

令和6年度

「地域医療構想」の取組と進捗状況

●地域医療構想の目的

地域医療構想の目的は、2025年に向けた疾病構造の変化を踏まえ、
病床機能の分化・連携による「切れ目のない医療提供体制の構築」を図ること

Contents

- 1 大阪府における地域医療構想の進捗状況**
- 2 令和6年度の実施スケジュール**
- 3 令和6年度の新たな実施**
- 4 保健医療協議会等の協議の結果**
- 5 国における新たな地域医療構想の検討状況**
- 6 令和7年度の実施予定**

1. 大阪府における地域医療構想の進捗状況（病床機能分化の状況）

「既存病床数」が「基準病床数」を上回っているため、「2025年の病床数の必要量」の達成に向けた新たな病床整備ができず、「既存病床数」の範囲において、定量的分析を行った上で、機能分化を促進

● 病床機能報告と病床数の必要量の比較

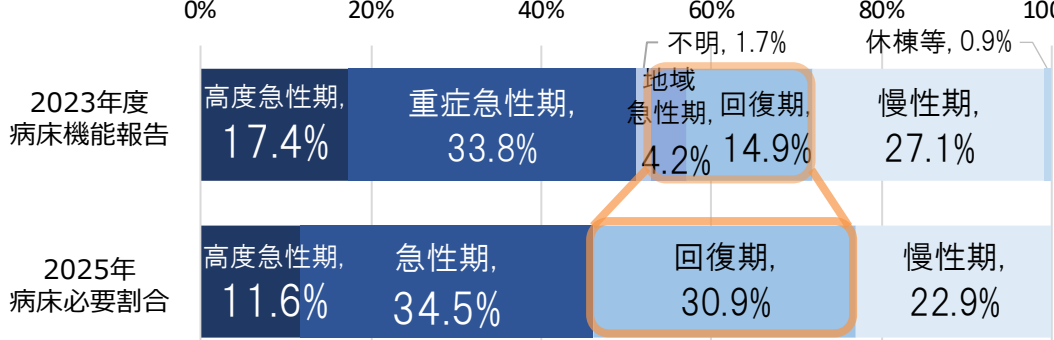
区分	年度	高度急性期	急性期※	重症急性期	急性期(不明)	地域急性期	回復期	慢性期	休棟等	未報告等	合計
病床機能報告	2023	15,204	34,680	29,485	1,524	3,671	12,986	23,680	782	81	87,413
病床数の必要量	2025	11,789	35,047				31,364	23,274			101,474

※急性期報告病棟については、下記方法により定量的分析を行い、「重症急性期」と「地域急性期」に分類

対 象 分 析	病床機能報告において、急性期で報告している病棟 ※ただし、急性期一般入院料 1～3 の急性期報告病床は、下記診療実態に関わらず、重症急性期として扱う
診 療 実 態 分 析	病棟あたりの下記実施件数について算出 ①月あたり救急医療管理加算レセプト件数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数) ②月あたり手術総数レセプト算定回数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数) ③月あたり呼吸心拍監視（3時間を超え7日以内）レセプト算定回数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数) ④月あたり化学療法レセプト算定日数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数)
分 類	重症急性期：① 1 以上 or ② 1 以上 or ③ 2 以上 or ④ 1 以上 地域急性期：その他

【参考】
基準病床数
69,827床

● 病床機能報告（2023年度）と病床数の必要量（2025年）の割合の比較



サブアキュート・ポストアキュート・リハビリ機能 現状と将来必要となる病床機能の割合の比較

① 病床機能報告（地域急性期＋回復期）

2023年度 19.1%

② 病床数の必要量（回復期）

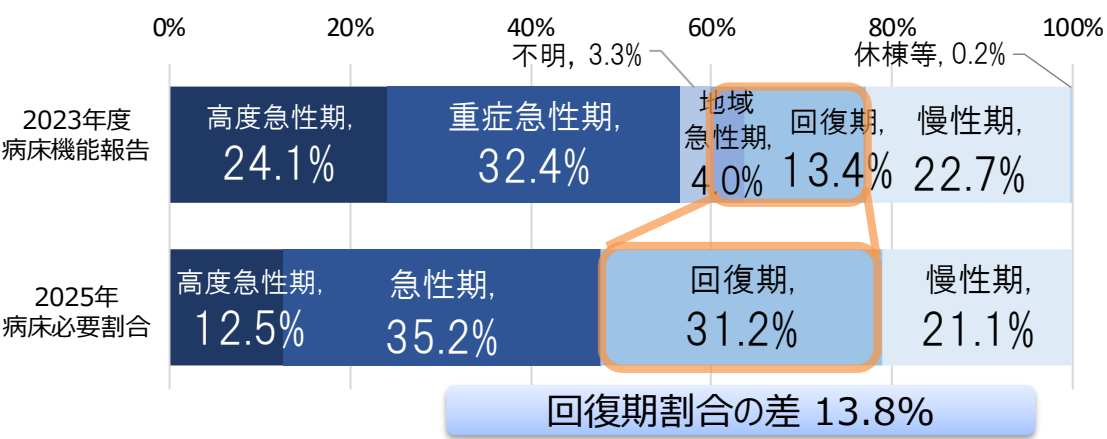
30.9%

割合の差
11.8%(約10,300床)
※2022年度の約12.8%
から減少

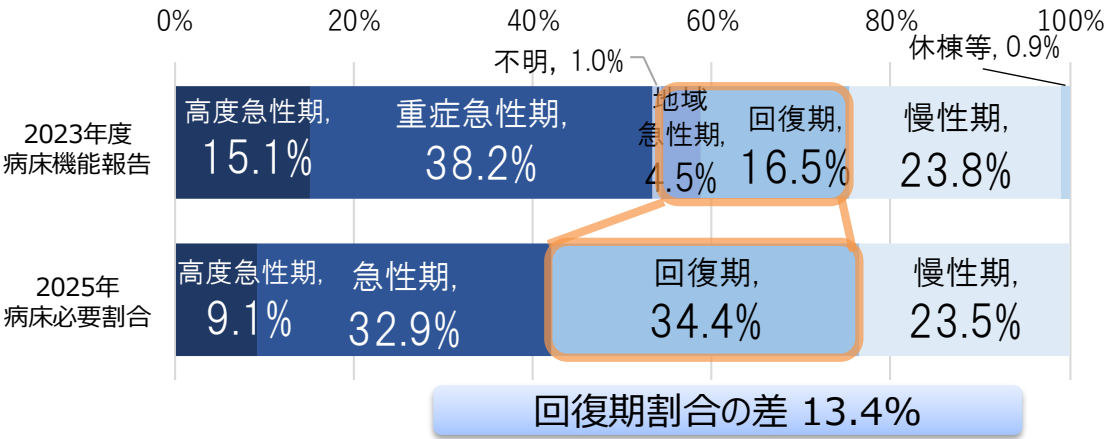
1. 大阪府における地域医療構想の進捗状況（各圏域の病床機能の分化の状況）

病床機能の分化の状況と回復期への転換が必要な割合は各構想区域ごとに差異がある

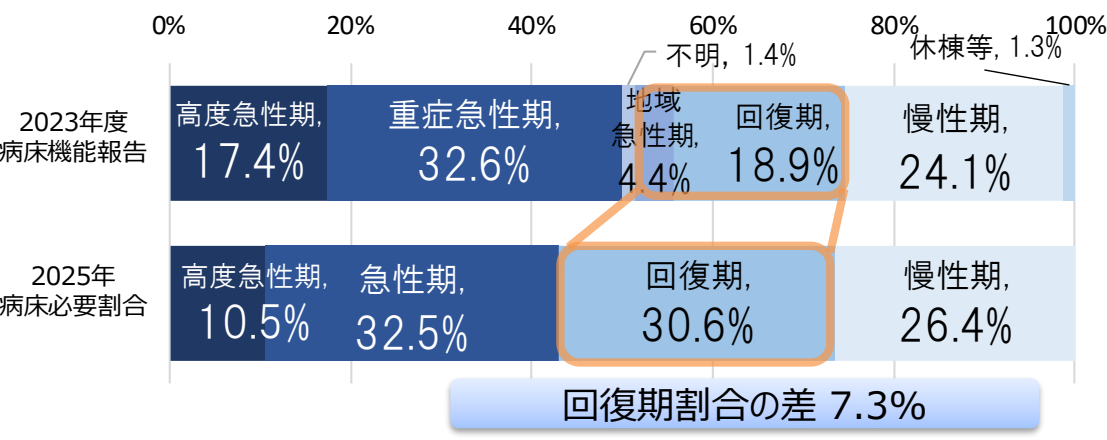
（1）豊能二次医療圏（9,031床）



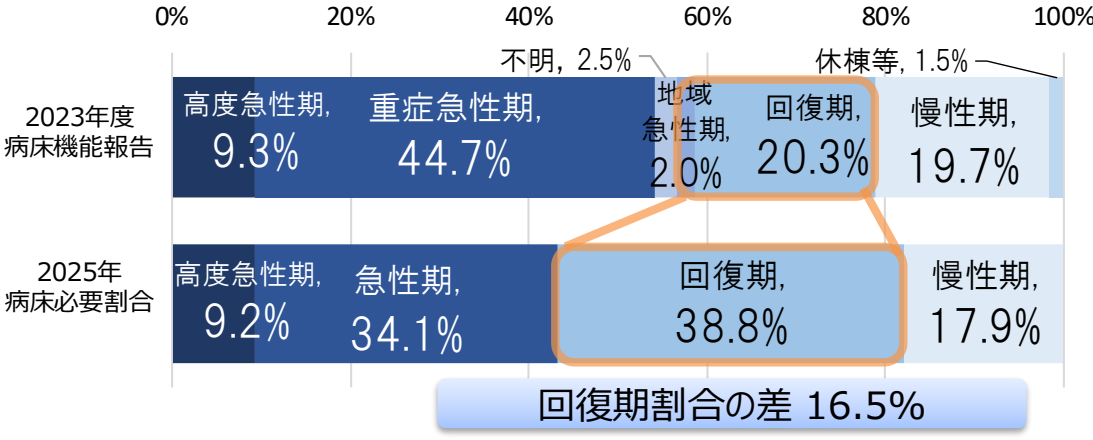
（3）北河内二次医療圏（10,189床）



（2）三島二次医療圏（6,312床）



（4）中河内二次医療圏（5,605床）

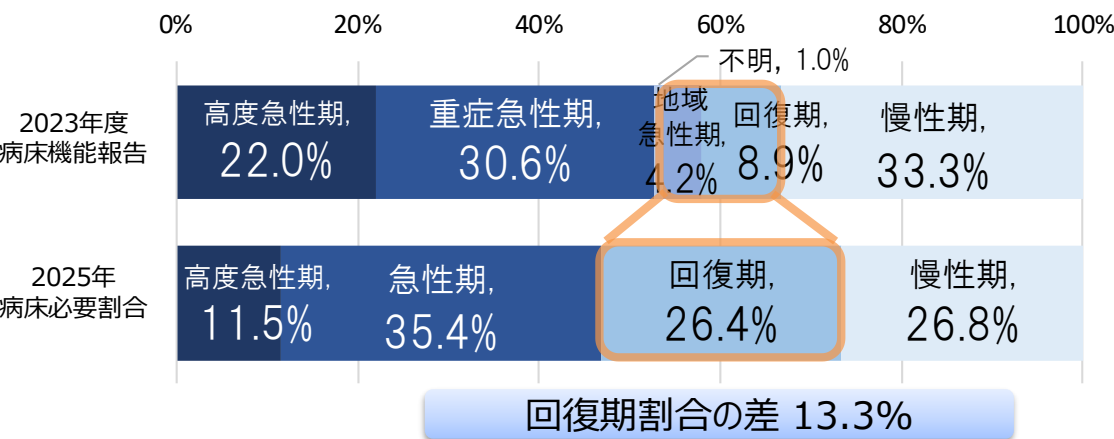


※二次医療圏毎の「過剰な病床の状況」の詳細：「資料 1－2」参照

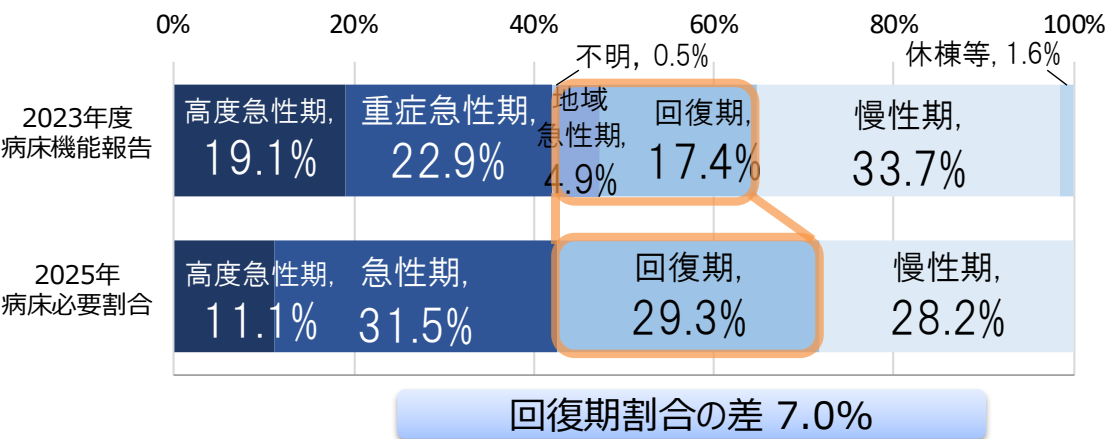
1. 大阪府における地域医療構想の進捗状況（各圏域の病床機能の分化の状況）

病床機能の分化の状況と回復期への転換が必要な割合は各構想区域ごとに差異がある

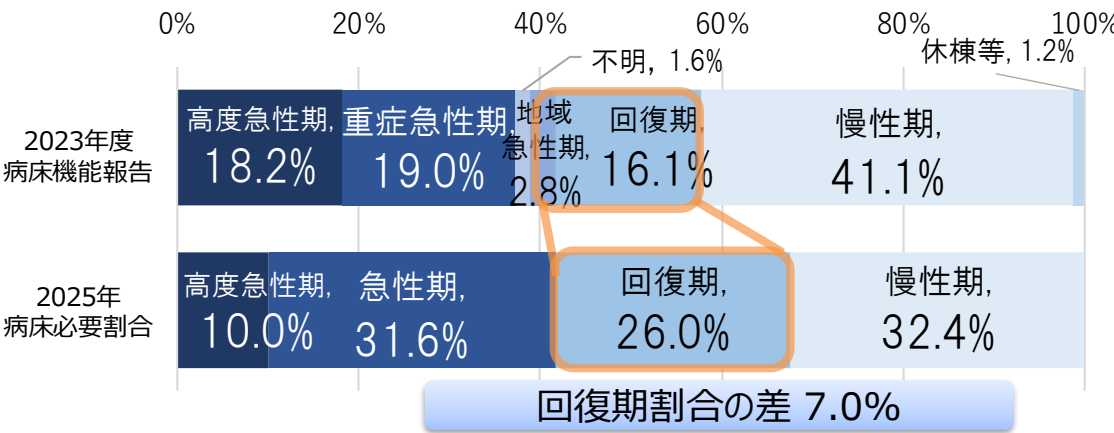
（5）南河内二次医療圏（6,367床）



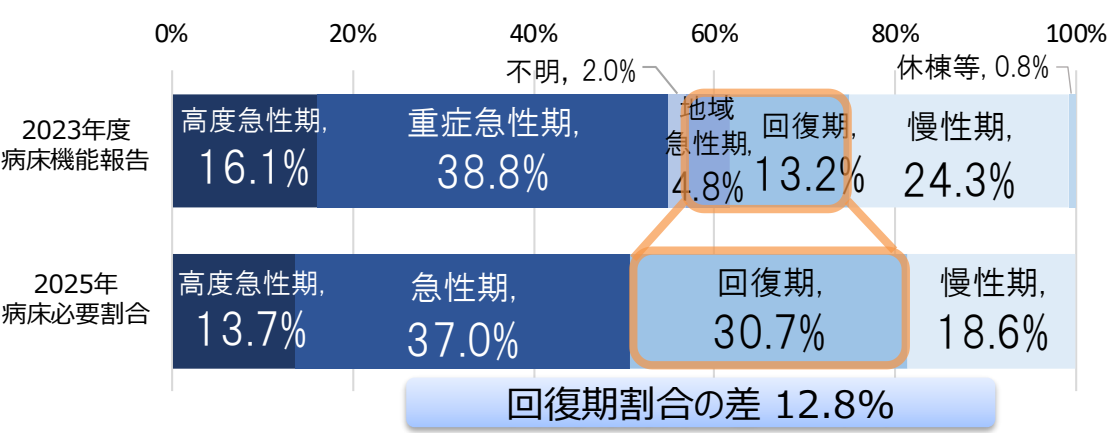
（7）泉州二次医療圏（8,470床）



（6）堺市二次医療圏（9,259床）

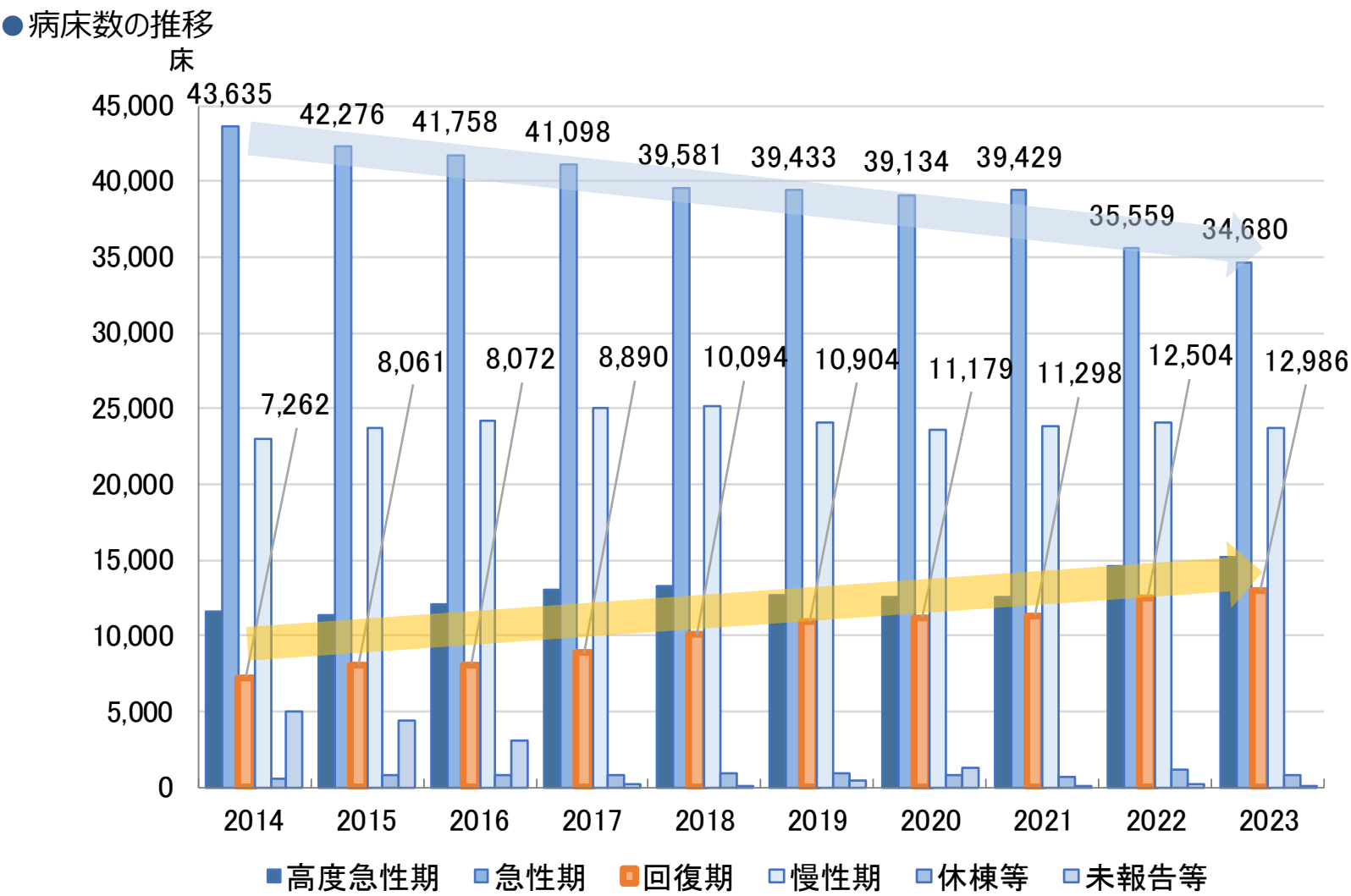


（8）大阪市二次医療圏（32,180床）



1. 大阪府における地域医療構想の進捗状況（病床数の推移）

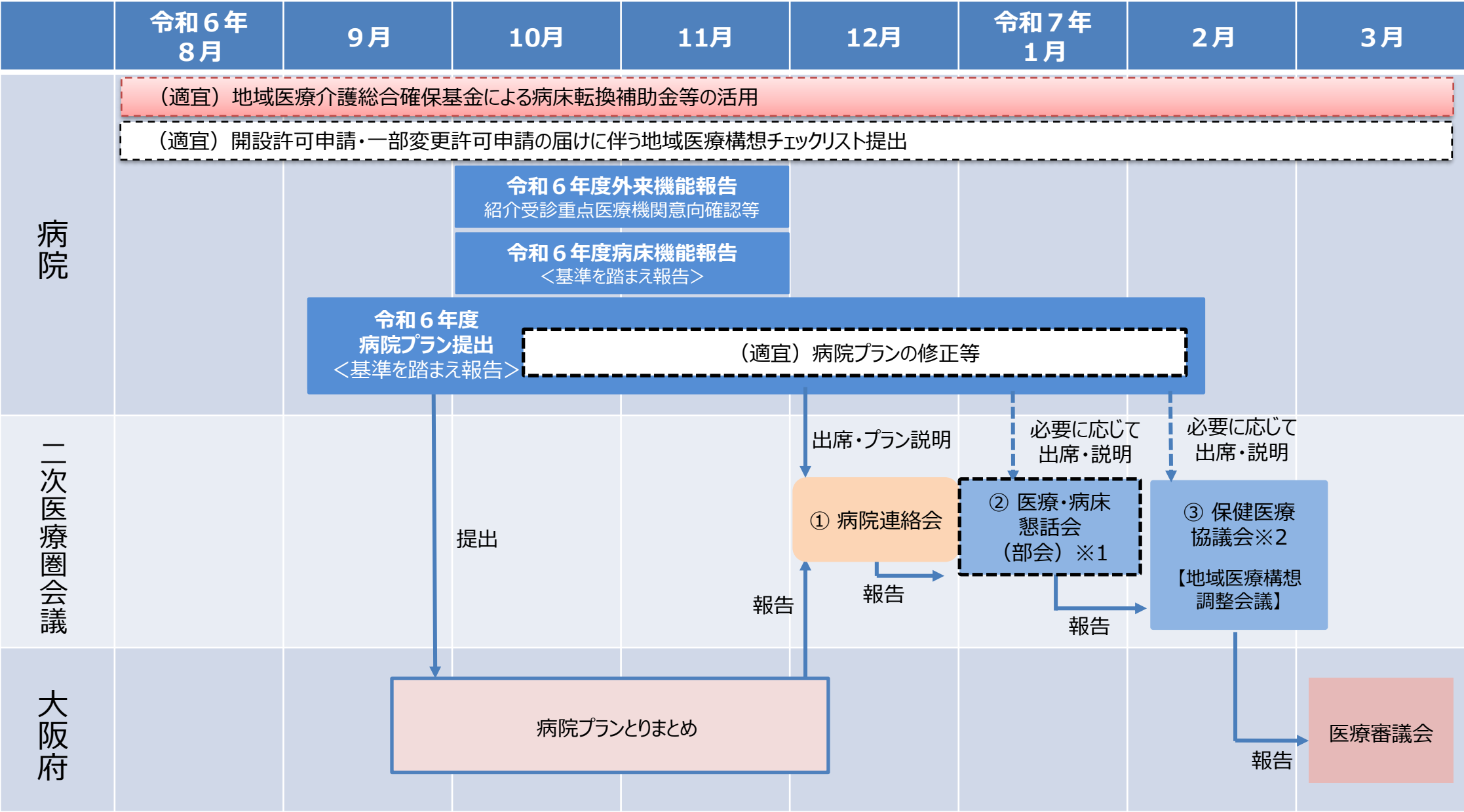
2014年から、回復期報告病床数は、約5,700床増加する等、病床機能分化が進んでいる



2016年に地域医療構想策定

<出典> 病床機能報告

2. 令和6年度の取組スケジュール



※1 令和6年度医療・病床懇話会については原則休止（圏域の実情を踏まえ、必要があれば実施）
※2 保健医療協議会は、その他案件（地域医療支援病院の認定の件等）に応じて、別途開催する場合もある

3. 令和6年度の新たな取組

○病床機能の分化・連携にかかる協議の充実

「地域医療提供体制構築に向けた調査及びデータ分析事業」を実施し、地域医療体制にかかるデータ等を分析・可視化。

- ・地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟における診療実態
- ・医師の時間外労働上限規制の開始（令和6年4月）後における地域医療体制
- ・近畿大学病院の移転に伴う影響等

上記データ等を活用し、病床機能の分化・連携にかかる協議を充実。

○地域医療構想における推進区域の設定等

厚生労働省通知に基づき南河内構想区域を地域医療構想における推進区域に設定し、区域対応方針を策定のうえ、取組を推進。

○地域医療構想の進捗管理

病床機能分化の進捗管理にあたり、従前の4つの機能の評価に加え、高度急性期病床と急性期病床をあわせた評価を実施。

○病床機能の報告基準

「小児病床」「地域包括医療病棟」の基準の考えを整理のうえ、令和6年度病院プランを実施。

○【外来】紹介受診重点医療機関が再編等を予定している場合の方針・対応

再編・二次医療圏を越える移転等を予定している医療機関の紹介受診重点医療機関選定にかかる方針・対応について整理。

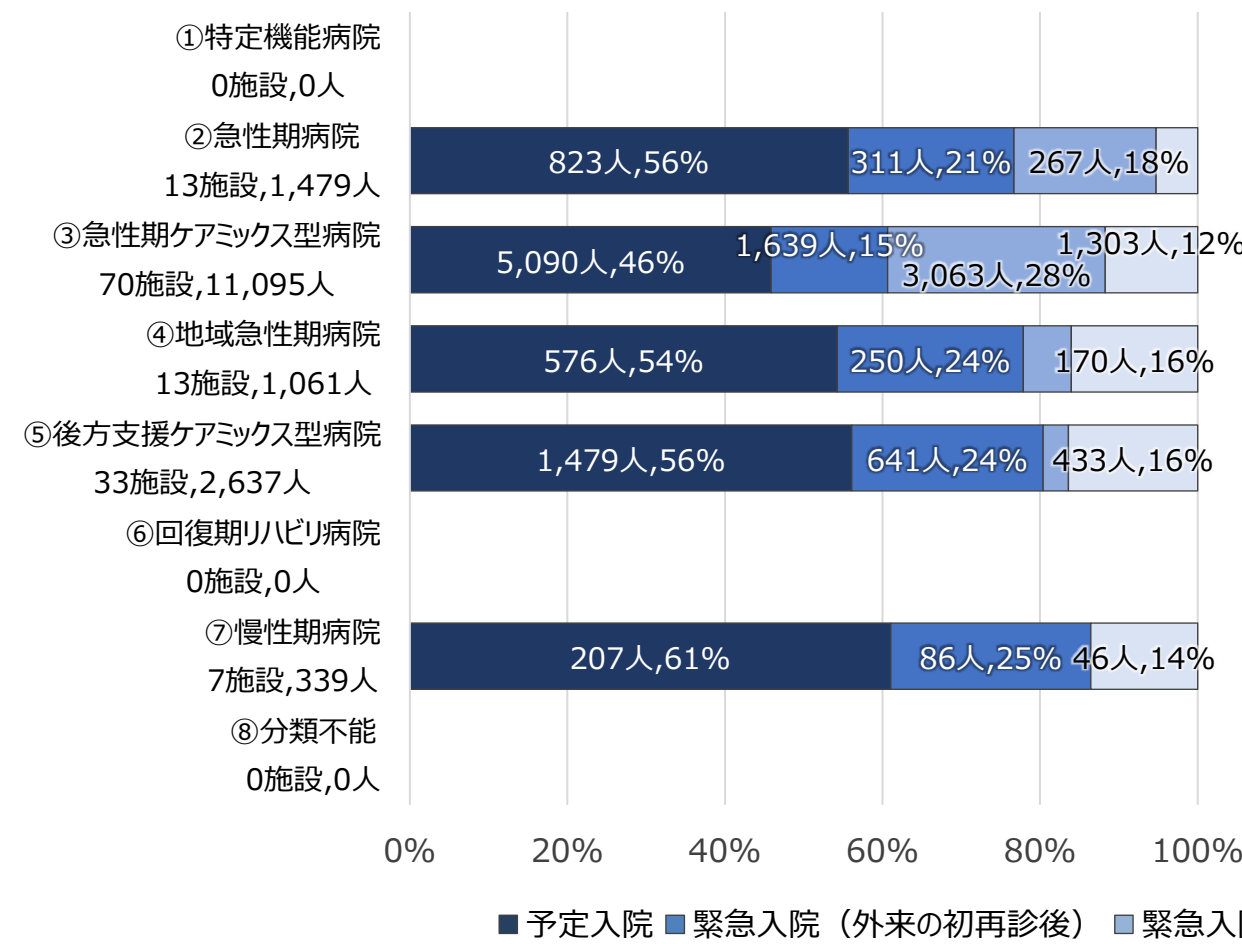
○【在宅】在宅医療に必要な連携を担う拠点等の取組支援

- ・各圏域の在宅医療懇話会や説明会において連携の拠点の取組事例を共有。
- ・在宅医療懇話会における意見概要を地域医療構想調整会議で共有。

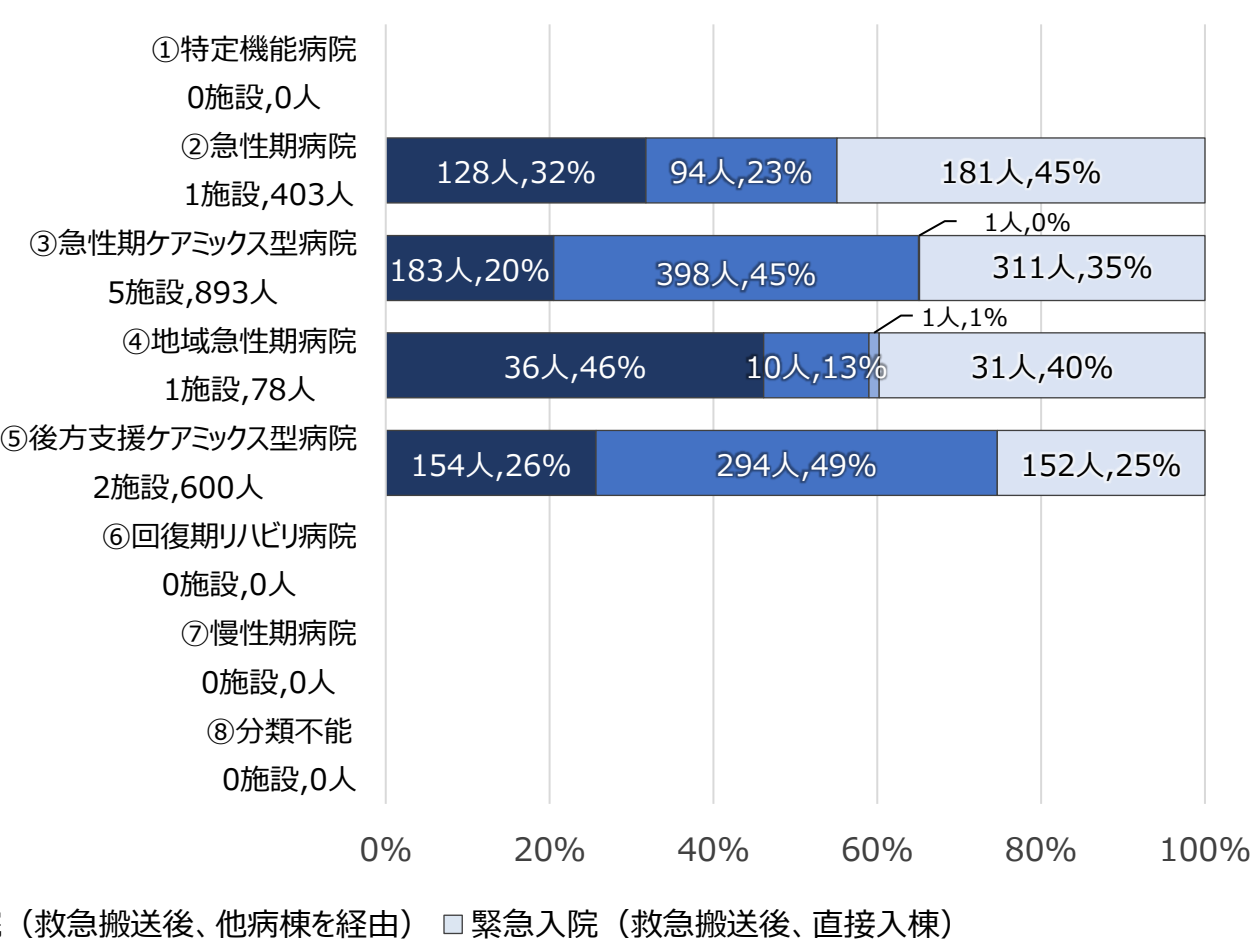
<参考> 分析例①地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟の入棟経路

○大阪府における地域包括ケア病棟の入棟経路は、予定入院の割合が高い傾向にある一方、令和6年度診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟の入棟経路は、病院によって異なるが、概ね予定入院よりも緊急入院による入棟が多い

●地域包括ケア病棟の入棟経路（令和6年6～8月実績）
（N＝136）

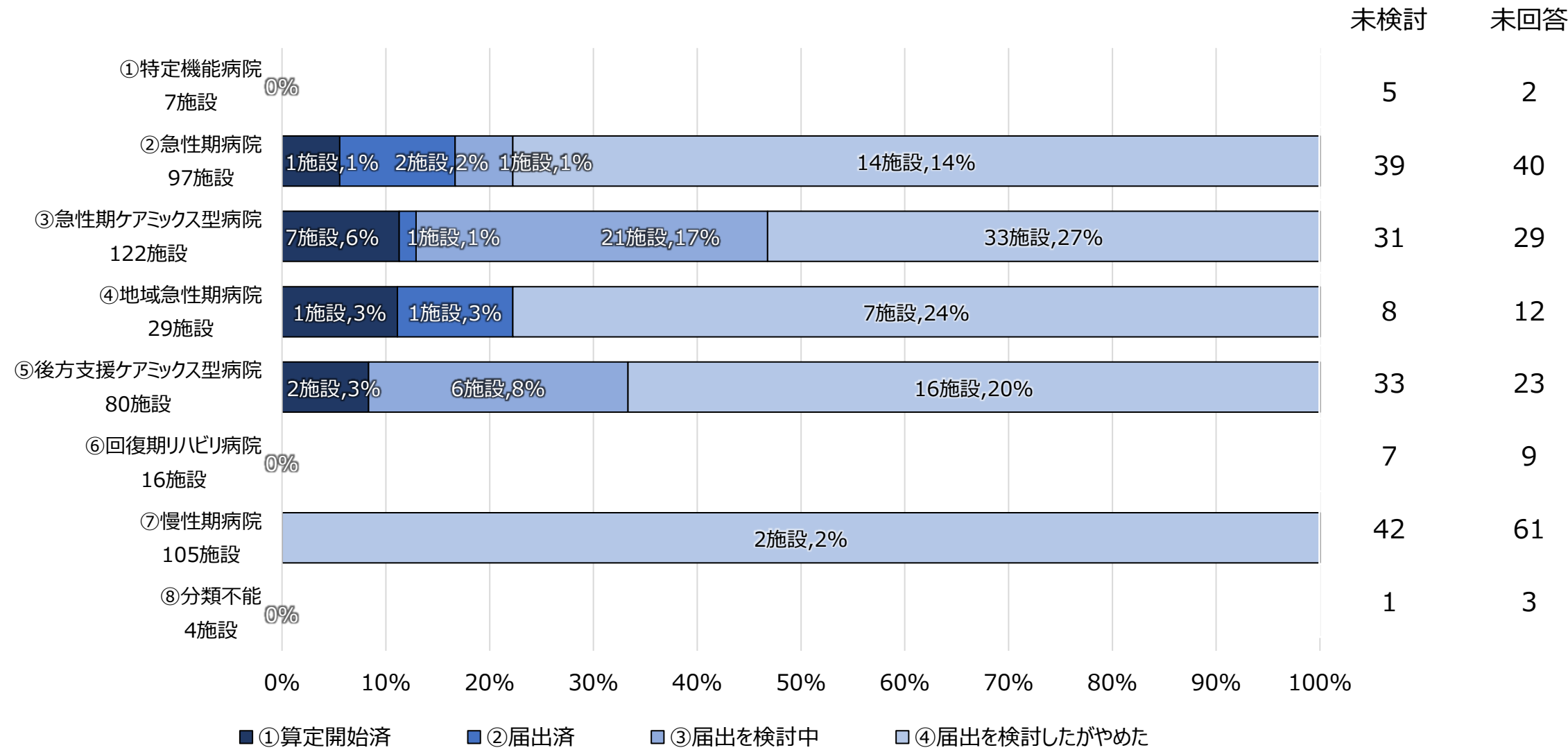


●地域包括医療病棟の入棟経路（令和6年6～8月実績）
（N＝9）



<参考> 分析例②地域包括医療病棟入院料の届出検討状況

- 地域包括医療病棟入院料の届出について、115施設が検討し、15施設が算定開始済又は届出済である一方、72施設が届出を見送っている
- 地域包括医療病棟入院料の届出を見送った理由は、「施設基準を満たせない」ことが最も多い



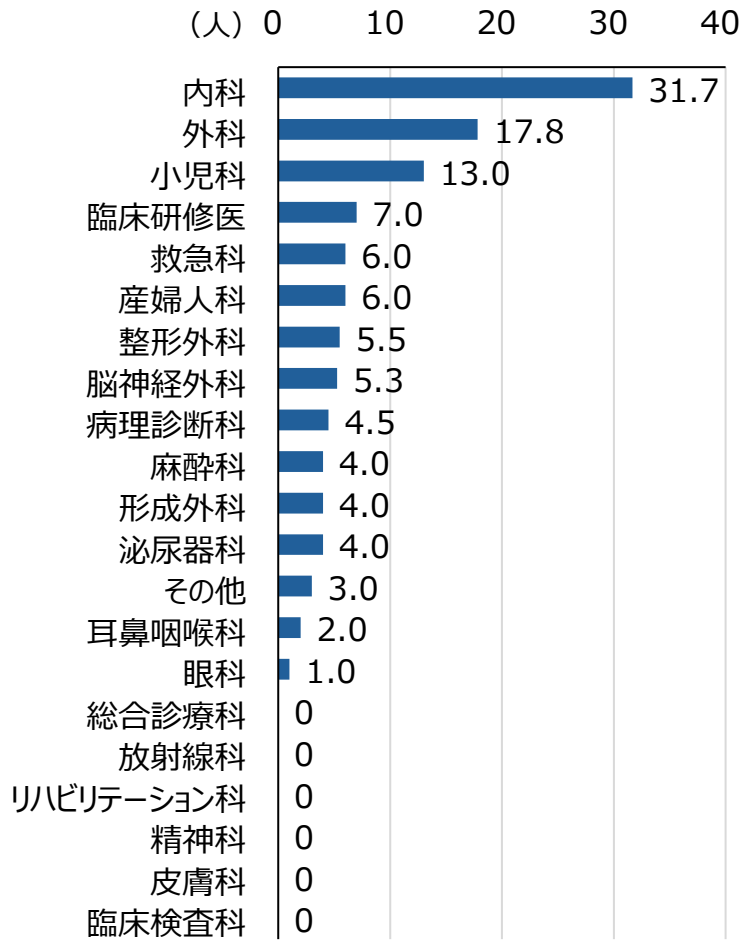
<出典> 令和 6 年度病院プラン（速報値：1月10日現在）（「地域医療提供体制構築に向けた調査及びデータ分析事業」により作成）

<参考> 分析例③80時間超／月の医師数（診療科別平均） <病院機能分類別>

○特定機能病院では内科、急性期病院では臨床研修医、急性期ケアミックス型病院では整形外科において、月に80時間を超えて時間外・休日勤務する医師が多い

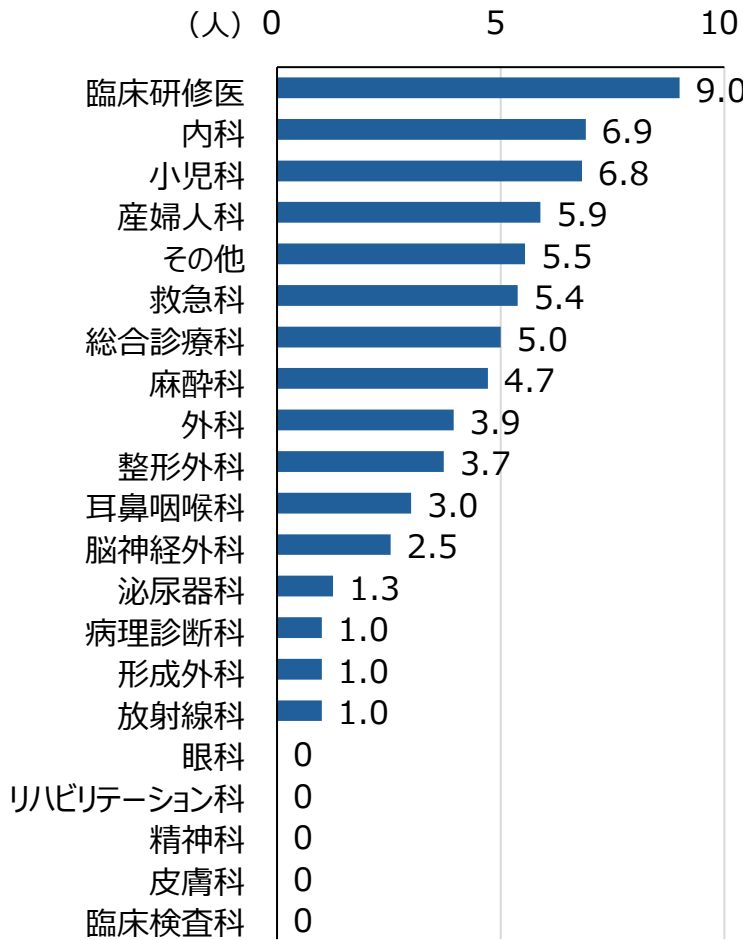
●診療科ごとの80時間超／月の平均医師数

<①特定機能病院（6施設※）>



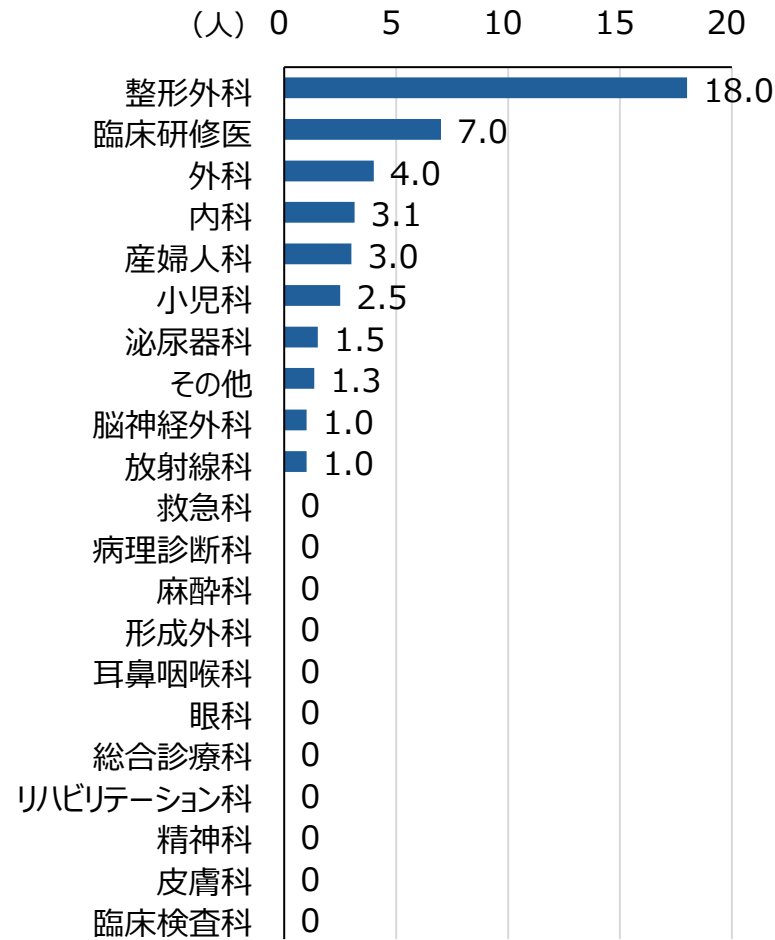
●診療科ごとの80時間超／月の平均医師数

<②急性期病院（40施設※）>



●診療科ごとの80時間超／月の平均医師数

<③急性期ケアミックス型病院（11施設※）>



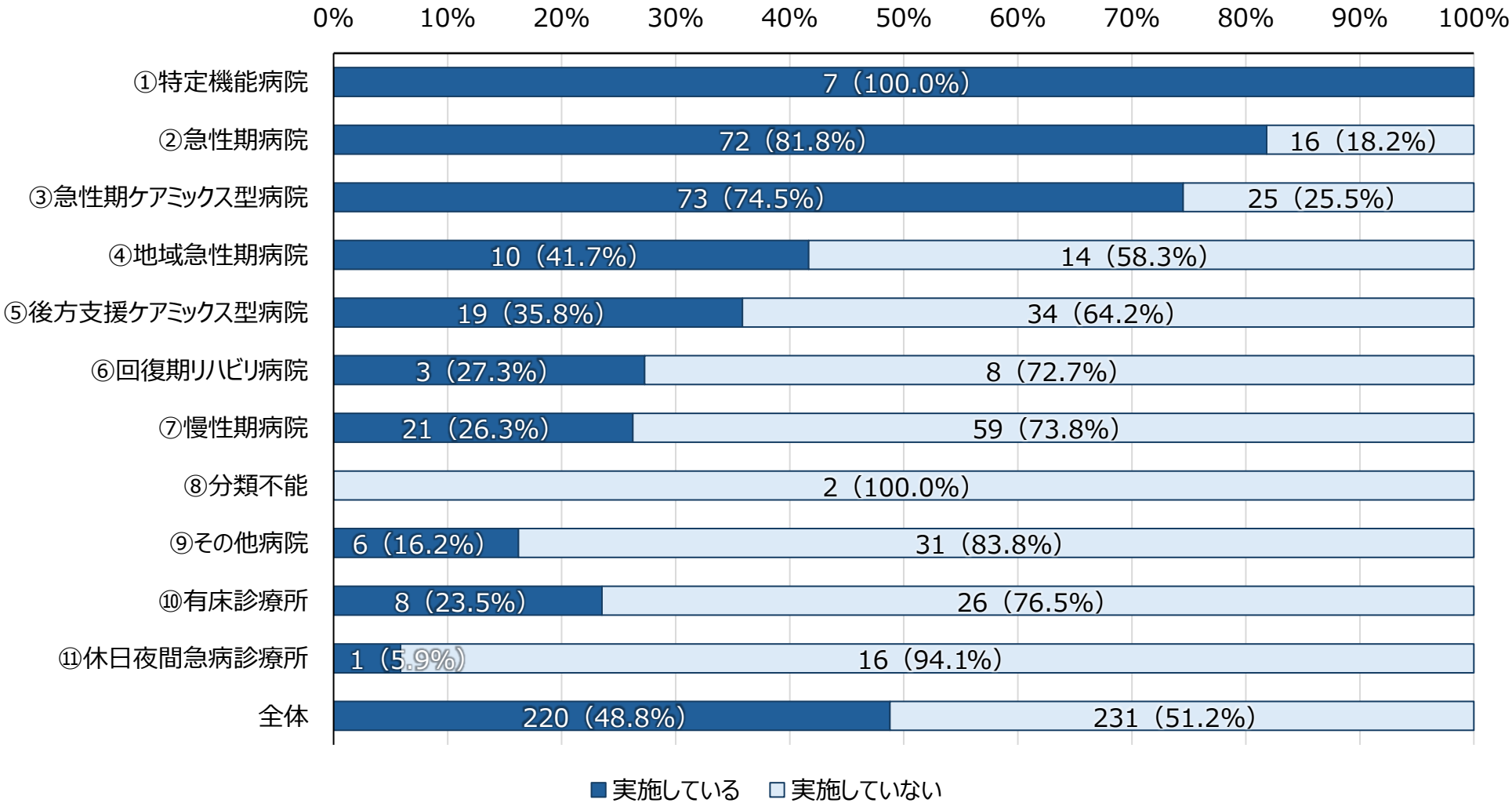
※80時間超／月の時間外・休日勤務をしている医師がいる医療機関数

<出典> 医師の働き方改革に関する法令施行後の実態調査（「地域医療提供体制構築に向けた調査及びデータ分析事業」により作成）

<参考> 分析例④医療機関のタスク・シフト／シェアの取組状況 <病院機能分類別>

○特定機能病院、急性期病院、急性期ケアミックス型病院において、70%以上がタスク・シフト/シェアを実施している

●病院機能分類ごとの実施状況（医療機関数・割合）

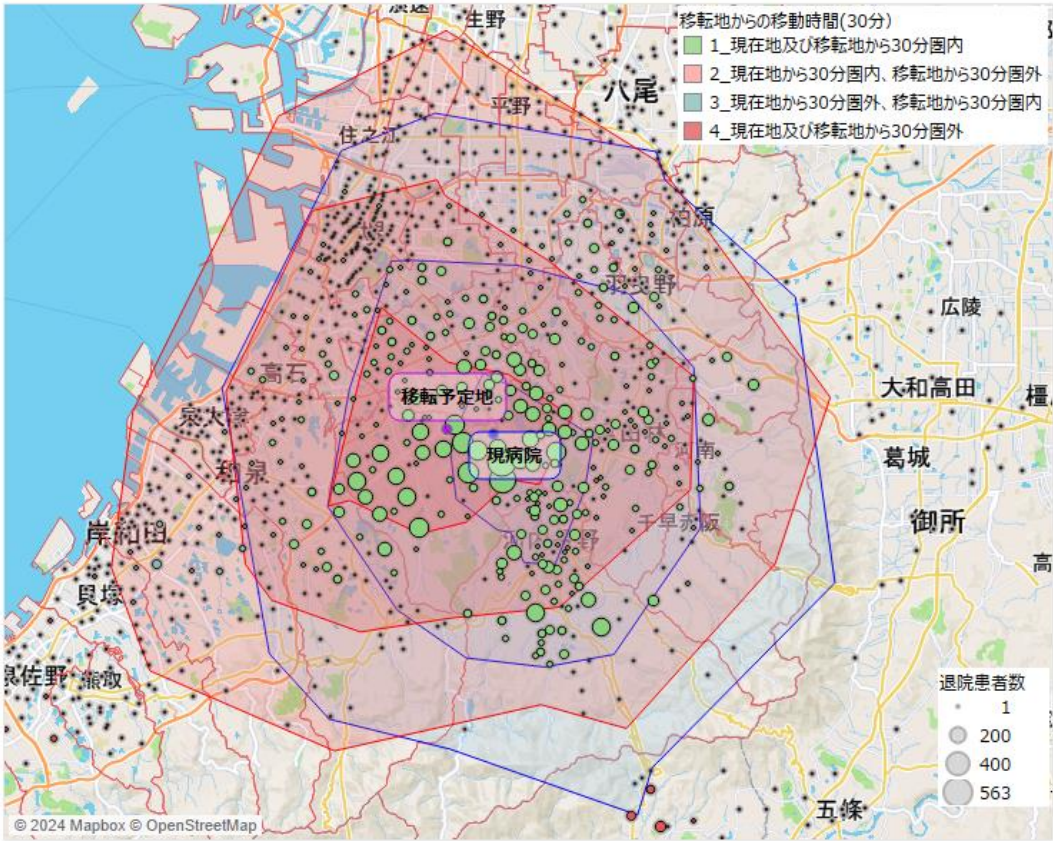


<出典> 医師の働き方改革に関する法令施行後の実態調査（「地域医療提供体制構築に向けた調査及びデータ分析事業」により作成）

<参考> 分析例⑤近畿大学病院の移転に伴う患者アクセスへの影響（入院患者）

○2023年度のDPCデータから、移転前・移転後いずれの所在地の場合も、南河内・堺市の入院患者のほとんどが移動時間30分圏内であることが分かる。また、泉州等の他の圏域においては、現在地からは30分圏外だが、移転地からは30分圏内となるケースも一定数ある。

●現在地と移転予定地のアクセス状況



●地域別のアクセス状況の変化

二次医療圏	市町村	現在地から30分圏内		現在地から30分圏外		合計	2+4の割合
		移転地から30分圏内	移転地から30分圏外	移転地から30分圏内	移転地から30分圏外		
		1	2	3	4		
南河内	大阪狭山市	2,699	0	0	0	2,699	0%
	羽曳野市	760	0	0	0	760	0%
	河内長野市	3,002	13	0	0	3,015	0%
	松原市	292	0	0	0	292	0%
	藤井寺市	262	0	0	0	262	0%
	富田林市	2,556	0	0	0	2,556	0%
	南河内郡河南町	351	0	0	0	351	0%
	南河内郡太子町	198	0	0	0	198	0%
	南河内郡千早赤阪村	165	5	0	0	170	3%
	小計	10,285	18	0	0	10,303	0%
堺市		7,529	0	0	0	7,529	0%
泉州		1,357	0	656	539	2,552	21%
その他の大阪府		173	16	92	515	796	67%
他の都道府県		0	27	0	1,570	1,597	100%
総計		19,344	61	748	2,624	22,777	12%

赤色は移転予定地、青色は現在の所在地
円は車で10分、20分、30分で到達できる範囲
を示している。

<出典>DPCデータ(2023年4月～2024年3月診療分)

4. 保健医療協議会の協議結果（対応方針の合意状況）

ほぼ全ての病院の対応方針（病院プラン）について合意されたが、1機関、継続協議となっている医療機関がある

● 対応方針（病院プラン）の合意状況（資料 1 – 3参照）

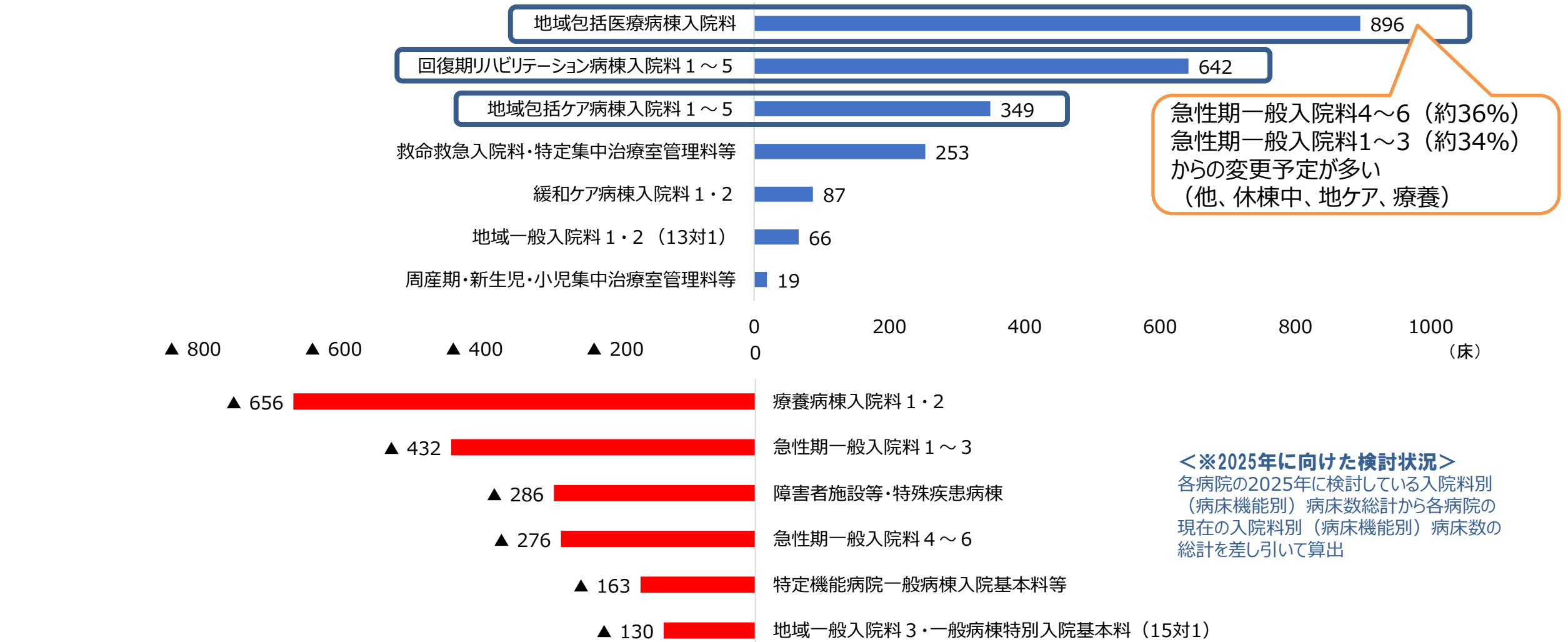
結果	公立	公的	民間等	合計
合意	21	51	387	459
（内）①過剰病床※への転換を含む計画（2023年度までに合意済みの計画除く）	1	5	7	13
（内）②過剰病床※への転換を含む計画（2023年度までに合意済みの計画）	10	14	33	57
（内）③不足する機能への転換等の計画（①②以外の病床機能の増減のある計画）	1	6	36	43
（内）④病床機能の増減を含まない計画（現状の病床機能維持）	9	26	311	346
継続協議	0	0	1	1
合計	21	51	388	460

※高度急性期と急性期を合わせた評価における過剰病床を含む

4. 保健医療協議会の協議結果（2025年に向けた入院料の増減の見込み）

各病院が検討している病床機能等の変更は、地域医療構想がめざす病床機能の分化の方向性と概ね一致

● 2025年に向けた入院料の増減の見込み※



4. 保健医療協議会等の協議の結果（地域医療構想の今後の進め方等に関する主な意見）

※資料1－3参照

● 地域医療構想に関する主な意見

- 回復期の病床稼働率が下がっており、また、地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟など急性期病床の一部は回復期の機能を有すると考えられる中、回復期の目標設定は正しいのか。
- 現場感覚としては、高度急性期と急性期をあわせた「急性期」に「回復期」と「慢性期」を加えた3分類と認識。急性期が不足している場合、高度急性期からの転換が望ましいのでないか。
- 慢性期から高度急性期へのバランスを崩すような転換は、行政にもある程度は歯止めをかけてほしい。
- 地域医療構想の主な課題は、回復期病床への不足が見込まれること、高齢化の進展等に伴い、高齢者特有の疾患が増加することが見込まれることであり、さらに回復期への転換が必要という考えに則って、しっかり進めていただきたい。
- 患者の流出状況について、疾患別・地域別など、より詳細に分析いただきたい。
- 近畿大学病院が南河内から堺市に移転した後、患者の受療行動がどう変化したかというデータをタイムリーに情報提供いただきたい。
- 経営が厳しい病院も多く、今後一層、病床機能転換等の医療機能分化が必要。

● 在宅医療に関する主な意見

- 現行の診療報酬では、積極的役割を担う医療機関において24時間連携体制を強化するのは困難であり、医療機関への独自の財政支援、また、国への診療報酬の抜本的な改革の要望をお願いする。
- 高齢者施設から、十分な情報共有のないまま救急搬送されることも多く、課題である。

5. 国における新たな地域医療構想の検討状況

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、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、必要に応じて入院し、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

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、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資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「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

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

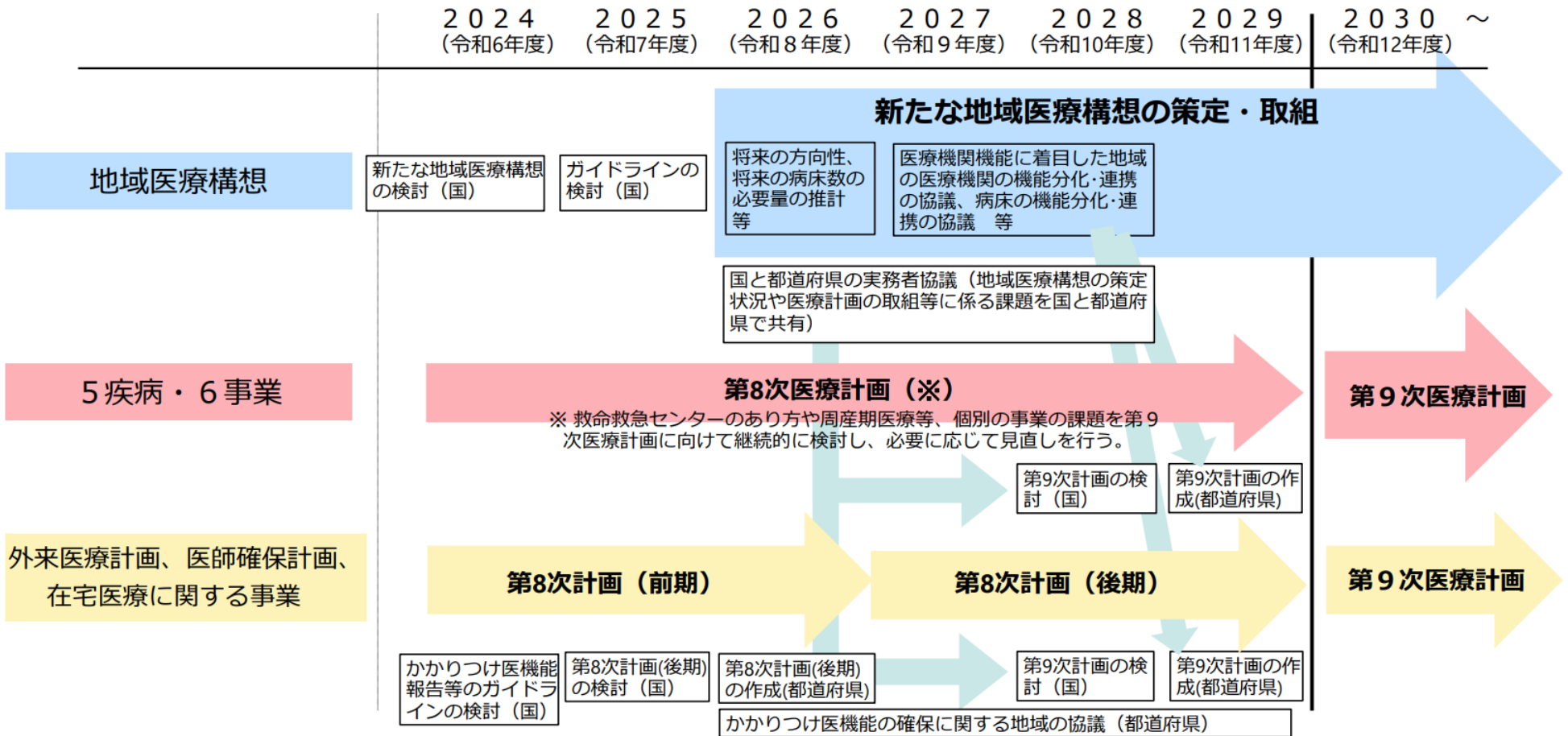
- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

5. 国における新たな地域医療構想の検討状況

新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

第13回新たな地域医療構想等に関する検討会
資料 1 より抜粋

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



6. 令和7年度の取組予定

①病床等の機能分化・連携にかかる協議の充実

- 病院連絡会や保健医療協議会において、令和9年度からの新たな地域医療構想の方向性（医療機関機能等）とも整合性を図りつつ、機能分化・連携にかかる議論を行う。
- 引き続き「地域医療提供体制構築に向けた調査及びデータ分析事業」を実施し、地域医療体制にかかるデータについて、詳細に分析の上（患者の二次医療圏間の流出入、医師の働き方改革の施行後における地域医療体制への影響等）、可視化を図り、病床機能の分化・連携にかかる協議の充実を図る。

②新たな地域医療構想に対する国への要望・提案

- 国は令和7年度中に、新たな地域医療構想にかかるガイドラインを策定するとしているが、関係団体の意見等を踏まえ、国に対し、制度設計等（病床数の必要量・基準病床数、病床機能・医療機関機能等）に対する要望・提案を行う。

③在宅医療にかかる連携の拠点及び積極的医療機関の更なる取組促進

- 新たに、連携の拠点及び積極的医療機関の取組にかかる理解促進・周知のための研修を実施する。

④高齢者施設等における患者情報の共有や、ACPを踏まえた高齢者救急の課題への取組

- 高齢者施設等における人生会議（ACP）のさらなる普及啓発と、患者の情報を共有するシートの普及。
- 人生会議（ACP）を踏まえた救急隊の新たな活動要領について、地域での取組につながるよう、情報提供等を実施。

⑤かかりつけ医機能報告制度の施行

- 医療機関から報告されるかかりつけ医機能について、体制を確認し、令和8年度から開始予定の協議に向けたデータの収集を行う。

<参考>

大阪府における地域医療構想の進め方等

2018年度より、毎年、医療実態データ(NDB、病床機能報告等)及び
各病院の対応方針(病院プラン)を共有しながら、医療機関の自主的な機能分化を支援

ポイント1 独自の診療実態分析

- ・地域医療構想調整会議等で意見を踏まえたデータ分析を実施

例：病床機能報告等の定量的分析等
各医療機関の診療実績の可視化
地域医療構想の推計と診療実績との比較 等

STEP 1

ポイント3 全病院参加型会議の実施

- ・「病院連絡会」を圏域(大阪市は4つの基本医療圏)毎に開催し、**各病院の対応方針を説明**いただき、地域医療構想の推進について意見交換。

＜病院連絡会 概要＞

- ・病床機能分化の状況の共有
- ・各病院の対応方針（病院プラン）の共有

STEP 3

保健医療協議会
(地域医療構想調整会議)

地域医療構想を
踏まえた
「対応方針（病院
プラン）」の協議

診療実態分析の結果を踏まえ、すべての関係医療機関と機能分化の方向性を共有

STEP 2

ポイント2 全病院に対応方針（病院プラン）の提出を依頼

- ・病床機能報告の内容では、2025年に向けた病院の体制把握が不十分なため、独自に病院プランの作成を依頼

令和6年度病院プラン
【対象病院数460の内訳】
公立病院：21
公的病院：51
民間等病院：388

- 病院プランの提出率

100%

病院プランの主な記載内容

- 現状の病床機能等
 - ・病棟別の病床機能、稼働率、人員体制、診療実績等
- 2025年に向けた検討内容等
 - ・病棟別病床機能別病床数（算定予定の入院料含む）
 - ・新興・再興感染症の対応
 - ・5疾病4事業の対応
 - ・建物の設備改修の予定
 - ・診療科目の見直しの予定

地域医療構想調整会議等において、客観的に病床転換の議論を行うためには、医療機関の報告にあたっての基準が必要との意見が多く、令和4年度より新たに府独自の「報告基準」を設定。

※これまでの「定量的分析」は医療機関の報告後、機械的に分類したもので、医療機関の意思で報告したものではない。
各医療機関には、基準を目安に、病床機能を報告するよう依頼（約9割の病院が基準に基づき機能を報告）。

基準設定の基本的考え方

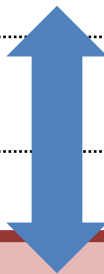
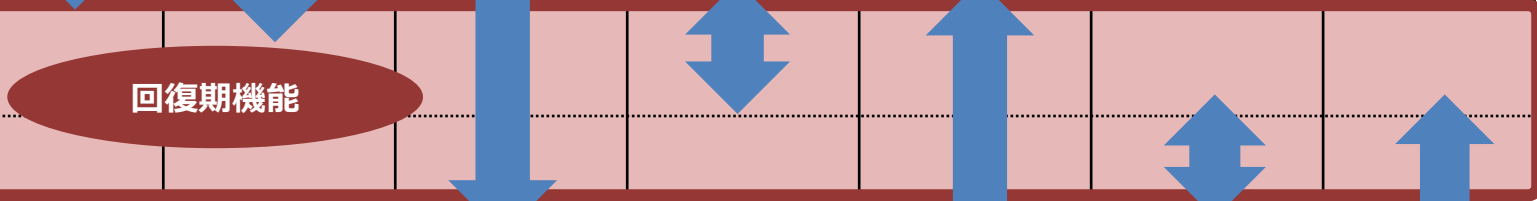
- 病床機能報告マニュアルにおいて、報告基準が明確に示されていない入院料について、報告基準を設定。
- 報告基準は、指標の特性と関係団体・有識者等の意見を踏まえ、令和3年度病床機能報告を分析のうえ設定。

	指標 区分	報告基準（目安）	基準値が該当する値等	備考
高度 急性期	人員配置	○下記のいずれかの項目を満たす ・医師数/病床数：0.62以上 ・看護師数/病床数：0.69以上	「特定機能病院一般病棟入院基本料等」 上位33%値	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、 特定機能病院入院基本料、急性期一般入院 料等、入院料毎の分布を確認し設定
	診療実績	○下記のいずれかの項目を満たす ・救急医療管理加算1・2（年間レセプト算定回数）/病床数：29以上 ・手術総数（年間レセプト算定回数）/病床数：8以上 ・呼吸心拍監視【3時間超え7日以内】（年間レセプト算定回数）/病床数：21以上 ・化学療法（年間レセプト算定日数）/病床数：1以上		
急性期	人員配置	看護師数/病床数：0.4以上	「急性期一般入院料4～7」下位33%値	急性期一般入院料、地域一般入院料等の入 院料毎の分布を確認し設定
	患者像	平均在棟日数：21日以内		
回復期	患者像	平均在棟日数：180日以内 ※急性期の基準を満たさない病棟	回復期リハビリテーション病棟入院料算定 日数上限	入院料の算定要件を元に設定
慢性期	患者像	平均在棟日数：180日超	—	—

<参考>大阪府における地域医療構想の進め方（大阪アプローチの推進　―　病院機能の見える化）

病床機能分化を推進するためには、病院機能を踏まえ地域において協議していくことが重要。
令和4年度より、大阪府独自に病院の分類や機能・役割の見える化を図り、役割分担の議論を促進。

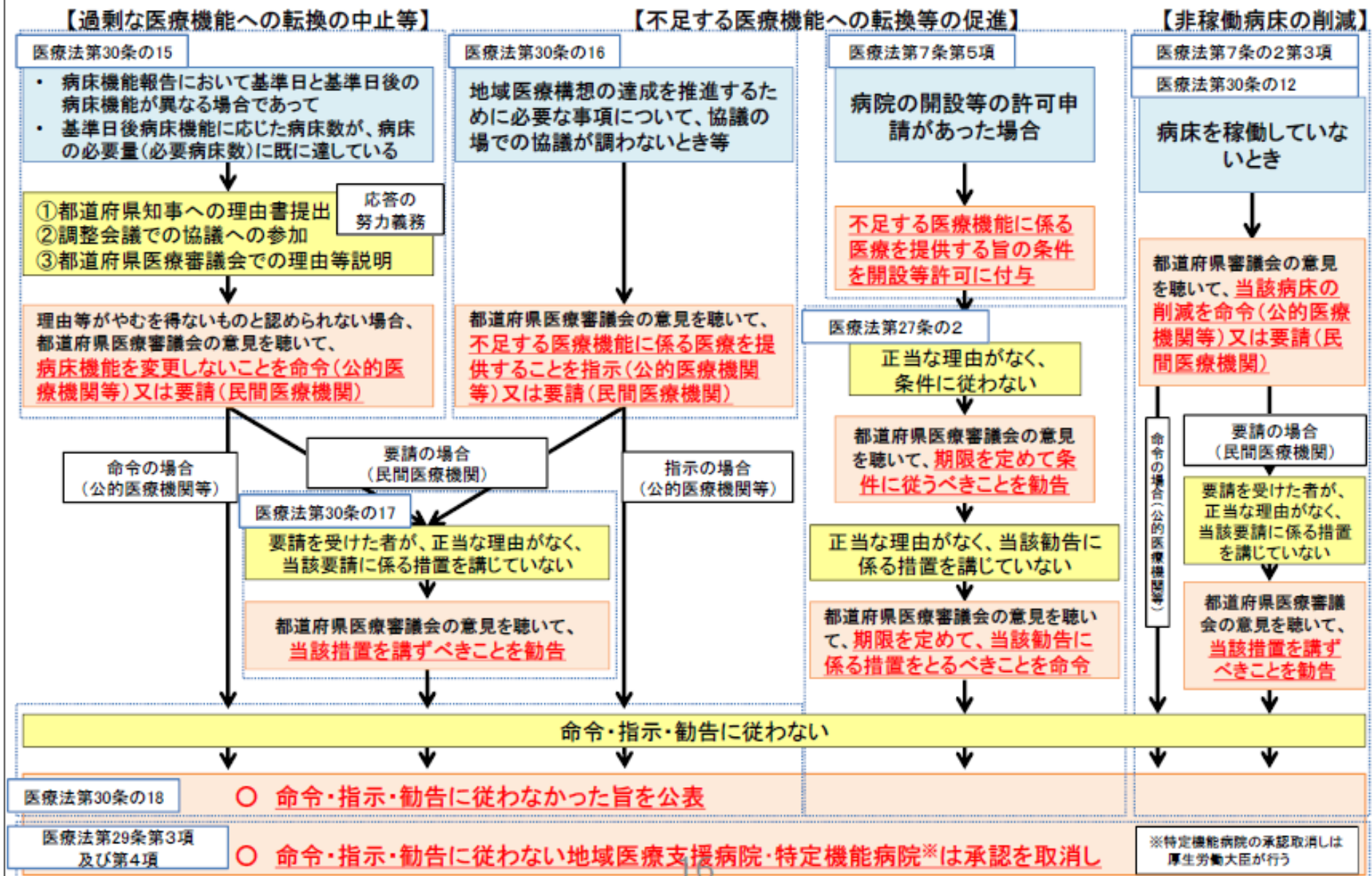
各病院の役割の基本的なイメージ

病院の主な役割	特定機能病院 (7 病院)	急性期病院 (97病院)	急性期 ケアミックス 型病院 (122病院)	地域急性期 病院 (29病院)	後方支援 ケアミックス 型病院 (80病院)	回復期 リハビリ病院 (16病院)	慢性期病院 (105病院)
	—	高度急性期と 急性期の病床の 合計割合が病床 (一般・療養) の 9 割以上	高度急性期また は急性期の病床 を有するが、当該 病床の割合が病 床（一般・療 養）の 9 割未満	回復期病床 (地域（リハビ リ以外）) の割 合が病床（一 般・療養）の 9 割以上	いずれの区分に も属しない病院	回復期病床（リ ハビリ）の割合 が病床（一般・ 療養）の 9 割 以上	慢性期病床の 割合が病床 (一般・療養) の 9 割以上
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							

 各病院は役割に応じた機能の維持・強化を図ることが期待され、
特に、現在回復期（サブアキュート・ポストアキュート）を担っている病院に対し、回復期機能を強化していくことを働きかけ。

都道府県知事の権限の行使の流れ【厚生労働省資料】

都道府県知事の権限の行使の流れ



「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要） 令和6年7月31日

制度施行に向けた基本的な考え方

令和6年10月18日 かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
- ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

ガイドライン（案）について （かかりつけ医機能報告制度の年間スケジュール）

【厚生労働省】令和7年1月31日
第2回かかりつけ医機能報告制度に係る
自治体向け説明会資料

医療機関からの報告期間は1月から3月です。医療機能情報提供制度に基づく報告と同時期に行います。都道府県は医療機関の報告に基づき、かかりつけ医機能に係る体制の有無を確認の上、報告内容とともに公表、協議の場の開催を行います。

年間サイクルのイメージ

11月頃～

医療機関への定期報告依頼

1月～3月

医療機関による報告及び都道府県による体制の有無の確認

4月

報告内容や体制の有無の確認結果の公表

4～6月頃

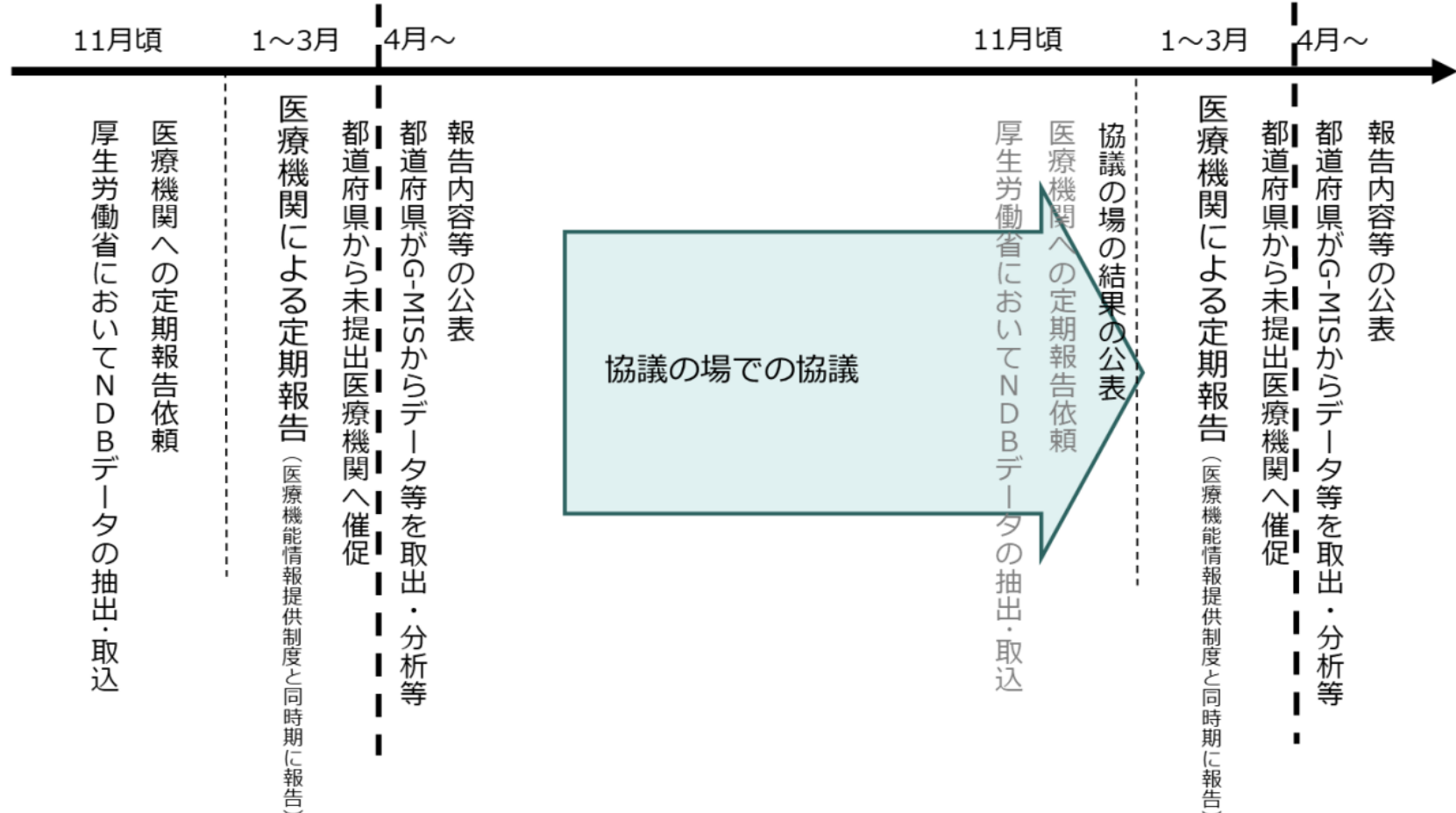
報告内容の集計・分析等

7月頃～

協議の場の開催

12月頃～

協議の場の結果の公表



大阪アプローチにおける過剰な病床の状況（令和5年度病床機能報告）

【下記のうち「濃色セル」が過剰な病床機能にあたる】

※（重症）急性期には、診療実態等の報告がなく、分類不能であった「急性期（不明）」を含む。

（単位：病床数：床、割合：％）

	区分		年度	高度急性期 + 急性期					回復期	慢性期	休棟等	未報告等	合計
				高度急性期 + 急性期	高度急性期	急性期	(重症)急性期	地域急性期					
豊能	病床数	病床機能報告	2023	5,755	2,180	3,575	3,218	357	1,208	2,053	15	0	9,031
		病床数の必要量	2025	5,480	1,436	4,044			3,577	2,421			11,478
	割合	A 病床機能報告	2023	59.8%	24.1%		35.6%	4.0%	13.4%	22.7%	0.2%	—	100%
		B 病床数の必要量	2025	47.7%	12.5%	35.2%		31.2%	21.1%				100%
		A-B (正の場合「過剰な病床」 に該当)		12.0%	11.6%	0.4%	-13.8%	1.6%					
三島	病床数	病床機能報告	2023	3,512	1,094	2,418	2,143	275	1,191	1,517	83	9	6,312
		病床数の必要量	2025	3,917	956	2,961			2,786	2,410			9,113
	割合	A 病床機能報告	2023	51.4%	17.4%		34.0%	4.4%	18.9%	24.1%	1.3%	—	100%
		B 病床数の必要量	2025	43.0%	10.5%	32.5%		30.6%	26.4%				100%
		A-B (正の場合「過剰な病床」 に該当)		8.4%	6.9%	1.5%	-7.3%	-2.4%					
北河内	病床数	病床機能報告	2023	5,986	1,538	4,448	3,986	462	1,679	2,421	95	8	10,189
		病床数の必要量	2025	5,516	1,197	4,319			4,511	3,083			13,110
	割合	A 病床機能報告	2023	54.3%	15.1%		39.2%	4.5%	16.5%	23.8%	0.9%	—	100%
		B 病床数の必要量	2025	42.1%	9.1%	32.9%		34.4%	23.5%				100%
		A-B (正の場合「過剰な病床」 に該当)		12.2%	6.0%	6.2%	-13.4%	0.3%					
中河内	病床数	病床機能報告	2023	3,280	522	2,758	2,646	112	1,135	1,101	86	3	5,605
		病床数の必要量	2025	3,081	657	2,424			2,759	1,275			7,115
	割合	A 病床機能報告	2023	56.6%	9.3%		47.2%	2.0%	20.3%	19.7%	1.5%	—	100%
		B 病床数の必要量	2025	43.3%	9.2%	34.1%		38.8%	17.9%				100%
		A-B (正の場合「過剰な病床」 に該当)		13.2%	0.1%	13.2%	-16.5%	1.7%					
南河内	病床数	病床機能報告	2023	3,678	1,403	2,275	2,010	265	566	2,123	0	0	6,367
		病床数の必要量	2025	3,329	814	2,515			1,875	1,902			7,106
	割合	A 病床機能報告	2023	53.6%	22.0%		31.6%	4.2%	8.9%	33.3%	0.0%	—	100%
		B 病床数の必要量	2025	46.8%	11.5%	35.4%		26.4%	26.8%				100%
		A-B (正の場合「過剰な病床」 に該当)		6.8%	10.6%	-3.8%	-13.3%	6.6%					
堺市	病床数	病床機能報告	2023	3,853	1,680	2,173	1,911	262	1,490	3,798	107	11	9,259
		病床数の必要量	2025	4,119	991	3,128			2,571	3,202			9,892
	割合	A 病床機能報告	2023	38.8%	18.2%		20.7%	2.8%	16.1%	41.1%	1.2%	—	100%
		B 病床数の必要量	2025	41.6%	10.0%	31.6%		26.0%	32.4%				100%
		A-B (正の場合「過剰な病床」 に該当)		-2.8%	8.1%	-11.0%	-7.0%	8.7%					
泉州	病床数	病床機能報告	2023	4,010	1,614	2,396	1,985	411	1,474	2,851	135	0	8,470
		病床数の必要量	2025	3,811	993	2,818			2,623	2,523			8,957
	割合	A 病床機能報告	2023	42.5%	19.1%		23.4%	4.9%	17.4%	33.7%	1.6%	—	100%
		B 病床数の必要量	2025	42.5%	11.1%	31.5%		29.3%	28.2%				100%
		A-B (正の場合「過剰な病床」 に該当)		-0.1%	8.0%	-8.0%	-7.0%	5.5%					
大阪市	病床数	病床機能報告	2023	19,810	5,173	14,637	13,110	1,527	4,243	7,816	261	50	32,180
		病床数の必要量	2025	17,583	4,745	12,838			10,662	6,458			34,703
	割合	A 病床機能報告	2023	56.9%	16.1%		40.8%	4.8%	13.2%	24.3%	0.8%	—	100%
		B 病床数の必要量	2025	50.7%	13.7%	37.0%		30.7%	18.6%				100%
		A-B (正の場合「過剰な病床」 に該当)		6.2%	2.4%	3.8%	-12.8%	5.7%					
合計	病床数	病床機能報告	2023	49,884	15,204	34,680	31,009	3,671	12,986	23,680	782	81	87,413
		病床数の必要量	2025	46,836	11,789	35,047			31,364	23,274			101,474
	割合	A 病床機能報告	2023	52.9%	17.4%		35.5%	4.2%	14.9%	27.1%	0.9%	—	100%
		B 病床数の必要量	2025	46.2%	11.6%	34.5%		30.9%	22.9%				100%
		A-B (正の場合「過剰な病床」 に該当)		6.8%	5.8%	1.0%	-11.8%	4.2%					

令和 6 年度地域医療構想調整会議等の結果

資料 1－3

1. 概要

二次医療圏	対応方針（病院プラン） 合意状況					再編統合予定医療機関（協議会等報告）		承認案件
	病院数 A	合意 B	継続協議（継続協議の理由は後述）		未提出	合意率 B/A	件数 再編時期（予定）/医療機関名/再編にかかる医療機関数の変動	【凡例】 ○：地域医療連携推進法人設立 ●：地域医療支援病院
豊能	42	42	0	－	0	100%	2 ○2029年 8 月/豊中平成病院・平成記念病院/ 2 ⇒ 1 （豊中平成病院） ○2031年度※/箕面市立病院・協和会病院/ 2 ⇒ 1 （箕面市立病院） ※協議会後に再編時期変更の連絡あり（弘済院附属病院の再編にかかる案件は、大阪市圏域に掲載。）	－
三島	31	31	0	－	0	100%	2 ○2026年 4 月/みどりヶ丘病院・茨木みどりヶ丘病院/ 2 ⇒ 2 ○2027年度から2029年度/第一東和会病院・東和会いばらき病院/ 2 ⇒ 1 （第一東和会病院）	－
北河内	55	55	0	－	0	100%	1 ○2028年 4 月/大東中央病院・北河内藤井病院/ 2 ⇒ 1 （大東中央病院）	－
中河内	31	31	0	－	0	100%	1 ○2026年 2 月/八尾徳洲会総合病院・全南病院/ 2 ⇒ 1 （八尾徳洲会総合病院）	－
南河内	34	34	0	－	0	100%	0 －	－
堺市	38	38	0	－	0	100%	0 －	－
泉州	57	57	0	－	0	100%	1 ○2026年 4 月/泉大津市立病院・府中病院/ 2 ⇒ 3 （泉大津市立周産期小児医療センター・府中病院・【新】泉大津急性期メディカルセンター）	○りんくう総合医療センター、三和会、 栄公会等（泉州南メディカルネットワーク） ●大阪母子医療センター
大阪市	172	171	1	医誠会国際 総合病院	0	99.4%	5 ○2025年 1 月/大阪警察病院・第二大阪警察病院/ 2 ⇒ 1 （大阪警察病院） ○2026年 8 月/南港病院・平野東図書館前病院/ 2 ⇒ 1 （【新】南港ユマニテ病院（仮）） ○2027年 5 月/大阪市立総合医療センター・大阪公立大学医学部附属病院・大阪市立弘済院附属病院/ 3 ⇒ 3 （大阪市立総合医療センター・大阪公立大学医学部附属病院・【新】住吉市民病院跡地新病院） ○2028年 1 月/多根総合病院・多根記念眼科病院・多根第二病院・多根脳神経リハビリテーション病院/ 4 ⇒ 1 （多根総合病院） ○2028年 4 月/正和病院/ 1 ⇒ 2 （正和病院・【新】正和リハビリテーション病院（仮））	○英仁会、岩本診療所、さたクリニック （なにわメディカルネットワーク） ●南大阪病院
合計	460	459	1		0	99.8%	12 －	－

2. 令和5年度「継続協議」となった2医療機関に係る協議結果

【凡例】公立：公立病院経営強化プラン対象病院、公的：公的プラン対象病院、民間等：公立、公的以外の病院

二次医療圏	市町村	区分	医療機関名	継続協議となった年度	令和5年度病院プラン (2025年に向けた方向性概要)	令和5年度 地域医療構想調整会議において 継続協議となった主な理由	対応方針（令和6年度病院プラン）																令和6年度 協議結果	
							現状（2024年7月1日）の 病床数【A】						2025年に向け検討している 病床数【B】					病床数増減【B】-【A】 ＜濃いセルが過剰な病床機能にあたる＞						病床転換等の内容 (概要)
							合計	高度 急性期	急性 期	回復 期	慢性 期	休棟 中	合計	高度 急性期	急性 期	回復 期	慢性 期	休棟 中	合計	高度 急性期	急性 期	回復 期		
大阪市 (北部)	東淀川区	民間等	医療法人医誠会 医誠会病院	平成 30年度	※ 過剰病床への転換予定 ＜ 2病院の再編計画 ＞ ○2022年9月、城東中央病院の入院基本料について、急性期一般入院料4から急性期一般入院料1に変更。 ○2023年10月、医誠会病院と城東中央病院を統合し、北区へ新築移転。 ・高度急性期（急性期一般1）27床→急性期（急性期一般1）へ転換。 ・ICUを2床、SCUを6床を増床し、新たにNICU6床、GCU14床、MFICU3床を整備。	対応方針の内容について変更がないため 【参考】医療審議会における協議を踏まえ、医療法人医誠会に大阪府知事から新病院の病床機能の再検討等を文書にて要請（令和3年4月30日、令和4年4月28日、令和6年4月22日）。 ＜ 令和6年4月文書要請内容 ＞ 新病院における2025年に向けた病床機能等について、医療審議会での協議及びこれまでの経過、医療法の趣旨を踏まえ検討するとともに、地域の医療関係者等に丁寧な説明を行うこと。 ＜ 令和4年4月文書要請内容 ＞ ・過剰な病床機能である高度急性期病床への転換は行わないこと ・厚労省「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」(令和2年4月13日)に示されている「周産期医療・小児医療の集約化・重点化の検討」を考慮すること ・継続協議中に病床機能を転換した城東中央病院の急性期病床118床を元の機能である回復期27床、慢性期91床に戻すこと																		
大阪市 (東部)	城東区	民間等	医療法人医誠会 城東中央病院																					
大阪市 (北部)	北区	民間等	【新】 医療法人医誠会 医誠会国際総合病院																				・急性期（急性期一般1）23床→高度急性期（MFICU3床＋NICU6床＋GCU14床）へ転換予定 ※昨年度からの変更点（2025年に向けた病床機能） ・府基準に照らした現状の病床機能を踏まえ、高度急性期98床＋急性期462床⇒高度急性期469床＋急性期91床に変更	継続協議 (対応方針の内容について変更がなく、過剰病床への転換を含むため)

3. 地域医療構想調整会議等における主な意見

	病院連絡会	保健医療協議会【地域医療構想調整会議】
豊能	【高齢者救急】 ○救急搬送について、流出超過になっており、今後増え続ける高齢者救急に圏域内で対応できない。早急に病床を増やす必要がある。 【基準病床数】 ○線形回帰で算出した平均在院日数を基に算定した基準病床数が、豊能圏域において正しいのか疑問である。 【公立病院のあり方】 ○公立病院には民間病院ができない役割を担ってほしい。市立吹田市民病院について、民間でできる回復期リハに補助金が入っていることが問題。 ○公立病院がリハビリテーション医療をするのであれば、急性期病棟におけるリハビリをしてもらいたい。 ○川西市立総合医療センター、市立池田病院、市立豊中病院、箕面市立病院は近い距離に4つの公立病院が集中している。公立病院同士で患者を取り合っているのであれば、統合や病床削減を検討すべき。 【転退院調整】 ○特に認知症や独居の高齢者への対応が難しい。 ○患者の意向に沿った転退院を進めるにはACPが重要である。今後、在宅医療が増えることが予測され、在宅医との連携にACPの情報が不可欠になる。 ○概ね連携はうまくいっているが、特に土日は後送病院が見つからないケースもある。	【病床機能の分化・連携の進め方】 ○特定機能病院の病床を高度急性期に含めている。大阪府が進めている割合で考えるというアプローチは、豊能において本当に正しいのか。 ○豊能圏域は流出超過となっており、患者がいけないわけではない。病床稼働率低下の一番の原因は看護師不足。公民における看護師の給与差が根底にあり、民間病院の看護師が枯渇している。 【公立病院のあり方】 ○市立吹田市民病院の回復期リハビリ病床について、民間病院ができる内容を、繰入金をもって行うというのはおかしいのではないかと。回復期病棟をやめて、急性期病棟でリハビリを提供すべきではないか。 【基準病床数】 ○豊能圏域の救急車の出動件数・各病院の断り件数は毎年右肩上がり。圏域内では受け入れができず、患者の流出が多い。地域完結型医療を行うために、力のある病院に増床を認めるべきではないか。 ○急性期だけでなく回復期も病床を増やさないと、今後高齢者救急を受け止められない。 ○基準病床数は、病床利用率が下がれば数が増える計算となるのか。基準病床数という概念でなくとも、地域・時代に応じて本当に必要な病床だけ増床を認めることはできないのか。

	病院連絡会	保健医療協議会【地域医療構想調整会議】
三島	【人材確保】 ○医師・看護師を含め医療従事者の確保に苦勞。もっと上向きの診療報酬改定を行わなければ、人材確保できずに医療が崩壊してしまうことを危惧。 ○離職率を下げる取組も重要。 ○制約はあるが、病院間で人材交流制度を構築するなど連携し、様々な職種のモチベーションをあげる研修等の取り組みができないか。 【タスクシフト・タスクシェア】 ○医師事務作業補助へのタスクシフトについては個人の資質によるのが実情。また、コメディカルへのタスクシフトが進みにくい。 【若手医師の育成】 ○シーリング制度は医師不足地域との連携が必要だが、必ずしも希望の地域に行けるとは限らないことが課題。 【災害対策】 ○非常用自家発電設備はあっても対応可能時間が短い病院もある。府や市が補助し、全ての病院が災害対応できるようにしていただきたい。	意見なし
北河内	【病床機能の分化・連携の進め方】 ○機能分担は比較的順調に進められているが、人材不足が一番の課題。また、人材育成も各病院が実施することは難しい状況。 ○人材に限りがある中で、引き続き医療従事者の確保を充実させるとともに、内容によっては当番制により病院間連携・役割分担を進めていくことが必要。 【高齢者医療】 ○地域包括医療病棟において、複合的な疾患を抱える高齢者の受入には手間がかかるとともに人材の充実が必要であり、役割を果たすためには支出が増える。 ○病院と介護関係者が顔の見える関係をつくり、連携していくことが大切。2040年に向けて、病院でも訪問看護師の導入を考えていく必要がある。 ○80歳以上の高齢者救急等では肺炎や骨折が多く、退院先の調整が難しい。今後の高齢化に備え、地域での役割分担が必要。	【基準病床数】 ○病床整備が可能となると、増床を希望する医療機関は多くあるだろうが、その選定は難しい。 ○今後病床整備を行うことがあるかもしれないが、その際には、二次医療圏内の病床数の偏在の解消について議論するべきでないか。 ○二次医療圏として見ると病床数が足りているように見えるが、部分的に見ると色々な医療事情があるため検討してほしい。 【在宅医療】 ○在宅医療における24時間対応と医師の働き方改革に矛盾・齟齬があり、何か取組をしていかなければならない。

	病院連絡会	保健医療協議会【地域医療構想調整会議】
中 河 内	【病床機能の分化・連携の進め方】 ○各病院にそれぞれの機能があり、自院で対応が困難な場合は他病院と連携する等、概ね滞りなく連携ができています。 【高齢者救急】 ○高齢者救急に関わらず、救急受入れと下り搬送について、役割を分担した体制整備が必要。 ○救急患者の圏域外流出が課題であるが、昼夜別のデータ分析や東大阪市と類似した大都市隣接地域との比較が必要ではないか。 ○救急搬送について、搬送先の判断を行う救急隊への働きかけが重要。	【基準病床数】 ○出生数の減少、人口減少が急激に進み、医療需要も右肩下がりになることが見込まれる。一度肥大化した医療をスケールダウンさせるのは難しいのではないかな。 【在宅医療】 ○積極的医療機関に急変時の受け入れを行う際の課題に関してアンケートを行ったところ、人材確保が課題という回答が多かった。また、24時間体制の構築が理想的だが、現場では医師の働き方改革と相反する、体制維持のためにも補助やインセンティブの確保が望まれるという意見もみられた。 【地域医療への協力】 ○地域に足りない医療をお願いしたいということもあるため、意向書が未提出の医療機関に対しては何度か提出を促していただきたい。
南 河 内	【病床機能の分化・連携の進め方】 ○経営が厳しい病院も多く、今後一層、病床機能転換等の医療機能分化が必要。 【近畿大学病院の移転】 ○患者の受療行動がどう変化するかを正確に予測するのは困難。したがって、移転後にどう変化したかというデータをタイムリーに情報提供いただきたい。データに基づいた議論が重要。 ○移転前後で距離や搬送時間はほとんど変化がないが、圏域を越えて移転するため、近畿大学病院としては三次救急を受け入れる意向を示していても、南河内圏域の消防が医療圏の異なる近畿大学病院に本当に搬送するのか。実務が重要と認識。 ○移転後、二次救急が増えることを懸念。移転後の救急医療体制について具体的な検討や整備が必要。 【高齢者救急（看取り）】 ○急性期病院には看取りのためだけに救急搬送されてくる患者も多い。今後、看取りについて地域で議論が必要。	【病床機能の分化・連携の進め方】 ○一般入院基本料は、府内8圏域平均では流入超過だが、南河内圏域では流出超過。何か南河内の特性があるのではないかな。急性期の患者を南河内圏域内で診ることができず、流出しているのか。今後、データで示していただきたい。 【近畿大学病院の移転】 ○来年度以降の協議会資料は、近畿大学病院の病床が堺市に移転し、南河内にないという前提での資料となるのか。また、近畿大学病院は移転後も引き続き、南河内における基幹病院としての役割を確実に果たしていくということだが、データ上はどうなるのか。 【在宅医療】 ○令和6年の診療報酬改定では、積極的医療機関において24時間連携体制を強化するのは困難であり、医療機関への独自の財政支援、また、国への診療報酬の抜本的な改革の要望をお願いする。

	病院連絡会	保健医療協議会【地域医療構想調整会議】
泉州	【病床機能の分化・連携の進め方】 ○地域で柔軟に判断していくのはよいが、慢性期から高度急性期に転換するようなバランスを崩す転換はどうかと思うので、行政にもある程度は歯止めをかけてほしい。 ○ニーズがあるからという理由で過剰病床への転換を認めることは、地域包括ケアシステムの精神に反し、病院完結型医療へ逆行してしまう。地域での役割分担を考慮する必要がある。 ○回復期リハと地域包括ケアを全て回復期とすれば、2025年の目標を十分に達成できるのではないかな。年々救急搬送が増えており、今後は救急の病床を増やす方が重要では。 【高齢者医療】 ○ACPを広め、患者自身が自分の最期を考える文化を醸成していく必要がある。それができれば高齢者救急・高齢者医療も比較的スムーズにいくのではないかな。 【小児医療】 ○少子高齢化による人口減少問題は避けられないが、小児病床はたとえ赤字でも維持することが大切ではないかな。 【公立病院のあり方】 ○公立病院には不採算医療などの役割を担っていただきたい。 【病院連絡会の開催形式】 ○保健所単位での開催であれば、病院間での連携等具体的な議論ができればよい。 ○他地域の状況を知るため、また、圏域全体として地域包括ケアシステムを構築すべきことから、従前どおり、圏域単位で開催していただきたい。	【病床機能の分化・連携の進め方】 ○回復期については、診療報酬改定で点数が引き下げられ、病床稼働率が下がっている。また、地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟など、急性期病床の一部は回復期の機能を有すると考えられる中、回復期の目標設定は正しいのか。 ○現場感覚としては、高度急性期と急性期をあわせた「急性期」に「回復期」と「慢性期」を加えた3分類との認識。急性期が足りないからといって、回復期や慢性期からの急性期への転換は、大きな流れに逆らうもの。急性期が不足しているのであれば、高度急性期から急性期に転換するのが望ましいのではないかな。 【医療計画の進捗管理】 ○第8次医療計画の取組状況について、「各事業に着手した」、「推進した」等の記載にとどまっているが、分析や評価は行っているのか。評価・改善していく仕組みが必要ではないかな。 【基準病床数】 ○新型コロナの影響は続いており、病床稼働率が低下しているなか、既存病床を基準病床に合わせる形は慎重に考えた方がよいのではないかな。有事に備え、病床を残しておくという考え方も持っておいてほしい。

	病院連絡会	医療・病床懇話会（部会）	保健医療協議会【地域医療構想調整会議】
堺市	【地域包括医療病棟入院料】 ○重症度、看護必要度の点数が取りにくいのがネック。また、急性期・高度急性期のような処置が盛り込まれており、慢性期・回復期病院では難しいのではないかと。 【医師の働き方改革】 ○特定集中治療室管理料 1 ～ 4 を算定すると、宿日直を行えないので、そのままの体制を維持しつつ医師の数も確保する必要があり難しい。働き方改革だけではなく、全体で医療体制が成り立つことを議論しなければならない。 ○病院の規模が大きい場合、なかなかタスクシフト・タスクシェアができない。	【近畿大学病院の移転】 ○堺市への移転を予定している近畿大学病院には病院と診療所との連携についてお願いしたい。 【地域医療への協力】 ○地域医療へ協力いただける医療機関は減少傾向であり、学校医等が不足している状況。診療所や病院を含め、地域医療への協力をお願いしたい。 【がん検診】 ○堺市は他の自治体と比較し、がん検診の受診率が低いので、引き続き、がん検診の受診率向上に向けた周知・啓発や、がん検診の無償化に取り組んでもらいたい。	【近畿大学病院の移転】 ○地域医療情報ネットワークシステムは、堺市圏域で 1 つのネットワークで地域医療支援病院が全て入っているという、全国でも非常に稀なシステムでやっており、近畿大学病院にも引き続き検討をお願いしたい。 【在宅医療・介護との連携】 ○高齢者施設から、十分な情報共有のないまま救急搬送されることも多く、課題である。堺市内の高齢者施設については、堺市内の医療機関で訪問診療し、地域包括ケアシステムに繋げていくのが本来の姿ではないかと。 ○サービス付き高齢者向け住宅において適切な医療提供がなされているかは、行政がしっかり把握すべき。
大阪市	【病床数の必要量】 ○現在の地域医療構想は2013年のデータをもとに推計されたものであり、このデータを用いて地域医療構想の議論をするのはいかがかと。 【対応方針（医誠会国際総合病院）】 ○府から元の病床機能に戻すよう要請されているとのことであり、急性期から回復期へ転換する必要があるのではないかと。 【高齢者医療】 ○応需率を高めているが、救急搬送件数は減少。 ○近隣区からの救急依頼は変化がないものの、遠方からの依頼は激減しており、地域で応需できていると思う。 ○「地域包括医療病棟入院料」については、看護体制など医療従事者の配置や平均在院日数、在宅復帰率など算定基準が非常に厳しく、急性期病床からの転換でないと現状は難しい。 ○「救急患者連携搬送料」は、協定を締結し算定を開始している病院もあるが、入院後の日数や看護師等の同乗など算定基準が厳しく、運用できていない。また、受入れ医療機関側は診療報酬が算定できないため、インセンティブが必要。 ○ACPIは本人がある程度意思決定できる間に行うことが望ましい。今後、ますます医師会や行政が市民や社会のリテラシーを向上させる役割を担ってほしい。 ○病院同士の連携はある程度進んだが、地域包括ケアシステムが地域で展開できるよう、話し合いの場があるとよい。 【その他】 ○北区に病院が移転する可能性があるという話が出ている。北区には医療機関が密集しており、予定している病床機能などを含む資料を提示いただき、議論を行う必要があるのではないかと。	【地域医療構想】 ○府の主な課題は、回復期病床への不足が見込まれること、高齢化の進展等に伴い、高齢者特有の疾患が増加することが見込まれることであり、さらに回復期への転換が必要という考えに則って、しっかり進めていただきたい。 【対応方針（医誠会国際総合病院）】 ○城東中央病院においては、回復期・慢性期の病床を急性期病床へ転換し、全病棟が急性期に変更。府の文書要請にも応じていない。 ○NICU、MFICU等の小児周産期に関しては、国において今後集約化の方向性となっており、大阪市域においても小児周産期の需要が将来減少すると推計されている中、NICU等の病床を新設するのはいかがかと。 ○以上より、保健医療連絡協議会（地域医療構想調整会議）で議論する必要がある。 【対応方針（原田病院）】 ○37床と10床以上の過剰な病床への転換計画は望ましくなく、また病院連絡会を欠席し、転換計画について協議できていない状況のため、保健医療連絡協議会（地域医療構想調整会議）で議論する必要がある。 【地域医療への協力】 ○意向書の提出数向上に向け、工夫・努力が必要。 【在宅医療】 ○在宅医療を円滑に進めていくためには、診療所・病院等の連携が大切であるが、在宅医療の支援を担っている病院の経営状況が極めて厳しくなっている。行政からの支援をぜひお願いしたい。 【地域医療連携推進法人】 ○これまで認定された地域医療連携推進法人の活動状況について、問題がある場合や、法人が解消されている場合等は、本懇話会に報告いただきたい。	【対応方針（医誠会国際総合病院）】 ○大阪府からの指導に従わず、法人の意向のままに病床機能を転換している。この対応方針に合意するとなると、地域医療構想における協議の意味が全くなってしまう。 ○小児・周産期に関しては、国において今後集約化の方向性となっており、大阪府域においても需要が将来減少すると推計されている中、NICU等の病床を新設することは考えられない。 ○協調性を持っていただき、北区の他の病院と話し合っていくのが大事なので、よろしくをお願いしたい。 ⇒書面決議を行い、医誠会国際総合病院の対応方針は、継続協議となった。 【対応方針（原田病院）】 ○病院からの説明により、状況を確認できた。 【在宅医療】 ○在宅医療体制について、病院等の経営状況が厳しく、連携体制をつくっていくのが難しい。診療報酬上の手当ても補助金もない。国に要望してほしい。 【地域医療連携推進法人】 ○地域医療連携推進法人は病床融通のみを目的とした制度ではないため、活動状況等の確認が必要。