

新たな地域医療構想の検討について

東京都保健医療局医療政策部医療政策課

<目次>

- 【1】 第1回地域医療構想策定部会（7/10）での意見
- 【2】 構想区域について
- 【3】 医療機関機能・高齢者救急について

【1】 第1回地域医療構想策定部会（7/10）での意見

【2】 構想区域について

【3】 医療機関機能・高齢者救急について

○第1回策定部会では、新たな地域医療構想の概要や、全国・都内の医療を取り巻く状況、2040年に目指す姿を見据え、東京の地域特性を踏まえた新構想策定において重視すべき視点等について検討

→第1回策定部会でのご意見を分野別に整理（次ページ参照）

○いただいたご意見を踏まえた具体的な検討について、第2回及び第3回策定部会でテーマ別に取り扱う予定

▶ 第2回(今回) …**構想区域、医療機関機能、高齢者救急**

▶ 第3回(次回予定)…**外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保、医療DX等**

第1回地域医療構想策定部会（7/10）での意見

分野	主な意見
病床・ 構想区域	・東京の特性を踏まえる必要があり、入院患者数がピークを越えている可能性も考慮すべき ・病床数の差だけで増床・減床を判断せず、在院日数短縮や病床利用率等の実情も踏まえた判断が必要 ・二次保健医療圏と実際の受療行動には乖離があり、構想区域は一つとして一体的に考えるべきだが、それぞれの地域特性にも配慮する必要がある
高齢者救急	・急性期拠点だけで高齢者救急は支えきれないため、下り搬送だけでなく上り搬送も含め地域全体で受け止める仕組みが必要 ・心不全・肺炎等に加え、介護困難を背景とする搬送も多く、医療機関が一旦受け止め、介護につなげる工夫が必要
在宅医療・ 介護との連携	・重症者は拠点、軽症者は地域で受け止める体制を在宅医療も含めて整備し、持続可能な医療提供体制の構築が必要 ・一人体制の診療所が多く、チームで療養生活を継続する体制づくりが重要 ・在宅医療の受け皿に地域差があり、訪問診療を担う医師の確保や看取り体制の整備が必要 ・在宅医療・介護を進めるには、家族介護者の精神的・身体的負担を軽減する支援も大事
人材確保	・医療・介護人材の確保が大きな課題。AIの活用も含め、現場の意見を踏まえた仕組みが重要 ・特定機能病院の役割には人材派遣、教育、研究があり、給与面だけでなくやりがいを持って働ける人材確保策が必要
医療DX	・地域において病院・診療所・薬局・訪問看護・市町村が情報共有する体制を整備する必要がある ・入院中や転退院時、施設・在宅療養中の状態変化を共有するため、ICTの標準化や共通ツールによる連携強化が必要

【1】 第1回地域医療構想策定部会（7/10）での意見

【2】 構想区域について

【3】 医療機関機能・高齢者救急について

- 構想区域の役割は、①医療提供体制の構築、②必要病床数の運用 の大きく２つの役割がある
- 構想区域は、急性期拠点機能が確保・維持できる単位であるか、区域の人口や医療機関数、患者の流出入の実態等を踏まえ、適切な規模で設定する必要がある

構想区域 の 役割

① 医療機関の連携・再編・集約化など、 医療提供体制構築のための議論

- ・ 区域内に所在する病院等が急性期、高齢者救急等について議論する単位
- ・ 特に、急性期拠点機能の確保に係る議論のため、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、急性期拠点機能を確保・維持できるよう設定し、地域での議論や取組を推進できる必要

⇒人口20～30万人以上を目安としながら検討する必要

② 必要病床数の運用

- ・ 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- ・ 特に、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定

① 構想区域の基本的な考え方

- 区域内で一定の医療が完結することを目的に、**構想区域は原則として二次医療圏と一致する**
- 現在の患者動向を前提とし、人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえ、必要に応じて、構想区域の広域化等**を検討
- 構想区域の決定後**においても、第９次医療計画等に向け、**各分野の圏域設定について引き続き検討**していく必要がある

② 大都市型の特性

- 大都市型の地域では、**高齢者救急、在宅医療等の需要が増加**する一方、**生産年齢人口は緩やかに減少**
- 大学病院本院等の**高度医療提供施設が複数所在**している等、医療資源が多い状況がある一方、**構想区域間や構想区域内において医療資源の偏在**が生じている場合がある
- 東京都特別区のように、**公共交通網の発達等**により、**患者の受療行動が多様化・広域化する中、患者の流出入が複雑**となり、**既存の構想区域が実際の医療提供体制や受療行動の実態に必ずしも即していない**場合もある

③ 構想区域の設定方法

- 将来人口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況等の客観的なデータ等を踏まえ、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点から、**区域として一定の医療提供の完結が可能か、都市部においては、協議する単位として適切であるか等**について整理・検討
- 大都市部において、**数百万人単位の広範な構想区域を設定する場合、構想区域内の一定の地域ごとにワーキンググループを設置し、入院医療等の具体的な協議を行うなど、都道府県の実情に応じた体制を構築**する必要がある

④ 病床整備の考え方

- 入院医療需要が**長期的に減少**していくことが見込まれる中、**全体としてはダウンサイズを進めつつ、今後、需要の増加が見込まれる包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備していくことが重要**
- 入院受療率が**中長期的に低下**していくことが見込まれる中、現に病床の不足により入院医療の提供が困難な状況が確認されていない場合において、**基準病床数と既存病床数の差分があることをもって直ちに増床等が必要と判断することは適当ではない**
- ある病床機能の不足が課題となる場合でも、地域における当該病床機能を有する各医療機関の病床稼働率等を踏まえ、増床せずとも、既存の病床を有効に活用することで、当該病床機能に係る患者の受入体制を確保できないか等**を検討することも重要

○都は、13の二次保健医療圏を構想区域として設定している



【各構想区域の人口】

構想区域	人口（人）
区中央部	947,858
区南部	1,170,569
区西南部	1,475,635
区西部	1,285,373
区西北部	1,993,903
区東北部	1,365,611
区東部	1,494,327
西多摩	379,043
南多摩	1,440,971
北多摩西部	658,632
北多摩南部	1,061,790
北多摩北部	749,421
島しょ	24,461
計	14,047,594

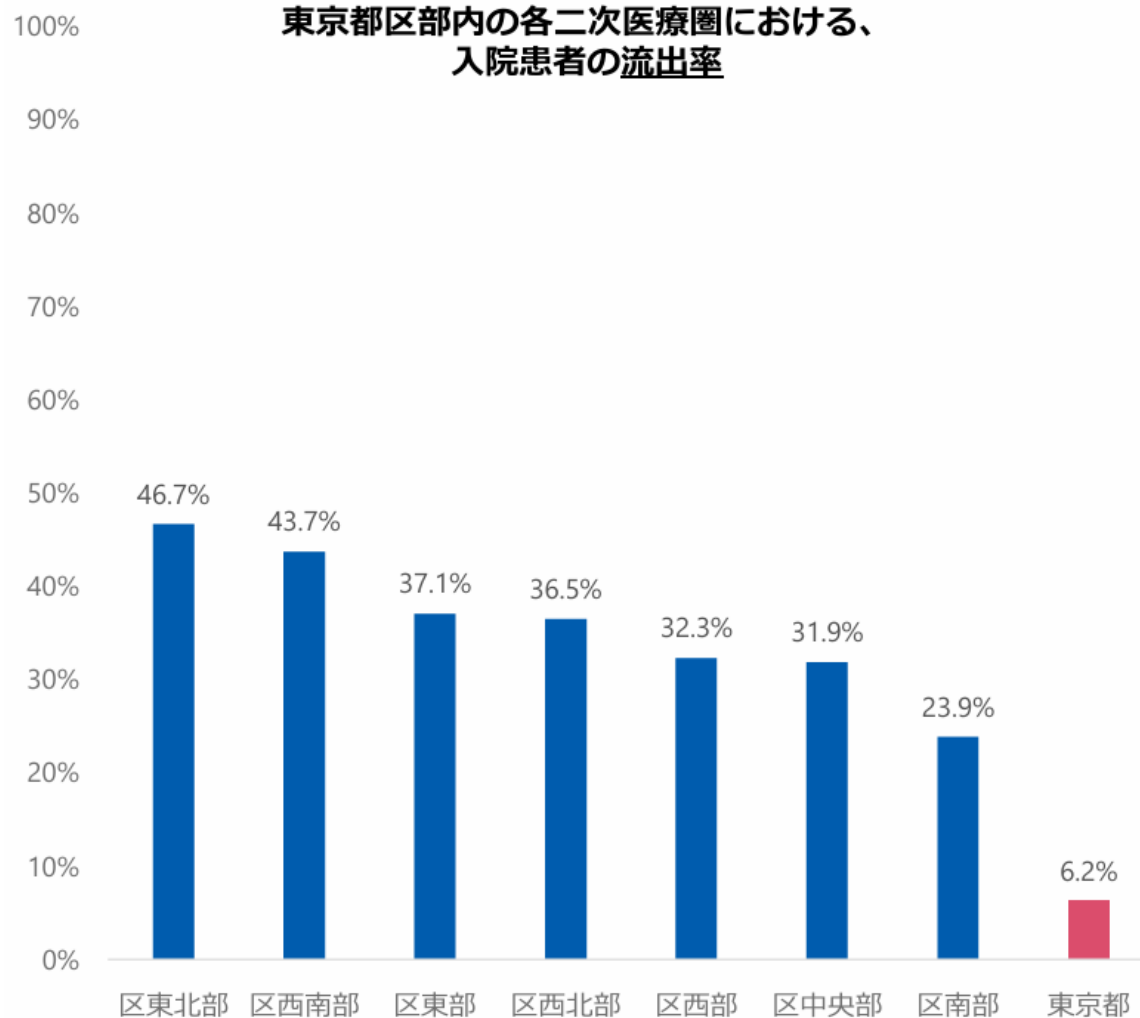
出典：総務省「国勢調査」（令和２年）

○高度医療提供施設の集積や発達した交通網などの**地域特性に応じて**、他県からの流入を含め**患者が広範に医療サービスを受療する動向**が見られる

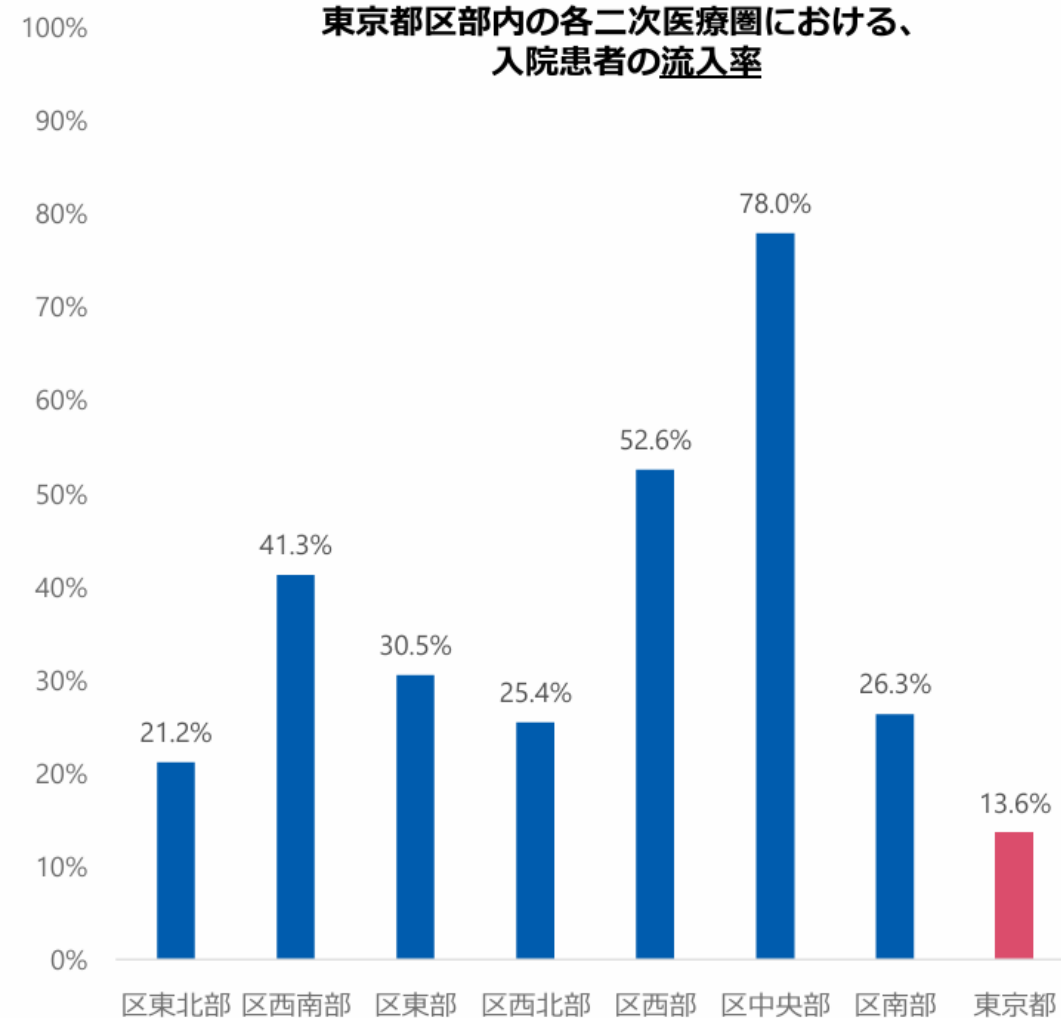
①人口密度が高い	東京は面積が狭く、他県と比べて人口密度が非常に高い状況（6,403人／km ² ・全国 1 位）																
②昼夜間人口比率が高い	周辺部からの通勤・通学者の流入により、 都心部の昼夜間人口比率は120％超 （特に千代田区は 1,355.4％、中央区は 374.4％、港区は 373.4％）																
③高度医療提供施設の集積	大学病院本院や特定機能病院が集積 【特定機能病院一覧（R8.4.1現在）】 <table><tr><td>国立がん研究センター中央病院</td><td>東京科学大学病院</td><td>慶応義塾大学病院</td><td>帝京大学医学部附属病院</td></tr><tr><td>東京慈恵会医科大学附属病院</td><td>東京大学医学部附属病院</td><td>東京医科大学病院</td><td>公益財団法人がん研究会有明病院</td></tr><tr><td>順天堂大学医学部附属順天堂医院</td><td>昭和医科大学病院</td><td>国立国際医療センター</td><td>杏林大学医学部付属病院</td></tr><tr><td>日本医科大学付属病院</td><td>東邦大学医療センター大森病院</td><td>日本大学医学部附属板橋病院</td><td>聖路加国際病院</td></tr></table>	国立がん研究センター中央病院	東京科学大学病院	慶応義塾大学病院	帝京大学医学部附属病院	東京慈恵会医科大学附属病院	東京大学医学部附属病院	東京医科大学病院	公益財団法人がん研究会有明病院	順天堂大学医学部附属順天堂医院	昭和医科大学病院	国立国際医療センター	杏林大学医学部付属病院	日本医科大学付属病院	東邦大学医療センター大森病院	日本大学医学部附属板橋病院	聖路加国際病院
国立がん研究センター中央病院	東京科学大学病院	慶応義塾大学病院	帝京大学医学部附属病院														
東京慈恵会医科大学附属病院	東京大学医学部附属病院	東京医科大学病院	公益財団法人がん研究会有明病院														
順天堂大学医学部附属順天堂医院	昭和医科大学病院	国立国際医療センター	杏林大学医学部付属病院														
日本医科大学付属病院	東邦大学医療センター大森病院	日本大学医学部附属板橋病院	聖路加国際病院														
④医療人材養成施設の集積	13医科大学・大学医学部、 5 歯科大学・大学歯学部 11薬科大学・大学薬学部、96看護師等養成課程 など																
⑤中小病院や民間病院が多い	都内627病院 （うち200床未満 431病院） 民間病院割合 89.7％ （R8.4.1現在）																
⑥発達した交通網	鉄道やバスなどの 公共交通網や道路網が高度に発達 比較的短時間での移動が可能でアクセシビリティに優れる																
⑦高齢者人口の急激な増加	高齢者人口 約311万人、高齢化率 22.8％ （2020年） 平成22年から令和 2 年まで(10年間)で約47万人増、今後も引き続き増加予想																
⑧高齢者単独世帯が多い	都の世帯数 約722万世帯（2020年） うち 高齢者単独世帯 約81万世帯 （全世帯数に占める割合 11.2％ ）																

- 東京は面積が狭く、公共交通網が発達しており、患者は圏域を越えて広域・多様に移動（例 がん：区中央部へ）
- 圏域ごとの入院患者の流出率は約3～5割、流入率は最大約8割と高いが、都全体で見るとそれぞれ約6%、約14%と低く、概ね都内で入院医療が完結している

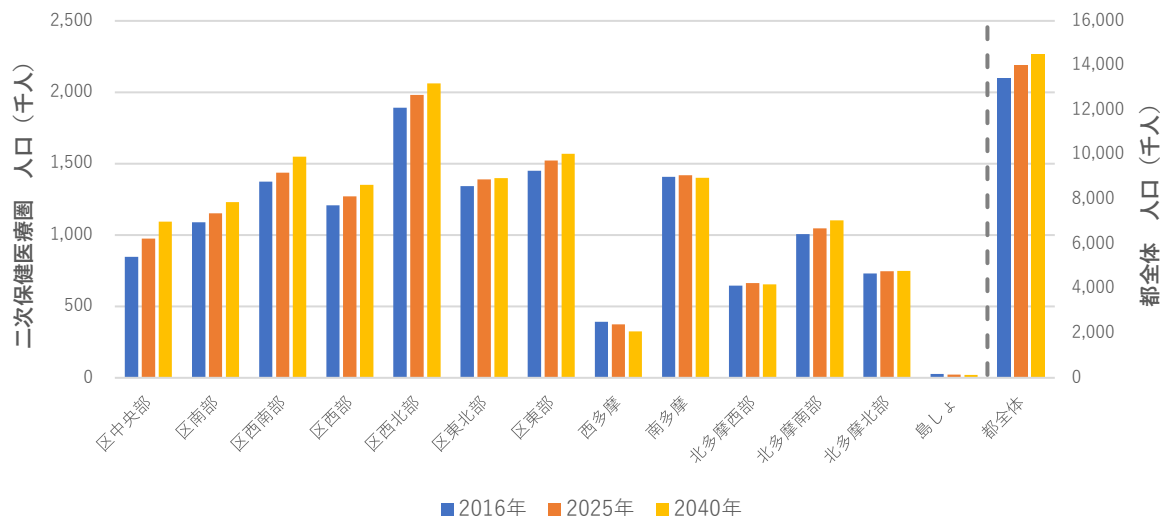
東京都区部内の各二次医療圏における、
入院患者の流出率



東京都区部内の各二次医療圏における、
入院患者の流入率



総人口の将来推計



【都全体の状況】

○2025年比で、2040年の総人口は増加見込み（+3.6%）であり、特に65歳以上の伸びが顕著（+25.7%）

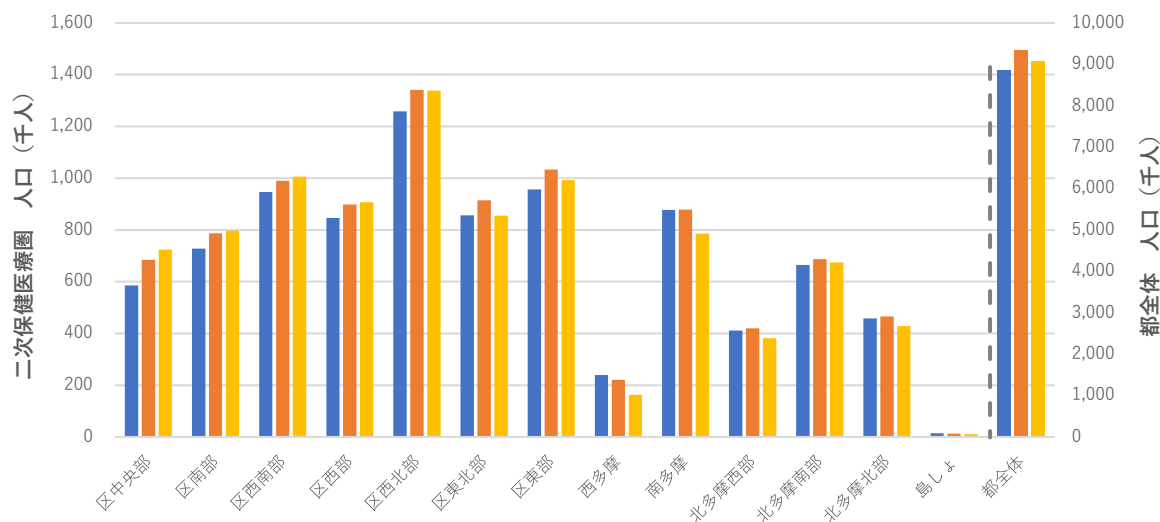
○一方、生産年齢人口は減少見込み（▲2.9%）

【二次保健医療圏別の状況】

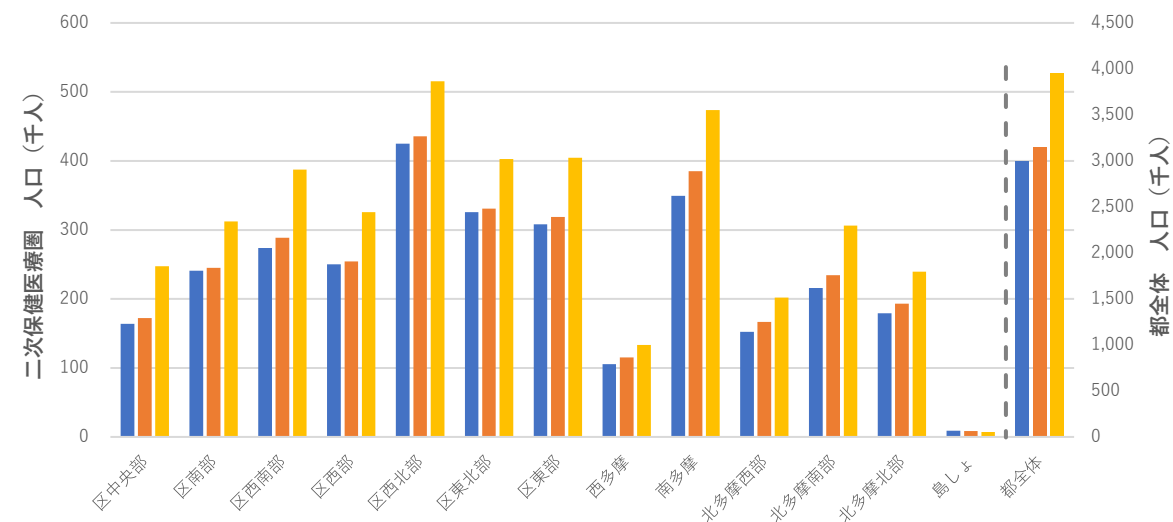
○区部では、生産年齢人口は横ばい～微増、65歳以上は増加傾向

○多摩地区では、生産年齢人口は減少、65歳以上は増加傾向

生産年齢人口(15~64歳)の将来推計



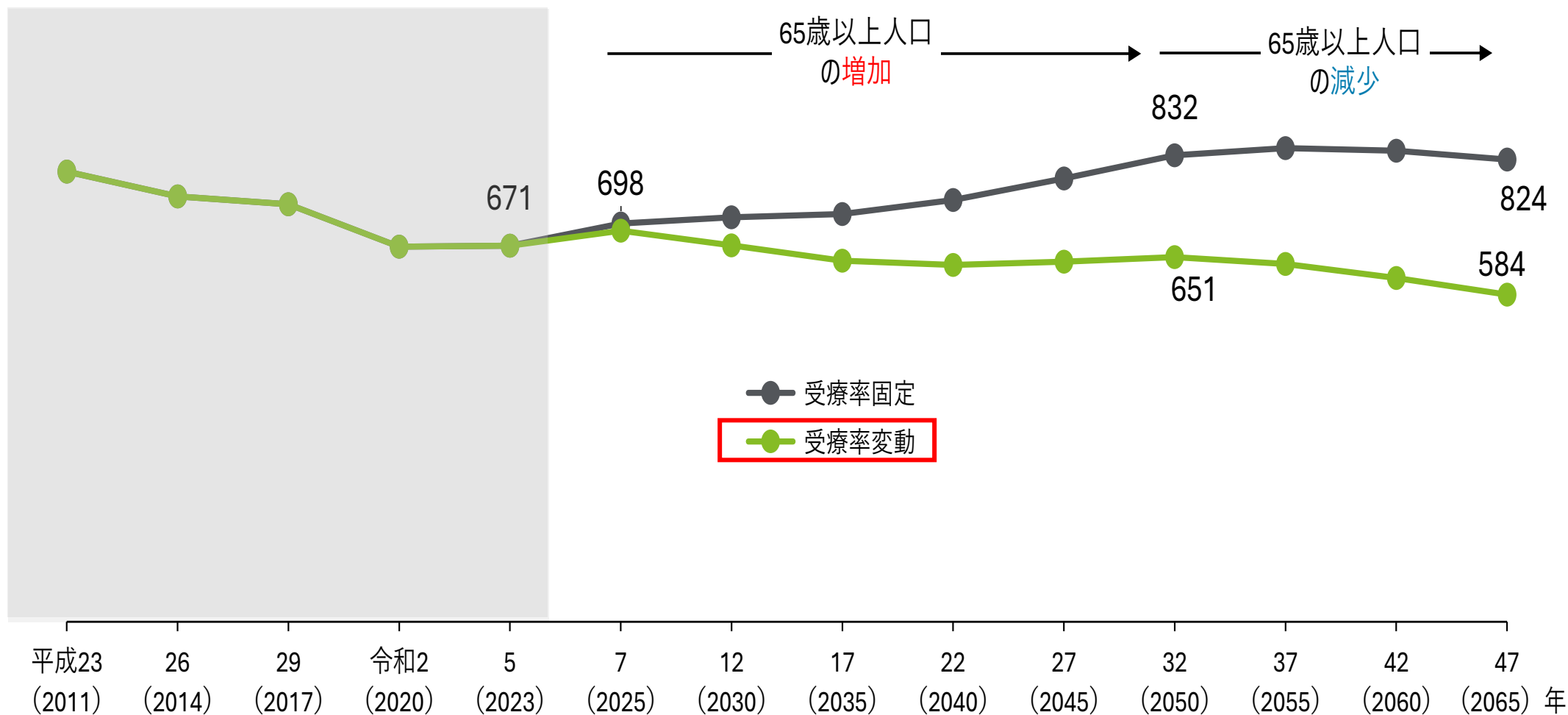
65歳以上の将来推計



○人口増減の影響や受療率のトレンドを考慮すると、**都内の入院患者数は減少**する見込み
（2025年比で**2040年は約1割減**、**2065年は約2割減**）

入院患者数推計結果

単位：人口10万人あたり患者数（人）/日



出典：東京都保健医療局「地域医療に関する調査・分析業務等報告書」（令和7年度）

○構想区域ごとの必要病床数を踏まえつつ、基準病床数を定めており、基準病床数を既存病床数が下回る二次保健医療圏について病床配分を実施（ただし、病院の病床利用率が低水準で推移している点等を踏まえ、令和6年度以降病床配分を休止）

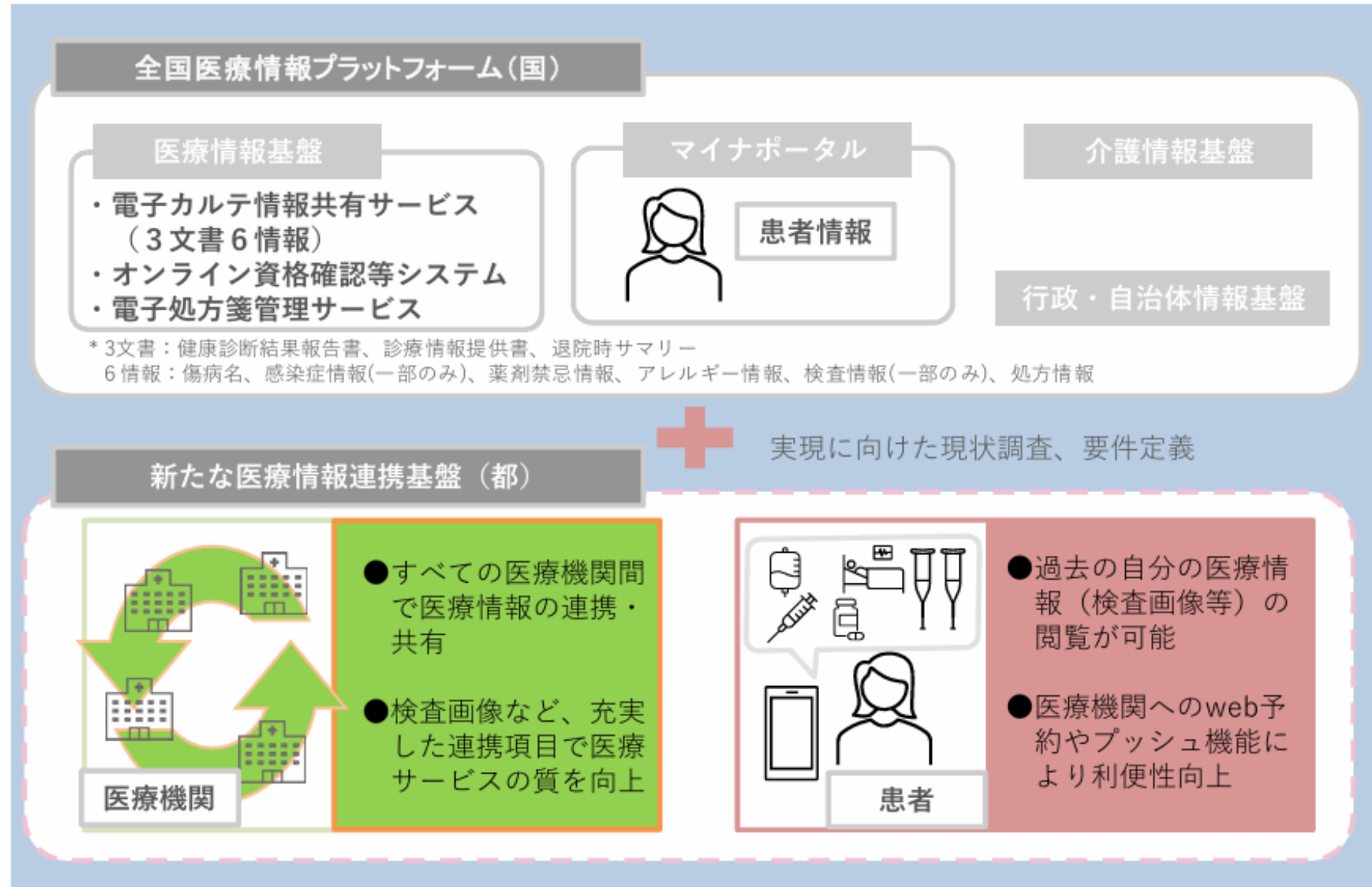
構想区域 (二次保健医療圏)	2025年 必要病床数
区中央部	14,469
区南部	8,570
区西南部	9,983
区西部	12,116
区西北部	15,384
区東北部	9,716
区東部	8,417
西多摩	3,748
南多摩	11,743
北多摩西部	4,836
北多摩南部	8,704
北多摩北部	6,037
島しょ	41
計	113,764

基準 病床数	既存 病床数 (R8.4.1時点)	過不足
5,657	13,089	7,432
7,972	7,822	△150
9,874	9,347	△527
8,276	9,657	1,381
15,589	13,970	△1,619
11,405	10,426	△979
10,713	8,969	△1,744
3,328	3,632	304
11,960	9,909	△2,051
5,074	4,254	△820
7,512	6,654	△858
6,351	5,442	△909
255	80	△175
103,966	103,251	△715

※「必要病床数」は、地域医療構想における将来（2025年）必要とされる病床数（目安）本表では、病床機能ごとの必要病床数の合計値のみ記載
「基準病床数」は、都道府県が作成する医療計画に基づき、現在必要とされる病床数（上限）
「既存病床数」は、医療法に基づき、現在の病床数から既存病床数として算定しない病床（例：職域病床）を補正した後の病床数

○新たな医療情報連携基盤など医療DXの活用により、**広域的な情報連携の推進**が見込まれる

—目指す姿—



項目	都内の状況
医療資源	・ 高度医療提供施設（大学病院本院・特定機能病院）が集積 ・ 中小病院や民間病院が多い（都内627病院、民間病院割合89.7％） ・ 特別区と多摩地域で、医療資源の状況が異なるなど、地域差が大きい
受療行動	・ 発達した公共交通網により、患者は圏域を越えて広域・多様に移動しており、現在の構想区域が実際の医療提供体制や受療行動の実態に必ずしも即していない状況がある ・ 圏域ごとの患者の流出入率は高いが、都全体では低く、概ね都内で入院医療が完結
人口 医療需要	・ 都全体の人口は増加し、特に65歳以上人口が増加する一方で、生産年齢人口は減少 ・ 高齢者単独世帯が多い ・ 入院患者総数は減少見込み（2040年は約1割減）
病床	・ 基準病床数を既存病床数が下回る二次保健医療圏について病床配分を実施（令和6年度以降、病床配分休止）
情報連携	・ 新たな医療情報連携基盤など医療DXの活用により、広域的な情報連携の推進が見込まれる



○ 広域的な受療行動や高度医療提供施設の集積等のこれまでの都の地域特性に加え、将来の入院患者数の減少や広域的な情報連携の推進等を見据えた、構想区域のあり方を検討する必要がある

○ 東京の地域特性に加え、将来の入院患者数の減少や広域的な情報連携の推進等を見据えると、**どのように構想区域を設定するのがよいか**

【1】 第1回地域医療構想策定部会（7/10）での意見

【2】 構想区域について

【3】 医療機関機能・高齢者救急について

- 85歳以上の高齢者の増加や生産年齢人口の減少が更に進む2040年とその先を見据え、「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関との役割分担を明確化するため、従来の「病床機能」に加え「医療機関機能」の考え方を導入
- 医療機関機能に着目した新たな地域医療構想を推進するため、「急性期拠点機能」「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」「専門等機能」「医育及び広域診療機能（大学病院本院）」の5機能を新設

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- ・ 構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- ・ 手術等の急性期医療を集約して提供
- ・ 新興感染症等への対応
- ・ 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- ・ 地域での在宅医療の提供
- ・ 他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を実施

高齢者救急・地域急性期機能

- ・ 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- ・ 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- ・ 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- ・ 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- ・ 都道府県と連携した人的協力
- ・ 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- ・ 地域で多様な症例に対応する人材の育成

①急性期拠点機能

- 急性期拠点機能は、救急医療の提供や手術等の医療資源を多く要する医療について、幅広く総合的に提供することが求められる
- 小児・周産期医療等の一部の診療領域について、大都市部等において他の医療機関により診療領域の体制が整備されている場合、新たに当該診療機能を担う必要はないものとされている
- 単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、災害医療、新興感染症への対応、医育、人的協力等の役割も求められる
- 入院需要の減少を踏まえ、総合的な急性期入院医療の提供機能を維持できる範囲で、**ダウンサイズ**が求められる

②急性期拠点機能を担う医療機関数

- 2040年の人口推計をもとに、**人口20万人から30万人程度につき一か所程度を目安に確保**することを基本とする
- 人口規模が特に大きい区域等では、医療機関の役割分担の明確化の観点から、**一定の総合性を有する医療機関に限り設定**することとし、単に人口規模に基づき設定するのではなく、様々な診療実績等を確認しながら協議することを求めている
- 大学病院本院は、広域的な医療提供を行うが、急性期拠点機能に求められる役割を果たしている場合もあるため、当該区域における急性期拠点機能を担う医療機関数は、当該大学病院本院の診療実態等を考慮した上で設定する

③急性期拠点機能を担う医療機関の決定

- 急性期拠点機能として当該区域で果たすべき役割を満たすことができるよう、手術や救急医療等の急性期医療の役割分担や**人的協力の取り決め等の具体的な取組**も併せて確認した上で、急性期拠点機能を担う医療機関を決定する
- 急性期拠点機能を担う医療機関の決定について、各医療機関の**全身麻酔手術件数**や救急搬送受入件数等の急性期医療に係る診療実績を確認の上、**医療従事者の確保見込み**や**施設の整備状況**、**建物の築年数**等も考慮しながら、協議を行う
- 急性期医療を担う医療機関へのアクセスが担保されるよう、**必要に応じ医療機関へのアクセスの状況**も考慮する

④ 高齢者救急・地域急性期機能

- 高齢者救急・地域急性期機能は、高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、入院早期からのリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、退院後のリハビリテーションの提供、介護施設の協力医療機関等の役割を担う
- 今後増加が見込まれる高齢者の救急受入等、地域住民に最も近い地域急性期医療を担う医療機関として、区域内で適切に確保することが重要。また、救急搬送の受入以外にも、休日・夜間を含めた高齢者施設等からの外来診療への対応等も求められる
- 大都市型等においては、手術や処置等を必要とする症例が一定水準以上発生するため、大腿骨近位部骨折に対する手術等の頻度の高い手術・処置等を実施できる体制整備も求められる
- 急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能については、役割分担の明確化のため、いずれか一方の機能のみの報告とする

⑤ 在宅医療等連携機能

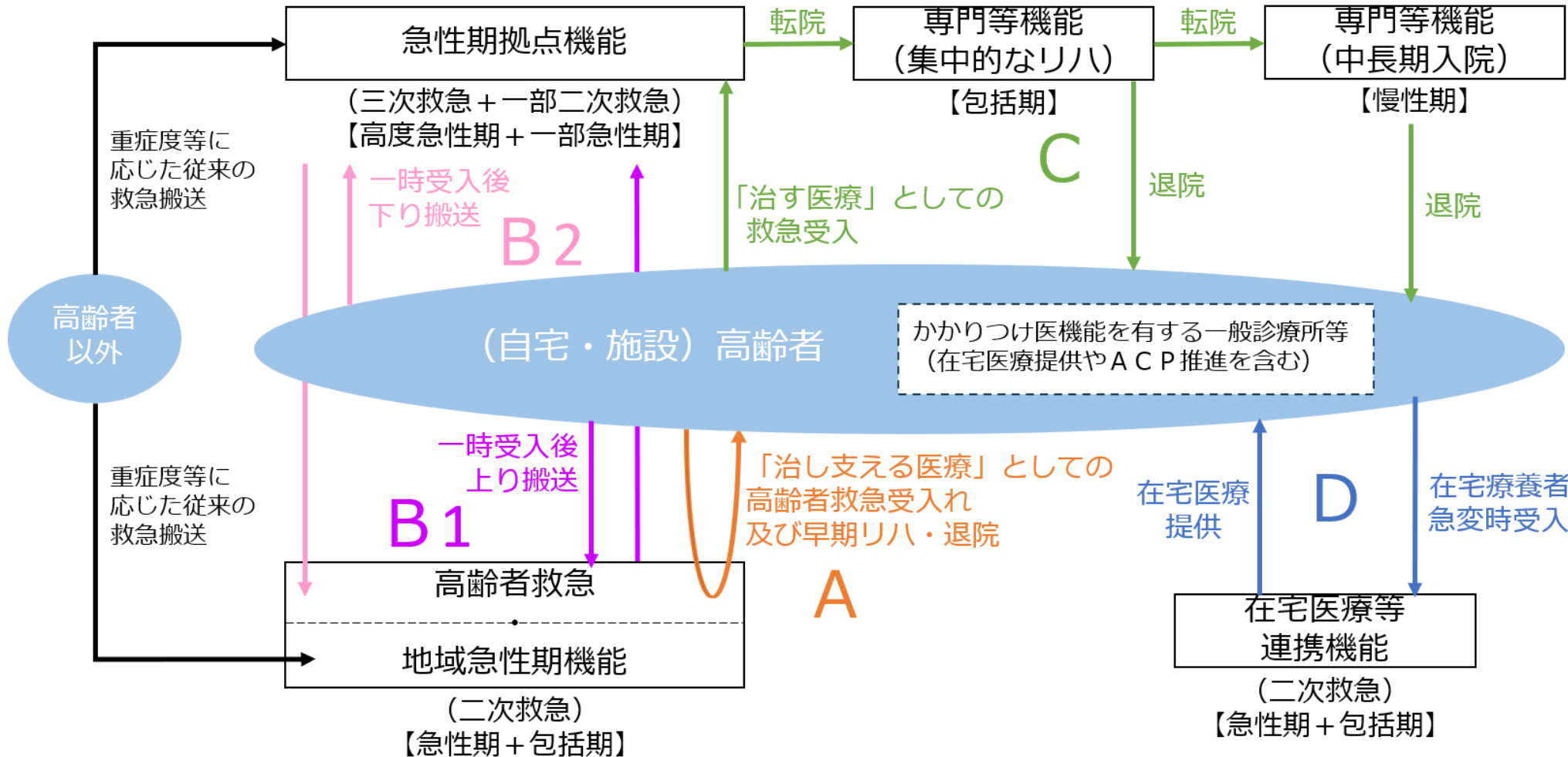
- 在宅医療等連携機能は、在宅医療の実施や他の医療機関・介護施設・訪問看護等と連携した24時間対応及び入院対応を提供
- 入院対応等の後方支援や介護施設の協力医療機関としての連携等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる
- 効率的な在宅医療提供の観点から、往診・オンライン診療・遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる
- 在宅医療等連携機能については、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が、在宅医療や在宅医療の後方支援も担う場合、複数の医療機関機能を報告しても差し支えない

⑥ 専門等機能

- 専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所、一部の診療科に特化した診療を提供する
- 有床診療所は、基本的に専門等機能を選択するが、地域において在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受入を担う場合、在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として医療機関機能を報告する

⑦ 医育及び広域診療機能

- 医育及び広域診療機能は、大学病院本院が担うものであり、常勤医師や代診医の広域的な派遣、医療従事者の育成、広域な観点求められる診療について、都道府県と連携のもと総合的に取り組むことが求められる
- 大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする



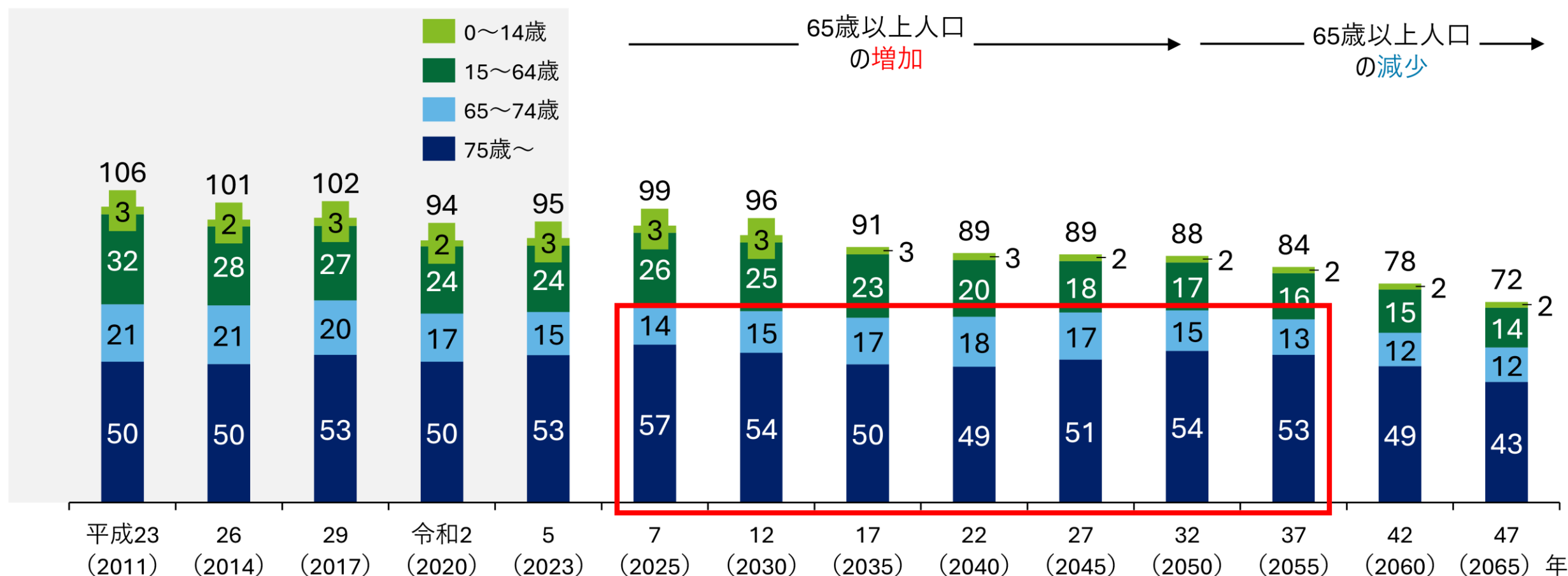
【高齢者の入院医療の主なフロー】 ※実際には以下に集約されない多様なフローを想定

- A 高齢者救急・地域急性期機能で受入れ後、早期リハ・退院
B 1 高齢者救急・地域急性期機能で一時的に受入れ後、上り搬送にて急性期拠点機能へ転院
B 2 急性期拠点機能で一時的に初期診断・治療後、下り搬送にて高齢者救急・地域急性期機能へ転院
C 急性期拠点機能で受入れ後、専門等機能（リハ・中長期入院）への転院を経る等して退院
D 在宅医療を実施する一般診療所等と連携して、在宅医療等連携機能で急変時の対応

○入院需要は減少傾向である一方、高齢の入院患者数は2055（令和37）年頃まで横ばいで推移

入院患者数推計結果（年齢別）

単位：千人/日



出典：東京都保健医療局「地域医療に関する調査・分析業務等報告書」（令和7年度）

○高度急性期・急性期において、救急搬送のうち約４～５割程度は高齢者が占めており、増加傾向にある

救急搬送に占める高齢者（65歳以上）の割合

医療機能	令和4年度	令和5年度	令和6年度
全体	42.6%	41.7%	44.4%
①高度急性期	32.6%	32.1%	33.4%
②高度急性期/急性期	44.4%	42.8%	46.1%
③急性期/サブアキュート	43.3%	45.2%	47.7%
④回復期/ポストアキュート	67.9%	63.7%	68.4%
⑥ケアミックス（急性期・回復期）	43.0%	41.4%	43.2%
⑦ケアミックス（回復期・慢性期）	83.2%	86.0%	82.9%
⑤慢性期	66.3%	66.3%	68.7%
⑧精神	76.6%	63.8%	61.8%

※上記割合は、2022、2023、2024年度すべての救急搬送件数、及び、高齢者の救急搬送件数を回答した病院のみを集計している

(救急搬送に占める高齢者の割合＝高齢者の救急搬送受入件数÷救急搬送受け入れ件数)

都内の状況（3）都内の医療提供体制の状況①

- 二次救急のうち、休日・全夜間診療事業に参画する**指定二次救急医療機関**は、都内で**237施設**配置
- 指定二次救急医療機関のうち、地域における救急医療の連携の中核を担う**地域救急医療センター**は、**92施設**配置（各R8.4.1時点）

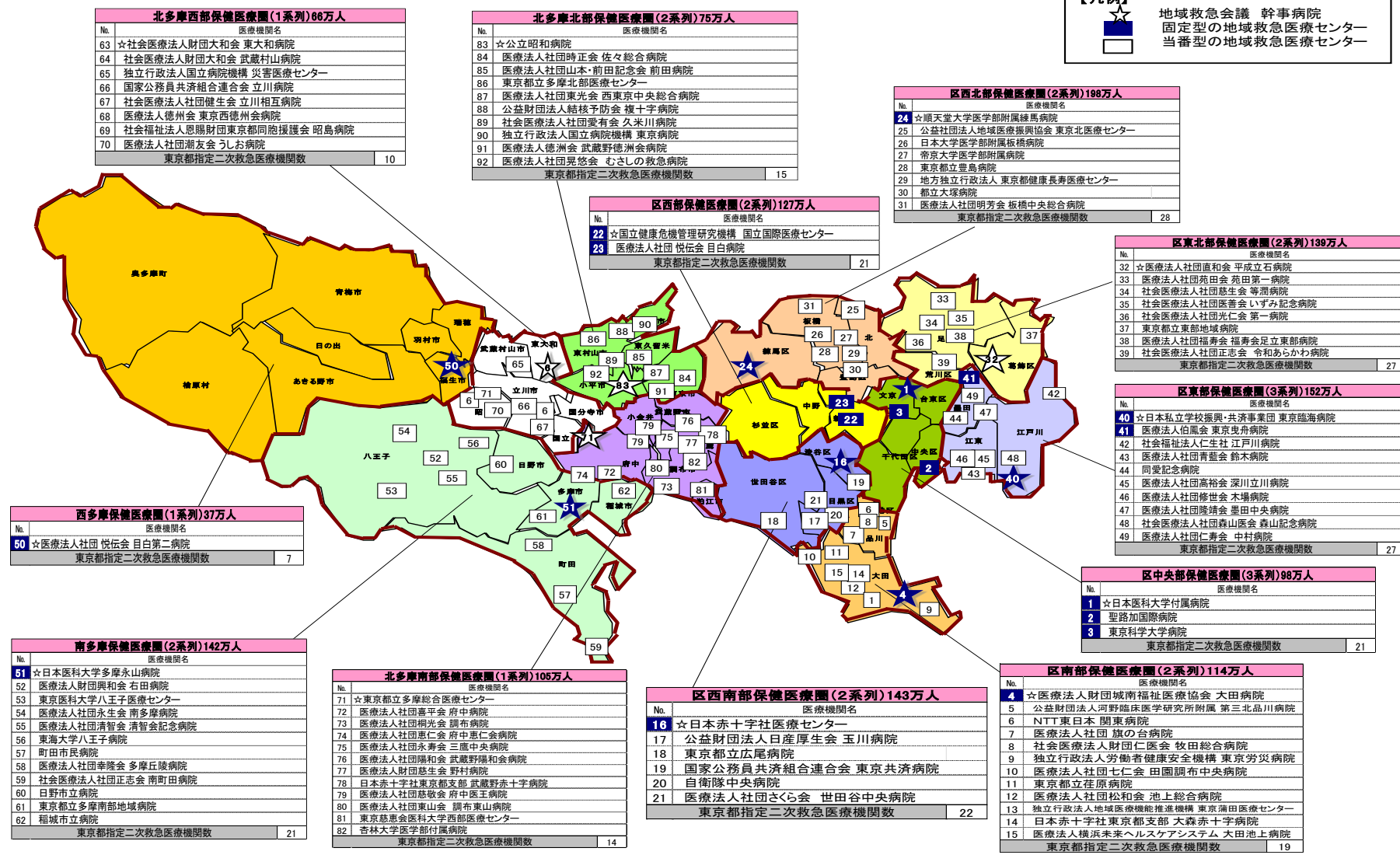
東京都地域救急医療センター 配置図

（令和8年4月1日現在） ※島しょを除く

【凡例】



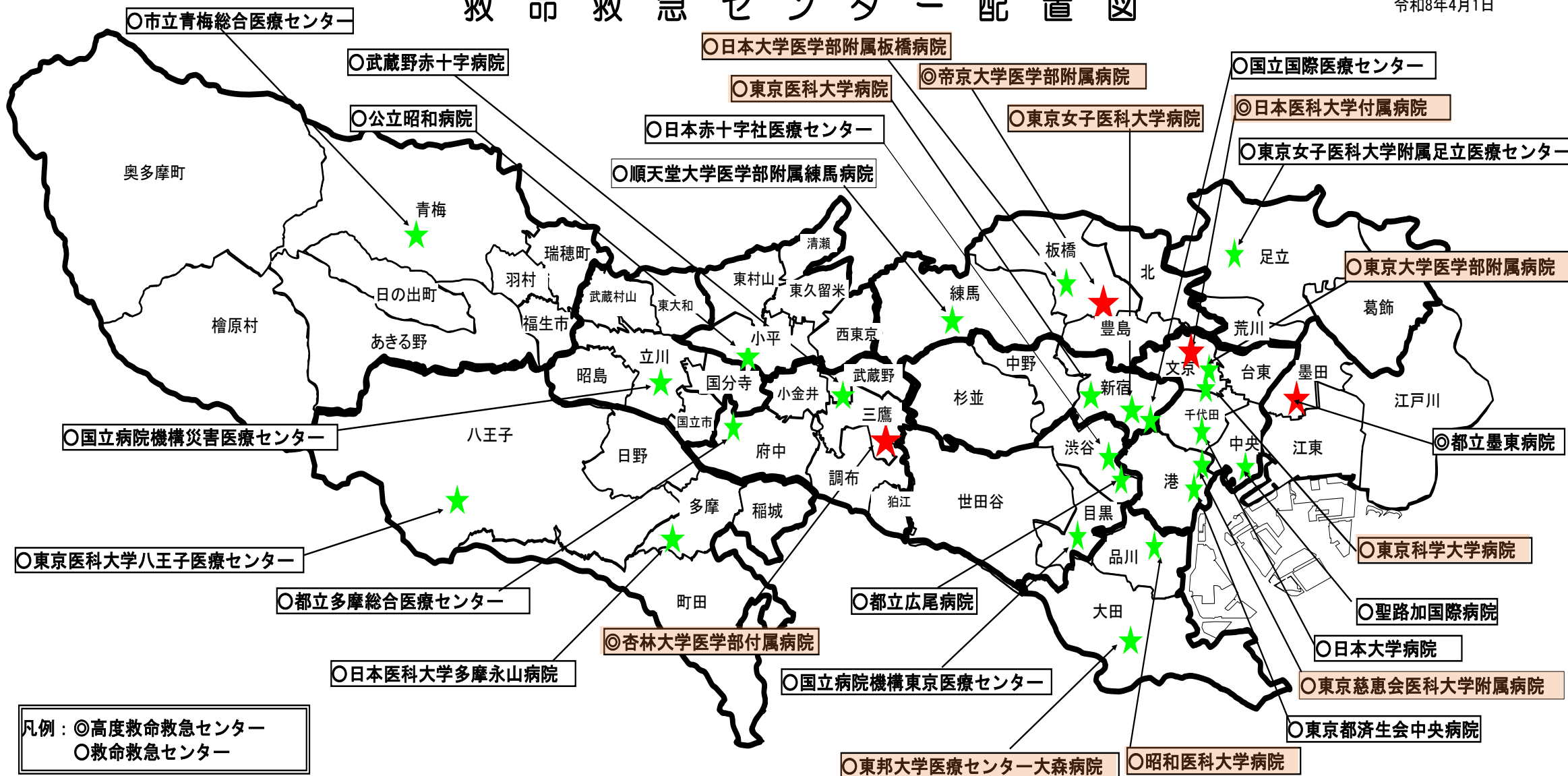
地域救急会議 幹事病院
固定型の地域救急医療センター
当番型の地域救急医療センター



○三次救急を担う救命救急センターは、都内で28施設配置（R8.4.1時点）

救命救急センター配置図

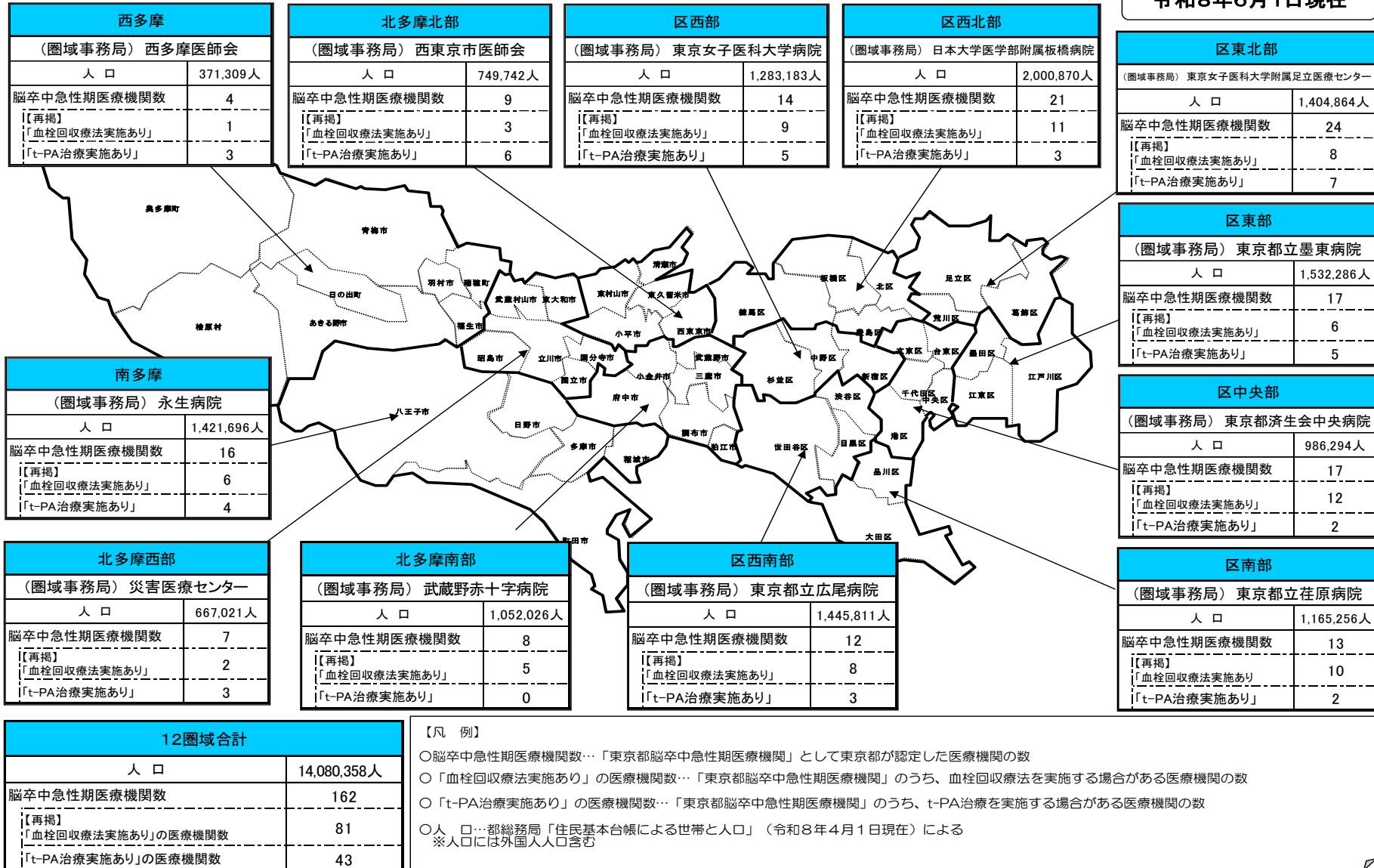
令和8年4月1日



○脳卒中や心血管疾患など、既存の搬送体制を確保しているものも存在している

東京都脳卒中急性期医療機関数と圏域事務局（二次保健医療圏別）

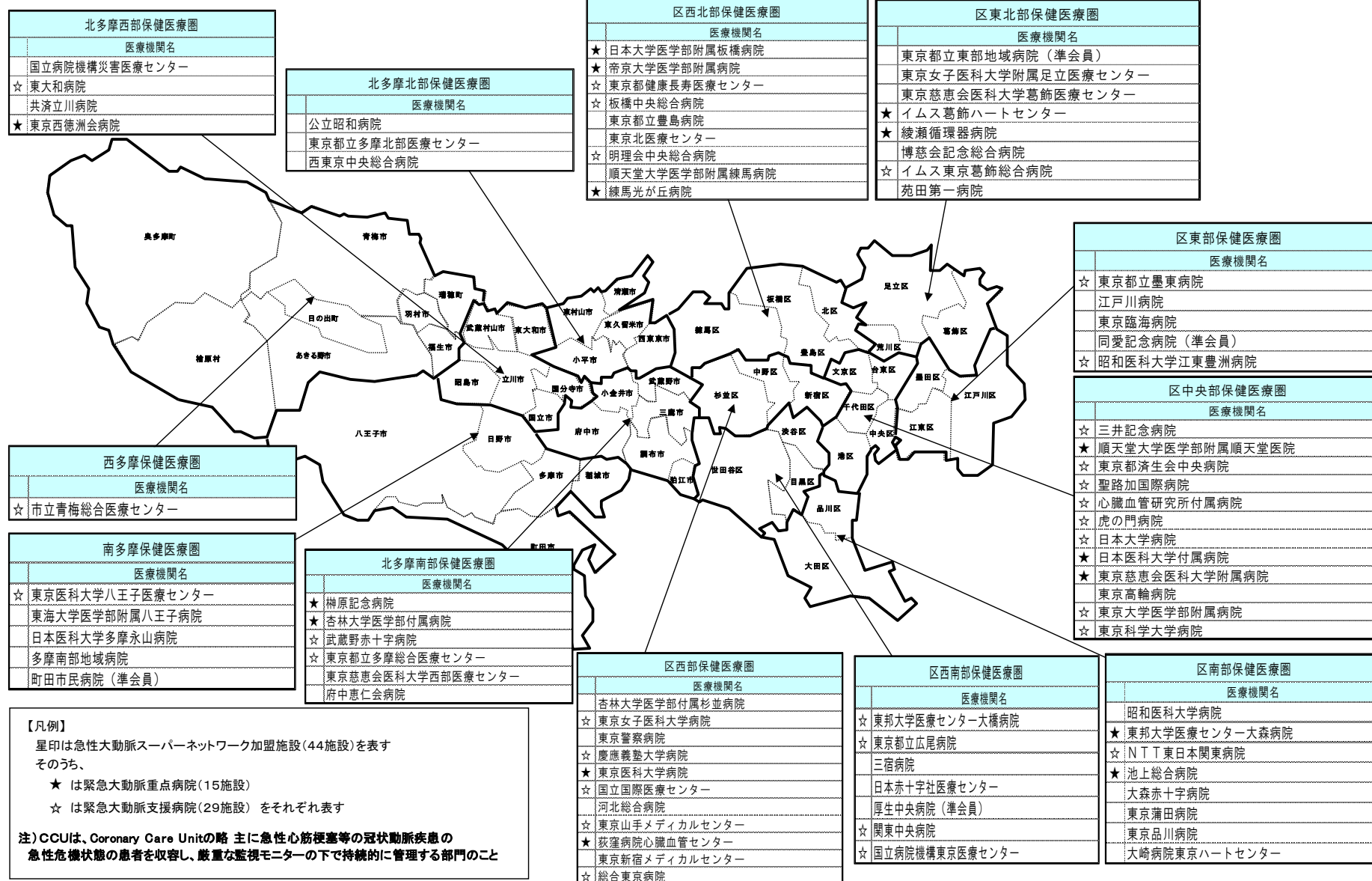
令和8年6月1日現在



○脳卒中や心血管疾患など、既存の搬送体制を確保しているものも存在している

CCUネットワーク参画医療機関

（令和8年4月1日現在 12医療圏75施設）



① 高齢者救急の基本的な考え方

- 単純に年齢や疾患で区切るのではなく、身体・認知機能等を含めた検討が必要
- 手術等の必要な症例の割合は少なく、対応可能な医療機関が多い
- 在宅医療や介護との連携を含めた包括的な入院医療の提供が求められる

② 救急搬送体制の整備

- 今後の高齢者救急の需要増を踏まえ、救急車の適時・適切な利用、受入時の役割分担、受入直後の下り搬送・上り搬送、急性期経過後の転院搬送のルール作りが重要
- 高齢者救急の受入に係る考え方について、消防機関等と連携し日常的な救急搬送の運用や実施基準へ反映する
- 患者のアクセスに課題がある場合、アクセスに係る課題解決に向けた検討や救急車の適時適切な利用の推進に向けた取組も必要

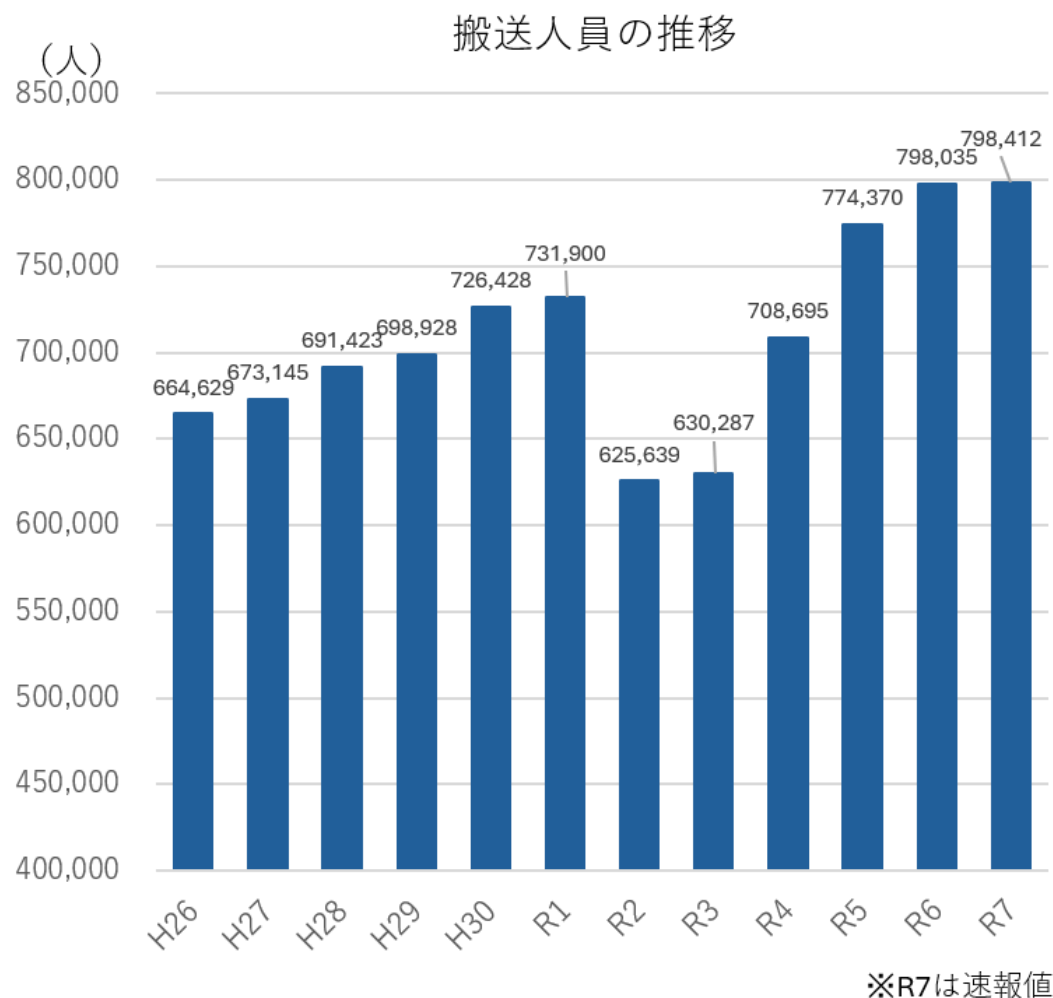
③ 救急搬送における連携

- 高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能と連携し、搬送先の選定の考え方や下り・上り搬送を含む受入後の連携のあり方を具体化していくことが求められる
- 各医療機関の救急搬送受入件数を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関においては、手術を要する患者や、緊急度・重症度の高い患者への対応を、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関においては、高齢者救急を中心とした救急搬送患者の受入、入院対応など役割分担の上、連携して対応していく必要がある
- 救急医療の役割分担に当たっては、救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数やその比率等について地域ごとに比較するほか、受入件数が相対的に多い場合の要因分析を行うこと等が考えられる

④ 救急搬送受入後の連携、在宅医療・介護との連携

- 受入時点のみならず、受入後の入院医療や転院搬送等の連携のあり方も併せて検討する必要がある
- 受入直後の下り搬送・上り搬送による急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能間の連携体制の整備や、急性期経過後の在宅医療・介護施設との連携体制の構築も重要
- 高齢者施設入所者の状態悪化時に、円滑な入院につなげるよう、協力医療機関の確保、平時からの情報共有、受診及び搬送のルールの整理等を通じて、高齢者施設と医療機関との連携体制を進めることが重要

- 救急搬送人員は、コロナ禍で一時減少した後、再び増加傾向にあり、令和 7 年は過去最多
- 全搬送人員のうち、約 5 割が軽症者

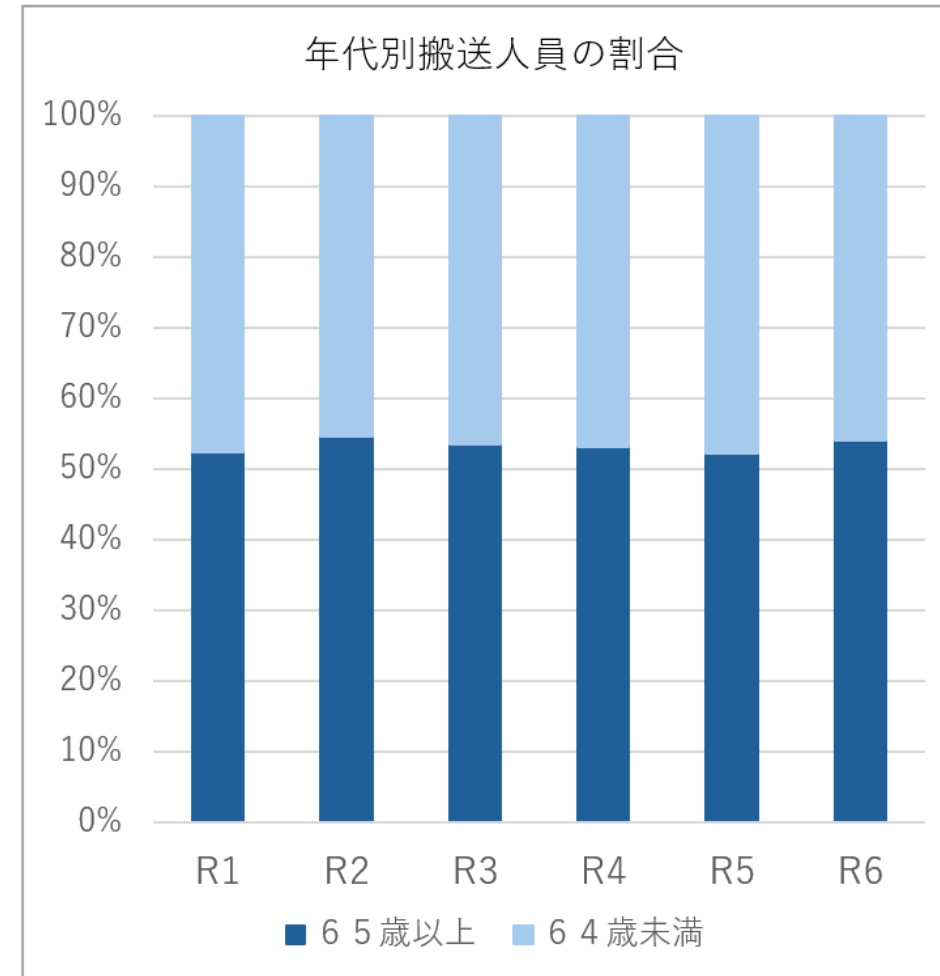
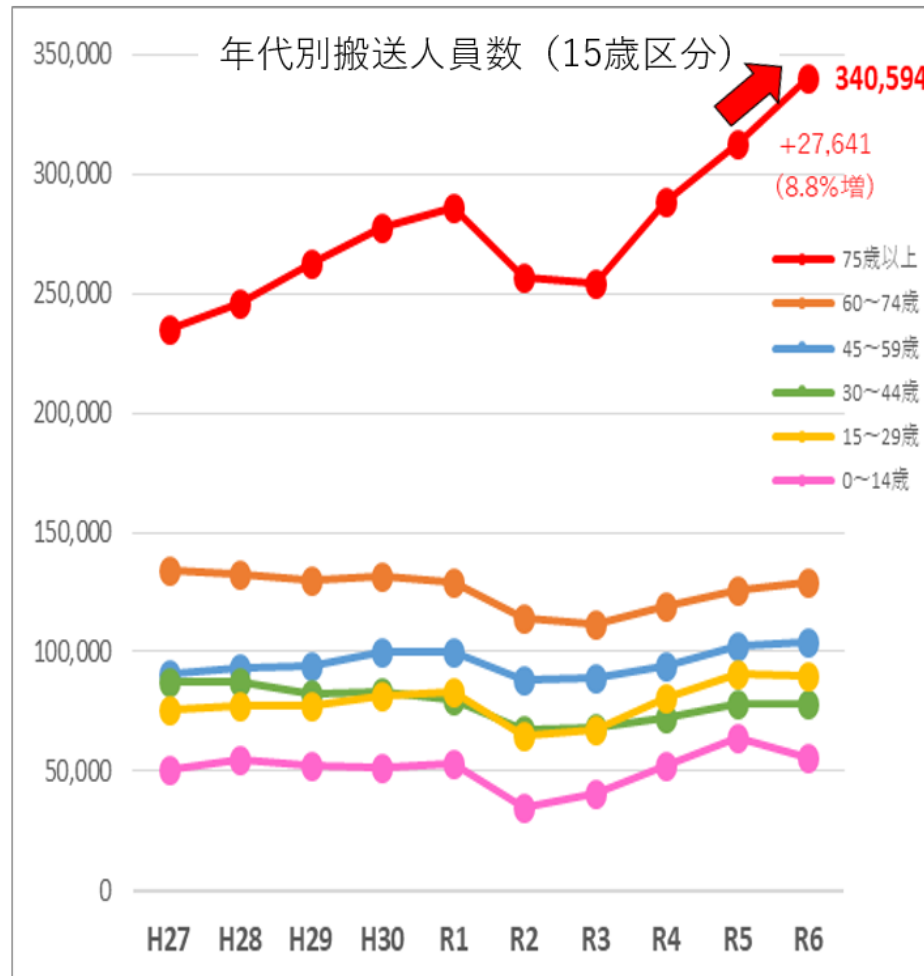


程度別搬送人員（令和 6 年）

区 分	搬送人員	重症以上	中等症	軽症
総 数	798,035 100.0%	56,952 7.1%	319,374 40.0%	421,709 52.8%
急 病	543,140 100.0%	41,068 7.6%	226,163 41.6%	275,909 50.8%
一 般 負 傷	151,638 100.0%	3,394 2.2%	49,015 32.3%	99,229 65.4%
転 院 搬 送	44,468 100.0%	9,271 20.8%	31,326 70.4%	3,871 8.7%
交 通 事 故	37,223 100.0%	1,095 2.9%	7,174 19.3%	28,954 77.8%
そ れ 以 外	21,566 100.0%	2,124 9.8%	5,696 26.4%	13,746 63.7%

出典：東京消防庁「救急活動の現況」（令和 6 年）

- 年代別の搬送人員数では、令和4年度以降、75歳以上の搬送人員数が増加傾向
- 全搬送人員のうち、半数以上を高齢者（65歳以上）が占める。



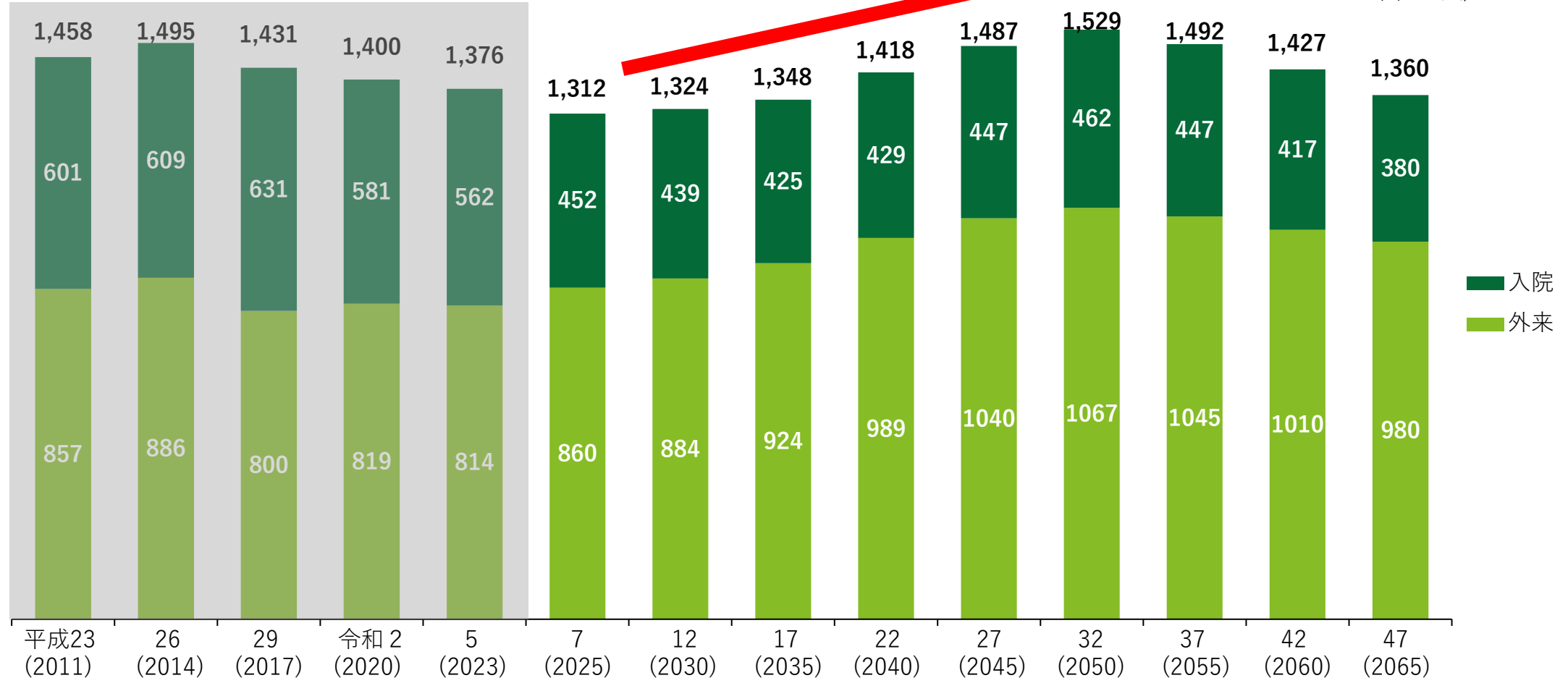
出典：東京消防庁「救急活動の現況」

出典：東京都保健医療局「第1回新たな地域医療構想を見据えた救急医療体制検討小委員会資料」（令和8年6月18日）

- 都内の高齢者の救急搬送件数は、2050（令和32）年頃まで増加する見込み（ピークの2050年は、2025年比で約2割増）
- 特に、外来の高齢者救急搬送件数の増加が顕著となっている

高齢者救急搬送患者数推計結果

単位 人/日



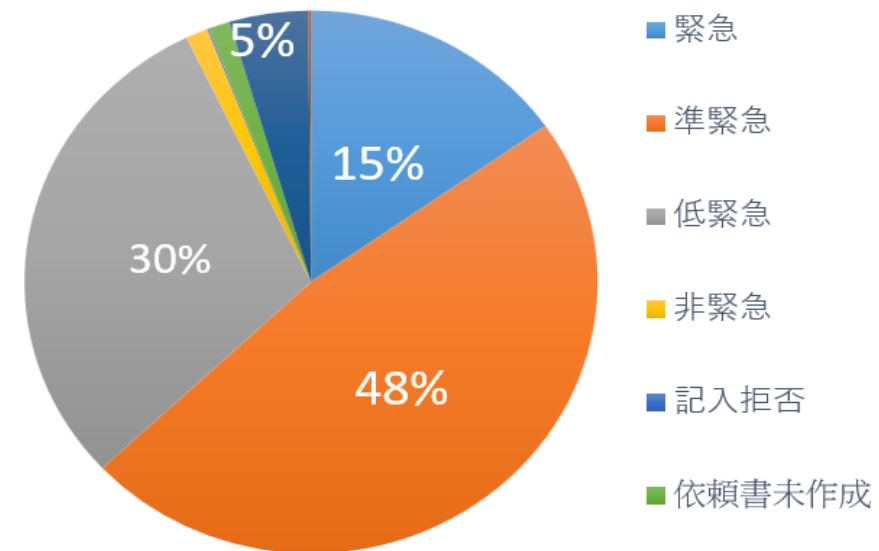
※高齢者救急搬送件数は、患者調査（厚生労働省）における疾病分類別の救急搬送患者数から救急搬送割合を算出し、入院・外来患者数推計結果のうち65歳以上の患者数に乗じて算出

出典：東京都保健医療局「地域医療に関する調査・分析業務等報告書」（令和7年度）より一部改

- 消防救急車による転院搬送は、年間約44,000件あり、全搬送人員の約6%を占める。
- 消防救急車による転院搬送において、転院先医療機関の医師による評価を集計したところ、緊急性のない（非緊急・低緊急）のものが約40%を占める。

月	総計	交通事故	火災事故	運動競技事故	自然災害事故	水難事故	労働災害事故	一般負傷	自損行為	加害	急病	転院搬送
1月	70,473	2,748	80	327	1	32	387	12,708	411	323	49,389	4,067
2月	61,386	2,735	59	385	3	27	467	11,652	368	308	41,799	3,583
3月	64,683	3,120	56	454	2	34	460	12,676	419	327	43,436	3,699
4月	60,527	3,034	49	528	2	19	479	11,316	404	356	40,880	3,460
5月	63,751	3,194	54	584	1	21	447	11,820	425	353	43,283	3,569
6月	64,613	3,125	32	573	-	15	523	11,732	466	359	44,185	3,603
7月	77,591	3,208	49	431	-	13	664	15,089	433	348	53,436	3,920
8月	69,463	2,860	29	388	1	7	589	13,289	427	357	47,955	3,561
9月	63,285	3,103	29	522	1	11	521	11,877	457	352	42,947	3,465
10月	63,317	3,437	41	509	-	13	462	12,455	471	370	41,991	3,568
11月	62,788	3,270	47	490	-	20	447	12,913	401	357	41,163	3,680
12月	76,158	3,389	86	379	-	27	456	14,111	384	357	52,676	4,293
合計	798,035	37,223	611	5,570	11	239	5,902	151,638	5,066	4,167	543,140	44,468

転院搬送における緊急度（R7）



出典：東京消防庁「救急活動の現況」（令和6年）

出典：東京都保健医療局「第1回新たな地域医療構想を見据えた救急医療体制検討小委員会資料」（令和8年6月18日）

○救急患者が迅速に医療を受けられるよう、地域の救急医療機関が相互に協力・連携して受入を行う「救急医療の東京ルール」を運用

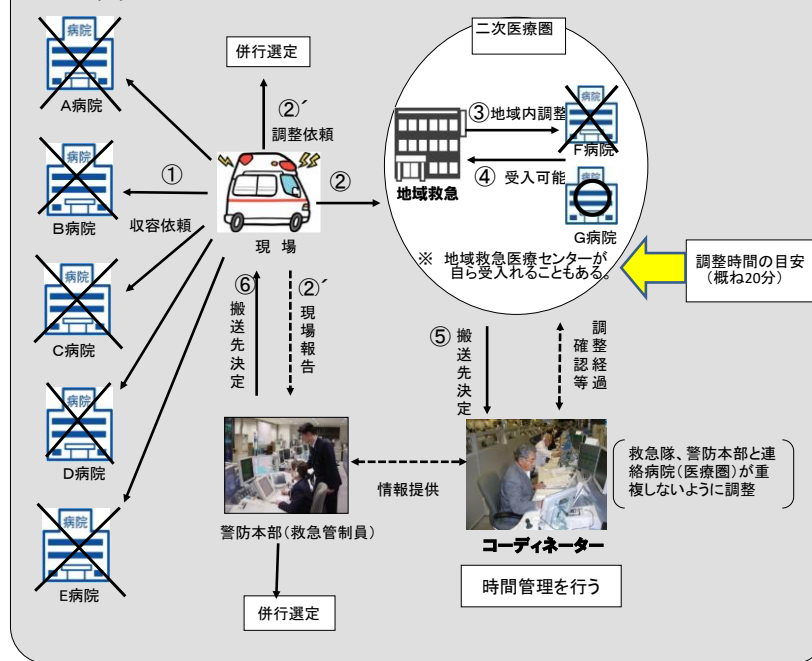
ルールⅠ 救急患者の迅速な受入れ

- ◆ 救急患者を迅速に医療の管理下に置くため、地域の救急医療機関が相互に協力・連携して救急患者を受け入れる。

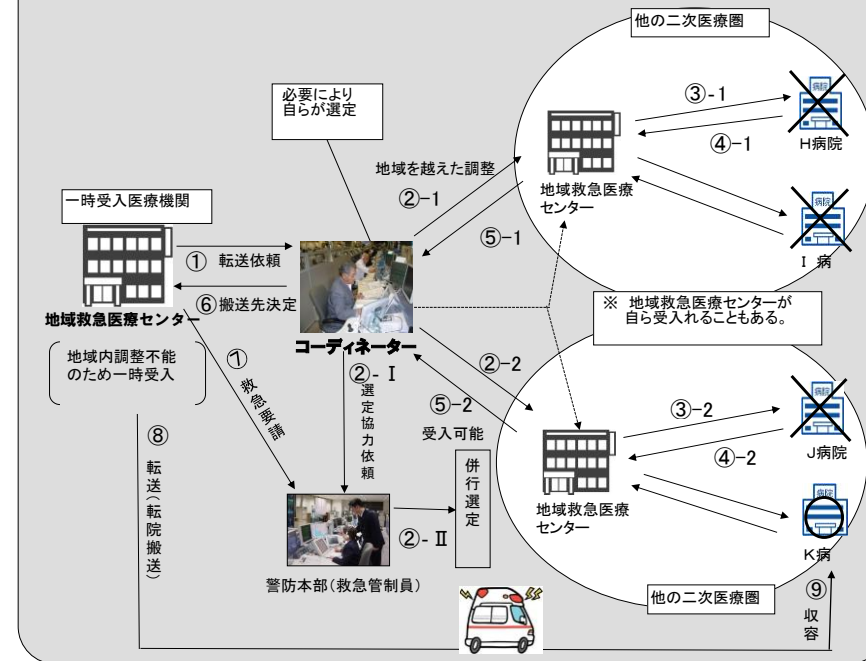
【調整対象】

原則中等症以下の患者で、救急隊による医療機関選定において、5医療機関への要請又は20分程度以上を経過しても搬送先医療機関が決定しない場合は、「東京ルール」事案として地域救急医療センターに調整を依頼する。

(1) 地域で受け止める救急医療のイメージ図



(2) 東京都全体で受け止める救急医療のイメージ図



ルールⅡ 「トリアージ」の実施

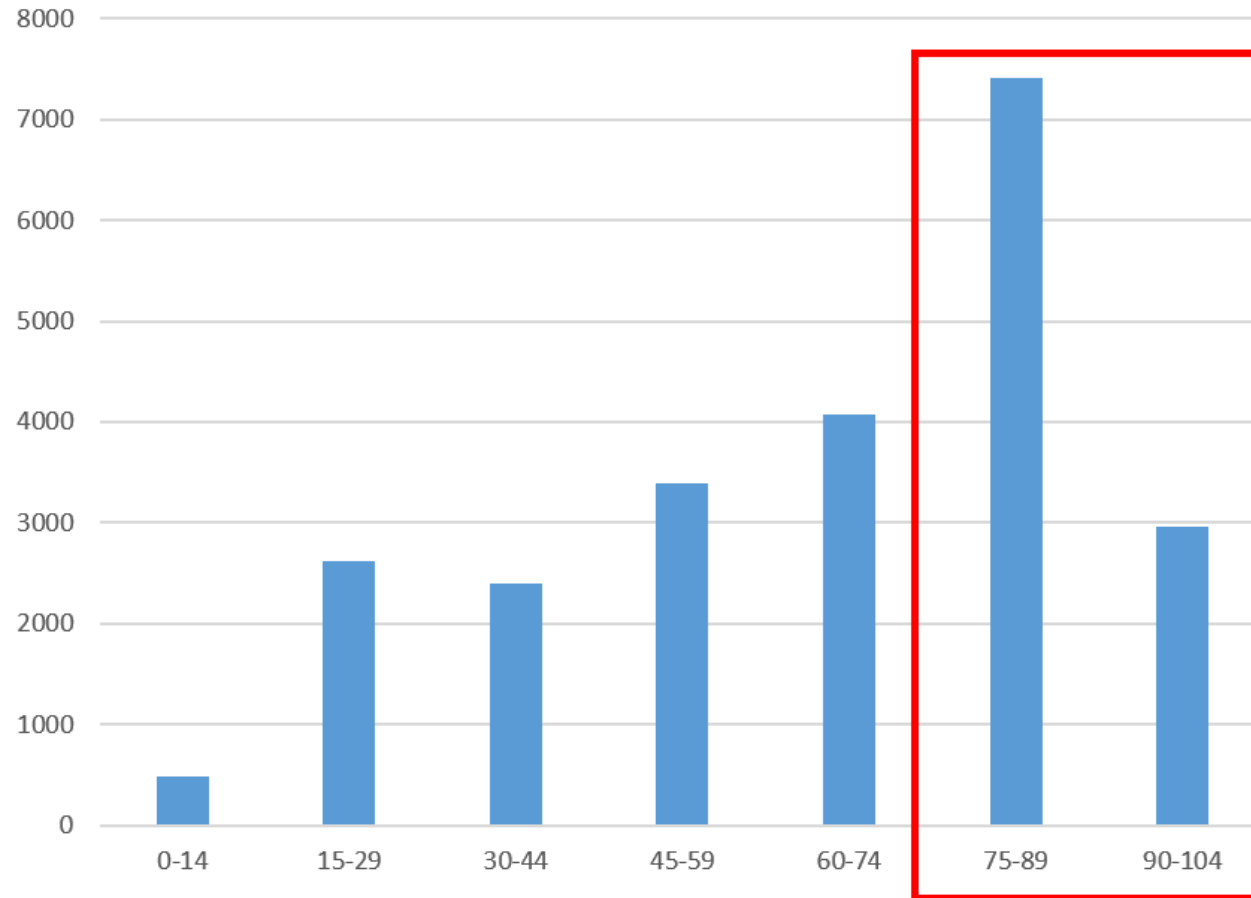
- ◆ 緊急性の高い患者の生命を守るため、救急医療の要否や診療の順番を判断する「トリアージ」を、救急の様々な場面で実施する。

ルールⅢ 都民の理解と参画

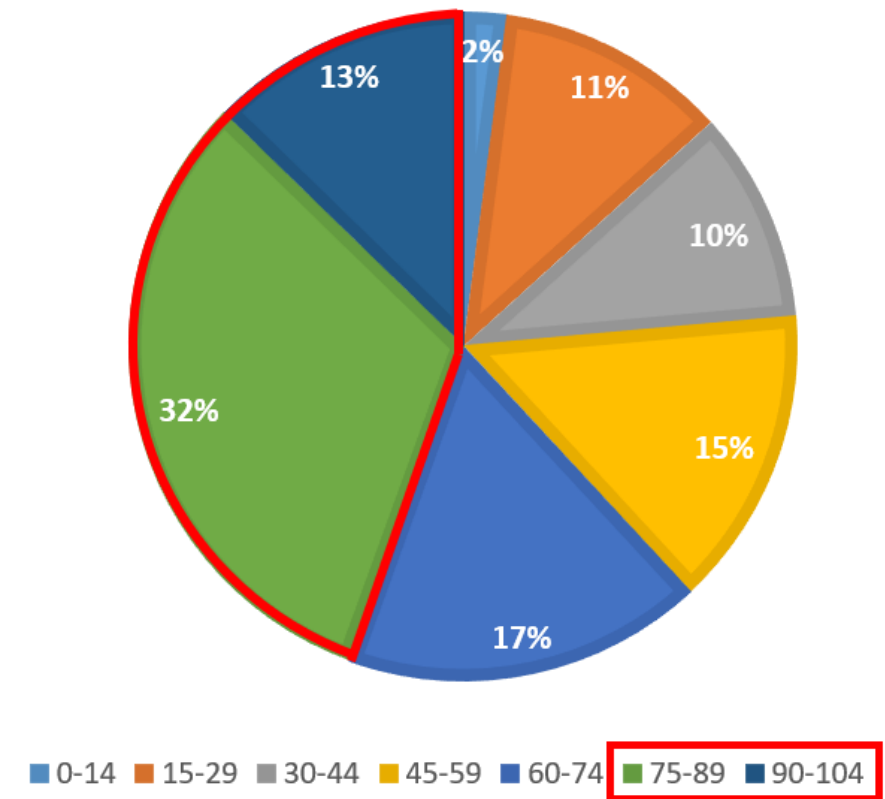
- ◆ 都民は、自らのセーフティネットである救急医療が重要な社会資源であることを認識し、救急医療を守るため、適切な利用を心がける。

○東京ルール事案は、75歳から89歳までの年齢層が多く、全体の半数近くを75歳以上が占める。

東京ルール事案件数（令和7年）



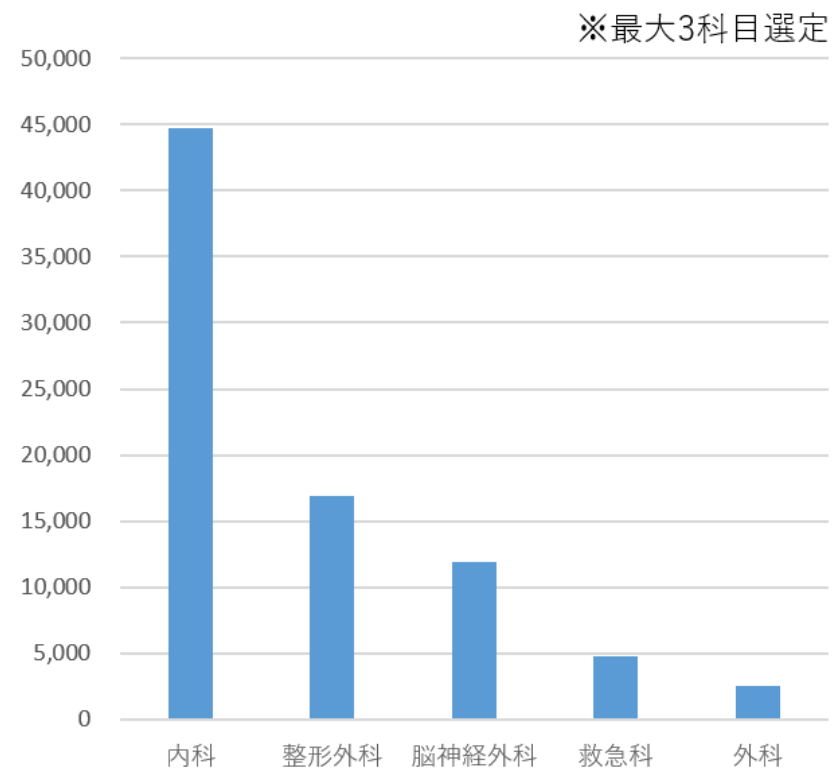
東京ルール事案年代別割合（令和7年）



- 東京ルールにおいて、救急隊や地域救急医療センターによる選定科目は、「内科」「整形外科」「脳神経外科」「救急科」「外科」の順に多い。
（救急隊等が病院を探すときに、最大3科目を選択可能なため、1事案につき最大3カウント）
- 東京ルールのキーワード別分類を年齢ごとに比較すると、「整形外科」「脳神経外科」「要介護者等」は高齢者層に多く、「アルコール」は若年者層に多い。

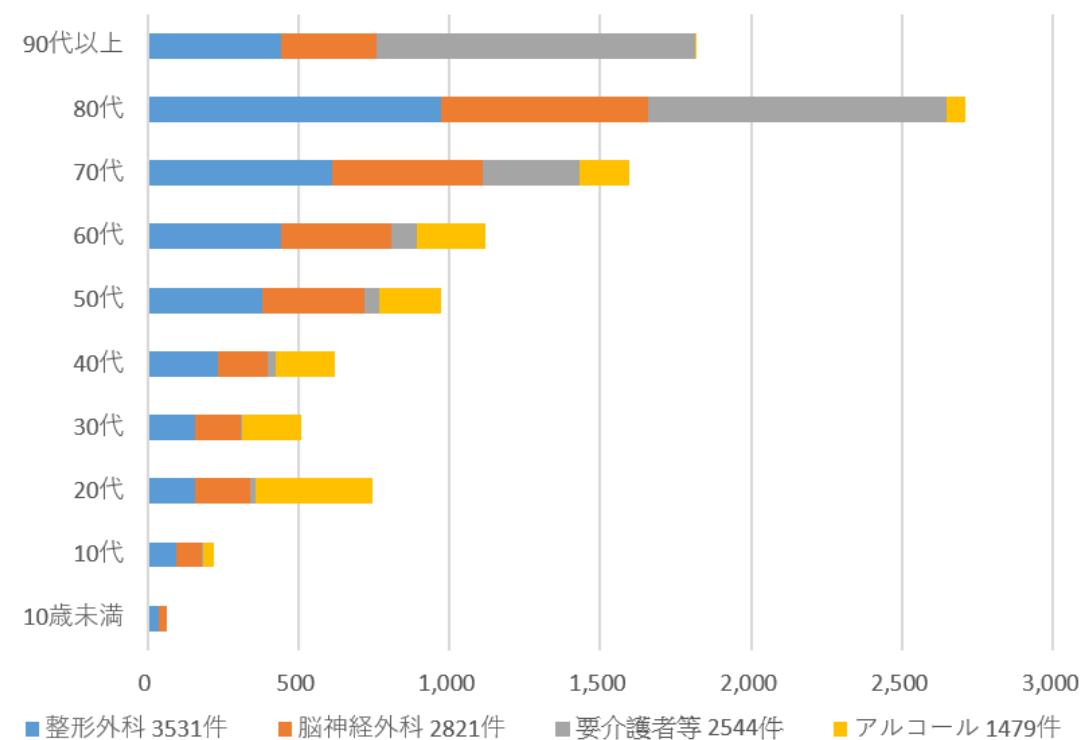
東京ルールにおける連絡医療機関の科目

統計上位 5 科目



令和7年東京ルール件数

上位4科目キーワード（年齢別）

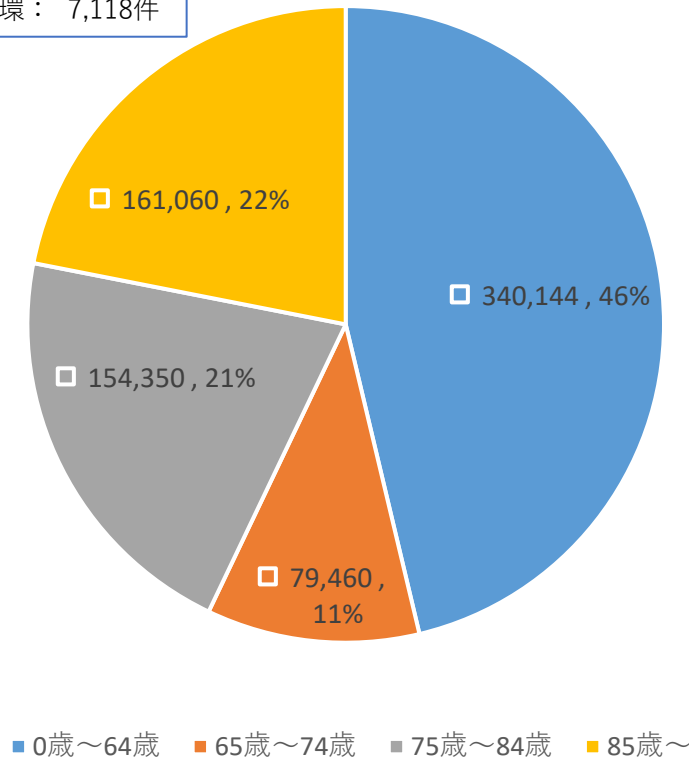


- 全時間帯の二次救急への搬送について、半数以上を高齢者（65歳以上）が占めている。
- 65歳以上の搬送者のうち、日常的な介助が必要な者（※救急隊の判断による。）の割合は、65歳から74歳までは16.3%、75歳から84歳までは31.8%、85歳以上では59.4%となっており、年齢が高くなるにつれて、日常的な介助が必要な者の割合は高くなる。

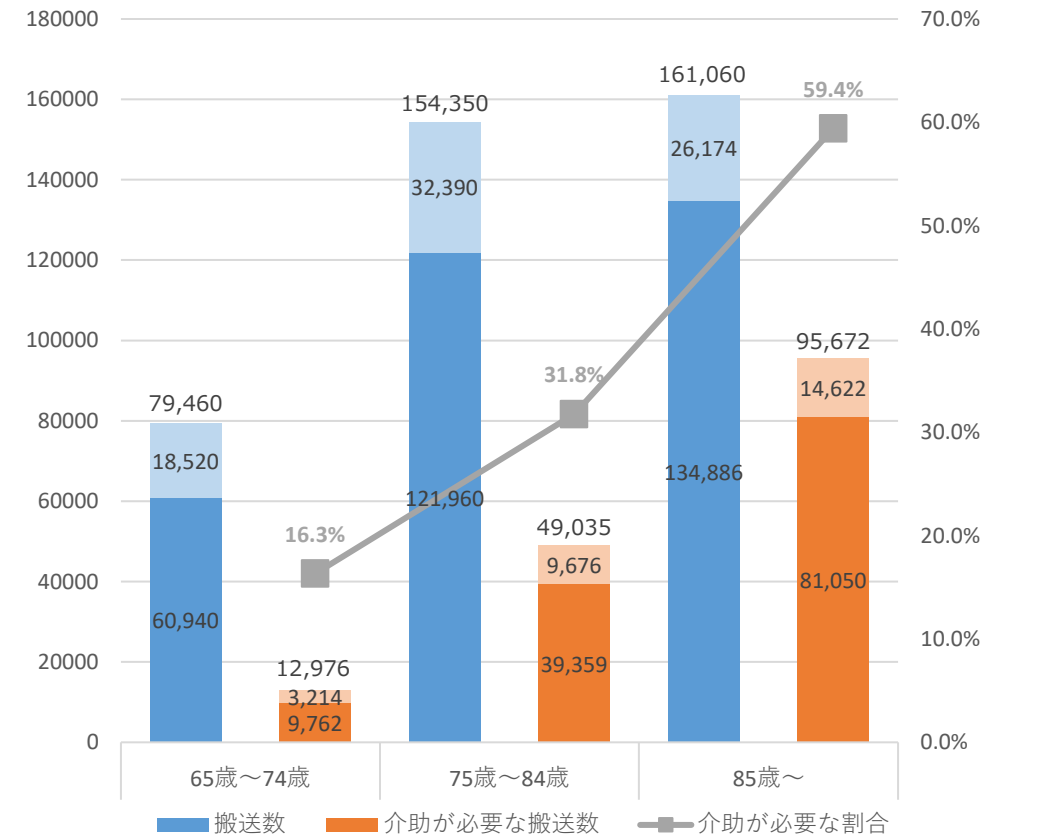
※令和7年実績

二次救急搬送件数（年齢別）

二次救急全体：735,014件
(参考)三次救急：33,054件
(参考)心臓循環：7,118件



日常的な介助が必要な搬送者数・割合



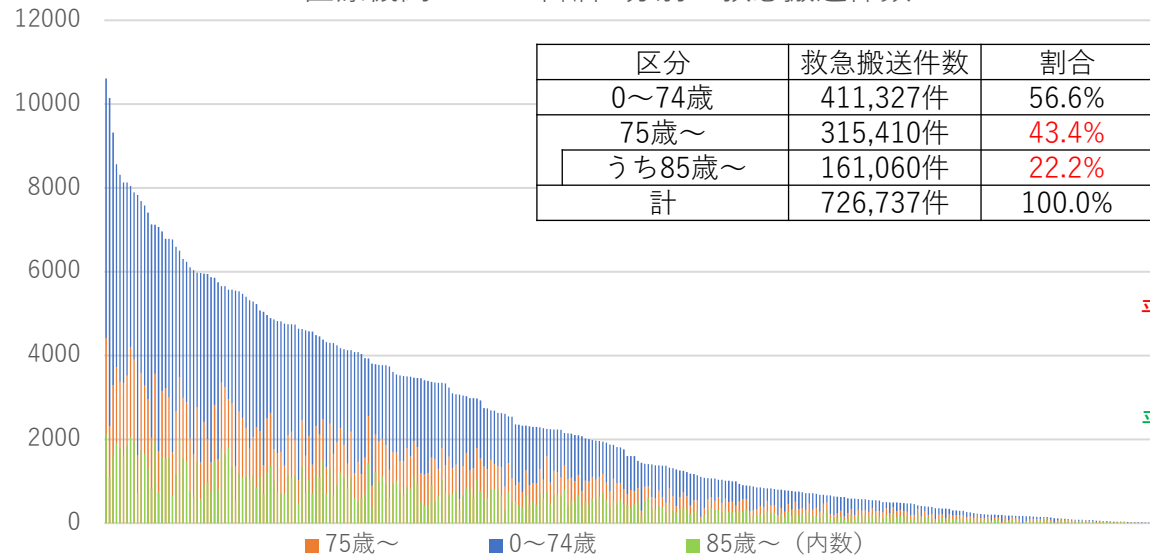
※各棒グラフの上側は、二次救急搬送者数のうち、三次救急も有する医療機関における搬送者数

○ 全時間帯の救急告示医療機関への搬送件数について、搬送件数が少ない医療機関ほど、搬送件数に占める75歳（85歳）以上の割合や要介助者の割合は高くなる傾向にある。

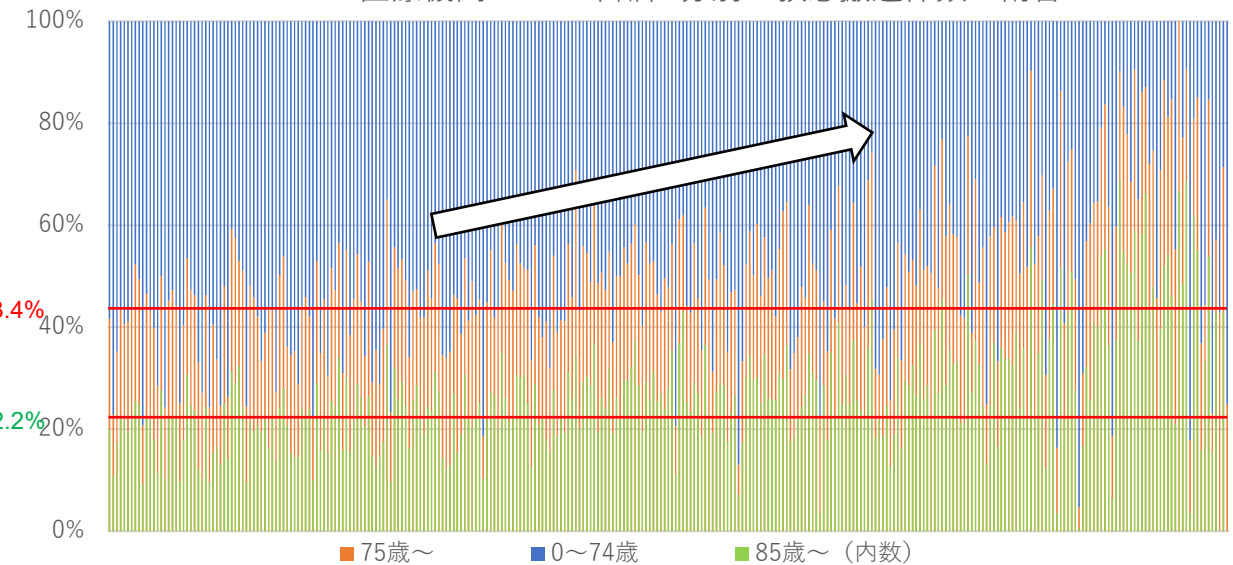
※令和7年実績

医療機関ごとの年齢区分別の救急搬送件数

区分	救急搬送件数	割合
0～74歳	411,327件	56.6%
75歳～	315,410件	43.4%
うち85歳～	161,060件	22.2%
計	726,737件	100.0%

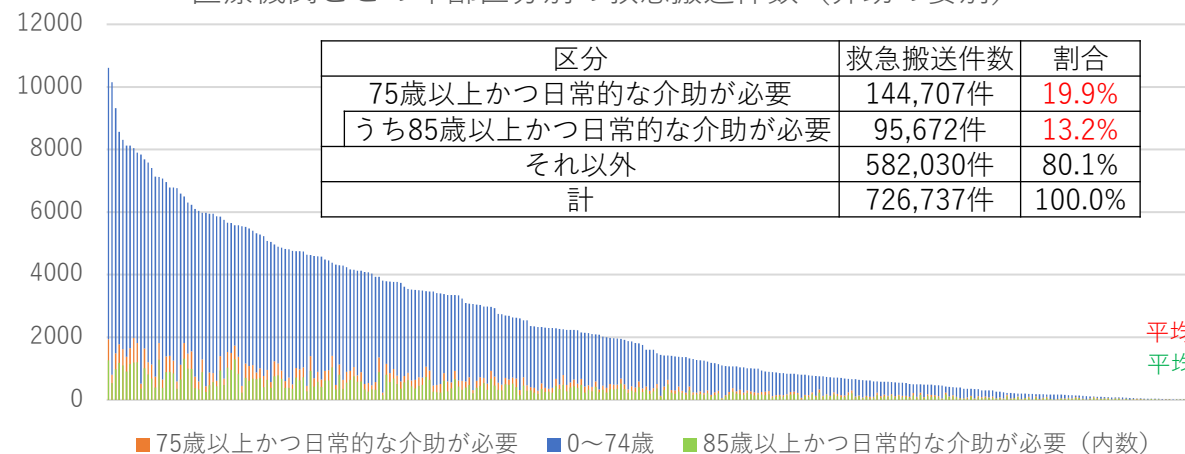


医療機関ごとの年齢区分別の救急搬送件数の割合

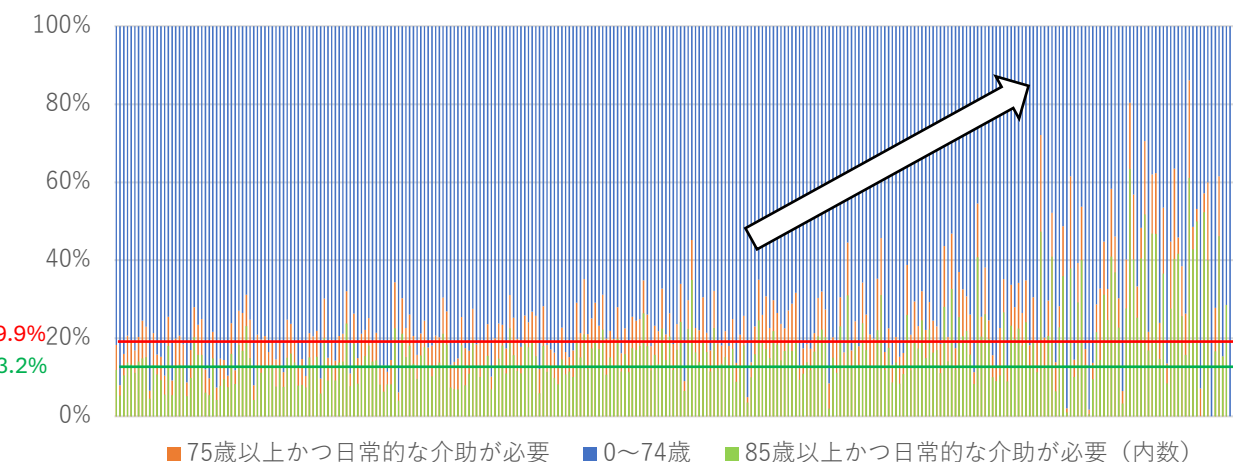


医療機関ごとの年齢区分別の救急搬送件数（介助の要別）

区分	救急搬送件数	割合
75歳以上かつ日常的な介助が必要	144,707件	19.9%
うち85歳以上かつ日常的な介助が必要	95,672件	13.2%
それ以外	582,030件	80.1%
計	726,737件	100.0%

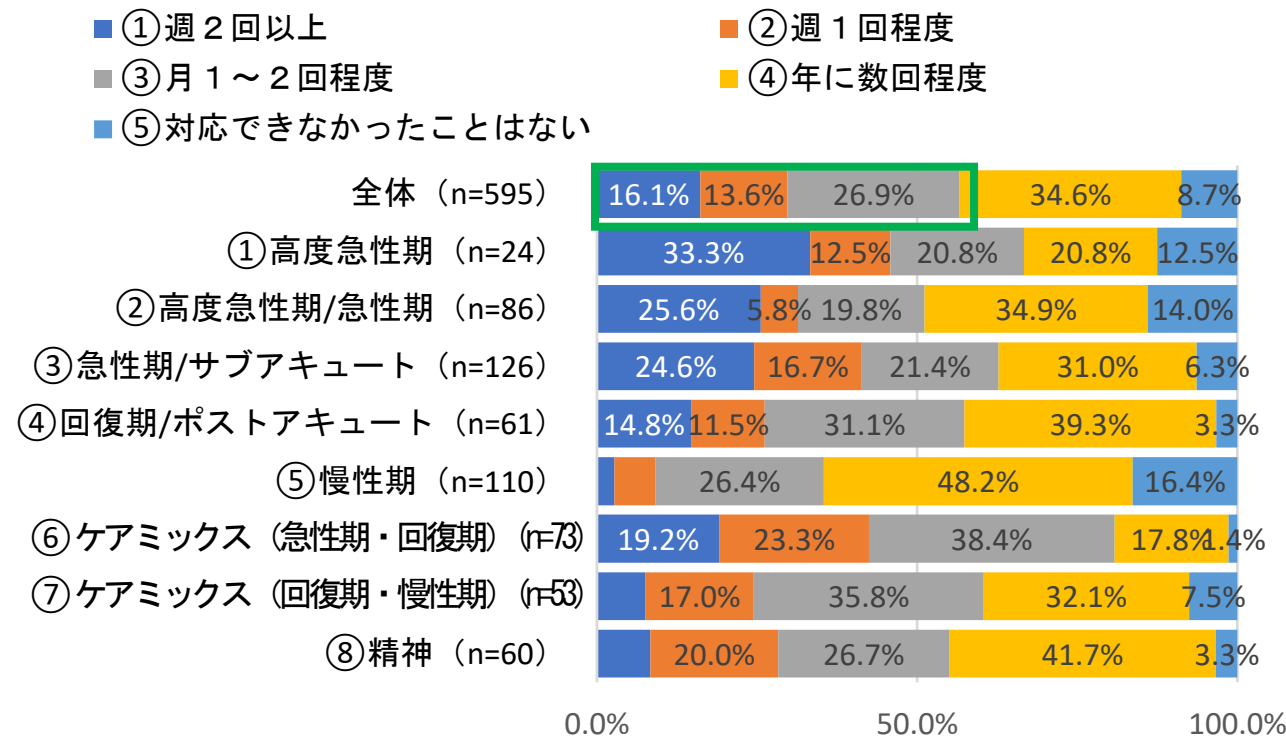


医療機関ごとの年齢区分別の救急搬送件数の割合（介助の要別）

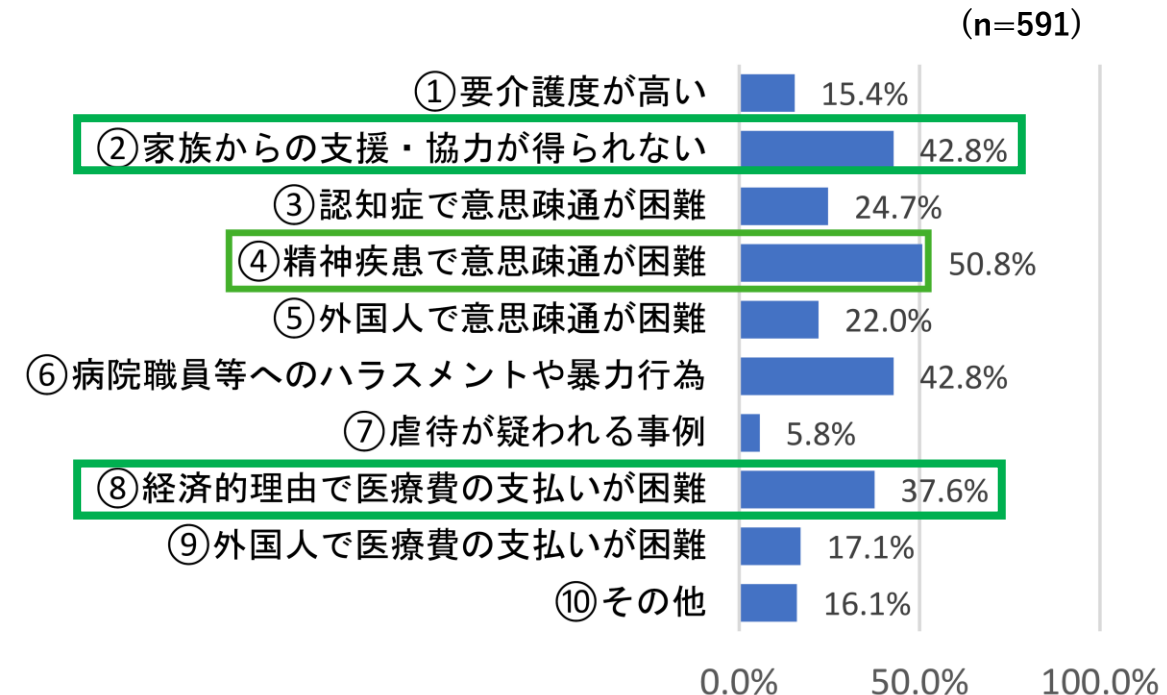


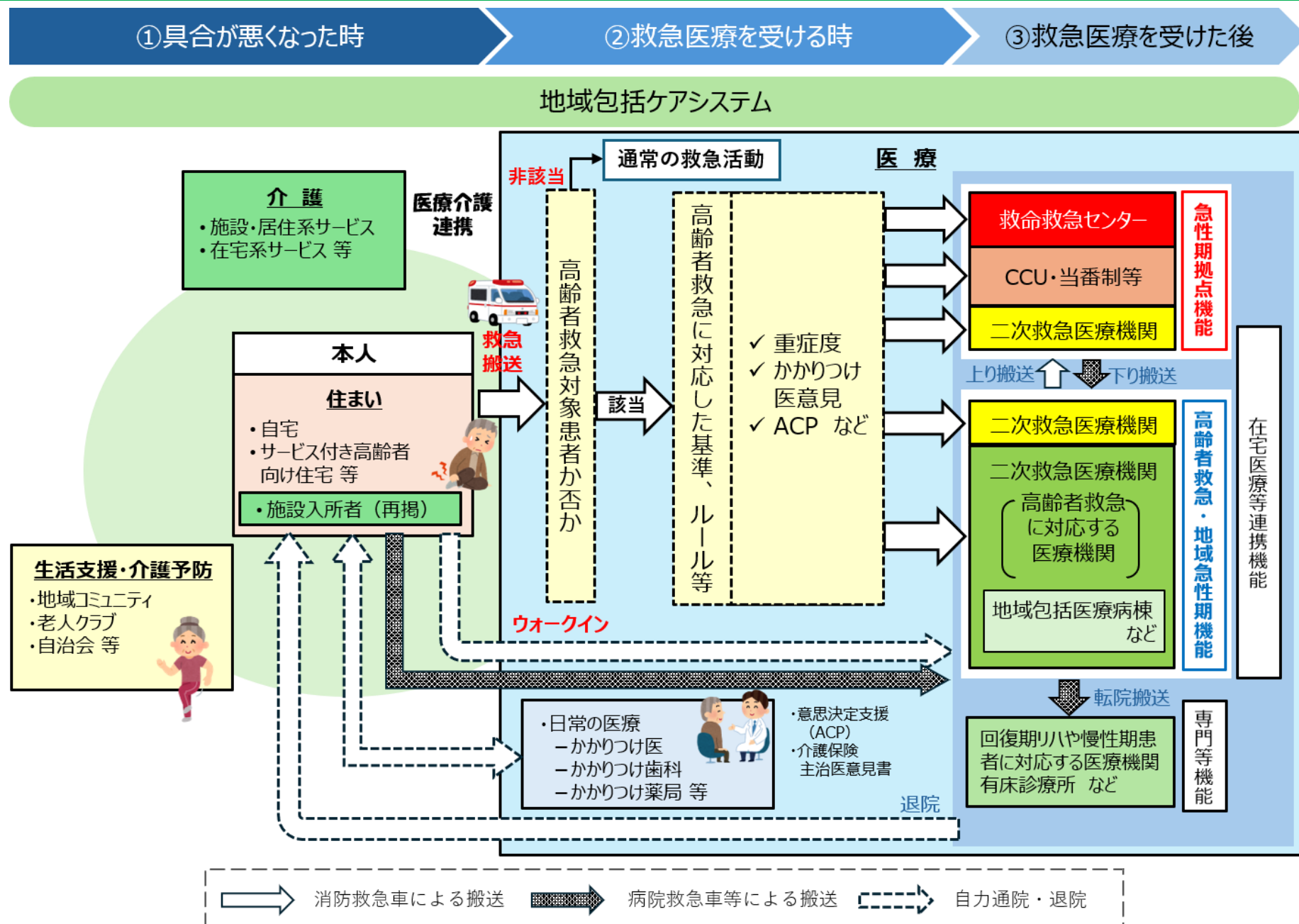
- 受入困難患者の発生頻度として、約6割の病院で月1～2回以上発生しており、特に急性期病院で頻度が高い
- 受け入れ困難な理由として、「精神疾患で意思疎通が困難（50.8%）」、「家族からの支援が得られない（42.8%）」、「経済的理由（37.6%）」が多く挙げられている

受入困難患者の発生頻度



受入困難理由





医療機関機能

項目	都内の状況
医療需要・医療資源等の状況	・入院需要は全体として減少する一方、高齢者の入院需要は当面高い水準で推移 ・高度急性期・急性期における救急搬送のうち約4～5割程度は高齢者が占めており、増加傾向 ・指定二次救急医療機関は237施設（うち地域救急医療センターは92施設）、救命救急センターは28施設配置 ・脳卒中や心血管疾患など、既存の搬送体制を確保しているものも存在している

高齢者救急

項目	都内の状況
救急搬送の状況	・救急搬送人員は、コロナ禍で一時減少した後、再び増加傾向（令和7年は過去最多） ・全救急搬送の半数以上を65歳以上が占め、75歳以上の搬送増加が顕著 ・消防救急車による転院搬送について、緊急性のないものが約4割を占める ・救急患者が迅速に医療を受けられるよう「救急医療の東京ルール」を運用しており、うち約半数が75歳以上 また、キーワード別にみると、「整形外科」「脳神経外科」「要介護等」が高齢者層に多い
社会的背景を抱える患者の受入	・65歳以上の搬送者のうち、日常的な介助が必要な割合は、年齢に応じて高くなる傾向（85歳以上で59.4%） ・受入困難事例について、都内病院の約6割で月1～2回以上発生しており、その理由として、「精神疾患で意思疎通が困難」「家族からの支援が得られない」「経済的理由」の割合が多い

【救急搬送時】

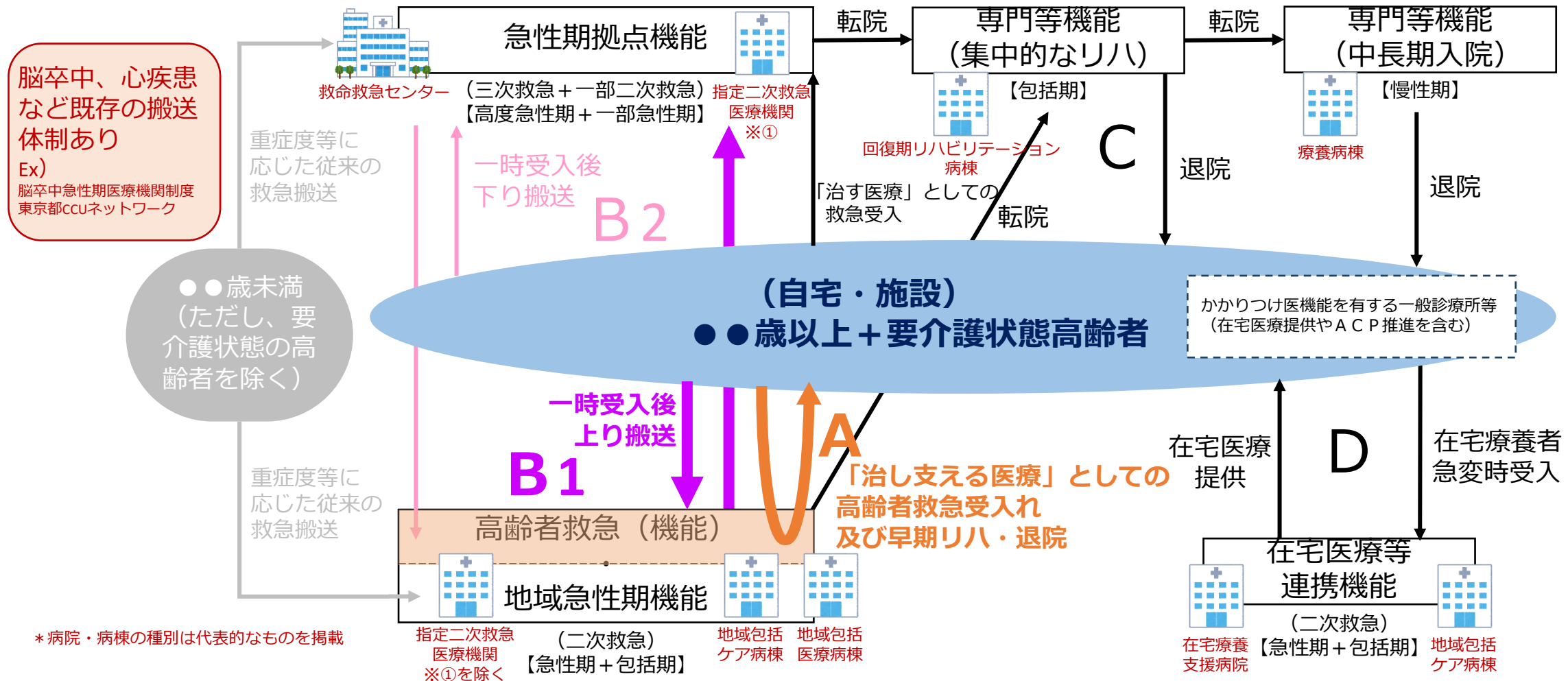
- 救急搬送時の判断を円滑にするためには **A C P の普及が重要**。また、**救急隊が分かりやすい仕組み（脳卒中のように搬送ルールが明確な分野はうまく機能）**があると調整がスムーズ

【救急搬送先の役割分担】

- 都内では、大学病院が主に三次救急、民間病院が主に二次救急を担う構造がある中、三次病院が二次救急まで担うことで、**救急患者が三次病院に集中してしまう恐れ**があるため、**東京都独自で急性期拠点の整理**が必要。一方で、役割分担を進めるなら、**病院経営が成り立つ具体的指針**も必要
- 高齢者救急は軽症例も多く**、一般の病院がファーストタッチを担い、**必要時のみ上り搬送とする仕組みが重要**
- 高度急性期での**高度な治療が不要なケースは早期に下り搬送**するなど、**役割分担を進めるべき**
- 人口減少地域では大病院が一次から三次まで担わざるを得ない特性**があり、地域特性に応じた整理が必要

【急性期後の転退院】

- 高齢者を看取りを含め受け継げる転院先が不足**しており、**バトンタッチの在り方を整理**すべき



【東京の特性を踏まえた医療機関機能に基づく役割分担と連携の方向性（案）】

- 従来の、**重症度のほか脳卒中や心疾患等に対応した都の救急医療体制をベース**として、今後増える**医療と介護の複合ニーズ**を有した高齢者に対しては、**高齢者救急・地域急性期機能の医療機関を中心として受入を促進する体制を組み込む**
- 高齢者の患者像**として、2040年に向けて救急需要の増加が見込まれる**一定年齢以上や医療と介護の複合ニーズを有する高齢者**を中心に検討
- 円滑な搬送に向けては都全体として**ACPの普及・推進**やかかりつけ医との連携を確保しつつ、地域ごとの医療資源の状況に応じて、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能等の**機能間の上り・下り搬送を柔軟に実施できる体制を整備**

○ 「東京の特性を踏まえた医療機関機能に基づく役割分担と連携の方向性（案）」について、ご意見いただきたい

【高齢者救急の対象患者像】

2040年に向けて、一定年齢以上や医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の救急需要の増加が見込まれる

→対象患者像について、年齢や要介護状態を踏まえ、どのように考えるのがよいか

（案1）一定年齢（75歳又は85歳）以上又は要介護状態のいずれかを満たす者

（案2）一定年齢（75歳又は85歳）以上かつ要介護状態にある者

【医療機関機能別の考え方】

機能	ポイント
急性期拠点機能	- 提供している医療の内容や総合性等、拠点の医療機関像 - 東京における拠点の数や配置（国が示す目安：人口20～30万人に1箇所）
高齢者救急・地域急性期機能	- 重症度のほか脳卒中や心疾患等に対応した、従来からの都の救急医療体制を前提 - 今後、医療と介護の複合ニーズを有した高齢者が増えていく中で、患者像に応じてより適切な医療を提供できる医療機関へ搬送できる救急医療体制を構築
在宅医療等連携機能	今後増加する在宅医療ニーズに対して、診療所による在宅医療提供だけでなく、当該機能を担い、自ら在宅医療を提供する病院の確保が都において必要か
専門等機能	特定の診療科に特化した医療機関についても、より一層地域の医療機関同士の連携の中で役割分担の一部を担っていただくことが必要か
医育及び広域診療機能 （大学病院本院）	急性期拠点機能の役割や医療機関像、拠点の数や配置の方向性を踏まえた上で、地域ごとに大学病院本院に求める役割等を検討