令和８年度第３回　川崎地域地域医療構想調整会議
資料１-２

新たな地域医療構想の策定

(データを活用した地域の現状把握・課題整理)

ー　外来・在宅医療、介護との連携　ー

目次

- 今年度の地域医療構想調整会議では、データを活用し地域の現状把握・課題の共有を行っている。
- 第3回地域医療構想調整会議では、**主に外来・在宅医療、介護との連携をテーマに、かかりつけ医機能報告等データを活用し、意見交換**を行う。

1　データを活用した地域の現状把握・課題について意見交換
2　ご意見を伺いたい事項

1　データを活用した地域の現状把握・課題について意見交換(第2回調整会議)

第2回地域医療調整会議での意見交換(概要)

テーマ	主に「**入院医療・(救急搬送を含む)外来医療**」
データ分析/協議すべき論点提案	● 県では、データを活用した協議にあたり、第１回調整会議において、地域課題の仮説として４つの**解決すべき優先課題（想定）**と活用するデータを整理 **解決すべき優先課題(想定)**：複合ニーズを持つ高齢者の入院受入　/　急性期治療後の退院・転院調整 時々入院・再入院の患者の入退院調整　/　広域的な対応が必要な医療の調整 ● 第２回調整会議では、アカデミア(横浜市立大学清水講師)から、県が想定する優先課題に対し、**急性期拠点、高齢者救急、在宅医療の需要、病院と在宅の連携の４つの分析の視点で「データ分析からみえた地域の特徴・課題、検討すべき取組の視点(論点)」**(10～11頁)の説明があった。 ● また、新たに創設された「医療機関機能報告」を見据え、地域における医療機関機能(役割)の選択の参考となる診療実績データ等分析結果について提供があった。
主な意見	● 各地域からは、入院医療、高齢者救急、医療・介護連携のほか、人材育成についてもご意見があった(12～15頁)。 ● 主な意見

入院医療	高齢者救急	医療・介護連携	人材確保
既存病床の効率的な活用 入退院の連携方策(病病、病診、介護施設)の必要性 医療機関機能の確保(再編含)	円滑な下り搬送や転院支援ルールづくり 介護施設との連携 休日・夜間対応強化	介護施設との連携 在宅医療のあり方(質の確保含) 医療・介護連携の仕組みづくり	医療従事者の育成のあり方 既存人材の維持・活用

1　データを活用した地域の現状把握・課題について意見交換(令和8年度)

- 令和８年度地域医療構想調整会議では、医療提供体制に係る現状把握・課題の整理にあたり、**課題・検討テーマ（地域で取組の検討が必要と想定したテーマ）を設定し、協議する。**第３回では、主に「外来・在宅医療、介護との連携」をテーマとする。

区分	課題・検討テーマ	想定する活用データ（今後各地域で提示予定）
入院医療 外来医療	入院医療 • 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 • 救急搬送受入後の下り及び上り搬送の調整 **外来医療**　**第3回調整会議** • **休日、夜間**等の診療体制の継続的な確保	高齢者等への救急医療、急性期医療提供、入退院・転院の調整状況等は、以下のデータを活用 ・病床機能報告 ・救急搬送人員データ ・在支診・在支病に係る報告書 ・DPCデータ ・外来機能報告/かかりつけ医機能報告　等
在宅医療	• 訪問診療・往診や訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等連携した**24時間対応・後方支援体制**の確保 • 軽度な状態変化時や急変時対応、看取り支援等場面毎の協力体制の確保と人材育成のあり方 • 日常療養継続困難時の**病診連携体制**の確保	在宅医療提供の需給状況、病院と在宅医療提供連携状況等は、以下のデータを活用 ・病床機能報告/かかりつけ医機能報告 ・救急搬送人員データ ・在支診・在支病に係る報告書 ・訪問看護実施状況報告　等
介護との連携	• 軽度な状態変化時や急変時対応における介護施設や訪問看護、介護事業所等との切れ目のない**入退院調整**（必要時円滑な入院） • **慢性期需要に対する在宅医療や介護施設の受け皿（療養先）の確保** • **状態悪化時の受診や搬送のルール**、従事者の役割の整理	医療機関との連携状況は、以下のデータを活用 ・病床機能報告/かかりつけ医機能報告 ・訪問看護実施状況報告 ・介護保険事業報告（市町村報告）等
人材確保	• 広域的な人材確保、人的協力のあり方・仕組みの整備 • 大学病院本院の人的協力や医師確保計画、地域医療対策協議会などとの連携した協議、事業推進	※医師確保計画等人材確保関連計画の評価指標に関するデータ（三師統計等）の活用について今後検討

1　データを活用した地域の現状把握・課題について意見交換

- 第２回調整会議では、入院医療を中心に地域の現状や課題について意見を伺った。会議では、**効率的かつ効果的的な入院医療の提供**にあたっては、（救急搬送の受入含む）外来医療や在宅医療の提供、介護施設との連携等についても合わせて必要と考える取組やルールについて検討が必要とのご意見をいただいた。

- 第３回調整会議では、**外来・在宅医療、介護との連携**をテーマに県が設定した「課題・検討テーマ」（３頁）を参考にデータを活用し**医療体制に係る現状や課題の把握を中心に意見を伺う**。

□　協議にあたり、これより、**県データ分析チームの横浜市立大学清水講師**に協力を得て、かかりつけ医機能報告結果のほか、地域の慢性期療養患者の受療や医療提供に関する各種データと合わせ「**データ分析結果とデータから見えた地域課題の整理**」**について説明いただく（資料１－３）**
※なお、事前に会議構成委員には、分析結果等（動画含む）の共有を行っている。

参考　当該構想区域の地域の特徴(テーマ別課題の整理)のまとめ_資料１－３より抜粋

【まとめ】　全県の論点一覧　どこで・何を決めるか

「協議する問いと取組の方向性(案)の整理」

全県で共通する論点は10。区域版では当該区域の数値で絞り込む。右の2列が「どの場で・何を決めるか」で、第3回の協議はここから始めていただきたい。

論　　点	根拠となるデータ（章・機能）	本日伺いたい事項	協議の場	今後、地域で決めること
深夜帯の受け皿：介護施設からの急変を救急要請の前に医療につなぐ	Ⅱ 2号イ 深夜帯18.5%／T2 施設発の困難は深夜に集中	①③④	調整会議＋在宅介護連携	施設と協力医療機関の事前取り決めの標準化／2次救急の夜間ルール
後方支援と下り搬送を区域内で完結させるか、隣接区域と共有するか	Ⅲ 後方支援17.2%／流出入 包括期・慢性期／T3 地ケア稼働率中央値87%	②④	調整会議	受け皿の単位と、下り搬送の実施基準づくりの着手
入退院支援ルールの作成主体と単位	Ⅲ ルール参加2.5%・意向628機関／N7 仕組みの一覧	④	在宅介護連携＋医師会	市町村単位か区域共通か、既存ネットワークとの接続
保険適用外の居住系（有料・サ高住）との連携ルール	Ⅳ 協力医療機関の確認 介護保険施設63%・居住系43%／N1 医学総合管理料／VI 居住系105～157	③④	在宅介護連携＋調整会議	居住系の協力医療機関の可視化と協定の標準様式
一人体制の在宅診療所を連携型の24時間で支える	Ⅳ 24時間往診13.7%／T1 担い手の6割は常勤1人以下／T5 24時間ステーションとの連携	①②	在宅介護連携	日中型診療所×24時間ステーションの組合せの標準化、機能強化型化
搬送を減らす側の打ち手：ACP・施設の常時相談・切れ目なし型	Ⅳ ACP策定13.0%・施設への常時相談体制／T4 切れ目なし型	①③	在宅介護連携＋外来協議	ACPの普及主体、施設の相談窓口の取り決め
「満床」の中身：人材不足か患者像との乖離か	VI 在院14日以上の病棟 稼働率84%／T3 地ケア病棟の稼働率・空床	①②	調整会議	急性期病棟の役割転換（包括期へ）の対象と時期
慢性期需要の療養先：施設か居住系か在宅か、区域外流出の許容	流出入 慢性期の完結率 37～80%／VI 介護施設70～96・居住系105～157	①③	調整会議	療養先を区域内につくるか隣接区域と共有するか
1号機能の裾野と情報基盤の整備主体	Ⅰ 高頻度疾患 中央値6／情報共有NW 参加5.7%・意向27.4%	①④	外来協議＋在宅介護連携	区域の主たる情報基盤と、研修・疾患対応の裾野拡大
協議の場の分担：調整会議で決めること／他の場に送ること	概念P5 協議体の表	④	調整会議	各論点をどの場で扱うかの振り分け

※本日伺いたい事項＝会議資料P8の①～④。協議の場：調整会議＝地域医療構想調整会議、外来協議＝外来医療・かかりつけ医の協議の場、在宅介護連携＝在宅医療・介護連携推進事業（市町村）。ガイドラインは外来を協議の場と分担することとしている

参考　当該構想区域の地域の特徴(テーマ別課題の整理)のまとめ_資料１－３より抜粋

「地域で協議する問いと取組の方向性(案)の整理」

まとめ　川崎"北部"の論点一覧　どこで・何を決めるか

川崎北部の論点は9つ。右の2列が「どの場で・何を決めるか」で、第3回の協議はここから始めていただきたい。各論点の根拠は章末の論点スライドにある。

論点	根拠となるデータ（章・機能）	伺いたい事項	協議の場	今後、決めること
区域外への流出（急性期45%・包括期48%）を前提にした後方支援・下り搬送の設計（N6）	第2回調整会議の意見／本資料の該当章	①～④	調整会議	**区域の重点として最初に扱う**
深夜×介護施設の急変を救急要請の前に医療につなぐ（N3・N8）	Ⅱ 深夜帯20.0%／T2 施設発の困難 深夜9.3%／Ⅳ 協力医療機関56%	①③④	調整会議＋在宅介護連携	**施設と協力医療機関の事前取り決めの標準化、夜間の受入を輪番で分散するか**
後方支援と下り搬送を区域内で完結させるか、隣接区域と共有するか（N6）	Ⅲ 後方支援先の区域内72%／流出入 慢性期の完結49%／T3 地ケア稼働率中央値87%（全県）	②④	調整会議	**受け皿の単位と下り搬送の実施基準**
入退院支援ルールの策定主体と単位（N7）	Ⅲ ルール参加1.6%（9機関）・意向74機関／Ⅰ 情報共有NW 参加5.2%	④	在宅介護連携＋医師会	**市町村単位か区域共通か、既存ネットワークとの接続**
保険適用外の居住系（有料・サ高住・GH）との連携ルール（N1）	Ⅳ 協力医療機関の確認 介護保険施設56%／N1 居住系・GHの確認率／Ⅵ 居住系157	③④	在宅介護連携＋調整会議	**居住系・GHの協力医療機関の可視化と協定の標準様式**
一人体制の在宅診療所を連携型の24時間で支える（N2）	Ⅳ 24時間往診13.3%／T1 看取りの比72%／T5 24時間型と訪看の連携	①②	在宅介護連携	**日中型・小規模24時間型×24時間ステーションの組合せ、機能強化型化**
搬送を減らす側の打ち手：ACP・施設の常時相談・切れ目なし型（N3）	Ⅳ ACP策定13.0%・施設への提供体制13.9%／T4 切れ目なし型	①③	在宅介護連携＋外来協議	**ACPの普及主体、施設の相談窓口の取り決め**
「満床」の中身：在院14日以上の急性期病棟と地ケア病棟の役割（N4）	Ⅵ 急性期病棟の3類型／T3 地ケア病棟の稼働率・空床	①②	調整会議	**急性期病棟の包括期への役割転換の対象と時期、拠点と受け皿の分担**
慢性期需要の療養先：区域内につくるか隣接区域と共有するか（N5）	流出入 慢性期の完結49%／Ⅵ 介護施設83・居住系157	①③	調整会議（広域）	**療養先を区域内で確保するか、隣接区域と一体で行うか**

伺いたい事項＝第3回地域医療構想調整会議資料P８の①～④。協議の場：調整会議＝地域医療構想調整会議、外来協議＝外来医療・かかりつけ医の協議の場、在宅介護連携＝在宅医療・介護連携推進事業（市町村）。ガイドラインは外来を協議の場と分担することとしている

参考　当該構想区域の地域の特徴(テーマ別課題の整理)のまとめ_資料１－３より抜粋

「地域で協議する問いと取組の方向性(案)の整理」

まとめ　川崎"南部"の論点一覧　どこで・何を決めるか

川崎南部の論点は9つ。右の2列が「どの場で・何を決めるか」で、第3回の協議はここから始めていただきたい。各論点の根拠は章末の論点スライドにある。

論点	根拠となるデータ（章・機能）	伺いたい事項	協議の場	今後、決めること
居住系が最も厚い区域としての、保険適用外施設との連携ルール（N1）	第2回調整会議の意見／本資料の該当章	①～④	調整会議	**区域の重点として最初に扱う**
深夜×介護施設の急変を救急要請の前に医療につなぐ（N3・N8）	Ⅱ 深夜帯16.1%／T2 施設発の困難 深夜9.3%／Ⅳ 協力医療機関41%	①③④	調整会議＋在宅介護連携	**施設と協力医療機関の事前取り決めの標準化、夜間の受入を輪番で分散するか**
後方支援と下り搬送を区域内で完結させるか、隣接区域と共有するか（N6）	Ⅲ 後方支援先の区域内82%／流出入 慢性期の完結37%／T3 地ケア稼働率中央値87%（全県）	②④	調整会議	**受け皿の単位と下り搬送の実施基準**
入退院支援ルールの策定主体と単位（N7）	Ⅲ ルール参加2.3%（11機関）・意向51機関／Ⅰ 情報共有NW 参加3.3%	④	在宅介護連携＋医師会	**市町村単位か区域共通か、既存ネットワークとの接続**
保険適用外の居住系（有料・サ高住・GH）との連携ルール（N1）	Ⅳ 協力医療機関の確認 介護保険施設41%／N1 居住系・GHの確認率／Ⅵ 居住系157	③④	在宅介護連携＋調整会議	**居住系・GHの協力医療機関の可視化と協定の標準様式**
一人体制の在宅診療所を連携型の24時間で支える（N2）	Ⅳ 24時間往診12.4%／T1 看取りの比68%／T5 24時間型と訪看の連携	①②	在宅介護連携	**日中型・小規模24時間型×24時間ステーションの組合せ、機能強化型化**
搬送を減らす側の打ち手：ACP・施設の常時相談・切れ目なし型（N3）	Ⅳ ACP策定13.0%・施設への提供体制11.6%／T4 切れ目なし型	①③	在宅介護連携＋外来協議	**ACPの普及主体、施設の相談窓口の取り決め**
「満床」の中身：在院14日以上の急性期病棟と地ケア病棟の役割（N4）	Ⅵ 急性期病棟の3類型／T3 地ケア病棟の稼働率・空床	①②	調整会議	**急性期病棟の包括期への役割転換の対象と時期、拠点と受け皿の分担**
慢性期需要の療養先：区域内につくるか隣接区域と共有するか（N5）	流出入 慢性期の完結37%／Ⅵ 介護施設83・居住系157	①③	調整会議（広域）	**療養先を区域内で確保するか、隣接区域と一体で行うか**

伺いたい事項＝第3回地域医療構想調整会議資料P８の①～④。協議の場：調整会議＝地域医療構想調整会議、外来協議＝外来医療・かかりつけ医の協議の場、在宅介護連携＝在宅医療・介護連携推進事業（市町村）。ガイドラインは外来を協議の場と分担することとしている

参考　当該構想区域の地域の特徴(テーマ別課題の整理)のまとめ_資料１－３より抜粋

「地域で協議する問いと取組の方向性(案)の整理」

【まとめ】　川崎地域(南北共通)の論点__各章論点

Ⅰ　外来__日常診療の担い手と情報基盤

問い　ご意見を伺いたい事項との対応

● ① **不足している医療提供**：区で差がある日常診療の担い手（研修修了者・高齢者疾患への対応）

● ④ **仕組み**：情報共有ネットワークを区域で一つに寄せるか、既存の仕組みの相互接続で補うか

Ⅱ　時間外･急変__深夜帯の受け皿、施設からの急変

問い　ご意見を伺いたい事項との対応

● ① **不足している医療提供**：深夜帯（22～翌6時）の初期対応と、施設からの相談を受ける窓口

● ③ **介護側との連携**：施設と協力医療機関の間で、夜間の相談・受入条件・搬送基準を事前に決める

● ④ **仕組み**：輪番・連携による深夜の受け皿と、2次救急の夜間対応ルール

Ⅲ　入退院支援__後方支援と下り搬送

問い　ご意見を伺いたい事項との対応

● ② **必要な病病・病診連携**：急性期後の下り搬送と後方支援を、区域内の地ケア・包括期病棟で受けるか、隣接区域と共有するか

● ④ **仕組み**：入退院支援ルールの策定主体と単位（市町村／区域／隣接区域と共通）

Ⅳ　在宅･介護連携__在宅の担い手と施設の後ろ盾

問い　ご意見を伺いたい事項との対応

● ① **不足している医療提供**：夜間・深夜の往診と看取り、居住系施設の急変時の初期対応

● ③ **介護側との連携**：介護保険施設だけでなく、特定施設・サ高住・GHとの協力関係をどう結ぶか

Ⅴ　体制と実働__体制と実働の途切れ(在宅･夜間･施設との取り決め)

問い　ご意見を伺いたい事項との対応

● ① **不足している医療提供**：夜間・深夜の往診の実働、外来のみの診療所の時間外・在宅への接続

● ② **連携**：24時間型の診療所×24時間対応ステーション、外来のみの診療所×在宅を担う機関、地ケア病院×施設

Ⅵ　需要と資源__増える需要をどの資源で受けるのか(急性期病棟の役割転換と後ろ盾)

問い　ご意見を伺いたい事項との対応

● ① **不足している医療提供**：4疾患・施設発の「時々入院」を受ける包括期の機能

● ② **連携**：拠点候補から高齢者内科系救急を受け皿病院へ分担し、手術・重症救急の余力を残す

● ③ **介護側との連携**：居住系・在宅で暮らす高齢者の急変を、どの病院がどの条件で受けるか

※本日、伺いたい事項＝会議資料P８の①～④。協議の場：調整会議＝地域医療構想調整会議、外来協議＝外来医療・かかりつけ医の協議の場、在宅介護連携＝在宅医療・介護連携推進事業（市町村）。ガイドラインは外来を協議の場と分担することとしている

2　ご意見を伺いたい事項

〔データを活用した地域の現状把握・課題の共有について〕

- 協議する論点では、限られた医療資源で効率的かつ効果的に医療することを前提に、各地域の特性(データ分析結果)から地域での協議の論点について整理（提案)があった(５～８頁)。

□ 地域毎に協議すべき論点の整理(提案)を受け、次についてご意見を伺いたい。

外来・在宅医療提供にあたり、かかりつけ医機能を担う医療機関(主に４つの機能(２号機能))等の分析結果などを受け、どのように考えるか、

① 地域ごとに不足や課題となっている医療提供は何か(時間外や急変時の診療状況などの課題は何か)

② より効率的かつ効果的な入退院時の医療提供のために必要な病病連携・病診連携は何か

③ 医療提供(入院、救急受入、円滑な在宅療養への移行等)にあたり、介護提供側とどのような連携が必要か

④ その他、地域に必要(不足している、拡充が必要)な仕組み・ルールは何か

などご意見を伺いたい。

説明は以上です。

参考　データから言える地域の特徴(テーマ別課題の整理)

（出典）令和8年度第2回神奈川県地域医療構想調整会議(資料１－２)「データから言える地域の特徴(テーマ別まとめ)」より一部抜粋し整理

	急性期拠点	高齢者救急	在宅医療需要	病院と在宅の連携
横浜	人口377万人の大都市型として一律の目安が適用しにくく、**実績の厚い病院**（三次救急・充実加算12院）**を軸にした集約と役割分担の合意形成が必要** 稼働率75%未満の病棟の転換・集約と働き世代-5%を見据えた**人材の重点配置**が焦点	救急搬送困難4.4%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が課題**	量は全県水準を確保しており、**大規模施設への患者集中の緩和と看取り機能の質の確保が課題**	退院時共同指導1.2回・介護支援等連携指導1.2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が必要**
川崎北部	実績の厚い病院は2院と目安（2～5か所）に見合い、**急性期拠点機能の維持と他機能を担う役割分担の協議が必要** **低稼働病棟の病床機能の見直し**と県全体の**担い手減少を見据えた人材の重点配置**が焦点	救急搬送困難5.1%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が課題** 区域内完結率82%と搬送の約18%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が必要**	85歳以上+53%と全県（+47%）を上回る増加を見据えた、**退院先・在宅の整備の先行が必要**	退院時共同指導0.6回・介護支援等連携指導1.2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が課題** **転院搬送の約39%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が必要**
川崎南部	実績の厚い病院は4院と目安（2～4か所）に見合い、**急性期拠点機能の維持と他機能を担う役割分担の協議が必要** 稼働率67%未満の病棟の転換・集約と県全体の**担い手減少を見据えた人材の重点配置**が焦点	救急搬送困難5.1%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が課題** 区域内完結率82%と搬送の約18%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が必要**	量は全県水準を確保しており、**大規模施設への患者集中の緩和と看取り機能の質の確保が必要**	退院時共同指導0.6回・介護支援等連携指導1.2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が課題** **転院搬送の約39%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が必要**
相模原	実績の厚い病院は3院と目安（2～4か所）に見合い、**急性期拠点機能の維持と他機能の役割分担の協議が必要** 稼働率74%未満の病棟の転換・集約と**働き世代-7%を見据えた人材の重点配置が焦点**	救急搬送困難4.6%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が課題** 区域内完結率87%と搬送の約13%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が必要**	85歳以上+58%と全県（+47%）を上回る増加を見据えた、**退院先・在宅の整備の先行が必要** **在支診等が75歳以上10万対55と全県（80）より薄く、訪問診療の担い手の量的確保が課題**	退院時共同指導0.7回・介護支援等連携　指導1.4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が課題** 転院搬送の約35%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が必要**
横須賀・三浦	実績の厚い病院は4院と目安（2～4か所）に見合い、**急性期拠点機能の維持と他機能の役割分担の協議が必要** 稼働率70%未満の病棟の転換・集約と**働き世代-14%を見据えた人材の重点配置が焦点**	**軽症・中等症中心の85歳以上搬送を、受け入る病院の明確化と施設・在宅との連携で受け止める体制づくりが必要**	量は全県水準を確保しており、**大規模施設への患者集中の緩和と看取り機能の質の確保が必要**	退院100件に1～2回にとどまる**個別連携（共同指導・ケアマネ連携）の実働化と、下り搬送の受け皿・ルールの明確化が必要**

参考　データから言える地域の特徴(テーマ別課題の整理)

（出典）令和8年度第2回神奈川県地域医療構想調整会議(資料１－２)「データから言える地域の特徴(テーマ別まとめ)」より一部抜粋し整理

	急性期拠点	高齢者救急	在宅医療需要	病院と在宅の連携
湘南東部	実績の厚い病院は2院と目安（2～4か所）に見合い、**急性期拠点機能の維持と他機能の役割分担の協議が必要** 低稼働病棟の病床機能見直しと働き世代-3%を見据えた**人材の重点配置が焦点**	区域内完結率87%と搬送の約13%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が必要**	在宅看取り率33.7%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が課題**	退院時共同指導0.6回・介護支援等連携指導1.4回（退院100件対）と**全県水準を下回る個別連携の実働づくが必要** 退院後在宅『不明』8.7%（全県5.4%）**＝退院時の情報連携の空白の解消が課題**
湘南西部	実績の厚い病院は3院と目安（1～3か所）に見合い、**急性期拠点機能の維持と他機能の役割分担の協議が必要** 低稼働病棟の機能見直しと働き世代-12%を見据えた**人材の重点配置が焦点**	**介護施設発26%と全県より高く、施設との事前連携（搬送基準・情報共有）が必要**	85歳以上+63%と全県（+47%）を上回る増加を見据えた、**退院先・在宅の整備の先行が必要**	退院100件に1～2回にとどまる**個別連携（共同指導・ケアマネ連携）の実働化と、下り搬送の受け皿・ルールの明確化が必要**
県央	実績の厚い病院は3院と目安（2～5か所）に見合い、**急性期拠点機能の維持と他機能の役割分担の協議が必要** 稼働率73%未満の病棟の転換・集約と働き世代-7%を見据えた**人材の重点配置が焦点**	**軽症・中等症中心の85歳以上搬送を、受入病院の明確化と施設・在宅との連携で受け止める体制づくりが必要**	85歳以上+64%と全県（+47%）を上回る増加を見据えた、**退院先・在宅の整備の先行が必要** **在支診等が75歳以上10万対62と全県（80）より薄く、訪問診療の担い手の量的確保が課題**	退院時共同指導0.6回・介護支援等連携指導2.1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が必要** 退院後在宅『不明』21.9%（全県5.4%）**＝退院時の情報連携の空白の解消が課題**
県西	実績の厚い病院は1院と目安（1～2か所）に見合い、**急性期拠点機能の維持と他機能の役割分担の協議が必要** 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**	**救急搬送困難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が課題** 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が必要**	**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が課題**	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が必要** 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が必要**

参考　第２回地域医療構想調整会議における主な意見（地域の現状把握・課題整理）

※各地域で出た意見については、事務局（県）の責任で整理し以下に記載

入院医療	既存病床の効率的な活用／入退院の連携方策（病病、病診、介護）／医療機関機能の確保（再編等含）

- 病床稼働状況に余力、ばらつきが多い。高齢者の需要増が予測されるなか、どのように現状の病床を活用するかの検討が大事（横浜）
- 急性期医療の提供は、地域によっては偏在や慢性期患者をも対応している状況で、充足しているとは言えない。従事者不足は共通であるが、病床があっても対応できなくなることも危惧される（相模原）
- 患者を地域で受ける病病連携、円滑な退院調整のほか、救急搬送や入院患者となる人を減らす施策も合わせて検討が必要（相模原）
- 必要な医療機関機能の設置、確保では、医療経営等に係る行政支援（基金活用）の検討も合わせて今後必要（川崎）
- データは病床があっても上手く回っていないという実感と一致（平均在院日数や病床稼働率）。人手不足だけでなく、患者像と受け取った病院側の病床の機能が一致していない状況もある（県央）
- 病院完結ではなく、「どこで誰と誰が診るのが最適か」、役割分担は地域で異なる。上りで受けることが可能、下りで受けることが可能等の病病連携・役割分担や、地域が連携して点ではなく面で受ける、複数のプレイヤーで対応する等地域の病床活用の最適化の検討を地域で行うことが重要（県央）
- 今後の需要の変化を見据え医療の集約化、診療科の再編は必要（横須賀・三浦）
- 急性期拠点機能は実績評価など役割はわかりやすいが、他の機能の区分は判断しにくい（横須賀・三浦）

参考　第２回地域医療構想調整会議における主な意見（地域の現状把握・課題整理）

※各地域で出た意見については、事務局で整理し以下に記載

高齢者救急	円滑な下り搬送や転院支援ルールづくり／介護施設との連携／休日・夜間対応

- 搬送困難割合の改善は病院群の努力を評価。一方で要因分析では、対応病床・人員の確保のほか、介護施設との事前連携、搬送ルールの対策を中心という示唆を受けた（横浜）
- 高齢者救急で入院するマルチモビリティ、ポリファーマシー、老老介護の患者を地域（病床、在宅、施設）でどのように診るか、診れるのかが課題（横浜）
- 搬送困難事案の要因分析を受け、受ける側（病院）だけでなく、送る側（施設、在宅等）のACPの取組、（協力医療機関等との）連携状況等のデータも必要（相模原）
- 救急搬送や入院患者となる人を減らす施策も合わせて検討が必要（相模原）【再掲】
- 病床稼働のバラつきが大きいなか、搬送困難支障理由が「満床」とは、人材不足なのか、病床機能と受入可能な患者像の乖離なのか、数字だけでない地域の情報（実態）の共有が今後の協議に必要（県央）
- 高齢者の軽症中等症の搬送増や深夜×介護施設からの搬送増は、施設の嘱託医の対応体制等の背景のわかる情報も必要。それにより地域の機能強化型でどのような連携するのか模索する議論が深まる（県央）
- 救急搬送や入院医療のデータは実情と一致。地域で役割分担し、転院調整も現状は課題感ない。急速に高齢者が増えるなかでは急性期で受けたあとの円滑な下り搬送が重要。他地域のルール等取組情報も知りたい（湘南西部）
- 高齢者だけでなく、搬送困難事案が多い背景に、夜間の人員不足による病床調整困難がある。３次救急だけでなく、地域の２次救急が夜間対応ルールや役割分担・連携等工夫し、３次救急を支える仕組みの検討が必要である（県西）
- 施設入所者は自立者・元気な方も多く、ACPの理解を得にくいことも多いが、（需要を減らす）普及・推進も必要（県西）

参考　第２回地域医療構想調整会議における主な意見（地域の現状把握・課題整理）

※各地域で出た意見については、事務局で整理し以下に記載

医療・介護連携	介護施設との連携（再掲）／在宅医療のあり方／医療･介護連携の仕組みづくり

- 介護施設の協力医療機関の協定推進の検討が大事（横浜）
- 介護保険適用外の施設と医療提供側がどのように連携するか、実効性のある連携した取組を地域でどのように進めるかの協議が必要（横浜）
- 在宅側の実感として、（老老世帯、独居世帯増等）家庭での介護継続が困難なケースが多く、今後の課題（横浜）
- 自立者が対象の施設では、行政介入の権限や状況把握、情報共有ができない実情がある。高齢者の居宅の場として増加するなか、医療とどのようなルールづくりが必要かの検討が必要（相模原）
- 在宅療養支援では一人体制の診療所が多い。在支診・在支病で機能強化型を増やす等地域で継続できる体制づくりの検討が必要（県央）
- 今は、誰かが在宅で診療している。介護需要が増えるなかで、病床活用含め高齢者を地域で連携して診るルールづくりのほか、支援する関係者が増えるなか、看取り等の質の担保も必要（県央）
- 独居高齢者世帯で在宅療養を実現できるのか、支えられるか、地域で考える必要がある。病床でなのか、施設なのか含め、医療機関・病床の機能と在宅、介護と一体的な検討が必要（県央）
- 院内の多職種連携はあるが、地域との連携が少ない。また訪問診療・訪問看護の実績は上がりつつあるが看取りは病院が多い。今後の需要増を見込むと病院と訪問看護やケアマネ等の地域との連携は改善が必要（県西）
- 現在、各地域にある医介連携の仕組み（情報ネットワーク等）を活かす検討も必要（横須賀・三浦）

参考　第２回地域医療構想調整会議における主な意見（地域の現状把握・課題整理）

※各地域で出た意見については、事務局で整理し以下に記載

人材確保	医療従事者の育成のあり方／既存人材の維持･活用

- 医療需要の詳細分析から2040年(あと14年)で求められる医師像について想像。医育機関側がどのような人材育成が必要か、さらなるデータの提供を期待(横浜)
- 高度急性期・急性期で患者を受け、回復期への転院で困る(転院先の不足感)のは専門分化が進んでいること(横浜)
- 回復期病床の増が高齢者を診られる病床増とは言えない時代。診る側の病床増、人員増だけでなく、地域と守備範囲、医育機関との協議が改めて大事(横浜)
- 生産年齢人口の減少幅が大きく、高齢者等の医療需要増の対応が困難と想定されるなか、「増えることを期待するのではなく、ある医療資源をどのように活用するか」に切り替えないといけない(県西)
- 中小規模病院では役割を担うにも人材の維持すら困難になっている。限りある人材を活かす取組必要(横須賀・三浦)

参考＿かかりつけ医機能と協議内容等

（参考）令和7年6月27日付け厚生労働省医政局通知「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」等を基に作成

- 協議内容は、**地域で不足する機能を確保する方策を検討**する。
- 国かかりつけ医機能の確保に関するガイドラインで示されている「**かかりつけ医毎の具体的な検討方策例**」では、現在、次期構想策定に向けた地域の調整会議のなかで検討する**医療機関機能が担う役割や他機関と連携した取組の方策、地域で不足する課題と同様の協議が想定されている。**

<かかりつけ医機能ごとの具体的な検討方策例>

１号機能	
日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能	• 1号機能を有する医療機関の確保 • 各医療機関が有する機能や役割を医療機関間で共有した上で患者・家族からの相談に円滑に提供できるよう、医療機関間で必要に応じて患者情報の共有、総合的な診療を行う医師の機能強化のための教育研修開催
２号機能	
(イ)通常の診療時間外の診療	• 時間外診療体制を確保 • 時間外診療を行うための連携体制を見える化し、地域の輪番体制の構築や診療所・病院の時間外の対応に関して検討の機会を設定
(ロ)入退院時の支援	• 入院までの調整と入院から退院の情報連携がスムーズに行われ、在宅復帰までの時間を可能な限り短縮 • 後方支援病床を確保する医療機関の整理、実効性のある入退院支援のルール作り等で病診連携の実現・拡充
(ハ)在宅医療の提供	• 身近な地域で在宅医療を受けられる体制が整備され、在宅療養を希望する患者が可能な限り在宅療養生活を続けることができる。 • 在宅医療の実地研修の実施、在宅患者の急変時に円滑対応できるよう他機関との情報共有や連携ルールを構築する。
(ニ)介護サービス等との連携した医療提供	• 医療機関と介護施設等が連携し、必要な医療・介護サービスを切れ目なく提供し、住み慣れた地域で介護施設等における生活を継続することができる。 • 担当者が集まって意見交換を行う場の設定や介護施設等と医療機関とのマッチングを行う。