

第2次大阪府地域医療構想 (素案)

令和○年○月
大 阪 府

目 次

府域編

第1章 地域医療構想とは

1. 策定の背景
2. 地域医療構想とは

第2章 これまでの地域医療構想の取組

1. 府独自の病床機能の分化・連携の取組
2. 地域医療構想の進捗状況

第3章 大阪府の医療をめぐる状況

1. 人口推計
2. 医療機関の状況
3. 医療・介護従事者の状況
4. 患者の流出入状況
5. 2040年の医療需要の見込み

第4章 構想区域

1. 構想区域とは
2. 構想区域の設定

第5章 2040年に向けた地域の医療提供体制全体の将来ビジョン・方向性

1. 入院医療について
2. 外来医療について
3. 在宅医療・介護との連携
4. 人材確保
5. 地域医療構想を踏まえた医療計画の推進

第6章 医療機関機能の確保

1. 医療機関機能について
2. 府における医療機関機能の確保

第7章 病床数の必要量の推計

1. 医療需要と病床数の必要量の推計方法
2. 2040年の病床機能ごとの医療需要の見込み（総計）
3. 2040年の病床機能ごとの病床数の必要量の見込み（総計）
4. 各構想区域における病床数の必要量
5. 病床機能の分化・連携の推進

第8章 医療機関機能や病床機能の分化・連携の推進に関する取組

1. 府独自の診療実態分析及び地域での協議
2. 地域医療介護総合確保基金を活用した取組の推進
3. 地域医療構想の実現に向けた施策の評価・見直し（PDCA）

構想区域編

保健医療協議会（R8.10 予定）に素案を提示予定

<記載項目イメージ>

- 第1章 ○○構想区域の状況（各種データ）
- 第2章 現行の地域医療構想の取組について
- 第3章 2040年に向けた地域の医療提供体制全体の将来ビジョン・方向性
（入院、外来、在宅医療・介護連携など）
- 第4章 医療機関機能について
（各医療機関機能の確保の方向性）
- 第5章 病床機能について
（必要病床数の推計、推計を踏まえた取組の方向性）

資料編

府 域 編

第 1 章 地域医療構想とは

1. 策定の背景

○地域医療構想は、医療法第三十条の三の三に基づき、将来の人口構造の変化及び医療需要の見通しを踏まえ、地域において必要とされる医療提供体制の将来像を明らかにし、持続可能な医療提供体制の構築を図るための方向性を示しています。

また、医療機関等の関係者に対し、役割に応じた取組の方向性を示すとともに、地域医療構想調整会議等における協議を通じて、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための指針となるものです。

○2016 年 3 月策定の地域医療構想においては、いわゆる団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、主に入院医療を対象として、医療機関の自主的な病床機能の分化・連携を推進してきました。

○今後、2040 年に向けては、85 歳以上の医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者のさらなる増加が見込まれ、高齢者救急や在宅医療のニーズが増大するなど、医療需要の内容が変化していくことが見込まれます。一方で、外科系を中心に、医療の担い手確保がより一層課題となることを見込まれており、限られた医療資源のもと、医療需要に対応していくことが求められています。

○こうした背景を踏まえ、第 2 次地域医療構想を策定することとなりました。

2. 地域医療構想とは

○第 2 次地域医療構想においては、病床機能の分化・連携のみならず、医療機関機能に着目した役割分担の明確化や、地域の状況に応じた連携・再編・集約化を促進するとともに、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた将来のあるべき医療提供体制全体の方向性を示しています。

○なお、2027 年 4 月以降、地域医療構想は、医療計画の上位概念として位置づけられ、地域の医療提供体制全体の将来ビジョン・方向性等を定めるものとなります。

○なお、2015 年9月に国連において採択された「持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）」に関して、大阪府では世界の先頭に立って SDGs に貢献する「SDGs 先進都市」をめざしており、本計画の取組を進めることによって、この実現にも寄与していくこととします。



第2章 これまでの地域医療構想の取組

◆これまでの地域医療構想では、高齢化により増大する医療需要に対応するため、病床機能の分化・連携の推進に取り組んできました。

◆府独自で診療実態分析を行うほか、公民すべての医療機関が参加する病院連絡会において、各病院の病院プランや病床機能分化の情報を共有することにより、関係者間の協議を通じた、自主的な病床機能の分化・連携を促進してきました。

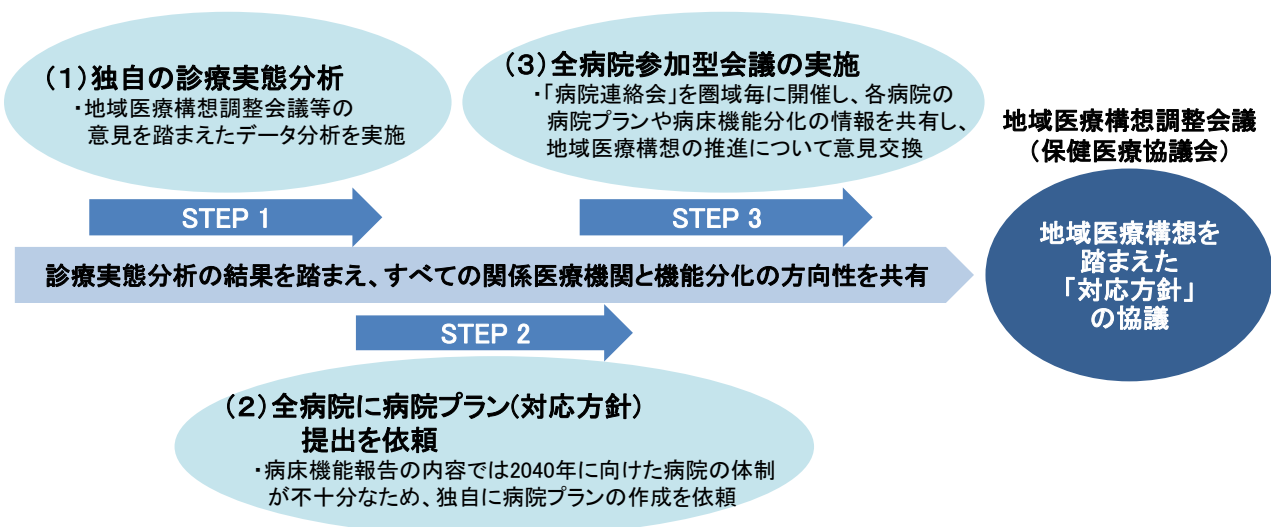
1. 府独自の病床機能の分化・連携の取組

○大阪府は、民間病院が病院全体の約9割を占めており、地域医療構想の推進には、公民一体で取り組むことが必要です。

○また、病床機能分化を推進するためには、地域の医療体制の現状を分析し、関係者間で認識の共有を図る必要があります。

○そのため、府では独自の診療実態分析を行い、二次医療圏単位で公民すべての医療機関が参加する会議（病院連絡会）において機能分化の方向性を共有することにより、地域医療構想を推進してきました。

図表 2-1-1 病床機能の分化・連携の進め方（イメージ）



（１）独自の診療実態分析

○大阪府では、医療機関の自主的な機能分化・連携を促進するため、府独自で、各圏域の病床や診療の実態を分析し、病院連絡会や地域医療構想調整会議（保健医療協議会）等において、関係医療機関等と共有する取組を進めてきました。

○病床数の必要量と病床機能報告における病床機能区分の定義が異なることから、急性期報告病床の報告について独自に診療実態分析を行い、「重症急性期^{注１}」と「地域急性期^{注２}」に分類し、「重症急性期」を急性期、「地域急性期」を回復期として、不足する病床機能の進捗管理を行ってきました。

（２）病院プラン（対応方針^{注３}）の提出依頼

○病床機能報告の内容では、将来に向けた病院の体制を十分に把握することが難しいため、大阪府では、2019 年度から毎年、全ての病床機能報告対象病院に病院プラン（対応方針）の提出を依頼しています。病院プランの内容は関係医療機関で共有し、意見交換を行うとともに、地域医療構想調整会議（保健医療協議会）等において対応方針の協議を行ってきました。

○病床機能報告では、病床機能の報告にあたって明確な報告基準がなかったことから、病床転換の議論を客観的な指標に基づき行うため、2022 年度から大阪府独自に「報告基準」を設定しました。各医療機関には、病床機能報告や病院プランにおいて、基準を目安に病床機能を報告するよう依頼してきました。

（３）全病院参加型会議の実施

○二次医療圏単位を基本に 2018 年度から設置している全病床機能報告対象病院を対象とした「病院連絡会」において、参加病院と地域の医療提供体制や各病院の病院プランを共有し、地域医療構想の推進について意見交換を行ってきました。

注 1 重症急性期：医療資源投入量が 600～3,000 点未満（病床数の必要量では急性期に相当）と考えられる、比較的診療密度が高い急性期機能を指します。

注 2 地域急性期：医療資源投入量が 175～600 点未満（病床数の必要量では回復期に相当）と考えられる、比較的診療密度が低い急性期機能を指します。

注 3 対応方針：医療機関が病院プランにおいて作成する現状及び 2040 年に向けた医療機関の医療機能及び病床機能ごとの病床数や入院基本料等

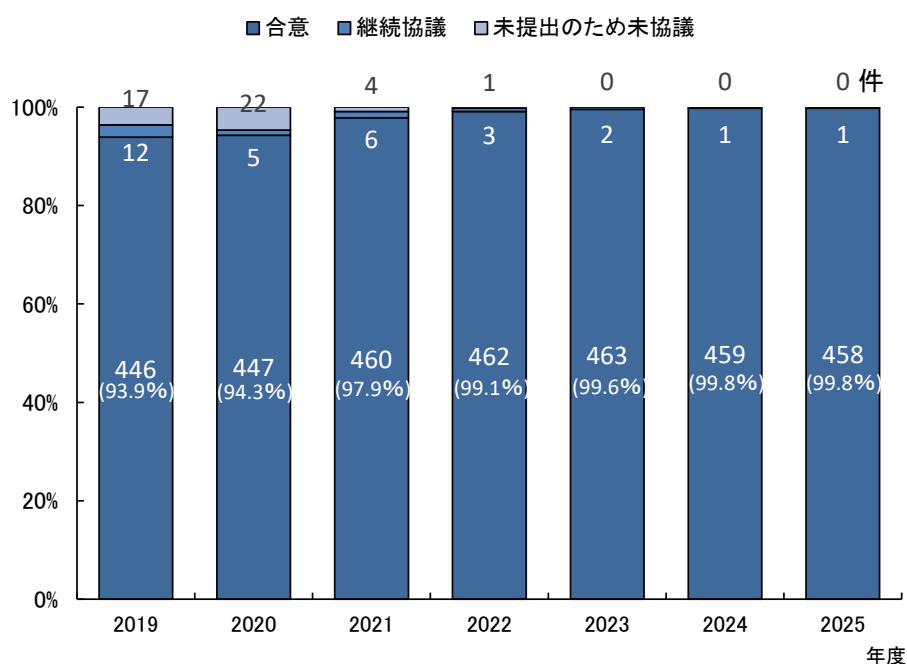
(4) 大阪府保健医療協議会等での協議

○二次医療圏単位を基本に設置している「医療・病床懇話会（部会）」、「大阪府保健医療協議会」において、地域医療構想の推進に向け、各病院の病院プラン等について協議を行ってきました。

○なお、大阪府では、「大阪府保健医療協議会」を医療法第 30 条の 14 で規定する協議の場（地域医療構想調整会議）として位置付け、医療計画と地域医療構想を一体的に推進してきました。

○第2次地域医療構想においても、新たな病床機能区分のもと、対応方針を協議することとなりますが、継続協議病院に対しては、各病院が担う医療機関機能も踏まえ、引き続き、保健医療協議会等の場において地域医療構想の趣旨を踏まえた丁寧な説明を求めています。

図表 2-1-2 病院プランの協議結果の推移



(参考) 大阪府保健医療協議会

○各二次医療圏において、保健医療の向上を図るために必要な事項について調査審議するため、大阪府附属機関条例により、大阪府保健医療協議会を設置しています。

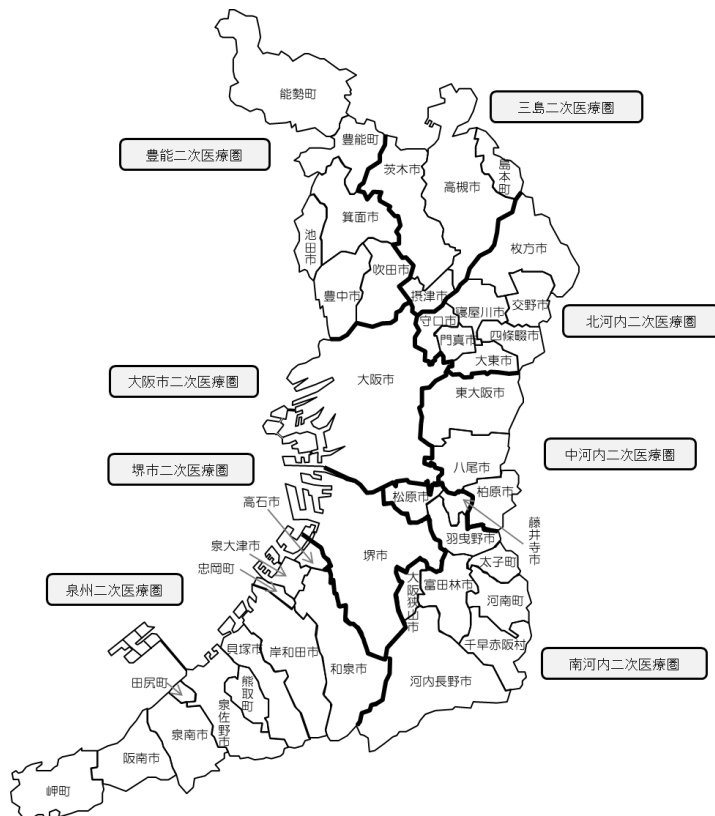
○大阪府保健医療協議会は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療機関、市町村等幅広い関係者で構成されています。

○なお、大阪市二次医療圏については、医療機関及び関係者が多数にわたるため、大阪市域における事項の総合調整や広域的事項の調査審議を行う大阪市保健医療連絡協議会とは別に、より詳細な調査審議を行うことができるよう、4つの基本保健医療圏を設定し、基本保健医療圏ごとにも大阪府保健医療協議会を設置しています。

図表 2-1-3 大阪府保健医療協議会

二次医療圏	協議会名
豊能	大阪府豊能保健医療協議会
三島	大阪府三島保健医療協議会
北河内	大阪府北河内保健医療協議会
中河内	大阪府中河内保健医療協議会
南河内	大阪府南河内保健医療協議会
堺市	大阪府堺市保健医療協議会
泉州	大阪府泉州保健医療協議会
大阪市	大阪府大阪市保健医療連絡協議会
北部基本保健医療圏 (都島区、東淀川区、旭区、淀川区、北区)	大阪府大阪市北部保健医療協議会
西部基本保健医療圏 (福島区、此花区、西区、港区、大正区、西淀川区)	大阪府大阪市西部保健医療協議会
東部基本保健医療圏 (天王寺区、浪速区、東成区、生野区、城東区、鶴見区、中央区)	大阪府大阪市東部保健医療協議会
南部基本保健医療圏 (阿倍野区、住吉区、東住吉区、西成区、住之江区、平野区)	大阪府大阪市南部保健医療協議会

図表 2-1-4 二次医療圏の設定



図表 2-1-5 大阪市基本保健医療圏の設定



2. 地域医療構想の進捗状況

○大阪府では、2025 年の病床数の必要量が既存病床数を上回っていますが、新たな病床整備については医療法上、原則できないため、これまで、既存病床において 2025 年の病床数の必要量における各機能の割合に近づけるよう、機能分化を進めてきました。

○2025 年度の病床機能報告では、報告の結果、高度急性期が 16,218 床、急性期（重症急性期等^{注1}）が 25,641 床、回復期（地域急性期と回復期報告病床を合わせた病床）が 19,568 床、慢性期が 22,816 床となっています。

○また、全病床に占める病床機能区分ごとの割合でみると、高度急性期の割合は 18.9%、急性期（重症急性期等）の割合は 29.0%、回復期（地域急性期と回復期報告病床を合わせた病床）の割合は 22.8%、慢性期の割合は 26.6%となっています。

図表 2-2-1 病床機能ごとの「病床数の必要量(2013 年、2025 年)」病床数と「病床機能報告」報告病床数の推移

単位：病床数

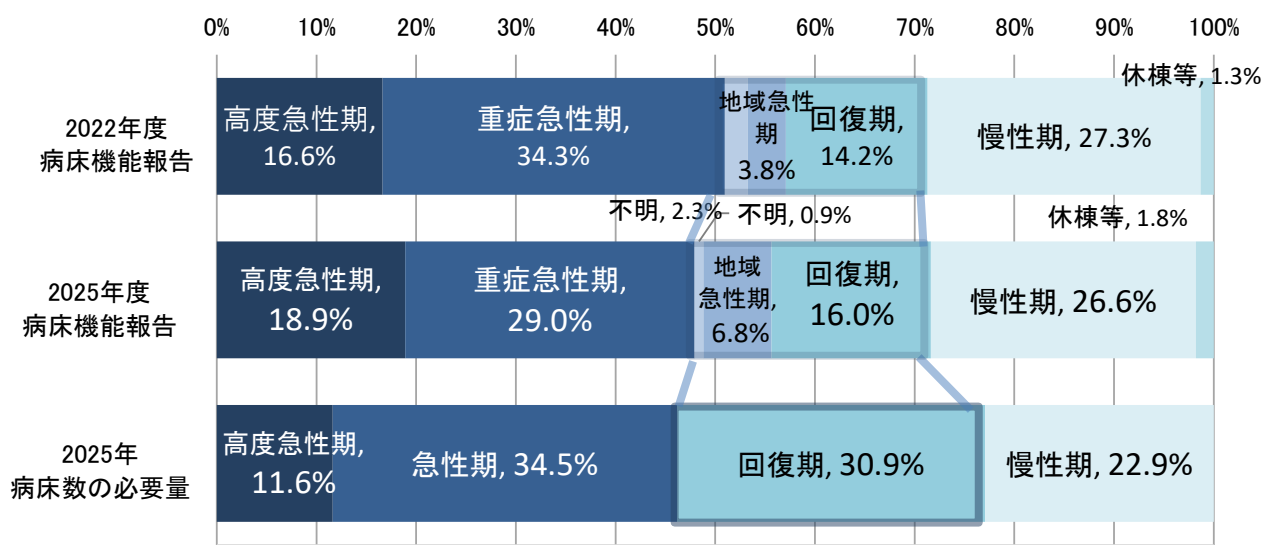
区分	年度	高度急性期	急性期	重症急性期	急性期(不明)	地域急性期	回復期	慢性期	休棟等	未報告等	合計
病床数の必要量	2013	10,562	28,156				23,744	24,157			86,619
病床機能報告	2022	14,615	35,559	30,175	2,011	3,373	12,504	24,056	1,168	173	88,075
病床機能報告	2025	16,218	31,510	24,880	761	5,869	13,699	22,816	1,528	84	85,855
病床数の必要量【既存病床数内】※1	2025	10,232	30,419				27,223	20,201			88,075
病床数の必要量【オリジナル】※2	2025	11,789	35,047				31,364	23,274			101,474

※1 需要推計で算出した 2025 年の病床数必要量における各機能区分割合を、既存病床数に乘じ算出した病床数

※2 国から示された算定方法により算出した病床数

注1 重症急性期等：診療実績の報告がなく、「重症急性期」と「地域急性期」に分類できない急性期報告病床（急性期（不明））を含みます。

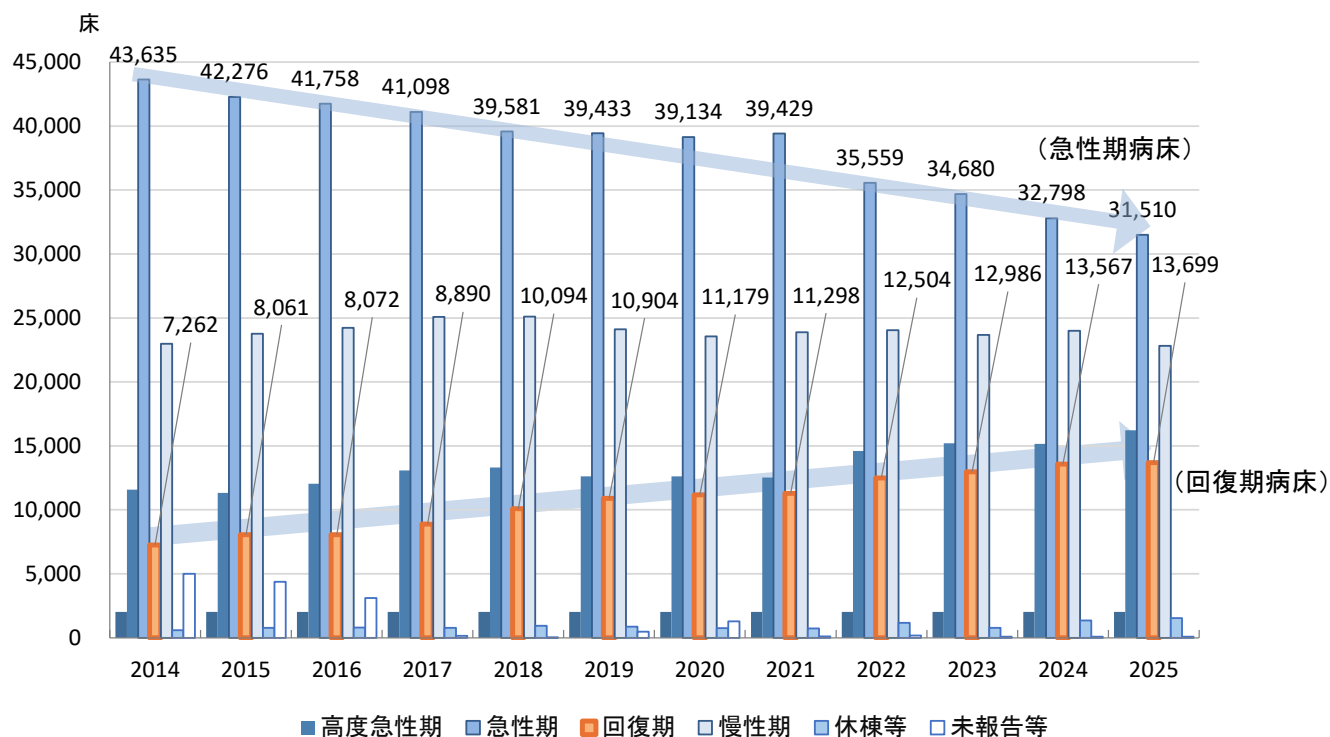
図表 2-2-2 病床機能ごとの全病床数に占める割合の比較



出典 病床機能報告

〇2014 年度から、急性期報告病床数は約 12,000 床減少し、回復期報告病床数は約 6,400 床増加する等、機能分化が進んできました。

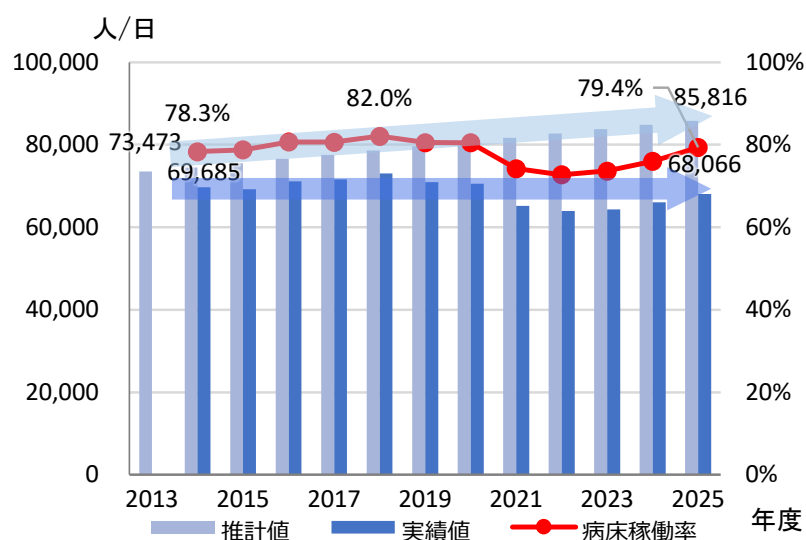
図表 2-2-3 病床機能ごとの病床数の推移



出典 病床機能報告

○入院患者の実績数はこれまでの地域医療構想における推計値を下回って推移しており、これまでの地域医療構想における病床数の必要量の算出は過大となっています。第2次大阪府地域医療構想では改革モデルを踏まえた必要量に置き換えます。（第7章参照）

図表 2-2-4 地域医療構想における推計値と入院実績の推移



推計値：2016年地域医療構想策定による推計値、実績値及び病床稼働率：病床機能報告（「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）

【病院機能の見える化】

○地域に必要な医療を持続的に提供していくためには、病院の役割分担による体制づくりを検討することが重要であるため、2022年度から、各病院が有する病床機能等により独自の力ゲゴリー分類を設定し、病院の分類や機能・役割の見える化を図ってきました。

○なお、第2次地域医療構想においては、国が新たに創設した「医療機関機能報告」をもとに、医療機関機能に着目した役割分担等や連携・再編・集約化を促進していくこととなったため、本病院分類については、医療機関機能分類に即したものに直すこととしています。

図表 2-2-5 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 (101 病院)	急性期 ケアミックス 型病院 (127 病院)	地域 急性期 病院 (28 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 (14 病院)	慢性期 病院 (105 病院)
高度医療の提供及び研修、高度医療 技術開発等							
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)							
地域診療拠点機能(がん、災害、小児、 周産期等)							
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】)							
ポストアキュート機能(在宅復帰に向け たリハビリ患者等の受入)							
長期入院が必要な患者の受入							

※カッコ内の病院数は府内の病院数(出典:2025 年度病院プラン)

- 急性期病院：高度急性期及び急性期の病床が9割以上
- 地域急性期病院：回復期(地域)病床^{注1}が9割以上
- 回復期リハビリ病院：回復期(リハビリ)病床^{注2}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
- 後方支援ケアミックス型病院：他の区分に属しない病院
- 慢性期病院：慢性期病床が9割以上

注1 回復期(地域)：回復期リハビリテーション病棟入院料以外の入院料を算定している回復期病床

注2 回復期(リハ)：回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病床

第3章 大阪府の医療をめぐる状況

1. 人口推計

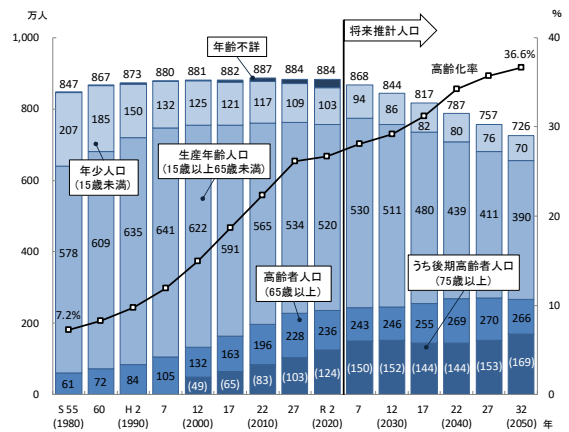
【大阪府の人口】

○大阪府の人口は、国勢調査によると2025年には8,764,578人で、2020年と比べると73,107人、率にして0.83%の減少となり、2010年以降、減少が続いています。

○今後も生産年齢人口や年少人口を中心に、総人口の減少が見込まれる中、高齢者、とりわけ75歳以上の後期高齢者人口は、2020年には約124万人であったものが、2050年には約169万人となり、高齢化率は上昇の一途をたどると予測されています。

図表 3-1-1 人口と人口構成

今後更新

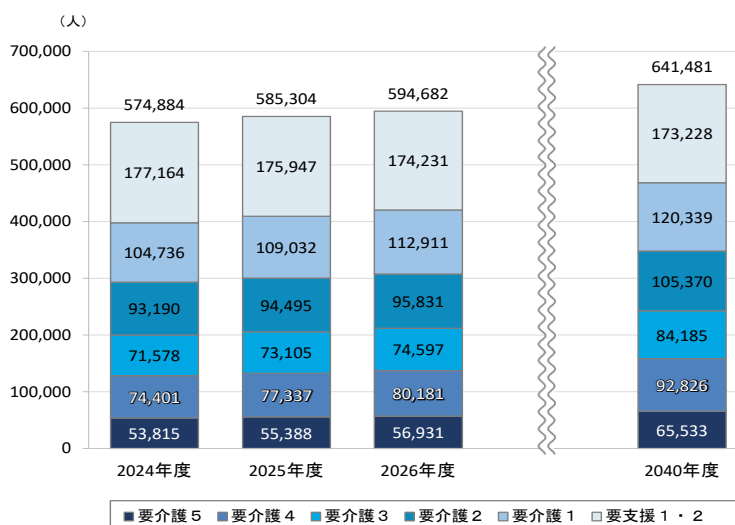


出典 総務省「国勢調査」、
国立社会保障・人口問題研究所
「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」

【要介護認定者の推計】

○大阪府の要介護認定者は増加傾向であり、2025年度の約59万人から2040年度には約65万人程度へと増加すると推計されています。

図表 3-1-2 要介護認定者将来推計

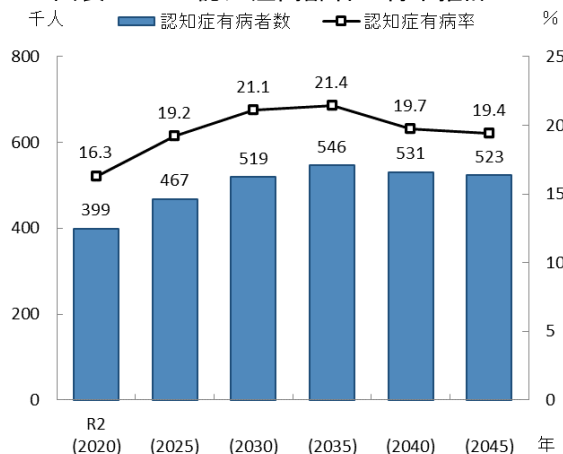


出典 大阪府高齢者計画 2024

【認知症高齢者の推計】

○大阪府の認知症高齢者数は 2020 年の 39.9 万人から 2030 年には 51.9 万人、2040 年には 53.1 万人に増加すると見込まれます。

図表 3-1-3 認知症高齢者の将来推計



出典 大阪府「大阪府高齢者計画 2024」

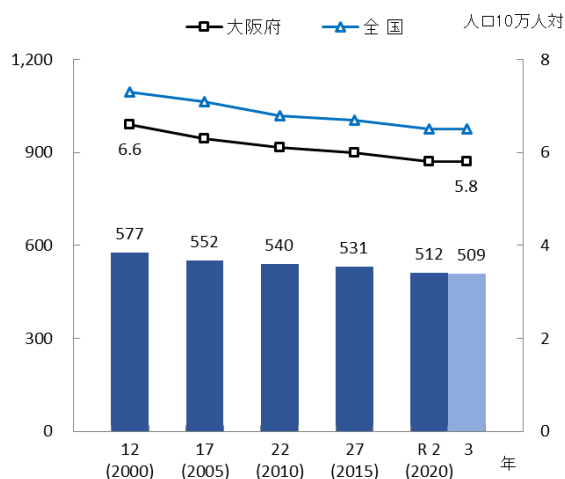
2. 医療機関の状況

(1) 病院

【病院数と病床数の推移】

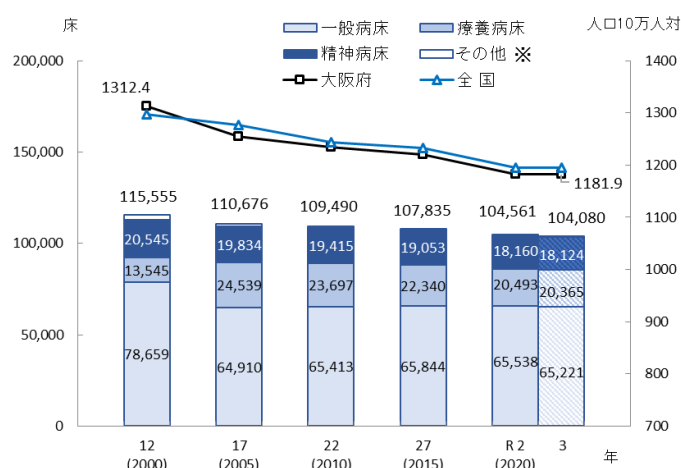
○2021 年 10 月 1 日現在の大阪府における病院数は 509 施設、病床数は 104,080 床であり、人口 10 万人対でみると、病院数は全国を下回っていますが、病床数は全国と大きな差異は認められません。(P：今後更新)

図表 3-2-1 病院数



出典 厚生労働省「医療施設調査」

図表 3-2-2 病床数



※結核病床及び感染症病床

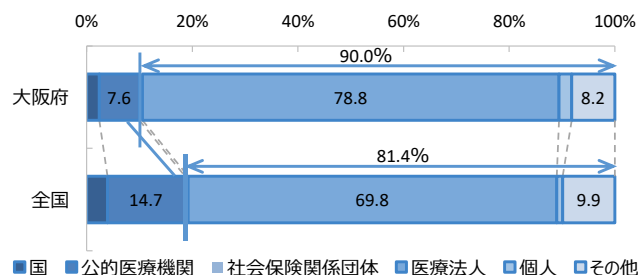
出典 厚生労働省「医療施設調査」

今後更新

【開設者別^{注1}にみた病院の構成割合】

○医療施設調査によると、大阪府は501病院のうち、国と公的医療機関以外の医療法人等が占める割合は90.0%となっており、全国（81.4%）よりも高い割合となっています。

図表 3-2-3 開設者別にみた病院の構成割合（2024 年）



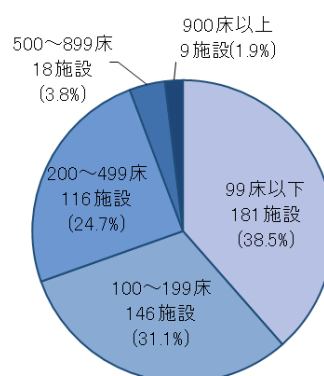
出典 厚生労働省「医療施設調査」

【規模別の病院数】

○一般病院は200床以上の病院が約30%、500床以上の病院が約6%を占めています。

（P：今後数値を更新）

図表 3-2-4 規模別の一般病院数（2021 年）



今後更新

出典 厚生労働省「医療施設調査」

【種類別病床数】

○府内における種類別の病床数を人口10万人対で見ると、一般病床数は742.2（全国706.0）、療養病床数は231.8（同226.8）となっています。

（P：今後数値を更新）

図表 3-2-5 二次医療圏別病床数（2021 年）

二次医療圏	一般病床数	療養病床数
豊能	7,376	1,476
三島	5,170	1,080
北河内	7,790	1,872
中河内	4,211	1,280
南河内	4,879	1,509
堺市	5,695	3,559
泉州	4,663	3,660
大阪市	25,437	5,929
大阪府	65,221	20,365

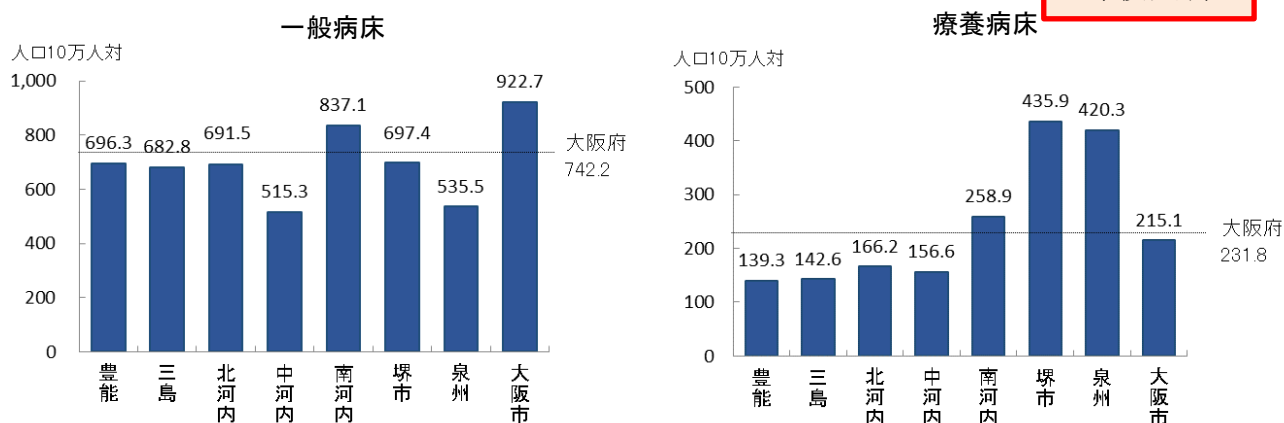
今後更新

出典 厚生労働省「医療施設調査」

注 1 開設者別：国（厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他（国の機関））、公的医療機関（都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）、社会保険関係団体（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）、医療法人、個人、その他（公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人）

図表 3-2-6 人口 10 万人対の二次医療圏別病床数(2021 年)

今後更新



出典 厚生労働省「医療施設調査」

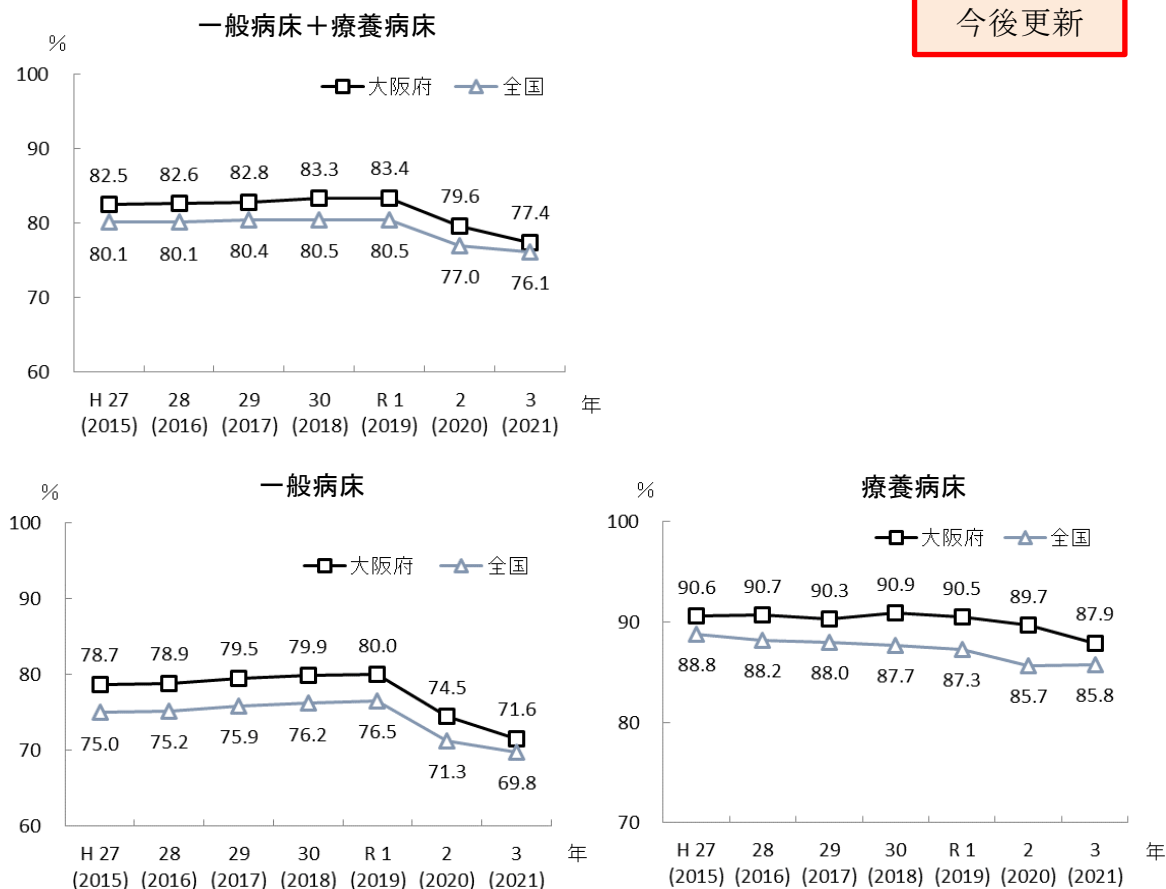
※二次医療圏の「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、大阪府総務部「大阪府の推計人口（2022 年 10 月 1 日現在）」

【病床利用率】

○大阪府における病床利用率は、2019 年以降、コロナ感染症による影響で減少し、その後は増加傾向ですが、以前の水準までは回復していません。（P：今後文言を更新）

図表 3-2-7 病床の種類別にみた病床利用率^{注1}

今後更新



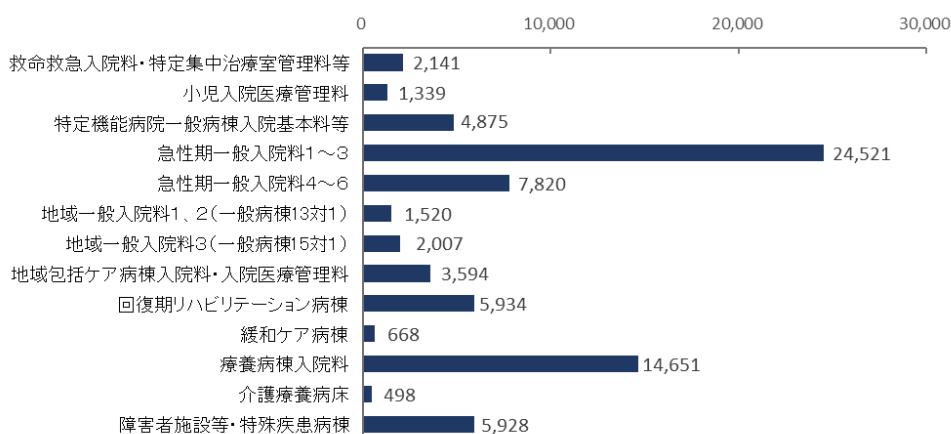
出典 厚生労働省「病院報告」

注 1 病床利用率：新型コロナウイルス感染症（感染症法上の新型インフルエンザ等感染症に該当）の患者は、感染症病床に入院させるべき患者であったことから（2023 年 5 月 7 日まで）、感染症病床以外の病床に入院していたとしても「感染症病床」の患者として計上し、病床利用率が算出されています。

【入院基本料別病床数】

○2022 年度の病床機能報告における一般病床・療養病床の入院基本料別の病床数をみると、急性期一般入院料1～3が24,521床と最も多くなっています。(P：今後数値を更新)

図表 3-2-8 一般病床・療養病床の入院基本料別病床数(2022 年度)



今後更新

※救命救急入院料・特定集中治療室管理料等：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、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

特定機能病院一般病棟入院基本料等：特定機能病院一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料

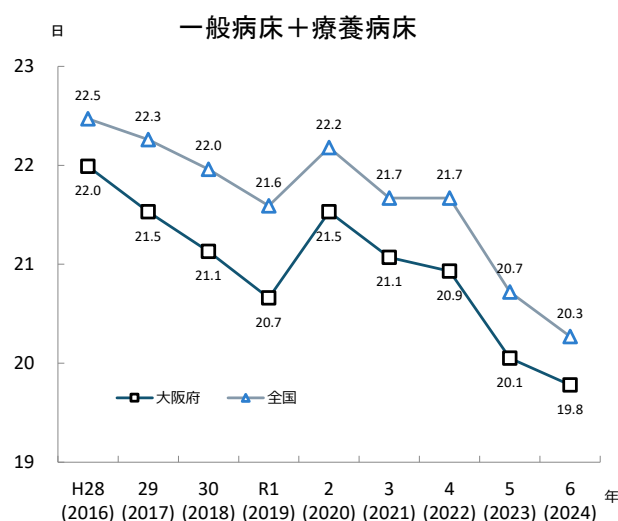
障害者施設等・特殊疾患病棟入院料：障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料

出典 厚生労働省「病床機能報告」

【平均在院日数】

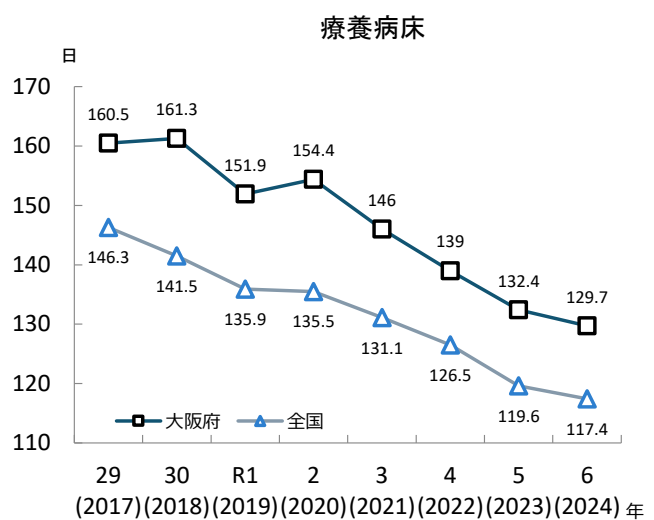
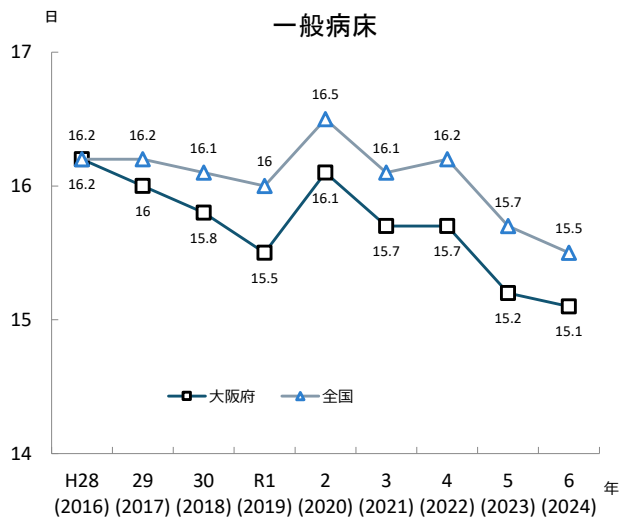
○大阪府における全病床の平均在院日数^{注1}は、年々減少していましたが、新型コロナウイルス感染症の国内での流行後となる2020年に一時的に増加しました。その後は一般病床、療養病床ともに減少傾向が続いています。

図表 3-2-9 病床の種類別にみた平均在院日数



出典 厚生労働省「病院報告」

注1 平均在院日数：「年間在院患者延数」/「(年間新入院患者数+年間新退院患者数)/2」により算出されています。なお、新型コロナウイルス感染症(感染症法上の新型インフルエンザ等感染症に該当)の患者は、感染症病床に入院させるべき患者であったことから(2023年5月7日まで)、感染症病床以外の病床に入院していたとしても「感染症病床」の患者として計上し、平均在院日数が算出されています。



出典 厚生労働省「病院報告」

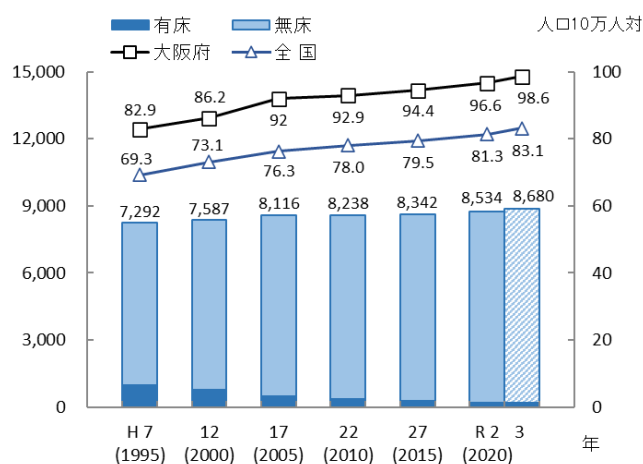
(2) 一般診療所

【一般診療所数の推移】

○大阪府における一般診療所数は、2021年10月1日現在 8,680 施設で、人口 10 万人対では 98.6（全国 83.1）となっています。（P：今後数値を更新）

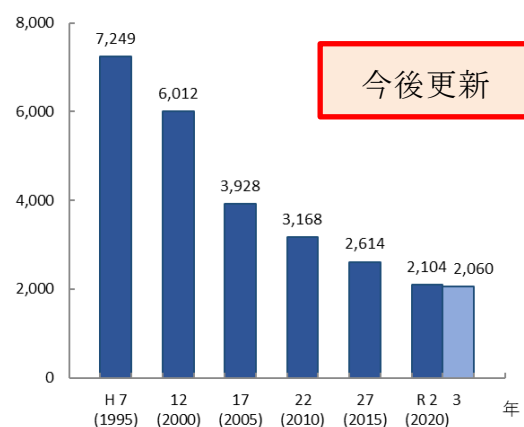
○有床診療所は 2021 年 10 月 1 日現在 201 施設（全体の 2.3%）、総病床数は 2,060 床となっており、有床診療所数は減少傾向にあります。（P：今後数値を更新）

図表 3-2-10 一般診療所数



出典 厚生労働省「医療施設調査」

図表 3-2-11 一般診療所病床数



出典 厚生労働省「医療施設調査」

今後更新

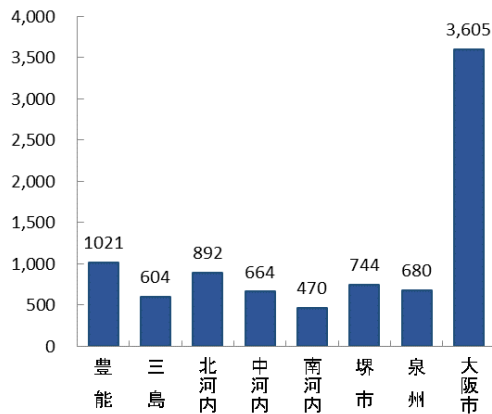
【二次医療圏別一般診療所数】

○人口 10 万人対一般診療所数を二次医療圏別にみると、大阪市二次医療圏は府平均 98.8 を大きく上回っており、圏域間に差が認められています。（P：今後数値を更新）

今後更新

今後更新

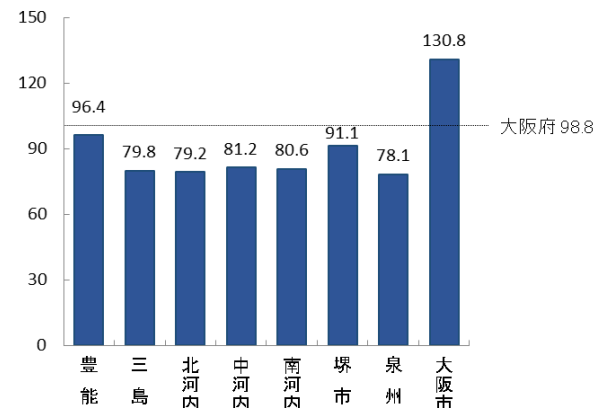
図表 3-2-12 二次医療圏別一般診療所数
(2021 年)



出典 厚生労働省「医療施設調査」

図表 3-2-13 人口 10 万人対の二次医療圏別
一般診療所数(2021 年)

人口10万人対



出典 厚生労働省「医療施設調査」

※二次医療圏の「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、
大阪府総務部「大阪府の推計人口（2022 年 10 月 1 日現在）」

○歯科診療所数、薬局数に関しては、資料編を参照ください。

(3) 在宅医療の状況

【連携の拠点】

○在宅医療を支える 4 つの医療機能（(1)退院支援、(2)日常の療養支援、(3)急変時の対応、(4)看取り）の確保に向け、取組を推進する地域の実情に応じて、地域の関係者による協議の場の開催、包括的かつ継続的な支援に向けた関係機関の調整及び連携体制の構築等を行う法人・団体を、在宅医療に必要な連携を担う拠点（連携の拠点）として各圏域で設定しています。各圏域で設定した医療機関については 56 団体（2024 年 4 月 1 日現在）となっています。（P：今後数値を更新）

【積極的医療機関】

○自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種間連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関（積極的医療機関）として各圏域で設定しています。各圏域で設定した医療機関については 415 機関（2026 年 6 月 8 日現在）となっています。

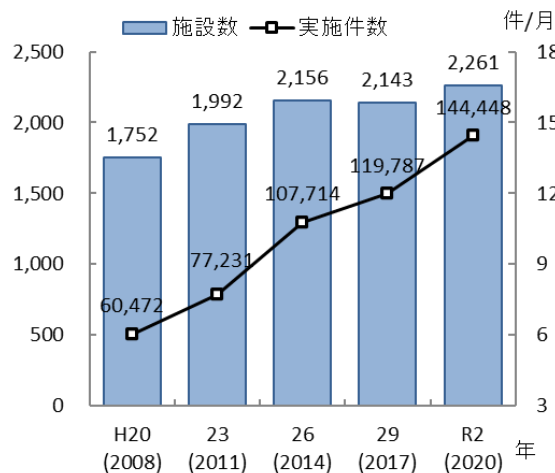
（P：今後数値を更新）

【訪問診療】

○訪問診療件数（各年 9 月の 1 か月間）は、2014 年の 107,714 件から、2020 年には 144,448 件に増加しています。訪問診療に対応する医療機関（病院・診療所）は、2014

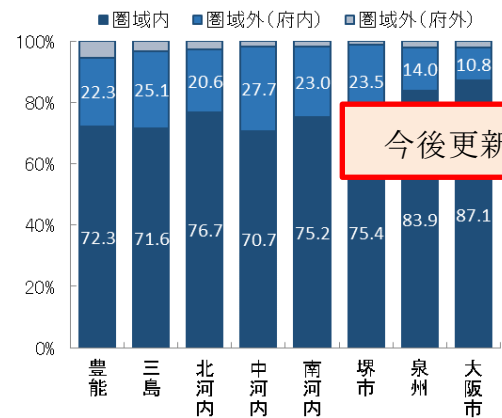
年の 2,156 か所から、2020 年には 2,261 か所となっています。(P：今後数値を更新)

図表 3-2-14 訪問診療実施医療機関数と実施件数



出典 厚生労働省「医療施設調査」

図表 3-2-15 在宅医療を受ける患者が圏域内の医療機関を受診する割合 (2021 年度)



出典 厚生労働省「データブック」

【在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所】

○2016 年度及び 2022 年度の診療報酬改定における施設基準の変更による影響を受け、24 時間対応が可能な在宅療養支援診療所は増減を繰り返し、2023 年は 1,752 か所となっています。一方、在宅療養支援診療所のうち、複数の医師により、往診や在宅看取りに一定の実績を必要とする機能強化型の在宅療養支援診療所(単独型・連携型)は、2017 年の 332 か所から、2023 年には 456 か所に増えています。(P：今後数値を更新)

○また、緊急時の入院体制を確保している在宅療養支援病院は、府全体で 2017 年の 108 か所から、2023 年には 133 か所に増えています。さらに、在宅医療を行う医療機関の後方支援として受入を行う在宅療養後方支援病院は、2017 年の 33 か所から、2023 年には 53 か所と増えています。(P：今後数値を更新)

図表 3-2-16 緊急往診・入院受入機能を有する病院等 (2023 年4月1日現在)

二次 医療圏	在宅療養支援診療所						在宅療養支援病院						在宅療養 後方支援 病院
	機能強化型			従来型	合計	有床 診療所	機能強化型			従来型	合計		
	単独	連携	合計				単独	連携	合計				
豊能	1	48	49	144	193	2	0	3	3	8	11	7	
三島	1	23	24	129	153	3	3	2	5	0	5	6	
北河内	1	34	35	115	150	2	3	4	7	15	22	3	
中河内	1	38	39	106	145	4	0	5	5	4	9	2	
南河内	1	32	33	74	107	2	2	5	7	7	14	3	
堺市	0	43	43	127	170	2	0	6	6	7	13	6	
泉州	1	40	41	86	127	5	3	5	8	12	20	6	
大阪市	7	185	192	515	707	16	2	20	22	17	39	20	
大阪府	13	443	456	1296	1752	36	13	50	63	70	133	53	

出典 近畿厚生局「施設基準届出」

※「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、大阪府総務部「大阪府の推計人口 (2022 年 10 月 1 日現在)」

今後更新

(4) 高齢者施設との連携

【施設種別ごとの状況】

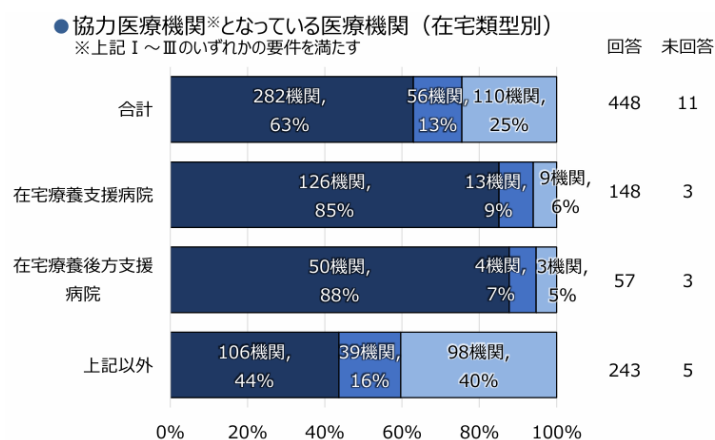
○2026 年 4 月における府内の介護保険施設（指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院）は 700 施設、定員数 5.7 万人、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の合計値は 2,538 施設、定員数 11.0 万人となっています。

○また、大阪府においては、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の居宅サービス受給者の割合が、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）等の施設サービス受給者の割合に比べて高く、居宅サービスを中心としたサービス利用が多いことが大きな特徴といえます。

【協力医療機関】

○介護保険施設は、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、適切な対応を行う体制を確保する観点から協力医療機関を定めることが義務付けられています。2026 年度病院プランにて、協力医療機関となっている施設があると回答した医療機関は 282 機関、今後協力医療機関となる意向があると回答した施設は 56 機関でした。

図表 3-2-17 協力医療機関となっている医療機関（在宅類型別）



今後更新

出典 2026 年「病院プラン」

図表 3-2-18 診療報酬における機能に応じた病床の分類と介護施設等の状況

大阪府			医療保険		介護保険	その他		
DPC 125施設 36,556床 救命救急 15施設 434床 特定集中治療室 58施設 645床 ハイケアユニット 74施設 742床 脳卒中ケアユニット 25施設 227床 総合周産期特定集中治療室 母体・胎児 12施設 78床 新生児 8施設 120床 新生児 特定集中治療室 19施設 141床 新生児 治療回復室 12施設 144床 小児 特定集中治療室 0施設 0床 特定機能病院 7施設 4,764床 専門病院 1施設 104床 急性期一般 217施設 34,236床			一般病床 525施設 64,867床 療養病床 205施設 19,474床 小児 入院医療管理料 28施設 1,399床 緩和ケア病棟 34施設 796床 地域一般・ 一般病棟特別 64施設 3,507床 障害者施設 99施設 6,859床 特殊疾患 1施設 51床 有床診療所 一般 145施設 1,602床		回復期 リハビリテーション 116施設 7,698床 地域包括ケア病棟 (入院料) 90施設 4,013床 地域包括医療 病棟入院料 18施設 1,082床 療養病棟 178施設 15,638床 有床診療所 療養 1施設 8床		介護保険施設 700施設 57,233人定員 特別養護 老人ホーム 453施設 35,030人定員 介護老人 保健施設 224施設 20,904人定員 介護医療院 23施設 1,299人定員 主な地域密着型 サービス 865施設 16,867人定員 地域密着型 養護老人ホーム 153施設 4,293人定員 認知症高齢者 グループホーム 712施設 12,574人定員	有料老人ホーム 1,681施設 76,850人定員 養護老人ホーム 27施設 1,991人定員 軽費老人ホーム 129施設 5,564人定員 サービス 付き 高齢者向け 住宅 857施設 33,499人定員

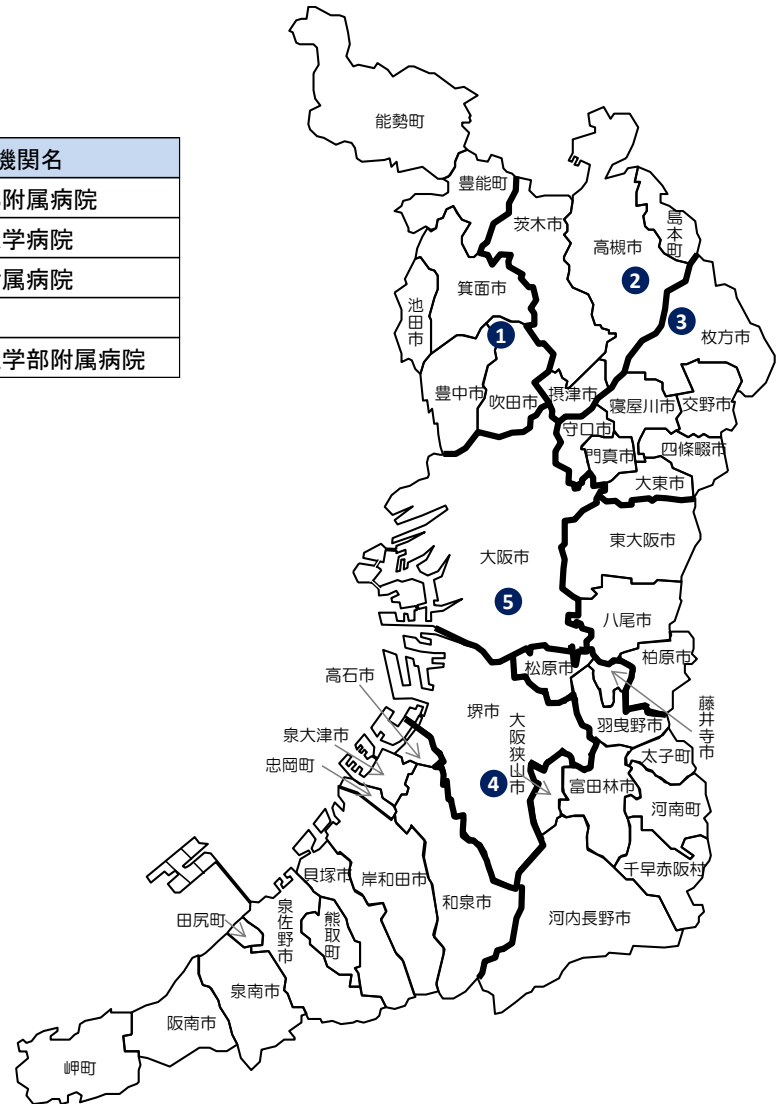
出典 「医療保険」：一般病床、療養病床、有床診療所は 2025 年度病床機能報告（2023 年 7 月 1 日時点）、DPC は 2024 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」、入院基本料等は 2025 年度病院プラン（2025 年 7 月 1 日時点）、精神病床・結核病床・感染症病床は大阪府健康医療部調べ（2026 年 2 月 29 日時点）
「介護保険」「その他」：大阪府福祉部調べ（2026 年 4 月 1 日時点）、ただし、認知症高齢者グループホーム定員数及びサービス付き高齢者向け住宅の施設数は 2026 年 3 月 31 日時点）

(5) 大学病院の状況

○大阪府には大阪大学医学部附属病院、大阪医科薬科大学病院、関西医科大学附属病院、近畿大学病院、大阪公立大学医学部附属病院の5つの大学病院本院があります。

図表 3-2-19 府内の大学病院

	所在地	医療機関名
1	吹田市	大阪大学医学部附属病院
2	高槻市	大阪医科薬科大学病院
3	枚方市	関西医科大学附属病院
4	堺市	近畿大学病院
5	大阪市	大阪公立大学医学部附属病院



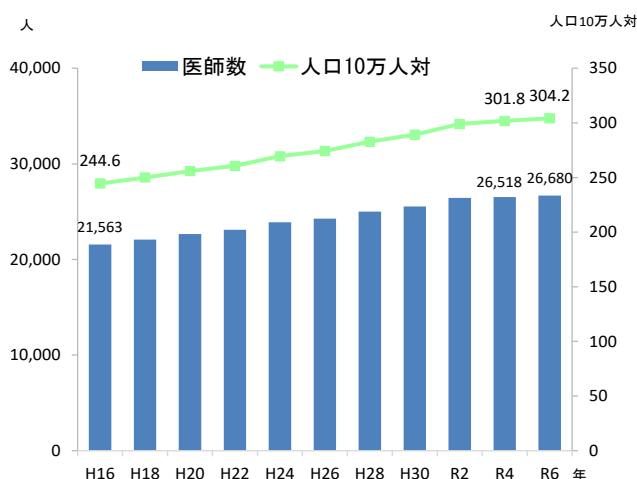
3. 医療・介護従事者の状況

(1) 医師数

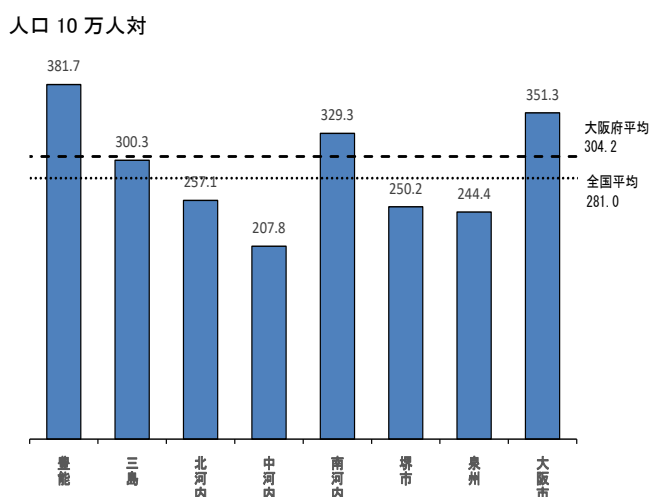
○2024 年の大阪府における届出医師数^{注1}は 26,680 人で、2022 年に比べ 162 人(0.6%)の増加となっています。2004 年以降、増加傾向が続いていますが、増加の推移は緩やかになっています。また、地域によって偏在が見られます。

○医師確保計画にて府算出の 2036 年に向けた必要医師数は 27,064 人としており、2024 年の医師数 26,680 人と比べると 384 人不足しています。(P：数値を更新)

図表 3-3-1 医師数



図表 3-3-2 人口 10 万人対の二次医療圏別医師数 (2026 年度)



出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

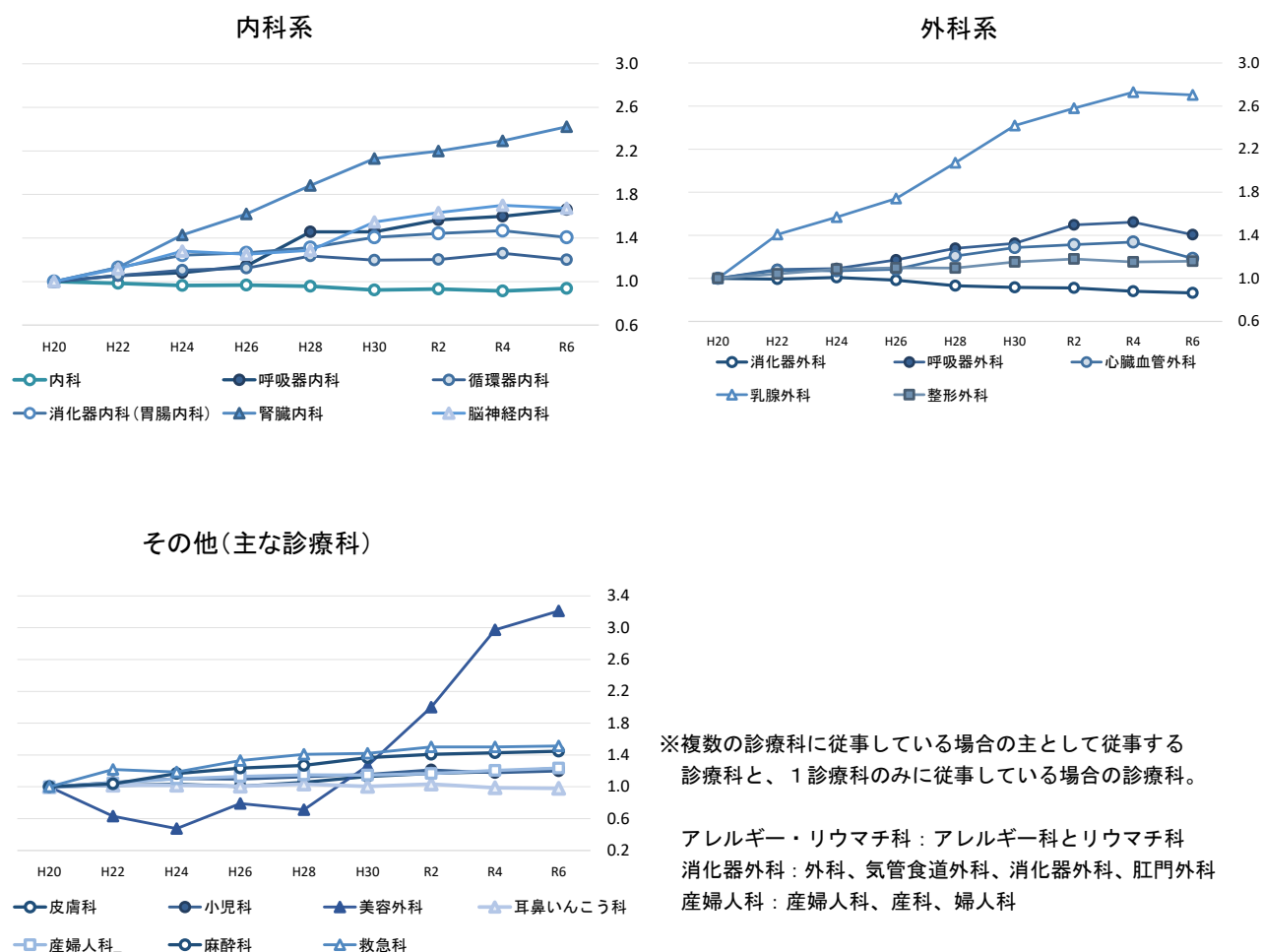
※「人口 10 万対」算出に用いた人口は、大阪府総務部「大阪府の推計人口(2024 年10月1日現在)」

【診療科ごとの医師数】

○診療科によって医師の増減が異なります。届け出医師数の推移を診療科別にみると、内科において、2024 年の届け出医師数は 4,788 人と 2008 年の 5,102 人と比較して 314 人(6.2%)の減少、消化器外科において、2024 年の届け出医師数は 1,352 人と、2008 年の 1,563 人と比較して 211 人(13.5%)の減少となっています。

注1 医師：厚生労働大臣の免許を受けて、医師の名称を用いて、医業を行う者をいいます。

図表 3-3-3 診療科毎の医師数の推移(大阪府)(2008 年を 1.0 とした場合)



※複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科。

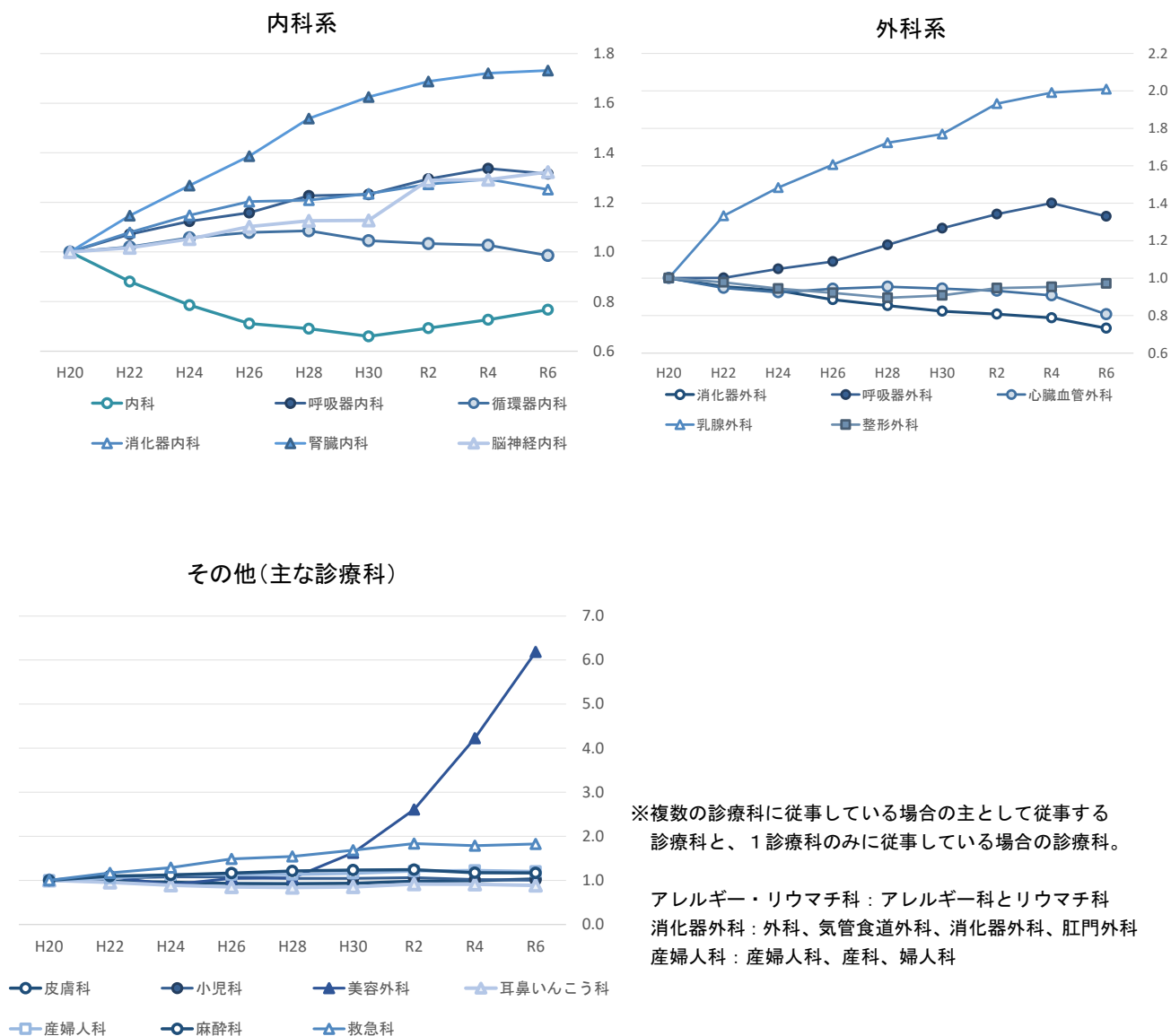
アレルギー・リウマチ科：アレルギー科とリウマチ科
消化器外科：外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科
産婦人科：産婦人科、産科、婦人科

出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

【40 歳以下の医師数】

○加えて、全国的に医師の年齢分布にも偏在が認められ、医師の高齢化が進んでいます。2024 年の 40 歳以下の届け出医師数を 2008 年のものと比較すると、内科、循環器内科、消化器外科、心臓血管外科、耳鼻咽喉科等において減少しています。特に、消化器外科における 2024 年の 40 歳以下の届け出医師数は 6,325 人で、2008 年の 4,631 人と比較して 1,694 人（26.8％）の減少となっています。

図表 3-3-4 診療科毎の 40 歳以下医師数の推移(全国)(2008 年を 1.0 とした場合)



※複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科。

アレルギー・リウマチ科：アレルギー科とリウマチ科
消化器外科：外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科
産婦人科：産婦人科、産科、婦人科

出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(2) 看護職員数

○2020 年の大阪府における就業届出看護職員数は 104,113 人で、2016 年に比べ 7,167 人 (6.9%) の増加となっていますが、人口 10 万人対の看護職員数は 1,178.1 (全国 1,315.2) で全国を下回っています。(P：今後数値を更新)

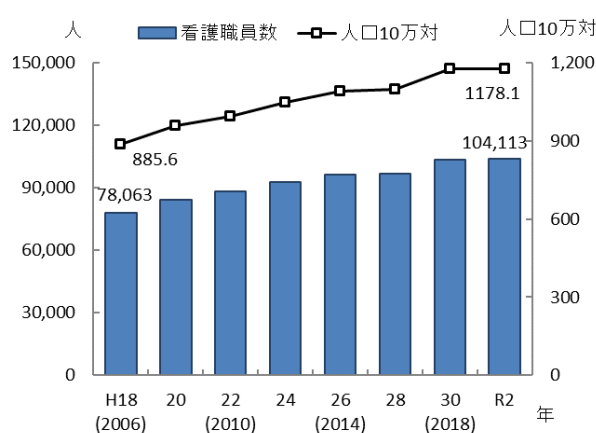
○人口 10 万人対の就業看護職員数は、地域別に偏在があり、豊能、三島、北河内、中河内二次医療圏で府平均を下回っています。

○また、第8次看護職員需給見通し（大阪府施策用推計値）では、2025 年の需要数（常勤換算数）は 111,537 人であり、供給数と比較すると 8,774 人の不足と推計されています。現在、国において、2040 年の需要数の推計について検討が進められており、それを踏まえ、今後府においても推計を行うこととしています。

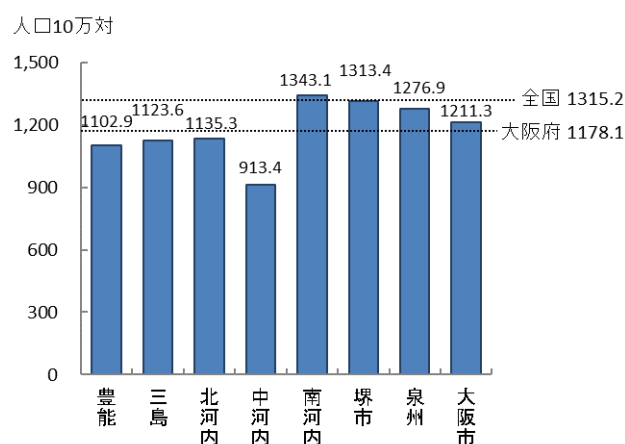
○さらに、全国統計でみると、看護職員数は総数では増えているものの、年齢階層別では、50 歳以上の人数及び全体に占める割合がともに増加しています。

今後更新

図表 3-3-5 府内の就業看護職員数の推移



図表 3-3-6 人口 10 万人対の府内二次医療圏別就業看護職員数 (2020 年度)



出典 厚生労働省「衛生行政報告例」、大阪府「医療対策課調べ」

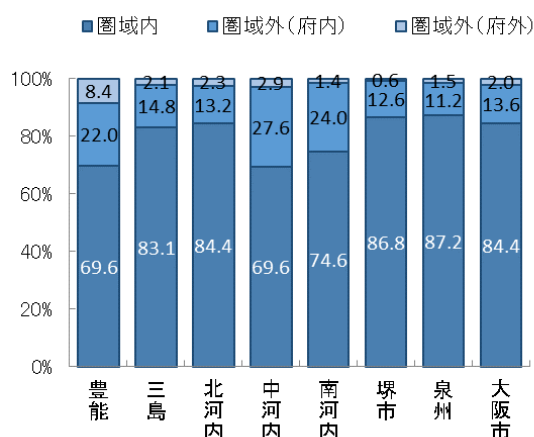
○歯科医師、薬剤師、放射線技師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、福祉・介護サービス従事者の現状については、資料編を参照ください。

4. 患者の流出入状況

【二次医療圏別の流出入状況】

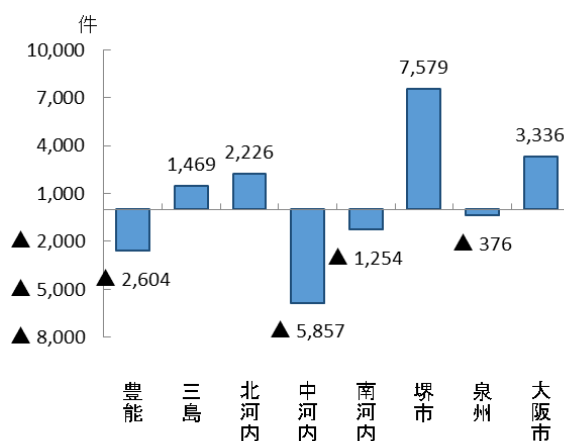
○各二次医療圏での府民の他圏域への流出割合は、10%程度から30%程度となっており、圏域内の自己完結率は高くなっていますが、豊能、中河内、南河内、泉州二次医療圏では、一般病床及び療養病床の患者は流出超過となっています。（P：今後数値を更新）

図表 3-4-1 一般病床及び療養病床の患者の受診先医療機関の所在地(割合)



出典 厚生労働省「データブック」

図表 3-4-2 圏域における一般病床及び療養病床の入院患者の「流入－流出」(件数)



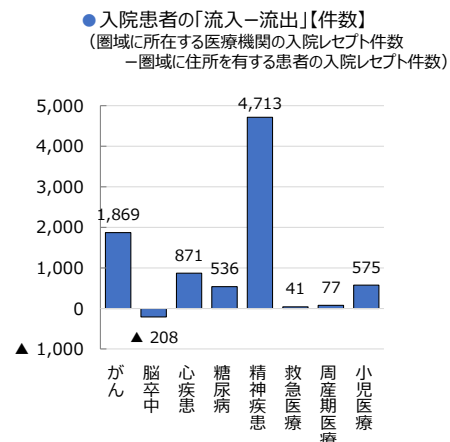
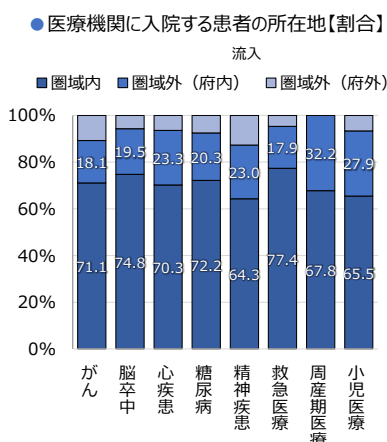
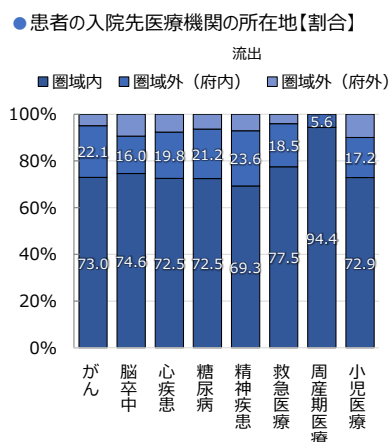
出典 厚生労働省「データブック」

今後更新

【診療機能別の流出入状況】

○診療機能別においても自圏域内に入院している割合は、ほぼすべての疾病事業において60%程度から90%程度となっており、圏域内の自己完結率は高くなっています。（P：今後数値を更新）

図表 3-4-3 診療機能ごとの流出入状況



出典 厚生労働省「データブック」(2023年度診療分)

今後更新

5. 2040 年の医療需要の見込み

◆2040 年に向けては高齢者における脳梗塞や心筋梗塞、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折といった急性期疾患が増加することが見込まれます。

◆がんの医療需要は横ばいで推移することが予想されますが、医療技術の進歩により手術療法の需要は減少することが見込まれます。

◆また、在宅医療の需要は 2040 年まで増加することが予想されます。

(1) 主要疾患別医療需要の見込み

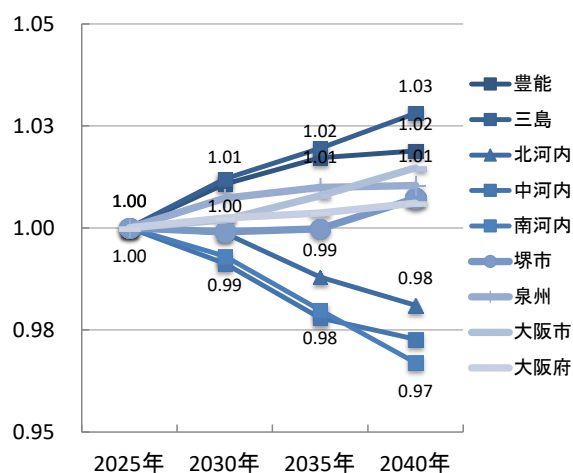
【がん】

○「がん」における、2040 年の 1 日当たりの入院医療需要は、圏域別にみると豊能圏域では 2040 年の医療需要が 1.03 倍になるのに対して、南河内圏域においては 0.97 倍となります。

○2025 年と比べると、各圏域において、2040 年までおおむね横ばいで推移することが見込まれます。

(P：今後数値を更新)

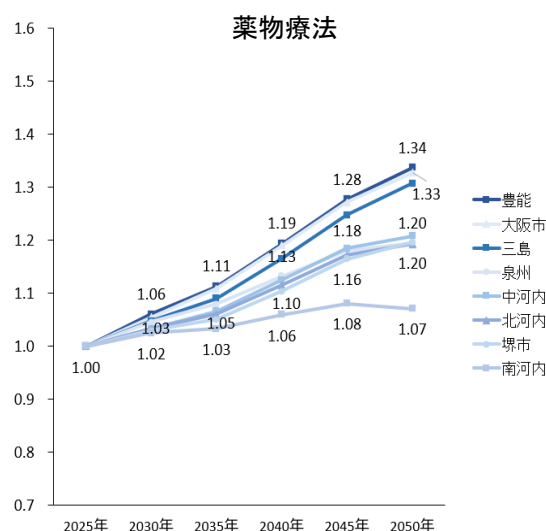
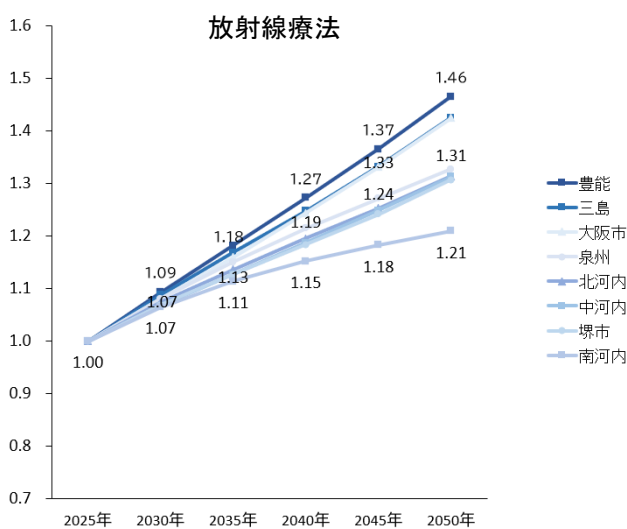
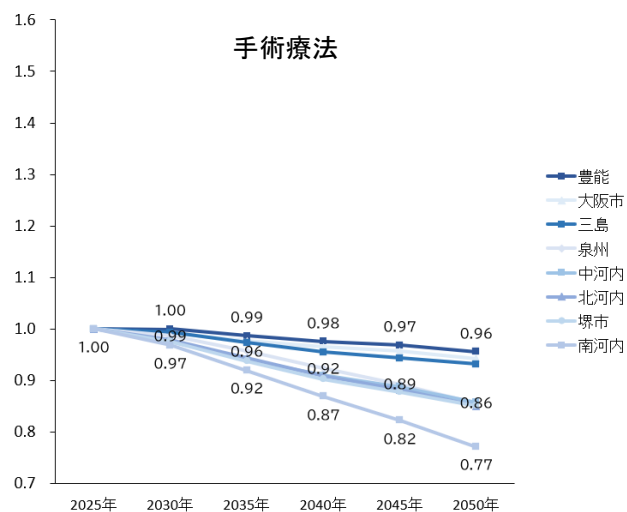
図表 3-5-1 各圏域別の入院医療需要の見込み(2025 年を 1.0 とした場合)



出典 厚生労働省「2023 年データセット」

○一方、がんの三大療法別の需要推計においては、医療技術の進歩により、放射線療法や薬物療法の需要が増加することに伴い、全ての圏域において、手術療法の需要は減少し、2040 年には、府域全体で約 10% 減少すると見込まれています。

図表 3-5-2 各圏域別の三大療法別の需要の見込み(2025 年を 1.0 とした場合)

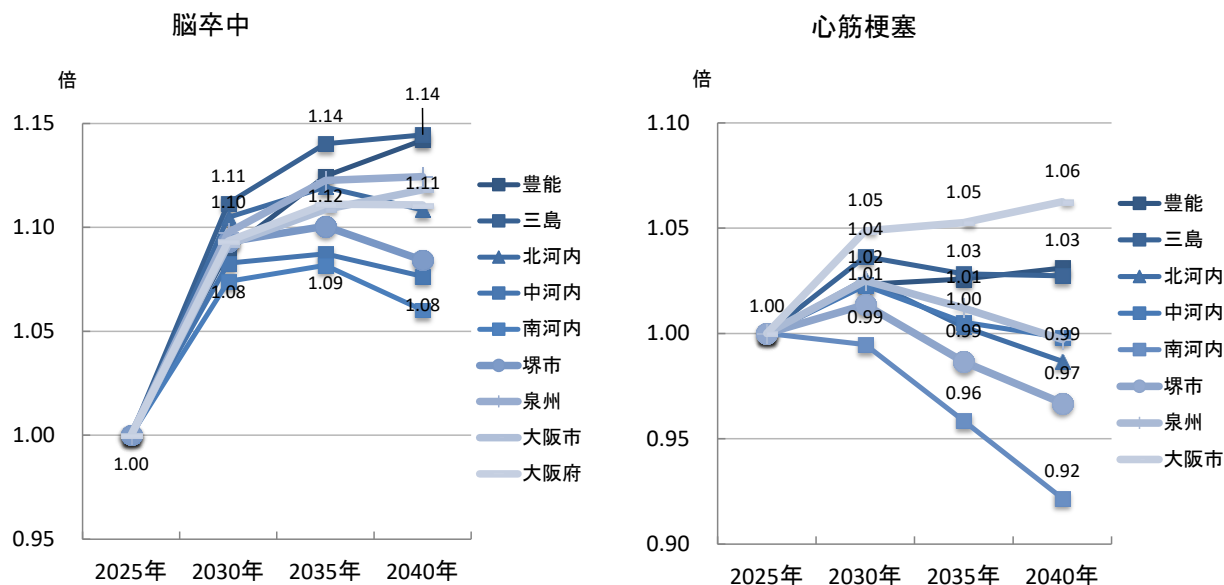


出典 厚生労働省「がん罹患患者数及び新規診断時の三大療法別需要推計データ」より大阪府が作成

【急性心筋梗塞】【脳卒中】

○「急性心筋梗塞」「脳卒中」といった緊急性の高い疾患については、2040 年の 1 日当たりの入院医療需要は、南河内を除く圏域では 2040 年まで増加で推移し、南河内圏域においては、2030 年或いは 2035 年から 2040 年にかけて減少に転じると見込まれています。

図表 3-5-3 各圏域別の入院医療需要の見込み(2025 年を 1.0 とした場合)

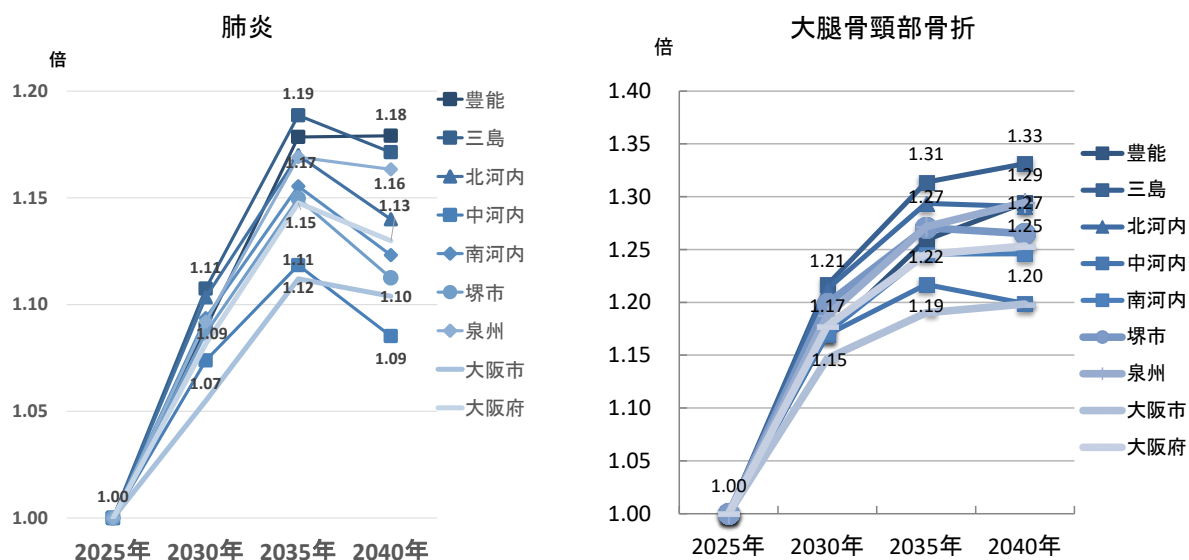


出典 厚生労働省「病床機能報告」より
 (「地域医療提供体制構築に向けた調査及び
 データ分析事業」により作成)

【肺炎】【大腿骨頸部骨折】

○「肺炎」「大腿骨頸部骨折」といった高齢者に多く発生する疾患については、2040 年の 1 日当たりの入院医療需要は、すべての圏域において、2040 年まで増加することが見込まれています。

図表 3-5-4 各圏域別の入院医療需要の見込み(2025 年を 1.0 とした場合)



出典 厚生労働省「患者調査」

出典 厚生労働省「病床機能報告」より
 (「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)

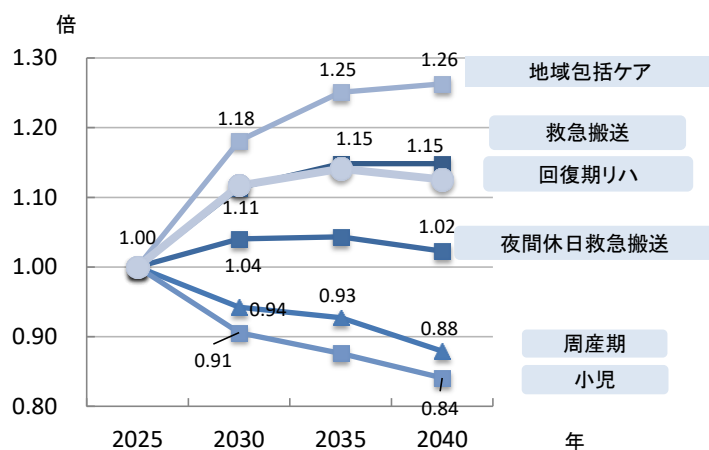
【救急】【地域包括ケア】【回復期リハビリテーション】【小児医療】【周産期医療】

○「救急医療」における救急搬送および夜間休日救急搬送の、2040 年の1年あたりの件数は 2025 年と比較して、1.15 倍、1.02 倍とやや増加することが見込まれます。

○「回復期医療」における地域包括ケアや回復期リハビリテーションといった高齢者の需要が多い入院機能については、2040 年の1年あたりの入院医療需要は 2025 年と比較して、1.26 倍、1.13 倍と増加することが見込まれます。

○「小児医療」「周産期医療」といった疾患については、2040 年の1年あたりの入院医療需要は 2025 年と比較して、0.88 倍、0.84 倍と減少することが見込まれます。

図表 3-5-5 診療機能別の入院医療需要の見込み(2025 年を 1.0 とした場合)



出典 厚生労働省「病床機能報告」より
 (「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)

(2) 在宅医療等の需要の見込み

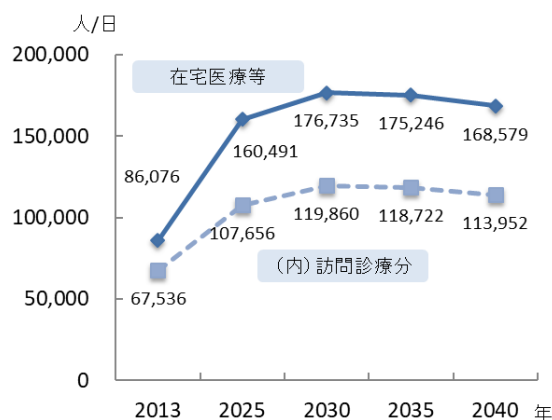
今後更新

【在宅医療等の需要】

○在宅医療等の需要については、病床の医療需要と同じく、2030年頃をピークに、今後増加することが予想されています。

(P：今後更新予定)

図表 3-5-6 在宅医療等の需要見込み



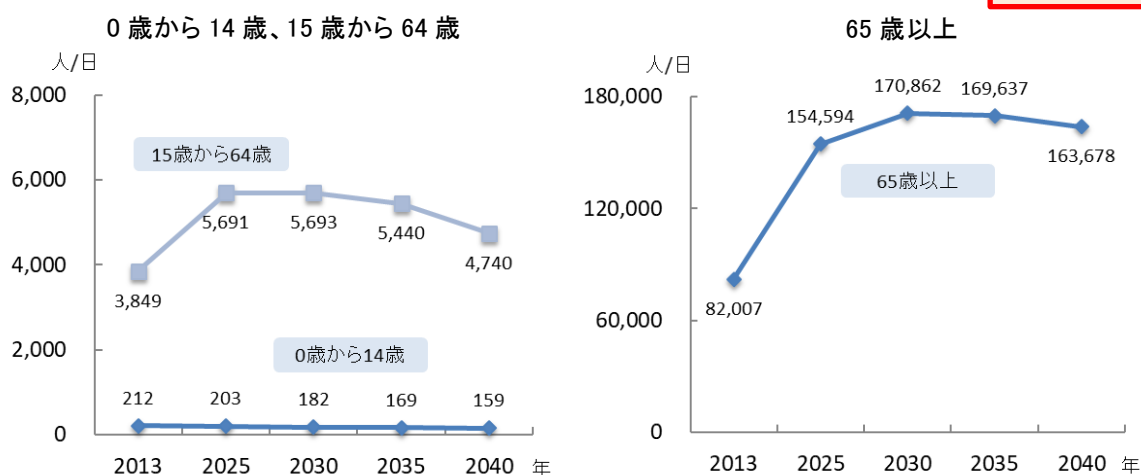
※2013年度の在宅医療等の需要は、訪問診療分（医療機関所在地ベース）と2013年度の介護老人保健施設の月当たりの施設サービス利用者数（大阪府高齢者計画2012の検証より）の総計を参考値として掲載しています。

【年代別の在宅医療等の需要】

○年代別（0歳から14歳、15歳から64歳、65歳以上）に在宅医療等の需要をみると、0歳から14歳については、需要は今後減少していきませんが、15歳から64歳、65歳以上の高齢者において、需要が増加することが予想されています。(P：今後更新予定)

図表 3-5-7 在宅医療等の需要見込み

今後更新



※2013年度の在宅医療等の需要は、訪問診療分（医療機関所在地ベース）と2013年度の介護老人保健施設の月当たりの施設サービス利用者数（大阪府高齢者計画2012の検証より）の総計を参考値として掲載しています。

第4章 構想区域

◆構想区域とは、必要病床数等の運用や、医療機関の連携・再編・集約化など医療体制の構築に向けて地域の医療関係者等が協議を行うための地域単位であり、府域においては、…（設定の考え方を記載）。

1. 構想区域とは

（1）設定の趣旨

○構想区域は、必要病床数等の運用や、医療機関の連携・再編・集約化など医療体制の構築に向けて地域の医療関係者等が協議を行うための地域単位です。適切な病床数が機能別に確保できるか、急性期拠点機能など、将来の医療需要等を踏まえた医療提供体制を確保できるか、といった観点から、適切な規模で設定する必要があります。

○なお、構想区域は、これまで、二次医療圏内で一定の医療が完結することを目的として、原則、二次医療圏と一致することとされてきました。地域医療構想の方向性を踏まえて、医療計画に基づく取組を実行していくためにも、構想区域と二次医療圏は、引き続き一致させていく必要があります。

2. 構想区域の設定

（1）設定の考え方

○府内では、2040年に向けて、脳血管疾患や心血管疾患等の緊急性の高い救急医療の需要が引き続き見込まれるとともに、高齢者人口の増加に伴い、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ています。これらの医療需要に対し、引き続き、住民に身近な地域における医療アクセスを維持していく必要があります。

○構想区域の設定にあたっては、将来人口推計、患者の流出入、医療機関数等を踏まえて検討する必要があります。また、各構想区域において急性期拠点機能を確保できるかどうかなど、将来の医療需要等を踏まえた医療提供体制を確保できるか、という観点からも検討することとされています。

○特に人口規模が大きい都市部においては、交通網が発達し、患者の受療行動が多様となっていることから、地域での医療提供体制の協議や必要病床数の運用が可能な単位で、実態を踏まえて適切に区域を設定することが求められます。

○なお、地域医療構想ガイドラインにおいては、構想区域内の急性期拠点機能を担う医療機関での対応が困難となるような場合は、隣接する構想区域や大学病院本院等の医療機関において対応する体制を検討する必要があるとされています。府域では、2025 年 11 月に近畿大学病院が南河内医療圏から堺市医療圏に移転しましたが、移転後も引き続き、南河内医療圏における基幹病院としての役割を果たすこととされており^{注1}、これを前提に、構想区域のあり方を検討します。

○また、今後、少子化の進行に伴って患者数や分娩数の減少が見込まれる小児・周産期医療や、医療の高度化が進むがん医療等の分野においては、医療機関や症例の集約化や広域的な連携体制に係る検討が求められます。

（２）大阪府域における構想区域の設定

○（各圏域における急性期拠点機能等の協議等も踏まえて、今後記載）

注1 近畿大学病院は令和 7 年 11 月に南河内医療圏から堺市医療圏へ移転しましたが、平成 26 年及び平成 30 年に府、近畿大学病院、関係地元市で締結した協定書において、移転後についても引き続き南河内医療圏における基幹病院としての役割を果たすこととされています。

第5章 2040年に向けた地域の医療提供体制全体の将来ビジョン・方向性

- ◆府域においては、2040年に向けて、緊急性の高い救急医療や高度な手術等を要する医療の需要は引き続き見込まれるとともに、高齢者人口のさらなる増加により、高齢者救急や在宅医療の需要の増加が見込まれています。
- ◆一方で、今後、外科系を中心に医療の担い手の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な体制の構築が必要です。
- ◆このため、これまで構築してきた府域の医療提供体制を踏まえた府独自の分類や診療実態分析により、休日夜間を含む高度な手術等の提供や高齢者救急の受入、在宅医療の提供等、各医療機関の医療機関機能を見える化し、役割分担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ます。
- ◆また、医師派遣機能を担う大学病院との連携等、人材確保の観点も踏まえて構想を推進していくとともに、外来・在宅医療や介護施設との連携を強化するなど、将来のあるべき医療提供体制の構築に向けて取り組みます。

1. 入院医療について

(1) 課題

【持続的な急性期医療体制の確保と増加する高齢者救急等への対応】

○府域においては、2040年に向けて、緊急性の高い救急医療や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課題となると見込まれています。

○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ます。加えて、在宅や介護施設からの救急搬送の増加も見込まれる中、医療機関間あるいは医療機関と介護施設との連携を強化し、適切に医療を受けられる体制を確保していくことが必要です。

(2) 方向性

【府独自の医療機関機能の見える化、連携・再編・集約化の促進】

○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、医療機関の機能を明確化し、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推

進します。

○具体的には、府域の医療提供体制を踏まえた独自の病院分類や診療実態分析により、各医療機関機能を見える化し、関係医療機関と共有することにより、「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、各圏域で協議を進めます。

○独自の病院分類としては、国が示す分類においては、緊急性の高い救急や高度な手術等は急性期拠点機能が担うとしてされていますが、府域において当該機能を担う医療機関のみで対応することは困難であるため、急性期拠点機能とともに担う「準急性期拠点機能」を「高齢者救急・地域急性期機能」の中に設けます。また、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として、「地域急性期機能」を設け、当該機能の確保に向けた取組を進めていきます。

図表 5-1-1 府独自の医療機関機能の位置づけ（各医療機関機能の詳細は第 6 章参照）

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】	20～30万人に一か所を目安 に確保	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

【病床機能の分化・連携】

○医療機関機能と併せて、これまでの地域医療構想において取り組んできた、「病床機能の分化・連携」についても、2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として、新たに包括期機能を位置づけ、不足する病床機能への転換等を促進するなどの取組を進めていきます。

(P：病床数の必要量の推計や不足する病床機能の検討を踏まえ追記)

【住民の理解促進】

○加えて、こうした医療機関の役割分担について、住民における理解促進を図ることで、円滑な転退院等、患者の状態に応じた適切な医療を受けることができる環境を醸成していきます。

2. 外来医療について

(1) 課題

【外来医療機能の分化・連携、地域外来医療への協力の促進】

○限られた医療資源を有効に活用し、地域で必要な医療を確保していくため、患者に身近な地域で医療を提供するかかりつけ医機能を担う医療機関と、紹介患者を主に受け入れる医療機関との機能分化・連携が重要となっています。

○また、今後の医師の高齢化の進展等を踏まえると、一般診療所医師等によって支えられている、時間外の外来診療や、在宅医療、産業医、学校医等の地域外来医療について、引き続き、一般診療所の協力を求めていくことが必要です。

(2) 方向性

【外来医療機能の見える化と地域外来医療への協力について】

○そのため、紹介受診重点医療機関の選定等を通じた外来医療機能の見える化・連携や、一般診療所における地域外来医療の提供や医療機器の共同利用の促進など、外来医療計画に基づき、医療資源を有効活用しながら地域外来医療の提供体制を確保していきます。

○なお、大阪市圏域については、2024 年 12 月の医療法改正により創設された「外来医師過多区域」の候補区域とされました。

(P：外来医師過多区域に係る検討状況を踏まえ、今後記載)

○また、2026 年 1 月から開始した「かかりつけ医機能報告」も活用しながら、地域ごとに外来医療の提供状況を確認し、必要な取組について検討していきます。

3. 在宅医療・介護との連携

(1) 課題

【増加する在宅医療の需要への対応】

○今後の高齢者人口の増加に伴い、医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者の増加が見込まれるなか、慢性期の需要、在宅医療等の需要、2040 年に向けた在宅医療の需要は〇〇人と推計しています。

○在宅医療等の需要に対しては、体制強化や効率化等による在宅医療の提供量の増加のほか、介護保険施設や療養病床も含めて、慢性期の需要を地域で支える提供体制を構築することが必要です。

○さらに、在宅医療においては、関係機関が連携し、夜間休日の急変時も含め 24 時間対応できる体制を確保していく必要があります。

【医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者への対応】

○今後、高齢者の増加が見込まれる中で、切れ目のない在宅医療と介護の提供のため、医療従事者間や多職種間の連携が適切に行われる体制の構築が必要です。

○また、介護保険施設や有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅等に入所・入居する高齢者が増加する中、医療機関と介護保険施設等が連携し、施設入所者等が適切に医療を受けられる体制の構築が必要です。

○さらに、患者・家族等の希望に応じて適切に医療・ケアを選択できるよう、広く府民に対して ACP の普及啓発を行うとともに、患者・家族等の意思決定を尊重した支援が行えるよう、医療・ケア従事者の理解促進と関係者間の適切な情報共有が求められています。

(2) 方向性

【在宅医療の 24 時間対応体制の確保】

○患者が自分らしい暮らしを続けながら、住み慣れた生活の場において療養を行うことを可能とするため、各地域において関係機関が連携し、退院支援から看取りまで地域で完結できる医療提供体制を確保できるよう、在宅医療に必要な連携を担う拠点（連携の拠点）や在宅医療において積極的役割を担う医療機関（積極的医療機関）を中心とした地域における体制構築に引き続き取り組みます。

【医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者への対応】

○在宅医療の提供にあたっては、病院・診療所、訪問看護ステーション、歯科診療所、調剤薬局、介護事業所等の多職種が連携して、地域の在宅医療患者を面で支えることが重要です。

○市町村が実施している「在宅医療・介護連携推進事業」とも連携しながら、地域の実情に応じ、連携の拠点等が行う多職種協働による在宅医療提供体制の構築や人材育成等の取組の充実を図ります。

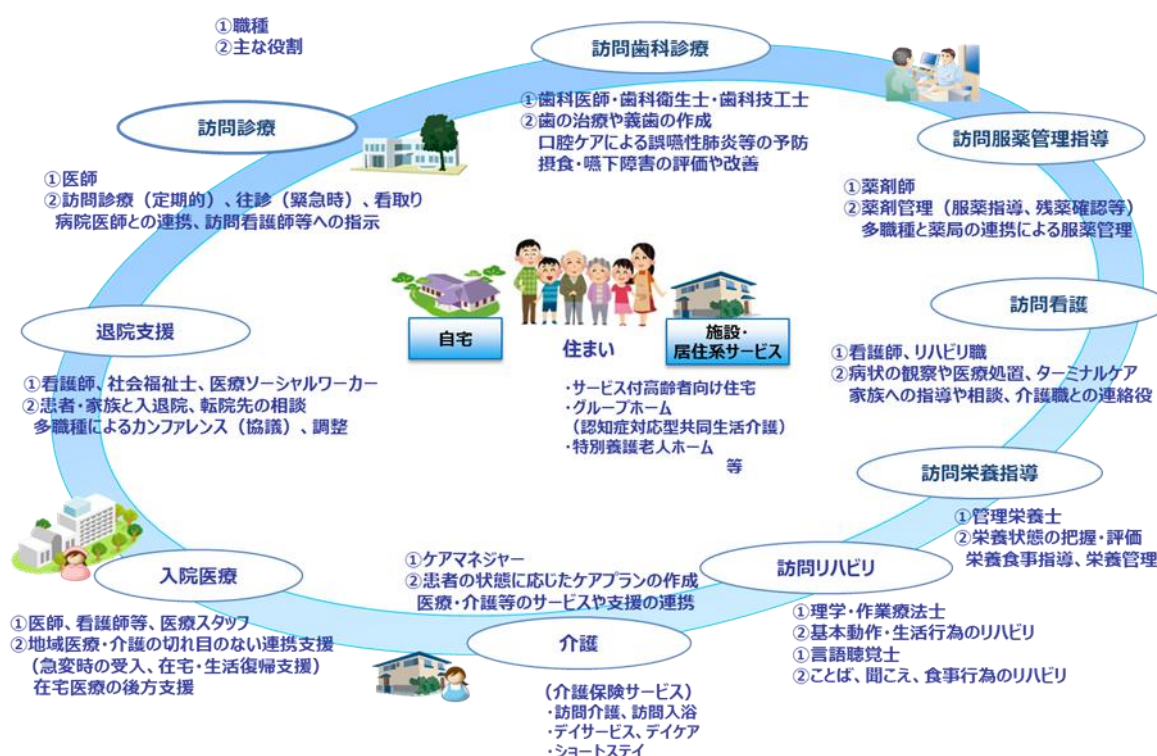
○また、介護保険施設等の協力医療機関の確保や、医療と介護の相互理解の推進を図ります。

【ACP の普及】

○患者が希望する医療・ケアについて、家族や医療・ケア従事者と話し合い、共有する「人生会議（ACP）」のさらなる普及啓発に取り組めます。

○そのため、市町村、医療機関、高齢者施設等の関係機関や学校等と連携した普及啓発を推進するとともに、府民の人生会議（ACP）をサポートする医療・ケア従事者の育成を推進します。

図表 5-3-1 多職種協働のイメージ図



4. 人材確保

(1) 課題

【限られた医療資源のもと医療需要に対応できる体制の確保】

○大阪府全体の医師数は増加しているものの、依然として府内には、医師の地域偏在や診療科偏在があります。特に、今後、救急や外科系を中心に、医師確保が課題となってきます。2040年に向けた地域医療構想においては、限られた医療資源のもと、将来の医療需要に対応できる体制を確保していくことが求められています。

○医師の確保にあたっては、医師の育成の観点も踏まえた大学病院本院による人的協力が重要であり、人的協力は、地域における医療機関の役割分担を踏まえて行われることが重要です。府域では、大学病院本院が複数存在していることから、今後、各大学病院本院の人材確保の見通しも踏まえながら、府域全体として地域医療構想と整合のとれた人的協力が行われるよう、府と大学病院本院の密な連携体制の構築が求められています。

○看護職員については、今後のさらなる高齢化の進展等による在宅医療の需要増加を踏まえ、多様なニーズに対応できる、看護職員の確保が引き続き必要となっています。

○歯科医師や薬剤師の医療従事者についても、生産年齢人口の減少や在宅医療の需要の増加が見込まれることも踏まえ、多様化する医療ニーズに対応できる人材の確保も必要となっています。

(2) 方向性

【地域医療構想を踏まえた人材確保の取組】

○地域医療構想に基づく、医療機関の役割分担の明確化や連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力のあり方について、大学病院における人的協力の状況や地域の医療機関における医療提供状況等を相互に共有しながら、府と大学病院が連携して検討することが必要です。そのため、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し、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ます。

○（P：医師確保計画（第8次後期計画）における重点医師偏在支援区域の指定等）

○医師確保については、地域医療構想と医師確保計画等との整合を図りながら取組を進めていきます。

○看護職員については、不足する看護職員の養成や定着・離職防止、再就業支援に取り組んでいきます。また、現在国において 2040 年に向けた需給推計について検討されており、今後、府においても、需給推計を踏まえた取組を進めていきます。

○歯科医師や薬剤師等の医療従事者については、関係機関と連携し、地域の医療ニーズに対応できる人材の育成に向けた取組を進めます。また、薬剤師の確保・偏在緩和につながる取組も進めていきます。

5. 地域医療構想を踏まえた医療計画の推進

○これまで、地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされてきましたが、医療法の改正を受け、2027 年 4 月より、医療計画の上位概念として位置付けられることとなりました。これに伴い、医療計画は、地域医療構想の実行計画として、がん、脳血管疾患、心血管疾患、救急・災害医療、周産期・小児医療等の 5 疾病・5 事業、在宅医療、外来医療、医師確保等の具体的な取組を定めることとなります。

○5 疾病 5 事業等の各分野においては、2040 年に向けて、各地域における将来の医療需要や医療提供体制を踏まえ、限られた医療資源のもとで体制を確保していくことが求められます。

○そのため、地域医療構想において地域全体での医療に係る課題を把握し、病床機能や医療機関機能の確保等に係る協議を進めていく中で、各疾病・事業に応じた連携・再編・集約化や、幅広い医療機関での連携による体制確保等を進めていきます。

○こうしたことを踏まえ、第 8 次医療計画について、上述の課題を踏まえ、本構想の策定に伴う見直しを行うとともに、それ以降の医療計画において、必要に応じて、新たな課題や取組を位置づけ、各種施策を推進していきます。

第 6 章 医療機関機能の確保

- ◆2040 年に向け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、緊急性の高い救急医療の提供や医療資源を多く要する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、幅広く総合的な医療を提供する「急性期拠点機能」を担う医療機関を地域での協議を踏まえ決定します。
- ◆府域では、緊急性の高い救急医療や高度な手術等について、「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、「急性期拠点機能」と、「高齢者救急・地域急性期機能」に府独自に分類を設ける「準急性期拠点機能」を担う医療機関が中心となってこれらの医療提供を担う体制を確保します。
- ◆今後増加する、高齢者に多い軽度な急性期患者の受入や早期リハビリテーションの提供等については、「高齢者救急・地域急性期機能」の中に、府独自で分類を設ける「地域急性期機能」を担う医療機関と「準急性期拠点機能」を担う医療機関が担っていきます。
- ◆「在宅医療等連携機能」も含め、医療機関の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、各機能の確保に向けた取組について、地域の協議を行っていきます。
- ◆府と人的協力を担う大学病院本院が連携し、地域医療構想に沿った医師確保のあり方について検討を進めていきます。

1. 医療機関機能について

(1) 医療機関機能とは

○医療機関機能は、各医療機関が現に担っている医療機関機能及び 2040 年において担う医療機関機能を医療機関機能報告により選択するとともに、医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等を都道府県へ報告するものです。

○また、2040 年に向けて各医療機関が担う医療機関機能について圏域で協議を行い、遅くとも 2028 年度までに協議の上決定します。決定以降は、その機能を担うと決定された医療機関が当該機能を報告することになります。

○府においては、後述のとおり、国の報告制度をもとにしながら、これまで構築してきた医療提供体制や個別の地域事情等も踏まえ、医療機関機能の確保に向けて、府独自の取組を進めていきます。

(2) 各医療機関機能について

【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、緊急性の高い救急医療の受入や高度な手術について、休日夜間を含めた体制の確保が必要です。

○そのため、急性期拠点機能を担う医療機関は、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、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ます。

○なお、府域においては、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、急性期拠点機能を担う医療機関のみでは対応することは困難であることから、後述のとおり、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の一部（準急性期拠点機能）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があります。

○急性期拠点機能を担う医療機関は、保健医療協議会等の地域の協議を踏まえて、2028年度までに決定します。地域での協議においては、まずは、府が設定する標準指標を満たす医療機関を確認し、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します。

その指標をもとに、2027年度以降、最新の診療実績データ等により、候補となる各医療機関における老朽化や設備（手術室等）や医療従事者の状況、救急車受入件数や全身麻酔手術件数の詳細（時間外・休日夜間、診療領域別等）、当該医療機関の意向等についても確認し、決定します。

○なお決定後も、保健医療協議会等において、急性期拠点機能を担う医療機関をはじめとする各医療機関における診療実績等を継続的に確認します。

図表 6-1-1 府におけ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）

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、令和8年度診療報酬改定の「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、令和8年度診療報酬改定の「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、2つ以上満たしていること (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）	幅広い疾患への総合的な対応が可能か	実施基準に基づく医療機関リスト： 大阪府の傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づき圏域毎に作成する医療機関リスト
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	各疾病事業に関する拠点となっているか	—
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	—

※上記の1、2については詳細な内訳（時間外・休日夜間、診療領域別）についても確認

○なお、急性期拠点機能の圏域内での地理的配置について、入院医療は二次医療圏内で体制を確保しており、府域では交通網が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ています。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ます。

○また、大学病院本院や特定機能病院が地域における急性期医療を担っている場合については、国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へ反映することも検討します。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することも検討します。

【準急性期拠点機能、地域急性期機能】 ※医療機関機能報告においては高齢者救急・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の確保が必要となります。

○また、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は対応することは困難であることから、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があります。

○そのため、府独自の分類として、大腿骨骨折や肺炎等、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についても担う「準急性期拠点機能」の分類を設けます。

図表 6-1-2 準急性期拠点機能・地域急性期機能について

＜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
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

○また、既に、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、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、一定の診療実績を満たしていることや、がんや小児・周産期分野における拠点病院であることを基準とし、各医療機関は、この基準を踏まえ、準急性期拠点機能及び地域急性期機能を報告することとします。なお、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ありませんが、今後の役割分担を促していきます。

○基準については、下記の考えにより標準となる基準を設定しますが、各圏域の状況も踏まえ、検討します（標準となる基準は図表 6-1-3 参照）。

（心血管疾患・脳血管疾患・消化器疾患）

- ・医療需要が変化しない又は増加する圏域においても、外科医確保などの点から将来的に一定の集約化が求められることから、圏域内の診療実績の 99%の占有率となる件数を準急性期拠点機能の基準とします。
- ・なお、南河内圏域における心血管疾患の医療需要推計では約 10%減少する見込みのため、90%の占有率で設定しています。

(がん・周産期・小児)

- ・がん・周産期・小児の各拠点病院となっていることを準急性期拠点機能の基準とします。
- ・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のあり方についても、適宜検討します。

図表 6-1-3 準急性期拠点機能の要件について

○高齢者救急・地域急性期機能のうち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

脳血管疾患	t-PA、脳外科手術、脳血栓回収術の算定回数の合計が 年12件以上
心血管疾患	心臓血管外科手術、PCIの算定回数の合計が 年50件以上
消化器疾患	消化器外科手術、内視鏡的止血術の算定回数の合計が 年50件以上
がん	国指定のがん診療連携拠点病院または府指定のがん診療拠点病院
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
小児	小児中核病院、小児地域医療センター

※急性期拠点機能を担う医療機関以外の救急告示病院(三次)は、準急性期拠点機能の基準を満たすものとする

【在宅医療等連携機能】

○府域において、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、在宅療養患者や介護施設の入所者等の急変時に必要な医療を提供できる体制の確保が求められる中、在宅医療の後方支援や、必要に応じ自ら在宅医療を提供する等、地域の医療資源に応じて在宅医療を支える役割が求められています。

○そのような中、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、訪問介護等と平時より連携し、24時間の相談対応や入院の受入れ等の後方支援のほか、介護施設と連携して協力医療機関になること等が求められます。

○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ますが、それ以外に上述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ます。

【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、多岐に渡ります。各医療機関が担う機能をより明確化したうえで、各機能の確保等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」の分類を設けます(図表 6-1-4 参照)。

○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は「特定領域型」を報告します。

○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、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します。

【医育及び広域診療機能】

○医育及び広域診療機能は、大学病院本院が担うものであり、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ものです。

○今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となっています。

○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ますが、こうした人的協力等が地域医療構想の方向性に沿い、急性期拠点機能や高齢者救急・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ます。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ます。

○広域的な観点での診療については、症例数が少ない医療の提供について、都道府県単位又はより広域な単位で、連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすることが求められます。

図表 6-1-4 府における医療機関機能分類について

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】	20～30万人に1か所を目安に確保	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

2. 府における医療機関機能の確保

(1) 医療機関の役割分担、連携・再編・集約化

【緊急性の高い救急疾患の受入・高度な手術】

○府域においては、前述のとおり、緊急性の高い救急疾患の受入や高度な手術等の医療資源を多く要する医療については、「急性期拠点機能」と「準急性期拠点機能」が中心となって担っていきます。

○また、今後の地域の医療資源の状況等に応じて、地域の持続可能な急性期医療の提供体制の確保のため、「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ことが必要となります。

【高齢者救急を中心とした救急受入・手術】

○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行う機能を確保していくことが必要であり、府においては、地域急性期機能を担う医療機関や準急性期拠点機能を担う医療機関が担っていきませんが、今後、さらなる受け皿確保に向けて、医療機関の役割分担を促していきます。

○加えて、急性期拠点機能等を担う医療機関への上り搬送や、これらの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のための医療機関間の連携強化に向けた取組を進めていく必要があります。

○なお、この機能においても、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を明確化し、地域の状況に応じた連携・再編・集約化を進めていくことが求められます。

【在宅医療・介護との連携】

○今後の高齢者人口の増加に伴い、医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者の増加が見込まれ、在宅医療の提供量の増加や、介護施設や療養病床も含めて、慢性期の需要を地域で支える提供体制の確保が求められる中、医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等の連携により、在宅医療等連携機能を確保していくことが求められます。

○なお、これらの機能においても、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を明確化し、地域の状況に応じた連携・再編・集約化を進めていくことが求められます。

【病床数の適正化(ダウンサイズ)】

○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ます。

○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、各医療機関機能に着目した医療機関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ります。

(2) 医療機関の役割分担や連携・再編・集約化に向けた地域での協議等

(第8章も参照)

○上述のような医療機関の役割分担や連携・再編・集約化を促進するため、府においては、地域の協議において、2040年に向けた圏域ごとの将来の医療需要や医師確保等の医療提供体制の絵姿を地域の医療関係者に示します。

○そのうえで、各医療機関が担っている機能について、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機能に着目した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、圏域で協議を進めます。

○具体的には、以下の点について協議します。

- ・急性期拠点機能や準急性期拠点機能を担う医療機関を中心とした休日・夜間も含めた緊急性の高い救急の受入や高度な手術への対応や、地域急性期機能や準急性期拠点機能を担う医療機関を中心とした高齢者救急の受入をどう役割分担して担っていくか
- ・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下り搬送のための医療機関間の連携強化に向けた取組
- ・慢性期の医療需要の見込みも踏まえた在宅医療等連携機能を担う医療機関が地域で果たすべき役割
- ・類似の機能を有する医療機関が近接している場合等は、機能分化や連携に加え、将来の再編・集約化も見据えた検討 等

○併せて、府は、人的協力を行う大学病院本院と連携して、地域における医療機関機能の確保の方向性に沿った人的協力についても検討していきます。

○また、個別の医療機関間で役割分担や連携・再編・集約化に向けた具体的な協議に、地域の求めに応じて府も積極的に関与し、役割分担・連携を加速させるなど、府としての役割を果たします。

○医療機関間の連携・再編・集約化に向けた制度として、現在、医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とした「地域医療連携推進法人^{注1}」があり、活用が進んでいます。府としては、地域医療構想等の達成に資するよう、各法人の取組状況等を地域の医療関係者と共有し、協議等を行っていきます。

○その他、地域医療介護総合確保基金を活用し、支援していきます。

注1 地域医療連携推進法人：一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定する制度。

図表 6-2-1 医療機関機能に係る協議に用いる主なデータ

※下線は府で追加分析するデータ

府における医療機関機能		具体的な機能	主な協議データ
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】	- 救急車の受け入れ件数 - 各診療領域の全身麻酔手術件数 - 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) - がん診療連携拠点病院 - 三次救急医療施設 - 災害拠点病院 - 医療措置協定の締結 - 小児・周産期医療において果たしている役割 <u>その他政策医療</u> (小児・周産期・感染症等の指定状況) - 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 - 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 - 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
準急性期拠点機能 【府独自】		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 (脳血管疾患、心血管疾患、消化器疾患、がん、周産期、小児) 【休日夜間を含む総合的な提供までは求めない】	- 救急車の受入件数 - 緊急疾患や高度な手術等への対応状況(脳血管、心血管、消化器、がん、周産期、小児) - 大腿骨骨折等の手術件数 - 医師等の医療従事者数、築年数 等
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)	- 救急車の受入件数 - 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 - 大腿骨骨折等の手術件数 - 医師等の医療従事者数、築年数 等
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	- 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 - 在宅療養後方支援病院 - 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有無 - 訪問診療や訪問看護の提供状況 - 高齢者施設等との連携状況 - 築年数 等
専門等機能※	回復期リハ特化型 【府独自】	集中的な回復期リハビリテーションの提供	回復期リハビリテーション病棟入院料の届出状況 等
	慢性期特化型 【府独自】	中長期にわたる入院医療の提供	療養病棟入院基本料の届出状況 等
	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	診療領域ごとの手術件数 等
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	(大学病院本院が担う機能)

(3) 府独自の病院分類の見直しについて

○これまで、府では、各病院が有する病床機能等により独自の分類を設定し、病院の機能・役割の見える化を図ってきました(第2章の2参照)。

○今後は、新たな医療機関機能分類のもと、役割分担や連携・再編・集約化を促進していくこととなるため、本病院分類については下表(イメージ)のとおり見直しを行い、今後、医療機関機能に着目した医療機関の役割分担や連携・再編・集約化に向けた協議に活用していきます。

図表 6-2-2 大阪府における医療機関機能分類に応じた病院の主な役割(イメージ)

医療機関機能 病院の主な役割	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
					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								

※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）

第7章 病床数の必要量の推計

◆高齢化が今後も進展することが予想されており、回復期機能への転換が必要です。

（P：病床数の必要量の算出結果を踏まえ修正）

◆病床機能の分化・連携を進めていくためには、将来の医療需要等の絵姿を地域の医療関係者に示すとともに、毎年度、各病院の将来に向けた病床機能等を確認し、地域で協議・検討を行うことにより、医療機関の自主的な取組を促すことが必要です。

◆単に病床の観点のみならず、各医療機関が担う医療機関機能（⇒第6章参照）も踏まえ、地域で必要とされる病床機能について検討します。

1. 医療需要と病床数の必要量の推計方法

○医療需要と病床数の必要量は、厚生労働省令に基づき、医療機能（高度急性期、急性期、包括期、慢性期、在宅医療等）ごとに算出しています。

医療機能は、患者に対して行われた1日当たりの診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）等により区分されています。

○なお、病床の機能区分は、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」として位置付けられることになりました。

○病床数の必要量については、推計人口や今後の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を行うこととされています。

図表 7-1-1 医療機能の区分表

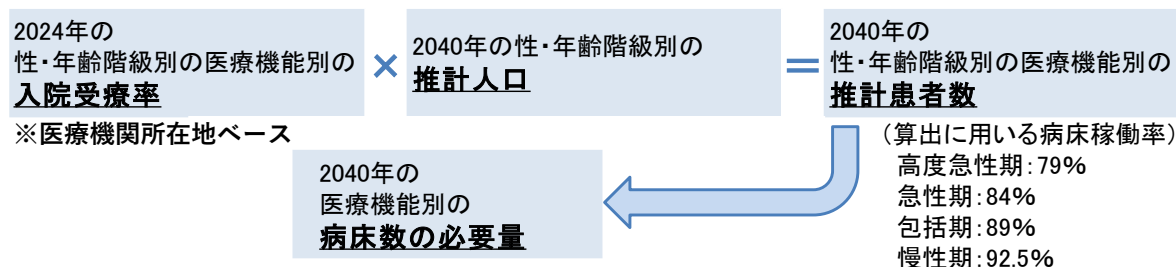
医療機能		区分
病床機能	高度急性期	○医療資源投入量※：3,000点以上
	急性期	○医療資源投入量：600から2,999点
	包括期	○医療資源投入量：599点以下 ○主としてリハビリテーションを受ける入院患者又はこれに準ずる者
	慢性期	○一般病床又は療養病床における入院患者であって長期にわたり療養が必要であるもの（主としてリハビリテーションを受ける入院患者又はこれに準ずる者を除く。）

※医療資源投入量：1日当たりの診療報酬の出来高点数（入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く）

【将来の医療需要と病床数の必要量算出方法】

○将来の医療需要は、各医療機能について、2024年度の入院受療率と将来の推計人口から算出し、病床数の必要量は、医療需要を決められた病床稼働率で割り戻して算出しています。医療需要については、患者の流出入があることを踏まえ医療機関所在地ベースで算出します。

図表 7-1-2 将来の医療需要と必要病床数の算出方法



○なお、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を医療需要や病床数の必要量の算出に反映させることとされました（改革モデル）。

○府においては、こうした国の考え方をもとにしつつ、府独自で、2025年11月における近畿大学病院の南河内圏域から堺市圏域への移転を踏まえた病床数の必要量を算出します。

■病床数の必要量の算出に係る「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。
- ・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%）

2. 2040 年の病床機能ごとの医療需要の見込み（総計）

○2025 年の 1 日当たりの入院医療需要は、「高度急性期」は 8,661 人/日、「急性期」は 27,498 人/日、「包括期」は 28,716 人/日、「慢性期」は 23,483 人/日となる見込みです。（P：今後数値など更新）

○いずれの病床機能も 2030 年以降は減少に転じ、2040 年における入院医療需要は 2025 年と同程度からやや減少することが予想されています。（P：今後更新）

図表 7-2-1 病床機能ごとの医療需要の見込み（総計）

単位：人/日

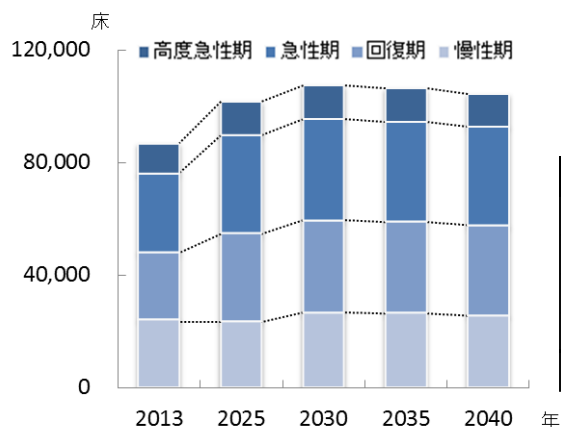
	2013年	2025年	2030年	2035年	2040年
高度急性期	7,921	8,842	8,886	8,777	8,661
急性期	21,962	27,335	28,182	27,913	27,498
回復期	21,369	28,228	29,441	29,186	28,716
慢性期	22,221	21,411	24,432	24,212	23,483
合計	73,473	85,816	90,941	90,088	88,358

算出結果を踏まえ今後修正

3. 2040 年の病床機能ごとの病床数の必要量の見込み（総計）

○病床数の必要量は 2025 年に 101,474 床となり、2030 年頃まで増加することが見込まれています。その後、減少に転じますが、2040 年においても 2025 年と同程度の病床数の必要量となることが予想されています。（P：今後数値更新）

図表 7-2-2 病床機能ごとの病床数の必要量の見込み（総計）



算出結果を踏まえ今後修正

単位：人/日

	2013年	2025年	2030年	2035年	2040年
高度急性期	10,562	11,789	11,849	11,703	11,548
急性期	28,156	35,047	36,129	35,786	35,253
回復期	23,744	31,364	32,713	32,428	31,903
慢性期	24,157	23,274	26,557	26,316	25,527
合計	86,619	101,474	107,248	106,233	104,231

4. 各構想区域における病床数の必要量

		高度急性期	急性期	包括期	慢性期 ¹	小計	在宅医療等 ^{1,3,4}	合計
大阪府	2013年必要病床数(床)	10,562	28,156	23,744	24,157	86,619		86,619
	2025年必要病床数(床)	11,789	35,047	31,364	22,907 (23,274)	101,107 (101,474)		101,107 (101,474)
	2013年比 ²	1.12	1.24	1.32	0.95(0.96)	1.16(1.17)		1.75(1.74)
豊能	2013年必要病床数(床)	1,294	3,304	2,748	2,169	9,515		9,515
	2025年必要病床数(床)	1,436	4,044	3,577	2,421	11,478		11,478
	2013年比 ²	1.11	1.22	1.30	1.12	1.21		1.71
三島	2013年必要病床数(床)	852	2,255	1,944	1,895	6,946		6,946
	2025年必要病床数(床)	956	2,961	2,786	2,410	9,113		9,113
	2013年比 ²	1.12	1.31	1.43	1.27	1.31		1.82
北河内	2013年必要病床数(床)	884	2,227	2,158	2,518	9,914		9,914
	2025年必要病床数(床)	984	2,967	2,786	2,410	13,110		13,110
	2013年比 ²	1.11	1.33	1.29	0.96(0.96)	1.33		1.90
中河内	2013年必要病床数(床)	5,545	7,115	1,177	1,300	1,400		5,545
	2025年必要病床数(床)	7,115	9,113	1,400	1,100	1,280		7,115
	2013年比 ²	1.17	1.30	1.40	1.10	1.28		1.68
南河内	2013年必要病床数(床)	741	2,089	1,468	2,154	6,452		6,452
	2025年必要病床数(床)	814	2,515	1,875	1,902	7,106		7,106
	2013年比 ²	1.10	1.20	1.28	0.88	1.10		1.77
堺市	2013年必要病床数(床)	861	2,529	1,959	3,947	9,296		9,296
	2025年必要病床数(床)	991	3,128	2,571	3,059 (3,202)	9,749 (9,892)		9,749 (9,892)
	2013年比 ²	1.15	1.24	1.31	0.77(0.81)	1.05(1.06)		1.87(1.86)
泉州	2013年必要病床数(床)	923	2,271	1,979	3,291	8,464		8,464
	2025年必要病床数(床)	993	2,818	2,623	2,299 (2,523)	8,733 (8,957)		8,733 (8,957)
	2013年比 ²	1.08	1.24	1.33	0.70(0.77)	1.03(1.06)		1.80(1.78)
大阪府	2013年必要病床数(床)	4,335	10,624	8,525	7,003	30,487		30,487
	2025年必要病床数(床)	4,745	12,838	10,662	6,458	34,703		34,703
	2013年比 ²	1.09	1.21	1.25	0.92	1.14		1.65

算出結果を踏まえ今後修正

5. 病床機能の分化・連携の推進

(1) 病床機能報告制度

○「病床機能報告」とは、地域医療構想の策定・推進にあたり、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握、分析を行う必要があることから、2014年度から開始された制度です。

○一般病床・療養病床を有する病院・有床診療所は、毎年度、自機関の医療機能の現状、病床（一般病床及び療養病床）の医療機能（高度急性期、急性期、包括期、慢性期）について、病棟単位で都道府県に報告することが義務付けられています。

○国は、2026年度の報告から、一定の客観性をもった報告となるよう、下表のとおり、報告の目安を示しています。

○なお、それまでは、病床機能の報告にあたって明確な基準がなかったことや、急性期と報告された病床の中には急性期を経過し在宅復帰に向けた医療（回復期の医療）を提供されている患者が一定数入院している場合があることから、府では、独自で、急性期報告病床を分析し、包括期として医療が提供されている病床を地域急性期病床と位置付け、回復期病床として進捗管理を行うほか、人員配置や診療実績をもととした基準を設定し、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してきました。

○今般、国から、原則、入院料と病床機能を1対1で紐づけた報告の目安が示され、病床機能が客観的に見える化されることとなりました。そのため、府独自の報告基準の設定や急性期報告病床の診療実態分析の必要性については、病床機能報告に基づく機能分化の状況等を踏まえて検討していきます。

図表 7-5-1 国が示す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頸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。

○なお、病床数の必要量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等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出しています。一方、病床機能報告における病床数は、病棟には通常、様々な病床機能区分に該当する患者が混在するため、報告にあたっ

ては、医療機関が病棟毎に最も適する一つの病床機能区分を選択することとされており、病棟ごとの病床数の総和となっています。

○このため、必ずしも病床数の必要量と病床機能報告における病床数が一致するものではなく、地域ごとに実際の診療実態等を踏まえて病床の過不足を議論し、地域の医療提供体制を構築していく必要があります。

図表 7-5-2 病床機能報告と病床数の必要量の病床機能区分ごとの定義の違い

病床数の必要量 2024年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

（２）病床機能の分化・連携に向けた協議

○不足する病床機能への転換等、病床機能の分化・連携の推進に向けては、各地域で将来必要となる病床機能について検討するとともに、各医療機関における病床機能の今後の方向性について関係者間で共有・協議し、医療機関の自主的な取組を促進していくことが重要です。

○そのため、大阪府においては、将来の医療需要や医師確保等の医療提供体制の絵姿を地域医療関係者に示すとともに、毎年度、各病院に対し、将来に向けた病床機能等を確認し、地域で協議・検討を行います。

○この際、病床機能にかかる協議においては、単に病床の観点のみならず、各医療機関が担う

医療機関機能（⇒第6章参照）の確保に資するか、医療機関間の役割分担に沿っているかといった観点からも、地域で必要とされる病床機能について検討します。

○また、大阪府では、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ました。第2次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、機能分化を進めていきます。

○なお、ガイドラインにおいては、地域での協議において、高度急性期及び急性期の病床数については一体として取り扱うこととされています。

第8章 医療機関機能や病床機能の分化・連携の推進に関する取組

- ◆医療機関機能の確保や病床機能の分化・連携を推進するため、府独自の診療実態分析や病院プランによる病院の方針等の把握、病院連絡会等、全病院参加型会議を通じた医療機関との方向性の共有を図り、構想区域ごとに設置する保健医療協議会での協議を行っていきます。
- ◆地域医療介護総合確保基金を活用した医療機関等への支援や、府内の大学病院本院と連携した人的協力のあり方について検討します。
- ◆5疾病・5事業や在宅医療、外来医療、医師確保等の各分野については、構想に沿って策定する医療計画において、各種施策を推進します。

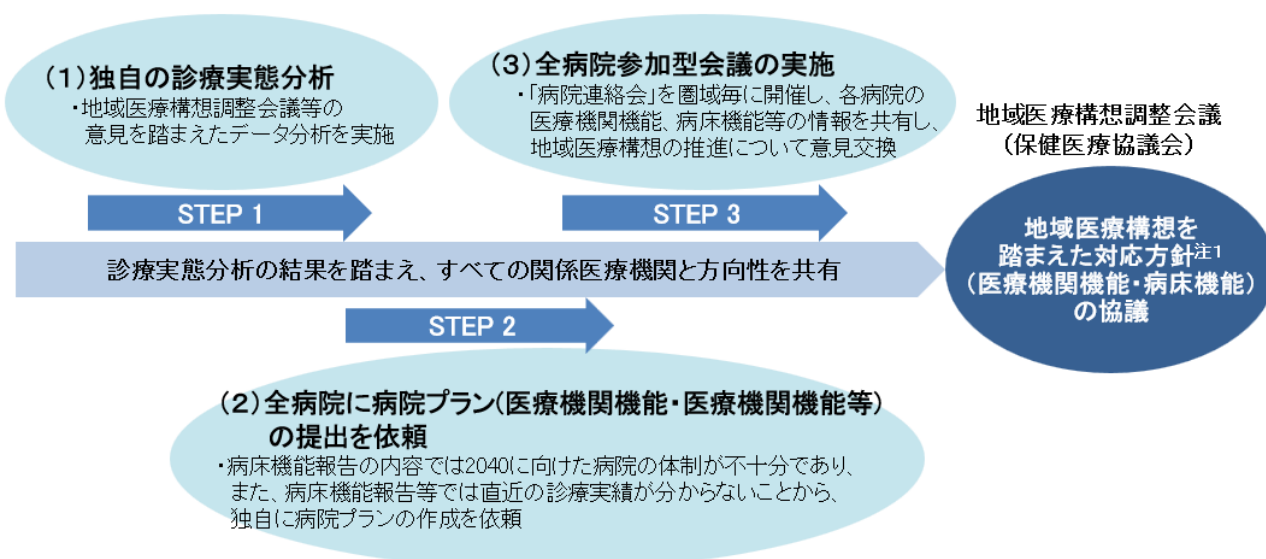
1. 府独自の診療実態分析及び地域での協議

○大阪府は、民間病院が病院全体の約9割を占めていることから、地域医療構想の推進には、引き続き、公民一体で取り組むことが必要です。

また、医療機関機能の確保に向けた医療機関の役割分担や連携・再編・集約化、病床機能の分化・連携を推進するためには、地域の医療体制の現状や将来の医療需要、医療機関毎の診療実態等を関係者間で共有していくことが重要です。

○そのため、府では引き続き、独自の診療実態分析を行い、構想区域単位で公民すべての関係医療機関が参加する会議において、医療機関機能の確保や病床機能の分化・連携の方向性を共有することにより、地域医療構想を推進します。

図表 8-1-1 医療機関機能の確保、病床機能の分化・連携の進め方(イメージ)



（１）独自の診療実態分析

○地域の医療提供体制の経年的な把握や、医療従事者の確保状況、また、2040 年に向けた診療機能別の医療需要等の分析を行います。

○また、医療機関機能の府独自の分類や医療機関毎の診療実態分析により医療機関機能の見える化を図ります。

（２）病院プランの提出依頼

○病床機能報告の内容では、2040 年に向けた病院の体制を十分に把握することが難しく、また、病床機能報告等では直近の診療実績が把握できないことから、引き続き、大阪府では、全ての病床機能報告対象病院に病院プラン（医療機関機能・病床機能等）の提出を依頼し、最新の診療実績に基づき、必要な地域での協議を行います。

（３）全病院参加型会議の実施

○二次医療圏単位を基本に 2018 年度から設置している全病床機能報告対象病院を対象とした「病院連絡会」について、引き続き、参加病院と地域の医療提供体制や各病院の病院プランを共有し、地域医療構想の推進について意見交換を行います。

（４）大阪府保健医療協議会等での協議

○二次医療圏単位を基本に設置している「大阪府保健医療協議会」、「医療・病床懇話会（部会）」、「在宅医療懇話会」において、地域医療構想の推進に向け、各病院の病床機能の分化・連携の方向性や、医療機関機能の確保について協議を行います。

○なお、大阪府では、「大阪府保健医療協議会」を医療法第 30 条の 14 で規定する協議の場（地域医療構想調整会議）として位置付け、医療計画と地域医療構想を一体的に推進しています（第 2 章 参照）。

（５）大学病院本院による人的協力について

○医師の確保にあたっては、医師の育成の観点も踏まえた大学病院本院による人的協力が重要であり、人的協力は、地域における医療機関の役割分担を踏まえて行われることが重要です。

○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ますが、こうし

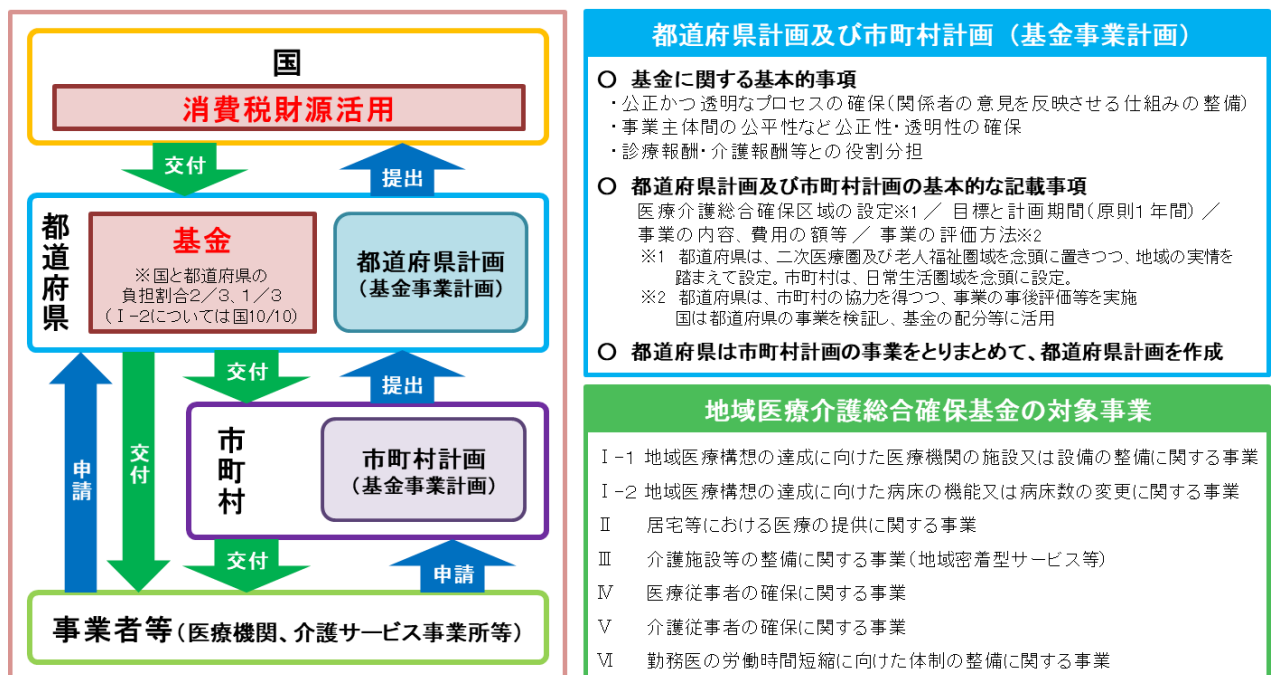
た人的協力等が地域医療構想の方向性に沿い、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等、地域において必要な医療機関機能の確保の方向性と整合的に行われるよう、府内の大学病院と連携した人的協力等について検討する会議体の設置に向けた取組を進めています。今後、府と大学病院本院が連携して、地域医療構想に沿った人的協力のあり方を検討します。

2. 地域医療介護総合確保基金を活用した取組の推進

○「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」に向けて、病床機能の分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等が必要であるため、医療介護総合確保推進法第6条に基づき、都道府県は、2014年度から、消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金を設置しています。

○同基金については、現在、国において、区分Ⅵの見直しや、業務効率化・勤務環境改善に関する新区分の創設が検討されていますが、こうした国の見直しやこれまでの同基金を活用した府の取組、保健医療協議会等における意見も踏まえ、2040年に向けた地域医療構想を推進するために必要な取組について検討していきます。

図表 8-2-1 地域医療介護総合確保基金事業の概要



出典 厚生労働省資料

3. 地域医療構想の実現に向けた施策の評価・見直し(PDCA)

○2040 年に向けた地域医療構想の実現に当たり、地域医療構想の策定のみにとどまらず、取組の進捗を継続的に把握し、必要に応じて見直しを行うことが重要となります。

○地域医療構想においては、めざす姿（C）を目的に、目標（B）を設定し、毎年度取組（A）について、具体的に効果検証を行っていきます。

○計画の円滑な推進を図るため、「大阪府医療審議会」において、計画の評価・検証・進捗管理を行います。また、各構想区域においても、毎年度、「大阪府保健医療協議会」等において評価・検証・進捗管理を行います。

施策・指標マップ

目標値一覧

施策・指標マップ及び目標値については、病床機能の確保に加え、医療機関機能の確保の観点からの指標等の追加を検討。

構 想 区 域 編

保健医療協議会（R8.10 予定）に素案を提示予定

資料編

1. 医療機関の状況

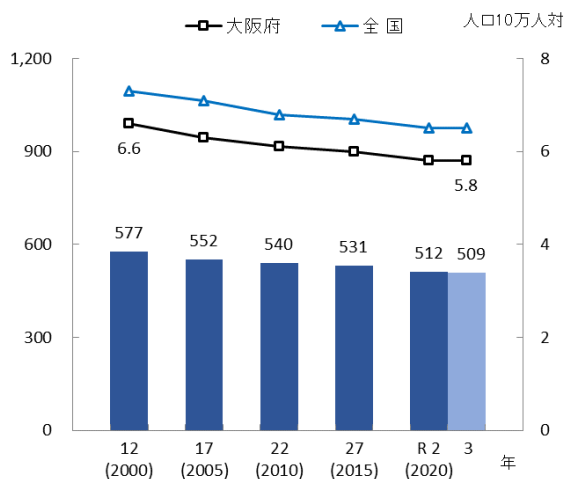
(1) 病院

【病院数と病床数の推移】

○2021 年 10 月 1 日現在の大阪府における病院数は 509 施設、病床数は 104,080 床であり、人口 10 万人対でみると、病院数は全国を下回っていますが、病床数は全国と大きな差異は認められません。(P：今後更新)

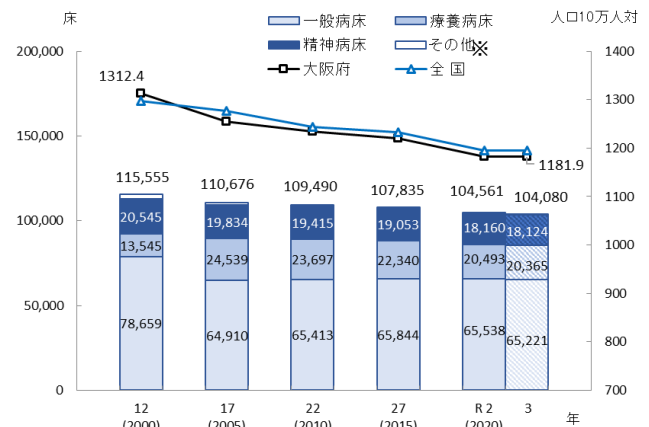
今後更新

図表 10-1-1 病院数



出典 厚生労働省「医療施設調査」

図表 10-1-2 病床数



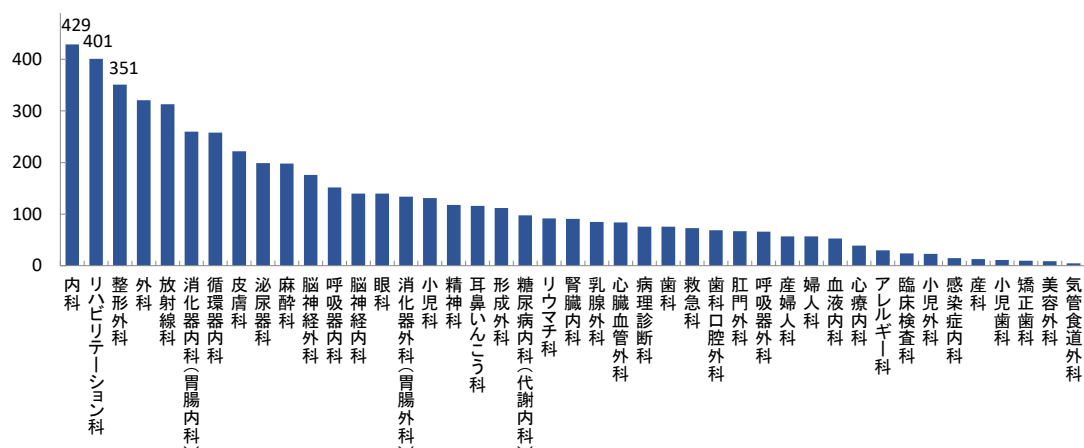
出典 厚生労働省「医療施設調査」

※結核病床及び感染症病床

【診療科目別病院数】

○一般病院の診療科目の標榜状況をみると、「内科」が 429 施設（一般病院の 93.5%）と最も多く、次いで、「リハビリテーション科」401 施設（同 87.4%）、「整形外科」351 施設（同 76.5%）となっています。

図表 10-1-3 一般病院の診療科別にみた病院数（重複計上）（2024 年）



出典 厚生労働省「医療施設調査」

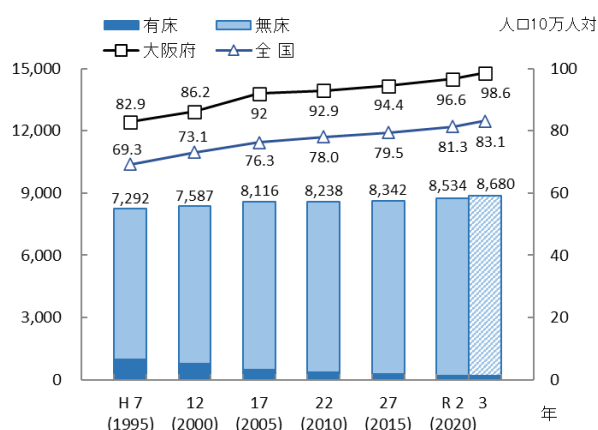
(2) 一般診療所

【一般診療所数の推移】

○大阪府における一般診療所数は、2021 年 10 月 1 日現在 8,680 施設で、人口 10 万人対では 98.6（全国 83.1）となっています。（P：今後数値を更新）

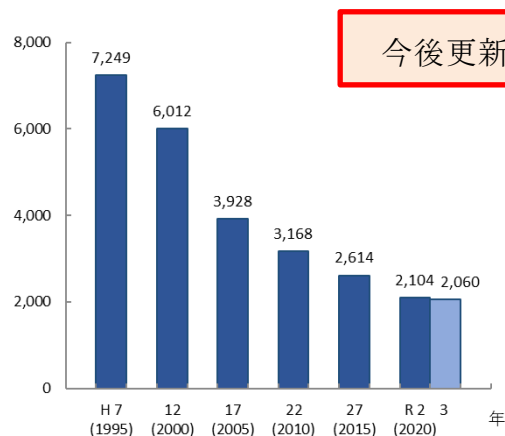
○有床診療所は 2021 年 10 月 1 日現在 201 施設（全体の 2.3%）、総病床数は 2,060 床となっており、有床診療所数は減少傾向にあります。（P：今後数値を更新）

図表 10-1-4 一般診療所数



出典 厚生労働省「医療施設調査」

図表 10-1-5 一般診療所病床数

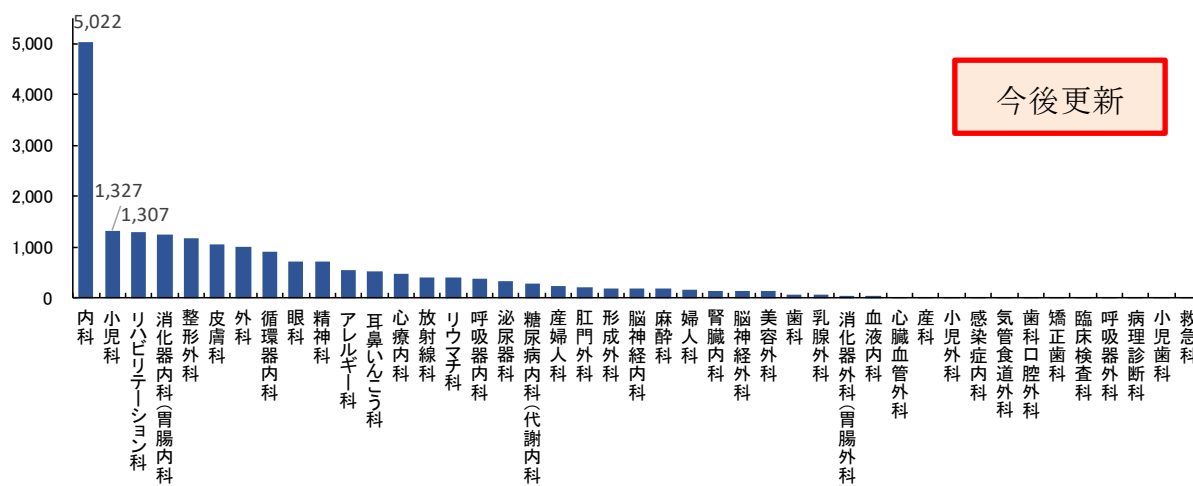


出典 厚生労働省「医療施設調査」

【診療科目別一般診療所数】

○一般診療所の診療科目の標榜状況をみると、「内科」が 5,022 施設（一般診療所総数の 58.8%）で最も多く、次いで、「小児科」1,327 施設（同 15.5%）、「リハビリテーション科」1,307 施設（同 15.3%）となっています。（P：今後数値を更新）

図表 10-1-6 一般診療所の診療科別にみた施設数(重複計上)(2020 年)



出典 厚生労働省「医療施設調査」

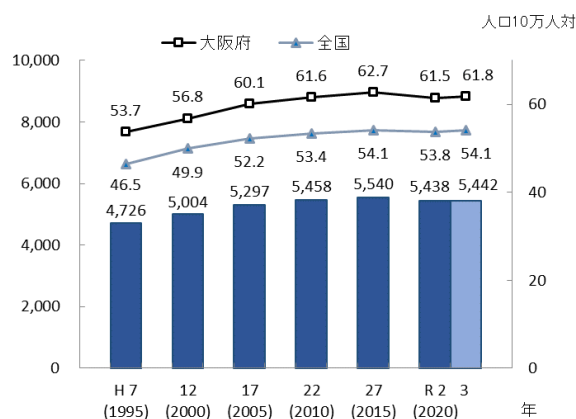
(3) 歯科診療所

【歯科診療所数の推移】

○大阪府における歯科診療所数は、2021 年 10 月 1 日現在 5,442 施設で、人口 10 万人対では 61.8（全国 54.1）となっています。

(P：今後数値を更新)

図表 10-1-7 歯科診療所数



今後更新

出典 厚生労働省「医療施設調査」

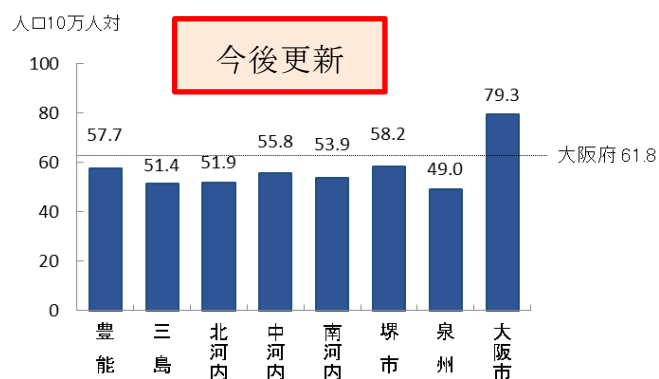
【二次医療圏別歯科診療所数】

○人口 10 万人対歯科診療所数を二次医療圏別にみると、大阪市二次医療圏は府平均 61.8 を大きく上回っており、圏域間に差が認められています。

図表 10-1-8 二次医療圏別歯科診療所数 (2021 年)



図表 10-1-9 人口 10 万人対の二次医療圏別歯科診療所数(2021 年)



出典 厚生労働省「医療施設調査」

※二次医療圏の「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、大阪府総務部「大阪府推計人口（2022 年 10 月 1 日現在）」

(4) 薬局数

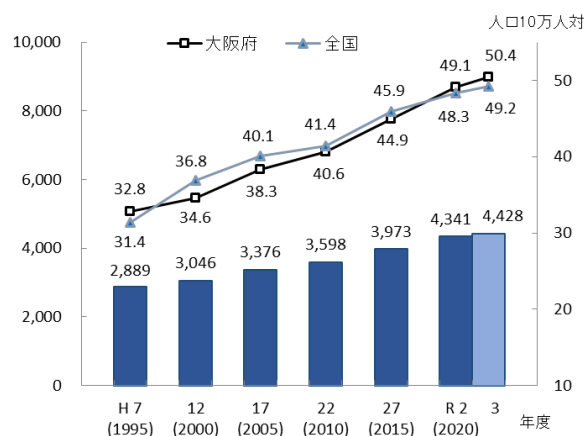
【薬局数の推移】

○大阪府における薬局数は、2022 年 3 月現在 4,428 施設、人口 10 万人対では 50.4 で、全国 49.2 を上回っています。

(P：今後数値を更新)

今後更新

図表 10-1-10 薬局数



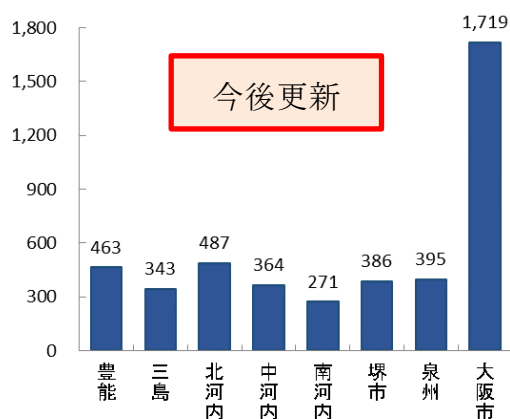
出典 厚生労働省「衛生行政報告例」

※「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、総務省「国勢調査」、大阪府総務部「大阪府の推計人口（2022 年 10 月 1 日現在）」

【二次医療圏別薬局数】

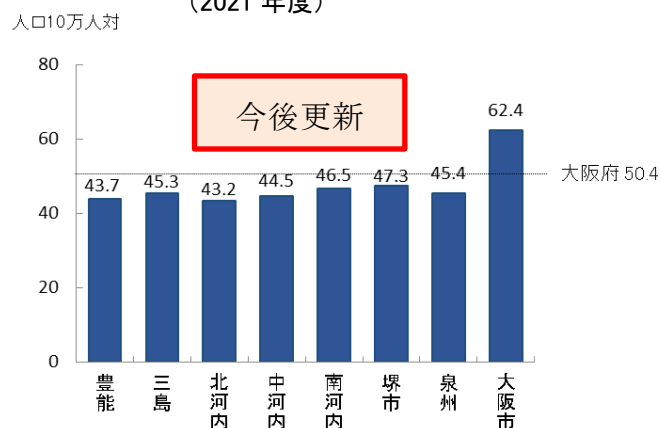
○人口 10 万人対薬局数を二次医療圏別にみると、大阪市二次医療圏は府平均 50.4 を上回っており、圏域間に差が認められています。(P：今後数値を更新)

図表 10-1-11 二次医療圏別薬局数(2021 年度)



出典 厚生労働省「衛生行政報告例」

図表 10-1-12 人口 10 万人対の二次医療圏別薬局数(2021 年度)



出典 厚生労働省「衛生行政報告例」

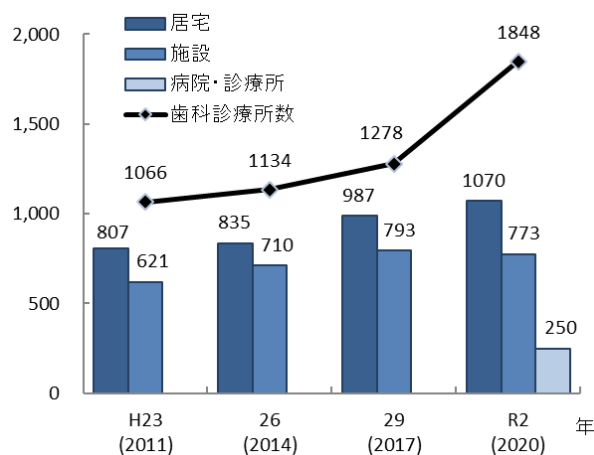
※二次医療圏の「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、大阪府総務部「大阪府の推計人口（2022 年 10 月 1 日現在）」

(5) 在宅医療の状況

【訪問歯科診療】

○居宅への訪問歯科診療を実施する歯科診療所は、2011 年の 807 か所から、2020 年には 1,070 か所に増加しています。(P：今後数値を更新)

図表 10-1-13 在宅歯科医療サービスを実施する歯科診療所数とのべ実施施設数(訪問先別)



今後更新

出典 厚生労働省「医療施設調査」

【訪問服薬管理指導】

○在宅患者調剤加算^{注1}の届出を行っている薬局は、2017 年の 1,366 か所から、2023 年には 2,289 か所と増加しています。(P：今後数値を更新)

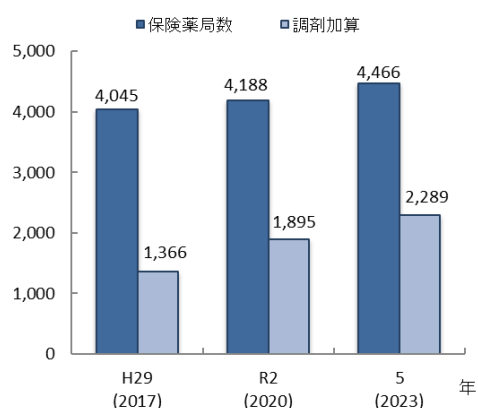
【訪問看護の状況】

○訪問看護師数は、2016 年の 4,257 人から、2022 年には 10,100 人と約 2.4 倍に増加しています。(P：今後数値を更新)

○訪問看護ステーション数は、2017 年の 999 か所から年々増加し、2023 年には 1,769 か所となっています。(P：今後数値を更新)

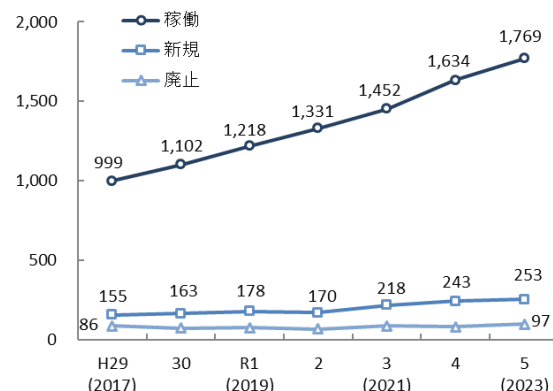
注1 在宅患者調剤加算：在宅業務に必要な体制が整備され実績が一定以上ある薬局が在宅患者に対して調剤を実施した際に調剤報酬として加算できるものをいいます。

図表 10-1-14 在宅患者調剤加算の届出薬局



出典 近畿厚生局「施設基準届出」

図表 10-1-15 訪問看護ステーション数



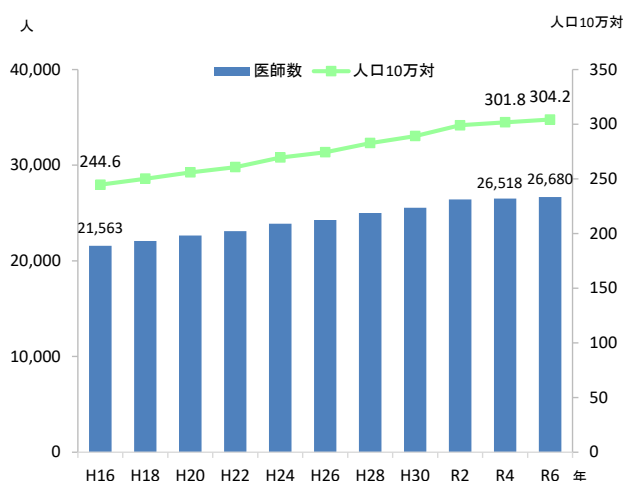
出典 一般社団法人全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーション数調査」

2. 医療・介護従事者の状況

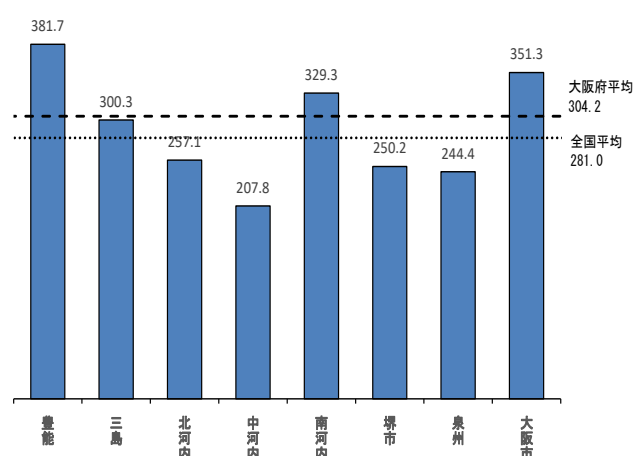
(1) 医師数

○2024 年の大阪府における届出医師数^{注1}は26,680人で、2022年に比べ162人(0.6%)の増加となっており、人口10万人対の医師数は304.2(全国281.0)で全国を上回っています。

図表 10-2-1 医師数



図表 10-2-2 人口10万人対の二次医療圏別医師数(2026年度)



出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

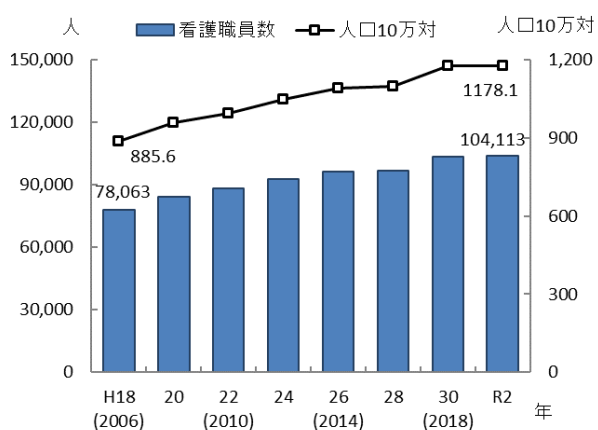
※「人口10万人対」算出に用いた人口は、大阪府総務部「大阪府の推計人口(2024年10月1日現在)」

注1 医師：厚生労働大臣の免許を受けて、医師の名称を用いて、医業を行う者をいいます。

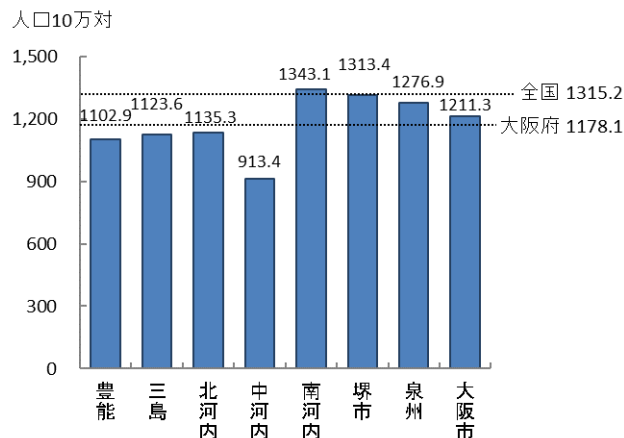
(2) 看護職員数

○2020 年の大阪府における就業届出看護職員数は 104,113 人で、2016 年に比べ 7,167 人（6.9%）の増加となっていますが、人口 10 万人対の看護職員数は 1,178.1（全国 1,315.2）で全国を下回っています。（P：今後数値を更新）

図表 10-2-3 府内の就業看護職員数の推移



図表 10-2-4 人口 10 万人対の府内二次医療圏別就業看護職員数(2020 年度)



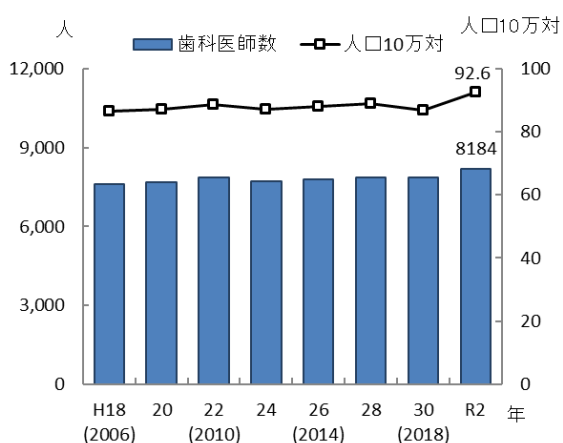
出典 厚生労働省「衛生行政報告例」、大阪府「医療対策課調べ」

(3) 歯科医師数

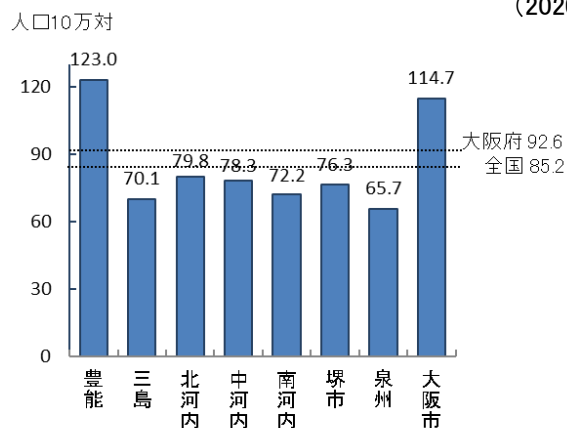
○2020 年の大阪府における届出歯科医師数^{注1}は 8,184 人で、2018 年に比べ 319 人（4.1%）の増加となっており、人口 10 万人対の歯科医師数は 92.6（全国 85.2）で全国を上回っています。（P：今後数値を更新）

今後更新

図表 10-2-5 歯科医師数



図表 10-2-6 人口 10 万人対の二次医療圏別歯科医師数(2020 年度)



出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※：「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、大阪府総務部「大阪府の推計人口（2020 年 10 月 1 日現在）」

注1 歯科医師：厚生労働大臣の免許を受けて、歯科医師の名称を用いて、歯科医業を行う者をいいます。

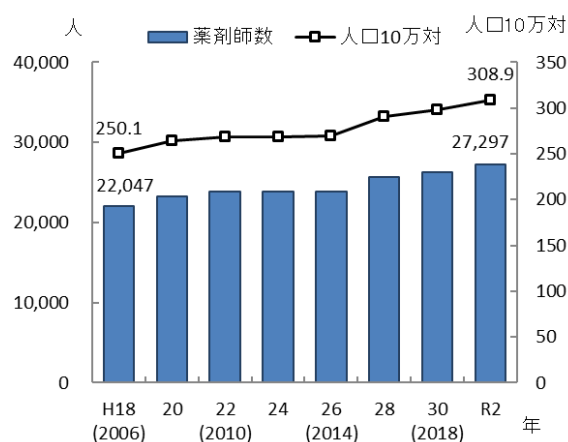
(4) 薬剤師数

○2020 年の大阪府における届出薬剤師数^{注1}は 27,297 人で、2018 年に比べ 1,019 人（3.9%）の増加となっており、人口 10 万人対の薬剤師数は 308.9（全国 255.2）で全国を上回っています。

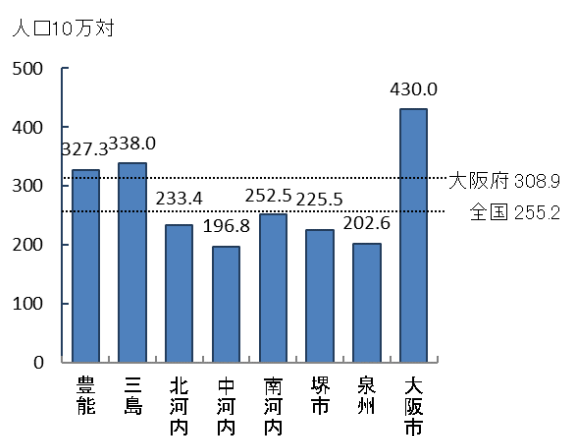
今後更新

○一方で、二次医療圏別に比較すると、地域における偏りがみられるほか、薬剤師の業態別でみると、病院薬剤師において目標偏在指標（1.0）を下回っています。（P：今後数値を更新）

図表 10-2-7 薬剤師数



図表 10-2-8 人口 10 万人対の二次医療圏別薬剤師数（2020 年度）



出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、大阪府総務部「2020 年国勢調査 人口等基本集計果（大阪府 詳細版）（2020 年 10 月 1 日現在）」

図表 10-2-9 薬剤師偏在指標（2022 年度）

	薬局薬剤師		病院薬剤師	
	偏在指標	区域	偏在指標	区域
大阪府	1.12	多数区域	0.92	少数でも多数でもない区域
全都道府県	1.08		0.80	

出典 厚生労働省「医薬・生活衛生局総務課事務連絡（2023 年 6 月 9 日付け）」

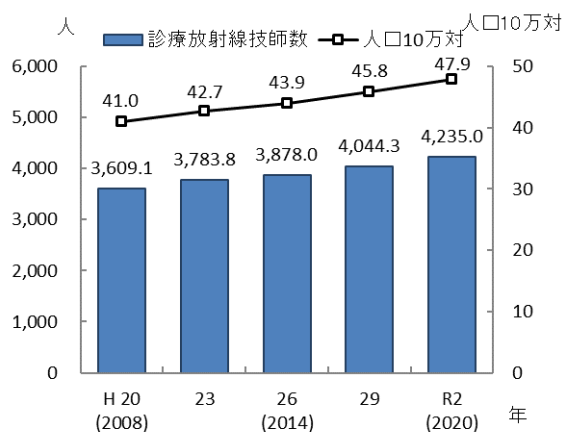
注1 薬剤師：厚生労働大臣の免許を受けて、薬剤師の名称を用いて、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることを業とする者をいいます。

(5) 診療放射線技師数

○2020 年度の大阪府における病院・診療所で従事する診療放射線技師^{注1}は 4,235 人（常勤換算）で、2017 年に比べ 190.7 人（4.7%）増加し、人口 10 万人対の診療放射線技師数は 47.9（全国 44.1）となり、全国を上回っています。（P：今後数値を更新）

今後更新

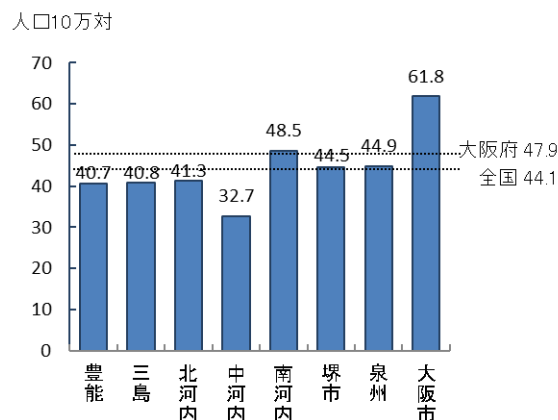
図表 10-2-10 診療放射線技師数(常勤換算)



出典 厚生労働省「医療施設調査」

※「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、総務省「人口推計」

図表 10-2-11 人口 10 万人対の二次医療圏別診療放射線技師数(2020 年度)



出典 厚生労働省「医療施設調査」

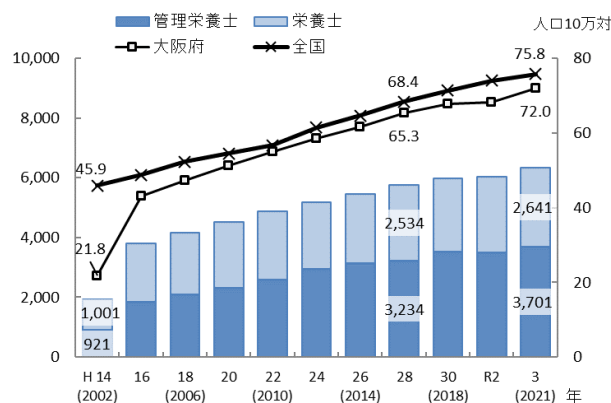
※「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、総務省「国勢調査」

(6) 管理栄養士数・栄養士数

○2021 年度の特定給食施設^{注2}における管理栄養士^{注3}・栄養士^{注4}数は、6,342 人（内訳：管理栄養士数 3,701 人、栄養士数 2,641 人）で、2016 年度に比べ 574 人（10.0%）の増加となっています。人口 10 万人対の特定給食施設における管理栄養士・栄養士数は 72.0（全国 75.8）で全国を下回っています。（P：今後数値を更新）

図表 10-2-12 特定給食施設における管理栄養士・栄養士数

今後更新



出典 厚生労働省「衛生行政報告例」

※「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、総務省「人口推計」

注1 診療放射線技師：厚生労働大臣の免許を受けて、医師又は歯科医師の指示の下に、放射線を人体に対して照射（撮影を含み、照射機器又は放射性同位元素（その化合物及び放射性同位元素又はその化合物の含有物を含む。）を人体内に挿入して行うものを除く。）することを業とする者をいいます。

注2 特定給食施設：特定かつ多数の者に対して、継続的に食事を供給する施設のうち栄養管理が必要なものとして厚生労働省令で定めるものをいいます。継続的に1回100食以上又は1日250食以上の食事を供給する施設をいいます（健康増進法、健康増進法施行規則）。

注3 管理栄養士：厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導、特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における特別の配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者をいいます。

注4 栄養士：都道府県知事の免許を受けて、栄養の指導に従事することを業とする者をいいます。

（７）理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士数

【理学療法士^{注1}】

○2020 年度の大阪府における病院・診療所で従事する理学療法士は 7,443.9 人（常勤換算）で、2017 年に比べ 820.7 人（12.4％）増加し、人口 10 万人対の理学療法士数は 84.2（全国 80.0）となり、全国を上回っています。（P：今後数値を更新）

【作業療法士^{注2}】

○2020 年度の大阪府における病院・診療所で従事する作業療法士は 2,897.6 人（常勤換算）で、2017 年に比べ 287.8 人（11％）増加しましたが、人口 10 万人対の作業療法士数は 32.8（全国 40.5）となり、全国を下回っています。（P：今後数値を更新）

【言語聴覚士^{注3}】

○2020 年度の大阪府における病院・診療所で従事する言語聴覚士は 1,301.2 人（常勤換算）で、2017 年に比べ 167.2 人（14.7％）増加し、人口 10 万人対の言語聴覚士数は 14.7（全国 14.2）となり、全国を上回っています。（P：今後数値を更新）

【視能訓練士^{注4}】

○2020 年度の大阪府における病院・診療所で従事する視能訓練士は 785.7 人（常勤換算）で、2017 年に比べ 124.4 人（18.8％）増加し、人口 10 万人対の視能訓練士数は 8.9（全国 8.0）となり、全国を上回っています。（P：今後数値を更新）

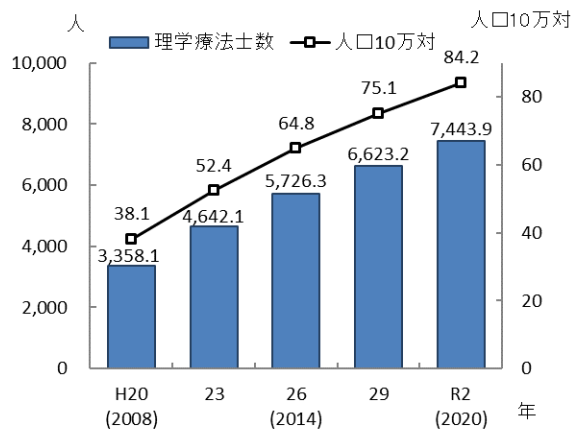
注 1 理学療法士：厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示のもとに、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気刺激、マツサージ、温熱その他の物理的手段を加えることを行うことを業とする者をいいます。

注 2 作業療法士：厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示のもとに、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行うことを業とする者をいいます。

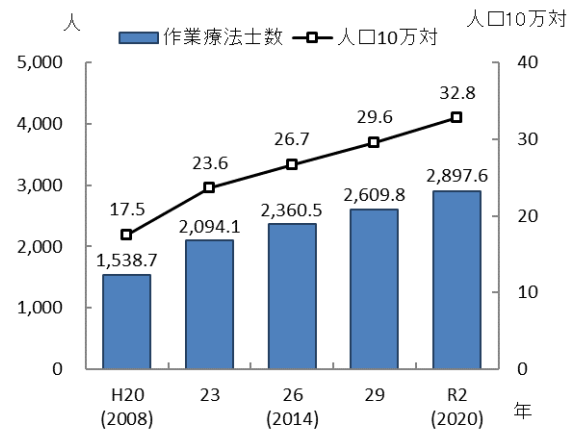
注 3 言語聴覚士：厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいいます。

注 4 視能訓練士：厚生労働大臣の免許を受けて、視能訓練士の名称を用いて、医師の指示のもとに、両眼視機能に障害のある者に対するその両眼視機能の回復のための矯正訓練及びこれに必要な検査を行うことを業とする者をいいます。

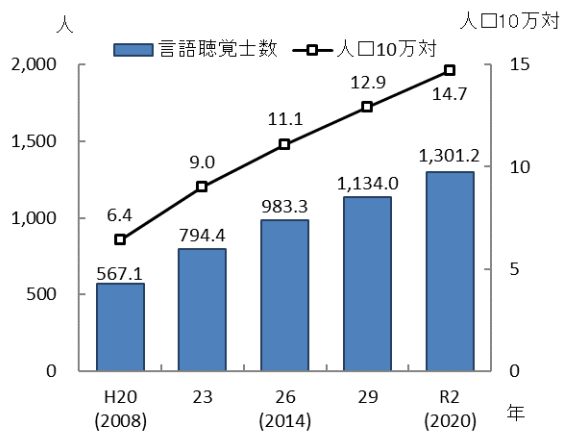
図表 10-2-13 理学療法士数(常勤換算)



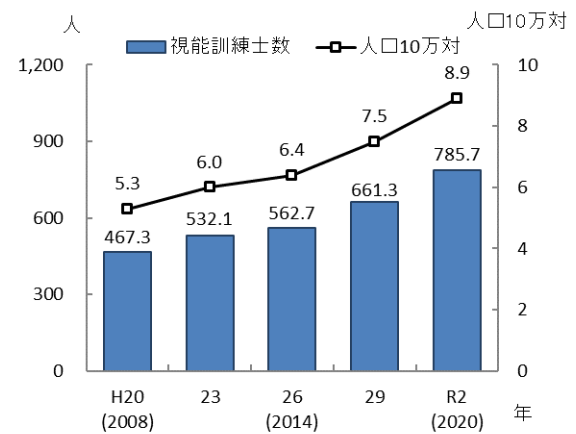
図表 10-2-14 作業療法士数(常勤換算)



図表 10-2-15 言語聴覚士数(常勤換算)



図表 10-2-16 視能訓練士数(常勤換算)



出典 厚生労働省「医療施設調査」

※「人口10万人対」算出に用いた人口は、総務省「人口推計」

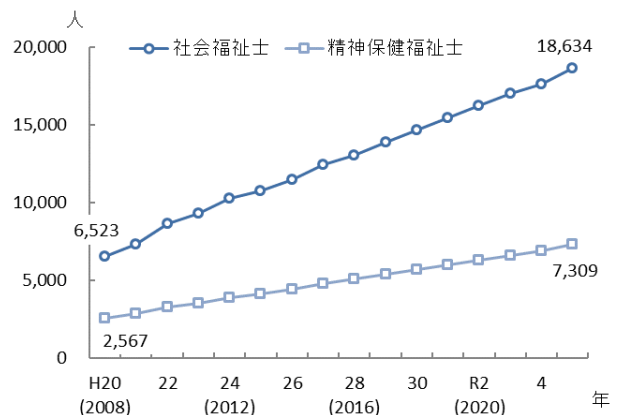
(8) 福祉・介護サービス従事者の数

今後更新

【社会福祉士^{注1}・精神保健福祉士^{注2}】

図表 10-2-17 社会福祉士・精神保健福祉士の登録者数

○2023 年 3 月末現在、社会福祉士・精神保健福祉士の社会福祉振興・試験センターへの登録者数は社会福祉士 18,634 人、精神保健福祉士 7,309 人となっています。



出典 社会福祉振興・試験センター
「各年度末の都道府県別登録者数」

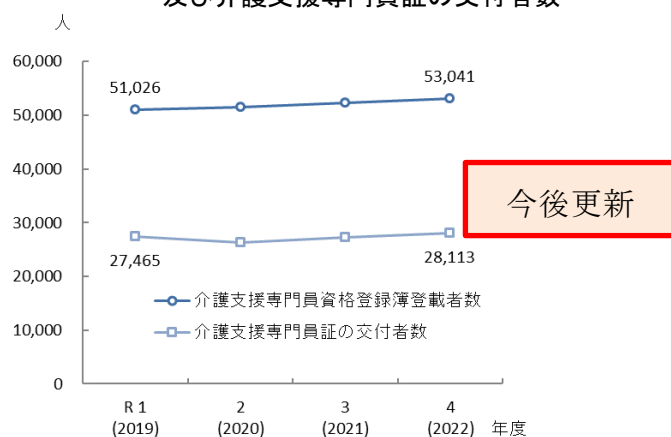
【介護支援専門員(ケアマネジャー)^{注3}】

○2023 年 3 月 31 日現在、大阪府の介護支援専門員資格登録簿登載者数は 53,041 人、介護支援専門員数（介護支援専門員証の交付を受けている者）は 28,113 人となっています。（P：今後数値を更新）

【介護サービス従事者】

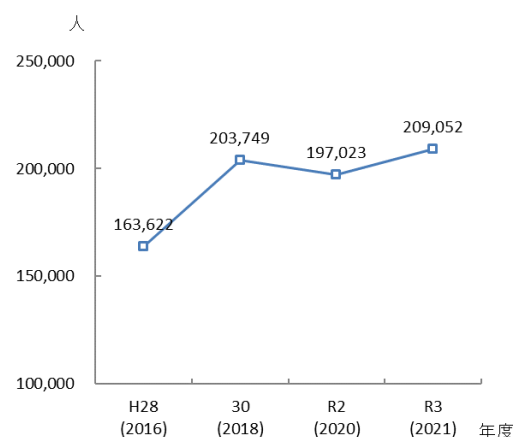
○2021 年度末現在、介護サービス従事者は、209,052 人となっています。（数値を更新）

図表 10-2-18 介護支援専門員資格登録簿登載者数
及び介護支援専門員証の交付者数



出典 大阪府「大阪府福祉部高齢介護室介護支援課調べ」

図表 10-2-19 介護サービス従事者数



出典 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

- 注 1 社会福祉士：厚生労働省令で定める事項の登録を受けて、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営む支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行うことを業とする者をいいます。
- 注 2 精神保健福祉士：厚生労働省令で定める事項の登録を受けて、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する地域相談支援をいう。）の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者をいいます。
- 注 3 介護支援専門員：要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業を利用できるよう市町村、事業者等との連絡調整等を行う者であつて、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けたものをいいます。

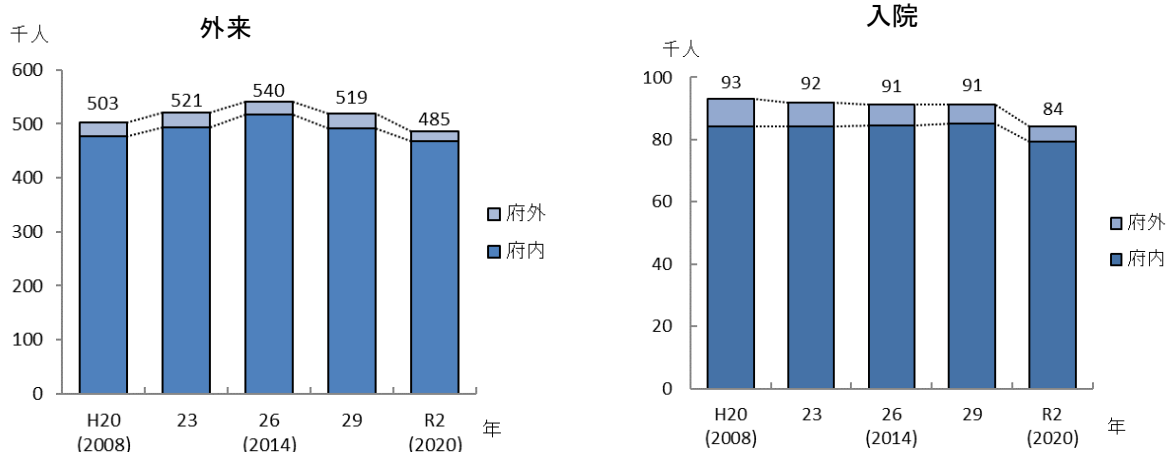
3. 府民の受療動向

【外来・入院患者数】

○2020 年の大阪府内の医療機関を受診した推計患者総数（調査日当日の推計数^{注1}）は、外来約 485,300 人（うち府内に住所を有する患者数：約 467,400 人）、入院約 84,200 人（同：約 79,400 人）であり、外来・入院患者数はともに近年減少傾向にあります。

（P：今後数値を更新）

図表 10-3-1 患者数

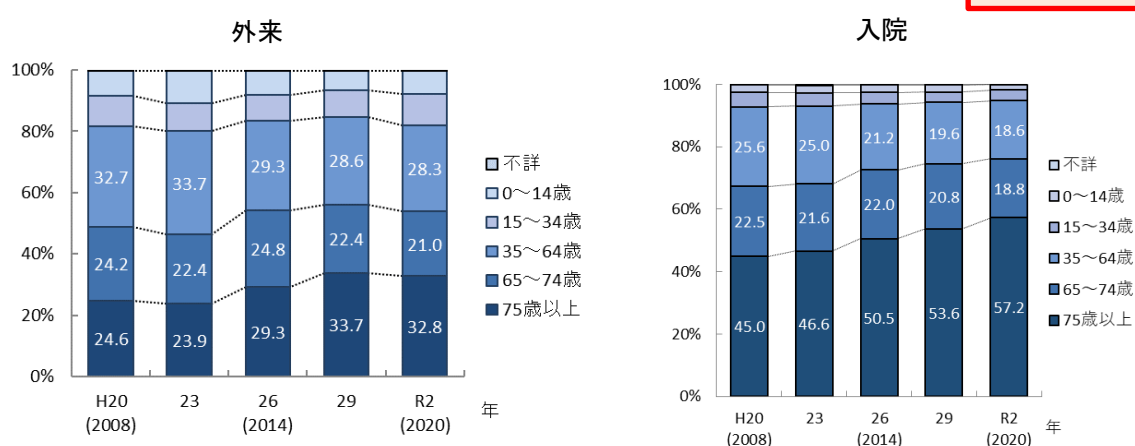


出典 厚生労働省「患者調査」

○2020 年の大阪府における 65 歳以上の受療患者の割合については、外来 53.8%、入院 76.0%と、2017 年と比較し外来患者は減少していますが、入院患者は増加しています。

（P：今後数値を更新）

図表 10-3-2 年齢階級別推計患者割合



注1 調査日当日の推計数：病院については、2020年10月20日（火）～22日（木）の3日間のうち病院ごとに指定した1日、診療所については、2020年10月20日（火）、21日（水）、23日（金）の3日間のうち診療所ごとに指定した1日の患者数から推計した数になります。

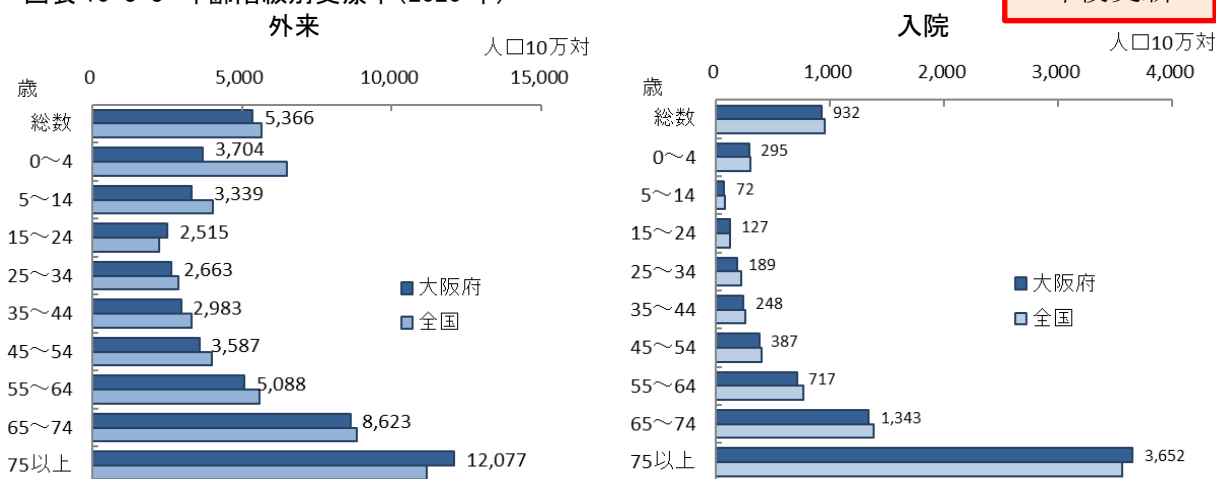
【年齢階級別受療率】

○大阪府に住所を有する患者の受療率^{注1}（人口10万人対）は、外来受療率については、大阪府が5,366と全国の5,658を下回っています。また、入院受療率についても、大阪府が932であり全国の960を下回っています。（P：今後数値を更新）

○大阪府の受療率は、外来患者、入院患者ともに75歳以上の高齢者において、全国より値が高くなっています。

○なお、性別でみると、男性5,586（外来4,699、入院887）、女性6,954（外来5,980、入院974）となっており、受療率は、外来患者、入院患者ともに女性が高くなっています。

図表 10-3-3 年齢階級別受療率(2020年)



出典 厚生労働省「患者調査」

【傷病分類別受療率】

○傷病分類別にみると、外来については、男女ともに消化器系の疾患による受療率が最も高くなっており、次いで循環器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患、呼吸器系の疾患による受療率が高くなっています。

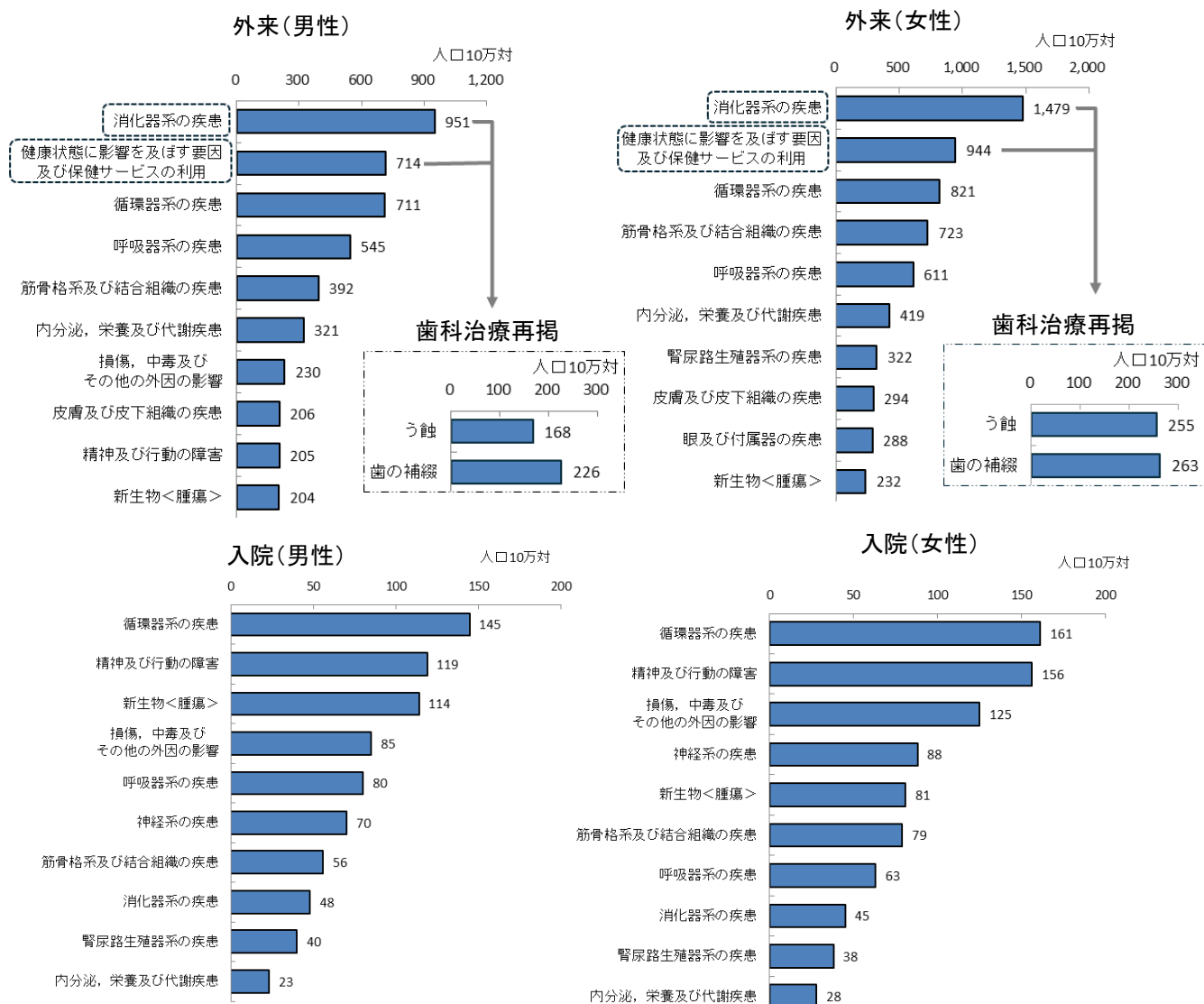
○入院については、男女ともに循環器系の疾患、精神及び行動の障害による受療率が高くなっています。

○外来受療率は2014年から2020年にかけて減少傾向で推移していましたが、2023年に増加傾向に転じています。なお、傷病分類別の構成割合に大きな変化はありません。

注1 受療率：ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率を「受療率」といいます。

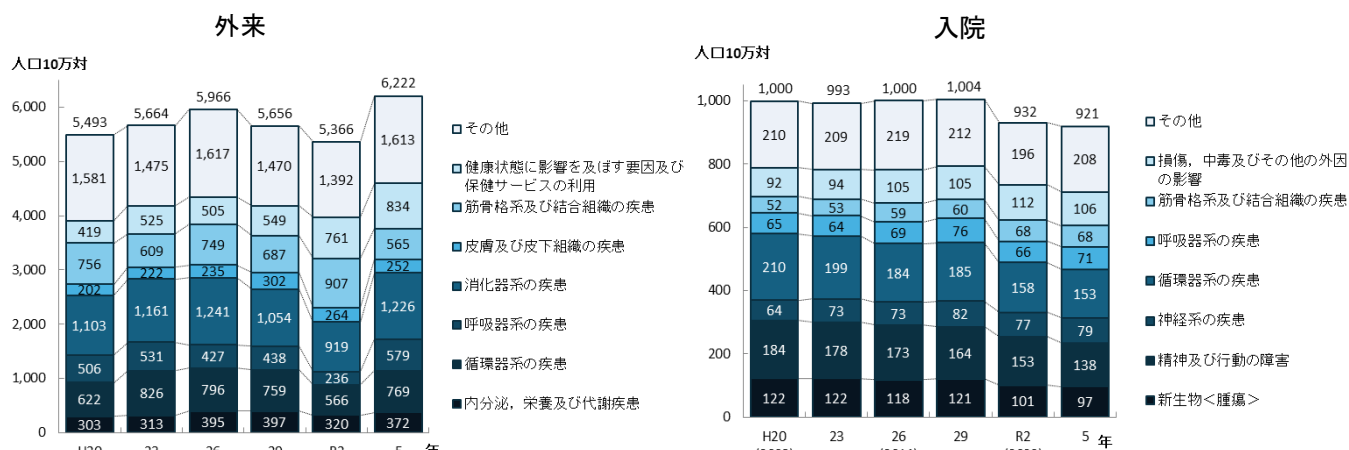
○入院受療率は2017年から2023年にかけて減少傾向で推移しています。

図表 10-3-4 傷病分類別受療率(2023 年)



出典 厚生労働省「患者調査」

図表 10-3-5 傷病分類別受療率の推移



出典 厚生労働省「患者調査」