資料１－２

第２次大阪府地域医療構想素案
（南河内構想区域）

（参考）第２次大阪府地域医療構想　目次

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．府独自の病床機能分化・連携の取組
２．府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．府民の受療動向
５．2040 年の医療需要の見込み
第４章　構想区域
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　地域医療構想の実現に向けた取組
第９章　構想区域編（本章では、構想区域は「二次医療圏」と表記します）
１．豊能構想区域（豊能二次医療圏）
２．三島構想区域（三島二次医療圏）
３．北河内構想区域（北河内二次医療圏）
４．中河内構想区域（中河内二次医療圏）
５．南河内構想区域（南河内二次医療圏）
６．堺市構想区域（堺市二次医療圏）
７．泉州構想区域（泉州二次医療圏）
８．大阪市構想区域（大阪市二次医療圏）

第５節　南河内二次医療圏

第１項　南河内二次医療圏の状況

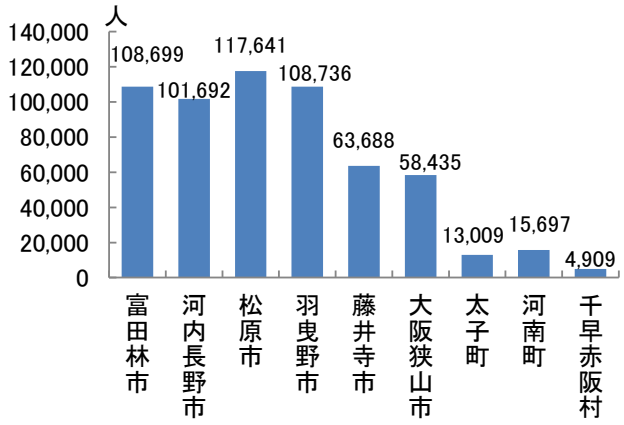
１．人口

（１）人口等の状況

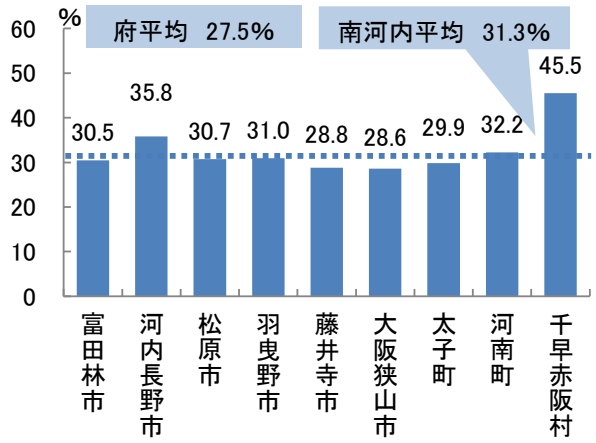
今後更新

○南河内二次医療圏は、６市２町１村から構成されており、総人口は 592,506 人となっています。また、高齢化率が一番高いのは千早赤阪村（45.5%）であり、一番低いのは大阪狭山市（28.6%）となっています。

図表 9-5-1　市町村別人口（2020 年）



図表 9-5-2　市町村別高齢化率（2020 年）



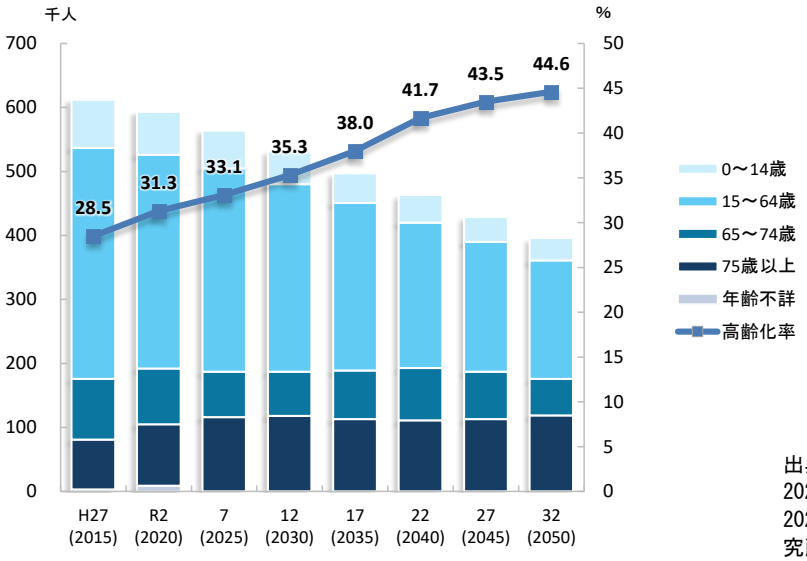
出典 総務省「国勢調査」

（２）将来人口推計

○人口は 2015 年をピークに減少傾向であると推計されています。

○高齢化率は 2015 年の 28.5%から 2050 年には 44.6%に上昇すると推計されています。

図表 9-5-3　将来人口と高齢化率の推計

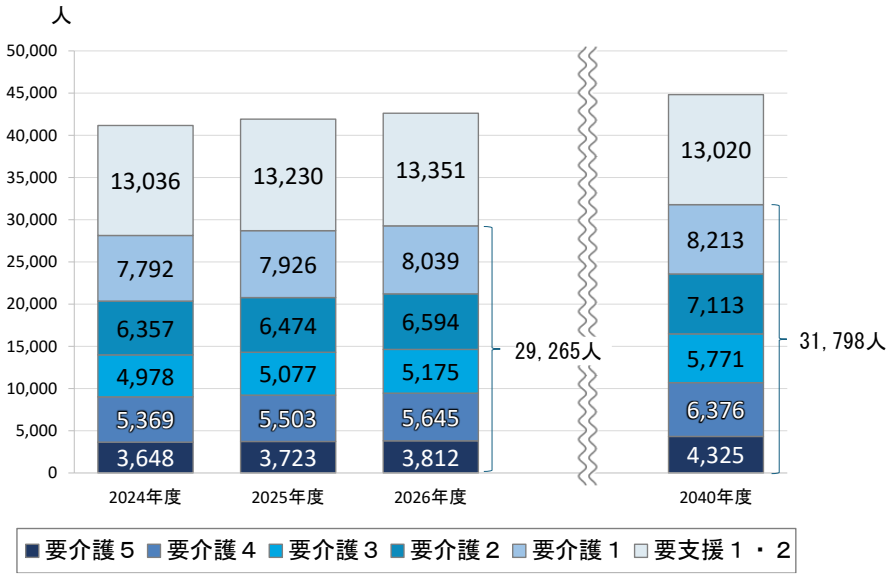


今後更新

出典
2020 年以前：総務省「国勢調査」
2025 年以降：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）」

○要介護認定者は増加傾向であり、2026 年度の要介護認定者は 29,265 人から 2040 年度には 31,798 人へと増加すると推計されています。

図表 9-5-4　要支援・要介護認定者の将来推計



今後更新

出典　大阪府高齢者計画 2024

2．医療施設等の状況

（１）病院

【病院数】

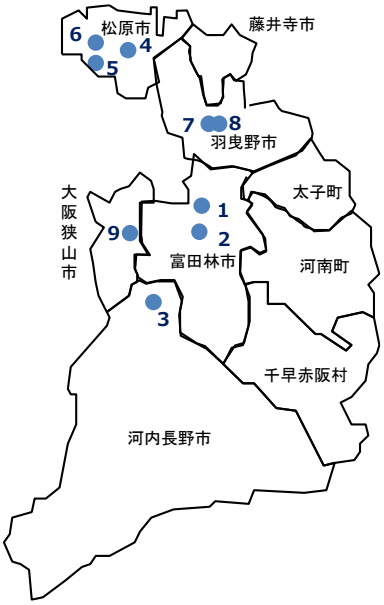
○一般病院は 33 施設、精神科病院は 3 施設となっています。

図表 9-5-5　主な医療施設の状況（2026 年 7 月時点）

	所在地	医療機関名	公的医療機関等	特定機能病院	地域医療支援病院	社会医療法人開設病院※1	紹介受診重点医療機関	在宅療養後方支援病院	がん診療拠点病院	三次救急医療機関	災害拠点病院	感染症指定医療機関※2	結核病床を有する病院	エイズ治療拠点病院	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・）
1	富田林市	PL病院					○	○	○							○
2		富田林病院	○				○	○	○							
3	河内長野市	国立病院機構 大阪南医療センター	○		○		○		□					○		
4	松原市	明治橋病院				○										
5		阪南中央病院				○									○	
6		松原徳洲会病院					○	○	○							
7	羽曳野市	大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター	□		○		○	○	○			○	○	○		○
8		城山病院	○		○		○	○	○							
9	大阪狭山市	さくら会病院				○										
合　　計			4	0	3	3	6	5	6	0	0	1	1	2	1	2

【凡例】
（公的医療機関等）
□：公立病院経営強化プラン策定対象病院
○：それ以外の公的病院
（がん診療拠点病院）
□：地域がん診療連携拠点病院（国指定）
○：大阪府がん診療拠点病院（府指定）
（周産期母子医療センター）
□：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
（小児中核病院・小児地域医療センター）
□：小児中核病院
○：小児地域医療センター

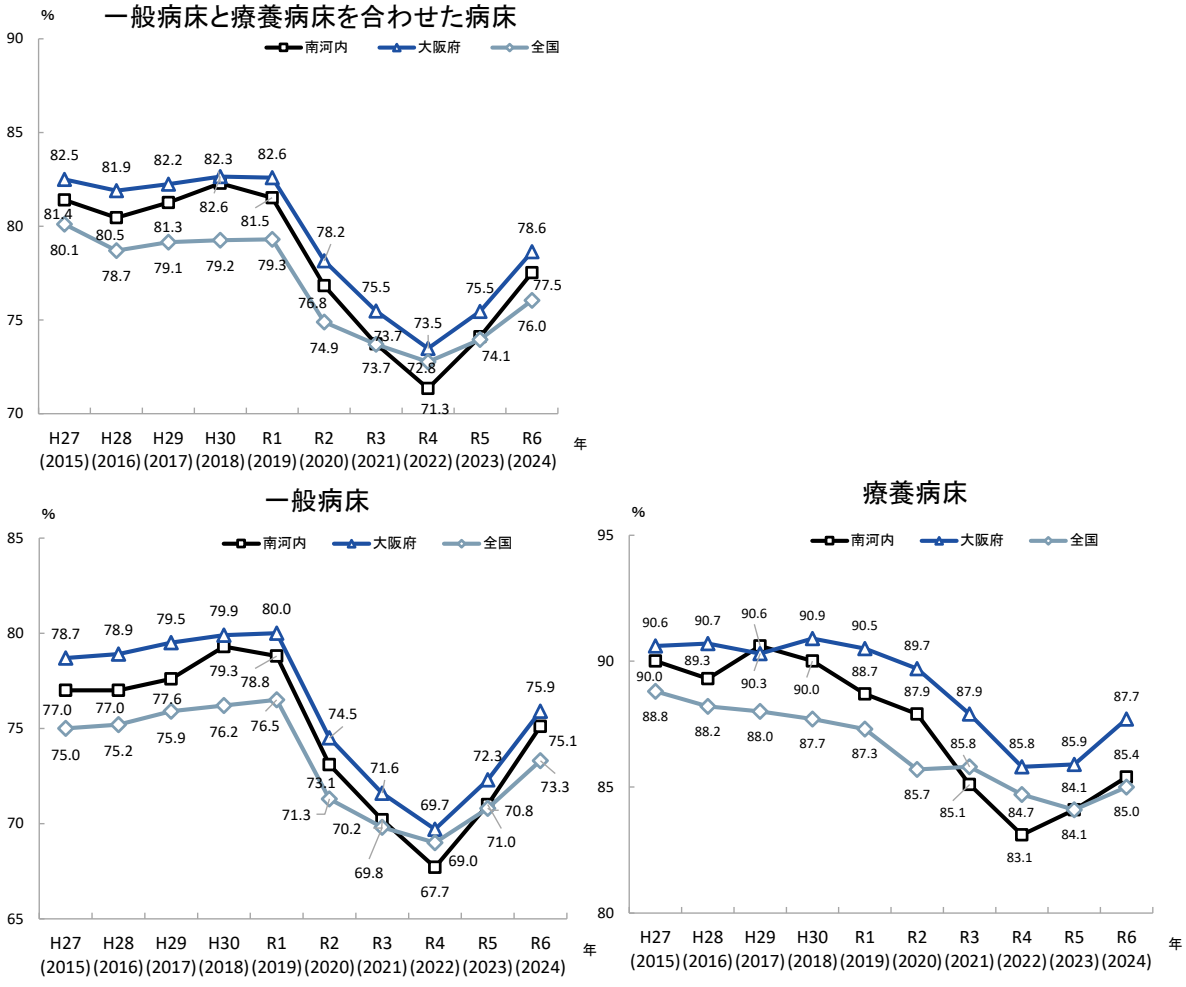
※1 社会医療法人開設病院には、社会医療法人の認定にかかる業務実績基準を満たす病院のみを記載。
※2 感染症指定医療機関には、第一種・第二種協定指定医療機関は含まない。



【病床利用率】

○病床利用率は、2020 年以降、新型コロナウイルス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。

図表 9-5-6　病床の種類別にみた病床利用率[注1]



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】

〇一般病床・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●床と最も多くなっています。（P：今後数値を更新）

図表 9-5-7　一般病床･療養病床の入院基本料別病床数

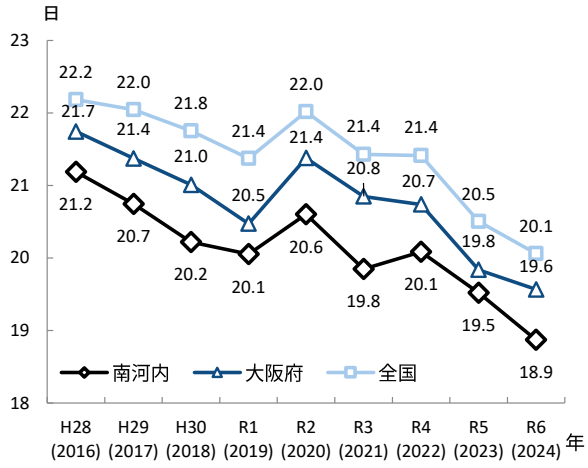
今後更新

【平均在院日数】

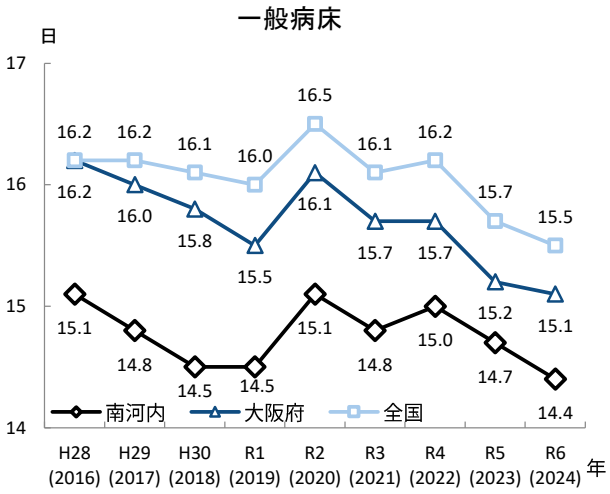
〇一般病床の平均在院日数[注1]は、年々減少していましたが、新型コロナウイルス感染症の国内での流行後となる 2020 年に一時的に増加しました。その後は一般病床、療養病床ともに減少傾向が続いています。

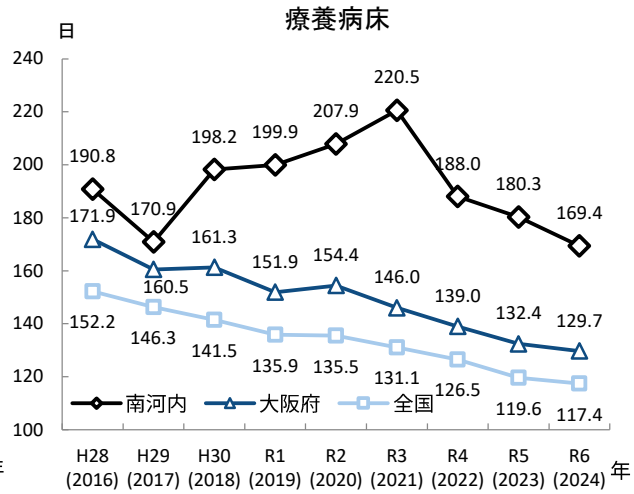
図表 9-5-8 病床の種類別にみた平均在院日数

一般病床と療養病床を合わせた病床



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

〇一般診療所は 470 施設、歯科診療所は 314 施設あります。

有床診療所は●施設（全体の●%）、総病床数は●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 9-5-9　診療所の状況（2021 年 10 月 1 日現在）

図表 9-5-10　一般診療所病床数

今後更新

今後更新

（３）在宅医療提供体制・介護保険施設

【連携の拠点】

○在宅医療に必要な連携を担う拠点（連携の拠点）は６拠点設定しています。

図表 9-5-11　連携の拠点

	対象地域	法人・団体名称
1	富田林市 太子町 河南町 千早赤阪村	富田林医師会
2	河内長野市	河内長野市医師会 地域連携室

	対象地域	法人・団体名称
3	松原市	松原市医師会 医療介護連携支援センター
4	羽曳野市	羽曳野市医師会
5	藤井寺市	藤井寺市医師会
6	大阪狭山市	大阪狭山市医師会

【積極的医療機関】

○「主な在宅医療資源の状況」は図 9-5-13 のとおりです。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）は、51 施設となっており、大阪府ホームページで一覧を掲載しています。

今後更新

図表 9-5-12　主な在宅医療資源の状況

	訪問診療を実施している診療所※1	（人口10万人対）	在宅療養支援診療所	（人口10万人対）	（内）機能強化型在宅療養支援診療所	（人口10万人対）	在宅療養支援病院	（人口10万人対）	（内）機能強化型在宅療養支援病院	（人口10万人対）	在宅療養後方支援病院	（人口10万人対）	積極的医療機関※2	（人口10万人対）
富田林市	24	22.4	20	18.7	10	9.3	1	0.93	1	0.93	2	1.9	11	10.3
河内長野市	24	24.3	16	16.2	2	2.0	4	4.0	3	3.0	0	0	11	11.1
松原市	28	24.2	16	13.8	5	4.3	2	1.7	1	0.86	0	0	8	6.9
羽曳野市	20	18.6	16	14.9	6	5.6	2	1.9	0	0	1	0.93	6	5.6
藤井寺市	26	41.3	24	38.2	5	8.0	2	3.2	1	1.6	0	0	8	12.7
大阪狭山市	13	22.4	11	19.0	3	5.2	3	5.2	1	1.7	0	0	5	8.6
太子町	3	23.6	2	15.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
河南町	3	19.6	2	13.0	2	13.0	0	0	0	0	0	0	1	6.5
千早赤阪村	3	63.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南河内	144	24.7	107	18.4	33	5.7	14	2.4	7	1.2	3	0.51	50	8.6
大阪府	2,068	23.5	1,752	19.9	456	5.2	133	1.5	63	0.72	53	0.6	293	3.3

	入退院支援加算届出医療機関数	（人口10万人対）	訪問診療(居宅)を実施している歯科診療所※1	（人口10万人対）	訪問診療(病院等)を実施している歯科診療所※1	（人口10万人対）	訪問診療(施設)を実施している歯科診療所※1	（人口10万人対）	在宅療養支援歯科診療所	（人口10万人対）	在宅患者調剤加算の届出薬局	（人口10万人対）	訪問看護ステーション	（人口10万人対）	(内)機能強化型訪問看護ステーション	（人口10万人対）
富田林市	4	3.7	13	12.2	4	3.7	13	12.2	13	12.1	30	28.0	21	19.6	0	0
河内長野市	3	3.0	13	13.1	1	1.0	6	6.1	9	9.1	34	34.4	20	20.2	0	0
松原市	3	2.6	14	12.1	0	0	8	6.9	6	5.1	30	25.9	32	27.7	0	0
羽曳野市	5	4.6	9	8.4	2	1.9	7	6.5	6	5.5	23	21.4	23	21.4	1	0.93
藤井寺市	4	6.4	9	14.3	2	3.2	7	11.1	4	6.3	23	36.6	11	17.5	0	0
大阪狭山市	5	8.6	12	20.7	5	8.6	11	19.0	14	24.1	13	22.4	17	29.3	3	5.2
太子町	0	0	1	7.9	0	0	1	7.9	0	0	2	15.7	0	0	0	0
河南町	0	0	1	6.5	0	0	1	6.5	0	0	2	13.0	1	6.5	0	0
千早赤阪村	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南河内	24	4.1	72	12.4	14	2.4	54	9.3	52	8.9	157	26.9	125	21.5	4	0.69
大阪府	280	3.2	1,070	12.2	250	2.8	773	8.8	882	10.0	2,289	26.1	1,916	21.8	73	0.83

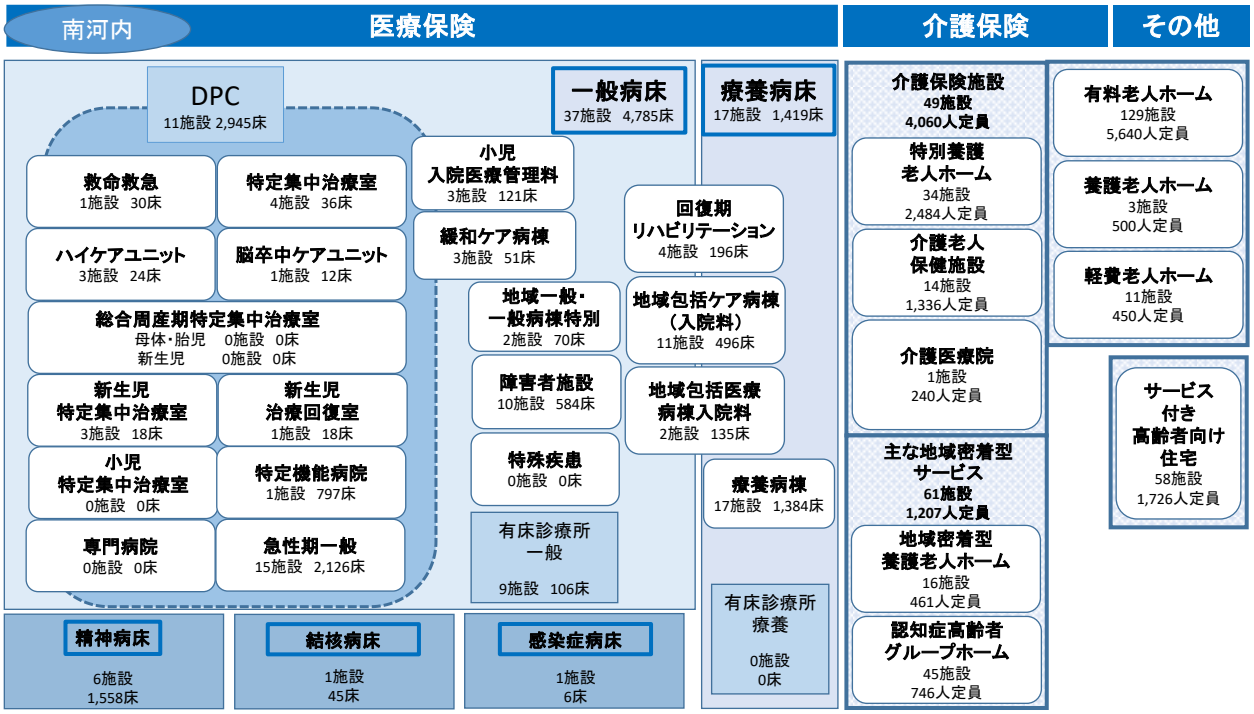
出典　近畿厚生局「施設基準届出（2023年４月１日現在）」
（※１については厚生労働省「2020年医療施設調査」、※２については大阪府「保健医療企画課調べ」）
「人口10万人対」算出に用いた人口は、大阪府総務部「大阪府の推計人口（2022年10月１日現在）」

【介護保険施設等】

○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49施設、定員数4,060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187施設、定員数7,366人となっています。

今後更新

図表 9-5-13　診療報酬における機能に応じた病床の分類と介護保険施設等の状況

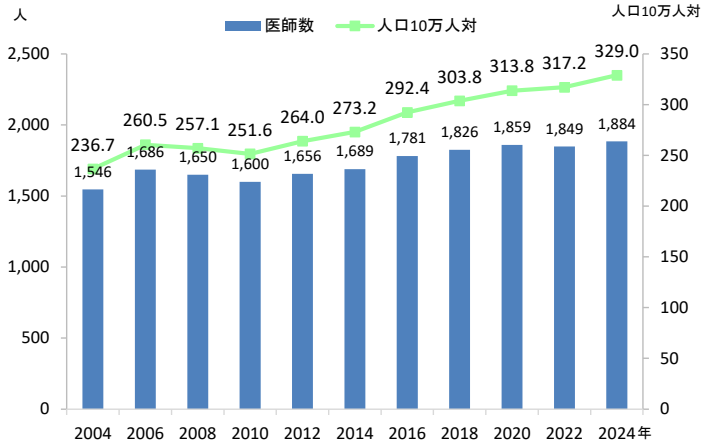


出典　「医療保険」：一般病床、療養病床、有床診療所は 2025 年度病床機能報告（2025 年７月１日時点）、DPC は 2024 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」、入院基本料等は 2025 年度病院プラン（2025 年７月１日時点）、精神病床・結核病床・感染症病床は大阪府健康医療部調べ（2026 年２月 29 日時点）
「介護保険」・「その他」：大阪府福祉部調べ（2026 年４月１日時点）、ただし、認知症高齢者グループホーム定員数及びサービス付き高齢者向け住宅の施設数は 2026 年３月 31 日時点）

（４）医師数

○2024 年の届出医師数は 1,884 人で、2022 年に比べ 35 人（1.9%）の増加となっています。2004 年以降、緩やかな増加傾向が続いています。

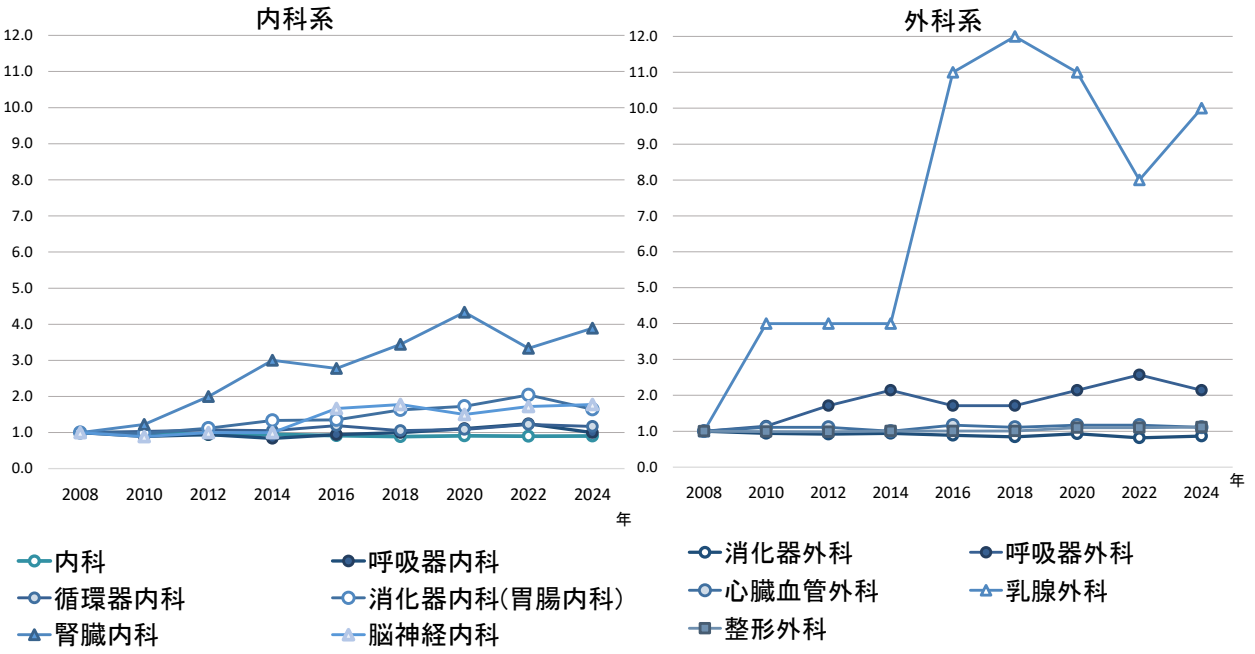
図表 9-5-14　医師数

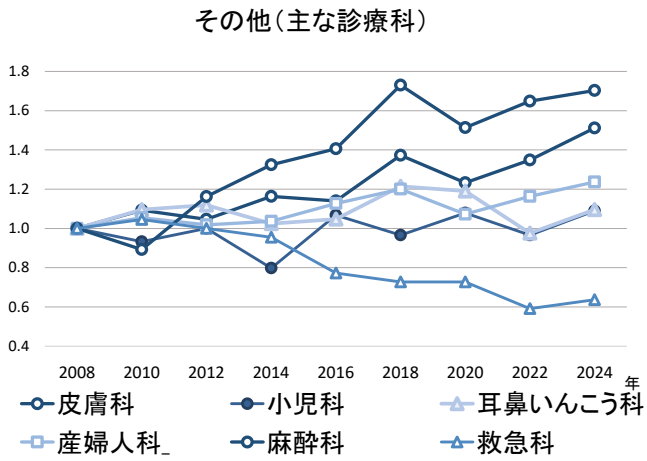


出典　厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
注１：「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、大阪総務部「大阪府の推計人口（2024 年 11 月１日現在）」

○また、診療科によって医師の増減が異なっています。届出医師数の推移を診療科別にみると、救急科において、2024 年の届出医師数は 14 人と、2008 年の 22 人と比較して８人（36.4%）の減少となっています。外科医の総数は他圏域と比較して少なく、乳腺外科を除く診療科では横ばいで推移しています。

図表 9-5-15 診療科毎の医師数の推移（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。
美容外科は０人であるため集計不可。

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

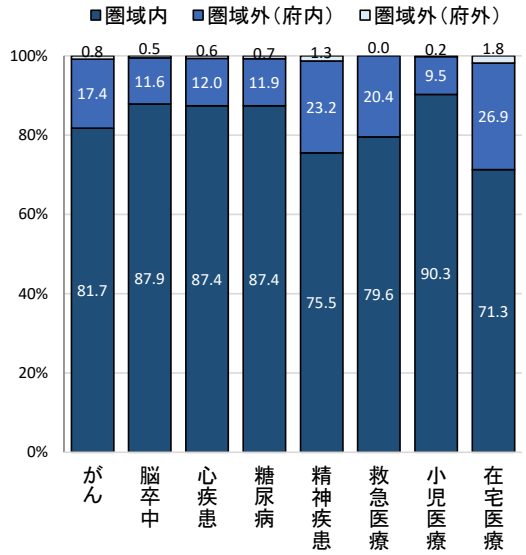
出典 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

（５）患者の流出入状況

【外来患者の流出入の状況】

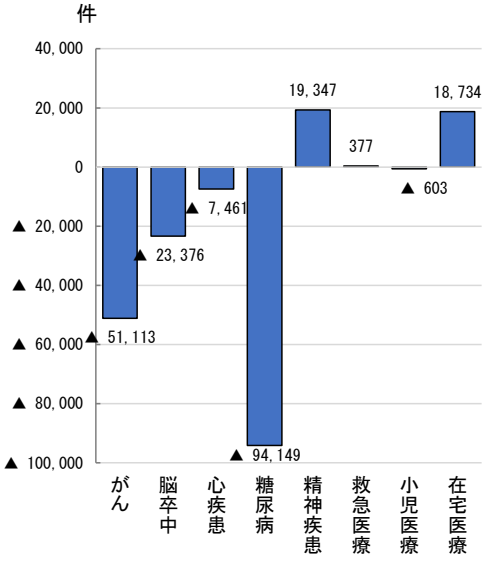
〇外来患者の圏域外への患者流出割合は 9.7%から 28.7%となっています。

図表 9-5-16　外来患者の流出【割合】
（患者の通院先医療機関所在地※）



※在宅医療については患者に医療を提供する医療機関の所在地

図表 9-5-17　外来患者の「流入－流出」【件数】
（圏域に所在する医療機関の外来レセプト件数
－圏域に住所を有する患者の外来レセプト件数）

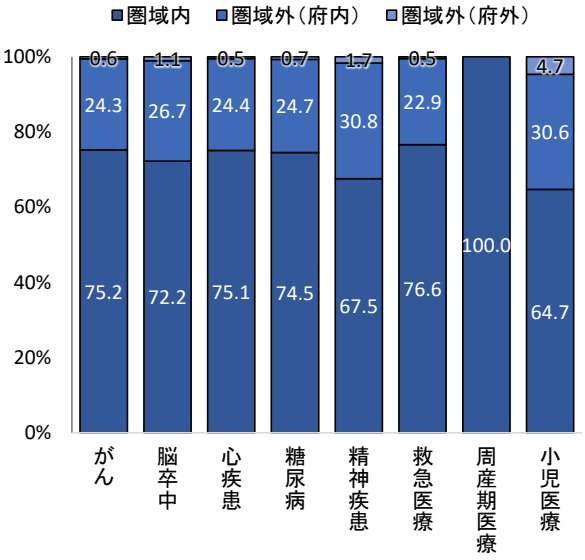


出典 厚生労働省「データブック」（2024 年度診療分）

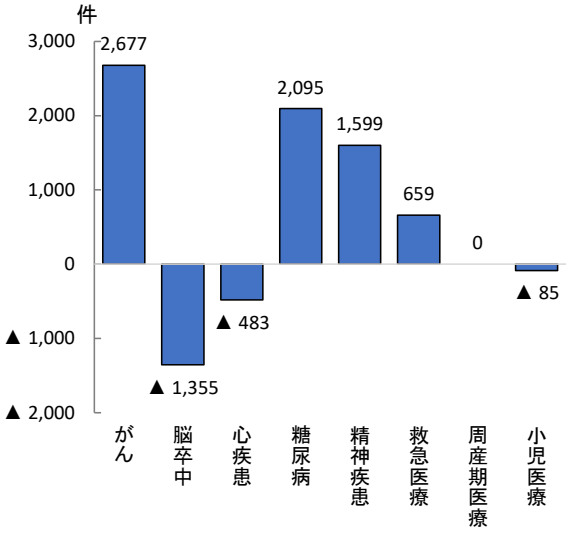
【入院患者の流出入の状況】

〇入院患者の圏域外への患者流出割合は周産期医療に関しては 0%ですが、その他の診療機能においては 24.9%から 32.5%となっています。

図表 9-5-18　入院患者の流出【割合】
（患者の入院先医療機関の所在地）



図表 9-5-19　入院患者の「流入－流出」【件数】
（圏域に所在する医療機関の入院レセプト件数
－圏域に住所を有する患者の入院レセプト件数）



出典 厚生労働省「データブック」（2024 年度診療分）

（６）2040 年の医療需要の見込み

【医療需要の見込み】

〇疾患別にみると、「がん」については、2040 年の入院医療需要は 2025 年と比較して、0.97 倍と横ばいから減少傾向で推移することが見込まれます。また、「急性心筋梗塞」についても、2040 年の入院医療需要は 2025 年と比較して、0.92 倍とおおむね減少傾向で推移することが見込まれます。

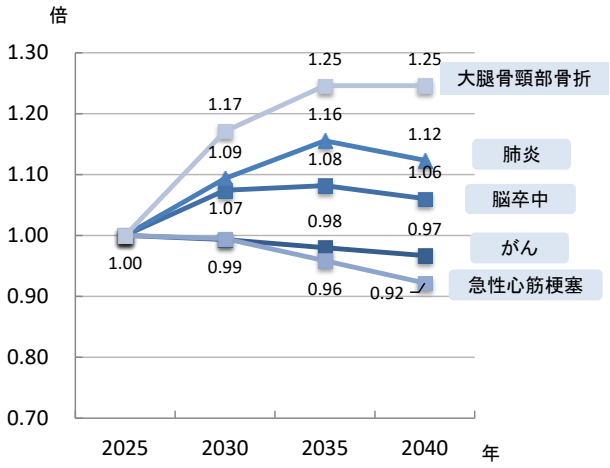
〇「大腿骨頸部骨折」については、2040 年の入院医療需要は 2025 年と比較して、1.25 倍と増加することが見込まれます。また、「肺炎」「脳卒中」については、2035 年の入院医療需要はそれぞれ、1.16 倍、1.08 倍と増加し、その後は減少することが見込まれます。

〇診療機能別にみると、「救急医療」における「救急搬送」は、2035 年の件数は 2025 年と比較して、1.13 倍と増加し、その後は、減少することが見込まれます。また、「休日夜間救急搬送」は、2035 年の件数は 2025 年と比較して、1.02 倍と増加し、その後は減少することが見込まれます。

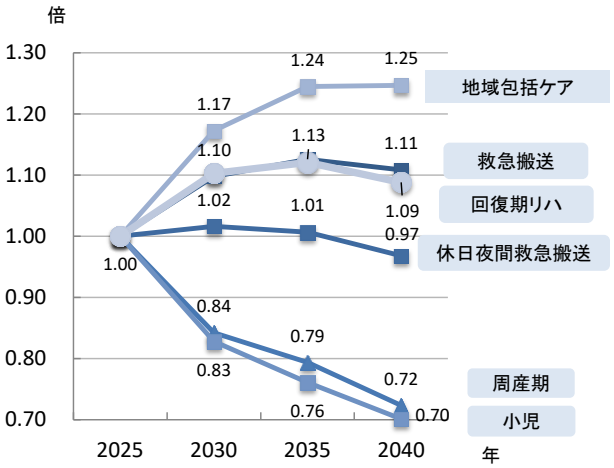
〇「回復期」における「地域包括ケア」ついては、2040 年の医療需要は 2025 年と比較して、1.25 倍と増加することが見込まれます。また、「回復期リハビリテーション」については 2035 年の医療需要は 2025 年と比較して 1.13 倍と増加し、その後は減少することが見込まれます。

〇「小児医療」「周産期医療」については、2040 年の医療需要は 2025 年と比較して、0.70 倍、0.72 倍と減少することが見込まれます。

図表 9-5-20　疾病別の入院医療需要の見込み
（2025 年を 1.0 とした場合）



図表 9-5-21　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
2025 年：「患者調査」
2030 年以降：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）」

【在宅医療等の需要】

今後、需要推計を行い、追記

第２項　これまでの地域医療構想の取組

１．病床機能の分化・連携

○2025 年度の病床機能報告では、43 施設が報告対象であり、報告の結果、高度急性期が 1,084 床、急性期（重症急性期等[注1]）が 2,008 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 1,172 床、慢性期が 1,940 床となっています。

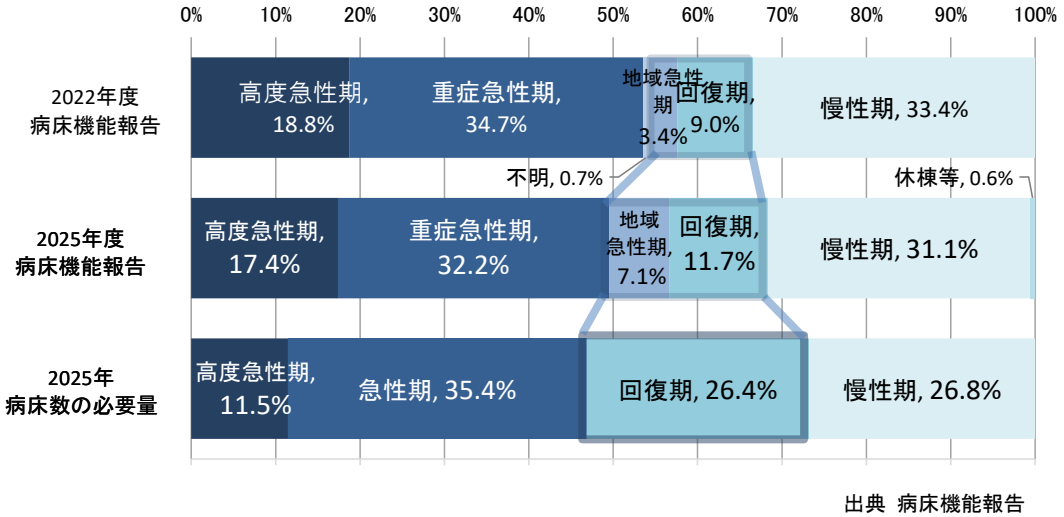
図表 9-5-22　病床機能ごとの「病床数の必要量（2013 年、2025 年）」病床数と「病床機能報告」報告病床数の推移

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	741	2,089				1,468	2,154			6,452
病床機能報告	2022	1,237	2,560	2,290	45	225	590	2,203	0	0	6,590
病床機能報告	2025	1,084	2,449	2,008	0	441	731	1,940	36	0	6,240
病床数の必要量【既存病床数内】※1	2025	715	2,208				1,646	1,670			6,240
病床数の必要量【オリジナル】※2	2025	814	2,515				1,875	1,902			7,106

※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、既存病床数に乗じ算出した病床数
※2 国から示された算定方法により算出した病床数

図表 9-5-23　病床機能報告と病床数の必要量の比較（割合）

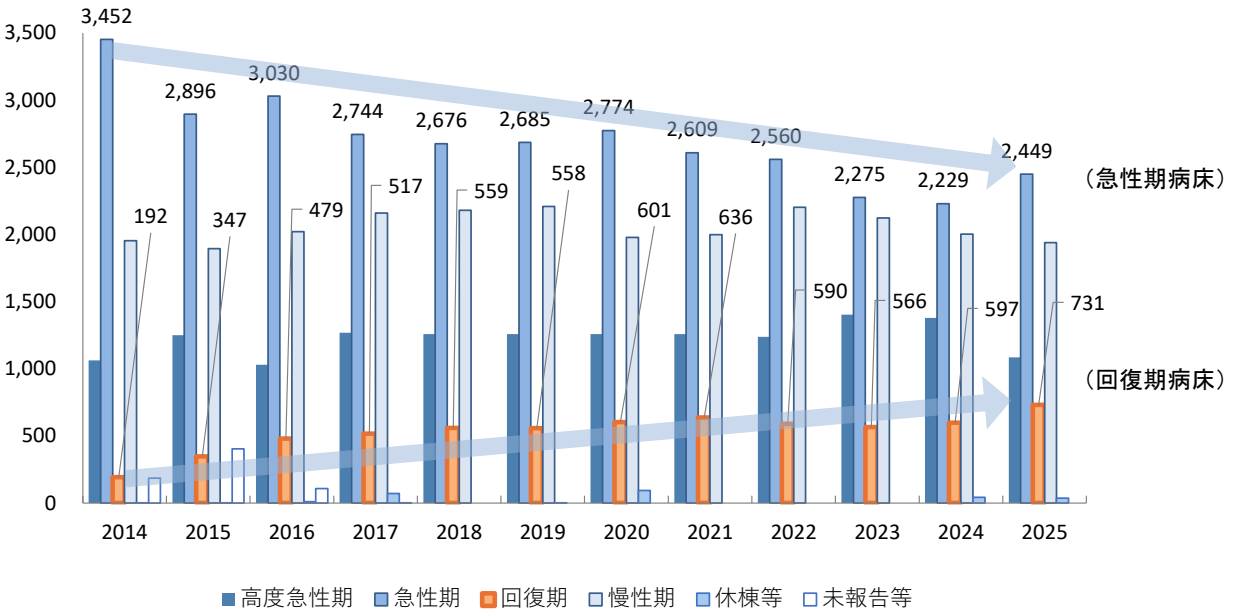


出典　病床機能報告

○2014 年度から、急性期報告病床数は 1,003 床減少し、回復期報告病床数は 539 床増加する等、病床機能分化が進んでいますが、全病床に占める回復期（地域急性期と回復期報告病床を合わせた病床）の割合は、2025 年度は 18.8%に留まり、2025 年に必要な割合である 26.4%には達していません。

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。

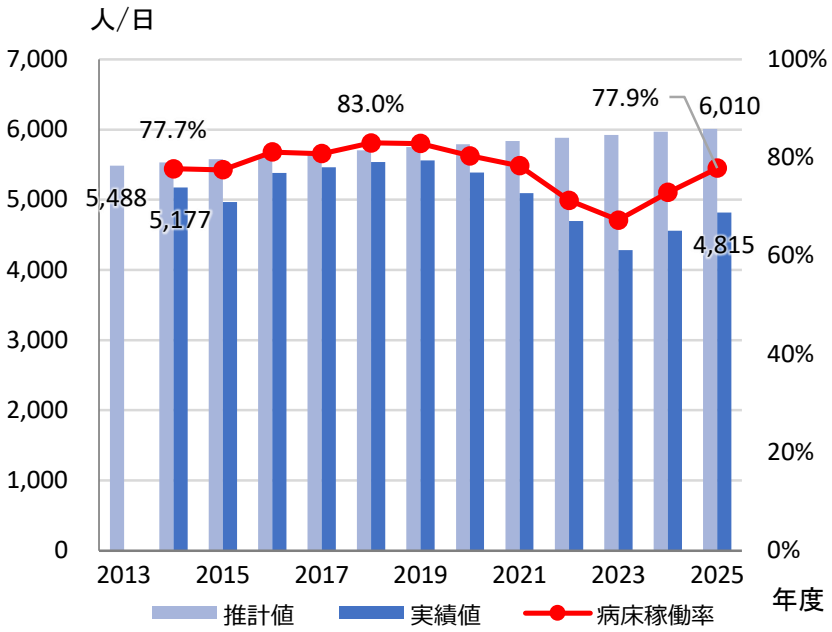
図表 9-5-24　病床機能別病床数の推移



出典 病床機能報告

○入院患者の実績値はこれまでの地域医療構想における医療需要の推計値を下回っています。

図表 9-5-25　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）

２．病院機能の見える化

〇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、独自に病院の分類や機能・役割の見える化を図り、役割に応じた病床機能分化・連携についての議論を促進してきました。

今後更新

図表 9-5-26　病院機能分類の結果（2025 年７月１日現在）

	医療機関数	許可病床数	高度急性期	急性期	回復期（地域）※1	回復期（リハ）※2	慢性期	休棟中	分類不能
特定機能病院	1	919 床	919 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床
急性期病院	6	1,324 床	358 床	948 床	18 床	0 床	0 床	0 床	0 床
急性期ケアミックス型病院	10	1,993 床	201 床	1,027 床	266 床	196 床	267 床	36 床	0 床
地域急性期病院	0	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床
後方支援ケアミックス型病院	5	543 床	0 床	0 床	197 床	0 床	346 床	0 床	0 床
回復期リハビリ病院	0	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床
慢性期病院	12	1,355 床	0 床	0 床	0 床	0 床	1,355 床	0 床	0 床
分類不能（全床休棟中）	0	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床
合計	34	6,134 床	1,478 床	1,975 床	481 床	196 床	1,968 床	36 床	0 床

出典 病院プラン

※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
※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項　2040 年に向けた課題と取組の方向性

【入院医療】

〇南河内二次医療圏では、他の二次医療圏と比較して人口減少が早期に進行すると見込まれており、がん手術や急性心筋梗塞、小児・周産期医療等の分野において、医療需要の減少が予測されています。一方で、高齢化率の上昇が早く進むことが予想され、高齢者の救急や在宅医療を支える体制の検討も必要です。また、府域全体において医師偏在が生じている中で、南河内二次医療圏では人材確保が困難な状況にあります。政策医療分野も含めた、限られた医療資源を有効に活用した持続可能な医療提供体制の構築が必要です。

〇そのため、医療機関機能報告を基に、府独自の分類や診療実態分析により、南河内二次医療圏における医療機関機能を見える化し、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、協議・検討していきます。加えて、不足する病床機能への転換等、病床機能の分化・連携の推進にも取り組んでいきます。（⇒第４項、第５項を参照）

【外来医療】

〇医療資源を有効活用し、地域で必要な外来医療の提供体制を確保することが求められており、かかりつけ医機能を担う医療機関と紹介患者を主に受入れる医療機関との機能分化・連携が必要です。そのため、紹介受診重点医療機関の選定等を通じ、外来医療機能の見える化・連携の推進に取り組みます。

〇また、時間外の外来診療（休日・夜間急病診療所）、在宅医療（訪問診療）、産業医、学校医等の地域外来医療等への協力の促進が必要です。そのため、一般診療所の新規開設者等に対して、地域医療への協力や医療機器の共同利用に関する意向を提出いただくことにより、協力の啓発を行っていきます。

〇さらに、「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。

【在宅医療、介護との連携】

〇南河内二次医療圏においては、2040 年に向けて医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者が増加し、在宅医療需要の増加が見込まれるなか、在宅医療の提供量の増加や、介護保険施設・

療養病床を含めた、地域の提供体制の構築が求められています。

〇そのため、在宅医療に必要な連携を担う拠点（連携の拠点）が中心となり、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）等とも協力しながら、在宅医療提供体制の構築に向けた取組を進めます。具体的には、圏域で行われる会議等で課題を共有し、地域で必要な取組等について協議・検討します。また、介護保険施設等における協力医療機関の連携体制の推進等、医療と介護の連携の促進に取り組みます。

〇南河内二次医療圏では６つの連携の拠点を中心に市町村とも連携しながら、医療・介護の切れ目ない情報共有や、多職種研修の開催、人生会議（ACP）の普及啓発等といった取組を行っており、さらなる取組推進が求められます。

第４項　医療機関機能の確保

地域での協議を踏まえ
今後検討

１．2040 年における医療需要、医師確保の状況

〇南河内二次医療圏においては、2040 年に向けて、急性心筋梗塞やがん等、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需要については減少することが見込まれます。一方で、大腿骨頸部骨折や肺炎等、高齢者に多く発生する疾患の入院医療需要は、2035 年をピークに増加することが見込まれています。

〇全体の医師数は増加しているものの、医師の診療科偏在があり、救急科において、医師数が減少しています。

２．各医療機関機能の確保

〇南河内二次医療圏においては、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、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」を地域での協議を踏まえ決定します。
また、緊急性の高い救急医療や高度な手術等の医療提供については、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「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の確保を図ります。なお、「準急性期拠点機能」を報告する医療機関には府独自の分類基準を設けています。

〇今後増加する、高齢者をはじめとした救急搬送の受入や早期リハビリテーションの提供等については、「地域急性期機能」を担う医療機関と「準急性期拠点機能」を担う医療機関による体制の確保を図ります。

〇また、地域の医療資源に応じて在宅医療を支える「在宅医療等連携機能」や、集中的な回復期リハビリや中長期にわたる入院医療の提供等を担う「専門等機能」について、地域の医療資源に応じて各機能の確保を図ります。

〇なお、「急性期拠点機能」については、2028 年度までに、大阪府南河内保健医療協議会等において当該機能を担う医療機関について議論し、決定します。「準急性期拠点機能」及び「地域急性期機能」については、準急性期拠点機能の基準（⇒第６章 参照）を踏まえて各医療機関が報告します。

３．医療機関の役割分担や連携・再編・集約化に向けた協議

〇今後、医療の担い手確保が課題となる中、地域の医療資源の状況等に応じて、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が必要です。

〇「地域急性期機能」等、その他の機能についても、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。

〇加えて、高齢者をはじめとした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さらなる確保、急性期拠点機能等を担う医療機関への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搬送のための医療機関間の連携強化等に向けた取組も求められます。

〇「病院連絡会」や「大阪府南河内保健医療協議会」等において、2040 年に向けた圏域の将来の医療需要や医師確保等の医療提供体制、主要な疾患領域ごとの医療機関の診療実績等を示し、医療機関機能の確保や病床機能の分化・連携（⇒本章第５項 参照）に向けた取組について協議・検討を行い、医療機関の自主的な取組を促進していきます。

第５項　病床機能の分化・連携

今後、必要量を推計の上、記載

１．病床数の必要量

〇2024 年の医療データを基に国が算出した 2040 年度の病床数の必要量は●●床と見込まれています。病床の機能区分ごとの内訳は下表のとおりです。（精査中）

図表 9-5-27　病床機能ごとの病床数の必要量

今後、必要量を推計の上、記載

２．病床機能の分化・連携に向けた取組

〇南河内二次医療圏においては、●●病床が過剰となり、●●病床が不足しています。（P：今後更新）

〇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、引き続き各医療機関における病床機能の今後の方向性について、地域での協議を通じて、関係者間で共有・検討（病院プラン）し、医療機関の自主的な取組を促進していきます。

〇なお、病床機能に係る協議においては、各医療機関が担う医療機関機能の確保に資するか、医療機関間の役割分担に沿っているかといった観点（⇒第４項 参照）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。