

令和7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

●地域医療構想を進めるうえでの大阪府の主な課題

- 課題 1 【病床機能】 回復期病床の不足が見込まれる
＜高齢化の進展等に伴い、医療需要は、2030年ごろまで増加すること、疾患別では、特に高齢者特有の疾患が増加することが見込まれている。＞
- 課題 2 【診療機能】 将来的な疾病構造の変化に対応した病院の役割分担について検討が必要

Contents

- 1 大阪府における地域医療構想の進捗状況**
- 2 令和7年度の実施スケジュール**
- 3 令和7年度の新実施事項**
- 4 保健医療協議会等の協議の結果**
- 5 令和8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

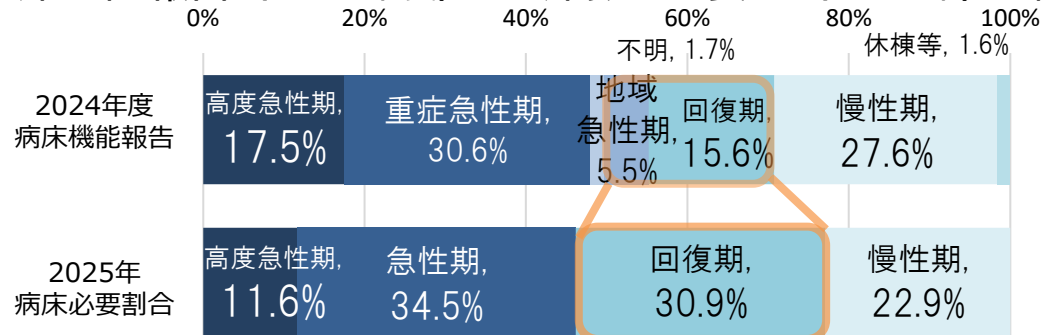
区分	年度	高度急性期	急性期※	重症急性期	急性期(不明)	地域急性期	回復期	慢性期	休棟等	未報告等	合計
病床機能報告	2024	15,168	32,798	26,554	1,485	4,759	13,567	24,009	1,364	79	86,985
病床数の必要量	2025	11,789	35,047				31,364	23,274			101,474

※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

【参考】
基準病床数
69,827床

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

● 病床機能報告（2024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）

2024年度 21.1%

② 病床数の必要量（回復期）

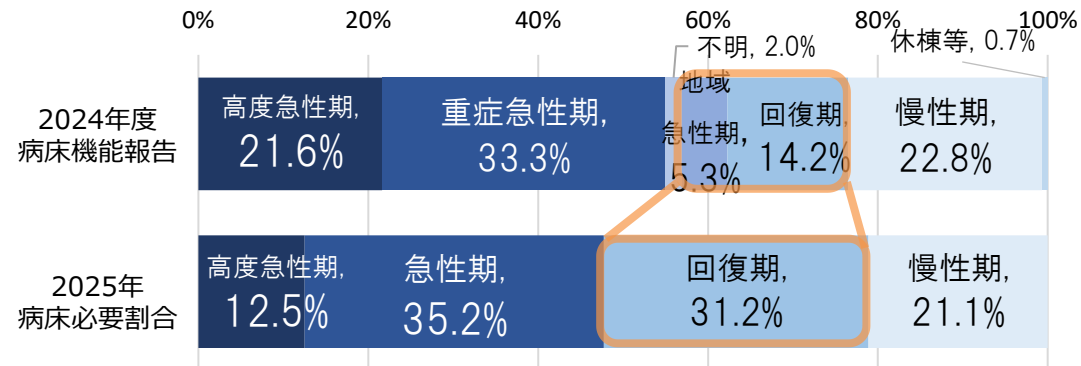
30.9%

割合の差
9.8%(約8,500床)
※2023年度の約11.8%
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）

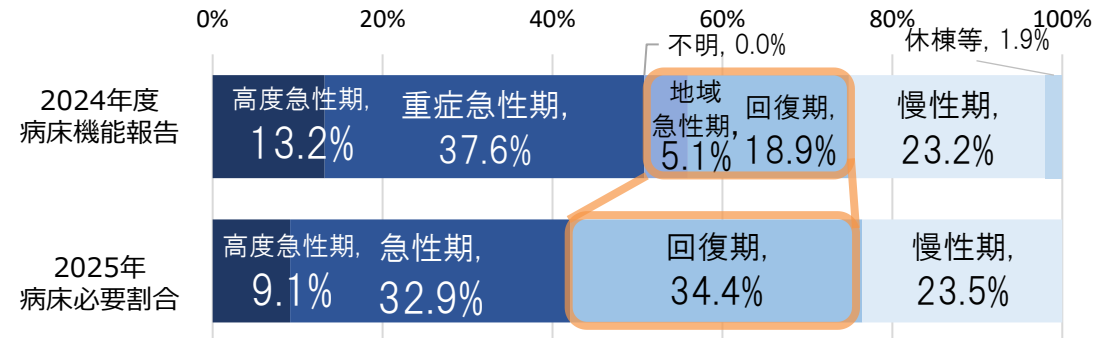
病床機能の分化の状況と回復期への転換が必要な割合は各構想区域ごとに差異がある

(1) 豊能二次医療圏(8,863床)



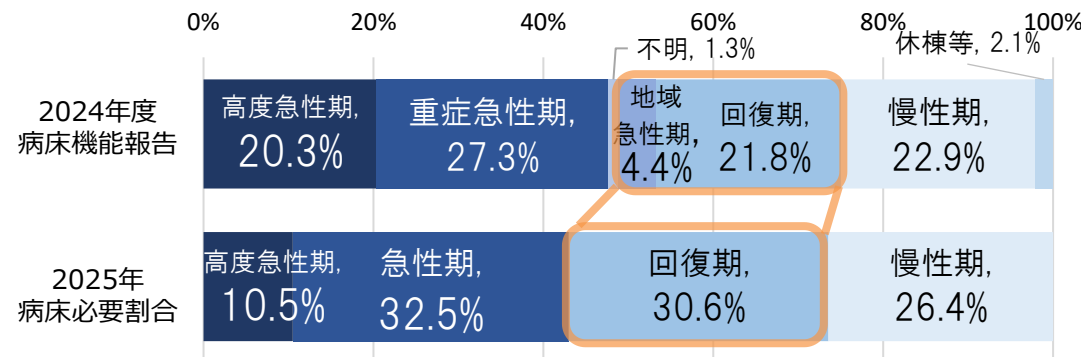
回復期割合の差 11.6%

(3) 北河内二次医療圏(10,121床)



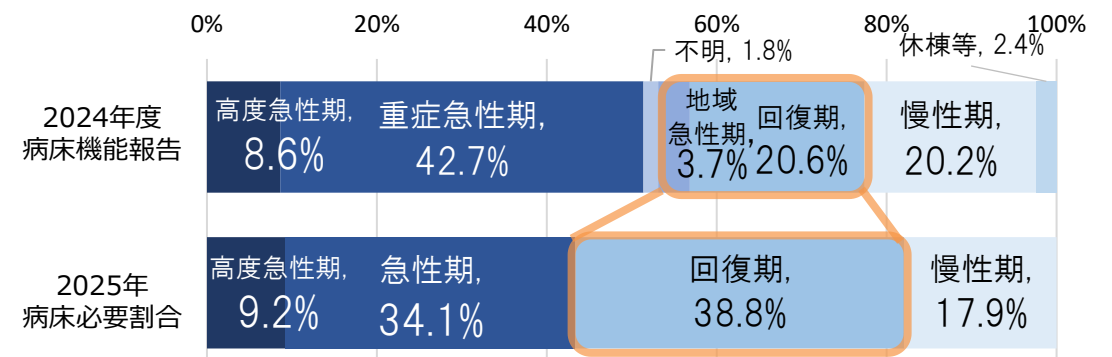
回復期割合の差 10.3%

(2) 三島二次医療圏(6,377床)



回復期割合の差 4.4%

(4) 中河内二次医療圏(5,586床)



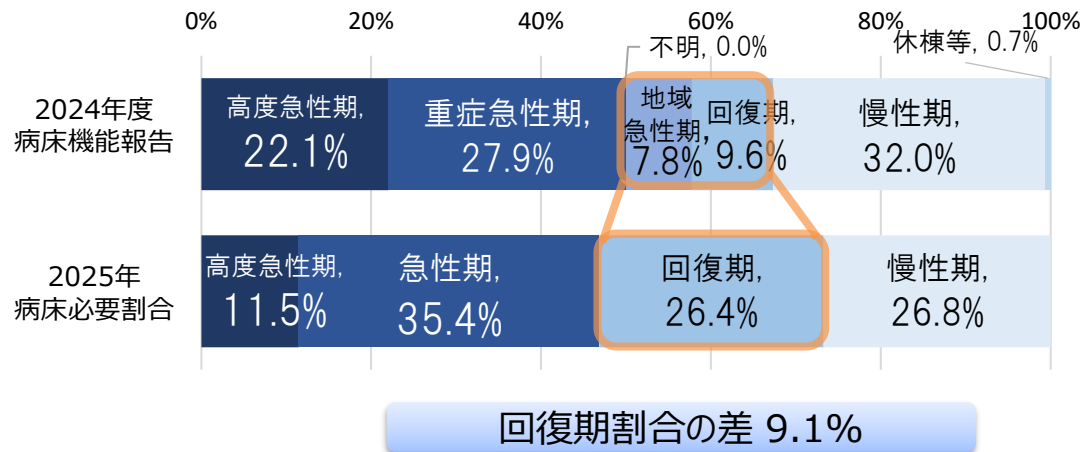
回復期割合の差 14.5%

※二次医療圏毎の「過剰な病床の状況」の詳細：「資料1-2」参照

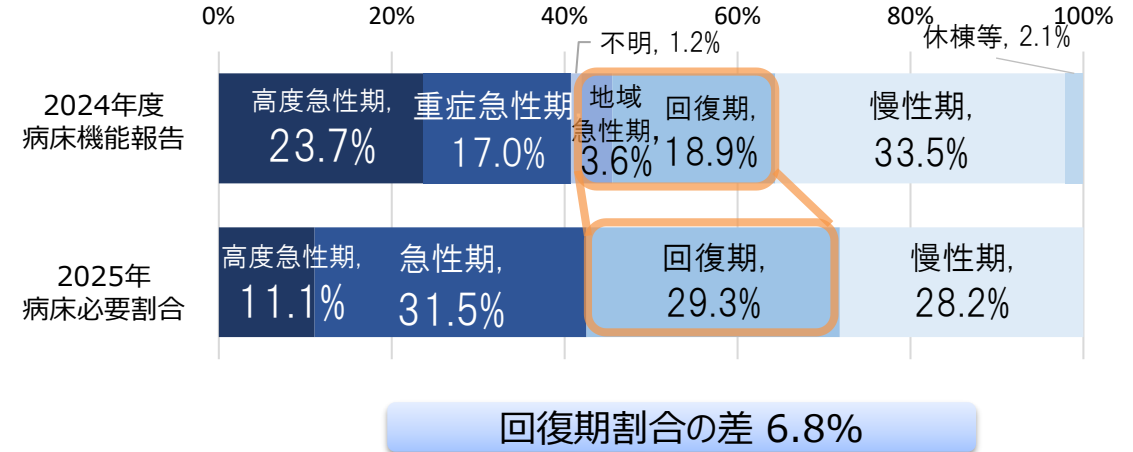
1. 大阪府における地域医療構想の進捗状況（各圏域の病床機能の分化の状況）

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

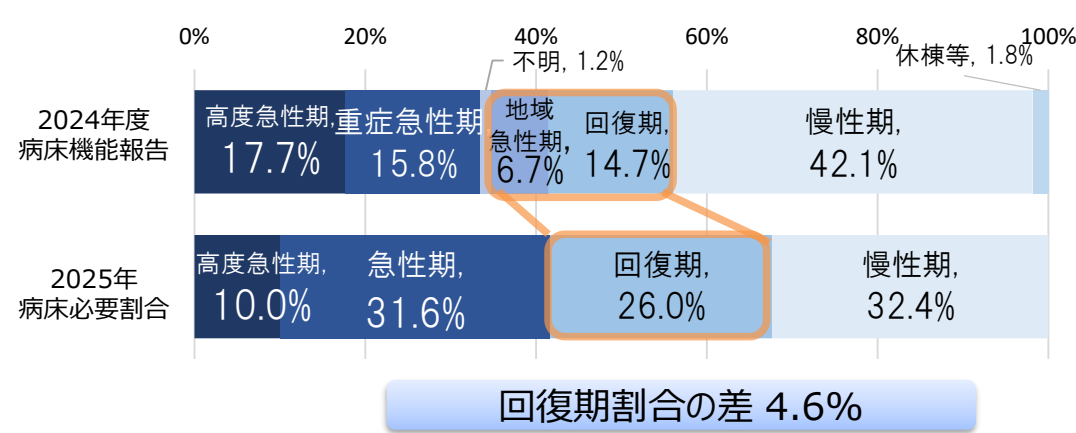
（5）南河内二次医療圏（6,250床）



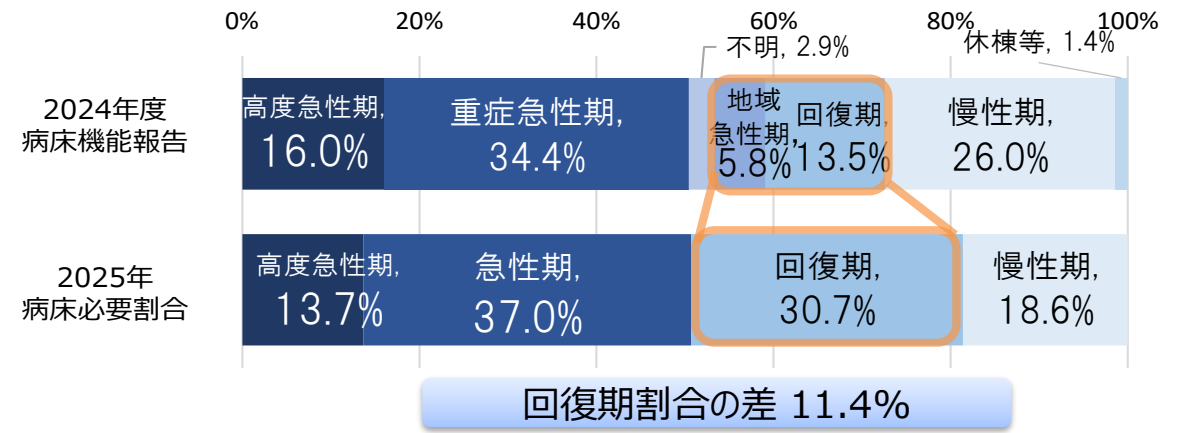
（7）泉州二次医療圏（8,415床）



（6）堺市二次医療圏（9,289床）



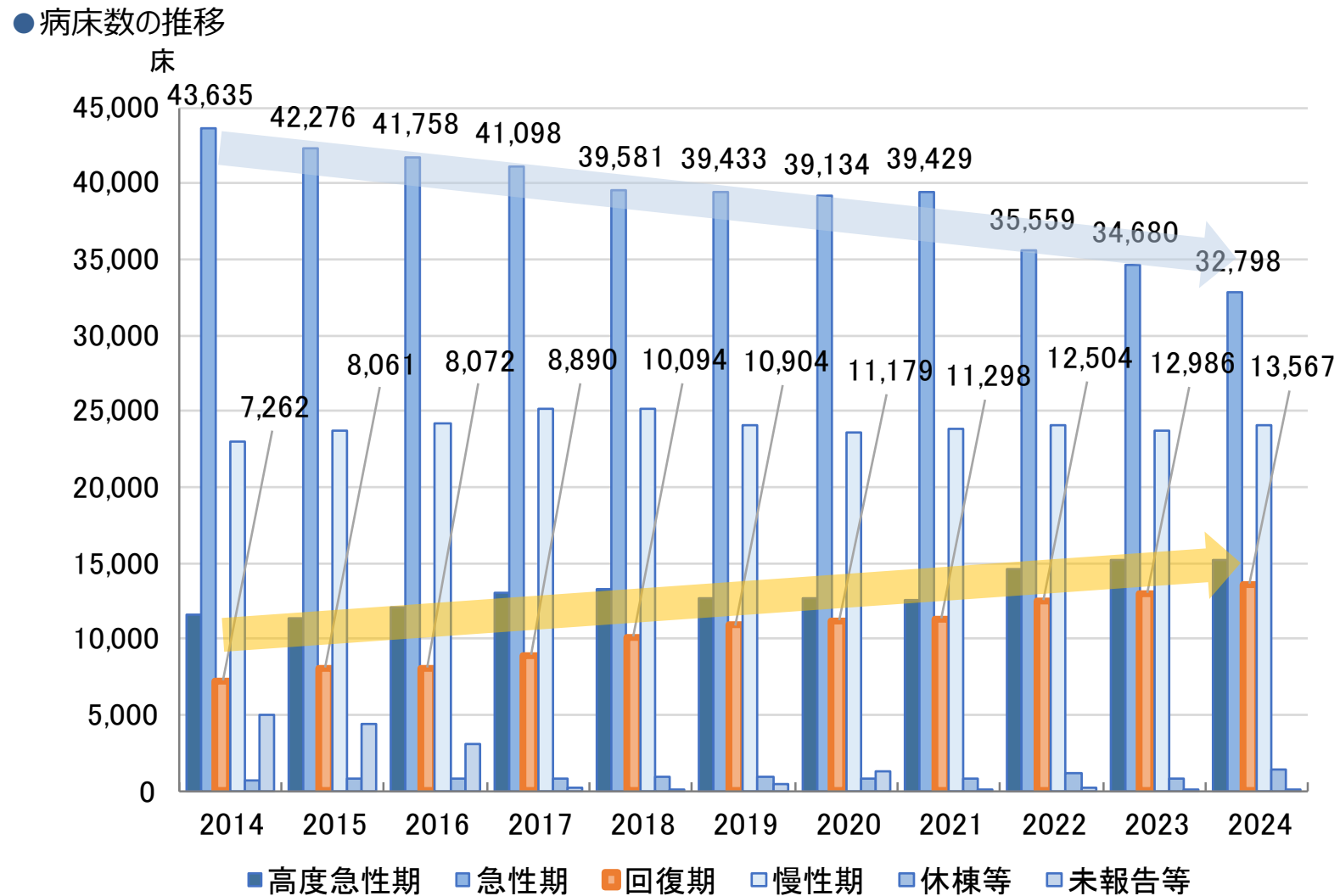
（8）大阪市二次医療圏（32,084床）



※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（病床数の推移）

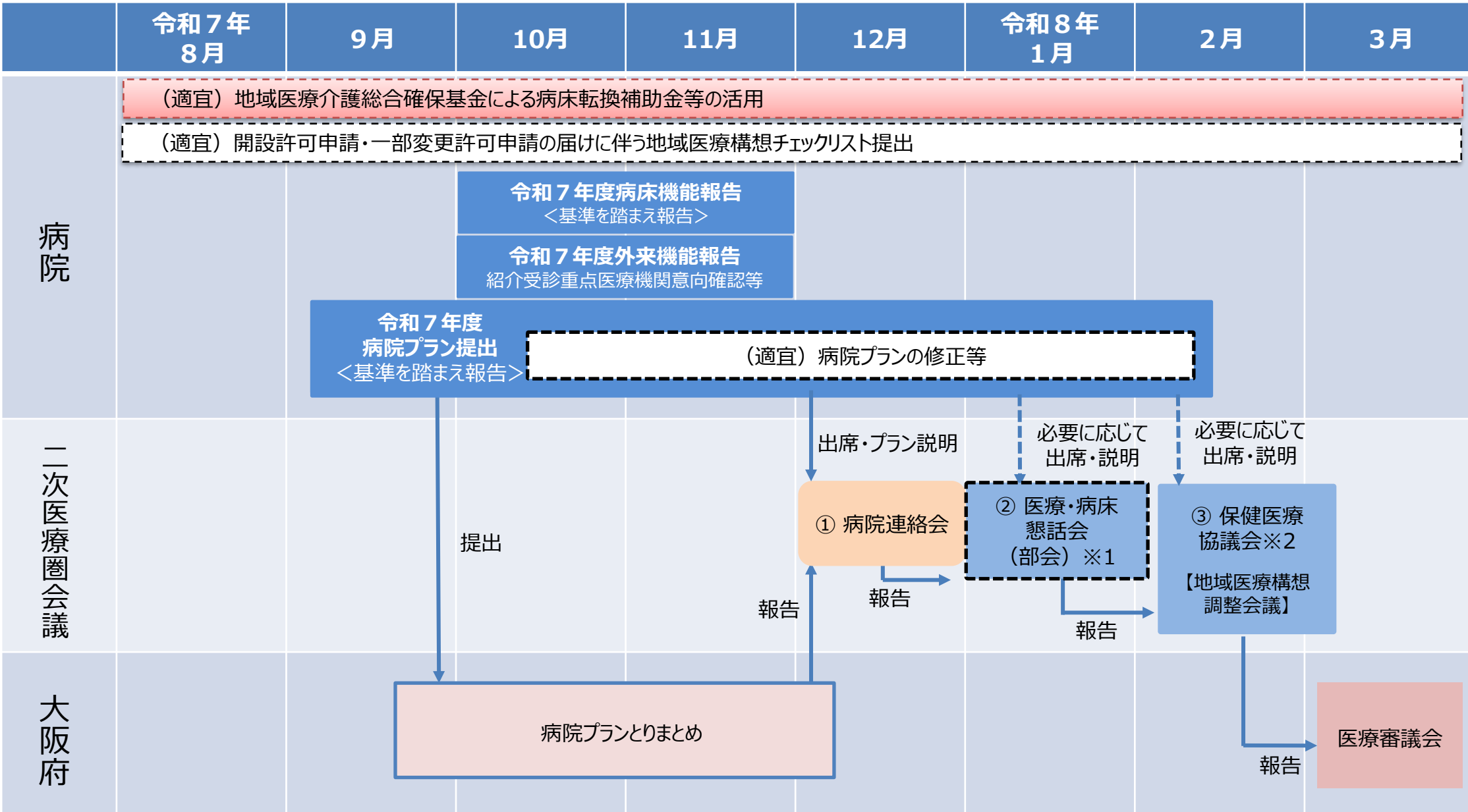
2014年から、回復期報告病床数は、約6,300床増加する等、病床機能分化が進んでいる



2016年に地域医療構想策定

<出典> 病床機能報告

2. 令和7年度の取組スケジュール



※1 令和7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7年度の新たな取組

○病床機能や医療機関機能の分化・連携等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。新たな地域医療構想で求められることとなる、医療提供や医師確保の状況、外来、在宅、介護との連携等に関して、各医療機関の取組や課題に関して、令和7年度病院プランの項目を追加。
また、大学病院本院における医師派遣の方向性や地域医療に係る意見についてアンケートを実施。お伺いした結果をまとめ、医療機関間の具体的な機能分化・連携の促進に向けた協議に活用。

○新たな地域医療構想に対する国への要望・提案

新たな構想に関する国の検討状況を受け、関係団体のご意見等もいただきながら、府域の実情を踏まえた制度設計等（病床数の必要量・基準病床数、病床機能・医療機関機能等）について、国に提案・要望を実施。

○在宅医療にかかる連携の拠点及び積極的医療機関のさらなる取組促進

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し、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報告。府内医療機関を対象に、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。

○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）のさらなる普及を実施。また、患者の情報を共有するシートについて、施設を対象とした集団指導の際に周知。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。

○かかりつけ医機能報告の円滑な実施に向けた取組

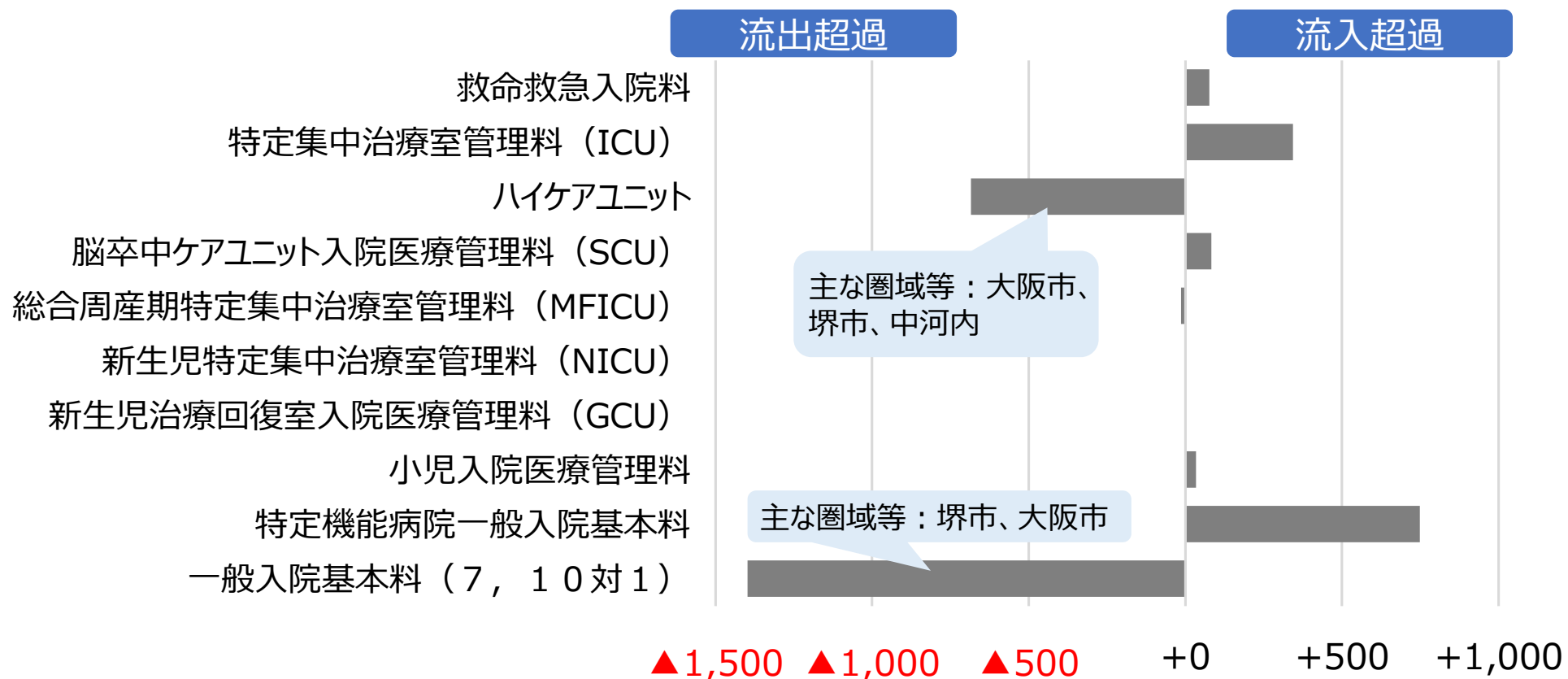
報告制度の開始にあたり、関係団体と連携し、報告対象となる医療機関への制度周知や報告の円滑化に向けた準備を実施。また、報告開始後も、報告対象医療機関に対する依頼・督促、報告内容を確認。
今後、令和8年度から開始予定の協議に向け、データの収集・整理を実施。

<参考> 取組例①患者の二次医療圏間の流出入等の分析

○流出超過となっている入院料に関して、流出先の主な圏域等について、分析を実施。

● 入院患者の流出－流入【件数】（南河内圏域）

（圏域に所在する医療機関の患者レセプト件数－圏域に住所を有する患者のレセプト件数）



出典：医療計画データブックより作成（2023年度診療分）（「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> 取組例②新たな地域医療構想を見据えた取組 -医療提供の状況（受入困難な疾患等）-

○精神疾患合併患者の受入困難等、精神疾患に係る課題を挙げた医療機関が最も多かった。また、脳神経系や循環器系、小児・産婦人科系、腎尿路系疾患を伴う透析患者、血液系疾患等、専門医・設備を要する場合に受け入れ困難とする回答が多くみられた。呼吸器系については、在宅支援や施設との連携による転退院を課題と挙げる医療機関があった。

●受入困難な疾患や圏域で不足する機能、課題（回答が多かった主な疾患領域）

疾患領域 (回答医療機関数)	具体的な内容、理由・背景、求めている連携先等【自由記載】	
精神（71機関）	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神科専門医・病床の不足、身体合併や救急患者の受入困難 ● 回復期リハビリ病床の精神疾患併存患者の治療依頼先不足 	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症患者の受入困難 ● アルコール依存症患者の受入医療機関不足
脳神経系（54機関）	<ul style="list-style-type: none"> ● 脳神経外科医・設備の不足 ● 冬季の脳卒中患者増加時、治療・リハ継続可能な連携病院 	<ul style="list-style-type: none"> ● 肺炎など内科的疾患合併の場合、脳神経外科単科病院への転院が難しい ● 今後の認知症患者増加を見据え、非専門医でも診療できる支援体制が必要
循環器系（38機関）	<ul style="list-style-type: none"> ● 心臓血管外科医・循環器内科医の不足、夜間・休日の急性疾患（心筋梗塞等）対応困難 	<ul style="list-style-type: none"> ● 慢性心不全管理体制（心不全チーム・多職種連携・心リハ）不足 ● リハビリ入院受入後の急変受入先選定が課題
小児系（29機関）	<ul style="list-style-type: none"> ● 小児科医・小児科病棟の不足 ● 夜間・休日は小児救急受入困難、夜間当直体制の課題 	<ul style="list-style-type: none"> ● 院内学級がないため15歳以下の小児がんは対応困難
産婦人科系（24機関）	<ul style="list-style-type: none"> ● 産婦人科医・スタッフ・設備の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性腹症受入で、産婦人科関連疾患の転送が困難なケースがある
呼吸器系（21機関）	<ul style="list-style-type: none"> ● 誤嚥性肺炎や施設入所者・独居老人の肺炎症状の治療後の後方支援病院への転院が困難 	<ul style="list-style-type: none"> ● 元の施設での医療看護機能が不足し、退院・受入が拒否されるケースが多い ● 人工呼吸器を用いた治療は、呼吸器専門医が不在のためできない
腎尿路系（20機関）	<ul style="list-style-type: none"> ● 専門医不在・設備の不足のため透析患者受入困難 ● 身体合併症を伴う維持透析患者の受け入れ先 	<ul style="list-style-type: none"> ● 緊急、夜間休日の泌尿器系疾患は、診療体制確保が難しい
筋骨格系（18機関）	<ul style="list-style-type: none"> ● 夜間・休日は麻酔科の確保が難しく、緊急手術対応は困難 ● 認知症合併症は受け入れに難渋 	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性期治療後のリハビリ施設への転院調整が困難 ● 小児整形
消化器系（15機関）	<ul style="list-style-type: none"> ● 上下部消化管出血など、緊急処置を要する患者の受入れは困難 	<ul style="list-style-type: none"> ● イレウス管留置等、透視下実施の案件の対応不可
血液系（12機関）	<ul style="list-style-type: none"> ● 血液内科医不在で専門的治療や入院加療が必要な血液疾患の受入困難 	<ul style="list-style-type: none"> ● 全血輸血や成分輸血が定期的に必要なケースもあり、病状管理やコスト等の課題で転院先が限定される。二次医療圏を越えて、連携することもある

(その他) ・三次救急や重症患者受入困難 ・高額薬剤投与患者や延命治療希望者の設備・体制不足 ・医療費支払い能力がない患者、外国人・通訳不在患者の受入困難
 ・麻酔科医不足により重症患者の救急受入れ（ICUや手術室）が困難になるケースが発生

<参考> 取組例③新たな地域医療構想を見据えた取組 -医師確保の状況（医師の増減）-

○高齢化に伴い医療需要の増加が見込まれる内科、消化器内科、脳神経外科、整形外科等で、退職や医局人事に伴う医師の減少による診療への影響が出たと回答した医療機関が多くあった。今後人材確保が一層困難となることが見込まれる外科や麻酔科においても、手緊急術対応への影響があると回答した医療機関が複数あった。産婦人科でも、医師の退職等による一時的な診療休止等が出ている。

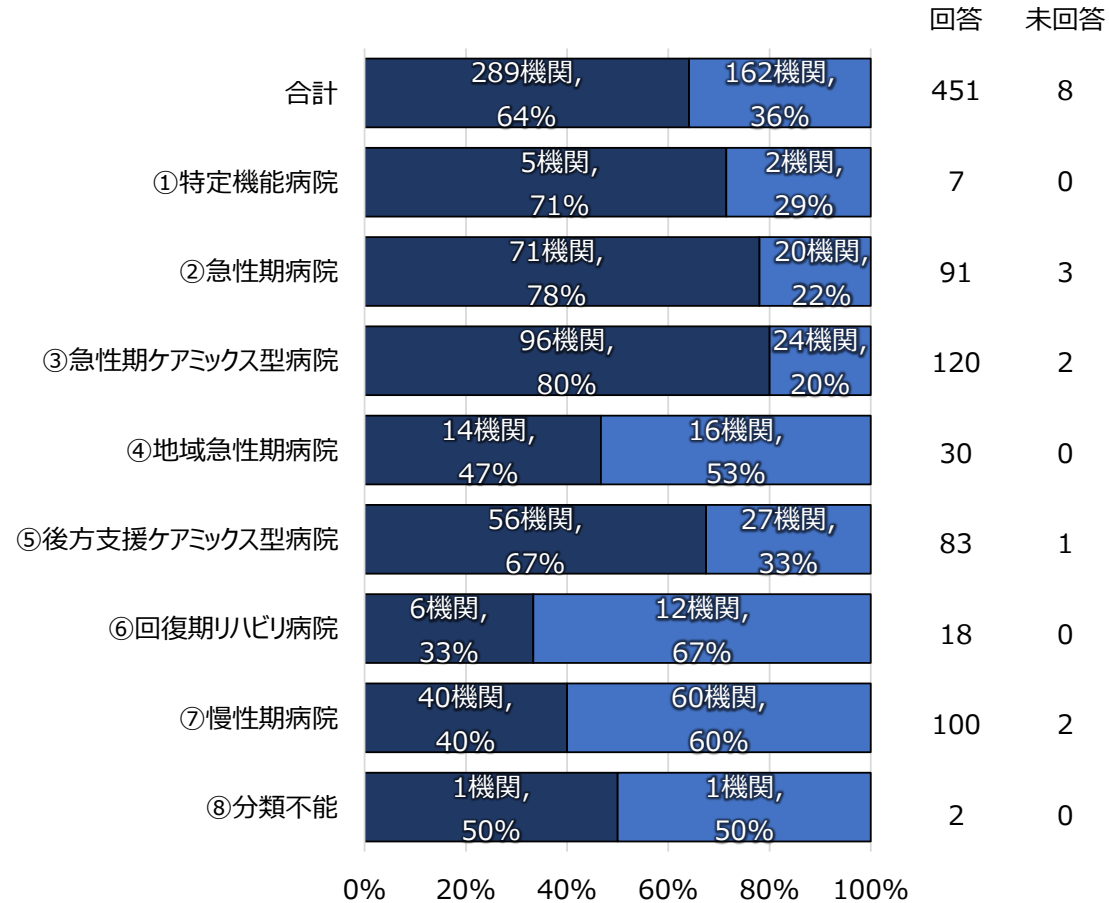
●医師数が減少した診療科（回答が多かった主な診療科等）

診療科(回答医療機関数)	背景や貴院への影響
内科（18機関）	・開業と定年退職による減少。高齢者救急受入れで入院主治医が不足 ・高次医療機関からの受入が困難な場面が多くなった。
整形外科（15機関）	・退職により、救急症例受入れと外来診療および入院手術件数が縮小 ・外来患者数が少ないため
消化器内科（10機関）	・大学医局による人事異動で医師数減。当直体制維持のために日中の診療にも影響あり ・休職や開業による人員減。入院・外来患者減、高難度手術減
循環器内科（9機関）	・医局人事、常勤医の退職。カテーテル治療を一部制限している ・医局内の人員体制の影響による減少、救急を含めた循環器疾患の受入れ体制維持や働き方改革への影響が発生している。
脳神経外科（8機関）	・医局人事、常勤医の退職。診療体制縮小（外来）、脳卒中当番日の減 ・医師自身の病気による退職。手術件数減少。当直、オンコール体制で医師負担が増した
外科（8機関）	・手術応援が増えている、緊急手術の対応が困難な場合がある ・外傷等を中心とした外科系二次救急を手掛けていくことを目標とする中、十分な体制確保ができていない
麻酔科（6機関）	・レジデントの入局者数減によるもの。スタッフの負担が増大している（並列麻酔や時間外労働の増加） ・医局内の人員体制の影響による減少、手術件数の維持及びICUの受入れ体制維持や働き方改革への影響が発生
呼吸器外科（5機関）	・常勤医師の退職により、呼吸器外科手術の縮小
産婦人科（4機関）	・分娩、手術、外来、当直体制の維持に影響 ・医師派遣の関係で欠員。広域周産期医療センターの運営維持のため人数減の体制で診療
消化器外科（4機関）	・常勤医師1名が退職。しかし、現有の人員で外来、入院および手術について症例数を減少することなく対応している
呼吸器内科（3機関）	・開業による退職 ・感染症対応に不安が残ったが、今のところ他内科専門医の診療で問題ない
心臓血管外科（3機関）	・手術の縮小 ・救急対応を含めた重症患者の受入体制維持に影響が発生している
救急科（3機関）	・実員数は増加したが、常勤換算では18.9人→11.4人に減少。医師の働き方改革に伴う勤務時間等の適正化により体制維持が困難に

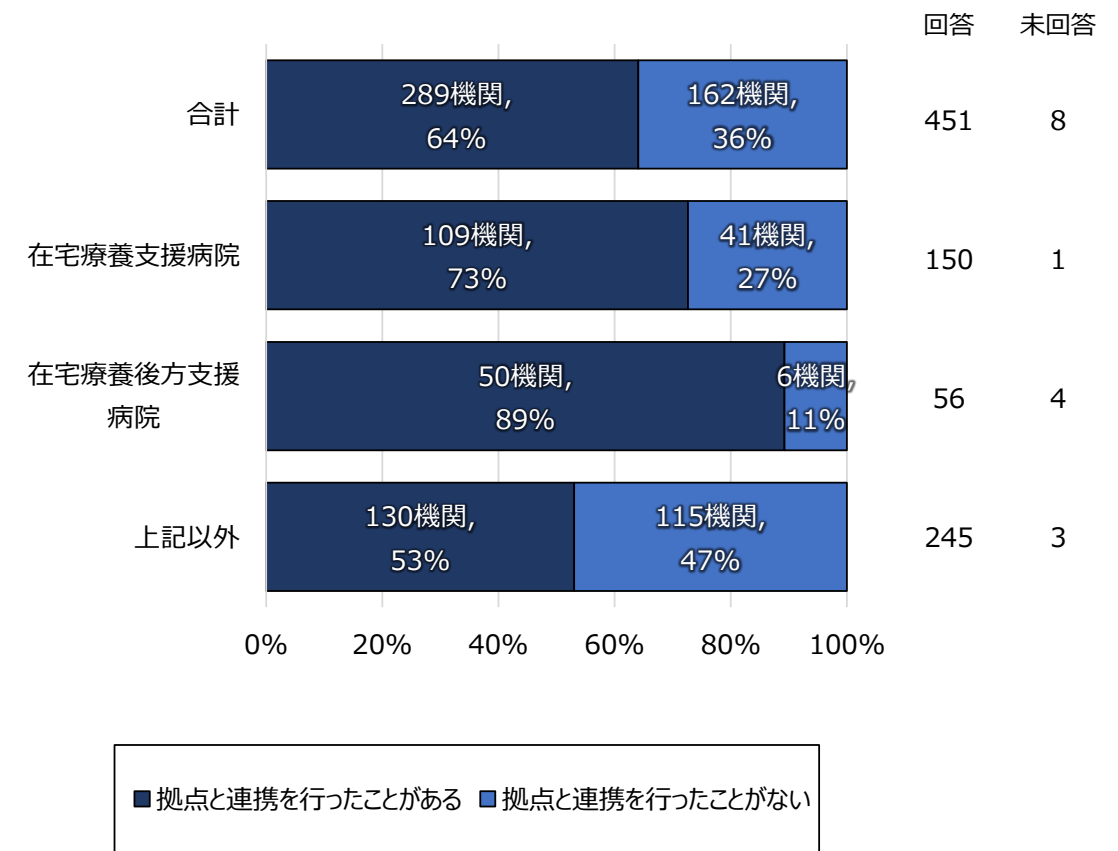
<参考> 取組例④新たな地域医療構想を見据えた取組 -在宅医療との連携（拠点との連携状況）-

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携状況は、病院全体では64%が連携実績があると回答していた。在宅療養後方支援病院では89%が、在宅療養支援病院では73%が、連携実績があると回答していた。

●在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携状況（病院機能分類別）



●在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携状況（在宅類型別）



<参考> 取組例⑤新たな地域医療構想を見据えた取組 -介護施設等との連携（協力医療機関の状況）-

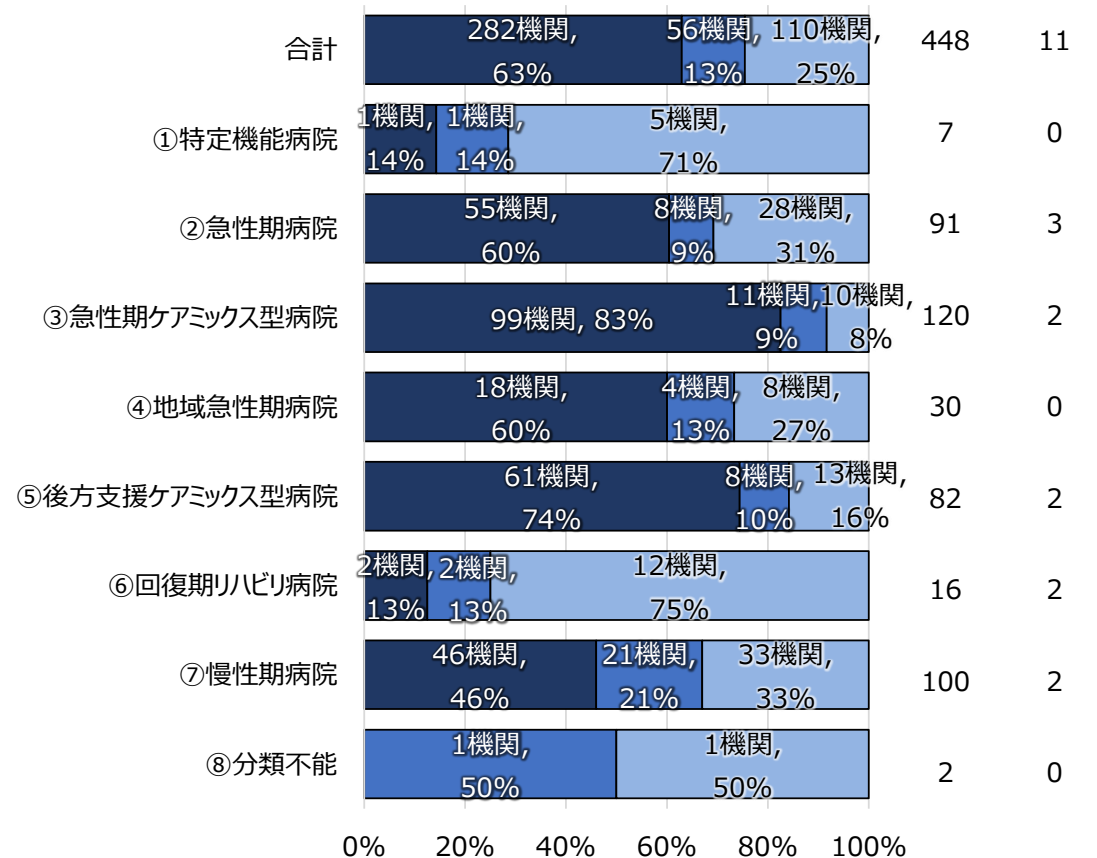
○急性期ケアミックス型病院や地域急性期病院等に限らず、特定機能病院や急性期病院においても広く協力医療機関となっている医療機関が見られる。今後も高齢者の増加が見込まれる中、それぞれの機能に応じた体制構築が求められる。

★令和6年度介護報酬改定により、施設は下記の要件を満たす医療機関を確保しておくことが義務化されている（努力義務を含む。）。

I 入所者急変時の医師等による24時間相談対応体制の常時確保 II 施設から求めがあった場合の診療体制の常時確保 III 入所者急変時に、医師が入院を要すると認めたと入所者について原則入院を受け入れる体制確保
 ※なお、施設への往診や入所者用の病床確保までは不要（常時外来も含めた診療可能な体制の確保や地域において入院受入体制が確保されていればよい）

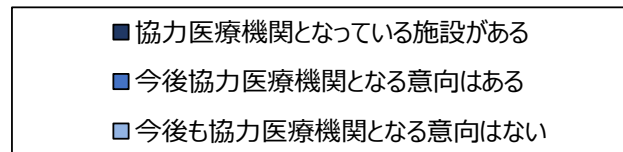
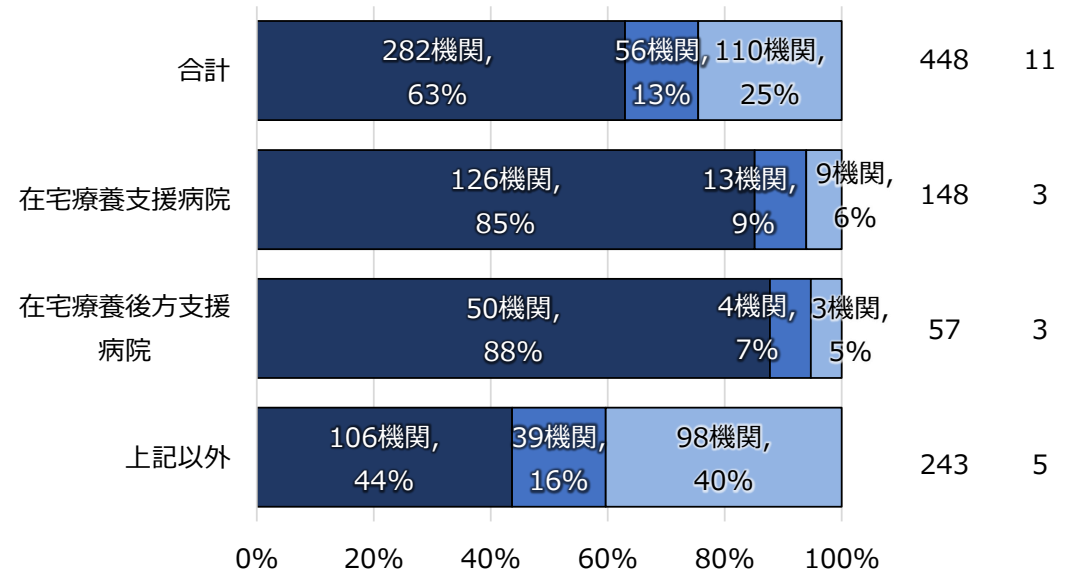
●協力医療機関※となっている医療機関（病院機能分類別）

※上記I～IIIのいずれかの要件を満たす



●協力医療機関※となっている医療機関（在宅類型別）

※上記I～IIIのいずれかの要件を満たす



<参考> 取組例⑥地域の医療体制確保のための医師派遣にかかるアンケート

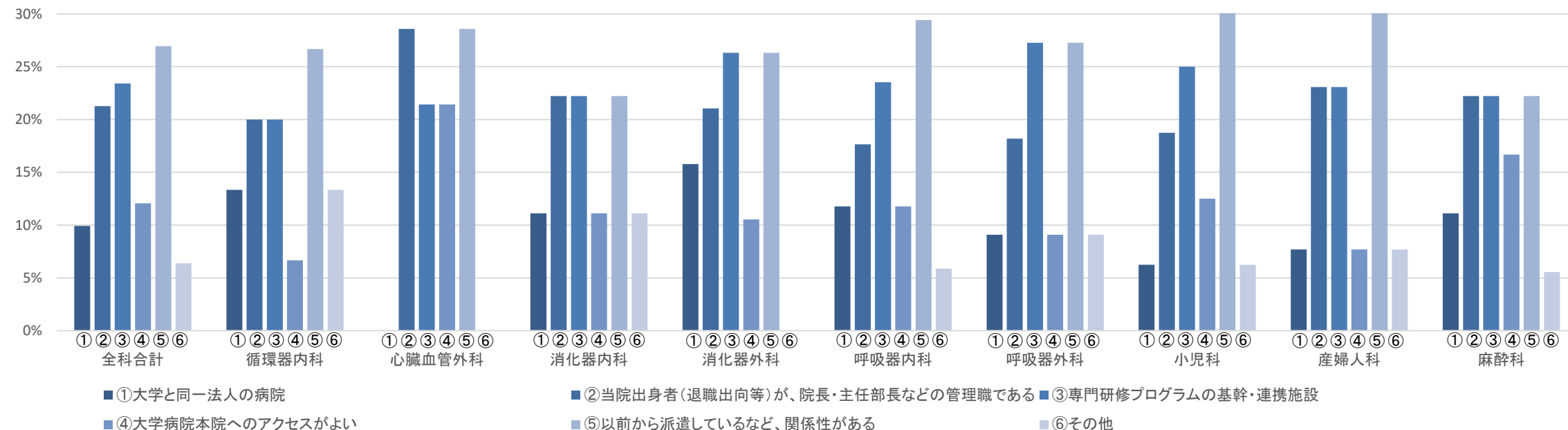
○現状、派遣を行っている医療機関の傾向は、「以前から派遣しているなど、関係性がある」、「専門研修プログラムの基幹・連携施設」、「当院出身者（退職出向等）が、院長・主任部長などの管理職である」、「大学病院本院へのアクセスがよい」、「大学と同一法人の病院」の順に多かった（なお、診療科によって差異はあり）。

●大学病院本院に対する医師派遣にかかるアンケート結果概要

※(1)、(2)については、府内大学病院本院の診療科（循環器内科・心臓血管外科・消化器内科・消化器外科・呼吸器内科・呼吸器外科・小児科・産婦人科・麻酔科）ごとの状況

(1) 現状、派遣を行っている医療機関の傾向

(回答割合)



(「⑥その他」の回答内容)

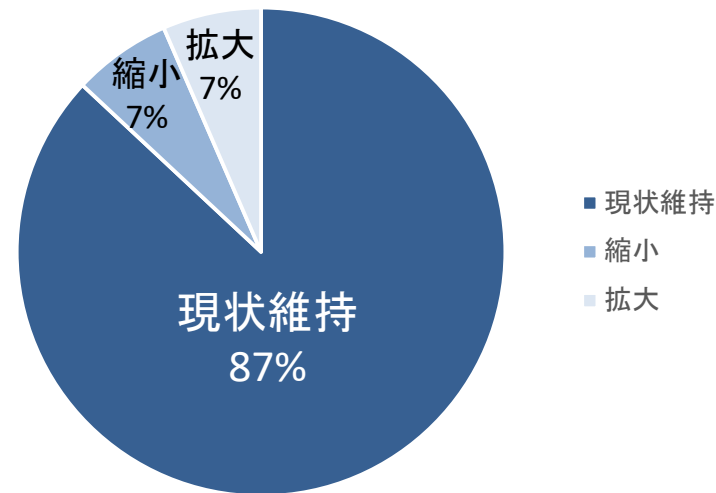
【循環器内科・消化器内科・呼吸器外科・小児科・産婦人科】連携協定医療機関
【循環器内科】（診療科の）同窓会に所属している病院

【消化器内科】地域医療に貢献しており、（診療科が）役割を果たしている（必要とされている）医療機関
【呼吸器内科・麻酔科】公立・公的医療機関等（国立病院機構、特定機能病院、市立病院等）

<参考> 取組例⑥地域の医療体制確保のための医師派遣にかかるアンケート（つづき）

○医師派遣の今後1～2年における方向性について、現状維持の見込みと回答した診療科の割合が87%であった一方、循環器内科、消化器内科、産婦人科について人材不足等により「縮小の見込み」との回答が、消化器外科、小児科、麻酔科において、入局者数増加等により「拡大の見込み」との回答があった。2040年頃を見据えた課題・取組として、都道府県等と大学病院、大学病院と地域の医療機関との連携体制や、医師の育成・定着にかかるもの等が挙げられた。

(2) 医師派遣の今後1～2年における方向性（N：のべ45診療科）



「拡大の見込み」と回答した背景

【消化器外科】 人員増加により拡大の予定

【小児科】 入局者数の増加に伴い、府内基幹病院及び府南部（堺市・泉州医療圏）への派遣を拡大予定

【麻酔科】 今後体制の充実を図るべくシーリングの範囲内で整理しつつ順次拡大する見込み

(3) 2040年頃を見据えた、府内の医療提供体制の課題や、機能分化・連携を促進するための効果的な取組等

- ・大阪府の人口に対して、病院勤務の産科・救急・麻酔科・内科全般の医師が不足している。
- ・圧倒的な外科医不足である。
- ・医師派遣についての評価と予算措置を充実させるとともに、都道府県等と大学病院が連携を強化し、地域の医療課題を検討・協議するなど、大学病院が積極的に地域の医療提供体制の構築に参画・貢献できるようにすることが必要。
- ・2040年の総人口減、85歳以上の超高齢者増加に対応するため、特定機能病院、救命救急センターとしての地域医療への貢献のあり方を変容させる必要あり。
- ・特定の外科（消化器、心臓血管、脳神経、呼吸器）を目指す若手医師を増やし、地域に定着させるための経済的支援（奨励給）を求めたい。
- ・地域医療連携推進法人を作り、地域の医療機関と効率的に連携できている。

4. 保健医療協議会等の協議の結果（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）

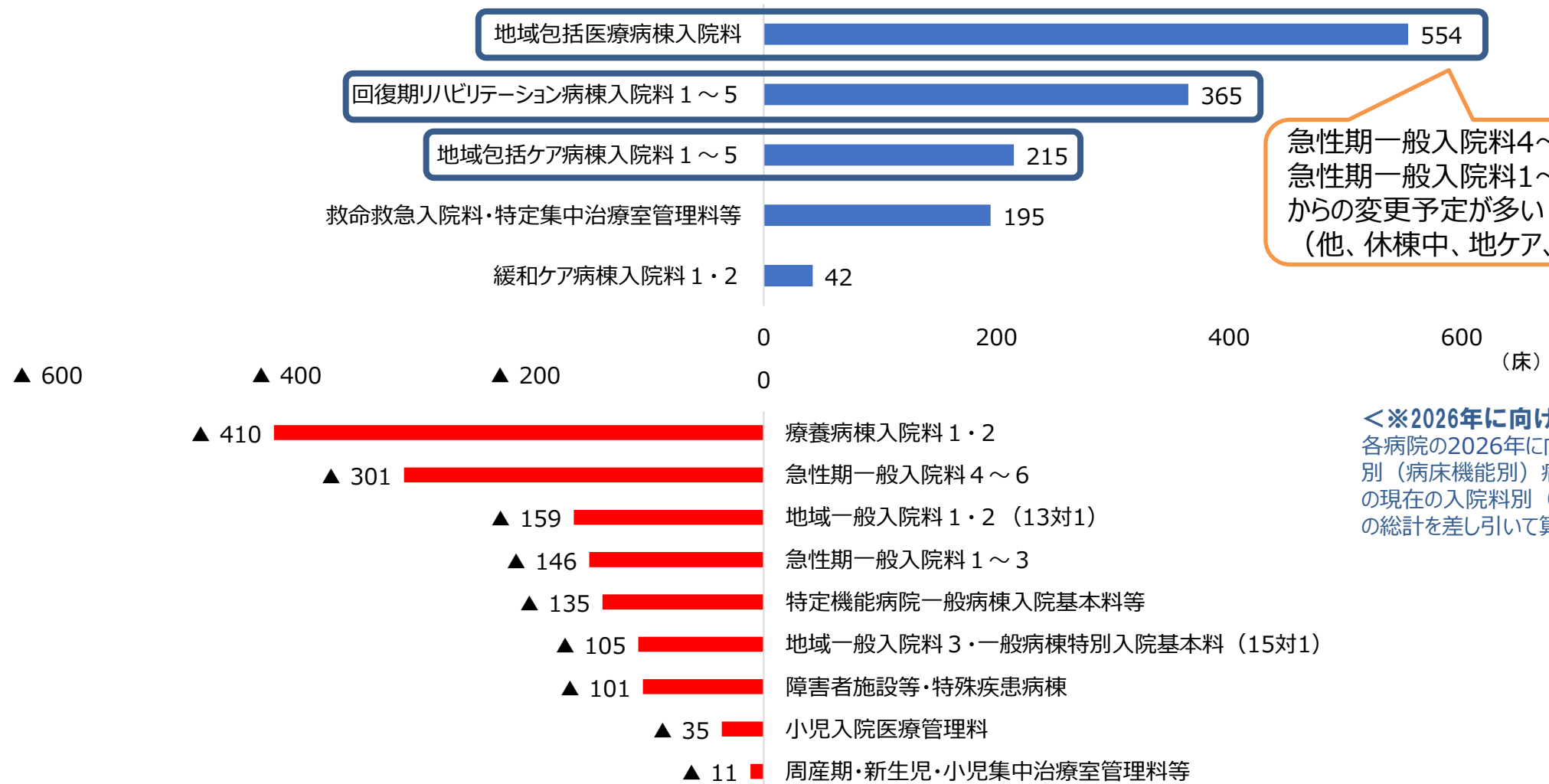
結果	公立	公的	民間等	合計
合意	22	51	385	458
（内）①過剰病床*への転換を含む計画（2024年度までに合意済みの計画除く）	0	5	7	12
（内）②過剰病床*への転換を含む計画（2024年度までに合意済みの計画）	7	10	31	48
（内）③不足する機能への転換等の計画（①②以外の病床機能の増減のある計画）	5	4	35	44
（内）④病床機能の増減を含まない計画（現状の病床機能維持）	10	32	312	354
継続協議	0	0	1	1
合計	22	51	386	459

※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. 保健医療協議会等の協議の結果（2026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

● 2026年に向けた入院料の増減の見込み※



急性期一般入院料4～6（約50%）
急性期一般入院料1～3（約23%）
からの変更予定が多い
（他、休棟中、地ケア、療養）

<※2026年に向けた検討状況>
各病院の2026年に向け検討している入院料別（病床機能別）病床数総計から各病院の現在の入院料別（病床機能別）病床数の総計を差し引いて算出

● 病床や医療機関機能の分化・連携（医師確保を含む）に関する主な意見

- 急性期病院では在院日数が短縮化される中で、患者の退院調整に時間を要することが課題。地域の医療ニーズに応えるため、地域医療の役割と課題について共有し、機能分担と連携を進めていくことが必要。
- 急性期病院と慢性期病院をペアリングし、スムーズに受け入れができるようにしてはどうか。
- 急性期病院が患者や家族に転院の説明をすると困惑されるため、理解が得られるよう、病院の役割分担等の普及啓発を行うことが必要。
- 外科系をはじめとする医師不足のため、専門医療の集約は必要。
- 南河内圏域では開心術及び集中治療を行える病院がなく、2040年を見据えた機能の集約化、急性期の病院間で分担が必要。集約化に向けて、病院間を越えた情報共有（患者の受け入れや緊急手術が可能か等）が必要。
- 地域の中で困っている病院へ医師を派遣し、地域の医療をお互いサポートしている。
- 人口が少なくても医師の定数に満たない領域については医師を手厚く派遣するよう、府から大学病院へ要請することも新たな地域医療構想に組み込んでほしい。
- 病床数適正化支援事業もある中、病床削減がなされると、取組の方向性の前提となっている医療資源や病院機能が変わってしまうのではないか。

● 外来医療に関する主な意見

- 病院の機能が細分化されており、各病院の特色や役割を地域のかかりつけ医・診療所に積極的に伝えていく必要がある。
- かかりつけ医・診療所との連携において患者情報が不正確であることが一番困るため、ICT化も含め、素早く適正に患者情報を連携できる仕組みが必要。

● 在宅医療・介護施設との連携等に関する主な意見

- 病院だけでは増加する在宅医療ニーズへの対応はできないため、クリニックと連携が必要である。
- 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅も含めた介護施設側からの病院との連携状況など、全体像を把握していく必要がある。
- 介護施設との連携において情報共有が課題。連携シートの作成やDXによる連携推進が必要。
- 介護施設からの急な夜間の搬送を減らす工夫が必要である。
- ACPの認識を患者・家族レベルではなく、社会全体に普及していく必要。院内勉強会や他職種連携会議等の活用や、医学教育に入れることも必要ではないか。

5. 令和8年度の取組予定

① 新たな地域医療構想の策定等に向けた取組

○これまで「大阪アプローチ」として進めてきた取組や、国のガイドライン（令和7年度中に発出される見込み）を踏まえ、地域の診療実態等も確認しつつ、新たな地域医療構想策定に係る検討を行う。

【主な検討項目】 ※詳細は資料4で説明

- ・地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
- ・構想区域
- ・将来の医療機関機能の確保のあり方、医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組
- ・将来の病床数の必要量、病床の機能分化・連携の推進に関する取組

○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・推進することとし、第8次医療計画の見直し（基準病床数の見直しや在宅医療等）、外来医療計画・医師確保計画 後期計画の策定と一体的に進める。

○地域医療体制にかかるデータ（各病院の医療機関機能等）について、詳細に分析の上、可視化を図り、新たな地域医療構想等の策定や、病床機能・医療機関機能の分化・連携にかかる協議の充実を図る。

② 医療機関と高齢者施設等との連携促進にかかる取組など、在宅医療の推進や、医療と介護の連携にかかる取組

○福祉部と連携し、介護保険施設等における協力医療機関に関する状況を把握し、在宅医療懇話会等において共有予定。

医療機関等に対し、介護保険施設等から協力医療機関について相談があった際の柔軟な対応を依頼するとともに、高齢者施設との連携に関する医療機関への研修の実施を検討。

○引き続き、高齢者施設等における人生会議（ACP）のさらなる普及啓発や患者の情報を共有するシートの普及、在宅医療に必要な連携を担う拠点等の取組支援を進める。

③ かかりつけ医機能報告のデータ分析、協議の場における協議の実施

○医療機関から報告されたかかりつけ医機能について、データの集計・分析を行い、保健医療協議会等、テーマに応じた協議の場において、かかりつけ医機能の確保に向けた協議を行う。また、報告内容や協議結果をホームページに公表する。

<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)

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7年度病院プラン
【対象病院数459の内訳】
公立病院：22
公的病院：51
民間等病院：386

- 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
- 2026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

地域医療構想を
踏まえた
「対応方針（病院
プラン）」の協議

<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 — 病床機能の報告基準設定）

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。

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。

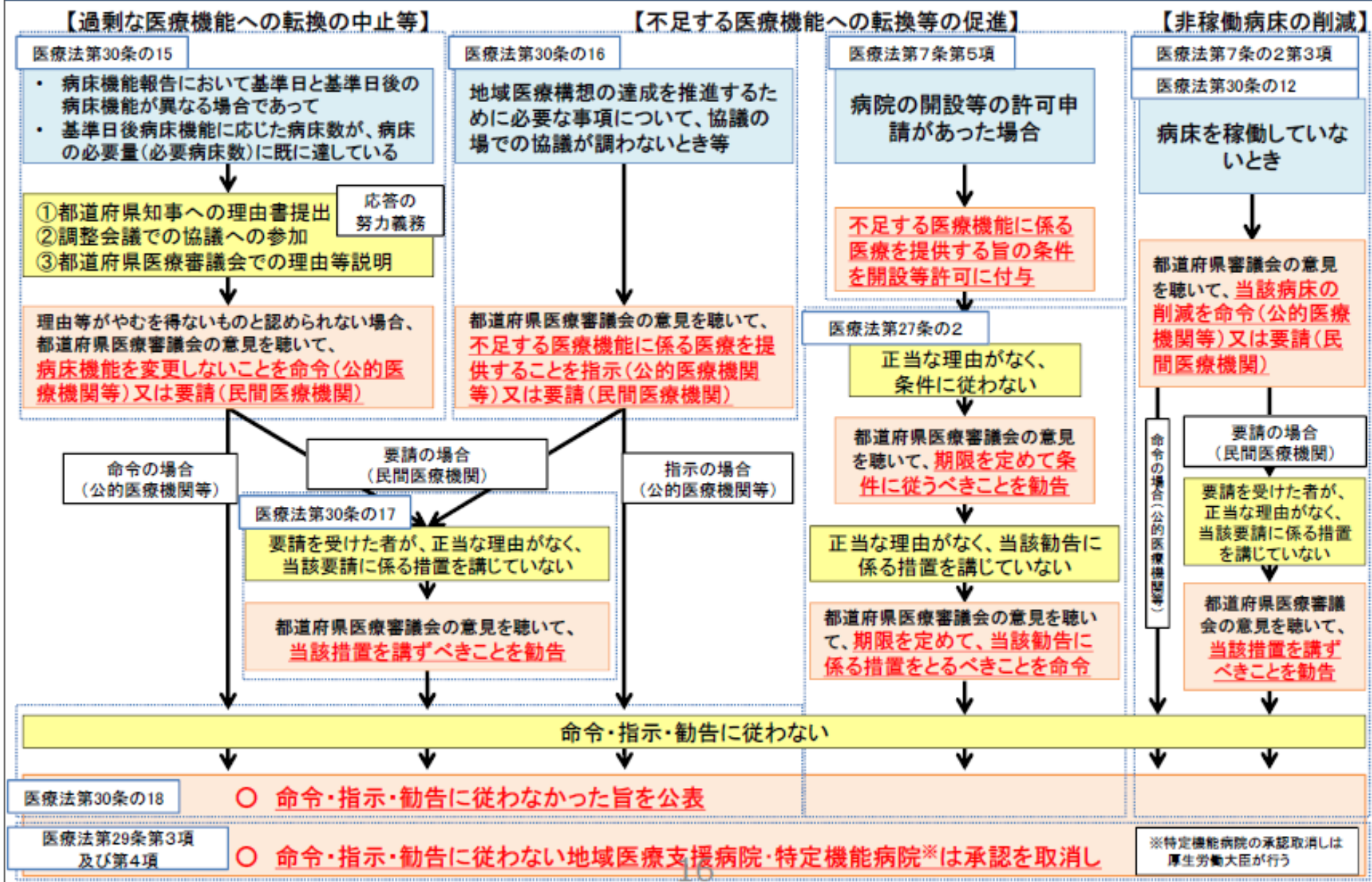
各病院の役割の基本的なイメージ

病院の主な役割	特定機能病院 (7病院)	急性期病院 (94病院)	急性期 ケアミックス 型病院 (122病院)	地域急性期 病院 (30病院)	後方支援 ケアミックス 型病院 (84病院)	回復期 リハビリ病院 (18病院)	慢性期病院 (102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



大阪アプローチにおける過剰な病床の状況（令和6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	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	2024	5,521	1,918	3,603	3,129	474	1,259	2,023	60	0	8,863
		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	2024	56.9%	21.6%		35.3%	5.3%	14.2%	22.8%	0.7%	—	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)		9.2%	9.1%	0.1%		-11.6%	1.7%				
三島	病床数	病床機能報告	2024	3,397	1,297	2,100	1,819	281	1,388	1,458	134	0	6,377
		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	2024	48.9%	20.3%		28.5%	4.4%	21.8%	22.9%	2.1%	—	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)		5.9%	9.8%	-4.0%		-4.4%	-3.6%				
北河内	病床数	病床機能報告	2024	5,653	1,330	4,323	3,803	520	1,911	2,342	196	19	10,121
		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	2024	50.8%	13.2%		37.6%	5.1%	18.9%	23.2%	1.9%	—	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)		8.7%	4.0%	4.7%		-10.3%	-0.3%				
中河内	病床数	病床機能報告	2024	3,174	481	2,693	2,485	208	1,149	1,126	135	2	5,586
		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	2024	53.1%	8.6%		44.5%	3.7%	20.6%	20.2%	2.4%	—	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)		9.8%	-0.6%	10.4%		-14.5%	2.2%				
南河内	病床数	病床機能報告	2024	3,608	1,379	2,229	1,743	486	597	2,003	42	0	6,250
		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	2024	50.0%	22.1%		27.9%	7.8%	9.6%	32.0%	0.7%	—	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)		3.1%	10.6%	-7.5%		-9.1%	5.3%				
堺市	病床数	病床機能報告	2024	3,841	1,639	2,202	1,582	620	1,361	3,903	171	13	9,289
		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	2024	34.7%	17.7%		17.1%	6.7%	14.7%	42.1%	1.8%	—	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)		-6.9%	7.7%	-14.6%		-4.6%	9.7%				
泉州	病床数	病床機能報告	2024	3,828	1,995	1,833	1,533	300	1,591	2,822	174	0	8,415
		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	2024	41.9%	23.7%		18.2%	3.6%	18.9%	33.5%	2.1%	—	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)		-0.6%	12.6%	-13.2%		-6.8%	5.4%				
大阪市	病床数	病床機能報告	2024	18,944	5,129	13,815	11,945	1,870	4,311	8,332	452	45	32,084
		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	2024	53.3%	16.0%		37.3%	5.8%	13.5%	26.0%	1.4%	—	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)		2.6%	2.3%	0.3%		-11.4%	7.4%				
合計	病床数	病床機能報告	2024	47,966	15,168	32,798	28,039	4,759	13,567	24,009	1,364	79	86,985
		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	2024	49.7%	17.5%		32.3%	5.5%	15.6%	27.6%	1.6%	—	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)		3.6%	5.8%	-2.3%		-9.8%	4.7%				

令和7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）		取扱案件	
	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		
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） ○2032年3月/箕面市立病院・協和会病院/2⇒1（箕面市立病院） (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	○2027年4月/みどりヶ丘病院・茨木みどりヶ丘病院/2⇒2 ○未定/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	○2026年11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3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	—	□清恵会病院
泉州	57	57	0	—	0	100%	3	○2026年4月/泉大津急性期メディカルセンター・泉大津市立周産期小児医療センター・府中病院/3⇒3 ○2026年4月/奥村病院・高石藤井病院・藤井病院/3⇒3 ○2028年6月/貝塚記念病院・東佐野病院/2⇒1（【新】貝塚徳洲会病院（仮））	○和泉市立総合医療センター、岸和田徳洲会病院、東佐野病院、貝塚記念病院等（いのちぐらし支援ネットワーク（新規）） ○泉大津急性期メディカルセンター、泉大津市立周産期小児医療センター、府中病院 (泉州北部メディカルネットワーク（区域の変更）) □泉大津急性期メディカルセンター
大阪市	171	170	1	医誠会国際総合病院	0	99.4%	3	○2026年11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） ○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10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）	○おおさかグローバル整形外科病院、藍の都脳神経外科病院、公道会病院等 (大阪市北部東部メディケアネット（新規）) ●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)
合計	459	458	1		0	99.8%	12	—	—

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	<p>【急性期病院の効果的な機能分担・役割】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○外科系をはじめとする医師不足のため、専門医療の集約は必要。 ○病院連絡会で、集約化に関する具体的な議論をしていくことは有効な方法。 ○集約化すれば、搬送先の医療機関がパンクする。各医療機関のER部局で初期診断し、確定した患者のみ搬送するなど、制度設計が必要。 <p>【人材確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○今後、医師も過剰となることを考えた対策が必要。 ○高齢化により併存疾患を診療できる人材の確保が必要。 ○紹介事業者は、費用が高く、経営を圧迫する。紹介事業者に規制が必要。 ○公民間の給料差が大きい。看護師等の給料は全国一律にしてほしい。 <p>【回復期や慢性期病院から急性期病院への要望】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○転院後の治療方針は、慢性期病院に任せてもらいたい。 ○精神科病院としては、身体疾患は、急性期病院で治療方針の決定、患者説明を実施してほしい。 ○ACPの考え方をよく理解せず、家族が周囲に流されて意向決定することがないよう、患者や家族の希望を事前に確認してもらいたい。 ○看取り目的の患者については、薬剤使用についても考慮してもらいたい。 <p>【公立病院のあり方】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○公立病院は繰入金が入っており、公立病院としての役割を担う必要がある。 <p>【2040年に向けた対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○高齢で複合疾患を抱えている患者を診療できる総合診療医が必要になる。 ○二次救急で救急外来と総合診療が一緒に対応してはどうか。 ○内科医が幅広く診療し、特殊な事例を総合診療科で診ていく形がよい。 ○急性期病院と慢性期病院をペアリングし、スムーズに受け入れできるようにしては。 ○必ず受け入れできる病院を圏域内で確保してはどうか。 ○自宅近くに慢性期病院があれば、在宅につながるやすくなるのではないか。 	<p>【公立病院のあり方】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○公立病院には民間病院ができない役割を担ってほしい。公立病院の回復期リハ病棟は本当にいるのか。 ○豊能圏域の公立病院で意見交換を始められたということだが、公立病院だけでは検討していくことはできないため、今後の進め方を検討いただきたい。 <p>【基準病床数】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○公立病院の過剰な病床を民間に転換することを考えなければ、基準病床数の総数が増えない中では、地域医療構想が完成しない。 ○病床整備が必要と考えるため、府もそのような姿勢で取り組んでほしい。
三島	<p>【医療従事者の人材不足】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医師自身の高齢化問題、医師の若返りが必要。 ○専門外も診られる内科医や総合内科医が少ない。 ○地域の中で困っている病院へ医師を派遣し、地域の医療をお互いサポートしている。 <p>【増加する在宅医療ニーズへの対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院が在宅医療に参入しやすくなる診療報酬やインセンティブが必要。 ○病院だけでは対応できないので、クリニックと連携が必要。 ○認知症や独居など介護との連携も必要であり、介護の知識を持つことも必要。 <p>【ACPの普及】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○窒息・誤嚥の定義、法医学的な知識の共有化によって医療人を守ることも必要。 ○ACPの認識を患者・家族レベルではなく、社会全体に普及していく必要がある。 ○ACP普及について、院内勉強会や他職種連携会議等の活用により、三島圏域においてACPを広げていくことが必要。医学教育に入れることも必要。 ○認知症の方で大変なのは、本人が訴えられないということ。また、家族間でも思いが異なる。そのような中、突然来る死に対して、家族にどうい話をしておくか、本人の思いをどうい風にすくうかは、医療側に技術が必要だと思うので、教育が必要。 	特になし

	病院連絡会	保健医療協議会【地域医療構想調整会議】
北河内	<p>【地域医療構想の役割分担（機能分担）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○機能分担や連携は比較的順調に進められているが、急性期病院では在院日数が短縮化される中で患者の退院調整に時間を要することが課題として挙げられた。地域医療の役割と課題について共有し、機能分担と連携を進めていくことが必要。 ○小児科については、圏域内のネットワークでも受け入れに対応しているが、精神科、産婦人科とともに、他圏域との連携も必要。 ○精神疾患患者の整形外科手術など身体疾患も診られる機能が必要。今後の精神病床のあり方や一般病床との連携について早期の議論が必要。 <p>【高齢者医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○高齢者の重症化により必要なケアが増え、職員が不足する中で対応しており、疲弊している状況。 ○包括報酬となっている中、高額な薬剤が必要な患者は受け入れにくい。 ○退院先が高齢者施設となると、施設の質の課題もあり、また、高齢者施設との入退院における連携については広域的な課題でもある。 <p>【全体意見】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○厳しい経営状況の中で、各病院とも様々な工夫をされており、北河内圏域では機能分担と病院連携が良好に進んでいる。今後、圏域におけるネットワークを活かし、在宅医療、介護の問題にも切りこんでいくことが必要。 ○人材確保の問題だけでなく、今後は病院の建替え問題も出てくるため、機能分担や連携を進めるべき。医師だけでなく、MSWなどの様々な職種間の連携を進めることが重要。 ○将来に向け、急性期の入院医療需要が増えるとの予測がされているが、人口動態などによる予測だけでなく、急性期医療ではなく看取りを希望する患者が増えているなど、患者の受診行動の変化などの社会情勢を前提として、病院運営を検討していくことが必要。 	<p>【介護施設等との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅における医療の状況について、実態を把握しているのか。 <p>【基準病床数】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○算定式の分母が病床利用率となっており、病床利用率が低下するほど、基準病床数が増えることになるが、矛盾しているのではないか。
中河内	<p>【病病連携の取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○下り搬送をスムーズに進めるため、地域の医療機関同士で連携搬送できるようにしていくことが必要。 <p>【高齢者救急にかかる連携体制や搬送困難事例数の減少に向けた取組】</p> <p>①高齢者救急における各医療機関の役割と課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○搬送体制の構築や入院パスの活用を進め、病院間で役割分担し、下り搬送していく必要がある。 ○救急隊が患者の認知症の有無や程度、ACP の情報を搬送時に把握できるシステム作りが必要ではないか。 ○患者には様々な社会的背景があるので、問題解決には医療と福祉の連携が必要不可欠である。 <p>②認知症患者の診断や治療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ○新薬の効果がみられる反面、治療可能な病院がまだ少ない。役割分担して治療に対応できる病院を増やすことが必要である。 <p>③ACP普及のための取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ○救急搬送の逼迫を防ぐためにもACP の普及は必要である。 ○終末期の延命処置の現実を伝えつつ、医療職と患者・患者の家族との意識の差を縮めていくことが大切である。 	特になし

	病院連絡会	保健医療協議会【地域医療構想調整会議】
南河内	<p>【急性期病院において、今後予測される受入困難な症例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○圏域では開心術及び集中治療管理を行える病院がなく、2040年を見据えた機能の集約化、急性期の病院間で分担していかなければならない。 ○二次救急について、24時間365日の受入体制を持続できるかどうか危惧しており、圏域で分担して担うことを考えていかなければならない。 ○小児周産期領域について、圏域で需要が減少していく中、集約化が必要。 ○身体合併のある精神疾患患者、特に急性期疾患の受入が困難。 <p>【急性期病院における体制確保のために必要な取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○集約化に向けて、病院間を超えた情報共有が必要。患者の受入可否、緊急手術ができるか、24時間365日は難しいが、週何日程度なら可能など、手技に関わる部分までの詳細な情報収集が必要。 ○今後、データをもとに議論できれば良い。 <p>【急性期病院からの転院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○急性期病院には在院日数の制約等があるため、転院先の病院を確保したい。 ○当院の回復期病棟は常に満床ではないので、状況によっては受入可能。 ○円滑な転院調整を目的とした病院と施設間のネットワークの構築が必要。 ○昨年度から、下り搬送や介護など、地域連携ネットワークの構築を目的に有志で協議会を開催しているので、紹介する。 <p>【医師確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○人口が少なくても医師の定数に満たない領域については医師を手厚く派遣するよう、府から大学病院へ要請することも新たな地域医療構想に組み込んでほしい。 	<p>【介護施設等との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○サービス付き高齢者向け住宅における医療提供の実態の把握は、市町村では難しいため、大阪府で早期に対応していただきたい。 <p>【周産期医療体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○河内長野市には、産科を有する医療機関が1つしかない。南河内圏域としては、データ上充足しているのかもしれないが、不安定な状況であり、府として支援いただきたい。 <p>【新たな地域医療構想における構想区域】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○新たな地域医療構想において、構想区域を見直すかどうかは定かではないが、現行の構想区域のままとするのであれば、圏域の独自性・地域性について、配慮いただきたい。
泉州	<p>【高齢者救急に係る連携体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○急性期病院が患者や家族に転院の説明をすると困惑されるため、下り搬送に対する患者家族の理解が得られるよう、病院の役割分担等の普及啓発を行うため行政のサポートがあればよい。 ○下り搬送を受け入れる側の病院の受入れにも限界がある。搬送先の病院で悪化した場合やウォークインの患者が上り搬送の急性期病院に搬送できるよう、体制を構築していくことが大事。 ○当日の下り搬送、上り搬送が難しい場合、翌朝なら受入れ可能など受入れ可能な条件を病院からメッセージが出せるとよい。 ○在宅や施設での情報を含めた連携シートの作成により、連携が進むのではないかと。高額な薬剤を使用している患者もおり、薬剤情報もあるとよい。 ○急性期から回復期に転院した際や退院時から在宅の際にも連携シートを紹介元の急性期病院にも送ることで患者が再度搬送された際、経過を把握しやすくなるのではないかと。 ○ACPの普及啓発により、望まない救急搬送の件数を減らし患者の望む範囲の医療を提供することで、急性期病院の負担が減るのではないかと。 ○高齢者施設からの救急搬送時は、ACPが不明確な状況であれば、症状だけで施設の救急搬送基準に沿うと、高度急性期を有する病院まで搬送されることとなるため、別途基準を考えていく必要がある。 	<p>【令和7年度「地域医療構想」の取組と進捗状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○泉大津では、在宅医療に必要な連携を担う拠点として、在宅医療になる人を減らす取組を行おうと思っている。訪問診療の件数、介護認定の件数がどれだけ減っているか、数値を出していただけたら、取組の効果を証明できる可能性があるため、要望として意見させていただきたい。 ○泉大津医師会を中心に、軽症の救急患者を減らすため、住民への取組を行おうとしているので、その効果が表れるような評価指標の提示をお願いしたい。

	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	<p>【救急医療】 ○夜間救急では働き方改革の影響により医師の確保が難しく、受入困難な事例につながっている。 ○限られた医療資源の中で、夜間休日に対応可能な疾患や各医療機関の役割分担を明確化し、地域で連携して進めていけるとありがたい。 ○急性期から慢性期まで切れ目のない医療提供体制を構築することが重要。情報共有の強化による搬送調整の効率化を図ることが考えられる。 ○患者の状態に応じて回復期へ早期移行する体制を整えている。</p> <p>【高齢者救急】 ○高齢化の進展に伴い、誤嚥性肺炎や複合疾患を抱える高齢患者が増加し、転院調整の難航や、施設からの軽症搬送の増加、ACPが機能しない事例も見られる。また、認知症や独居高齢者は退院調整が長期化することもある。 ○受け入れ後の急性期治療と機能維持の両立を維持していけるのが課題。 ○施設・病院間の情報共有にばらつきがあることや急性期病院と後方支援病院で治療方針の共有が十分にできているとは言えない場合があることが課題。 ○誤嚥性肺炎や複合疾患への積極的な対応を進めるためにも、入院直後から多職種チームによる退院支援を開始している。また、在宅復帰を支援し、施設や在宅医療とのスムーズな連携体制を構築している。</p>	<p>【地域医療への協力】 ○意向書の提出割合が低いため、より多く提出いただければと思う。</p>	<p>【介護施設等との連携】 ○医療介護統合カルテについて、進むように行政で支援をいただきたい。</p>
大阪市	<p>【地域医療構想の推進に関する意見】 ○現在の地域医療構想の病床数の必要量は2013年のデータをもとに推計されたものである。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かか。 ○病院の経営状況が非常に不安定になっており、厚生労働省の病床数適正化支援事業もある中、病床削減がなされると、取組の方向性の前提となっている医療資源や病院機能が変わってしまうのではないかと。 【外来医療におけるかかりつけ医・診療所との連携の取組や課題】 ○病院の機能が細分化されており、各病院の特色や役割を地域のかかりつけ医・診療所に積極的に伝えていく必要がある。 ○かかりつけ医機能が普及しておらず、患者や患者家族に理解されないことがあるため、かかりつけ医制度を周知していく必要がある。 ○連携において患者情報が不正確であることが一番困るため、ICT化も含め、素早く適正に患者情報を連携できる仕組みが必要である。 【在宅医療等連携にかかる取組や課題】 ○ACPIは、どんな状況で誰が実施するか、まだ決まっていないのが大きな課題であるため、地域全体でACPの取組を推進する必要がある。 ○介護施設との連携において情報共有が一番問題であり、DXでの連携推進など、情報を共有できるシステムが必要である。 ○情報共有の仕組みや受け皿の整備について病院の努力には限界があるので、圏域全体での連携の体制を整備して、行政を含めて支えていく必要がある。 【介護施設等との連携における取組や課題】 ○医療依存度や介護依存度が高くなると、退院先の在宅や介護施設を探すのが難しい。 ○介護施設からの夜間の搬送では受入れできないことがある。できる限り日中に患者を送り、急な場合は夜間でも対応できる病院に送るなど工夫していただきたい。 ○病院と在宅・介護との情報共有において、病院側では医療情報、介護側では介護情報だけになってしまうため、多職種が使用可能な連携ツールが必要である。</p>	<p>【地域医療構想の推進に関する意見】 ○有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅も含めた介護施設側からの病院との連携状況など、全体像をしっかりと把握していく必要がある。 【対応方針（医誠会国際総合病院）】 ○大阪府からの文書要請にもかかわらず、特に改善がなされていないため、引き続き、病院から説明を求めたい。 【対応方針（正和病院）】 ○高度急性期への転換も含めた過剰な病床への転換計画であるが、病院連絡会では病床転換は行わず、高齢者救急で地域貢献したいとの説明であり、齟齬が生じており、説明が十分になされていないことから、病院から直接詳細な説明を求めたい。 【地域医療への協力】 ○医療機器の新規購入・更新の際、共同利用の意向を示していただくよう、病院団体としても取り組んでいく。 ○医療法人の変更や第三者承継などに伴う医療機関の意向書の提出が少ないと思われるため、制度上新規開業になる医療機関にも、地域医療への協力に関する意向書を提出いただくよう周知をしていただきたい。 【地域医療連携推進法人の認定等】 ○地域医療連携推進法人は病床融通のための制度ではなく、きちんと地域医療に貢献いただきたい。</p>	<p>【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、地域医療構想における協議の意味が全くなくなってしまう。 ○大阪市北部には大きな病院が密集しているので、できるだけ歩調を合わせていただかないと継続審議を脱却できない。 ⇒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（正和病院）】 ○病院から当面病床転換を予定していない旨、説明があり、状況を確認できた。</p>