

新たな地域医療構想策定ー 構想区域毎データ分析結果(入院医療等)

新たな地域医療構想策定ガイドライン 全体像 — 2040年を見据えた体制再構築

ブロック1 | 背景と課題

なぜ今、新たな構想が必要か

人口構造・医療需要の劇的变化 (2040年問題)

- 【需要変化】団塊の世代が85歳以上へ。高齢者救急・在宅医療・慢性期ニーズが増加。急性期医療需要(手術等)は多くの地域で減少。
- 【供給制約】生産年齢人口の急減。医師・看護職員等の医療従事者の確保が極めて困難に。

既存体制の限界

- 現在の人口20万人未満の二次医療圏(全体の半数近く)では、**入院医療の完結が困難に**。
- 大都市型、地方都市型、人口減少型など、いずれの地域類型でも課題がある。大都市は高齢者の増加に対し働き世代の減少に対応する必要がある。

ブロック2 | ガイドラインのコア解決策

再編・集約化の仕組み

仕組み1 | 構想区域の再設定(広域化)

将来推計人口(2040年)や患者の流出入実態に基づき、急性期拠点確保と必要病床数が運用可能な単位へ区域を見直し・統合。

仕組み2 | 新たな5つの「医療機関機能」への再定義

1. 急性期拠点機能

(目安:20~30万人に1か所)

- 手術・重症救急等の医療資源を集約
- 医師の働き方改革と高度医療を両立
- 大学病院等からの医師派遣(人的協力)の核

2. 高齢者救急・地域急性期機能

- 増加する高齢者救急の受け皿(面に対応)
- 入院早期からのリハビリ提供、退院支援
- 介護施設等との連携・役割分担

3. 在宅医療等連携機能

- 地域における24時間対応ネットワークの中心
- 在宅療養患者の急変時の後方支援(バックベッド)
- 訪問看護・介護等との面的な協働体制

4. 専門等機能

- 回復期リハビリ等に特化した入院医療
- 中長期の療養を要する慢性患者(マルチモビディティ等)への対応
- その他医療機関

5. 医育及び広域診療機能(大学病院本院が担う機能)

- 常勤医師・代診医の派遣、卒前・卒後教育等の医療従事者の育成。広域な観点が求められる診療を総合的に提供。機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携。

仕組み3 | 機能決定に向けた「データに基づく協議」

診療実績(全身麻酔件数、救急等)や人口推計データに基づき調整会議で協議。**現状維持を前提としない**。

ブロック3 | 目指す姿

2040年の医療提供体制

日常生活へ戻れる体制

- すべての世代が適切に医療・介護を受け、日常生活に戻れる「地域包括ケアシステム」の完成。

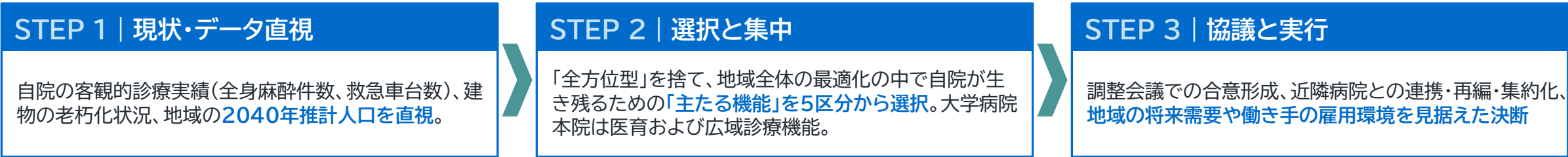
効率的・効果的な体制

- 医療機関の連携・再編・集約化、病床のダウンサイズを通じた効率的かつ効果的な医療提供体制。

持続可能な働き方

- 医療従事者の持続可能な働き方を確保

2040年に向けた自院のポジショニング戦略



機能選択の判断基準マトリックス

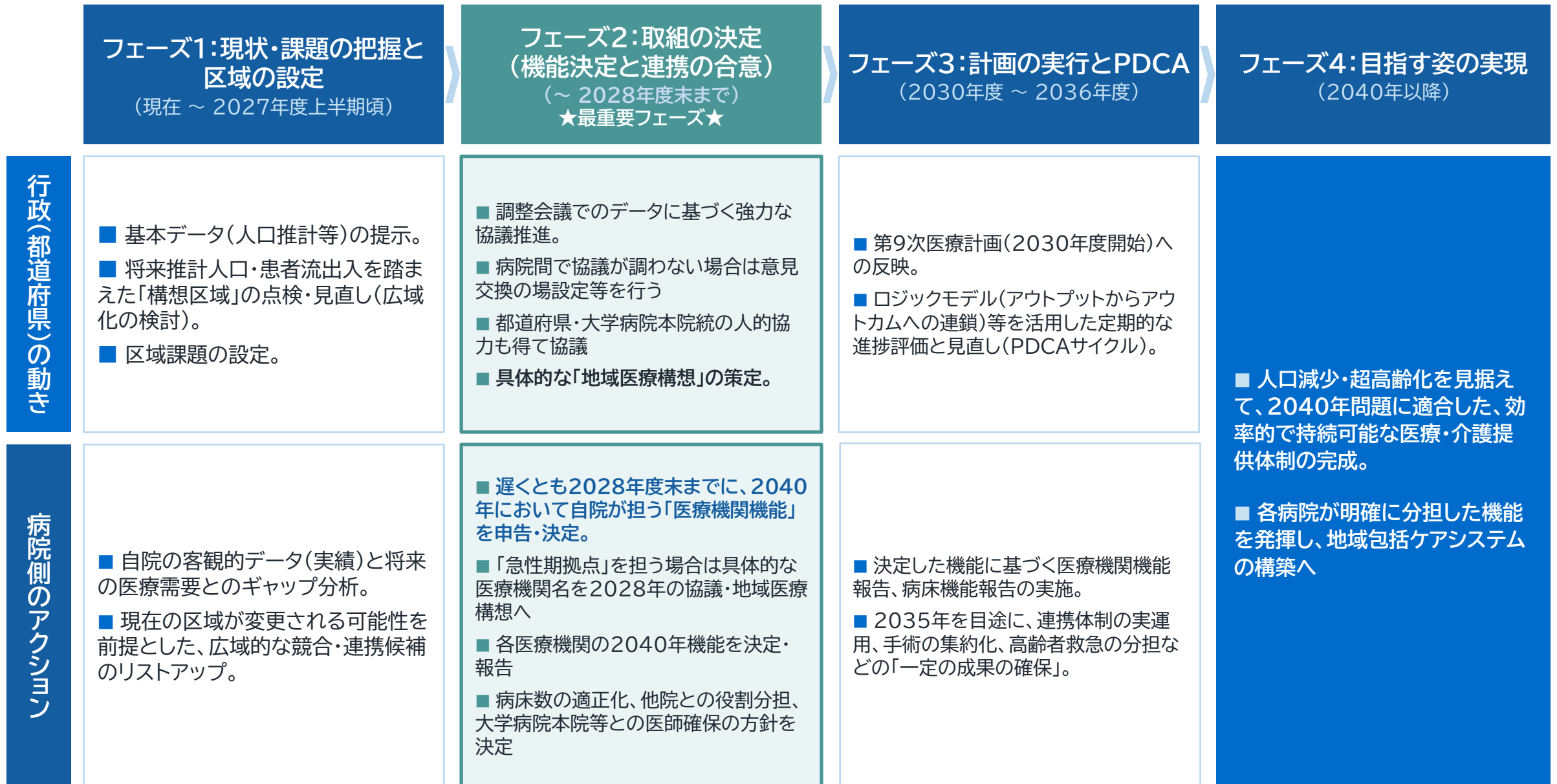
	【急性期拠点機能】 に特化する場合	【高齢者救急・地域急性期機能】 に注力する場合	【在宅医療等連携機能】 に特化・注力する場合	【専門等機能】 (回復期リハ・慢性期等)
求められる ハードル	■ 一定数以上の緊急手術・重症救急の実績(データ厳格化)。 ■ 高度な医療機器。 ■ 休日・夜間の手厚い体制維持。	■ 高齢者救急の断らない受け入れ体制。 ■ 早期リハビリと高度な退院調整能力。	■ 地域における24時間の提供体制確保。 ■ 在宅療養患者の急変時受入(バックベッド)機能。	—
経営 アクション	■ 他院からの症例集約化の引き受け。 ■ 大学病院本院等との強固な連携による術者・麻酔科医の確保。 ■ 高齢者救急・軽症患者を他機能へ回す役割分担。 ■ 近隣競合病院との「統合・再編」の主導。	■ 高度な手術・急性期機能からの撤退(拠点への譲渡)。 ■ 内科系医師等の確保注力。 ■ 介護施設(特養・老健等)や在宅医療機関との連携パス構築。 ■ 病床機能を「急性期」から「包括期」へ転換。	■ 訪問診療・訪問看護ステーション、歯科医師・薬剤師との面的ネットワーク構築。 ■ 複数施設間での輪番制による外来・夜間体制構築。 ■ ICT等の積極導入。	■ マルチモビディティ(多疾病併存)の長期療養患者の受け入れ強化。 ■ 明確な機能特化による経営効率の最大化。

△ 現状維持バイアスの排除

■ 過去の「実績」や「建前」での機能申請は不可。客観的なデータ(手術件数等)に基づき厳格に判断される。・建物の老朽化状況、建て替え費用、各種補助金・繰入金の活用状況等の「経営状況」も総合的に勘案される。

■ 経営状況が悪いままの単独での急性期維持は困難。ダウンサイズや連携・再編を前提とした事業計画が必須。協議不調時は都道府県の介入あり。

地域医療構想のタイムライン:2028年度の「機能決定」に向けた逆算



【全県版】 データで見る 入院医療・外来医療の現状と課題

4つのテーマ：①急性期拠点 ②高齢者救急 ③在宅医療の需要 ④病院と在宅の連携（+外来医療：休日・夜間）

県が想定する優先課題（資料1－1）	対応する分析テーマ
① 複合ニーズを持つ高齢者の入院受入	①急性期拠点（受け皿の機能）／②高齢者救急（全搬送・85歳以上・疾患ターゲット）
② 急性期治療後の転院調整（病病連携）	④病院と在宅の連携（転院搬送・入退棟フロー）／①急性期拠点（病棟稼働率のばらつき）
③ 時々入院の高齢者の入退院調整（病診連携・介護連携）	③在宅医療の需要（在支診・かかりつけ医・訪看）／④連携（退院後在宅『不明』）＋外来（休日夜間）

- 今回のテーマは「入院医療・外来医療」：増加する高齢者等への救急医療提供体制／在宅療養での急変時等の入院対応／高齢者救急受入後の退院・転院調整／下り及び上り搬送の調整／休日・夜間等の診療体制の継続的な確保
- 各ページに、グラフ・表から読み取れる「まとめ」を置き、地域の課題（課題感）についてご意見をいただくための資料とする

● ガイドラインの判定目安：**大都市型**＝人口100万人以上 又は 人口密度2,000人/km²以上 / **地方都市型**＝人口20万人以上 又は 10～20万人かつ密度200人/km²以上 / **人口の少ない地域**＝上記以外。類型が以後の協議（拠点の集約度・広域連携等）の前提となる。

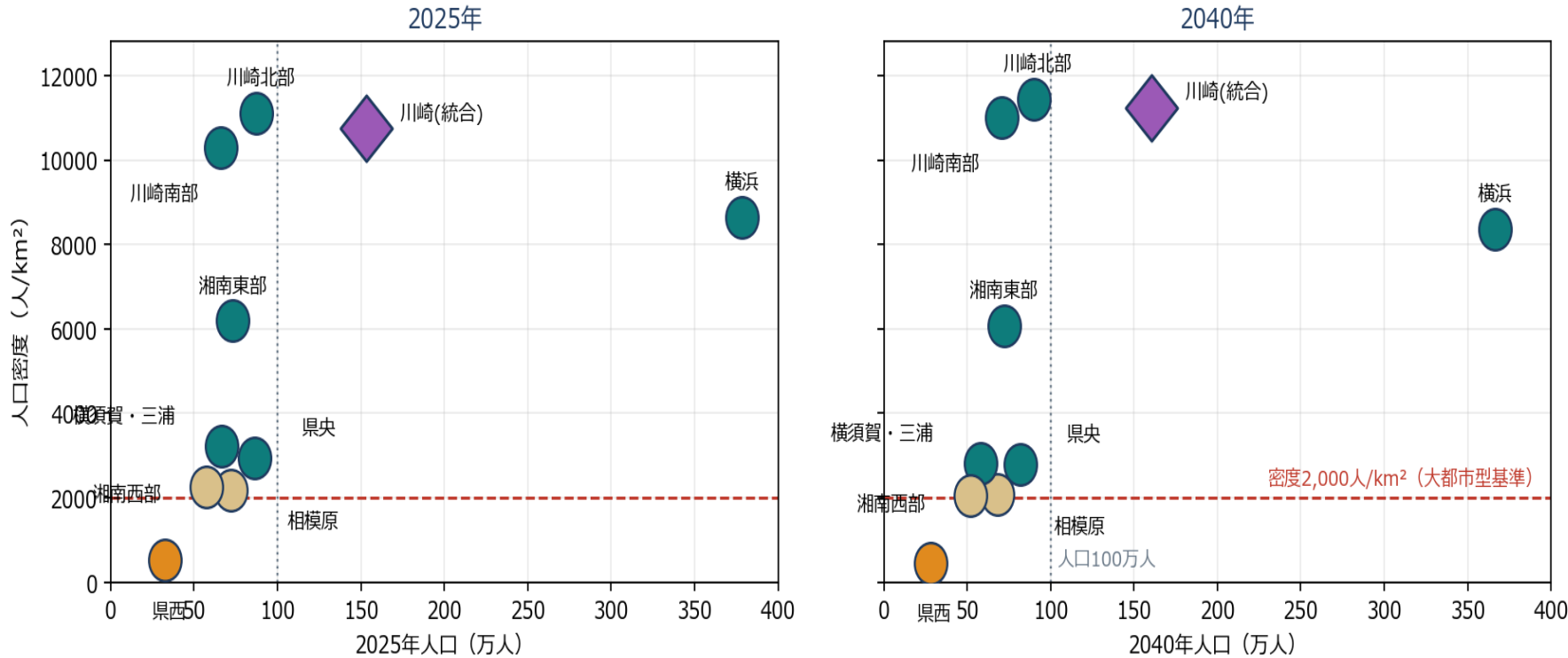
構想区域	2025年人口(万人)	2040年人口(万人)	0-14歳 2025→2040(万人)	15-74歳 2025→2040(万人)	75歳以上 2025→2040(万人)	うち85歳以上 2025→2040(万人)	流入患者割合	流出患者割合	大学病院本院
全県	920	887 (-3.6%)	99.8 → 90.6 (-9.2%)	673.9 → 639.5(-5.1%)	146.4 → 156.8 (+7.1%)	47.1 → 69.1 (+46.7%)	24.4%	26.4%	－
横浜	379	366 (-3.2%)	40.9 → 37.7 (-7.8%)	279.0 → 264.4 (-5.2%)	58.8 → 64.3 (+9.3%)	19.5 → 27.9 (+43.4%)	16.7%	18.4%	横浜市立大学附属病院
川崎南部	66	71 (+7.0%)	7.7 → 7.8 (+1.0%)	50.8 → 54.5 (+7.2%)	7.5 → 8.4 (+11.9%)	2.4 → 3.4 (+39.7%)	30.2%	37.5%	－
川崎北部	87	90 (+3.0%)	10.1 → 9.9 (-2.6%)	65.9 → 66.5 (+0.8%)	11.4 → 13.7 (+20.3%)	3.8 → 5.9 (+52.5%)	39.1%	40.0%	聖マリアンナ医科大学 病院
川崎(統合)	154	161 (+4.7%)	17.9 → 17.7 (-1.0%)	116.7 → 120.9 (+3.6%)	18.9 → 22.1 (+17.0%)	6.3 → 9.3 (+47.6%)	－	－	－
相模原	72	68 (-5.2%)	7.4 → 6.4 (-13.3%)	52.8 → 49.2 (-6.9%)	11.7 → 12.6 (+7.4%)	3.5 → 5.6 (+57.5%)	35.3%	30.5%	北里大学病院
横須賀・三浦	67	58 (-13.0%)	6.5 → 5.3 (-18.7%)	46.2 → 39.9 (-13.6%)	14.0 → 12.8 (-8.2%)	4.7 → 5.9 (+26.7%)	21.9%	26.4%	－
湘南東部	73	72 (-1.7%)	8.8 → 8.0 (-8.9%)	52.7 → 51.3 (-2.6%)	11.9 → 12.8 (+7.7%)	3.9 → 5.7 (+46.4%)	25.2%	26.7%	－
湘南西部	57	52 (-9.4%)	5.8 → 4.8 (-17.9%)	40.8 → 36.0 (-11.7%)	10.6 → 11.0 (+3.7%)	3.2 → 5.1 (+63.0%)	30.1%	25.0%	東海大学医学部付属病院
県央	86	82 (-5.3%)	9.5 → 8.3 (-11.9%)	63.0 → 58.8 (-6.6%)	13.8 → 14.5 (+5.0%)	4.0 → 6.6 (+64.4%)	28.2%	36.1%	－
県西	32	28 (-13.7%)	3.1 → 2.4 (-22.0%)	22.7 → 18.9 (-16.5%)	6.7 → 6.7 (-0.1%)	2.1 → 3.1 (+44.1%)	21.4%	26.1%	－

まとめ 機械判定は大都市型8区域・地方都市型1区域（県西）。川崎は統合では人口100万人超となり、横浜と同様に一律の拠点目安が適用しにくい規模。全県では2040年に85歳以上+47%・15-74歳-5%と、需要増と担い手減が同時に進む。

出典：社人研将来推計人口(R5)／患者調査R5（流出入、川崎統合は非公表）。年齢区分は5歳階級によるため0-14歳/15-74歳/75歳以上で区分。カッコ内はいずれも2025→2040の増減率。人口密度は次ページ参照。判定基準=新たな地域医療構想等に関する検討会資料

地域類型 議論の出発点② 地域類型の位置づけ（人口×人口密度）

地域類型の判定：人口 × 人口密度（2025年→2040年・軸は0始まり）



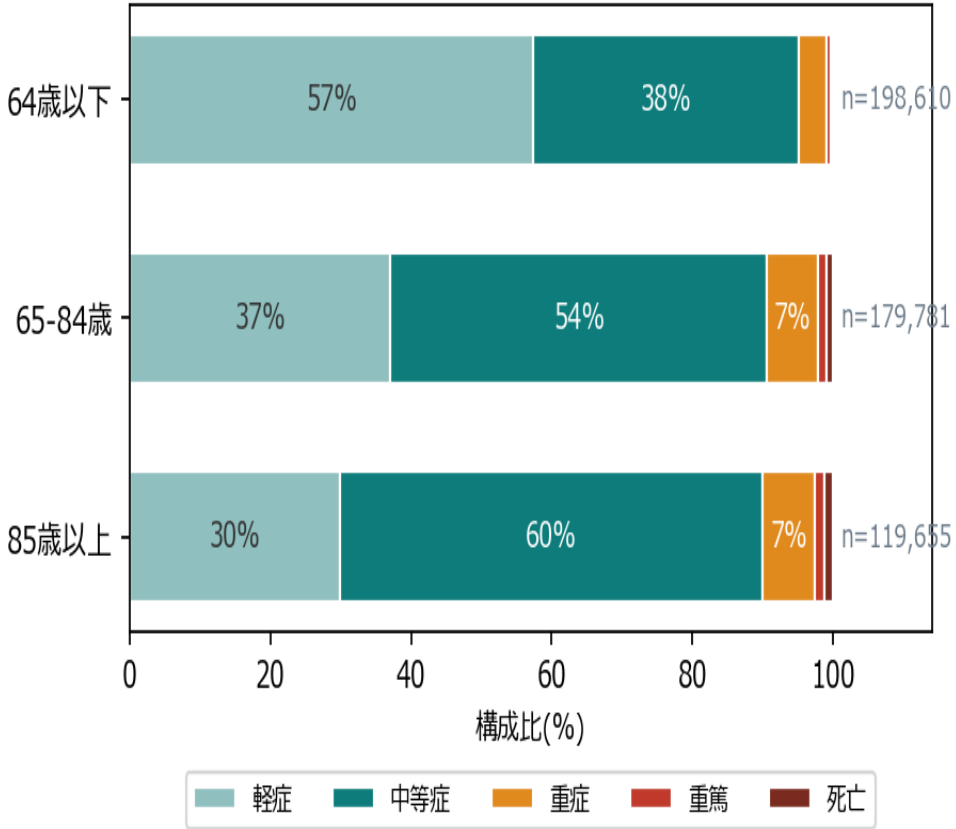
- 9区域すべて人口20万人以上 = 「地方都市型」以上。「人口の少ない地域」は県内にない
- 8区域が密度2,000人/km²超で「大都市型」
- 川崎（統合）は人口100万人超 + 高密度。統合の場合、横浜と同じく一律の拠点目安が適用しにくい規模
- 県西のみ密度442人/km²（2040年）で「地方都市型」
- 相模原・湘南西部は2040年に基準の2,000人/km²近くまで低下するボーダーライン

まとめ 9区域すべてが人口20万人以上で「人口の少ない地域」は県内にない。県西のみ地方都市型で、相模原・湘南西部は2040年に大都市型基準（2,000人/km²）近くまで密度が低下するボーダーライン。

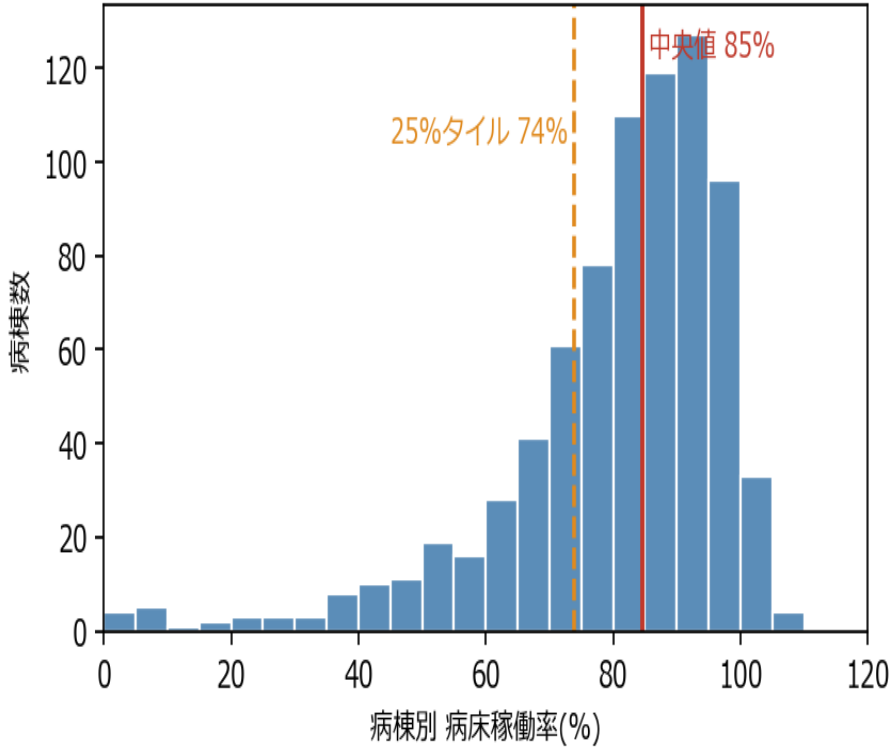
出典：社人研将来推計人口(R5)・国土数値情報N03。基準線=大都市型（密度2,000人/km²・人口100万人）。軸は0始まり

位置づけ **なぜ「高齢者救急」を分析するのか — 病床の量の議論ではなく、連携の議論のため**

年齢層別の重症度構成（搬送者・R7全県）
85歳以上は軽症・中等症が90%



急性期病床の稼働率分布（R7・n=782）
平均値の裏に大きなばらつき



- 85歳以上は全搬送の24.0%（R6 23.7%）と増加
- 増える搬送の9割は軽症・中等症＝大きな侵襲を伴わない入院と、外来・在宅・施設との連携で受け止める需要
- 急性期病床の稼働率は病棟間の差が大きく、需要増と病床余力は両立している
- → 論点は「病床の増減」ではなく「時々入院を繰り返す高齢者の入退院調整（病病・病診・介護連携）」

まとめ 85歳以上は全搬送の24.0%を占め、その約9割は軽症・中等症＝増えるのは低侵襲の入院。急性期病床の稼働率は病棟間のばらつきが大きく、論点は病床の増減ではなく『時々入院』を支える入退院調整（病病・病診・介護連携）にある。

出典：救急搬送人員データ2025（重症度＝初診時医師評価）／病床機能報告R7報告（稼働率＝在棟延べ÷（許可病床×365）、入院料ベース再分類の急性期病床）

② 高齢者救急
85歳以上搬送 119,655件
全搬送の24.0%（R6 23.7%）／搬送困難 3.5%

① 急性期拠点
急性期病床(再分類) 34,723床
稼働率81.9%（R6 79.2%）／病棟間のばらつき大

③ 在宅医療の需要
75歳以上 2050年=1.53倍
在支診等 1,103施設（R6 978）／訪問診療 2,768,057回

④ 病院と在宅の連携
退院後在宅『不明』 5.4%
転院搬送 31,137件／家庭へ退院 65.5%

まとめ 85歳以上搬送119,655件（全搬送の24.0%）・搬送困難3.5%・退院後在宅『不明』5.4%。4テーマは相互に連動しており、以降の区域比較で各区域の位置と優先課題を確認する。

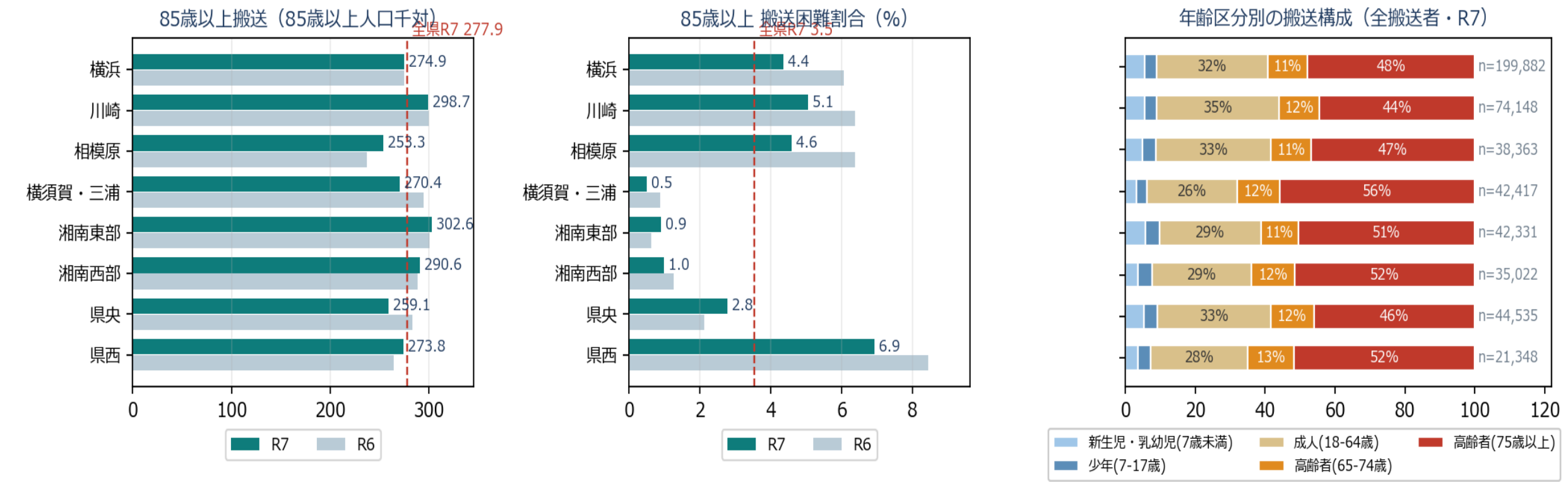
②高齢者救急 85歳以上救急の主要指標 区域比較（R7・カッコ内はR6からの変化）

区域	85+搬送(件)	全搬送に占める割合	85歳以上人口千対	介護施設発	軽症・中等症	搬送困難	区域内完結
全県	119,655 (-1,085)	24.0%	277.9	25.0%	90.0%	3.5% (-1.0)	96.9%
横浜	48,480 (+47)	24.3%	274.9	24.0%	88.5%	4.4% (-1.7)	92.9%
川崎	16,789 (-46)	22.6%	298.7	31.4%	92.9%	5.1% (-1.3)	82.0%
相模原	8,257 (+543)	21.5%	253.3	25.0%	88.9%	4.6% (-1.8)	87.4%
横須賀・三浦	11,991 (-1,079)	28.3%	270.4	20.0%	91.4%	0.5% (-0.4)	88.0%
湘南東部	10,784 (+71)	25.5%	302.6	25.9%	91.2%	0.9% (+0.3)	86.7%
湘南西部	8,553 (+55)	24.4%	290.6	26.4%	90.2%	1.0% (-0.3)	95.5%
県央	9,339 (-865)	21.0%	259.1	23.6%	90.6%	2.8% (+0.7)	92.4%
県西	5,462 (+189)	25.6%	273.8	23.9%	88.2%	6.9% (-1.5)	85.1%

まとめ 搬送困難は全県3.5%（R6比-1.0pt）と改善したが、横須賀・三浦0.5%～県西6.9%と区域差が残る。介護施設発・軽症中等症の高さは全区域共通で、『時々入院』の受け止めが共通課題。

②高齢者救急 高齢者救急の区域ポジショニング（搬送率・搬送困難・年齢構成）

高齢者救急の区域ポジショニング（発生地ベース・川崎は南北一体）



まとめ 85歳以上人口千対の搬送率・困難割合には区域差が大きい。65歳以上が搬送の約6割を占める年齢構造は全区域で共通し、高齢者救急が救急体制の中心課題であることを示す。

出典：救急搬送人員データ2024・2025／住民基本台帳人口R7.1.1。年齢区分=新生児・乳幼児(7歳未満)/少年(7-17歳)/成人(18-64歳)/高齢者(65-74歳・75歳以上)。軸は0始まり

②高齢者救急 搬送困難の構造 区域比較（85歳以上・R7）

区域	85歳以上搬送	困難件数	困難割合	深夜	日中	夜間	介護施設発	最も困難な組合せ	支障理由の最多
全県	119,655	4,217	3.5%	4.5%	3.0%	4.5%	4.6%	深夜×介護施設×平日 (6.8%)	満床
横浜	48,480	2,110	4.4%	5.3%	3.6%	6.0%	6.0%	夜間×介護施設×平日 (8.1%)	満床
川崎	16,789	849	5.1%	7.2%	4.2%	6.2%	6.0%	深夜×介護施設×平日 (9.4%)	処置困難
相模原	8,257	378	4.6%	4.2%	5.1%	3.1%	5.0%	日中×介護施設×休日 (8.5%)	処置困難
横須賀・三浦	11,991	60	0.5%	0.9%	0.4%	0.7%	0.6%	深夜×介護施設×平日 (2.7%)	満床
湘南東部	10,784	98	0.9%	1.6%	0.6%	1.3%	1.1%	深夜×共同住宅×平日 (4.9%)	満床
湘南西部	8,553	84	1.0%	1.3%	0.9%	1.1%	1.6%	深夜×介護施設×平日 (2.2%)	満床
県央	9,339	260	2.8%	4.7%	1.9%	4.2%	4.0%	深夜×介護施設×平日 (9.3%)	満床
県西	5,462	378	6.9%	9.3%	5.7%	9.4%	8.0%	深夜×介護施設×平日 (13.3%)	満床

まとめ 搬送困難は全区域で「夜間・深夜×介護施設発」に集中し、支障理由は満床・処置困難が中心。介護施設との事前連携（搬送ルール・情報共有）が共通の対策軸となる。

出典：救急搬送人員データ2025。85歳以上・発生地ベース。時間帯=入電時刻（深夜0-8時前/日中8-18時前/夜間18-24時前）の困難割合。組合せ=時間帯×搬送元×平日休日のうち件数30以上かつ困難5件以上（少数の偶然による見かけ上の高率を除外）

②高齢者救急 疾患ターゲット別の搬送 区域比較（65歳以上・R7）

区域	心不全近似	肺炎近似(誤嚥性肺炎含む)	尿路感染近似	3疾患の困難率 (平均)	3疾患の施設発 (平均)
全県	6,416 (2.1%)	8,133 (2.7%)	1,327 (0.4%)	3.4%	29.3%
横浜	2,072 (1.7%)	2,456 (2.1%)	296 (0.2%)	4.4%	30.0%
川崎※	3,734 (9.0%)	4,623 (11.1%)	696 (1.7%)	4.0%	29.9%
相模原	1,047 (4.7%)	1,210 (5.4%)	165 (0.7%)	3.3%	31.3%
横須賀・三浦	916 (3.2%)	1,094 (3.8%)	228 (0.8%)	0.7%	23.4%
湘南東部	627 (2.4%)	763 (2.9%)	196 (0.8%)	0.9%	29.8%
湘南西部	531 (2.4%)	572 (2.6%)	103 (0.5%)	1.8%	29.4%
県央	759 (2.9%)	1,187 (4.6%)	195 (0.8%)	3.5%	30.1%
県西	464 (3.3%)	851 (6.1%)	144 (1.0%)	7.9%	30.5%

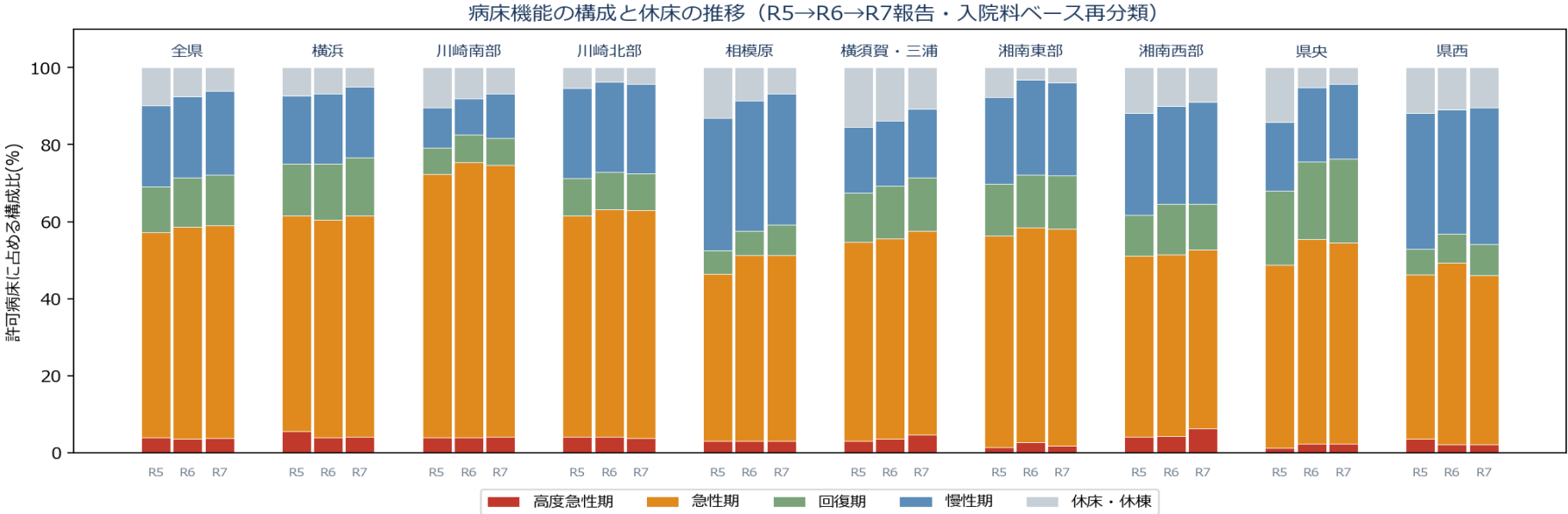
まとめ 3疾患（心不全・肺炎・尿路感染の近似）は65歳以上搬送の2割前後を占め、施設発・軽症中等症の比率が高い『時々入院』の典型。高侵襲の急性期医療ではなく、地域急性期・包括期と在宅・施設の連携で受け止める設計が論点。

②高齢者救急 疾患ターゲットの退院患者数 区域比較（DPC・R6）

区域	誤嚥性肺炎(件)	誤嚥性肺炎 /75+千人	腎・尿路感染症(件)	腎・尿路感染症/75+ 千人	心不全(件)	心不全 /75+千人
全県	14,895	10.8	10,105	7.3	15,527	11.2
横浜	6,648	12.1	4,081	7.4	6,635	12.1
川崎南部	1,149	16.4	792	11.3	1,514	21.7
川崎北部	857	8.2	604	5.7	945	9.0
相模原	986	8.8	601	5.4	1,044	9.3
横須賀・三浦	1,379	10.2	1,109	8.2	1,598	11.8
湘南東部	1,128	10.0	950	8.4	856	7.6
湘南西部	1,180	11.7	709	7.0	1,049	10.4
県央	1,191	9.2	891	6.8	1,086	8.3
県西	377	5.9	368	5.7	800	12.5

まとめ 75歳以上千人あたりの受入件数には区域差があり、少ない区域は『他区域での入院』か『入院閾値の違い』かの検証が必要。DPCは退院ベース・全年齢のため搬送データとは母集団が異なる点に留意。

①急性期拠点 病床機能の構成と休床の推移 R5→R6→R7報告（入院料ベース再分類）



- 許可病床は3年で60,605→59,231床に減少
- 休床・休棟率は9.9%→6.1%に低下（返上・転換が進行）
- 回復期(地ケア等)は7,148→7,816床に増加

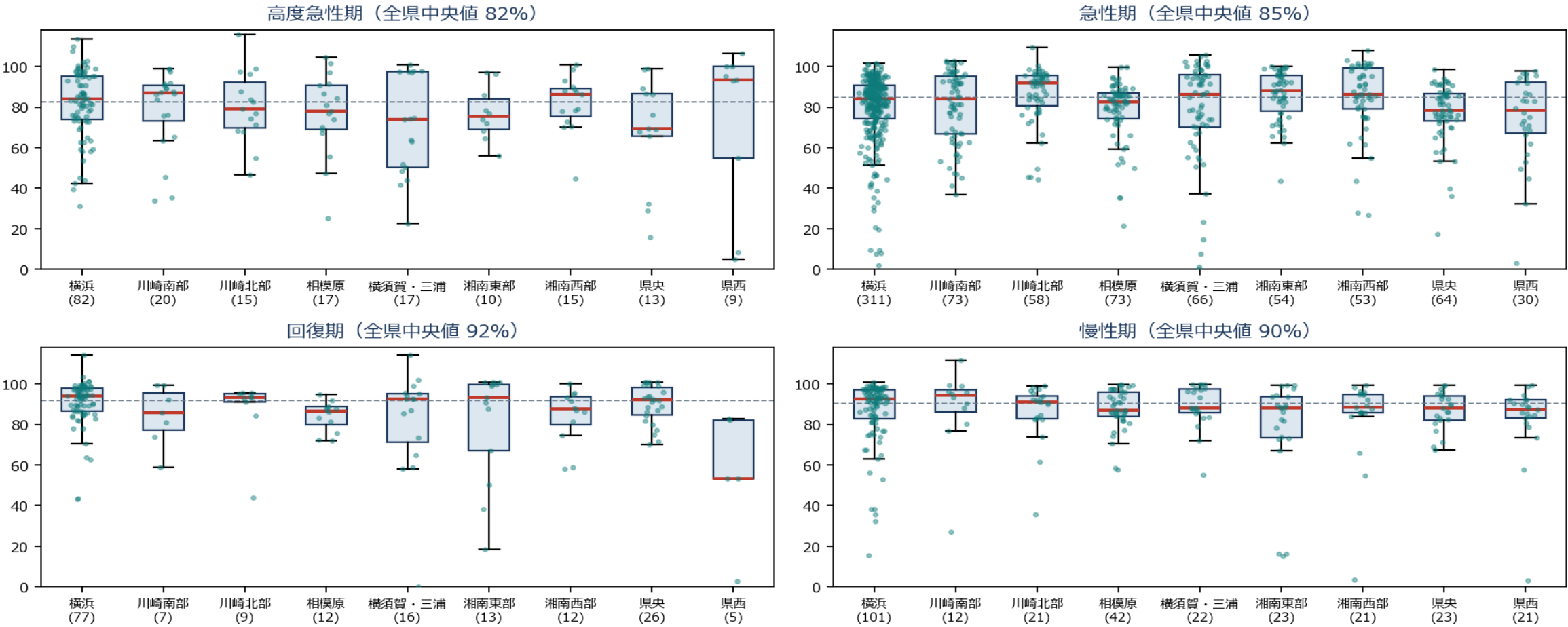
区域	許可病床計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床・休棟
全県	60,605→59,584→59,231	2,375→2,104→2,209	32,314→32,797→32,736	7,148→7,612→7,816	12,760→12,624→12,841	6,008→4,447→3,629 (6%)
横浜	22,940→22,671→22,721	1,261→908→919	12,868→12,779→13,082	3,076→3,324→3,429	4,063→4,144→4,170	1,672→1,516→1,121 (5%)
川崎南部	4,731→4,516→4,486	182→178→181	3,241→3,229→3,168	322→327→314	493→417→523	493→365→300 (7%)
川崎北部	4,197→4,195→4,202	172→171→161	2,412→2,477→2,484	403→406→401	983→985→974	227→156→182 (4%)
相模原	6,235→6,021→5,882	191→180→179	2,701→2,910→2,832	381→381→474	2,144→2,037→1,995	818→513→402 (7%)
横須賀・三浦	5,306→5,151→4,968	158→181→228	2,747→2,682→2,633	679→701→689	904→875→886	818→712→532 (11%)
湘南東部	4,436→4,320→4,270	62→113→78	2,440→2,411→2,406	597→597→588	993→1,059→1,030	344→140→168 (4%)
湘南西部	4,570→4,568→4,532	186→195→282	2,150→2,157→2,107	484→599→539	1,208→1,158→1,203	542→459→401 (9%)
県央	5,240→5,236→5,250	60→118→120	2,493→2,780→2,738	1,010→1,058→1,150	934→1,009→1,021	743→271→221 (4%)
県西	2,950→2,906→2,920	103→60→61	1,262→1,372→1,286	196→219→232	1,038→940→1,039	351→315→302 (10%)

まとめ 許可病床は3年で60,605→59,231床、休床率10%→6%と返上・転換が進行。回復期（地ケア等）は7,148→7,816床に増加しており、機能転換のテンポが需要増に間に合うかが焦点。

出典：病床機能報告オープンデータR5・R6／県提供ローデータR7。機能別=最大使用病床（床）、休床・休棟=許可病床のうち未使用分（稼働病床の許可-最大使用+休棟中病床の許可床）。表の数値=R5→R6→R7の床数、カッコ内=R7の休床率

①急性期拠点 病棟稼働率のばらつき 全機能区分×区域（R7）

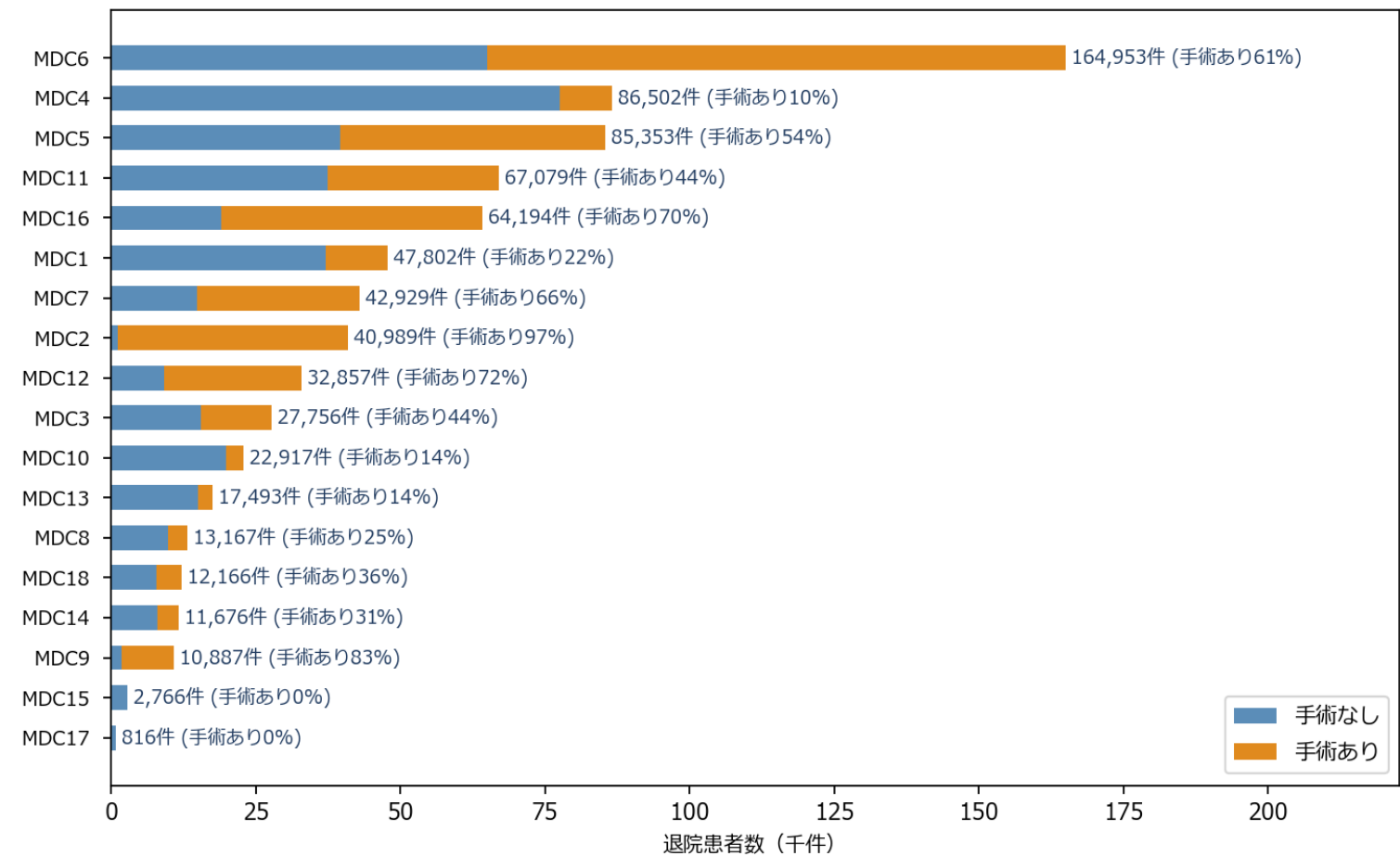
病棟単位の病床稼働率のばらつき 機能区分別×区域（R7・点1つ=1病棟）



まとめ 急性期の稼働率は中央値85%だが下位1/4は74%未満（全県）。全機能・全区域で病棟単位のばらつきが大きく、地域平均ではなく病棟単位で余力を捉えることが転換・集約協議の出発点。

出典：病床機能報告R7報告。稼働率=在棟患者延べ数÷(許可病床×365)。点1つ=1病棟、カッコ内は病棟数。稼働率>120%の外れ値は除外

MDC別退院患者数と手術の有無（神奈川県・DPC R6）



区域	退院患者数	手術あり	手術あり割合
全県	752,302	370,033	49.2%
横浜	310,698	151,472	48.8%
川崎南部	72,342	38,994	53.9%
川崎北部	60,486	30,884	51.1%
相模原	63,970	30,592	47.8%
横須賀・三浦	62,502	30,236	48.4%
湘南東部	53,638	25,655	47.8%
湘南西部	55,783	28,337	50.8%
県央	51,652	24,222	46.9%
県西	21,231	9,641	45.4%

まとめ 全県の退院患者の51%は手術なし。内科系・高齢者疾患が上位を占める患者層は全区域共通で、手術の集約（拠点）と手術なし入院の受け皿（地域急性期）を分けて設計する必要がある。

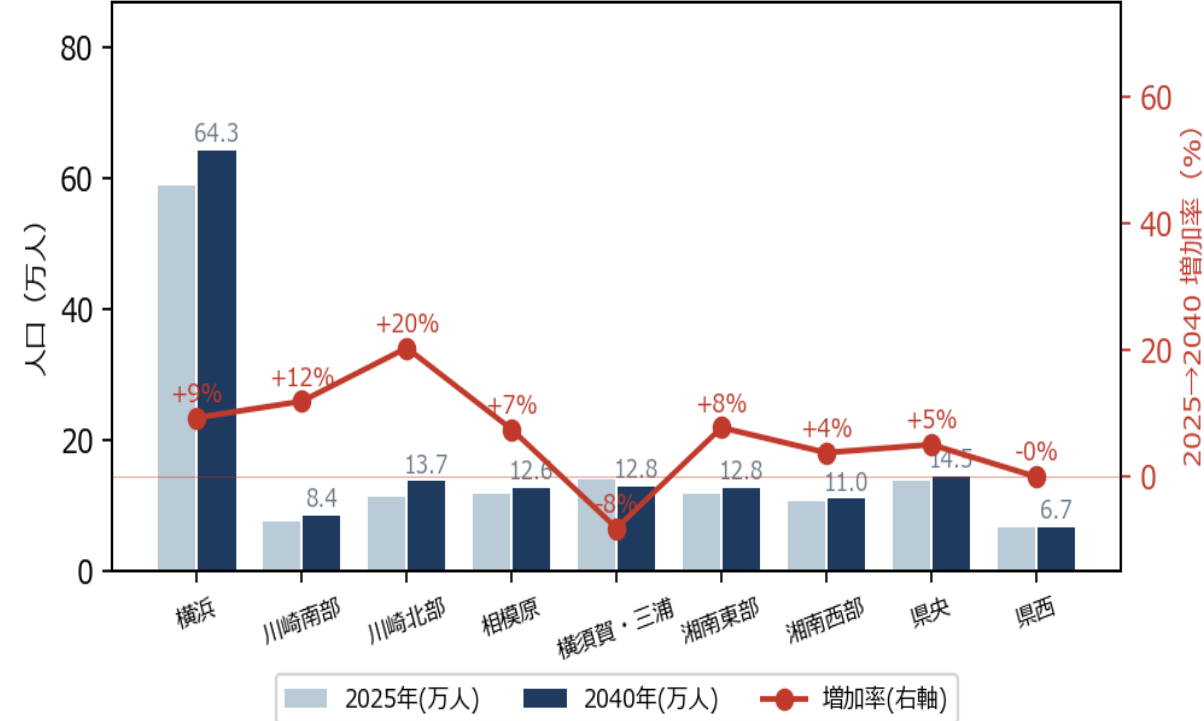
①急性期拠点 急性期拠点機能の目安数と現状の候補（区域比較）

区域	2040年人口(万人)	拠点数の目安 (20～30万人/か所)	三次救急(救命)	急性期充実体制加算	スコア50以上の病院数	病院数(計)
横浜	366	12.2～18.3か所	9	11	13	113
川崎南部	71	2.4～3.5か所	2	3	4	17
川崎北部	90	3.0～4.5か所	1	1	2	15
相模原	68	2.3～3.4か所	1	0	2	31
横須賀・三浦	58	1.9～2.9か所	3	3	3	27
湘南東部	72	2.4～3.6か所	1	2	3	20
湘南西部	52	1.7～2.6か所	2	2	3	15
県央	82	2.7～4.1か所	1	3	3	27
県西	28	0.9～1.4か所	1	1	1	21

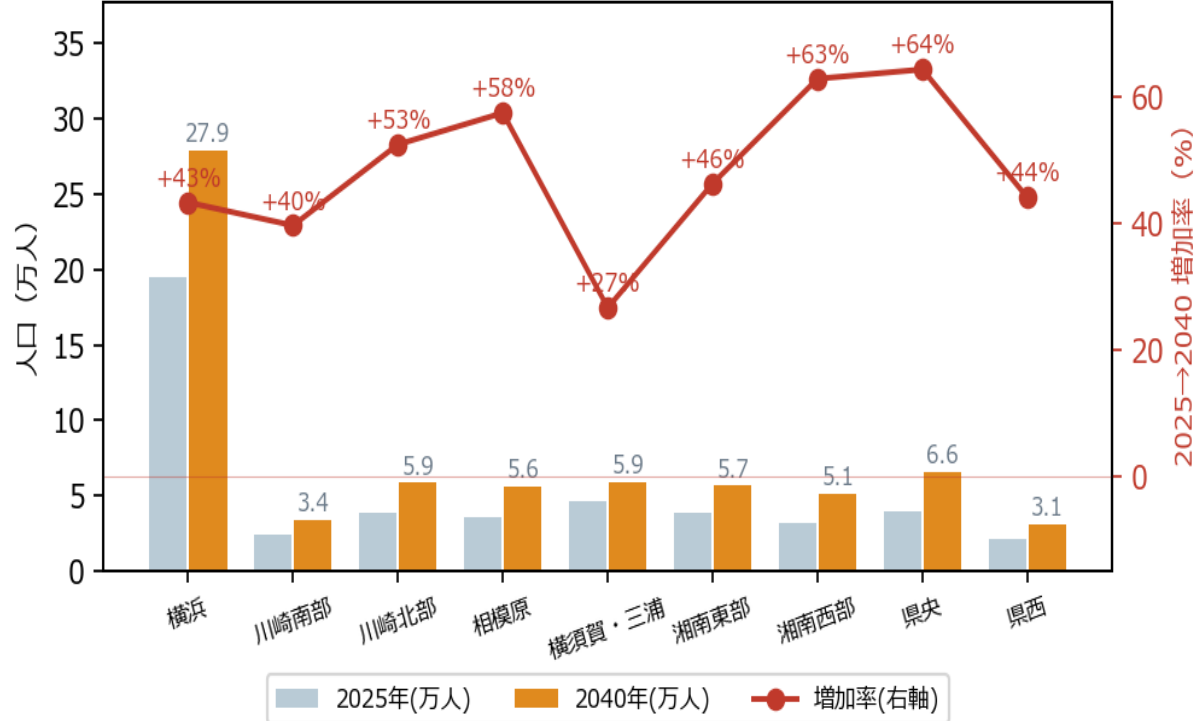
まとめ 目安の合計は29.499999999999996～44.300000000000004か所に対し、現状の三次救急22か所・急性期充実体制加算27か所。100万人超の横浜・川崎は一律の目安適用が不適切で、区域の実情に応じた運用が必要。

高齢人口の将来推計：実数と増加率（2025年→2040年・社人研推計）

75歳以上人口



85歳以上人口



まとめ 85歳以上は2040年までに全県+47%（+22万人）。増加率とピーク時期は区域で異なり、増加率の高い区域（川崎北部・県央等）ほど退院先・在宅の整備を先行させる必要がある。

③在宅医療の需要 在宅医療の需給サマリ（75歳以上人口あたり・R6/R7）

区域	在支診等 R7	R6	在支診等10万対 (75+)	訪問診療/75+人口	往診/75+人口	訪問診療実施診療所	大規模低看取り施設
全県	1,103	978	79.9	2.01	0.22	1,369	209/427
横浜	453	407	82.4	2.02	0.23	581	86/174
川崎南部	65	65	93.0	3.25	0.33	90	12/32
川崎北部	87	74	82.8	2.40	0.29	104	23/39
相模原	62	51	55.4	2.04	0.20	75	12/28
横須賀・三浦	109	99	80.2	1.74	0.17	150	18/42
湘南東部	114	97	100.9	2.32	0.25	121	21/38
湘南西部	78	64	77.2	1.35	0.13	90	11/24
県央	81	73	62.3	1.59	0.14	95	17/34
県西	54	48	84.2	1.74	0.15	63	9/16

まとめ 在支診等の75歳以上10万対・訪問診療量には区域で約2倍の開きがある。訪問診療を実施する診療所は一部にとどまり、病診連携の裾野拡大が全県共通の課題。

③在宅医療の需要 在支診・在支病の実績 区域比較（R6→R7）

区域	施設数 R6→R7	10万対(75+)	訪問診療回数 R6→R7	看取り件数 R6→R7	大規模のうち低看取り(R7)
全県	978 → 1,103 (+13%)	79.9	2,597,729 → 2,768,057 (+7%)	27,926 → 28,069	29/427 (7%)
横浜	407 → 453 (+11%)	82.4	1,046,767 → 1,109,551 (+6%)	11,196 → 11,001	11/174 (6%)
川崎南部	65 → 65 (+0%)	93.0	232,281 → 226,889 (-2%)	1,973 → 1,766	4/32 (12%)
川崎北部	74 → 87 (+18%)	82.8	232,532 → 252,088 (+8%)	2,206 → 2,193	2/39 (5%)
相模原	51 → 62 (+22%)	55.4	200,508 → 227,925 (+14%)	2,158 → 2,601	2/28 (7%)
横須賀・三浦	99 → 109 (+10%)	80.2	227,993 → 235,701 (+3%)	2,732 → 2,615	3/42 (7%)
湘南東部	97 → 114 (+18%)	100.9	239,022 → 262,146 (+10%)	2,785 → 2,977	3/38 (8%)
湘南西部	64 → 78 (+22%)	77.2	144,456 → 135,872 (-6%)	1,779 → 1,729	0/24 (0%)
県央	73 → 81 (+11%)	62.3	170,991 → 206,670 (+21%)	1,815 → 1,876	4/34 (12%)
県西	48 → 54 (+12%)	84.2	103,179 → 111,215 (+8%)	1,282 → 1,311	0/16 (0%)

まとめ 在支診等は全県978→1,103施設と量は拡大。ただし患者は大規模施設に集中し、大規模でも死亡在宅患者の自宅等看取りが5割未満の施設が残る = 量の伸びと『看取りまで担う』機能の厚みは別問題。

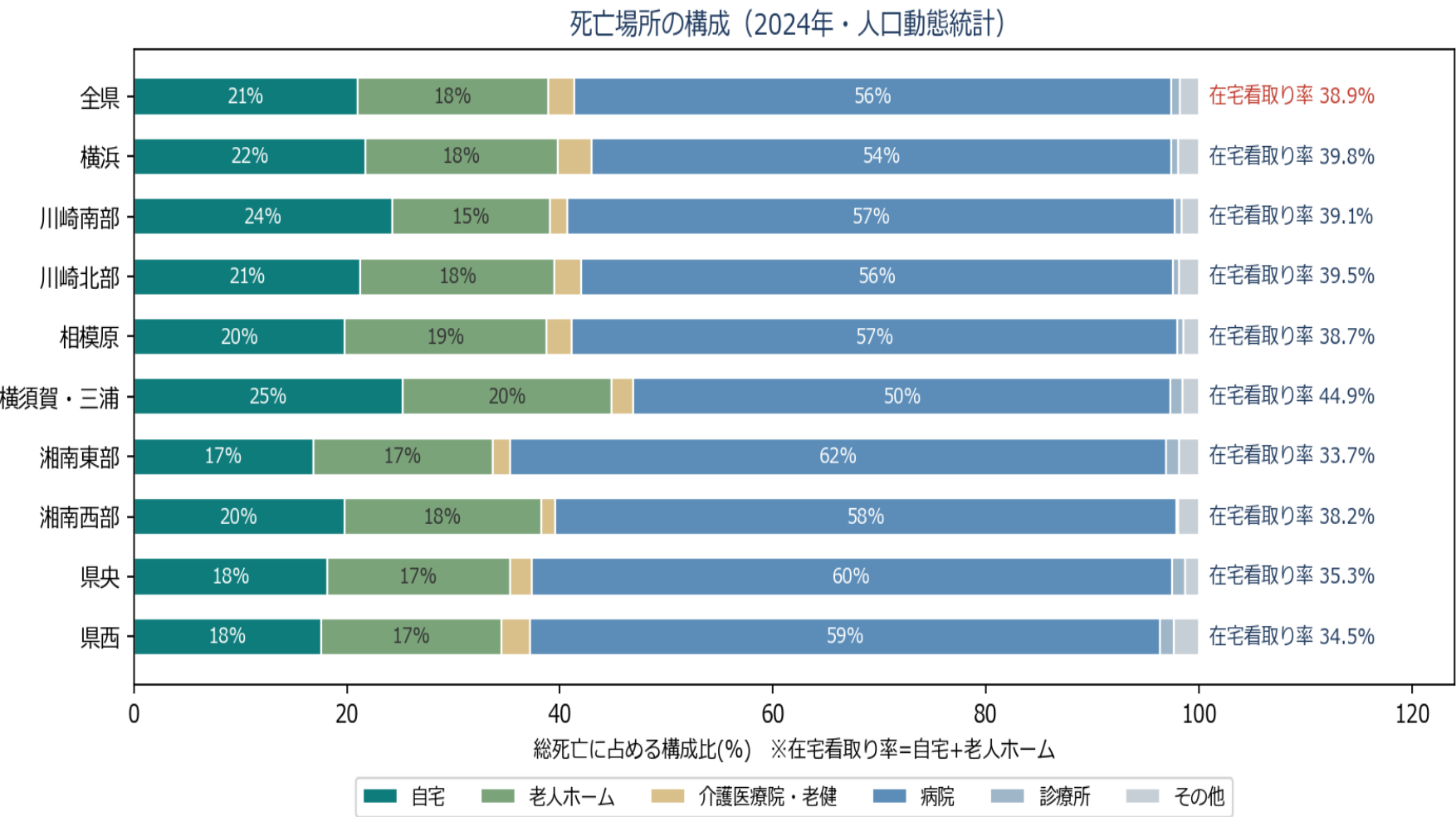
出典：在支診・在支病に係る定例報告書R6・R7。大規模=在宅患者100人以上。低看取り=年間に死亡した在宅患者のうち自宅等（医療機関以外）での看取り割合が50%未満の施設。看取り件数=医療機関以外での死亡

③在宅医療の需要 かかりつけ医機能報告データブック（R7・新規データ）から見る地域の外来・在宅機能

区域	訪問診療実施診療所数	往診実施施設数	在宅看取り数	時間外対応加算届出数	入退院支援加算届出数
全県	1,369	1,832	28,655	4,277	1,188
横浜	581	782	11,482	1,859	522
川崎南部	90	113	1,737	312	65
川崎北部	104	137	2,330	379	60
相模原	75	98	2,140	274	97
横須賀・三浦	150	213	3,039	335	108
湘南東部	121	167	2,887	391	93
湘南西部	90	118	1,861	237	81
県央	95	119	1,851	331	114
県西	63	85	1,328	159	48

まとめ 時間外対応・在宅・入退院支援の届出数には大きな区域差がある。診療所側のかかりつけ機能の厚みが、病院外来・救急への負荷と『時々入院』の入り口を左右する。

③在宅医療の需要 死亡場所の構成と在宅看取り 区域比較（2024年）



区域	総死亡	在宅看取り率	自宅のみ
全県	102,079	38.9%	21.0%
横浜	40,378	39.8%	21.7%
川崎南部	6,266	39.1%	24.3%
川崎北部	7,703	39.5%	21.3%
相模原	8,201	38.7%	19.8%
横須賀・三浦	9,908	44.9%	25.2%
湘南東部	7,967	33.7%	16.8%
湘南西部	7,283	38.2%	19.8%
県央	9,506	35.3%	18.1%
県西	4,867	34.5%	17.6%

まとめ 在宅看取り率は全県38.9%で上昇傾向だが、湘南東部33.7%～横須賀・三浦44.9%と区域差が大きい。病院死比率の高い区域は在宅対応力に加え、最終段階の搬送慣行も含めた検証が必要。

出典：人口動態統計2024（市区町村別・全数）。在宅看取り率=(自宅+老人ホーム)/総死亡

③在宅医療の需要 訪問看護ステーションの体制の質（R6）

区域	看護師あたり利用者 (中央)	24時間%	機能強化型%	精神対応%
全県	15.6	83.8	9.4	71.3
横浜	16.0	84.5	9.8	74.5
川崎北部	14.3	91.5	7.3	64.6
川崎南部	15.7	73.6	7.5	71.7
相模原	16.7	83.5	3.1	73.2
横須賀・三浦	16.8	81.8	13.0	70.1
湘南東部	15.2	83.5	13.2	76.9
湘南西部	16.5	92.4	18.2	78.8
県央	13.9	76.0	6.0	64.0
県西	15.6	83.3	7.1	40.5

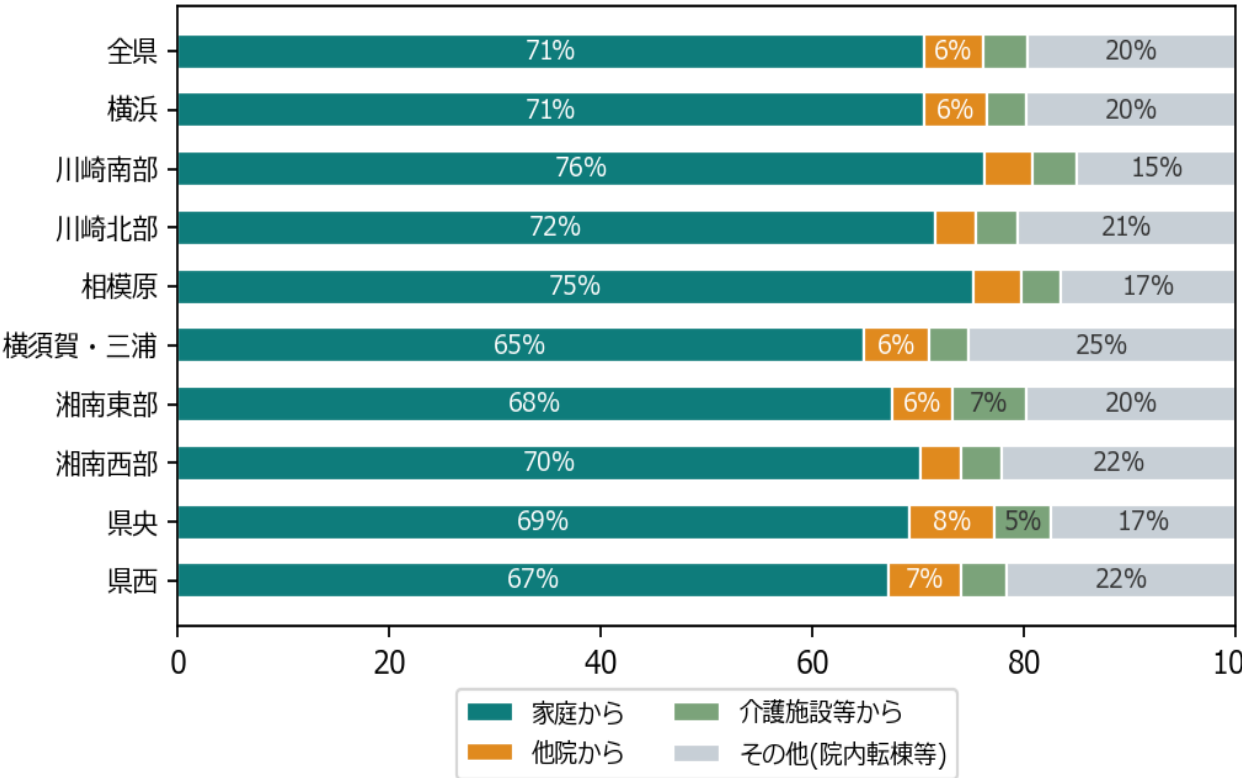
- 「事業所を増やす」より、24時間対応・機能強化型など体制の質と人員の厚みの均てん化が論点
- 訪問看護はR6が最新（R7実施状況報告は今後反映）

まとめ 事業所数よりも24時間対応・機能強化型の比率と人員の厚みに区域差がある。急変時対応・看取りを支える体制の質の均てん化が論点。

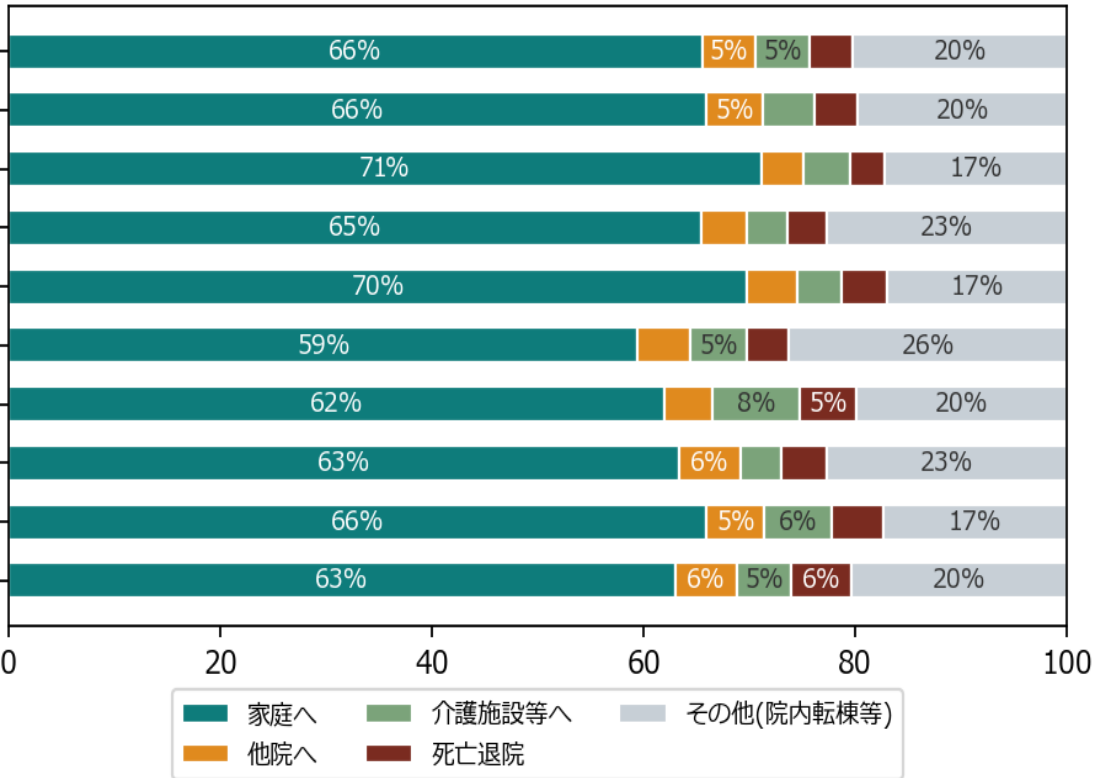
④病院と在宅の連携 患者はどこから来て、どこへ退院しているか（区域比較・R7）

患者はどこから来て、どこへ退院しているか（病床機能報告・区域比較）

入棟元の構成（新規入棟患者・R7）



退棟先の構成（退棟患者・R7）

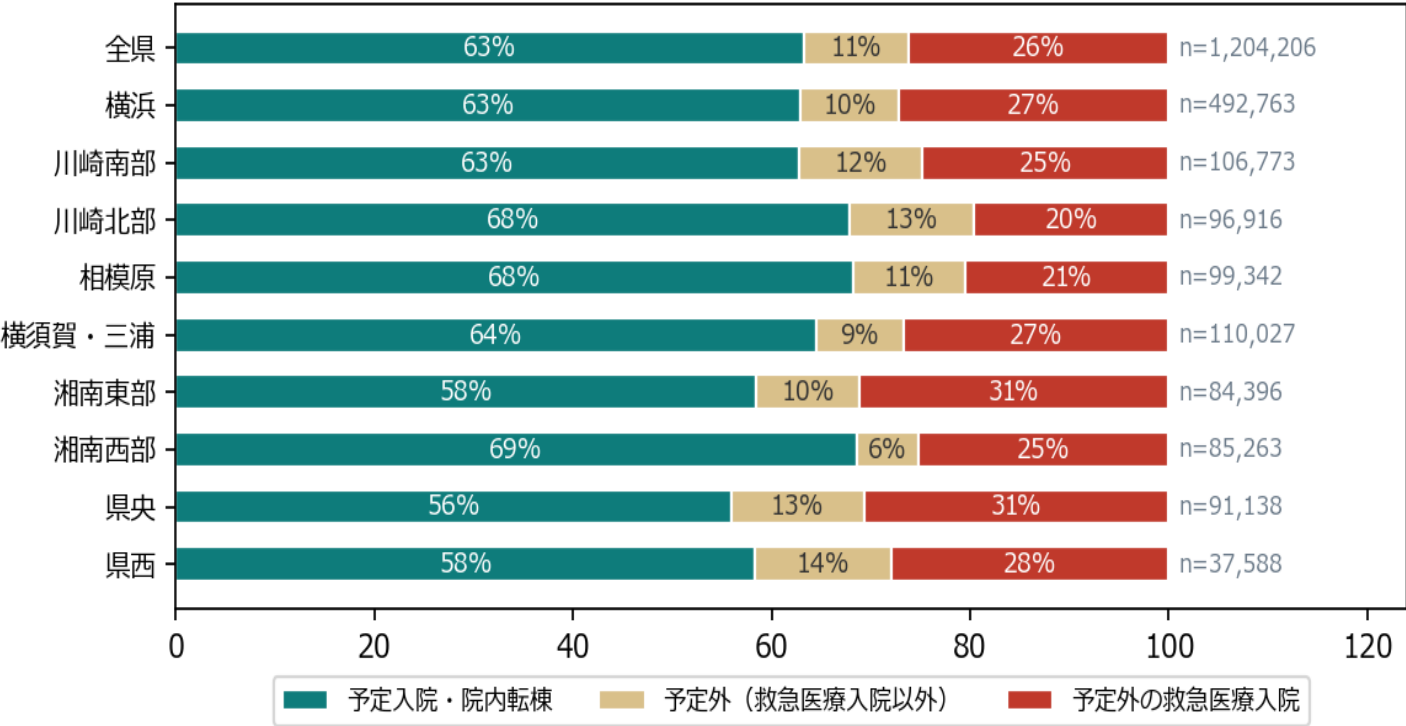


まとめ 全県では入棟の71%が家庭から、退院の66%が家庭へ。転院・介護施設の比率が高い区域ほど病病・介護連携の比重が大きく、フロー構造が区域の連携課題を規定する。

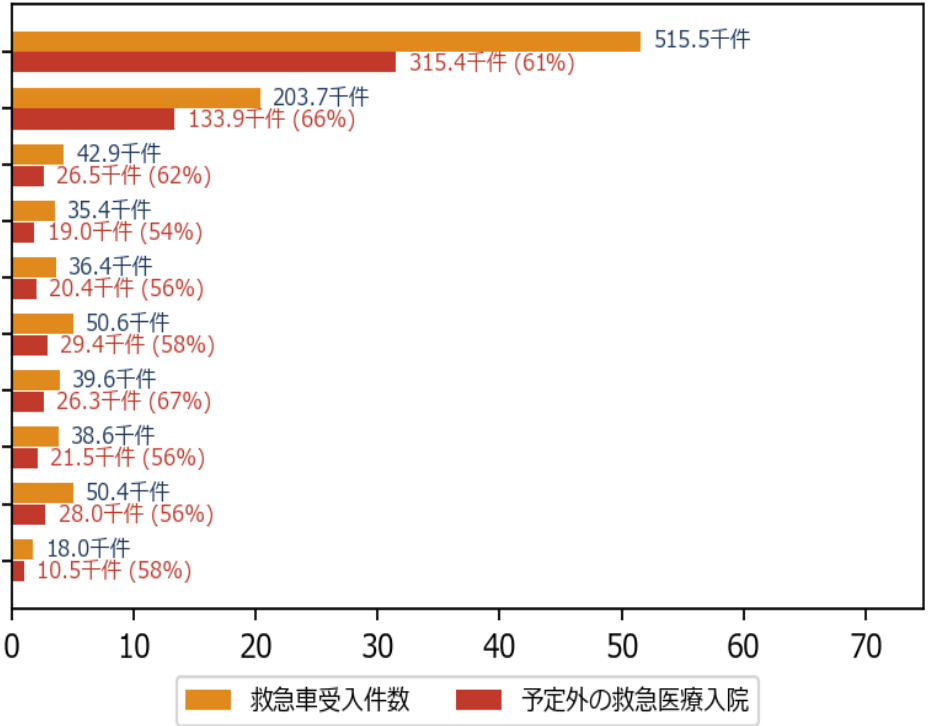
出典：病床機能報告R7報告 病棟票（令和6年度実績）。その他=院内転棟・院内出生等。数値の詳細は次ページの表とデータ集参照

入院はどのように始まるか：予定入院・救急医療入院・救急車搬送（区域比較）

新規入棟患者の内訳（予定／予定外・R7）



救急車受入と救急医療入院の規模（R7・万件）
(%) = 救急医療入院 ÷ 救急車受入



まとめ 予定入院と救急医療入院の構成は区域差が大きい。予定外の救急入院をどの機能（拠点／地域急性期）で受けるかの分担が、急性期拠点協議の土台となる。

出典：病床機能報告R7報告 病棟票（新規入棟患者の内訳）・施設票（救急車受入件数）。（%）＝救急医療入院÷救急車受入で、救急車受入のうち入院に至った規模感の参考値（救急医療入院には救急車以外の来院も含まれるため厳密な対応関係ではない）

④病院と在宅の連携 入退院のフローと退院後の在宅医療 区域比較（R7・カッコ内はR6からの変化）

区域	家庭から入棟	他院から転院	家庭へ退院	他院へ転院	介護施設等へ	在宅提供予定	在宅『不明』
全県	70.6% (+0.7)	5.6% (+0.1)	65.5% (+0.6)	5.0% (+0.3)	5.1% (+0.4)	7.6% (+0.5)	5.4% (+0.7)
横浜	70.6% (-0.4)	5.9% (+0.2)	66.0% (-0.4)	5.3% (+0.4)	5.0% (+0.4)	6.9% (+1.0)	5.6% (+0.7)
川崎南部	76.3% (+8.4)	4.5% (+0.2)	71.1% (+4.7)	4.0% (+0.5)	4.4% (+0.6)	6.9% (+0.6)	0.5% (-0.9)
川崎北部	71.5% (-0.3)	3.9% (-0.1)	65.4% (-0.8)	4.3% (+0.1)	3.9% (+0.1)	8.0% (+1.3)	1.6% (-0.6)
相模原	75.2% (-0.1)	4.5% (+0.1)	69.8% (+0.6)	4.7% (+0.4)	4.1% (+0.2)	7.5% (+1.5)	2.0% (-4.5)
横須賀・三浦	64.8% (-0.3)	6.1% (+1.0)	59.5% (-0.2)	4.9% (-0.1)	5.4% (+0.4)	8.6% (-1.5)	4.2% (-2.7)
湘南東部	67.5% (-0.4)	5.6% (+0.2)	61.9% (-0.8)	4.6% (+0.2)	8.3% (+0.3)	11.6% (+1.1)	8.7% (+4.0)
湘南西部	70.2% (+0.5)	3.8% (-0.9)	63.3% (+3.2)	5.9% (+0.4)	3.8% (+0.3)	7.9% (+0.8)	1.4% (-4.4)
県央	69.2% (+3.5)	8.0% (-1.3)	65.9% (+2.6)	5.5% (+0.2)	6.4% (+0.2)	8.3% (-1.5)	21.9% (+16.3)
県西	67.2% (-2.1)	6.8% (+0.4)	63.0% (+0.3)	5.9% (-0.1)	5.1% (-0.0)	4.7% (-2.1)	1.2% (-1.1)

まとめ 退院後在宅『不明』は全県5.4%だが区域差が大きい。『不明』は病院と在宅の情報連携の空白を示し、時々入院の入退院調整（課題③）の出発点となる。

④病院と在宅の連携 転院搬送（下り・上り搬送）の流れと区域内完結（R7）

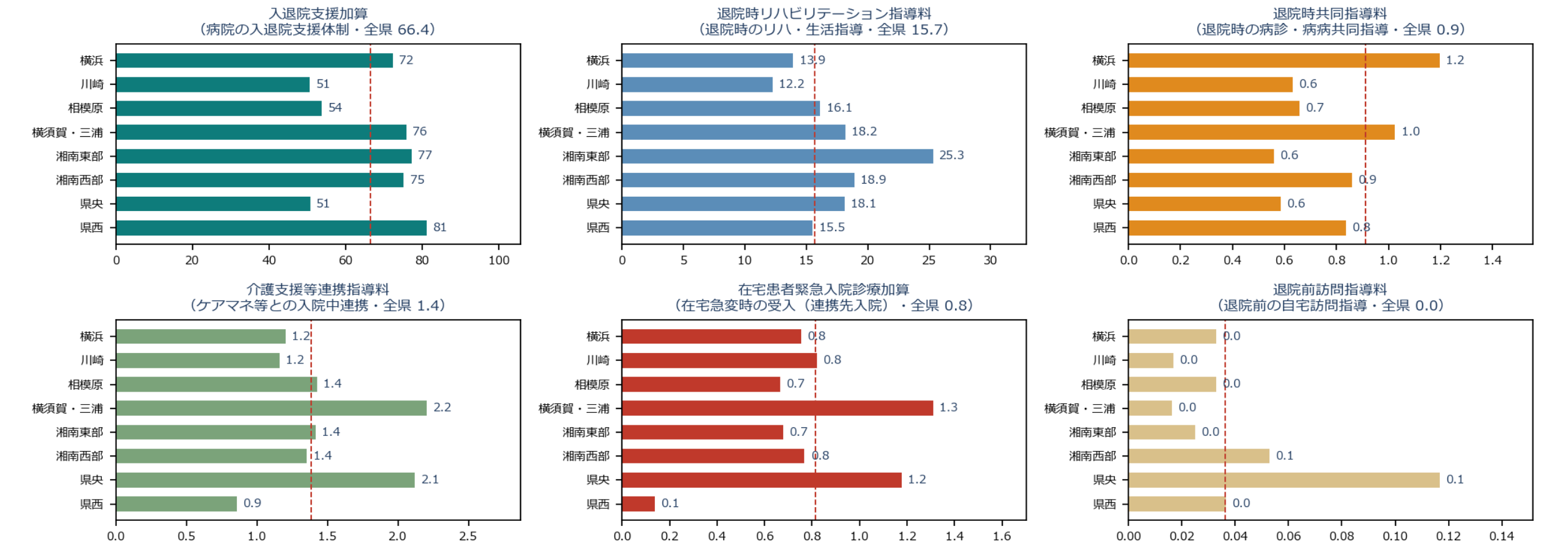
発生/受入	横浜	川崎	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	県外/不明	計	区域内完結率
横浜	10,512	636	28	351	92	18	97	4	221	11,959	88%
川崎	421	2,538	3	1	3	4	8	0	1,201	4,179	61%
相模原	115	27	2,090	11	2	29	336	0	586	3,196	65%
横須賀・三浦	398	5	2	2,008	99	5	5	1	101	2,624	77%
湘南東部	251	6	8	416	1,577	117	61	0	18	2,454	64%
湘南西部	31	3	8	29	45	1,586	54	75	25	1,856	85%
県央	244	24	420	42	107	393	1,945	7	104	3,286	59%
県西	26	1	2	7	6	243	5	1,136	157	1,583	72%

- 救急車による転院搬送は年間約3万件。急性期治療後の「下り搬送」の調整ルール（実施基準）づくりが検討テーマ

まとめ 転院搬送は年間約3万件で、区域内完結率は59～88%。下り搬送の受け皿（包括期・慢性期）と調整ルールの整備が急性期後の転院調整（課題②）に直結する。

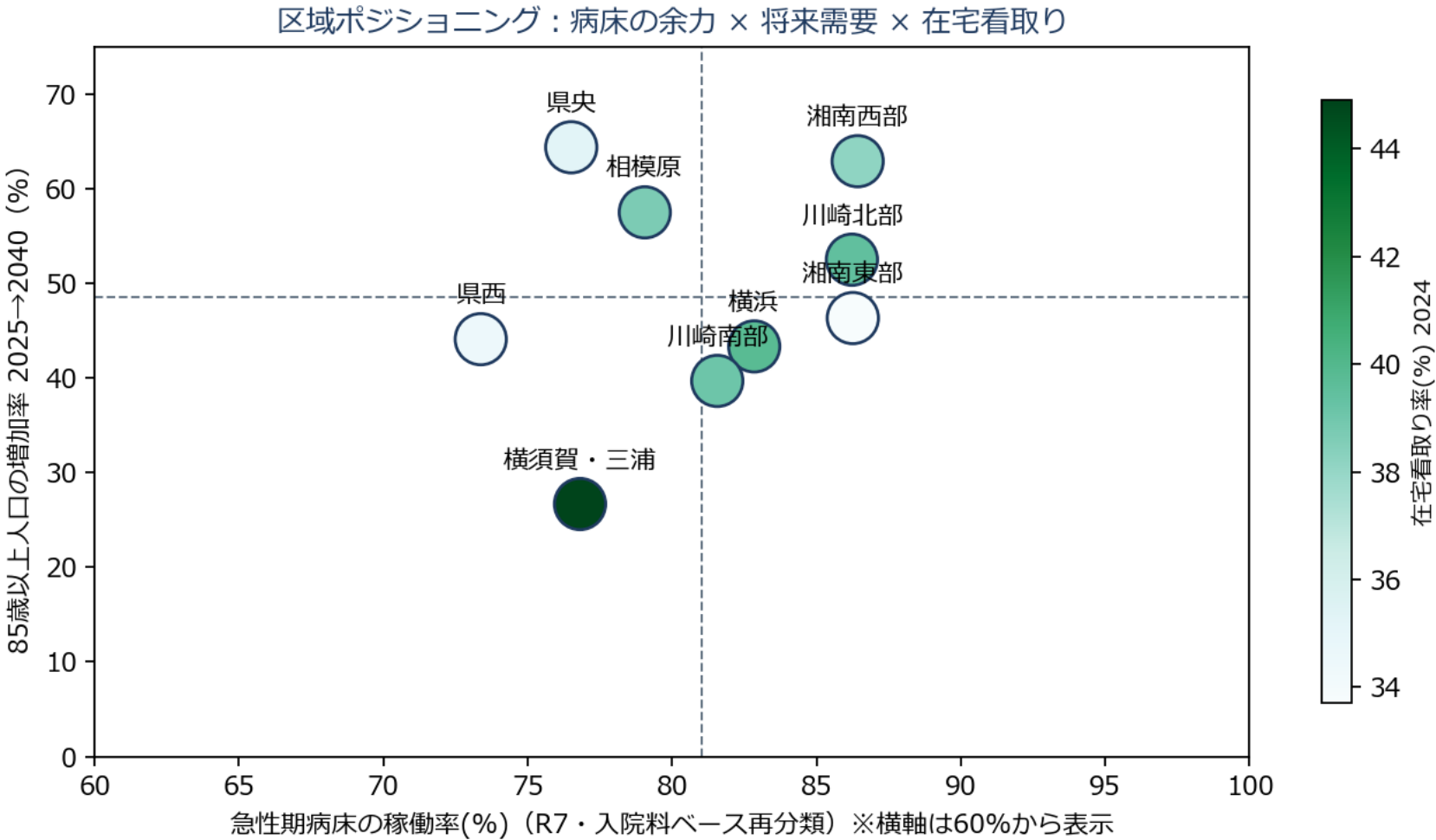
④病院と在宅の連携 診療報酬からみる連携の実施状況（区域比較・R6年度NDB）

診療報酬からみる連携の実施状況（退院患者100件あたりの年間算定回数・R6年度）



まとめ 全県では退院100件あたり入退院支援加算66回・退院時リハ指導16回に対し、退院時共同指導0.9回・介護支援等連携指導1.4回。院内で完結する支援に比べ、在宅・ケアマネと顔を合わせる個別連携の実働は全区域で限定的であり、区域差も大きい。

出典：第11回NDBオープンデータ（R6年度・医科診療行為、二次医療圏別算定回数=構想区域）。分母=病床機能報告R7報告の退院患者数（令和6年度実績・年度一致）。各項目は関連する加算・指導料の算定回数合計（内訳はデータ集参照）。10未満秘匿は0扱い。※在宅患者緊急入院診療加算（入院時算定）等、対象患者・算定時点が全退院と一致しない項目を含むため、分母の全退院患者数は算定要件と結びついたものではなく、区域間比較のための共通の基準値として用いている



- 右上（高稼働×需要増）：病床ひっ迫が将来悪化。在宅・連携の整備を急ぐ
- 左上（余力×需要増）：余力を包括期転換・在宅で吸収する好機
- 下段（需要増が緩やか）：病床の集約・転換と看取り体制が焦点
- 色が濃いほど在宅看取り率が高い

まとめ 高稼働×需要増の区域は在宅・連携整備を急ぎ、余力のある区域は包括期転換の好機。在宅看取りの濃淡を重ね、病床の使い方と在宅整備の優先順位を区域ごとに判断する。

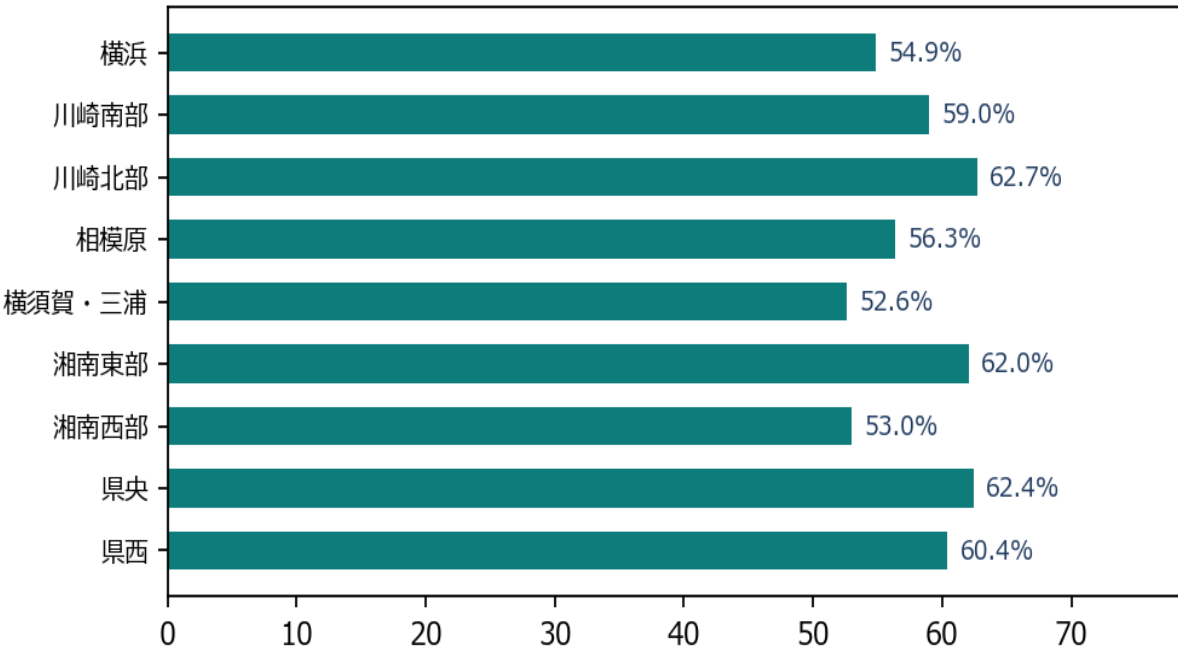
外来 外来医療 休日・夜間の受診と救急車受入 区域比較（R6→R7）

区域	休日受診 R6→R7	夜間・時間外受診 R6→R7	夜間受診/人口千対	救急車受入 R6→R7	受入/人口千対
全県	264,373 → 262,926	442,132 → 423,090	45.9	501,381 → 515,526	55.9
横浜	105,121 → 101,963	170,977 → 163,233	43.3	198,743 → 203,653	54.0
川崎南部	25,334 → 23,421	34,002 → 38,256	56.8	41,816 → 42,936	63.7
川崎北部	16,996 → 17,585	31,643 → 31,795	36.2	34,539 → 35,399	40.3
相模原	12,997 → 13,067	25,329 → 24,347	33.7	33,972 → 36,360	50.3
横須賀・三浦	28,972 → 28,082	51,730 → 47,815	71.9	53,166 → 50,621	76.1
湘南東部	29,819 → 33,796	47,733 → 41,311	56.0	40,457 → 39,565	53.6
湘南西部	14,157 → 10,825	28,381 → 20,634	35.7	36,012 → 38,588	66.9
県央	21,391 → 24,344	35,406 → 40,461	46.7	45,948 → 50,410	58.2
県西	9,586 → 9,843	16,931 → 15,238	46.4	16,728 → 17,994	54.8

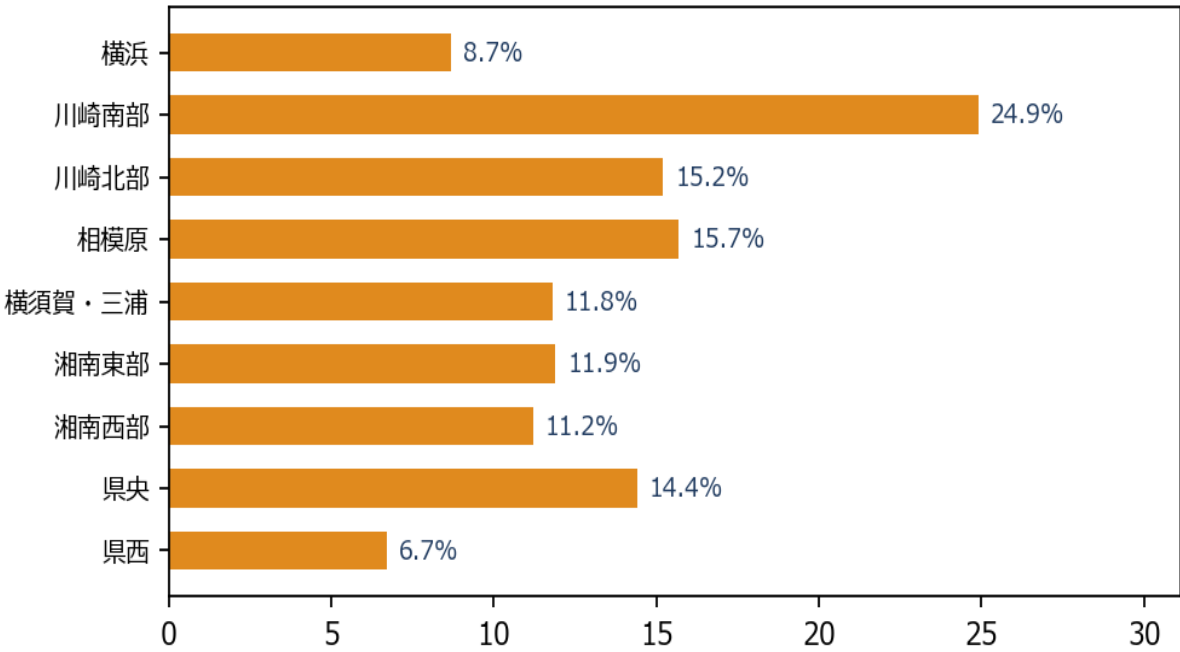
まとめ 休日・夜間の外来受診は病院に集中し、人口千対では手薄な区域もある。病院・急患センター・診療所の時間外対応を一体で捉えた継続確保策が外来医療の論点。

かかりつけ医の定着と外来の域外流出（かかりつけ医機能報告データブックR7）

かかりつけ医機能（1号機能）を有する医療機関にかかっている患者の割合（再診ベース）



外来の県域外受診率



まとめ 新たな地域医療構想では、入院だけでなく外来・在宅を含めて地域で医療を完結する体制づくりが求められる。1号機能（かかりつけ医機能）を有する医療機関にかかっている再診患者の割合は横須賀・三浦53%～川崎北部63%にとどまり、かかりつけ機能の裾野拡大が共通課題。県域外受診率は川崎南部24.9%など都県境の区域で高く、流出入を織り込んだ外来・かかりつけ機能の確保が論点となる。

【全県】データから言える特徴（テーマ別まとめ）

① 急性期拠点

- 許可病床60,605→59,231床・休床率10%→6%と返上・転換が進行
- 急性期病棟の稼働率は中央値85%だが下位1/4は74%未満とばらつき大
- 退院患者の51%は手術なし入院。働き世代（15-74歳）は2040年までに-5%（-34万人）＝医療の担い手も減少

⇒ 課題：働き世代の減少を見据え、限られた人材で医療の質を保つための手術・救急を担う拠点への集約と、手術を伴わない高齢者入院を支える地域急性期の役割分担（目安レンジの線引き・築年数や経営を含む協議）

③ 在宅医療の需要

- 85歳以上は2040年までに+47%（+22万人）＝退院先・看取り需要が増える
- 在支診等978→1,103施設と増加も、大規模施設に患者が集中し看取り5割未満の施設も残る
- 在宅看取り率38.9%と上昇傾向だが、区域差が大きい（湘南東部33.7%～横須賀・三浦44.9%）

⇒ 課題：増える在宅需要に対し、訪問診療の担い手の裾野を拡大し、急性期後の受け皿として在宅・施設を機能させること

② 高齢者救急

- 85歳以上搬送119,655件・軽症/中等症90%＝低侵襲の搬送が大半
- 搬送困難3.5%（R6比-1.0pt）。最困難は「深夜×介護施設×平日」
- 疾患ターゲット（肺炎・心不全・尿路感染）は施設発・軽症中等症が多い「時々入院」の典型

⇒ 課題：複合ニーズを持つ高齢者の救急を、受入病院の明確化と施設・在宅との連携で地域として受け止める体制

④ 病院と在宅の連携

- 退院後在宅『不明』5.4%＝病院と在宅の情報連携の空白
- 退院100件あたり退院時共同指導0.9回・介護支援等連携指導1.4回と個別連携の実働は限定的
- 転院搬送31,137件/年・区域内完結率59～88%

⇒ 課題：急性期後の転院調整（病病連携）と、時々入院の入退院調整（病診・介護連携）をルール化し、下り搬送の受け皿を確保すること

データの限界と今後

- 救急搬送：川崎市の発生地は南北分離不可（消防局一括管轄）。搬送先コード空欄による一部病院の過小計上。傷病名はICD大分類で個別疾患の特定不可（DPCで補完）
- DPC：退院ベース（R6.6～R7.5）で年齢・居住地不明。救急搬送データとは母集団が異なる
- 病床機能報告：自己申告に基づく報告。R7報告の実績は令和6年度分
- NDB・かかりつけ医機能報告：少数秘匿あり。かかりつけ医データブックの利用目的は構想・計画協議に限定
- 今後の分析提案：救急隊コード↔消防署対応表の入手による川崎南北の発生地分析／訪問看護R7実施状況報告の反映／かかりつけ医機能報告の在院日数分布(3001)・介護施設ターミナルケア(5S29等)の活用／KDB・NDBによる疾患別分析の深掘り

【県西】 データで見る 入院医療・外来医療の現状と課題

4つのテーマ：①急性期拠点 ②高齢者救急 ③在宅医療の需要 ④病院と在宅の連携（+外来医療：休日・夜間）

県西の位置づけ 地域類型と人口動態（2025→2040）

● ガイドラインの判定目安：**大都市型**＝人口100万人以上 又は 人口密度2,000人/km²以上 / **地方都市型**＝人口20万人以上等。類型が拠点の集約度・広域連携など以後の協議の前提となる。

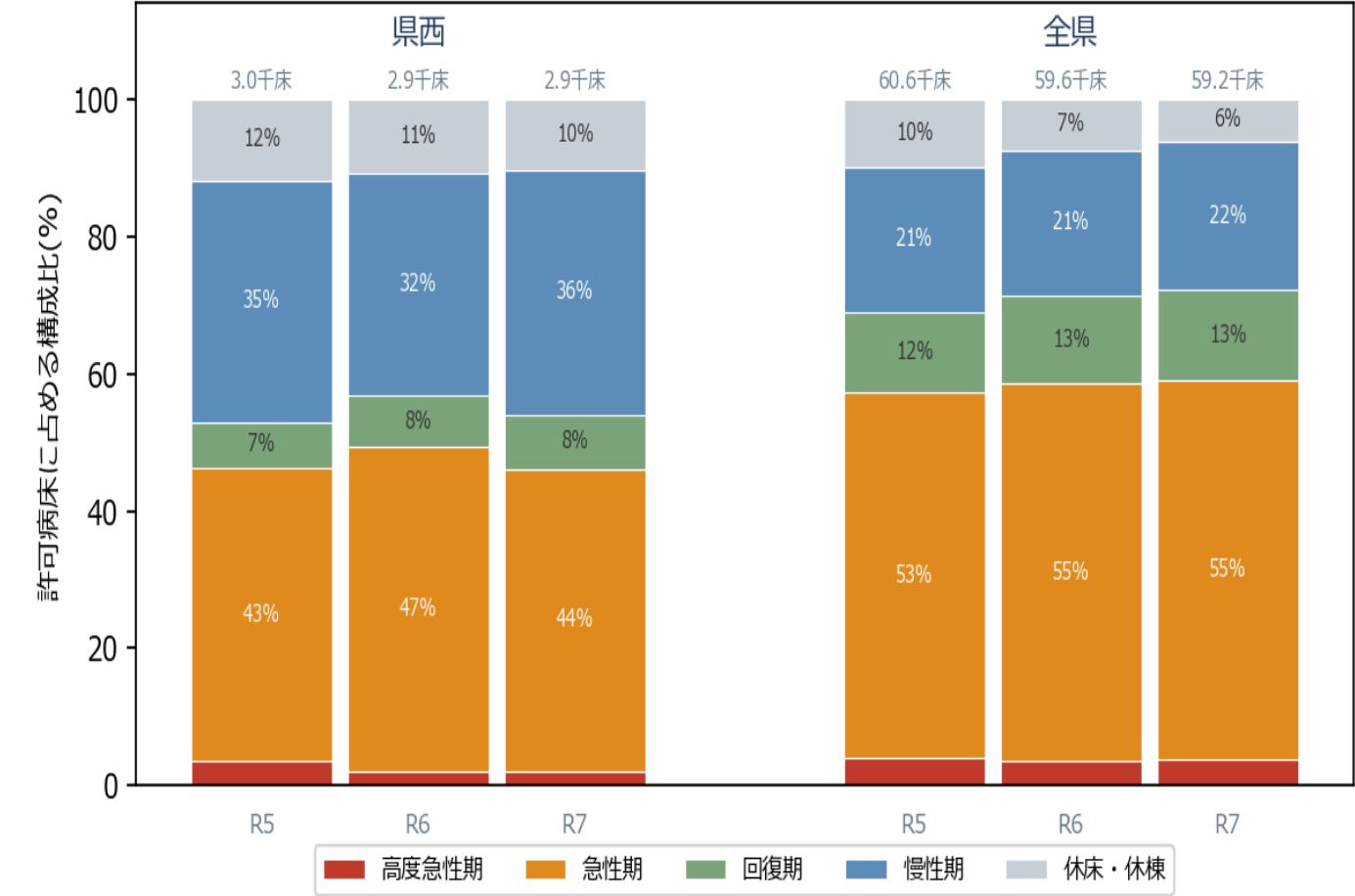
区域	2025年人口(万人)	2040年人口(万人)	0-14歳	15-74歳	75歳以上	うち85歳以上	高齢化率(65歳以上)	流入患者割合	流出患者割合
県西	32	28 (-13.7%)	3.1 → 2.4 (-22.0%)	22.7 → 18.9 (-16.5%)	6.7 → 6.7 (-0.1%)	2.1 → 3.1 (+44.1%)	33.9% → 41.3%	21.4%	26.1%
全県	920	887 (-3.6%)	99.8 → 90.6 (-9.2%)	673.9 → 639.5 (-5.1%)	146.4 → 156.8 (+7.1%)	47.1 → 69.1 (+46.7%)	26.5% → 32.9%	24.4%	26.4%

- 人口密度（2040年）442人/km²。判定は「地方都市型」
- 高齢者救急・在宅医療の需要増と生産年齢人口の減少が同時に進む（→次ページ以降で入院・外来・在宅の現状を確認）

まとめ 県西は地方都市型。2040年に向け85歳以上+44%・15-74歳-17%と、需要増と担い手減が同時に進む。

①急性期拠点 病床機能の構成と休床の推移（県西・R5→R6→R7報告）

病床機能の構成と休床の推移（県西 vs 全県）



区分	R5	R6	R7
許可病床計	2,950	2,906	2,920
高度急性期	103	60	61
急性期	1,262	1,372	1,286
回復期	196	219	232
慢性期	1,038	940	1,039
休床・休棟	351	315	302 (10%)

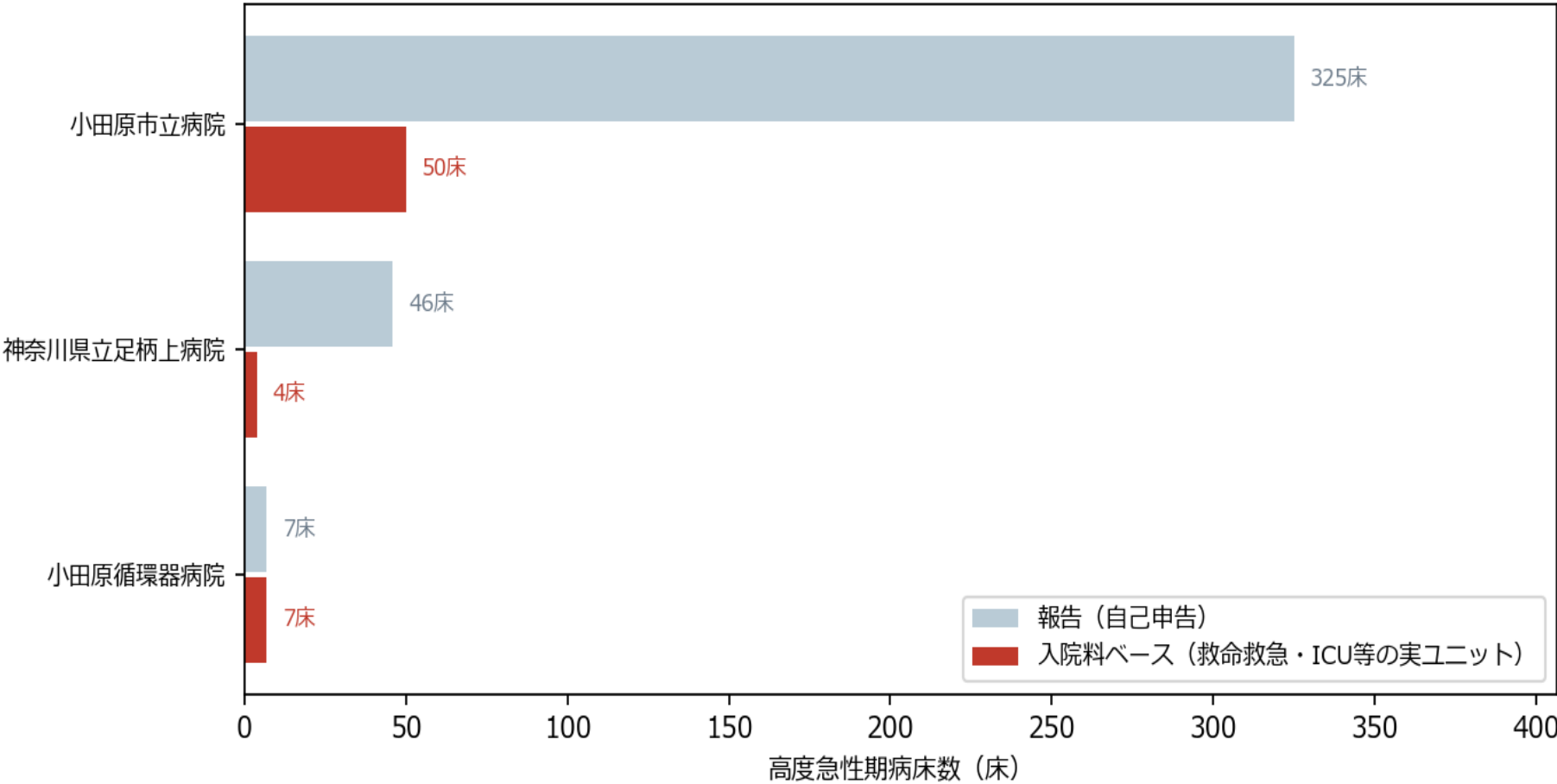
- 休床・休棟はR7で302床（許可の10%）
- 自己申告でなく入院料ベースの再分類。表=実数（床）

まとめ 許可病床は2,950→2,920床、休床・休棟率は12%→10%へ低下。回復期は196→232床に増えたが、急性期中心の構成は大きく変わっていない。

出典：病床機能報告オープンデータR5・R6／県提供口ーデータR7。機能別=最大使用病床、休床・休棟=許可病床のうち未使用分

①急性期拠点 「報告」と「入院料目安」のギャップ — 高度急性期（県西・R7）

「報告」と「入院料目安」のギャップ — 高度急性期（県西・乖離上位10病院・R7）

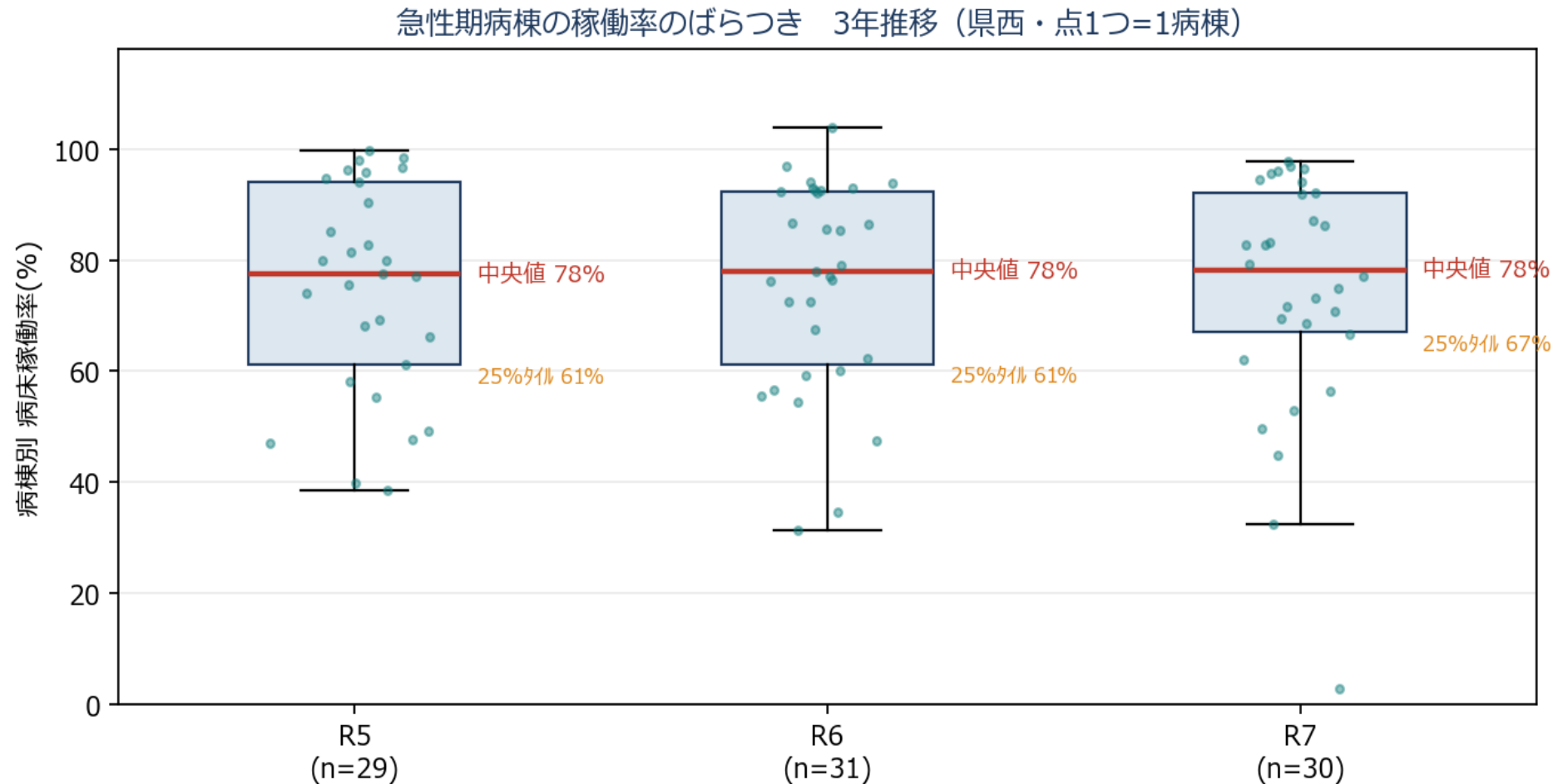


- 県西全体：報告 378床 vs 入院料ベース 61床
- 一般病棟を高度急性期と報告する傾向。必要病床数との比較や機能分化の議論では入院料ベースの補正が必要
- 県は報告の見直しを求めることが可能

まとめ 県西の高度急性期は報告378床に対し入院料ベース61床と約6.2倍の乖離。一般病棟を高度急性期と報告する傾向があり、機能分化の議論は入院料ベースを土台にする必要がある。

出典：病床機能報告R7報告。入院料目安=救命救急・ICU・HCU等の治療系入院料の届出病床（入院料ベース再分類）

①急性期拠点 急性期病棟の稼働率ばらつき 3年推移（県西・R5→R7）



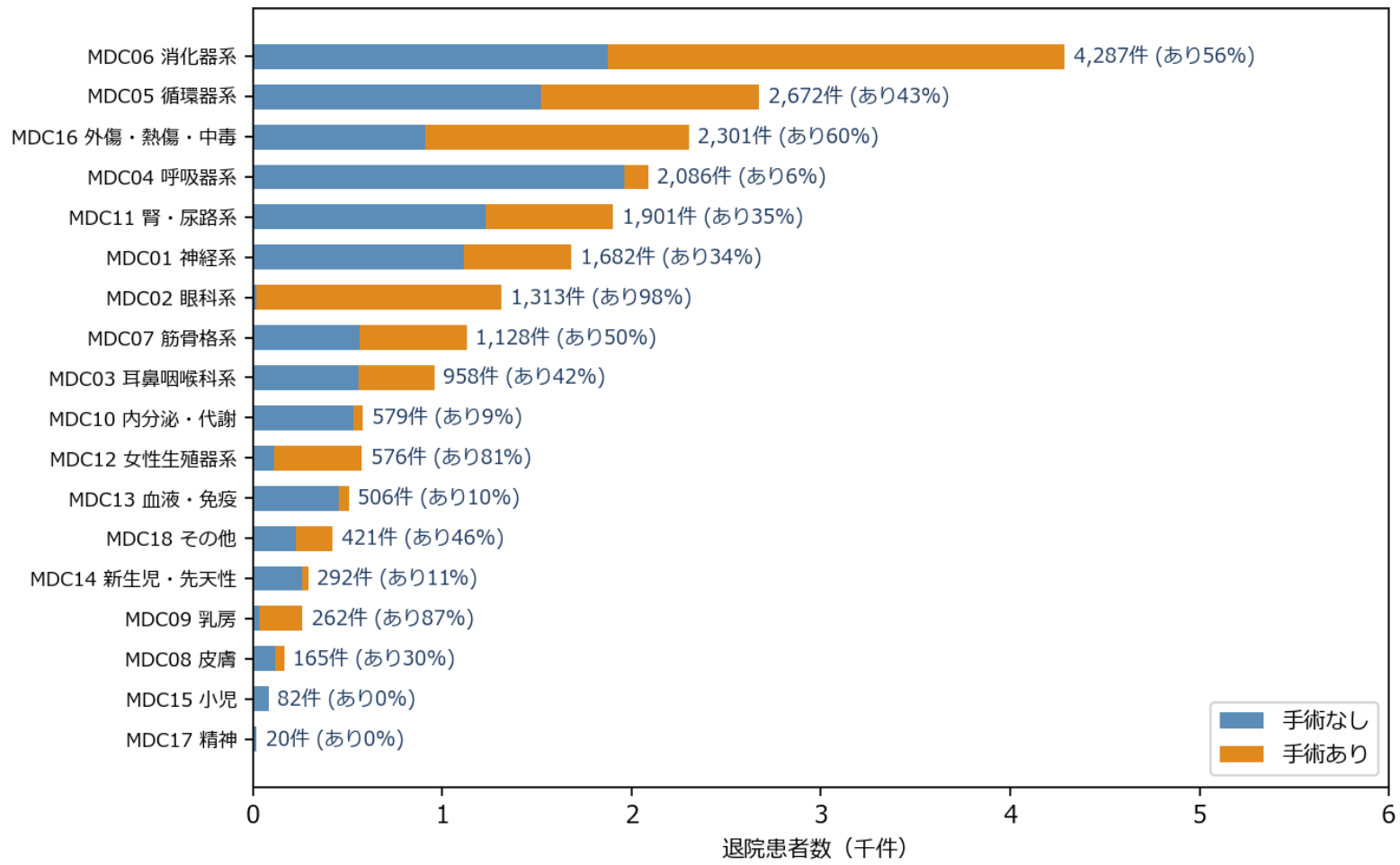
- R7：県西の急性期病棟 30病棟
- 全県R7中央値 85%
- 箱ひげの形（中央値・下位のばらつき）が3年でどう動いたかに注目
- 平均値の裏にある低稼働病棟が、包括期・高齢者救急の受け皿への転換候補

まとめ 急性期病棟の稼働率は中央値78%(R5)→78%(R7)と回復し、25%タイルも61%→67%に上昇。それでも約1/4の病棟は稼働67%未満で、転換・集約の余地が残る。

出典：病床機能報告オープンデータR5・R6／県提供ローデータR7。稼働率=在棟患者延べ数÷(許可病床×365)、急性期=入院料ベース再分類。稼働率>120%は表示から除外

①急性期拠点 患者層 全MDC×手術の有無（県西・DPC R6）

MDC別退院患者数と手術の有無（県西・DPC R6）



区域	退院患者数	手術あり	手術あり割合
県西	21,231	9,641	45.4%
全県	752,302	370,033	49.2%

- 手術を伴わない入院が約半分。内科系・高齢者疾患が患者層の中心
- 急性期拠点の集約対象（手術・救急）と、手術なし入院の受け皿（高齢者救急・地域急性期）を分けて考える

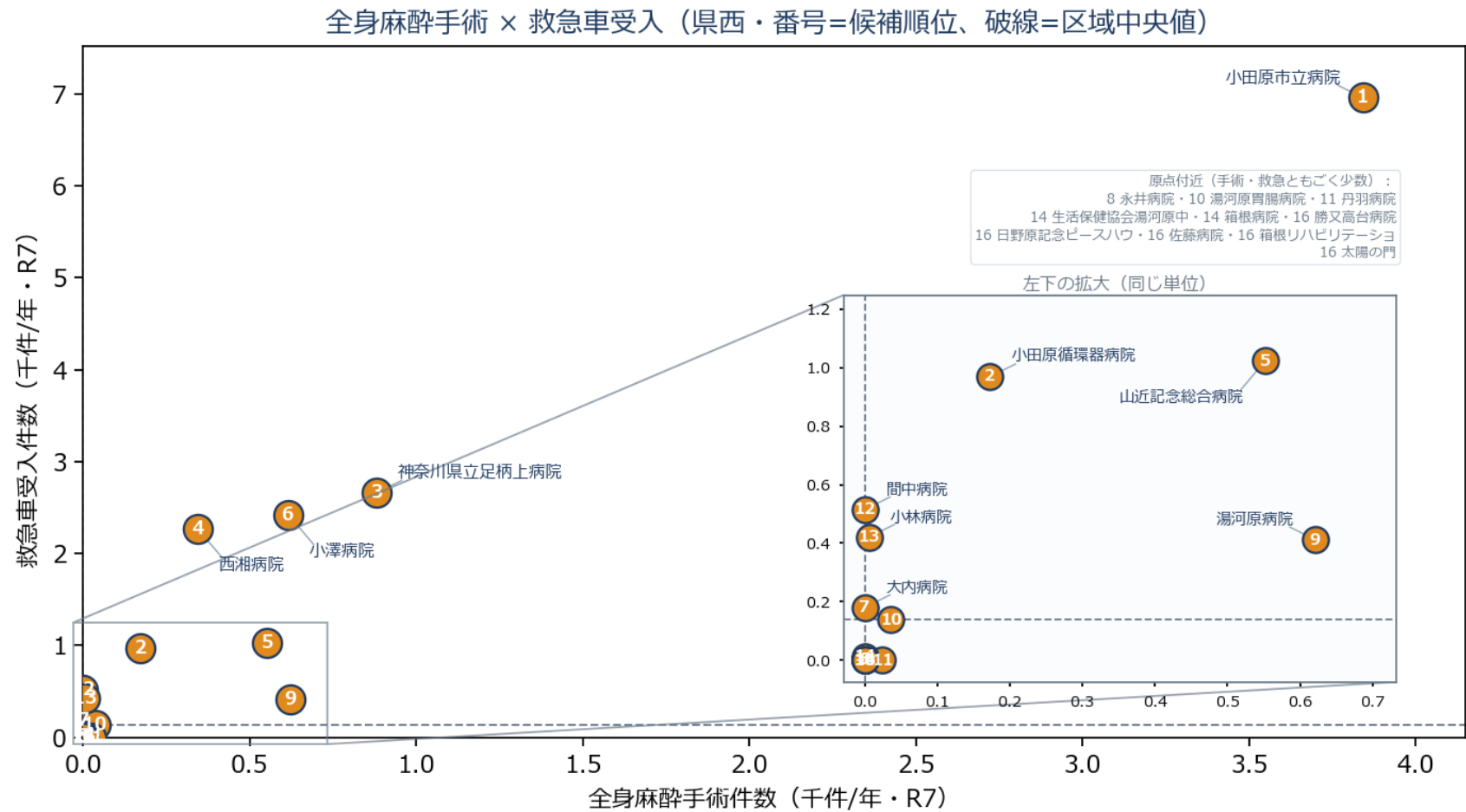
まとめ 県西の退院患者の55%は手術なし。最多は消化器系で、呼吸器・腎尿路など高齢者疾患が上位を占め、手術の集約対象と手術なし入院の受け皿（高齢者救急・地域急性期）は分けて設計する必要がある。

①急性期拠点 分析設計 急性期拠点機能の表現に必要な変数と入手可能性

変数	何を表すか	データ源	入手状況
手術・全身麻酔件数	集約対象の中核実績	病床機能報告 様式2手術票・全身麻酔票（R7）	算出済（本資料の候補一覧）
緊急手術件数	24時間対応の実像	医療機関機能報告（R9～）	未把握（時間外・休日・深夜加算による近似を次版で検討）
救急車受入・予定外救急入院	救急医療の総量	病床機能報告 施設票・病棟票（R7）	算出済（本資料の候補一覧）
診療の総合性（DPC6カバー数）	「一定の総合性」の判定材料	DPC退院患者調査R6	算出済（本資料の候補一覧）
医師等確保の見込み	体制の持続可能性	医療機関機能報告（R9～）・大学派遣	非公開→機能報告制度と調整会議で把握
建物の築年数	建替投資の要否	病床機能報告 病棟票（建築時期・R7）	算出済（候補一覧に最古築年を掲載）
経営状況	拠点の持続性・ダウンサイズ判断	病院経営情報データベース（WAM・R5～報告義務化）	一括データ未公表→県から機構へ照会
政策医療（災害・感染症・医師派遣）	拠点到求められる総合的役割	県保有（災害拠点指定・医療措置協定等）	県保有→調整会議で共有

まとめ 診療実績（手術・救急・総合性）と築年数は本資料で提示済み。緊急手術・医師確保はR9年度開始の医療機関機能報告、経営状況はWAMへの照会が必要で、ガイドラインの求める総合協議には情報接続が残る課題。

①急性期拠点 全身麻酔手術 × 救急車受入（県西・R7）



- 右上=手術・救急とも多い（拠点の中核候補）
- 右下=手術中心／左上=救急受入中心。役割分担（手術集約と救急受入の分担）の協議材料
- 左下の病院は高齢者救急・地域急性期機能等への役割転換の検討対象

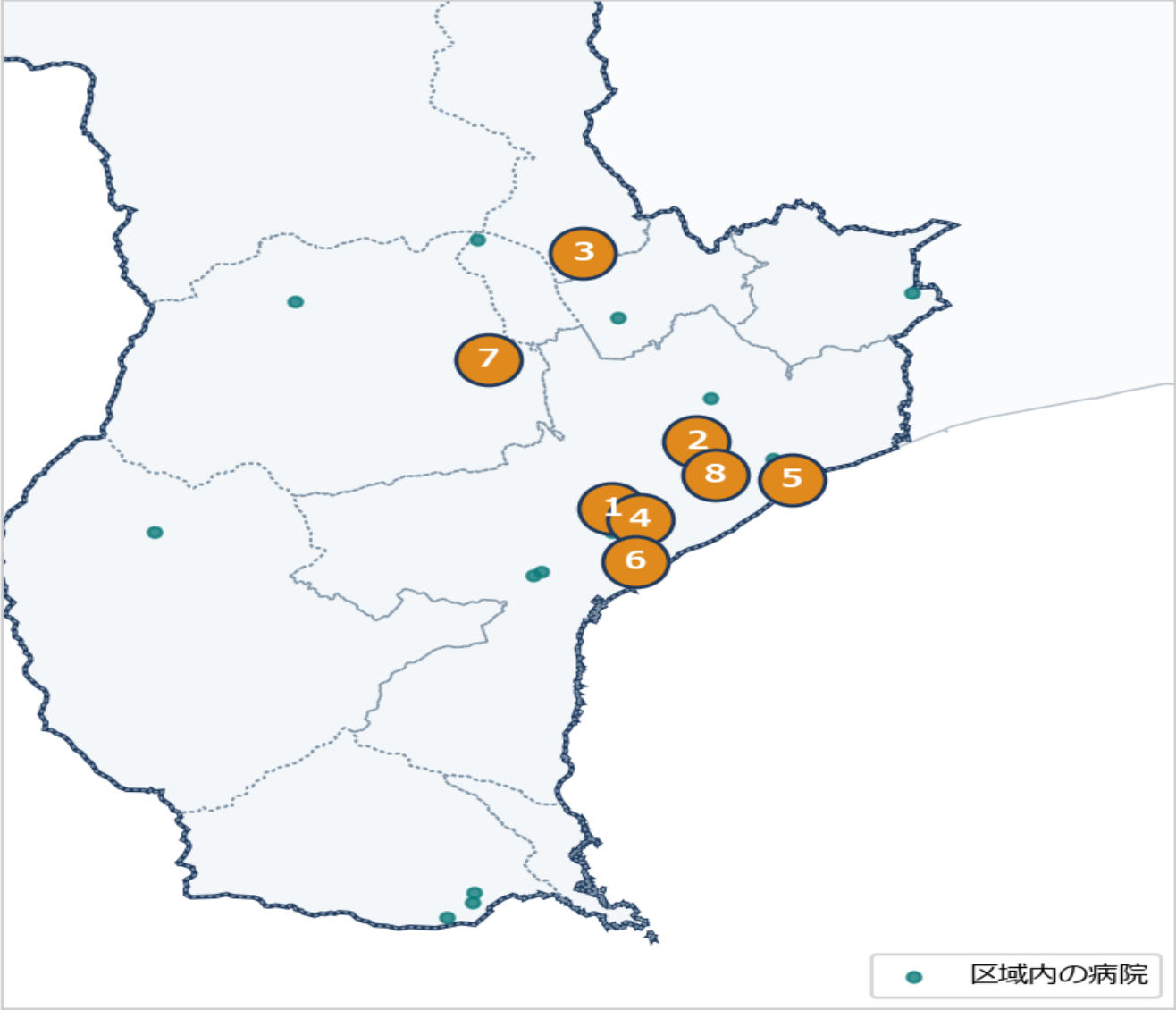
まとめ 手術・救急の両方で中央値を上回る右上の病院群が拠点の中核候補。右下（手術中心）・左上（救急中心）は相互の役割分担、左下は高齢者救急・地域急性期機能等への転換の検討対象となる。

①急性期拠点 候補一覧（県西・R7実績） 人口による目安 1.1～1.6か所

	医療機関名	許可病床	手術(年)	全身麻酔(年)	救急車受入	予定外救急入院	総退院数	DPC6	三次救急	充実加算	最古築年
1	小田原市立病院	417	6,389	3,842	6,962	4,993	15,295	116	●	●	—
2	小田原循環器病院	97	1,162	173	970	483	2,946	17			1981
3	神奈川県立足柄上病院	290	1,850	880	2,660	1,869	4,692	43			2001
4	西湘病院	102	711	343	2,272	441	1,265	9			1980
5	山近記念総合病院	152	1,102	552	1,023	695	2,094	29			2009
6	小澤病院	202	1,594	616	2,423	1,453	4,666	26			1987
7	大内病院	53	9	0	180	232	295	1			1969
8	永井病院	45	209	0	2	0	824	—			2015
9	湯河原病院	150	660	621	412	91	1,797	8			2020
10	湯河原胃腸病院	108	341	36	138	48	768	10			1969
11	丹羽病院	51	378	24	0	0	0	—			1969
12	間中病院	90	15	0	515	145	903	2			2003
13	小林病院	163	47	6	421	48	666	4			1988
14	生活保健協会湯河原中央温泉病院	223	33	0	0	0	179	0			1983
15	箱根病院	199	9	0	13	11	319	0			1945

まとめ 目安（1.1～1.6か所）に対し実績上位の候補は十分に存在し、番号1～2前後が線引きの焦点。築年数の古い病院は建替投資、下位帯は役割転換も含めた総合協議の対象。

急性期拠点候補マップ（県西）



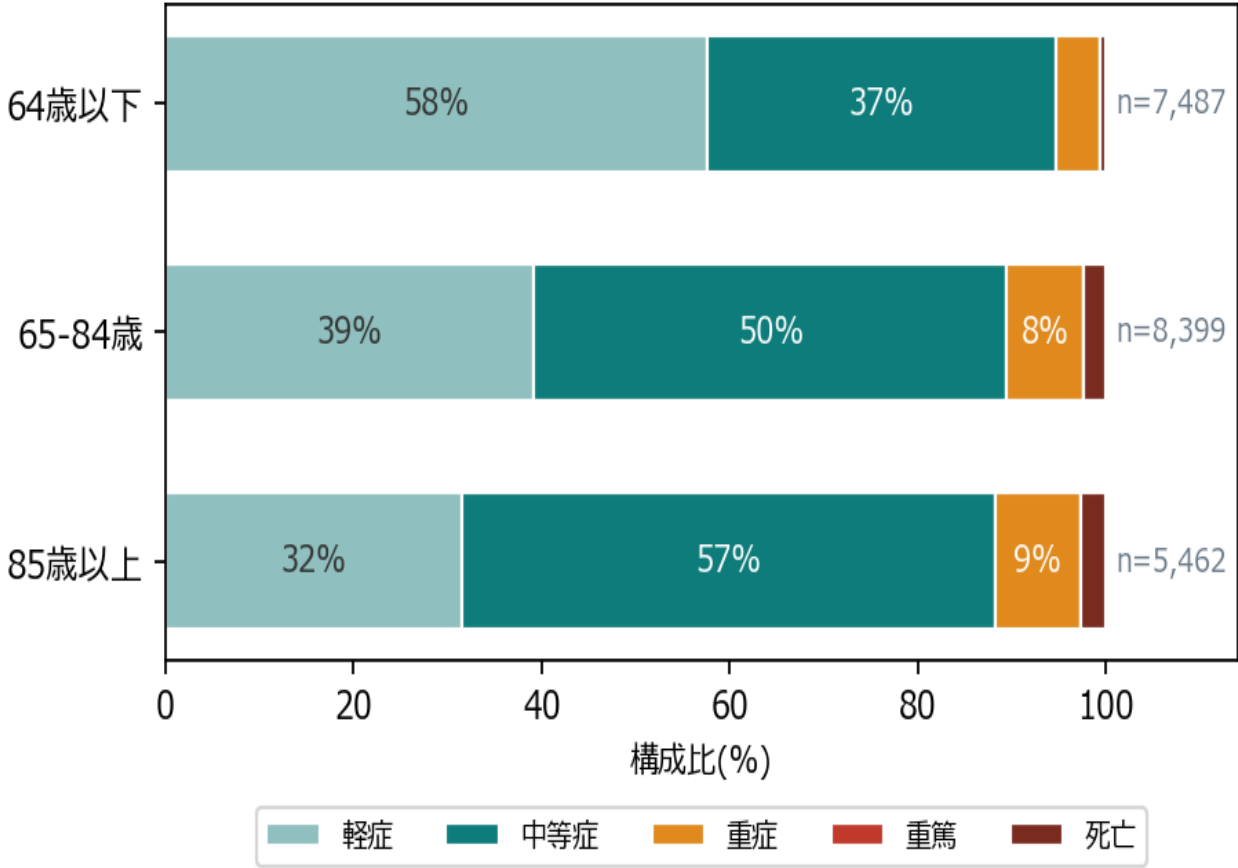
候補

- ① 小田原市立病院
- ② 小田原循環器病院
- ③ 神奈川県立足柄上病院
- ④ 西湘病院
- ⑤ 山近記念総合病院
- ⑥ 小澤病院

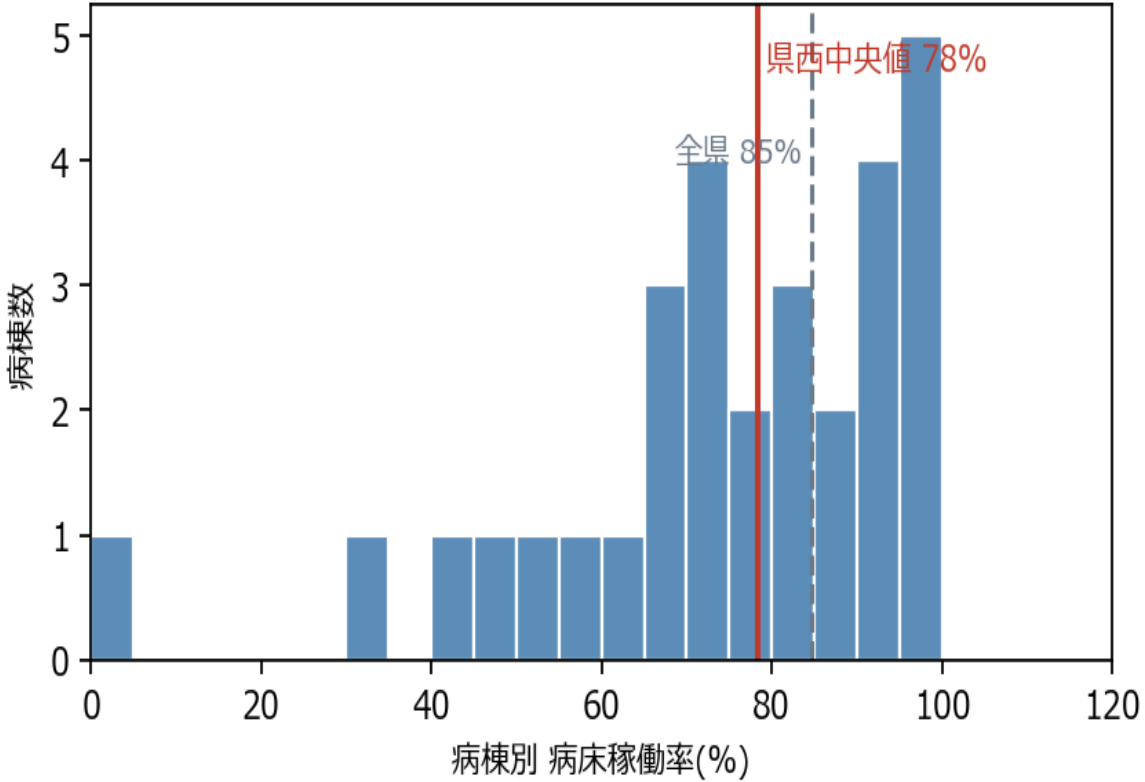
出典：R7実績上位の所在地（医科.csv座標）／区域境界=国土数値情報N03（2024）を構想区域に結合。緑点=区域内的の病院

救急搬送の分析の視点 -高齢者救急と地域連携

年齢層別の重症度構成（搬送者・R7・県西）
85歳以上は軽症・中等症が88%



急性期病棟の稼働率分布（R7・県西・n=30）
25%タイル 67%



まとめ 85歳以上搬送の88%が軽症・中等症＝低侵襲。急性期病棟の稼働率は中央値78%だが下位1/4は67%未満とばらつきが大きく、需要増と病床余力は両立している。

出典：救急搬送人員データ2025（重症度＝初診時医師評価）／病床機能報告R7報告（入院料ベース再分類の急性期病棟）

年齢層別の搬送と重症度（全搬送者）

年齢層	搬送者数 R7	R6比	軽症%	中等症%	重症以上%
64歳以下	7,487	+186	57.6%	37.1%	5.3%
65-84歳	8,399	-57	39.2%	50.2%	10.6%
85歳以上	5,462	+189	31.6%	56.6%	11.8%

85歳以上の主要指標

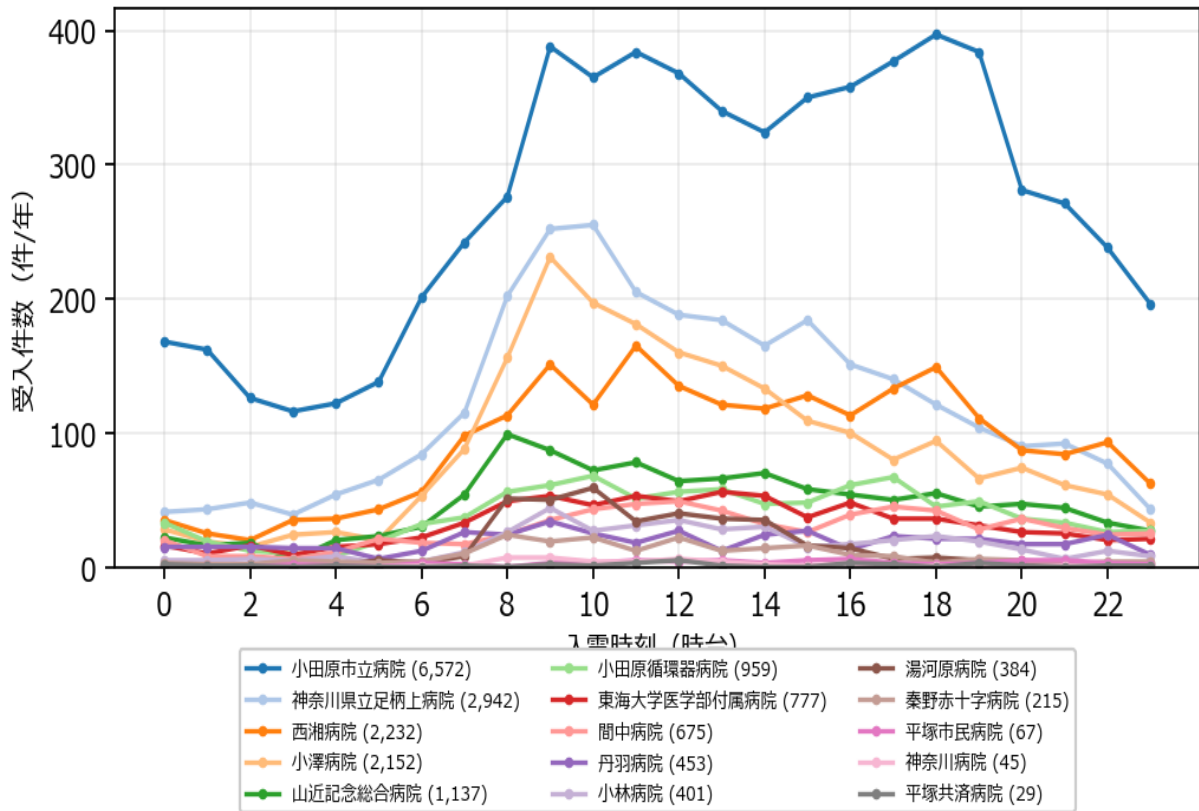
指標（85歳以上）	R7	R6	R6→R7	全県R7
85歳以上搬送（件）	5,462	5,273	+189	119,655
85歳以上人口千対	273.8	264.3	+9.5	277.9
介護施設発割合	23.9%	26.1%	-2.2	25.0%
軽症・中等症割合	88.2%	88.4%	-0.2	90.0%
搬送困難割合	6.9%	8.4%	-1.5	3.5%
区域内完結率	85.1%	86.3%	-1.2	96.9%

まとめ 搬送者の65%が65歳以上。85歳以上は5,462件（R6比+189）で軽症・中等症が88%、搬送困難は6.9%（R6比-1.5pt）。

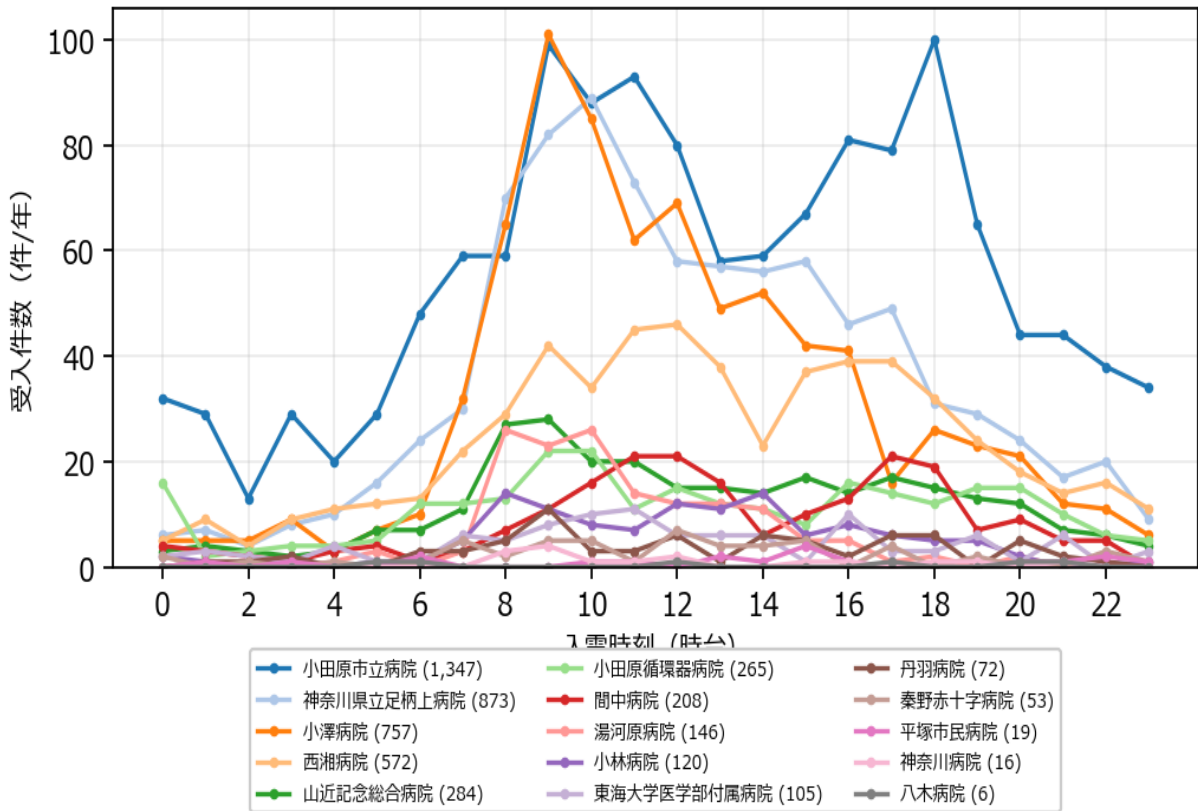
②高齢者救急 時間帯別にどの病院が受けているか（県西・R7）

時間帯別にどの病院が受けているか（県西発・R7・1時間刻み）

全搬送（受入上位15病院）



85歳以上（受入上位15病院）



まとめ 上位15病院で県西の全搬送の89%を受入。夕方～夜間にピークがあり、深夜帯も日中とほぼ同じ病院群が受けている＝夜間の受入は特定病院への依存度が高い。

②高齢者救急 県西の搬送先病院 どこへ運ばれているか（R7）

搬送先病院	所在	全搬送	85歳以上	軽症85	中等症85	重症以上85	困難85	困難割合
小田原市立病院	県西	6,572 (31%)	1,347 (25%)	227	844	276	136	10.1%
神奈川県立足柄上病院	県西	2,942 (14%)	873 (16%)	246	546	81	38	4.4%
医療法人財団報徳会 西湘病院	県西	2,232 (10%)	572 (10%)	411	141	20	20	3.5%
医療法人 同愛会 小澤病院	県西	2,152 (10%)	757 (14%)	174	514	69	38	5.0%
県外/不明	県外/不明	2,135 (10%)	596 (11%)	206	345	45	67	11.2%
医療法人尽誠会 山近記念総合病院	県西	1,137 (5%)	284 (5%)	128	138	18	17	6.0%
医療法人邦友会 小田原循環器病院	県西	959 (4%)	265 (5%)	102	116	47	7	2.6%
東海大学医学部付属病院	湘南西部	777 (4%)	105 (2%)	14	57	34	5	4.8%
医療法人社団綾和会 間中病院	県西	675 (3%)	208 (4%)	81	116	11	11	5.3%
医療法人社団 帰陽会 丹羽病院	県西	453 (2%)	72 (1%)	22	46	4	3	4.2%
医療法人 小林病院	県西	401 (2%)	120 (2%)	39	63	18	7	5.8%
独立行政法人地域医療機能推進機構 湯河原病院	県西	384 (2%)	146 (3%)	45	93	8	0	0.0%
秦野赤十字病院	湘南西部	215 (1%)	53 (1%)	13	32	8	9	17.0%
平塚市民病院	湘南西部	67 (0%)	19 (0%)	7	10	2	9	47.4%

まとめ 上位15病院で全搬送の99%・85歳以上の99%を受入。85歳以上の受け皿（高齢者救急・地域急性期機能）の分担が論点。

②高齢者救急 搬送困難の状況 どんな患者で起きやすいか（県西・R7）

年齢区分別（全搬送者）

年齢区分	搬送者数	構成比	困難件数	困難割合
新生児・乳幼児(7歳未満)	764	3.6%	2	0.3%
少年(7-17歳)	763	3.6%	13	1.7%
成人(18-64歳)	5,960	27.9%	473	7.9%
高齢者(65-74歳)	2,813	13.2%	171	6.1%
高齢者(75歳以上)	11,048	51.8%	734	6.6%

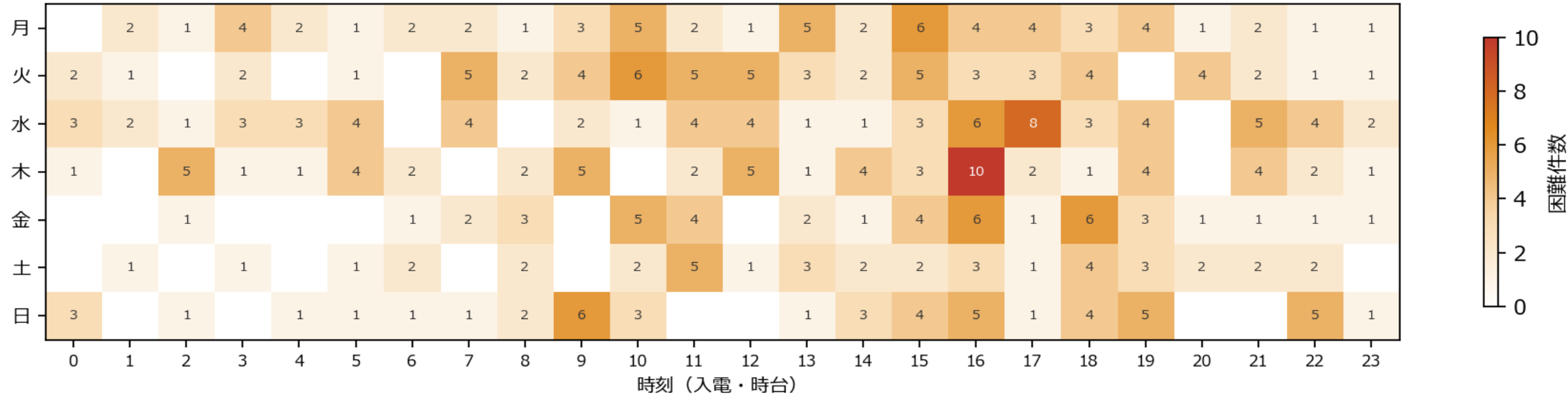
重症度別（85歳以上）

重症度	件数(85歳以上)	構成割合	困難割合
軽症	1,724	31.6%	6.9%
中等症	3,094	56.6%	8.0%
重症	495	9.1%	2.4%
重篤	1	0.0%	0.0%
死亡	148	2.7%	0.0%

まとめ 困難割合は年齢とともに上昇し「高齢者(75歳以上)」で6.6%と最大。85歳以上では中等症（構成57%）の困難割合が8.0%と最も高い。

②高齢者救急 搬送困難はいつ起きているか（85歳以上・県西・R7）

搬送困難の発生件数ヒートマップ（85歳以上・県西・R7・1時間刻み）



時間帯	月	火	水	木	金	土	日
深夜	14 (10.9%)	11 (9.9%)	20 (16.1%)	14 (11.7%)	4 (3.8%)	5 (5.3%)	8 (6.1%)
日中	33 (5.4%)	38 (7.3%)	30 (5.6%)	34 (7.2%)	26 (4.7%)	21 (4.2%)	25 (5.8%)
夜間	12 (9.2%)	12 (9.1%)	18 (11.2%)	12 (8.8%)	13 (9.1%)	13 (9.0%)	15 (9.3%)

まとめ 困難割合が最も高いのは夜間帯（9.4%）。件数は日中に多いが、割合では深夜・夜間に高く、時間外の受入体制が弱点になっている。

出典：救急搬送人員データ2025。時刻=入電。表=時間帯（深夜0-8時前/日中8-18時前/夜間18-24時前）×曜日の困難件数（困難割合）。搬送困難=受入照会4回以上かつ現場滞在30分以上

②高齢者救急 最も困難な状況の組合せと支障理由（85歳以上・県西・R7）

困難割合が高い組合せ（件数30以上）

組合せ（時間帯×搬送元×平日休日）	困難割合	件数
深夜×介護施設×平日	13.3%	120
夜間×一般住宅×平日	11.0%	464
夜間×一般住宅×休日	10.6%	179
夜間×介護施設×休日	10.3%	78
深夜×一般住宅×平日	9.8%	410
日中×介護施設×休日	9.6%	228

困難事案の支障理由（複数該当）

支障理由	発生回数
満床	213
手術中・対応中	208
処置困難	207
専門外	136
その他・不明	106
医師不在	25
かかりつけ医なし	1

まとめ 最も困難なのは「深夜×介護施設×平日」（13.3%、n=120）。支障理由の最多は「満床」で、病床確保と施設との事前連携が対策の中心。

出典：救急搬送人員データ2025。支障理由は搬送困難事案における発生回数（複数該当あり）

②高齢者救急 疾患ターゲット別の搬送（尿路感染症・誤嚥性肺炎・心不全の近似・県西）

傷病名（コード分類）	75-84歳搬送 R7	85歳以上搬送 R7	介護施設発(85+)	軽症・中等症(85+)	搬送困難(85+)
循環器系（心疾患）	171	206	24.3%	56.3%	2.9%
呼吸器系（肺炎）	331	425	51.3%	85.9%	9.2%
腎尿路系	54	74	28.4%	98.6%	10.8%

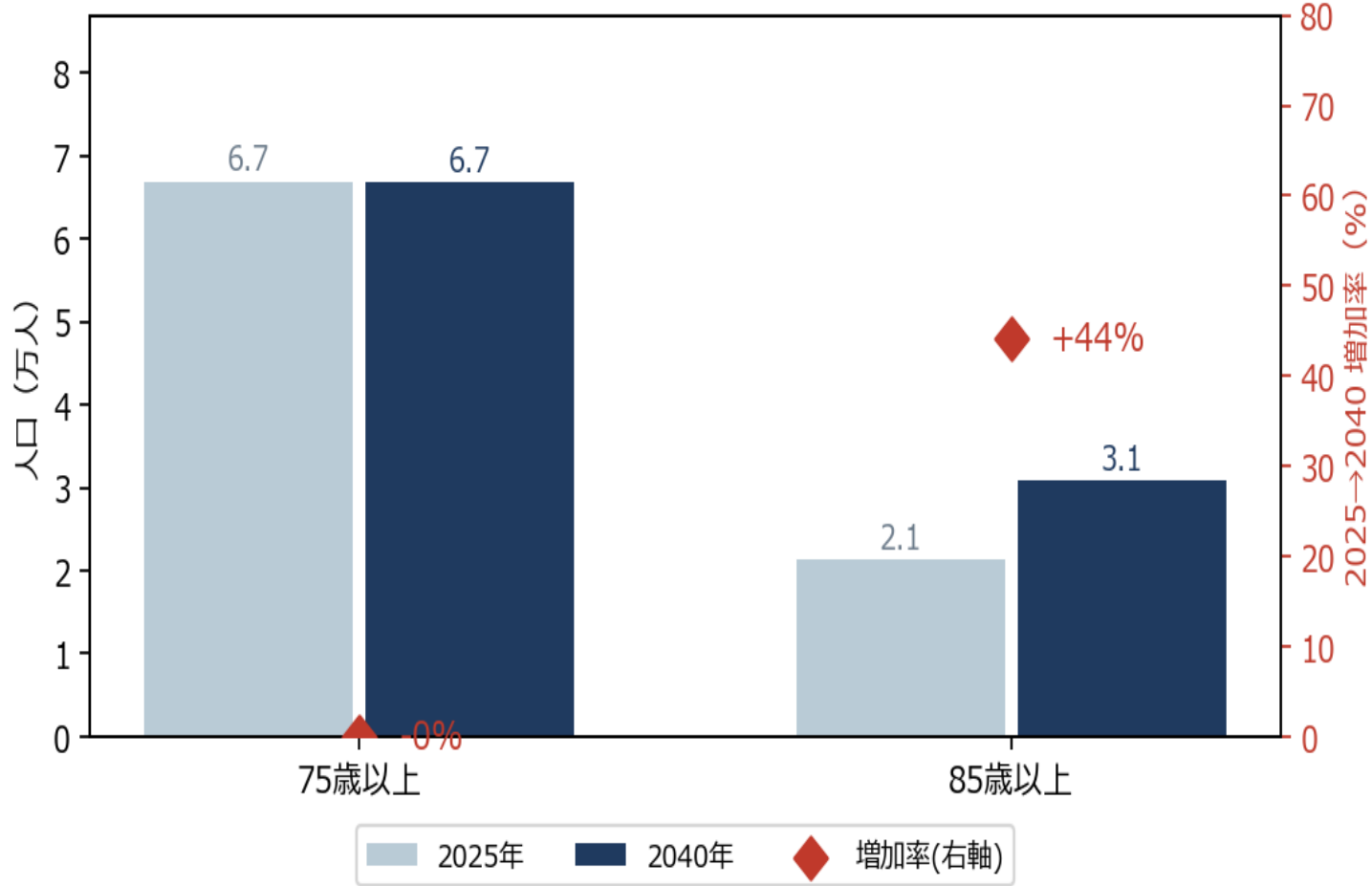
疾患（DPC・退院患者数）	県西 計	手術なし	手術あり	全県 計	全県 手術あり%
誤嚥性肺炎	377	377 (100%)	0 (0%)	14,895	5%
心不全	800	757 (95%)	43 (5%)	15,527	9%
腎臓・尿路の感染症	368	368 (100%)	0 (0%)	10,105	4%
股関節・大腿近位骨折	497	41 (8%)	456 (92%)	10,149	94%

- 誤嚥性肺炎・心不全・尿路感染は手術を伴わない入院、大腿骨骨折は9割超が手術＝急性期拠点と高齢者救急の分担が異なる
- DPCは退院ベース（R6.6～R7.5、DPC対象病院のみ・年齢不明）で搬送データと母集団が異なる

まとめ 3分類で85歳以上搬送の約13%。いずれも介護施設発・軽症中等症の比率が高く、「時々入院」の典型として施設・在宅との事前連携が受け皿設計の焦点。

③在宅医療の需要 急性期後の受け皿となる在宅需要の将来（県西・2025→2040）

県西：高齢人口の将来推計（実数と増加率）



指標	県西 2025→2040	全県
75歳以上	6.7 → 6.7万人 (-0%)	(+7%)
85歳以上	2.1 → 3.1万人(+44%)	(+47%)

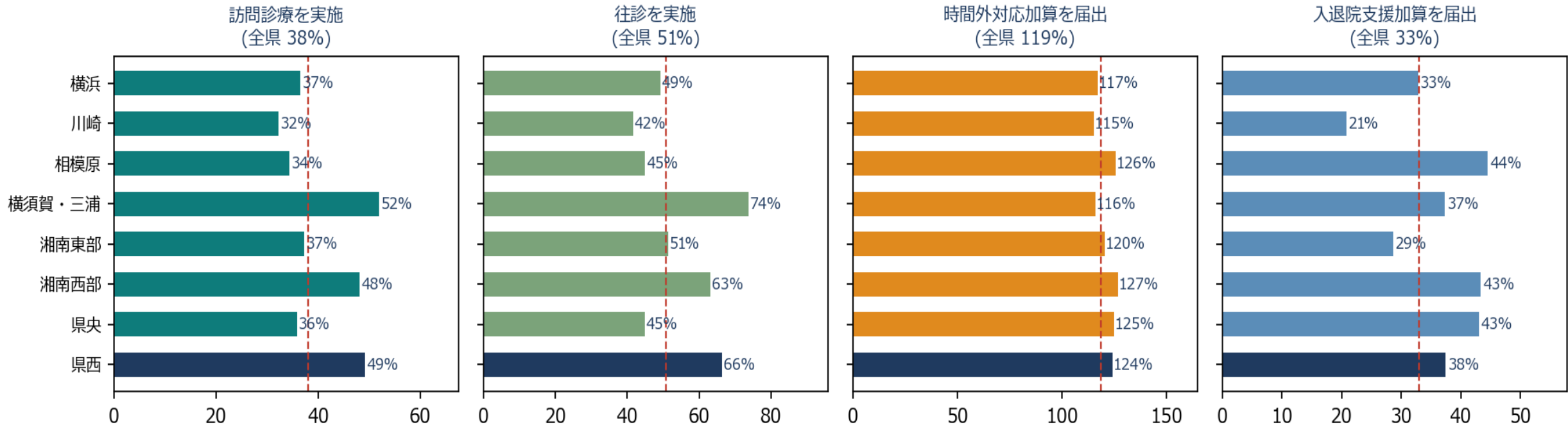
- 急性期治療後・時々入院の高齢者を受け止めるのは在宅・施設。85歳以上の増加分だけ「退院先」の需要が増える
- 高齢単身世帯は19,275世帯・単身率13.5%（2020年、全県10.9%）。独居の増加で家族介護力は低下し、独居でも成り立つ在宅体制（訪問診療・訪看・施設）が前提になる

まとめ 85歳以上は2040年までに+44%（+0.9万人）。増加分だけ急性期後の退院先（在宅・施設）の需要が増える。

出典：社人研将来推計人口(R5)／国勢調査2020（高齢単身世帯=65歳以上単独世帯）。棒=実数（万人・0始まり）、菱形=2025→2040増加率（右軸）

③在宅医療の需要 診療所の「急性期後・時々入院」対応力（県西の位置・かかりつけ医機能報告R7）

診療所の「急性期後・時々入院」対応力 診療所総数に占める割合（かかりつけ医機能報告R7）



● 実数でなく「診療所総数に占める割合」で見ることで、病診連携の裾野（どれだけの診療所が在宅・時間外・入退院支援を担えるか）を区域間で比較できる

まとめ 県西で訪問診療を実施する診療所は49%（全県38%）、時間外対応加算届出は124%。急性期後を受け止める病診連携の裾野はまだ一部の診療所に限られる。

出典：かかりつけ医機能報告データブックR7（4S02訪問診療実施/4S16往診実施/2S01時間外対応加算/3S11入退院支援加算）÷診療所総数(1S01)。報告対象は特定機能病院・歯科医療機関を除く病院・診療所（かかりつけ医機能報告制度）で、指標の多くはNDBレセプト・施設届出に基づく悉皆集計（無床診療所を含む）。構想・計画協議目的に限定

③在宅医療の需要 在支診・在支病の実績と「看取りの厚み」（県西・R6→R7）

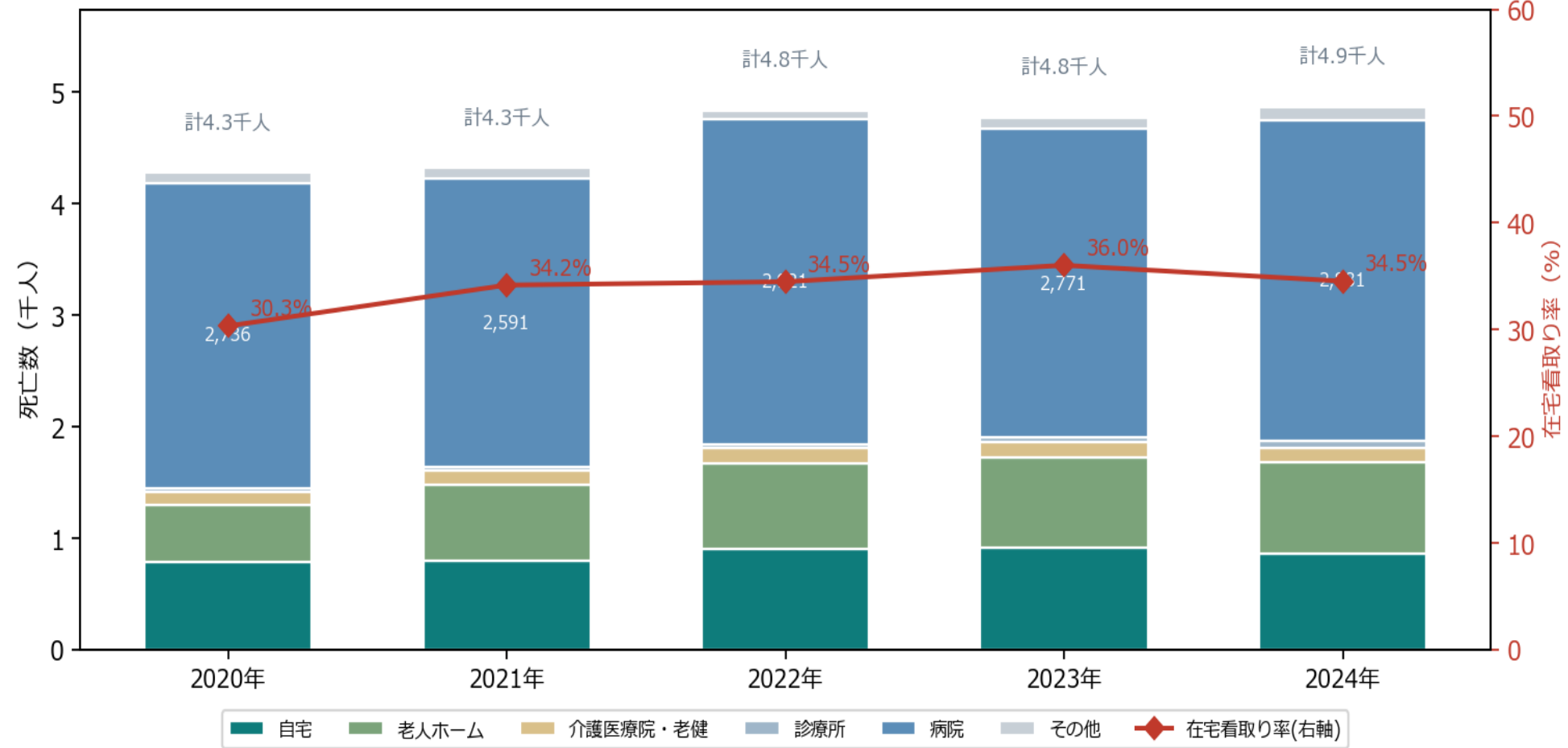
区域	施設数 R6→R7	千人対(75+)	訪問診療回数 R6→R7	看取り件数 R6→R7	大規模の患者シェア	大規模のうち低看取り(R7)
県西	48 → 54 (+12%)	0.84	103,179 → 111,215 (+8%)	1,282 → 1,311	86%	0/16 (0%)
全県	978 → 1,103 (+13%)	0.80	2,597,729 → 2,768,057 (+7%)	27,926 → 28,069	94%	29/427 (7%)

- 量（施設数・訪問回数）だけでなく「死亡した在宅患者の半分以上を自宅等で看取れているか」という質も確認する
- 大規模でも看取り割合が低い施設が多い場合、急変時の病院搬送（最終的に病院で死亡）に依存している可能性

まとめ 施設数48→54・訪問診療+8%と量は増加。大規模16施設が区域の在支診等患者の86%を担うが、うち0%は死亡した在宅患者の半分以上を自宅等で看取れていない。

③在宅医療の需要 死亡場所の5年推移（県西・2020→2024年）

死亡場所別死亡数の推移（県西・2020→2024年）

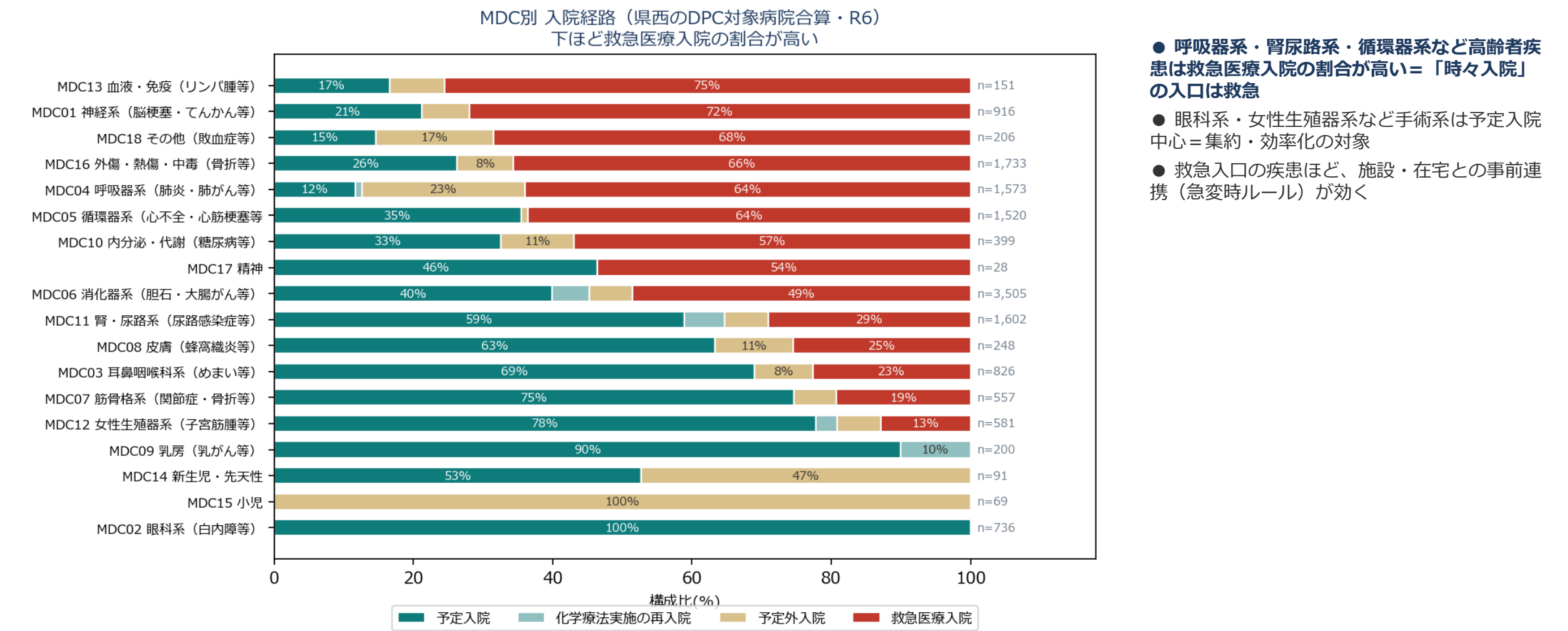


- 2024年の在宅看取り率 34.5%（全県38.9%）
- 多死社会の進行で総死亡は増加。増加分をどこで看取るかが地域の課題
- 自宅・老人ホームでの看取りの伸びと、病院死の比率の変化に注目

まとめ 総死亡は2020→2024年で+14%増。在宅看取り率は30.3%→34.5%と上昇したが、死亡数の増加分の過半はなお病院・施設が受け止めている。

出典：人口動態統計 保管統計表（2020-2023）・2024年市区町村別死亡場所。横浜市=18区合算。在宅看取り率=(自宅+老人ホーム)/総死亡

④病院と在宅の連携 MDC別の入院経路 予定入院か救急か（県西のDPC対象病院・R6）

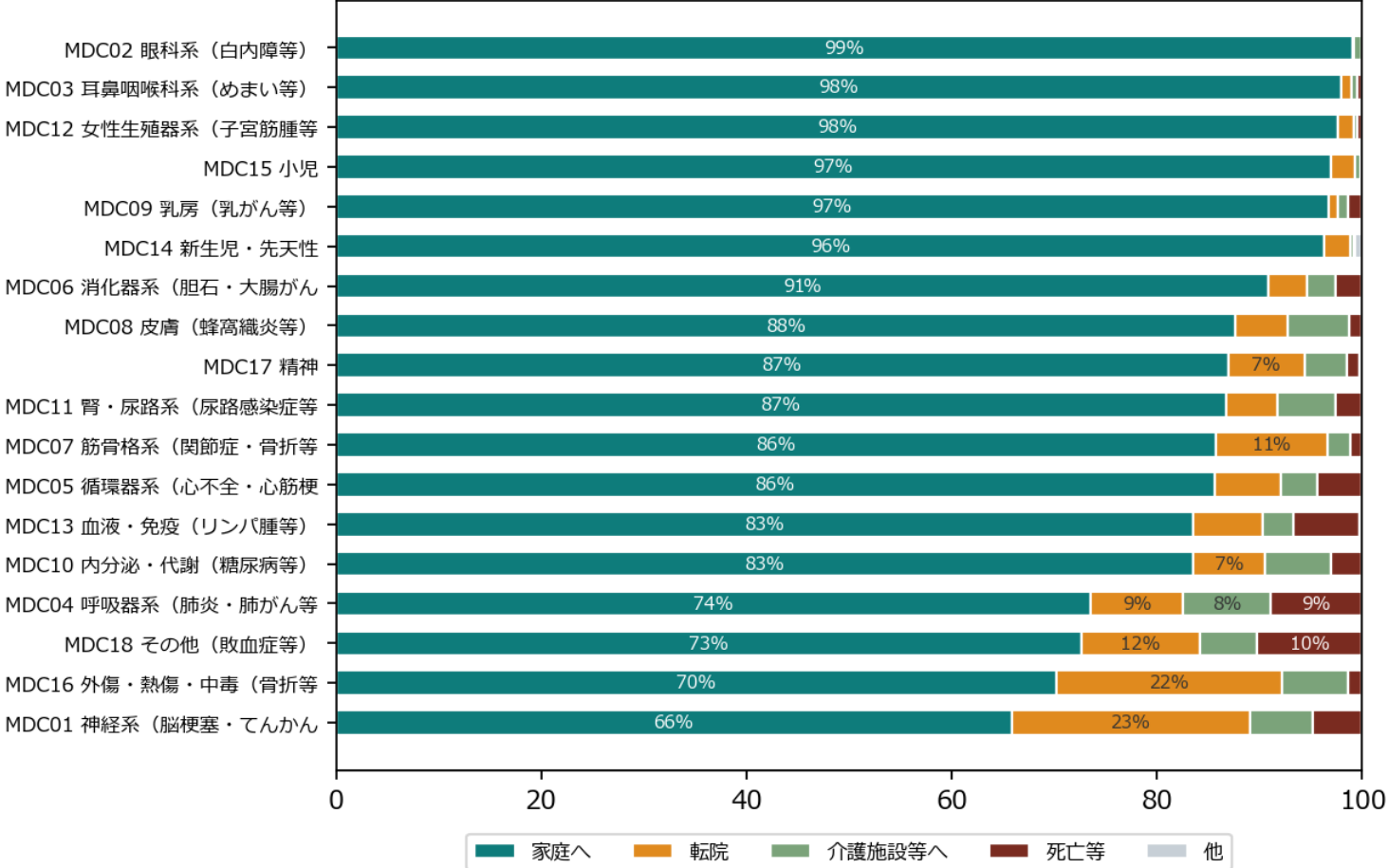


- 呼吸器系・腎尿路系・循環器系など高齢者疾患は救急医療入院の割合が高い＝「時々入院」の入口は救急
- 眼科系・女性生殖器系など手術系は予定入院中心＝集約・効率化の対象
- 救急入口の疾患ほど、施設・在宅との事前連携（急変時ルール）が効く

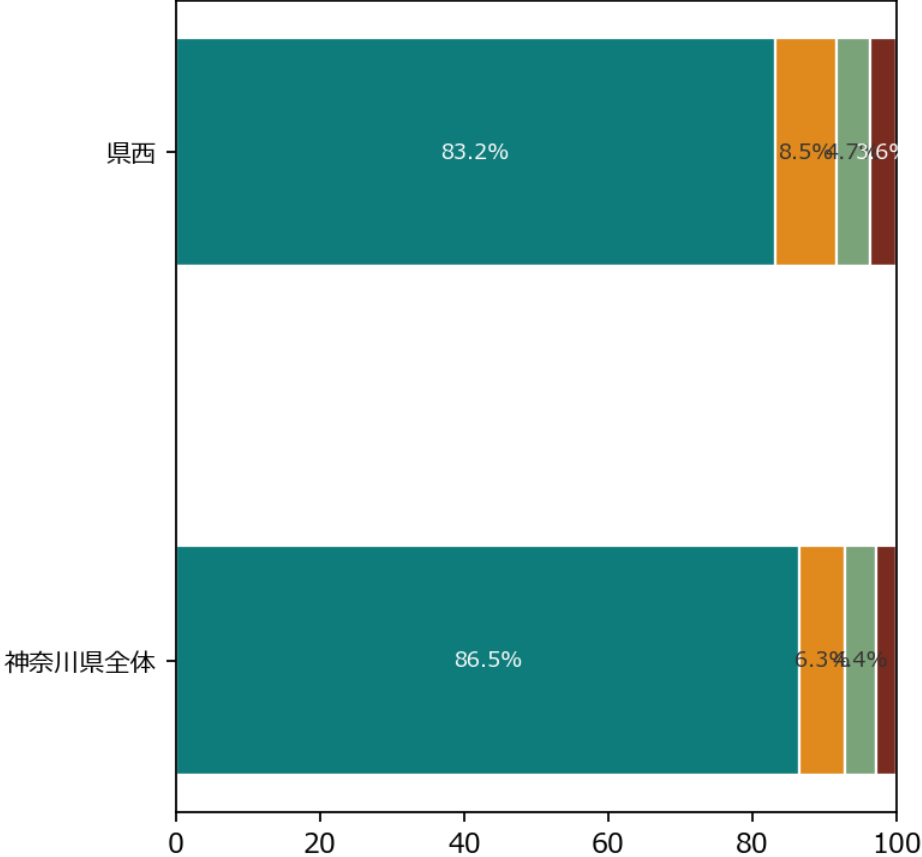
まとめ 呼吸器系・腎尿路系・循環器系など高齢者疾患は救急医療入院が入口の中心＝「時々入院」は救急から始まる。施設・在宅との事前連携（急変時ルール・直接入院枠）が救急依存を減らす鍵。

MDC別の退院先（全国）と県西の退院先構成（DPC・R6）

MDC別 退院先の構成（全国・R6）



退院先の構成（県西のDPC対象病院合算・R6
全MDC計・退院数で加重平均）



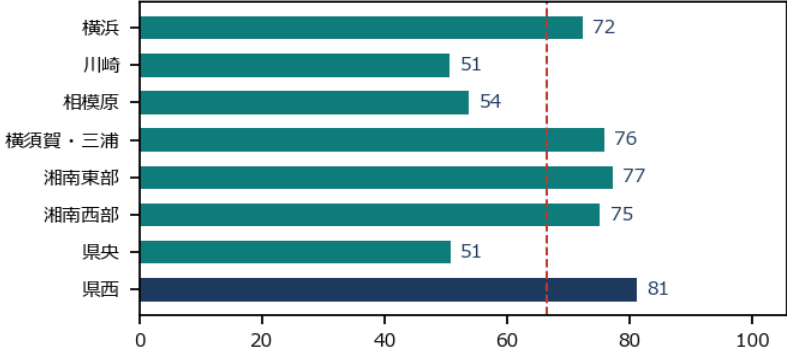
まとめ 神経系・呼吸器系・外傷は転院・施設退院の比率が高く、急性期治療後の「下り」の受け皿（包括期・慢性期・施設）がセットが必要。家庭へ帰す疾患と転院で受ける疾患の役割分担が連携ルール単位になる。

出典：DPC退院患者調査R6。左=全国の診断群分類毎の集計をMDC別に合算。右=区域内DPC対象病院の退院先構成（退院数で加重平均）。MDC別×区域の退院先は公表されていないため全国値で代用

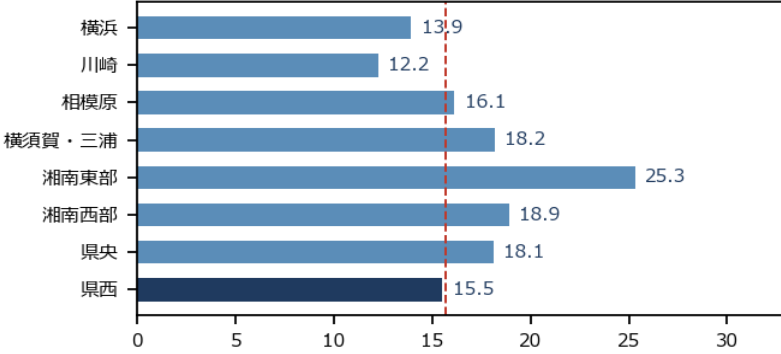
④病院と在宅の連携 診療報酬からみる連携の実施状況（県西の位置・R6年度NDB）

診療報酬からみる連携の実施状況（退院患者100件あたりの年間算定回数・R6年度）

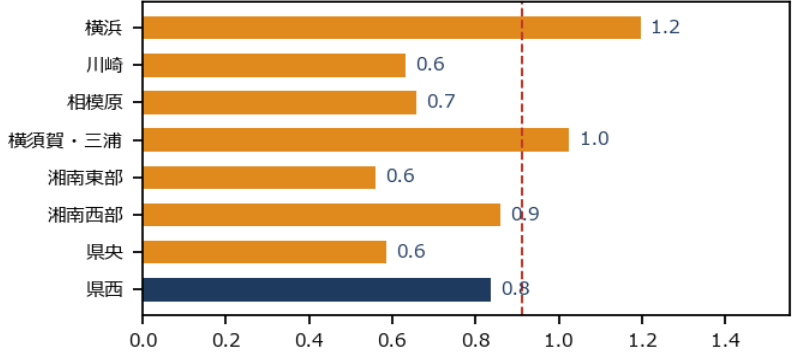
入退院支援加算
(病院の入退院支援体制・全県 66.4)



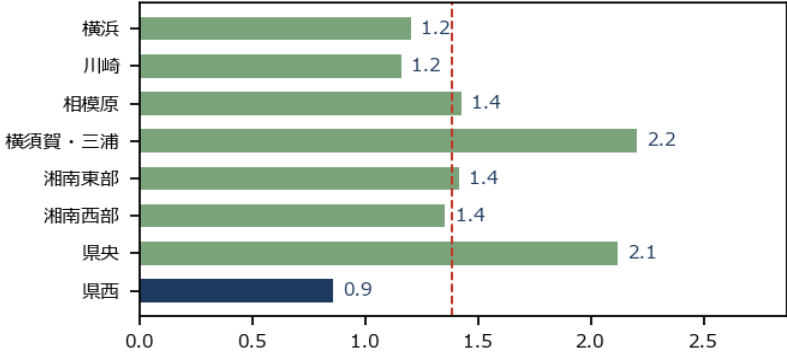
退院時リハビリテーション指導料
(退院時のリハ・生活指導・全県 15.7)



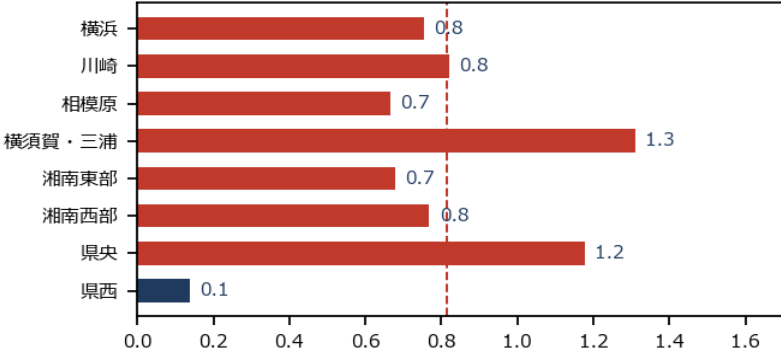
退院時共同指導料
(退院時の病診・病病共同指導・全県 0.9)



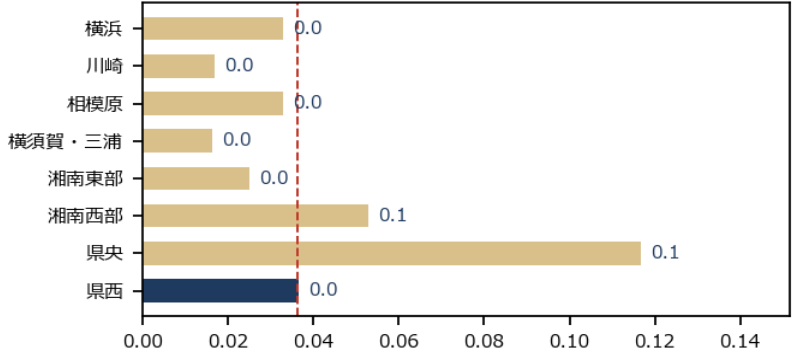
介護支援等連携指導料
(ケアマネ等との入院中連携・全県 1.4)



在宅患者緊急入院診療加算
(在宅急変時の受入（連携先入院）・全県 0.8)



退院前訪問指導料
(退院前の自宅訪問指導・全県 0.0)



まとめ 県西では退院100件あたり入退院支援加算81回・退院時リハ指導16回に対し、退院時共同指導0.8回・介護支援等連携指導0.9回。院内で完結する支援に比べ、在宅・ケアマネと顔を合わせる個別連携の算定は退院100件に1～2回にとどまり、連携の実働に伸びしろがある。

出典：第11回NDBオープンデータ（R6年度・医科診療行為、二次医療圏別算定回数＝構想区域）。分母＝病床機能報告R7報告の退院患者数（令和6年度実績・年度一致）。各項目は関連する加算・指導料の算定回数合計（内訳はデータ集参照）。10未満秘匿は0扱い。※在宅患者緊急入院診療加算（入院時算定）等、対象患者・算定時点が全退院と一致しない項目を含むため、分母の全退院患者数は算定要件と結びついたものではなく、区域間比較のための共通の基準値として用いている

④病院と在宅の連携 入退院のフローと退院後の在宅医療（県西・R6→R7）

指標	R6	R7	R6→R7	全県R7
家庭からの入棟割合	69.3%	67.2%	-2.1%	70.6%
他院からの転院入棟割合	6.4%	6.8%	+0.4%	5.6%
介護施設等からの入棟割合	3.9%	4.3%	+0.3%	4.2%
家庭へ退院割合	62.7%	63.0%	+0.3%	65.5%
他院へ転院割合	5.9%	5.9%	-0.1%	5.0%
介護施設等へ入所割合	5.1%	5.1%	-0.0%	5.1%
死亡退院割合	6.2%	5.7%	-0.5%	4.2%
退院後1か月以内 在宅医療提供予定	6.7%	4.7%	-2.1%	7.6%
退院後の在宅医療『不明』	2.3%	1.2%	-1.1%	5.4%

- 転院搬送（救急車による下り・上り搬送）
- R6 1,580件 → R7 1,583件
- 『不明』は病院と在宅の情報連携の空白を示す

まとめ 家庭から67%が入院し、家庭へ63%が退院。退院後在宅『不明』1.2%が病院と在宅の情報連携の空白。転院搬送はR7で1,583件。

出典：病床機能報告 病棟票（R6報告=R5年度実績、R7報告=R6年度実績）／救急搬送人員データ（事故種別=転院搬送）。退院後の在宅医療の記載は医療機関の報告慣行により変動が大きい（『不要』への振り分け等）点に留意

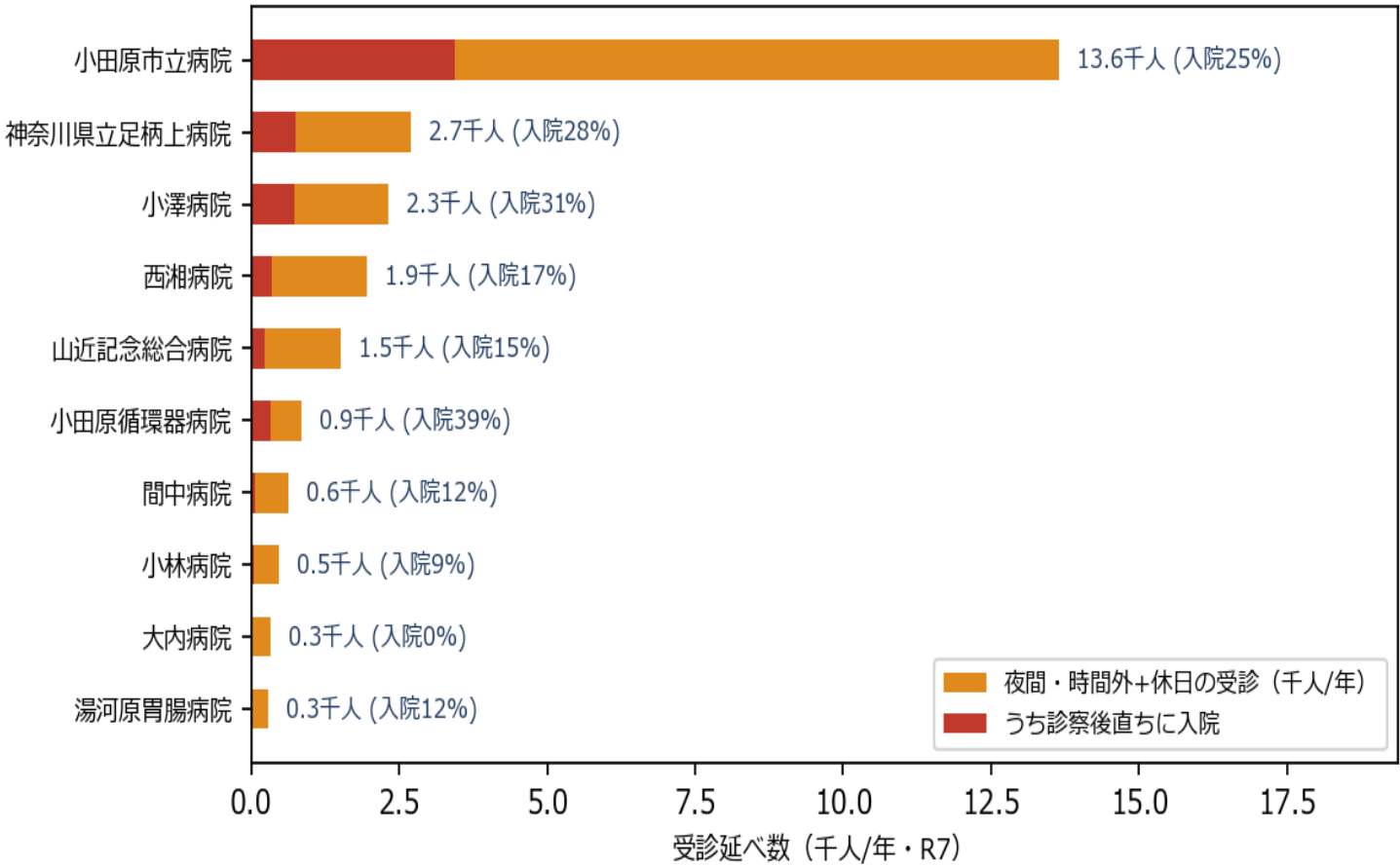
④病院と在宅の連携 転院搬送（下り・上り搬送）の流れ（県西発・R7）

受入先（病院所在区域）	件数	構成比
県西	1,136	71.8%
湘南西部	243	15.4%
県外/不明	157	9.9%
横浜	26	1.6%
横須賀・三浦	7	0.4%
湘南東部	6	0.4%
県央	5	0.3%
相模原	2	0.1%
川崎北部	1	0.1%

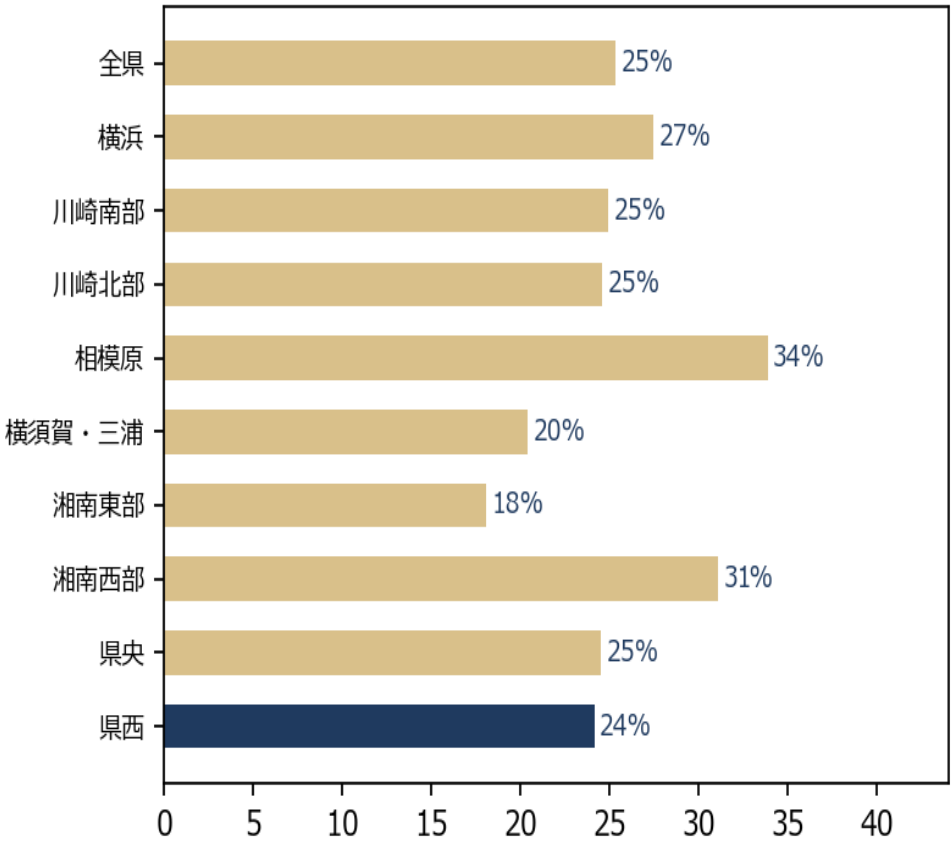
- 県西発の転院搬送 年間1,583件
- 区域内完結率 72%
- 急性期治療後の「下り搬送」の受け皿（包括期・慢性期）と調整ルール（実施基準）づくりが検討テーマ

まとめ 県西発の転院搬送1,583件のうち72%は区域内で完結。救急車による下り搬送の調整ルール（実施基準）づくりが検討テーマ。

夜間・休日の外来をどの病院が受けているか（県西・上位10）



夜間・休日受診のうち入院に至った割合
（高い=重症者中心／低い=初期救急の受け皿）

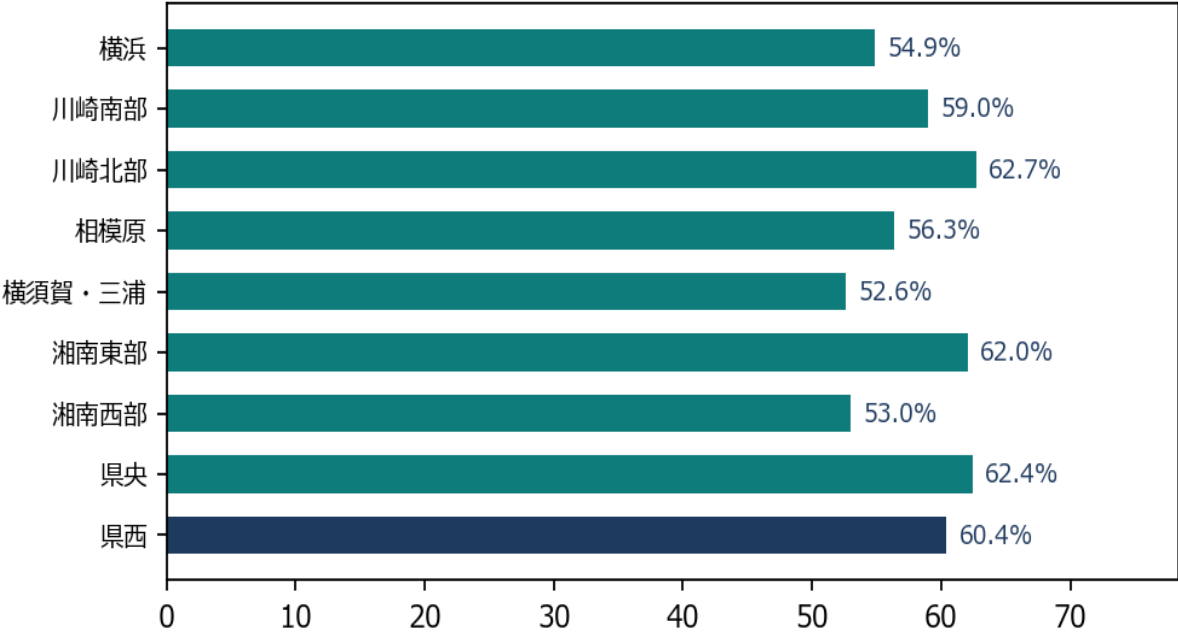


まとめ 夜間・休日の外来受診は上位病院に集中し、その大半は入院に至らない軽症受診。初期救急（外来）の受け皿を病院だけで担い続けるか、急患センター・診療所の時間外対応との分担が論点。

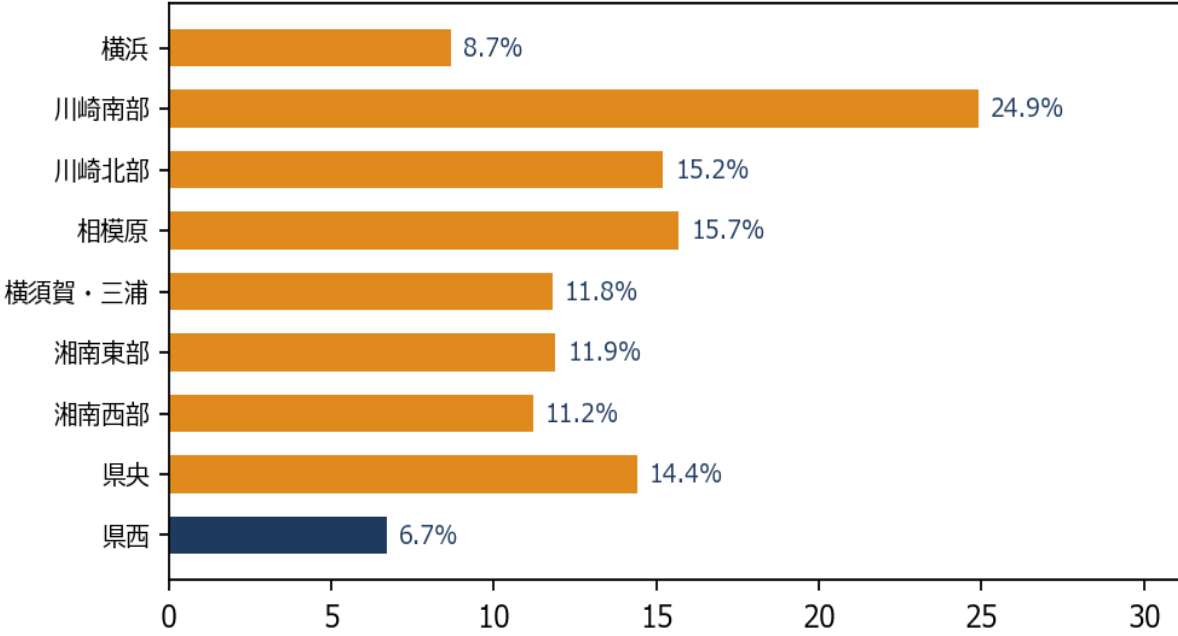
出典：病床機能報告R7報告 施設票（病院分のみ。急患センター・診療所の時間外は含まない）。入院率＝診察後直ちに入院÷夜間休日受診

かかりつけ医の定着と外来の域外流出（かかりつけ医機能報告データブックR7）

かかりつけ医機能（1号機能）を有する医療機関にかかっている患者の割合（再診ベース）



外来の県域外受診率



まとめ 新たな地域医療構想では、入院だけでなく外来・在宅を含めて地域で医療を完結する体制づくりが求められる。県西で1号機能（かかりつけ医機能）を有する医療機関にかかっている再診患者は60%にとどまり、増加する高齢者の日常の医療と時々入院の入り口を支えるかかりつけ機能の裾野拡大が課題。県域外受診率は6.7%で外来受療はおおむね県内で完結しており、区域内でかかりつけ機能を面として確保できるかが論点となる。

出典：かかりつけ医機能報告データブックR7（1001-02:1号機能医療機関で再診料を算定している患者数の割合／1002-01:県域外受診率）。年齢区分別の公表はないため全年齢。率指標のため川崎は南北別に表示。構想・計画協議目的に限定

【県西】データから言える特徴（テーマ別まとめ）

① 急性期拠点

- 許可病床2,950→2,920床・休床率12%→10%と返上・転換が進行

- 急性期病棟の稼働率は中央値78%だが下位1/4は67%未満とばらつき大

- 退院患者の55%は手術なし入院。働き世代（15-74歳）は2040年までに-17%（-4万人）＝医療の担い手も減少

⇒ 課題：実績の厚い候補は1院と目安（1～2か所）に見合い、拠点機能の維持と下位帯の役割転換の協議。稼働率67%未満の下位病棟の転換・集約と働き世代-17%を見据えた人材の重点配置が焦点

③ 在宅医療の需要

- 85歳以上は2040年までに+44%（+0.9万人）＝退院先・看取り需要が増える

- 在支診等48→54施設と増加も、大規模施設に患者が集中し看取り5割未満の施設も残る

- 在宅看取り率34.5%（全県38.9%）と上昇傾向

⇒ 課題：在宅看取り率34.5%と全県（38.9%）を下回っており、看取りまで担う施設の底上げ

② 高齢者救急

- 85歳以上搬送5,462件・軽症/中等症88%＝低侵襲の搬送が大半

- 搬送困難6.9%（R6比-1.5pt・全県3.5%）。最困難は「深夜×介護施設×平日」

- 疾患ターゲット（肺炎・心不全・尿路感染）は施設発・軽症中等症が多い「時々入院」の典型

⇒ 課題：搬送困難6.9%と全県（3.5%）より高く、85歳以上の受入病院の明確化と満床時の受入調整。区域内完結率85%と搬送の約15%が区域外（県外・不明を含む）へ流れており、近隣区域と一体の受入体制づくり

④ 病院と在宅の連携

- 退院後在宅『不明』1.2%（全県5.4%）＝病院と在宅の情報連携の空白

- 退院100件あたり退院時共同指導0.8回・介護支援等連携指導0.9回（全県0.9／1.4回）

- 転院搬送1,583件/年・区域内完結率72%

⇒ 課題：退院時共同指導0.8回・介護支援等連携指導0.9回（退院100件対）と全県水準を下回る個別連携の実働づくり。転院搬送の約28%が区域外へ向かっており、隣接区域と一体の下り搬送ルールづくり