

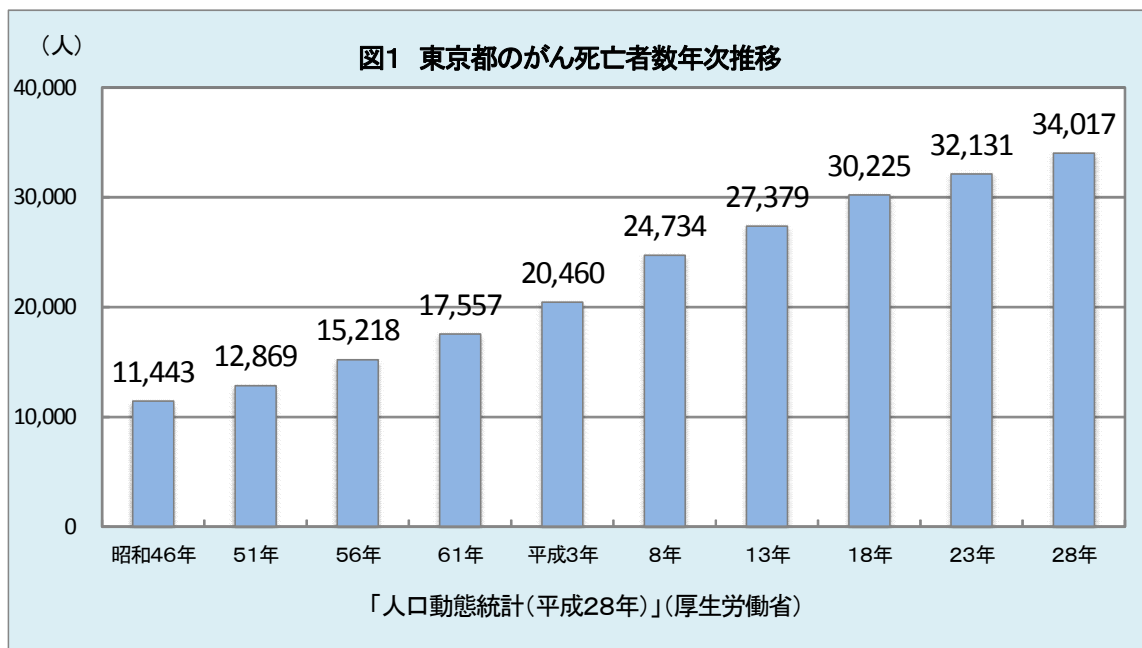
第4節 切れ目のない保健医療体制の推進

1 がん

- 達成すべき3つの目標を定め、がん対策を推進します。
 - 1 「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」
～がんを知り、がんを予防する～
 - 2 「患者本位のがん医療の実現」
～患者本人の意向を尊重し、トータルケアの視点を持ったがん医療の推進～
 - 3 「尊厳を持って安心して暮らせる地域共生社会の構築」
～がんになっても自分らしく生きることのできる社会を実現する～
- 対策の推進により、「がん患者を含めた都民が、がんを知り、がんを克服する」ことを目指します。

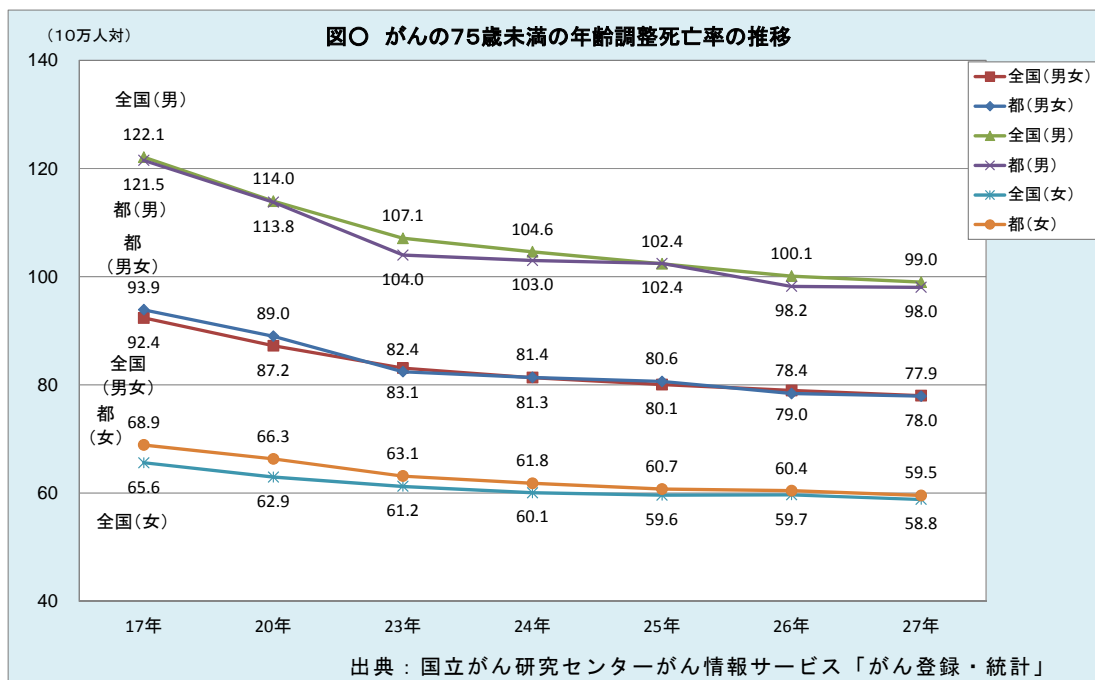
現 状

- がんは、昭和52年より都民の死因の第1位です。がんによる死亡者数は、平成28年には34,017人であり、全死亡者数の30.0%を占め、およそ3人に1人が、がんで亡くなっています。



- 都のがんの年齢調整死亡率¹は、平成17年は男女全体で93.9でしたが、27年には77.9となり、10年間で17.0%減少しました。28年には75.5となり、さらに減少しています。17年は都が全国を1.5上回っていましたが、26年以降、都が全国を下回っています。

¹ 「年齢調整死亡率」: 年齢構成の異なる地域で死亡率が比較できるように、年齢構成を調整した死亡率のこと。ここでは75歳未満年齢調整死亡率を記載。人口10万人に対し何例死亡したかで表す。



○ がんの年齢調整死亡率は減少傾向で推移していますが、都においては今後も高齢者が増加することが予測され、がんの患者数や死亡者数もさらに増加すると見込まれます。

○ がん罹患の状況を見ると、平成24年のがん罹患数²は男女全体で84,820件（上皮内がんを除く。）であり、年齢調整罹患率³（人口10万対）は388.0という状況です。

1 がんの予防

○ 予防可能ながんの因子として、食事や身体活動、喫煙等の生活習慣が挙げられます。「バランスの良い食生活」、「適度な身体活動」、「適正体重の維持」、「節酒（飲酒する場合は適度に）」及び「禁煙」の5つの生活習慣に留意することは、がんのリスクを下げるために有効とされています。

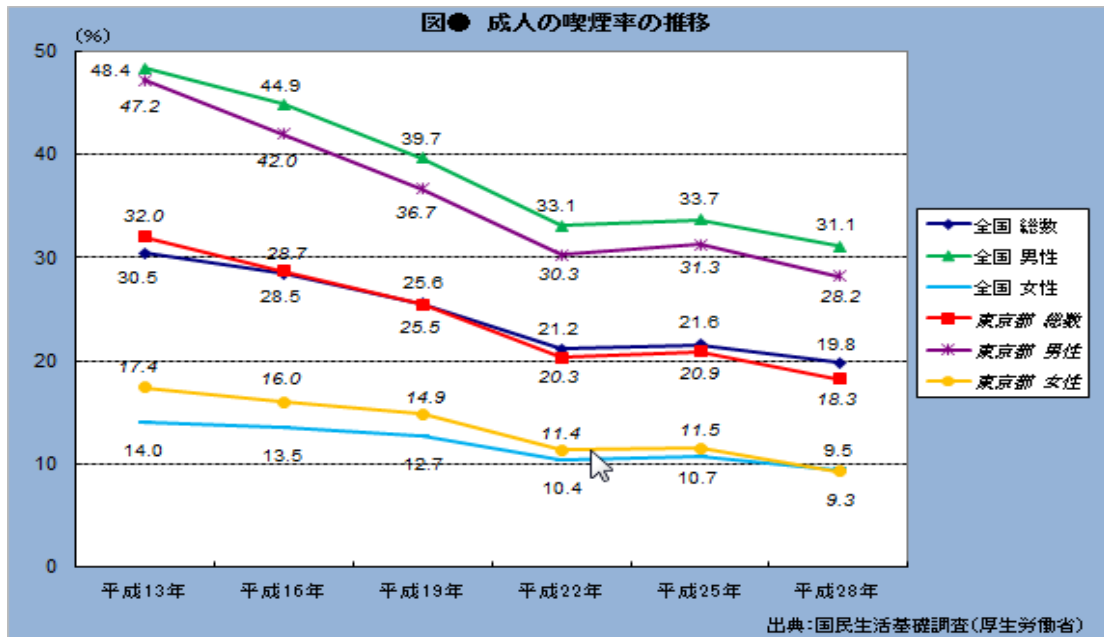
○ 喫煙は、がん、循環器疾患、COPDを含む呼吸器疾患、糖尿病、周産期の異常や歯周疾患等のリスクを、受動喫煙は、虚血性心疾患や肺がん等のリスクを、それぞれ高めるとされています。

都民の成人喫煙率は、減少傾向にあり、男性で28.2%、女性で9.3%と、全国平均より低くなっていますが、ここ数年は下げ幅が小さくなっています。

² 「がん罹患数」：一定の期間内（通常は1年）にがんと診断された数（一人の患者が複数のがんと診断されることがあるため、がん患者数とは異なる。）

³ 「年齢調整罹患率」：「がん罹患数」を対象集団の人口で割ったものを、「がん（粗）罹患率」と言い、「年齢調整罹患率」は、年齢構成の異なる地域で罹患率が比較できるように、年齢構成を調整した罹患率のこと。人口10万人に対し何例罹患したかで表す。

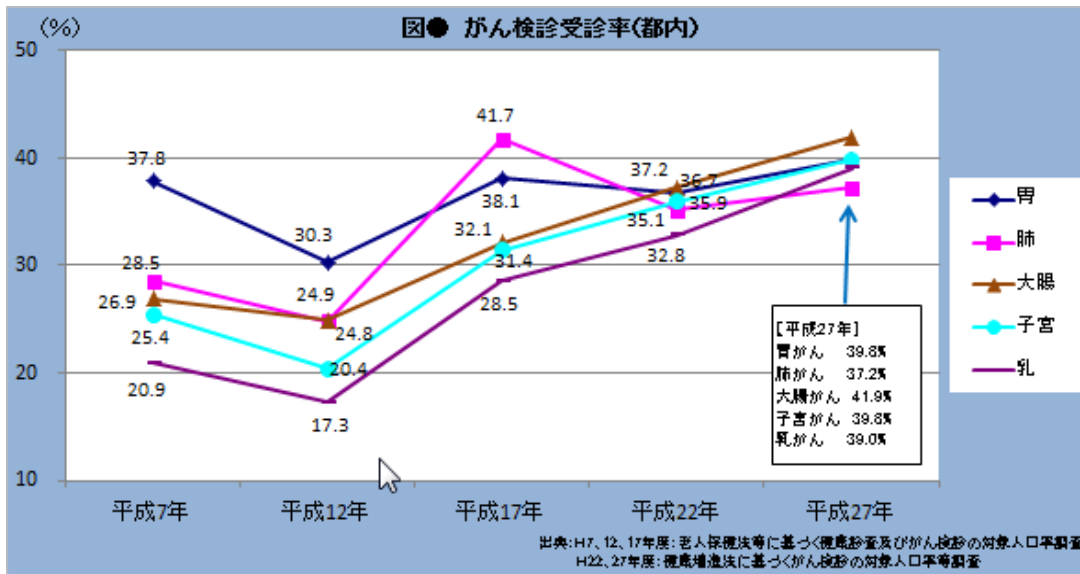
また、受動喫煙による年間死亡者数は、全国で約 1 万 5 千人と推計されています。



○ 日本人に発症するがんに寄与する因子としてウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで 2 番目、女性では最も大きな要因となっています。ウイルスには、肝がんに関連する B 型・C 型ウイルス、子宮頸がんに関連するヒトパピローマウイルス、ATL（成人 T 細胞白血病）と関連する成人 T 細胞白血病ウイルス 1 型などがあり、細菌としては、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリなどがあります。

2 がんの早期発見

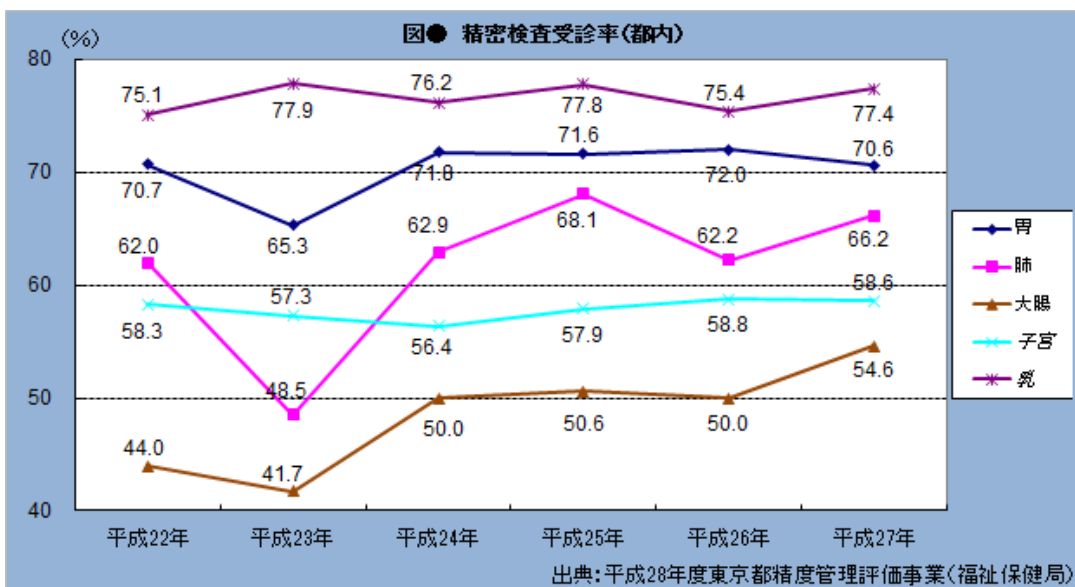
○ がんの死亡率減少のためには、定期的ながん検診の受診による早期発見が重要です。都では、がん検診受診率 50% を目標として掲げ、より多くの都民ががん検診を受診することを目指しています。都におけるがん検診受診率は上昇傾向にあるものの、平成 27 年度時点では、いずれも 40% 前後にとどまっています。



- また、科学的根拠に基づくがん検診の実施や、検診の質、精密検査などの精度管理も重要です。

国は、区市町村が実施主体となっているがん検診について、実施体制、対象年齢、受診間隔、検査項目等を「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で定めています。しかし、指針に基づかない方法でがん検診を行っている区市町村もあります。

- 精密検査の受診率については、国の第3期のがん対策推進基本計画（平成29年10月）において新たに90%の目標が設定されました。現在、都における精密検査の受診率は区市町村やがん種によって異なりますが、いずれも90%には達していません。



- 職場においては、事業主や医療保険者が、従業員やその家族に対してがん検診を任意で行っていますが、制度上の位置付けが明確でないことから、実施方法等についての基準がなく、実施状況や内容は様々です。国は、職場におけるがん検

診の実施について、今後、ガイドラインを策定するとともに、将来的には、受診者数等のデータの把握や精度管理が可能となる仕組みを検討としています。

3 がん医療の提供

- 都内には、58か所の国及び都が指定するがん医療の拠点病院を整備しており、質の高い専門的ながん医療を提供しています。（平成29年4月現在）

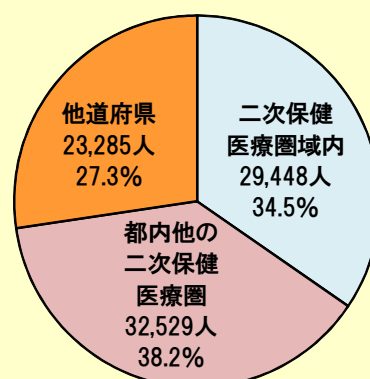
指定者	種類	指定数
国指定	都道府県がん診療連携拠点病院	2か所
	地域がん診療連携拠点病院	25か所
	地域がん診療病院	1か所
都指定	東京都がん診療連携拠点病院	8か所
	東京都がん診療連携協力病院	22か所

* 各病院の概要は〇〇ページ参照

- 都内のがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院及び東京都がん診療連携拠点病院を受診するがん患者のうち、他道府県に居住している患者の割合は約27%であり、およそ4人に1人は他道府県の患者です。（平成26年院内がん登録件数）

- また、病院の所在と異なる都内医療圏に居住する患者の割合は約38%であり、3人に1人が都内の他の医療圏の患者です。

図〇 都内における他道府県又は他圏域に居住するがん患者割合



出典：「がん診療連携拠点病院（25か所）、東京都がん診療連携拠点病院（8か所）及び地域がん診療病院の平成26年院内がん登録件数」（東京都福祉保健局独自調査）

4 緩和ケア

- 都内には、29病院で計580床の緩和ケア病棟が設置されており、専門性の高い緩和ケアを提供しています。（平成29年4月現在）

5 小児がん

- 小児がんは、主に15歳までの小児に発生する希少がんの総称であり、国内での年間新規発症患者数は2千人から2千5百人程度と少ない状況です。そのため、小児がんの診療や治療を行っている都内11か所の病院を東京都小児がん診療病院として認定し、国が指定する都内の小児がん拠点病院2か所とともに、「東京都小児がん診療連携ネットワーク」を整備しています。（平成29年9月現在）

6 がんに関する教育

- 学校におけるがん教育について、文部科学省は「がん教育推進のための教材（以下「教材」という。）」や「外部講師を用いたがん教育ガイドライン（以下「教育ガ

イドライン」という。)」を策定しています。学校教育の場では、学習指導要領に基づき、主に体育や保健体育の授業の中で、疾病の予防と関連付けて指導をしています。

- 児童・生徒以外の世代に対しては、国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づき、主として区市町村ががんについての健康教育を実施していますが、取組は区市町村によって様々です。
- がんという病気を正しく理解していない患者を含めた都民等もいることから、患者が生活を送るうえで適切な支援等を受けられていない場合があります。

これまでの取組

1 がんの予防

- 「東京都健康推進プラン21（第二次）」に基づき、がんを含めた生活習慣病の予防に向け、生活習慣改善のための普及啓発や環境整備等を推進するとともに、区市町村が行う取組への支援を行っています。
また、日常生活の多くの時間を過ごす職場において、健康づくりの取組が実践できるよう、事業者団体と連携し、主に中小企業に対する普及啓発や取組支援を推進しています。
- 喫煙及び受動喫煙防止対策としては、健康影響に関する普及啓発や禁煙希望者への支援、未成年者の喫煙防止や事業者への啓発等を行っています。
受動喫煙防止対策としては、公共の場や職場、飲食店等における受動喫煙防止対策の取組を進めています。
- 肝がんの要因となる肝炎ウイルスについて、都では、「東京都肝炎対策指針（以下「指針」という）」（平成24年策定、平成29年改定）に基づき、予防、啓発、肝炎ウイルス検査実施体制や医療提供体制の整備、人材育成、相談支援や情報提供に取り組んでいます。

2 がんの早期発見

- 都は、がん検診受診率50%の達成に向け、区市町村や民間団体、企業等と連携した啓発などの取組を行っています。また、検診実施主体である区市町村が質の高い検診を実施できるよう、国の指針に沿った検診方法等を盛り込んだ「がん検診の精度管理のための技術的指針」や「がん検診制度管理向上の手引き」を活用して技術的支援を行うほか、受診の勧奨・再勧奨や啓発等の取組についても支援を行っています。
- 職場における取組としては、がん検診の実施に向けて検討を行っている企業や、

職場でのがん検診の課題解消に向けた取組を行っている企業への支援を行っています。

3 がんの医療提供体制

- 都民に質の高い専門的ながん医療を提供するため、がん医療提供体制の中心的な役割を担うがん診療連携拠点病院等を整備し、都内のがん医療提供体制を構築しています。
- がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）は、集学的治療による専門的ながん医療の提供を行うほか、地域のがん診療の連携協力体制の構築を行う病院として、都の推薦に基づき国が指定しています。地域がん診療病院（以下「診療病院」という。）は、拠点病院の無い地域に、原則隣接する二次医療圏の拠点病院と連携して専門的ながん医療の提供等の役割を担う病院として、同様に国が指定しています。その他、都内には国のがん対策の中核機関として、国立がん研究センター中央病院があります。
- また、都では、拠点病院と同等の機能を有する病院を、東京都がん診療連携拠点病院（以下「都拠点病院」という。）として独自に指定しています。さらに、がんの発症部位（肺・胃・大腸・肝・乳・前立腺）ごとに、東京都がん診療連携協力病院（以下「協力病院」という。）として指定しています（以下「拠点病院」、「診療病院」、「都拠点病院」及び「協力病院」を合せて「拠点病院等」という。）。

4 緩和ケアの提供

- 患者の日常生活の上で支障となる身体的・精神的な苦痛や社会生活上の不安を早期から軽減し、患者・家族の快適な療養を実現するためには、がんと診断された時から切れ目なく緩和ケアが提供されることが重要です。
- 拠点病院等は、緩和ケアに関する専門的な知識と技術を持つ医師及び看護師のほか、薬剤師や医療心理に携わる者を配置した「緩和ケアチーム」を設置し、がん患者の治療に当たる主治医と協働して、緩和ケアを提供しています。
- また、地域の緩和ケアの水準向上と切れ目のない緩和ケアの提供体制を整備するため、拠点病院が中心となり緩和ケアの推進に向けた地域の体制整備に取り組んでいます。
- がん診療に携わる全ての医師が基本的緩和ケアを理解し、知識と技術を習得するため、拠点病院等において、国の指針に基づく医師に対する緩和ケア研修会を開催しています。

5 がんに関する相談支援・情報提供

- がんと診断された患者とその家族は、大きな不安を抱えながら、医療機関や治療法等を選択しなければなりません。こうした時に生じる不安や疑問に適切に対応し、がんに関する正しい情報を提供できる体制の整備が必要です。
- 拠点病院や都拠点病院等には、看護師や医療ソーシャルワーカー等の専門の相談員を配置したがん相談支援センターが設置されており、院内外のがん患者や家族、地域の住民等からの様々な相談に対応するとともに、がんに関する情報を提供しています。また、一部の病院では、土日・休日や夜間の相談にも対応しています。
- また、がん経験者等により、がん患者や家族に対する相談支援やがんに関する勉強会の開催など、様々な活動が行われており、その情報は東京都がんポータルサイトで提供しています。その他、病院等には、患者や家族が交流できるサロンが設置されています。

6 小児がん対策

- 国は、小児がん患者が適切な医療や支援が受けられるよう、一定の地域ブロックの中心施設として、全国に15か所の小児がん拠点病院を指定しています。都内では2か所の病院が指定されています（平成29年4月現在）。
- この他、都内には、大学病院等小児がんの診療や治療を行っている医療機関が多数存在していることから、それら病院を都が独自に「東京都小児がん診療病院」として認定しています。
- 都は、「東京都小児がん診療連携ネットワーク」の参画病院である、都内の小児がん拠点病院及び東京都小児がん診療病院と関係団体等で構成する「東京都小児がん診療連携協議会」を設置しています。本協議会では、症例検討会や地域医療機関向け研修会の開催、都民等への小児がんに関する普及啓発等に取り組んでいます。

7 就労支援

- 都が、がん患者や家族及び事業主を対象に、がん罹患後の就労に関するニーズや課題を把握するために実施した調査の結果、事業所において、がんと診断された従業員が、治療と仕事の両立ができるように支援する必要性が明らかになりました。
- そのため、都は、企業において、がん患者である従業員の就労継続を支援するための各種ツールの作成や、企業に対する普及啓発に取り組んできました。
- また、拠点病院等の相談員が、がん患者等の就労に関する相談に適切に対応で

きるよう、相談員の育成等を行ってきました。

8 がん登録及びがん研究

- がん対策を効果的に推進するためには、がん患者数、罹患率、生存率及び治療効果等のデータにより、正確な実態を把握することが必要不可欠であり、その中心的な役割を果たすのががん登録です。
- 都では、平成22年度から、拠点病院等の「院内がん登録⁴」のデータの集計・分析を行っており、平成24年7月からは、「地域がん登録」を開始しました。
- 平成28年1月に、がん登録等の推進に関する法律（平成25年12月法律第111号）が施行され、地域がん登録は全国がん登録⁵に移行となり、病院及び指定された診療所は、全国がん登録のデータを都道府県知事に届け出ることが義務付けられました。
- がんに関する研究については、公益財団法人東京都医学総合研究所（以下「都医学研」という。）や地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター（以下「健康長寿医療センター」という。）において、取り組むべき課題の一つに「がん」を位置付け、都立病院や都内医療機関等と連携を図りながら、早期診断法や治療薬につながる研究を行っています。

9 がん教育とがんに関する理解促進

- 東京都教育委員会では、文部科学省による教材や教育ガイドライン、都で作成した児童・生徒向けのリーフレットを学校で活用するよう促進するとともに、児童・生徒に対して適切にがん教育が行えるよう、教員の指導力向上を目的とした特別講演会を実施しています。
- 児童・生徒以外の世代に対しては、主に区市町村ががん検診の重要性の理解や検診受診促進等に係る啓発を含め、がんについての健康教育を行っています。
- あらゆる世代の都民等に向け、がんに対する正しい理解を促進していくため、がんに関する情報を東京都がんポータルサイトに集約し情報発信するなど、普及啓発に取り組んでいます。また、企業に対しては、治療と仕事の両立が可能となるよう、理解促進と必要な取組事例の紹介等を行っています。

課題と取組の方向性

⁴ 「院内がん登録」：がん医療の提供を行う病院において、そのがん医療の状況を的確に把握するため、当該病院において診療が行われたがんの罹患、診療等に関する情報を記録・保存すること。

⁵ 「全国がん登録」：国が実施主体となり、日本でがんと診断された全ての人のデータを、国で一つにまとめて集計・分析・管理する仕組み

<課題 1>がん予防の取組の推進

- がんのリスク要因となる生活習慣の改善に向けて、正しい知識の普及啓発を行う必要があります。
- 禁煙希望者への支援や、未成年者の喫煙の未然防止、受動喫煙防止対策を一層強化するため、東京都受動喫煙防止条例（仮称）の制定及び施行に向けた取組を推進する必要があります。
- がんの要因となるウイルスや細菌の感染について、正しい知識の普及啓発のほか、適切な検査体制の整備を図る必要があります。

（取組 1－1）科学的根拠に基づき、がんのリスクを下げるための生活習慣に関する普及啓発の推進 [基本目標 Ⅲ]

- 都民ががんのリスクを下げるための生活習慣を実践できるよう、科学的根拠に基づいた正しい知識や日常生活での工夫について、様々な広報媒体を活用し、積極的に普及を図っていきます。

（取組 1－2）生活習慣を改善しやすい環境づくり [基本目標 Ⅲ]

- 都民が負担感なく生活習慣改善の取組を実践できるよう、環境整備を行うとともに、健康に関する都のポータルサイトや、企業やNPOと連携して行うイベント等を通じて、あらゆる世代に発信していきます。

（取組 1－3）喫煙・受動喫煙の健康影響に関する普及啓発 [基本目標 Ⅲ]

- 喫煙や受動喫煙が、健康に悪影響を与えることは科学的に明らかにされており、肺がんや乳幼児突然死症候群、虚血性心疾患等のリスクを高めるとされていることから、正しい知識の普及に加え、禁煙希望者を支援するため禁煙外来等の周知を、ホームページでの周知や研修等により普及啓発を行います。

（「生活習慣の改善」再掲）

（取組 1－4）未成年者の喫煙防止 [基本目標 Ⅲ]

- 未成年者の喫煙禁止と、喫煙・受動喫煙による健康影響について、中学生向け喫煙防止リーフレットの配布や、都内の全小・中・高等学校を対象としたポスターコンクールの実施、また、未成年者喫煙防止教育動画を活用した普及啓発を行います。

（「生活習慣の改善」再掲）

（取組 1－5）受動喫煙防止対策 [基本目標 Ⅲ]

- パンフレットの作成配布、受動喫煙防止対策に関する施設管理者への研修会の開催、ポスターの作成・掲出による普及啓発を行います。

（「生活習慣の改善」再掲）

- 受動喫煙防止対策を一層強化するため、東京都受動喫煙防止条例（仮称）の制定及び施行に向けた取組を推進していきます。

(取組 1 - 6) 感染症に起因するがん予防の推進 [基本目標 Ⅲ]

- 肝炎については、指針に基づき感染経路など正しい知識の普及やワクチン接種に関する啓発、ウイルス検査の受診勧奨を進めます。
- 区市町村や保健所において肝炎ウイルス検査が実施されるよう引き続き支援するとともに、区市町村や事業者、保険者等と連携し、検査の実施体制の整備に努めます。
- 受検者に対しては、受検前後における適切な保健指導の実施に向けた支援や、検査結果が陽性で専門医療未受診者に対し、区市町村や医療機関と連携して受診促進を行っていきます。
- その他のウイルスや細菌についても正しい知識の普及啓発等、適切に対応していきます。

<課題 2> がんの早期発見に向けた取組の推進

- がん検診受診率 50% の目標達成に向け、区市町村支援や普及啓発等を一層進める必要があります。
- 全ての区市町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施や、精密検査受診率 90% の達成に向けて、関係機関との連携強化と体制整備を進める必要があります。
- 職場のがん検診について、今後、国がガイドライン等で、そのあり方や実施方法等を示すこととしています。

(取組 2 - 1) 受診率向上に向けた関係機関支援の推進 [基本目標 Ⅲ]

- がん検診の実施主体である区市町村において、個別勧奨・再勧奨や受診しやすい環境整備などの取組に対し、財政的・技術的支援を行います。また、職場において、検診受診希望者が確実に受診できるよう、企業や関係団体等との連携を図りながら、職場での検診実施や受診率向上に対する支援を行います。

(取組 2 - 2) がん検診受診に関する普及啓発の推進 [基本目標 Ⅲ]

- 区市町村、企業等の関係機関や、患者・家族等の関係団体等と協力しながら、より多くの都民ががん検診を適切に受診できるよう効果的な普及啓発を行います。

(取組 2 - 3) 科学的根拠に基づく検診実施に向けた支援の推進 [基本目標 Ⅲ]

- 全ての区市町村で科学的根拠に基づくがん検診が実施されるよう、「精度管理の手引き」等の活用による技術的支援を行います。また、精密検査受診率につ

いて、区市町村が検診結果を把握し、未受診者に対して個別に受診勧奨できるよう、関係機関の連携強化と体制整備を進めます。

- がん検診実施機関に対しては、質の高い検診が実施できるよう、検診従事者向け研修の実施等により人材育成を行います。

(取組 2 - 4) 職場におけるがん検診の適切な実施に向けた支援の推進

[基本目標 III]

- 職場におけるがん検診について、国のガイドラインも踏まえ、事業者や保険者に対して、がんに関する理解促進や質の高い検診実施に向けたさらなる支援を行えるよう、検討を進めます。

<課題 3> がん医療提供体制・支援体制の充実

- 都では、今後も高齢者の増加が予測されていることから、がん患者も増加すると見込まれます。がん患者が増加しても適切な医療を提供するため、引き続き、拠点病院等を確保するとともに、拠点病院等と地域の医療機関が連携して、地域においても安心して適切ながん医療が提供される体制を整備することが必要です。
- 拠点病院等においては、トータルケアの提供を目指した多職種によるチーム医療を充実させ、診断から病気の治療、その後の患者・家族へのフォローも含めた医療等の提供体制を構築することが必要です。
- また、地域において、多職種による切れ目のない適切ながん医療が提供できる体制を整備するため、拠点病院を中心として、地域の医療機関や在宅医との連携を強化するとともに、がんに関係する医療従事者や介護従事者などの育成等も必要です。
- 周術期の口腔ケアについては、がん患者等の周術期における口腔合併症予防等の重要性を都民に普及啓発し、患者の歯科受診を促進するとともに、病院と歯科医療機関の医科歯科連携の一層の推進が必要です。
- がん領域でのリハビリテーションを推進していくためには、医療機関における取組状況を把握していく必要があります。

(取組 3 - 1) 集学的治療の実施と地域との連携による質の高い適切ながん医療を提供

[基本目標 I、II]

- がん患者に適切な集学的治療を提供する医療提供体制を、引き続き確保します。
- トータルケアの提供を目指し、拠点病院等において、カンサーボードの実施等による多職種連携の強化を図るなど、チーム医療の充実・強化を図ります。

- 患者が拠点病院から地域に安心して移行し、また、地域において適切ながん医療が提供されるよう、在宅移行のための合同カンファレンスの実施、拠点病院等と地域の医療機関との連携の充実等を図ります。その際には、医療機関の間での患者情報の共有や地域の医療従事者や介護従事者の育成方策等について検討していきます。

(取組 3-2) がん治療に係る口腔ケアの充実 [基本目標 I、II]

- がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔ケアや歯科受診の大切さについて都民の理解向上を図るとともに、周術期口腔ケアの研修修了者がいる歯科医療機関の情報を活用し、病院と歯科医療機関との連携を引き続き推進します。

(取組 3-3) がんリハビリテーションの充実 [基本目標 I、II]

- がんリハビリテーションについて、今後国は、がん患者の社会復帰や社会協働という観点も踏まえ、リハビリテーションを含めた医療提供体制のあり方を検討するとしています。都は、今後把握する取組状況とともに、国の検討状況も踏まえ、がんリハビリテーションの充実に向け検討していきます。

<課題 4> がんと診断された時から切れ目のない緩和ケアを提供

- がん患者・家族が希望する場所で適切な緩和ケアを受けられるよう、都内の医療施設等における緩和ケアの実施状況を把握する必要があります。
- 拠点病院等においては、がんと診断された時から、患者の状態に応じて、速やかに緩和ケアが提供されるよう、体制の充実・強化が必要です。
- また、がん患者の療養のためには、地域の医療機関や施設も含めた在宅においても適切な緩和ケアが提供できる体制を整備することが必要です。
- 緩和ケア病棟は様々な機能を担っており、看取りまでを含め終末期の患者を受け入れる病床と在宅療養患者の病状変化時における一時的な緊急入院の役割を担う病床として運用している病院があります。また、一般病床においても、緩和ケア病棟と同様の受入れを行っている医療機関もあり、これらの機能を整理することが必要です。
- より適切な緩和ケアを提供するため、医師だけでなく、がん医療に携わる全ての医療従事者や地域の介護従事者が、がんに関する基本的な知識を身に付けることが必要です。また、併せて、緩和ケアチーム等の専門的な緩和ケアの質の向上も重要です。

- 緩和ケアのイメージについて患者や都民を対象とした調査では、緩和ケアについて間違った認識を有している人も数多くいます。

(取組 4-1) がんと診断された時から切れ目のない緩和ケアを提供

[基本目標 II]

- 拠点病院等における多職種連携の状況や、緩和ケアの診療機能、緩和ケア病棟の利用実態等を把握し、都における緩和ケアのあるべき姿と具体的な方策について検討します。

(取組 4-2) 緩和ケア提供体制の充実・強化

[基本目標 II]

- 拠点病院等において、がんと診断された時から苦痛のスクリーニングが実施され、基本的な緩和ケア及び緩和ケアチーム等による専門的な緩和ケアが提供されるよう取組を充実・強化していきます。
- 地域における拠点病院相互の連携と役割分担により、医療機関等と連携して、地域の緩和ケアの水準向上と切れ目のない緩和ケアを提供する体制を整備していきます。また、拠点病院と地域の医療機関等との連携が十分でない地域においては、一層の連携体制の充実を図ります。
- 患者が希望する場所で安心して療養できる体制を整備していくため、緩和ケア病棟の機能分化と一般病床による病状変化時の受入れ体制の確保・充実を図っていきます。

(取組 4-3) 緩和ケアに携わる人材の育成

[基本目標 II]

- 地域の医療機関も含めたがん医療に携わる医療従事者に加え、介護従事者等に対しても、基本的緩和ケアに関する知識・技術の向上を図ります。また、医療従事者への研修等を通じて、専門的な緩和ケアの質の向上に取り組んでいきます。

(取組 4-4) 緩和ケアに関する普及啓発

[基本目標 II]

- 都民や患者、その家族等の理解促進のため、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を効果的に実施します。

<課題 5> 患者・家族の不安の軽減

- 拠点病院及び都拠点病院等で治療する患者とその家族に、がん相談支援センターについて調査したところ、「利用したことがある」と回答した患者・家族の割合は低く、病院内にあるがん相談支援センターに相談することを躊躇したり、昼間に相談する時間が取れないなどの要因が考えられます。
- がん患者団体や支援団体等の情報も含めた相談支援の窓口の情報を集約し、患

者や家族、都民等へそれらの情報を広く周知する必要があります。

(取組5) がんに関する悩みや不安の整理と情報提供の充実

[基本目標 II]

- がん相談支援センターについて、院内・院外に周知を徹底するとともに、患者の様々な悩みに対応し必要とする情報が提供できるよう、相談員の相談技術の向上や各相談支援センター間の情報共有を図る等、多様なニーズに対応可能な相談支援体制を確保していきます。
- がん患者団体・患者支援団体など、さまざまな相談支援窓口の充実を図ります。そして、これらの窓口の情報を共有し、患者の多様な相談ニーズに応じ、より適切な相談支援窓口につなげられる体制を確保していきます。
- これらの相談支援窓口の対応時間や活動内容等の正しい情報を集約して、患者等に分かりやすく、東京都がんポータルサイト等を活用し、情報提供していきます。

<課題6> ライフステージに応じた医療・相談支援体制

(1) 小児がん患者及びAYA世代のがん患者

- 小児がん患者に迅速に適切ながん医療を提供するために、引き続き東京都小児がん診療連携ネットワークによる取組を充実・強化するとともに、ネットワーク参画病院以外の医療機関との連携を一層推進していくことが必要です。
- AYA世代⁶のがん患者は、小児がん診療科で治療を行う場合と成人診療科で治療を行う場合があります。小児と成人領域の狭間であっても、適切な治療を受けられるよう体制を確保する必要があります。
- 小児やAYA世代のがん患者は、晩期合併症⁷や二次がんの発症など、長期的フォローや検査が必要ですが、その適切な支援体制は確立していません。また、在宅で療養する小児やAYA世代の患者に対応できる医療機関等は限られている状況です。
- 小児やAYA世代のがん患者は、年代によって、就学、就労、妊娠等、相談支援のニーズが異なり、適切な対応が必要です。
- 小児やAYA世代のがん患者は、介護保険の対象ではないため、在宅サービスを利用する場合の経済的負担が重く、また、ケアマネジャーが利用できないため、

⁶ 「AYA世代」: Adolescent and Young Adult 世代の略。主に15歳以上40歳未満の思春期及び若年成人世代を指す。

⁷ 「晩期合併症」: 発育途中であるがん患者が、成長や時間の経過に伴って、がんそのものからの影響や、薬物療法、放射線治療などの影響によって合併症が生じる場合がある。

患者や家族の負担も重くなっています。

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

- 引き続き、東京都小児がん診療連携ネットワークを活かした質の高い医療を提供していきます。また、ネットワーク参画病院と地域医療機関との連携体制を強化していきます。
- AYA世代のがん患者が、小児がん診療科・成人診療科のどちらで治療しても適切な医療が受けられるよう、東京都小児がん診療連携ネットワーク参画病院とがん診療連携拠点病院等との情報共有の方法等を検討していきます。
- 小児やAYA世代のがん患者の晩期合併症や二次がんの発症に対し、適切な支援が提供できるよう、院内・外の各診療科の連携を進めていきます。また、小児やAYA世代のがん患者に対応可能な在宅医療に携わる人材を育成していきます。
- 東京都小児がん診療連携協議会において、引き続き、病院間の質の均てん化を図っていきます。
- また、拠点病院等におけるAYA世代のがん患者等に対する相談支援の状況等を把握した上で、適切な相談支援体制を確保していきます。
さらに、小児がん拠点病院等と成人の拠点病院等との相談員等の情報共有に係る機会を確保し、AYA世代のがん患者等に対する相談機能の充実を図っていきます。
- 介護保険の適用外であること等を踏まえ、実態を把握した上で、在宅療養に係る患者や家族に対する必要な支援について検討していきます。

(2) 働きながら治療を受けるがん患者（働く世代・子育て世代）

- がん患者等の治療と仕事の両立を一層支援していくため、職場や自宅の近くで治療が可能となる医療提供体制の充実や就労相談窓口の周知等が必要です。また、新規や再就職を希望するがん経験者等への支援も必要です。
- 患者のニーズや企業の実態等の現状を踏まえ、実態に即した取組を進めて行くことが必要です。
- さらに、都民や企業及びその従業員等のがんに対する理解を深める必要があります。

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

- 患者や家族のニーズや企業における両立支援の取組やがん経験者の採用状況等を把握した上で、実態に即した必要な支援方策等を検討していきます。
- 就労しながら治療するがん患者等の負担を軽減するため、職場や自宅の近くでがんの治療等が受けられる医療提供体制について、検討していきます。
- がん相談支援センターで社会保険労務士等による相談が可能であることを周知していくとともに、がん患者や経験者が、企業等に自身の治療状況等を必要に応じて適切に伝えることができるよう、支援していきます。
- がんに関しても就業の継続を望む人が働き続けられるよう、企業及びその従業員、また広く都民等に対して、がんに関する正しい理解のための普及に努めます。さらに、就労支援に取り組む関係機関等の連携体制を構築し、一体となって支援していきます。

(3) 高齢のがん患者

- 高齢化の進行を踏まえ、高齢のがん患者が安心して地域で療養できる体制の構築が必要です。
- また、高齢者は、入院をきっかけに認知症と診断される場合や、既にある認知症の症状が悪化する場合があるため、がん医療における意思決定支援が必要です。

(取組 6 - 3) 高齢のがん患者 [基本目標 II]

- 高齢者が、地域包括ケアシステムのもと、地域で安心して療養できるよう、病状変化時の受入れ体制の充実に向けた支援や、介護従事者等のがんに関する理解促進及び知識向上を図ります。
- 認知症等を併発する患者を含め、高齢のがん患者に対し、適切な意思決定支援等が行えるよう、必要な方策を検討していきます。
- 併存疾患を抱える高齢者への支援のため、介護との連携を進めていきます。
- がん相談支援センターと区市町村が設置する在宅療養支援窓口の連携体制を構築していきます。

<課題 7> がんとの地域共生社会の構築

- がん患者はがんの治療に伴い、就労への影響、外見の変化、生殖機能への影響や後遺症等、生活する上で、様々な課題を抱えています。

- がん患者が、住み慣れた地域社会で罹患前と変わることなく安心して生活を送るためには、がん患者の状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けられるようにすることが必要です。

- また、がん患者に関する国民の理解が深まり、円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備を図ることも重要です。

(取組 7) がんの地域共生社会の構築

[基本目標 Ⅲ]

- がん患者が円滑な社会支援を営むことができるよう、サバイバーシップ支援に取り組めます。

- 全人的なトータルケアの視点を重視し、がん医療等の提供や支援に取り組めます。

- がん相談支援センターやがん経験者、がん患者団体等の相談支援窓口の充実と各窓口間の情報共有等により、多様な相談ニーズに対応していきます。
また、患者や家族が必要とする様々な情報を提供していきます。

- アピアランスケアなどの支援を充実し、がん患者の生活の質の向上を図ります。

- 異なる立場の人が、がんの病気を正しく理解し、患者に対し適切に必要な支援が提供されるよう、都民や関係者の理解促進に取り組めます。

<課題 8> がん登録・研究

- 全国がん登録の質を向上させるため、より多くの患者情報を収集し、患者情報の精度を高めることが重要です。また、全国がん登録は、都民の理解のもとに進めて行くことが基本であり、都民に対し、がん登録の意義や目的について周知や情報提供することが必要です。
- 院内がん登録については、各病院において、データの分析・評価が十分実施され、また、がん患者等に適切に情報提供されるよう、がん登録の質を確保していく必要があります。
- がん登録データが蓄積されてきましたが、今後、がん対策の推進に向けたデータの活用に向け、データの精度を一層向上させていくことが必要です。
- 都医学研及び健康長寿医療センターと都立病院や都内の医療機関等が連携を図りながら、引き続き、早期診断法や治療薬につながる研究を推進する必要があります。

(取組 8) がん登録の一層の質の向上とがん研究の充実 [基本目標 Ⅲ]

- 全国がん登録の質の向上を図るとともに、より多くの患者情報の収集を行うため、医療機関に実務担当者向け研修会を継続的に実施していきます。また、医療機関のがん登録に関する理解促進を図ります。
- 全国がん登録に関する都民の理解促進を図るため、がん登録の意義や目的の周知に向けて情報提供するとともに、個人情報 の適正な取扱いを徹底します。
- 都は引き続き、院内がん登録室において各病院の実務登録者に対する研修を実施するとともに、登録に関する相談に対応するなど、標準登録様式に基づく院内がん登録実施への支援を行っていきます。
- がん登録によって得られたデータの分析・評価・検証を行うことにより、都内におけるがんの実態把握に努め、より効果的ながん対策の実施に活かしていきます。
- 都医学研及び健康長寿医療センターにおいて、次世代診断法や治療薬の開発にかかる研究を実施していきます。

<課題9> あらゆる世代へのがん教育

- 学校におけるがん教育を適正に実施するとともに、外部講師の活用などにより、指導の充実を図る必要があります。
- 都民ががんに罹患せず、また、罹患しても早期に発見されるよう、さらには、がん患者が地域でがんと共存して生活を継続できるよう、学校以外の場においても、広く都民に対し、がんの予防や早期発見、早期治療の必要性、がんの治療に関することなど、がんに関する正しい理解を促進していくことが重要です。

(取組9-1) 学校におけるがん教育の推進

[基本目標 Ⅲ]

- 児童・生徒を対象に、発達段階に応じたリーフレットを作成・配布するとともに、医師やがん経験者などの外部講師の活用等により、効果的ながん教育を実施します。
- 教員を対象とした特別講演会の実施等により、がん教育における教員の指導力の向上を推進します、また、学校保健委員会やPTA主催の講演会等の活用により、保護者や地域の関係機関と連携したがん教育を推進します。

(取組9-2) あらゆる世代に対するがんに関する正しい理解の促進

[基本目標 Ⅲ]

- 区市町村が行う健康教育の事例を収集し、区市町村が適切にがん教育に取り組めるよう、情報共有を通じてあらゆる世代に対するがん教育の推進を図ります。
- 都民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、主体的に行動できるよう、予防・早期発見・早期治療に取り組む機運を醸成する効果的な普及啓発活動を展開します。
- 職場においては、従業員やその家族に向けた健康教育に関する取組を行う企業や関係機関を支援します。
- 患者や家族だけでなく、あらゆる世代の都民が、がんを正しく理解し、患者が地域で罹患前と変わらず生活を継続できるよう、生存率が大きく向上していることや、緩和ケア等に関する正しい情報を、東京都がんポータルサイトをはじめ、様々な機会を捉えて提供していきます。
- また、企業において、治療と仕事の両立が促進されるとともに、がん経験者の就労に当たり、他の人と変わらずに働くことが可能となるよう、広くがんに関する理解促進を図ります。

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
全体目標	75歳未満年齢調整死亡率	77.9	(検討中)
	日常生活をがんにかかる前と同じように過ごすことができる人の割合	66.9%	増やす
取組1-1 取組1-2	生活習慣【再掲】	P. ●	P. ●
取組1-3 取組1-4	成人の喫煙率【再掲】	男性 28.2% 女性 9.3%	全体 12% 男性 19% 女性 6% (喫煙をやめた人がやめた場合の喫煙率)
取組1-5	受動喫煙の機会	行政機関 5.5% 医療機関 2.7% 職場 37.8%	望まない受動喫煙をなくす
取組2-1 取組2-2	都民のがん検診受診率	胃がん 39.8% 肺がん 37.2% 大腸がん 41.9% 子宮がん 39.8% 乳がん 39.0%	50%
取組2-3 取組2-4	都民のがん検診精密検査受診率	胃がん 70.6% 肺がん 66.2% 大腸がん 54.6% 子宮がん 58.6% 乳がん 77.4%	90%
取組3-1	拠点病院等の整備数	58か所	増やす 又は 現状維持
	治療に納得している患者の割合	87.8%	増やす
取組4-2 取組4-3	日常生活をがんにかかる前と同じように過ごすことができる人の割合【再掲】	66.9%	増やす

取組 4-3	緩和ケア研修を受講した拠点病院等の医師数・割合	—	増やす 90%
	緩和ケア研修を受講した拠点病院等以外の医師数	—	増やす
取組 4-4	緩和ケアを正しく理解している都民・患者の割合	都民 30.1% 患者 37.8%	増やす
取組 5	がん相談支援センターの認知度	患者 67.4% 家族 63.1%	増やす
	がん相談支援センターに相談したことがある者の割合	患者 8.8% 家族 7.6%	増やす
	悩みが解消した人（患者）の割合	63.3%	増やす
	がんポータルサイトの閲覧数	()	増やす
取組 6-1	がんポータルサイトの閲覧数（小児がん）	()	増やす
	病院の相談員に相談した患者（家族）の割合（小児がん）	12.3%	増やす
取組 6-2	がん罹患後も就労継続している患者の割合	53.7%	増やす
	がんを正しく理解している都民の割合（「がんになっても治療しながら働くことは可能である」と回答した都民の割合）	67.1%	増やす
取組 7	日常生活をがんにかかる前と同じように過ごすことができている人の割合【再掲】	66.9%	増やす
取組 7 取組 9	がんを正しく理解している都民の割合（「がんは治る病気である」と回答した都民の割合）	68.1%	増やす

2 脳卒中

- 脳卒中を予防する生活習慣や再発予防及び疾患特性等について、都民・患者の理解促進に努めます。
- 患者が脳卒中を発症した場合に速やかに専門的な治療を受けられるよう救急搬送・受入体制の充実を図ります。
- 急性期から在宅療養に至るまで一貫したリハビリテーションを提供します。
- 住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送れるよう、地域における医療・介護サービスの連携体制を充実します。

現 状

1 脳卒中の疾病特性

- 脳卒中は、脳の血管が詰まったり破れたりすることにより、脳細胞に血液が届かなくなることで、脳機能に障害が起きる疾患であり、「脳梗塞」、「脳出血」、「くも膜下出血」に大別されます。
- 「脳梗塞」は、動脈硬化により狭くなった脳血管に血栓ができ、血管が詰まる「アテローム血栓性脳梗塞」、脳の細い血管が主に高血圧を原因とする変化により詰まる「ラクナ梗塞」、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ、血管を塞ぐ「心原性塞栓症」の3種類に分けられます。
- 「脳出血」は、脳の細い血管が破れるもので、「くも膜下出血」は、脳動脈瘤^{りゅう}が破れ、出血するものです。

2 脳卒中の発症等の状況

- 平成26年の「患者調査」によると、都における脳卒中患者数は、約11万3千人です。
- 平成28年の厚生労働省「人口動態統計」によると、都民の脳卒中による死亡数は、8,7千人となっており、死亡者全体の7.7%を占め、死亡順位は、悪性新生物、心疾患、肺炎に次いで第4位となっています。
- 脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下^{えんげ}障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などが残ることがあります。
- 平成28年の厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、介護が必要となった主な原因について、脳卒中は、認知症（18.0%）に次いで、第2位（16.6%）となっています。

3 脳卒中の医療

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要です。また、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる方は、速やかに専門の医療施設を受診できるように行動することが重要です。できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対処を行う必要があります。
- 超急性期の脳梗塞の治療として、発症後4.5時間以内にt-PA（組織プラスミノゲン・アクチベーター）を使用した血栓溶解療法（以下「t-PA療法」という。）を開始することが有効です。
- また、原則として発症後8時間以内の脳梗塞患者を対象とした血管内治療（詰まった血栓に対しカテーテルを用いて、機械的に取り除く治療法（血管内再開通療法））の有効性が示されています。
- 血管内治療も含めた脳卒中の急性期診療を24時間提供できる体制の確保が必要となっています。

これまでの取組

- 脳卒中の予防については、区市町村や事業者・医療保険者が取組主体となって、生活習慣改善に関する普及啓発や健診事業等を行っています。
- 都では、脳卒中医療連携について、都内全域で統一的・広域的な対応を要する事項を協議するため、平成20年「東京都脳卒中医療連携協議会（以下、「協議会」という。）」を設置・運営し、脳卒中に関する普及啓発、救急搬送・受入体制の構築やその評価・検証、地域連携クリティカルパス（以下「パス」という。）の活用促進に努めています。
- また、二次保健医療圏を単位とした「脳卒中医療連携圏域別検討会（以下、「圏域別検討会」という。）」を設置し、地域の脳卒中医療連携を推進しています。

1 脳卒中に関する普及啓発

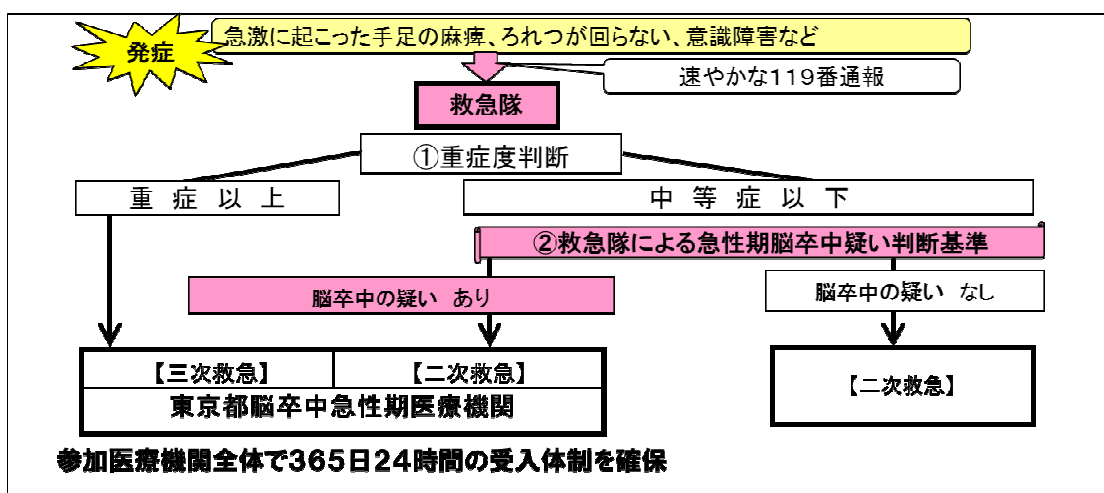
- 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで、高い効果が見込まれ、後遺症も少なくなります。このため、都民に対し、脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性、患者の周囲にいる者の適切な対応、再発予防等について普及啓発・教育等を実施する必要があります。

- 都では、都内全域を対象に、広報誌への記事掲載、インターネットへの普及啓発動画の掲載、クリアファイルの配布及びシンポジウムの開催等を行うとともに、圏域別検討会において、公開講座や講演会を開催するなど、脳卒中に関する普及啓発を図っています。

2 救急搬送・受入体制の構築

- 都では、より一層の救命や後遺症の軽減を図るため、脳卒中発症後の患者を速やかに適切な急性期医療機関に救急搬送できる仕組みとして、都独自に「脳卒中急性期医療機関」を認定し（平成29年9月現在、163機関、うちt-PA実施124機関）、東京都脳卒中救急搬送体制を整備しています。
- また、救急隊が、傷病者の全身状態の観察や脈拍・呼吸状態などの確認、家族等からの情報収集等により、重症度・緊急度を判断し、速やかに救急搬送先医療機関を選定して、搬送できるよう、傷病者の観察項目に、脳卒中発症が疑われる主な徴候を見極めるための判断基準（顔の歪み等）を加えています。
- 救急隊による医療機関選定方法を従来のカレンダー方式（脳卒中急性期医療機関に、月ごとの診療体制の状況を事前に調査し、二次保健医療圏ごとにカレンダーとしてまとめる方式）から、東京消防庁の病院端末装置を活用した選定方式に変更し、救急隊がリアルタイムで病院の受入可否状況を確認できる仕組みとしています。

東京都脳卒中救急搬送体制フロー図



資料：東京都福祉保健局

東京都における救急隊による救急搬送先医療機関の分類、選定基準（抜粋）

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

資料：東京都福祉保健局

3 リハビリテーション医療の推進

《以下の取組については「13 リハビリテーション医療」の再掲》

- 都におけるリハビリテーションサービスの充実を図るため、平成12年「東京都リハビリテーション協議会」を設置・運営し、リハビリテーション医療体制の整備や都及び地域におけるリハビリテーション提供体制等について検討を行っています。
- 平成13年度から、二次保健医療圏ごとに「地域リハビリテーション支援センター（以下「支援センター」という。）」を指定し、支援センターを拠点として、理学療法士等の技術等の底上げ、かかりつけ医やケアマネジャーに対するリハビリテーション知識・技術情報の提供及び地域のリハビリテーション関係者による意見交換や情報共有のための連絡会開催等に取り組んでいます。
- また、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の施設・設備整備に要する費用を補助しています。

4 地域連携体制の構築

- 都では、パスの普及を推進するため、都の標準パスを作成し、脳卒中急性期医療機関等への普及啓発に努めています。また、平成29年9月現在、都内には12のパス事務局があり、それぞれの事務局が中心となり、地域ごとに独自のパスもしくは標準パスを使用し、脳卒中の医療連携を進めており、延べ1,098医療機関がパスを活用しています。

課題と取組の方向性

<課題1>脳卒中に係る普及啓発の取組

- 脳卒中の予防には、生活習慣の改善や最大の危険因子である高血圧などの適切な治療が重要です。そのため、脳卒中を予防する生活習慣の実践や危険因子である高血圧等の診療や服薬を継続することなど、予防に関する普及啓発を行う必要

があります。

- また、発症から覚知までの時間短縮を図るとともに、再発予防に向け、患者の周囲にいる家族等が適切な対応を行うための更なる普及啓発等を行う必要があります。

(取組 1) 都民に対する脳卒中医療に係る普及啓発の推進 [基本目標 II]

- 脳卒中を予防する生活習慣、脳卒中の症状、発症時の適切な対応、再発予防等についての都民・患者の理解を促進するため、住民に身近な区市町村や医療保険者等の関係機関、圏域別検討会と連携し、地域においてきめ細かな普及啓発に取り組みます。また、ポスターやリーフレットの作成・周知、シンポジウムの開催等、引き続き広域的な普及啓発を実施していきます。

<課題 2> 血管内治療を含めた救急搬送・受入体制の整備

- 「東京都脳卒中急性期医療機関」の質を上げていくため、各医療機関の救急搬送患者の受入状況等の実態を把握し、検証していく必要があります。
- 救急搬送を速やかに行うためには、急性期医療機関の満床状態を回避しておく必要があります。そのため、急性期を脱した後、回復期、維持期の医療機関に速やかに転退院できるよう、医療連携をさらに推進する必要があります。
- 現行の東京都脳卒中救急搬送体制は t-P A 療法を想定して運用しており、二次保健医療圏を単位として医療連携の推進等に取り組んでいますが、近年有効性が示されている血管内治療も含めた救急搬送・受入体制を構築することが必要です。
- 血管内治療が実施可能な病院は限られており、また治療が実施可能な病院であっても、満床、専門医の不在及び血管撮影装置が使用できない等の様々な状況により実施できない場合があります。血管内治療が実施できない病院から、実施可能な病院への転院搬送が円滑・迅速に可能となるよう、転院搬送や医療機関間の連携の新たなルール作りが必要となり、こうした血管内治療に関する連携は都全体で取り組んで行く必要があります。
- また、円滑な転院搬送の実施に向け、医療機関間で患者の情報を迅速に共有できるように支援することが必要です。

(取組 2) 救急搬送・受入体制の充実を図る [基本目標 II]

- 「東京都脳卒中急性期医療機関」における救急搬送患者の受入状況等を協議会等で評価・検証し、東京都脳卒中救急搬送体制の充実を図ります。

- 血管内治療などの専門的な治療が円滑・迅速に可能となるよう、転院搬送・医療機関間連携の新たなルール作りを行うとともに、ICT等を活用した連携ツールの整備など医療機関間の情報共有を支援し、脳卒中の急性期診療体制を都全体で確保する取組を進めます。

<課題3>一貫したリハビリテーションの実施が必要

《以下の取組については「13リハビリテーション医療」の再掲》

- 後遺症を軽減し、療養生活の質を高めるには、急性期から維持期を通じ、患者の状態等に応じた一貫したリハビリテーションを実施し、合併症の予防や機能回復、日常生活動作の維持・向上を図る必要があります。

(取組3) 一貫したリハビリテーションの推進

[基本目標 II]

- 急性期の病態安定後、速やかに回復期、維持期の診療に移行できる連携体制の充実を図ります。

(1) 急性期リハビリテーション

急性期病院での治療後、リハビリテーションの必要な患者が、早期に回復期リハビリテーション病棟等への転院ができるよう、急性期病院と回復期リハビリテーション病棟を有する病院間で脳卒中地域連携パス等の更なる普及を図ります。

また、急性期病院において、回復期リハビリテーション病棟を有する各病院の情報等を把握できるよう、適宜情報提供します。

(2) 回復期リハビリテーション

回復期機能の充実に向け、引き続き、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟等の施設・設備整備に要する費用について病院に対して補助を行います。

回復期リハビリテーション病棟を有する病院と維持期リハビリテーションを提供する、かかりつけ医、福祉施設間の脳卒中地域連携パス等の更なる普及を図るとともに、在宅でリハビリテーションを受ける患者に関わる医師、訪問看護師、介護支援専門員及び介護職等の連携強化を支援していくことにより、退院後も引き続きリハビリテーションが必要な患者を支援します。

(3) 維持期リハビリテーション

介護支援専門員が、リハビリテーション医療の視点を持ったケアプランを策定できるよう、支援センターにおいて地域の介護支援専門員に対する研修を実施します。

診療所の医師であるかかりつけ医にリハビリテーション医療の普及啓発を図ることで、在宅等に退院した患者の在宅リハビリテーションの充実を図っていきます。合わせて、かかりつけ医へのリハビリテーション提供医療機関に関する情

報提供を行っていきます。

理学療法士等を対象として、訪問リハビリテーションの知識・技術の向上と介護支援専門員など多職種との理解と連携に関する研修を実施し、訪問リハビリテーション人材を養成します。

<課題4> 地域連携体制の充実

- 脳卒中地域連携パスの参加医療機関は徐々に増えてきており、今後もこれまで培ってきたパス活用実績を基盤に、より一層の医療連携に取り組む必要があります。
- 療養生活の質を高めるため、急性期を脱した後も、適切なリハビリが実施され、円滑に在宅療養へつなげることが可能な地域連携体制を構築する必要があります。

(取組4) 地域連携体制の充実

[基本目標 II]

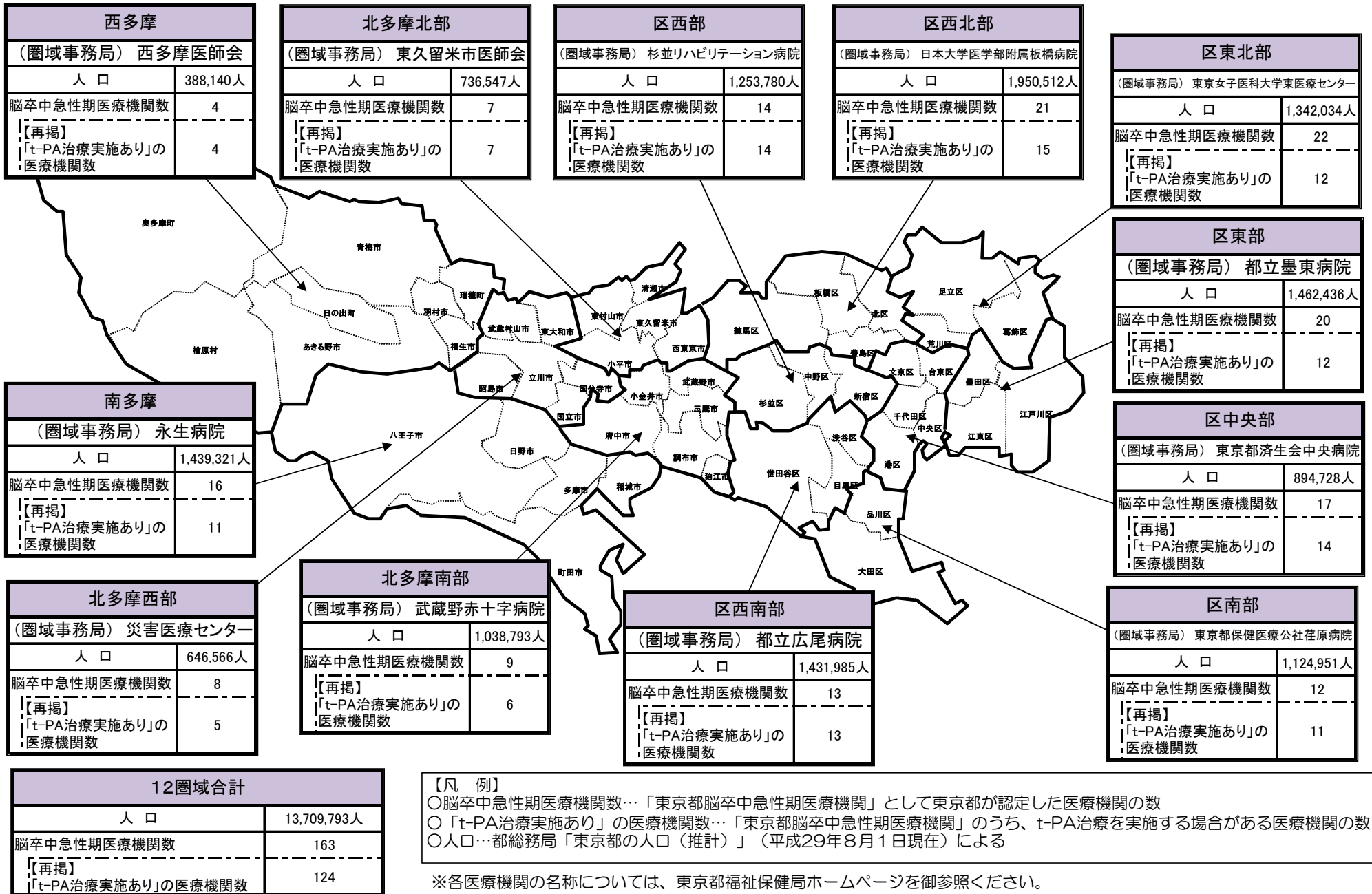
- 圏域別検討会において、地域の脳卒中に係る医療機能の把握と情報共有、急性期から在宅療養に至るまでの連携、パスの活用促進及び地域の住民や医療従事者に対する普及啓発活動等について検討・充実を図ります。
- 地域リハビリテーションニーズを踏まえ、支援センターの機能・役割や配置規模について検討を行い、地域リハビリテーション支援体制の充実に取り組みます。《「13リハビリテーション医療」再掲》
- 切れ目のない在宅医療の提供に向け、主治医、副主治医制の導入、かかりつけ医と在宅医療を専門に行う医療機関や訪問看護ステーションとの連携等による24時間の診療体制の確保や、病状変化時に利用できる後方支援病床の確保などの取組を充実します。《「12在宅医療」再掲》
- 地域の医療・介護関係者が効果的に情報を共有し、在宅療養患者の療養生活を支えるため、ICTを活用した情報共有・多職種連携の取組を推進します。《「12在宅医療」再掲》
- 入院医療機関における退院支援の取組を更に進めるとともに、入院（前）からのかかりつけ医、地域の医療機関、介護支援専門員等多職種との情報共有・連携を強化し、患者・家族も含めたチームでの取組を促進していきます。《「12在宅医療」再掲》

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
共通	“生活習慣の改善”の指標参照《再掲》		
取組 1、3	脳梗塞に対する t-P A による血栓溶解療法の実施件数		増やす
取組 1、3	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数		増やす

東京都脳卒中急性期医療機関数と圏域事務局（二次保健医療圏別）

平成29年9月1日現在



3 心血管疾患

- 心血管疾患を予防する生活習慣に関する、都民の理解促進に努めます。
- 患者が発症した場合において東京都CCUネットワークを活用し、速やかに専門的な医療につながる体制を確保します。
- 患者の早期退院及び社会復帰を促進し、患者が安心して在宅生活を送れるよう支援します。

現 状

心臓や血管の疾患である心血管疾患には様々な種類がありますが、ここではその中でも代表的な疾患である急性心筋梗塞、慢性心不全、不整脈、大動脈解離を取り上げます。

1 疾病の特性

(1) 急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞とは、心臓の筋肉（心筋）へ酸素や栄養を送る冠動脈（心臓を取り巻く動脈）が、血の塊（血栓）等により詰まってしまい、心筋に十分な酸素や栄養分が供給されなくなり、心臓が壊死しつつある状態をいいます。
- 治療法としては、薬剤で血栓を溶かす血栓溶解療法や、体外から細い管を入れ詰まった箇所を治療するバルーン療法やステント療法、詰まった箇所を迂回する血管を移植する冠動脈バイパス手術などがあります。発症から治療開始までの時間により予後が大きく左右されるため、発症した場合には速やかに救急隊を要請し、CCU¹病床を持つ医療機関において専門的な診断及び治療を受けることが必要です。
- また、急性心筋梗塞の発症後、不整脈などの合併症や再発を予防するとともに、早期の在宅復帰や社会復帰を目指して、患者の状態に応じて早期に患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを行うことが重要です。
- 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

(2) 慢性心不全

¹ CCU: Coronary Care Unit の略。主に急性心筋梗塞等の冠状動脈疾患の急性危機状態の患者を收容し、厳重な監視モニター下で持続的に管理する部門のこと。

- 慢性心不全とは、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下した状態をいいます。全身に必要な量の血液を送り出すことができなくなったり、肺や全身に血液が滞ったりすることで、息切れ、むくみ、全身倦怠感などの様々な症状をきたします。
- 治療は、患者の症状及び重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。
- 慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されています。
- 再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

(3) 不整脈

- 不整脈は健康な人でも起こりますが、高齢者や高血圧、肥満などの心疾患の危険因子を抱えている人はなりやすいとされています。また、もともと心臓に基礎疾患を抱えている人は、特に危険な不整脈が起こりやすいとされています。
- 不整脈とは、心臓の拍動のリズムが不規則になった状態をいいます。治療の必要がない軽い不整脈も多くありますが、症状が強く生活に支障をきたすもの、突然死の引き金になるもの、心不全や脳塞栓などの合併症の原因になるものは早期の治療が必要です。
- 不整脈の一つで心房細動といわれる、心房がけいれんするように小刻みに動く状態になると、心房に血栓ができやすくなり、それが剥がれて脳動脈に流れ込んで、脳梗塞（心原性脳塞栓症）を起こす危険性が高いとされています。

(4) 大動脈解離

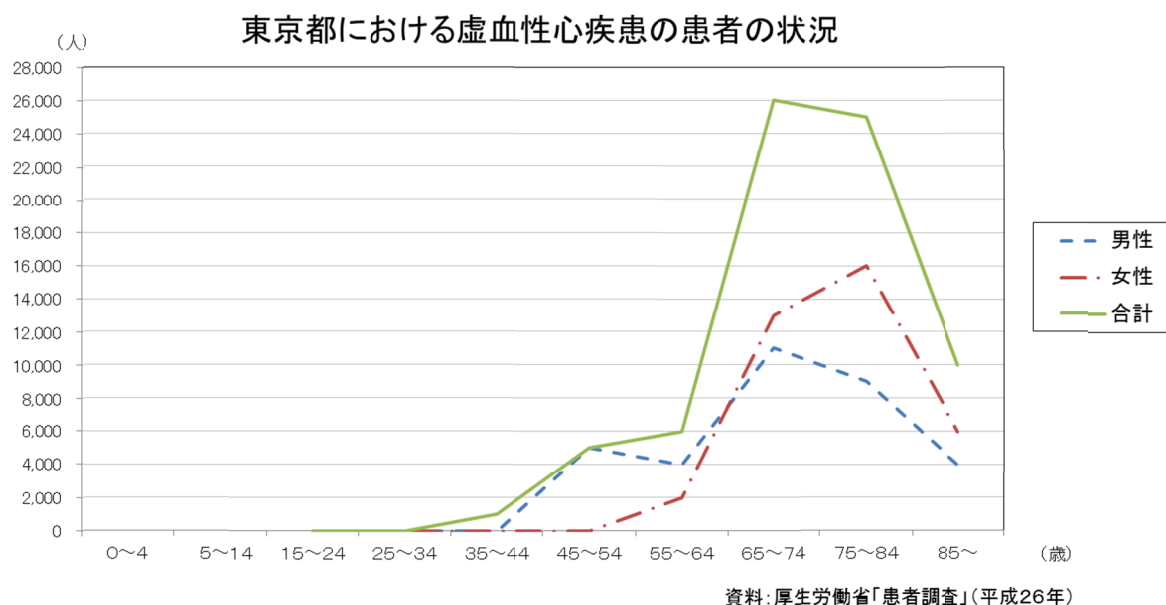
- 大動脈は体の中で最も太い動脈で、心臓から全身に血液を運ぶ管です。大動脈の壁の内側が裂けることにより、壁のすき間に血液が流れ込んでしまった状態を大動脈解離といいます。突然の急激な胸や背中の痛みを伴い、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状や、心臓から各種臓器への本来の血流を妨げることによる臓器血流障害等を引き起こします。
- また、大動脈壁の中に血液が流れ込んだことにより血管が膨らんだ状態を、解離性大動脈瘤といいます。
- 大動脈解離の治療においては、解離の範囲や合併症の有無等を踏まえ、厳格

な降圧を中心とした内科的治療もしくは、大動脈のうち必要な範囲を人工血管で置き換える大動脈人工血管置換術等の外科的治療が選択されます。

- 発症から2週間以内の急性大動脈解離は、死亡率が高く、予後不良な疾患であり、発症後の死亡率が1時間ごとに1～2%ずつ上昇すると言われていたため、迅速な診断と治療が重要です。

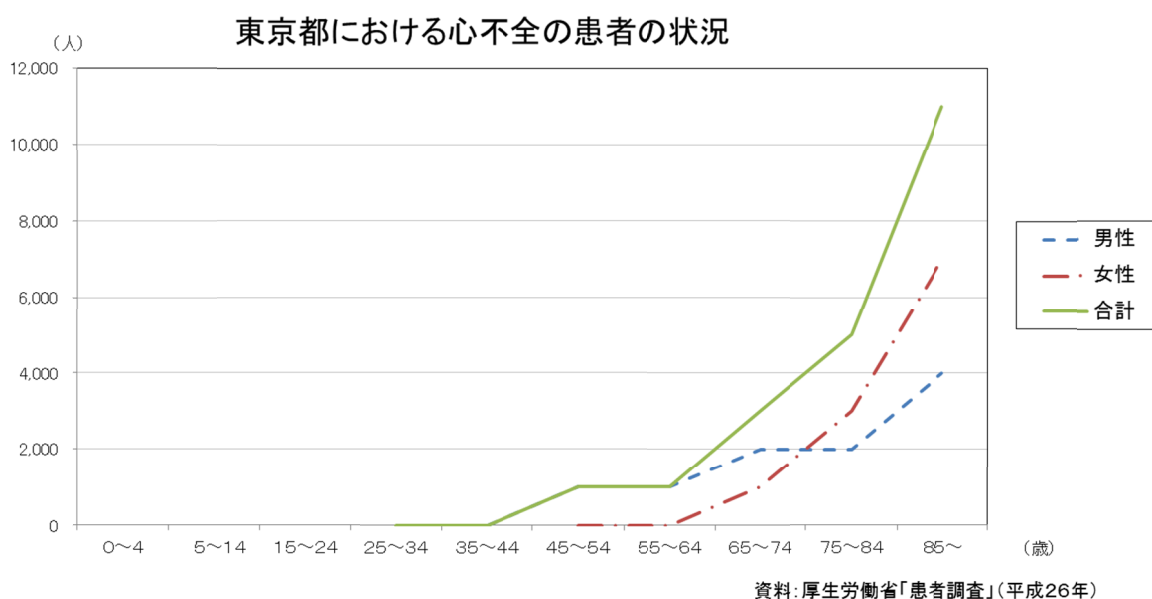
2 発症の現状

- 平成28年の心疾患による全国の死亡者数は約20万人であり、死亡者数全体の15.1%を占め、がんに続き、死亡原因の第2位となっています。なお、このうち急性心筋梗塞による死亡者数は心疾患死亡者数全体の約18.1%で約3.6万人、心不全による死亡者数は約37.1%で約7.4万人、不整脈及び伝導障害による死亡者数は約15.7%で約3.1万人という状況です。
- 平成28年の大動脈瘤及び大動脈解離による全国の死亡者数は約1.8万人であり、死亡者数全体の1.4%を占め、死亡原因の第9位となっています。
- 一方、都における平成28年の心疾患による死亡者数は約1.7万人であり、都の死亡者数全体の15.0%を占めています。大動脈瘤及び大動脈解離による死亡者数は1,869人で、死亡者数全体の1.6%です。

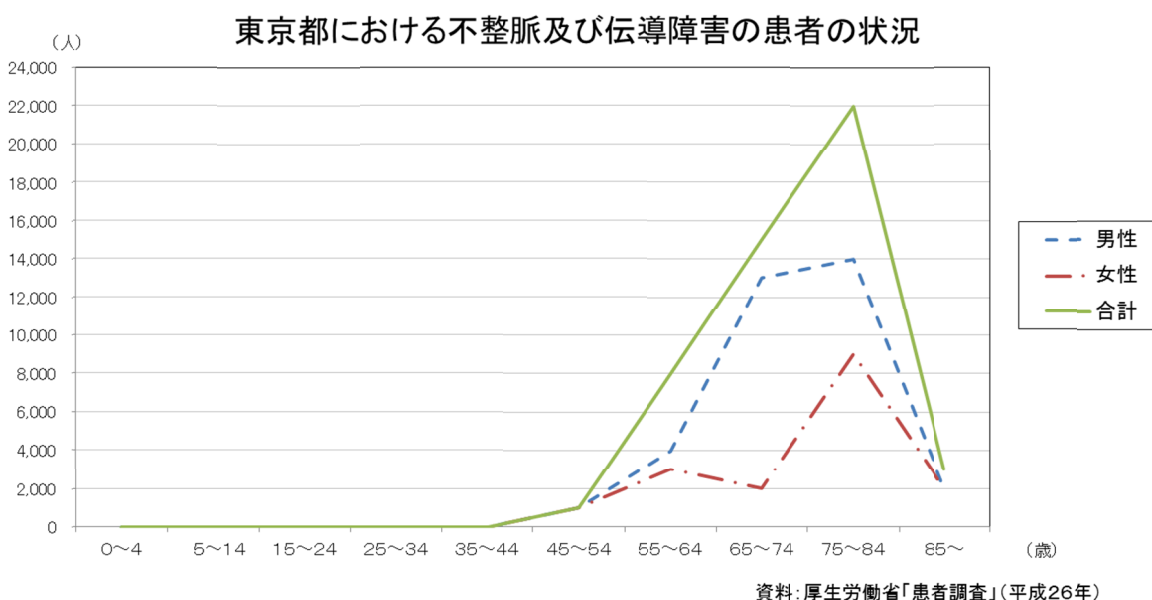


- 都において狭心症や急性心筋梗塞を含む「虚血性心疾患」の平成26年総患者数は7万人と推計されており、55～64歳から男性を中心として急激に患者数

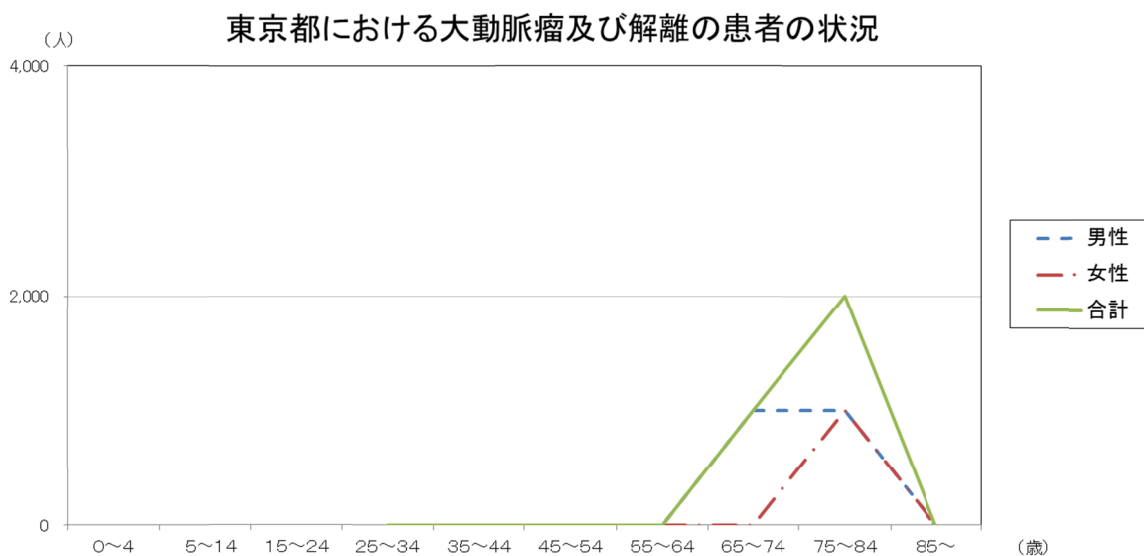
が増加していることがわかります。また、65歳以上になると女性の患者数も男性と同程度以上に発生しています。



- 都において心不全の平成26年総患者数は2万2千人と推計されており、そのうち70%以上が75歳以上の高齢者です。



- 都において不整脈及び伝導障害の平成26年総患者数は5万2千人と推計されており、そのうち約半数が75歳以上の高齢者です。また、男性の患者数が女性の約2倍となっています。



資料: 厚生労働省「患者調査」(平成26年)

- 都において大動脈瘤及び大動脈解離の平成26年総患者数は4千人と推計されています。

3 応急手当について

心肺停止状態となった患者に対しては、患者の周囲にいる者（バイスタンダー）や救急救命士等による心肺蘇生の実施やAED²（自動体外式除細動器）の使用により、救命率の改善が見込まれます。

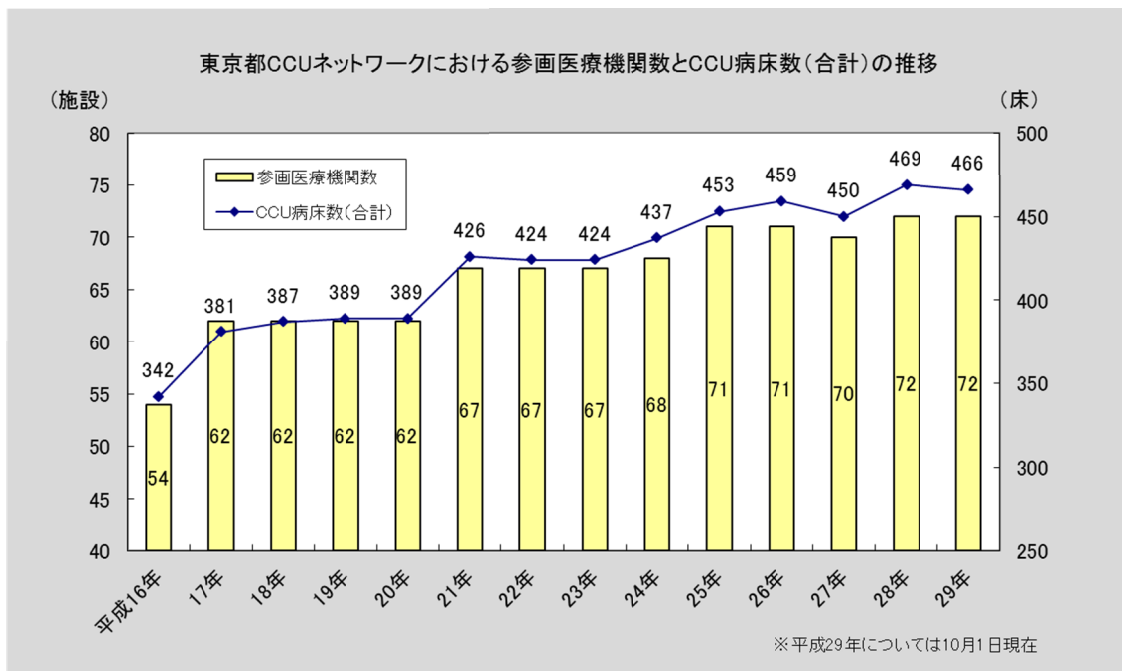
これまでの取組

1 東京都CCUネットワーク

- 都では昭和54年、心血管疾患患者の迅速な専門医療施設への搬送などを目的に、東京都医師会等とともに東京都CCUネットワークを発足させました。平成29年10月現在、CCU病床を有する医療機関（CCU医療機関）72施設、東京都医師会、東京消防庁及び東京都福祉保健局で構成されており、参画医療機関合計で466床のCCU病床を有しています。
- ネットワークでは、心血管疾患患者を発症場所から速やかに搬送し、早期の専門的治療を可能とするため、CCU医療機関が輪番で東京消防庁等からの電話相談、心血管疾患救急患者の入院受入れを実施しています。平成27年は、参画医療機関合計で5,062件の急性心筋梗塞の症例を始めとする急性心血管疾患の症例18,774件を扱いました。

² AED: Automated External Defibrillator の略。心臓が小刻みに震えて血液を送り出すことができなくなる心室細動と呼ばれる症状による心停止者に対し、電気ショックを与えて心臓の動きを正常に戻すための装置。救命のためであれば一般市民も使用することができる。

- また、医師や救急隊等の参加によるCCU研究会の開催や、心臓病患者の家族のためのAED講習会の実施など、心臓循環器救急医療の従事者の技能向上や患者家族等への普及啓発に取り組んでいます。
- さらに、ネットワークの連携体制を活用して、平成22年11月から、「急性大動脈スーパーネットワーク」を開始し、死亡率が高く迅速な診断と治療を要する急性大動脈疾患（急性大動脈解離及び真性^{りゅう}瘤切迫破裂）について、より効率的な患者搬送システムを構築しています。



2 応急手当の普及推進

- 平成16年に一般市民（非医療従事者）もAEDを使用できるようになり、バイスタンダーによる心血管疾患患者への応急手当等が可能となったことから、日本赤十字社や公益財団法人東京防災救急協会などでは一般市民向けにAED使用方法や心肺蘇生法等に関する講習会を実施しています。
- 平成27年6月からは、救急医療に関する普及啓発等を行う日本救急医療財団が、都内全域を含む全国のAEDマップを公開しており、都はこのマップに必要な情報の登録・更新について、区市町村や民間事業者に対する働きかけを行っています。

課題と取組の方向性

<課題1> 心血管疾患の発症予防

- 今後の高齢化に伴う心血管疾患患者の増加が予想される中、発症予防のための生活習慣の改善等について、都民への普及啓発を促進する必要があります。

(取組 1) 発症予防のための普及啓発

[基本目標 III]

- 急性心筋梗塞・不整脈等の心血管疾患の発症及び重症化の予防においては、生活習慣の改善や適切な治療により、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどの危険因子を減らすことが効果的であること、また、定期的な健診受診による異常の早期発見、早期治療や適切な治療の継続などの必要性について、区市町村、医療保険者等と連携し普及啓発を行います。
- また、歯周病菌が血液の中に入り込むことにより、心臓血管にも影響を及ぼす可能性があることなどから、歯周病と心筋梗塞などの関連性についても、普及啓発を図ります。

<課題 2> 都民や患者家族による応急手当の普及推進

- 救急搬送前にAED使用を含めた救急蘇生法などの適切な処置を行うことが求められることから、広く一般市民に対して応急手当に関する普及啓発を行う必要があります。
- AEDの設置及び設置場所に関する情報登録は任意の取組であるため、促進するための働きかけが必要です。
また、設置場所によっては、夜間帯を含めAEDを使用可能な時間が限定的であるため、より都民がAEDを利用しやすい環境づくりに取り組む必要があります。

(取組 2) 都民や患者家族による応急手当の普及推進

[基本目標 II]

- AED設置者に対し全国AEDマップへの情報登録を引き続き働きかけるとともに、区市町村と連携し、利用しやすい箇所へのAEDのさらなる設置など、都民がAEDを使用しやすい環境づくりを進めます。
- 都民や患者の家族に対するAED使用方法や心肺蘇生法の講習会の実施などに取り組み、応急手当に関する普及啓発を推進します。

<課題 3> 速やかな初期治療の実施

- 急性心筋梗塞をはじめとする急性心血管疾患は、発症してから治療を開始されるまでの時間によって、治療法や予後が大きく変わるため、発症後における迅速な搬送体制と患者の病状に応じた適切な急性期医療の確保が必要です。
- そのためには、現行のネットワークによる診療体制を維持した上で、症例の集積を図り、引き続き疾患や診療体制等の研究に努めるほか、各医療機関が提供す

る医療の一層の質の向上を図ることが必要です。

(取組 3) 速やかな初期治療の実施

[基本目標 II]

- 東京都CCUネットワーク参画医療機関が連携し、心血管疾患の患者を迅速・適切に受け入れる体制の確保に努めます。
- 東京都CCUネットワークや研究会等の取組によりCCU医療機関相互の診断・治療能力のレベルアップを図っていきます。
- 急性大動脈スーパーネットワークについて、定期的に運用状況を評価するなど、各施設が提供する医療の質の維持・向上を目指します。

<課題 4> 早期退院の促進から重症化予防・再発予防までの継続的な支援

- 急性期の医療機関の退院後に患者が安心して在宅での生活ができるよう、生活指導等により支援を行うことが重要です。
- そのためには、急性期以後の患者の実態について都内の状況を把握した上で、継続的な治療の実施体制の構築や重症化及び再発を予防するための取組が必要です。

(取組 4-1) 早期退院と社会復帰の促進

[基本目標 II]

- 患者が心血管疾患リハビリテーションを早期に受けられるよう、急性期病院におけるリハビリテーション実施体制の構築について検討していきます。
- 在宅復帰につながる継続的な治療が実施できるよう、急性期病院と回復期を担う地域の医療機関との連携に向けたしくみづくりについて検討するとともに、患者支援のあり方を検討します。

(取組 4-2) 重症化予防・再発予防のための継続的な支援

[基本目標 II]

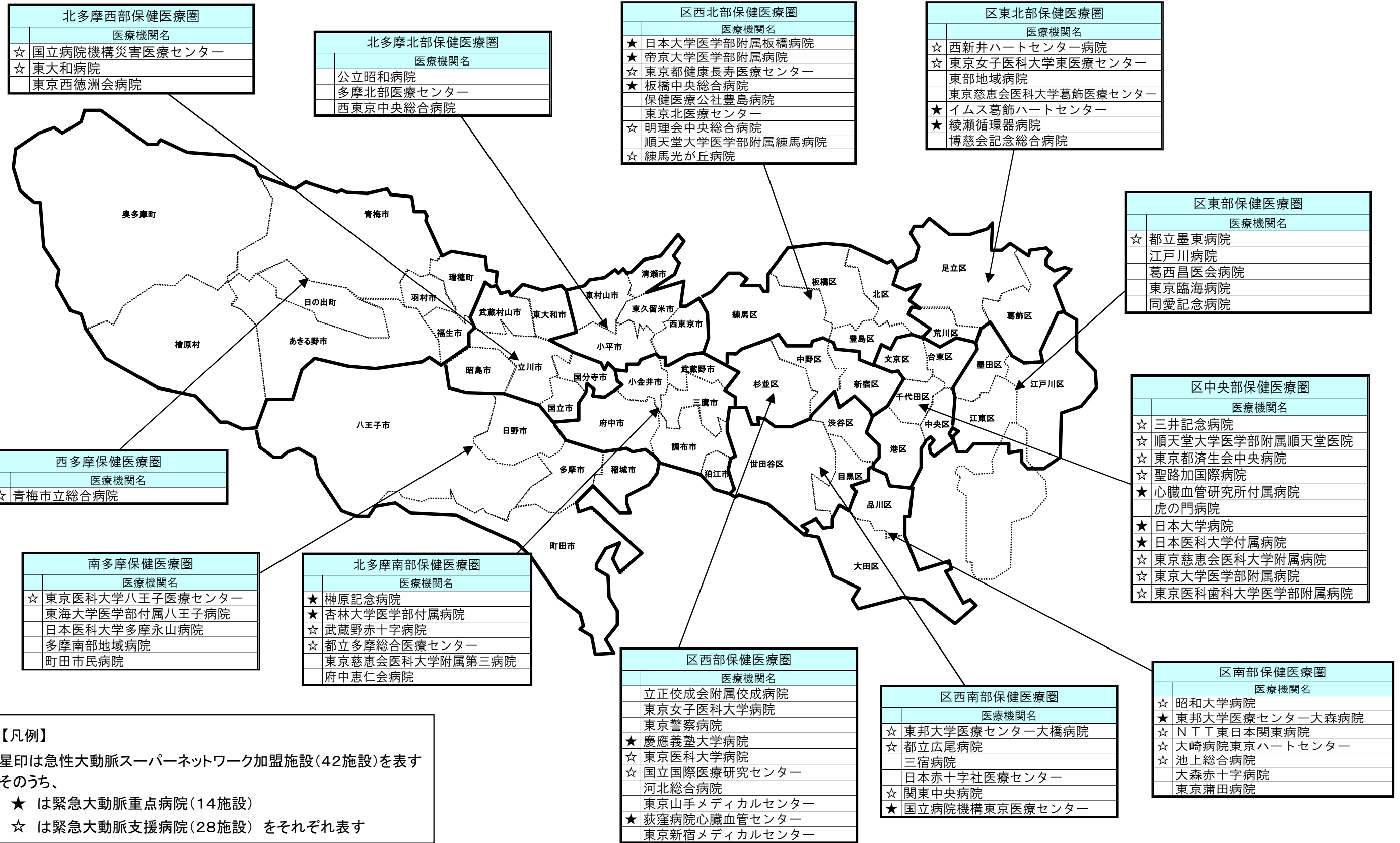
- 在宅復帰以降の疾患の重症化や再発を予防するため、多職種が連携し、定期検査の実施、継続的な服薬、運動等の生活指導など、支援のあり方を検討していきます。
- 慢性心不全の疾病特性や再入院を予防するための継続的な治療などの必要性について、関係機関と連携し、患者や都民に普及啓発を行っていきます。

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
共通	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率（人口 10 万対）	男性 42.5 女性 16.0 （平成 27 年）	下げる
共通	“生活習慣の改善”の指標参照<<再掲>>		
取組 2	AED マップ登録数	29,385 件 （平成 29 年 10 月 1 日現在）	増やす
取組 2	バイスタンダーによる応急手当実施率	29.26% （平成 27 年）	上げる
取組 3	東京都 CCU ネットワーク 参画医療機関数	72 （平成 29 年 10 月 1 日現在）	維持する
取組 4-1	退院患者平均在院日数	7.6 日 （平成 26 年）	維持する
取組 4-1 取組 4-2	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数 （心大血管疾患リハビリテーション料 I・II の届出施設数）	86 （平成 29 年 9 月 1 日時点）	増やす

CCUネットワーク参画医療機関

(平成29年7月1日現在 12医療圏72施設)



4 糖尿病

- 都民の多くが、食生活や運動等の生活習慣を改善し、適正体重を維持し、定期的に健診等を受診することで、糖尿病の予防・早期発見やメタボリックシンドロームの予防に取り組めるよう、糖尿病・メタボリックシンドロームの予防に関する都民の理解促進を図ります。
- 糖尿病に関する正しい知識、治療継続の重要性及び糖尿病医療連携等、糖尿病に関する普及啓発を促進します。
- 区市町村や事業者・医療保険者が行う発症予防や重症化予防に取り組みやすい環境整備を支援し、糖尿病による合併症を発症する人の割合を減らしていきます。
- 登録医療機関制度を活用し患者の早期発見、生活習慣の改善指導も含めた地域で実効性ある糖尿医療連携体制を構築します。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士など糖尿病に関わる医療従事者の情報の共有化やサポート体制を構築します。

現 状

1 糖尿病の疾病特性

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

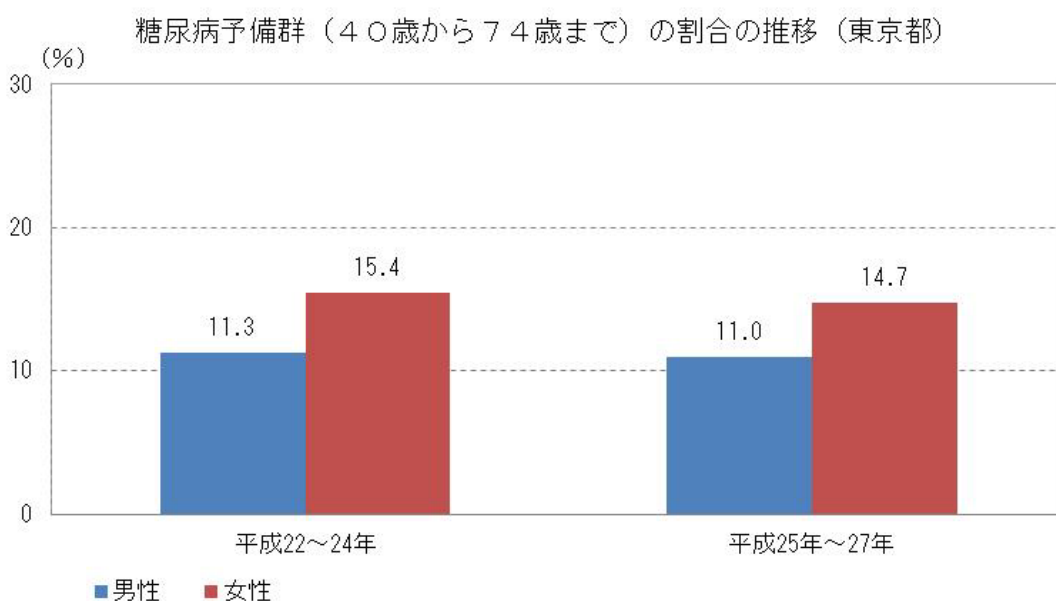
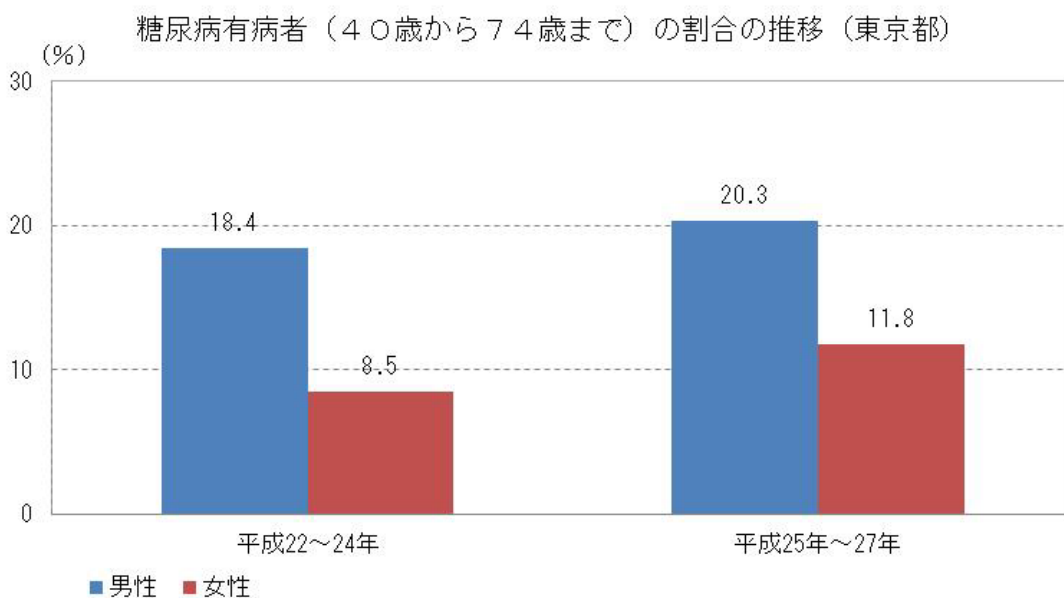
を有する薬剤師、看護師、管理栄養士等と連携して実施する継続的な医療サービスの提供が重要です。

2 糖尿病有病者・予備群の状況

○ 平成26年の「患者調査」によると、都における糖尿病患者数は、約32万4千人です。

○ 都の糖尿病有病者の割合を見ると、平成25年から27年までは、男性20.3%、女性11.8%となっており、平成22年から24年までと比較すると、男性は1.9ポイント、女性は3.3ポイント高くなっています。

糖尿病予備群の割合を見ると、平成25年から27年までは、男性11.0%、女性14.7%となっており、平成22年から24年までと比較すると、男性は0.3ポイント、女性は0.7ポイント低くなっています。



「国民健康・栄養調査」（厚生労働省）から東京都分を再集計※

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

- 平成27年度の糖尿病による失明発症率は、人口10万人対1.41人で前年度比0.02ポイント増、平成27年の糖尿病腎症による新規透析導入率は、人口10万人対10.69人で前年比0.76ポイント減となっています。

3 糖尿病・メタボリックシンドロームと生活習慣病の予防

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

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

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

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

4 特定健康診査・特定保健指導の実施

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

平成27年度の都内の区市町村国民健康保険の実施率は、特定健康診査が44.9%、特定保健指導が15.7%です。

また、平成26年度から27年度のメタボリックシンドローム該当者の減少率¹は23.3%、予備群の減少率²は23.1%となっています。

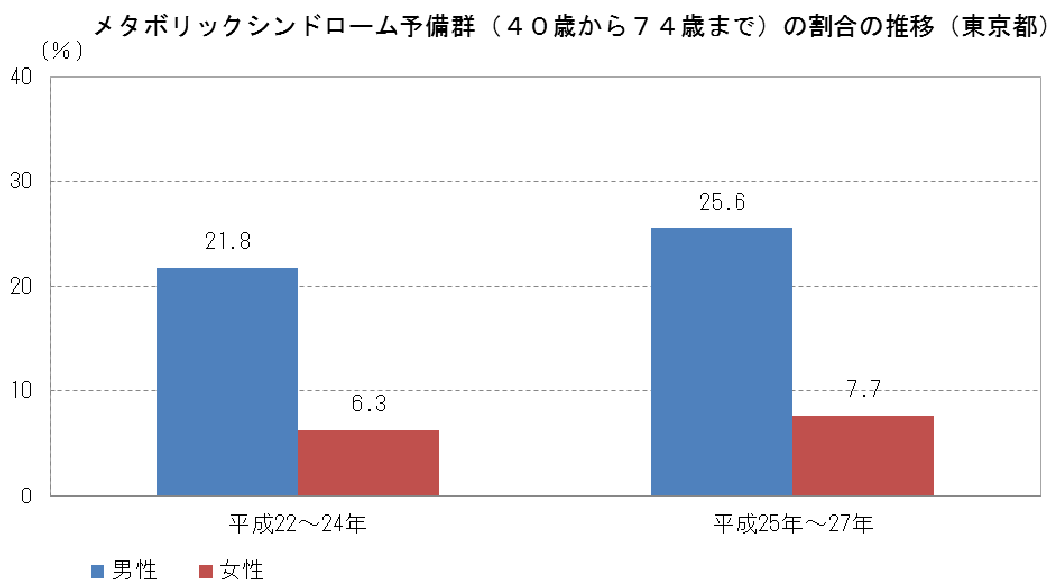
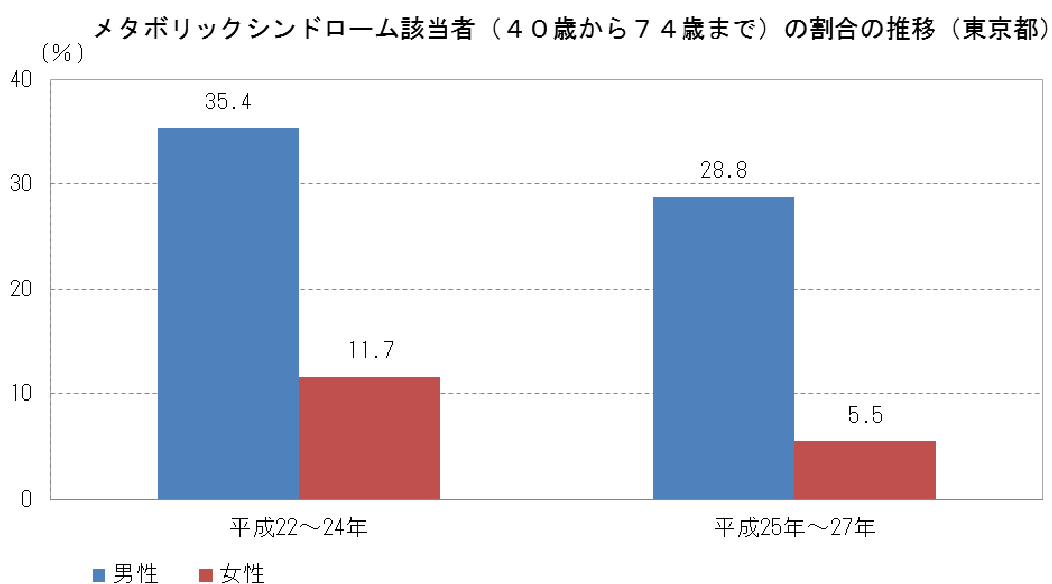
¹ メタボリックシンドローム該当者の減少率：昨年度のメタボリックシンドローム該当者の数（人）のうち、今年度のメタボリックシンドローム該当者・予備群ではなくなった者の割合（%）

² メタボリックシンドローム予備群の減少率：昨年度のメタボリックシンドローム予備群の数（人）のうち、今年度のメタボリックシンドローム該当者・予備群ではなくなった者の割合（%）

○ 平成27年度の東京都全体の特定健康診査受診率は63.4%、特定保健指導実施率は14.8%となっています。

○ 都のメタボリックシンドローム該当者の割合を見ると、平成25年から27年までは、男性28.8%、女性5.5%となっており、平成22年から24年までと比較すると、男性は6.6ポイント、女性は6.2ポイント低くなっています。

メタボリックシンドローム予備群の割合を見ると、平成25年から27年までは、男性25.6%、女性7.7%となっており、平成22年から24年までと比較すると、男性は3.8ポイント、女性は1.4ポイント高くなっています。



これまでの取組

- 糖尿病・メタボリックシンドローム予防については、区市町村や、事業者・医療保険者が取組主体となって、生活習慣改善に関する普及啓発や健診事業等を行っています。

また、都では、糖尿病医療連携について、都内全域で统一的に定める事項や、広域的に対応する事項を協議するため、平成21年3月に「東京都糖尿病医療連携協議会」（以下「協議会」という。）を設置するとともに、二次保健医療圏を単位とし、地域において検討すべき事項を取り扱うため「糖尿病医療連携圏域別検討会」（以下「圏域別検討会」という。）を設置し、取組を進めています。

1 糖尿病・メタボリックシンドロームの予防

- 都民一人ひとりが望ましい生活習慣を継続して実践し、糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症・重症化予防を図るため、区市町村や民間団体等と連携し、都民自らが負担感のない生活習慣の改善を実践できるよう、普及啓発及び環境整備に取り組んでいます。

- 区市町村や医療保険者等において健康づくりの企画や指導的な役割を担うことが期待される人材を対象に、健康づくりの施策や栄養・運動・休養等に関する知識・技術を普及する研修を実施しています。

また、区市町村が実施する糖尿病・メタボリックシンドローム予防対策事業に対する財政的支援を行っています。

- 日常生活の中で多くの時間を過ごす職場における健康づくりを推進するため、事業者団体と連携し、主に中小企業に対する普及啓発、活動支援に取り組んでいます。

2 糖尿病医療連携の推進

- 協議会において、糖尿病医療連携体制の構築、指標の設定・検証を進めてきました。また、圏域別検討会において、地域の糖尿病医療連携の推進等に努めてきました。

- 日本糖尿病療養指導士認定機構及び各地域のNPO法人等においては、高度で幅広い専門知識を持ち、患者の糖尿病セルフケアを支援する医療スタッフを糖尿病療養指導士として認定しています。

また、東京都医師会では、糖尿病診療の最新情報を基礎から学び直し、糖尿病対策における地域連携及び特定健診・特定保健指導に役立てるため、糖尿病予防推進医講習会を開催し、健診事業に携わる地域のかかりつけ医を東京都医師会糖尿病予防推進医として養成しています。

3 糖尿病地域連携に係る取組

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

(1) 糖尿病治療に係る医療資源の情報把握

- 都の医療機関案内サービス“ひまわり”には、糖尿病に関連する項目が掲載されています（39項目）。これらの項目をさらに「外来診療」、「入院治療」及び「患者教育」など9つに分類し、それぞれの医療機関で提供されている診療内容が都民に分かりやすく検索できるようにしています。

また、都の糖尿病医療連携のプロセス指標としている「外来診療」や「患者教育」を実施している医療機関及び「糖尿病の地域連携クリティカルパス」を導入している医療機関数など、糖尿病医療連携に資するデータの集計による、都全体又は地域ごとの医療資源の把握を可能としています。

(2) 糖尿病医療連携に資する連携ツールの活用

- 都内における糖尿病医療連携の取組を推進するため、協議会において、すでに多くの地域で運用されていた既存のツールを参考に、「東京都糖尿病医療連携ツール」を作成し、活用しています。

「東京都糖尿病医療連携ツール」

(http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/tounyoutorikumi/tool.html)

- ①医療機関リスト（東京都医療機関案内サービス「ひまわり」から出力）
- ②（標準的な）診療ガイド（「糖尿病治療のエッセンス」（日本糖尿病対策推進会議）の活用）
- ③医療連携の紹介・逆紹介のポイント（※上記URL参照）
- ④診療情報提供書の標準様式（※上記URL参照）

(3) 「糖尿病地域連携の登録医療機関」制度の運用

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

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

- 糖尿病の予防・治療に当たっては、適切な食習慣や適度な運動習慣など生活習慣の改善が不可欠であり、身近な医療提供施設の果たす役割が重要です。一方、都民には、依然として大病院・専門医志向があることから、糖尿病医療連携の仕組みの理解を促進するため、都民向けに普及啓発を図る必要があります。
- 圏域別検討会により、また、東京都医師会等の医療関係団体との連携により、市民公開講座や医療従事者研修会等を開催し、地域の住民及び医療従事者に対する糖尿病に関する普及啓発を行っています。

(4) 評価検証の取組

- 糖尿病医療連携の取組を絶えず見直し、レベルアップできるように、都独自の指標を作成し、評価・検証に用いています。
 まず、国の指針に示されている指標例のうち、今後、継続してデータの収集が可能な指標を「アウトカム指標」として定めています。
 また、主として診療所における糖尿病医療連携の広がりを把握するための指標として、「連携に必要な基盤をあらわすもの」、「連携の進捗状況をあらわすもの」の2つに分けて「プロセス指標」を定めています。

課題と取組の方向性

<課題1>糖尿病・メタボリックシンドロームに関する普及啓発

- 多くの都民が糖尿病の有病者・予備群、メタボリックシンドロームの該当者となっていることから、発症・重症化予防に向け、引き続き都民の意識醸成を図っていく必要があります。
- 医療連携ツールや「糖尿病地域連携の登録医療機関」等の都で行っている地域医療連携の取組等について、都民や患者に理解を促進する必要があります。

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

[基本目標 Ⅲ]

- 糖尿病やメタボリックシンドロームにならないための、負担感のない生活習慣改善の工夫（一次予防）、定期的な健診受診や必要に応じ早期に医療機関を受診し、治療を継続することの重要性（二次予防）、糖尿病の重症化予防（三次予防）について、都民の理解を一層深めていくため、様々な広報媒体を活用し、引き続き、普及を図っていきます。
- 各圏域別検討会で実施している都民向け講演会等を引き続き実施し、糖尿病に関する正しい知識、治療継続の重要性及び糖尿病医療連携等について、普及啓発を推進します。

<課題2> 糖尿病の発症・重症化予防に向けた取組促進

- 多くの都民が糖尿病の有病者・予備群となっており、深刻な合併症の発症者も一定程度いることなどから、発症・重症化予防に向けた区市町村や事業者等の取組を、引き続き支援していく必要があります。
- メタボリックシンドロームを早期に発見し、改善を図るため、特定健康診査・特定保健指導の実施率を高めていく必要があります。
- 重症化予防に取り組む区市町村等の数を増やし、医療機関未受診者に対する受診勧奨や、重症化リスクのある対象者への個別指導の取組を広げていく必要があります。

(取組2) 糖尿病の発症・重症化予防に向けた取組促進

[基本目標 Ⅲ]

- 区市町村や事業者等における糖尿病の発症予防、早期発見、重症化予防のための取組を支援していきます。
- 都が策定する「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って、区市町村国民健康保険と地区医師会・かかりつけ医等との連携強化を図るとともに、糖尿病対策に係る会議等において情報提供や共有等を行い、区市町村国民健康保険による効果的な取組を推進していきます。

<課題3> 予防から治療までの医療連携

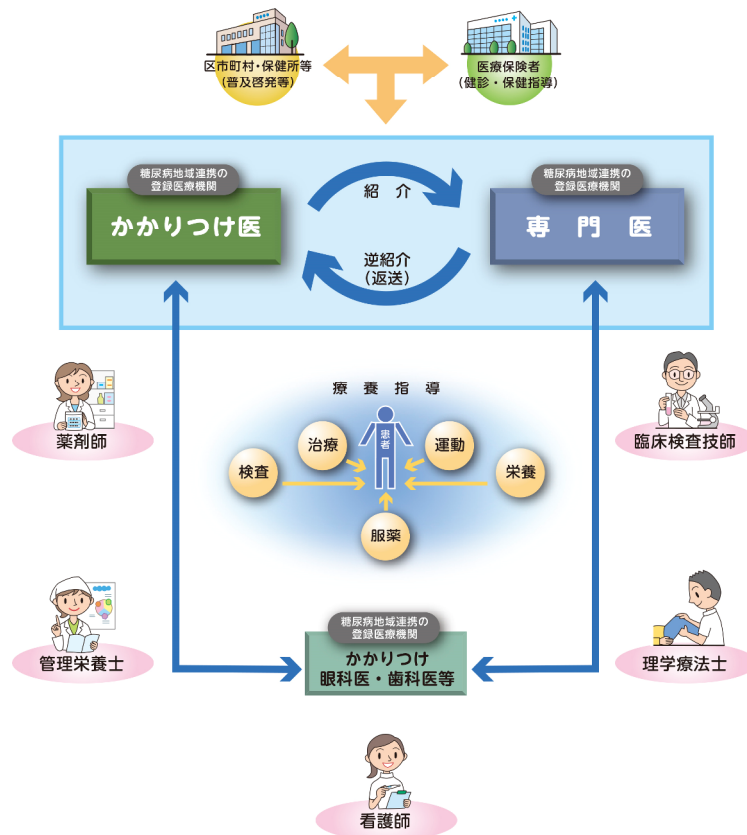
- 糖尿病は、健診等で発症リスクのあることが分かっているにもかかわらず、未受診であったり、受診をしても自ら治療を中断してしまい、重症化や合併症が発症してから受診に至る例も見受けられます。このため、発症予防、早期の受診・治療、治療の継続に向けて、区市町村や医療保険者と医療機関との連携が重要になっています。

(取組3) 予防から治療までの医療連携の強化

[基本目標 Ⅱ]

- 予防、健診、保健指導を行う区市町村や医療保険者と医療機関との連携を強化します。
- 予防から初期・安定期治療、専門治療、急性増悪時治療、慢性合併症治療等の各医療機能を切れ目なく提供できる体制を確立するため、「かかりつけ医」、「専門医」及び「かかりつけ眼科医・歯科医等」の相互連携による「糖尿病地域連携の登録医療機関」の取組を推進します。
- 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、臨床検査技師、管理栄養士など、糖尿病医療に関わる多様な職種との医療連携を推進します。

糖尿病医療連携のイメージ



<課題4> 地域連携に係る実効性のある取組

- 「東京都糖尿病医療連携ツール」や評価検証指標等により、地域医療連携の取組を進めており、「糖尿病地域連携の登録医療機関」への参画が増えていますが、未だ連携に参画していない医療機関があると考えられます。都内の地域連携を更に充実させるため、医療機関に対し糖尿病の地域医療連携に参加するよう促す必要があります。
- 慢性合併症の専門治療などでは広域的な医療連携が必要であり、二次保健医療圏ごとの圏域別検討会において医療連携の取組を進めていますが、その取組・連携実績等には圏域ごとに差があることから、全ての圏域において実効性のある取組が行われるよう、圏域ごとの取組を充実させていく必要があります。

(取組4) 糖尿病地域連携体制の強化

[基本目標 II]

- 「糖尿病地域連携の登録医療機関」の登録数が増えるよう、広域的な普及啓発に努めるとともに、各圏域でも普及啓発を積極的に行うよう働きかけ、糖尿病医療連携に積極的な医療機関を確保し、都民の誰もが身近な地域で医療を受けられる体制を強化します。

- 広域的な医療連携を図るために二次保健医療圏ごとの医療連携の充実に取り組みます。登録医療機関からの紹介・逆紹介の数などの実績報告をもとに、協議会及び圏域別検討会において評価・検証を行い、医療連携体制の充実を図ります。
- 「糖尿病地域連携の登録医療機関」に登録した医療機関相互で、診療情報や方針の共有化など実効性のある地域連携が図れるよう、都が作成した医療連携ツールの積極的な活用を促します。
また、その活用を通して、医療連携ツールの有効性について把握・検証し、必要に応じて見直しを行います。
- 糖尿病に関わる多様な職種を対象とした研修会や連絡会を各圏域別検討会において開催することで、都における糖尿病医療連携体制や、職種相互の役割への理解を促進します。

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
共通	“生活習慣の改善”の指標参照<<再掲>>		
取組2	特定健康診査実施率 ①区市町村国民健康保険実施分 ②東京都全体 特定保健指導実施率 ①区市町村国民健康保険実施分 ②東京都全体	①44.9% ②63.4% ①15.7% ②14.8%	増やす 東京都全体 特定健康診査 実施率 70% 特定保健指導 実施率 45%
取組3、取組4、 取組5	糖尿病による失明発症率 (人口10万人対)	1.41人	減らす
取組3、取組4、 取組5	糖尿病による新規透析導入率 (人口10万人対)	10.69人	減らす
取組3、取組4、 取組5	糖尿病による新規人工透析導入 患者数	1,445人	減らす
取組4	糖尿病地域連携の登録医療機関 の医療機関数	診療所162施設 病院1,969施設 歯科診療所1,437施設 (平成29年10月現在)	増やす

5 精神疾患

- 地域において、精神疾患患者が病状に応じて早期に適切な治療が受けられるよう、精神科や一般診療科に加え、相談支援機関等の関係機関との連携体制を構築し「日常診療体制」を強化します。
- 精神疾患の急激な悪化や精神障害者が身体疾患に罹患又は悪化により救急医療が必要になった時、身近な地域で症状に応じた適切な医療を受けられるように「精神科救急医療体制」を整備します。
- 精神科病院から地域への移行及び定着の取組を推進するとともに、未治療・治療中断者を含め、精神障害者や家族が地域で安心して生活が送れるよう、「地域生活支援体制」の充実を図ります。

現 状

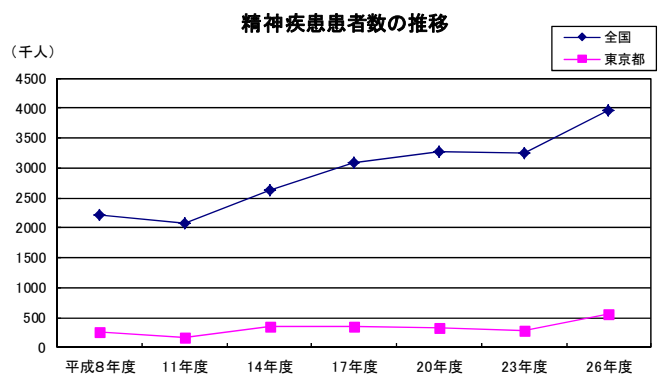
1 精神疾患の特性

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

2 都における精神科医療の現状

- 精神疾患は近年その患者数が急増し、平成26年には全国で392万人を超過する水準となっています。

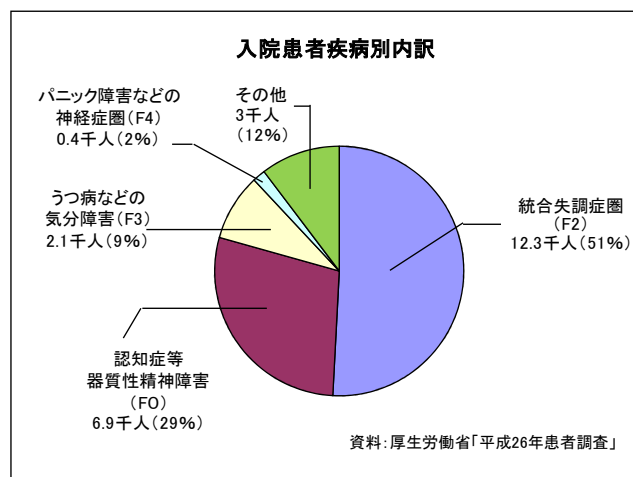
また、都内の精神疾患患者数は、平成23年には約28万人でしたが、平成26年には約55万人と推計され、大幅に増えています。



資料：厚生労働省「患者調査」(平成8年度～平成26年度)

- 都内における入院及び退院患者は、ここ数年、ともに3万6千人から3万8千人台を推移しており、平均在院日数は減少傾向にあります。

また、入院患者の疾病別内訳は、統合失調症圏(F2¹)が約51%、認知症等器質性精神障害(F0)が約29%、うつ病などの気分障害(F3)が約9%という構成割合となっています。



年間入退院患者数及び平均在院日数の推移

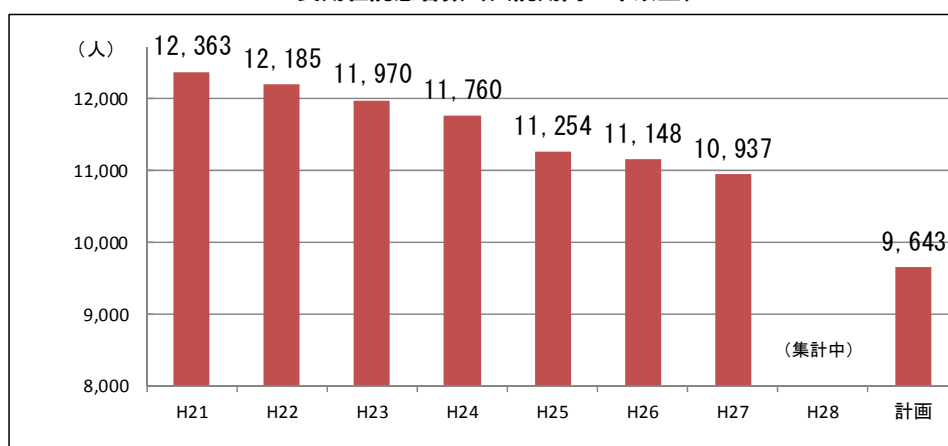
(単位:人、日)

	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
入院患者数	36,329	36,049	36,082	37,573	38,215	38,433
退院患者数	36,227	36,236	36,104	37,680	38,366	38,639
平均在院日数	219.5	215.6	209.6	200.2	198.9	191.8

資料:年間入退院患者数:厚生労働省「精神保健福祉資料」
平均在院日数:厚生労働省「病院報告」

- 1年以上の長期在院患者数は減少傾向にあります。現在も1万人以上おり、1年以上の在院患者数を平成24年6月末時点から18%以上減少(9,643人)させるという第4期障害福祉計画の目標値には達していません。

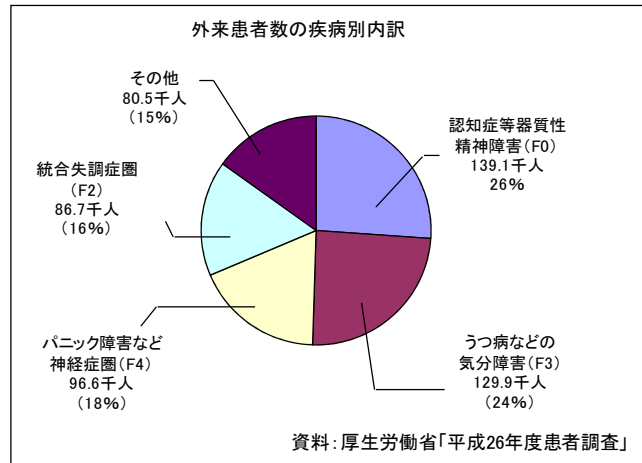
長期在院患者数(入院期間1年以上)



※東京都データ:25年度以前は「精神保健福祉資料:厚生労働省」、平成26年・27年度は東京都調べ

¹ Fコード:世界保健機関(WHO)が作成し、日本でも公式に使用される「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」(ICD)のコード。最新の分類はICD-10(1990)と呼ばれ、「精神及び行動の障害」には、「F00-F99」のコードが割り振られている。

- 一方、都内の外来患者数は約53万2千人であり、疾病別内訳を見ると、認知症等器質性精神障害が約26%、うつ病などの気分障害が約24%、パニック障害など神経症圏（F4）が約18%、統合失調症圏が約16%という構成割合となっています。



- 自立支援医療（精神通院医療）²利用者は増加傾向にあり、平成28年度の都の給付決定者数は約21万5千人で、疾病別では、うつ病などの気分障害が約44%、統合失調症圏が約32%と、両者で全体の約76%を占めています。

3 精神科医療資源・障害福祉サービス等の状況

- 都内の精神病床数の地域別状況は、区部6,959床、多摩地域（市部、郡部）15,535床であり、おおむね区部3に対して多摩地域7の割合となっています。また、人口10万人当たりの病床数は、区部75床、多摩地域475床と、多摩地域に多く分布しています。

- 精神科標榜診療所は、区部922か所に対して多摩地域280か所であり、おおむね区部3に対して多摩地域1の割合で、区部に多く分布しています。

精神病床数及び診療所（精神科）の地域別状況

（単位：床、所）

区分	区部	多摩	計
精神病床数	6,959	15,535	22,494
人口10万対病床数	75	475	550
診療所数(精神科)	922	280	1,202

資料：平成27年「東京都の医療施設」

- 都内の訪問看護ステーション1,062か所のうち、745事業所が自立支援医療（精神通院医療）の事業者指定を受けています（平成29年10月現在）。

また、都内で精神科訪問看護を行っている病院は60か所（区部21か所、多摩地域39か所）、診療所は72か所（区部62か所、多摩地域10か所）となっています。

精神科訪問看護の状況

（単位：所）

区分	区部	多摩	計
病院	21	39	60
診療所	62	10	72

資料：福祉保健局「精神科・精神神経科（旧神経科）・心療内科 医療機関名簿」（平成28年3月）

² 自立支援医療（精神通院医療）：精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下、「精神保健福祉法」という。）第5条に規定する統合失調症、精神作用物質による急性中毒、その他の精神疾患（てんかんを含む。）を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する病状にある者に対し、その通院医療に係る自立支援医療費の支給を行う制度

○ 区市町村の地域生活支援事業として、精神障害者に対する相談支援を行う地域活動支援センターⅠ型は都内に77か所あります（平成29年10月現在）。

○ 都では、障害者が地域で安心して生活できる環境を整備するため、地域生活の場となるグループホーム等を重点的に整備しており、精神障害者向けのグループホームの定員は1,933人となっています（平成29年10月現在）。

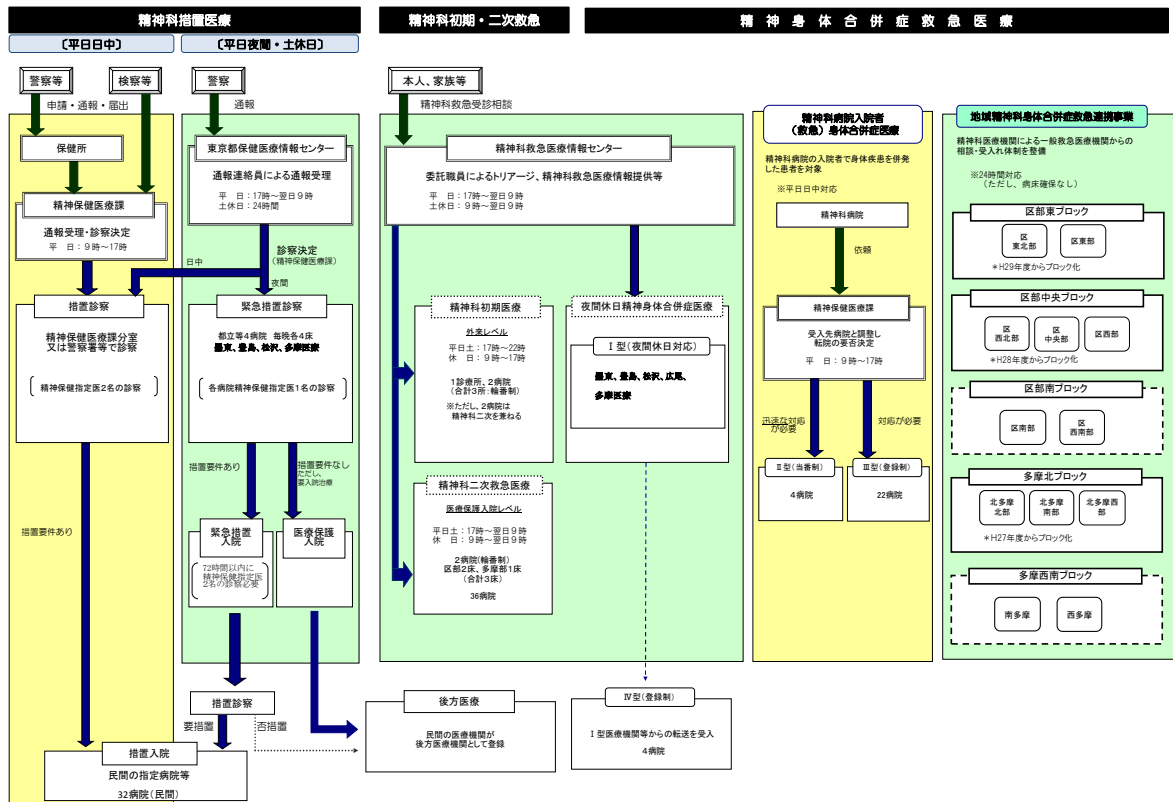
4 精神科救急の状況

○ 都の精神科救急は夜間・休日に実施しており、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）」第23条に基づく警察官通報（以下「23条通報」という。）による措置入院等（精神科措置医療）と、それ以外の対応である精神科初期、二次救急医療（精神身体合併症対応病床確保を含む。）からなっています。

○ 「精神科救急医療情報センター」を設置し、精神科に関する医療情報を提供するとともに、必要な情報を聴取して緊急性を判断し、トリアージやケース・マネジメント（調整）を行っています。

また、患者等からの相談に対して傾聴や助言等の対応を丁寧に行いつつ、必要に応じて、初期救急、二次救急、身体合併症病床などの医療機関案内を行っています。

東京都の精神科救急医療体制について



これまでの取組

1 日常診療体制

(1) 精神科と一般診療科等との連携体制の構築等

- 島しょを除く12保健医療圏において、精神科医療機関へ委託し、地域における連携事業を実施しています。

- 各圏域の連携体制の把握、情報の共有化、事業の評価・検証等を行うため、医療機関や社会復帰関係者、行政により構成された精神疾患地域医療連携協議会を設置しています。

- 各圏域に地域連携会議を設置し、地域の課題整理やニーズ、事業展開などを地域の関係者で検討しています。
また、地域の実情に応じた日常診療体制における連携ツールの検討、作成を進めています。

- 精神疾患を早期に発見し適切な治療に結びつけるため、地域の一般診療科医師と精神科医師による研修や症例検討会を実施するとともに、研修や症例検討会を通じて、地域の関係機関同士の顔が見える関係構築に向けた取組を行っています。

- また、精神疾患や精神保健医療に対する偏見や誤解が生じないように、広く都民に正しい理解を促進するための普及啓発を実施しています。

2 精神科救急医療体制

(1) 措置入院

- 精神障害のために自傷他害のおそれがある精神障害者について、23条通報等による措置入院（精神科措置医療）を行っています。

- 措置診察（夜間は緊急措置診察）を実施するために、精神保健指定医の確保等体制を整備するとともに、国、都及び地方独立行政法人が設置した精神科病院を除き、措置入院者を入院させる指定病院として32病院309床を確保しています。（29年4月1日現在）

(2) 初期救急・二次救急医療体制

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

(3) 精神身体合併症救急医療体制

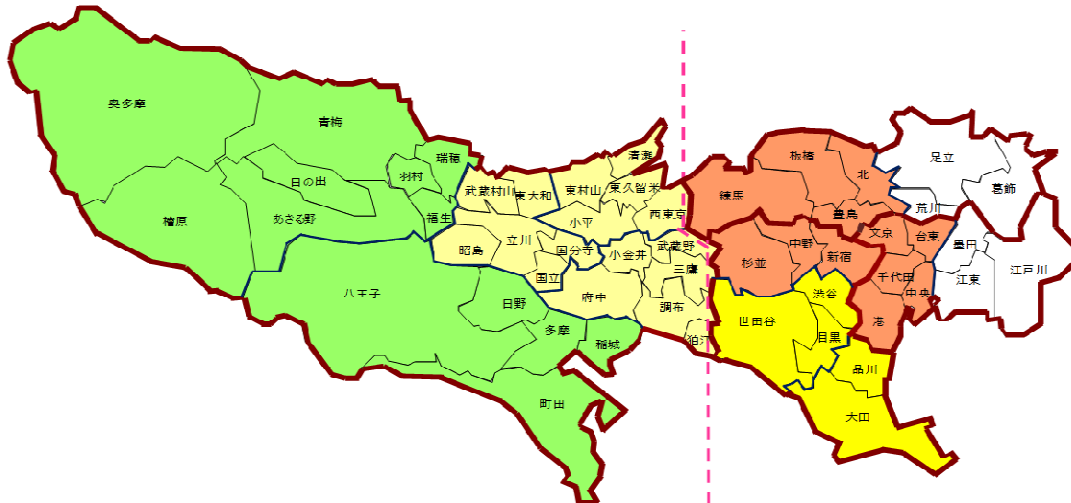
- 精神障害者が身体疾患に罹患し、または身体疾患が悪化したことにより救急医療が必要になった時、地域で迅速に適切な医療を受けられるように、一般救急医

療機関と精神科医療機関との連携強化を図っています。

- 平成27年度からは、精神科医療資源の状況等を考慮し、島しょを除く12の二次保健医療圏を組み合わせて5つのブロックに分け、各ブロック又は二次保健医療圏において、身体治療終了後の精神疾患患者に関する相談や受入れを行っています。
- 精神症状及び身体症状ともに重いケースなど、地域での受入が困難な場合に迅速かつ適切な身体医療を確保することを目的に、全都的な医療体制を整備しています。

事業推進区域（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 地域生活支援体制

（1）地域移行及び地域定着に向けた体制整備

- 地域移行支援会議を開催するとともに、精神科病院と地域の相談支援事業者との調整を担う地域移行コーディネーターなどを配置し、精神科病院に入院している精神疾患患者の円滑な地域移行及び地域定着に向けた活動を実施しています。
- グループホームを活用した体験宿泊により地域生活における不安の軽減を図るとともに、ピアサポーター（地域で生活する精神疾患患者）の育成・活用や、保健・医療・福祉関係者に対する研修を行っています。

- 精神科病院内外における地域移行に係る調整等を行う精神保健福祉士の精神科病院への配置や、精神科病院と地域援助事業者等との連携を促進し、入院中の精神疾患患者が早期かつ円滑に地域生活へ移行できるよう支援しています。

(2) アウトリーチ支援等

- 家庭内や地域で問題行動のある精神障害者に対し、都立（総合）精神保健福祉センターに設置した専門職チームによる訪問支援を実施するとともに、地域生活に困難な問題が生じた場合には、短期的に宿泊の場を提供し、医師面接・薬の処方、個別的プログラム等を実施しています。

また、関係機関による事例検討会や講習等の実施により、支援技法の普及や人材育成を図っています。

- 身近な地域における支援体制の強化に向け、専門職チームによる訪問型支援の実施に向けた体制整備に取り組む区市町村を支援しています。

4 個別課題

(1) うつ病

- 専門技術を広く普及するため、都立（総合）精神保健福祉センターにおける認知行動療法に関する専門職研修を実施しています。

- 「うつ病リターンワークコース」及び「うつ病ワークトレーニングコース」等、デイケアプログラムによる、復職等への支援を実施しています。

(2) 依存症

- 都立（総合）精神保健福祉センターによる専門相談、本人向けグループワーク、家族教育プログラムを実施しています。

- 都保健所による予防のための普及啓発活動や、当事者・家族への支援を実施しています。

(3) 小児精神科医療

- 都立小児総合医療センターによる「こころ」と「からだ」を密接に関連付けた総合的な医療を提供しています。

- 都内医療機関への医学的支援や福祉保健関係機関への相談対応、関係者への研修、都民向けシンポジウムなどの普及啓発に取り組んでいます。

(4) 発達障害児（者）

- 都の支援拠点である東京都発達障害者支援センターによる専門相談や就労支援などを実施するとともに、地域関係機関等を支援しています。

- 区市町村が行う発達障害児の早期発見や成人期支援の体制構築を促進するとともに、区市町村や医療機関向けに研修を実施し、人材育成を図っています。

(5) 高次脳機能障害

- 東京都心身障害者福祉センターによる専門的な相談支援や研修等を実施しています。
- 区市町村における高次脳機能障害者への支援体制構築を支援するとともに、二次保健医療圏における高次脳機能障害のリハビリの中核を担う医療機関を拠点病院に指定し、圏域内の区市町村や支援機関に対し技術的支援を実施しています。

(6) 災害精神医療

- 東京都災害時こころのケア体制（東京DPAT）連絡調整会議を設置し、発災直後から活動するための体制整備等について検討するとともに、関係機関等への普及啓発研修を実施しています。

(7) 多様な精神疾患

- 統合失調症や認知症をはじめ、PTSD、摂食障害、てんかん等の多様な精神疾患に対する正しい知識など、都民の理解促進に向けた普及啓発活動や、早期に専門医療につなげるための取組等を推進しています。

課題と取組の方向性

1 日常診療体制

<課題1-1>一般診療科と精神科の相互の連携体制の充実に向けた対応

- 平成28年度に都が実施した調査では、一般診療科が精神疾患を有する（疑われる）患者を精神科に円滑に紹介できていない理由として、精神疾患に関する知識が十分でないという状況があることから、更なる連携の促進や知識を深めていくための取組が必要です。
- また、一般診療科と精神科の連携状況の実態を引き続き検証し、更なる質の向上に努めることが必要です。

(取組1-1)一般診療科と精神科の連携体制の強化 [基本目標 III]

- 精神疾患を早期に発見し適切な治療に結びつけるため、地域の一般診療科医師と精神科医師による研修や症例検討会等を実施します。
- 地域連携会議を通じ、精神科と一般診療科の医療機関に加え、薬局、区市町村、保健所、都立（総合）精神保健福祉センター、地域活動支援センターなどの相談支援機関等による連携体制を構築します。

- 連携体制の各種課題を検討する場を新たに設置し、連携状況の実態を検証するとともに、地域の実情に応じた連携体制を支援する取組を進めます。

<課題 1 - 2>円滑な紹介体制の構築等に向けた検討

- 医療機関が相互に患者を紹介する際の状態や時点、必要な情報を明確化していくことが重要です。
- 医療機関における紹介体制や相談体制の構築方法、円滑な受診勧奨を行うノウハウや連携ツールのあり方などについて、検討を行う必要があります。

(取組 1 - 2) 円滑な紹介体制構築等を強化 [基本目標 III]

- 円滑な連携ができた事例やできなかった事例を記載した事例集や、患者の紹介時に活用する標準化したチェックシートを作成し、医療機関における連携を促進する取組を進めます。
- 地域の実情に応じた紹介体制や相談体制の構築方法、圏域を越えた連携のためのツールのあり方などを検討します。

<課題 1 - 3>都民への理解促進

- 精神科医療機関の受診が必要な方への受診勧奨が円滑に進まない理由の1つとして、精神疾患や精神保健医療に対する偏見や理解の不足が考えられます。

(取組 1 - 3) 都民への普及啓発の充実 [基本目標 III]

- 統合失調症や認知症をはじめとする多様な精神疾患や精神保健医療に対する偏見や誤解が生じないように、広く都民に正しい理解を促進するための講演会等を実施し、普及啓発を図ります。
- 講演会等の内容や実施方法、周知方法について検討し、より広く都民への普及啓発を促進します。

2 精神科救急医療体制

<課題 2 - 1>精神保健福祉法改正を踏まえた対応

- 国は、精神保健福祉法を改正し、精神科措置医療等に関する制度改正を予定しています。
- 精神科緊急医療体制の整備等に当たっては、国の動向等を踏まえて、対応して

いく必要があります。

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

[基本目標 Ⅲ]

- 精神科措置医療（23条通報による措置入院）等について、今後の国の動向を踏まえ、現行の体制や仕組みを検証し、必要な対応を行います。

<課題 2 - 2> 精神科初期救急・二次救急医療が必要な患者をより確実に適切な医療に繋げる仕組みの検討

- 精神科救急医療が必要な患者であっても、移動距離などの点で対応が難しい場合があります。
- 精神症状の悪化ではなく、揺らぎが生じた場合には、傾聴や助言によって落ち着くことが多くあるため、電話相談等の保健・福祉による支援体制が重要です。

(取組 2 - 2) 精神科初期救急・二次救急医療体制の整備

[基本目標 Ⅲ]

- 精神科救急医療に繋げることの要否を判断し、精神科救急医療が必要な患者をより確実に適切な医療に繋げる仕組みや、できるだけ身近な地域で受けられる体制等について、精神科救急医療体制整備検討委員会等で検討します。
- 精神症状の急激な発症や急変ではなく、精神症状に揺らぎを生じた患者に対する電話相談等、保健・福祉による支援の充実に向け体制整備を図ります。

<課題 2 - 3> 精神身体合併症救急患者の円滑な受入れに向けた検討

- 身体治療終了後の患者の精神科病院での受入れや、精神科病院入院中に身体疾患に罹患又は悪化した患者の一般診療科病院での受入れに当たっては、依頼元病院への相談や患者返送等のルール作りなど、一般診療科病院と精神科病院との連携体制の充実を図ることが重要です。
- 一般診療科医療機関での精神身体合併症の患者の受入れや対応を支援するために、相談体制を構築している地域の成果や課題を検証し、地域の実情に応じた効果的な相談体制を構築することが必要です。
- 患者の精神症状や身体疾患によっては、地域での受入れが困難な場合もあることから、地域における受入体制整備の進捗状況を踏まえつつ、広域（全都）で円滑に受け入れるための仕組みを検討することが必要です。

(取組 2 - 3) 精神身体合併症救急医療体制の整備

[基本目標 III]

- 一般診療科医療機関と精神科医療機関との連携体制の強化を図るため、地域の関係者会議等を活用し、精神身体合併症患者の地域での円滑な受入れに向けた課題等を検証するとともに、地域の実情に応じた体制を検討します。
- 一般診療科医療機関職員を対象とした研修を検証し、精神科医療や精神疾患患者対応の理解を深めるなど、一般診療科医療機関と精神科医療機関との連携強化や相互理解を促進するよう研修の充実を図ります。
- 身体治療終了後の患者の相談や受入れだけではなく、一般診療科医療機関入院時や入院中の患者対応など、精神身体合併症患者の精神症状等に対する相談等支援体制を検討し、地域の実情に応じた体制整備を図ります。
- 精神科患者身体合併症医療部会等において、地域で受入れが困難な精神身体合併症患者の状況や要因等を検証するとともに、退院後の地域の実情も含め、広域(全都)で受け入れる仕組み等を検討し、体制整備を図ります。

3 地域生活支援体制

<課題 3 - 1> 病院における長期入院者への退院に向けた取組

- 平成 28 年度に都が実施した調査では、過半の病院では実情に応じて退院支援を積極的に推進していました。
- 入院患者本人や家族の高齢化が進み、地域生活への移行がより困難な方への支援を充実させる必要があります。

(取組 3 - 1) 病院における長期入院患者への退院に向けた取組の推進

[基本目標 III]

- 病院における退院に向けた個別動機付け支援の取組や職員の研修等をより一層進めるため、地域移行コーディネーターの取組を引き続き推進します。
- 病院と地域援助者との連携の窓口となる精神保健福祉士等の配置を促進するとともに、長期入院患者の退院促進に向けたサポートなど、早期退院及び円滑な地域移行に向けた体制整備を図ります。
- 高齢の長期入院患者等の退院促進に向け、介護保険等の他制度の関係者等との連携を図ります。

<課題3-2>地域移行・地域定着の取組

- 地域移行・地域定着支援の取組が円滑に進んでいない区市町村や地域移行支援事業者に対する支援を進める必要があります。
- ピアサポーターの支援やショートステイの活用など、今までの成果を活かしつつ、精神障害者が地域で安心して自分らしい生活を送ることができるよう、精神障害者の支援を充実する必要があります。

(取組3-2) 地域移行・地域定着の取組の推進

[基本目標 Ⅲ]

- 好事例の紹介などを通じ、地域移行・地域定着の推進を区市町村に働きかけます。
- これまで以上のピアサポーターの活用やショートステイの利用に加え、相談支援事業所の地域移行・地域定着への取組を支援します。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向け、保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、重層的な連携体制の構築を目指します。

<課題3-3>未治療・治療中断者への支援

- 未治療や治療中断中の精神障害者等に対する支援を充実する必要があります。

(取組3-3) 未治療・治療中断者への支援の強化

[基本目標 Ⅲ]

- 区市町村による多職種訪問体制の構築を引き続き支援するとともに、地域生活の中で、より困難な問題に直面している精神障害者に対し、都立(総合)精神保健福祉センターによるアウトリーチ支援等の取組を推進します。
- 地域生活移行支援会議等を活用し、疾病教育やクライシスプランの活用など、病状悪化時や治療中断時の精神障害者やその家族に対する支援策の充実を検討します。

4 個別課題

<課題4-1>うつ病

- 平成26年に医療機関を受療しているうつ病・躁うつ病患者数(都民)は13.2万人であり、平成23年の8.5万人から増加しており、病状等に応じた支援が求められています。

(取組4-1) うつ病

[基本目標Ⅱ、Ⅲ]

- 認知行動療法に関する専門職向け研修を引き続き実施するとともに、病状等に応じた再発予防や心理教育など、より効果的なプログラムを検討します。

- 地域の就労支援機関やハローワークとの連携など就労支援や就労定着支援の強化を図ります。

<課題 4-2> 依存症

- 都立（総合）精神保健福祉センターにおいて、アルコール等の依存症に関する専門的な相談や本人及び家族に対する適切な支援が必要です。
- 「アルコール健康障害対策基本法」に基づき、依存症者に対する適切な医療を提供できる体制整備が必要です。

また、「再犯防止推進法」では、保健医療サービス等の関係機関の体制整備が明記され違法薬物の依存症事案も対象となったほか、IR推進法に対する付帯決議では、ギャンブル等依存症対策の抜本的強化が求められています。

（取組 4-2） 依存症

[基本目標Ⅱ、Ⅲ]

- 都立（総合）精神保健福祉センター・都保健所による相談・支援、普及啓発活動を引き続き実施します。
- 地域における医療提供体制の整備に向け、関係者会議等を設置するなど、総合的かつ計画的な対策を推進します。

<課題 4-3> 小児精神科医療

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

（取組 4-3） 小児精神科医療

[基本目標Ⅱ、Ⅲ]

- 都立小児総合医療センターを拠点とし、総合的な高度医療を提供するとともに、地域の関係機関が子供の心の診察や日常生活の中で、疾病や障害特性に応じた適切な対応が行えるよう、各種研修等を実施します。

<課題 4-4> 発達障害児（者）

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

○ また、成人期の発達障害者は、就労等の支援にあわせ、生活面で抱えている困難さに対応した支援の充実が必要です。

○ 発達障害児（者）を抱える家族への支援には、子供への関わり方を学ぶ機会や、同じ悩みを抱える家族による支援の取組が必要です。

（取組 4－4）発達障害児（者）

〔基本目標Ⅱ、Ⅲ〕

○ 区市町村を始めとした支援機関や医療機関の従事者に対する研修を引き続き実施するとともに、関係機関の更なる連携体制の充実を図っていきます。

○ 成人期支援の充実に向け、医療機関と生活支援・就労支援機関等との連携体制の構築を検討します。

○ 東京都発達障害者支援センターによる専門相談や就労支援、関係機関への啓発等を引き続き実施するとともに、地域における家族支援体制を整備します。

<課題 4－5> 高次脳機能障害

○ 発症・受傷時から就労など社会参加に至るまで、切れ目のない支援が提供されるよう、医療機関、区市町村、支援機関等の連携強化が求められています。

○ また、支援の充実を図るため、医療機関や地域の支援機関、企業等への理解促進や、限られた社会資源をより有効活用できる体制が必要です。

（取組 4－5）高次脳機能障害

〔基本目標Ⅱ・Ⅲ〕

○ 東京都心身障害者福祉センターによる相談支援などや、区市町村の支援体制構築に対する支援を引き続き実施します。

○ 拠点病院と圏域内の区市町村との協力による、急性期・回復期・維持期における医療機関や地域の支援機関への理解促進・連携強化を図るとともに、限られた社会資源をより有効活用できるよう他圏域との連携など体制整備を図ります。

<課題 4－6> 災害精神医療

○ 都内発災時（発災直後から中長期）における、災害時こころのケア体制（東京 DPAT）の体制整備や関係団体等との連携体制の構築が必要です。

（取組 4－6）災害精神医療

〔基本目標Ⅱ、Ⅲ〕

○ 東京都こころのケア体制（東京 DPAT）の体制整備を構築します。

- 東京DMAT、全国からの応援医療チーム、保健活動班等と情報共有や連携を推進します。

<課題4-7>多様な精神疾患

- 都における統合失調症患者は、平成23年の約6万1千人から平成26年には約9万9千人まで増加していますが、PTSDや摂食障害、てんかんなどを含め、多様な精神疾患ごとの地域の医療提供体制の構築が必要です。

(取組4-7) 多様な精神疾患

[基本目標Ⅱ、Ⅲ]

- 患者本位の医療の実現に向け、多様な精神疾患ごとに、地域における提供体制の構築に向け、役割分担や連携方法等について、関係団体等と協議を行っていきます。

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組1-1	早期発見・早期対応推進のための研修や症例検討会の実施	—	全地区医師会
取組2-3	精神身体合併症救急医療体制の整備	3ブロック	充実・強化
取組3-1	入院後3か月時点の退院率	54.4%※1	69%以上
取組3-1	入院後6か月時点の退院率	74.7%※1	84%以上
取組3-1	入院後1年時点の退院率	87.5%※1	90%以上
取組3-1	平成32年度末の長期在院者数 (入院期間1年以上)65歳以上、65歳未満	65歳以上 7,930人 65歳未満 4,958人 ※2	65歳以上 7,214人 65歳未満 4,158人

※1 平成27年精神保健福祉資料(厚生労働省)より東京都調べ

※2 平成26年患者調査(厚生労働省)

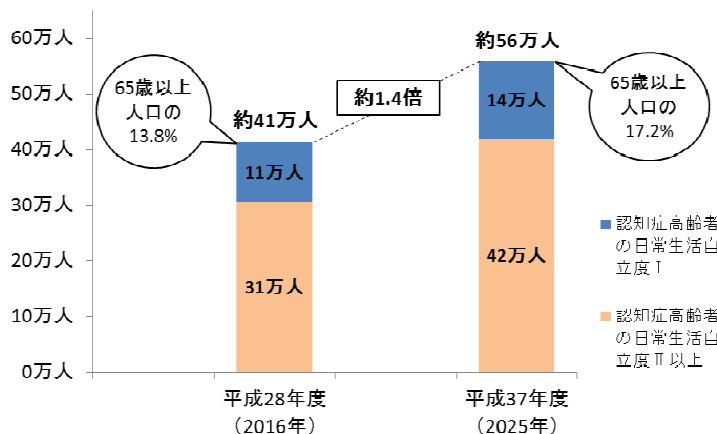
6 認知症

- 認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、区市町村や関係機関と連携した総合的な認知症施策を推進し、認知症の人が容態に応じて適切な医療・介護・生活支援等を受けられる体制を構築します。

現状

- 今後、高齢者、特に後期高齢者が増加していくことから、認知症の人の急速な増加が見込まれています。都内で、要介護（要支援）認定を受けている高齢者のうち、何らかの認知症の症状を有する人（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上）は、平成28年11月時点で約41万人ですが、平成37年には約56万人に達すると推計されています。

<認知症高齢者の推計[東京都]>



資料：東京都福祉保健局「平成28年度認知症高齢者数の分布調査」

<<参考>>認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

何らかの認知症の症状がある 支援が必要又は見守りが必要	自立	日常生活自立度ⅠからMに該当しない(認知症を有さない)方
	I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的に ほぼ自立している。
	Ⅱ (a, b)	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、 誰かが注意していれば自立できる。 (a=家庭外で b=家庭内でも)
	Ⅲ (a, b)	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、 介護を必要とする。 (a=日中を中心 b=夜間を中心)
	Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、 常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、 専門医療を必要とする。	

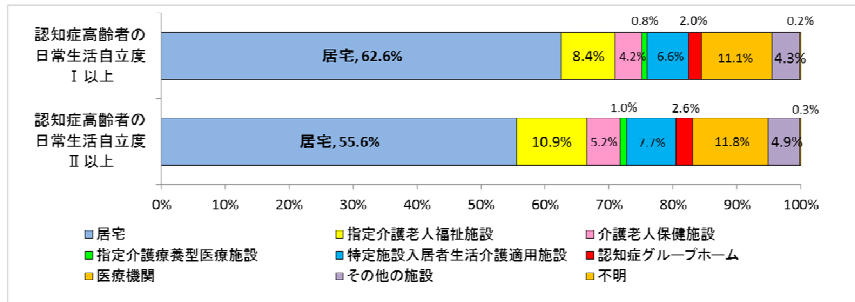
資料：厚生労働省通知（平成21年9月30日 老老発0930第2号）

- 65歳未満で発症する若年性認知症の人は、都内に約4千人（注）と推計されています。

（注）厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）による「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」（平成18年度～平成20年度）における有病率推計値から算出。

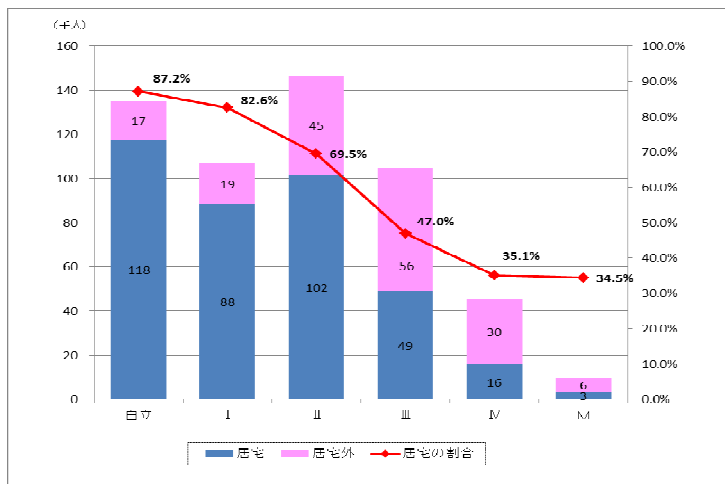
- 何らかの認知症の症状を有する高齢者の62.6%、また、見守り又は支援の必要な認知症高齢者の55.6%が、居宅（在宅）で生活しています。

＜認知症高齢者の居住場所[東京都]＞



資料：東京都福祉保健局「平成28年度認知症高齢者数の分布調査」

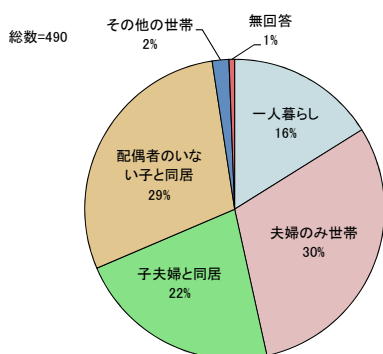
＜認知症高齢者の日常生活自立度別の居住場所[東京都]＞



資料：東京都福祉保健局「平成28年度認知症高齢者数の分布調査」

- 認知症が疑われる人の約半数は、一人暮らし又は夫婦のみ世帯で生活していると推計されています。

＜在宅で生活している認知症が疑われる人がいる世帯の状況＞



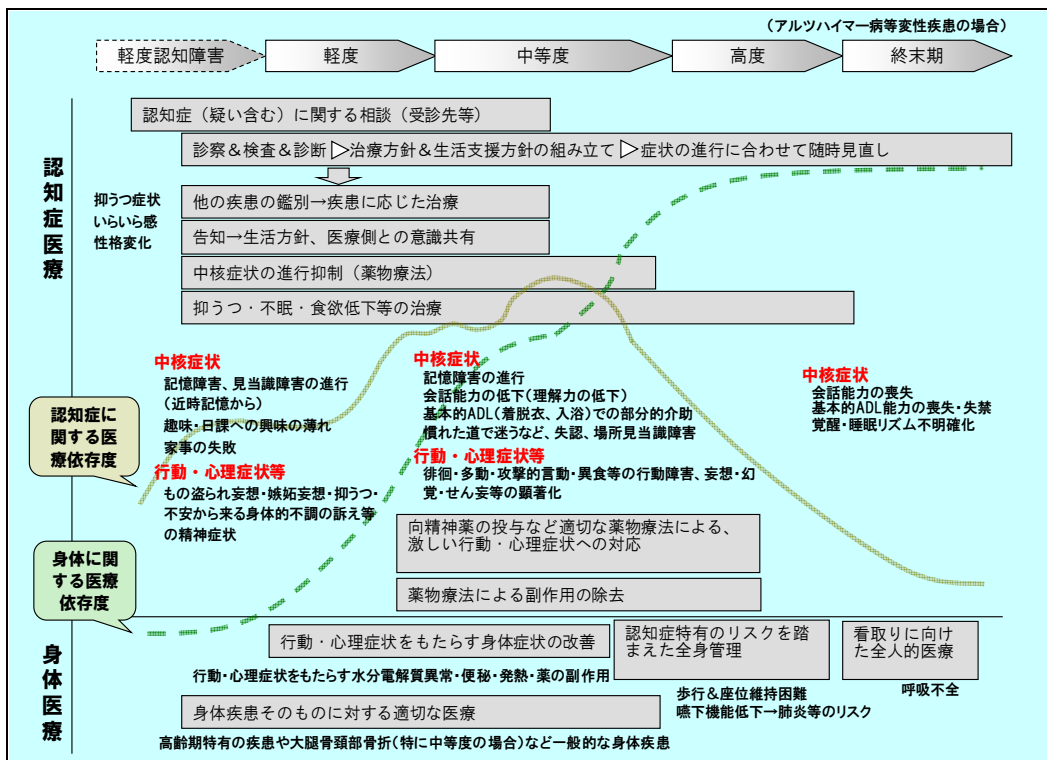
資料：東京都福祉保健局「認知機能や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査報告書」（平成26年5月）

○ 認知症は進行段階により症状が異なるため、その段階に応じた適切な医療の提供が必要です。また、身体疾患を有する認知症の人も多いことから、認知症と身体疾患が相互に及ぼす影響を踏まえた身体管理も重要です。

○ 都では、認知症に関する専門医療の提供体制を確保するとともに、医療機関同士や医療と介護の連携を推進する「認知症疾患医療センター」を52医療機関（平成29年11月1日現在）指定しています。また、かかりつけ医の認知症診断や診療に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を行っています（平成28年度末現在953人）。

○ 認知症施策は、住民に最も身近な区市町村が中心となって推進しています。都は、区市町村ごとに認知症疾患医療センターの整備を進めるなど、区市町村が円滑に事業を実施できるよう支援しています。

<認知症の経過と医療依存度>



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

これまでの取組

○ 都民の認知症に対する理解を深めるため、平成26年度に「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を盛り込んだパンフレット「知って安心認知症」を作成し、配布しています。

- 平成24年度に、二次保健医療圏域（島しょ地域を除く。）における認知症に係る医療・介護連携の拠点として、12か所の認知症疾患医療センター（現在の「地域拠点型認知症疾患医療センター」）を指定しました。地域における支援体制をさらに強化するため、平成27年度から、各区市町村（島しょ地域及び地域拠点型設置地域を除く。）に、「地域連携型認知症疾患医療センター」の整備を進めています。
- 平成25年度から、医療職の認知症支援コーディネーターを区市町村に配置し、地域拠点型認知症疾患医療センターの認知症アウトリーチチームと連携した早期発見・診断・対応の取組を推進しています。
- 平成27年度に、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターに「認知症支援推進センター」を設置し、認知症サポート医等の専門職向けの研修や島しょ地域への訪問研修等を実施し、都内の認知症医療従事者等の質の向上を図っています。
- かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者、介護従事者や地域密着型サービス事業所の管理者等に対し、認知症対応力向上を目的とした研修を実施しています。
- 認知症研究の実績を有する地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターや公益財団法人東京都医学総合研究所と協働して、認知症の人の在宅生活継続を支援する「都市型・認知症ケアモデル」や行動・心理症状に着目したケアプログラムの開発を進めています。
- 若年性認知症の人に対するワンストップの相談窓口である「若年性認知症総合支援センター」を都内2か所に設置し、若年性認知症の人と家族を支援しています。
- 認知症の人が住み慣れた地域で生活を継続できるよう、認知症高齢者グループホームの整備を進めています。

課題と取組の方向性

<課題1> 認知症の人に対する適時・適切な支援体制の確保

- 認知症の人が、容態に応じて適時・適切な支援が受けられるよう、身近な地域において、認知症の専門医療を提供できる体制を整備することが求められています。
- また、身体合併症や行動・心理症状を発症する認知症の人が多いことから、地

域の多くの医療機関が、その機能や特性に応じて、連携して対応できる体制を構築していくことが必要です。

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

- 各区市町村（島しょ地域を除く。）に設置した認知症疾患医療センターにおいて、専門医療の提供や専門医療相談を実施するとともに、地域連携を推進し、身体合併症や行動・心理症状のある認知症の人の受入体制を構築していきます。
- 島しょ地域については、認知症の専門医療機関による医療従事者等に対する相談支援体制を整備するとともに、訪問研修を実施することにより、認知症対応力の向上を図っていきます。
- かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師など高齢者に身近な医療従事者に対して認知症対応力向上研修を実施し、早期発見・早期対応の推進や、急性期病院等を含む医療現場における認知症の人に対する適切なケアの確保を図ります。

- 認知症は、早い段階から適切な治療を受けることで、改善が可能なものや進行を遅らせることができる場合があります。また、症状が軽いうちに本人や家族が認知症への理解を深めることで、今後の生活の準備をすることができます。
- 今後、認知症の人の急増が見込まれる中、認知症についての正しい知識を都民に広く啓発し、認知症が疑われる場合には、速やかに医療や介護等の支援につなげていくことが重要です。

(取組 1 - 2) 適時・適切な支援の推進 [基本目標Ⅲ]

- 全ての区市町村において、認知症サポート医、保健師、介護福祉士等の専門職で構成する「認知症初期集中支援チーム」を設置し、認知症の人や家族に対して、初期の支援を包括的・集中的に行います。
- 区市町村に配置した認知症支援コーディネーターと地域拠点型認知症疾患医療センターの認知症アウトリーチチームが連携して、受診困難な認知症の人等を訪問し、早期に医療や介護のサービスにつなげる取組を進めていきます。
- 地域拠点型認知症疾患医療センターの認知症アウトリーチチームが培った訪問支援のノウハウを提供するなど、区市町村における認知症初期集中支援チームの活動を支援していきます。
- パンフレット「知って安心認知症」の配布、ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」、都民向けシンポジウムの開催などを通じて、認知症が誰にでも身

近な病気であることを普及啓発し、早期の受診を促進していきます。

<課題 2> 認知症の人と家族が安心して暮らせる地域づくり

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

(取組 2 - 1) 認知症の人と家族を支える地域づくりの推進 [基本目標 Ⅲ]

- 都における医療専門職等の認知症対応力向上の支援拠点である「認知症支援推進センター」において、認知症サポート医や地域において指導的役割を担う医療・介護従事者等への研修を実施し、医療・介護連携のネットワーク構築や多職種協働を推進していきます。
- 認知症対応型サービスやその他の介護サービス事業所の介護職を対象に、認知症ケアに関する研修を実施し、地域における認知症ケアの質の向上を図ります。
- 全ての区市町村に配置される認知症地域支援推進員が、医療機関、介護サービス事業所、地域包括支援センター等地域の関係機関の連携を図るための支援や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組等を推進していきます。
- 認知症地域支援推進員が、地域の実情に応じた取組を推進するために必要な知識・技術を習得し、円滑に活動できるよう支援していきます。
- 介護者支援の拠点となる医療機関と連携した認知症カフェを設置し、医師等による講座の開催や医療専門職と家族との交流の場を提供するなど、地域の実情に応じて、認知症の人と家族の支援に取り組む区市町村を支援していきます。
- 認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護支援事業所など、認知症の人と家族の地域生活を支える介護サービス基盤の整備を進めていきます。

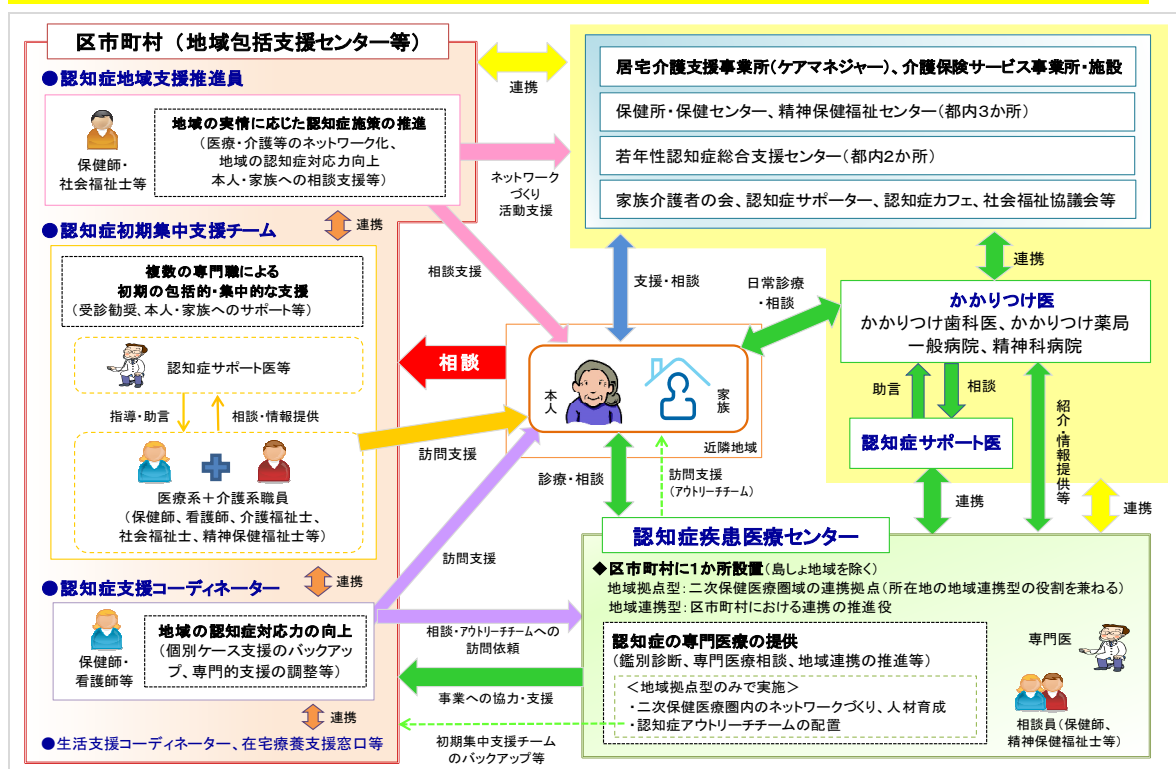
- 若年性認知症の人については、働き盛り世代で発症するため、経済的な問題や多重介護など、高齢者と異なる特有の課題があります。若年性認知症の人や家族への支援体制を強化していく必要があります。

(取組 2-2) 若年性認知症対策の推進

[基本目標 Ⅲ]

○ 若年性認知症の人を早期に適切な支援に結び付けられよう、都内2か所の「若年性認知症総合支援センター」でワンストップの相談対応を行うとともに、地域包括支援センター職員などの支援者向け研修等を実施し、地域における相談支援対応力の向上を支援していきます。

＜東京都における認知症の人と家族の生活を支える体制（イメージ図）（案）＞



※区市町村はこのイメージ図を参考に、地域の実情に応じた体制を構築する。

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
取組 1-1	認知症疾患医療センターの指定数	52 箇所	53 箇所
取組 1-1	かかりつけ医認知症研修受講者数	3,816 人	増やす
取組 1-1	看護師認知症対応力向上研修受講者数	4,073 人	増やす
取組 2-1	認知症カフェの設置区市町村数	48 箇所	全区市町村