新たな地域医療構想策定― 構想区域毎データ分析結果（入院医療等）

データ分析チーム　横浜市立大学　清水沙友里

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

ブロック1｜背景と課題
なぜ今、新たな構想が必要か

人口構造・医療需要の劇的変化（2040年問題）

■【需要変化】団塊の世代が85歳以上へ。高齢者救急・在宅医療・慢性期ニーズが増加。急性期医療需要（手術等）は多くの地域で減少。

■【供給制約】生産年齢人口の急減。医師・看護職員等の医療従事者の確保が極めて困難に。

既存体制の限界

■ 現在の人口20万人未満の二次医療圏（全体の半数近く）では、**入院医療の完結が困難に**。

■ 大都市型、地方都市型、人口減少型など、いずれの地域類型でも課題がある。大都市は高齢者の増加に対し働き世代のの減少に対応する必要がある。

ブロック2｜ガイドラインのコア解決策
再編・集約化の仕組み

仕組み1｜構想区域の再設定（広域化）

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

仕組み2｜新たな5つの「医療機関機能」への再定義

1. 急性期拠点機能
（目安：20～30万人に1か所）
■ 手術・重症救急等の医療資源を集約
■ 医師の働き方改革と高度医療を両立
■ 大学病院等からの医師派遣（人的協力）の核

2. 高齢者救急・地域急性期機能
■ 増加する高齢者救急の受け皿（面で対応）
■ 入院早期からのリハビリ提供、退院支援
■ 介護施設等との連携・役割分担

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

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

5. 医育及び広域診療機能（大学病院本院が担う機能）
■ 常勤医師・代診医の派遣、卒前・卒後教育等の医療従事者の育成。広域な観点が求められる診療を総合的に提供。機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携。

仕組み3｜機能決定に向けた「データに基づく協議」

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

ブロック3｜目指す姿

2040年の医療提供体制

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

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

持続可能な働き方
■ 医療従事者の持続可能な働き方を確保

2040年に向けた自院のポジショニング戦略

STEP 1｜現状・データ直視

自院の客観的診療実績（全身麻酔件数、救急車台数）、建物の老朽化状況、地域の**2040年推計人口を直視**。

STEP 2｜選択と集中

「全方位型」を捨て、地域全体の最適化の中で自院が生き残るための**「主たる機能」を5区分から選択**。大学病院本院は医育および広域診療機能。

STEP 3｜協議と実行

調整会議での合意形成、近隣病院との連携・再編・集約化、**地域の将来需要や働き手の雇用環境を見据えた決断**

機能選択の判断基準マトリックス

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

⚠ 現状維持バイアスの排除

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

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

地域医療構想のタイムライン：2028年度の「機能決定」に向けた逆算

	フェーズ1：現状・課題の把握と区域の設定 （現在 ～ 2027年度上半期頃）	フェーズ2：取組の決定（機能決定と連携の合意） （～ 2028年度末まで） ★最重要フェーズ★	フェーズ3：計画の実行とPDCA （2030年度 ～ 2036年度）	フェーズ4：目指す姿の実現 （2040年以降）
行政（都道府県）の動き	■ 基本データ（人口推計等）の提示。 ■ 将来推計人口・患者流出入を踏まえた「構想区域」の点検・見直し（広域化の検討）。 ■ 区域課題の設定。	■ 調整会議でのデータに基づく強力な協議推進。 ■ 病院間で協議が調わない場合は意見交換の場設定等を行う ■ 都道府県・大学病院本院統の人的協力も得て協議 ■ **具体的な「地域医療構想」の策定。**	■ 第9次医療計画（2030年度開始）への反映。 ■ ロジックモデル（アウトプットからアウトカムへの連鎖）等を活用した定期的な進捗評価と見直し（PDCAサイクル）。	■ 人口減少・超高齢化を見据えて、2040年問題に適合した、効率的で持続可能な医療・介護提供体制の完成。 ■ 各病院が明確に分担した機能を発揮し、地域包括ケアシステムの構築へ
病院側のアクション	■ 自院の客観的データ（実績）と将来の医療需要とのギャップ分析。 ■ 現在の区域が変更される可能性を前提とした、広域的な競合・連携候補のリストアップ。	■ **遅くとも2028年度末までに、2040年において自院が担う「医療機関機能」を申告・決定。** ■ 「急性期拠点」を担う場合は具体的な医療機関名を2028年の協議・地域医療構想へ ■ 各医療機関の2040年機能を決定・報告 ■ 病床数の適正化、他院との役割分担、大学病院本院等との医師確保の方針を決定	■ 決定した機能に基づく医療機関機能報告、病床機能報告の実施。 ■ 2035年を目途に、連携体制の実運用、手術の集約化、高齢者救急の分担などの「一定の成果の確保」。	

【全県版】
データで見る 入院医療・外来医療の現状と課題

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

データ分析チーム　横浜市立大学　清水沙友里

位置づけ

本資料の分析の枠組み　県の想定課題と４テーマの対応

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

● 今回のテーマは「入院医療・外来医療」：増加する高齢者等への救急医療提供体制／在宅療養での急変時等の入院対応／高齢者救急受入後の退院・転院調整／下り及び上り搬送の調整／休日・夜間等の診療体制の継続的な確保

● 各ページに、グラフ・表から読み取れる「まとめ」を置き、地域の課題（課題感）についてご意見をいただくための資料とする

資料１－１（協議に活用するデータ）および県データ分析検討チームの整理に基づく

議論の出発点①　構想区域の「地域類型」— 判定基準と区域別データ

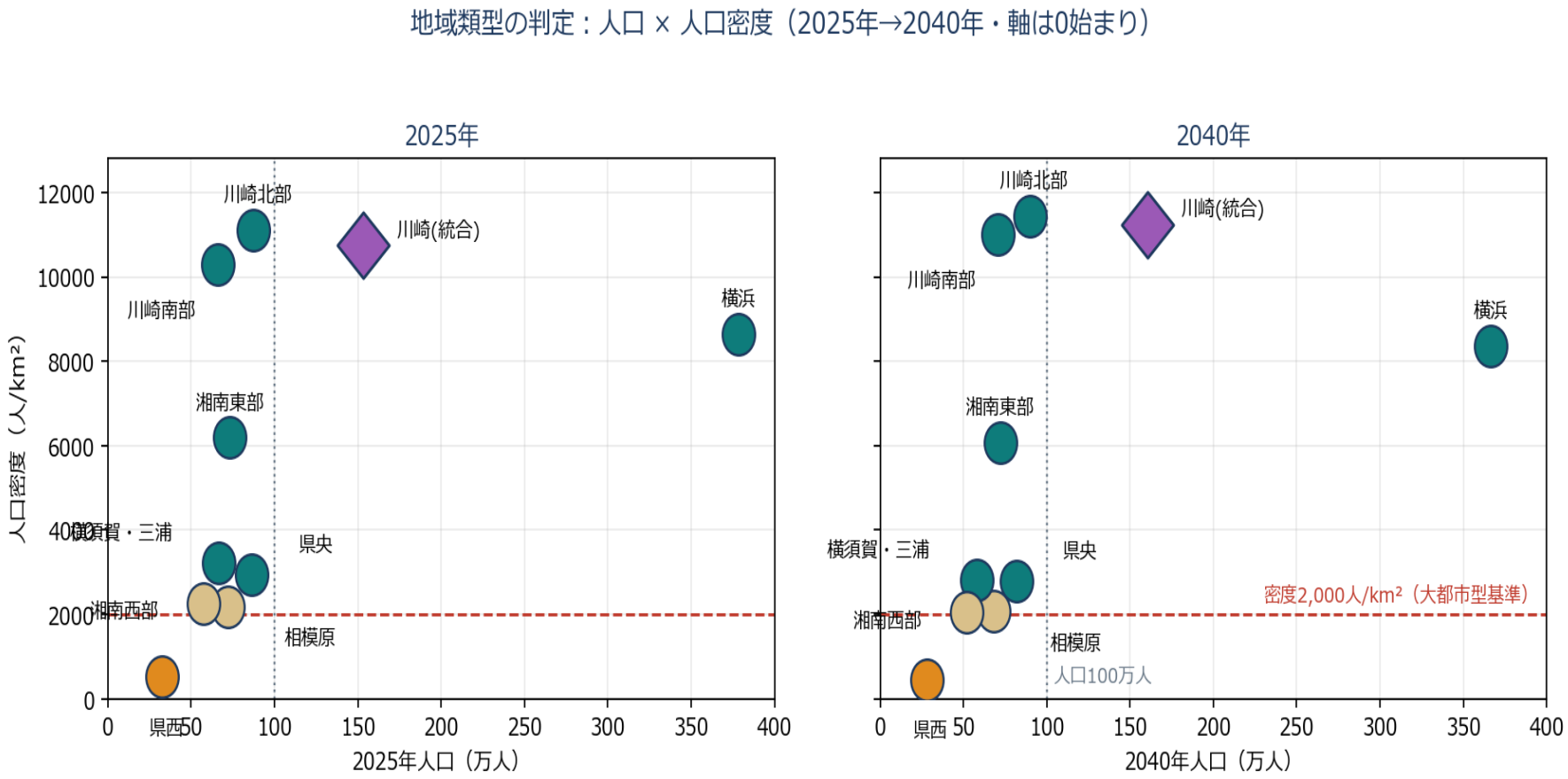
● ガイドラインの判定目安：**大都市型**＝人口100万人以上 又は 人口密度2,000人/km²以上 ／ **地方都市型**＝人口20万人以上 又は 10～20万人かつ密度200人/km²以上 ／ **人口の少ない地域＝**上記以外。類型が以後の協議（拠点の集約度・広域連携等）の前提となる。

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

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

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

議論の出発点②　地域類型の位置づけ（人口×人口密度）



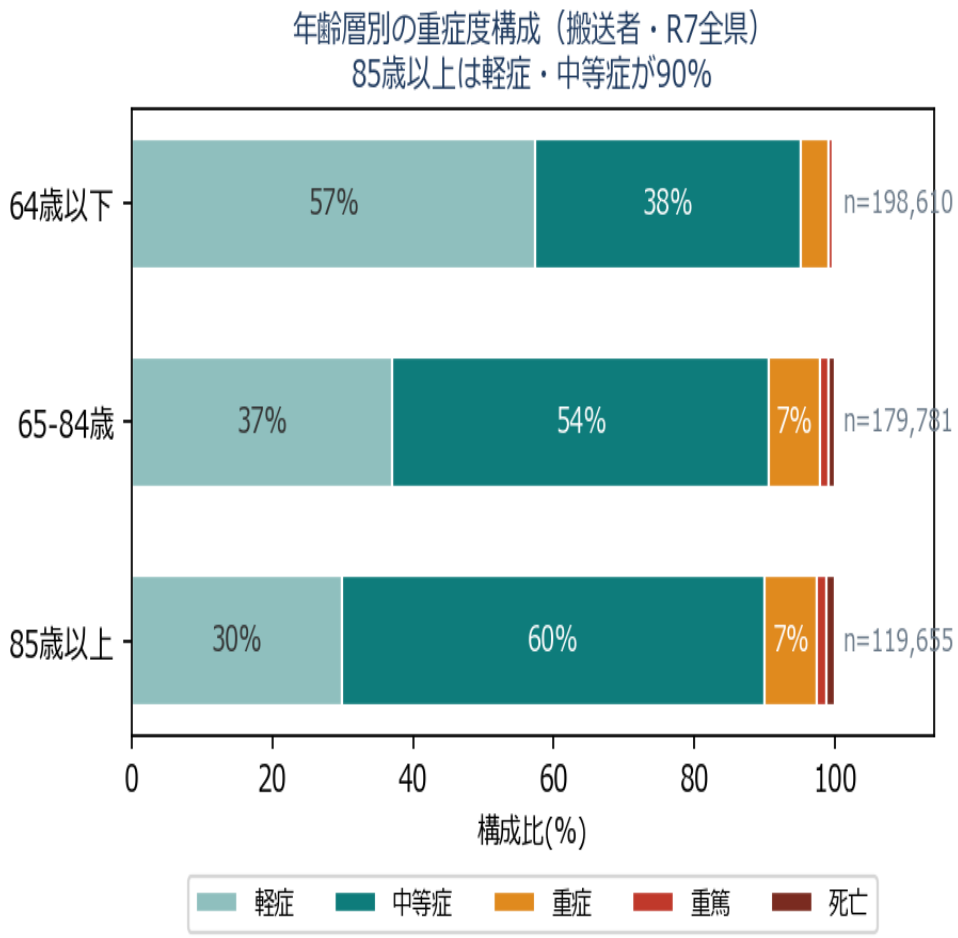
- 9区域すべて人口20万人以上＝「地方都市型」以上。「人口の少ない地域」は県内にない
- 8区域が密度2,000人/km²超で「大都市型」
- **川崎（統合）は人口100万人超＋高密度。統合の場合、横浜と同じく一律の拠点目安が適用しにくい規模**
- **県西のみ密度442人/km²（2040年）で「地方都市型」**
- 相模原・湘南西部は2040年に基準の2,000人/km²近くまで低下するボーダーライン

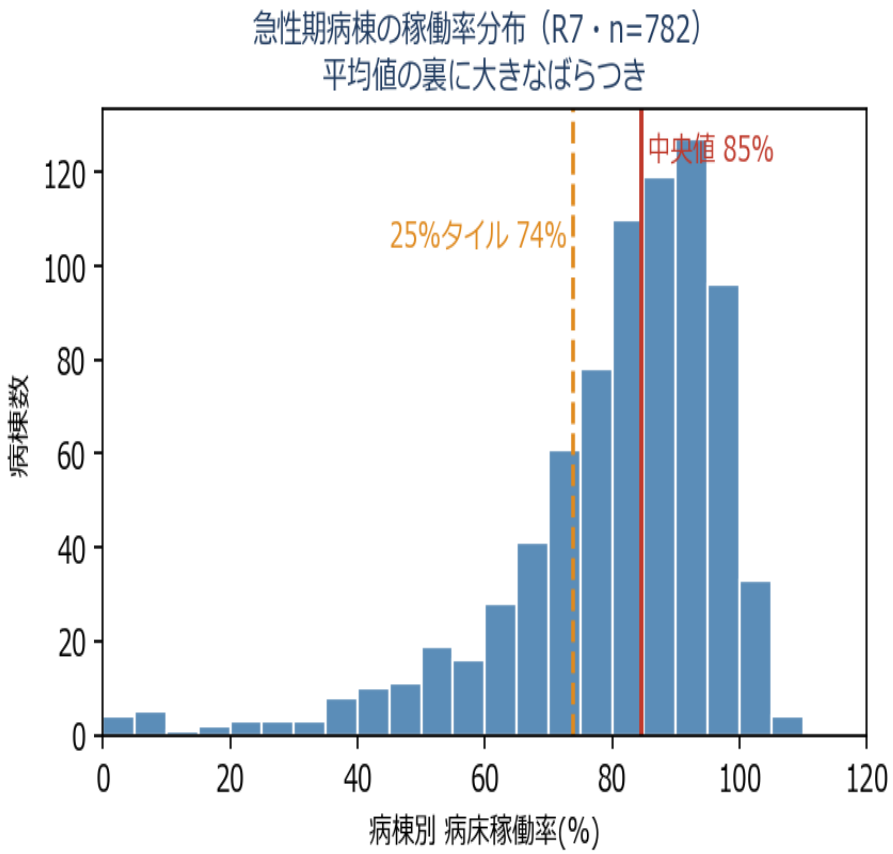
まとめ　9区域すべてが人口20万人以上で「人口の少ない地域」は県内にない。県西のみ地方都市型で、相模原・湘南西部は2040年に大都市型基準（2,000人/km²）近くまで密度が低下するボーダーライン。

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

位置づけ

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





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

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

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

全体像　オーバービュー　４テーマの要点（全県）

② 高齢者救急

85歳以上搬送 119,655件

全搬送の24.0%（R6 23.7%）／搬送困難 3.5%

① 急性期拠点

急性期病床(再分類) 34,723床

稼働率81.9%（R6 79.2%）／病棟間のばらつき大

③ 在宅医療の需要

75歳以上 2050年=1.53倍

在支診等 1,103施設（R6 978）／訪問診療 2,768,057回

④ 病院と在宅の連携

退院後在宅『不明』 5.4%

転院搬送 31,137件／家庭へ退院 65.5%

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

出典：救急搬送人員データ2024・2025／病床機能報告R6・R7報告／在支診・在支病報告R6・R7／社人研将来推計。定義は各テーマのページ・データ集参照

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

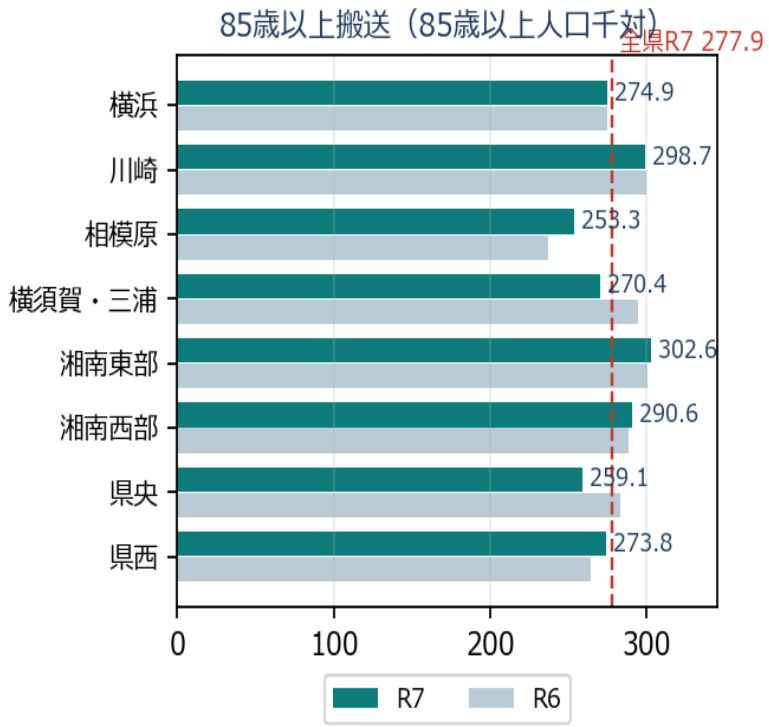
区域	85+搬送(件)	全搬送に占める割合	85歳以上人口千対	介護施設発	軽症・中等症	搬送困難	区域内完結
全県	119,655 (-1,085)	24.0%	277.9	25.0%	90.0%	3.5% (-1.0)	96.9%
横浜	48,480 (+47)	24.3%	274.9	24.0%	88.5%	4.4% (-1.7)	92.9%
川崎	16,789 (-46)	22.6%	298.7	31.4%	92.9%	5.1% (-1.3)	82.0%
相模原	8,257 (+543)	21.5%	253.3	25.0%	88.9%	4.6% (-1.8)	87.4%
横須賀・三浦	11,991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

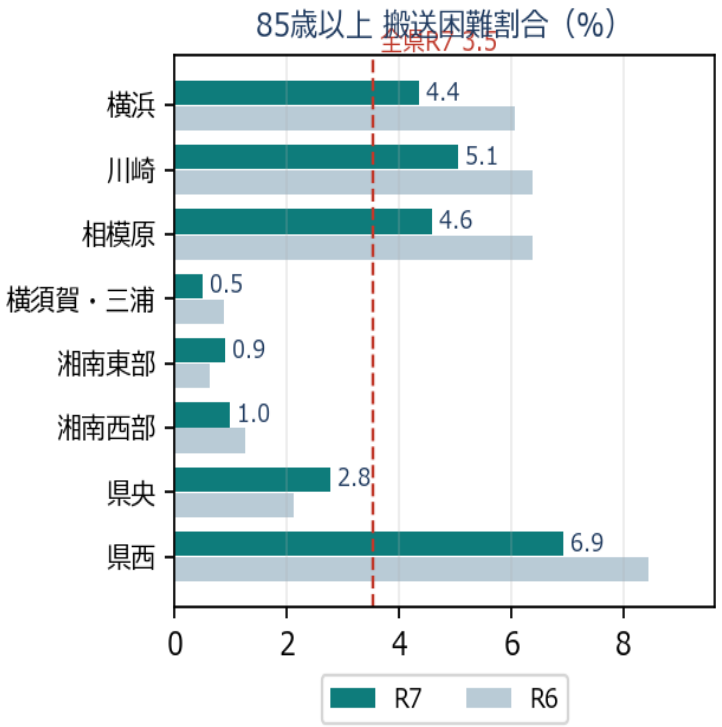
まとめ　搬送困難は全県3.5%（R6比-1.0pt）と改善したが、横須賀・三浦0.5%～県西6.9%と区域差が残る。介護施設発・軽症中等症の高さは全区域共通で、『時々入院』の受け止めが共通課題。

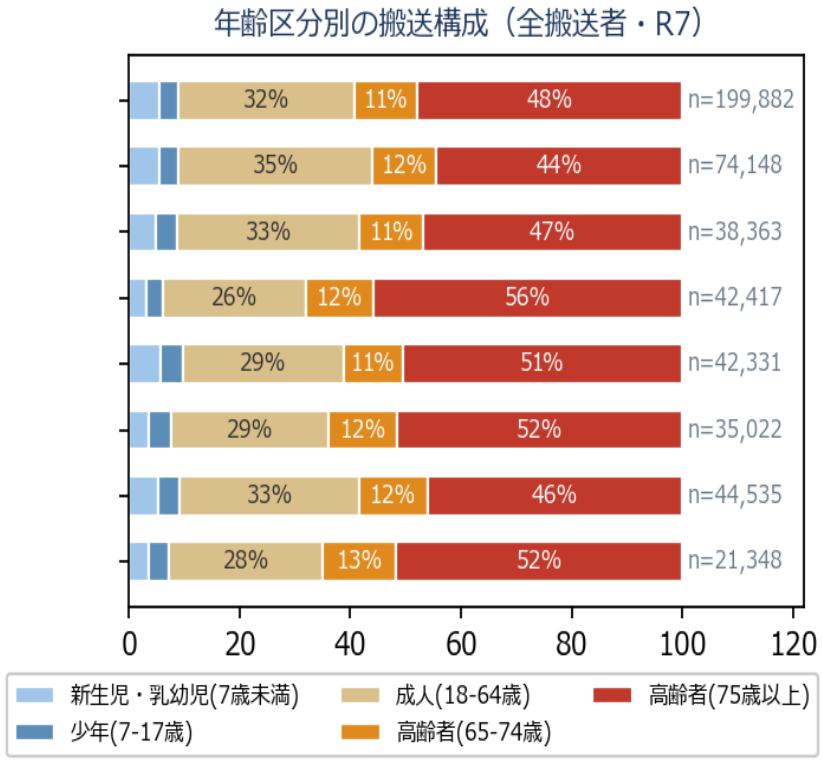
出典：救急搬送人員データ2024・2025（発生地ベース、川崎は南北一体）。85歳以上人口千対=85歳以上搬送者数÷85歳以上人口×1,000（住民基本台帳R7.1.1）。搬送困難=受入照会4回以上かつ現場滞在30分以上。重症度=初診時医師評価。区域内完結=搬送先病院の所在区域が発生区域と同一の割合（県外・不明は区域外扱い）

高齢者救急の区域ポジショニング（搬送率・搬送困難・年齢構成）

高齢者救急の区域ポジショニング（発生地ベース・川崎は南北一体）







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

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

②高齢者救急　搬送困難の構造　区域比較（85歳以上・R7）

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

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

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

②高齢者救急　疾患ターゲット別の搬送　区域比較（65歳以上・R7）

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

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

出典：救急搬送人員データ2025。（%）=各区域の65歳以上搬送者に占める割合。傷病名コードによる近似（過大包含）。※川崎は大分類記録のため近似がさらに広い（心疾患/呼吸器系/腎尿路系全体）

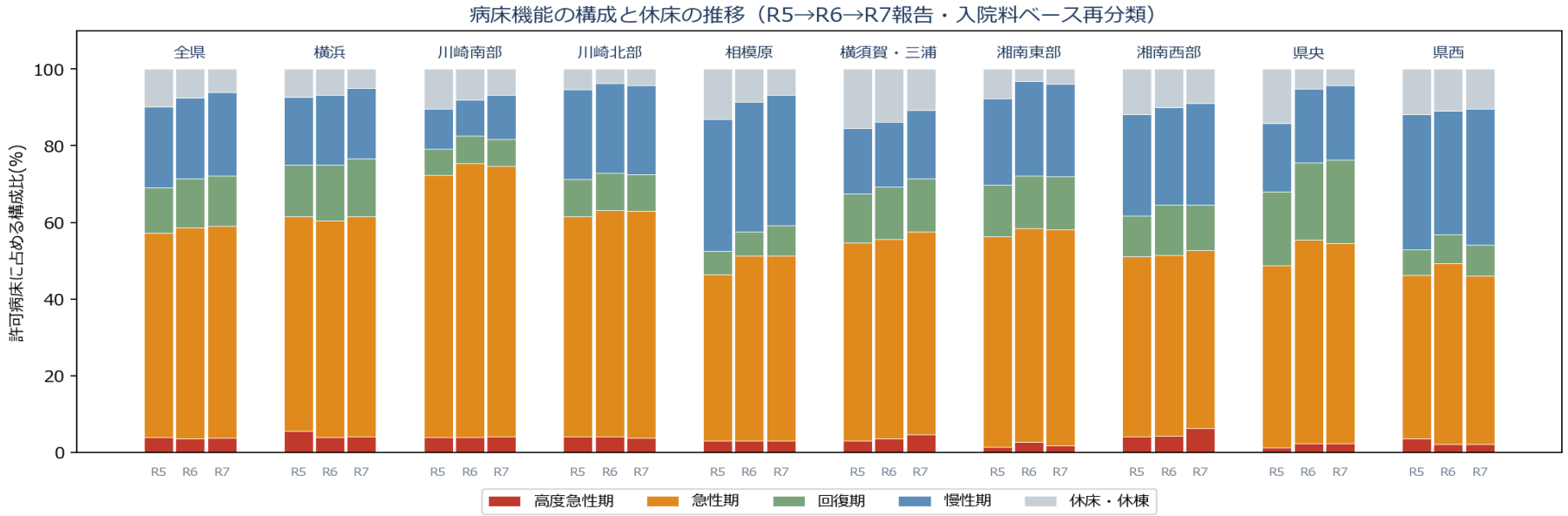
②高齢者救急　疾患ターゲットの退院患者数　区域比較（DPC・R6）

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

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

出典：DPC退院患者調査R6（対象R6.6～R7.5退院、10症例未満秘匿=0扱い、DPC対象病院のみ）。退院ベースであり患者の年齢・居住地は不明（搬送データと母集団が異なる）。人口=住民基本台帳R7.1.1の75歳以上

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



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

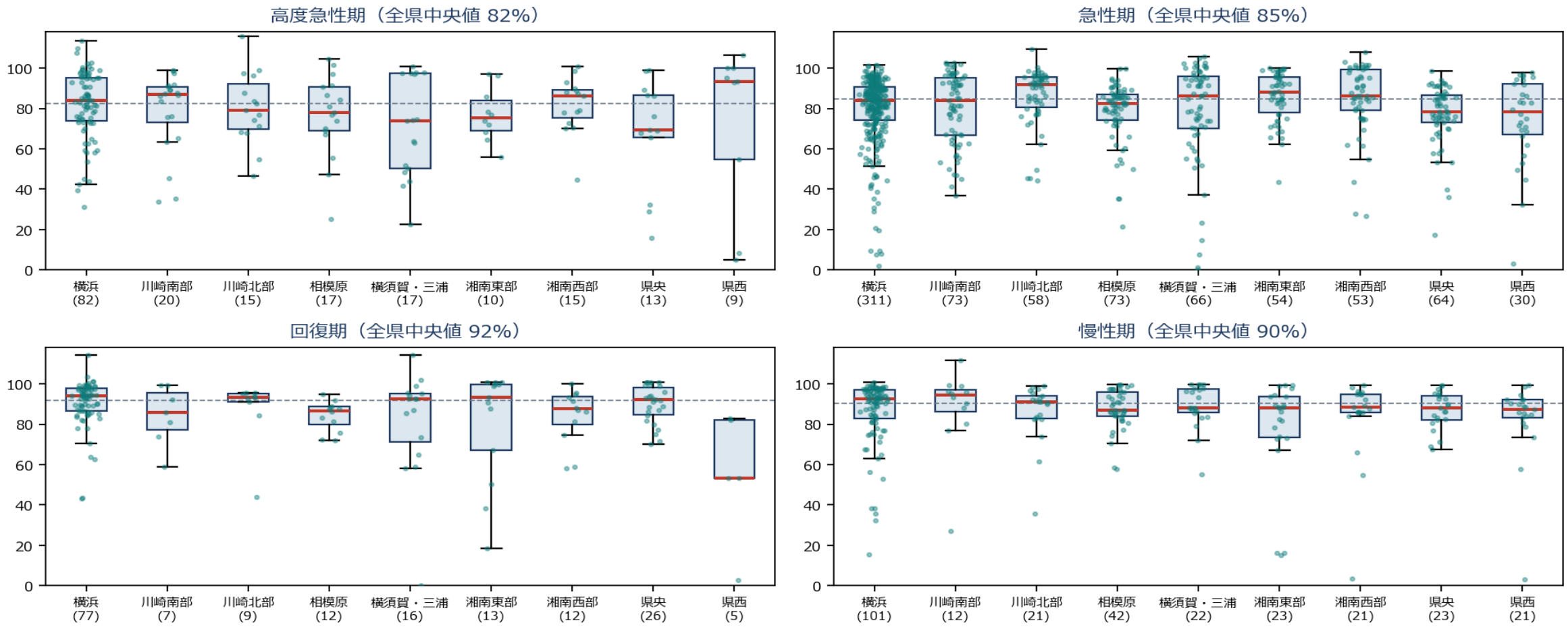
区域	許可病床計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床・休棟
全県	60,605→59,584→59,231	2,375→2,104→2,209	32,314→32,797→32,736	7,148→7,612→7,816	12,760→12,624→12,841	6,008→4,447→3,629 (6%)
横浜	22,940→22,671→22,721	1,261→908→919	12,868→12,779→13,082	3,076→3,324→3,429	4,063→4,144→4,170	1,672→1,516→1,121 (5%)
川崎南部	4,731→4,516→4,486	182→178→181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

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

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

①急性期拠点　病棟稼働率のばらつき　全機能区分×区域（R7）

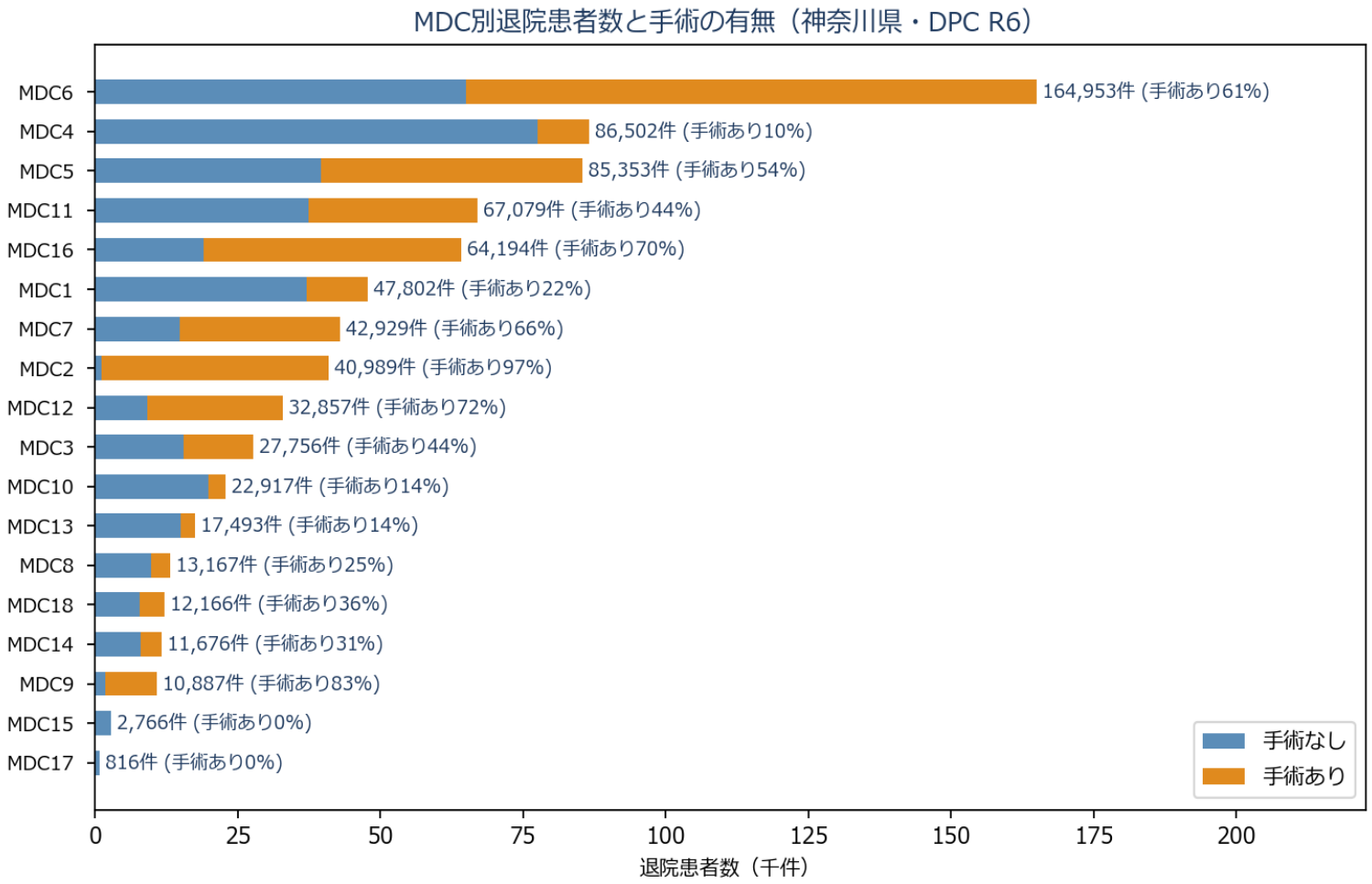
病棟単位の病床稼働率のばらつき　機能区分別×区域（R7・点1つ=1病棟）



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

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

①急性期拠点　区域別の患者層　全MDC×手術の有無（DPC・R6）



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

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

出典：DPC退院患者調査R6 参考資料2(1) MDC別医療機関別件数（対象R6.6～R7.5退院、10症例未満秘匿=0扱い）。区域別のMDC別内訳はデータ集参照

①急性期拠点

急性期拠点機能の目安数と現状の候補（区域比較）

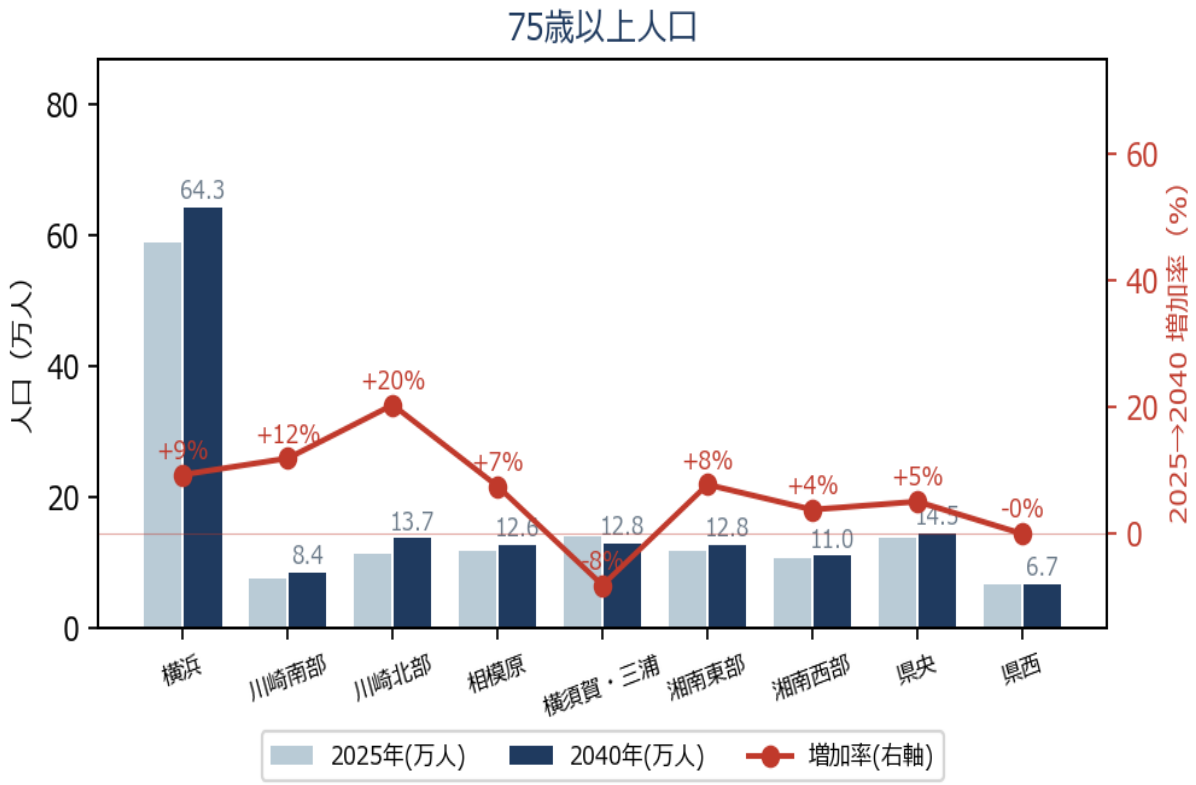
区域	2040年人口(万人)	拠点数の目安 (20～30万人/か所)	三次救急(救命)	急性期充実体制加算	スコア50以上の病院数	病院数(計)
横浜	366	12.2～18.3か所	9	11	13	113
川崎南部	71	2.4～3.5か所	2	3	4	17
川崎北部	90	3.0～4.5か所	1	1	2	15
相模原	68	2.3～3.4か所	1	0	2	31
横須賀・三浦	58	1.9～2.9か所	3	3	3	27
湘南東部	72	2.4～3.6か所	1	2	3	20
湘南西部	52	1.7～2.6か所	2	2	3	15
県央	82	2.7～4.1か所	1	3	3	27
県西	28	0.9～1.4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

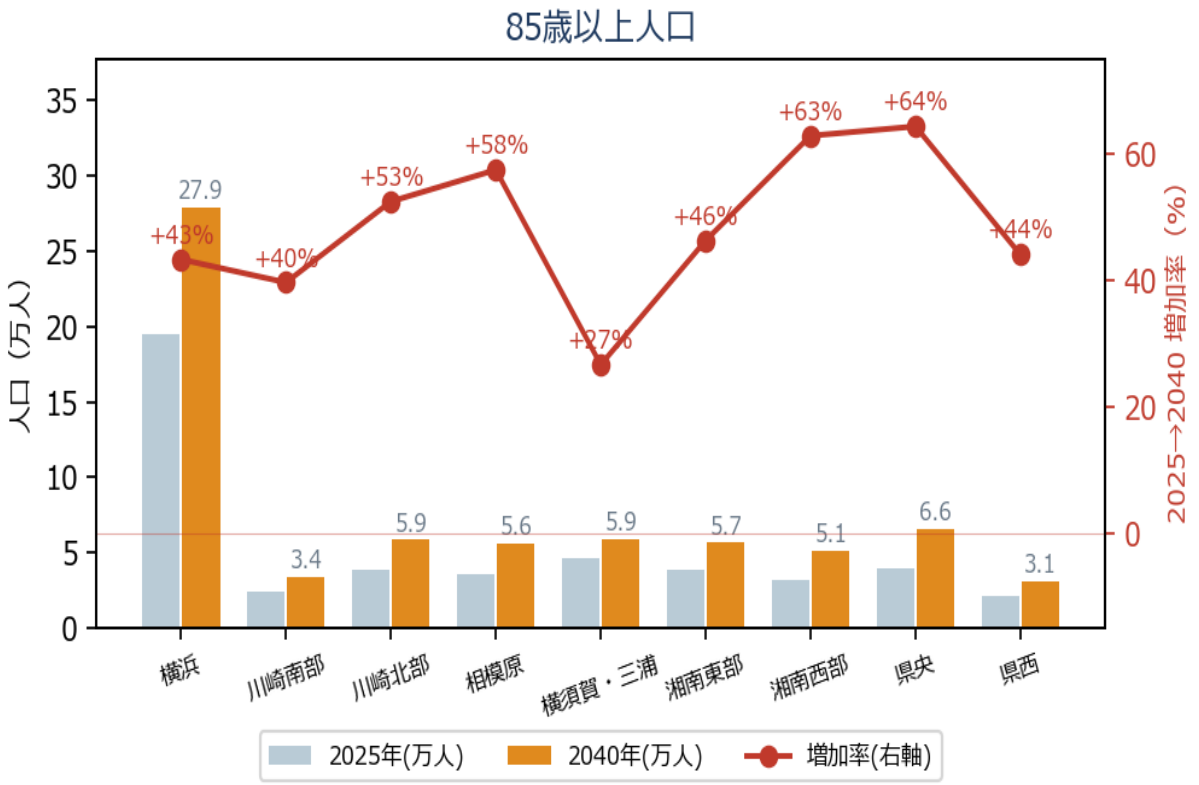
まとめ　目安の合計は29.4999999999999996～44.300000000000004か所に対し、現状の三次救急22か所・急性期充実体制加算27か所。100万人超の横浜・川崎は一律の目安適用が不適切で、区域の実情に応じた運用が必要。

出典：資料A（目安=2040年推計人口÷30万～÷20万）／病床機能報告R7報告。スコア定義は各区域版・データ集参照

将来需給　高齢人口の実数と増加率　区域比較（2025→2040）

高齢人口の将来推計：実数と増加率（2025年→2040年・社人研推計）





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

出典：社人研将来推計人口(R5)。棒=実数（万人・左軸、0始まり）、折れ線=2025→2040増加率（右軸）。年次別の実数はデータ集参照

③在宅医療の需要

在宅医療の需給サマリ（75歳以上人口あたり・R6/R7）

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

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

出典：在支診・在支病報告R6・R7／かかりつけ医機能報告データブックR7(4S02-01)／住民基本台帳R7.1.1。大規模低看取り=在宅患者100人以上のうち自宅看取り率5%未満

③在宅医療の需要

在支診・在支病の実績　区域比較（R6→R7）

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

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

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

③在宅医療の需要

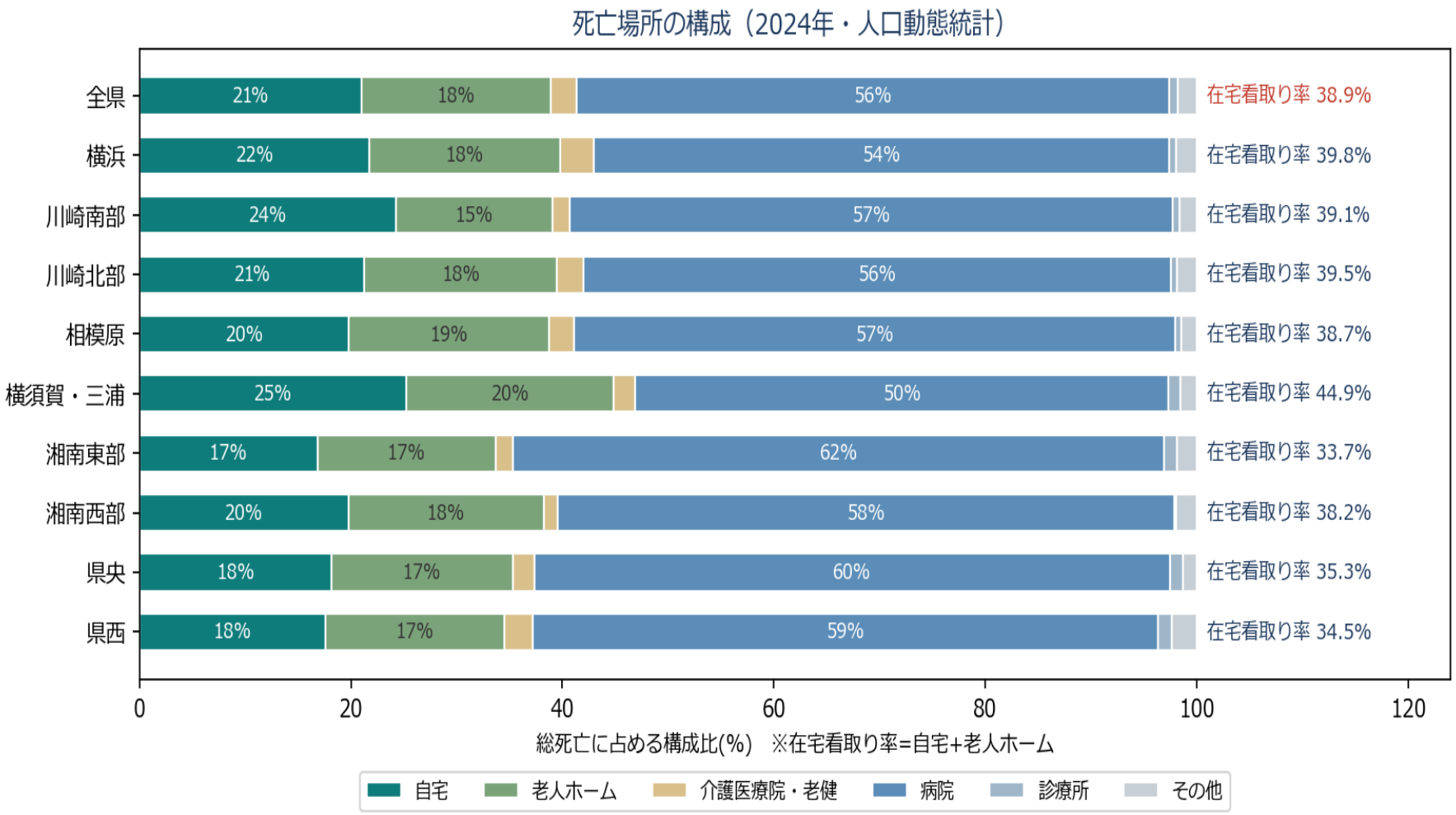
かかりつけ医機能報告データブック（R7・新規データ）から見る地域の外来・在宅機能

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

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

出典：かかりつけ医機能報告データブックR7（市区町村CSVから区単位集計、川崎は南北へ合算。NDB由来指標の秘匿(*)は除外）。利用は構想・計画協議目的に限定。全15指標はデータ集参照

死亡場所の構成と在宅看取り　区域比較（2024年）



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

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

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

訪問看護ステーションの体制の質（R6）

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

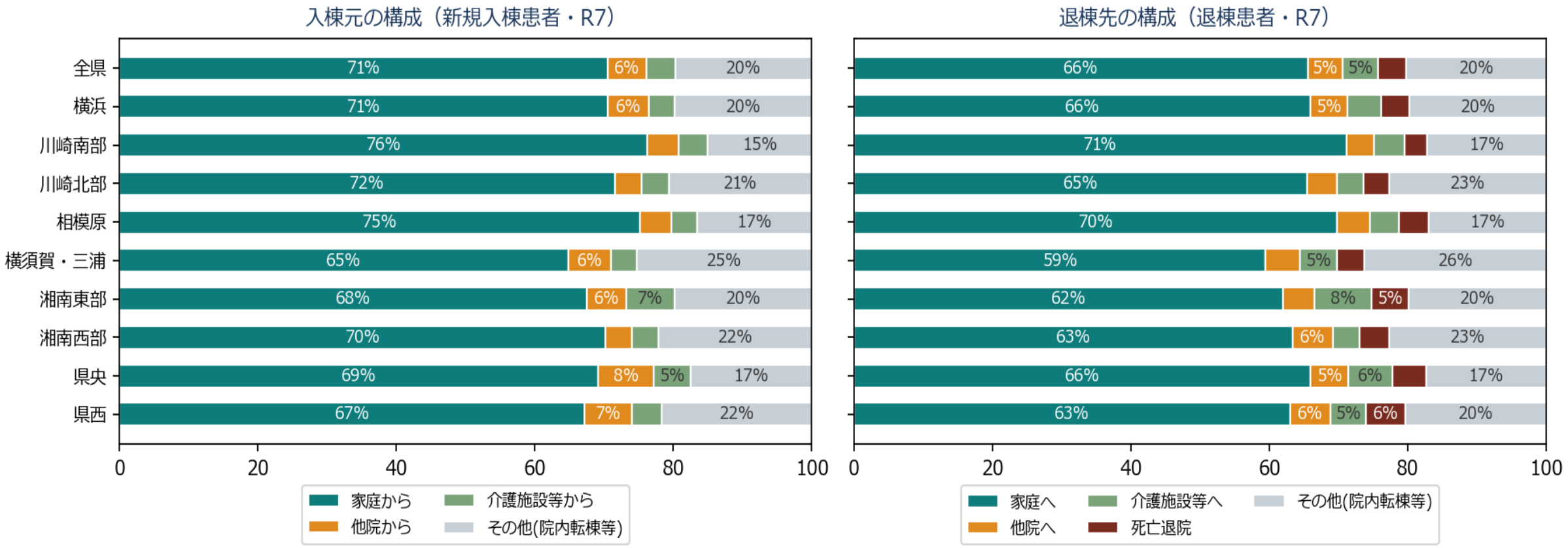
- 「事業所を増やす」より、24時間対応・機能強化型など体制の質と人員の厚みの均てん化が論点
  - 訪問看護はR6が最新（R7実施状況報告は今後反映）

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

出典：訪問看護ステーション実施状況報告R6（前回検討会資料の集計を再掲）

患者はどこから来て、どこへ退院しているか（区域比較・R7）

患者はどこから来て、どこへ退院しているか（病床機能報告・区域比較）

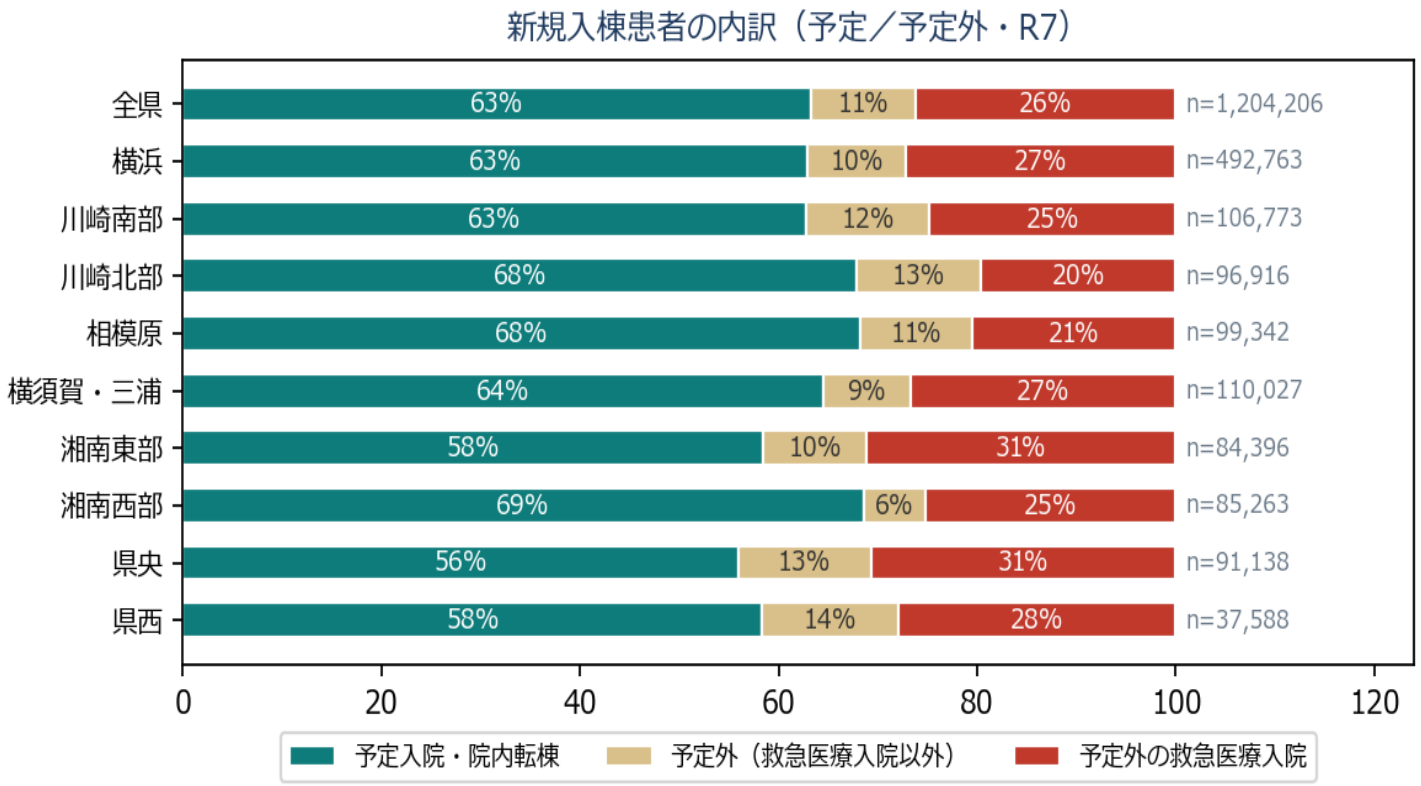


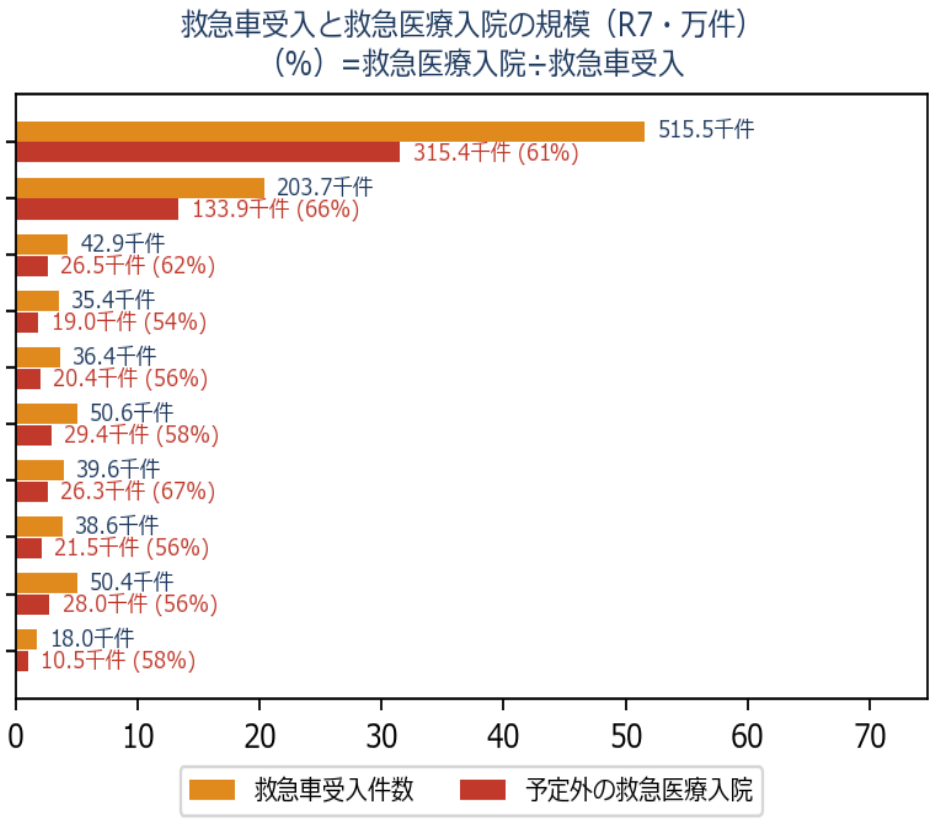
まとめ　全県では入棟の71%が家庭から、退院の66%が家庭へ。転院・介護施設の比率が高い区域ほど病病・介護連携の比重が大きく、フロー構造が区域の連携課題を規定する。

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

入院はどのように始まるか　予定入院・救急医療入院・救急車搬送（区域比較・R7）

入院はどのように始まるか：予定入院・救急医療入院・救急車搬送（区域比較）





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

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

④病院と在宅の連携

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

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

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

出典：病床機能報告 病棟票（R6報告=R5年度実績、R7報告=R6年度実績）。退院後在宅の記載は報告慣行によるブレが大きい点に留意（例：県央R7の『不明』急増は特定病院の報告変更の可能性）

④病院と在宅の連携

転院搬送（下り・上り搬送）の流れと区域内完結（R7）

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

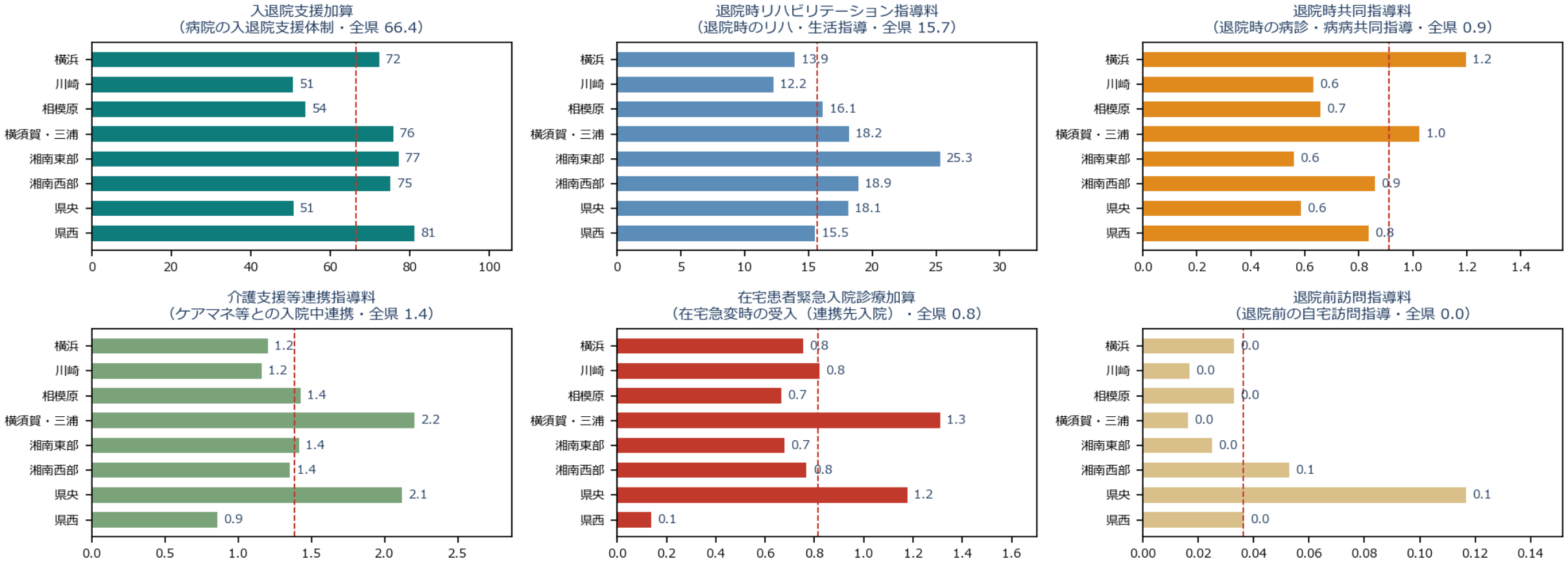
- 救急車による転院搬送は年間約3万件。急性期治療後の「下り搬送」の調整ルール（実施基準）づくりが検討テーマ

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

出典：救急搬送人員データ2025（事故種別=転院搬送、搬送者のみ）。受入区域=搬送先医療機関の所在区域

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

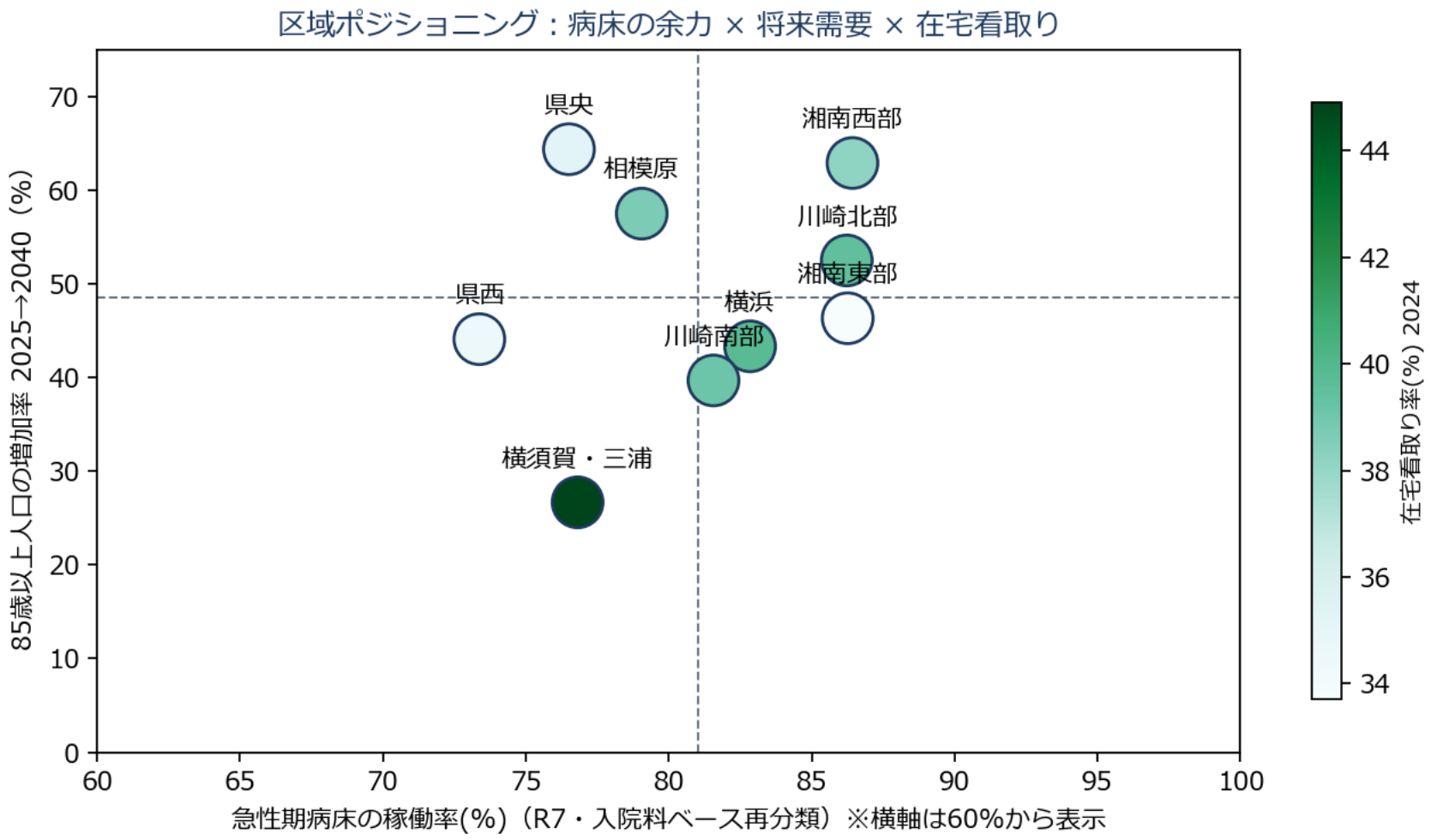
診療報酬からみる連携の実施状況（退院患者100件あたりの年間算定回数・R6年度）



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

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

横断　区域ポジショニング　病床の余力 × 将来需要 × 在宅看取り



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

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

出典：病床機能報告R7（急性期=入院料ベース再分類の稼働率）／社人研推計（85歳以上増加率2025→2040）／人口動態統計2024。両軸とも0始まり

外来　外来医療　休日・夜間の受診と救急車受入　区域比較（R6→R7）

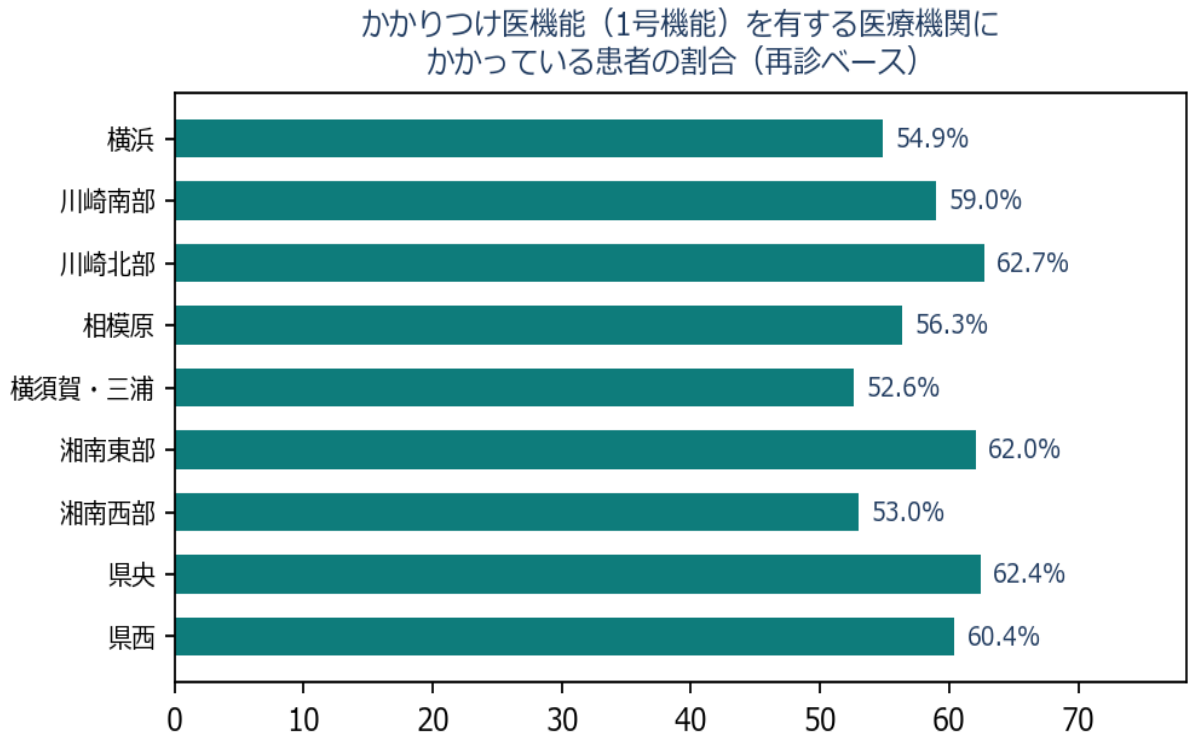
区域	休日受診 R6→R7	夜間・時間外受診 R6→R7	夜間受診/人口千対	救急車受入 R6→R7	受入/人口千対
全県	264,373 → 262,926	442,132 → 423,090	45.9	501,381 → 515,526	55.9
横浜	105,121 → 101,963	170,977 → 163,233	43.3	198,743 → 203,653	54.0
川崎南部	25,334 → 23,421	34,002 → 38,256	56.8	41,816 → 42,936	63.7
川崎北部	16,996 → 17,585	31,643 → 31,795	36.2	34,539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

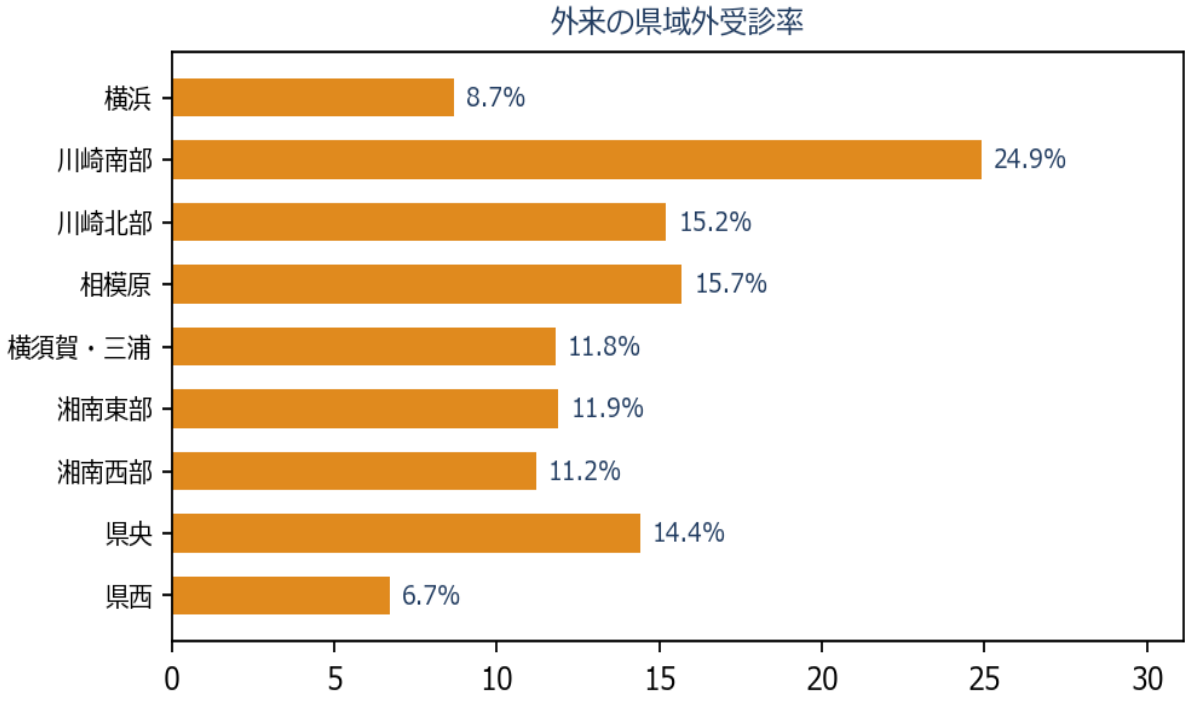
まとめ　休日・夜間の外来受診は病院に集中し、人口千対では手薄な区域もある。病院・急患センター・診療所の時間外対応を一体で捉えた継続確保策が外来医療の論点。

出典：病床機能報告 施設票・外来票（病院分のみ。急患センター・診療所の時間外は含まない）。人口=住民基本台帳R7.1.1

外来　かかりつけ医の定着と外来の域外流出（区域比較・R7データブック）

かかりつけ医の定着と外来の域外流出（かかりつけ医機能報告データブックR7）





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

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

【全県】データから言える特徴（テーマ別まとめ）

① 急性期拠点

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

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

② 高齢者救急

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

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

③ 在宅医療の需要

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

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

④ 病院と在宅の連携

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

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

出典・定義は各ページおよび別添データ集参照。搬送困難割合の地域差は照会回数の記録慣行の差を含む可能性

データの限界と今後の分析提案

データの限界と今後

- 救急搬送：川崎市の発生地は南北分離不可（消防局一括管轄）。搬送先コード空欄による一部病院の過小計上。傷病名はICD大分類で個別疾患の特定不可（DPCで補完）
- DPC：退院ベース（R6.6～R7.5）で年齢・居住地不明。救急搬送データとは母集団が異なる
- 病床機能報告：自己申告に基づく報告。R7報告の実績は令和6年度分
- NDB・かかりつけ医機能報告：少数秘匿あり。かかりつけ医データブックの利用目的は構想・計画協議に限定
- 今後の分析提案：救急隊コード↔消防署対応表の入手による川崎南北の発生地分析／訪問看護R7実施状況報告の反映／かかりつけ医機能報告の在院日数分布(3O01)・介護施設ターミナルケア(5S29等)の活用／KDB・NDBによる疾患別分析の深掘り

詳細な定義・出典は各ページおよび別添データ集参照

【横須賀・三浦】
データで見る 入院医療・外来医療の現状と課題

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

データ分析チーム　横浜市立大学　清水沙友里

横須賀・三浦の位置づけ　地域類型と人口動態（2025→2040）

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

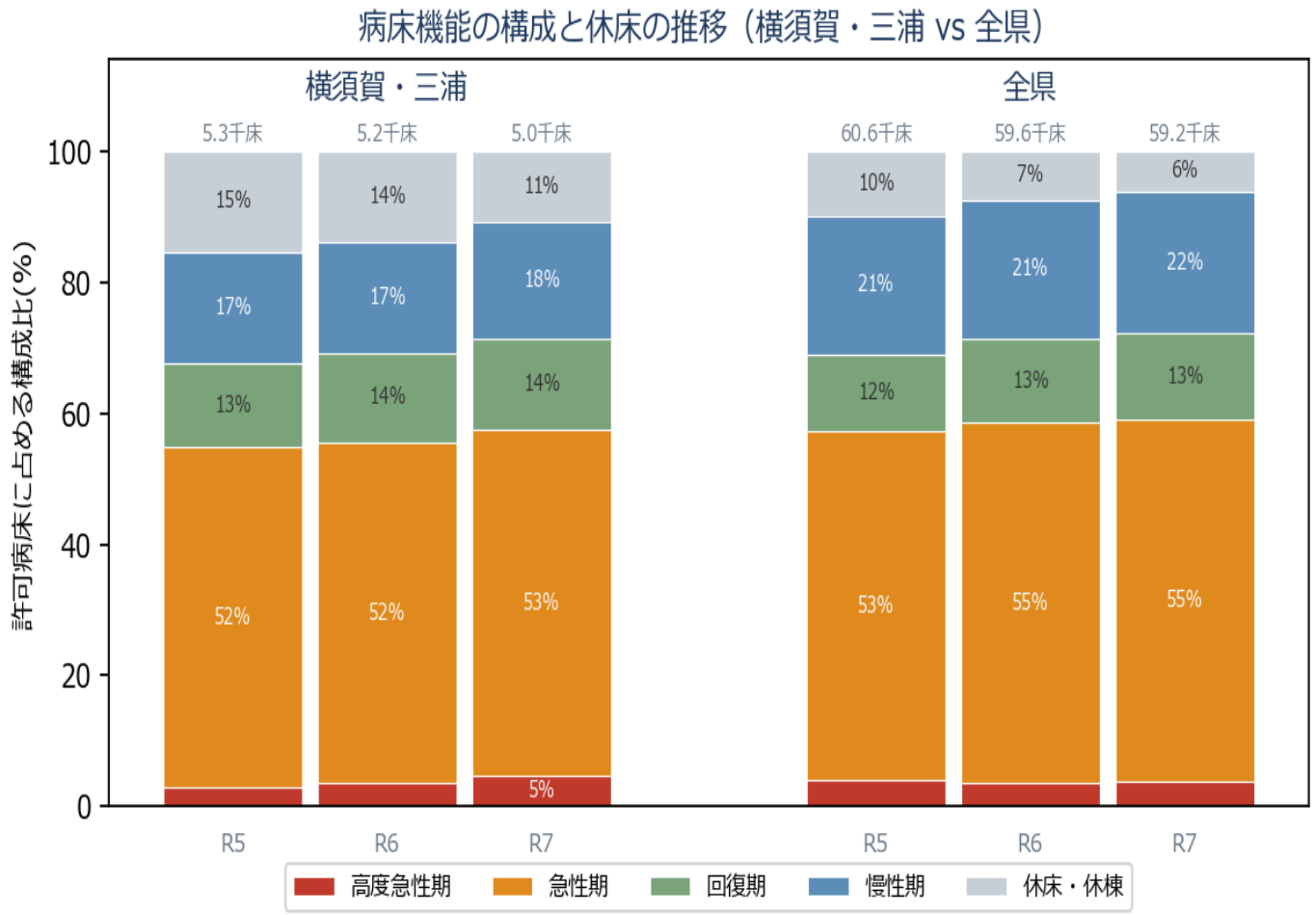
区域	2025年人口(万人)	2040年人口(万人)	0-14歳	15-74歳	75歳以上	うち85歳以上	高齢化率(65歳以上)	流入患者割合	流出患者割合
横須賀・三浦	67	58 (-13.0%)	6.5 → 5.3 (-18.7%)	46.2 → 39.9 (-13.6%)	14.0 → 12.8 (-8.2%)	4.7 → 5.9 (+26.7%)	33.1% → 39.7%	21.9%	26.4%
全県	920	887 (-3.6%)	99.8 → 90.6 (-9.2%)	673.9 → 639.5 (-5.1%)	146.4 → 156.8 (+7.1%)	47.1 → 69.1 (+46.7%)	26.5% → 32.9%	24.4%	26.4%

● 人口密度（2040年）2,805人/km²。判定は「大都市型」
● 高齢者救急・在宅医療の需要増と生産年齢人口の減少が同時に進む（→次ページ以降で入院・外来・在宅の現状を確認）

まとめ　横須賀・三浦は大都市型。2040年に向け85歳以上+27%・15-74歳-14%と、需要増と担い手減が同時に進む。

出典：社人研将来推計人口(R5)／患者調査R5。年齢区分は5歳階級による。カッコ内は2025→2040の増減率

①急性期拠点　病床機能の構成と休床の推移（横須賀・三浦・R5→R6→R7報告）



区分	R5	R6	R7
許可病床計	5,306	5,151	4,968
高度急性期	158	181	228
急性期	2,747	2,682	2,633
回復期	679	701	689
慢性期	904	875	886
休床・休棟	818	712	532 (11%)

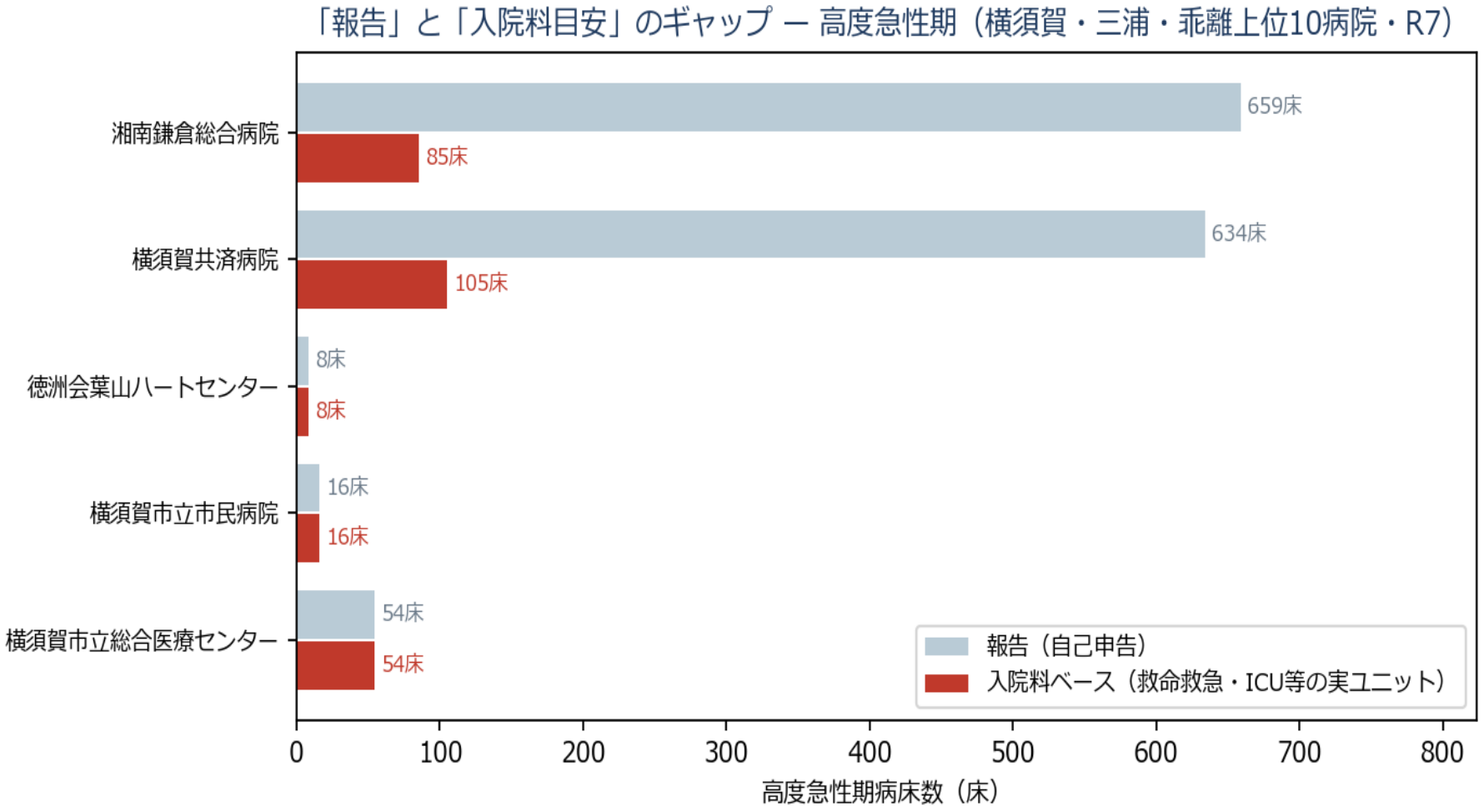
- 休床・休棟はR7で532床（許可の11%）
- 自己申告でなく入院料ベースの再分類。表=実数（床）

まとめ　許可病床は5,306→4,968床、休床・休棟率は15%→11%へ低下。回復期は679→689床に増えたが、急性期中心の構成は大きく変わっていない。

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

①急性期拠点

「報告」と「入院料目安」のギャップ ー 高度急性期（横須賀・三浦・R7）

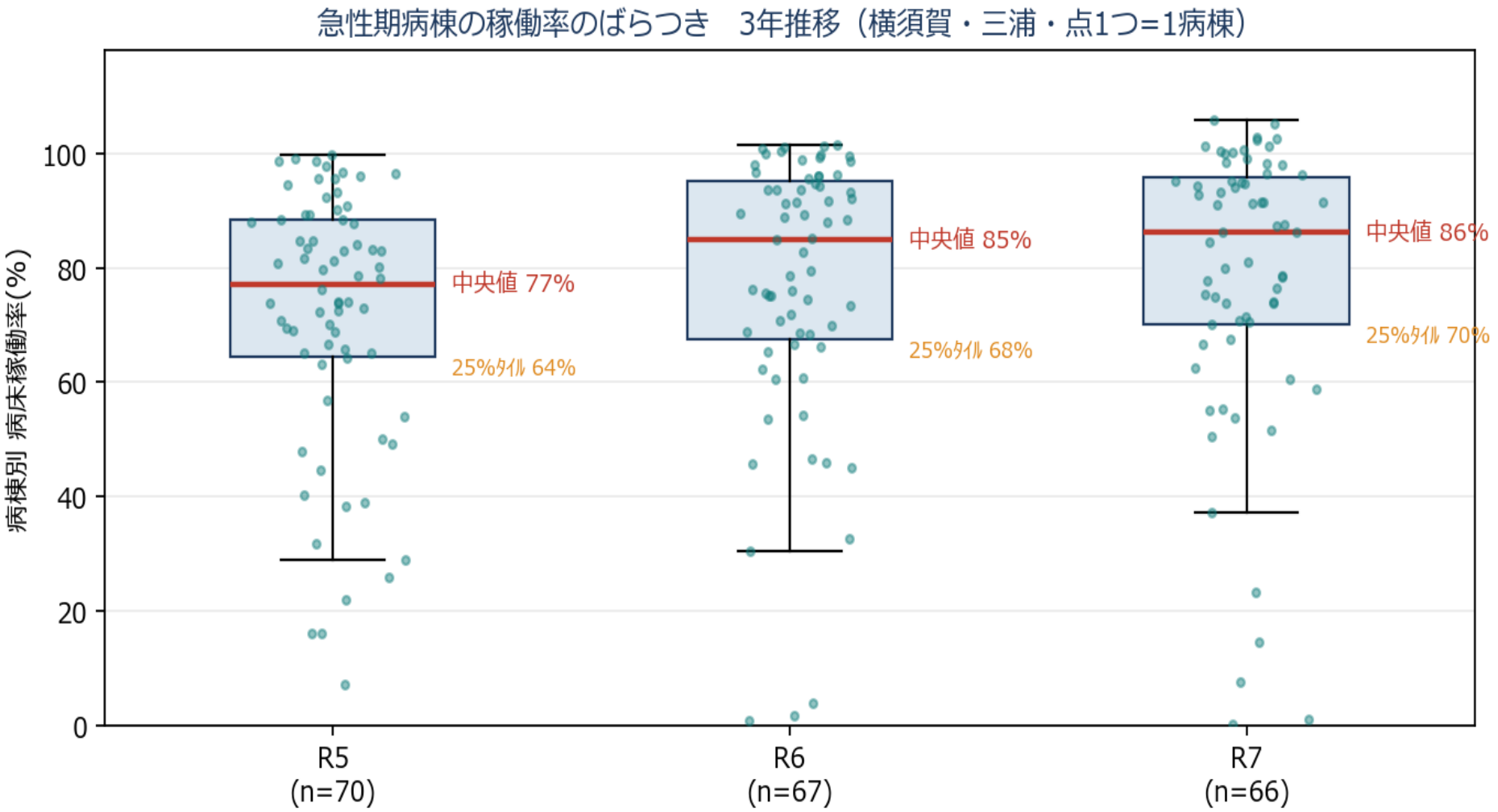


- **横須賀・三浦全体：報告 1,371床 vs 入院料ベース 268床**
- 一般病棟を高度急性期と報告する傾向。必要病床数との比較や機能分化の議論では入院料ベースの補正が必要
- 県は報告の見直しを求めることが可能

まとめ　横須賀・三浦の高度急性期は報告1,371床に対し入院料ベース268床と約5.1倍の乖離。一般病棟を高度急性期と報告する傾向があり、機能分化の議論は入院料ベースを土台にする必要がある。

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

①急性期拠点　急性期病棟の稼働率ばらつき　3年推移（横須賀・三浦・R5→R7）

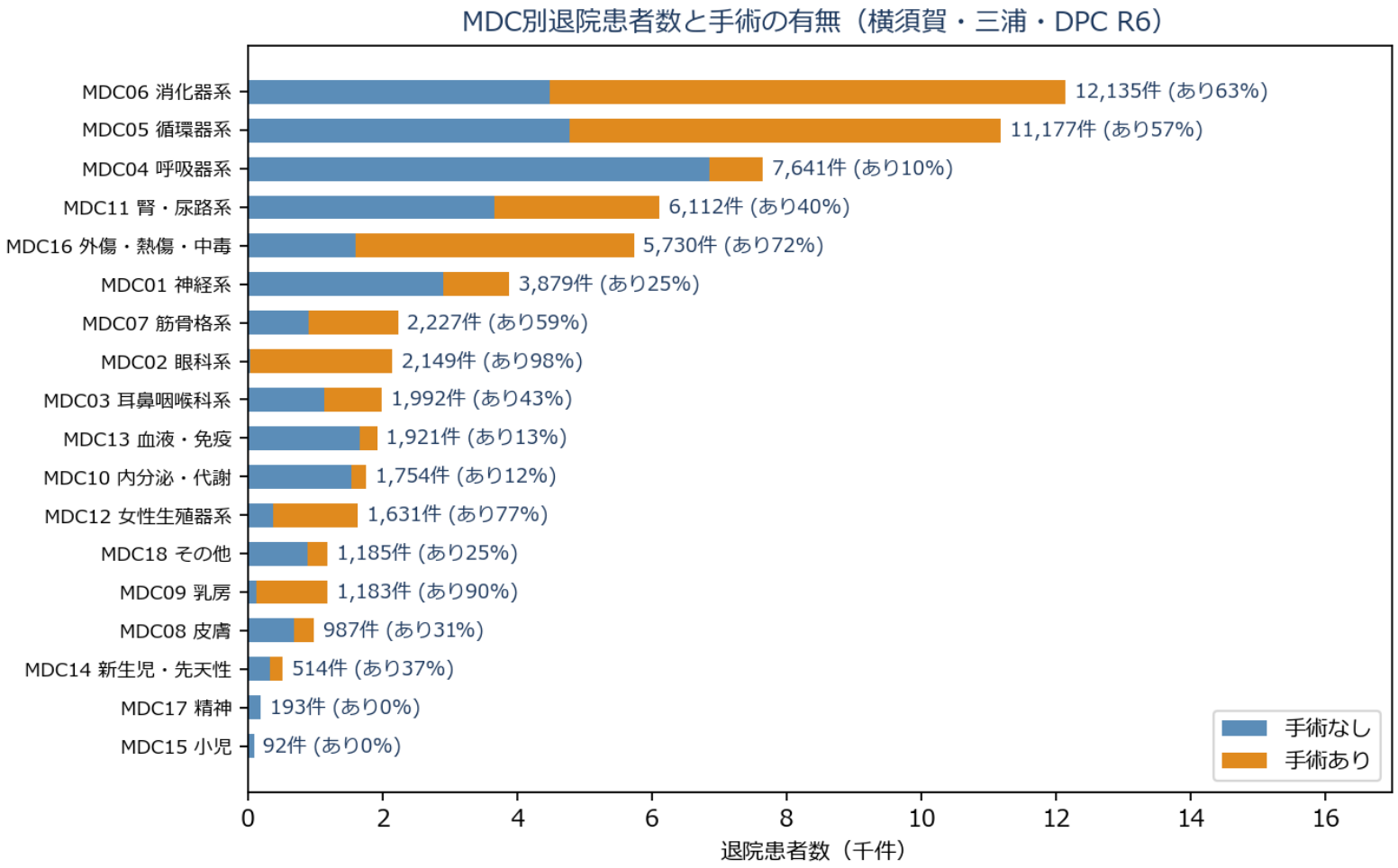


- **R7：横須賀・三浦の急性期病棟 66病棟**
- 全県R7中央値 85%
- 箱ひげの形（中央値・下位のばらつき）が3年でどう動いたかに注目
- 平均値の裏にある低稼働病棟が、包括期・高齢者救急の受け皿への転換候補

まとめ　急性期病棟の稼働率は中央値77%(R5)→86%(R7)と回復し、25%タイルも64%→70%に上昇。それでも約1/4の病棟は稼働70%未満で、転換・集約の余地が残る。

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

①急性期拠点　患者層　全MDC×手術の有無（横須賀・三浦・DPC R6）



区域	退院患者数	手術あり	手術あり割合
横須賀・三浦	62,502	30,236	48.4%
全県	752,302	370,033	49.2%

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

まとめ　横須賀・三浦の退院患者の52%は手術なし。最多は消化器系で、呼吸器・腎尿路など高齢者疾患が上位を占め、手術の集約対象と手術なし入院の受け皿（高齢者救急・地域急性期）は分けて設計する必要がある。

出典：DPC退院患者調査R6 MDC別医療機関別件数（対象R6.6～R7.5退院、10症例未満秘匿=0扱い）

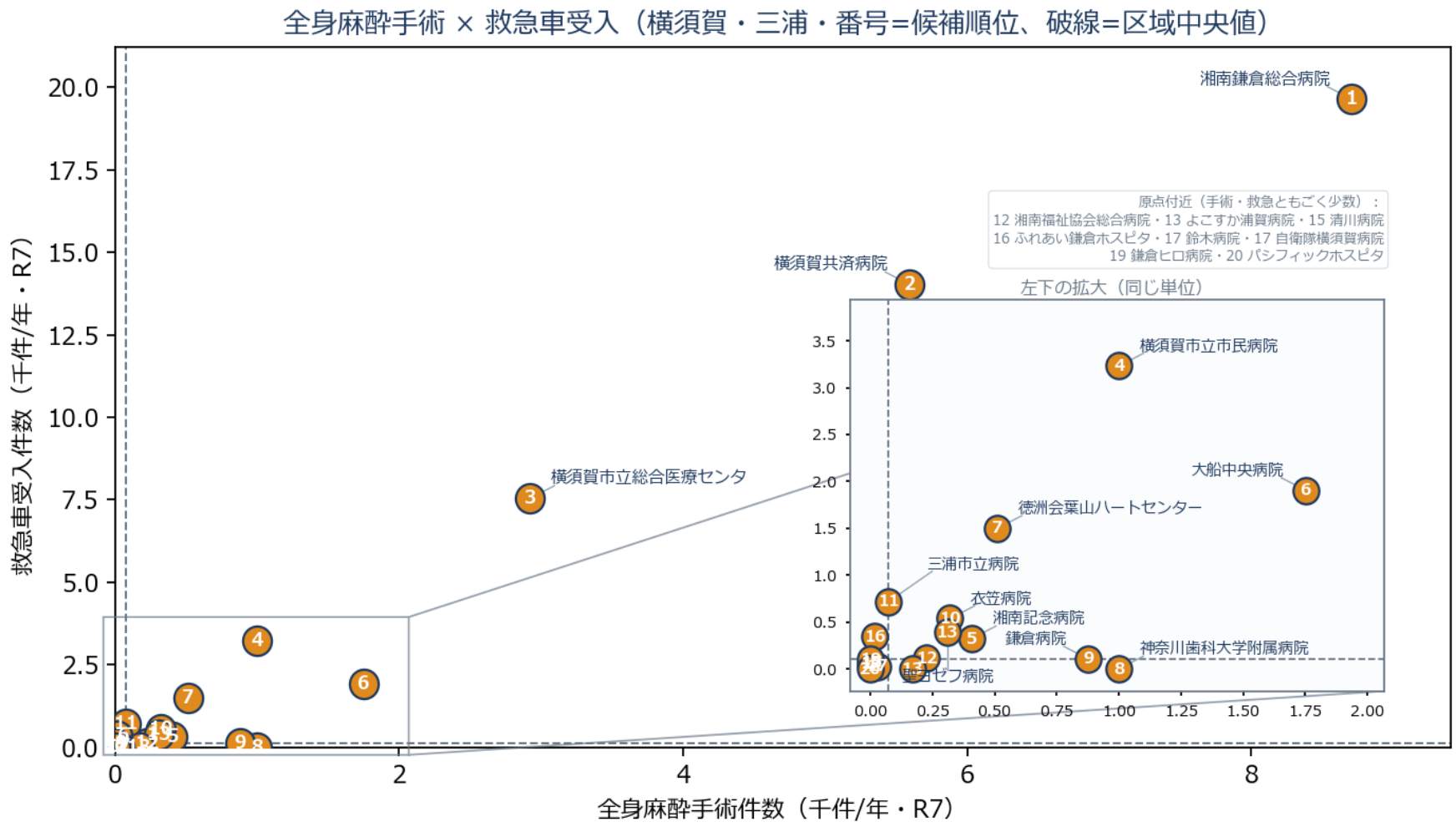
①急性期拠点　分析設計　急性期拠点機能の表現に必要な変数と入手可能性

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

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

新たな地域医療構想策定ガイドライン（急性期拠点機能の考慮要素）に基づく整理

①急性期拠点　全身麻酔手術 × 救急車受入（横須賀・三浦・R7）



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

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

出典：病床機能報告R7報告（全身麻酔=様式2全身麻酔票の年間算定回数、救急車受入=施設票）。番号=候補順位（複合実績による並び）

①急性期拠点　候補一覧（横須賀・三浦・R7実績）　人口による目安 2.2～3.3か所

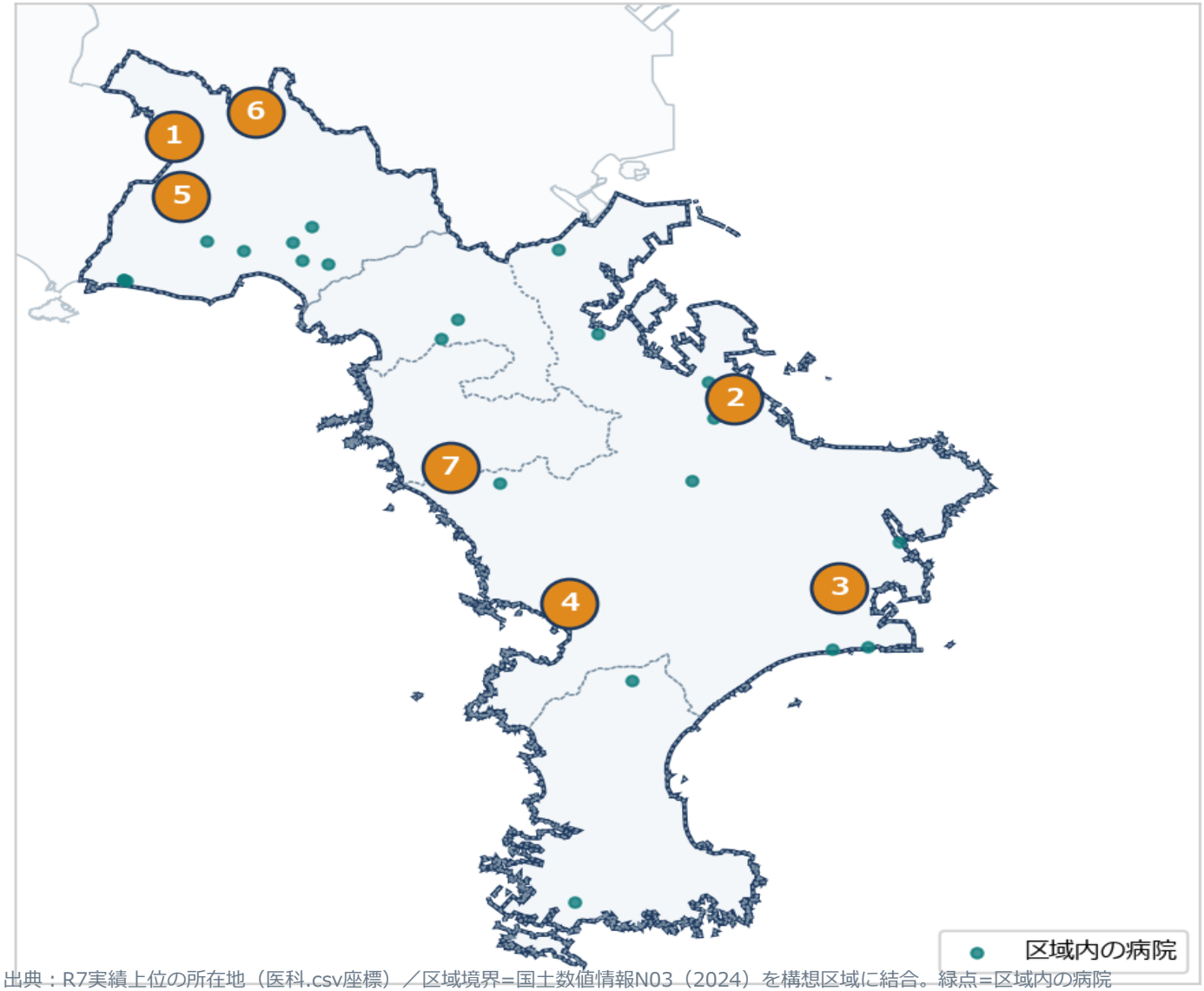
	医療機関名	許可病床	手術(年)	全身麻酔(年)	救急車受入	予定外救急入院	総退院数	DPC6	三次救急	充実加算	最古築年
1	湘南鎌倉総合病院	659	17,629	8,707	19,644	10,113	33,158	143	●	●	2010
2	横須賀共済病院	730	12,977	5,594	14,024	7,534	28,212	143	●	●	1964
3	横須賀市立総合医療センター	419	5,211	2,920	7,540	4,078	11,844	92	●		2025
4	横須賀市立市民病院	339	2,504	1,001	3,231	1,799	6,539	49			1963
5	湘南記念病院	147	493	407	322	215	1,474	7		●	1988
6	大船中央病院	247	2,720	1,752	1,905	1,412	5,769	64			1972
7	徳洲会葉山ハートセンター	89	1,011	512	1,500	1,665	2,863	34			2001
8	神奈川歯科大学附属病院	23	1,289	1,000	0	0	758	1			2017
9	鎌倉病院	85	888	877	106	0	1,069	5			1974
10	衣笠病院	194	782	321	537	528	2,974	15			1975
11	三浦市立病院	136	704	74	718	426	2,390	14			2004
12	湘南福祉協会総合病院湘南病院	167	443	225	116	381	1,169	9			1967
13	聖ヨゼフ病院	182	374	310	390	241	2,107	3			2020
14	よこすか浦賀病院	99	446	169	0	298	1,397	9			2003
15	清川病院	198	98	6	64	394	609	5			1968

まとめ　目安（2.2～3.3か所）に対し実績上位の候補は十分に存在し、番号2～4前後が線引きの焦点。築年数の古い病院は建替投資、下位帯は役割転換も含めた総合協議の対象。

出典：病床機能報告R7報告（手術・全麻=様式2算定回数、総退院数=病棟票退棟患者数、最古築年=病棟票建築時期の最小値）／DPC退院患者調査R6。番号=手術・全麻・救急等の複合実績による並び（地図・散布図の番号と対応。詳細はデータ集）。紫色の行=大学病院本院（医育及び広域診療機能を報告予定）

①急性期拠点　拠点候補マップ（横須賀・三浦）　人口による目安 2.2～3.3か所

急性期拠点候補マップ（横須賀・三浦）

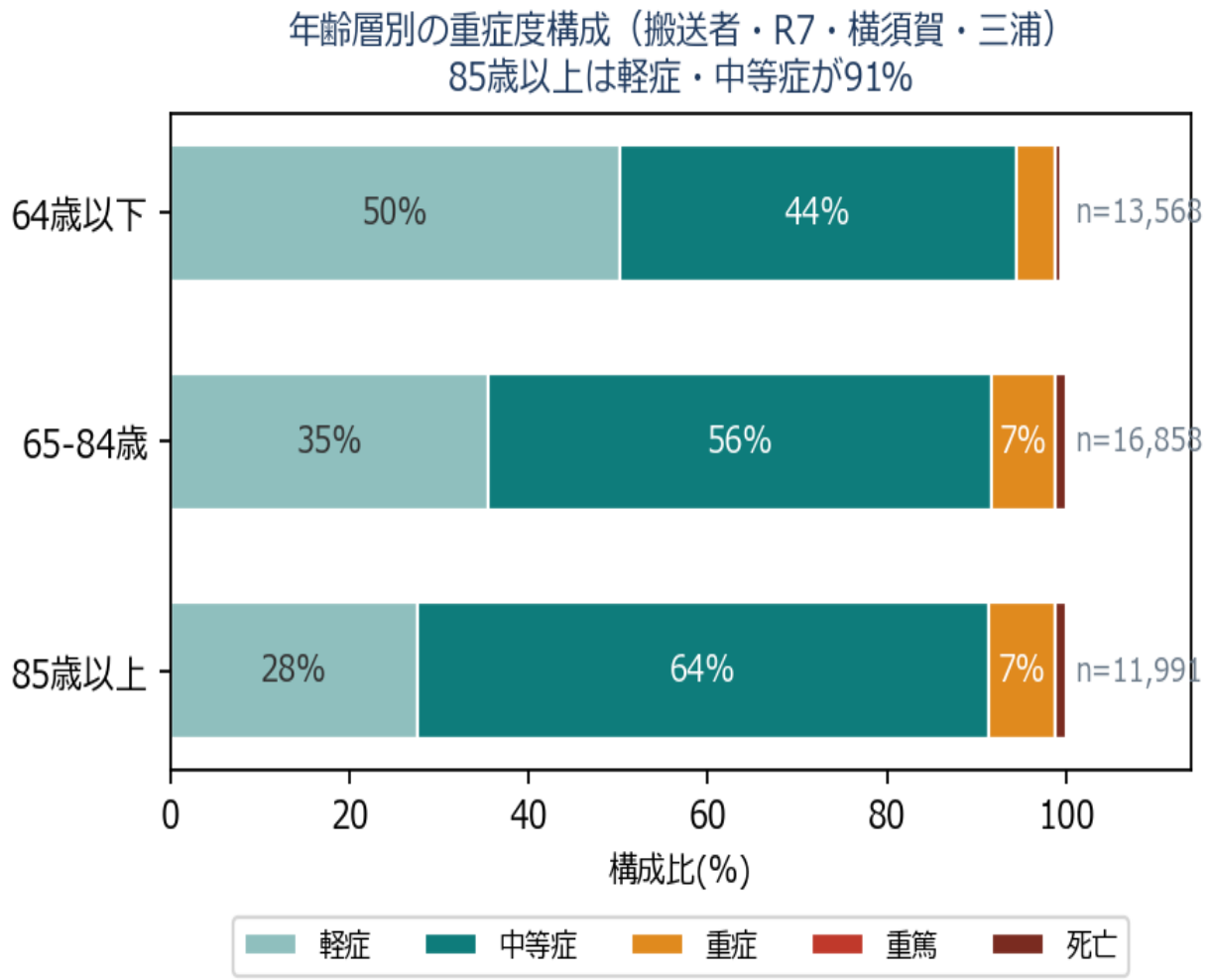


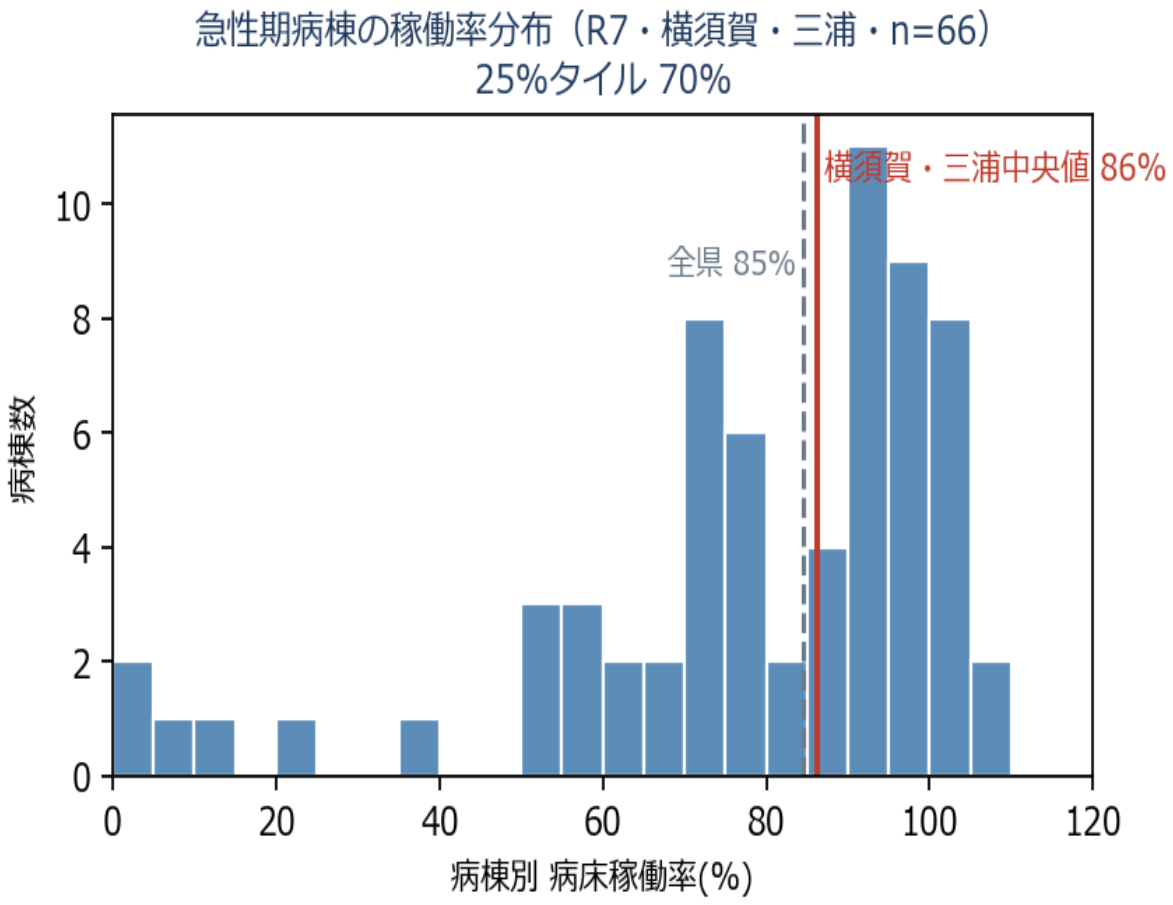
出典：R7実績上位の所在地（医科.csv座標）／区域境界=国土数値情報N03（2024）を構想区域に結合。緑点=区域内の病院

候補

① 湘南鎌倉総合病院
② 横須賀共済病院
③ 横須賀市立総合医療センター
④ 横須賀市立市民病院
⑤ 湘南記念病院
⑥ 大船中央病院
⑦ 徳洲会葉山ハートセンター
⑧ 神奈川歯科大学附属病院

救急搬送の分析の視点　-高齢者救急と地域連携





まとめ　85歳以上搬送の91%が軽症・中等症＝低侵襲。急性期病棟の稼働率は中央値86%だが下位1/4は70%未満とばらつきが大きく、需要増と病床余力は両立している。

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

高齢者救急の全体像（横須賀・三浦・R7）　全搬送の年齢構成と85歳以上の概況

年齢層別の搬送と重症度（全搬送者）

年齢層	搬送者数 R7	R6比	軽症%	中等症%	重症以上%
64歳以下	13,568	-127	50.1%	44.3%	4.9%
65-84歳	16,858	-1,376	35.4%	56.3%	8.3%
85歳以上	11,991	-1,079	27.5%	63.9%	8.6%

85歳以上の主要指標

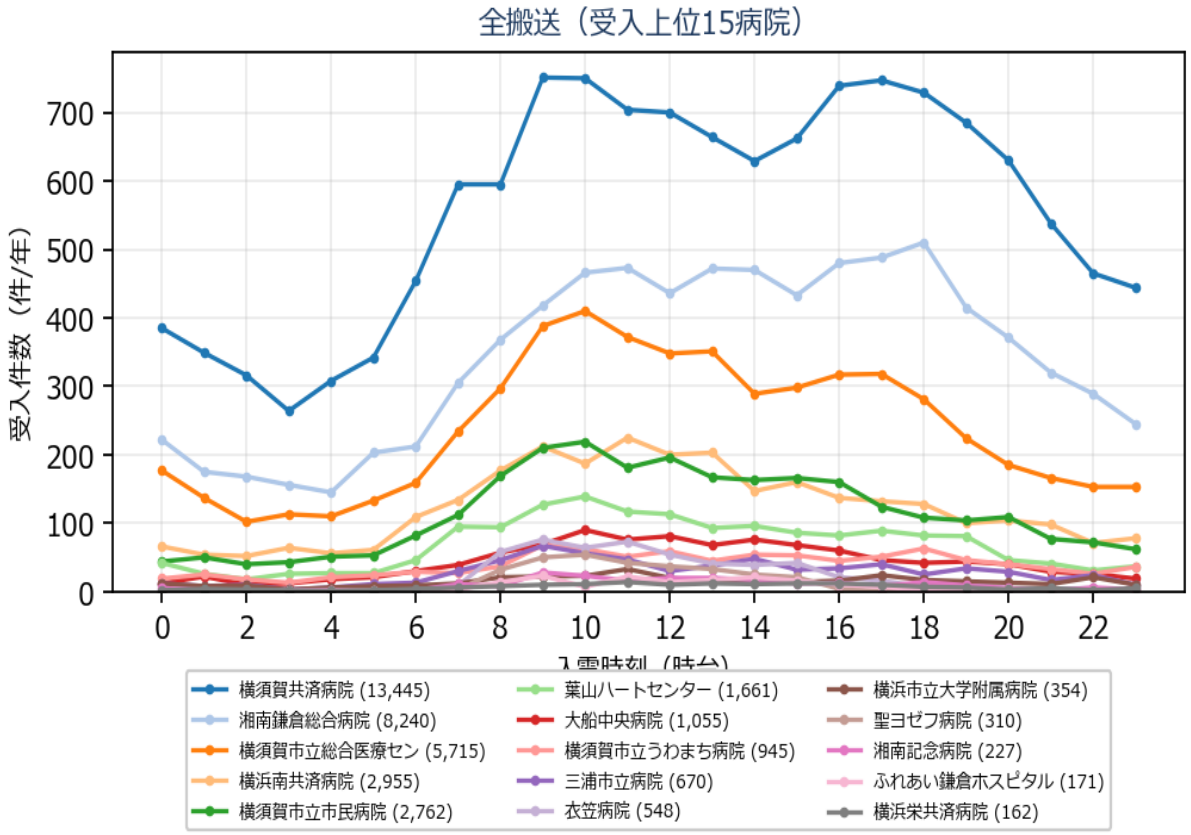
指標（85歳以上）	R7	R6	R6→R7	全県R7
85歳以上搬送（件）	11,991	13,070	-1,079	119,655
85歳以上人口千対	270.4	294.7	-24.3	277.9
介護施設発割合	20.0%	21.4%	-1.4	25.0%
軽症・中等症割合	91.4%	90.3%	+1.1	90.0%
搬送困難割合	0.5%	0.9%	-0.4	3.5%
区域内完結率	88.0%	90.3%	-2.3	96.9%

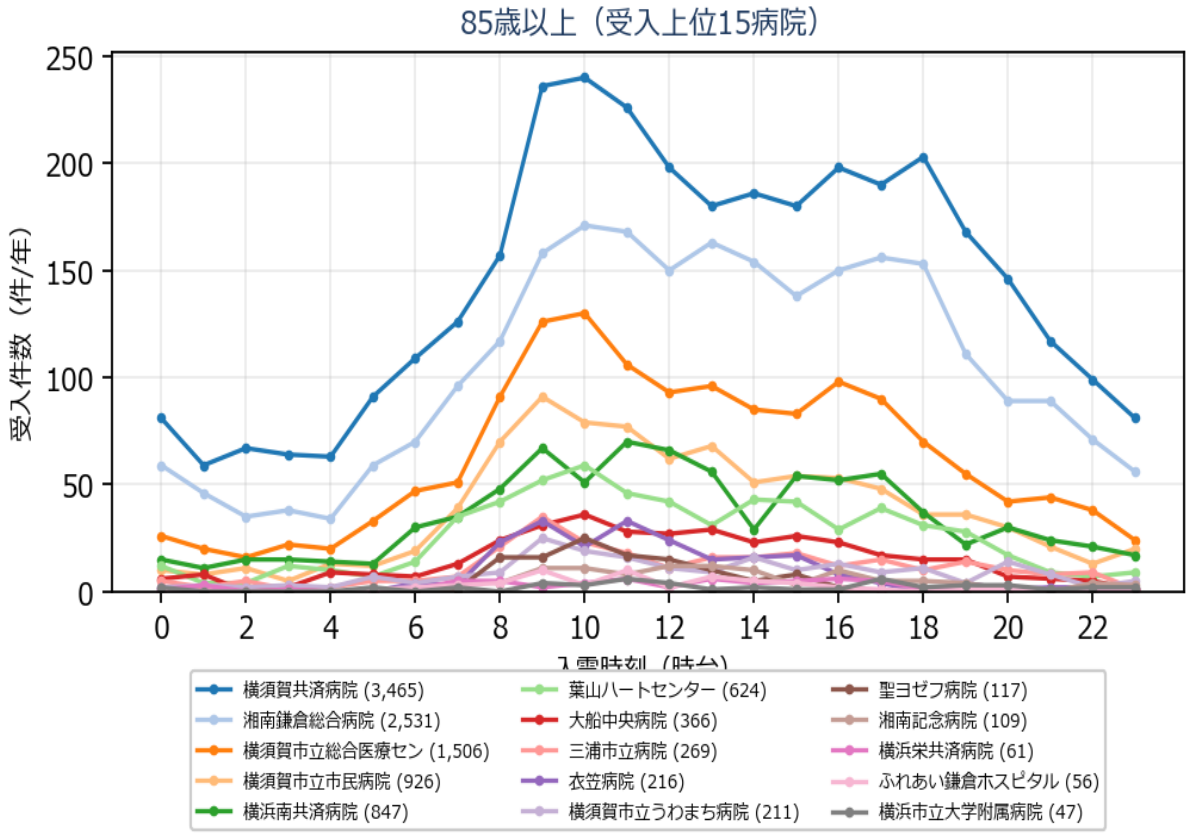
まとめ　搬送者の68%が65歳以上。85歳以上は11,991件（R6比-1,079）で軽症・中等症が91%、搬送困難は0.5%（R6比-0.4pt）。

出典：救急搬送人員データ2024・2025（発生地ベース、川崎は南北一体）。重症度=初診時医師評価。搬送困難=受入照会4回以上かつ現場滞在30分以上。85歳以上人口千対=85歳以上搬送者数÷85歳以上人口×1,000（住民基本台帳R7.1.1）。区域内完結率=搬送先病院の所在区域が発生区域と同一の割合（県外・不明は区域外扱い）

②高齢者救急　時間帯別にどの病院が受けているか（横須賀・三浦・R7）

時間帯別にどの病院が受けているか（横須賀・三浦発・R7・1時間刻み）





まとめ　上位15病院で横須賀・三浦の全搬送の92%を受入。夕方～夜間にピークがあり、深夜帯も日中とほぼ同じ病院群が受けている＝夜間の受入は特定病院への依存度が高い。

出典：救急搬送人員データ2025（搬送者・入電時刻1時間刻み）。カッコ内=年間受入件数。受入上位15病院を表示、全病院はデータ集参照

②高齢者救急　横須賀・三浦の搬送先病院　どこへ運ばれているか（R7）

搬送先病院	所在	全搬送	85歳以上	軽症85	中等症85	重症以上85	困難85	困難割合
国家公務員共済組合連合会　横須賀共済病院	横須賀・三浦	13,445 (32%)	3,465 (29%)	1,145	2,032	288	4	0.1%
医療法人　徳洲会　湘南鎌倉総合病院	横須賀・三浦	8,240 (19%)	2,531 (21%)	375	1,895	261	18	0.7%
横須賀市立総合医療センター	横須賀・三浦	5,715 (13%)	1,506 (13%)	510	861	135	5	0.3%
国家公務員共済組合連合会　横浜南共済病院	横浜	2,955 (7%)	847 (7%)	52	694	101	9	1.1%
横須賀市立市民病院	横須賀・三浦	2,762 (7%)	926 (8%)	275	591	60	5	0.5%
県外/不明	県外/不明	1,922 (5%)	323 (3%)	180	113	29	2	0.6%
医療法人徳洲会　葉山ハートセンター	横須賀・三浦	1,661 (4%)	624 (5%)	233	356	35	4	0.6%
大船中央病院	横須賀・三浦	1,055 (2%)	366 (3%)	72	287	7	0	0.0%
横須賀市立うわまち病院	横須賀・三浦	945 (2%)	211 (2%)	92	94	25	5	2.4%
三浦市立病院	横須賀・三浦	670 (2%)	269 (2%)	90	160	19	1	0.4%
社会福祉法人　日本医療伝道会　衣笠病院	横須賀・三浦	548 (1%)	216 (2%)	98	104	14	0	0.0%
公立大学法人　横浜市立大学附属病院	横浜	354 (1%)	47 (0%)	13	30	4	1	2.1%
聖ヨゼフ病院	横須賀・三浦	310 (1%)	117 (1%)	40	72	5	1	0.9%
医療法人　湘和会　湘南記念病院	横須賀・三浦	227 (1%)	109 (1%)	12	91	6	0	0.0%
医療法人　大樹会　ふれあい鎌倉ホスピタル	横須賀・三浦	171 (0%)	56 (0%)	16	38	2	0	0.0%

まとめ　上位15病院で全搬送の97%・85歳以上の97%を受入。自院受入に占める85歳以上の割合が特に高いのは三浦市立病院（40%）、衣笠病院（39%）。85歳以上の受け皿（高齢者救急・地域急性期機能）の分担が論点。

出典：救急搬送人員データ2025。%は区域の全搬送者・85歳以上搬送者に占める割合。困難割合=困難÷85歳以上受入。搬送先コード空欄の一部病院は過小計上の可能性（データの限界）。全機関は別添データ集参照

②高齢者救急　搬送困難の状況　どんな患者で起きやすいか（横須賀・三浦・R7）

年齢区分別（全搬送者）

年齢区分	搬送者数	構成比	困難件数	困難割合
新生児・乳幼児(7歳未満)	1,334	3.1%	0	0.0%
少年(7-17歳)	1,282	3.0%	0	0.0%
成人(18-64歳)	10,952	25.8%	60	0.5%
高齢者(65-74歳)	5,178	12.2%	23	0.4%
高齢者(75歳以上)	23,671	55.8%	130	0.5%

重症度別（85歳以上）

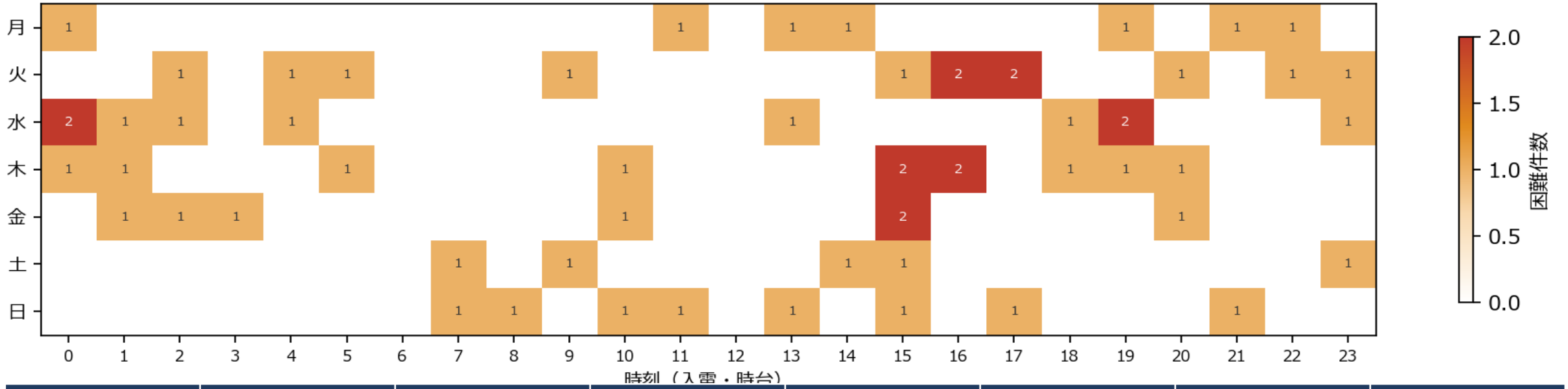
重症度	件数(85歳以上)	構成割合	困難割合
軽症	3,299	27.5%	0.5%
中等症	7,665	63.9%	0.5%
重症	877	7.3%	0.5%
死亡	149	1.2%	0.0%

まとめ　困難割合は年齢とともに上昇し「高齢者(75歳以上)」で0.5%と最大。85歳以上では軽症（構成28%）の困難割合が0.5%と最も高い。

出典：救急搬送人員データ2025。困難割合=各区分の搬送に占める搬送困難の割合。重症度=初診時医師評価

②高齢者救急　搬送困難はいつ起きているか（85歳以上・横須賀・三浦・R7）

搬送困難の発生件数ヒートマップ（85歳以上・横須賀・三浦・R7・1時間刻み）



時間帯	月	火	水	木	金	土	日
深夜	1 (0.4%)	3 (1.1%)	5 (1.7%)	3 (1.0%)	3 (1.0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
日中	3 (0.2%)	6 (0.5%)	1 (0.1%)	5 (0.4%)	3 (0.3%)	3 (0.3%)	6 (0.6%)
夜間	3 (0.9%)	3 (0.9%)	4 (1.1%)	3 (1.0%)	1 (0.3%)	1 (0.3%)	1 (0.3%)

まとめ　困難割合が最も高いのは深夜帯（0.9%）。件数は日中に多いが、割合では深夜・夜間に高く、時間外の受入体制が弱点になっている。

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

②高齢者救急　最も困難な状況の組合せと支障理由（85歳以上・横須賀・三浦・R7）

困難割合が高い組合せ（件数30以上）

組合せ（時間帯×搬送元×平日休日）	困難割合	件数
深夜×介護施設×平日	2.7%	225
深夜×一般住宅×平日	0.9%	914
夜間×一般住宅×平日	0.9%	1,034
日中×一般住宅×休日	0.7%	1,032
日中×一般住宅×平日	0.4%	2,849

困難事案の支障理由（複数該当）

支障理由	発生回数
満床	43
処置困難	20
その他・不明	15
専門外	15
手術中・対応中	11
医師不在	7
かかりつけ医なし	0

まとめ　最も困難なのは「深夜×介護施設×平日」（2.7%、n=225）。支障理由の最多は「満床」で、病床確保と施設との事前連携が対策の中心。

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

②高齢者救急　疾患ターゲット別の搬送（尿路感染症・誤嚥性肺炎・心不全の近似・横須賀・三浦）

傷病名（コード分類）	75-84歳搬送 R7	85歳以上搬送 R7	介護施設発(85+)	軽症・中等症(85+)	搬送困難(85+)
循環器系（心疾患）	306	437	19.7%	70.5%	0.2%
呼吸器系（肺炎）	336	653	44.6%	90.5%	0.5%
腎尿路系	99	95	20.0%	97.9%	1.1%

疾患（DPC・退院患者数）	横須賀・三浦 計	手術なし	手術あり	全県 計	全県 手術あり %
誤嚥性肺炎	1,379	1,299 (94%)	80 (6%)	14,895	5%
心不全	1,598	1,360 (85%)	238 (15%)	15,527	9%
腎臓・尿路の感染症	1,109	1,027 (93%)	82 (7%)	10,105	4%
股関節・大腿近位骨折	1,036	46 (4%)	990 (96%)	10,149	94%

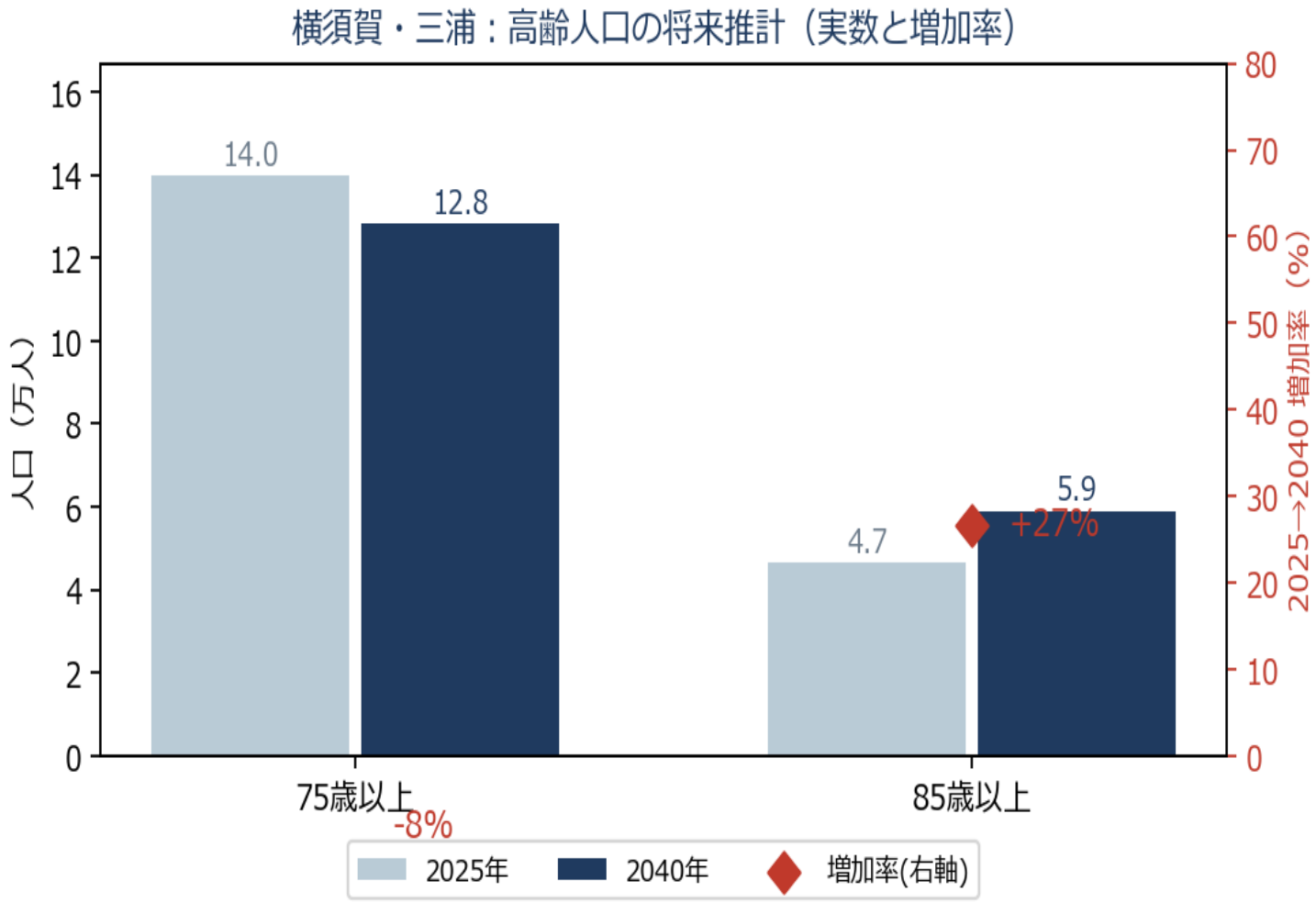
- **誤嚥性肺炎・心不全・尿路感染は手術を伴わない入院、大腿骨骨折は9割超が手術＝急性期拠点と高齢者救急の分担が異なる**
- DPCは退院ベース（R6.6～R7.5、DPC対象病院のみ・年齢不明）で搬送データと母集団が異なる

まとめ　3分類で85歳以上搬送の約10%。いずれも介護施設発・軽症中等症の比率が高く、「時々入院」の典型として施設・在宅との事前連携が受け皿設計の焦点。

出典：救急搬送人員データ2024・2025（傷病名コード近似。過大包含に留意）／DPC退院患者調査R6 疾患別手術別集計（10症例未満秘匿=0扱い、再掲列除く）。大腿骨骨折=股関節・大腿近位の骨折(160800)

③在宅医療の需要

急性期後の受け皿となる在宅需要の将来（横須賀・三浦・2025→2040）



指標	横須賀・三浦 2025→2040	全県
75歳以上	14.0 → 12.8万人 (-8%)	(+7%)
85歳以上	4.7 → 5.9万人 (+27%)	(+47%)

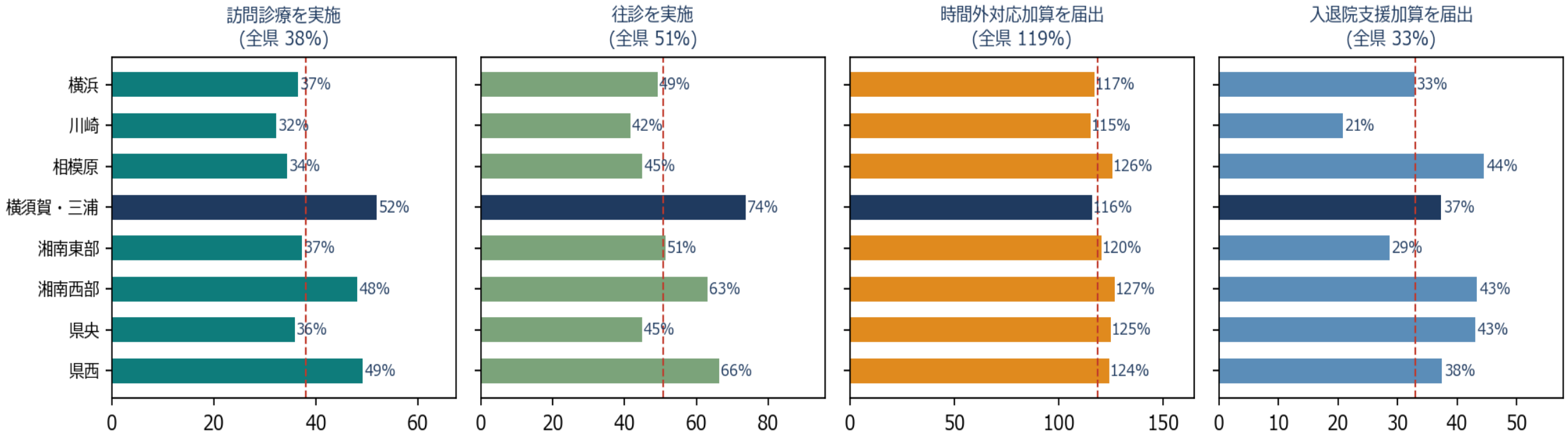
- 急性期治療後・時々入院の高齢者を受け止めるのは在宅・施設。85歳以上の増加分だけ「退院先」の需要が増える
- 高齢単身世帯は43,797世帯・単身率14.8%（2020年、全県10.9%）。独居の増加で家族介護力は低下し、独居でも成り立つ在宅体制（訪問診療・訪看・施設）が前提になる

まとめ　85歳以上は2040年までに+27%（+1.2万人）。増加分だけ急性期後の退院先（在宅・施設）の需要が増える。

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

診療所の「急性期後・時々入院」対応力（横須賀・三浦の位置・かかりつけ医機能報告R7）

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



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

まとめ　横須賀・三浦で訪問診療を実施する診療所は52%（全県38%）、時間外対応加算届出は116%。急性期後を受け止める病診連携の裾野はまだ一部の診療所に限られる。

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

③在宅医療の需要

在支診・在支病の実績と「看取りの厚み」（横須賀・三浦・R6→R7）

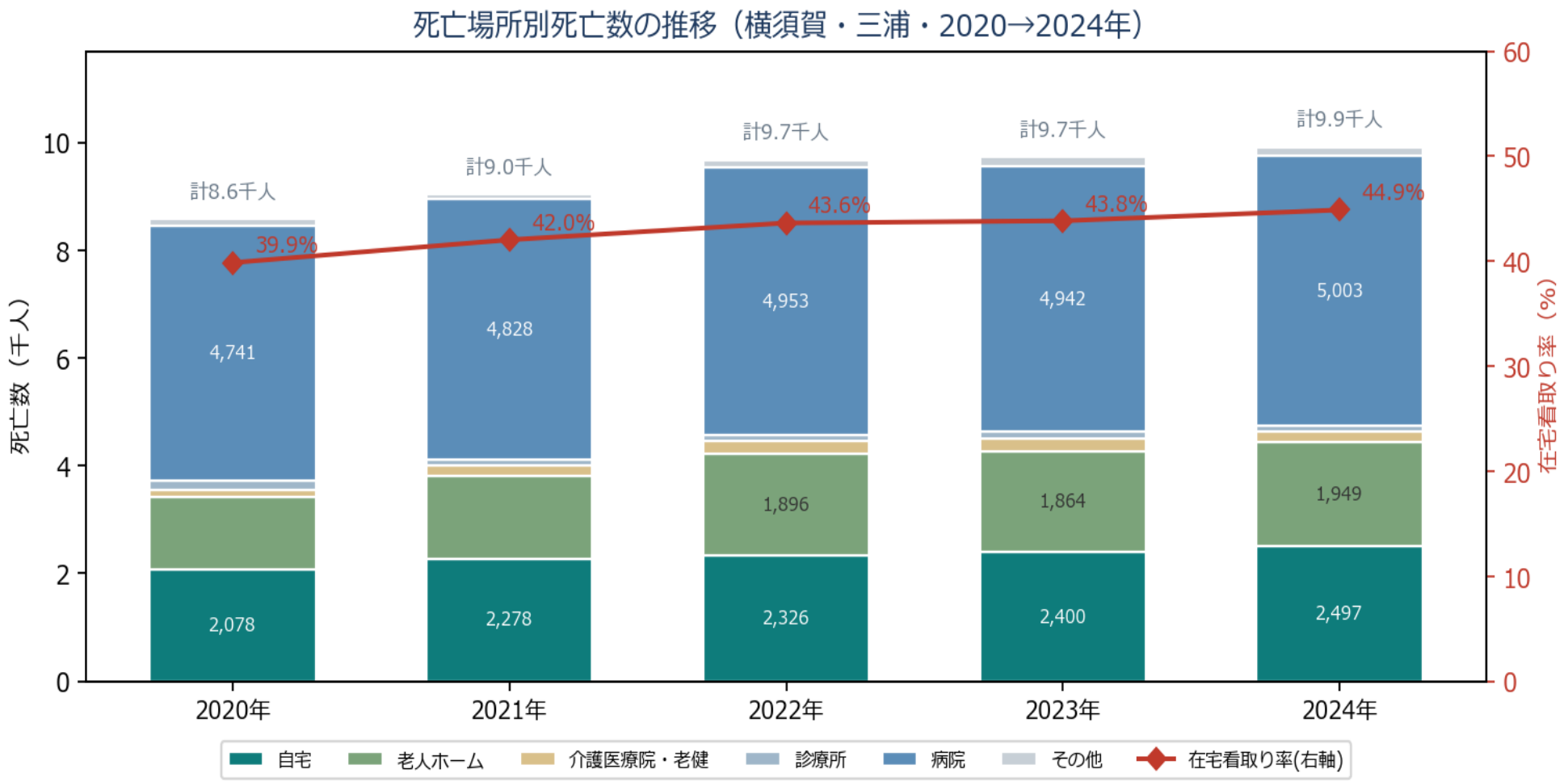
区域	施設数 R6→R7	千人対(75+)	訪問診療回数 R6→R7	看取り件数 R6→R7	大規模の患者シェア	大規模のうち低看取り(R7)
横須賀・三浦	99 → 109 (+10%)	0.80	227,993 → 235,701 (+3%)	2,732 → 2,615	94%	3/42 (7%)
全県	978 → 1,103 (+13%)	0.80	2,597,729 → 2,768,057 (+7%)	27,926 → 28,069	94%	29/427 (7%)

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

まとめ　施設数99→109・訪問診療+3%と量は増加。大規模42施設が区域の在支診等患者の94%を担うが、うち7%は死亡した在宅患者の半分以上を自宅等で看取れていない。

出典：在支診・在支病に係る定例報告書R6・R7。千人対(75+)=施設数÷75歳以上人口×1,000。大規模=在宅患者100人以上。患者シェア=大規模施設の合計患者数÷区域の在支診等全施設の合計患者数。低看取り=年間に死亡した在宅患者のうち自宅等（医療機関以外）での看取り割合が50%未満

③在宅医療の需要　死亡場所の5年推移（横須賀・三浦・2020→2024年）

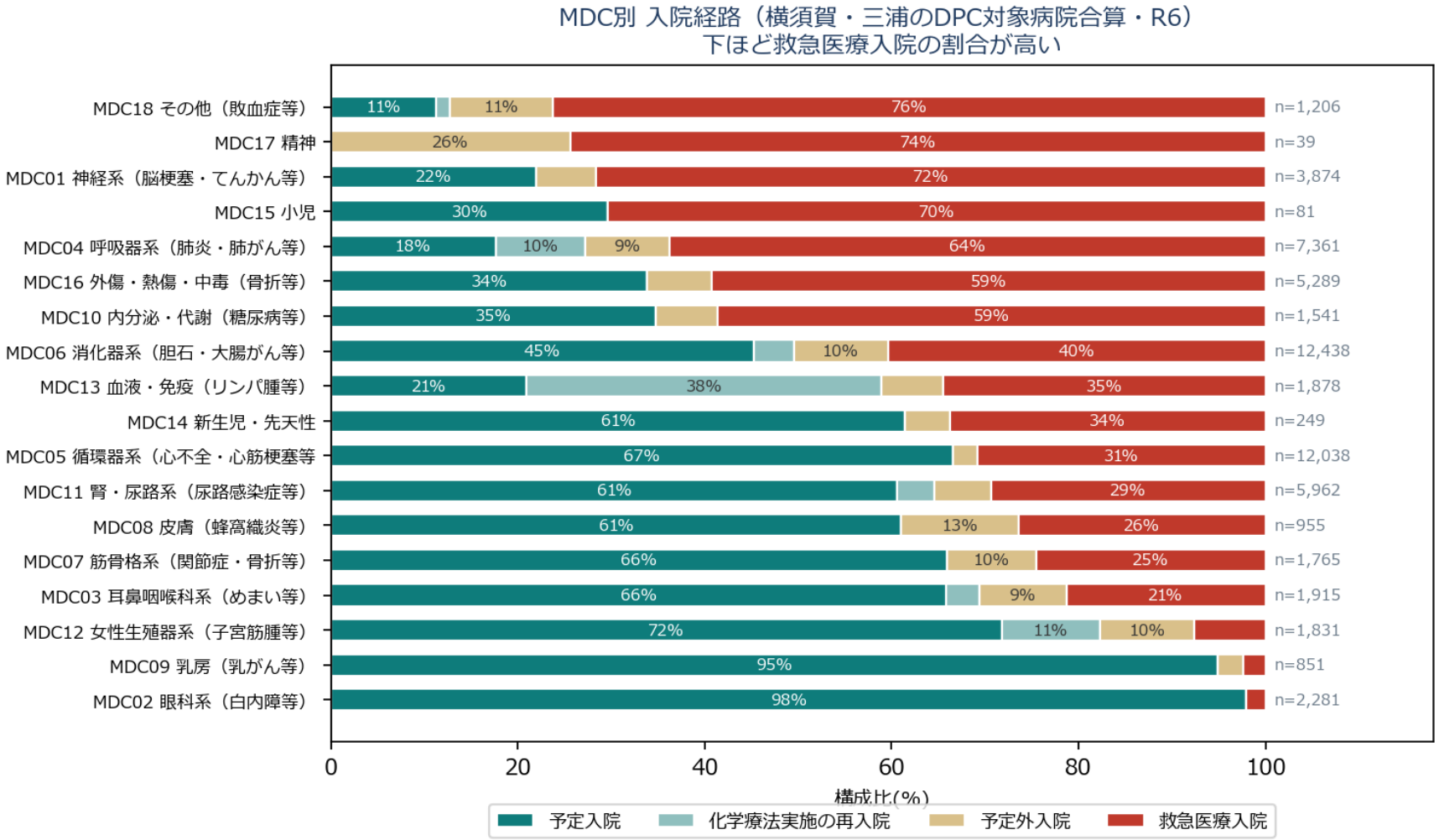


- **2024年の在宅看取り率44.9%（全県38.9%）**
- 多死社会の進行で総死亡は増加。増加分をどこで看取るかが地域の課題
- 自宅・老人ホームでの看取りの伸びと、病院死の比率の変化に注目

まとめ　総死亡は2020→2024年で+16%増。在宅看取り率は39.9%→44.9%と上昇したが、死亡数の増加分の過半はなお病院・施設が受け止めている。

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

MDC別の入院経路　予定入院か救急か（横須賀・三浦のDPC対象病院・R6）



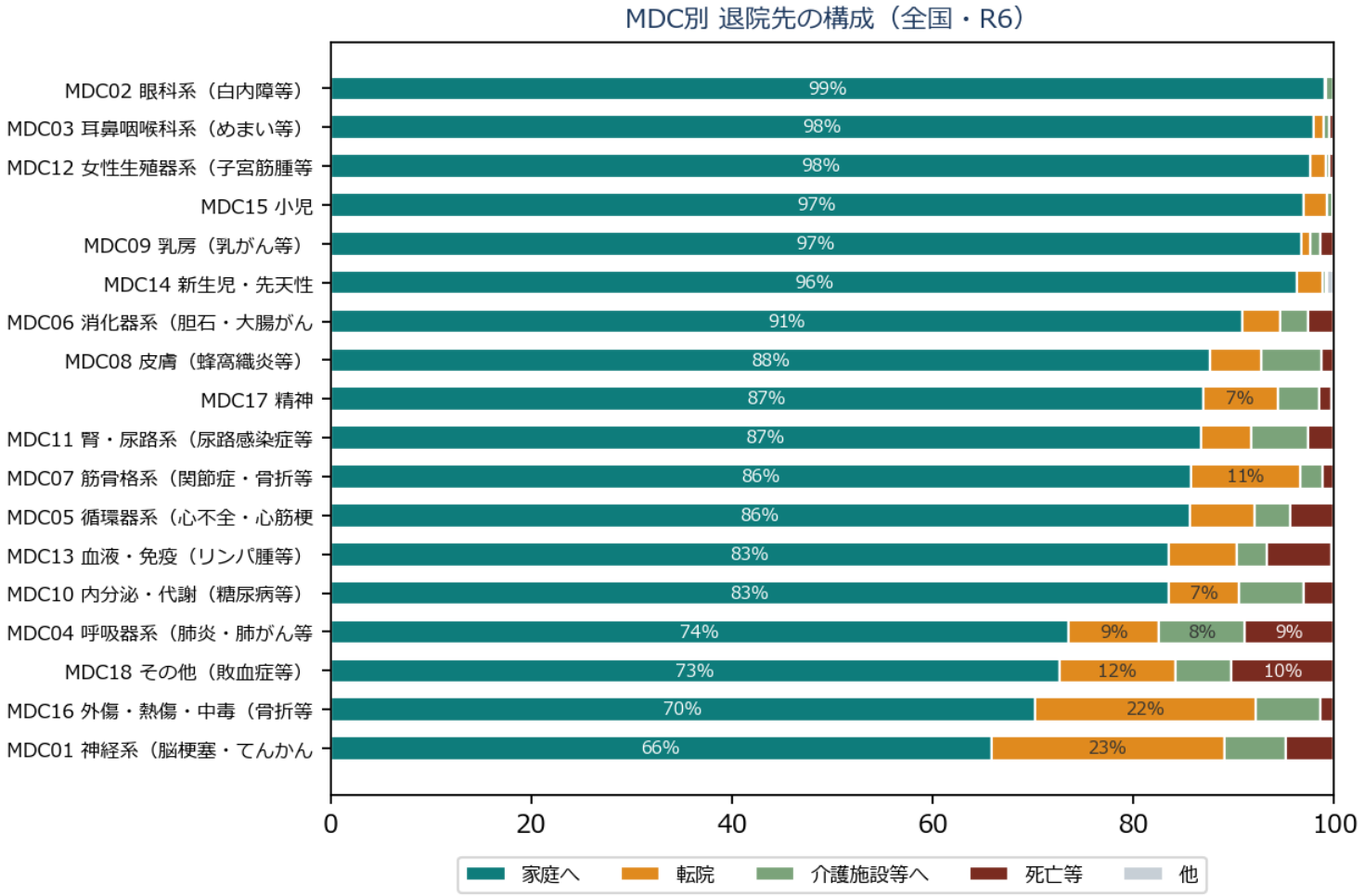
- **呼吸器系・腎尿路系・循環器系など高齢者疾患は救急医療入院の割合が高い＝「時々入院」の入口は救急**
- 眼科系・女性生殖器系など手術系は予定入院中心＝集約・効率化の対象
- 救急入口の疾患ほど、施設・在宅との事前連携（急変時ルール）が効く

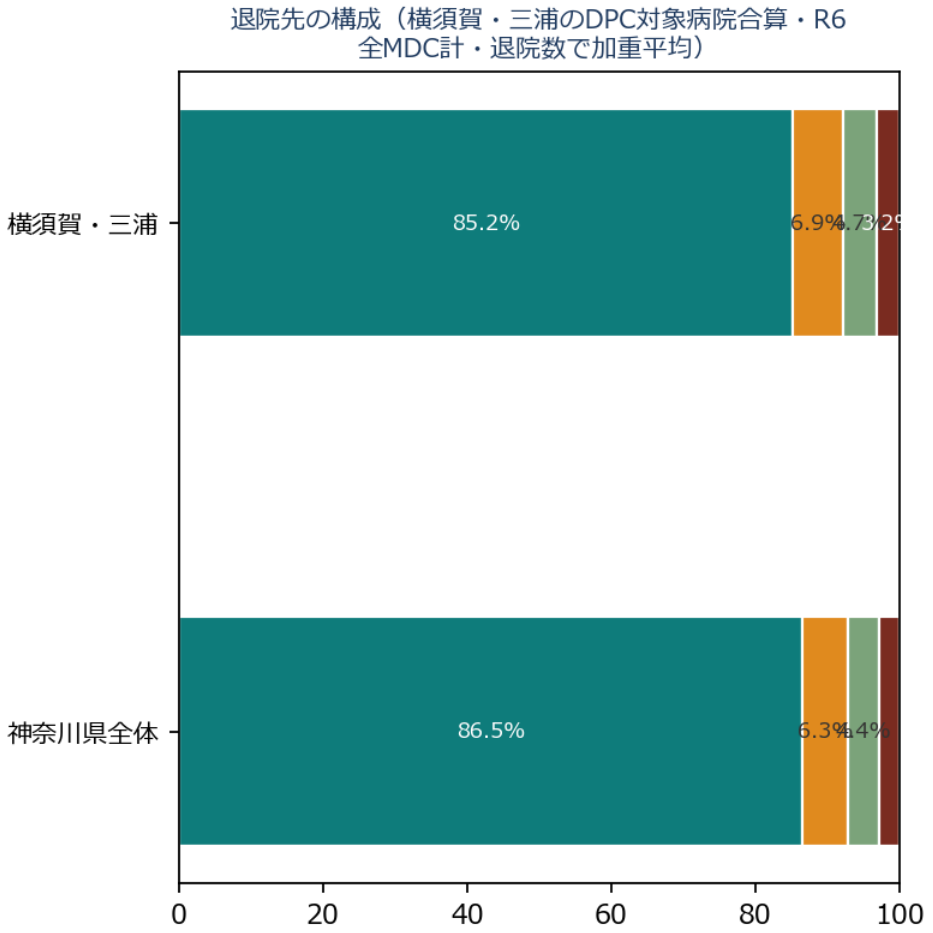
まとめ　呼吸器系・腎尿路系・循環器系など高齢者疾患は救急医療入院が入口の中心＝「時々入院」は救急から始まる。施設・在宅との事前連携（急変時ルール・直接入院枠）が救急依存を減らす鍵。

出典：DPC退院患者調査R6（施設別MDC別 入院経路）。区域内のDPC対象病院の合算。秘匿(-)は0扱い

④病院と在宅の連携

MDC別の退院先（全国）と横須賀・三浦の退院先構成（DPC・R6）



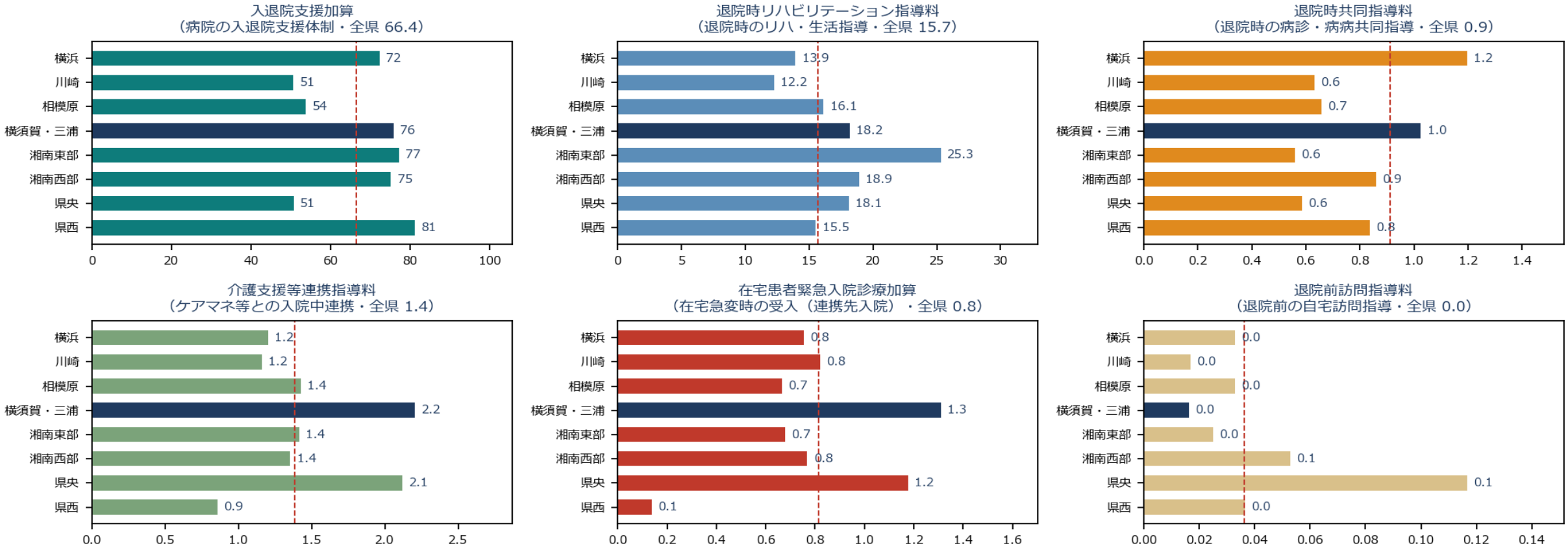


まとめ　神経系・呼吸器系・外傷は転院・施設退院の比率が高く、急性期治療後の「下り」の受け皿（包括期・慢性期・施設）がセットで必要。家庭へ帰す疾患と転院で受ける疾患の役割分担が連携ルールの単位になる。

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

診療報酬からみる連携の実施状況（横須賀・三浦の位置・R6年度NDB）

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



まとめ　横須賀・三浦では退院100件あたり入退院支援加算76回・退院時リハ指導18回に対し、退院時共同指導1.0回・介護支援等連携指導2.2回。院内で完結する支援に比べ、在宅・ケアマネと顔を合わせる個別連携の算定は退院100件に1～2回にとどまり、連携の実働に伸びしろがある。

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

④病院と在宅の連携

入退院のフローと退院後の在宅医療（横須賀・三浦・R6→R7）

指標	R6	R7	R6→R7	全県R7
家庭からの入棟割合	65.1%	64.8%	-0.3%	70.6%
他院からの転院入棟割合	5.2%	6.1%	+1.0%	5.6%
介護施設等からの入棟割合	3.7%	3.8%	+0.1%	4.2%
家庭へ退院割合	59.7%	59.5%	-0.2%	65.5%
他院へ転院割合	5.0%	4.9%	-0.1%	5.0%
介護施設等へ入所割合	4.9%	5.4%	+0.4%	5.1%
死亡退院割合	4.2%	3.9%	-0.3%	4.2%
退院後1か月以内 在宅医療提供予定	10.1%	8.6%	-1.5%	7.6%
退院後の在宅医療『不明』	6.8%	4.2%	-2.7%	5.4%

- **転院搬送（救急車による下り・上り搬送）**
- R6 3,023件 → R7 2,624件
- 『不明』は病院と在宅の情報連携の空白を示す

まとめ　家庭から65%が入院し、家庭へ59%が退院。退院後在宅『不明』4.2%が病院と在宅の情報連携の空白。転院搬送はR7で2,624件。

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

転院搬送（下り・上り搬送）の流れ（横須賀・三浦発・R7）

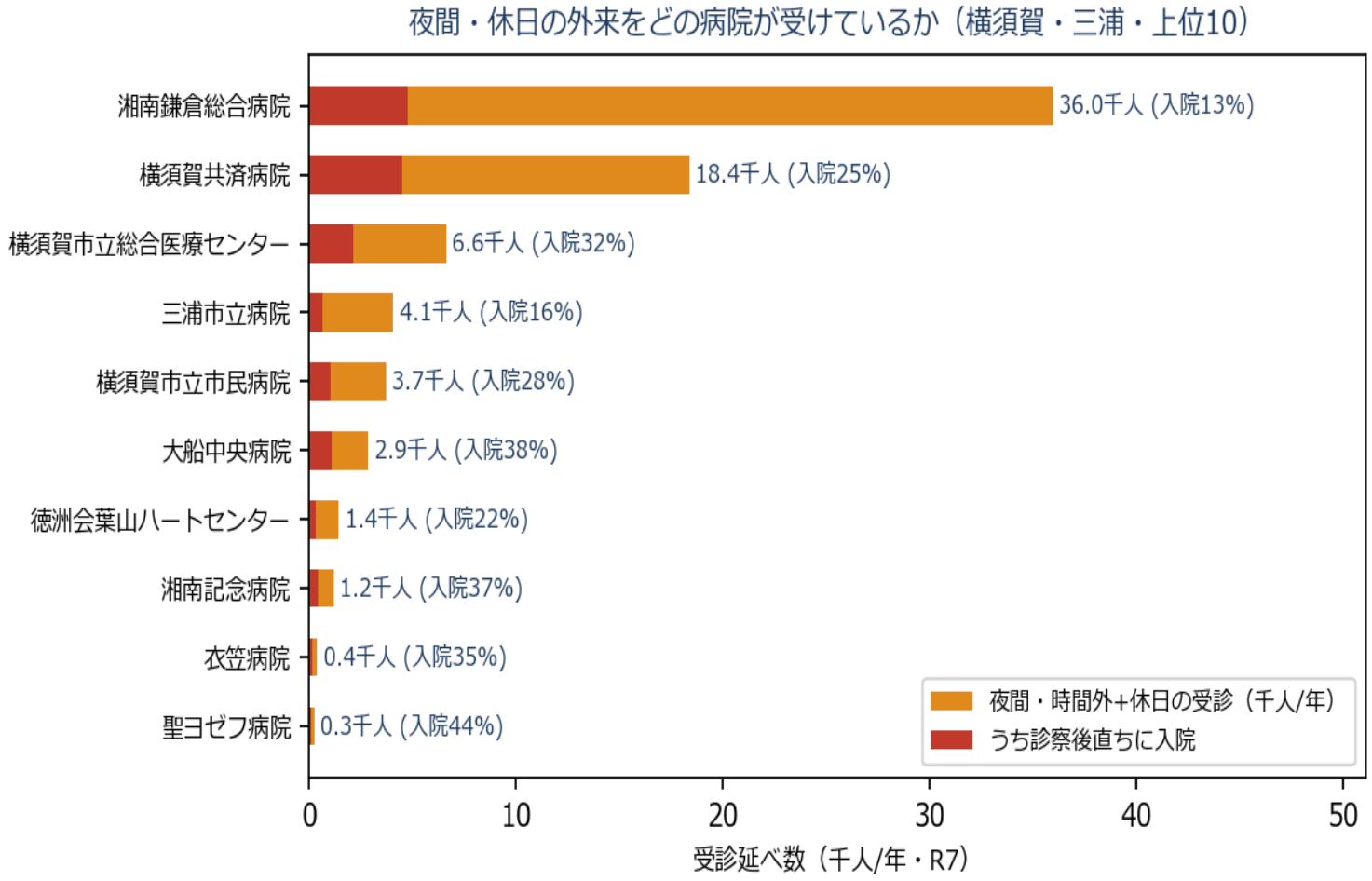
受入先（病院所在区域）	件数	構成比
横須賀・三浦	2,008	76.5%
横浜	398	15.2%
県外/不明	101	3.8%
湘南東部	99	3.8%
湘南西部	5	0.2%
県央	5	0.2%
川崎南部	3	0.1%
川崎北部	2	0.1%
相模原	2	0.1%
県西	1	0.0%

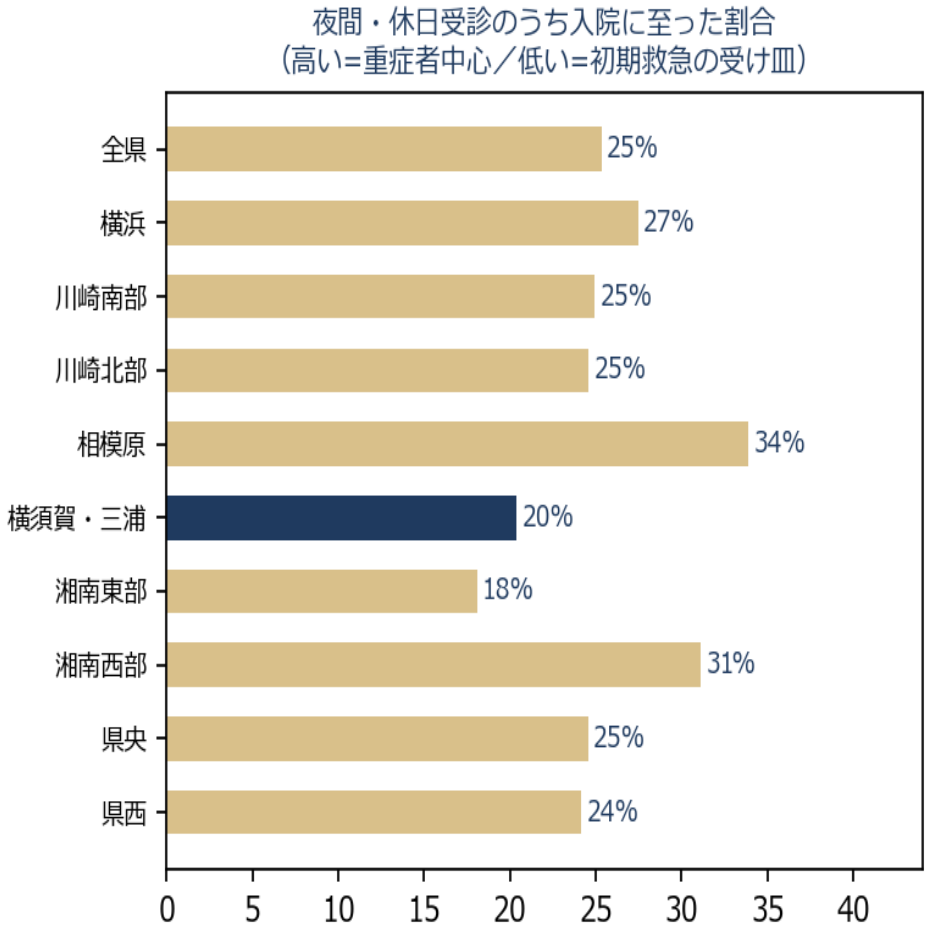
- **横須賀・三浦発の転院搬送 年間2,624件**
- 区域内完結率 77%
- 急性期治療後の「下り搬送」の受け皿（包括期・慢性期）と調整ルール（実施基準）づくりが検討テーマ

まとめ　横須賀・三浦発の転院搬送2,624件のうち77%は区域内で完結。救急車による下り搬送の調整ルール（実施基準）づくりが検討テーマ。

出典：救急搬送人員データ2025（事故種別=転院搬送、搬送者のみ）。受入区域=搬送先医療機関の所在区域

外来　夜間・休日の受け皿構造（横須賀・三浦・R7）



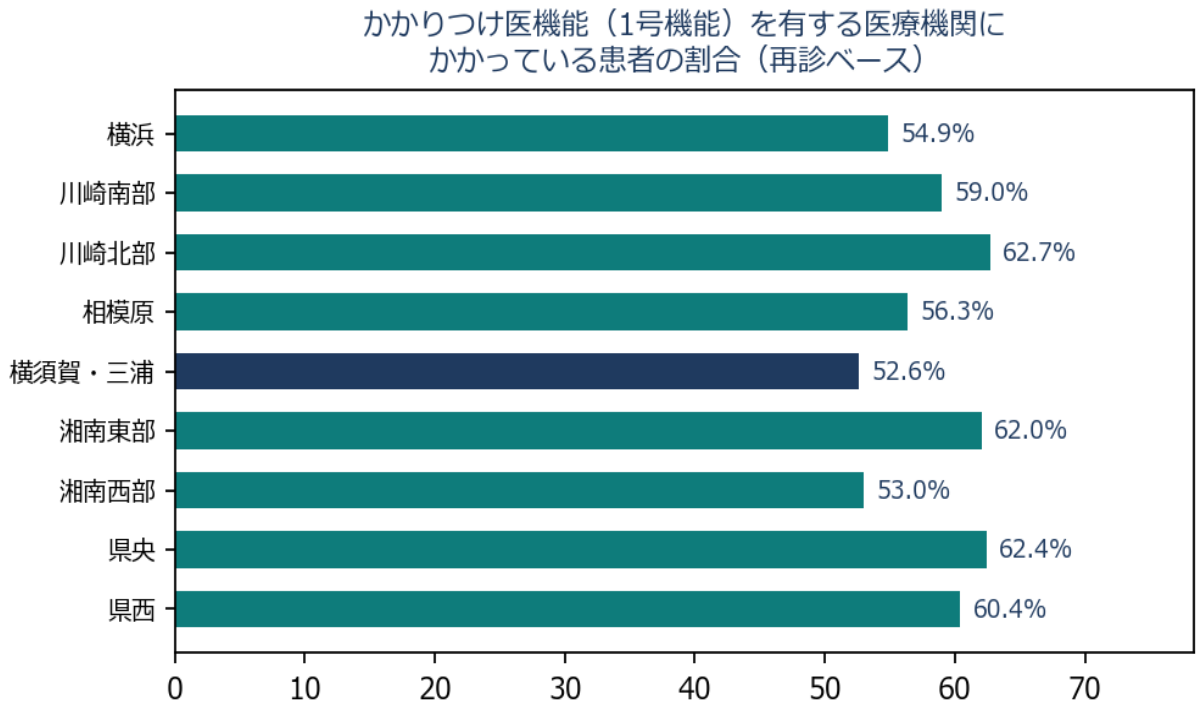


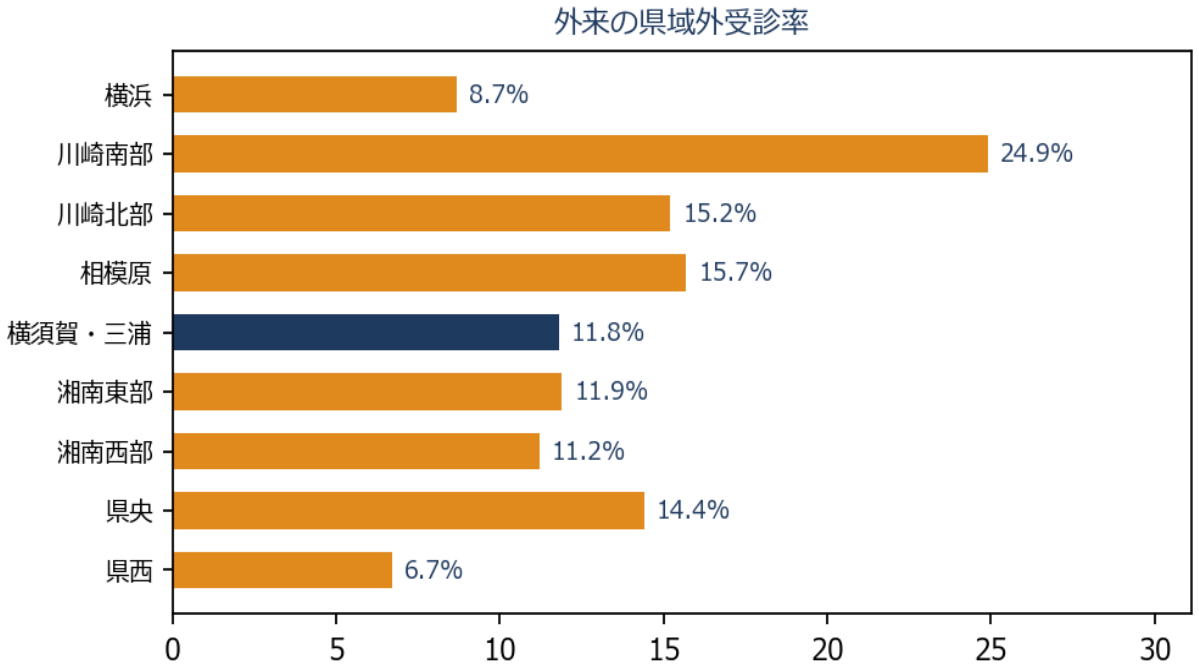
まとめ　夜間・休日の外来受診は上位病院に集中し、その大半は入院に至らない軽症受診。初期救急（外来）の受け皿を病院だけで担い続けるか、急患センター・診療所の時間外対応との分担が論点。

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

外来　かかりつけ医の定着と外来の域外流出（横須賀・三浦の位置・R7データブック）

かかりつけ医の定着と外来の域外流出（かかりつけ医機能報告データブックR7）





まとめ　新たな地域医療構想では、入院だけでなく外来・在宅を含めて地域で医療を完結する体制づくりが求められる。横須賀・三浦で1号機能（かかりつけ医機能）を有する医療機関にかかっている再診患者は53%にとどまり、増加する高齢者の日常の医療と時々入院の入り口を支えるかかりつけ機能の裾野拡大が課題。県域外受診率は11.8%で外来受療はおおむね県内で完結しており、区域内でかかりつけ機能を面として確保できるかが論点となる。

出典：かかりつけ医機能報告データブックR7（1O01-02:1号機能医療機関で再診料を算定している患者数の割合／1O02-01:県域外受診率）。年齢区分別の公表はないため全年齢。率指標のため川崎は南北別に表示。構想・計画協議目的に限定

【横須賀・三浦】データから言える特徴（テーマ別まとめ）

① 急性期拠点

- 許可病床5,306→4,968床・休床率15%→11%と返上・転換が進行
- 急性期病棟の稼働率は中央値86%だが下位1/4は70%未満とばらつき大
- 退院患者の52%は手術なし入院。働き世代（15-74歳）は2040年までに-14%（-6万人）＝医療の担い手も減少

⇒ 課題：実績の厚い候補は4院と目安（2～4か所）に見合い、拠点機能の維持と下位帯の役割転換の協議。稼働率70%未満の下位病棟の転換・集約と働き世代-14%を見据えた人材の重点配置が焦点

② 高齢者救急

- 85歳以上搬送11,991件・軽症/中等症91%＝低侵襲の搬送が大半
- 搬送困難0.5%（R6比-0.4pt・全県3.5%）。最困難は「深夜×介護施設×平日」
- 疾患ターゲット（肺炎・心不全・尿路感染）は施設発・軽症中等症が多い「時々入院」の典型

⇒ 課題：軽症・中等症中心の85歳以上搬送を、受入病院の明確化と施設・在宅との連携で受け止める体制づくり

③ 在宅医療の需要

- 85歳以上は2040年までに+27%（+1.2万人）＝退院先・看取り需要が増える
- 在支診等99→109施設と増加も、大規模施設に患者が集中し看取り5割未満の施設も残る
- 在宅看取り率44.9%（全県38.9%）と上昇傾向

⇒ 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

④ 病院と在宅の連携

- 退院後在宅『不明』4.2%（全県5.4%）＝病院と在宅の情報連携の空白
- 退院100件あたり退院時共同指導1.0回・介護支援等連携指導2.2回（全県0.9／1.4回）
- 転院搬送2,624件/年・区域内完結率77%

⇒ 課題：退院100件に1～2回にとどまる個別連携（共同指導・ケアマネ連携）の実働化と、下り搬送の受け皿・ルールの明確化

出典・定義は各ページおよび別添データ集参照。課題は全県値・目安との比較から機械的に抽出した論点（協議のたたき台）。搬送困難割合の地域差は照会回数の記録慣行の差を含む可能性