【川崎】

かかりつけ医機能報告からみる川崎の外来・在宅・介護連携（区別）

振り返り　第2回（入院医療）で整理した川崎北部の論点と、本資料で応える箇所

第2回調整会議では入院医療を4つのテーマで整理した。川崎北部の論点と、そこで出たご意見に対し、本資料（外来・在宅・介護連携）がどのデータで応えるかを先に示す。

第2回のテーマ	川崎北部の論点（第2回資料1-2「データから言える地域の特徴」より）	本資料で応える箇所
急性期拠点	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	Ⅲ 後方支援先の72%は区域内で中核病院に集中／T3 地ケア病棟の稼働率と空床／Ⅵ 在院14日以上の急性期病棟（論点Ⅲ・Ⅵ）
高齢者救急	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	Ⅱ 深夜帯の対応20.0%（区で多摩区22.7%から宮前区15.3%）／Ⅳ 協力医療機関56%／T2 施設発の困難の時間帯（論点Ⅱ・Ⅳ）
在宅医療需要	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	Ⅳ 訪問診療20.5%・24時間往診13.3%／T1 住民の在宅死亡に対する看取り72%／T4・T5（論点Ⅳ・Ⅴ）
病院と在宅の連携	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	Ⅲ 入退院支援ルール参加9機関・意向74機関／流出入 慢性期の完結率／T3 施設からの入院の受け手（論点Ⅲ）

第2回調整会議で出た川崎北部のご意見と、本資料で応える箇所（→）

- 【入院医療】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　→　（本資料の対象外：県の施策）

出典：令和8年度第2回地域医療構想調整会議 資料1-2、第3回地域医療構想調整会議資料 P10～P15

振り返り　第2回（入院医療）で整理した川崎南部の論点と、本資料で応える箇所

第2回調整会議では入院医療を4つのテーマで整理した。川崎南部の論点と、そこで出たご意見に対し、本資料（外来・在宅・介護連携）がどのデータで応えるかを先に示す。

第2回のテーマ	川崎南部の論点（第2回資料1-2「データから言える地域の特徴」より）	本資料で応える箇所
急性期拠点	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	Ⅲ 後方支援先の82%は区域内で中核病院に集中／T3 地ケア病棟の稼働率と空床／Ⅵ 在院14日以上の急性期病棟（論点Ⅲ・Ⅵ）
高齢者救急	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	Ⅱ 深夜帯の対応16.1%（区で川崎区20.3%から中原区14.1%）／Ⅳ 協力医療機関41%／T2 施設発の困難の時間帯（論点Ⅱ・Ⅳ）
在宅医療需要	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	Ⅳ 訪問診療19.3%・24時間往診12.4%／T1 住民の在宅死亡に対する看取り68%／T4・T5（論点Ⅳ・Ⅴ）
病院と在宅の連携	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	Ⅲ 入退院支援ルール参加11機関・意向51機関／流出入 慢性期の完結率／T3 施設からの入院の受け手（論点Ⅲ）

第2回調整会議で出た川崎南部のご意見と、本資料で応える箇所（→）

- 【入院医療】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　→　（本資料の対象外：県の施策）

出典：令和8年度第2回地域医療構想調整会議 資料1-2、第3回地域医療構想調整会議資料 P10～P15

振り返り　入院の論点と、外来・在宅・介護連携の検討のつながり（川崎北部）

急性期拠点を「どこに集約するか」という点の議論は、増える需要を「地域のどこで受け止めるか」という面の議論と対になる。第2回の入院の論点は、本資料の章と第3回のテーマに次のようにつながる。

第2回（資料1-2）の入院の論点	本資料で見る章・データ	第3回の協議テーマ（資料1-2 P３）
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	Ⅲ 後方支援の相手先（拠点候補と同じ病院群か）／T3 地ケア病棟の余力／Ⅵ 急性期病棟の3類型	在宅：24時間対応・後方支援体制の確保／介護：慢性期需要の受け皿（療養先）
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	Ⅱ 深夜帯の対応／Ⅳ 介護施設への提供体制・協力医療機関／T2 施設発の搬送の時間帯	外来：休日・夜間体制の継続的確保／介護：状態悪化時の受診・搬送のルール
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	Ⅳ 在宅医療の提供体制／T1 看取りの担い手／T4 切れ目なし型の診療所／T5 訪問看護	在宅：24時間対応／看取り支援等の協力体制と人材育成／日常療養継続困難時の病診連携
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	Ⅲ 入退院支援ルール・後方支援の区域内完結／流出入（包括期・慢性期）／T3 連携の算定	介護：切れ目のない入退院調整／在宅：後方支援体制の確保

「ご意見を伺いたい事項」（第3回地域医療構想調整会議資料 P８）　本資料の論点はこの①～④に対応づけて示す

- **① 地域ごとに不足や課題となっている医療提供は何か（患者の受入・対応のどの段階の医療か）**
- **② より効率的かつ効果的な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、円滑な退院調整等）するにあたり、介護提供側とどのような連携が必要か**
- **④ 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**

出典：令和8年度第2回地域医療構想調整会議 資料1-2、第3回地域医療構想調整会議資料（資料1-2）P３・P８

振り返り　入院の論点と、外来・在宅・介護連携の検討のつながり（川崎南部）

急性期拠点を「どこに集約するか」という点の議論は、増える需要を「地域のどこで受け止めるか」という面の議論と対になる。第2回の入院の論点は、本資料の章と第3回のテーマに次のようにつながる。

第2回（資料1-2）の入院の論点	本資料で見る章・データ	第3回の協議テーマ（資料1-2 P３）
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	Ⅲ 後方支援の相手先（拠点候補と同じ病院群か）／T3 地ケア病棟の余力／Ⅵ 急性期病棟の3類型	在宅：24時間対応・後方支援体制の確保／介護：慢性期需要の受け皿（療養先）
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	Ⅱ 深夜帯の対応／Ⅳ 介護施設への提供体制・協力医療機関／T2 施設発の搬送の時間帯	外来：休日・夜間体制の継続的確保／介護：状態悪化時の受診・搬送のルール
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	Ⅳ 在宅医療の提供体制／T1 看取りの担い手／T4 切れ目なし型の診療所／T5 訪問看護	在宅：24時間対応／看取り支援等の協力体制と人材育成／日常療養継続困難時の病診連携
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	Ⅲ 入退院支援ルール・後方支援の区域内完結／流出入（包括期・慢性期）／T3 連携の算定	介護：切れ目のない入退院調整／在宅：後方支援体制の確保

「ご意見を伺いたい事項」（第3回地域医療構想調整会議資料 P８）　本資料の論点はこの①～④に対応づけて示す

- **① 地域ごとに不足や課題となっている医療提供は何か（患者の受入・対応のどの段階の医療か）**
- **② より効率的かつ効果的な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、円滑な退院調整等）するにあたり、介護提供側とどのような連携が必要か**
- **④ 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**

出典：令和8年度第2回地域医療構想調整会議 資料1-2、第3回地域医療構想調整会議資料（資料1-2）P３・P８

川崎北部の位置づけ　報告機関の分布と全県との比較（区別）

川崎北部の報告機関は555で全県の8.3%。区の機関数は128～150と異なるため、率だけでなく実数を併せて見る必要がある。訪問診療は9区域で6番目、介護施設への提供体制は7番目。

報告した医療機関	訪問診療の実施	介護施設等への提供体制	85歳以上の人口
555	**20.5%**	**13.9%**	**+53%**
診療所536・病院19（全県の8.3%）	全県21.6%・9区域で6番目	全県12.7%・9区域で7番目	2025→2040年に+2.0万人

区	報告機関数	診療所	病院	研修修了者	深夜帯対応	後方支援病床	入退院ルール・パス	訪問診療	24時間往診	介護施設への体制	情報共有NW
高津区	140	135	5	51%	20%	21%	1%	24%	13%	16%	4%
多摩区	150	147	3	51%	23%	17%	5%	16%	14%	11%	6%
宮前区	137	134	3	72%	15%	11%	4%	21%	12%	12%	7%
麻生区	128	120	8	47%	22%	16%	6%	22%	15%	17%	4%
川崎北部 計	555	536	19	55%	20%	16%	4%	20%	13%	14%	5%
（全県）	6,697	6,378	319	45%	18%	17%	9%	22%	14%	13%	6%

● **第2回資料1-2：85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**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎北部の報告機関は555（診療所536・病院19）

川崎南部の位置づけ　報告機関の分布と全県との比較（区別）

川崎南部の報告機関は483で全県の7.2%。区の機関数は119～206と異なるため、率だけでなく実数を併せて見る必要がある。訪問診療は9区域で7番目、介護施設への提供体制は8番目。

報告した医療機関	訪問診療の実施	介護施設等への提供体制	85歳以上の人口
483	**19.3%**	**11.6%**	**+40%**
診療所465・病院18（全県の7.2%）	全県21.6%・9区域で7番目	全県12.7%・9区域で8番目	2025→2040年に+1.0万人

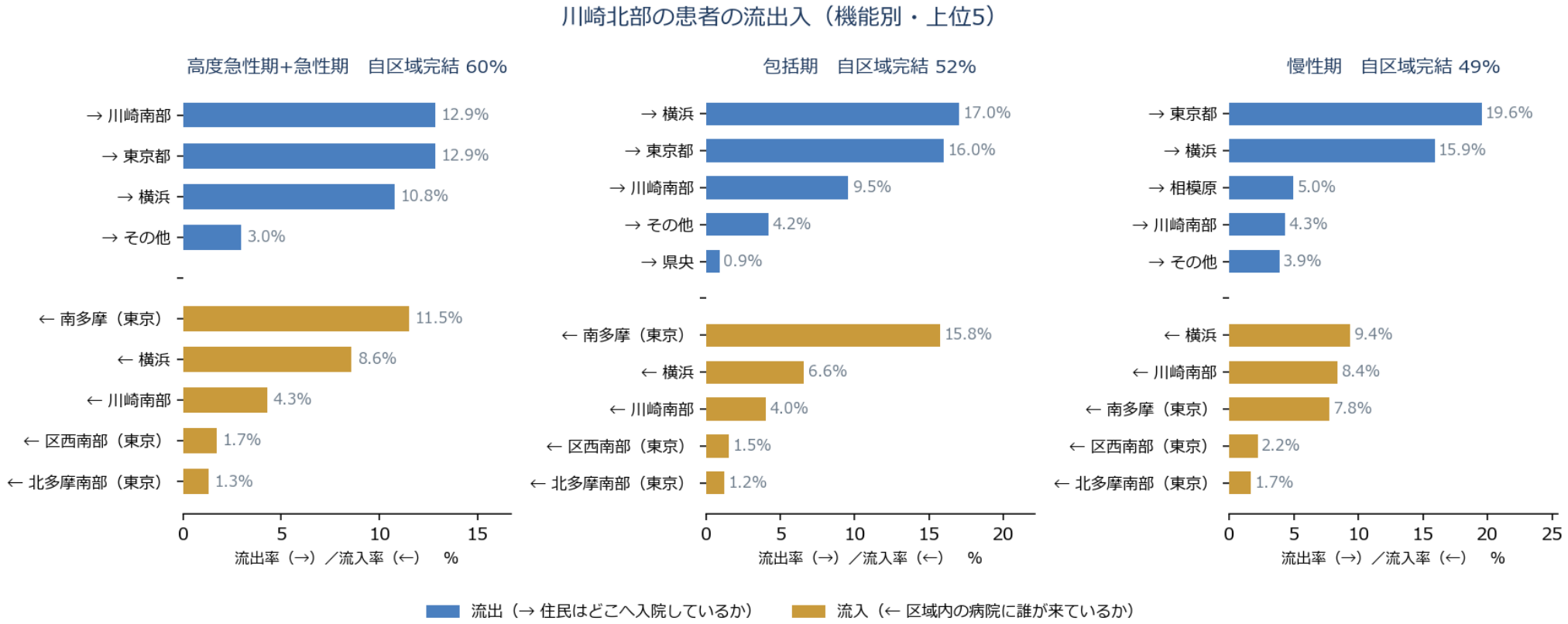
区	報告機関数	診療所	病院	研修修了者	深夜帯対応	後方支援病床	入退院ルール・パス	訪問診療	24時間往診	介護施設への体制	情報共有NW
川崎区	158	148	10	40%	20%	18%	8%	19%	11%	11%	5%
幸区	119	115	4	47%	14%	14%	5%	22%	14%	10%	4%
中原区	206	202	4	51%	14%	14%	2%	18%	12%	13%	2%
川崎南部 計	483	465	18	46%	16%	15%	5%	19%	12%	12%	3%
（全県）	6,697	6,378	319	45%	18%	17%	9%	22%	14%	13%	6%

● **第2回資料1-2：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**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎南部の報告機関は483（診療所465・病院18）

川崎北部の患者の流出入　住民はどこへ入院し、区域内の病院に誰が来ているか

川崎北部は急性期・包括期・慢性期のいずれも相模原・横浜・湘南西部と双方向に行き来し、慢性期の完結率は49%にとどまる。後方支援と下り搬送のルールは、隣接区域を織り込んで考える必要がある。

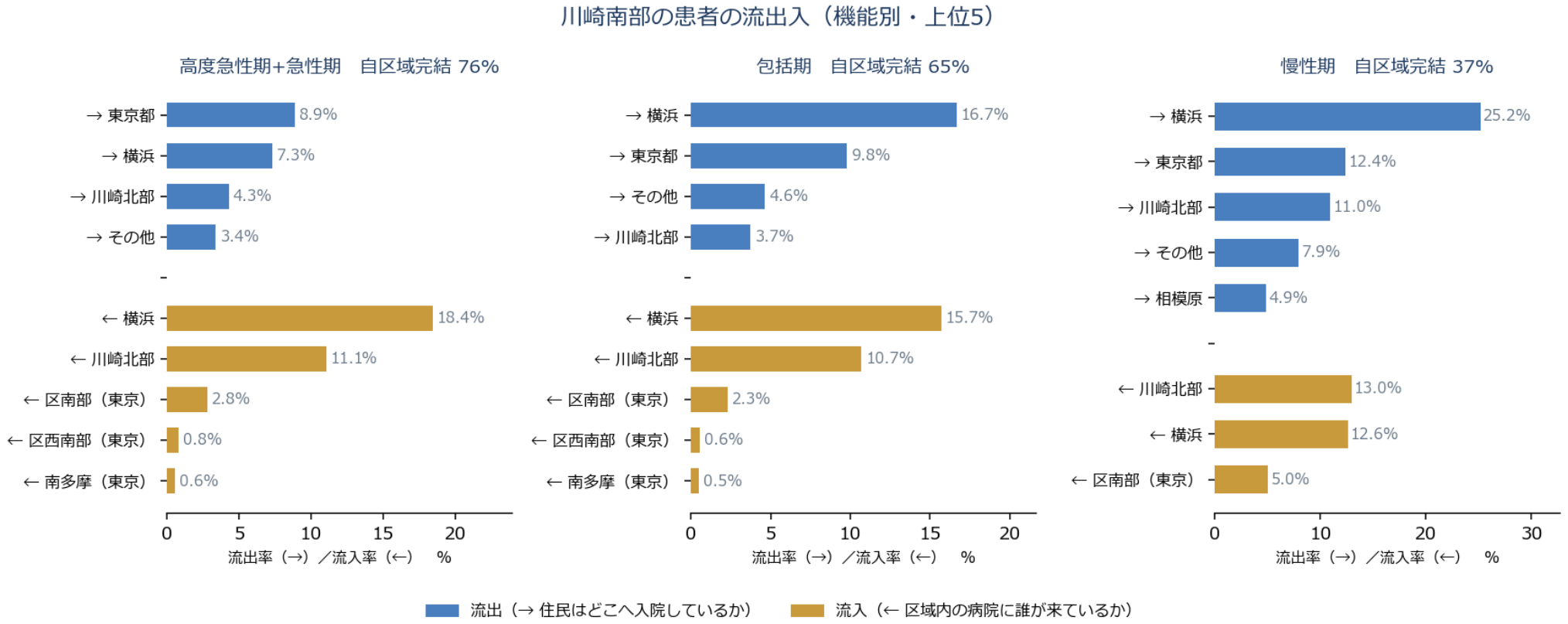


- 自区域完結率は高度急性期＋急性期60%・包括期52%・慢性期49%。急性期の流出先は川崎南部13%・横浜11%・湘南西部0%
- 包括期は横浜17%へ出る一方、南多摩（東京）16%・横浜7%から受けており、相互に行き来する
- **慢性期は東京都20%へ出て完結率49%と低い。急性期後の療養先の半分近くが区域外にある**
- **かかりつけ医機能報告の後方支援の連携先（Ⅲ章・区域内71%）は体制、これは患者が実際に入院した結果。両方を並べて、受け皿を考える単位を決める**

出典：厚生労働省 地域医療構想策定用 流出入データ（別添5・流入率・流出率、2026年提供）。0.4%超の上位5を表示

川崎南部の患者の流出入　住民はどこへ入院し、区域内の病院に誰が来ているか

川崎南部は急性期・包括期・慢性期のいずれも相模原・横浜・湘南西部と双方向に行き来し、慢性期の完結率は37%にとどまる。後方支援と下り搬送のルールは、隣接区域を織り込んで考える必要がある。

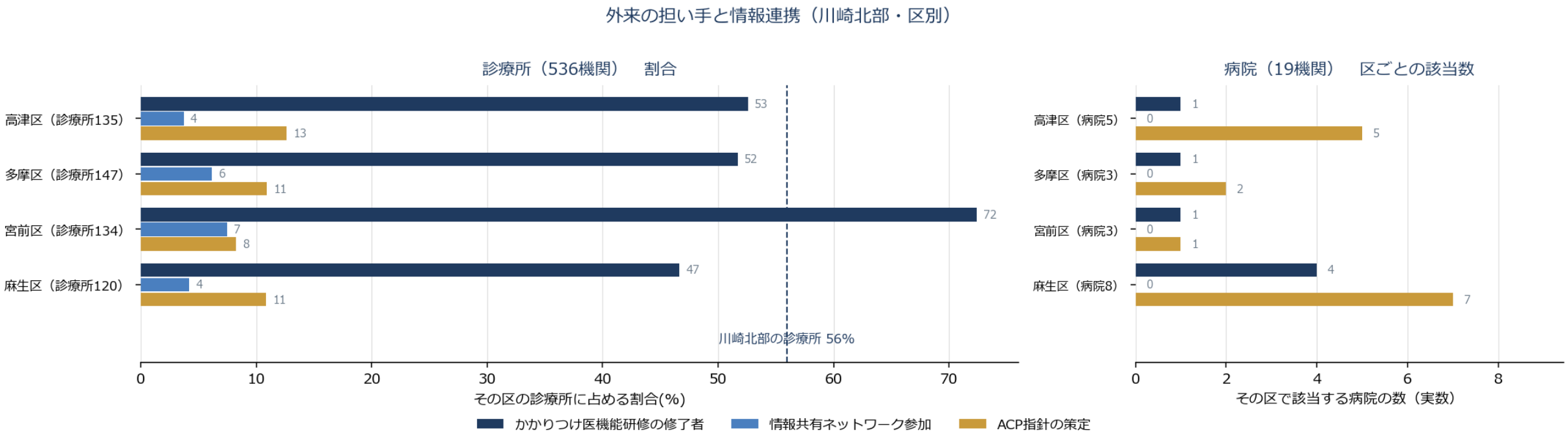


- 自区域完結率は高度急性期＋急性期76%・包括期65%・慢性期37%。急性期の流出先は東京都9%・横浜7%・湘南西部0%
- 包括期は横浜17%へ出る一方、横浜16%・川崎北部11%から受けており、相互に行き来する
- **慢性期は横浜25%へ出て完結率37%と低い。急性期後の療養先の半分近くが区域外にある**
- **かかりつけ医機能報告の後方支援の連携先（Ⅲ章・区域内71%）は体制、これは患者が実際に入院した結果。両方を並べて、受け皿を考える単位を決める**

出典：厚生労働省 地域医療構想策定用 流出入データ（別添5・流入率・流出率、2026年提供）。0.4%超の上位5を表示

外来の担い手と情報連携（川崎北部・区別）

外来の担い手と情報連携は区によって異なる。情報共有ネットワークの参加は5.2%にとどまり、意向を持つ機関（26.3%）が参加中を大きく上回る。



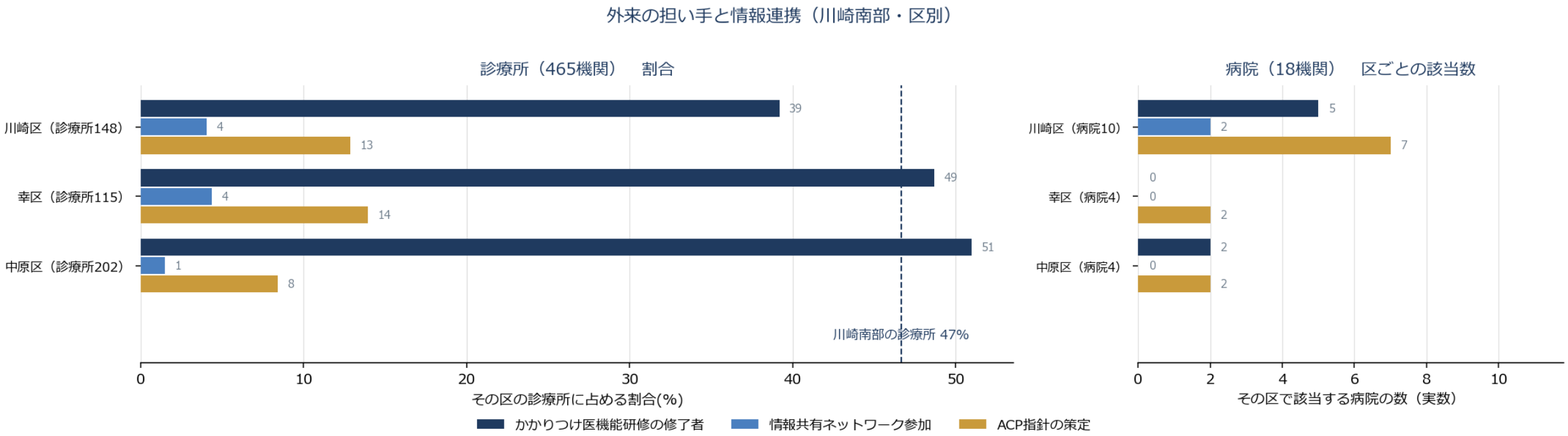
※右は区ごとに条件に当てはまる病院の数（実数）。個々の病院を示すものではない。病院は区あたり3〜8機関と少なく割合が安定しないため、実数で示した

- 診療所でみると、かかりつけ医機能研修の修了者がいる機関は川崎北部56.0%（全県45.1%）。区別には宮前区71.5%から麻生区46.9%まで開く（区の値は病院を含む）
- **情報共有ネットワークへの参加は川崎北部5.4%（全県4.8%）で、区別には宮前区7.3%から高津区3.6%。診療所の意向ありは25.7%**
- **ACP指針の策定は川崎北部10.6%（全県10.0%）。区域全体の13.0%は9区域で7番目**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎北部の報告機関は555（診療所536・病院19）

外来の担い手と情報連携（川崎南部・区別）

外来の担い手と情報連携は区によって異なる。情報共有ネットワークの参加は3.3%にとどまり、意向を持つ機関（24.6%）が参加中を大きく上回る。



※右は区ごとに条件に当てはまる病院の数（実数）。個々の病院を示すものではない。病院は区あたり4～10機関と少なく割合が安定しないため、実数で示した

- 診療所でみると、かかりつけ医機能研修の修了者がいる機関は川崎南部46.7%（全県45.1%）。区別には中原区51.0%から川崎区39.9%まで開く（区の値は病院を含む）
- **情報共有ネットワークへの参加は川崎南部3.0%（全県4.8%）で、区別には川崎区5.1%から中原区1.5%。診療所の意向ありは24.7%**
- **ACP指針の策定は川崎南部11.2%（全県10.0%）。区域全体の13.0%は9区域で6番目**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎南部の報告機関は483（診療所465・病院18）

論点　日常診療の担い手と情報基盤　区の差をどう埋めるか（川崎北部）

研修修了者がいる機関は55.3%で区により宮前区71.5%から麻生区46.9%。情報共有ネットワークは参加5.2%に対し意向あり26.3%で、仕組みがあれば参加は数倍に広がる。

データが示す不足

- 1号：かかりつけ医機能研修の修了者がいる機関55.3%（全県44.6%）。区で宮前区71.5%から麻生区46.9%
- 1号：診療所が一次診療できる高頻度疾患は中央値7疾患（40疾患中）
- 情報基盤：オンライン資格確認71.4%に対し電子カルテ情報共有20.2%
- 2号ニ：情報共有ネットワークの参加5.2%（29機関）、意向あり26.3%。挙がった仕組みはMCS（メディカルケアステーション）（13）、宮前区医師会（2）、バイタルリンク（1）、医療情報ネット（ナビイ）（1）
- 2号ニ：ACP指針の策定13.0%（全県13.0%）
- ⇒ 担い手の厚みが区で違い、情報基盤は統一されていない。連携の前提が区ごとに違う

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

選択肢　どれが現実的か

- A 既に動いている地域の仕組みに意向ありの機関を加える（低コスト・早い）
- B 区域で共通の基盤を選び、入退院支援ルールと一体で運用する（市町村をまたぐ連携に強い）
- C 研修修了者・総合診療の裾野を、担い手の薄い区から広げる

決めること　誰が・どの場で

- 外来医療の協議の場：C。在宅医療・介護連携推進事業（市町村）＋調整会議：情報基盤の単位と主体（A／B）

決めないと起きること

- **意向あり（約4分の1）が参加できないまま、Ⅱ～Ⅳの連携が電話・FAX・紙の文書でやり取りする形のまま進む**

第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：介護施設の協力医療機関の協定推進の検討が大事（他区域）
- 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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

論点　日常診療の担い手と情報基盤　区の差をどう埋めるか（川崎南部）

研修修了者がいる機関は46.4%で区により中原区51.0%から川崎区39.9%。情報共有ネットワークは参加3.3%に対し意向あり24.6%で、仕組みがあれば参加は数倍に広がる。

データが示す不足

- 1号：かかりつけ医機能研修の修了者がいる機関46.4%（全県44.6%）。区で中原区51.0%から川崎区39.9%
- 1号：診療所が一次診療できる高頻度疾患は中央値6疾患（40疾患中）
- 情報基盤：オンライン資格確認68.9%に対し電子カルテ情報共有21.5%
- 2号ニ：情報共有ネットワークの参加3.3%（16機関）、意向あり24.6%。挙がった仕組みはバイタルリンク（3）、MCS（メディカルケアステーション）（2）、ネットワークこれ幸（2）、カナミック（TRITRUS）（2）
- 2号ニ：ACP指針の策定13.0%（全県13.0%）
- ⇒ 担い手の厚みが区で違い、情報基盤は統一されていない。連携の前提が区ごとに違う

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

選択肢　どれが現実的か

- A 既に動いている地域の仕組みに意向ありの機関を加える（低コスト・早い）
- B 区域で共通の基盤を選び、入退院支援ルールと一体で運用する（市町村をまたぐ連携に強い）
- C 研修修了者・総合診療の裾野を、担い手の薄い区から広げる

決めること　誰が・どの場で

- 外来医療の協議の場：C。在宅医療・介護連携推進事業（市町村）＋調整会議：情報基盤の単位と主体（A／B）

決めないと起きること

- **意向あり（約4分の1）が参加できないまま、Ⅱ～Ⅳの連携が電話・FAX・紙の文書でやり取りする形のまま進む**

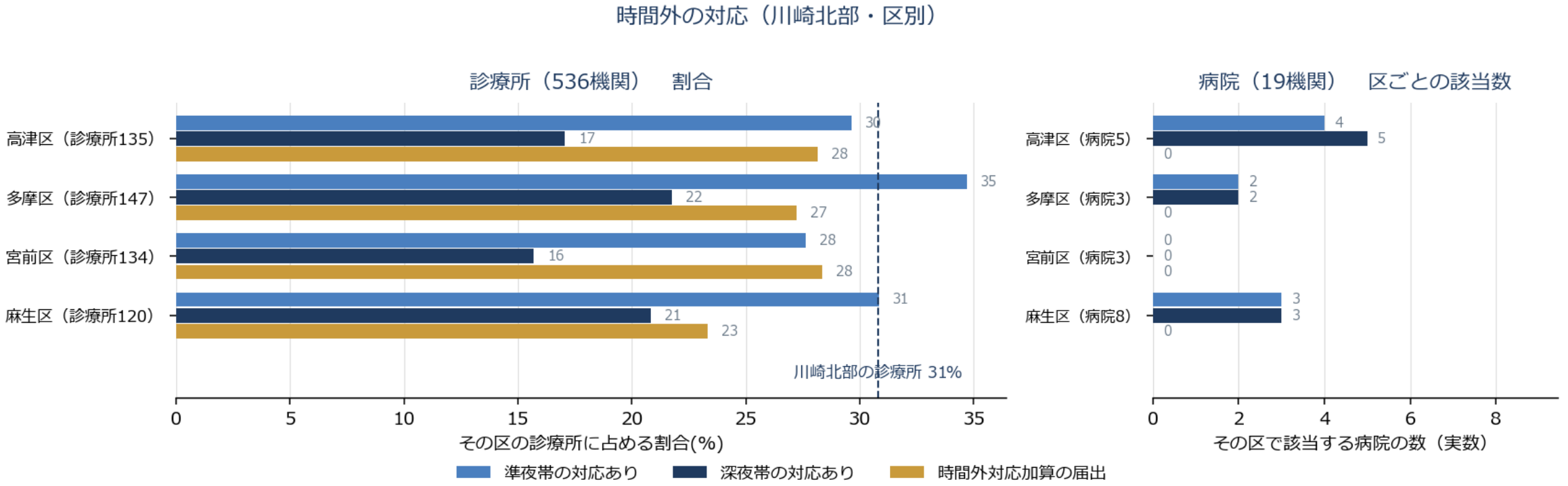
第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：介護施設の協力医療機関の協定推進の検討が大事（他区域）
- 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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

時間外の対応（川崎北部・区別）

深夜帯に対応できる機関は20.0%で全県を上回る。搬送困難が集中する「深夜×介護施設×平日」の急変に、区をまたいだ当番・輪番と施設との取り決めでどう備えるかが論点になる。



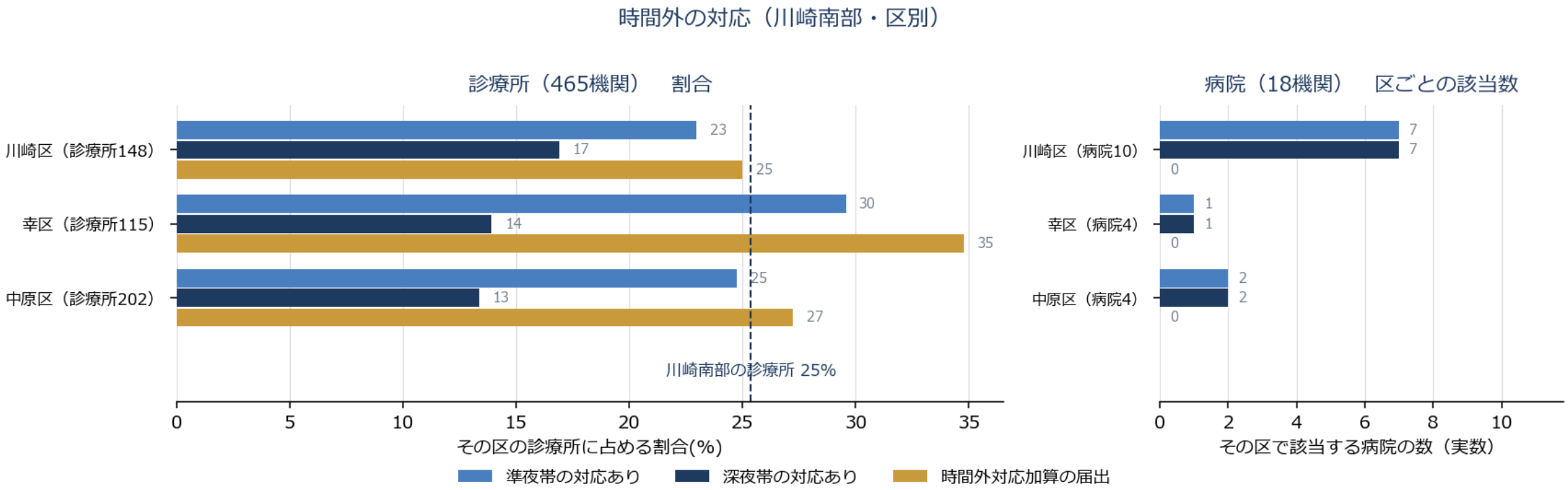
※右は区ごとに条件に当てはまる病院の数（実数）。個々の病院を示すものではない。病院は区あたり3〜8機関と少なく割合が安定しないため、実数で示した

- 診療所でみると、準夜帯の対応は川崎北部30.8%（全県26.4%）、深夜帯は川崎北部18.8%（全県16.3%）。病院は深夜帯52.6%（全県の病院59.2%）
- **深夜帯の対応は区別に多摩区22.7%から宮前区15.3%まで開く**
- **救急搬送データでは、川崎の85歳以上の搬送困難が最も起きやすいのは2024年が「夜間×介護施設×平日」（13.5%）、2025年が「深夜×介護施設×平日」（9.4%）（川崎市は消防局が1つで南北に分けられないため、救急の値は川崎全体）**
- **夜間の受け皿は区単独ではなく、区域の当番・輪番で考える必要がある**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎北部の報告機関は555（診療所536・病院19）

時間外の対応（川崎南部・区別）

深夜帯に対応できる機関は16.1%で全県を下回る。搬送困難が集中する「深夜×介護施設×平日」の急変に、区をまたいだ当番・輪番と施設との取り決めでどう備えるかが論点になる。



※右は区ごとに条件に当てはまる病院の数（実数）。個々の病院を示すものではない。病院は区あたり4～10機関と少なく割合が安定しないため、実数で示した

- 診療所でみると、準夜帯の対応は川崎南部25.4%（全県26.4%）、深夜帯は川崎南部14.6%（全県16.3%）。病院は深夜帯55.6%（全県の病院59.2%）
- **深夜帯の対応は区別に川崎区20.3%から中原区14.1%まで開く**
- **救急搬送データでは、川崎の85歳以上の搬送困難が最も起きやすいのは2024年が「夜間×介護施設×平日」（13.5%）、2025年が「深夜×介護施設×平日」（9.4%）（川崎市は消防局が1つで南北に分けられないため、救急の値は川崎全体）**
- **夜間の受け皿は区単独ではなく、区域の当番・輪番で考える必要がある**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎南部の報告機関は483（診療所465・病院18）

論点　深夜帯の受け皿　施設からの急変を救急要請の前に医療につなげるか（北部）

深夜帯に対応する機関は20.0%で区により多摩区22.7%から宮前区15.3%。介護施設発の搬送困難は深夜9.3%（全県6.3%）で、最も困難な組合せは「深夜×介護施設×平日」9.4%。

データが示す不足

- 2号イ：平日深夜帯に対応する機関20.0%（準夜帯31.4%）。区で多摩区22.7%から宮前区15.3%
- 2号イ：在宅当番医制への参加10.5%、休日夜間急患センター等31.9%。時間外対応加算の届出25.9%
- T2：介護施設発の搬送困難は日中5.2%・夜間6.6%・深夜9.3%（全県 深夜6.3%）。85歳以上の施設発搬送は人口千対84件（全県64件）（川崎市は消防局が1つで南北に分けられない）
- 第2回資料1-2：川崎の搬送困難の最悪の組合せは「深夜×介護施設×平日」9.4%（552件）
- 2号二：介護保険施設等への提供体制13.9%のうち、入院を原則受け入れる体制は薄い
- ⇒ 深夜の相談先がない施設は救急要請しか選択肢がない。深夜帯の対応は診療所単独では持たない

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

選択肢　どれが現実的か

- A 介護施設と協力医療機関の事前取り決め（夜間の相談窓口・受入条件）を区域で標準化し、協力医療機関が確認できない施設から埋める
- B 深夜帯の受け皿を病院の輪番で組み、85歳以上の受入病院を明確にする
- C 診療所の連携・輪番で深夜帯を担い、時間外対応加算の届出で位置づける
- D 搬送困難が全県より高く、区域内完結率が低い。受入病院の明確化と近隣区域と一体の受入体制（第2回資料1-2）

決めること　誰が・どの場で

- 調整会議：施設発の急変の受け止め方（A／B）を区域の方針として決める
- 在宅医療・介護連携推進事業（市町村）：施設との取り決めの実務（A）。外来医療の協議の場：輪番の設計（C）

決めないと起きること

- **85歳以上の増加とともに深夜×介護施設の搬送が増え、搬送困難と拠点病院の夜間負荷が同時に高まる**

第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：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（他区域）
- 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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

論点　深夜帯の受け皿　施設からの急変を救急要請の前に医療につなげるか（南部）

深夜帯に対応する機関は16.1%で区により川崎区20.3%から中原区14.1%。介護施設発の搬送困難は深夜9.3%（全県6.3%）で、最も困難な組合せは「深夜×介護施設×平日」9.4%。

データが示す不足

- 2号イ：平日深夜帯に対応する機関16.1%（準夜帯26.5%）。区で川崎区20.3%から中原区14.1%
- 2号イ：在宅当番医制への参加10.8%、休日夜間急患センター等24.6%。時間外対応加算の届出27.3%
- T2：介護施設発の搬送困難は日中5.2%・夜間6.6%・深夜9.3%（全県 深夜6.3%）。85歳以上の施設発搬送は人口千対84件（全県64件）（川崎市は消防局が1つで南北に分けられない）
- 第2回資料1-2：川崎の搬送困難の最悪の組合せは「深夜×介護施設×平日」9.4%（552件）
- 2号二：介護保険施設等への提供体制11.6%のうち、入院を原則受け入れる体制は薄い
- ⇒ 深夜の相談先がない施設は救急要請しか選択肢がない。深夜帯の対応は診療所単独では持たない

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

選択肢　どれが現実的か

- A 介護施設と協力医療機関の事前取り決め（夜間の相談窓口・受入条件）を区域で標準化し、協力医療機関が確認できない施設から埋める
- B 深夜帯の受け皿を病院の輪番で組み、85歳以上の受入病院を明確にする
- C 診療所の連携・輪番で深夜帯を担い、時間外対応加算の届出で位置づける

決めること　誰が・どの場で

- 調整会議：施設発の急変の受け止め方（A／B）を区域の方針として決める
- 在宅医療・介護連携推進事業（市町村）：施設との取り決めの実務（A）。外来医療の協議の場：輪番の設計（C）

決めないと起きること

- **85歳以上の増加とともに深夜×介護施設の搬送が増え、搬送困難と拠点病院の夜間負荷が同時に高まる**

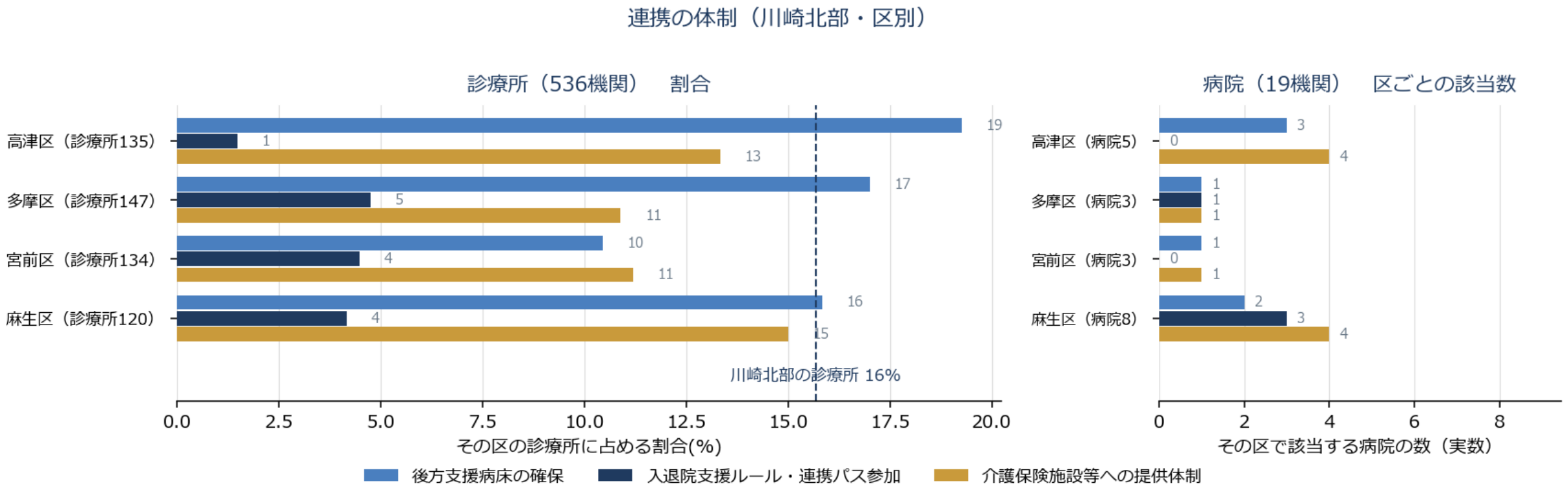
第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：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（他区域）
- 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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

連携の体制（川崎北部・区別）

入退院支援ルールに参加している機関は1.6%（9機関）で、意向を持つ機関が74ある。介護施設への提供体制は13.9%で全県を上回る。



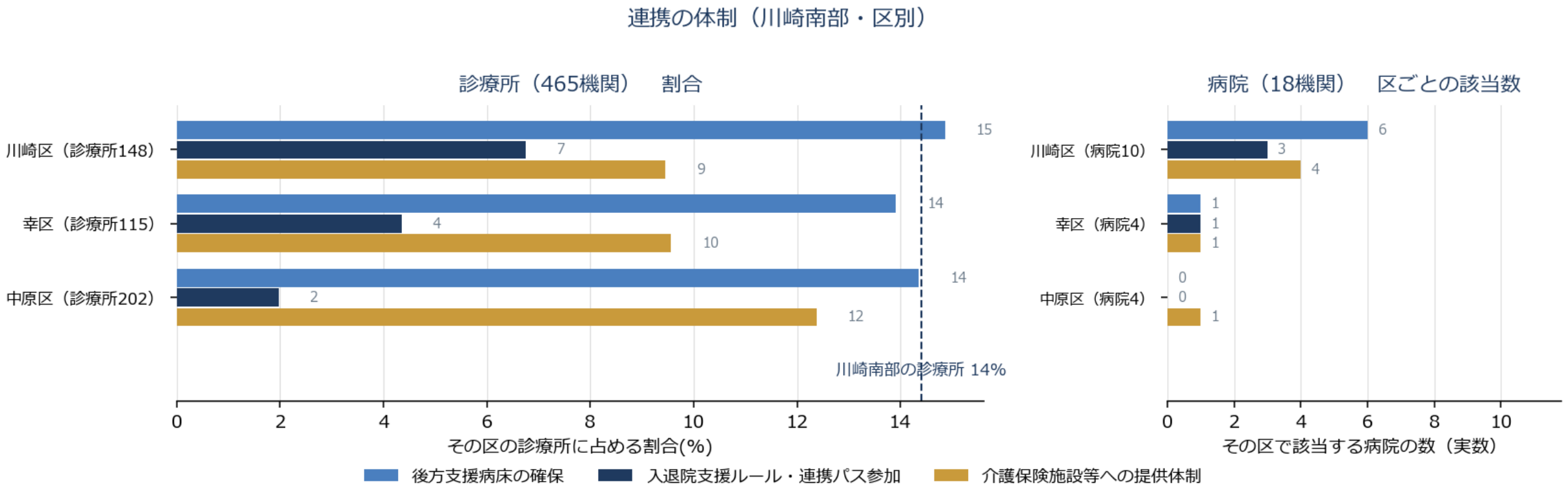
※右は区ごとに条件に当てはまる病院の数（実数）。個々の病院を示すものではない。病院は区あたり3～8機関と少なく割合が安定しないため、実数で示した

- 診療所でみると、後方支援病床の確保は川崎北部15.7%（全県15.7%）、入退院支援ルール・連携パス参加は川崎北部3.7%（全県7.5%）
- **入退院支援ルールへの参加は1.6%（9機関）。ルールに意向を持つ機関は74あり、参加中の8.2倍**
- **入退院支援ルール・パスへの参加は区別に麻生区6.2%から高津区1.4%まで開く**
- **介護保険施設等への提供体制は川崎北部12.5%（全県11.0%）。区域全体の13.9%は9区域で7番目**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎北部の報告機関は555（診療所536・病院19）

連携の体制（川崎南部・区別）

入退院支援ルールに参加している機関は2.3%（11機関）で、意向を持つ機関が51ある。介護施設への提供体制は11.6%で全県を下回る。



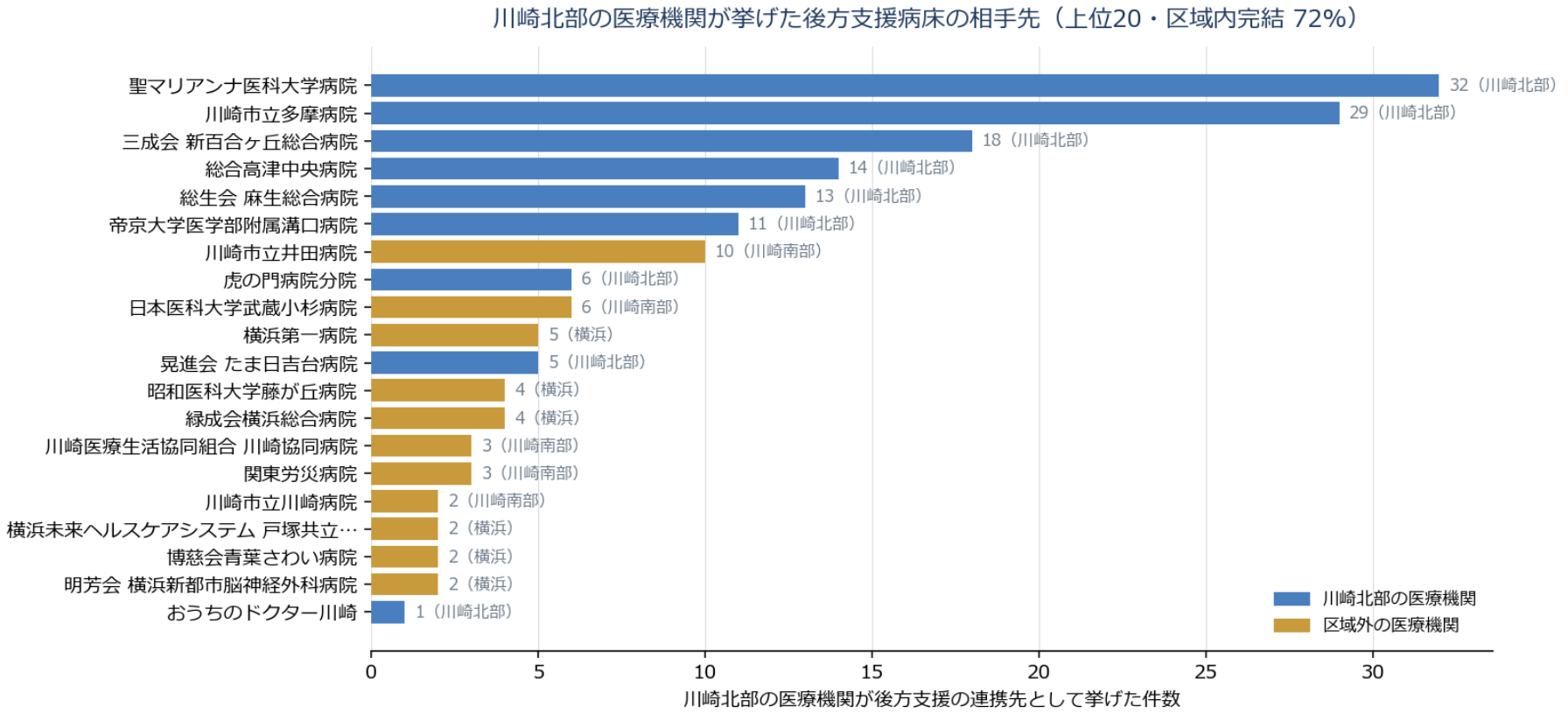
※右は区ごとに条件に当てはまる病院の数（実数）。個々の病院を示すものではない。病院は区あたり4～10機関と少なく割合が安定しないため、実数で示した

- 診療所でみると、後方支援病床の確保は川崎南部14.4%（全県15.7%）、入退院支援ルール・連携パス参加は川崎南部4.1%（全県7.5%）
- **入退院支援ルールへの参加は2.3%（11機関）。ルールに意向を持つ機関は51あり、参加中の4.6倍**
- **入退院支援ルール・パスへの参加は区別に川崎区8.2%から中原区1.9%まで開く**
- **介護保険施設等への提供体制は川崎南部10.8%（全県11.0%）。区域全体の11.6%は9区域で8番目**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎南部の報告機関は483（診療所465・病院18）

川崎北部の医療機関が挙げた後方支援病床の相手先

川崎北部の後方支援は72%が区域内で完結し、少数の中核病院に集まっている。拠点機能と在宅の受け皿の役割分担を一体で考える必要がある。

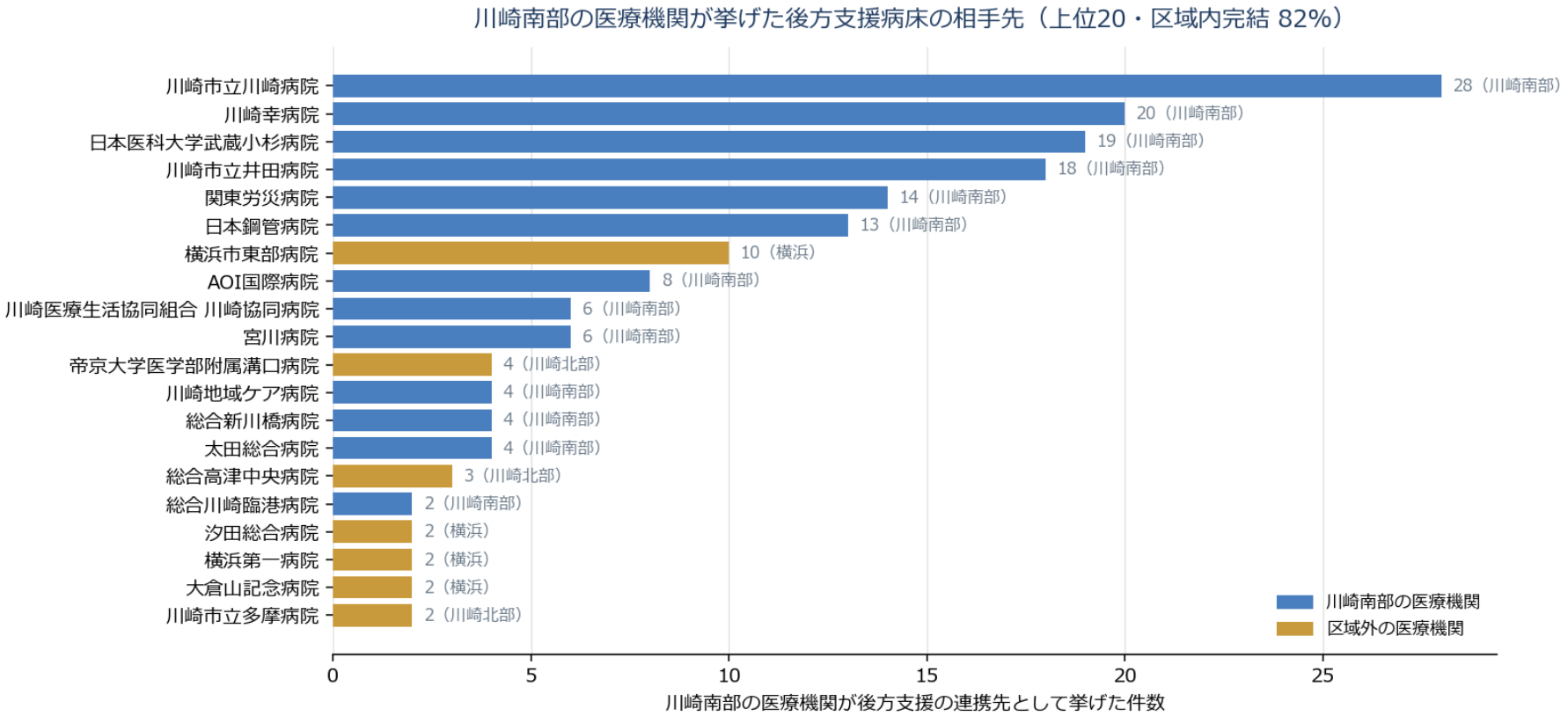


- 連携先が特定できたもののうち、川崎北部内の医療機関は72%。区域外は横浜27件・川崎南部25件・県央1件
- **上位は聖マリアンナ医科大学病院（32）・川崎市立多摩病院（29）・新百合ヶ丘総合病院（18）・総合高津中央病院（14）・麻生総合病院（13）**
- **第２回資料1-2の急性期拠点の候補上位は聖マリアンナ医科大学病院・新百合ヶ丘総合病院・川崎市立多摩病院・帝京大学医学部附属溝口病院。後方支援のハブと拠点の候補が重なる**
- **＝拠点への集約と、在宅の後方支援は同じ病院群の話であり、役割分担を一体で協議する必要がある**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎北部の報告機関は555（診療所536・病院19）

川崎南部の医療機関が挙げた後方支援病床の相手先

川崎南部の後方支援は82%が区域内で完結し、少数の中核病院に集まっている。拠点機能と在宅の受け皿の役割分担を一体で考える必要がある。

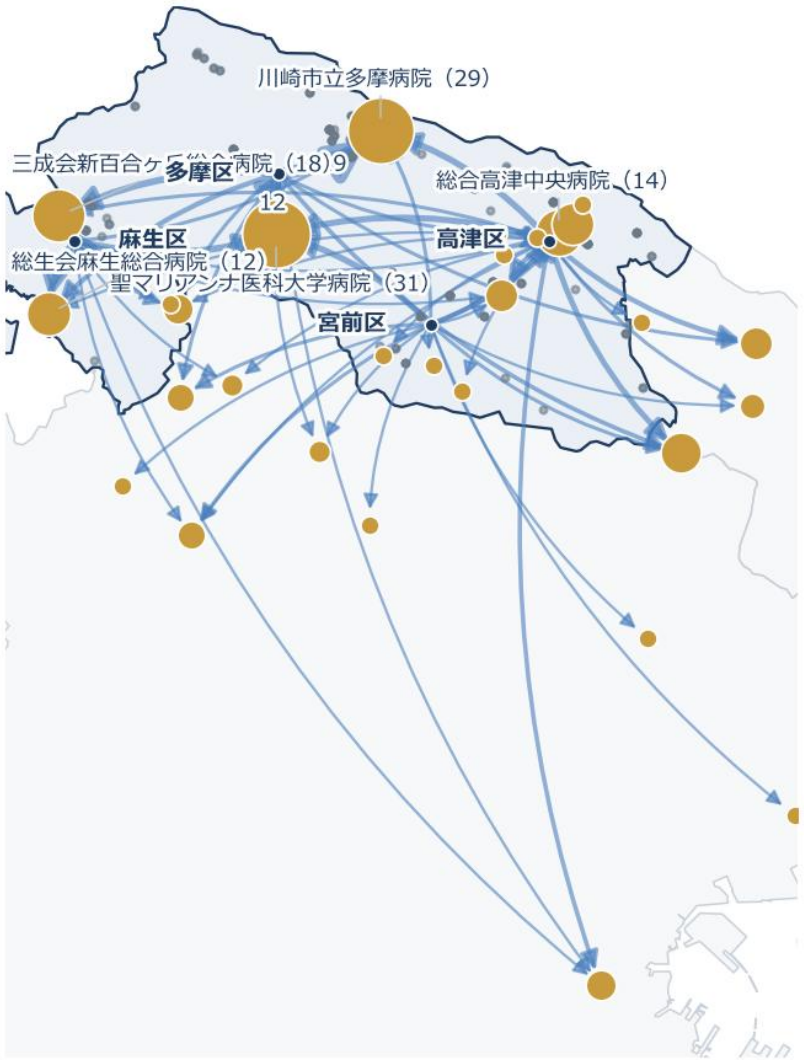


- 連携先が特定できたもののうち、川崎南部内の医療機関は82%。区域外は横浜20件・川崎北部11件・湘南西部1件
- **上位は川崎市立川崎病院（28）・川崎幸病院（20）・日本医科大学武蔵小杉病院（19）・川崎市立井田病院（18）・関東労災病院（14）**
- **第２回資料1-2の急性期拠点の候補上位は川崎幸病院・川崎市立川崎病院・関東労災病院・日本医科大学武蔵小杉病院。後方支援のハブと拠点の候補が重なる**
- **＝拠点への集約と、在宅の後方支援は同じ病院群の話であり、役割分担を一体で協議する必要がある**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎南部の報告機関は483（診療所465・病院18）

後方支援の連携ネットワーク（川崎北部・地理座標）

後方支援の連携は区の境界をまたいで重なり合っている。区単位ではなく、区域で受け皿を考える必要がある。

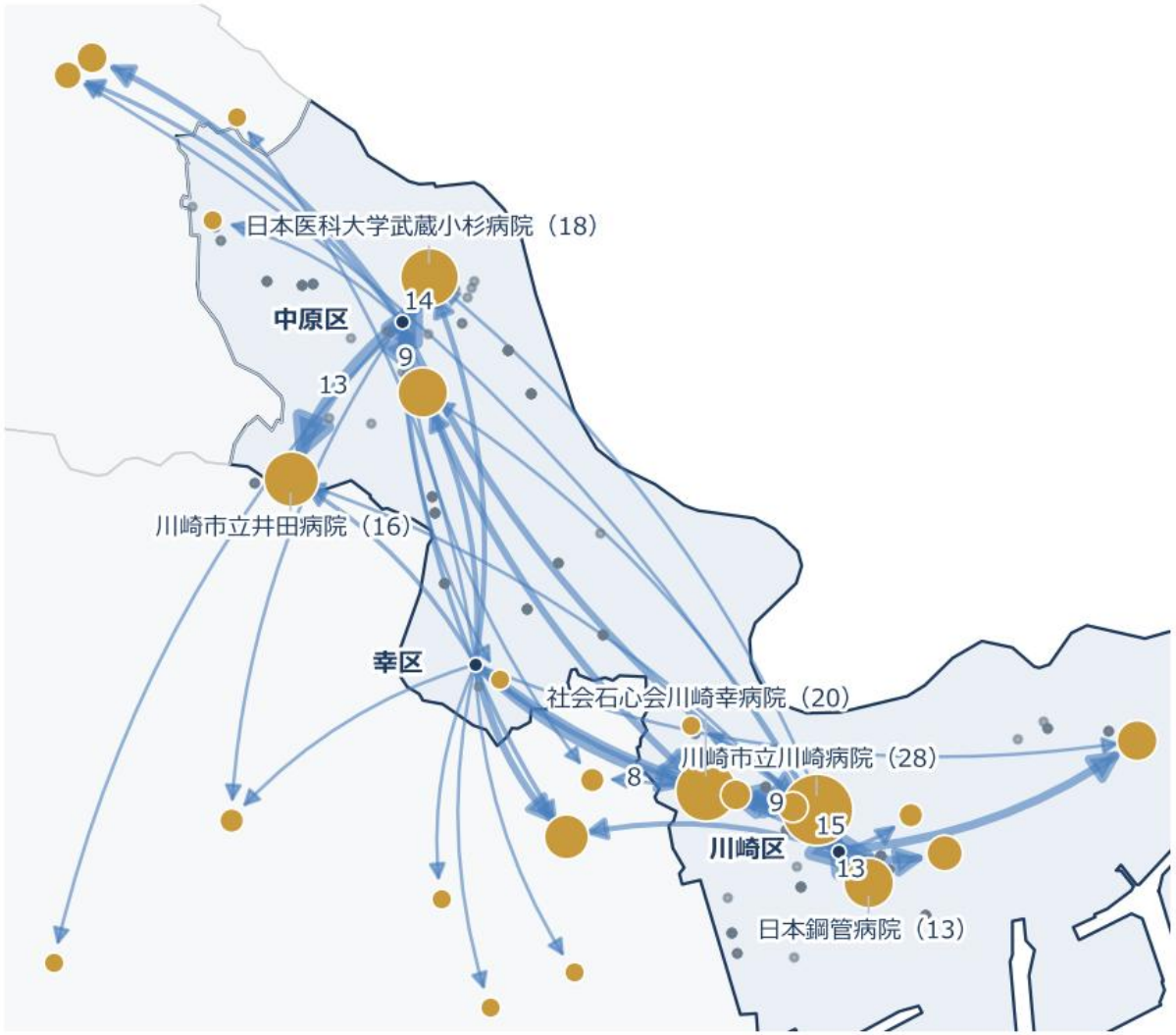


- 各区から近くの中核病院へ向かう線が太い。区域外へ伸びる線が、どの方面に頼っているかを示す
- 後方支援は区の単位では閉じていない。協議は区ごとではなく区域、必要なら隣接区域を含めて行う

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎北部の報告機関は555（診療所536・病院19）

後方支援の連携ネットワーク（川崎南部・地理座標）

後方支援の連携は区の境界をまたいで重なり合っている。区単位ではなく、区域で受け皿を考える必要がある。



- 各区から近くの中核病院へ向かう線が太い。区域外へ伸びる線が、どの方面に頼っているかを示す
- 後方支援は区の単位では閉じていない。協議は区ごとではなく区域、必要なら隣接区域を含めて行う

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎南部の報告機関は483（診療所465・病院18）

論点　後方支援と下り搬送　区域内で完結させるか、隣接区域と共有するか（北部）

後方支援の確保16.4%・入退院支援ルール参加1.6%（9機関）。後方支援先の72%は区域内だが、包括期の患者は52%、慢性期は49%しか区域内で完結しない。

データが示す不足

- 2号口：後方支援病床の確保16.4%（意向あり10.5%）。相手先の72%は区域内で、上位は聖マリアンナ医科大学病院（32）・川崎市立多摩病院（29）・新百合ヶ丘総合病院（18）・総合高津中央病院（14）
- 2号口：入退院支援ルールへの参加1.6%（9機関）。ルールに意向を持つ機関74
- T3：診療所の指名の27%が地ケア等の病院、介護施設からの入院の69%は急性期中心の病院が受ける。地ケア病棟の稼働率は中央値91%（全県87%）
- 流出入：自区域完結率は急性期60%・包括期52%・慢性期49%。慢性期の主な流出先は東京都20%
- ⇒ 体制（指名）と結果（入院先）がずれる区域では、下り搬送の受け皿と市町村をまたぐルールが不足している

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）

選択肢　どれが現実的か

- A 区域内完結：地ケア等の病院を後方支援と施設からの入院の受け皿に位置づけ、診療所・施設との指名関係を可視化する
- B 隣接区域と共有：流出入の相手区域と下り搬送の実施基準を共通化する
- C ルール先行：意向を持つ機関で入退院支援ルールを先に動かし、参加機関を広げる
- D 急性期・包括期とも区域外（横浜・東京都）への流出が大きい前提で、後方支援と下り搬送を隣接区域と組む

決めること　誰が・どの場で

- 調整会議：受け皿の単位（A／B）と下り搬送の実施基準づくりの着手。在宅医療・介護連携推進事業＋医師会：入退院支援ルール（C）の策定主体

決めないと起きること

- **急性期病院の在院日数が延び、転院搬送が区域外へ出続ける。拠点の手術・重症救急の余力が削られる**

第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：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（他区域）
- 相模原：回復期医療の提供は、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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

論点　後方支援と下り搬送　区域内で完結させるか、隣接区域と共有するか（南部）

後方支援の確保15.3%・入退院支援ルール参加2.3%（11機関）。後方支援先の82%は区域内だが、包括期の患者は65%、慢性期は37%しか区域内で完結しない。

データが示す不足

- 2号口：後方支援病床の確保15.3%（意向あり9.1%）。相手先の82%は区域内で、上位は川崎市立川崎病院（28）・川崎幸病院（20）・日本医科大学武蔵小杉病院（19）・川崎市立井田病院（18）
- 2号口：入退院支援ルールへの参加2.3%（11機関）。ルールに意向を持つ機関51
- T3：診療所の指名の26%が地ケア等の病院、介護施設からの入院の46%は急性期中心の病院が受ける。地ケア病棟の稼働率は中央値89%（全県87%）
- 流出入：自区域完結率は急性期76%・包括期65%・慢性期37%。慢性期の主な流出先は横浜25%
- ⇒ 体制（指名）と結果（入院先）がずれる区域では、下り搬送の受け皿と市町村をまたぐルールが不足している

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）

選択肢　どれが現実的か

- A 区域内完結：地ケア等の病院を後方支援と施設からの入院の受け皿に位置づけ、診療所・施設との指名関係を可視化する
- B 隣接区域と共有：流出入の相手区域と下り搬送の実施基準を共通化する
- C ルール先行：意向を持つ機関で入退院支援ルールを先に動かし、参加機関を広げる
- D 慢性期の療養先の半分以上が区域外（横浜）にある前提で、下り搬送と在宅の後ろ盾を隣接区域と組む

決めること　誰が・どの場で

- 調整会議：受け皿の単位（A／B）と下り搬送の実施基準づくりの着手。在宅医療・介護連携推進事業＋医師会：入退院支援ルール（C）の策定主体

決めないと起きること

- **急性期病院の在院日数が延び、転院搬送が区域外へ出続ける。拠点の手術・重症救急の余力が削られる**

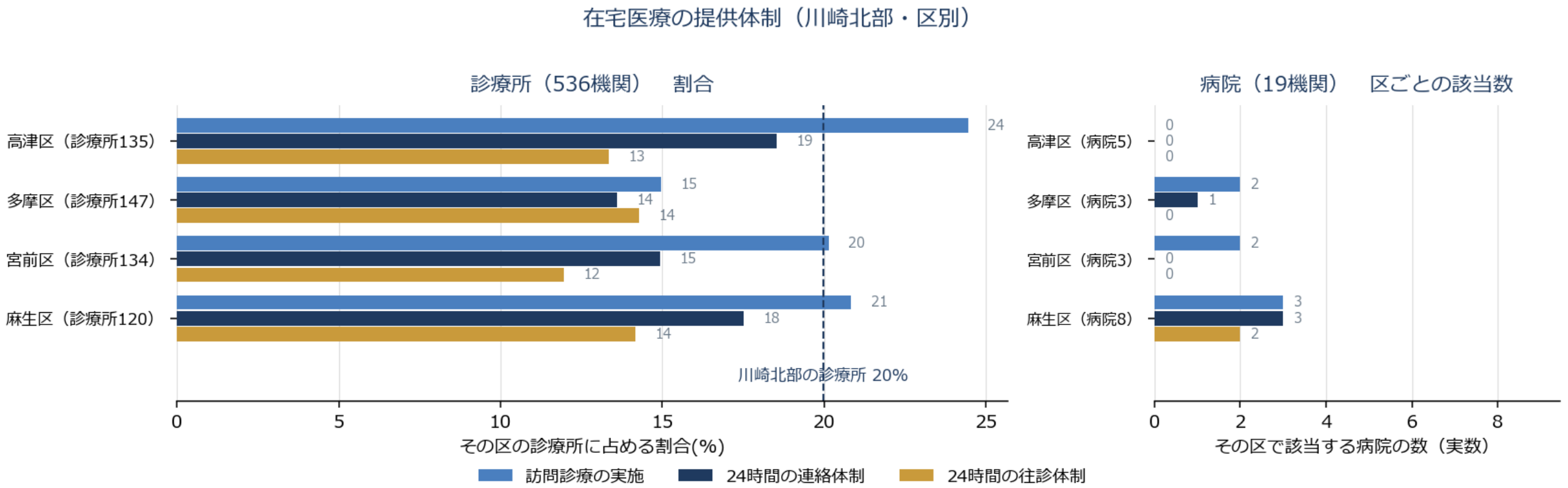
第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：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（他区域）
- 相模原：回復期医療の提供は、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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

在宅医療の提供体制（川崎北部・区別）

在宅の担い手は区によって差があり、多摩区・宮前区が薄い。85歳以上が53%増える中で、区単位で担い手の厚みを確かめる必要がある。



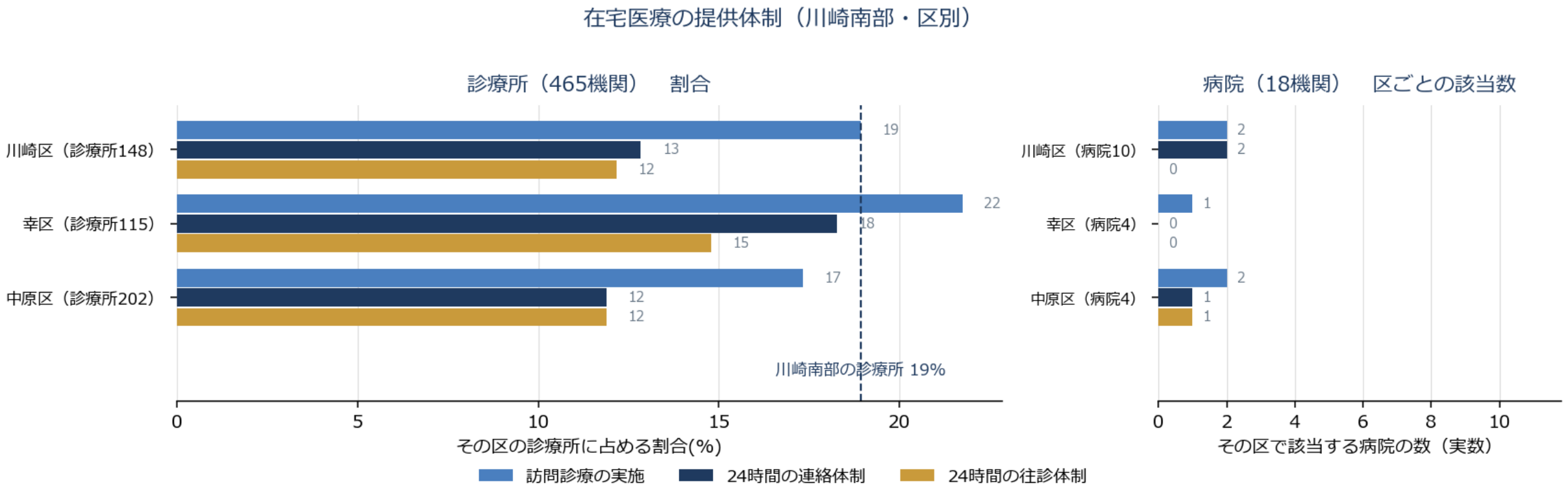
※右は区ごとに条件に当てはまる病院の数（実数）。個々の病院を示すものではない。病院は区あたり3～8機関と少なく割合が安定しないため、実数で示した

- 診療所でみると、訪問診療の実施は川崎北部20.0%（全県20.8%）、24時間の往診体制は川崎北部13.4%（全県13.4%）
- **訪問診療は区別に高津区23.6%から多摩区16.0%、24時間往診は麻生区14.8%から宮前区11.7%まで開く**
- **低い区は訪問診療が多摩区16.0%・宮前区21.2%、24時間往診が宮前区11.7%・高津区12.9%**
- **85歳以上は2040年に向けて＋53%（＋2.0万人）。区ごとの担い手の差が、そのまま受け止められる量の差になる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎北部の報告機関は555（診療所536・病院19）

在宅医療の提供体制（川崎南部・区別）

在宅の担い手は区によって差があり、中原区・川崎区が薄い。85歳以上が40%増える中で、区単位で担い手の厚みを確かめる必要がある。



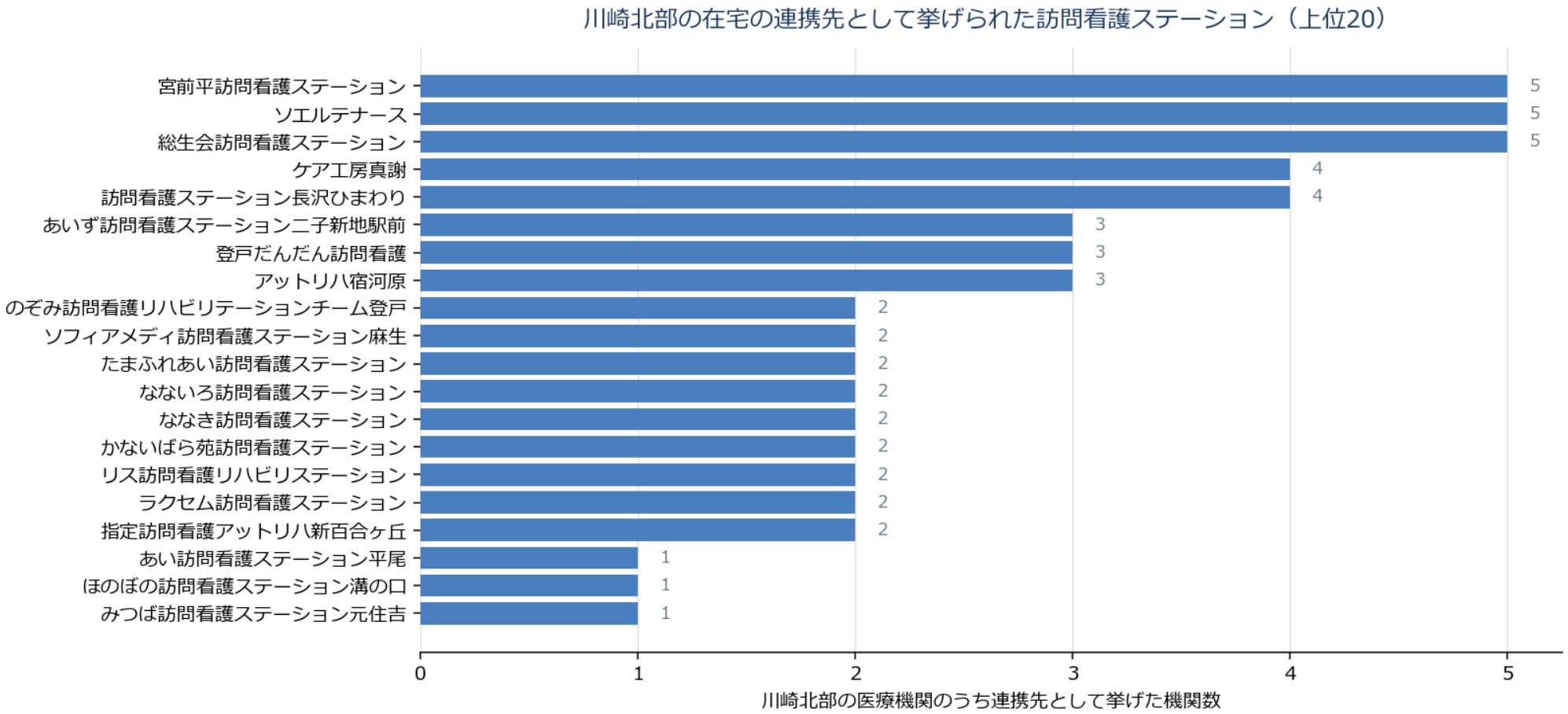
※右は区ごとに条件に当てはまる病院の数（実数）。個々の病院を示すものではない。病院は区あたり4～10機関と少なく割合が安定しないため、実数で示した

- 診療所でみると、訪問診療の実施は川崎南部18.9%（全県20.8%）、24時間の往診体制は川崎南部12.7%（全県13.4%）
- **訪問診療は区別に幸区21.8%から中原区18.0%、24時間往診は幸区14.3%から川崎区11.4%まで開く**
- **低い区は訪問診療が中原区18.0%・川崎区19.0%、24時間往診が川崎区11.4%・中原区12.1%**
- **85歳以上は2040年に向けて＋40%（＋1.0万人）。区ごとの担い手の差が、そのまま受け止められる量の差になる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎南部の報告機関は483（診療所465・病院18）

川崎北部の在宅の連携先として挙げられた訪問看護ステーション

川崎北部の在宅の連携先となる訪問看護ステーション。24時間対応できるステーションの所在を共有することが、在宅の急変対応を広げる前提になる。

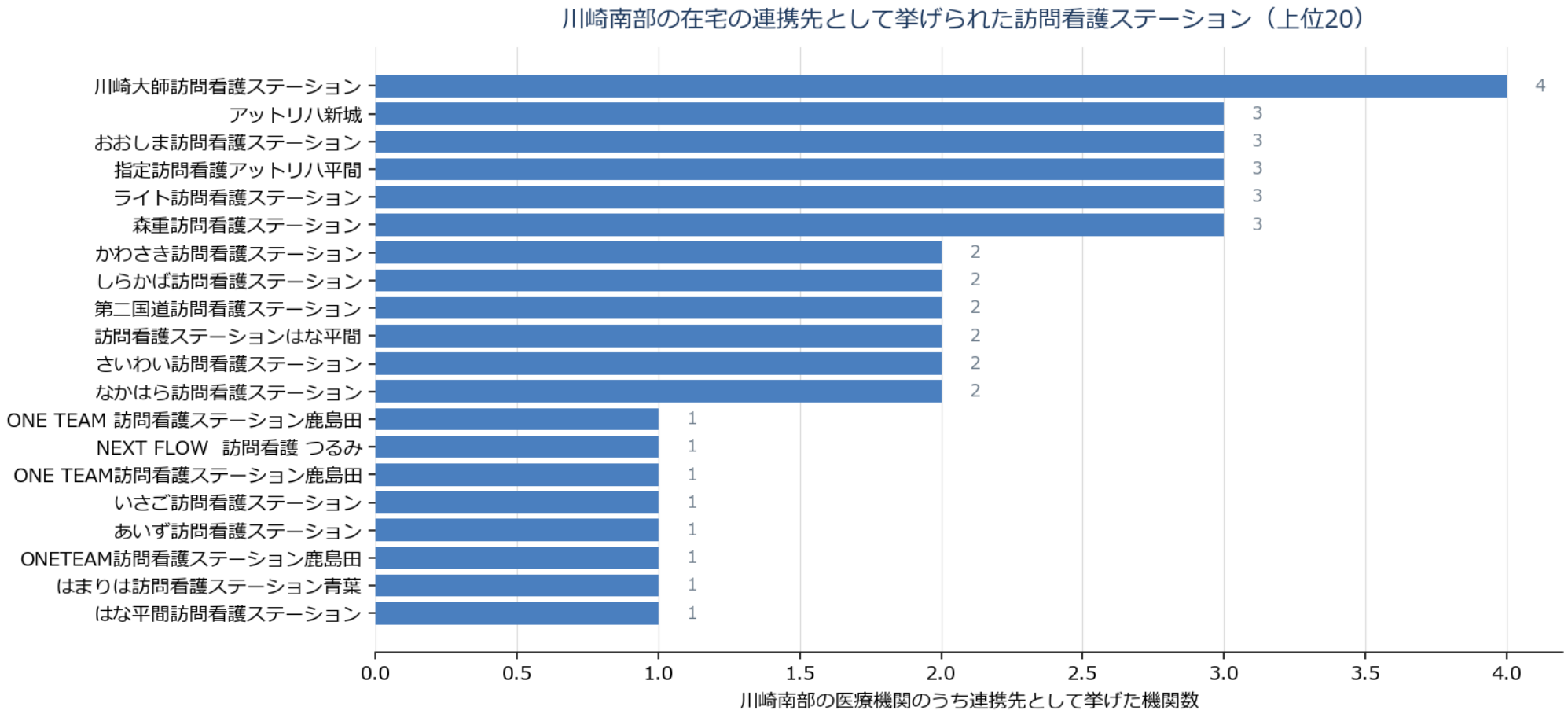


- **特定のステーションに指名が集まるか、分散しているかで、在宅の面的な支え方が違う**
- **24時間対応できるステーションがどこにあるかを区域で共有することが、連携の出発点になる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎北部の報告機関は555（診療所536・病院19）

川崎南部の在宅の連携先として挙げられた訪問看護ステーション

川崎南部の在宅の連携先となる訪問看護ステーション。24時間対応できるステーションの所在を共有することが、在宅の急変対応を広げる前提になる。

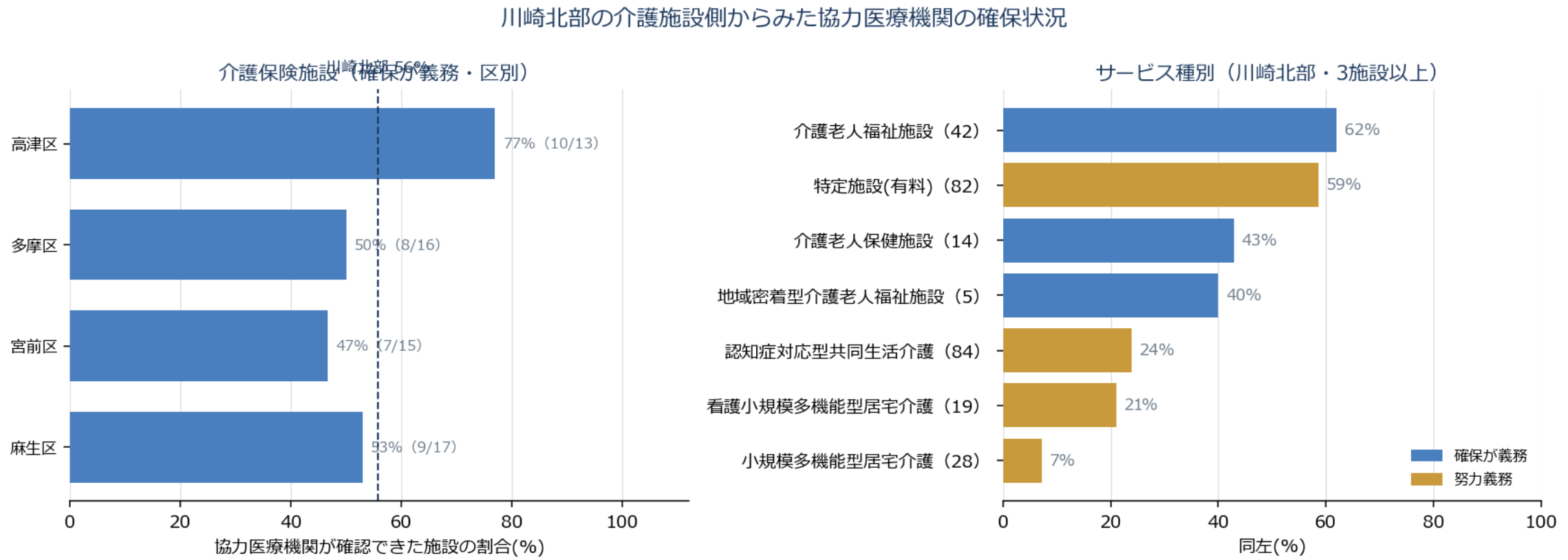


- **特定のステーションに指名が集まるか、分散しているかで、在宅の面的な支え方が違う**
- **24時間対応できるステーションがどこにあるかを区域で共有することが、連携の出発点になる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎南部の報告機関は483（診療所465・病院18）

川崎北部の介護施設側からみた協力医療機関の確保状況

川崎北部の介護保険施設のうち協力医療機関を確認できたのは56%（全県63%）。確認できない施設を区単位で埋めることが、夜間・深夜の搬送困難を減らす前提になる。

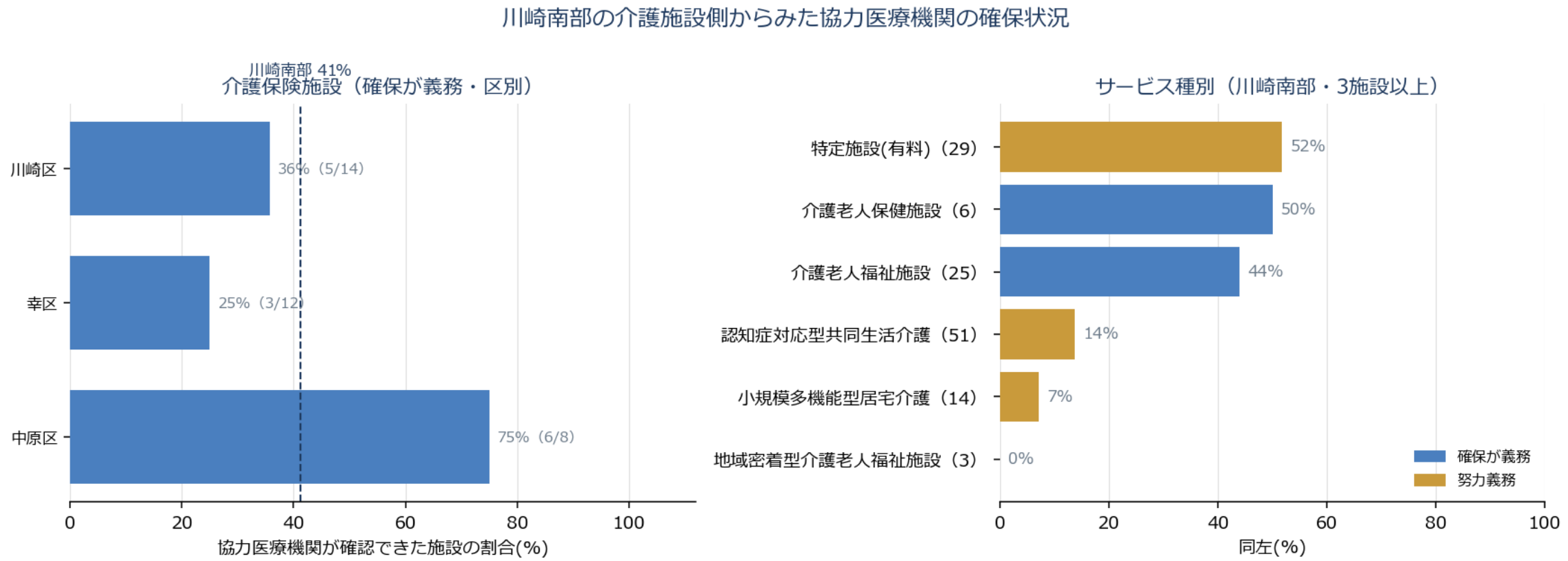


- 川崎北部には介護保険施設（協力医療機関の確保が義務）が61施設ある
- **うち医療機関側の報告に協力医療機関として現れたのは34施設（56%、全県63%）**
- **努力義務の類型（認知症グループホーム・小規模多機能等）はさらに薄い**
- **搬送困難が最も起きやすい組合せは「深夜×介護施設×平日」（9.4%）。協力医療機関が確認できない施設は、急変時に救急要請以外の選択肢を持ちにくい**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）／介護サービス情報公表システム（神奈川県・2026年9月取得）

川崎南部の介護施設側からみた協力医療機関の確保状況

川崎南部の介護保険施設のうち協力医療機関を確認できたのは41%（全県63%）。確認できない施設を区単位で埋めることが、夜間・深夜の搬送困難を減らす前提になる。



- 川崎南部には介護保険施設（協力医療機関の確保が義務）が34施設ある
- **うち医療機関側の報告に協力医療機関として現れたのは14施設（41%、全県63%）**
- **努力義務の類型（認知症グループホーム・小規模多機能等）はさらに薄い**
- **搬送困難が最も起きやすい組合せは「深夜×介護施設×平日」（9.4%）。協力医療機関が確認できない施設は、急変時に救急要請以外の選択肢を持ちにくい**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）／介護サービス情報公表システム（神奈川県・2026年9月取得）

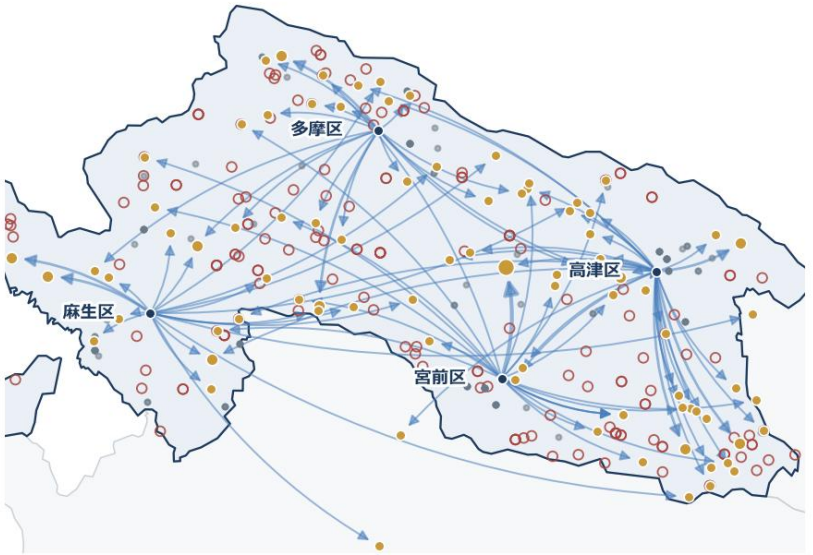
訪問看護・介護施設との連携（川崎北部・地理座標）

後方支援が少数の中核病院に集まるのに対し、訪問看護・介護施設との連携は区域内に面的に広がっている。

訪問看護ステーション



介護施設



● **右図の赤い白抜きは、協力医療機関を確認できない介護施設（166施設、全種別）。面として埋める必要がある**

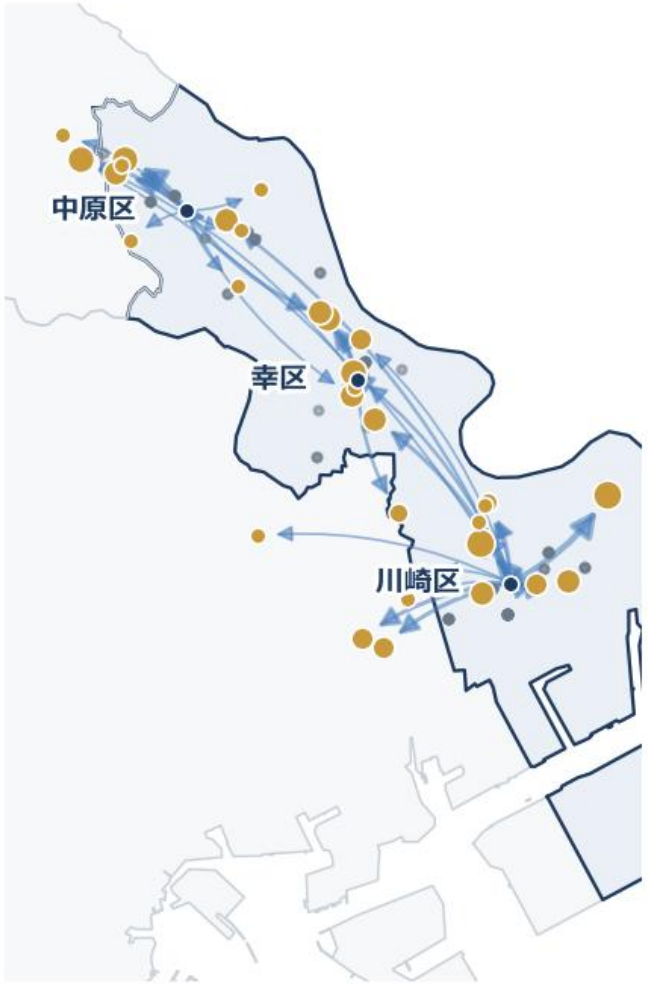
● ※医療機関側の報告に基づく下限値

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）／介護サービス情報公表システム（神奈川県・2026年9月取得）

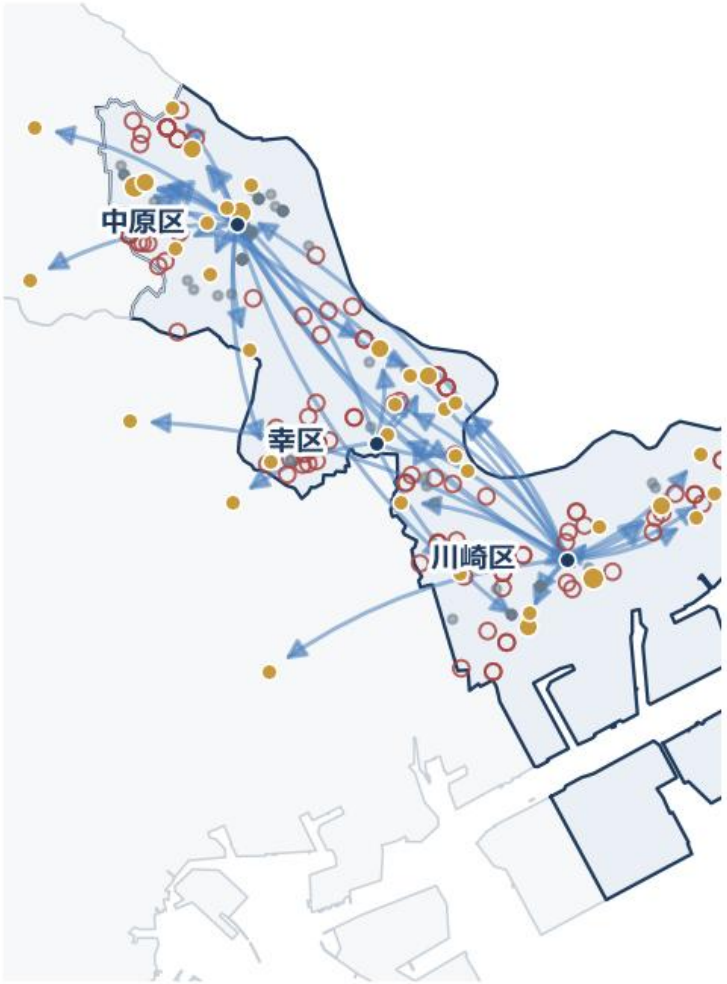
訪問看護・介護施設との連携（川崎南部・地理座標）

後方支援が少数の中核病院に集まるのに対し、訪問看護・介護施設との連携は区域内に面的に広がっている。

訪問看護ステーション



介護施設



- **右図の赤い白抜きは、協力医療機関を確認できない介護施設（93施設、全種別）。面として埋める必要がある**
- ※医療機関側の報告に基づく下限値

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）／介護サービス情報公表システム（神奈川県・2026年9月取得）

論点　在宅の担い手と施設の後ろ盾　量を増やすか連携で24時間を組むか（北部）

訪問診療20.5%（全県21.6%）・24時間の往診体制13.3%（全県13.8%）。介護保険施設の協力医療機関は56%で確認できるが、居住系は60%、GH・小規模多機能は20%にとどまる。

データが示す不足

- 2号ハ：訪問診療20.5%、24時間の連絡体制16.2%に対し往診体制13.3%。区で麻生区14.8%から宮前区11.7%
- 2号ハ：在宅の看取りを担う機関62。住民の在宅死亡に対する区域内医療機関の看取りは72%（全県68%）
- 2号二：介護保険施設61のうち56%で協力医療機関を確認。居住系（特定施設）60%（84施設）、GH・小規模多機能20%（131施設）
- N1：居住系施設への訪問診療（施設入居時等医学総合管理料）の算定がある機関8.5%（全県9.0%）
- Ⅵ：介護居住系は全国を100として157、介護施設は83
- ⇒ 担い手を増やすより、連携で24時間を組み、居住系・GHとの協力関係を可視化することが先

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

選択肢　どれが現実的か

- A 連携型の24時間：一人体制の診療所を連携医療機関・24時間対応の訪問看護ステーションと組み合わせる
- B 在支診の機能強化型化・在支病の参入で、看取りまで担う中核を区域に置く
- C 居住系・GHの協力医療機関を市町村単位で可視化し、協定（相談・診療・入院受入）の標準様式を整える

決めること　誰が・どの場で

- 在宅医療・介護連携推進事業（市町村）：A・Cの実務。調整会議：Bの中核（在支病・地ケア病院）の位置づけ

決めないと起きること

- **体制の報告はあっても夜間に動かず、居住系施設からの急変が深夜の救急搬送と病院の夜間負荷に直結し続ける**

第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：介護施設の協力医療機関の協定推進の検討が大事（他区域）
- 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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

論点　在宅の担い手と施設の後ろ盾　量を増やすか連携で24時間を組むか（南部）

訪問診療19.3%（全県21.6%）・24時間の往診体制12.4%（全県13.8%）。介護保険施設の協力医療機関は41%で確認できるが、居住系は53%、GH・小規模多機能は12%にとどまる。

データが示す不足

- 2号ハ：訪問診療19.3%、24時間の連絡体制13.9%に対し往診体制12.4%。区で幸区14.3%から川崎区11.4%
- 2号ハ：在宅の看取りを担う機関44。住民の在宅死亡に対する区域内医療機関の看取りは68%（全県68%）
- 2号ニ：介護保険施設34のうち41%で協力医療機関を確認。居住系（特定施設）53%（30施設）、GH・小規模多機能12%（67施設）
- N1：居住系施設への訪問診療（施設入居時等医学総合管理料）の算定がある機関8.5%（全県9.0%）
- Ⅵ：介護居住系は全国を100として157、介護施設は83
- ⇒ 担い手を増やすより、連携で24時間を組み、居住系・GHとの協力関係を可視化することが先

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

選択肢　どれが現実的か

- A 連携型の24時間：一人体制の診療所を連携医療機関・24時間対応の訪問看護ステーションと組み合わせる
- B 在支診の機能強化型化・在支病の参入で、看取りまで担う中核を区域に置く
- C 居住系・GHの協力医療機関を市町村単位で可視化し、協定（相談・診療・入院受入）の標準様式を整える
- D 居住系（特定施設・GH）が全国の1.6倍ある区域として、保険適用外の施設との連携ルールを先に組む（N1）

決めること　誰が・どの場で

- 在宅医療・介護連携推進事業（市町村）：A・Cの実務。調整会議：Bの中核（在支病・地ケア病院）の位置づけ

決めないと起きること

- **体制の報告はあっても夜間に動かず、居住系施設からの急変が深夜の救急搬送と病院の夜間負荷に直結し続ける**

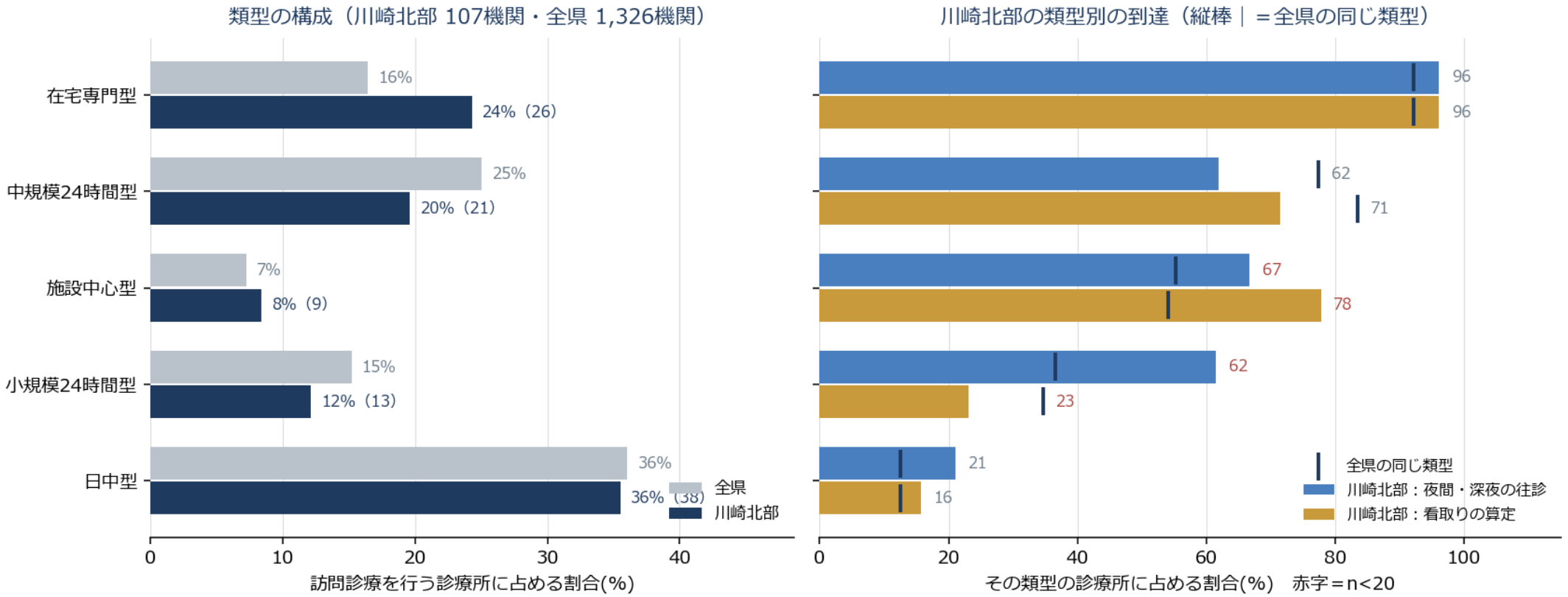
第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：介護施設の協力医療機関の協定推進の検討が大事（他区域）
- 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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

在宅看取りの担い手の類型（川崎北部）

川崎北部で在宅の看取りまで届いている診療所は56機関。住民の在宅死亡に対する区域内の看取りは72%で、中規模24時間型の厚みが鍵になる。

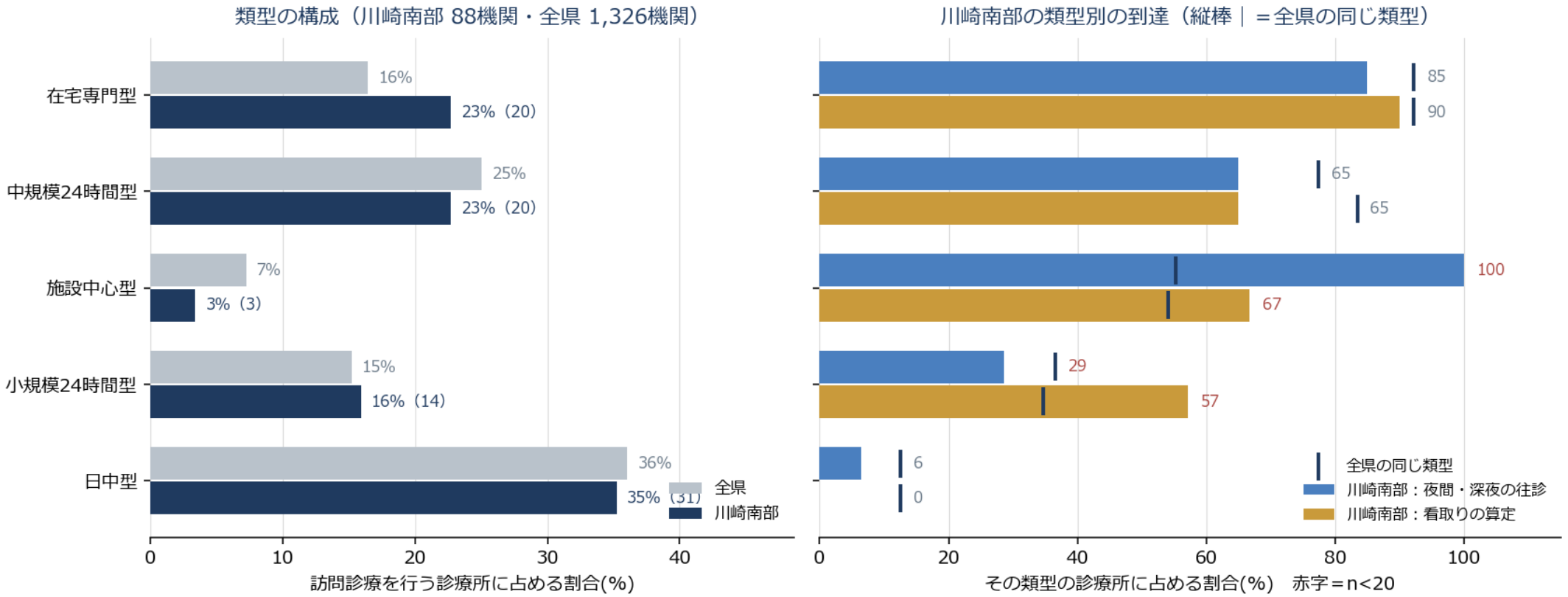


- 川崎北部の訪問診療を行う診療所107：在宅専門型26・中規模24時間型21・施設中心型9・小規模24時間型13・日中型38
- **看取りの算定は中規模24時間型71%・在宅専門型96%に対し、小規模24時間型23%・日中型16%**
- **24時間の往診体制がある68のうち16（24%）は夜間・深夜の往診の実績がない（全県31%）**
- **住民の在宅死亡に対する区域内の看取りは72%（全県68%）。在支診の届出がある診療所の看取りのうち62%を在宅専門型が担う（診療所別の一覧は巻末の参考）**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎北部の報告機関は555（診療所536・病院19）

在宅看取りの担い手の類型（川崎南部）

川崎南部で在宅の看取りまで届いている診療所は41機関。住民の在宅死亡に対する区域内の看取りは68%で、中規模24時間型の厚みが鍵になる。

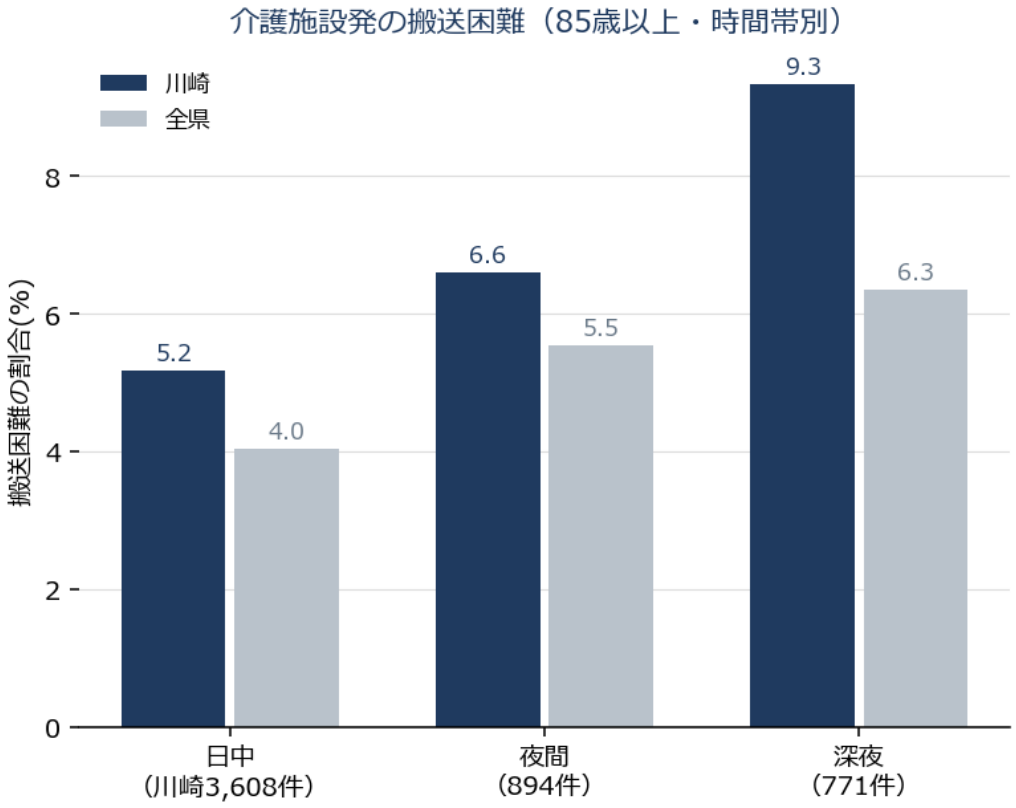


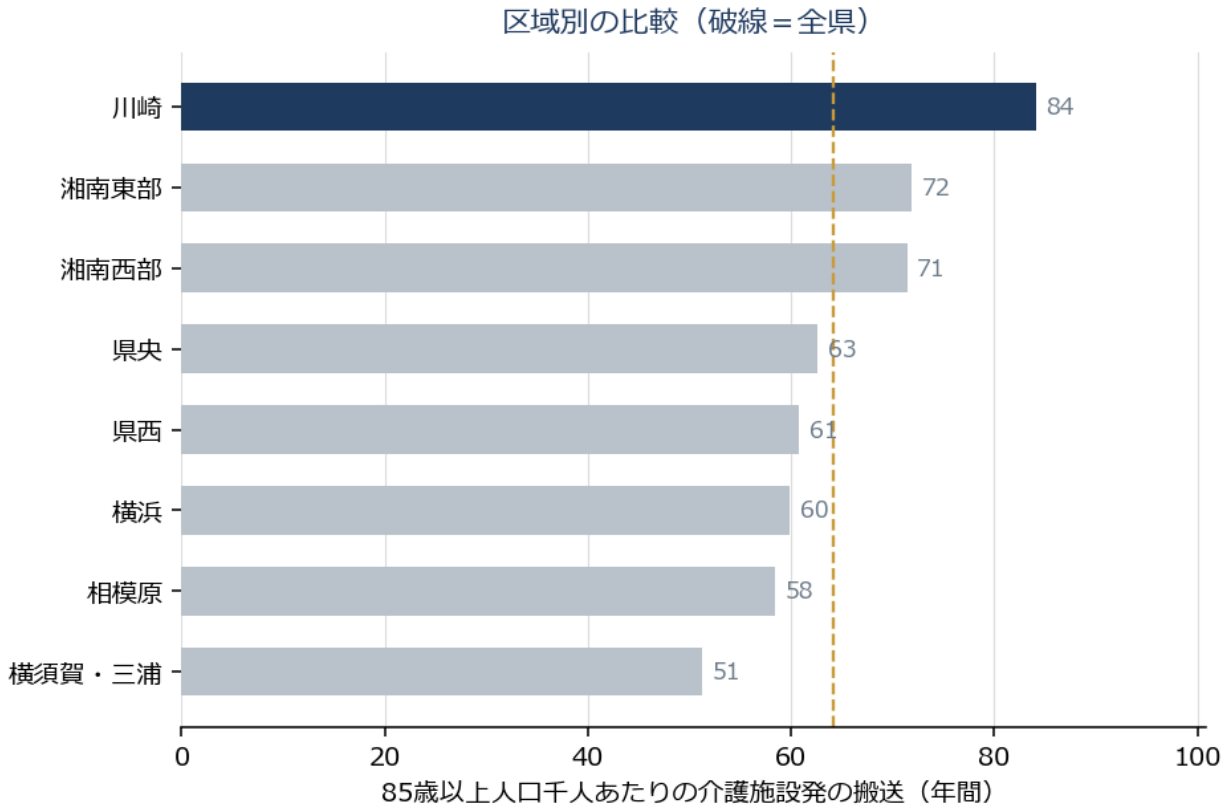
- 川崎南部の訪問診療を行う診療所88：在宅専門型20・中規模24時間型20・施設中心型3・小規模24時間型14・日中型31
- **看取りの算定は中規模24時間型65%・在宅専門型90%に対し、小規模24時間型57%・日中型0%**
- **24時間の往診体制がある55のうち18（33%）は夜間・深夜の往診の実績がない（全県31%）**
- **住民の在宅死亡に対する区域内の看取りは68%（全県68%）。在支診の届出がある診療所の看取りのうち66%を在宅専門型が担う（診療所別の一覧は巻末の参考）**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎南部の報告機関は483（診療所465・病院18）

介護施設発の救急搬送（川崎北部）

川崎の介護施設発の搬送は人口あたり全県を上回る。深夜の搬送困難は9.3%で、夜間に施設から医師へつながる取り決めが鍵になる。



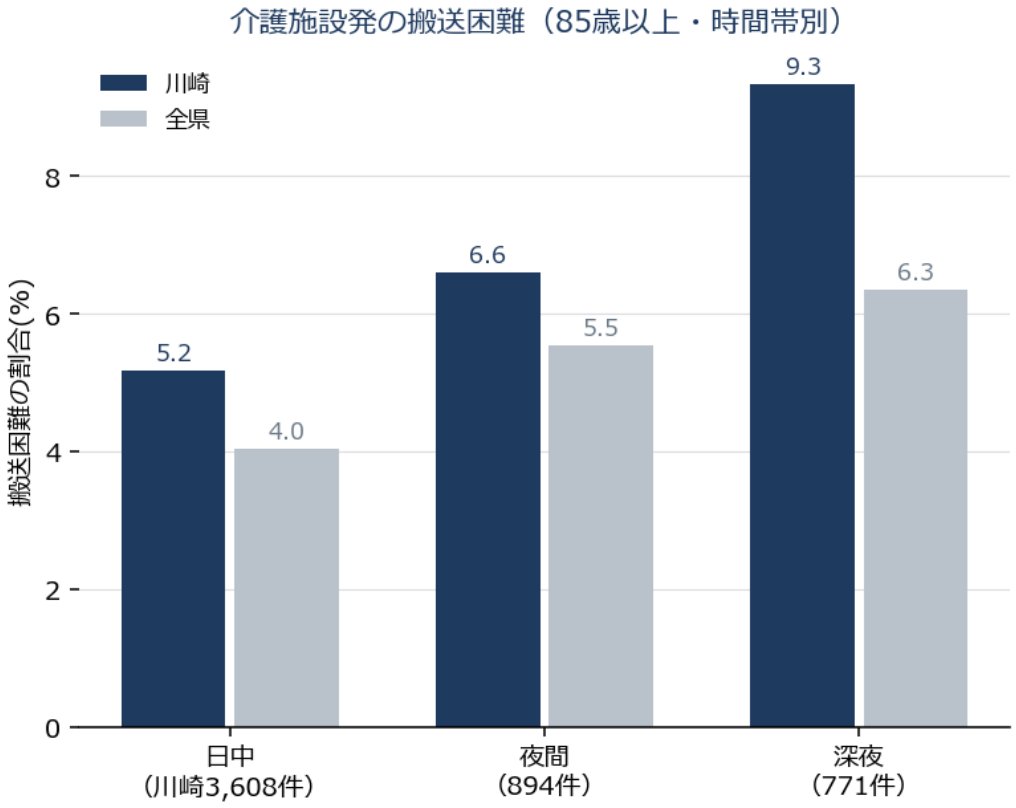


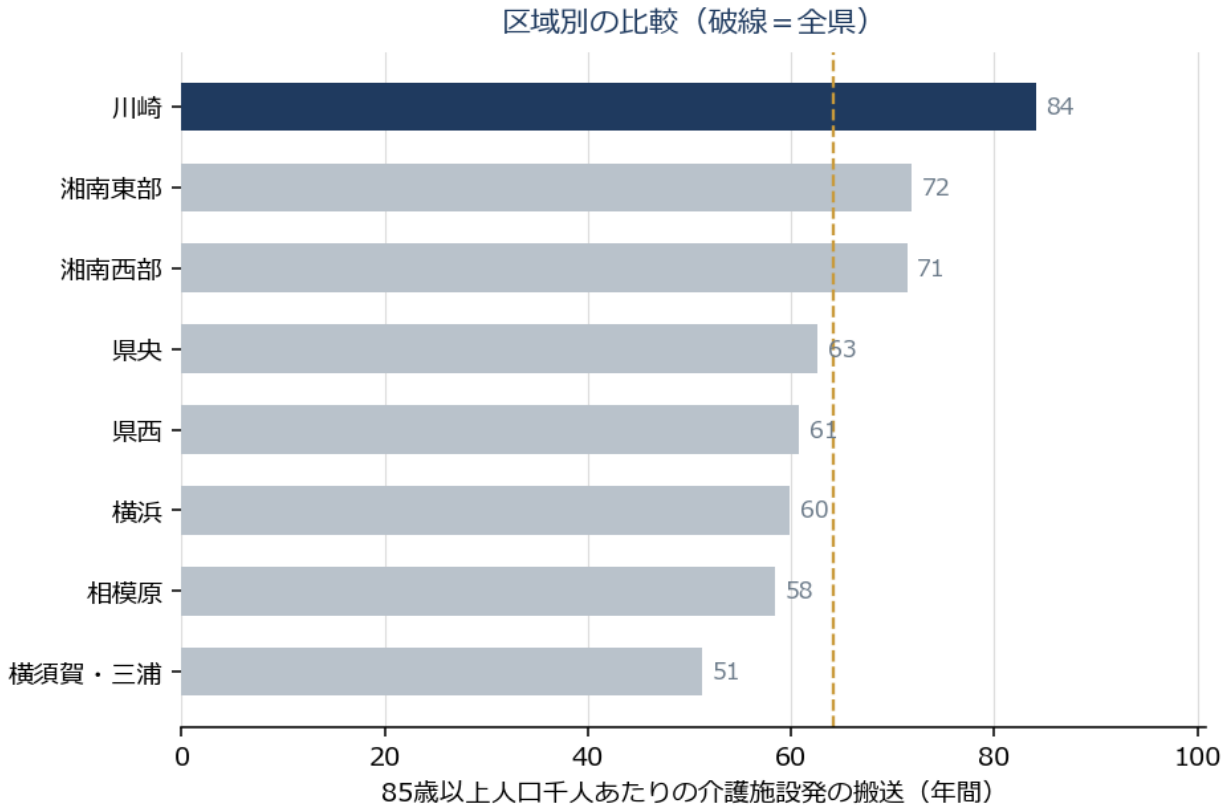
- 川崎の85歳以上の介護施設発の搬送は、85歳以上人口千人あたり84件（全県64件、8区域で1番目）（川崎市は消防局が1つで南北に分けられないため、救急の値は川崎全体）
- **搬送困難の割合は日中5.2%・夜間6.6%・深夜9.3%（全県 日中4.0・夜間5.5・深夜6.3%）**
- **件数と困難割合の組合せが、施設から夜間に医師へつながる取り決めの有無を映している可能性がある**
- ※発生地点の住所がないため施設単位の分析はできない

出典：神奈川県 救急搬送データ（2025年・転院搬送を除く・85歳以上。2026年10月追加取得の綾瀬市分を含む）、将来推計人口（2025年）。介護施設発＝発生場所「老人ホーム・老健等」

介護施設発の救急搬送（川崎南部）

川崎の介護施設発の搬送は人口あたり全県を上回る。深夜の搬送困難は9.3%で、夜間に施設から医師へつながる取り決めが鍵になる。





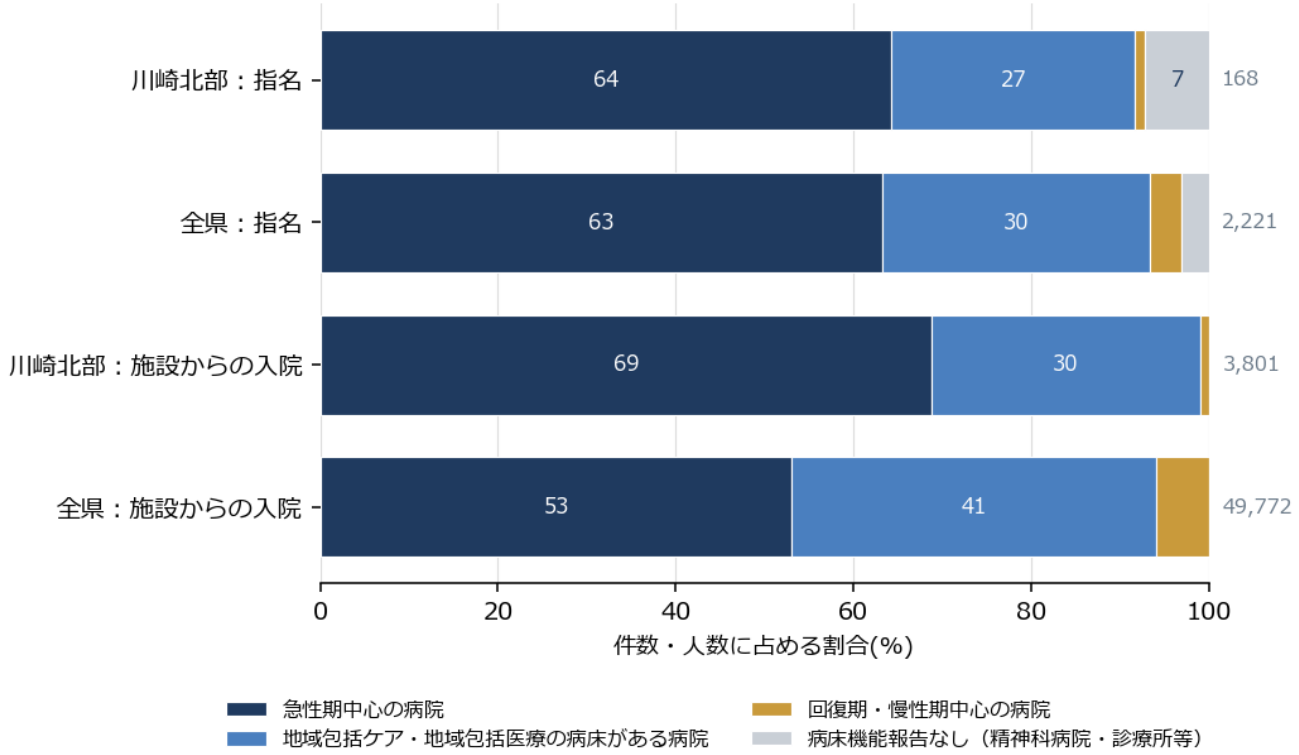
- 川崎の85歳以上の介護施設発の搬送は、85歳以上人口千人あたり84件（全県64件、8区域で1番目）（川崎市は消防局が1つで南北に分けられないため、救急の値は川崎全体）
- **搬送困難の割合は日中5.2%・夜間6.6%・深夜9.3%（全県 日中4.0・夜間5.5・深夜6.3%）**
- **件数と困難割合の組合せが、施設から夜間に医師へつながる取り決めの有無を映している可能性がある**
- ※発生地点の住所がないため施設単位の分析はできない

出典：神奈川県 救急搬送データ（2025年・転院搬送を除く・85歳以上。2026年10月追加取得の綾瀬市分を含む）、将来推計人口（2025年）。介護施設発＝発生場所「老人ホーム・老健等」

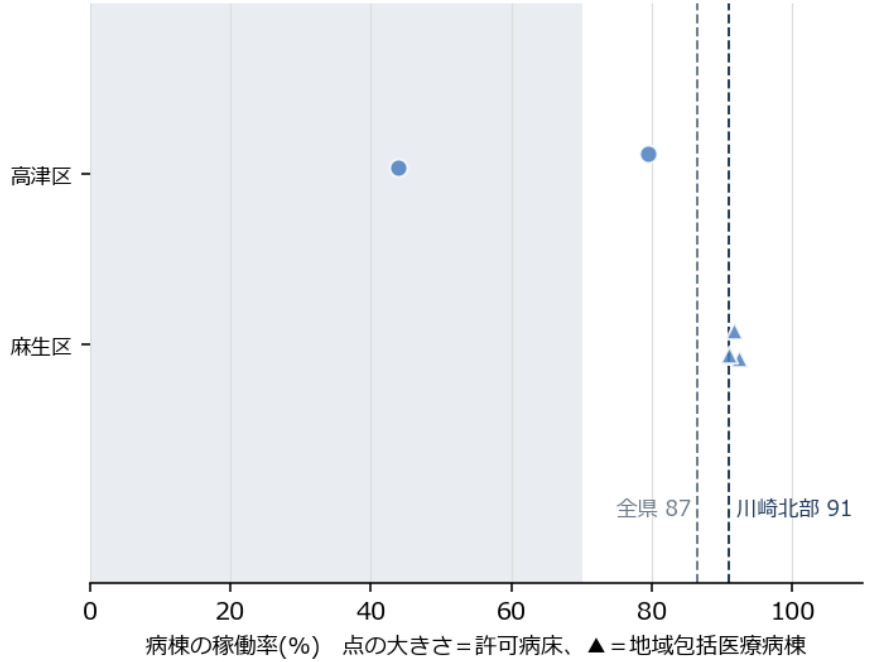
後方支援の受け皿（川崎北部）

川崎北部の後方支援の指名の64%は急性期中心の病院に向かう。限られた受け皿を診療所・施設とどう結ぶかが論点になる。

後方支援の指名先と、介護施設等からの入院を受けた病院



地域包括ケア・地域包括医療病棟の稼働率（5病棟・区別）

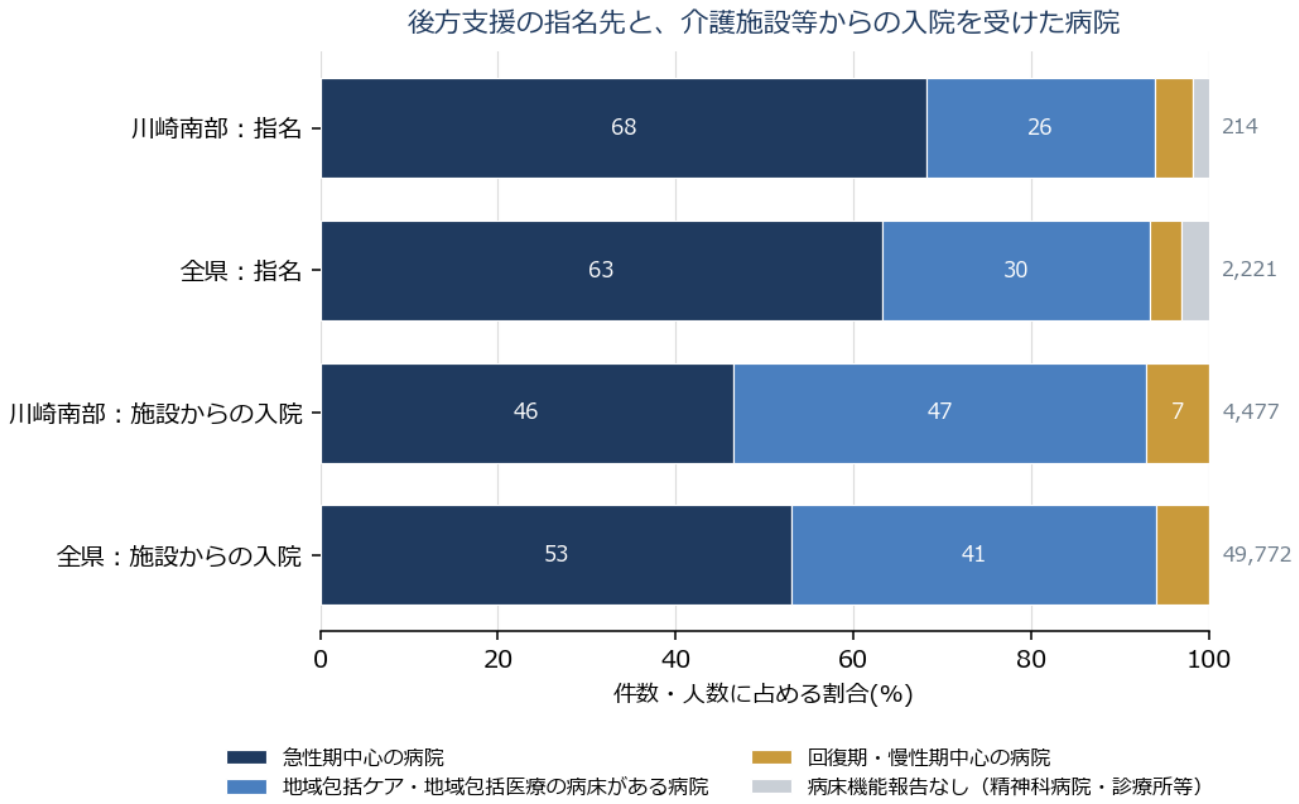


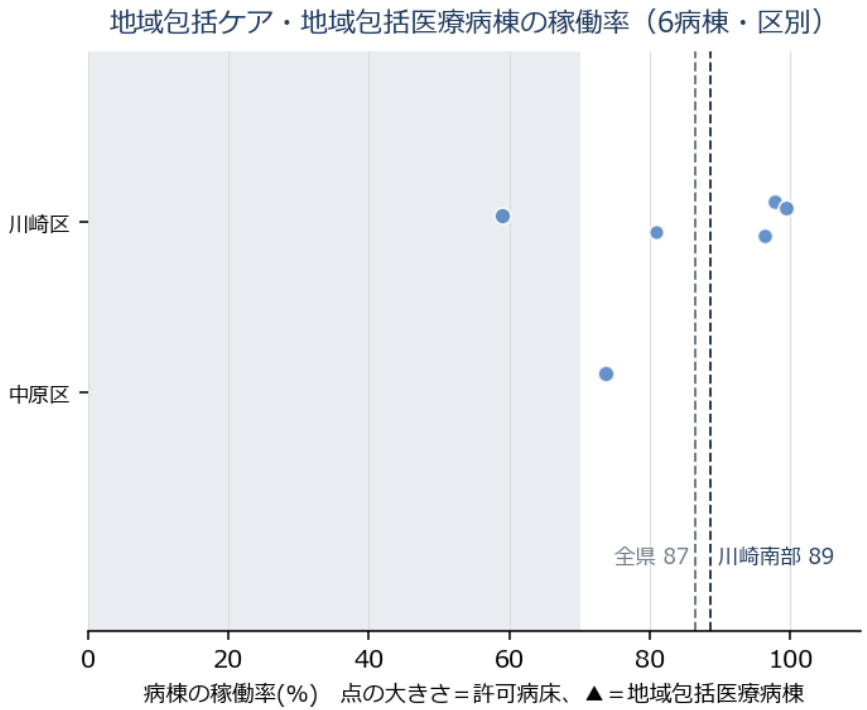
- 川崎北部の医療機関が受けた後方支援の指名は168件。指名の64%は急性期中心の病院に向かい、地ケア等の病床がある病院は27%（全県30%）
- 介護施設等からの入院3,801人の30%は地ケア等の病院が受ける（全県41%）
- 地ケア・地域包括医療の5病棟の稼働率は中央値91%（全県87%）。空床は平均して1日あたり約55床
- ＝地ケア等の病院を診療所・施設の連携先としてどう位置づけるかが論点になる（病院別の一覧は巻末の参考）

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点）、病床機能報告R7（令和6年度実績）。地ケア等あり＝地域包括ケア・地域包括医療の届出あり、急性期中心＝地ケア等の病床がなく高度急性期・急性期が過半

後方支援の受け皿（川崎南部）

川崎南部の後方支援の指名の68%は急性期中心の病院に向かう。限られた受け皿を診療所・施設とどう結ぶかが論点になる。



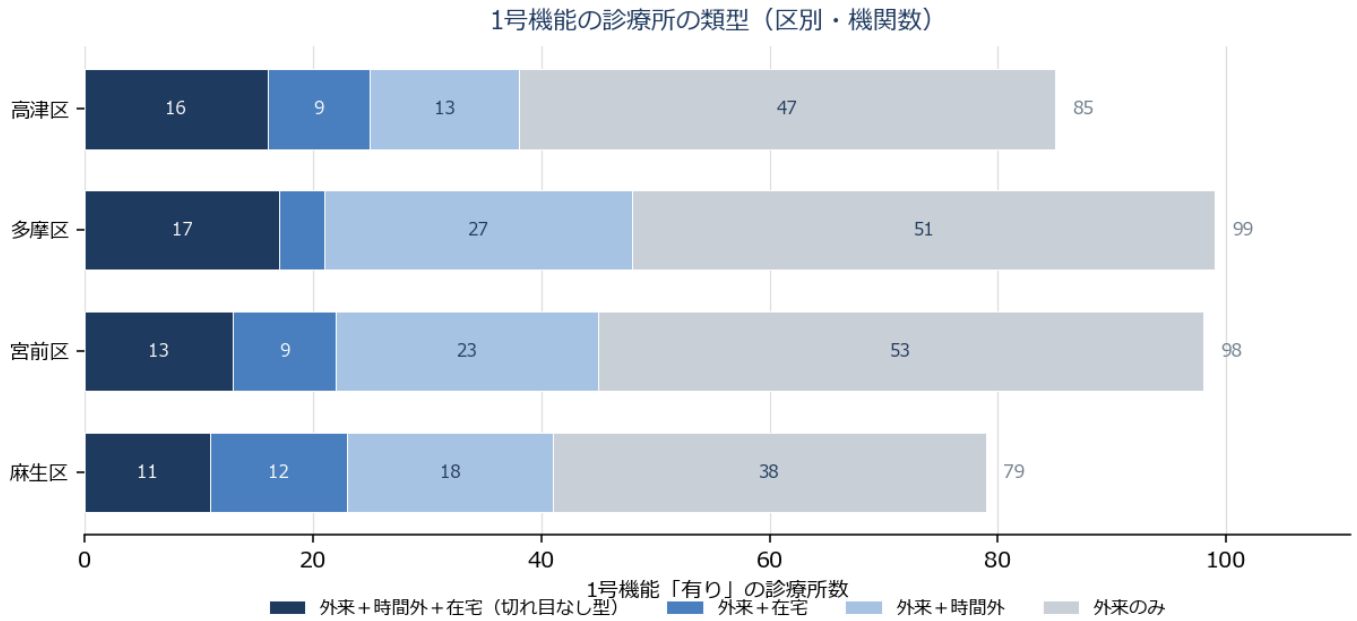


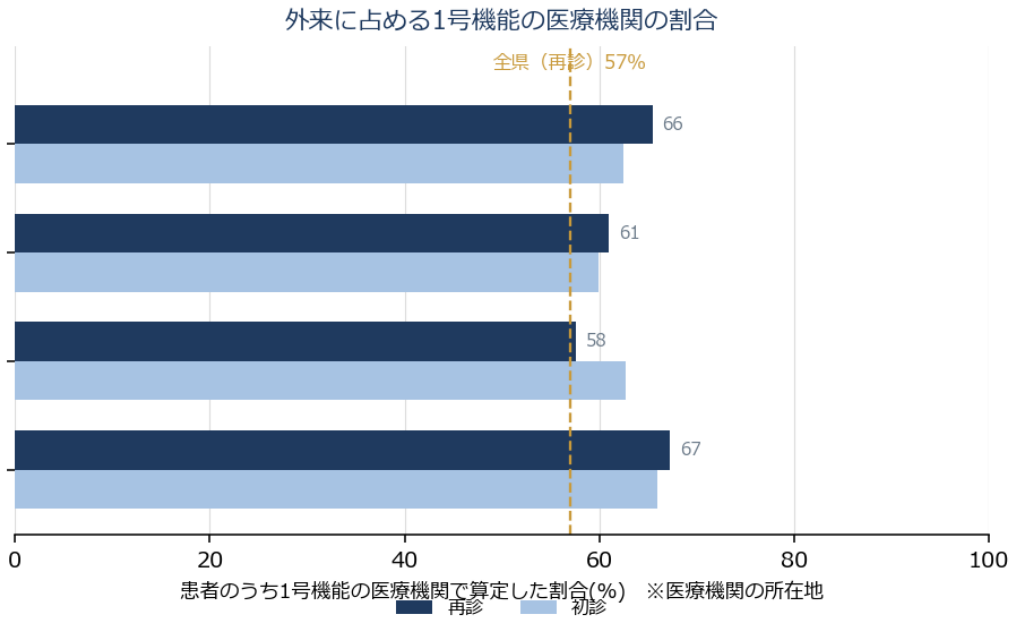
- **川崎南部の医療機関が受けた後方支援の指名は214件。指名の68%は急性期中心の病院に向かい、地ケア等の病床がある病院は26%（全県30%）**
- **介護施設等からの入院4,477人の47%は地ケア等の病院が受ける（全県41%）**
- **地ケア・地域包括医療の6病棟の稼働率は中央値89%（全県87%）。空床は平均して1日あたり約39床**
- **＝地ケア等の病院を診療所・施設の連携先としてどう位置づけるかが論点になる（病院別の一覧は巻末の参考）**

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点）、病床機能報告R7（令和6年度実績）。地ケア等あり＝地域包括ケア・地域包括医療の届出あり、急性期中心＝地ケア等の病床がなく高度急性期・急性期が過半

外来から時間外・在宅まで続けて診る診療所（川崎北部）

川崎北部の1号機能の診療所の52%は外来のみ。切れ目なし型は人口あたり全県の10割で、外来のみの診療所を連携で時間外・在宅につなぐ仕組みが論点になる。



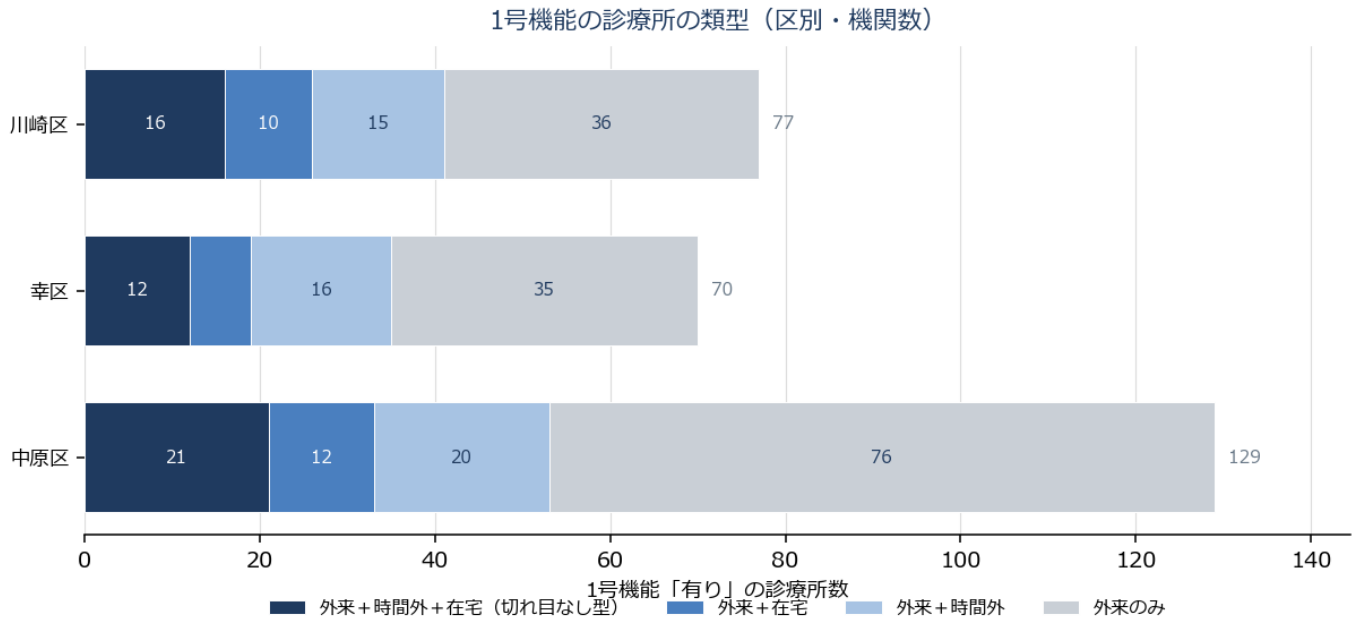


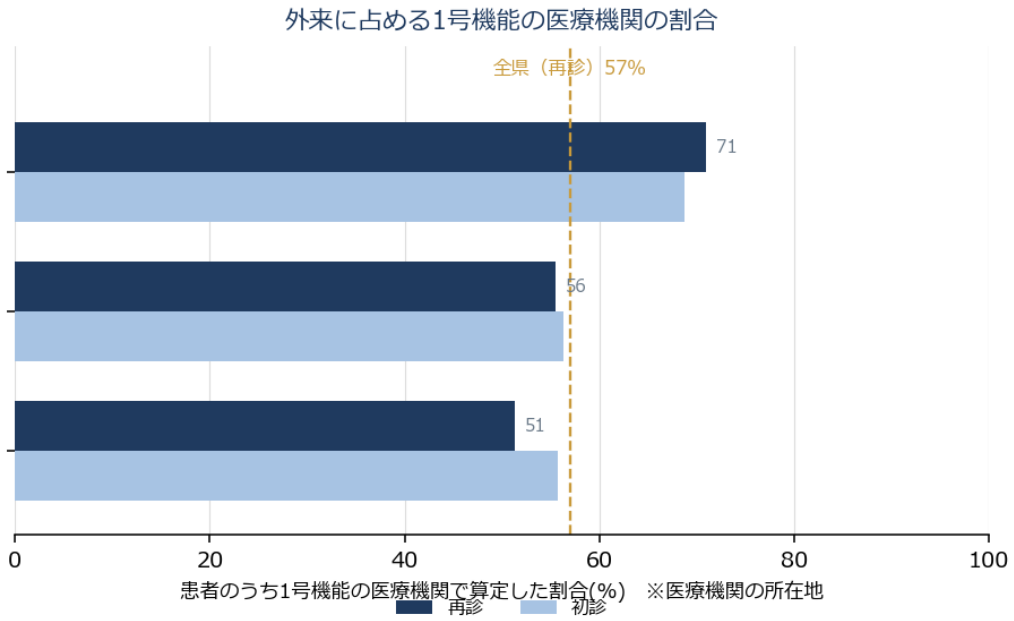
- 川崎北部の1号機能「有り」の診療所361のうち、外来のみ52%（全県52%）、切れ目なし型16%（全県17%）。切れ目なし型で在宅の算定もある診療所は75歳以上1万人あたり4.2（全県4.1）
- **区別には多摩区5.6から麻生区3.5まで開く**
- **外来に占める1号機能の割合（再診）は麻生区67%から宮前区58%まで（全県57%）**
- **＝外来のみの診療所を、連携で時間外・在宅につなぐ仕組みを区をまたいで組めるかが論点になる**

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点）、R7かかりつけ医機能データブック（1号機能の医療機関の初診・再診の患者割合＝医療機関の所在地）、将来推計人口（2025年）

外来から時間外・在宅まで続けて診る診療所（川崎南部）

川崎南部の1号機能の診療所の53%は外来のみ。切れ目なし型は人口あたり全県の14割で、外来のみの診療所を連携で時間外・在宅につなぐ仕組みが論点になる。



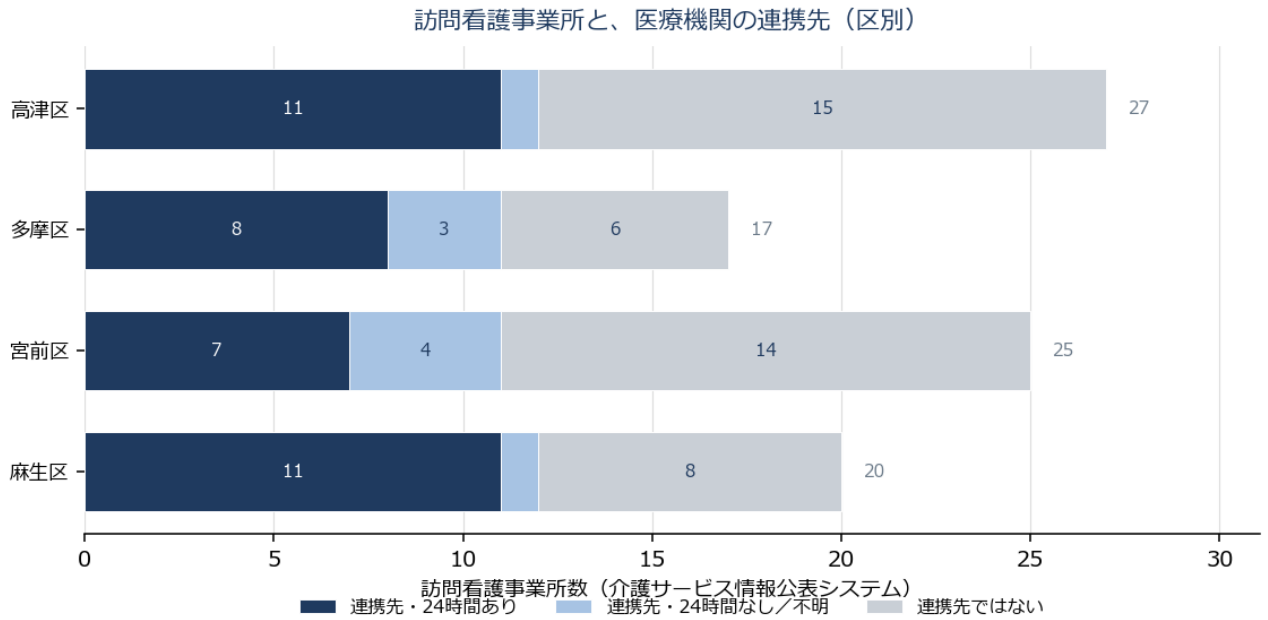


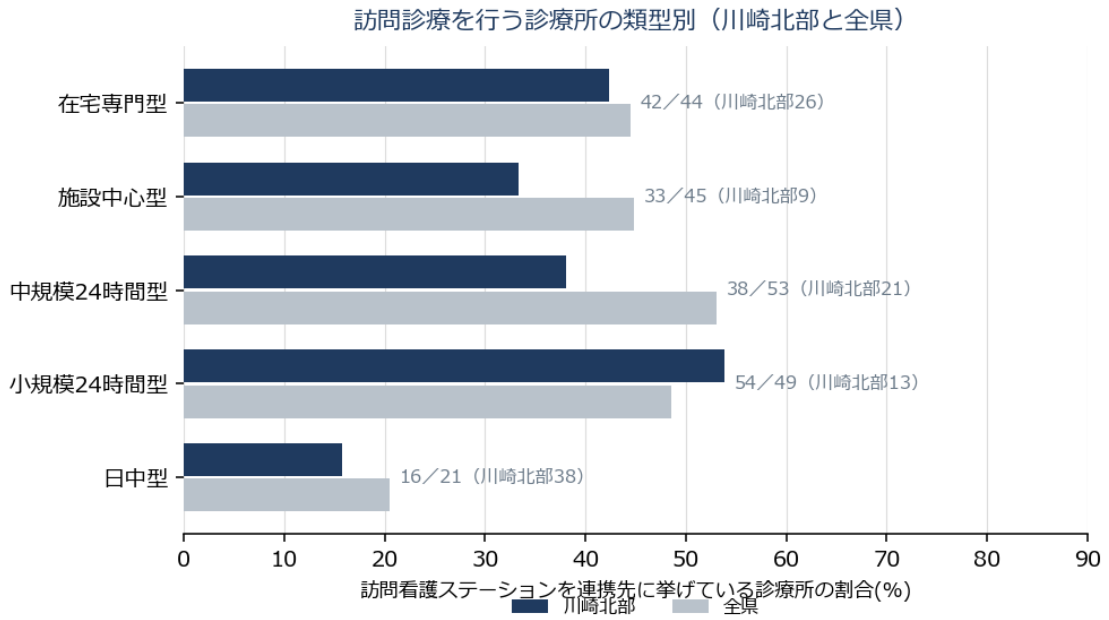
- 川崎南部の1号機能「有り」の診療所276のうち、外来のみ53%（全県52%）、切れ目なし型18%（全県17%）。切れ目なし型で在宅の算定もある診療所は75歳以上1万人あたり5.6（全県4.1）
- **区別には中原区6.8から川崎区4.7まで開く**
- **外来に占める1号機能の割合（再診）は川崎区71%から中原区51%まで（全県57%）**
- **＝外来のみの診療所を、連携で時間外・在宅につなぐ仕組みを区をまたいで組めるかが論点になる**

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点）、R7かかりつけ医機能データブック（1号機能の医療機関の初診・再診の患者割合＝医療機関の所在地）、将来推計人口（2025年）

訪問看護との協働（川崎北部）

川崎北部で医療機関の連携先に挙がる訪問看護ステーションは46か所。日中型の診療所は16%しかステーションとつながっておらず、ここを結ぶことが論点になる。



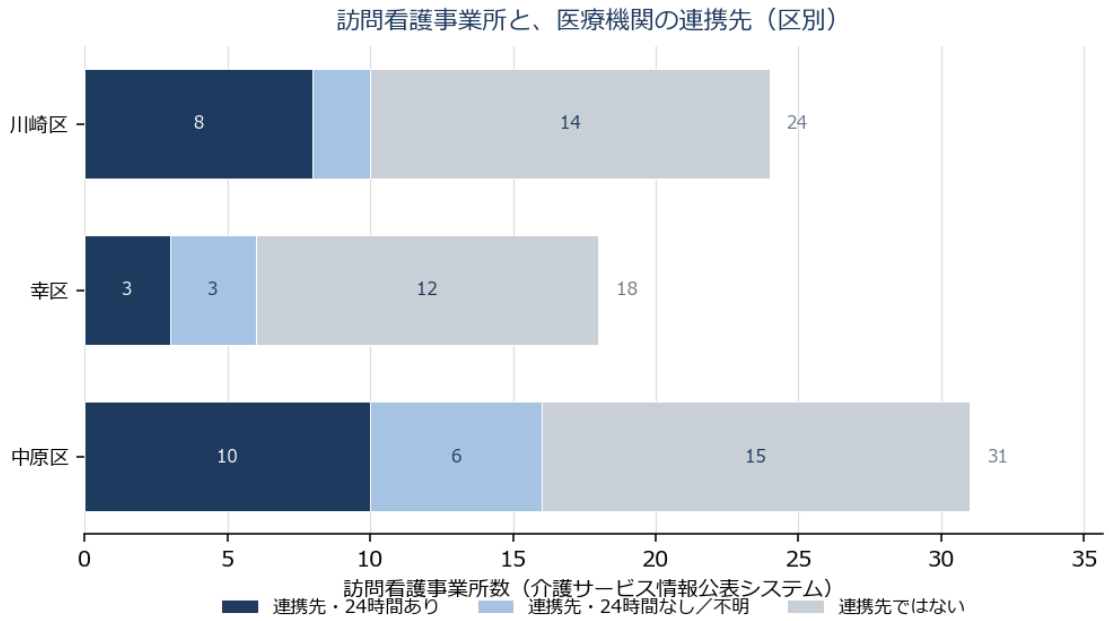


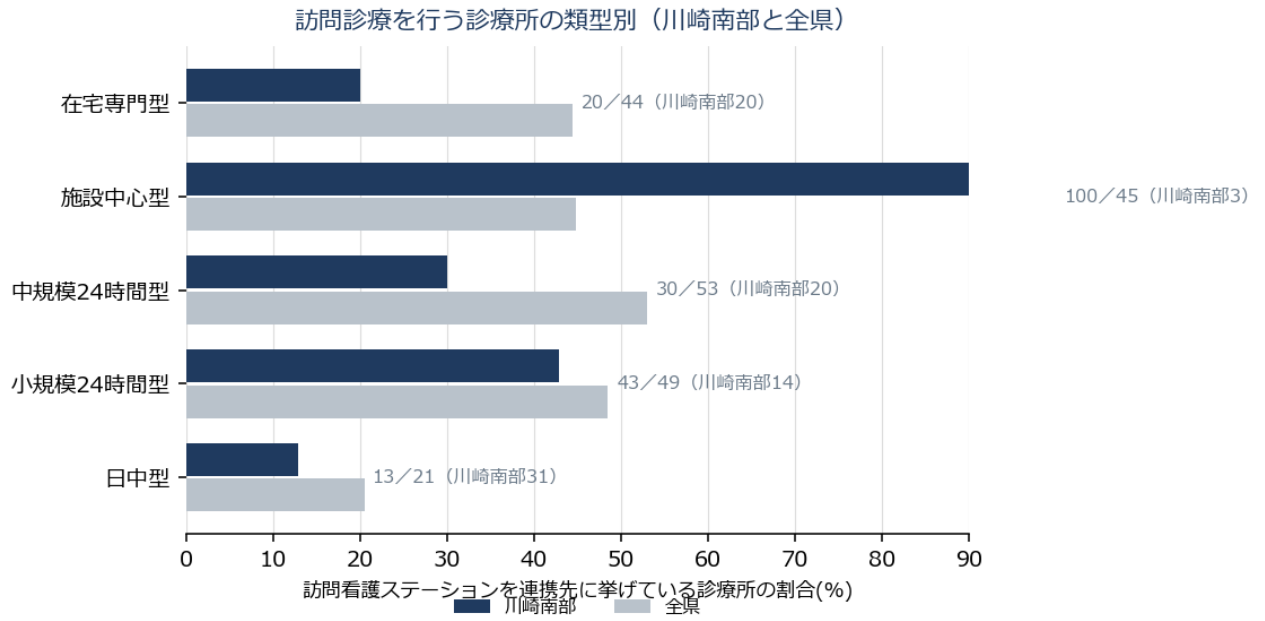
- 川崎北部の訪問看護事業所89のうち、医療機関の連携先に挙がったのは46（52%）。受けた指名105件のうち27件は区域外から
- **連携先に挙がったステーションの24時間対応は100%（挙がっていない事業所93%、不明を除く）**
- **訪問診療を行う診療所のうちステーションを連携先に挙げているのは、中規模24時間型38%・小規模24時間型54%に対し、日中型16%**
- **＝日中型の診療所と24時間対応のステーションを結ぶことが、夜間の受け皿を広げる打ち手になる（事業所別の一覧は巻末の参考）**

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点）、介護サービス情報公表システム（2026年9月取得）、訪問看護ステーション実施状況報告R6（名称・住所で突合）

訪問看護との協働（川崎南部）

川崎南部で医療機関の連携先に挙がる訪問看護ステーションは32か所。日中型の診療所は13%しかステーションとつながっておらず、ここを結ぶことが論点になる。





- 川崎南部の訪問看護事業所73のうち、医療機関の連携先に挙がったのは32（44%）。受けた指名83件のうち21件は区域外から
- **連携先に挙がったステーションの24時間対応は91%（挙がっていない事業所81%、不明を除く）**
- **訪問診療を行う診療所のうちステーションを連携先に挙げているのは、中規模24時間型30%・小規模24時間型43%に対し、日中型13%**
- **＝日中型の診療所と24時間対応のステーションを結ぶことが、夜間の受け皿を広げる打ち手になる（事業所別の一覧は巻末の参考）**

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点）、介護サービス情報公表システム（2026年9月取得）、訪問看護ステーション実施状況報告R6（名称・住所で突合）

論点　体制と実働の途切れ 少人数の在宅・夜間・施設との取り決めをつなぐ（北部）

24時間の往診体制がある診療所の24%は夜間・深夜の往診の実績がなく、1号機能の診療所の52%は外来のみ。数を増やすより、今ある体制を連携でつなぎ実働に変える仕組みが論点になる。

データが示す不足

- T1：24時間の往診体制を報告した診療所68のうち16（24%）は夜間・深夜の往診の実績がない（全県31%）
- T3：後方支援の指名の64%は急性期中心の病院へ。施設からの入院は急性期中心69%・地ケア等30%
- T4：1号機能の診療所の52%は外来のみ（全県52%）。切れ目なし型（在宅算定あり）は75歳以上1万対4.2（全県4.1）
- T5：訪問看護を連携先に挙げる診療所は、中規模24時間型38%・小規模24時間型54%・日中型16%
- ⇒ 体制の報告と実働のずれは、少人数の在宅・夜間・訪問看護との接点に集まる

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

選択肢　どれが現実的か

- A 日中型・小規模24時間型の診療所と24時間対応ステーションの組合せを市町村単位で標準化する
- B 外来のみの診療所を輪番・グループ化で時間外・在宅につなぐ（切れ目なし型を増やす）
- C 地ケア等の病院を「時々入院」の受け皿として施設・診療所と直接結び、指名関係を公表する

決めること　誰が・どの場で

- 在宅医療・介護連携推進事業：A。外来医療の協議の場：B。調整会議：C（受け皿病院の位置づけ）

決めないと起きること

- **報告上の体制はあっても夜間に動かず、施設・在宅からの急変が救急搬送と拠点病院の夜間負荷に流れ続ける**

第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：介護施設の協力医療機関の協定推進の検討が大事（他区域）
- 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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

論点　体制と実働の途切れ 少人数の在宅・夜間・施設との取り決めをつなぐ（南部）

24時間の往診体制がある診療所の33%は夜間・深夜の往診の実績がなく、1号機能の診療所の53%は外来のみ。数を増やすより、今ある体制を連携でつなぎ実働に変える仕組みが論点になる。

データが示す不足

- T1：24時間の往診体制を報告した診療所55のうち18（33%）は夜間・深夜の往診の実績がない（全県31%）
- T3：後方支援の指名の68%は急性期中心の病院へ。施設からの入院は急性期中心46%・地ケア等47%
- T4：1号機能の診療所の53%は外来のみ（全県52%）。切れ目なし型（在宅算定あり）は75歳以上1万対5.6（全県4.1）
- T5：訪問看護を連携先に挙げる診療所は、中規模24時間型30%・小規模24時間型43%・日中型13%
- ⇒ 体制の報告と実働のずれは、少人数の在宅・夜間・訪問看護との接点に集まる

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

選択肢　どれが現実的か

- A 日中型・小規模24時間型の診療所と24時間対応ステーションの組合せを市町村単位で標準化する
- B 外来のみの診療所を輪番・グループ化で時間外・在宅につなぐ（切れ目なし型を増やす）
- C 地ケア等の病院を「時々入院」の受け皿として施設・診療所と直接結び、指名関係を公表する

決めること　誰が・どの場で

- 在宅医療・介護連携推進事業：A。外来医療の協議の場：B。調整会議：C（受け皿病院の位置づけ）

決めないと起きること

- **報告上の体制はあっても夜間に動かず、施設・在宅からの急変が救急搬送と拠点病院の夜間負荷に流れ続ける**

第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：介護施設の協力医療機関の協定推進の検討が大事（他区域）
- 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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

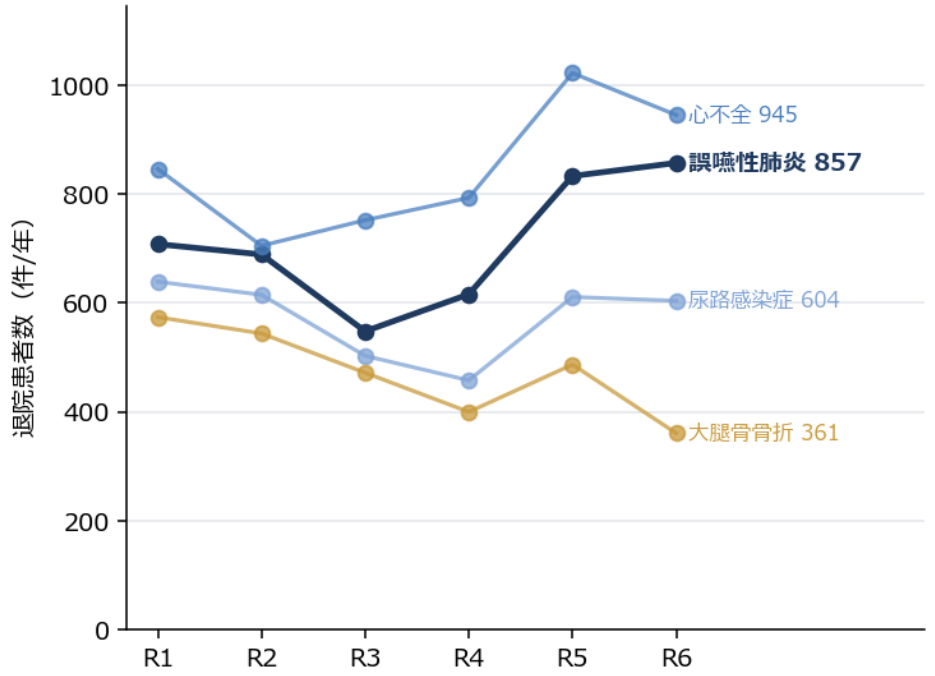
Ⅵ 需要と資源

増える需要を、川崎北部のどの資源で受け止めるか（セミナー資料の新規分析から）

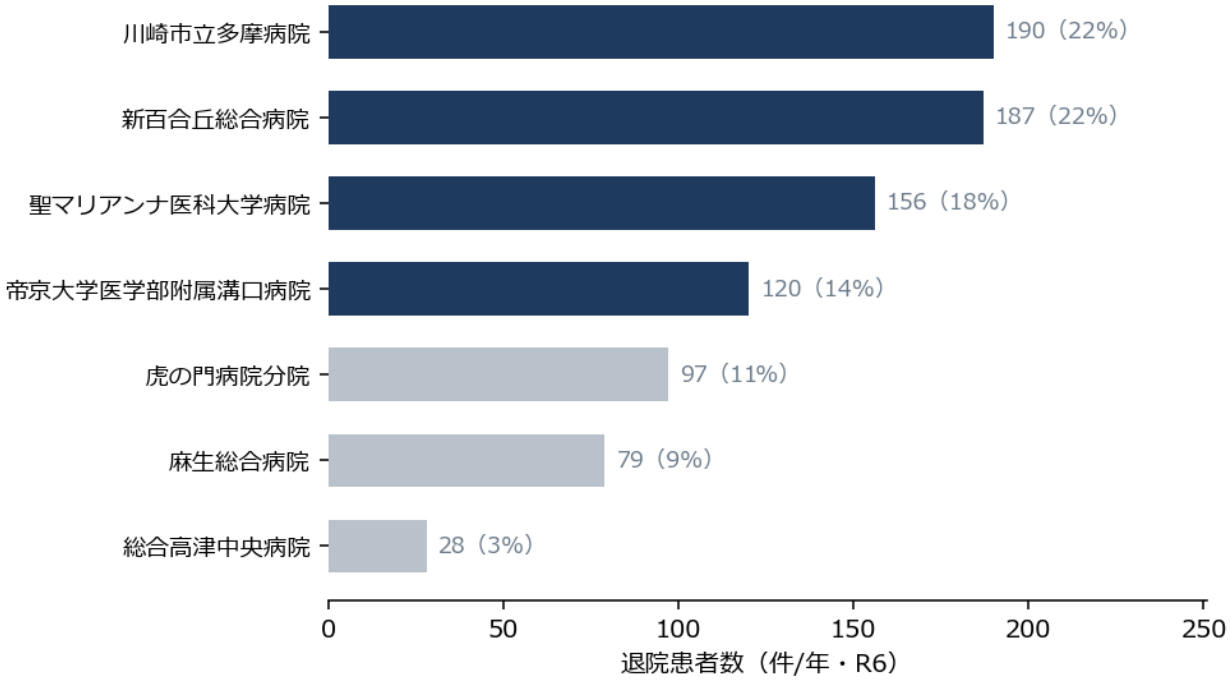
誤嚥性肺炎の入院は5年で1.21倍　上位4病院に76%（川崎北部）

川崎北部の誤嚥性肺炎の入院は7病院で受け、上位4病院に76%が集まる。受け皿の分担を拠点候補以外にどう広げるかが、Ⅲ章の後方支援・T3の地ケア病棟の余力とつながる。

高齢者に多い4疾患の退院患者数（川崎北部・R1→R6）
4疾患計 2,767→2,767件（1.00倍）　誤嚥性肺炎 708→857件（1.21倍）



誤嚥性肺炎を受け入れた病院（川崎北部・R6・計857件・上位7）



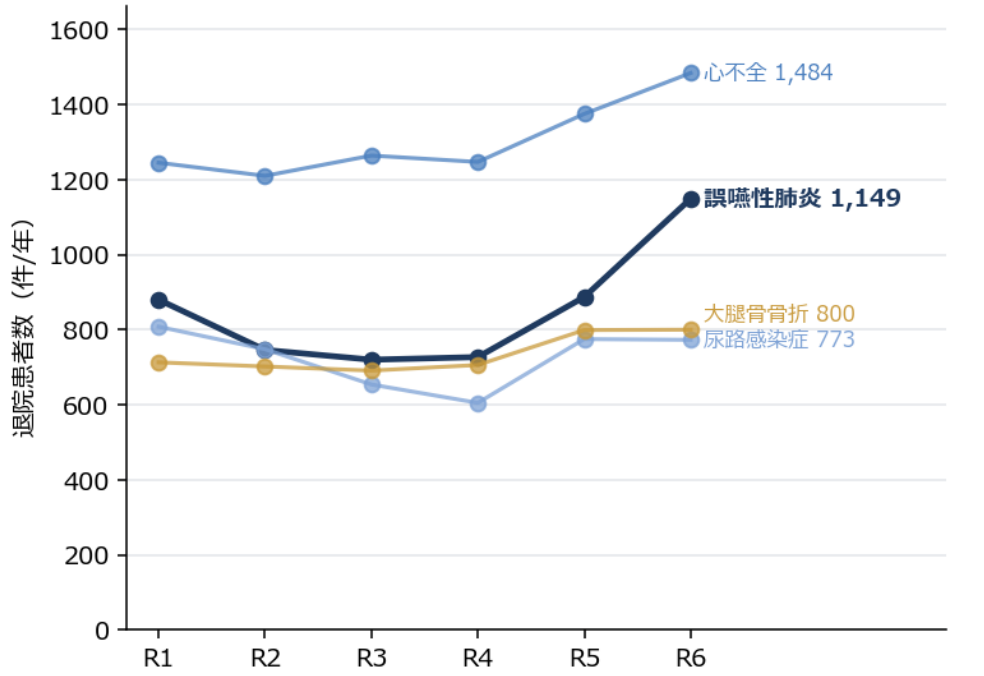
- 高齢者に多い4疾患の退院患者は2,767件から2,767件（1.00倍）。誤嚥性肺炎は708→857件
- **誤嚥性肺炎は7病院が受け、川崎市立多摩病院（190）、新百合丘総合病院（187）、聖マリアンナ医科大学病院（156）、帝京大学医学部附属溝口病…（120）の上位4病院で76%**
- **手術ではなく高齢者の肺炎・骨折で急性期病院の入院が増えている。拠点候補が高齢者内科系救急を抱え続けると、手術・重症救急の余力が削られる**
- ※左の推移は令和元～6年度すべてに報告のある同一病院の合計、右の受入病院は令和6年度に報告のある全病院（10症例以上）。倍率には病院ごとの件数の増減（診療体制の変更、DPC対象外への移行、10症例未満の秘匿）を含む

出典：DPC「退院患者調査」（令和元～6年度・区域内の病院、10症例未満は秘匿）。推移は6年度すべてに報告のある同一病院、受入病院は令和6年度の報告病院。病院名は法人名を除いた表記

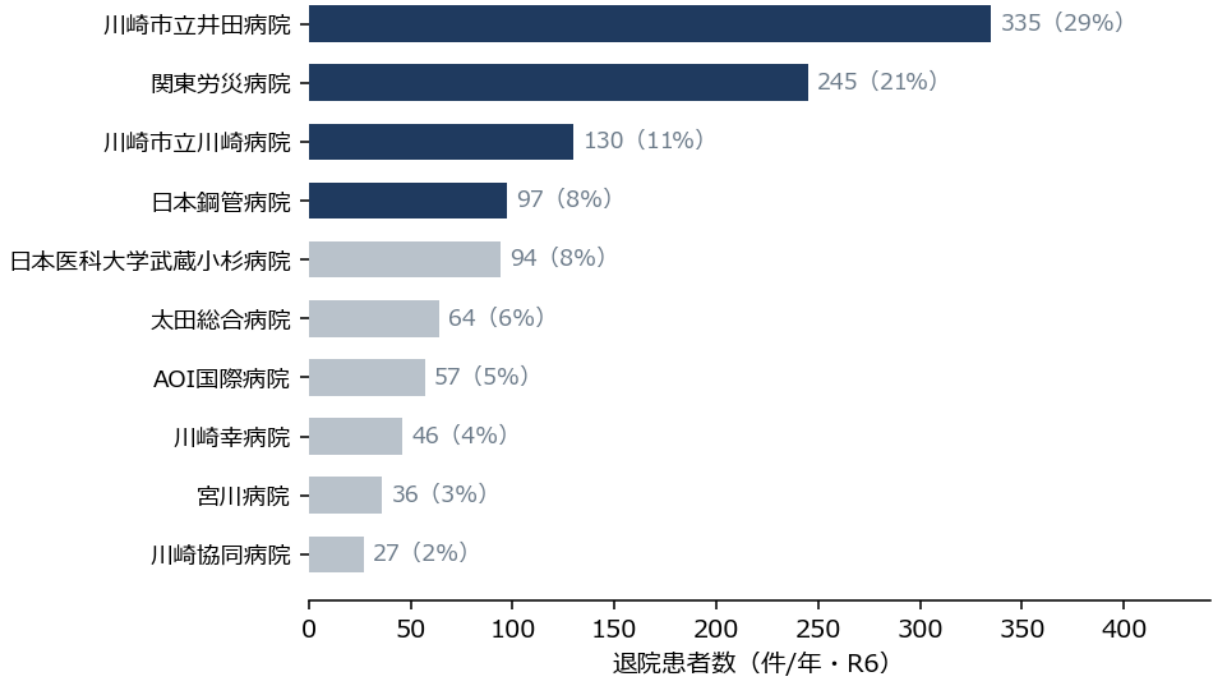
誤嚥性肺炎の入院は5年で1.31倍　上位4病院に70%（川崎南部）

川崎南部の誤嚥性肺炎の入院は11病院で受け、上位4病院に70%が集まる。受け皿の分担を拠点候補以外にどう広げるかが、Ⅲ章の後方支援・T3の地ケア病棟の余力とつながる。

高齢者に多い4疾患の退院患者数（川崎南部・R1→R6）
4疾患計 3,646→4,206件（1.15倍）　誤嚥性肺炎 880→1,149件（1.31倍）



誤嚥性肺炎を受け入れた病院（川崎南部・R6・計1,149件・上位10）



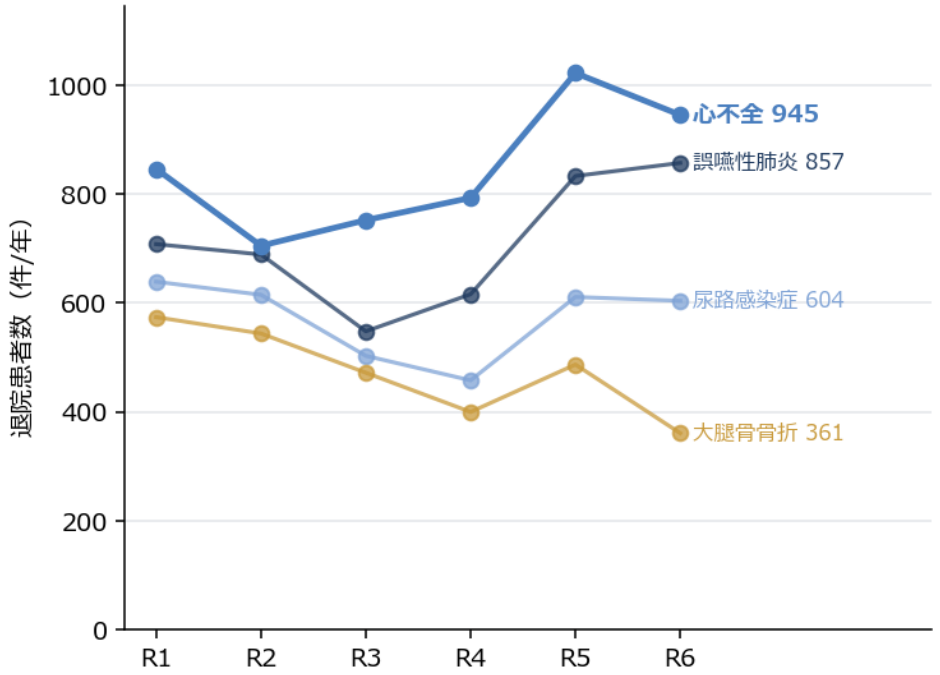
- 高齢者に多い4疾患の退院患者は3,646件から4,206件（1.15倍）。誤嚥性肺炎は880→1,149件
- **誤嚥性肺炎は11病院が受け、川崎市立井田病院（335）、関東労災病院（245）、川崎市立川崎病院（130）、日本鋼管病院（97）の上位4病院で70%**
- **手術ではなく高齢者の肺炎・骨折で急性期病院の入院が増えている。拠点候補が高齢者内科系救急を抱え続けると、手術・重症救急の余力が削られる**
- ※左の推移は令和元～6年度すべてに報告のある同一病院の合計、右の受入病院は令和6年度に報告のある全病院（10症例以上）。倍率には病院ごとの件数の増減（診療体制の変更、DPC対象外への移行、10症例未満の秘匿）を含む

出典：DPC「退院患者調査」（令和元～6年度・区域内の病院、10症例未満は秘匿）。推移は6年度すべてに報告のある同一病院、受入病院は令和6年度の報告病院。病院名は法人名を除いた表記

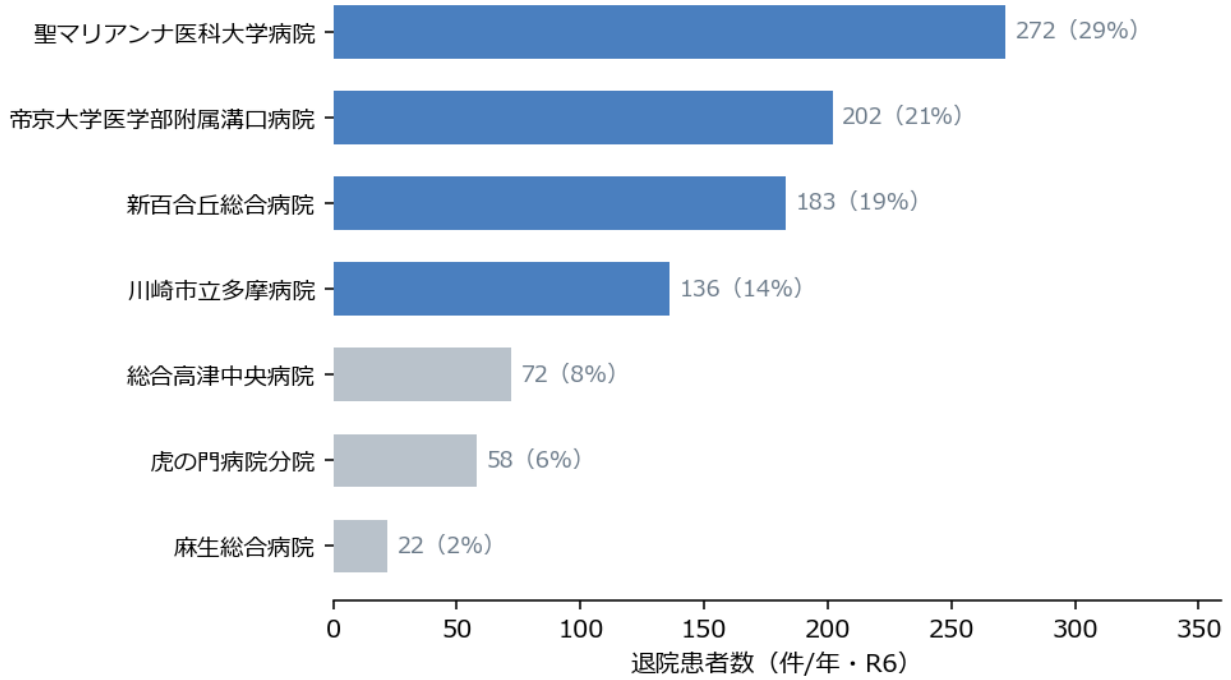
心不全の入院は5年で1.12倍　上位4病院に84%（川崎北部）

川崎北部の心不全の入院は7病院で受け、上位4病院に84%が集まる。受け皿の分担を拠点候補以外にどう広げるかが、Ⅲ章の後方支援・T3の地ケア病棟の余力とつながる。

高齢者に多い4疾患の退院患者数（川崎北部・R1→R6）
4疾患計 2,767→2,767件（1.00倍）　心不全 846→945件（1.12倍）



心不全を受け入れた病院（川崎北部・R6・計945件・上位7）



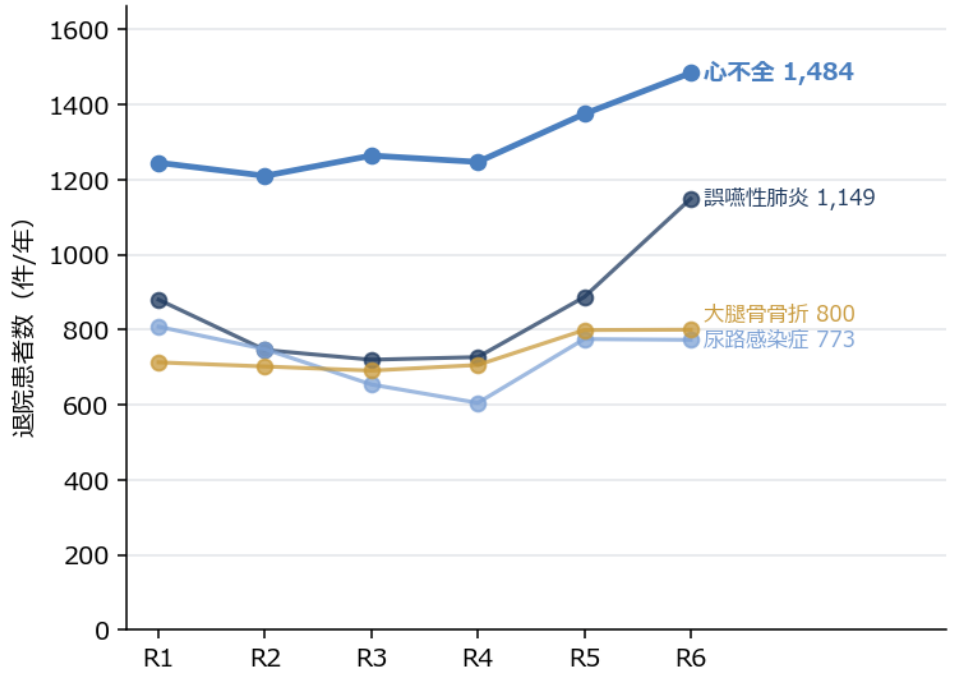
- 高齢者に多い4疾患の退院患者は2,767件から2,767件（1.00倍）。心不全は846→945件
- **心不全は7病院が受け、聖マリアンナ医科大学病院（272）、帝京大学医学部附属溝口病…（202）、新百合丘総合病院（183）、川崎市立多摩病院（136）の上位4病院で84%**
- **心不全は再入院が多く、外来・在宅での管理（1号機能の心不全対応は全県31%）が入院を左右する。受入病院の分担とあわせて、日常診療の裾野が論点になる**
- ※左の推移は令和元～6年度すべてに報告のある同一病院の合計、右の受入病院は令和6年度に報告のある全病院（10症例以上）。倍率には病院ごとの件数の増減（診療体制の変更、DPC対象外への移行、10症例未満の秘匿）を含む

出典：DPC「退院患者調査」（令和元～6年度・区域内の病院、10症例未満は秘匿）。推移は6年度すべてに報告のある同一病院、受入病院は令和6年度の報告病院。病院名は法人名を除いた表記

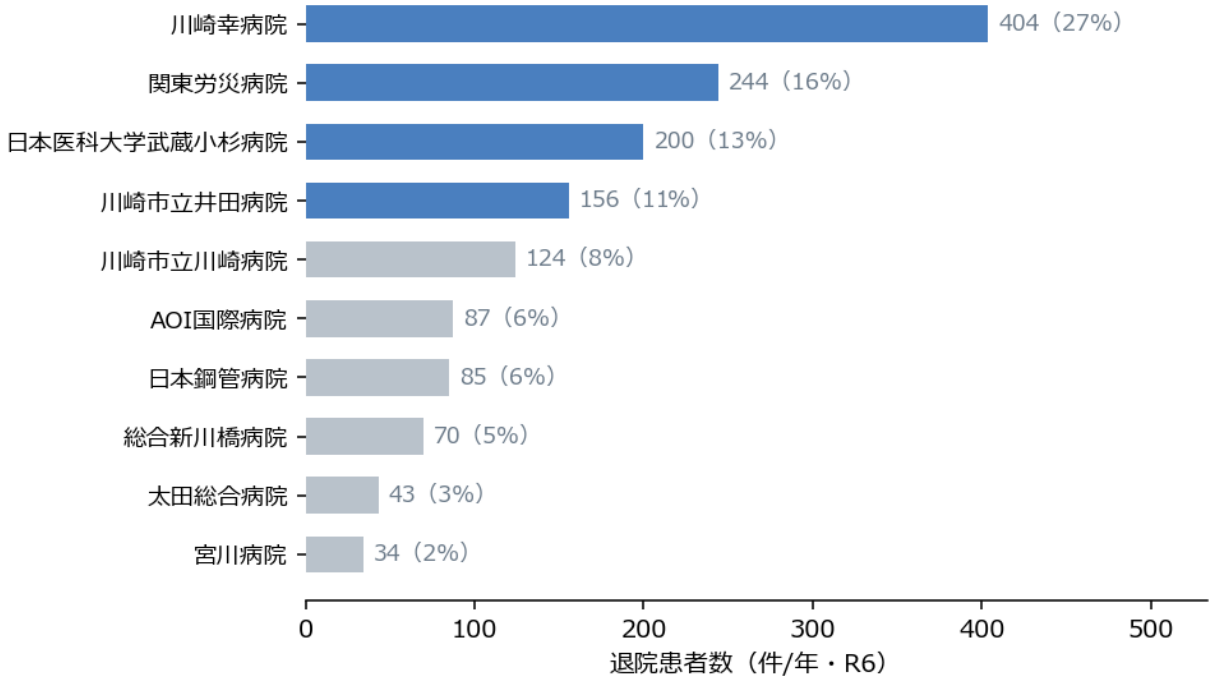
心不全の入院は5年で1.19倍　上位4病院に68%（川崎南部）

川崎南部の心不全の入院は12病院で受け、上位4病院に68%が集まる。受け皿の分担を拠点候補以外にどう広げるかが、Ⅲ章の後方支援・T3の地ケア病棟の余力とつながる。

高齢者に多い4疾患の退院患者数（川崎南部・R1→R6）
4疾患計 3,646→4,206件（1.15倍）　心不全 1,245→1,484件（1.19倍）



心不全を受け入れた病院（川崎南部・R6・計1,484件・上位10）



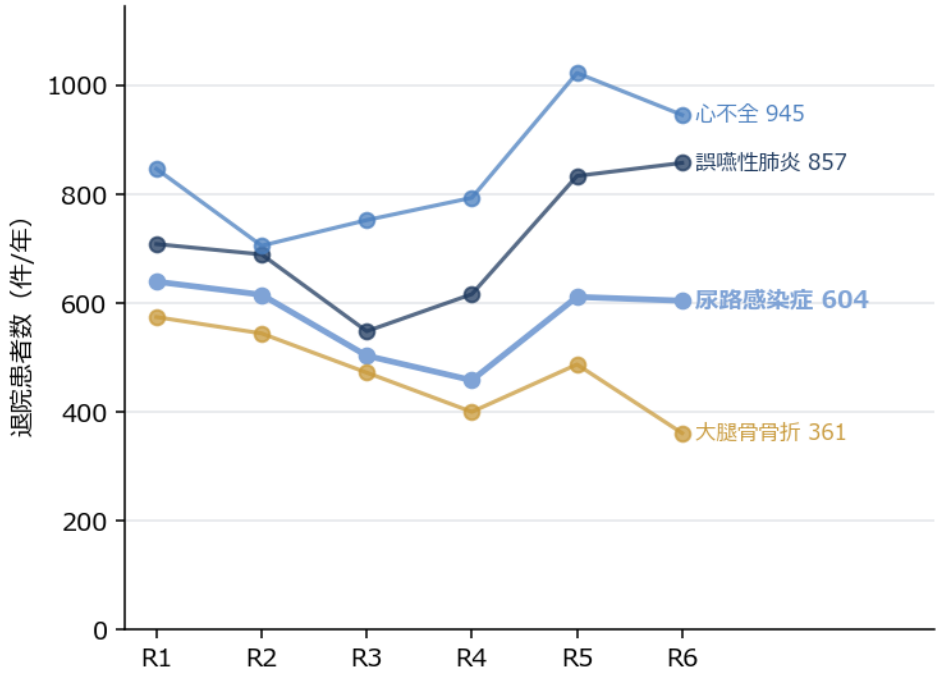
- 高齢者に多い4疾患の退院患者は3,646件から4,206件（1.15倍）。心不全は1,245→1,484件
- **心不全は12病院が受け、川崎幸病院（404）、関東労災病院（244）、日本医科大学武蔵小杉病院（200）、川崎市立井田病院（156）の上位4病院で68%**
- **心不全は再入院が多く、外来・在宅での管理（1号機能の心不全対応は全県31%）が入院を左右する。受入病院の分担とあわせて、日常診療の裾野が論点になる**
- ※左の推移は令和元～6年度すべてに報告のある同一病院の合計、右の受入病院は令和6年度に報告のある全病院（10症例以上）。倍率には病院ごとの件数の増減（診療体制の変更、DPC対象外への移行、10症例未満の秘匿）を含む

出典：DPC「退院患者調査」（令和元～6年度・区域内の病院、10症例未満は秘匿）。推移は6年度すべてに報告のある同一病院、受入病院は令和6年度の報告病院。病院名は法人名を除いた表記

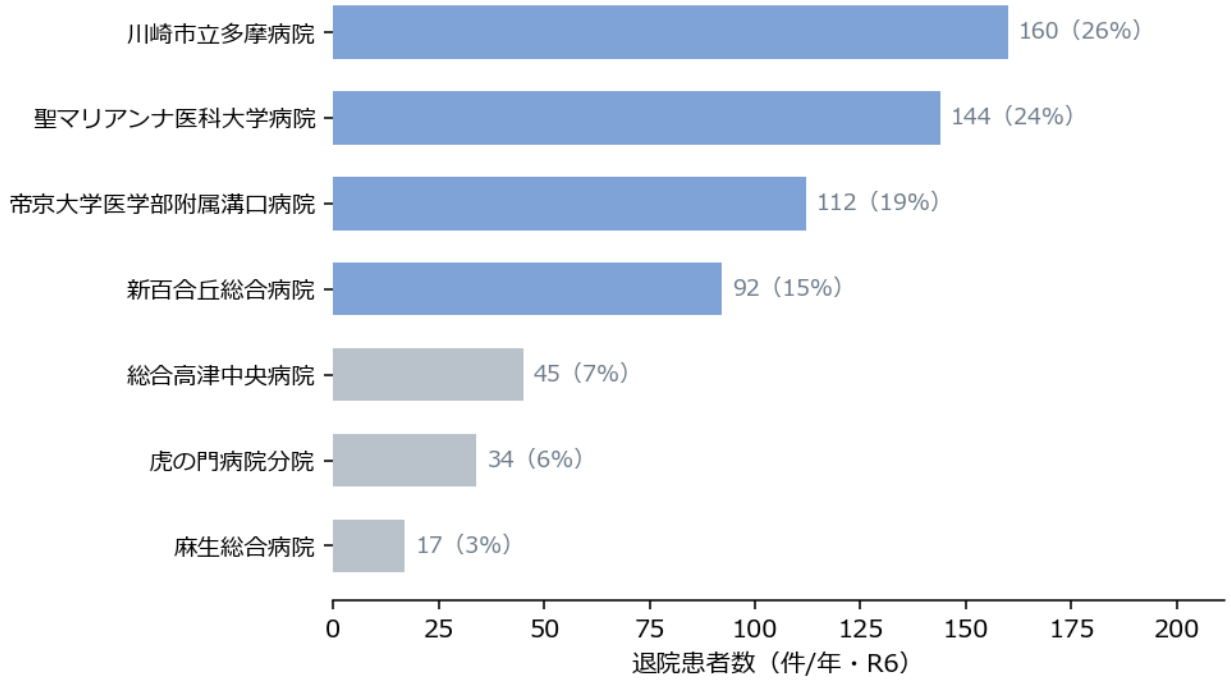
尿路感染症の入院は5年で0.95倍　上位4病院に84%（川崎北部）

川崎北部の尿路感染症の入院は7病院で受け、上位4病院に84%が集まる。受け皿の分担を拠点候補以外にどう広げるかが、Ⅲ章の後方支援・T3の地ケア病棟の余力とつながる。

高齢者に多い4疾患の退院患者数（川崎北部・R1→R6）
4疾患計 2,767→2,767件（1.00倍）　尿路感染症 639→604件（0.95倍）



尿路感染症を受け入れた病院（川崎北部・R6・計604件・上位7）



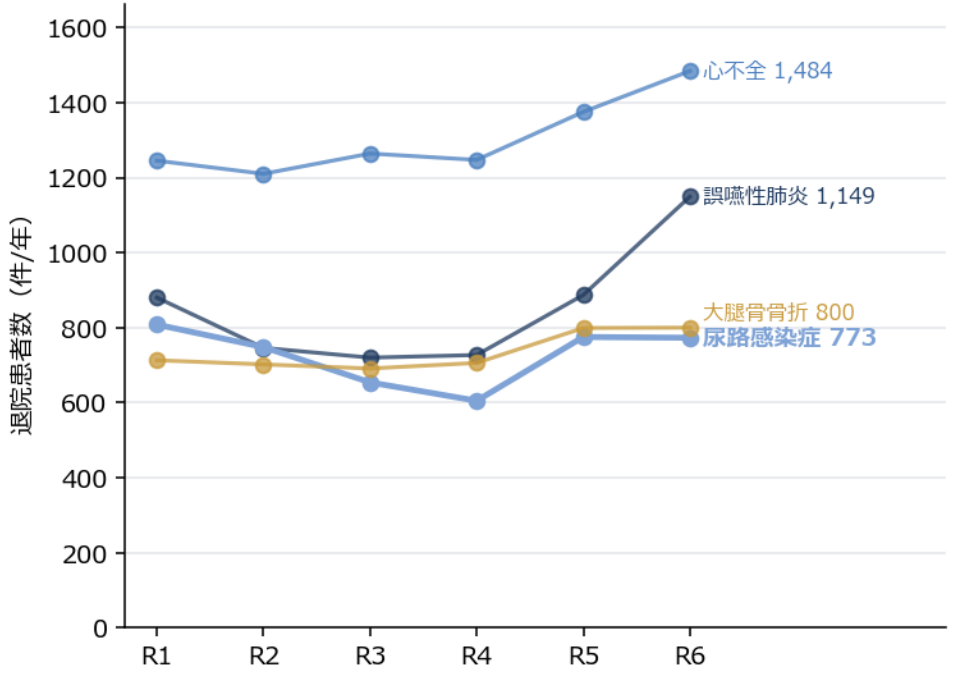
- 高齢者に多い4疾患の退院患者は2,767件から2,767件（1.00倍）。尿路感染症は639→604件
- **尿路感染症は7病院が受け、川崎市立多摩病院（160）、聖マリアンナ医科大学病院（144）、帝京大学医学部附属溝口病…（112）、新百合丘総合病院（92）の上位4病院で84%**
- **尿路感染症は介護施設・居住系からの「時々入院」の典型で、施設との事前の取り決め（Ⅳ章）があれば外来・在宅で対応できる例を含む**
- ※左の推移は令和元～6年度すべてに報告のある同一病院の合計、右の受入病院は令和6年度に報告のある全病院（10症例以上）。倍率には病院ごとの件数の増減（診療体制の変更、DPC対象外への移行、10症例未満の秘匿）を含む

出典：DPC「退院患者調査」（令和元～6年度・区域内の病院、10症例未満は秘匿）。推移は6年度すべてに報告のある同一病院、受入病院は令和6年度の報告病院。病院名は法人名を除いた表記

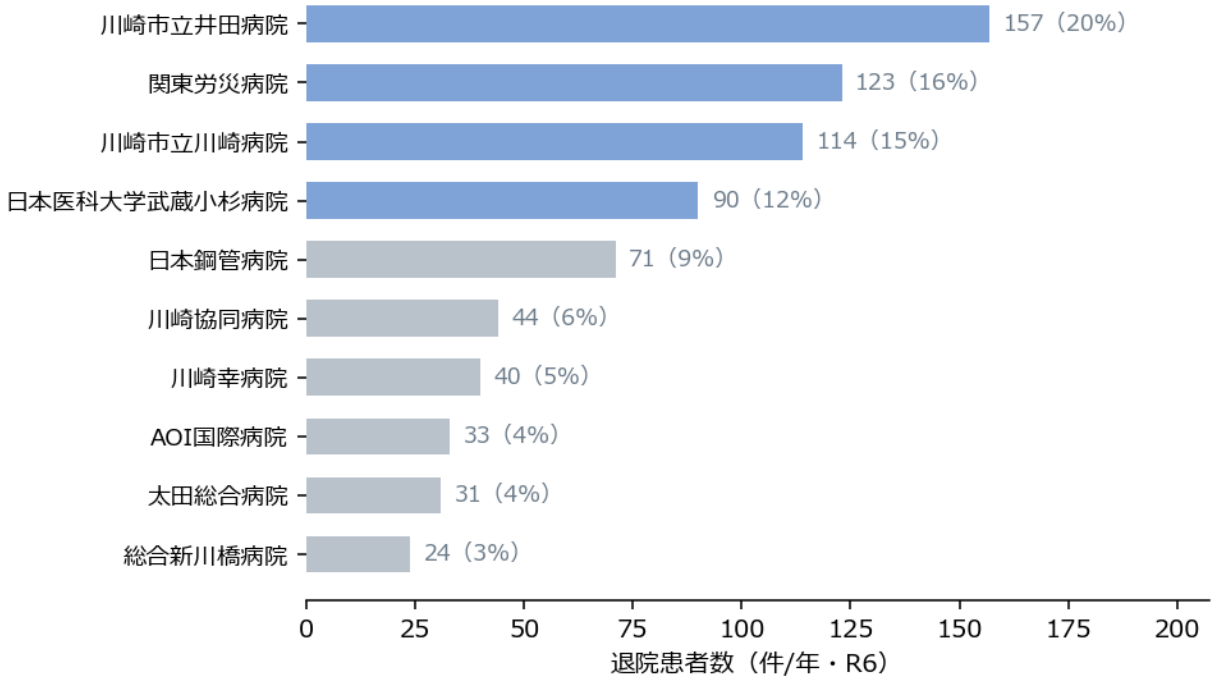
尿路感染症の入院は5年で0.96倍　上位4病院に63%（川崎南部）

川崎南部の尿路感染症の入院は13病院で受け、上位4病院に63%が集まる。受け皿の分担を拠点候補以外にどう広げるかが、Ⅲ章の後方支援・T3の地ケア病棟の余力とつながる。

高齢者に多い4疾患の退院患者数（川崎南部・R1→R6）
4疾患計 3,646→4,206件（1.15倍）　尿路感染症 808→773件（0.96倍）



尿路感染症を受け入れた病院（川崎南部・R6・計773件・上位10）



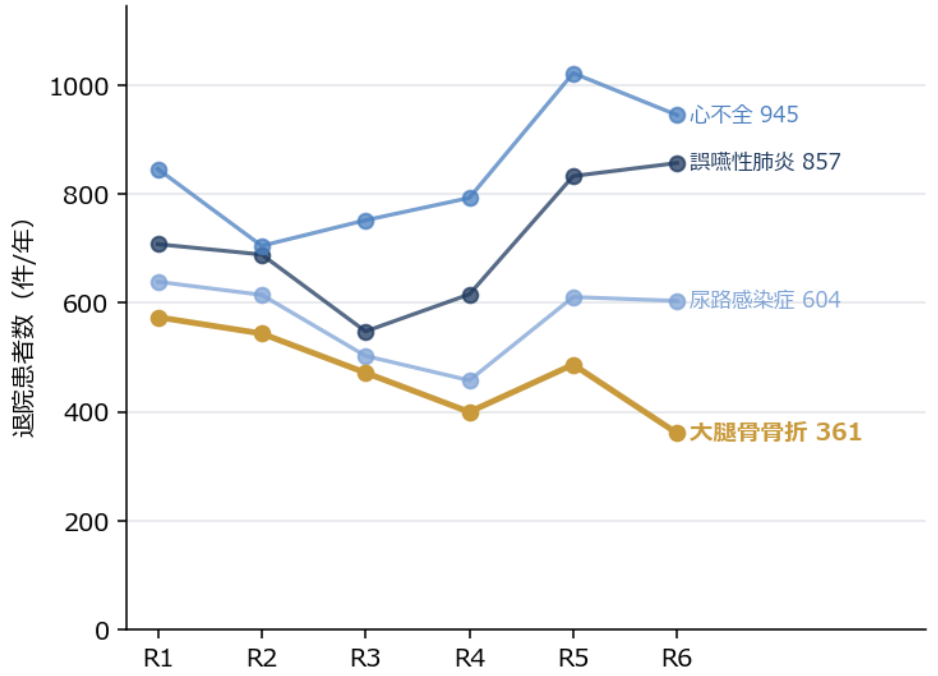
- 高齢者に多い4疾患の退院患者は3,646件から4,206件（1.15倍）。尿路感染症は808→773件
- **尿路感染症は13病院が受け、川崎市立井田病院（157）、関東労災病院（123）、川崎市立川崎病院（114）、日本医科大学武蔵小杉病院（90）の上位4病院で63%**
- **尿路感染症は介護施設・居住系からの「時々入院」の典型で、施設との事前の取り決め（Ⅳ章）があれば外来・在宅で対応できる例を含む**
- ※左の推移は令和元～6年度すべてに報告のある同一病院の合計、右の受入病院は令和6年度に報告のある全病院（10症例以上）。倍率には病院ごとの件数の増減（診療体制の変更、DPC対象外への移行、10症例未満の秘匿）を含む

出典：DPC「退院患者調査」（令和元～6年度・区域内の病院、10症例未満は秘匿）。推移は6年度すべてに報告のある同一病院、受入病院は令和6年度の報告病院。病院名は法人名を除いた表記

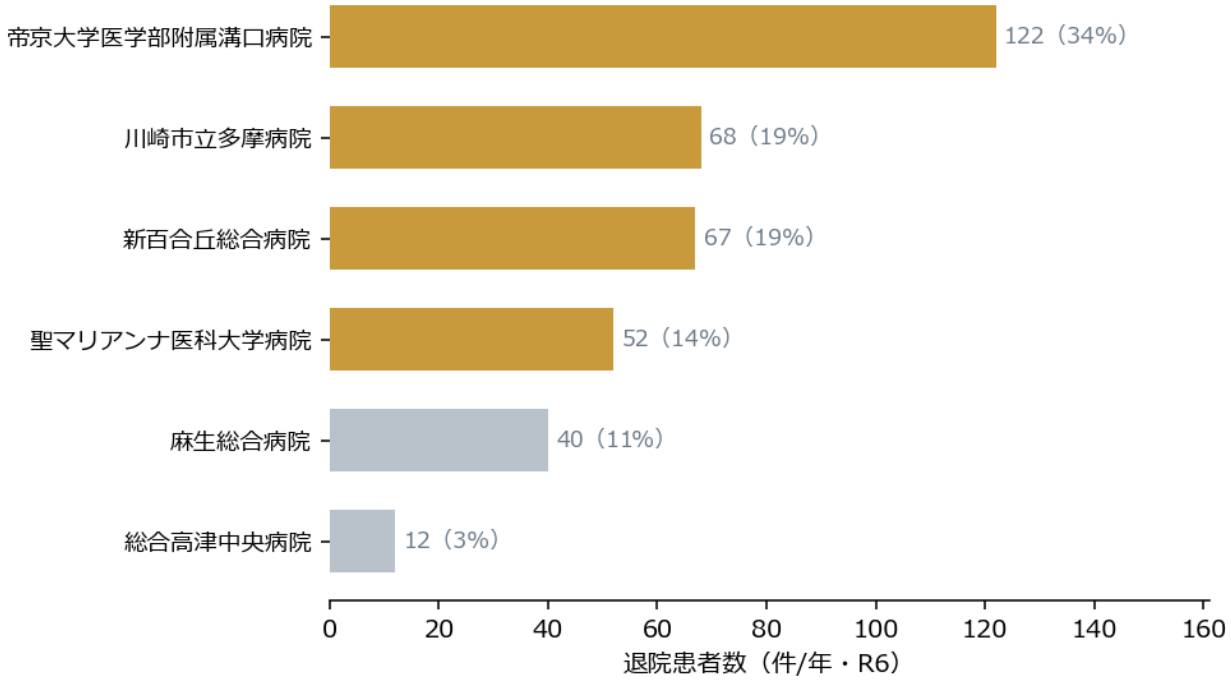
大腿骨骨折の入院は5年で0.63倍　上位4病院に86%（川崎北部）

川崎北部の大腿骨骨折の入院は6病院で受け、上位4病院に86%が集まる。受け皿の分担を拠点候補以外にどう広げるかが、Ⅲ章の後方支援・T3の地ケア病棟の余力とつながる。

高齢者に多い4疾患の退院患者数（川崎北部・R1→R6）
4疾患計 2,767→2,767件（1.00倍）　大腿骨骨折 574→361件（0.63倍）



大腿骨骨折を受け入れた病院（川崎北部・R6・計361件・上位6）

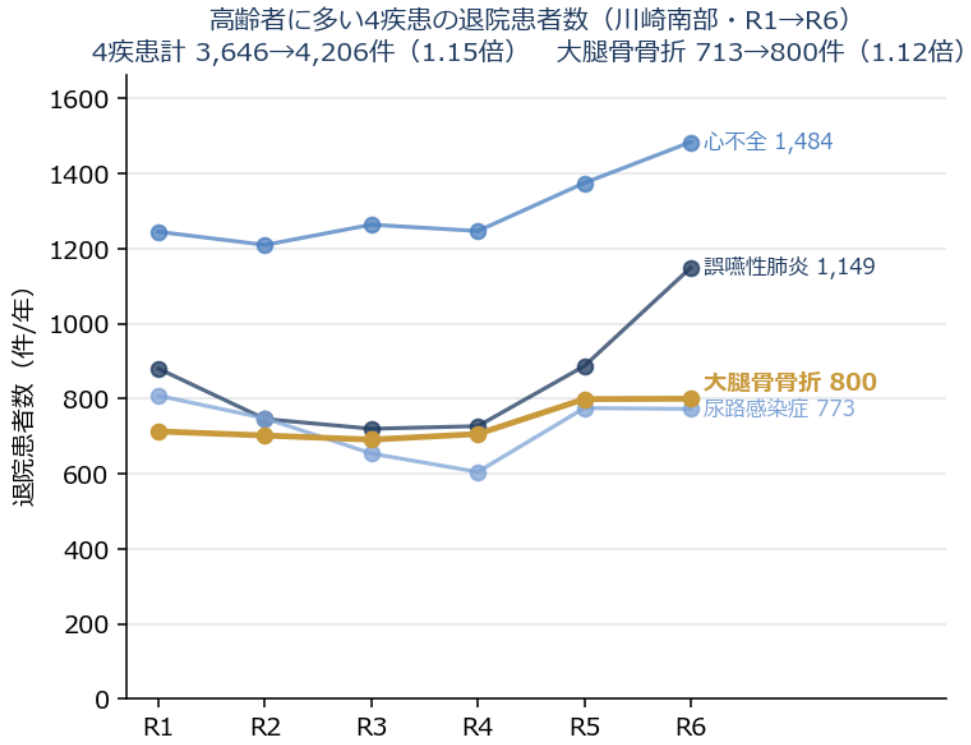


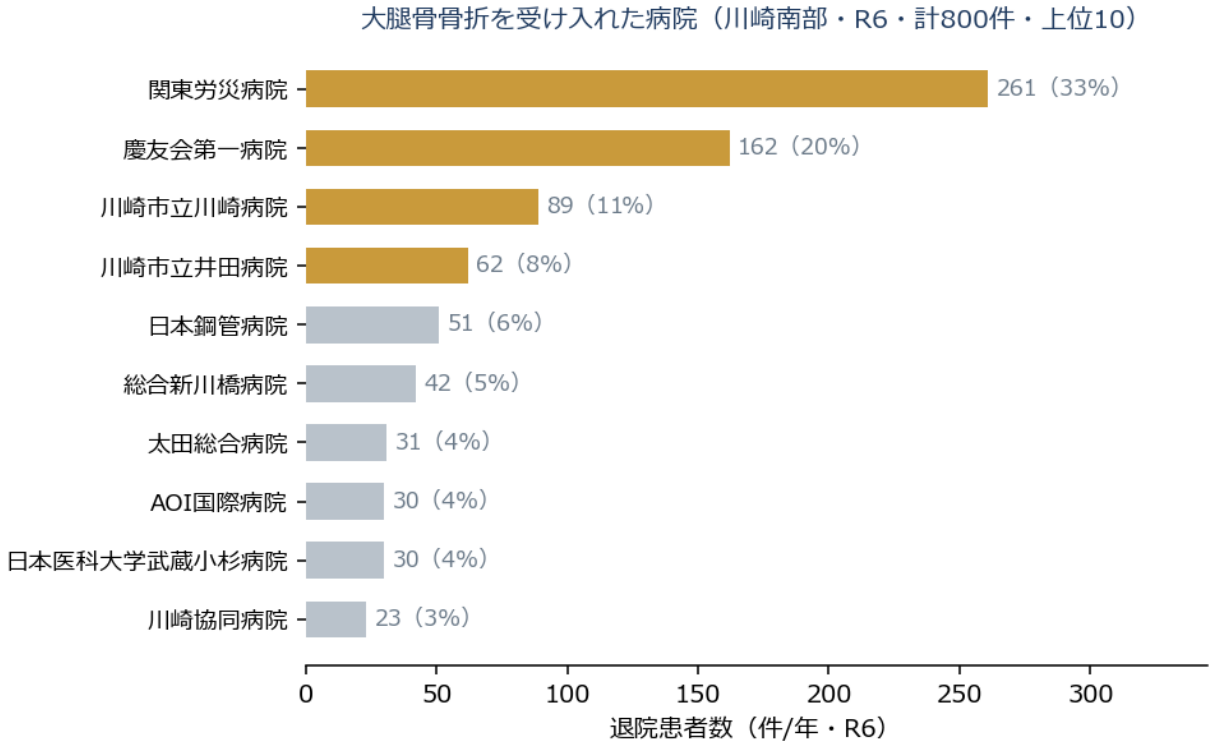
- 高齢者に多い4疾患の退院患者は2,767件から2,767件（1.00倍）。大腿骨骨折は574→361件
- **大腿骨骨折は6病院が受け、帝京大学医学部附属溝口病…（122）、川崎市立多摩病院（68）、新百合丘総合病院（67）、聖マリアンナ医科大学病院（52）の上位4病院で86%**
- **大腿骨骨折は手術を伴い拠点候補に集まるが、術後の回復期・在宅復帰の受け皿（Ⅲ章・流出入の包括期）が在院日数を左右する**
- ※左の推移は令和元～6年度すべてに報告のある同一病院の合計、右の受入病院は令和6年度に報告のある全病院（10症例以上）。倍率には病院ごとの件数の増減（診療体制の変更、DPC対象外への移行、10症例未満の秘匿）を含む

出典：DPC「退院患者調査」（令和元～6年度・区域内の病院、10症例未満は秘匿）。推移は6年度すべてに報告のある同一病院、受入病院は令和6年度の報告病院。病院名は法人名を除いた表記

大腿骨骨折の入院は5年で1.12倍　上位4病院に72%（川崎南部）

川崎南部の大腿骨骨折の入院は11病院で受け、上位4病院に72%が集まる。受け皿の分担を拠点候補以外にどう広げるかが、Ⅲ章の後方支援・T3の地ケア病棟の余力とつながる。





- 高齢者に多い4疾患の退院患者は3,646件から4,206件（1.15倍）。大腿骨骨折は713→800件
- **大腿骨骨折は11病院が受け、関東労災病院（261）、慶友会第一病院（162）、川崎市立川崎病院（89）、川崎市立井田病院（62）の上位4病院で72%**
- **大腿骨骨折は手術を伴い拠点候補に集まるが、術後の回復期・在宅復帰の受け皿（Ⅲ章・流出入の包括期）が在院日数を左右する**
- ※左の推移は令和元～6年度すべてに報告のある同一病院の合計、右の受入病院は令和6年度に報告のある全病院（10症例以上）。倍率には病院ごとの件数の増減（診療体制の変更、DPC対象外への移行、10症例未満の秘匿）を含む

出典：DPC「退院患者調査」（令和元～6年度・区域内の病院、10症例未満は秘匿）。推移は6年度すべてに報告のある同一病院、受入病院は令和6年度の報告病院。病院名は法人名を除いた表記

急性期57病棟の3類型　在院の長い13病棟が稼働率92%で高齢者救急を担う（北部）

川崎北部の急性期病棟を入院経路と在院日数で3つに分けると、在院14日以上の13病棟が稼働率92%・救急入院20%・介護施設からの入棟5.5%と、高齢者救急の実質的な受け皿になっている。予定入院中心の32病棟は稼働率89%（全県78%）。

区域	病棟の類型	病棟数	病床数	病床構成	稼働率	救急入院の割合	介護施設からの入棟	死亡退院	平均在院日数
川崎北部	予定入院中心	32	1,370	54%	89%	11%	2.2%	1.6%	8.9日
川崎北部	救急中心・短期	12	575	23%	73%	34%	6.3%	2.4%	9.5日
川崎北部	在院14日以上	13	596	23%	92%	20%	5.5%	2.7%	16.3日
全県	予定入院中心	217	9,384	36%	78%	12%	1.7%	1.5%	8.2日
全県	救急中心・短期	178	7,774	30%	79%	42%	7.5%	3.2%	9.9日
全県	在院14日以上	178	8,239	32%	84%	31%	8.2%	4.1%	16.9日

- **川崎北部は予定入院中心が病床の54%（全県36%）、救急中心・短期23%（全県30%）、在院14日以上23%（全県32%）。在院14日以上の病棟は報告上の機能にかかわらず「時々入院」を受けている**
- **⇒ 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期／在宅医療等連携）の選択は、この病棟の中身から考える。在院14日以上の病棟を包括期に寄せる対象と時期が論点**

出典：令和7年度病床機能報告（令和6年度実績）。稼働率＝在棟患者延べ数÷（許可病床×365）。平均在院日数＝在棟患者延べ数÷新規入棟患者数。予定入院中心＝救急入院25%未満かつ在院14日未満、救急中心・短期＝救急入院25%以上かつ在院14日未満、在院14日以上＝平均在院日数14日以上

急性期74病棟の3類型　在院の長い28病棟が稼働率84%で高齢者救急を担う（南部）

川崎南部の急性期病棟を入院経路と在院日数で3つに分けると、在院14日以上の28病棟が稼働率84%・救急入院30%・介護施設からの入棟6.5%と、高齢者救急の実質的な受け皿になっている。予定入院中心の28病棟は稼働率82%（全県78%）。

区域	病棟の類型	病棟数	病床数	病床構成	稼働率	救急入院の割合	介護施設からの入棟	死亡退院	平均在院日数
川崎南部	予定入院中心	28	1,213	35%	82%	12%	1.6%	0.8%	7.6日
川崎南部	救急中心・短期	18	905	26%	77%	44%	7.6%	3.0%	10.7日
川崎南部	在院14日以上	28	1,286	37%	84%	30%	6.5%	2.4%	17.1日
全県	予定入院中心	217	9,384	36%	78%	12%	1.7%	1.5%	8.2日
全県	救急中心・短期	178	7,774	30%	79%	42%	7.5%	3.2%	9.9日
全県	在院14日以上	178	8,239	32%	84%	31%	8.2%	4.1%	16.9日

● **川崎南部は予定入院中心が病床の35%（全県36%）、救急中心・短期26%（全県30%）、在院14日以上37%（全県32%）。在院14日以上の病棟は報告上の機能にかかわらず「時々入院」を受けている**

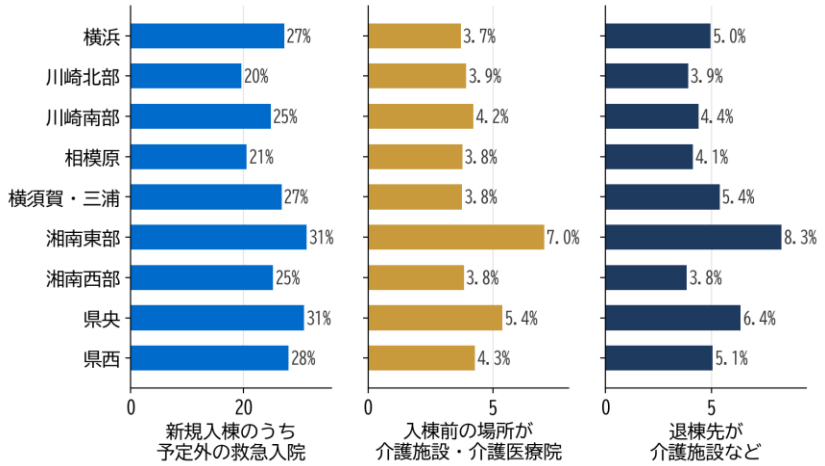
● **⇒ 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期／在宅医療等連携）の選択は、この病棟の中身から考える。在院14日以上の病棟を包括期に寄せる対象と時期が論点**

出典：令和7年度病床機能報告（令和6年度実績）。稼働率＝在棟患者延べ数÷（許可病床×365）。平均在院日数＝在棟患者延べ数÷新規入棟患者数。予定入院中心＝救急入院25%未満かつ在院14日未満、救急中心・短期＝救急入院25%以上かつ在院14日未満、在院14日以上＝平均在院日数14日以上

入院の3.9%は介護施設から来て、3.9%が介護施設へ退院する（川崎北部）

川崎北部の介護施設からの入棟は3.9%（全県4.1%）。病院と施設を行き来する患者の受け止め方が問われる。Ⅳ章の協力医療機関とT2の施設発搬送は、この往来を支える体制の有無を示している。

区域	新規入棟（人/年）	予定外の救急入院	家庭からの入棟	介護施設等からの入棟	家庭へ退院	介護施設等へ入所	死亡退院	稼働率	平均在院日数
川崎北部	96,916	20%	71.5%	3.9%	65.4%	3.9%	3.7%	86%	13.6日
全県	1,204,206	26%	70.6%	4.2%	65.5%	5.1%	4.2%	82%	14.8日



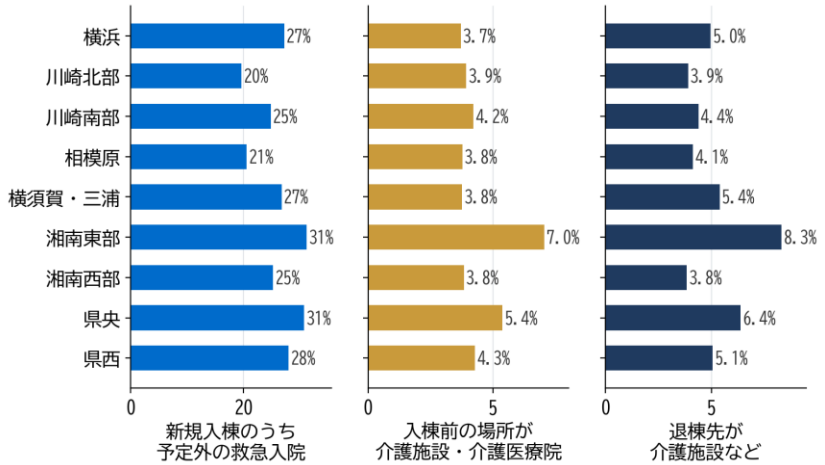
- 退院後の在宅医療の記載は医療機関の報告慣行により変動が大きく、「不明」は参考値
- **介護施設から入院した患者を急性期中心の病院が受けている（T3）。第2回の意見「介護施設との事前連携、搬送ルール」（横浜）「送る側のACP・連携状況のデータ」（相模原）は、この往来の両端に対応する**
- **⇒ 施設へ戻す退院調整と再入院時の受け皿を、施設と病院の間で施設単位に決めておくことが、在院日数と再入院を左右する**

出典：令和7年度病床機能報告（令和6年度実績・一般病床と療養病床の全病棟）。介護施設等＝介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・介護医療院・社会福祉施設

入院の4.2%は介護施設から来て、4.4%が介護施設へ退院する（川崎南部）

川崎南部の介護施設からの入棟は4.2%（全県4.1%）。病院と施設を行き来する患者の受け止め方が問われる。Ⅳ章の協力医療機関とT2の施設発搬送は、この往来を支える体制の有無を示している。

区域	新規入棟（人/年）	予定外の救急入院	家庭からの入棟	介護施設等からの入棟	家庭へ退院	介護施設等へ入所	死亡退院	稼働率	平均在院日数
川崎南部	106,773	25%	76.3%	4.2%	71.1%	4.4%	3.2%	83%	12.6日
全県	1,204,206	26%	70.6%	4.2%	65.5%	5.1%	4.2%	82%	14.8日



- 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く、「不明」は参考値
- **介護施設から入院した患者を急性期中心の病院が受けている（T3）。第2回の意見「介護施設との事前連携、搬送ルール」（横浜）「送る側のACP・連携状況のデータ」（相模原）は、この往来の両端に対応する**
- **⇒ 施設へ戻す退院調整と再入院時の受け皿を、施設と病院の間で施設単位に決めておくことが、在院日数と再入院を左右する**

出典：令和7年度病床機能報告（令和6年度実績・一般病床と療養病床の全病棟）。介護施設等＝介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・介護医療院・社会福祉施設

川崎北部は訪問診療が全国の1.9倍・居住系が1.6倍、入院と介護施設は全国以下（全国＝100）

川崎北部は訪問診療と居住系が厚く、入院と介護施設は全国より薄い都市型の構造をもつ。居住系で暮らす高齢者を支える医療の後ろ盾を、区ごとに決めることが外来・在宅・介護連携の中心になる。

	入院医療費	外来医療費	訪問診療（提供量）	介護施設	介護居住系	介護在宅
横浜	85	105	151	96	142	100
川崎北部	88	109	185	83	157	114
川崎南部	99	107	218	83	157	114
相模原	82	97	136	86	117	101
横須賀・三浦	83	105	156	85	132	92
湘南東部	83	99	176	70	109	94
湘南西部	87	95	138	85	107	92
県央	86	94	136	84	105	97
県西	89	96	144	89	121	88

- 入院医療費は全国を100として88、介護施設は83で、どちらも全国より少ない。訪問診療は185で、9区域では川崎南部（218）に次いで高い
- 介護居住系は157で横浜（142）と並ぶ居住系の厚い都市型。在宅介護は114（居住系・在宅介護は保険者別のため川崎市全体の値）
- **川崎北部は入院と介護施設が薄く、訪問診療と居住系で受けている。85歳以上が1.53倍になる需要を、新しい病床ではなく、在院14日以上の急性期病棟の役割転換と、在宅・居住系の後ろ盾になる病院で受ける**

出典：医療費の地域差分析（令和5年度・住所地）、内閣府SCR（令和4年度・医療機関所在地）、介護保険事業状況報告（令和6年度年報・保険者別、年齢3区分で調整）

川崎南部は訪問診療が全国の2.2倍・居住系が1.6倍、介護施設は全国以下（全国＝100）

川崎南部は訪問診療と居住系が厚く、介護施設は全国より薄い都市型の構造をもつ。居住系で暮らす高齢者を支える医療の後ろ盾を、区ごとに決めることが外来・在宅・介護連携の中心になる。

	入院医療費	外来医療費	訪問診療（提供量）	介護施設	介護居住系	介護在宅
横浜	85	105	151	96	142	100
川崎北部	88	109	185	83	157	114
川崎南部	99	107	218	83	157	114
相模原	82	97	136	86	117	101
横須賀・三浦	83	105	156	85	132	92
湘南東部	83	99	176	70	109	94
湘南西部	87	95	138	85	107	92
県央	86	94	136	84	105	97
県西	89	96	144	89	121	88

- 入院医療費は全国を100として99で全国並み、介護施設は83で全国より少ない。訪問診療は218で9区域で最も高い
- 介護居住系は157で横浜（142）と並ぶ居住系の厚い都市型。在宅介護は114（居住系・在宅介護は保険者別のため川崎市全体の値）
- **川崎南部は介護施設が薄く、訪問診療と居住系で受けている。85歳以上が1.40倍になる需要を、新しい病床ではなく、在院14日以上の急性期病棟の役割転換と、在宅・居住系の後ろ盾になる病院で受ける**

出典：医療費の地域差分析（令和5年度・住所地）、内閣府SCR（令和4年度・医療機関所在地）、介護保険事業状況報告（令和6年度年報・保険者別、年齢3区分で調整）

論点　増える需要をどの資源で受けるか　急性期病棟の役割転換と後ろ盾（北部）

4疾患の入院は1.00倍、誤嚥性肺炎は1.21倍で上位4病院に76%が集まる。受け皿は在院14日以上の急性期病棟と地ケア病棟にあり、増床ではなく役割の組み替えが現実的である。

データが示す不足

- DPC：高齢者4疾患2,767→2,767件（1.00倍）。誤嚥性肺炎は7病院が受け、上位4病院で76%
- 病床機能報告：在院14日以上の急性期13病棟（596床・病床の23%）は稼働率92%・介護施設からの入棟5.5%。予定入院中心は32病棟・稼働率89%
- 病床機能報告：介護施設からの入棟3.9%・介護施設への退院3.9%（全県4.1%・5.1%）
- 資源配分（全国＝100）：入院88・介護施設83・訪問診療185・居住系157
- 第2回資料1-2：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。
- ⇒ 増える需要を受ける資源は既にある。足りないのは、急性期病棟の役割転換と、拠点と受け皿の分担の合意

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

選択肢　どれが現実的か

- A 在院14日以上の急性期病棟を包括期（地ケア・地域包括医療）へ寄せ、「時々入院」の受け皿を区域で明示する
- B 拠点候補と受け皿病院の分担を、誤嚥性肺炎・大腿骨骨折から決める
- C 慢性期の療養先が区域外にある前提で、下り搬送と在宅の後ろ盾を隣接区域と組む

決めること　誰が・どの場で

- 調整会議：医療機関機能の報告（2028年度末）の前に、区域の受け皿の姿（A／B）を共有する。Cは隣接区域との広域調整

決めないと起きること

- **4疾患の入院が拠点に集まり続け、手術・重症救急の余力が削られる。居住系・在宅の急変は深夜の救急搬送に依存したままになる**

第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：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（他区域）
- 相模原：回復期医療の提供は、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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

論点　増える需要をどの資源で受けるか　急性期病棟の役割転換と後ろ盾（南部）

4疾患の入院は1.15倍、誤嚥性肺炎は1.31倍で上位4病院に70%が集まる。受け皿は在院14日以上の急性期病棟と地ケア病棟にあり、増床ではなく役割の組み替えが現実的である。

データが示す不足

- DPC：高齢者4疾患3,646→4,206件（1.15倍）。誤嚥性肺炎は11病院が受け、上位4病院で70%
- 病床機能報告：在院14日以上の急性期28病棟（1,286床・病床の37%）は稼働率84%・介護施設からの入棟6.5%。予定入院中心は28病棟・稼働率82%
- 病床機能報告：介護施設からの入棟4.2%・介護施設への退院4.4%（全県4.1%・5.1%）
- 資源配分（全国＝100）：入院99・介護施設83・訪問診療218・居住系157
- 第2回資料1-2：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。
- ⇒ 増える需要を受ける資源は既にある。足りないのは、急性期病棟の役割転換と、拠点と受け皿の分担の合意

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

選択肢　どれが現実的か

- A 在院14日以上の急性期病棟を包括期（地ケア・地域包括医療）へ寄せ、「時々入院」の受け皿を区域で明示する
- B 拠点候補と受け皿病院の分担を、誤嚥性肺炎・大腿骨骨折から決める
- C 慢性期の療養先が区域外にある前提で、下り搬送と在宅の後ろ盾を隣接区域と組む

決めること　誰が・どの場で

- 調整会議：医療機関機能の報告（2028年度末）の前に、区域の受け皿の姿（A／B）を共有する。Cは隣接区域との広域調整

決めないと起きること

- **4疾患の入院が拠点に集まり続け、手術・重症救急の余力が削られる。居住系・在宅の急変は深夜の救急搬送に依存したままになる**

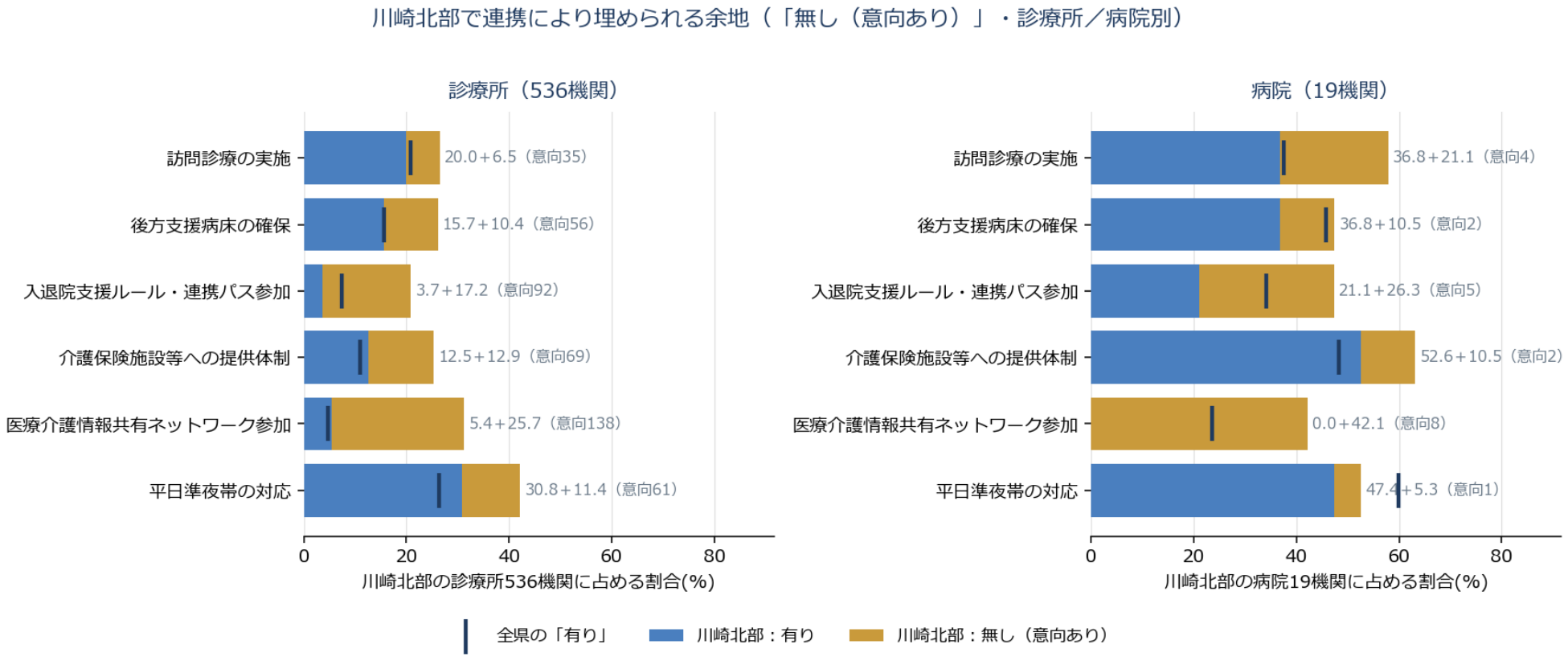
第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：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（他区域）
- 相模原：回復期医療の提供は、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（他区域）

出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①〜④に対応

川崎北部で連携により埋められる余地（「無し（意向あり）」・診療所／病院別）

川崎北部で最も動かしやすいのは、情報共有ネットワークと入退院支援ルールである。意向を持つ機関の厚みは参加中の数倍あり、仕組みの整備が体制の拡大に直結する。

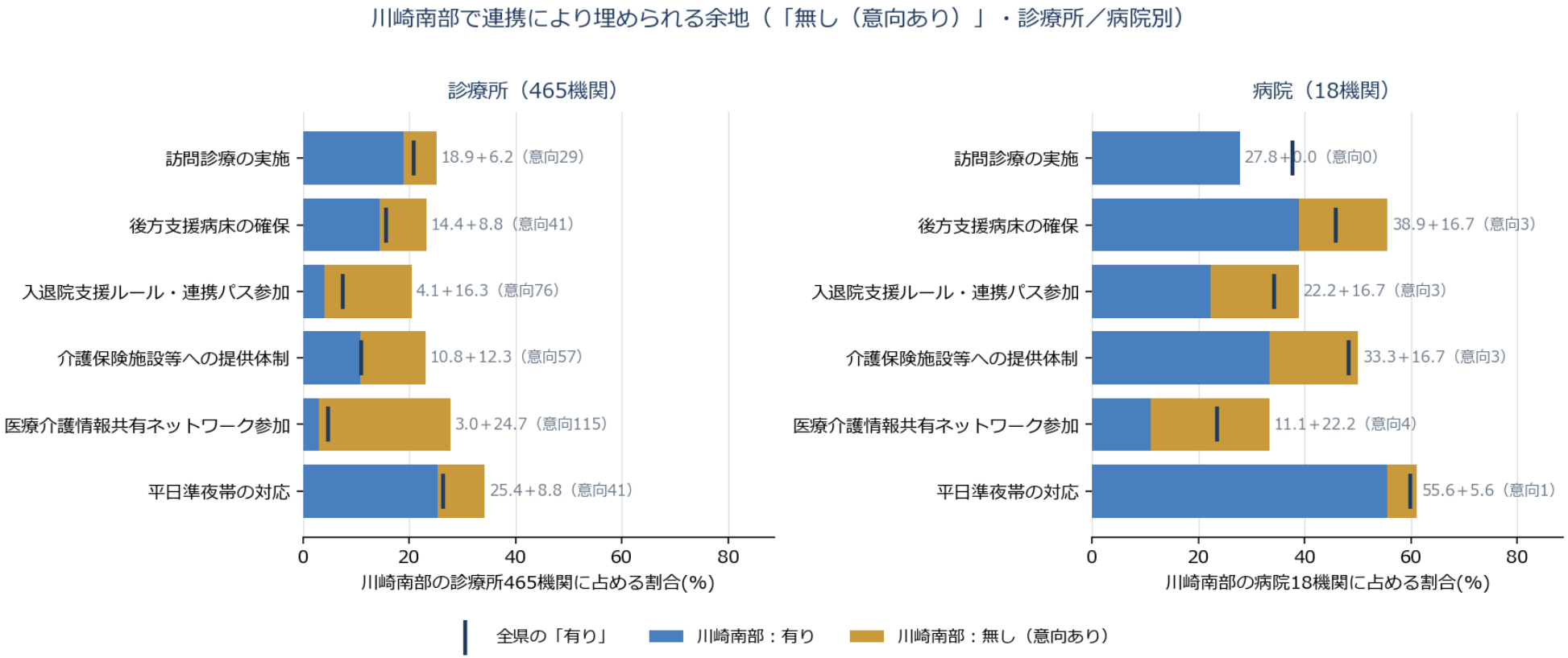


- **情報共有ネットワークは参加5.2%に対し意向あり26.3%（約146機関）**
- **入退院支援ルールは参加9機関に対し意向あり74機関**
- **いずれも、仕組みがないために参加していない機関が参加中の機関を上回る。市町村・医師会が仕組みを整えれば体制は数倍に広がりうる**
- 訪問診療・24時間往診は意向ありが相対的に小さく、担い手の育成・確保という別の打ち手が要る

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎北部の報告機関は555（診療所536・病院19）

川崎南部で連携により埋められる余地（「無し（意向あり）」・診療所／病院別）

川崎南部で最も動かしやすいのは、情報共有ネットワークと入退院支援ルールである。意向を持つ機関の厚みは参加中の数倍あり、仕組みの整備が体制の拡大に直結する。



- **情報共有ネットワークは参加3.3%に対し意向あり24.6%（約119機関）**
- **入退院支援ルールは参加11機関に対し意向あり51機関**
- **いずれも、仕組みがないために参加していない機関が参加中の機関を上回る。市町村・医師会が仕組みを整えれば体制は数倍に広がりうる**
- 訪問診療・24時間往診は意向ありが相対的に小さく、担い手の育成・確保という別の打ち手が要る

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）。川崎南部の報告機関は483（診療所465・病院18）

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

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P7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】川崎北部のデータから言える特徴（Ⅰ～Ⅴ）

川崎北部の体制の水準と、区による差。協議いただきたい論点は前ページの論点一覧にまとめた。

Ⅰ 外来の面

- 研修修了者のいる機関55.3%（全県44.6%）、区で宮前区71.5%から麻生区46.9%
- 情報共有ネットワーク5.2%に対し意向あり26.3%
- ACP指針13.0%は9区域で7番目
- **⇒ 情報基盤とACPの整備が連携の前提**

Ⅱ 時間外・急変

- 深夜帯の対応20.0%、区で多摩区22.7%から宮前区15.3%
- 介護施設発の搬送困難は日中5.2・夜間6.6・深夜9.3%（全県 深夜6.3%）
- **⇒ 当番・輪番と、施設から医師へつながる取り決め**

Ⅲ 入退院支援

- 後方支援の72%は区域内で完結し、中核病院に集まる
- 入退院支援ルール参加9機関に対し意向74機関
- 地ケア等の病棟の稼働率は中央値91%（全県87%）
- **⇒ 拠点機能と在宅の後方支援を一体で協議**

Ⅳ 在宅・介護連携

- 訪問診療20.5%、24時間往診13.3%。多摩区・宮前区が薄い
- 介護施設への提供体制13.9%は9区域で7番目
- 介護保険施設の56%で協力医療機関を確認
- **⇒ 担い手の薄い区と、施設との協力関係の可視化**

Ⅴ 体制と実働

- 24時間往診体制の24%は夜間・深夜の実績なし
- 1号機能の診療所の52%は外来のみ
- 日中型の診療所で訪問看護とつながるのは16%
- **⇒ 今ある体制を連携でつないで実働に変える**

第2回調整会議の論点（資料1-2）

- 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。
- 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。
- 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。

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）／介護サービス情報公表システム（神奈川県・2026年9月取得）

【参考】川崎南部のデータから言える特徴（Ⅰ～Ⅴ）

川崎南部の体制の水準と、区による差。協議いただきたい論点は前ページの論点一覧にまとめた。

Ⅰ 外来の面

- 研修修了者のいる機関46.4%（全県44.6%）、区で中原区51.0%から川崎区39.9%
- 情報共有ネットワーク3.3%に対し意向あり24.6%
- ACP指針13.0%は9区域で6番目
- **⇒ 情報基盤とACPの整備が連携の前提**

Ⅱ 時間外・急変

- 深夜帯の対応16.1%、区で川崎区20.3%から中原区14.1%
- 介護施設発の搬送困難は日中5.2・夜間6.6・深夜9.3%（全県 深夜6.3%）
- **⇒ 当番・輪番と、施設から医師へつながる取り決め**

Ⅲ 入退院支援

- 後方支援の82%は区域内で完結し、中核病院に集まる
- 入退院支援ルール参加11機関に対し意向51機関
- 地ケア等の病棟の稼働率は中央値89%（全県87%）
- **⇒ 拠点機能と在宅の後方支援を一体で協議**

Ⅳ 在宅・介護連携

- 訪問診療19.3%、24時間往診12.4%。中原区・川崎区が薄い
- 介護施設への提供体制11.6%は9区域で8番目
- 介護保険施設の41%で協力医療機関を確認
- **⇒ 担い手の薄い区と、施設との協力関係の可視化**

Ⅴ 体制と実働

- 24時間往診体制の33%は夜間・深夜の実績なし
- 1号機能の診療所の53%は外来のみ
- 日中型の診療所で訪問看護とつながるのは13%
- **⇒ 今ある体制を連携でつないで実働に変える**

第2回調整会議の論点（資料1-2）

- 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。
- 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。
- 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。

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）／介護サービス情報公表システム（神奈川県・2026年9月取得）

【参考】川崎北部で在宅看取りの算定実績がある診療所（56機関・所在地順 1/2）

担い手を地域で共有するための一覧。並びは区（コード順）・名称の順で、順位や評価を示すものではない。

区	医療機関	類型	往診体制	在宅患者	看取り（うち自宅）
高津区	あおば内科クリニック	日中型	自院日中	1～10	–
高津区	おうちのドクター川崎	在宅専門型	自院24時間	151～200	19（19）
高津区	おひさまげんきクリニック	中規模24時間型	自院24時間	61～100	–
高津区	しまむらクリニック	在宅専門型	連携24時間	201～300	–
高津区	アグリホームクリニック かわさき	在宅専門型	連携24時間	151～200	19（7）
高津区	福住医院	在宅専門型	自院24時間	151～200	12（1）
高津区	メディクスクリニック溝の口	施設中心型	自院24時間	101～150	62（17）
高津区	メディクス溝の口ガーデンクリニッ	在宅専門型	連携24時間	301+	38（0）
高津区	ARCWELL田園二子クリニック	在宅専門型	自院24時間	301+	60（53）
高津区	国島医院	施設中心型	自院24時間	11～30	22（22）
高津区	川崎医療生活協同組合 坂戸診療所	日中型	連携日中	31～60	3（3）
高津区	川崎高津クリニック	在宅専門型	自院24時間	301+	89（0）
高津区	川崎高津診療所	在宅専門型	自院24時間	151～200	23（5）
高津区	椿クリニック	在宅専門型	連携24時間	201～300	119（72）
多摩区	かえでファミリークリニック	小規模24時間型	自院24時間	1～10	2（1）
多摩区	すずき内科クリニック	中規模24時間型	自院24時間	11～30	1（0）
多摩区	すばる診療所	中規模24時間型	自院24時間	31～60	2（2）
多摩区	たまふれあいクリニック	在宅専門型	自院24時間	301+	143（41）
多摩区	みやもと訪問クリニック	中規模24時間型	自院24時間	101～150	35（32）
多摩区	ゆきぼしクリニック	在宅専門型	連携24時間	201～300	7（6）
多摩区	よつば診療所	在宅専門型	自院24時間	151～200	–
多摩区	ハナミズキ在宅診療所	中規模24時間型	自院24時間	61～100	0（0）
多摩区	中野島診療所	日中型	体制なし	0	–

区	医療機関	類型	往診体制	在宅患者	看取り（うち自宅）
多摩区	キノメディッククリニック登戸	在宅専門型	自院24時間	201～300	30（0）
多摩区	土屋医院	施設中心型	自院24時間	1～10	–
多摩区	多摩いぐさクリニック	在宅専門型	自院24時間	201～300	51（0）
多摩区	多摩ファミリークリニック	在宅専門型	自院24時間	201～300	44（37）
多摩区	登戸診療所	在宅専門型	自院24時間	201～300	4（4）
多摩区	須田メディカルクリニック	中規模24時間型	自院24時間	31～60	1（0）
宮前区	みやびクリニック	中規模24時間型	自院24時間	11～30	3（3）
宮前区	ゆりかごクリニック	在宅専門型	連携24時間	151～200	26（24）
宮前区	野川クリニック	小規模24時間型	自院24時間	1～10	–
宮前区	鷺沼ファミリークリニック	在宅専門型	連携24時間	201～300	37（0）
宮前区	青野診療所	在宅専門型	自院24時間	301+	85（61）
宮前区	小野田医院	中規模24時間型	自院24時間	101～150	17（17）
宮前区	One?for?all さぎぬま	中規模24時間型	自院24時間	11～30	3（3）
宮前区	川崎ヒューマンクリニック	在宅専門型	自院24時間	201～300	47（11）
宮前区	森島小児科内科クリニック	在宅専門型	自院24時間	151～200	15（11）
宮前区	鎌田クリニック	小規模24時間型	自院24時間	1～10	0（0）
宮前区	風の道クリニック	日中型	自院日中	101～150	20（0）
宮前区	鷺沼診療所	在宅専門型	連携24時間	301+	60（17）
宮前区	鷺沼透光診療所	日中型	自院日中	1～10	–
麻生区	おおたクリニック	中規模24時間型	自院24時間	61～100	20（17）
麻生区	ともクリニック	施設中心型	自院24時間	1～10	–
麻生区	にもり内科クリニック	施設中心型	自院24時間	31～60	22（9）
麻生区	ミオ医院	日中型	自院日中	1～10	–

出典：かかりつけ医機能報告（看取り加算・在宅ターミナルケア加算の算定＝回数1以上または秘匿）／看取り件数は在支診・在支病 定例報告R7の医療機関以外での死亡（直近1年、未届は－）

【参考】川崎北部で在宅看取りの算定実績がある診療所（56機関・所在地順 2/2）

担い手を地域で共有するための一覧。並びは区（コード順）・名称の順で、順位や評価を示すものではない。

区	医療機関	類型	往診体制	在宅患者	看取り（うち自宅）
麻生区	リスホームケアクリニック	在宅専門型	自院24時間	301+	148（30）
麻生区	くろかわ内科クリニック	中規模24時間型	自院24時間	31～60	–
麻生区	百合が丘すみれクリニック	施設中心型	自院24時間	11～30	–
麻生区	さくらクリニック	在宅専門型	自院24時間	301+	114（0）
麻生区	川崎医療生活協同組合あさお診療所	中規模24時間型	連携24時間	31～60	6（4）
麻生区	川崎麻生クリニック	在宅専門型	自院24時間	301+	43（1）
麻生区	梅の在宅クリニック	中規模24時間型	自院24時間	31～60	9（7）
麻生区	渡辺クリニック	中規模24時間型	自院24時間	101～150	13（9）
麻生区	百合ヶ丘駅前クリニック	中規模24時間型	連携24時間	101～150	16（10）
麻生区	虹ヶ丘クリニック	施設中心型	自院24時間	61～100	86（10）

出典：かかりつけ医機能報告（看取り加算・在宅ターミナルケア加算の算定＝回数1以上または秘匿）／看取り件数は在支診・在支病 定例報告R7の医療機関以外での死亡（直近1年、未届は－）

【参考】川崎北部の病院の後方支援の受け皿（15病院・所在地順 1/1）

受け皿を地域で共有するための一覧で、順位や評価を示すものではない。※連携の算定の○－は左から入退院支援加算・介護支援等連携指導料・退院時共同指導料2・協力対象施設入所者入院加算。

区	病院	類型	指名（件）	許可病床	稼働率（%）	地ケア等病床	地ケア病棟稼働率（%）	施設からの入院	家庭からの入院	連携の算定※
高津区	片倉病院	回復期・慢性期	－	28	90.9	－	－	1	20	－－－－
高津区	帝京大学医学部附属溝口病院	急性期中心	16	400	87.7	－	－	639	11,037	○○○－
高津区	総合高津中央病院	地ケア等あり	19	260	45.7	56	44.0	203	3,477	○○○－
高津区	虎の門病院分院	地ケア等あり	9	300	83.9	56	79.6	187	5,514	○○○－
多摩区	川崎市立多摩病院	急性期中心	31	376	72.4	－	－	579	8,244	○○○－
宮前区	有馬病院	回復期・慢性期	1	69	74.8	－	－	19	37	－○－－
宮前区	聖マリアンナ医科大学病院	急性期中心	40	924	91.2	－	－	720	22,607	（未突合）
麻生区	新百合ヶ丘総合病院	急性期中心	21	563	93.4	－	－	678	14,762	○○○－
麻生区	たま日吉台病院	地ケア等あり	5	199	97.7	20	－	287	285	○○－○
麻生区	川崎みどりの病院	回復期・慢性期	1	120	93.0	－	－	8	12	－○○－
麻生区	麻生総合病院	地ケア等あり	13	199	91.4	144	91.7	470	3,327	○○○－
麻生区	麻生リハビリ総合病院	回復期・慢性期	－	180	93.7	－	－	1	3	○－－－
麻生区	川崎田園都市病院	回復期・慢性期	－	194	90.9	－	－	6	1	－－－－
麻生区	柿生記念病院	回復期・慢性期	－	270	87.3	－	－	3	2	－○○－
麻生区	重症児・者福祉医療施設ソレイユ川崎	回復期・慢性期	－	120	83.6	－	－	－	1	－－－－

出典：病床機能報告R7（令和6年度実績。入院は年間の人数、稼働率＝在棟患者延べ数÷（許可病床×365）で100%超も報告値のまま、地ケア病棟は病棟単位）、かかりつけ医機能報告（○＝回数1以上または秘匿）

【参考】川崎北部で医療機関の連携先に挙がった訪問看護ステーション（46か所・所在地順 1/1）

連携を地域で共有するための一覧で、順位や評価を示すものではない。訪看ST＝訪問看護ステーション、24時間＝24時間対応体制加算（イ・ロ）、機能強化＝機能強化型の区分（令和6年8月1日現在）。

区	ステーション	指名（うち区域外）	看護職	利用者	24時間	機能強化
高津区	SOMPOケア 高津 訪問看護	1	4.0	53	ロ	–
高津区	あいず訪看ST二子新地駅前	3	8.0	124	ロ	無
高津区	たま訪看ST	1（1）	4.0	52	ロ	–
高津区	ななき訪看ST	2	9.6	136	イ	–
高津区	ほのぼの訪看ST溝の口	1	5.0	74	イ	–
高津区	みのり訪看ST高津	2（1）	12.0	280	イ	–
高津区	ソフィアメディ訪看ST溝口	2	8.0	192	イ	–
高津区	ホーパス訪看ST川崎末長	1（1）	–	–	–	–
高津区	メイト訪看ST	1	3.0	12	ロ	無
高津区	指定訪問看護 アットリハ新城	7（6）	87.1	1438	イ	無
高津区	訪看STふわり	1	4.0	38	ロ	–
高津区	訪看STよろこび久末	4（2）	5.7	84	イ	無
多摩区	Luxem訪看リハ川崎多摩	2	7.7	473	ロ	無
多摩区	あうん訪看ST	1	4.0	72	ロ	–
多摩区	たまふれあい訪看ST	2	13.0	94	イ	2
多摩区	のぞみ訪看リハチーム登戸	2	3.3	118	ロ	1
多摩区	ひばりの森訪看ST多摩	1	8.0	180	イ	–
多摩区	みのり訪看ST向ヶ丘	2（1）	–	–	–	–
多摩区	リリアン訪看ST	1	–	–	–	–
多摩区	在宅看護センター グロース唯	1	4.1	82	ロ	無
多摩区	登戸だんだん訪問看護	3	9.6	150	ロ	–
多摩区	訪看ST こかげ	1	3.4	25	ロ	無
多摩区	訪看ST タウンナース	3	8.2	–	不明	–

区	ステーション	指名（うち区域外）	看護職	利用者	24時間	機能強化
宮前区	いろどり訪看リハ	4（4）	–	–	–	–
宮前区	ここから訪問看護リハビリケア宮前平	2（1）	–	–	–	–
宮前区	なないろ訪看ST	2	–	–	–	–
宮前区	セコム鷺沼訪看ST	2（1）	5.9	55	イ	無
宮前区	セントケア訪看ST川崎宮前	1	4.6	70	ロ	–
宮前区	ソフィア訪看ST宮前	1（1）	9.0	189	イ	無
宮前区	タツミ訪看ST鷺沼	5（4）	5.1	131	イ	–
宮前区	ヒューマン訪看ST	1（1）	10.8	71	イ	–
宮前区	メディフル神奈川訪看ST	2	5.6	63	イ	–
宮前区	向丘訪看ST	1	5.2	81	ロ	–
宮前区	宮前平訪看ST	5	–	–	–	–
麻生区	GTLナーシングサービス 新百合ヶ丘	1	4.8	4	イ	無
麻生区	かないばら苑訪看ST	2	2.9	74	ロ	–
麻生区	ケアーズ訪看リハ新百合ヶ丘	1	4.1	144	イ	無
麻生区	ケア工房・真謝	5	7.1	61	イ	2
麻生区	ソフィアメディ訪看ST麻生	2	7.0	131	イ	–
麻生区	ミアヘルサ 訪看ST新百合ヶ丘	2	13.0	–	不明	–
麻生区	リス訪看リハ	5（3）	8.2	48	イ	3
麻生区	ヴィラージュ虹ヶ丘 訪看ST	2	5.4	112	イ	無
麻生区	指定訪問看護アットリハ新百合ヶ丘	3	30.8	970	イ	無
麻生区	新百合ヶ丘訪看ST すみれ	2	3.4	31	ロ	無
麻生区	総生会訪看ST	7	12.8	201	イ	–
麻生区	訪看STゆらりん	2	15.2	148	イ	1

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点）、介護サービス情報公表システム、訪問看護ステーション実施状況報告R6（看護職＝常勤換算、利用者＝令和6年7月の実人数。– ＝R6と突合できず）

【参考】川崎南部で在宅看取りの算定実績がある診療所（41機関・所在地順 1/1）

担い手を地域で共有するための一覧。並びは区（コード順）・名称の順で、順位や評価を示すものではない。

区	医療機関	類型	往診体制	在宅患者	看取り（うち自宅）
川崎区	ぶどうの樹在宅診療所	中規模24時間型	連携24時間	31～60	11（11）
川崎区	ファミリークリニック川崎	在宅専門型	自院24時間	151～200	14（13）
川崎区	川崎ひのわクリニック	中規模24時間型	自院24時間	101～150	27（26）
川崎区	キノメディッククリニック川崎	在宅専門型	自院24時間	201～300	15（0）
川崎区	あいホームケアクリニック川崎大師	在宅専門型	連携24時間	301+	90（89）
川崎区	花田内科胃腸科医院	小規模24時間型	自院24時間	1～10	2（2）
川崎区	在宅クリニック川崎	在宅専門型	自院24時間	301+	65（31）
川崎区	ETHOSアルトクリニック	在宅専門型	連携24時間	151～200	10（10）
川崎区	協同ふじさきクリニック	在宅専門型	自院24時間	151～200	23（15）
川崎区	川崎七福診療所	在宅専門型	自院24時間	201～300	60（33）
川崎区	川崎医療生活協同組合大師診療所	中規模24時間型	連携24時間	61～100	5（5）
川崎区	野末整形外科歯科内科	在宅専門型	自院24時間	301+	38（16）
川崎区	飯塚医院	中規模24時間型	連携24時間	61～100	7（0）
幸区	いきいきクリニック	中規模24時間型	自院24時間	61～100	5（5）
幸区	ナカオカクリニック	施設中心型	自院24時間	11～30	12（1）
幸区	川崎南部在宅診療所	中規模24時間型	連携24時間	101～150	30（21）
幸区	メディ在宅クリニック	中規模24時間型	連携24時間	61～100	181（179）
幸区	あいホームケアクリニック	中規模24時間型	連携24時間	101～150	142（140）
幸区	南加瀬ファミリークリニック	小規模24時間型	自院24時間	1～10	–
幸区	川崎やまぶきクリニック	在宅専門型	自院24時間	301+	182（1）
幸区	川崎ファミリーケアクリニック	在宅専門型	自院24時間	301+	8（8）

区	医療機関	類型	往診体制	在宅患者	看取り（うち自宅）
幸区	川崎医療生活協同組合川崎セツルメ	中規模24時間型	連携24時間	101～150	5（4）
幸区	松葉医院	中規模24時間型	自院24時間	11～30	1（0）
幸区	横山在宅診療所	中規模24時間型	自院24時間	101～150	18（18）
幸区	川崎幸クリニック	在宅専門型	自院24時間	301+	99（57）
中原区	さくらライフ新丸子クリニック	在宅専門型	自院24時間	201～300	7（1）
中原区	たむらクリニック	施設中心型	自院24時間	1～10	8（8）
中原区	のなみクリニック	小規模24時間型	自院24時間	1～10	14（10）
中原区	はなまるクリニック	在宅専門型	自院24時間	301+	108（69）
中原区	やまと診療所武蔵小杉	在宅専門型	自院24時間	201～300	56（37）
中原区	上杉クリニック	在宅専門型	自院24時間	201～300	35（22）
中原区	加藤順クリニック	小規模24時間型	自院24時間	1～10	0（0）
中原区	中原すみれクリニック	在宅専門型	連携24時間	301+	–
中原区	島脳神経外科整形外科医院	小規模24時間型	自院24時間	1～10	2（1）
中原区	中島クリニック	中規模24時間型	自院24時間	11～30	7（0）
中原区	かわいクリニック武蔵小杉	在宅専門型	連携24時間	301+	57（55）
中原区	在宅テラス診療所なかはら	在宅専門型	自院24時間	301+	157（152）
中原区	宇藤内科医院	小規模24時間型	自院24時間	0	1（1）
中原区	新城テラスクリニック	中規模24時間型	自院24時間	11～30	1（1）
中原区	澤口内科クリニック	小規模24時間型	自院24時間	1～10	3（1）
中原区	豊?医院	小規模24時間型	連携24時間	1～10	–

出典：かかりつけ医機能報告（看取り加算・在宅ターミナルケア加算の算定＝回数1以上または秘匿）／看取り件数は在支診・在支病 定例報告R7の医療機関以外での死亡（直近1年、未届は－）

【参考】川崎南部の病院の後方支援の受け皿（17病院・所在地順 1/1）

受け皿を地域で共有するための一覧で、順位や評価を示すものではない。※連携の算定の○－は左から入退院支援加算・介護支援等連携指導料・退院時共同指導料2・協力対象施設入所者入院加算。

区	病院	類型	指名（件）	許可病床	稼働率（%）	地ケア等病床	地ケア病棟稼働率（%）	施設からの入院	家庭からの入院	連携の算定※
川崎区	AOI国際病院	回復期・慢性期	8	328	94.3	–	–	233	2,676	○○○–
川崎区	第一病院	急性期中心	–	55	53.2	–	–	29	529	–––––
川崎区	太田総合病院	急性期中心	7	237	70.6	–	–	113	4,832	○○○–
川崎区	宮川病院	地ケア等あり	6	175	53.0	46	58.9	234	1,047	○○––
川崎区	川崎協同病院	地ケア等あり	9	267	95.9	115	97.9	501	2,710	○○○–
川崎区	川崎市立川崎病院	急性期中心	33	663	69.6	–	–	434	11,547	–––––
川崎区	馬嶋病院	回復期・慢性期	–	85	95.4	–	–	4	2	–○––
川崎区	日本鋼管病院	急性期中心	15	347	71.6	–	–	261	6,431	○○○–
川崎区	総合川崎臨港病院	地ケア等あり	2	199	85.6	32	81.0	322	1,072	○○○–
川崎区	総合新川橋病院	急性期中心	4	208	61.0	–	–	55	8,922	○○○–
幸区	鹿島田病院	回復期・慢性期	–	98	91.2	–	–	1	–	○○––
幸区	川崎地域ケア病院	急性期中心	4	33	41.1	–	–	25	130	–––––
幸区	川崎幸病院	急性期中心	28	326	96.6	–	–	359	9,838	○○○–
中原区	京浜総合病院	回復期・慢性期	1	140	73.6	–	–	77	663	–○––
中原区	川崎市立井田病院	地ケア等あり	38	343	78.7	45	73.8	1,025	4,794	○○○–
中原区	日本医科大学武蔵小杉病院	急性期中心	29	372	96.2	–	–	196	11,611	○○○–
中原区	関東労災病院	急性期中心	26	610	100.2	–	–	608	14,622	–––––

出典：病床機能報告R7（令和6年度実績。入院は年間の人数、稼働率＝在棟患者延べ数÷（許可病床×365）で100%超も報告値のまま、地ケア病棟は病棟単位）、かかりつけ医機能報告（○＝回数1以上または秘匿）

【参考】川崎南部で医療機関の連携先に挙がった訪問看護ステーション（32か所・所在地順 1/1）

連携を地域で共有するための一覧で、順位や評価を示すものではない。訪看ST＝訪問看護ステーション、24時間＝24時間対応体制加算（イ・ロ）、機能強化＝機能強化型の区分（令和6年8月1日現在）。

区	ステーション	指名（うち区域外）	看護職	利用者	24時間	機能強化
川崎区	いさご訪看ST	1	3.5	5	ロ	–
川崎区	おおしま訪看ST	4	11.3	149	ロ	–
川崎区	こうかん訪看ST	2	6.0	104	イ	–
川崎区	サポートライフ・結	4	10.1	178	ロ	1
川崎区	ティエル訪看ST	2（1）	6.2	124	イ	–
川崎区	川崎大師訪看ST	5	11.4	155	ロ	1
川崎区	指定訪問看護 アットリハ八丁畷	1	17.3	1887	不明	–
川崎区	森重訪看ST	3	5.7	76	イ	–
川崎区	訪看STはる	2（2）	4.1	80	イ	–
川崎区	訪問看護ネイバーズかわさき	1	–	–	–	–
幸区	ONE TEAM訪看ST鹿島田	4	8.7	130	イ	–
幸区	さいわい訪看ST	5（1）	13.7	130	イ	–
幸区	しらかば訪看ST	3	–	–	–	–
幸区	ソフィアメディ訪看ST鹿島田	1	10.3	–	不明	無
幸区	第二国道訪看ST	2	7.6	112	ロ	–
幸区	訪看ST デューン川崎	1（1）	4.0	95	無	–

区	ステーション	指名（うち区域外）	看護職	利用者	24時間	機能強化
中原区	かわさき訪看ST	3	6.5	84	ロ	–
中原区	さくら訪看ST	8（8）	4.8	38	イ	–
中原区	なかはら訪看ST	3	10.1	80	ロ	–
中原区	ほまれ訪問看護 武蔵小杉	1（1）	3.0	–	不明	–
中原区	みつば訪看ST元住吉	1（1）	5.0	10	ロ	–
中原区	ウパウパハウス訪看ST	1	–	–	–	–
中原区	カーサ訪看ST中原	3（1）	–	–	–	–
中原区	ソフィアメディ訪看ST元住吉	1	7.8	165	イ	–
中原区	ソフィアメディ訪看ST武蔵小杉	1	7.3	145	イ	–
中原区	ライト訪看ST	5（2）	7.0	–	不明	1
中原区	在宅療養支援ステーション楓の風武蔵小杉	1	6.7	94	イ	無
中原区	指定訪問看護アットリハ平間	6（1）	–	–	–	–
中原区	訪看ST デライト武蔵小杉	1	3.2	38	無	–
中原区	訪看STなかはら正吉苑	2（1）	7.0	103	ロ	–
中原区	訪看STはな平間	4	5.5	107	イ	–
中原区	訪看ST井田	1（1）	7.6	100	イ	3

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点）、介護サービス情報公表システム、訪問看護ステーション実施状況報告R6（看護職＝常勤換算、利用者＝令和6年7月の実人数。– ＝R6と突合できず）