

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2回地域医療構想策定部会を踏まえた論点整理**
- 【2】 構想区域・必要病床数について**
- 【3】 医療機関機能・高齢者救急について**

【1】 第2回地域医療構想策定部会を踏まえた論点整理

【2】 構想区域・必要病床数について

【3】 医療機関機能・高齢者救急について

第2回地域医療構想策定部会（8/5）での意見

分野	主な意見
構想区域	・ 患者が広域に移動し、圏域内で医療は完結していないことから、都全体を一つの構想区域とすべき ・ 医療従事者も圏域を越えて勤務しており、人材の観点からも、広域化した方が実態に即している ・ 地域単位・テーマ単位の会議体を設けるなど、広域性と地域性のバランスも考慮すべき ・ 基準病床数に対して既存病床数が不足となっているが、病床の不足感を感じていない
医療機関 機能	・ 急性期病院A一般入院料が、急性期拠点機能に求められる機能と合致するものと考えられる ・ 急性期拠点機能の設定の際、地域差についても考慮が必要 ・ 医師数でみると、急性期拠点機能は100人超、高齢者救急・地域急性期機能は50～100人程度が目安 ・ 高齢者救急は、地域包括ケアシステムの枠組みで考えるべきであり、その担い手についても地域と密接に連携する医療機関とすべき
高齢者救急	・ 救急隊等が搬送先を判断しやすいよう、事前に搬送先の考え方を整理することが大事 ・ C C Uなど既存の搬送体制があることを前提に、その振り分けに該当しない比較的軽症の高齢患者の搬送体制の整備が必要 ・ 増える高齢者救急に対し、適切な役割分担を考える上で、「75歳以上又は要介護状態」とするのがよい ・ M C の段階で、搬送先を可能な限り整理するなら、「85歳以上又は要介護状態」とするのがよい ・ 要介護3以上など、要介護状態の範囲をある程度明確にしておくとよい ・ 「一定年齢以上」と「要介護状態」の視点だけでなく、それぞれの患者像に応じた振り分けも必要 ・ 高齢者救急を考えるうえで、各医療機関機能をつなぐかかりつけ医の役割が重要 ・ ACPについて、かかりつけ医が中心となって確認することが大事。また、救急時に本人意思を確認できる仕組みづくりも必要 ・ 高齢者救急の対象や役割分担の意義・メリットについて、都民に分かりやすく周知することが必要

第2回地域医療構想策定部会を踏まえた論点整理

第2回策定部会での議論を踏まえた論点

構想区域・病床

高度医療提供施設の集積や広域的な受療行動等の都の地域特性や、今後見込まれる広域的な情報連携を踏まえると、より広域的な連携が重要となることが想定される

一方で、二次保健医療圏ごとの課題への対応や病床機能に基づく連携など、地域性やテーマに応じた課題も存在

既存病床数が基準病床数に満たない場合であっても、病床の不足感を含め、入院医療への影響はあまり生じていない

医療機関機能・高齢者救急

施設基準等の客観的なデータを参考にしつつ、提供している医療の内容や総合性等を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関数の設定の考え方を検討する必要

高齢者救急の円滑な受入に向け、救急隊等が判断しやすく、かつ、急性期拠点機能を担う医療機関に患者の受入が集中しないよう、高齢者救急の対象患者像を検討する必要

脳卒中・心疾患など既存の搬送体制を前提とし、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での上り・下り搬送体制を含む役割分担と連携のあり方を検討する必要

単独の医療機関のみで医療は完結せず、地域全体で患者を支える視点を踏まえ、医療機関機能を考えることが重要

第4回策定部会【今回】の検討の視点

構想区域について、現在の二次保健医療圏単位（13区域）を見直すのはどうか

地域・テーマ単位の会議体を設けるなど、都の実情に応じた協議体制を構築する必要があるのではないかな

将来の医療需要や2040年の必要病床数等の状況を見据え、病床の適正化の視点が必要ではないかな

急性期拠点機能を担う医療機関数の設定について、どのように考えるのがよいか

救急医療の役割分担を考えるうえで、高齢者救急の対象患者像（一定年齢以上や医療と介護の複合ニーズの状況等）をどのように考えるのがよいか

医療機関機能に基づく役割分担と連携のあり方について、将来の医療需要や東京の特性を踏まえ、留意すべき点等はあるか

各医療機関機能が担う役割等、医療機関機能の考え方を整理する必要がある

【1】 第2回地域医療構想策定部会を踏まえた論点整理

【2】 **構想区域・必要病床数について**

【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
- 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

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

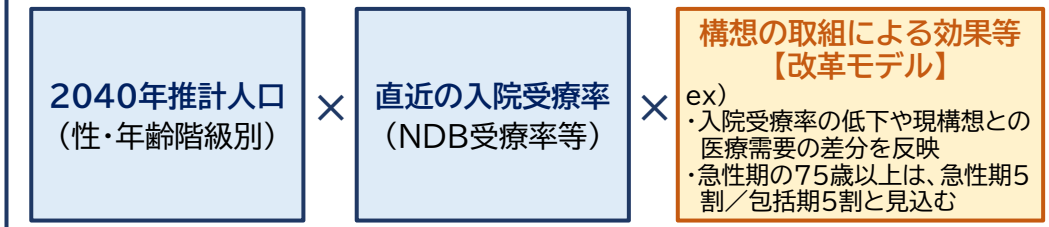
⇒都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」（令和８年７月３日）を基に作成

① 必要病床数の推計

- 病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き地域において協議を行うことが重要
- 現構想における推計方法を基本としつつ、地域医療構想の取組による効果等（改革モデル）や病床数適正化による効果、今後の医療DX等の取組による効果を踏まえ、必要病床数を推計

2040年の医療需要推計



病床数適正化分

病床数適正化緊急支援事業により削減が見込まれる病床数分の医療需要を差引き

1－減少率

病床稼働率

現在の病床稼働率の中央値に医療DX等の取組を上乗せ

【高度急性期】78%+1%(現75%)
【急性期】83%+1%(現78%)
【包括期】87%+2%(現90%)
【慢性期】92%+0.5%(現92%)

新構想における
構想区域・
医療機能別の
必要病床数

※ 必要病床数は、医療計画改定のタイミング（2030年と2036年）で見直し

② 病床整備の考え方

第2回策定部会資料より再掲

- 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

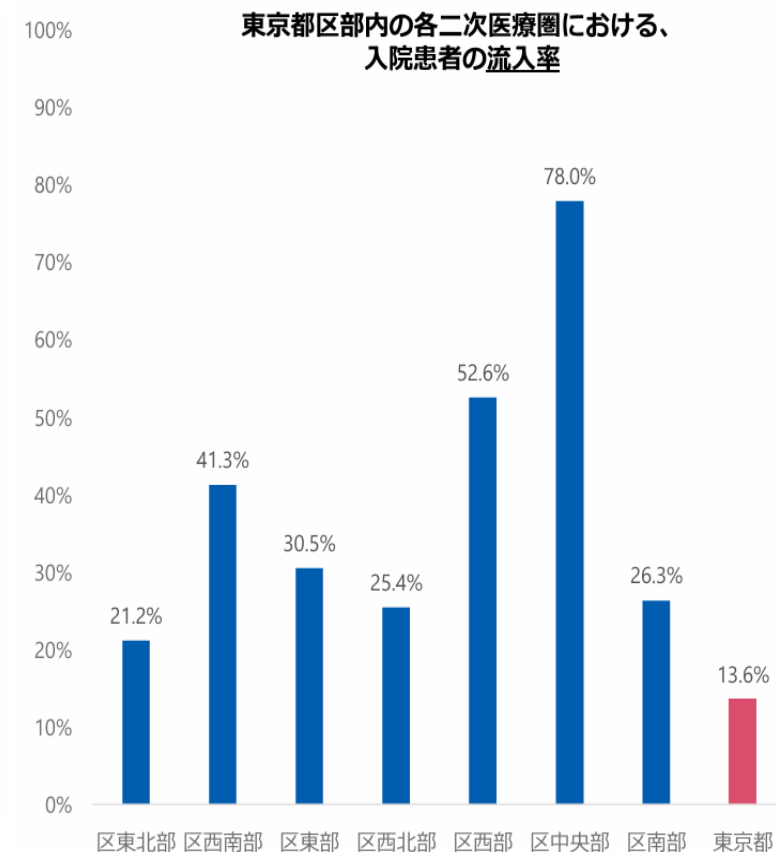
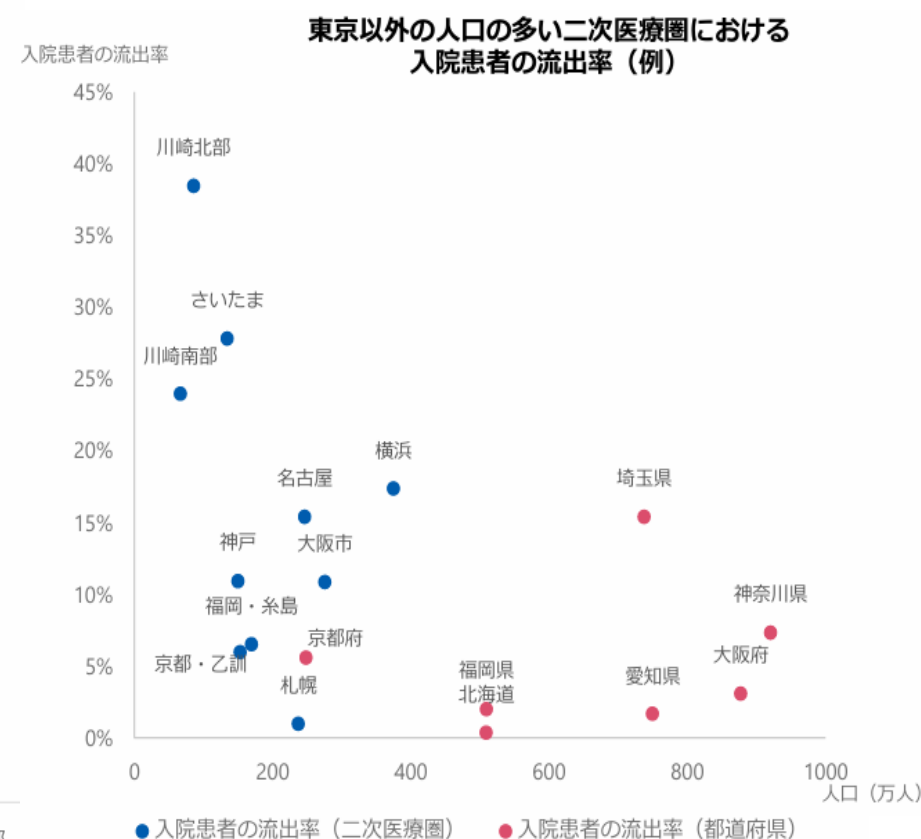
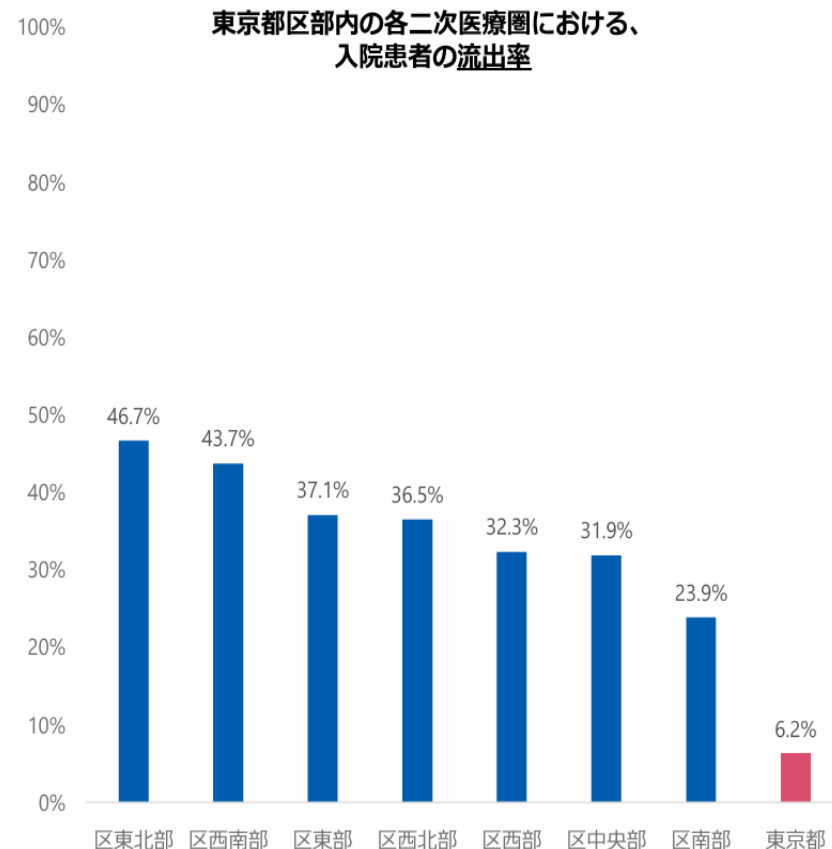
③ 隣接する都道府県との調整

- 都道府県境に位置する構想区域においては、隣接する他の都道府県の区域との間で患者の流出入が多く見られる場合等があることから、関係する都道府県間で必要病床数の設定や医療機関間の連携等について情報共有や協議を行うことが重要
- なお、東京、神奈川、埼玉、千葉等の極めて人口が多い都道府県においては、区域間の患者の流出入が多いものの、両区域ともに医療資源が一定程度確保されている場合は、区域間での協議は必ずしも必要ではない

○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、主要大都市と比べ、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

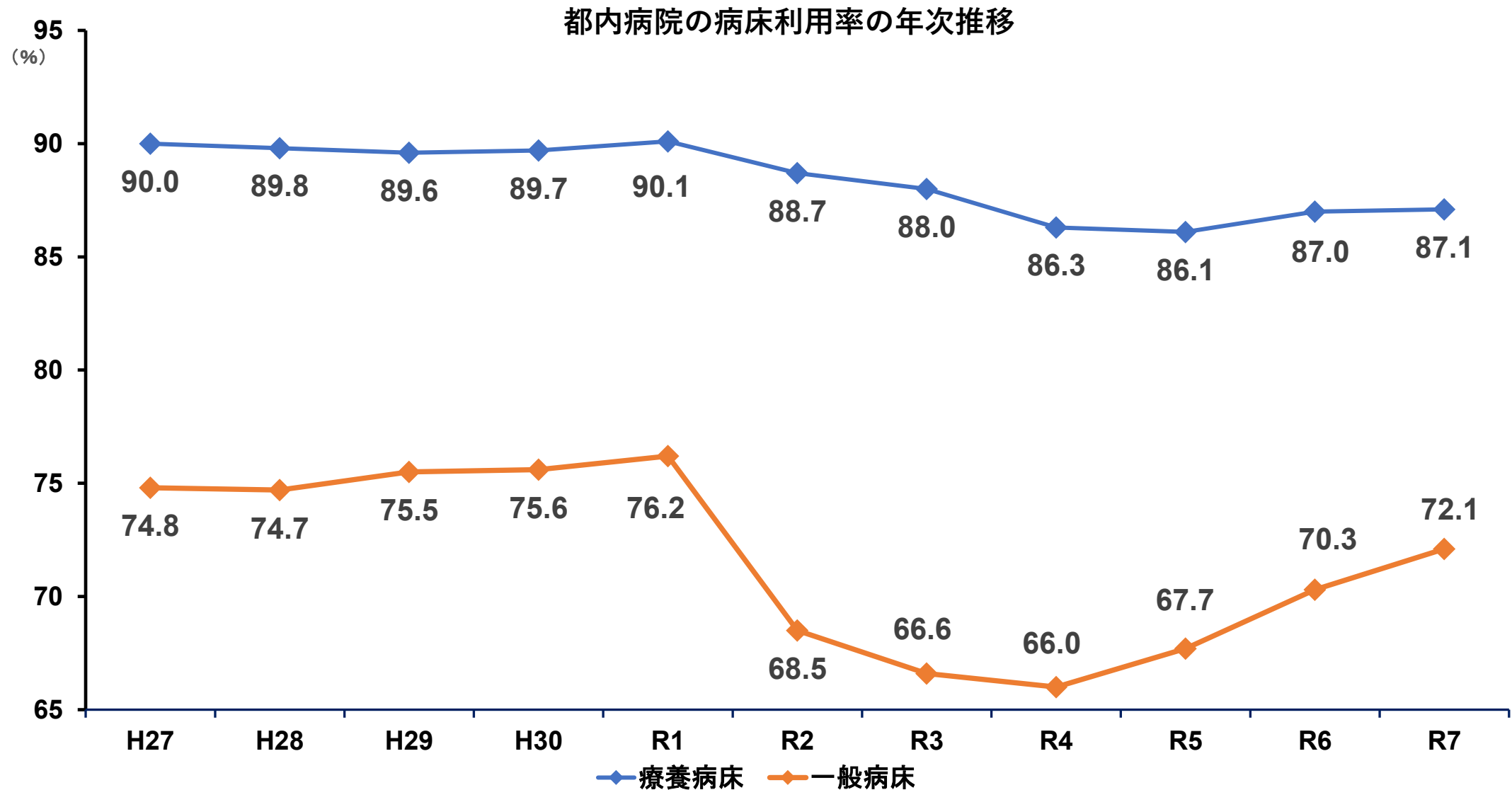


- 二次保健医療圏ごとの**病床の偏在是正を目的として、基準病床数を既存病床数が下回る二次保健医療圏について病床配分を実施**
（ただし、病院の病床利用率が低水準で推移している点等を踏まえ、令和6年度以降病床配分を休止中）
- 原則どおり、非過剰圏域で病床配分することとした場合、**計9,832床の配分余地**が生じる

二次保健医療圏	基準病床数	既存病床数 (R8.4.1時点)	過不足
区中央部	5,657	13,089	7,432
区南部	7,972	7,822	△150
区西南部	9,874	9,347	△527
区西部	8,276	9,657	1,381
区西北部	15,589	13,970	△1,619
区東北部	11,405	10,426	△979
区東部	10,713	8,969	△1,744
西多摩	3,328	3,632	304
南多摩	11,960	9,909	△2,051
北多摩西部	5,074	4,254	△820
北多摩南部	7,512	6,654	△858
北多摩北部	6,351	5,442	△909
島しょ	255	80	△175
計	103,966	103,251	△715

※「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

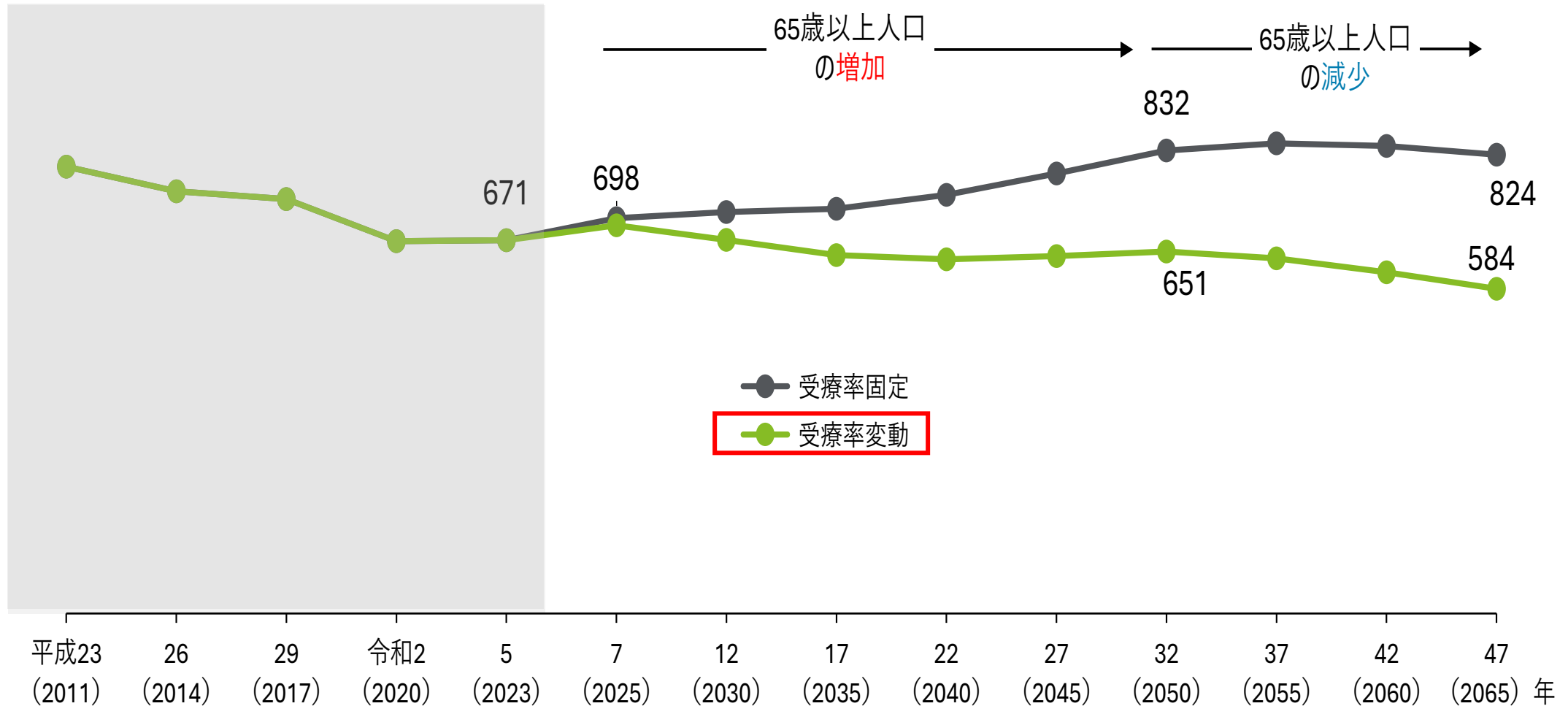
- 令和２年以降、一般病床、療養病床とも**病床利用率は低下**しており、特に**一般病床の病床利用率の低下が顕著**
- 令和７年度の病床利用率も、コロナ禍前の令和元年度以前の水準を下回っている



○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）

- 必要病床数は、将来の医療需要に対応するために構想区域ごとに確保すべき病床機能ごとの病床数の目安
- 都の2040年の必要病床数^(※1)は99,094床（13区域計）

2040年の必要病床数

構想区域	2040年 必要病床数				
	高度急性期	急性期	包括期	慢性期	
区中央部	12,988.6	3,799.3	5,068.9	3,777.0	343.5
区南部	7,078.4	1,291.6	2,102.6	2,986.6	697.6
区西南部	8,371.1	1,552.3	2,161.8	3,256.0	1,401.0
区西部	8,910.3	1,900.5	2,939.7	3,142.8	927.3
区西北部	12,847.4	1,789.6	3,057.1	4,863.2	3,137.5
区東北部	9,543.4	1,016.2	2,054.9	3,821.6	2,650.7
区東部	8,266.5	1,376.4	2,441.4	3,378.6	1,070.1
西多摩	3,958.0	217.7	475.2	1,147.5	2,117.6
南多摩	10,259.1	939.0	1,851.3	3,337.8	4,131.0
北多摩西部	4,436.1	550.6	1,028.6	1,755.6	1,101.2
北多摩南部	6,784.1	1,481.1	1,868.0	2,240.4	1,194.6
北多摩北部	5,613.2	647.1	1,260.8	1,927.1	1,778.2
島しょ	37.5	4.6	16.3	16.6	0.0
計	99,093.7	16,566.0	26,326.6	35,650.8	20,550.3

【参考】2025年の必要病床数

構想区域	2025年 必要病床数				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
区中央部	14,469	3,331	6,682	3,848	608
区南部	8,570	1,349	3,564	2,730	927
区西南部	9,983	1,492	3,710	3,080	1,701
区西部	12,116	2,056	4,982	3,944	1,134
区西北部	15,384	1,845	5,513	4,879	3,147
区東北部	9,716	837	3,162	3,370	2,347
区東部	8,417	1,088	3,633	2,739	957
西多摩	3,748	275	967	1,031	1,475
南多摩	11,743	995	3,290	3,067	4,391
北多摩西部	4,836	595	1,787	1,453	1,001
北多摩南部	8,704	1,429	3,087	2,637	1,551
北多摩北部	6,037	596	1,877	1,830	1,734
島しょ	41	0	21	20	0
計	113,764	15,888	42,275	34,628	20,973

▶ 2025年と2040年の必要病床数との差は、▲14,670床（99,094-113,764）

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（令和8年度）

（※1）2040年の必要病床数は、地域医療構想の取組による効果（改革モデル）、病床数適正化による効果を見込んだ数値（医療機関所在地ベース）

なお、記載されている病床数は、隣接する都道府県との区域間調整がない場合の数値

○都全体で見ると、**2040年の必要病床数**は、現在の既存病床数と比較すると**過剰**となる
 また、圏域別にみると、現在の既存病床数が、**基準病床数・2040年の必要病床数ともに下回る圏域が存在**する一方で、**基準病床数を下回るものの、2040年の必要病床数で見ると過剰となる圏域も存在**

既存病床数における基準病床数・2040年の必要病床数との比較

二次保健 医療圏	既存病床数 (R8.4.1時点)	基準病床数 (R8.4.1時点)		(参考) 2025年の 必要病床数	2040年の 必要病床数	
			過不足			過不足
区中央部	13,089	5,657	7,432	14,469	12,988.6	100.4
区南部	7,822	7,972	△150	8,570	7,078.4	743.6
区西南部	9,347	9,874	△527	9,983	8,371.1	975.9
区西部	9,657	8,276	1,381	12,116	8,910.3	746.7
区西北部	13,970	15,589	△1,619	15,384	12,847.4	1,122.6
区東北部	10,426	11,405	△979	9,716	9,543.4	882.6
区東部	8,969	10,713	△1,744	8,417	8,266.5	702.5
西多摩	3,632	3,328	304	3,748	3,958.0	△326.0
南多摩	9,909	11,960	△2,051	11,743	10,259.1	△350.1
北多摩西部	4,254	5,074	△820	4,836	4,436.1	△182.1
北多摩南部	6,654	7,512	△858	8,704	6,784.1	△130.1
北多摩北部	5,442	6,351	△909	6,037	5,613.2	△171.2
島しょ	80	255	△175	41	37.5	42.5
計	103,251	103,966	△715	113,764	99,093.8	4,157.2

現在は基準病床数を下回るが、
将来推計では過剰となる圏域

基準病床数・必要病床数の
両方を下回る圏域

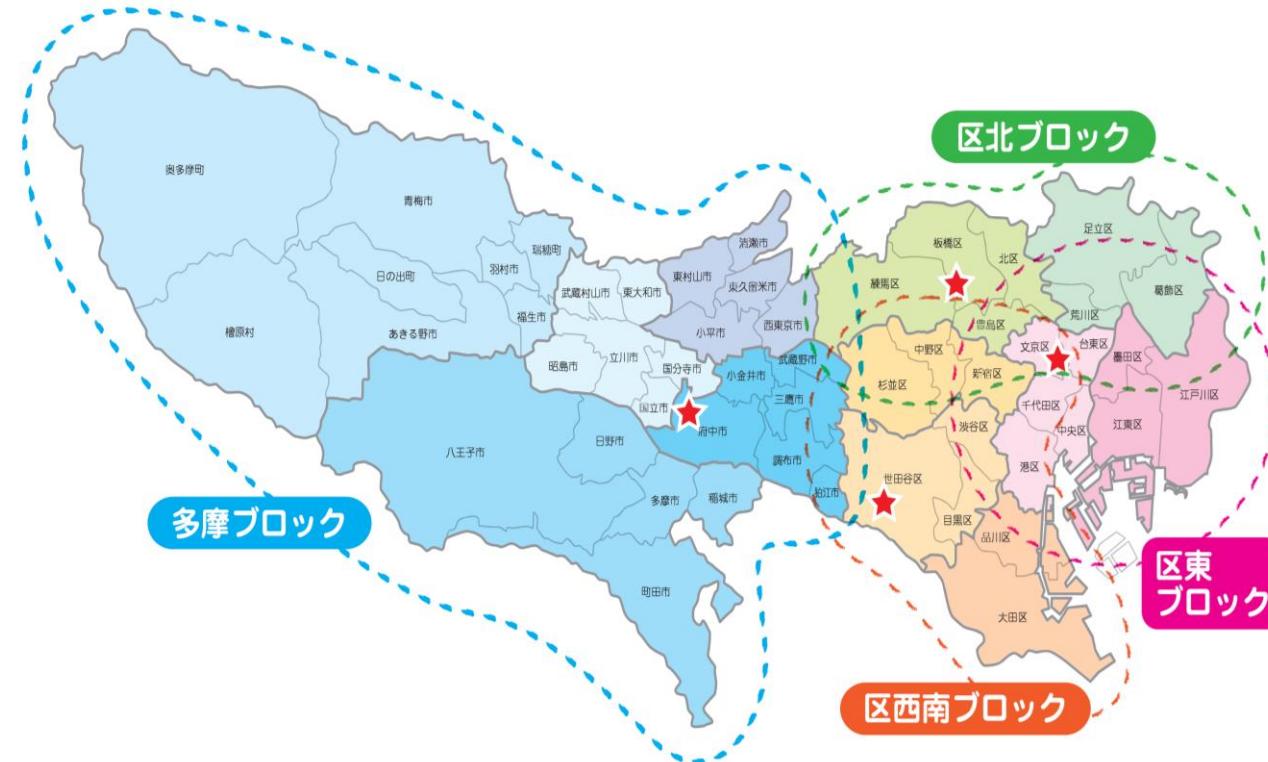
○各疾病・事業の特性、患者の受療動向や医療資源の分布の状況を踏まえて、**事業推進区域**を柔軟に設定・運用している

疾病・事業	事業推進区域等
がん	○高度な専門的医療:都全域 ○入院医療(国拠点病院、都拠点病院など):二次保健医療圏 ○予防、初期医療、在宅療養:区市町村
循環器病 (脳卒中・心 血管疾患)	○高度な専門的医療:都全域 ○入院医療(脳卒中急性期医療機関、東京都CCUネットワーク):二次保健医療圏 ○予防、初期医療、在宅療養:区市町村
糖尿病	○専門的医療・合併症治療(糖尿病医療連携圏域別検討会):二次保健医療圏 ○予防、初期・安定期治療:区市町村
精神疾患	○精神科二次救急医療:2ブロック(区部、多摩部) ○精神科緊急医療:4ブロック(区部3ブロック、多摩部1ブロック) ○地域精神科身体合併症救急医療:5ブロック(区部3ブロック、多摩部2ブロック)
認知症	区市町村
救急医療	○高度な専門的医療(救命救急センター):都全域 ○入院医療(都指定二次救急医療機関、都地域救急医療センター):二次保健医療圏 ○初期医療:区市町村
災害医療	○搬送・連携(災害拠点病院など):区市町村、二次保健医療圏及び都全域 ○医療救護所:区市町村
新興感染症 へき地医療	(設定なし)
周産期医療	8ブロック(区部7ブロック、多摩部1ブロック)
小児医療	○小児三次救急(こども救命センター):4ブロック(区東、区西南、区北、多摩) ○小児二次救急:二次保健医療圏 ○小児初期救急:区市町村
在宅療養	区市町村

事業推進区域の例…小児三次救急（4ブロック）

東京都こども救命センター指定施設（都内4ブロックに各1施設）

- 東京大学医学部附属病院（文京区・区東ブロック）
- 国立成育医療研究センター（世田谷区・区西南ブロック）
- 日本大学医学部附属板橋病院（板橋区・区北ブロック）
- 都立小児総合医療センター（府中市・多摩ブロック）



○都指定二次救急医療機関、都地域救急医療センターについて、二次保健医療圏ごとに事業推進区域を設定している

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】



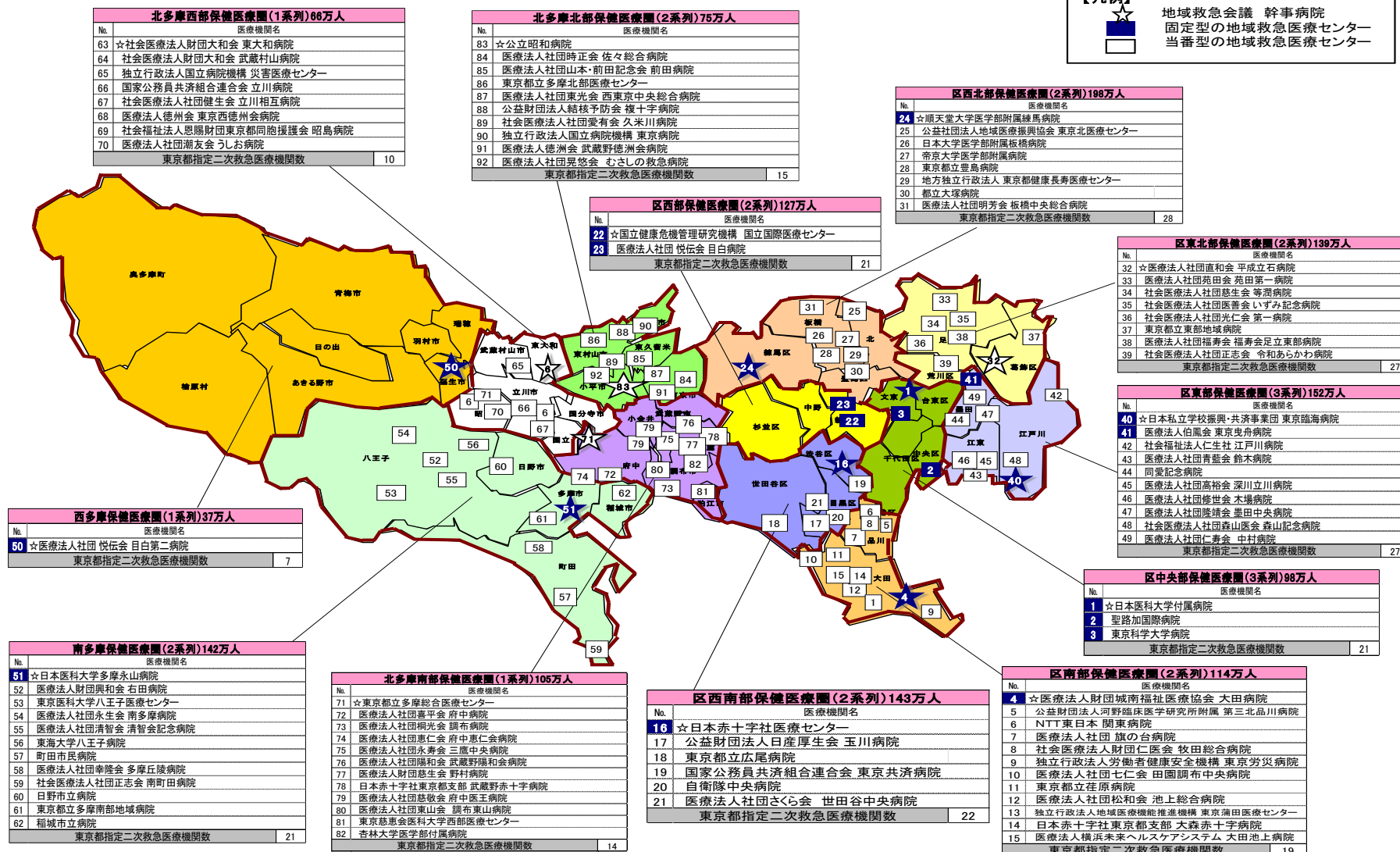
地域救急会議 幹事病院



固定型の地域救急医療センター



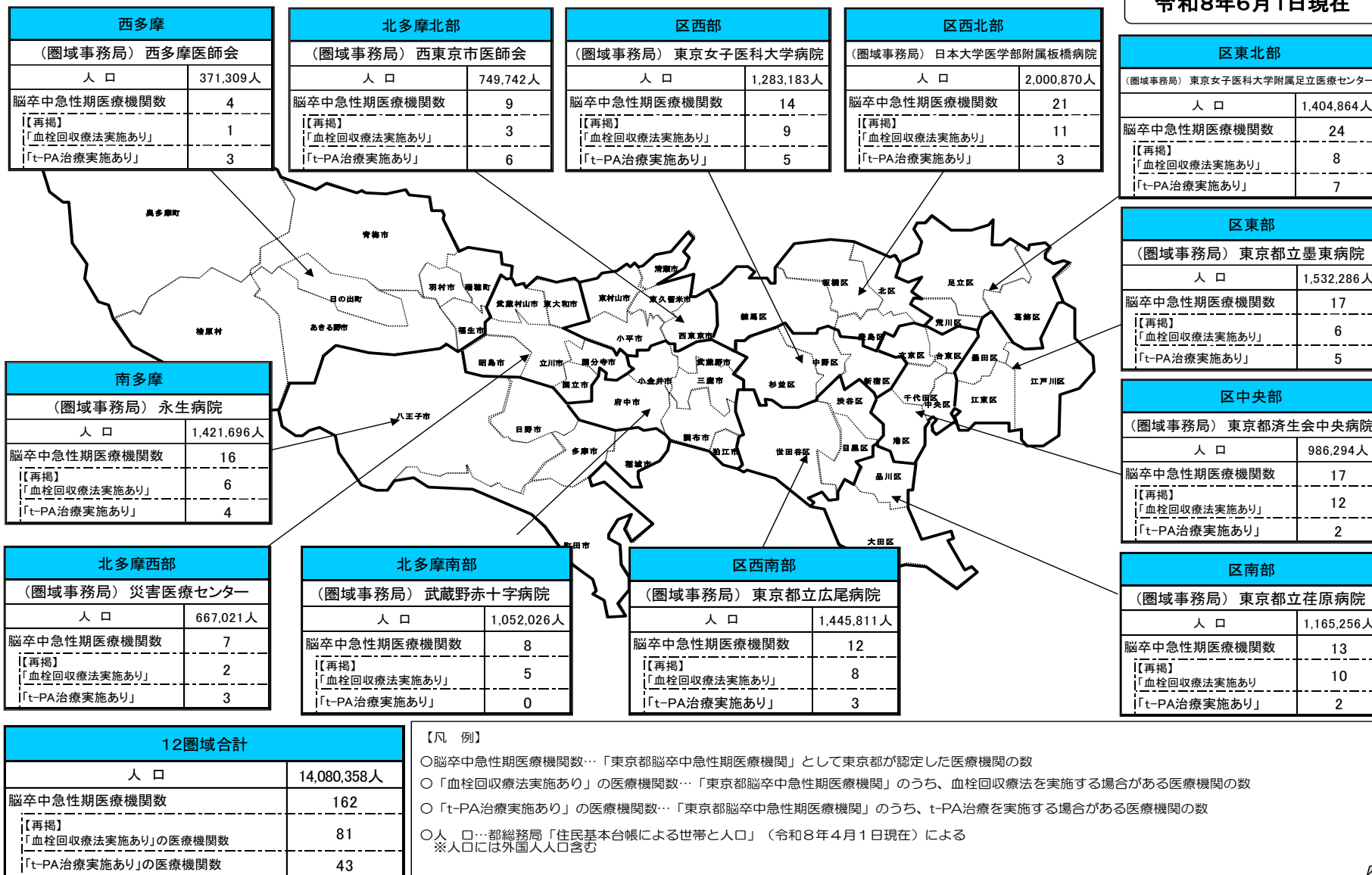
当番型の地域救急医療センター



○脳卒中などについても、二次保健医療圏ごとに事業推進区域を設定し、搬送体制を確保している

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



○都道府県別でみると、都は**全国1位**の**医師多数都道府県**となっている

○二次医療圏別にみると、都内では**南多摩、西多摩及び島しょ**が**医師少数区域**となっている

都道府県別医師偏在指標

都道府県名	R601		R0804		順位差
	医師偏在 指標	順位	医師偏在 指標	順位	
13 東京都	353.9	1	358.6	1	0
26 京都府	326.7	2	326.6	2	0
40 福岡県	313.3	3	320.4	3	0
33 岡山県	299.6	4	302.7	4	0
47 沖縄県	292.1	5	300.3	5	0
42 長崎県	284.0	8	298.7	6	2
39 高知県	268.2	15	296.0	7	8
27 大阪府	288.6	7	294.7	8	-1
36 徳島県	289.3	6	293.9	9	-3
30 和歌山県	274.9	10	292.4	10	0
32 島根県	265.1	18	284.8	11	7
17 石川県	279.8	9	283.2	12	-3
41 佐賀県	272.3	11	281.8	13	-2
28 兵庫県	266.5	17	281.1	14	3
31 鳥取県	270.4	13	278.8	15	-2
29 奈良県	268.9	14	277.1	16	-2
46 鹿児島県	254.8	21	276.7	17	4
37 香川県	266.9	16	273.4	18	-2
25 滋賀県	260.4	19	272.1	19	0
44 大分県	259.7	20	270.9	20	0
43 熊本県	271.0	12	270.4	21	-9
04 宮城県	247.3	24	267.8	22	2
18 福井県	246.8	25	265.5	23	2
34 広島県	254.2	22	264.0	24	-2

都道府県名	R601		R0804		順位差
	医師偏在 指標	順位	医師偏在 指標	順位	
38 愛媛県	246.4	26	263.6	25	1
19 山梨県	240.8	27	260.1	26	1
23 愛知県	240.2	28	258.3	27	1
14 神奈川県	247.5	23	254.4	28	-5
16 富山県	238.8	29	252.5	29	0
24 三重県	225.6	34	244.4	30	4
01 北海道	233.8	30	243.6	31	-1
45 宮崎県	227.0	33	243.0	32	1
35 山口県	228.0	32	241.1	33	-1
09 栃木県	230.5	31	238.7	34	-3
21 岐阜県	221.5	35	234.2	35	0
20 長野県	219.9	36	232.6	36	0
10 群馬県	219.7	37	231.5	37	0
22 静岡県	211.8	39	228.8	38	1
07 福島県	190.5	44	222.7	39	5
12 千葉県	213.0	38	221.9	40	-2
06 山形県	200.2	40	216.5	41	-1
05 秋田県	199.4	41	211.5	42	-1
11 埼玉県	196.8	42	207.2	43	-1
15 新潟県	184.7	45	201.7	44	1
03 岩手県	182.5	47	200.4	45	2
08 茨城県	193.6	43	197.5	46	-3
02 青森県	184.3	46	194.4	47	-1

二次医療圏別医師偏在指標

都道府県名	圏域名	R601		R0804		順位差
		医師偏在 指標	順位	医師偏在 指標	順位	
東京都	区中央部	789.7751	1	772.354	1	0
東京都	区西部	569.0561	2	554.7718	2	0
島根県	出雲	393.2068	7	417.9739	3	4
福岡県	久留米	407.7724	4	417.673	4	0
滋賀県	大津	373.4918	9	399.875	5	4
東京都	区南部	380.3814	8	399.169	6	2
京都府	京都・乙訓	401.3792	5	396.9016	7	-2
東京都	区西南部	413.655	3	396.0518	8	-5
千葉県	安房	322.6144	31	383.1297	9	22
鹿児島県	鹿児島	348.9683	15	381.79	10	5
東京都	北多摩南部	312.523	32	318.3829	40	-8
東京都	区西北部	295.8496	42	314.3916	43	-1
東京都	区東部	307.6313	35	292.978	54	-19
東京都	北多摩西部	254.4403	69	251.1008	85	-16
東京都	区東北部	216.429	116	216.2384	148	-32
東京都	北多摩北部	196.3663	176	209.8243	172	4
東京都	南多摩	164.5957	255	165.0552	282	-27
東京都	西多摩	138.1022	314	143.628	317	-3
北海道	北渡島檜山	112.6369	328	134.5926	321	7
青森県	上十三地域	139.5844	310	134.1966	322	-12
茨城県	日立	140.3404	308	132.3046	323	-15
茨城県	常陸太田・ひたちなか	140.2532	309	130.4241	324	-15
岩手県	釜石	107.7514	330	129.6076	325	5
北海道	日高	152.0116	286	129.0275	326	-40
岩手県	宮古	134.5335	318	128.3132	327	-9
東京都	島しょ	131.5721	320	126.1839	328	-8
北海道	根室	116.6122	327	124.5085	329	-2
静岡県	賀茂	144.3701	301	122.8758	330	-29

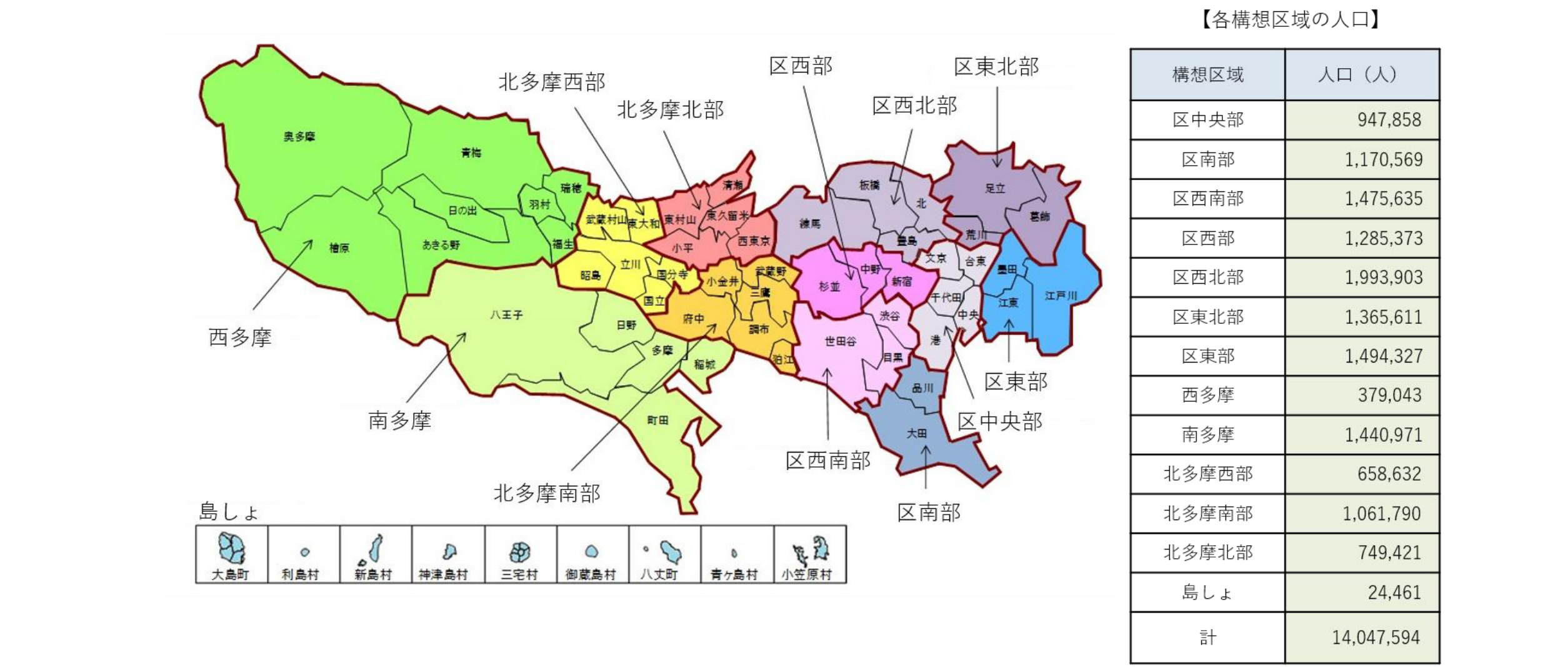
上位10位

医師
多数
区域

下位10位

医師
少数
区域

- 都保健所所管区域について、二次保健医療圏に一致させて設定している（都保健所所管区域は区部を除く、西多摩、南多摩※、北多摩西部、北多摩南部、北多摩北部、島しょの6区域）
- 介護保険施設等の適正配置の目安となる老人保健福祉圏域についても、二次保健医療圏に一致させて設定している



【構想区域の設定に当たっての基本的な考え方】

- 患者の広域的な受療行動に即して、高度・専門医療機関等の医療資源の活用や病床数の適正化を都全体で一体的に調整し、将来の医療提供体制の確保を都全体で進める必要がある

【構想区域の設定（案）】

項目	見直し又は維持する理由	設定（案）
構想区域	（１）患者の受療行動に即した医療の提供 ・ 高度医療提供施設の集積や発達した交通網等により、患者が広範に医療サービスを受療する動向が見られており、患者の受療行動に即した医療連携体制の構築が必要 ・ 高度・専門医療機関など、都全体の医療資源の有効活用や、オンライン診療などのデジタル技術の活用により、患者がいつでもどこでも必要な医療・介護を適切につなぎ、安心して暮らせる体制づくりが重要 （２）患者ニーズを踏まえた医療体制の確保（病床数の適正化） ・ 病床の偏在是正を目的に二次保健医療圏単位で病床配分しているが、制度上は約１万床もの配分が可能な状態 ・ 病床利用率の状況等を踏まえると、既存病床の有効活用を進めるため、医療機能を都全体で一体的に調整し、病床の適正化を図る必要がある ・ また、将来の入院需要の減少を見据えると、限られた医療資源を、入院医療から外来医療・在宅医療等への転換を進める必要がある	全都１区域 《見直し》

【事業推進区域、二次保健医療圏、協議体制について】

○ 構想区域を見直す場合も、**地域医療の確保の観点**から、**事業推進区域に基づく5疾病・6事業の取組の継続性、二次保健医療圏に基づく医師や病床の地域偏在、都保健所所管区域・老人保健福祉圏域、新たな地域医療構想の推進に向けた協議体制への影響も考慮**のうえ、**既存の枠組みを踏まえながら、体制整備していくことが必要**

項目	見直し又は維持する理由		設定（案）
事業推進区域	・各疾病・事業の特性や患者の受療動向、医療資源の分布に応じた取組を引き続き推進する必要がある（将来の医療需要等を勘案し、必要に応じて事業推進区域見直しを検討）		疾病・事業ごとに設定 《維持》
二次保健医療圏	・二次保健医療圏ごとの基準病床数に基づき、病床の地域偏在の是正を図る必要がある ・二次保健医療圏ごとの医師偏在指標により、医師の確保・偏在対策を推進する必要がある ・都保健所所管区域や老人保健福祉圏域と整合し、引き続き 保健・福祉・介護施策と連携 を進めることが重要		13圏域 《維持》
協議体制	・広域的な視点だけでなく、地域やテーマごとの実情・課題に応じて丁寧に議論することが重要 【協議体制のイメージ(例)】		都単位と地域・ テーマ単位の会議 体を重層的に設置 《見直し》

- 将来の医療需要や東京の地域特性を踏まえ、「東京の特性を踏まえた構想区域設定の考え方（案）」のとおり、構想区域を**全都1区域**とするのはどうか
- 新たな地域医療構想の推進に向けた検討体制について、**都単位及び地域・テーマ単位の会議体を設置したいと考えるがいかがか**
- 将来の入院需要の減少や2040年の必要病床数を見据え、**どのような視点や取組が必要か**

- 【1】 第2回地域医療構想策定部会を踏まえた論点整理
- 【2】 構想区域・必要病床数について
- 【3】 医療機関機能・高齢者救急について**

①急性期拠点機能

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」（令和８年７月３日）を基に作成

- 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、集中的なりハビリ、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

令和８年度診療報酬改定 II－１－１ 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備－①

急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

		急性期病院 A		急性期病院 B※1		急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1		急性期一般 5	急性期一般 6	
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)		10対1以上 (7割以上が 看護師)		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)						
看護・多職種※1				25対1以上						25対1以上			
該当患者割合 指数の基準※2	必要度Ⅰ	指数①：28% 指数②：35%				28%	24%	20%	指数①：28% 指数②：35%		15%	測定している こと	
	必要度Ⅱ	指数①：27% 指数②：34%				27%	23%	19%	指数①：27% 指数②：34%		14%		
平均在院日数		16日以内		21日以内		16日以内	21日以内			16日以内		21日以内	
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上		—		8割以上	—			8割以上		—	
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上		—		医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要			—		—	
救急搬送等の病院の実績		以下を満たす ・救急搬送2,000 件/年以上 ・全麻手術1,200 件/年以上		以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大救急搬送件数（1000件/年以上） ・離島医療圏で最大救急搬送件数		—							
データ提出加算				○（要件）									
点数		1,930点		1,643点		1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点	1,575点	1,523点

※１ 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。

※２ 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指数：該当患者割合＋救急搬送応需係数

急性期病院A・B、急性期一般１：割合①A3点以上、又はC1点以上
割合②A2点以上、又はC1点以上
急性期一般２～５：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

年間救急搬送件数× $\frac{\text{当該病棟の救急搬送入院数}}{\text{救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数}}$ ÷当該病棟の病床数

令和８年度診療報酬改定 II－１－１ 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備－③

急性期総合体制加算の新設③

加算区分 (1-7日/8-11日/12-14日)	急性期総合体制加算 1 (530点/290点/210点)	急性期総合体制加算 2 (470点/230点/150点)	急性期総合体制加算 3 (440点/200点/120点)	急性期総合体制加算 4 (360点/150点/90点)	急性期総合体制加算 5 (300点/120点/60点)
入院基本料の届出	・急性期病院 A 一般入院料を届け出ている（加算 5 については急性期病院 B 一般入院料の届出でも可）				
救急医療体制	・救急時医療情報閲覧機能を有している				
	救命救急センター又は 高度救命救急センターの設置		2 次救急医療機関又は 救命救急センター等の設置等		
総合性	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科について標榜・入院医療を提供している。 (地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜・入院医療の提供を行っていても良い。)				
	・精神科につき24時間対応できる体制があること				
	・精神患者の入院受入体制がある		イ及びロを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 の届出 ロ 精神疾患診療体制加算 2 又は救急搬送患者の入院 3 日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注 2 の加算の算定件数が年間20件以上		イ又はロを満たす
手術等の集積性 (年間の実績)	全身麻酔手術2000件以上			全身麻酔手術1200件以上	全身麻酔手術800件以上 (地域最多救急病院を除く)
	下記アからキのうち6つ以上 及びク、ケ	下記アからキのうち4つ以上 及びク又はケ	下記アからキのうち5つ以上	下記アからキのうち3つ以上 及びク又はケ	下記アからク及びコのうち 2つ以上
	ア 悪性腫瘍手術400件以上 エ 心臓胸部大血管手術60件以上（加算 1 及び 3 では100件） カ 脳神経外科手術50件以上※ ク 分娩件数100件以上 コ 医療提供機能連携加算の届出（地域最多救急病院が加算 5 を算定する場合に限る） ※地域最多救急病院が加算 5 を算定する場合、急性期脳卒中加算等10件以上を満たすことで差支えない		イ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上 キ 放射線治療（対外照射法）200例以上 ケ 6 歳未満の手術40件以上		ウ 心臓カテーテル法手術200件以上 オ 消化管内視鏡手術600件以上
医療提供機能に係る要件	・画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している ・外来を縮小する体制を有する				
	・救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料等の治療室の届出 ・院内迅速対応チームの設置、対応方法のマニュアルの整備等を行っている ・一般病棟における平均在院日数が14日以内 ・一般病棟の退棟患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1 割未満 ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である				・感染対策向上加算 1 の届出
併届出等に係る要件	・療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出を行っていない（地域最多救急病院等が加算 5 を算定する場合を除く） ・地域包括医療病棟入院料の届出を行っていない ・特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない（令和 6 年 3 月31日以前に賃貸借関係にある場合を除く） ・同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない（平成30年 3 月に総合入院体制加算に係る届出を行っており、当該施設を設置している場合を除く） ・一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の 9 割以上				
その他共通の施設基準	・医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制整備 ・入退院支援加算 1 又は 2 の届出 ・敷地内禁煙に係る取組				
基準①割合指数（必要度I/II)	3 割 3 分 / 3 割 2 分	3 割 2 分 / 3 割 1 分	3 割 / 2 割 9 分	2 割 9 分 / 2 割 8 分	2 割 8 分 / 2 割 7 分
基準②割合指数（必要度I/II)	4 割 / 3 割 9 分	3 割 9 分 / 3 割 8 分	3 割 7 分 / 3 割 6 分	3 割 6 分 / 3 割 5 分	3 割 5 分 / 3 割 4 分

都内の状況（１）推計人口に基づく急性期拠点機能を担う医療機関数（目安）

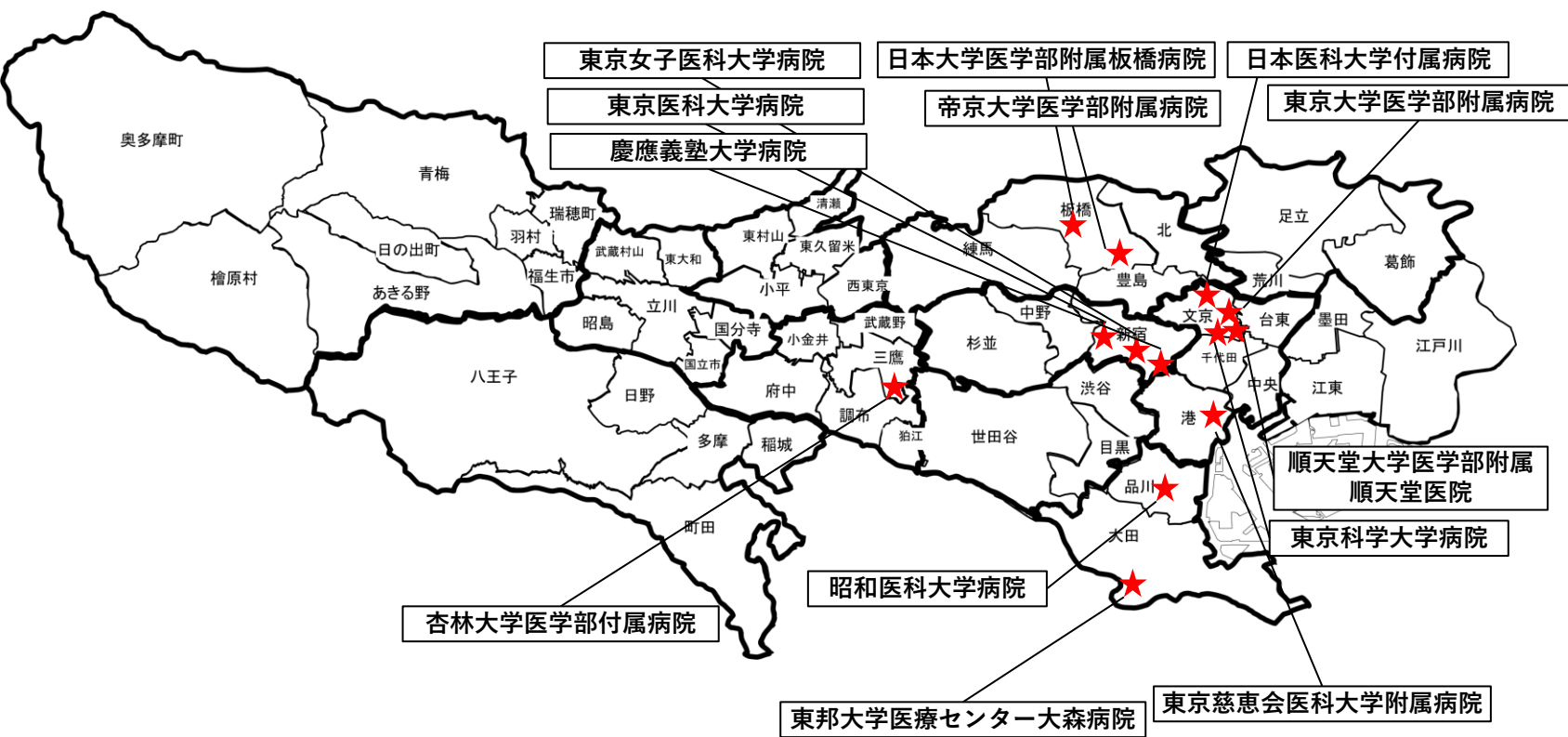
医療機関機能

○国が示す目安に基づくと、都内の急性期拠点機能を担う医療機関数は、**56～79施設程度**が目安

医療圏	2040年推計人口	20～30万人当たり施設数
区中央部	1,094,523	4～6
区南部	1,231,618	5～7
区西南部	1,549,973	6～8
区西部	1,351,373	5～7
区西北部	2,061,929	7～11
区東北部	1,398,624	5～7
区東部	1,569,562	6～8
西多摩	324,331	2
南多摩	1,400,435	5～8
北多摩西部	654,160	3～4
北多摩南部	1,102,635	4～6
北多摩北部	748,610	3～4
島しょ	19,646	1
合計		56～79

○都内には13もの大学病院本院が所在し、その**多くが区部に分布**している

都内大学病院本院配置図



医療圏	大学病院本院数
区中央部	5
区南部	2
区西南部	0
区西部	3
区西北部	2
区東北部	0
区東部	0
西多摩	0
南多摩	0
北多摩西部	0
北多摩南部	1
北多摩北部	0
島しょ	0
合計	13

都内の状況（３）急性期病院 A 及び急性期総合体制加算届出医療機関数

医療機関機能

○令和 8 年度診療報酬改定で新設された**急性期病院 A 一般入院料**及び**急性期総合体制加算**を届け出ている医療機関数は、**47施設**
（特定機能病院に当たらない 1 大学病院本院を除く）（急性期総合体制加算の届出には、急性期病院 A 一般入院料の届出が必要）

医療圏	急性期病院 A	急性期総合体制加算
区中央部	7	6
区南部	6	5
区西南部	10	5
区西部	8	5
区西北部	9	6
区東北部	5	2
区東部	7	4
西多摩	2	1
南多摩	6	5
北多摩西部	5	3
北多摩南部	4	3
北多摩北部	4	2
島しょ	0	0
合計	73	47

出典：関東信越厚生局「届出受理医療機関名簿」（令和 8 年 7 月 1 日現在）
急性期病院 A：急性期病院一般入院基本料（急性期病院 A 一般入院料）、急性期総合体制加算：急性期総合体制加算 1 ～ 5

都内の状況（４）急性期病院 A 及び急性期総合体制加算相当医療機関数

医療機関機能

○救急搬送件数2,000件/年以上かつ全身麻酔手術件数1,200件/年以上の実績がある医療機関数は、80施設（大学病院本院除く）

医療圏	①救急搬送件数 2,000件/年以上	②全身麻酔手術件数 1,200件/年以上	①かつ②
区中央部	10	17	10
区南部	10	10	6
区西南部	14	13	10
区西部	11	10	9
区西北部	12	10	9
区東北部	13	8	5
区東部	15	10	8
西多摩	5	3	3
南多摩	13	9	7
北多摩西部	6	6	5
北多摩南部	7	6	4
北多摩北部	9	5	4
島しょ	0	0	0
合計	125	107	80

出典：令和 7 年病床機能報告

○救急・手術の基礎実績に、災害・重症救急を担う政策機能と総合性を加える

確認項目	都の要件（案） ①～③を全て満たすこと
① 基礎実績	・ 救急搬送受入2,000件／年以上 かつ 全身麻酔手術1,200件／年以上 ▶ この実績を満たす80病院を出発点とし、大学病院本院は院数に含めない
② 政策機能	・ 災害拠点病院 又は 三次救急医療施設 ▶ 災害時の受入・地域支援、重篤な救急患者の救命治療を担う基盤を評価する
③ 総合性	・ 成人・高齢者の一般救急を受け入れ、消化器・循環器・脳神経・整形／外傷等の複数領域の緊急入院・手術・処置を継続して実施し、休日・夜間も診断・治療に対応 ・ 特定患者・領域を主に対象とし、この総合性を満たさない施設は単独候補に算入せず、専門等機能等を軸に協議し、専門医療と拠点との連携を維持する

候補数の試算：80病院 → 60病院

○救急・手術の基礎実績に、重症管理を実施した記録と総合性を加える

確認項目	都の要件（案） ①～③を全て満たすこと
① 基礎実績	・ 救急搬送受入2,000件／年以上 かつ 全身麻酔手術1,200件／年以上 ▶ この実績を満たす80病院を出発点とし、大学病院本院は院数に含めない
② 重症管理の実績	・ 救命救急入院料、ICU・HCU・PICU・NICU、総合周産期（母体・胎児／新生児）のいずれかにレセプト記録が1件以上あること ▶ 届出の有無ではなく実施記録を評価
③ 総合性	・ 成人・高齢者の一般救急を受け入れ、消化器・循環器・脳神経・整形／外傷等の複数領域の緊急入院・手術・処置を継続して実施し、休日・夜間も診断・治療に対応 ・ 特定患者・領域を主に対象とし、この総合性を満たさない施設は単独候補に算入せず、専門等機能等を軸に協議し、専門医療と拠点との連携を維持する

候補数の試算：80病院 → 69病院

都の急性期拠点機能の候補数（医療圏別比較）

医療機関機能

○救急搬送件数2,000件／年以上 かつ 全身麻酔手術1,200件／年以上の80病院（大学病院本院除く）を基に比較

医療圏	20～30万人当たりの施設数	案 1 60病院	案 2 69病院	基礎条件を満たす 80病院
区中央部	4～6	7	10	10
区南部	5～7	3	6	6
区西南部	6～8	6	8	10
区西部	5～7	8	8	9
区西北部	7～11	6	7	9
区東北部	5～7	4	5	5
区東部	6～8	8	7	8
西多摩	2	2	2	3
南多摩	5～8	7	5	7
北多摩西部	3～4	3	5	5
北多摩南部	4～6	3	3	4
北多摩北部	3～4	3	3	4
島しょ	1	0	0	0
合計	56～79	60	69	80

出典：令和 7 年病床機能報告（診療実績は令和 6 年度）
人口に基づく施設数：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（令和5年推計）

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」（令和８年７月３日）を基に作成

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

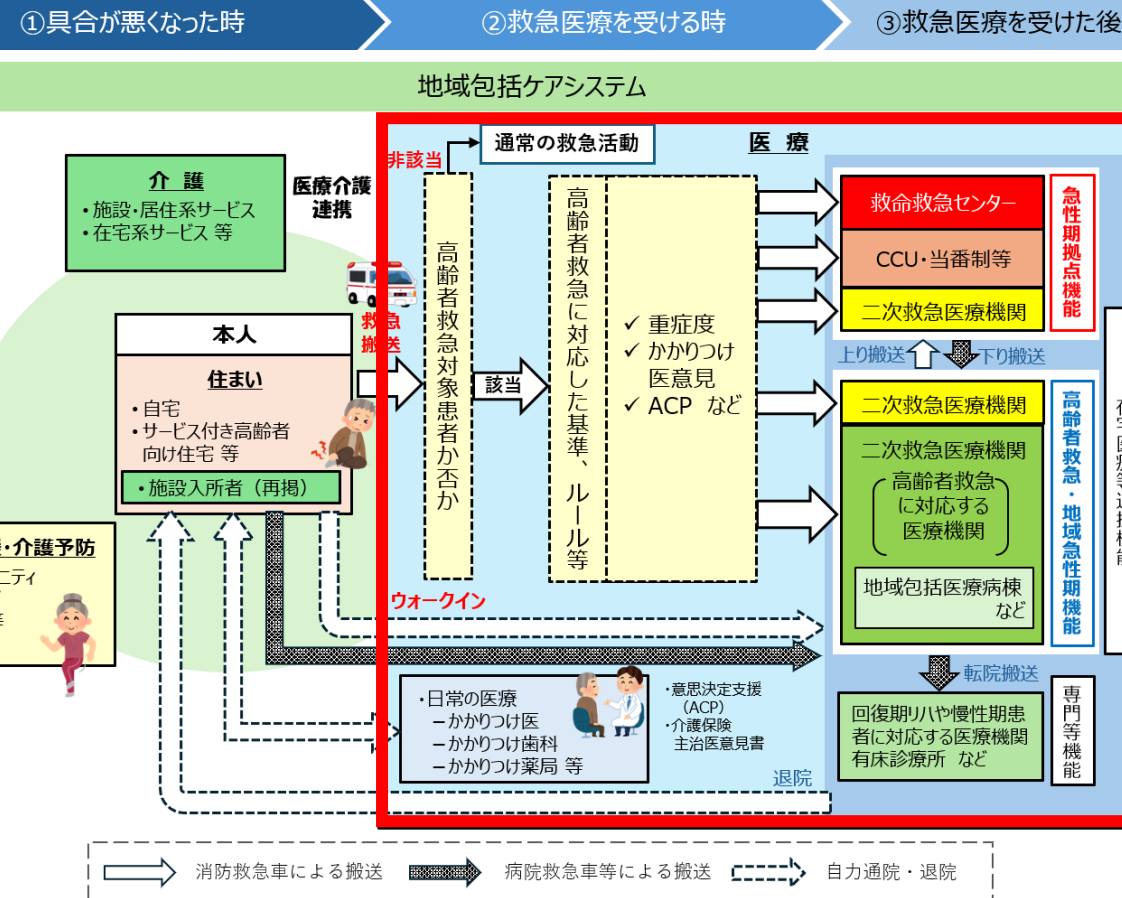
③ 救急搬送における連携

- 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

新たな地域医療構想を踏まえた救急医療体制（イメージ）



出典：東京都保健医療局「第2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7月24日）

高齢者救急の検討イメージ

※赤字は第2回策定部会での主な意見

- 高齢者救急の対象患者像をどうするか
 - ▶ 《75歳以上又は要介護状態》とするのはどうか
＝地域内でできるだけ高齢者救急を受け止める視点
 - ▶ 《85歳以上又は要介護状態》とするのはどうか
＝救急隊による搬送先選定を滞りなく円滑に実施する視点

対象患者像に応じた搬送規模を検証のうえ、適切な対象患者像を設定することが必要

- 高齢者救急を考えるうえで考慮すべき視点
 - ▶ C C Uなどの既存の搬送体制を前提
 - ▶ 患者本人や家族の意向（A C P）
 - ▶ かかりつけ医の意見 等

- 実施基準の検討
《以下は例示》
 - ・高齢者救急に対応可能な医療機関のリスト
 - ・搬送先の選定基準
 - ・搬送先への伝達基準
 - ・受入医療機関確保基準 等

- 搬送ルールの検討
 - ・搬送フローの整備 等

前提

高齢者救急の基本的な考え方を整理

具体化

高齢者救急の実施基準・搬送ルールの検討

策定部会で検討

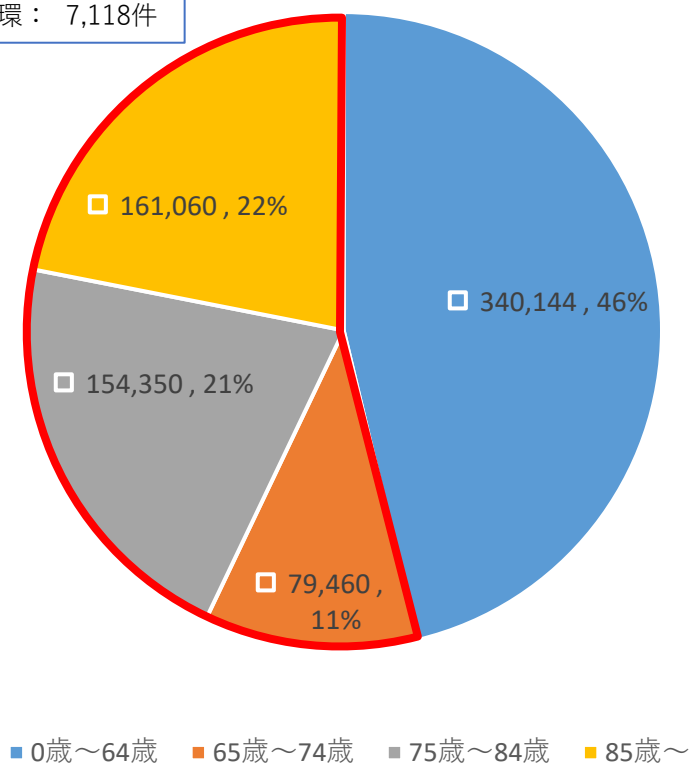
協議会等で検討

- 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。

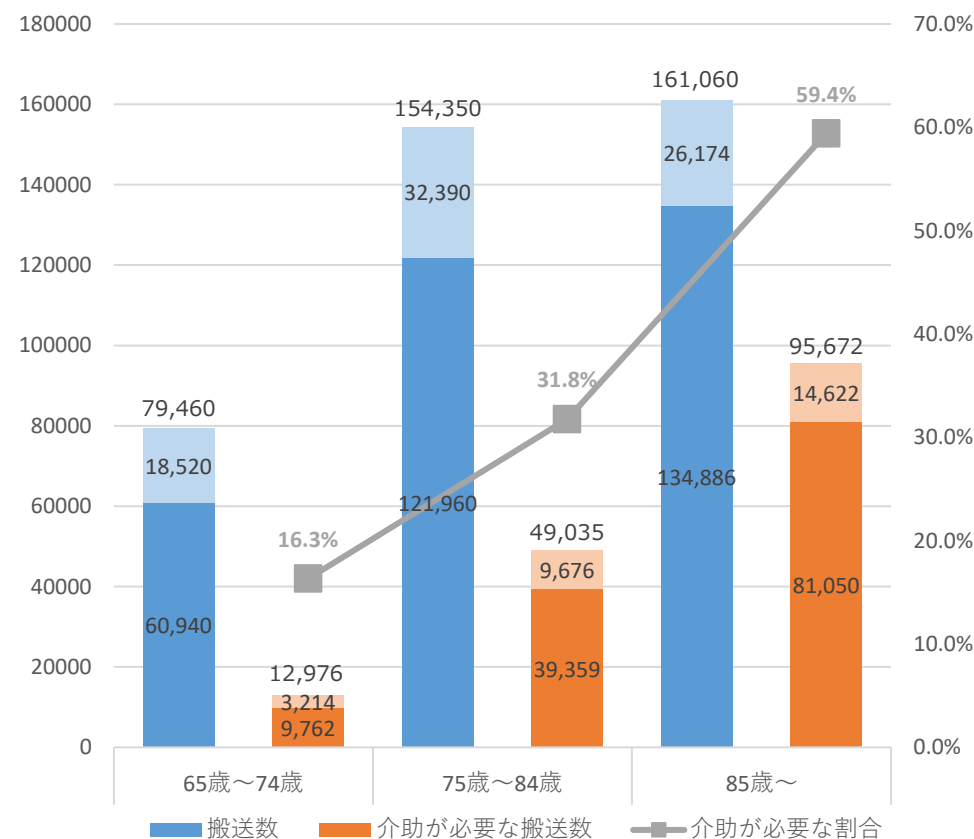
※令和7年実績

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



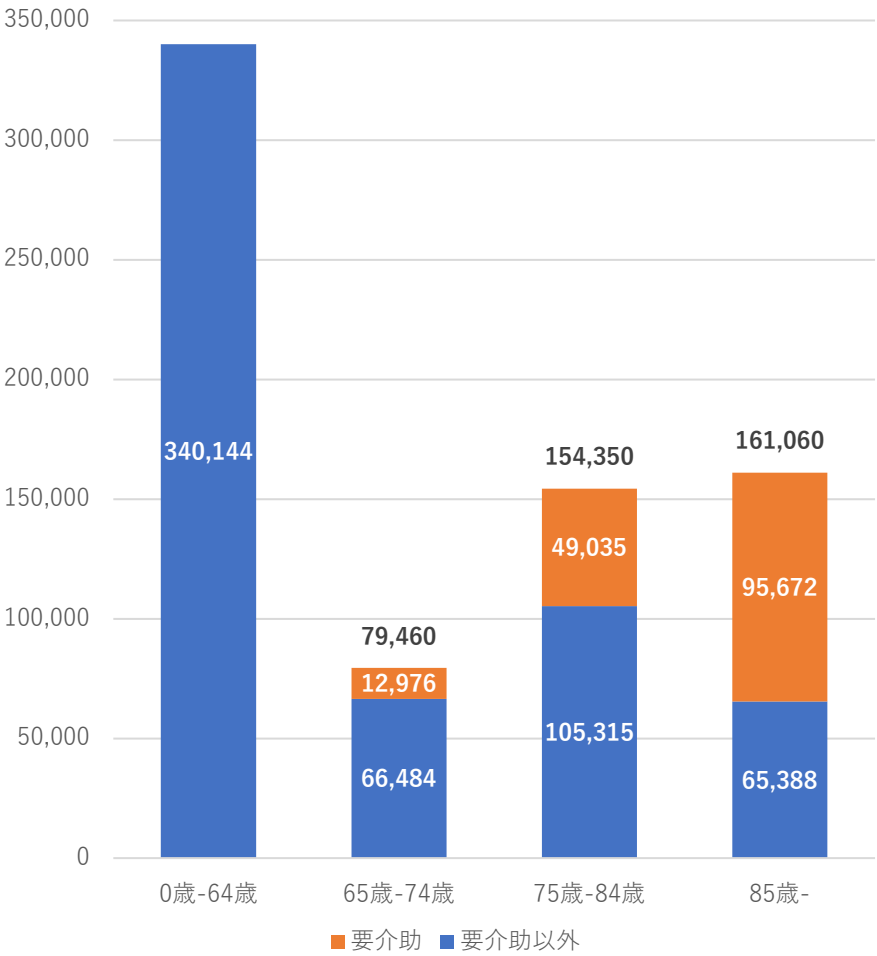
日常的な介助が必要な搬送者数・割合



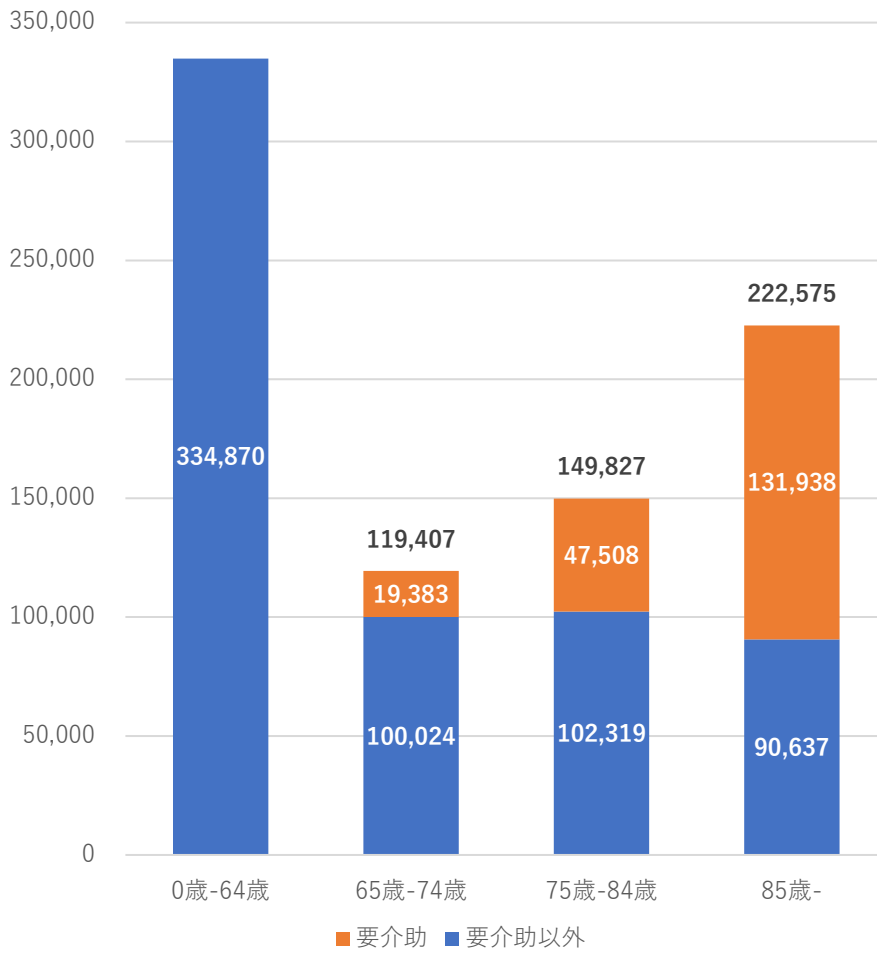
※各棒グラフの上側は、二次救急搬送者数のうち、三次救急も有する医療機関における搬送者数

○2040年の二次救急搬送件数の推計は、令和 7 年実績比で**全体では12.5%増加**、そのうち**85歳以上では38.2%増加**する見込み

日常的な介助が必要な搬送者数（要介助）と
それ以外の搬送者数【令和7年実績】



日常的な介助が必要な搬送者数（要介助）と
それ以外の搬送者数【2040年推計】



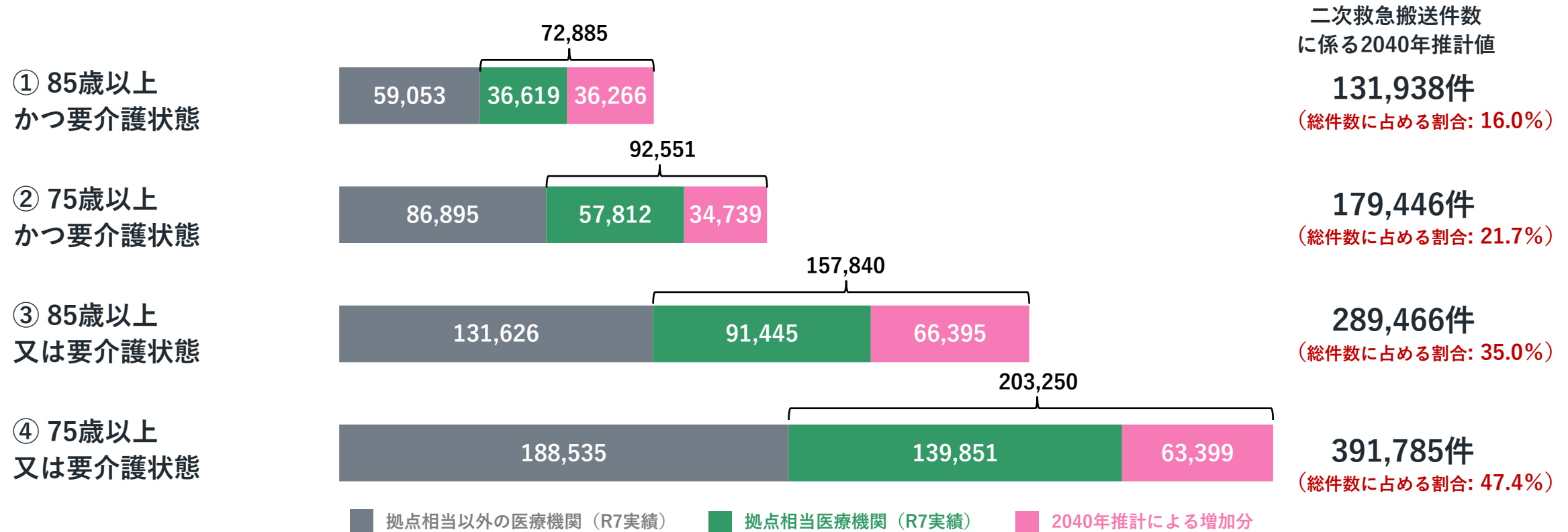
○ 2040年の二次救急搬送件数

	対令和 7 年実績	
	件数	割合
全年齢	+ 91,665件	+ 12.5%
0歳-64歳	△5,274件	△1.6%
65歳-74歳	+ 39,947件	+ 50.3%
要介助のみ	+ 6,407件	+ 49.4%
75歳-84歳	△4,523件	△2.9%
要介助のみ	△1,527件	△3.1%
85歳-	+ 61,515件	+ 38.2%
要介助のみ	+ 36,266件	+ 37.9%

※令和7年実績をベースに、医療圏別・年齢区分別の**将来推計人口**
（国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口）を掛け合わせて算出
※搬送先医療機関搬送者数に、将来推計人口を掛け合わせていることに留意

- 対象患者像の設定によって、急性期拠点機能相当の医療機関で受け入れている患者及び2040年の推計患者のうち、**約7.2万件から約20.4万件**が、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関との**役割分担の対象**となり得る
- 高齢者救急の対象患者像ごとの搬送規模を踏まえ、**急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能が役割分担**のうえ、**連携して受け入れる**ことが求められる

対象患者像ごとの二次救急搬送件数の2040年推計（試算）



※1 拠点相当医療機関…以下の**急性期拠点機能相当の医療機関**における搬送者数
・大学病院本院又は（特定機能病院かつ三次救急も有する医療機関）：15施設
・急性期総合体制加算届出医療機関：47施設

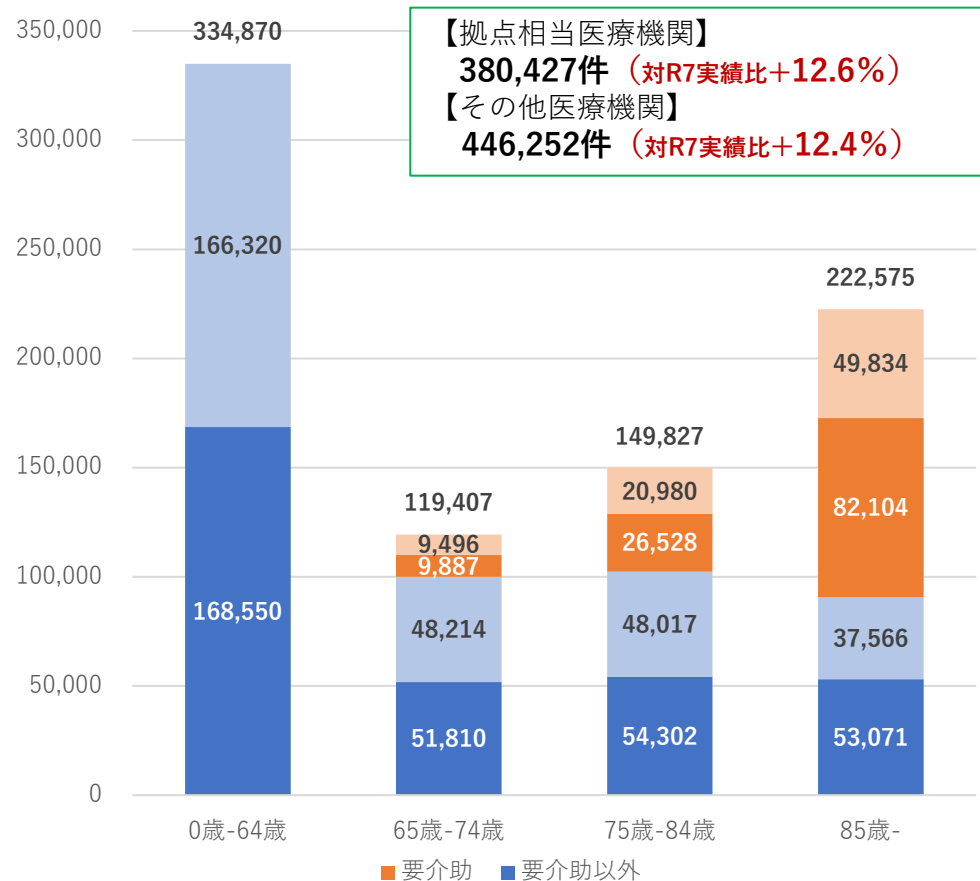
※2 令和7年実績をベースに、医療圏別・年齢区分別の**将来推計人口**（国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口）を掛け合わせて算出
搬送先医療機関搬送者数に、将来推計人口を掛け合わせていることに留意

○将来の高齢者救急需要の増加を踏まえると、対象患者像の設定によって役割分担後の受入規模は大幅に変化し、対令和7年実績比で急性期拠点機能相当の医療機関で約2～36%減、その他医療機関で約25～54%増

※令和7年実績をベースに、医療圏別・年齢区分別の将来推計人口
（国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口）を掛け合わせて算出
※搬送先医療機関搬送者数に、将来推計人口を掛け合わせていることに留意

日常的な介助が必要な搬送者数（要介助）と

それ以外の搬送者数【2040年推計】



※色の薄い部分は、以下の急性期拠点機能相当の医療機関における搬送者数
・大学病院本院又は（特定機能病院かつ三次救急も有する医療機関）：15施設
・急性期総合体制加算届出医療機関：47施設

以下、対象患者像群のうち、急性期拠点相当医療機関への搬送件数を仮にその他医療機関に計上

①85歳以上かつ要介護状態

要介助		9,496	20,980	49,834
		9,887	26,528	82,104
要介助 以外	166,320	48,214	48,017	37,566
	168,550	51,810	54,302	53,071
	0～ 64歳	65～ 74歳	75～ 84歳	85歳 以上
【拠点相当医療機関】		【その他医療機関】		
330,593件		496,086件		
(対R7実績比△2.2%)		(対R7実績比＋25.0%)		

②75歳以上かつ要介護状態

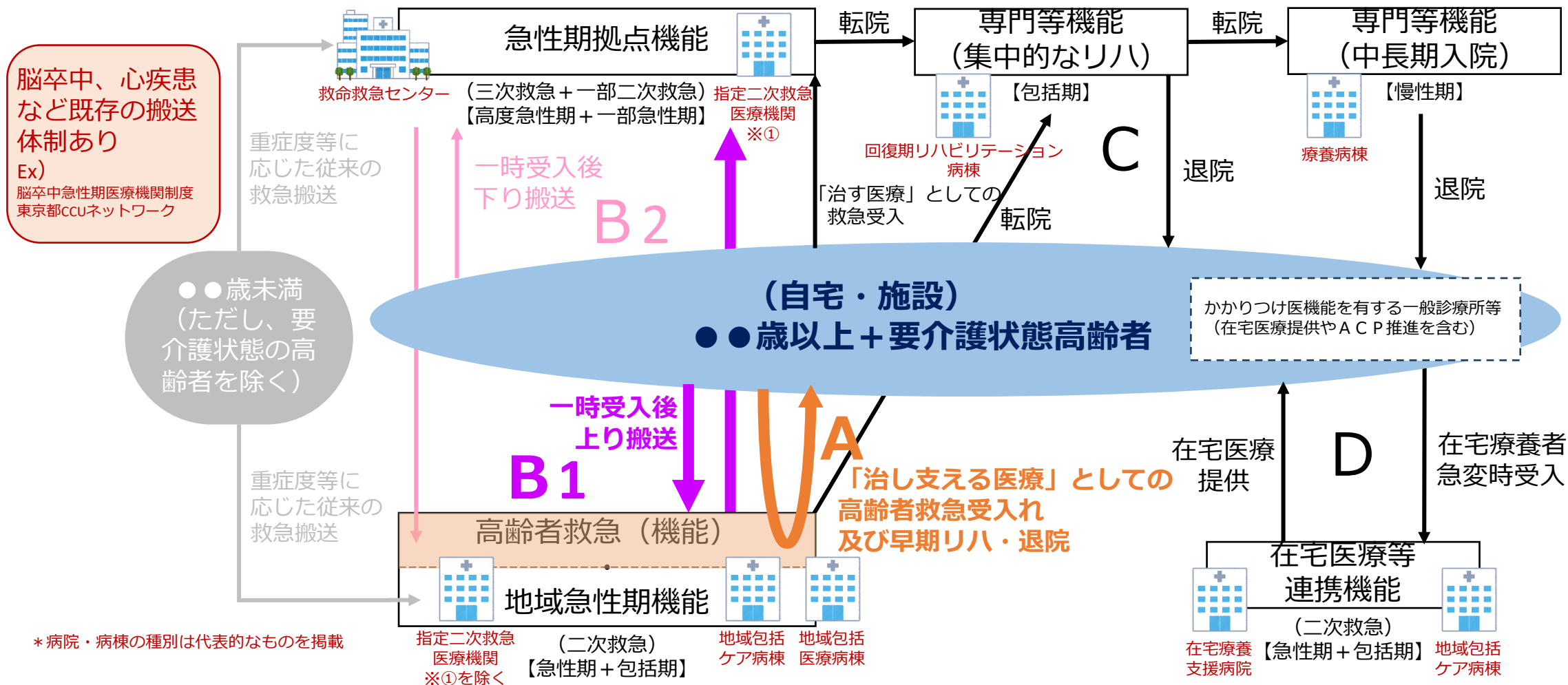
要介助		9,496	20,980	49,834
		9,887	26,528	82,104
要介助 以外	166,320	48,214	48,017	37,566
	168,550	51,810	54,302	53,071
	0～ 64歳	65～ 74歳	75～ 84歳	85歳 以上
【拠点相当医療機関】		【その他医療機関】		
309,613件		517,066件		
(対R7実績比△8.4%)		(対R7実績比+30.2%)		

③85歳以上又は要介護状態

要介助		9,496	20,980	49,834
		9,887	26,528	82,104
要介助 以外	166,320	48,214	48,017	37,566
	168,550	51,810	54,302	53,071
	0～ 64歳	65～ 74歳	75～ 84歳	85歳 以上
【拠点相当医療機関】		【その他医療機関】		
262,551件		564,128件		
(対R7実績比△22.3%)		(対R7実績比＋42.0%)		

④75歳以上又は要介護状態

要介助		9,496	20,980	49,834
		9,887	26,528	82,104
要介助 以外	166,320	48,214	48,017	37,566
	168,550	51,810	54,302	53,071
	0～ 64歳	65～ 74歳	75～ 84歳	85歳 以上
【拠点相当医療機関】		【その他医療機関】		
214,534件		612,145件		
(対R7実績比△36.5%)		(対R7実績比＋54.1%)		



【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**

医療機関機能

○国が示す各医療機関機能の考え方を基本としつつ、**東京の特性を踏まえ、医療機関機能を設定**する必要がある

機能	ポイント（上段：都の状況／下段：都の状況を踏まえた機能の考え方）
急性期拠点機能	・高度医療提供施設の集積や中小病院や民間病院が多く、多様な医療機関が存在 ・発達した交通網等を背景とした、患者の広域的な受療動向が見られる ▶ 都内における医療提供体制は一定程度充足していることから、小児・周産期医療等の一部の診療領域について、急性期拠点機能が新たに当該診療機能を担うことは求めない。また、医育及び広域診療機能については、急性期拠点機能を担う医療機関数の算定に含めない ▶ 医療アクセスが一定程度確保されており、必ずしも均一的な配置は必要ない
高齢者救急・地域急性期機能	・高齢者人口や高齢者単独世帯が多く、高齢者救急や医療・介護の複合ニーズの増加が見込まれる ▶ 増加する高齢者救急への対応として、大腿骨骨折の手術等、頻度の高い手術・処置等の実施も想定される ▶ 在宅医療を担う関係者との連携や、高齢者施設との連携が求められる
在宅医療等連携機能	・在宅医療需要や医療・介護の複合ニーズの増加が見込まれており、在宅療養体制の整備が求められる ▶ 地域の実情等に応じて、自ら在宅医療を提供することや、高齢者施設との連携が求められる
専門等機能	・高齢者の複数疾患の対応等においては、地域全体で患者を支える視点が重要 ▶ 特定の診療科に特化した医療機関も含め、地域の医療機関との連携が必要
医育及び広域診療機能 （大学病院本院）	・生産年齢人口の減少により、人材確保がますます困難になることが見込まれる ▶ 多様な症例に対応する人材の育成を含む医育や広域的な観点からの人的協力等の取組が重要

高齢者救急

○今後増加が見込まれ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た受入体制を整備**する必要がある

○急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能を中心に役割分担のうえ、円滑な搬送を行うために、**東京の医療資源等の状況を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関数、高齢者救急の対象患者像を設定**するとともに、**既存の搬送体制があることなど、都における高齢者救急の前提となる考え方を整理**する必要がある

【各医療機関機能の設定の考え方（案）】

機能区分	基本的な役割	設定の考え方
急性期拠点機能	- 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 - 災害医療、新興感染症等の政策医療への対応 - 医育、地域の医療機関への人的協力への対応 - 小児・周産期医療等の一部の診療領域については、地域の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、急性期拠点機能が新たに当該診療機能を担うことは求めない	- 人口20～30万人につき1か所程度を目安としつつ、診療実績等を考慮のうえ、一定の総合性を有する医療機関により設定 - 急性期拠点機能の地理的配置について、発達した交通網により医療アクセスが一定程度確保されているため、必ずしも均一的な配置は必要ないが、過度に集中している場合は、全体の配置も考慮 - 医育及び広域診療機能については、急性期拠点機能を担う医療機関数の算定に含めない - 地域医療構想調整会議等の協議を経て、2028年度までに決定
高齢者救急・地域急性期機能	- 地域包括ケアシステムの中で、今後増加が見込まれる高齢者救急を中心とした、急変時の受入から在宅医療や介護との連携までを包括的に担う - 高齢者を中心とした救急搬送や休日・夜間を含む高齢者施設等からの外来患者の診療の提供 - 早期退院に向けた、入院早期からのリハビリテーションや、退院後のリハビリテーションの提供 - 在宅復帰に向けた多職種による調整等、在宅医療を担う関係者との連携 - 協力医療機関の役割を担う等、高齢者施設との連携 - 増加する高齢者救急に対応するため、大腿骨骨折の手術等、頻度の高い手術・処置等の実施も想定	- 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、身近な地域で適切に確保する必要がある - 有床診療所について、高齢者救急や早期退院を見据えた入院医療を積極的に担う場合、高齢者救急・地域急性期機能として報告可能 - 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報告

機能区分	基本的な役割	設定の考え方
在宅医療等連携機能	- 在宅医療を担う他の医療機関・訪問看護ステーション・歯科医療機関・薬局・介護施設等と連携した、24時間の相談対応及び入院受入等の後方支援 地域の実情等に応じて、自ら在宅医療を提供 協力医療機関の役割を担う等、高齢者施設との連携	主に在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所が担うことが見込まれるが、緩和ケアや看取り等の在宅医療の支援や介護や福祉との連携を積極的に担う医療機関についても、当該機能を担うことが考えられる
専門等機能	集中的なりハビリ、中長期にわたる入院医療、地域に根差した診療を行う有床診療所、特定の診療科に特化した診療を提供 - 複数疾患を抱える高齢者等への対応に当たっては、複数の医療機関による対応が想定されることから、特定の診療科に特化した医療機関も含め、地域の医療機関との連携が求められる	- 他の医療機関機能に当てはまらない医療機関が担うことを想定 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報告可能
医育及び広域診療機能	- 広域な観点で担う、常勤医師や代替医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域的な観点が求められる診療を総合的に担う - 都と大学病院本院が密に連携し、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を推進 - 医育では多様な症例に対応する人材の育成、広域的な観点での診療では症例が少ない医療の提供を将来にわたり維持することが求められる	医育及び広域診療機能は、大学病院本院のみが担うものとし、当該機能は、急性期拠点機能を担う医療機関数の算定に含めない

【急性期拠点機能を担う医療機関数の設定の考え方】

○人口20～30万人に1か所程度を目安としつつ、**診療実績や総合性を踏まえて設定**する必要がある

- ▶人口20～30万人に1か所程度を目安とした場合…**56～79施設程度**
- ▶【救急搬送件数2,000件/年以上かつ全身麻酔手術件数1,200件/年以上】のみとした場合…**80施設**
- ▶【救急搬送件数2,000件/年以上かつ全身麻酔手術件数1,200件/年以上】かつ【政策医療＋総合性】とした場合…**60施設**
- ▶【救急搬送件数2,000件/年以上かつ全身麻酔手術件数1,200件/年以上】かつ【重症管理実績＋総合性】とした場合… **69施設**

【高齢者救急の対象患者像】

○医療と介護の複合ニーズを有する高齢者の増加が見込まれる中で、**患者像に応じて、より適切な医療を提供する医療機関へ搬送できる救急医療体制を構築**する必要がある

○対象患者像の設定によって、急性期拠点機能相当の医療機関で受け入れている患者及び2040年の推計患者のうち、**約7.2万件から約20.4万件が、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関との役割分担の対象となり得る**

○高齢者救急の対象患者像ごとの搬送規模を踏まえ、**急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能が役割分担**のうえ、**連携して受け入れる**ことが求められる

【高齢者救急を考えるうえで考慮すべき視点（案）】

- ▶重症度に応じた救急搬送や脳卒中・心疾患などの**既存の搬送体制を前提**とする
- ▶患者本人や家族の意向（A C P）についても配慮する必要がある
- ▶かかりつけ医の意見を踏まえ、高齢者の救急搬送を考える必要がある

- 「東京の特性を踏まえた医療機関機能の設定の考え方（案）」について、追加すべき点などご意見いただきたい
- 「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について」に係る、以下の点についてご意見いただきたい
 - ① 「急性期拠点機能を担う医療機関数の設定の考え方」について、**考慮すべき診療実績や総合性等はあるか**
 - ② 「高齢者救急の対象患者像」について、年齢や医療と介護の複合ニーズの状況等を踏まえ、**どのように捉えるのが良いか**
 - ③ 「高齢者救急を考えるうえで考慮すべき視点（案）」について、協議会に検討すべき事項を申し送りたい。その観点から、**追加すべき点などご意見いただきたい**