

第1部 保健医療福祉施策の充実に向けて

第1章 計画の考え方

1 計画改定までの経緯

- 東京都は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4に基づく東京都保健医療計画を平成元年に策定し、平成5年12月に第一次改定、平成10年12月に第二次改定、平成14年12月に第三次改定、平成20年3月に第四次改定、平成25年3月に第五次改定を行いました。

- 平成26年6月には、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）が成立し、医療法が改正され、医療計画の記載事項に将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）が追加され、都道府県は、地域医療構想において、2025年（令和7年）の病床数の必要量と、その達成に向けた事項を定めることとされました。

- 東京都は、平成28年7月に、東京都地域医療構想を策定し、「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、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・発展させていくための方針としました。

- 平成30年3月には、東京都保健医療計画の第六次改定を行い、東京都地域医療構想で掲げた「誰もが質の高い医療を受けられ安心して暮らせる『東京』」を計画の基本理念とし、東京都地域医療構想を保健医療計画に一体化させました。

- また、第六次改定では、平成26年の医療法改正に基づき、3年ごとに改定する介護保険事業支援計画（都においては「東京都高齢者保健福祉計画」）と整合性の確保を図るため、計画期間を従前の5年から6年に変更し、在宅療養等については、3年ごとに見直しを行うこととしました。

- 平成30年7月、医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）が成立し、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県は、医療計画において、外来医療提供体制の確保に関する事項（以下「外来医療計画」という。）及び医師の確保に関する事項（以下「医師確保計画」という。）を定めることとされました。

- 東京都は、令和2年3月、国のガイドラインに基づく記載事項に、都の医療資源や地域特性を踏まえた東京都外来医療計画及び東京都医師確保計画を策定しました。

- 第7次計画の中間年に当たる令和2年度には中間見直しを行い、在宅療養や、この時点での新型コロナウイルス感染症¹（以下この計画において「新型コロナ」という。）対応を踏まえた感染症対策などについて、計画に追記・修正を行い、令和3年7月、第7次計画の追補版として、東京都保健医療計画中間見直しを公表しました。
- 国は、新型コロナの感染拡大が、広く一般の医療提供体制にも大きな影響を与えたことから、令和3年5月、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（令和3年法律第49号）により、医療計画の記載事項に、新興感染症等の拡大時における医療を6事業目として追加しました。
- また国は、令和3年6月から、「第8次医療計画等に関する検討会」を開催し、その意見のとりまとめ等を踏まえ、
 - ①急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築
 - ②疾病・事業横断的な医療提供体制の構築
 - ③5疾病・6事業及び在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化
 - ④介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保などの観点から、医療法30条の3第1項の規定に基づく「医療提供体制の確保に関する基本方針」の改正を行うとともに、「医療計画作成指針」の見直しを行いました。

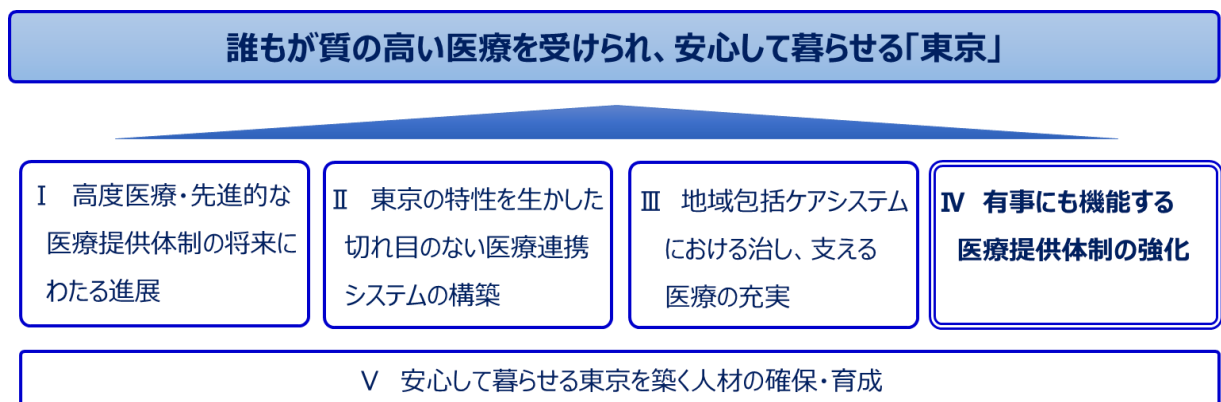
2 計画改定の趣旨と基本理念

- 東京の人口は、令和12年の1,424万人をピークに減少に転じ、高齢化率は、人口がピークを迎える令和12年には23.5%、令和17年には25.0%となり、都民の4人1人が高齢者となる一方、生産年齢人口（15歳～64歳）は、令和7年以降、減少していくと推計されています。
- 高齢化の進展や医療技術の高度化に伴う、医療ニーズの質・量の変化に対応するため、医療機能の分化や連携を推進し、効率的かつ質の高い医療提供体制を確保するとともに、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²の深化・推進に向け、これまでの取組を拡充させることが必要です。

¹ 新型コロナウイルス感染症とは、令和5年5月8日から五類感染症に位置付けが変更となったものをいう。

² 地域包括ケアシステムとは、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号）では、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能なかぎり、住み慣れた地域でその有する能力に応じ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、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と規定されていますが、本計画においては、高齢者に加え、障害者や子供、子育て世帯をはじめ何らかの支援を現に必要とし又は必要となる可能性のある全ての人々を支援対象とする、広義の地域包括ケアシステムを指すものとします。

- このため、基本理念「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、4つの基本目標（「高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展」、「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」、「地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実」、「安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成」）を、引き続き掲げて取り組んでいきます。
- 未曾有の新型コロナの感染拡大は、東京の医療提供体制のみならず社会、経済に大きな影響を与えました。
- 新型コロナ対応で培った知見、経験を踏まえ、新たな新興感染症等の発生・まん延時において、通常医療の維持も含め、円滑に医療機能の確保が行えるよう医療提供体制の充実を図ることが必要です。
- また、令和元年台風第15号及び第19号による風水害の発生など、近年の大規模化・激甚化するさまざまな災害を踏まえた医療提供体制の充実も求められています。
- こうしたことから、新たに5つ目の基本目標「有事³にも機能する医療提供体制の強化」を掲げます。

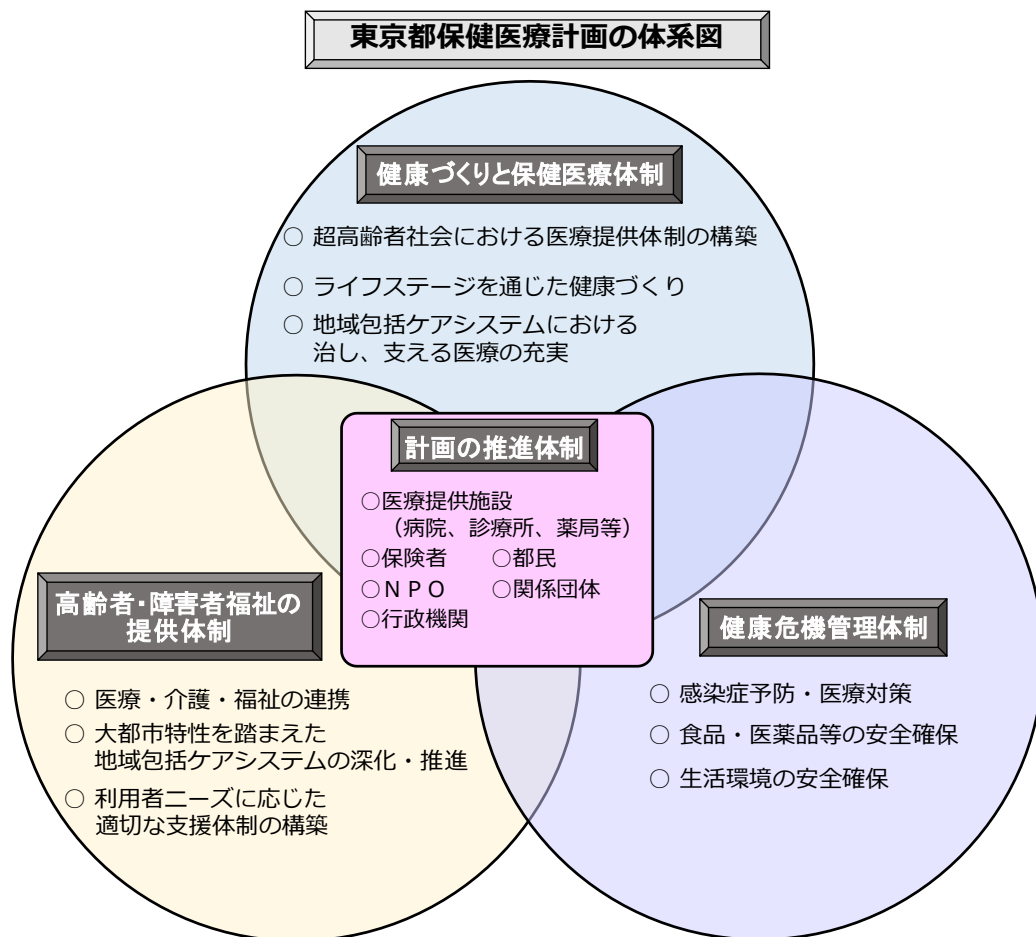


- ここまで述べた保健医療をめぐる社会情勢の変化や、これまで都が取り組んできた施策の実施状況及び国の医療提供体制の確保に関する基本方針の改正等を踏まえて、東京都保健医療計画をより一層有効に機能させるため、計画の第七次改定を行います。

³ 本計画において、有事とは、新興感染症発生・まん延時や大規模な自然災害等を指すものとします。

3 施策の方向性と推進主体

- 都はこれまで、疾病・事業ごとに協議会等を設け、がん対策、在宅療養、救急医療、循環器病や糖尿病など疾病・事業ごとに都民にとって分かりやすく、切れ目のない医療連携体制を整備するとともに、医療人材の養成・確保、資質の向上を図る取組などを行ってきました。
- 安全で安心かつ質の高い保健医療体制を実現するため、都民の視点に立って保健医療情報を提供するとともに、計画の推進主体である医療提供施設や行政機関、都民などがそれぞれの役割を果たしながら、ライフステージを通じた健康づくりや、急性期から回復期、在宅療養に至る切れ目のない医療連携体制を確保していきます。
- また、保健医療と介護、福祉の連携によるサービスの一貫した提供と健康危機から都民を守るための体制とが相互に支えあう体制の充実を進めていきます。



(1) 健康づくりと保健医療体制の充実 (58 ページ～386 ページ)

- 「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。

- 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、がん・心疾患・脳血管疾患・糖尿病などの生活習慣病を中心とするものに変化しており、ライフステージを通じた健康づくりや、生活習慣の改善などを進めます。
- 新興感染症や大規模風水害の発生時などの有事においても、迅速かつ円滑に医療機能の確保ができるよう感染症医療体制や災害医療体制の一層の充実を図ります。
- また、限りある医療資源で、質の高い医療を提供できるよう、医療 DX を推進するとともに、専門化・多様化する医療内容や医療機関の役割分担・連携などについて、都民の理解が促進され、都民が主体的に医療を選択できるよう、分かりやすい情報提供に取り組みます。

(2) 高齢者及び障害者施策の充実（387 ページ～401 ページ）

- 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」の深化・推進を目指し、介護予防・フレイル予防と社会参加の推進や、介護サービス基盤の整備と円滑・適正な制度運営、介護人材対策の推進、適切な住まいの確保、地域生活を支える取組の推進、在宅療養の推進、認知症施策の総合的な推進などに取り組みます。
- 障害者が地域で安心して暮らせる社会を実現するため、地域居住の場や日中活動の場等、障害者の地域生活基盤を整備するとともに、都民が障害や障害者への理解を深めるための取組を進めていきます。
- 重症心身障害児（者）や医療的ケア児等が、適切な支援を受けながら地域で安心して暮らせるよう、地域における専門的支援の提供体制の整備を進めるほか、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取り組みます。

(3) 健康危機管理体制の充実（402 ページ～436 ページ）

- 食品・医薬品・生活環境・飲料水等の安全確保や感染症の予防及びまん延防止のため、効果的な監視指導や検査、都民への適切な情報提供などに取り組みます。
- 多様化・複雑化する健康危機に的確に対応するため、保健所等の関係機関とも連携し、健康危機の未然防止・被害の拡大防止等に取り組み、都民の安全・安心を確保します。

(4) 計画の推進主体の役割（437 ページ～483 ページ）

- 病院、診療所、薬局などの機関が、それぞれの機能に応じて適切な役割を担うとともに、行政機関である区市町村、都、国が多様なサービスや施策を実施します。
- 生活習慣病の予防対策となる特定健康診査や特定保健指導の確実な実施、医薬品の適正使用の推進など、医療保険者の保健医療分野における役割は以前にも増して大きくなっています。
- 都民や患者一人ひとりが、保健医療サービスの単なる受け手ではなく、「主体」としての自覚を持ち、「自らの健康には自らが責任をもつ。」という意識の下に、積極的に参画します。

4 計画の性格

- この計画は医療法（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、東京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」としての性格を持つものです。
- また、この計画は、区市町村にとっては行政施策展開の、医療機関・各種団体・企業にとっては活動の、そして都民にとっては行動の指針となることを期待するものです。
- 計画改定に当たっては、令和 2 年 3 月に策定した「東京都外来医療計画」及び「東京都医師確保計画」並びに「東京都周産期医療体制整備計画（平成 30 年 3 月改定）」を一体化させるとともに、「東京都感染症予防計画」、「東京都新型インフルエンザ等行動対策計画」、「東京都健康推進プラン 21」、「東京都医療費適正化計画」、「東京都高齢者保健福祉計画」及び「東京都障害者・障害児施策推進計画」等の他計画と整合性を図りながら、保健・医療・福祉の連携に係る取組を示しています。

5 計画の期間

- 計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 か年を対象とします。
- 外来医療計画、医師確保計画及び在宅療養については、3 年ごとに見直しを行います。
- なお、今後、この計画を推進する上での情勢の変化に対応して、必要があるときは 6 年以内に再検討を行い、変更するものとします。

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旨として、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、精神疾患を既存の4疾病に追加することとされました。
- 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深化・推進に向け、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。
- 令和3年の医療法改正により、新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項を医療計画の6事業目として位置づけられました。また、医師に対する時間外・休日労働の上限規制が令和6年4月から適用されることになりました。

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】 四疾病・五事業に精神疾患を追加 ○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策定【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"> ○第九次医療法改正【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"> ○医療法一部改正【令和3年】 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項を医療計画の6事業目として位置づけ、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、外来機能報告制度の創設 等 	<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】 ○福祉保健局を再編し、「福祉局」及び「保健医療局」を設置【令和5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

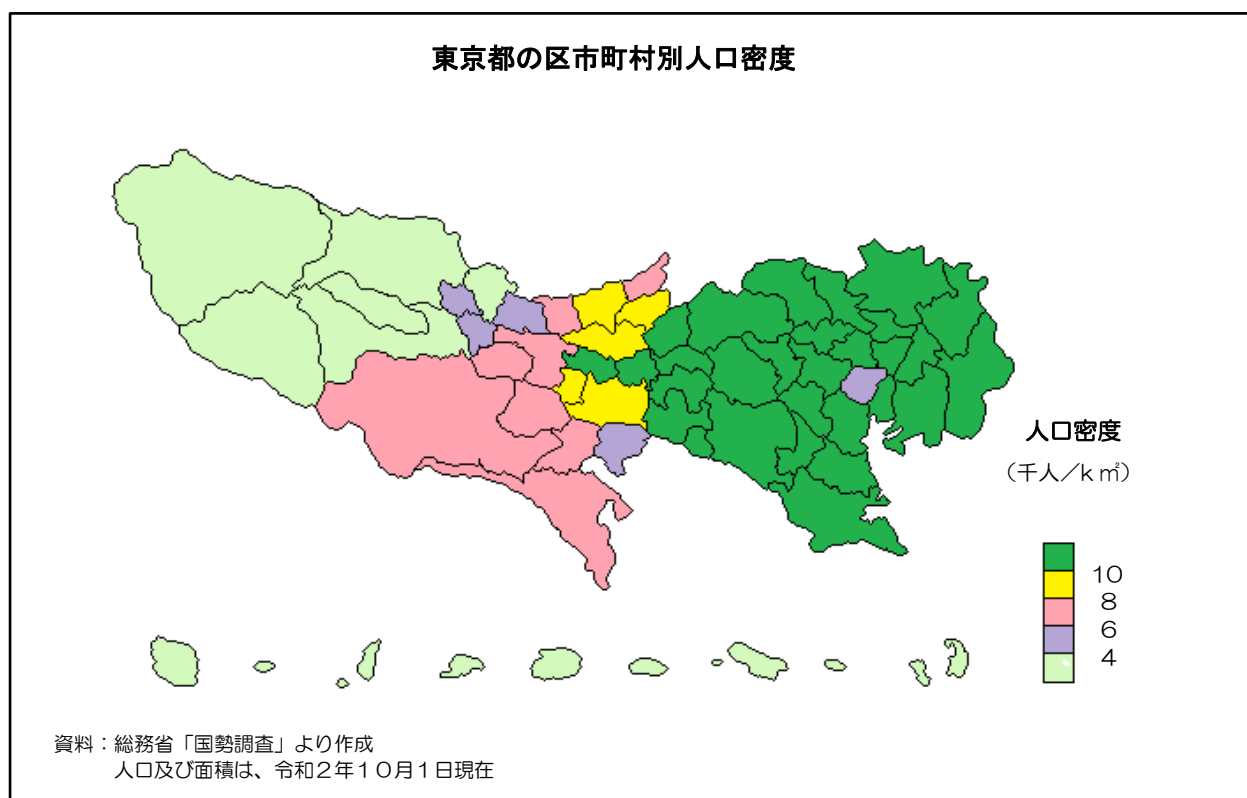
- ① 人口密度が高い

人口密度上位5都道府県

	都道府県名	人口密度	(参考)令和2年国勢調査時点	
			人口	面積
1	東京都	6,403 人/km ²	1,405 万人	2194.0 km ²
2	大阪府	4,638 人/km ²	884 万人	1905.3 km ²
3	神奈川県	3,823 人/km ²	924 万人	2416.1 km ²
4	埼玉県	1,934 人/km ²	734 万人	3797.8 km ²
5	愛知県	1,458 人/km ²	754 万人	5173.1 km ²

資料：総務省「国勢調査」令和2年

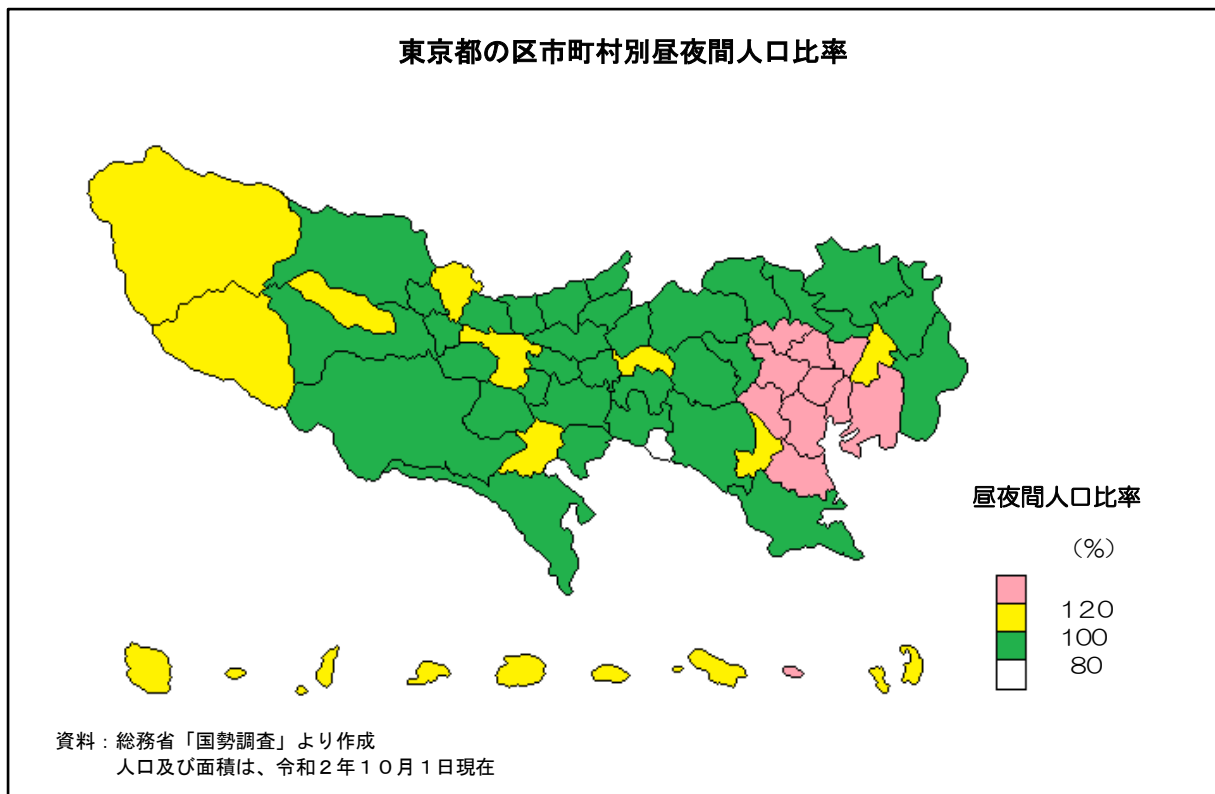
- 東京都の面積は全都道府県の中で3番目に小さく、また、人口は最多であり、人口密度は他の道府県と比較して、非常に高い状況にあります。



- 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 1,355.4%、中央区は 374.4%、港区は 373.4%となっています。

一方、都心の周辺部及び町村部ではおおむね 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

国立がん研究センター中央病院	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	杏林大学医学部附属病院
東邦大学医療センター大森病院	聖路加国際病院

令和5年4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、96 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 4 年 10 月 1 日現在 629 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 437 病院であり、全体の 69.5%を占めています。
- 民間病院の割合は 89.7%で、全国値（80.9%）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 4 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

- 高齢者人口は令和 2 年現在約 311 万人で、高齢化率 22.8%です。
- 平成 22 年から令和 2 年までの 10 年間で約 47 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」令和 2 年≫

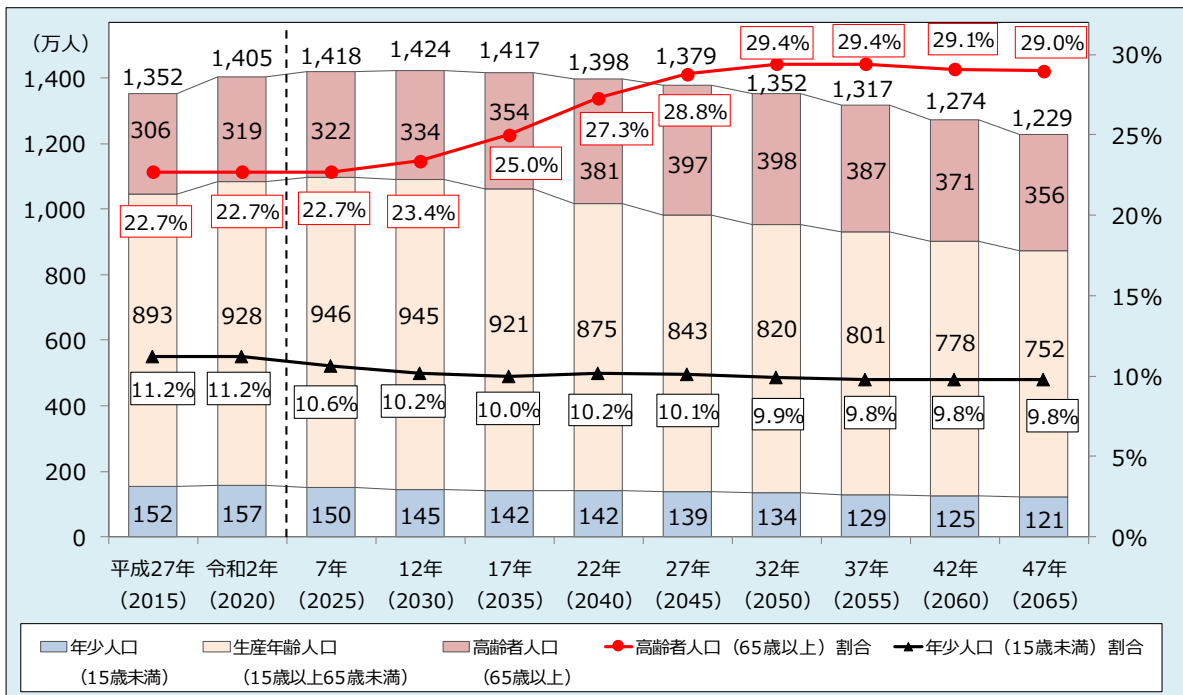
⑧ 高齢者単独世帯が多い

- 都内の世帯数は、令和 2 年時点で約 722 万世帯、そのうち高齢者単独世帯は約 81 万世帯、全世帯数に占める割合は 11.2%です。

≪総務省「国勢調査」令和 2 年≫

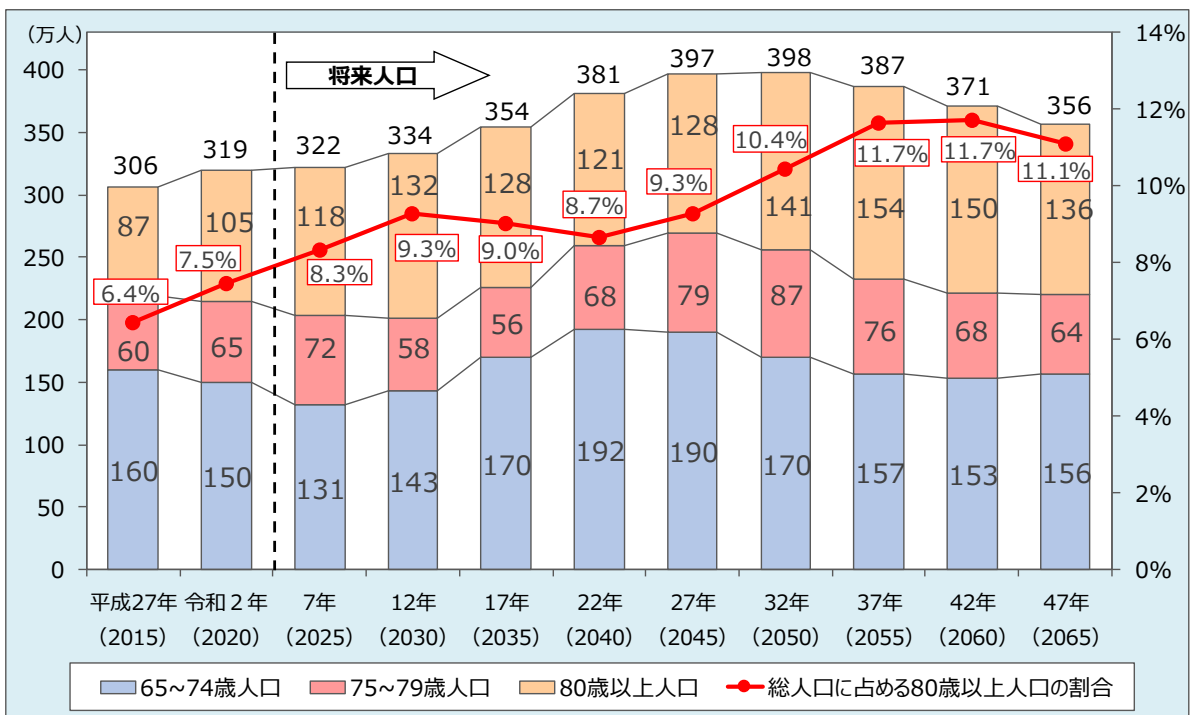
2 人口動向

<年齢3区分別人口の推移と将来人口集計（東京都）>



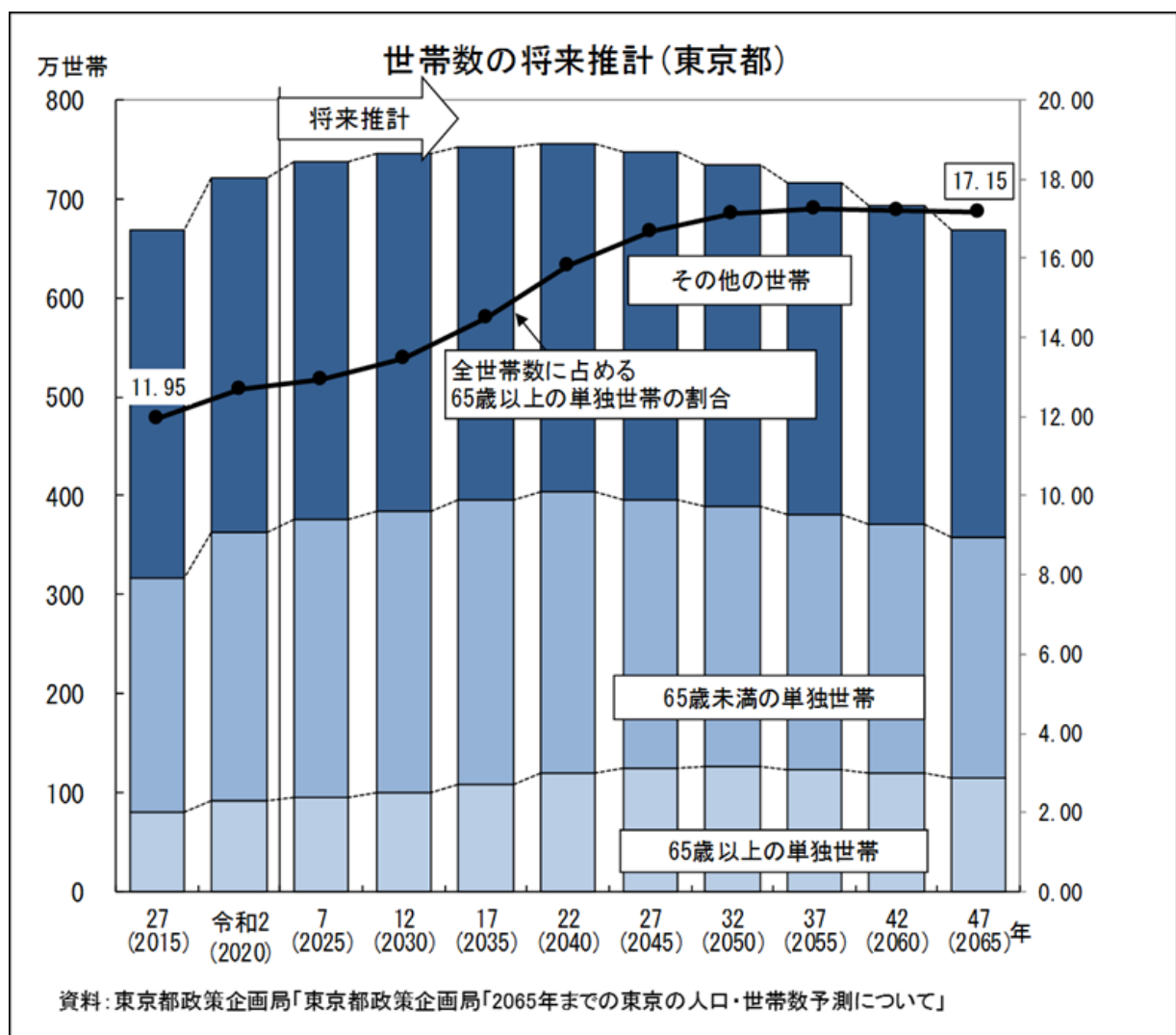
資料：東京都政策企画局「2065年までの東京の人口・世帯数予測について」

<高齢者人口の推移（東京都）>

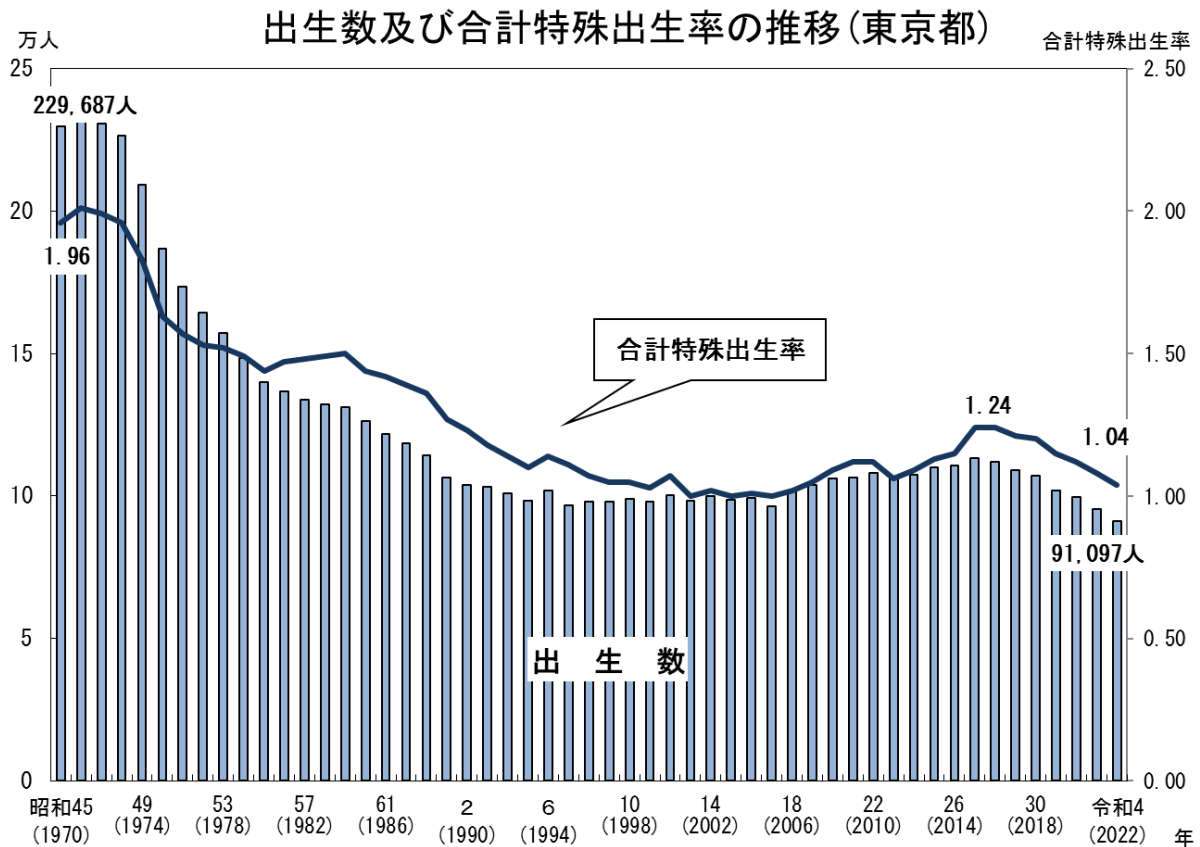


資料：東京都政策企画局「2065年までの東京の人口・世帯数予測について」

- 東京都の総人口は、令和 12 年（2030 年） 1,424 万人をピークに減少に転じ、令和 47 年（2065 年）には 1,229 万人となる見込みです。平成 27 年（2015 年）以降においては、年少人口（15 歳未満）は 令和 2 年（2020 年）の 157 万人をピークに減少が続く見込みです。また、生産年齢人口は 令和 7 年（2025 年）の 946 万人まで増加が続き、以降は減少していく見込みです。
- 高齢者人口は 令和 2 年の 319 万人に対し、令和 12 年は 334 万人と 15 万人の増加であるものの、80 歳以上人口についてみると、令和 2 年の 105 万人から令和 12 年には 132 万人と 27 万人の増加が見込まれています。
- また、令和 2 年には 22.7%の高齢化率は、令和 17 年（2035 年）には、25.0%（都民のおよそ 4 人に 1 人が高齢者）、令和 32 年（2050 年）には、29.4%と、都民のおよそ 3 人に 1 人が高齢者という、極めて高齢化の進んだ社会が到来すると予測されています。

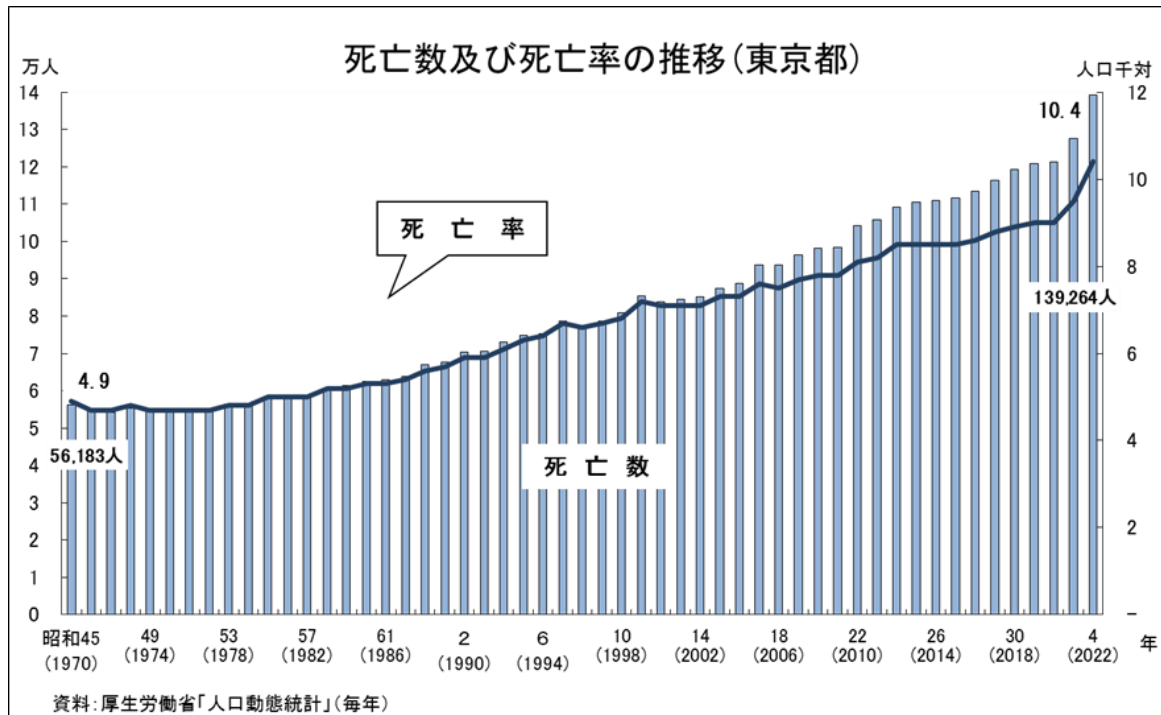


- 東京都の世帯数は、平成 27 年の 669 万世帯から、令和 22 年（2040 年）には 755 万世帯まで増加し、以降は減少に転じると見込まれています。
- 高齢化の進行に伴い、世帯主の年齢が 65 歳以上の高齢世帯の増加し、65 歳以上の単身世帯数は、令和 22 年（2040 年）以降も増加し、令和 47 年（2065 年）には全世帯数の約 17%を占めると予測されています。



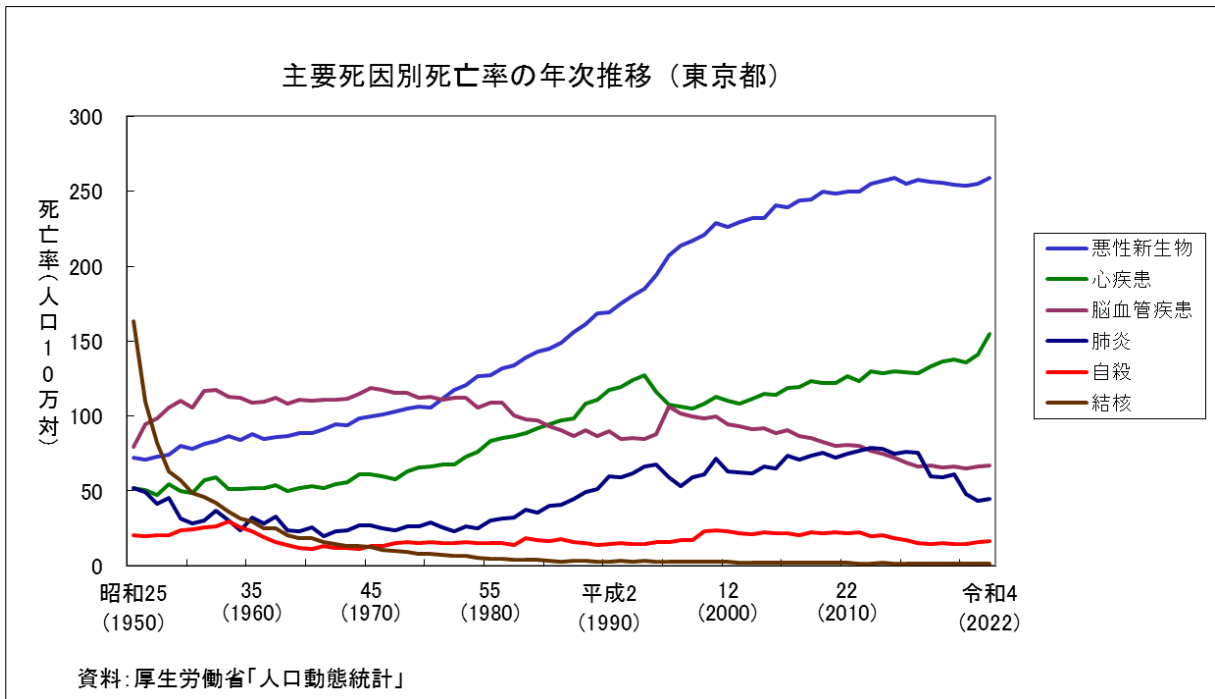
- 東京都の出生数と合計特殊出生率¹については、平成 27 年及び平成 28 年には 1.24 まで回復しましたが、平成 29 年から減少に転じ、令和 4 年の出生数は 91,097 人、合計特殊出生率は 1.04 となっています。

¹ 合計特殊出生率: 15 歳から 49 歳までの女子の年齢階級別出生率を合計したもの。一人の女子が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に産むとしたときの合計数に相当する。

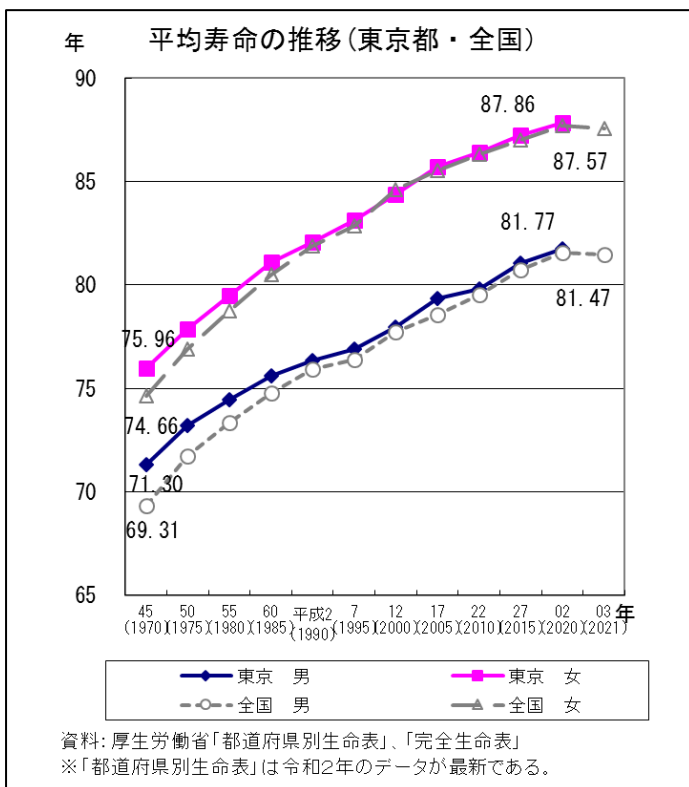


- 東京都の死亡数及び死亡率（人口千対）は、高齢化に伴い増加が続いており、令和4年の死亡数は139,264人、死亡率は10.4となっています。

3 都民の健康状況



- 戦前及び戦後数年間は、結核、肺炎など感染性疾患が死因の上位を占めていましたが、近年は死因も大きく変化し、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病が死因の上位を占めています。また、高齢者の増加等に伴い、肺炎による死亡が増加していましたが、近年減少傾向となっています。



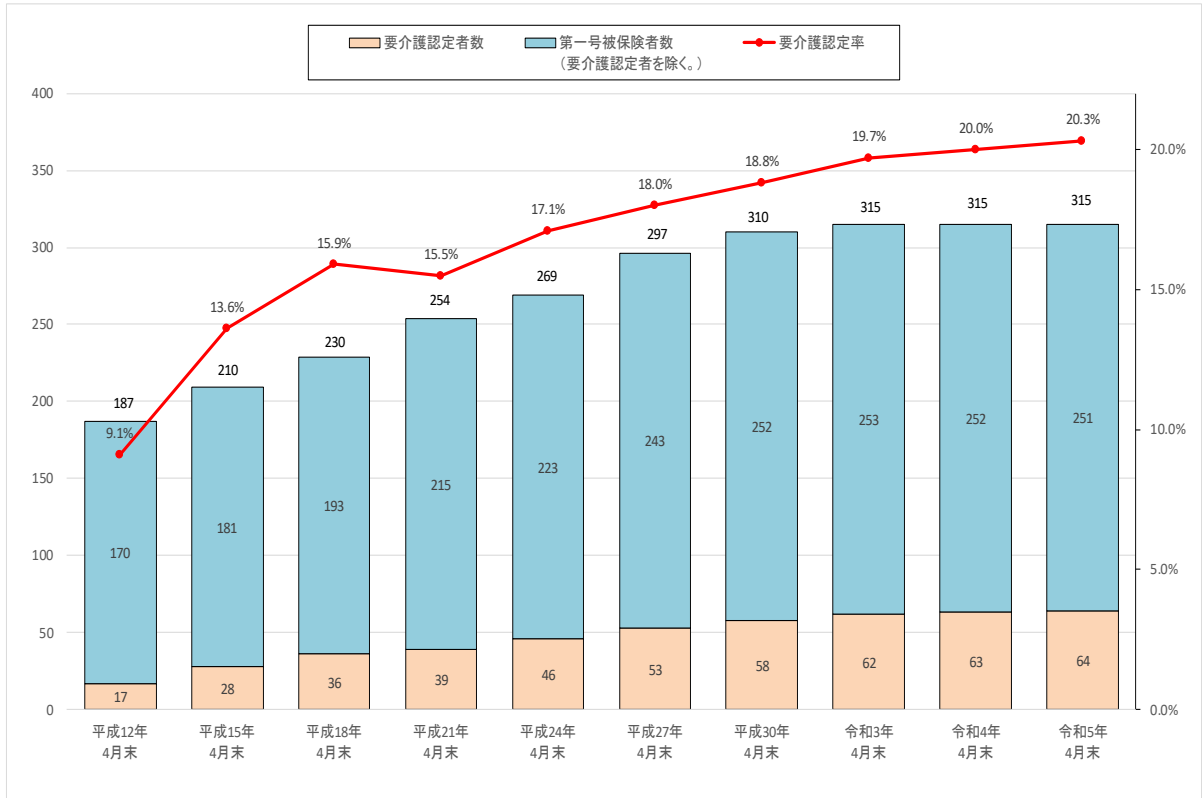
- 東京都における平均寿命は、令和2年には男81.77年、女87.86年であり、昭和45年と比べて男女とも10年以上延びています。
- 全国についても平均寿命は年々延び、令和3年には男81.47年、女87.57年に達しました。

第1号被保険者の要介護認定率の推移(東京都)

(人)

	平成12年 4月末	平成15年 4月末	平成18年 4月末	平成21年 4月末	平成24年 4月末	平成27年 4月末	平成30年 4月末	令和3年 4月末	令和4年 4月末	令和5年 4月末
第1号被保険者数(人)	1,867,527	2,097,713	2,295,147	2,540,637	2,685,887	2,966,059	3,100,998	3,152,502	3,154,224	3,152,346
要介護認定者数(人)	169,543	284,699	364,260	393,674	458,009	534,013	581,742	621,165	630,721	640,029
第1号被保険者数(人) (要介護認定者数を除く。)	1,697,984	1,813,014	1,930,887	2,146,963	2,227,878	2,432,046	2,519,256	2,531,337	2,523,503	2,512,317
要介護認定率	9.1%	13.6%	15.9%	15.5%	17.1%	18.0%	18.8%	19.7%	20.0%	20.3%

※ 第1号被保険者：区市町村(保険者)内に住所を持つ65歳以上の人



(注) 1万人未満を四捨五入しているため、内訳の合計値と一致しない場合がある。

資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告(月報)」

- 東京都における要介護認定者数は年々増加し、令和5年4月には第1号被保険者における要介護認定者数は640,029人に達しました。第1号被保険者数に占める割合も年々増加しており、令和5年4月には20.3%となっています。

年齢別の要介護認定率(東京都)

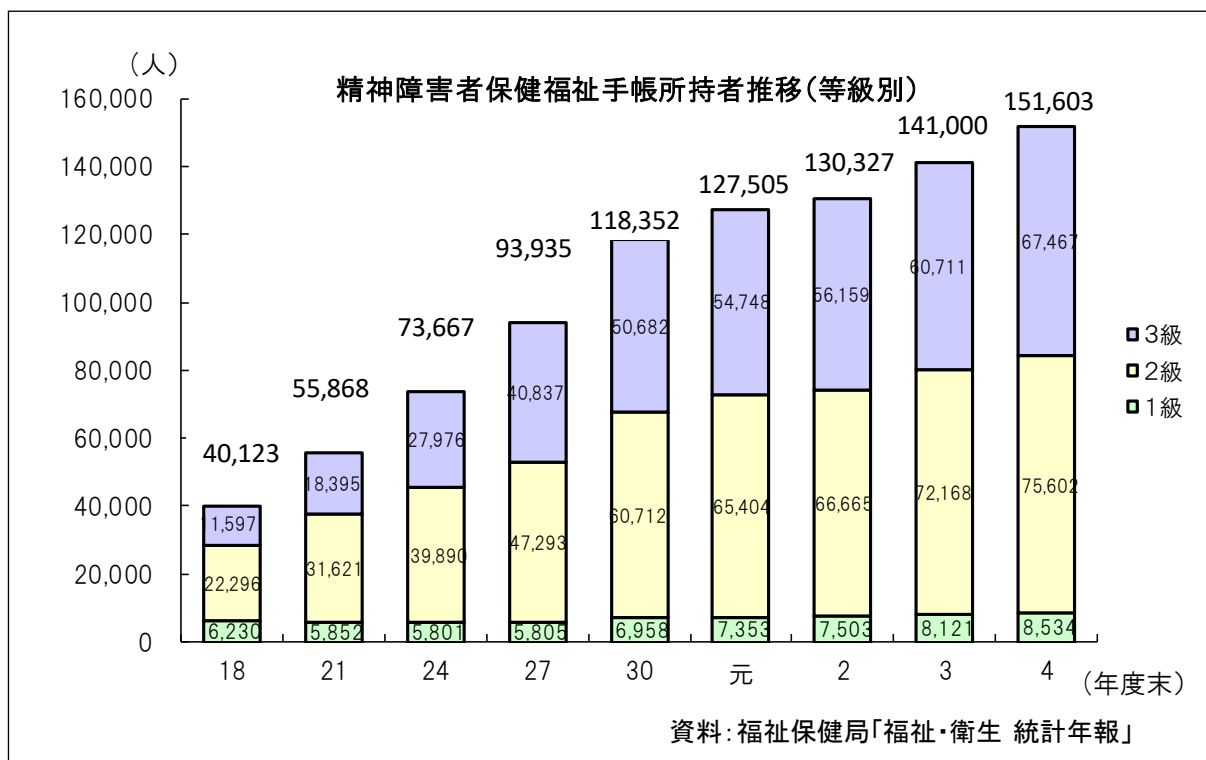
区分	人口(第1号被保険者)	要介護認定者数	介護認定率
前期高齢者(65~74歳)	1,384,297人	65,729人	4.75%
後期高齢者(75歳以上)	1,768,049人	574,300人	32.48%

約6.8倍

資料：厚生労働省「介護保険事業報告(月報)」(令和5年4月)

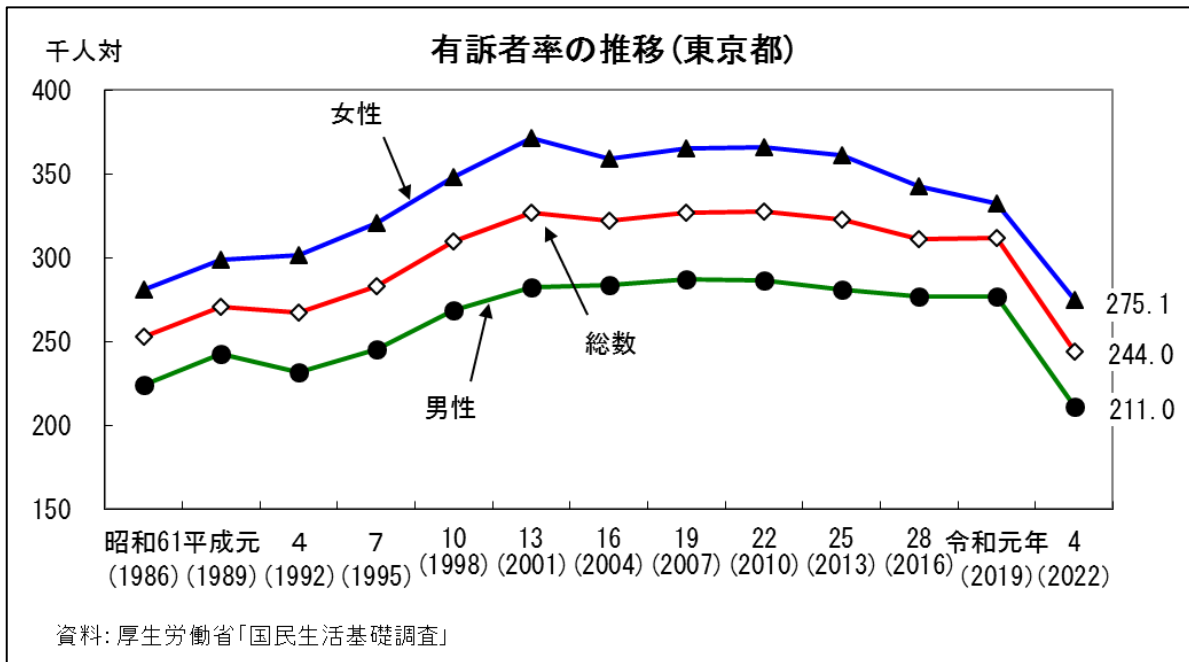
- 今後、高齢化の進展に加え、要介護認定率¹の高い後期高齢者の増加により、要介護(要支援)認定者数の増加が見込まれます。

¹ 要介護認定率：第1号被保険者数に占める要介護(要支援)認定者数の割合

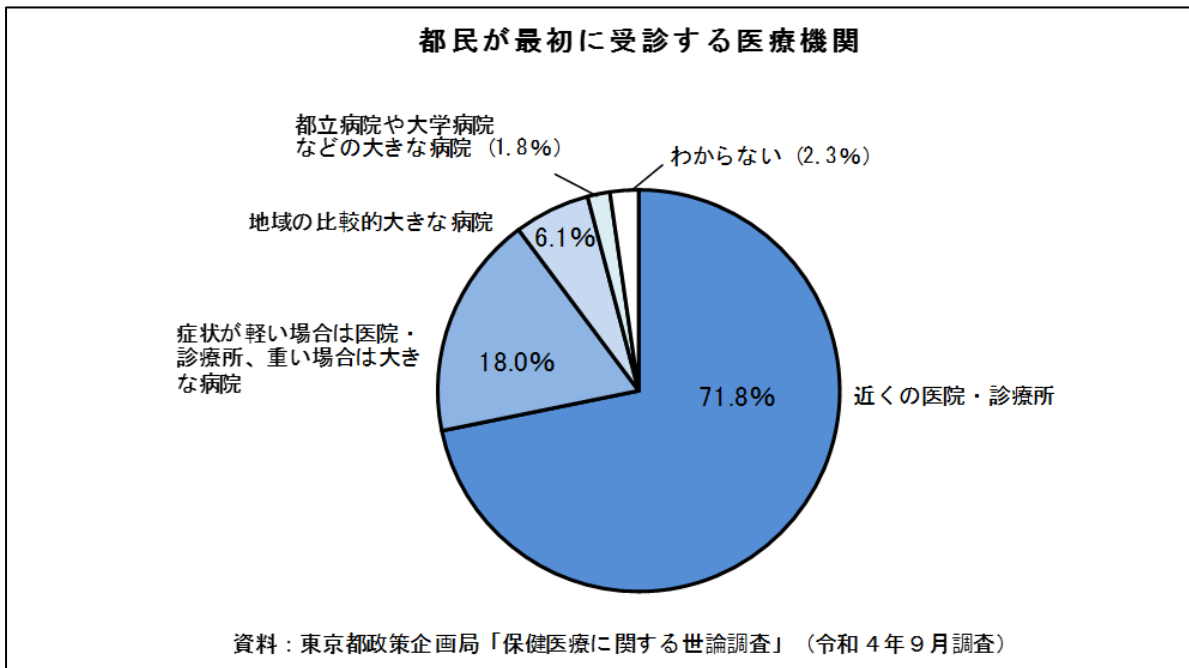


- 精神障害者保健福祉手帳所持者数は、年々増加しており、令和4年度末における所持者数は 151,603 人となっています。

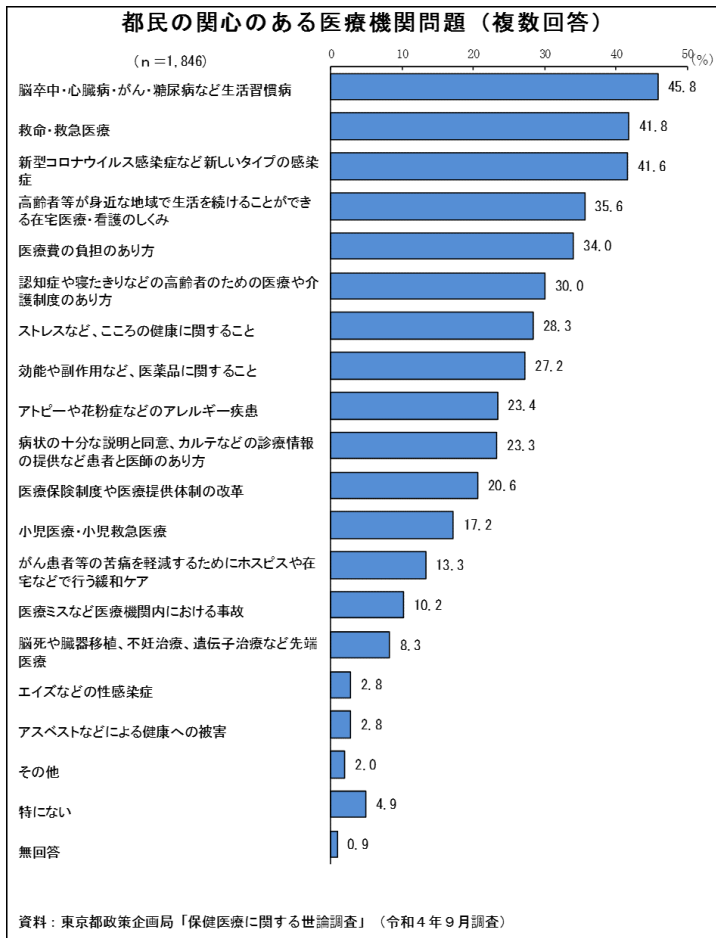
4 都民の意識・受療行動



- 東京都における有訴者率（病気やけが等で自覚症状のある者の人口千人に対する割合）は、総数、男女とも平成16年以降はほぼ横ばいに推移していましたが、令和4年は大幅な減少となっています。令和4年は、男性211.0、女性275.1、総数244.0となっています。

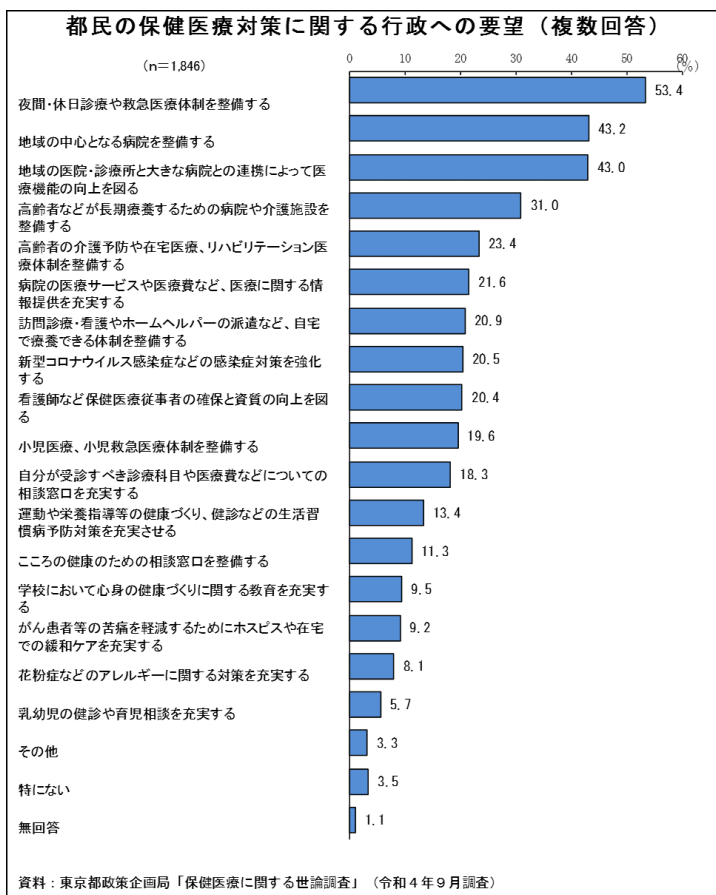


- 都民を対象にした「保健医療に関する世論調査」の結果によると、都民が最初に受診する医療機関は「近くの医院・診療所」が71.8%、「症状が軽い場合は医院・診療所、重い場合は大きな病院」が18.0%となっています。



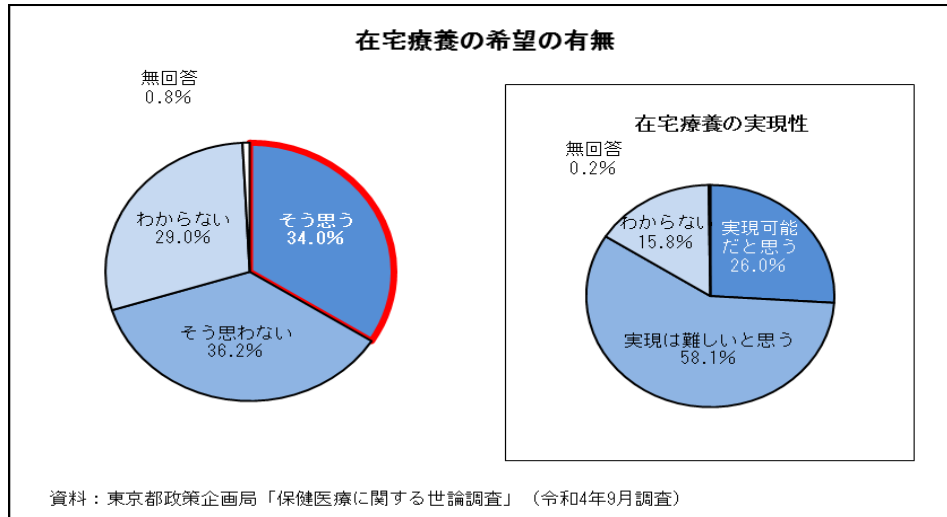
○ 都民に対し、「関心のある保健医療問題」を質問したところ、「脳卒中・心臓病・がん・糖尿病など生活習慣病」が4割を超えて最も多くなっています。

また、「救命・救急医療」や「新型コロナウイルス感染症などの新しいタイプの感染症」についても、4割を超える人が関心を持っています。

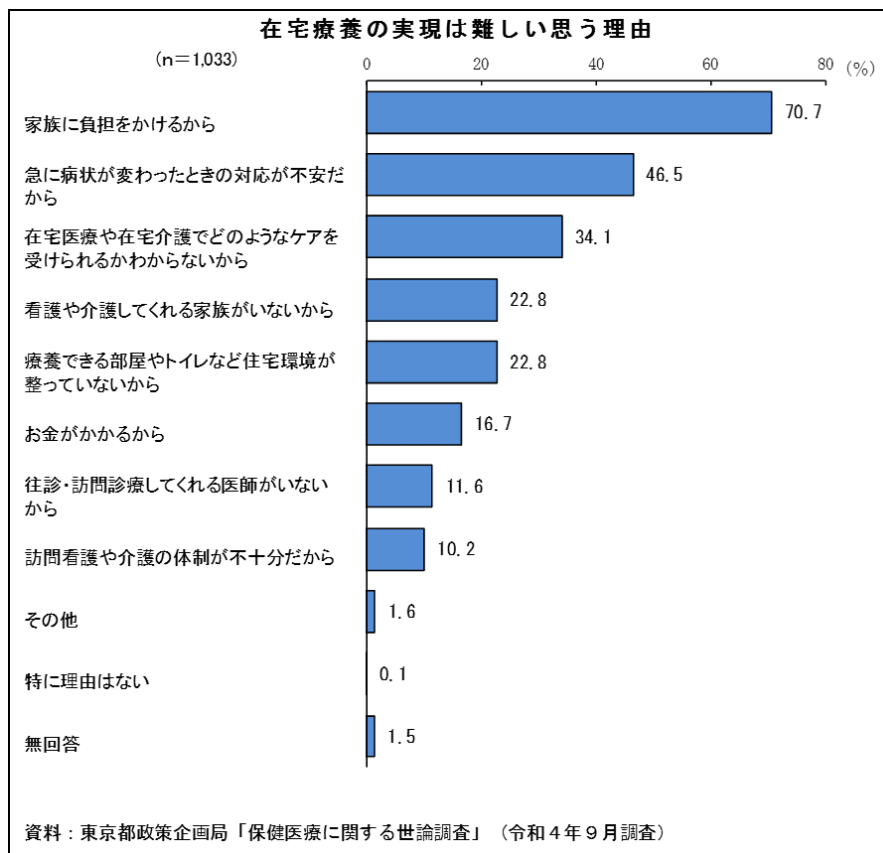


○ 都民の保健医療対策に関する行政への要望としては、「夜間・休日診療や救急医療体制の整備」が5割を超えて最も多くなっています。

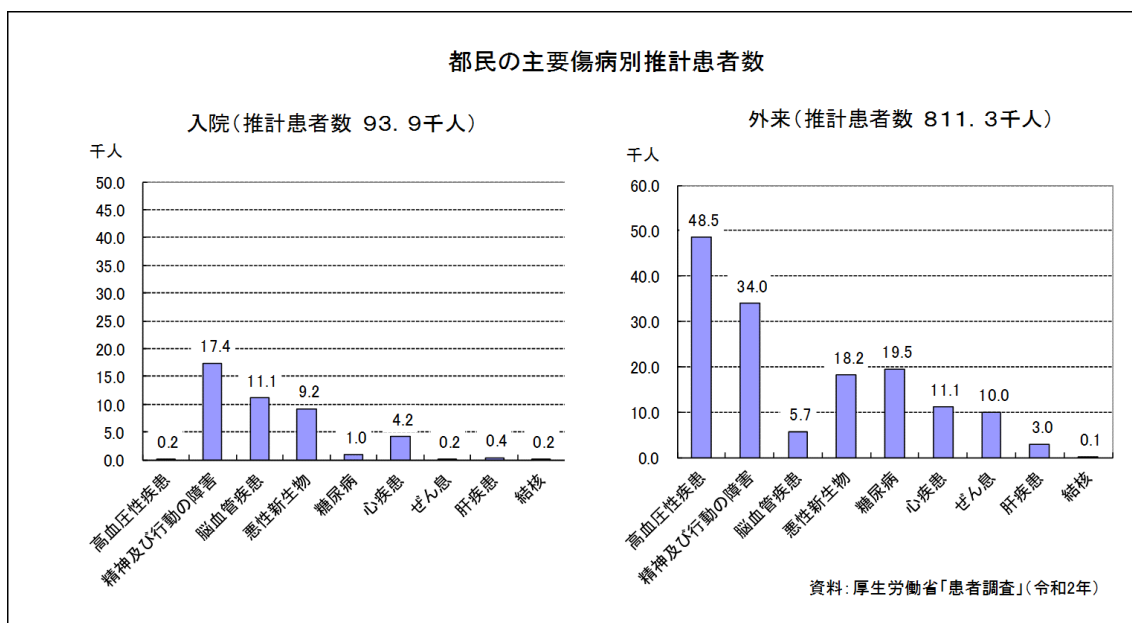
また、「地域の中心となる病院を整備する」、「地域の医院・診療所と大きな病院との連携によって医療機能の向上を図る」などが上位を占めています。



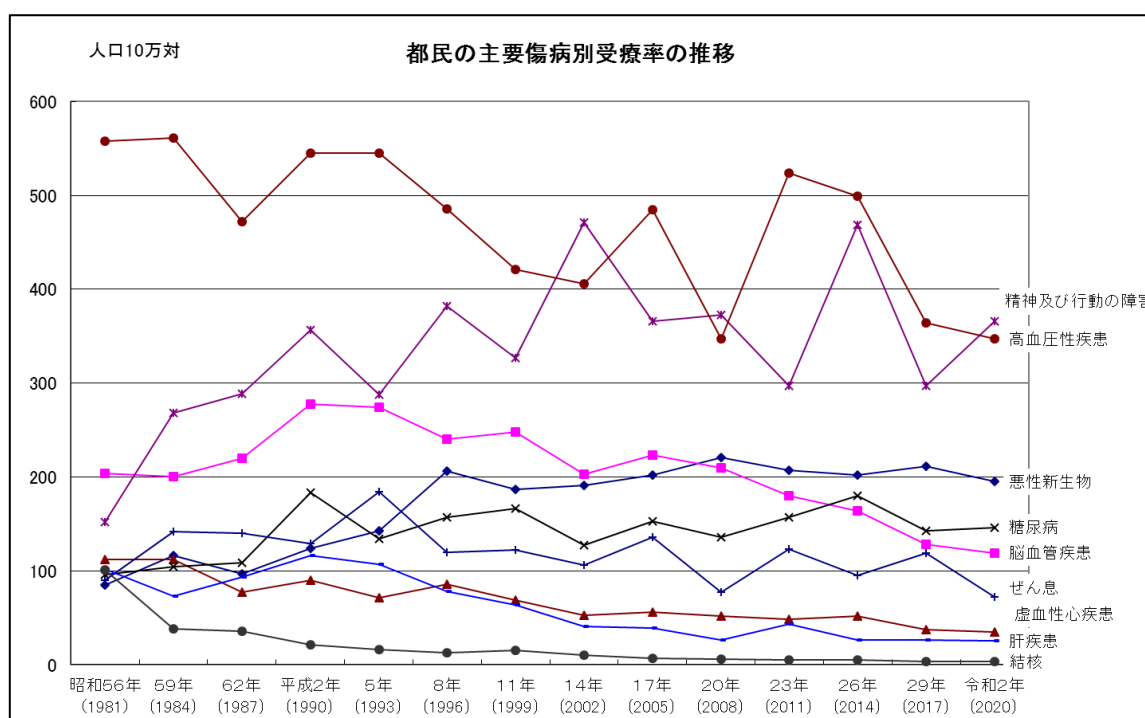
- 脳卒中の後遺症や末期がんなどで長期の療養が必要になった場合、理想として自宅で療養を続けたいか聞いたところ、「そう思う」の割合が34.0%、「そう思わない」が36.2%でした。
- また、「そう思う」と答えた人に、実現可能だと思うか聞いたところ、「実現可能だと思う」の割合が26.0%、「実現は難しいと思う」が58.1%でした。



- さらに、在宅療養の実現は難しいと思う人にその理由を聞いたところ、「家族に負担をかけるから」の割合が最も高く70.7%、次いで「急に病状が変わったときの対応が不安だから」が46.5%となっていました。

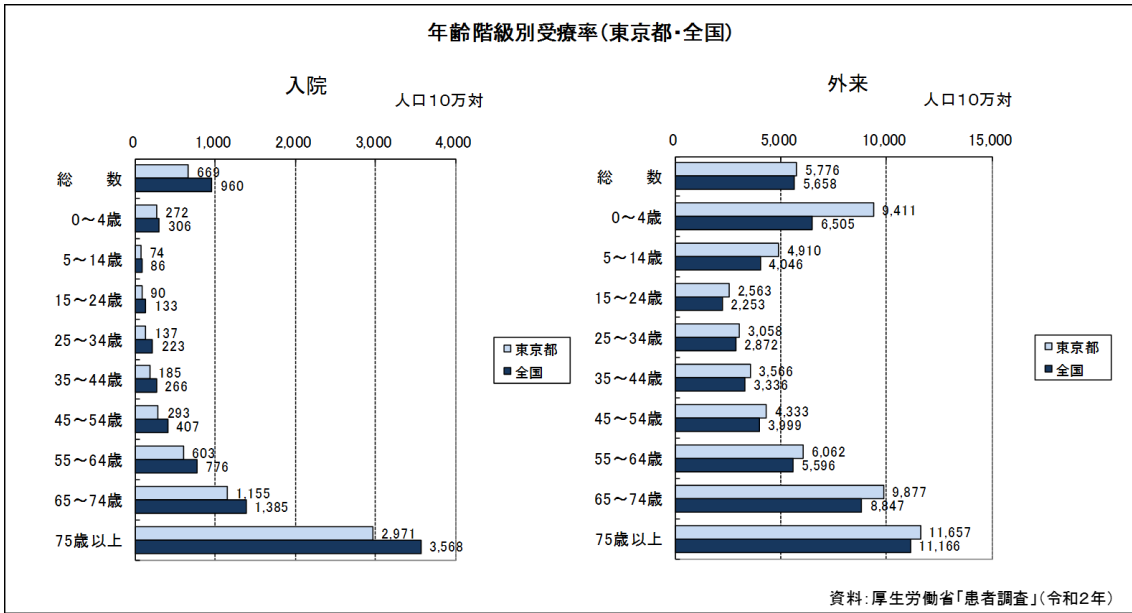


- 都民の推計患者数は、入院が約9万人、外来が約81万人となっています。主要傷病別にみると、「精神及び行動の障害」による推計入院患者数は1万7千人を超え、「脳血管疾患」も1万人を超えています。外来患者については、「高血圧性疾患」による推計患者が4万人を超えています。

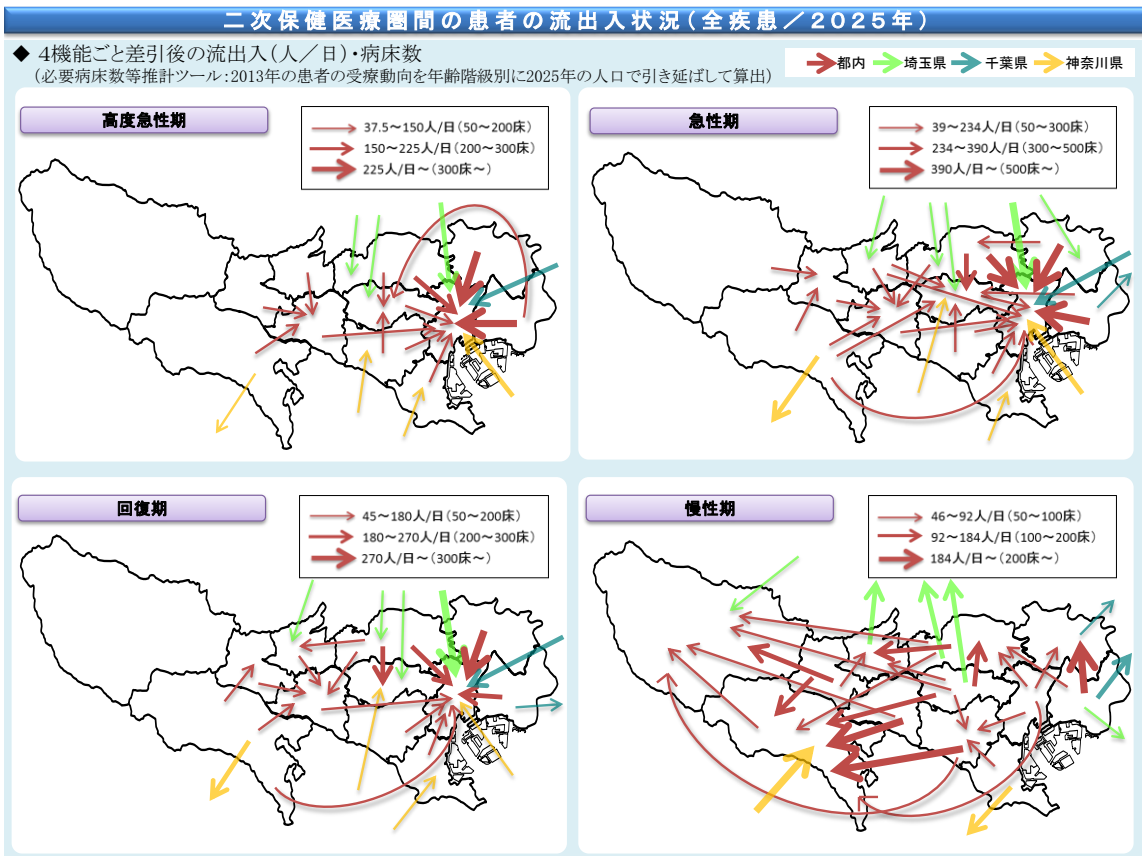


- 令和2年の都民の主要傷病別受療率¹をみると、精神及び行動の障害が最も高くなっています。また、昭和56年と比較して、精神及び行動の障害の受療率は約2.4倍、悪性新生物の受療率は約2.3倍に増加しています。

¹ 受療率:推計患者数を人口で除して人口10万対で表した数



○ 入院受療率は東京都が669、全国が960であり、外来受療率は東京都が5,776、全国が5,658となっています。年齢階級別にみると、入院では、東京都の受療率は全て全国を下回っています。一方、外来では、東京都の受療率は全て全国を上回っています。

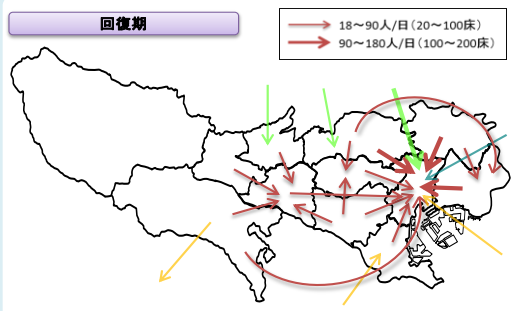
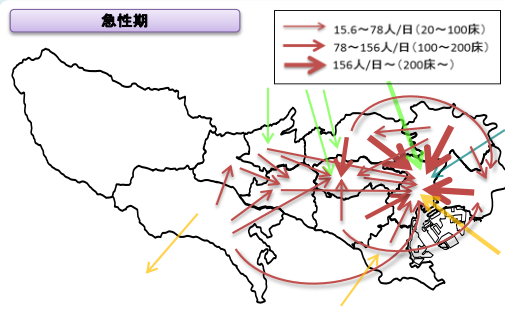
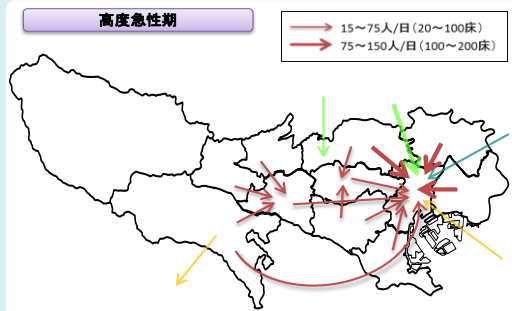


二次保健医療圏間の患者の流入状況(がん/2025年)

◆ 3機能ごと差引後の流入(人/日)・病床数(床)

(必要病床数等推計ツール:2013年の患者の受療動向を年齢階級別に2025年の人口で引き延ばして算出)

→都内 →埼玉県 →千葉県 →神奈川県



他県からの流入を見込んだ医療需要総数: 13,836.7人/日

《参考》

	区中央部	区西部	北多摩南部	東京都計
都道府県がん診療連携拠点病院数(国指定)	1	-	-	2
地域がん診療連携拠点病院数(国指定)	7	2	3	23
東京都がん診療連携拠点病院数(都指定)	4	1	-	9
特定機能病院数	6	3	1	15

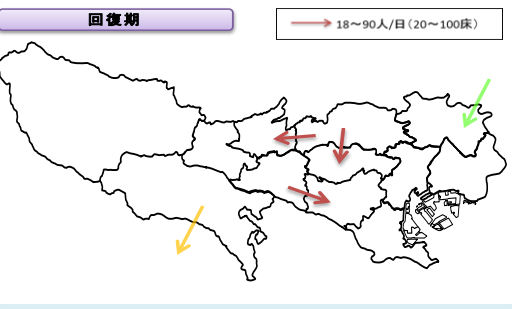
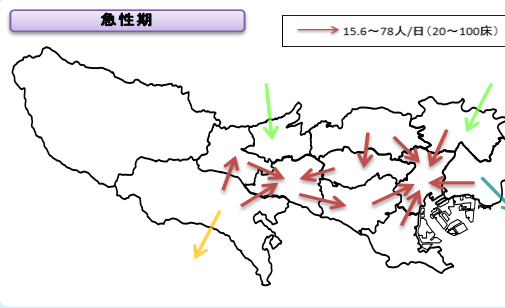
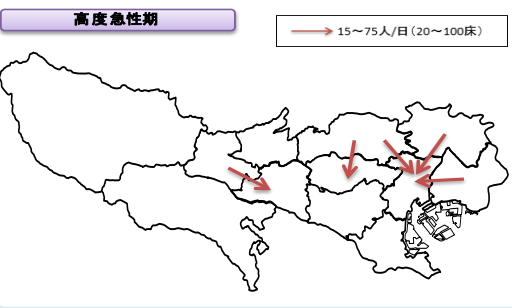
※ 2025年の疾病別流入については、上位20圏域のみの情報が提供されており、また、患者等の集計単位が10未満の場合非公表となっている。本資料では非公表の部分は「0(ゼロ)」として集計。
 ※ 必要病床数等推計ツールでは疾病別の場合、慢性期の全て、及び高度急性期・急性期・回復期の一部において以下のデータが分類(集計)されない。
 <疾病別に分類しないデータ>
 ・NDBのレセプトデータのうち、慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院科
 ・訪問診療受療者数 ・介護老人保健施設の施設サービス受給者数
 ・労働災害入院患者数 ・自賠責保険入院患者数

二次保健医療圏間の患者の流入状況(急性心筋梗塞・脳卒中・成人肺炎・大腿骨骨折/2025年)

◆ 3機能ごと差引後の流入(人/日)・病床数(床)

(必要病床数等推計ツール:2013年の患者の受療動向を年齢階級別に2025年の人口で引き延ばして算出)

→都内 →埼玉県 →千葉県 →神奈川県



他県からの流入を見込んだ医療需要総数: 12,079.5人/日

○ 急性心筋梗塞・脳卒中・成人肺炎・大腿骨骨折の主な流入は他県も含め隣接圏域のみ。

※ 2025年の疾病別流入については、上位20圏域のみの情報が提供されており、また、患者等の集計単位が10未満の場合非公表となっている。本資料では非公表の部分は「0(ゼロ)」として集計。
 ※ 必要病床数等推計ツールでは疾病別の場合、慢性期の全て、及び高度急性期・急性期・回復期の一部において以下のデータが分類(集計)されない。
 <疾病別に分類しないデータ>
 ・NDBのレセプトデータのうち、慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院科
 ・訪問診療受療者数 ・介護老人保健施設の施設サービス受給者数
 ・労働災害入院患者数 ・自賠責保険入院患者数

(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能の受療動向)

- 東京には、隣接3県(埼玉県、千葉県、神奈川県)を中心に他県からの患者が多く流入しています。

○ 特に、大学病院本院、特定機能病院が所在する区中央部、区西部、北多摩南部²では、都内全域や、隣接3県を中心とした他県からの患者も多く入院しており、3つの医療機能を通じて、患者の広範な受療動向がみられます。（25 ページ下図参照）

○ 疾患別に見ると、がんについては、全疾患を対象に分析した患者と同様に、都全域での受療が確認されます。（26 ページ上図参照）

その一方、高齢者に多く見られる急性心筋梗塞・脳卒中・成人肺炎・大腿骨骨折については、救急搬送が多く、自圏域及び近接圏域で受療する傾向にあります。（26 ページ下図参照）

○ 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能における入院患者数について、医療資源投入量を基に推計しているため、高度急性期機能から回復期機能まで引き続き入院している患者も含まれています。

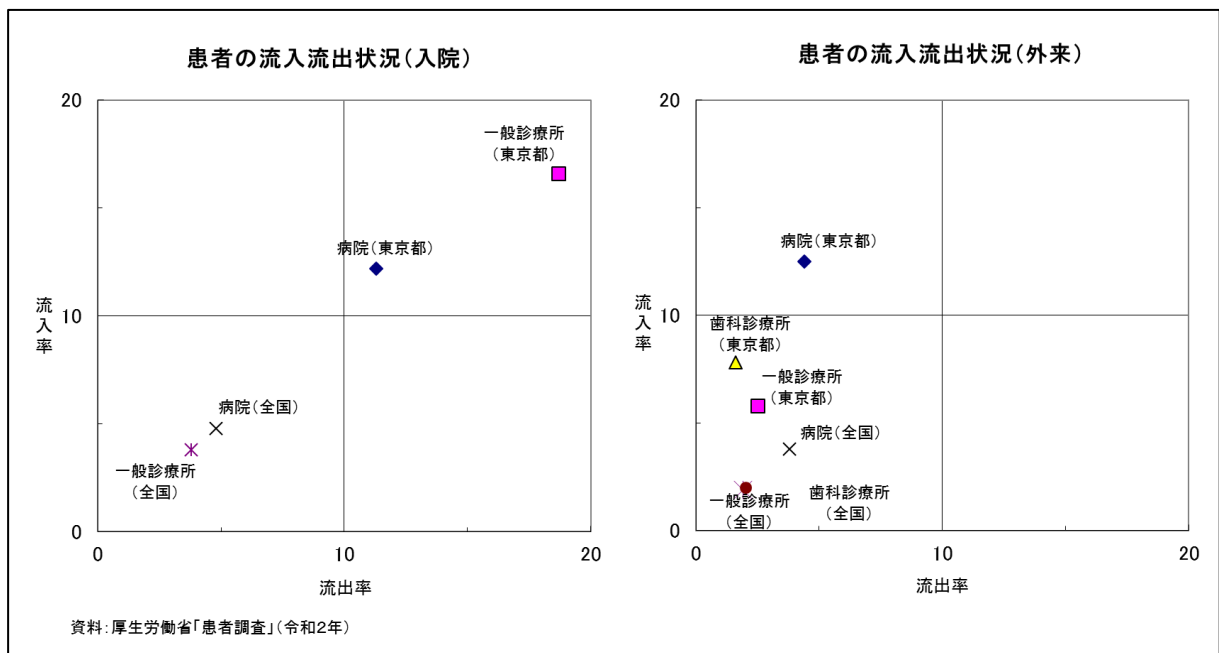
○ そのため、高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能までは類似した受療動向となっています。

（慢性期機能の受療動向）

○ 療養病床の多い西多摩、南多摩及び北多摩北部は都内全域から患者を受け入れており、流入超過の状況にあります。

○ 埼玉県、千葉県を中心に、他県へ患者が流出している状況にあります。（25 ページ下図参照）

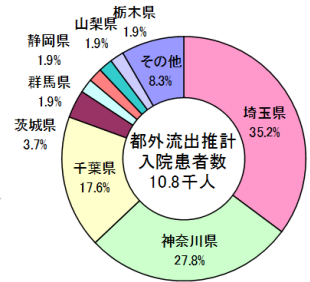
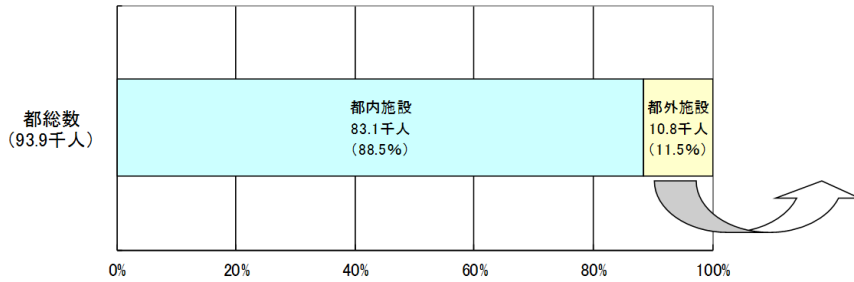
² 二次保健医療圏：医療法 30 条の 4 第 2 項第 14 号の規定により、主として病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として二次保健医療圏を設定している。平成元年に策定した「東京都保健医療計画」において、住民の日常生活行動の状況、交通事情、保健医療関係の既存の地域ブロック、保健医療資源の分布等圏域設定に必要な要素を総合的に勘案の上、複数の区市町村を単位とする 13 の圏域を設定した。（「第 1 部第 5 章 1 保健医療圏」参照）



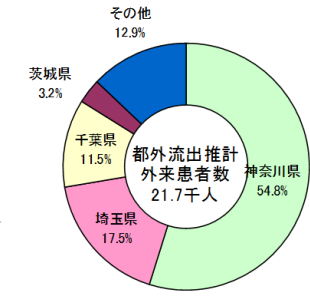
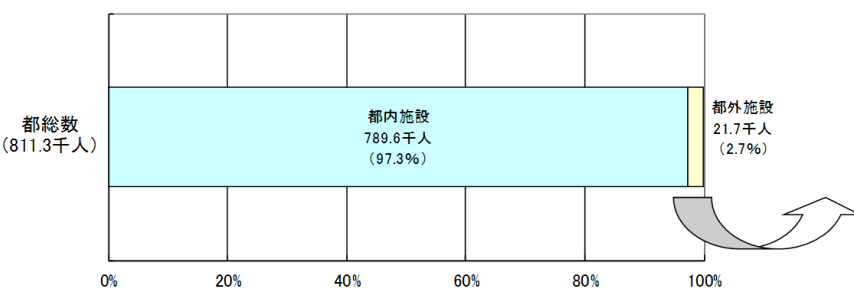
- 入院・外来別にみた患者の流入率（当該都道府県内の医療施設を利用している患者のうち、当該都道府県外に住所を持つ患者の割合）・流出率（当該都道府県に住所を持つ患者のうち、当該都道府県外の医療施設を利用している患者の割合）は、入院では病院、一般診療所が流入率及び流出率で東京都が全国を上回り、外来では病院・一般診療所・歯科診療所いずれも流入率で東京都が全国を上回っています。

都民の都内—都外医療施設受療割合

入院



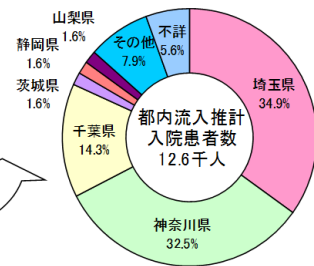
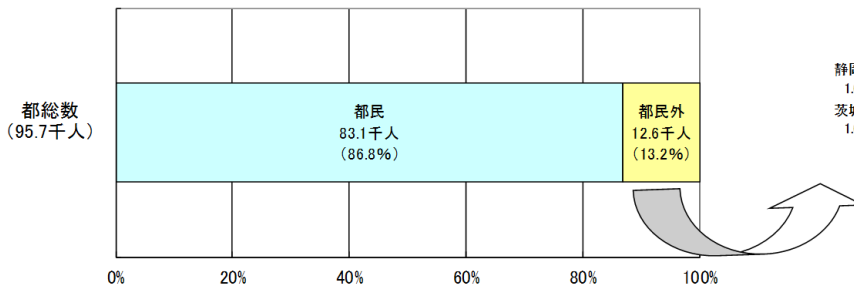
外来



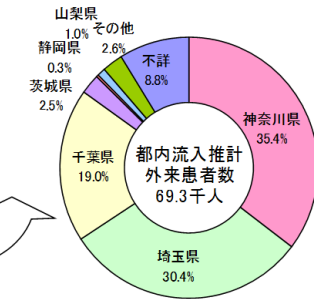
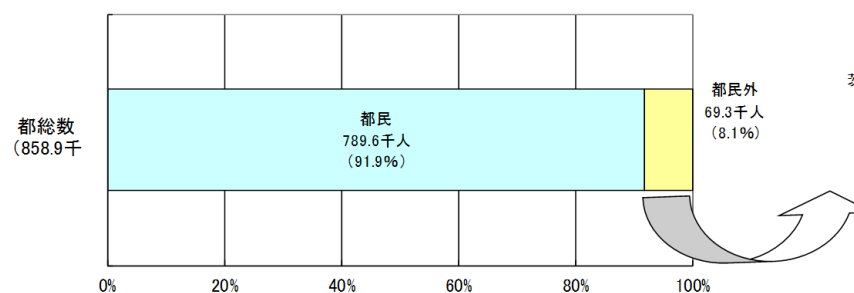
資料：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

都内医療機関における都民—都民外の受療割合

入院



外来

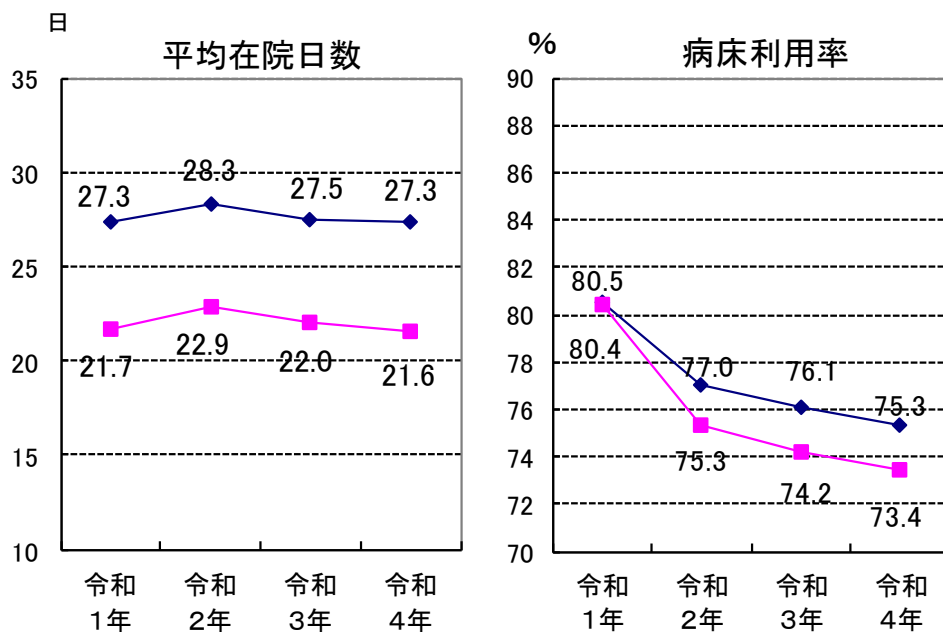


資料：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

病床の種類別平均在院日数・病床利用率の推移（東京都・全国）

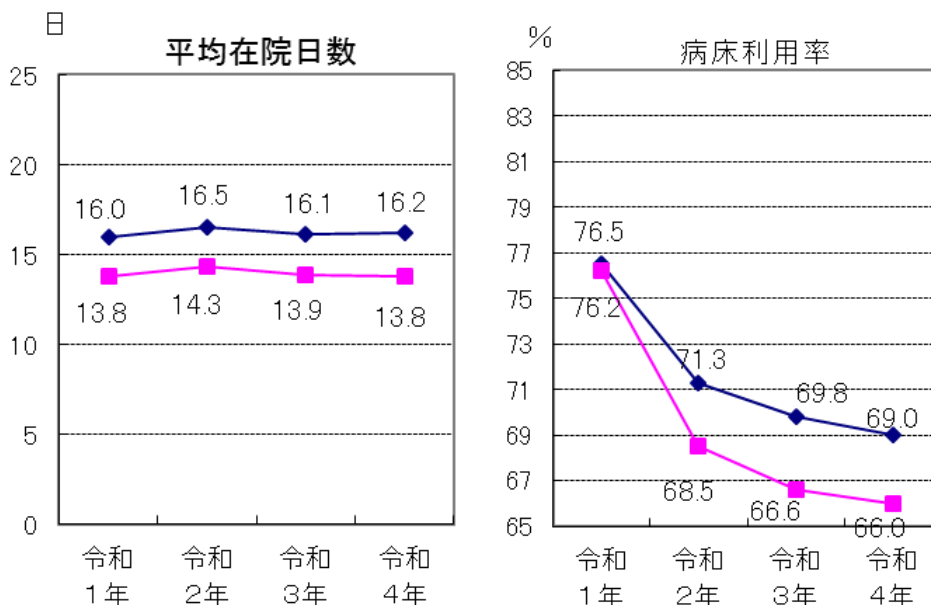
◆ 全国 ■ 東京都

全病床



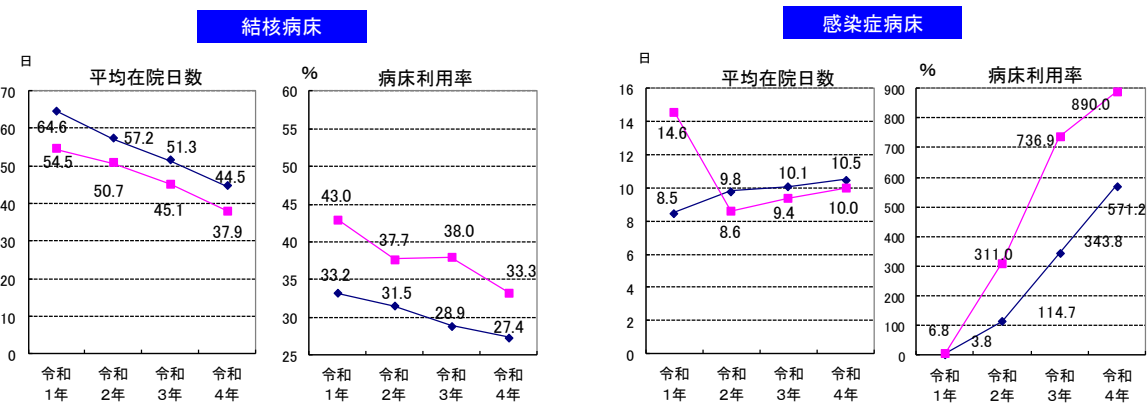
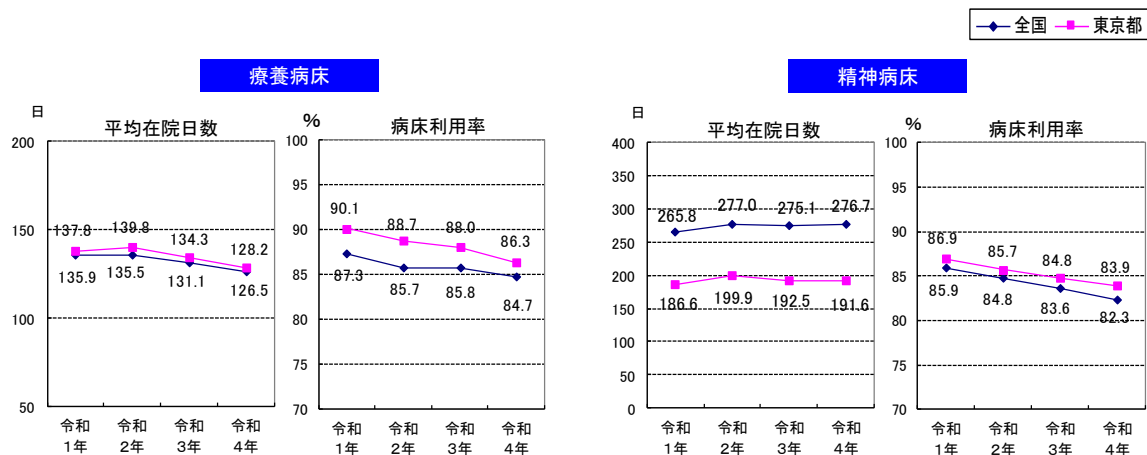
資料：厚生労働省「病院報告」

一般病床



資料：厚生労働省「病院報告」

病床の種類別平均在院日数・病床利用率の推移（東京都・全国）



注1 病床利用率= $\frac{\text{年間在院患者延数}}{(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の} 1 \text{月} \sim 12 \text{月の合計}} \times 100$

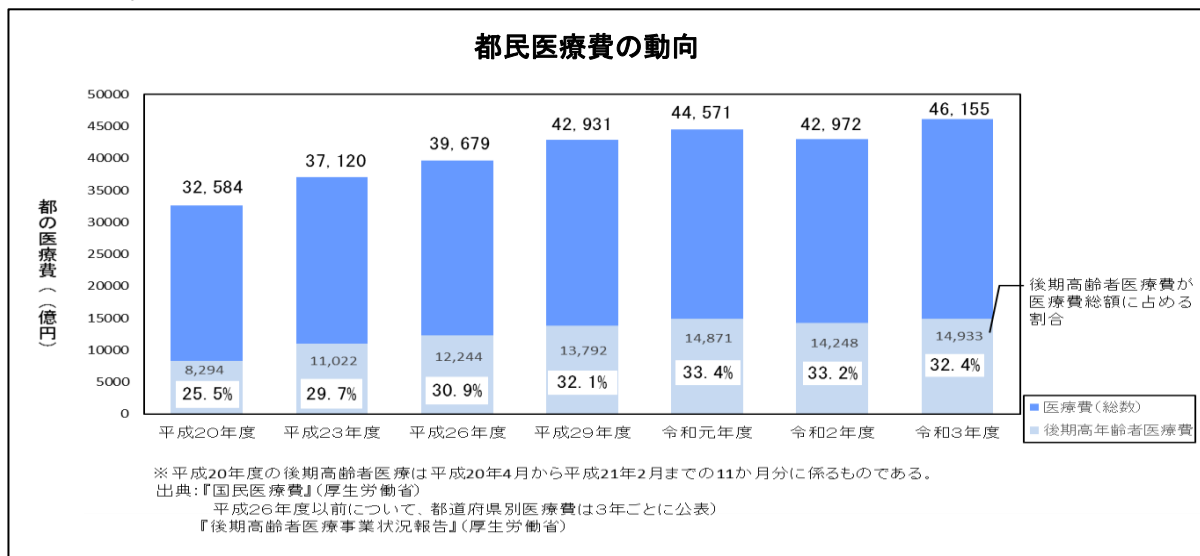
注2 平均在院日数= $\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$

ただし、療養病床における平均在院日数は

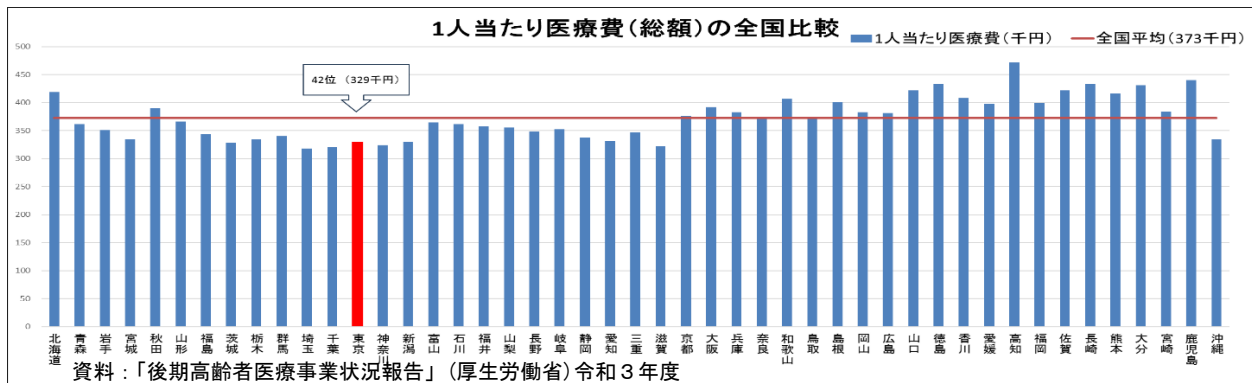
$$1/2 \times \left(\frac{\text{年間在院患者延数}}{\text{年間新入院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の種別の病床から移された患者数} + \text{年間退院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の種別の病床へ移された患者数}} \right)$$

資料：厚生労働省「病院報告」

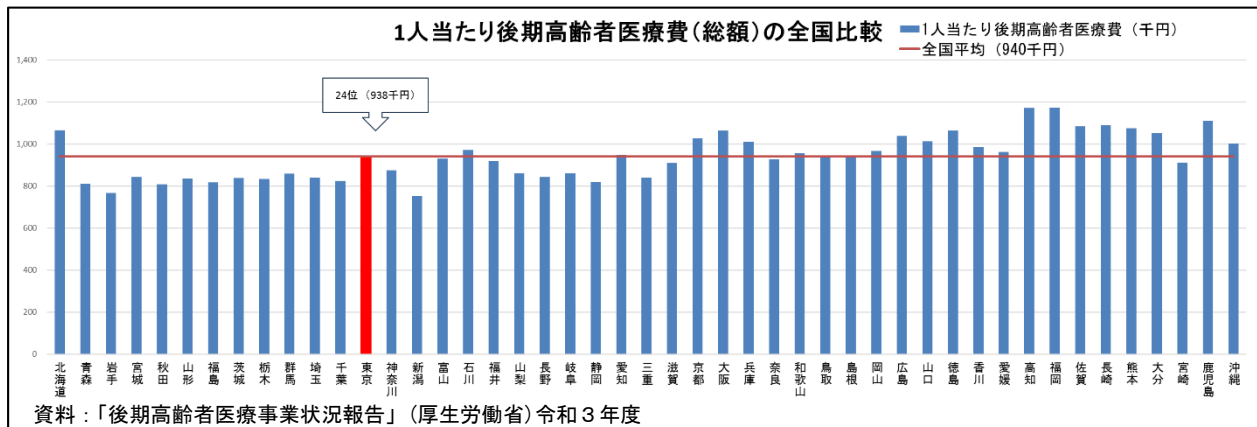
5 医療費の推移



- 都民医療費は令和元年度まで増加を続け、令和2年度は減少し、令和3年度に再び増加しています。令和3年度における都民医療費は、約4兆6千億円となっています。また、同年度の75歳以上の医療費は、およそ1兆5千億円となっており、都民医療費総額の約3割を占めています。



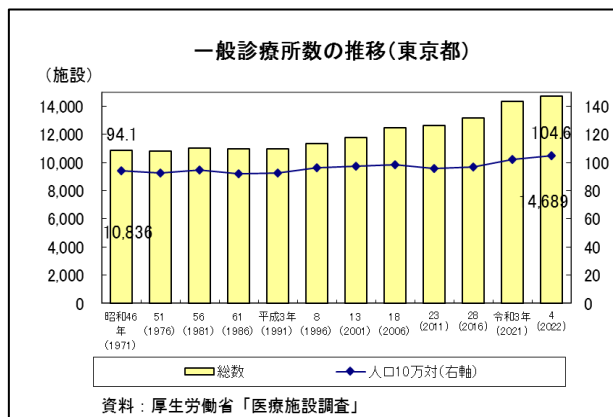
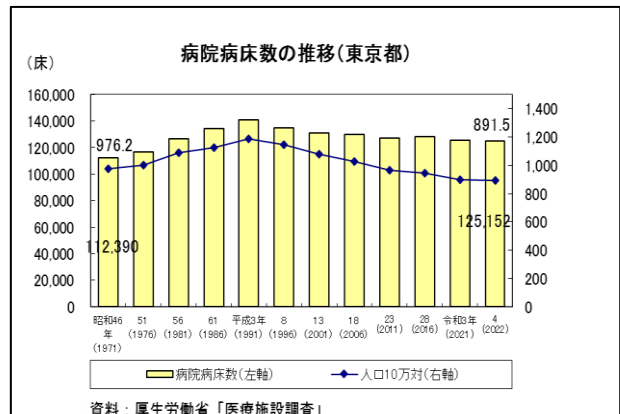
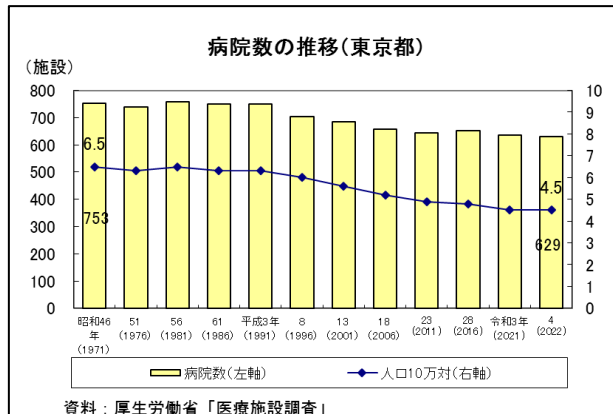
- 東京都における1人当たり医療費(総額)は、32万9千円で、全国42位と低い水準になっています。



- 東京都における1人当たり後期高齢者医療費(総額)は、93万8千円で、全国平均とほぼ同じ水準になっています。

第2節 保健医療資源の現状

1 保健医療施設数

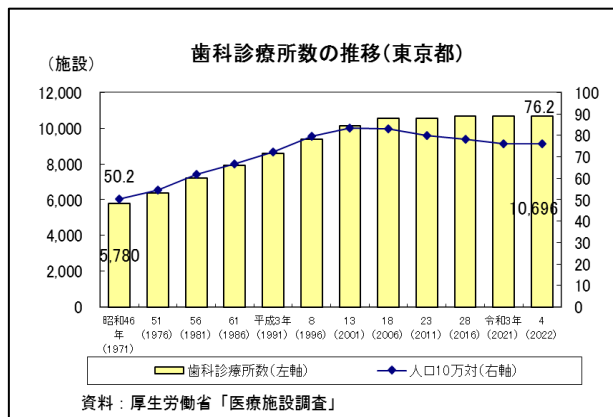


○ 病院

病院数は平成3年から約100施設減少しており、令和4年の病院数は629施設、人口10万対は4.5施設となっています。病院病床数も減少傾向にあり、令和4年は125,152床、人口10万対は891.5床となっています。

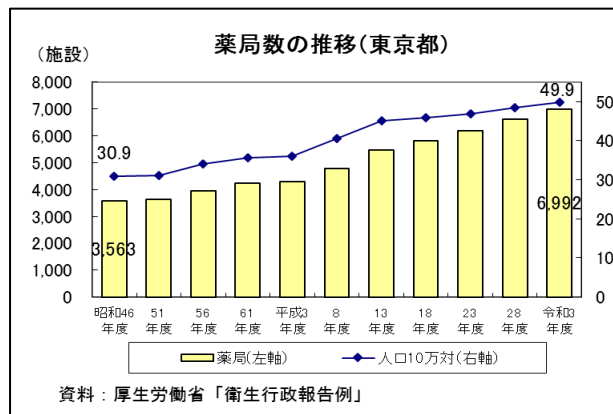
○ 一般診療所

一般診療所数は昭和61年頃から増加傾向にあります。令和4年の一般診療所数は14,689施設、人口10万対は104.6施設となっています。



○ 歯科診療所

歯科診療所数は増加傾向が続いています。令和3年度の歯科診療所数は10,696施設、人口10万対は76.2施設となっています。

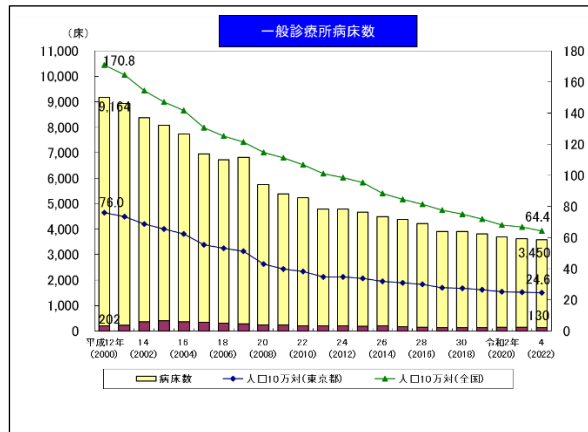
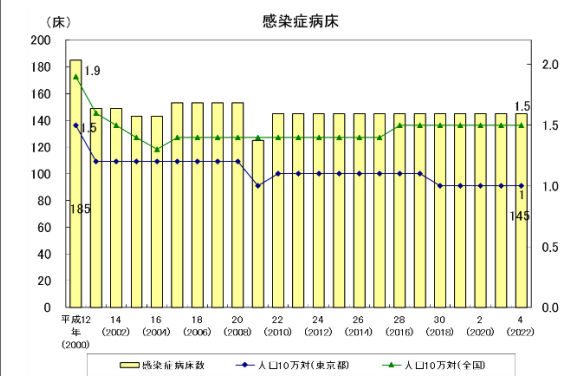
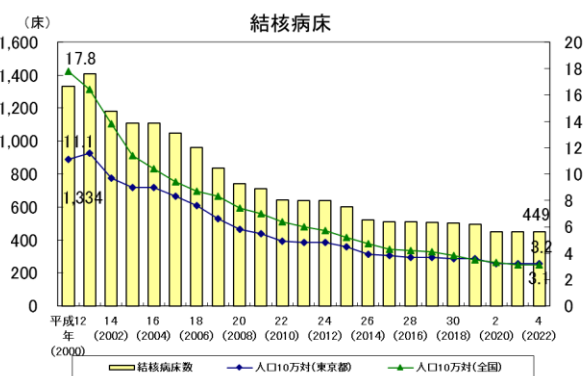
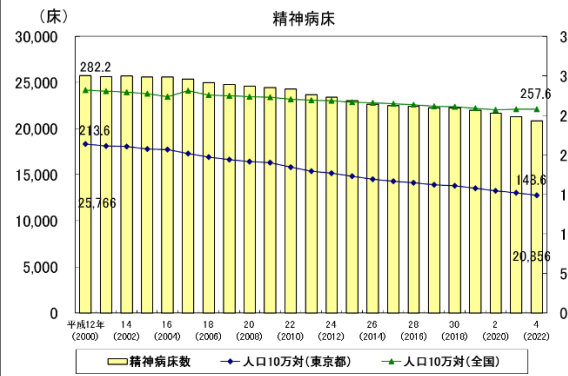
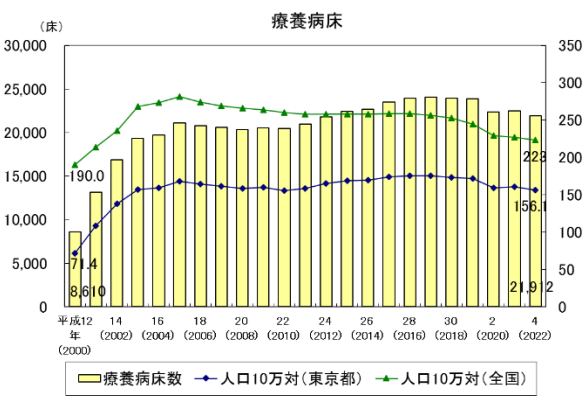
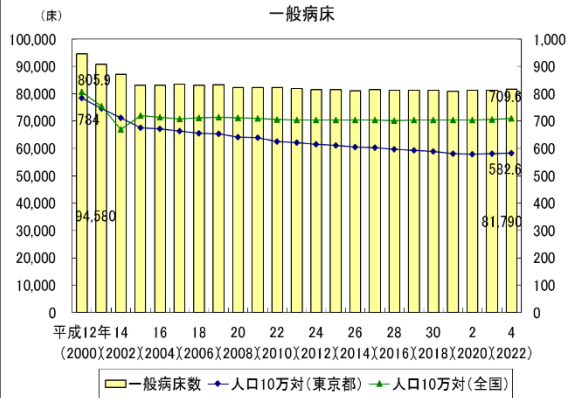


○ 薬局

薬局数は増加傾向が続いています。令和3年度の薬局数は6,992施設、人口10万対は49.9施設となっています。

病床の種類別病院病床数及び一般診療所病床数（東京都） 並びに人口10万対病床数（東京都・全国）

病院病床数

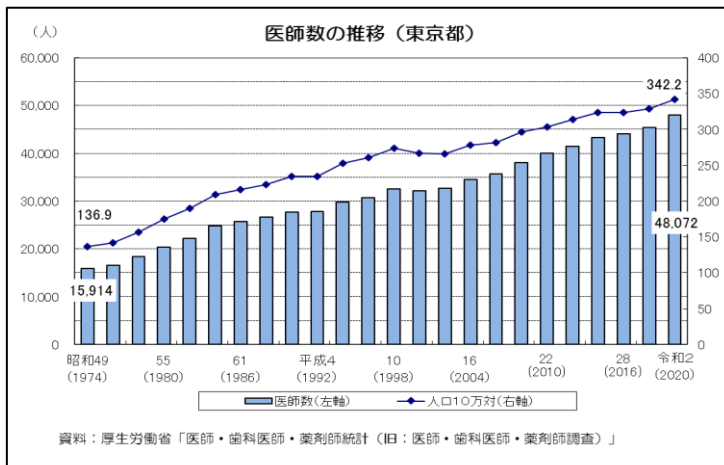


注1 平成13年、14年の「一般病床」は、「一般病床」及び「経過的旧その他の病床」から「旧経過的療養型病床群」を除いたものである。

注2 平成13年、14年の「療養病床」は、「療養病床」及び「旧経過的療養型病床群」である。

資料：厚生労働省「医療施設調査」

2 保健医療従事者数

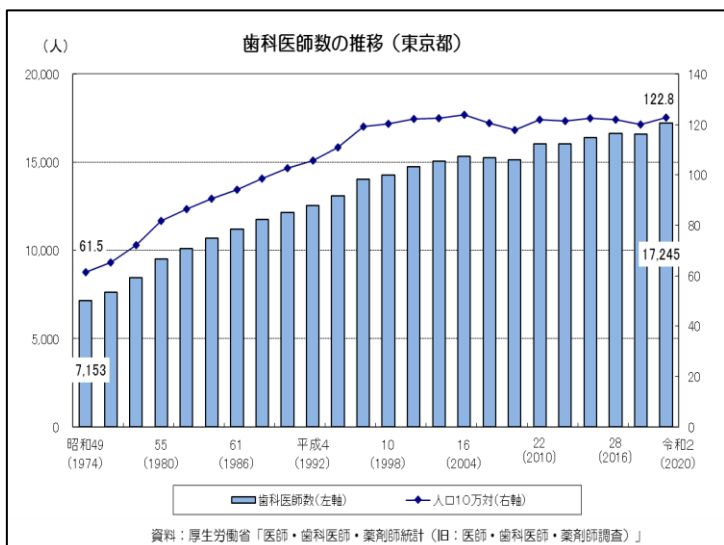
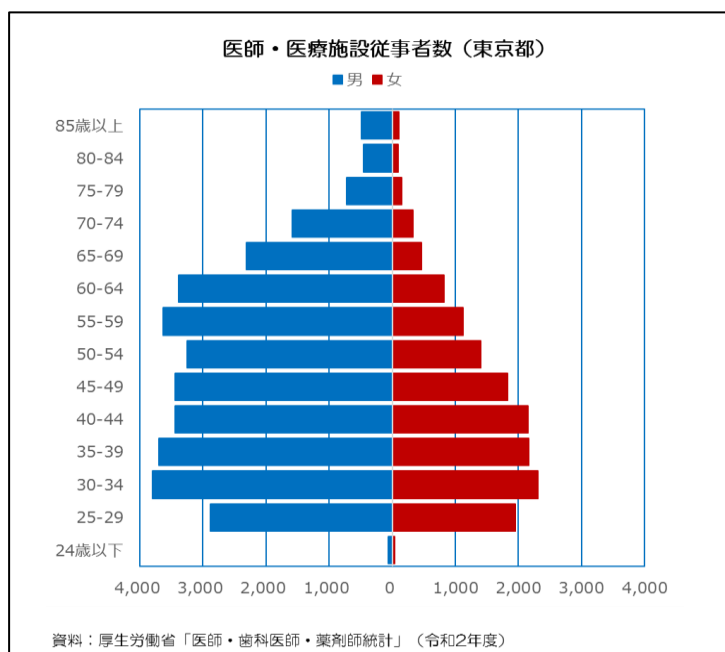


○ 医師

東京都における医師数は増加傾向が続いています。令和2年には、48,072人、人口10万対では342.2人となっています。

このうち、病院・診療所に従事している医師数は、45,078人です。

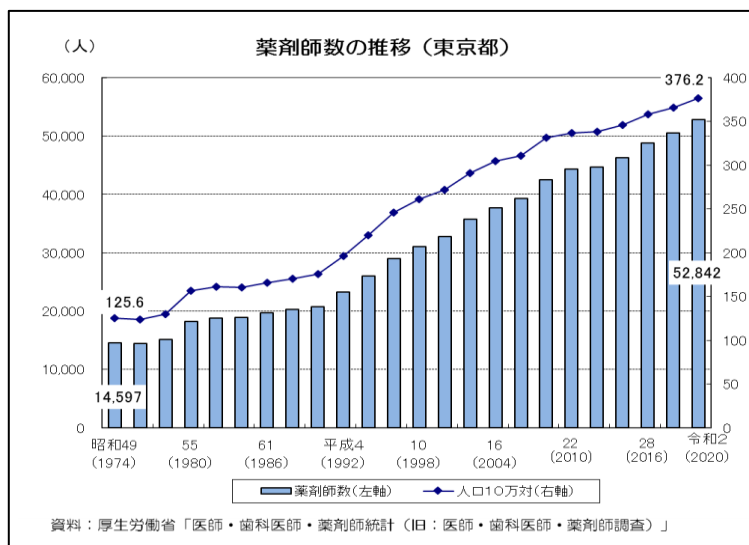
男女別では、女性の割合が全国と比較して高い状況にあります。



○ 歯科医師

東京都における歯科医師数は、平成22以降はほぼ横ばいで推移しています。令和2年の歯科医師数は、17,245人、人口10万対では122.8人となっています。

このうち、病院・診療所に従事している歯科医師数は、16,636人です。



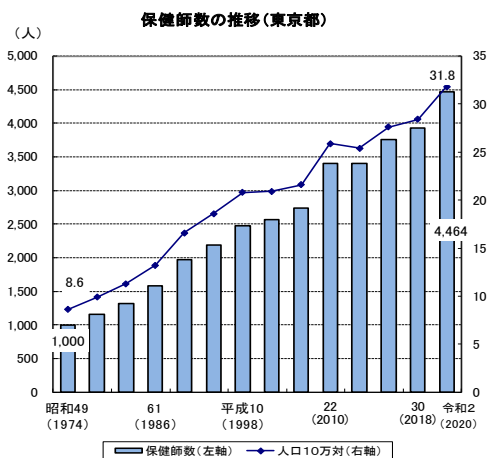
○ 薬剤師

東京都における薬剤師数は近年増加しています。令和2年には、52,842人、人口10万対で376.2人となっています。

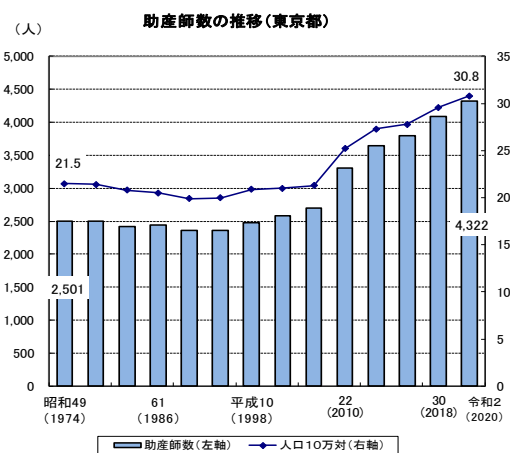
このうち、薬局・病院・診療所に従事している薬剤師数は、32,996人です。

注：医師数・歯科医師数・薬剤師数は、医師法（昭和23年法律第201号）第6条3項、歯科医師法（昭和23年法律第202号）第6条3項及び薬剤師法（昭和35年法律第146号）第9条による届出数（人数は実人数であり、病院・診療所・薬局等の従事者及び無職の者を含む。）。

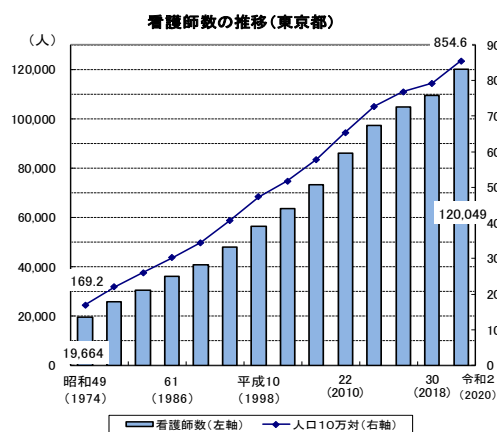
就業看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）数の推移（東京都）



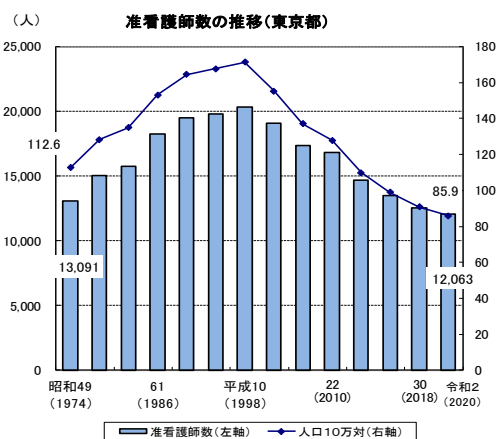
資料：厚生労働省「保健・衛生行政業務報告」



資料：厚生労働省「保健・衛生行政業務報告」



資料：厚生労働省「保健・衛生行政業務報告」



資料：厚生労働省「保健・衛生行政業務報告」

○ 保健師

東京都の就業保健師数は増加傾向が続いています。令和2年には4,464人、人口10万対で31.8人となっています。

○ 助産師

東京都の就業助産師数は、平成6年から増加に転じています。令和2年には4,322人、人口10万対で30.8人となっています。

○ 看護師

東京都の就業看護師数は増加を続けています。令和2年には120,049人、人口10万対で854.6人となっています。

○ 准看護師

東京都の就業准看護師数は、平成10年まで増加を続けていましたが、その後減少に転じています。令和2年は12,063人、人口10万対で85.9人となっています。

医療施設(病院・一般診療所・歯科診療所)における従事者数(東京都・全国)

(人)

区 分	東京都				全国
		区部	多摩地域	島しょ	
医 師	52,290 (372.2)	41,130 (422.6)	11,120 (259.2)	41 (165.6)	384,494 (304.8)
歯 科 医 師	18,519 (131.8)	14,532 (149.3)	3,966 (92.4)	21 (84.2)	113,768 (90.2)
薬 剤 師	5,892 (41.9)	4,401 (45.2)	1,484 (34.6)	7 (28.6)	56,047 (44.4)
保 健 師	2,421 (17.2)	2,100 (21.6)	321 (7.5)	0 (0.0)	15,066 (11.9)
助 産 師	3,864 (27.5)	2,978 (30.6)	880 (20.5)	6 (25.3)	32,089 (25.4)
看 護 師	93,577 (666.1)	67,483 (693.3)	25,991 (605.9)	103 (419.9)	989,381 (784.3)
准 看 護 師	8,542 (60.8)	5,193 (53.4)	3,335 (77.7)	14 (55.6)	176,228 (139.7)
歯 科 衛 生 士	15,226 (108.4)	11,531 (118.5)	3,678 (85.7)	18 (71.5)	131,304 (104.1)
歯 科 技 工 士	957 (6.8)	777 (8.0)	173 (4.0)	7 (28.6)	10,065 (8.0)
理 学 療 法 士	8,348 (59.4)	6,060 (62.3)	2,284 (53.2)	4 (16.4)	100,965 (80.0)
作 業 療 法 士	3,499 (24.9)	2,219 (22.8)	1,280 (29.8)	0 (0.0)	51,056 (40.5)
視 能 訓 練 士	1,348 (9.6)	1,118 (11.5)	231 (5.4)	0 (0.0)	10,130 (8.0)
義 肢 装 具 士	8 (0.1)	5 (0.1)	3 (0.1)	0 (0.0)	128 (0.1)
言 語 聴 覚 士	1,402 (10.0)	951 (9.8)	451 (10.5)	0 (0.0)	17,905 (14.2)
診 療 放 射 線 技 師	6,127 (43.6)	4,732 (48.6)	1,391 (32.4)	5 (20.4)	55,624 (44.1)
診 療 エ ッ ク ス 線 技 師	188 (1.3)	141 (1.4)	46 (1.1)	1 (4.1)	1,249 (1.0)
臨 床 検 査 技 師	8,264 (58.8)	6,525 (67.0)	1,737 (40.5)	3 (12.3)	67,752 (53.7)
衛 生 検 査 技 師	77 (0.5)	65 (0.7)	12 (0.3)	0 (0.0)	510 (0.4)
臨 床 工 学 技 士	3,001 (21.4)	2,221 (22.8)	779 (18.2)	1 (4.1)	30,409 (24.1)
あ ん 摩 マ ッ サ ー ジ 指 圧 師	409 (2.9)	310 (3.2)	98 (2.3)	1 (4.1)	3,071 (2.4)
柔 道 整 復 師	784 (5.6)	629 (6.5)	155 (3.6)	0 (0.0)	4,088 (3.2)
管 理 栄 養 士	2,328 (16.6)	1,674 (17.2)	653 (15.2)	1 (4.1)	27,149 (21.5)
栄 養 士	492 (3.5)	312 (3.2)	181 (4.2)	0 (0.0)	6,040 (4.8)
精 神 保 健 福 祉 士	954 (6.8)	571 (5.9)	383 (8.9)	0 (0.0)	11,171 (8.9)
社 会 福 祉 士	1,405 (10.0)	1,003 (10.3)	403 (9.4)	0 (0.0)	16,250 (12.9)
介 護 福 祉 士	3,537 (25.2)	1,943 (20.0)	1,594 (37.2)	0 (0.0)	58,571 (46.4)
医 療 社 会 事 業 従 事 者	500 (3.6)	379 (3.9)	120 (2.8)	0 (0.0)	4,580 (3.6)

資料:厚生労働省「医療施設調査・病院報告」(令和2年)

注1:令和2年10月1日現在

注2:従事者数は、常勤換算(従事者について、その職務に従事した1週間の勤務時間を当該医療施設の通常の1週間の勤務時間で除した数)である。

注3:医師・歯科医師・薬剤師・看護師・准看護師・歯科衛生士・歯科技工士は病院、一般診療所及び歯科診療所の従事者の計。その他の職種は病院及び一般診療所の従事者の計である。

注4:医療社会事業従事者には、生活相談員、保護相談員、ケースワーカー、セラピスト、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー等を含む。

注5:下段()内は人口10万対。算出基準となる人口は、総務省「国勢調査」(令和2年10月1日現在)

第4章 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

- 地域医療構想は、平成26年の医療法一部改正により、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、医療計画の一部として策定し、次の事項を定めるとされています。

【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
- 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

※ ①将来の病床数の必要量及び②将来の居宅等における医療の必要量については、医療法施行規則により、いわゆる「団塊の世代」全てが75歳以上の後期高齢者となる令和7年（2025年）の必要量とされています。

- 都は、令和7年（2025年）に向け、増加する医療需要に対応し、患者の症状や状態に応じた効率的で質の高い医療提供体制を維持できるよう、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」をグランドデザインとして描き、その実現に向けた4つの基本目標を掲げた「東京都地域医療構想」を、平成28年7月に策定しました。

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～

(2) 構想区域

- 構想区域とは、地域における病床の機能分化と連携を推進するための区域であり、都は、13の二次保健医療圏¹を構想区域として設定しています。

〈東京都における構想区域〉



(3) 将来の病床数の必要量等

① 令和7年(2025年)の病床数の必要量(必要病床数)

- 将来(令和7年(2025年))における病床の機能区分ごとの医療需要(患者数)及び病床数の必要量等は、国が示す計算式により推計しています。

- 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。

(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。

¹ 二次保健医療圏：医療法30条の4第2項第14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二次保健医療圏を設定している。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の圏域を設定した。(「第1部第5章1 保健医療圏」参照)

<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 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96,712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、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²Iの患者数の70%などを推計しています。
- 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。

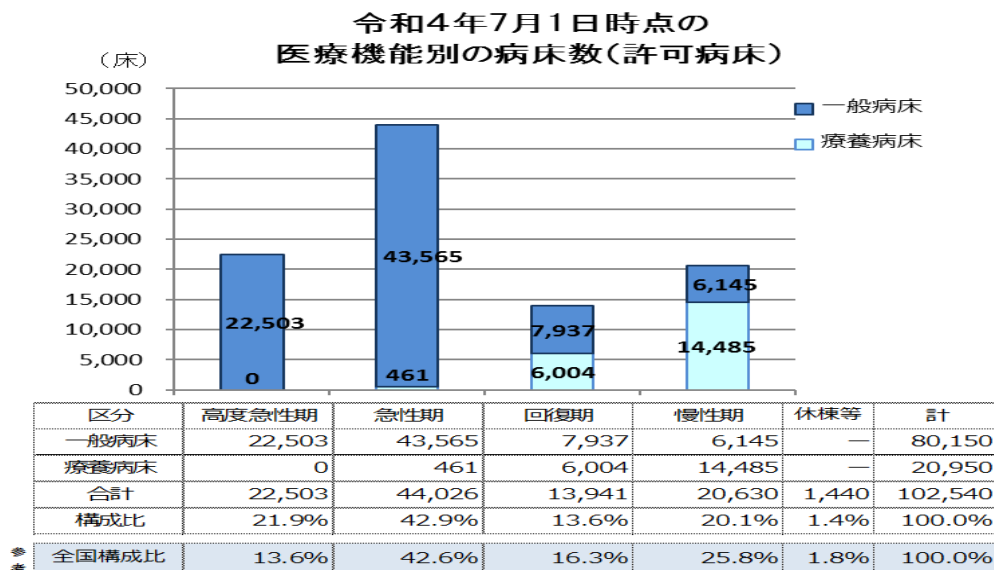
2 地域医療構想の実現に向けた取組

(1) 病床機能報告

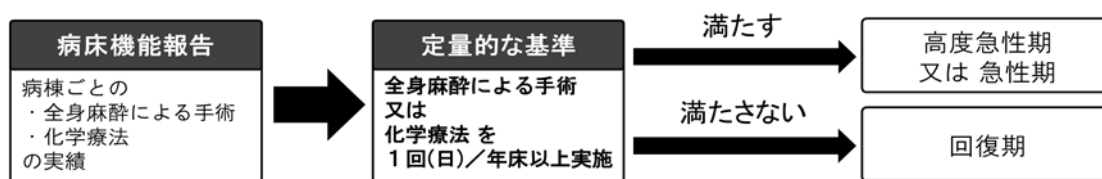
- 「病床機能報告」とは、医療法に基づき、地域医療構想の策定や医療機能の分化・連携の推進に当たり、一般病床及び療養病床を有する医療機関が、毎年、自院の有する病床が担う医療機能の現状と将来について、病棟単位で報告する制度です。

² 医療区分：療養病床で算定する診療報酬である「療養病床入院基本料」において入院患者をその病状により3段階に分類するもの。医療区分Iが最も病状が軽い。

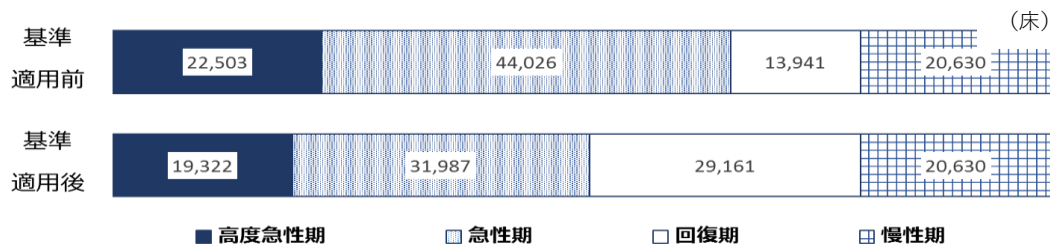
- 令和4年度病床機能報告における医療機能別の病床数は、次のとおりです。



- 病床機能報告で報告される病床の医療機能は、医療機関自らの選択によることから、実際には、主として回復期機能を提供する病棟が、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟でないことを理由に急性期機能と報告される等の事例が生じたことから、国は平成30年に都道府県に対し、地域の実情に応じた定量的な基準を導入するよう通知しました。
- 都では、地域医療構想調整会議等での検討³を経て、令和元年度に、「高度急性期又は急性期」と「回復期」の区別における一つの指標として、「全身麻酔による手術又は化学療法を1年間に1床あたり1回(日)以上実施しているか否か」を基準とする、定量的な基準を導入しました。



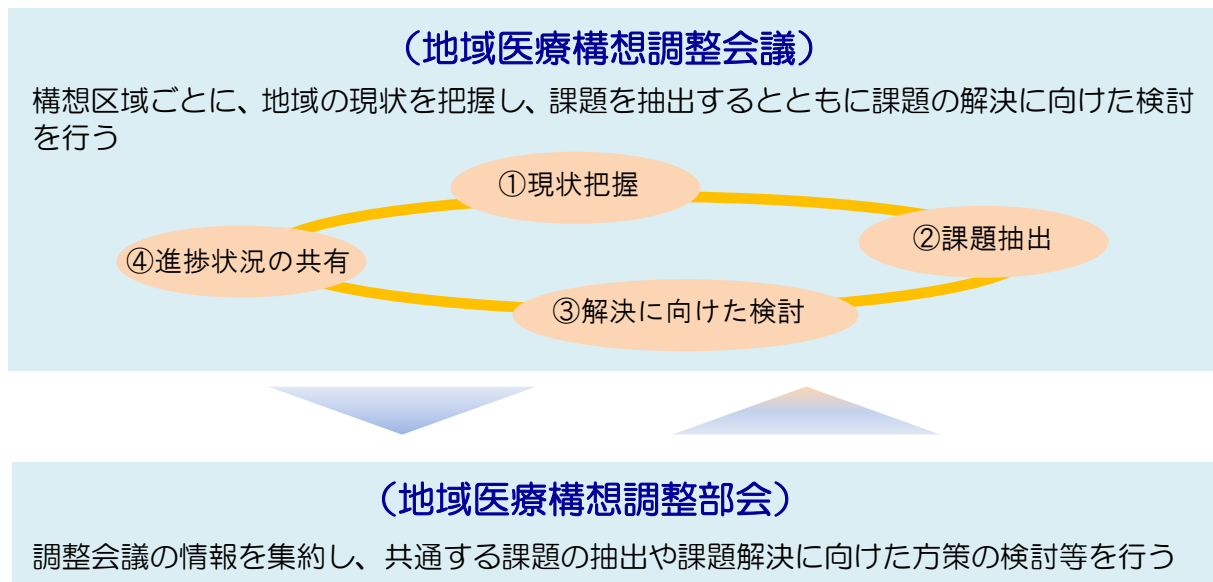
令和4年度病床機能報告における定量的な基準適用結果



³ 地域医療構想調整会議等での検討：平成30年度に学識経験者や病床機能ごとの医療機関代表などで構成する「地域医療構想推進ワーキンググループ」を設置して検討

(2) 地域における協議の場（地域医療構想調整会議）

- 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ています。



- これまで、地域医療構想調整会議及び地域医療構想調整部会においては、地域医療の現状や課題を共有するとともに、地域に必要な医療機能や役割分担等の議論を継続的に行ってきました。新型コロナウイルスの感染拡大時においては、必要な地域医療提供体制を維持するため、感染症医療の視点を踏まえた医療連携と役割分担について、議論を行いました。

た。

- また、患者の状態に応じて退院後の生活を支える在宅医療の充実に向け、地域の在宅療養に携わる医療・介護関係者で検討を進めるため、各二次保健医療圏における地域医療構想調整会議に地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループを設置し、在宅療養に関する地域の現状・課題や、今後の取組について意見交換を行ってきました。
- 現行の地域医療構想が目指す令和7年（2025年）を間近に控え、国は、
 - ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
 - ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数について、全ての医療機関が「2025年に向けた対応方針」として定め、地域医療構想調整会議において合意を得ることとしており、都においても、国の通知に基づき取組を進めています。
- 国は、令和7年（2025年）以降の地域医療構想については、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、令和7年度（2025年度）、都道府県が「新たな地域医療構想」を策定するとの方針を示しています。
- 都は、国の検討状況を注視しながら、地域の実情に応じた機能分化、連携の取組を進めていきます。

（3）医療需要に対応した病床の整備

- 令和4年度病床機能報告によると、都内の病院の病床のうち過去1年間稼働していない病床⁴（以下「非稼働病床」という。）は、約1,700床あります。
- 非稼働病床の理由には、新型コロナ患者対応のための休床等も含まれることに留意しながら、可能な限り、非稼働病床の再稼働を促していくことが必要です。
- また、都内の病院における非稼働病床を除く、令和4年度病床機能報告での病床稼働率⁵は、約76%となっています。
- 病床機能報告の結果や地域医療構想調整会議での議論、住民に身近な基礎的自治体である区市町村の意見などを参考にしながら、整備された病床の有効活用を図り、地域に必要な医療の確保を図っていきます。

⁴ 令和4年度病床機能報告において、令和3年4月1日から令和4年3月31日までの1年間、最も多く入院患者を収容した病床数を0床と報告された病棟の許可病床数

⁵ 令和3年4月1日から令和4年3月31日までの1年間の病床稼働率

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
共通	退院調整部門の設置数及び割合	393 病院 70.4% (令和 4 年度病床機能報告)	増やす 上げる
共通	病床稼働率（病床機能別）	高度急性期：74.9% 急性期：69.7% 回復期：81.3% 慢性期：86.3% (令和 4 年度病床機能報告)	上げる

第5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七次改定においては、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す。

ア 一次保健医療圏

- 平成元年に策定した保健医療計画において、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體的な取組のもと、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。

イ 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 14 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。

- 第七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。

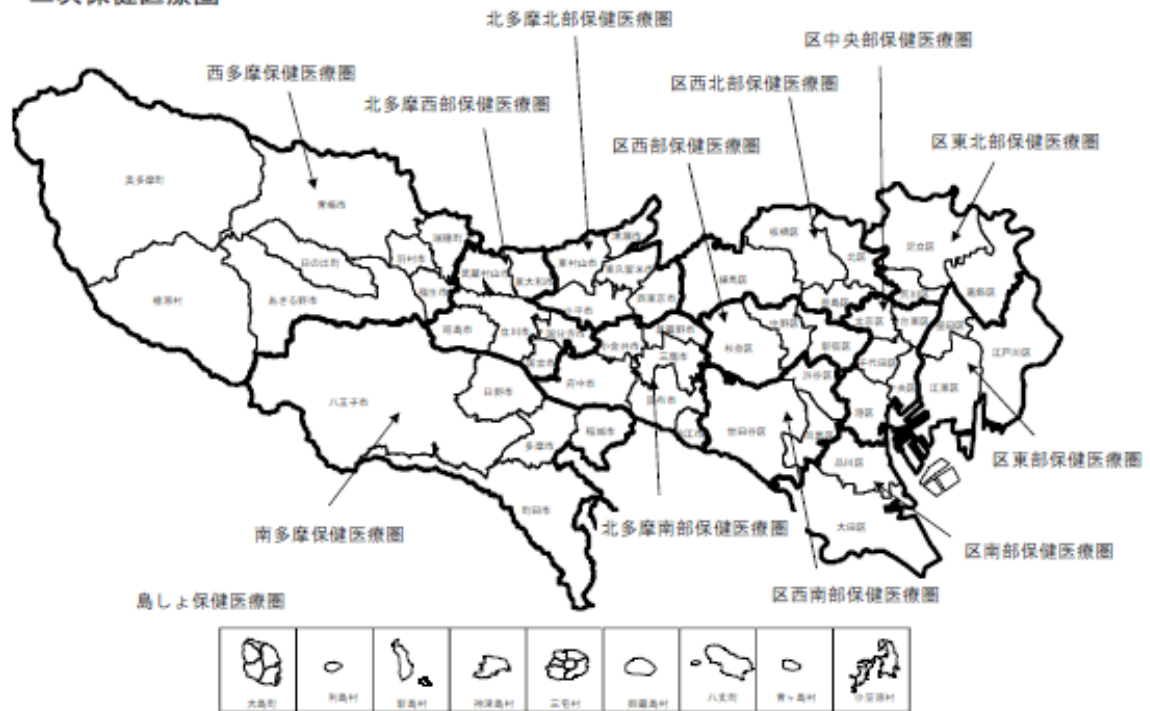
- 島しょ地域についても、引き続き島しょ地域全体を一つの二次保健医療圏として設定しますが、今後とも離島としての地域特性を踏まえた配慮が必要です。

ウ 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 15 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



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	947,858
区南部	品川区、大田区	84.70	1,170,569
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区	87.83	1,475,635
区西部	新宿区、中野区、杉並区	67.87	1,285,373
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区	113.92	1,993,903
区東北部	荒川区、足立区、葛飾区	98.21	1,365,611
区東部	墨田区、江東区、江戸川区	106.68	1,494,327
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	379,043
南多摩	八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市	324.46	1,440,971
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	658,632
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	1,061,790
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	749,421
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	401.64	24,461
	計	2,193.79	14,047,594

資料：総務省「国勢調査」（令和2年）

国土交通省国土地理院「全国都道府市区町村別面積調（令和5年4月1日時点）」

2 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の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、都全域で医療を提供
 - ・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、区市町村を基本として医療を提供
 - ・入院医療は、広域な区域（複数の区市町村、二次保健医療圏等）を中心に医療を提供

- 都では、これまで培われてきた連携体制を基盤としつつ、各疾病・事業の特性、患者の受療動向や医療資源の分布の状況に応じて、疾病・事業ごとの取組を進めるため「事業推進区域」を柔軟に設定・運用しています。

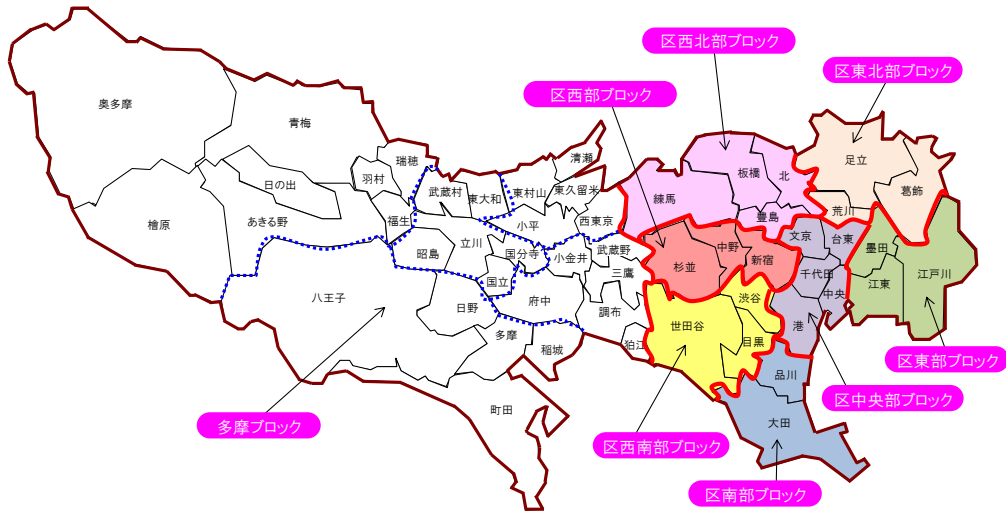
- 例えば、入院医療・搬送体制の区域を特に定める必要がある「周産期搬送（8ブロック）」、「小児救命（4ブロック）」、「身体疾患を伴う精神科救急（5ブロック）」は、複数の区市町村、二次保健医療圏を超えた区域を弾力的に事業推進区域としています。

- 事業推進区域は、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。

疾病事業ごとの医療提供体制

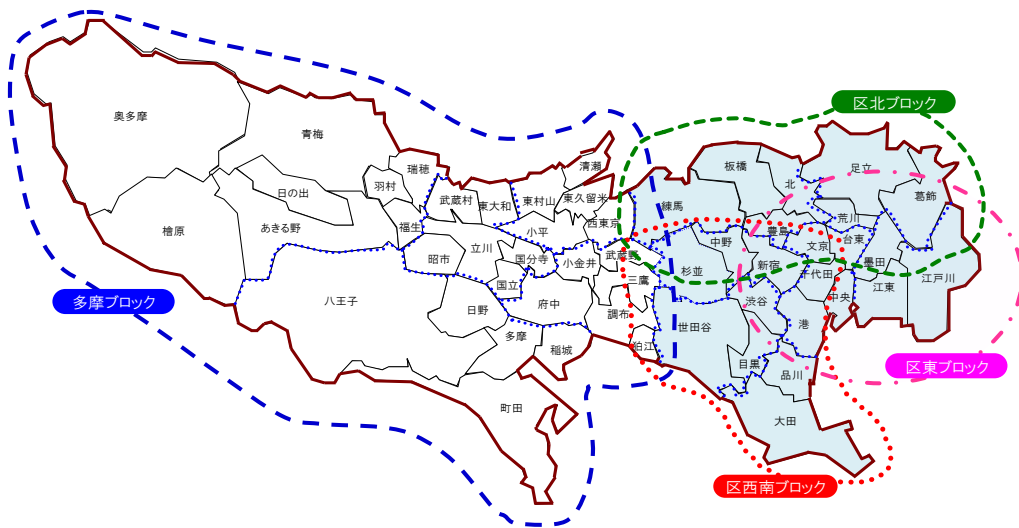
周産期搬送

…8ブロック



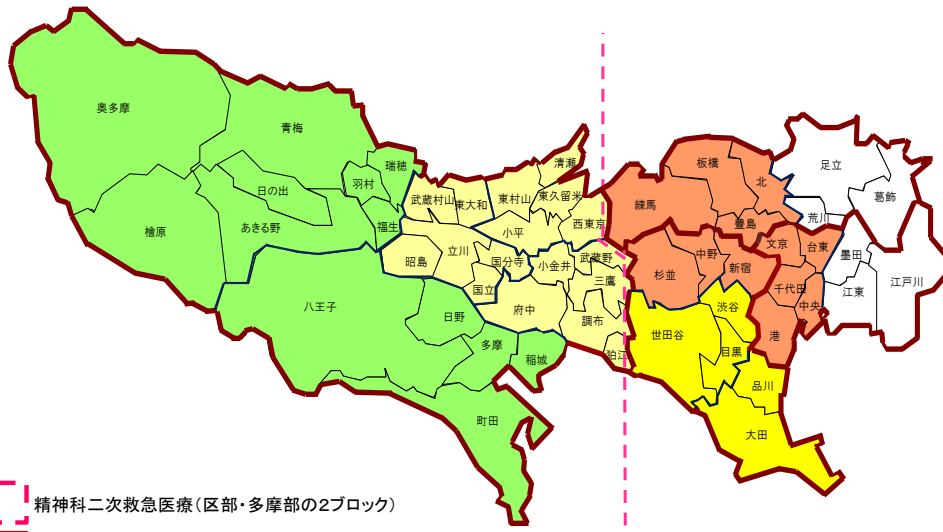
小児救命

…4ブロック



精神疾患

…事業ごとにブロックを設定



- 点線** 精神科二次救急医療 (区部・多摩部の2ブロック)
- 実線** 精神科緊急医療 (4ブロック)
- 色塗り** 地域精神科身体合併症救急医療 (5ブロック)

3 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られることが出来るよう、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）、人口の著しい増加や特定の疾病に罹患する者が異常に多い場合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

- 東京都保健医療計画第七次改定において、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を次のとおり定めます。
- なお、実際の療養病床及び一般病床の整備に当たっては、地域医療構想調整会議等における意見を踏まえながら、地域に不足している医療機能を担う病床の配分に、よりつなげていくよう取り組んでいきます。

※ 新たな基準病床数については、国の示す算定式に基づき、改定直近のデータを用いて今後算定する。

ア 療養病床及び一般病床

二次保健医療圏	基準病床数
区 中 央 部	
区 南 部	
区 西 南 部	
区 西 部	
区 西 北 部	
区 東 北 部	
区 東 部	
西 多 摩	
南 多 摩	
北 多 摩 西 部	
北 多 摩 南 部	
北 多 摩 北 部	
島 し よ	
計	

イ 精神病床

区 分	基準病床数
東 京 都 全 域	

ウ 結核病床

区 分	基準病床数
東 京 都 全 域	

エ 感染症病床

区 分	基 準 病 床 数
東 京 都 全 域	

(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)

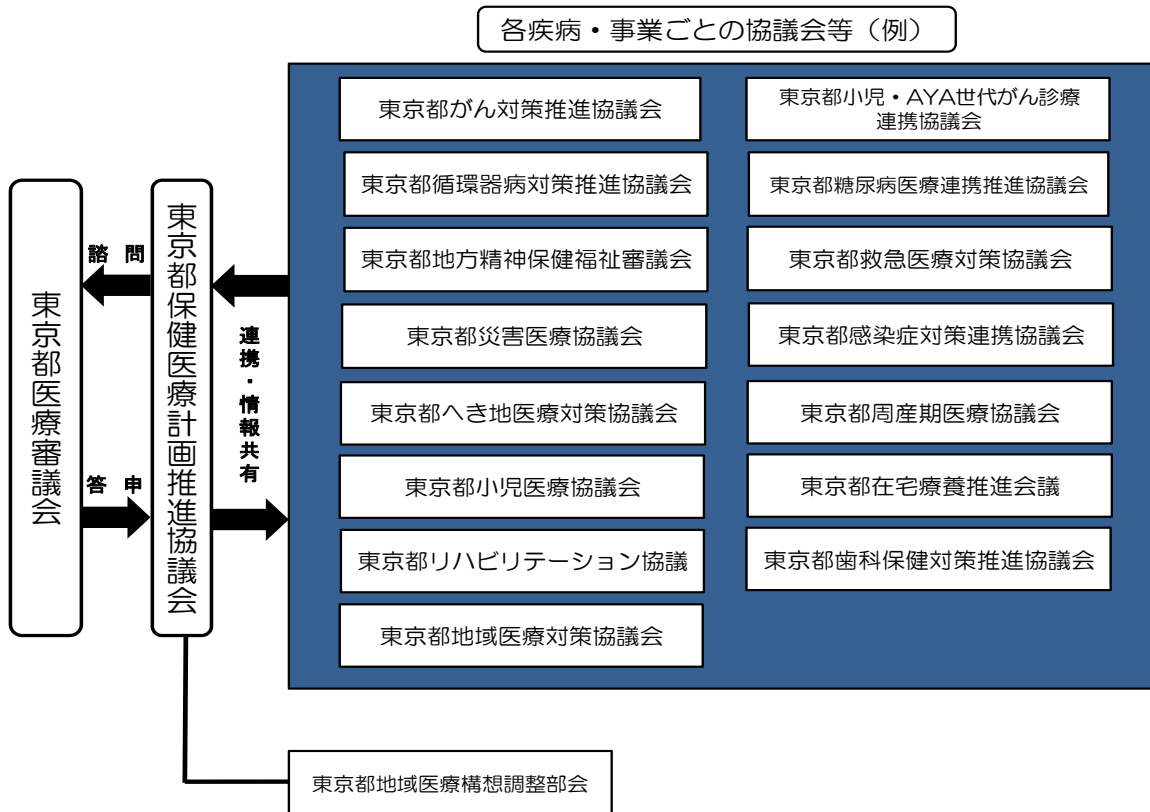
なお、次の診療所に該当するか否かについては、必要とされる医療に関する地域の実情を踏まえて検討する必要があることから、届出の前に医療審議会の意見を聴くこととします。

- 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6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・基本目標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>

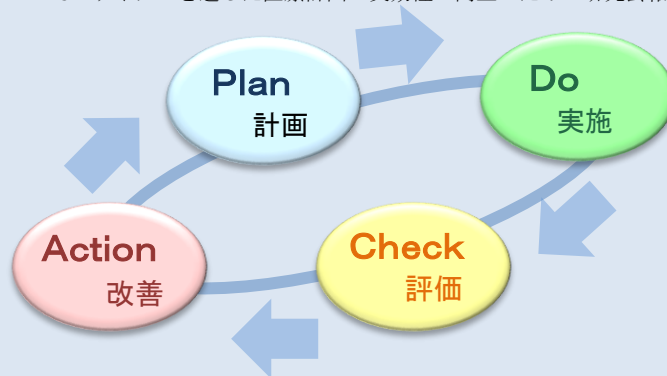


- 保健医療計画の進捗状況については、都のホームページに掲載するなど、広く都民にも公表していきます。

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
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
東京都感染症対策連携協議会	感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策の実施に当たっての連携協力体制の整備
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