

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-薬局いんぷお”」（以下「t-薬局いんぷお」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-薬局いんぷお”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-薬局いんぷお”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、新型コロナウイルス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¹・かかりつけ歯科医²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。



¹ 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。

² 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DX¹の推進

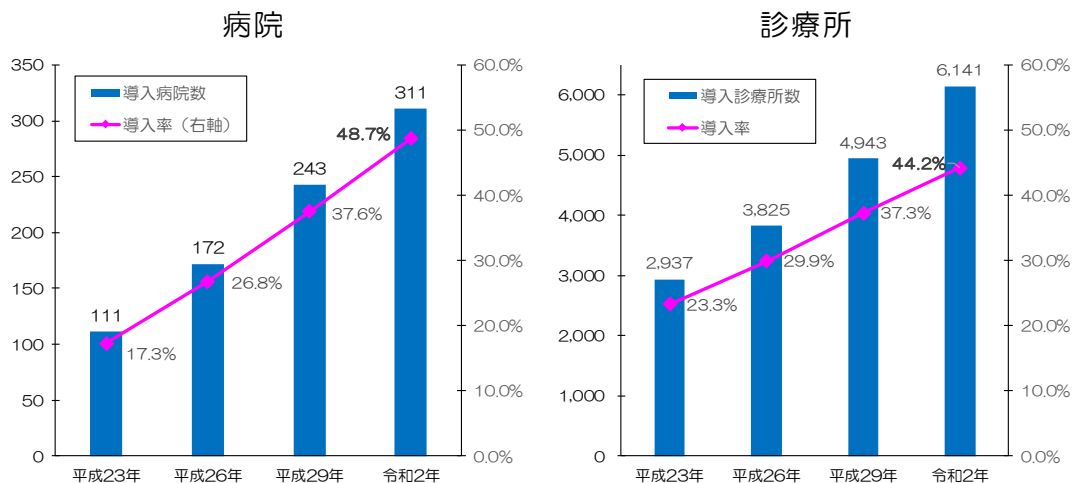
- 都民が安全で質の高い医療サービスを受けられるよう、デジタル技術を活用した効率的かつ効果的な医療機関間や医療・介護関係者間等の情報共有を推進します。
- 限られた人材や医療資源で、医療の高度化、高齢化等に伴う医療ニーズの質・量の変化に対応し、安全で質の高い医療を持続的に提供できるよう、患者や医療従事者等への影響や負担に配慮しながら、医療DXを推進します。

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。

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」

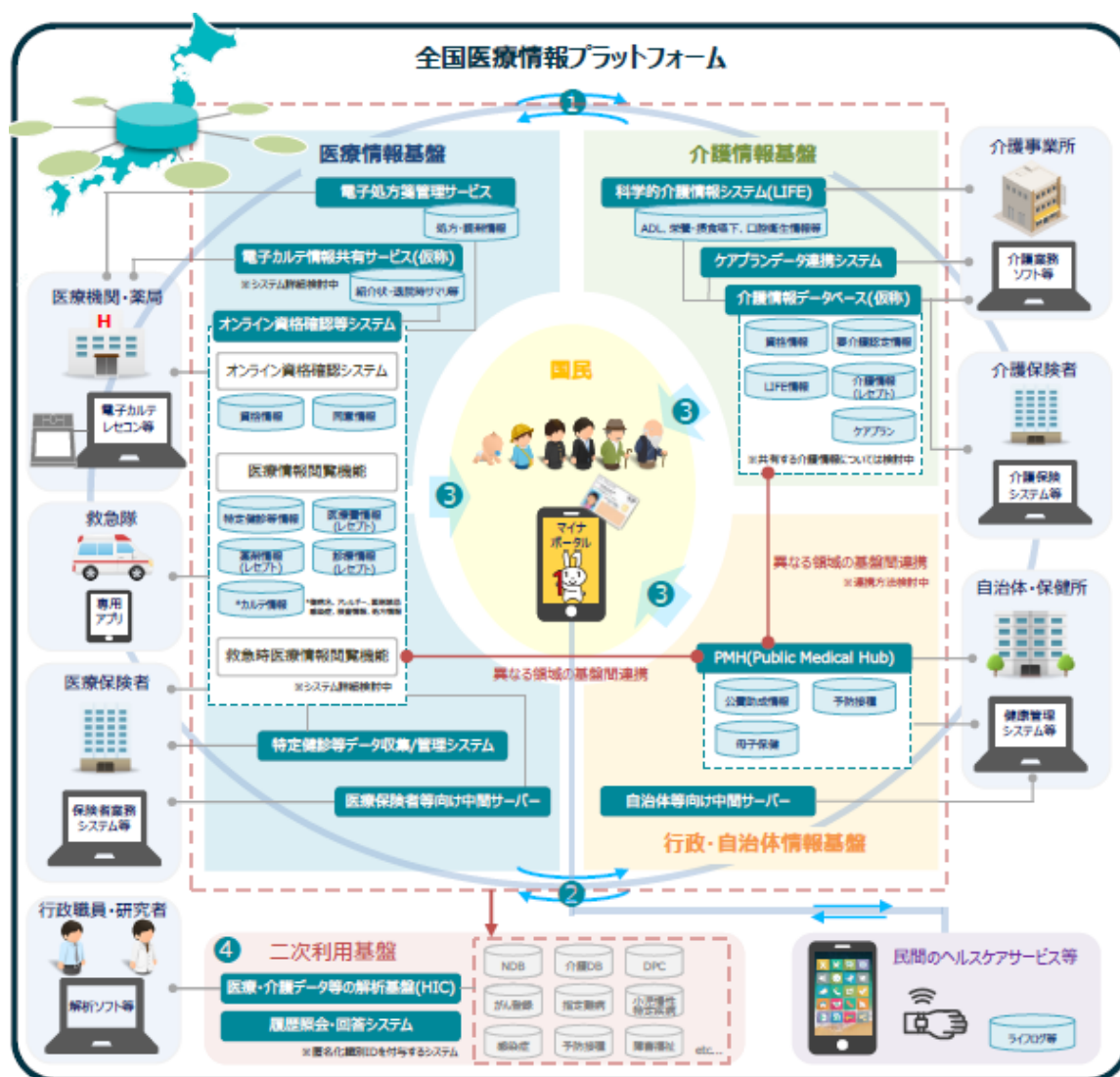
¹ DXとはデジタルトランスフォーメーション（Digital Transformation）の略で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）こと。医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる（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²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。
- 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³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。

² 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。

³ 「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

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

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。

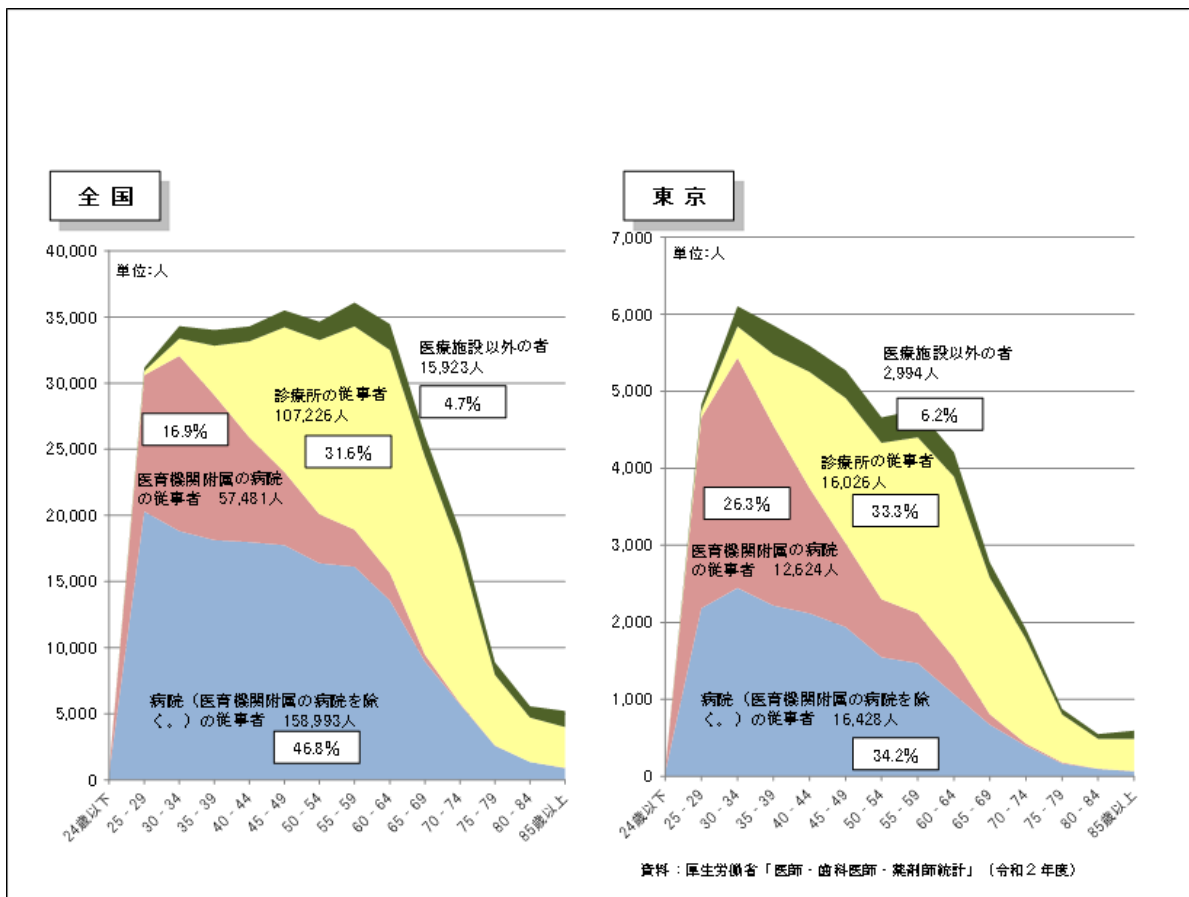
現状とこれまでの取組

1 医師

<現状>

(1) 東京の医師の状況

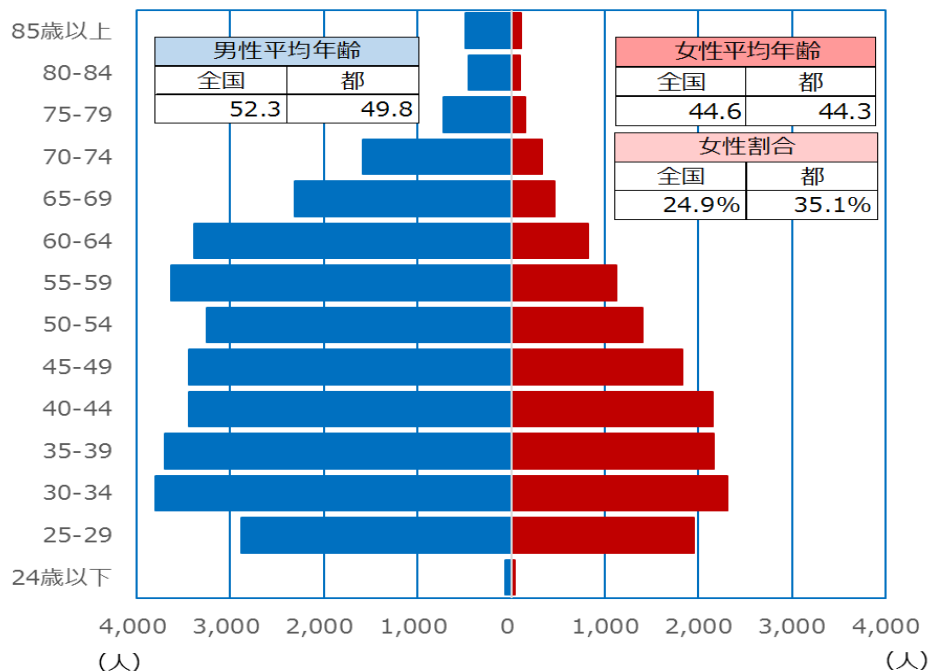
- 都内医師数は、48,072人、人口10万人当たり342.2人であり、総数は増えています（令和2年12月31日時点）。
- 従事場所別で見ると、全国と比較して医育機関附属病院の従事者の割合が高くなっています。
- 都内には、13医科大学・大学医学部が所在し、多くの医師を育成するとともに、これらの医師は、大学病院等から他県へ派遣され、全国で活躍しています。



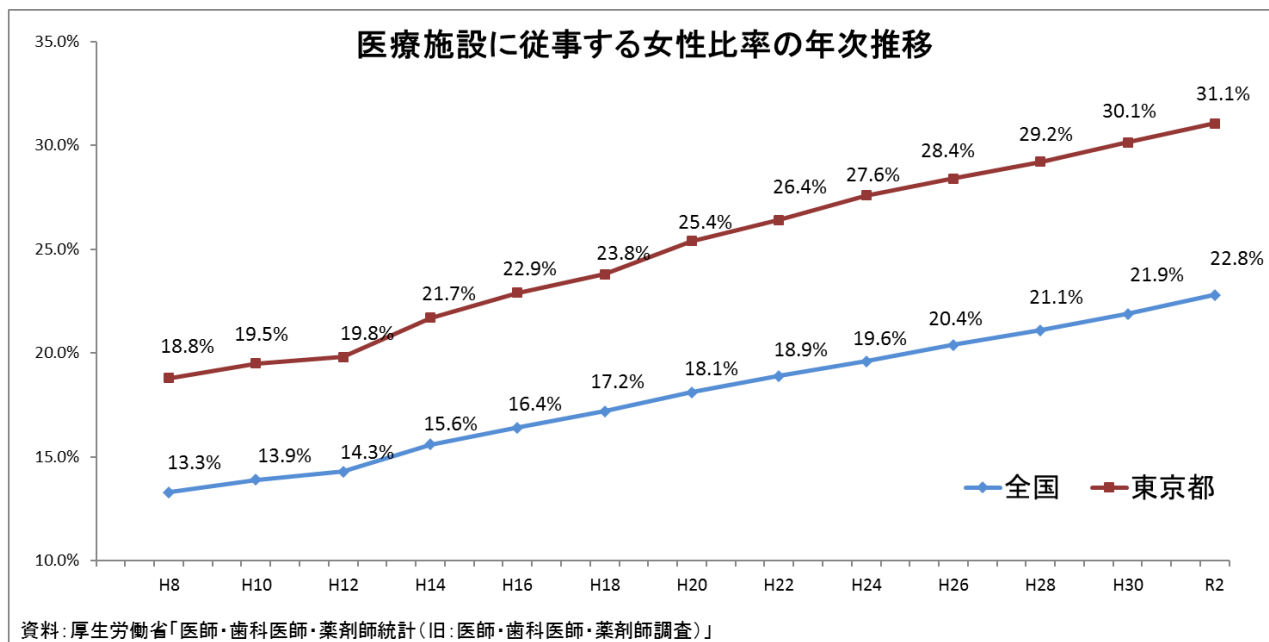
- 年齢分布では、30代の医師の割合が高く、平均年齢も全国と比較して低くなっています（全国：50.1歳、東京都：47.8歳）。
- また、男女別では、女性の医師の割合が全国と比較して高い状況にあり、特に、若年層の女性の割合が高くなっています。
- 子育て世代の医師の割合が高いことから、出産・育児等のライフイベントにも配慮した取組が重要となっています。

医師・医療施設従事者数（東京都）

■男 ■女



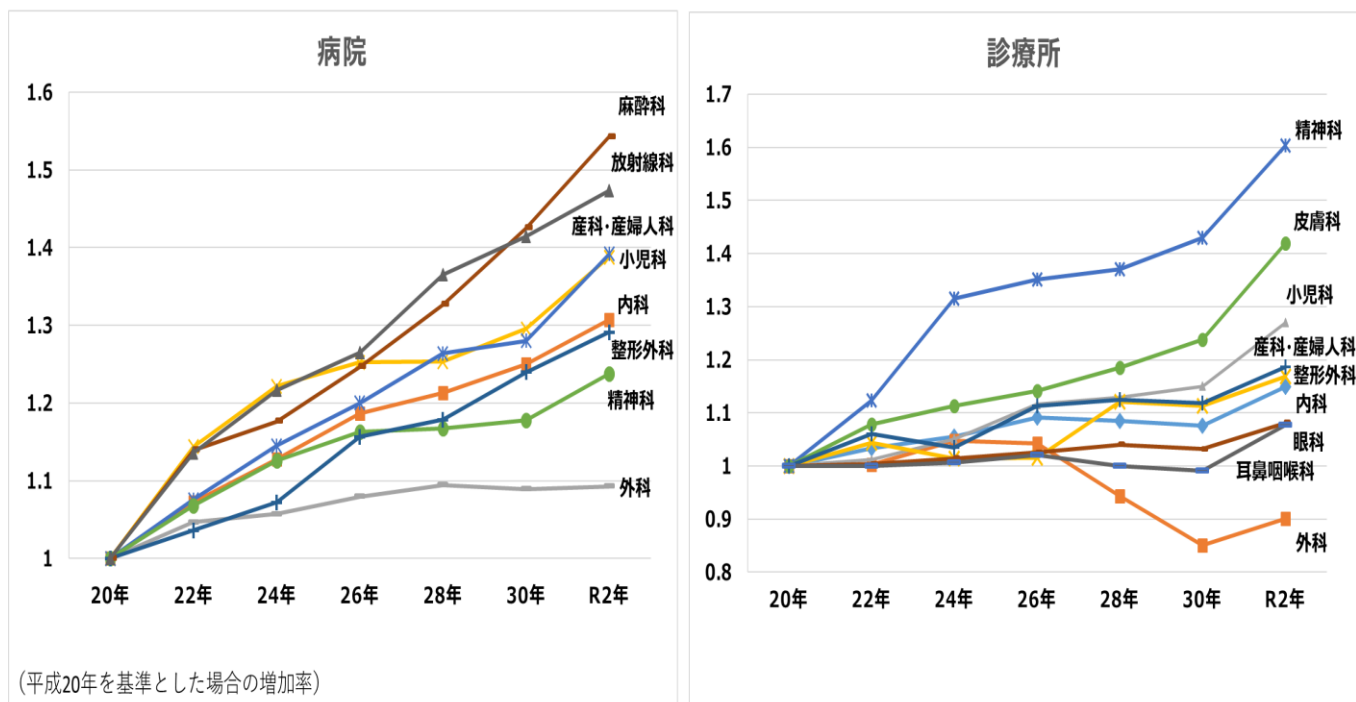
資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年度）



○ 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¹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²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³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。

¹ 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。

² 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

³ 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
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 月に全国的に統一した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

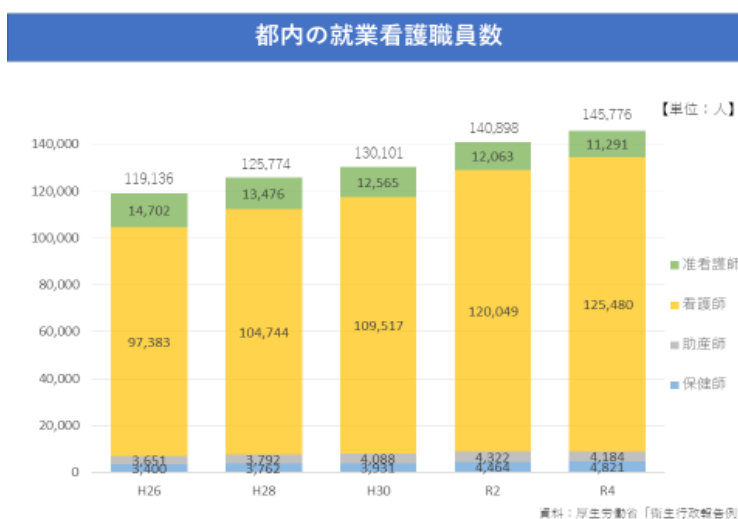
多数：目標偏在指標“1.0”より偏在指標が高い「薬剤師多数区域」又は「薬剤師多数都道府県」
 少数：目標偏在指標“1.0”より偏在指標が低い下位二分の一に当たる「薬剤師少数区域」
 *：上記以外の「薬剤師少数でも多数でもない区域」

- 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⁴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⁵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。

⁴ 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。

⁵ 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。

- 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。

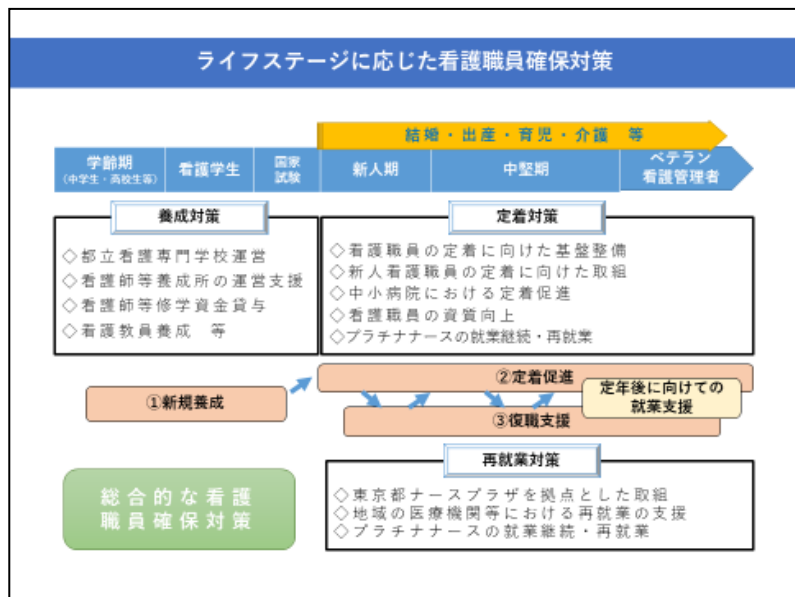
＜これまでの取組＞

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⁶。

⁶ 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。

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。

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⁷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。

⁷ 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。

- 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。

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

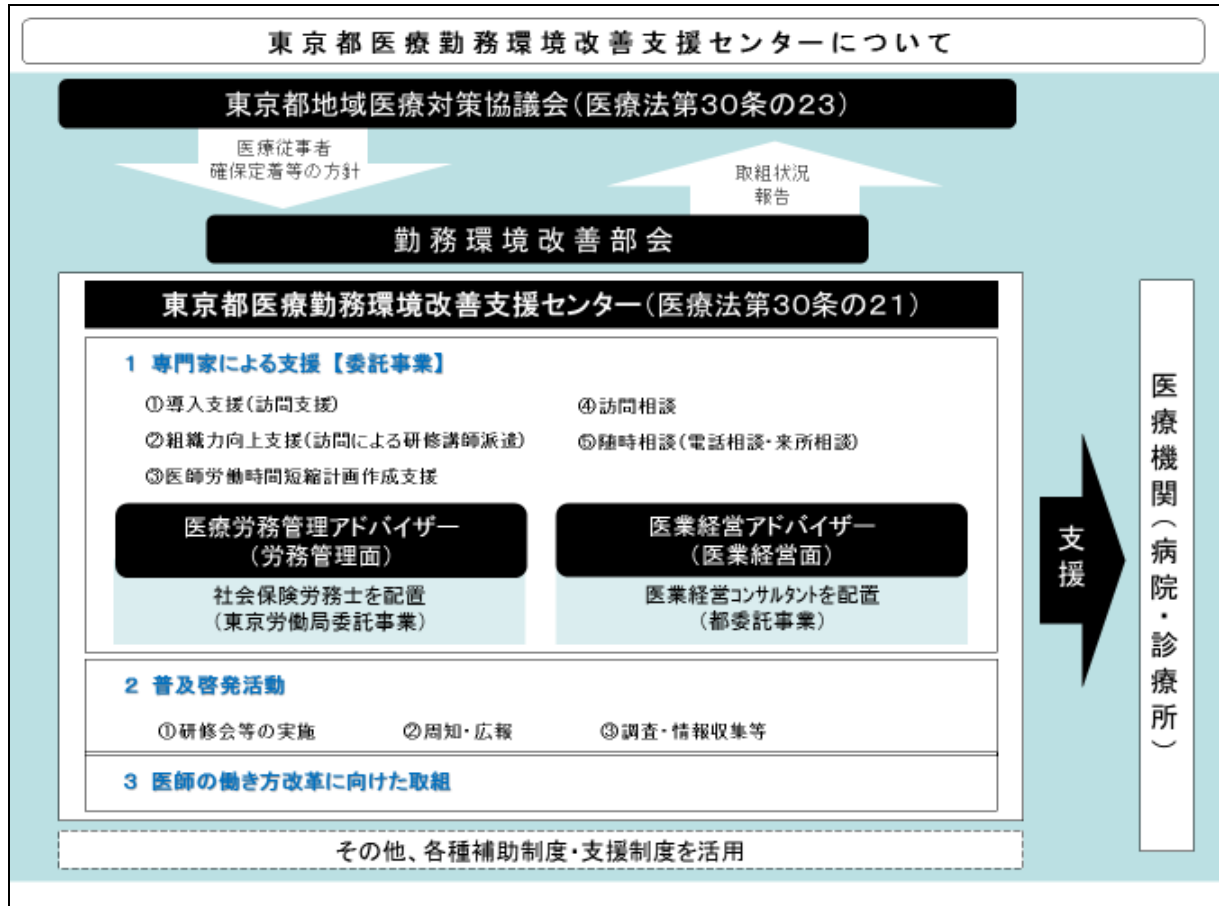
- 医療技術の高度化や専門化、保健医療ニーズの多様化に伴い、専門職種が対応する場面が増加しています。
- 関係団体と協力し資質向上に向け講習会等を実施しています。

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⁸

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。

⁸ 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）

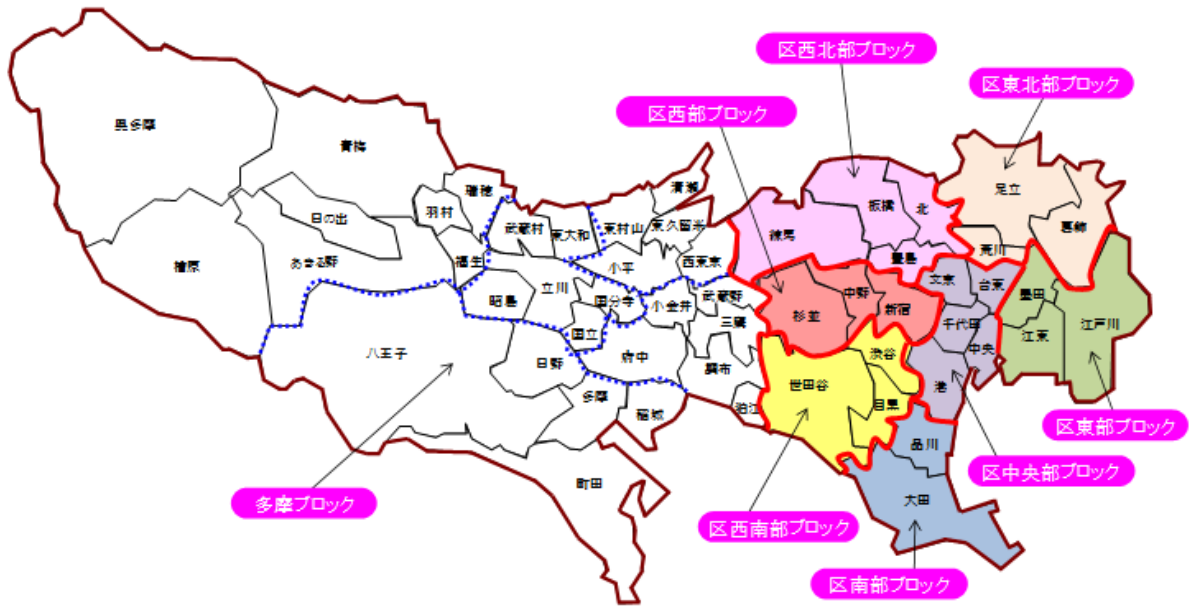
順位	都道府県名	小児科医師 偏在指標
	全国	115.1
1	鳥取県	171.0
2	京都府	152.7
3	東京都	150.4
4	高知県	134.4
5	和歌山県	130.4
6	長崎県	128.5
7	秋田県	127.9
8	徳島県	127.7
9	山梨県	127.3
10	富山県	125.9

小児医療圏単位の小児科医師偏在指標

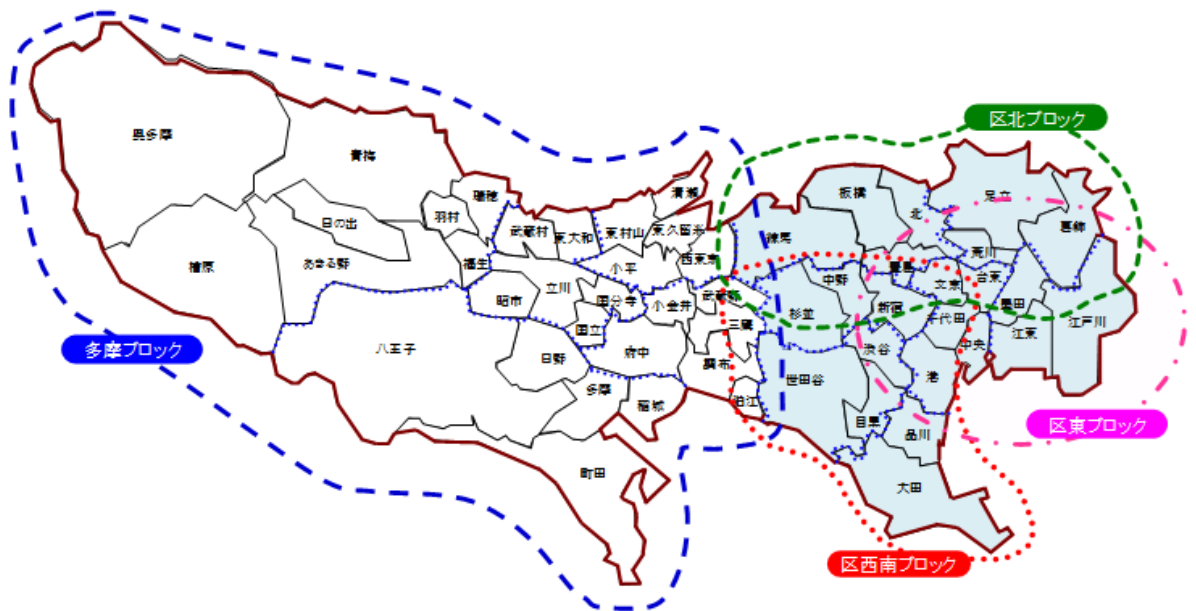
順位	圏域名	小児科医師 偏在指標
7	区西南	181.5
10	区東	177.7
77	多摩	127.3
110	区北	116.8
122	島しょ	113.3

※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⁹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、新型コロナウイルス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の発生割合は、増加傾向が続いている等、医療分野ごとに課題があります。

⁹ 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添えていくため、東京の実情に添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) 地域の実情に添じた医師の育成・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、東京の実情に添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¹⁰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。

¹⁰ 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^{えんげ}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な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 ¹¹)
(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% ¹² (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数の就業者数	738人 (令和4年末)	2,738人

¹¹ 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。

¹² 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患者の流出入等

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、患者の流出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、流出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、患者の流出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） =

Σ （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） =

Σ （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） =

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）

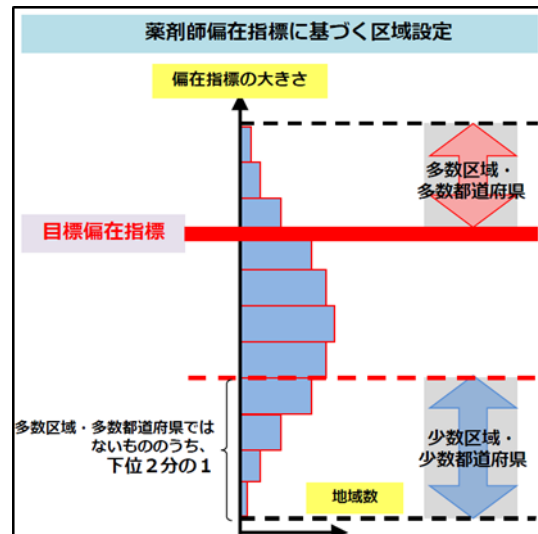
（※13）その他業務にかかる業務量 =
地域（都道府県・二次医療圏）別の薬局数 × 1薬局当たりの上記以外の業務にかかる労働時間

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。

$$\text{目標偏在指標「1.0」} = \frac{\text{調整薬剤師労働時間}}{\text{病院・薬局の推計業務量}}$$

- 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、健康診断を定期的に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、基礎代謝量が上がり、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、適切な休養を取ることが必要です。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¹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。

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。

¹ 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。

(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を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		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 1-3		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		指標名	現状	目標値
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	取組 2-1 2-2 2-3	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 （喫煙をやめた人がやめた場合の喫煙率） ²
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

² 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¹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。

¹ 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²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。

² 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作成した凍結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、より多くの方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、産後うつの高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進めるよう、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5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めます。

（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、集団への不適應や摂食障害、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つける「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「若ぽた+」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ことが必要です。

(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ます。
- 区市町村、保健医療関係団体、事業者・医療保険者等と連携し、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、支援していくことが必要です。

(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。

評価指標

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% (平成 29～令和元年)	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 (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）《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% (平成 29～令和元年)	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% (令和 3 年度)	増やす

5 COPD（慢性閉塞性肺疾患）¹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。

¹ 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（K6¹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。
- 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。

¹ 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してされている。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。

(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 1-2 1-3 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、時々の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

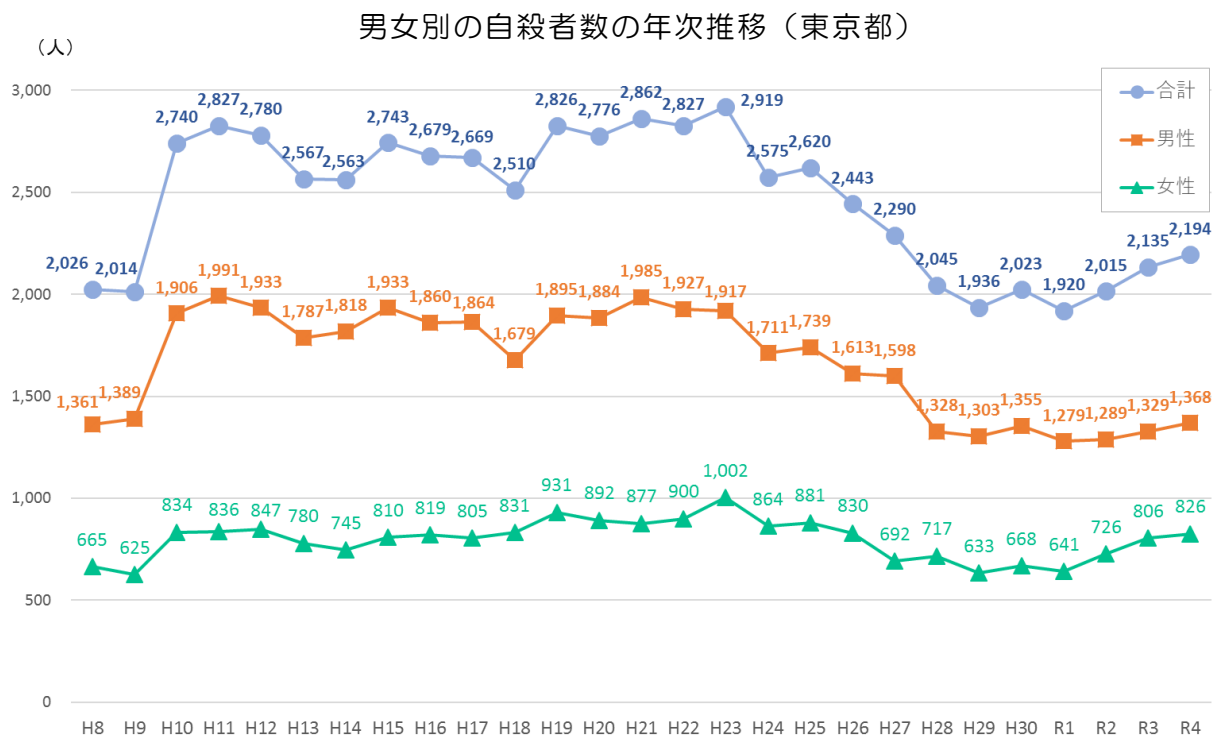
- 福祉、医療、経済、教育等との連携の下、「生きることの包括的な支援」として自殺対策を推進し、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指します。

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。



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めます。

(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ような取組を強化します。

(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ような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。

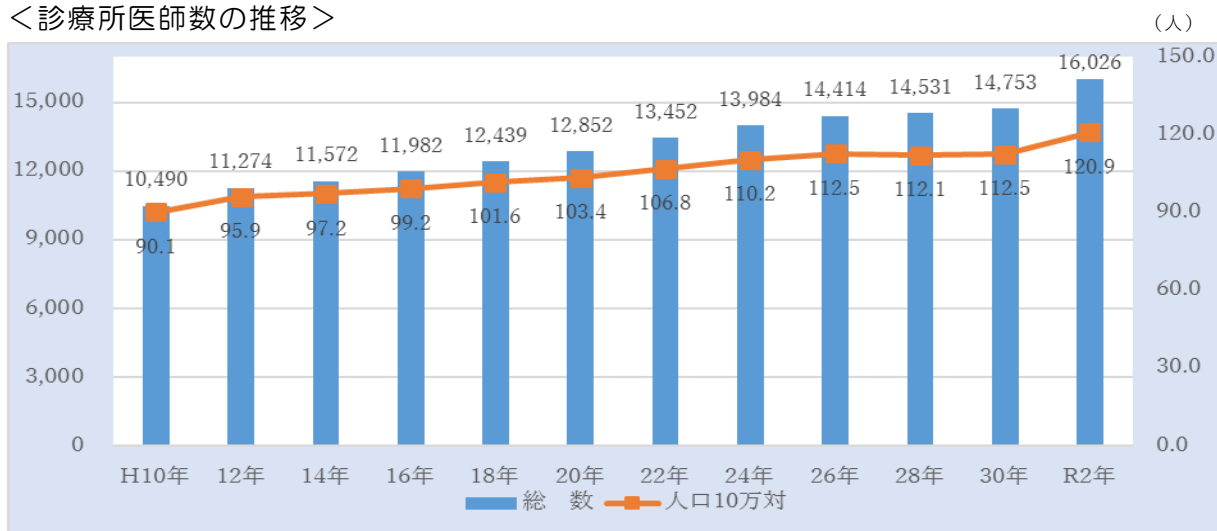
現状・これまでの取組

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10万人あたりでは120.9人です。

<診療所医師数の推移>

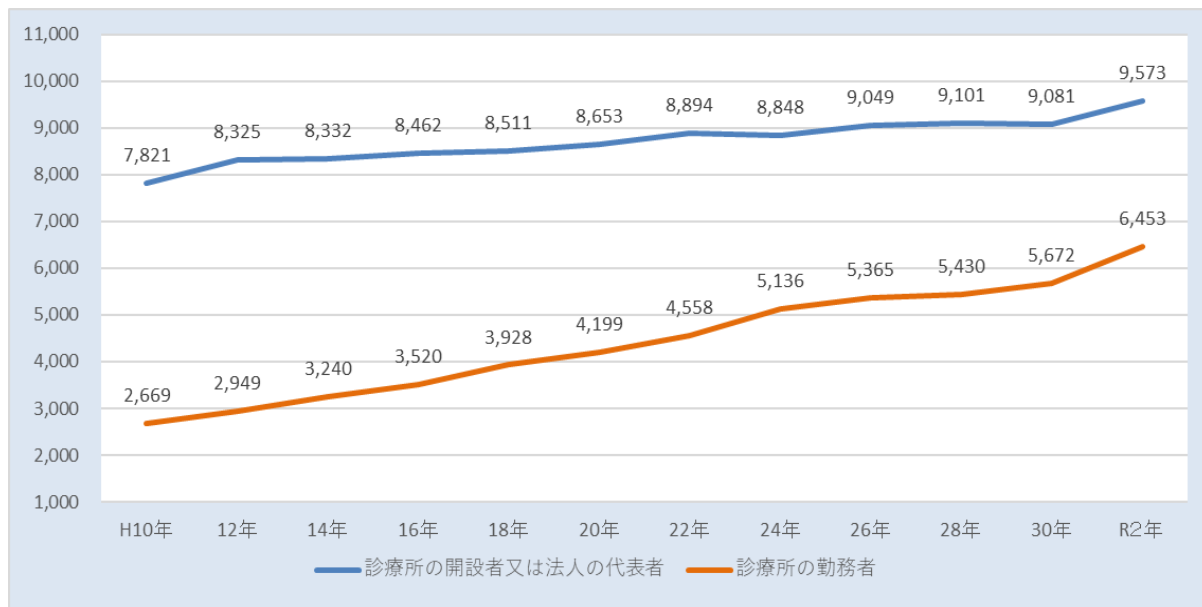


資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

- 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>

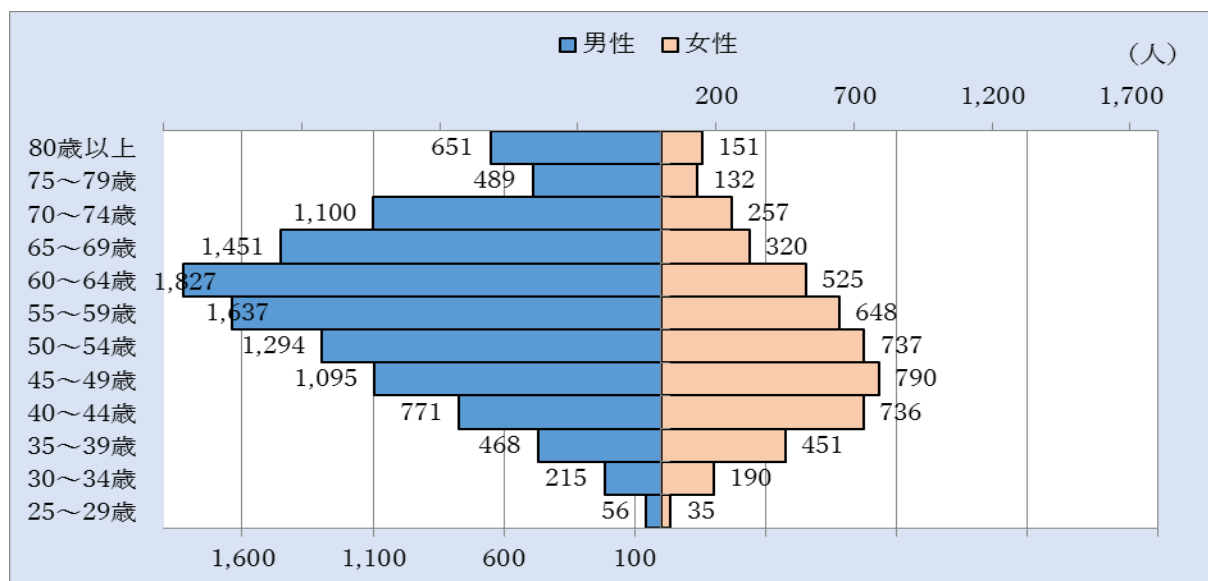
(人)



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。

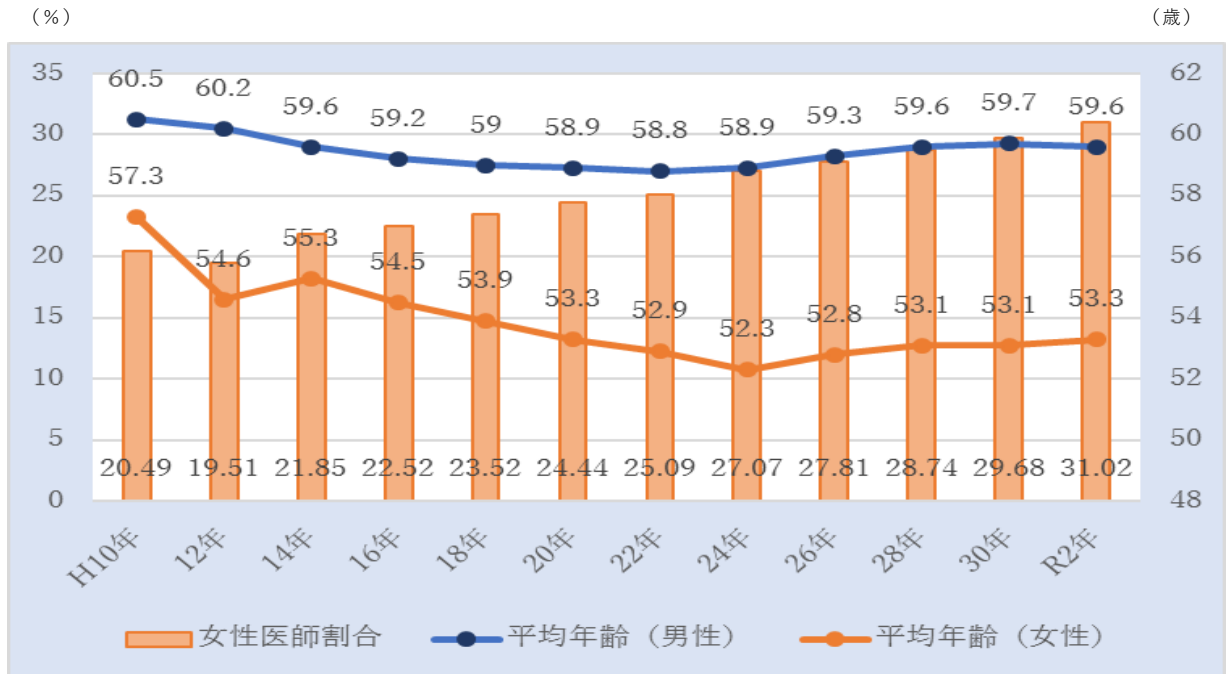
<性別年齢階級別診療所従事医師数>



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。

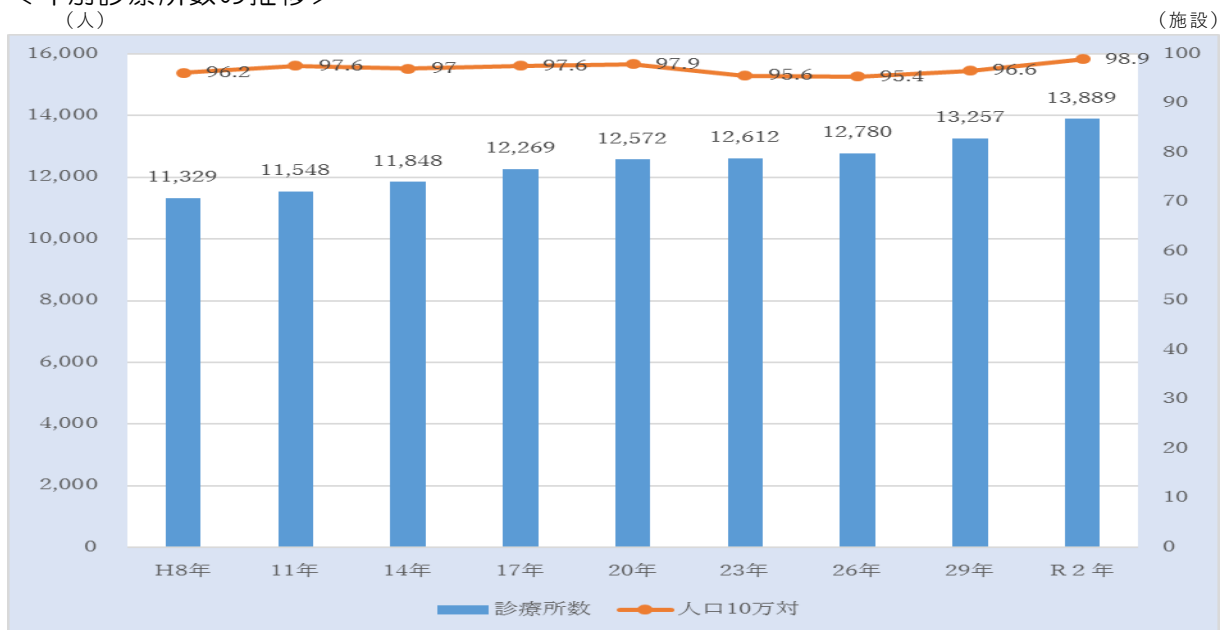
＜診療所従事医師の男女別平均年齢及び女性比率の推移＞



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10万人当たりでは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

(施設)

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	
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¹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	マンモグラフィー	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。

¹ 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マンモグラフィー、⑤放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）

- 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。

- 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があります。

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

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

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

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

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

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

○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

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

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

$$(\text{※2}) \text{ 地域の性年齢調整人口当たり期待検査数(外来)}$$

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

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/syokaijushin.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労していない。
- ・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―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行くはずだが、大きな壁は人材不足である。