新たな地域医療構想策定 ― 構想区域毎データ分析結果（外来・在宅・介護連携）

かかりつけ医機能報告からみる
外来医療・在宅医療・介護との連携

資料1－3（資料1－2「入院外来医療分析」の続編） 全県版／構想区域版

データ分析チーム 横浜市立大学 清水沙友里

データ：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）／介護サービス情報公表システム（2,496施設）／病床機能報告R7 ほか

位置づけ なぜ外来・在宅・介護連携を扱うのか ― 地域医療構想の対象範囲の拡大

地域医療構想の対象範囲は入院から外来・在宅・介護連携へ拡大した。急性期拠点を「どこに集約するか」という点の議論と対をなす、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が本資料の主題である。

観点	現行の地域医療構想	新たな地域医療構想
対象範囲	病床の機能分化・連携	入院に加え、外来医療・在宅医療・介護との連携・人材確保等を含む地域の医療提供体制全体
見据える年	2025年（団塊の世代が75歳以上）	2040年頃（85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大）
需要の中身	高齢者の医療需要の増加	医療・介護の複合ニーズ／高齢者救急・在宅医療の需要増／急性期需要は減少
病床機能区分	高度急性期・急性期・回復期・慢性期	回復期 →「包括期」に改称
医療機関の役割	（規定なし）	医療機関機能を新設（急性期拠点／高齢者救急・地域急性期／在宅医療等連携／専門等／医育及び広域診療）
区域	入院が完結する二次医療圏を基本	機能の分化・連携をより推進できる区域へ再設定

① 需要の側：何が増えるのか

● 2040年に向けて増えるのは「日常的な医療 ＋ 時々入院」

● 全県で85歳以上は2025→2040年に＋47%・＋22万人、15～74歳は▲5%（第2回資料1-2）

● 85歳以上の救急搬送は全搬送の24%まで増加、うち約9割が軽症・中等症＝高侵襲の医療ではない

● 退院患者の約半分は手術を伴わない入院。内科系・高齢者疾患が中心

● ＝増えるのは「病院で完結する医療」ではなく、外来・在宅・施設が受け止める需要

② 本資料の位置づけ：第2回資料1-2の続編

● 第2回資料1-2では「入院医療」を4テーマで分析した

● ①急性期拠点＝手術・重症救急をどこに集約するか（点の議論）

● ②高齢者救急／③在宅医療の需要／④病院と在宅の連携

● 本資料は、その受け皿である外来・在宅・介護連携を、診療所を含む地域全体で見る（面の議論）

● かかりつけ医機能報告（令和8年1月開始）で6,697機関の体制を機関単位で把握し、Ⅴ章では病床機能報告・救急搬送・在支診・訪問看護の報告と突き合わせて、体制が実働（算定）と結果に結びついているかまで見る

出典：地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ（地域医療構想策定ガイドライン骨子）／神奈川県説明会資料（2026年6月12日）

協議事項 ガイドラインが求める協議事項と、本資料で用いる指標

外来3項目・在宅3項目・介護2項目の計8つが協議事項。体制はかかりつけ医機能報告の機関単位データでほぼ把握でき、実働と結果は他の公的データと突き合わせて見る(【Ⅴ】＝Ⅴ章 体制と実働)。

分野	協議事項(ガイドライン)	ガイドラインの記載(要旨)	本資料で用いる指標	第3回テーマ(資料1-2 P4)と本資料の論点
外来	① 休日・夜間も含めた持続可能な外来医療提供体制の構築	診療所に加え病院も連携して対応する体制等、地域の医療資源の状況に応じた体制を検討	準夜・深夜・休日の対応(有／意向／無)、在宅当番医制・休日夜間急患センター参加、時間外対応加算の届出、時間外・深夜・休日加算の算定	休日・夜間等の診療体制の継続的な確保 → 論点Ⅱ(深夜帯の受け皿)
外来	② 患者のアクセスの確保	受療機会が実質的に失われないよう、アクセス確保の具体的取組を協議	一次診療17領域・高頻度40疾患のカバー、機関の市区町村分布、医師数 【Ⅴ】1号機能の診療所の類型(外来のみ／切れ目なし型)	(第3回は在宅・介護を中心) → 論点Ⅰ(日常診療の幅)
外来	③ 効率的かつ効果的な外来医療提供の推進	オンライン診療の活用、医歯薬連携に係る取組	オンライン資格確認・電子処方箋・電子カルテ情報共有・服薬の一元管理体制	→ 論点Ⅰ(情報基盤)
在宅	① 慢性期の医療提供体制の一体的な確保	在宅医療需要を含む慢性期需要の見込み、介護保険施設等の活用方針を検討	訪問診療の実施、主治医として管理する在宅患者数、在宅時医学総合管理料 【Ⅴ】在宅看取りの類型と実績(在支診R7・データブックと突合)	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 → 論点Ⅵ・流出入(慢性期)
在宅	② 地域における24時間の提供体制の構築	夜間・休日の急変時にも対応できる体制を地域全体として構築	連絡体制・往診体制・訪問看護体制(自院24時間／連携24時間／日中のみ)、夜間・深夜・休日・緊急往診加算 【Ⅴ】24時間体制と夜間・深夜の往診実績の乖離	訪問診療・訪問看護等連携した24時間対応・後方支援体制の確保 → 論点Ⅳ・Ⅴ
在宅	③ 多職種連携の推進	在宅医療を支える関連資源も含めて確認することが重要	連携訪問看護ステーション名、医療介護情報共有ネットワーク参加、ACP指針 【Ⅴ】連携先の訪問看護STの体制(実施状況報告R6と突合)	看取り支援等場面毎の協力体制の確保と人材育成 → 論点Ⅴ・N7(仕組みの一覧)
介護	① 医療と介護の相互理解に基づく退院・療養支援体制の構築	退院先について医療機関と介護保険施設の関係者で認識を共有	後方支援病床の確保と連携先、入退院支援ルール・連携パス参加、退院時共同指導料、介護支援等連携指導料 【Ⅴ】後方支援先の病床・稼働率・入棟元(病床機能報告R7と突合)	切れ目のない入退院調整／日常療養継続困難時の病診連携 → 論点Ⅲ・流出入(包括期)
介護	② 介護施設入所者が適切な医療を受けられる体制の整備	介護施設における協力医療機関の確保等により適時適切な介入ができる体制を整備	介護保険施設等への提供体制3類型(常時相談／常時診療／入院受入)、協力医療機関となっている施設名 ⇔ 介護施設2,496件との突合 【Ⅴ】介護施設発の救急搬送(救急搬送データ)	状態悪化時の受診・搬送のルール、従事者の役割 → 論点Ⅱ・Ⅳ・N1(居住系)

出典：地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ(地域医療構想策定ガイドライン骨子)／神奈川県説明会資料(2026年6月12日)

制度 医療機関機能と、かかりつけ医機能報告（1号・2号）の対応関係

医療機関機能のうち「高齢者救急・地域急性期」「在宅医療等連携」「専門等」に求められる要件は、かかりつけ医機能報告の2号ロ・イ・ハ・ニと1号に対応する。

医療機関機能	その機能に注力する場合に求められること	対応するかかりつけ医機能	本資料で見る指標
高齢者救急・ 地域急性期機能	・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 ・高度な手術・急性期機能からの撤退（拠点への譲渡） ・介護施設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	2号ロ（入退院時の支援） 2号ニ（介護等との連携）	後方支援病床、入退院支援ルール・連携パス、 介護保険施設等への入院受入体制、 協力対象施設入所者入院加算
在宅医療等 連携機能	・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 ・訪問診療・訪問看護ST・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	2号イ（時間外の診療） 2号ハ（在宅医療の提供） 2号ニ（介護等との連携）	連絡・往診・訪問看護体制の24時間確保、 連携訪問看護ステーション、 在宅当番医制・輪番、情報共有ネットワーク
専門等機能 （回復期リハ・慢性期等）	・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	1号（日常的な診療を総合的 かつ継続的に行う機能）	一次診療の対応領域数、高頻度疾患のカバー、 総合診療専門医・研修修了者

かかりつけ医機能報告制度の仕組み

- 令和5年改正医療法により令和7年4月施行、令和8年1月から報告開始
- 医療機関が都道府県知事に報告 → 知事が体制を確認し、外来医療に関する協議の場に報告するとともに公表
- 1号機能＝日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能／2号機能＝イ 時間外、ロ 入退院支援、ハ 在宅医療、ニ 介護連携
- **各項目は「有り／無し（意向有り）／無し（意向無し）」で報告され、意向の有無まで把握できる**

データとしての特徴

- 報告機関 6,697（診療所6,378・病院319）＝令和8年9月30日時点の県確定値（報告確認済・休止廃止を除く）
- 約350項目。診療実績（算定回数）と体制、連携先の医療機関名・訪問看護ST名・介護施設名を含む
- 市区町村コードを持つため、構想区域内の偏在まで把握できる
- **病床機能報告が「病院の入院機能」を写すのに対し、本報告は「診療所を含む外来・在宅・連携」を写す**

出典：かかりつけ医機能報告制度に係る自治体向け説明会（第7回・2026年7月15日）／かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点（県確定値））

枠組み　誰がどこで協議するか／本資料の分析の枠組み

具体的な検討事項	主な協議体
構想区域ごとに確保すべき医療機関機能に着目した機能の確保	地域医療構想調整会議（構想区域単位）
区域を超えた広域調整、都道府県の方針、大学病院との連携	都道府県医療審議会／都道府県単位の地域医療構想調整会議
不足する外来医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣）	外来医療の協議の場／かかりつけ医の協議の場 （二次医療圏その他知事が適当と認める区域）
在宅医療・介護連携の個別課題	既存の協議の場（在宅医療・介護連携推進事業、地域ケア会議等）を活用

協議の進め方（ガイドライン）

- **外来は調整会議の専管ではなく、外来医療・かかりつけ医の協議の場と分担することとされている**
- 必ずしも全ての区域で同一かつ常時の協議を行う必要はなく、課題の性質に応じて既存の場を活用
- **本資料は、いずれの場でも共通の土台として使えるデータの提示を目的とする**

視点	問い	用いる指標
Ⅰ 外来の面	日常の医療をどれだけの診療所が担えるか	1号機能：一次診療領域・高頻度疾患、研修・総合診療専門医、ICT体制
Ⅱ 時間外・急変	夜間・休日に地域のどこが受けるか	2号イ：準夜/深夜/休日の対応、当番医・急患センター、時間外加算の算定
Ⅲ 入退院支援	病院と診療所が退院をどうつなぐか	2号ロ：後方支援病床、入退院支援ルール・連携パス、退院時共同指導
Ⅳ 在宅・介護連携	急性期後・時々入院を地域で受け止められるか	2号ハ・ニ：24時間の連絡/往診/訪看体制、介護施設への提供体制、ACP
Ⅴ 体制と実働	報告された体制は、実働と結果に結びついているか	在支診R7・データブック・救急搬送・病床機能報告R7・訪問看護R6と機関／地域単位で突合

データの限界（詳細は最終ページ）

- 自己申告に基づく報告であり、未記入がある（項目により503～1,260機関）
- NDB由来の算定回数には秘匿値（*）が含まれる
- 連携先は名称の自由記載のため、名寄せの精度に限界がある（医療機関90.6%照合）
- 「協力医療機関あり」は医療機関側の報告に現れた施設であり、施設側の確保状況の下限値

出典：地域医療構想策定ガイドライン骨子／神奈川県説明会資料（2026年6月12日）／かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点（県確定値））

【全県版】

かかりつけ医機能報告からみる 外来・在宅・介護連携の現在地（9構想区域の比較）

本資料の読み方　データを見て終わらず、論点を決める

各章は「データ」のあとに「論点」を1枚置き、最後に「論点一覧」で第3回の「ご意見を伺いたい事項」①～④と協議の場に結びつける。会議では論点一覧の表に沿って、どの案を選ぶか・誰が決めるかを議論していただきたい。

① データ

各章のスライド（図表＋ポイント）

視点｜かかりつけ医機能｜データ元　タイトル

図表（主役）

ポイント（要点のみ）

② 章末の論点

不足 → 問い → 選択肢 → 決めること

データが示す不足
（機能＋数値）

第2回の
ご意見

問い　①～④のどれか

選択肢　A／B／C

決めること　誰が・どの場で

決めないと起きること

左のデータから右の問いへ。「どの案が現実的か」「誰が決めるか」まで用意した

③ 論点一覧（まとめ）

どの場で・何を決めるか

論点	根拠	①～④	場	決めること
		○		
		○		
		○		
		○		

- 協議の場：調整会議で決めること／外来医療の協議の場／在宅医療・介護連携推進事業（市町村）に送ること、を分けた
- 「データから言える特徴」は参考として後ろに置いた

「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）　論点はすべてこの①～④に対応づけた

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：第3回地域医療構想調整会議資料（資料1-2・10/21時点）の協議テーマと「ご意見を伺いたい事項」

オーバービュー　4つの視点と体制・実働の要点（全県6,697機関）

体制の水準は区域で大きく異なる。訪問診療は横須賀・三浦 29.9% ～ 相模原 18.2%、入退院支援ルール・連携パスの参加は県西 12.5% ～ 川崎北部 4.3%と3倍近い開きがある。

Ⅰ 外来の面
6疾患
診療所が一次診療できる高頻度疾患の中央値（40疾患中）

Ⅱ 時間外・急変
18.4%
平日深夜帯に対応　準夜帯は28.0%

Ⅲ 入退院支援
8.8%
入退院支援ルール・連携パスに参加意向あり15.8%

Ⅳ 在宅・介護連携
13.8%
24時間の往診体制　介護施設への提供体制は12.7%

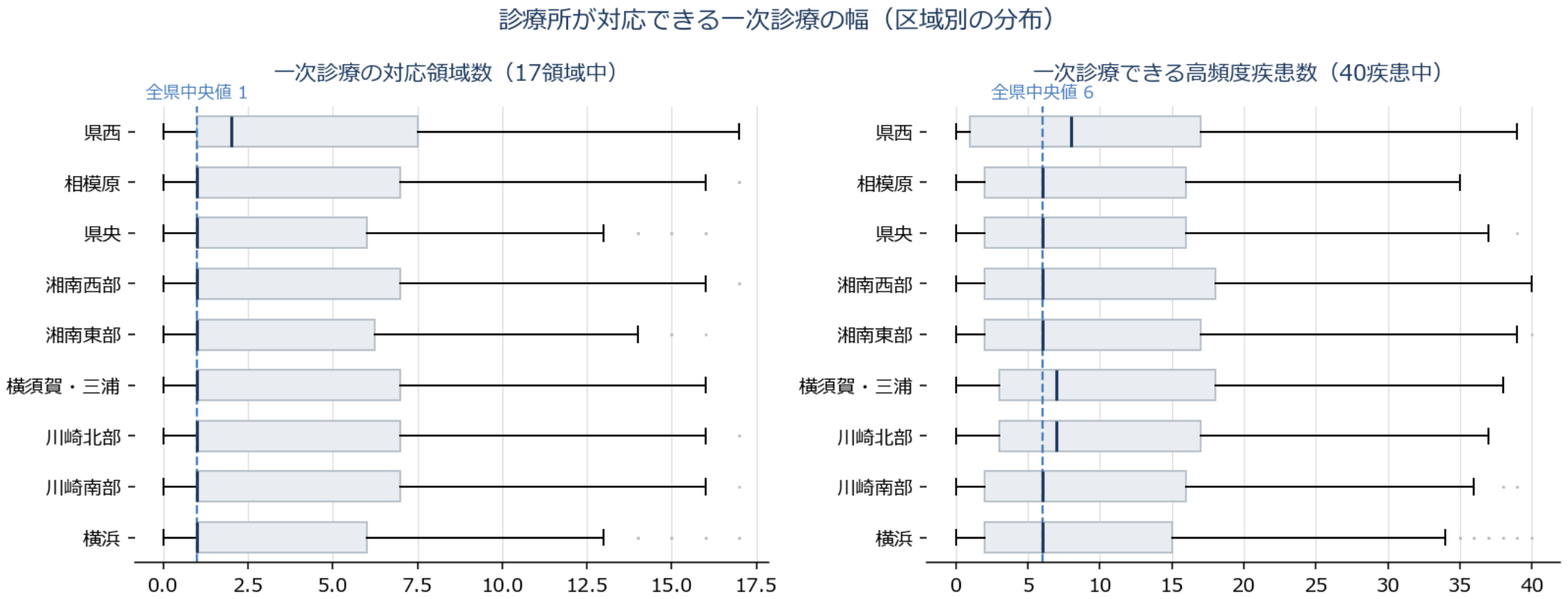
Ⅴ 体制と実働
31%
24時間の往診体制がある診療所のうち、夜間・深夜の往診の実績がない

区域	報告機関数	研修修了者	深夜帯対応	後方支援病床	入退院ルール等	訪問診療	24時間往診	介護施設への体制	情報共有NW	ACP策定
横浜	2,945	41%	17%	16%	9%	21%	13%	10%	5%	11%
川崎南部	483	46%	16%	15%	5%	19%	12%	12%	3%	13%
川崎北部	555	55%	20%	16%	4%	20%	13%	14%	5%	13%
横須賀・三浦	531	50%	19%	19%	12%	30%	18%	14%	10%	16%
湘南東部	570	46%	22%	21%	10%	22%	15%	14%	6%	14%
湘南西部	388	40%	17%	17%	5%	24%	18%	16%	5%	14%
県央	545	42%	18%	15%	9%	18%	12%	16%	6%	13%
相模原	423	53%	18%	18%	10%	18%	13%	14%	6%	16%
県西	257	46%	27%	23%	12%	27%	20%	20%	5%	16%
全県	6,697	45%	18%	17%	9%	22%	14%	13%	6%	13%

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

診療所が対応できる一次診療の幅（区域別の分布）

一次診療の幅は区域内のばらつきが大きく、平均値では地域の実力を表せない。高頻度疾患への対応が広い診療所群が、増える高齢者の日常医療と時々入院の入口を支える。

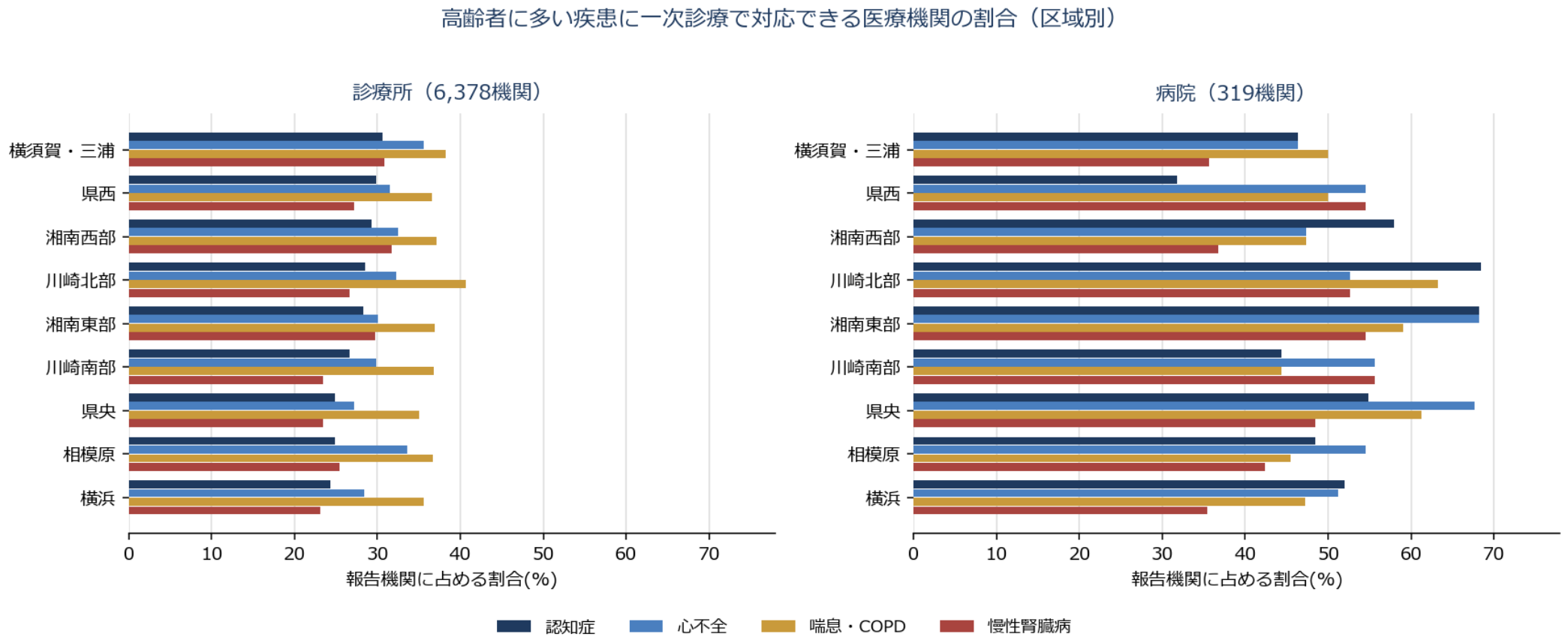


- 報告では、一次診療の対応領域（17分類）と、発生頻度が高い疾患（40疾患）を医療機関ごとに把握できる
- 高頻度疾患の対応数は全県中央値6疾患。同じ区域の中でも医療機関により大きな幅がある
- **かかりつけ医機能研修の修了者がいる機関は全県44.6%、総合診療専門医がいる機関は7.2%**
- **区域平均ではなく分布で見ることで、「面」として日常医療を支える厚みが読み取れる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

高齢者に多い疾患への一次診療の対応（区域別）

高齢者に多い4疾患のうち、心不全と慢性腎臓病に対応できる機関の割合は相対的に低い。急変時に救急搬送以外の選択肢を持てるかは、この裾野の広さに左右される。

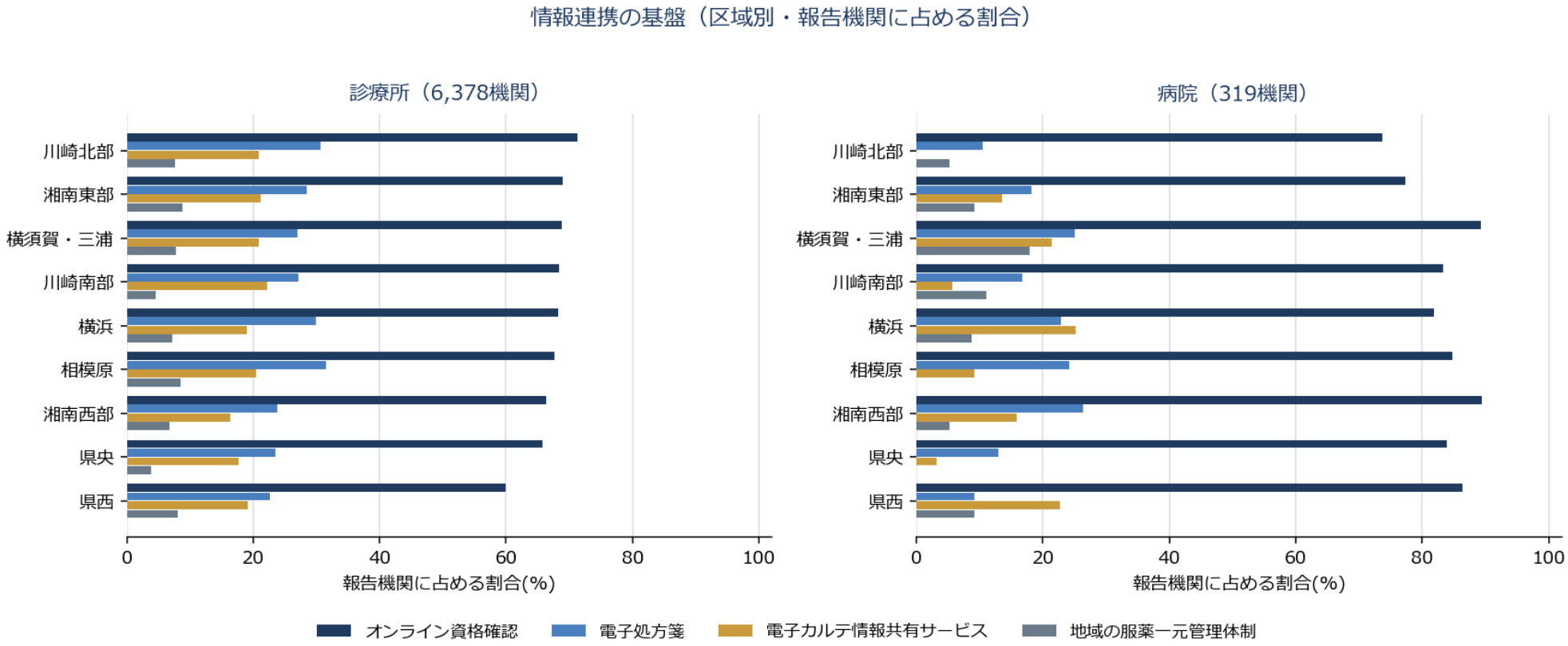


- **図は診療所と病院を分けて示している。心不全は病院54.2%に対し診療所30.1%（1.8倍）と、病院で高い**
- 第２回資料1-2で示したとおり、85歳以上の救急搬送で多いのは誤嚥性肺炎・心不全・尿路感染症で、いずれも手術を伴わない入院
- **これらに外来で対応できる診療所がどれだけあるかが、救急搬送を減らせるかどうかに直結する**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

情報連携の基盤（オン資・電子処方箋・電子カルテ情報共有）

オンライン資格確認はほぼ普及した一方、電子処方箋・電子カルテ情報共有・服薬の一元管理はこれからの段階。連携の実働を支える情報基盤の整備が、外来の効率化と多職種連携の前提になる。



- 図は診療所と病院を分けて示している。電子カルテ情報共有は病院16.9%に対し診療所19.6%（0.9倍）と差が大きい
- 地域の服薬一元管理体制への参加は7.1%（意向あり43.5%）＝医歯薬連携はこれからの領域
- 電子カルテ情報共有サービスは意向ありが38.5%と大きく、参加できる仕組みが整えば普及しうる
- 情報基盤は、後述する入退院支援・介護連携の実働を支える土台でもある

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

論点　日常診療の幅と情報基盤　どこまでを診療所に求め、何で支えるか

1号機能の「幅」は機関ごとの差が大きく、連携の土台になる情報基盤は参加5.7%に対し意向あり27.0%。不足しているのは意欲ではなく、参加できる仕組みである。

データが示す不足

- 1号（日常診療）：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）。心不全31%・慢性腎臓病26%は認知症28%より低い
- 1号：かかりつけ医機能研修の修了者がいる機関44.6%（区域で40～55%）
- 情報基盤：オンライン資格確認68.7%に対し、電子カルテ情報共有19.4%（意向あり38.5%）
- 2号二：情報共有ネットワークの参加5.7%、意向あり27.0%。ACP指針の策定13.0%
- ⇒ 高齢者疾患（心不全・CKD）への対応の裾野と、連携の前提になる情報基盤が不足している

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**：高齢者に多い疾患（心不全・CKD）の日常診療を、どの程度まで診療所に求めるか
- ④ **必要な仕組み**：情報共有ネットワークと電子カルテ情報共有を、誰が主体でどの単位（市町村／区域）で整えるか

選択肢　どれが現実的か

- A 既存の地域ネットワーク（MCS・バイタルリンク等）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・総合診療の裾野を広げ、1号機能の「幅」を底上げする（中長期）

決めること　誰が・どの場で

- 外来医療の協議の場：1号機能の裾野（研修・疾患対応）は外来協議の場に送る
- 在宅医療・介護連携推進事業（市町村）＋調整会議：情報共有基盤の単位と主体を決める

決めないと起きること

- **意向あり（約4分の1）の機関が参加できないまま、Ⅱ～Ⅳの連携が電話・FAX・紙の診療情報提供書のやり取りのまま進む**

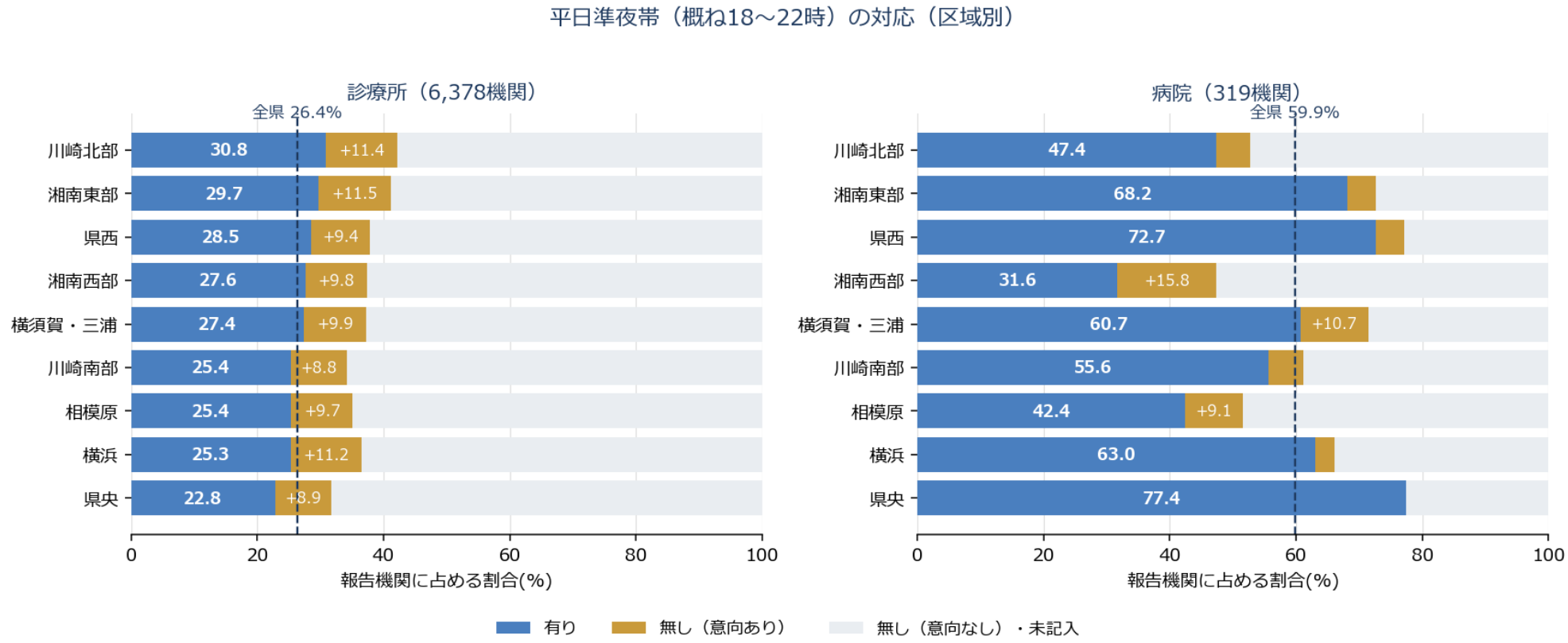
第2回調整会議で出たご意見

- 横須賀・三浦：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
- 相模原：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

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

平日準夜帯（概ね18～22時）の対応（区域別）

準夜帯に対応する機関は全県の約3割。加えて1割が意向を持っており、地域で輪番の枠組みをつくれば夜間の受け皿は広げられる余地がある。

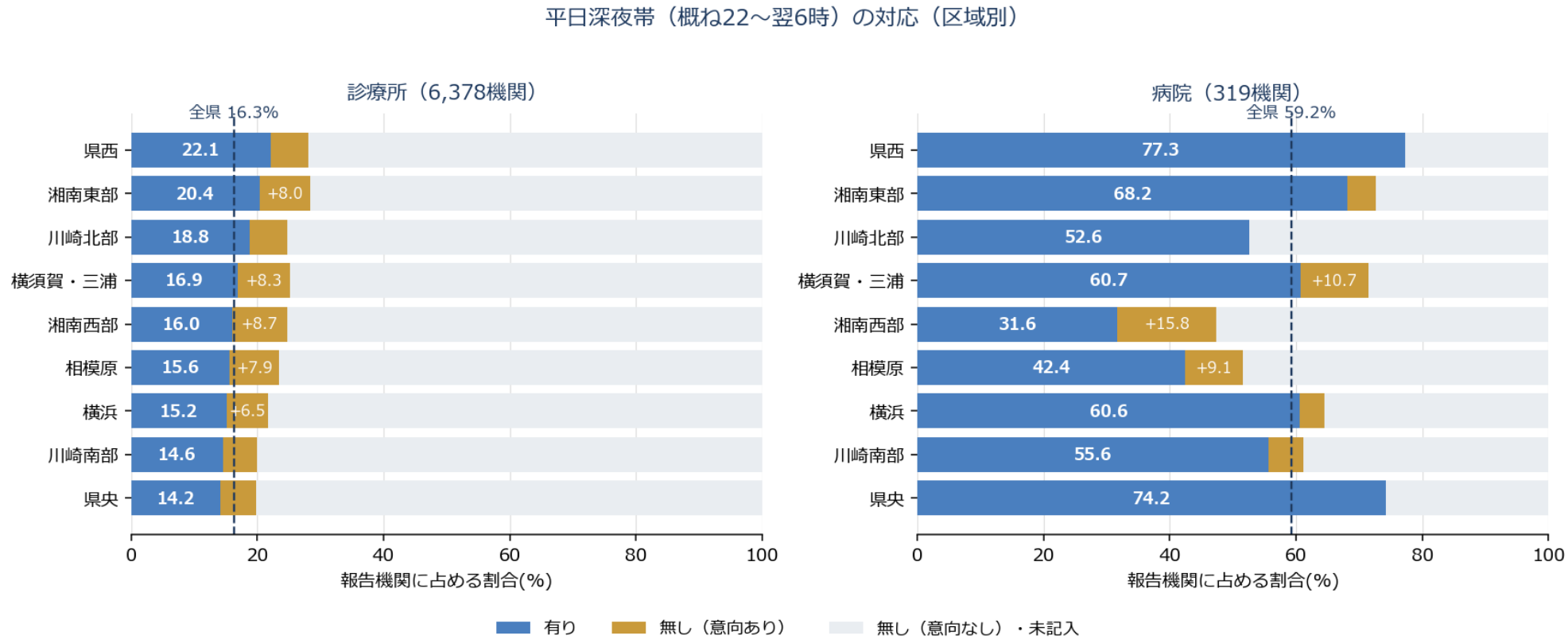


- **準夜帯の対応は病院59.9%に対し診療所26.4%（2.3倍）。県央は診療所22.8%で9区域最下位だが病院77.4%で最高と、区域の中で役割が入れ替わっている例もある**
- **全県では28.0%が対応あり。さらに10.3%が「無し（意向あり）」＝連携の枠組みがあれば動く層**
- 在宅当番医制への参加は全県7.2%、休日夜間急患センター等への参加は30.8%
- **夜間の受け皿を病院だけで担い続けるのか、診療所の輪番と分担するのかが論点**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

平日深夜帯（概ね22～翌6時）の対応（区域別）

深夜帯に対応できる機関は準夜帯より少なく、意向を持つ機関も限られる。深夜の急変対応は単独ではなく、連携による体制でしか広げられない。

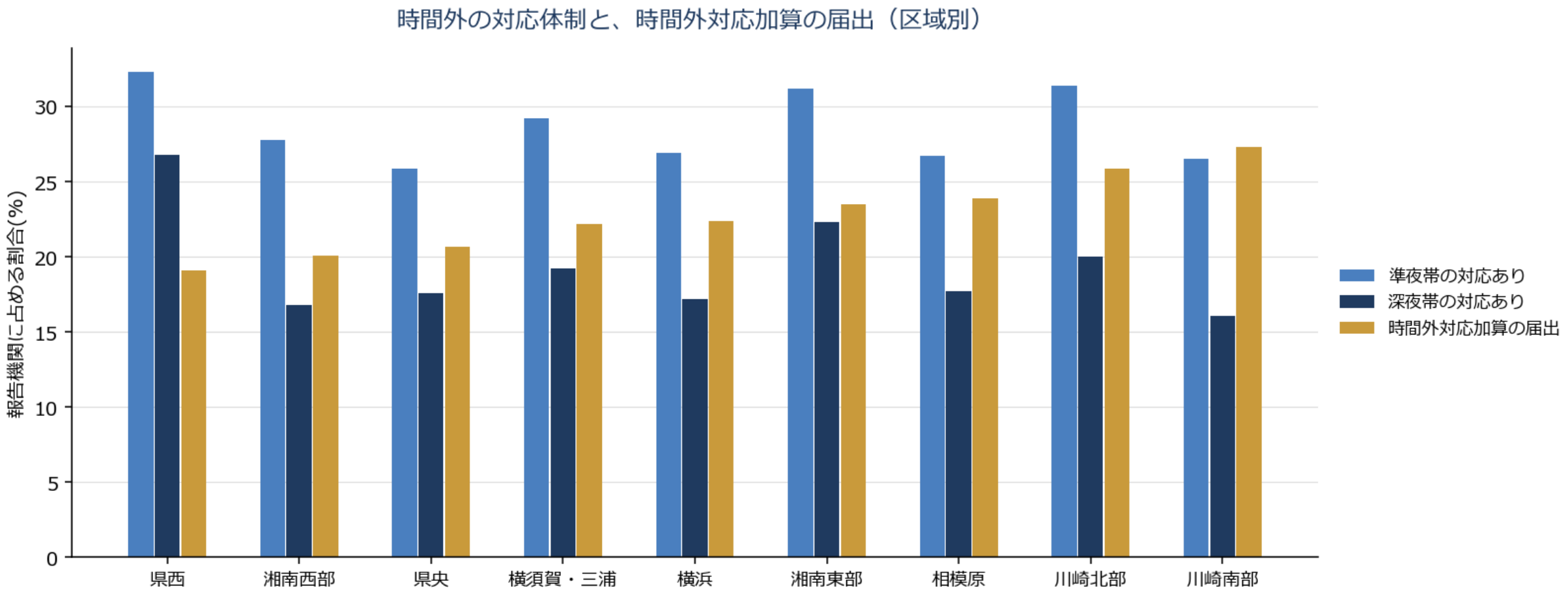


- **深夜帯の対応は病院59.2%に対し診療所16.3%（3.6倍）。診療所は準夜から深夜でさらに10ポイント落ちるが、病院はほぼ変わらない**
- 深夜帯の対応がある機関は全県18.4%と、準夜帯より約10ポイント低い
- **深夜に相談・診療できる医療機関の薄さは、施設からの搬送が救急に集中する背景の一つ**
- **複数機関の連携による深夜対応（輪番・電話対応の共同化）が現実的な選択肢になる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

時間外の対応体制と時間外対応加算の届出（区域別）

時間外に対応する体制を持つ機関と、時間外対応加算を届け出ている機関には差がある。実際に動いている体制を制度的に位置づけ、継続できる形にすることが課題。



- **全県の届出は22.8%。準夜帯の対応あり28.0%との差が、体制と診療報酬上の届出のギャップ**
- ※算定回数には秘匿値（*）が含まれるため、機関数ベースで比較している

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

論点　深夜帯の受け皿　診療所単独では担えない時間帯を誰が受けるか

2号イ（時間外）は準夜帯28.0%に対し深夜帯18.4%。施設発の搬送困難は深夜に日中の1.6倍で、時間外の弱点は深夜×介護施設に集まる。

データが示す不足

- 2号イ：平日深夜帯に対応する機関18.4%（区域で16～27%）。意向ありは6.7%で、単独での拡大は見込みにくい
- 2号イ：在宅当番医制への参加7.2%、休日夜間急患センター等30.8%。時間外対応加算の届出22.8%
- T2：85歳以上の搬送の27%は介護施設発。施設発の搬送困難は深夜6.3%・日中4.0%、施設発の20%は軽症
- 2号二：介護保険施設等への提供体制12.7%のうち、入院を原則受け入れる体制は2.3%と最も薄い
- ⇒ 深夜帯の対応は診療所単独では持たない。施設からの急変を、救急要請の前に医療につなぐ仕組みが不足している

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**：深夜帯（22～翌6時）の初期対応。病院の救急外来に頼る以外の選択肢
- ③ **介護側との連携**：施設の夜間の相談先と受入条件を、協力医療機関との間で事前に決める
- 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（県西の意見）

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・搬送基準）を区域で標準化する
- B 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制度上の位置づけを与える
- C 急患センター・2次救急の夜間ルールで病院側の受け皿を整え、3次救急を守る

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／C）を区域の方針として決める
- 外来医療の協議の場：輪番・当番医の設計（B）。在宅医療・介護連携推進事業：施設との取り決めの実務

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**

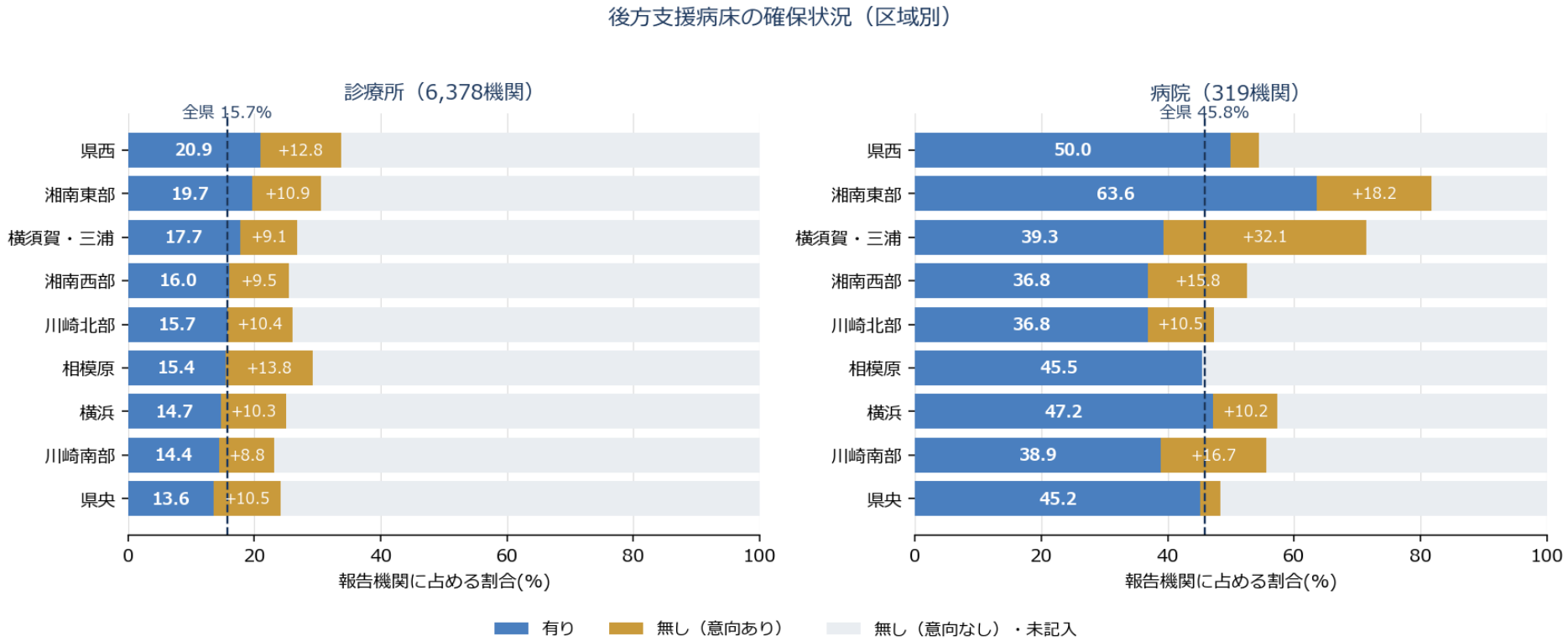
第2回調整会議で出たご意見

- 県西：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
- 横浜：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

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

後方支援病床の確保状況（区域別）

後方支援病床を確保している機関は全県の約2割。意向を持つ703機関を含めれば約3割まで広がる。「どの病院が受けるか」を地域で可視化することが、確保を進める第一歩になる。



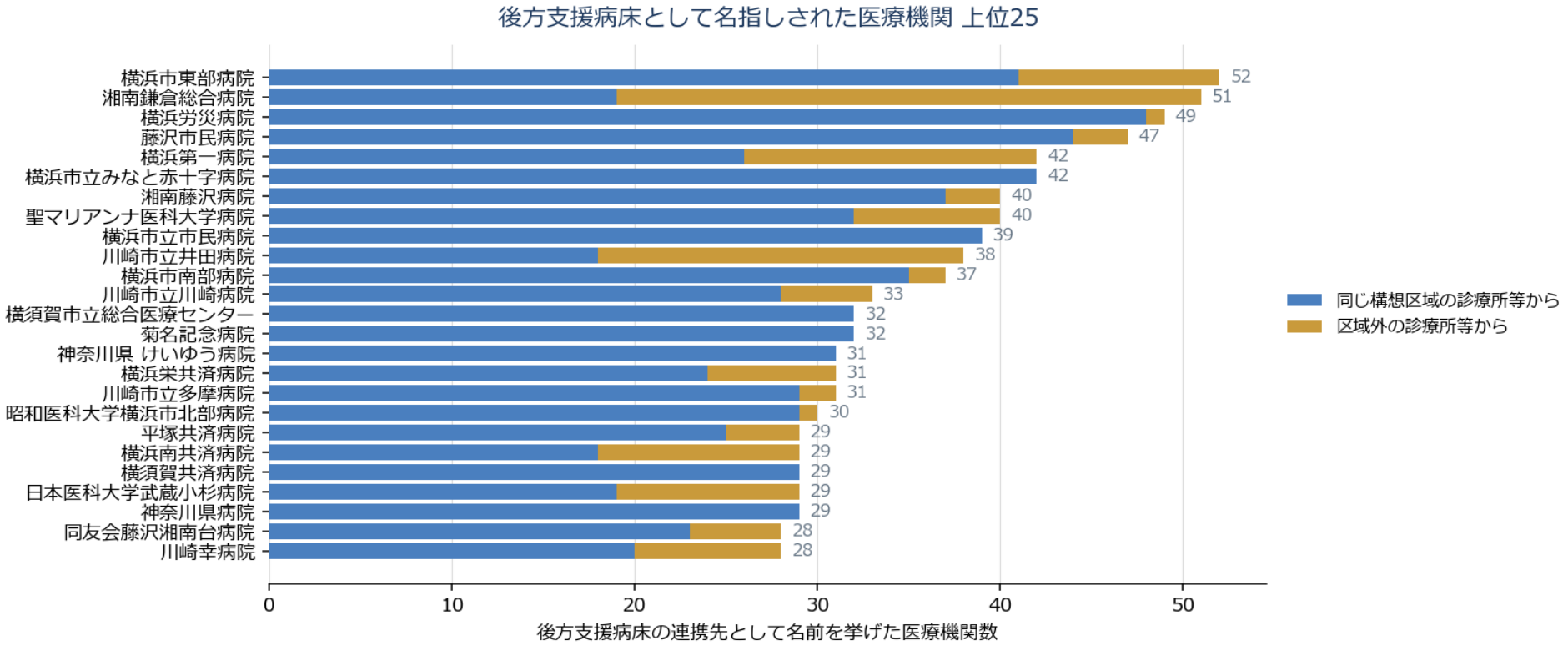
※自院での確保・連携による確保のいずれかを「有り」とした

- **後方支援病床の確保は病院45.8%に対し診療所15.7%（2.9倍）。病院は在宅患者の受け入れ側でもあり、両者は別の役割として読む必要がある**
- **全県では17.1%が確保あり（自院177・連携890・両方79機関）。「無し（意向あり）」が10.5%＝703機関**
- 厚生労働省が協議の場の例として挙げる課題は「急変時にどの病院に空床があるか分からない」
- **連携先の医療機関名が報告されているため、実際の連携の相手方まで把握できる（次ページ）**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

後方支援病床として名指しされた医療機関 上位25（全県）

後方支援は少数の中核病院に集中し、かつ区域境をまたいで成立している。拠点機能の議論と、在宅の受け皿の議論は同じ病院群を対象にしており、一体で協議する必要がある。

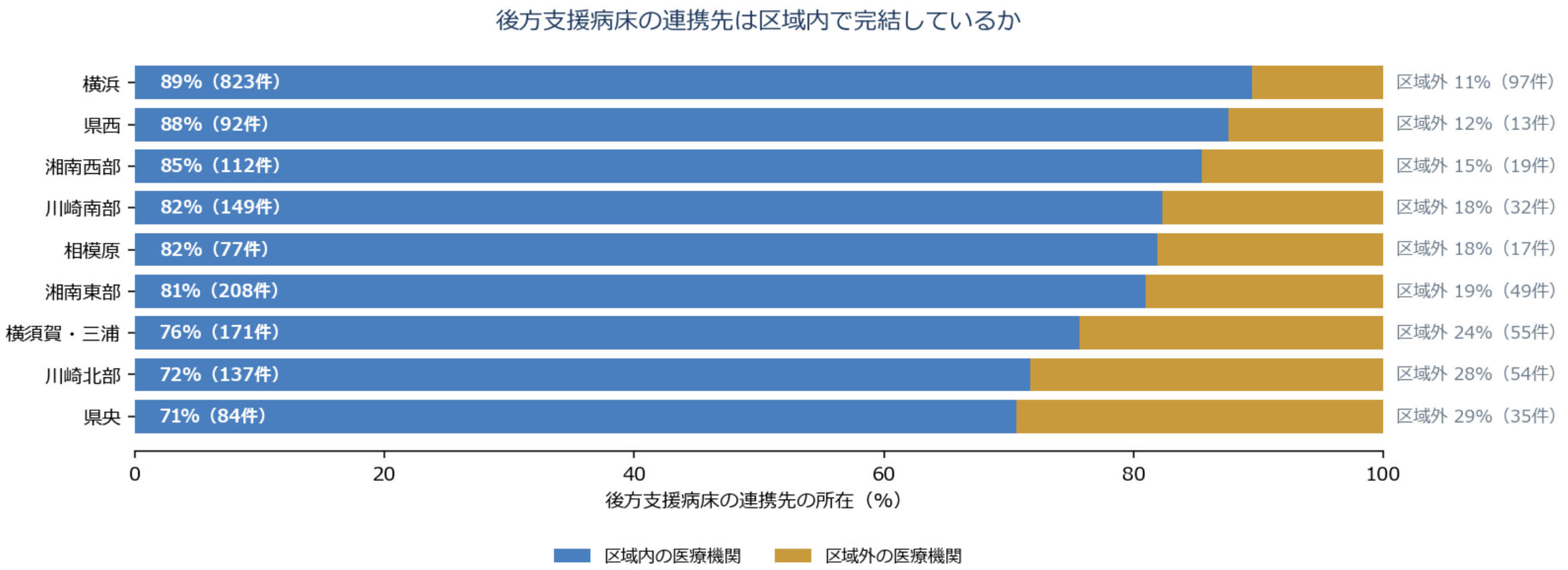


- 958機関がのべ2,416件の連携先を報告。記載名称720通りの表記ゆれを整理して医療機関名簿と突き合わせると、2,224件（92%）が特定でき261機関に集約された（残る123通りは県外の医療機関等と推測）
- **上位に挙がるのは救急・急性期の中核病院で、後方支援は特定の病院に集中している**
- **湘南鎌倉総合病院は51機関から挙げられ、うち32機関が区域外の医療機関からの指名**
- **急性期拠点の候補病院と、後方支援のハブになっている病院が一致するかは、医療機関機能の選択（急性期拠点／高齢者救急・地域急性期）を考える材料になる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

後方支援病床の連携先は区域内で完結しているか

後方支援の相手方が区域外に及ぶ区域では、区域単独で入退院の受け皿を設計することはできない。隣接区域との一体的な協議が前提になる。

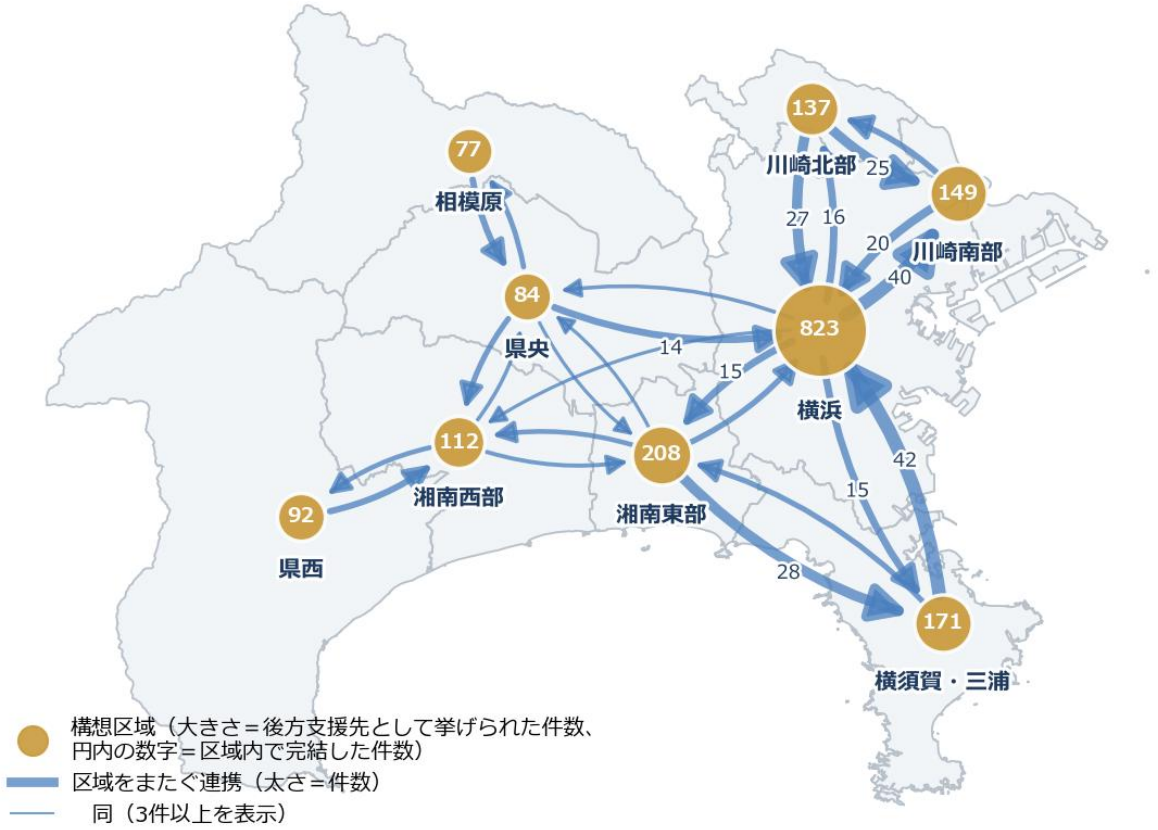


- **区域外の割合が高い区域は、隣接区域の病院に依存している＝区域単独では体制を設計できない**
- 第２回資料1-2で示した転院搬送の区域内完結率（全県で区域差が大きい）と同じ構造
- **下り搬送のルールづくりは、隣接区域と一体で考える必要があることを裏づける**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

後方支援の連携の流れ（構想区域間・全県）

後方支援の多くは区域内で完結する一方、横浜を中心に区域をまたぐ太い流れがある。受け皿を考える単位が区域内か広域かは、区域によって異なる。



区域をまたぐ流れ 上位10

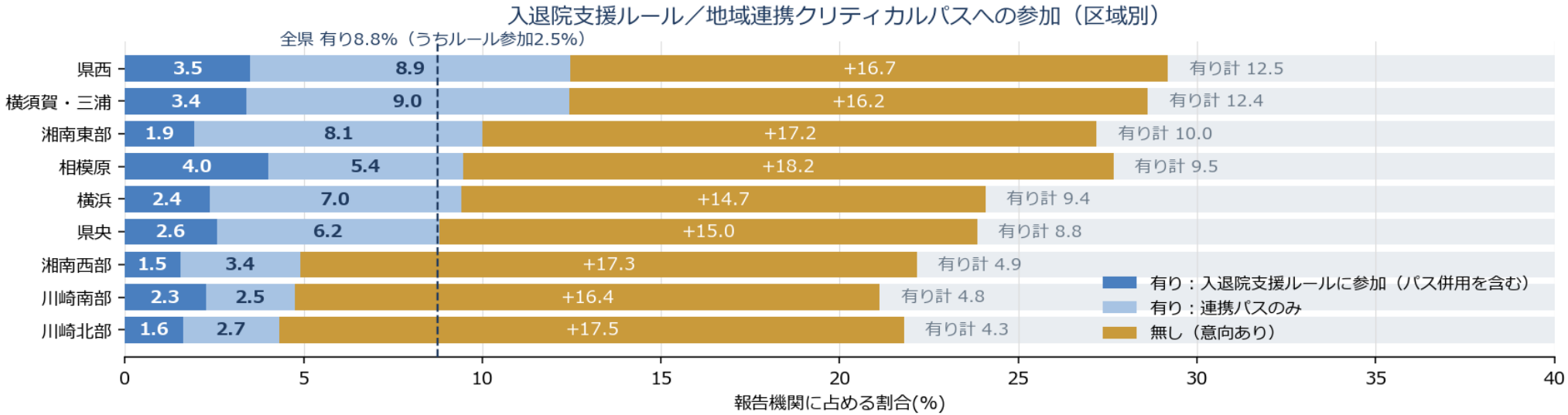
起点の区域	→	後方支援先の区域	件数
横須賀・三浦	→	横浜	42
横浜	→	川崎南部	40
湘南東部	→	横須賀・三浦	28
川崎北部	→	横浜	27
川崎北部	→	川崎南部	25
川崎南部	→	横浜	20
横浜	→	川崎北部	16
横浜	→	横須賀・三浦	15
横浜	→	湘南東部	15
県央	→	横浜	14

- 円の中の数字は区域内で完結した件数。横浜763・湘南東部200に対し県央82・県西79と、区域内に持つ受け皿の厚みが大きく異なる
- **横須賀・三浦→横浜39、湘南東部→横須賀・三浦27のように広域で成立している区域がある一方、県央・相模原・県西は隣接区域との流れが細く区域内に閉じている。＝後方支援の受け皿を考える単位が、区域によって異なる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

地域の入退院支援ルール・地域連携クリティカルパスへの参加（区域別）

「入退院支援ルール・連携パス」への参加8.8%の大半は連携パスであり、入退院支援ルールに参加している機関は2.5%（165機関）にとどまる。一方でルールに意向を持つ機関は652と参加中の4倍あり、ルールを整備すれば受け皿は広がる。



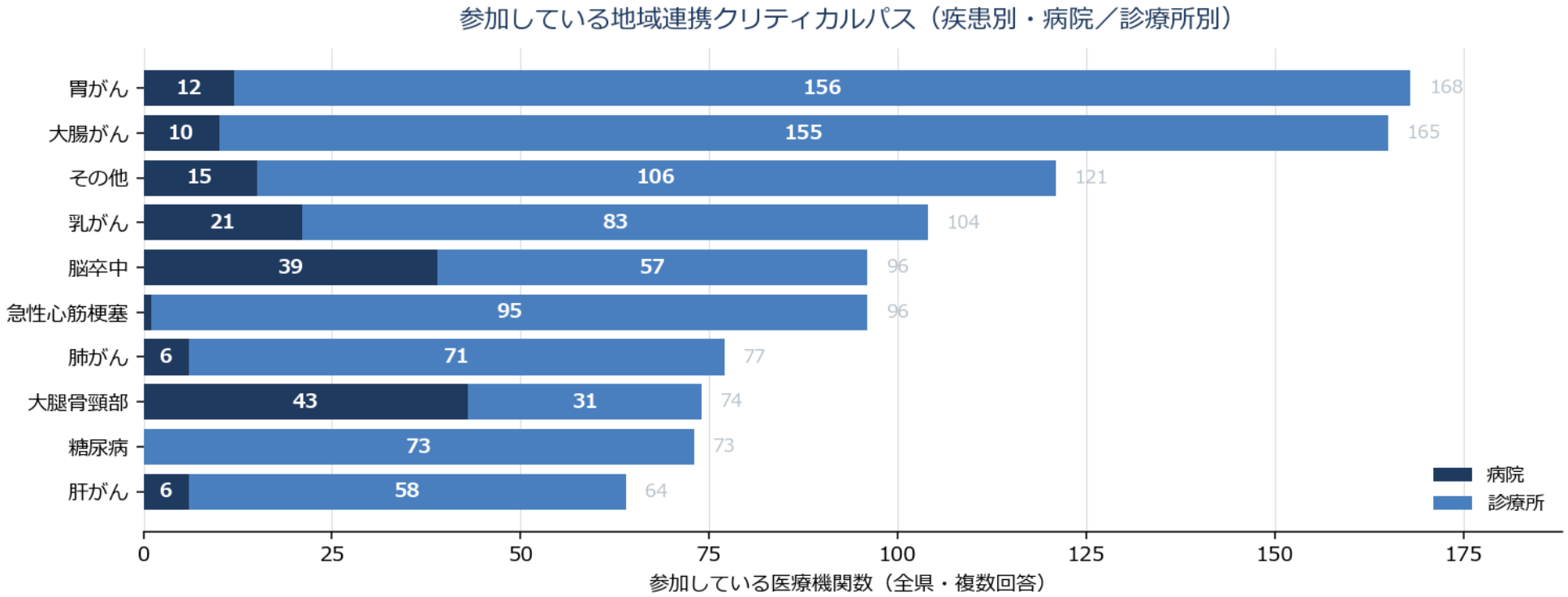


- 入退院支援ルールへの参加は全県2.5%。病院16.3%（52機関）に対し診療所1.8%（113機関）。区域別でも1.5～4.0%にとどまる
- 「無し（意向あり）」は15.8%（1,061機関）。うち入退院支援ルールに意向を持つのは652機関＝参加中の4倍
- 県内の市町村では入退院支援ルールの策定が進んでおらず、参加の少なさは仕組みの不在を反映している
- 入退院支援ルールの策定・運用は、県・市町村と医師会が主導できる具体的な打ち手。意向を持つ652機関が受け皿になる

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

参加している地域連携クリティカルパス（疾患別・病院／診療所別）

既存の連携パスはがん・脳卒中・大腿骨頸部などに限られ、参加の主体も疾患で異なる。糖尿病パスは診療所のみ（病院0）で保険者主導の枠組みを映しており、増加する「時々入院」の疾患には仕組みがない。

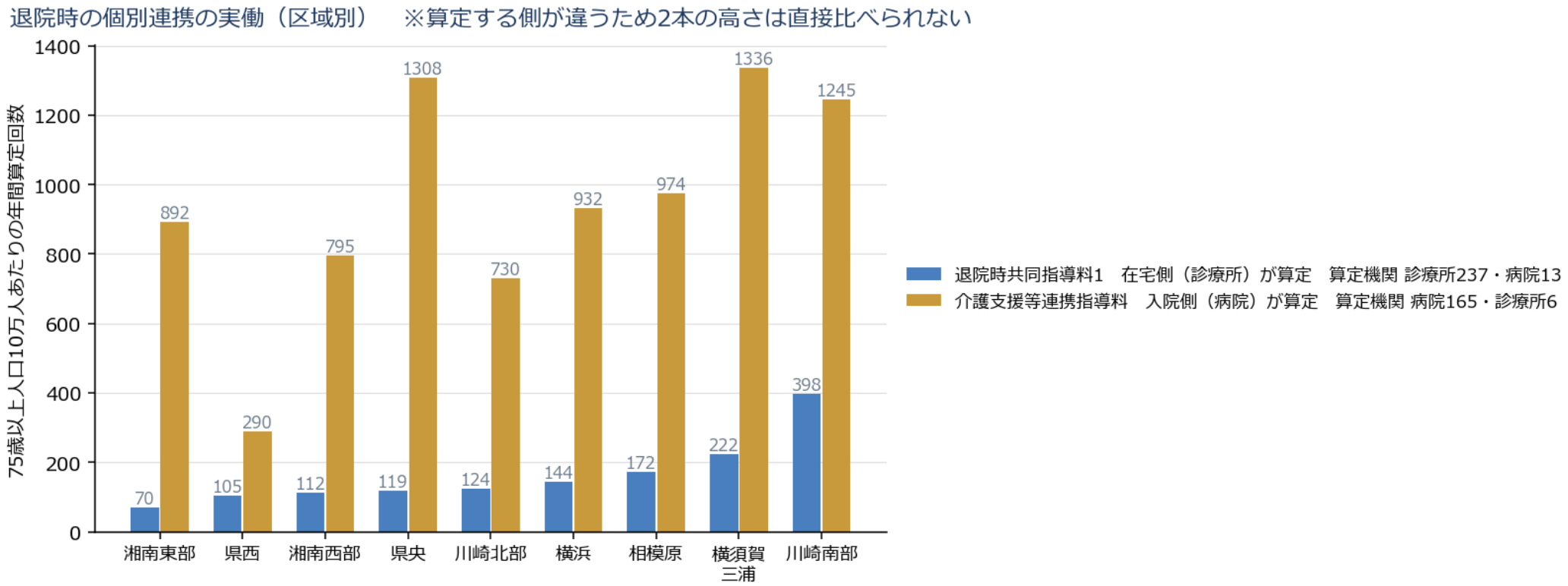


- パスの種類別に参加状況が報告されている（10区分）。参加586機関のうち病院109・診療所477（複数回答）
- **糖尿病パスは診療所73に対し病院0。参加する73機関のうち内分泌・代謝・栄養領域を挙げるのが63、慢性腎臓病に対応できるとするのが56と内科系に偏る。保険者（市区町村）主導の糖尿病性腎症重症化予防（CKD関連）が、かかりつけ医と保険者の間で運用されていることと整合**
- 「その他」121機関の内容は自由記載欄がなく直接は確認できない。ただし「その他」のみの76機関（診療所71・病院5）は、名称に泌尿器科・腎を含む診療所が22、一次診療で腎・泌尿器系領域を挙げるのが71中51で、横浜市旭区11・瀬谷区7・藤沢市6・大和市5に集中している。CKDより前立腺がん等の泌尿器科系パスの可能性が高い
- **誤嚥性肺炎・心不全・尿路感染症など「時々入院」の典型疾患にはパスが存在しない**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

退院時の個別連携の実働（区域別・算定する側が違う2指標）

退院時に在宅の医師が病院に出向いて行う共同指導は、全県で250機関・年2,108回にとどまり、区域差も5倍超。病院とケアマネの連携に比べ、病院と在宅医が直接顔を合わせる連携の実働をどう増やすかが課題である。

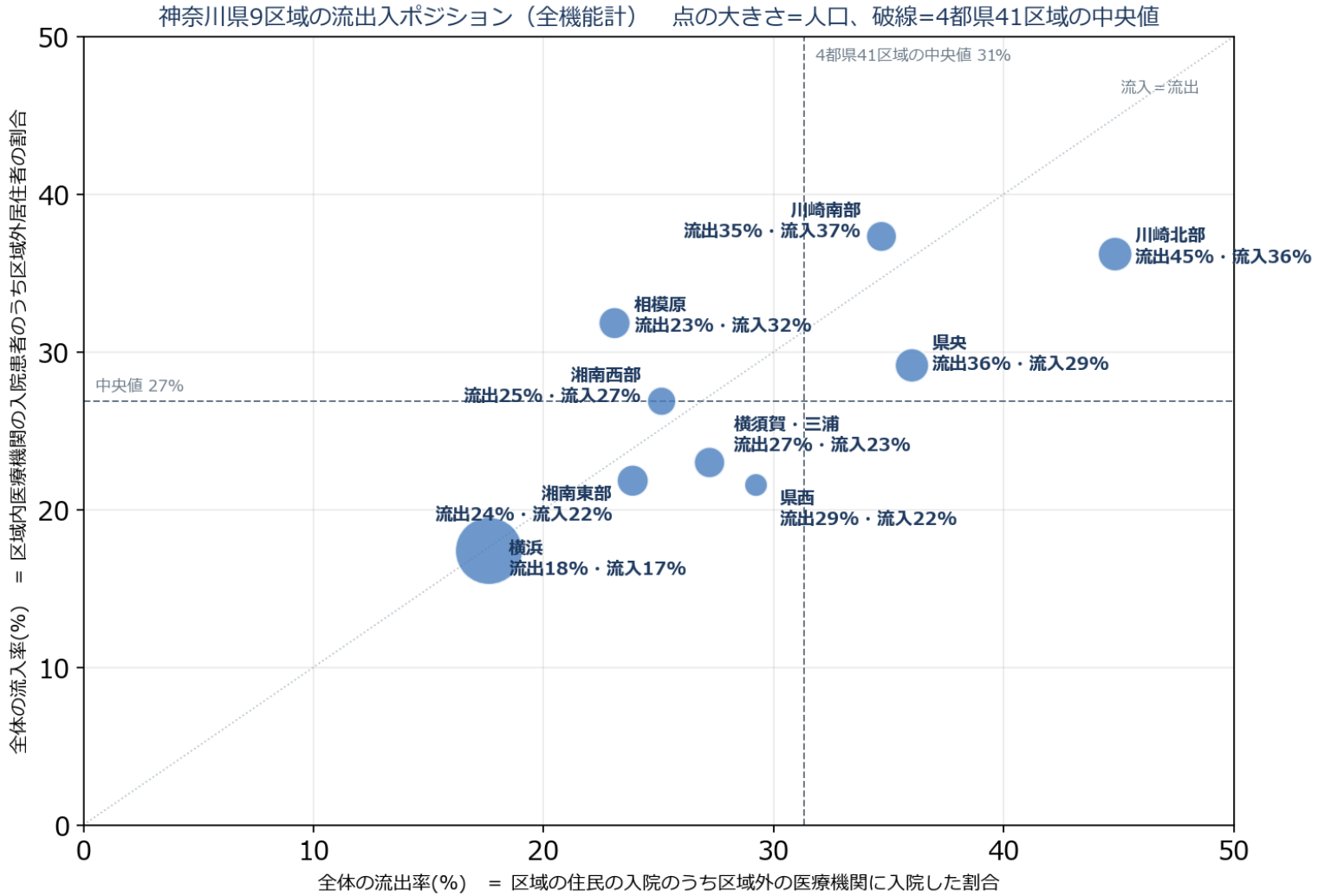


- 退院時共同指導料1は、入院中の患者について在宅側の医師等が病院に出向いて共同指導した場合の算定で、算定機関は診療所237・病院13＝在宅側から見た実働
- 介護支援等連携指導料は入院側が算定するもので、算定機関は病院165・診療所6。同じ図に並べているが、算定する側が違うため2本の高さを直接比べることはできない
- 第２回資料1-2では病院側から見た数字（退院100件あたり退院時共同指導0.9回、介護支援等連携指導1.4回）を示した。本資料の在宅側の算定と突き合わせることで、「病院がやっていない」のか「地域に受け手がいない」のかを切り分けられる
- 在宅側の算定（退院時共同指導料1）は75歳以上10万対で湘南東部70～川崎南部398と5倍超の区域差がある。全県で250機関・2,108回にとどまる

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

患者の流出入からみた区域の性格　流出率×流入率（9区域）

神奈川9区域は「双方向型（川崎・県央）」「受け手型（相模原・湘南西部）」「完結型（横浜）」「出し手型（県西・横須賀・三浦・湘南東部）」に分かれる。下り搬送と後方支援のルールは、この類型ごとに相手区域を織り込む必要がある。



- 右上（流出も流入も多い）：川崎北部（流出45%・流入36%）・川崎南部・県央。生活圏が区域境と一致せず、隣接区域と双方向に行き来する
- 流入＞流出：相模原（流入32%）・湘南西部は区域外（南多摩・県央）から患者を受ける側。流出＞流入：県西・横須賀・三浦・湘南東部は隣接区域（湘南西部・横浜）に依存
- 横浜は流出18%・流入17%で自区域完結。県内の共通の受け皿でもある
- **かかりつけ医機能報告の「連携先の流れ」（体制）に対し、これは患者が実際に入院した「結果」。後方支援の受け皿を考える単位は、この流れの相手区域と合わせて決める**

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）。値＝居住区域の住民の入院に占める入院先区域の割合（流出率）／区域内医療機関の患者に占める居住地の割合（流入率）

包括期の患者はどこに入院しているか　居住区域×入院先

急性期後の「時々入院」を受ける包括期は、横浜・湘南東部を除き2～3割が区域外で入院している。後方支援の受け皿は、区域内の地ケア病棟と隣接区域の包括期病棟を合わせて考える必要がある。

神奈川県9区域の患者の流れ（包括期）　行＝居住区域、列＝入院先、値＝流出率(%)　※対角＝自区域完結率

居住する構想区域 ＼ 入院先	川崎北部	川崎南部	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	相模原	県西	横浜	東京都	静岡県	その他
川崎北部	**52%**	9.5				0.9			17.0	16.0		4.2
川崎南部	3.7	**65%**							16.7	9.8		4.6
横須賀・三浦			**71%**	3.1	0.6	0.7			20.0	1.2		3.0
湘南東部			5.6	**82%**	2.0	3.4			3.5	0.5		3.1
湘南西部				3.6	**74%**	15.1		2.0	1.1		0.6	3.3
県央	0.6			4.5	4.3	**76%**	5.9		4.7	1.2		2.9
相模原	0.7					14.3	**71%**		2.3	6.9		4.7
県西				0.8	13.4	4.9		**70%**	0.9		7.6	2.4
横浜	1.1	2.8	1.9	1.1		1.8			**86%**	3.2		1.9

入院先（神奈川県内9区域｜東京都｜静岡県｜その他＝他都県・未掲載分）

- 包括期の自区域完結率は川崎北部52%～横浜86%。横浜（86%）・湘南東部（82%）は区域内で受け、川崎北部（52%）は横浜17%・東京都16%へ出る
- 横須賀・三浦→横浜20%、湘南西部→県央15%、相模原→県央14%、県西→湘南西部13%と、包括期の受け皿が隣接区域にある流れが太い
- **Ⅲ章の「後方支援の連携の流れ」で区域内に閉じていた県央・相模原も、包括期の患者は相互に行き来している。体制（指名）と結果（入院先）のずれが、後方支援の設計の出発点になる**

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）。値＝居住区域の住民の入院に占める入院先区域の割合（流出率）／区域内医療機関の患者に占める居住地の割合（流入率）

慢性期の患者はどこに入院しているか　居住区域×入院先

慢性期の療養先は、川崎・県央で半分前後が区域外にある。第3回テーマ「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」は、区域内に療養先をつくるか、隣接区域と共有するかの選択を含む。

神奈川県9区域の患者の流れ（慢性期）　行＝居住区域、列＝入院先、値＝流出率(%)　※対角＝自区域完結率

居住する構想区域 ＼ 入院先	川崎北部	川崎南部	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	相模原	県西	横浜	東京都	静岡県	その他
川崎北部	**49%**	4.3			1.1	0.8	5.0		15.9	19.6		3.9
川崎南部	11.0	**37%**					4.9	0.7	25.2	12.4	1.1	7.9
横須賀・三浦			**73%**	5.5	1.7	1.1	2.4		10.1	1.6		4.7
湘南東部			4.8	**77%**	3.9	3.3	2.0	2.1	2.5	1.0		3.7
湘南西部				5.8	**65%**	6.0	2.0	15.1			2.9	2.8
県央			1.3	3.6	8.2	**53%**	18.6	0.9	6.4	4.3		2.8
相模原	0.6				0.7	6.6	**80%**	0.5	1.0	8.0		2.3
県西			0.7	1.0	10.7	1.4		**72%**			12.2	2.5
横浜	2.1	1.2	2.3	2.1	1.1	1.0	2.9	0.5	**79%**	5.2		2.6

入院先（神奈川県内9区域｜東京都｜静岡県｜その他＝他都県・未掲載分）

- 慢性期の自区域完結率は川崎南部37%・川崎北部49%・県央53%と低く、川崎南部→横浜25%、県央→相模原19%、川崎北部→東京都20%へ出ている
- 相模原（80%）・横浜（79%）・湘南東部（77%）は区域内で受ける。県西は静岡県へ12%
- **高度急性期＋急性期の完結率（川崎北部60%～湘南西部83%）と比べ、慢性期は区域差が大きい。療養先が区域外にある区域では、在宅・施設の受け皿と下り搬送のルールを隣接区域と一体で考える**

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）。値＝居住区域の住民の入院に占める入院先区域の割合（流出率）／区域内医療機関の患者に占める居住地の割合（流入率）

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

後方支援病床の確保17.1%・入退院支援ルールへの参加2.5%と体制は薄く、包括期の患者の流れは区域をまたぐ。受け皿を考える単位を区域の中で決める必要がある。

データが示す不足

- 2号口：後方支援病床の確保17.1%（意向あり10.5%）。指名は少数の中核病院に集中し、区域をまたぐ指名がある
- 2号口：入退院支援ルールへの参加2.5%（165機関）に対し、ルールに意向を持つ機関652。連携パスはがん・脳卒中等に限られ「時々入院」の疾患に仕組みがない
- T3：後方支援の指名の63%は急性期中心の病院へ。介護施設からの入院の41%は地域包括ケア等の病床がある病院が受け、地ケア病棟の稼働率は中央値87%
- 流出入：包括期の自区域完結率は川崎北部52%～横浜86%。慢性期は川崎南部37%・県央53%で、療養先が区域外にある
- ⇒ 診療所が頼る後方支援先と、患者が実際に入院する区域がずれる。下り搬送の受け皿と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：地域包括ケア・包括期病棟を後方支援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（横浜・相模原等）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

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を決める
- 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**

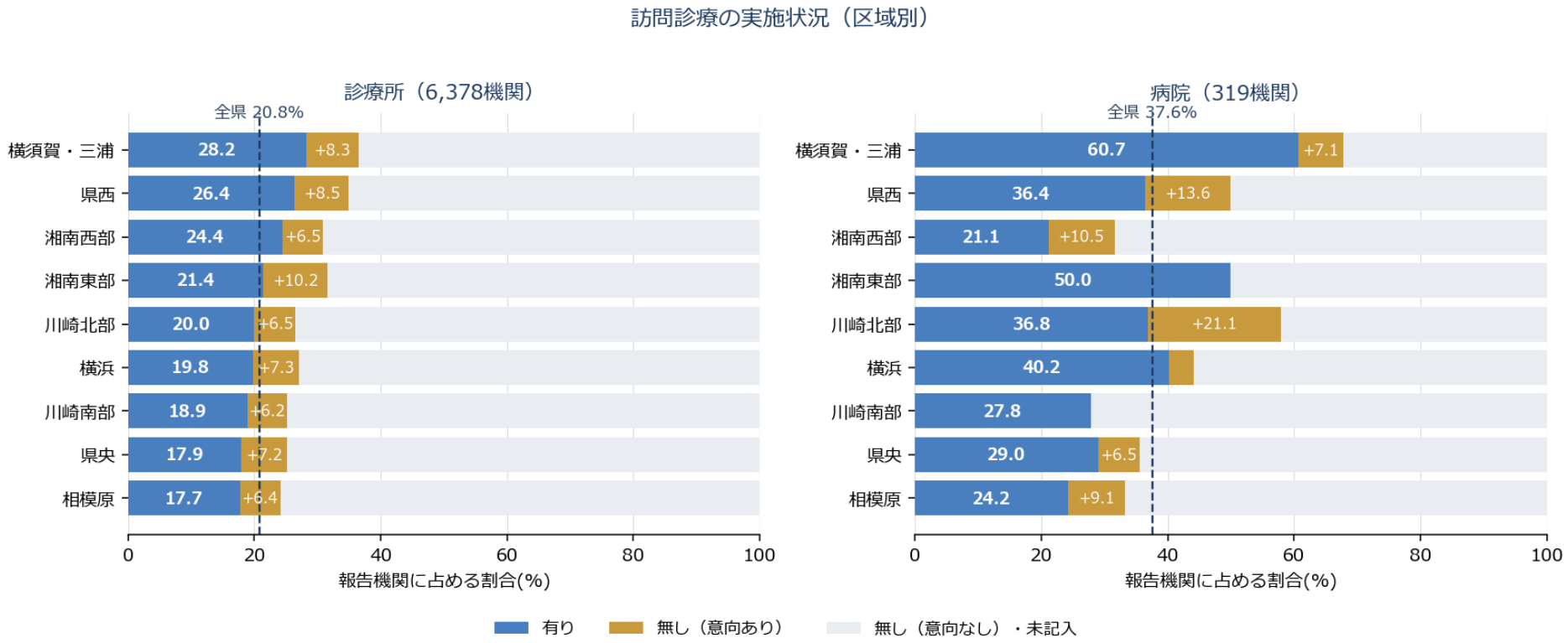
第2回調整会議で出たご意見

- 県央：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
- 湘南西部：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

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

訪問診療の実施状況（区域別）

訪問診療を実際に行っている機関は全県の約2割。届出ではなく実施ベースで把握できることが本データの強み。意向を持つ494機関をどう後押しするかが担い手確保の焦点になる。



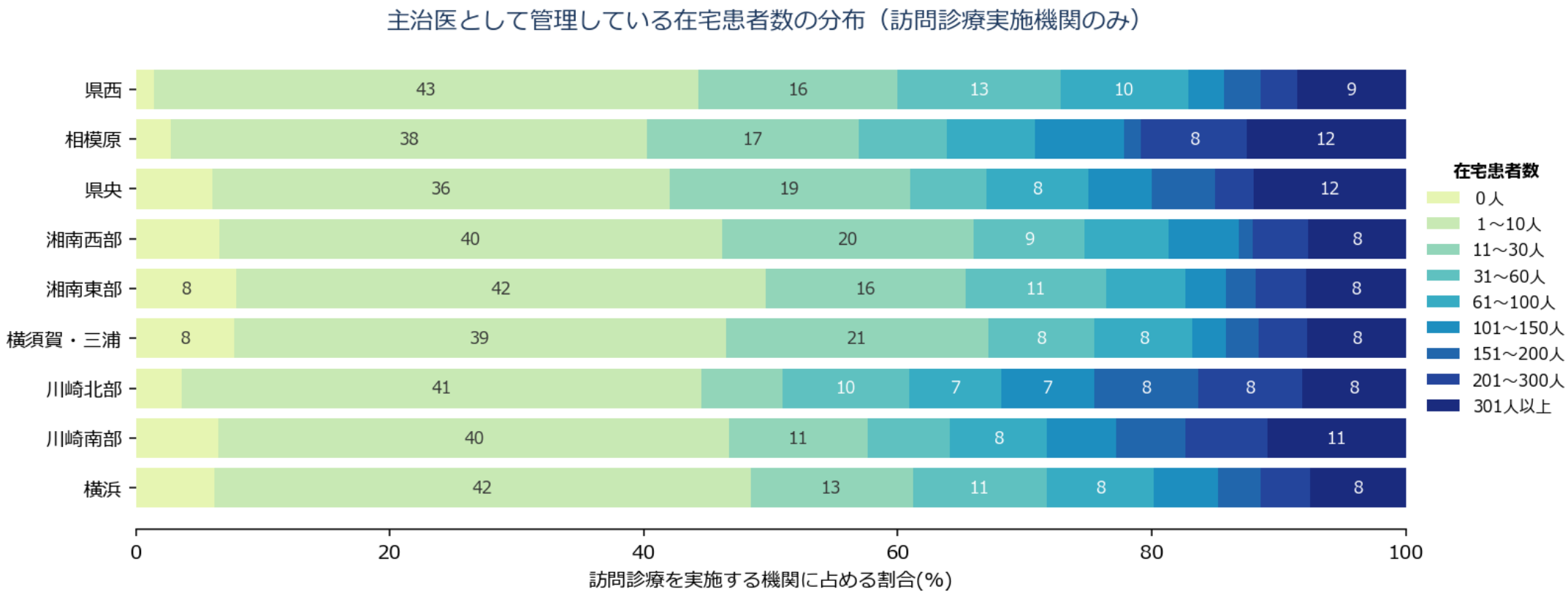
※「無し（意向あり）」＝現在は実施していないが実施の意向がある機関

- **訪問診療の実施は病院37.6%に対し診療所20.8%（1.8倍）。横須賀・三浦では病院66.7%と、病院が在宅を支えている区域もある**
- **「無し（意向あり）」は7.4%（494機関）**
- **在支診の届出ベースではなく、実際に訪問診療を行っているかで把握できる点が本データの利点**
- **2040年に向けて85歳以上が全県で＋47%増える。退院先・在宅の担い手の確保が前提条件になる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

主治医として管理する在宅患者数の分布（訪問診療実施機関）

在宅患者は少数の在宅特化型の機関に集中する一方、多くの機関は少人数を診ている。この二層構造を前提に、少人数対応型を支える連携の仕組みが必要になる。

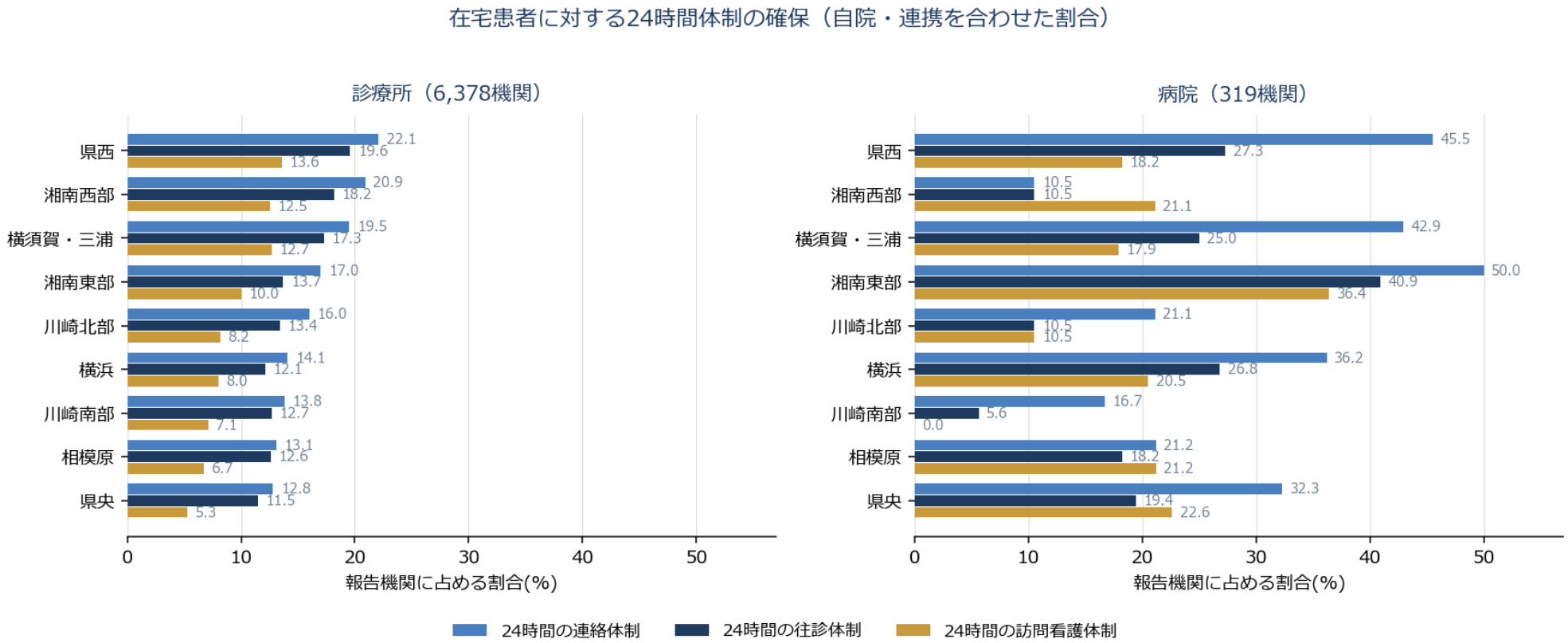


- 報告では在宅患者数が9区分（0人～301人以上）で把握される
- **訪問診療を実施していても、患者数が1～10人にとどまる機関が最も多い**
- **一方で101人以上を管理する在宅特化型の機関が全県で302機関あり、患者が集中している**
- **少数の在宅特化型と、多数の少人数対応型という二層構造。在宅の裾野を広げるには後者を支える仕組みが要る**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

在宅患者に対する24時間体制の確保（区域別）

24時間の連絡体制に比べ、往診まで24時間対応できる機関は少ない。急変時に「電話は取れるが往診はできない」状態が、救急要請につながっている可能性がある。

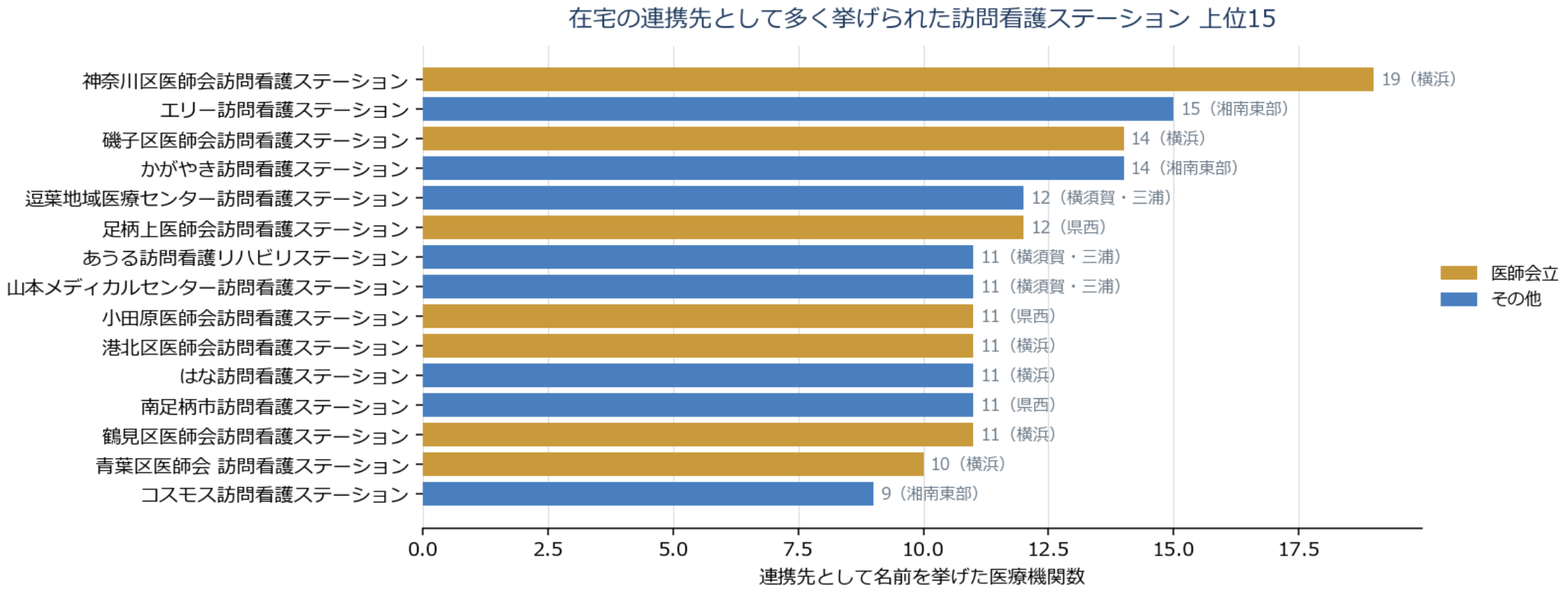


- **24時間の往診体制は病院22.9%に対し診療所13.4%（1.7倍）。連絡体制・往診体制・訪問看護体制のいずれも病院が上回る**
- **報告は「自院で24時間」と「他医療機関等と連携して24時間」を区別している。連携による確保が一定割合を占める**
- **連絡はできても往診まで24時間対応できる機関は少ない＝急変時に往診で対応できるとは限らない**
- **在宅医療等連携機能の中核要件がここにある**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

在宅の連携先に多く挙げられた訪問看護ステーション 上位15

訪問看護の連携先は病院ほど集中せず分散しているが、上位には医師会立ステーションが並ぶ。地域の在宅を面で支える基盤がどこにあるかが可視化された。

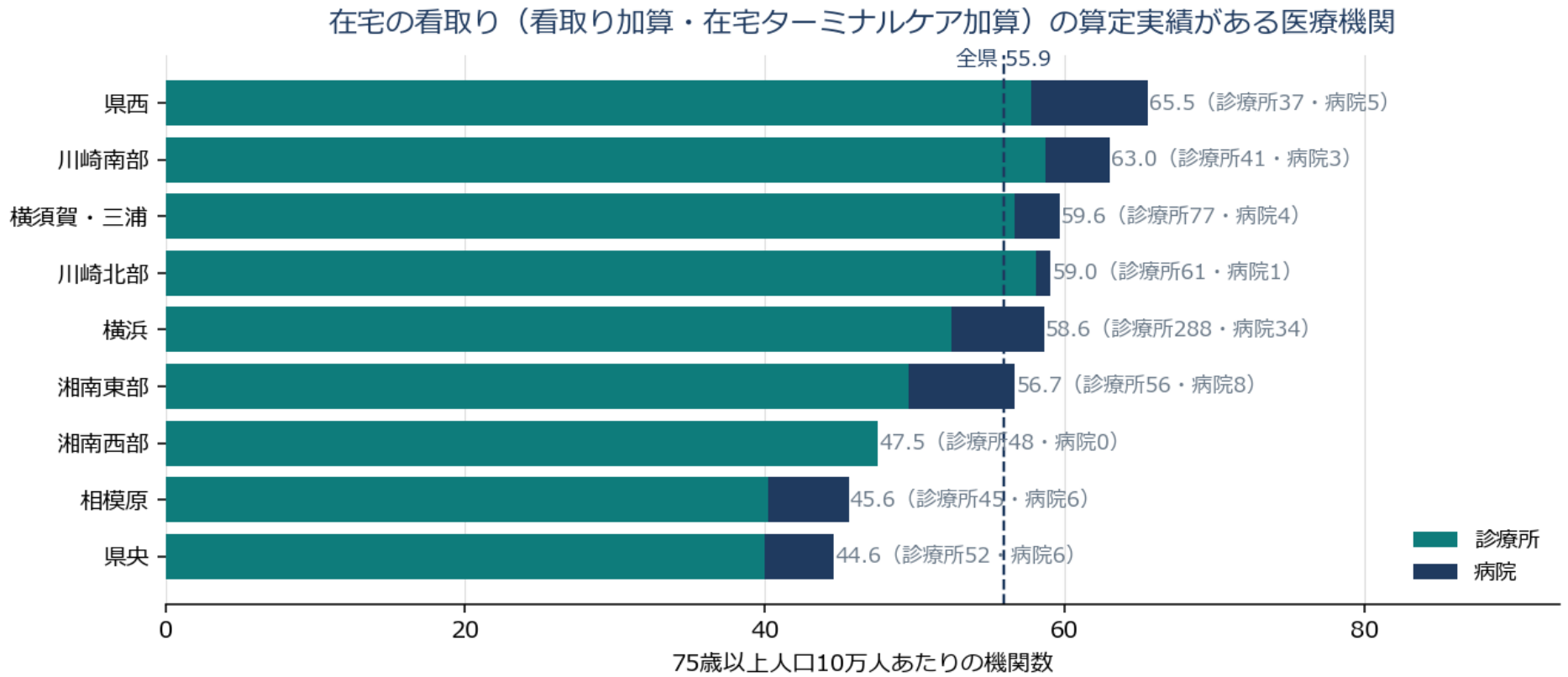


- 681機関がのべ2,422件の連携先を報告。表記ゆれを整理すると1,188通りで、事業所一覧と突き合わせて特定できたのは655事業所（2,109件・86.7%）
- **上位には医師会立の訪問看護ステーションが並ぶ＝地域の在宅を面で支える基盤になっている**
- **訪問看護は在宅医療等連携機能の必須要素。どのステーションが地域のハブかを共有することが、連携の再設計の出発点になる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

在宅の看取りを担っている医療機関（区域別・病院／診療所別）

在宅の看取りを担っているのは772機関で、その9割は診療所である。訪問診療を行う機関でも約半数は看取りの算定がなく、担い手は「訪問診療をする機関」より一段狭い。

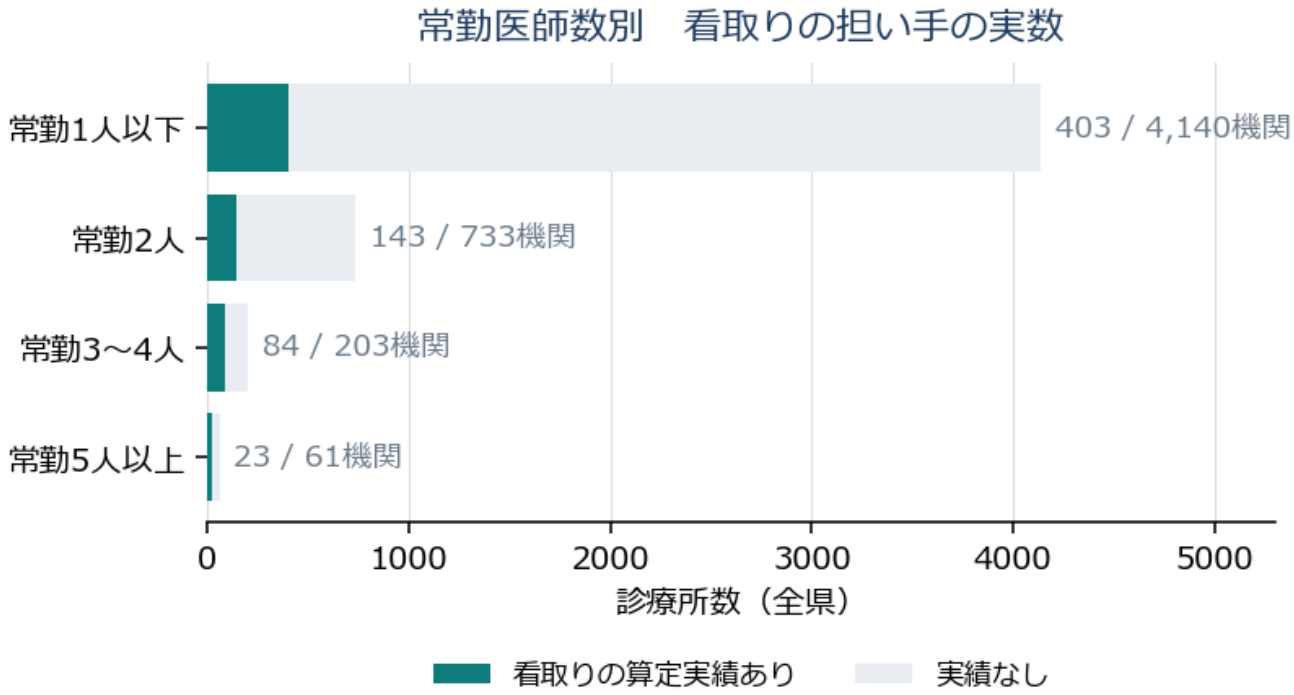


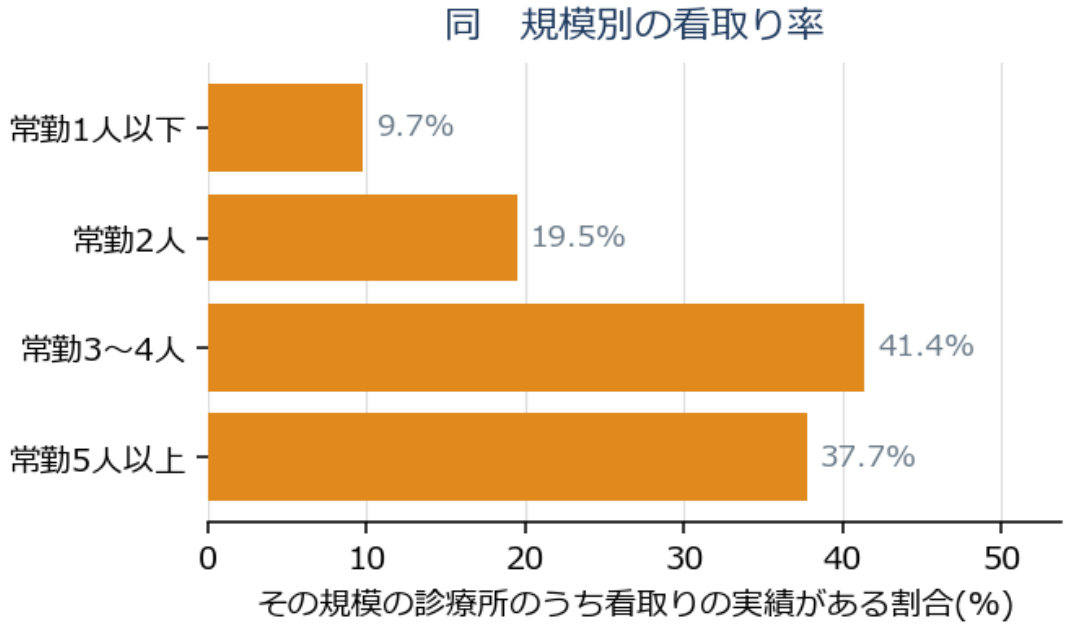
- **看取り加算または在宅ターミナルケア加算の算定実績がある機関は全県772（診療所705・病院67）。担い手の9割は診療所**
- **訪問診療を実施する1,446機関のうち算定実績があるのは725（50.1%）。621機関は算定0件＝訪問診療はするが看取りまでは担わない**
- 第２回資料1-2では在宅看取り率は全県38.9%で上昇傾向、区域差が大きいことを示した。本資料はそれを機関単位で分解したもの
- 75歳以上人口10万対では県西65.5に対し県央44.6と1.5倍の開きがある

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

在宅の看取りは誰が担っているか　常勤医師数からみた担い手

在宅の看取りの担い手の6割は常勤医師1人以下の診療所である。ただし一人医師診療所全体でみれば看取りに到達しているのは1割にとどまり、規模が制約になっている。



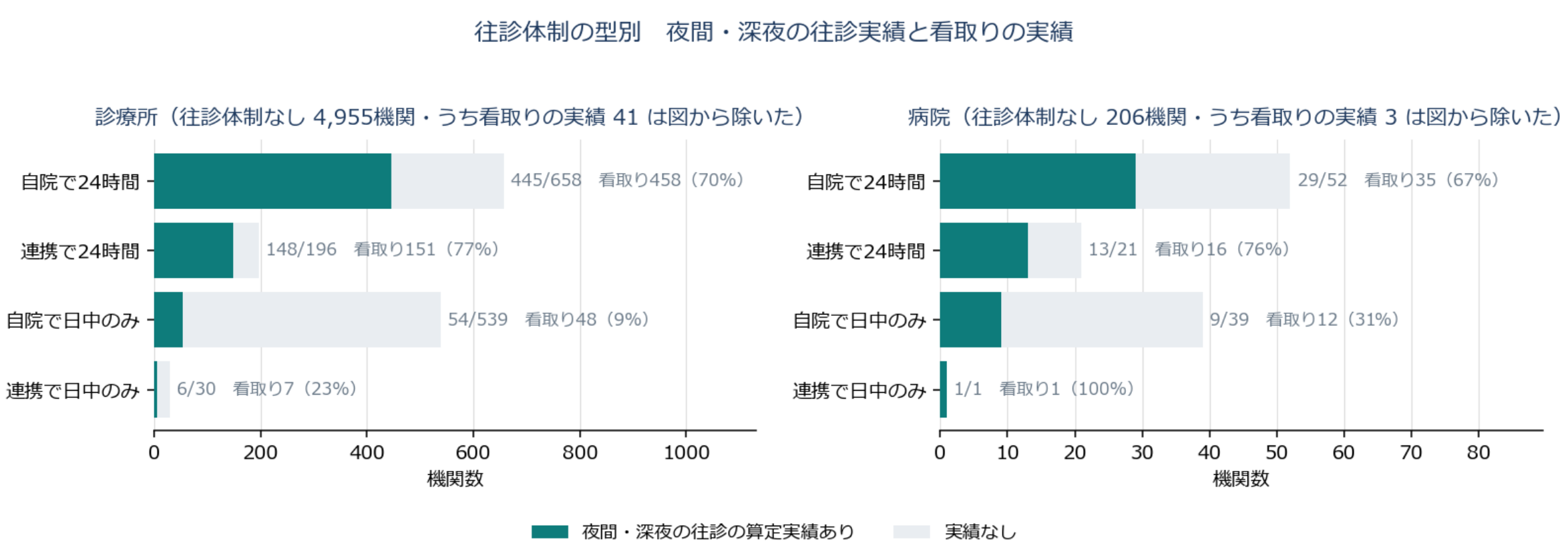


- 看取りの実績がある診療所705のうち403（57%）は常勤医師1人以下の診療所。在宅の看取りは、実際に一人医師診療所が担っている
- 一方で、常勤1人以下の診療所4,140のうち看取りの実績があるのは9.7%。常勤2人19.5%、3～4人41.4%と、規模が大きいほど担う割合は上がる
- ＝担い手の多数派は一人医師診療所だが、一人では10人に1人しか看取りまで到達していない。一機関単位で24時間・看取りを求める設計には限界がある
- 打ち手は「意欲のある個々の診療所を増やす」より、輪番・グループ化・訪問看護との役割分担で一人医師でも看取りに到達できる形をつくること

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

「体制がある」と「動いている」は違う　往診体制と夜間・深夜の実績

24時間の往診体制がある診療所の3割は、夜間・深夜の往診実績がない。一方、同じ規模で比べると24時間体制の有無は看取りの実績を大きく分け、連携で組む24時間も自院単独と遜色ない。

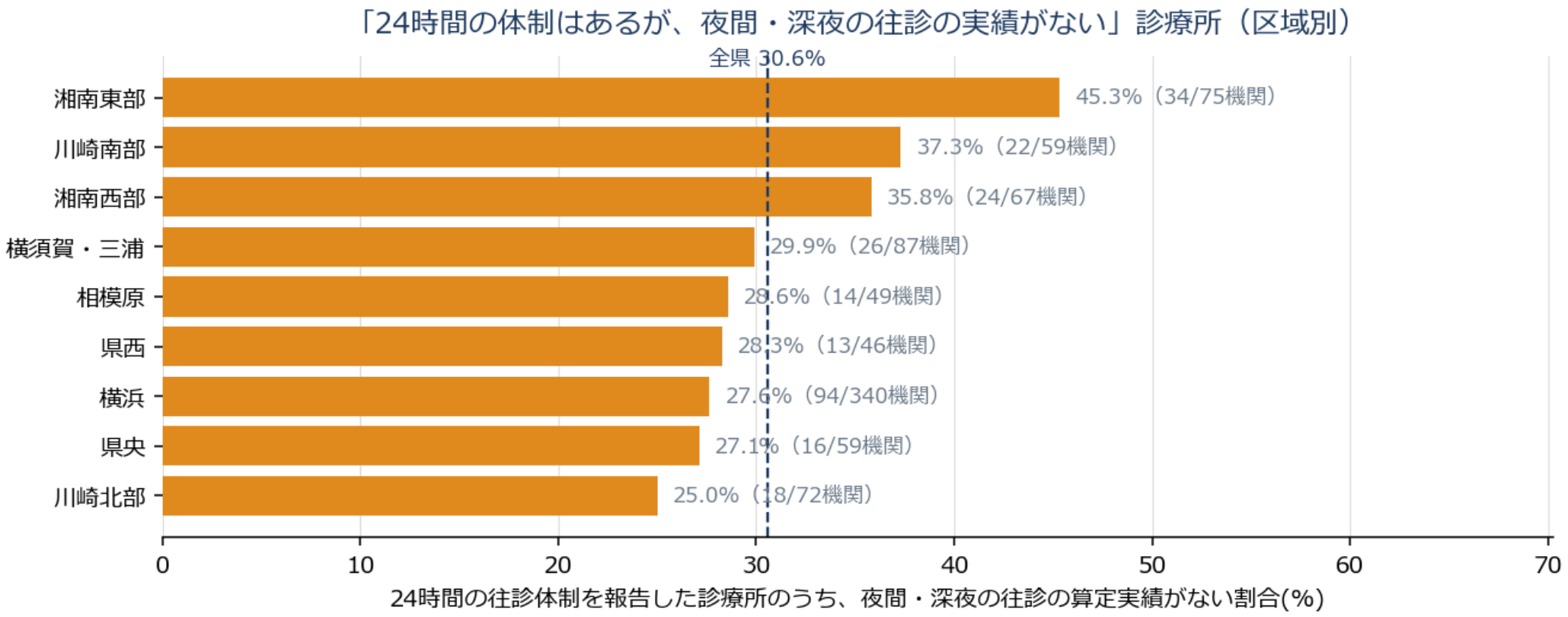


- 24時間の往診体制を報告した診療所854のうち、夜間・深夜の往診の算定実績があるのは593。261機関（30.6%）は体制はあるが実績がない
- 在宅患者の規模をそろえても、24時間体制の有無で看取りの実績は大きく違う。在宅患者10人以下では日中のみ・体制なし8%に対し24時間36～42%、11～60人では29%に対し77～84%
- 他医療機関と連携して24時間を組む診療所も、同じ規模の自院単独と同じ水準で看取りに届いている（11～60人で連携84%・自院77%、61～150人で84%・94%）
- ＝連携で24時間を組んでも看取りの実績は落ちない。一人医師診療所が単独で24時間を抱えなくても、連携・輪番で看取りまで届く形は成り立つ

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

24時間の体制はあるが夜間・深夜の実績がない診療所（区域別）

「24時間の体制はあるが夜間・深夜に動いていない」割合は区域で2倍近く違う。体制の数ではなく、実際に動く体制がどれだけあるかで地域の実力を測る必要がある。

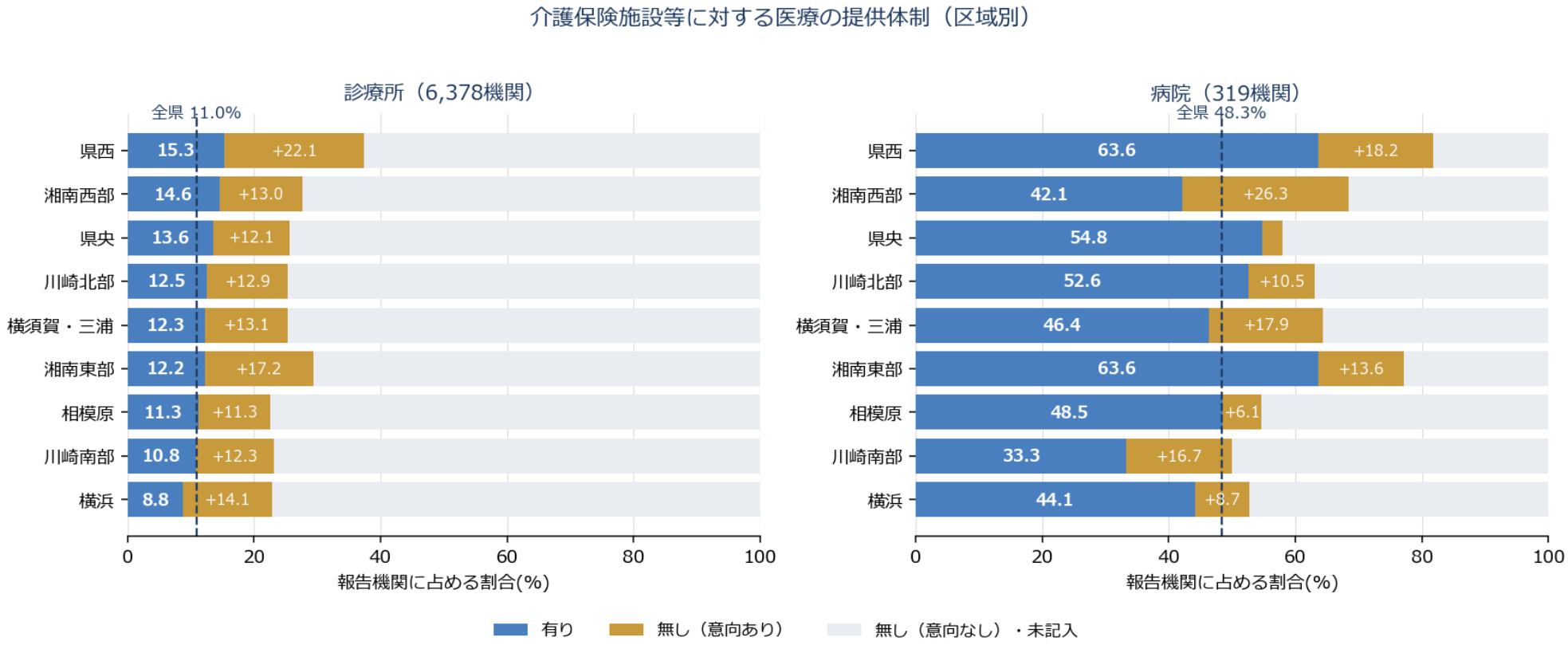


- 全県では24時間体制を報告した診療所の30.6%で夜間・深夜の往診の算定実績がない
- **湘南東部45.3%・川崎南部37.3%・湘南西部35.8%と、川崎北部25.0%・県央27.1%では2倍近い開きがある**
- **この割合が高い区域は、体制の数を増やしても夜間の受け皿は増えにくい。「体制はあるが動いていない機関」に何が起きているかを地域で確認する必要がある**
- **体制の届出だけでは地域の実力は測れない。体制（報告）と実績（レセプト）を組み合わせて初めて、どこに不足があるかが見える**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

介護保険施設等に対する医療の提供体制（区域別）

介護施設に対応する体制を持つ機関は全県の1割強だが、意向を持つ機関はそれを上回る。施設と医療機関を結びつける仕組みがあれば、体制は倍増しうる。

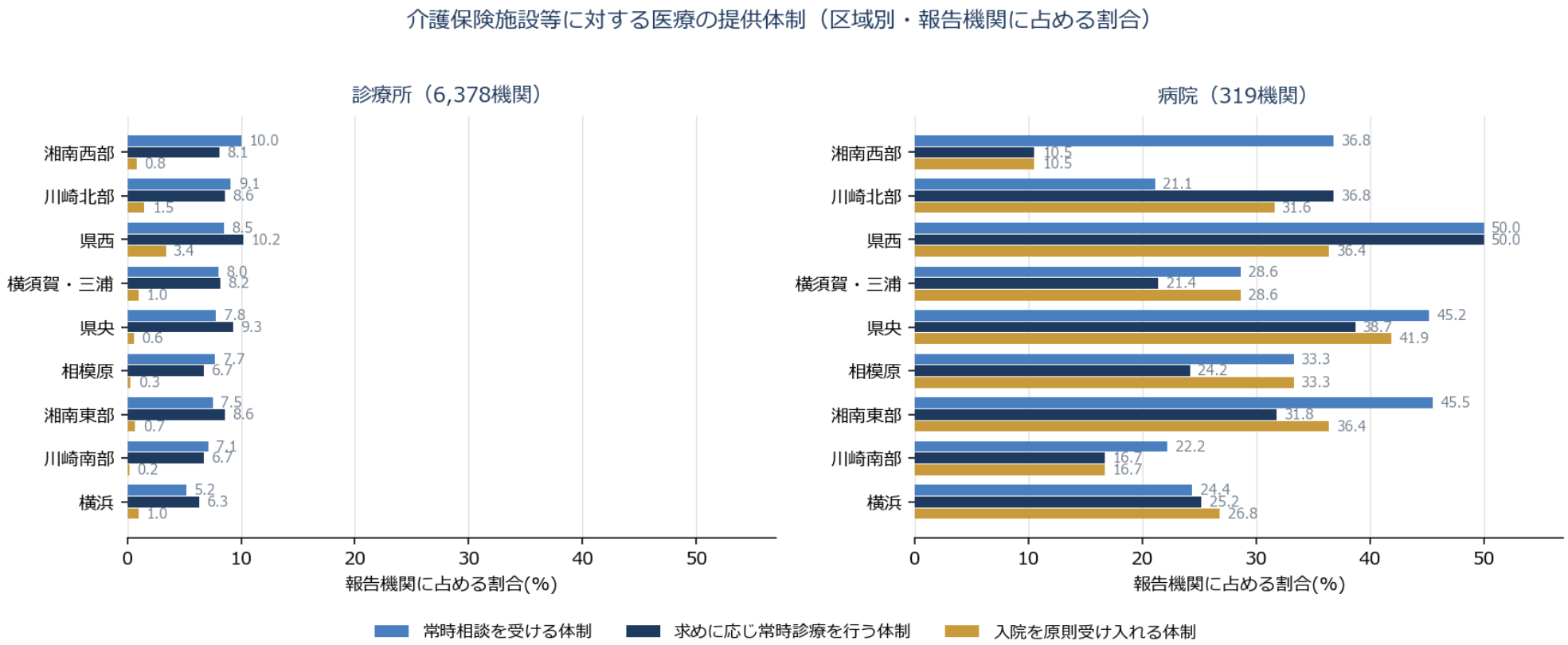


- **介護施設への提供体制は病院48.3%に対し診療所11.0%（4.4倍）。施設側から見れば、頼れる相手は病院に偏っている**
- **体制がある機関は全県12.7%（853機関）。「無し（意向あり）」が13.8%（924機関）と、有りを上回る**
- **第２回資料1-2で示した搬送困難の最悪の組合せは「深夜×介護施設」であった**
- 体制の3類型（常時相談・常時診療・入院受入）の内訳は次ページ

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

介護保険施設等に対する提供体制の3類型（区域別）

3類型のうち「入院を原則受け入れる体制」が最も薄い。相談・診療はできても入院先が定まっていない状態が、深夜帯の搬送困難につながっている。

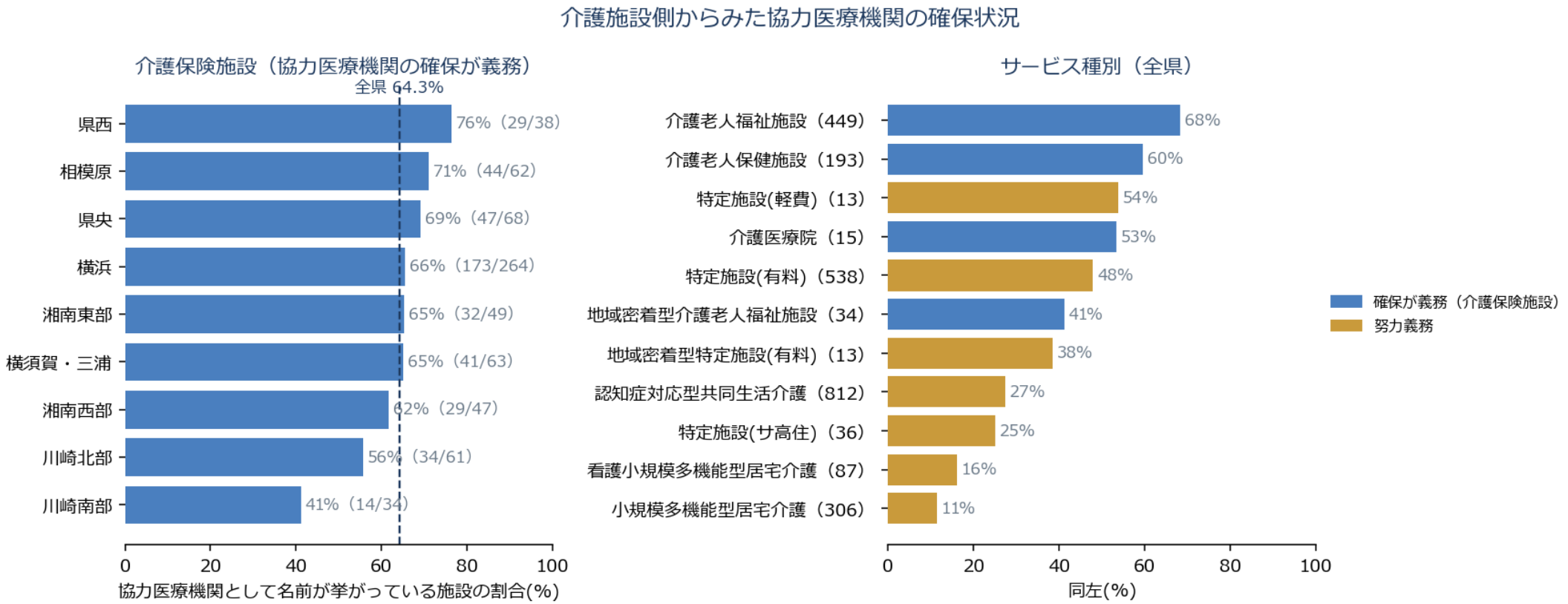


- **3類型のいずれも病院が診療所を大きく上回る。とくに入院受入は病院29.2%に対し診療所0.9%（32.4倍）**
- 全県では常時相談8.0%、常時診療8.3%、入院受入2.3%
- **入院を原則受け入れる体制は最も少ない。急変時に入院先が確保できていないことを示す**
- **医療機関側の体制と、施設側の確保状況の両方を見る必要がある（次ページ）**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

介護施設側からみた協力医療機関の確保状況

介護保険施設の約6割は医療機関側の報告に現れるが、残りは確認できない。認知症グループホームや小規模多機能はさらに薄く、施設側からみた空白の把握が次の課題になる。



- 介護サービス情報公表システムから県内2,496施設の一覧を取得し、医療機関側が報告した「協力医療機関となっている施設名」と突き合わせた
- **協力医療機関の確保が義務である介護保険施設691のうち、医療機関側の報告に現れたのは444施設（64.3%）**
- **努力義務の類型はさらに薄い（認知症GH 27%、小規模多機能 11%）**
- **施設一覧と突き合わせることで、「協力医療機関が見えていない施設」を市区町村単位で特定できる**

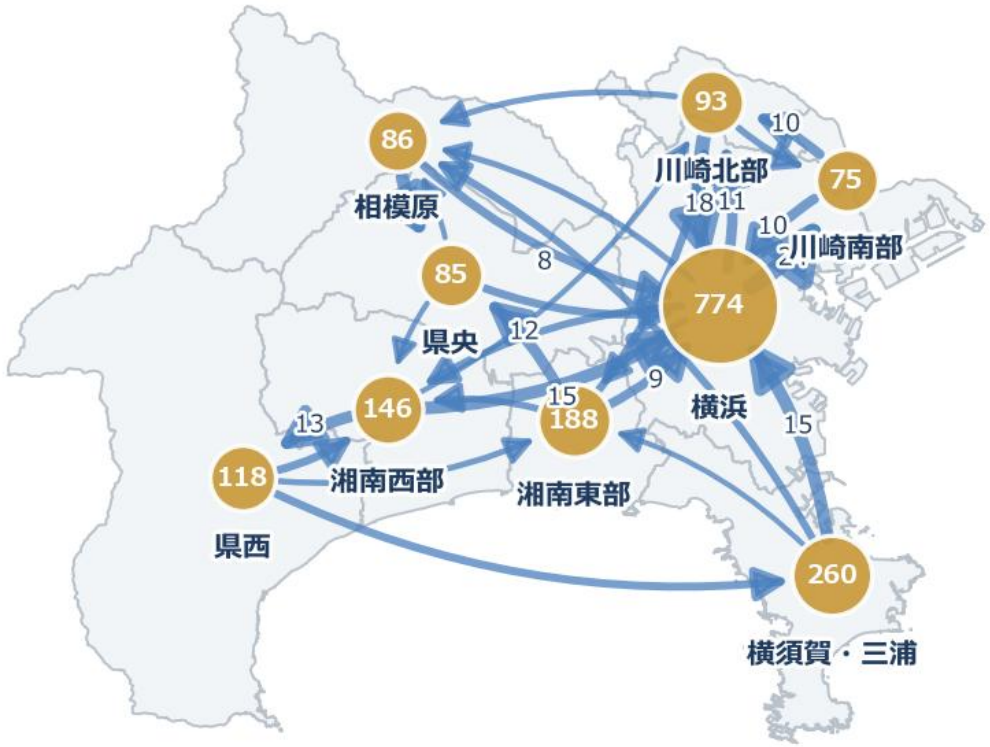
出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）／介護サービス情報公表システム（神奈川県・2026年9月取得、2,496施設）

訪問看護・介護施設との連携の流れ（構想区域間・全県）

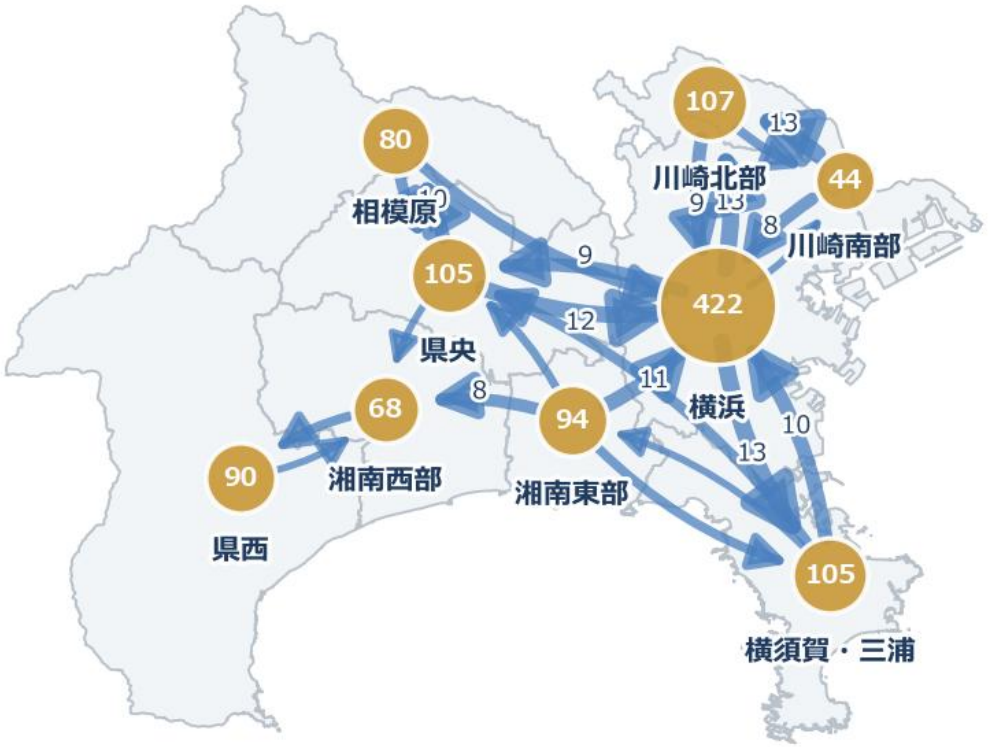
訪問看護・介護施設との連携は、後方支援と違ってほとんどが区域内で完結する。在宅を支える連携は、生活圏の中で組み立てられている。

円の大きさ＝連携先として挙げられた件数／円内の数字＝区域内で完結した件数／矢印の太さ＝区域をまたぐ件数（3件以上を表示）

訪問看護ステーション（2,084件）



介護施設（1,301件）



- 区域内で完結する割合は訪問看護77～94%・介護施設66～96%で、後方支援病床（70～89%）より高い。県央は後方支援71%に対し訪問看護86%・介護施設80%
- **＝入院の受け皿は区域をまたいで探す一方、訪問看護・介護施設との連携は区域内で閉じている。協議の単位は、入院（広域）と在宅・介護（区域内）で分けて考える必要がある**

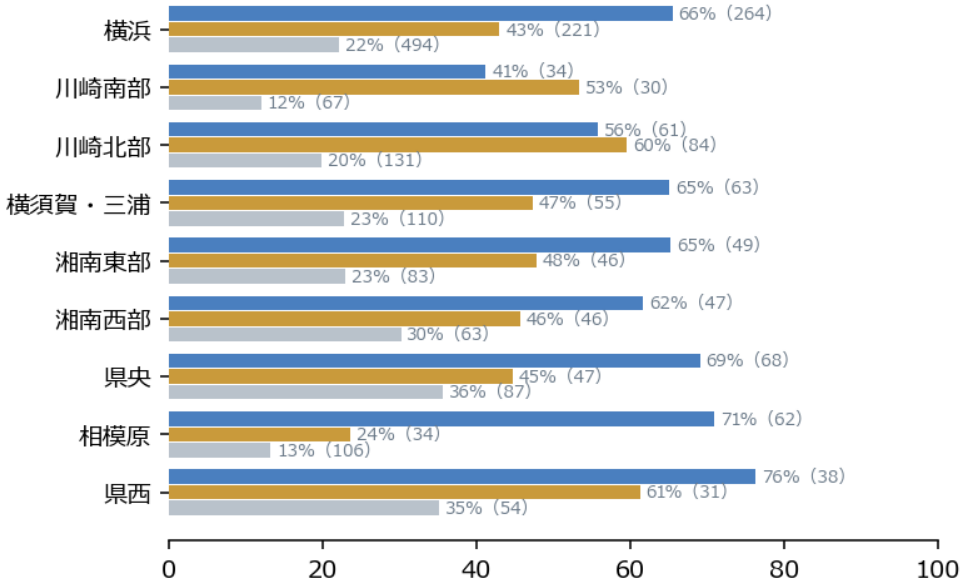
出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）／介護サービス情報公表システム（神奈川県・2026年9月取得、2,496施設）

介護保険適用外の居住系施設と医療機関のつながり

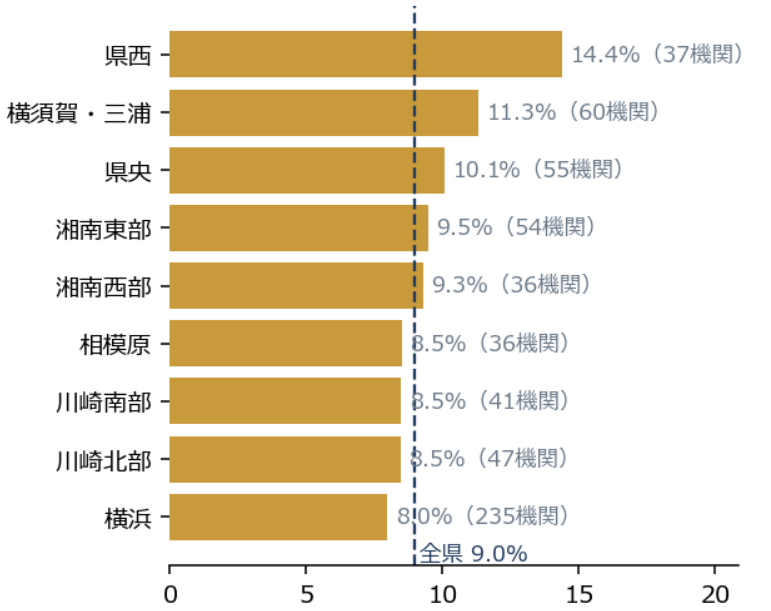
介護保険施設の協力医療機関は64%で確認できるが、介護保険適用外の居住系施設は46%にとどまる。居住系で暮らす高齢者の急変をどの医療機関が受けるかが、最も見えにくい部分である。

介護保険適用外の居住系施設と医療機関のつながり

施設の種別ごとの協力医療機関の確認状況（区域別）



居住系施設への訪問診療の実働（区域別・報告機関に占める割合）



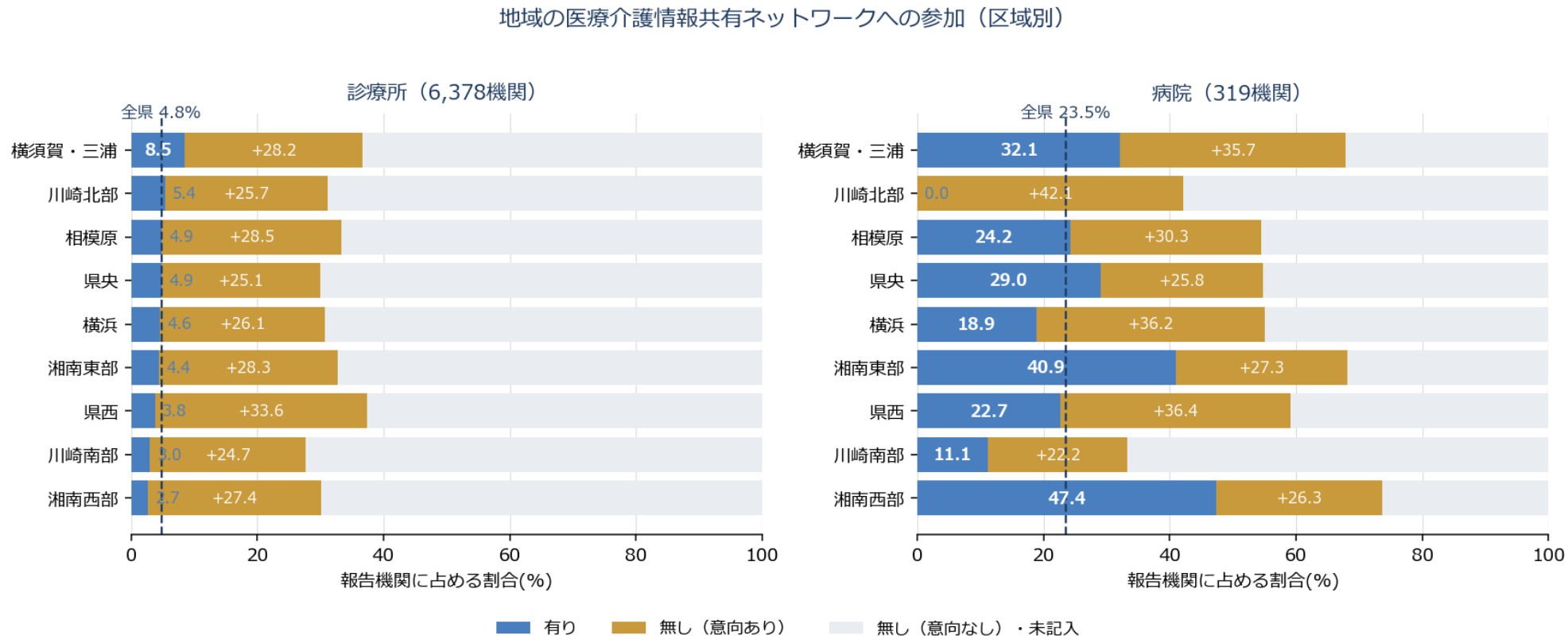
介護保険施設（確保が義務）　全県64%　　居住系（特定施設＝有料・サ高住・軽費）　全県46%　　GH・小規模多機能（努力義務）　全県22%

- 協力医療機関として医療機関側の報告に名前が挙がった施設は、介護保険施設（確保が義務）で64%に対し、居住系（特定施設＝有料・サ高住・軽費）は46%、GH・小規模多機能は22%
- 居住系の確認率は区域で相模原24%～県西61%と差が大きい。施設側の報告ではなく医療機関側の記載に基づく下限値
- 居住系施設への訪問診療（施設入居時等医学総合管理料）の算定がある機関は全県9.0%（14.4%の県西から8.0%まで）。居住系が多い区域ほど厚いわけではない
- **居住系は全区域で全国より多い（Ⅵ章）一方、協力医療機関の義務がなく、急変時は外部の医療機関に頼る。行政が実態を把握しにくい施設群でもある**

出典：かかりつけ医機能報告（協力医療機関となっている介護保険施設等の名称・施設入居時等医学総合管理料の算定回数、NDB由来・秘匿は算定ありに含む）／介護サービス情報公表システム（2,496施設）

地域の医療介護情報共有ネットワークへの参加（区域別）

情報共有ネットワークへの参加は6%に満たないが、意向を持つ機関は1,811にのぼる。全指標の中で「意向あり」と「有り」の差が最も大きく、仕組みの整備が最も効く領域である。



- **情報共有ネットワークへの参加は病院23.5%に対し診療所4.8%（4.9倍）。参加できる仕組み自体が地域にあるかどうかが効いている**
- **参加は全県5.7%（379機関）にとどまる一方、「無し（意向あり）」が27.0%（1,811機関）と最も大きい**
- **＝参加していないのは意欲の問題ではなく、参加できる仕組みが地域にないことを示唆**
- **情報基盤の整備は、県・市町村が主導しうる最も効果の大きい打ち手の一つ**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

区域ごとの情報共有ネットワーク　どの仕組みが動いているか

情報共有ネットワークへの参加は全県5～10%にとどまるが、区域ごとに動いている仕組みは違う。さくらネット（横須賀・三浦）、カナミック（湘南東部）、medical BIG net（湘南西部・県西）、大和保健医療福祉ネットワーク（県央）など地域発の仕組みと、MCS等の汎用ツールが併存する。

区域	参加（有り）	無し（意向あり）	参加機関数	参加している情報共有ネットワーク（医療機関の記載を名寄せ・カッコ内は機関数）
横浜	5.3%	26.6%	155	MCS（メディカルケアステーション）（50）、サルビアネット（31）、さくらネット（9）、ケアブック（7）
川崎南部	3.3%	24.6%	16	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）
川崎北部	5.2%	26.3%	29	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）
横須賀・三浦	9.8%	28.6%	52	さくらネット（28）、バイタルリンク（3）、MCS（メディカルケアステーション）（3）、かもめネット（3）
湘南東部	5.8%	28.2%	33	カナミック（TRITRUS）（12）、つながるネット（4）、あじさいネット（1）、medical BIG net（1）
湘南西部	4.9%	27.3%	19	medical BIG net（10）、わんコネ（5）、MCS（メディカルケアステーション）（1）、医療情報ネット（ナビイ）（1）
県央	6.2%	25.1%	34	大和保健医療福祉ネットワーク（8）、MCS（メディカルケアステーション）（5）、バイタルリンク（5）、わんコネ（2）
相模原	6.4%	28.6%	27	MCS（メディカルケアステーション）（7）、わんコネ（3）、カイポケ（3）、あんしんリンク（2）
県西	5.4%	33.9%	14	medical BIG net（5）、小田原医師会のネットワーク（4）、ケアネットOHMY（2）、MCS（メディカルケアステーション）（1）

● 地域発の仕組み（さくらネット・大和保健医療福祉NW・小田原医師会）は参加率が高く、汎用ツール（MCS・バイタルリンク・カナミック）は複数が併存する。意向あり（23～34%）は参加の4～8倍

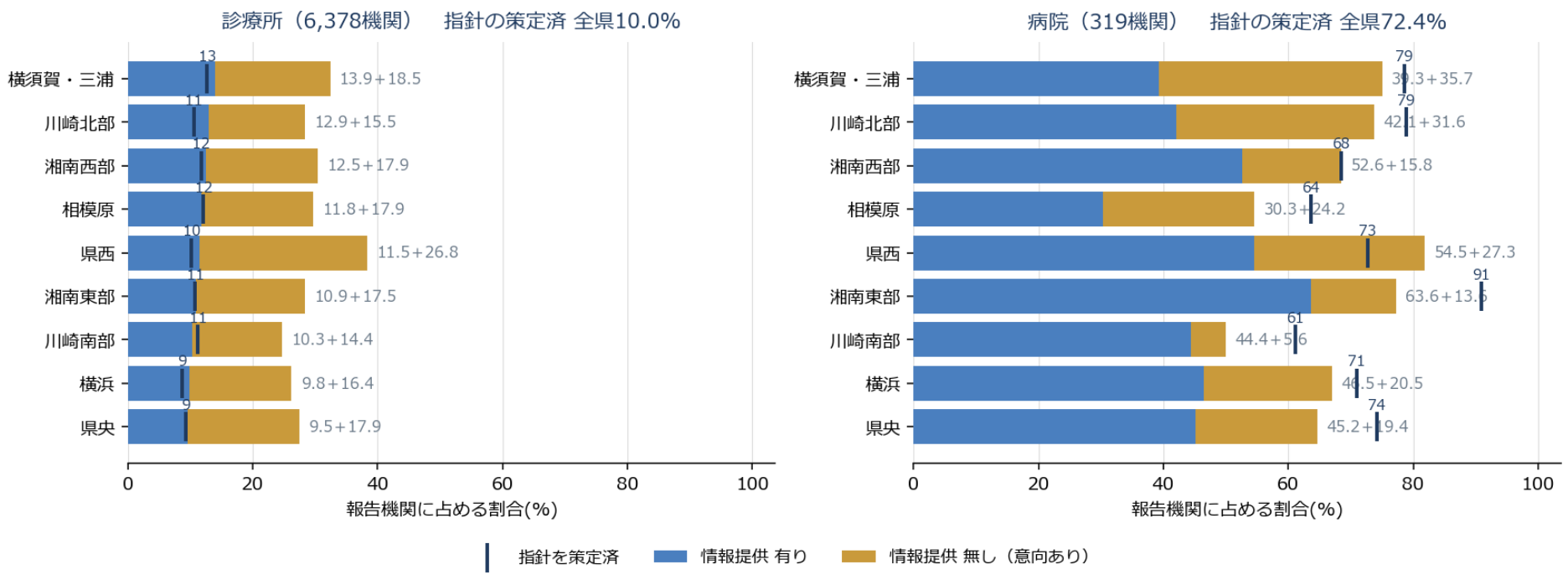
● **⇒ 論点：区域で「主たる仕組み」を一つ決めるか、複数の併存を前提に相互接続を図るか（湘南西部・横須賀三浦の意見に対応）**

出典：かかりつけ医機能報告「参加している情報共有ネットワーク」（自由記載を名寄せ。複数記載は分けて数えた。記載のない参加機関もある）

人生の最終段階の意思決定支援（ACP）の状況（区域別）

ACPは病院と診療所の差が最も大きい指標である。指針の策定は病院72.4%・診療所10.0%だが、本人の意思の情報提供は意向を持つ診療所が1,000機関超あり、様式の共通化で広げられる余地がある。

人生の最終段階における意思決定支援（ACP）　本人の意思に関する情報提供と指針の策定（区域別）



※棒＝本人の意思に関する情報提供の有無（有り＋意向あり）、縦棒（｜）＝ACPに関する指針を策定済の割合

- **指針の策定は病院72.4%に対し診療所10.0%（7.2倍）と、全指標のなかで最も差が大きい。病院では7割超が策定済だが、診療所は1割に届かない**
- **本人の意思の情報提供は病院45.8%に対し診療所10.8%（4.2倍）。加えて「無し（意向あり）」が診療所17.1%（1,000機関超）あり、指針より情報提供のほうが広げやすい**
- **看取りの担い手の6割が常勤医師1人以下の診療所であることを踏まえると、各診療所に指針の策定を求めるより、地域共通の指針と情報提供の様式を用意するほうが現実的**
- **在宅・介護施設での急変時に「本人の意思が分からないので搬送する」を減らせるかは、この情報提供が回っているかにかかる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

論点　24時間の在宅と施設の後ろ盾　往診まで届かない体制をどう実働に変えるか

24時間の連絡体制16.2%に対し往診体制13.8%。介護保険施設の協力医療機関は64%で確認できる一方、居住系（特定施設・サ高住）は46%にとどまる。

データが示す不足

- 2号ハ：訪問診療の実施21.6%。24時間の連絡体制16.2%に対し、24時間の往診体制13.8%。「電話は取れるが往診はできない」
- 2号ハ：24時間の往診体制がある診療所854のうち261（31%）は夜間・深夜の往診の実績がない
- 2号二：介護保険施設等への提供体制12.7%。協力医療機関の確認は介護保険施設64%、居住系（有料・サ高住・軽費）46%、GH・小規模多機能22%
- 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）の算定がある機関は9.0%。介護保険適用外の居住系は協力医療機関の義務がなく、連携の見え方が最も薄い
- ⇒ 在宅の24時間と、居住系施設の後ろ盾が不足している。担い手を増やすより、連携で24時間を組み、施設との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、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 居住系施設の協力医療機関を区域で可視化し、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**

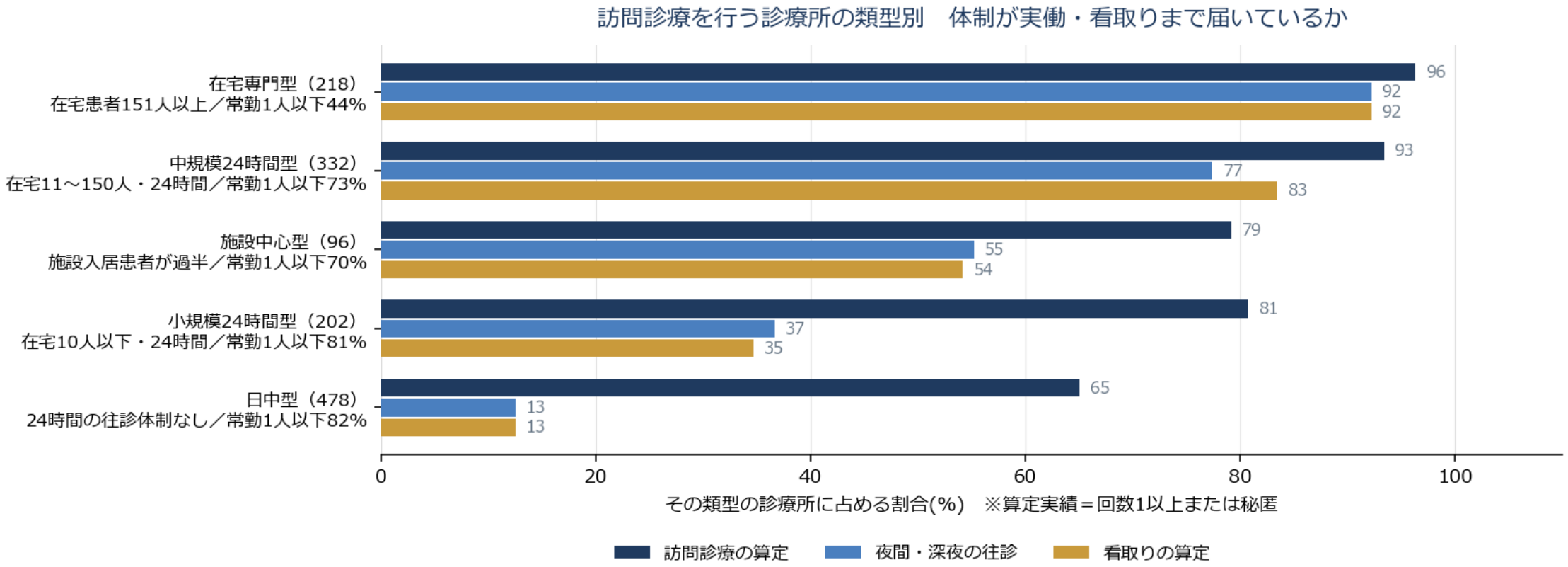
第2回調整会議で出たご意見

- 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
- 県央：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

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

体制は看取りまで届いているか　訪問診療を行う診療所の類型別

看取りまで届くかは類型で大きく違う。一人医師の診療所でも在宅患者が11人以上いて24時間体制を組めば8割超が看取りに届く一方、患者10人以下では体制があっても4割に満たない。

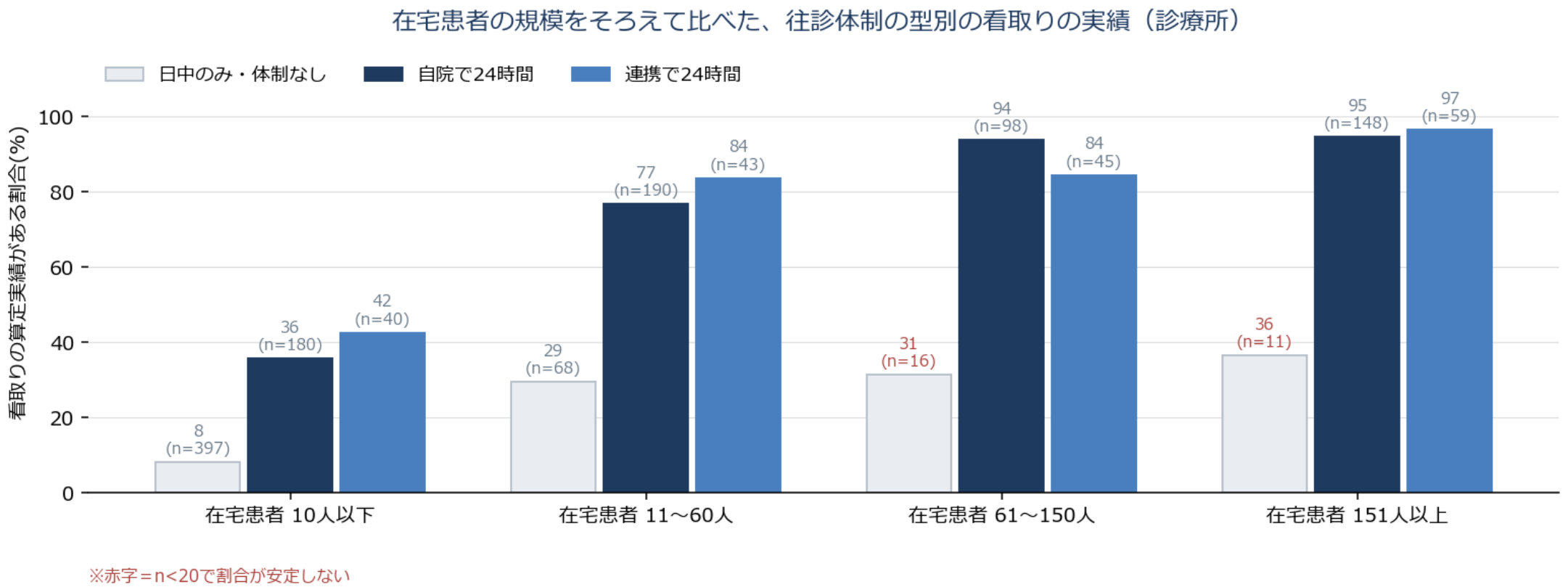


- 訪問診療「有り」の診療所1,326を、在宅患者の規模・施設入居患者の比重・往診体制で5類型に分けた
- **看取りの算定は在宅専門型92%・中規模24時間型83%に対し、小規模24時間型35%・日中型13%**
- **中規模24時間型332は常勤医師1人以下が73%。一人医師の診療所でも、在宅患者が11人以上いて24時間体制を組めば8割超が看取りまで届いている**
- **一方、在宅患者10人以下の小規模24時間型202は、体制があっても夜間往診37%・看取り35%にとどまる＝患者が少ないと体制が実働に結びつきにくい**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

在宅患者の規模をそろえて比べた、往診体制の型と看取りの実績

看取りの実績を分けるのは、まず在宅患者の規模、次に24時間体制の有無である。自院単独か連携かの差は小さく、連携で組む24時間も同等に機能している。



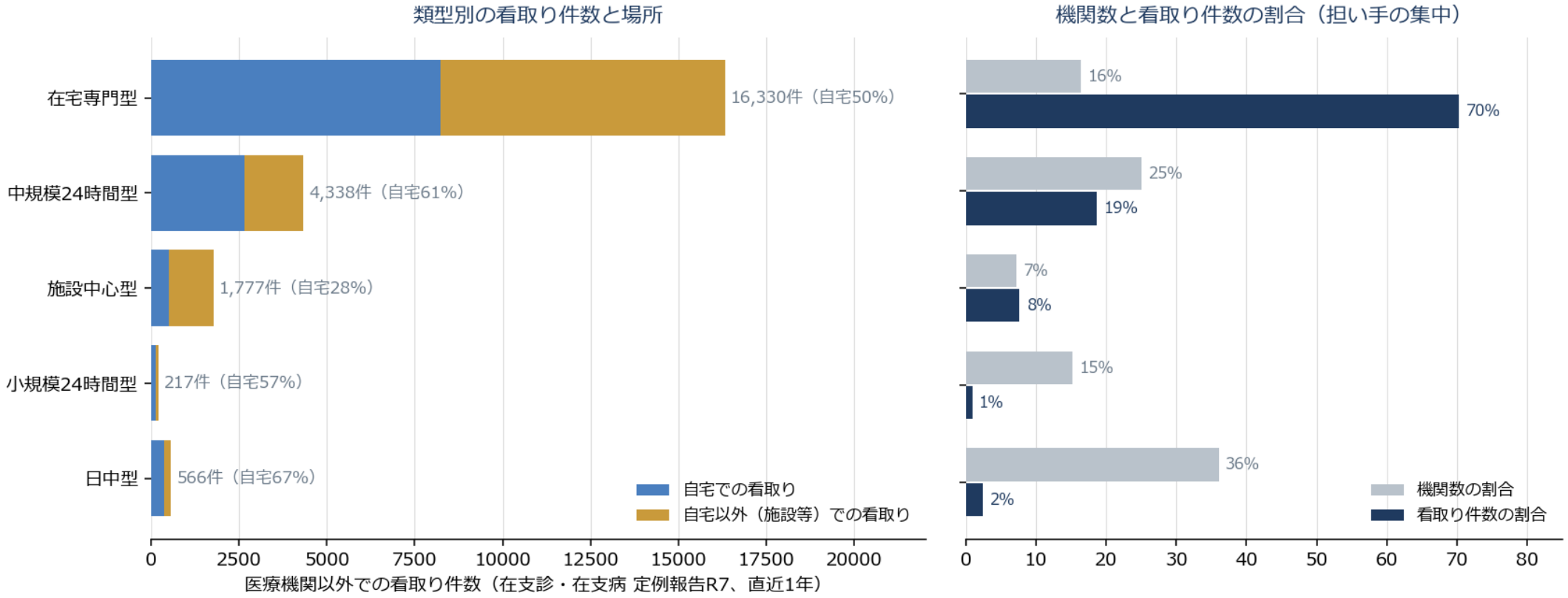
※赤字＝n<20で割合が安定しない

- 規模をそろえても24時間体制の有無で看取りの実績は大きく違う（10人以下：日中のみ・体制なし8%→24時間36～42%、11～60人：29%→77～84%）
- 自院単独と連携の差は小さく、向きも一定しない（11～60人は連携が+7、61～150人は-9ポイント）＝連携で組んでも実績は落ちない
- 看取りの実績を最も大きく左右するのは在宅患者の規模で、24時間体制のもとでも10人以下の約4割から151人以上の95%超まで上がる
- ＝在宅患者が少ない診療所に単独で24時間を求めるより、連携で24時間を組みつつ在宅患者を一定数受け持てる形を地域でつくることが、看取りを広げる現実的な打ち手になる

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

看取りは誰が担っているか　類型別の件数・場所と担い手の集中

在支診の届出がある訪問診療診療所の看取りのうち70%を、機関数で16%の在宅専門型が担い、その半分は施設での看取りである。自宅での看取りを広げるには、中規模24時間型の厚みが鍵になる。

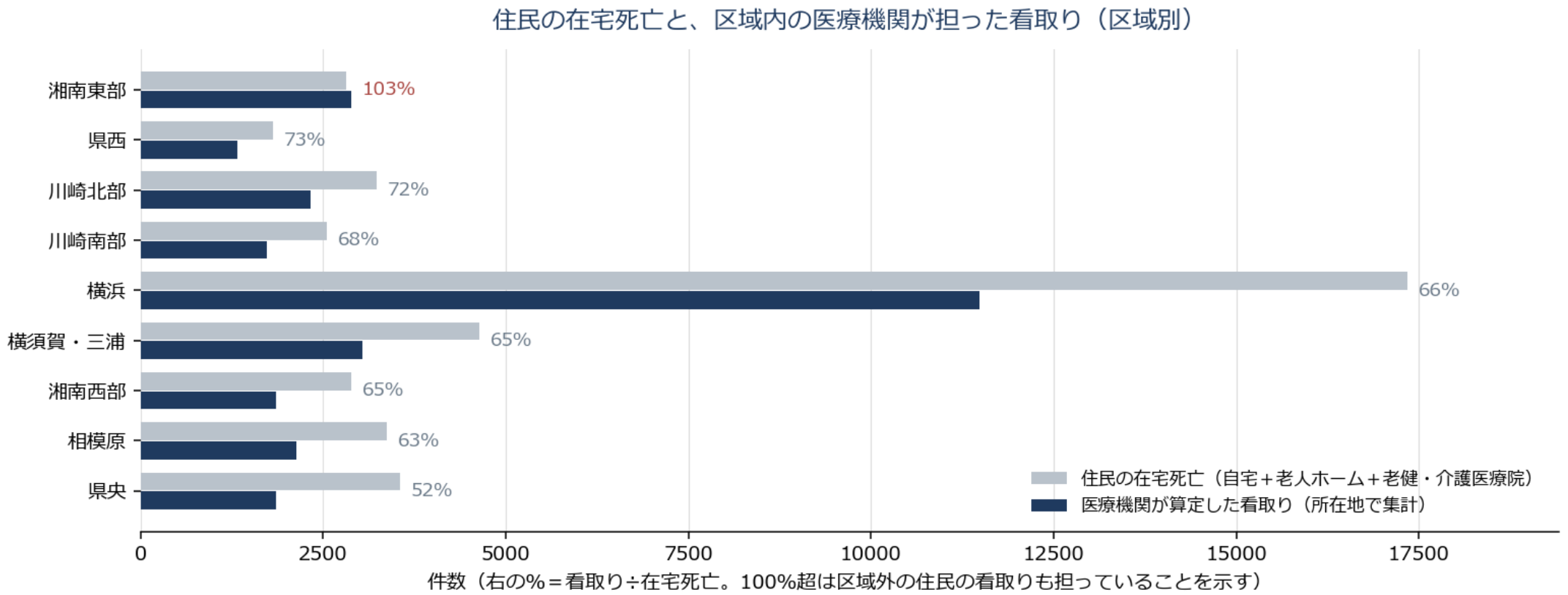


- 在支診・在支病 定例報告R7と突合できた813機関の、直近1年の医療機関以外での看取り件数で集計
- **在宅専門型は機関数の16%で看取り件数の70%を担う。ただしその半分（自宅50%）は施設等での看取り**
- 自宅での看取りの比率は中規模24時間型61%に対し、施設中心型は28%
- **＝自宅での看取りを地域で広げるには、在宅専門型への集中だけに頼らず、中規模24時間型の厚みを増やすことが鍵**

出典：在支診・在支病 定例報告R7（神奈川県・直近1年）とかかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点）を機関単位で突合

住民の在宅死亡と、区域内の医療機関が担った看取り（区域別）

住民の在宅死亡に対する区域内の看取りの比は、区域により52～103%と開く。県央は最も低く、在宅医療が関わらない在宅死亡が多いか、区域外の医療機関に頼っている。

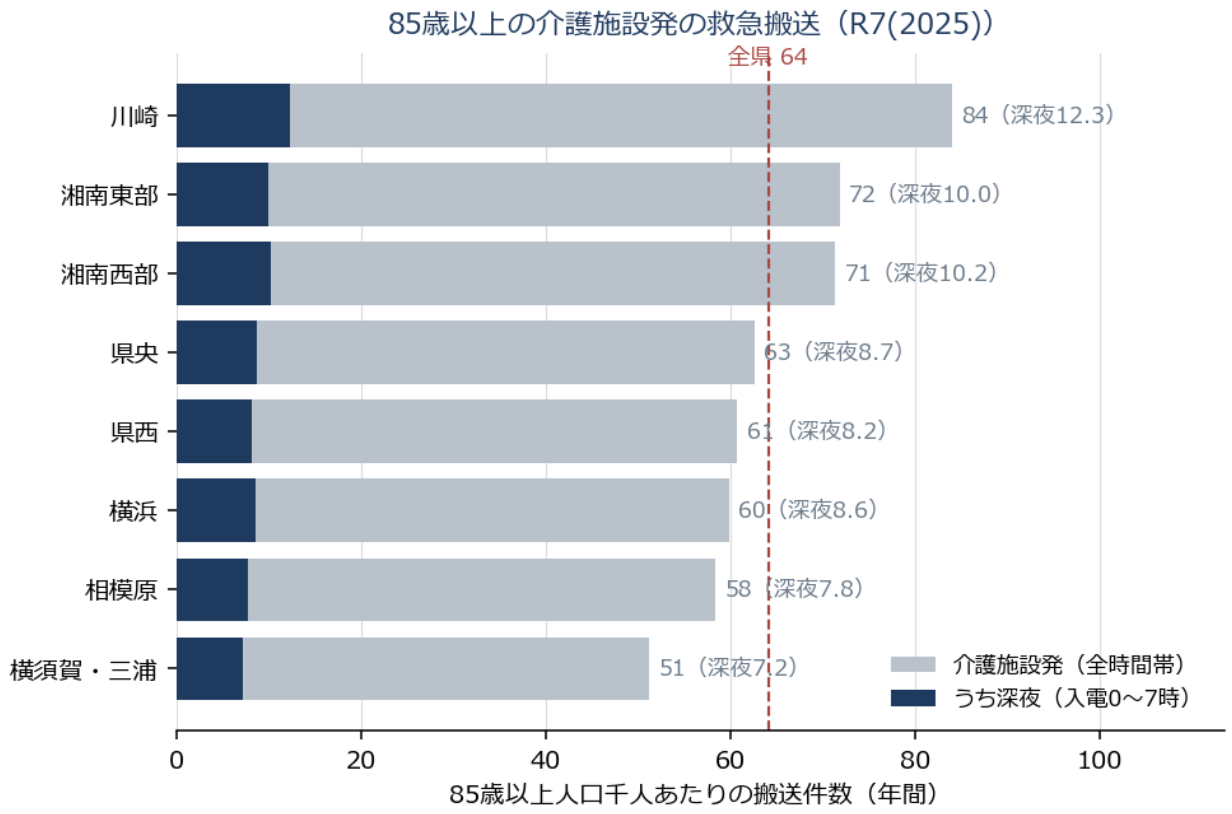


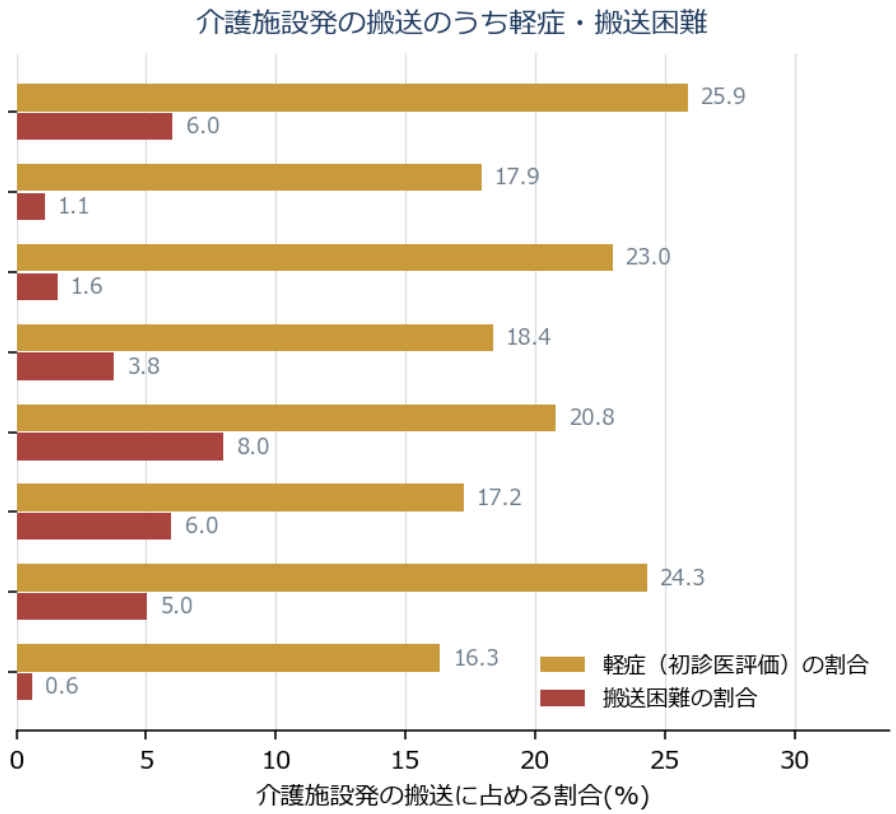
- 全県で住民の在宅死亡42,198に対し、医療機関が算定した看取りは28,653（68%）
- **湘南東部は103%と100%を超え、区域内の医療機関が区域外の住民の看取りも担っていることを示す。県央は52%で9区域で最も低い**
- **看取りの算定がない在宅死亡には、在宅医療が関わらない急な死亡（検案）が含まれる。差の大きい区域は、在宅医療が関わらない在宅死亡が多いか、区域外の医療機関に頼っている**
- ※看取り数は医療機関の所在地（データブック・NDB）、在宅死亡は住民の住所（人口動態）で集計し、集計年も異なる。市区町村単位では越境が大きく比べられないため区域単位で示す

出典：R7かかりつけ医機能データブック（市区町村別：看取り数＝NDB・医療機関所在地、在宅死亡数＝人口動態・住民の住所）を区域別に合算

85歳以上の介護施設発の救急搬送（区域別）

85歳以上の救急搬送の4件に1件は介護施設発で、人口あたりの件数は区域により1.6倍違う。施設発の2割は軽症で、搬送困難の割合は区域で0.6～8.0%と大きく開く。



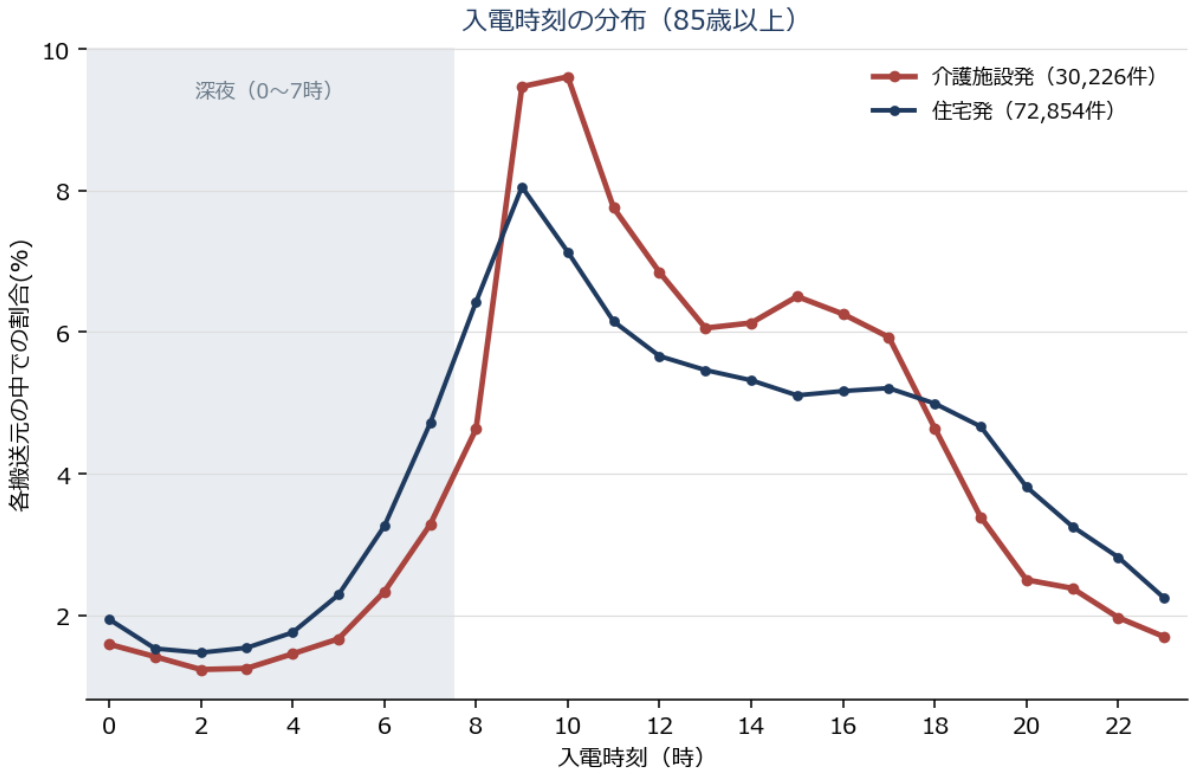


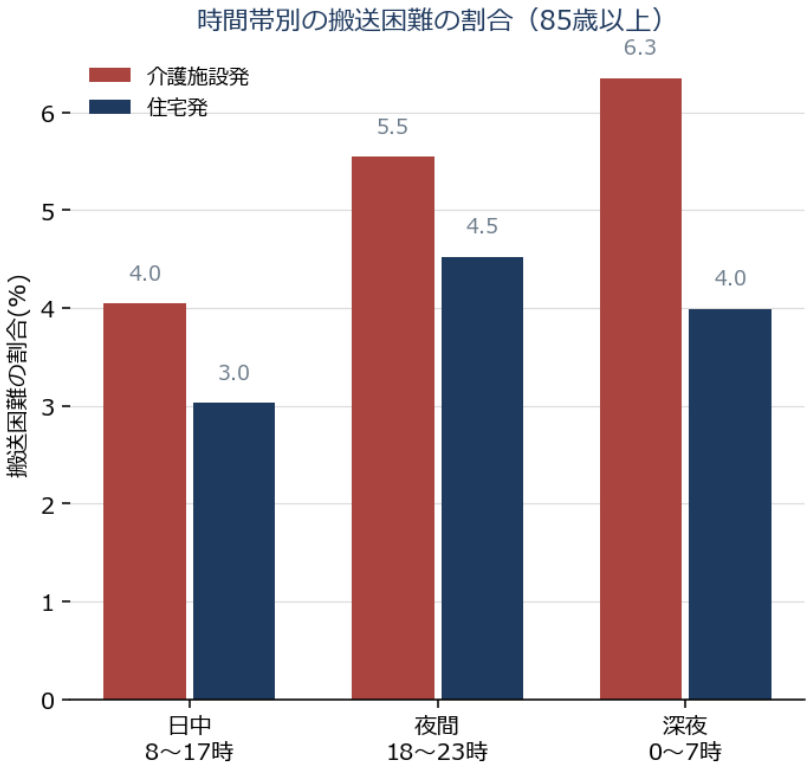
- 2025年の85歳以上の救急搬送113,814件のうち、介護施設（老人ホーム・老健等）発は30,226件（27%）。85歳以上人口千人あたり全県64件
- **川崎84件に対し横須賀・三浦51件と、区域で1.6倍の開きがある**
- **施設発の67%は中等症、軽症は20%（6,016件）。搬送困難は全県4.6%で、県西8.0%に対し横須賀・三浦0.6%と区域差が大きい**
- ※救急データの発生場所「老人ホーム・老健等」を介護施設発とした。サ高住・住宅型有料老人ホームは住宅に計上されうる。発生地点の住所がないため、施設単位の分析はできない

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）、将来推計人口（2025年）、かかりつけ医機能報告・介護サービス情報公表システム。介護施設発＝発生場所「老人ホーム・老健等」

件数は日中、困難と軽症は夜間・深夜に　施設発の搬送の時間帯

介護施設発の搬送は件数では日中が7割だが、搬送困難と軽症の割合は夜間・深夜で高い。夜間に施設から医師へ連絡がつく仕組みは、搬送困難と入院を要しない搬送の両方を減らす方向に働くと考えられる。





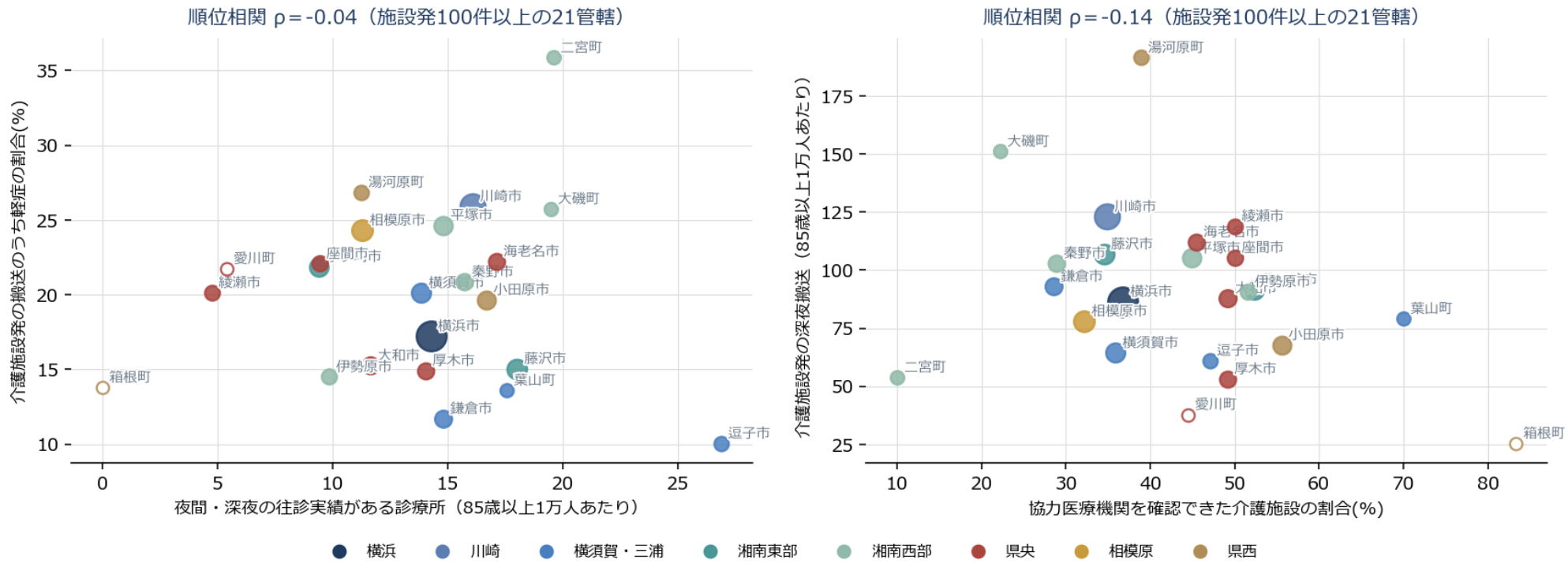
- 施設発の69%は日中（8～17時）の入電で、住宅発（60%）より日中に偏る
- **一方、搬送困難の割合は施設発の深夜が6.3%で最も高く、日中4.0%の1.6倍。どの時間帯でも住宅発（3.0～4.5%）を上回る**
- **施設発のうち軽症の割合も、日中18%に対し夜間25%・深夜23%と夜間・深夜で高い＝医師に連絡がつけば搬送せずに済んだ可能性がある層が夜間に多い**
- **＝協力医療機関・往診医との夜間の連絡と対応の取り決めは、件数そのものより、搬送困難と入院を要しない搬送を減らす方向に働く可能性が高い（このデータで効果を確かめたものではない）**

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）、将来推計人口（2025年）、かかりつけ医機能報告・介護サービス情報公表システム。介護施設発＝発生場所「老人ホーム・老健等」

地域の体制と施設発の搬送　消防本部の単位では関係が見えにくい

消防本部の管轄単位では、往診の厚みや協力医療機関の確認率と、介護施設発の搬送のあいだに一貫した関係は見えない。問われるのは体制の数ではなく、施設ごとの取り決めが機能しているかである。

消防本部の管轄ごとにみた、地域の体制と介護施設発の搬送（点の大きさ＝施設発の搬送件数、白抜き＝100件未満）

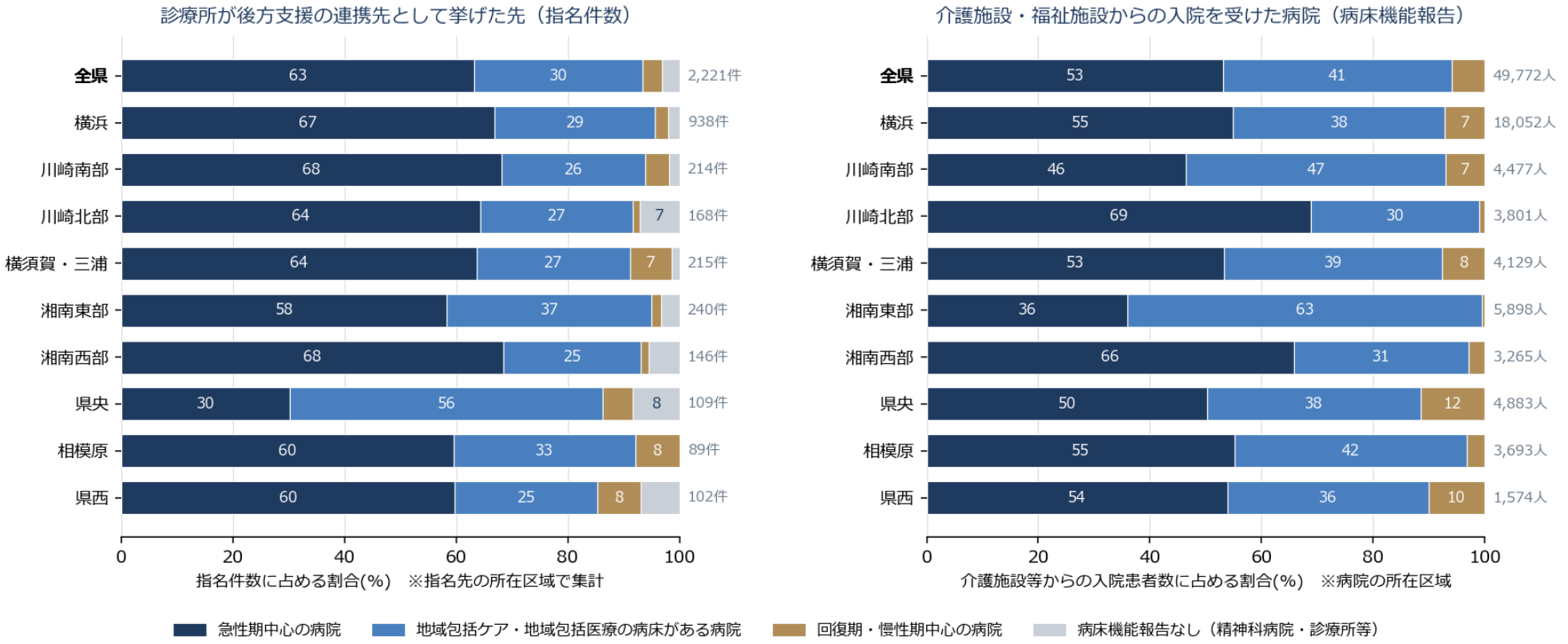


- 夜間・深夜の往診実績がある診療所の厚みと、施設発のうち軽症の割合の順位相関は2025年ρ＝-0.04（2024年-0.22）
- 協力医療機関を確認できた施設の割合と施設発の深夜搬送も、2025年ρ＝-0.14（2024年-0.23）と弱い
- **＝「体制の数を増やせば地域全体の搬送が減る」とは、このデータからは言えない。施設ごとに、医師への連絡と往診の取り決めが実際に機能しているかを確かめる必要がある**
- ※救急データに発生地点の住所がないため、施設単位で協力医療機関の有無と搬送を突き合わせることはできない

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）、将来推計人口（2025年）、かかりつけ医機能報告・介護サービス情報公表システム。介護施設発＝発生場所「老人ホーム・老健等」

後方支援の指名先と、介護施設からの入院の受け手（区域別）

医療機関（97%は診療所）が後方支援として名前を挙げる先の63%は急性期中心の病院で、地域包括ケア・地域包括医療の病床を持つ病院は30%にとどまる。一方、介護施設からの入院の41%はこれらの病院が受けている。

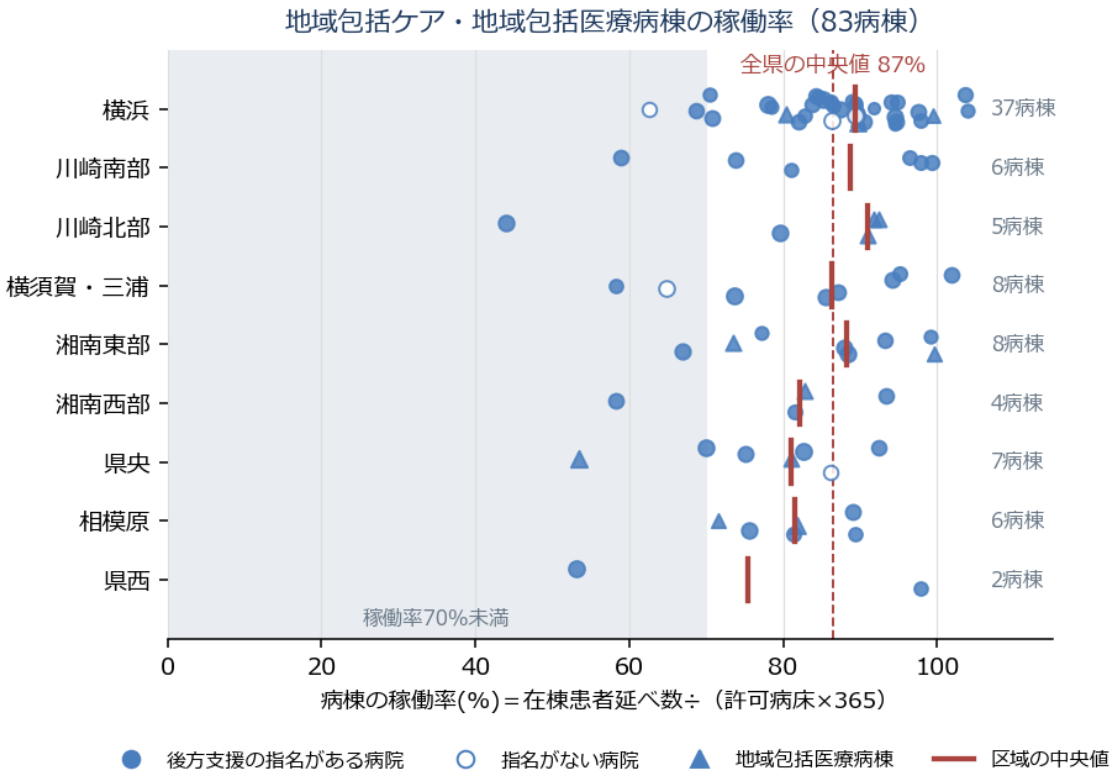


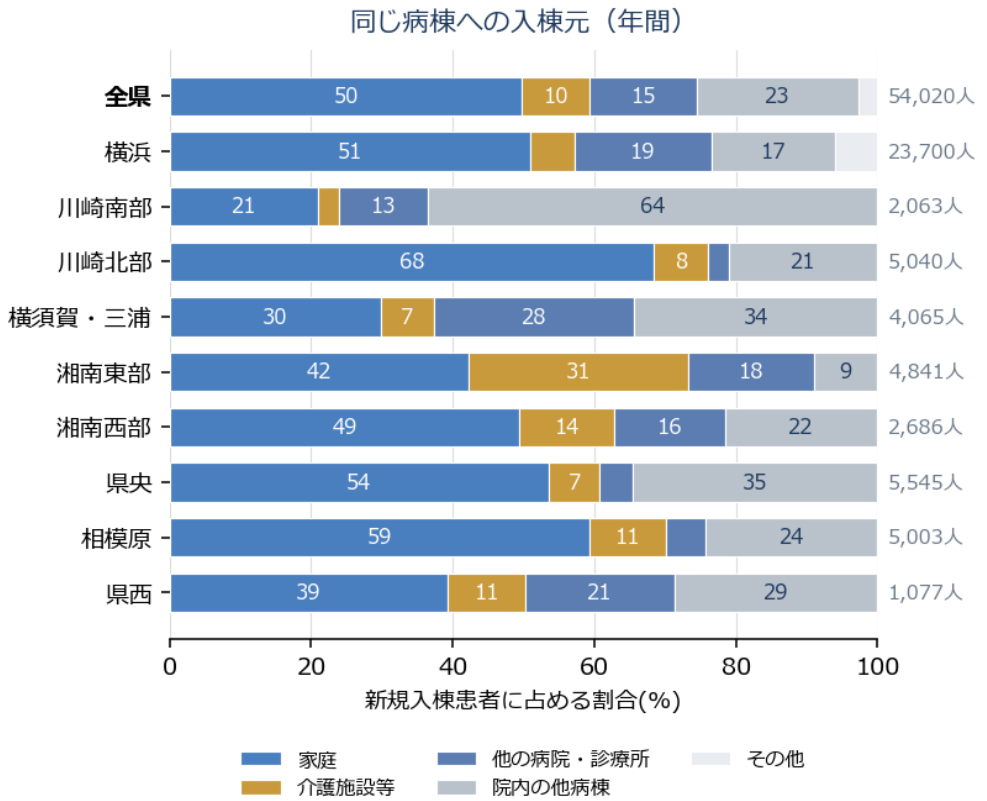
- **指名2,221件の63%は急性期中心の病院に向かい、地域包括ケア・地域包括医療の病床がある病院は30%**
- **一方、介護施設等からの入院49,772人の41%は地ケア等の病院が受ける。院外からの入院に占める施設からの入院は、地ケア等の病院10%、急性期中心3.5%**
- **県央は指名の56%が地ケア等の病院に向かい、9区域で唯一過半を占める**
- **＝「時々入院」の受け皿として、地ケア・地域包括医療の病床を持つ病院を診療所の連携先にどう位置づけるかが論点になる**

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点）、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

受け皿の余力　地ケア・地域包括医療病棟の稼働率と入棟元（病棟単位）

地域包括ケア・地域包括医療病棟の稼働率は中央値87%だが、病棟による差が大きい。入棟元も区域で大きく違い、在宅・施設からの受け皿としての使われ方は病院の運用に委ねられている。



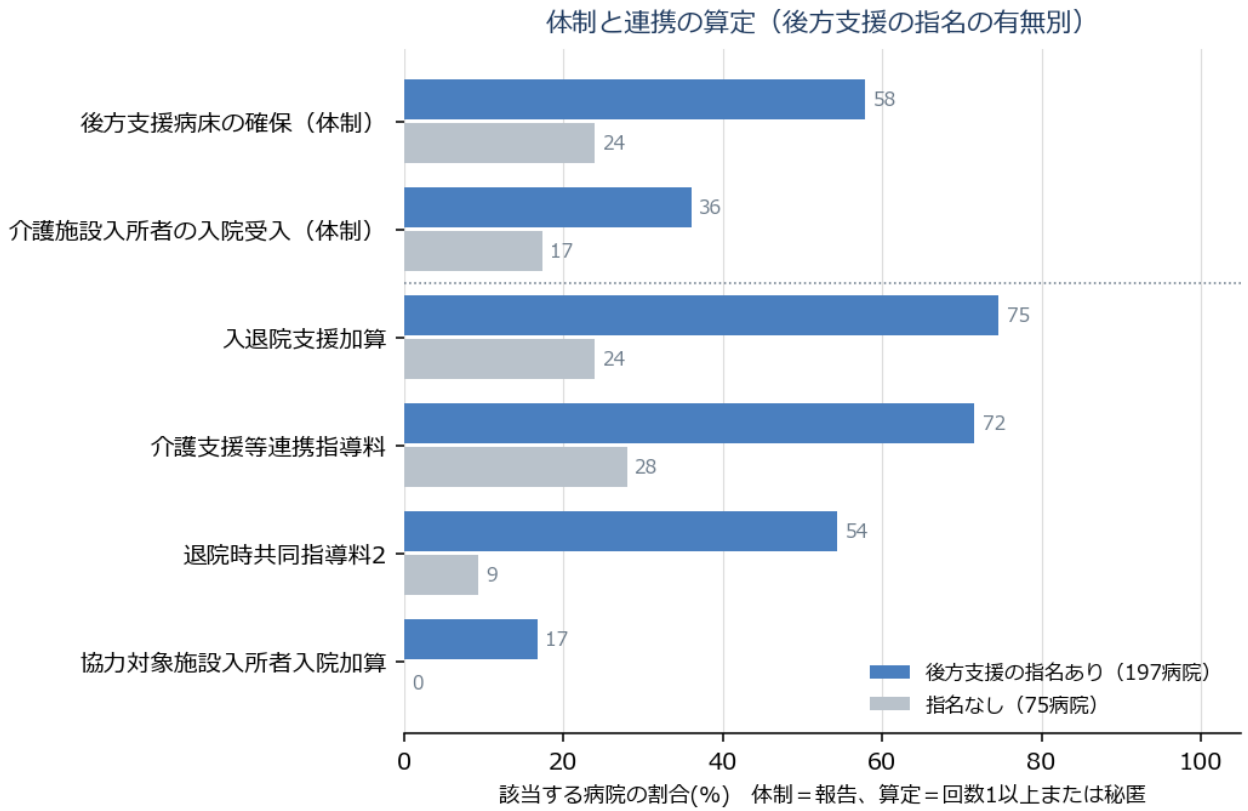


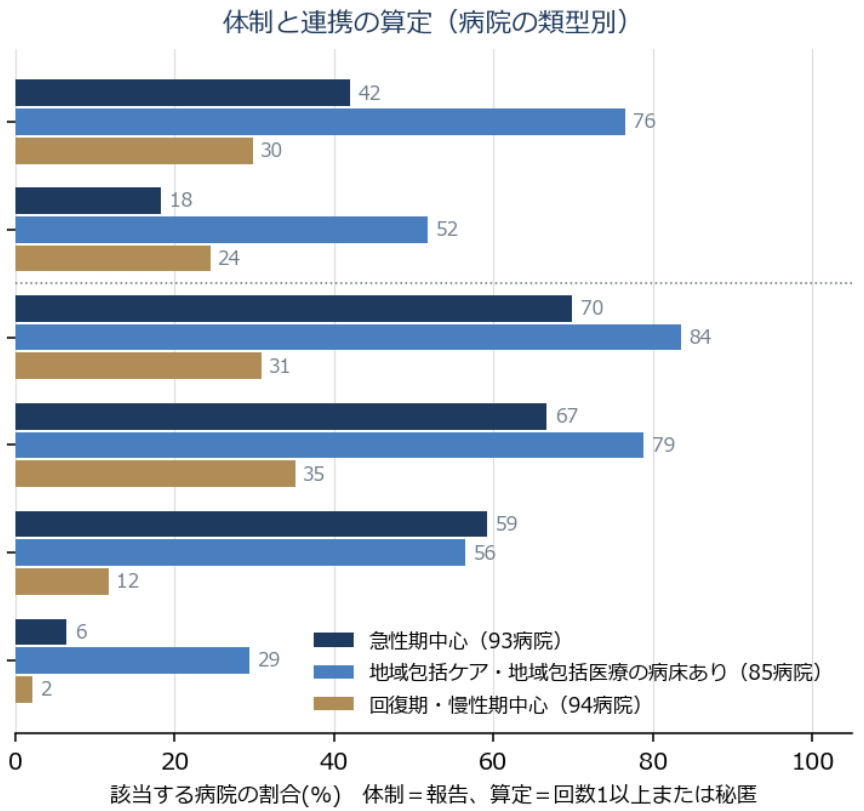
- 地域包括ケア・地域包括医療の83病棟（うち地域包括医療14）の稼働率は中央値87%、半数が78～93%に入る。70%未満も11病棟ある
- **区域の中央値は川崎北部91%から県西75%まで。空床は全県で平均して1日あたり約632床**
- **入棟元は区域で大きく違い、川崎南部は院内の他病棟からが64%、湘南東部は介護施設等からが31%**
- **＝同じ区域でも病棟ごとに余力は違い、在宅・施設からの直接入院をどこまで受けるかは病院の運用で決まっている。空床のある病棟と施設・在宅側を結ぶことが、先に打てる手になる**

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

指名される病院は連携の実働も厚い　病院側の体制と連携の算定

後方支援として指名される病院は、入退院支援の算定がある割合が指名のない病院の約3.1倍と、連携の実働も厚い。一方、協力医療機関として施設入所者を受ける算定はまだ一部にとどまる。



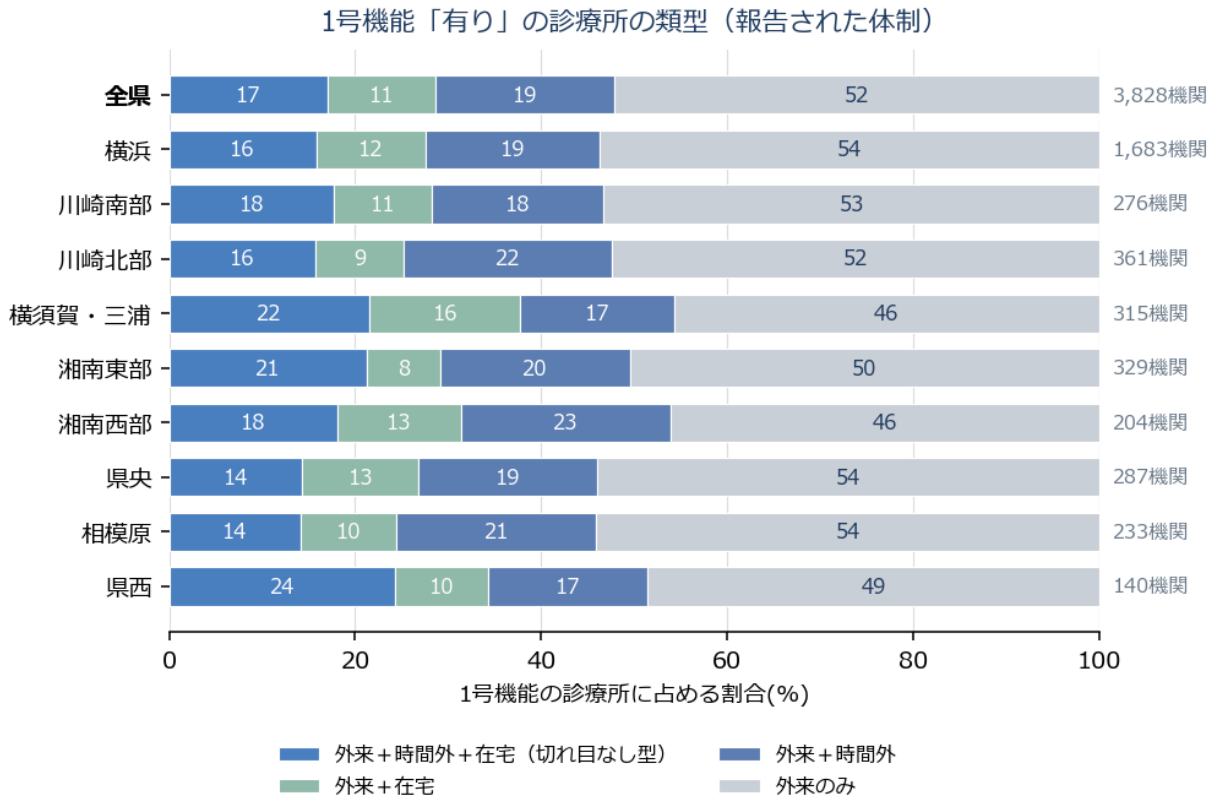


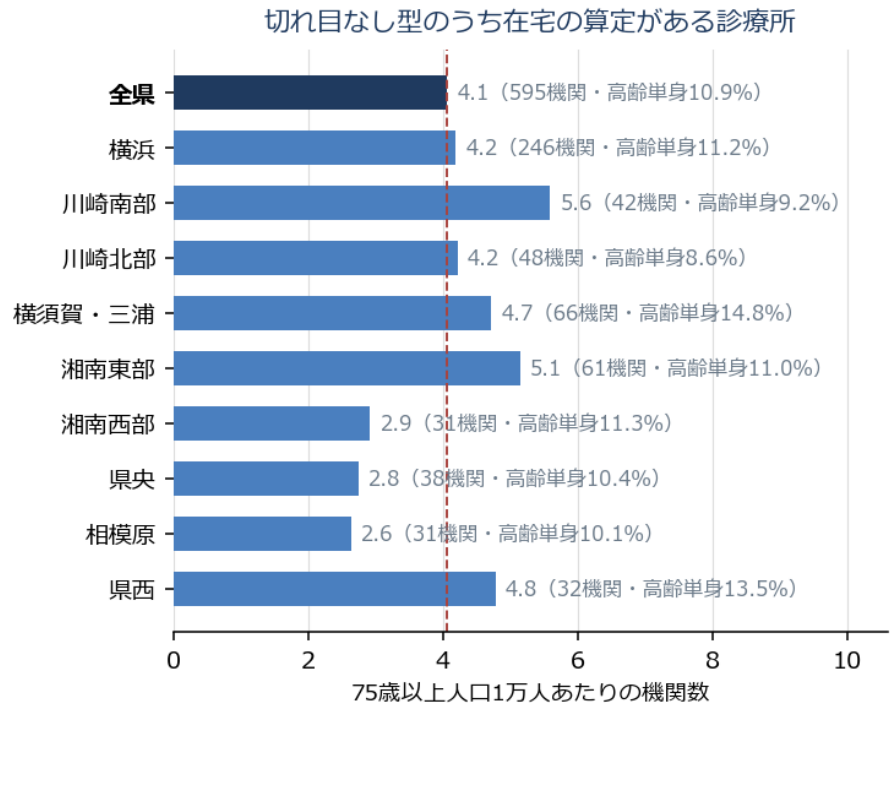
- **算定がある病院の割合は、入退院支援加算は75%対24%、介護支援等連携指導料は72%対28%、退院時共同指導料2は54%対9%と、指名がある病院で高い**
- **介護施設入所者の入院受入の体制は、地ケア等の病院52%に対し急性期中心18%**
- **協力医療機関として施設入所者の入院を受けた算定（協力対象施設入所者入院加算）は、地ケア等の病院でも29%、急性期中心は6%**
- **＝施設からの入院は急性期中心の病院も多く受けているが（2ページ前）、協力医療機関としての取り決めに基づく受入はまだ一部。施設と病院の取り決めを地域で確認する余地がある**

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　1号機能の類型（区域別）

1号機能の診療所の52%は外来のみで、時間外・在宅まで続けて診る切れ目なし型は17%。人口あたりの切れ目なし型は区域で約2.1倍の差があり、相模原・県央・湘南西部が薄い。





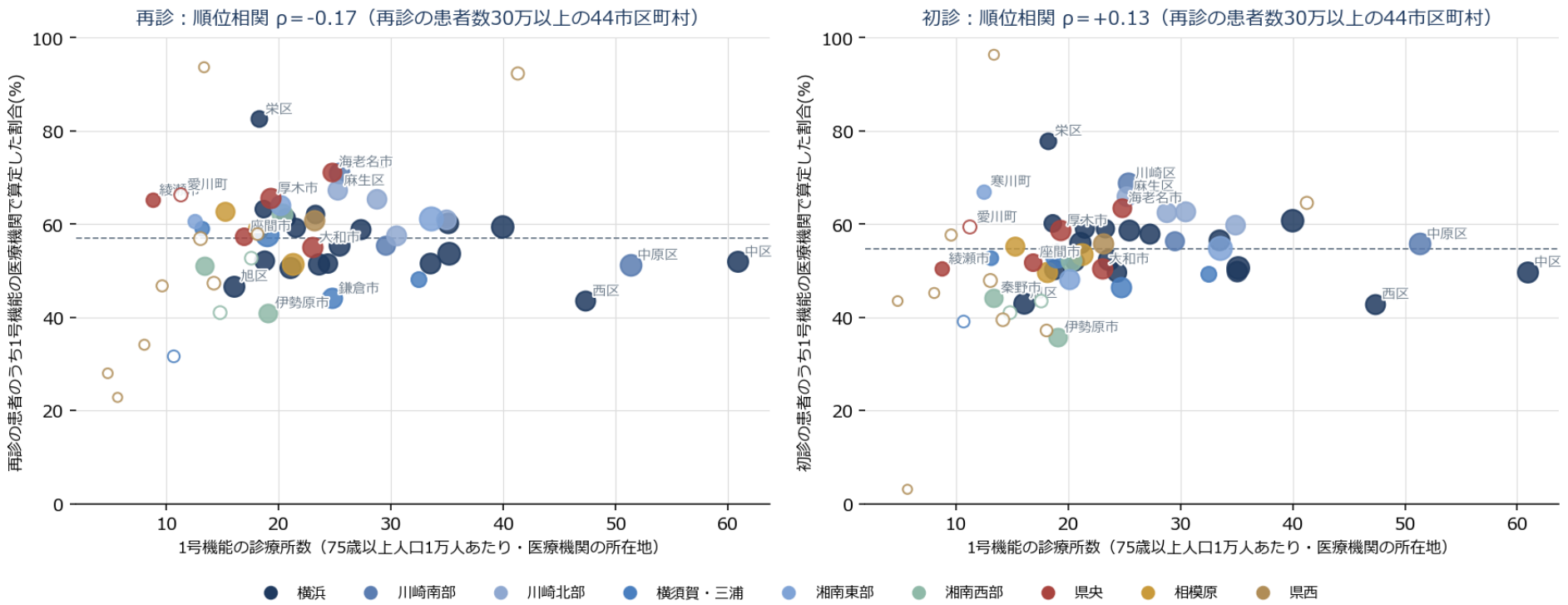
- **対応できる高頻度疾患の数（中央値）は切れ目なし型22に対し外来のみ7。常勤医師数の中央値はどの類型も1人で、一人医師の診療所でも続けて診る形は成り立っている**
- **切れ目なし型で在宅の算定もある診療所は、75歳以上人口1万人あたり全県4.1。川崎南部5.6に対し相模原・県央・湘南西部は2.6～2.9と、区域で約2.1倍の差**
- **高齢単身率が高い区域ほど、1号機能の診療所に占める切れ目なし型の割合が高い（9区域の順位相関ρ＝+0.73。横須賀・三浦は単身14.8%・切れ目なし型22%、県西は13.5%・24%）**
- **＝外来のみの診療所が、時間外・在宅を連携（輪番・連携による24時間）で補える仕組みを地域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、1号機能「有り」の診療所3,828）、R7かかりつけ医機能データブック、将来推計人口（2025年）、国勢調査（2020年・高齢単身世帯）。算定＝回数1以上または秘匿

外来に占める1号機能の割合と、1号機能の診療所の厚み（市区町村別）

外来のうち1号機能の医療機関が担う割合は、患者数の多い44市区町村で41～83%と開くが、1号機能の診療所の多さとは関係が見られない。病院外来や専門特化型の診療所との役割分担を併せて見る必要がある。

市区町村別（医療機関の所在地）：点の大きさ＝再診の患者数、白抜き＝患者数が少なく割合が安定しない町村、破線＝全県

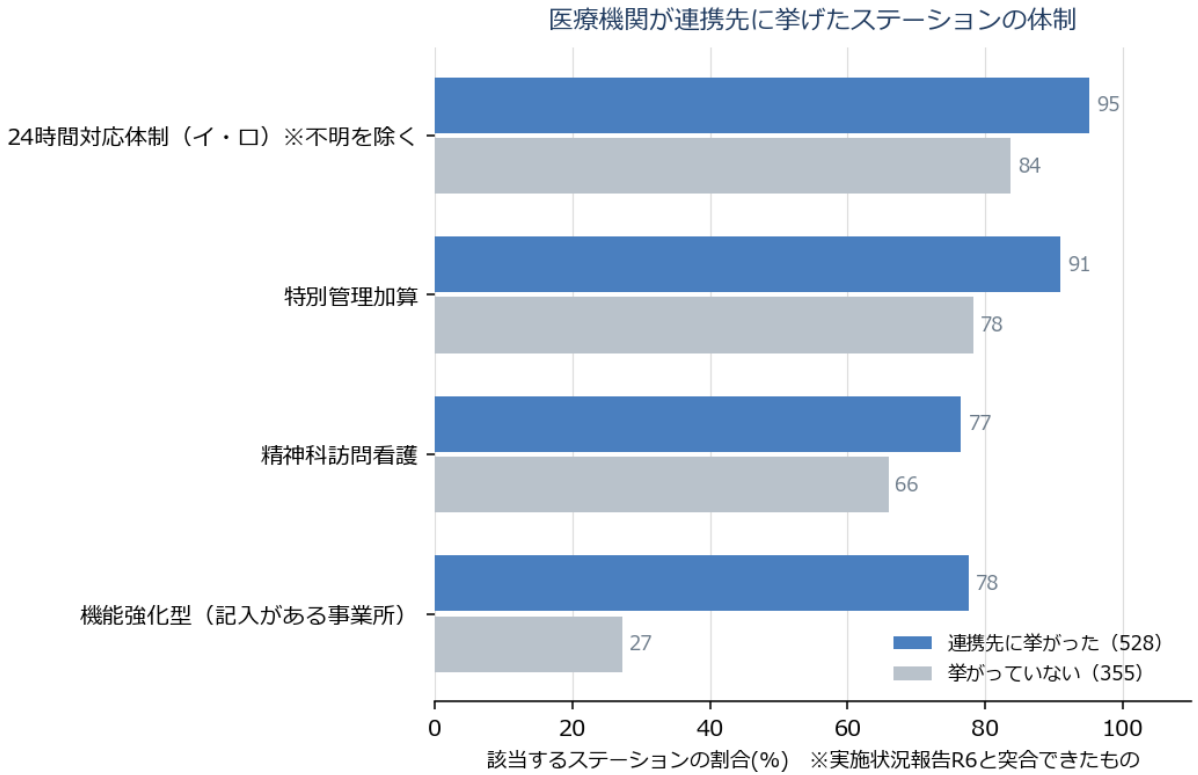


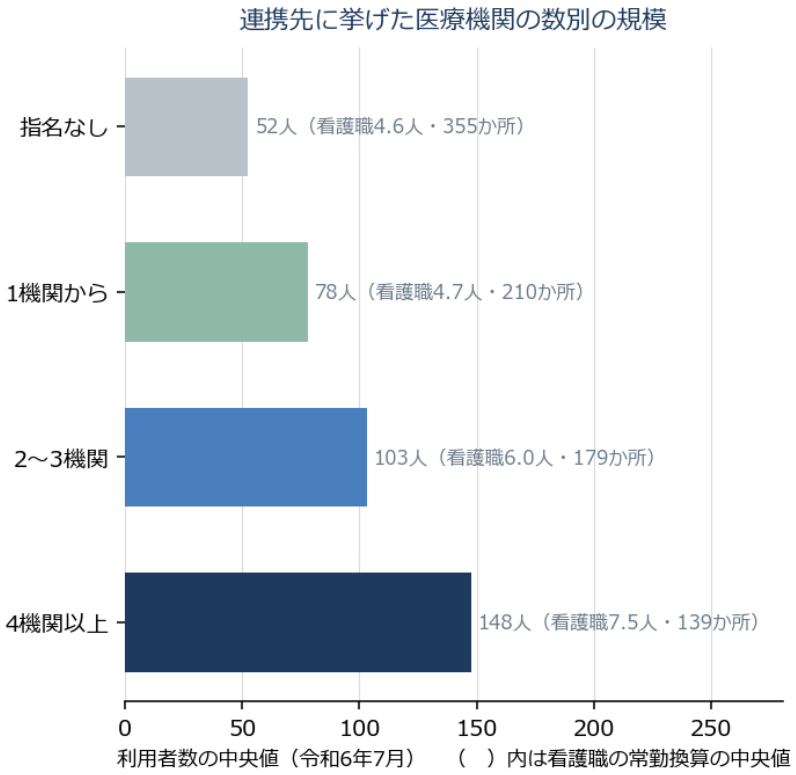
- データブックの指標は、初診・再診の患者のうち1号機能の医療機関で算定した割合を医療機関の所在地で数える（住民がどこで受診したかではない）。全県は再診57%・初診55%
- **1号機能の診療所が人口あたりで多い市区町村ほど割合が高い、という関係は見られない（再診ρ＝-0.17、初診ρ＝+0.13、44市区町村）**
- **再診の割合は栄区83%から伊勢原市41%まで開く。1号機能の診療所が最も厚い中区（1万人あたり61）でも52%**
- **＝1号機能の診療所の数だけでは、外来のうち継続的に診る機関が担う比重は説明できない。病院外来や専門特化型の診療所との役割分担を、市区町村の単位で確かめる必要がある**

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点、1号機能「有り」の診療所3,828）、R7かかりつけ医機能データブック、将来推計人口（2025年）、国勢調査（2020年・高齢単身世帯）。算定＝回数1以上または秘匿

医療機関が連携先に挙げる訪問看護ステーション　体制と規模

医療機関が連携先に挙げる訪問看護ステーションは、24時間対応・機能強化型の割合が高く規模も大きい。指名は一部の事業所に集まっており、小規模なステーションを含めた受け皿の分担が論点になる。





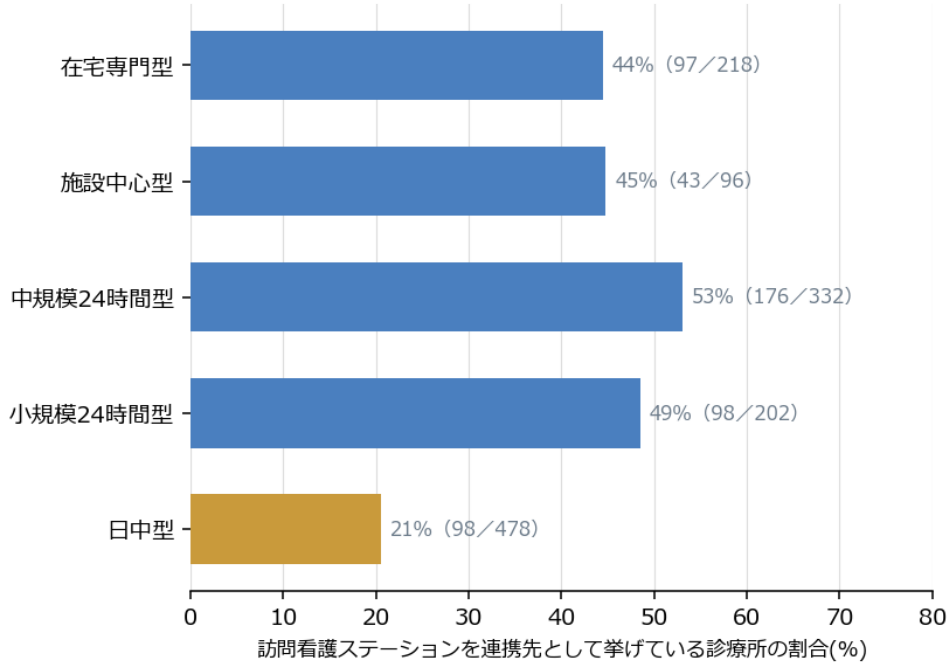
- **連携先に挙がったステーションは、24時間対応体制95%（挙がっていない84%、不明を除く）。機能強化型の届出が確認できたのは連携先の15%（同3%）で、記入がある事業所に限れば78%対27%**
- **利用者数の中央値は、連携先に挙げた医療機関が多いほど大きい（指名なし52人→1機関78人→2～3機関103人→4機関以上148人）**
- **指名は一部に集まり、上位66事業所（連携先の1割）が指名（医療機関×事業所の1,718組）の31%を受ける**
- **＝医療機関は体制の厚い大きめのステーションを頼っている。小規模なステーションを含めて24時間・重症の受け皿を地域で分担する仕組みが、在宅医療の厚みを左右する**

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点、訪問看護の連携先を名寄せ）、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（令和6年8月1日現在）を名称・住所で突合

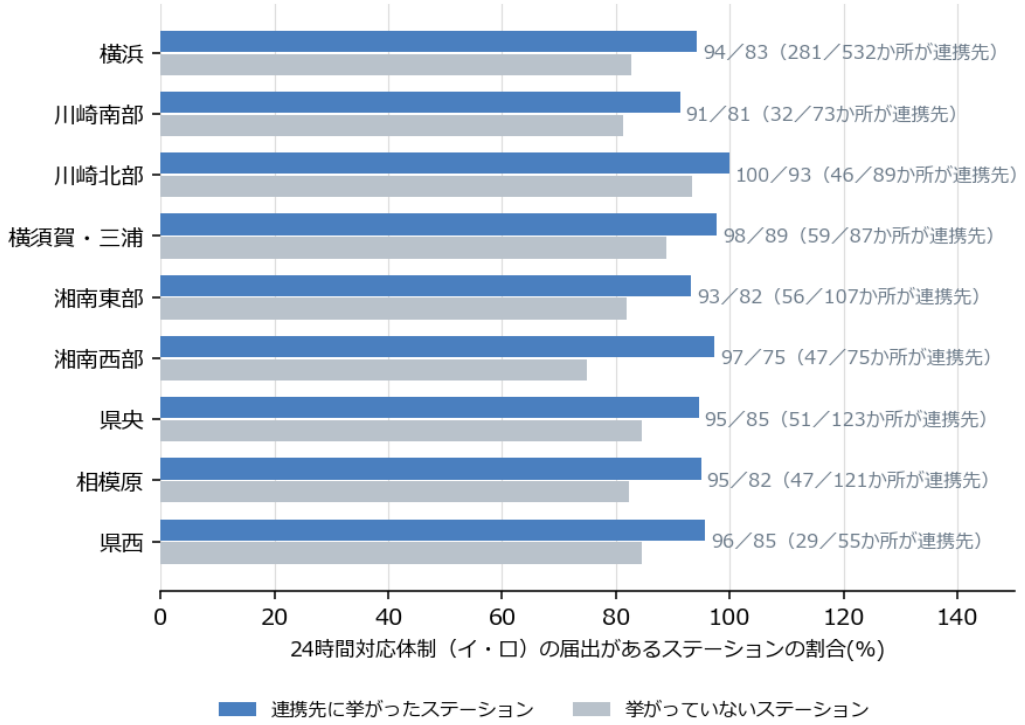
在宅を担う診療所は訪問看護とつながっているか　類型別・区域別

日中型の診療所は訪問看護指示料の算定が69%あるが、ステーションと連携した24時間体制は10%にとどまる。日中型と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。

訪問診療を行う診療所の類型別（T1の類型）



区域別：連携先のステーションの24時間対応



- **訪問診療を行う診療所のうち訪問看護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53%・小規模24時間型49%・在宅専門型44%に対し、日中型は21%**
- **報告の体制で見ても、訪問看護ステーションと連携した24時間体制は日中型10%（他の類型40～49%）。一方、訪問看護指示料の算定は日中型でも69%＝訪問看護とは仕事をしているが、24時間の連携が薄い**
- **区域別では、医療機関の連携先に挙がる事業所の割合が横須賀・三浦68%に対し相模原39%・県央41%。湘南西部は連携先の24時間対応97%に対し連携先以外75%と差が最も大きい**
- **＝日中型の診療所と24時間対応のステーションを結びつけることが、夜間の受け皿を広げる現実的な打ち手になる**

出典：かかりつけ医機能報告（2026年9月30日時点、訪問看護の連携先を名寄せ）、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（令和6年8月1日現在）を名称・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

体制の報告だけでは地域の実力は測れない。体制・実働・結果を並べると、途切れは「患者が少ない在宅」「夜間」「施設との取り決め」に集まる。

データが示す不足

- T1：看取りの算定は中規模24時間型83%に対し小規模24時間型35%・日中型13%。患者が少ないと体制が実働に結びつかない
- T3：後方支援の指名の63%は急性期中心の病院へ。地ケア・地域包括医療病棟の稼働率は中央値87%で病棟差が大きい
- T4：1号機能の診療所の52%は外来のみ。時間外・在宅まで続けて診る切れ目なし型は17%
- T5：日中型の診療所がステーションと連携した24時間体制は10%。連携先のステーションは24時間対応95%と体制は厚い
- ⇒ 数が足りないのではなく、今ある体制が夜間・少人数・施設との接点で途切れている

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、施設からの急変の受け皿
- ② **連携**：外来のみ・日中型の診療所を、24時間対応の訪問看護・連携医療機関・地ケア病院とつなぐ

選択肢　どれが現実的か

- A 日中型の診療所×24時間対応ステーションの組合せを区域で標準化する（訪問看護指示・連携体制）
- B 地ケア・地域包括医療病棟を「時々入院」の受け皿として診療所・施設と結び、指名関係を公表する
- C 切れ目なし型（外来＋時間外＋在宅）の診療所を増やす（輪番・グループ化）

決めること　誰が・どの場で

- 調整会議：Bの受け皿病院の位置づけ。外来協議の場：Cの設計。在宅医療・介護連携推進事業：Aの実務

決めないと起きること

- **報告上の体制と実働の乖離が放置され、施設・在宅からの急変が夜間に救急搬送へ流れ続ける**

第2回調整会議で出たご意見

- 県西：院内の多職種連携はあるが、地域との連携が少ない。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
- 県央：今は、誰かが在宅で診療している。高齢者を地域で連携して診るルールづくりのほか、看取り等の質の担保も必要

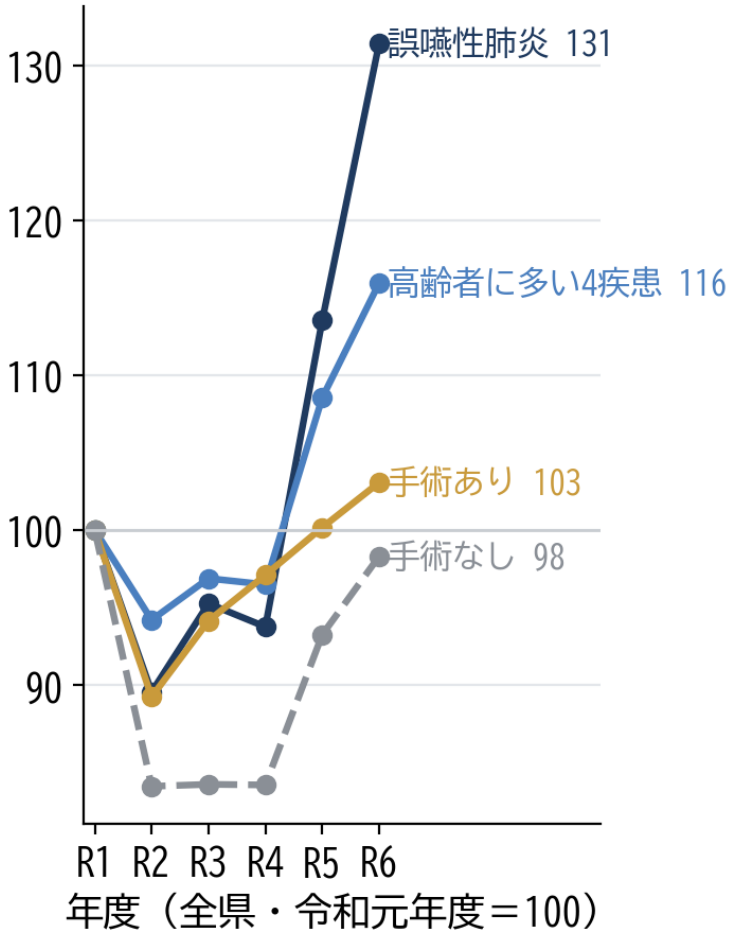
出典：本章の各スライドの数値による。問いの番号は第3回地域医療構想調整会議資料「ご意見を伺いたい事項」①～④に対応

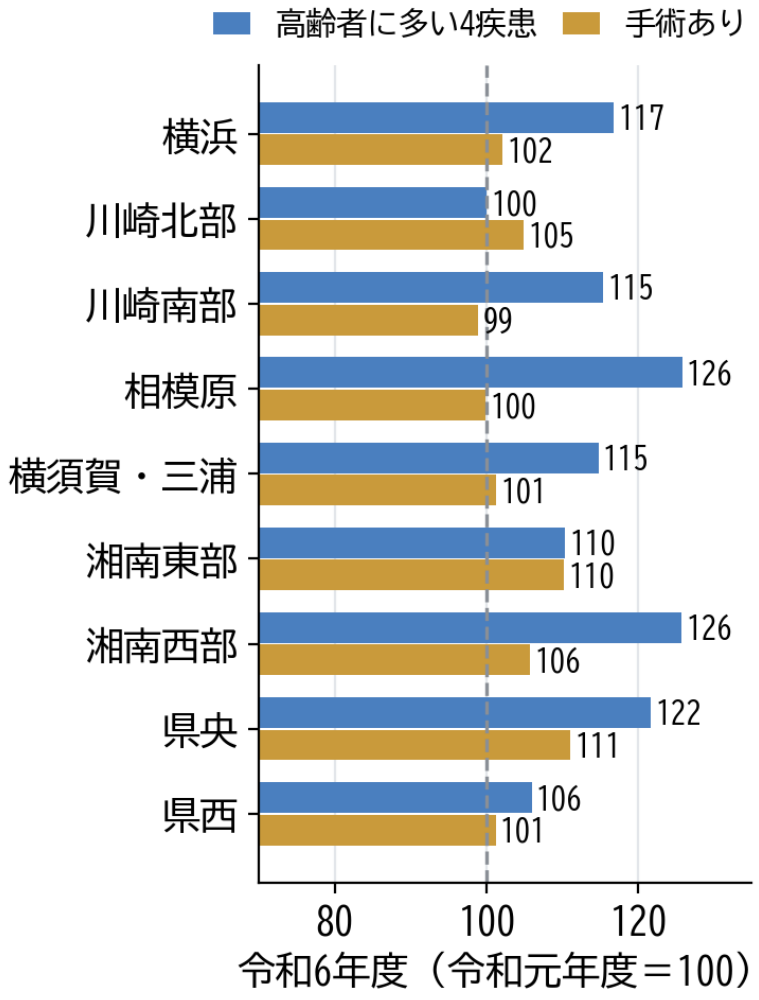
Ⅵ 需要と資源

増える需要を、区域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）

5年で手術ありは横ばい、高齢者4疾患は16%増、誤嚥性肺炎は1.3倍

急性期病院の入院は、手術ではなく高齢者の肺炎や骨折で増えている。本資料の外来・在宅・介護連携は、この需要を病院の外で受け止め、入院を短く済ませるための議論である。





- 同じ病院どうしで比べると、手術ありは令和元年度を100として103、手術なしは98。高齢者に多い4疾患は116、誤嚥性肺炎は11,186件→14,703件（131）
- 4疾患は相模原・湘南西部126、県央122と伸びが大きく、川崎北部100・県西106は小さい
- **増えているのは外来・在宅・施設で暮らす高齢者の「時々入院」。急性期病院の入院は手術ではなく肺炎・骨折で増えている**

出典：DPC「退院患者調査」（令和元～6年度）。6年度すべてに報告のある県内164病院（令和6年度の退院患者の99%）。10症例未満は秘匿。4疾患＝誤嚥性肺炎・尿路感染症・心不全・大腿骨骨折

誤嚥性肺炎の入院はどの病院に集まっているか（区域別・上位2病院）

誤嚥性肺炎の退院患者は5年で1.31倍。区域の上位2病院が占める割合は横浜15%から県西71%まで差があり、病院の少ない区域ほど少数の病院に集まる。これらの病院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。

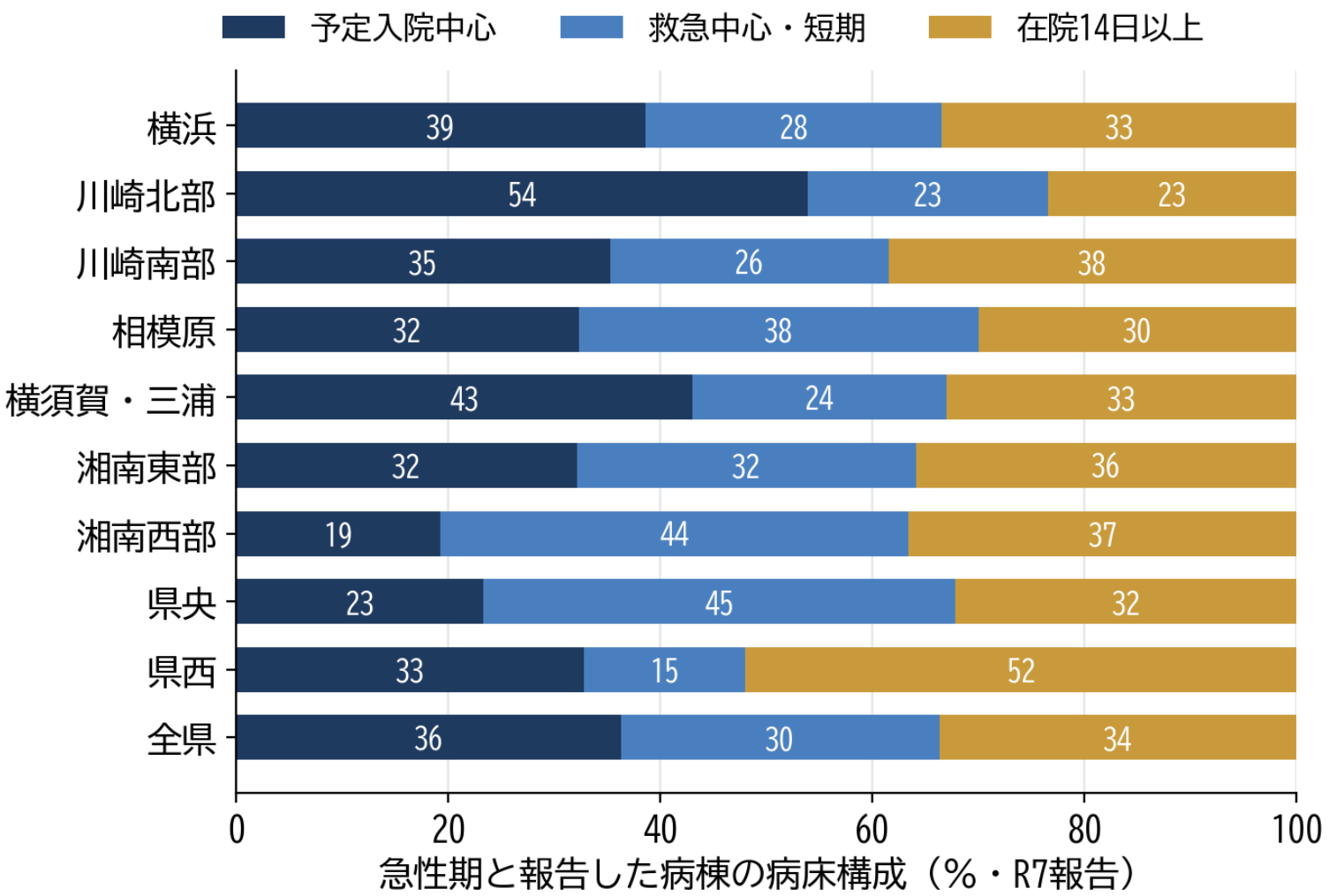
区域	R1	R6	R6/R1	受入病院数	件数の多い2病院（R6）	2病院の割合
横浜	5,071	6,522	1.29倍	51	横浜旭中央総合病院（565）、横浜南共済病院（405）	15%
川崎南部	880	1,149	1.31倍	11	川崎市立井田病院（335）、関東労災病院（245）	50%
川崎北部	708	857	1.21倍	7	川崎市立多摩病院（190）、新百合丘総合病院（187）	44%
横須賀・三浦	1,016	1,313	1.29倍	12	横須賀共済病院（413）、湘南鎌倉総合病院（344）	58%
湘南東部	820	1,128	1.38倍	9	茅崎市立病院（271）、湘南藤沢徳洲会病院（236）	45%
湘南西部	868	1,180	1.36倍	8	平塚共済病院（324）、平塚市民病院（294）	52%
県央	813	1,191	1.46倍	12	大和徳洲会病院（280）、海老名総合病院（269）	46%
相模原	664	986	1.48倍	12	相模原病院（341）、相模原協同病院（126）	47%
県西	346	377	1.09倍	4	小田原市立病院（146）、同愛会小澤病院（121）	71%

● ⇒ **区域の中での分担（拠点と受け皿）を話し合う出発点。受け皿の候補はⅢ章（後方支援の指名先）とT3（地ケア病棟の余力）にある**

出典：DPC「退院患者調査」（令和元～6年度）。6年度すべてに報告のある県内164病院（令和6年度の退院患者の99%）。10症例未満は秘匿。4疾患＝誤嚥性肺炎・尿路感染症・心不全・大腿骨骨折

急性期と報告した病棟の3分の1は在院14日以上　高齢者救急の実質的な担い手

急性期病棟の3分の1は在院14日以上で、稼働率が最も高く、施設からの入棟と死亡退院が多い。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材料になる。

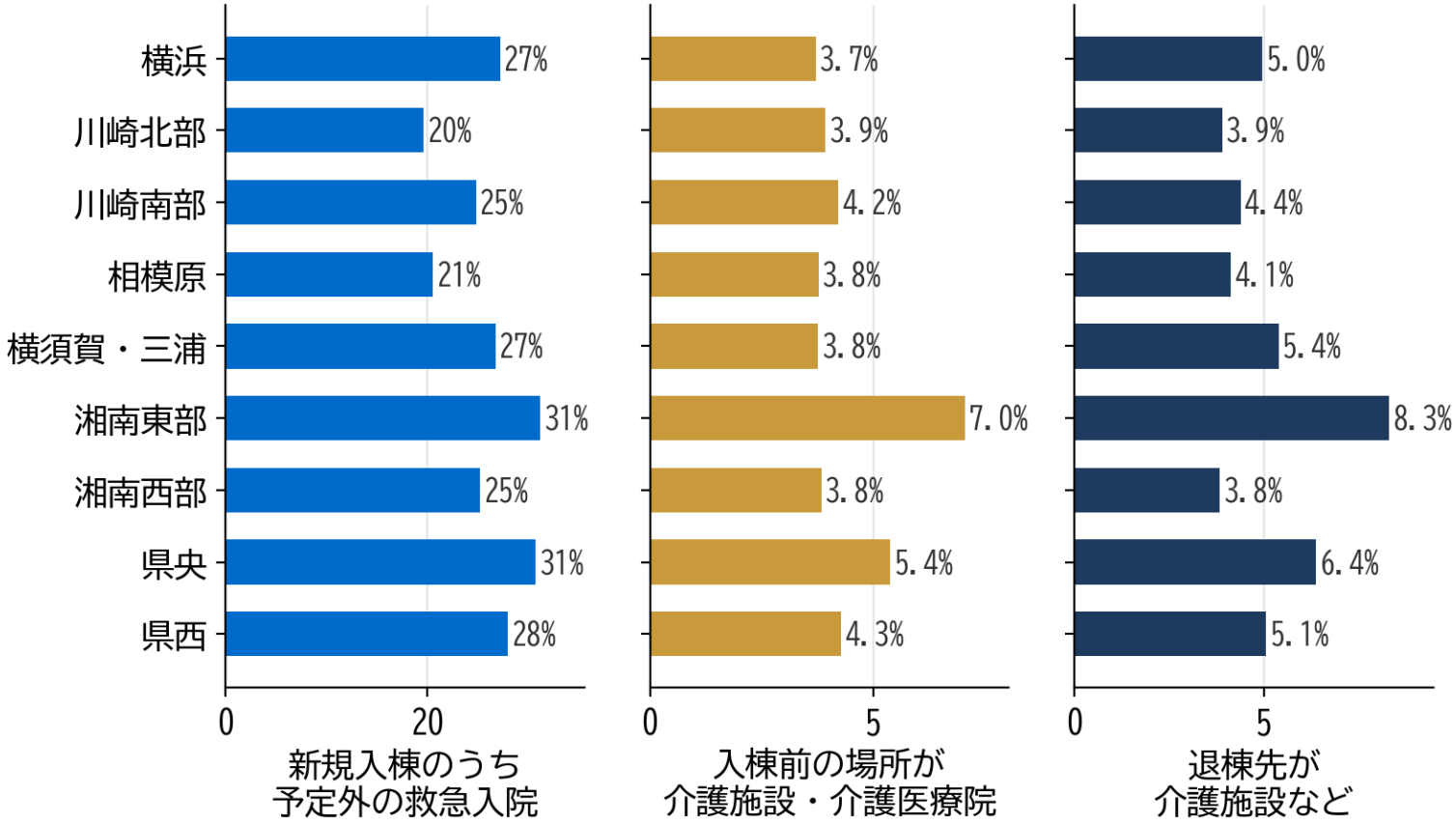


- 急性期病棟を入院経路と在院日数で3つに分けた。全県では予定入院中心36%・救急中心・短期30%・在院14日以上32%
- 在院14日以上の病棟は稼働率84%と3類型で最も高く、救急入院31%・介護施設からの入棟8.2%・死亡退院4.1%。予定入院中心は稼働率78%・施設からの入棟1.7%
- 川崎北部は予定入院中心が54%、湘南西部・県央は救急中心が4割超、県西は在院14日以上が52%と、区域で急性期病棟の中身が違う
- **同じ「急性期」でも役割が違う。在院14日以上の病棟は、報告上の機能にかかわらず「時々入院」の受け皿としてすでに働いている**

出典：令和7年度病床機能報告（令和6年度実績）。報告・再分類とも急性期の583病棟。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

入院患者の4～7%は介護施設から来て、同じ割合が介護施設へ退院する

病院と介護施設を行き来する患者は、湘南東部と県央で特に多い。Ⅳ章の「介護施設への提供体制」とT2の「施設発の搬送」は、この往来を支える体制の有無を示している。



- 新規入棟のうち予定外の救急入院は20～31%で、湘南東部・県央が31%と高い
- 介護施設からの入棟は湘南東部7.0%・県央5.4%と、他の区域（4%前後）より多い。退棟先が介護施設である割合も湘南東部8.3%・県央6.4%と高い
- **病院と介護施設の間を行き来する患者が増えている。施設との連携窓口（Ⅳ章の協力医療機関）と情報共有の質が、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）

神奈川は入院と介護施設が薄く、訪問診療と居住系が厚い（全国＝100）

神奈川の高齢者は、介護施設ではなく居住系と在宅で暮らす割合が高い。外来・在宅・介護連携の議論は、この資源配分を前提に「病院が居住系と在宅の後ろ盾になる」形を区域ごとに決めることになる。

	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・外来・在宅医療・介護の4分野を同じ物差し（全国＝100）で並べた。入院医療費は82～99、介護施設は70～96と全区域で全国以下
- 訪問診療の提供量は136～218と全区域で全国の1.4～2.2倍。介護の居住系（特定施設・GH）は105～157と全区域で全国以上、川崎157・横浜142で高い
- **居住系は医師・看護師の配置が手薄で、急変時は外部の医療機関に頼る。Ⅳ章の協力医療機関、N1の居住系との連携、T2の施設発搬送はこの構造の帰結である**

出典：医療費の地域差分析（令和5年度・市町村国保＋後期高齢者医療・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。川崎は市全体）

論点　増える需要をどの資源で受けるか　急性期病棟・居住系・在宅

増えているのは手術ではなく高齢者の4疾患（1.16倍）で、実質的な受け皿は在院14日以上の急性期病棟と地ケア病棟である。介護施設は全国より少なく居住系は多い。この構造の中で受け皿の役割を決める。

データが示す不足

- DPC：高齢者に多い4疾患は5年で1.16倍、誤嚥性肺炎は1.31倍。手術ありは横ばい。誤嚥性肺炎は区域の上位2病院に横浜15%～県西71%が集まる
- 病床機能報告：急性期と報告した病棟の32%は在院14日以上で、稼働率84%・救急入院31%・介護施設からの入棟8.2%と、高齢者救急を実質的に担う
- 病床機能報告：介護施設からの入棟は湘南東部7.0%・県央5.4%、介護施設への退院は湘南東部8.3%・県央6.4%。病院と施設を行き来する患者が増えている
- 資源配分：入院医療費は全区域で全国以下（82～99）、介護施設も全国以下（70～96）。居住系は全区域で全国以上（105～157）、訪問診療は1.4～2.2倍
- ⇒ 増える需要を受ける資源は、新しい病床ではなく、既にある急性期病棟の役割転換と、居住系・在宅の後ろ盾になる病院

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**：拠点と受け皿病院の分担（誤嚥性肺炎の集中を緩める）
- ③ **介護側との連携**：居住系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 拠点候補の病院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
- C 慢性期の療養先（施設・居住系・在宅）を隣接区域と共有する前提で、下り搬送と在宅の後ろ盾を組む

決めること　誰が・どの場で

- 調整会議：医療機関機能の報告（高齢者救急・地域急性期／在宅医療等連携）の前に、区域の受け皿の姿（A／B）を共有する

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。居住系の急変は救急搬送に依存したままになる**

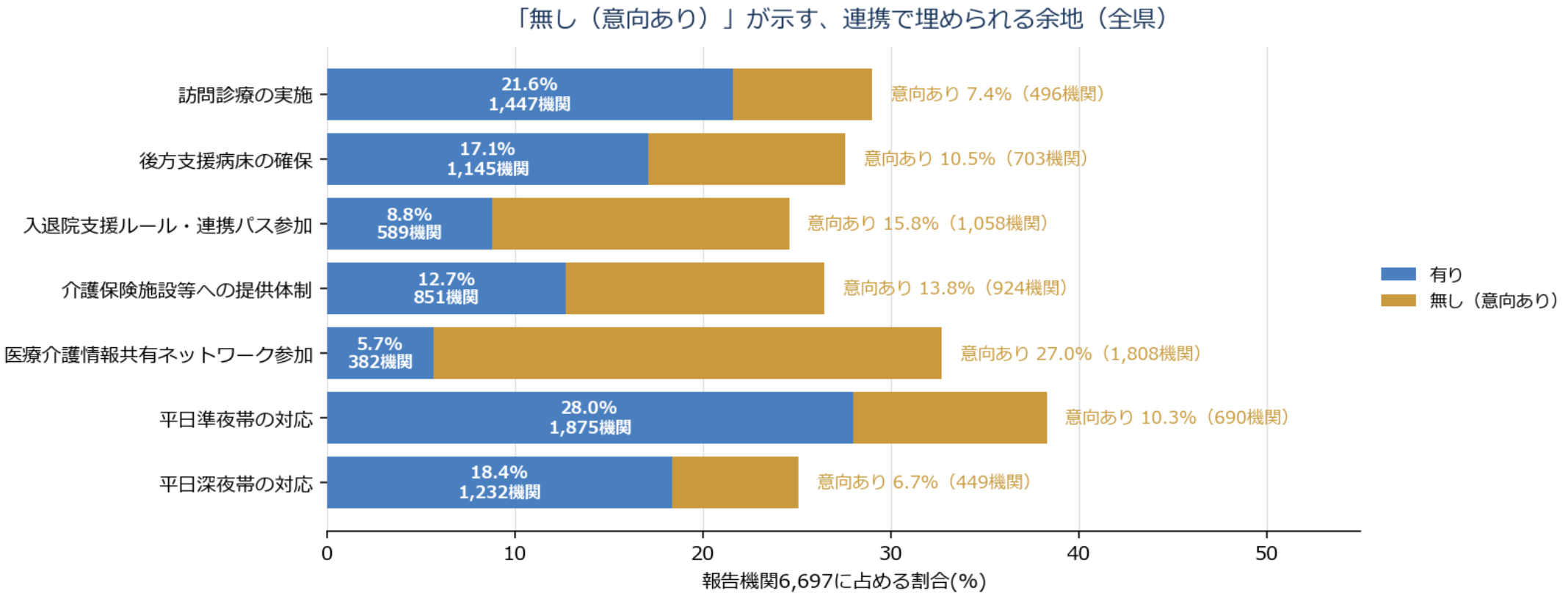
第2回調整会議で出たご意見

- 横浜：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
- 県央：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

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

「無し（意向あり）」が示す、連携で埋められる余地（全県）

情報共有ネットワークと入退院支援ルールは、仕組みさえ整えば参加する機関が現状の3～5倍存在する。この2つが、地域の協議で最も動かしやすい領域である。

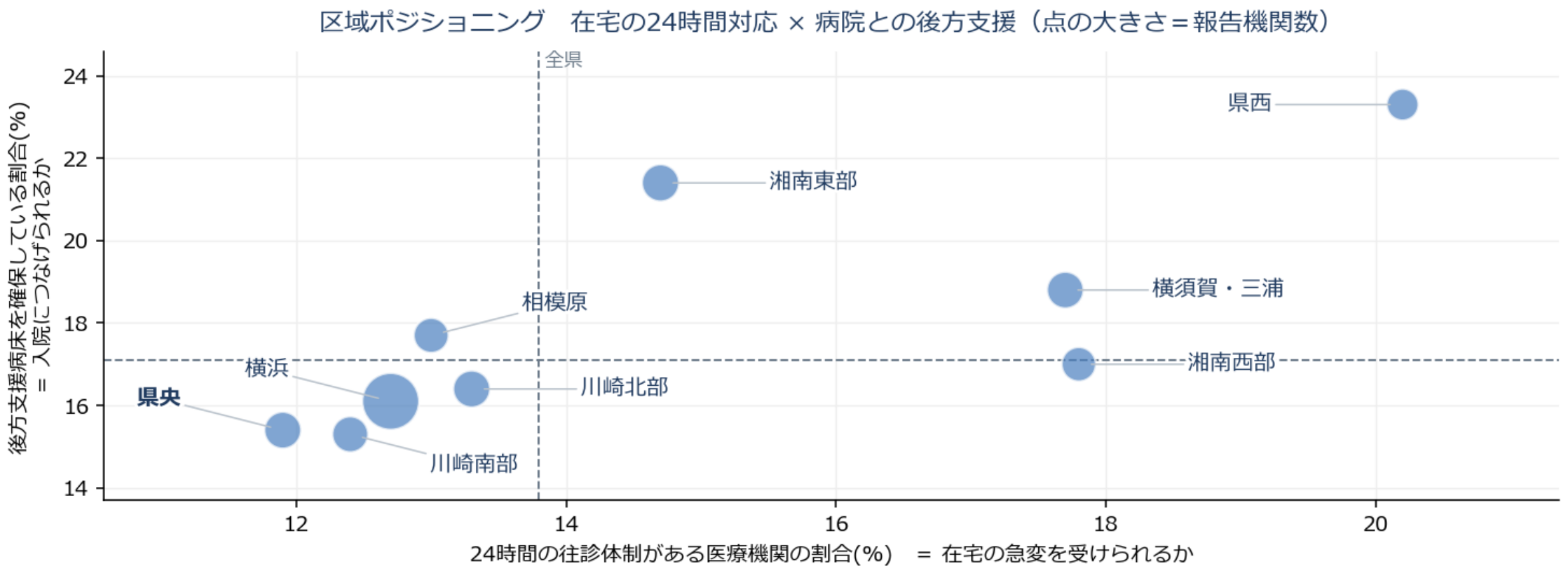


- **制度の目的は、不足する機能を地域の連携によって確保することにある。したがって「意向あり」の母数は、協議によって動かせる余地の大きさそのもの**
- **情報共有ネットワーク（意向あり1,811機関）と入退院支援ルール・連携パス（1,061機関、うちルールに意向652）は、現に参加している機関の3～5倍の潜在層がある**
- 逆に深夜帯の対応は意向ありが448機関と少なく、単独での拡大は見込みにくい
- **協議の場では、「足りない」ではなく「どこから埋められるか」を議論の起点にできる**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

区域ポジショニング　在宅の24時間対応 × 病院との後方支援

在宅の24時間対応と後方支援の確保は、区域によって組合せが異なる。どちらが不足しているかによって、優先すべき打ち手は変わる。

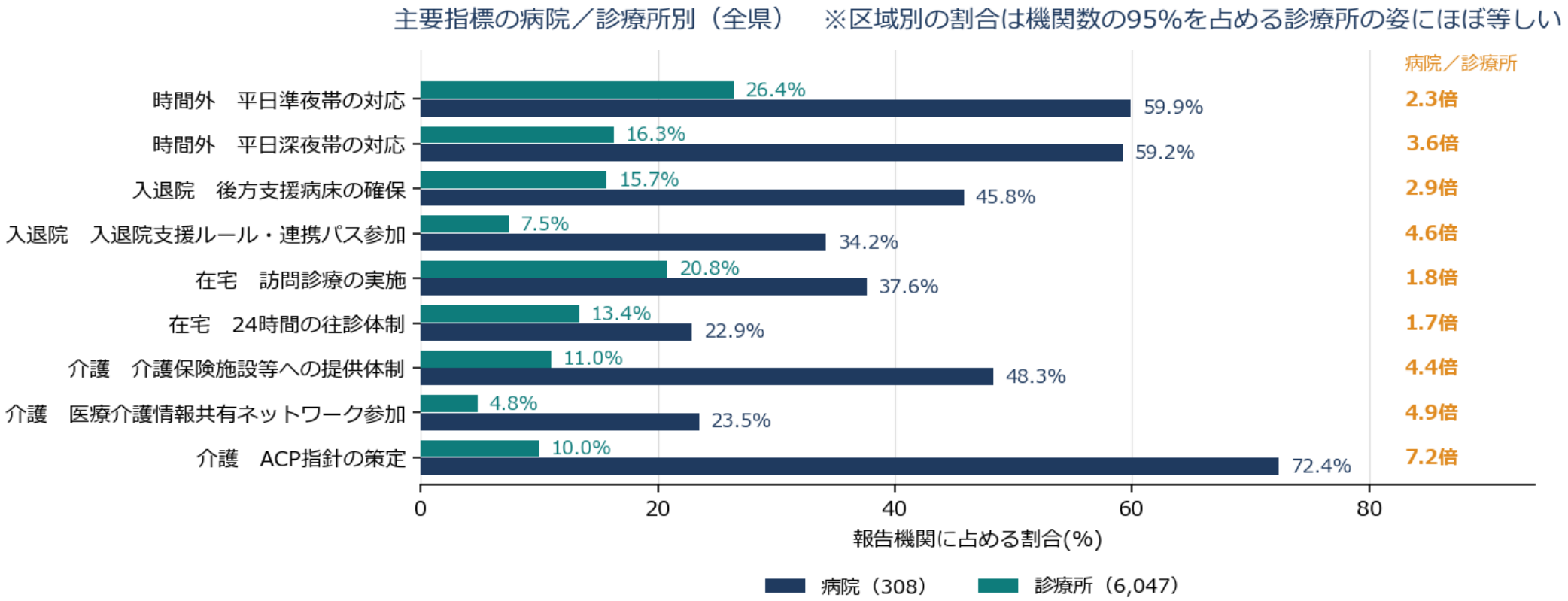


- 横軸＝24時間の往診体制がある機関の割合（在宅の急変を地域で受けられるか）
- **右上＝在宅で受けられ、必要なら入院にもつなげられる。左下＝いずれも薄い**
- **象限によって取るべき打ち手が異なる。区域ごとの詳細は構想区域版で確認いただきたい**

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

病院と診療所は別の姿　主要指標の病院／診療所別（全県）

病院と診療所では、同じ指標でも水準が2～7倍違う。機関数の95%を診療所が占めるため、区域別の割合はほぼ診療所の姿であり、病院の役割は別に議論する必要がある。



- どの指標でも病院が診療所を大きく上回る。ACP指針7.4倍、医療介護情報共有ネットワーク4.9倍、入退院支援ルール・連携パス4.6倍、介護施設への提供体制4.4倍
- 報告機関6,697のうち診療所が6,378（95.2%）を占めるため、本資料の区域別の割合は事実上「診療所の姿」を見ている
- 両者を混ぜて見ると、病院に期待する機能（後方支援・入退院支援・介護施設対応）と診療所に期待する機能（一次診療・訪問診療・時間外）の議論が混線する
- 協議では「診療所の裾野を広げる話」と「病院の役割を明確にする話」を分けて扱うことを提案したい

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点、6,697機関）。割合の分母は各区域の報告機関数

まとめ

【全県】データから言える特徴（視点別まとめ：Ⅰ～Ⅳ）

4つの視点に共通するのは、「有り」の水準が低い一方で「無し（意向あり）」が厚いこと。不足しているのは意欲ではなく、参加できる仕組みである。

Ⅰ 外来の面

● 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）。同じ区域の中でも医療機関ごとの幅が大きく、平均値では地域の実力を表せない

● かかりつけ医機能研修の修了者がいる機関は44.6%、総合診療専門医がいる機関は7.2%

● 高齢者に多い疾患のうち、認知症28%・喘息COPD37%に対し、心不全31%・慢性腎臓病26%は低い

● オンライン資格確認は68.7%まで普及した一方、電子処方箋28.0%・電子カルテ情報共有19.4%・地域の服薬一元管理への参加7.1%はこれから（電子カルテ情報共有は意向あり38.5%）

● 区域差：研修修了者のいる機関 川崎北部 55% ～ 湘南西部 40%

● ⇒ 課題：心不全・慢性腎臓病など高齢者疾患への対応の裾野拡大と、連携の土台となる情報基盤（電子処方箋・電子カルテ情報共有・服薬の一元管理）の整備

Ⅱ 時間外・急変

● 平日準夜帯の対応28.0%に対し、深夜帯は18.4%と約10ポイント低い

● 意向ありは準夜帯10.3%・深夜帯6.7%。深夜の拡大は単独では見込みにくく、連携・輪番が前提になる

● 在宅当番医制への参加7.2%、休日夜間急患センター等への参加30.8%

● 時間外対応加算の届出は22.8%。体制を持つ機関と届け出ている機関にはギャップがある

● 区域差：深夜帯の対応 県西 27% ～ 川崎南部 16%

● ⇒ 課題：深夜帯を単独で担うのは困難。連携・輪番による夜間の受け皿づくりと、動いている体制の制度的な位置づけ（届出）

Ⅲ 入退院支援

● 後方支援病床の確保17.1%（1,146機関）、意向あり10.5%（703機関）

● 後方支援は少数の中核病院に集中。湘南鎌倉総合病院は51機関から挙げられ、うち32機関が区域外からの指名。区域単独では受け皿を設計できない

● 入退院支援ルール・連携パスへの参加8.8%（586機関）に対し、意向あり15.8%（1,061機関）と約2倍。ただし入退院支援ルールへの参加は2.5%（165機関）にとどまり、大半は連携パス

● 既存の連携パスはがん・脳卒中・大腿骨頸部等に限られ、誤嚥性肺炎・心不全・尿路感染症といった「時々入院」の疾患には仕組みがない

● 区域差：入退院支援ルール等への参加 県西 12% ～ 川崎北部 4%

● ⇒ 課題：入退院支援ルールの整備（ルールに意向を持つ652機関の受け皿づくり）と、隣接区域を含めた後方支援の可視化

Ⅳ 在宅・介護連携

● 訪問診療の実施21.6%（1,446機関、意向あり7.4%）。在宅患者は少数の在宅特化型に集中し、多くの機関は少人数を診る二層構造

● 24時間の連絡体制16.2%に対し、24時間の往診体制は13.8%。「電話は取れるが往診はできない」状態が救急要請につながりうる

● 在宅の看取りを担う機関は772機関（診療所705・病院67）＝訪問診療実施機関の約半数。担い手の6割は常勤医師1人以下の診療所

● 24時間の往診体制がある診療所854のうち261（31%）は夜間・深夜の往診の実績がなく、体制と実働に乖離がある

● 介護保険施設等への提供体制12.7%（意向あり13.8%）。3類型のうち入院受入は2.3%と最も薄い

● 介護保険施設691施設のうち64%で協力医療機関を確認（下限値）。認知症GH27%・小規模多機能11%と努力義務の類型はさらに薄い

● 情報共有ネットワークの参加5.7%に対し意向あり27.0%（1,811機関）、ACP指針の策定13.0%

● ⇒ 課題：24時間の往診体制と看取り機能の底上げ、介護施設との協力関係の可視化、情報共有ネットワークの整備

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、2,496施設）

まとめ

【全県】データから言える特徴（体制と実働：Ⅴ章のまとめ）

体制があっても実働・結果に届かない途切れは、患者の少ない在宅、夜間、施設との取り決めに集まる。数を増やすより、今ある体制をつないで実働に変えることが論点になる。

在宅看取り（T1）

- 看取りの算定は中規模24時間型83%に対し、小規模24時間型35%・日中型13%。患者が少ないと体制が実働に結びつきにくい
- 24時間の往診体制がある診療所の31%は夜間・深夜の往診の実績がない
- **⇒ 在宅患者を一定数受け持てる形と、連携で組む24時間**

急変と救急搬送（T2）

- 85歳以上の搬送の27%は介護施設発。施設発の搬送困難は深夜6.3%で日中の1.6倍
- 施設発の20%は軽症。消防本部の管轄単位では、体制の数と搬送の関係は見えない
- **⇒ 施設ごとに、夜間に医師へつながる取り決めが機能しているかの確認**

後方支援の受け皿（T3）

- 後方支援の指名の63%は急性期中心の病院へ。一方、介護施設からの入院の41%は地域包括ケア・地域包括医療の病床がある病院が受ける
- 地ケア・地域包括医療病棟の稼働率は中央値87%で、病棟による差が大きい
- **⇒ 地ケア等の病院を「時々入院」の受け皿として診療所・施設と結ぶ**

外来の継続性（T4）

- 1号機能の診療所の52%は外来のみ。時間外・在宅まで続けて診る切れ目なし型は17%
- 切れ目なし型は人口あたり区域で約2.1倍の差
- **⇒ 外来のみの診療所を、連携（輪番・連携による24時間）で時間外・在宅につなぐ**

訪問看護との協働（T5）

- 医療機関が連携先に挙げるステーションは24時間対応95%（不明を除く）と体制が厚く、規模も大きい
- 日中型の診療所は訪問看護指示料の算定69%に対し、ステーションと連携した24時間体制は10%
- **⇒ 日中型の診療所と24時間対応のステーションを結ぶ**

体制と実働から見えること

- 体制の報告だけでは地域の実力は測れない。体制・実働・結果を並べると、どこで途切れているかが見える
- 途切れは「患者が少ない」「夜間」「施設との取り決め」に集まる
- **⇒ 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づくり**
- ※いずれも乖離の発見であり、因果や個々の医療機関の評価を示すものではない

出典：かかりつけ医機能報告、在支診・在支病 定例報告R7、R7かかりつけ医機能データブック、救急搬送データ（2025年）、病床機能報告R7、訪問看護ステーション実施状況報告R6

対応表　第2回調整会議で求められたデータと、本資料での対応（入院医療・高齢者救急）

第2回で各区域から出た意見のうち、データで応えられるものは本資料のどこで応えたかを示す。応えられないもの（嘱託医の体制、基金活用、医育機関の人材育成）は対象外とした。

テーマ	区域	ご意見（県の整理文・要旨）	本資料での対応
入院医療	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	Ⅵ 急性期病棟の3類型・T3 地ケア病棟の余力
入院医療	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	流出入（包括期・慢性期）・Ⅵ 在院14日以上の急性期病棟
入院医療	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	Ⅳ ACP・施設への提供体制、T4 切れ目なし型の診療所（N3）
入院医療	県央	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	Ⅵ 急性期病棟の3類型（在院14日以上・施設からの入棟）
入院医療	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	Ⅲ 後方支援の相手先・流出入・T3（N6）
入院医療	横須賀・三浦	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	Ⅵ 需要の推移（4疾患）
入院医療	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	概念P3 医療機関機能×かかりつけ医機能、Ⅵ 3類型
高齢者救急	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	Ⅳ 介護施設への提供体制・協力医療機関、T2 施設発搬送
高齢者救急	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	Ⅵ 4疾患の推移と受入病院、T3 受け皿
高齢者救急	相模原	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	Ⅳ ACP指針・協力医療機関の確認状況、T2 施設発搬送（N3）
高齢者救急	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【再掲】	Ⅳ ACP、T4 切れ目なし型（N3）
高齢者救急	県央	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	Ⅵ 3類型・T3 地ケア病棟の稼働率と空床（N4）
高齢者救急	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	Ⅳ 施設への提供体制3類型、T2 時間帯、N1 居住系への医学総合管理料。嘱託医の体制は報告項目になく限界
高齢者救急	湘南西部	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	流出入（包括期）、N7 仕組みの一覧、N6 下り搬送
高齢者救急	県西	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	Ⅱ 深夜帯の対応・当番医、T2 施設発搬送の時間帯（N8）
高齢者救急	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	Ⅳ ACP指針の策定（N3）

出典：第3回地域医療構想調整会議資料 P1２～P1５「第2回地域医療構想調整会議における主な意見」（県の整理）。N1～N8＝本資料で追加した論点の番号

対応表　第2回調整会議で求められたデータと、本資料での対応（医療・介護連携・人材確保）

第2回で各区域から出た意見のうち、データで応えられるものは本資料のどこで応えたかを示す。応えられないもの（嘱託医の体制、基金活用、医育機関の人材育成）は対象外とした。

テーマ	区域	ご意見（県の整理文・要旨）	本資料での対応
医療・介護連携	横浜	介護施設の協力医療機関の協定推進の検討が大事	Ⅳ 介護施設側からみた協力医療機関の確保状況
医療・介護連携	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	N1 居住系（特定施設・サ高住等）の協力医療機関と医学総合管理料
医療・介護連携	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	Ⅵ 資源配分（居住系・在宅介護）
医療・介護連携	相模原	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	N1 居住系との連携、Ⅳ 情報共有ネットワーク
医療・介護連携	県央	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	T1 常勤医師数別の看取りの担い手、T5 機能強化型訪看（N2）
医療・介護連携	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	T1 看取りの類型と実績、Ⅲ 入退院支援ルール
医療・介護連携	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	Ⅵ 資源配分・流出入（慢性期）（N5）
医療・介護連携	県西	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	T1 看取りの場所・住民の在宅死亡、T5 訪看との協働
医療・介護連携	横須賀・三浦	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	N7 情報共有ネットワークの一覧
人材確保	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	流出入（包括期）、Ⅵ 在院14日以上の急性期病棟
人材確保	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	Ⅵ 3類型（在院14日以上の病棟が実質の受け皿）
人材確保	県西	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	横断 「無し（意向あり）」、T4 1号診療所の厚み
人材確保	横須賀・三浦	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	T3 指名される病院の実働、T4

出典：第3回地域医療構想調整会議資料 P1 2 ～P1 5「第2回地域医療構想調整会議における主な意見」（県の整理）。N1～N8＝本資料で追加した論点の番号

まとめ　全県の論点一覧　どこで・何を決めるか

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、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（N3・N8）	Ⅱ 2号イ 深夜帯18.4%／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（N6）	Ⅲ 後方支援17.1%／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策定主体と単位（N7）	Ⅲ ルール参加2.5%・意向652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（N1）	Ⅳ 協力医療機関の確認 介護保険施設64%・居住系47%／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（N2）	Ⅳ 24時間往診13.8%／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（N3）	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（N4）	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（N5）	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）	Ⅰ 高頻度疾患 中央値6／情報共有NW 参加5.7%・意向27.0%	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（N10）	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

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

留意　データの限界と今後の分析

本資料のデータの限界

- 【自己申告】かかりつけ医機能報告は各医療機関の自己申告に基づく。未記入は項目により0～1,260機関あり、在宅・情報連携の項目で多い（割合の分母には未記入も含めている）
- 【意向の解釈】「無し（意向あり）」は主観的な意向であり、実際の実行可能性を保証するものではない
- 【算定回数】6月8日公表版ではNDB由来の算定回数に秘匿値（*）があったが、県確定値（9月30日時点）では実数で提供されている。本資料は確定値を使用
- 【名寄せ】連携先は名称の自由記載であり、名寄せの精度に限界がある（医療機関は90.6%を照合。残りは県外医療機関等と推測される）
- 【協力医療機関】「協力医療機関あり」は医療機関側の報告に現れた施設であり、施設側の確保状況の下限値。介護施設一覧は公表年度が施設ごとに異なる（99.2%が令和7年度）
- 【機関の突合（Ⅴ章）】在支診R7・病床機能報告R7・訪問看護ステーション実施状況報告R6とは名称で突き合わせた。訪問看護R6は名称・住所に文字認識の誤りを含むため類似度で突合し、突合できない機関は比較に含まない
- 【集計の基準と時点（Ⅴ章）】データブックの指標は医療機関の所在地、在宅死亡は住民の住所で数える。救急搬送は発生地点の住所がなく消防本部の管轄単位。報告の時点も異なる（かかりつけ医機能報告2026年9月、病床機能報告R7＝令和6年度実績、訪問看護R6＝令和6年8月）
- 【対象外】オンライン診療の実施状況、歯科・薬局の連携状況は報告項目に含まれず把握できない。入退院支援ルールの名称、介護施設の嘱託医の体制も把握できない
- 【追加データ（Ⅲ・Ⅵ章）】流出入データは比率のみで患者数を持たない。DPCは10症例未満が秘匿されDPC対象外の病院を含まない。資源配分の指数は医療費・SCR・介護給付で集計の基準（住所地／所在地）が異なり、合算はできない
- 【診療科】標榜診療科の項目がない。代替として一次診療の対応領域17分類・高頻度疾患40・機関名称で推し量っている（本資料の「その他」パスの解釈もこれによる）

今後の分析提案

- **Ⅴ章で、病床機能報告・救急搬送・在支診R7・訪問看護R6との突合に着手した。以下はその次の段階**
- 施設単位の突合：救急搬送で発生場所の施設が特定できれば、協力医療機関の有無と施設発の搬送を施設ごとに結べる
- 訪問看護R7実施状況報告の反映：24時間対応・機能強化型・ターミナルの実績を事業所単位で更新する
- 将来推計との接続：2040年の85歳以上人口の増加と、訪問診療・看取り・切れ目なし型の担い手のギャップ
- 市区町村単位の分析：構想区域内の偏在（構想区域版で県央を例に提示）
- 医療機能情報提供制度（医療情報ネット）との突合：標榜診療科を付与し、どの診療科がどの機能を担っているかを診療科別に把握する

出典：かかりつけ医機能報告（神奈川県・2026年9月30日時点）／介護サービス情報公表システム（神奈川県・2026年9月取得、2,496施設）