

大阪府における「地域医療構想」の 取組みについて

大阪府健康医療部

2023年3月1日

Contents

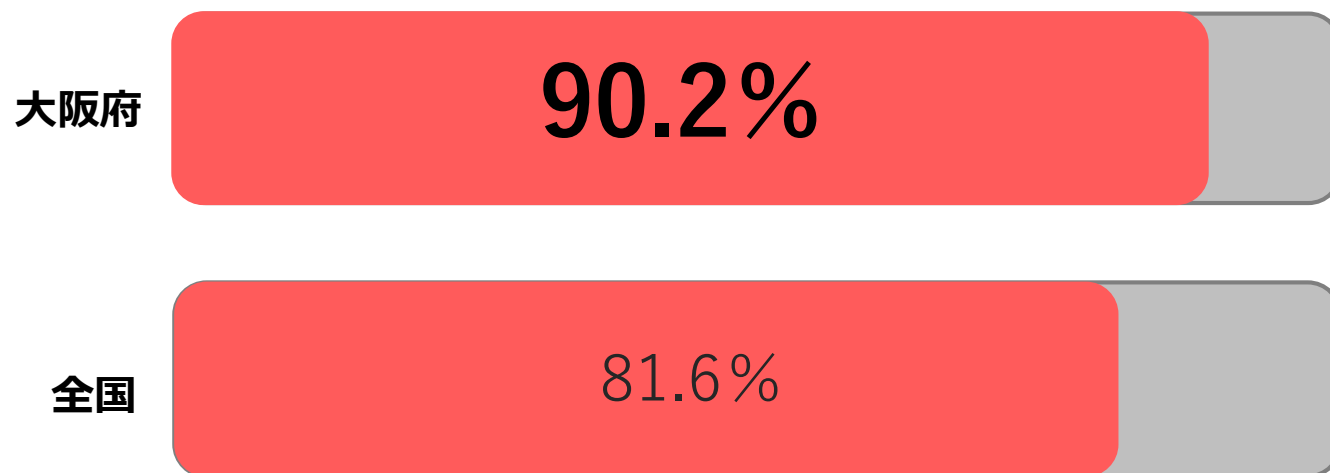
- 1 大阪府の医療体制の特徴
- 2 大阪府における地域医療構想の進め方(大阪アプローチの推進)
- 3 大阪府における地域医療構想の進捗状況
- 4 【令和4年度の新たな取組①】病床機能の報告基準設定
- 5 【令和4年度の新たな取組②】病院機能の見える化
- 6 大阪府における具体的対応方針の合意状況
- 7 【令和4年度の新たな分析】地域医療構想における推計値と入院実績の比較
- 8 【まとめ】地域医療構想推進にあたっての課題

1 大阪府の医療体制の特徴

大阪府は、民間病院の割合が高く、公民で医療を支えており、
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

◆府内の開設者別にみた病院の構成割合は、**民間病院が約9割を占め、全国より約1割高い。**

●開設者別にみた民間病院※の構成割合（令和3年） 出典：医療施設調査



※国、公的医療機関以外が開設者となっている病院

公民一体での取り組みを推進するために、本府では医師会・病院関係団体等と
地域医療構想の進め方等について意見交換を密にするなど信頼関係の構築に努めている。

2 大阪府における地域医療構想の進め方（大阪アプローチの推進 — 全病院参加型の取組）

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

ポイント1 独自の診療実態分析

- ・地域医療構想調整会議等で意見を踏まえたデータ分析を実施

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

STEP 1

ポイント3 全病院参加型会議の実施

- ・「病院連絡会」を圏域毎に開催し、各病院の具体的対応方針を説明いただき、地域医療構想の推進について意見交換。

<病院連絡会 概要>

- ・病床機能分化の状況の共有
- ・各病院の具体的対応方針の共有

STEP 3

地域医療構想調整会議

診療実態分析の結果を踏まえ、すべての関係医療機関と機能分化の方向性を共有

STEP 2

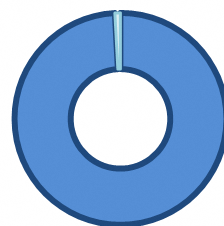
ポイント2 全病院に具体的対応方針(病院プラン)提出を依頼

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

令和4年度病院プラン
【対象病院数466の内訳】
公立病院：22
公的病院：48
民間等病院：396

● 病院プランの提出率

99.8%



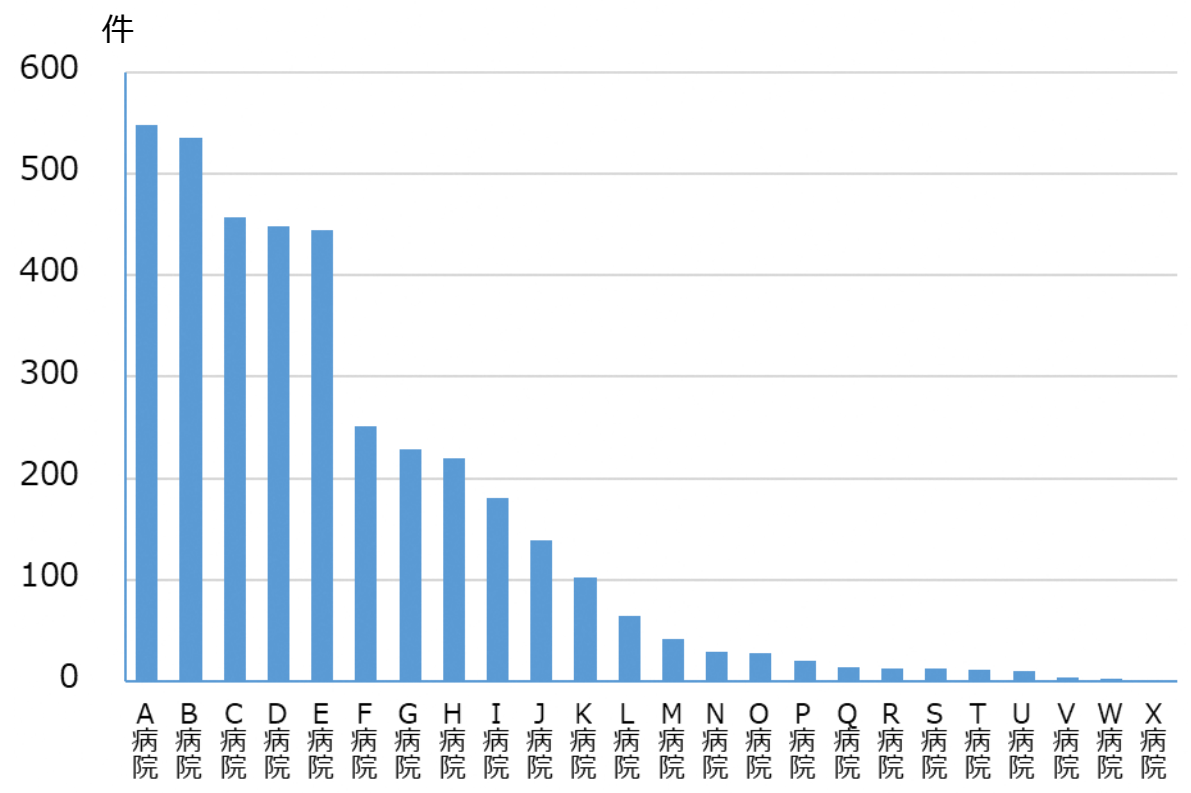
病院プランの主な記載内容

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

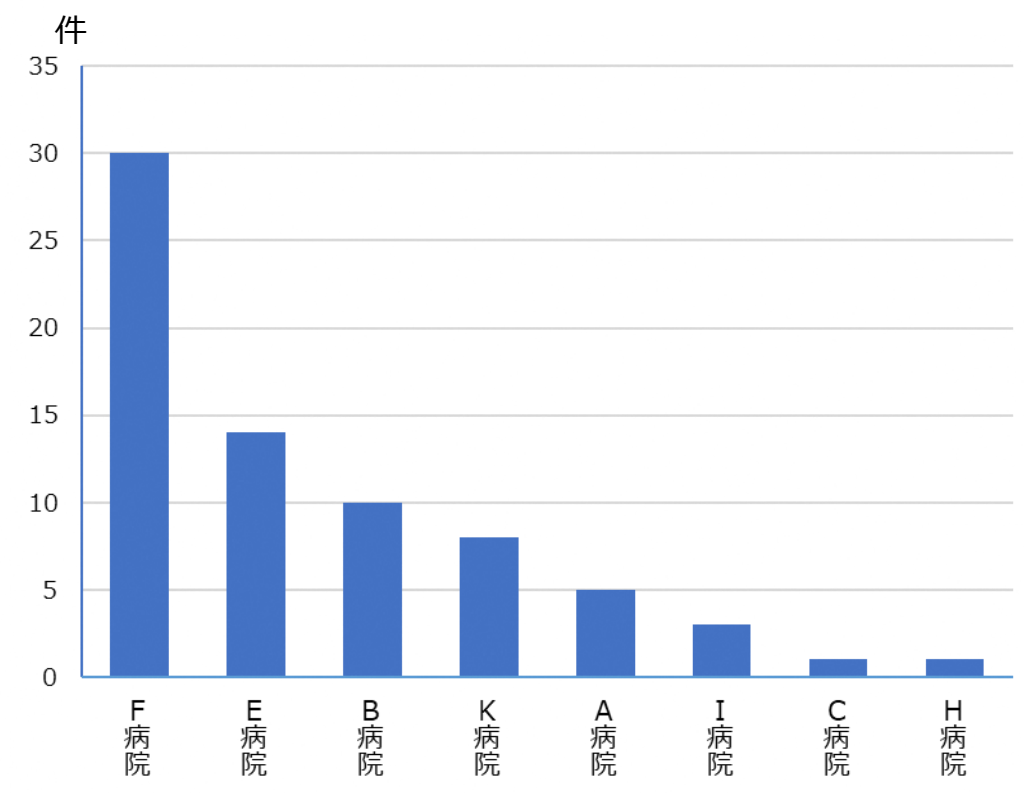
地域医療構想を
踏まえた
「具体的対応方針」
の協議

診療実態の見える化により、二次医療圏内の医療体制の詳細が把握可能に

（〇〇二次医療圏）令和3年8月救急車の受入件数



（〇〇二次医療圏）令和3年8月心筋梗塞等心血管疾患レセプト件計



2 大阪府における地域医療構想の進め方（大阪アプローチの推進 — 定量的分析）

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

● 病床機能報告と病床数の必要量の比較

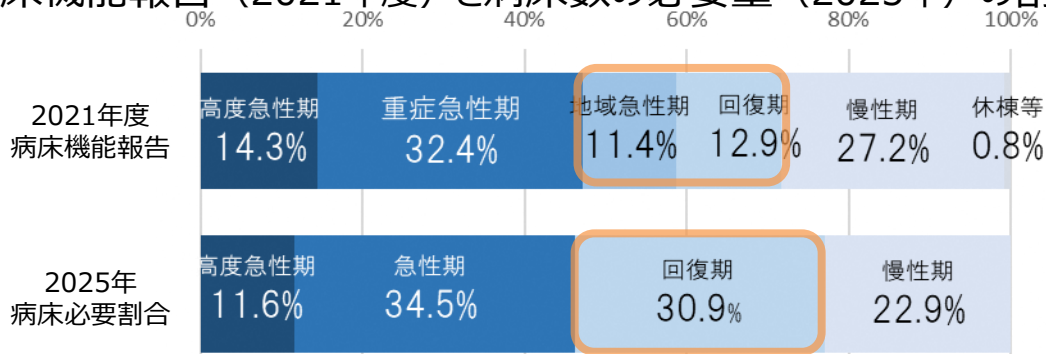
区分	年度	高度急性期	急性期※	急性期			回復期	慢性期	休棟等	未報告等	合計
				重症急性期	急性期(不明)	地域急性期					
病床機能報告	2021	12,534	39,429	28,470	916	10,043	11,298	23,875	722	117	87,975
病床数の必要量	2025	11,789	35,047				31,364	23,274			101,474

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

【参考】
基準病床数
60,890床

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

● 病床機能報告（2021年度）と病床数の必要量（2025年）の割合の比較



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

① 病床機能報告（地域急性期 + 回復期）

2021年度 24.3%

② 病床数の必要量（回復期）

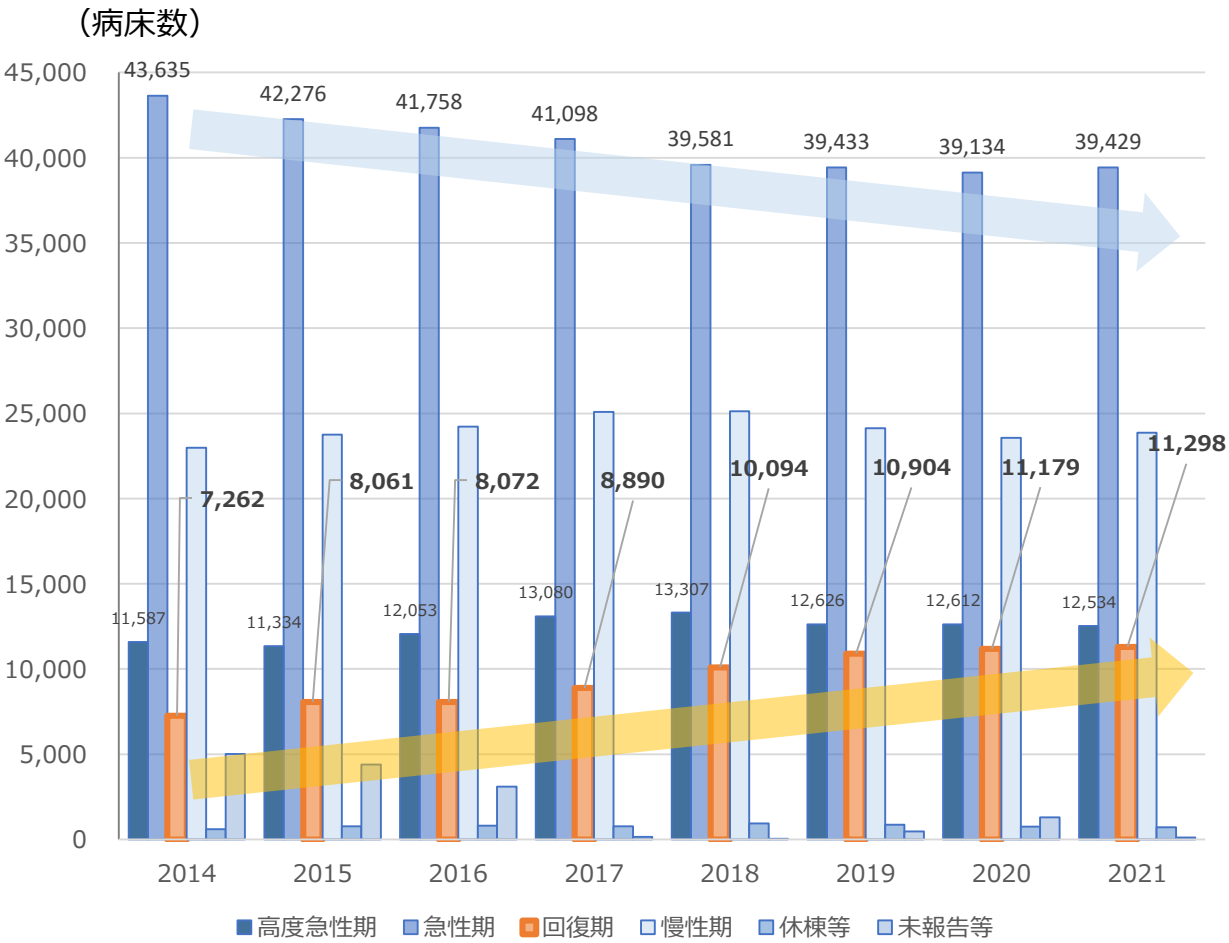
30.9%

割合の差
6.6%(約5,800床)
※2020年度の
約10%から4%改善

3 大阪府における地域医療構想の進捗状況

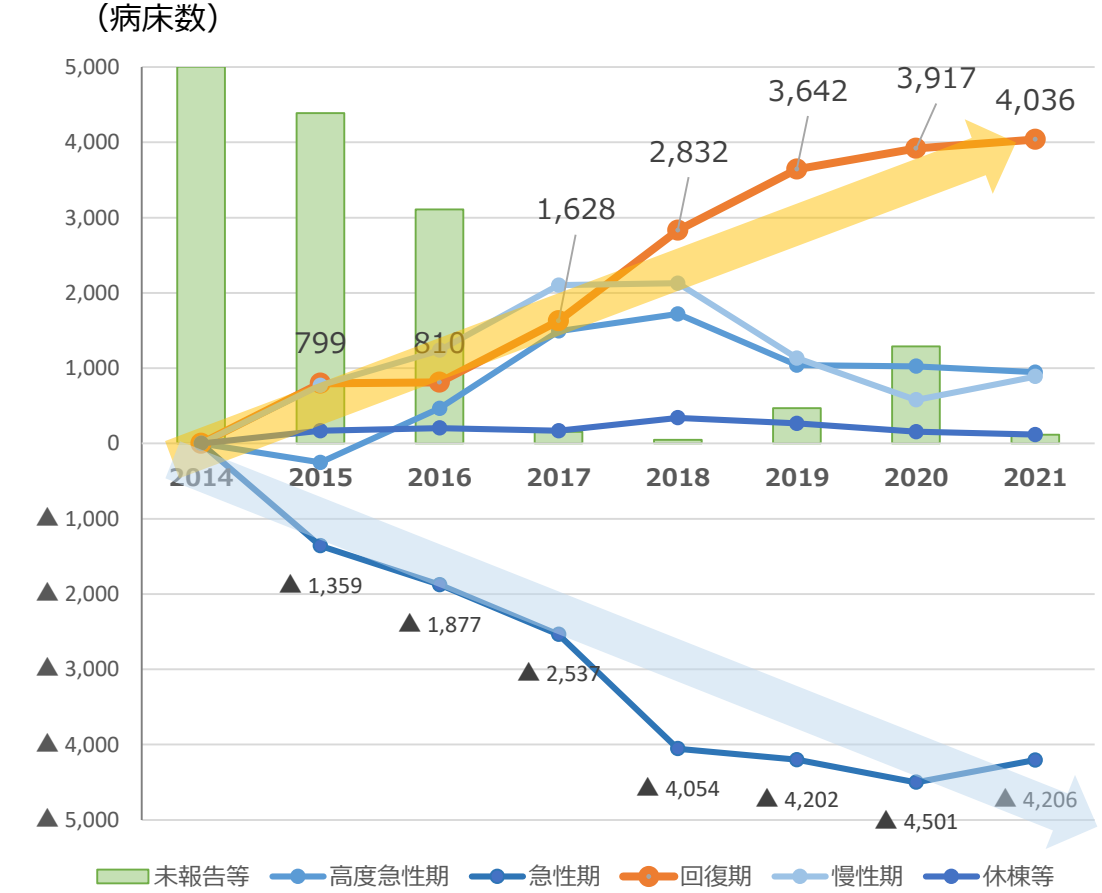
2014年から、急性期報告病床数は、約4,000床減少し、回復期報告病床数は、約4,000床増加する等、病床機能分化が進んでいる

● 病床数の推移



2016年に地域医療構想策定

● 病床数の増減 (2014年度との差)



<出典> 病床機能報告

4【令和4年度の新たな取組①】病床機能の報告基準設定

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

※これまでの「定量的分析」は医療機関の報告後、機械的に分類したもので、医療機関の意思で報告したものではない。

- 各医療機関には、基準を目安に、病床機能を報告するよう依頼（約9割の病院が基準に基づき機能を報告）。

基準設定の基本的考え方

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

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

「人員配置」と「診療実績」の両方の基準を満たす

「人員配置」と「患者像」の両方の基準を満たす

<入院料毎の病床機能の報告基準①>

(1) 報告基準を設定しない入院料（入院料と病床機能が1対1となっている入院料）

	病床機能	報告基準
救命救急入院料 1～4 特定集中治療室管理料 1～4 ハイケアユニット入院医療管理料 1～2 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	高度急性期	—
回復期リハビリテーション病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	回復期	—
療養病棟入院基本料 療養病棟特別入院基本料 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 介護療養病床	慢性期	—

上記入院料の病床機能は、基本的には、病床機能報告マニュアルに基づき設定。緩和ケア病棟入院料（※）については、地域医療介護総合確保基金事業における「病床転換等促進事業」との整合性を図るため、「回復期」として位置づけ。

(2) 「高度急性期」もしくは「急性期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
特定機能病院 7対1 入院基本料 専門病院 7対1 入院基本料 小児入院医療管理料 急性期一般入院料 1～3	高度急性期	「医師数/病床数：0.62以上」 or 「看護師数/病床数：0.69以上」 and 「救急医療管理加算 1 及び 2 /病床数：29以上」 or 「手術総数/病床数：8以上」 or 「呼吸心拍監視/病床数：21以上」 or 「化学療法/病床数：1以上」
	急性期	高度急性期の基準を満たさない病棟

<入院料毎の病床機能の報告基準②>

(3) 「急性期」もしくは「回復期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
特定機能病院10対1入院基本料 専門病院10対1入院基本料 急性期一般入院料4～7	急性期	「看護師数/病床数：0.4以上」 and 「平均在棟日数：21日以内」
	回復期	急性期の基準を満たさない病棟

(4) 「急性期」もしくは「回復期」もしくは「慢性期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
専門病院13対1入院基本料 地域一般入院料1～2 特定一般病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料1～4 地域包括ケア入院医療管理料1～4	急性期	「看護師数/病床数：0.4以上」 and 「平均在棟日数：21日以内」
	回復期	急性期の基準を満たさない病棟のうち、「平均在棟日数」：180日以内
	慢性期	急性期の基準を満たさない病棟のうち、「平均在棟日数」：180日超

(5) 「回復期」もしくは「慢性期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
地域一般入院料3 一般病棟特別入院基本料	回復期	「平均在棟日数」：180日以内
	慢性期	「平均在棟日数」：180日超

5【令和4年度の新たな取組②】病院機能の見える化

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

各病院の役割の基本的なイメージ

病院の主な役割	特定機能病院 (7病院)	急性期病院 (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)
		-	高度急性期と急性期の病床の合計割合が病床(一般・療養)の9割以上	高度急性期または急性期の病床を有するが、当該病床の割合が病床(一般・療養)の9割未満	回復期病床(地域(リハビリ以外))の割合が病床(一般・療養)の9割以上	いずれの区分にも属しない病院	回復期病床(リハビリ)の割合が病床(一般・療養)の9割以上
①高度医療の提供及び研修、高度医療技術開発等							
②重症患者の救急受入機能 (脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療等)							
③地域診療拠点機能(がん、災害、小児、周産期等)							
④サブアキュート機能(大腿骨骨折や肺炎等軽度の急性期患者の受入【救急、在宅医療の後方支援機能】)							
⑤ポストアキュート機能(回復期リハビリ患者の受入)							
⑥長期入院が必要な患者の受入							

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

6 大阪府における具体的対応方針の合意状況

9割を超える病院の方向性について、合意されたが、一部継続協議となっている医療機関がある

● 2022年度の地域医療構想調整会議における具体的対応方針（病院プラン）の合意状況

結果	公立	公的	民間等	合計
合意	21	48	393	462
(内) ①過剰病床への転換を含む計画（2021年度までに合意済みの計画除く）	8	12	30	50
(内) ②過剰病床への転換を含む計画（2021年度までに合意済みの計画）	2	4	11	17
(内) ③不足する機能への転換等の計画（①②以外の病床機能の増減のある計画）	1	7	47	55
(内) ④病床機能の増減を含まない計画（現状の病床機能維持）	10	25	305	340
継続協議	1	0	2	3
合計（未提出の1医療機関除く）	22	48	395	465

● 過剰病床への転換計画の内訳（2021年度までに合意済みの計画除く）

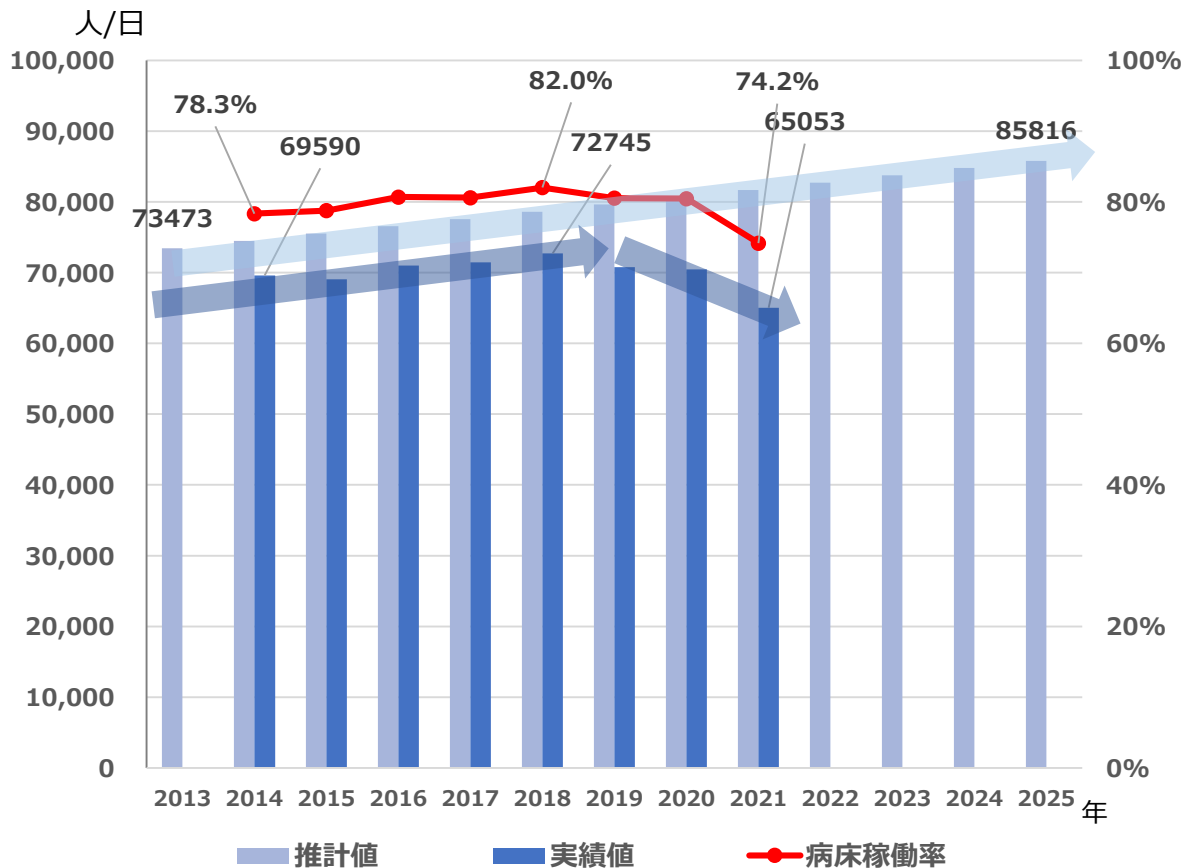
	合計	主にコロナ影響による一時的な転換を元の機能に戻す転換	主にコロナによる影響と関係なく計画している転換	入院料の変更のない転換	入院料の変更のある転換				
						10床未満	10～49床	50～99床	100床以上
再編統合を伴う転換 ＜単位：医療機関数＞ ※（）内は再編統合事例数＞	12 (5)	0 (0)	12 (5)	2 (1)	10 (4)	0 (0)	6 (2)	2 (1)	2 (1)
単独医療機関による転換 ＜単位：医療機関数＞	41	23	18	9	9	5	3	1	0

7 【令和4年度の新たな分析】地域医療構想における推計値と入院実績の比較①

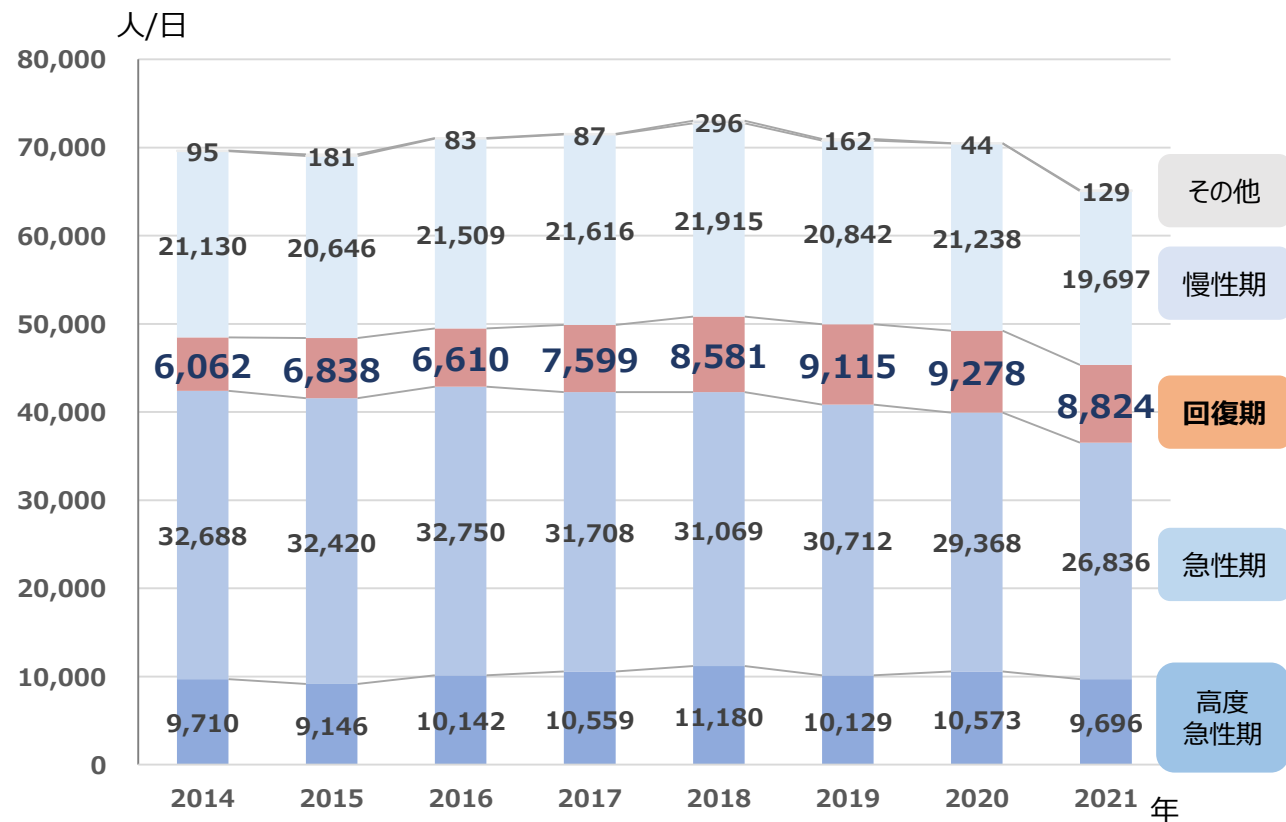
入院実績は、推計値を下回り推移している。

コロナ禍前は増加傾向で推移していたが、コロナ禍以後は減少傾向に転じている

●入院患者数推移（1日当たりの在院患者数）



●4機能別入院患者数推移（1日当たりの在院患者数）



<出典>

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

<2021年/2014年比> 合計 0.93倍
 高度急性期 1.00倍 急性期 0.82倍
 回復期 1.46倍 慢性期 0.93倍

7 【令和4年度の新たな分析】地域医療構想における推計値と入院実績の比較②

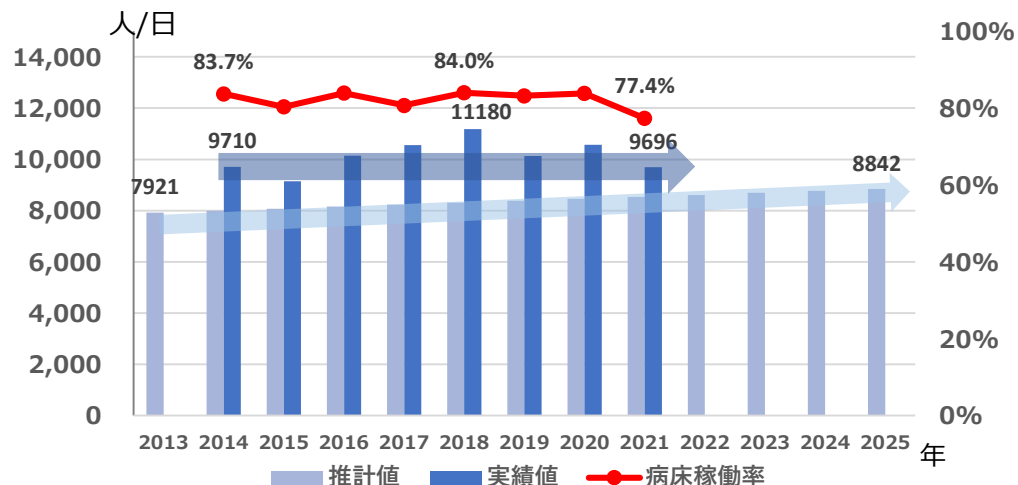
＜高度急性期＞ 推計値を上回り推移している。コロナ禍前は増加傾向で推移していたが、コロナ禍以後は減少傾向に転じている。

＜急性期＞ コロナ禍前は、推計値と同程度で推移していたが、コロナ禍以後に大幅に減少している。

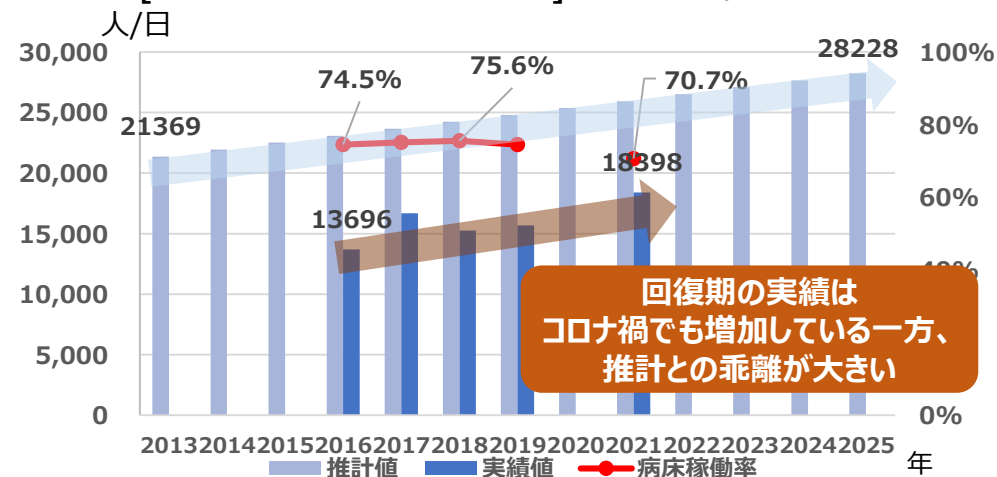
＜回復期＞ 推計値を下回り推移している。コロナ禍前・コロナ禍以後、いずれも増加傾向で推移している。

＜慢性期＞ 推計値を下回り減少傾向で推移している。

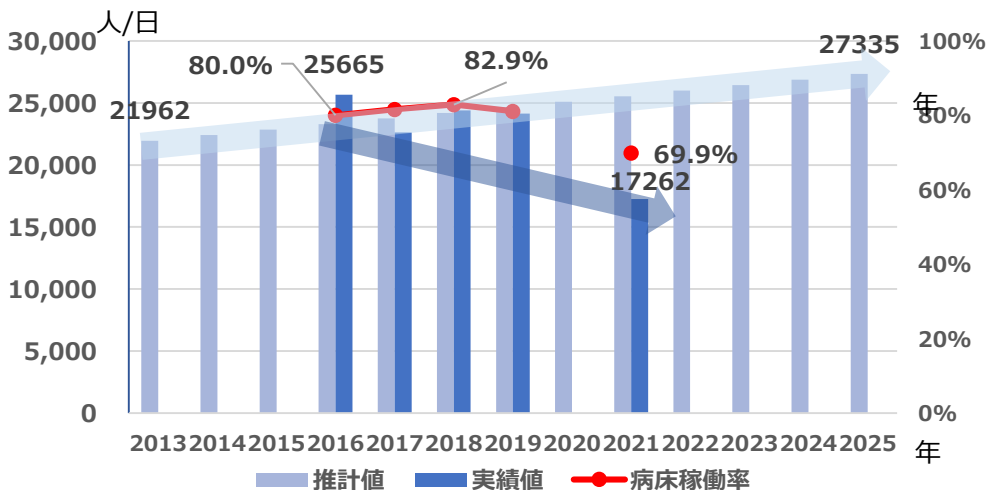
●高度急性期（1日当たりの在院患者数）



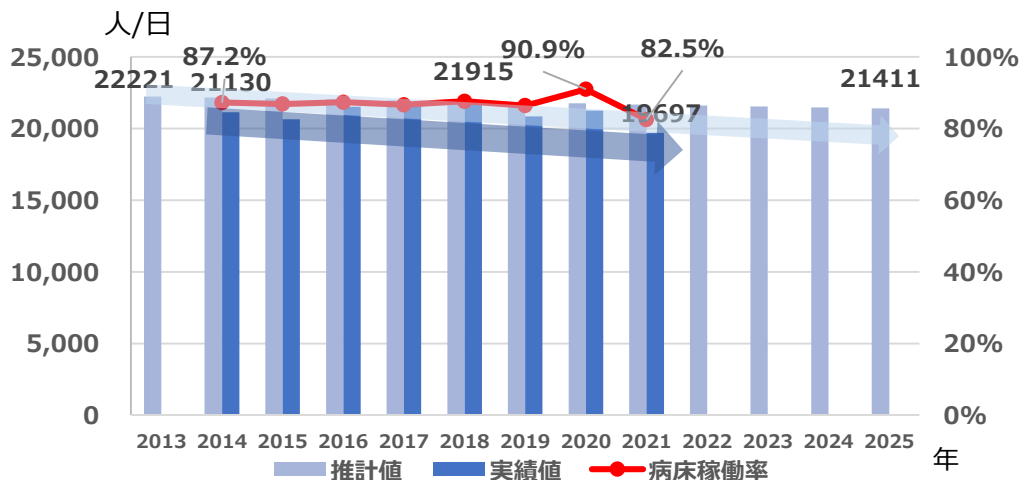
●回復期[実績には地域急性期を含めて比較]（1日当たりの在院患者数）



●急性期[実績は重症急性期と比較]（1日当たりの在院患者数）



●慢性期（1日当たりの在院患者数）



＜出典＞ 推計値：
2016年地域医療構
想策定による推計
値、実績値・病床稼
働率：病床機能報
告

8 【まとめ】地域医療構想推進にあたっての課題

	＜課題＞
病床数の必要量	<p>【「2025年の病床数の必要量」の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床数の必要量は2013年の実績を元に推計されたものであり、新型コロナへの対応等、医療を取り巻く状況も大きく変わる中、実態との乖離が生じるなど、地域医療構想調整会議における協議の根幹をなすメルクマールとしての信頼度が低下している。 <p>※府の地域医療構想調整会議では、必要量について考え方の整理も必要との意見が出ている。</p> <p>＜主な意見＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症の対応を見据えた病床数とする。 ・（高度）急性期病床は「救急対応病床」と「予定入院対応病床」を区別することが必要。
病床機能報告	<p>【病床機能の名称と報告基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「回復期」という名称が今後増やすべき機能（ポストアキュート・サブアキュート）を表しきれていない。 （名称変更（例）：「亜急性期・回復期」、「地域包括ケア・回復期」等） ・国による報告基準が定められていないため、病床機能についての共通認識を持ちにくい。 <p>例：病床機能報告は病棟で多数を占める患者の状態を踏まえ報告することとなっているが、病棟の平均在院日数が21日を大幅に超えるような場合であっても、急性期治療を少しでも行っていれば「急性期」として報告されるケースがある。</p>
診療報酬	<p>【回復期リハ・地域包括ケア病棟等の施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「回復期リハビリテーション病棟入院料」・「地域包括ケア病棟入院料」等への転換を検討しているが、施設基準が厳しくなり転換が難しいとの意見が多いことから、回復期機能への転換が進むよう基準要件の緩和が必要。
知事権限 （医療法30条の15）	<p>【過剰な医療機能への転換の中止等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適用対象は、既存の医療機関（病床機能報告対象）であり、再編統合等による新規開設病院は同条の適用となっておらず、行政指導に留まっている。