現行の大阪府地域医療構想と新たな地域医療構想について

資料１－１

■現行の大阪府地域医療構想（H28.3策定）

◆ **病床機能の分化・連携を中心に取組を推進**
◆ 医療計画の記載事項の１つとして位置づけ

＜背　景＞

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、増加する高齢者医療需要に対応するため、あるべき医療体制の姿やその実現に必要となる施策の方向を示す

＜具体的な取組＞

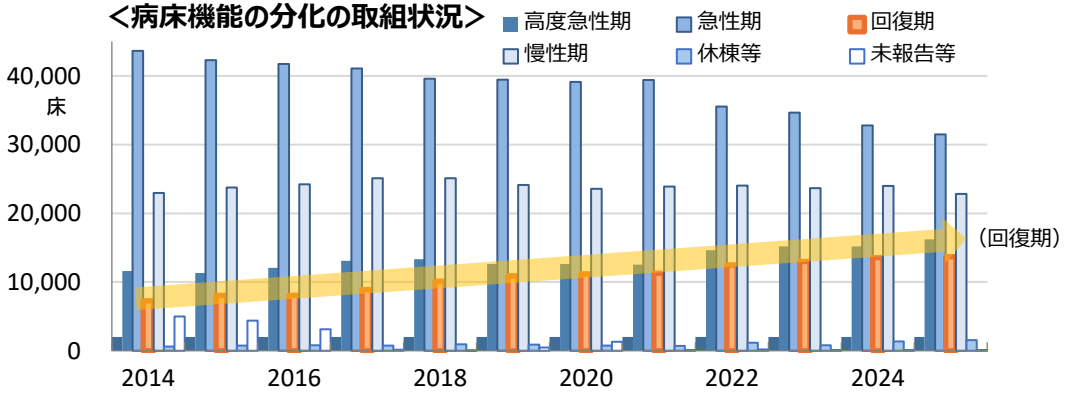
○ 一般・療養病床について、病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの将来の医療需要及び病床数の必要量を推計し、病床の機能分化・連携を促進

※急性期報告病床について、府独自に診療実態分析を行い、重症急性期と地域急性期に分類

※病床割合に着目し、各機能の割合に近づけるよう取組を推進

○ 病床機能報告、NDBデータ、全一般病院から提出いただく病院プラン等により、府独自の診療実態分析を実施

＜病床機能の分化の取組状況＞



⇒約10年間で回復期報告病床は約6,400床増加

■国が示す新たな地域医療構想（R8年度以降策定・取組開始）

◆ 病床機能の分化・連携の取組は引き続き推進
◆ 病床だけでなく、**医療機関機能に着目した連携・再編・集約化**や、**外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に向けた取組を推進**
◆ 医療計画の上位概念として位置づけ

＜背　景＞

○ 2040年の医療を取り巻く状況・課題として、
・85歳以上の高齢者の増加により、高齢者救急や在宅医療の需要の増加への対応が求められる
・さらなる生産年齢人口の減少に伴い、人材確保に係る制約が増す

○ 全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じ入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築が必要

＜取組の方向性＞

① 構想区域の点検・見直し
・医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築の議論や、必要病床数の運用の単位として、人口20万人以上を基本に設定

② 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担の明確化
・医療機関機能の確保のあり方を地域で協議
（急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）

③ 病床機能の区分の見直し
・「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

④ 外来・在宅、介護連携等も対象とする
医師確保計画、外来医療計画とも整合を図る

⑤ 精神医療についても位置づけ（R10～）

医療機関機能

医療機関機能（国ガイドライン）

＜各医療機関機能に求められる機能等（国が示すもの）＞

医療機関機能	求められる機能	
急性期拠点機能 ※推計人口20~30万人に１箇所目安	・救急医療の提供 ・手術等の医療資源を多く要する医療の幅広い総合的な提供	・災害医療、新興感染症対応、医育、地域の医療機関への人的協力、政策的に必要な医療等
高齢者救急・地域急性期機能	・高齢者をはじめとした救急搬送の受入 ・入院早期からのリハビリテーションの提供	・協力医療機関として介護施設等と連携 ・高齢者施設等からの外来患者の診療への対応 ・大都市等においては一定の急性期医療を継続して提供
在宅医療等連携機能	・地域での在宅医療の実施 ・他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応 ・急変時の入院対応の受入先としてのバックベッドの確保	・休日・夜間等において診療所のみで困難な場合の往診等の実施 ・専門性の高い在宅医療も含めた訪問診療の実施 ・訪問看護の提供や訪問看護ステーションとの連携 ・連携する診療所等との定期的なカンファレンスや患者情報の共有 ・高齢者施設の協力医療機関としての積極的な役割
専門等機能	・集中的な回復期リハビリテーション ・中長期にわたる入院医療	・有床診療所の担う地域に根差した診療 ・特定の診療領域における手術等の提供
医育及び広域診療機能 (大学病院本院)	・都道府県と連携した人的協力 ・症例数が少ない医療などの広域な観点での診療	・地域で多様な症例に対応する人材の育成

国としては、全国的に、**高齢者救急や在宅医療の需要は増加**、**手術等の急性期医療の需要は減少**が見込まれる中、**「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担の明確化**をめざす

国ガイドラインでは、以下のとおり記載されている。

・**急性期拠点機能**を担う医療機関については、地域の役割分担の中で、**他の医療機関が担うべき高齢者救急等の症例を必要以上に対応していくことは適切ではなく**、地域において求められる総合的な急性期入院医療の提供を維持できる範囲で、**ダウンサイズを行うことが求められる**。

・高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関については、急性期拠点機能を担う医療機関との役割分担を踏まえ、患者の減少がみられる場合等について、地域の実情に応じダウンサイズを行っていく必要がある。

・**入院医療需要が長期的に減少していくことが見込まれる中、全体としてダウンサイズを進めることが求められる。**

大阪独自の医療機関機能の考え方 と 構想策定後の取組

○2040年に向けて、全国的に、**高齢者救急等の増加が見込まれているが、府においては、緊急性の高い救急や高度な手術の需要も引き続き増加**。
⇒急性期医療の需要に対応しつつ、高齢者救急の受け皿も確保していくため、**府独自の医療機関機能分類に基づき、医療機関機能を見える化**。

○一方、**今後、医療需要の変化や外科系を中心とした医療の担い手確保が課題**となってくる。
⇒限られた医療資源のもと医療需要に対応していくため、**医療機関の役割分担や地域の状況に応じた連携・再編・集約化について地域で協議。**

■大阪府における医療機関機能

緊急性の高い救急の受入や高度な手術等の医療資源を多く要する医療

…府域においては、医療需要が引き続き増加

▶**【急性期拠点機能】と【準急性期拠点機能】を担う医療機関により体制を確保**

- 緊急性の高い救急受入や高度手術等を休日夜間も含め、幅広く総合的に提供
- 地域への人的協力や政策医療を提供

府独自
- 緊急性の高い救急受入や高度手術等（総合的な提供までは求めない）

高齢者に多い救急搬送の受入や早期リハビリテーションの提供

…府域においては、医療需要が大幅に増加

▶**【地域急性期機能】と【準急性期拠点機能】を担う医療機関により体制を確保**

府独自
- 軽度の急性期患者を中心とした救急の受入・手術、早期リハビリの提供等
※準急性期拠点の基準に該当しない医療機関

府独自
- 緊急性の高い救急受入や高度手術等に加え、左記(高齢者救急の受入等)も担う
※準急性期拠点の基準に該当する医療機関

▶**【専門等機能（回復期リハ特化型・慢性期特化型・特定領域型）】**との連携
▶**【在宅医療等連携機能】**は、病院によっては他の機能を担う病院が兼ねる(専門等機能を除く)

■構想策定後の取組

●**地域での協議**（病院連絡会、保健医療協議会等）**を通じて、各医療機関の役割分担、**
地域の状況に応じた**連携・再編・集約化の協議を促進**

＜役割分担、連携・再編・集約化の例＞
・高齢化によりさらなる需要が見込まれる**高齢者救急の受入**や**早期リハビリを行う医療機関の確保・見える化**
・急性期拠点機能等を担う医療機関への**上り搬送**
これら医療機関からの急性期経過後の患者の速やかな**下り搬送**
・疾患領域や時間帯等での**救急の受入や手術等の分担や集約化**

●**地域での協議では、医療関係者と、**
・医療需要や医師確保等の状況の**「圏域の絵姿」**
・**「医療機関の診療実態」**に係る分析結果　**を共有**

➡**役割分担や連携・再編・集約化に向けて検討・協議**

急性期拠点機能（標準指標）

8月20日第62回
大阪府医療審議会資料・一部改

【求められる機能】

緊急性の高い救急医療の提供や高度な手術等の医療資源を多く要する医療について、休日夜間も含め、幅広く総合的に提供するとともに、
地域への人的協力や政策医療等を提供

府で設定する急性期拠点機能の標準となる指標（以下の１～５を全て満たす）

以下の１、２は詳細な内訳（時間外・休日夜間、診療領域別）についても確認

指標	考え方	備考
１． 救急車受入件数：年間2,000件以上	国が示す量的指標	件数は、急性期病院A入院基本料の要件を基に府で設定
２． 全身麻酔手術件数：年間2,000件以上		件数は、急性期総合体制加算1～3の要件を基に府で設定
３． 下記の（１）～（３）のうち、<u>２つ以上満たしていること</u> （１）救急の実施基準の脳外科手術に該当かつ脳血管疾患の診療実績あり （２）救急の実施基準の心大血管手術に該当かつ心血管疾患の診療実績あり （３）救急の実施基準の消化器外科手術に該当かつ消化器疾患の診療実績あり ※なお、準急性期拠点機能の診療実績の要件について満たすこと ((1)：12件以上、(2)(3)：それぞれ50件以上）	各疾病事業に関する拠点となっていることに加え、幅広い疾患への総合的な対応が可能か	救急の実施基準：大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準
４． 下記のうち１つ以上を担っていること ・がん診療連携拠点病院　　・災害拠点病院 ・第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関 ・総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター ・小児地域医療センター、小児中核病院		
５． 基幹型臨床研修病院	医育や地域医療機関への人的協力	―

急性期拠点機能（大学病院本院等の取扱い）

8月20日第62回
大阪府医療審議会資料

○急性期拠点機能については、下記の考え方も考慮し、圏域毎に地域で協議する。

＜大学病院本院や特定機能病院の取扱いについて＞

・国のガイドラインを踏まえ、**自圏域の入院患者割合を確認し、急性期拠点機能の数に反映**してはどうか。

（例：急性期拠点機能を担う病院を２つ決定した圏域において、同圏域に所在する大学病院における自圏域の入院患者割合が全体の約4割の場合、
同圏域の急性期拠点機能は2.4とみなす）

（国ガイドラインより抜粋）
大学病院本院は広域的な医療提供を行うが、区域によっては、地域における二次救急等の急性期医療も実施し、急性期拠点機能に求められるような役割を果たしている場合もある。大学病院本院は、医育及び広域診療機能を報告することとなるが、こうした区域においては、急性期拠点機能を担う医療機関数については、当該大学病院本院の診療実態等を考慮した上で設定する。

・また、**隣接する構想区域に所在する大学病院本院が同圏域の急性期拠点機能を一定担っている場合**についても、
大学病院本院の入院患者割合を確認し、急性期拠点機能の数に反映してはどうか。

（例：堺市の近畿大学病院の影響を南河内の急性期拠点機能の数に反映　等）

＜圏域内での地理的配置の考慮について＞

入院医療は二次医療圏で確保しており、府域では交通網の発達により医療アクセスが一定確保されているため、**必ずしも均一的な配置は必要ではない**と考える。ただし、同程度の実績を有する複数の候補病院から一部の病院を決定する場合で、過度に近接している場合等については、全体的な配置も考慮して決定することも考えられる。

高齢者救急・地域急性期機能（準急性期拠点機能・地域急性期機能）

8月20日第62回
大阪府医療審議会資料・一部改

○府域において引き続き医療需要が見込まれる、**緊急性の高い救急医療の提供や高度な手術等の医療資源を多く要する医療について、急性期拠点機能を担う医療機関のみで対応することは困難**であり、**府独自の分類として、軽度の急性期患者の救急受入等を中心に担う「地域急性期機能」**、当該機能に加えて、**緊急性の高い救急の受入や高度手術等も担う「準急性期拠点機能」**の分類を設ける。

○また、今後、**外科系を中心に医療の担い手不足が課題**となってくる中、限られた医療資源のもと医療需要に対応していくため、**急性期拠点機能や準急性期拠点機能を担う医療機関は、地域の医療資源の状況等を踏まえた連携・再編・集約化に向けた取組が必要**である。

＜府における分類＞	(参考)国の分類（医療機関機能報告）	＜具体的な機能＞
急性期拠点機能	急性期拠点機能	緊急性の高い救急医療の提供や高度な手術等の医療資源を多く要する医療 【休日夜間を含む総合的な提供及び各種拠点機能等】
準急性期拠点機能（ア及びイを担う）	高齢者救急・地域急性期機能	**ア 緊急性の高い救急医療の提供や高度な手術等の医療資源を多く要する医療** 【上記の「休日夜間を含む総合的な提供及び各種拠点機能」までは必須ではない】 脳血管疾患、心血管疾患、消化器疾患、がん、周産期、小児
地域急性期機能（イを担う）		イ 軽度の急性期患者を中心とした救急の受入・手術、早期リハビリの提供等 誤嚥性肺炎等の高齢者に多い疾患、地域に密着した医療　等

府独自で求める機能

- 医療機関機能報告において、高齢者救急・地域急性期機能を報告する医療機関が、後述の準急性期拠点の基準を踏まえて病院プランにて報告
- 準急性期拠点機能は、軽度な急性期患者の受入も含まれ、緊急性の高い救急受入等のみを担うものではない
- 地域急性期機能となる医療機関は、緊急性の高い救急医療等を提供できなくなるものではないが、今後の役割分担を促していく

準急性期拠点機能（基準）

8月20日第62回
大阪府医療審議会資料・一部改

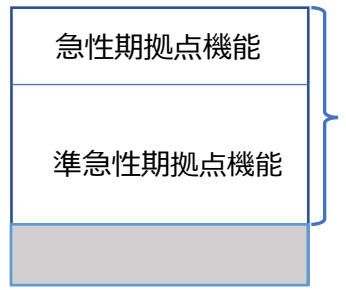
○一部の医療機関においては、外科系を中心に医師等の医療の担い手確保が困難となっており、準急性期拠点機能の基準については、
一定の手術件数を満たすことを要件とすることにより、将来を見据えた医療機関の役割分担を促す。
（地域急性期機能となる医療機関は、緊急性の高い救急医療等を提供できなくなるものではないが、今後の役割分担を促していく）

府で設定する準急性期拠点機能の基準（以下の１～６いずれか１つを満たす）

＜脳血管・心血管・消化器疾患＞

・医療需要が大きく減少する圏域では、医療需要の減少率（南河内の心疾患における内科的手術で約10%減）を踏まえた圏域内シェア※をカバーする手術件数
・医療需要が変化しない又は増加する圏域では、外科医確保などの点からは一定の集約化が求められるため、圏域内シェア※99%をカバーする手術件数

１．脳血管疾患　t-PA件数＋脳外科手術件数＋脳血栓回収術件数 ≧12件/年
２．心血管疾患　心臓血管外科手術件数＋PCI 件数 ≧ 50件/年
３．消化器疾患　消化器外科手術件数＋内視鏡的止血術件数 ≧ 50件/年



＜がん・周産期・小児＞

※今後の各拠点病院のあり方の検討状況を踏まえ、準急性期拠点機能の基準も適宜検討

４．がん　国または府指定がん診療拠点病院
５．周産期　総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター
６．小児　小児中核病院、小児地域医療センター

※圏域内シェア
圏域内の診療実績の多い病院から順に
診療実績数を合算（累積）し、
その合計数が圏域全体の総実績に占める割合
（実績には、急性期拠点機能や準急性期拠点機能を担うか否かに関わらず、府内の全医療機関の実績を含める）

在宅医療等連携機能、専門等機能、医育及び広域診療機能

在宅医療等連携機能

○医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加が見込まれる中、在宅医療等連携機能を担う医療機関においては、**他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応等の後方支援、介護施設と連携して協力医療機関になることが求められる**。
○当該機能は、在宅療養支援病院や在宅療養後方支援病院が担うことが見込まれるが、それ以外に上記の取組を行う医療機関においても担っていくことが考えられる。

専門等機能

○**集中的な回復期リハビリテーションの提供、中長期にわたる入院医療の提供、特定の診療領域における手術等の提供**を行う医療機関が報告
○本機能を報告する医療機関の機能をより明確化したうえで、各機能の確保に向けた協議することができるよう、**府独自で「回復期リハ特化型」、「慢性期特化型」、「特定領域型」の分類を設ける**。

医育及び広域診療機能

○**大学病院本院が担う機能**であり、広域な観点で担う、常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの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を行う。
○府域においては、複数の大学病院本院が各医療機関への人的協力を行っているが、こうした人的協力等が地域医療構想の方向性に沿い、**地域において必要な医療機関機能の確保の方向性と整合的に行われるよう、府内の大学病院と連携した人的協力等について検討する会議体を設置**。今後、府と大学病院本院が連携して、**地域医療構想に沿った人的協力のあり方を検討していく。**

今後の地域での協議の進め方

○府においては、以下のとおり各圏域の保健医療協議会等において、医療機関機能について協議していく。

2026年度（今年度）

8月20日 医療審議会	10月頃 保健医療協議会	12月頃 病院連絡会	2月頃 保健医療協議会
都道府県単位	圏域単位	圏域単位（全ての病院が参加）	圏域単位
各医療機関機能に求める役割(指標等を含む)について検討	**国ガイドラインを踏まえ、府として各医療機関機能に求める役割についてご意見を伺う** ○**<u>各医療機関の診療実績等を確認</u>** ○**<u>「各医療機関機能に求める役割」</u>** (急性期拠点機能の指標や、準急性期拠点機能の基準も含む) **<u>「各圏域で確保していくべき機能」</u>** **<u>等について意見聴取</u>**	○各医療機関の診療実績等を確認 ○「各医療機関機能に求める役割」 (急性期拠点機能の指標や、準急性期拠点機能の基準も含む)、「各圏域で確保していくべき機能」 等について意見聴取 ○**<u>各医療機関の意向を確認</u>** (間に合えば、医療機関機能報告(速報)の報告内容も確認)	○**<u>各医療機関機能に求める役割及び来年度以降の協議の方向性について意見聴取</u>**

2027年度 / 2028年度

2027年度 保健医療協議会等	2028年度 保健医療協議会等
具体的な医療機関を決定	
＜急性期拠点機能＞ 各医療機関の直近の診療実績等に加え、**<u>老朽化や設備、医療従事者の状況、救急車受入件数や全身麻酔手術件数の詳細な内訳、候補となる病院の意向等を確認し、2028年度までに決定</u>** (圏域によっては2027年度中に決定) ＜その他の医療機関機能＞ 各医療機関の報告に基づき決定 (準急性期拠点機能については、府の基準を踏まえご報告いただく)	

大阪府における医療機関機能分類（まとめ）

8月20日第62回
大阪府医療審議会資料・一部改

府における医療機関機能	（参考）国の分類 (医療機関機能報告)	具体的な機能	機能等に係る補足事項
急性期拠点機能	急性期拠点機能	緊急性の高い救急医療の提供や高度な手術等の医療資源を多く要する医療 【休日夜間を含む総合的な提供及び各種拠点機能等】	地域医療構想調整会議での協議を踏まえ、 当該機能を担う医療機関を決定
準急性期拠点機能 【府独自】	高齢者救急・ 地域急性期機能	緊急性の高い救急医療の提供や高度な手術等の医療資源を多く要する医療 【上記の「休日夜間を含む総合的な提供及び各種拠点機能等」までは必須ではない】 （脳血管疾患、心血管疾患、消化器疾患、がん、周産期、小児）	急性期拠点機能とともに左記の医療を担う (軽度の急性期患者の受入も行う) （準急性期拠点機能の基準を踏まえ報告）
地域急性期機能 【府独自】		軽度の急性期患者を中心とした、救急の受入・手術、早期リハビリの提供等 （誤嚥性肺炎等の高齢者に多い疾患、地域に密着した医療　等）	緊急性の高い救急医療等を提供できなくなるものではないが、今後の役割分担を促していく （準急性期拠点機能の基準を踏まえ報告）
在宅医療等連携機能	在宅医療等 連携機能	他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間対応、 入院対応等の後方支援、介護施設と連携して協力医療機関になること	他の機能と兼ねる場合がある （各医療機関が自ら検討を行った上で報告）
専門等機能 **回復期リハ特化型** 【府独自】	専門等機能	集中的な回復期リハビリテーションの提供	他の機能に当てはまらない場合に報告 （各医療機関が自ら検討を行った上で報告）
慢性期特化型 【府独自】		中長期にわたる入院医療の提供	
特定領域型 【府独自】		特定の診療領域における手術等の提供 ※大学病院本院を除く特定機能病院や救急告示医療機関(三次)等の広域的な医療を担う医療機関も当該機能を報告 ※脳卒中や大腿骨骨折等の高齢者において頻度の高い疾患について、休日夜間の救急対応も含めて多く対応している場合は、準急性期拠点機能又は地域急性期機能を報告	
医育・広域診療機能	医育・ 広域診療機能	希少性の高い疾患に対する医療等、広域な観点での診療の提供に加え、 人的協力や人材育成について府と密な連携体制のもと、地域医療構想を推進	大学病院本院が報告

【病床のダウンサイズについて】

・**急性期拠点機能**を担う医療機関は、**地域の役割分担の中で、他の医療機関が担うべき高齢者救急等の症例を必要以上に対応していくことは適切ではなく**、地域において求められる総合的な急性期入院医療の提供を維持できる範囲で、**ダウンサイズを行うことが求められる**。

・高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関との役割分担を踏まえ、患者の減少がみられる場合等について、地域の実情に応じダウンサイズを行っていく必要がある。

・**入院医療需要が長期的に減少していくことが見込まれる中、全体としてダウンサイズを進めることが求められる。**

大阪府における医療機関機能のイメージ

入院医療（医療機関機能）

↔：上り・下り搬送等の患者の転退院での連携

専門等機能（回リハ特化型）
を担う医療機関

緊急性の高い救急医療や高度な手術等の提供

高齢者に多い救急搬送の受入・回復期リハの提供

慢性期医療の提供

夜間休日も含め幅広く総合的な医療を提供

急性期拠点機能
を担う医療機関

準急性期拠点機能
を担う医療機関

準急性期拠点機能
を担う医療機関

準急性期拠点機能
を担う医療機関

専門等機能（特定領域型）
を担う医療機関

地域急性期機能
を担う医療機関

地域急性期機能
を担う医療機関

地域急性期機能
を担う医療機関

地域急性期機能
を担う医療機関

専門等機能（慢性期特化型）
を担う医療機関

専門等機能（慢性期特化型）
を担う医療機関

専門等機能（慢性期特化型）
を担う医療機関

専門等機能（特定領域型）
を担う医療機関

※病院によっては、**在宅医療等連携機能も兼ねる**（専門等機能を除く）

外来・在宅・介護との連携

紹介・逆紹介



かかりつけ医
かかりつけ歯科医
かかりつけ薬剤師・薬局

通院・訪問診療等

緊急時の受入・退院
（在宅療養患者への後方支援等も含む）



自宅

施設入所者の受入・退院
（協力医療機関等）



介護保険施設等

大阪府と大学病院の連携強化について

参考

- 少子高齢化が加速する中で、限られた医療資源のもと将来の医療需要に対応するためには、地域の医療機関がさらなる機能分化・連携を進めていくことが重要。
- 地域医療構想に基づき、医療機関機能に応じた役割分担を踏まえつつ、どの地域に、どの診療領域の医師を、どの程度重点的に確保するか、検討を進める必要がある。
- 医師の確保にあたっては、医育機能を担う**大学病院本院との連携が不可欠**であり、地域医療構想ガイドラインにおいても以下のとおり示されている。

＜新たな地域医療構想ガイドライン及び医師確保計画ガイドライン（抜粋）＞

・「大学病院機能強化推進事業」における大学や自治体等のトップが参画する協議の場（プラットフォーム）や、特定機能病院の承認要件として「地域への一定の人的協力を行うこと」が追加されたことを活用し、都道府県は大学病院と連携し、地域の医師確保を効果的に行うための方策を検討。

・医師の確保については、医師確保計画等も踏まえ、地域医療構想における医療機関機能の確保の議論と一体的に、大学病院本院との連携を図りながら、地域において持続可能な医療提供体制を支えるために必要な医師確保の方向性を明確にすることが重要。

・具体的な連携にあたっては、都道府県は、構想区域ごと医師の充足状況や医療需要を整理し、大学病院本院と共有することが重要であり、また、大学病院本院は、こうした地域の必要性を踏まえ、教育及び研究への影響も勘案しつつ、急性期拠点機能を担う医療機関等への派遣等について、都道府県と調整。

＜国検討会における都道府県と大学病院による連携の具体例＞

大学病院本院から都道府県へ医局に属する医師数等の情報を共有 → **都道府県は地域医療構想を踏まえ、医師派遣が必要な病院を調整** → **大学病院本院と都道府県で医師の派遣先を調整**

地域医療構想を踏まえた持続可能な医療提供体制の構築に向け、大阪府及び大学病院本院による意見交換の場として**「大阪府・大学病院地域医療共創戦略会議」**を設置し、医師の確保を含む必要な事項について検討を行う。
なお、本会議の概要については、必要に応じ、医療対策協議会、医療審議会及び保健医療協議会等に共有する。

参考資料

（参考）医療機関機能に活用する主な協議データ等

8月20日第62回
大阪府医療審議会資料・一部改

機能	国が求める機能等	国が示す主な協議データ及び役割	府で追加分析を検討しているデータ	データの考え方
急性期拠点機能	○救急医療の提供 ○手術等の医療資源を多く要する医療の幅広い総合的な提供 ○災害医療、新興感染症対応、医育、地域の医療機関への人的協力、政策的に必要な医療等 ※2040年時点における推計人口20~30万人に１箇所	・救急車受入件数 ・各診療領域の全身麻酔手術件数　等	－	国が示す量的指標
		・災害拠点病院 ・医療措置協定の締結 ・三次救急医療施設 ・がん診療連携拠点病院 ・小児・周産期医療において果たしている役割　等	緊急疾患への対応状況（脳血管疾患、心血管疾患、消化器疾患） 政策医療への対応状況（災害、がん、小児、周産期、感染症の各種拠点の指定状況）	各疾病事業に関する拠点となっていることに加え、緊急性を要する救急や高度な手術について、幅広く総合的に対応が可能か
		高度急性期・急性期病床の病床数、稼働率　等	休日・夜間の手術等の実施状況	24時間の救急対応が可能か
		・基幹型臨床研修病院、専門研修基幹施設 ・地域の医療機関への医師派遣　等	－	医育や地域医療機関への人的協力
		・医療従事者の確保の見込み ・建物の築年数（老朽化の状況） ・医療機器の整備状況 ・経営状況、各種補助金や繰入金の活用状況　等	－	設備面や医療従事者の状況
高齢者救急・地域急性期機能	○高齢者をはじめとした救急搬送の受入 ○入院早期からのリハビリテーションの提供 ○協力医療機関として介護施設等と連携 ○高齢者施設等からの外来患者の診療への対応 ○大都市等においては一定の急性期医療を継続して提供	・救急車受入件数　等	・緊急疾患や高度な手術等への対応状況 【準急性期拠点機能関係】 （脳血管、心血管、消化器、がん、周産期、小児）	救急医療や手術への対応状況
		・包括期の病床数 ・地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ・高齢者施設等との連携状況　等	・大腿骨骨折等の手術件数	高齢者に多い疾患への対応状況
		・医師等の医療従事者数、築年数　等	－	設備や医療従事者の状況

（参考）医療機関機能に活用する主な協議データ等

8月20日第62回
大阪府医療審議会資料・一部改

機能	国が求める機能等	国が示す主な協議データ	府で追加分析を検討しているデータ	データの考え方
在宅医療等連携機能	○地域での在宅医療の実施 ○他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間対応 ○入院対応等の後方支援 ○休日・夜間等において診療所のみで困難な場合の往診等の実施 ○専門性の高い在宅医療も含めた訪問診療の実施 ○訪問看護の提供や訪問看護ステーションとの連携 ○連携する診療所等との定期的なカンファレンスや患者情報の共有 ○高齢者施設の協力医療機関としての積極的な役割	・在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ・訪問診療や訪問看護の提供状況　等	・連携の拠点との連携状況や積極的役割を担う医療機関への設定の有無 ・在宅療養後方支援病院	在宅医療・訪問看護の実施状況
		・高齢者施設等との連携状況　等	－	介護施設との連携状況
		・築年数　等	－	設備面や医療従事者の状況
専門等機能	○集中的な回復期リハビリテーション ○中長期にわたる入院医療 ○有床診療所の担う地域に根差した診療 ○特定の診療領域における手術等の提供	・回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料の届出状況　等	－	集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療の提供
		－	・診療領域ごとの手術件数	特定領域における診療の提供
		・有床診療所の病床数・診療料　等	－	有床診療所
医育及び広域診療機能	○都道府県と連携した人的協力 ○症例数が少ない医療等の広域的な観点での診療 ○地域で多様な症例に対応する人材の育成	－ （大学病院本院を想定）		－
機能	国が求める機能等	国が示す主な協議データ	府で追加分析を検討しているデータ	－

「府独自の病院分類（病院の主な役割）」との関係性の整理

8月20日第62回
大阪府医療審議会資料

○府では、地域に必要な医療を持続的に提供していくため、病院が有する病床機能等により独自のカテゴリー分類を設け、病院の分類や機能・役割の見える化を図ってきた。
○**この府独自の病院分類について、新たな地域医療構想における医療機関機能をふまえて置きなおしてはどうか。**

＜これまでの府独自の病院分類の基本的なイメージ＞

病院の主な役割 ＼ 病院分類	特定機能病院	急性期病院	急性期ｹｱﾐｯｸｽ型病院	地域急性期病院	後方支援ｹｱﾐｯｸｽ型病院	回復期ﾘﾊﾋﾞﾘ病院	慢性期病院
①高度医療の提供及び研修、高度医療技術開発等	↕						
②重症患者の救急受入機能（脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療等）	↕	↕	↕				
③地域診療拠点機能（がん、災害、小児、周産期等）	↕						
④サブアキュート機能（大腿骨骨折や肺炎等軽度の急性期患者の受入）【救急、在宅医療の後方支援機能】		↕	↕	↕	↕		
⑤ポストアキュート機能（回復期リハビリ患者の受入）			↕	↕	↕	↕	↕
⑥長期入院が必要な患者の受入			↕		↕	↕	↕

＜府の病院分類＞
- 急性期病院：高度急性期及び急性期の病床が9割以上
- 急性期ｹｱﾐｯｸｽ型病院：高度急性期又は急性期の病床が9割未満
- 地域急性期病院：回復期病床(地域(ﾘﾊﾋﾞﾘ以外))が9割以上
- 後方支援ｹｱﾐｯｸｽ型病院：他の区分に属しない病院
- 回復期ﾘﾊﾋﾞﾘ病院：回復期病床(ﾘﾊﾋﾞﾘ)が9割以上
- 慢性期病院：慢性期病床が9割以上

＜医療機関機能分類に応じた病院分類の基本的なイメージ＞

病院の主な役割 ＼ 医療機関機能	急性期拠点機能	準急性期拠点機能	地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能：回リハ特化型	専門等機能：慢性期特化型	専門等機能：特定領域型	医育及び広域診療機能
Ⅰ.高度医療の提供、技術開発、医育・地域への人的協力等								■
Ⅱ.緊急性の高い救急医療の提供、高度な手術等の医療資源を多く要する医療の提供（夜間休日も含めた幅広い総合的な提供、各種拠点機能等）	■							
Ⅲ.緊急性の高い救急医療の提供、高度な手術等の医療資源を多く要する医療の提供		■						
Ⅳ.サブアキュート 大腿骨骨折や肺炎、地域密着の医療等、軽度の急性期患者の受入・早期リハビリの提供【在宅や介護施設等との連携】			■	■				
Ⅴ.ポストアキュート 急性期治療を脱した患者への回復期リハビリの提供					■			
Ⅵ.長期入院が必要な患者の受入						■		

府独自に、必要な分類を設ける

各機能に必ず求められる役割を濃く着色（特定領域型を除く）

「病院の主な役割」を医療機関機能や新たな構想の考え方を踏まえて整理
Ⅰ：医育・人的協力を追加
Ⅱ、Ⅲ：それぞれ急性期拠点、準急性期拠点機能の区分に応じた役割にする
Ⅳ：早期リハビリや介護連携を追加　等

＜参考＞医療機関機能の報告方法について（国ガイドラインを踏まえ府にて作成。医療機関機能報告の詳細は今後国からマニュアル等で示される予定）

◆医療機関機能報告について

○ 医療機関機能は、**2026年10月から開始する医療機関機能報告**において、**医療機関が各医療機関が現在担う機能及び2040年に向け担う機能を選択し**、都道府県へ報告するものです。

◆個々の医療機関機能について

○ **急性期拠点機能**については、**保健医療協議会等において協議のうえ、2028年度までに決定**し、**決定以降は、決定された医療機関のみが当該機能を報告**することになります。

○ **高齢者・地域急性期機能の中に府独自に分類を設ける「準急性期拠点機能」「地域急性期機能」**については、**高齢者救急・地域急性期機能を報告した医療機関のうち、準急性期拠点機能の基準を踏まえて報告**いただきます。（2027年度以降、病院プランで選択いただくことを想定）

○ **医育及び広域診療機能**については、**大学病院本院のみが報告**することになります。

○ **在宅医療等連携機能・専門等機能**については、**各医療機関が自ら検討を行った上で報告**します。

※ 医療機関機能報告において、**専門等機能は、他の機能にあてはまらない場合に、当該機能のみを報告します。**また、**急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能（準急性期拠点機能・地域急性期機能）は重複して報告することはできない**こととされています。

医療機関機能について特にご意見いただきたい事項

- 医療需要の変化や医療従事者の確保状況等を踏まえ、現状又は将来に向けて、**圏域で確保していくべき機能**
- **圏域として各医療機関機能に求める役割**について、過不足がないか
- **各医療機関機能を担う具体的な医療機関**についてのご意見

病床数の必要量の推計

2040年度の病床数の必要量の推計について

○ 国ガイドラインや支援ツール、近畿大学病院のDPCデータをもとに、近畿大学病院の移転の影響を反映させた、病床数の必要量を算出。
○ 第2次地域医療構想においては、以下のとおり病床数の必要量を取り扱っていく。

＜病床機能について＞

2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの４区分のうち、**従来の「回復期機能」については、「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ビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」及び従来の「回復期機能」を併せて、「包括期機能」**として位置付け。

＜将来の医療需要と病床数の必要量の算出方法＞

2024年の
性・年齢階級別の病床機能別の
入院受療率
※医療機関所在地ベース

×

2040年の性・年齢階級別の
推計人口

＝

2040年の
性・年齢階級別の病床機能別の
推計患者数

（算出に用いる病床稼働率）
高度急性期：79%
急性期：84%
包括期：89%
慢性期：92.5%

2040年の
病床機能別の
病床数の必要量

【病床数の必要量考え方】
①2024年度のNDBデータを用いて、医療資源投入量の多寡等により、病床機能区分ごとの入院受療率を算出
②2040年度の性・年齢階級別人口を乗じることで、現状投影した医療需要を推計
③そのうえで、地域医療構想の取組による効果等を「改革モデル」（次ページ参照）として反映した医療需要を算出、病床稼働率で割り戻し、病床数に変換する。

＜病床の機能分化・連携に向けた協議＞

高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告に当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、**地域での協議においては、高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。**

＜見直しの予定＞

推計人口や入院受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年、2036年に、取組状況等を踏まえて見直し

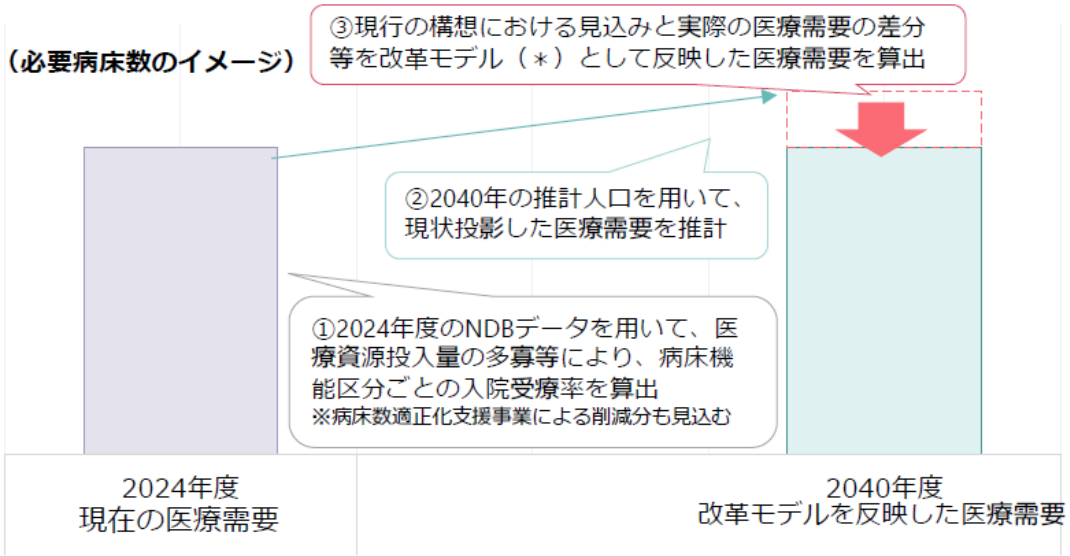
2040年度の病床数の必要量の推計について（改革モデル等）

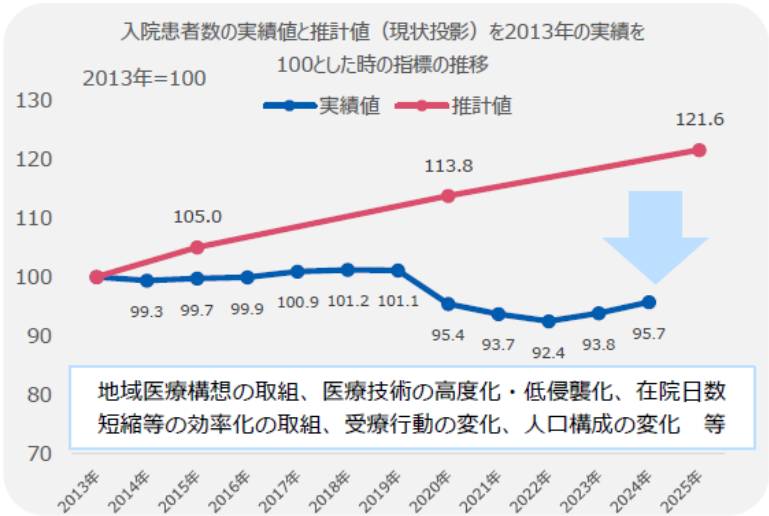
厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」より抜粋

2040年の必要病床数について

必要病床数の考え方

○　2040年の病床機能区分別の必要病床数については、**①2024年度のNDBデータを用いて、医療資源投入量の多寡等により、病床機能区分ごとの入院受療率を算出**し、**②2040年度の性・年齢階級別人口に乗じることで、現状投影した医療需要を推計**、**③その上で、地域医療構想の取組による効果等を改革モデル（＊）として反映した医療需要を算出**、病床稼働率で割り戻し、病床数に変換する。





＊改革モデル

- 入院受療率の低下傾向や、現行の地域医療構想の取組等の効果を反映するため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院受入時からのリハビリ等の提供による、早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現行の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映する。
- 75歳以上の患者のうち４割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていること等に鑑み、急性期の75歳以上の入院患者の５割を引き続き急性期として、残り５割を包括期の需要として見込む 。
- 回リハ病棟入院料を算定する整形外科患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を見込む。
- 病床稼働率について、現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働を高める取組に資するよう算出し、さらに、今後の医療ＤＸ等の取組、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分を見込む。

必要病床数の留意点

○　地域での協議においては、**高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。**

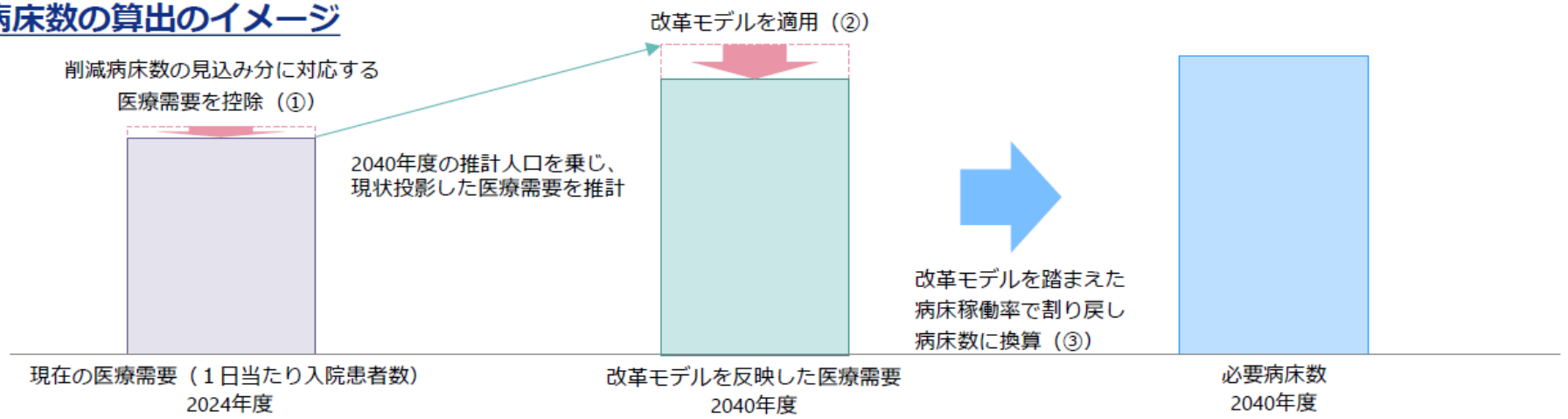
○　人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、**医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年と2036年で見直し**を行う。

2040年度の病床数の必要量の推計について（改革モデル等）

2040年の必要病床数の算出について

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」より抜粋

必要病床数の算出のイメージ



	概要	内容
①	病床数適正化支援事業による削減病床数の見込み分の反映	・令和７年度補正予算による病床数適正化支援事業は、新たな地域医療構想の取組開始前に病床数の適正化に取り組むことを目的としており、当該事業趣旨を踏まえ、病床数削減を前提とした推計を行う。 ・一般病床・療養病床の必要病床数を超える約5.6万床のうち、稼働病床と見込まれる約3.2万床分について、一般病床・療養病床の病床利用率を乗じ、入院患者数に換算。 ・一般病床・療養病床の入院患者数から、上記患者数を控除した場合の減少率を算出し、「１－減少率」を性・年齢階級別の一般病床・療養病床の入院患者数に乗じる。
②	改革モデルの適用 （現行構想の効果の反映）	・現行構想の取組等による効果分として、現行構想策定時の2024年度の推計患者数（現状投影）と2024年度の患者数（実績値）の差分の比率を乗ずる。
	（包括期への移行）	・75歳以上の急性期の入院患者の50%を包括期に移行する。
	（回復期リハの効率化）	・回復期リハビリテーション病棟の入院患者数のうち整形外科分の平均在院日数について、地域包括ケア病棟での平均在院日数との差分の減少を見込む。
③	改革モデルを踏まえた病床数への換算	・現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期78%、急性期 83%、包括期87%、慢性期92%とする。 ・さらに、今後の医療ＤＸ等の取組等による、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分として、高度急性期・急性期＋１%、包括期＋２%、慢性期＋0.5%をそれぞれ加える、

近畿大学病院の機能区分別患者数を踏まえた病床数の必要量の推計

○本来、病床数の必要量は、医療機関単位で推計しないが、近畿大学病院の移転の影響をシミュレーションするため、近畿大学病院のDPCデータを用いて、近畿大学病院のみの病床数の必要量を推計。

○2024年度患者数とガイドラインで設定された病床稼働率等により計算した結果は下表のとおり。

● 医療資源投入量による機能区分別の入院延べ患者数（2024年度）

診療年度	診療年月	2040年度時点の将来推計1日平均延べ患者数							割合（不明を除く）				
		高度急性期	急性期	うち、75歳以上	包括期	慢性期	不明	総計	高度急性期	急性期	うち、75歳以上	包括期	慢性期
2024年度	2024年4月	152.1	262.6	122.9	235.6	0.0	1.7	652.0	23.3%	40.3%	18.8%	36.1%	0.0%
	2024年5月	133.0	264.6	121.7	234.7	0.0	1.9	634.3	21.0%	41.7%	19.2%	37.0%	0.0%
	2024年6月	142.1	268.1	127.8	215.6	0.0	2.5	628.3	22.6%	42.7%	20.3%	34.3%	0.0%
	2024年7月	157.3	276.6	135.5	208.3	0.0	2.7	644.9	24.4%	42.9%	21.0%	32.3%	0.0%
	2024年8月	158.7	282.2	129.7	208.7	0.0	1.8	651.4	24.4%	43.3%	19.9%	32.0%	0.0%
	2024年9月	147.5	264.3	119.0	192.0	0.0	3.3	607.1	24.3%	43.5%	19.6%	31.6%	0.0%
	2024年10月	160.0	262.5	123.2	198.0	0.0	3.4	623.8	25.6%	42.1%	19.8%	31.7%	0.0%
	2024年11月	147.8	271.7	119.8	218.9	0.0	2.8	641.3	23.1%	42.4%	18.7%	34.1%	0.0%
	2024年12月	161.6	293.3	124.1	215.3	0.0	3.2	673.4	24.0%	43.6%	18.4%	32.0%	0.0%
	2025年1月	174.5	302.7	125.7	218.4	0.0	2.6	698.1	25.0%	43.4%	18.0%	31.3%	0.0%
	2025年2月	167.9	297.6	119.8	228.4	0.0	1.2	695.1	24.2%	42.8%	17.2%	32.9%	0.0%
	2025年3月	165.1	285.3	125.5	225.4	0.0	1.8	677.7	24.4%	42.1%	18.5%	33.3%	0.0%
	小計	**155.6**	**277.6**	**124.6**	**216.5**	**0.0**	**2.4**	**652.2**	**23.9%**	**42.6%**	**19.1%**	**33.2%**	**0.0%**

● 病床数の必要量（2040年度）

診療年度	診療年月	2040年時点の病床数の必要量				
		高度急性期	急性期	包括期	慢性期	総計
稼働率の設定		**79.0%**	**84.0%**	**89.0%**	**92.5%**	**-**
2024年度	2024年4月	192.5	239.4	333.8	0.0	765.8
	2024年5月	168.4	242.5	332.1	0.0	743.0
	2024年6月	179.9	243.1	314.1	0.0	737.1
	2024年7月	199.1	248.7	310.1	0.0	757.9
	2024年8月	200.9	258.8	307.3	0.0	767.0
	2024年9月	186.7	243.8	282.6	0.0	713.1
	2024年10月	202.5	239.1	291.7	0.0	733.3
	2024年11月	187.1	252.1	313.3	0.0	752.6
	2024年12月	204.5	275.3	311.7	0.0	791.5
	2025年1月	220.9	285.5	316.0	0.0	822.4
	2025年2月	212.5	283.0	323.9	0.0	819.5
	2025年3月	208.9	265.0	323.8	0.0	797.7
	小計	**197.0**	**256.3**	**313.3**	**0.0**	**766.6**

※病床機能報告における病床数と病床数の必要量とは、算出方法が異なるため一致しないことに留意。

出典：DPCデータ（2024年4月～2025年3月診療分）

2040年度の病床数の必要量の算出結果（豊能・三島・北河内・中河内圏域）

改革モデルについて精査中

○各圏域の2040年度の病床数の必要量は、以下のとおり

※1 国が、病床機能報告の集計結果をもとに、新しい報告の目安（P.30）に当てはめて機械的に算出した病床数（**要精査**）

※2 今後の医療機関の連携・再編・集約化、早期退院や在宅医療・介護との連携、その他効果的・効率的な医療の提供の推進等、地域医療構想の取組による効果等(改革モデル)を反映させた病床数

※3（※2)の改革モデルを反映していない病床数の必要量

構想区域名	機能区分	参考）2024年度 病床数※1	2040年度（改革モデル） 必要病床数※2	各病床機能の割合	参考）2040年度（現状投影） 必要病床数※3
豊能	**機能区分 計**	8,766	**8,800.0**	-	10,672.3
	高度急性期・急性期　計	5,171	**3,535.7**	**40%**	5,058.0
	高度急性期	(397)	(1,366.4)	(16%)	(1,517.6)
	急性期	(4,774)	(2,169.2)	(24%)	(3,540.4)
	包括期	1,494	**2,905.8**	**33%**	2,827.6
	慢性期	2,101	**2,358.6**	**27%**	2,786.7
三島	**機能区分 計**	6,293	**6,743.5**	-	8,181.9
	高度急性期・急性期　計	3,243	**2,407.9**	**36%**	3,573.9
	高度急性期	(907)	(879.8)	(13%)	(970.5)
	急性期	(2,336)	(1,528.1)	(23%)	(2,603.3)
	包括期	1,368	**2,479.1**	**37%**	2,402.7
	慢性期	1,682	**1,856.5**	**28%**	2,205.3
北河内	**機能区分 計**	10,072	**10,234.0**	-	12,368.4
	高度急性期・急性期　計	5,263	**3,798.7**	**37%**	5,822.8
	高度急性期	(262)	(1,306.9)	(13%)	(1,456.7)
	急性期	(5,001)	(2,491.8)	(24%)	(4,366.1)
	包括期	2,371	**3,857.3**	**38%**	3,511.1
	慢性期	2,438	**2,578.0**	**25%**	3,034.4
中河内	**機能区分 計**	5,588	**5,036.9**	-	6,104.7
	高度急性期・急性期　計	2,895	**2,061.9**	**41%**	3,146.6
	高度急性期	(198)	(704)	(14%)	(786.8)
	急性期	(2,697)	(1,357.9)	(27%)	(2,359.7)
	包括期	1,371	**2,048.1**	**41%**	1,856.7
	慢性期	1,322	**926.8**	**18%**	1,101.4

※国から提供のあった策定支援ツールより抜粋（一部追記）

2040年度の病床数の必要量の算出結果（南河内・堺市・泉州・大阪市圏域）

改革モデルについて精査中

○各圏域の2040年度の病床数の必要量は、以下のとおり

※1 国が、病床機能報告の集計結果をもとに、新しい報告の目安（P.30）に当てはめて機械的に算出した病床数（**要精査**）

※2 今後の医療機関の連携・再編・集約化、早期退院や在宅医療・介護との連携、その他効果的・効率的な医療の提供の推進等、地域医療構想の取組による効果等(改革モデル)を反映させた病床数

※3（※2)の改革モデルを反映していない病床数の必要量

構想区域名	機能区分	参考）2024年度 病床数※1	2040年度（改革モデル） 必要病床数※2	各病床機能の割合	参考）2040年度（現状投影） 必要病床数※3	参考）うち近大移転分 必要病床数
南河内	**機能区分 計**	6,017	**5,004.6**	-	6,928.7	▲766
	高度急性期・急性期　計	3,370	**1,460.6**	**29%**	2,873.0	▲453
	高度急性期	(138)	(525)	(10%)	(804.1)	▲197
	急性期	(3,232)	(935.6)	(19%)	(2,068.9)	▲256
	包括期	717	**1,458.1**	**29%**	1,584.5	▲313
	慢性期	1,930	**2,085.9**	**42%**	2,471.3	0
堺市	**機能区分 計**	8,801	**9,878.0**	-	11,012.6	+766
	高度急性期・急性期　計	3,467	**2,878.2**	**29%**	3,597.1	+453
	高度急性期	(194)	(1,076)	(11%)	(980.0)	+197
	急性期	(3,273)	(1,802.2)	(18%)	(2,617.2)	+256
	包括期	1,460	**2,748.5**	**28%**	2,359.1	+313
	慢性期	3,874	**4,251.3**	**43%**	5,056.4	0
泉州	**機能区分 計**	8,328	**8,761.0**	-	10,656.1	
	高度急性期・急性期　計	3,557	**2,458.6**	**28%**	3,604.0	
	高度急性期	(486)	(1,007.8)	(11%)	(1,105.5)	
	急性期	(3,071)	(1,450.7)	(17%)	(2,498.6)	
	包括期	1,744	**2,777.2**	**32%**	2,857.7	
	慢性期	3,027	**3,525.3**	**40%**	4,194.4	
大阪市	**機能区分 計**	31,207	**27,677.6**	-	33,522.6	
	高度急性期・急性期　計	17,120	**11,467.9**	**41%**	16,466.5	
	高度急性期	(1,007)	(4,323.5)	(15%)	(4,815.6)	
	急性期	(16,113)	(7,144.4)	(26%)	(11,650.9)	
	包括期	5,507	**9,001.9**	**33%**	8,535.4	
	慢性期	8,580	**7,207.9**	**26%**	8,520.7	

※国から提供のあった策定支援ツールより抜粋（一部追記）

病床数の必要量の算出結果（大阪府）

改革モデルについて精査中

※1 国が、病床機能報告の集計結果をもとに、新しい報告の目安（P.30）に当てはめて機械的に算出した病床数（**要精査**）

※2 今後の医療機関の連携・再編・集約化、早期退院や在宅医療・介護との連携、その他効果的・効率的な医療の提供の推進等、地域医療構想の取組による効果等(改革モデル)を反映させた病床数

※3（※2)の改革モデルを反映していない病床数の必要量

構想区域	機能区分		【参考】2024年度病床数※1	2040年度病床数の必要量（改革モデル）※2	各病床機能の割合	【参考】2040年度病床数の必要量（現状投影）※3
大阪府	**機能区分　計**		85,072	**82,136**	**－**	**99,447**
	高度急性期・急性期　計		44,086	**30,069**	**37%**	**44,142**
		高度急性期	(3,589)	(11,190)	(14%)	(12,437)
		急性期	(40,497)	(18,880)	(23%)	(31,705)
	包括期		16,032	**27,276**	**33%**	**25,935**
	慢性期		24,954	**24,790**	**30%**	**29,371**

※出典：国から提供のあった策定支援ツール

病床数の必要量を踏まえた「病床機能の分化・連携」について

未定稿

【病床機能の分化・連携】

○ **全圏域において、少なくとも、包括期機能は不足する病床機能となる見込み**

⇒**今後、増加する高齢者救急の受入れや早期リハビリの提供等を担う医療機関を幅広く確保していく必要があり、機能転換を進めていく必要**

○ **圏域によっては、病床数の必要量が既存病床数を下回ることが想定される**

⇒**長期的には、入院医療需要の減少が見込まれる中、地域の実情に応じた病床数の適正化（ダウンサイズ）が求められる**

（加えて、国のガイドラインにおいては、急性期拠点機能を担う医療機関は、地域の役割分担の中で、他の医療機関が担うべき高齢者救急等の症例を必要以上に対応していくことは適切ではなく、地域において求められる総合的な急性期入院医療の提供を維持できる範囲で、病床数の適正化（ダウンサイズ）が求められている。）

○地域での協議を通じた、医療機関の自主的な「病床機能の分化・連携」の取組の促進

＜地域での協議内容＞

・各医療機関の診療実態（病床の利用状況等）や医療機関機能の確保の観点から、圏域で必要となる病床機能について協議

・各医療機関における病床機能の今後の方向性について共有・協議　　等

※ 限られた医療資源のもと持続的な医療提供体制を確保するため、**病床数の必要量に加え、「病床機能の割合」も踏まえ、機能分化を進める**

※ 府として、**引き続き、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床機能の転換等、地域医療構想を推進するために必要な取組を支援**

【留意点】

○ 病床数の必要量と病床機能報告は、算出方法が異なるため、双方の病床数が必ずしも一致するものではない。したがって、**病床機能報告上の病床数と病床数の必要量との数字上の差分について、ただちに病床整備や病床削減するべきものではなく、地域ごとに実際の診療実態等を踏まえて議論していくことが必要**。

○ 改正医療法において、「既存病床数が将来の病床数の必要量を超えることになると認めるときは、増床の許可を与えないことができる」とされた。**病床整備の要否については、基準病床数に加え、病床数の必要量と既存病床数の関係性も踏まえつつ、第２次地域医療構想と齟齬をきたさないよう検討**していく。

（医療の担い手確保が課題となる中、限られた医療資源で医療提供体制を確保していく必要があるところ、病床整備によって、医師等医療従事者や症例の分散等を招くなど、弊害が生じないかどうか、不足する病床機能との整合性など）

（参考）病床数の必要量と病床機能報告について

（地域医療構想策定ガイドラインより）

○必要病床数の設定に当たっては、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出。
このため、医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出したものとなる。

○病床機能報告は、医療機関が有する病床が担う役割を明確化し、病床の機能分化及び連携を推進するために報告するもの。
病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在するが、病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択することとしている。

○このため、医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、必ずしも必要病床数と一致するものではない。

病床数の必要量 2024年度の個々の患者の受療状況をベースに、医療資源投入量等に沿って機能ごと区分したもの ⇒地域における「推計病床数」	病床機能区分	病床機能報告 どの「医療機能」に該当するかの「定義」を踏まえ、病棟ごとに医療機関が判断したもの ⇒地域において「医療機関が表示した機能」
医療資源投入量：3,000点以上 C1：3,000点	高度急性期	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機能
医療資源投入量：600～3,000点未満 C2：600点	急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
・医療資源投入量：～600点未満 ・主としてリハビリテーションを受ける入院患者又はこれに準ずるもの	包括期	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・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ビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能
一般病床又は療養病床における入院患者であって、長期にわたり療養が必要であるもの（主としてリハビリテーションを受ける入院患者又はこれに準ずるものを除く。）	慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」より抜粋

病床機能報告における報告の目安

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
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、診療密度の特に高い医療を提供する機能	• 救命救急入院料 • 特定集中治療室管理料 • ハイケアユニット入院医療管理料 • 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 • 小児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 • 総合周産期特定集中治療室管理料 • 新生児治療回復室入院医療管理料 • 一類感染症患者入院医療管理料
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、医療を提供する機能	• 急性期病院A、B一般入院料 • 急性期一般入院料１～６ • 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） • 専門病院入院基本料（7:1、10:1） • 小児入院医療管理料１～３
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ビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	• 地域一般入院料１～３ • 専門病院入院基本料（13:1） • 有床診療所入院基本料１、４ • 地域包括医療病棟入院料 • 小児入院医療管理料４、５ • 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 • 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 • 特定一般病棟入院料 • 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	• 療養病棟入院料１～２ • 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） • 有床診療所入院基本料２、３、５、６ • 有床診療所療養病床入院基本料 • 特殊疾患入院医療管理料 • 特殊疾患病棟入院料 • 緩和ケア病棟入院料

※　診療報酬改定に伴い入院料等の種類が変更された場合は適宜見直しを行う。

構想区域

新たな地域医療構想における構想区域について

構想区域（現行の地域医療構想）

病床の機能分化・連携の地域単位

〔二次医療圏を原則とし、人口規模、患者の受療動向や、疾病構造の変化、基幹病院へのアクセス時間の変化など、将来の要素を勘案して設定〕

■**病床の必要量（必要病床数）**

機能別の病床数の必要量を推計し、2025年における病床の機能分化・連携を推進

原則一致

二次医療圏（第８次医療計画）

病床の整備（入院医療提供体制の確保）の地域単位

〔人口20万人未満で、流入患者割合20%未満かつ流出患者割合20%以上の圏域は見直し対象〕

■**基準病床数制度**

病床規制により病床の地域偏在を解消

弾力的に設定

疾病事業の医療連携体制を図る地域単位

５疾病５事業及び在宅医療ごとの医療機関の連携の地域単位

〔二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定〕

新たな地域医療構想における構想区域の役割

● **医療機関の連携・再編・集約化など医療体制構築の議論・取組**

【特に「急性期拠点機能」を確保・維持できる単位か】

➡ 人口規模20～30万人を目安に検討

● **必要病床数の運用**

【2040年の機能別の必要病床数の確保に向けて議論できる単位か】

➡ 区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定
（人口推計、医療機関数、医療従事者数、機能別病床数、患者流出入等）

◎ 都道府県が地域の協議を通じ、適切な規模となるよう点検・見直し

※二次医療圏や各疾病事業の地域単位については、がんや循環器、周産期等の地域の医療資源の確保の観点も踏まえ、第９次医療計画に向けて検討

＊医療法改正により、地域医療構想は、令和9年4月以降は医療計画の上位概念となる。

【方向性】構想区域の見直しについて（今後の方向性・考え方）

構想区域の見直しについて

①人口規模や人口構造の変化に伴う医療需要の見通し

・府域において、2040年時点でも人口20万人を下回る区域はない。
・各区域で、今後、高齢者人口が増加し、脳卒中等の緊急的な対応を要する疾患への対応など、住民に身近な地域において医療アクセスを維持する必要。
・一方、小児・周産期、がん等の分野では、医療需要の減少が見込まれ、広域化も含めた検討が必要。

	2025年現在人口 (R7年10月 住基台帳)	2040年推計人口 （R5年 社人研推計）
豊 能	1,062,198人	**1,010,435人**
三 島	755,522人	**708,746人**
北河内	1,108,893人	**960,003人**
中河内	809,348人	**699,006人**
南河内	568,171人	**462,770人**
堺 市	803,642人	**710,676人**
泉 州	853,977人	**737,449人**
大阪市	2,816,246人	**2,585,355人**
大阪府	8,777,998人	**7,874,440人**

②各区域における急性期拠点機能の確保（⇒今後、各区域において検討）

● 総合的な診療機能（急性期拠点機能）を担う医療機関は、各区域において確保可能かどうか。
● 高齢者人口の増加に伴い、脳卒中等の緊急的な対応を要する疾患や、手術を伴わない慢性疾患の増加が見込まれるが、各圏域の二次救急医療機関や、回復期(包括期)・慢性期機能の病床を持つ医療機関において対応が可能かどうか。

（各区域で急性期拠点機能の確保ができる場合）

■ **次期構想においては、現行の構想区域のもとで、医療機関機能の分化・連携のさらなる促進や医師不足地域に対する取組を推進**
■ **ただし、今後の医療提供体制の状況を踏まえ、次期構想策定後も医療計画の改定等に合わせ適宜、構想区域の見直しを検討**

（今後、小児・周産期やがん等の分野において、第９次医療計画に向けて、将来に向けた医療提供体制にかかる検討を進めることとしており、これらの状況も踏まえ、二次医療圏や構想区域のあり方についても必要に応じて検討を実施。）

（参考） 構想区域の見直しにかかる影響（メリット・デメリット）

・地域医療構想における構想区域の見直しについて、広域化、分割、一部再編によるメリット・デメリットとしては、以下が考えられる。
・広域化した場合、より広域で機能分化・連携が可能となる一方、**利便性の高い地域に医療資源が集中**し、**患者の生活圏と離れる**恐れがある。
・分割や一部再編についても、**医療機関の連携・再編が困難**となり、**各疾病事業体制の見直し**が必要になることから、慎重な検討が必要。

広域化

メリット	デメリット
○ **「急性期拠点機能」の広域的な確保** (**広域で医療機能の分化・連携**や医療資源の効率化) ○ 老朽病院の**建替え等に伴う再編・集約化** ○ 患者の流出入が見かけ上は減少	△ **利便性が高い地域に医療資源が集中する恐れ** △ **救急(脳卒中・心筋梗塞等)の搬送時間が増加** △ 介護・福祉や在宅・外来との連携が困難

分割

メリット	デメリット
○ より狭い区域において地域の実情に応じた医療機関機能の確保が可能になる	△ **より狭い区域内でしか移転・病床再編できない**

一部再編

メリット	デメリット
○ 交通アクセス(鉄道、道路)に合わせた区域 ○ 区域間の患者の流出入が減少（見かけ上）	△ **５疾病５事業の体制見直しが必要** △ **従来と異なる区域設定に時間を要する** △ 他の計画(高齢者保健福祉圏)との不整合