



令和 8 年度第 2 回神奈川県保健医療計画推進会議 資料 1

協議：新たな地域医療構想の策定 (地域課題の整理に向けて)

- 新たな地域医療構想は、改正医療法において**遅くとも2028(令和10)年度までに策定**する必要がある。
- このため、本資料では、**今後、各地域での協議にあたっての前提や進め方を確認するとともに、議論に活用する具体的なデータのイメージ等**について説明する。

- 1 本県のこれまでの検討状況とガイドラインとの関係性
- 2 協議にあたっての前提（ポイント）
- 3 協議の進め方
- 4 今後のスケジュール（イメージ）
- 5 ご意見を伺いたい事項

1 本県のこれまでの検討状況とガイドラインとの関係性

- 国から、次期構想の策定・推進にあたっては、**構想区域ごとの協議の場**(地域医療構想調整会議等)において、**医療機関機能の設定、構想区域ごとの「入院医療や外来・在宅医療、介護との連携、人材確保」**等について、課題を整理し、具体的な取組の検討が求められている。
- 本県では、令和7年7月から検討を始め、令和8年3月19日に国検討会で整理された**「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」**を踏まえて検討を進めてきた。

- 
- 令和8年7月3日に国から**「地域医療構想策定ガイドライン」**が示されたが、既に地域での協議が進められ**「一定の方向性について合意が得られている場合、一律に見直しは行う必要はない」**ものとされている。
 - このため、県では、今後、協議を進める中で、ガイドラインの趣旨や内容と整合しているかを確認し、**必要があれば調整することとする。**

参考：厚生労働省, 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会, 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」(令和8年3月19日)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001676424.pdf>

厚生労働省, 2040年に向けた地域医療構想, 「地域医療構想策定ガイドライン」(令和8年7月3日)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001718620.pdf>

参考 本県の検討状況

会 議	協 議 事 項
<令和7年度> 第1回推進会議 及び調整会議	○ 現行の構想の振り返り① ・ 入院医療提供体制(病床機能の分化・連携の状況、病床運用状況等)
第2回推進会議 及び調整会議	○ 現行の構想の振り返り② ・ 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療提供(医療提供の状況、基金活用結果等) ・ 医療従事者の確保・養成(医師確保計画進捗状況、医療人材確保・育成の状況等)
第3回推進会議 及び調整会議	○ 新たな地域医療構想策定に向けて① ・ 構想区域の設定(見直し等)に向けた考え方、方向性の整理 ・ 入院医療と外来・在宅医療、介護連携の一体的な検討に向けた協議方法の考え方、方向性の整理
<令和8年度> 第1回推進会議 及び調整会議	○ 新たな地域医療構想策定に向けて② ・ 構想区域の設定と今後の協議体制・進め方の整理 ・ 地域ごとに検討すべき課題や協議の進め方の整理、地域で検討を進めるべき事項の整理

2 協議にあたっての前提（ポイント）／ 目的と目標

目 的

地域ごとに患者の病態・状況に応じた効率的かつ質の高い医療の提供体制を将来にわたり確保

目 標

医療需要の増加への対応：医療・介護の複合ニーズを持つ患者へ対応する体制の充実

医療資源の効率化：地域での役割分担や連携した取組による、限られた医療資源の最適化

2040年を見据えた対応：高齢人口の増大と生産年齢人口（従事者）の減少による地域医療の変化を想定（予測）した持続可能な医療提供の確保を目指す

参考：厚生労働省, 医療法等の一部を改正する法律(令和7年法律第87号) 及び地域医療構想策定ガイドライン（令和8年7月3日）

2 協議にあたっての前提（ポイント）／ 対応の検討が必要な主な患者像（想定）

2040年に向けて増加する医療を必要とする主な患者像(需要)

緊急的に高度で専門的な医療資源を必要とする全世代の患者

誤嚥性肺炎・尿路感染症・消化器疾患等の軽症・中等症高齢者

在宅復帰に向けたリハを必要とする中長期入院となる高齢患者

在宅療養（化学療法や人工呼吸器導入、ターミナルケア等）を受ける患者等

専門性の高い短期集中的な医療を必要とする患者（かかりつけ医からの紹介患者）

入退院調整が難しい認知機能低下等高齢者

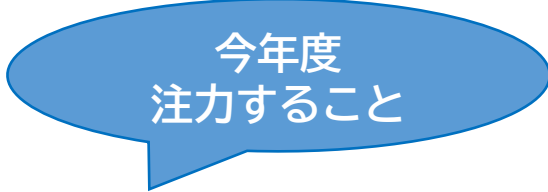
時々入院/再入院を必要とする居宅（自宅・施設）療養の高齢者

2 協議にあたっての前提（ポイント）／ 課題と目指すべき姿

解決すべき課題（想定）	課題への対応策(想定)	目指すべき成果（評価の視点）
複合ニーズを持つ高齢者の入院受入	複雑な病態を持つ患者へ対応する体制の充実 ▼ 医療機関の機能に基づく効率的かつ効果的な医療提供体制の確立 各医療機関の役割分担の明確化	➤ 患者側 入退院や転院の調整がスムーズになり、最適な医療提供がされ患者負担が軽減される。 ➤ 医療機関側 医療資源の偏りが是正や効率化され、施設の稼働率向上を実現される。
急性期治療後の退院・転院調整	地域での連携した取組による、限られた医療資源の最適化 ▼ 地域ごとのルール・仕組みに基づく連携した医療提供体制の確立 地域ごとの医療資源を活用した病病連携、病診連携の強化や介護との連携体制を構築・運用	
時々入院・再入院の患者の入退院調整		
広域的な対応が必要な医療の調整	小児・周産期医療や手術等多くの医療資源を必要とする医療等の広域的な対応による最適化 ▼ 医療機関間連携・集約化による広域的な対応、人的協力による医療提供体制の確保 各医療機関の役割分担、協力体制の明確化	

3 協議の進め方／ 今後のプロセス

- 令和8年度は、**地域の現状と課題の把握・抽出**を、令和9年度は、**役割分担や必要な取組**を検討

検討プロセス		国の検討会取りまとめを踏まえた検討内容等	協議する調整会議(予定)
1	構想区域の設定	川崎地域を除き、現行のまま 	令和8年度 第1回調整会議 (川崎地域のみ第2回)
2	現状と課題の把握・抽出	① 構想区域単位で、医療と介護の連携を含む医療提供に係る現状及び課題の把握・共有と取り組むべき課題の検討 ② 各地域共通の課題など、県全体で取り組むべき課題等の抽出、優先順位の検討	第2～4回調整会議 ※区分毎に検討 (9頁を参照)
3	取組(対応)の方向性の決定と推進	① プロセス2で設定した取り組むべき課題への対応策の検討 ② 医療機関機能(提供体制)の確保や、病床機能分化・連携の推進、慢性期需要(介護連携含む)等への対応に向けた取組について検討 ③ 取組の方向性を決定し、次期地域医療構想へ反映し、推進	令和9年度 第1回調整会議以降 (順次検討を進める)

意見集約・議論
結果報告

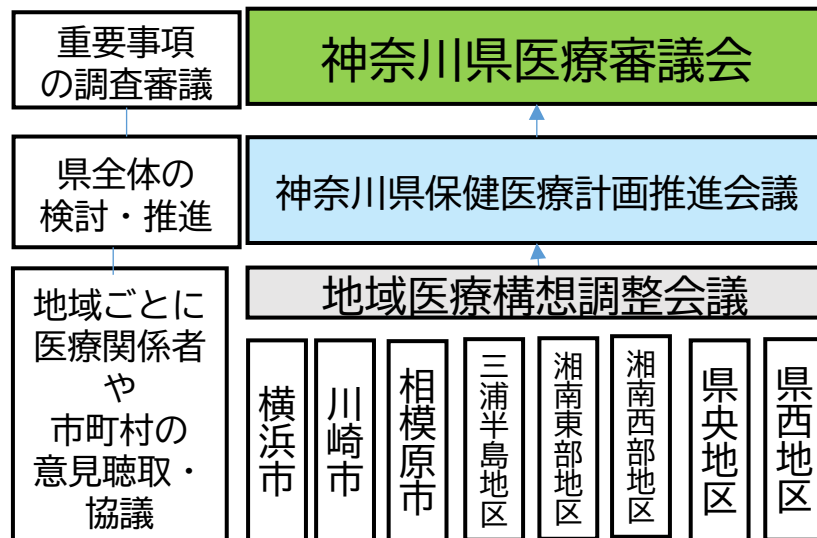
全県的な
方針整理・取組
等決定

保健医療計画推進会議

3 協議の進め方／ 今後の検討の推進体制

- 新たな地域医療構想の策定に向けては、介護保険事業、救急搬送を担う消防行政、市立病院等の実施主体である市町村との連携が欠かせない。
- このため、市町村からも議論に必要なデータの提供や既存の協議の場での協議内容を共有いただき、議論の活性化を進める。
 - 具体的な既存の会議体については、令和8年度中に市町村や保健福祉事務所等と調整

今後の検討／ 推進体制



地域・市町村の意見聴取・課題共有(報告)・とりまとめ

市町村等の既存の会議体：

在宅医療に必要な連携を担い拠点で設置する会議体、介護保険事業推進に係る会議体、在宅医療・介護連携推進に係る会議体、地域包括ケア会議・在宅医療推進協議会等のほか、地域で設置する医療提供に関わるワーキングなどを想定

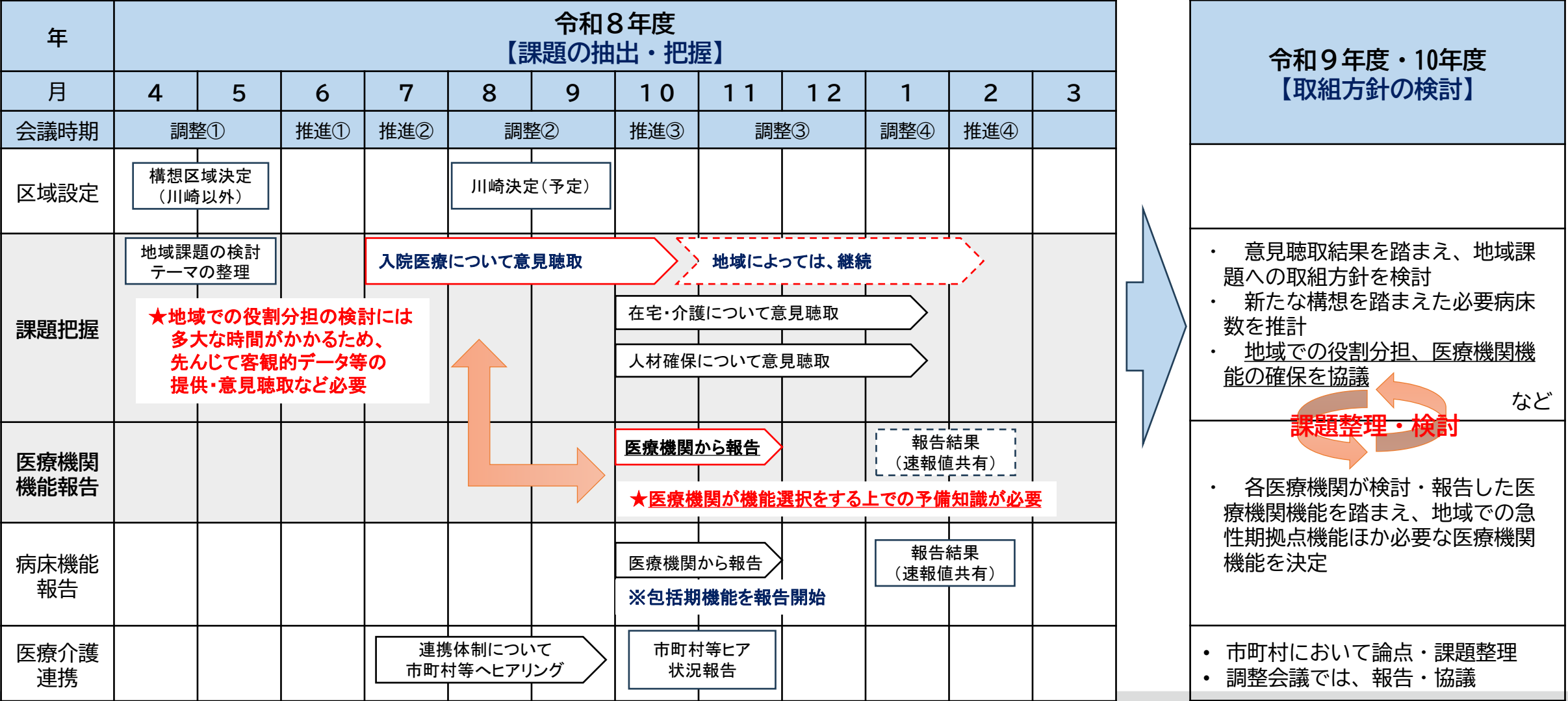
3 協議の進め方／ 協議に活用するデータ

- 協議にあたっては、県が用意した医療機関ごとの診療実績などのデータを共有し、医療機関機能に基づく役割の明確化を進める **(具体的なデータのイメージは、14頁以降に掲載)**

区分	課題・検討テーマ（前回整理）	想定する活用データ（今後各地域で提示予定）
入院医療 外来医療	<u>入院医療</u> ・ 増加する高齢者等への救急医療提供体制 ・ 在宅療養での急変時等の入院対応 ・ 高齢者救急受入後の退院・転院調整 ・ 救急搬送受入後の下り及び上り搬送の調整 <u>外来医療</u> ・ 休日、夜間等の診療体制の継続的な確保	高齢者等への救急医療、急性期医療提供、入退院・転院の調整状況等は、以下のデータを活用 (15～20頁,22頁) ・ 病床機能報告 ・ 救急搬送人員データ ・ 在支診・在支病に係る報告書 ・ DPCデータ 等
在宅医療	・ 訪問診療・往診や訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等連携した24時間対応体制の確保 ・ 軽度な状態変化時や急変時対応、看取り支援等場面毎の協力体制の確保と人材育成のあり方 ・ 日常療養継続困難時の病診連携体制の確保	在宅医療提供の需給状況、病院と在宅医療提供連携状況等は、以下のデータを活用 (21～24頁) ・ 病床機能報告/かかりつけ医機能報告 ・ 救急搬送人員データ ・ 在支診・在支病に係る報告書 ・ 訪問看護実施状況報告 等
介護との連携	・ 軽度な状態変化時や急変時対応における介護施設や訪問看護、介護事業所等との切れ目のない入退院調整	医療機関との連携状況は、以下のデータを活用 ・ 病床機能報告/かかりつけ医機能報告 ・ 訪問看護実施状況報告 ・ 介護保険事業報告(市町村報告) 等
人材確保	・ 広域的な人材確保、人的協力のあり方・仕組みの整備	※医師確保計画等人材確保関連計画の評価指標に関するデータ(三師統計等)の活用について今後検討

4 今後のスケジュール（イメージ）

- 地域の課題把握・整理と並行して、医療機関機能報告(今年度開始予定)を見据え、医療機関機能(急性期拠点機能の設定など)は、入院医療等の意見聴取を充分に行う必要があるため、令和8年度中に重点的に行う。



参考 医療機関機能(新設)と病床機能(見直し)

- 令和8年度から新たに、診療側が提供する**医療機関機能**(提供内容・地域での役割)に着目した報告が開始される。このため、各医療機関は、現在担っている医療機関機能の報告と、2040年において担う医療機関機能の報告を新たに行うことになる(医療機関機能は、各地域で調整の上、決定する想定)。
- また、現行構想同様に医療を必要とする患者(像)にあった医療提供が可能な**病床機能**の報告を行う(病床機能のうち、「回復期」は「包括期」に見直しの上、報告が開始される。)

<医療機関機能報告>

広域的観点の医療機関機能

医育及び広域診療機能	・大学病院本院が担う ・広域な関連が求められる総合的な診療の提供 ・医療従事者の育成、地域支援を担う
------------	--

地域毎の医療機関機能

急性期拠点機能	・医療の質の確保等に資するような医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を担う
高齢者救急・地域急性期機能	・高齢者をはじめとした救急受入、専門病院や施設等と協力・連携し入院早期からのリハ等による早期退院、退院後のリハ提供等を担う
在宅医療等連携機能	・在宅医療の実施、他医療機関や施設、事業所等と連携した24時間対応や入院対応を担う
専門等機能	・上記の機能にあてはまらない、集中的リハ、中長期にわたる入院提供・診療を担う

<病床機能報告>

病床機能の区分

高度急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する
急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する
包括期機能	・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハ等を早期在宅退院を目的に医療を提供する
慢性期機能	・長期療養が必要な患者の入院や重度障害者等への入院医療を提供する

5 ご意見を伺いたい事項

- 今年度は、8月から開催する各地域の会議から、**医療機関ごとの診療実績等を含めたデータを活用して、地域の現状と課題について議論を進める予定**であるので、ご了承ください。
- 提供する資料の具体的なイメージは、14頁以降に掲載

説明は以上です。

※ 次頁からは、各地域で活用するデータのイメージです。

参考

- ✓ 県では、**地域で優先し整理すべき課題**は、6頁に記載のとおり、**①複合ニーズを持つ高齢者の入院受入、②急性期治療後の転院調整(病病連携)、③時々入院の高齢者の入退院調整(病診連携・介護連携)**と想定している。
- ✓ このため、各地域の会議では、関係性の深い次の4つのテーマでデータを分析したデータを、県データ分析チーム構成員（横浜市立大学清水氏）から説明する予定

全県オーバービュー

4テーマの要点（全県）

①高齢者救急

- 搬送の23.7%が85歳以上、人口千対も上昇
- 搬送困難の主因＝介護施設発×夜間・深夜（最困難8.5%）
- 軽症・中等症が約9割

②急性期拠点

- 医療機関の報告ベースだと高度急性期が過大（8,871→2,189床）
- 拠点目安＝人口20～30万/か所、区域別に要素分解と地理的配置の考慮
- 急性期の病床稼働率は76.6%とやや低く、今後の地域における患者像の変化を踏まえて病床機能の選択が求められる

③在宅 需給・将来・均てん化

- 75歳以上は2050年に1.46倍（区域差は大きい）
- 訪問看護職員あたり利用者数は0.3～136人と極端な格差
- 在宅看取り率(全数)38.9%、大規模かつ低看取り割合の在支診193施設

④病院と在宅の連携

- 家庭への退院は64.9%、在宅医療予定『不明』が4.7%
- 構想区域によっては回復期の稼働率がひっ迫。
- 病床稼働79.2%・休床7.3%
- 構想区域における将来的な独居割合を考慮。10.9%で家族介護力が低下

論点

4テーマを通じ、各区域で最も優先すべき打ち手は何か。区域別プロフィール（後続）で確認する。

全体像（全県）

救急搬送に占める高齢者と不搬送

✓ 活用データ: 救急搬送人員データ

508,802件

年間 搬送者

120,740件

うち85歳以上

23.7%

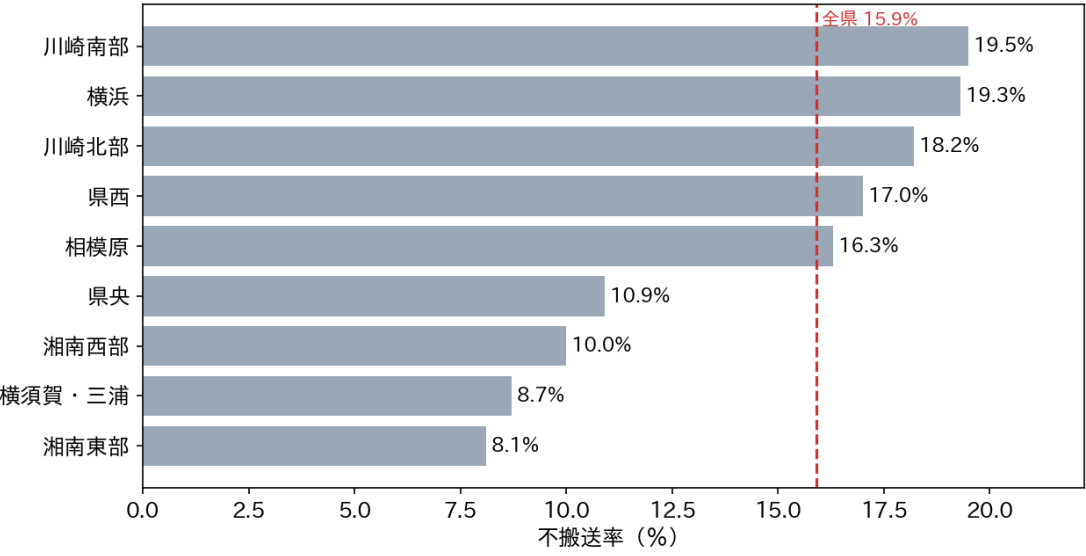
15.9%

不搬送率

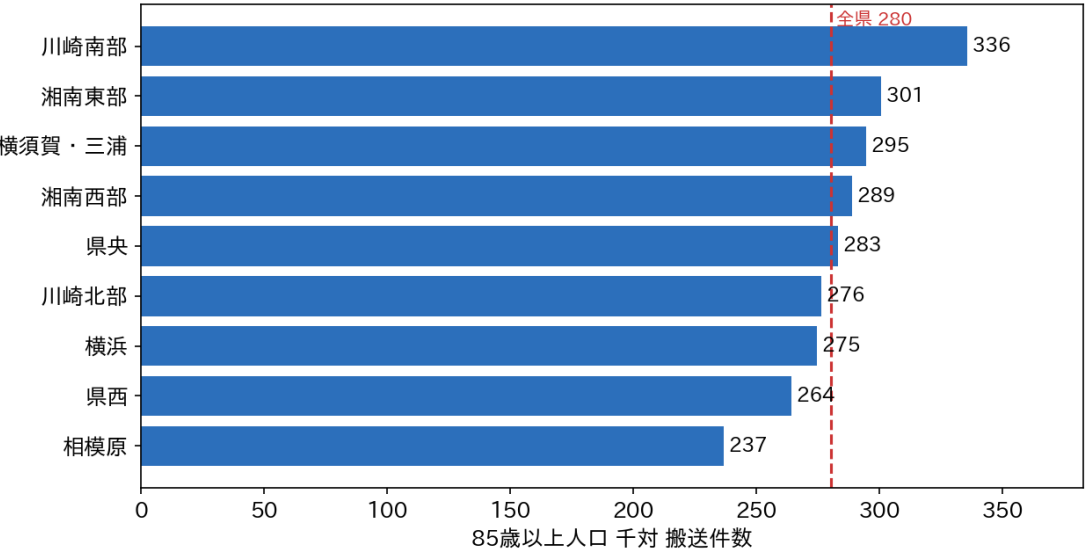
280.4

85歳以上人口千対

構想区域別 不搬送率（全年齢）



85歳以上人口あたり 救急搬送率

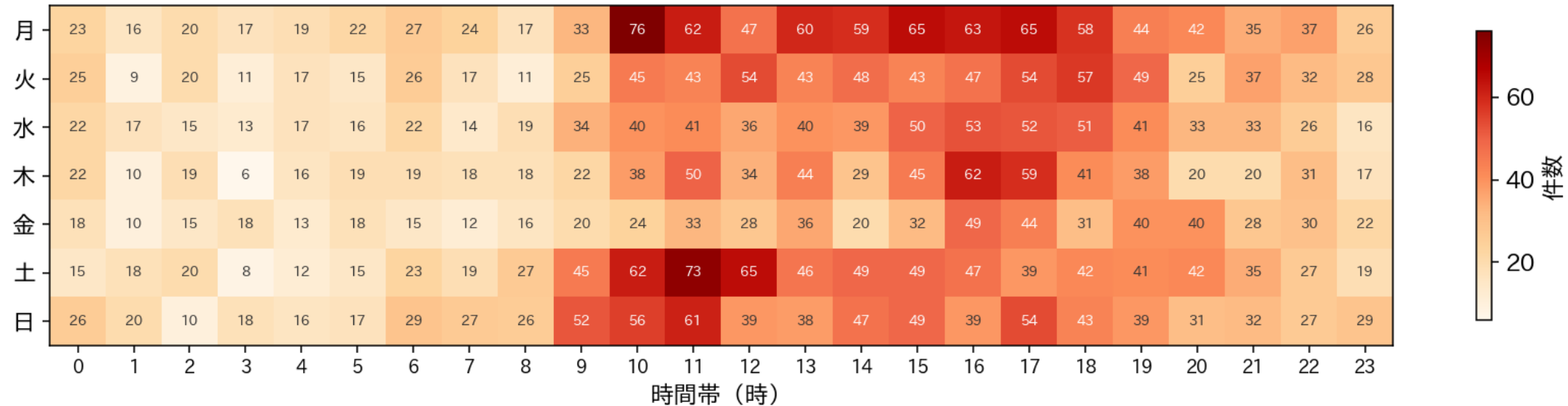


データの限界：不搬送は年齢未記録のため85歳以上に絞れない。以降は搬送者を分母とする。

搬送困難はいつ起きているか（全県・85歳以上）

✓ 活用データ: 救急搬送人員データ

【全県】85歳以上 搬送困難の発生分布（時間帯×曜日・件数）



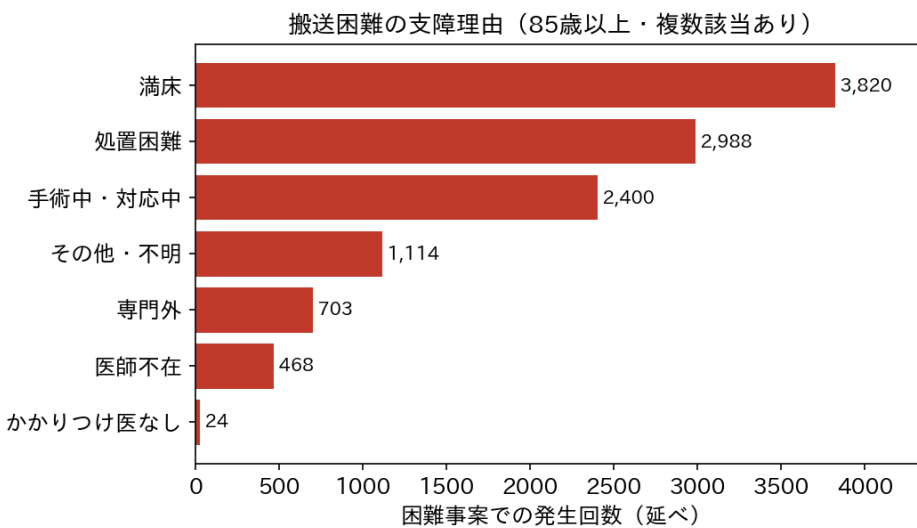
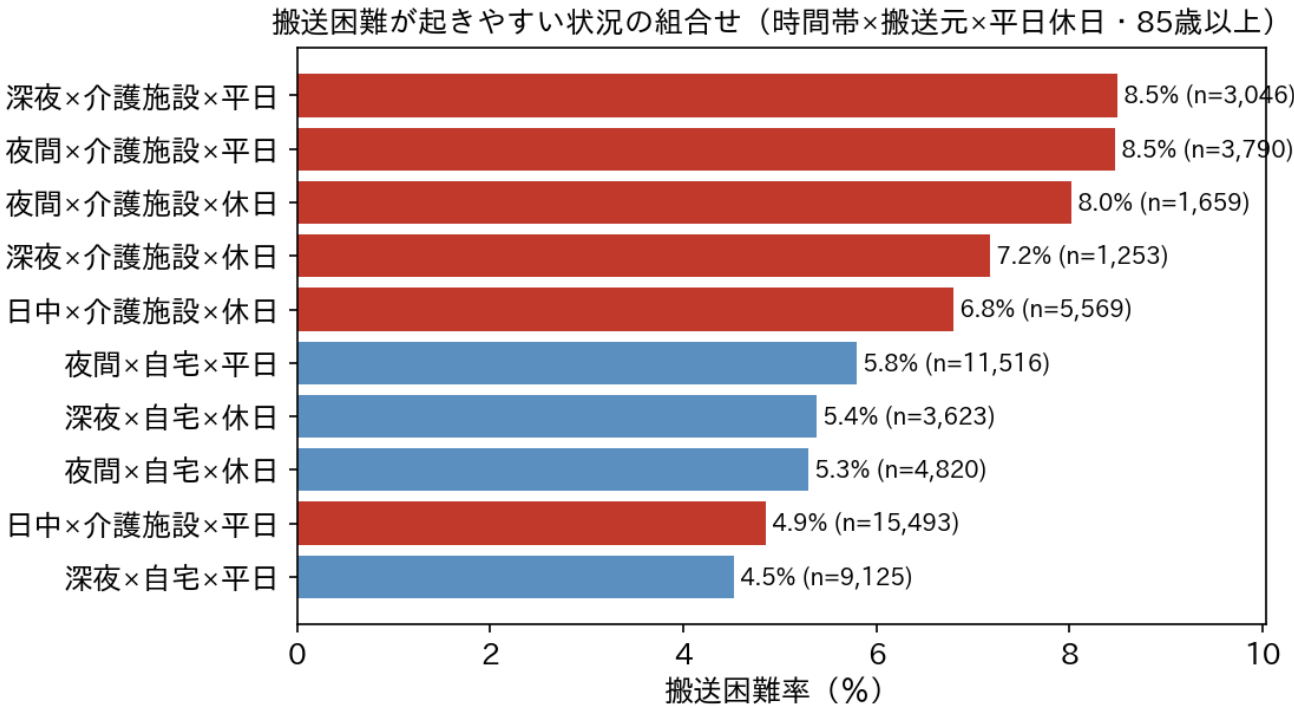
時間帯×曜日 別 搬送困難（実数・困難率）

時間帯\曜日	月	火	水	木	金	土	日	計
深夜	168 (5.9%)	140 (5.5%)	136 (5.4%)	129 (5.3%)	119 (4.9%)	130 (5.2%)	163 (6.4%)	985 (5.5%)
日中	547 (4.3%)	413 (3.5%)	404 (3.6%)	401 (3.5%)	302 (2.6%)	502 (4.7%)	461 (4.8%)	3030 (3.8%)
夜間	242 (6.8%)	228 (6.6%)	200 (5.9%)	167 (5.1%)	191 (5.8%)	206 (5.7%)	201 (5.9%)	1435 (6.0%)

搬送困難の定義：受入照会4回以上 かつ 現場滞在30分以上。搬送困難件数は日中に多いが、搬送困難割合は夜間・深夜で高い。

最も困難な状況の組合せと支障理由

✓ 活用データ: 救急搬送人員データ



議論の問い

施設からの夜間・深夜搬送に備えた病床確保・専門対応の地域分担が論点になる。

『介護施設発×夜間・深夜』の搬送困難割合が高い（8.5%）。支障理由は満床・処置困難・手術中が主因。

構想区域ごとのMDC別入院患者数（DPC・実数、色濃淡＝区域内構成比）

構想区域	計	01 神経	02 眼	03 耳鼻	04 呼吸	05 循環	06 消化	07 筋骨	08 皮膚	09 乳房	10 内分	11 腎尿	12 女性	13 血液	14 新生	15 小児	16 外傷	17 精神	18 他
横浜	325,913	21193 6.5%	17336 5.3%	12046 3.7%	35607 10.9%	35686 10.9%	69446 21.3%	19769 6.1%	4615 1.4%	4821 1.5%	10533 3.2%	28282 8.7%	18377 5.6%	7850 2.4%	6056 1.9%	1047 0.3%	27651 8.5%	617 0.2%	4981 1.5%
川崎北部	68,020	4183 6.1%	4136 6.1%	2396 3.5%	7224 10.6%	6713 9.9%	14923 21.9%	3573 5.3%	910 1.3%	1054 1.5%	1915 2.8%	5903 8.7%	4793 7.0%	1648 2.4%	1903 2.8%	356 0.5%	5236 7.7%	87 0.1%	1067 1.6%
川崎南部	59,666	3147 5.3%	3434 5.8%	2287 3.8%	6560 11.0%	6686 11.2%	13090 21.9%	3420 5.7%	771 1.3%	787 1.3%	1703 2.9%	5119 8.6%	4296 7.2%	1303 2.2%	1328 2.2%	251 0.4%	4454 7.5%	104 0.2%	926 1.6%
相模原	57,569	3432 6.0%	3390 5.9%	1987 3.5%	6199 10.8%	5774 10.0%	12787 22.2%	3175 5.5%	2188 3.8%	839 1.5%	1447 2.5%	4690 8.1%	3323 5.8%	1283 2.2%	1087 1.9%	336 0.6%	4604 8.0%	64 0.1%	964 1.7%
横須賀・三浦	67,063	4264 6.4%	3107 4.6%	2510 3.7%	8278 12.3%	8889 13.3%	14082 21.0%	3390 5.1%	1028 1.5%	876 1.3%	2061 3.1%	6330 9.4%	2670 4.0%	1905 2.8%	736 1.1%	133 0.2%	5443 8.1%	110 0.2%	1251 1.9%
湘南東部	64,142	3922 6.1%	3210 5.0%	2790 4.3%	7354 11.5%	6882 10.7%	14135 22.0%	3345 5.2%	1103 1.7%	859 1.3%	2309 3.6%	5922 9.2%	3062 4.8%	1355 2.1%	918 1.4%	264 0.4%	5512 8.6%	98 0.2%	1102 1.7%
湘南西部	48,854	3197 6.5%	2597 5.3%	1877 3.8%	5822 11.9%	5157 10.6%	11035 22.6%	2692 5.5%	644 1.3%	832 1.7%	1291 2.6%	4098 8.4%	2188 4.5%	957 2.0%	679 1.4%	112 0.2%	4748 9.7%	54 0.1%	874 1.8%
県央	71,447	4431 6.2%	3990 5.6%	2635 3.7%	8280 11.6%	7014 9.8%	15813 22.1%	3895 5.5%	1480 2.1%	1076 1.5%	2087 2.9%	6277 8.8%	3590 5.0%	1570 2.2%	1232 1.7%	258 0.4%	6365 8.9%	107 0.1%	1347 1.9%
県西	29,895	2123 7.1%	1915 6.4%	1261 4.2%	3501 11.7%	3463 11.6%	6054 20.3%	1696 5.7%	301 1.0%	387 1.3%	802 2.7%	2715 9.1%	1156 3.9%	691 2.3%	439 1.5%	96 0.3%	2688 9.0%	31 0.1%	576 1.9%

出典：DPC公開データR6（二次医療圏＝構想区域別 MDC別件数）。各セル上段＝実数・下段＝区域内構成比％。色濃淡も構成比（濃いほど高い）。MDC＝主要診断群（05循環器・06消化器・04呼吸器 等

議論の問い

同じ割合でも区域ごとに患者数の絶対値は異なる。各区域の急性期拠点に求める診療機能をどう考えるか。

急性期拠点機能：人口での目安 2～4か所

✓ 活用データ：病床機能報告, DPCデータ

参考

・▲地域では、急性期入院料を算定する病院のうち、急性期拠点機能、高齢者救急機能/地域急性期機能を担う医療機関について、手術実績・DPC6カバー(患者受入体制)の広さ・救急搬送数・地理的空白(病院所在地)のどれを重視し、役割分担するのが適切か。

病院名	許可病床	手術(年)	全麻(年)	救急車受入	予定外救急入院	DPC6	三次救急	充実加算	最古築年
▲大学病院※	1,093	14,155	6,980	5,117	5,137	119	●		2014
▲▲病院	400	5,510	3,156	8,238	4,768	65			2020
○病院	458	4,481	2,478	6,197	3,518	70			—
○○病院	212	2,199	1,221	1,696	983	30			2012
○○○病院	157	1,118	347	1,569	645	17			2005
■病院	199	1,721	830	1,244	840				2005
■■病院	161	2,202	944	1,566	1,337				1993
■■■病院	72	297	270	805					1979
□病院	225	1,244	452	2,147	1,066				—
□□病院	132	695	421	1,360	803				2001
□□□病院	59	320	204	1,809	340	8			2007
★病院	51	587	535	1,066	350	7			1988
★★病院	133	1,224	30	5	242	7			1992
★★★病院	192	105	0	5	1	1		●	1988
●病院	84	98	60	567	248	6			2015

急性期拠点機能の検討
する際の参考データ

急性期拠点機能：人口での目安 2～4か所

✓ 活用データ：病床機能報告, DPCデータ

・▲地域では、急性期入院料を算定する病院のうち、急性期拠点機能、高齢者救急機能/地域急性期機能を担う医療機関について、手術実績・DPC6カバー(患者受入体制)の広さ・救急搬送数・地理的空白(病院所在地)のどれを重視し、役割分担するのが適切か。

	医療機関名	手術 総数	全身 麻酔	がん 手術	化学 療法	PCI	脳卒 中 処置	高度 処置	救急 加算	救急 車 搬送	予定 外 救急	総退 院 数	高度 急性 期 床	稼働 率%	DPC6 カバ	DPC 退院 数	在院 日数	フラグ
1	●病院	14155	6980	2166	3689	357	266	653	3562	3407	5137	33155	108	79.9	189	25235	10.8	救/特
2	▲病院	5510	3156	589	1115	498	260	115	4575	2490	4768	13887	48	85.2	100	10000	10.8	支
3	◆病院	4481	2478	490	568	140	0	55	3763	2892	3518	13561	0	0	0	0	0	充
4	■病院	2199	1221	383	689	60	0	0	1247	385	983	4694	0	0	0	0	0	充
5	○●病院	297	270	0	10	0	0	0	245	0	441	869	0	0	0	0	0	充
6	△▲病院	105	0	0	15	0	0	0	62	0	1	153	0	60.9	0	0	0	充
7	□■病院	2202	944	131	234	0	0	0	1388	383	1331	4381	0	92.2	43	2397	8.1	充

急性期拠点機能の検討
する際の参考データ

・指標は病床機能報告R6・DPC公開データR6（年間）。手術総数/全身麻酔/がん手術/化学療法/PCI/脳卒中処置(t-PA+脳血管内+超急性期脳卒中)/高度処置(人工心肺+PCPS+IABP)/救急医療管理加算/予定外救急入院/高度急性期病床/病床稼働率/DPC6カバー(受入の広さ)/DPC退院数(DPC対象の年間退院患者数)/平均在院日数。総退院数=病床機能報告の年間退院患者数(全病棟)。救急車搬送・DPCIはDPC公開データ。

・フラグ：救=救命救急センター・充=急性期充実体制加算・特=特定機能・支=地域医療支援。順位=複合スコア順、目安数=人口÷20～30万。

在宅医療の需給（75歳以上人口あたり）

✓ 活用データ: 在支診・在支病に関する報告 等

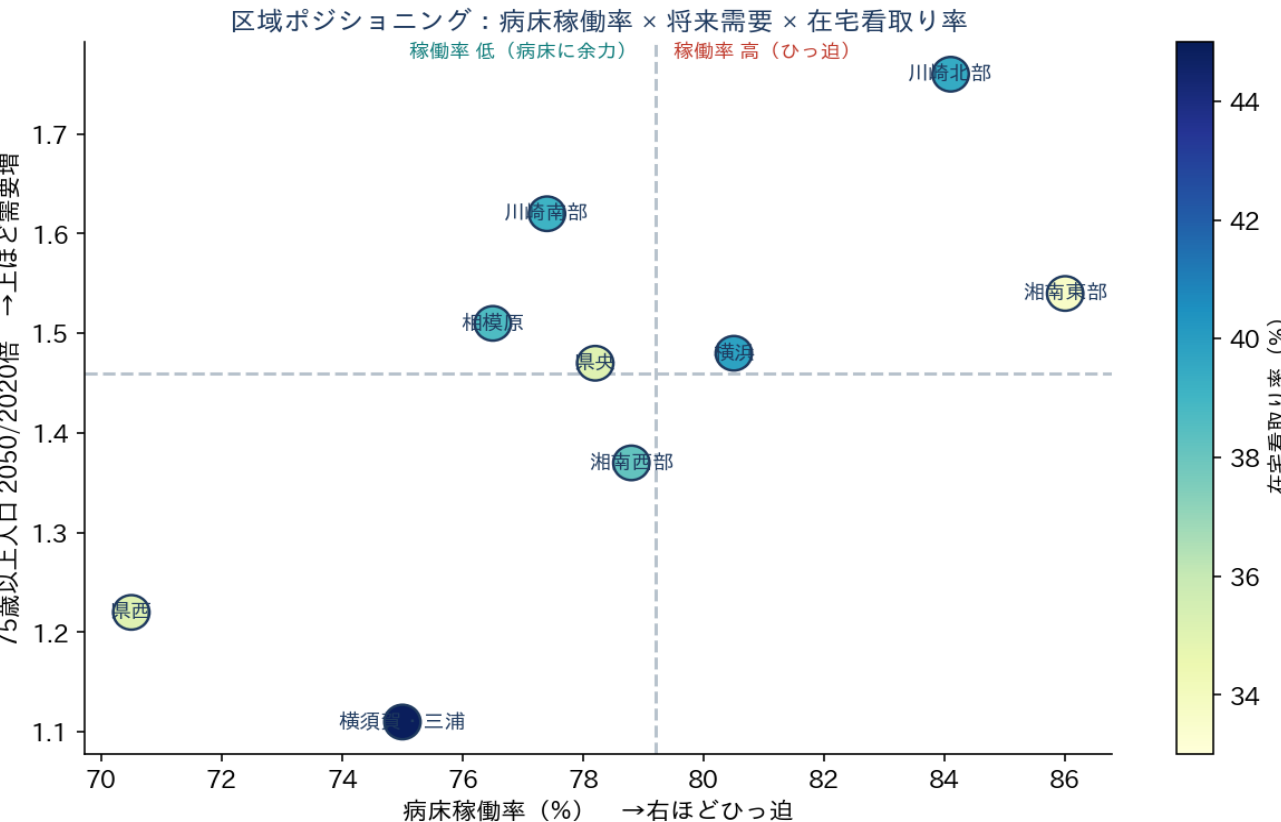
構想区域	75歳以上人口	訪問診療 /人	往診 /人	在支診 10万対	訪看ST 10万対	看護職員 10万対	在宅看取り率%	機能強化%
全県	1,380,197	1.78	0.23	68.3	76.7	472.2	40.3%	9.4%
横浜	549,435	1.81	0.26	74.1	82.1	526.8	41.3%	9.8%
川崎北部	105,048	2.14	0.29	70.4	78.1	615.4	30.5%	7.3%
川崎南部	69,874	2.74	0.32	93	75.9	405.4	45.4%	7.5%
相模原	111,904	1.51	0.2	45.6	86.7	521.3	42.5%	3.1%
横須賀・三浦	135,843	1.77	0.25	70.7	56.7	277.7	48.3%	13%
湘南東部	112,940	2.01	0.26	81.5	80.6	462.6	25%	13.2%
湘南西部	100,973	1.43	0.16	60.4	65.4	449.3	47.6%	18.2%
県央	130,082	1.34	0.13	53.8	76.9	404.9	45.2%	6%
県西	64,098	1.56	0.15	42.1	65.5	359.3	36.4%	7.1%

訪問診療・往診はNDBオープンデータ（レセプト全数, 年間算定回数）。在支診/訪看はR6年報告書。在宅看取り率＝在支診・在支病で診ている患者のうち、自宅死亡/全死亡。地域ごとのばらつきよりも医療機関ごとのばらつきが極めて大きい。

区域ポジショニング

稼働率 × 将来需要 × 在宅看取り

✓ 活用データ：
病床機能報告、在支診・在支病に関する報告 等



右上：高稼働×需要増

川崎北部・湘南東部。病床ひっ迫が将来悪化。在宅整備を急ぐ。

左下：低稼働×需要頭打ち

県西・横須賀三浦。病床に余力。在宅・施設へのシフト余地。

左上：余力あり×需要増

川崎南部・相模原。余力を在宅と病床転換で吸収する好機。

在宅看取りの濃淡

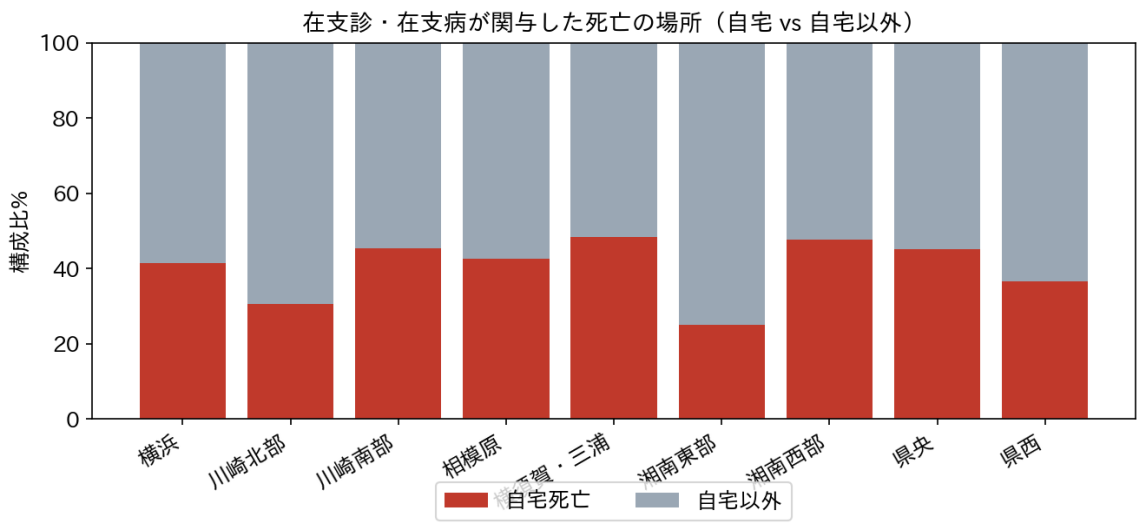
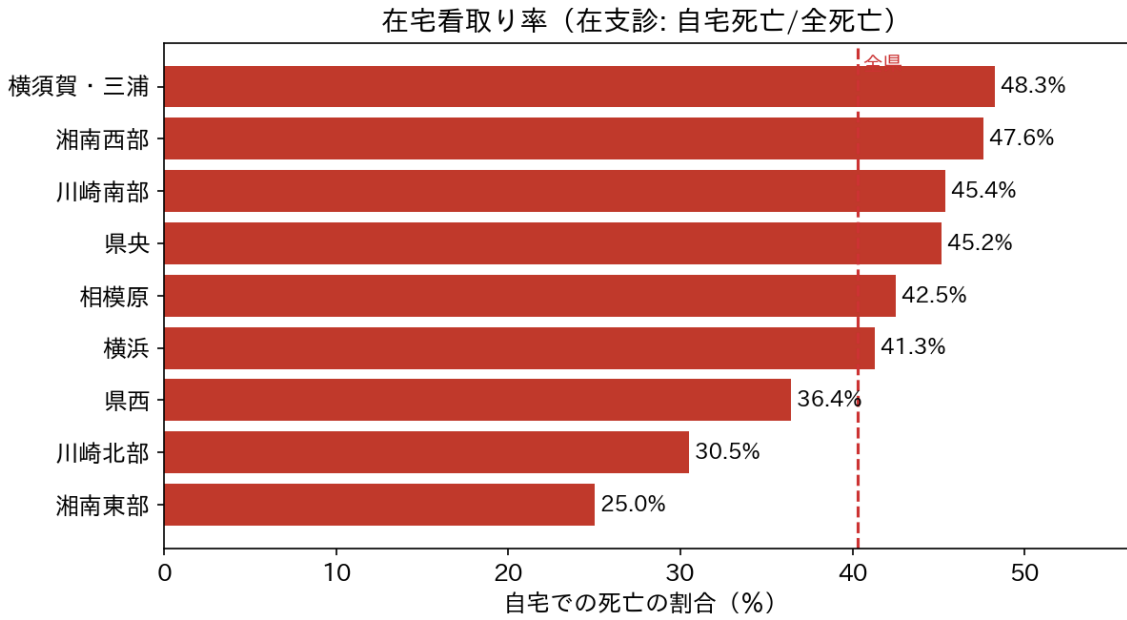
色が濃いほど在宅看取り率が高い。横須賀三浦は余力＋看取り力あり。

議論の問い

構想区域の将来的な人口動態、および現在の医療資源を考慮し、病床転換・在宅整備・看取り強化等のうち何を優先するかを分けて議論できないか。

自宅での看取りはどれだけ実現しているか

✓ 活用データ: 訪問看護実施状況報告



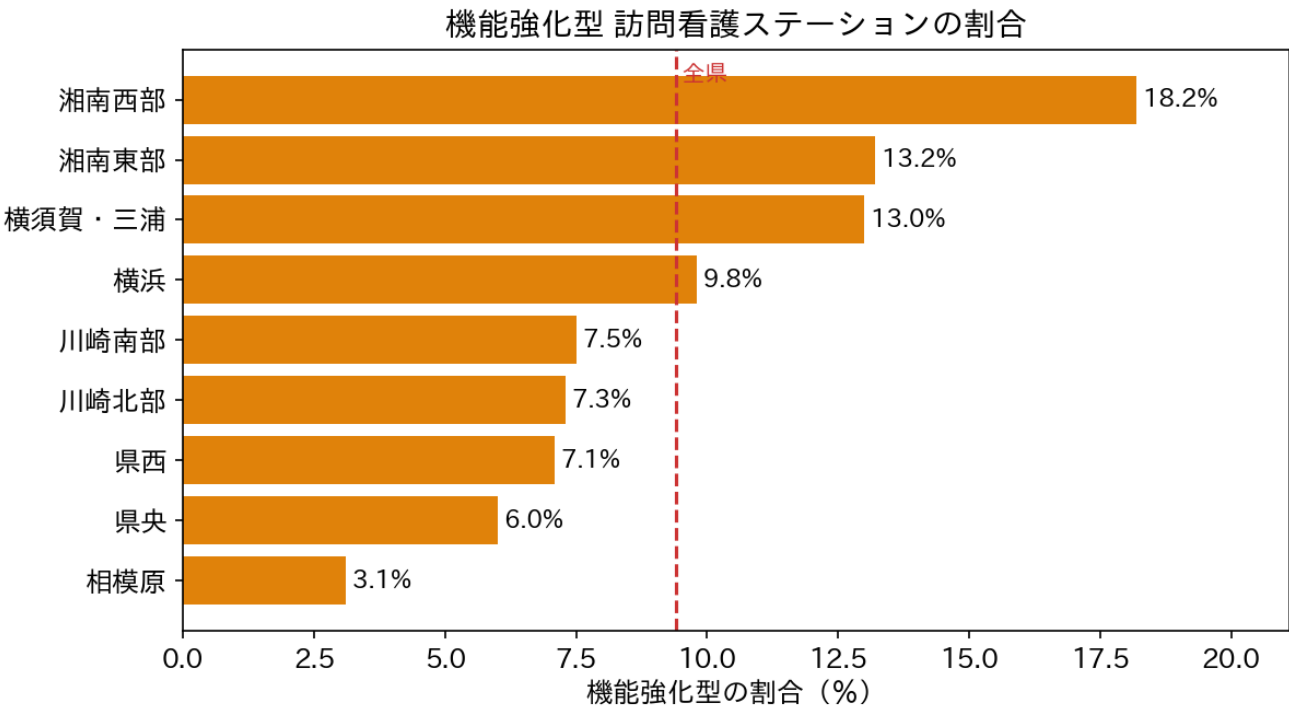
在支診・在支病が自院で診ている患者の年間の全死亡のうち自宅死亡の割合（在宅看取り率）。湘南東部や川崎北部は低く、横須賀・三浦、湘南西部で高い。

議論の問い

在宅看取り率の低い区域で、急変時対応・看取り支援の体制に課題はないか。

機能強化型・24時間・精神対応

✓ 活用データ: 訪問看護実施状況報告



機能強化型は湘南西部で高く相模原で低い。24時間・精神対応の体制差も在宅の受け皿に影響。

構想区域	ST数	機能強化 %	24時間 %	精神対応
横浜	451	10%	84%	336
川崎北部	82	7%	91%	53
川崎南部	53	8%	74%	38
相模原	97	3%	84%	71
横須賀・三浦	77	13%	82%	54
湘南東部	91	13%	84%	70
湘南西部	66	18%	92%	52
県央	100	6%	76%	64
県西	42	7%	83%	17

議論の問い

機能強化型・24時間対応の少ない区域で、在宅の受け皿の底上げをどう図るか。
訪問看護ステーションはサービス提供力に大きなばらつきがみられる。