

IV 医療の内容に応じた弾力的な医療連携区域等の考え方

将来の医療需給については、現在の5つの保健医療圏（奈良・東和・西和・中和・南和保健医療圏）を基本とした構想区域としていますが、高度急性期・急性期機能については、疾病等により、医療圏を超える範囲での医療機能の拠点化に対応し、構想区域をまたがる医療提供体制の構築を目指す必要があります。

また、在宅医療等については、地域包括ケアシステムの構築に対応して、現在の保健医療圏よりも狭い日常生活圏域を念頭に置いた医療提供体制を構築する必要があります。

特に高齢者の医療需要に対応して効率的で質の高い医療を提供するためには、急性期から回復期やリハビリ、療養、在宅までの一貫した体制構築が必要となることから、このような視点に立って脳卒中などの疾病毎の体制構築に取り組むこととします。

このような考え方に立ちつつ、特に医療連携を念頭に置いた、弾力的な区域の設定が必要と考えます。

1. 時間的な緊急性の低い疾病に係る高度医療

がんなどの治療開始に時間的な緊急性の低い疾病に係る高度医療については、次のような構想区域を越えた広い区域での医療提供体制を構築していきます。

- ① 高度医療拠点として整備した奈良県総合医療センターと奈良県立医科大学附属病院を中心に、北部（奈良保健医療圏・西和保健医療圏）と、中南部（東和保健医療圏・中和保健医療圏・南和保健医療圏）において医療提供体制を構築
- ② 東和保健医療圏の天理よろづ相談所病院と高井病院が保健医療圏を越えて県内全域の急性期機能を担っていることを考慮した体制構築

2. 時間的な緊急性の高い疾病に係る急性期の医療

急性心筋梗塞や脳卒中のような時間的に緊急性の高い疾病や救急医療については、治療開始時間を重視する必要があることから、構想区域での医療提供体制を構築していきます。

3. 日常的な疾病に係る医療

日常的に頻発する、あるいは、軽症の疾病については、医療機関へのアクセス性を考慮し、構想区域又は日常生活圏域での医療提供体制を構築していきます。



4. 主な疾病等の医療連携区域

高度急性期・急性期機能の医療機能については、疾病によって医療提供に対する時間的な切迫度や医療機関へのアクセス性が異なることから、これらについては疾病ごとの医療提供体制を構築していきます。

主要疾病（4疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病）、3事業（救急、周産期、小児救急））について医療提供体制を推進する区域を「医療連携区域」として設定し、今後の患者の移動状況や、地域の医療資源等の実情に応じて柔軟に対応していきます。

がんについては、その治療の専門性と県内のアクセス性からみて、県内全域での提供と、保健医療圏ごとの提供が可能となる医療連携区域を設定します。

一般的に、脳卒中や心筋梗塞といった疾病では初期治療までの時間的な切迫の度合いが高く、医療機関へのアクセス性を考慮に入れて現状の保健医療圏を原則とした医療連携区域を設定することとします。

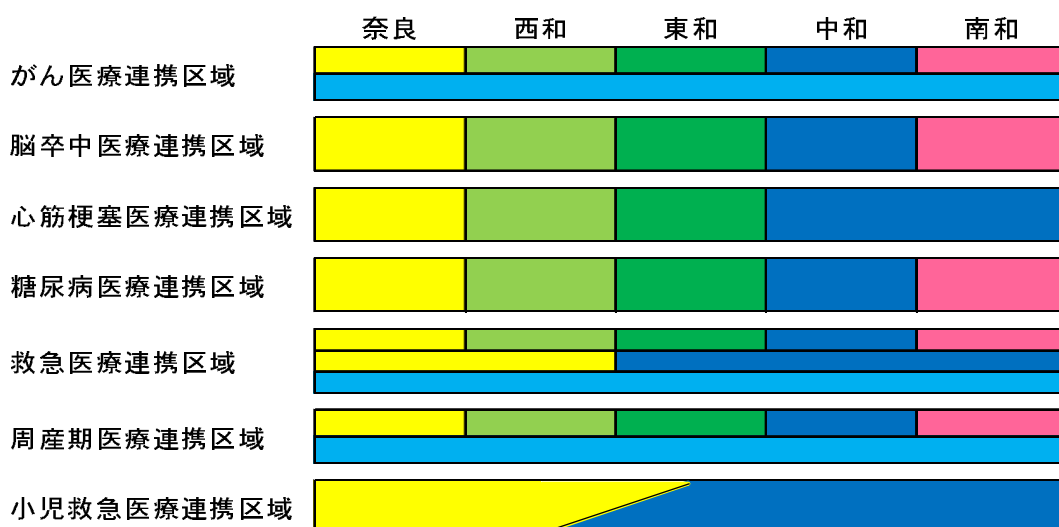
また、糖尿病については、患者の日常的な医療機関へのアクセス性の観点で現状の保健医療圏を医療連携区域とします。

救急医療体制については、2次救急医療体制は保健医療圏を医療連携区域とするとともに、重症疾患について「断らない救命救急」体制の整備のために構築したER型救急に取り組んでいる奈良県総合医療センターを中心とした北部と奈良県立医科大学附属病院を中心とした中南部を拠点とした、救急医療体制の広域的な医療連携区域を設定します。また、複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対して高度な医療を総合的に提供する3次救急医療は、全県を対象として3カ所の救命救急センター（奈良県総合医療センター、近畿大学医学部奈良病院、奈良県立医科大学附属病院）が担うこととします。

周産期医療体制については、通常分娩は保健医療圏を医療連携区域とし、ハイリスク分娩の受入は、周産期母子医療センターによる全県を医療連携区域として設定します。

小児救急医療体制については、現状の2次輪番体制を基とし北和地域と中南和地域を医療連携区域として設定します。

主な疾病・事業ごとの医療連携区域



V 病床機能報告制度とその活用

1. 病床機能報告制度とは

病床（一般病床及び療養病床）を有する病院・診療所が、その病床において担っている現在の医療機能と今後の方向について、病棟単位で自ら選択し、毎年都道府県に報告する仕組みです。

また、医療機能に加えて、病棟の設備や人員配置、具体的な医療内容も報告することとされています。

報告された情報については、毎年公表することとされています。

奈良県の2014年（平成26年）現在の医療供給体制の状況は、病床機能報告によると下記のとおりとなっています。

平成26年（2014年）現在の病床機能報告による供給体制について

（単位：床）						
区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	合計
県全体	1,741	7,018	1,528	3,357	53	13,697
奈良構想区域	238	1,909	478	1,105	0	3,730
東和構想区域	136	1,806	286	374	0	2,602
西和構想区域	518	1,265	360	902	28	3,073
中和構想区域	849	1,608	404	753	25	3,639
南和構想区域	0	430	0	223	0	653

2. 病床機能報告に当たっての留意事項

2014年の病床機能報告について医療機能の選択間違いや報告内容の不整合などが見受けられたことから、医療機関においては、病床機能報告を行うにあたっては、次の事項に留意することとします。

①「回復期機能」について

「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」も含まれること。

また、在宅復帰に向け充実した機能を有する地域包括ケア病棟については、入院している患者の多くが急性期を経過した患者である場合、「回復期機能」に該当すること。

②「急性期機能」について

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」であり、急性期の医療提供のため、全身麻酔等を用いた手術を行う事例が多いと考えられるので、全身麻酔を用いた症例の多さや、一般的に急性期の患者に対応するための施設基準も考慮し、急性期を選択すること。

③特定機能病院等について

特定機能病院等において、個々の病棟をみると、必ずしも全ての病棟が「高度急性期機能」を担っておらず、特定機能病院等以外においても同様であることか

ら、一律に「高度急性期機能」や「急性期機能」を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、適切な選択を行うこと。

3. 病床機能報告等を用いた高度急性期機能・急性期機能の数値化

医療機関が担う高度急性期・急性期の医療機能については、毎年度病床機能報告により報告される医療内容及び医療機関の施設のデータに基づき、急性期としての機能を次のように評価し、各医療機関に結果を提供して地域での役割の検討材料として利用してもらうとともに、病床機能報告の結果と併せて一定のデータを公表することとします。

病床機能報告等を用いた急性期機能の評価について

○評価作成の背景

急性期機能の機能の見える化を検討した際に、奈良県立医科大学健康政策医学今村研究室の厚生労働省からの受託研究成果物（案）を参考とした。

○評価の目的

奈良県内の医療機関における急性期機能を数値化し、客観的に評価することにより、各医療機関の急性期機能をより正確に把握していくことより、今後の医療機能の分化・連携を進めるにあたっての基礎とします。

○急性期機能評価の作成方法

急性期医療として評価すべき項目について、次の方法により数値化を行います。

- ① 病床機能報告の年間データ（6月診療分のレセプトデータから年間データを推計）を当該病院の病床数で除したものと全体の平均を比較し数値化
- ② 医療機器・保有設備については台数に関わらず所有していれば1点とし全体の平均と比較し数値化

例)スタッフ数の場合（常勤・非常勤を合算）
 報告数÷総病床数（または稼働病床数）＝【A】
 【A】÷0以外の病院数＝【B（平均値）】→平均値を1点とする
 【A】÷【B】＝点数

1. 医療圏	2. ID (通知記載の7桁コード)	3. 病院名	4. 急性期医療に必要医療スタッフ体制 (2014年病院機能報告データより)÷総病床数(資料5より)÷平均値				
			医師(平均値 0.13)	看護師(平均値 0.43)	助産師(平均値 0.07)	薬剤師(平均値 0.03)	臨床工学士 (平均値 0.02)
奈良	1290811	一般財団法人 沢井病院	0.49	0	0	1.00	0
奈良	1290892	独立行政法人 国立病院機構 奈良医療センター	0.42	0	0	1.00	0.50
奈良	1290905	医療法人 新仁会	0.42	0	0	0.67	0

※精神科の看護師数が「その他」で報告されているため、その他のスタッフ数のみ看護師は除外する。

※薬剤師は「精神科病床：総病床数」に割り当て人数を算出。

台数に関わらず保有していれば「1」
 保有している設備点数÷0台以外病院数＝【A（平均値）】→平均値を1点とする
 保有している設備点数÷【A】＝点数化

6. 医療機器（2014年病院機能報告 個票データより） 台数に関わらず医療機器を設置・保有していれば1点とする							
PET/PETCT	PETMRI	強度変調放射線治療器	遠隔操作式密封小線源治療装置	大動脈バルーンポンピング法	補助人工心臓	点数化(資料⑤再掲)	点数化÷平均値(2.59)
0	0	0	0	0	0	2	0.77
0	0	0	0	0	0	2	0.77

○ 評価項目

1. 医療スタッフ

- 1) 急性期病院の場合は医師数と看護師数が充実している傾向にあります。
- 2) 総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制等を持つ病院を評価する「総合入院体制加算」において、産婦人科病棟を保有していることが求められていることから、高度急性

期及び急性期を評価するものとして、助産師数を評価項目とします。

3) 臨床工学士は、高度な医療機器の管理には必須であり医療設備が充実している病院には臨床工学士数が多くなっていることから、評価項目とします。

- ・慢性期では、看護師数を補うため准看護師や看護補助者の人数が多い傾向にあり、これらは除外します。

- ・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士は急性期病院にも必要なスタッフではありますが、回復期や慢性期の病院も充実しているため急性期としての評価項目からは除外します。

2. 入院患者・救急医療の状況

急性期を担う病院として、新規入院や休日・夜間の患者受入れ、救急の受入れがどの程度できているか評価項目としています。

3. 医療機器・院内保有設備

高度急性期、急性期医療を行うにあたり、必要な医療機器と設備を選択しています。

4. 総合入院体制加算に係る施設基準

総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価であることから、これらの施設基準に係る項目を選択しています。

5. 手術件数、がん・脳卒中・心筋梗塞等の治療実績

急性期医療で治療数が多いと予測される項目を選択しています。

特に、がんや心疾患・脳卒中は、三大死因でもあるため、これらの治療に対応していることが急性期として望ましいことから、これらの治療実績を評価項目としています。

6. 急性期特有の入院基本料（救急等）

ICUなどの設備について、治療内容や処置対応として稼働している場合にはレセプトに反映されるため、それらに関する入院料等を評価項目としています。

7. 救急医療の実施状況

生命危機に関わる高度医療の指標となる項目を選択しています。

8. 早期リハビリの実施状況

回復期リハビリとは違い、早期離床や退院のためのリハビリ、ADL機能低下の予防や廃用性症候群の早期予防の取組みは、急性期病院として必須であるため、早期からのリハビリテーションに関する項目を選択しています。

【注意事項】

- ・評価は、医療機関が救急医療等の実施など医療行為の内容を制限するものではありません。
- ・あくまで、医療機関の実績等により、急性期機能に着目し、指標化したものであるため、何ら医療機関の優劣を判断するためのものではありません。
- ・今回の評価指標作成は、あくまで県が試行的に行うものであり、今後、厚生労働省において検討が予定されている病床機能報告の定量基準とは必ずしも一致するものではありません。
- ・今回の指標については、病棟ごとではなく病院全体としての急性期機能の評価を行っていることから、急性期機能と慢性期機能等の機能を同一の医療機関内で有しているケアミックス型の病院にあっては、病床数に急性期以外の病床を含むため、数値が小さく評価される傾向があります。

VI 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の展開

1. 病床機能の分化及び連携体制の推進

地域医療構想の実現のため、必要とされる医療機関の施設・設備の整備を実施することにより、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築し、病床機能の分化・連携を進めます。

① 病床機能の転換の促進

必要病床数が不足する回復期病床への転換を行う際に必要な施設・設備整備に対して助成し、病床機能の分化・連携を推進します。

② 急性期病床の集約化の促進

必要病床数が過剰と推計され、効率的な体制を整備する必要がある急性期病床を集約化するため、医療機関を再編する場合に必要な施設・設備整備に対して助成し、医療提供体制の効率化を推進します。

③ 主要な疾患や特定の事業のため医療機能の強化

4 疾病 3 事業などの医療提供体制を拡充・構築するため、医療機関の強化・拠点化のための施設・設備整備に対して助成するとともに、地域連携パスの整備・活用など主要な疾患等における医療機能の分化・連携を推進します。

④ ICTを活用した情報連携

病院間又は病院と診療所間における効率的な連携を推進するため、ICTを活用した情報連携体制を整備します。

また、県民が自らの医療情報を活用するための環境整備を推進します。

⑤ 医療の質評価・向上の支援

病床機能に応じた臨床指標（QI）を用いた医療の質を評価・機能の向上を推進します。

⑥ 在宅医療を支える連携体制整備の支援

在宅医療を支える在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟等の後方病床の確保と急性増悪等の際の対応を可能とする安心して在宅医療を受けることができる体制整備を推進します。

⑦ 地域医療構想・地域包括ケアシステムの実現にむけた地域医療連携推進法人制度の活用

病床機能の分化・連携を推進し、在宅医療の充実、介護施設等との連携を強化するため、地域医療連携推進法人制度の活用を推進します。

⑧ 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための新たな医療・介護サービスの提供体制への取組

将来の医療需要に応じた医療提供体制を構築するためには、病床機能の分化・連携と在宅医療の充実だけでは困難であり、病院・有床診療所への入院の必要はないが、一定程度の医療を必要とする者に係る慢性期の医療と介護需要へ対応するため、現在、国で検討されている新たな施設類型の整備に取り組む必要があります。

⑨ 医科歯科連携による入院患者の口腔健康管理

歯や口腔の保持・増進を図ることは、生活の質を支えるだけでなく、基礎疾患の重症化、発症予防等の観点から非常に重要であり、入院患者に対する医科歯科連携による口腔ケア対策を推進します。

2. 医療従事者の確保・養成

少子高齢化により不足が懸念される医療従事者を確保するとともに、地域等の偏在対策を行うほか、医療従事者の定着促進を図ります。

① 医師の確保

ア 県内勤務医師の確保と定着促進

県内で勤務する医師を増加させるために、臨床研修医の確保対策を進め、勤務環境改善の支援等により県内医療機関への定着促進を図ります。

イ 医師の偏在の解消に向けた取組

緊急医師確保修学資金、自治医科大学の修学資金等の貸与を受けた医師の育成支援や医療機関への適正な配置を通して、地域又は診療科の医師の偏在の解消に向けた取組を進めます。

② 看護職員の確保

ア 看護職員の養成、定着促進、離職防止及び復職支援の取組

県内で就業する看護職員を増加させるため、看護基礎教育の充実や看護師等養成機関卒業生の県内就業の促進により新規就業者の確保を図ります。

また、看護職員の勤務環境の改善等により離職を防止し、県内での定着を促進するとともに、潜在的な看護職員の復職を支援します。

イ 看護職員の資質向上

医療の高度化・専門化や県民ニーズの多様化に対応するため、看護職員に対する研修・教育を推進し、看護職員の資質向上を図るとともに、特定行為を行うことができる看護師をはじめ、高度な判断力を持つ専門性の高い看護師を育成します。

③ 様々な医療従事者の確保・養成

回復期機能を充実するために必要なりハビリ機能を確保するため、理学療法士及び作業療法士の確保、養成や、退院後の療養生活の相談窓口である医療ソーシャル

ワーカーの育成など、今後の医療提供体制を構築するため不可欠な医療従事者の確保、養成に努めるとともに、研修を通じ必要な能力の向上を図ります。

④これからの医療を担う若者に対する教育

これからの医療を担う若者に対し、どのような教育を行うべきかの課題について検討します。

第4章 主要疾病（4疾病3事業及び骨折・肺炎）の 医療提供体制の確保等

4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）3事業（救急・周産期・小児救急）は、地域医療の確保において重要な位置を占めるものであり、患者や住民が安心して医療を受けられるよう、医療体制の構築が必要となります。

今後、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中、生活の質の向上を実現するためには、4疾病3事業について、患者数の増減の状況、現在の医療提供の状況、患者の受療動向、医療機関のアクセス状況も踏まえつつ、医療体制の充実が必要です。

具体的には、次の観点に立って取り組んでいきます。

- 1 疾病又は事業ごとに必要となる医療機能及び医療連携区域の考え方を明確化した上で、
- 2 地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、
- 3 医療連携体制を推進していきます。

1. がんの医療提供体制の確保

① 現在の入院医療需要と今後の入院医療需要予測について

2013年度の医療提供体制が継続すると仮定した場合の2025年度において県内の医療機関が提供すべき患者の医療需要（医療機関所在地ベースの医療需要）は、2013年度現在県内の医療機関が提供している患者の医療需要と比較すると、高度急性期機能が約5%、急性期機能が約10%、回復期機能が約12%増加すると見込まれています。

構想区域ごとに見ると、いずれの構想区域においても、医療機関所在地ベースでの医療需要の増加が見込まれています。

東和構想区域と中和構想区域では、他の構想区域から流入している医療需要に対応しています。

（データ集P55 必要病床数推計ツールより）

② 現在の医療提供の特徴について

「がん診療連携の体制」のレセプト出現数が少ないため情報共有による連携が進んでいないことが考えられます。

「がんの化学療法」は、入院は全国より低くなっていますが、外来はレセプト出現数が全国平均より上回っているため、化学療法は入院よりも外来で積極的に行っていると考えられます。

（データ集P25 年齢調整標準化レセプト出現比を用いた都道府県間比較より）

③ 患者の受療動向について

各構想区域内での医療提供は、入院・外来とも西和構想区域及び南和構想区域を除いて約70%程度提供されており、西和構想区域及び南和構想区域においては、他の構想区域での受療が多い状況となっています。

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能のいずれについても他の都道府県の医療機関において供給を受けており、どの構想区域においても、大阪府への流出が一定数発生しています。

（データ集P13 受療動向可視化ツールより）

④ 医療機関へのアクセス状況について

5大がんにおける県内の30分以内でのアクセス可能な人口カバー率は約60%以上で、60分以内でのアクセスは95%以上となっており、おおむね医療機関へのアクセス性が確保されている状況となっています。

〔 データ集P84 DPC公開データに基づく疾患別の
アクセスマップと人口カバー率より 〕

⑤ 医療連携区域に対する考え方

県内には、がん患者がどこでも質の高いがん医療を受けることができるよう、がん診療連携拠点病院として、南和構想区域を除き各構想区域に概ね1カ所、県内5カ所の病院が国の指定を受けています。

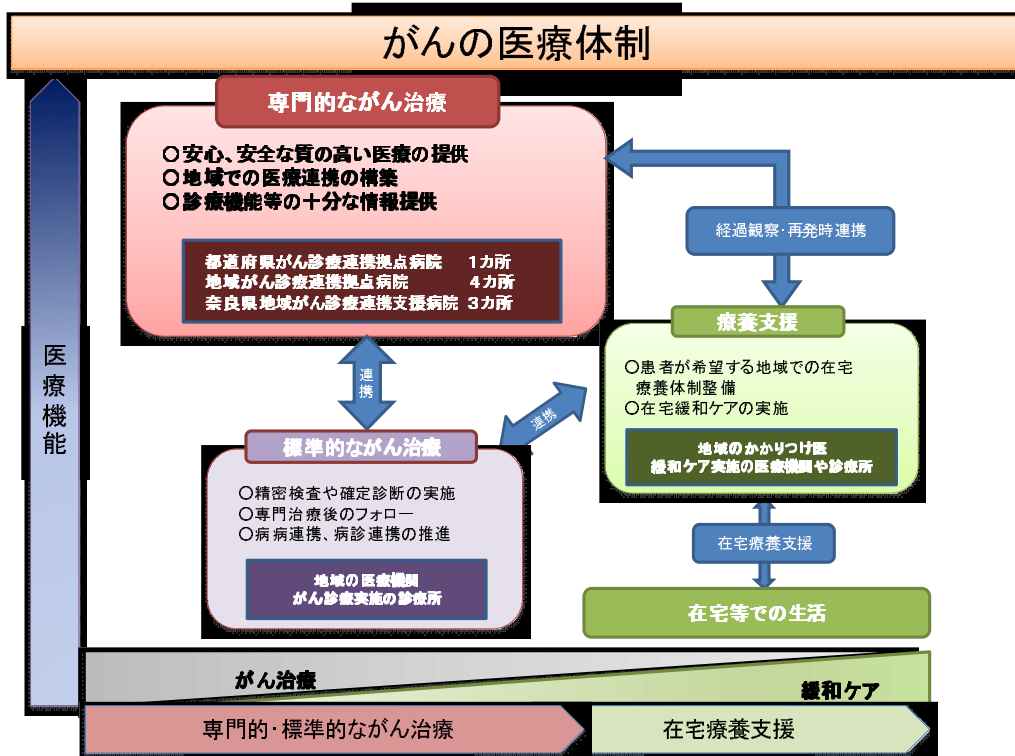
また、国が指定するがん診療連携拠点病院と連携を図りながら、がんの専門的な医療の提供等を行う医療機関として、県では、奈良県地域がん診療連携支援病院として3病院を指定しています。

拠点病院のない南和構想区域では、この地域にある公立3病院の役割分担、機能再編を行い、平成28年度に開院する南奈良総合医療センターにおいて、外科的療法や化学的療法を基本としたがん治療の充実を進め、がん診療連携拠点病院の指定を目指しています。

したがって、がんについては、概ね構想区域ごとにがん診療連携拠点病院の指定を受けていることから、5つの医療連携区域を設定し、医療提供体制を確保できるよう目指します。

⑥ 医療連携体制の推進及び主要な機能を担う医療機関について

【医療連携体制の構築】



がんの医療提供体制の整備にあたっては、関係機関が次に示す機能を果たすとともに、地域における連携体制を構築することが必要となっています。

- ・専門的ながん診療機能
- ・標準的ながん診療機能
- ・在宅療養支援機能

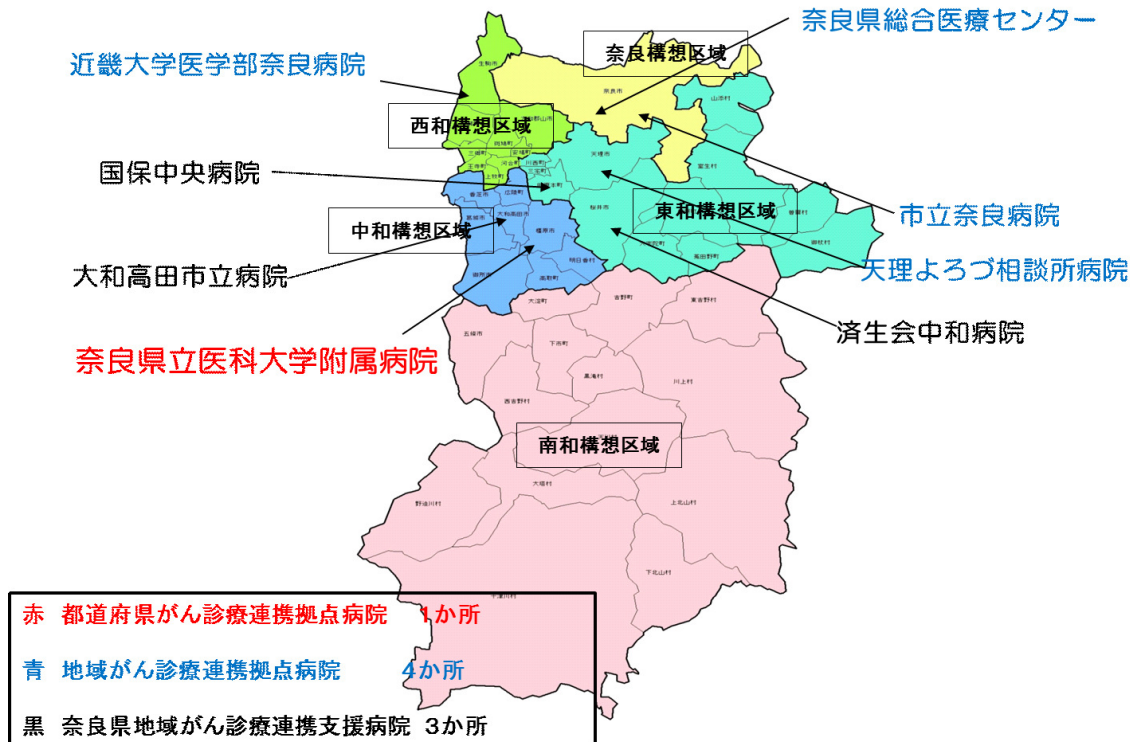
また、がん患者やその家族に対して質の高いがん医療の提供ときめ細かな支援に向けて、多職種で医療にあたるチーム医療が強く求められるようになっており、放射線療法と化学療法の推進に加え、手術療法の推進や病理診断の実施体制の整備、リハビリテーションの推進、在宅ターミナルケアへの支援の必要があります。

【主要な機能を担う医療機関について】

■ 2025年に向けて専門的及び標準的ながん診療機能で必要となる医療機能
(がん治療)

- 機能 集学的治療、標準的治療、チーム医療、がんと診断された時から
の緩和ケア、がん患者等への相談支援、治療後のフォローアップ
- 目標 安心、安全な質の高い医療の提供
- 連携 退院後も含む診療情報、治療計画の共有（病病連携、病診連携）

がん診療連携拠点病院・地域がん診療連携支援病院



都道府県がん診療連携拠点病院

病院名	構想区域	所在地
奈良県立医科大学附属病院	中和	橿原市四条町840

地域がん診療連携拠点病院

病院名	構想区域	所在地
奈良県総合医療センター	奈良	奈良市平松1-30-1
市立奈良病院	奈良	奈良市東紀寺町1-50-1
天理よろづ相談所病院	東和	天理市三島町200
近畿大学医学部奈良病院	西和	生駒市乙田町1248-1

奈良県地域がん診療連携支援病院

病院名	構想区域	所在地
国保中央病院	東和	磯城郡田原本町大字宮古404-1
済生会中和病院	東和	桜井市大字阿部323
大和高田市立病院	中和	大和高田市磯野北町1-1

(平成28年4月現在)

■ 2025年に向けて回復期・慢性期で必要となる医療機能
(療養支援)

- 機能 退院後の経過観察、生活指導、療養支援、訪問診療、緩和ケア、
看取り
- 目標 地域での生活を維持しながら、診断、治療、緩和ケア、さらに在
宅、看取りまで切れ目のない質の高いがん医療を受けることがで
きる地域連携体制の整備
- 連携 医療機関、診療所との連携、在宅療養を支援する関係機関（訪問
看護ステーション、薬局、歯科診療等）との連携、

⑦ 目指すべき方向性について

県内で、より安心、安全な質の高い医療を提供するとともに、患者が希望する地
域での療養生活の充実のため、次のような連携体制の整備が必要です。

- ・がん患者が、県内の医療機関で質の高いがん医療を受けることができる集学
的治療の充実と実践できる効果的なチーム医療の体制整備
- ・がんと診断された初期段階から緩和ケアを受けることができる体制整備
- ・患者が希望する地域での療養生活ができる連携体制整備

2. 脳卒中の医療提供体制の確保

① 現在の入院医療需要と今後の入院医療需要予測について

2013年度の医療提供体制が継続すると仮定した場合の2025年度において県内医療機関が提供すべき患者の医療需要（医療機関所在地ベースの医療需要）は、2013年度現在県内の医療機関が提供している患者の医療需要と比較すると、高度急性期機能が約17%、急性期機能が約27%、回復期機能が約30%増加すると見込まれています。

いずれの構想区域においても、医療機関所在地ベースの医療需要の増加が見込まれています。

（データ集P62 必要病床数推計ツールより）

② 現在の医療提供の特徴について

脳卒中の集中治療室（SCU）のレセプト出現数が全国と比較して低く、体制が不足している可能性があります。

また、「脳卒中患者の連携パス利用者」のレセプト出現数が少ないため、パスによる連携が進んでいない可能性が考えられます。

（データ集P23 年齢調整標準化レセプト出現比を用いた都道府県間比較より）

③ 患者の受療動向について

各構想区域内での医療提供は、入院については南和構想区域を除いて約70%程度、外来については約80%で、おおむね構想区域内での受療ができる体制が確保されています。

県外へ患者の流出については、入院、外来とも大阪府に流出しており、入院については、西和構想区域では約8%の患者が大阪府に、南和構想区域では約12%の患者が和歌山県に流出している状況となっています。

南和構想区域では、入院患者の約60%が構想区域外の医療機関で受療しており、医療提供体制に課題があると考えられますが、中和構想区域と合算すると約70%の患者を受け入れている状況です。

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能のいずれについても他の都道府県に流出している状況となっています。

（データ集P17 受療動向可視化ツールより）

④ 医療機関へのアクセス状況について

脳卒中にかかる医療提供においては、来院後1時間以内（発症後3時間以内）の専門的治療の開始が望ましいとされています。県内の30分以内でアクセス可能な人口カバー率は約40～70%で、60分以内での人口カバー率は90%以上となっています。

南和構想区域ではドクターヘリの積極的活用により、アクセス性を確保する必要があります。くも膜下出血、破裂脳動脈瘤については、南和構想区域でのアク

セスが他の疾病と比較して悪くなっており、東和構想区域の東部中山間地帯では、脳梗塞以外の疾病のアクセスが悪くなっています。

データ集P82 DPC公開データに基づく疾患別の
アクセスマップと人口カバー率より

⑤ 医療連携区域に対する考え方について

脳卒中の治療は、発症後はできる限り早期に検査を行い、脳卒中の種類を診断し、適切な治療を早期に開始することが重要となっています。

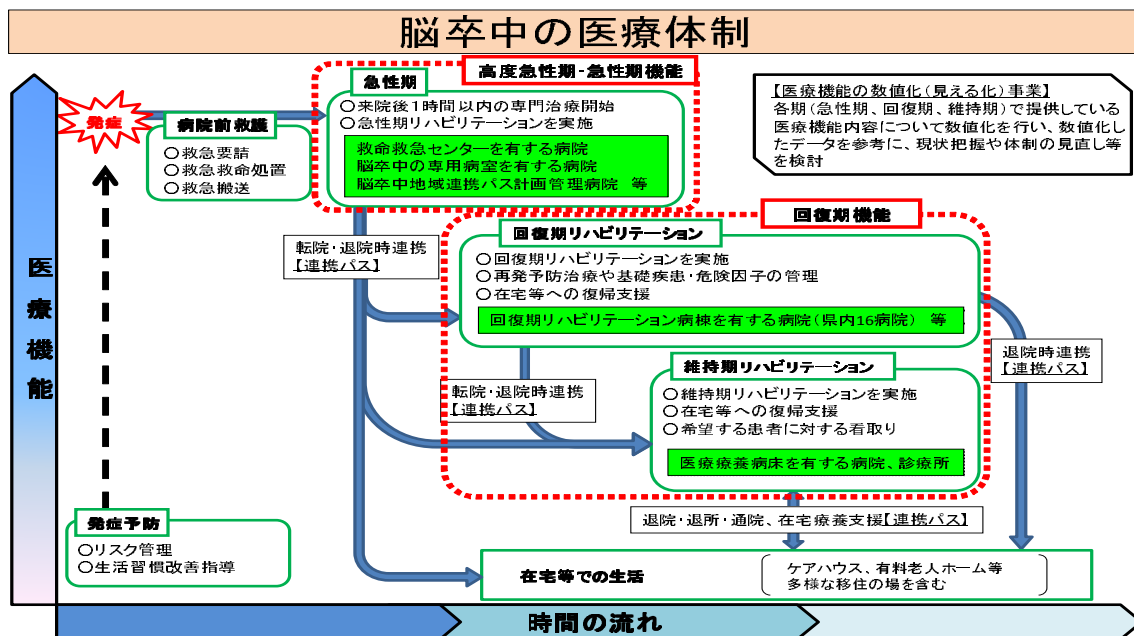
急性期機能については、後遺症などの予後にも影響するため、患者住所地にできる限り近い医療機関での対応が必要となります。また、回復期リハビリテーションや在宅療養を見据えた場合にも、患者住所地に近い医療機関での受療が理想です。

回復期機能については、患者の利便性等から地域でリハビリテーション等を行う必要があります。

したがって、脳卒中については、原則として、5つの医療連携区域において、当該構想区域内の患者の医療需要に対応する急性期機能、回復期機能を提供できる体制の確保を目指します。

⑥ 医療連携体制の推進及び主要な機能を担う医療機関について

【医療連携体制の構築】



脳卒中診療は、①高度急性期・急性期（発症直後に専門的な治療を行う）②回復期（からだの機能を回復させるためのリハビリテーションを行う）などの病期に分けられ、それぞれの病期によって脳卒中患者が直面する課題は変化し、各病期に応じて必要な機能を持つ医療機関による適切な診療と継ぎ目のない医療を提

供することが重要となっています。

また、在宅復帰後は再発防止のため、かかりつけ医により脳卒中の危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常等）を継続的に管理することが必要になり、特に医療連携体制の構築を進めていくことが必要となっています。

そこで、県全域の医療機関を対象に県において取り組んできた脳卒中地域連携パスや重要疾患医療機能収集分析事業（脳卒中）に参加している医療機関を中心に連携体制を構築することとします。

【主要な機能を担う医療機関について】

■ 2025年に向けて高度急性期・急性期で必要となる医療機能

- 機能 救急医療（緊急処置、緊急手術、保存治療）、早期リハビリテーション
- 目標 来院後1時間以内（発症後3時間以内）の専門的治療の開始、廃用症候群や合併症の予防、早期に自立できるためのリハビリテーションの実施
- 連携 回復期、維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有【連携パス】
疑い患者の最終判断を救急隊へ情報提供