

第2次大阪府地域医療構想の策定の方方向性

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

■ 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

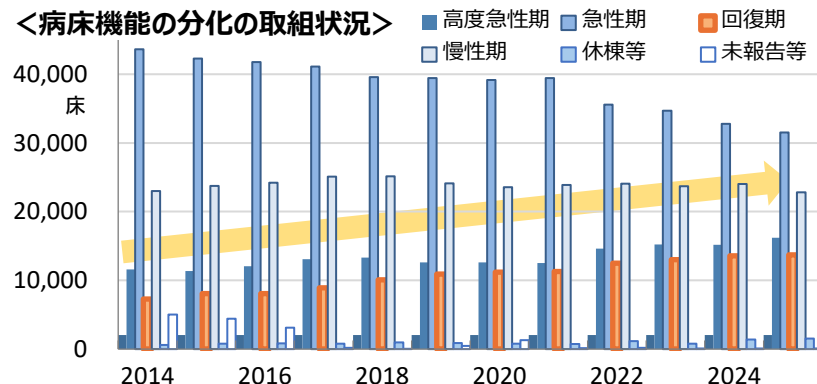
背景

- 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な施策の方向を示す

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機能分化・連携や、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

医療機関機能について（府における協議の進め方）

- 2040年に向けて、高度な手術等の需要が引き続き見込まれるとともに、高齢者救急や在宅医療の需要の増加が見込まれている。
- 一方、今後、外科系を中心に医療の担い手確保が課題となると考えられる中、人材確保の観点も含めて、地域の医療需要に対応していける持続的体制の構築が必要。このため、医療機関機能に着目して役割分担を明確化し、地域の状況に応じた連携・再編・集約化に向けた取組を推進していく。
- また、医療機関機能の確保については、医師派遣機能を担う大学病院とも連携しながら、府域においてこれまで構築してきた医療提供体制や、構想区域ごとの医療需要や医療資源、個別の地域事情等も踏まえ、次のように協議を進めていく。

＜圏域ごとの医療需要等の絵姿の提示＞

- 2040年に向けた医療需要や医療従事者の確保状況等、圏域ごとの絵姿をお示しする。

- ・高齢者人口の増加、生産年齢人口減少といった人口動態等を踏まえ、各疾患領域等の医療需要はどうか
- ・診療科ごとの医療従事者の確保状況等、今後の医療提供体制はどうか

＜府独自の医療機関機能の見える化、不足する機能の確保に向けた協議＞

- 需要等を踏まえた医療提供体制の確保のため、府独自の分類や診療実態分析により、医療機関機能の見える化し、「圏域で不足する機能等」や、「医療機関の役割分担や各医療機関機能の確保のあり方」について、各圏域で協議していく。

＜協議例＞

- ・2040年に向けて、緊急性の高い救急の受入や高度な手術に、休日・夜間も含め、対応できるか
- ・2040年に向けて、高齢者救急の受入や在宅医療提供体制の確保、介護との連携は十分にできているか

<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	- 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。

急性期拠点機能

- 外科系を中心に医療の担い手確保が課題となる中、急性期拠点機能は、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の提供が求められる。
- 今後、以下のデータを元に、当該機能を担う医療機関を協議を踏まえて定める。また、決定後は、当該機能や準急性期拠点機能を担う医療機関(⇒後述)等における医療提供状況を見ながら、役割分担の明確化や、地域の状況に応じた連携・再編・集約化に向けた取組を推進していく。
- なお、急性期拠点機能を担う医療機関は、2028年度までに地域での協議の上、決定する必要。
今年度の到達点としては、圏域の医療資源の状況等を踏まえ、急性期拠点機能に求める役割等について議論。
2027年度以降、急性期拠点機能を担う医療機関について協議・決定。

※太字・下線は、府の協議において特に勘案するデータ等

	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 ※2040年 時点における 推計人口、 20～30万人 に1箇所	○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	・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	<u>緊急疾患への対応状況（脳血管疾患、心血管疾患、消化器疾患等）</u> <u>政策医療への対応状況（災害拠点、がん、小児、周産期、感染症等の各種拠点の指定状況）</u>	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

急性期拠点機能

【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（再掲）

【決定プロセス】 2026年度以降、保健医療協議会等、地域の協議を踏まえて決定

<2026>

現状の診療実績をもとに、標準指標を満たす病院を確認。圏域の医療資源の状況等を踏まえ、急性期拠点機能に求める役割等について、保健医療協議会等において議論

<2027～2028>

最新の診療実績を元に、指標を満たす病院を確認するとともに、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も確認し、決定

【急性期拠点機能の標準となる指標（案）：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

○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。

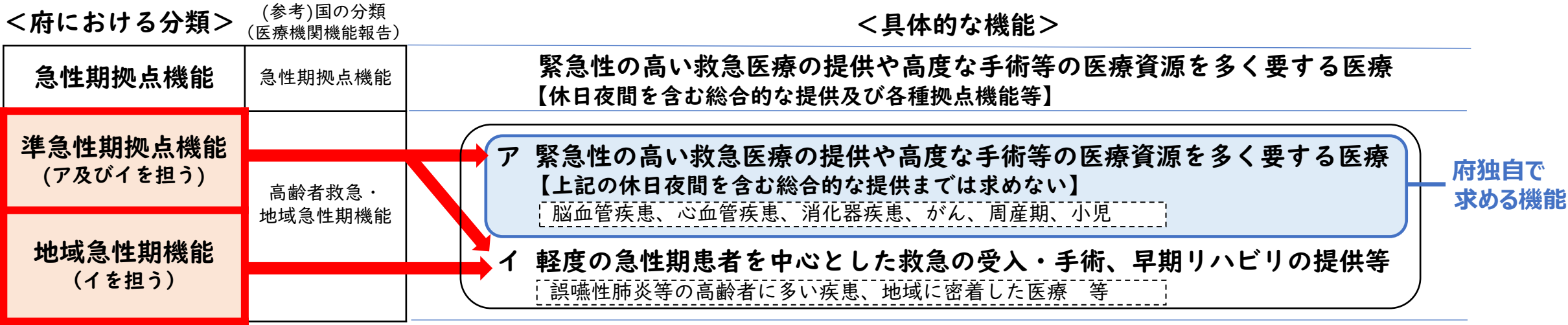
（例：堺市の近畿大学病院の影響を南河内の急性期拠点機能の数に反映 等）

<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

- 高齢者人口が増加する中、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等を行う、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の確保が必要。また、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、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の一部と急性期拠点機能を担う医療機関が中心となって役割を担う必要。
- そのため、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。



高齢者救急・地域急性期機能（準急性期拠点機能の基準）

- 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）
- 準急性期拠点機能は、以下のいずれかの基準を満たすことが必要。なお、基準については、各圏域の状況を踏まえて検討する。**

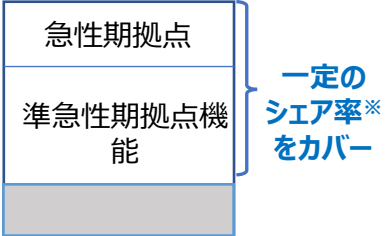
【脳血管・心血管・消化器疾患】

- ・医療需要が大きく減少する圏域（南河内の心疾患における内科的手術で約10%減）では、医療需要の減少率を踏まえた圏域内シェア率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、圏域内シェア率99%をカバーする手術件数

◆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（圏域の98-99%をカバー） ⇒ 78病院

◆心血管疾患 心臓血管外科手術件数＋PCI 件数 ≥ 50件/年（南河内の90%をカバー、他圏域の96-99%をカバー） ⇒ 82病院

◆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（圏域の98-99%をカバー） ⇒ 120病院



※急性期拠点や高齢者救急・地域急性期機能以外の機能に属する病院で、同様の手術を行っている病院も含めたシェア率

【がん】【周産期】【小児】 下記の拠点病院となっている場合

※ただし、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

◆がん 国または府指定がん診療拠点病院 ⇒ 65病院

◆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 ⇒ 23病院

◆小児 小児中核病院、小児地域医療センター ⇒ 28病院

上記を満たす病院

約140病院

※急性期拠点機能（約30～40）を除くと

約100病院

（参考） 救急告示病院（二次・三次）
247病院
（2026. 6 月時点）

＜府独自に設ける「準急性期拠点機能」について＞
高齢者救急・地域急性期機能を選択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くことを想定（R 9 年度以降、病院プランにて）

在宅医療等連携機能、専門等機能、医育及び広域診療機能

- 以下のデータを元に、各機能に当てはまる医療機関の機能を見える化し、地域において、在宅医療の24時間対応体制の確保や医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者への対応等、各機能の確保に向けた課題・取組を検討する。
- 専門等機能を報告する医療機関が担う機能をより明確化したうえで、各機能の確保等に向けた協議を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。
- なお、少数の診療領域のみを対応する医療機関であっても、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、高齢者救急・地域急性期機能を報告し、これらの医療における役割分担等の協議にも参画する。

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)		

大阪府における医療機関機能分類（まとめ）

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	手続き
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【休日夜間を含む総合的な提供までは求めない】 (脳血管疾患、心血管疾患、消化器疾患、がん、周産期、小児)	【府独自分類】 急性期拠点機能とともに中心となって左記医療を担う（軽度の急性期患者の受入も行う）	【府独自取組】 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、いずれかを報告
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）	【府独自分類】 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	
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	—	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	【府独自分類】	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元、地域医療構想を推進	大学病院本院が担う機能	大学病院本院が報告

※専門等機能は、他の機能にあてはまらない場合に報告する機能

「府独自の病院分類（病院の主な役割）」との関係性の整理

- 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分類を設け、病院の機能・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＞

病院分類	特定機能病院	急性期病院	急性期ケミックス型病院	地域急性期病院	後方支援ケミックス型病院	回復期リハビリ病院	慢性期病院
病院の主な役割							
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							

＜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＞

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			医育及び広域診療機能
病院の主な役割					回リハ特化型	慢性期特化型	特定領域型	
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）

＜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(リハ以外))が9割以上
- 後方支援ケミックス型病院 : 他の区分に属しない病院
- 回復期リハビリ病院 : 回復期病床(リハ)が9割以上
- 慢性期病院 : 慢性期病床が9割以上

「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

府域における今後の入院医療提供体制について（まとめ）

【背景】

- 府域においては、2040年に向けて、高度な手術等を要する医療の需要が引き続き見込まれる一方、外科系を中心に医療の担い手の確保、とりわけ、休日夜間の緊急手術の体制確保がより一層課題となると見込まれている。
- また、高齢者に多い軽度な急性期患者や医療・介護の複合ニーズを抱える患者の増加が見込まれる中、高齢者救急の受入と早期退院に向けた適切なリハビリが提供される体制のさらなる確保が求められる。加えて、在宅療養患者や介護施設入所者が適切に医療を受けられる体制を確保していくことも必要。
- こうした医療需要に限られた医療資源のもと対応していくため、医療機関機能に着目して役割分担を明確化し、各地域の将来の医療需要や医療資源の状況等に応じた、連携・再編・集約化に向けた取組を進めることが必要。
- 府においては、府域でこれまで構築してきた医療提供体制を踏まえた府独自の医療機関機能の分類を行い、不足する機能の確保に向けて取り組む。

【府独自の医療機関機能の見える化】

（急性期拠点機能、準急性期拠点機能）

- 急性期拠点機能を担う医療機関は、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（脳血管疾患、心血管疾患、消化器疾患）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、手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、地域への人的協力や政策医療の提供等が求められる。
- また、府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、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の一部と急性期拠点機能を担う医療機関が中心となって役割を担う必要。そのため、高齢者救急・地域急性期機能の中に、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（心血管疾患、脳血管疾患、消化器疾患、がん、周産期医療、小児医療のいずれか）を担う機能について、府独自の分類として「準急性期拠点機能」を設ける。
- 府域においては、急性期拠点機能と準急性期拠点機能を担う医療機関が連携し、急性期医療を担っていく。
- なお、既に、個別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、また、今後さらに課題となることが見込まれることから、準急性期拠点機能は、一定の手術件数を満たすことを要件とし、今後の圏域の医療需要や医療資源の状況等を踏まえ、適切な役割分担を促していく。
- また、今後の地域の医療資源の状況等に応じて、急性期拠点機能及び準急性期拠点機能を担う医療機関をはじめとする、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を進めていく必要がある。

（地域急性期機能）

- 高齢者人口が今後さらに増加する中、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等を担う医療機関を確保していくことが必要であり、府独自の分類として、「地域急性期機能」を設ける。なお、高齢者に多い救急搬送の受入等は、準急性期拠点機能を担う医療機関も担う。また、急性期拠点機能等への上り搬送や、急性期拠点機能等を担う医療機関からの急性期経過後の患者の速やかな転院搬送のための医療機関間の連携強化に向けた取組も求められる。

府域における今後の入院医療提供体制について（まとめ）

（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。

（専門等機能）

- 専門等機能に該当する機能としては、集中的な回復期リハビリテーションや中長期にわたる入院医療、特定の診療領域における手術等の提供等、多岐に渡り、各医療機関が担う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）

- 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、急性期拠点機能や準急性期拠点機能、地域急性期機能等、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の設置に向けた取組を進めているところ。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。

【構想策定後の医療機関の役割分担や連携・再編・集約化に向けた取組】

- 地域医療構想策定後も、各医療機関が担う医療機関機能について、救急車の受入や手術の実施状況、在宅医療や介護との連携の状況等、客観的データを用いて府独自に見える化し、圏域で不足する機能等や、医療機関の役割分担や連携・再編・集約化、各医療機関機能の確保のあり方について、圏域で協議を行っていく。なお、地域医療構想の取組を推進するにあたっては、医師確保計画や外来医療計画とも整合を図っていく。
- 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。
また、全体として、長期的にみると、患者の減少に伴い、入院医療需要が減少していくことが見込まれることから、各医療機関機能との役割分担を踏まえ、地域の実情に応じダウンサイズを行う必要がある。

【府の取組（案）】

- ・地域医療構想に沿った、大学病院との連携による医師派遣のあり方検討
- ・再編統合や、包括期の入院料への転換についても引き続き支援
- ・引き続き、地域の協議において、圏域ごとに医療機関の診療実態等に見える化や、個々の医療機関間の役割分担等に係る具体的な議論の場づくり等

＜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。

病床数の必要量の推計

病床数の必要量の推計について

○今後、国ガイドラインや支援ツールをもとに、近畿大学病院移転を踏まえた2040年に向けた病床数の必要量を算出。

本年10月に予定している、各圏域の保健医療協議会等にお示し、ご議論いただく。

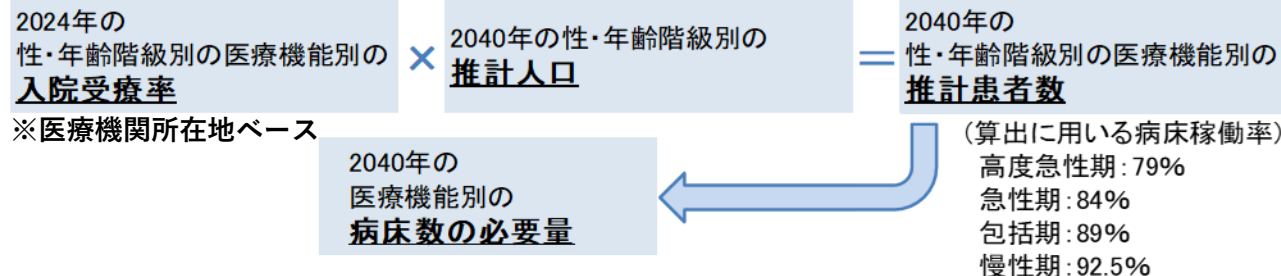
○不足する病床機能等については、2026年度病床機能報告との比較により確認予定。

○2040年に向けた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>



【病床数の必要量の考え方】

- 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>

これまで、病床数の必要量に加えて、病床割合に着目し、2025年における各機能の割合に近づけるよう、病床転換等の機能分化を進めてきた。2040年を見据えた地域医療構想においても、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必要があることから、**病床数の必要量及び病床割合を踏まえ、機能分化を促進していく。**

<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

病床数の必要量の推計について

＜改革モデルについて＞

- ・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。

- ・増加が見込まれる高齢者救急について、一定割合を包括期機能の病床で対応する必要性等を踏まえ、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。

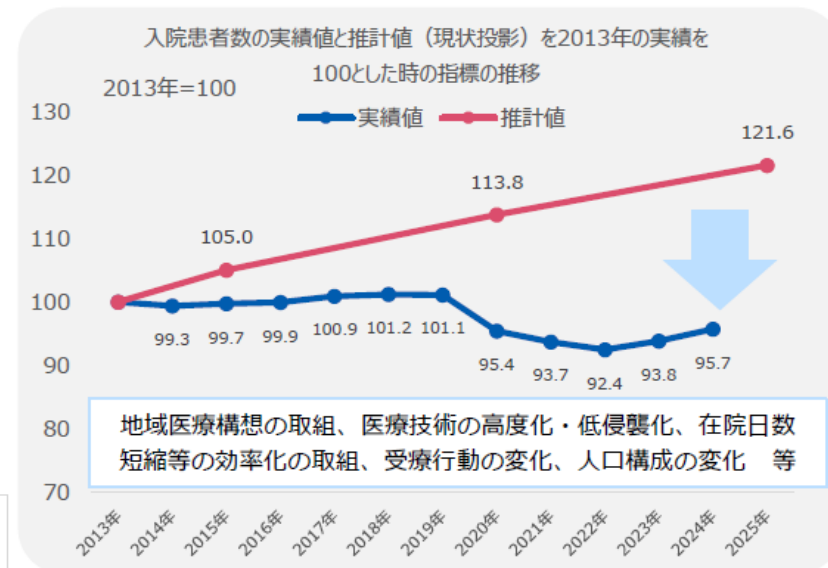
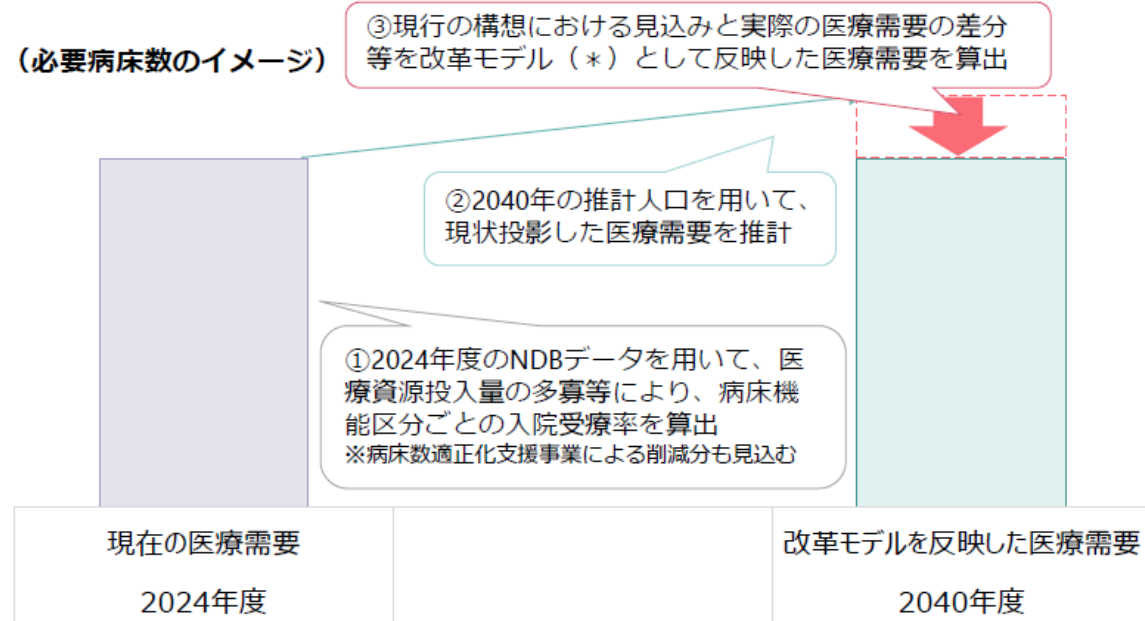
- ・また、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する整形外科患者について、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を見込む。

- ・病床稼働率について、低下している現在の病床利用率をそのまま算出に用いる病床稼働率として用いて算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがあるため、現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本とする。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。（高度急性期・急性期＋1%、包括期＋2%、慢性期＋0.5%）

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、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。
- ・増加が見込まれる高齢者救急について、一定割合を包括期機能の病床で対応する必要性等を踏まえ、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。
- ・また、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する整形外科患者について、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、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。

現状の病床数及び 2040 年度の必要の病床量

参考資料

未精査

国から提供のあった策定支援ツールより抜粋

- ※ 1 2024 年度病床数は、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に当てはめて機械的に算出した病床数
 ※ 2 2040 年度（改革モデル）は、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 2040 年度（現状投影）は、※ 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	2040年度（改革モデル）	参考) 2040年度（現状投影）
		病床数※ 1	必要病床数※ 2	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	5,058.0
	高度急性期	397	1,366.4	1,517.6
	急性期	4,774	2,169.2	3,540.4
	包括期	1,494	2,905.8	2,827.6
	慢性期	2,101	2,358.6	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	3,573.9
	高度急性期	907	879.8	970.5
	急性期	2,336	1,528.1	2,603.3
	包括期	1,368	2,479.1	2,402.7
	慢性期	1,682	1,856.5	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	5,822.8
	高度急性期	262	1,306.9	1,456.7
	急性期	5,001	2,491.8	4,366.1
	包括期	2,371	3,857.3	3,511.1
	慢性期	2,438	2,578.0	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	3,146.6
	高度急性期	198	704.0	786.8
	急性期	2,697	1,357.9	2,359.7
	包括期	1,371	2,048.1	1,856.7
	慢性期	1,322	926.8	1,101.4
南河内	機能区分 計	6,017	5,770.6	6,928.7
	高度急性期・急性期 計	3,370	1,913.6	2,873.0
	高度急性期	138	722.0	804.1
	急性期	3,232	1,191.6	2,068.9
	包括期	717	1,771.1	1,584.5
	慢性期	1,930	2,085.9	2,471.3
堺市	機能区分 計	8,801	9,112.0	11,012.6
	高度急性期・急性期 計	3,467	2,425.2	3,597.1
	高度急性期	194	879.0	980.0
	急性期	3,273	1,546.2	2,617.2
	包括期	1,460	2,435.5	2,359.1
	慢性期	3,874	4,251.3	5,056.4
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	3,604.0
	高度急性期	486	1,007.8	1,105.5
	急性期	3,071	1,450.7	2,498.6
	包括期	1,744	2,777.2	2,857.7
	慢性期	3,027	3,525.3	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	16,466.5
	高度急性期	1,007	4,323.5	4,815.6
	急性期	16,113	7,144.4	11,650.9
	包括期	5,507	9,001.9	8,535.4
	慢性期	8,580	7,207.9	8,520.7
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	44,142
	高度急性期	3,589	11,190	12,437
	急性期	40,497	18,880	31,705
	包括期	16,032	27,276	25,935
	慢性期	24,954	24,790	29,371

※近畿大学病院移転は未反映

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。

(参考) 新たな地域医療構想における構想区域の設定の考え方

- ・国においては以下のとおり検討されており、新たな構想における構想区域（原則、二次医療圏と一致）は、医療機関機能の確保・維持や、必要病床数の運用のための地域単位となる。
- ・大学病院や広域的な診療機能については、都道府県単位の広域な区域で、また、在宅医療や介護等との連携については、より狭い区域で具体的な検討を行うことが想定されている。なお、府における在宅医療提供体制の整備については、第8次医療計画において、二次医療圏単位の圏域を設定し、各地区医師会（連携の拠点）を中心とした地域で取組を進めている。

令和7年7月4日 厚生労働省 第116回社会保障審議会医療部会 資料1

新たな地域医療構想における構想区域について

- ・新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置づける。このため、構想区域について、二次医療圏を基本としたこれまでの構想区域のほか、広域な観点求められる診療や医療従事者の育成等を検討するための広域な区域、在宅医療等についてきめ細かく対応するためのより狭い区域を設定して取組を推進する。

【構想区域】

- ・医療機関機能(急性期拠点機能)の確保
- ・必要病床数の議論のための地域単位

区域全体の医療資源に応じて確保する医療や、区域内で確保が困難な医療に関する隣接区域等とのり方等の具体的な運用については、2025年度に策定予定の新たな地域医療構想に関するガイドライン段階で検討する。

【構想区域より狭い区域】

- ・在宅医療は各地区医師会中心に取組み
- ・医療と介護の連携

【構想区域より広域の区域】

大学病院や医育の取組

基本となる構想区域

- ・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、専門等機能の医療機関機能を整備
- ・二次医療圏（330程度）を基本としつつ、人口規模が20万人未満の区域や、100万人以上の区域で医療提供体制上の課題がある場合には必要に応じて構想区域の見直しを行う

広域な区域

- ・大学病院や、その他急性期の拠点となる医療機関による広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療、人材育成を議論するための区域を設定。
- ・都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定

より狭い区域

- ・在宅医療等については地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、より狭い区域を設定
- ・医療計画の在宅医療の圏域の設定は、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定

【各疾病事業・在宅医療の地域単位】

第9次医療計画に向けて検討

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。
- ・各区域において、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が必要であるなど、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。
- ・一方で、小児・周産期、がん等の分野においては、医療需要の減少が見込まれ、広域化も含めた検討が必要。

②各区域における急性期拠点機能の確保

- 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。
- 急性期拠点機能の確保に加えて、今後、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

これらについて、今後、各区域において検討していく。

（各区域で急性期拠点機能の確保ができる場合）

- 新たな地域医療構想においては、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、新たな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）

府域における課題と今後の方向性

大阪府の医療提供体制における課題と今後の方向性（案）

府内全域（共通）

分野	府域の現状・2040年に向けた共通課題（これまで地域での協議等でいただいたご意見）、今後の方向性
入院医療	急性期医療 - 医師の高齢化や働き方改革の影響等により、救急や外科系をはじめとする医師や看護師・コメディカル確保が困難となっており、専門医療の集約が必要ではないか。 - 急性期病院では患者の退院調整に時間を要することが課題。 ⇒ 持続的な急性期医療の提供体制を確保するため、医療機関の連携・再編・集約化や、住民への理解促進を図ることが必要。 高齢者救急等 - 高齢者施設から、十分な情報共有がないまま救急搬送されることも多く、円滑な医療提供に支障が生じている。 - 慢性疾患を抱える高齢者が増加しており、合併症例に対応できるよう医療機関間で連携を進めることが必要。 - 在宅復帰に向けたリハビリを速やかにできる施設・人材の確保が課題。 ⇒ 高齢者に多い疾患について、医療機関間あるいは医療機関と介護保険施設等の連携強化が必要。
外来医療	- 病院の機能分化が進む中、各病院の特色・役割を地域のかかりつけ医・診療所に伝えていく必要。 - 現行の外来医療計画で取り組んでいる「地域医療への協力」について引き続き取組が必要。外来医師過多区域への対応を検討。 ⇒ 外来医療機能の見える化を進めることや、外来医師過多区域も含め、地域医療への協力に係る取組を検討。
在宅医療	- 在宅医療の24時間体制の整備やそのための関係機関（診療所、訪問看護ST、歯科診療所、調剤薬局等）の連携体制構築が課題。 - よりよいACPの実践につながるよう、広く府民に普及啓発を実施。 ⇒ 在宅医療に必要な連携を担う拠点や積極的医療機関を中心とした体制構築に向けて、引き続き取組を進めていくことが必要。
介護との連携	- 病院と介護施設等との間における患者情報の共有が課題となっており、情報連携シートやDXによる連携推進が必要。 - サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームと病院との連携状況は、行政がしっかり把握すべき。 ⇒ 介護施設等の状況把握等を通じて、地域の医療機関と介護保険施設等の連携の構築を促進していくことが必要。
人材確保	- 外科系をはじめとする医師不足のため、専門医療の集約が必要。（再掲） - 不足する診療領域に手厚く医師派遣できるよう、大阪府から大学病院へ要請することも新たな構想に組み込んでほしい。 ⇒ 人材確保制約も踏まえた地域医療体制確保の取組が必要（急性期医療の連携・役割分担、医師不足地域における取組や大学病院との連携）。
協議のあり方	保健医療協議会については、近年、議題が増加しており、意見聴取に割ける時間が限定的となっている。 ⇒ 各会議の役割分担や効率的な会議運営について検討。

各区域の医療提供体制における課題

各区域

区 域	各区域の主な現状・2040年に向けて取り組むべき課題等 ～これまで地域での協議でいただいたご意見～
豊 能	<u>役割分担（公立病院のあり方）</u> ・ 4つの公立病院が近接（市立池田、市立豊中、箕面市立、吹田市民）。民間病院とのすみ分け、統合や病床削減を検討すべき。 <u>患者流出（病床整備）</u> ・ 救急搬送が流出超過。増え続ける高齢者救急に区域内で対応するため、急性期だけでなく回復期病床も早急に増やす必要。 ・ 特定機能病院の病床を高度急性期に含めている。三次救急は他区域からの流入が多いが、二次救急は流出が非常に多い。 <u>人材不足</u> ・ 病床稼働率低下の主因は看護師不足。根底に公民の給与差があるため、民間病院の看護師が枯渇している。
三 島	<u>人材不足</u> ・ 医師・看護師を含め医療従事者の確保に苦労。大幅な診療報酬改定が必要。人材確保困難による医療崩壊を危惧。 <u>医療資源の偏在</u> ・ 茨木市と高槻市の医療機関数に差はあるが、救急医療については二次医療圏全体で考えることが重要。 <u>茨木市病院誘致事業</u> ・ 茨木市駅前病院誘致について、救急や小児医療、回復期を担うとされているが、開院時期が遅れており、具体的な内容が不明。
北河内	<u>病床の地域偏在（病床整備）</u> ・ 病床は有事に備えて余裕を持つ必要がある。病床削減すべきではない。 ・ 市町村別では病床の状況が均一でないため、病床整備する際には、二次医療圏内の偏在解消について議論が必要。 ・ 病床整備が可能となると、増床を希望する医療機関が多数見込まれ、選定が難しい。 <u>介護施設等との連携</u> ・ 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把握が必要。
中河内	<u>患者流出（救急医療）</u> ・ 救急患者の区域外流出が課題。現状の分析とともに、搬送先の判断を行う救急隊との連携が重要。 <u>在宅医療</u> ・ 積極的医療機関における24時間体制の構築と医師の働き方改革の両立に向け、体制維持のためのインセンティブが必要。

各区域の医療提供体制における課題

区 域	各区域の主な現状・2040年に向けて取り組むべき課題等 ～これまで地域での協議でいただいたご意見～
南河内	<u>持続可能な急性期医療の確保</u> ・区域内で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・役割分担が必要。 ・集約化に向けて、緊急手術の可否、対応可能な曜日、手技等、病院間を超えた詳細な情報共有を進めるべき。 ・二次救急について、24時間365日体制を持続できるかどうか危惧。区域内で分担を進める必要がある。 <u>患者流出（急性期医療）</u>：一般入院基本料において流出超過。急性期患者を区域内で診られず、流出している可能性がある。 <u>小児・周産期医療</u> ・区域内で需要が減少していく小児・周産期領域について、集約化が必要。 ・河内長野市内は産科を有する医療機関が1つのみ。区域としては充足しているのかもしれないが、不安定な状況。 <u>構想区域</u> ・新たな構想においても、現行の構想区域を維持する場合、南河内の独自性・地域性について配慮いただきたい。 ・救急が論点になる中、南河内はメディカルコントロール(MC)圏域と二次医療圏が異なるため、今後考慮していく必要がある。
堺 市	<u>在宅医療・介護との連携</u> ・介護施設等から情報不足の救急搬送が課題。市内施設は市内の医療機関が訪問診療し、地域包括ケアシステムを進めるべき。 <u>外来医療（地域医療への協力）</u> ・地域医療に協力いただける医療機関は減少傾向で、学校医等が不足。地域医療への協力を願いたい。
泉 州	<u>医療資源の偏在</u>：泉州区域では、北部と南部で医療体制に差異がある。 <u>役割分担（公立病院のあり方）</u> ・公立病院は三次救急や高度医療、周産期・小児医療を中心に担い、民間は回復期等で、公民の役割分担を図るべき。 <u>小児・周産期医療</u>：少子高齢化は避けられないが、小児救急が厳しい中で受け皿を確保する必要がある。
大阪市	<u>医療資源の偏在</u>：大阪市北部に大規模な病院が密集。引き続き歩調を合わせて地域医療構想の取組を進める必要がある。 <u>在宅医療</u>：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。 <u>外来医療（地域医療への協力）</u> ・地域医療への協力意向書の提出率向上に向けて工夫が必要。医療機器の共同利用等の意向も、病院団体として促していく。 <u>構想区域</u>：従来から基本医療圏ごとの調整会議において地域医療構想について議論しているが、二次医療圏としては大阪市全域のため、基本医療圏を超えた病床再編が可能。新たな構想策定にあわせて、規制や構想区域の分割についても議論になるのではないかと。