>	<b>1,284,990</b>		<b>10</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>		<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>3所</b>	<b>82床</b>				
区 西 北 部	豊島区	303,866	豊島区			2	1	1	1	豊島区池袋休日診療所 豊島区長崎休日診療所 豊島文京(平日夜間)こども救急	3			1			帝京大学医学部附属病院(高度救命救急センター) 30床 日本大学医学部附属板橋病院 22床 順天堂大学医学部附属練馬病院 26床	〇区北 〇区西 〇区東 〇区北		
	北区	356,817	北区			1	1	1	1	北区休日診療所 北区子ども夜間救急事業(東京北医療センター)	2			2						
	板橋区	583,608	板橋区	6	6					板橋区平日夜間急患こどもクリニック	1			1						
	練馬区	751,474	練馬区			2	3	3	1	練馬休日急患診療所(*1) 石神井休日急患診療所 練馬区夜間救急こどもクリニック(*1と同施設)	2		1	2						
	<b>小計</b>	<b>1,995,765</b>		<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>		<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>3所</b>	<b>78床</b>				
区 東 北 部	荒川区	218,278	荒川区	4	2	1	1	1	1	荒川区医師会こどもクリニック	1			1			東京女子医科大学附属足立医療センター 20床 日本大学医学部附属板橋病院	〇区東 〇区東 〇区東		
	足立区	694,588	足立区			4	2		1	足立区医師会館休日急・準夜間急患診療所(*2) 竹の塚休日急患診療所 東部休日急患診療所 江北休日急患診療所 平日夜間小児初期救急診療(*2と同施設)	4		1		27					
	葛飾区	454,070	葛飾区	4*		2	2	2	1	金町休日急患診療所 立石休日急患診療所(平日夜間こどもクリニック)	2			2						
	<b>小計</b>	<b>1,366,936</b>		<b>8</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>7</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	<b>1所</b>	<b>20床</b>				
区 東 部	墨田区	278,519	墨田区			1	1		1	墨田区休日急患診療所 すみだ平日夜間救急こどもクリニック(同愛記念病院)	2			1			都立墨東病院(高度救命救急センター) 24床 〇区東 〇区東 〇区東 東京大学医学部附属病院			
	江東区	532,984	江東区			2	2	2	1	江東区医師会館内休日急患診療所(*4) 江東区総合市民センター内休日急患診療所 江東区平日夜間こどもクリニック(*4と同施設)	2			2						
	江戸川区	689,407	江戸川区	5		1	1	1	1	江戸川区医師会夜間・休日急患診療所	1			1						
<b>小計</b>	<b>1,500,910</b>		<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	<b>1所</b>	<b>24床</b>					
<b>区部計</b>	<b>9,748,492</b>			<b>44</b>	<b>13</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>28</b>		<b>51</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>168</b>	<b>20所</b>	<b>526床</b>	<b>3所</b>			

(備考)(1) 休日夜間急患センターの「準夜」は、おおむね17時から22時までをいう。  
 (2) 二次救急医療機関の名称等は、都においては、「救急病院等を定める省令」に基づき救急病院等の告示をもって、医療計画における記載に代える。  
 (3) こども救命センターのうち、国立成育医療研究センター及び都立小児総合医療センターは、「小児救命救急センター」を兼ねる。  
 (資料) 人口は、都総務局「住民基本台帳による世帯と人口」(令和5年4月1日現在)による。

二次保健医療圏	市町村名	人口(人)	地区医師会名	初期(所) ※令和5年4月1日現在											二次(所)		三次		その他		
				在宅当番医							休日夜間急患センター等				急患センター	歯科		東京都指定二次救急医療機関数		救命救急センター(所・床)	こども救命センター
				休日昼間	休日準夜	休日昼間	休日準夜	土曜準夜	平日準夜	名称	個数	固定	輪番	個数	固定	輪番					
西多摩	青梅市	131,162	西多摩			1	1	1	1	青梅市休日診療所	1		4*	青梅市立総合病院 30床	7	東京都指定二次救急医療機関数	救命救急センター(所・床)	こども救命センター	<全都的な対応事業> ○休日診療事業(初期) 耳鼻咽喉科6所 眼科 1~4所  ○休日診療事業(二次) 耳鼻咽喉科2所 眼科 1所		
	あきる野市	78,648																			
	福生市	55,502				1				福生市休日診療所	1										
	羽村市	53,929					1	1	1	羽村市平日夜間急患センター(*月・木・土のみ実施)	1										
	瑞穂町	31,299		1*						(*祝日のみ在宅当番医を実施)											
	福生市・羽村市・瑞穂町(3市町共同)				1*					(*祝日及び振替休日のみ在宅当番医を実施)											
	日の出町	16,754																			
	檜原村	1,898																			
奥多摩町	4,431			1	1	1	1	奥多摩町国民健康保険奥多摩病院	1												
<b>計</b>	<b>373,823</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>1所</b>	<b>30床</b>						
南多摩	町田市	432,897	町田市	3		1	1	1	1	町田市医師会休日・準夜急患こどもクリニック	1	1	東京医科大学八王子医療センター 45床  日本医科大学多摩永山病院 19床	20	東京都指定二次救急医療機関数	救命救急センター(所・床)	こども救命センター	○特殊救急事業 心臓循環器(CCU) 10~11所(二次) 熱傷1~2所(二次) 精神科2所(二次) 4所(三次)			
	八王子市	578,517	八王子市	4			1	1	1	八王子市夜間救急診療所	1	1									
	日野市	190,623	日野市	2			1	1	1*	日野市休日準夜診療所 日野市平日準夜こども急患診療所(*水・木・金のみ実施)	2	1									
	多摩市	146,452	多摩市	1				1	1	多摩市こども準夜診療所	1	1									
	稲城市	94,586	稲城市	1																	
	<b>計</b>	<b>1,443,075</b>		<b>11</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>		<b>5</b>	<b>4</b>							<b>0</b>	<b>20</b>	<b>2所</b>
北多摩西部	立川市	184,694	立川市				1	1		立川市休日急患診療所 立川市・立川病院こども救急室(共済立川病院)	2	1	国立病院機構災害医療センター 36床  国立小児総合医療センター	11	東京都指定二次救急医療機関数	救命救急センター(所・床)	こども救命センター	○多摩ブロック(西多摩・南多摩・北多摩西部・北多摩南部・北多摩北部)  国立小児総合医療センター			
	昭島市	114,639		2	1																
	国分寺市	131,501		2	2																
	国立市	76,809	北多摩			1	1		休日診療センター 医療法人社団浩央会国立さくら病院(休日準夜急患診療所)	2	1										
	東大和市	83,516				1			東大和市休日急患診療所	1	1										
	武蔵村山市	70,077			1	1			武蔵村山市保健相談センター	1	1										
<b>計</b>	<b>661,236</b>		<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>1所</b>	<b>36床</b>						
北多摩南部	武蔵野市	150,668	武蔵野市	3	1								杏林大学医学部付属病院(高度救命救急センター) 30床  武蔵野赤十字病院 30床  都立多摩総合医療センター 20床	15	東京都指定二次救急医療機関数	救命救急センター(所・床)	こども救命センター				
	三鷹市	195,502	三鷹市			1	1	1	三鷹市休日診療所 三鷹市小児初期救急平日準夜間診療所(こども救急みたか) (いずれも三鷹市医師会館内)	1	1										
	府中市	262,038	府中市			1	1	1	1	府中市保健センター	1	1									
	調布市	243,930	調布市	3			1	1		調布市休日夜間急患診療所	1	1									
	小金井市	127,360	北多摩	4	1																
	狛江市	84,135				1				狛江市休日急患診療所	1	1									
	狛江市・調布市(2市共同)							1	狛江・調布小児初期救急平日準夜間診察室(東京慈恵会医科大学附属第三病院)	1											
<b>計</b>	<b>1,063,633</b>		<b>10</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>3所</b>	<b>80床</b>						
北多摩北部	小平市	200,162	北多摩			1	1	1	1	小平市医師会急患診療所	1	1	公立昭和病院 28床	13	東京都指定二次救急医療機関数	救命救急センター(所・床)	こども救命センター				
	東村山市	151,935			2	1			東村山市休日準夜急患診療所 緑風荘病院 久米川病院	3	1										
	西東京市	207,424	西東京市																		
	清瀬市	75,975	北多摩	1	2							1									
	東久留米市	115,070	東久留米	1*	1	1*				東久留米市休日急患診療所(*在宅当番と休日急患診療所との併用で1力所)	1	1									
	東村山市・西東京市・清瀬市・東久留米市(4市町共同)							2	北多摩北部地域平日夜間小児救急医療事業(多摩北部医療センター、佐々総合病院)	2											
<b>計</b>	<b>750,566</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>		<b>7</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>1所</b>	<b>28床</b>						
<b>多摩地区計</b>		<b>4,292,133</b>		<b>27</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>14</b>		<b>27</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>66</b>	<b>8所</b>	<b>238床</b>	<b>1所</b>				
島しょ	大島町	6,642		1	1								2	東京都指定二次救急医療機関数	救命救急センター(所・床)	こども救命センター	*島しょ医療圏の初期救急は2施設固定だが、休日夜間急患センターではないため、便宜上在宅当番医に含めることとする。				
	利島村	316		1																	
	新島村	2,205		2	2																
	神津島村	1,736		1	1																
	三宅村	2,100		1*	1*																
	御蔵島村	286		1	1																
	八丈町	6,649		1*	1*																
	青ヶ島村	152		1	1																
	小笠原村	2,853		2	2																
	<b>島しょ計</b>	<b>22,939</b>		<b>9</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>0</b>	<b>0</b>						<b>0</b>	<b>2</b>		
<b>都合計</b>	<b>14,063,564</b>		<b>80</b>	<b>30</b>	<b>51</b>	<b>47</b>	<b>41</b>	<b>40</b>		<b>78</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>234</b>	<b>28所</b>	<b>764床</b>	<b>4所</b>					

## 7 災害医療

- 大規模災害発生時に、限られた医療資源を最大限に活用するため、災害拠点病院、災害拠点連携病院及び災害医療支援病院が医療機能を継続できる取組を推進するとともに、医療機関の受入体制の充実を図ります。
- 災害発生時にも、医療機関、区市町村、関係団体等の各機関が円滑に連携できるよう医療救護に関する情報連絡体制を充実していきます。
- 都市型災害の現場へ出場し救命処置等の活動を行う災害医療派遣チーム「東京DMA T<sup>1</sup>」の体制を強化します。
- 関係機関と連携し、災害時における医薬品等の供給体制を確保します。

### 現状・これまでの取組

#### 1 災害医療を取り巻く現状

- 平成23年3月に発生した東日本大震災では、地震や津波等により、多数の方が死傷し、医療機関も施設の損壊や電力供給の停止等の影響により、診療継続が困難となるなど、極めて深刻な被害がもたらされました。
- また、平成28年4月に発生した熊本地震においても、建物損壊などにより多くの人的被害が生じるとともに、医療機関の損壊等により入院診療が制限され、30年6月に発生した大阪府北部地震では医療機関の施設損壊、同年9月に発生した北海道胆振東部地震では大規模な停電（ブラックアウト）による医療機関への影響が生じました。
- 令和6年1月1日には能登半島地震が発生し、多くの人的被害が発生するとともに、断水などにより、診療機能の制限が生じました。
- 地震災害に加えて、平成30年7月豪雨（西日本豪雨）、令和元年台風15号、台風19号など風水害による医療機関の診療機能への制限も生じています。
- 都内では、平成25年10月の伊豆大島土砂災害での医療救護活動や令和元年東日本台風（令和元年台風19号）で被災した医療機関への支援で、東京DMA Tや東京都医療救護班が活動しています。

<sup>1</sup> 東京DMA T：Disaster Medical Assistance Teamの略。大規模事故などの都市型災害が発生した場合や大規模地震などの自然災害時に出場し、災害現場で東京消防庁と連携して多数傷病者に対する救命処置等を行う災害医療派遣チーム

## 2 都の被害想定

- 都は、東日本大震災を踏まえ策定した「首都直下地震等による東京の被害想定（平成24年公表）」及び「南海トラフ巨大地震等による東京の被害想定（平成25年公表）」を10年ぶりに見直し、令和4年5月に「首都直下地震等による東京の被害想定」を公表するとともに、5年5月に地域防災計画（震災編）を修正しました。

＜首都直下地震等による被害想定（冬の夕方・風速8m/秒＞

区分	都心南部直下 (M7.3)	多摩東部直下 (M7.3)	大正関東 (M8クラス)	立川断層帯 (M7.4)
死者	6,148人	4,986人	1,777人	1,490人
負傷者	93,435人	81,609人	38,746人	19,229人
うち重傷者	13,829人	11,441人	4,481人	2,898人

## 3 医療救護活動におけるフェーズ

- 都は、変化する医療ニーズにきめ細かに対応した医療救護活動を行えるよう、発災直後から中長期までの6区分にフェーズを区分しています。

＜医療救護活動におけるフェーズ区分＞

フェーズ区分		想定される状況
0	発災直後 (発災～6時間)	建物の倒壊や火災等の発生により、傷病者が多数発生し、救出救助活動が開始される状況
1	超急性期 (6～72時間)	救助された多数の傷病者が医療機関に搬送されるが、ライフラインや交通機関が途絶し、被災地外からの人的・物的支援の受入れが少ない状況
2	急性期 (72時間～1週間程度)	被害状況が少しずつ把握でき、ライフライン等が復旧し始めて、人的・物的支援の受入体制が確立されている状況
3	亜急性期 (1週間～1か月程度)	地域医療やライフライン機能、交通機関等が徐々に復旧している状況
4	慢性期 (1～3か月程度)	避難生活が長期化しているが、ライフラインがほぼ復旧して、地域の医療機関や薬局が徐々に再開している状況
5	中長期 (3か月以降)	医療救護所がほぼ閉鎖されて、通常診療がほぼ再開している状況

## 4 医療機関の受入体制の整備

- 都は、限られた医療資源を有効に活用するため、全ての医療機関を「災害拠点病院」、「災害拠点連携病院」、「災害医療支援病院」及び「診療所等」のいずれかに区分し、医療機関が有する機能に応じて役割分担を定めています。

### <医療機関の役割分担>

指定区分	役割
災害拠点病院 (83 病院)	・ 主に重症者の収容・治療を行う病院 (基幹災害拠点病院、地域災害拠点中核病院及び地域災害拠点病院として都が指定する病院)
災害拠点連携病院 (137 病院)	・ 主に中等症者や容態の安定した重症者の収容・治療を行う病院 (救急告示を受けた病院等で都が指定する病院)
災害医療支援病院	・ 専門医療、慢性疾患への対応を行う病院 ・ 区市町村地域防災計画に定める医療救護活動を行う病院 (災害拠点病院及び災害拠点連携病院を除く全ての病院)
診療所等	・ 産科、透析医療等の専門的医療を行う診療所 ・ 区市町村地域防災計画に定める医療救護活動を行う診療所等

※病院数は令和5年9月現在

- 災害時に多数発生する傷病者への適切な医療を確保するため、災害拠点病院及び災害拠点連携病院に、災害用医療資器材を配備するなど、医療機能の確保を図っています。
- また、災害拠点病院に対する備蓄倉庫、自家発電設備、受水槽、燃料タンク、ヘリコプター緊急離発着場及びNBC災害<sup>2</sup>・テロ対策に必要な医療機器等の整備に関する支援をしています。
- 災害拠点連携病院に対しても、備蓄倉庫、自家発電設備、受水槽、燃料タンク及び非常時に外部電源から給電するための接続盤等の整備に関する支援をしています。
- 災害時の医療機能を確保するため、全ての病院を対象に建物の耐震化を進めています。

<sup>2</sup> NBC災害：核 (Nuclear)、生物剤 (Biological)、化学剤 (Chemical) に起因する災害をいう。放射性物質 (Radiological) を加え、NBCR災害ということやさらに爆発物 (Explosive) を加えて、CBRNE災害ということなどがある。

- 医療機関のBCP（事業継続計画）<sup>3</sup>策定ガイドラインを、災害拠点病院、災害拠点連携病院及び一般医療機関向けの3つに分類して定めるとともに、全ての病院を対象に、BCPの策定・改定に係る専門家の活用を支援するなど、医療機関の事業継続に関する支援を実施しています。
- 多様化する自然災害に備えるため、災害拠点病院及び災害拠点連携病院に対して、自家発電設備の高所化や止水板の設置等の水害対策を支援しています。

## 5 医療救護活動の体制整備

### (1) 災害医療コーディネーターを中心とした情報収集体制

- 都は、「災害時医療救護活動ガイドライン」により、災害時の医療救護活動について、発災以降のフェーズごとに標準的な事項を整理し、活動内容を明確化しています。
- 発災直後から迅速かつ的確に医療救護活動を行うことができるよう、東京都災害医療コーディネーター及び東京都地域災害医療コーディネーターを指定し、医療救護に必要な情報を集約一元化しています。
- 二次保健医療圏の医療救護活動を統括・調整するための場所として、地域災害拠点中核病院等に医療対策拠点を設置しています。
- 大規模災害発生時の連携手段を確保するため、東京都災害医療コーディネーター及び東京都地域災害医療コーディネーターに衛星携帯電話を配備しています。
- 各区市町村は、区市町村災害医療コーディネーターを指定しています。
- 区市町村と合同で行う総合防災訓練において、首都直下地震の発生を想定し、受入医療機関での傷病者の受入れ、医療救護班等の応援医療チームの要請などの医療救護活動訓練を実施するとともに、二次保健医療圏ごとに医療機関同士の連携等について確認、検証を行うための災害医療図上訓練を実施しています。

<sup>3</sup> BCP（事業継続計画）：災害や事故などの予期せぬ出来事の発生により、限られた経営資源で最低限の事業活動を継続、ないし目標復旧時間以内に再開できるようにするために、事前に策定される行動計画（Business Continuity Planの略）

## ＜災害医療コーディネーターの種別＞

種別	役割
東京都災害医療コーディネーター (人数：3名)	都内全域の医療救護活動を統括・調整するため、都に対して医学的な助言を行う都が指定する医師
東京都地域災害医療コーディネーター (人数：24名)	各二次保健医療圏の医療救護活動を統括・調整するため、都が指定する医師 (島しょ二次保健医療圏を除き、代表・代理各1名指定)
区市町村災害医療コーディネーター (人数：142名)	区市町村内の医療救護活動を統括・調整するため、区市町村に対して医学的な助言を行う区市町村が指定する医師

※ 人数は令和5年4月現在

- 平時から、東京都地域災害医療コーディネーターが中心となって二次保健医療圏ごとに、地域災害医療連携会議<sup>4</sup>を開催し、地域の実情を踏まえた災害時の医療救護体制について検討しています。

## (2) 医療救護班等の活動

- 都は、病院や区市町村の医療救護活動を補完するため、東京都医師会、東京都歯科医師会及び東京都薬剤師会などの関係機関と協定や委託契約を締結し、医療救護活動の体制を確保しています。

区分	班数	構成		
		医師	看護師	事務その他
医療救護班	221班	—		
都立病院	26班	1	1	1
都医師会	94班	1	1	1
日赤東京都支部	32班	1	3	2
災害拠点病院	69班	1	1	1
都歯科医療救護班	110班	歯科医師 1	歯科衛生士等 1	1
都薬剤師会	200班	薬剤師3名で1班		

- 厚生労働省DMA T事務局(日本DMA T)や東京都医師会(JMAT)、日本赤十字社東京都支部(日赤救護班)など医療チームを有する団体等と応援保健医療チームによる救護活動への協力体制を整備しています。

<sup>4</sup> 地域災害医療連携会議：東京都地域災害医療コーディネーターを中心に、病院、医師会・歯科医師会・薬剤師会、区市町村等の関係機関を構成メンバーとして、情報共有や災害医療に関する具体的な方策の検討、医療連携体制の構築を目的に、平時及び発災後に開催する会議

- 急性期以降における医療救護班等は、被災者に対する健康管理（健康相談、メンタルヘルス活動、保健予防活動等）、防疫活動（感染症予防等）、水や食品の安全確保、避難所の環境衛生管理等を行います。

### （3）情報連絡体制の確保

- 医療対策拠点と都や区市町村等との間の情報連絡体制を確保するため、防災行政無線や光回線、衛星通信回線などの通信手段を整備しています。
- 病院の稼働状況や被災状況など災害医療に関する情報を収集できるよう、都内全ての病院と区市町村等を対象として広域災害救急医療情報システム（EMIS）<sup>5</sup>を活用した連絡体制を整備するほか、EMISのバックアップ機能を確保するため、別個に災害時情報共有ツールを活用するとともに、定期的に通信訓練を実施しています。
- また、災害拠点病院に防災行政無線や衛星電話等の配備を行い、複数の通信手段を確保しています。

### （4）搬送体制の確保

- 発災時に傷病者を的確に搬送できるよう、関係機関と調整し、重症度、傷病者数及び搬送距離に応じて、陸路、空路及び水路による搬送手段を確保しています。
- 具体的には、大規模災害発生時等には、傷病者の広域医療搬送を行うために航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）<sup>6</sup>を都内3か所（東京国際空港（羽田空港）、東京臨海広域防災公園（有明の丘基幹広域防災拠点）、陸上自衛隊立川駐屯地）に設置することを予定しており、SCUに必要な医療資器材を確保しています。
- また、一般財団法人日本救急医療財団と「災害時等の航空機による医療搬送等業務の協力に関する協定」を締結して民間航空機（ヘリコプター）を活用するなど、搬送機能を有する関係機関と協定を締結し、陸路、空路及び水路による搬送体制の確保に努めています。

<sup>5</sup> 広域災害救急医療情報システム（EMIS）：災害時の医療機関の稼働状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することを目的とするシステム（Emergency Medical Information Systemの略）

<sup>6</sup> 航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）：主に航空機搬送に際して患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための臨時医療施設として、被災地域及び被災地域外の航空搬送拠点に設置されるもの（Staging Care Unitの略）

- 東京都ドクターヘリについて、平時からの運航に加えて、災害時における訓練等を実施しています。

### (5) 大規模イベント時の危機管理体制

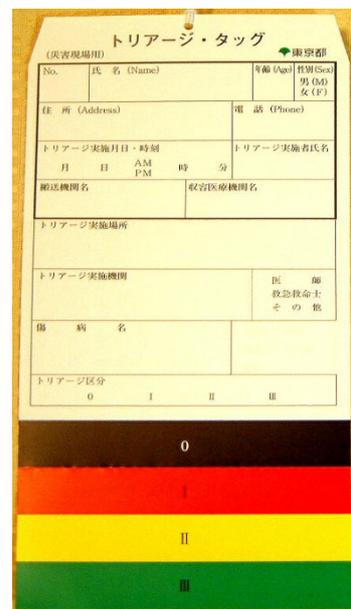
- ラグビーワールドカップ2019 や東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会の開催を契機に、大規模イベント時の緊急事態に迅速に対処できるよう「大規模イベントにおける医療・救護計画策定ガイドライン」を改定しています。

### (6) 災害医療従事者に対する研修

- 多数の負傷者が発生した場合に、限られた医療資源を最大限に活用することが重要なため、都は災害時の適切なトリアージ<sup>7</sup>が行われるよう、平時から医師・歯科医師・薬剤師等を対象とした研修を実施しています。

#### <トリアージカテゴリー>

順位	分類	識別色	傷病状態及び病態
第1順位	最優先治療群 (重症群)	赤色 (Ⅰ)	生命を救うため、直ちに処置を必要とするもの。窒息、多量の出血、ショックの危険のあるもの
第2順位	待機的治療群 (中等症群)	黄色 (Ⅱ)	ア 多少治療の時間が遅れても、生命には危険がないもの。 イ 基本的には、バイタルサインが安定しているもの
第3順位	保留群 (軽症群)	緑色 (Ⅲ)	上記以外の軽易な傷病で、ほとんど専門医の治療を必要としないものなど。
第4順位	無呼吸群	黒色 (Ⅳ)	気道を確保しても呼吸がないもの
	死亡群		既に死亡しているもの、又は明らかに即死状態であり、心肺蘇生を施しても蘇生の可能性のないもの



<sup>7</sup> トリアージ：災害発生時などに多数の傷病者が発生した場合に、傷病の緊急度や重症度に応じて治療優先度を定めること

## 6 東京DMATの体制整備

- 東京DMATの活動を確保できるよう、東京DMAT指定病院を26病院指定するとともに、隊員養成研修や訓練等を継続的に実施し、約1,150名の東京DMAT隊員を確保しています（令和5年3月末現在）。
- 東京DMATが災害現場で迅速に救命活動を行う体制を整備するため、東京DMAT指定病院に、装備品を配備するとともに、災害現場に携行する資器材の整備を支援しています。
- NBC災害に対する専門的な知見を有し、東京消防庁とNBC災害に対する連携訓練を行っている東京DMAT隊員の医師等を、NBC特殊災害チーム（5チーム）として指定しています。
- また、NBC特殊災害チームを有する東京DMAT指定病院には、安全に活動できるよう防護具等の装備品を配備するとともに、NBC災害発生時における傷病者への医療に必要な診療材料等の整備を支援しています。
- 発災直後から長時間、災害現場で医療提供などが行えるよう、情報通信機器や野営資器材を搭載した「東京DMATカー」を、全ての東京DMAT指定病院に配備しています。
- 都の救急医療、災害対応に精通した東京DMATの強みを活かし、医療対策拠点での地域災害医療コーディネーター支援や災害発生時の医療機関支援や都が設置する対策本部への参画を、東京DMATの新たな活動内容に加えています。

## 7 医薬品等の供給体制の確保

- 都の備蓄倉庫等に医療救護所等で使用する医薬品を備蓄しています。災害拠点病院等には、災害時応急用資器材や医療救護班が使用する現場携行用医療資機材等を備蓄しています。
- また、被災者自身又は家族等が応急手当を行うことができるよう、各セルフケアセット（大型救急箱）を都立学校等に備蓄しています。

区分	場所及び数量
災害時応急用医療資器材（新7点セット）	災害拠点病院等 108 セット
現場携行用医療資器材（現場携行バック）	災害拠点病院等 84 セット
セルフケアセット（大型救急箱）	都立学校等 254 セット
補充用医薬品等	備蓄倉庫 約74,000人分

- 医療救護活動に必要な医薬品・医療資器材を円滑に調達するため、民間の卸団体と協定を締結しています。
- 災害時、区市町村が自ら医薬品を調達できるようにするため、区市町村と医薬品卸売販売業者との協定締結を支援してきました。その結果、53区市町村（島しょ地域を除く都内の全区市町村）が協定を締結しています。
- 地域の医療救護活動が円滑に行われるよう、各区市町村において、薬事に関する調整を担う災害薬事コーディネーターの指定を進めています。

## 課題と取組の方向性

### <課題1>医療機関の受入体制の整備

#### (1) 災害時の患者収容力

- 災害発生時に重症患者を確実に受け入れるため、令和4年5月に公表した新たな被害想定などに基づき、医療従事者の被災など様々な事態の発生を考慮し、引き続き体制整備を行っていくことが必要です。

#### (取組1-1) 災害時の患者収容力の確保

- 二次保健医療圏ごとの新たな被害想定に基づく被災の想定や医療資源、病院の収容力、地域の実情等を踏まえ、災害拠点病院の整備を進めます。
- 災害拠点病院を補完し、中等症患者等を主に収容・治療する災害拠点連携病院の整備を進め、重層的な体制を確保していきます。

#### (2) 災害に備えた病院の体制

- 全ての病院が発災時から可能な限り医療機能を継続できるよう、平時から地震や大規模豪雨等の災害に備えて体制を整備することが必要です。

**(取組1-2) 災害に備えた病院の体制整備**

- 災害拠点病院及び災害拠点連携病院の災害時における機能確保のため、医療用資器材や自家発電設備、燃料タンク、受水槽等の施設整備を支援していきます。
- 未耐震の建物を有する全ての病院に対して、病院建物の耐震診断や耐震補強工事等を引き続き促進していきます。
- 医療機関の災害時の機能に応じて策定したガイドライン等により、災害拠点病院、災害拠点連携病院及び災害医療支援病院に加え、産科や透析を行う診療所などに対して、医薬品の備蓄やライフラインの確保を含めたBCPの策定や改定を働きかけます。

**(3) 水害への備え**

- 大規模豪雨等による水害発生時は、地震発生時と異なり、発生する事象を一定程度予見することができるため、各病院が対応を明確化させておくことが必要です。
- 近年、多様化、大規模化する自然災害に備え、浸水想定区域に所在する災害拠点病院及び災害拠点連携病院は、浸水対策を充実させることが必要です。
- 災害医療支援病院についても、浸水想定区域に所在する場合、患者の安全を確保するため、浸水対策を講じるよう努めることが必要です。

**(取組1-3) 水害への備えの充実**

- 水害対策に特化したBCP策定ガイドラインにより、浸水想定区域に所在する全ての病院に対して、各病院のBCPへの水害対策の反映を働きかけていきます。
- 浸水想定区域に所在する病院の浸水対策が進むよう、災害拠点病院及び災害拠点連携病院に対して、止水板整備等の浸水対策を支援するとともに、入院患者の安全確保の観点から、災害医療支援病院に対しても必要な対策を支援していきます。

#### (4) 新興感染症対策

- 新型コロナへの対応を踏まえ、新興感染症まん延時の災害発生へ備えることが必要です。

##### (取組1-4) 新興感染症対策のまん延を想定した災害医療対策

- 災害時医療救護活動ガイドラインにおける緊急医療救護所での感染症対策例等を活用し、区市町村に対して新興感染症まん延時の災害対応への備えを促していきます。

#### (5) NBC災害

- 自然災害だけでなく、NBC災害発生時にも医療機関が迅速に傷病者を受け入れる体制を確保することが必要です。

##### (取組1-5) NBC災害対策の充実

- 災害拠点病院に対し、NBC災害時における患者受入れに必要な資器材整備等を実施していきます。
- 災害拠点病院に対し、NBC災害時における病院内の体制整備等に関する研修を必要に応じて実施していきます。

#### (6) 被ばく医療

- 東日本大震災における東京電力福島第一原子力発電所の事故の際には、国が想定した範囲（原子力施設の立地又は隣接する24道府県）を超えて広範に放射線物質が飛散し、住民が広域に避難する事態となったことから、それらを踏まえ、国は緊急被ばく医療体制の見直しをする必要があります。

##### (取組1-6) 実効性のある被ばく医療体制構築

- 実効性のある「緊急被ばく医療体制」を構築するよう、国に対し、引き続き提案要求していきます。

### <課題2> 医療救護体制の強化

#### (1) 都災害対策本部及び医療対策拠点の機能確保

- 国は、都道府県災害対策本部の下に、災害対策に係る保健医療福祉活動の総合調整を行うための本部として、「保健医療福祉調整本部」を設置することとしており、都においてもその機能の確保が必要です。
- 都の災害対策本部や医療対策拠点において、東京都災害医療コーディネーター及び東京都地域災害医療コーディネーターを中心とした情報収集体制を確保するためには、東京DMATや災害時小児周産期リエゾン、東京都災害薬事コーディネーター等と災害医療コーディネーターの連携が必要です。

**(取組2-1) 都災害対策本部及び医療対策拠点の機能確保**

- 保健医療局及び福祉局の災害対策本部が連携し、保健医療福祉調整本部の役割を果たせるよう、訓練等を両局が連携して実施していきます。
- 総合防災訓練等で、災害医療コーディネーターと東京DMATや災害時小児周産期リエゾン、東京都災害薬事コーディネーター等が連携した訓練を行い、効果的な連携の仕組みを継続的に検証していきます。

**(2) 区市町村、二次保健医療圏の医療救護体制**

- 災害時に円滑に医療救護活動を行えるよう、区市町村の体制強化の取組が必要です。
- 二次保健医療圏ごとの実情に応じて構築している災害時の情報連絡系統や緊急医療救護所などが円滑に機能するよう、引き続き体制強化を図っていく必要があります。

**(取組2-2) 区市町村、二次保健医療圏の体制の充実**

- 区市町村職員及び区市町村災害医療コーディネーターを対象に、医療救護活動拠点における活動を中心とした研修を実施していきます。
- 二次保健医療圏単位の地域災害医療連携会議を一層活用するとともに、図上訓練等を実施し、区市町村を含めた災害医療体制の充実・強化を図ります。

**(3) 医療連携体制**

- 区市町村の地域の実情に応じた取組を引き続き推進し、切れ目のない医療・介護の提供、医療・介護関係者の情報共有、災害時の支援体制の確保等に取り組んでいく必要があります。《再掲》
- 首都直下地震などの大規模災害に備え、妊産婦や乳幼児、精神障害者等へ適切に対応できるよう、医療連携体制について検討する必要があります。
- 島しょ地域での災害発生時に、円滑な連携の下、医療救護活動を実施していくには、地域の事情に精通した機関や人材による支援が必要です。
- 大規模災害発生時に、都外から参集する保健医療活動チーム等を効果的に運用する体制を確保することが必要です。

**(取組2-3) 医療連携体制の確保**

- 在宅人工呼吸器使用者に関する災害時個別支援計画の作成を区市町村に働きかけるなど、災害時の要支援者への支援体制の確保に向けた取組を進めます。《再掲》
- 総合防災訓練、二次保健医療圏ごとの災害医療凶上訓練や地域災害医療連携会議等への災害時小児周産期リエゾンの参画により、災害医療コーディネーターなど災害医療関係者との連携強化を図るとともに、効果的な連携の仕組みを継続的に検証していきます。
- 東京DPAT養成研修・フォローアップ研修や、災害拠点精神科病院等への訓練・研修等を通じて、精神科入院患者が円滑に転院することができる受入体制の整備を進めるとともに、発災直後から中長期までの災害時こころのケア体制を確保します。《再掲》
- 島しょ地域における災害発生時の医療救護体制を強化するため、災害時医療救護活動ガイドラインに基づき、本土の医療機関や島しょ保健所等関係機関とも連携した災害発生対応訓練を行っていきます。
- 凶上訓練等の実施を通じて、他道府県からの応援保健医療活動チームの受援体制等を検討し、災害医療コーディネーターが各地域の被害状況に応じて迅速に派遣できる体制を整備します。

**(4) 情報連絡体制・搬送体制**

- 災害発生時に、都と複数の医療対策拠点の間や複数の医療対策拠点同士などで、即時に情報を共有し、迅速な連携ができるようデジタルツールの活用を図っていくことが必要です。
- 発災直後から医療機関の被災状況等を迅速かつ的確に把握するため、情報連絡体制の確保を図ることが必要です。
- 災害時に円滑に負傷者等を医療機関に搬送できるよう、搬送体制の一層の充実が必要です。
- 東京都ドクターヘリの災害時の効果的な運用に向けて、訓練や検証等を実施していく必要があります。《再掲》

**(取組2-4) 情報連絡体制・搬送体制**

- 災害発生時に、複数の関係機関や多数の関係機関が効果的に連携するため、デジタルツールを用いた効果的な情報連絡方法を検討していきます。
- 全病院を対象にしたEMIS等を用いた通信訓練を実施していきます。
- 傷病者の病院間搬送手段の確保について病院救急車の活用を含め検討するとともに、関係機関と連携して、陸路、水路、空路の搬送経路の確保を図っていきます。
- SCUの設置訓練を定期的を実施します。
- 東京都ドクターヘリの災害時の効果的な運用方法等を引き続き検証していきます。《再掲》

**(5) 大規模イベント時の危機管理体制**

- 大規模イベント時において、「大規模イベントにおける医療・救護計画策定ガイドライン」に基づき、緊急事態へ対処していくことが必要です。

**(取組2-5) 危機管理体制の確保**

- 東京2020大会等の対応をレガシーとし、今後の大規模イベント時も関係機関と連携し、緊急事態に迅速な対処をできる体制を確保していきます。

**(6) 医療機関や都民等への普及啓発**

- 都は、大規模災害発生時に限られた医療資源を有効活用し、傷病者に対して確実に医療を提供できるよう、災害医療体制を整備しています。この体制が十分に機能するよう、医療機関や都民が都の災害医療に関する知識と理解を深めることが必要です。

**(取組2-6) 災害医療に関する医療機関や都民等への普及啓発**

- 災害医療体制が機能するよう医療関係者や都民に対して、様々な機会を通じて継続的な普及啓発を実施していきます。
- 災害時の医療機関の役割やトリアージ等に関する普及啓発を行う区市町村の取組を支援します。

### <課題3> 東京DMATの体制強化

- 大規模地震などの自然災害への対応に加え、大規模事故などの都市型災害においても必要な医療救護活動を行うため、東京DMAT隊員を継続的に養成する必要があります。
- 自然災害や都市型災害に加えて、NBC災害の発生を想定して、東京DMATの体制を確保していくことが必要です。
- 東京DMATカーが緊急時の出場要請にいつでも対応できる体制を確保する必要があります。
- 東京DMAT隊員が地域災害医療コーディネーター業務の支援などに携わる上で、その活動に求められる専門性を高めていくことが必要です。

#### (取組3) 東京DMATの体制強化

- 実践的な研修や訓練を実施し、地域災害医療コーディネーター支援などの活動内容を含め必要な体制を確保できるよう、継続的に東京DMAT隊員を養成します。
- 東京DMATの災害現場での救命活動やNBC災害発生時における傷病者への医療に必要な資器材等を引き続き整備していきます。
- 緊急時に備えて配備した東京DMATカーの平常時の活用について、東京DMAT運営協議会等で具体的な活用例などを検討するとともに、平常時の活用について東京DMAT指定病院に働きかけていきます。
- 多数の負傷者の発生を想定した複数の東京DMAT隊の連携や災害医療コーディネーター支援に必要な研修内容を検討し、研修や訓練の実施を通じて、それらの活動に専門性を有する隊員を養成します。

### <課題4> 医薬品等の供給体制の強化

- 大規模震災等で交通規制が行われた場合でも、卸売販売事業者が確実に医薬品等を医療機関や救護所へ届けられるようにする必要があります。
- 災害時、協定締結卸団体と円滑に連絡を取り合い、相互に情報共有するための連絡手段を確保する必要があります。
- 医薬品等の供給を円滑に行うため、災害薬事コーディネーターとしての役割を果たすために必要な知識と資質を持った人材(災害薬事リーダー)を地域ごとに確保する必要があります。

- 災害時に都内全域における薬事に関する総合調整を適切かつ円滑に行うことができるよう、体制を一層強化する必要があります。

#### (取組4) 医薬品等の供給体制の確保

- 協定締結卸団体に所属する卸売販売業者の車両のうち、必要な台数を緊急通行車両として事前登録します。
- 協定締結卸団体に配備した災害時優先携帯電話と業務用無線を使用した通信訓練を定期的を実施します。
- 地域の災害薬事リーダーを育成するための実践的な研修を計画的に実施します。
- 東京都災害薬事コーディネーターを指定し、医薬品等の供給体制等の一層の強化を図ります。

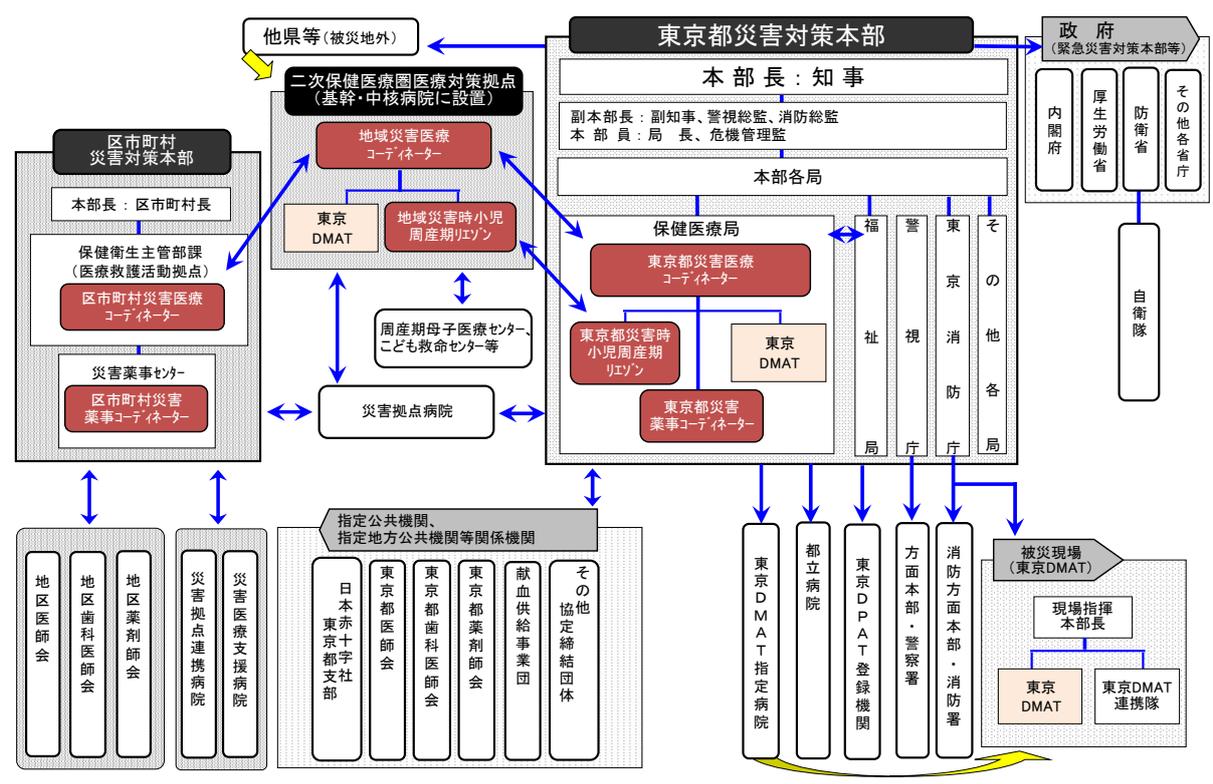
### 事業推進区域

- 搬送・連携：区市町村、二次保健医療圏及び都全域
- 医療救護所：区市町村

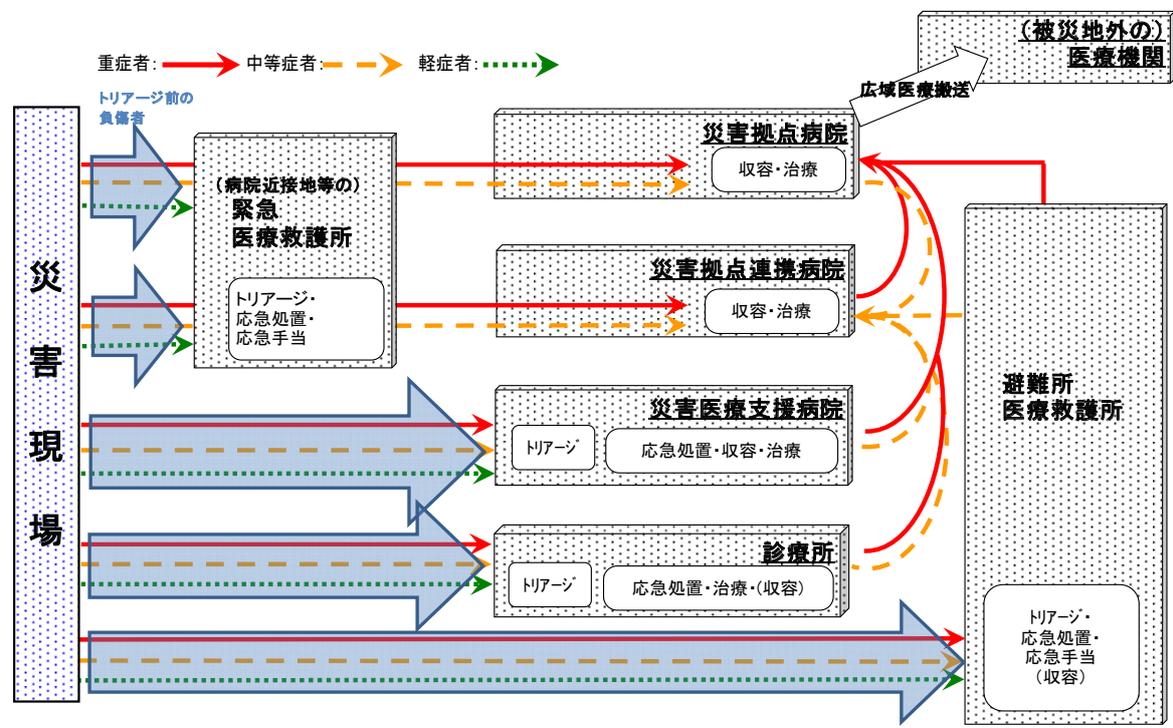
### 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組1-1	災害拠点病院の指定数	83 病院 (令和5年4月1日現在)	増やす
取組1-1	災害拠点連携病院の指定数	137 病院 (令和5年4月1日現在)	増やす
取組1-2	病院の耐震化率	80.1% (令和4年度)	上げる
取組1-2	病院のBCP策定率	68.9% (令和4年度)	上げる
取組1-3	浸水想定区域に所在する病院のうちBCPへの水害対策の記載率	47.4% (令和4年度)	上げる
取組2-4	EMIS等を活用した訓練を実施している病院の割合	55.5% (令和5年2月)	上げる
取組2-4	広域医療搬送を想定した訓練の実施回数	1回 (令和4年度)	1回
取組3	東京DMATの隊員数	1,149人 (令和5年3月末現在)	1,000人を維持

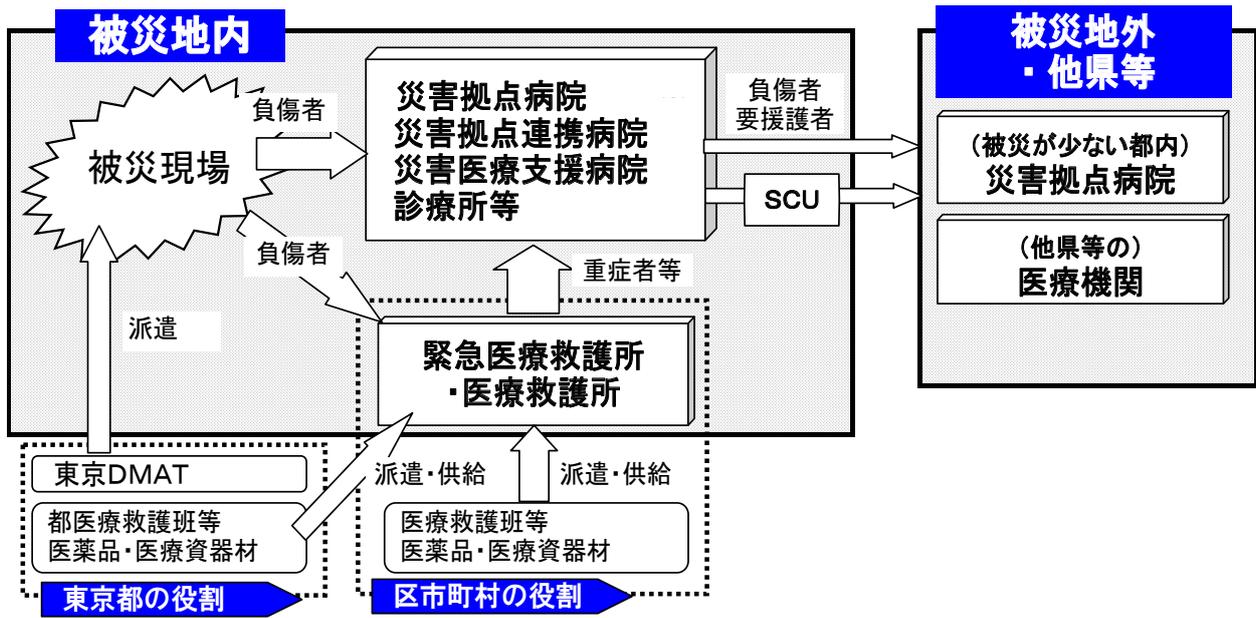
### < 発災直後から急性期までの連携体制 >



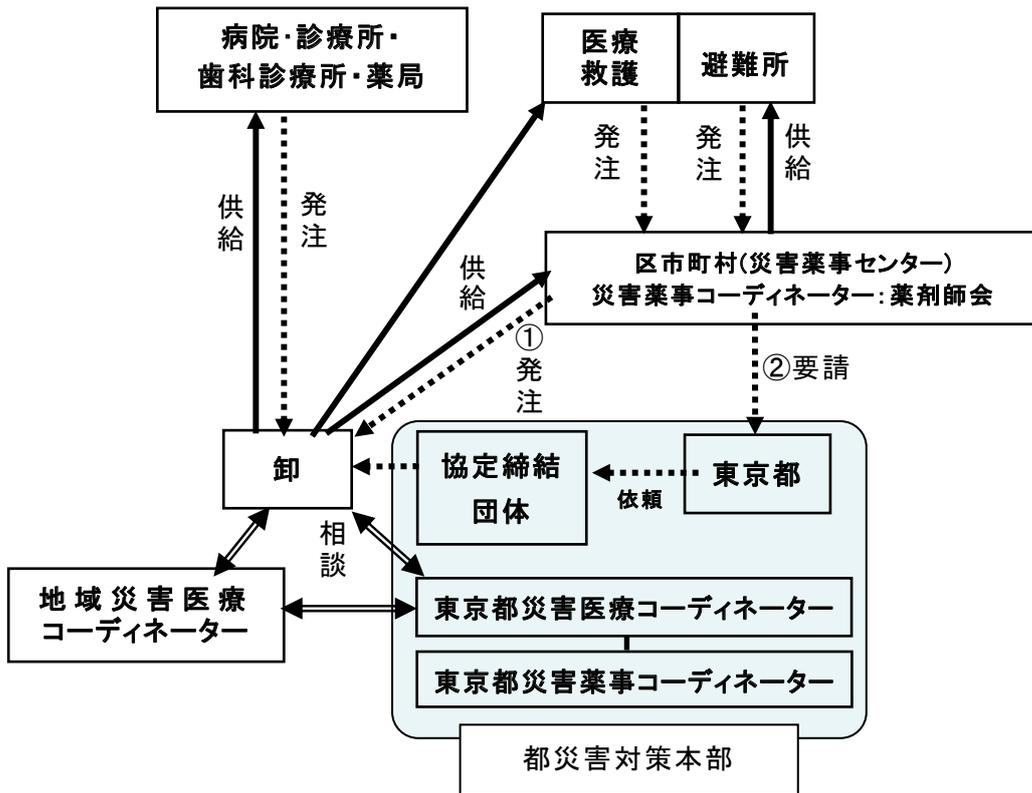
### < 超急性期に想定される傷病者の流れ >



<災害時における医療救護活動の流れ—主に超急性期まで—>

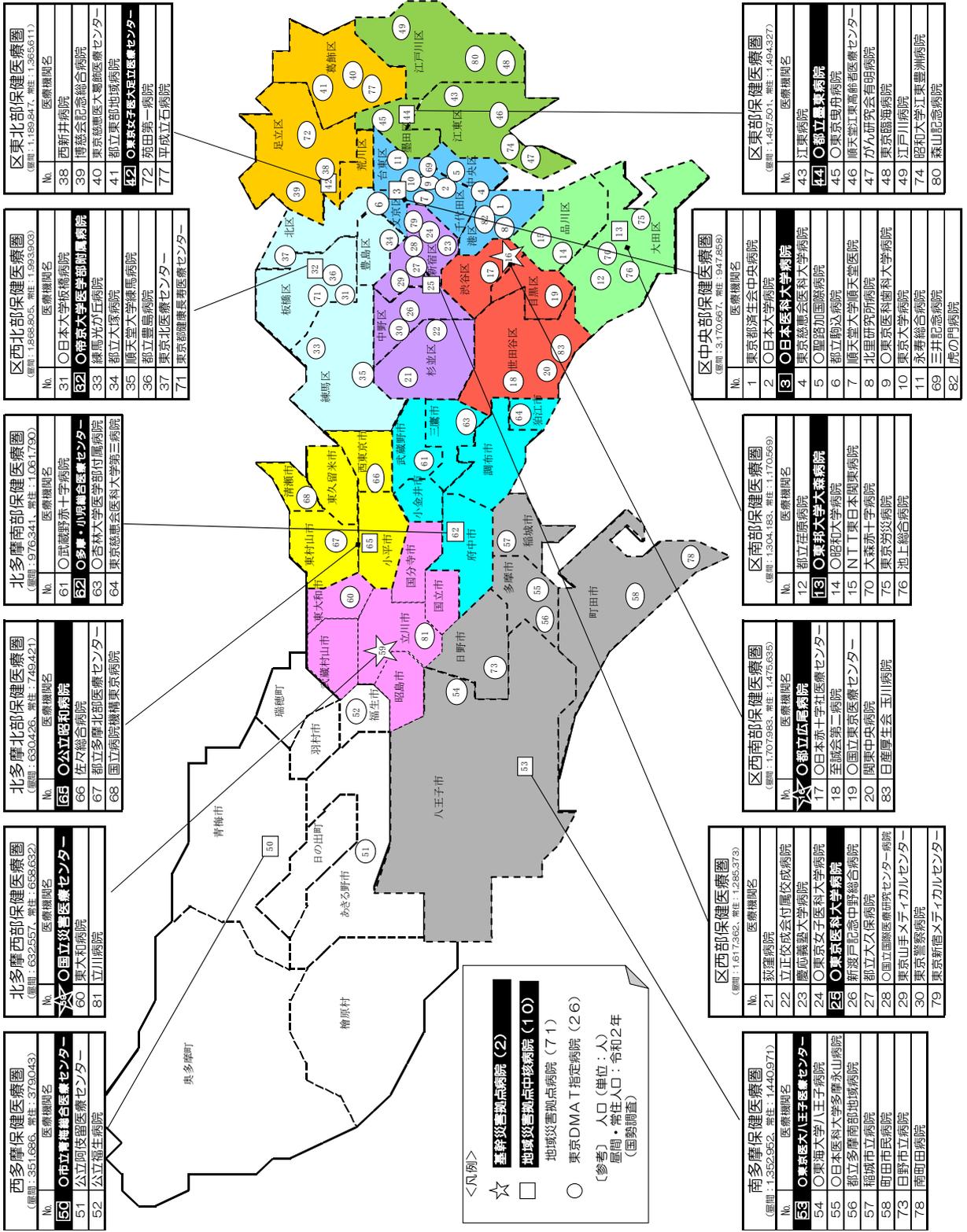


<災害時の医薬品の供給体制>



- ① 区市町村は、卸売販売業者へ必要な医薬品を発注し、卸売販売業者が区市町村へ納品する。
- ② 区市町村での調達が可能ない場合は、区市町村は都へ調達を要請し、都が災害時協力協定締結団体へ依頼する。団体の会員である卸売販売業者が区市町村へ納品する。

# 災害拠点病院・東京DMA T指定病院 一覧 (令和5年12月1日時点)



<凡例>  
 ☆ 基幹級災害拠点病院 (2)  
 □ 地域災害拠点中核病院 (10)  
 ○ 地域災害拠点病院 (71)  
 ○ 東京DMA T指定病院 (26)  
 [参考] 人口(単位:人)  
 區間・常住人口:令和2年  
 (國勢調査)

**西多摩保健医療圏**  
 (區間: 1,351,686, 常住人口: 379,043)

No.	医療機関名
50	国立総合医療センター
51	公立阿佐賀医療センター
52	公立福生病院

**北多摩西部保健医療圏**  
 (區間: 632,557, 常住人口: 658,632)

No.	医療機関名
53	国立総合医療センター
60	東大和病院
81	立川病院

**北多摩南部保健医療圏**  
 (區間: 976,341, 常住人口: 1,061,700)

No.	医療機関名
61	武蔵野赤十字病院
62	〇杉・小児総合医療センター
63	〇杏林大学医学部付属病院
64	東京慈恵会医科大学第三病院

**北多摩西部保健医療圏**  
 (區間: 632,557, 常住人口: 658,632)

No.	医療機関名
53	国立総合医療センター
60	東大和病院
81	立川病院

**区西北部保健医療圏**  
 (區間: 1,268,205, 常住人口: 1,993,903)

No.	医療機関名
31	〇日本大学病院
38	西新井病院
39	博慈会北総総合病院
40	東京慈恵医科大学調布医療センター
41	都立東部地域病院
42	〇東京女子大学定立北医療センター
72	苑田第一病院
77	平成立石病院

**区東北部保健医療圏**  
 (區間: 1,189,247, 常住人口: 1,365,611)

No.	医療機関名
38	西新井病院
39	博慈会北総総合病院
40	東京慈恵医科大学調布医療センター
41	都立東部地域病院
42	〇東京女子大学定立北医療センター
72	苑田第一病院
77	平成立石病院

**南多摩保健医療圏**  
 (區間: 1,532,952, 常住人口: 1,440,971)

No.	医療機関名
53	〇東京医大八王子医療センター
54	〇東海大学八王子病院
55	〇日本医科大学多摩永山病院
56	都立多摩南部地域病院
57	稲城市立病院
58	町田市民病院
73	日野市立病院
78	南町田病院

**区西部保健医療圏**  
 (區間: 1,161,732, 常住人口: 1,285,373)

No.	医療機関名
21	狛江病院
22	立正佼成会付属成徳病院
23	慶応義塾大学病院
24	〇東京女子医科大学病院
25	〇東京医科大学病院
26	新渡戸記念中野総合病院
27	都立大久保病院
28	〇国立国際医療研究センター病院
29	東京山手メデイカルセンター
30	東京警察病院
79	東京新宿メデイカルセンター

**区西南部保健医療圏**  
 (區間: 1,707,953, 常住人口: 1,472,633)

No.	医療機関名
17	〇都立体仁病院
18	〇日本赤十字社医療センター
19	〇至誠会第一病院
20	〇聖路加国際病院
83	日産厚生会 玉川病院

**区南部保健医療圏**  
 (區間: 1,534,163, 常住人口: 1,170,269)

No.	医療機関名
12	都立在厚病院
13	〇東邦大学大森病院
14	〇昭和大病院
15	N T 東日本関東病院
70	大森赤十字病院
75	東京労災病院
76	池上総合病院

**区中央部保健医療圏**  
 (區間: 3,170,251, 常住人口: 3,947,258)

No.	医療機関名
1	東京都済生会中央病院
2	〇日本大学病院
3	〇日本医科大学病院
4	東京慈恵会医科大学病院
5	〇聖路加国際病院
6	都立駒込病院
7	順天堂大学順天堂医院
8	北里研究所病院
9	〇東京医科大学病院
11	永寿総合病院
69	三井記念病院
82	慶の門病院

**区東部保健医療圏**  
 (區間: 1,487,501, 常住人口: 1,494,327)

No.	医療機関名
43	江東病院
44	〇都立墨堤病院
45	〇東京豊洲病院
46	順天堂江東高層医療センター
47	がん研究会有明病院
48	東京臨海病院
49	江戸川病院
74	昭和大学江東豊洲病院
80	森山記念病院

## 8 新興感染症発生・まん延時の医療

- 新興感染症の発生・まん延時に、通常医療との両立を図りながら、感染症患者を確実に受け入れる入院医療体制を確保するため、感染症指定医療機関を中心とした体制を整備するとともに、平時から医療機関との協定締結を行います。
- 患者の症状に応じた円滑な入院調整が可能な体制を確保するとともに、感染症の性状や地域の医療提供体制の状況等に応じ、後方支援を行う医療機関の確保や臨時の医療施設の機動的な設置等を行います。
- 医療機関の機能や役割に応じて、発熱外来を行う医療機関を適切に確保するとともに、通常医療を担う医療機関と新興感染症医療を担う医療機関が円滑に連携する体制を整備します。
- 自宅療養者等への医療を提供する医療機関等を確保するとともに、軽症者等が療養する宿泊療養施設を確保し、都民が安心して療養できる環境を整備します。
- 急速な感染拡大による医療ひっ迫時に速やかに医療人材を確保できるよう、有事に備えた医療人材の確保・育成を進めていきます。

### 現 状

- 令和2年1月に都内で初めて新型コロナに感染した患者が確認されて以降、感染力が強く重症化リスクの高い変異株の発生などにより患者が急激に増加する感染拡大の波が幾度も発生しました。
- 新型コロナによるパンデミック発生時には、感染症指定医療機関の専用病床のみでは増大する患者の全てを受け入れることは困難となり、公立・公的病院や特定機能病院をはじめ多くの医療機関の協力を得て、患者受入のための病床を確保することになりました。
- また、限りある医療資源を効率的に運用するため、感染者のうち必ずしも入院治療を必要としない無症状者や軽症者を対象とした宿泊療養や自宅療養の仕組みがとられました。
- さらに、都では、都内医療機関及び関係団体の協力を得て、広域的な入院調整やフォローアップセンター等による健康観察、往診体制の強化など、広域自治体として様々な取組を実施し、東京モデルとされる保健・医療提供体制を構築しました。

## 1 病床確保

- 新型コロナ発生以前より、都は新型インフルエンザなどの感染症の流行に備え、感染症指定医療機関の整備や、入院医療を担当する医療機関の個室病床や陰圧空調等の整備、事業継続計画（BCP）の策定支援や院内感染防止対策に係る支援、防護服等の感染防止資器材の備蓄のほか、患者受入体制・移送のための訓練に取り組んできました。
- また、新型コロナへの対応では、「保健・医療提供体制確保計画」（うち「病床確保計画」）等の策定、感染状況に応じて迅速に必要な病床を確保するための病床確保レベルの設定・運用等を行ってきました。
- さらに、オミクロン株の感染拡大時においては、救急医療をはじめとした通常医療の状況や重症患者の割合などに応じて確保病床を柔軟に運用するほか、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく臨時の医療施設として、流行株の性状等に応じて酸素・医療提供ステーションや高齢者等医療支援型施設等を戦略的に設置・運営等を行うなど、確保病床を補完する取組を実施しました。

## 2 発熱外来

- 新型コロナ発生以前より、新型インフルエンザなどの流行に備え、感染症診療協力医療機関（帰国者・接触者外来）を整備してきました。
- また、新型コロナへの対応として、帰国者・接触者外来の設置のほか、流行初期には医師会等の関係団体との協力の下、地域外来・検査センター（PCRセンター）の設置の促進、流行初期以降は診療・検査医療機関（五類感染症への移行後は外来対応医療機関）の指定及び公表を行ってきました。
- さらに、発熱患者等が地域の医療機関で適切に診療・検査を受けられる体制を確保するため、感染対策に必要な医療資器材等の整備への補助を実施してきました。
- 加えて、感染拡大時には、休日における小児の診療促進や年末年始等の長期休暇期間の診療・検査体制の確保に向けた補助を実施してきました。

### 3 外出自粛対象者等に対する医療の提供

- 新型コロナ発生以前は、新型インフルエンザ等感染症等の患者は入院医療が前提となっていました。新型コロナの発生・感染拡大による急激な患者の増加による入院医療提供体制への負担の軽減を図るため、宿泊施設や居宅等の医療機関以外の場所での療養の仕組みが導入され、令和3年の感染症法改正により宿泊療養・自宅療養が法律上位置づけられました。
- 都では、家庭内感染の防止や病状急変時に適切に対応するため、必ずしも入院医療が必要ではない軽症者等の療養場所として宿泊療養施設を確保し、さらに、妊婦等の受入のための療養施設についても設置運営を行ってきました。
- 自宅療養者の支援については、都医師会や夜間休日に往診を行う事業者と連携し、往診や遠隔診療を受けられる体制の構築や、都薬剤師会と連携した平日夜間、土日休日における医薬品配送、都訪問看護ステーション協会と連携した訪問看護の提供などの取組を推進してきました。
- また、高齢者施設に対しては、都医師会と連携して施設入所者への往診等を実施する体制を確保し、医療支援体制を整備してきました。

### 4 後方支援

- 新型コロナについての入院加療後、回復期にある患者を受け入れる後方支援病院を確保し、重症・中等症患者等に対する医療提供体制の効率的な運用に取り組みました。

### 5 医療人材確保

- 緊急時における医療人材の応援派遣については、新型コロナ発生以前は感染症危機を想定した制度は未確立でした。
- 新型コロナ対応では、「東京都医療人材登録データベース」を構築し、登録した医師や看護師等の医療従事者を、必要とする施設に速やかに配置できるよう運営しました。
- また、新型コロナの流行を契機に、都の感染症専門医・公衆衛生医師・感染対策の知識を有する看護師等の不足が顕在化し、感染管理認定看護師等の感染症に関する専門的な知識を有する医療人材の役割がこれまで以上に高まりました。
- 都の入院調整本部の設置においては、東京DMATの医師による助言の下、患者の重症度等を踏まえた広域的な入院先医療機関の調整を実施しました。

## 課題と取組の方向性

### <課題1> 病床確保

- 新型コロナの感染拡大時のような患者が多数発生する状況においては、感染症指定医療機関だけでは全ての患者の入院を受け入れることはできず、感染症指定医療機関以外の病院が通常医療を一定程度制限して病床確保をする必要が生じます。
- 新型コロナ発生初期には、感染症指定医療機関以外の病院において感染症患者を受け入れる体制を立ち上げることに時間を要しました。
- また、患者の急増に対応するとともに、ウイルスの性状等を考慮し、患者に応じた医療を提供するため、妊産婦や障害児者、透析治療を行っている患者等を受け入れる施設の確保や、酸素投与や介護を必要とする高齢者等を受け入れる臨時の医療施設が必要となりました。
- 急速な感染拡大の局面で、患者の療養先調整や移送・搬送を行う体制等も十分ではありませんでした。さらに、患者の症状改善後の転院・退院調整に時間がかかり、確保病床を効率的に運用する体制が必要となりました。
- 医療用マスク等の医療機関において必要となる個人防護具（PPE）等について、急速な需要の増加に伴い、一時的に調達に期間を要することがありました。

#### （取組1）

- 新興感染症の発生時からの対応について、まずは、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応する体制を整備します。
- 流行初期の一定期間には、感染症指定医療機関が引き続き対応を行うとともに、流行初期医療確保措置<sup>1</sup>の対象となる医療措置協定<sup>2</sup>を締結した医療機関も中心に対応していく体制を整備します。

<sup>1</sup> 流行初期医療確保措置：感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下、「法」という。）第36条の9に定める、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間に限り、財政的な支援を行う措置。流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う。

<sup>2</sup> 医療措置協定：新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を迅速かつ適確に講ずるため、法第36条の3第1項に基づき、都道府県知事が医療機関の管理者と協議し、合意が成立した場合に締結する協定。

- 一定期間の経過後は、公的医療機関等も中心となった対応とし、その後3か月程度を目途に、順次速やかに、入院医療に関する医療措置協定を締結した医療機関（第一種協定指定医療機関）全てで対応していく体制とします。
- 妊産婦や障害児者、透析患者など特別な配慮が必要な患者の受入体制を確保するとともに、酸素投与や介護を必要とする高齢者等を受け入れる施設の確保など、新興感染症の性状や医療提供体制の状況に応じて、確保病床を補完する臨時の医療施設の設置を検討します。
- 病床がひっ迫するおそれがある場合には、重症度や基礎疾患の有無などを考慮し、入院対象患者の範囲や優先度を明確にしながら入院調整を行うほか、転退院支援や患者搬送支援を実施し、確保病床を効率的に運用する体制を整備します。
- 医療機関等において必要な個人防護具（PPE）の備蓄体制を整備します。

## ＜課題2＞発熱外来

- 新型コロナへの対応においては、当初流行地域からの帰国者等の診療に当たった帰国者・接触者外来を設置する医療機関に加えて、診療・検査医療機関が発熱患者等の外来診療を担うこととなりましたが、患者の急増などにより、対応が困難となる医療機関もあったため、感染拡大時にも確実に対応できる外来医療体制を幅広く確保していく必要があります。

### （取組2）

- 発生早期、流行初期、流行初期以降の各段階で、関係機関が連携し役割に応じた診療・検査体制を確保します。
- 発生時には、まずは発生の公表前から対応実績のある感染症指定医療機関が、流行初期医療確保措置の対象となる協定に基づく対応も含め、引き続き対応していきます。これらに加え、その他の協定締結医療機関のうち、公的医療機関等を中心として対応を広げ、段階的に全ての協定締結医療機関で対応します。また、地域の実情に応じて地区医師会等が地域・外来検査センター（PCRセンター）を設置します。
- 新興感染症の発生時にこうした対応を円滑に行うため、発熱外来として診療を行う医療機関（病院、診療所）と平時から医療措置協定を締結します。また、都内の診療所が新興感染症の外来診療に対応できる場合は、協力を要請し医療措置協定を締結します。

- 協定締結医療機関は、新型コロナ対応時における外来対応医療機関の施設要件を参考に、発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。）を設けた上で、新興感染症発生時にはあらかじめ発熱患者等への対応時間帯を住民に周知又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を構築するとともに、院内感染対策を適切に実施します。発熱外来を実施する協定締結医療機関において、自院でPCR等検査を実施できる場合は、検査に関する事項を協定に定めます。
- また、診断を迅速・円滑に行うため、地方衛生研究所（東京都健康安全研究センター）の機能強化を図るとともに、民間検査機関と検査に係る協定を締結し、平時から新興感染症発生時における検査体制の構築に向けた準備を行います。

### ＜課題3＞外出自粛対象者等に対する医療の提供

- 新型コロナ発生初期には、軽症者についても隔離目的による入院措置がとられたことから、確保病床がひっ迫する状況となり、軽症者等に対する宿泊療養等の仕組みが導入・法定化されましたが、急速な感染拡大時などには、宿泊療養施設の確保も難しくなることがありました。
- 新型コロナ対応において実施した自宅療養支援の取組を踏まえ、新興感染症発生時において、より迅速に、かつより多くの医療機関が自宅療養者に医療を提供できるよう、平時から計画的に療養支援体制を整備していく必要があります。

#### （取組3-1）

- ホテル等の宿泊施設事業者（民間宿泊業者等）と宿泊療養の実施に関する協定を平時から締結することにより、新興感染症発生時において軽症者等を受け入れる宿泊療養施設を確保します。

#### （取組3-2）

- 新興感染症の発生に備えるため、往診や健康観察を行う医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）と医療措置協定の締結を進めていきます。
- 新興感染症の発生時においては、自宅療養者や宿泊療養者、高齢者施設・障害者施設での療養者への医療の提供を行う協定締結医療機関は、新型コロナ対応と同様、病院・診療所は、医師会等の関係者と連携・協力した体制整備を行い、必要に応じ、薬局や訪問看護事業所と連携し、また、各機関間や事業者間でも連携しながら、往診や電話・オンライン診療等、処方薬の配送や服薬指導、訪問看護等を実施していきます。

- 高齢者施設・障害者施設等の入所者が必要時に速やかに医療機関による医療支援を受けることができるよう、医師会等の関係機関と連携して支援体制を整備していきます。

#### ＜課題4＞後方支援

- 患者の転院を進める医療機関の視点からは、転院について患者・家族の理解を得るといった課題がありました。
- 一方、患者の転院を受け入れる医療機関においては、院内感染のリスクや新型コロナの流行当初における風評被害の懸念等といった課題がありました。

#### （取組4）

- 後方支援を行う医療機関との医療措置協定の締結を平時から進め、特に流行初期の病床確保を行う第一種協定指定医療機関等からの感染症患者以外の受入れや、感染症からの回復後に引き続き入院が必要な患者の受入れを行う医療機関を確保します。

#### ＜課題5＞医療人材確保

- 急速な感染拡大による医療提供体制のひっ迫時に、速やかに医師や看護師等の医療人材を確保できるよう、平時から有事に備えた人材確保・育成を進めていく必要があります。
- また、必要時に人材派遣の要請に対応できるよう、派遣対象者は感染症対応に必要な知識・技術を習得しておく必要があります。

#### （取組5）

- 人材派遣を行う医療機関との医療措置協定の締結を平時から進め、感染拡大時に医療人材が不足する施設や、都が設置する臨時の医療施設等に対し、速やかに必要人材を配置できる体制を整備します。
- 協定締結医療機関の医療従事者への訓練・研修等を通じ、派遣対象となる従事者の感染症対応能力の向上を図ります。
- 東京都感染症医療支援ドクター事業により、感染症医療・疫学の専門家を目指す医師を都の常勤医師として採用し、感染症指定医療機関や保健所等の行政機関における専門研修等を通じ、都の感染症対策を支える医師を育成します。
- 新興感染症等への対応と平常時からの医療機関における感染管理を徹底していくため、医療機関による感染管理認定看護師等の専門資格を有する医療人材の育成・確保の取組を支援します。

- 都内の医療機関における感染症対策の全体的な底上げを図るため、感染症及び感染制御に必要な知識や技術の習得に向けた研修を医療従事者に実施し、各施設において指導的役割を担う施設内感染対策リーダーを養成するとともに、研修修了後も院内感染等に関する継続的な支援を実施します。
- 東京DMAT指定病院との協定に基づき、東京DMATによる都の入院調整本部の運営支援を要請し、体制を確保します。
- 新興感染症の発生時等において日本DMAT等を派遣する災害・感染症医療確保事業の円滑な実施のため、従来から実施してきた災害対応に加え、感染症等にも対応する医療チームとして法律上位置付けられた国による養成・登録、並びに都と日本DMAT等が所属する医療機関との協定締結の仕組み等を活用して、実施体制を確保します。

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組 1	協定締結医療機関の確保病床数 (流行初期 <sup>3</sup> における確保数)	—	4,000 床
	協定締結医療機関の確保病床数 (流行初期以降 <sup>4</sup> における確保数)	—	6,000 床
取組 2	発熱外来を行う協定締結医療機関 数 (流行初期における確保数)	—	1,000 機関
	発熱外来を行う協定締結医療機関 数 (流行初期以降における確保 数)	—	4,900 機関
取組 3 - 1	宿泊施設の確保数 (流行初期にお ける確保数)	—	1,200 室
	宿泊施設の確保数 (流行初期以降 における確保数)	—	9,500 室
取組 3 - 2	自宅療養者等へ往診等を行う協定 締結医療機関数 (病院・診療所)	—	3,400 機関
	自宅療養者等へ訪問看護を行う協 定締結医療機関数 (訪問看護事業 所)	—	1,200 機関
	自宅療養者等へ服薬指導等を行う 協定締結医療機関数 (薬局)	—	4,800 機関
取組 4	後方支援を行う医療機関数	—	310 機関
取組 5	派遣可能医師数	—	300 人
	派遣可能看護師数	—	160 人
取組 5	協定締結医療機関の感染症に係る 研修・訓練の実施又は医療従事者 を参加させている割合	—	100%
共通	個人防護具を 2 か月分以上備蓄し ている協定締結医療機関 (病院、 診療所、訪問看護事業所) 数	—	協定締結医療 機関 (病院、 診療所、訪問 看護事業所) のうち 8 割以 上の施設

<sup>3</sup> 流行初期：取組 1 及び 2 については、法に基づく厚生労働大臣による新型インフルエンザ等に係る発生等の公表（以下、「発生 of 公表」という。）後、3 か月まで、取組 3 - 1 については、1 か月以内。

<sup>4</sup> 流行初期以降：発生 of 公表後、6 か月まで。

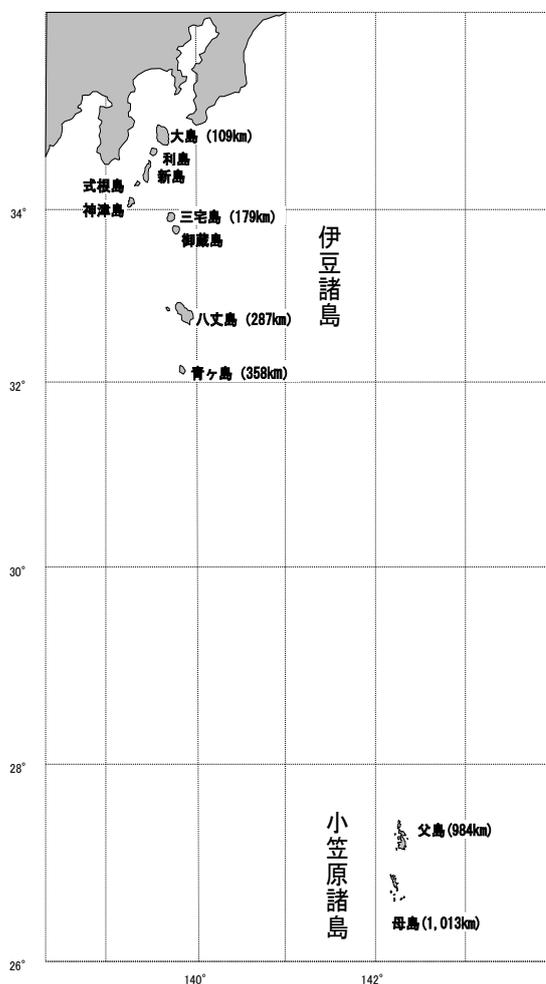
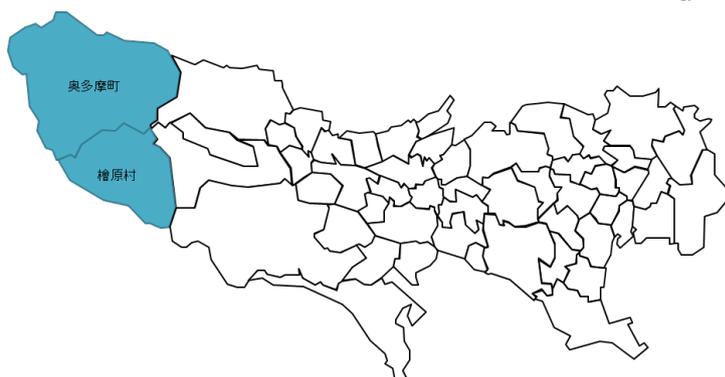
## 9 へき地医療

- 島しょ地域及び山間地域（以下「へき地」という。）に勤務する医療従事者を安定的に確保するため、へき地町村が行う医師をはじめとする医療従事者の確保やへき地医療の普及・啓発活動を支援します。
- へき地における医療の充実を図るため、へき地に勤務する医師の診療活動を支援するほか、診療施設・設備等の診療基盤の整備を支援します。
- 本土で治療を行った島しょ地域の患者が住み慣れた島での生活に円滑に移行できるよう具体的な検討を進めます。
- 島しょ地域における災害時や新興感染症発生時の対応力向上を図ります。

### 現状

#### 1 へき地医療体制の現況

- 都では、山村振興法（昭和40年法律第64号）、離島振興法（昭和28年法律第72号）、過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）により指定されている奥多摩町及び檜原村、島しょ地域の大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町及び青ヶ島村並びに小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）の対象である小笠原村の計3町8村を医療の確保が必要なへき地として位置付け、様々な施策を行っています。
- 奥多摩町と八丈町では町立病院が、その他の町村では国民健康保険立や町村立の診療所が設置・運営され、都における無医町村はありません。



東京都へき地保健医療体制

	地区名	世帯数	人口	うち高齢者人口 (65歳以上)	面積 (km <sup>2</sup> )	国保診療所等	病床数	医師数	拠点 病院	管轄保健所	
西多摩保健圏	檜原村	1,127	2,038	1,073 (52.65%)	105.41	檜原診療所	—	2		西多摩保健所	
	奥多摩町	2,559	4,746	2,444 (51.50%)	225.53	奥多摩病院	41	4			
						日原診療所(出張)	—	—			
						峰谷診療所(出張)	—	—			
古里診療所	—	1									
山間地域 計(A)		3,686	6,784	3,517 (51.84%)	330.94		41	7			
島しょ保健医療圏	大島町 (109km)	4,402	7,150	2,737 (38.28%)	90.76	大島医療センター	19	7	東京都立広尾病院	島しょ保健所	大島出張所
	利島村 (134km)	187	317	74 (23.34%)	4.04	利島村診療所	—	1			
	新島村 (151km)	1,328	2,495	1,031 (41.32%)	27.54	本村診療所	8	3			新島支所
						若郷診療所(出張)	—	—			
						式根島診療所	2	1			
	神津島村 (172km)	924	1,813	604 (33.31%)	18.58	神津島村診療所	6	2			神津島支所
	三宅村 (180km)	1,496	2,301	909 (39.50%)	55.26	三宅村中央診療所	12	3			
	御蔵島村 (199km)	164	292	58 (19.86%)	20.39	御蔵島村診療所	2	1			
	八丈町 (287km)	4,201	7,053	2,821 (40.00%)	72.24	町立八丈病院	54	7			八丈出張所
	青ヶ島村 (358km)	117	168	37 (22.02%)	5.95	青ヶ島村診療所	2	1			
小笠原村 (984km)	1,514	2,581	444 (17.20%)	113.04	小笠原村診療所	9	3	小笠原出張所			
					小笠原村母島診療所	4	1				
島しょ地域計(B)		14,333	24,170	8,715 (36.06%)	407.80		118	30			
総計(A)+(B)		18,019	30,954	12,232 (39.52%)	738.74		159	37			

注：(1) 東京からのおよその距離は、東京都総務局「東京諸島の概要(伊豆諸島・小笠原諸島)ー令和3年ー」による。  
 新島村の距離は新島までの距離を、小笠原村の距離は父島までの距離を例示した。  
 (2) 世帯数および人口は、東京都総務局「住民基本台帳による東京都の世帯と人口(令和5年1月1日現在)」による。  
 (3) 面積は、国土交通省国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調(令和5年10月1日時点)」による。  
 (4) 医療機関関係の内容は令和5年4月1日現在。歯科診療所及び個人、法人立の診療所を除く。

○ 地理的条件や財政状況から、へき地町村が独力で医療従事者の確保・定着や、医療提供体制を整備することが困難となっています。

○ へき地医療機関は、本土医療機関と比べ、人的・物的医療資源が限られており、また、そこに勤務する医療従事者は、多岐にわたる業務を行う必要があります。

## 2 高齢者人口の割合

○ へき地町村では、人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合が令和5年1月1日時点で39.52%と高い状況にあります。(東京都全体：22.67%、全国：28.62%)

- 島しょ地域における医療・介護資源や多職種連携の状況は町村により様々であり、島しょ地域の患者が本土の医療機関で急性期の治療を受けた後、回復期リハビリテーション等が必要な場合には、帰島までに時間を要することがあります。

### 3 自然災害発生時の状況

- へき地では、豪雨・豪雪・地震・津波・噴火等の自然災害の被害を受けやすく、例えば、平成25年には台風第26号の大雨により伊豆大島土砂災害が発生し、島内では対応できない負傷者を本土医療機関へ搬送したほか、本土から医療従事者を派遣し、被災地での医療救護活動に取り組みました。

## これまでの取組

### 1 東京都へき地医療対策協議会

- 平成5年にへき地勤務医師等医療技術者の安定的確保を図るために設置した東京都へき地勤務医師等確保協議会と、平成17年にへき地医療支援策の充実を図るために設置した東京都へき地医療支援計画策定会議を統合し、平成25年に東京都へき地医療対策協議会を設置し、へき地医療支援計画及びへき地勤務医師等（医師、歯科医師）派遣計画の策定を始め、へき地医療対策に係る総合的な意見交換等を行っています。

### 2 東京都へき地医療支援機構

- 国の第9次へき地保健医療計画に基づき、平成17年に常勤の専任担当官（医師）を配置した東京都へき地医療支援機構を設置し、支援事業の企画・調整を行っています。

#### <主な事業内容>

- ① へき地医療支援の総合的な企画・調整
- ② へき地医療支援計画の策定
- ③ へき地勤務医師等派遣計画の策定
- ④ へき地医療従事者の開拓・育成・業務支援

### 3 へき地医療従事者の確保支援

#### (1) 医療従事者の確保支援

##### ① 自治医科大学

- 都は、昭和47年に全都道府県が設立者となって設置された学校法人自治医科大学に対して授業料等の修学資金を含めた運営経費等を負担しています。
- 東京都枠で入学した学生（2～3人／年）に対し、在学中から東京都のへき地医療の理解を深める研修を実施する等、へき地勤務を行う総合診療医の養成を行い、卒業後は東京都のへき地医療機関に派遣しています。

**② へき地勤務医師等確保事業**

- 自治医科大学卒業医のみでは医師を充足することが困難であることから、へき地勤務医師等派遣計画に基づき、都内大学病院等（事業協力医療機関）から医師等を定期的に派遣し、医師等の長期的、安定的な確保を図っています。

**③ 東京都地域医療支援ドクター**

- 地域医療の支援に意欲を持ち、医師経験5年以上の即戦力となる医師を都職員として採用し、多摩・島しょ地域の医師不足が深刻な市町村公立病院等に一定期間派遣し地域の医療体制の確保を支援しています。《再掲》

**④ 市町村公立病院等医師派遣事業**

- へき地の公立医療機関等に事業協力医療機関等から派遣された医師にへき地町村が支給する医師派遣手当に対して、都から補助金を交付することにより、医師の安定的な確保を図っています。

**⑤ 東京都地域医療医師奨学金**

- 医師確保が困難な、小児医療・周産期医療・救急医療・へき地医療に将来医師として従事する意思がある学生に奨学金を貸与するとともに、卒前・卒後における各種研修等の実施や、公衆衛生・法医学分野への研修も可能とする等、医師の多様なキャリア形成支援にも取り組むことにより、都内の医師確保が必要な地域や診療科・公衆衛生分野の医師の確保を図っています。《再掲》

**⑥ 無料職業紹介事業**

- 平成21年に東京都へき地医療支援機構内に東京都へき地医療支援機構無料職業紹介事業所を設置し、医師を始め歯科医師、薬剤師、看護師などの医療従事者を対象として、職業安定法（昭和22年法律第141号）に規定される無料職業紹介事業を行うことにより、医療従事者の確保が困難なへき地町村を支援しています。

**(2) へき地医療の普及・啓発**

- 東京都へき地医療支援機構では、島しょ地域に関連するイベント等を利用してへき地医療のPRを行っています。へき地医療の魅力を伝え、へき地医療に興味を持つ医療従事者の裾野を広げることにより、勤務を希望する医療従事者の増加を目指しています。
- 島しょ町村が行う医療従事者を対象とした確保・定着のための現地見学会などの事業を支援しています。

## 4 ヘキ地の診療を支援する取組

### (1) 救急搬送体制

- 島しょ地域の医療機関で対応できない救急患者が発生した場合には、島しょ町村長の要請に基づき、東京消防庁及び海上自衛隊のヘリコプター等により、ヘキ地医療拠点病院で島しょ医療の基幹病院である都立広尾病院を中心として、都立病院やその他の高度医療機関に、365日24時間搬送する体制を整備しています。
- 東京消防庁のヘリコプターを利用した救急患者の搬送体制を一層拡充するため、平成19年11月に屋上ヘリポートを有する病院等と、島しょ地域における救急患者の受入れや医師の搭乗に関する協定を締結し、東京型ドクターヘリとして運用しています。令和5年4月現在で、都立病院の他11の国立・公的病院や民間病院と協定を締結しています。
- 平成20年度から米軍基地の赤坂プレスセンターのヘリポートが救急患者の搬送に使用できるようになり、平成24年1月からは、それまで使用できなかった土曜日、日曜日及び米国の祝日についても使用可能となり、救急患者搬送体制の充実が図られました。
- 令和5年度から、搬送を要請した島しょ地域の医療機関と收容先医療機関、添乗医師等の関係者間で、患者の病状等の情報をより円滑に共有できるデジタルツールを導入し、搬送体制を強化しています。
- 島しょ地域の救急患者を搬送する場合には、自治医科大学卒業医師等が夜間・休日に添乗する体制も整備しています。
- 山間地域の救急患者を搬送する場合には、必要に応じヘリコプターに医師が添乗して出動する体制を東京消防庁が整備しています。

### (2) 画像電送システム

- 平成6年から、島しょ医療機関の診療支援事業として都立広尾病院放射線科・救命救急センターと島しょの診療所等との間に画像電送装置を設置し、専用回線を通じて単純エックス線、CT、内視鏡等の医療用画像を送受信することにより、ヘキ地に居ながらにして専門医師の助言を受けられるシステムを構築しています。
- 平成22年からWeb会議機能も付加し、画像を用いた研究会や症例検討会を行うほか、退院支援カンファレンス等に活用するなど用途を拡充してきました。

### (3) 代診医師の確保

- へき地医療機関に勤務する医師が研修・休暇等で一時的に不在になる場合に代診の医師（自治医科大学卒業医師、都登録医、都立病院医師、協力病院医師、支援機構専任担当医師）を派遣し、医師の自己研鑽等の機会を十分に確保できるようにしています。

### (4) 専門医療

- 都では、昭和 33 年に始まった巡回診療を見直し、各へき地町村が主体的に医療ニーズに合った診療科の選択・確保ができるよう、平成 14 年度からへき地専門医療確保事業を開始しています。
- へき地町村が眼科や耳鼻咽喉科などの専門診療を実施する際、専門医を確保するための調整を行うとともに、その経費を補助することにより、へき地の医療機関では対応困難な専門医療の確保を図っています。

## 5 へき地医療提供体制の整備

- へき地医療機関の診療基盤を確保するため、へき地町村が行う診療所及び医師住宅・看護師住宅の新設、増改築及び改修や診療所に必要な医療機器の購入に要する経費の補助を実施しています。
- へき地町村が行う医師等の確保に関する取組を支援し、医療提供体制を確保するため、へき地町村に対し診療所勤務医師・歯科医師の給与費補助を実施しています。
- 地域医療の確保と向上を図るため、多摩及び島しょにおける市町村公立病院の運営費を補助しています。
- 小笠原諸島の総合的な振興開発計画の一環として、村立診療所の運営に係る経費の補助を実施し、医療の確保を図っています。
- 本土の医療機関で透析治療を受けている腎臓病の患者が住み慣れた地域で透析治療を受けられるよう、島しょ地域の透析医療の体制を支援するため、人工透析に係る運営費の一部を補助しています。
- 分娩を取り扱う医療機関に対して、産科医療機関として必要な医療機器の購入に要する経費を補助することにより、身近な地域で安心して出産できる環境を整備しています。

- へき地の患者を最寄医療機関まで輸送するための車両（患者輸送車）の運行に要する経費を補助し、へき地における住民の医療を確保しています。

## 6 本土医療機関からの円滑な退院（帰島）支援

- Web会議システムの活用により、本土の医療機関と島しょ地域の医療・介護関係者が行う退院支援カンファレンス等の取組を支援し、関係者間の連携強化を図っています。
- 平成30年から、島しょ地域の医療介護資源を紹介する冊子「伊豆諸島・小笠原諸島 各島の医療介護資源」を都内の二次救急医療機関に毎年配布しており、島しょ地域の医療・介護資源の理解の促進や、患者の退院支援策の検討等に活用されています。

## 7 災害時における医療救護体制の強化

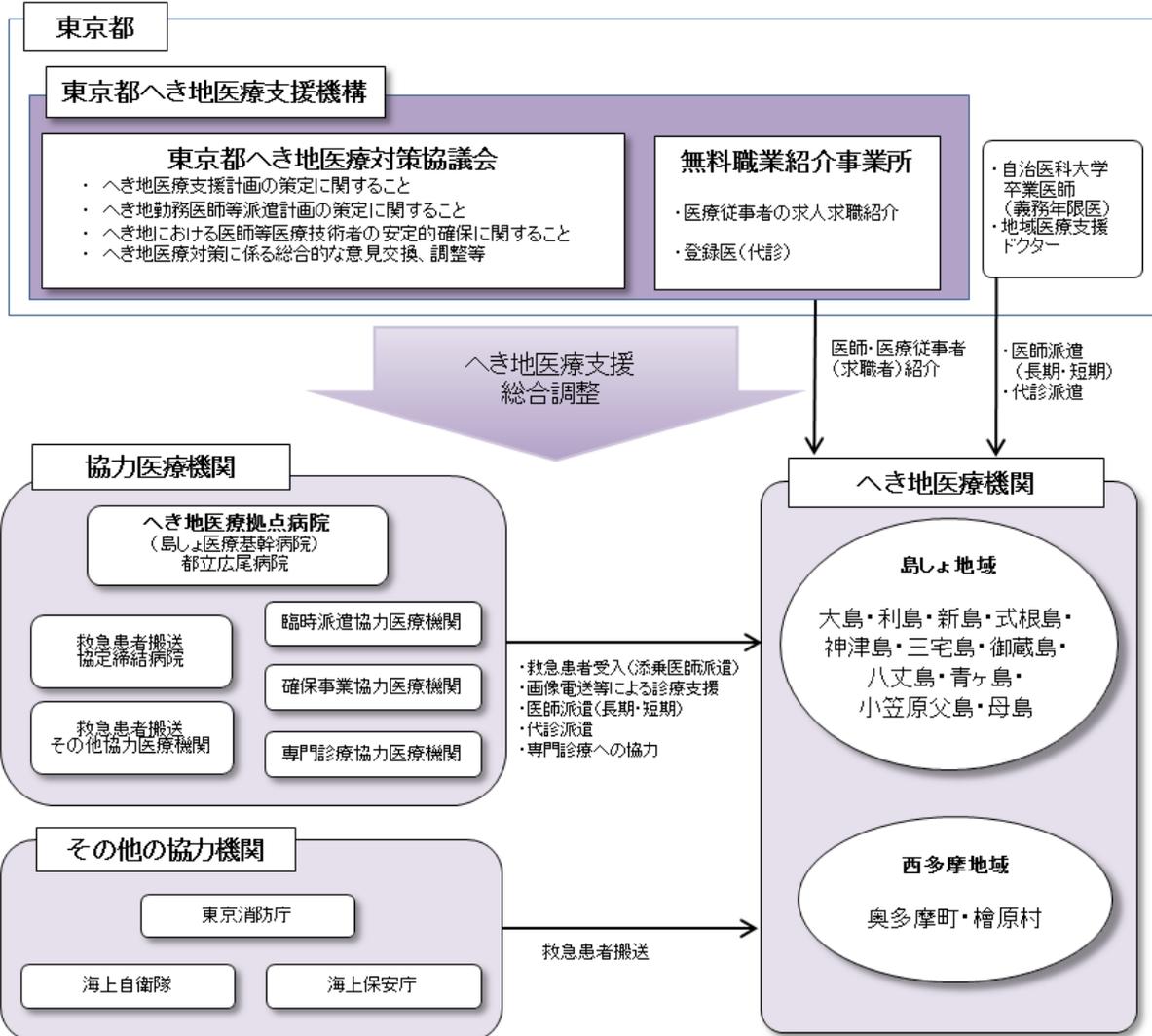
- 令和2年に、医療機関の稼働状況や被災状況など災害医療に関する情報を収集できるよう、広域災害救急医療情報システム（EMIS）の対象医療機関に公立のへき地診療所を追加し、定期的に通信訓練を実施することで、災害時の情報連絡体制を確保しています。
- 山間へき地を含めた西多摩保健医療圏での図上訓練や島しょ地域での医療救護活動訓練等を実施し、へき地町村の災害対応力を高める取組を支援しています。

## 8 新興感染症発生・拡大時の状況

- 新型コロナウイルスの感染拡大時には、島しょ地域の実情に応じた医療提供体制の確保や感染拡大予防等、島しょ町村等の関係機関と連携して様々な対応を行いました。

### <主な対応>

- ・ 入院が必要な患者（疑似症含む）の収容病院や移送手段、移送資器材の確保
- ・ 濃厚接触により業務に従事できない医療従事者の代替者派遣
- ・ 全ての公立医療機関を対象とした検査薬等の確保
- ・ ワクチンの輸送手段の確保等、町村のワクチン接種体制整備を支援
- ・ 来島者が感染した場合等の対応（滞在場所等の確保、移動手手段の調整等）
- ・ 来島者を含めた感染予防対策の実施（竹芝客船ターミナルにおける乗船前検査やポスター掲示等普及啓発）



## 課題と取組の方向性

### <課題1>へき地に勤務する医療従事者の安定的な確保

- へき地町村に勤務する常勤医師の突発的な欠員等にも速やかに対応できるよう支援策の充実が必要です。
- へき地町村に勤務する看護師等医療従事者の定着を促進するため、休暇の際の代替職員の確保やキャリア形成に関する支援が必要です。
- へき地医療に興味を持つ医療従事者を増やすため、へき地医療に関する普及啓発を推進していく必要があります。

**(取組1) 医療従事者確保の支援**

- 自治医科大学を卒業した医師をへき地医療機関に引き続き派遣するとともに、へき地勤務医師等確保事業や東京都地域医療支援ドクター事業など医師や歯科医師の確保事業を着実に実施し、地域の医療体制の確保を進めます。
- へき地町村の固有医師に突発的な欠員が生じ、応急的な対応が求められる場合には、都立病院やへき地勤務医師等確保事業協力病院などの関係機関と連携して、当該町村の代診医師の確保を支援します。
- 東京都へき地医療支援機構が行う無料職業紹介事業の充実を図るほか、関係医療機関等と連携して看護師等の医療従事者を確保できる仕組みを検討します。
- へき地医療拠点病院や職能団体等においてスキルアップのためのWeb研修会等を開催することにより研修機会の確保を図り、へき地に勤務する看護師等医療従事者の定着を支援します。
- へき地医療について、へき地医療拠点病院が開催する島しょ医療研究会やその他の各種イベントの活用、SNS等による情報発信等により普及啓発に取り組むほか、島しょ地域への就業に関心のある医療従事者を対象とした現地見学会の実施を支援します。

**<課題2>へき地勤務医師の診療支援**

- へき地医療機関に勤務する医師は、1人又は少人数で地域医療を支えており、出張や研修の受講、休暇の取得などのためには、代替の医師の確保が必要です。
- 島しょ診療所等と本土医療機関間の診療連携の取組を推進するため、患者情報の共有を円滑に行う仕組みが必要です。
- 患者ニーズの専門化・多様化により、島の医療体制では対応できない専門診療の取組をさらに推進していく必要があります。
- 薬剤師や栄養士の配置が困難なへき地の医療機関では、遠隔での服薬指導や栄養指導を推進していく必要があります。

**(取組2) へき地勤務医師の診療支援**

- 代診医師を確実に派遣することにより、へき地医療機関に勤務する医師の自己研鑽等の機会を十分に確保できるよう引き続き支援します。
- へき地町村が患者ニーズに対応して行う専門医療確保事業の支援に加え、地域医療連携ネットワークへの参入や遠隔での連携診療(D to P with D<sup>1</sup>等)の導入などデジタル技術の活用を支援し、診療連携を強化するとともに、専門診療の充実を図ります。
- 島しょ地域における服薬指導等について、遠隔での対応が可能な本土の薬局や医療機関等との連携した取組を検討します。

**<課題3> 医療提供体制整備**

- へき地町村の財政力は脆弱なため、へき地町村における医療機関の施設及び医療機器等の老朽化に対応することが困難です。このため、へき地町村が行う施設等の整備事業について、引き続き支援していく必要があります。また、人件費を含む医療機関における運営費についても引き続き支援していく必要があります。

**(取組3) 医療提供体制整備の支援**

- へき地町村の医療提供体制の確保及び向上を図るため、へき地町村が行う診療所及び医師住宅等の新設、増改築及び改修に要する経費のほか、医療機器の購入に要する経費を引き続き補助します。
- へき地町村の財政状況を鑑み、へき地医療機関の運営に要する経費を引き続き支援します。

**<課題4> 本土医療機関からの円滑な退院(帰島)支援**

- 本土で治療を行った島しょ地域の患者が、住み慣れた島での生活に円滑に移行することができるよう、島の実情に応じた切れ目のない支援を行う必要があります。

<sup>1</sup> D to P with D: 患者側に主治医等の医師が同席する場合、遠隔地にいる医師が、診療を行う形態の遠隔医療である。

**【特徴】**

- ・ 医療資源が限られる地域においても専門の医師等による診察を受けることができる。
- ・ 主治医等にとって、専門の医師等との情報共有がスムーズとなる。

この外、D to P、D to P with N、D to P with その他医療従事者、D to P with オンライン診療支援者(医療従事者以外)、の類型に整理される。

(出典: 令和5年6月厚生労働省「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」)

**(取組4) 本土医療機関からの円滑な退院(帰島)支援**

- 本土の医療機関と島しょ地域の関係者の間でデジタル技術を活用して行う退院支援カンファレンス等を支援することにより、保健・医療・福祉の連携を促進します。
- 島しょ地域におけるリハビリテーション機能の充実を図るため、本土の急性期病院・回復期病院と島しょ医療機関等との連携強化のための具体的な検討を進めます。

**<課題5> 災害時における医療提供体制の確保**

- 島しょ地域の医療機関では、災害発生時において、限られた医療従事者による多くの傷病者への対応が必要となるほか、本土からの物資の供給が滞ることも想定されるため、島しょ地域の医療機関の対応力を強化する必要があります。
- 島しょ地域での災害発生時に、円滑な連携の下、医療救護活動を実施していくには、島しょ地域の事情に精通した機関や人材による支援が必要です。  
《再掲》

**(取組5) 災害時における医療救護体制の強化**

- 災害時医療救護活動ガイドラインに基づき、本土の医療機関や島しょ保健所等関係機関とも連携した災害発生時の対応訓練を行うとともに、島しょ町村で構築している災害時の情報連絡系統や緊急医療救護所の設置等が円滑に機能するよう検証し、災害時にも医療機能が継続できるよう町村と協力して検討していきます。
- これまでに発生したへき地における災害の被害状況や医療活動の記録をへき地町村と共有して、災害時医療体制の充実に活かしていきます。

**<課題6> 新興感染症等発生・まん延時における島しょ地域の医療提供体制の確保**

- 新型コロナ対応の経験を踏まえて、島しょ地域における新興感染症等に対する対策を充実させる必要があります。

**(取組6) 新興感染症等発生・まん延時における島しょ地域の医療提供体制の確保**

- 新型コロナ対応の経験を踏まえ、島しょ保健所や関係機関等と連携し、新興感染症等発生・まん延時に島内での医療を継続できる体制や感染症に対応した患者搬送体制等の充実について検討します。

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組 1	へき地町村が必要とする医師充足率	100% (令和 5 年 4 月 1 日現在)	100%を維持
取組 1	へき地町村が必要とする看護師充足率	94.1% (令和 5 年 4 月 1 日現在)	上げる
取組 2	遠隔での連携診療を実施するへき地医療機関数	— (令和 5 年度)	増やす
取組 4	島内で回復期のリハビリテーションを実施する島の数	3島 (令和 5 年 4 月 1 日現在)	増やす
取組 5	島しょ地域の被害を想定した災害時医療訓練の実施回数 <sup>※1</sup>	—	年 1 回以上

※ 1 : 実働訓練、図上訓練、通信訓練等

## 10 周産期医療<sup>1</sup>

- 安心して子供を産み育てることができる環境づくりを推進するため、周産期医療体制の一層の充実を図ります。
- 母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応を強化するとともに、NICU<sup>2</sup>等長期入院児に対する在宅移行支援の充実強化を図ります。
- 災害時や新興感染症発生時においても適切な医療を迅速に受けられる周産期医療体制を確保します。

### 現 状

#### 1 母子保健指標の動向

- 全国の出生数は減少が続いており、都においても平成27年以降、出生数は減少しています。一方で、リスクの高い低出生体重児<sup>3</sup>の出生数に対する割合は、全国ではほぼ横ばいとなっていますが、都では平成27年の9.1%から令和4年には9.3%となっており、増加傾向にあります。
- また、リスクの高まる35歳以上の母からの出生数の割合は全国的に増加傾向にあります。令和4年における35歳以上の母からの出生数の割合は、都では38.5%と全国の30.0%を大きく上回っています。

出生数・低出生体重児・35歳以上の母からの出生数の推移

	東京都		全国	
	平成27年	令和4年	平成27年	令和4年
出生数	113,194人	91,097人	1,005,721人	770,759人
低出生体重児	10,313人	8,492人	95,208人	72,587人
低出生体重児の割合	9.1%	9.3%	9.5%	9.4%
35歳以上の母からの出生数	41,047人	35,048人	282,171人	231,323人
35歳以上の母からの出生数の割合	36.3%	38.5%	28.1%	30.0%

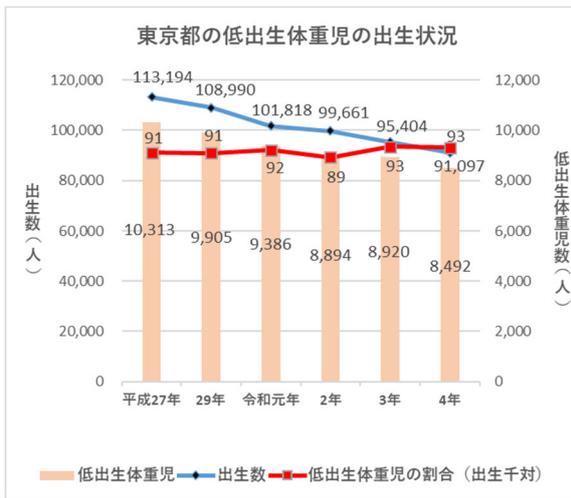
資料：厚生労働省「人口動態統計」

<sup>1</sup> 周産期医療：妊娠期から産褥期までの母体・胎児に対する主として産科的医療と、病的新生児に対する医療を合わせた医療をいう。産科・小児科双方からの一貫した総合的な医療体制が必要であることから、特に「周産期医療」と表現されている。

なお、統計上、「周産期」とは、妊娠22週から出生後7日未満までの期間を指すが、周産期医療の対象はこの期間に限らない。

<sup>2</sup> NICU (Neonatal Intensive Care Unit：新生児集中治療管理室)：新生児の治療に必要な保育器、人工呼吸器等を備え、24時間体制で集中治療が必要な新生児の治療を行う場

<sup>3</sup> 低出生体重児：出生体重2,500g未満の新生児



資料：厚生労働省「人口動態統計」



資料：厚生労働省「人口動態統計」

○ 都の新生児死亡率<sup>4</sup>（出生千対）、周産期死亡率<sup>5</sup>（出産千対）及び妊産婦死亡<sup>6</sup>率（出産十萬対）は、いずれも、令和4年は前年から増加しています。

### 新生児死亡率・周産期死亡率・妊産婦死亡率の推移

	東京都			全国		
	平成27年	令和3年	4年	平成27年	令和3年	4年
新生児死亡率（出生千対）	0.8	0.7	0.8	0.9	0.8	0.8
周産期死亡率（出産千対）	3.2	2.9	3.3	3.7	3.4	3.3
妊産婦死亡率（出産十萬対）	1.7	1.0	6.5	3.8	2.5	4.2

資料：厚生労働省「人口動態統計」

○ 出生数が減少する一方で、NICUに入院する児の数は年々増加しており、NICU・GCU<sup>7</sup>を退院した後も医療的ケアが必要な児や、またその中でより高度なケアが必要な児の出生数に対する割合も近年は増加しています。

また、NICU・GCUに90日以上長期入院している児の数は減少傾向にありましたが、近年増加しています。

<sup>4</sup> 新生児死亡率：年間出生数 1,000 に対する年間新生児死亡数（新生児：出生日を 0 日と数えた場合に、生後 0 日から 28 日未満の児）

<sup>5</sup> 周産期死亡率：年間出産数（後期死産数：妊娠 22 週以降の死産数＋出生数）1,000 に対する年間周産期死亡数（後期死産数＋年間早期新生児死亡数：生後 1 週間未満の死亡）

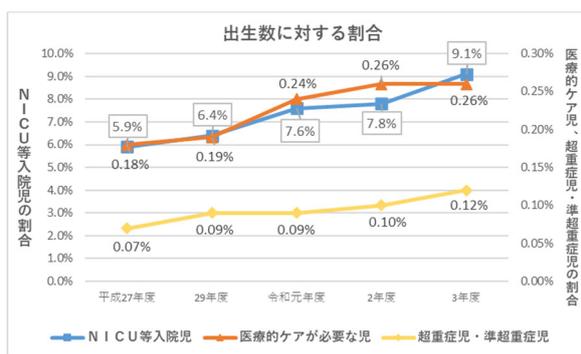
<sup>6</sup> 妊産婦死亡：妊娠中又は妊娠終了後満 42 日未満の女性の死亡で、妊娠の期間及び部位には関係しないが、妊娠若しくはその管理に関連した又はそれらによって悪化した全ての原因によるもの。ただし、不慮又は偶発の原因のものを除く。

<sup>7</sup> GCU（Growing Care Unit：回復期治療室）：NICUの後方病床。NICUにおける治療により急性期を脱した児又は入院時から中等症であってNICUによる集中治療までは必要としないものの、これに準じた医療的管理を要する児を収容する。

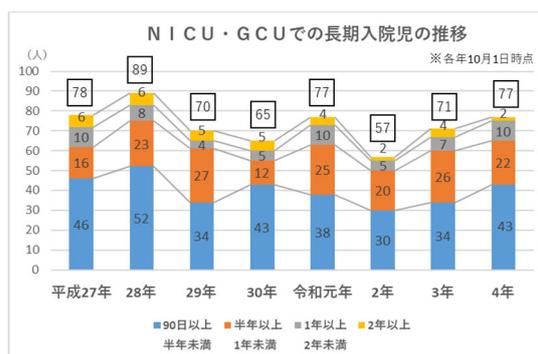
## 東京都のNICU等入院児の状況

	平成27年度	28年度	29年度	30年度	令和元年度	2年度	3年度
出生数（各年）	113,194	111,962	108,990	107,150	101,818	99,661	95,404
NICU入院児数	6,651	6,988	6,972	7,500	7,742	7,805	8,635
NICU等退院児数（死亡含）	6,794	6,916	6,931	7,304	7,427	7,541	8,571
医療的ケアが必要な児数	200	176	206	246	244	263	247
超重症児 <sup>8</sup>	8	14	31	27	21	21	22
準超重症児	72	41	64	94	68	76	89
その他	120	121	111	125	155	166	136

資料：厚生労働省「人口動態統計」、保健医療局資料



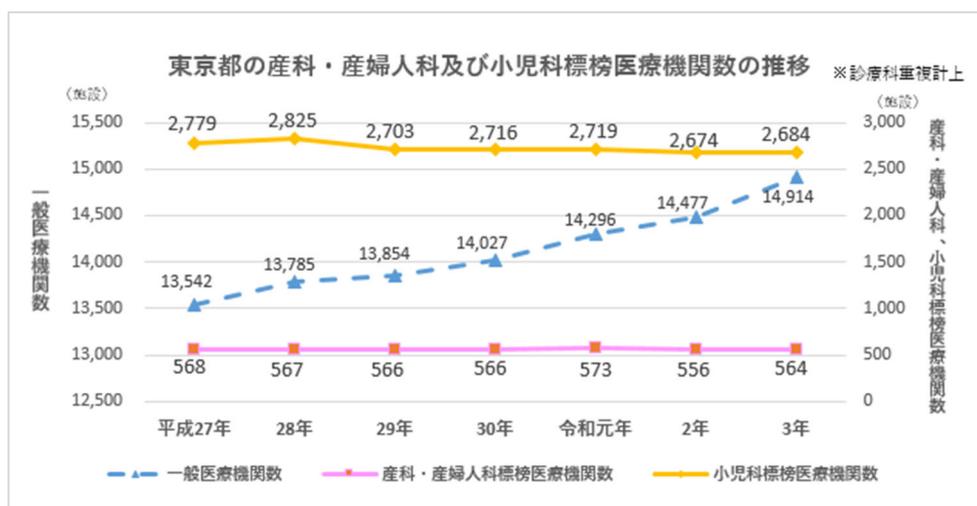
資料：厚生労働省「人口動態統計」、保健医療局資料



資料：保健医療局資料

## 2 都の周産期医療資源

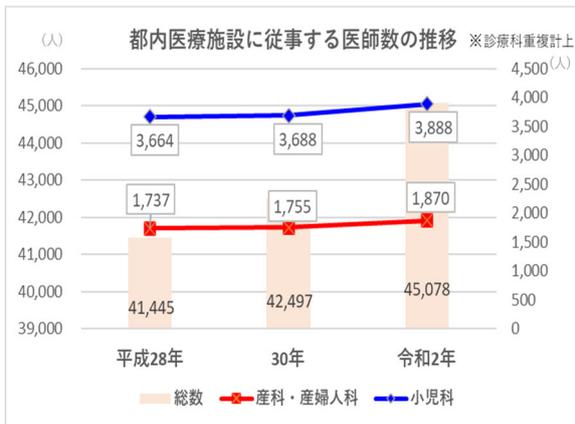
○ 都内の一般医療機関数は年々増加しているものの、産科・産婦人科及び小児科を標榜する医療機関数は、ほぼ横ばいの状況となっています。また、都内の分娩取扱施設数（各年9月に分娩を実施した施設数）は、平成29年には163施設ありましたが、令和2年には145施設と減少しています。



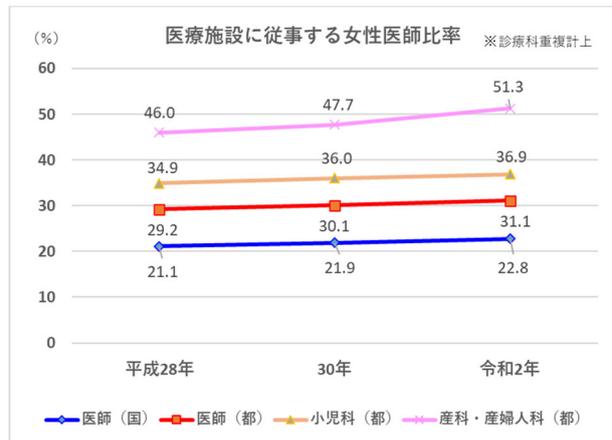
資料：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」、保健医療局「東京都の医療施設」

<sup>8</sup> 超重症児：運動機能は座位までで、呼吸管理、食事機能、消化器症状の有無（胃・食道逆流の有無）、定期導尿、体位変換などの項目のスコアが一定以上で医療依存度が高い児

- 産科・産婦人科及び小児科の医師数については、平成28年の5,401人に対し令和2年は5,758人と357人増加しています。
- また、医療施設に従事する女性医師の比率は年々増加傾向にあります。都は全国と比較しても割合が高く、特に産科・産婦人科では半数以上が女性医師となっています。



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」  
保健医療局「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）（東京都集計結果報告）」

## これまでの取組

### 1 リスクに応じた妊産婦・新生児への対応

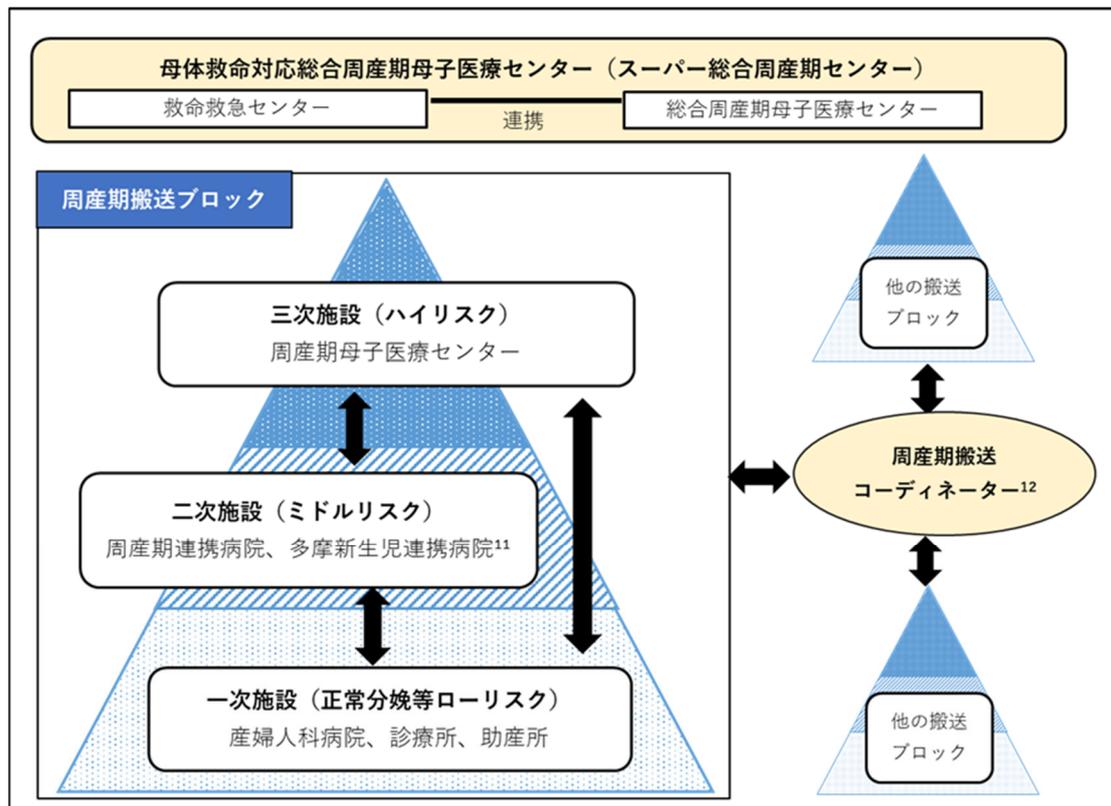
#### (1) 周産期医療施設の整備

- 都では、限られた医療資源の下、周産期医療が適切かつ円滑に提供されるよう、各周産期医療施設間におけるリスクに応じた役割分担やそれに基づく連携体制の強化を図っています。
- 令和5年12月現在、産科・小児科双方から一貫した総合的かつ高度な周産期医療を提供する周産期母子医療センター<sup>9</sup>を29施設、ミドルリスク妊産婦に対応する周産期連携病院<sup>10</sup>を11施設指定し、それぞれの役割に応じた機能分担を図っています。

<sup>9</sup> 周産期母子医療センター：産科・小児科双方から一貫した総合的かつ高度な周産期医療が提供できる施設。産科では緊急帝王切開術等に速やかに対応する体制、小児科ではNICU等の医療設備を備えている。総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターがあり、施設・設備の状況や体制によって、都道府県知事が指定・認定する。

<sup>10</sup> 周産期連携病院：周産期母子医療センターとの連携の下、産科の24時間体制に加え、産科医師、小児科医師、麻酔科医師の当直（オンコール）体制を確保し、ミドルリスクの妊産婦に対応する病院

## 東京都における周産期医療体制のイメージ図



- 都では、周産期母子医療センター等の運営や施設・設備整備に対する支援を行うとともに、ハイリスク妊産婦や低出生体重児の増加等を踏まえ、出生1万対30床を基本として、都全域でNICU病床の整備を進めてきました。令和5年3月現在、NICU病床は都全域で374床確保しており、出生1万人当たりのNICU病床数は41.1床となっています。

### NICU病床数・出生1万人当たりのNICU病床数の推移

	平成30年	令和元年	2年	3年	4年
NICU病床数	329床	344床	356床	365床	374床
うち周産期母子医療センター及び周産期連携病院のNICU病床数	321床	335床	347床	356床	365床
出生1万人当たりのNICU病床数	30.7床	33.8床	35.7床	38.3床	41.1床

資料：厚生労働省「人口動態統計」、保健医療局資料 ※NICU病床数は各年度末時点の数字

<sup>11</sup> 多摩新生児連携病院：周産期母子医療センターの少ない多摩地域において、比較的リスクの高い新生児の診療を行うため、24時間体制での新生児搬送の受入れや、周産期母子医療センターからの逆紹介等に対応する施設  
<sup>12</sup> 周産期搬送コーディネーター：総合周産期母子医療センターの担当する周産期搬送ブロック内では受入困難な母体及び新生児について、24時間体制で都全域を対象に搬送調整を行うコーディネーター

## (2) 周産期搬送体制の整備

- 都では、都内を8つのブロックに分け、妊産婦や新生児の状態に応じた、きめ細かな搬送体制を構築しています。
- 緊急に母体救命措置が必要な妊産婦への対応として、「東京都母体救命搬送システム」(以下「母体救命搬送システム」という。)を平成21年3月から運用しています。
- 母体救命搬送以外の母体搬送及び新生児搬送については、各ブロックの総合周産期母子医療センターが搬送受入れ及び担当ブロック内の搬送調整を行っています。これらの仕組みに加え、周産期搬送コーディネーターを平成21年8月から東京消防庁指令室に配置し、24時間体制でブロックを越えて都全域を対象に搬送調整を行っています。

### 周産期搬送コーディネーターの実績の推移(他県からの受入調整を除く。)

	平成30年度	令和元年度	2年度	3年度	4年度
搬送調整件数	788件	832件	631件	946件	1,087件

資料：保健医療局資料

- 生命に危険が生じている胎児の救命を図るとともに、児の予後を向上させるため、速やかに母体搬送及び急速遂娩を実施する「東京都胎児救急搬送システム」(以下「胎児救急搬送システム」という。)を平成25年3月から運用しています。
- 神奈川、埼玉及び千葉の各県とは、県域を越えた周産期搬送に係る連携を実施しています。近隣各県において周産期医療体制が整備される中、他県からの患者受入れは減少傾向にあるものの、令和4年度の実績を見ると、都内の周産期母子医療センターの母体搬送受入件数のうち、約3%が他県からの搬送となっています。

## (3) 周産期医療ネットワークグループによる連携体制の構築

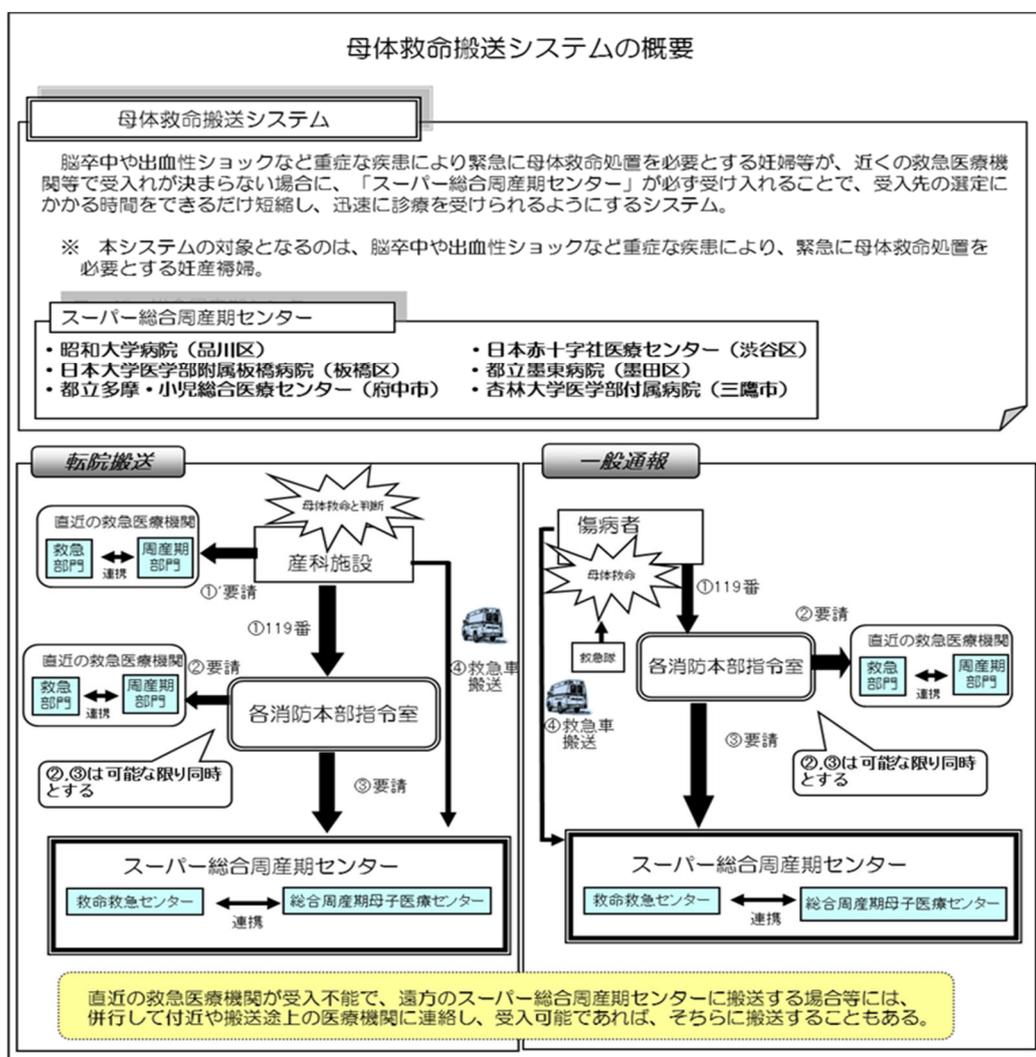
- 都では、平成20年から、8つの周産期搬送ブロックごとに、ブロック内の医療機関等との連携を推進するため、周産期母子医療センターを中核として、周産期医療ネットワークグループを構築しています。
- 各グループにおいては、医療機関の機能分担と連携を進めるため、診療機能情報の共有や精神疾患合併妊産婦への対応、産科セミオープンシステ

ム<sup>13</sup>・オープンシステム<sup>14</sup>の推進等について検討を行うとともに、症例検討会や研修を開催するなど、一次から三次までの医療機関等の医師等による「顔の見える連携」を目指した、各グループの実情に即した連携体制の構築を進めています。

## 2 母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応

- 都では、緊急に母体救命措置が必要な妊産婦について、救急医療と周産期医療が連携して迅速に受入先を確保する仕組みを母体救命搬送システムとして定め、運用しています。

また、救命救急センターと総合周産期母子医療センターの密接な連携により、緊急に母体救命処置が必要な妊産婦を必ず受け入れる施設である母体救命対応総合周産期母子医療センター（以下「スーパー総合周産期センター」という。）を、令和5年12月現在、6施設指定しています。

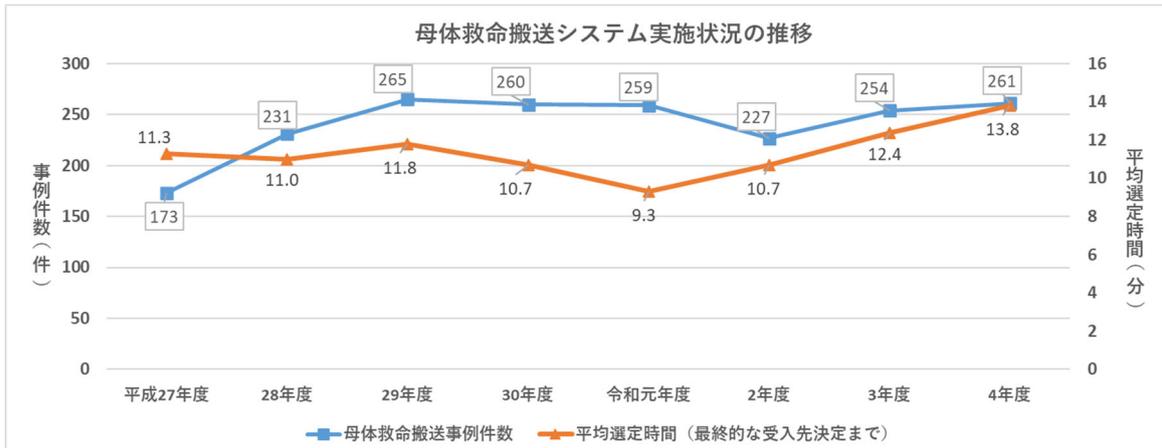


<sup>13</sup> セミオープンシステム：分娩を受け持つ中核病院と、身近な地域の診療所等（以下「連携医療機関」という。）との相互の紹介を通して、患者のリスクを踏まえ、医療機能に応じた役割分担を進める取組

<sup>14</sup> オープンシステム：妊婦健康診査は連携医療機関で行い、分娩は提携している中核病院で連携医療機関の医師・助産師が行うシステム

- 出生数が減少する一方で、高年齢の出産などのハイリスク妊産婦の増加等により、母体救命搬送システムによる搬送件数は、ほぼ横ばいの状況にあります。

また、スーパー総合周産期センターや救急医療機関等の協力により、搬送先を選定する平均時間（以下「平均病院選定時間」という。）は減少傾向にありましたが、近年は平均病院選定時間が長くなっています。これは、新型コロナウイルスの感染拡大による救急搬送件数の増加が影響しているものと考えられます。



資料：保健医療局資料

- 母体救命搬送システムによる搬送件数のうち、約半数が産科危機的出血等の患者であることから、都では、搬送元となる一次周産期医療機関等の周産期医療関係者を対象として、産科救急対応能力向上のための研修を実施しています。

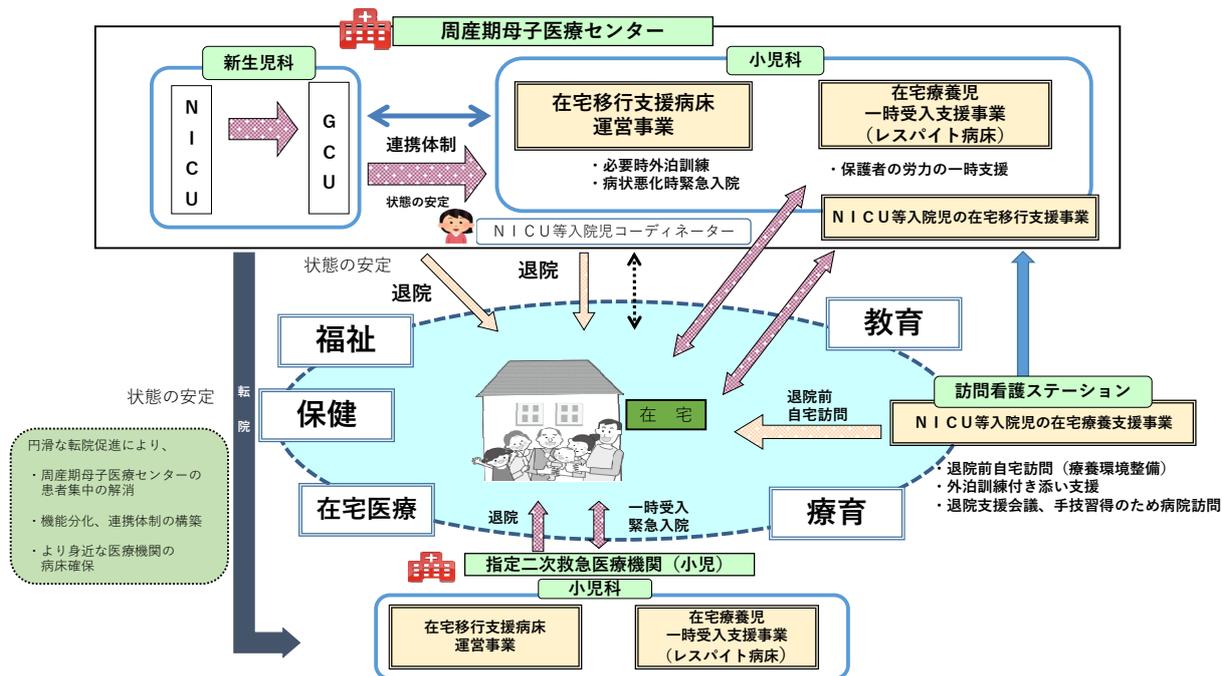
### 3 NICU等長期入院児に対する在宅移行支援

- NICU等長期入院児の在宅療養等への円滑な移行支援として、周産期母子医療センター等にNICU入院児支援コーディネーターの配置を推進し、令和4年度は29施設すべての周産期母子医療センターに配置されています。
- 周産期母子医療センター等に対し、在宅療養への移行に向けた退院準備や在宅移行後の急性増悪時の受入れのための在宅移行支援病床<sup>15</sup>の設置を進めており、令和4年度は15施設で在宅移行支援病床運営事業を実施しています。また、周産期母子医療センター等において在宅移行後の家族を支えるため、レスパイト病床<sup>16</sup>の整備を進めており、令和4年度は21施設で在宅療養児の一時受入れを実施しています。

<sup>15</sup> 在宅移行支援病床：在宅移行訓練や在宅移行後の急性増悪時における緊急入院受入の病床として利用する、NICU等と在宅療養との間に設置する中間的病床

<sup>16</sup> レスパイト病床：NICU等長期入院児の在宅療養中の定期的医学管理及び保護者の労力の一時的支援を目的とした病床

## 退院後の在宅療養を支える仕組み



## 4 災害時における周産期医療体制の整備

- 都は、震災等の大規模な災害が発生した場合等において、小児・周産期に係る医療救護活動に必要な情報を集約一元化し、迅速かつ的確に医療救護活動を行うことができるよう、災害医療コーディネーターと連携しながら、医療ニーズに応じた搬送調整、人的支援等の調整等を行う災害時小児周産期リエゾン<sup>17</sup>を任命しています。
- 災害時等において円滑に活動ができるよう、都及び区市町村の合同総合防災訓練や二次保健医療圏ごとの災害医療図上訓練、地域災害医療連携会議等に災害時小児周産期リエゾンも参画し、災害医療関係者との連携強化を図っています。
- また、都では、安定的な災害時小児周産期リエゾンの確保を目的として、国の実施する災害時小児周産期リエゾン養成研修に加えて、都独自の養成研修を実施するとともに、災害時小児周産期リエゾンが養成研修で得た知識の定着とスキルアップを図るためのフォローアップ研修等を行っています。

<sup>17</sup>災害時小児周産期リエゾン：災害医療や都内における医療の実情に精通し、経験豊富な医師のうちから、選考により知事が任命。都全域の小児周産期に係る医療救護活動の総括・調整を行う「東京都災害時小児周産期リエゾン」（定数6名）と、各二次保健医療圏の小児周産期に係る医療救護活動の総括・調整を行う「地域災害時小児周産期リエゾン」及びその代理（定数各24名）からなる。

## 5 新型コロナ発生時の周産期医療体制の確保

- 新型コロナに罹患した妊産婦等に対しては、医療機関での受入れに加え、入院治療の必要のない軽症等の妊婦を対象とした妊婦支援型宿泊療養施設の開設や、自宅療養中の妊産婦に対する助産師による健康観察等を実施しました。
- また、産科的症状の発生や悪化等緊急を要する場合には、通常の周産期搬送ルールに従い受入医療機関の確保を行いました。

## 6 周産期医療に携わる医師等の確保

- 都では、東京都地域医療医師奨学金制度や東京都地域医療支援ドクター事業、産科及び新生児医療を担当する医師の処遇改善等により、周産期医療を担う医師の確保に努めています。
- 病院勤務医師の離職防止と定着を図るため、東京都医療勤務環境改善支援センターにおける相談支援を始め、交代制勤務等新たな勤務形態の導入、再就業支援研修の実施、院内助産システム（院内助産<sup>18</sup>・助産師外来<sup>19</sup>）の活用等によるチーム医療推進の取組、医師の労働時間短縮のための体制整備の取組等、勤務医の勤務環境を改善する取組への支援を行っています。
- 一次医療機関から三次医療機関までの周産期医療関係者に対する周産期医療の基本的な手技、最新の周産期医療技術等の研修や、認定看護師等の資格取得の支援、分娩取扱施設間での助産師の出向支援などにより、周産期医療関係者の育成を図っています。また、養成・定着・再就業対策等により、助産師や看護師などの看護人材の安定的な確保に努めています。

## 課題と取組の方向性

### <課題1>リスクに応じた妊産婦・新生児への対応

- 出生数の減少に伴い分娩取扱施設が減少する一方で、高年齢の出産などのハイリスク妊産婦やNICUに入院する児は増加しており、限りある医療資源を有効活用するため、リスクに応じた機能分化と連携を更に促進していく必要があります。

<sup>18</sup>院内助産：緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。

<sup>19</sup>助産師外来：緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合は含まない。

- 総合周産期母子医療センターがないブロックがあるなど、ブロックごとに周産期医療資源の状況に違いがあることから、地域の実情に応じて周産期医療施設の整備や連携体制の強化を図ることが必要です。
- 精神疾患を合併する妊産婦は、受入医療機関に限られること等により、搬送に時間を要する事例が発生しています。また、妊娠中の精神疾患だけでなく、産後うつに対する支援の必要性も高まっており、妊産婦の精神疾患への対応を強化する必要があります。

### 《取組1》リスクに応じた妊産婦・新生児へのケアの強化

- 総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、周産期連携病院、その他の施設のそれぞれの役割、体制、実績等を踏まえつつ、より安全・安心で質の高い周産期医療提供体制の整備を引き続き推進します。

#### 《ハイリスク妊産婦・新生児への対応》

- 各地域・医療機関の状況に応じてNICU病床の整備を行い、都全域で必要なNICU病床を確保します。
- 母体救命搬送システムの適正運用を推進するとともに、必要に応じて新たなスーパー総合周産期センターの指定を検討します。
- ハイリスク妊産婦・新生児の状況及び地域の医療資源の状況を踏まえ、必要に応じて周産期母子医療センターの指定等を検討します。
- 母体救命搬送システム、周産期搬送コーディネーター制度及び胎児救急搬送システムの検証を通じて、引き続き周産期搬送体制の強化を図ります。

#### 《ミドルリスク妊産婦・新生児への対応》

- ミドルリスクの妊産婦や新生児に対応する体制の充実を図るため、地域の医療資源の状況を踏まえ、必要に応じて周産期連携病院を指定します。

#### 《ローリスク妊産婦・新生児への対応》

- 病院、診療所及び助産所などの地域周産期医療関連施設については、引き続き周産期医療ネットワークグループにおいて、三次・二次医療機関とのリスクに応じた役割分担と連携を進め、地域の実情を踏まえながら、機能の維持に努めます。

**《多摩地域における周産期医療体制》**

- 全都での取組に加え、多摩地域における周産期医療ネットワークグループの連携体制の強化や新生児搬送体制の充実などを引き続き図っていきます。

**《精神疾患を合併する妊産婦への対応》**

- 周産期母子医療センターにおいて精神科と連携の上、精神疾患を合併する妊産婦に対応します。また、精神疾患合併妊産婦や産後うつのハイリスク者への支援が適切に行われるよう、周産期医療ネットワークグループを通じ、精神科医療機関も含めた地域における関連医療機関と地域保健行政間の連携を促進します。
- また、妊産婦等のメンタルヘルスケアに携わる人材等、保健・福祉分野の専門人材等も周産期医療協議会や周産期医療ネットワークグループに参画し、精神疾患を合併する妊産婦への対応を検討します。

**《妊娠期から出産、子育て期に至るまでの切れ目ない支援》**

- 産後うつの予防や乳幼児への虐待予防を図る観点から、妊娠期から保健師等の専門職が関わるとともに、産後間もない時期における産婦の健康診査や、退院後の母子に対する産後ケアなどにより、支援が必要な妊婦や子育て家庭を発見し、支援につなげる仕組みを充実します。

**<課題2>母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応**

- 出生数が減少する一方で、母体救命搬送システムによる搬送件数はほぼ横ばいの状況にあり、高年齢の出産などのハイリスク妊産婦の増加等を踏まえ、引き続き母体救命搬送体制の充実が求められています。
- 母体救命搬送システムによる搬送件数の約半数が、産科危機的出血等の患者となっています。出血は依然として母体死亡の主要な原因であることから、搬送元となる一次周産期医療機関等における産科救急対応能力の向上が必要です。

**(取組2) 母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応の強化**

- 母体救命搬送システムの運用状況等について、スーパー総合周産期センター及びその他の救急医療機関等の協力を得ながら、引き続き検証を行い、本システムの円滑な運用を推進していきます。
- 医師や看護師、助産師等を対象とした研修等により、一次周産期医療機関等における産科危機的出血時等の母体急変時における初期対応力の強化を図ります。

**<課題3> NICU等長期入院児に対する在宅移行支援**

- NICU入院児数が年々増加し、NICU等への長期入院児数も近年増加している中、医療機関によってはNICUが恒常的な満床状態となっており、在宅移行支援の更なる強化が必要となっています。
- NICU等を退院後も医療的ケアが必要な児が増加しており、必要とされるケアも高度化していることから、退院後の在宅生活において児と家族が安全・安心に療養生活を継続できるよう、支援体制を整備することが必要です。

**(取組3) NICU等長期入院児に対する在宅移行支援の強化**

- 周産期母子医療センターに加えて、地域の医療機関も含め、在宅移行支援病床やレスパイト病床の更なる整備を進めていくとともに、NICU等入院児の退院前自宅訪問や外泊訓練等の退院に向けた支援の充実を図ります。
- NICU入院児支援コーディネーターや、その他のNICU等入院児に関わるNICU等スタッフ(医師、看護師及びMSW等)、診療所医師、訪問看護ステーション看護師、保健師等を対象とした、職種ごとの実践的研修や多職種連携に向けた研修の充実等により、NICU等入院児の在宅移行等を担う人材及び移行後に必要な医療、保健、福祉サービスを担う人材の育成を図ります。

#### ＜課題4＞災害時における周産期医療体制の強化

- 災害時小児周産期リエゾンが、災害時等において円滑に活動ができるよう、対応力の強化を図ることが必要です。

##### （取組4）災害時における周産期医療体制の推進

- 災害時小児周産期リエゾンを安定的に確保できるよう、引き続き養成研修を実施するとともに、研修で得た知識の定着とスキルアップを図るため、養成後のフォローアップの機会を確保していきます。
- 都及び区市町村の合同総合防災訓練、二次保健医療圏ごとの災害医療図上訓練や地域災害医療連携会議等への参画により、効果的な連携の仕組みを継続的に検証していくとともに、災害医療コーディネーターなど災害医療関係者との連携強化を図っていきます。

#### ＜課題5＞新興感染症発生時の対応

- 新興感染症が発生した際、感染症に罹患した妊産婦や新生児を迅速・確実に受け入れる体制を確保することが必要です。

##### （取組5）新興感染症発生時における周産期医療体制の確保

- 新型コロナ対応から得られた教訓を踏まえ、新興感染症発生時に妊産婦及び新生児の受入体制や療養環境、健康観察体制を迅速に整備できるよう、関係機関との連携を強化します。
- 各周産期医療ネットワークグループにおいて、感染症に罹患した妊産婦及び新生児の受入医療機関や役割分担、災害時小児周産期リエゾンの関わり方等についてあらかじめ協議を実施し、新たな感染症の発生に備えます。

#### ＜課題6＞周産期医療に携わる医師等の確保

- 令和6年4月から医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用され、勤務医の健康を確保するためのルール（面接指導、連続勤務時間制限、勤務時間インターバルの確保など）が導入されます。周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療体制を維持・確保することが必要です。

**(取組6) 周産期医療に携わる医師等の確保**

- 今後も引き続き、東京都地域医療医師奨学金制度や東京都地域医療支援ドクター事業、産科及び新生児医療を担当する医師の処遇改善等により、周産期医療を担う医師の確保を図っていきます。
- 子育て等の様々な事情を抱える医師等が就業を継続し、又は、一度離職しても復職できるよう環境整備を進めるとともに、院内助産や助産師外来の活用を進めることにより、産科医師から助産師へのタスクシフト・タスクシェアを促進します。
- ハイリスク分娩等を取り扱う周産期母子医療センター等に負担を集中させないよう、オープンシステム・セミオープンシステムの活用を進めるなど、医療機能に応じた役割分担と連携を促進します。
- 引き続き、周産期医療関係者の育成を図るとともに、助産師や看護師などの看護人材の安定的確保に努めていきます。

## 事業推進区域

○ 共通：8ブロック

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組 1	新生児死亡率（出生千対）	0.8 （令和4年）	下げる
取組 1	周産期死亡率（出産千対）	3.3 （令和4年）	下げる
取組 1 取組 2	妊産婦死亡率（出産十万対）	6.5 （令和4年）	下げる
取組 2	母体救命搬送システムにおける平均病院選定時間	13.8分 （令和4年度）	短くする
取組 3	NICU・GCU長期入院児数（90日以上）	77人 （令和4年）	減らす
取組 3	在宅移行支援病床を設置する周産期母子医療センター等数	15施設 （うち、周産期母子医療センター12施設） （令和4年度）	増やす （目標数：全ての周産期母子医療センターに設置）
取組 3	レスパイト病床を設置する周産期母子医療センター・指定二次救急医療機関（小児科）数	21施設 （令和4年度）	増やす
取組 6	オープンシステム・セミオープンシステムの基幹病院となっている周産期母子医療センター数	18施設 （令和4年度）	増やす
取組 6	院内助産・助産師外来を行っている周産期母子医療センター数	院内助産 14施設 助産師外来 23施設 （令和4年度）	増やす

## 都民に対する情報提供と普及啓発

### 1 都民への情報提供

- 今後も引き続き、周産期母子医療センター等の整備状況や東京都母体救命搬送システムなど、都が整備を進める、妊娠、出産から新生児に至る高度専門的な医療を効果的に提供する総合的な周産期医療体制について、都ホームページなどにおいて情報提供を行っていきます。

### 2 妊婦健康診査

- インターネット広告等を実施するとともに、区市町村や医療機関、大学等でリーフレットを配布することにより、妊婦健康診査の重要性を啓発し、受診を促進します。併せて、妊娠・出産に関する相談窓口の周知も図ります。

### 3 相談・支援体制

- 「妊娠相談ほっとライン」による相談対応等を着実にを行い、相談内容によっては、適切な関係機関を紹介するなどして継続的な支援につなげていきます。
- とうきょうママパパ応援事業（平成27年度にゆりかご・とうきょう事業として開始）及び東京都出産・子育て応援事業により、全ての妊婦を対象に専門職が面接を行い、心身の状態や家庭の状況を把握し、産後間もない産婦の健康診査や退院後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行う産後ケアなど、各家庭のニーズに応じた支援を行うとともに、育児用品や子育て支援サービス等の提供を一体的に実施することで、区市町村と連携して妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援体制を整備します。また、産後うつのハイリスク者への支援が適切に行われるよう、区市町村における精神科医療機関を含めた地域の関係機関との連携体制の構築を推進します。《再掲》
- 特定妊婦<sup>20</sup>については、医療機関・保健機関・福祉機関（福祉事務所、子供家庭支援センター、児童相談所、女性相談センター）等が連携して特定妊婦を支援できるよう、相談窓口を周知します。

<sup>20</sup>特定妊婦：出産後の養育について、出産前の支援が特に必要な妊婦のこと。

# 東京都周産期母子医療センター及び周産期連携病院の現況

令和5年12月1日

## ■ 周産期母子医療センター

単位：床

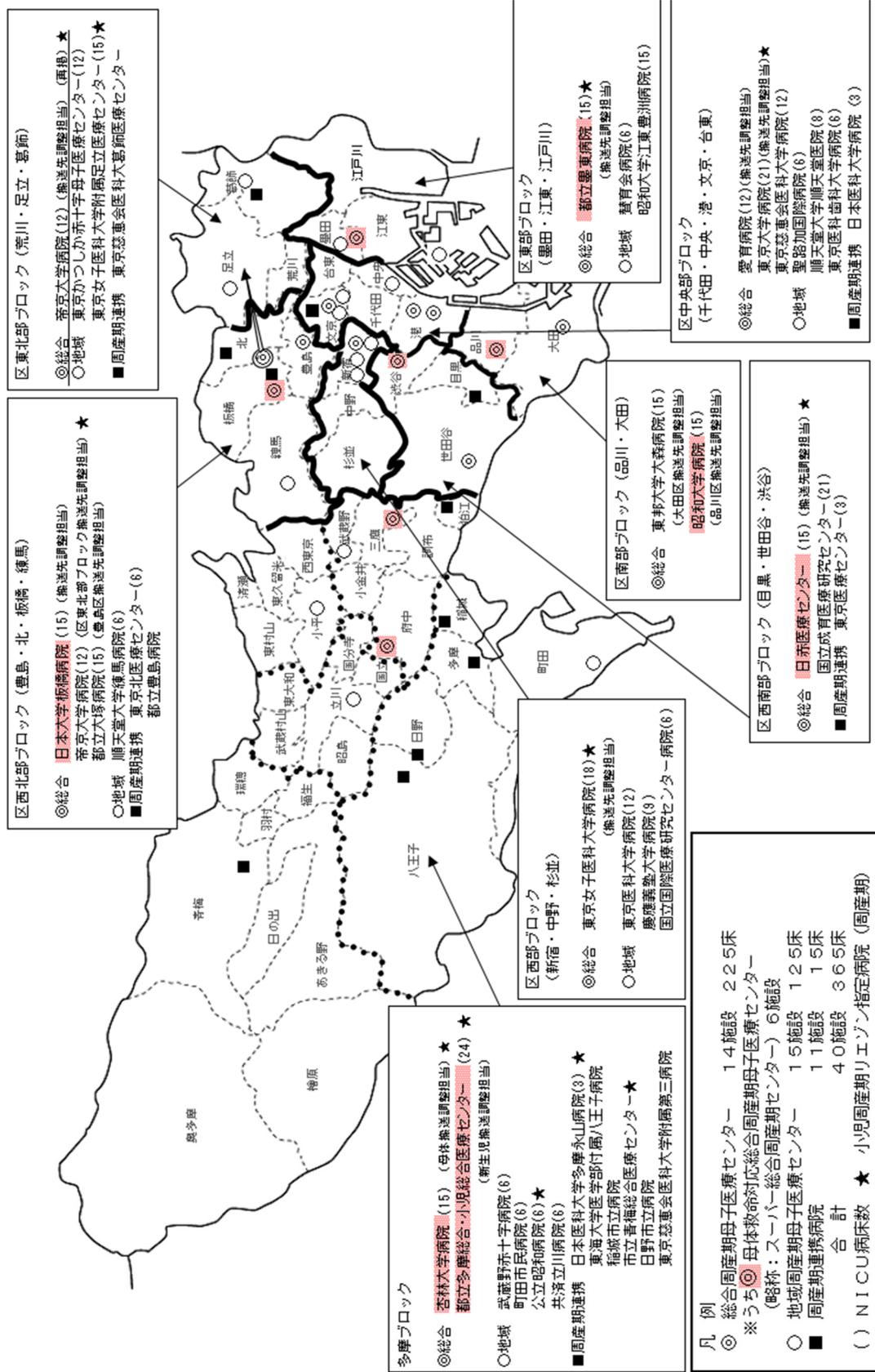
区分	施設名	所在地	NICU	M-FICU	指定・認定年 月	
区部	総合	愛育病院	港区	12	9	H11年 4月
		東京慈恵会医科大学附属病院	港区	12	6	R2年 12月
		東京大学医学部附属病院	文京区	21	9	H23年 4月
		昭和大学病院	品川区	15	9	H15年 4月
		東邦大学医療センター大森病院	大田区	15	9	H9年10月
		日本赤十字社医療センター	渋谷区	15	6	H13年11月
		国立成育医療研究センター	世田谷区	21	6	H24年 8月
		東京女子医科大学病院	新宿区	18	9	H9年10月
		都立大塚病院	豊島区	15	9	H21年10月
		帝京大学医学部附属病院	板橋区	12	10	H10年 4月
		日本大学医学部附属板橋病院	板橋区	15	9	H14年 4月
		都立墨東病院	墨田区	15	9	H11年 6月
	総合周産期母子医療センター区部計(12施設)			186	100	
	地域	聖路加国際病院	中央区	6	—	H12年 4月
		順天堂大学医学部附属順天堂医院	文京区	8	4	H9年10月
		東京医科歯科大学病院	文京区	6	—	H27年 4月
		東京医科大学病院	新宿区	12	6	H9年10月
		慶應義塾大学病院	新宿区	9	6	H16年 6月
		国立国際医療研究センター病院	新宿区	6	—	H22年10月
		順天堂大学医学部附属練馬病院	練馬区	6	—	R4年 4月
		東京女子医科大学附属足立医療センター	足立区	15	6	H16年 9月
		東京かつしか赤十字母子医療センター	葛飾区	12	3	H9年10月
		賛育会病院	墨田区	6	—	H9年10月
昭和大学江東豊洲病院		江東区	15	—	R2年 5月	
地域周産期母子医療センター区部計(11施設)			101	25		
区部計(23施設)			287	125		
多摩	総合	杏林大学医学部付属病院	三鷹市	15	12	H9年10月
		都立多摩総合医療センター・小児総合医療センター	府中市	24	9	H22年 4月
	総合周産期母子医療センター多摩計(2施設)			39	21	
	地域	町田市民病院	町田市	6	—	H21年 2月
		国家公務員共済組合連合会 立川病院	立川市	6	—	H27年 4月
		武蔵野赤十字病院	武蔵野市	6	—	H18年 4月
		公立昭和病院	小平市	6	3	H25年 4月
地域周産期母子医療センター多摩計(4施設)			24	3		
多摩計(6施設)			63	24		
合計(29施設)			350	149		

(注) 病床数(NICU及びM-FICU)は認定病床数である。

## ■ 周産期連携病院

区分	施設名	所在地	NICU	M-FICU	指定年月
区部	日本医科大学付属病院	文京区	3	—	H21年 3月
	独立行政法人国立病院機構東京医療センター	目黒区	3	—	H21年 3月
	東京北医療センター	北区	6	—	H21年 3月
	都立豊島病院	板橋区	—	—	H22年10月
	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター	葛飾区	—	—	H21年 4月
周産期連携病院 区部計(5施設)			12	0	
多摩	市立青梅総合医療センター	青梅市	—	—	H22年 4月
	日本医科大学多摩永山病院	多摩市	3	—	H21年 3月
	東海大学医学部付属八王子病院	八王子市	—	—	H31年 4月
	稲城市立病院	稲城市	—	—	H30年 4月
	日野市立病院	日野市	—	—	H30年10月
	東京慈恵会医科大学附属第三病院	狛江市	—	—	H25年 1月
周産期連携病院 多摩計(6施設)			3	0	
合計(11施設)			15	0	
計(40施設)			365	149	

東京都周産期母子医療センター及び周産期連携病院の配置図（令和5年12月1日）



総合周産期母子医療センターにおける救命救急センターの設置状況及び精神科の有無  
(令和5年12月1日現在)

施設名		所在地	救命救急センター 又は同等の機能	精神科
総合周産期母子医療センター	愛育病院	港区	× <sup>※1</sup>	× <sup>※2</sup>
	東京慈恵会医科大学附属病院	港区	○	○
	東京大学医学部附属病院	文京区	○	○
	昭和大学病院	品川区	○	○
	東邦大学医療センター大森病院	大田区	○	○
	日本赤十字社医療センター	渋谷区	○	○
	国立成育医療研究センター	世田谷区	× <sup>※1</sup>	○ <sup>※3</sup>
	東京女子医科大学病院	新宿区	○	○
	都立大塚病院	豊島区	○	○
	帝京大学医学部附属病院	板橋区	○	○
	日本大学医学部附属板橋病院	板橋区	○	○
	都立墨東病院	墨田区	○	○
	杏林大学医学部附属病院	三鷹市	○	○
	都立多摩総合医療センター・小児総合医療センター	府中市	○	○
合計 ( 14 施設 )				

※1 救命救急センター又は同等の機能を有していない施設

施設名	当該施設で対応不可能な疾患	協力医療機関
愛育病院	産科合併症以外の母体及び新生児疾患	・東京大学医学部附属病院 ・昭和大学病院 ・東京慈恵会医科大学附属病院
国立成育医療研究センター	産科合併症以外の母体	・独立行政法人国立病院機構 東京医療センター

※2 精神科を有していない施設

施設名	協力医療機関
愛育病院	・東京大学医学部附属病院 ・東京慈恵会医科大学附属病院 ・国家公務員共済組合連合会 虎の門病院

※3 診療対象は基本的に子ども又はその保護者だが、自院かかりつけの妊産婦にも対応

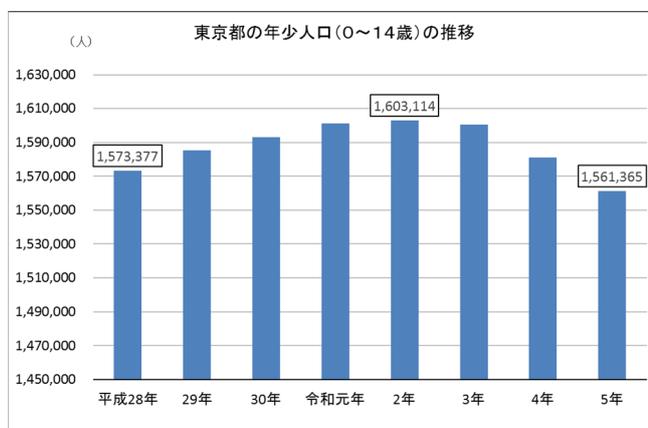
## 1.1 小児医療

- 小児患者が、その症状に応じた適切な医療を迅速に受けられるよう、小児救急医療体制の充実を図ります。
- こども救命センターと地域の関係機関との連携を促進するなど、迅速かつ適切な救命処置から円滑な転退院まで、患者・家族を支援します。
- 地域の小児医療を担う人材の育成や、小児等在宅医療の提供体制の整備により、地域の小児医療体制を確保します。
- 子供の健康を守るため、健康に関する相談支援事業や、医療機関情報の提供・子供の事故防止に関する普及啓発事業を推進します。

### 現 状

#### 1 年少人口の状況

- 都の年少（0～14歳）人口は、平成28年度以降で見ると、令和2年の約160万人をピークに減少しており、将来推計<sup>1</sup>では、2065年（令和47年）に約121万人になると予測されています。

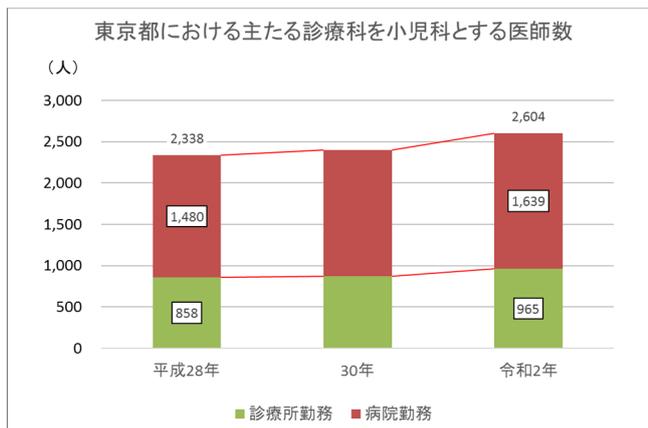


資料：東京都総務局「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」

#### 2 小児医療資源の状況

##### （小児科医師）

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」によると、令和2年の都の小児科医師数（主たる診療科を小児科とする医師）は、2,604人です。これは、平成28年の同じ調査における2,338人と比較して266人、約11%の増となっています。



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

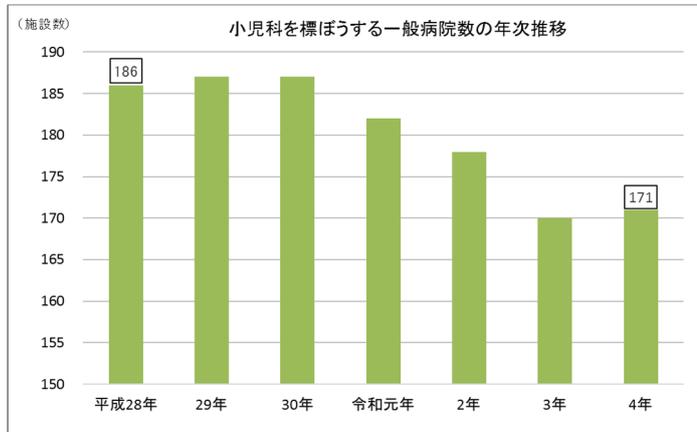
- 令和2年の小児科医師2,604人のうち、病院に勤務する医師は1,639人、診療所に勤務する医師は965人です。平成28年の同じ調査では、病院に勤務する小児科医師は1,480人、診療所に勤務する小児科医師858人であり、病院・診療所に勤務する医師ともに増加しています。

<sup>1</sup> 将来集計：東京都政策企画局「『未来の東京』戦略 version up 2023 附属資料 東京の将来人口（令和5年1月）」

- 令和2年の小児科医師を年代別で見ると、30代及び40代前半の医師が多く、男女比は男性55%、女性45%です。全国では男性64%、女性36%であり、全国と比較すると都は女性医師の割合が高い状況です。

**(小児科を標榜する病院)**

- 厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」によると、令和4年の都の小児科を標榜する病院数は171施設です。これは、平成28年の同じ調査における186施設と比較して15施設減少しています。

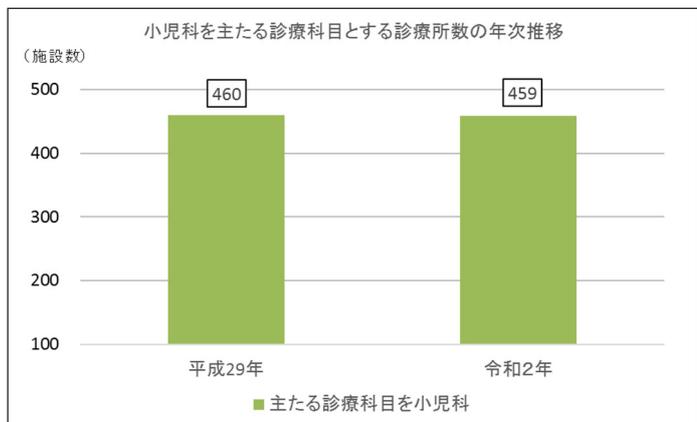


資料：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」

- 病院に勤務する小児科医師数は増加している一方で、小児科を標榜する病院数は減少しており、病院の小児科では集約化の傾向が見られます。

**(小児科を標榜する診療所)**

- 令和2年の都の小児科を主たる診療科目とする診療所は459施設です。平成29年の同じ調査における460施設と比較しほぼ横ばいです。



資料：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」

### 3 小児の死亡率及び死因

#### (死亡率)

- 都の乳児死亡率（0歳）については、おおむね全国平均を下回っています。

#### 【乳児死亡率（0歳）の推移】

（出生千対）

	平成29年	30年	令和元年	2年	3年	4年
東京都	1.6	1.7	1.4	1.4	1.7	1.6
全国	1.9	1.9	1.9	1.8	1.7	1.8

資料：厚生労働省「人口動態統計」

- 都の幼児死亡率（1～4歳）については、平成30年以降、全国平均を下回っています。

#### 【幼児死亡率（1～4歳）の推移】

（人口十萬対）

	平成29年	30年	令和元年	2年	3年	4年
東京都	17.9	15.5	13.9	12.6	10.8	14.2
全国	17.8	16.8	17.5	12.8	13.8	14.6

資料：厚生労働省「人口動態統計」

東京都保健医療局「人口動態統計」

東京都総務局「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」

- 都の児童死亡率（5～9歳）については、平成30年以降、全国平均を下回っています。

#### 【児童死亡率（5～9歳）の推移】

（人口十萬対）

	平成28年	29年	30年	令和元年	2年	3年
東京都	8.7	8.0	6.4	7.0	5.6	4.6
全国	7.5	6.8	7.1	7.5	6.1	6.7

資料：厚生労働省「人口動態統計」

東京都保健医療局「人口動態統計」

- 都の児童死亡率（10～14歳）については、平成30年以降、全国平均を上回っています。

#### 【児童死亡率（10～14歳）の推移】

（人口十萬対）

	平成28年	29年	30年	令和元年	2年	3年
東京都	7.2	7.1	9.1	8.4	9.4	10.4
全国	8.1	8.1	8.7	8	8	8.3

資料：厚生労働省「人口動態統計」

東京都保健医療局「人口動態統計」

## (死亡の主な原因)

- 令和3年の都の乳児及び幼児死亡の主な原因は「先天奇形、変形及び染色体異常」、児童（5～9歳）死亡の主な原因は「悪性新生物」、児童（10～14歳）死亡の主な原因は「自殺」となっています。

### 【小児の死因の状況（令和3年）】

	死亡数	第1位		第2位		第3位	
		死因	死亡数(割合)	死因	死亡数(割合)	死因	死亡数(割合)
乳児(0歳)	160	先天奇形、変形及び染色体異常	58(36.3)	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害	25(15.6)	胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害	7(4.4)
幼児(1～4歳)	45	先天奇形、変形及び染色体異常	12(26.7)	悪性新生物〈腫瘍〉	4(8.9)	周産期に発生した病態	3(6.7)
児童(5～9歳)	24	悪性新生物〈腫瘍〉	6(25.0)	先天奇形、変形及び染色体異常	3(12.5)	心疾患(高血圧性を除く)	2(8.3)
児童(10～14歳)	53	自殺	13(24.5)	悪性新生物〈腫瘍〉	11(20.8)	脳血管疾患	4(7.5)

資料：東京都保健医療局「人口動態統計（令和3年）」

## これまでの取組

### 1 小児救急医療体制の確保

#### (小児三次救急医療体制)

こども救命センターの運営

- 小児の重症症例等で、他の医療機関では救命治療が困難な小児患者の受入要請があった場合に、患者を必ず受け入れ、小児集中治療室（PICU）等での救命治療・専門医療体制を備えたこども救命センターを4病院指定し、迅速かつ適切に救命処置を受けられる体制を確保しています。
- こども救命センターを地域の中核病院と位置付け、地域医療の連携拠点として医療機関の連携調整等を行うとともに、小児臨床教育の拠点として地域研修会を開催するなど、小児医療の連携ネットワークを構築しています。
- また、円滑な転院・退院を支援する退院支援コーディネーターを、こども救命センター全4病院に配置しています。
- こども救命センターの受入患者数は、令和4年度は724人となっています。

## 【こども救命センター受入患者実績】

(単位：人)

区分	平成 29年度	30年度	令和 元年度	2年度	3年度	4年度
受入患者数	660	693	707	512	605	724

## (小児二次救急医療体制)

- 二次救急医療体制としては、休日・全夜間診療事業（小児科）に参画する都内 54 病院において、緊急入院のための病床を 79 床確保しています（令和 5 年 10 月現在）。

休日・全夜間診療事業（小児科）における取扱患者数は、令和 4 年度は約 13 万 7 千人となっています。

## 【休日・全夜間診療事業（小児科）年度別取扱患者実績】

(単位：人)

区分	平成 29年度	30年度	令和 元年度	2年度	3年度	4年度
取扱患者数	219,325	208,975	193,578	78,151	116,510	137,390
入院患者数	17,930	17,838	17,742	8,691	11,791	13,187

## (小児初期救急医療体制)

- 平日夜間に小児科医師が初期救急診療を行う「小児初期救急診療事業」を実施する区市町村は 41 区市町村であり、共同実施を含め 34 施設で実施しています（令和 5 年 4 月現在）。

令和 4 年度における取扱患者数は約 1 万 6 千人です。

## 【小児初期救急平日夜間診療事業実績】

(単位：実施区市町村数、人)

区分	平成 29年度	30年度	令和 元年度	2年度	3年度	4年度
実施区市町村数	40	40	42	41	38	41
取扱患者数	33,235	32,757	27,832	8,716	13,711	15,924

## 2 小児外傷患者の受入状況

- 東京消防庁管内救急搬送数（0～14 歳）のうち、整形外科選定事案（選定科目に「整形外科」を含むもの）の件数は減少傾向にありますが、そのうち選定回数が 6 回以上の事案は、令和元年以降、増加しています。

## 【東京消防庁管内救急搬送数（0～14 歳）のうち、整形外科選定事案件数】

区分	平成 29年	30年	令和 元年	2年	3年	4年
整形外科選定事案	5,795	5,388	5,000	3,954	4,112	3,804
うち選定回数 6 回以上	53	46	64	76	118	269

### 3 小児医療に関する普及啓発・相談事業の推進

- 子供の健康に関する不安を解消し、救急医療機関にかかる前の段階での安心を確保するため、平日夜間及び休日の電話相談「子供の健康相談室」（小児救急相談＃8000）を実施しています。
- 急な病気やけがをした際に、救急車を呼ぶべきか、今すぐ病院に行くべきか迷ったときに、緊急受診の要否や適応する診療科目、診察可能な医療機関等を相談者に24時間電話でアドバイスを行う「東京消防庁救急相談センター」（＃7119）を平成19年6月から運用開始し、都民の不安を解消するとともに、救急車の適時・適切な利用を促進させることを目指しています。《再掲》
- また、平成24年には、自ら症状の緊急性を判断できる「東京版救急受診ガイド」を作成し、緊急性のアドバイスが得られるサービスを提供しています。《再掲》
- 子供の病気や事故防止に関する基礎的知識等の情報提供など普及啓発事業を行う区市町村を支援しています。

### 4 災害時における小児救急医療体制の整備

- 都は、震災等の大規模な災害が発生した場合等において、小児・周産期に係る医療救護活動に必要な情報を集約一元化し、迅速かつ的確に医療救護活動を行うことができるよう、災害医療コーディネーターと連携しながら、医療ニーズに応じた搬送調整、人的支援等の調整等を行う災害時小児周産期リエゾンを任命しています。《再掲》
- 災害時等において円滑に活動ができるよう、都及び区市町村の合同総合防災訓練や二次保健医療圏ごとの災害医療図上訓練、地域災害医療連携会議等に災害時小児周産期リエゾンも参画し、災害医療関係者との連携強化を図っています。《再掲》
- また、都では、安定的な災害時小児周産期リエゾンの確保を目的として、国の実施する災害時小児周産期リエゾン養成研修に加えて、都独自の養成研修を実施するとともに、災害時小児周産期リエゾンが養成研修で得た知識の定着とスキルアップを図るためのフォローアップ研修等を行っています。《再掲》

## 5 新型コロナ発生時の小児医療体制の確保

- 新型コロナ発生時には、小児患者の受入れを円滑に行うため、都と医療機関との間で情報を共有するシステムに入力された小児患者の重症度別の受入可能病床数や受入条件を、都が行う入院調整に活用しました。
- 休日に新型コロナの陽性又は疑いがある小児患者に診療等を行う外来対応医療機関を支援し、休日の小児診療体制を確保しました。

## 6 小児医療を担う人材の確保

- 小児医療に従事する意思を有する医学生に奨学金を貸与し、医師の確保に取り組んでいます。奨学金を借りた人が医師免許取得後、地域で中核的な役割を担う医療機関に一定期間勤務することで、安定した小児医療体制の確保を図っています。
- 病院勤務医師の離職防止と定着を図るため、交代制勤務等新たな勤務形態の導入や女性医師等の再就業支援研修の実施、チーム医療の推進など、勤務医の就労環境を改善する取組を支援しています。
- 地域の診療所の開業医等を対象とした小児救急医療に関する臨床研修を実施し、都内の小児救急医療の人材確保を図っています。

## 7 地域における小児医療体制の確保

### (小児がん対策)

- 都内では、国により指定された2か所の小児がん拠点病院と都が独自に認定した13か所の東京都小児がん診療病院で東京都小児がん診療連携ネットワークを構成し、連携して医療を提供する体制を確保しています。東京都小児がん診療連携ネットワークでは、ネットワーク参画病院の医療提供体制を充実・強化するため、症例検討会や合同の勉強会等を開催しています。《再掲》
- 小児・AYA世代のがん患者は、晩期合併症などへの対応など、治療後も長期にわたる検査・診断・支援等の長期フォローアップや、がん治療の影響による生殖機能低下を考慮した生殖機能の温存に関する治療前からの情報提供などが必要です。《再掲》
- 都は、生殖機能温存療法の実施体制の充実に向け、がん治療及び生殖医療に係る専門性の高い知識を定着させるための研修会やセミナー、市民公開講座を開催する「東京都がん・生殖医療連携ネットワーク」を設置しました。《再掲》

## (がん教育)

- 学校教育について、東京都教育委員会では、公立学校の児童・生徒に対して適切にがん教育が行えるよう、文部科学省による教材や教育ガイドラインに基づいて、小学校・中学校・高等学校の発達段階に応じたリーフレットを作成・配布し、各学校での活用を促すとともに、教員の指導力向上を目的とした講演会を実施しています。

また、私立学校に対しては、がん教育が適切に実施されるよう、国の依頼に基づき、がん教育に関する資料や教材活用・外部講師活用研修会等の情報を提供しています。《再掲》

## (在宅移行・在宅療養生活への支援)

- NICU等に長期入院している小児等の円滑な在宅移行や在宅療養生活を支援するため、在宅移行支援病床の確保や、定期的な病状管理及び保護者のレスパイトケアのための病床確保を行っています。

- また、在宅移行後の地域における児の安心・安全な療養生活の実現を図るため、周産期母子医療センターやその他の病院、診療所、保健所及び区市町村等における医療・保健・福祉従事者に対して研修を実施し、入院児の円滑な在宅移行を担う人材と、移行後に必要な医療・保健・福祉サービスを担う人材の育成を図っています。

- 医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者とその家族が、地域で安心して暮らしていけるよう、地域の実情に応じた取組を行う区市町村を支援するとともに、小児等在宅医療を担う人材の確保等に取り組んでいます。《再掲》

## (重症心身障害児（者）及び医療的ケア児施策の推進)

- 医療の高度化などに伴い、地域で生活する心身に重度の障害のある重症心身障害児（者）が増えています。高い医療ニーズに応えられるよう、在宅及び地域の施設における専門的支援の充実を図ることが重要であり、訪問看護、日中活動の場、ショートステイなどのサービスの充実、相談支援体制の整備、地域医療の確保などが求められています。《再掲》

- また、重症心身障害児の定義には当てはまらない、医療的ケア児が増えています。平成28年6月の児童福祉法改正により、医療的ケア児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとされました。《再掲》

- 令和3年6月に成立した「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」を踏まえ、東京都では令和4年9月に医療的ケア児支援センターを設置しました。引き続き、医療的ケア児等に対する総合的な支援体制を構築する必要があります。《再掲》

#### (小児精神科医療)

- 都立小児総合医療センターを拠点として、「こころ」と「からだ」を密接に関連付けた総合的な医療を提供しています。《再掲》
- 発達障害児を地域で診られる体制づくりとして、講演や連絡会等を実施し医師・医療関係者との連携強化を行っています。《再掲》
- 都内医療機関への医学的支援や福祉保健関係機関への相談対応、関係者への研修、都民向けシンポジウムやホームページによる情報提供などの普及啓発を実施しています。《再掲》

#### (発達障害児(者)への支援)

- 都の支援拠点である東京都発達障害者支援センターによる専門相談や就労支援などを実施するとともに、地域における総合的な支援体制の整備を推進しています。  
東京都発達障害者支援センターでは、令和5年1月からはこども部門とおとな部門の2か所で事業を行っています。《再掲》
- 区市町村が行う発達障害児の早期発見や成人期支援の体制構築を促進するとともに、区市町村や医療機関向けに研修を実施し、支援機関に従事する専門的人材の育成を行っています。《再掲》
- 発達障害を専門的に扱う医療機関を中心としたネットワークを構築し、地域の医療機関に対して研修等を実施しています。《再掲》

## 8 児童虐待の未然防止と早期発見・早期対応

- 令和4年度に都内の児童相談所が相談を受け対応した児童虐待対応件数は、27,798件で、平成24年度の4,778件に比べ、約5.8倍に増加しています。  
また、子供家庭支援センターにおける令和4年度の児童虐待対応件数は、25,858件で、平成24年度の7,573件に比べ、約3.4倍に増加しています。《再掲》
- 令和4年度の医療機関からの虐待通告件数は368件で、平成24年度の230件に比べ、1.6倍に増加しています。《再掲》

## 課題と取組の方向性

### <課題 1> 小児救急医療体制の充実

#### (小児三次救急医療体制)

- こども救命センターの受入患者数は増加傾向にあり、搬送元である二次救急医療機関や救命救急センターとの連携、また、転退院後支援の際の受入先や地域の医療・保健・福祉機関等との更なる連携が求められます。
- こども救命センターでは重篤な救急患者を必ず受け入れ、救命治療を行っていますが、受け入れた患者が一般病床に移行した後も留まる事例が増加すると、こども救命センターの病床の確保も困難な状況となるため、引き続き、円滑な転退院に向けた取組が必要です。

#### (小児二次救急医療体制)

- 地域ごとに医療資源等の状況が異なることから、都の小児二次救急医療体制を確保するために、各地域の実情に応じた救急医療体制の構築が必要です。

#### (小児初期救急医療体制)

- 平日の夜間に診療を行う小児初期救急診療事業については、医師の確保が困難なことから、初期救急医療体制の確保・維持が困難な地域があります。

#### (取組 1) 小児救急医療体制の充実

##### 《小児三次救急医療体制》

- こども救命センターの役割の一つである「地域ブロック会議の運営」による連携ネットワークや、こども救命センターの医師や退院支援コーディネーター等で構成されるこども救命センター連絡会等を活用し、地域の医療機関との連携及び情報共有等の一層の推進を図り、こども救命センターを中心とした三次救急医療体制の強化を目指します。
- こども救命センターにおいて患者を必ず受け入れるために必要な空床を確保するため、退院支援コーディネーターによる、一般病床に移行した患者の円滑な転退院を支援するとともに、在宅移行支援病床やレスパイト病床の活用により、在宅移行支援の充実を図ります。

##### 《小児二次救急医療体制》

- 地域ごとに設置している小児救急医療地域連携会議を活用し、地域の連携体制や小児救急医療に係る検討体制を強化することにより、地域の実情に応じた小児二次救急医療体制を構築し、円滑な患者受入を促進します。

**《小児初期救急医療体制》**

- 小児初期救急医療体制を都全域で確保できるよう、区市町村を支援し、小児初期救急医療体制の拡充を図ります。

**＜課題2＞小児外傷患者の受入促進**

- 小児科が行う小児救急医療では外傷系の患者の受入れが難しいとされる一方、外科系診療科が行う救急医療では小児患者の受入れが難しいとされており、小児外傷患者の受入れに時間がかかるケースが多くなっています。

**（取組2）小児外傷患者の受入促進**

- 小児外傷患者への対応について、小児救急医療地域連携会議を活用し、地域の状況を把握の上、小児救急と外科系診療科との連携を促進することにより、患者を円滑に受け入れる体制を確保します。
- 東京都小児医療協議会において、小児外傷患者を円滑に受けられる体制を検討します。

**＜課題3＞小児医療に関する普及啓発・相談事業の推進**

- 不要不急の受診を抑制するためには、子供の病気やけがへの対応について相談できる体制の確保及び普及啓発が必要です。

**（取組3）小児医療に関する普及啓発・相談事業の推進**

- 急な子供の病気への対処など子供の健康・救急に関し、電話で相談できる「子供の健康相談室」（小児救急相談#8000）や、緊急受診の要否等についてアドバイスを行う東京消防庁救急相談センター（#7119（電話））及び東京版救急受診ガイド（WEB・冊子）の利用促進を図り、子供の急な病気やけが等に関する相談体制を確保します。
- 引き続き、住民に対して、子供の病気や事故防止に関する基礎知識等の普及啓発事業を行う区市町村を支援します。
- 医療に関する制度や基本的知識について説明する「知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ」の作成・配布や、子供の病気の基礎知識や事故防止に関する情報を提供する「東京都こども医療ガイド」及び「医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）」を通じ、都民へ適切な情報を提供します。

## ＜課題4＞災害時における小児救急医療体制の強化

- 災害時小児周産期リエゾンが、災害時等において円滑に活動ができるよう、対応力の強化を図ることが必要です。《再掲》

### （取組4）災害時における小児救急医療体制の推進

- 災害時小児周産期リエゾンを安定的に確保できるよう、引き続き養成研修を実施するとともに、研修で得た知識の定着とスキルアップを図るため、養成後のフォローアップの機会を確保していきます。《再掲》
- 都及び区市町村の合同総合防災訓練、二次保健医療圏ごとの災害医療向上訓練や地域災害医療連携会議等への参画により、効果的な連携の仕組みを継続的に検証していくとともに、災害医療コーディネーターなど災害医療関係者との連携強化を図っていきます。《再掲》

## ＜課題5＞新興感染症発生時の対応

- 新興感染症が発生した際、感染症に罹患した小児患者を迅速・確実に受け入れる体制を確保することが必要です。

### （取組5）新興感染症発生時における小児医療体制の確保

- 新型コロナ対応から得られた教訓を踏まえ、東京都小児救急医療地域連携会議において、感染症に罹患した小児の受入れについて地域内での役割分担及び情報共有の仕組み等についてあらかじめ協議し、新たな感染症の発生に備えます。

## ＜課題6＞小児医療を担う医師等の確保

- 令和6年4月から医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用され、勤務医の健康を確保するためのルール（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバルの確保など）が導入されます。小児医療を担う医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な小児医療体制を維持・確保することが必要です。

### （取組6）小児医療を担う人材の確保

- 小児初期救急医療体制の確保のため、引き続き、地域の診療所の医師を対象とした臨床研修を実施するとともに、小児救急医療全体の質の向上を図るため、救急医等に対する専門研修を実施していきます。
- 東京都地域医療医師奨学金を貸与することにより、小児科等都内の医師確保が必要な診療科等の医師を確保していきます。

- 離職した女性医師等への復職支援を含め、医師の勤務環境を改善するために医療機関が行う取組を支援します。
- こども救命センター等、地域の中核となる医療機関に負担を集中させないよう、医療機能に応じた役割分担と連携を促進します。

## ＜課題7＞地域における小児医療体制の確保

### （小児がん医療）

- 小児がんについては、「がん」と診断されるまでに時間を要している状況があるため、引き続き、医療提供体制の強化が必要です。《再掲》
- どの医療機関で長期フォローアップを受けることができるのか、小児・AYA世代のがん患者にとって分かりづらいという指摘があるため、長期フォローアップの提供体制の検討や長期フォローアップを受けることができる医療機関の情報提供が必要です。《再掲》
- 生殖機能温存治療の対象となるがん患者が、生殖医療の選択肢を知り、適切な意思決定をできる体制を整備するため、生殖医療に関する情報提供と、適切な意思決定の支援が必要です。《再掲》

### （学校におけるがん教育の推進）

- 外部講師の活用等により、学校におけるがん教育を推進します。《再掲》

### （重症心身障害児（者）施策）

- 高度な医療的ケアを必要とする重症心身障害児（者）の増加や、家族の高齢化等により、在宅での療育が難しくなる例が増えつつあります。今後、在宅で生活する重症心身障害児（者）の施設入所のニーズにも留意しつつ、在宅療育支援や通所施設等の地域生活基盤の整備を一層進め、身近な地域での生活を支援していく必要があります。《再掲》

### （医療的ケア児施策）

- 医療的ケア児が適切な支援を受けられるよう、関係機関の連携強化や、在宅生活を支えるサービスの充実に積極的に取り組む必要があります。《再掲》

### （小児精神科医療）

- 医療機関をはじめとする関係機関が、心に問題を抱える子供や発達障害児等に適切な対応を行えるよう、その特性に関する正しい理解の促進が必要です。《再掲》

- 心に問題を抱える子供に対して、都立小児総合医療センターにおける総合的な高度専門医療を提供するとともに、地域の関係機関が連携して支えていく体制の整備が必要です。《再掲》

#### (発達障害児（者）への支援)

- 発達障害児は、早期発見・早期支援を行っていくことが重要であり、これまでの取組を更に進めるため、保育・教育・福祉等関係機関の更なる連携体制の充実が必要です。《再掲》

#### (自殺対策の推進)

- 都における児童・生徒・学生の自殺者数は、近年増加傾向にあることから、「若年層の自殺防止」に重点的に取り組むことが必要です。

#### (予防のための子供の死亡検証（CDR）)

- 子供の安全を確保するため、子育て家庭における不慮の事故等を防ぐための取組が必要です。《再掲》

#### (取組7) 地域における小児医療体制の確保

##### 《小児がん医療》

- 引き続き、東京都小児・AYA世代がん診療連携協議会において症例検討会や合同の勉強会等を開催していきます。《再掲》
- 東京都小児・AYA世代がん診療連携協議会と東京都がん診療連携協議会は、相互に連携し、各医療機関における取組事例の共有も図りながら、引き続き、長期フォローアップの提供体制の検討を進めていきます。都は、各医療機関における長期フォローアップの対応可否を把握し、対応可能な医療機関について東京都がんポータルサイトを通じて情報発信を行います。《再掲》
- 都は、東京都がん・生殖医療連携ネットワークによる取組を通し、妊孕性温存に係る適切な情報提供や意思決定支援のため人材育成等を推進していきます。《再掲》

##### 《学校におけるがん教育の推進》

- 公立学校の児童・生徒を対象に、それぞれの発達段階に応じたリーフレット作成・配布するとともに、医師やがん経験者などの外部講師の活用等により、効果的ながん教育を実施します。《再掲》
- 公立学校の教員を対象とした講演会の実施等により、がん教育における指導力の向上を推進します。《再掲》

- 私立学校に対しては、がん教育が適切に実施されるよう、引き続き国の依頼に基づき、がん教育に関する資料や教材活用・外部講師活用研修会等の情報を提供します。《再掲》

#### 《重症心身障害児（者）支援》

- 重症心身障害児（者）が身近な地域で安心して生活を続けられるよう、看護師による家庭訪問など、在宅療育の支援を促進するとともに、日中活動の場やショートステイなどの地域のサービス基盤の充実を図ります。《再掲》

#### 《医療的ケア児への支援》

- 医療的ケア児の支援に係る協議会において、関係機関相互の連絡調整及び意見交換を行い、一層の連携を図ります。《再掲》
- 地域で支援に関わる関係機関職員に対し、医療的ケア児についての基本的な理解を促す研修を実施することにより、在宅で生活する医療的ケア児に対する支援体制を整備します。《再掲》
- 看護師が在宅の医療的ケア児の家庭を訪問し、早期療育支援やレスパイト支援を行うことにより、在宅支援の充実を図ります。《再掲》
- 医療的ケア児支援センターにおいて相談支援や情報提供を行うとともに、支援に関わる人材を養成します。《再掲》

#### 《小児精神科医療》

- 引き続き、都立小児総合医療センターを拠点とし、総合的な高度医療を提供するとともに、地域の関係機関が子供の心の診察や日常生活の中で、疾病や障害特性に応じた適切な対応が行えるよう、医療機関や児童福祉施設、保育・教育関係者等を対象とした各種研修等や普及啓発を実施します。《再掲》

#### 《小児等在宅医療》

- 医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者とその家族が、地域で安心して暮らしていけるよう、地域の実情に応じた取組を行う区市町村を支援するとともに、小児等在宅医療を担う人材の確保等に引き続き取り組んでいきます。《再掲》

#### 《発達障害児（者）への支援》

- 区市町村をはじめとした支援機関や医療機関の従事者に対する研修を引き続き実施するとともに、関係機関の更なる連携体制の充実を図ります。《再掲》

- 東京都発達障害者支援センターによる専門相談や就労支援、関係機関への啓発等を引き続き実施するとともに、地域における家族への支援体制を整備します。《再掲》

#### 《児童・生徒・学生をはじめとする若年層の自殺防止》

- 学校の各段階、学校や社会とのつながりの有無等、支援を必要とする若年層が置かれている状況は異なっており、自殺に追い込まれる事情も様々であることから、それぞれが置かれている状況に沿った施策を実施していきます。《再掲》

#### 《予防のための子供の死亡検証（CDR）》

- 子供の死亡事例について、福祉、保健、医療、教育等の関係機関と連携しながら、子供の死に至る情報を収集し、予防可能な要因について検証し、効果的な予防対策を提言することで、将来の子供の死亡減少につなげます。《再掲》

### ＜課題8＞児童虐待の未然防止と早期発見・早期対応

- 要支援家庭を早期に発見し、支援につなげるなど、児童虐待の未然防止、早期発見・早期対応を行う必要があります。《再掲》
- 児童虐待の対応に当たっては、保健・医療分野を含む地域の関係機関の連携強化が必要です。《再掲》

#### （取組8）児童虐待の未然防止と早期発見・早期対応

- 要保護児童対策地域協議会において、保健・医療分野の関係機関が持つ専門的知見などを活用し、要保護児童の早期発見や適切な保護に努めていきます。《再掲》
- 病院内における虐待対策委員会の充実を図るため、医療機関従事者向けの研修を実施します。《再掲》
- 虐待対応等について、医療機関や保健機関との連携を強化するため、児童相談所に医療連携専門員（保健師）を配置し、保健や医療面に関する相談や指導を行います。《再掲》
- 児童福祉法の改正に伴い、児童相談部門と母子保健部門が一体となり妊娠期から包括的な相談支援等を行う「こども家庭センター」を創設する区市町村を支援するため、予防的支援推進とうきょうモデル事業及びとうきょう子育て応援パートナー事業を実施し、虐待の未然防止に取り組む区市町村の体制強化を図ります。《再掲》

## 事業推進区域

- 小児三次救急：都内4ブロック
- 小児二次救急：二次保健医療圏（島しょを除く12医療圏）
- 小児初期救急：区市町村

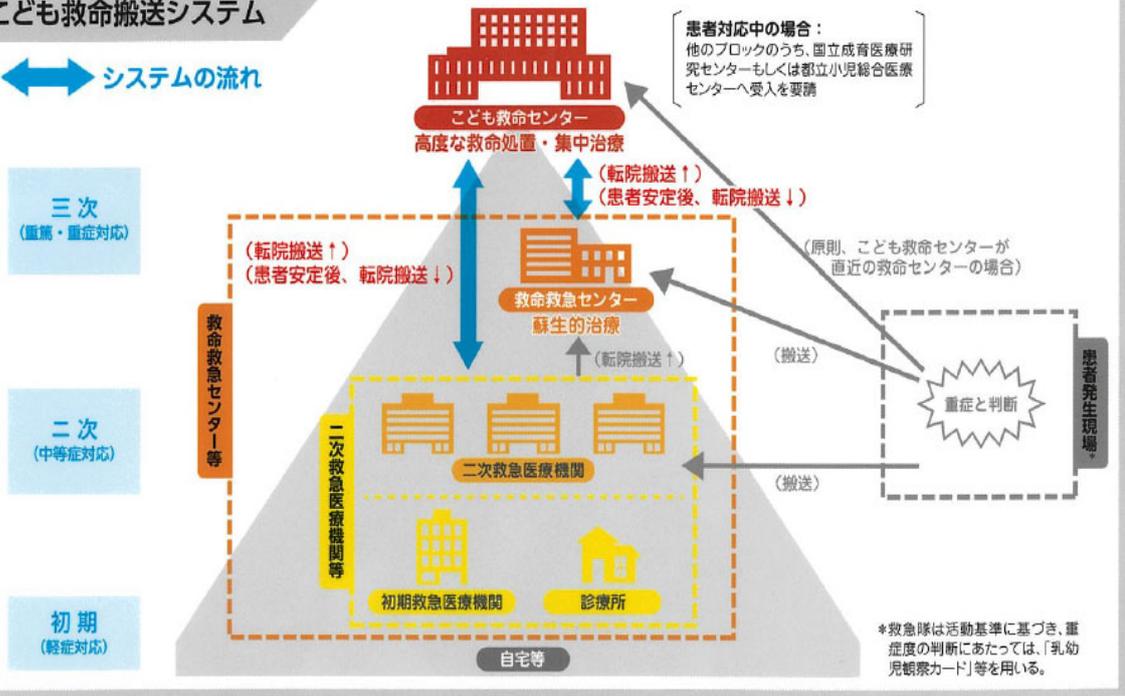
## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組1 取組3	小児救急搬送症例のうち受け入れ困難事例の件数（医療機関に受入れの照会を行った回数4回以上）	1,789件 （令和3年）	減らす
取組1	乳児死亡率（出生千対）	1.6 （令和4年）	下げる
	幼児死亡率 （1～4歳人口十萬対）	14.2 （令和4年）	下げる
	児童死亡率 （5～9歳人口十萬対）	4.6 （令和3年）	下げる
	児童死亡率 （10～14歳人口十萬対）	10.4 （令和3年）	下げる
取組2	東京消防庁管内救急搬送数（0～14歳）のうち、整形外科選定事案で選定回数6回以上の件数	269件 （令和4年）	減らす

## こども救命センターの運営

### こども救命搬送システム

システムの流れ



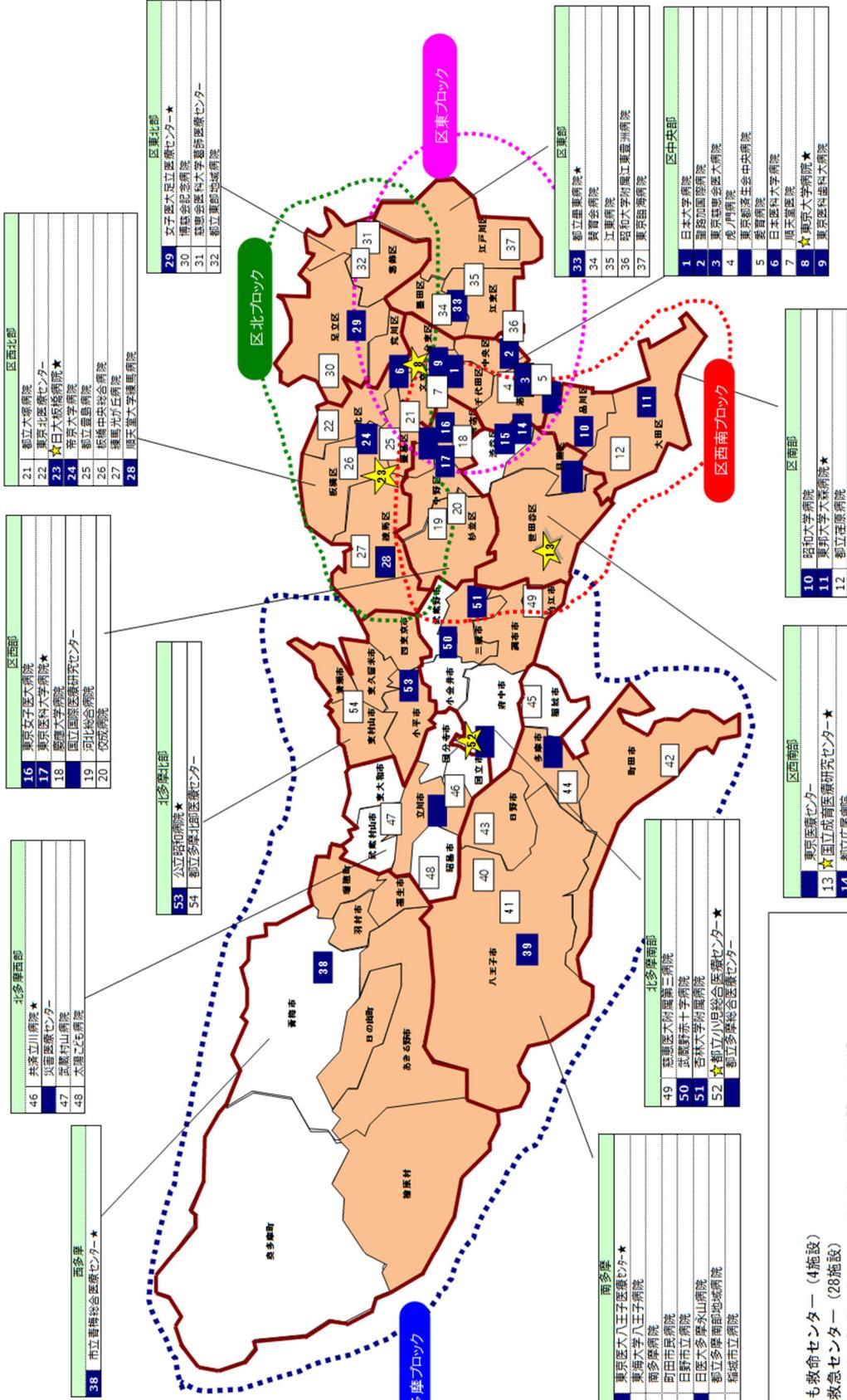
### 東京都こども救命センター指定施設 (都内4ブロックに各1施設)

- 東京大学医学部附属病院 (文京区・区東ブロック)
- 国立成育医療研究センター (世田谷区・区西南ブロック)
- 日本大学医学部附属板橋病院 (板橋区・区北ブロック)
- 都立小児総合医療センター (府中市・多摩ブロック)



# 東京都内における小児救急医療体制

(令和5年12月1日現在)



北多摩西部	
46	井荻立川病院★
47	比呂児童センター
48	京王山病院
49	京王七色病院

区西部	
16	東京女子医科大学病院
17	東京医科大学病院★
18	慶應大学病院
19	国立国際医療研究センター
20	河北総合病院
21	佼成病院

区西北部	
21	国立大塚病院
22	東京北塚病院
23	★白大橋病院★
24	帝京大学病院
25	国立豊島病院
26	板橋中央総合病院
27	浦里北台病院
28	明天堂大学鎌倉病院

区東北部	
29	女子医科大学立医療センター★
30	海城総合病院
31	慈恵医科科学大学豊田医療センター
32	都立東区中央病院

北多摩北部	
53	小立昭和病院★
54	都立多摩北部医療センター

北多摩南部	
49	慈恵医大附属第二病院
50	聖隷野洲十号病院
51	杏林大学附属病院
52	★都立小児総合医療センター★
53	都立多摩南部医療センター

南多摩	
39	東京医大八王子医療センター★
40	東海大学八王子病院
41	南多摩病院
42	町田市医師会
43	日野市立病院
44	日医八多摩山病院
45	都立多摩南部地域病院
46	稲城市立病院

区南部	
10	昭和大学病院
11	東邦大学大森病院★
12	都立産科病院

区西南部	
13	★国立成育医療研究センター★
14	都立広尾病院
15	日赤医療センター

区東部	
33	都立墨堤病院★
34	賛会病院
35	江東病院
36	昭和大学附属江東豊洲病院
37	東京臨海病院

区中央部	
1	日本大学病院
2	運動広域病院
3	東京聖隷総合医療センター
4	虎ノ門病院
5	東京経済生会中成病院
6	本医科大学病院
7	順天聖徳病院
8	★東京大学病院★
9	東京医科歯科大学病院

**[凡例]**  
 ★ こども救命センター (4施設)  
 救命救急センター (28施設)  
 休日・全夜間診療事業 (小児科) 参画医療機関 (54施設)  
 小児初期救急平日夜間診療事業実施区市町村 (22区16市2町1村)  
 ★ 小児周産期リエゾン指定病院 (小児)

## 12 在宅療養

- 誰もが、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、区市町村を実施主体とした、在宅医療と介護を一体的に提供する取組を推進します。
- 入院患者が円滑に在宅療養生活に移行できるよう、入院時（前）から、病院、地域の保健・医療・福祉関係者と連携した意思決定支援を含む入退院支援の取組を一層進めていきます。
- 今後の在宅医療の需要増加と医療ニーズの多様化を踏まえ、区市町村、関係団体等と連携しながら、在宅療養に関わる人材の確保・育成に向けた取組を進めていきます。
- 在宅療養に関する都民の理解をより一層深めるため、区市町村、関係団体等と連携しながら、効果的な普及啓発に取り組んでいきます。

### 現 状

#### 1 社会状況

- 令和2年の国勢調査によると、都の高齢者人口（65歳以上）は約319万人で、総人口に占める割合（高齢化率）は22.7%となっています。
- 今後も、高齢者人口は増加が続き、令和17年には約354万人（高齢化率は25.0%）、令和32年には約398万人（高齢化率は29.4%）とピークを迎え、都民の約3人に1人が高齢者になると見込まれています。
- また、令和2年の都における一般世帯総数は約722万世帯で、そのうち世帯主が65歳以上で夫婦のみの世帯は約59万世帯（総世帯に占める割合は8.2%）、世帯主が65歳以上の単独世帯（以下「高齢者単独世帯」という。）は約92万世帯（総世帯に占める割合は12.7%）となっています。
- 今後、都における高齢者世帯は増加傾向が続く予測となっており、とりわけ、一般世帯に占める高齢者単独世帯の割合が大幅に増えると予測されています。
- 「保健医療に関する世論調査（令和5年2月）」（東京都政策企画局）では、都民の34.0%が長期の療養が必要になった場合、自宅で療養を続けたいと思っています。しかし、そのうち58.1%が実現は難しいという回答でした。その理由としては、「家族に負担をかけるから」「急に病状が変わったときの対応が不安だから」等が挙げられています。

○ 「令和2年度高齢者の生活実態（令和3年10月）」（東京都福祉保健局）では、34.4%が自宅で最期を迎えたいと思っています。

しかし、「令和4年人口動態調査（東京都分）」（厚生労働省）では、都民の死亡場所の内訳は、病院が58.5%、自宅が24.3%となっています。

○ また、自身の人生の最終段階で受きたい医療について、家族や医療関係者等と話し合っている方の割合は、「令和2年度高齢者の生活実態（令和3年10月）」（東京都福祉保健局）では、詳しく話し合っているが1.6%、一応話し合っているが20.7%と、約2割にとどまっています。

○ 令和11年の在宅医療等の必要量のうち、訪問診療を利用する患者の高齢化の影響による増加見込みを踏まえた訪問診療分は159,001人/日<sup>1</sup>と推計しています。

○ また、病床の機能分化及び連携の推進に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量（下図参照）における訪問診療の必要量については、令和5年度に再推計したところ、539人/日の需要が見込まれています。

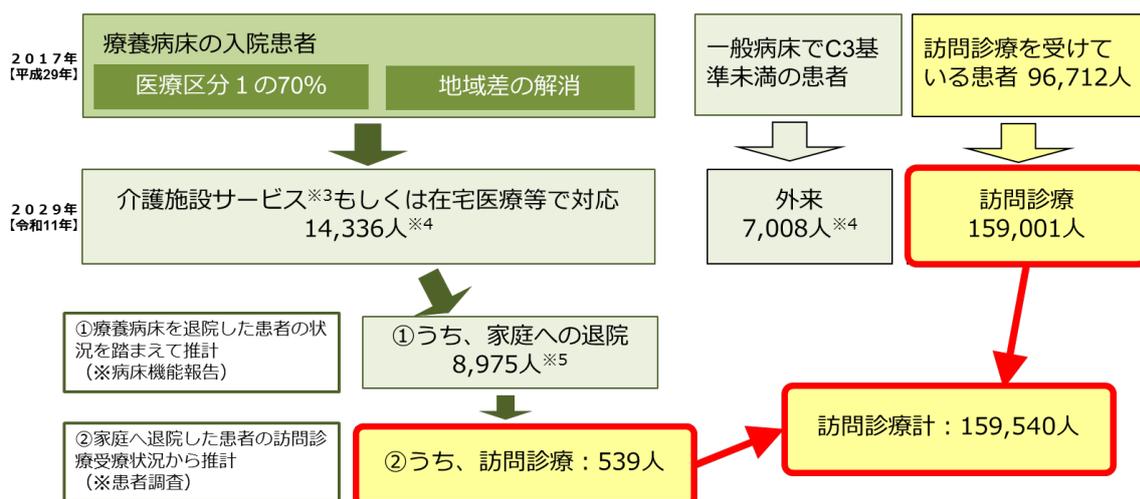
○ この結果、令和11年の東京都全体の訪問診療の必要量は、159,540人/日と推計されます。

療養病床の入院患者のうち医療区分<sup>※1</sup> I の70%、地域差解消分の患者数<sup>※2</sup>及び一般病床の入院患者のうち医療資源投入量が175点未満（C3基準未満）の患者数を、療養病床、一般病床ではなく介護医療院、介護施設、訪問診療、外来医療の需要として見込んだ必要数

※1 療養病床で算定する診療報酬である「療養病床入院基本料」において、入院患者をその病状により3段階に分類するもの。

医療区分 I が最も病状が軽い

※2 療養病床の入院受療率の地域差を小さくさせることを見込む



※3 介護施設サービスとは、介護医療院、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）をいう。

※4 地域医療構想は2025（令和7）年までの取組を基本としているため、以降2029（令和11）年までは同数を見込む。

※5 国が示した推計方法に基づく機械的な試算である。

<sup>1</sup> 平成25年訪問診療実績を引き延ばした推計数

## 2 社会資源

都内において、在宅療養を必要とする患者を支える社会資源の数は、以下の表のとおりとなっています。

施設種別	箇所数
在宅療養支援診療所	1,667 所
在宅療養支援病院	166 所
訪問診療を実施する診療所	2,481 所
訪問診療を実施する病院	
退院支援担当者配置診療所	19 所
退院支援担当者配置病院	309 所
訪問看護ステーション	1,598 事業所
在宅療養支援歯科診療所	699 所
地域包括支援センター	457 所
通所リハビリテーション	65 事業所
訪問リハビリテーション	145 事業所
居宅介護支援事業所	3,350 事業所
介護老人保健施設	205 施設
訪問薬剤指導実施薬局	6,015 施設

資料：厚生労働省関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」（令和5年9月）  
（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養歯科診療所、訪問薬剤指導実施薬局）  
厚生労働省データブック（令和4年度版）  
（訪問診療を実施する診療所、病院）  
厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）  
（退院支援担当者配置診療所、退院支援担当者配置病院）  
福祉局高齢者施策推進部調べ（令和5年4月時点）  
（訪問看護ステーション、地域包括支援センター、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設）

## これまでの取組

### 1 地域包括ケアシステムにおける在宅療養体制の構築

- 在宅療養とは、住み慣れた自宅等で、医療と介護（訪問診療、訪問看護、訪問薬剤管理指導、訪問介護等）を受けながら、療養生活を送ることです。
- 平成26年の介護保険法（平成9年法律第123号）改正により、介護保険法に基づく地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられました。「在宅医療・介護連携推進事業」は区市町村が主体となって取り組むこととされ、平成30年4月からは、全ての区市町村において実施されています。
- 令和2年9月には、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう「在宅医療・介護連携推進事業」の見直しが行われました。
- 都は、区市町村の主体的な取組を基盤に、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員等、在宅療養に関わる多職種が緊密に連携した地域における在宅療養体制の確保に取り組んできました。
- 具体的には、医療・介護に係る関係者や行政、住民代表等による「在宅療養推進協議会」の設置、在宅療養に関する相談対応や医療・介護連携に関する調整等を行う「在宅療養支援窓口」の設置、デジタル技術を活用した情報共有や多職種連携、地域の病院や診療所における「在宅療養後方支援病床」の確保などに取り組む区市町村を支援しています。
- 区市町村が実施する既存の在宅療養推進の取組に加え、地区医師会を主体とした、地域における24時間診療体制の構築を推進する取組を支援することで、更なる在宅医療の推進を図っています。
- 地域の医療・介護関係者のデジタル技術を用いた情報共有の充実を図るため、「東京都多職種連携ポータルサイト」(\*)の活用により、在宅療養患者の病状変化時の入院等における地域の医療・介護関係者と病院の連携や、病院間の広域的な連携等を促進しています。

(\*)「東京都多職種連携ポータルサイト」

患者によって利用されている情報共有システムが異なっている場合でも、円滑に各システムの患者情報へアクセスできる「①多職種連携タイムライン」や、病院間で転院予定患者の受入れマッチングを行う「②転院支援システム」等の機能を持った、医療・介護関係者向けのポータルサイト。

○ また、在宅療養に関する地域の現状・課題や、今後の取組について意見交換を行うため、二次保健医療圏ごとに東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループを設置しています。

○ 在宅療養の取組を広げていくため、区市町村や地区医師会との連絡会等を開催し、各区市町村等の取組状況を把握するとともに、先行事例や好事例の取組等の情報を発信しています。

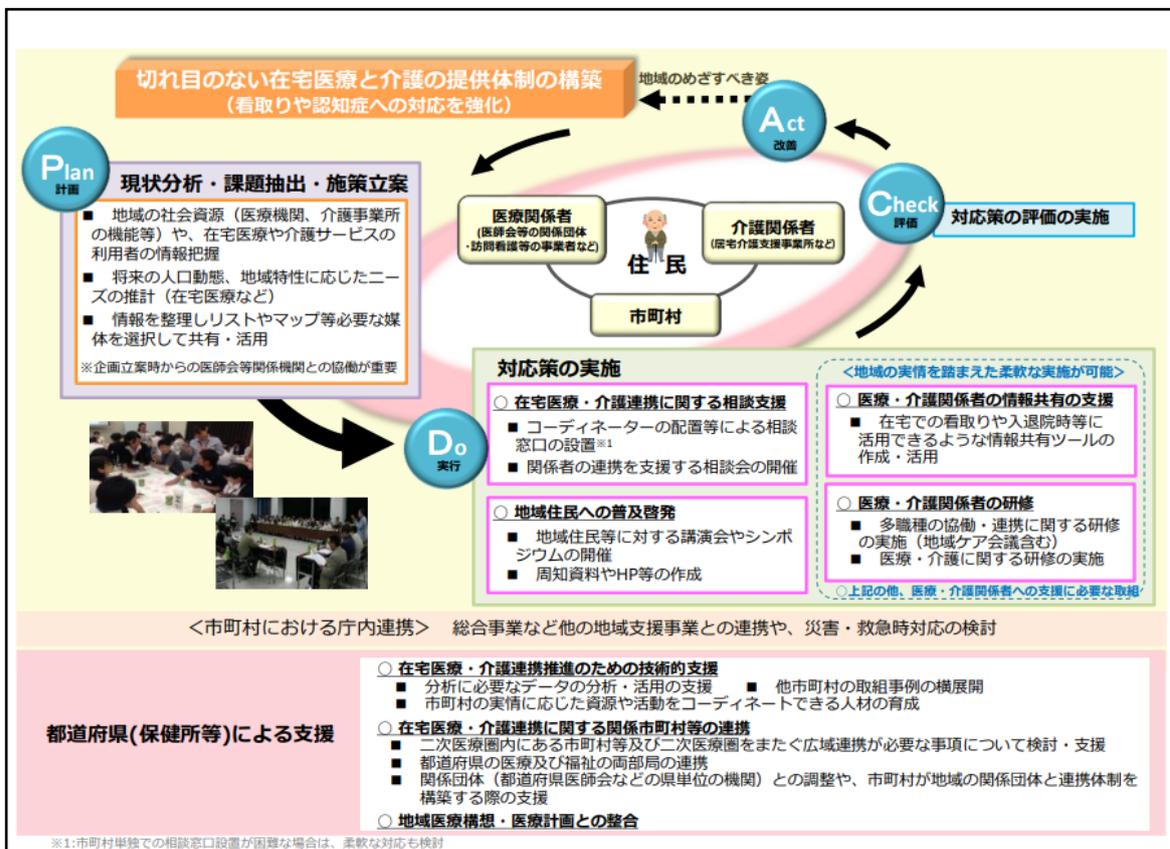
※ 在宅医療・介護連携推進事業について

在宅医療・介護連携推進事業は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿（地域の理想像）を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進するために、区市町村が実施主体となって地域の実情に応じて様々な取組を実施するものです。

「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容について

地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組が行われるよう、令和2年9月に事業構成の見直しが行われました。

令和3年度からの在宅医療・介護連携推進事業の取組内容は、以下のとおりです。



資料：厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」(令和2年9月)

## 2 在宅療養生活への円滑な移行の促進

- 平成26年3月に、退院後に向けて入院早期から取り組むべき事項を段階ごとに記載した「東京都退院支援マニュアル」を作成しました（平成28年3月改定）。
- 入院医療機関における入退院支援の取組を推進し、入院時（前）から退院後の在宅療養生活を見据え、地域の在宅療養患者を支えるスタッフとも連携した退院支援に取り組む人材の育成や、人材確保に係る人件費の支援を行っています。

## 3 在宅療養に関わる人材確保・育成

- 地域で在宅療養推進の中心的な役割を担う「在宅療養地域リーダー」を養成し、養成したリーダーを中心として多職種連携の強化を図るとともに、病院スタッフと診療所、訪問看護ステーションのスタッフが相互理解を促進する研修等を実施しています。
- また、地域における在宅療養に関する相談対応や医療・介護連携に関する調整等を行う在宅療養支援窓口の取組を推進する研修を実施しています。
- 訪問診療を実施していない診療所医師等に対し、在宅医療に関する理解の促進を図るためのセミナー等を開催することで、在宅医療を担う人材の確保等に取り組んでいます。
- 在宅療養生活において重要な役割を担う訪問看護サービスの安定的な供給のため、訪問看護人材の確保・定着・育成等を図る訪問看護ステーションへの支援を行っています。

## 4 重点的に取り組むべき課題への対応

- 医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者とその家族が、地域で安心して暮らしていけるよう、地域の実情に応じた取組を行う区市町村を支援するとともに、小児等在宅医療を担う人材の確保等に取り組んでいます。
- 都が作成した普及啓発用小冊子「わたしの思い手帳」等を活用して、区市町村や関係団体と連携しながらアドバンス・ケア・プランニング<sup>2</sup>(ACP)について都民に広く周知を図るとともに、地域の医療・介護関係者及び病院スタッフのアドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する理解促進と対応力の向上を図るための研修等を実施しています。

<sup>2</sup> アドバンス・ケア・プランニング：自らが望む医療・ケアについて本人と家族、医療・介護関係者等であらかじめ十分に話し合い、共有する取組のこと

## 課題と取組の方向性

### <課題 1> 区市町村を実施主体とした在宅療養体制の構築

- 誰もが、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、区市町村において、医療・介護の関係団体が連携した、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供できる体制づくりを推進していくことが必要です。
- 区市町村を越えた入院医療機関と地域の保健・医療・福祉関係者との連携や人材育成・普及啓発など、広域的な取組も必要となります。

#### (取組 1) 地域包括ケアシステムにおける在宅療養体制の構築

- 住民に最も身近な区市町村を在宅療養の実施主体とした、地域包括ケアシステムの視点に立ち、地域の実情に応じた取組を推進していきます。
- 広域的な医療・介護連携、普及啓発や人材育成など、都が実施した方が効果的・効率的な取組については、引き続き区市町村との役割分担の下、関係団体等と連携し、取組を進めます。
- 地域の状況把握・課題分析に際して必要な在宅療養に関するデータの提供、先進事例の紹介など、区市町村の取組を引き続き支援していきます。

### <課題 2> 地域における在宅療養の推進

- 在宅医療・介護連携推進事業について、区市町村ごとに取組を進めているところですが、切れ目のない医療や介護の提供体制を構築するためには、地域において医療・介護関係者の連携を図りながら、24時間体制で在宅療養が提供されることが重要です。こうした観点から、在宅療養に必要な連携を担う拠点<sup>3</sup>や在宅療養において積極的な役割を担う医療機関<sup>4</sup>を整備する必要があります。
- 保健・医療・福祉関係者間や患者とのデジタル技術を活用した情報共有、入退院時等における地域のかかりつけ医や介護関係者等と病院の間の情報共有を促進していく必要があります。
- 近年顕在化している在宅医療・介護関係者に対するハラスメントに対して、安全を確保して、安心して従事できる体制を整える必要があります。

<sup>3</sup> 在宅療養に必要な連携を担う拠点：在宅療養において、地域の関係者による協議の場の開催や関係機関の連携体制の構築等、必要な連携を担う拠点

<sup>4</sup> 在宅療養において積極的な役割を担う医療機関：在宅療養において、自ら24時間対応体制の在宅医療の提供や、医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援等、積極的な役割を担う医療機関

- 自然災害の発生時や新興感染症の発生・まん延時等においても、在宅療養患者に対し、継続的に医療を提供する必要があります。

### （取組2）在宅療養患者を支える地域の取組を促進

- 切れ目のない在宅医療の提供に向け、在宅医療に取り組むかかりつけ医の連携や地域包括ケア病棟等を活用した病状変化時に利用できる後方支援病床の確保などに加えて、往診を支援する事業者等との連携等による24時間の診療体制の確保など、地域における区市町村や関係団体等による在宅療養を推進する取組を一層支援します。
- 在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である区市町村を「在宅療養において必要な連携を担う拠点」と位置付け、これまでの医療・介護関係者の連携等の取組を充実させるとともに、新たに障害福祉の関係者との連携や災害時対応等の取組を推進します。また、地域の在宅療養体制が確保されるよう、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに他の医療機関の支援などを行う「在宅療養において積極的な役割を担う医療機関」の検討を行い、地域の実情に応じた当該医療機関を活用した取組を推進します。
- 「東京都多職種連携ポータルサイト」の提供により、地域の保健・医療・福祉関係者のデジタル技術を活用した情報共有の充実を図ることで、在宅療養患者の病状変化時の入院等における地域のかかりつけ医や介護関係者等と病院の連携や、病院間の広域的な連携を引き続き促進していきます。
- 在宅療養の現場で、医療従事者が安心して在宅医療に従事できるよう、在宅医療従事者が患者やその家族から受けるハラスメント対策の取組を推進していきます。
- 停電時の在宅人工呼吸器使用者の安全を図るため、自家発電装置等を貸与又は給付する区市町村への支援を引き続き実施していきます。
- 在宅療養の現場における災害時や新興感染症の発生・まん延時等にも対応できるよう、関係団体等と協力して、地域における保健・医療・福祉関係者間の連携体制の強化を図っていきます。
- 住み慣れた地域で安心して暮らし、本人の希望する場所で最期を迎えられるよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を含めた看取りに対する都民の理解を促進するとともに、人材育成や看取り環境の整備に向けた取組を推進していきます。

- 医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者とその家族が、地域で安心して暮らしていけるよう、地域の実情に応じた取組を行う区市町村を支援するとともに、小児等在宅医療を担う人材の確保等に引き続き取り組んでいきます。

### ＜課題3＞在宅療養生活への円滑な移行の促進

- 入院患者が円滑に在宅療養生活に移行できるよう、入院時（前）から、入院医療機関とかかりつけ医を始めとする地域の保健・医療・福祉関係者が連携した意思決定支援を含む入退院支援の取組が必要です。
- また、入院医療機関が患者の住所地から離れた区市町村に所在する場合には、地域の保健・医療・福祉関係者との情報共有や連携が難しい場合があり、在宅療養生活への円滑な移行に向け、広域的な視点での取組が必要な場合もあります。

#### （取組3）在宅療養生活への円滑な移行の促進

- 入院医療機関における入退院支援の取組を更に進めるとともに、入院時（前）からのかかりつけ医、かかりつけ歯科医、地域の医療機関、介護支援専門員等の多職種との情報共有・連携を強化し、患者・家族も含めたチームでの取組を促進していきます。
- 区市町村を越えた広域的な入院医療機関と地域の連携（入退院支援、医療・介護連携）の充実に向けた意見交換の場として、在宅療養ワーキンググループを活用するとともに、地域における在宅療養への移行調整の役割を担う在宅療養支援窓口の機能強化に向けた取組を充実していきます。
- 東京都退院支援マニュアルや東京都多職種連携ポータルサイト（転院支援システム）の活用を促進するとともに、内容や機能の充実に向けた検討を進めていきます。

### ＜課題4＞在宅療養に関わる人材確保・育成

- 在宅医療（訪問診療）の必要量は、令和11年には、平成25年の約9.7万人から約1.6倍の159,001人/日になると見込まれています。
- こうした在宅医療の需要増加を見据え、在宅医療の担い手の確保・育成に向けた取組の一層の充実が必要となります。

**（取組4）在宅療養に関わる人材確保・育成**

- 区市町村、医師会等関係団体と連携し、在宅療養に関する理解を促進するための研修会やシンポジウム等を実施し、在宅療養に関わる人材の確保・育成に引き続き取り組んでいきます。
- 訪問診療を実施していない医師等に対し、在宅療養に関する理解の促進を図るためのセミナーや参入に当たっての様々な課題の解決に向けた個別相談等を実施することで、在宅医療を担う人材の確保等に取り組んでいきます。
- 在宅療養に関わる人材の確保を図るため、これまで夜間の往診体制の確保等の問題により参入できなかったかかりつけ医と、往診を支援する事業者や在宅医療を専門に担う医療機関との連携強化による24時間診療体制の構築等、地区医師会を主体とした取組を支援していきます。
- 住み慣れた暮らしの場において最期まで自分らしく暮らし続けるため、都民が自らの希望する医療・ケアを受けることができるよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について、地域の保健・医療・福祉関係者や病院スタッフの理解促進と対応力の向上を図るための研修等を引き続き実施します。
- 在宅療養生活において重要な役割を担う訪問看護サービスの安定的な供給のため、訪問看護人材の確保・定着・育成等、訪問看護ステーションへの支援を引き続き行っていきます。

**＜課題5＞都民の在宅療養に関する理解の促進**

- 在宅療養への円滑な移行と退院後の療養生活の継続には、都民に対して在宅療養に関する知識と理解を深める取組が必要です。
- 住み慣れた暮らしの場において最期まで自分らしく暮らし続けるため、都民が自らの希望する医療・ケアを受けることができるよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する都民への普及啓発に取り組むことが必要です。

**（取組5）在宅療養に関する都民への普及啓発**

- 都が作成した普及啓発小冊子等やシンポジウム等を通じて、在宅療養及びアドバンス・ケア・プランニング（ACP）について引き続き都民に広く周知を図っていくとともに、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する理解促進と対応力の向上を図るための研修等について、都民と直接関わる地域の医療・介護関係者及び病院スタッフに対して実施します。

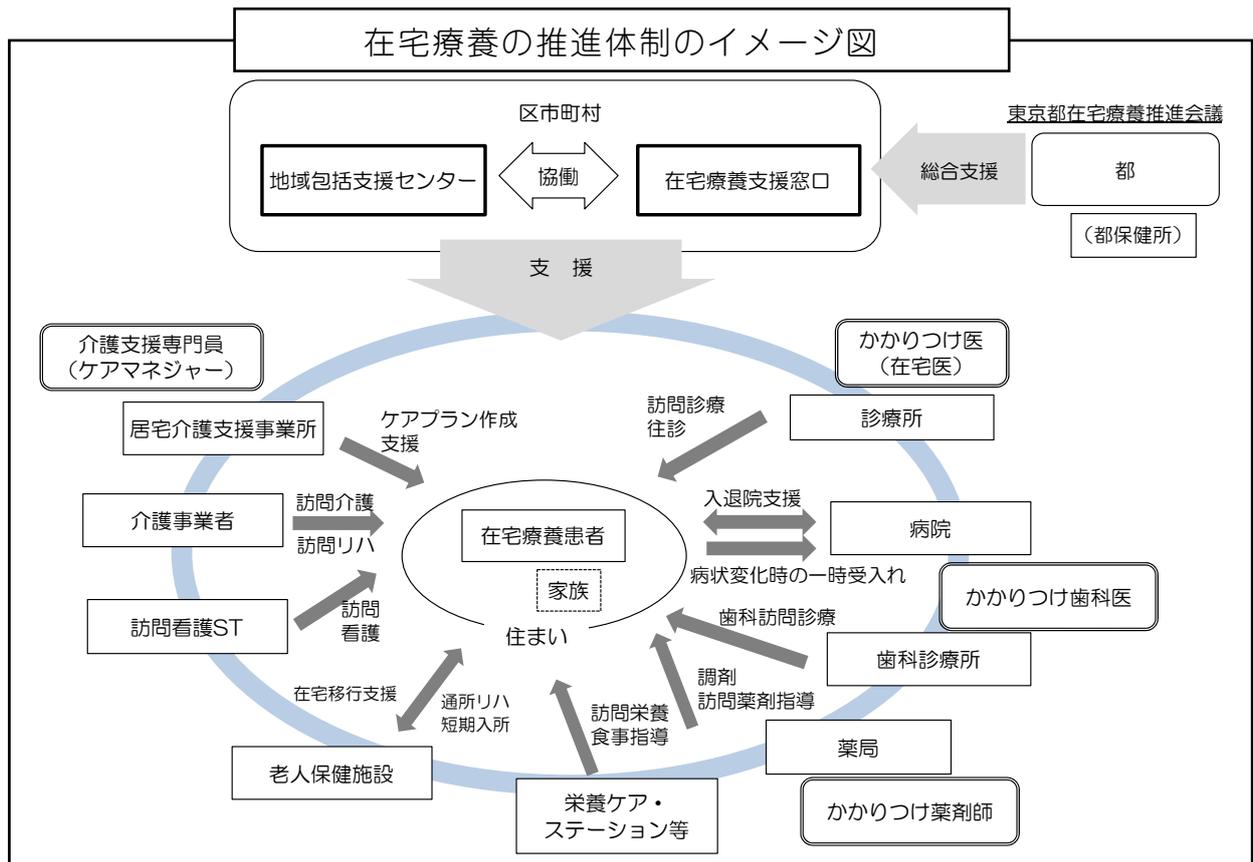
## 事業推進区域

○ 在宅療養：区市町村

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組 1 取組 2 取組 4	訪問診療を実施している診療所数	2,289 所 (令和 4 年度)	増やす
	訪問診療を実施している病院数	192 所 (令和 4 年度)	
取組 1 取組 2 取組 4	訪問診療を担当する医師数	2683.45 人 (令和 4 年度)	増やす
取組 1 取組 2 取組 4	往診を実施している診療所数	3,684 所 (令和 4 年度)	増やす
	往診を実施している病院数		
取組 1 取組 2 取組 4	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所数	1,192 所 (令和 4 年度)	増やす
	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している病院数	70 所 (令和 4 年度)	
取組 1 取組 2 取組 4 取組 5	訪問診療を受けた患者数 (レセプト件数)	1,471,822 件 (令和 4 年度)	増やす
取組 1 取組 2 取組 4 取組 5	訪問看護利用者数（NDB） (レセプト件数)	40,505 件 (令和 4 年度)	増やす
	訪問看護利用者数（介護 DB） (レセプト件数)	1,582,248 件 (令和 4 年度)	
取組 1 取組 2 取組 4 取組 5	在宅ターミナルケアを受けた患者数 (レセプト件数)	21,810 件 (令和 4 年度)	増やす
取組 1 取組 2 取組 4 取組 5	看取り数	26,703 件 (令和 4 年度)	増やす

取組	指標名	現状	目標値
取組2 取組4	訪問看護を実施している診療所数	409所 (令和4年度)	増やす
	訪問看護を実施している病院数	83所 (令和4年度)	
	介護保険を取り扱っている病院、 診療所、訪問看護ステーション数	1,430所 (令和4年度)	
	医療保険を取り扱っている訪問看護 ステーション数	1,397所 (令和4年度)	
	訪問看護事業所従事者数	10,922人 (令和4年度)	
取組2 取組4	24時間体制を取っている訪問看護 ステーション数	1,084所 (令和4年度)	増やす
	24時間体制を取っている訪問看護 ステーション従事者数	9,682人 (令和4年度)	
取組3	退院支援を実施している診療所数	254所 (令和4年度)	増やす
	退院支援を実施している病院数		



「東京の地域包括ケアシステムの姿」については、418 ページを参照してください。

- 患者が、急性期、回復期、維持期・生活期を通じて切れ目なく一貫したリハビリテーションを受けられるよう、各リハビリテーション期を担う医療機関等の支援を行っていきます。
- 区市町村が実施する介護予防等の取組について、地域リハビリテーション支援センターが地域のニーズ等に応じた効果的な支援を実施していきます。
- 東京都リハビリテーション病院について、リハビリテーション機能の充実・強化を図るとともに、都のリハビリテーション施策に積極的に貢献していきます。

### 現 状

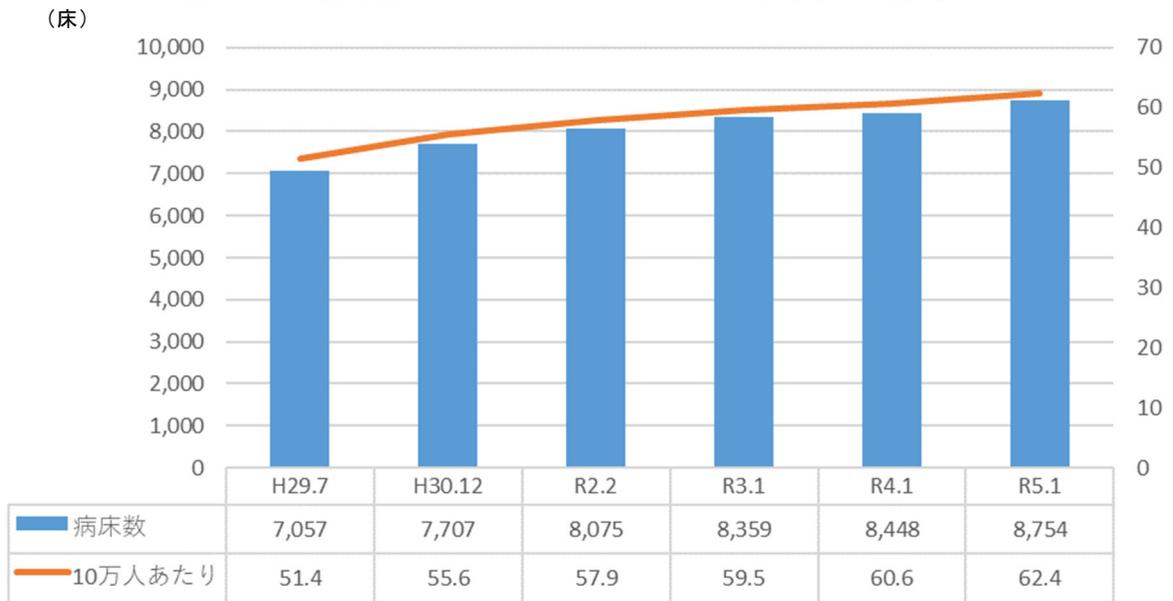
#### 1 リハビリテーションの役割と機能

- リハビリテーション医療には、急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション、維持期・生活期リハビリテーションがあります。  
なお、維持期・生活期において、患者が、急性期医療機関や回復期リハビリテーション病棟を退院した後などに、自宅から病院、診療所、介護老人保健施設に通院・通所し、又は、医師や理学療法士等の自宅訪問を受け、リハビリテーションを実施することを在宅リハビリテーションといいます。
- 令和2年の東京都の高齢者人口は319万人、高齢化率は22.7%となっており、高齢者人口増加が見込まれています。重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの深化・推進が求められています。
- 介護保険制度における「一般介護予防事業」では、心身の状況によって分け隔てることなく、高齢者自身が担い手となって体操等を行う通いの場を運営する取組など、住民主体の地域づくりにつながる介護予防活動を行うとともに、リハビリテーション専門職等の関与を促進し、介護予防の機能強化を図ることが求められています。

#### 2 リハビリテーション医療を取り巻く状況

- 脳血管疾患又は大腿骨骨折等の患者に対して、急性期病院での治療後、日常生活動作（ADL）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する「回復期リハビリテーション病床」の都内の病床数は、令和5年1月現在120施設8,754床、人口10万対62.4床となっています。

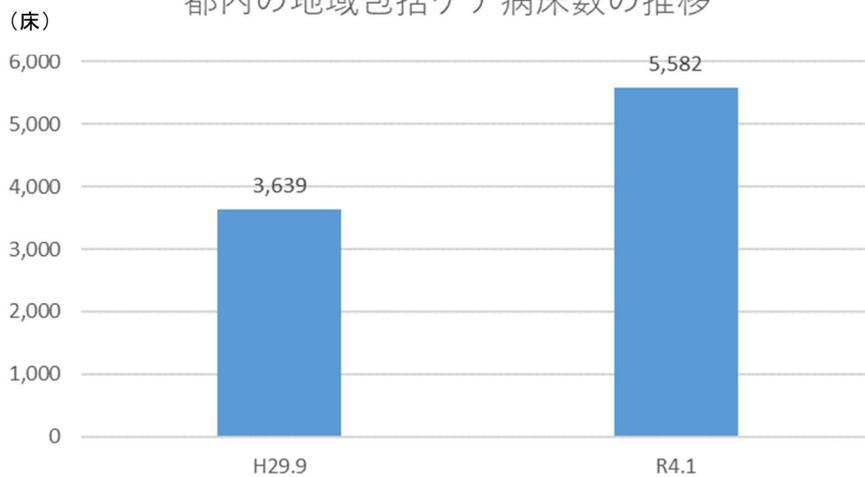
都内の回復期リハビリテーション病床数の推移



資料：東京都保健医療局調べ

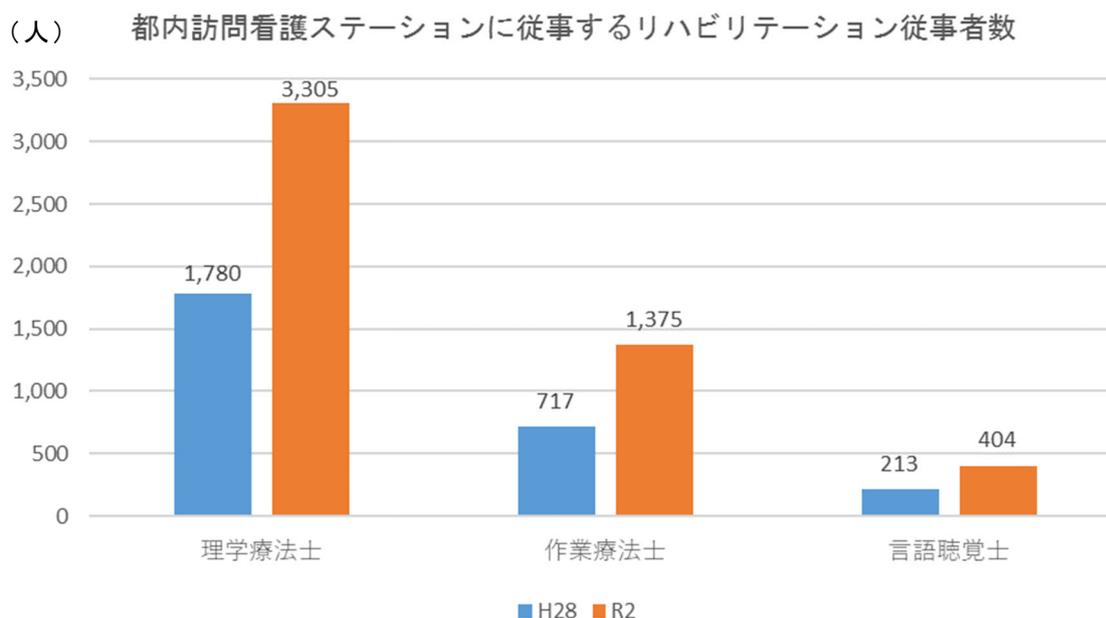
- また、急性期治療を経過した患者及び在宅医療患者等の受入れ並びに在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う「地域包括ケア病床」の都内の病床数は、令和4年1月現在 162 施設 5,582 床となっています。

都内の地域包括ケア病床数の推移



資料：東京都保健医療局調べ

- 都内病院で従事するリハビリテーション従事者数は年々増加しています。特に都内訪問看護ステーションで従事するリハビリテーション従事者数については、令和2年現在、理学療法士が 3,305 人、作業療法士が 1,375 人、言語聴覚士が 404 人と平成 28 年と比較して増加しています。



## これまでの取組

### 1 リハビリテーション医療提供体制に係る取組

- 平成12年に、都及び地域におけるリハビリテーション提供体制について検討する、「東京都リハビリテーション協議会（以下「協議会」という。）」を設置し、リハビリテーション体制の充実を図っています。
- また、平成13年度から二次保健医療圏ごとに「地域リハビリテーション支援センター」（以下「支援センター」という。）を指定し、支援センターを拠点としてリハビリテーション従事者の技術等の底上げ、かかりつけ医やケアマネジャーに対するリハビリテーション知識・技術の情報の提供及び地域のリハビリテーション関係者による意見交換や情報共有のための連絡会の開催等に取り組んでいます。
- 高齢化に伴う医療・介護ニーズの増加、訪問リハビリテーションの需要の増加に伴うリハビリテーション従事者の活躍の場の拡大等を踏まえ、協議会及び協議会の下に設置した「地域リハビリテーション支援体制機能強化検討部会」において、地域リハビリテーション支援体制の見直しについて検討しています。
- 回復期リハビリテーション機能の充実を図るため、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の施設や設備整備に要する費用の補助を実施しています。

- 急性期病院での治療後、リハビリテーションを必要とする脳卒中患者が早期に回復期リハビリテーション病棟等への転院ができるよう、急性期病院と回復期リハビリテーション病棟等を有する病院間での脳卒中地域連携クリティカルパス等の普及を図っています。

## 2 東京都リハビリテーション病院の運営

- 都は、平成2年5月にリハビリテーション医療の中核施設として、東京都リハビリテーション病院（165床・墨田区）を開設しました。リハビリテーション医療における高度・専門機能を備え、身体に機能障害があり、リハビリテーション医療を専門的に行う必要のある患者に切れ目のない質の高い医療を365日提供しています。
- リハビリテーション医療に関わる教育研修及び研究活動の推進、実習生や見学生士の積極的な受入れのほか、支援センターの取りまとめ役として、関係者の連携を推進するなど、地域におけるリハビリテーション医療と福祉・介護の充実、進展に取り組むとともに、災害時には医療救護活動の拠点としての機能も担うこととなっています。

### 課題と取組の方向性

#### <課題1>一貫したリハビリテーションの実施

- 患者の療養生活の質を高めるためには、急性期から維持期・生活期を通じ、患者の状態等に応じた一貫したリハビリテーションを実施し、機能回復や合併症の予防、日常生活動作の維持・向上を図ることが必要です。
- 急性期においては、十分なリスク管理の下に可能な限り早期から積極的なリハビリテーションを行うことが重要です。
- 回復期リハビリテーション病棟を退院した患者のうち、引き続きリハビリテーションが必要な患者に対し、医療と介護の連携による切れ目のないリハビリテーションの提供が必要です。
- 今後の高齢者人口の増加を見据え、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の整備を引き続き行うことが必要です。

**(取組1) 一貫したリハビリテーションの推進**

- 急性期病院での治療後、速やかに回復期リハビリテーション病棟へ転院できるよう、医療連携を推進します。
- 都内のリハビリテーション病床の需給状況を適切に把握しつつ、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟等必要な整備を促す支援を実施します。
- 維持期・生活期リハビリテーション等を提供する医療機関や福祉施設等との連携を強化します。

**<課題2> 地域リハビリテーション支援体制の充実が必要**

- 令和3年5月に改定された「地域リハビリテーション推進のための指針」では、「地域リハビリテーション支援体制は地域包括ケアシステムの構築かつ市町村の一般介護予防を中心とした地域支援事業の充実強化の体制整備を図るもの」とされました。これを踏まえ、地域の実情に応じて支援センター機能の充実・強化を図るとともに、リハビリテーション関係者間の連携強化に取り組む必要があります。
- リハビリテーションに対するニーズが増加する中、質の高いリハビリテーションを提供するためには、理学療法士等の人材育成が重要です。

**(取組2) 地域リハビリテーション支援体制の充実**

- 地域のリハビリテーションニーズを踏まえ、支援センターの機能や役割について協議会で検討を行います。
- 地域リハビリテーション体制の強化・充実を図り、区市町村が実施する介護予防の取組への支援や在宅リハビリテーションに関わる人材を育成します。
- リハビリテーション従事者の知識や技術の底上げを図るため、支援センターが研修を実施する際のカリキュラムやテキストを作成・提供するなど専門性の高い研修等を支援します。

### <課題3> 東京都リハビリテーション病院の運営

- リハビリテーション専門病院としての機能及び地域リハビリテーション支援機能の充実・強化を図る必要があります。

#### (取組3) 東京都リハビリテーション病院の運営

- リハビリテーション医療の機能を充実するとともに、リハビリテーション医療に係る実践的知識や技術の普及を目的とした実技指導を含めた研修会の企画・開催により、リハビリテーションの中核施設として、研究成果やノウハウ、技術の普及を図っていきます。
- 各支援センターの活動を支援するとともに、区市町村が実施する在宅リハビリテーションに係る事業にも積極的に取り組んでいきます。

### 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組1	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	運動器 1,071 施設 脳血管 604 施設 呼吸器 332 施設 がん 129 施設 心大血管 116 施設 (令和5年5月現在)	増やす
取組1	回復期リハビリテーション病棟の病床数	8,754 床 (10万人当たり 62.4 床) (令和5年1月現在)	増やす

## 1.4 外国人患者への医療

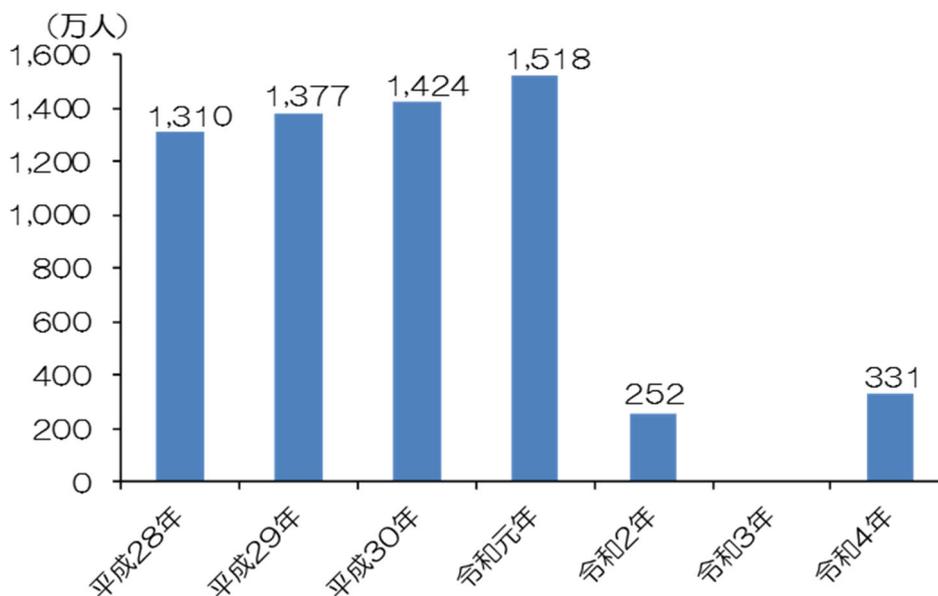
- 外国人患者の医療機関への受入れや地域の特性に合った受入体制の構築が進むよう、医療機関の整備や医療従事者等の対応能力の向上を進めます。
- 外国人患者が適切な医療を受けられるよう、必要な医療情報へのスムーズなアクセスに考慮しながら、日本の医療制度等についての情報発信に取り組めます。
- 外国人患者が、症状に応じて安心して受診等ができる仕組みの構築に向け取組を進めます。

### 現 状

#### 1 訪都外国人・在留外国人の現状

- 東京都を訪れる外国人旅行者数は、令和元年には約 1,518 万人と過去最高となりましたが、令和2年は、新型コロナの感染拡大に伴う水際対策等の影響を受け、約 252 万人となりました。
- 令和5年5月に新型コロナが五類に移行したことに伴い、水際対策が解除され、訪都外国人旅行者数は回復基調にあります。

訪都外国人旅行者数の推移



注 令和3年は1月～9月、調査中止のため年間値が推計されていない。

資料：東京都産業労働局「東京都観光客数等実態調査」

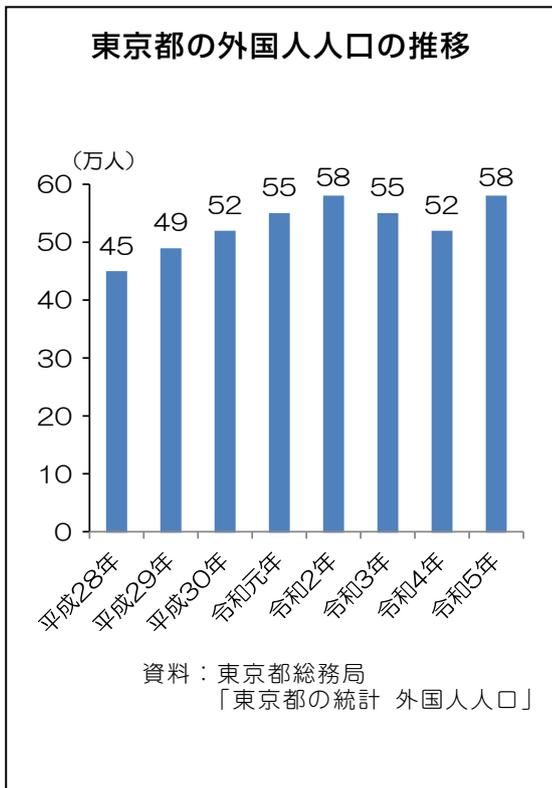
- 新型コロナの感染拡大前の令和元年における国・地域別の延べ宿泊者数は、中国、アメリカ、台湾、韓国や香港からの宿泊者が多くなっています。
- 今後、一時は減少していた外国人旅行者が再び増加することにより、医療機関を受診する外国人患者も、再び増加することが予想されます。
- また、都の外国人人口は、新型コロナの感染拡大により一時的に落ち込んだものの、その後再び増加しており、総人口約1,403万人のうち、約58万人が外国人となっています。

**令和元年 東京都内の外国人延べ宿泊者数 上位10か国・地域**

	(万人)	(%)
1位 中国	704	(25.2)
2位 アメリカ	343	(12.3)
3位 台湾	214	(7.7)
4位 韓国	172	(6.1)
5位 香港	131	(4.7)
6位 オーストラリア	123	(4.4)
7位 イギリス	96	(3.4)
8位 タイ	89	(3.2)
9位 シンガポール	89	(3.2)
10位 フランス	65	(2.3)

注 従業員数10人以上の施設の外国人宿泊者数  
資料：日本政府観光局「宿泊旅行統計調査」

- 国籍・地域別の構成では、中国が4割弱を占め、続いて韓国、ベトナム、フィリピン、ネパールの順となっており、近年はベトナムなどが増加し、国籍構成に変化がみられます。



**東京都の外国人人口（国籍・地域別） 令和5年1月1日現在**

	(万人)	(%)
1位 中国*	23	(39.6)
2位 韓国	8.6	(14.7)
3位 ベトナム	3.7	(6.4)
4位 フィリピン	3.4	(5.8)
5位 ネパール	2.8	(4.9)
6位 アメリカ	2.0	(3.4)
7位 台湾	2.0	(3.4)
8位 インド	1.6	(2.8)
9位 ミャンマー	1.4	(2.4)
10位 タイ	0.8	(1.4)

注 中国には、香港を含む。  
資料：東京都総務局「東京の統計 外国人人口」

- 区市町村別の外国人人口をみると、新宿区が最も多く、次いで、江戸川区、足立区の順となっており、国籍をみると、江東区は中国、新宿区は韓国やネパール、足立区や江戸川区はフィリピンやベトナムが多いなど、区市町村によって外国人の状況は異なります。
- 在留外国人の日本語能力については、日常生活に困らない程度又はそれ以上に日本語での会話が可能な者が多数となっています（出入国在留管理庁「令和4年度在留外国人に対する基礎調査」）。

## 2 都内医療機関等の状況

- 医療機関における診療案内や診察の多言語対応、患者の宗教・習慣の違いを考慮した対応、院内スタッフへの教育・研修体制など、外国人患者の受入体制を第三者認証機関が評価する「外国人患者受入れ医療機関認証制度・JMIP<sup>1</sup>」の認証を取得した病院は、都内に17病院あります（令和5年12月現在）。
- また、厚生労働省及び観光庁の通知を受け、都は「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関<sup>2</sup>（以下「拠点的な医療機関」という。）」の選出要件を定めて、40病院、135診療所、85歯科診療所を選出しています（令和5年12月現在）。
- 外国人患者の受入れ状況については、病院では約半数で受入実績がある一方、受入実績がある診療所は約3割となっています（厚生労働省「令和4年度医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」）。

<sup>1</sup> 外国人患者を受入れ医療機関認証制度・JMIP：訪日及び在留外国人が安心・安全に日本の医療サービスを楽しむことを目的とし、日本国内の医療機関に対して、外国人患者の受入に資する体制を「一般財団法人 日本医療教育財団」が第三者的な視点から中立・公平に評価する認証制度

<sup>2</sup> 外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関：（1）または（2）に該当する医療機関を都が選出

- （1）外国人患者で入院を要する救急患者に対応可能な医療機関（①から③の要件を全て満たす医療機関）：①都道府県の医療計画における二次以上の救急医療機関であること、②医療機能情報報告の外国語対応に関する報告において「受入可能」と回答していること、③医療機能情報報告の外国語対応に関する報告において外国語で対応可能な電話番号を報告していること。
- （2）外国人患者を受入れ可能な医療機関（診療所・歯科診療所も含む）（①・②の要件をともに満たす医療機関）：①医療機能情報報告の外国語対応に関する報告において「受入可能」と回答していること ②医療機能情報報告の外国語対応に関する報告において外国語で対応可能な電話番号を報告していること。

## これまでの取組

### 1 医療機関への支援

- 外国人患者を受け入れる医療機関を確保するため、拠点的な医療機関を選出し、ホームページ等で一覧を公表しています。
- 医療機関における外国人患者受入れ体制の整備を進めるため、翻訳用タブレットの導入、ホームページ、説明・同意書などの院内資料の多言語化等を行う医療機関への支援を行っています。
- 医療機関の外国人患者対応を支援する研修を実施し、外国人患者の受入れに慣れていない医療機関向けの受入フローチャートを作成・公表するとともに、医療機関における「やさしい日本語<sup>3</sup>」の普及・啓発に取り組んでいます。
- また、こうした医療機関に対する支援など、外国人患者対応に資する様々な情報に医療機関がアクセスしやすいよう、「医療機関向け外国人患者対応支援ポータルサイト」を開設し、一元的な情報提供を実施しています。
- 救急で来院した外国人患者が、日本語が不自由なために診療等に支障がある場合に、医療機関に対し電話による通訳を実施しており、都内の外国人の状況を踏まえ、対応言語を順次拡大しています。

#### 【救急通訳サービスの対応言語・対応時間】（令和5年4月現在）

英語・中国語	24時間 365日
韓国語・タイ語・スペイン語・フランス語・ベトナム語・ネパール語・タガログ語	平日 17:00～20:00 土日祝日 9:00～20:00

### 2 医療情報等の提供

- 東京都保健医療情報センターにおいて、外国人患者からの、日本の医療制度や、外国語で診療できる医療機関に関する問合せ等について、相談員が電話対応する「外国語対応事業（医療情報サービス）」を実施しています。

#### 【外国語対応事業の対応言語・対応時間】（令和5年4月現在）

英語・中国語・韓国語・タイ語・スペイン語	毎日 9:00～20:00
----------------------	---------------

<sup>3</sup> 「やさしい日本語」とは、難しい言葉を言い換えるなど、外国人等の相手に配慮した簡潔で分かりやすい日本語のこと。

- インターネットにより都内医療機関や薬局の情報提供を行う、東京都医療機関案内サービス“ひまわり”及び東京都薬局機能情報提供システム“t-薬局いんぷお”<sup>4</sup>は、英語・中国語（簡体字）・韓国語に対応しているほか、各言語で対応可能な医療機関や薬局を検索できます。

### 3 地域における外国人患者の受入環境整備

- 都は、医療関係者、医師会や観光・宿泊施設の業界団体等で構成する「外国人患者への医療等に関する協議会」を設置し効果的な取組を検討するとともに、地域の行政や関係者が連携した地域の実情に応じた取組を支援しています。
- 宿泊施設のスタッフ等が外国人旅行者等から相談を受けた際に適切に対応できるよう「宿泊施設等向け外国人患者対応マニュアル」を作成しています。

## 課題と取組の方向性

### <課題1>外国人患者の受入体制が整った医療機関の確保

- 外国人患者の増加に対応するため、外国人患者への対応に取り組む医療機関を、さらに確保していく必要があります。
- 外国人患者への対応に当たっては、言葉、宗教、文化、医療制度の違いへの理解や、違いに配慮した体制の整備が求められます。
- 外国人患者の受入れを行う医療機関においては、多言語対応（医療通訳の確保、院内表示・資料の多言語化等）や、やさしい日本語による対応、未収金防止対策等、外国人患者への対応力の向上を図っていく必要があります。
- 医療機関に対し、外国人患者対応に資する情報を効率的かつ効果的に提供する必要があります。

<sup>4</sup> 医療機能情報提供制度に基づく東京都医療機関案内サービス“ひまわり”及び薬局機能情報提供制度に基づく東京都薬局機能情報システム“t-薬局いんぷお”は、令和6年度から、国が構築する医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）に移行予定です。医療情報ネットにおいても、多言語対応や各言語に対応可能な医療機関等の検索機能が提供される見込みです。

**（取組1）外国人患者受入れ医療機関の整備**

- A I 翻訳機器等の導入など、医療機関向における外国人患者の受入体制の整備を引き続き支援し、外国人患者受入れ可能な医療機関をさらに確保していきます。
- 都立病院は、「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」として外国人患者を受け入れるとともに、多言語対応したA I 問診の導入など、多言語による診療体制を整備していきます。
- 医療機関における多言語対応を支援するため、外国人患者が救急で来院した際に活用できる電話による救急通訳サービスを引き続き実施します。
- 未収金防止対策等、在留外国人の国籍構成を踏まえた宗教・文化・慣習の違いに配慮した対応方法等の医療機関向けの研修を実施し、対応力の向上を図ります。
- 「医療機関向け外国人患者対応支援ポータルサイト」等の認知度を向上させるとともに、提供する情報の充実を図ります。

**＜課題2＞外国人向け医療情報等の充実**

- 訪都・在留外国人患者それぞれのニーズに合わせた医療機関の受診方法や日本の医療制度等に係る情報を提供し、円滑な受診につなげることが必要です。
- 情報提供に当たっては、訪都・在留外国人が必要とする医療情報に円滑にアクセスできる必要があります。

**（取組2）医療情報等の効果的な提供**

- 東京都保健医療情報センターの外国語対応事業（医療情報サービス）や医療情報ネット（全国統一的な情報提供システム）等において、外国人対応を行う医療機関等の案内や、日本の医療制度等について情報提供を行っていきます。
- 外国人患者が、医療情報サービスや医療情報ネットなど、受診に有用な情報に円滑にアクセスでき、症状に応じた医療機関を探せるよう、周知や広報を工夫します。
- 外国人患者への対応を行う機会の多い宿泊施設、観光案内所や、区市町村、救急相談センター（#7119）等の関係機関と連携して、効果的に医療情報等を提供していきます。

### <課題3>外国人患者が症状に応じて安心して受診等ができる仕組みづくり

- 外国人患者を受け入れる医療機関においては、症状に応じた医療機関間の役割分担や連携を図っていくことが必要です。
- 地域によって外国人旅行者や在留外国人の状況、外国人患者の受入体制の整備状況が異なるため、行政や医療機関、医師会等関係団体、宿泊施設等が連携し、地域の実情に応じて、外国人患者が症状に応じて安心して医療機関を受診できるようにする必要があります。
- 宿泊施設において受診が必要となった訪都外国人に対し、宿泊施設スタッフが適切に対応できるよう、「宿泊施設等向け外国人患者対応マニュアル」を周知し、宿泊施設での活用を図っていくことが必要です。

#### (取組3) 外国人患者が症状に応じて安心して受診等ができる仕組みの構築

- 外国人患者への医療等に関する協議会において、医療機関、関係団体や観光・宿泊施設等の関係者の連携を強化し、効果的な取組を促進します。
- 区市町村における、地域の医療機関が連携した、症状に応じて外国人患者を受け入れる仕組みづくり（医療機関間の役割分担や連携）や、関係機関と連携した効果的な情報提供の仕組みづくりなど、地域の実情に応じた取組を推進します。
- 症状に応じた外国人患者の受診が推進されるよう、受診を必要とする訪都外国人に接する機会が多い宿泊施設等に対し、「宿泊施設等向け外国人患者対応マニュアル」など、外国人患者対応に役立つ情報を効果的に提供していきます。
- 国や関係部署等と連携して、外国人旅行者に対する旅行保険の加入促進の働きかけや、海外への日本の医療制度などの情報発信を行っていきます。

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組1	外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関数	40 病院 135 診療所 85 歯科診療所 (令和5年12月現在)	増やす

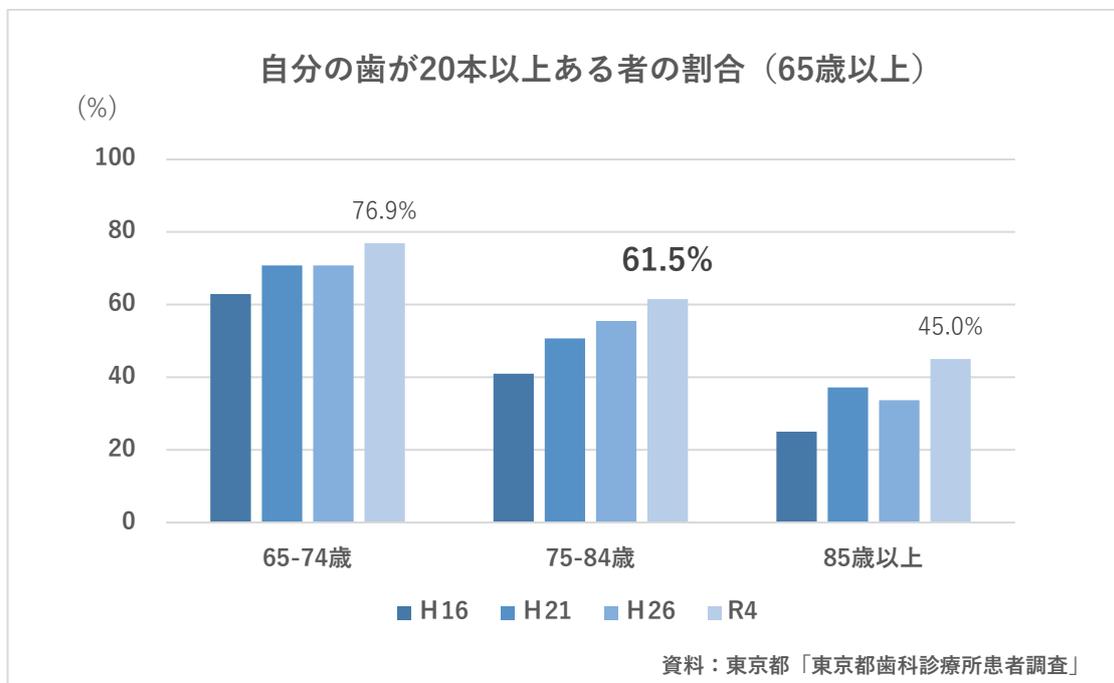
## 第7節 歯科保健医療

- ライフコースに沿った歯と口の健康づくりの推進に向けて、ライフステージごとの特徴を踏まえた歯科疾患予防等の重要性に関する普及啓発に取り組んでいきます。
- 生涯を通じて歯と口の健康を維持するために、かかりつけ歯科医での予防管理と医科歯科連携の推進に向けて取り組んでいきます。
- 障害者や在宅療養者への歯科保健医療の提供等、誰一人取り残さず、多様な歯科保健医療ニーズに対応できるよう、必要な医療提供体制の確保や医療機能の分化・連携等を促進していきます。
- 健康危機（大規模災害等）に対応した歯科保健医療対策を推進していきます。

### 現 状

#### 1 都民の歯と口の状況

- 「東京都歯科診療所患者調査（令和4年度）」（東京都）では、都民の歯と口の状況は、8020<sup>1</sup>を達成している者（75歳～84歳）の割合が61.5%に達するなど、生涯を通じて、自分の歯で食べて、話すことができる都民が増えています。



<sup>1</sup> 8020とは、生涯を通じて自分の歯で食べるため、「80歳になっても自分の歯を20本以上保とう」という数値目標を示したものの。

- 一方で、乳幼児期における咬合異常の割合（3歳児）の悪化、学齢期から成人期におけるむし歯（う蝕）や歯周病等の増加が見られます。
- 「東京の歯科保健（令和4年度）」（東京都）では、歯を喪失する主な原因の一つである歯周病について、治療等が必要になる進行した歯周病を有する者の割合は増加傾向となっています。令和3年度において、歯周ポケットの深さが4mm以上（進行した歯周病）を有する者の割合は、40歳～49歳では、43.5%で、平成28年度の40.8%と比較して2.7ポイント悪化しています。年代別では、30代以降に増加する傾向にあります。

## 2 都民の歯科保健に関する知識と行動の状況

- 「東京都歯科診療所患者調査（令和4年度）」（東京都）では、1日に10分間程度の時間をかけて丁寧な歯みがきを、ほぼ毎日行っていると回答した者の割合は、20歳～39歳が32.5%、40歳～64歳が28.7%、65歳以上で35.4%となります。
- また、糖尿病が歯周病のリスクであることを知っているという回答した者の割合（20歳～64歳）は52.6%であり、都民の約半数の理解に留まっています。
- かかりつけ歯科医で定期健診又は予防処置を受けていると回答した者の割合（20歳～64歳）は、82.3%であり、前回調査時の平成26年度の58.0%と比較して、24.3ポイント増加しています。
- 「青年期実態調査（令和4年度）」（東京都）では、青年期において、かかりつけ歯科医を持っていると回答した者の割合は47.0%であり、未だ半数に満たない状況です。

## 3 医科歯科連携の状況

- 「医療機能実態調査（令和4年度）」（東京都）では、周術期口腔機能管理において、医科と連携を図っていると回答した歯科診療所の割合は、31.4%となります。
- また、医科に受診が必要と思われる患者に対して医科と連携した対応を行っている歯科診療所の割合は、75.5%となります。

## 4 障害者歯科医療及び在宅歯科医療の状況

- 「医療機能実態調査（令和4年度）」（東京都）では、障害者歯科医療に対応していると回答した歯科診療所の割合は37.4%となります。また、「東京都における障害児（者）の歯科保健医療に関する実態調査（令和4年度）」（東京都）によると、定期的な歯科健診を実施していると回答した障害者施設等の割合は71.7%となります。
- 「医療施設調査（令和2年度）」（厚生労働省）では、在宅歯科医療に取り組んでいると回答した歯科診療所の割合は24.6%となります。また、「介護保険施設等における口腔ケア等実態調査（令和4年度）」（東京都）によると、定期的な歯科健診を実施している介護保険施設等の割合は79.0%となります。

## 5 健康危機（大規模災害等）における歯科保健医療対策の状況

- 「災害時の歯科保健医療活動に関する調査（令和4年度）」（東京都）では、地域防災計画等において、災害時の歯科保健医療活動に関する記載がある区市町村は、43自治体である一方、災害時の歯科保健医療活動に関するマニュアルや医療救護活動マニュアル等に歯科保健医療活動に関する記載がある区市町村は11自治体、災害用の口腔衛生用品を備蓄している区市町村は23自治体となります。

## これまでの取組

### 1 ライフステージに応じた歯と口の健康づくり

- 平成30年度に東京都歯科保健推進計画「いい歯東京」を策定し、生涯を通じた歯と口の健康づくりの重要性について、ライフステージに沿った普及啓発に取り組んでいます。
- 食を通じた口腔機能の獲得の重要性や多数歯う蝕のある子供と保護者に対する支援等に関する講演会を実施しています。
- 高齢者に対する口腔機能の維持・向上の重要性と、お口の体操（嚙下体操<sup>えんげ</sup>）等の実践方法に関する普及啓発に取り組んでいます。

### 2 かかりつけ歯科医での予防管理の定着・医科歯科連携に向けた取組

- 全てのライフステージを通じて、歯と口の健康を維持していくため、日常的に都民自らが口腔ケアに取り組むとともに、かかりつけ歯科医を持って、定期的に保健指導や歯科健診、予防処置を受けることの重要性を普及啓発しています。

- 身近な地域で周術期口腔機能管理に対応する歯科医療機関を増やすため、歯科医師や歯科衛生士を対象とする研修会を実施するとともに、研修修了者が所属する医療機関を周術期医療連携登録歯科医療機関として登録し、周術期における医科歯科連携の推進を図っています。
- 糖尿病等の患者の治療や在宅療養、摂食嚥下機能支援等に際して必要となる歯科と医科、介護職等の多職種との連携促進に向けた研修会や圏域別会議の開催等、取組を進めています。

**かかりつけ歯科医が果たす機能**

<p>定期的・継続的に <b>口腔衛生管理</b>を してくれる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 保健指導</li> <li>● 歯科健診</li> <li>● 予防処置 など</li> </ul>	<p>必要に応じて <b>口腔機能管理</b>を してくれる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● むし歯・歯周病の治療</li> <li>● 義歯の調整</li> <li>● 口腔機能の発達支援 など</li> </ul>	<p>必要に応じて <b>医療・介護の仲介者</b>と なってくれる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院紹介</li> <li>● 医科歯科連携</li> <li>● 医療・介護の連携 など</li> </ul>
--	--	--



### 3 地域で支える障害者歯科保健医療の推進

- 東京都立心身障害者口腔保健センターにおいて、地域の歯科医療機関での対応が難しい障害者等の歯科診療を実施するとともに、施設職員や家族等を対象にした口腔ケアの重要性や日常的な対応等を学ぶ研修会を実施しています。
- 障害者が身近な地域で定期的な口腔健康管理を受けることができるよう、東京都立心身障害者口腔保健センターにおいて、歯科医師や歯科衛生士を対象とした対応力向上に向けた研修会等を実施しています。
- 都保健所では、研修会等を通じて、障害者施設等における口腔健康管理を支援しています。

### 4 在宅療養者のQOLを支える在宅歯科医療体制の推進

- 在宅歯科医療に携わる医療機関の確保に向けて、歯科医師や歯科衛生士を対象とした摂食嚥下機能支援に関する研修会を実施するとともに、在宅歯科医療を行うために必要となる医療機器を整備する医療機関を支援しています。

- 在宅療養者に対する口腔ケアや歯科受診の重要性に対する理解を促進するため、日常的に支える家族や医療職・介護職等の多職種を対象とした研修会の実施や普及啓発に取り組んでいます。

## 5 健康危機（大規模災害等）に対応した歯科保健医療対策

- 都は、東京都地域防災計画に基づき、災害時における歯科医療救護活動の方針を示すため、平成29年12月に「災害時歯科医療救護活動ガイドライン」を策定しました。
- 都や区市町村では、関係団体との間で、災害時の医療救護活動に関する協定を締結し、防災訓練や図上訓練等を実施しています。

## 課題と取組の方向性

### <課題1>生涯を通じた歯と口の健康づくり

- 1歳6か月児、3歳児とも、むし歯（う蝕）のない子供の割合は増え続けており、全国平均よりも高くなっています。引き続き、むし歯（う蝕）の予防を徹底していく必要があります。
- 歯周病の重症化を防ぐためには、日常的な口腔ケアや定期的な歯科受診の習慣づけによる予防と早期発見・早期治療が必要になります。しかし、中学・高校卒業後は、ライフスタイルが変化し、学校歯科医による指導の機会が減るなど、むし歯（う蝕）や歯周病のリスクが高まる傾向にあります。
- 口腔機能の衰え（オーラルフレイル）は、身体の衰え（フレイル）と大きく関わっており、高齢期においては、フレイル予防のため、口腔機能の維持・向上を図り、日々の食事を通じて良好な栄養状態を保つことが必要です。

### （取組1）ライフステージに応じた歯と口の健康づくりの推進

- ライフコースに沿った歯と口の健康づくりを図るため、各ライフステージにおいてむし歯（う蝕）予防としてのフッ化物の利用や歯周病予防としての口腔ケアの実施等に関する重要性について普及啓発していきます。
- 学校歯科保健活動等を通じ、生涯を通じた歯と口の健康を維持するために必要な口腔ケアの習慣や生活習慣の基礎を身に付けるよう、啓発していきます。

- 青年期を対象に、口腔ケアに関する知識や歯周病予防の大切さ、かかりつけ歯科医を持ち、定期的を受診することの意義等について、普及啓発を実施していきます。また、かかりつけ歯科医を持つ割合が他の年代と比較して少ないこと等も踏まえ、本人に対してだけでなく、学校や企業側に対しても、定期的に学生や従業員が歯科健診を受けることの重要性を働きかけるなど、それぞれの意識や行動変容を促すことにより、社会全体での歯と口の健康づくりの推進に向けて機運を醸成していきます。
- 高齢期に対しては、いつまでも健康で過ごすために、日常的な口腔ケアや定期的な歯科健診の受診等の歯の喪失に対する取組に加えて、口腔機能の維持・向上に向けた取組や適切な栄養摂取の必要性を啓発していきます。

## ＜課題2＞かかりつけ歯科医における予防管理と医科歯科連携

- かかりつけ歯科医を持つ者は、年々増加していますが、乳幼児期、学齢期、青年期においては、かかりつけ歯科医での定期健診や予防管理の定着が未だ不十分な状況です。
- 糖尿病や喫煙、心疾患、脳梗塞、早産・低体重児出産など全身の健康は歯周病と深い関わりがあり、糖尿病などの患者の治療に、医科と歯科が連携して取り組むことが必要です。
- 「医療機能実態調査（令和4年度）」（東京都）では、周術期口腔機能管理における医科歯科連携を行っている歯科診療所の割合は、約3割と増加していますが、より患者に身近な地域のかかりつけ歯科医が対応できるよう、周術期口腔機能管理に対応するかかりつけ歯科医を増やしていくことが必要です。

### （取組2）かかりつけ歯科医での予防管理の定着・医科歯科連携の推進

- 都民が、かかりつけ歯科医の機能を正しく理解し、生涯を通じて自ら口腔ケアに取り組むとともに、全てのライフステージを通じて、かかりつけ歯科医で定期的に歯科健診や予防処置を受けるよう、ライフコースアプローチ<sup>2</sup>に基づいた啓発を行っていきます。特に、青年期に対しては、定期的な歯科健診や予防処置を受けることの重要性に関する普及啓発について、更に強化していきます。

<sup>2</sup> ライフコースアプローチとは、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものであることを踏まえた、胎児期から高齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくりに関する考え方のこと【「健康日本21（第三次）推進のための説明資料」の抜粋・改変】

- 医科と連携して、歯周疾患との関連が指摘される糖尿病をはじめとする生活習慣病などの患者や周術期口腔機能管理が必要な者、在宅療養者の歯科治療等に取り組む医療機関を増やすことで、医科歯科連携体制の充実を図っていきます。
- 周術期口腔機能管理に対応する歯科医師、歯科衛生士を育成するための研修会を開催するとともに、研修修了者の情報を活用して病院と歯科医療機関との連携をより一層推進します。

### ＜課題3＞障害者歯科保健医療の推進

- 「医療機能実態調査（令和4年度）」（東京都）では、都内全域において、障害者に対応する歯科診療所の割合は37.4%となります。障害者にとって、身近なところで口腔健康管理を受けることができる環境を整えることが大変重要であり、対応できるかかりつけ歯科医を増やしていくことが必要です。
- 障害の内容や状態に応じて、地域の歯科診療所では対応が難しい場合は、全身管理下でのより専門的な歯科医療を提供することが求められますが、現状では、対応できる医療機関が限られる地域があり、障害者への歯科医療提供体制の充実を図る必要があります。

#### （取組3）地域で支える障害者歯科保健医療の推進

- 障害者が地域で定期的・継続的に口腔健康管理を受けられるよう、東京都立心身障害者口腔保健センターにおいて各種研修会を実施し、障害者歯科保健医療に携わる歯科医師を育成することで、障害者に対応する歯科診療所を確保していきます。
- 障害の状態等により、身近な地域の歯科医療機関での治療等が困難な場合、全身管理下で歯科治療等を受けることができるよう、専門的な医療機関の受入体制の拡充等に向けた支援や、障害者に対応する地域の歯科診療所と専門的な医療機関との役割分担・連携に向けた取組を進めていきます。

### ＜課題4＞在宅歯科医療体制の充実

- 在宅で療養する場合には、むし歯（う蝕）や歯周病の予防のために、家族や介護職等の多職種による日常的な口腔ケアやかかりつけ歯科医による定期健診・予防処置を受けられる環境が必要です。

- 在宅療養者の口の中の衛生状況や口腔機能を維持・向上させるためには、日常的な口腔ケアの重要性に対する本人や周りで支える家族、医療職・介護職等の理解が必要であるとともに、多職種が連携し、必要に応じて歯科受診に繋げる等、対応することが求められます。

#### **(取組4) 在宅療養者のQOLを支える在宅歯科医療体制の推進**

- 在宅療養者への歯科医療提供体制を充実させるため、在宅歯科医療に携わる歯科医師等を育成するとともに、在宅歯科医療に必要な医療機器の整備に係る支援等を実施していきます。
- 在宅療養者の口腔機能の維持・向上を図るため、在宅療養を支える医療職や介護職等の多職種や在宅療養者の家族に対して、日常的な口腔ケアの大切さや必要な歯科知識に関する理解の促進に向けた取組を実施していきます。

#### **<課題5> 健康危機（大規模災害等）に対応した歯科保健医療対策**

- 都は、平成29（2017）年に策定した「災害時歯科医療救護活動ガイドライン」は、主に災害時の歯科医療救護活動（初動医療体制の確立、医薬品等の確保、医療施設の整備など）の方針を示したものです。区市町村による災害時の歯科保健医療活動（口腔衛生管理、口腔機能管理等）に係る体制整備を促すため、歯科保健医療活動に関する内容を充実させる必要があります。
- 災害時の二次的な健康被害（口腔清掃不良や口腔機能の低下により生じる誤嚥性肺炎の発症等）を最小限に抑えるためにも、区市町村の取組を支援することが求められます。

#### **(取組5) 健康危機（大規模災害等）に対応した歯科保健医療対策の推進**

- 都の災害時歯科医療救護活動ガイドラインを改定し、被災者の避難生活に係る歯科保健医療活動に関する内容を充実するとともに、平時から関係部署や関係団体等と連携して、災害時の歯科保健医療体制を整備できる人材の育成を支援することにより、区市町村における災害時の歯科保健医療活動の取組を促していきます。
- 災害発生直後に不足しがちな口腔衛生用品について、区市町村による備蓄等の対応を促すとともに、都民が防災用に備蓄しておく必要性についても普及啓発していきます。

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組 1	8020 を達成した者の割合（75 歳～84 歳）	61.5% （令和 4 年度）	65.0%
取組 2	かかりつけ歯科医で定期健診又は予防処置（フッ化物塗布等）を受けている者の割合（18 歳～30 歳）	69.7% （令和 4 年度）	増加
取組 2	周術期口腔機能管理料（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定件数	99,029 件 （令和 4 年度）	増加
取組 3	障害者に対応する歯科診療所の割合	37.4% （令和 4 年度）	50.0%
取組 4	在宅医療サービスを実施している歯科診療所の割合	24.6% （令和 4 年度）	35.0%

## 【東京都歯科保健推進計画「いい歯東京」(第一次改定)】

- 東京都では、平成5年に「東京都歯科保健医療推進計画(西暦2000年の歯科保健目標)」を策定し、5年ごとに実施する都民の口腔内や歯科保健行動等の調査結果を基に計画の評価・見直しを行い、歯科保健施策を進めてきました。
- 平成30年度には、計画期間を6か年に変更した上で新たに「東京都歯科保健推進計画「いい歯東京」」を策定し、令和6年度からは第二次計画として、区市町村や教育・保育関係者、歯科医療関係者、関係団体、保険者・事業者等とともに、都民の健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を目指し、社会全体で誰一人取り残すことがないようライフコースアプローチに基づいた歯と口の健康づくりに取り組んでいきます。
- 生涯にわたる歯と口の健康が、日々の生活の質の向上に寄与するとともに、全身の健康と深く関わっていることから、都民自らが、生涯を通じて歯科疾患の予防や口腔機能の維持・向上等に取り組むことが重要です。
- そのため、「東京都歯科保健推進計画「いい歯東京」(第一次改定)」では、都民の目指す姿として、「都民がいつまでもおいしく食べ、笑顔で人生を過ごすことができること」を掲げ、その実現に向け、都民が実践する3つの取組を示しています。
  - 1 「日常的に自ら口腔ケアに取り組む(セルフケア)」
  - 2 「かかりつけ歯科医を持ち、定期的に保健指導や歯科健診、予防処置を受ける(プロフェッショナルケア)」
  - 3 「区市町村、学校、職場等において歯科健診や健康教育等を受ける(コミュニティケア)」
- また、本計画では、都民が実践する3つの取組を促すため、4本の柱を掲げて、取組を進めていきます。
  - 1 ライフステージに応じた歯と口の健康づくりの推進
  - 2 かかりつけ歯科医での予防管理の定着・医科歯科連携の推進
  - 3 地域で支える障害者歯科保健医療の推進
  - 4 在宅療養者のQOLを支える在宅歯科医療体制の推進
- さらに、地震や風水害等の災害時における都民の歯と口の健康被害を軽減するための体制整備など、対応すべき課題も生じていることから、「健康危機(大規模災害等)に対応した歯科保健医療対策の推進」を重点事項に位置付けて、取組を進めていきます。

「いい歯東京」における都民の目指す姿と計画の柱

都民の目指す姿

都民がいつまでもおいしく食べ、  
笑顔で人生を過ごすことができること



都民が実践する3つの取組

コミュニティケア



区市町村、学校、職場等において  
歯科健診や健康教育等を受ける

セルフケア



日常的に自ら口腔ケアに取り組む

プロフェッショナルケア



かかりつけ歯科医を持ち、  
定期的に保健指導や歯科健診、  
予防処置（フッ化物塗布等）を受ける



柱1

ライフステージに  
応じた歯と口の  
健康づくりの推進

乳幼児期

う蝕の予防  
口腔機能の  
獲得



学齢期

う蝕・歯肉炎の  
予防



成人期

歯周病の  
予防



高齢期

口腔機能の  
維持・向上



柱2

かかりつけ歯科医  
での予防管理の定着・  
医科歯科連携の推進



柱3

地域で支える  
障害者歯科保健医療の推進



柱4

在宅療養者のQOLを支える  
在宅歯科医療体制の推進



重点事項

健康危機（大規模災害等）に対応した  
歯科保健医療対策の推進



## 第8節 難病患者等支援及び血液・臓器移植対策

## 1 難病患者支援対策

- 難病患者等が早期に正しい診断を受けられる体制を構築するとともに、状態が安定している場合には身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制を構築します。
- 難病患者等が住み慣れた地域において安心して暮らすことができるよう、難病の特性に応じ、発症から地域での療養生活まで切れ目なく支援する体制を整備します。

## 現 状

- 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「難病法」という。）が施行され、難病とは、①発病の機構が明らかでなく、②治療方法が確立していない、③希少な疾病であって、④長期の療養を必要とするものとされました。
- 難病法の施行により、難病対策は重症の在宅難病患者に対する支援等を中心とした施策だけではなく、各疾病の特性に応じ、多様な難病患者の社会参加の機会確保と地域社会における尊厳の保持、共生のための支援策が求められています。また、難病患者に対する医療費助成が、法で明確に位置づけられました。助成対象となる指定難病は、令和5年4月1日現在338疾病、都が独自に助成しているものが8疾病となっています。
- 都内の指定難病の患者数は約10万7千人（令和5年3月現在）となっており、患者数が1万人を超える疾病がある一方、10人以下の疾病は180以上あります。患者の少ない希少難病は、多くの医療機関において診療実績がなく、保健所・区市町村の地域包括支援センター等の関係部署においても、支援実績が乏しいと考えられます。
- また、医療費助成の対象となっている患者の年齢をみると、0歳から100歳以上まで幅広く分布しており、生産年齢人口とその他の人口の割合はおよそ1対1となっています。
- 難病は、長期の療養を必要としますが、適切な管理を継続すれば日常生活や学業・職業生活が可能な場合もあり、患者によって症状が様々です。

- 難病の特性として、希少であるがゆえに、地域における支援者を含む、周囲の理解を得にくいこと、また、症状が多様であるがゆえに、患者等のニーズも多岐にわたることが考えられます。

## 課題と取組の方向性

### <課題1> 難病の医療提供体制の充実

- 難病は、その希少性により、発症してから確定診断までに長期の時間を要する場合も多いことから、できる限り早期に正しい診断ができる体制を構築するとともに、診断がつき、状態が安定している場合にはより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる医療提供体制の構築を中心とした難病医療の充実が必要とされています。
- また、指定難病については、国において順次対象拡大が検討されており、着実な対応が必要です。

#### (取組1) 早期診断から在宅療養生活までの切れ目のない医療提供体制の構築

- 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院を指定するとともに、地域のかかりつけ医も含めたネットワークを構築し、早期診断から在宅での療養生活まで切れ目のない医療の提供を図ります。また、引き続き医療費等の助成を着実に実施します。

### <課題2> 地域における難病患者への支援体制の充実

- 難病の種別や重症度にかかわらず、また、病状の変化等難病の特性に応じ、就労支援など療養生活全般に係る支援を行うことが必要です。
- また、患者等が安心して生活を継続するためには、保健所、医療機関、福祉関係機関等様々な支援機関が患者等に関する情報共有を図り、地域において適切な支援を切れ目なく行うことが求められています。あわせて、患者等が地域で尊厳をもって生活することができるよう、難病に対する正しい知識や関連するサービス等の周知を図ることが求められています。

#### (取組2) 患者ニーズと地域の実情に応じた支援体制の構築

- 多様化する難病患者が地域で質の高い療養生活を送ることができるよう、地域の実状に応じた支援体制の整備のため、保健所等が中心となり難病対策地域協議会などによる関係機関等の連携を進めます。
- 難病相談・支援センターについて、患者のニーズに沿った、より専門的・効果的な相談支援が図れるよう、就労支援機関や福祉関係者等と連携していきます。

**<課題3> 難病患者及びその家族の支援に関わる人材の育成**

- 地域で患者等を支える人材については、患者の疾病や状態像により異なりますが、医師を始め多様な職種が必要とされています。患者等が、そのニーズに応じて、地域で安心して療養生活を送れるよう、患者を支える専門職に正しい知識を付与し、資質の向上を図っていくことが求められています。

**(取組3) 人材育成支援の充実**

- 療養生活を支える様々な職種について、専門職としての資質を向上するため、関係機関と連携しながら、難病に関する正しい知識や技術を付与する機会の充実を図ります。

## 2 原爆被爆者援護対策

- 原爆被爆者の健康保持と福祉の向上のため、総合的な援護対策を行います。

### 現 状

- 原子爆弾被爆者に対する援護施策としては、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）に基づき、医療分野として健康診断の実施、医療の給付、手当の支給等、福祉分野として被爆者の健康指導事業や介護保険利用等助成事業等を実施しています。
- 戦後約78年が経過し、令和5年3月31日現在の都における被爆者健康手帳交付者は3,838名、平均年齢は84.7歳と高齢化が進んでいます。
- 被爆者の子に対する援護施策としては、東京都原子爆弾被爆者等の援護に関する条例（昭和50年東京都条例第88号）等により、被爆者の子に対する健診、医療費助成を実施しています。

### 課題と取組の方向性

#### <課題1> 高齢化が進む被爆者及び被爆者の子への支援

- 被爆者及び被爆者の子の高齢化が進んでおり、疾病にかかる健康不安や介護による負担等が増しています。

#### (取組1) 被爆者及び被爆者の子の健康保持や生活不安解消に向けた支援

- 一般検査、がん検診等の健康診断の実施により、被爆者及び被爆者の子の健康保持を図ります。また、被爆者に対して各種手当を支給し、福祉の向上に努めます。
- 被爆者や被爆者の子に対する相談に対し、健康指導事業を継続し、健康保持と生活上の不安解消を図ります。
- 被爆者に対し、介護保険サービス等に係る費用の一部を助成し、利用者負担を軽減することにより、福祉の向上を図ります。
- 被爆者の子の健康管理と不安解消を図るため、医療費助成を実施します。

### 3 ウイルス肝炎対策

- 潜在する感染者を早期発見し、適切な治療に結びつけることなどにより、「肝炎の完全な克服」を達成し、肝硬変又は肝がんへの移行者を減らすことを目指します。
- 肝炎ウイルス検査の実施体制及び医療体制の整備、医療費の助成など総合的なウイルス肝炎対策を実施していきます。

#### 現 状

- ウイルス肝炎は、適切な治療を行わないまま放置すると慢性化し、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態に進行するおそれがありますが、肝炎医療の進歩により、C型肝炎についてはウイルス排除も可能となっています。早期に発見し、適切な診断、治療につなぐことが重要です。
- 都では、肝炎ウイルス感染者の早期発見と早期治療により肝がんへの進行を防止するため、平成19年度から、肝がんと関連するB型・C型肝炎ウイルス検査の受検勧奨、検査体制の強化、医療連携の推進、医療費助成制度等の施策を推進してきました。その結果、令和3年度までに、受検者は約186万2千人、医療費助成の利用者は延べ約9万8千人に達するなど大きな成果がありました。
- 区市町村や医療機関、職域等の関係者と連携し、これらのウイルス肝炎対策を一層推進していくため、令和4年10月、東京都肝炎対策指針を改定しました。

#### 課題と取組の方向性

##### <課題1> B型肝炎の予防

- 平成28年10月からB型肝炎ワクチンが予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく定期の予防接種に追加され、その着実な実施が求められています。

##### （取組1）B型肝炎ワクチン定期接種に対する支援

- B型肝炎ワクチン定期接種について、国や医師会等関係団体と連絡調整を行い、予防接種の円滑な実施を支援します。

## ＜課題2＞普及啓発の推進

- 肝炎に関する正しい知識については、いまだ十分に浸透したとは言えない状況にあり、正しい理解が進むよう普及啓発を推進する必要があります。

### （取組2）正しい知識の普及啓発及び受検・受診勧奨

- ウイルス肝炎の早期発見、適時適切な治療を促進するため、都民に対し、アートメイク、性行為等の肝炎ウイルスの感染経路や感染予防に関する知識の普及啓発を行います。また、肝炎患者等への偏見や差別を解消するため、肝炎コーディネーターや区市町村等と連携し、ウイルス肝炎に関する正しい知識の普及啓発を図ります。
- 広報等を通じて肝炎ウイルス検査を受けていない都民に対して、効果的な受検勧奨を行っていきます。また、区市町村に対し、地域の実情に応じた受検勧奨が実施されるよう、引き続き支援します。さらに、職域団体等と連携し、職域における受検勧奨に取り組んでいきます。
- 検査結果が陽性で専門医療機関を未受診の患者等には、区市町村や医療機関と連携して受診を呼びかけていきます。さらに、医療保険者や事業主等の職域に対しても、ウイルス肝炎に関する理解の促進を図ります。

## ＜課題3＞感染の早期把握に向けた環境の整備

- 肝炎ウイルスの感染を早期に把握できるよう、未受検者を肝炎ウイルス検査につなげられる環境を整備する必要があります。

### （取組3）肝炎ウイルス検査の実施体制の整備

- 都保健所や区市町村における肝炎ウイルス検査の実施とともに、職域等との連携を通じて肝炎ウイルス検査の実施体制の整備に努めます。
- 都保健所や区市町村が行う肝炎ウイルス検査を受検する者に対し、受検前後における適切な保健指導が実施されるよう努めます。

#### ＜課題4＞医療体制の充実

- 感染を自覚していても適切な医療に結びついていない人も少なからず存在すると推定されているため、肝炎ウイルス検査で陽性となった人に適切な医療を提供することが必要です。
- 患者等に専門性の高い医療を提供するためには、かかりつけ医を始めとする関係機関が最新の検査や治療方法等についての理解を深める必要があります。
- 受検・受診・受療の促進のため、地域や職域において、肝炎に関する正しい知識の普及啓発、受検勧奨や肝炎ウイルス検査後のフォローアップ等の支援を進める必要があります。

#### （取組4）肝炎診療ネットワークの充実及び早期受診・治療の推進

- 診療情報を共有するなど、かかりつけ医、肝臓専門医療機関、幹事医療機関、肝疾患診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）からなる肝炎診療ネットワークの一層の充実を図り、患者等に適切な医療を提供します。また、拠点病院において、肝炎医療従事者に対して研修を実施するなど、肝疾患の医療水準の向上と均てん化に取り組みます。
- 肝炎ウイルス検査が陽性である人の早期かつ適切な受診を促すため、区市町村、医療機関及び職域等と連携し、フォローアップに関する取組を推進するとともに、検査費用の助成を行います。
- 地域や職域における肝炎対策の理解促進のため、都は、医療機関、区市町村及び職域の健康管理担当者や患者団体等に対する研修会を開催し、肝炎に関する知識の普及や、早期受診の勧奨、就労しながらの治療継続等の支援を行う肝炎コーディネーターを養成します。
- 患者等の早期かつ適切な治療を推進するため、抗ウイルス療法に対する医療費及び肝がん・重度肝硬変の治療にかかる患者負担額の一部を助成します。

## ＜課題5＞治療に当たっての患者支援

- ウイルス肝炎の治療においては、患者等が抱える治療やその副作用への不安、療養上の悩みなどに対して、情報提供や相談を実施するなど支援が必要です。

### （取組5）患者等に対する支援や情報提供の充実

- 拠点病院に設置した肝疾患相談センターや、各種機関の肝炎コーディネーター等により、患者や家族等に対する情報提供及び相談支援を実施します。

## 4 血液の確保・血液製剤の適正使用対策・臓器移植対策

- 必要な血液を確保するため、献血に関する普及啓発を図ります。
- 医療機関における血液製剤の適正使用を推進するとともに、安全対策の充実を図ります。
- 臓器移植医療に関する都民の理解を深めるため、情報提供や普及啓発に努めます。
- 骨髄ドナー登録を推進するため、骨髄移植及び末梢血幹細胞移植に関する知識を都民に周知します。

### 現 状

#### 1 血液事業をめぐる状況

- 血液事業は、医療にとって必要不可欠な血液製剤を安定的に確保することを目的としています。  
少子高齢化の急激な進展により、若年世代の献血者が減少傾向にある一方、輸血医療を必要とする高齢者が増加しています。
- 血液製剤の国内自給と安定供給を確保し、一層の安全性の向上と適正使用の推進を図るため、平成14年7月に安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律（昭和31年法律第160号）が制定されました。現在、輸血用血液製剤は国内自給を達成していますが、アルブミン製剤は約3割を輸入しています。
- 献血により確保された限りある血液が、医療現場で安全かつ適正に使用されるよう、平成17年に「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」が国により策定され、随時、最新の知見を反映し改正されています。

#### 2 臓器移植等をめぐる状況

- 平成9年に施行された臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）では、脳死での臓器提供は、15歳以上で書面により本人の提供意思が確認できる場合に限り実施していましたが、平成22年の改正により、本人の提供意思が不明な場合や15歳未満の方からも、家族の承諾があれば脳死での提供が可能になりました。
- 平成24年に移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律（平成24年法律第90号）が成立し、国及び地方公共団体は、広報活動等を通じて、移植に関する国民の理解を深めるよう取り組むこととされました。

- 骨髄及び末梢血幹細胞移植については、公益財団法人日本骨髄バンクに登録している全国のドナー登録者数は、54万人に達しました（令和5年3月現在）。一方、年間約2万人が、年齢超過や健康上の理由等により登録取消となっています。また、さい帯血移植については、全国6か所の公的バンクで、約1万本のさい帯血を保存しています。

## 課題と取組の方向性

### <課題1> 血液の安定的確保

- 医療に必要な血液の安定的な確保を図るため、特に若年世代に重点を置いた献血思想の普及啓発を図ることが必要です。

#### （取組1）血液確保に係る普及啓発

- 日本赤十字社が小中学校や高等学校を対象に実施する献血セミナーの開催を支援します。また、日本赤十字社や区市町村等との連携により、献血キャンペーンを実施し、地域における献血者の確保を図ります。

### <課題2> 血液の安全かつ有効な活用

- 輸血療法は適正に行われた場合には極めて有効性が高いものですが、医療現場では、常に血液製剤の使用に伴う副作用や合併症などを認識しておく必要があります。
- 限りある血液を安全かつ有効に活用するため、医療機関に対して最新の知見を提供する等、血液製剤の適正使用推進の取組が必要です。

#### （取組2）血液製剤の適正使用の推進

- 医療従事者を対象に、血液製剤の適正使用や安全対策をテーマに講演等を行う「東京都輸血療法研究会」や、輸血学の専門家を医療機関へ派遣し、輸血療法に関する助言を行う「血液製剤適正使用アドバイス事業」を実施します。
- 医療機関における輸血状況調査を継続的に実施し、血液製剤の適正使用に資するよう情報提供していきます。

### <課題3> 臓器移植を待つ移植希望登録者

- ドナーが見つからないため、待機している移植希望登録者が多くいます。臓器提供意思表示カードの普及や、骨髄移植等に関するドナー登録、さい帯血の提供が進むよう、臓器移植等に関する都民の理解を深める必要があります。

**(取組3) 臓器移植等の推進**

- 臓器移植普及推進月間（毎年10月）を中心に、臓器提供意思表示カードの配布等を行い、広く都民への普及を図ります。
- 東京都臓器移植コーディネーターにより、学校等で臓器移植に関する学習会を開催します。
- 骨髄・末梢血幹細胞移植や、さい帯血移植に関する都民の理解と協力を求めるため、骨髄バンク推進月間（毎年10月）を中心に、普及啓発に取り組めます。
- 日本赤十字社の献血ルーム及び都保健所において骨髄ドナー登録を実施し、ドナー確保に努めます。

**評価指標**

取組	指標名	現状	目標値
取組1	若年層の献血率	10代 5.7% 20代 5.9% 30代 5.1% (令和4年度実績)	6.6% 6.8% 6.6%

- 患者・都民中心の医療を実現するため、保健医療サービスの質の向上を支援するとともに、医療安全に対する意識の向上を図ります。

### 現状・これまでの取組

#### 1 医療安全対策

- 社会経済情勢の変化、少子高齢社会の進展、生活スタイルの変化に伴い、都民の健康に関する意識は高まり、医療に対するニーズも多様化する一方、人工臓器・再生医療などの医療技術の進歩も著しく、健康や医療に関する情報は高度化・複雑化しています。
- 都民は、病気やけがなどをしたときに、患者の視点に立った確かな診断と治療技術に裏付けられた質の高い医療機関を受診することを望んでいます。
- しかし、受診した医療機関から提供された医療情報が十分でない場合には、適切な医療を選択できない可能性があります。また、医療に関する知識の不足や医師等の説明不十分などを原因としてトラブルが生じるケースもあります。
- 都は「患者の声相談窓口」を設置し、患者やその家族、都民からの医療に関する相談への対応や情報の提供、苦情などのあった医療機関等に対する必要な助言を行っています。
- また、平成19年度からは「患者の声相談窓口」を充実・発展させ、「医療安全支援センター」を都本庁内と都保健所（5か所）に設置しているほか、特別区（2区）、保健所設置市の八王子市及び町田市にも設置されています。  
なお、「医療安全支援センター」が設置されていない特別区も、専用相談窓口の設置等により、全ての特別区が医療に関する相談に対応しています。
- 医療機関の管理者、医療安全担当者、相談担当者等に対する講習会等を通じて、医療機関内の医療安全に対する意識の向上を図っています。
- 重大な医療事故等が発生すると、都民の医療機関への不安や不信を招くことにつながります。平成27年10月から医療事故調査制度が始まりましたが、本制度について、病院管理者や職員が十分に理解していない病院が見受けられます。

- 都は、医療法第25条第1項に基づく立入検査を行い、都内病院に対して医療法をはじめとする関係法令の遵守はもとより、特定機能病院におけるガバナンスの強化に向けた指導の徹底など、各医療機関における医療安全の確保に努めています。診療所に対しては、特別区、保健所設置市及び都保健所が立入検査を行っています。
- また、精神科病院に対しては、精神保健福祉法第38条の6に基づく立入検査を行い、入院制度や行動制限の適正な運用に向けた指導の徹底など、人権に配慮した患者の処遇の確保に努めています。
- 新型コロナの流行により、院内感染が拡大し、医療機関の医療機能に大きな影響が生じました。このため、立入検査の機会等を通じて、「院内感染対策のための自主管理チェックリスト」の活用を促すなど、病院の自主的な院内感染防止対策の取組を支援しています。
- また、医療機関が、院内感染の予防及び発生時の対応等について、相互に相談や情報共有できる地域のネットワーク同士の連絡会開催等により、各ネットワークの活動を支援しています。
- 薬局においては、調剤過誤等が起こらないよう正確な調剤を行うとともに、医薬品の服用方法等について十分な説明を行っています。
- 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）に基づく薬局の立入検査では、医療安全対策を講じているかを調査するとともに、不備がある場合には、専門的な指導を行っています。

## 2 医療廃棄物の適正な処理

- 保健医療に関して都民の安全・安心な生活を確保するためには、医療提供施設から排出される医療廃棄物を適正に処理し、日常生活環境を守ることが重要です。特に、感染性廃棄物は、たとえ少量であっても不法投棄などの不適正な処理をされると、周辺環境に重大な影響を及ぼしかねません。
- 医療廃棄物の処理の把握については、廃棄物の容器に貼付したQRコード等を用いて、搬出入や処分等の各段階において適切な処理を確認することが可能となります。そのため、都は平成17年から医療廃棄物の個別追跡管理システムの普及に取り組んでいます。

- また、在宅医療により排出される医療器材等の廃棄物についても適切な処理が必要です。東京都薬剤師会の加盟薬局においては、在宅医療廃棄物のうち、在宅患者が薬局から購入して使用済みになった注射針の回収事業を実施しています。

### 3 都における死因究明体制

- 死体解剖保存法（昭和 24 年法律第 204 号）に基づく政令により、監察医を置くべき地域として、特別区、大阪市、横浜市、名古屋市、神戸市の5つに地域が定められており、都は、監察医務院を設置し、検案・解剖業務を行っています。政令が適用されていない多摩・島しょ地域では、東京都医師会及び大学等の協力を得て、昭和 53 年から監察医制度に準じて、検案・解剖を行っています。
- 死因究明体制は、本来、国が必要な法整備を行って、地域を限定せずに整えることが必要です。都では、都全体でより精度の高い死因究明を行っていくため、国に対して東京都全域に監察医制度が適用されるよう、平成 23 年度から政令の改正を繰り返し求めています。
- 令和元年 9 月、東京都死因究明推進協議会において、都における死因究明の体制を維持・推進していく方向性について、「東京都における持続可能な死因究明体制の推進」として報告書が取りまとめられました。
- この報告書を基に、死因究明等推進基本法やそれに基づく死因究明等推進計画等を踏まえ、東京都死因究明推進協議会等において議論を深め、都における死因究明の推進を図っています。

## 課題と取組の方向性

### <課題 1> 医療安全対策の推進

- 都民が安心して質の高い医療を受けられるよう、引き続き医療安全対策を推進していくことが必要です。

#### （取組 1）医療安全支援センターを活用した支援

- 都の医療安全支援センターにおいて、「患者の声相談窓口」による相談・苦情への対応を行うとともに、医療安全の推進に関する情報提供、医療機関等の管理者・従事者に対する医療安全に関する研修、医療安全のための協議会等の開催などを実施します。
- 相談を必要とする患者等が「患者の声相談窓口」をより一層活用できるよう、SNS など様々な媒体を用いて認知度向上に努めていきます。

## ＜課題2＞医療安全支援センターの設置

- 医療安全支援センターが設置されていない特別区にも、医療安全支援センターを設置するよう、引き続き働きかけていく必要があります。

### （取組2）医療安全支援センターの設置を促進

- 医療安全支援センターを設置していない特別区に対し、技術的支援及び財政的支援を通じ、医療安全支援センターの設置を促進します。

## ＜課題3＞医療施設の監視指導等

- 医療安全の確保や安全で質の高い医療を提供するため、医療法をはじめとする法令改正等に対応した立入検査を実施していく必要があります。
- 病院の運営管理が法令等に基づき適正に行われるよう、また、人権に配慮した患者の処遇等について適正な運用が図られるよう、都内病院の管理体制の強化に向け、より一層指導を充実していくことが必要です。
- 立入検査に係る都から医療機関への通知や医療機関から都への報告等は、主に紙媒体で行われているため、業務のデジタル化に向けた取組が必要です。
- 病院の院内感染対策の強化を図るためには、新型コロナウイルスの感染拡大の際の院内感染の流行を踏まえた取組を行うことが必要です。

### （取組3-1）立入検査の実施

- 病院の立入検査は、法令遵守を指導することはもとより、医療安全対策について、病院が改善を図れるよう、病院の状況や検査目的に応じ、定期的な検査に加え、予告なしの臨時検査を実施するなど、専門的な視点から具体的な指導を行う体制を強化します。  
また、改善が見られない病院に対しては、重点指導を行っていきます。
- 人工心肺装置等の高度な医療機器やCT、MRI等の医療機器を保有している医療機関については、定期的な保守点検が行われているかなど医療機器の安全管理体制が整備されているか確認します。
- 医療機関に対し、医療関係職種の業務範囲の見直しやサイバーセキュリティ対策等、法令改正等を踏まえた指導を実施していきます。
- 特別区及び保健所設置市に対し、診療所等に対する立入検査に必要な情報の提供及び技術的支援を行い、実施を促進します。

- 医療機関等に関する苦情や相談が都民から寄せられた際には、調査等をした上で必要な助言指導を行うなど、医療安全の確保に引き続き努めていきます。
- 業務のデジタル化を推進し、業務負担の軽減や効率性及び利便性の向上を図っていきます。

### （取組3-2）院内感染対策の推進

- 立入検査での院内感染予防対策の体制整備の確認や、「院内感染対策のための自主管理チェックリスト」の活用促進を通じて、引き続き病院の自主的な院内感染防止対策の取組を支援します。
- 各地域の院内感染対策に係るネットワークの取組状況を把握し、好事例の共有などを通じて活動を支援するなど、取組の推進を図っていきます。
- また、診療報酬上の加算である「感染対策向上加算」の未算定病院等への感染管理認定看護師等による訪問支援や、感染対策に工夫や配慮が必要な精神病床や療養病床を有する病院への研修機会の確保により、平時からの院内感染対策を強化していきます。

## ＜課題4＞医療廃棄物の適正な処理

- 排出された医療廃棄物は、排出者が産業廃棄物管理票（マニフェスト）や現地確認等によって、最終的に適正に処分されたことを確認することが必要です。
- 更なる高齢化の進展に伴い、在宅療養患者が増えるにつれて、増加する在宅医療廃棄物については、適正に処理することが重要です。

### （取組4）医療廃棄物の適正処理の更なる推進

- 医療廃棄物の適正処理を一層推進するため、都は、廃棄物の処理手続等について医療提供施設への周知を図るとともに、今後も東京都医師会等と連携して、都の第三者評価制度認定業者等の優良な処理業者の活用や電子マニフェストを利用して医療廃棄物を適正に管理する仕組みの普及を図っていきます。
- 東京都薬剤師会の加盟薬局における自主的な取組として使用済み注射針の回収事業を行っていますが、年々増加する在宅医療廃棄物についても、患者や介護者の立場を考慮した適正処理について、一般廃棄物を所管する区市町村や関係者と今後の方向性について検討していきます。

## ＜課題5＞死因究明体制の確保

- 都における死因究明体制の確保・充実を図るためには、検案業務を行う医師の高齢化に伴う検案医確保困難地域への対応とともに、検案医の専門性の向上が必要です。

### （取組5）検案医の確保と専門性の向上

- 多摩地域において、大学法医学教室の協力を得て実施する巡回検案の地域を拡大するとともに、地区医師会への働きかけや区部の法医学教室にも検案業務等への協力を依頼するなどして、検案医の確保が困難な地域における検案体制を確保します。
- 大学法医学教室と協力し、症例検討等を取り入れた研修会を実施し、検案医の確保や精度向上を図るとともに、新たな検案医の確保・育成のため、医学生等を対象としたセミナーなどを開催します。
- 国に対し、監察医制度が東京都全域に適用されるよう、政令の改正を引き続き求めていくとともに、死因究明推進協議会において多摩地域の検案体制をはじめ、都における死因究明体制の充実に向けた検討を進めていきます。

## 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組1 取組2 取組3	医療安全対策加算届出病院数 (加算1及び加算2) (出典：医療機関届出情報(地方厚生局)施設一覧リスト)	337 病院 (令和5年5月)	378 病院

## 第10節 医療費適正化

- 「第四期東京都医療費適正化計画」（令和6年3月策定）を踏まえて、都民の健康の保持及び良質で効率的な医療の提供に向けた取組を推進することにより、都民医療費の適正水準の確保につなげていきます。

### 現 状

- 令和3年度の都民医療費は約4兆6千億円であり、これは国民医療費の約1割に相当します。都民医療費は、新型コロナウイルスの感染拡大の影響で受診控えがあった令和2年度を除き、平成27年度から令和3年度まで上昇しています。
- 都民医療費を疾病別にみると、令和3年度の疾病大分類別医療費は、「循環器系の疾患」が最も多く、次いで「新生物〈腫瘍〉」となっており、疾病中分類別人口1人当たり医療費は、「その他」の疾病を除くと「高血圧性疾患」が最も多く、次いで「腎不全」、「糖尿病」となっています。
- 都の令和4年3月時点の後発医薬品数量シェアは76.4%で、全国平均の79.6%より低く、全国43位となっていますが、平成29年度から令和3年度まで継続して上昇しています。また、令和3年度のバイオ後続品<sup>1</sup>数量シェアは29.7%で、全国平均の32.4%より低くなっています。
- 都の令和3年度に3医療機関以上から同一月に同一成分の薬剤の投与を受けた患者の割合は0.1%で、全国平均の0.08%より高く、令和3年度に同一月に6種類以上の薬剤の投与を受けた患者の割合は、18.3%で全国平均の20.8%より低くなっています。
- 都の特定健康診査実施率は、平成20年度以降全国平均を上回っており、令和3年度は65.4%で、全国2位となっていますが、特定保健指導実施率は、平成20年度以降全国平均を下回っており、令和3年度は23.1%で、全国37位となっています。

<sup>1</sup> バイオ後続品：先行バイオ医薬品と同じ効能・効果、用法・用量で使えることが検証された薬で、安価であり、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果をもつため、国において、令和11年度末までにバイオ後続品に80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上にするという目標が設定された。

## 課題と取組の方向性

### <課題1>生活習慣病の予防と健康の保持増進

- 医療費の急増を抑えていくためには、若い時からの生活習慣病の予防対策が重要であり、個人の生活習慣の改善を促す取組や生活習慣病の発症や重症化を予防するための取組等、健康の保持増進に関する取組を進めることが必要です。

#### (取組1)生活習慣病の予防と健康の保持増進

- データヘルス計画の推進

都は、区市町村国民健康保険のデータヘルス計画の標準化によって健康課題や取組状況を把握し、区市町村における効果的な保健事業の実施を支援するとともに、国保データベース（KDB）システムの有効活用や、国民健康保険部門と健康づくり部門とが連携した取組を推進します。

- 健康診査及び保健指導の推進

都は、保険者が行う特定健康診査・特定保健指導について、区市町村国民健康保険への交付金の交付のほか、実施率及びアウトカム向上に向けた先進的な事例を収集し、情報提供することにより、保険者への支援を行います。

- 生活習慣病の発症・重症化予防の推進

都は、「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を必要に応じて見直した上で、未受診者に対する受診勧奨や、重症化リスクのある対象者への個別指導など、区市町村国民健康保険による医師会等関係機関と連携した効果的な取組を推進していきます。

また、循環器病の発症予防には、生活習慣の改善や適切な治療により、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病などの危険因子を減らすことが効果的であること、また、定期的な健診受診による疾患の早期発見、早期治療や適切な治療の継続等が重要であることについて、区市町村、保険者等と連携し普及啓発を行います。

- 高齢期における社会生活を営むために必要な機能の維持

都は、関係機関と連携し、高齢期における望ましい生活習慣について普及啓発を行うほか、地域社会に参加する機会を提供する区市町村などの取組を支援していきます。

また、区市町村による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組を進めるため、後期高齢者医療広域連合と連携して好事例を情報提供するとともに、高齢者の保健事業に関わる区市町村の医療専門職等への支援を行う研修を実施します。

- 健康の保持増進に向けた一体的な支援  
都は、都民が自主的に健康づくりに取り組むことができるよう、正しい知識や日常生活の中で負担感なく実践できる工夫等について普及啓発を行うとともに、企業や区市町村における健康づくりの取組を支援していきます。

## ＜課題2＞医療の効率的な提供の推進

- 今後、急速な少子高齢化が進展し、医療費の増加が見込まれる中において、医療・介護の提供体制を支える医療保険制度及び介護保険制度の持続可能性を高めるため、限りある地域の医療資源を効率的に活用することが重要です。

### （取組2）医療の効率的な提供の推進

- 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進  
後発医薬品の使用促進には安定供給が前提となりますが、都は、医療関係者等の理解促進に向けて必要な情報提供を行うほか、薬事監視指導の一環としての後発医薬品の収去及び溶出試験等の実施により、品質確保に向けた取組を行います。  
また、自己負担差額通知等の区市町村国民健康保険の取組に対する支援や、医師会・薬剤師会等との連携、広報、保険者協議会を通じた好事例の情報提供等を行い、保険者における後発医薬品使用促進の取組を支援します。
- 医薬品の適正使用の推進  
都は、かかりつけ薬剤師・薬局に対する研修等を実施し、薬局・薬剤師の機能強化を図るとともに、お薬手帳の一元化や電子お薬手帳の活用に向けた取組を通じて、服薬アドヒアランス<sup>2</sup>の向上を推進していくほか、区市町村国民健康保険による地区薬剤師会等と連携した被保険者の適正服薬に向けた取組を支援します。  
また、医療機関におけるオンライン資格確認や電子処方箋の運用等の動きを注視しながら、都の実情にあったデジタル技術を活用した医療情報等の共有に係る取組を推進していきます。

<sup>2</sup> 服薬アドヒアランス：患者自身が服薬治療への積極的な参加を行い、理解して薬を服用すること（平成27年10月23日厚生労働省『患者のための服薬ビジョン』による）を意味する。患者が主体的に治療の意味・意義を理解し正しく服薬することは、治療効果の向上等につながっていく。

○ 有効性・必要性を踏まえた医療資源の効率的な活用

効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている抗菌薬処方の適正化や、医療資源の投入量に地域差があるとされている外来化学療法について適正化を図る必要があります。

都は、抗菌薬の適正使用及び薬剤耐性菌のリスクについて普及啓発を実施していきます。

また、都は、引き続き、質の高いがん医療を提供するため、均てん化の観点に加え、地域の実情に応じた拠点病院間の役割分担と連携体制の整備を推進し、医療提供体制を充実・強化していきます。

○ 医療・介護連携を通じた効果的効率的なサービス提供の推進

高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすく、特に高齢者については、今後高齢化の進展に伴い骨折の医療費の増加が見込まれており、骨折の要因となる転倒の防止のためにも、都は、ロコモティブシンドロームの意味と予防の重要性に関する正しい知識を都民に啓発していきます。

