

第 2 節 腦卒中

1. 現状と課題

(1) 脳卒中の発症状況

「脳卒中」（脳血管疾患）とは、脳の血管に血栓が詰まって起こる「脳梗塞」、脳の細い血管が破れて起こる「脳出血」、脳の血管にできたこぶ（動脈瘤）が破れること等によって起こる「くも膜下出血」等の症状をあわせた総称です。

- 本県における脳血管疾患を原因とする死亡者数は年間 1,145 人であり、死因別の割合としては、がん、心疾患、肺炎に次いで多く、死亡原因の約 8.8%（年間死亡者総数 13,036 人のうち 1,145 人）を占めています。
- 脳血管疾患を原因とする死亡者数の状況について、地域ごとの年齢構成の違いを調整した死亡率（年齢調整死亡率）で見ると、本県は、全国平均と比べてかなり低く、男性、女性ともに、香川県に次いで全国で 2 番目に低い死亡率となっています。

脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）

		脳血管疾患	内訳			
			脳梗塞	脳内出血	くも膜下出血	その他脳血管疾患
男性	奈良県	39.3	23.5 (59.8%)	11.1 (28.2%)	3.6 (9.2%)	1.1 (2.8%)
	全国	49.5	25.4 (51.3%)	17.1 (34.5%)	5.7 (11.5%)	1.3 (2.7%)
女性	奈良県	20.7	11.0 (53.1%)	5.4 (26.1%)	3.5 (16.9%)	0.8 (3.9%)
	全国	26.9	12.8 (47.6%)	7.6 (28.3%)	5.7 (21.2%)	0.8 (2.9%)

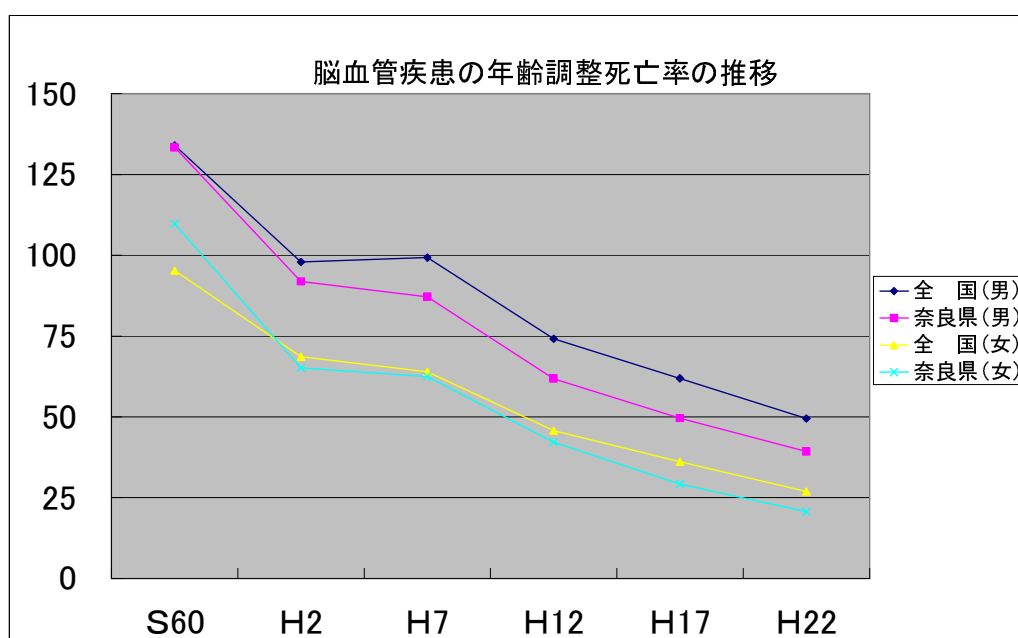
厚生労働省「平成22年人口動態統計特殊報告」
（疾患内訳の下段の（ ）内は、脳血管疾患全体に占める割合）

- 医療技術の進歩等により、脳血管疾患の年齢調整死亡率は全国的に減少傾向にあり、また、本県は男女とも全国平均よりも低い率で推移しています。

脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移（人口10万人あたり）

		S60年	H2年	H7年	H12年	H17年	H22年
男性	奈良県	133.4	91.9	87.2	61.8	49.6	39.3
	全 国	134.0	97.9	99.3	74.2	61.9	49.5
女性	奈良県	109.7	65.2	62.5	42.2	29.2	20.7
	全 国	95.3	68.6	64.0	45.7	36.1	26.9

厚生労働省「平成22年人口動態統計特殊報告」



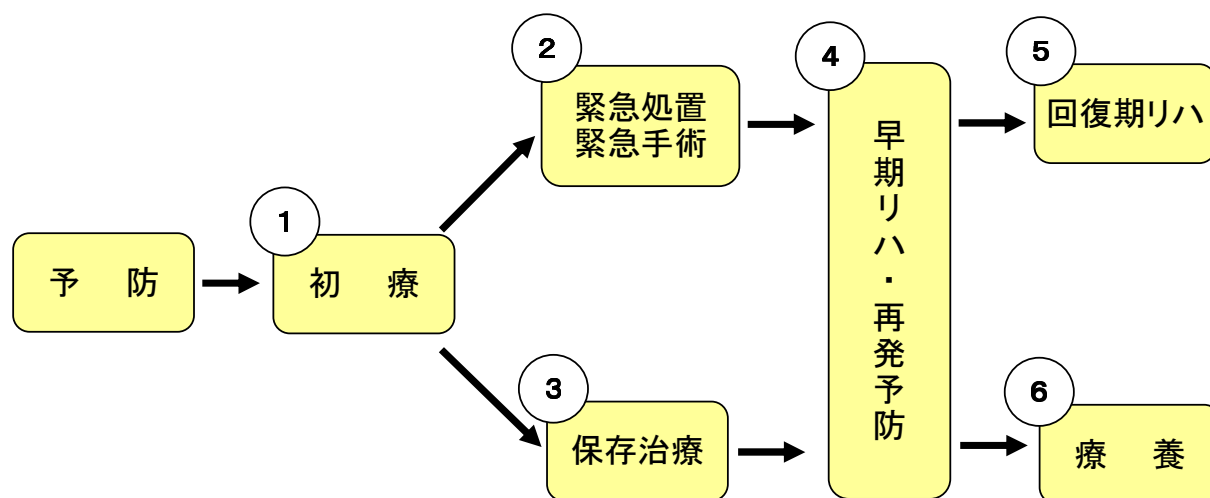
- 本県において、脳血管疾患の人口10万人あたりの受療率は192で、全国平均250を下回っています。

脳血管疾患の受療率（人口10万人あたり）

	入院	外来	計
奈良県	125	67	192
全 国	156	94	250

(厚生労働省「平成20年患者調査」)

- 本県で1日に発生する脳卒中の推計患者数をもとに、患者の状態に応じて行う治療の内容とその予測患者数は次のとおりです。



患者の状態に応じた予測患者数

		対象者	予測患者数	出典
①	初療	脳卒中が強く疑われる患者	平均11人/日 (最大19人/日)	救急搬送データ等により算出
②	緊急処置 緊急手術	①のうち、緊急手術や緊急処置が必要な患者	2人～最大10人程度 (①の20～50%)	予測患者数の割合は、「脳卒中データバンク2009」による
③	保存治療	②以外の患者で、入院が必要な患者	2人～最大15人程度 (①の20～80%)	
④	早期リハ・再発予防	早期リハビリテーション(入院後4日以内が望ましい)・再発予防を行う患者	②及び③で入院中の患者全員	
⑤	回復期リハ	④のうち、回復期リハビリテーションを行う患者(急性期・合併症が発生する時期を終わった患者)	120人/月程度 (④の30%程度)	
⑥	療養	④のうち、療養(医療・介護)が必要な患者(急性期・合併症が発生する時期を終わった患者)	80人/月程度 (④の20%程度)	

- 脳血管疾患は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、認知障害などの後遺症が残る場合が多く、寝たきりに移行することも少なくないことから患者及びその家族の日常生活に大きな影響を及ぼす場合があります。

- 介護が必要になった人のうち 24.1%は脳血管疾患が原因であり、原因疾患の第1位となっています。特に、介護を要する度合いの高い要介護4及び要介護5の人のうち、約3人に1人は脳血管疾患が原因となっています。

要介護度別の介護が必要となった主な原因の構成割合

介護が必要となった 主な原因 (%)	脳卒中 (脳血管疾患)	認知症	高齢による衰弱	その他(関節疾患、骨折等)
要介護者(全体)	24.1	20.5	13.1	42.3
うち要介護4	30.3	19.3	9.7	40.7
うち要介護5	33.8	18.7	15.0	32.5

(厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」)

- 脳血管疾患患者の在宅死亡者割合は、全国値の 18.7% に比べ、14.8% と低くなっています。

脳血管疾患患者の在宅死亡者割合

県全体	全国
14.8%	18.7%

(厚生労働省「平成22年人口動態調査」)

(2) 医療提供体制

- 県内において、従事する主たる診療科を、「神経内科」と届出をした医師は 52 名です。人口 10 万人あたり 3.7 と、全国値 3.2 に比べやや多い状況です。

神経内科と届出をした医師の数

	人数	人口10万人あたり
奈良県	52人	3.7人
全国	4,094人	3.2人

(厚生労働省「平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査」)

- 県内において、従事する主たる診療科を、「脳神経外科」と届出をした医師は74名です。人口10万人あたり5.2と、全国値5.3に比べほぼ同じ状況です。

脳神経外科と届出をした医師の数

	人 数	人口10万人あたり
奈良県	74人	5.2人
全 国	6,695人	5.3人

(厚生労働省「平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査」)

- 脳梗塞に対するt-P Aによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院は、8施設です。人口100万人あたり5.7と、全国値5.8に比べほぼ同じ状況です。

脳梗塞に対するt-P Aによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院

	県全体	全国
施設数	8	736
人口100万人あたり	5.7	5.8

(厚生労働省「ナショナルデータベース」(平成24年1月))

- 脳梗塞に対するt-P Aによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数は、平成22年度下半期に、84件でした。
人口10万人あたり6.0と全国値3.6より多くなっており、適切に脳梗塞に対する治療が行われていることを示しています。

脳梗塞に対するt-P Aによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数

	県全体	全国
件数	84	4,585
人口10万人あたり	6.0	3.6

(厚生労働省「ナショナルデータベース」(平成22年10月～平成23年3月))

- くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数は、平成22年度下半期に、84件でした。
人口10万人あたり6.0と全国値5.0より多くなっており、適切にくも膜下出血に対する治療が行われていることを示しています。

くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数

	県全体	全国
件数	84	6,300
人口10万人あたり	6.0	5.0

(厚生労働省「ナショナルデータベース」(平成22年10月～平成23年3月))

- 早期リハビリテーション実施件数は、人口10万人あたり437.1と、全国値441.7に比べやや少ない状況です。
長期にわたり寝たきりになってしまうと、筋力低下や関節の運動制限などが進行してしまいます。
リハビリテーションが遅れると、退院や社会復帰が延長してしまう可能性が高くなります。

早期リハビリテーション実施件数

	県全体	全国値
件数	6,171	561,247
人口10万人あたり	437.1	441.7

(厚生労働省「ナショナルデータベース」(平成22年10月～平成23年3月))

- 急性期を脱した患者であっても、重い後遺症等の理由により、回復期を担う病院への転院や退院が困難な場合があり、結果的に、急性期の医療を担う医療機関における救急患者の受入に支障を来している場合があります。

- リハビリテーションが実施可能な医療機関数（脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）の届出施設数）は、医療圏によって違いがあります。
- 早期リハビリテーションにより早期の退院や社会復帰が可能となるので、脳卒中の患者を受入れる医療機関は、早期リハビリテーションを提供できる体制を整えておくことが求められます。

リハビリテーションが実施可能な医療機関数

	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体	全国
医療機関数	21	15	15	11	5	67	7,107
人口10万人あたり	5.8	6.8	4.2	2.9	5.8	4.7	5.6

（厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成24年1月））

- 本県の病院における脳血管疾患の退院患者の平均在院日数は103.9日で、全国平均（109.2日）よりは短いですが、
- しかし、傷病分類別にみまると、脳血管疾患による患者の平均在院日数は、精神疾患を除くと最も長く、全傷病平均の37.4日を大きく上回っています。

脳血管疾患の退院患者 平均在院日数

奈良	東和	西和	中和	南和	県全体	全国
83.1	85.4	95.3	130.9	163.0	103.9	109.2

（厚生労働省「平成20年患者調査」）

2. 目指すべき方向

（1）予防

脳卒中を発症した患者の約6割が高血圧の既往のある患者（平成21年度 奈良県脳卒中発症患者調査結果）であり、高血圧は脳卒中にとって大きな危険因子であると言われています。

また、高血圧以外にも、脂質異常症、糖尿病、喫煙などの生活習慣に起因する危険因子の改善も非常に重要であり、そのためには、脂肪や食塩の摂りすぎなどの食生活の改善や運動習慣の定着化等による県民の健康づくりへの支援が必要です。

(2) 発症直後の救護、搬送等

脳卒中は、できるだけ早く適切な治療を行うことでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症の危険性も少なくなることから、速やかな治療開始が非常に重要です。

脳卒中を疑うような症状が現れた場合は、本人や家族などの周囲の人が速やかに救急要請をする必要があります。

また、救急隊による適切な観察・判断・救急救命処置等を行ったうえで、対応が可能な医療機関に患者を搬送することも必要です。

(3) 診断

問診や身体所見の診察等に加えて、CTやMRI等の画像検査を行うことで、より正確な診断が可能となります。

これにより、治療法の選択や治療後の状態についてある程度の予測をおこった上、速やかな治療開始を行います。

(4) 急性期の治療

脳卒中の急性期には呼吸管理などの全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療を行います。

- 脳梗塞に対しては、発症後 4.5 時間以内に t-P A¹により血栓を溶かす治療を開始することが重要です。
また、t-P Aの適応患者以外に対しても、できるだけ早期に抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要です。
- 脳出血に対しては、血圧管理のほか、出血部位や血腫の状況等により、必要に応じて外科的手術を行います。
- くも膜下出血に対しては、動脈瘤の再破裂予防が重要であり、そのための開頭手術等の外科的治療や血管内治療を行います。

¹ t-P Aとは、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。脳梗塞、心臓発作、肺血栓の治療に用いられています。

(5) リハビリテーション

患者の状態に応じて、適切なリハビリテーションを行います。

- 急性期には、廃用症候群や合併症の予防や患者の早期自立を目的としたリハビリテーションを、可能であれば発症当日から病室で実施します。
- 回復期には、身体機能回復や日常生活動作（ADL）向上を目的としたリハビリテーションを、訓練が可能になった時期から訓練室で集中して実施します。
- 維持期には、回復あるいは残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施します。
なお、回復期や維持期においては、摂食・嚥下等のリハビリテーションを行い、誤嚥の防止や咀嚼機能の維持向上を図ることも必要です。

(6) 急性期を脱した後の治療

急性期を脱した後は、再発予防のための治療や、脳卒中の危険因子である高血圧症、脂質異常症、喫煙等の継続的な管理を行います。

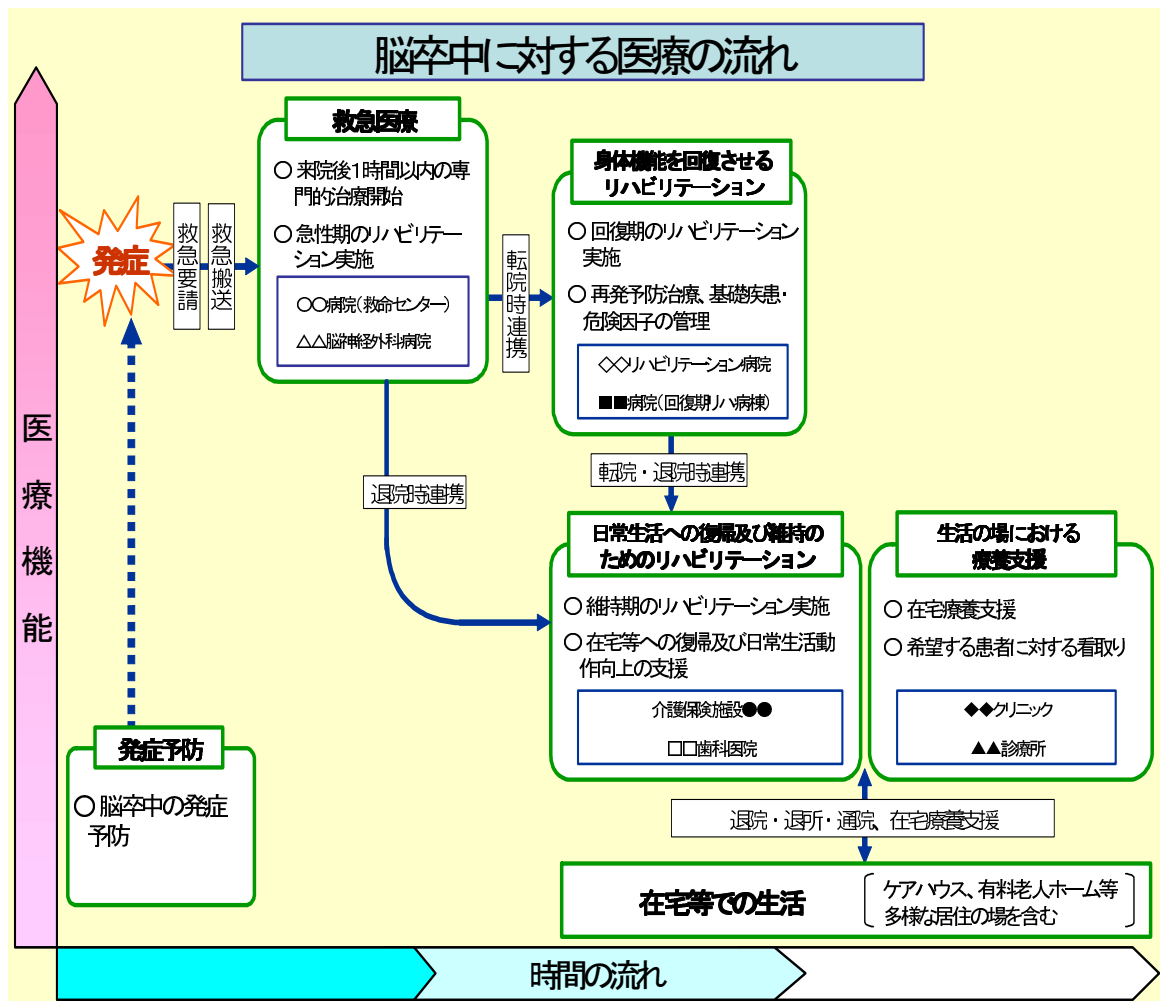
(7) 地域における医療、福祉、介護の連携

急性期から回復期、維持期（在宅療養支援を含む）までの医療については、患者の状態に応じてそれぞれの時期に必要な医療機能も異なることから、一つの医療機関ですべてを行うことはできません。

地域における医療機関がそれぞれの持つ医療機能に応じ、連携して患者に切れ目なく医療を提供する体制を整備することが重要です。

また、在宅で療養する場合は、再発予防や危険因子の管理のほかに、身体機能を維持するためのリハビリテーションや、抑うつ状態への対応、福祉・介護サービスとの連携等による患者の療養支援を行います。

脳卒中は、再発する場合も多く、また、後遺症が残ることも少なくないことから、患者及びその家族に対する支援や、再発時における適切な対応等の啓発等も重要です。



3. 医療機関とその連携

(1) 急性期医療を行う医療機関の機能

① 目標

- ・ 患者の来院後 1 時間以内(発症後 3 時間以内)に専門的な治療を開始すること(血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後 3 時間を超えても高度専門治療の実施について検討することが望ましい。)
- ・ 廃用症候群や合併症の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 血液検査や画像検査(単純 X 線撮影、CT、MRI、超音波検査)等の必要な検査が 24 時間実施可能であること
- ・ 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が 24 時間実施可能であること(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。)
- ・ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が 24 時間実施可能であること
- ・ 適応のある脳梗塞症例に対し、発症後 4.5 時間以内に組織プラスミノゲン・アクチベータ(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること
- ・ 外科手術及び脳血管内手術が必要と判断した場合には来院後 2 時間以内の治療開始が可能であること
- ・ 呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
- ・ リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
- ・ 回復期(あるいは維持期)の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- ・ 回復期(あるいは維持期)に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
- ・ 脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい

③ 医療機関の例

- ・ 救命救急センターを有する病院
- ・ 脳卒中の専用病室を有する病院

- ・ 急性期の血管内治療が実施可能な病院
- ・ 脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所

(2) 回復期医療を行う医療機関の機能

① 目標

- ・ 身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること
- ・ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 再発予防の治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
- ・ 失語、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
- ・ 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③ 医療機関の例

- ・ リハビリテーションを専門とする病院又は診療所
- ・ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院

(3) 維持期医療を行う医療機関の機能

(日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションを実施)

① 目標

- ・ 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び(日常生活の)継続を支援すること
- ・ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること

② 医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること

- ・ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション(訪問及び通所リハビリテーションを含む)が実施可能であること
- ・ 介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること
- ・ 回復期(あるいは急性期)の医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③ 医療機関等の例

- ・ 医療療養病棟を有する病院
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所

4. 具体的な取組策

(1) 発症と重症化予防の体制づくり

生活習慣病である脳卒中の予防は、高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙という危険因子の改善が基本となります。この4つの危険因子が適切に管理されれば、脳卒中の発症リスクを低減することができます。

① 知識普及・意識啓発

病気についての正しい知識、予防のための生活習慣の改善などの普及啓発を行います。

② 特定健診の受診促進

市町村による特定健診の受診勧奨の取組に対して支援します。休日・夜間健診の実施や保育サービスなど受診しやすい体制づくりに努めます。

③ 保健指導の強化

効果的な特定保健指導実施のため保健指導担当者の人材の育成及び資質向上に努めます。

特定健診結果の分析を支援し、ハイリスク者やコントロール不良者等、健診受診後のフォローの充実を図ります。

CKD(慢性腎臓病)対策推進マニュアルを整備し、市町村等と連携によって推進します。

④ 望ましい食習慣の実践支援

「調理力」「食品の選択能力」など具体的なスキルを学び習得できるよう、多様な取組を行います。

⑤ 食環境の充実

「健康」を意識したメニューやお弁当の提供を飲食店や企業と連携して進めます。

- ⑥ 禁煙支援体制の充実
禁煙のメリット、禁煙治療、禁煙方法等について普及啓発を行います。
禁煙について気軽に相談できる窓口の周知、禁煙について適切にアドバイスできる人材確保など禁煙支援体制を整備します。
- ⑦ 受動喫煙防止対策の拡充
行政機関、医療機関、教育施設をはじめ、多くの人が利用する公共的な空間の禁煙化を促進します。

(2) 発症直後の救護、搬送等の体制づくり

発症後、患者本人や家族などの周囲の人が速やかに救急要請を行い、早期に適切な治療を行える病院への搬送ができるよう、以下の施策に取り組みます。

- ① 高血圧症等の危険因子のある人及び家族に対する啓発により、脳卒中の疑いがあるときの早期受診の促進
○健康診断受診者への啓発チラシ配付
- ② 脳卒中の予防、早期発見、早期の救急要請等の重要性に関する啓発
○「自分の健康と病気がよくわかるポータルサイト」の活用等
- ③ 救急搬送ルールを適切に運用するとともに、必要に応じて見直しを行い、搬送時間の短縮を図ります。

(3) 急性期（救急）医療の体制づくり

脳卒中の急性期医療（救急）の確保と医療機関相互の機能分担及び連携を推進するため、以下のような医療機能を有する脳卒中治療の中核的な病院を県内に複数箇所（北和、中南和等の複数圏域）整備するとともに、これらの中核的な病院と地域の医療機関とのネットワークづくりを推進します。

（脳卒中治療の中核的病院に必要な医療機能の例）

- ・ 24時間体制で血液検査や画像検査等の必要な検査が可能
- ・ 患者の病院到着後1時間以内に外科的治療を含む専門的治療が開始可能
- ・ 脳梗塞の場合は、発症後4.5時間以内にt-PAによる治療が開始可能
- ・ 発症後4日以内に、急性期リハビリテーションが開始可能
→ 中核的な病院のあり方と周辺病院との連携等について検討する枠組構築。

(4) 回復期医療の体制づくり

- ① 急性期の医療を担う医療機関・維持期の医療を担う医療機関等と連携して、効率的なリハビリテーションが実施できる体制を構築します。
 - 医療圏ごとに、医療機関、福祉・介護施設、市町村、保健所等で構成する協議の場を設けて、検討を行います。
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関、脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関、在宅療養支援診療所等において、どのような機能を担っているのかを明らかにし、患者に対する情報を提供するとともに、病病連携・病診連携を促進します。
 - それぞれの医療機関が担っている機能をホームページや「自分の健康と病気がよくわかるポータルサイト」上で情報提供します。

(5) 医療機能の数値化

脳卒中医療関係者は、脳卒中医療の質の向上をめざして、医療機能を数値化するしくみづくりを進めます。

(6) 奈良県脳卒中地域連携パス

医療関係者と行政とが協働して検討を重ね、「奈良県脳卒中地域連携パス」が、運用されています。

運用の状況や結果について、定期的に関係者で検討し、奈良県全体での脳卒中治療の向上に努めます。

5. 数値目標

本県の脳卒中の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性、女性ともに、香川県に次いで全国で2番目に低い死亡率となっています。

今後とも、全国トップクラスの年齢調整死亡率を維持し、さらなる死亡率の低下（現状の10%減少）を目指します。

男性（現状）	39.3	→	（目標）	35.3
女性（現状）	20.7	→	（目標）	18.6

6. 脳卒中の医療を担う医療機関の例

(1) 急性期医療を担う医療機関

「奈良県傷病者の搬送・受入の実施に関する基準」（平成 23 年 1 月策定）における、「日々の救急搬送病院リスト」で、次の①または②の項目が対応可の医療機関

- ① 意識障害・脳卒中疑いの緊急手術
- ② 意識障害・脳卒中疑いの t-P A 対応

医療圏	医療機関名称	t-PA
奈良	奈良医療センター	○
	県立奈良病院	○
	市立奈良病院	○
	石洲会病院	×
東和	天理よろづ相談所病院	○
	高井病院	○
	済生会中和病院	○
西和	郡山青藍病院	×
	近畿大学医学部奈良病院	○
	県立三室病院	○
	田北病院	×
	阪奈中央病院	×
	白庭病院	○
中和	県立医科大学附属病院	○
	済生会御所病院	○
	東朋香芝病院	○
	平成記念病院	×

(平成 22 年 8 月、地域医療連携課調べ)

(2) 回復期医療を担う医療機関

- ① 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）を届けている主な医療機関

医療圏	医療機関名称
奈良	奈良春日病院
	市立奈良病院
	東大寺福祉療育病院
	おかたに病院
	吉田病院
	西の京病院
	高の原中央病院
	奈良医療センター
	奈良東病院
東和	天理よろづ相談所病院白川分院
	高井病院
	済生会中和病院
	山の辺病院

西 和	奈良県総合リハビリテーションセンター
	東生駒病院
	田北病院
	奈良厚生会病院
	阪奈中央病院
中 和	白庭病院
	県立医科大学付属病院
	秋津鴻池病院
	土庫病院
	西大和リハビリテーション病院
	東朋香芝病院
平成記念病院	

(平成 24 年 6 月 1 日時点、近畿厚生局奈良事務所の資料より)

② 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）を届けている主な医療機関

医療圏	医療機関名称
奈 良	県立奈良病院
	奈良小南病院
	奈良西部病院
	済生会奈良病院
	西奈良中央病院
	沢井病院
東 和	辻村病院
	国保中央病院
西 和	郡山青藍病院
	県立三室病院
中 和	橿原リハビリテーション病院
	済生会御所病院
南 和	町立大淀病院
	潮田病院

(平成 24 年 6 月 1 日時点、近畿厚生局奈良事務所の資料より)

③ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）を届けている主な医療機関

医療圏	医療機関名称
奈 良	大倭病院
	奈良東九条病院
	谷掛整形
	あすかホームクリニック
東 和	天理よろづ相談所病院
	天理市立病院
	宇陀市立病院
	宮城医院
	植田医院
	吉井整形外科医院
西 和	奈良社会保険病院
	倉病院

	近畿大学医学部奈良病院
	服部記念病院
	奈良友誼会病院
	やわらぎクリニック
中 和	中井記念病院
	大和高田市立病院
	平尾病院
南 和	南和病院
	吉野町国民健康保険吉野病院
	県立五條病院

(平成 24 年 6 月 1 日時点、近畿厚生局奈良事務所の資料より)

(3) 維持期医療を担う医療機関

療養病棟入院基本料を届けている主な医療機関

医療圏	医療機関名称
奈 良	沢井病院
	奈良春日病院
	西の京病院
	バルツァ・ゴードル
	小南病院
東 和	済生会中和病院
	山の辺病院
	高宮病院
	奈良東病院
	天理よろづ相談所病院白川分院
	辻村病院
西 和	郡山青藍病院
	藤村病院
	阪奈中央病院
	白庭病院
中 和	橿原リハビリテーション病院
	秋津鴻池病院
	服部記念病院
	西大和リハビリテーション病院
	関屋病院
	東朋香芝病院
南 和	吉野町国民健康保険吉野病院
	南和病院
	潮田病院
	福西クリニック

(平成 24 年 6 月 1 日時点、近畿厚生局奈良事務所の資料より)