

第6章 地域における医療機能の分担と連携

第1節 地域における保健医療の連携

急速な少子化・高齢化の進展や医療技術の進歩、住民意識の変化など、近年、医療を取り巻く環境は大きく変わっており、また、食生活や運動習慣等の住民のライフスタイルの変化等による、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病等のいわゆる生活習慣病の増加等の疾病構造の変化等の状況に対応するため、疾病の発生予防から早期の発見や治療等が重要であり、これらの機能を担っている保健施設の果たす役割はますます重要になっています。

(1) 保健所

地域における公衆衛生の向上と健康増進を推進するため、5保健所を設置しています。また、中核市である奈良市には奈良市保健所が設置されています。

(2) 市町村保健センター

県内の35市町村に42施設の市町村保健センター等が設置されています。市町村保健センターは、地域保健法により、市町村が設置する「健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保険に関して必要な事業を行う施設」と位置づけられる施設です。

区 分	設置市町村数	施設数
市町村保健センター	33	34
類似施設	7	8
計	35	42

(設置市町村数の合計は、重複設置を含む)

(3) かかりつけ医

県民が、日頃から身近な場所で健康管理を行う上で重要な役割を担っているのが、かかりつけ医・かかりつけ歯科医です。

今後、さらなる高齢化の進展等が見込まれることから、かかりつけ医・かかりつけ歯科医の活用が必要です。このため、特に糖尿病などの生活習慣病における疾病ごとの医療連携を図る上で、地域医療連携パスの導入・活用などの検討を進めていく必要があります。

第2節 居宅における医療の推進

1 現状

居宅等における医療（＝在宅医療）は、治療や療養を必要とする患者が、通院困難な状態であっても居宅等の生活の場で必要な医療を受けられるように、医師等が居宅等を訪問して看取りまで含めた医療を提供するものです。

本県における自宅での死亡割合は減少傾向にあり、病院での死亡割合が増加傾向にあります。

奈良県における死亡場所別の死亡者の割合 (%)

	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人 ホーム	自宅	その他
平成20年	76.9	0.5	0.6	3.7	15.8	2.7
平成10年	73.6	0.9	0.1	2.0	20.0	3.4

(厚生労働省「平成20年人口動態統計」より)

しかしながら、高齢化社会の進展や疾病構造が慢性疾患中心に変化していくことにより、長期にわたる療養や介護を必要とする高齢者の増加が見込まれています。

そのため、終末期も含め、在宅で介護や医療のサービスを受けることを希望する高齢者も多いことから、今後、在宅患者を支援する体制づくりが求められています。

患者や家族が在宅での療養を望み、選択できるためには、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及・定着と病状急変時に速やかに対応できる医療支援体制が必要です。

2 課題

- (1) 日常の看護や介護サービスを提供する訪問看護ステーションや介護等の生活支援を行う居宅サービス事業者等において、医療と福祉の連携による在宅医療支援体制が求められています。
- (2) がんの末期患者や難病患者に対して、ケースワーカー・ソーシャルワーカー・保健師・心理療法士等による地域のネットワークに対する支援の充実が求められています。
- (3) 在宅療養者や介護者は、主疾患ばかりでなく様々な合併症を持っているため、感染防止には特に注意が必要です。その中でも、嚥下障害による誤嚥・誤飲は、誤嚥性肺炎を誘発するため、日頃から「口腔ケア」が求められています。

3 目指すべき方向

- (1) かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師を中心とした在宅医療提供体制を支援するため、地域包括支援センター等による支援体制づくりを図ります。
- (2) 在宅療養を支援するための訪問指導、寝たきり予防のための機能訓練などの充実を図るとともに実務研修を実施します。
- (3) 県民が安心して在宅療養生活を送ることができるよう、在宅療養支援診療所^{*1}や訪問看護ステーション、在宅介護サービス事業者などにより、24時間診療・看護を確保したり、在宅ターミナルケアを進めるなど、在宅医療の連携体制整備を進めます。

*1 在宅療養支援診療所…地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、必要に応じて他の医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制がある診療所。(平成19年11月1日現在 89医療機関)

第3節 医薬分業

1 現状

本県における薬局数は増加傾向にあり、平成20年10月末現在495施設となっています。これに伴い、在宅患者の薬剤管理を行う届出薬局数も漸次増加しています。また、医薬分業率も漸次増加しており、西和医療圏においてはほぼ全国平均に近づいていますが、県全体では42.6%（全国39位）となっています。

薬局数の推移

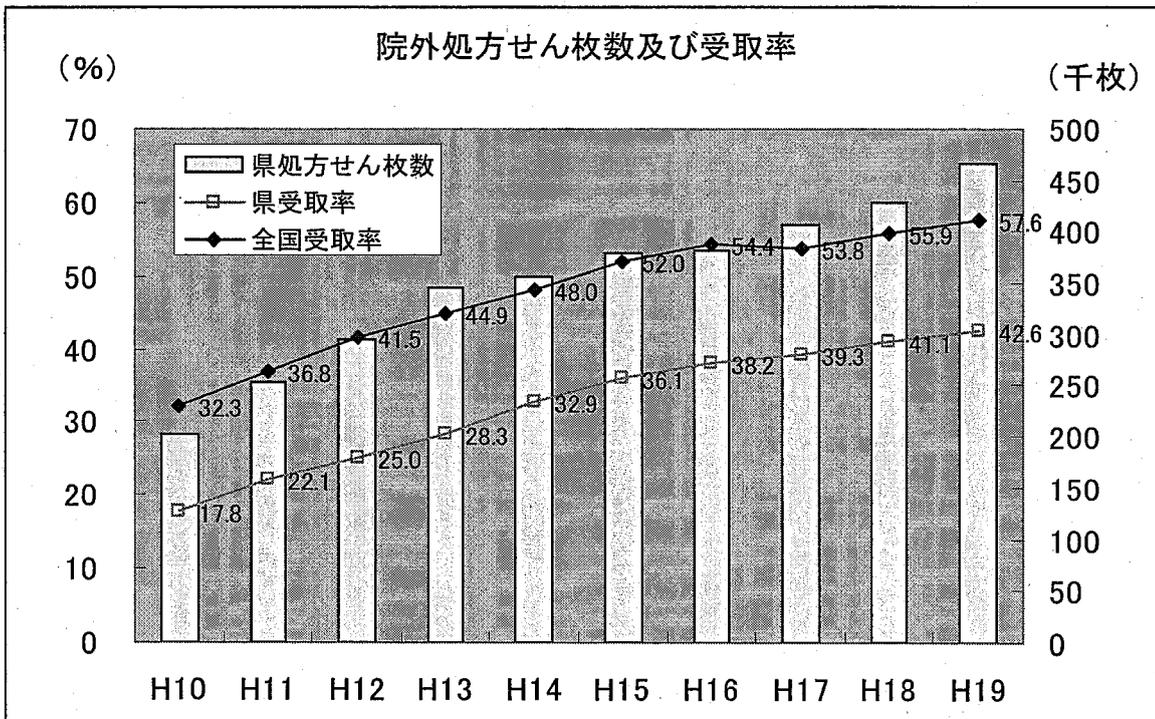
(各年10月末現在)

種 別	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
薬 局 数	412	429	451	461	467	478	482	490	489	495
保険薬局数	377	402	423	421	429	438	447	457	456	463
訪問薬剤管理指導 届出薬局数	233	260	282	339	345	346	349	370	378	389

(県薬務課調査)

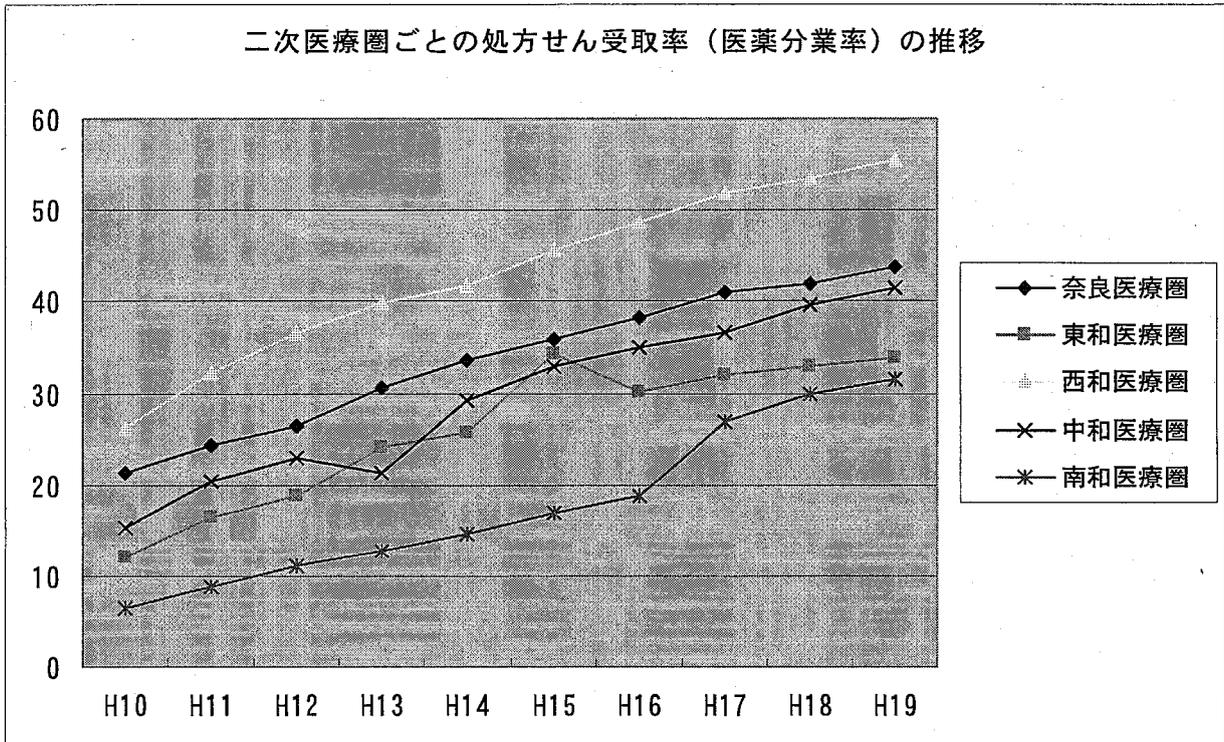
医薬分業の状況

(各年10月末現在)



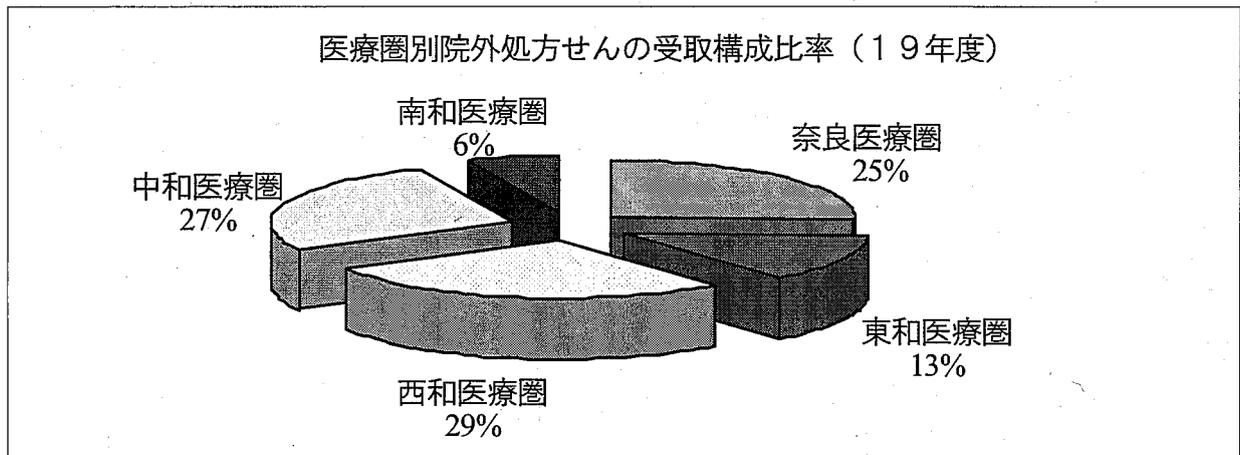
(「基金統計月報及び国保連合会審査支払業務統計」より)

二次医療圏ごとの処方せん受取率（医薬分業率）の推移



(「基金統計月報及び国保連合会審査支払業務統計」より)

医療圏別院外処方せんの受取構成比率（19年度）



(「基金統計月報及び国保連合会審査支払業務統計」より)

2 課題

休日夜間における医薬品等の供給体制の整備など、住民のライフスタイルの変化等による多様なニーズに応えられる体制の整備が必要です。

また、平成18年度の医療法の改正により、薬局が医療提供施設として位置づけられ、今後、更に医療機関等との連携の下、地域医療への貢献が望まれています。

3 目指すべき方向

患者本位の良質な医薬分業の推進のためには信頼される「かかりつけ薬局」（面分業）の育成が必要であり、奈良県薬剤師会と協力し、国が定めた「薬局業務運営ガイドライン」をふまえ、面分業の普及・定着を支援し、質の高い薬局・薬局薬剤師の活動を実践・拡大させます。このため、県全体の医薬分業率を今後5年で50%以上に引き上げるとともに、お薬手帳等による服薬指導を充実させることにより、複数の病院を受診した場合の重複投薬、薬の相互作用による副作用の発生の防止等、患者にとって医薬品を有効かつ安全に服用できる面分業を推進します。

また、医療機関と連携して休日夜間における医薬品の需要に対応できる体制を整備するとともに、在宅医療を推進するため、クリーンルーム若しくはクリーンベンチを備えた無菌調剤が行える基幹薬局の設置を推進します。

第4節 地域医療支援病院

1 現状と課題

地域医療支援病院とは、かかりつけ医等からの紹介患者への医療の提供、地域の医療機関との医療機器の共同利用、地域の医療従事者への研修の実施等を通じて、地域医療を担っているかかりつけ医等を支援することができる病院として、都道府県知事が承認する病院のことです。

地域医療支援病院として承認を受けるためには次のような要件があり、本県においては、現在、これらの要件を満たす地域医療支援病院がありません。

地域医療支援病院の承認が進まない理由としては、構造設備等が要件を満たしている地域の中心的な病院には、初診の患者を含む多くの患者が集中する傾向にあり、「紹介患者中心の医療を提供していること」という要件を満たすことが難しいこと等があげられます。

地域医療支援病院の承認要件

開設主体：原則として国、都道府県、市町村、特別医療法人、公的医療機関、医療法人等

1、紹介患者中心の医療を提供していること。

①紹介率*1 80%を上回っていること（紹介率が60%以上であって、承認後2年間で80%を達成することが見込まれる場合を含む。）

②紹介率が60%を超え、かつ逆紹介率*2が30%を超えること

③紹介率が40%を超え、かつ逆紹介率が60%を超えること

2、救急医療を提供する能力を有すること。

3、建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。

4、地域医療従事者に対する教育を行っていること。

5、原則として200床以上の病床及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。

*1 紹介率…（紹介患者の数+救急患者の数）/初診患者の数×100

※初診患者の総数-休日又は夜間に受診した救急患者の数（緊急的に入院し治療を必要とした救急患者の数を除く）

*2 逆紹介…逆紹介患者（診療情報提供料を算定した患者）の数/初診患者の数×100

○かかりつけ医等からの紹介等病診連携体制

平成19年5月に実施した「奈良県かかりつけ医に関する調査」によると、かかりつけ医を決めている人は76%です。また、56.8%の人がかかりつけ医の医療機関を「診療所」としています。

かかりつけ医を決めている人では、他の医療機関へ行くとき、そのかかりつけ医の紹介で行く人は、36.9%で、特に高齢者は比率が高い状態です。

2 目指すべき方向

○かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及啓発等を推進するため、医師会等関係団体の協力のもと、引き続き、次のような施策を支援します。

①かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師定着促進の体制の構築

②地域において紹介状様式の統一化など病診連携促進の環境整備

③かかりつけ医・かかりつけ歯科医を対象に、医療の高度化や医療機器の進歩に対応した研修の実施

○地域の病院の医療機能を把握し、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師へ情報を提供できるよう努めます。

○かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の役割や地域の診療所情報など広報・普及を推進します。

第5節 公立病院の連携・役割分担について

1 公立病院の設置状況

本県における公立病院は、平成21年4月1日現在で12施設（公立大学法人1施設を含む。）あり、総病院数（77施設）の15.6%（全国平均は11.3%【平成20年度医療施設動態調査（厚生労働省／平成21年3月末現在）】。公立大学法人は除く。）を占めています。

設置主体別では、県立が5施設（公立大学法人1施設を含む。）、市立が4施設、町立が2施設、一部事務組合立が1施設となっています。

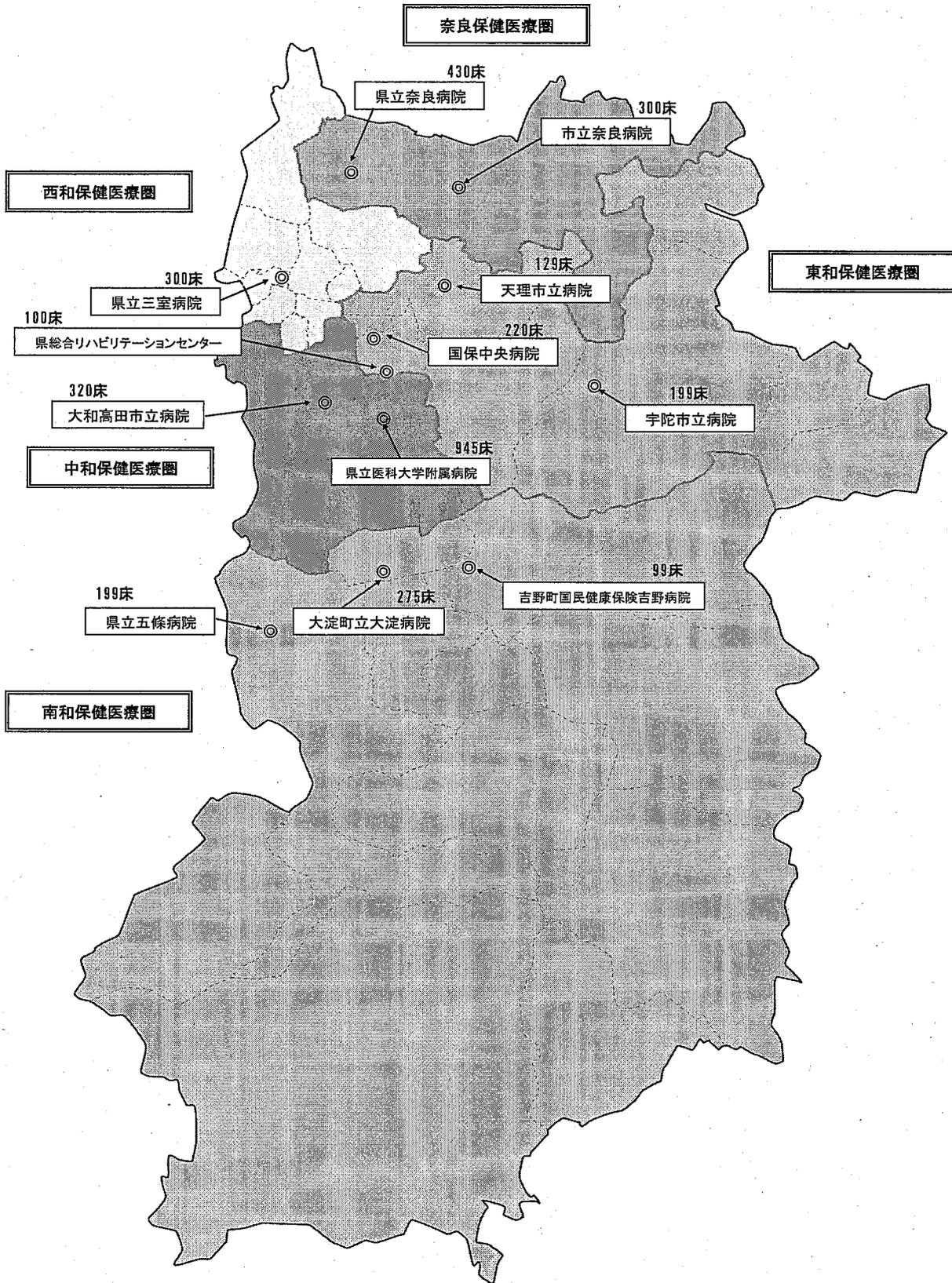
また、公立病院の病床数は、12施設合わせて3,516床あり、全病院の総病床数（16,551床）の21.2%（全国平均は14.3%【平成20年度医療施設動態調査（厚生労働省／平成21年3月末現在）】。公立大学法人は除く。）を占めています。病床区分別で見ると、一般病床における公立病院の占める割合は32.8%であり、地域における医療の確保に大きな役割を果たしているといえます。一方で、療養病床においては民間病院の果たす役割が大きいといえます。

表1 県内公立病院一覧

平成21年4月1日現在

医療圏	No	施設名	開設者	所在地	診療科目	許可病床数					
						一般	療養	精神	結核	感染症	総数
奈良	1	市立奈良病院	奈良市	〒630-8305 奈良市東統寺町1-50-1	内、小、外、整、脳、皮、泌、 耳、眼、循、麻、放、呼、消、 産婦、神内、心臓	300					300
	2	県立奈良病院	奈良県	〒631-0846 奈良市平松1丁目30-1	内、神内、小、外、整、脳、皮、 泌、産婦、眼、耳、放、麻、呼、 心臓、消内、消内、循内、呼外	430					430
東和	3	天理市立病院	天理市	〒632-0072 天理市富堂町300-11	内、小、外、整、 人工透析内科、産婦、放、耳、 眼、麻	129					129
	4	国保中央病院	国保中央 病院組合	〒636-0302 磯城郡田原本町宮古404-1	内、外、整、放、小、皮、泌、 麻	220					220
	5	宇陀市立病院	宇陀市	〒633-0253 宇陀市榛原区萩原815	内、外、整、産婦、放、眼、 耳、泌、小、神内、消、 心臓、麻、循、消	199					199
	6	県総合リハビリ テーション センター	奈良県	〒636-0393 磯城郡田原本町多722	内、精、小、整、泌、眼、耳、 神内、放、心臓	100					100
西和	7	県立三室病院	奈良県	〒636-0802 生駒郡三郷町三室1丁目 14-16	内、外、整、小、脳、産婦、 眼、耳、皮、泌、放、麻、 心臓、消	300					300
中和	8	県立医科大学 附属病院	公立大学法 人奈良県立 医科大学	〒634-8522 橿原市四条町840	内、循、神内、外、脳、呼外、 整形、歯科、産婦、眼、小、 精、皮、泌、耳、放、麻、呼、 消、小外、形外、心臓	833		110		2	945
	9	大和高田市立病院	大和高田市	〒635-0094 大和高田市磯野北町1番1号	内、小、外、整、産婦、 放、脳、麻、眼、心臓、 耳、皮	295	25				320
南和	10	県立五條病院	奈良県	〒637-0034 五條市野原西5丁目2-59	内、外、整、眼、耳、小、脳、 放、皮、麻、産婦、泌、神内	199					199
	11	吉野町国民健康 保険吉野病院	吉野町	〒639-3114 吉野郡吉野町丹治130-1	内、外、整、婦、耳、放、小、 皮	99					99
	12	大淀町立 大淀病院	大淀町	〒638-8521 吉野郡大淀町下瀬353-1	内、外、整、産婦、眼、耳、 脳、放、小、皮、麻	275					275
病 床 数						3,379	25	110	0	2	3,516
病 院 数						12	1	1	0	1	12

図1 県内公立病院配置図



2 公立病院の連携・役割分担について

公立病院改革については、個々の病院だけでは十分な医療提供体制を整えることが困難な救急疾患で、急がないと予後*1や命に関わる疾患である、脳卒中、急性冠症候群・心筋梗塞*2、重症外傷*3、急性腹症*4、周産期疾患*5（以下「重要疾患」という。）について、治療が必要な患者数や治療の内容、病院での医療提供体制を数値化し、目で見えてわかるような、公立病院が果たす連携・役割分担モデルを設定することとしています。

この実現のために、各公立病院設置者とその果たす役割について十分協議した上で、今後、県と各公立病院設置者との間で連携・役割分担について、協定を締結していくこととしています。

これにより、各公立病院の役割分担を明確にし、公立病院間の連携及び公立病院と民間病院との連携といった、いわゆる病病連携を推し進めることになり、その結果、県内の各公立病院において、医師をはじめとする医療資源の適切な配置ができるものと考えます。

また、各公立病院設置者が、各病院の公立病院改革プラン*6を実施していくにあたって、この連携・ネットワークの考え方を取り入れることにより、県内で「切れ目のない」医療体制が実現するものと考えます。

これに加えて、特に県立病院及び県立医科大学附属病院については、果たしている医療の実施状況を測定し、県民はじめ医療に関わるすべての関係者に示すことのできる仕組みを提示し、それを今後実行することとしています。

また、公立病院が安定した医療提供体制を維持するためには、医師の確保が重要となるため、県立医科大学を設置する本県の特徴を最大限に生かし、同大学の医師養成機能、研究機能と連携し、公立病院設置者も参加した新たな医師確保のしくみを構築していくこととしています。このしくみにおいては、県、県立医科大学、病院設置者で協定を締結することにより、それぞれの役割を明確にするとともに、新たな医師配置の要請がある場合の協議の場の設置することとしています。

この実現に向けては、それぞれの医療機関は、県民の負担をできるだけ少なくするよう

*1 予後…治療を行った後に、病状がどのような経過をたどるかを予測する医学的な見通しのことであり、ここでは主に治療の効果をいいます。

*2 急性冠症候群・心筋梗塞…狭くなった冠動脈内に血液の固まり（血栓）が生じることによって、血液の流れが非常に悪くなったり詰まってしまうために起こる胸痛の症状のことです。

*3 重要外傷…外傷の重症度を定量化する指標（AIS）において、スコアが一定程度以上のものをいいます。ここではAISが3以上のものを重症外傷とします。

*4 急性腹症…腹部の激痛を主な特徴とする急性疾患の総称です。

*5 周産期疾患…周産期とは妊娠22週から生後満7日までの期間をいい、周産期疾患とはこの時期に起こる早産や分娩時の新生児仮死などをはじめとする周産期特有の母体や胎児（新生児）の救急に関する疾患をいいます。

*6 公立病院改革プラン…平成19年12月に総務省が示した公立病院改革に取り組む技術的助言としての「公立病院改革ガイドライン」により各病院を設置している自治体に対して策定を求めたものです。

緩やかに変化していく必要があります。このため、県はじめ、それぞれの設置者、医療関係者が、重要疾患について切れ目のない適切な医療提供体制の構築に向けて、今後、関係者がそれぞれの役割を担い、目的を達成するため検討を重ねていく必要があります。

3 重要疾患ごとの役割分担と各公立病院の果たす役割

(1) 重要疾患ごとの今後の役割分担と需要カバー割合

各疾患別に、1日あたりの推計患者数をもとに、役割分担の前提となる疾患、重症度、病期（フェーズ）*7 ごとの担う治療内容と予測患者数を定義し、その役割を果たすためのユニットを定義しました。

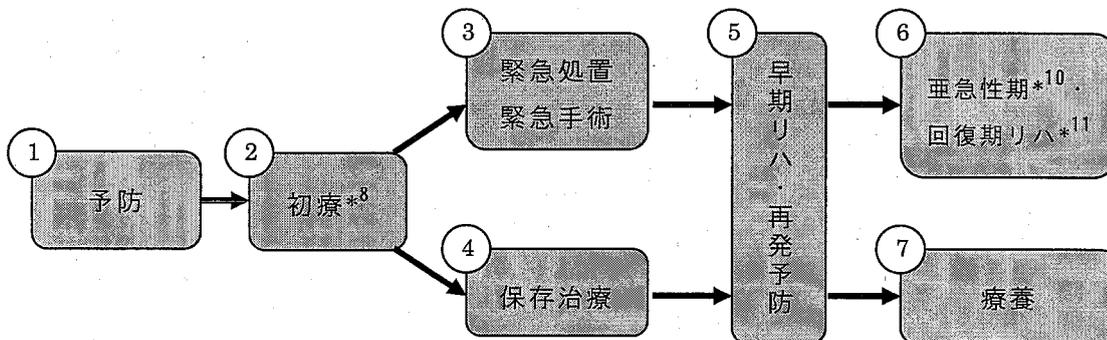
ユニットとは、「本来提供される医療」を「必要とする全ての患者に対して」「医療者や医療システムが疲弊することなく」提供するために必要なスタッフの集合体です。

次に、各公立病院の役割を示し、その役割に基づく需要カバー割合を地図上に表します。

なお、地図上には、公的病院及び重要疾患の受入を担っている、一般病床を多く有する民間病院等を記載していますが、県内すべての患者受入を表示するものではありません。

①脳卒中（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）

(ア) 定義



*7 病期（フェーズ）…ここでは、病気発生から回復するまでの治療の各段階をいいます。具体的には「急性期」「亜急性期」「回復期」「慢性期・維持期」などの段階があります。

*8 初療…（救急患者に対する）最初の診療をいいます。

*9 保存治療…外科的手術などによって病巣に直接手を加えることなく、安静や薬物などにより治療を行う方法をいいます。

*10 亜急性期…急性期後の引き続き入院医療を要する状態をいいます。

*11 回復期リハビリテーション…脳卒中などで手足や認知機能に障害を負った患者の日常動作の向上を図る治療をいいます。発症直後の「急性期」を脱し、症状が安定した「回復期」は体を動かす理学療法や、生活に必要な動作を習得する作業療法、失語症などを改善する言語聴覚療法などが中心となります。

フェーズ	担当施設	対象者	予測患者数	出典	
① 予防	一般医療機関	リスクを持つ患者全員	40歳以上全員		
② 初療	脳卒中ユニット* を有する医療機関	脳卒中が強く疑われる患者	平均11人/日 (最大20人/日)	年齢別人口×罹患率* *12により算出	
③ 緊急処置・緊急手術	脳卒中ユニット を有する医療機関	緊急手術、rt-PA*13による治療などユニット でのケアが必要な患者	2人～10人程度 (②の20～50%)	割合は、「脳卒中データ バンク2009」による	
④ 保存治療	二次医療機関	二次医療機関でも十分に対応できる患者	2人～15人程度 (②の20～80%)		
⑤ 早期リハ・再発予防	脳卒中ユニット を有する医療機関 または二次医療機関	入院後4日以内が望ましい	③④で入院中の 患者全員		
⑥ 亜急性期・回復期リハ	回復期リハ施設等	急性期・合併症の時期が終わり、mRS*14 が 2～4程度で意欲のある患者	120人/月程度 (⑤の30%程度)		
⑦ 療養	療養病棟等	急性期・合併症の時期が終わり、mRSが 4以上で介護・医療が必要な患者	80人/月程度 (⑤の20%程度)		
備考	* 脳卒中ユニットで初期診療を行った結果、ユニットの状況と患者の状態を評価した上で、二次医療機関で対応 すべきと判断された場合には搬送を行う。				

*罹患率… 秋田県脳卒中医の会事業報告による

出典：「脳卒中データバンク2009」(中山書店) 2009/03発行

(参考)「リハビリテーション患者DB(データベース)」<http://rehabdb.umin.jp/result.html>

(参考)近藤克則:医療改革とリハビリテーション医学のエビデンス:リハビリテーション医学:651-657,2006

- *12 罹患率…疾病発生率。一定期間に発生する患者数が全人口に占める割合をいいます。
- *13 rt-PA…<薬剤名>アルテプラゼ(遺伝子組み換え)注射剤の略称で、注射や点滴で血管内に注入し、血液の固まり(血栓)を溶かす薬剤です。血管が詰まった原因の血栓を溶かしてすぐに血液の流れを再開できるため、迅速に投与できれば後遺症なく回復する可能性が高くなります。心臓発作や脳卒中、肺血栓の治療に用いられています。
- *14 mRS…脳卒中後遺症の重症度を表す指標(Modified Rankin Scale)をいいます。
1が、生活レベルに支障のない身体症状あり、
2が、軽度ハンディキャップあり(生活レベルに幾分支障があるが自分の身の回りのことは不自由ない軽度)
3が、中等度ハンディキャップあり(生活レベルにかなり支障があり、生活の自立は困難)
4が、重症ハンディキャップあり(生活の自立は確実に困難だが常に見守りは要さないレベル)
5が、最重症ハンディキャップあり(日常常に見守りを要する介護状態)を示しています。

(脳卒中ユニットの定義)

○ユニットの構成 8～12人

(うち脳卒中に対する十分な知識と経験を持ち、脳卒中治療の経験が10年以上の医師が2人程度)

○ユニットの要件

・ユニットは、患者搬送後1時間以内に手術もrt-PA治療も行うことができる。

(厚生労働省 救命救急センター充実度評価指標による)

・ユニットで治療できる1日あたり患者数

1ユニットあたり 2～6人程度を想定しています(*重症度による)

ユニット構成例

脳神経外科医、神経内科医、救急医

10年以上の経験 2人

5年以上10年未満の経験 3人

5年未満の経験 2人

その他医師* 1～5人

*その他には上記医師(麻酔科医等)の支援も受けることができる。

※また、ユニットは脳卒中だけでなく、頭部外傷あるいは神経学的評価が必要な患者の対応を行うことも想定される。

(参考) 経験年数

○ 入院基本料(施設基準) 超急性期脳卒中加算

「…専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る)…」

○ 日本脳卒中学会 rt-PA(アルテプラゼ) 静注療法適正治療指針 2005年10月

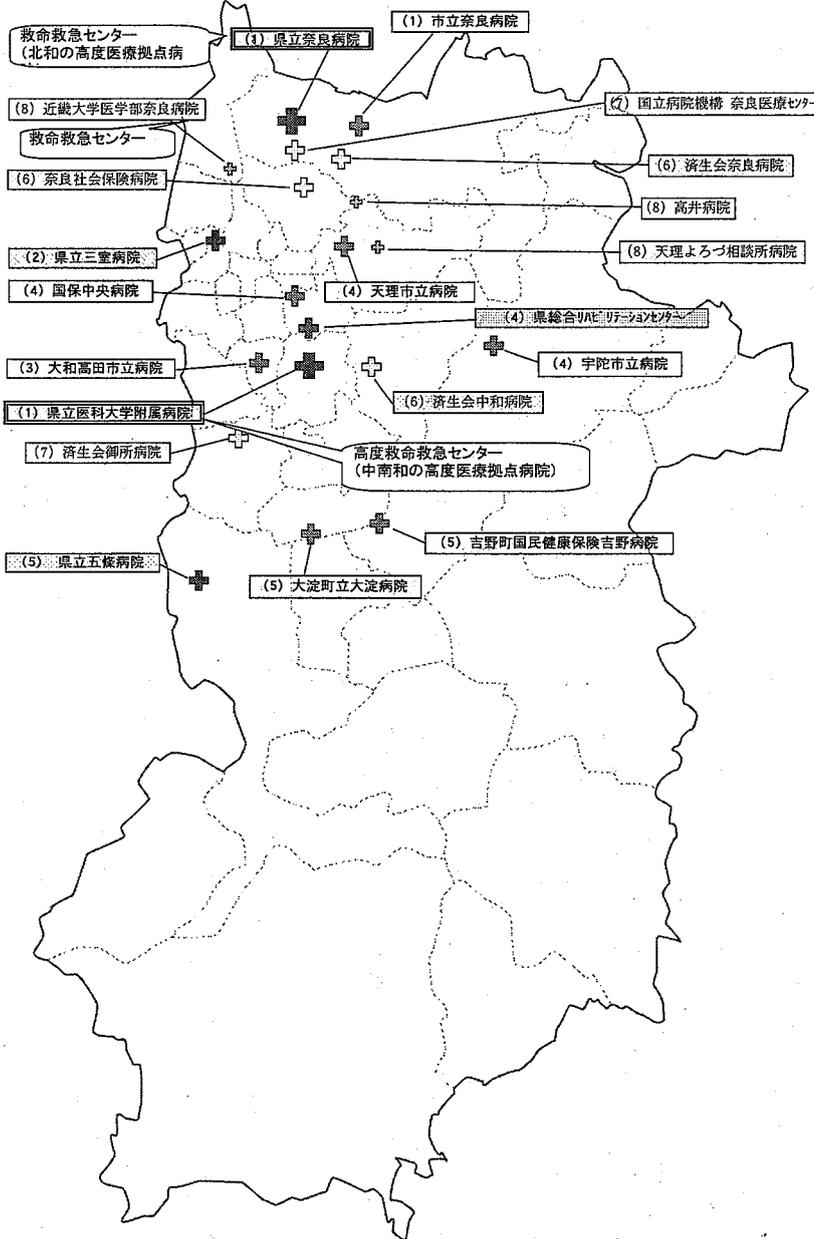
表2-2 「…日本脳卒中学会専門医などの急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師を中心とするストローク・チーム(脳卒中に対する専門医療チーム)…を有すること」

*15 タスクチェーン…疾患・重症度・病期(フェーズ)ごとに行われる医療の固まりを「診療タスク」といい、個々の「タスク」のつながりを「タスクチェーン」と定義します。

(イ) 県内の役割分担

脳卒中(脳梗塞、くも膜下出血等) 医療体制

(平成25年度以降の目標)



公立病院ごとの役割

【脳卒中ユニット】

初療 → 緊急処置・緊急手術 → 早期リハ・再発予防

- (1) 県立医科大学附属病院、県立奈良病院、市立奈良病院

初療 → 緊急処置・緊急手術 → 早期リハ・再発予防 (対応可能時)
保存治療 → 早期リハ・再発予防

- (2) 県立三室病院
高度医療拠点病院 (県立奈良病院) 稼働後は当該病院との機能調整を行う。

保存治療 → 早期リハ・再発予防

- (3) 大和高田市立病院

亜急性期・回復期リハ

- (4) 県総合リハビリテーションセンター、宇陀市立病院、国保中央病院、天理市立病院
県総合リハビリテーションセンターは回復期リハビリ対応

南和地域の病院

- (5) 県立五條病院、町立大淀病院、国保吉野病院
いずれかの病院で脳卒中ユニットで保存治療が必要とされた患者及び超急性期を脱した地域の患者の受け皿となり対応する。
他の病院は亜急性期・回復期リハビリ対応を行う。
どの病院がどの機能を担うかについては、地域で検討が必要。

公的病院等の役割

保存治療 → 早期リハ・再発予防

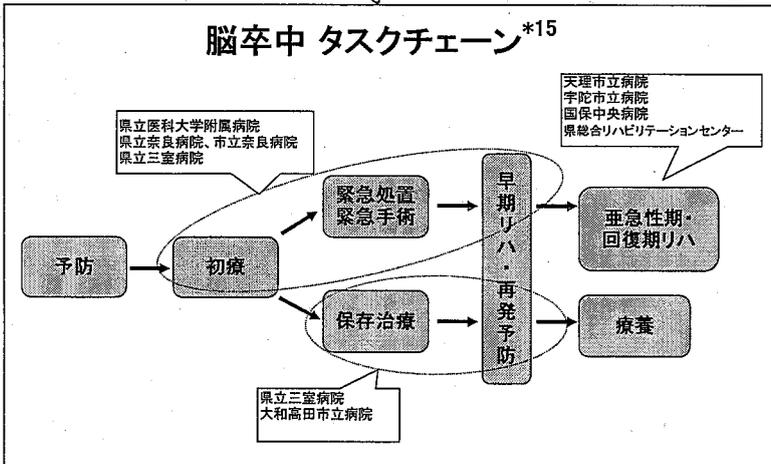
- (6) 済生会奈良病院、済生会中和病院、済生会御所病院、奈良社会保険病院

亜急性期・回復期リハ

- (7) 国立病院機構奈良医療センター

その他の病院

- (8) 近畿大学医学部奈良病院、高井病院、天理よろづ相談所病院
引き続き現在の医療提供体制の継続、充実を期待。



※ 公立、公的、社会保険病院、奈良医療センター及び概ね病床数300床(精神除く)以上の病院を記載

<初療及び緊急処置・緊急手術（脳卒中ユニット）>

脳卒中（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血等）では、急性期からリハビリテーションまで、それぞれの専門のスタッフ（脳卒中ユニット）を有する医療機関で治療を行うことで、死亡率、予後が改善し、在院日数が短縮することが示されています。

発症3時間以内の脳梗塞においては、rt-PAによる血栓溶解療法^{*16}の有用性が確認されています。

（日本脳卒中学会 脳卒中治療ガイドライン2004による）

また、平成21年3月31日に厚生労働省によって公表された「救命救急センターの新しい充実段階評価」の中では、昼夜を問わず、患者の搬入時刻から60分以内にrt-PAの投与や緊急を要する脳神経外科手術がいつでもできる体制が求められています。

さらに、「我が国の新しい救急蘇生ガイドライン（ALS）（財団法人日本救急医療財団 平成18年8月31日確定）」の中では、「脳卒中が疑われる傷病者は、専門家によってすみやかに専門的治療が施行できる病院へ、直接搬送すべきである。」と明記されています。

このため、患者が発生した場合、24時間体制で緊急処置・緊急手術が実施できる体制を取っている脳卒中ユニットを有する医療機関に搬送する体制を構築する必要があります。

そのうえで、脳卒中ユニットを有する医療機関において初期診療を行い、その結果、緊急処置・緊急手術の必要がないと判断した場合については、受入状況や患者の状態を踏まえて、保存治療が可能な医療機関に転送するというような「地域全体としての脳卒中診療体制」を構築する必要があります。

この脳卒中ユニットを有する医療機関においては、絶えず緊急処置や手術が必要な患者を受け入れる必要があるため、発症後5日から2週間程度で症状が落ち着いた際に、リハビリが可能な医療機関と連携を取り、後方病床への転院が可能となるよう調整を行うことが必要となります。

<保存治療及び早期リハビリテーション・再発予防>

脳卒中データバンク2009のデータに基づくと、くも膜下出血^{*17}の患者の50%、高血圧性脳出血^{*18}の患者の15%の割合で手術が行われています。他に重症度のばらつき、脳卒中ユニットを有する医療機関の状況に

*16 血栓溶解療法…血管閉塞の原因となった血液の固まり（血栓）を溶解する薬剤であるrt-PAを静脈から投薬し、閉塞血管を再開通させる治療方法をいいます。

*17 くも膜下出血…脳内のくも膜と脳軟膜の間を通った細い血管に動脈瘤や動脈硬化があった場合に、血圧が高くなり血管が突然破れてしまうことをくも膜下出血といいます。

*18 高血圧性脳出血…脳の血管が動脈硬化によって脆くなっている場合に、血圧が高くなり動脈が急に破れて脳の中で出血が起こることをいいます。

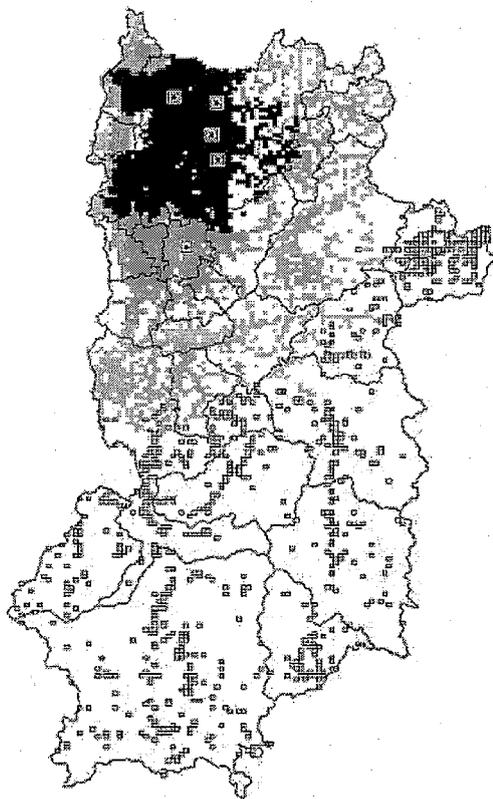
もよりますが、1日に発生する脳卒中患者の中で半数前後（幅をとって約20%～80%の範囲内と推定される）の患者は、緊急処置・緊急手術の必要がなく、保存治療で対応できる可能性があります。

脳卒中ユニットを持つ医療機関を常に機能できる状態に保つためにも、保存治療が可能な医療機関では、状況に応じて脳卒中ユニットを有する医療機関から保存治療が選択された患者を、可能な限り、24時間体制で受入可能な体制を維持する必要があります。

<亜急性期・回復期リハビリテーション>

脳卒中患者のうち30%程度の患者が、脳卒中の予後を表すスケールであるmRSで2～4の後遺症を残し、急性期、合併症が発生する時期が終わってもすぐに退院することができず、回復期のリハビリが必要な状態となります。その患者は月に120人程度発生すると予測され、平均在院日数は60日程度となっています。このため、地域で回復期のリハビリを実施する役割が必要となります。

(ウ) 役割分担に基づく需要カバー割合



■	… 複数の医療機関から30分圏内
■	… 1つの医療機関から30分圏内
■	… いずれかの医療機関から30～60分圏内
□	… 60分圏外
※ 上記以外の空白部分は、非居住地域	

脳卒中 推定患者数

	1日(人)	年間(人)
複数の医療機関から30分圏内	5.75	2,098
1つの医療機関から30分圏内	3.54	1,293
いずれかの医療機関から30～60分圏内	1.19	435
60分圏外	0.17	64
合計	10.65	3,890

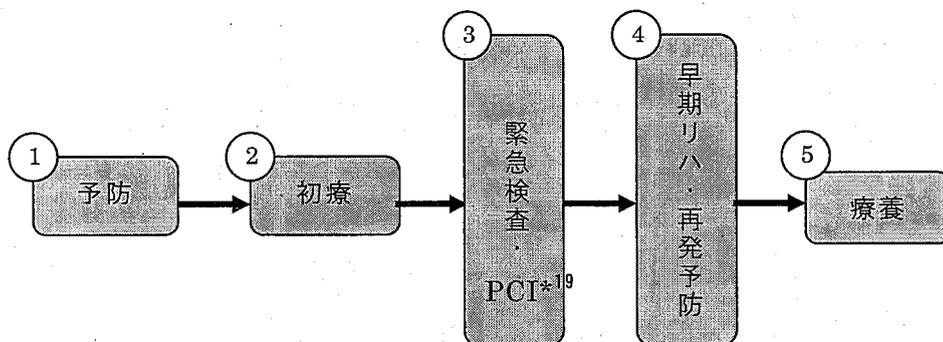
※ 推定方法
 「年齢別人口」 × 「年齢別罹患率*」
 *秋田県脳卒中医の会事業報告

「我が国の新しい救急蘇生ガイドライン (ALS)」によれば、脳卒中で rt-PA による血栓溶解療法を行う場合、発症後 3 時間以内であれば、来院後 60 分以内に治療を開始することが推奨されています。

(イ) で示した役割分担によれば、推定患者数の分布は上記の表のようになります。

このため、東南部地域の脳卒中の初療を担当する病院から 60 分圏外の地域については、脳卒中ユニットを有する医療機関と電話等による連携を行うしくみと、必要に応じてドクターヘリによる搬送を検討するなど、他の地域における体制とは異なった方法によりカバーする必要があります。

② 急性冠症候群・心筋梗塞
(ア) 定義



フェーズ	担当施設	対象者	予測患者数	出典
① 予防	一般医療機関	リスクを持つ患者全員	40歳以上全員	
② 初療	急性冠症候群(ACS)ユニットを有する医療機関	急性冠症候群(ACS)が強く疑われる患者	平均3人/日程度 (最大7人/日)	年齢別人口×罹患率*により算出
③ 緊急検査・PCI	急性冠症候群(ACS)ユニットを有する医療機関	緊急心臓カテーテル検査*20・PCIが必要な患者	3人程度	
④ 早期リハ・再発予防	急性冠症候群(ACS)ユニットを有する医療機関	入院中の患者全員	入院中の患者全員	
⑤ 療養	療養病棟等	重症心不全*21(EF*22<35%以下)の患者	15~25人/月程度 (④の15%程度)	割合は、「イヤーノートyearnote2006」による
備 考				

*罹患率 … Trend of Increase in the incidence of Acute Myocardial Infarction in a Japanese Population Takashima AMI Registry,1990-2001による
(Am J Epidemiol 2008;167:1358-1364).

出典：「イヤーノートyearnote 内科・外科等編 2006」(医療情報科学研究所)

- *19 PCI…血管内にカテーテルを入れ、狭くなった冠動脈を広げる治療方法をいいます。
(=経皮的冠動脈形成術)カテーテルに付けた風船を狭くなった部分で膨らませて血管を広げる「バルーン療法」、狭くなった部分にステントという金属の網を留置する「ステント留置療法」などがあります。
- *20 心臓カテーテル検査…心臓にカテーテル(特殊な細いプラチックの管)を挿入して行う検査をいいます。心臓内の圧や血液の酸素濃度を測定・分析したり、造影剤を注入してX線撮影し、心臓の血液状態や形、心室・心房と弁の動きを調べたり、さらには心臓の筋肉(心筋)を採取して病理学的に検査する心筋生検などがあります。
- *21 重症心不全…拡張型心筋症や虚血性心筋症などのため心臓の機能が徐々に低下して通常の生活を送れなくなったり、急性心筋炎などのように急激に心臓の働きが悪くなったりする病気の状態のことをいいます。
- *22 EF…左室駆出率(Ejection Fraction)の略。心臓の収縮機能の標準的な評価指標をいいます。具体的には、心拍ごとに心臓が送り出す血液量(駆出量)を心臓が拡張したときの左室容積で除した値です。

(急性冠症候群：ACSユニットの定義)

○ユニットの構成 8～10人

(うち急性冠症候群に対する十分な知識と経験をもち、
心臓カテーテル治療の経験が10年以上の医師を含みます)

○ユニットの要件

- ・患者の搬入時刻から60分以内に心臓カテーテル検査が実施できる。
(厚生労働省 救命救急センター充実度評価指標による)
- ・ユニットで治療できる1日あたり患者数
1ユニットあたり 2～3人程度を想定しています (*重症度による)

ユニット構成例

循環器科医	10年以上の経験	2人
	5年以上10年未満の経験	3人
	5年未満の経験	2人

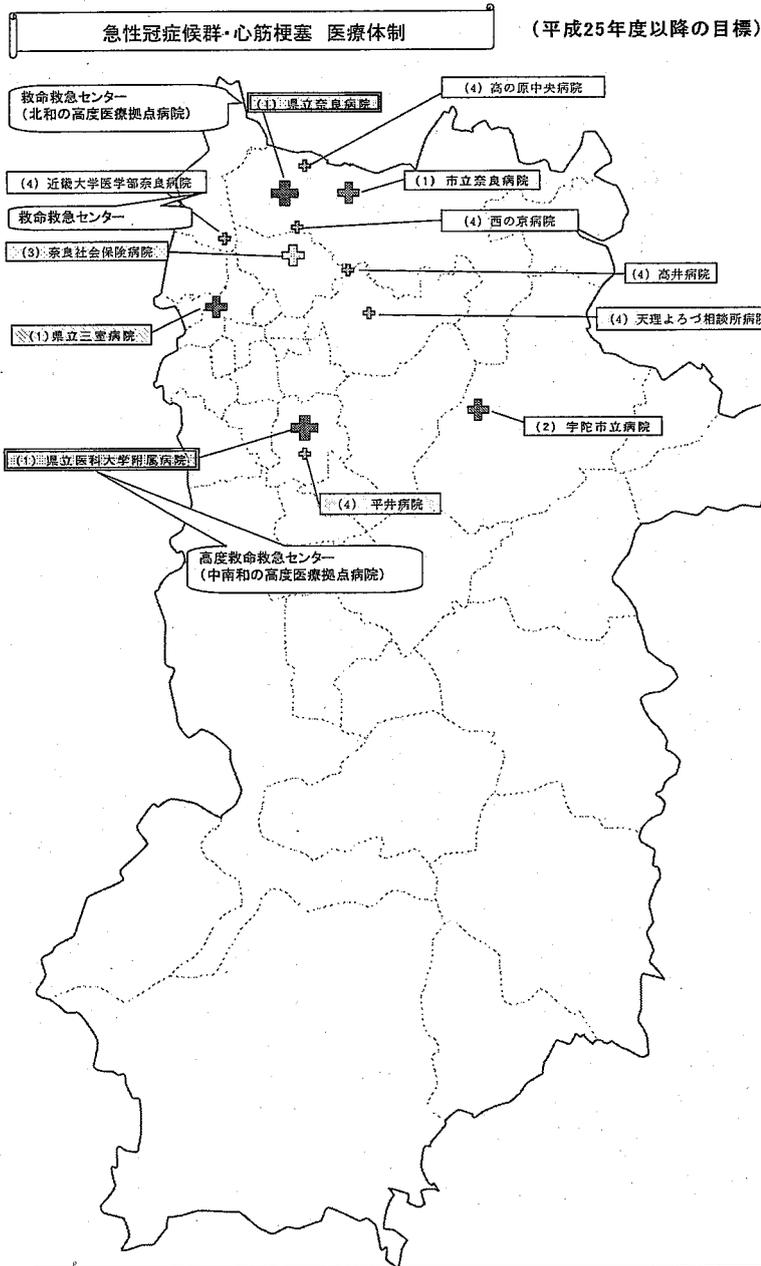
その他* 1～3人

*その他には循環器科以外の医師(救急医・心臓血管外科医等)の支援も受けられます

(参考) 経験年数 日本心血管カテーテル治療学会(JACCT)認定医制度に関する規程

指導医の基準 「3(1)②PCI経験10年以上」 認定医の基準 「1(3)PCI経験は5年以上とする」

(イ) 県内の役割分担



公立病院ごとの役割

【急性冠症候群:ACSユニット】

初療 → 緊急検査・PCI → 早期リハ・再発予防

- (1) 県立医科大学附属病院、県立奈良病院
市立奈良病院

- (1) 県立三室病院

高度医療拠点病院（県立奈良病院）稼働後は当該病院との機能調整を行い、一体的な患者の受入を行う。

初療 → 緊急検査・PCI → 早期リハ・再発予防

- (2) 宇陀市立病院

公的病院等の役割

初療 → 緊急検査・PCI → 早期リハ・再発予防

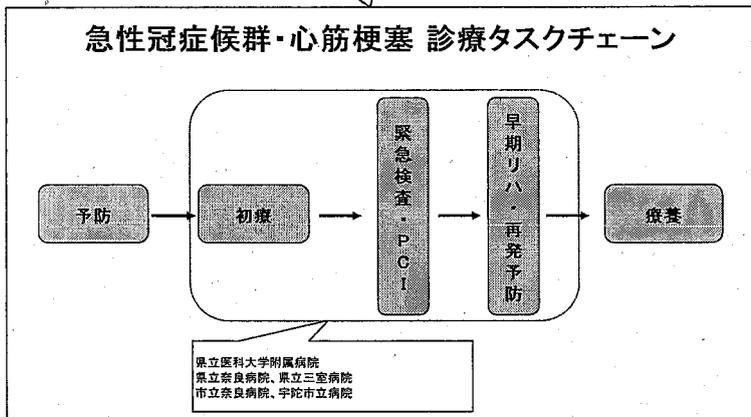
- (3) 奈良社会保険病院

その他の病院

- (4) 近畿大学医学部奈良病院、高井病院
高の原中央病院、天理よろづ相談所病院
西の京病院、平井病院

引き続き現在の医療提供体制の継続、充実を期待。

急性冠症候群・心筋梗塞 診療タスクチェーン



※ 心臓カテーテル検査 年間実施実績 概ね100件以上の病院及び心大血管リハビリテーション承認施設を記載

<初療及び緊急検査、P C I治療（A C Sユニット）>

急性冠症候群・心筋梗塞の救命のためにはできるだけ早期の診断、治療が必要であり、死亡率の低下には発症から60分以内にP C I治療を実施できる医療機関に搬送する必要があるとされています。

（我が国の新しい救急蘇生ガイドライン（ALS）による）

このため、P C I治療が可能な最寄りの医療機関に搬送することが必要であり、奈良盆地地域は全域この治療が実施可能な地域となっています。

心疾患により低下した身体的機能を高め、精神的影響を軽減し、冠危険因子*²³を是正し二次予防に役立てる、早期の復職を促進しQOL*²⁴を高める、などの目的で心大血管疾患リハビリテーションを行う必要があります。

<外科治療可能なバックアップ体制の整備>

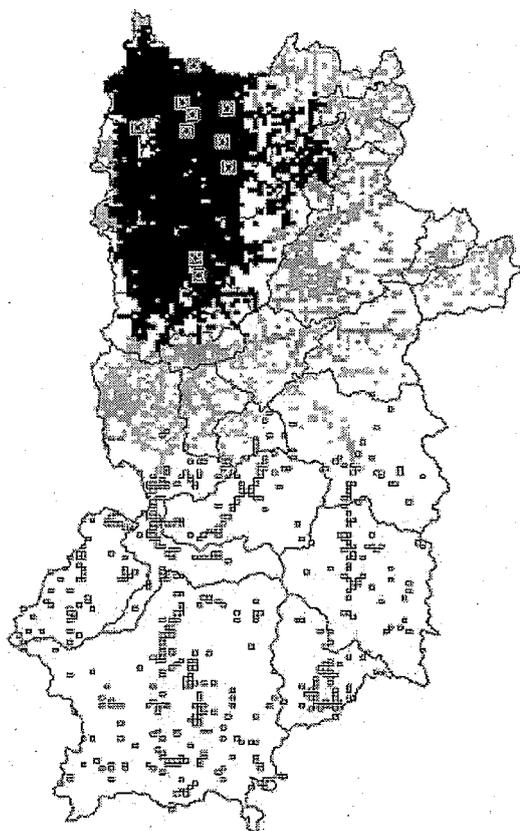
P C I治療を実施した結果、開胸手術が必要となった場合には、24時間体制で実施できる体制を整備する必要があります。

現在あるこの体制を今後も維持していく必要があります。

*23 冠危険因子…虚血性心疾患を引き起こす原因となるものを冠危険因子と呼び、高血圧、高脂血症（脂質代謝異常症）、糖尿病、喫煙、B M I 25以上、ストレス、運動不足、遺伝要素が危険因子とされています。危険因子が複数重なることで虚血性心疾患にかかる確率が飛躍的にあがり、2つある人は約6倍、3～4つある人は約36倍と何乗にもなります。

*24 QOL…クオリティーオブライフ（Quality of Life）の略。不快に感じることを最大限に軽減し、できるだけその人がこれでいいと思えるような生活を送れるようにすることを目指した医療の考え方のことをいいます。

(ウ) 役割分担に基づく需要カバー割合



凡例	
■	… 複数の医療機関から30分圏内
■	… 1つの医療機関から30分圏内
■	… いずれかの医療機関から30～60分圏内
□	… 60分圏外
※ 上記以外の空白部分は、非居住地域	

急性冠症候群・心筋梗塞 推定患者数

	1日(人)	年間(人)
複数の医療機関から30分圏内	2.38	867
1つの医療機関から30分圏内	0.18	64
いずれかの医療機関から30～60分圏内	0.20	73
60分圏外	0.02	9
合計	2.78	1,013

※ 推定方法

「年齢別人口」×「年齢別罹患率*」

*「Trend of Increase in the incidence of Acute Myocardial Infarction in a Japanese Population Takashima AMI Registry,1990-2001」によ

「我が国の新しい救急蘇生ガイドライン（ALS）」によれば、発症後3時間以内で搬送に60分以上を要する場合は、専門医と協議の上、PCI以外の治療法を選択することも推奨されています。

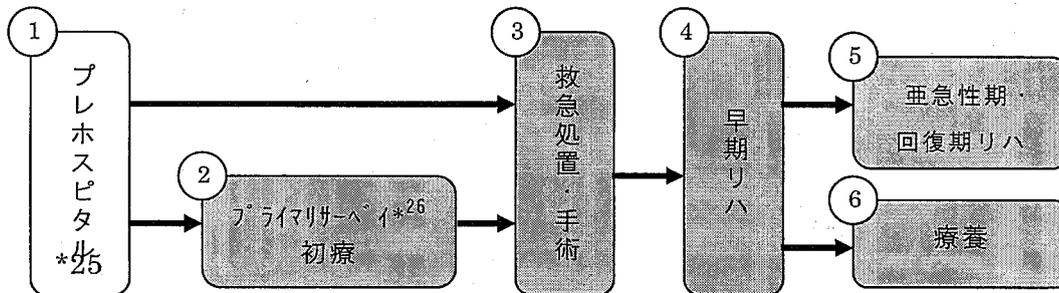
(イ) で示した役割分担によれば、推定患者数の分布は上記の表のようになります。

このため、東南部地域の急性冠症候群・心筋梗塞の初療を担当する病院から60分圏外の地域については、ACSユニットを有する医療機関と電話等による連携を行うしくみと、必要に応じてドクターヘリによる搬送を検討するなど、他の地域における体制とは異なった方法によりカバーする必要があります。

③ 重症外傷・急性腹症

(ア) 定義

(重症外傷)

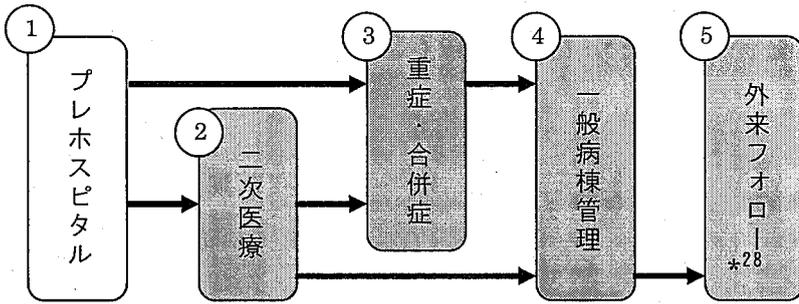


フェーズ	担当施設	対象者	予測患者数	出典
① プレホスピタル	救急隊	救急搬送された外傷患者	平均36人/日程度 (最大51人/日) うち) 中等症以上 平均11人/日程度 (最大20人/日)	H19年の奈良市消防データの人口当たりの発生数により算出
② プライマリーサーベイ初療	二次医療機関	中等症以上の外傷患者	平均11人/日程度 (最大20人/日)*	
③ 救急処置・手術	外傷ユニット* を有する医療機関	重症外傷・多発外傷*27、JATECで外傷ユニットへの搬送が推奨される状態の患者	平均3人/日程度 (最大7人/日)*	
④ 早期リハ	外傷ユニット を有する医療機関	リハビリを必要とする患者		
⑤ 亜急性期・回復期リハ	回復期リハ施設等	機能の回復が見込まれ、リハビリへの意欲のある患者	合計して、30人/月程度(重症外傷の20~30%程度)	割合は、「日本外傷データバンク」のデータによる
⑥ 療養	療養病棟等	介護・医療が必要な患者		
備考	* ①プレホスピタル、②プライマリーサーベイを要する患者数は全搬送患者数を、③外傷ユニットで治療すべき患者数は重症の患者数およびユニットで見ると中等症以上の特殊外傷の患者数を利用した。			

出典：「日本外傷データバンク」<http://www.jtcr-jatec.org/traumabank/dataroom/dataroom.htm>

- *25 プレホスピタル…救急患者が発生し病院に搬送されるまでの状態をいいます。
 *26 プライマリーサーベイ…救急患者に対する迅速な全身観察（一次救命処置：救急蘇生）のことをいいます。
 *27 多発外傷…複数の身体区分（頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢など）に重度の損傷が及んだ状態のことをいいます。

(急性腹症)



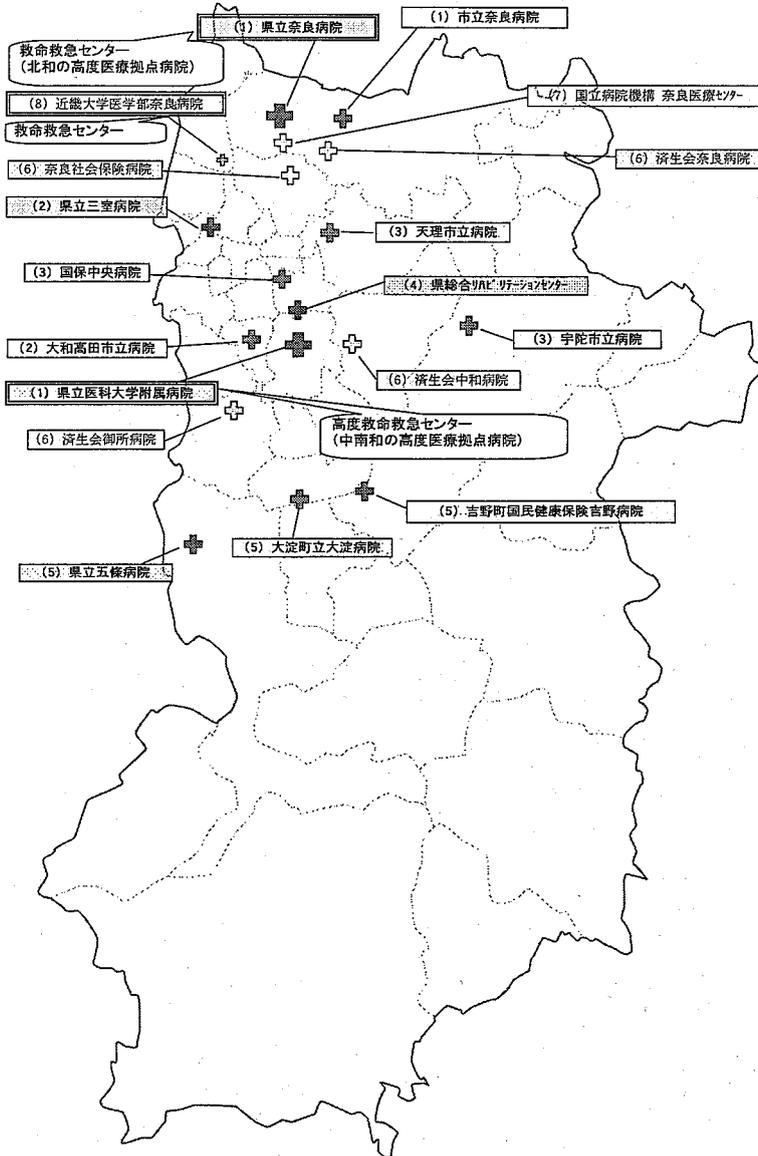
フェーズ	担当施設	対象者	予測患者数	出典
① プレホスピタル	救急隊	急性腹症の患者	平均8人/日程度 (最大15人/日) うち 中等症以上 平均5人/日程度 (最大11人/日)	H19年の奈良市消防データの人口当たりの発生数により算出
② 二次医療	二次医療機関	中等症以上の急性腹症患者	平均5人/日程度 (最大11人/日)*	
③ 重症・合併症	救命救急センター (集中治療ユニット)	重症の急性腹症患者	平均1人/日程度 (最大4人/日)*	
④ 一般病棟管理	二次医療機関	超急性期・合併症を脱した状態の患者	150人/月程度 (5人×30日)	
⑤ 外来フォロー	一般医療機関	退院した患者	150人/月程度 (5人×30日)	
備考	* 二次医療を要する患者数は中等症および重症の患者数を、三次医療機関(救命救急センター)で治療すべき患者数は重症の患者数を使用した。			

※ 外傷ユニット・集中治療ユニットの定義は、救命救急センターユニットとして後述

*28 外来フォロー…外来診療を行い再発防止や予後の改善のため定期的な治療を行うことをいいます。

(イ) 県内の役割分担

重症外傷 医療体制 (平成25年度以降の目標)



公立病院ごとの役割

【救命救急センター・外傷ユニット】
救急処置・手術 → 早期リハ

(1) 県立医科大学附属病院、県立奈良病院

【外傷ユニット】
救急処置・手術 → 早期リハ

(1) 市立奈良病院

プライマリ・サーベイ・初療 → 一般病棟管理

(2) 県立三室病院、大和高田市立病院

プライマリ・サーベイ・初療 → 一般病棟管理 →
亜急性期・回復期リハ

(3) 宇陀市立病院、国保中央病院
天理市立病院

回復期リハ

(4) 県総合リハビリテーションセンター

南和地域の病院

(5) 県立五條病院、町立大淀病院
国保吉野病院

地域の需要を考えると、いずれかの病院が入院が必要な
救急患者の対応を行うとともに、超急性期を脱した地域の
患者の受け皿となり対応する。
他の病院は亜急性期・回復期リハビリ対応を行う。

どの病院がどの機能を担うかについては地域で検討が必要

公的病院等の役割

プライマリ・サーベイ・初療 → 一般病棟管理 →
亜急性期・回復期リハ

(6) 済生会奈良病院、済生会中和病院
済生会御所病院、奈良社会保険病院

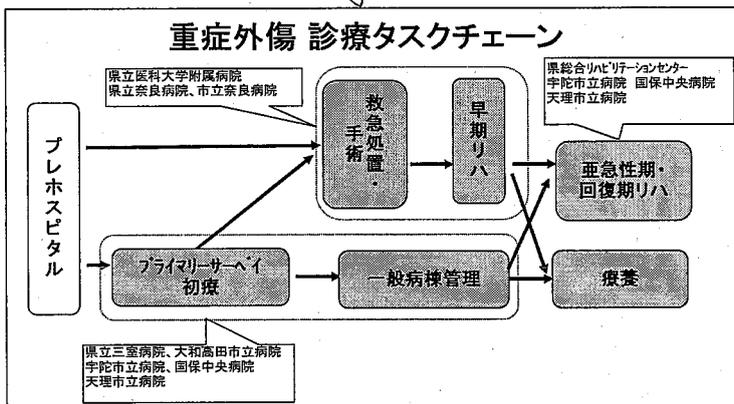
亜急性期・回復期リハ

(7) 国立病院機構奈良医療センター

その他の病院

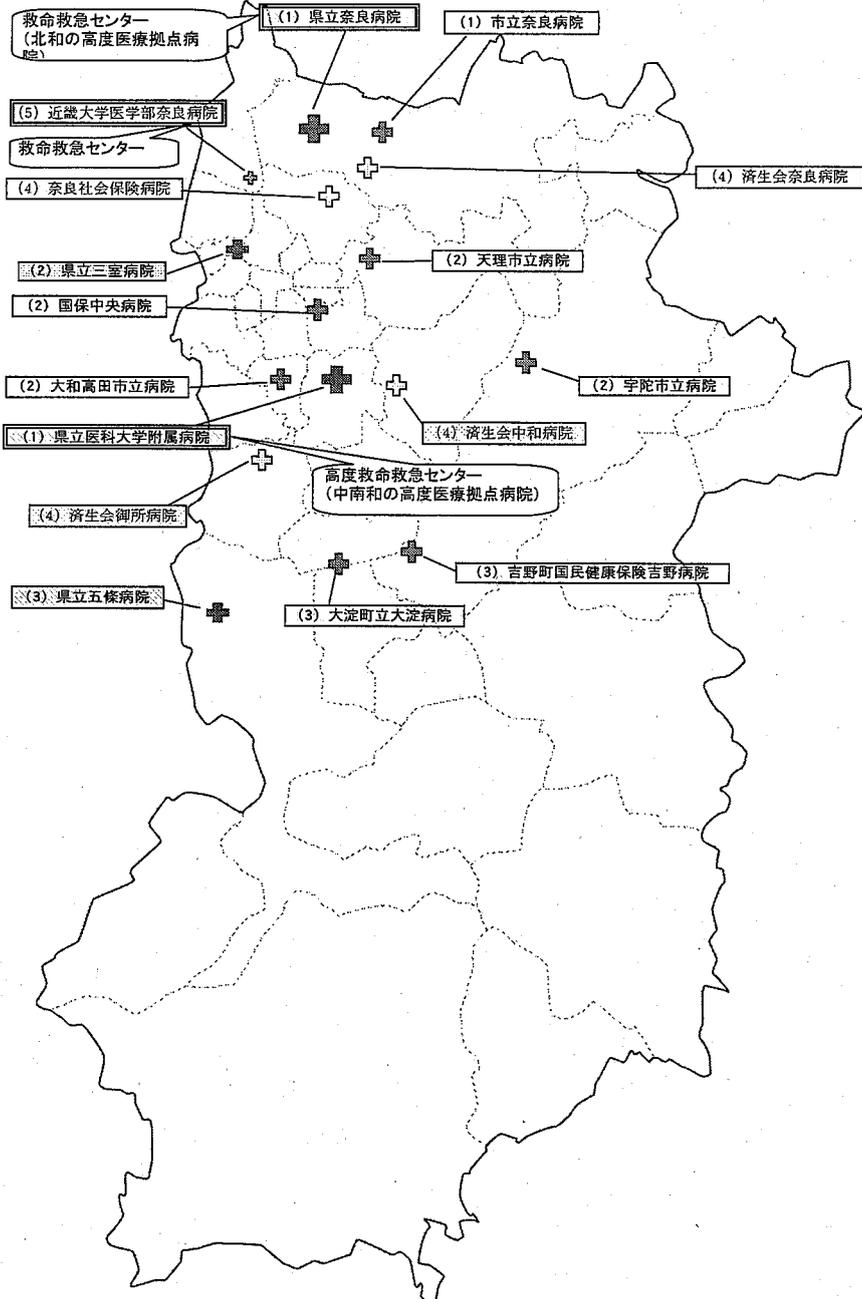
(8) 近畿大学医学部奈良病院
上記記載以外の救急告示病院
病院詳細審判参加病院

引き続き現在の医療提供体制の継続、充実を期待。



急性腹症 医療体制

(平成25年度以降の目標)



公立病院ごとの役割

【救命救急センター:集中治療ユニット】
重症・合併症

- (1) 県立医科大学附属病院、県立奈良病院

【集中治療ユニット】
重症・合併症

- (1) 市立奈良病院

二次医療 → 一般病棟管理

- (2) 県立三室病院、宇陀市立病院
国保中央病院、天理市立病院
大和高田市立病院

南和地域の病院

- (3) 県立五條病院、町立大淀病院
国保吉野病院

地域の需要を考えると、いずれかの病院が入院が必要な救急患者の対応を行うとともに、超急性期を脱した地域の患者の受け皿となり対応する。

公的病院等の役割

二次医療 → 一般病棟管理

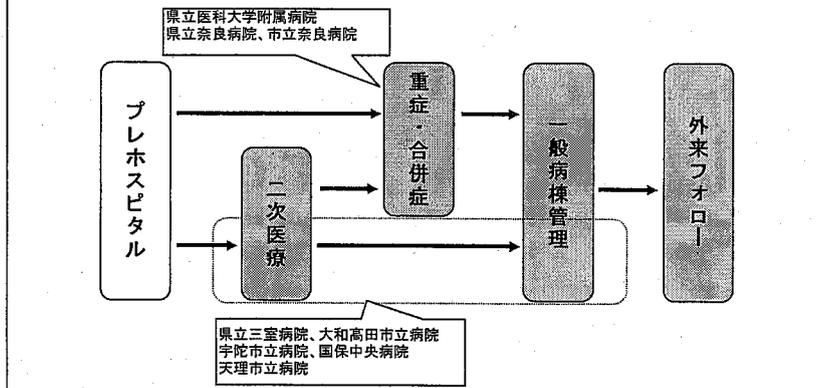
- (4) 済生会奈良病院、済生会中和病院
済生会御所病院、奈良社会保険病院

その他の病院

- (5) 近畿大学医学部奈良病院
上記記載以外の救急告示病院
病院群輪番制参加病院

引き続き現在の医療提供体制の継続、充実に期待。

急性腹症 診療タスクチェーン



(重症外傷)

＜初療・プライマリサーベイ、救急処置・手術＞

外傷については、各地域の最寄りの二次医療機関で受け入れを行うことが必要です。

その際に、重症外傷・多発外傷、外傷初期診療ガイドラインで外傷ユニットを有する医療機関への搬送が推奨とされる患者が1日平均3名程度(最大7名)発生しており、その対応のため、搬送時間を考慮すると、24時間体制で受け入れ可能な集中治療が行える施設が2カ所必要となります。

(日本外傷データベースの質評価指標より抜粋)

＜亜急性期・回復期リハ＞

重症外傷患者のうち20%～30%程度の患者が、急性期、合併症が発生する時期が終わってもすぐに退院することができず、回復期のリハビリが必要な状態となると推定されます。その患者は月に30人程度発生し、平均在院日数は60日程度となっている。このため、地域で亜急性期・回復期のリハビリを実施する役割が必要となります。

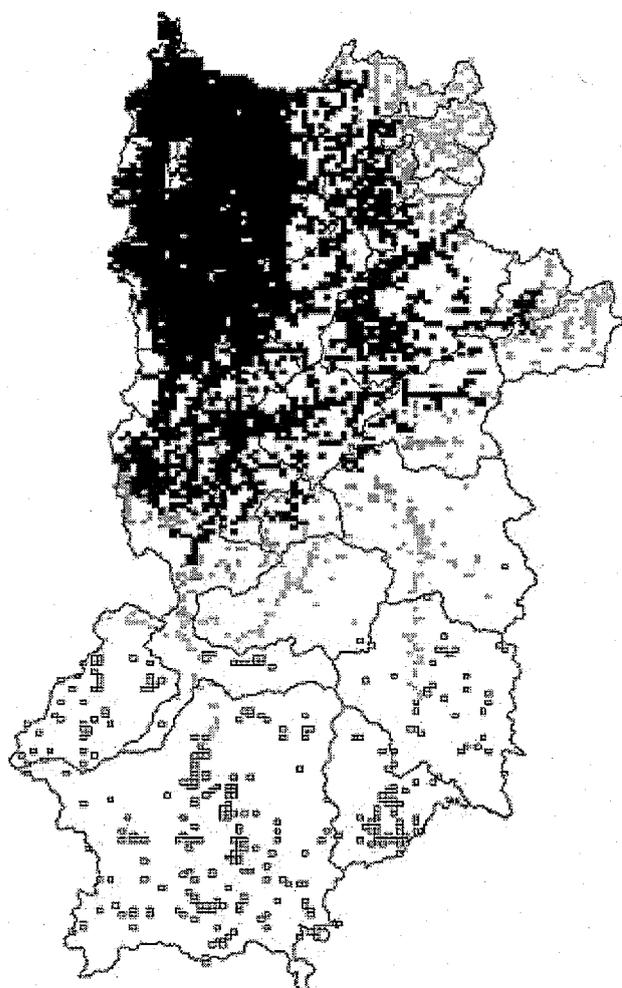
(急性腹症)

＜二次医療、重症・合併症、一般病棟管理＞

急性腹症については、各地域の最寄りの二次医療機関で受け入れを行うことが必要です。

その際に、救命救急センターで受け入れが必要な重症患者が1日平均1名程度(最大4名)発生しており、その対応のため、搬送時間を考慮すると、24時間体制で受け入れ可能な集中治療が行える施設が2箇所必要となります。

(ウ) 役割分担に基づく需要カバー割合



凡例

- … 複数の医療機関から30分圏内
- … 1つの医療機関から30分圏内
- … いずれかの医療機関から30～60分圏内
- … 60分圏外

※ 上記以外の空白部分は、非居住地域

中等症以上の重症外傷 推定患者数

	1日(人)	年間(人)
複数の医療機関へ 30分圏内	10.60	3,858
1つの医療機関へ 30分圏内	0.10	18
いずれかの医療機関へ 30～60分圏内	0.10	27
60分圏外	0.03	11
合計	10.83	3,914

中等症以上の急性腹症 推定患者数

	1日(人)	年間(人)
複数の医療機関へ 30分圏内	4.40	1,602
1つの医療機関へ 30分圏内	0.02	8
いずれかの医療機関へ 30～60分圏内	0.03	11
60分圏外	0.01	5
合計	4.46	1,626

※ 推定方法
 「奈良市消防実績」×「人口比率*(奈良市対県全体)」
 *県全体人口は、道路距離の算出可能な箇所による。

(イ) で示した役割分担によれば、推定患者数の分布は上記の表のようになります。

このため、東南部地域の二次医療機関の病院から60分圏外の地域については、救命救急センターと電話等による連携を行うしくみと、必要に応じてドクターヘリによる搬送を検討するなど、他の地域における体制とは異なった方法によりカバーする必要があります。

(エ) 救命救急センターユニットの定義

脳卒中ユニット、急性冠症候群：ACSユニットと一部重複するが、救命救急センター全体として次のようなユニット構成例が考えられます。

救命救急センターのユニット構成例

医師数	約30人
10年以上の経験（救急科・各科指導医レベル）	5～10人
5年以上10年未満の経験（救急科・各科専門医レベル）	10～15人
5年未満の経験	10～15人
診療科の例	脳神経外科、循環器科、整形外科、形成外科、消化器内科 小児科、神経内科、外科、産婦人科、放射線科、麻酔科 など うち半数程度は、救急専門医資格を有することが望ましい

(参考) 経験年数・構成例モデル

- 厚生労働省「救命救急センター充実段階評価」指標
- 構成例のモデル

70～80万人程度の医療域をカバーする他県の病院の救命救急センターを参考にしました

④周産期疾患

(ア) NICU*29の整備状況

奈良県において、必要なNICU病床数は25.8床と推計されるが、NICUは県立医科大学附属病院に21床、県立奈良病院に9床整備されており、推計によると需要を満たしているといえます。

	奈良県データにおけるNICU入院数推定	全 国	班研究報告に基づく在院日数	班研究報告に基づくNICU入室期間	奈良県に必要なNICU
1000g未満	43	3115	121.4	96.4	11.4
1000～1500g未満	37	5082	84.1	64.9	6.6
1500～2000g未満	70.89	6642	32.7	17.7	3.4
2000～2500g未満	98.01	6518	19.3	10.3	2.8
2500g以上	103.65	9542	10.4	5.9	1.7
合 計	352.6	30899			25.8

参考 NICUの必要病床数の算定に関する研究 <http://nrn.shiga-med.ac.jp/DOC/NRNcommon/hokokusho/H19/H19HOKOKUSHONICUBED.pdf>

厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と、フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究:NICUの必要病床数の算定に関する研究:総括研究報告書

(イ) ハイリスク分娩への対応

ハイリスク分娩への対応については、現在24時間対応で当直医師を配置している医療機関として、総合周産期母子医療センターである県立医科大学附属病院と地域周産期母子医療センターである県立奈良病院に受け入れ先が集約されており、両病院とも救命救急センターを併設しているため、妊婦が合併症を併発した際にも対応できる体制となっています。

また、ハイリスク妊婦の受け入れが可能として周産期ネットワークに加入している医療機関は、上記の他には近畿大学医学部奈良病院と天理よろづ相談所病院のみであり、各病院とも可能な範囲で患者の対応を行っています。

しかし、分娩後の娩出児については、低体重児や新生児異常の発生も多く、それらの患児を受け入れるNICU(新生児集中治療室)が必要となるが、NICU後方病床*30が整備されていないことや、NICUを退室した後の在宅療養体制、重症心身障害児施設の受入体制が必ずしも十分ではないため、一部にNICUへ長期入院せざるを得ないケースが存在し、結果的に新生児を受け入れるNICUが不足し、ハイリスク妊婦の県外搬送が約20%になっていました。

このため、県立医科大学附属病院においては、NICUとNICU後

*29 NICU…新生児集中治療室。出生体重児(未熟児)や、先天性の病気を持った重症新生児に対し、呼吸や循環機能の管理といった専門医療を24時間体制で提供します。

*30 NICU後方病床…NICUを退室した患児、及び点滴、酸素投与等の処置を必要とする患児が入院する病床をいいます。

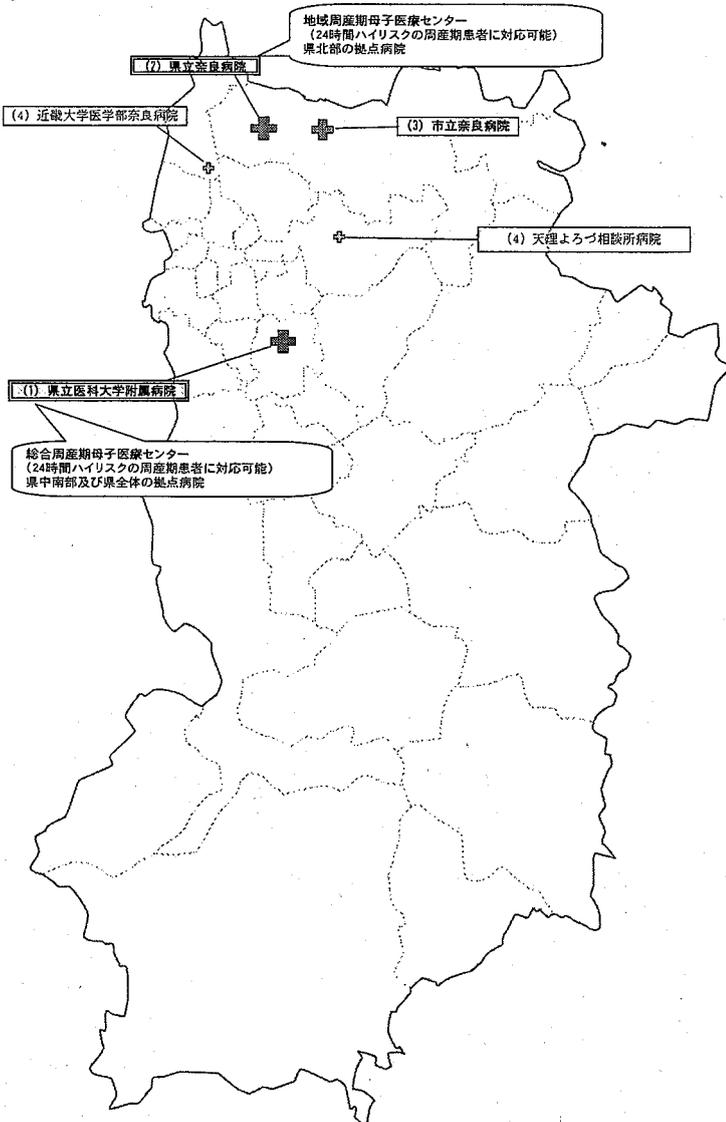
方病床を、県立奈良病院においてNICU後方病床を整備し、2病院でNICUを30床、NICU後方病床を16床整備しました。また、県立医科大学附属病院及び県立奈良病院においてNICU及びNICU後方病床を、さらに整備する計画があります。

しかし、看護師不足のため、整備したNICUがすべて稼働していない状況にあることから、今後、整備済のNICUおよび整備するNICU後方病床のすべての稼働を図るとともに、稼働後についても、県外搬送がほぼ解消されない場合は、NICU及びNICU後方病床の利用状況や長期入院患児の状況を精査し、奈良県においてNICU後方病床がどの程度必要かについて更に検討する必要があります。

(ウ) 県内の役割分担

周産期疾患 医療体制

(平成25年度以降の目標)



公立病院ごとの役割

母体 診断、緊急重症・合併症治療、妊娠管理、
高リスク分娩、母体胎児合併症管理
新生児 診断、入院治療、継続医療

- (1) 県立医科大学附属病院
- (2) 県立奈良病院

新生児 継続医療

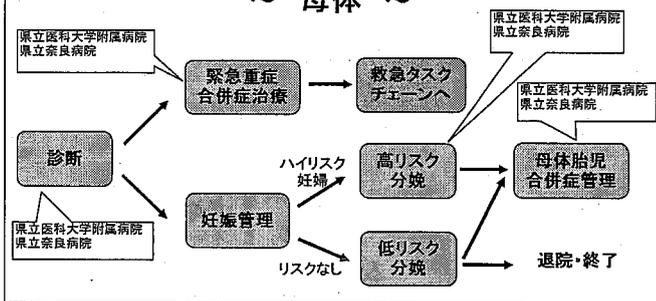
- (3) 市立奈良病院

その他の病院

- (4) 近畿大学医学部奈良病院、
天理よろづ相談所病院

引き続き現在の周産期体制の継続、充実を期待
なお、周産期ネットワーク参加病院としてNICU後方病床
整備後は県立奈良病院、県立医科大学附属病院の後方受け入
れ先となるよう期待

周産期 診療タスクチェーン ～ 母体 ～



～ 新生児 ～

