

東京都保健医療計画 中間見直し素案

令和 3 年 月

東京都

第1部 保健医療福祉施策の充実に向けて

第1章	計画の中間見直しについて	1
第2章	保健医療の変遷	3
第3章	東京の保健医療をめぐる現状	
第1節	都民から見た保健医療の現状	6
第4章	東京の将来の医療（地域医療構想）	11
第5章	医師確保計画と外来医療計画	
1	策定経緯及び東京都保健医療計画との整合	20
2	医師確保計画	20
3	外来医療計画	22
第6章	保健医療圏と基準病床数	
1	保健医療圏	24
2	基準病床数	27
第7章	計画の推進体制	30

第2部 計画改定後の新たな課題と取組について

第1章	都における中間見直しの考え方について	33
第2章	切れ目のない保健医療体制の推進	
1	がん	35
2	循環器病	37
3	精神疾患	38
4	認知症	44
5	救急医療	51
6	災害医療	53
7	周産期医療	55
8	小児医療	57
9	在宅療養	59
第3章	高齢者及び障害者施策の充実	
第1節	高齢者保健福祉施策	62
第2節	障害者施策	70
第4章	健康危機管理体制の充実	
1	感染症対策	76
第5章	評価指標の達成状況	78

第3部	資料編	84
-----	-----	----

第1部 保健医療福祉施策の充実に向けて

第1章 計画の中間見直しについて

○計画の性格・期間

- ・東京都保健医療計画は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4に基づく「医療計画」を含むものであり、都の保健医療施策の方向性を明らかにする「基本的かつ総合的な計画」としての性格を有するものです。
- ・平成26（2014）年6月の医療法の改正により、医療計画はこれまでの5年計画から6年計画とし、平成30（2018）年度からは3年ごとに改定する介護保険事業支援計画との整合性の確保を図ることとされています。
- ・これを受け、本計画（平成30年3月策定）の期間は、平成30（2018）年度を初年度とし6年間となっています。

○中間見直しの背景・目的

- ・医療法第30条の6の規定により、医療計画は3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは中間見直しを行うものとされています。令和2（2020）年度は6年計画の中間年に当たるため、現行計画の中間見直しを実施することになります。
- ・医療計画の中間見直しに関して、国の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、中間見直しの際に反映が適切と考えられる事項（「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ」（令和2年3月2日））が整理され、これを踏まえ、令和2年4月13日付けで「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」の一部改正が実施されました。
- ・なお、都道府県による医療計画の中間見直しの時期については、今般の新型コロナウイルス感染症の感染状況等を考慮し、見直しの議論を令和2年度内に終えることができず、見直し後の医療計画の適用が、令和4年度以降となったとしても差し支えないこととされています（令和2年5月12日付地域医療計画課長通知）。
- ・これらのことを踏まえ、都では、計画の中間期に当たり、引き続き計画の方向性に沿った取組を着実に進めていくため、計画の進捗状況を把握するとともに、在宅医療に関する事項に加え、現行計画策定後における状況の変化、本計画と密接に関連する高齢者保健福祉計画等の改定等を反映し、次期の計画改定に向けて、より実効性のある取組となるよう計画の見直しを行うものです。

○現行計画と中間見直しの関係

- ・中間の見直しであることから、新たな対応が求められる事項など、部分的な見直しを行います。それ以外の事項については、現行計画の内容をそのまま適用します。
- ・このため、「東京都保健医療計画～中間見直し～」では、現行計画を踏襲した構成とし

ます。第1部は東京都医師確保計画（令和2年3月策定）等の概要や基準病床数の見直し等について内容を更新し、第2部は5疾病・5事業及び在宅療養の分野を中心に、課題や取組の方向性等の追加・更新を行うとともに、評価指標の達成状況を掲載します。

・なお、中間見直し後の計画期間は令和5年（2024年）度までとし、終期に変更はありません。

第2章 保健医療の変遷

終戦直後 (昭和20年代)

- 終戦後は、食料不足、医薬品・衛生材料の不足、医療機関の荒廃に加え、伝染病・性病の流行、結核のまん延等、国民生活は危機的状況にありました。そのため、医療法などの法令整備や医療法人制度が創設されるなど、医療提供体制の整備が進められました。
- また、地域保健法（昭和22年法律第101号）が制定され、保健所は地域の保健医療の中核として、結核・母子保健対策の上で大きな役割を果たしました。

主な動き

年代	国	都
昭和20年代	<ul style="list-style-type: none"> ○衛生関係の基礎的法令の整備【昭和22年～】 （医療法・医師法・歯科医師法等） ○医療法人制度の創設【昭和25年】 私立病院数と病床数が増加 	<ul style="list-style-type: none"> ○東京都衛生局の設置【昭和21年】 ○衛生施設復興5か年計画の策定【昭和24年】 （保健所の増設、都立病院の整備等）

高度経済成長期 (昭和30年～50年代)

- 高度経済成長を背景に、「国民皆保険」「医療機関へのフリーアクセス」、「医療提供体制の量的な整備」の3点がほぼ確立されました。
- 一方、経済成長による生活向上に伴い、疾病構造も変化しました。特に、脳血管疾患やがん、心疾患といった慢性疾患患者が増加し、成人病予防対策が図られました。
- さらに、高度成長の影で大気汚染等による公害問題や交通事故、有毒物の混入等の食品汚染問題などの健康被害が新たな問題となり、様々な対策が進められました。

主な動き

年代	国	都
昭和30年代	<ul style="list-style-type: none"> ○医療金融公庫の設立【昭和35年】 民間医療機関への融資を開始 ○国民皆保険の確立【昭和36年】 ○老人福祉法の制定：65歳以上を対象に老人健康診査開始【昭和38年】 ○救急病院等を定める省令の制定【昭和39年】 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健所に成人病相談室の開設【昭和34年】 ○血液センター整備費補助【昭和39年】 都内の輸血用血液を100%献血で確保
昭和40年代	<ul style="list-style-type: none"> ○公害対策基本法の制定【昭和42年】 ○70歳以上の老人医療費の無料化。65歳以上は寝たきり状態の人に限り無料化【昭和48年】 	<ul style="list-style-type: none"> ○70歳以上の老人医療費の無料化【昭和44年】 ○大気汚染健康障害医療費助成事業【昭和47年】 ○65歳以上の老人医療費の無料化【昭和48年】 ○（初期）休日診療の開始【昭和48年】 ○休日夜間急患センター事業【昭和49年】
昭和50年代	<ul style="list-style-type: none"> ○救急医療対策事業【昭和52年】 ○老人保健法施行【昭和58年】 	<ul style="list-style-type: none"> ○（一次、二次）夜間診療の開始【昭和52年】 ○準夜診療の開始【昭和53年】 ○在宅難病患者緊急一時入院事業【昭和57年】

少子・高齢化の進展に伴う保健医療 (昭和60年～現在)

- 医療施設の機能分化と連携を促進することによる医療提供体制の効率化などを目指して、今まで八次にわたり医療法が改正されました。医療法第一次改正により、各都道府県における医療計画の作成が制度化されたことに伴い、「東京都保健医療計画」を策定しました。
- 第二次改正では、高度の医療サービスの提供などを行う「特定機能病院」が、第三次改正では、かかりつけ医やかかりつけ歯科医等を支援する「地域医療支援病院」が制度化され、第四次改正では、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床が、「一般病床」と主として慢性期の患者が入院する療養環境に配慮した「療養病床」とに区分されました。
- 第五次改正では、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の四疾病と救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療の五事業の具体的な医療連携体制を医療計画に位置付けることになりました。都においては、がん診療連携拠点病院の整備や、地域全体で救急患者を受け止める「救急医療の東京ルール」の推進など、医療提供体制の整備を進めてきました。
- また、「社会保障・税一体改革大綱」では、医療サービスの効率化・重点化を図る観点から、高度急性期への医療資源の集中投入や在宅医療の充実など医療提供体制の変革を目指すこととされました。
- さらに、医療介護総合確保推進法（平成元年法律第64号）により医療法第六次改正が行われ、都道府県は令和7年（2025年）に向けて病床の機能分化・連携を進めるための「地域医療構想」を策定し、医療計画に記載することとなりました。今後、少子高齢化が更に進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中で、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築を目指し、取組を進めています。
- 平成30年の医療法改正により、「外来医療に係る医療提供体制に関する事項」及び「医師の確保に関する事項」が医療計画に関する事項に追加されたことに伴い、「東京都保健医療計画」を補完する計画として、「東京都医師確保計画」及び「東京都外来医療計画」をそれぞれ策定しました。

主な動き

年代	国	都
昭和60年代	<ul style="list-style-type: none"> ○医療法第一次改正【昭和60年】 都道府県医療計画制度の創設 ※病床規制の本格導入 ○老人保健制度の創設【昭和62年】 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健所で健康増進指導事業【昭和60年】 ○母子保健サービスセンターの開設【昭和62年】
平成元年～	<ul style="list-style-type: none"> ○医療法第二次改正【平成4年】 療養型病床群制度、特定機能病院制度の創設 ○地域保健法の成立・母子保健法の改正【平成6年】（9年施行） ○医療法第三次改正【平成9年】 地域医療支援病院制度の創設 ○介護保険法の制定【平成9年】（12年施行） 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健医療計画の策定【平成元年】 ○東京都リハビリテーション病院の設立【平成2年】 ○ひとり親家庭医療費助成事業の開始【平成2年】 ○保健医療計画第一次改定【平成5年】 ○保健医療情報センター（ひまわり）の開設【平成5年】

主な動き（つづき）

年代	国	都
平成10年～	<ul style="list-style-type: none"> ○医療法第四次改正【平成12年】 「その他病床」を「療養病床」と「一般病床」とに区分 ○介護保険制度改革関連法成立【平成17年】 ○障害者自立支援法成立【平成17年】 ○医療法第五次改正【平成18年】 四疾病・五事業の具体的な医療連携体制の位置付け、医療機能情報提供制度の創設等 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健医療計画第二次改定【平成10年】 ○「東京発医療改革」の発信【平成12年】 ○「東京都高齢者保健福祉計画」策定【平成12年】 ○衛生局を再編、健康局及び病院経営本部の設置【平成14年】 ○保健医療計画第三次改定【平成14年】 ○がん診療連携拠点病院の整備【平成14年】 ○健康局と福祉局が統合し、「福祉保健局」が発足【平成16年8月】 ○「福祉・健康都市 東京ビジョン」策定【平成18年】
平成20年～	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者の医療に関する法律施行【平成20年】 ○社会保障・税一体改革大綱【平成24年】 ○医療介護確保推進法による第六次医療法改正【平成26年】 病床機能報告制度及び地域医療介護総合確保基金の創設、地域医療構想の策定等 ○第七次医療法改正【平成28年】 地域医療連携推進法人制度の創設等 ○第八次医療法改正【平成29年】 特定機能病院のガバナンス改革に関する規定の創設等 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健医療計画第四次改定【平成20年】 ○救急医療の東京ルールの運用開始【平成21年】 ○東京都周産期医療体制整備計画【平成22年】 ○急性大動脈スーパーネットワーク実施【平成22年】 ○東京都災害医療コーディネーターの設置【平成24年】 ○「東京都高齢者保健福祉計画」策定【平成24年】 ○保健医療計画第五次改定【平成25年】 ○「東京都地域医療構想」策定【平成28年】
平成30年～	<ul style="list-style-type: none"> ○医療法一部改正【平成30年】 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化、医師養成課程を通じた医師確保対策の充実、地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応等 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健医療計画第六次改定【平成30年】 ○「東京都高齢者保健福祉計画」策定【平成30年】
令和元年～		<ul style="list-style-type: none"> ○「東京都医師確保計画」策定【令和2年】 ○「東京都外来医療計画」策定【令和2年】 ○「東京都高齢者保健福祉計画」策定【令和3年】

第3章 東京の保健医療をめぐる現状

第1節 都民から見た保健医療の現状

1 東京都の地域特性

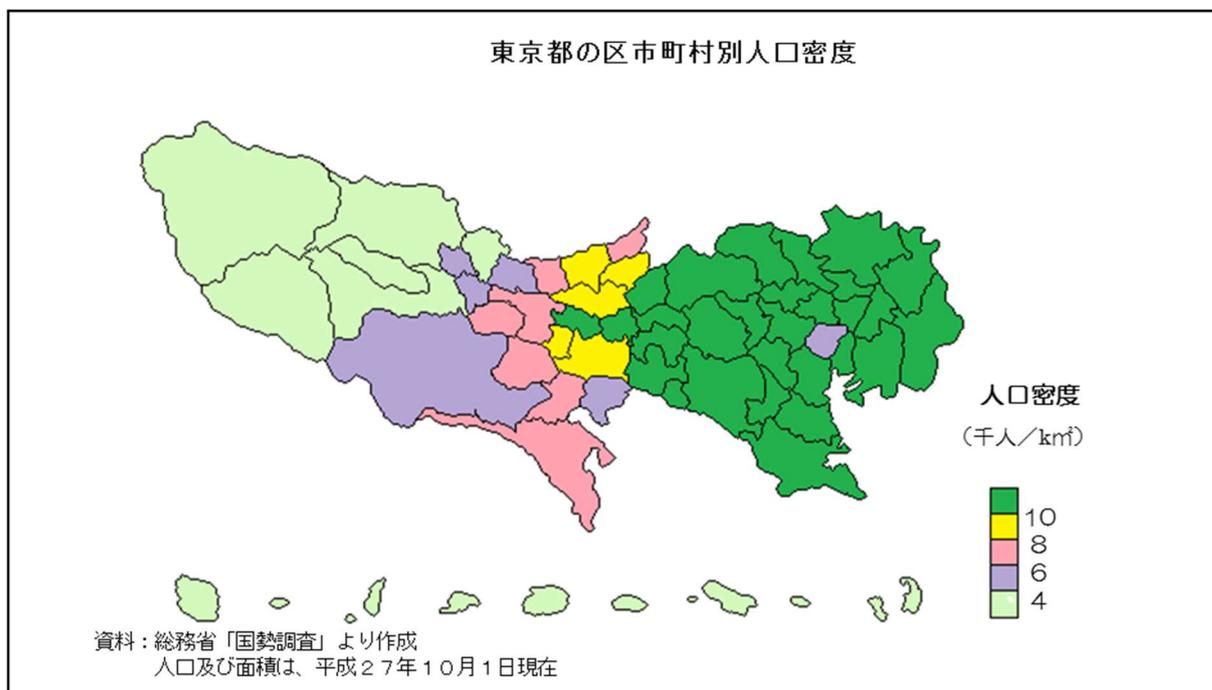
- ① 人口密度が高い
- 東京都の面積は全都道府県の中で3番目に小さく、また、人口は最多であり、人口密度は他の道府県と比較して、非常に高い状況にあります。

人口密度上位5都道府県

	都道府県名	人口密度	(参考)平成27年国勢調査時点	
			人口	面積
1	東京都	6,169 人/km ²	1,352 万人	2190.9 km ²
2	大阪府	4,640 人/km ²	884 万人	1905.1 km ²
3	神奈川県	3,778 人/km ²	913 万人	2415.8 km ²
4	埼玉県	1,913 人/km ²	727 万人	3797.8 km ²
5	愛知県	1,447 人/km ²	748 万人	5172.5 km ²

資料：総務省「国勢調査」平成27年

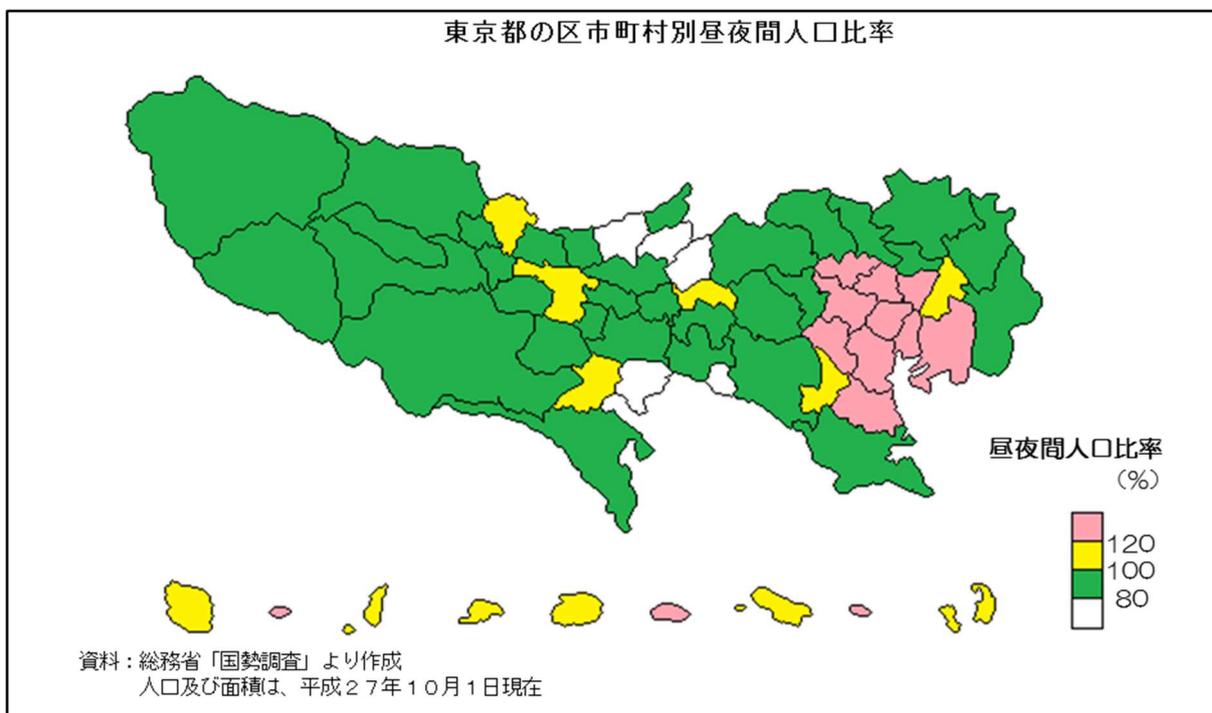
- 東京都における区市町村別人口密度（夜間人口）は、千代田区を除く区部及び区部に隣接する市部において、1平方キロメートル当たり1万人を超えています。
また、町村部及び島しょ部の人口密度は、1平方キロメートル当たり4千人未満となっています。



- ② 昼夜間人口比率が高い
- 東京都における区市町村別昼夜間人口比率をみると、周辺部からの通勤・通学者の流入により、都心部で120%を超えています。特に千代田区は1460.6%、中央区

は 431.1%、港区は 386.7%となっています。

一方、都心の周辺部及び町村部では概ね 100%を下回っています。



③ 高度医療提供施設の集積

- 東京には、高度医療・先進的な医療を提供する大学病院本院や特定機能病院が集積しています。特に、がん患者など、都内全域や他県から高度医療等を求める患者を数多く受け入れています。

特定機能病院とは

高度医療を提供する医療機関として国が承認する医療機関

国立がんセンター中央病院	慶應義塾大学病院
東京慈恵会医科大学附属病院	東京医科大学病院
順天堂大学医学部附属順天堂医院	国立国際医療研究センター病院
日本医科大学付属病院	日本大学医学部附属板橋病院
東京医科歯科大学医学部附属病院	帝京大学医学部附属病院
東京大学医学部附属病院	公益財団法人がん研究会有明病院
昭和大学病院	杏林大学医学部付属病院
東邦大学医療センター大森病院	聖路加国際病院

令和2年12月1日現在

④ 医療人材養成施設の集積

- 13 医科大学・大学医学部や5 歯科大学・大学歯学部、11 薬科大学・大学薬学部、97 の看護師等養成課程などの人材養成施設が所在し、多くの医療人材を養成・育成しています。

⑤ 中小病院や民間病院が多い

- 都内の病院数は、令和元年 10 月 1 日現在 638 施設であり、全国で最多です。
- このうち 200 床未満の中小病院数は 440 病院であり、全体の 69%を占めます。
- 民間病院の割合は 90.6%で、全国値（81%）と比較して高くなっています。
《厚生労働省「医療施設調査」（令和元年）》

⑥ 発達した交通網

- 鉄道やバスなどの公共交通網や道路網が高度に発達しており、比較的短い時間での移動が可能なアクセシビリティに優れた都市となっています。

⑦ 高齢者人口の急激な増加

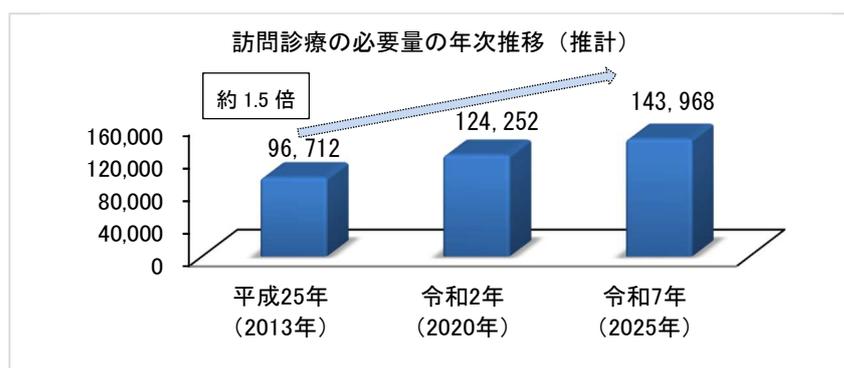
- 平成 17 年から平成 27 年までの 10 年間で約 71 万人増加しており、今後も引き続き増加することが予想されています。
《総務省「国勢調査」（平成 27 年）》

⑧ 高齢者単独世帯が多い

- 都内の世帯数は、平成 27 年時点で約 669 万世帯で、そのうち高齢者単独世帯は約 74 万世帯、全世帯数に占める割合は 11.1%です。
《総務省「国勢調査」（平成 27 年）》

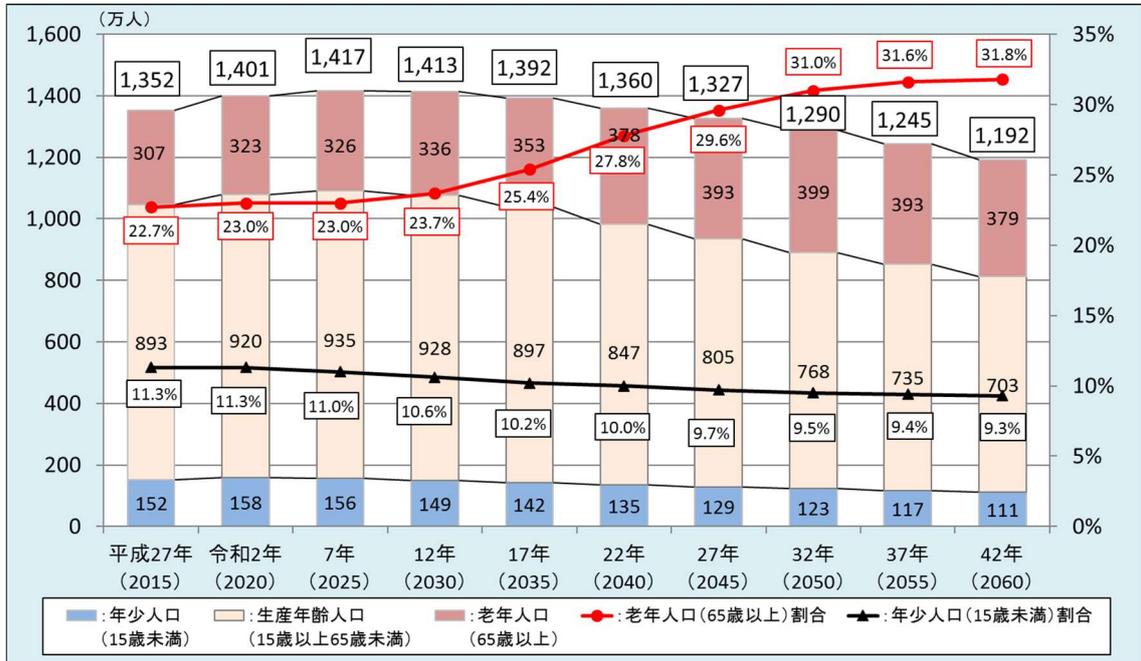
⑨ 医療需要の変化

- 高齢化の進展により、都内全域での訪問診療の必要量が、2025 年には 2013 年比で約 1.5 倍となるなど、医療需要の変化が予想されます。



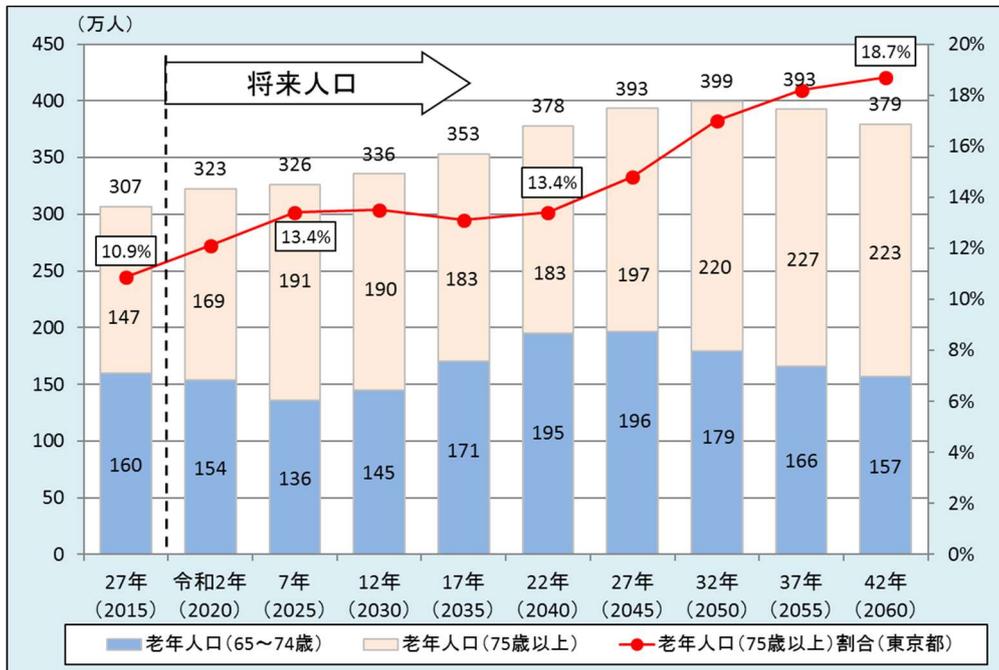
2 人口動向

<年齢3区分別人口の推移と将来推計（東京都）>



資料 東京都政策企画局「2060年までの東京の人口・世帯数予測について」

<高齢者人口の推移>



資料 東京都政策企画局「2060年までの東京の人口・世帯数予測について」

- 東京都の総人口は、2025年1,417万人でピークを迎え、以後減少し、2060年には1,192万人となることが予測されています。年少人口は2020年、生産年齢人口は2025年まで増加し、以後減少へ転じる見込みです。

- 老年人口は2015年の307万人（高齢化率22.7%）から、2050年に399万人（同31.0%）へ増加し、都民のおよそ3人に1人が65歳以上の高齢者という、極めて高齢化の進んだ社会が到来することとなります。

第4章 東京の将来の医療（地域医療構想）

1 東京都地域医療構想

(1) 地域医療構想とは

- 都における地域医療構想は、都民、行政、医療機関、保険者など、医療・介護・福祉等に関わる全ての人々が協力し、将来にわたり東京都の医療提供体制を維持・発展させ、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」を実現するための方針となるものです。
- 地域医療構想は、医療法第30条の4第2項第7号及び第8号の規定に基づき策定するものであり、次の事項を定めることとされております。

【医療法における地域医療構想の記載事項】

- 1 構想区域ごとに厚生労働省令で定める計算式により算定された
 - ① 病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量
 - ② 将来の居宅等における医療の必要量

<参考 病床の四つの機能区分>

高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療や、リハビリテーションを提供する機能
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

- 2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

(2) 構想区域

- 東京都における構想区域は、以下の13区域（「病床整備区域」と呼称）です。



- 構想区域は、必要な病床の整備を図るとともに、地域における病床の機能分化及び連携を推進するための単位です。
- このため、構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を設置し、地域医療構想の実現に向けて、地域で不足する医療機能の確保等について、関係者が協議することとしています。

(3) 事業推進区域

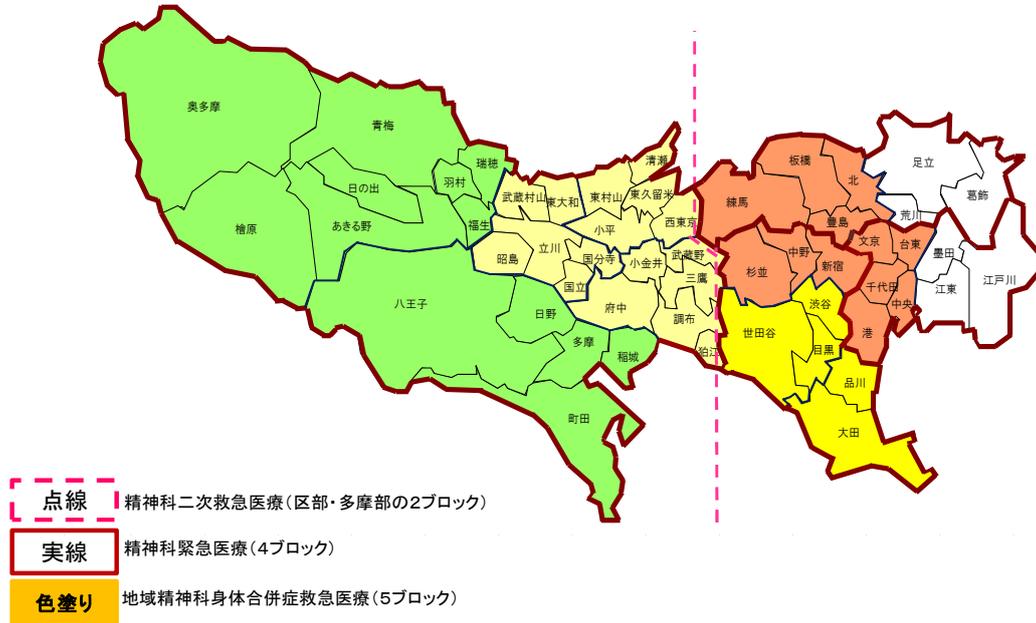
- 東京では、交通網の発達や高度医療提供施設が集積などの地域特性の下、患者の受療動向等を踏まえ、以下の考えに基づき、疾病・事業ごとの医療提供体制に取り組んでいます。
 - ・ 高度な専門的医療は、全都で医療を提供
 - ・ 健康管理、疾病予防、初期医療、在宅療養など身近な地域で完結すべきものは、区市町村をベースに医療を提供
 - ・ 入院医療は、広域な区域（複数の区市町村、生活圈、二次保健医療圏等）を中心に医療を提供
- 都内のどこで医療を受けても、身近な地域の医療・介護との連携が行われる体制が必要です。
- 一方で、これまで培われてきた連携体制を基盤としつつ、患者の受療動向や医療資源の分布状況に応じて、事業推進区域を柔軟に運用しています。現在、入院医療・搬送体制の区域を特に定める必要がある事業については、複数の区市町村、医療圏を超えた区

域など弾力的に設定しています（例えば、周産期搬送の8ブロック、小児救命の4ブロック、身体疾患を伴う精神科救急の5ブロック等）。

- 事業推進区域は、疾病事業ごとにこうした考えに基づき設定します。
- 疾病・事業ごとの協議会等において協議を行った上で、社会状況、医療資源、施策の目指すべき方向性等を踏まえ、設定、廃止、変更等を行います。また、保健医療計画の計画期間中も柔軟に対応していきます。

精神疾患

…事業ごとにブロックを設定



(4) 将来の病床数の必要量等

① 病床機能報告制度の状況

- 平成 26 年度から開始された病床機能報告制度において、一般病床及び療養病床を有する医療機関は、自らが有する病床の現状と将来の病棟単位の病床機能の状況等に関する項目及び具体的な医療内容に関する項目を都道府県に報告することになっています。
- 病床機能報告制度は、病床機能の定量的な基準がない中で、各医療機関が自主的に報告した内容であることから、全ての病棟を高度急性期や急性期と報告するなど、医療機関によって大きく異なっています。
- 各病床機能の構成割合を見ると、急性期機能が最も多くなっています。一方で、今後高齢者が増加することで、ニーズが高まることが予想される回復期機能については、最も少なくなっています。
- 病床機能報告制度については、厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」において病床機能の基準の明確化など、改善に向けた検討が進められています。

② 令和7年（2025年）の病床数の必要量

- 東京都の令和7年（2025年）の必要病床数の推計結果は113,764床となっています。これを、病床機能別にみると、高度急性期15,888床、急性期42,275床、回復期34,628床、慢性期20,973床となっています。必要病床数と平成29年4月現在の既存病床数を比較すると、約8,000床不足することとなっています。

（上段：人/日、下段：床）

		高度急性期 機能	急性期 機能	回復期 機能	慢性期 機能	計
東京都	患者数	11,916	32,974	31,165	19,294	95,349
	病床数	15,888	42,275	34,628	20,973	113,764
（参考）病床数の 構成割合		14.0%	37.2%	30.4%	18.4%	100.0%

- 令和7年（2025年）の病床数の必要量は、推計値であり、様々な要因により影響を受けることに留意する必要があります。

③ 令和7年（2025年）の在宅医療等の必要量

- 令和7年（2025年）の在宅医療等の必要量は、1日当たり197,277人となっています。特に訪問診療は、平成25年（2013年）の約9万人から143,429人へと、その需要が大幅に増加すると見込まれています。

（人/日）

	在宅医療等	
		（再掲） 訪問診療のみ
東京都	197,277	143,429

- 在宅医療等の必要量は、平成25年（2013年）に在宅患者訪問診療料を算定している患者数、老人保健施設の施設サービス受給者数及び一般病床の入院患者のうち医療資源投入量が175点未満の患者数を令和7年（2025年）の人口に換算した数の他、療養病床入院患者のうち、医療区分¹Iの患者数の70%などを推計しています。（東京都保健医療計画（平成30年3月改定）45ページ～48ページ参照）
- 診療報酬制度における医療区分Iの患者は、区分II及びIIIより医療の必要性は低

¹ 医療区分：療養病床で算定する診療報酬である「療養病棟入院基本料」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。

いものの、長期の医療、介護が必要な患者であり、容体が急変するリスクがある者から、比較的安定した者まで様々な医療ニーズがあります。

- 慢性期の医療、介護ニーズの増加が予測される中、身近な地域で必要な医療サービスを受けられる体制の整備や、介護サービスの中で、医療ニーズが高い入所者をどのように受け止めていくかが課題になっています。

(5) 東京の将来の医療～グランドデザイン～

- 高齢化の進展、特に後期高齢者人口の増加により増大する医療需要に適切に応え、将来にわたって東京の医療提供体制を維持・発展させていく必要があります。
- このため、「東京都地域医療構想」には、「東京の2025年の医療～グランドデザイン～」として、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」を描き、その実現に向けた4つの基本目標を掲げています。

誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」

4つの基本目標

- I 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展
～大学病院等が集積する東京の「強み」を生かした、医療水準のさらなる向上～
- II 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築
～高度急性期から在宅療養に至るまで、東京の医療資源を最大限活用した医療連携の推進～
- III 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実
～誰もが住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域全体で治し、支える「地域完結型」医療の確立～
- IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成
～医療水準の高度化に資する人材や高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現～

- 今後は、「4つの基本目標」の達成に向け、医療・介護サービスの連携のみならず、健康づくり、福祉、住まいや教育などの施策とも連動して保健医療計画を着実に推進し、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」の実現を目指します。

2 地域医療構想の実現に向けた進め方

(1) 病床の機能分化及び連携の推進

- 地域医療構想を実現するためには、都民、東京都、区市町村、医療機関、医療関係団体、保険者等が協力して、効率的で質の高い医療提供体制を確保していく必要があります。
- 一方で、将来不足することが見込まれる病床機能や地域の医療資源などは、各構想区域によって異なります。高齢化が進展する中、今後は、地域の医療需要に適切に対応できるよう病床機能を確保する必要があります。また、高度急性期から在宅療養まで切れ目なく医療が提供できるよう連携体制の構築が必要です。
- 地域医療構想の実現に向け、構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置しています。調整会議では、地域の現状を把握した上で、地域の関係者自らが地域の課題を抽出し、その課題の解決に向けた検討を行い、医療機関が自主的に病床の機能分化・連携に取り組むこととしています。
- あわせて、病床の機能分化・連携を進めるため、地域医療構想介護総合確保基金を有効に活用し、地域医療構想の実現に向けた取組を推進していきます。
- さらに、多くの区域に共通する医療連携の課題など、都全体で解決すべき課題の共有を行うため、東京都保健医療計画推進協議会の下に、「地域医療構想調整部会」を設置しています。地域医療構想調整部会では、地域医療構想の実現に向けた進捗管理なども実施します。

(地域医療構想調整会議)

構想区域ごとに、地域の現状を把握し、課題を抽出するとともに課題の解決に向けた検討を行う



(地域医療構想調整部会)

調整会議の情報を集約し、共通する課題の抽出や課題解決に向けた方策の検討等を行う

(2) 医療需要に対応した病床の整備

- 高齢化の進展に伴い、令和 7 年（2025 年）の必要病床数は、平成 27 年の病床機能報告における病床数と比較すると、回復期機能を中心に不足することが推計されています。

- 平成 28 年度病床機能報告によると、都内の病院では、稼働していない病床が約 2,300 床あり、病床の稼働率は約 86%となっています。稼働していない病床を有効活用するためには、転退院のための円滑な医療連携が行われる体制作りが必要です。

- こうした取組を進めていくに当たっては、住民に身近な基礎的自治体である区市町村の意見や、各医療機関から報告された病床機能報告の結果などを参考にしながら、法令等に準拠して基準病床数を定め、地域に必要な医療の確保を図っていきます。

第5章 医師確保計画と外来医療計画

1 策定経緯及び東京都保健医療計画との整合

- 平成30年の医療法改正により、「外来医療に係る医療提供体制に関する事項」及び「医師の確保に関する事項」が医療計画に関する事項に追加されました。
- 令和2年3月に策定した「東京都医師確保計画」及び「東京都外来医療計画」は、共に医療法上の「医療計画」の記載事項であり、平成30年（2018年）3月に改定した「東京保健医療計画」を補完するものです。
- 両計画の計画期間は、令和2年度（2020年度）から令和5年度（2023年度）までの4年間を対象としています。その後、令和5年度に改定を予定している「東京都保健医療計画」と一体化していきます。それ以降は、3年ごとに見直しを行う予定です。
- また、「東京都医師確保計画」については、令和18年（2036年）までに、医師偏在是正を達成することを長期的な目標としています。

2 医師確保計画

(1) 医師確保計画とは

- 「東京都医師確保計画」は、全国ベースで国が統一的・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。
- 東京は、高度医療・先進的な医療を提供する大学病院本院や特定機能病院が集積しており、全国で活躍する多くの医療人材を育成しています。
- 一方、医師偏在指標では、都は、全国の中で最も医師多数の都道府県とされ、臨床研修医の募集定員や専門医制度における専攻医の定員数等、医師の確保に一定の制約が課せられています。
- また、医師の長時間労働を改善し、医師等医療従事者の働きやすい環境を整備するため、東京の実情に応じた医師の働き方改革を進める必要があります。
- このため、都は、東京都医師確保計画を二部構成で策定し、国が都道府県に策定を求める内容を中心に第一部、都が独自に課題や取組を取りまとめ、今後の東京の医師確保の方向性を示したものを第二部として記載することとしました。

- 第二部では、平成 28 年に策定した「東京都地域医療構想」におけるグランドデザインの実現に向けた 4 つの基本目標ごとに、医師確保の観点から、
- I 専攻医の確保、医療人材のキャリアアップ支援
 - II 重点的に取り組む政策に必要な医療人材
 - III かかりつけ医の確保・育成、地域で健康づくりや疾病予防を支える医師の育成
 - IV 働き方改革への対応、医学生の育成、都民への普及啓発
- などの課題について、都民の皆様、行政、医療機関、医育機関、関係団体等が今後取り組むべき方向性を示しました。

(2) 計画の構成（記載事項）

「東京都医師確保計画」の記載事項は、以下のとおりです。

第 1 部	第 2 部
<p>第 1 章 医師確保計画とは</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 はじめに 2 計画の構成（記載事項） 3 策定プロセス 4 東京都保健医療計画との整合と計画期間 <p>第 2 章 東京の医療の状況</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 東京の特性 2 東京の医師の状況 3 医師偏在指標と医師少数区域と医師多数区域の設定 4 二次保健医療圏別の状況 <p>第 3 章 医師確保の方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医師偏在指標に基づく医師確保 2 確保すべき目標医師数の設定 3 目標達成に向けた施策 <p>第 4 章 産科・小児科における医師確保計画</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 周産期医療 2 小児医療 <div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>○ 国のガイドラインでは、産科・小児科の医師確保計画を個別に策定することとしているが、都は、東京都保健医療計画と整合性を保つため、周産期医療を担う医師、小児科医師の確保計画とする。</p> </div> <p>第 5 章 計画の効果の測定・評価</p>	<p>第 1 章 「東京の将来の医療 ～グランドデザイン～」 の実現を目指した医師確保の方向性</p> <p>「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」の実現に向けた 4 つの基本目標ごとに医師確保の方向性を提示</p> <ul style="list-style-type: none"> I 高度医療・先進的な医療提供体制の将来に渡る進展 II 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築 III 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実 IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

3 外来医療計画

(1) 外来医療計画とは

- 「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。

- 東京は、高度医療・先進的な医療を提供する大学病院本院や特定機能病院が集積し、全国から高度医療等を求める患者を多く受け入れている一方、病院全体の約7割を占める200床未満の病院が地域の外来医療を支える重要な役割を担っています。また、診療所における診療科の専門分化が進んでいます。

- こうした中、東京の外来医療の機能を充実させていくためには、診療所のみならず、病院の外来医療機能も含めた検討を進め、新規開設者を含む全ての外来医療を担う医師の自主的な行動変容につながるよう、有益な情報を広く提供する必要があります。

- このため、都は、東京都外来医療計画を二部構成で策定し、国が都道府県に策定を求める内容を中心に第一部、都が独自に課題や取組を取りまとめ、今後の東京の外来医療の方向性を示したものを第二部として記載することとしました。

- 第二部では、平成28年に策定した「東京都地域医療構想」におけるグランドデザインの実現に向けた4つの基本目標ごとに、外来医療機能確保の観点から、
 - I 高度な外来医療機能の充実、適切な受療行動を促す情報提供
 - II ICTを活用した連携、総合診療機能の充実、外国人患者への医療提供体制
 - III ICTを活用した連携、都民への普及啓発、かかりつけ医機能の充実、多職種連携、看取りまでの支援
 - IV 高度医療、総合診療機能、在宅療養を担う人材の確保・育成などの課題について、都民の皆様、行政、医療機関、医育機関、関係団体等が今後取り組むべき方向性を示しました。

(2) 計画の構成（記載事項）

「東京都外来医療計画」の記載事項は、以下のとおりです。

第1部

第1章 外来医療計画とは

- 1 はじめに
- 2 計画の構成（記載事項）
- 3 策定プロセス
- 4 東京都保健医療計画との整合と計画期間

第2章 東京の外来医療

- 1 東京の保健医療をめぐる現状
- 2 東京の外来医療の状況
- 3 外来医療の偏在
- 4 医療機器の共同利用

第3章 二次保健医療圏ごとの状況

- 1 対象区域及び協議の場の設定
- 2 地域で不足する外来医療機能
- 3 医療機器の共同利用方針
- 4 圏域ごとの状況

第4章 協議の場の設置と運営

- 1 地域医療への協力の意向確認
- 2 協議の場（地域医療構想調整会議）における協議

第2部

第1章 「東京の将来の医療 ～グランドデザイン～」 の実現を目指した外来医療の方向性

「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」の実現に向けた4つの基本目標ごとに外来医療の方向性を提示

- I 高度医療・先進的な医療提供体制の将来に渡る進展
- II 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築
- III 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実
- IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

第2章 計画の推進主体の役割

第6章 保健医療圏と基準病床数

1 保健医療圏

1 基本的な考え方

- 全ての都民が住み慣れた地域で安心して生活していくためには、都民が必要とする保健医療サービスを、いつでも、どこでも、だれでも必要に応じて適切に受け取ることができるようにすることが不可欠です。
- 保健医療圏は、こうした都民の保健医療ニーズに的確に対応するため、保健医療資源の適切な配置を図るとともに、適切な保健医療サービスの提供や医療提供施設相互の機能の分担と連携を推進し、疾病の発症予防から早期の発見や治療、リハビリテーションなど総合的な保健医療提供体制の体系を構築するための地域的単位となります。

2 保健医療圏の設定

- 都では、平成元年に策定した「東京都保健医療計画」において、地域の保健医療ニーズに対して、都民に最も適切な保健医療サービスを提供していく上での圏域として、一次、二次及び三次の保健医療圏を設定しました。

東京都保健医療計画第六次改定においては、人口規模や受療動向をはじめとする圏域の現況を踏まえ、引き続き保健医療圏を次のとおりとしました。

(1) 一次保健医療圏

- 平成元年に策定した医療計画において、一次保健医療圏については、地域住民の日常生活を支える健康相談、健康管理、疾病予防や頻度の高い一般的な傷病の治療など、住民に密着した保健医療サービスを、福祉サービスと一体となって総合的、継続的に提供していく上での最も基礎的な圏域であり、その体制の整備を図るための地域的単位として、区市町村の区域を位置付けました。
- 平成9年4月の地域保健法（昭和22年法律第101号。旧保健所法）の全面改正により、母子保健事業などの住民に身近な保健サービスを市町村が提供することになったこと、平成12年4月に区市町村が保険者となる介護保険制度が導入されたこと、平成18年4月から区市町村が主体となって地域包括支援センターを設置するなど、保健・医療・福祉の分野では、身近な区市町村を中心としたきめ細かなサービスの提供が定着しています。
- また、在宅療養を推進するためには、住民に最も身近な行政機関である区市町村の主体的な取組のもと、関係する多職種が緊密に連携し、明確な役割分担に基づいた患者支援のネットワークを円滑に機能させるための環境整備が必要です。

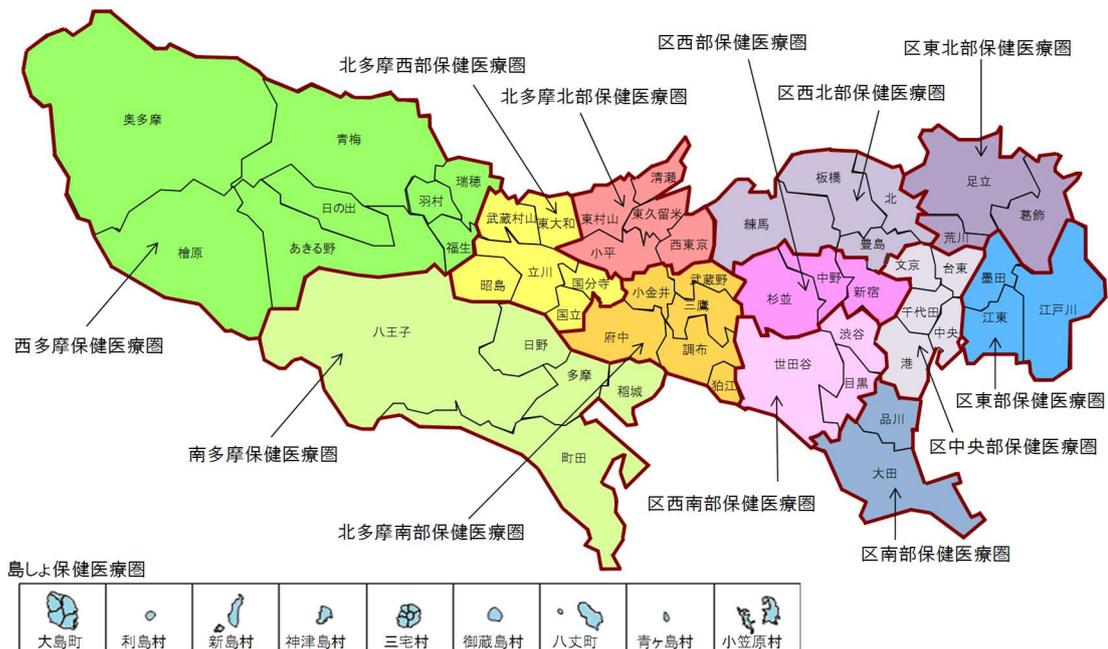
こうしたことから、一次保健医療圏は、引き続き区市町村の区域とします。

(2) 二次保健医療圏

- 二次保健医療圏は、原則として特殊な医療を除く一般の医療ニーズに対応するために設定する区域で、入院医療を圏域内で基本的に確保するとともに、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携などにより、都民に包括的な保健医療サービスを提供していく上での圏域であり、その整備を図るための地域的単位です。
- 医療法第 30 条の 4 第 2 項第 12 号の規定により、主として病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として設定する医療計画上の区域でもあります。
- 二次保健医療圏については、平成元年に策定した「東京都保健医療計画」において、住民の日常生活行動の状況、交通事情、保健医療関係の既存の地域ブロック、保健医療資源の分布等圏域設定に必要な要素を総合的に勘案の上、複数の区市町村を単位とする 13 の圏域に設定しました。
- 第六次改定に当たっては、患者の受療動向の現状等を検討した結果、圏域を変更するほどの大きな変化が見られないことや、現行の圏域を単位とした保健医療サービスを提供する広範な仕組みづくりが進んでいることなどから、二次保健医療圏は引き続き現行のとおりとし、疾病や事業ごとの取組については、各圏域の保健医療資源などの現況を踏まえた連携を進めていきます。
- 島しょ地域についても、引き続き島しょ地域全体を一つの二次保健医療圏として設定しますが、今後とも離島としての地域特性を踏まえた配慮が必要です。

(3) 三次保健医療圏

- 三次保健医療圏は、一次及び二次の保健医療体制との連携の下に、特殊な医療提供を確保するとともに、東京都全域での対応が必要な保健医療サービスを提供する上での区域であり、その体制を整備していくための地域的単位です。
- 医療法第 30 条の 4 第 2 項第 13 号の規定により、特殊な医療などを提供する病院の病床確保を図るべき地域的単位として設定する医療計画上の区域でもあり、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 30 条の 29 第 2 号において、都道府県を単位として設定することが定められています。
そのため、その区域は、引き続き東京都の全域とします。



二次保健医療圏	構成区市町村	面積 (km ²)	人口 (人)
区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区	63.64	860,669
区南部	品川区、大田区	83.50	1,103,937
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区	87.83	1,405,501
区西部	新宿区、中野区、杉並区	67.87	1,225,772
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区	113.92	1,915,881
区東北部	荒川区、足立区、葛飾区	98.21	1,325,299
区東部	墨田区、江東区、江戸川区	103.83	1,435,681
西多摩	青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町	572.70	390,897
南多摩	八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市	324.71	1,430,411
北多摩西部	立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市	90.05	640,617
北多摩南部	武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市	96.10	1,022,646
北多摩北部	小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市	76.51	731,469
島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村	399.35	26,491
計		2,190.93	13,515,271

資料：総務省「国勢調査」（平成27年）
国土交通省国土地理院「平成27年全国都道府県市区町村別面積調」

2 基準病床数

1 基本的な考え方

- 病床は、医療資源の中でも重要な位置を占めるもので、その運用には多くの人的・物的資源が必要です。入院医療を必要とする都民が必要かつ適正な期間の入院医療を受けることができるよう、病床を効率的かつ適切に活用する必要があります。

- 基準病床数は、病床の適正配置の促進と適切な入院医療の確保を目的に、病床整備の基準として、医療法第 30 条の 4 第 2 項第 17 号の規定に基づき病床の種類ごとに定めるものです。療養病床及び一般病床は二次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床及び結核病床は東京都全域（三次保健医療圏）でそれぞれ定めることとされています。

- 既存病床数が基準病床数を上回る圏域における病院及び有床診療所の開設、増床等は原則としてできず、開設の中止、増床数の削減等の知事の勧告の対象となります。

- なお、既存病床数が基準病床数を超える二次保健医療圏であっても、高度ながん診療施設、周産期医療を行う施設など特定の病床が不足する地域における当該診療を行う医療機関のための病床整備（医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 47 号）第 30 条の 32 の 2）、人口の著しい増加に対応した病床整備など（医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）第 5 条の 3）、特別な事情により更なる整備が必要な場合には、都道府県は、関係機関・関係団体と調整の上、厚生労働大臣に協議して、同意を得た数を基準病床数に加えることができます。

2 基準病床数の設定

- 医療法施行規則等に基づき定めた療養病床及び一般病床、精神病床、感染症病床、結核病床の基準病床数は次のとおりです。

(1) 療養病床及び一般病床

(単位：床)

二次保健医療圏	基準病床数
区 中 央 部	5,576
区 南 部	8,257
区 西 南 部	9,749
区 西 部	8,390
区 西 北 部	14,880
区 東 北 部	10,978
区 東 部	9,446
西 多 摩	3,342
南 多 摩	11,381
北 多 摩 西 部	4,322
北 多 摩 南 部	7,067
北 多 摩 北 部	5,810
島 し よ	248
計	99,446

(2) 精神病床

(単位：床)

区 分	基準病床数
東 京 都 全 域	18,576

(3) 結核病床

(単位：床)

区 分	基 準 病 床 数
東 京 都 全 域	254

(4) 感染症病床

(単位：床)

区 分	基 準 病 床 数
東 京 都 全 域	132

3 診療所の一般病床設置について

- 診療所の病床について、医療法施行規則第1条の14第7項に基づく次の診療所の病床については、許可に代わり届出によって設置することができます。(平成30年4月1日から適用)

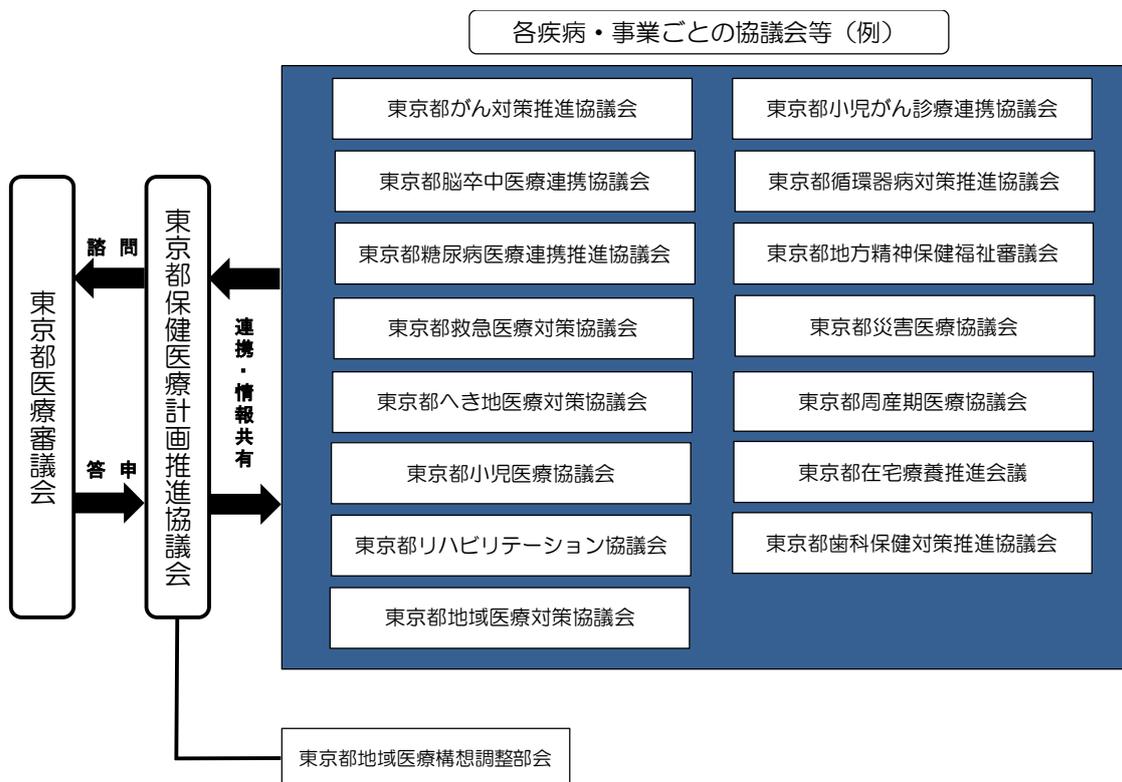
なお、次の診療所に該当するか否かについては、必要とされる医療に関する地域の実情を踏まえて検討する必要があることから、届出の前に医療審議会の意見を聴くこととします。

- ① 地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所
- ② へき地に設置される診療所
- ③ 小児医療の提供の推進のために必要な診療所
- ④ 産科医療の提供の推進のために必要な診療所
- ⑤ 救急医療の提供の推進のために必要な診療所

第7章 計画の推進体制

- 保健医療計画を効果的に実施し、機能させるためには、各施策の実施状況・進捗状況を確認し、達成度を評価し、必要に応じて取組の見直しを行っていくことが必要です。
- このため、各疾病・事業単位で設置している協議会等において、事業の進捗状況や指標などについて評価・検討を行い、保健医療計画に基づく取組を推進していきます。
- また、地域における医療機能の分化と連携を促進するため、構想区域ごとに設置した「地域医療構想調整会議」を活用し、医療機関が相互に協力し合い、補い合うことで、各医療機関持つ医療機能を十分発揮するように働きかけます。
- こうした取組の実施状況は、医師や看護師等の医療を提供する立場の者や医療を受ける立場の者、学識経験者などで構成する「東京都保健医療計画推進協議会」等において、都全域で共有し、各疾病・事業の進捗状況と照らし合わせながら定期的に評価、見直しを行うなど、PDCA サイクルを効果的に機能させることにより、保健医療計画の基本理念である、地域医療構想で掲げたランドデザインの達成を目指します。
- 医療を提供する体制の確保に関する重要事項については、「東京都医療審議会」において調査審議します。

<保健医療計画の推進体制>



- 保健医療計画の進捗状況については、都のホームページに掲載するなど、広く都民にも公表していきます。

医療計画におけるPDCAサイクル

関係者による議論を通じた合意形成を得ながら、データを十分に活用し、現状と課題を把握し、患者の受療動向を踏まえて、医療提供体制のあるべき姿を念頭において目標を立て、着実に計画を実行し、適切な指標を用いて、進捗評価を行い、医療計画を見直す。

～PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会報告書より一部抜粋～



Plan(計画)→Do(実施)→Check(評価)→Action(改善)→Plan(計画)・・・
計画策定後も、継続的に見直しを行い、医療計画の実効性を高めます。

保健医療計画の推進を支える各種協議会等（例）

各種協議会等	目的・協議事項
東京都医療審議会	医療法の規定により、知事の諮問に応じ、都における医療を提供する体制の確保に関する重要事項の調査審議
東京都保健医療計画推進協議会	東京都保健医療計画の総合的かつ円滑な推進
東京都地域医療構想調整部会	地域医療構想の実現に向けて、地域で必要な医療機能の確保等について協議
東京都がん対策推進協議会	東京都がん対策推進計画及びこれに基づく施策の推進
東京都小児がん診療連携協議会	都内における小児がん医療連携体制の検討・構築
東京都脳卒中医療連携協議会	都内の脳卒中医療連携体制の構築等
東京都循環器病対策推進協議会	東京都循環器病対策推進計画の策定及び循環器病対策の推進等
東京都糖尿病医療連携推進協議会	都内における予防から治療までの一貫した糖尿病対策の推進
東京都地方精神保健福祉審議会	精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項の調査審議
東京都救急医療対策協議会	災害事故等による救急患者に対する適正な医療体制の整備
東京都災害医療協議会	都内における関係機関が連携した実効性の高い災害医療体制の構築
東京都へき地医療対策協議会	都のへき地医療支援計画の策定、へき地勤務医師等医療技術者の安定的確保等
東京都周産期医療協議会	都内における周産期医療の整備及び充実
東京都小児医療協議会	都内における小児医療体制の確保
東京都在宅療養推進会議	都内における在宅療養の推進
東京都リハビリテーション協議会	都におけるリハビリテーションサービスの充実
東京都歯科保健対策推進協議会	都民の歯科保健対策の推進
東京都地域医療対策協議会	医師等医療従事者の確保及び育成

第2部 計画改定後の新たな課題と取組について

第1章 都における中間見直しの考え方について

○社会経済環境の変化

・令和元年東日本台風（第19号）など、河川の氾濫や暴風等の影響で、電気・水道・道路などのライフラインへの被害が発生、医療機関は停電、断水、浸水、暴風等により病院機能に支障を来す等、医療提供体制に大きな影響を受ける災害が相次いで発生しています。

・令和元年末に中国を端に発生した新型コロナウイルス感染症は、世界各地域に拡散し、令和2年3月にWHOはパンデミックを宣言しました。新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症等の拡大による有事における医療提供体制の確保という新たな課題への対応が求められています。

・高齢化の進展に対応した地域包括ケアシステムの構築に向け、都内の多数を占める中小病院の役割はますます重要になっています。中小病院が多いという東京都の特性を踏まえ、地域における医療連携の推進や在宅療養患者の情報共有・多職種連携の取組を進めていくために、ICTを活用した医療情報のデジタル化を推進していく必要があります。

○現行計画関連の国の動向

・平成30年の医療法及び医師法の一部改正により、外来医療計画、医師確保計画の策定など国の医療提供体制構築に係る制度改革が推進されています。また、平成31年4月に働き方改革関連法が施行され、時間外労働規制の上限規制の適用により、医療機関の勤務環境の改善に取り組むことが必要とされています。

・脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は国民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患であるとともに、社会全体に大きな影響を与える疾患です。こうした現状に鑑み、誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、「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）。以下「循環器病対策推進基本法」という。」が平成30（2018）年12月に成立し、令和元（2019）年12月に施行されました。同法に基づき、国の循環器病対策の基本的な方向について明らかにするものとして、「循環器病対策推進基本計画」が策定されました。これに基づき、都道府県の循環器対策推進基本計画を策定することとされています。

○中間見直しの方針

・これらの社会経済環境の変化や医療施策に関する国の動向等に対応するため、国の「医療計画作成指針」を踏まえて、都では次期第8次計画の改定を見据え、以下のような見直しの視点を持って、必要な項目にポイントを絞った見直しを行います。

<見直しの視点>

- 視点1 医療法に基づく事項
- 視点2 現行計画策定後の変化
- 視点3 他計画との整合
- 視点4 設定指標の「中間評価」

○見直し対象範囲

- ・5 疾病・5 事業及び在宅療養、その他必要な事項を対象とします。

○見直しの基本的考え方

- ・「5 疾病・5 事業及び在宅療養」を中心に取組状況や設定指標における目標達成度を検証・評価するとともに、計画策定後の状況の変化等を踏まえた上で、新たな課題と今後取り組むべき方向性等を明らかにします。

○見直しの方法

- ① 見直しの視点を踏まえて、中間見直しの対象項目を抽出します。
 - ・該当分野について、必要に応じて追加、修正を行います。（第2章に記載）
- ② 各指標の中間評価により、計画の進捗度合いを判定します。
 - ・評価指標について、計画策定時の実績と直近（令和元年度）の実績比較を行い、目標値に対する達成度合いを判定します。また、達成度合いの低い項目は、目標達成に向けた今後の取組等を確認します。（第5章に記載）

第2章 切れ目のない保健医療体制の推進

1 がん

見直しの視点

視点2 計画策定後の変化（小児・AYA世代²のがん患者への支援の充実、働きながら治療を受けるがん患者への支援の充実）

見直しの背景

（小児・AYA世代のがん患者への支援の充実）

- 小児及びAYA世代のがん患者は、がんの治療の影響で生殖機能が低下し、子供をもつことが難しくなる可能性があるため、がん治療の前に、治療による影響を伝えるとともに、生殖機能の温存の選択肢があることなどの情報を十分に提供することが必要です。
- また、生殖機能温存のための治療費は、医療保険適用外のため、経済的な負担が大きいことから、全国的にも、負担を軽減する取組が進んできています。

（働きながら治療を受けるがん患者への支援の充実）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、企業や事業所において、テレワークや時差出勤等の取組が進められています。
- 多様な働き方の広がりにより、働きながら治療を受けるがん患者の受療行動にも変化が生じている可能性があります。

課題と取組の方向性

<課題6> ライフステージに応じたがん対策

（1）小児がん患者及びAYA世代のがん患者

（新規）

- 東京都は、AYA世代のがん患者の支援策を検討するため、これまでに病院や患者、家族を対象に実態調査を行い、また、他の自治体における生殖機能温存のための費用助成の取組について調査を実施しました。

（新規）

- こうした調査の結果では、生殖機能温存について、患者や家族が、がん治療への影響について十分に理解したうえで意思決定をするための支援や費用に対する助成、拠

² AYA世代：Adolescent and Young Adult世代の略。主に15歳以上40歳未満の思春期及び若年成人世代を指す。

点病院等と温存治療を実施する医療機関との連携が求められています。

(取組6-1) 小児・AYA世代のがん患者への支援の充実 [基本目標 II、III、IV]
(新規)

○ 小児・AYA世代のがん患者が将来の妊娠に備え、希望をもってがん治療に取り組めるよう生殖機能温存治療等に係る費用の助成制度を開始します。

(新規)

○ また、意思決定のための支援やがん治療医と生殖機能温存治療医の連携を推進する取組を実施します。

(2) 働きながら治療を受けるがん患者(働く世代・子育て世代)

(新規)

○ 新型コロナウイルス感染症の影響により企業や事業所における働き方が多様化したことなどに伴い、がん患者の受療行動の変化に応じた取組が求められます。

(取組6-2) 働きながら治療を受けるがん患者への支援の充実 [基本目標 II、III]
(新規)

○ がん診療連携拠点病院等や患者に対して実施した、がん患者の受療行動の変化等に関する調査結果を踏まえ、東京都がん対策推進協議会の就労支援ワーキンググループにおいて、がん患者が治療を受けながらその人らしく働き続けるために必要な支援策等を検討していきます。

今後、東京都循環器病対策推進協議会において「循環器病対策推進計画」の検討を進め、その内容を反映

3 精神疾患

見直しの視点

視点2 計画策定後の変化（精神保健福祉法の改正法案の廃案等）

視点3 計画の改定（東京都障害者・障害児施策推進計画）

見直しの背景等

（精神保健福祉法の改正法案の廃案と東京都における措置入院者退院後支援ガイドラインの策定）

- 措置入院者が退院した後の医療等の支援強化や、精神障害者に対する適切な医療及び保護を確保するための入院手続き等の見直し等を行う精神保健福祉法（昭和25年法律第123号）の改正法案は平成29年に廃案となりました。

都は、措置入院者が退院した後の支援について、現行の精神保健福祉法に基づく措置入院者等の退院後支援計画の作成等を盛り込んだ国の退院後支援ガイドラインの発出を受けて、令和元年度に「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、令和2年度から本格実施しています。

（東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例の制定）

- 障害を理由とする差別の禁止や、「合理的配慮の提供」の民間事業者への義務化等を盛り込んだ、東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例（平成30年条例第86号）が平成30年10月に施行されました。

（障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針の一部改正）

- 入院から地域生活への移行、地域生活の継続の支援等の課題に対応し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層推進すること等が必要です。

（依存症対策の推進）

- 都立（総合）精神保健福祉センターを東京都の依存症相談拠点に設定したほか、サンプル等依存症対策基本法（平成30年法律第74号）が施行される等、取組みの一層の推進が必要です。

（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）

- 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ています。

(新型コロナウイルス感染症への対応)

- 精神疾患の急激な悪化や精神障害者が身体疾患に罹患又は悪化により救急医療が必要になった時、身近な地域で症状に応じた適切な医療を受けられるように「精神科救急医療体制」を整備しており、新型コロナウイルス感染症が拡大している状況下においても、安定的な運用を行うことや、感染予防に取り組んでいる精神科病院への支援を行うことが必要です。

そのため、精神科病院に入院中の患者が新型コロナウイルス感染症患者であることが判明した場合等に、精神身体合併症救急医療事業等での受入れを実施しています。

また、都内精神科病院における院内感染防止・感染制御を図るため、精神科二次救急指定医療機関における体制確保を支援するとともに、新型コロナウイルス感染症対応研修をオンライン配信で実施する等、感染症対策に配慮した取組を実施しています。

課題と取組の方向性

<課題 1 - 3> 都民への理解促進

(新規)

- 障害を理由とする差別の禁止や、「合理的配慮の提供」の民間事業者への義務化等を盛り込んだ、東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例（平成30年7月4日条例第86号）を平成30年10月に施行しました。

(取組 1 - 3) 都民への普及啓発の充実

[基本目標 II、III]

(見直し)

- 差別解消の取組を一層進めるため、「東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例」の趣旨について、広く都民や事業者に普及啓発を図ります。

<課題 2 - 1> 精神保健福祉法改正を踏まえた対応

(見直し)

- 精神保健福祉法の改正法案については平成29年に廃案となり、措置入院者の退院後支援について、国は現行法下でも対応可能な「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」を発出しました。

(取組 2 - 1) 精神保健福祉法改正を踏まえた精神科救急医療体制等の再整備

[基本目標 II]

(新規)

- 措置入院者の退院後支援については、国のガイドラインを基に策定した「東京都における措置入院者退院後支援ガイドライン」に則って、本人の申込等に基づき、支援関係者等も含めて退院後支援計画を作成し、継続的な支援を行います。

- 入院が長期化しやすい難治性の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ようにする必要があります。

(取組 3-1) 病院における長期在院者への退院に向けた取組の推進

[基本目標 II、III]

(見直し)

- 地域の関係者がより有機的に連携するための調整等、体制整備に向けた支援などをより一層進めるため、地域移行コーディネーターの取組を引き続き推進します。

(新規)

- 入院が長期化しやすい難治性の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よう支援体制を検討していきます。

(2) 依存症

<課題 4-2>

(見直し)

- 東京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において、アルコール等の依存症に関する専門的な相談や本人及び家族に対する適切な支援が必要です。

(見直し)

- アルコール健康障害対策基本法(平成25年法律第109号)等に基づき、依存症者に対する適切な医療を提供できる体制整備が必要です。

また、再犯の防止等の推進に関する法律(平成28年法律第104号)では、保健医療サービス等の関係機関の体制整備が明記され、違法薬物の依存症事案も対象となりました。

(見直し)

- アルコール健康障害対策基本法に基づき、平成31年3月に「東京都アルコール健康障害対策推進計画」を策定しました。また、ギャンブル等依存症対策基本法においても「都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画」策定の努力義務が求められています。

(新規)

- 依存症に対する誤解及び偏見を解消するための関係職員に対する研修の実施及び幅広い普及啓発、相談機関及び医療機関の周知及び整備並びに自助グループ等の当事者団体を活用した回復支援が重要であり、地域において様々な関係機関が密接に連携し

て支援を行う必要があります。

(取組 4 - 2)

[基本目標 Ⅱ、Ⅲ]

(見直し)

- 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。

(新規)

- 依存症相談拠点である都立(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の実施や、連携会議を実施する等、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う取り組みを推進します。

(見直し)

- 地域で適切な医療を受けられるようにするため、専門医療機関及び治療拠点機関の整備を実施します。

(5) 高次脳機能障害

(取組 4 - 5)

[基本目標 Ⅱ、Ⅲ]

(見直し)

- 拠点病院と圏域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、中核的な医療機関を中心に他圏域との連携を一層強化するなど体制整備を図ります。

(6) 災害精神医療

<課題 4 - 6>

(見直し)

- また、災害時に精神科病院からの患者の受入れを行うなど、地域の精神科医療提供の中心的な役割を担う医療機関を整備する必要があります。

(取組 4 - 6)

[基本目標 Ⅱ、Ⅲ]

(見直し)

- 災害拠点精神科病院及び災害拠点精神科連携病院を順次指定し、災害時に精神科病院から患者が円滑に転院することができる受入体制の整備を推進します。

(8) 新型コロナウイルス感染症

<課題4-8>

- 新型コロナウイルス感染症が拡大している状況においても、精神科救急医療体制の安定した運用の確保に向けた取組など、感染症対策に配慮した取組が必要です。

(取組4-8)

[基本目標 II、III]

(新規)

- 精神身体合併症救急医療事業等で新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行うとともに、都内精神科病院における院内感染防止の取組等を支援します。

(新規)

- また、感染症対策に配慮しながら、関係機関との連携や人材育成、普及啓発等の取組を実施します。

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組3-1	入院後3か月時点の退院率	70.1% (平成29年度) (※1)	調整中 (※4)
取組3-1	入院後6か月時点の退院率	85.9% (平成29年度) (※1)	調整中 (※4)
取組3-1	入院後1年時点の退院率	92.7% (平成29年度) (※1)	調整中 (※4)
取組3-1	長期在院者数 (入院期間1年以上) 65歳以上、65歳未満	65歳以上 7,930人 65歳未満 4,958人 (平成26年) (※2)	調整中 (※4)
取組3-1	退院後一年以内の地域における平均生活日数	324日 (平成28年)(※3)	調整中 (※4)
取組4-6	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	災害拠点精神科病院 1か所 災害拠点精神科連携病院 6か所	増やす

※1 厚生労働省「平成29年度精神保健福祉資料」より

※2 厚生労働省「平成26年患者調査」より

※3 平成28年3月の精神病床からの退院者（入院後1年以内に限る）退院後1年以内の地域における平均生活日数（「第98回社会保障審議会障害者部会参考資料」より）

※4 東京都障害者・障害児施策推進計画改定の検討状況を踏まえ目標値を設定予定

4 認知症

見直しの視点

視点3 計画の改定（東京都高齢者保健福祉計画）

見直しの背景

（東京都高齢者保健福祉計画改定への対応）

- 「認知症施策推進関係閣僚会議」によりとりまとめられた「認知症施策推進大綱」を踏まえ、第8期東京都高齢者保健福祉計画改定にあたり、認知症施策推進に向けた取組内容の見直しを図りました。それに伴い、保健医療計画の記載内容についても全面的に見直しました。

課題と取組の方向性

＜課題1＞認知症の人の増加への対応

- 今後増加する認知症の人が、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるようにするためには、区市町村をはじめとした関係機関と連携し、認知症施策を総合的に推進することが必要です。
- また、認知症の人と家族にやさしい地域づくりを推進していくため、認知症が誰にでも身近な病気であることなど、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、認知症になっても希望を持って暮らすことができる姿等を発信する機会の確保が必要です。

（取組1-1）認知症施策の総合的な推進

[基本目標 II・III]

- 認知症になっても、認知症の人の意思が尊重され、地域で安心して暮らせるまちづくりを推進するため、「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。
- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターの知見を活用して作成した「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を盛り込んだパンフレット「知って安心 認知症」を活用した普及啓発を引き続き行うとともに、区市町村におけるパンフレットの活用など地域における普及啓発の取組を支援します。
- また、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わかりやすく紹介し、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2＞専門医療の提供体制の確保と適時・適切な支援に向けた体制整備

- 認知症の人が、容態に応じて適時・適切な支援が受けられるよう、身近な地域において、認知症の専門医療を提供できる体制を整備することが求められています。
- 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、連携して対応できる体制を構築するほか、症状が悪化したときに適切に対応できる診療体制の整備が必要です。

（取組2-1）専門医療の提供体制の確保と地域連携の推進 [基本目標 III]

- 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、専門医療の提供や専門医療相談を実施するとともに、地域連携を推進し、身体合併症や行動・心理症状のある認知症の人の受入体制を構築していきます
- 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、認知症の専門医療機関による医療従事者等に対する相談支援体制を整備するとともに、訪問研修を実施することにより、認知症対応力の向上を図っていきます。

- 認知症は、早い段階から適切な治療を受けることで、改善が可能なものや進行を遅らせることができる場合があります。また、症状が軽いうちに本人や家族が認知症への理解を深めることで、今後の生活の準備をすることができます。

（取組2-2）適時・適切な支援の推進 [基本目標 III]

- 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。
- 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活動を支援していきます。

＜課題3＞認知症の人に対する適切なケアの確保

- 高齢者に身近な診療所や急性期病院等において、認知症の人が適切な治療やケアを受けられるよう、認知症に精通した医師や看護師等の医療従事者を育成することも急務です。

- さらに、認知症の人が必要とする医療・介護・生活支援等を切れ目なく提供していくためには、多職種が協働して意思決定支援を行いながら、医療・介護従事者や関係機関が連携して支援の提供を行っていくことが不可欠です。

(取組 3-1) 医療・介護従事者の認知症対応力向上

[基本目標 Ⅲ]

- 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に対して認知症対応力向上研修を実施することで、認知症の疑いのある人に早期に気づき、早期対応を推進するとともに、急性期病院等を含む医療現場における認知症の人に対する適切なケアの確保を図ります。
- 医療従事者等の認知症対応力向上の支援拠点として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」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。
- 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を実施するとともに、地域密着型サービス事業所の管理者等に対して適切なサービス提供に関する知識を修得させるための研修を実施します。また、認知症介護指導者や認知症介護実践リーダーを引き続き養成し、認知症ケアの質の向上を図るとともに、地域における活用が進むよう検討していきます。
- 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地域支援推進員が円滑に活動できるよう、必要な知識・技術を習得するための研修の受講促進を図ります。

<課題 4> 認知症の人と家族を地域社会全体で支える環境の整備及び若年性認知症への対応

- 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住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、多職種が連携して医療・介護・生活支援等を行うなど、地域における認知症対応力を向上させることが重要です。
- 認知症の人を介護する家族等は、精神的・身体的な負担が大きいといわれています。認知症の人の約6割が在宅で生活していることを踏まえ、専門職による支援のほか、地域での見守りや家族会の活動など、介護者を支援する取組を充実する必要があります。

(取組 4-1) 認知症の人と家族を支える地域づくりの推進 [基本目標 Ⅲ]

- 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や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ていきます。
- 認知症地域支援推進員が、地域の実情に応じた取組を推進するために必要な知識・技術を習得し、円滑に活動できるよう支援していきます。
- 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。
- 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を設置し、医師等による講座の開催や医療専門職と家族との交流の場を提供するなど、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ていきます。
- 認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護支援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。

- 若年性認知症の人については、働き盛り世代で発症するため、経済的な問題や多重介護など、高齢者と異なる特有の課題があります。

(取組 4-2) 若年性認知症施策の推進 [基本目標 Ⅲ]

- 若年性認知症の人を早期に適切な支援に結び付けられよう、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、地域における相談支援対応力の向上を支援していきます。
- 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することにより、地域における支援体制の充実を図ります。
- 身近な地域で支援が受けられるよう、様々な問題を抱える家族介護者の心理的サポートや家族間の交流を行う家族会への支援、若年性認知症の人の活動拠点の整備に取り組む区市町村を支援します。

＜課題5＞ 認知症予防の必要性と認知症に関する研究

- 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。
- 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。
- また、認知症の初期から中・重度までの段階に応じて、適切な支援が受けられる体制を構築することが必要です。

（取組5-1） 認知症の発症や進行を遅らせるための取組を推進 [基本目標 Ⅲ]

- 介護予防・フレイル予防の観点で、住民主体の通いの場を拡大し、認知機能低下予防など機能強化を図る区市町村を支援します。
- 認知症の早期診断と早期対応を促進するため認知症検診を推進するとともに、軽度認知障害から認知症の初期、中・重度までの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。
- 認知症は発症原因や進行の仕組みの解明が不十分であり根本的な治療薬が存在せず、予防法も十分に確立されていません。
- 現時点では、認知症予防に関するエビデンスは不十分であることから、エビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組が重要です。
- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターには、認知症予防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、このビッグデータを活用した予防に向けた研究を進めていくことが必要です。
- また、AIなど民間の知見や技術を取り入れ、認知症のケアの向上等に向けた研究を推進することも求められます。

(取組 5-2) 認知症に関する研究を推進

[基本目標 Ⅲ]

- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターでは、認知運動機能に異常をもたらすと考えられる神経回路変化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むほか、フレイル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。

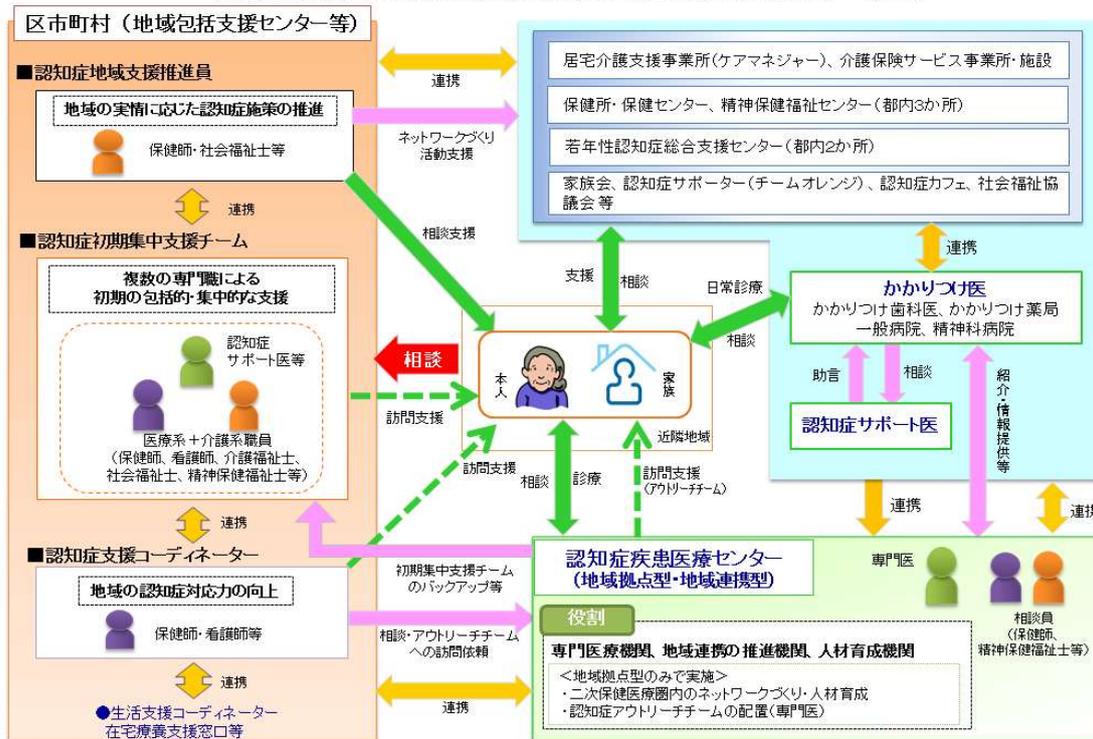
- また、センターが保有する生体試料、画像データ等のビッグデータを取りまとめ、認知症研究の基盤となるデータベースを構築するほか、認知症医療・ケアの質の向上のため、AI認知症診断システムを構築する等、AI等を駆使した新たな認知症予防の取組を推進します。

- 認知症の人のQOLの向上と家族や介護者の負担軽減を図るため、AIとIoTを用いた支援システムの確立に向けて、大学研究者と連携した研究調査を推進します。

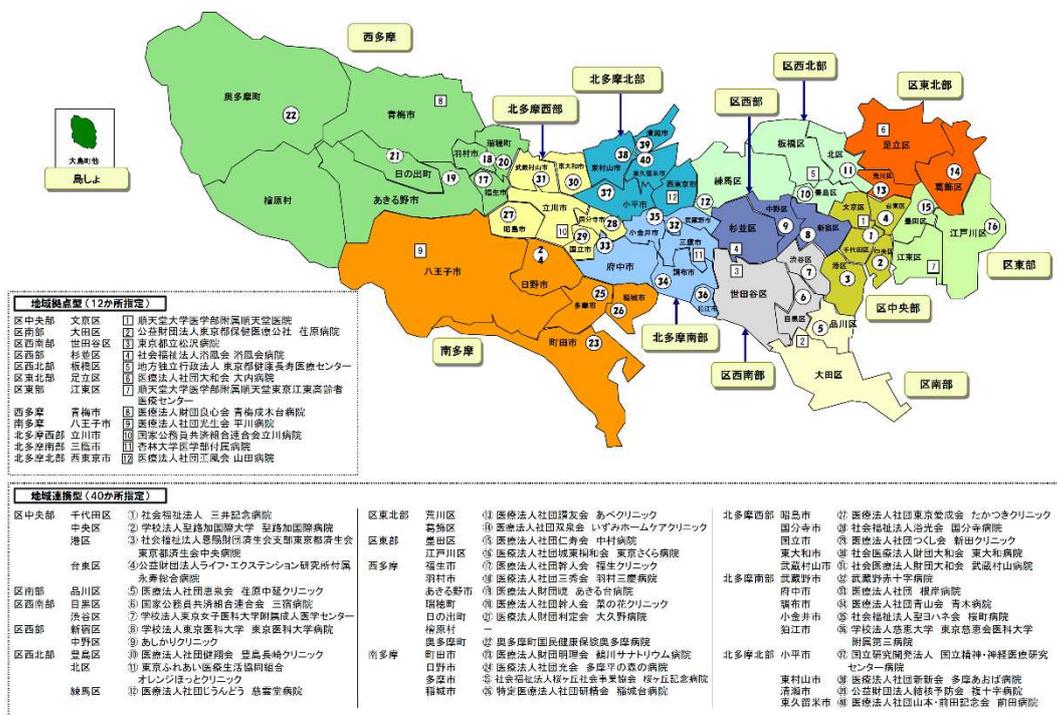
評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組 2-1	かかりつけ医認知症研修の実施	5,518人 (令和元年度末)	7,200人 (令和5年度まで)
取組 4-1	チームオレンジの整備に取り組む区市町村	1市 (令和元年度末)	40区市町村 (令和5年度まで)
取組 5-1	日本版 BPSD ケアプログラムの都内全域での普及促進	11区市町 (令和元年度)	45区市町村 (令和5年度まで)

東京都における認知症の人と家族の生活を支える体制(イメージ図)



都における認知症疾患医療センターの指定状況 (令和3年3月1日現在)



5 救急医療

見直しの視点

視点2 現行計画策定後の変化（感染症対策・ドクターヘリの導入・救急患者の早期地域移行支援）

見直しの背景

- 新型コロナウイルス感染症への対応
新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、発熱等の新型コロナウイルス感染症を疑う救急患者の受入が困難な状況であることから、新型コロナウイルス感染症を疑う救急患者を円滑に受け入れるための「新型コロナ疑い救急患者の東京ルール」の運用を令和2年6月に開始しました。
- ドクターヘリの導入に向けた検討
小型ヘリを活用した機動力の高いドクターヘリについて、導入に向けた検討を進めています。
- 救急患者の早期地域移行支援
救急搬送された患者の入院は、転退院に向けた支援が難航し、入院が長期化する場合があります。そのため、入院患者の円滑な転退院に向けた取組を充実する必要があります。

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

（新規）

- 新興・再興感染症の流行時において、救急医療が必要な患者に対して迅速・適切に医療が提供できるよう、救急医療体制を確保することが必要です。

（新規）

- 感染症や感染症を疑う救急患者を円滑に受け入れるためには、医療機関における院内感染防止対策などの体制整備が必要です。

（新規）

- 多摩や島しょ地域の救急搬送においては、東京消防庁と連携し東京型ドクターヘリを運用していますが、より一層効率的な救急搬送体制の確保に向けた取組が必要です。

(取組 1) 救急受入体制の強化

[基本目標 II]

(新規)

- 今般の新型コロナウイルス感染症対策を踏まえ、新興・再興感染症が発生した際に、救急医療が必要な患者に対して、迅速・適切に医療が提供できる救急医療体制を検討します。

(新規)

- 短時間での離陸を可能とする機動力が高いドクターヘリを導入し、遠距離運航や夜間飛行が可能な東京型ドクターヘリと連携することにより、救急医療体制の機能強化を図ります。

<課題 2> 生活や症状に応じた救急医療体制の整備

(新規)

- 救急患者が円滑に地域移行できるよう医療機関における転退院の取組を充実する必要があります。

(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 [基本目標 II]

(新規)

- 初期治療後に状態が比較的安定した救急患者が居住地に近い医療機関へ円滑に転院し、早期に地域移行できるよう、医療機関の取組を支援していきます。

6 災害医療

見直しの視点

視点2 現行計画策定後の変化（多様化する災害への備え、感染症対策等）

見直しの背景

- 平成30年に相次いだ自然災害では、停電や断水等により被災地の医療提供体制に大きな影響がありました。また、令和元年の台風第15号や同19号では、関東でも暴風や大雨の影響により、甚大な被害が発生しています。
- 台風第19号で被災した医療機関への支援や、新型コロナウイルス陽性患者入院調整本部での入院調整への助言など、東京DMATはその特性を活かし、都の災害対応の充実に貢献しています。

課題と取組の方向性

<課題1> 医療機関の受入体制

（新規）

- 多様化、大規模化する自然災害に備え、災害拠点病院及び災害拠点病院を補完する災害拠点連携病院が、災害発生時において、役割分担に応じた機能を十分発揮できるよう、より一層、体制整備を進めていく必要があります。

（取組1）医療機関の受入体制の確保

〔基本目標 II〕

（新規）

- 災害拠点病院及び災害拠点連携病院が、災害時にそれぞれの役割分担に応じたその機能を十分に発揮できる、病院の機能を維持するための取組等を指定要件に明示するとともに、各病院の取組を支援していきます。

（新規）

- 都のBCP策定ガイドラインに、災害拠点病院に加え、災害拠点連携病院向けのガイドラインを作成するとともに、病院の規模や機能に応じた備蓄燃料等の例示や、新たに風水害対策を盛り込み、医療機関のBCPを軸とした災害対策の取組を推進していきます。

（新規）

- 感染症まん延時の災害発生に備え、緊急医療救護所等における感染症対策について、区市町村や関係団体、感染症専門医等の意見を踏まえながら検討を進めます。

(1) 区市町村等の医療救護体制

(取組 2-1) 区市町村等の取組支援

[基本目標 II]

(新規)

- 感染症まん延時の災害発生に備え、緊急医療救護所等における感染症対策について、区市町村や関係団体、感染症専門医等の意見を踏まえながら検討を進めます。
《再掲》

<課題 3> 東京 DMAT の体制強化

(新規)

- 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、都の災害医療体制をより一層充実していく必要があります。

(取組 3) 東京 DMAT の体制確保

[基本目標 I]

(新規)

- 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など、東京 DMAT の特性を活かした新たな活動内容について検討を進め、都の災害医療体制の充実を図ります。

7 周産期医療

見直しの視点

視点2 現行計画策定後の変化（取組の進展・感染症対策）

見直しの背景

（周産期医療の体制構築に係る指針の一部改訂）

- NICUの整備については、質の高い新生児医療を効率的に提供するため、各都道府県において検討を開始するよう、国の周産期医療の体制構築に係る指針が改正されています。

（新型コロナウイルス感染症への対応）

- 新型コロナウイルス感染症に罹患した妊産婦等を受け入れる医療機関が困難な状況であったことから、妊産婦等の入院や分娩等に適切に対応できるよう、重点的に受け入れる医療機関を確保してきました。

（災害時小児周産期医療体制の構築）

- 都は、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て、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搬送調整、人的支援等の医療ニーズの調整等を行う災害時小児周産期リエゾンを新たに指定しました。

課題と取組の方向性

<課題1-1> リスクに応じた妊産婦・新生児への対応

（新規）

- 新生児に対する医療提供体制については、リスクに応じた機能分化と連携を進める必要があります。

（新規）

- 新型コロナウイルス感染症が収束と拡大を繰り返す中、引き続き、妊産婦の方を受け入れる医療機関を確保するとともに、今後、新興感染症が発生した場合にも、感染症に罹患した妊産婦等を迅速・確実に受け入れる体制を確保することが必要です。

(取組 1-1) リスクに応じた妊産婦・新生児へのケアの強化 [基本目標 I、II]

《ハイリスク妊産婦・新生児への対応》

(新規)

- 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、その他の施設のそれぞれの施設の役割、体制、実績等を踏まえつつ、より安全で質の高い新生児医療提供体制の構築に向けて検討します。

(新規)

- 今般の新型コロナウイルス感染症対策を踏まえ、新興感染症が発生した際に妊産婦を迅速・確実に受け入れる周産期医療体制を検討します。

<課題 1-3> 災害時における周産期医療体制の推進

(見直し)

- 首都直下地震などの大規模災害に備え、災害時においても機能する周産期医療体制を平時から構築するよう、災害時を見据えた周産期医療体制の整備を推進するとともに、より効果的な活動ができるよう災害医療関係者との連携を強化することが必要です。

(取組 1-3) 災害時における周産期医療体制の整備

[基本目標 II]

(見直し)

- 災害時小児周産期リエゾンが災害時において適切に活動ができるよう、平時においても都及び区市町村の合同総合防災訓練、二次保健医療圏毎の災害医療図上訓練や地域災害医療連携会議等に参画し、周産期医療の専門的見地から必要な助言を行うなど、災害医療関係者の連携強化を図っていきます。

8 小児医療

見直しの視点

視点2 現行計画策定後の変化（小児救急医療体制の見直しについての検討）

見直しの背景

（小児救急医療体制の見直しについての検討）

- 都は、より速やかに適切な医療へつなげる小児救急医療体制の構築に向けて、東京都小児医療協議会の下に小児救急医療体制検討部会を設置し、新たな小児救急医療体制について検討をすることとしています。

（災害時小児周産期医療体制の構築）

- 都は、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て、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搬送調整、人的支援等の医療ニーズの調整等を行う災害時小児周産期リエゾンを新たに指定しました。

（新型コロナウイルス感染症への対応）

- 新型コロナウイルス感染症に罹患した小児患者を受け入れる医療機関の確保が困難な状況であったことから、小児患者を重点的に受け入れる医療機関や集中治療を要する小児の重症患者を優先的に受け入れる医療機関を確保してきました。

課題と取組の方向性

<課題2> 小児救急医療体制の確保

（小児救急医療体制の検討）

（新規）

- 小児救急患者をより確実に受け止める体制について検討が必要です。

（災害時の小児救急医療体制）

（見直し）

- 首都直下地震などの大規模災害に備え、平時だけでなく災害時においても小児患者に適切に対応できるよう、災害時を見据えた小児救急医療体制の整備を推進するとともに、より効果的な活動ができるよう災害医療関係者との連携を強化することが必要です。

(感染症への対応)

(新規)

- 新型コロナウイルス感染症が収束と拡大を繰り返す中、引き続き、小児患者を受け入れる医療機関を確保するとともに、今後、新興感染症が発生した場合にも、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 2 - 2) 小児救急医療体制の充実

[基本目標 II]

(見直し)

- 区市町村の実情に応じた柔軟な初期救急医療体制の構築や、搬送先の二次救急医療機関の選定が困難な骨折等による小児の整形外科選定事案の受入促進、初期・二次救急医療機関と三次救急医療機関の連携強化など、より速やかに適切な医療へつなげる小児救急医療体制についての検討を実施します。

(見直し)

- 災害時小児周産期リエゾンが災害時において適切に活動ができるよう、平時においても都及び区市町村の合同総合防災訓練、二次保健医療圏毎の災害医療図上訓練や地域災害医療連携会議等に参画し、小児救急の専門的見地から必要な助言等を行うなど、災害医療関係者の連携強化を図っていきます。

(新規)

- 今般の新型コロナウイルス感染症対策を踏まえ、新興感染症が発生した際に小児患者を迅速・確実に受け入れる医療提供体制を検討します。

9 在宅療養

見直しの視点

- 視点1 医療法に基づく見直し
- 視点2 現行計画策定後の変化（ICT、中小病院支援、アドバンス・ケア・プランニング、新型コロナウイルス感染症等）
- 視点3 他計画との整合（高齢者保健福祉計画の改定）

在宅医療等の新たなサービス必要量の見直しについて

- 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の推計では、539人/日の需要が見込まれます。
- この結果、令和7年の東京都全体の訪問診療の必要量は、143,968人/日と推計されます。

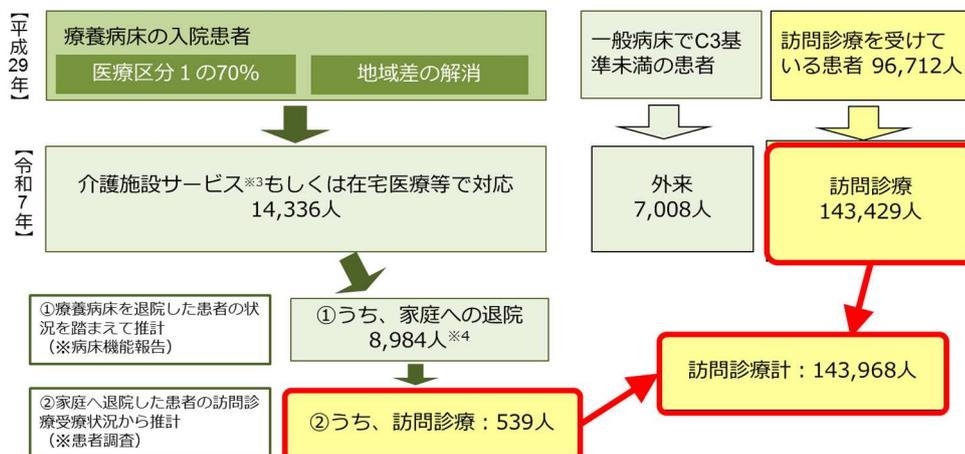
2025年における訪問診療の必要量について

療養病床の入院患者のうち医療区分^{※1}Iの70%、地域差解消分の患者数^{※2}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「療養病棟入院基本料」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縮小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 国が示した推計方法に基づく機械的な試算である。

見直しの背景

（ICTを活用した情報共有の推進）

- 入院患者が円滑に在宅療養に移行するとともに、安心して在宅療養を継続できるようにするためには、在宅療養患者の入退院時における地域と病院及び病院間における情報共有について、更なる充実が必要です。

また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の影響から対面でのカンファレンス等が困難な状況下において、これまで以上にICTを活用した情報共有の推進を図っていく必要があります。

(アドバンス・ケア・プランニングに関する理解促進)

○ 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・プランニングに関する都民への普及啓発と医療・介護関係の対応力向上に向けた支援が必要です。

また、新型コロナウイルス感染症の流行下において、重症化した場合等に備え、アドバンス・ケア・プランニングにより話し合っておくことの重要性が高まっています。

課題と取組の方向性

<課題2> 地域における在宅療養の推進

(新規)

- 在宅療養患者の療養生活を支えるため、医療・介護関係者のICTを活用した情報共有の更なる充実に取り組むとともに、在宅療養患者の入退院等における地域の医療・介護関係者と病院間の情報共有を促進していく必要があります。

(取組2) 在宅療養患者を支える地域の取組を促進 [基本目標 II、III、IV]

(新規)

- 地域の医療・介護関係者のICT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、在宅療養患者の急変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を促進していきます。

(新規)

- 在宅療養における安全管理や感染症等への対応について、関係団体等とともに取り組んでいくとともに、地域における医療・介護関係者間の連携体制の強化を図っていきます。

(※)「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。

<課題5> 都民の在宅療養に関する理解の促進

(新規)

- 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・プランニングに関する都民への普及啓発を図るとともに、医療・介護関係者の理解促進に取り組んでいく必要があります。

(取組5) 在宅療養に関する都民への普及啓発 [基本目標 III]

(新規)

- 都が作成した普及啓発用小冊子等を活用して、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ます。

第3章 高齢者及び障害者施策の充実

第1節 高齢者保健福祉施策

見直しの視点

視点3 計画の改定（第8期高齢者保健福祉計画）

→保健医療計画の記載内容についても全面的に見直し

- 高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、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」の構築を推進します。
- 「第8期高齢者保健福祉計画」（計画期間：令和3年度から令和5年度まで）に基づき、団塊の世代が後期高齢者となる令和7年及び令和22年を見据えた中長期的な視点で、地域包括ケアシステムの構築を目指します。

現 状

1 高齢化の進行

- 平成27年の国勢調査によると、東京都の高齢者人口（65歳以上）は約301万人で、総人口（年齢不詳は除く。）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2年には、後期高齢者（75歳以上）の数が前期高齢者（65歳以上74歳以下）を上回り、「団塊の世代」が全て75歳以上となる令和7年には高齢者人口が約328万人（高齢化率は23.0%）、令和22年には約379万人（高齢化率は27.8%）に達すると見込まれています。
- 高齢者人口の増加に伴い、要介護・要支援高齢者や認知症高齢者も令和2年まで急速に増加、その後も緩やかに増加していくことが予想されます。
- また、平成27年の高齢者の単独世帯数は約74万世帯となっており、一般世帯に占める高齢者単独世帯の割合は大幅に増加すると予想されます。

2 介護保険制度の改正

- 平成12年4月にスタートした介護保険制度は、20年間でサービス利用者がおよそ4.8倍になるなど、都民の生活を支える仕組みとして定着してきました。

- 平成 23 年の介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）の改正により、国及び地方自治体の責務として、高齢者が要介護状態となり、重度化した場合でも、できる限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、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体制、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を推進するよう努めることとされました。
- 平成 26 年の介護保険法等の改正では、第 6 期介護保険事業（支援）計画（計画期間：平成 27 年度から平成 29 年度まで）から、3 か年のサービス見込量や取組のほか令和 7 年における地域包括ケアシステムの構築に向け、中長期的な視野に立った施策を計画に盛り込むこととされました。
- また、第 8 期介護保険事業（支援）計画（計画期間：令和 3 年度から令和 5 年度まで）では、令和 7 年に加え、令和 22 年までの人口の推計等を見据えた計画を策定することとされました。

3 東京における「地域包括ケアシステム」の構築

- 地域包括ケアシステムは、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、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体制のことであり、保険者である区市町村や都道府県が地域の特性に応じて作り上げていくものです。
- また、地域包括ケアシステムの実現に向けては、地域の住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティづくり、すなわち「地域づくり」の視点が重要となっています。

4 新型コロナウイルス感染症等について

- 新型コロナウイルス感染症の流行により、介護事業所等における感染の発生、介護サービスの利用控え、通いの場やサロンの休止、外出自粛等、高齢者を取り巻く環境に様々な影響が生じました。
- 今後、新型コロナウイルス感染症等の流行に備え、都や区市町村、地域の医療機関等や介護事業所等が連携し、地域の高齢者を支える体制を整備していくことも必要です。
- 「新しい日常」における地域包括ケアシステムのあり方を検討していくことも求められています。

課題と取組の方向性

<課題1>介護予防・フレイル予防と社会参加

- 高齢期において、元気で心豊かに暮らすには、一人ひとりがフレイル予防や介護予防に取り組むとともに、社会とつながり、外出や人との交流の機会を持ち続けることが大切です。
- そのためには、高齢者が地域の中に生きがいを持って生活できるような居場所と出番づくりを進めることにより、日常生活の活動を高め、家庭や社会生活で役割を担うよう促し、QOL（生活の質）の向上を目指す必要があります。
- また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う外出自粛下では、地域住民が集い主体的に運営する活動の場（通いの場）等の実施が困難となりました。今後、新しい日常における高齢者の活動環境の確保が求められます。
- さらに、介護予防においては、高齢者が自身の健康を維持することや、生活機能の低下を早期に発見し、状態の改善とその維持を図ることが重要です。区市町村はこれらを踏まえ、効果的な介護予防ケアマネジメントを行う必要があります。
- 加えて、高齢者がそれぞれの意欲や関心、健康状態等に応じて、自分に合った地域活動や社会貢献活動等を選び、自由に参加できるような環境づくりが求められています。

（取組1）介護予防・フレイル予防と社会参加の推進

[基本目標 Ⅲ]

- 通いの場づくりを始めとした地域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推進する区市町村を支援します。
- 高齢者が感染症対策を講じて対面形式で行う通いの場等の活動や、オンラインツールを活用して非対面で行う活動について、区市町村を通じて支援します。
- 短期集中予防サービス（生活機能の低下がみられる高齢者に対し、保健・医療の専門職が短期かつ集中的に関与し、生活機能の改善やセルフケアの促進を図るサービス）の効果的な実施に取り組む区市町村を支援します。
- 仕事や趣味、学びなど、高齢者の社会参加を促進する取組や、地域活動に参加しやすくするための取組を推進します。

＜課題2＞介護サービス基盤の整備

- 医療や介護が必要になっても、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができ、また、高齢者のニーズや状態の変化に応じて、必要なサービスが提供される必要があります。
- 在宅サービスや地域密着型サービス、施設サービスなどの介護サービス基盤をバランスよく整備していきます。

（取組2）介護サービス基盤の整備促進

〔基本目標 Ⅲ〕

- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設などの介護保険施設等について、サービスの質の向上を図るとともに、整備が進んでいない地域での設置を促進するなど、地域偏在の緩和・解消と東京都全体の整備水準の向上を図ります。
- 認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスについて、多様な設置主体による整備を進めるとともに、東京都独自の整備費補助の実施や公有地の活用等により、整備を促進します。

＜課題3＞介護人材の不足

- 介護ニーズの増大が見込まれる中、今後も介護サービスを継続的に提供していくためには、安定的な介護人材の確保が必要ですが、現在、東京都では介護人材の不足が深刻化しています。
- 2040年に向けては、生産年齢人口の減少と介護ニーズの増大を背景に、社会全体において働き手の確保が難しくなることから、一層の取組が必要です。
- より多くの人々が介護の仕事に就くことを希望し、仕事に就いた後も安心して働き続けることができるような環境を整備することで、介護人材の確保と定着を図る必要があります。

(取組3) 介護人材の確保・定着・育成

[基本目標 IV]

- 2040年を見据え、①「働きやすい職場環境の醸成」、②「介護現場のマネジメント改革」、③「地域の特色を踏まえた支援の拡充」の三つの方向性に重点を置き、職場環境の改善や、生産性向上に取り組む介護事業者の支援、介護人材確保に取り組む区市町村の支援など、取組を進めます。
- 介護職の普及啓発活動や、就業者等への職場体験、資格取得、就労までの一貫した支援など、これまでの基本的な介護人材対策の総合的な取組も引き続き実施していきます。
- 介護職員等の医療的知識の習得など、専門性の向上に向けた人材育成を積極的に支援し、適切な介護サービスの提供を促進します。

<課題4> 高齢者の住まいの確保

- 高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、生活の基盤となる適切な住まいの確保が重要です。
- 都では、65歳以上の高齢者のいる一般世帯の住居状況は借家が3割を占め、全国に比べ持ち家の割合が低く、民営の借家の割合が高い状況にあります。
- 高齢者が自身の希望に応じた居住の場を選択できるようにするとともに、身体状況等に応じて必要なサービスを受けることができる環境の整備や、サービスの質の確保を図り、安全・安心な住まいを供給していくことが求められています。

(取組4) 高齢者向けの住宅の確保・居住支援の推進

[基本目標 III]

- 公共住宅のストックを有効に活用することに加え、民間賃貸住宅への入居促進による重層的な住宅セーフティネットを強化します。
- 高齢者向け住宅等の供給を促進するとともに、サービス付き高齢者向け住宅の登録基準に都独自の基準を設けるなど、より安心して居住できる住まいを供給します。

<課題5> 支え合う地域づくり

- 今後、一人暮らしの後期高齢者が大幅に増える見込まれており、これらの高齢者が地域で安心して暮らし続けるために、生活支援サービスや見守りなどの支援を充実していくことが求められています。
- そのためには、高齢者自身が支援を受ける側となるばかりでなく、地域とのつながりを持ちつつ、時には「地域社会を支える担い手」となり、住民相互に支え合うことも重要です。
- 近隣の住民同士が協力し合い、地域包括支援センター等の取組との連携を図りつつ、高齢者とその家族に対する見守りや権利擁護等の支援につなげていくなど、地域における支え合いの仕組みづくりが必要です。

(取組5) 支え合う地域づくりへの支援

[基本目標 Ⅲ]

- 「団塊の世代」を始めとする多くの高齢者が「地域社会を支える担い手」として、自主的かつ継続的に活躍できる環境を整備します。
- 一人暮らしや夫婦のみで生活する高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して生活できるよう、地域住民による支え合い・助け合い活動や見守りネットワークの構築を支援します。
- 高齢者の虐待防止に取り組む区市町村を支援します。

<課題6> 在宅療養ニーズの増加

- 今後、高齢者の増加に伴って医療と介護の両方を必要とする高齢者が増えます。医療や介護が必要となっても住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、医療と介護を一体的に提供できる体制づくりが求められます。
- 病院に入院しても円滑に在宅療養生活に移行し、自らの希望に沿った医療・ケアを受けながら、住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らし続けるための環境づくりが必要です。
- 今後の在宅療養ニーズの増加を見据え、在宅療養の担い手となる人材の確保・育成に向けた取組が必要です。

(取組 6) 在宅療養の推進

[基本目標 Ⅲ、Ⅳ]

- 地域の医療・介護の関係団体等が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供する取組を推進します。
- 入院時（前）から、病院、地域の保健・医療・福祉関係者と連携した入退院支援の取組を進めます。
- 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行います。

<課題 7> 認知症の人の増加

- 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は、令和元年 11 月時点で都内に約 46 万人おり、令和 7 年には約 55 万人に達すると見込まれています。また、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。
- 認知症は、早い段階から適切な治療を受けることで、改善が可能なものや進行を遅らせることができる場合があります。
- 認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、認知症の人が容態に応じて適切な医療・介護・生活支援等を受けられる体制を構築することが必要です。

(取組 7) 認知症施策の総合的な推進

[基本目標 Ⅱ、Ⅲ]

- 認知症の人と家族が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ます。
- 医療機関相互や医療と介護の連携の推進役である認知症疾患医療センターを中心として、認知症の人が容態に応じて、適時・適切な支援を受けられる体制を構築していきます。
- 認知症の人と家族が住み慣れた地域で適切な支援を受けられるよう、医療・介護従事者等の認知症対応力の向上を図るとともに、認知症の人と家族を支える地域づくりを推進します。
- 認知症の発症や進行を遅らせるための取組及び認知症に関する研究を推進していきます。

＜課題８＞保険者機能強化と地域包括ケアシステムのマネジメント

- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、それぞれの分野ごとの基盤整備や仕組みづくりが進められてきましたが、さらに、それらが連携し、必要なサービスが一体的に提供されていくことが重要となります。
- そこで、介護保険の保険者である区市町村は、地域の特性に応じた自立支援・重度化防止等の取組の推進、関係機関やサービスが円滑に連動できるネットワークの構築、地域住民がお互いに助け合える地域づくりに取り組むなど、地域包括ケアシステムのマネジメント機能を強化していくことが求められています。

（取組８）地域包括ケアシステムのマネジメント機能強化に向けた保険者支援

[基本目標 Ⅲ]

- 地域包括ケアシステムの更なる推進のため、区市町村が地域ごとに適切な地域包括ケアシステムのマネジメントを行えるよう支援します。
- 地域包括支援センターが地域包括ケアシステムの中核的な機関としての役割を果たすことができるよう、機能強化に向けた取組を支援します。

第2節 障害者施策

見直しの視点

視点2 計画策定後の変化（東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例の制定）

視点3 計画の改定（東京都障害者・障害児施策推進計画）

見直しの背景等

1 障害者施策の推進

- 平成18年4月、障害者自立支援法が施行され、障害の種別（身体障害・知的障害・精神障害）にかかわらず、必要とするサービスを、住民に身近な主体である区市町村が一元的に提供することになりました。平成25年4月、「障害者自立支援法」が「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（障害者総合支援法）に改められ、この改正において、新たに難病患者が障害福祉サービスの対象に加えられました。
- 平成26年1月、我が国は、障害者の権利及び尊厳を保護し、促進するための包括的かつ総合的な国際条約である、「障害者の権利に関する条約」を批准しました。これに先立ち、平成25年6月には、行政機関等や民間事業者に対し、障害を理由とする不当な差別的取扱いの禁止や合理的な配慮の提供を求める「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）」が制定され、平成28年4月に施行されました。
- 障害者が地域で安心して自立した生活をしていくためには、地域居住の場であるグループホームや日中活動の場である通所施設などの地域生活基盤の一層の整備促進とともに、より多くの障害者が企業等で働くことができるようにする支援、障害者の理解の促進に向けた取組が必要です。
- 障害者（児）の地域生活を支える地域居住の場（グループホーム）、日中活動の場（通所施設等）、在宅サービス（ショートステイ）など基盤の整備を積極的に進めています。
- 施設入所者や入院中の精神障害者に対しては、地域移行に関する普及啓発や、グループホームの体験利用などを通じて、地域での生活を具体的にイメージできるよう働きかけ、地域生活への移行を促進しています。

- 一般就労を希望する障害者が企業等で就労できるよう、就労支援の充実・強化に取り組むとともに、障害者が安定して働き続けられるよう、職場定着への支援の充実・強化に取り組んでいます。
- 障害の有無によって分け隔てられることのない共生社会を実現するため、障害者への理解促進及び差別解消のための条例の制定に向けた検討など、障害や障害者への理解を深めるための取組を進めています。

2 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。
- また、重症心身障害児の定義には当てはまらない、医療的ケアを必要とする障害児（以下「医療的ケア児」という。）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。

（計画策定後の変化）

- 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針の一部改正
 - 施設入所から地域生活への移行、地域生活の継続の支援、就労支援等の課題に対応したサービス提供体制の整備を進めるとともに、特別な支援が必要な障害児に対する支援体制の充実を図ることが必要です。
- 東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例の制定
 - 障害を理由とする差別の禁止や、「合理的配慮の提供」の民間事業者への義務化等を盛り込んだ、東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例が平成30年10月に施行されました。

課題と取組の方向性

1 障害者施策の推進

<課題1> 地域における自立生活を支える仕組みづくり

- 障害者が地域で安心して自立した生活ができるよう、地域生活基盤を整備するとともに、施設入所・入院から地域生活への移行を促進していく必要があります。

(取組1-1) 地域生活を支える基盤の整備促進 [基本目標 Ⅲ]

- グループホーム、通所施設、ショートステイなど障害者の地域生活を支える基盤整備を積極的に支援します。

(取組1-2) 地域生活への移行促進と地域生活の継続の支援 [基本目標 Ⅲ]

- 施設入所者及び入院中の精神障害者や家族の地域移行に対する理解を進めるとともに、円滑な地域移行やその後の安定した地域生活を支えるための体制整備に取り組みます。

<課題2> 一般就労に向けた支援

- 一般就労を希望する障害者が企業等に就労し、安定して働き続けることができるよう、就労支援及び職場定着支援の充実・強化に取り組む必要があります。

(取組2) 一般就労に向けた支援の充実・強化 [基本目標 Ⅲ]

- 一般就労を希望する障害者が、障害の特性に応じたきめ細かな支援を受けながら安心して一般就労にチャレンジでき、企業も障害者雇用に対する不安を解消し、円滑に雇用を開始・継続できるよう、就労支援機関による支援を充実します。また、庁内各局、ハローワーク、企業・経済団体等との連携を強化し、障害者の一般就労を支援します。

<課題3> 共生社会実現に向けた障害者理解

- 障害のある人とない人が共に暮らす地域社会の実現には、障害や障害のある方への理解を深める必要があります。

(新規)

- 障害を理由とする差別の禁止や、「合理的配慮の提供」の民間事業者への義務化等を盛り込んだ、東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例を平成30年10月に施行しました。

(見直し)

(取組3) 共生社会実現に向けた障害者理解促進 [基本目標 Ⅲ]

- 差別解消の取組を一層進めるため、「東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例」の趣旨について、広く都民や事業者への普及啓発を図ります。

2 重症心身障害児（者）及び医療的ケア児施策の推進

<課題1>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。

（取組1）在宅重症心身障害児（者）の療育体制の充実

[基本目標 Ⅲ]

- 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。

① 在宅療育の支援

- 看護師が在宅の重症心身障害児（者）の家庭へ訪問し、家族への看護技術指導や相談等を行います。
- NICU等に入院している重症心身障害児について、円滑な地域移行ができるよう、保健所と連携して早期支援や相談等を行います。

② 通所施設等の整備等

- 重症心身障害児（者）の日中活動の場である通所施設など、地域生活基盤の重点的整備に引き続き取り組めます。
- ショートステイ実施施設及び通所施設（医療型）において、高い看護技術を持った看護師を支援員として配置し、医療ニーズが特に高い在宅の重症心身障害児（者）の

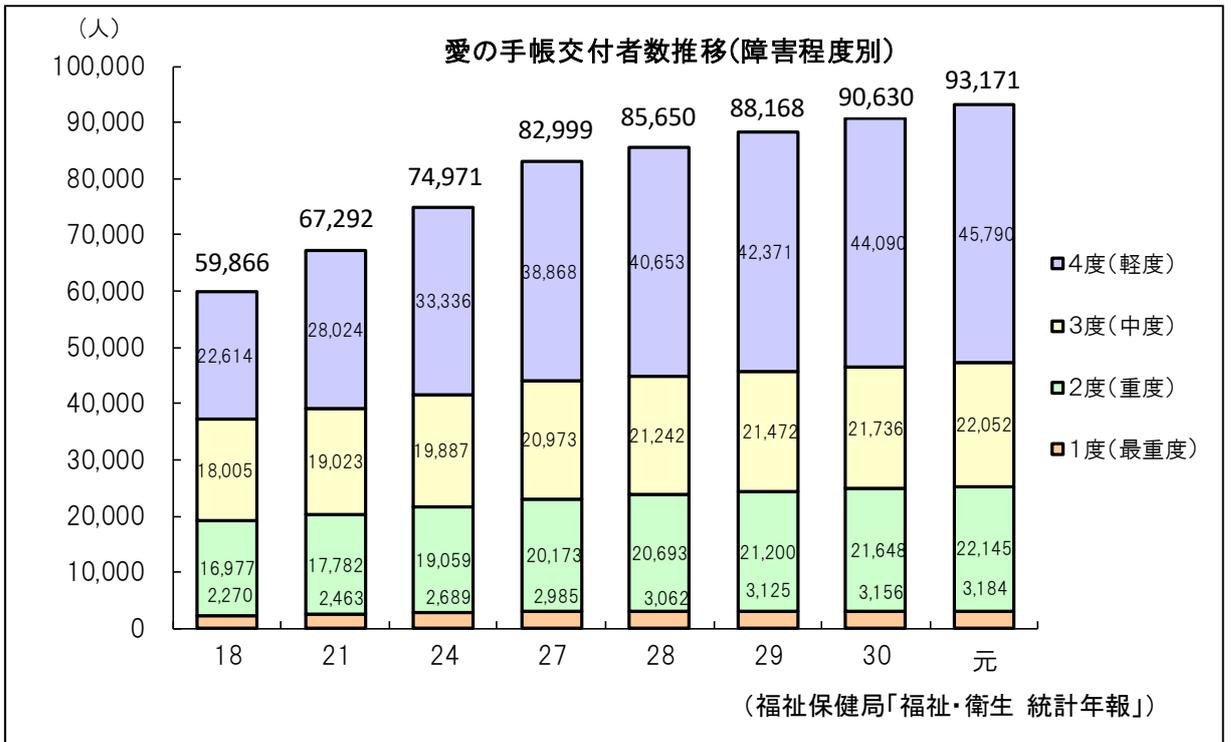
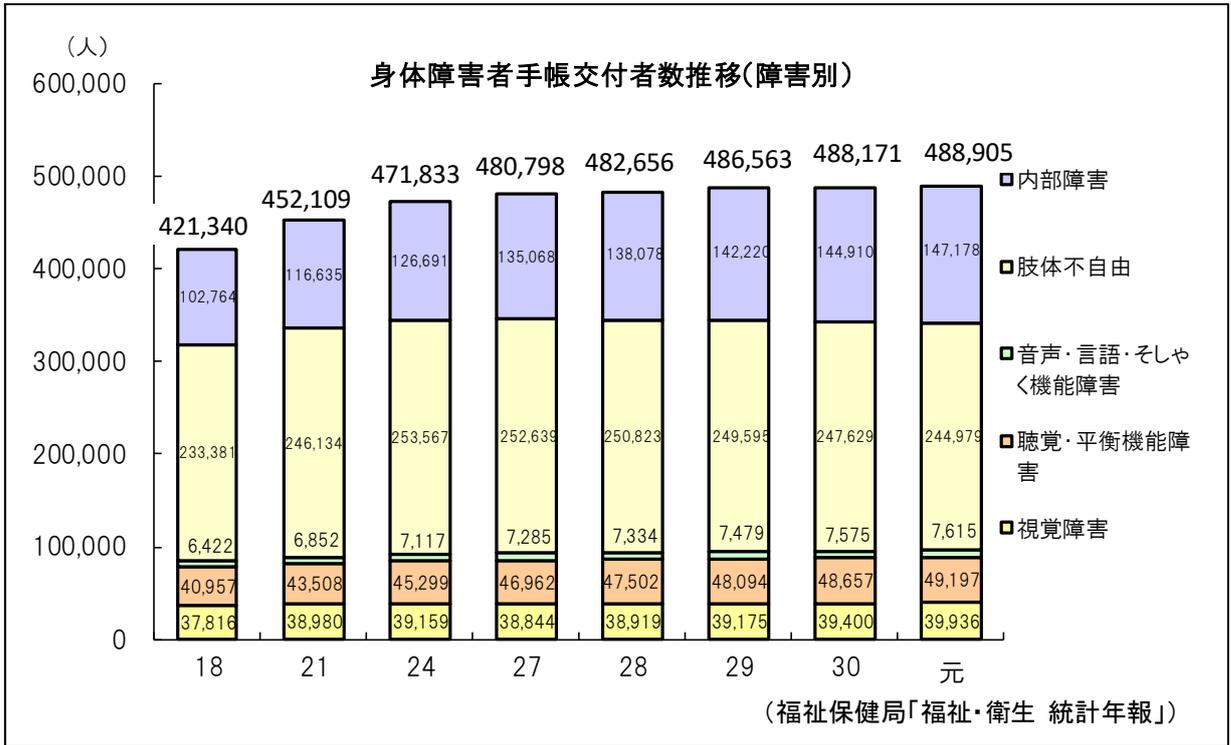
<課題2>医療的ケア児施策

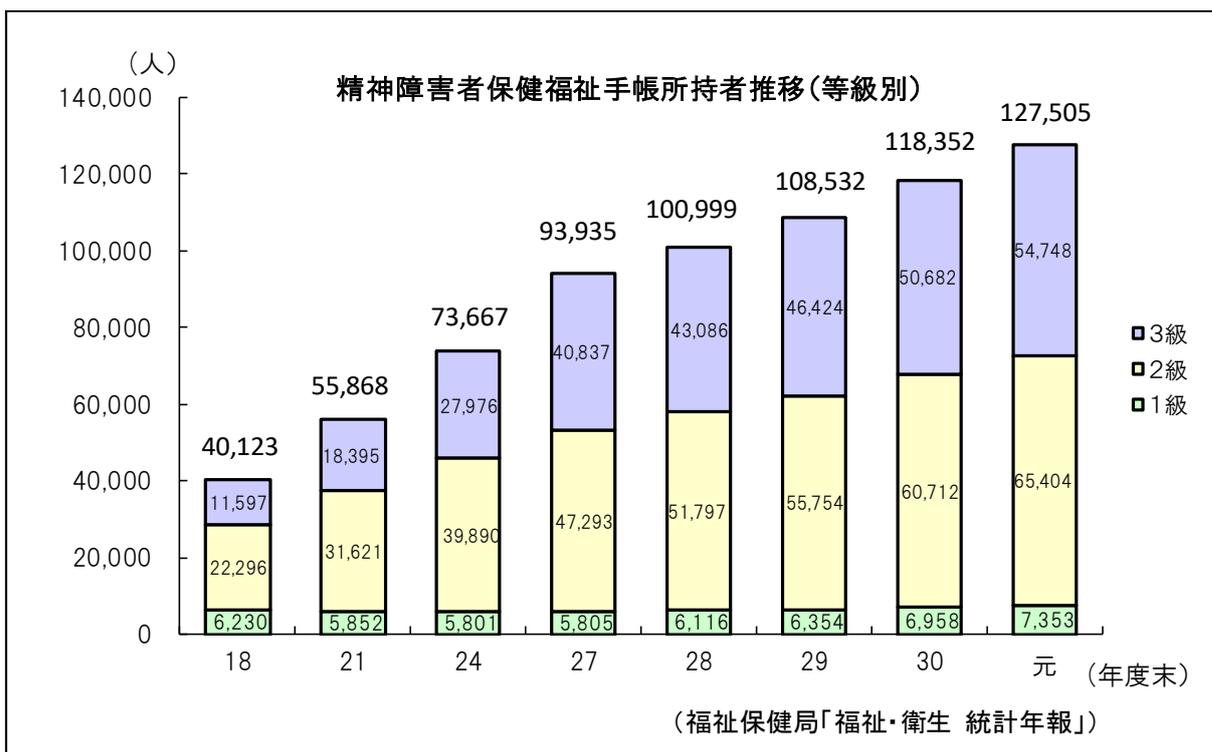
- 医療的ケア児が適切な支援を受けられるよう、関係機関の連携強化や、在宅生活を支えるサービスの充実に積極的に取り組む必要があります。

（取組2）医療的ケア児への支援

[基本目標 Ⅲ]

- 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。
- 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。
- 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。





障害福祉サービス等の対象となる難病等

(見直し)

平成 25 年 4 月より、障害者総合支援法に定める障害児・者の対象に、政令で定める 130 疾病の難病等が加わり、障害福祉サービス等の利用が可能となりました。国において障害者総合支援法の対象となる難病等の範囲が検討され、令和元年 7 月には、361 疾病に拡大されています。

第4章 健康危機管理体制の充実

1 感染症対策

見直しの視点

視点2 計画策定後の状況の変化（新型コロナウイルス感染症）

見直しの背景

（新型コロナウイルス感染症の感染拡大）

- 令和元年末、中華人民共和国に端を発した新型コロナウイルス感染症は、世界各国・地域に拡散し、国内では、令和2年1月15日に初の感染者が確認されました。政府は、その後の感染拡大に伴い、4月7日に緊急事態宣言を行いました。
- 緊急事態宣言は、5月25日に陽性者数が減少したことから、一旦は解除されたものの、7月中旬以降、収束と拡大を繰り返す中、11月以降急速に拡大し、令和3年1月7日、政府は1都3県に対し再び緊急事態宣言を発しました。
- その後、3月21日をもって緊急事態宣言は解除されましたが、新規陽性者数は再び増加傾向にあり、今後、変異株等により急激に感染の再拡大が起こる可能性が指摘されています。
- 都は、新型コロナウイルス感染症発生時から、検査体制の強化、医療提供体制の整備、宿泊・自宅療養体制の確保など取組の充実を図るとともに、令和2年10月には、効果的な感染症対策を一体的に担う拠点として「東京iCDC」を設置し、新型コロナウイルス感染症に関する政策立案、危機管理、調査・分析・評価、情報収集・発信などを行っています。

課題と取組の方向性

<課題1> 感染症の脅威への対応

- 新型コロナウイルス感染症が収束と拡大を繰り返す中、引き続き、相談、受診、検査体制の強化や、医療提供体制の確保など取組を強化するとともに、今後新興感染症が発生した場合にも、迅速かつ的確に対応することができるよう、平時から組織対応力を強化するとともに、検査や医療を確実に提供できる体制を整備することが必要です。

（取組1-1）感染症医療体制の強化

[基本目標 II、III、IV]

- 今般の新型コロナウイルス感染症対策における取組を検証し、新興・再興感染症が発生した際の迅速な相談、受診、検査体制の整備や保健所との連携、各医療機関の役割や患者の病態に応じた医療提供体制の確保、防護具等をはじめとした物品管理体制等について検討していきます。

(取組 1 - 2) 感染症の発生状況の早期把握と迅速な対応体制、情報発信の強化

[基本目標 Ⅲ]

- 感染症に罹患した患者情報把握のため、保健所や医療機関とも連携し、デジタル技術を活用した迅速かつ正確な情報収集及び提供を実施します。

(取組 1 - 4) 組織的対応力の強化

[基本目標 〇]

- 「東京 i CDC」では、都の感染症対策全般について専門的助言を行う「専門家ボード」を設置し、政策に繋がる提言を実施するとともに、公衆衛生人材の育成や国内外の自治体・研究機関等とのネットワークの構築等に取り組みます。また、感染拡大時には、総合調整機能を担う「健康危機管理対策本部」を立ち上げ、組織横断的に、迅速かつ的確な対策を推進していきます。
- 新型コロナウイルス感染症をはじめ、新興・再興感染症に対応できるよう、都内において感染症医療に精通した専門家を養成し、都の感染症対策に資する人材を確保していきます。
- 都内の医療機関や社会福祉施設等における施設内感染の防止に向け、適切に支援していきます。

第5章 評価指標の達成状況

- 計画の推進体制として各疾病・事業単位で設置している協議会等において、事業の進捗状況と指標などについて評価・検討を行っています。

- 本計画の中間見直しにおける設定指標の「中間評価」として、5疾病・5事業及び在宅療養について、各指標における計画策定時の実績と直近（令和元年度）の実績比較を行い、目標値に対する達成状況の評価を実施しました。

- 達成状況の評価基準として、「達成できている」ものは「A」、「概ね達成している」ものは「B」、「やや達成が遅れている」ものは「C」、「達成が遅れている」ものは「D」として評価しました（令和元年度実績が把握できない指標は、評価の対象としていません）。

- 各指標の達成状況は、大多数の指標が「A」や「B」評価となりましたが、「C」又は「D」評価の指標については、原因や課題の分析を行うとともに、今後の達成に向けた取組を進めていきます。

<指標の中間評価>

区分	指標名	現状 (計画策定時)	目標値	令和元年度実績 (2年目実績)	達成 状況	(参考) 出典	
がん	75歳未満年齢調整死亡率 (人口10万対)	75.5 (平成28年)	減らす (67.9未満) (平成34年)	70.3 (平成30年度)	B	国立がん研究センターがん対策情報センター	
	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	66.9% (平成28年)	増やす	—	—	東京都がんに関する患者調査	
	“生活習慣の改善”の指標参照 <<再掲>>						—
	成人の喫煙率 <<再掲>>	全体18.3% 男性28.2% 女性 9.3% (平成28年度)	全体12% 男性19% 女性 6% (喫煙をやめたい人がやめた場合の喫煙率)	—	全体16.5% 男性25.4% 女性 8.4% (令和元年度)	B	国民生活基礎調査
	受動喫煙の機会	行政機関5.5% 医療機関2.7% 職場37.8% 飲食店48.3% (平成27年度)	受動喫煙を なくす	—	行政機関8.4% 医療機関6.8% 職場32.5% 飲食店55.5% (平成29年度)	C	東京都民の健康・栄養状況
	肝がんの罹患率(年齢調整罹患率)	17.1 (平成24年度)	減らす	—	13.3 (平成27年度)	B	全国がん罹患モニタリング集計
	がん検診受診率	胃がん39.8% 肺がん37.2% 大腸がん41.9% 子宮頸がん39.8% 乳がん39.0% (平成27年度)	5がん 50%	—	—	—	健康増進法に基づくがん検診の対象人口率等調査
	全ての区市町村で科学的根拠に基づくがん検診の実施	2自治体 (完全遵守) (平成28年度)	全区市町村	—	6自治体 (令和元年度)	B	精度管理評価事業
	がん検診精密検査受診率	胃がん73.0% 肺がん70.2% 大腸がん56.8% 子宮頸がん65.8% 乳がん82.1% (平成27年度)	5がん 90%	—	胃がん73.1%(X線 93.9%(内視鏡)) 肺がん71.5% 大腸がん56.1% 子宮頸がん67.6% 乳がん85.0% (平成29年度)	B	精度管理評価事業
	拠点病院等の整備数	58か所 (平成29年度)	同数以上	—	57か所 (令和元年度)	C	
	主治医等からの説明により疑問や不安が解消された(どちらかというと解消されたを含む。)と回答した患者の割合	87.8% (平成28年度)	増やす	—	—	—	東京都がんに関する患者調査
	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 <<再掲>>	66.9% (平成28年度)	増やす	—	—	—	東京都がんに関する患者調査
	がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者の緩和ケア研修会の受講率が90%を超えている国拠点病院及び都拠点病院の数	4/31 (平成28年度)	全指定病院	—	8/36 (令和元年度)	B	現況報告書
	緩和ケアのイメージについて、「がんが進行し治療ができなくなった場合の最後の手段である」を選択した都民の割合	30.1% (平成28年度)	減らす	—	—	—	都民意識調査
	緩和ケアのイメージについて、「抗がん剤や放射線の治療ができない状態の方に対する痛みなどの苦痛を軽減するためのケア」を選択した患者の割合	37.8% (平成28年度)	減らす	—	—	—	東京都がんに関する患者調査
	がん相談支援センターの認知度(「利用したことがある」「病院内にあることは知っている」と回答した患者・家族の割合)	患者67.4% 家族63.1% (平成28年度)	増やす	—	—	—	東京都がんに関する患者・家族調査
	がん相談支援センターに相談したことのある者の割合	患者8.8% 家族7.6% (平成28年度)	増やす	—	—	—	東京都がんに関する患者・家族調査
「がん相談支援センターを今後も利用したい」と回答した患者の割合	63.3% (平成28年度)	増やす	—	—	—	東京都がんに関する患者調査	
がん罹患後も就労継続している患者の割合	53.7% (平成28年度)	増やす	—	—	—	東京都がん患者調査	

	指標名	現状 (計画策定時)	目標値	令和元年度実績 (2年目実績)	達成 状況	(参考) 出典	
がん	患者の付き添い等のために仕事を辞めた家族の割合	10.2% (平成28年度)	減らす	—	—	東京都がんに関する家族調査	
	「がんになっても治療しながら働くことが可能である」との設問に「そう思う」「多少思う」と回答した都民の割合	67.1% (平成28年度)	増やす	—	—	都民意識調査	
	「がんは治る病気である」との設問に「そう思う」「多少思う」と回答した都民の割合	68.1% (平成28年度)	増やす	—	—	都民意識調査	
	東京都がんポータルサイトの閲覧数	240,861 (平成28年度)	増やす	344,887 (令和元年度)	A		
	東京都がんポータルサイトの閲覧数 (小児がん)	15,017 (平成28年度)	増やす	11,785 (令和元年度)	D		
	「病院の相談員」に相談した患者(家族)の割合(小児がん)	12.3% (平成28年度)	増やす	—	—	東京都小児がんに関する患者調査	
	がん罹患後も就労継続している患者の割合<再掲>	53.7% (平成28年度)	増やす	—	—	東京都がんに関する患者調査	
	「がんになっても治療しながら働くことが可能である」との設問に「そう思う」「多少思う」と回答した都民の割合<再掲>	67.1% (平成28年度)	増やす	—	—	都民意識調査	
	がん相談支援センターのリストを配布している在宅療養相談窓口の数	0 (平成28年度)	全区市町村	全区市町村に配布 (令和元年度)	B		
	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<再掲>	66.9% (平成28年度)	増やす	—	—	東京都がんに関する患者調査	
	「がんは治る病気である」との設問に「そう思う」「多少思う」と回答した都民の割合<再掲>	68.1% (平成28年度)	増やす	—	—	都民意識調査	
脳卒中	脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法の実施件数	1,175件 (平成27年度)	増やす	1,307件 (平成30年度)	A	【策定時】東京都福祉保健局調べ 【1年目以降】「医療計画作成支援データブック」厚生労働省	
	脳梗塞に対する血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数	828件 (平成27年度)	増やす	1,405件 (平成30年度)	A	【策定時】東京都福祉保健局調べ 【1年目以降】「医療計画作成支援データブック」厚生労働省	
	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	運動器 892施設 脳血管 537施設 呼吸器 319施設 がん 117施設 心大血管 86施設 (平成29年9月現在)	増やす	運動器 958施設 脳血管 565施設 呼吸器 325施設 がん 131施設 心大血管102施設 (令和2年4月現在)	A	関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」	
	回復期リハビリテーション病棟の病床数	7,057床 (10万人当たり51.4床) (平成29年9月現在)	増やす	8,075床 (10万人当たり57.9床) (令和2年2月現在)	A	関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」	
心血管疾患	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(人口10万対)	男性 42.5 女性 16.0 (平成27年)	下げる	—	—	人口動態特殊報告	
	“生活習慣の改善”の指標参照<再掲>						
	AEDマップ登録数	29,385件 (平成29年10月1日現在)	増やす	30,450件 (令和2年3月24日現在)	B	日本救急医療財団全国AEDマップ	
	バイスタンダーによる応急手当実施率	29.26% (平成27年)	上げる	33.94% (令和元年)	A	救急災害医療課集計	
	東京都CCUネットワーク参画医療機関数	72施設 (平成29年10月1日現在)	維持する	74施設 (令和2年3月31日現在)	A	東京都CCU連絡協議会参加医療機関数	
	退院患者平均在院日数	7.6日 (平成26年)	維持する	—	—	患者調査	
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数(心大血管疾患リハビリテーション料I・IIの届出施設数)	86施設 (平成29年9月1日時点)	増やす	102施設 (令和2年4月現在)	A	施設基準届出受理医療機関名簿		

	指標名	現状 (計画策定時)	目標値	令和元年度実績 (2年目実績)	達成 状況	(参考) 出典
糖尿病	特定健康診査実施率 ①区市町村国民健康保険実施分 ②東京都全体	①44.9% ②63.4%	増やす 東京都全体 特定健康診査 実施率70% 特定保健指導 実施率45%	①44.9% ②66.2%	①C ②B	①区市町村国保 「特定健診等デー タ管理システム」
	特定保健指導実施率 ①区市町村国民健康保険実施分 ②東京都全体	①15.7% ②14.8% (平成27年度)		①14.5% ②16.6% (平成29年度)	①D ②A	②厚生労働省「レ セプト情報・特定 健康診査等情報 データ」
	糖尿病による失明発症率 (人口10万対)	1.40人 (平成27年度)	減らす	1.09人 (平成30年度)	A	厚生労働省「福祉 行政報告例(身体 障害者手帳交付台 帳登載数)」 東京都総務局「住 民基本台帳」
	糖尿病による新規透析導入率 (人口10万対)	10.7人 (平成27年)	減らす	11.7人 (平成30年)	D	一般社団法人日 本透析医学会「わ が国の慢性透析療 法の現況」 東京都総務局「人 口推計」
	糖尿病による新規人工透析導入患者数	1,445人 (平成27年)	減らす	1,616人 (平成30年)	D	一般社団法人日 本透析医学会「わ が国の慢性透析療 法の現況」
糖尿病地域連携の登録医療機関の医療 機関数	病 院 164施設 診療所 1,966施設 歯科診療所 1,437施 設 (平成30年1月現在)	増やす	病 院 152施設 診療所 1,992施設 歯科診療所 1,500施 設 (令和2年4月現在)	B	東京都「糖尿病地 域連携の登録医療 機関」	
精神 疾患	早期発見・早期対応推進のための研修 や症例検討会の実施	—	全地区医師会	9地区医師会で 実施 (うち新規6) (累計26)	B	障害者施策推進部 事業実績
	精神身体合併症救急医療体制の整備	3ブロック	充実・強化	5ブロック	A	障害者施策推進部 事業実績
	入院後3か月時点の退院率	60.7%	69%以上 (令和2年度末)	—	—	精神保健福祉資料
	入院後6か月時点の退院率	80.7%	84%以上 (令和2年度末)	—	—	精神保健福祉資料
	入院後1年時点の退院率	88.5%	90%以上 (令和2年度末)	—	—	精神保健福祉資料
	長期在院者数(入院期間1年以上) 65歳以上、65歳未満	65歳以上7,930人 65歳未満4,958人	65歳以上 7,214人 65歳未満 4,158人 (令和2年度末)	—	—	患者調査

※取組3-1(退院率・長期在院者数)は国において集計中のため「—」としている

認知症	認知症疾患医療センターの指定数	52か所	53か所	52か所	B	高齢社会対策部 事業実績
	かかりつけ医認知症研修受講者数	3,816人	増やす	5,518人	A	高齢社会対策部 事業実績
	看護師認知症対応力向上研修受講者数	4,073人	増やす	8,081人	A	高齢社会対策部 事業実績
	認知症カフェの設置区市町村数	48か所	全区市町村	54か所	A	認知症総合支援事 業等 実施状況調べ

	指標名	現状 (計画策定時)	目標値	令和元年度実績 (2年目実績)	達成 状況	(参考) 出典
救急 医療	二次救急医療機関の応需率	75.6% (平成28年)	上げる	75.7% (令和元年)	B	東京消防庁集計
	東京ルール事案に該当する救急搬送患者の割合	0.96% (平成28年)	下げる	1.27% (令和元年)	D	救急災害医療課実績集計
	東京ルール事案に該当する救急搬送患者の圏域内受入率	86.2% (平成28年)	上げる	85.5% (令和元年)	C	救急災害医療課実績集計
	救急活動時間(出場～医師引継)	47分18秒 (平成28年)	短縮	45分17秒 (令和元年)	A	東京消防庁集計
	救急相談センター(#7119)の認知率	53.8% (平成28年)	上げる	54.6% (令和元年)	B	消防に関する世論調査 (東京消防庁)
	救急搬送患者の軽症割合	54.9% (平成28年)	下げる	54.2% (令和元年)	B	東京消防庁集計
災害 医療	災害拠点病院の指定数	80病院	増やす	82病院	B	救急災害医療課調べ (令和元年度末)
	災害拠点病院の耐震化率	92.5%	100%	96.3%	A	救急災害医療課調べ (令和元年度末)
	複数の災害時の通信手段の確保率	76.3%	100%	100.0%	A	救急災害医療課調べ (令和元年4月1日時点)
	E M I S等を活用した訓練を実施している病院の割合	61.6%	100%	48.3%	—	令和2年2月19日 実施※
	広域医療搬送を想定した訓練の実施回数	—	年1回	1回	A	令和元年9月7日 実施
	東京DMATの隊員数	1,097人	1,000人を維持	1,254人	A	救急災害医療課調べ (令和元年度末)

※取組2-3「E M I S等を活用した訓練を実施している病院の割合」に関する達成状況について

策定当時の実施対象病院は約300病院であったが、昨年度、システム改修により都内全ての病院(約650病院)が活用可能となった。

令和2年2月に行った訓練は、全病院を対象として実施しており、策定時と状況が大幅に異なるため、「その他：—」として整理。

へき地 医療	へき地町村が必要とする医師充足率 (へき地町村の医師派遣要請に対する充足率)	96.4% (100%)	100.0%	100.0%	A	医療振興担当調べ
	医師確保事業協力病院等数	9病院	11病院	9病院	C	医療振興担当調べ
	画像電送システムの充実	遠隔読影 Web会議等	用途拡充	Web会議用途拡充 (退院支援)	B	医療振興担当調べ
	専門診療日数	1,143日	増やす	1,152日	B	医療振興担当調べ
周産期 医療	出生1万対NICU病床数	27.8床 (平成27年)	増やす	33.8床 (平成31年)	A	人口動態統計
	母体救命搬送システムにおける平均病院選定時間	11.0分 (平成28年度)	短くする	9.3分 (平成31年度速報値)	A	救急災害医療課 実績集計
	新生児死亡率(出生千対)	0.9 (平成27年)	下げる	0.6 (平成31年)	A	人口動態統計
	周産期死亡率(出産千対)	3.2 (平成27年)	下げる	3.0 (平成31年)	A	人口動態統計
	妊産婦死亡数	2人 (平成27年)	減らす	1人 (平成30年)	A	人口動態統計
	N I C U・G C U長期入院児数(90日以上)	83人 (平成28年速報値)	減らす	76人 (平成31年)	A	東京都周産期母子 医療センター等 NICU入院児実態 調査

	指標名	現状 (計画策定時)	目標値	令和元年度実績 (2年目実績)	達成 状況	(参考) 出典
小児 医療	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)	1,307件 (平成27年)	減らす	934件 (平成30年)	A	総務省消防庁調べ
	乳児死亡率(出生千対)	1.7 (平成27年)	下げる	1.7 (平成30年)	B	人口動態統計(東京都福祉保健局)
	幼児死亡率(1~4歳人口十萬対)	15.9 (平成27年)	下げる	15.5 (平成30年)	B	人口動態統計(東京都福祉保健局) 住民基本台帳による東京都の世帯と人口(東京都総務局)
	児童死亡率(5~9歳人口十萬対)	8.6 (平成27年)	下げる	6.4 (平成30年)	A	人口動態統計(東京都福祉保健局)
	児童死亡率(10~14歳人口十萬対)	7.0 (平成27年)	下げる	9.1 (平成30年)	C	人口動態統計(東京都福祉保健局)
在宅 療養	訪問診療を実施している診療所数	2,432所 (平成27年度)	増やす	2,234所 (平成30年度)	C	「医療計画作成支援データブック」厚生労働省(在宅患者訪問診療料を算定した診療所数)
	訪問診療を実施している病院数			165所 (平成30年度)		「医療計画作成支援データブック」厚生労働省(在宅患者訪問診療料を算定した病院数)
	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所数	1,060所 (平成27年度)	増やす	1,074所 (平成30年度)	B	「医療計画作成支援データブック」厚生労働省(在宅ターミナルケア加算、看取り加算を算定した診療所数)
	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している病院数			36所 (平成30年度)		「医療計画作成支援データブック」厚生労働省(在宅ターミナルケア加算、看取り加算を算定した病院数)
	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	1,017,495件 (平成27年度)	増やす	1,196,594所 (平成30年度)	A	「医療計画作成支援データブック」厚生労働省(在宅患者訪問診療料のレセプト件数)
	在宅ターミナルケアを受けた患者数(レセプト件数)	10,487件 (平成27年度)	増やす	13,541件 (平成30年度)	A	「医療計画作成支援データブック」厚生労働省(在宅患者訪問診療料のレセプト件数)
	訪問看護ステーションの看護職員数	4,476人 (平成28年12月末現在)	増やす		A	「衛生行政報告例」厚生労働省(隔年)
	退院支援を実施している病院数	243所 (平成27年度)	増やす	264所 (平成30年度)	A	「医療計画作成支援データブック」厚生労働省(退院支援加算を算定した病院数)
	退院支援を実施している診療所数			3所 (平成30年度)		「医療計画作成支援データブック」厚生労働省(退院支援加算を算定した診療所数)
	入退院支援に関わる研修受講者数	1,497人 (平成27年度から29年度までの受講者累計)	3,177人 (受講者累計)	2,606人 (受講者累計)	A	医療政策課調べ

第3部 資料編

国指針等を今後掲載予定