

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に向けた要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都千代田区平河町 2－5－5

全国旅館会館内

東京都ホテル旅館生活衛生同業組合

理事長 工 藤 哲 夫

日本旅館協会東京都支部

会 長 石 井 敏 子

要 望 書

この度は、当組合の要望についてお聞き頂く機会を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染の影響を受け、観光宿泊業界は甚大な被害を受けましたが、近年はインバウンドが好調で少しずつ持ち直しております。しかし、予断を許さない世界情勢の影響を受け、光熱費の上昇や諸物価高騰は続き、更に人手不足問題は重く、また、地域によりインバウンド効果の差異が顕著に表れる等、観光宿泊産業は疲弊しているのが現状です。短期的にインバウンドの増加は損益の黒字転換を促したものの、コロナ期間中の資産売却や借入の増加が重くのしかかり、貸借対照表が正常に戻るにはまだ時間が掛かります。

この現状を踏まえて、宿泊業界を中心とした観光産業回復のために、引続き恒久的な対策の更なるご検討及びご支援を強く要望致します。

以下に要望事項をまとめましたので、ご検討を切にお願い致します。

【要望事項】

1. 宿泊税の課税標準価格を3万円程度に引き上げを要望します。

観光・宿泊業界はコロナの終焉後、海外旅行者（インバウンド）の大幅増加とインフレの進行に伴い、宿泊価格の大幅な上昇が起きております。宿泊業界にとっては一面有難い状況ですが、平成14年に制定された宿泊税の課税標準価格が低すぎ現状に合わない状況も発生しております。

都の主税局は課税標準価格とその徴収方法等の再検討を開始されておりますが、インバウンドが増加している今こそ、課税標準価格を3万円程度に引き上げ、合わせて税率の改定を要望します。

また、税收の使途については、効果的な観光施策の遂行に資するとともに、「関係団体等の意見を十分に反映させるよう努めること」との付帯決議に基づき、我々との議論検討を進めることも併せて要望します。

2. 外国人旅行者に対する啓発活動の強化継続等のオーバーツーリズム対策強化を要望します。

この数年のインバウンド増加は、宿泊業界のみならず国や東京都の経済にも好影響を及ぼしております。半面、国内各地では「オーバーツーリズムの問題」が起き、主要交通機関の混雑や、駅近辺や繁華街でのゴミ問題や宿泊施設においてはスーツケースの不当投棄など、地域住民と旅行者との間で多様な摩擦が生じて来ました。東京都内でも同様な事象が発生していて、特にインバウンド旅行者と住民との問題が表面化している地域もあります。しかし、2024年は年間8.1兆円の消費効果をもたらしたインバウンドですので、これを大事に育てる必要があると考えます。

都の産業労働局では外国人向けにマナー向上を進める冊子の作成、保健医療局は喫煙に関する区市町村の取組をホームページ上に掲載する等啓蒙に努めておりますが、十分な効果が未だ出ていない現状もあります。

一部の区では繁華街に巡回指導員を配置していますが、今後は多言語での路上喫煙の禁止（所定喫煙場での喫煙）、ごみのポイ捨て禁止・路上飲酒禁止エリアの規制強化等、東京でのルールやマナー啓発告知を強化すると共に分かりやすい表示を検討し、部局を横断

し区市町村も一体となった「ALL東京都としての対応」を進め、オーバーツーリズムの摩擦を抑え、健全なインバウンド産業の育成を図るために早急な対策や規制を要望します。

3. 「家主不在型宿泊施設」に対する適切な対応と更なる規制強化を要望します。

平成28年の旅館業法改正で客室数やその広さの制限が無くなり、事実上マンションの1室でも営業の許可を得ることが出来る様になりました。看板なしで、部屋貸しの365日の通常営業が出来るわけです。しかしながら、一般的にホテル旅館は、その建物が消防法上の防火防災の対策が求められる訳ですが、集合住宅（マンション等）では、建物自体が特殊建築物にはならず、結果として集合住宅の中の一室は消防法上の規制を受ける事無く営業が出来てしまう事態が生じております。また、従来旅館業法施行令で定められた衛生管理基準の遵守事項などが徹底されず、利用者から持ち込まれたトコジラミなどの寄生虫が放置される危険性や、チェックイン時の対面接客がないため、実際の宿泊者の本人確認が出来ず、犯罪の温床となる可能性もあります。さらに、住宅宿泊事業法の改正により、マンションの1室や雑居ビルの1フロアでもホテル旅館の営業が認められておりますが、これは民泊の中でも最も危険度が高いといわれている「家主不在型宿泊施設」に当るものです。

家主不在で行政が管理出来ない宿泊施設が今後も増加した場合、ゴミや騒音の問題が発生し、結果として住民との摩擦が広がり、所謂オーバーツーリズムを引き起こす元凶になりかねません。従来、インバウンドの数を増やすことを主眼にしましたが、これからは住民とインバウンド旅行者が摩擦を起こさないルール作りや施策が必要となり、既に諸外国の主要都市では、家主不在型宿泊施設の事実上禁止措置や規制強化が行われています。

東京都として現状認識を十分に頂き、将来発生が想定される課題への対応策も含めて、都と区市町村が一体となって取組み、現在のインバウンドの流れを止めない為にも「家主不在型宿泊施設」の規制強化推進を要望します。

4. 外国人材を受入れる場合の住宅費補助等の制度拡充を要望します。

今年度から、「観光事業関連事業者による旅行者受入対応力強化支援事業補助金」の一環として、新たに「外国人材受入の住環境確保に要する初期費用」が中小宿泊事業者対象の補助金として開始されました。私たちは過去から、外国人材受入れ時の住環境支援策の必要性を要望として提出してきましたが、実情を踏まえた対応策が開始されたことで一歩前進したと理解しています。しかし、新制度の内容は対象者の入居時1か月分の手数料等の一時金が対象で、以降の賃料が継続して補助されるものではありません。

諸物価高騰の中、特に23区内の賃貸住宅家賃は高額で、都内での生活維持が厳しい状況には変わりはありません。現状を克服し将来に向けた安定した人材確保の道筋を付けるためにも、新制度からさらに前進した補助金制度の検討を要望します。

5. 東京の魅力を広く内外に発信するため、「TOKYO旅館ブランド構築・発信事業」と、インバウンド誘客のための「東京シティプロモーション」の積極的な継続展開を要望します。

産業労働局が主管する「TOKYO旅館ブランド構築・発信事業」については、宿泊施設を中心とした地域活性化の取組を、商店・飲食店・観光協会等と連携し付加価値を高めることで、地域の活性化と宿泊需要喚起を目指し、当組合でも令和5年度から3年計画で開始し、将来的には東京都全域に波及効果を目指して取組んでいます。

また、「東京都宿泊業活性化事業費補助金」事業も展開しており、その補助金を活用して「東京シティプロモーション」に毎年参加し、他国への情報発信事業を行っております。

今後も更に補助金を活用した事業を推進する取組を計画していますので、東京への実効性のある誘客促進策の積極的な継続実施を要望します。

6. 固定資産税の減免措置制度等の新設を要望します。

2020年よりコロナ感染拡大防止が国や都において最重要な課題でありましたが、それにより宿泊業界は国民の公共の福祉の為に移動の自粛を要請され、開店休業状態に陥りました。各施設は、資産の売却や借入を増やして難局を乗り越えましたが、各社の資産内容（貸借対照表・バランスシート）は大きく傷つき債務超過に陥りました。特定の税負担の軽減を図る政策税制措置は、税負担の公平性という基本原則の例外となりうるものの、経営の健全化のため固定資産税の減免措置を要望します。

7. 東京都で定めている事業所税は、都市計画税や固定資産税と重複負担になっており、徴収方等は地域で違いがあるものの、新規開業や雇用創出の阻害要因にもなり得ます。すでに本税の目的は達成されており廃止するよう要望します。

事業所税は、都市環境の整備及び改善に関する事業に要する費用に充てるための目的税で、地方税法で定められた都市だけで課税される市町村税で、都市計画税は、都市計画法に基づいて行う都市計画事業又は土地地区画整理法に基づいて行う土地地区画整理事業に要する費用に充てるため、市町村が目的税として課税しています。その税率水準等は、市町村の自主的判断（条例事項）に委ねられています。

都市整備については、その目的はほぼ達成され、行政サービスとの関係での租税負担は事業税に織り込まれており、床面積を課税標準とする資産割については、固定資産税及び都市計画税、従業者割については外形標準化された事業税と二重課税になっています。

また、政府で推し進める好循環実現についても、資産割や従業員給与割を納税義務者としている限りは、事業者が設備投資や従業者の賃金の引き上げにも影響を及ぼすことが想定されるので、事業所税を廃止するよう要望します。

8. 都民の誰もが安心・安全に暮らせる街並みを実現するために、都内全域の無電柱化を積極的に推進するよう要望します。

これまでに無電柱化推進についての要望を複数回行っており、東京都建設局からは「東京都無電柱化推進計画」に関する回答を頂いています。都の認識にもある通り、「都市防災機能の強化」「安全で快適な歩行空間の確保」「良好な都市景観の創出」を3つの目的とし地中化に取り組んでいます。防災・減災は重要な観点では有るものの、都民や他地域から来た方の安心・安全が常に関心されることも重要です。東京は素晴らしい都市であると実感できることで、結果として観光産業にとっても良い効果が見込まれます。

今後は、都道から分岐している区市町村道や中小道路も都内全体の道路の約90%を占めているので、早急に国や市区町村との連携を強め、更に安心・安全な街づくりに向け、都内全域の中小道路も含めて早期に実現するよう要望します。

9. 日米地位協定を見直し、横田空域の縮小を行い羽田空港発着枠の増加による国内外の人流増加を促すことを要望します。

太平洋戦争後に開始された米軍による航空管制が継続されている「横田空域」は、部分的に縮小されてはいるものの、未だに全面返還には至っていません。この状況により、東京（羽田空港と成田空港）への離発着には目に見えない空の壁を回避するため迂回をせざるを得ない状態になっています。

羽田や成田から国内海外を問わず西方面への便は、離陸後そのまま西に向かへず東京湾上空を旋回して高度を上げてから目的地に向かうため、時間や燃料を無駄に使っています。こうしたロスが航空運賃に上乗せされ、利用客が負担することになります。

もちろん、日米の安全保障上、日本が米軍に大きく依存している現実は否定できません。しかし、同じ敗戦国であるドイツやイタリアにおいては、既に地位協定による首都圏空域の制限は撤廃されています。日本においても、最低限その水準に近づけるべきです。過去には石原慎太郎元東京都知事が横田基地の日米共同利用を提案した経緯もあり、全面返還が困難であったとしても、共同使用の実現を強く要望いたします。

米軍の管制下にあるとはいえ日本の領空であることは間違いないので、日本政府に働きかけ、横田空域の返還を繰り返しアメリカに求め、コスト削減と人流増加に取り組むように要望します。

以上

令和8年度東京都予算に対する要望事項

公益社団法人 東京都医師会

— 目 次 —

はじめに	1
東京都医師会が考える重点医療政策	3
I. 生涯を支える保健（予防・健康維持・増進）の推進	7
A. 疾病予防対策	7
1. 感染症対策の充実	7
2. フレイル対策等健康寿命の延伸に関する事業	11
3. 東京都健康推進プラン21（第三次）の充実	12
4. 各種健診に関する支援	12
5. がん対策	14
6. タバコ対策	15
7. AIDS 対策等の充実・拡充	16
8. 食物アレルギー対策	17
B. 学校保健対策	17
C. 小児保健対策	24
D. 産業保健対策	29
II. 生涯を支える地域医療の推進	29
A. 医療現場からの緊急要望	29
B. 東京都地域医療構想の推進	30
C. 東京都外来医療計画・医師確保計画の推進	31
D. 地域包括ケアネットワークの構築に向けての基盤整備等	31
E. 6 疾病(脳卒中、糖尿病、心筋梗塞、がん、精神疾患、COPD) への対策	35
F. 総合的な医療安全対策	39
G. 医療従事者への教育支援事業対策	40
H. 経営・施設（東京都独自の病院崩壊阻止への取り組み）	42
I. 都内病院の SDGs 実現に向けての取り組み	45
III. 生涯を支える地域ケアの推進	45
A. 地域包括ケアを支える社会基盤の整備	45
1. 暮らしの場での療養を支える人材の確保と育成	45
2. 難病医療に関する事業	47

B. 認知症医療の充実	47
C. リハビリテーション医療の充実	49
1. 地域リハビリテーション体制の整備	49
2. 地域リハビリテーション支援センターの増強	49
3. 療養病床の整備とソフト面の支援	49
4. 東京都リハビリテーション病院の充実・発展と経営基盤の整備	50
IV. 救急医療の充実	50
A. 救急医療体制の整備	50
1. 高齢化の進む東京都の現状と将来を見据えた救急医療の 施策、質などを総合的に検討するシンクタンク機能の創設	50
2. メディカルコントロール体制の充実	50
3. 救命救急センターの特性を考慮した 搬送システム・情報共有システム（ICT）の構築	51
4. 二次救急医療体制の充実	51
5. 東京ルールに関する支援	53
6. 小児救急医療体制の確立	53
7. 眼科・耳鼻咽喉科休日診療事業の充実	54
8. 結核・結核疑い患者受入に対する助成	54
9. 精神・身体合併症患者受入体制の整備	54
10. 東京消防庁救急相談センターの充実・強化	55
11. 救急車来院患者における未払いに関する損失補てん	56
12. 救急医療研修等の充実	56
13. 病院保有救急車の有効活用に対する助成	57
14. 急性期脳卒中に対する救急医療提供体制の整備	57
V. 災害医療対策	58
A. 災害医療体制の整備	58
1. 災害時緊急医療体制の充実	58
2. 医療機関等の災害時対応力向上のための支援	60
3. 災害時医療救護活動の研修	61
4. 避難所における良好な生活環境の確保に向けた取り組み	62
5. 災害医療体制のその他の課題とその整備	63
VI. 大規模イベントの開催基準の検討と 救急・災害医療体制の検討	64

VII. その他東京都への働きかけ	6 4
VIII. 国への働きかけ	7 1
IX. これまでの既定事業	7 4

本文の要望事項について、次のとおり記載しています。

(新規) …今年度新規に要望する事項

(新規^②) …以前より実施に向け要望している事項

は じ め に

団塊の世代の方が全て 75 歳以上の後期高齢者になった 2025 年、昨年の出生者が 70 万人を割ってしまい、相変わらず少子超高齢社会に歯止めがかからない状況です。

東京都医師会は、都行政が進める医療・介護・福祉の体制づくりのための施策に対し、車の両輪としてともに歩むべく、2026 年(令和 8 年)に向けての予算要望を作成しました。

人口が減らないまま高齢化が進み、独居高齢者や夫婦のみの世帯が激増していくという東京の近未来の予測は、ますます現実味を帯びてきました。

高齢者を孤立させない地域包括ケアネットワークのさらなる充実に向け、令和 8 年度から地区行政に移譲される予定の東京都在宅医療推進強化事業の切れ目のない推進を目指します。高齢者を 24 時間見守る在宅医療とともに、ネットワークの中で必要不可欠な二次救急病院の確保、その主体となる民間病院が存続できるよう尽力します。このためにも東京都による民間病院の経営実態調査とそれに基づく都独自の民間病院支援の継続強化が必要です。

増加し続ける要介護高齢者の受け皿となる都内の介護老人保健施設等の高齢者施設は老朽化が進み、安心安全な療養環境を維持することが難しくなっています。これらについても早急な支援が必要です。

増加していく孤独死を防ぐ IT を利用した新たな対策も必要で、スマートウォッチやスマートリングの活用なども考えていかなければならないでしょう。

少子化が止まらない中、ますます重要となる女性と子どもをしっかり守る体制づくりも必要です。母と子のメンタルヘルスを多職種連携のもとにさらに推進し、子宮頸がんから女性の命を守るため、ワクチン接種と検診をさらに広めていかなければなりません。乳幼児健診の充実と必要な予防施策、健康教育のさらなる充実を通じて子どもたちが自らの体を守るようにしていきます。

かかりつけ医機能の推進のために、専門診療科の医師の連携によるかかりつけ医機能が発揮できる環境づくりを進めるとともに、都立病院や民間病院、医師会が協働して新たな総合診療医の育成を目指します。

東京総合医療ネットワークのさらなる推進によって、東京中の病院・診療所が患者の情報共有ができるような体制を目指します。病院はもちろん、これからの地域医療を担う世代の診療所の医師には、東京都からの補助金を有効利用して電子カルテ化を実現させてほしいと願っています。

昨年1月1日に発災した能登半島地震は多くの人にとって過去のものとなりつつあります。発災直後の施策に比べ、災害関連死を減らす対策は進んでいません。行政の幅広い連携が必要ですが、本会も行政とともに対策を進めたいと考えています。

健康寿命を延ばして、元気な高齢者を増やしていくためには、疾病を治すことから予防医療へのシフトが必要です。その手はじめとして、全国健康保険協会東京支部とタイアップして喫煙者が多い運輸や建設業界に的を絞って、積極的な禁煙啓発活動を行っていきます。

最後に、新型コロナウイルスはまだまだ注意深く見守っていく必要があります。特に高齢者施設入所者や入院患者にとっては命に関わる病気であり、基礎疾患を抱えることが多い高齢者にとってワクチン接種による重症化予防が必要です。引き続き、都内全域で少ない費用負担で接種できる体制確保に尽力をお願いします。

東京都医師会が考える重点医療政策

1. 地域包括ケアネットワークの充実と推進

地域包括ケアは地域の自主性や主体性、特性に基づき作り上げていくものです。よって画一化された「システム」作りではなく、保健・医療・福祉の垣根を越えて様々な職種が連携する「多職種連携」、「多機関連携」で基本となるのは「ネットワーク」の構築です。ネットワークの要となる医療介護分野への支援を要望します。

(1) 在宅医療強化事業への支援

増加する独居高齢者、老夫婦世帯対策として在宅療養環境の整備が急務です。休日夜間を問わず 24 時間体制で地域医療を支える「東京都在宅医療推進強化事業」については、地区行政に移管後も区市町村格差が生じないように、引き続き東京都の関与・支援を要望します。

(2) 介護老人保健施設の大規模改修への支援

超高齢社会対策として、要介護高齢者の医療、介護、リハビリテーション、在宅復帰・支援のために生まれた介護老人保健施設ですが、その多くは開設 25 年前後となり大規模改修が必要な時期を迎えています。安心安全な療養環境を提供するための改修、設備整備等への支援を要望します。

(3) 慢性的に不足している医療介護福祉人材への対策

医療現場ではほぼ全ての職種で人材が不足しています。他産業との処遇格差は埋まらないどころか拡大しています。加えて東京では多種多様な働き先があるため、医療介護福祉人材の流出が止まりません。准看護師、看護師、介護福祉士、理学・作業・言語聴覚療法士等の養成施設の安定運営に向けての支援を要望します。

今後医療介護の担い手として期待される外国人人材への支援について、技能実習法が育成就労法に移行することとなりました。技能実習制度で問題となっていた転籍の要件が育成就労制度では明確化されています。これまでの経緯からみて、地方で育成された外国人が転籍要件を満たし東京に流入する可能性は高いと推測されます。新たな問題を生まないために彼らを支援するとともに緩やかに管理する仕組みづくりを要望します。

また、高額の手数料等が指摘されている職業紹介事業者、募集情報等提供事業に対して東京都としての指導や監督等を要望します。ハローワーク等の公共職業紹介事業の充実強化も要望します。

2. 東京都独自の民間病院支援システムの強化

東京の民間病院の危機的経営状況は依然として続いています（東京都病院協会の調査では 2024 年上半期に調査病院 68.1%が赤字、一般病院に至っては 78.1%が赤字）。診療報酬が全国一律にもかかわらず、全国一物価・人件費等が高い上に、昨今の物価高騰がさらに追い打ちをかけています。さらなる支援を要望します。

3. 災害関連死の減少に向けた取り組み

発災直後の施策に比べ、災害関連死を減らす対策は遅れています。災害関連死を減少させるためには、行政の幅広い連携が必要であり、本会も行政とともに対策を進めたいと考えますので、取り組みに対する支援を要望します。

4. 医療 DX の推進

医療人材確保が難しい状況が続いています。今後はさらに人材確保が困難となることが予想されます。医療 DX は人材不足対策に必須です。地域医療ネットワークのさらなる推進とそのネットワークが全国医療情報プラットフォームに接続するための支援を要望します。

5. 地域医療を支える医師の育成の推進

東京において今後も高齢者、特に 85 歳以上の人口は増え続け、そのための医療需要が増大します。併存疾患を多く抱え、単一診療科では対応困難です。総合診療的スキルをもった医師の育成や各診療科のさらなる連携が不可欠です。地域医療を支えるための医師のリスクリングに対する支援を要望します。

6. 少子化の中で、しっかり女性と子どもの安心安全を守る取り組み

少子化の時代においては、生まれてきた子ども一人一人を大切に育てることが求められています。また、産後うつは程度の差はあれ、誰もが経験する精神的に不安定な状態です。核家族化、育児休業制度の普及は時として孤独な育児環境を作り出してしまいます。

母と子のメンタルヘルスへの支援、産後ケアなど女性と子どもの安心安全を守るための施策の充実を要望します。

7. 感染症対策に関する施策の充実

新型コロナパンデミックが終息した 2023 年春以後、RS ウイルス感染症、マイコプラズマ、季節性インフルエンザ、百日咳、水痘などの感染症が警報レベルで流行しています。中でも、RS ウイルス感染症と百日咳は、新生児期から乳児期の赤ちゃんが罹患すると、呼吸困難から低酸素脳症をきたし生命の危機にさらされます。

ワクチンのある感染症については、ワクチンで予防することが基本であり、推奨される接種時期に確実に接種することが求められます。赤ちゃんは生後 2 か月から 5 種混合（破傷風、百日咳、ジフテリア、ポリオ、ヒブ）、肺炎球菌、ロタなどの定期予防

接種が始まりますが、その効果が現れるのは初回接種の1か月後以降です。出生直後から3、4か月までの赤ちゃんを守るためには、妊婦への接種が推奨されます。

現在、妊婦には新型コロナ、季節性インフルエンザ、RSウイルス、3種混合（百日咳含有ワクチン）を妊娠後期に接種することが勧められています。A類定期予防接種開始前の新生児・乳児の生命を守るために必要な妊婦へのワクチンは経済的負担のために接種を躊躇うことがないように、全ての妊婦にワクチン接種にかかる費用の助成を要望します。

また、女性が妊娠可能年齢において健康であること、特に20～30代に発症する子宮頸がんから守られることは大切です。そのためにはヒトパピローマウイルス(HPV)ワクチンの接種と検診についての啓発を積極的かつ継続的に実施されることが求められます。

8. 都民の自立を促すセルフケア、セルフメディケーションの推進

医療の高度化、少子高齢社会の到来に伴い医療費総額は増加していきます。WHOはヘルスプロモーションを推進しています。健康に関する知識（ヘルスリテラシー）を得て、健康寿命の延伸（健康を維持しながら歳を重ねていく）は、医療費の増加率を抑制するために有効であると考えます。

9. 学校保健対策の充実

学校における保健の授業は、主に養護教諭と保健体育科教諭が担当しますが、さらに学校医を積極的に活用することでより具体的かつ実践的な授業を展開することが可能となります。幼児期から高等学校課程終了時までの12～15年を使い、身体の構造や機能及び疾病について発展的かつ繰り返し教えることで生涯に渡り有用なヘルスリテラシーを身につけることができます。子どもへの教育は、連鎖的に保護者のヘルスリテラシーを高めます。

さらに全ての教職員が研修等で学校保健に関する知識をアップデートすることで、保健の授業時間以外の学校生活活動においても、児童生徒のヘルスリテラシーを高めるために寄与すると考えます。教職員の研修においても、学校医及び医師会は教育委員会や学校と協力してまいります。

児童生徒、保護者及び教職員のヘルスリテラシーを高めるための、これらの取り組みへの支援を要望します。

10. 禁煙推進のための施策の充実

健康寿命の延伸には、タバコによる健康被害の防止が大きく関与しています。

子ども達にとってタバコは、その後の違法薬物の使用につながるゲートウェイドラッグとも言われ、学校における喫煙防止教室は大切な役割を果たしています。

東京都では禁煙コンソーシアムを作り禁煙推進活動を展開してきました。それにより大企業では一定の効果が得られています。しかし、中小企業、中でも運送業や建設業における喫煙率は未だ高い状態にあり、禁煙指導が喫緊の課題となっています。

加熱式タバコや水タバコ（シーシャ）は、健康被害がないと誤解されるような広告がインターネットやテレビで流れています。加熱式タバコ、水タバコとも紙巻きタバコと同様に健康被害があり、屋内外での使用を禁止するなどの規制が適用されることを求めます。

同時に、子どもたちの生活圏にタバコの煙が漂うことがないように、公共の場での喫煙禁止エリアの拡大、駅やバス停、公共施設周辺の禁煙、飲食店やオフィスでの喫煙の全面的禁止が求められます。

また、禁煙の啓発活動を強化し、健康被害の情報を広く周知することで、喫煙者の減少をはかります。以上の活動に関する支援を要望します。

I. 生涯を支える保健（予防・健康維持・増進）の推進

A. 疾病予防対策

1. 感染症対策の充実

（１）東京 iCDC (Tokyo Center for Infectious Diseases Prevention and Control) の充実

様々な新興・再興感染症への対策強化に向け、政策立案、危機管理、調査・分析評価、情報収集・発信などの機能を一体的に担う拠点の運営について検討を行うために創設された東京 iCDC が、現場に適した活動ができるよう要望します。

（２）包括的な新型コロナウイルス感染症対策の継続

新型コロナウイルス感染症の発生動向は、感染症法上 5 類となった令和 5 年 5 月 8 日以降定点医療機関からの報告となり、発生数は減少しているように見えますが、入院患者数は減少しておらず、現在も継続して流行しています。ワクチンの有効性は疑う余地がありませんが、令和 6 年度秋の高齢者への定期 B 類予防接種における接種率は 20% 前後と低迷しました。高齢者では 3～6 か月程度で抗体価は低下します。公費による補助率は接種率に影響することから、高い接種率を維持し、入院患者の増加ひいては医療崩壊を避けるためにもワクチン接種への東京都独自の公費補助を要望します。

小児の新型コロナウイルス感染は、高齢者と比較し軽症とされていますが、感染後長期間続くブレインフォグや認知障害などの後遺症が認められることが報告されています。令和 5 年秋以降に出生した子どもたちはワクチンを未接種の状態に置かれています。小児用ワクチンは 1 バイアルで 3～6 人用となっているため、任意・個別の接種では医療機関にとっては採算が取れず、積極的に接種を勧奨する妨げとなっています。希望する小児が容易にワクチン接種を受けられるよう、効率的な接種体制の構築、公費による補助を要望します。

さらに、検査、治療、予防接種等の包括的な新型コロナウイルス感染症対策の継続を要望します。

（３）麻しん・風しん対策の継続

国事業としての風しん第 5 期の抗体検査及び予防接種は令和 6 年度末で終了しました。麻しん風しんともに輸入感染症として症例報告が続いている現在、対策の手を緩めることは望ましくなく、母子手帳等で 2 回のワクチン接種もしくは罹患歴を確認できないすべての年齢層の都民に対するキャッチアップ接種費用の補助、麻しん・風しんの確定診断として必須の PCR 検査の公費負担制度の継続を要望します。また、平成 27 年度から実施されている企業の感染症対策を支援するプロジェクト（東京商工会議所と東京都医師会が協働）の引き続きの実施を要望します。さらに、白血病などの治療で免疫を失った児への再接種の機会提供を要望します。

(4) 季節性インフルエンザ予防接種の勧奨・助成

ワクチンで予防できる疾患への積極的介入は都民の健康を守ると同時に、東京都の医療費負担を軽減します。季節性インフルエンザ予防接種の促進について、ポスター掲示等広報活動による都民への一層の勧奨や接種率向上に向けての検討・協力を要望します。また、令和6年度より開始された小児へのインフルエンザワクチン任意接種補助事業の継続を要望します。

(5) 小児へのワクチン接種費用の補助（新規^⑧）

小児のワクチン接種については、公費接種が順次拡大されてきました。それにより感染症の発生頻度の減少、合併症・後遺症に苦しむ子どもの減少などの効果が認められています。おたふくかぜ（流行性耳下腺炎、ムンプスウイルス感染症）については、高い感染率とともに800人に1人が片側もしくは両側の難治性の感音性難聴になること、思春期以後の男性が罹患した場合、30%程度の頻度で乏精子症をきたすことが知られているにもかかわらず公費助成が行われていません。侵襲性髄膜炎の原因菌のひとつである髄膜炎菌感染症は、令和6年度上期に例年を上回る患者発生が報告されています。髄膜炎菌感染に伴う髄膜炎は、発症から短時間で生命の危機にさらされる極めて重篤な疾患であり、その治療には多額の医療費を要します。ワクチンで予防可能な疾患です。国への働きかけも行っていますが、国による助成が実施されるまでの間、東京都としての助成事業を要望します。

(6) 新生児期の重篤な呼吸器感染症を予防するための妊婦へのワクチン接種の補助
（新規^⑧）

百日咳、RSウイルス感染症は、小児の定期予防接種が開始される前の新生児期から乳児期早期に感染すると、重篤な呼吸障害をもたらし、ひとたび低酸素脳症をきたせば精神運動発達遅滞など長期にわたる重症後遺症をきたす感染症です。近年、これらについては、妊娠後期に妊婦にワクチンを接種することにより、児の罹患を予防できるか、罹患したとしても軽症化できるという報告があります。妊婦への三種混合ワクチンとRSウイルスワクチンの接種について、東京都としての助成事業を要望します。

(7) 高齢者のRSウイルス感染症の発生頻度の調査及びワクチン接種の公費助成
（新規）

2040年まで東京都の人口は減ることがなく、特に高齢人口は増加し続けることが指摘されています。このような状況では、高齢者の入院の原因となる疾患を一つ一つ減らしていくことが肝要です。高齢者において肺炎は単なる感染症の一症状ではなく、治療経過中のベッド上安静は運動機能や認知機能の低下に直結します。乳児期のRSウイルス感染症については良く知られていますが、高齢者におけるRSウイルス感染症に関するデータは未だ不足しています。感染症サーベイランス事業において、肺炎で入院した高齢者の原因病原体検査を充実させること、併せて、高齢者

へのRSウイルスワクチンの接種勧奨、費用助成を要望します。

(8) 帯状疱疹ワクチン及び新しい肺炎球菌ワクチンに対する助成の継続・拡充 **(新規)**

高齢者を中心に発症する帯状疱疹は、痛みや後遺症が長引くこともあり、予防にはワクチン接種が有効です。しかしながら、費用負担が大きく、接種を控える方も少なくありません。東京都における助成制度は接種の後押しとなっており、今後も制度の継続と対象年齢・助成額の拡充を強く要望します。

また、高齢者に対して肺炎の重症化を防ぐ新しい肺炎球菌ワクチンが導入されていますが、現行制度では接種費用の助成対象外となっている場合があります。より幅広い選択ができるよう、新ワクチンに対する助成制度の新設または補助の検討を要望します。

(9) 新興・再興感染症のアウトブレイクへの対策のさらなる推進

国の新型インフルエンザ等対策特別措置法に則り、東京都感染症地域医療体制ブロック協議会において地域での医療体制確保を協議検討していくこと等、新興・再興感染症対策の推進を引き続き要望します。

(10) 院内感染対策事業への支援 **(新規^①)**

標準予防策（スタンダード・プリコーション）に必須なディスポ製品の導入配備補助費、初療時のPPEなどは、(特に新型インフルエンザや新興感染症) 対策上、医療機関の院内感染の防止に重要です。都内すべての病院に配備されるよう、引き続き補助を要望します。また、新型インフルエンザ等による職員、入院患者への感染拡大を防ぐためのタミフル、リレンザ等の予防投与費用、ワクチン接種等についても補助を要望します。

(11) 東京都感染症発生動向調査事業等のICT化 **(新規^②)**

感染症サーベイランスは「WEB 登録」が開始されましたが、情報は1週間単位での集計で即時性に欠けます。リアルタイムにデータを活用するシステムを構築することを含めた感染症発生動向ICT化迅速情報収集発信システム協議会（仮称）の設置を要望します。

(12) 抗生物質及びワクチンの円滑な流通への支援

新型コロナウイルス感染症が落ち着きを見せ始めた時期から、2020年以来流行規模が縮小していた他の感染症の発生報告が増加し、中でも溶血性連鎖球菌感染症と梅毒の流行が顕著です。これらの治療にはペニシリン系抗生物質が必須ですが、供給状況は不安定で、患者は処方薬を入手するために何軒もの調剤薬局に行くことを余儀なくされています。

また、定期予防接種ワクチンにおいては、有効期間内に力価が低下し回収され、必要な定期接種ワクチンが不足する状態に見舞われています。令和7年には、MRワ

クチンの不足が顕著であり、1歳の定期接種も待機を余儀なくされている状況です。

そのような中、都内で麻しんの報告があり、ワクチンでしか守れない感染症の脅威にさらされています。

東京都においては製薬会社・ワクチン製造販売事業者及び卸売業者と連携をとり、感染症治療に必要な抗生物質と定期予防接種のワクチンの確保と、円滑な流通の確保を要望します。

(13) 新興・再興感染症に対応する個人防護具等の配備及び経済的支援

新型コロナウイルス感染症の発生当初、不織布マスクやPPEが不足しました。次の新興・再興感染症の流行に備え、PPEの備蓄量の検討とともに、PPEや手指消毒薬等の物資が安定供給できるよう引き続き要望します。

また、新型コロナウイルス感染症への対応として、東京都において補助金等経済的支援を行っていますが、引き続き、国とともに経済的支援を行い、新興・再興感染症が発生した場合もより現場に適した内容での支援を要望します。

(14) 感染症流行時の子ども及び障害児・者の保護（新規^⑧）

新興感染症等の流行時、保護者が罹患し入院・宿泊施設療養となった場合に子どもや生活支援を必要とする障害児・者を保護する必要性が生じます。新型コロナウイルス感染症の流行時には、特に子どもに障害がある場合、預け先が見つからない限り保護者が入院できないという状況が発生しました。保護者が安心して入院できるよう、子どもや障害児・者が安心安全に過ごせる場の確保を要望します。

(15) 感染症流行時や災害時に医療的ケア児が必要とする衛生用品等の確保（新規^⑧）

予期せぬ感染症流行時や災害発生時には、マスク、手袋、消毒用薬品などの需要が高まり、日頃からこれらを必要とする医療的ケア児が必要物品を確保できない事態が生じます。また、災害等による停電が生命の危機に直結する在宅人工呼吸器使用者の安全を確保するためには、非常用電源を確保する必要があります。医療的ケア児の数、医療的ケアの種別、必要な物品とその数を把握し、必要時には物資が供給される体制整備を要望します。

(16) 高齢者施設等での感染症対策への支援（新規^⑧）

1) 平時の高齢者施設等での感染対策への支援

- ①感染対策に必要な備品の備蓄への支援
- ②感染対策に必要な研修開催への支援
- ③定期的な感染対策訓練実施への支援
- ④感染対策に必要な地域ごとの医療介護連携体制構築への支援

2) 有事の高齢者施設等での感染対策への支援

未知の感染症に見舞われた際は、新型コロナウイルス感染拡大期に構築された高齢者施設に対する「医療体制強化」「応援職員派遣」「感染対策のかかり増し経

費支援」「利用者・職員に対する優先的ワクチン接種」「集中的検査（抗体・抗原検査等）」等が速やかに再発動されるよう要望します。

(17) ワクチン用冷蔵庫の非常用電源装置購入のための補助（新規^⑨）

昨今の世界情勢や気候変動により電力の供給が逼迫しており、大規模停電発生リスクが高まっています。ワクチンは厳しい温度管理が必要となり、電力供給が途絶されると廃棄することになるため、ワクチン接種実施医療機関に対して、非常用電源装置購入のための補助を要望します。

(18) 東京都医師会新興感染症蔓延時対応指針策定のための支援（新規^⑨）

今回の新型コロナウイルス感染症への対応を検証し、次の新興感染症蔓延に向けた東京都医師会の対応指針を策定します。データの提供や、対応方針に関する東京都との調整、意見交換等、支援を要望します。

2. フレイル対策等健康寿命の延伸に関する事業

(1) フレイル予防対策事業（新規^⑨）

1) フレイルサポート医研修事業

高齢者の日常生活の活動性低下はフレイルを生み、さらには要介護状態に結びつきます。超高齢社会では医療と介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策の検討が必要です。

厚生労働省も後期高齢者健康診査を従来の特定健康診査の延長版からフレイル対策版に改変しました。しかしながら健診を担当する医師のフレイルの診断力、フレイルの保健指導力向上に繋がる研修は不十分です。そこで東京都医師会は、東京都健康長寿医療センター等と協力し、「フレイルサポート医」の研修を実施しています。今後は区市町村単位での研修を実施する必要があり、事業運営のための支援を要望します。

2) 「東京都ストップ・ザ・フレイル会議（仮称）」の創設

フレイル対策には地域ごとにこの分野に係る行政、保健医療福祉の専門事業者、インフォーマルな市民活動、市民等と密接な連携、情報交換・共有が必要です。そのような地域活動を支援するために医療・介護・福祉サービス、市民活動等を取り込んだフレイル対策の包括的ムーブメントが必要と考えます。まずは、東京都が主体となり各分野を包摂した「東京都ストップ・ザ・フレイル会議（仮称）」の設立を要望します。

3) 多様なフレイルへの取り組み（新規^⑨）

フレイルにおいては、身体的・精神心理的・社会的な要素に加え、加齢に伴う視機能の低下（アイフレイル）、聴覚機能の低下・難聴（ヒアリングフレイル）、皮膚の脆弱（スキんフレイル）など、様々な要因がフレイルを助長するリスクになっていることが指摘されています。フレイル健診・フレイルサポート医等のフレイル対策においては、そのような多様なフレイルに対し、多くの診療科が関わ

れるよう取り組みを進めることを要望します。

4) フレイルサポート医地域連携支援事業の拡充（新規[㊟]）

区市町村単位で行政（保健担当と介護担当の協働）、医師会、リハ職・看護職、介護職等の関連団体、サロン等の地域のインフォーマルサービス提供者、一般市民等で構成された協議会を立ち上げ、地域特性、地域資源にあったフレイル対策を構築しその効果・課題等を検証し、区市町村単位で本事業を推進するうえでの指針となるよう、フレイルサポート医地域連携支援事業の拡充を要望します。

（2）健康寿命の延伸を見据えた高齢社会における運転技能及び運転環境の検討

（新規[㊟]）

高齢者による交通事故が問題視される中、道路交通法の改正等により、判定基準も不明確なまま、取り消しや自主返納が推奨されています。悲惨な交通事故防止には十分な対策が必要ですが、その一方で運転をやめたため、要介護状態や認知症を発症する率が高くなるというデータも報告されており、運転する事自体がフレイル予防ともなっています。

市街地、過疎地域等多様な地域社会を抱える東京都において「運転寿命の延伸」は喫緊の課題と考えます。東京都医師会では、課題解決の一助として「高齢社会における運転技能および運転環境検討委員会」を設置し、高齢運転者が安全運転を継続するための指導テキストの作成や啓発活動をおこなっており、これらの事業への支援を要望します。

また、運転技能を判定するためのドライビングシミュレータを一部の認知症疾患医療センターに設置するモデル事業を要望します。

3. 東京都健康推進プラン 21（第三次）の充実（新規[㊟]）

少子高齢社会の我が国において、国民の健康寿命の延伸は、取り組むべき課題であり、東京においても、都民の健康寿命延伸のため、各地域や企業等で疾病予防や健康づくりに取り組むことが必要と考えます。

東京都で策定した東京都健康推進プラン 21（第三次）では、総合目標に引き続き「健康寿命の延伸」「健康格差の縮小」を掲げており、分野別に目標を設定しています。自治体、民間組織及び都民による運動をはじめとする生活習慣の是正により、東京都健康推進プラン 21（第三次）の目標達成に向けた取り組みがより実効的で、充実したものになることを要望します。

4. 各種健診に関する支援

（1）特定健診・特定保健指導に関する支援（新規[㊟]）

各保険者を対象に、保険者間の連携や情報提供、指導等のサポート体制をさらに推進するよう要望します。また、今後も特定健診・特定保健指導の受診率向上のための啓発と内容の充実がはかれるよう要望します。

さらに、特定健診の結果、各保険者が責任をもって治療が必要な受診者に対し、

受療に導くよう支援を要望します。

(2) 産婦健康診査事業への支援（新規^⑨）

産後うつや新生児への虐待予防等をはかる観点から出産後間もない時期の産婦に対する健康診査(母体の身体的機能の回復や授乳状況及び精神状態の把握等)の重要性が指摘されています。都内全域での事業として令和8年から実施されるようになりましたが、さらなる支援と全都的な会議体の設立を要望します。

(3) 妊産婦のメンタルサポート及び特定妊婦に対する対策と支援（新規^⑨）

妊産婦のメンタルヘルス支援のため、基礎自治体単位で地区医師会が中心となり、産婦人科医・精神科医・保健師等が連携する体制の構築を要望します。

また、若年妊娠や未受診妊婦など、いわゆる「特定妊婦」への支援強化、性教育の充実、妊娠判定検査の公費負担による早期受診促進を通じて、虐待・自殺の防止に繋げる包括的な対策を併せて要望します。

(4) 成人眼科検診への支援（新規^⑨）

現在、緑内障検診等の独自の眼科検診が実施されているのは、一部の区市町村のみに留まっています。失明原因の上位を占める緑内障・糖尿病網膜症・網膜色素変性症・黄斑変性症・白内障等をスクリーニングできる成人眼科検診は、高い失明予防効果だけでなく、QOV（Quality of Vision）の改善によるQOL（Quality of Life）の向上が期待できます。都内全域で実施できるよう区市町村への支援を要望します。

(5) 中年期以降の不整脈チェック（心房細動への介入）（新規^⑨）

脈拍の自己チェックの啓発、健康診断においての心房細動の有無の確認、ウェアラブル端末や心電図などでのスクリーニングをすすめ、該当者にはしかるべき抗凝固療法を行い、脳塞栓症を未然に防ぐことは重要な課題です。都民に対する啓発を要望します。

(6) 高齢者難聴検診（新規^⑨）

加齢による聴覚機能の低下により、コミュニケーション障害、対人関係の障害、社会的活動の障害が生じ、それにより精神的健康の低下、認知機能の低下が起きます。いわゆるヒアリングフレイルです。難聴が認知症の進行を助長するということがも裏付けされてきています。認知症と診断をされた患者の中にも、聞こえないために診断されている場合も散見されます。加齢による難聴は徐々に進行するために自覚していない高齢者も多いことから、健康寿命延伸のためにも超高齢社会に向けて早急な高齢者難聴検診の実施を要望します。

(7) 高齢者セット検診（新規^⑨）

フィジカルフレイル・オーラルフレイル・メンタルフレイル・ソーシャルフレイル

及びアイフレイル・ヒヤリングフレイル等に対するフレイル検診、成人眼科検診、高齢者難聴検診、認知症検診、歯科検診などを組み合わせた複数の検診を一元的に行うことにより、高齢者自身の気づき・フレイル予防への取り組みを促し、要介護状態にいたることを防ぎ、ひいては健康寿命の延伸に役立つことが期待されます。そこで、このような高齢者に対する複数の検診をセットにした「高齢者セット検診」の実施を要望します。

(8) 知的・発達障害者の福祉と医療の連携（新規^⑨）

知的・発達障害のある方々が等しく良質な健診や身体医療を受けられる必要があります。しかし時間・設備・接し方等に特別な配慮を要するため、障害のある方にとって医療機関の受診には大きなハードルが存在します。設備整備についての公的補助や、障害のある方に特化した健診センターの設置を考慮する必要があります。障害福祉と医療の連携をより一層強固にするための支援を要望します。

(9) 生後1か月児健康診査及び5歳児健康診査事業開始にあたり、関係する保健・医療従事者への技術支援（新規）

令和6年1月から生後1か月児及び5歳児の健康診査事業の実施が求められています。都内各区市町村でも準備が進められていますが、本事業に関与する保健・医療従事者からは技術的不安や人材の不足が指摘されています。円滑な事業導入・推進のため、技術指導や費用の補てんを要望します。

5. がん対策

(1) 一次予防としての対策（新規^⑨）

メタボリックシンドローム、糖尿病対策とも重なりますが、がんになりづらい生活習慣の都民への啓発活動のさらなる充実を要望します。エビデンスのある“がん予防”について個人単位での推進、地域・職域・集団としての環境整備や活動ができるよう、その支援や施策を要望します。

(2) 二次予防としての対策（新規^⑨）

全都的ながん検診の実施状況の詳細な把握と、区市町村に対してその結果の周知と検診方法・精度管理の充実をはかる指導を要望します。

また、地区医師会や検診受託機関を対象とした、がん検診の精度管理に関する講習会等のさらなる充実を要望します。

さらに、二次予防の重要性を改めて実施主体と都民に対して啓発することと、がん対策に特化した新たな財政援助を要望します。

その他、今後のがん検診のあり方について、実効性や地域特性を考慮する検討会等を設け、国への提言も含めて継続的に検討・協議することや平成28年度より導入された胃内視鏡検査について、現場での円滑な実施と高い精度管理等が確保できるよう要望します。加えて、胃がんの発生リスクを評価するいわゆる「ABCリスク検診」につ

いて、その有効性（エビデンス）の検証について東京都医師会としても引き続き参画しますので、東京都においても広域的な検討についての協力を要望します。

（３）三次予防としての対策

がん患者が住み慣れた地域において、安心して治療を受けられる体制のさらなる充実を要望します。がん診療連携拠点病院と地域主治医の連携では、連携パスを利用して各地域単位で特性を踏まえた連携体制を構築できる研修会・意見交換会の開催を要望します。

また、地域がん登録制度は病院が主体となっていますが、網羅的な把握のためにも、かかりつけ医のがん登録についても推進するように要望します。

（４）子宮頸がん対策への支援（新規^⑨）

子宮頸がんを引き起こすヒトパピローマウイルス（HPV）は性行為によって伝播されます。現在定期予防接種は12～16歳（小学校6年～高校1年相当）の女子に対してのみ行われています。積極的勧奨が中止されていた8年間に接種機会を逸した女性に対するキャッチアップ接種は、令和6年度末までに1回でも接種した場合は令和7年度末まで接種期限が延長されました。しかし、未だに定期接種、キャッチアップ接種ともに接種率は低く、当該年齢の女性への継続的な啓発と接種期限のさらなる延長を要望します。

また、男性に対しては、令和6年度から基礎自治体が助成を決めた時のみ東京都が一部助成する制度が開始されました。令和8年度においても本事業の継続を要望します。

6. タバコ対策

我が国における成人喫煙率（令和5年厚生労働省国民健康・栄養調査）は、現在習慣的に喫煙している者：15.7%（男性：25.6%、女性：6.9%）となっており、男女ともに10年間で有意に減少しています。年齢階級別にみると、40～50歳代男性ではその割合が高く、習慣的に喫煙している者は3割を超えています。

習慣的に喫煙している者が使用しているたばこ製品の種類は、「紙巻きたばこ」の割合が男性69.7%、女性63.2%であり、「加熱式たばこ」の割合が男性38.5%、女性42.3%でした。

習慣的に喫煙している者のうち、タバコをやめたいと思う者の割合は20.7%であり、男女別にみると男性19.7%、女性23.9%となっています。

東京都では、20歳以上の都民の喫煙率は減少傾向にあり、男性で20.2%、女性で7.4%と全国平均より低くなっていますが、喫煙率減少に向けたさらなる取り組みが必要です。

また、近年普及している加熱式タバコについても、有害成分による健康リスク等が報告されていることから、紙巻タバコと同様に健康影響への啓発や禁煙支援等を行う必要があります。

今後、都民及び東京都職員のより一層の禁煙推進のために次のように要望します。

(1) 禁煙希望者支援

禁煙を希望するすべての都民・都内在勤者・都内通学者及びその家族等が気軽に相談できるような電話（ホットライン）やソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）の構築が必要です。医師・保健師等により禁煙希望者あるいはその家族に対して適切なアドバイスや情報提供ができるより多くの機会が必要です。次の事業の補助・支援を要望します。

- 1) オンライン診療も含めたニコチン依存症治療の補助事業の一層の充実
- 2) 国民健康保険被保険者におけるニコチン依存症治療への補助
- 3) 東京都職員における禁煙希望者への支援

(2) 職場の健康被害予防

健康増進法の一部を改正する法律（平成 30 年法律第 78 号）により令和元年 7 月 1 日より、学校・病院・児童福祉施設等、行政機関は敷地内禁煙となりました。ただし、一般のオフィスなどでは喫煙が禁止されていません。今後、受動喫煙の被害を受けた都民・都内在勤者・都内通学者及びその家族等が気軽に相談できるような電話相談や SNS による窓口を東京都に常設することが必要です。その相談結果を生かして、今後の東京都受動喫煙防止条例のあり方に関する参考意見として集約することを要望します。

(3) 禁煙推進企業コンソーシアムへの支援

「禁煙推進企業コンソーシアム」への参加企業は、社員の健康増進を主目的とし、社内喫煙率の低下を共通の目標とした先進的な取り組みを展開することで、社会全体に禁煙の重要性を発信しています。今後も同コンソーシアムの活動が、都民の健康増進、健康寿命の延伸へのきっかけとなるよう、引き続き支援・協力を要望します。

(4) 世界禁煙デーへの支援

高齢化が進む日本では、健康寿命の延伸が大きな社会課題となっています。そのために絶対に欠かせないのが、タバコによる健康被害の防止です。喫煙に対して手を打たない限り、健康寿命を延ばすことはできません。5 月 31 日の「世界禁煙デー」では、毎年全国各地で禁煙及び受動喫煙防止の普及啓発活動が積極的に行われます。東京都においても、東京中をイエローグリーンに染め上げる一大イベントとなるよう、「世界禁煙デー」への支援と協力を引き続き要望します。

7. AIDS 対策等の充実・拡充

(1) HIV 感染の予防啓発活動の強化

HIV 感染は早期発見、早期治療開始により生命予後は格段に改善しています。近

年の我が国の感染者数増加には、血液製剤の使用や同性間性的接触のみならず異性間性的接触も関与しており、学校教育を含めた広範な啓発活動が必要です。予防啓発活動の強化を引き続き要望します。

(2) 都民及び医療機関向けの HIV/AIDS、梅毒等の性感染症に関する研修会開催の充実

若者の性行動の低年齢化・活発化、性同一性障害患者及び LGBTQ への理解の深まりとともに罹患患者が一般の医療機関を受診する機会も増えてきました。一般医療機関を対象とした HIV/AIDS に関する知識の啓発のために研修会の充実を引き続き要望します。また、都民向けの HIV/AIDS や性感染症について講演会、対話型勉強会、オンライン研修会等多彩な手法を用いた啓発活動の展開、充実についても引き続き要望します。

(3) 梅毒に対する対策（新規^⑧）

全国的に急増している梅毒への早急な対応として、都民向けの啓発活動、医療機関向けの情報提供・研修等は必須ですが、感染者急増の原因検索と社会的な対処は喫緊の課題です。関連事業の全都的な展開の充実を引き続き要望します。

8. 食物アレルギー対策（新規^⑧）

食物アレルギーは乳児期から成人まで、全人口の 10～30%にみられます。食物アレルギーの発症予防については、近年、新たな知見が報告されています。保育施設等では、給食で提供する食材はすべて事前に家庭で食べさせ、症状のないことを確認することを保護者に求める施設もあるようです。家庭で食べさせた記録がない児では、給食の提供に困難をきたすこともあります。円滑な保育施設等での給食提供とアレルギー（アナフィラキシー）症状を呈した際の適切な対応等について、保護者と保育士が共通認識を得られるような研修会や啓発資材の開発を要望します。また、アナフィラキシーを呈する場合や、特殊なアレルゲンによるアレルギーの場合などには専門医による診療が求められ、病診連携の体制づくりを推進するよう支援を求めます。

B. 学校保健対策

超少子高齢社会となり、出生数を増やすことはもちろんですが、生まれてきた子ども一人一人を大切に育てることも重要な課題です。学校現場で児童生徒の健康づくりを推進していくためには、学校安全体制の強化充実や地域の医療機関、地域住民との連携が必要とされます。学校・家庭・地域が連携、協力して学校保健の諸問題に対応するため、学校医が学校を支援できる体制づくりを要望します。

(1) 児童生徒へのヘルスリテラシーの確立

こども基本法に基づきこども家庭庁が設置され、子どもが個人として尊重され、適切な養育、生活の保障、保護され愛される、健やかな成長、発達、自立など「こ

どもまんなか社会」の実現が提唱されています。健やかな成長、発達、健康の保持増進のためには、「健康に関する正しい情報を入手し、理解して活用する力」（ヘルスリテラシー）を身につけることが必要であり、その意識を早期から根付かせるために学校での健康教育が重要です。

日本人の死亡原因として1位を占めているがんについて学校における健康教育においてがん教育を推進することは意義のあることです。国におけるがん対策はがん対策基本法のもとで令和5年第4期がん対策推進基本計画に基づいて行われ、小学校、中学校、高等学校において、がん教育の実施は必須となりました。特に若年女性に増加している子宮頸がんとその予防のためのHPVワクチンの啓発は重要です。喫煙の害や生活習慣病予防においてもがんについて触れられていますが、がんの成り立ちやがんを予防するための生活習慣、がん患者に対する接し方など包括的ながん教育として年齢に応じた授業を行うこと、そして引き続き学校（教員）と外部講師として学校医を含めた医療従事者とが連携して講義を行うことを要望します。

また、生命の成り立ち、尊さを理解し、妊娠・出産からHIVや梅毒などの性感染症も含めて必要な知識を与えるとともに、望まない妊娠から虐待に発展するような事件を起こさないためにも、「医学的な出産適齢期」についての知識啓発を含め、医療機関と連携し、学校における性教育に取り組むことを要望します。

（2）専門医による学校保健活動支援事業の充実

現在、都立学校における専門医派遣事業は、精神科医と産婦人科医のみにより実施されていますが、整形外科医、皮膚科医等を加え、各学校の必要性に応じた派遣が可能となるよう専門医派遣事業の拡充を要望します。

（3）医師による性教育の授業の充実

東京都では平成18年度から文部科学省、東京都教育委員会、東京産婦人科医会が連携をとり、「性教育の授業」が一部の中学校、高等学校において実施され、専門医による授業を希望する学校も年々増加しています。性教育は思春期になってから開始するものではなく、子どもの発達段階に応じ、性の分化、性自認、性の多様性など包括的に教育することが世界的潮流となっています。都内すべての小学校、中学校、高等学校において、学校医、小児科医、産婦人科医、泌尿器科医等を外部講師とする性教育の実施を要望します。

また、養護教諭をはじめとするすべての教員が性に関する指導を行えるように教員への指導の機会を設定、またカリキュラムを充実させ、保護者との軋轢を生まないようにするための指導書を作成するなど、さらなる事業の充実を要望します。

（4）若年者の薬物乱用防止（新規^⑤）

- 1）東京は子ども達の生活圏と繁華街が近接していることから、従前より小学生からの薬物乱用防止教室が実施されてきました。学校におけるICT利用が進み一人一台のタブレット端末所持が進んだ現在、子ども達にとって薬物はより一層身近

なものになっています。また、使用する薬物は30年前は有機溶剤やガスが主でしたが、脱法ドラッグへと移行し、ここ数年は街のドラッグストアで容易に購入できる一般薬へと変貌しています。そして、薬物を一時に大量服用するオーバードーズにより救急搬送される事例が増えています。

保健体育の指導要領を超えた薬物乱用防止教室及びセルフメディケーションの正しい知識の獲得を目的とした保健教育の実施を要望します。

- 2) 子ども達が市販薬のオーバードーズをする背景には、人間関係構築の未熟さや発達特性など多岐にわたる要因が関わっています。オーバードーズを経験した子どもに対して、叱ったり罰したりするのではなく、子どもの心に寄り添い背景因子にも介入する手厚い対応が必要です。そのために学校と学校医や学校専門医派遣制度による精神科医、スクールカウンセラー等とスムーズに連携できるシステムの構築を要望します。

(5) 若年者の自殺対策（新規^⑧）

近年、低年齢化を含め若年者の自殺者が増加傾向にあります。自殺した生徒等の多くは中等度以上のうつ状態であったとされています。

一方、平成15年から実施している「都立学校における専門医派遣事業」で精神科専門医が都立高校に派遣されていますが、派遣校は未だ一部に過ぎません。自殺対策としても本事業の大幅な拡張を要望します。

(6) 教職員、スクールカウンセラー、学校医の児童生徒のメンタルヘルスに対する能力を高めるための研修事業

令和7年6月の国会で、改正自殺対策基本法が成立し、「学校は心の健康を保つための健康診断や保健指導をするほか、精神保健に関する知識を高めるよう努めること」が求められています。実際に学校現場では、児童生徒がいじめなどで追い詰められ自殺に至る不幸な事例が起きています。児童生徒のこころの問題に気づくことの難しさが背景にあり、教職員やスクールカウンセラー及び学校医が児童生徒のメンタルヘルスの問題に気づく能力を高めるための方策が求められ、そのための研修教材づくりと研修事業の実施を要望します。

(7) 医療的ケア児及び発達障害児の通学・学習環境の整備（新規^⑧）

医療的ケア児の通学において、専用車両の導入や保護者の同伴を不要とするなどの施策が開始されました。有事の際に対応可能な医療機関や学校医との連携を深め、本事業が継続され対象児が拡充されることを要望します。

発達障害児では、音過敏や大教室での一斉授業に苦痛を感じる児もいます。正確な診断の下にオンライン授業の実施など、子どもの障害や発達段階に合った支援についての手引や対応マニュアル等の整備を要望します。

(8) 医療的ケア児に対する支援（新規^⑧）

医療的ケア児が安心安全な学校生活を送るための環境整備が必要と考えます。特に医療的ケア児を担当する看護師などの専門家の養成、学校側のサポート体制の強化や多職種による協力体制、主治医と学校医の連絡・連携体制の構築に対する支援を要望します。

(9) 学校における感染症対策の充実

学校における麻疹や風疹、インフルエンザ、ノロウイルス感染症などへの備え、新興感染症に対する体制づくりが重要です。感染症対策マニュアルの定期的な更新を要望します。また日本学校保健会の学校欠席者情報収集システムが、さらに整備され、東京都全域に拡大されるように働きかけと支援を要望します。

(10) 児童生徒の概日リズム睡眠障害に対する介入・支援（新規^⑨）

近年、ネットサーフィンやPCゲームに長時間没頭し、睡眠時間に悪影響を及ぼすケースが増加しています。PCやタブレット等のディスプレイから出されるブルーライトの曝露は、睡眠を誘発するメラトニンの分泌を抑制し、睡眠相を後退させるため概日リズム睡眠障害に繋がる危険があります。ゲーム依存問題も含めて、成長期に重要な良質の睡眠確保のための施策を要望します。

(11) 食物アレルギー・アナフィラキシー対応の充実

何らかの食物アレルギーを有する児童生徒の数は増加しています。食育も含めて地域の医療機関との連携、学校関係者の食物アレルギーに関する知識の一層の普及、アレルギー疾患に対する取り組みガイドラインの活用についての研修会、エピペンの使い方だけでなくアナフィラキシー症状発生時の総合的対応訓練講習会の開催等の支援を要望します。

(12) 医療の仕組み・受診の仕方についての教育（新規^⑩）

医療技術の進歩、小児患者の医療費無償化など様々な要因により我が国の医療費総額は増加の一途を辿っています。医療費削減が求められる現在、小児期から自身の健康を自身で守るための知識（ヘルスリテラシー）を身につけると同時に、国民皆保険制度や医療・社会保障の仕組みについて、総合的な学習の時間等を用いた学校医による授業や探求学習の時間等における自主学習（アクティブラーニング）の実施を要望します。

(13) 熱中症予防への環境整備並びに教職員向け研修の充実

近年、熱中症の発生件数が温暖化の影響を受けて5月頃から徐々に増えています。令和6年度の学校等の管理下における熱中症事故は2,960件です。

新型コロナウイルス感染症が5類になったにもかかわらず、未だにマスク着用などで熱中症の危険にさらされています。教室の中の暑さ指数（WBGT）の管理、校庭

における暑さ指数の測定など現場での判断が重要です。暑さ指数の測定機器は都内のほぼ全校に設置済みと言われていますが、設置校のうち小学校では約 81%、中学校では約 64%の活用にとどまっています。適切な場所に設置して全校で活用されるよう、さらに体育の授業や校庭での遊びなどが安心してできる環境整備（例：ミスト発生器など）、教職員への研修も今まで以上に必要と考え要望します。

(14) 特別支援教育体制の充実に向けての研修会開催と対応マニュアル作成

通常学級に在籍する小・中学生の 8.8%に学習や行動に困難のある発達障害の可能性があるということが令和 4 年の文部科学省調査で報告されています。の中には、発達に凸凹のあるいわゆる発達障害児だけでなく、検査で高い知能を有し凸凹がないにもかかわらず行動に課題のある子どもや年齢相当の日本語を理解していない（日本語を母語としない）外国籍の子どもなども含まれています。障害の有無にかかわらず、ともに学ぶインクルーシブ教育を推進し、子どもの障害特性に応じた特別支援教育を展開するために、クラス規模の縮小（少人数学級）、クラス当たりの教員や補助教員の数を増加するなどの対応、すべての学校へのスクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーの配置、学校保健関係者への啓発研修会開催、学校関係者や保護者への特別支援教育に関する手引き、対応マニュアル等の整備を実施することを要望します。

(15) 特別支援学級の適否判定に必要な人員確保（新規^⑧）

教育委員会が特別支援学級対象者であるか否かの判断をする際に必要な心理検査を地域の医療機関に依頼するケースが増えています。その結果、すでに日常診療が逼迫している児童思春期精神科医療にさらなる負担を生んでいます。教育委員会において適否判定に必要な人員を自ら確保し、適正な条件で雇用することを要望します。

(16) ICT による児童生徒の健康面における学校医以外の関連専門医の協力

ICT 環境における児童生徒の健康面について情報が蓄積されてきています。視力低下、眼精疲労を訴える児童生徒の数の増加、睡眠時間の短縮、睡眠の質の低下、ネット依存、スクリーン時間の長さなどは注意欠落、多動など精神弛緩にも影響を及ぼすと言われています。眼科医の協力以外に、骨格筋等を診る整形外科医、睡眠不足、睡眠障害あるいは生活リズムの乱れについて診る精神科医、その他皮膚科医などの関連専門医による学校健診のさらなる充実を要望します。また、児童生徒のメディア対策に対し児童生徒、保護者、学校関係者への啓発活動並びに指導マニュアル等の整備の充実を要望します。

(17) ICT 機器による児童生徒の視機能に対する影響の調査・対応・啓発（新規^⑧）

学校現場においては GIGA スクール構想のもと、PC やタブレットなどの ICT 機器の導入が進められています。一方で、文部科学省の「児童生徒の健康に留意して ICT

を活用するためのガイドブック」等でも指摘されているように、ICT 機器の使用による近視の進行、スマホ老眼と言われる調節障害、ドライアイ、ブルーライトによる睡眠障害などが懸念されます。

ICT 機器による視機能への影響の調査及び疾病の予防のために、児童生徒に対する精密な眼科検診体制の整備、児童生徒・保護者・関係者への啓発活動の充実を要望します。

(18) 脊柱側弯症検診の実施

現在、児童生徒の定期健康診査の運動器検診において、前屈姿勢で肩甲部の左右差から脊柱側弯症の有無を診断していますが、その精度には課題があることが指摘されています。脊柱側弯症は 10 歳から 15 歳頃に急速に悪化することもあり、早期発見が求められています。

従来型のモアレ検査は機器の老朽化により継続が困難とされていましたが、近年、新たな機器が開発され従来のモアレ検査と同様の画像診断ができるようになりました。脊柱側弯症の早期発見のため、全都的に新しい機器による脊柱側弯症検診の実施を要望します。

(19) 学校安全対策の充実

児童生徒が安全に学校生活を送るために、教職員の健康管理を実施する学校産業医の果たす役割は重要ですが、区市町村立の小・中学校にはほとんど学校産業医が配置されていません。小・中学校への学校産業医の配置に向けて協議会の設置と、学校産業医を対象とした研修会の開催を要望します。

(20) 学童期における児童虐待早期発見へのシステムづくりへの支援

児童虐待防止には早期発見が重要ですが、通常健康観察や身体診察ではネグレクトや性的虐待等の発見は難しいのが現状です。学校医と学校歯科医、学校薬剤師、教職員を含む学校関係者が共通認識を持ち、虐待を疑われる児童生徒をいかに早期に発見し、早期対応できるかを検討するシステムづくりへの支援を要望します。

(21) 高齢者施設・障害者施設や保育所等での中高生ボランティア体験（新規[㊟]）

中学生、高校生による高齢者施設・障害者施設でのボランティア体験は、地域包括ケアネットワークの構築に欠かせない自助・互助の精神の育成に大きな効果をもたらします。年間に数日でも、体験できるよう要望します。

また、少子化が進む中、中学生、高校生にとって乳幼児と触れ合う体験は、将来父親・母親になることを意識し、小さな命を愛おしみ大切に育てることに繋がります。中学生、高校生のボランティア体験、または職場体験の中に、保育所での実習を必修化することを要望します。

(22) 都立学校教職員に対する AED（自動体外式除細動器）の講習会

学校での AED の設置とともに救急救命処置の教育の普及により学校管理下におけ

る児童生徒の突然死は顕著に減少し、ここ数年で設置時と比べ約 1/5 以下になっています。

AED が緊急時に適切に活用されるために、児童生徒への教育並びに訓練、教職員に対する AED 講習会の継続と充実、さらにメンテナンスについても万全を期すよう要望します。

(23) 日本語を母語としない外国籍児童生徒への日本語教育の充実（新規^⑨）

少子化の進行は東京都も例外ではありません。そのような中、外国にルーツを持つ子どもも将来の東京を担う大切な存在です。小学校入学時のみならず、途中学年で都内の小学校、中学校、高等学校に転入してくる児童生徒が年齢相当の日本語を理解しないまま、当該学年の学習をすることは困難です。通常学級での学習を開始する前に日本語力を向上させることは有意義であり、都内各地域に日本語教室を設置することを要望します。

また、学校からの日本語による連絡・通知を保護者が理解できない事例も報告されています。保護者の日本語習得への協力、通知文の多言語化等も要望します。

(24) 学校給食無償化の完全実施（新規^⑩）

給食は栄養バランスのとれた食事を提供することにより、成長期の児童生徒の健康を維持するという重要な役割を果たしています。

また、給食は地産地消の推進、季節の食材を知ることで食育を学ぶ場でもあります。決まった時間に食事をとることで規則正しい生活リズムが身につく、生活習慣の改善にも繋がっていきます。この給食が都内でも財政負担が大きいとして地域により無償化の実施に差があります。また家庭によっては給食費が大きな負担になっている場合があることから、都内全域での学校給食費の早期無償化を要望します。

(25) 不登校児童生徒を健診する医師への支援（新規^⑪）

令和 4 年度の全国の不登校児童生徒数は約 30 万人、令和 5 年度は約 34.6 万人に達しています。

現在児童生徒の健診が義務付けられていますが、定期健診をはじめ相談・支援など全く受けていない児童生徒が約 11 万人います。

健康診断を受けることで身体的な問題、精神的問題などの発見や不登校になった原因を把握し、学校復帰への支援に繋げることができる可能性が考えられます。しかし、不登校の児童生徒の健診は非常に難しく時間がかかるという現状があります。学校外で診察する学校医、かかりつけ医等に対する制度化の支援を要望します。

(26) 発達障害児のためのカームダウン・クールダウンスペースの確保（新規^⑫）

発達障害児などが精神的にパニック状態に陥った際に学校内に落ち着けるクールダウンスペースの設置は、学びを継続する上でも重要な環境整備と考えます。未だ小中学校では完備されていないところが多く、設置基準なども不十分で教職員の理

解不足もあります。

小・中学校にクールダウンスペースの設置ガイドライン、予算、教職員の研修の制度化に対する支援を要望します。

(27) 都立学校心臓検診のデジタル化の検討 **（新規）**

学校心臓検診は、諸外国に先んじて実施してきた児童生徒に対する健康診断制度で心臓性突然死防止と小児期発症心疾患の早期発見に貢献しています。東京都医師会においては、東京都教育庁より都立学校心臓検診の判定業務を受託しています。

心電図、X線、心エコー判読、問診票、学校生活管理指導表のデジタル化が遅れており、紙ベースでの作業に関わる業務（運送、転記・集計）、判読業務の効率化と迅速性、遠隔判読、個人情報管理、働き方改革への対応等の課題が挙げられます。現場における検診・判読業務のデジタル化が学校心臓検診の医療 DX の重要な第一段階と考えられることから、都立学校心臓検診のデジタル化を要望します。

C. 小児保健対策

(1) こども家庭センター（旧：子育て世代包括支援センター）事業の推進 **（新規^⑧）**

晩産化、少子化、核家族化がすすむ我が国において、妊娠、出産、子育ての切れ目ない支援の必要性が増しています。子育て世代包括支援センターは、令和 6 年 3 月にこども家庭センターとなり、母子保健と児童福祉の両機能の連携・協働を深めることになりました。本事業の実施にあたっては、保健所、保育園や学校、かかりつけ医等の連携・情報共有が必須です。本事業を進めることは、児童虐待の早期発見、早期対応にも寄与します。こども家庭センター事業の推進に向けての方策を検討する協議会の設置を要望します。

(2) 出産前小児保健事業（プレネイタル・ビジット）の推進のための協議会の設置

出産前または直後に産婦人科医からの紹介により、小児科医を受診してかかりつけ小児科医を持ち、育児に関する知識を身に付けることが育児不安の解消には大切です。区市町村における出産前小児保健事業の推進に向けての方策を検討する協議会の設置を要望します。

(3) 産後ケアの充実

核家族化により、子どもを抱くのは我が子が初めて、育児を手伝ってくれる祖父母が近所に住んでいない、気軽に育児について相談できる人や場所がないこと等が絡み合って発症する産後うつへの支援が求められています。開業産科医療機関や助産院、産後ケア施設などで産後ケアが実施されていますが、その数は十分とはいえず、利用回数も制限されています。子どもの発育発達を診る小児科診療所においても産後ケアや産後指導を行うことができるよう、制度の拡充、費用補助の実施を要望します。

(4) 新生児聴覚検査の普及・拡大

平成 31 年度から都内全域で新生児聴覚検査の公費補助が実施されています。一定基準でスクリーニングされるためには、検査機器設備（ABR）が不可欠で、医療機関における検査機器整備の補助も実施されています。引き続き、区市町村における本検査の公費補助並びに東京都における地域差のない機器整備補助が継続できるよう要望します。

(5) 新生児聴覚検査リファーマーの支援（新規^⑨）

新生児聴覚検査の結果がリファーマー（要再検査）であった児の健やかな発育・発達のためには、精密検査機関を確実に受診し、正確な診断を受け、個々に適切な支援が行われる療育機関等へ迅速かつ円滑に見落とされることなく、継続されることが重要です。リファーマーであった結果が確実に保護者に連絡され、放置されることなく確実な支援を受けるために、小児科医、耳鼻咽喉科医と精密検査機関や療育施設との切れ目のない医療連携体制の構築整備について、なお一層の充実を要望します。

(6) 乳幼児健康診査（1 か月、3・4 か月、6・7 か月、9・10 か月、1 歳 6 か月、3 歳、5 歳）の問診及び診察項目の都内統一（新規^⑨）

現在 23 区では、統一様式による 6・7 か月、9・10 か月健診票の採用、相互乗り入れが実施されていますが、多摩地区、島しょ部はその限りではありません。1 歳 6 か月児と 3 歳児の健康診査は区市町村事業とされているため、統一された様式ではありません。今後、開始が予定される 5 歳児健診も同様です。保護者の就労状況や、区市境界在住など種々の理由で居住地外の地域で健診を受けられるようにすることで、健診受診率の向上が期待されます。また、統一様式とすることで、東京の子どもに関するビッグデータの収集・活用が可能となります。統一様式、相互乗り入れを実施するための協議会の設置を要望します。

(7) 乳児期の健康診査における視力検査の実施（新規^⑨）

子どもの視機能の発達を考慮し、23 区では 3 歳児健康診査における携帯型ビジョンスクリーナーによる視機能検査が実施されていますが、多摩地区では未だ一部の市町村でのみ実施されるにとどまっています。本検査は生後 6 か月から可能であり、より早く異常を発見し治療と結びつけることは、子どもの視機能の発達にはとても重要です。乳児期の健診は個別にかかりつけ医で行われる場合が多く、個々の医療機関において携帯型ビジョンスクリーナーによる検査を容易に行えることは有意義です。設備整備への支援を要望します。

(8) 3 歳児健康診査における屈折／視力検査の充実（新規^⑨）

子どもの視機能は 6 歳までにほぼ完成するため、就学までに異常を発見することが必要です。そのため、「はぐくもう！6 歳で視力 1.0」をスローガンに、6 月 10 日が「こどもの目の日」記念日に制定されました。3 歳児健診で視機能の異常を発見

することは大きな意味があり、東京都においても区部を中心に「3 歳児健診における屈折検査導入」が進みつつありますが、今後、すべての区市町村で携帯型ビジョンスクリーナーを用いた 3 歳児健診が行われ、さらに視能訓練士（ORT）の関与などより充実した体制で行われるよう整備を要望します。

（9）幼児期から思春期まで切れ目ない Biopsychosocial な視点に立つ健康診査事業の実施（新規^⑨）

幼児期以後の健康診査は主に子どもの所属先である保育園、幼稚園、学校で身体的・生物学的（biological）な観点から行われています。また、保育所と認定こども園はこども家庭庁、幼稚園と学校は文部科学省の管轄であり健診結果の継続性に課題を抱えています。そこで年に 1 回、親子でかかりつけ医を受診し、生物学的(bio)、精神的（psycho）、社会学的(social)な観点から診察、予期的指導を実施されるよう支援を要望します。

（10）保育園、幼稚園における軽度発達障害への対応支援

近年、発達に課題を抱える子どもが増加し、専門医療機関の受診には 3～6 か月待ちという状況が続いています。保育園や幼稚園の職員が軽度発達障害が疑われる児への SST（social skills training）など初期の療育について学ぶことにより、就学時までに症状の改善または軽減が望める場合があります。都内の保育園や幼稚園の職員を対象としたこの問題に関する研修会の開催を要望します。

（11）児童発達支援センターの拡充

発達障害の小児の訓練の場として、児童発達支援センターや児童発達支援事業所が設置されていますが、患者数の増加に十分な対応ができていない状況にあります。施設の整備、拡充を要望します。

（12）保育所整備と保育士の再教育、待遇改善（新規^⑩）

各地区で保育施設の拡充が行われて、待機児童数は減少してきました。その一方で、保育所利用における親の就労要件が緩和されたことから、新たな保育所需要が増しています。東京都の保育士労働者数は約 4.3 万人（全国保育士登録者数は約 179 万人、保育士労働者数は約 27.5 万人）にとどまっています。これは保育士の労働環境に対し、給与の低さも関係しています。

現役保育士に加え潜在保育士への知識や技能の再教育を実施し、保育の質を高めると同時に、保育士の待遇改善を要望します。

（13）病児・病後児保育事業の拡充

病児・病後児保育施設は令和 7 年 1 月 1 日現在都内に 189 か所あります。病児・病後児保育の運営は、利用者がいない日でも保育士や看護師の確保が必要であり、経済的に過度な負担となります。本事業の拡大のため、補助金の引き上げ等、経済

的支援もしくは新たな体制構築を要望します。

(14) 子どもたちを虐待から守るための体制強化

1) 児童虐待の防止や早期発見のための体制づくり **(新規^⑨)**

出生直後の遺棄、暴力、無視（ネグレクト）など深刻な児童虐待の報道が続いています。産後ケアや子育て支援事業による虐待予防が第一であり、①乳幼児健康診査未受診者の把握と受診勧奨及び子どもの現認の徹底、②保育園や幼稚園などどこにも通園していない子どもの把握と就学までの公費による年1回の定期健診の実施、③育児困難等から虐待に発展する可能性が高いハイリスク家庭への支援、④保護者の就労を問わない入園措置（定員割れ保育園・幼稚園の活用）などの対策が考えられます。これらを含め、予防策の検討とその確立、及び予防策の普及啓発を要望します。

2) 要保護児童対策地域協議会、児童相談所、警察の連携 **(新規^⑨)**

東京都や区市町村には、要保護児童対策地域協議会が設置されていますが、早期発見のためには、警察とも連携して情報共有や子どもの保護のためのより実効性のある体制づくりを要望します。

3) 虐待予防、虐待の早期発見のための啓発活動の実施 **(新規^⑨)**

望まない妊娠、若年妊娠及び複雑な家庭環境等の要因により虐待へと発展させないためにも、医療機関や保育園、地域の住民など誰でも気づくことのできるサインを見逃さないための講習会や普及啓発などの実施を要望します。

さらに、妊娠に悩んだ時に気軽に相談できる「妊娠ワンストップセンター（仮称）」の設置と特定妊婦への手厚いサポート体制の整備を進めることを要望します。

4) 赤ちゃんポスト「いのちのバスケット」の利用状況の把握 **(新規)**

令和7年3月31日に墨田区内の医療機関に設置された赤ちゃんポスト「いのちのバスケット」に預けられた赤ちゃんの数、預けられた後の処遇などについて継続的に検証を行うことを要望します。

(15) 児童の死亡原因の検証 (child death review 東京)

東京都内では毎年300人前後の15歳未満の子どもが亡くなっています。子どもの死亡の中には、病気や交通事故など死因が明らかなものばかりでなく、見逃された虐待など「なぜこの子は死ななければならなかったのか？」という事例も散見されます。東京都に設置された児童の死亡原因検証会議において、継続的に不明の死に対する検証を実施することを要望します。

(16) 在宅医療を必要とする小児への支援

1) 歩ける医ケア児の保育・就学支援 **(新規^⑨)**

気管切開、胃瘻など医療的デバイスを使用しているが、それ以外においては健常児同様の生活が可能な医療的ケア児（歩ける医ケア児）については、保育所・幼稚園・小学校等通常級への通園・通学が可能です。歩ける医ケア児を預かる施

設の職員・嘱託医等が知識・ケア技術を深めるために、専門医や主治医による研修会の開催を要望します。

2) 東京都医師会在宅医療委員会小児在宅医療部会への支援（新規^⑧）

小児在宅医療の担い手を増やすこと、通院可能な医療的ケア児を小児科や内科の一般診療所で受け入れること、医療的ケア児が成長した後に一般内科の診療に円滑に移行できるよう体制整備すること等を目的として設置する「東京都医師会在宅医療委員会小児在宅医療部会」の活動について支援を要望します。

3) 小児在宅医療対応力向上のための研修事業の実施

かかりつけ医が小児在宅医療に対する知識を深めるために、専門医によるかかりつけ医、訪問看護師、コメディカルスタッフへの研修事業の開催を引き続き要望します。

4) 地域でのレスパイトケアへの支援

在宅医療を必要とする小児のレスパイトケアに対する支援の拡充を要望します。

5) 区市町村におけるケアコーディネーターとしての指導員の充実

在宅医療を必要とする小児のケアは多種にわたりますが、区市町村が行うケアコーディネーターとしての指導員の人員数、活動内容とも不十分です。この充実のために財政的支援を含め、ケアコーディネーター研修の拡充を行うことを引き続き要望します。

6) 子育て支援のためのメンタルサポート事業（新規^⑨）

児童虐待を行っていることがわかった保護者に対して、児童相談所、こども家庭センター、保健所と協力して、地域の精神科医療機関が、精神医学的アセスメントを行い、必要なメンタルサポートを提供できるようにして、虐待の再発を防止する体制づくりを要望します。

7) 訪問療育の推進（新規^⑩）

医療的ケア児や発達障害のある児童など、通園・通学が困難な小児が在宅で十分な療育を受けられるような地域資源の整備が必要です。特に発達障害のある児童に対し、必要に応じて自宅での個別サポートによる行動理解、ABA療法の適用、集団生活適応支援などを行えるような体制づくりが必要です。

訪問療育を配備する自治体はいまだ少なく、厚生労働省事業の「居宅訪問型児童発達支援」などを活用し普及に向けた取り組みを要望します。

8) 小児在宅医療資源の情報集約（新規^⑪）

医療的ケア児の在宅医療に関する地域の医療資源情報について、区市町村ごとの「在宅医療介護連携拠点」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に集約するための取り組みを要望します。

9) 医療的ケア児者の在宅医療提供体制検討のための実態調査への支援（新規）

医療的ケア児者の在宅医療提供体制について検討するにあたり、都内の医療的ケア児者に関する実態調査を行うための協力と支援を要望します。

D. 産業保健対策

(1) 治療と仕事の両立支援への補助（新規^⑨）

療養・就労両立支援の対象疾患は、平成 30 年度にがんが対象になり、脳血管疾患、慢性経過の肝疾患、指定難病が令和 2 年度に追加され、心疾患、糖尿病、若年性認知症が令和 4 年度に追加されています。超高齢社会では、高年齢労働者も増えているなか、治療をしながら働き続ける労働者も増加しています。治療と仕事の両立を可能にするためには、職場や医療機関をはじめとした社会の理解と支援が必要となってきます。しかし、両立支援の社会の認知度は高くありません。そこで認知度を高めるための研修会開催等に対しての支援を要望します。

(2) 企業・労働者と産業医の連携（新規^⑨）

企業の健康経営には労働者の健康維持が不可欠であり、労働者 50 人以上の企業においては、産業医の選任が義務付けられています。超高齢社会においては高年齢労働者も多くなり、第 14 次労働災害防止計画でも高年齢労働者の労働災害防止対策の推進もうたわれています。50 人未満の中小企業は多く、高年齢労働者を含め労働者の安全と健康の確保は健康経営に必要不可欠であります。また化学物質においては企業の自律管理が求められており、企業・労働者においても、産業医と連携しなければならない場面が多くなることが想定できます。それゆえに、企業・労働者と産業医のより一層のスムーズな連携ができる体制整備に対する支援を要望します。

(3) 東京都産業医報酬の見直し（新規^⑨）

産業医活動には、法律上の職務が追加されており、それは長時間労働者に対する面接指導（労働安全衛生法 66 条の 8 及び 9）と、高ストレス者に対する面接指導（労働安全衛生法 66 条の 10）です。2014 年にストレスチェック対応の法改正があり 10 年経過しました。面接指導には相応の時間を要し、随時に面接指導事案が発生する場合もあります。報酬においては、随時の場合には時間当たりの報酬追加という考え方もあります。また、労働者の精神神経障害疾患の発生が多くなっている現況から、メンタルヘルス対応は非常に重要です。いわゆる骨太の方針 2025 の第 2 章賃上げを起点とした成長型経済の実現でも、物価上昇を上回る賃上げの普及・定着がわれています。そして、東京都人事委員会でも令和 6 年度の都職員の月給を平均 10,595 円引き上げるように勧告されています。このような時流や、産業医活動量の増加から、報酬の見直しを要望します。

II. 生涯を支える地域医療の推進

A. 医療現場からの緊急要望

(1) 電力・ガス料金高騰に対する補助

電力・ガス料金が急激に上昇し、使用エネルギー単価が前年比電力 124%前後・ガス 127%前後となり、各医療機関の対応策としてはエネルギー使用量を可能な限

り節減努力しています。本来あるべき平常時に換算すると、都内病院病床数で 184 億円の負担増となり、相当額の補助金を要望します。

(2) 食事基準費用額に地域差を適切に反映させるための東京都独自の補助

施設等にかかる費用のうち、食費及び居住費は全額自己負担が原則ですが、市町村住民税非課税世帯である利用者（入所者）については、その申請に基づき、補足給付が行われています。しかし、この基準費用額は全国一律の金額であり、諸物価や人件費などが全国で一番高い東京都においては低所得者（第 1 段階から第 3 段階）の入所（入院）数に比例して施設が大幅な減収となるという矛盾が生じ、対象者が多数利用する施設ほど運営が困難になるという問題が生じています。そこで、東京都における諸物価や人件費などの地域特性を考慮し、生活保護法や人事院勧告の基準の地域差などを参考として、東京都における介護保険施設に入所（入院）する第 1 段階から第 3 段階までの対象者について、食事費用の基準費用額の 16% 程度（1 日当たり 220 円）を東京都独自に施設に対し補助する制度の設立を早急に実施されることを要望します。

(3) 薬剤・医療物品等の購入に対する補助（新規）

物価高騰や人件費の上昇は、医療機関の経営に深刻な影響を与えています。特に診療報酬は公定価格のため、医療材料、薬剤、消耗品等の購入価格が上昇してもこれを報酬に転嫁するわけにはいかず、現状の診療報酬ではこの物価高騰を全く反映していないため、経営努力だけでは経営を維持することが困難な状況です。また、東京は医療機関に係る電気、ガス、水道などの公共料金だけでなく、駐車場代や賃料などの維持運営費は地方に比べ非常に高い経費の中、全国同一の診療報酬で経営しています。今後、質の高い医療サービスの提供を継続維持するため、物価高騰、現状に対応した東京都独自の補助を要望します。

(4) 精神科二次救急指定病院以外の精神科病院への病室等改修等補助の新設（新規^⑧）

新型コロナウイルス感染症対策として、東京都は精神科二次救急指定病院に対して新型コロナウイルス感染症医療提供体制確保支援事業を立ち上げ支援しました。

クラスター化した精神科病院では、畳部屋病室を有するなど感染対策に脆弱な療養環境であることがわかりました。これらの病院の多くは精神科二次救急指定病院に認定されておらず、支援事業を受けることができませんでした。そこで精神科二次救急指定病院以外の精神科病院にも感染予防対策と療養環境改善のための病室等改修等への補助を要望します。

B. 東京都地域医療構想の推進

地域医療構想の進め方については 2025 年に向けて、医療のみならず介護等も含めた新しい調整の必要性があげられています。また、地域医療を担う人材確保についても焦点を当てて議論すべきです。その際には二次医療圏に限定されず、区市町村あるいは隣接

区域での調整も必要であり、分科会や在宅療養ワーキング等を含め、柔軟な会議運営と調整を要望します。

C. 東京都外来医療計画・医師確保計画の推進

(1) 「地域医療人材育成事業（仮称）」の事業推進への支援（新規[㊟]）

東京においては医師数・医療機関数は多いものの、専門医・専門的開業が多く、必ずしも地域医療が充実しているとは言えません。今後も人口が減少せず、医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者が増え続ける東京においては、専門性や診療科にかかわらず、また開業医だけでなく病院・診療所の勤務医を含むすべての医師が、地域医療を理解し、かかりつけ医機能を発揮することが期待されます。それに対し、東京都医師会では地域医療を理解した人材を育成するために、「地域医療人材育成事業（仮称）」として研修プログラム・コンテンツの作成と、都内の各地区医師会及び協力病院での研修の実施を計画しています。また研修の実施にあたっては、他団体の行う研修プログラムなどとも連携することを考えています。

これらの取り組みは、地域に必要な医療機能の確保及び医師の偏在対策にも寄与するものと思われます。この「地域医療人材育成事業（仮称）」の事業推進への支援を要望します。

(2) 東京都ドクターバンクの創設（新規）

比較的医師が多いと言われる東京都においても医師少数地域はあります。それらの地域を中心として医師の充足は大きな課題となっています。人材紹介会社を介すると多額の費用がかかります。低廉で質が高い、公的なドクターバンクの創設を要望します。

D. 地域包括ケアネットワークの構築に向けての基盤整備等

地域包括ケアネットワーク構築については区市町村単位で積極的に進められていますが、今回のコロナ禍において、本ネットワークの脆弱な部分、立ち遅れている部分が浮き彫りにされました。早急にこれらの弱点を補っていくため次の事項の支援を要望します。

(1) 在宅看取り率のデータ抽出体制の確立（新規[㊟]）

2040年には年間死亡者数が160万人と見込まれる中、80%の方が病院で亡くなる現状を維持することは不可能であります。国民の在宅療養のニーズは高く、今後さらなる施設医療や在宅医療が必要となる中、その延長線上には看取りがあり、地域の中どのような形で看取りに対応できているかも大きな課題となります。在宅医療機能の評価をするうえでは、在宅看取りがその地域でどのように行われているかを数値化することで、その評価の一端を担うことができると考えられます。東京都全域で行われている死体検案時の調査票を有効活用すれば、十分評価できると考えます。

そこで、調査票の有効活用による区市町村別の在宅看取りや関連事項のデータ抽出体制の強化及びその適正な開示を要望します。

(2) 地域での生活を支援する「かかりつけ医」育成システムの構築

「かかりつけ医」の育成のためパンフレット、テキスト作成、研修会の開催を要望します。また平成 28 年度から日本医師会で開始した日医かかりつけ医機能研修制度等医師会の独自の取り組みに関しても支援を要望します。

(3) 多職種連携体制への支援

地域包括ケアネットワークの構築に向けて多職種連携体制を深めていく必要があります。平成 26 年度より東京都医師会では、東京都からの委託事業として東京都多職種連携連絡会を設置し在宅療養の推進と多職種連携のための普及啓発活動を行ってきました。多職種連携に関する課題は未だ多く山積しており、災害時の地域包括ケアについても議論を加速する必要があります。引き続き新たな体制での検討の場を要望します。

(4) 在宅療養研修事業の継続実施

地域での在宅療養の推進をはかるために中心的な役割を担うリーダーの育成事業と多職種連携強化のノウハウやスキルをもった人材を育成するため在宅療養研修事業の継続実施を要望します。

(5) 在宅医療の 24 時間体制確保事業の推進

加齢や病気で支援を必要とするようになって、本人が望めば安心して地域に住み続けることができるよう、24 時間対応できる在宅医療体制を整備することが喫緊の課題です。東京都の中でも地域により在宅医療資源に差があるため、地域ごとのルールと全体を俯瞰した全都的なシステムが必要です。在宅医療推進には、現状の改善と後進の育成の双方が求められます。地域の診診連携、在宅医療を専門に行う医療機関や臨時対応に長けた新たな形態の医療資源との連携などを地域事情に合った形で模索する必要があります。

新型コロナウイルス感染症蔓延時における「在宅療養者等に対する医療支援強化事業」、「往診体制強化事業」、「在宅療養者等に対するオンライン診療システムを活用した遠隔診療事業」などの自宅や施設での療養者に対する医療支援事業についての事後検証を十分に行いながら、「東京都在宅医療推進強化事業」のさらなる充実に向けて支援を要望します。本事業については、東京都医師会在宅医療委員会においても十分な検証を行います。

(6) 新しい看護介護職の創設（新規^⑧）（参照項目 71 頁Ⅷ.（1））

超高齢社会では疾病構造も大きく変化し、求められる医療も、救命する治療する医療から疾病や障害を支える医療、癒す医療、看取る医療に変化しています。一方、

少子化により医療福祉人材の供給不足が顕在化しています。そこで、現在の地域医療のニーズや人材需給状況を踏まえ、看護介護をより効果的にタスクシェアできるよう横断する新資格の創設を検討するための支援を要望します。

(7) 都民への「地域医療へのニーズ」に関する意識調査（新規^⑧）

令和7年度より「かかりつけ医機能報告制度」が施行されました。超高齢社会を迎え継続性・総合性のある医療の重要性は、ますます高まると考えられます。都民のニーズに関しては地域特性を把握することも重要であり、自治体ごとに福祉計画策定年度前に行われる福祉ニーズ調査の医療に関する調査結果を収集し分析するのが効率的かと思われます。つきましては情報提供等につき東京都の協力と支援を要望します。

(8) 在宅療養者への栄養支援（新規^⑨）

公益社団法人日本栄養士会認定「在宅訪問管理栄養士」を講師として、管理栄養士、栄養士を研修会等で「地域栄養士（仮称）」として人材育成することにより在宅療養する住民に大いなる支援ができると考えます。フレイル、ロコモティブシンドローム、サルコペニア等への対策に実効性ある活動となります。

在宅療養者への栄養支援として「栄養・ケアステーション」の活動とともに「地域栄養士（仮称）」の人材育成を要望します。

(9) 地域包括ケアネットワークへの住民参加の推進

平均寿命が延伸する一方で、健康寿命の先に平均で10年ほどの身体機能に支障のある期間が存在します。これからは自己の健康管理能力と将来に向けた意思決定が求められます。また、独居ないし二人世帯の増加に伴い、ご近所同士で支え合うための住民による地域づくりが求められます。これらの動機付けとなる研修会を東京都医師会において開催します。研修会の開催にあたり、区市町村行政担当者と地域住民の参加推進につき協力を要望します。

(10) 東京都医師会介護サービス等連携連絡会の活動への支援（新規^⑩）

コロナ禍において、東京都医師会が主導し新型コロナウイルス感染症介護サービス等連携連絡会を設置し、現状把握、感染疑い発生時の対応フロー及び対応チェックリストの作成、研修会等の開催等に取り組みました。

今回の経験・実績をもとに医療関係者（医師会）と介護保険・福祉の施設サービス、居宅サービス、ケアマネジャー、訪問看護師等からなる連携体制をさらに拡大し、恒久的な会議体として機能できるよう支援を要望します。

(11) 様々な診療科の在宅医療への支援（新規^⑪）

高齢化による影響は、身体・運動・認知機能だけでなく、視覚・聴覚などの感覚器にも生じてきます。一方、眼科・耳鼻咽喉科などの在宅医療については、その必

要性はある程度認識されているものの、在宅医療を検討する場で取り上げられることは少ないのが現状です。そこで、眼科・耳鼻咽喉科などの非内科系の診療科の在宅医療に対する支援について、次のように要望します。

1) 在宅医療相談窓口の拡充

「眼科等の在宅医療を依頼したいが、どこに相談したら良いかわからない」との声が聞かれます。そこで、地域における眼科・耳鼻咽喉科など非内科系の在宅医療の実態を把握し、必要に応じ在宅医療相談窓口等で情報提供ができるよう、体制を整備する事業を要望します。

2) 眼科在宅医療に必要な検査機器に対する支援

特に眼科においては、様々な検査機器を用い生体情報を取得して診療を行っています。そのためには、在宅現場で利用できる様々なポータブル／ハンディ検査機器が必要となりますが、その購入・運用・管理コストに見合う診療報酬が得られず、眼科在宅医療が普及しない原因の一つとなっています。そこで、眼科在宅医療に必要な検査機器の購入及び運用・管理の費用の支援を要望します。

(12) 外来通院困難者への対応支援（新規^⑩）

今後の高齢化の進展により、外来通院困難者が増えてくることが想定されます。それに対し、

- ・通院の補助（介護タクシー、ヘルパー等）
- ・内科だけでなく、眼科・耳鼻咽喉科などの様々な診療科による在宅医療の実践
- ・検査員による在宅検査と、医師によるオンライン診療の組み合わせ
- ・医療 DX の活用
- ・必要な検査機器を搭載した検診車による巡回診療
- ・検査入院など、入院医療の組み合わせ

など、外来医療・入院医療・在宅医療・遠隔医療などの様々な医療を組み合わせた外来通院困難者への対応支援が今後必要となってくると考えられ、そのための体制整備に対する支援を要望します。

(13) 「地域医療連携相談窓口」を地区医師会に設置・運営することに対する支援

（新規^⑩）

外来機能報告制度、紹介受診重点医療機関などを踏まえ、病院・診療所の機能分化及び、診療所から病院への紹介だけでなく、病院から診療所への逆紹介、診療所間の紹介など、病診連携・診診連携のさらなる推進が期待されます。

一方、診療所への紹介・逆紹介のためには、医療機能情報提供制度に含まれる内容だけでなく、それ以上にきめ細かな情報が必要となります。病院の多くには「地域医療連携室」が設置され、診療所からの紹介に機能していますが、診療所の側にはそうした情報提供体制が十分に整備されていません。そこで、地域の詳細な医療情報を集約し提供できるのはやはり地区医師会であることから、地区医師会に「地域医療連携相談窓口」を設置し、診療所への紹介・逆紹介に対し、適切な会員医療

機関の情報を提供できる体制を構築するための支援を要望します。

(14) 都内島しょ部の在宅療養者への医療支援（新規^⑨）

島しょ部では住み慣れた地域での終末期ケアや在宅での看取りが困難です。島しょ部の在宅医療提供体制を整備するために、関係機関だけでなく当事者を交えて課題を抽出する機会が必要です。そのための意見交換の場やアンケート調査等の取り組みについて支援を要望します。

E. 6 疾病（脳卒中、糖尿病、心筋梗塞、がん、精神疾患、COPD）への対策

(1) 東京都循環器病対策推進計画による循環器病対策の推進（新規^⑩）

東京都でのさらなる循環器病対策を推進するため次の事項を要望します。

1) 東京都脳卒中医療連携体制の継続と円滑な運用推進

脳卒中の発症から維持期までの医療連携体制の円滑な運用のために、次の事項を要望します。

① 脳卒中急性期病院の受け入れ体制と救急搬送体制の充実

（ICT を利用した患者情報の迅速な共有）

CCU ネットワーク体制のような脳卒中ネットワークの創設と血管内治療適応患者を速やかに医療機関に搬送する ICT を利用した連携体制の確立を要望します。脳卒中救急のトリアージ向上による救急救命の質向上への体制整備を要望します。

② 切れ目ない脳卒中医療のための維持期・在宅医療への連携体制構築

③ 在宅リハビリ推進強化のために、各二次保健医療圏での講演会、研修会の支援

④ 脳卒中に関する都民への継続的かつ効果的な普及啓発

⑤ 統一東京都版として作成した脳卒中クリティカルパスの普及拡大

⑥ 脳卒中地域連携パスの全都的活用

2) 心筋梗塞、慢性心不全、大動脈緊急症等への対応

急性心筋梗塞、急性大動脈解離は救命に一刻を争います。東京都では CCU ネットワーク、大動脈スーパーネットワークを構築し対応しています。また高齢化とともに慢性心不全患者の繰り返しの入退院が増加し、CCU ネットワークで対応しています。これらのネットワークについて、これまで以上の拡充・強化をはかるため、次の事項を要望します。

① 救急システムと連携を強化した CCU ネットワークと急性大動脈スーパーネットワークの機能強化（ICT を利用した患者情報の迅速な共有）

② 循環器救急のトリアージ向上による救急救命の質向上

③ 慢性心不全の在宅での介護・リハビリ等の強化

3) 医師の働き方改革による循環器・脳卒中救急への影響への対策（新規^⑪）

医師の働き方改革が令和 6 年 4 月より実施されました。この結果、CCU ネットワークに参加している 2 つの医療機関が辞退することになりました。このような

状況が進むと循環器、脳卒中の救急患者の休日夜間の受け入れがさらに困難になります。適切な治療を受けられずに不幸な転機になることも想定され、対策が求められます。救急医療機関による対応だけでなく、予防・かかりつけ医機能・慢性期医療等の充実が必要となります。これらの対策を要望します。

(2) 糖尿病対策（新規^⑧）

糖尿病対策は、二次保健医療圏単位ではなく、地域包括ケアにおける“中学校区”相当の地域単位で展開することが実効的です。地域の栄養士、理学療法士等多職種連携を密にして患者中心の対策を行うべきです。

東京都糖尿病医療連携協議会において、引き続き予防から早期診断・治療、合併症対策に一括して取り組む必要があります。

特に、東京都で作成した連携ツールを活用し、かかりつけ医と糖尿病専門医、腎臓専門医、眼科専門医さらには歯科医までを結ぶ糖尿病医療連携への協力・円滑な連携体制のさらなる推進を要望します。

さらに、東京都糖尿病対策推進会議への積極的な東京都の協力を引き続き要望します。

(3) がん対策

1) 全都的な施策の展開

がん患者は、種々の情報の下、都内の発達した交通網を利用し、広域的な受療行動をとります。がん医療に関しては、二次保健医療圏にとらわれることなく、全都的な施策の展開を要望します。

2) 地域医療連携の促進

拠点病院と身近なかかりつけ医を支援する地域の病院こそ、がん患者の支えとなります。そのために次の事項を要望します。

- ・緩和ケアや終末期を支えるため、地域での医療連携体制の構築
- ・5大がん及び前立腺がんの東京都医療連携手帳の啓発
- ・在宅におけるかかりつけ医の緩和ケア対応と看取りのために緩和ケア研修の拡充、在宅緩和ケア支援センターの設置等、地域医療連携の促進
- ・各地域で後方支援病院を確保するために引き続き緩和ケアやがん診療に関する研修支援
- ・がん慢性期患者の療養支援のための、かかりつけ医、後方支援病院の把握や連携強化そして多職種協働等の連絡会の開催
- ・拠点病院等において手術等を行った患者が、地域に安心して戻ることができるよう、在宅への移行支援等を行う病院の確保への予算

3) 小児がん治療終了者の継続的健康観察と健康支援の推進（新規^⑧）

小児がんの多くは治療により長期生存が可能となってきました。それに伴い小児期の抗がん剤や放射線治療が成人期以後の身体へ与える影響は未だ解明されていません。がんの治療終了後の継続的健康観察と健康支援を引き続き要望します。

4) AYA 世代がん患者の妊孕性への支援（新規^⑥）

AYA 世代のがん治療は生殖器への影響が避けられません。がんの治療開始前に卵子を採取凍結保存することで、がん治療終了後に挙児可能となります。治療開始前の採卵など妊孕性保護への支援の継続を要望します。

（4）東京都がんポータルサイトの充実

がんの医療提供体制だけでなく、各種セミナーやがん患者団体の情報等に加え、医療機関や都民が活用しやすいがんポータルサイトとなるよう、一層の工夫・充実に要望します。

（5）精神疾患の医療連携の促進

一般診療科医と精神科医の連携による精神疾患の早期発見・早期介入、産業医と精神科医の連携による働き盛りのうつ病・自殺対策、一般救急医療機関と精神科医療機関の連携、精神科救急事業と一般救急事業との連携、学校医と学校カウンセラーの連携、一般診療科医と心理カウンセラー（公認心理師等）の連携等、連携体制づくりの推進を要望します。

（6）メンタルヘルスに関する研修事業の普及啓発のための事業

ストレスチェック制度については、「ストレスチェック制度等のメンタルヘルス対策に関する検討会」で議論されているように、本制度のさらなる普及啓発、職場環境改善の義務化、50 人未満の事業所への導入等により機能強化が求められています。

また地域で暮らす精神疾患を抱えた未受診者に対するかかりつけ医の対応力を向上させ、より適切な早期対応・アウトリーチが可能になる研修の開始とメンタルヘルス全般に関する普及啓発を要望します。

加えて、災害時や感染症蔓延期における精神疾患患者のストレスコントロールや PTSD への対処方法をかかりつけ医が学ぶための研修を、オンラインで受けることができるシステムの普及を要望します。

（7）保健所と精神科医療機関との連携の推進（新規^⑥）

通院困難な在宅療養中の精神疾患患者に対し、適切な医療を提供できるよう、精神科在宅医療の普及が必要です。

精神保健福祉法では、在宅患者に介入する機能を担っているのは保健所ですが、専門的知識や経験が必要なため慢性的な人材不足の状態が続いています。このような状況を速やかに改善するため、都内の精神科医療機関（訪問看護ステーションも含む）から専門職を保健所に派遣する等、保健所と精神科医療機関が連携し、必要な際に在宅患者に介入できる仕組みづくりを要望します。

（8）精神疾患にも対応した地域包括ケアネットワークの構築推進事業の推進（新規^⑥）

精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、国では

平成 29 年度に「精神障害にも対応した地域包括ケアネットワークの構築推進事業実施要綱」が定められました。

東京都においても保健・医療・福祉の関係者による協議の場の設置、精神障害者の住まいの確保支援事業等各方面にわたるサポート体制の構築を含めた次の事業の推進を要望します。

1) 精神科病院との連携

国の新たなアウトリーチ支援に関わる事業である地域生活支援促進事業（精神障害にも対応した地域包括ケアネットワークの構築推進事業）について、精神科病院との連携を視野に置いて検討することを要望します。アウトリーチ技術のレベルアップにより、今後の展開が容易となることが期待できます。

2) 精神障害者家族支援

子どもを養育している精神障害者の家族支援について、訪問看護をはじめとした子どもと親への継続的支援（セルフヘルプグループなど）を要望します。虐待の防止、健やかな発達、家族を持つことによる精神障害者のリカバリー促進が期待できます。

3) 精神科診療所ソーシャルサポート専門職配置の財政支援

令和 6 年度の診療報酬改定でかかりつけ精神科医機能として、地域の精神科医療提供体制への貢献、精神科救急医療・時間外診療の提供等が求められました。しかしながら都内の精神科診療所は資金面からこれらに対応するための精神保健福祉士等のソーシャルサポート専門職を雇用できないのが現状です。精神科診療所に精神保健福祉士を雇用するための財政支援を要望します。

4) 精神科専門医による日曜電話相談事業（新規^⑨）

近年、メンタルヘルスに関連する相談窓口については様々なものが事業運営されていますが、精神科専門医が相談を受けるもの、日曜日に開設されているものは少ないのが現状です。一方、問題を抱えながら精神科医療機関を受診することに抵抗のある方や、通院はしているが現在の治療が自分に合っているのか心配でセカンドオピニオンを求めている方等、精神科専門医が直接相談を受けることが効率的な相談ニーズがあります。そこで、日曜日に精神科専門医による日曜電話相談事業の実施を要望します。

（9）精神障害者の退院後支援の取り組み（新規^⑨）

国は、平成 30 年 3 月に「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を策定し、都道府県等に対する技術的助言として通知しました。

これを受けて東京都では「東京都版退院支援ガイドライン」が作成されましたが、自治体や保健所、相談支援事業所等の地域援助事業者の関与に比べ、精神科医療関係者の関与が不足しています。特に地域精神科医療の担い手である精神科診療所の位置付けが不明確で、一部の重装備型精神科診療所のみが対象となっています。他の疾患同様、従来の主治医、かかりつけ医－患者関係を無視した支援体制には危惧を抱きます。一般的な精神科診療所も地域援助事業者会議への出席等、退院支援に

関与できる仕組みづくりと関与するための環境整備を要望します。

(10) ひきこもり者への支援の充実（新規^⑥）

東京都内の若年者（15～34 歳）のうち約 2 万 5 千人がひきこもり状態にあると推計され、30 代以上が 4 割を占めています。

東京都では、当事者及び家族を支援するために、東京都ひきこもりに係る支援協議会を設置し、東京都ひきこもりサポートネットを開設しましたが、今後高齢化するひきこもり者のための生活支援、就労支援等多方面にわたる支援策の充実を要望します。

(11) COPD 検診（モデル事業化）の展開（新規^⑥）

COPD（慢性閉塞性肺疾患）による死亡者数は増加傾向にあり、今後さらに患者数の増大が懸念されます。診断のついていない COPD 患者が多数存在し、そのほとんどがタバコを原因として進行・発症します。病状が進行すると在宅酸素療法等が必要となり、肺炎などの重篤な呼吸器感染症・慢性心不全などの循環器疾患を発症し、生活の質（QOL）を大きく損ないます。多額の医療費もかかります。初期には症状が明らかでなく、自覚に乏しい病態です。一部の地区では COPD 検診を導入し、早い段階での禁煙指導・治療が行われ、その有効性が期待されています。タバコ対策の一環としても、COPD 検診を都内でモデル事業として展開することを要望します。

(12) 医学部学生への医の倫理醸成のための議論の場の設置への支援（新規）

時間外労働等身体的負担の多い外科系に進む医師が減り、美容関連や在宅医療の非常勤医師として効率よく収入を得る医師が増える傾向のある現状を鑑み、「何のために医師になるのか、国民が望む医療とは何か」といった初歩的な医師の倫理感を問うテーマについて学生同士が議論できる場の設置が必要です。医の倫理については講義の聴講だけでは不十分であり、自分で考える機会を提供することが重要です。大学医師会と連携した医学部高学年の学生を対象とした議論の場の設置の支援を要望します。

F. 総合的な医療安全対策

(1) 東京都医療安全推進事業の拡充

都民に対する医療の確保が適正かつ効率的に行われるよう、医療安全確保に関する人材育成のための研修会開催の予算措置を引き続き要望します。

(2) 医療の安全性を確保するための各種事業に対する補助

医療の安全性に対する要望は医療を受ける側からも、また医療を提供する側からも強く求められています。そこで次の事業への補助を要望します。

1) 医療事故に対する無過失補償制度の設置に向けた調査・研究

2) 災害医療や新型インフルエンザ等のパンデミック時の診療等の政策医療における、医療従事者の公務災害に準じた補償制度の創設に関する調査・研究

(3) 院内感染対策事業に対する補助の拡充

病院においては、医療安全対策及び院内感染対策等の取り組みは必須であり、各病院は患者の安全対策に万全の対応が必要です。東京都では、特に感染対策については、立ち入り調査が行われ、マニュアルの作成・職員教育など指導がなされており、東京都病院協会では、医療安全推進委員会（感染管理対策を含む）等を設置し、会員病院へその周知徹底を期し、活動しています。院内感染対策事業の継続と医療安全推進事業への補助を要望します。

(4) 病院内での接触を減らすためのWEB問診の推進（新規^⑥）

新型コロナウイルス感染症など、様々な感染症への感染防止対策のひとつの方策として、病院内での接触を減らすWEB問診は有用であると考えます。医療機関でのオンライン（遠隔）診療等について、環境を整備・充実させるための財政的補助を要望します。

(5) 職員安全システム構築のための支援（カスハラ対策）（新規^⑥）

- 1) 最近、患者や外来者による医療機関職員への凶悪な暴力事件が頻発しています。院内暴力行為は未然に防ぐことが望ましく、職員に安心感を与える環境が求められており、患者や外来者のストレス緩和対策など院内環境整備、院内暴力行為が発生した場合の非常時の対応システム構築のための調査・研究、及び職員教育に関する補助を要望します。
- 2) 医療機関の職員は、大声や暴力などの院内暴力への対応方法を知らないのが実情です。モンスターペイシエントへの対応方法を熟知し、かつ、毅然たる対応ができる警察OBなどの人材を確保するための補助を要望します。

(6) 医療施設の近代化及び耐震化の促進

- 1) 都内医療施設の近代化及び効率化促進をはかる観点から、医療施設近代化施設整備事業の補助金額の増額、対象の拡大を要望します。
- 2) 東京都医療施設耐震化緊急対策事業は令和5年度着手事業までの期間が設けられていましたが、病院の耐震化については、申請があれば今後も継続的な補助を要望します。また、国に対しても、医療提供体制施設整備事業に新たな補助として「医療施設耐震・免震化整備事業」の創設の働きかけを要望します。
- 3) 都内の多くの病院で経年老朽化が進み、建て替え等ができないために廃業する施設も見られています。多くの施設が同時期に建設されたこともあり、地域医療提供が一気に変化する危険を孕んでいます。この観点からも医療提供体制施設整備事業の追加検討を要望します。

G. 医療従事者への教育支援事業対策

(1) 医療シミュレーショントレーニングセンターの設置（新規^⑥）

（関連項目 59 頁V. A. (4)）

医療の質の向上をはかるため、初期並びに継続研修として未熟な医療を速やかに高い水準の医療が実践できるようにする教育研修が不可欠です。そのためのシミュレーショントレーニングセンター設置に関する補助金を要望します。施設設備に対する補助金と、運用に関する補助金を要望します。なお、トレーニングセンターは医師をはじめ医学生や研修医のみならず、コメディカルや都民にも利用可能な施設としての運用を目指します。

(2) 准看護師学校養成所への支援の拡大

超高齢社会である 2040 年に向けて、ますます看護職員の需要は増大します。また、准看護師学校養成所は経営悪化による廃校が続き、生徒数の定員は減少し、危機的状況にあります。貴重な人材を確保するためにも、看護師等養成所運営費補助事業の中での准看護師学校養成所への補助のさらなる増額を要望します。

(3) 看護師の復職支援活動の充実強化

看護職員地域確保支援事業は平成 19 年度からスタートしていますが、2040 年の超高齢社会に向けて、看護職員の需要の増大を踏まえてさらなる充実強化を要望します。

(4) 看護師・准看護師の教育の充実・向上に必要な予算措置（新規^⑨）

新型コロナウイルス感染症が 5 類とされてもなおその影響が続いており、実習前のコロナ抗原検査が必要な場合があるため、養成所では経費も増大しています。今後の感染症に備え、遠隔授業などを行えるよう環境整備を構築するため、現行の看護師等養成施設・整備費補助事業の整備費対象の拡大など東京都独自の柔軟な運用を要望します。

(5) 看護師等修学資金貸与事業の拡充（新規^⑩）

将来都内で看護業務に従事しようとする学生を支援する修学資金貸与事業が実施されていますが、新型コロナウイルス感染症の影響はまだ続いており進学・修学をあきらめることのないよう、同事業のなお一層の拡充継続を要望します。

(6) 介護職機能分化等推進事業の実施（新規^⑪）

生産年齢人口の減少が本格化していく中、限られた人材で、多様化、複雑化する介護ニーズに対応するためには、介護職員のキャリア・専門性に応じた機能分化や多様な人材によるチームケアの実践等が必要です。国は「介護職機能分化等推進事業」を進めています。介護人材不足が最も深刻化している東京都で元気高齢者等を、間接的な介護業務に就くことを支援する本事業に取り組むことを要望します。

(7) 介護保険施設等における ICT 活用促進事業（新規^⑫）

東京都の ICT 化を推進する本事業は、介護保険施設等の質の高い介護サービスの

提供や地域連携を推進するために有意義な取り組みです。さらに令和3年度介護報酬改定では、高齢者の自立支援・重度化防止の取り組みの推進を目途に科学的介護情報システム「LIFE」へのデータ提出が求められることになり、新たな介護報酬として「科学的介護推進体制加算」が創設され、より一層のICT化が求められています。

しかし、各施設において実際にICT環境の整備を行うにあたっては、現場のニーズに合う機器の選択や、予算の確保など、法人内での検討に時間を要することから、引き続き本事業が実施されるよう、予算措置を要望します。

(8) 介護職員のたんの吸引等に係る研修事業に対する補助（新規^⑥）

たんの吸引等を行う介護職員等については、都道府県が認定する「認定特定行為業務従事者」の資格が必要となることから、本研修に参加するための補助を要望します。また医療機関で従事する介護職員等についても研修を行い、「認定特定行為業務従事者」の資格が取得できるよう制度の見直しを要望します。

(9) 看護補助者、ヘルパー対象の初期研修を実施する教育機関の設立に対する補助

職務経験がない看護助手、ヘルパー等の人材を病院で雇用する際、現場の職員が、一から人材を育成する必要があります。そういった負担を軽減するため、介護職としての接遇、倫理など基本的なスキルを学ぶことができる教育機関の設立への補助を要望します。

H. 経営・施設（東京都独自の病院崩壊阻止への取り組み）

(1) 民間病院等を支援する組織体制の構築（新規^⑥）

東京都保健医療局に都立病院を支援する都立病院支援部が設置されていますが、都立病院だけではなく、都内すべての病院に対する調査に基づく施策、予算措置等、総合的な支援組織体制の構築を要望します。

(2) 地域差是正のための補助制度の継続（新規^⑥）

総務省の「消費者物価地域差指数（2023年（令和5年）版）」によれば、全国平均を100とした場合に東京都は104.5と物価指数からみても他の都市と比較して諸経費が高いのが現状です。東京都の医療機関は、地方と比較して土地代、建築資材費、人件費、諸経費などがかかり、利益率が非常に低いにもかかわらず、診療報酬における地域格差は、1級地で基本料が1,200点とした場合、介護報酬では1級地で1単位10円90銭とし、地域差を9.0%程度想定していますが、診療報酬の地域加算は1級地で僅か18点で入院単価3000点/日の場合0.6%となり、地域差が十分配慮されているとは言えません。また、国家公務員の地域手当においても、23区では支給割合が20%に維持されていることから、診療報酬についての地域格差は合理性を欠いており、本来国が責任をもって是正すべきと要望を続けていますが、現状は変わってはいません。このような状況にあっても、患者が安心して、安全な医

療を継続して受診できるよう都内病院は医療施設設備の機能整備・充実をはかり続け、地域連携における役割を明確にし、その責任を果たさなくてはなりません。診療報酬による地域格差の是正が行われず、都内病院が経営困難に陥っているのは東京都独自の問題と言えます。先述のとおり都内全民間病院への財政支援の実現は大変有難いものであり、これをさらに発展させ、東京都の病院経営の実態を把握し、さらなる支援の充実を要望します。

(3) 建物基準の緩和（新規^⑧）

1) 容積率・建ぺい率の緩和

東京都の医療機関においては、建築基準法の容積率・建ぺい率の改正を受けて、建て替えが困難な状況にあります。すなわち、療養環境の改善や医療供給体制の効率化に向けて建て替えようと考えても、建て替えで大幅に延床面積が縮小される結果、病床の大幅減、非効率な経営を余儀なくされ、経営が成り立たなくなります。病院については特例として、容積率・建ぺい率の緩和を要望します。

2) 病室・病棟等の面積基準緩和

東京都で地方と同様に延床面積を確保することは、地価が高いという問題のみならず、土地を確保することすら困難な状況にあります。医療機関の限られた土地を最大限有効に活用できるよう、規制緩和により、病室、病棟、食堂、談話室、機能訓練室等の基準面積の縮小を要望します。

3) 廊下幅の基準

すでに稼動している医療機関で廊下幅を広げることは、多くの場合、建物の建て替えになります。建て替えに際しては、資金的にも余裕がないばかりか、建築基準法改正（耐震等）により既存と同程度の大きさを確保できなくなります。建て替え、改修時はもちろんですが、既存建物においても地域主権一括法の介護保険法関係（中廊下 1.8m、片側廊下 1.2m）と同様の条例改定を要望します。

※参考：建築基準法（中廊下 1.6m、片側廊下 1.2m）

国基準（中廊下 2.7m、片側廊下 1.8m）

(4) 地域包括ケアを支える社会基盤の整備（新規^⑨）

1) 入院・入所者の重介護化に対する介護職員の人材確保への助成

超高齢化により中小一般急性期病院、療養病床、介護施設への入院、入所者の重介護化、重症認知症化によってより多くの看護・介護の手が必要となっています。今後さらに必要となる介護人材確保のためにも地域の実態にあった東京都独自の補助金の支給を介護報酬とは別枠で要望します。また、看護補助者への東京都独自の処遇改善を要望します。

2) 医療費未納患者に対する貸付制度の創設及び補てん制度の拡大

近年、医療機関の医療費の未収金が増大しています。高額な入院医療での未収金の発生は、医療機関の死活問題であります。救急搬送患者の補てん制度に準じた医療費未払い補てん制度の創設を要望します。また、外国人旅行者の増加に伴

い、入国する旅行者には、民間医療保険への加入を推奨するよう国への働きかけを要望します。

3) 医師確保対策の推進

東京都においても医師確保に関して国に必要な提案要求を行うとともに、次の事項を中心に、都内医療機関に対する独自の支援策を要望します。

- ・都民の安全・安心を確保するため、産科、小児科、麻酔科等の病院勤務医師の確保対策の支援を要望します。
- ・都内でも増加が著しい女性医師が生涯にわたって安心して医療に携われるよう、医療機関や事業所内保育施設の設置補助事業の補助要件の緩和と補助率の拡大や短時間勤務正規雇用など勤務継続や再就業に向けた総合的な支援策を要望します。
- ・医師不足の中、患者に質の高い医療を提供し続けていくためには、多種多様な医療スタッフが専門性を発揮し、そしてその役割を分担して、チームとして連携・協働することが重要です。医療機関におけるチーム医療推進への支援を要望します。
- ・医師の確保対策の一環として、民間病院において医師が不足した場合に東京医師アカデミーを活用して医師の派遣等が受けられるよう要望します。

4) 病院職員確保策への補助、支援について（新規^⑧）

人的資源確保が医療継続のための最重要課題になっています。人材確保のために、多くの場合職業紹介事業者の仲介が必要となっており、紹介手数料は医療機関の経営を圧迫し、特に東京都では人件費が高く影響が大きいことが明らかです。これに対し東京都病院協会では、令和2年7月に一般財団法人日本病院経営革新機構を設立し医療人材紹介事業を始めました。同機構では有料職業紹介事業「東京ナースステーション」にて看護師を対象に紹介手数料適正化と丁寧なマッチングによる雇用安定化、離職率の大幅軽減をはかるべく活動しており、この職業紹介事業等について、「地域医療介護総合確保基金」を活用した支援策の構築・推進を要望します。また、IT 関係の事務職員、病棟助手を含めた介護系の非医療者、安全警備職員等、診療報酬で評価されていない職種が病院機能維持に不可欠で、多様な職種の採用や雇用の維持に関して支援を要望します。

5) 医療ロボット活用の推進（新規^⑨）

地域における医療介護確保基金においては、人材の確保という項目がありますが、東京都においては医療・介護ともに非常に多くの人材不足が見込まれており、絶対数が足りない以上、何とか労働力の代替を考える必要があります。最近の技術の進歩はめざましく、介護補助用ロボットが認可されるようになってきました。介護補助だけではなく、受付・案内、その他いろいろな場所で使用するロボットの試行に対し、補助を要望します。また、介護施設の人員配置基準が、現行の3対1から4対1へ緩和される動きがあります。基準緩和の動きに伴い、ケアの質確保や職員の負担軽減のため、センサーやロボットなどのICTの活用が求められておりますが、東京都独自の介護ロボットや見守りAIシステムの導入などのICT

の活用に対する補助金を要望します。

6) 多様なキャッシュレス対応への支援（新規^⑨）

社会全体でキャッシュレス化が進み、一部の病院ではクレジットカード支払いを導入しています。しかし都内病院の医業利益率は明らかに他の地域よりも低く、クレジットカード支払いの利用手数料を負担することは他の道府県に比べ負担が大きいです。またクレジットカード以外のキャッシュレス決済手段を整備することで、病院を利用する人たちの利便性向上、医療機関側の未収金対策の一環となることが期待されます。都内病院の状況を鑑み東京都独自のキャッシュレス対応の支援を要望します。

I. 都内病院の SDGs 実現に向けての取り組み（新規^⑨）

(1) 再生可能エネルギーに関する支援

二酸化炭素を排出しない再生可能エネルギーは、今後、SDGs の達成に向けてますます重要性が高まります。太陽光パネル等の導入について、一層の支援を要望します。

また、特に、EV 車の導入とその充電設備については、社会インフラとして病院への設置が有用であり、災害時にも有効に活用できます。設備導入の一層の補助を要望します。

(2) 病院におけるジェンダー平等推進のための補助

1) 病院において、患者・職員いずれに対してもジェンダー平等を推進していくため、トイレや更衣室等の改修等を行う際の補助を要望します。

2) ジェンダー平等や LGBT 等に関する理解を深め、潜在的な差別意識をなくしていくため、職員に対して院内研修を実施する際の支援を要望します。

III. 生涯を支える地域ケアの推進

A. 地域包括ケアを支える社会基盤の整備

1. 暮らしの場での療養を支える人材の確保と育成

(1) 在宅医療サポート介護支援専門員研修と介護職員スキルアップ研修事業の継続

「医療系サービスを導入したケアプランの作成」、「安全な生活支援行為」が実施できる体制を整備する研修事業の継続を要望します。

(2) 介護人材不足への対応（新規^⑨）

介護業界の有効求人倍率は 3～4 倍と高止まりしています。今後東京都の高齢化率・高齢者数が急増するため、介護人材対策は喫緊の課題であります。そこで、次のような対策を引き続き要望します。

- 1) 介護に対するマイナスなイメージを払拭するためのイベントの開催
- 2) 中学、高校での介護体験実習の開催、介護経験のない方に対しての無料の介護技術研修会の開催、またエントリーレベルの人材を得るための就職説明会の開催
- 3) 実務者研修へ支援・補助、認定介護福祉士の普及・支援
- 4) 外国人介護福祉士養成校生や介護技能実習生、特定技能「介護」で勤務している外国人に対する支援の拡大

(3) 介護保険主治医（かかりつけ医）研修事業の継続、推進

かかりつけ医（主治医）にとって重要な介護保険制度の知識及び主治医意見書の記載方法等の習得・向上を進めるために、主治医研修事業の継続を要望します。

(4) 障害者総合支援法主治医研修事業の継続

介護保険と共に、かかりつけ医（主治医）にとって必要な障害者福祉についての専門性のある知識の習得・向上のために、研修事業の継続を要望します。

(5) 主治医意見書記載の対価についての東京都独自の加算（新規）

主治医意見書記載の対価については、介護保険制度が開始された平成 12 年に設定されて以来、その額は据え置きが続いています。

昨今の物価上昇・人件費上昇から、そのコストに見合った対価の見直しが求められています。そのためには制度そのものの改正が必要となります。

そこで、主治医意見書記載に対する東京都独自の報酬の加算を要望します。

(6) 空き家等の医療・介護事業への活用（新規^⑧）

独居高齢者の熱中症予防や認知症合併後の早期支援、さらには貧困家庭の子ども支援を目的として、町ごとで集いの場を設置し、さらに点としての活動を社会福祉協議会等が面として支えるような町づくりが必要です。空き家等を活用して、地域に居住する高齢者・貧困家庭・孤立した外国人等のための居場所づくりに関する先進的な取り組みに対して、家賃や人件費に係る区市町村への補助事業（認知症地域支援推進事業）のさらなる推進を要望します。

(7) 介護老人保健施設の医療的ショートステイ活用促進事業

「東京都老健ショートステイ機能活用促進事業」については、参加登録施設も増え、都民並びに関係専門職にとって有効なツールとして活用されてきています。また、この度のコロナ禍においては、感染症治療が終了した患者（ポストコロナ患者）を感染症治療病院から老健施設へ転入所する際に本システムによるリアルタイムの「空き室情報」の有用性が実証されました。今後も本事業の運営費用等に対する支援の継続を要望します。

(8) 介護老人保健施設への設備整備の補助

今後も超高齢社会が進展する東京都において、医療、介護、リハビリテーション、在宅復帰・在宅支援を提供する介護老人保健施設の果たす役割は、ますます重要となります。一方、東京都老人保健施設協会の令和7年4月の調査では、回答施設の約7割は築20年以上、約4割は築25年以上で、5年以内に大規模改修の必要な施設が7割を超えていました。それ以外にも利用者の生命に直結する空調、エレベーター機器、給排水設備の整備等が早急に必要との回答がありました。しかしながら半数以上の施設の収支は赤字のため、大規模改修や設備機器の整備、入れ替えが困難との施設が8割でした。これまでも東京都からの補助はありましたが、補助対象基準や補助率が現場の実情と乖離しており、生かし切れていません。活用のできる補助支援を要望します。

2. 難病医療に関する事業

(1) 難病医療ネットワークに対する医療機関との円滑な医療提供体制の実施

より早期に診断、治療を可能とするため一般病院・診療所、協力病院、拠点病院との医療情報の収集及び医療提供体制を構築し、並びに医療従事者向けの研修を行うことで、難病医療ネットワーク事業の一層の充実を要望します。

なお、診断書のオンライン登録による指定難病患者データベースの円滑な運用を要望します。

(2) 在宅難病患者訪問診療事業

本事業は、受療困難な在宅難病患者に対し、在宅主治医、病院専門医、保健所担当者、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護士等が原則として患家に一堂に会し、情報共有し、日常の課題の解決に向けて議論することを目的として継続されています。ただし実施状況については地域差が大きく、運用方法については今後検討の余地があると考えます。現在オンライン会議を活用して参加を容易にする工夫等を導入していますが、さらなる事業内容の検討について支援を要望します。

B. 認知症医療の充実

(1) 急性期医療機関の医師・看護師の認知症対応力向上研修の実施

身体的合併症の急性期治療を要する認知症者の受け入れ体制の充実には、既存の急性期医療機関の認知症対応力の向上が不可欠です。

また、急性期医療機関だけでなく、急性期から円滑に患者受け入れを引き継げるように、慢性期医療機関側のスタッフへの人材育成研修も同時に要望します。

(2) 認知症の地域医療連携体制の強化

都内の各地区医師会が認知症サポート医と協働してかかりつけ医の認知症に対する早期診断、早期対応等認知症医療の対応力向上をはかることが必要です。各地区に認知症診療システムを構築し、地域連携体制強化をはかるため認知症に関する多

職種が一堂に会する研修事業（オンライン研修を含む）のさらなる充実を要望します。

（３）認知症疾患医療センターの充実

地域での認知症対応力を高めるために、認知症疾患医療センターと地域の関係機関、医療機関との密接な連携体制の強化について一層の支援を要望します。

認知症疾患医療センターへの運営補助金額の増額と認知症疾患医療センターの機能と役割に関する情報を地域の医療機関、住民に周知するため、広報活動の充実を要望します。また、アウトリーチ事業を実施できない地域拠点型認知症疾患医療センターに対し、担当地域の地域連携型認知症疾患医療センターが代わってアウトリーチ事業を実施できるよう経費の補てんを要望します。

（４）認知症医療従事者等の認知症対応力向上に向けた研修の充実強化

全体的な認知症の対応力の底上げのために、次の研修を都事業として今後も充実強化して実施することを要望します。

- １）東京都認知症サポート医等フォローアップ研修
- ２）東京都かかりつけ医認知症研修

（５）「東京都認知症サポート医連絡協議会」の設置（新規[㊦]）

令和 7 年 5 月末時点で東京都において 1,618 人が認知症サポート医研修を修了しています。しかし、認知症サポート医の役割が不明瞭で、臨床の場において十分な活躍の場がなく資源化されていません。東京都では今後ますます認知症人口が増加することを鑑み、認知症疾患を Common disease として地域でしっかり診ていけるよう、認知症サポート医の臨床対応力の向上が望まれます。東京都医師会では「東京都認知症サポート医連絡協議会」を設置し、上記課題に向けた議論を深めています。令和 6 年度からは「認知症サポート医地域連携促進事業」として、地域の中で地域包括支援センターと連携して活動する認知症サポート医を「とうきょうオレンジドクター」として東京都独自に認定する制度が導入されました。さらに本制度の実効性をより高めるために、とうきょうオレンジドクターと地域包括支援センターの定期的な協議の場を開催するよう提言します。ただし困難事例へのアウトリーチは本人の要請からの往診ではないため診療報酬の請求ができません。令和 7 年度に予算が増額されましたが、今後も継続した支援を要望します。

（６）認知症サポート検診事業の充実（新規[㊦]）

認知症のある方への早期支援に加え、MCI や初期アルツハイマー型認知症の方への抗体薬導入推進に向けて、早期診断の重要性は増えています。認知症検診は認知症診断の入り口であり、認知症が疑われる方を適切な医療に繋げると同時に、早期から地域資源による社会的支援の導入が必要です。早期診断を受けた方が適切な支

援に繋がらず不幸な時間を過ごすことにならないよう、検診後のフォローアップ体制のさらなる充実に向けた支援を要望します。

(7) SNS 等を活用した認知症対応相談事業（新規^⑨）

地域において認知症患者にどう対応したらよいか困る場面が多々あります。その時に認知症の専門医に相談することで解決することも少なくありませんが、医師以外の職種が認知症専門医に直接相談するのはハードルが高いと言われています。

そこで、医療介護関係者が認知症患者のことで医師に相談したい場合、SNS 等を活用して、一般的な医療相談（医療以外の相談や個別の医療者に対する相談を除く）を、地域の認知症サポート医を中心とした医師に相談（可能であればオンライン相談）できる体制を作ることを要望します。

C. リハビリテーション医療の充実

1. 地域リハビリテーション体制の整備

地域におけるリハビリテーションは回復期リハビリテーション病床のみならず、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションなどがありますが、いずれもリハビリスタッフが十分とは言えません。リハビリテーション療法士の確保・維持にかかる補助を要望します。

2. 地域リハビリテーション支援センターの増強（新規^⑩）

(1) 現在、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が指定され、センターを拠点として、地域で行われるリハビリテーション事業の支援が行われています。今後ますます高齢化の進む中、要介護状態になることを防ぐ介護予防や、要介護状態であっても自立を促すリハビリテーションの充実は、医療と介護において重要課題の一つと考えます。その拠点となる地域リハビリテーション支援センターの指定を増やし、二次保健医療圏にこだわることない指定を要望します。

(2) 地域リハビリテーション支援センターが十分に活動していくためには、専従の職員などが必要です。その費用について増額の検討を要望します。

3. 療養病床の整備とソフト面の支援

今後、必要な療養病床を安定的に確保していくためには、ハード面だけでなく機能面についての補助が必要です。すなわち、急性期病院からの受け入れ、緩和ケア、認知症や神経難病の受け入れ、維持期のリハビリテーション等の医療機関向けの研修や普及啓発を行うなど、ソフト面での支援も要望します。

(1) 地域包括ケア病棟の整備（新規^⑪）

地域包括ケア病棟は地域包括ケアネットワークの構築にあたってなくてはならない機能であり、病床確保に向けた整備費補助の拡充を要望します。

(2) 病床転換に向けた経営判断をサポートする仕組みづくり **(新規^⑧)**

地域のニーズに即した病床の機能分化の促進に向け、必要なデータの提供を行うとともに、各地域の情勢や今後の見通し等について、専門家による分析を実施し、結果を公表するなど、医療機関の病床転換に向けた経営判断をサポートする仕組みづくりを要望します。

4. 東京都リハビリテーション病院の充実・発展と経営基盤の整備

東京都リハビリテーション病院の指定管理者として、社会環境の変化に対応しながら、これまで東京都のリハビリテーション医療推進事業の一端を担ってきました。今後とも東京都におけるリハビリテーション医療のさらなる充実、発展を目指し、病院管理運営の一層の充実に向けて次の事項を要望します。

(1) 施設・設備の抜本的建て直し

築36年を経過する東京都リハビリテーション病院の老朽化は著しく、東京都のリハビリテーションの中心的使命を果たすことは極めて困難な状態となっています。都におけるリハビリテーション医療を推進する拠点として、また都の施策の一端を担うものとして、東京都リハビリテーション病院の現在の医療環境を踏まえた大規模改修、機能の強化拡充を強く要望します。

(2) 運営体制維持に必要な人員の確保

患者サービスの向上、医療安全の確保及び病院の機能向上をはかり施設基準を満たす人員の確保を要望します。

IV. 救急医療の充実

A. 救急医療体制の整備

都民の安心・安全な生活を守る救急医療体制の強化と維持のために必要かつ十分な補助を要望します。

1. 高齢化の進む東京都の現状と将来を見据えた救急医療の施策、質などを総合的に検討するシンクタンク機能の創設 **(新規^⑨)**

東京都では119番通報への入電件数と＃7119への救急相談件数は過去最多を更新し続けており、救急医療のひっ迫状況が発生しています。高齢者人口の増加とともに今後2040年まで高齢者救急の需要は増大し続けます。今後、望まれる救急医療、救急搬送など、長期的に救急医療提供体制を検討するシンクタンク機能を東京都救急医療対策協議会の下に創設することを要望します。

2. メディカルコントロール体制の充実 **(新規^⑩)**

病院前救急医療の質の保持並びに向上は、特に緊急対応を要する脳卒中、心大血管

疾患等の循環器救急医療では診療結果に直結します。

病院前救急医療のメディカルコントロール体制の充実のため救急隊員の研修・情報連携システムの刷新（ICT）・救急利用者情報の ICT（マイナンバーカード等を利用した救急患者情報の活用）を利用した適切な情報把握のためのシステムづくりを要望します。

3. 救命救急センターの特性を考慮した搬送システム・情報共有システム（ICT）の構築（新規^⑧）

救命救急センターは規模や専門医の配置等種々特徴があります。個々の救命救急センターがすべての疾患に対応するのではなく、得意な疾患に対応した方が効率的という場合もあります。救命救急センターの選定にあたり、機能を考慮した搬送システム（ドクヘリ、ドクターカー）、情報共有システム（緊急カルテ情報共有システム）のさらなる支援を要望します。

4. 二次救急医療体制の充実

（1）二次救急医療体制の構築

東京消防庁の救急搬送患者は令和 5 年では 918,311 件、民間病院はその 7 割以上を受け入れています。

他県と異なり、東京都の二次救急医療体制を支えているのは主に民間救急医療機関です。これらの医療機関の取り組みが一層進むよう、継続可能な制度の構築と必要な予算（設備施設整備、人材確保等）を要望します。

（2）「医師の働き方改革」への対策

救急医療を維持するために今まで以上に医師等を雇用する必要があります。現在の診療報酬では働き方改革に伴う人件費増加をカバーできません。増加した人件費等今まで以上に増加した費用の補てんを要望します。

（3）質を重視した救急医療体制

東京都において「地域包括ケア」を充実させるためには、二次救急医療機関の果たす役割が極めて重要です。そのため、病院救急車の取得とその維持運営の費用、当該患者に対する最適な施設を判断する、いわゆるトリアージ的な費用の補助を要望します。

（4）在宅・施設入所高齢者等の円滑な救急医療の構築（新規^⑧）

高齢者救急は、今後東京都では年々増加の一途です。特に在宅医療を受けている高齢者、施設入所の高齢者の入院では、救急搬送率が高い（約 50%）特徴があります。かかりつけ医機能を担う在宅医療機関や介護サービス事業者が地域病院と情報を共有し、悪化の予兆がある場合には早めに入院治療を行うことで高齢者救急の負荷の軽減ができます。そのため関係する医療機関や高齢者施設、行政部門等に、

横断的な実態調査の実施や地域における連携会議等の創設、救急医療と介護保険制度に関する相互研修会の開催を要望します。

さらに感染症対策として備蓄品の確保、職員研修、施設内発生時の BCP 策定支援を要望します。

(5) 救急車適正利用に対するさらなる取り組み

救急車適正利用に関する、都民への啓発活動のさらなる充実を要望します。

東京消防庁救急相談センター（＃7119）のさらなる認知度向上と実施体制の強化とともに、119 番通報時の電話トリアージを視野に入れた調査研究の開始を要望します。

(6) 頻回救急要請患者への対策（新規^⑧）

1 年間に 30 回以上の救急搬送を要請した患者は令和 5 年中で約 110 人、出動回数は約 6,300 回に達し、1 日に稼働する約 271 救急隊の 2 隊以上に相当する件数であり、近年の救急搬送件数の増加に対して看過できない状態となっています。これらの患者に対しては、救急隊ではなく代替組織の対応で可能な場合が多いことがあり、東京都において新たな対策の検討を要望します。

(7) 救急医療機関の ICT を利用した連携の促進（新規^⑧）

今後さらに増大する救急需要に対応するため、救急医療機関の ICT を利用した連携促進は喫緊の課題です。東京総合医療ネットワークの運用により、都内の医療機関同士の医療連携が進みましたが、まだ十分とは言えません。東京総合医療ネットワークに加入するために必要な電子カルテ・連携システムなどが未装備の救急医療機関（二次、三次）への導入についての補助、及びネットワーク加入勧奨などを要望します。

(8) 不要な救急搬送を減らすための救急往診やオンライン診療の活用（新規^⑧）

東京都内の救急出動件数が増加する一方で、搬送人員に占める軽症者の割合は 53.4%です。また、救急相談センター（＃7119）の受付件数が過去最多を記録する一方で、救急相談の半数以上が緊急（19.4%）若しくは早期自力受診（32.5%）と判定され救急外来の受診を案内されており、救急車要請する患者（24.9%）の中にはある程度のオーバートリアージが含まれている可能性があります。救急医療を持続可能なものにするためには、特に、準夜・深夜帯に多くの患者が救急医療機関へ集中することを是正する必要があるため、＃7119、子どもの健康相談室（＃8000）と、休日夜間に救急往診を提供する事業所を効果的に組み合わせることや適切なオンライン診療の活用で、医療資源をより効率的に活用することが必要であり、積極的な対応を要望します。

5. 東京ルールに関する支援

平成 21 年 8 月より開始された「救急医療の東京ルール」は、新型コロナウイルス感染症流行以前では対象傷病者の減少が得られ、一定の成果をおさめましたが、令和 2 年以降はコロナ禍前の約 5 倍以上となっています。

かつて整形外科傷病者の比率が多かったものの、現在は要介護者の比率が増え、人手がかかるなど医療側に大きな負荷がかかっています。体制の充実と維持のため補助額の増額を要望します。

(1) 地域救急医療センターの指定拡大

地域救急医療センターは、主に二次救急病院が担うべきであり、その指定病院を 100 病院程度の二次救急にすることを要望します。

(2) 地域救急医療センターの補助額の増額

毎日、受入困難症例を地域で担当するべく医師を確保していることから、地域救急医療センター 1 病院あたりの補助額の増額を要望します。

また、公的公立病院は、これらのセンターのバックアップとして機能するよう指導を要望します。

(3) 救急トリアージナース育成に対する助成

救急医療の一端を担う救急看護師にも、救急患者に対し救急時の優先順位をトリアージする役割の必要性が高まっています。しかし質的にも量的にも救急トリアージナースは少なく、早急に指導的人材の教育を行い、救急看護の現場に必要な人材とする必要があることから、人材育成のための研修費用を要望します。

6. 小児救急医療体制の確立

(1) 小児救急医療の確保

小児救急医療の確保が困難となっています。特に、固定施設での小児科の平日準夜帯の診療事業を強化するための「小児初期救急平日夜間診療事業補助」は、各区市町村が地域の医療資源の実態等を踏まえて実施できるよう要望するとともに、特に土曜日への拡充及び小児救急患者に対する医療を提供するために、小児医療ネットワークのさらなる充実・拡大を要望します。

また、小児の二次救急は、今の診療報酬では民間病院は成り立たないことから、東京都の単独事業としての補助についても検討を要望します。

(2) 小児二次救急医療従事者の育成・確保

小児二次救急の課題として、①小児救急医の不足・偏在・夜間の不在、②小児救急患者は夜間が多い、③小児特有の疾患（先天性心疾患、先天奇形による形態異常や代謝異常等）、④小児頭部外傷、異物誤飲、⑤幼児虐待があります。これらを解決するために小児二次救急医療従事者の育成・確保のための支援を要望します。

(3) 小児救急医療利用に関するリテラシーの啓発（新規㊟）

小児救急医療体制の充実をはかる一方で、利用者の夜間休日救急医療体制を利用する都民の意識改革も必要です。軽微であっても気になる症状があれば平日昼間に受診する、かかりつけ医を持つ、＃8000、＃7119 など受診前の相談事業を利用するなどの啓発のための資材の作成、市民講座を開催するための支援を要望します。

(4) 小児を標榜できる整形外科医の育成と救急医療の体制整備（新規㊟）

小児救急で搬送先選定困難となる病態は頭部外傷や骨折・打撲等の外傷が多い状態です。各医療機関ごとに幅広い診療科で対応していますが、小児救急の研修をさらに拡張し受け入れの促進をはかることを要望します。

また、小児の脳神経外科、整形外科医療従事者の育成・確保のための支援を引き続き要望します。

7. 眼科・耳鼻咽喉科休日診療事業の充実

種々の事情により、当番医師の確保に困難をきたしている現状であり、眼科・耳鼻咽喉科の初期診療の充実をはかるため、委託料の一層の増額を要望します。

また、眼科の休日初期診療については、二次保健医療圏ごとに中核病院を1か所確保し、そこに地域の眼科医が出務する形で眼科診療の充実をはかるための新たな体制の整備を要望します。

耳鼻咽喉科の休日初期診療については、薬局確保が困難な場合もあるため、初療センターを設置し（例えば区部2か所、多摩地区1か所）、耳鼻咽喉科医が出務する形で耳鼻咽喉科診療の充実を図れる体制整備を要望します。

8. 結核・結核疑い患者受入に対する助成

「結核・結核疑い」患者について、結核患者緊急一時入院施設設備及び運営費補助を要望します。受け入れ困難事例につき、結核・結核疑い患者を緊急一時入院とするための個室整備が行われましたが、個室1床を確保し、維持管理することは経済的にも不利益となるため、空床確保料の補助を要望します。

また、曜日・時間帯にかかわらず、早期受け入れ実現のための東京都結核緊急医療ネットワーク事業の充実支援を要望します。

9. 精神・身体合併症患者受入体制の整備

精神・身体合併症患者受け入れは長年にわたる懸案事項で、新たにネットワークも整備されつつありますが、精神科を標榜する病院は地域的偏在もあり、運営費補助も十分ではなく、さらには必要ベッド数を確保できていない日があるなど、現状の改善が必要です。大半の二次救急医療機関には精神科の標榜や精神科医の配置がなく、選定困難となった事案を抱えると長時間を要することが多く、円滑な救急患者受け入れにも大きな障害となります。このような患者に対する医療体制の整備・拡充を要望します。

(1) 地域精神科身体合併症救急連携事業の全都的展開

現在、複数の二次保健医療圏をブロック単位で全都展開を進めている地域精神科身体合併症救急連携事業を、早期に全都に拡大することを要望します。

また、精神・身体合併症患者の受入・連携に関し、診療報酬における評価が認められていますが、それぞれの医療機関が負担する医療資源に対して十分な手当てとはなっていません。本事業がさらに円滑に推進されるよう、事業予算の増額、医療機関への補助を要望します。

(2) 精神・身体合併症患者の退院後の診療体制の整備

精神疾患のある救急患者の増加に適切に対応するために、退院後の地域での生活を支える地域医療体制の整備を要望します。都内のかかりつけ医と精神科医とによる、言わば「心とからだの二人主治医制」など、治療中断による症状再燃を防ぐ地域連携体制の整備を要望します。

10. 東京消防庁救急相談センターの充実・強化

(1) 東京消防庁救急相談センター医師の確保

救急相談センターに医師を派遣し、あるいは派遣のための努力をしている医師会、医療機関については、評価制度と補助金制度の創設並びに派遣医師の出務手当の増額を要望します。

相談医の対象をより拡大し、かつ出務しやすい環境を整備するため、相談医の出務地を区部（本庁）と多摩地区に2か所整備し、リモートでの業務遂行ができるよう整備することを要望します。

(2) 東京消防庁救急相談センターの要請に対する医療機関の対応力向上のための研修

救急車利用には至らずとも緊急性が高く早急の受診が必要と判断した小児症例に対して、医療機関を照会し受診先確定後に、相談者に受診先を案内しています。その運用の中で、照会回数を重ねても結局受診先を確定できない症例が散見され、特に小児の頭部外傷と異物誤飲の場合に多くみられる傾向が明らかになっています（医療機関選定困難）。そこで、東京都医師会救急委員会において東京都のすべての二次救急医療機関に対して、その診療の可否と担当科ないし担当部門についての実態調査を行いました。本調査をもとに医療機関同士並びに救急相談センターそして都民にとって実用的で有用な受診情報を確立し、本課題に取り組みたいと考えています。加えて、このような実態をテーマとしたシンポジウムやワークショップを開催し、問題点と課題の共有をはかり、都の小児救急医療体制の質の向上に努める必要があります。これら一連の事業についての支援を要望します。

(3) 東京消防庁救急相談センターの住民への普及啓発

救急相談センターの都民の認知率を令和4年までに60%まで上げる目標が掲げられていました（令和4年度で廃止）。認知率は年々改善していますが、さらなる住民

への普及啓発を要望します。

(4) 救急医療機関応需情報のシステム改善

救急相談センターで案内した医療機関にうまく受診ができない理由のひとつに、応需情報の不正確さがあります。特に、医療情報ネット「ナビイ」（旧ひまわり）はその傾向が強く出ています。そこで、情報の正確性・迅速性を担保する目的で、受診可否情報について医療機関側が更新した期日と時間がユーザーにも見えるようにすることが、医療機関側の正確な情報入力促進が期待でき、またユーザー（都民も相談看護師も）も選択基準の一つとして利用できるように考えます。すなわち、更新時期が随分前の医療機関にはアクセスしない、という運用になると考えます。このようなシステム改善への支援を要望します。

(5) 救急受診ガイド（WEB 版）の刷新による救急需要抑制方策への支援（新規^⑨）

119 番通報への入電件数と救急相談件数は過去最多を更新し続けており、＃7119 には繋がりにくい状況が発生しています。患者自ら緊急性の判断ができる「東京版救急受診ガイド」については令和元年以来の刷新を行いました。都民の救急医療リテラシーの向上を促すためのさらなる支援を要望します。

11. 救急車来院患者における未払いに関する損失補てん

東京消防庁の救急車等により来院した救急患者の中には、保険証がない、保険証を忘れた、無効となった保険証をあえて提示するなど様々な理由により、医療費の未払いで病院を去る患者が後を絶たず、救急病院の経営を圧迫する要因になっています。救急搬送患者の医療費未払いに対する損失補てん金については、近年、申請額が予算を大きく上回っており（令和 6 年度 補てん率 85.6%）十分な補てんがされていません。

損失補てん金について、今後も継続し、補てん率をさらに上げるよう予算の増額を要望します。

12. 救急医療研修等の充実

(1) 救急専門医養成事業の充実と継続的实施

「救急専門医養成」事業について、事業内容の一層の充実をはかるとともに、継続的な実施体制の支援を要望します。加えて、救急医療機関職員、救急隊員等を対象として精神疾患、精神保健福祉に関する諸制度についての研修の継続を要望します。

特に救急救命士の業務拡大を受け救命士の再教育の実施にあたり、二次救急医療機関の救急担当医師の研修が重要となっています。二次救急医療機関の質を確保するためには救急担当医師のスキルアップが急務であります。

(2) 病院総合診療医の創設と普及（新規^②）

二次救急病院が救急要請を断る理由として、専門外のための対応不能が大きな理由となっています。病院総合診療医（仮称）として、二次救急に必要なスキルの教育研修を行い、円滑な応需体制を整えることが望ましいことから、東京都が主体となった研修の実施を要望します。

13. 病院保有救急車の有効活用に対する助成

病院間搬送において、転院搬送時は急がない転院搬送と救急搬送の住み分けを行うことが必要です。急がない転院搬送時には病院救急車が有効な手段です。しかしながら病院救急車を運用するためには年間約 1,000 万円の費用が必要です。より多くの病院が病院救急車を整備できるとともに、その運用に関する助成金制度の拡大を要望します。病院救急車の購入・運用・装備充実に対する支援を要望します。装備には感染症患者を搬送する際に使用する感染防止用資器材や呼吸管理器材などが挙げられます。

14. 急性期脳卒中に対する救急医療提供体制の整備（新規）

令和 7 年 3 月より傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準の一部が改正され、専門性及び特殊性区分に「脳卒中急性期医療機関 S」が追記されました。この機械的血栓回収の適応となる脳卒中疑い患者の搬送実施の変更に伴い、受け入れ医療機関が指定されましたが、質の向上と切れ目のない医療提供のためには受け入れ機関同士の連絡・調整・検証が必要です。東京都下の脳卒中急性期医療機関のネットワークを構築するための協議会の設置を要望します。

(1) 急がない高齢者搬送

在宅療養中、あるいは施設入所中の高齢者入院要請に対し、病院が保有する救急車を活用する取り組みが葛飾区、町田市、八王子市の医師会を中心に行われています。病院救急車が救急病院と慢性期病院等の連携を大幅に促進し、東京都における地域包括ケアの基盤として定着させるためには、病院救急車の有効活用の効果を定量的に評価する必要がある、さらなる運用促進のため、事業の継続と対象地域の拡大、都の助成拡大を要望します。

(2) 急がない転院搬送

指定二次救急医療機関が救急車を所有し、転院搬送を自ら行えるよう支援を要望します。特に運用中の消防救急車を譲渡し病院救急車として活用する事業の継続を要望します。

(3) 病院救急車での救急搬送

病院救急車は急がない転院搬送での活用を主たる目的としていますが、昨今の救急搬送件数の増加を考えると病院救急車で救急搬送を行わざるを得ない場合もあります。休日・全夜間での緊急搬送の場合、病院救急車の受入件数を指定二次救急医

療機関の選定に加味するよう要望します。

(4) 大規模災害時や大規模イベント開催時での活用

災害時には消防への傷病者の搬送は明らかに増加し対応困難となるため、消防に頼らない地域の搬送能力を高める必要があります。災害時にも活用できるよう病院救急車配備を要望します。

また、大規模イベント開催時には地域の人口が一時的に急増し、救急搬送患者の増加、東京消防庁の救急車の出動要請の増加が見込まれます。この時病院救急車を利用した急がない高齢者搬送、転院搬送が特に有効になります。大規模イベント開催時にも活用できるよう病院救急車配備を要望します。

V. 災害医療対策

A. 災害医療体制の整備

平成 23 年東日本大震災、平成 28 年熊本地震、平成 30 年西日本豪雨、そして令和 6 年能登半島地震において、多くの東京都医師会会員が現地に向かいました。近い将来想定される首都直下型地震・南海トラフ地震、大雨浸水災害に対する準備として、また全世界的に問題となっているテロ災害に対する準備として、さらには新型コロナウイルス感染症のような新興感染症拡大時における災害医療対応として東京都医師会では、関係団体と速やかに協議を実施し、災害発生時にチームが構成できる体制整備を行いたいと考えています。すでに東京都防災計画にもとづく協議機関は整備されていますが、これら医療関係団体間の、さらには消防、警察、行政、保健所等との連携体制構築のための実務的な協議機関（シンクタンク機能を有する）を創設し本部機能について統合的に検討することを要望します。

1. 災害時緊急医療体制の充実（新規⑥）

(1) 災害医療対策のための統合的協議機関（シンクタンク）の創設

災害時には東京都医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会等で構成される医療救護班の統括・指令センターとなり、平時においては東京都医師会 JMAT 研修や多職種連携を行う統合的協議体（シンクタンク）を設置・運営するための補助を要望します。

(2) 地区行政（区市町村、保健所）の災害対応力強化（新規⑦）

災害現場で対応するのは区市町村、保健所ですが、各区市町村、保健所には災害への対応力、問題意識に差があります。東京都が積極的に区市町村、保健所の災害医療対策の調整・研修・訓練をはかるよう要望します。

(3) 災害拠点病院、災害拠点連携病院の計画的な配置（新規⑧）

災害拠点病院の収容力を超えた重症者が発生する想定区域があります。そうした

地域での災害拠点病院の設置を要望します。また災害拠点病院、災害拠点連携病院が地域の市町村になく、病院までの距離が 5km 以上の遠距離地域があります。こうした地域では行政が資器材の確保、人員の確保などの支援を行い、療養型病院や老人保健施設などに医療ニーズの少ない患者を収容する準連携病院の創設が望まれます。こうした医療機関への支援を要望します。

(4) サージキャパシティとしての危機対応専用病院（臨時医療施設）の設置（新規^⑥）
（関連項目 40 頁Ⅱ. G. (1)）

震災などの災害に対応する災害拠点病院やパンデミック時の感染症入院医療機関は、平時において地域の中核的な急性期病院であるため、常時入院患者を多数収容しており、サージキャパシティを即座に作り出すことは困難です。令和 4 年 5 月発表の都心南部直下地震による新たな被害想定において死者約 6,100 人、負傷者約 93,400 人に対応することは新型コロナ感染症の経験をもって不可能と考えられます。平時は患者を収容せず、訓練のみを行い、災害やパンデミックなどの非常時において、一気に患者を収容できる 500 床から 1,000 床規模の危機対応専用病院（臨時医療施設）の設置を要望します。短時間での実現が困難であれば、規模を縮小して例えば 100 床程度で開始することを要望します。

(5) DMAT、JMAT、AMAT、DPAT、日赤、DICT、DHEAT などの医療救護班を統合した災害医療計画（新規^⑥）

医療救護班として東京 DMAT、日本 DMAT、JMAT、AMAT、東京 DPAT、日赤など多くのリソースが整備されていますが、これらを統合した災害医療チームを災害時に対応することも必要です。東京都直轄の医療救護班を東京 DMAT だけで考えるのではなく、東京 DMAT も医療救護班の一つとして位置付け、その他の東京都医療救護班とともにその役割を考える必要があります。これら全体を統合した計画を検討する会議の設立を要望し、また全体参加の訓練実施を要望します。

(6) 災害時における精神科医療体制の整備

災害が発生した場合、東京都の被害規模は甚大なものとなると推測されます。引き続き災害拠点精神科病院及び災害拠点精神科連携病院を支援する医療機関への支援も要望します。

また、東京 DPAT の整備も十分ではありません。東京 DPAT のチーム数を増やすとともに、定期的な研修・訓練の実施を引き続き要望します。

(7) 多数傷病者事故（MCI : Mass Casualty Incident）に対する組織的対応

秋葉原殺傷事件を例にあげるまでもなく、ボストンマラソン爆弾テロやパリ同時多発テロ、空港事故など、都市部の MCI 発生リスクに対する準備は不可欠です。

重要なのは「地域ごとに事前に決められた搬送先医療機関への応需確認手続きを省いた搬送体制」と「通常救急医療体制の維持」です。東京都保健医療計画におい

て、これらの運用実現のための医療機関ネットワーク（DX）の強化と搬送フローの事前策定が必須であり、支援を要望します。

また MCI 発生時には多数の熱傷患者の発生が予想されます。災害時における皮膚移植体制の整備の支援を要望します。

（８）大規模災害に向けた地域連携（地域 BCP）の確立と普及への支援（新規^⑧）

過去の災害からも明らかなように、発災後、大規模避難所には外部支援が早期から介入しますが、要援護者など避難所に行けない自宅避難者への支援が遅れます。自宅避難する方々の効率的な安否確認と早期支援を可能とする区市町村単位の地域 BCP の確立が急務です。そのために防災計画と連続性を持たせた医療介護資源の行動指針が必要であり、平時からの協議が必要です。特に、自宅療養者への訪問が不可能となった事業所の代わりに地域の同職種が支援できるよう、今回の新型コロナウイルス感染症蔓延時にも経験した同職種間の連携が重要であり、連携に関する指針が必要です。また近隣住民の協力も重要であり、自治会・町内会等の活性化への取り組みも求められます。大規模災害下では、地域住民も医療介護専門職も被災者であるとともに支援者でもあります。

本年度東京都で開始される「災害時在宅医療提供体制強化事業」のモデル事業を機に、地域 BCP の確立と普及に向けて東京都の積極的な支援を要望します。

２．医療機関等の災害時対応力向上のための支援

（１）災害時非常用電源の確保体制

十分な出力をもつ自家発電装置の確保とその非常用燃料の確保を要望します。

（２）浸水被害時の災害医療体制

医療機関は浸水被害で電子機器（電子カルテ）、診断装置、検査機器等の機能を失ってしまう恐れがあります。医療機関の浸水対策工事に関する支援、また電子カルテのデータバックアップに係る費用等を含めた浸水被害対策費の補助を要望します。

（３）災害時情報連絡システムの強化（新規^⑧）

行政と医療機関同士が有事において情報交換が可能となる、優先連絡網の強化を要望します。現在東京都では災害時の情報連絡システムとして EMIS、BC-portal が活用されていますが、システムがダウンした場合の補完として防災行政無線の設置の拡充、衛星通信電話（スターリンク等）の配備、また新たな災害監視システムや災害サーベイランスシステム（監視カメラ等）、迅速な緊急災害情報連絡システム、リアルタイムの災害マップ情報システムの構築を要望します。

（４）物品の備蓄支援と物品管理システム構築への支援

災害時における病院の備えとして、すべての物品を 7～10 日までの在庫が可能な費用負担を要望します。また、ライフラインの優先的回復を災害拠点病院だけで

はなく全医療機関に拡大することを要望します。

災害発生時には、被災地にて医薬品や医療機器、衛生材料の不足が叫ばれます。これを踏まえ、医薬品、医療機器、衛生材料の管理・備蓄状況を把握することができるシステムの構築を要望します。

(5) 都内全病院を対象とした耐震・免震構造への建て替えの順次実施

病院の耐震化について、今後も継続的な補助を要望します。また、国に対しても、医療提供体制施設整備事業に新たな補助として「医療施設耐震・免震化整備事業」の創設について、国への働きかけを要望します。

3. 災害時医療救護活動の研修

(1) 東京 JMAT 研修への支援（新規^⑥）

現在東京 JMAT 研修は東京都医師会が独自に実施しています。被災地の現地医療機関が発災直後から支援が来るまでの超急性期の間、地元の災害医療を守ることは極めて重要なことです。またテロ災害、多数傷病者事故(MCI:Mass Casualty Incident)、新興感染症のパンデミック時には地元医療機関が対応を求められます。すなわち東京都内の医師を広く対象とした被災地 JMAT のしっかりとした研修が必要です。さらに東京都医師会は能登半島地震への支援として数多くの統括 JMAT チームを派遣しました。

引き続き研修の内容を充実させ、より多くの医療機関や行政の職員が受講できるよう研修への支援を要望します。

(2) 区市町村災害医療コーディネート研修会の充実（新規^⑥）

災害時のコーディネート機能は地元の自治体、医師会等が確立しておくことが保健医療福祉の点で重要です。これを強化する目的で区市町村災害医療コーディネート研修会が、東京都の全区市町村を対象に3年計画で行われています。各区市町村では3年ごとの研修となり、期間が空いてしまうため、研修効果が低下してしまいます。より頻回の研修が開催されるよう支援を要望します。

(3) 集団災害医療体制 CBRNE 災害対応の検討とその整備、研修訓練（新規^⑥）

テロ災害（CBRNE）対策を含めた、mass-gathering medicine、集団災害医療体制を多職種・多機関により組織横断的に整備し研修訓練を実施することを要望します。

(4) 大雨、洪水時の医療機関、要介護者収容施設における避難確保計画の作成と避難訓練（新規^⑥）

令和元年の台風19号による都内の洪水、令和2年の熊本の大雨洪水被害等で病院、高齢者施設の浸水被害があり多数の死傷者が発生し、また病院機能が停止し、病院避難が行われました。医療機関、要介護者収容施設での避難確保計画の作成、避難訓練の支援を要望します。

(5) 避難行動要支援者名簿の共有と個別支援計画の作成、避難訓練の実施（新規[㊟]）

災害対策基本法が令和3年に改正され、「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」が改定されました。避難行動要支援者名簿の関係団体での平時よりの共有、個別支援計画の作成、それに基づく訓練実施への支援を要望します。

(6) 要援護者個別避難計画の普及促進（新規）

本年度から災害時の要援護者避難計画策定が推進されていますが、進行状況に地域差があり、また計画策定の対象者も一様ではなく、災害弱者を広くカバーできるようさらなる推進と標準化が必要です。策定にあたっては、地区行政の労力だけでは困難であり、日頃支援を行っている専門職への委託が必要です。委託にあたり策定の予算投入の継続を要望します。

4. 避難所における良好な生活環境の確保に向けた取り組み（新規[㊟]）

避難所の設置・運営は各区市町村が行っていますが、運営方法、設備・備蓄等がまちまちで十分な対応がなされていないところもあります。東京都で避難所運営、備蓄、安否確認システム等の整備について支援を要望します。また東京においては自宅避難者が大量に発生することが想定されます。自宅避難者の安否確認システムの整備を要望します。

(1) 指定避難所の整備

避難所における良好な生活環境の確保のための支援を要望します。

- ・スフィアプロジェクト等の基準に基づくゆとりある収容場所の確保、人道的扱いの充実、バリアフリーの推進
- ・感染予防対策（発熱者等の隔離、動線分離、トイレ分離等）
- ・深部静脈血栓症・呼吸器感染症予防対策
- ・災害時備蓄品の見直しと充実（仕切り、ダンボールベッド、保温性や柔軟性のある敷物、マスク手袋ほかPPE、消毒薬、トイレ、衛生用品等）
- ・医療需要を把握し、医療ニーズに対応できる連携体制の充実
- ・インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症等の対策（備蓄薬等）

(2) 福祉避難所の整備（新規）

大規模災害時に要援護者が一次避難所を経由することなく、必要に応じて福祉避難所に直接避難できるよう地域ごとの取り組みを促進する必要があります。全国的に見れば福祉避難所の80%以上は障害者施設や高齢者施設が充てられており、既存の利用者と地域の要援護者を集約することで支援人材の集中的な派遣が可能になり、施設の支援にも繋げることができます。地区ごとの福祉避難所設置に向けた支援を要望します。

(3) ペット等同伴の避難所対応

災害時の避難においてペット等を伴っての避難者が増えており、対応策が必要です。ペットを残したまま避難できないという方、補助犬の同伴を要する方に対し、避難所に動物同伴のスペースを設け、継続して良好な飼育環境を維持できる対策が必要です。衛生環境の確保等、医師会と獣医師会との連携の上、検討を始める必要があり、支援を要望します。

(4) 広域避難実施時の避難所の整備（新規^⑤）

地震災害、広域な水害等で被災地住民が広域避難を命令された場合、被災地外の区市町村に避難を余儀なくされます。災害時の広域避難所整備への支援を要望します。さらには他県との協定の整備を要望します。

5. 災害医療体制のその他の課題とその整備

(1) 災害時要配慮者等に対する災害医療（新規^⑤）

東京都の被害想定（令和4年）では都心南部直下地震の場合、死者数6,148人、うち災害時要配慮者3,915人（64%）と想定されています。能登半島地震の支援状況を踏まえると、要配慮者へは発災早期から医療提供・支援を行うことが肝要です。障害者、高齢者、在宅療養患者、妊産婦、小児、外国人などに対する災害医療の対策を区市町村や医療団体等、多職種で検討するための支援を要望します。加えて災害関連死（防ぎえた死亡）対策への支援を要望します。

(2) 帰宅困難者対策

東京都の新たな被害想定（令和4年）では都心南部直下地震の場合、都内には約453万人の帰宅困難者が発生すると想定されています。帰宅困難者の救護対策は地区の防災計画では未計画の地域が多数あります。計画策定の支援を要望します。

(3) 緊急医療救護所の都民への周知（新規^⑤）

東京都では緊急医療救護所が各地域の病院前（または近隣）等に設置されることになっており、同救護所設置に向けた訓練が各地区行政と医師会で行われています。しかし都民への周知が十分に行われていない傾向があります。全都的な積極的周知と各地区での防災訓練への都民参加の支援を要望します。

(4) 公共な場所でのテロ災害対応資器材の設置（新規^⑤）

近年市中でテロ事件等が発生しています。東京都内の駅等の公共機関にテロ災害対応のための医薬品・資材（防毒マスク、止血帯、中和剤、個人防護具等）の設置を要望します。

(5) 病院救急車の災害時利用のための燃料確保（新規）

災害時の救急搬送や医療支援に病院救急車やドクターカーは極めて有用です。区

市町村が提供できる患者搬送力と被害想定から割り出す必要性には大きな乖離があります。災害時に有効に病院救急車・ドクターカーを運用するために、入手困難が予想される燃料確保の仕組みの創設を要望します。

VI. 大規模イベントの開催基準の検討と救急・災害医療体制の検討

新型コロナウイルス感染症流行拡大の中での東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会の開催に関しては開会日間際まで開催の是非、開催規模についての決定が遅れ混乱をきたしました。今後東京都において大規模イベントを開催するにあたって感染症拡大時の開催基準（感染状況、医療提供体制の観点から）、感染症パンデミック時の開催中止基準等を検討する協議体の設置を要望します。さらに大規模イベント開催時の救急・災害医療体制の検討、なかでも本部機能（情報管理体制）について、平時より検討する協議体の設置を要望します。加えて協議体において、イベント開催中の感染症サーベイランス、医療提供体制モニタリングを行うことを要望します。

VII. その他東京都への働きかけ

（１）訪日外国人に対する医療環境整備の事業化（新規[㊟]）

訪日外国人の多くが東京都を訪れ（1/4 は東京に宿泊）、その数は著しく増加しています。東京都保健医療計画において、日本の医療制度の理解の普及、訪日外国人医療を事業化し、関連するすべての団体がフレキシブルに対応・連携をして日本の医療制度が維持できるよう対策を要望します。

（２）外国人患者受け入れのための医療提供体制整備の推進（新規[㊟]）

東京の地域特性、世界情勢による難民の受け入れを考慮した外国人医療連携の構築、希少言語にも対応する医療通訳の質の向上、宿泊施設や観光施設との連携など取り組むべき課題は多岐にわたります。

次の事項について医療現場の実情を踏まえ、医師会が行政とともに各関係機関と連携して取り組んでいく必要があります。東京都の外国人患者受け入れ体制整備事業の継続とさらなる展開を要望します。

- ① 全都の医療機関における外国人医療提供体制の把握
- ② 医療機関向け外国人対応マニュアル作成と広報活動
- ③ 国際医療部を併設する大学病院、JMIP 認定医療機関等外国人受け入れの多い医療機関からの情報収集、中小病院・診療所との医療連携
- ④ 外国人に対する情報の発信（医療機関情報と日本の医療システムの周知）
- ⑤ 未収金対策の具体的な検討
- ⑥ 海外旅行保険の加入推進
- ⑦ 応召義務の法的検討
- ⑧ 新興感染症対策

有事の際の外国人向け相談窓口の充実や医療通訳者の感染管理対策のための新たな取り組みの制度整備を要望します。

⑨ 在留・訪日外国人の災害時の避難計画の体制整備

(3) 東京都内の外国人コロニーにおける新興感染症でのクラスターの可能性を想定した地域医療提供体制の支援 **(新規^⑨)**

JMIP 認証医療機関等に外国人対応のためのマルチリンガル医療職や希少言語医療職の集中的配置を要望します。

(4) 外国人の災害時避難 **(新規^⑨)**

在留外国人もインバウンドも、災害時、要支援者とみなされます。災害時の外国人の避難に関し、言語の壁、宗教・生活習慣も考えあわせ日本人と同じように避難できるよう制度整備を、国際都市東京として検討を進めることを要望します。

(5) 外国人未払医療費補てん事業の拡充 **(新規^⑨)**

東京都は外国人未払医療費補てん事業を行っていますが、その対象となる外国人は限定され、旅行者や出張で来日した方は対象外です。また対象とする診療期間は、入院は14日まで、外来は3日まで、補てん金額上限は200万円と制限されています。さらに申請も翌年に繰り越せません。期間、金額が補てん事業範囲内に収まらない場合も多々あり、上限との差額は医療機関の負担となっているのが現実です。

対応病院の負担が増大すると、今後の外国人医療にも影響がでる可能性もあるので、対象者の拡大（旅行者等訪日外国人を含める）、診療期間と限度額の撤廃、申請受付期間の延長を早急に検討するよう要望します。

(6) 東京都保健医療局から医師に向けてのプッシュ通知案内 **(新規^⑨)**

新型コロナウイルス感染症にかかる情報が、診療・検査医療機関にダイレクトに通知があったように、感染症情報をはじめとする医療に関する緊急の情報を、希望する医師に対して東京都から発信プッシュ通知システムの構築を引き続き要望します。

(7) 日本医師会認定健康スポーツ医の積極的活用

- 1) 東京都健康推進プラン 21（第三次）の基本理念・目的にある、社会全体で支援し、生涯にわたり健やかに暮らすことができるように、各区市町村が実施する健康増進事業に日本医師会認定健康スポーツ医を活用するよう東京都からの周知啓発を要望します。
- 2) 健康増進施設認定に必要な条件に日本医師会認定健康スポーツ医との連携があることから、積極的活用を要望します。
- 3) 学校においては、健康保持増進のため児童生徒にスポーツを行うことを習慣づけることが大切です。教職員のスポーツに対する意識向上に資するよう日本医師会認定健康スポーツ医の活用を要望します。

(8) 女性医師の支援（新規^⑤）

女性医師の就業率向上や意識改革は、医師の需給や働き方改革に加え、医学教育や学術の発展にも寄与します。東京都医師会では都内の大学医学部と連携して次世代医師・女性医師支援委員会を設置し女性医師支援の事業に取り組んできました。今後も女性医師が大学や基幹病院で教育・研究を継続して携われるようキャリア支援の充実を要望します。

また、支援の充実には女性医師を取り巻く環境整備と同僚・上司の理解促進が不可欠であり、キャリア支援とあわせて意識改革に向けた啓発も要望します。今後は男性の育児参加やライフスタイルの多様化を踏まえ、柔軟な支援とより広い視野での検討を要望します。

(9) 東京都における死因究明推進のための検討（新規^⑤）

23区は監察医制度の下で監察医務院が検案・解剖を行い、多摩・島しょ地域では多摩地域の医師会、大学法医学教室の協力で検案・解剖を行っています。

超高齢多死社会で亡くなる方が増加していく中、現状でも区部・多摩地区での検案事例が増加しています。また、大規模災害やテロ災害に対しても死因究明事業の発展が必要であり、次のとおり要望します。

1) 東京都死因究明協議会の取り組む課題とその対策

- ・まずは監察医制度あるいは準監察医制度の全都展開に向けた協議会の設置
- ・検案・解剖件数の増加への人的・費用的バックアップの対応
- ・検案医・警察登録医の人材育成・事例検討研修などの充実、情報発信の強化
- ・多摩・島しょ地域の検案業務に対する人的・費用的サポートの充実
- ・東京都全域の死亡統計を収集分析する「(仮称)公衆衛生情報センター」の設置(調査票の集計、データ化等の検討部署の設置)
- ・令和5年7月1日から多摩地区で運用している調査票の内容の見直し(10年以上前から東京都監察医務院で使用しているものと同じで内容が現在の医療状況に適應していない)及び調査書作成料に関する費用の予算化

2) 日本医師会が進める「警察活動協力医会」を東京都でも設立

- ・検案医育成の死体検案研修会の基礎編、上級編の地域の状況に沿った展開
- ・都民への検案・検死に対しての正しい情報発信

3) 専門性の高い検案医・警察登録医の確保

- ・多摩・島しょ地域だけでなく、大規模災害時やテロ災害などがおきたときに備えての都全域を対象とした検案医確保のためのセミナー、検案業務サポート研修を実施
- ・多摩・島しょ地域での検案医募集に合わせた事例検討や説明会、地域警察との連絡協議会の実施
- ・検案医・警察登録医の休日・夜間・時間外などの相互サポート体制の充実

(10) 電子カルテ導入促進・電子カルテ連携強化にもとづく医療 DX の推進

医療 DX が近々の課題と言われている中、これまでの医療ネットワークの一つとして病院間及び病院と診療所を結ぶ「地域医療連携（地連）ネットワーク」があり、これは SS-MIX2^{*1}を基盤として運用されていますが、それぞれの病院が有する連携システムが異なる場合の相互データ閲覧には、巨額の費用を要するサーバの構築が必要でした。

これに対し、「東京総合医療ネットワーク」では、SS-MIX2 の連携システムを IHE レベルで相互閲覧を可能とし、複数のベンダーから接続可能な名寄せサーバを設けるだけで相互データ閲覧を実現し、現在すでに都内の 60 を超す医療機関が導入を開始しています。

一方で、国はオンライン資格確認ネットワークを用いた「電子カルテ情報共有サービス」で HL7FHIR^{*2}規格による 3 文書 6 情報（いわゆるテキストベースのデータ）の共有を進めており、この結果、全国の自治体の中には、これまで支援を行っていた地連ネットワークへの支援を中断するところが相次ぎ、これまで進展してきたネットワークを停止・解体せざるを得なくなった地域が存在しています。幸いにも東京都では、これまでの東京総合医療ネットワークに対するハードウェアの導入・開発（イニシャルコスト）のみに向けられていた支援を、運営費用にも転用可能な支援（ランニングコスト）に拡充され、維持・運営ができています。

日本医師会でも今は「今後は地連ネットワークの広域化・全国化も必要」という声明を発していますし、国の進める 3 文書 6 情報では連携できない画像情報共有が可能な SS-MIX2 の連携システムは今後も必要です。さらにこれらのシステムを、救急面で利用できる状況となっており、その必要性が高くなっています。

このような状況を踏まえ、今回改めて令和 7 年度から実現した補助事業の継続、さらにこれまで実現できなかった機能などについて要望します。

SS-MIX2^{*1}：平成 18 年度、厚生労働省が標準的な診療情報提供書が編集できる「標準化ストレージ」という概念に着目し、医療の質の向上を目的とした「厚生労働省電子的診療情報交換推進事業」（SS-MIX：Standardized Structured Medical Information eXchange）を策定しました。この最新版が、SS-MIX2 となります。

HL7FHIR^{*2}：医療情報交換のための実装しやすい新しい標準規格として海外で注目されている規格。HL7FHIR(Health Level Seven Fast Healthcare Interoperability Resource)。国が 2030 年に実現する医療 DX での標準規格としています。

1) 診療所の電子カルテ装備への補助の拡大（新規[㊦]）

「医療 DX 令和ビジョン 2030」において、「2030 年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」とされ、これにより医療 DX において実現される医療情報共有の利便性をはかることが

国の目標となっています。しかし、診療所の電子カルテ普及率は55%程度で、電子カルテを導入していてもオンプレミス型に留まっているところが多い状況です。また電子処方箋を導入している医療機関は1割程度にとどまり、これを進めるにあたっては電子カルテが導入されていることが重要とされており、さらなる電子カルテ導入の推進を進めていく必要があります。

すでに令和7年度より診療所に対する電子カルテ装備に関して「診療所診療情報デジタル推進事業」として補助が始まっていますが、令和8年度においても同等の補助の継続を希望します。あわせて、この補助を導入した医療機関への東京総合医療ネットワークへの閲覧施設としての参加を促すことの継続や、電子処方箋を行うための電子カルテのバージョンアップやリプレース、及び令和7年度中に策定するとされている医科診療所向け電子カルテの標準仕様への対応についても補助の対象として追加することを希望します。

また、管理者の高齢化やICTリテラシー不足などへの対応や、開発の遅れが懸念される標準型電子カルテの利用を待っている医療機関への対応など、導入に関わる金銭的・人的補助を如何にするかを検証し、2030年までの電子カルテ導入率100%を確保する方策を、東京都主導で策定・実現することを希望します。

2) 病院の電子カルテ装備への補助の拡大（新規^{（続）}）

令和6年の調査では、400床以上の病院では90%を超える普及ではあったものの、200床未満の小規模病院では60%をようやく超えたに留まっています。これは、昨今の物価上昇や、経営状態が困難になっていることに加えて、大手ベンダーによる電子カルテの価格が高止まりしていることなど様々な状況に起因しています。

一方で、近年普及が始まった病院用クラウド型電子カルテは低価格であり、かつ医療DXへの対応にも柔軟性があるものの、SS-MIX2への対応が予定されていないところも多く、一昨年度までは東京都の補助の対象外でもありましたが、昨年度より「SS-MIX2 または HL7FHIR 対応可能であれば補助対象とする」とした決定は時宜を得たものでした。

この「病院診療情報デジタル推進事業」について、令和8年度においても継続を希望します。この補助事業を利用した医療機関への東京総合医療ネットワークへの閲覧施設としての参加を促すことの継続も希望します。

また、SS-MIX2 または HL7FHIR が対応する電子カルテ／地域医療ネットワークは、それらの規格が異なるため連携の際に課題が生じる可能性が高いと考えております。国の動向も定まらぬ中ではありますが、これらの課題にも速やかに対応できる、むしろ東京都がその課題に対して先陣を切って対応できるような体制を整えておくことも要望します。

3) 大規模病院の電子処方箋装備への補助（新規）

大規模病院の電子処方箋への対応がたいへん滞っています。これは病院の規模が大きくなるとともに、電子処方箋にまつわる認証・運用機能の拡張（電子処方箋発行医師それぞれに医師資格証を持たせる、カードリーダーを外来端末ごとに

用意する、これまでオンライン資格確認のために用意した低容量の IPv6 インターネット回線の容量を増強する、電子処方箋発行機能を付加する必要がある、など）が必要であるからにほかなりません。

これには、これまでの補助事業の枠を根本から見直す必要があります。都内の 400 床以上の病院に対し、ベンダーからの見積り額の調査を緊急で実施いただき、その概要を見極めたうえでの新規の補助金制度の構築を行うことを要望します。

4) 東京総合医療ネットワークにおけるベンダーを越えた緊急カルテ機能の開発

(新規)

東京総合医療ネットワークでは、二次救急病院から三次救急病院への患者転送が必要となった場合、電話による音声通話や FAX の情報伝達では判断するための情報が足りない事例が多いことから、東京総合医療ネットワークの医療連携機能を双方の病院の担当医師が臨時かつ一時的に閲覧をできるようにする機能の実装を進めています。通常の医療連携は、患者が転院したのちに事務職員が正式な連携設定を行うものですが、緊急時にはそうした手数を省略し、医師同士が転院可否を検討する際のみ閲覧利用することができるようにするものです。

すでにこの機能は、ID-Link (NEC・SEC) もしくは HumanBridge (富士通ジャパン) を利用する病院間では相互閲覧が実現可能となっておりますが、残る CareMill (SSI)、Prime Arch (SBS) を含めたすべてのベンダー間でも可能とすべく、開発を進めたいと思慮いたします。これに関する開発費の補助を要望します。

5) 東京総合医療ネットワークからスマートフォン(スマホ)の PHR(Personal Health Record) アプリへの連携機能の開発・実装 (新規)

オンライン資格確認等システムのサービス開始とともに、患者個人のスマホでは、「マイナポータル」アプリ上で前月分までの処方薬情報と、一部の健康診断結果の閲覧が可能となりました。

しかし、この機能は使い勝手が悪く、利用率も低い状況です。また、来院時にこの情報で医療機関への提供許諾を行って、医療機関が受け取れるのは、PDF 化された結果でしかなく、電子カルテへの反映や、実際の臨床面での利用は限定的と言わざるを得ません。

一方で、全国医療情報プラットフォームでもマイナポータルとの連携が検討されている民間の PHR アプリにはこうした面を強化し、マイナンバーカードをスマホにかざすことによって本人の処方データや検診結果を取り込むことが可能となったものも出現しています。

こうしたアプリを介して、医療機関がデータを受け取る機能や、医療機関が行った検査データの提供も行うことができれば、都民の健康管理に非常に有益となります。こうしたスマホの PHR アプリとの連携機能の開発・実装への補助を要望します。

(11) 医療・介護の情報共有

医療機関や介護事業所等との ICT を用いた連携を強化することは、地域包括ケア

ネットワークの構築や医療・介護の質向上に資するものであります。効率が良く質の高い医療・介護の提供体制を構築するためには、情報を共有することが不可欠です。構築等に関して、地域医療介護総合確保基金を活用する等による支援を要望します。

また、東京都では、医療介護連携の情報共有のため、既存のシステムからの通知情報を一元的に閲覧することができる「東京都多職種連携ポータルサイト」並びに「転院移行支援システム」を構築し、運用していますが、「転院・在宅移行支援システム」については今後の必要性増大が見込まれることから継続とさらなるシステム改修・普及促進に関わる支援を要望します。

(12) 都内の医療サービスの均てん化（新規^⑨）

1) 予防接種の全都的、一律な実施に向けての協力

特別区では定期予防接種等を一律で受けられますが、多摩地区では全域での一律接種はありません。都民の利便性と接種率向上のために、全都的に平等な予防接種の実現に向けての協力を要望します。

2) 子ども医療費の18歳までの無償化

特別区では所得制限がありませんが、多摩地区では所得制限を行っている地域があります。少子化対策としても、親の収入に関係なく、全都的一律の18歳までの無償化を要望します。

3) 三者協、五者協の発展的進化

三者協、五者協を発展させ、現状の予防接種、各種検診事業等の課題を全都的な視点から検討し、その解決を目指せる組織とすることを要望します。

(13) 年代に合った性教育から切れ目のない妊娠・出産の適齢期世代への支援（新規^⑨）

子どもを望む男女が早期に検査を受け、必要に応じて適切な治療を開始することができるよう、一般不妊治療、生殖補助医療（特定不妊治療）が令和4年4月より保険適用されました。経済的負担の軽減化をはかるためにも、安全性・有効性等を確保したうえで、引き続き支援を行うよう要望します。また、年代に合った性教育を充実させ、将来、子どもを産み育てたいと望む男女が、若い時から正しい知識を身につけ、「プレコンセプションケア」（将来の妊娠のための健康管理）を東京産婦人科医会とともに都民へ普及啓発するための支援を要望します。

(14) 児童養護施設で育った若者への支援（新規^⑨）

虐待を受けたり、交通事故や自然災害等で親を失った子ども達の中には児童養護施設で18歳まで生活する児童もいます。令和6年の児童福祉法の改正により、年齢で一律に支援を中止するのではなく、児童等の置かれている状況や児童等の意見・意向、関係機関との調整も踏まえたうえで自立生活援助事業として都道府県等が必要と判断する時点まで自立支援を提供できるようになりました。しかし、児童養護施設は現在も充足しているとはいえ、成年に達した施設利用者を引き続き収容で

きる施設は限られています。都内における成年に達した被支援児への支援（住居、進学、就労等）を要望します。

(15) 訪問看護事業所等への指導・監査及び介護報酬審査体制の強化（新規）

高齢者施設・住宅における訪問看護を巡る診療報酬並びに介護報酬の不正請求が相次いで発覚し、社会問題となっています。

診療報酬と比べると介護報酬請求のレセプト審査は厳正に行われているとはいえない状況です。介護報酬審査体制の充実・強化により、適正な介護給付を要望します。

また、不正請求の発見が遅れることがないよう、訪問看護事業所等への診療報酬の審査及び定期的な指導・監査体制の強化と不正に関わった施設等に対する厳格な処分を要望します。

(16) 都民へのヘルスケア能力を高めることを目的としたヘルスリテラシーの啓発・推進等（新規）

東京都医師会の重点医療政策の一つに、都民への医師会活動への理解と浸透を掲げておりますが、その根底には都民への健康・保健・医療・介護・予防等に対する正しい情報発信があります。現代社会の課題には、少子超高齢社会、医療費財源、医療介護者不足、パンデミックや大災害時の医療提供体制等々が挙げられます。それぞれの課題に対して、都民への意識付けが必要です。また、禁煙対策として13%まで下がった喫煙率を10%目途にさらなる禁煙促進を行い、健康リスクを回避する啓発が重要です。#7119の件数は一昨年の30万件から33万件と利用数も増加していますが、救急車出動も93万5000件と1.8%増加しています。このような現状において、ヘルスケア能力を高めるためのリテラシーの推進は非常に重要です。他にも様々な推進すべき対策があり、都民への必要な情報を発信し、都民の安心安全を高める必要があります。具体的な情報発信方法としてはテレビ、ラジオ、インターネット、公開イベント等を考えています。

東京都医師会とともに、都民の健康・保健・介護・予防等の推進を目的に協働で情報を発信することを要望します。

Ⅷ. 国への働きかけ

(1) 新しい看護介護職の創設（新規^①）（参照項目32頁Ⅱ．D．（6））

超高齢社会では疾病構造も大きく変化し、求められる医療も、救命する治療する医療から疾病や障害を支える医療、癒す医療、看取る医療に変化しています。一方、少子化により医療福祉人材の供給不足が顕在化しています。そこで、現在の地域医療のニーズや人材需給状況を踏まえ、看護介護をより効果的にタスクシェアできるよう、横断する新資格の創設の検討を要望します。

(2) 定期接種化されていない予防接種に関する国への働きかけ（新規^⑨）

現在、任意接種として行われているおたふくかぜワクチンや髄膜炎菌ワクチン、妊婦へのRSウイルスワクチンも定期接種化されるよう、要望します。また、近年5～11歳の児の百日咳罹患が、定期予防接種開始前の乳児に伝染し重症化する事例が報告されています。5歳児へのDPT-IPV及び11歳のDTをDPTへ変更をするよう要望します。

(3) 新型コロナウイルスワクチンの乳児への無償接種（新規^⑨）

新型コロナウイルス感染症は、相変わらず年2回の流行を呈しています。小児の新型コロナウイルス感染症は軽症に経過することが多いとは言われていますが、一定の割合で痙攣重積、呼吸障害など重症化し、後遺症をきたします。現在、小児への新型コロナワクチンの供給は停止されており、今後、ワクチンによる免疫を持たない子どもが増加し、それに伴い合併症、後遺症に苦しむ子どもが増えることが予想されます。ヒブや肺炎球菌と同様に、乳幼児期に基礎免疫をつけることは意義がありますが、ワクチン単価が高く、全額を保護者が負担することは困難です。乳幼児期のワクチン接種について、公費助成を要望します。

(4) 定期予防接種の国事業としての実施（新規^⑨）

病原体からすべての国民を守るという「国防的な意味」と、今後の日本を担う世代の公衆衛生環境を確保するという「将来的意義」を持つ予防接種事業は、国が実施主体となるべきと考えます。それにより、国内どこでも一律の接種が受けられるようになります。定期予防接種を国が実施主体として行うことを引き続き要望します。

(5) 新興・再興感染症危機管理対策（新規^⑨）

2009年の新型インフルエンザ（2009pdm）、2019年の新型コロナ（COVID-19）と既知の感染症の変異型による世界的流行が起きました。世界的に麻疹の流行は継続し、最近、国内において水痘や百日咳の流行が報告されています。

我が国は海外から多くの観光客やビジネス客が訪れ、それに伴い、様々な感染症がもたらされる可能性があります。感染リスクの高い感染症があれば、多くの人が集まるイベントで、全世界に拡がる可能性もあります。

こういった感染症への対策は、流行が起きてからでは遅く、平時から感染症対策を継続して行うことが大切です。国家として感染症危機管理対策に取り組むよう要望します。新興感染症へのワクチンの効果判定や治療薬の効果判定において、新型コロナウイルス感染症では国内のデータの収集分析が遅れ、外国の知見に頼らなければなりません。こうしたデータを国内で迅速に収集分析できる体制の整備を引き続き要望します。

(6) 新興・再興感染症に対応するためのシステムの整備（新規^⑨）

新型コロナウイルス感染症に対応するにあたり、国は HER-SYS や G-MIS、V-SYS、VRS など複数のシステムを作りました。これらのシステムは、現場でそれぞれ立ち上げ操作しなければならず、診療に力を注いでいる医療現場では負担になりました。現場の負担を考慮し、今後、新興・再興感染症の発生時に備え、一元化した、誰もが使いやすい感染症管理システムの構築を要望します。

(7) 病棟群単位での入院基本料の届出の導入（新規^⑨）

平成 28 年の診療報酬改定において、一般病棟入院基本料等における経過措置として「病棟群」単位での届出が認められ、平成 30 年度報酬改定においても経過措置が認められましたが、あくまで経過措置であり、制限も多いことから、現状では有効に活用されていないと考えられます。病棟ごとに最適な入院基本料が算定できるように、さらに本制度を拡充していただけるよう要望します。

(8) 特別養護老人ホームへの医療提供体制の強化（新規^⑨）

特別養護老人ホーム（以下、特養）が重度要介護者の終の棲家としての役割を担うようになり、医療ニーズが増大していますが、現在の配置医制では十分に対応できていません。近年、施設に入居する高齢者の救急搬送が急増しており、今後特養の一次医療提供体制に大きな変革が求められています。特養の医療を主治医制とし時間外の連絡体制を確保することで、軽度の急性疾患への対応を可能とする必要があります。またポリファーマシーの見直しや、最期まで施設での療養を希望する入所者に対し質の高いターミナルケアと看取りを行うかかりつけ医機能が特養の配置医に求められます。以上より、配置医の役割についての見直しが喫緊の課題であり、特養における医療提供体制の強化を要望します。

(9) 社会保険診療報酬等の非課税に伴う控除対象外消費税問題の解消

現行の消費税法では社会保険診療報酬には消費税がかからない一方、医薬品・各種医療材料などを購入する際には消費税がかかり、医療機関が負担することとなっております。医療機関負担分に対しては診療報酬において補てんされることとなっておりますが、実際には多くの医療機関が損税扱いで処理をしており、また、補てん割合も医療機関ごとに異なるため、公平・中立・簡素という税の原則が無視されていると考えられます。令和 6 年度与党税制改正大綱には「事業税における社会保険診療報酬に係る実質的非課税措置及び医療法人に対する軽減税率については、税負担の公平性をはかる観点や、地域医療の確保をはかる観点から、そのあり方について検討する。」と記載されていますが、消費税非課税制度と診療報酬等の公定価格制度は、その目的を異にする以上、消費税問題を診療報酬によって補てんする方法にはおのずと限界があります。令和元年 10 月の消費税率引上げ、長期化する新型コロナウイルス感染症による感染防止のための設備投資の増加、マスクや消毒薬等、特に防護服の大幅な価格上昇によって支出が増加していることも相俟って、病院にお

ける補てん不足はより深刻な状況となっています。消費税率のさらなる引上げも想定される中で、病院の経営破綻を防ぎ、医療体制を維持・確保するためには、病院にかかる社会保険診療報酬等に対する消費税を原則として課税に改めるよう要望します。

(10) 特定健診・特定保健指導のあり方

現在 40～74 歳に行われている特定健診・特定保健指導を、“健康寿命の延伸”を念頭に置いて、対象年齢に応じた運用を要望します。30、40 歳代の若い世代にはメタボ対策としての徹底した健診・保健指導の施行を、50～65 歳頃までの対象者には疾病の発症予防を主眼として、65 歳以上 74 歳頃までの方にはフレイル予防を意識しながら疾病の重症化予防に重きを置き、75 歳以上の高齢者に対しては ADL の保持とフレイル予防を目標として、ライフステージや個人の状態に応じた施策を要望します。

地域住民の健康づくりを推進するために、区市町村が国保だけでなく、被用者保険の特定健診結果も含めて、迅速にデータを把握・分析できる仕組みを構築することを要望します。また、受診者の利便性の確保と受診率の向上をはかるため、被用者保険の被扶養者が特定健診と各種の健（検）診を同時受診できる仕組みを構築することを要望します。

(11) 医薬品の安定供給（新規^⑧）

医療は、診察、検査、治療により成り立っていますが、近年の治療用薬剤の不足は目に余るものがあります。鎮咳去痰剤やペニシリン系抗生物質のように安価で効果の高い薬品が不足するため、単価の高い薬品を使用せざるを得ない現状は、単に治療を行いにくいことにとどまらず、医療費負担も重くなります。薬品の原材料の国産化、利幅が少ない安価で有用な薬品を生産する製薬会社の保護などにより、医薬品の安定供給を要望します。

Ⅸ. これまでの既定事業

福祉局及び保健医療局所管事業 42 事項、教育庁所管事業 4 事項、総務局所管事業 1 事項について引き続き要望します。（次頁）

◎令和8年度東京都予算要望事項(既定事業分)

福祉局・保健医療局

1. 医学技術振興費補助金
2. 予防接種委託費 (区市町村事業：特別区分は財調措置)
3. 妊婦健康診査委託費 (〃)
4. 乳児健康診査委託費 (〃)
5. 東京都感染症発生動向調査事業業務委託費 (都医師会委託事業分)
6. 東京都麻しん・風しん予防対策事業委託費 (〃)
7. がん検診受託機関講習会事業委託費 (〃)
8. ぜん息等児の重症化防止事業委託費 (〃)
9. 地区医師会との定例連絡会運営委託費 (〃)
10. 東京都衛生検査所精度管理調査委託費 (〃)
11. 多摩・島しょ地域監察医務業務委託費 (〃)
12. 多摩地域の登録検案医確保及び検案業務サポート事業委託費 (〃)
13. 休日（眼科・耳鼻いんこう科）診療事業委託費 (〃)
14. 休日・全夜間診療事業委託費 (〃)
15. 特殊救急医療事業委託費 (〃)
16. 精神科救急後方病床確保事業委託費 (〃)
17. 精神科医療保護入院等移送患者診療確保事業委託費 (〃)
18. 精神科夜間休日救急診療事業（初期救急医療）委託費 (〃)
19. 〃 〃 （二次救急医療）委託費 (〃)
20. 〃 〃 （東京都精神科救急医療情報センター
における医師のトリアージ業務）委託費 (〃)
21. 東京都地域救急医療センター運営事業委託費 (〃)
22. 救急医専門研修事業委託費 (〃)
23. 地域小児医療研修事業委託費 (〃)
24. 救急患者の早期地域移行支援事業委託費 (〃)
25. 救急外来体制強化事業委託費 (〃)
26. 区市町村災害医療コーディネート研修事業委託費 (〃)
27. 東京都地域医療構想調整会議運営委託費 (〃)
28. 在宅難病患者訪問診療事業委託費 (〃)
29. 東京都リハビリテーション病院管理運営委託費 (〃)
30. 東京都地域リハビリテーション支援事業委託費（都リハ） (〃)
31. 高次脳機能障害支援普及事業委託費（都リハ） (〃)
32. 保険講習事務委託費 (〃)
33. 東京都主治医研修事業委託費（介護保険制度） (〃)
34. 東京都主治医研修事業委託費（障害者総合支援法） (〃)
35. 東京都在宅療養研修事業委託費 (〃)
36. 東京都地域医療調整会議在宅療養ワーキンググループ運営委託費 (〃)
37. 認知症サポート医地域連携促進事業委託費 (〃)
38. 東京都精神科地域連携事業一般診療科向け研修事業委託費 (〃)
39. 健康食品に関する安全性情報共有事業委託費 (〃)
40. 看護師等養成所運営費補助事業 (保健医療局直轄事業費分)
41. 医療費助成制度 (福祉局・保健医療局直轄事業費分)
42. 東京都在宅医療推進強化事業 (地区医師会補助事業)

教育庁

1. 学校医報酬 (区市町村事業：特別区分は財調措置)
2. 都立学校産業医報酬 (教育庁直轄事業)
3. 都立学校学校医報酬 (〃)
4. 都立学校生徒の心臓検診判定委託料 (都医師会委託事業分)

総務局

- 東京都産業医報酬 (東京都各局事業)

令和 7 年 12 月 5 日

東京都知事

小池 百合子 殿

公益社団法人 東京都助産師会

代表理事 宗 尚子

令和 8 年度予算及び政策に関する要望書

平素より都民の生命と暮らしを守る施策と共に、子育て支援の充実に向けてご尽力頂き、心より感謝申し上げます。

東京都の出生率は昨年 1.0 を切っており少子化は歯止めを知らない状況です。長引くコロナ禍の影響も少しずつ薄れ、人々の交流が戻ってきていますが、妊娠、出産、子育てを取り巻く状況は改善しているとはいえない状況です。両親ともに事前に妊娠、出産、子育てを学ぶ場は非常に少なく、現状の社会の変化に対応できていません。地域の中では両親ともども、初めての子育てに戸惑う姿が散見されます。子育て不安、虐待、産後うつなど母親たちを取り巻く諸問題はさらに顕著化しており、加えて最近では夫の産後うつも問題視されている状況です。

私ども助産師は女性や子ども、家族にとって、最も近い場所で継続的なケアを提供しています。今こそ身近な場所で、子育て経験のない母親や父親に寄り添う存在が必要であると考えます。公益社団法人東京都助産師会では、助産師の専門職能団体として、次代を担う子どもたちを安心して産み育てられる社会を目指し、女性の妊娠、出産、育児に対する支援、および子どもと家族の健康支援に取り組んでおります。

命が大切に育まれ、安心した子育てが地域の格差無くできる社会の実現に向けて、助産師による一層充実した母子保健サービスの提供等が推進されるよう、以下の5項目を要望いたします。

要 望 事 項

1. 出産を経験するすべての女性が、 妊娠期から出産・産後・育児に至るまでに必要な継続的ケア・支援サービスを「切れ目なく」「格差なく」利用できるよう、包括的に支援されたい。また、地域で母子を支える専門職として、すべての区市町村において、助産師の積極的な活用と参画の推進を図られたい。
2. 助産所における安全で安心な分娩を支援されたい。
3. 安心して妊娠・出産・子育てができる社会を実現するために、地域や施設で活動する助産師の能力向上に向けた取り組みを推進されたい。
4. NICU 等入院児の在宅療養への円滑な移行及び退院後の安定した生活の継続のために、母親への支援において、地域の助産師の活用を推進されたい。
5. すべての子ども（小・中・高）、プレコンセプション世代そして親世代など、あらゆる世代へ向けた、助産師による包括的性教育の実施と拡大を推進されたい。

1. 出産を経験するすべての女性が、妊娠期から出産・産後・育児に至るまでに必要な継続的ケア・支援サービスを「切れ目なく」「格差なく」利用できるよう、包括的に支援されたい。また、地域で母子を支える専門職として、すべての区市町村において、助産師の積極的な活用と参画の推進を図られたい。

- すべての区市町村は産後ケア事業を「努力義務」から「義務」へ更新し、実施施設や人材の確保、産後ケア補助券の導入など、事業の実施促進を支援されたい。
- 出産にかかるケアや支援に関する事業においては、地域で母子を支援する助産師の参画を推進し、生活に密着した場でケアを提供できるよう、区市町村への支援や周知を図られたい。
- 妊産婦への伴走型相談支援においては、妊娠期から出産・育児まで一貫した専門的支援が提供できる助産師が中心となって参画できるよう、積極的な活用を図られたい。

妊娠・出産・育児は、女性や子ども、そして家族にとって、大きな変化をもたらす重要な時期です。しかし、現代社会では核家族化が進み、地域や親族等から十分な支援が得にくい状況にあります。特に初めて出産を経験する女性の多くが、支援の少ない中で、経験したことのない不安や悩みを抱え、孤立した子育て環境に置かれています。昨今、虐待により乳幼児が死亡する痛ましい事例や、産後うつ、子育て不安など、子育てに関わる深刻な問題が顕在化しており、まさに社会的な危機の様相を呈しています。

育児休業の取得が推進されている一方で、パートナーへの出産・育児に関する知識の普及や支援体制は十分とは言えない状況です。したがって、助産師が包括的に女性や子ども、家族を支援することは、産後の変化の多い時期を問題なく過ごすとともに、その後の長い育児期を健やかに過ごすためにも重要です。

東京都においては令和 2 年度予算より、「産後ケア事業」の補助率が 10/10 に拡充されました。これにより、区市町村が負担していた費用も都が負担することになり、区市町村の負担がなくなりました。都政において、産後の女性や子どもへの支援の重要性を踏まえた施策が実行されることに敬意を表しますとともに、62 区市町村内で格差がなく、より充実した産後ケアを提供できるよう、引き続き支援をお願いします。

産後ケアは、ショートステイ、デイケア、アウトリーチの 3 種類の形態で実施されますが、東京都内では、区市町村の全産後母子へ実施されていないのが現状です。産後家庭における年間収入は、高い区と低い区で 700 万円の格差があります。こうした状況の中、産後ケア事業を利用したいと考えても自己負担があること、区市町村が規定する利用者の条件に合致しなかったり、手続きが煩雑だったりすることを理由に利用をあきらめてしまう母子も存在しています。産後ケアを実施する施設・人材の確保については、①公設民営化②産後ケアを利用しやすく全都 62 区市町村の垣根を越えて使える共通「産後ケア補助券」の導入など、東京都の母子が産前産後のケアや支援を十分に利用できるよう要望します。引き続き各区市町村における事業の実施について、格差是正の行政指導など、ご支援をお願いします。

また、こども家庭庁は様々なニーズに即した必要な支援につなぐために「伴走型相談支援」を推進しています。その支援の中心となるケア提供者として、地域の助産師を位置付けて下さい。地域で活動している助産師は、女性や子ども、家族の最も身近な場所で、生活に密着し継続的なケアを提供できる専門職であり、かつその場で提供できる技術を持ち第一線でこの事業にかかわれる人材です。妊娠期からの助産師の対面による個別的・継続的なかわり、出産・産後の女性の身体の自然な生理的適応と乳児の成長を促す包括的な支援となります。妊娠中に、助産師による丁寧なケアを少なくとも 2 回は受けられるよう制度的に保障していただきたい。

出産施設から家庭へ「退院直後から切れ目なく」、地域の助産師を最大限に活かし、女性や子ども、家族が必要とする時に手を差しのべることができる支援提供体制を構築することは必須です。

なお、助産所での産後ケア事業の実施においては、光熱費や食材費等の高騰により、運営経費の負担が増加しています。事業継続のためにも産後ケア実施施設に対し、運営費の補助が必要です。そうした状況を踏まえ、出産にかかるケアや支援に関する事業において、地域で母子を支援するあらゆる段階における助産師の参画が推進されるよう、引き続き区市町村への支援と周知をお願い申し上げます。

2. 助産所における安全で安心な分娩を支援されたい。

- 身近な地域で出産を希望する母親を受け入れる助産所の存続に対して支援されたい。
- 妊産婦の負担軽減のために、産後健診の助成と東京都全域において助産所でも産後健診票が使用できるように図られたい。
- 嘱託医・嘱託医療機関を、地域ごとに行政から決定されたい。もしくは、その確保について東京都における相談窓口を明確にしてください等、必要な支援をされたい。
- 自然分娩の安全性を高めるために医療機器の購入を継続して支援されたい。

令和5年度より嘱託医療機関等の連携支援事業に予算をいただき、東京都保健医療局 医療政策部の担当者と嘱託医問題について取り組み、3年目となります。依然として嘱託医の獲得・拡大には至っておらず、喫緊の課題です。クリニックの存続問題にも大きく関わってきます。

令和7年2月現在で出産を取り扱う助産所は25か所となっております。そして開業相談は今まで6人から依頼を受け、嘱託医の紹介を1件つなげることができましたが、まだまだ厳しい状況が続いています。

国の方針として、2026年を目安に分娩費用を保険適用とすることが明言されました。自然分娩と医療介入ありの正常分娩との違い¹⁾が明確になると、嘱託医と嘱託医療機関の役割が今以上に明確になり、助産所とのつながりが今までとは変わってくる可能性があります。嘱託医・嘱託医療機関の獲得²⁾のための継続的支援をお願いいたします。

令和5年度・6年度・7年度と助産所設備整備費補助事業³⁾により、助産所における出産の安全性を高めるための医療機器購入の補助2/3を実施していただきました。しかし、助産所運営上の資金繰りにより、この3年間でこの制度を利用できずにいる助産所もあります。業者との契約後、購入前に補助金の交付を受けられるように図られるとともに、引き続き医療機器購入の支援をお願いします。

1) 会陰切開、縫合術などの医療介入を施行した場合の正常分娩

2) 助産所の嘱託医には偏りがあり、13か所の助産所（東京都の助産所52%）の嘱託医師となっている医師がいる。また3名の嘱託医師で全助産所の約88%をカバーしている状況である。

3) 丸川珠代前参議院議員により「助産所の開設問題に関する質問主意書」（第180回国会質問第77号）が提出され助産所の嘱託医師が得られない状況について助産所開設を可能にする環境整備に努めるべきという質問がされている。政府はその答弁書において「課長通知により、嘱託医師等の確保に関する相談窓口の助産所への周知を要請している」と本通知をもとに答弁している。

3. 安心して妊娠・出産・子育てができる社会を実現するために、地域や施設で活動する助産師の能力向上に向けた取り組みを推進されたい。

- 助産師教育指導講習会の予算を継続（増額）されたい。
- 助産所における都立教育機関の実習生に対する指導報酬を増額されたい。

東京都助産師会では東京都内に就業している助産師を対象に、期待される社会的ニーズや役割をふまえた高度な専門性と資質向上に寄与し、都民の保健医療の充実に資することを目的とし、東京都委託事業として助産師教育指導講習会を昭和 42 年より実施しています。病院勤務、保健指導、開業助産師など様々な場所で活動している助産師が参加しています。

令和 6 年度は、オンライン（Zoom ミーティング）14 講座、対面 10 講座の講習会を開催しました。1447 名（のべ）の参加があり、参加者アンケートからはどの講座も満足、すぐに役立つと好評のコメントがほとんどでした。

今年度は、対面講座を増やし、講師と助産師双方がディスカッションしやすい講座を予定しております。昨年度、申し込み開始すぐに定員に達し受講できなかった助産師が多かった講座や、ユースクリニックや SOGIESC¹⁾ など社会の変化に対応した新たなテーマに関する講座も設けています。オンライン講座の定員数も増やしていますが、ハイブリット開催の要望も多く、今後、運営体制や機器の整備をしていくための予算を確保することが望まれます。

東京都において安心した子育てができる社会を実現するために、地域や施設で活動する助産師の能力向上に向けた取り組みを一層推進するため、助産師教育指導講習会に関する予算の継続（増額）をお願いします。

助産師/看護師学生の実習に関しては、実習生に対する指導報酬が実態に見合っておりません。現状では都立教育機関の学生 1 名につき 1 日あたり 850 円という極めて低額であります。少子化の中で分娩数が減っており、実習場所を確保することが困難であるだけでなく、一人の学生が妊産婦に関わる時に教員一人では当然手が回らず、施設のスタッフの協力が必要となります。スムーズに病院、クリニックや助産所が学生実習を受け入れることが可能となるよう、実態に見合った適切な指導報酬額に増額していただくことをお願いします。

1) SOGIESC（ソジエスク）とは、性的指向（Sexual Orientation）、性自認（Gender Identity）、性表現（Gender Expression）、身体的特徴（Sex Characteristics）の 4 つの要素を組み合わせた言葉で、セクシュアリティ（性のあり方）を理解する上で用いられる表現です。

4. NICU 等入院児の在宅療養への円滑な移行及び退院後の安定した生活の継続のために、母親への支援において、地域の助産師の活用を推進されたい。

- NICU 等に入院している子の母親に対して、必要な支援を提供する地域の助産師への経費の補助を事業化し実施されたい。
- NICU 等入院児の在宅での療養生活への円滑な移行のために、子及び子の看護を担う母親への包括的なケア実施のために、地域の助産師の活用を推進されたい。
- 特に多胎児の低出生体重児が NICU 等に入院中の母親に対する支援をさらに手厚くされたい。
- 各区市町村によって多胎児の母親への支援に差があり、どの区であっても必要な支援の提供をされたい。

医療の高度化に伴い、以前は救命が困難であったような低出生体重児や先天性の疾患をもつ新生児も、出生後迅速に NICU や GCU で治療が行われています。

そうした NICU 等入院児が増えていく中¹⁾で、その母親への支援の必要性もより高まっています。出産後は子どもと一緒に過ごすことによって愛着を深め、親としての役割を獲得していく時期ですが、子どもが NICU 等に入院しているため、母親も育児に不安を抱えることが多くなります。さらに、入院している子どもに母乳を与えるために、母親が自宅で搾乳をして母乳を病院に持参しますが、母親自身は既に産科を退院しているため母乳に関するケアを受けることが難しい、産後ケアの手続きには時間がかかり退院後適時にケアを受けることができなかったなどの声があります。このように、NICU 等入院児の母親は、虐待予防等の観点での心理的支援、そして母乳に関する身体的・技術的支援を早期に開始する必要があります。しかし「出産は病気ではない」とされ、母乳関連のケアをはじめとする母親へのケアの必要性は十分に認識されておられません。自治体によっては、母親単独での産後ケア利用ができないところもあります。児の入院中でも母親が心身共にケアが受けられるよう、格差のない制度設計をお願いします。

東京都で実施されている NICU 等入院児の在宅移行支援事業において、NICU 等入院児支援コーディネーターの連携先が保健師、訪問看護師となっており、助産師は入っておりません。地域の助産師は産後間もない母親を支援する職種として不可欠であり、子どもの在宅移行において安定した母子の生活に貢献します。このような状況をご理解いただき、こうした母子が助産師による産後ケアが受けられるよう連携先を助産師、助産所の活用をお願いします。

多胎児は単胎児に比べ低出生体重児の割合が多く²⁾低出生体重児特有の支援が必要となります。同時に 2 名以上の妊娠・出産・育児をすることに伴う身体的・精神的な負担や、経済的な問題、社会からの孤立など多胎児ならではの困難さに直面する母親、家族も少なくありません。

助産師による多胎児への切れ目のない支援が母親、家族にとって不安の軽減、出産、育児に安心して向かう一助となります。また、出産の高齢化に伴い増えていく多胎児の割合からも見ても手厚い支援が必要です³⁾。

区市町村によっては産後ケア事業の利用申し込みを28週以降に受け付けているところがあります。その場合は28週以前に出産した母親には支援が届きにくい状況があります。

- 1) 出生時の体重を単産・複産別にみると、単産の平均体重は、1980年は3000gが69.1%だったが2010年は52.1%と減少している。出生時の体重が2.5kg未満の割合をみると、単産では1975年は4.6%であった2019年には8.1%となっている
- 2) 低出生体重児の出生割合は単胎児では8.17%、多胎児では71.6%（2017年）
- 3) 出産の高齢化に伴い多胎児の割合が増えている。
25才～24才 1.31%、30才～34才 2.03%、40才～44才 27.1%、45才以上 5.95%
出典 1.3.4.e-Stat（政府統計）より

○世界早産児デー啓発イベント 2024年11月16日 東京都庁において実施

5.すべての子ども(小・中・高)、プレコンセプション世代そして親世代など、あらゆる世代へ向けた、妊娠・出産・育児などに希望や喜びを感じられ、また一人ひとりが自身の性を受け入れられるような助産師による包括的性教育の実施と拡大を推進されたい。

- 小・中・高校など、すべての子どもや親世代-プレコンセプション世代など、あらゆる世代へ向けた、助産師が行う「包括的性教育(命の大切さや性に関する科学的な知識を伝える教育)」の実施を推進されたい。
- プレコンセプションケアの基本ともなる「包括的性教育」を行う助産師の養成を推進するために、研修の実施について予算化されたい。

助産師は「包括的性教育¹⁾ (いのちの大切さや性に関する科学的な知識を伝える教育)」として、小学校、中学校や高校に出向き、性に関する科学的な知識を含め、いのちの大切さという観点から各年代の生徒たちに合わせて分かりやすい教育活動をおこなっています。胎児や赤ちゃん人形など工夫を凝らした教材や、実際の赤ちゃんや妊婦さんのご協力によるふれあい体験などを通して、生徒たちは自分と周りの人たちの命の大切さを感じる機会となります。また子どもが自分の将来に思いをはせ、妊娠・出産・育児に肯定的なイメージを持つことができます。こうした思春期からの充実した命や性に関する教育は、人間関係を構築していく上でも重要であり、デート DV や性犯罪・性暴力防止等の観点においても重要なものです。

妊娠・出産・育児に関わる助産師が、人間の尊厳や命の大切さを青少年に伝える教育を実施することは、生殖に関して肯定的なイメージを持てるという意味があり、都民の健やかな暮らしに貢献するものと考えております。「包括的性教育」を受けた生徒からも、「性に関する知識は誰もが学ばなければならない重要な事だと考え直しました」、「性に関して自分の意志をもつこと、そして何かあったら周りの人に相談することの大切さを知りました」、「将来、赤ちゃんを産みたくないと思っていましたが、産んでみてもいいかなと思いました」等の感想が聞かれ、その重要性が共有されていることが分かります。

「包括的性教育」は、子どもたちを対象に性に関する科学的な知識を提供し、人間の多様性に対する理解を促すことで、正確な知識に基づいた行動をすることや、困難があるときには相談してよいという認識をもつことができ、青少年から成人に至る健康的な生活を導

く重要なものだと考えています。さらに、助産師が行う「いのちの教育」には国の性犯罪・性暴力対策強化の方針における「生命(いのち)の安全教育」の内容が含まれております。

助産師による「いのちの教育」の需要は高まり、当会助産師が実施した包括的性教育は、都内で 2019 年度は 356 回、2020 年度はコロナウイルス感染拡大の影響を受け中止が相次いだ中にもかかわらず 220 回、同じくコロナ禍にあった 2021 年度は 225 回、2023 年度は 299 回実施しました。しかし、地域格差・学校格差が顕著であります。東京都全域で、幼稚園・保育園の園児から小学校や中学校・高校等、あらゆる世代で助産師が行う「包括的性教育」の実施を推進し、拡大していただけるよう支援をお願いします。

また、東京都助産師会では、「包括的性教育」の講師となる助産師の養成を行っています。平成 29 年度より講師となる助産師の質の向上に向けて「生・性(いのち)を語るエドゥケーター」²⁾ 教育認定制度を開始しました。講師を担う助産師が常に新しい知識を備え、講師数の確保といった教育実施体制を確立するために、「生・性(いのち)を語るエドゥケーター」の認定を含む助産師への研修を推進していくことが重要だと考えています。

国は、健康教育事業の予算の中に、学校で児童・生徒向けに性に関する教育等を実施する医師や助産師など向けの研修の実施を含めています(補助率 1/2)。こうした事業を活用し、助産師向けの研修の実施について予算化される等、「包括的性教育」を実施する助産師の能力向上に向けた支援をお願いいたします。

昨今、梅毒感染者の急増、特に東京都における感染者数は他府県の群を抜いています。

2024 年の感染者数が 3,760 名で過去最高³⁾ となり 20 代女性の感染増加による問題⁴⁾ 妊産婦の感染増加と先天梅毒児も増えることにつながります(2019 年 23 人が 2023 年には 37 人に急増) これらの状況から適切な時期での教育がなされないと健康な妊婦、正常な新生児、健康な子供への成長につながらず治療の必要性から保険診療費の負担も増えてきます。この喫緊の課題に対して、東京都助産師会の助産師による東京都内の小・中・高校性・プレコンセプション世代への性教育の「今すぐの実施」が現状を改善していく手立てになります。現場で、次世代に親になる高校生への教育の大切さを感じています。

子ども家庭庁のプレコンセプション推進5か年計画⁵⁾ ではプレコンサポーターを5万人以上に増やすことを目標にしています。東京都助産師会に所属する助産師には長きにわたり教育に取り組んできた実績があります。新たにプレコンセプションケアの普及に係る人材育成の計画に並んで、教育と実施に知見の深い助産師の活用が望ましいと考えます。

そこで、東京都の事業である「東京ユースヘルスケア推進事業」、「都立高校などでの理解促進及び相談などへの支援」に関しても、ユースヘルスケア相談事業所として東京都全域にある助産院や地域助産師の活用をお願いします。また都立・公立の各学校などでの公開授業や相談事業などへの助産師の活用を推進し、ユースヘルスケア分野についての助産師の資質向上のための研修や教育支援をお願いします。

- 1) 「包括的性教育」とは、命の大切さや性に関する科学的な知識を人権の視点で捉え、心や体、社会など幅広い側面から体系的に学ぶ教育である。
- 2) 「生・性(いのち)を語るエデュケーター」とは、「いのちの教育」を行う助産師として東京都助産師会が認定した者のこと。「包括的性教育」の質を高めるために平成 29 年度に導入された制度である。
- 3) 国立感染症研究所 感染症疫学センター資料による
「都道府県別：届出数、四半期毎（届出数上位 10 位抜粋グラフ）」
- 4) 東京都感染症情報センター
- 5) こども家庭庁「プレコンセプションケア推進 5 か年計画指標一覧」

東京都知事
小池 百合子 様

令和 8 年度
東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都渋谷区広尾 5 - 7 - 1

東京都生活衛生同業組合連合会

会 長 鈴 木 章 夫

目 次

	(頁)
要望書 1 東京都生活衛生同業組合連合会	1
要望書 2 東京都鮪商生活衛生同業組合	7
要望書 3 東京都社交飲食業生活衛生同業組合	10
要望書 4 東京都料理生活衛生同業組合	13
要望書 5 東京都飲食業生活衛生同業組合	17
要望書 6 東京都食鳥肉販売業生活衛生同業組合	20
要望書 7 東京都理容生活衛生同業組合	22
要望書 8 東京都美容生活衛生同業組合	26
要望書 9 東京都興行生活衛生同業組合	32
要望書 10 東京都ホテル旅館生活衛生同業組合	34
要望書 11 (公財) 東京都生活衛生営業指導センター	39

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都渋谷区広尾 5－7－1

東京都生活衛生同業組合連合会

会 長 鈴木 章 夫

東京都生活衛生同業組合連合会

傘 下 団 体

東京都鮪商生活衛生同業組合	理事長	浅野 哲哉
東京都麺類生活衛生同業組合	理事長	田中 秀樹
東京都中華料理生活衛生同業組合	理事長	山本 富司安
東京都社交飲食業生活衛生同業組合	理事長	岸 久
東京都料理生活衛生同業組合	理事長	浅田 松太
東京都飲食業生活衛生同業組合	理事長	堀込 一之
東京都喫茶飲食生活衛生同業組合	理事長	本間 修
東京都食鳥肉販売業生活衛生同業組合	理事長	鈴木 章夫
東京都食肉生活衛生同業組合	理事長	関谷 芳久
東京都冰雪販売業生活衛生同業組合	理事長	鈴木 光一
東京都理容生活衛生同業組合	理事長	稲葉 孝博
東京都美容生活衛生同業組合	理事長	金内 光信
東京都興行生活衛生同業組合	理事長	菅野 信三
東京都ホテル旅館生活衛生同業組合	理事長	工藤 哲夫
東京都簡易宿泊業生活衛生同業組合	理事長	佐藤 明弘
東京都公衆浴場業生活衛生同業組合	理事長	石田 眞
東京都クリーニング生活衛生同業組合	理事長	森 鉄雄

要望の趣旨

私ども、生活衛生関係営業(生衛業)は、「生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関する法律」に基づき、17業種においてそれぞれ東京都生活衛生同業組合を設立しており、東京都生活衛生同業組合連合会(東生連)を組織しております。

生衛業は、地域住民の日常生活に不可欠で、かつ利用者・消費者にとって安全で衛生的、良質なサービスや商品の提供に努めることにより、都民の生活を支えるとともに、地域社会の中で街づくりなど多方面にわたって貢献しているところです。

本年度においては、訪日外国人旅行者数が過去最高を記録するなど、活況を呈する観光需要が経済の活性化や雇用機会の増大につながることを期待されています。

しかし、小規模事業所が多数を占めている生衛業では、光熱費や原材料の価格高騰、さらには人件費の上昇などにより、経営への深刻な打撃が続いており、営業継続への危機感は一層増大している現状にあります。東京都におかれましては、生衛業界が担っております豊かな都民生活を支える社会的な役割をご賢察いただき、加えて衛生水準確保のための経営の安定・振興へ格別のご配慮を賜りますよう17の生活衛生同業組合の総意として要望いたします。

要 望 事 項

- 1 生活衛生同業組合（生衛組合）への加入を促進するため、保健所における営業許可申請時等様々な機会をとらえ、新規業者をはじめとする生衛組合未加入の事業者に対し生衛組合に関する情報提供を積極的に行うなど、生衛組合との連携協力について一層の推進を要望します。

生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関する法律第3条に基づく生衛組合は、振興計画を策定し、生活衛生業（生衛業）の諸課題に対応した振興指針を示すとともに、衛生施設の維持・改善向上・経営の健全化に向けて組合員を指導する役割を果たしており、生衛業の衛生水準の確保に大きく寄与しております。

特に、生衛組合に加入する組合員は、新型コロナウイルス感染拡大に際しては、業種ごとの感染拡大予防ガイドラインに従い適切に事業を行うなど、都民に安全・安心な飲食やサービスを提供するための衛生管理に最大限の努力をしております。

さらに、会員へ感染症予防対策や HACCP をはじめとする衛生管理の具体的な方法に関する情報提供等を通じて、衛生水準の高度化へも積極的に取り組んでいます。

しかしながら、近年、生衛組合に加入しない生衛業者が増加しており、組合員も年々減少しています。このような傾向が続けば、これまで衛生施設の改善や経営の健全化、行政情報や食中毒等の衛生情報の周知等を通じて公衆衛生の向上を図っている生衛組合の存続が危ぶまれ、ひいては生衛業界全体における衛生水準の維持向上等においても憂慮される事態となります。

つきましては、生衛組合の衛生水準確保等に関する役割・意義、活動等にご理解をいただき、生衛組合への加入を促進するため、保健所における営業許可等の各種申請等の様々な機会をとらえ、新規業者をはじめとする生衛組合未加入の事業者に対し、加入のメリットをはじめ生衛組合に関する情報提供を積極的に行う等、生衛組合との連携協力を一層推進していただくようお願いいたします。

要 望 事 項

2 光熱費、原材料等の価格高騰や人件費の上昇等により経営状況がひっ迫している生活衛生業に対して、適時適切な支援策を実施されることを要望します。

(1) エネルギー市場、原材料の価格高騰、人件費の上昇等に伴う様々な影響に対する助成金支給等の支援について

引き続き国際紛争や円安等に伴うエネルギー市場の価格高騰により、ガソリン、重油等の燃料や石油関連製品にとどまらず、電気・ガス料金、さらには人件費や輸送コスト増等に加え、原材料費なども値上がりしています。

生活衛生業の全業種にとって、こうした価格高騰は、様々な費用負担につながり営業利益の確保が厳しくなり、経営を圧迫しています。

つきましては、エネルギー市場、原材料等の価格高騰の影響に対する助成金、支援金等の制度の構築、生活衛生業の店舗、施設等の光熱水道経費の高騰の影響を極力抑制して営業できるような省エネ効果のある機器・設備の設置、さらに従業員の賃金上昇に対する助成制度の構築を要望します。

また、現在、こうした助成制度の対象外とされている風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律（以下、「風営法」という。）第2条に規定する風俗関連業のうち、旅館業、料理業（料亭）及び社交業など性風俗とは一切関係なく、風営法の定める要件を遵守し許可を取得して営業している事業者については、助成制度等の対象とされますよう強く要望いたします。

(2) 借入金の負担が重くなっている生衛業者のため、返済期間の延長、利率の低減等が講じられるよう融資の関係部署への働きかけについて

コロナ禍の当時において、飲食業及びサービス業は、事業存続のため協力金等支援金のみでは賄いきれず、借入に依存せざるを得ない状況が続き、多くの事業者がその負債を抱えています。さらに、光熱費や原材料費の高騰により現時点においても経営状況の好転が見込めず、借入金の負担が重くのしかかり、返済の目処に苦慮している実態もあります。

日銀のマイナス金利の解除により、国内での金利が上昇傾向にある中でも、生衛業者が良好なサービス提供に向けた事業を継続できるよう、借入を行っている事業者に対し、借入返済の猶予期間の最大限の延長、更なる利率の低減、利子補給の実施等について、融資の関係部署への働きかけを要望します。

団体名 東京都生活衛生同業組合連合会(東生連)

要 望 事 項
<p>3 東京都受動喫煙防止条例に係る喫煙室の補助金の継続について要望します。</p> <p>長期に及んだ新型コロナウイルス感染拡大、また様々な価格高騰に伴い、飲食店等の経営状況は厳しくなる一方で、喫煙室を作るための資金繰りが厳しくなり再検討せざるを得ない店舗があります。</p> <p>また、小規模の店舗では十分なスペースを確保できず、投資コストも莫大なものとなるため、店内を禁煙にするか、喫煙室を作るかを悩んでいる店舗も未だ見受けられます。</p> <p>以上の理由から、今後も生活環境整備のための補助金制度として継続していただきますようお願いいたします。併せて、申請期限の延長やオンラインに限定しない申請方法など、申請要件の緩和とともに手続きを簡易にしていただけるようお願いいたします。</p>

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都江東区豊洲 6 - 5 - 1

豊洲市場 6 街区

東京都鮪商生活衛生同業組合

理事長 浅 野 哲 哉

要 望 事 項

1 中央卸売市場の臨時休業日と3連休の撤廃を要望します。

東京都中央卸売市場の休業日は、条例上、日曜日、国民の祝日に関する法律に定める休日、及び年末年始を原則とした上で、開場日に臨時に休業することができるとされております。

現在、月によって4週6休又は、4週8休の休業日となっています。

しかしながら、このような臨時休市により、休市前後は、食材が高値取引となり、休市日に営業の際には、お客様から鮮度の落ちた食材を出したかのようにいわれ、大変困惑しております。

この他、お盆と年末年始に3連休をしますが、3連休の際は食材の仕入先を新たに探すなど、仕入れに大変苦労しています。

このため、臨時市場休業日と3連休を撤廃されるよう要望します。

また、どうしても休市や3連休が必要な場合には、セリを行わなくとも、仲卸店舗が半分交替で営業する形を要望します。

要 望 事 項

2 豊洲市場 6 街区に自由に止められる駐車場の設置を要望します。

豊洲市場の 6 街区の駐車場は 6 街区協議会という団体が管理運営を行い、6 街区協議会のメンバーは、東京魚市場卸協同組合、東京魚市場買参協同組合、東京魚商業協同組合、築地市場関連事業者等協議会、買荷保管企業組合、潮待茶屋企業組合、東京都中央卸売市場輸送協力会、東京都中央卸売市場環境整備協会、当組合は 6 街区協議会のメンバーにはなっていません。

駐車場を有料（毎月 1 万円以上）で契約をしていない買出人（当組合の組合員）は、6 街区 3 階のコインパーキングを利用するしかなく、そのコインパーキングは、駐車できる台数も少なく使用料も高額です。

築地市場とは違い、主要駅からのバス便が少なく、地下鉄も無く、交通アクセスが非常に悪いため、基本的にはバイク、自動車での来場しかないことから、お客として買出しに行って高額な駐車料金を取ることやコインパーキングに駐車できる台数が少ないことに対して、かなりの不満が噴出しております。この状態が続くと、豊洲市場での買出しを止めたり、買出しに行っても駐車料の関係から短時間で済ませるようになり、仲卸店や他の食材店の売上の減少も起こります。

これらを改善するため、豊洲市場 6 街区に買出人専用の最低 100 台以上は無料で自動車を駐車できるスペースとともに、バイク、自転車が多く停められる駐輪場も作って頂くことを強く要望します。

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都中央区銀座 8－1 0－8

銀座 8 丁目 10 番ビル 7F

東京都社交飲食業生活衛生同業組合

理事長 岸 久

要 望 事 項

1 企業の支出する交際費への課税の完全撤廃を要望いたします。

今般、交際費等の損金不算入制度の見直しははかられ、交際費等の範囲から除かれる一定の飲食費に係る金額基準が1人あたり5千円以下から1万円以下に上げられ、その適用期限が3年延長されました。私共、飲食業界では先に実施されておりますインボイス対応を踏まえた上での優遇措置と認識しましても大企業の営業活動がさらに活発化し、飲食費等で経費扱いが認められることは誠に喜ばしく感謝申し上げる次第です。

資本金1億円以下の法人に係る交際費課税について、平成26年4月1日以降に終了する事業年度から定額控除限度額が800万円に引き上げられ、また、新たに全ての法人で50%基準が設けられ、選択適用できるようになりました。しかしながら、この恩恵を受けられる中小企業は極めて少ないと言われており、大企業が支出する交際費への課税完全撤廃が特に重要であります。

消費の落込み復元策として交際費課税の完全撤廃を強く要望いたします。

2 消費税について簡易課税制度及び事業者免税点の見直しを要望いたします。

(1) 簡易課税制度を選択できる事業者の範囲を拡大されるよう要望いたします。

簡易課税を選択できる事業者の範囲が、平成15年度の税制改正により、基準期間における課税売上高2億円以下の事業主から5千万円以下の事業主へと大幅に縮小されましたが、中小零細の事業者にとっては消費税申告の事務負担が増大したばかりでなく、実質的な増税となっております。これにより更なる事業負担が多くなり、設備資金の借入を躊躇せざるを得ない等の影響が生じております。こうした状況に鑑み、課税売上高の上限を1億円に引き上げるよう要望します。

団体名 東京都社交飲食業生活衛生同業組合

要 望 事 項
<p>(2) 事業者免税点の緩和措置を講じられるよう要望いたします。</p> <p>平成 15 年度の税制改正により、事業者免税点が平成 17 年度分では 3 千万円から 1 千万円に引き下げられ、これらの改正により、課税事業者は激増したといわれております。この免税点引下げは消費税の実質的な増税であり、零細な営業の多い生衛業者は多大な負担を強いられています。</p> <p>事業者免税点を従前の 3 千万円以下にする等の緩和措置を強く要望いたします。</p>

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都日本橋小伝馬町 1 7 - 1 4

日本橋 S & S ビル 4 F

東京都料理生活衛生同業組合

理事長 浅 田 松 太

要 望 事 項

1 生衛組合への加入促進に関する要望

現在、組合への加入率の低下により、施設の衛生水準の向上や経営の健全化を通じた都民の安全・安心につながる組合運営が逼迫しています。生衛業の許認可権のある都内保健所において、営業許可の新規・更新時の機会を捉え、生衛組合への加入推進をお願いします。

2 風営法の許可を有する料理屋が各種補助金の対象として頂きたい

料理屋（料亭）の営業については、食品衛生法では一般飲食店の範囲と同様の扱いとなっています。一方、一般飲食店と異なり個室での営業形態が主であると同時に、芸妓衆の邦舞・邦楽による接待もあることから、「風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律」（以下「風営法」という。）第2条第1項第1号により、風営法の規制の対象となる「風俗営業」の一つにもなっています。

一方、風営法の規制対象には、性風俗に関連する「性風俗関連特殊営業」も含まれるため、「風俗」という用語が「性風俗」と同義に用いられ、混同される傾向があり、現在、国及び都における各種の補助金制度においては、料理屋を含めた風俗関連営業を一律に対象外としています。

しかし、料理屋は、届出により営業が可能である性風俗関連特殊営業とは異なり、法令の要件を満たしたうえで、公安委員会の「許可」を得て営業を行っており、法令遵守に努めている料理屋が助成金制度の対象から除外されることは甚だ心外に感じるところです。

つきましては、風営法第3条に基づく許可を有している料理屋のすべてを助成金制度の対象外とすることなく、必要に応じてヒアリング等を通じて、性風俗とは異なるとの証明書の発行など所要の対応を行ったうえで、制度を活用できるような対策を強く要望します。

3 東京都の各種支援金における柔軟な支給要件の設定

生衛組合は、会費収入のみで事業の運営を行っていることから、余剰な資金を持ち合わせていません。このため、東京都の支援金等を活用するうえで、支援金の給付を事後の精算方式ではなく、事前に給付ができるよう要件の緩和とともに、手続きの簡素化について都の関係部署への働きかけを要望します。

要 望 事 項

4 働き方改革と生産性の向上における多様性への配慮

画一性が高く寡占化（一極集中）の進んだ産業であれば、働き方を改革して生産性を上げるという方程式の答えは自ずと一つに収束（集約）していくと思われますが、飲食業界は大変裾野が広く多様に富んだ業種形態であり、この多様性は必ずしも業種形態、ビジネスモデル、規模だけではなくお客様の店の利用の仕方、お取引先との取引のあり方、そして従業員の働き方、すべてにおいて多様性があるため、一律の対策だけではなく、多様かつ柔軟な対応が図れるよう、対策に当たっては、業界の意見を十分に踏まえて対応していただきたい。

5 次世代を担う人材育成や起業に対する支援

料亭は、日本の伝統的な建築空間において、豊かな食材をいかした和食とともに、心からのおもてなしは、日本の良き伝統文化の継承を担っています。

しかし、ウクライナ情勢や円安の影響により、エネルギー価格や原材料費が高騰する中で、人件費の上昇も加わり、事業継続の資金繰り等に各店とも相当に苦慮しているのが現状です。

こうした状況において、食文化の伝道者である会員及び業界組織が獲るべく対応は、次世代を担う後継者を育て、料理業を起業したいと思われるような魅力ある環境を醸成することであると考えています。

ついては、組合をはじめとする業界組織が実施する人材育成事業に対する助成など、支援策の充実を要望します。

6 DX（デジタル・トランスフォーメーション）への支援

人材不足を解消し、生産性の向上を推進して収益力をアップするため、引き続き、各店舗におけるDX（デジタル・トランスフォーメーション）の促進に向けた支援策の実施を要望します。

要 望 事 項

7 最低賃金改定に関する柔軟な対応

近年、最低賃金は生活水準の向上という観点から、その引き上げが積極的に進められております。これは労働者の生活安定に寄与するものであり、その趣旨は理解できるところでございます。

しかしながら、その引き上げの「スピード」が、特に中小規模の飲食事業者にとっては、極めて速いペースで進行しており、経営を圧迫する大きな要因となっております。飲食業界は、原材料費の高騰、光熱費の上昇、人手不足といった複合的な課題に直面しており、その中で最低賃金の大幅な引き上げが続くことは、事業継続に深刻な影響を与えかねません。とりわけ、中小企業においては、コスト増加分を商品やサービス価格に転嫁することが極めて困難なのが実情でございます。価格転嫁は、消費者の購買意欲の減退に直結し、売上減少を招くリスクを伴うため、多くの事業者が価格据え置きを余儀なくされています。その結果、利益率のさらなる低下を招き、設備投資の停滞、従業員の賃上げ以外の待遇改善の困難化、ひいては廃業を選択せざるを得ない事業者も散見される状況でございます。

つきましては、飲食業界、特に中小企業の現状と実情を深くご理解いただき、最低賃金改定の進め方について、以下の点をご検討くださいますよう強く要望いたします。

① より丁寧で段階的な改定プロセスの検討：

中小企業が賃上げに対応できるよう、十分な準備期間と経営努力の余地を与えるため、最低賃金の上昇ペースをより緩やかにし、段階的な改定プロセスを検討していただきたく存じます。

② 価格転嫁が困難な業界への支援策の拡充：

最低賃金引き上げに伴うコスト増を吸収できるよう、飲食業界特有の事情を考慮した、より実効性のある経営支援策（例：補助金、融資制度の拡充、省力化投資への助成など）を一層拡充していただきたく存じます。

③ 業界団体との対話機会の継続的な設置：

最低賃金改定の議論を進めるにあたり、飲食業界の現場の声や実態をより正確に把握するため、定期的な意見交換会や協議の場を継続的に設けていただくことをお願い申し上げます。

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都中央区築地 2 - 7 - 1 2

1 5 三京ビル 5 0 1

東京都飲食業生活衛生同業組合

理事長 堀 込 一 之

要 望 事 項

東京都の受動喫煙防止対策に関する次の対応について要望します。

1 飲食店の受動喫煙防止対策に関する助成金の継続・要件緩和及び拡充

私ども飲食事業者は東京都受動喫煙防止条例の趣旨に則り、組合員一丸となって飲食店での「望まない受動喫煙」を防止すべく、法令の周知や分煙対策など様々な取り組みを行ってきました。東京都の調査によると2024年は2,479万人もの外国人観光客が東京を訪れており、インバウンドの増加とともに日本の食文化が脚光を浴びております。国内外の多くのお客様が利用される飲食業界においては、望まない受動喫煙防止対策は引き続き重要と考えております。

しかしながら、飲食店内に喫煙室等を設置するためには多大な費用がかかることから、喫煙されるお客様の足が遠のくとわかりつつも、中小規模の飲食店では喫煙室設置を断念し、禁煙にせざるを得ない状況です。ついては、飲食店における受動喫煙防止対策をより推進していくためにも、喫煙室設置に関する助成金制度を継続して頂くことを要望いたします。

また、今年度の助成金については申し込み期限が9月12日となっておりますが、申請に必要な書類等の準備に時間がかかるため、約5か月間の期間では日々飲食店の営業を続ける傍ら手続きを進めることは困難です。

加えて、中小企業振興公社が管轄する助成金に関しては申請受付が電子申請のみとなっており、これまで以上に手続きに時間を要することが想定されます。厚生労働省が設けている受動喫煙防止対策助成金は申込期限が翌年の1月31日までとなっていることから、同様に1月31日まで期限を延長頂くことや、申請手続きの緩和などについても是非ともご検討頂くことを併せて要望いたします。

さらに、厚生労働省が設けている助成制度については屋内で空気を循環させるタイプの喫煙室について「管理権原者の責めに帰さない事由によって改正健康増進法の基準を満たすことが困難な場合は、助成対象となりえる場合があります」と記載があり、条件によっては助成の対象となっています。一方で、東京都が管轄する助成制度では屋内で空気を循環させるタイプの喫煙室については助成の対象として認められていない状況です。国と同様に助成対象とすることで、小スペースでの分煙環境の整備が可能であり、小規模の飲食店が多い東京都内においては受動喫煙防止対策の推進に効果があることから屋内で空気を循環させるタイプの喫煙室についても

要 望 事 項

助成の対象として頂くことを要望いたします。

2 自治体による公衆喫煙所の整備や民間向け公衆喫煙所補助制度の拡大

東京都受動喫煙防止条例においては、喫煙可能室の設置が認められている小規模既存飲食店の要件として国が定める「資本金 5,000 万円以下」「客席面積 100 m²以下」「既存店舗」という要件に加えて「従業員を雇っていない」ということが追加されており、東京都が実施した令和 6 年度の飲食店における受動喫煙防止対策実態調査によると、喫煙可能店（室を含む）としている飲食店の割合は 17%となっております。

一方で、屋内外ともに全面禁煙としている飲食店は 40.7%、屋内禁煙としている飲食店は 28.7%となっておりますが、都心部を中心に路上に面しているような店舗では灰皿を設置するようなスペースがなく、また都内のほとんどの自治体では路上喫煙禁止条例が制定されていることから、喫煙されるお客様に対しては不便をおかけしてしまう状況です。

やむを得ず禁煙とした飲食店の代替場所としては、屋外の公衆喫煙所やテナントに入居している場合はテナントの喫煙所が挙げられるため、都内の自治体が公衆喫煙所の整備を行うことや一部の区で設けられているテナントオーナー等が公衆喫煙所を整備する際の助成制度が都内の自治体にも波及するよう、積極的に働きかけていただくことを要望いたします。

3 調査の継続

東京都では経年で「受動喫煙に関する都民の意識調査」及び「飲食店における受動喫煙防止対策実態調査」を行っていただいているところです。受動喫煙防止対策における正確な実態を把握していくために、引き続き両調査を実施していただくことを要望いたします。調査を実施される際には当組合としても協力させて頂きたく存じます。

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都台東区下谷 2-1-10

伊尾ビル

東京都食鳥肉販売業生活衛生同業組合

理事長 鈴木 章 夫

要 望 事 項

1 都心から臨海部を結ぶ地下鉄新線の早期の着工を要望します。

現在、築地においては、周辺の臨海部における居住施設が増加する一方で、通勤、通学による交通網が脆弱なため、既存の交通機関は大変な混雑となっています。地下鉄新線の計画では、当初において銀座～築地～豊洲を結び東京ビックサイトへと延伸し、その後、将来的には大井、羽田へと延伸していくことが、東京臨海部に面した各区の計画に掲げられています。加えて、地下鉄新線の計画は、築地市場跡地計画と同時着工で進む予定となっていますので、築地跡地において7年後に開場予定の多目的競技場に合わせて、新たな地下鉄も開通出来ますよう早急に着工を決定して頂きますよう要望いたします。

2 築地市場跡地に都内最大の防災拠点を作る事を要望します。

築地市場跡地には、地下鉄新線及び首都高晴海線が地下を通る予定になっており、その地上部は、築地場外市場に隣接し、建築高さ制限地域となっています。

そこで、この地上部を活用し、震災等に備えた防災拠点の施設を整備することを要望します。

当該地は、陸路での物資輸送に高いポテンシャルを有するとともに、水運も可能な場所であり、防災拠点としてまさに最適な地区であります。

さらに、備蓄倉庫、備蓄冷凍庫などの施設の管理は、隣地にある場外市場を活用することができ、また、避難所への炊き出し等を含めた実践型の訓練の実施にも適しています。

こうした地の利を活かし、近い将来に発生が懸念される都内での大規模な震災発生時においても、迅速かつ的確な対応を可能とする防災施設を築地市場跡地に整備することを要望いたします。

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都新宿区下落合 4 - 2 6 - 7

東京理容会館

東京都理容生活衛生同業組合

理事長 稲 葉 孝 博

要 望 事 項

1. 都民の安心・安全を守るため、訪問理容に関する更なるサポートと組合加入推進へのバックアップを要望します。

ご存じのとおり訪問理容に関しても店舗を開設していない業者がサービスを行っている例（移動理容車による当該保健所の許可区域を越えた訪問理容業者等）が多々見受けられます。しかし、一定の衛生措置が法律上も担保され、都道府県等の監視対象となっている理容所を持たない事業者の訪問理容を認めることについては、衛生水準の確保による防止等の目的が達成できない危険性が増すのではないのでしょうか。

平成 25 年 12 月 25 日、厚生労働省より「出張理美容に関する衛生管理の徹底について」の通知が発出され、①出張理容を行う場所の確保と洗髪設備等にも十分配慮すること、②出張理容は理容店開設者が行うことがふさわしいことから、事業者選定にあたり十分配慮すること、が各市区町村及び福祉施設側に周知が図られたところであり、東京都としても既に出張業務を行う施術者及び被施術者に対して、リーフレットやホームページ等を通じて衛生の確保を図っていることは重々承知しておりますが、都民の安心・安全を守るため今一步踏み込んだ対策を講じていただき、衛生管理の徹底とともに出張理容を行う実施主体は理容所開設者とすることを要望します。

また、本組合においては組合加入リーフレットをリニューアルし、組合加入キャンペーンを推進しているところであります。まずは仲間を増やす私たちの自助努力が前提となりますが、是非とも保健所を訪れる新規開設者に対して「日頃より東京都並びに各自治体の指導の下、衛生水準の確保・向上に努めている唯一の団体が各生衛組合である」ことを申請時に伝えてもらえるとともに指導センターや各生衛組合が作成している加入冊子をこれまで以上に行政側も有効活用しながら新規開設者に地域のソーシャルキャピタルでもある“組合の必要性”を説明し指導できる体制を各保健所内において構築していただき、近い将来、行政の指導が行き届かない組合未加入の生衛事業者が都内に溢れないためにも組合加入推進へのバックアップを強く要望します。

要 望 事 項

2 生活衛生関係営業対策事業に対する公的助成金制度の構築を要望します。

現状の物価、光熱費、人件費の高騰は、理容組合店にも負の外部効果を与え、厳しい経営状況に置かれているといえます。このような中、本組合においては、やはり安定したサロン経営に不可欠なのは「適正料金」への引き上げと捉え、営業支援事業に力を注ぎ、高価値・高単価メニューの提案普及に努めております。

本年度も、全国理容組合連合会を通じて厚生労働省の令和6年度補正予算にかかる生活衛生関係営業対策事業助成金を活用し「儲かる業づくり」を共通テーマとして各種講習会を展開し組合員店舗の活性化に努めているところであります。また、東京都におかれましては、毎年「競技大会等促進事業奨励金」により後継者事業の柱である理容競技大会を力強くサポートいただいている実績もございます。

つきましては、上記奨励金の増額を要望するとともに国の営業対策助成金同様に理容施術料金の適正化に向けたより付加価値の高いメニュー展開に向けて小規模生衛組合においても使い易い生活衛生関係営業に関する補助金制度の構築を要望します。

景気の先行きが不透明な中、やはり理容業の生産性向上には個店の自助努力に加え組織としての継続的な情報発信による消費喚起や需要拡大を図る事業展開の必要性はますます高まっています。

つきましては、各業界の実情や創意工夫に合致した何よりも都内の地域経済を支えている私たちのような零細な生衛業者にも元気を与えてくれる商工業振興策の一環として幅広く活用できる公的制度の構築を要望します。

要 望 事 項

3 都内各自治体における健康増進・認知症予防を目的とする「ふれあいカット券」や生活困窮世帯への理容料金無償又は補助制度の構築などの地域生活支援事業の広域的な充実に向けた連携助成を要望します。

ご存じのとおり都内の各自治体において理美容店に来店できない方に訪問理容美容券を支給していただく制度が維持されております。

また、上記事業の質的向上に加えて、高齢者の方々が健康増進や認知症予防を目的として生活関連サービスをより身近に活用できることも益々求められているのではないのでしょうか。都内において一人暮らしの高齢者が増加する中、普段他人と会話する機会も限られ、自宅に籠りがちになり易い高齢者に理容店・美容店に元気に来店していただき、体を動かすとともに理容師・美容師との会話を楽しんでもらうような施策は認知症予防にも繋がります。何よりも高齢者が住み慣れた地域で安心して健康に暮らしていくためにも身近な生活衛生事業の充実は不可欠です。理容・美容こそまさに高齢者に強く求められるサービスの一つといえます。

つきましては、一人暮らしの高齢者を見守るという観点から都内全域において地域生活支援事業が維持され「ふれあいカット券」の普及などこれまで以上の充実に向けて広域的な視点からこのようなサービス推進への助成を含めて都内自治体との連携を要望します。

同時に、高齢者への施策同様、子どもに向けた施策の充実も当然必要となります。子供を持つ家庭の経済格差もいわれ、一例として経済的な理由から理容店・美容店へ簡単に通うことが困難なケースも見受けられます。今こそ生活困窮世帯向けの理美容サービスの公的制度が求められます。

つきましては、「チルドレンファースト」の東京都だからこそできる施策の一つとして、都内自治体との連携の下、生活困窮世帯の子供向けの理容料金無償又は補助制度の構築を要望します。

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都渋谷区代々木 1 - 5 6 - 4

美容会館

東京都美容生活衛生同業組合

理事長 金 内 光 信

要 望 事 項

1 美容組合（以下組合）に加入を促進する為、行政による加入促進への強いバックアップを要望します。（重点要望）

現在、組合員の高齢化に伴って美容室の廃業が増加しており、それに伴い組合への加入数も減少傾向にあります。これにより、組合員数の減少に歯止めがかからない状況が続いており、このままでは近い将来、組合の存続が困難となる事態が予想されます。

美容室の組合加入は任意であるものの、当組合は業界及び組合員の為にとどまらず、利用者や地域社会・経済に貢献する存在として、日頃より行政との連携と協力を欠かさず、特に衛生管理の維持・向上においては様々な事業や取り組みを行っており、これらは組合の協力なくしては成り立たないものと自負しております。

しかしながら、昨今、組合未加入の美容室が増え続けており、これらの施設には行政からの情報や指導が届きにくくなっているのが現状です。その結果、衛生施設の維持や衛生水準の確保、さらなる改善・向上が困難になってきていると考えられます。

行政と組合の関係については、生衛法第8条の二（行政庁への協力）において「行政庁は、組合が関係する法律の施行に関し、組合をして協力させることができる（一部抜粋）」とされており、また、生衛法第63条の二（助成等）では「国及び地方公共団体は、営業者の組織の自主的活動の促進を通じ、生衛業の衛生水準の維持向上等に資するため、生活衛生同業組合に対して必要な助成又は援助を行うよう努めなければならない（一部抜粋）」と規定されております。

これらの法的根拠に基づき、今後も組合は、国や東京都の指導のもと、更なる衛生管理の強化をはじめとした都民の安心・安全の確保に貢献し、行政との協力体制をより一層強化してまいりたいと考えております。

そのためには、東京都内のすべての美容室が組合に加入することが、衛生水準の維持・向上に極めて重要であるとの観点から、美容室開設の窓口である保健所の担当部署におかれましては、組合加入促進を図るための具体的な方策をご検討いただき、実施していただくよう強く要望いたします。

要 望 事 項

2 外国人美容師育成事業に係る監理団体への助成について要望します。

一般社団法人外国人美容師監理実施機関（以下「監理機関」）は、内閣府の国家戦略特区事業として、東京都が推進する「外国人美容師育成事業」を実施する団体として認可を受け、令和4年10月1日より本事業を開始いたしました。

これまで、外国人留学生が日本の美容専門学校を修了し、美容師国家資格を取得しても、日本国内の美容所において実務に従事することは認められていませんでした。しかし、本育成事業の実施により、一定の条件を満たすことで、外国人美容師が東京都内の美容所において最大5年間の実務就労が可能となりました。

この育成事業を通じて育成された外国人美容師が、母国に帰国後、東京の美容技術や文化を世界に広める役割を担うことが期待されています。それにより、日本の美容技術の国際的な評価及び地位の向上や、美容関連製品の輸出拡大による産業競争力の強化、さらには「クールジャパン」戦略の推進など、多方面にわたる波及効果が見込まれております。今後は、本育成事業の一層の拡充が望まれます。

しかしながら、現在この育成事業を運営する監理機関の体制は、当組合の支援のもと、主に育成機関からの登録費用等の実費徴収および支援者からの寄付を原資としており、運営に必要な経済基盤が不安定な状況にあります。外国人観光客の増加に伴うインバウンド需要の増加、美容関連ビジネスへの留学生の急増からも、今後、外国人美容師の受け入れが一層拡大することが見込まれる中、事業を健全かつ安定的に継続・発展させていくためには、恒常的な運営資金の確保が喫緊の課題となっております。

つきましては、今後も本育成事業を東京都の重要施策としての確に運営し、その目的を確実に達成していくため、東京都からの助成を賜りますよう、ここに強く要望いたします。

要 望 事 項

3 出張美容の実施に係る条例の一部改正について要望します。

美容所以外の場所において美容業務を行うことについては、美容師法により対象範囲が定められており、一定の条件のもとで出張による美容サービスの提供が認められています。近年では、利用者の多様なニーズや社会情勢を踏まえ、平成 28 年にこの対象範囲が拡大されました。この範囲の拡大と社会の高齢化の進展に伴い、当組合が提供する出張美容サービスに対する消費者からのニーズも年々増加傾向にあります。

当組合における出張美容の消費者ニーズも年々高まっており、高齢者や要介護者、障害を持つ方々への訪問美容の需要が急増しているのが現状です。

当組合所属の美容師による出張美容は、保健所に登録された美容所に所属する美容師が対応しており、すべての美容師が美容所賠償責任補償制度に加入していることから、万一の事故にも迅速かつ適切な対応が可能な体制を整えております。

一方で、保健所に登録のない美容所に所属しない美容師が行なう出張美容においては、衛生設備の確保状況や保険加入の有無が確認できず、利用者の安全・安心が十分に確保されているとは言い難い状況で、訪問先が高齢者施設や自宅である場合、衛生面やトラブル発生時の補償が不十分なことは、重大な課題と認識しております。

このような状況を踏まえ、当組合は出張美容を行う美容師は保健所に登録された美容所に所属する者に限るべきであると考えております。これにより、衛生面の管理、利用者の安全性の確保、事故発生時の補償体制などを万全にし、訪問美容サービス全体の信頼性を向上させることが可能となります。

つきましては、東京都におかれまして、出張美容に関する安全性・衛生管理の強化の観点から、東京都において本件に関わる現行の条例について一部改正を行っていただきたく、ここに強く要望いたします。

要 望 事 項

4 貧困家庭、シングルマザー家庭、ヤングケアラーなど美容室に来店できない子ども達の美容料金無償制度及び一人暮らし高齢者への美容料金支援の検討及び予算化について要望します。

所得格差の拡大や高齢化の進行などにより、子どもを持つ家庭の家計は大変厳しい状況が続いており、特にシングルマザー、ダブル・トリプルワーカーといった家庭では、子どもが美容室で髪を切ることが難しいといった現実があります。また、一人暮らしの高齢者においても、経済的・身体的理由により美容室への来店が困難なケースが増えており、生活の質や社会とのつながりが損なわれつつあります。高齢者の一人暮らしの割合は年々増加し、特に女性の割合が高く令和2年のデータでは、65歳以上の高齢者のうち、男性の15.0%、女性の22.1%が一人暮らしで、たとえば港区では65歳以上の高齢者の約40%が一人暮らしで、都心に住む高齢者の孤立が懸念されます。

「容姿を整えること」は、単なる外見上の美しさや衛生向上だけでなく、自己肯定感の醸成や社会性の育成、孤立の防止など、心身の健康に直結する重要な行為です。特に美容室という空間は、学校・家庭・地域と並び、人と人とがつながる「第三の居場所」としての機能も果たしており、子どもや高齢者にとって心の支えにもなり得ます。

このことを鑑み、当組合は、東京都において貧困家庭、シングルマザー家庭、ヤングケアラーなどへの子育て支援及び一人暮らし高齢者への社会的支援の一つとして、美容料金の無償化を検討いただきますよう要望します。

【要望① 子ども美容料金無償化支援】

■目的

- ・容姿を整えることにより他者を尊重する社会性を育成する。
- ・感染症予防、生活衛生の向上
- ・学校家庭以外で子供の立ち寄れる場所の確保（第3の場としての美容室）
- ・家族、先生以外に安心できる大人との関係の確保
- ・定期的な美容室訪問による虐待やいじめの早期発見の確率アップ
- ・災害など万一の場合の子供110番制度の充実
- ・マイノリティなど多様な顧客を持つ美容師による、子供への心理社会的な支援

団体名 東京都美容生活衛生同業組合

要 望 事 項

による健全な心の育成（ダイバーシティの獲得、自己肯定感の増進など）

■対象年齢

小学生高学年～高校生

■想定助成内容：

東京都による子供一人当たりの助成の目安

子供一人当たり美容料助成金額

1回5,000円 年6回利用 30,000円

■想定精算方法：

東京都による利用券の発行と東京都美容組合による利用券回収、都への請求

【要望2】一人暮らし高齢者への美容料金支援

■目的：

- ・高齢者の生活衛生および健康意識の維持
- ・孤立の防止、社会とのつながり継続の支援
- ・美容サービスによる自己肯定感の向上と、生活意欲の増進
- ・美容師との定期的なコミュニケーション形成による見守りの強化
- ・精神的ケア・社会的孤立の緩和

■対象者：

東京都内在住の一人暮らし65歳以上の高齢者（要支援・要介護を含む）

■想定助成内容：

1回あたり美容支援費用として5,000円程度を上限に年数回補助

■想定精算方法：

利用申請後、都が発行する利用券を使用し、当組合が回収・都に対して請求以上の制度が実現されれば、経済的・社会的に困難を抱える方々が、平等に「人としての尊厳」や「清潔な暮らし」を享受できるようになり、東京都の福祉向上と人間尊重の精神を体現する施策として、大きな社会的意義を持つものと確信しております。

何卒、東京都におかれまして本要望の趣旨をご理解いただき、ご検討を賜りますようお願い申し上げます。

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都港区新橋 6－8－2

全国生衛会館 6F

東京都興行生活衛生同業組合

理事長 菅 野 信 三

要 望 事 項

- 1 バリアフリーのための「字幕メガネ」の購入に係る助成を、令和8年も昨年に引き続き要望として提出します。

映画業界では、バリアフリーに関して、視聴覚障害者の方が、普通に鑑賞いただける状況を提供すべく、音声ガイド或いは字幕メガネなどその設備に関しても準備を進めています。

現在、邦画作品において、視覚障害者はスマートフォンがあれば音声ガイド付きで鑑賞できるようになってきました。一方、聴覚障害者は「字幕メガネ」があれば、字幕付きで鑑賞できるようになったにもかかわらず、「字幕メガネ」が高額であり、個人で所有することは難しいため、映画館での貸し出しを要望されています。

そこで、東京都がバリアフリー施策の全国初のモデルとなるべく、各映画館に「字幕メガネ」を配置し、聴覚障害者の方々が映画を普通に鑑賞できる環境を整えることで、バリアフリーを積極的に進めていく所存です。

具体的には、都下映画館50館に、2台ずつの配置で100台の購入を希望します。

エプソン社製のメガネが1台14万円(昨年より値上げ)なので、1,400万円の予算規模となります。(障害者情報アクセシビリティ・コミュニケーション施策推進法 基本的施策11条障害者による情報取得等に対する機器等に該当) 近年、字幕メガネ対応作品が増加しており聴覚障害者や健常者の方からも非常にわかりやすいと好評を得ております。

映画館は、全ての方が安心して楽しめる空間であることを目指し、バリアフリーに対しても積極的に取り組んでいきますので、誠意のある回答をお願いします。

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都千代田区平河町 2 - 5 - 5

全国旅館会館内

東京都ホテル旅館生活衛生同業組合

理事長 工 藤 哲 夫

要 望 事 項

1 宿泊税の課税標準価格を3万円程度に引き上げを要望します。

観光・宿泊業界はコロナの終焉後、海外旅行者（インバウンド）の大幅増加とインフレの進行に伴い、宿泊価格の大幅な上昇が起きております。宿泊業界にとっては一面有難い状況ですが、平成14年に制定された宿泊税の課税標準価格が低すぎ現状に合わない状況も発生しております。

都の主税局は課税標準価格とその徴収方等の再検討を開始しておりますが、インバウンドが増加している今こそ、課税標準価格を3万円程度に引き上げ、合わせて税率の改定を要望します。

また、税収の使途については、効果的な観光施策の遂行に資するとともに、「関係団体等の意見を十分に反映させるよう努めること」との付帯決議に基づき、我々との議論検討を進めることも併せて要望します。

2 外国人旅行者に対する啓発活動の強化継続を要望します。

この数年のインバウンド増加は、国や東京都の経済にも宿泊業界にも好影響を及ぼしております。半面、国内各地では「オーバーツーリズムの問題」が起き、主要交通機関の混雑や、駅近辺や繁華街でのゴミの不法投棄が発生し、地域住民と旅行者との間で多様な摩擦が生じて来ました。東京都内でも同様な事象が発生していて、特にインバウンド旅行者と住民との問題が表面化している地域もあります。

2024年は年間8.1兆円の消費効果をもたらしたインバウンドですので、これを大事に育てる必要があると考えます。

都の産業労働局では外国人向けにマナー向上を進める冊子の作成、保健医療局は喫煙に関する区市町村の取組をホームページ上に掲載する等啓蒙に努めておりますが、十分な効果が出ていない現状もあります。

一部の区では繁華街に巡回指導員を配置していますが、今後は多言語での路上喫煙の禁止（所定喫煙場での喫煙）、ごみのポイ捨て禁止・路上飲酒禁止エリアの規制強化等、東京でのルールやマナー啓発告知を強化すると共に、歩道の色を分ける等のわかりやすい表示を行う等、部局を横断した「東京都としての対応」を一体として進め、オーバーツーリズムの摩擦を抑えるための対応を要望します。

要 望 事 項

3 「家主不在型民泊」の規制強化をさらに要望します。

従来、管理する家主がいない「家主不在型民泊」の規制強化について要望をしてきましたが、現状の課題（ゴミの出し方・騒音問題・火災時の対応等）が東京都内で大きな社会問題となる前に対策を強化する必要があります。

基本的には、保健医療局・産業労働局の両局に加え東京消防庁も一体となり、保健所設置市を含めた区市町村への指導強化及び、住宅宿泊事業法と旅館業法の管轄消防署への届出の違いを踏まえ、集合住宅1室の届出内容の把握と現実の営業実態の掌握に努める等、現状の課題を認識し解決するための対策に取組み、現在のインバウンドの流れを止めない為にも、東京都として「家主不在型民泊」の規制強化推進を要望します。

4 外国人材を受入れる場合の住宅費補助等の制度拡充を要望します。

今年度から、「観光事業関連事業者による旅行者受入対応力強化支援事業補助金」の一環として、新たに「外国人材受入の住環境確保に要する初期費用」が中小宿泊事業者対象の補助金として開始されました。私たちは過去から、外国人材受入れ時の住環境支援策の必要性を要望として提出してきましたが、実情を踏まえた対応策が開始されたことで一歩前進したと理解しています。しかし、新制度の内容は対象者の入居時1か月分の手数料等の一時金が対象で、以降の賃料が継続して補助されるものでは有りません。

諸物価高騰の中、特に23区内の賃貸住宅家賃は高額で、都内での生活維持が厳しい状況には変わりはありません。現状を克服し将来に向けた安定した人材確保の道筋を付けるためにも、新制度からさらに前進した補助金制度の検討を要望します。

5 東京の魅力を広く内外に発信するため、「TOKYO旅館ブランド構築・発信事業」と、インバウンド誘客のための「東京シティプロモーション」の積極的な継続展開を要望します。

産業労働局が主管する「TOKYO旅館ブランド構築・発信事業」については、宿泊施設を中心とした地域活性化の取組を、商店・飲食店・観光協会等と連携し付加価値を高めることで、地域の活性化と宿泊需要喚起を目指し、当組合でも令和5年度から3年計画で開始し、将来的には東京都全域に波及効果を目指して取組んでいます。

また、「東京都宿泊業活性化事業費補助金」事業も展開しており、その補助金を活用して「東京シティプロモーション」に毎年参加し、他国への情報発信事業を行っております。

今後も更に補助金を活用した事業を推進する取組を計画していますので、東京への実効性のある誘客促進策の積極的な継続実施を要望します。

要 望 事 項

6 固定資産税の減免措置制度等の新設を要望します。

2020年よりコロナ感染拡大防止が国や都において最重要な課題でありましたが、それにより宿泊業界は国民の公共の福祉の為に移動の自粛を要請され、開店休業状態に陥りました。各施設は、資産の売却や借入を増やして難局を乗り越えましたが、各社の資産内容（貸借対照表・バランスシート）は大きく傷つき債務超過に陥りました。特定の税負担の軽減を図る政策税制措置は、税負担の公平性という基本原則の例外となりうるものの、経営の健全化のため固定資産税の減免措置を要望します。

7 東京都で定めている事業所税は、都市計画税や固定資産税と重複負担になっており、徴収方等は地域で違いが有るものの、新規開業や雇用創出の阻害要因にもなり得ます。すでに本税の目的は達成されており廃止するよう要望します。

事業所税は、都市環境の整備及び改善に関する事業に要する費用に充てるための目的税で、地方税法で定められた都市だけで課税される市町村税で、都市計画税は、都市計画法に基づいて行う都市計画事業又は土地地区画整理法に基づいて行う土地地区画整理事業に要する費用に充てるため、市町村が目的税として課税しています。その税率水準等は、市町村の自主的判断（条例事項）に委ねられています。

都市整備については、その目的はほぼ達成され、行政サービスとの関係での租税負担は事業税に織り込まれており、床面積を課税標準とする資産割については、固定資産税及び都市計画税、従業者割については外形標準化された事業税と二重課税になっています。

また、政府で推し進める好循環実現についても、資産割や従業員給与割を納税義務者としている限りは、事業者が設備投資や従業員の賃金の引き上げにも影響を及ぼすことが想定されるので、事業所税を廃止するよう要望します。

要 望 事 項

8 都民の誰もが安心・安全に暮らせる街並みを実現するために、都内全域の無電柱化を積極的に推進するよう要望します。

これまでに無電柱化推進についての要望を複数回行っており、東京都建設局からは「東京都無電柱化推進計画」に関する回答を頂いています。都の認識にもある通り、「都市防災機能の強化」「安全で快適な歩行空間の確保」「良好な都市景観の創出」を3つの目的とし地中化に取り組んでいます。防災・減災は重要な観点では有るものの、都民や他地域から来た方の安心・安全は常に感じられることも重要です。東京は素晴らしい都市であると実感できることで、観光産業にとっても良い効果が見込まれます。

今後は、都道から分岐している内側の区市町村道や中小道路も都内全体の道路の約90%を占めているので、早急に国や市区町村との連携を強め、更に安心・安全な街づくりに向けて、中小道路も早期に実現するよう要望します。

9 日米地位協定を見直し横田空域の縮小を行い羽田空港発着枠の増加による国内外の人流増加を促すことを要望します。

太平洋戦争後に開始された米軍による航空管制が継続されている「横田空域」は、部分的に縮小されてはいるものの、未だに全面返還には至っていません。この状況により、東京（羽田空港と成田空港）への離発着には目に見えない空の壁を回避するため迂回をせざるを得ない状態になっています。

羽田や成田から国内海外を問わず西方面への便は、離陸後そのまま西に向かえず東京湾上空を旋回して高度を上げてから目的地に向かうため、時間や燃料を無駄に使っています。こうしたロスは航空運賃に上乗せされ、利用客が負担することになります。

米軍の管制下にあるとはいえ日本の領空であることは間違いないので、日本政府に働きかけ、横田空域の返還を繰り返しアメリカに求め、コスト削減と人流増加に取り組むように要望します。

東京都知事

小池 百合子 様

令和 8 年度

東京都予算編成等に対する要望書

令和 7 年 1 2 月 5 日

東京都渋谷区広尾 5-7-1

(公財)東京都生活衛生営業指導センター

理事長 工 藤 哲 夫

(公財)東京都生活衛生営業指導センター

会 員 団 体

東京都鮪商生活衛生同業組合	理事長	浅野 哲哉
東京都麺類生活衛生同業組合	理事長	田中 秀樹
東京都中華料理生活衛生同業組合	理事長	山本 富司安
東京都社交飲食業生活衛生同業組合	理事長	岸 久
東京都料理生活衛生同業組合	理事長	浅田 松太
東京都飲食業生活衛生同業組合	理事長	堀込 一之
東京都喫茶飲食生活衛生同業組合	理事長	本間 修
東京都食鳥肉販売業生活衛生同業組合	理事長	鈴木 章夫
東京都食肉生活衛生同業組合	理事長	関谷 芳久
東京都氷雪販売業生活衛生同業組合	理事長	鈴木 光一
東京都理容生活衛生同業組合	理事長	稲葉 孝博
東京都美容生活衛生同業組合	理事長	金内 光信
東京都興行生活衛生同業組合	理事長	菅野 信三
東京都ホテル旅館生活衛生同業組合	理事長	工藤 哲夫
東京都簡易宿泊業生活衛生同業組合	理事長	佐藤 明弘
東京都公衆浴場業生活衛生同業組合	理事長	石田 眞
東京都クリーニング生活衛生同業組合	理事長	森 鉄雄

要望の要旨

平素から、(公財)東京都生活衛生営業指導センターの事業につきまして、格別のご理解、ご支援をいただき、御礼申し上げます。

私どもの団体は、「生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関する法律」に基づき設立された公益法人です。

生活衛生関係営業における経営の安定化・健全化等を通して業の振興を図り、衛生水準の維持向上及び消費者利益の確保のための各種公益目的事業を行っております。

生衛業の経営環境は、コロナ禍における負債に加え、さらに引き続き国際紛争等に伴うエネルギー市場、原材料の価格高騰により、一層厳しい状況となってきました。

こうした状況において、生衛業の振興及び衛生水準の向上を図るための事業は、営業者はもとより消費者からも期待され、センターによる支援の充実がより求められています。

東京都におかれましては、当指導センターの機能の一層の充実を図るため特段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

要 望 事 項

1 生活衛生関係営業対策事業費補助金及び生活衛生営業振興事業費補助金の確保について要望します。

東京都生活衛生営業指導センター（以下、「指導センター」という。）は、国庫補助基準に基づき、都から補助金を受け、経営指導員による生活衛生関係営業（以下、「生衛業」という。）に対する衛生施設の維持・向上、経営の健全化等の相談・指導や関連する事業を通じて、生衛業の衛生水準の確保及び経営の安定化のための振興を図っており、都民の日常生活に大きな役割を果たしております。

あわせて、東京都からの単独補助金により、生衛業の情報化支援、経営改善のための経営相談、異業種との連携による新たな営業の展開を図るための支援等、生衛業の振興・経営の健全化を図るための事業を行っております。

生衛業を取り巻く経営環境が依然として厳しいなかにおいて、各生活衛生同業組合からは、指導センターに対して各種事業の一層の拡充についての要望が挙げられております。

一方で、光熱費や通信運搬費、施設の賃借料などの値上げを背景に、指導センターの事業実施に係る経費も年々増加してきています。

指導センターの運営費、事業費の約80%が国及び東京都からの補助金で賄われていることから、生衛業の更なる振興を図るためには補助金の確保が必要不可欠であり、これまで指導センターが果たしてきた役割を今後も適正に執行できますよう、標記補助金の確保について特段のご配慮をお願いします。

要 望 事 項

2 経営指導員の体制強化を要望します。

東京都内には、生衛業施設が約23万施設あり、全国施設数の10パーセント以上を占めています。

このような状況下において、当指導センターの経営指導員は、生衛業への経営指導や地域生活支援事業・感染症対策事業を始めとした都民の健康・福祉の向上のための多くの東京都補助事業（国庫補助対象事業及び東京都単独補助事業）を実施しています。

しかしながら、当指導センターの経営指導員は、国庫補助要綱により、定数が4名と査定されており、各事業予算の工夫により嘱託員や臨時職員を雇用する中で、日常業務に何とか対応しているのが実態です。

つきましては、指導センターが、その役割を適正に発揮するためにも、都の実態に即した経営指導員の配置・人件費等の拡充について国に働きかけるなど、都としても経営指導体制強化に向けた配慮をよろしくお願いいたします。

一般社団法人スタートアップスタジオ協会

東京都政策要望書 2025年12月

(本要望書の目的)

東京都が2022年11月に「Global Innovation with STARTUPS」で掲げ、「10x10x10(5年で、東京発ユニコーン数10倍、東京の起業数10倍、東京都の協働実践数10倍)」のスタートアップに挑む起業家の拡大の効果が現れ始めており、さらなる質の高い支援が必要だと考える。

弊協会およびスタートアップスタジオ事業者が東京都のスタートアップ支援事業に関わりながら、各社の創業前～シード期における本質的なスタートアップ支援の現場で取り組んでいる活動から見た問題について、まとめたのが本要望書である。

(スタートアップスタジオ協会について)

新たなスタートアップを同時多発的に創出するスタートアップスタジオ事業者を中心に日本のスタートアップ創出のために社会活動をしている一般社団法人である。スタートアップスタジオの特徴としては、スタートアップに精通した経験豊富な専門家やメンターによってアイデア段階から共同創業者のように事業開発支援を行う組織である。共同代表理事の佐々木は、東京都スタートアップフェローを委嘱し、Global Innovation with STARTUPS を中心に、スタートアップの創出と成長に関するアドバイスや取り組みへの協力を行う。

スタートアップスタジオ協会の理事および会員企業は、それぞれ多様な特徴を持ち合わせており、スタートアップ創出、ユニコーン成長、官民連携に微力ながら貢献している。

株式会社ガイアックス	若手・学生起業家中心に、アントレプレナーシップ教育、自治体と連携したインキュベーション共創支援、投資と三つを軸で活動するスタートアップスタジオ
株式会社quantum	クリエイティビティを軸とした事業開発によって、新しいプロダクトやサービスを創り出すスタートアップスタジオ
株式会社デライト・ビルダー	「企業内での新規事業立ち上げ」のような環境と「スタートアップ起業で成功した際のファイナンスリターン」の2つを両立に取り組むベンチャー・ビルダー
Studio ENTRE 株式会社	起業家とともに音楽・エンタメ業界に特化した、「エンターテック」でイノベーションを生み出すベンチャービルダー
株式会社みらいスタジオ	全国規模のエンジニアネットワークと豊富なプロダクト開発支援実績を武器に、創業前の起業家から寄り添うスタートアップスタジオに取り組む
株式会社ゼロワンブースター	アクセラレーターが推進する建設・不動産領域に特化したスタートアップスタジオ
株式会社Relic	事業共創カンパニーRelicグループのアセットを活用し、ゼロから千の「大義ある事業」と「大志ある事業家」を創出する業界初の全方位型スタートアップスタジオ
アスクホールディングス株式会社	学生、主婦、副業、企業会員など様々なバックグラウンドを持った人たちが自由に出入りできる起業コミュニティ「NAGANO STARTUP STUDIO」を運営

スタートアップスタジオ協会では、スタジオ事業者各社の起業家発掘や育成、支援ノウハウを共有することで、スタートアップスタジオ事業者全体のレベルアップ活動にも積極的に取り組んでいる。

(政策要望内容)

1. 補助金・助成金の適用単位を「法人」から「事業プロジェクト」へ拡張

目的

イノベーション創出の多様化とスピードアップに対応するため、東京都が実施するスタートアップ向けの補助金・助成金の適用単位を、現行の「法人」単位から「事業プロジェクト」単位へと柔軟に拡張することを提案します。これにより、法人設立前の有望なアイデアや、一法人から同時多発的に生まれるカーブアウトやスピニアウトを目的とした新規事業も支援対象とすることが可能となり、スタートアップ創出の裾野拡大と質の向上に大きく寄与します。

背景

現行の補助金・助成金制度の多くは「法人」を申請・支援の基本単位としています。しかし、スタートアップの創出形態は多様化しており、特にプレシード期においては、法人化の前にまず事業アイデアの検証(PoC)を迅速に行うことが重要です。

また、スタートアップスタジオや既存企業内から複数の事業を同時に開発するケース(カーブアウトやスピニアウト前提のプロジェクト)や、シリアルアントレプレナー(連続起業家)が次々と新たな事業に取り組むケースも増えています。

現行の「法人」単位の制度では、こうした有望な「事業プロジェクト」が法人格を持つまで支援対象とならない、あるいは一法人につき一事業しか支援を受けられないといった「機会の損失」が発生しており、イノベーションの速度を阻害する一因となっています。

提案

法人格の有無や設立時期に関わらず、その事業の革新性、市場性、実行チームの能力を評価し、「事業プロジェクト」そのものを支援対象とする新たな制度枠組みの導入を提案します。

これにより、以下の効果が期待されます。

1. スピードの加速: 法人設立という行政手続きを経る前に、アイデア検証やプロトタイプ開発など、事業化の成否を分ける最も重要な初期活動への支援が可能となります。
2. 多様な創出形態の支援: スタートアップスタジオや企業内インキュベーションから生まれる複数のプロジェクトが、それぞれの事業性に基づき、並行して支援を受けられるようになります。
3. シリアルアントレプレナーの促進: 優れた起業家が持つ複数の事業アイデアに対し、柔軟な支援を提供することで、成功確率の高いスタートアップの創出を後押しします。

【制度の条件】

この制度を実効性あるものにするため、以下の条件設定を提案します。

対象プロジェクトの定義: 明確な事業計画、専任の(または将来の創業者となる)プロジェクトオーナーが存在し、独立した事業運営を目指すものであること。

申請主体: プロジェクトオーナー個人、または当該プロジェクトをインキュベートする法人(スタートアップスタジオ、既存企業等)。

管理体制: 採択されたプロジェクトは、支援金の使途を明確にするため、プロジェクト専用の口座(またはそれに準ずる厳格な会計管理)を設けること。

将来の法人化: プロジェクトが一定の事業性検証を終えた後、支援期間中または終了後の一定期間内(例: 1年以内)に法人化(スピンアウト等)することを目ざまたは条件として設定する。

重複の制限: 申請主体(法人・個人)が同じであっても、事業ドメイン、解決する課題、開発チームが明確に異なるプロジェクトであれば、複数の申請・採択を可能とする。

2. 「プレシード投資リスク補填制度」の導入

総論

スタートアップがアイデア創出直後の「プレシード期」に直面する深刻な資金調達の課題、いわゆる「死の谷(Valley of Death)」を克服するため、「プレシード投資リスク補填制度」の導入を提案します。本制度は、最もリスクの高いプレシード期への投資を促進し、有望な技術やアイデアが資金不足によって失われることを防ぎ、東京都のスタートアップ創出の裾野を拡大させることを目的とします。

背景

プレシード期のスタートアップは、アイデアが極めて初期段階であり、技術的な実現可能性や事業の収益性も不透明です。そのため、民間のベンチャーキャピタルやエンジェル投資家からの資金調達は極めて困難な状況にあります。この「死の谷」を乗り越えられずに消えていく有望な技術の芽は数知れません。

提案

スタートアップスタジオのような、リスクを取って事業開発を支援する事業者がプレシード期のスタートアップへ投資を行い、投資後3年以内にその事業が停止した場合、投資額の80%を補填する制度を設けることを提案します。これにより、ベンチャーキャピタルからは調達が難しい超初期フェーズへの投資件数と支援の増加を狙います。

【制度の条件】

対象投資: 創業1年以内のスタートアップへの第三者割当増資(普通株式、J-KISS、SAFE、みなし優先株式など)。

補填の条件: 投資後3年以内に、対象企業が廃業、もしくは備忘価格で創業者に株式が譲渡された場合に補填を支給する。

3. LP出資によるスタジオファンド形成支援

目的

東京都のスタートアップエコシステムにおける最初期(プレシード・シード期)の層を厚くし、「10x10x10」の目標達成を加速させるため、東京都がリミテッド・パートナー(LP)としてスタートアップスタジオのファンド組成に参画する制度の創設を提案します。これにより、民間の大規模ファンドではカバーしきれない超初期段階へのリスクマネー供給を促進するとともに、次世代のファンドマネージャー(エマージングマネージャー)の育成を強力に後押しします。

背景

近年、民間のベンチャーキャピタル(VC)ファンドは大型化する傾向にあります。その結果、ファンドあたりの投資件数を適正化し、リターンを最大化するために、一社あたりの投資金額が大きく、事業がある程度軌道に乗ったミドル・レイターステージへの投資比重が高まる傾向が見られます。

その一方で、アイデア創出直後や事業検証段階であるプレシード・シード期への投資は、相対的にリスクが高く管理コストもかかるため、VCからの資金供給が細る「初期層が痩せる課題」が顕在化しつつあります。

スタートアップスタジオは、この最も初期の段階でハンズオン支援を行いながら事業を共創する、エコシステムに不可欠なプレイヤーです。しかし、スタジオ自体がファンドを組成しようとする際、特に初回のファンド(1号ファンド)では実績が乏しいため、民間の機関投資家からのLP出資集めに苦戦するケースが多くあります。これは、新たなスタートアップを生み出すインキュベーション機能の担い手(=エマージングマネージャー的プレイヤー)の成長を阻害する要因となっています。

提案

東京都がLP出資者として、スタートアップスタジオが組成するプレシード・シード特化型ファンドへ積極的に参画する「スタジオファンド形成支援プログラム」の導入を提案します。

東京都が率先してLP出資枠を提供することで、民間投資家を呼び込む「呼び水」効果を生み出し、スタジオファンドの速やかな組成(ファーストクローズ)を支援します。これにより、最も支援を必要とするプレシード期のスタートアップヘリスクマネーが還流し、エコシステム全体の活性化に繋がります。

【制度の条件】

本制度の実施にあたり、以下の条件設定を提案します。

対象ファンド: 東京都内に拠点を持ち、都内のプレシード・シード期スタートアップへの投資を主目的とするスタートアップスタジオが組成するファンド。

出資比率: 東京都の出資比率をファンド総額の一定割合(例:50%)以下、かつ一定の上限額(例:5億円)までとする。

運営事業者の要件: スタートアップスタジオとして明確な事業インキュベーション機能(専門家によるハンズオン支援、事業開発リソースの提供等)を有し、実績があること。

マッチング要件: 東京都の出資決定までに、一定割合以上の民間LPからの出資コミットメント(または内諾)を得ていること。

エマージングマネージャー支援: 特に1号ファンドや2号ファンドなど、設立間もないスタジオ運営者(エマージングマネージャー)を優先的に採択する枠を設ける。

これらの新たな施策の導入は、「10x10x10」の目標達成に向けて、スタートアップの挑戦を阻む初期の資金調達壁を取り払うための具体的な施策です。本制度により、より多くの有望なスタートアップが生まれ育つ土壌が形成され、東京都のスタートアップエコシステムの活性化に大きく貢献できると確信しております。

2025年12月5日

令和8年度 東京都予算に関する要望書

一般社団法人スタートアップ協会
代表理事 砂川 大

1. はじめに

東京都におかれましては、「Global Innovation with STARTUPS」戦略のもと、グローバル×10、裾野拡大×10、官民協働×10による「10×10×10のイノベーションビジョン」を掲げ、スタートアップと共に新しい時代を切り拓く取組を力強く推進されています。この「異次元のスタートアップ戦略」に対し、私ども一般社団法人スタートアップ協会として、心より敬意を表します。

当協会は、「スタートアップの互助により、日本をスタートアップのための世界最高の環境に進化させる」ことをミッションとし、スタートアップ経営者自身が主体となって、現場の課題抽出や政策提言を行っています。本要望書では、東京都の戦略を追認しつつ、その実現をさらに加速させるための現場視点からの重点提言を取りまとめました。

2. SusHi Tech TokyoとTokyo Innovation Base(TiB)の連動による国際発信・グローバル展開支援の強化

趣旨

東京都が推進する「SusHi Tech Tokyo」および「Tokyo Innovation Base(TiB)」は、東京のスタートアップエコシステムを国際的に発信し、世界のプレイヤーとつなぐための重要なプラットフォームです。今後は、これらを有機的に連携させ、単発的なイベントにとどまらない持続的な国際協働の仕組みとして発展させることが期待されます。

提案事項

- SusHi Tech Tokyoを起点とした国際連携のフォローアップ・実装支援をTiBが担う仕組みの整備
- TiBを拠点とした海外スタートアップやアクセラレーターとの協働プログラムの推進
- SusHi Tech Tokyoの国際的発信力を活かした「東京ブランド」の強化

目的

東京を「世界のスタートアップが集い、挑戦する都市」として確立する。

3. 重点支援分野の明確化と特化型エコシステムの形成

趣旨

世界の主要スタートアップ都市では、ヘルスケア、AI、クライメートテックなど、地域ごとに強みを持つ領域を形成しています。東京においても、限られた行政リソースを最大限に活用するため、重点的に支援する分野を明確化し、選択と集中による戦略的支援を進めることが重要です。

提案事項

- 東京都として重点技術・産業分野（例：量子、フュージョン、バイオ、クライメートテックなど）の明確化
- 分野別アクセラレーションプログラムや産学連携支援制度の整備
- 特化領域ごとのクラスター形成と国際的プロモーションの強化
- 国のサンドボックス制度等を活用し、特定分野のスタートアップが柔軟に実証・事業化に挑戦できる環境の整備

目的

東京を「特定領域で世界と競争できる都市」へと進化させる。

4. 海外起業家・研究者の誘致促進と支援体制の整備

趣旨

スタートアップエコシステムの最も重要な資産は「起業家そのもの」です。海外で成功の可能性を持つ起業家や研究者を東京に呼び込み、日本企業や投資家、研究機関と協働できる環境の整備が急務です。

提案事項

- Startup Visa制度の運用・支援体制の拡充
- 英語対応を含む行政・生活・金融支援の強化
- TiBを拠点とした海外起業家コミュニティの形成
- 海外大学・アクセラレーターとの人材交流・スカウト支援の推進

目的

「海外起業家が最初に選ぶ都市・東京」を実現する。

5. おわりに

東京都が掲げる「Global Innovation with STARTUPS」は、日本のスタートアップ成長の中心的ビジョンです。スタートアップ協会としても、現場の知見を生かし、行政・民間・学術機関と連携しながら、「10×10×10のイノベーションビジョン」の実現に向けて全力で協働してまいります。

以上



2025年10月17日

東京都知事 小池百合子様

一般社団法人インパクトスタートアップ協会理事
米良はるか 星直人 水野雄介
松田崇弥 田中はる奈 岡田光信 中尾 豊

要望書

～東京を、“インパクト”の中心地に～

1. 本要望の概要

一般社団法人インパクトスタートアップ協会は、東京都が「インパクト」の中心地となる姿を目指し、主に以下の2点を主軸としたインパクトスタートアップ育成施策を要望します。

- | |
|--|
| 施策1 現場対話型スタートアップ協働プロジェクトにおける「インパクト枠」
の創設
施策2 自治体とインパクトスタートアップとの官民連携モデルの構築・波及 |
|--|

2. インパクトスタートアップ(ISU)とは

インパクトスタートアップ(以下、ISU)とは、「社会課題の解決」と「持続可能な成長」を両立させ、ポジティブな社会的インパクトを事業の中心に据えるスタートアップを指します。

近年、インパクト投資という枠組みで、ISUを含む企業が注目を集めています。日本におけるインパクト投資残高は、2024年度時点で約 17兆3,016億円に達し、前年度から150%増加したとの報告があります¹⁾。

環境問題、教育・子育て、医療・福祉など、従来は行政が担ってきた課題領域において、スタートアップの創造性・技術・迅速な対応力を活用して解決を図るISUは、これからの官民連携の新たなモデルとなる可能性を持ちます。

ISA(一般社団法人インパクトスタートアップ協会)は、ISUの起業・育成・成長を支援するため、スタートアップ経営者(CXO)を中心とした会員組織として2021年に設立されました。現在、正会員企業(ISU)249社、賛同会員企業(ISUとの連携等に興味を持つ大企業)15社のメンバーで活動をしています。

ISAに所属する正会員企業のおよそ70%が東京都に本社を置き、日本全国・海外にビジネスを展開しています。協会の理事である岡田光信が創業者兼CEOを務める株式会社アストロスケールホールディングス(本社:東京都墨田区)は、2024年に東証グロース市場に上場し、協会発として初めて評価額1000億円を超えるインパクト・ユニコーンになりました。

3. 要望内容

今回、ISAは東京都が「インパクト」の中心地となる姿を目指し、主に以下の2点を主軸としたISU育成施策を要望します。

○施策1

「現場対話型スタートアップ協働プロジェクト」における「インパクト枠」の創設 東京都が推進する「現場対話型スタートアップ協働プロジェクト」事業（Dialogue Startup Tokyo）」は、東京都庁内の行政運営に関する課題解決を目的にスタートアップと随意契約を結ぶ仕組みとして注目されています。ISAは、この枠組みに社会課題解決を主軸とするISUを位置づけるため、20テーマのうち数枠を「インパクト枠」として新設いただくことを要望いたします。

具体的な施策例：

- ・教育、福祉、環境、子育て等の分野を対象とする「インパクト枠」の設定
- ・ISA会員とのマッチングによる行政サービスの質向上とISUのプロダクト、サービスの実装機会拡大

○施策2

自治体とインパクトスタートアップとの官民連携モデルの構築・波及

いま国もインパクト投資の推進に力を入れており、2024年5月には、官民連携協議会であるインパクトコンソーシアムが発足しました。その中でも課題とされているのが官民連携の推進です。地方自治体においてISUとの連携ニーズは高いものの、地方自治法との関連もありスタートアップなど新興企業の調達が進んでいません。上記施策1とも関連しますが、東京都における官民連携の先進モデルの創出、および他自治体への波及においてリーダーシップをとって頂くよう要望します。

具体的な施策例：

- ・東京都における官民連携先進モデルの整理
- ・スタートアップ推進都市連合に加盟する自治体を含めた、他自治体の行政担当者と東京都に本社を持つISUとのマッチングイベントの開催
- ・インパクトコンソーシアムにおいて官民連携策を推進する「官民連携分科会（事務局：経済産業省）」との連携

以上