

## 第4章

### 地域における医療機能の分担と連携





## 第1節 地域医療構想の取組

奈良県では、医療のあり方の変化に応じた新しい地域医療の仕組みを構築することを目指して、地域の医療機関が役割分担と連携により、高度急性期・急性期医療から在宅医療までの一連のサービスを地域において総合的に確保できる適切な医療提供体制の実現を目的として、平成 28（2016）年 3 月に「奈良県地域医療構想」（奈良県保健医療計画 別冊）を策定しました。

奈良県地域医療構想の実現に向けて、県の現状・課題認識及び取組方針は以下のとおりです。

### 1. 奈良県の医療を取り巻く現状と今後の動向

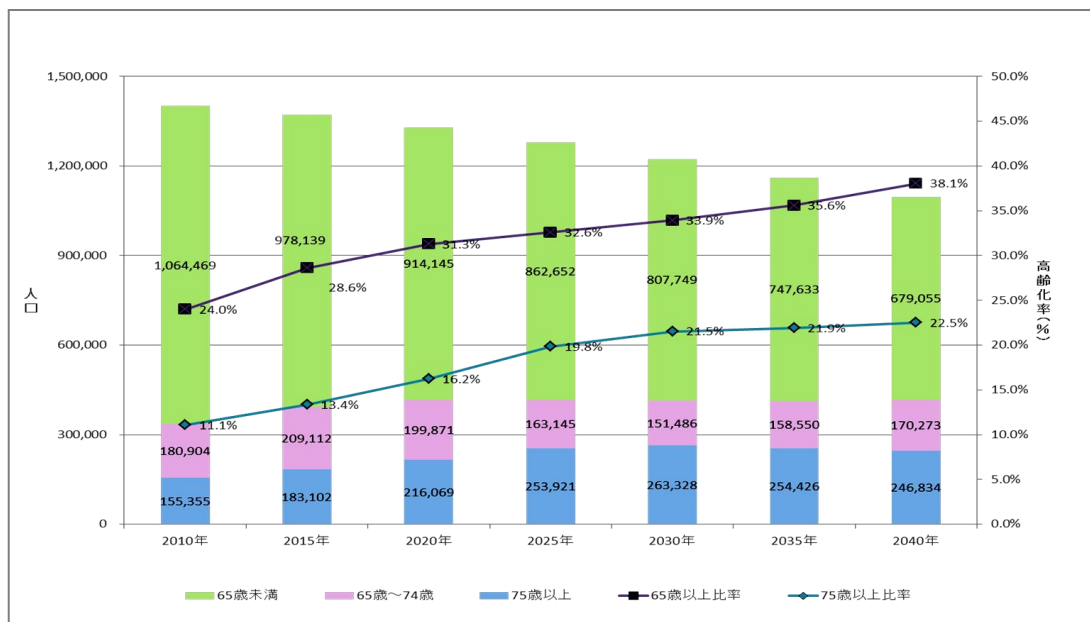
#### (1) 人口構造の変化の見通し

##### 1) 県全体

奈良県における 65 歳～74 歳の人口の伸びは平成 27（2015）年付近を境に頭打ちとなります。当面 75 歳以上の人口は増えますが、その後、平成 37（2025）年～平成 42（2030）年付近を境に高齢者人口は伸び止まります。また、65 歳未満の生産・年少人口は年々減少しています。（図 1）。

人口構造の変化は、医療需要にも変化をもたらすことが予想されます。

図 1 奈良県の人口推移



出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成 25 年 3 月日本の地域別将来推計人口」

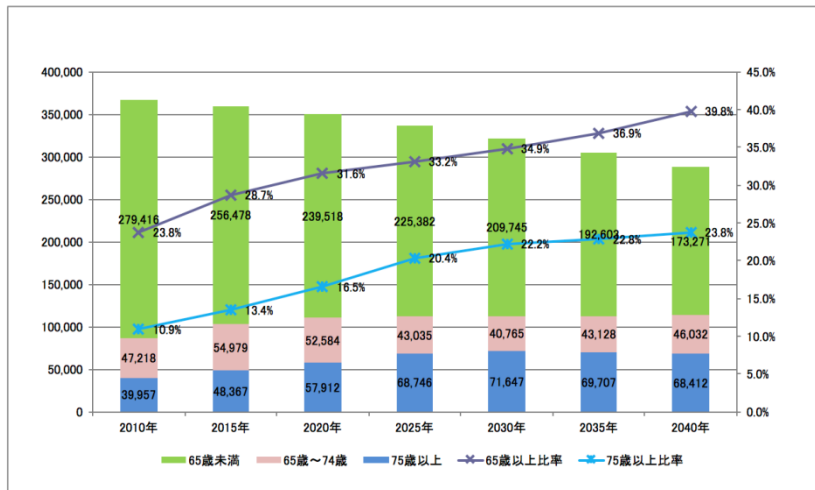
#### 2) 各保健医療圏

##### ① 奈良保健医療圏

今後、人口は引き続き減少していき、平成 37（2025）年には平成 22（2010）年に比べて約 8%減少し、平成 52（2040）年には約 22%減少します。

65 歳以上高齢者人口は増加し続け、平成 37（2025）年には人口に占める割合は 33%となり、平成 52（2040）年には 40%近くに達します。（図 2）。

図2 奈良保健医療圏の人口推移



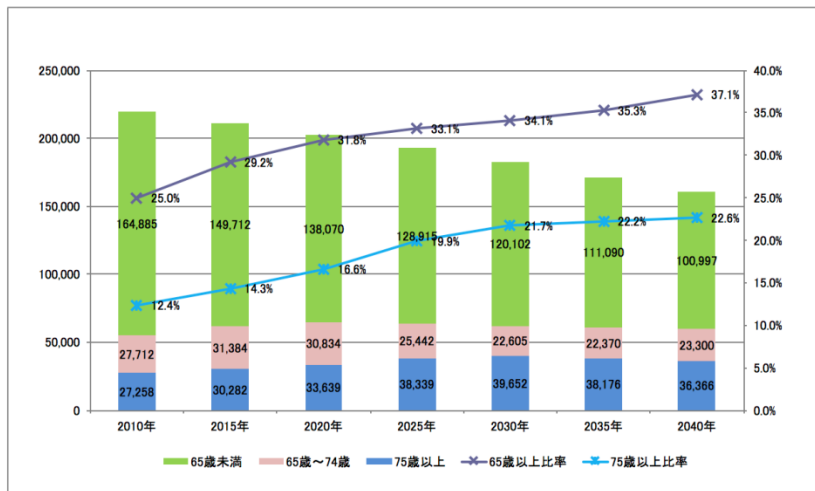
出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成25年3月日本の地域別将来推計人口」

### ② 東和保健医療圏

今後、人口は引き続き減少していき、平成37(2025)年には平成22(2010)年に比べて約12%減少し、平成52(2040)年には約27%減少します。

65歳以上高齢者人口は増加し続けますが、平成32(2020)年をピークに減少に転じます。しかし、高齢者人口比率は平成37(2025)年には33%となり、平成52(2040)年には37%まで増加します(図3)。

図3 東和保健医療圏の人口推移



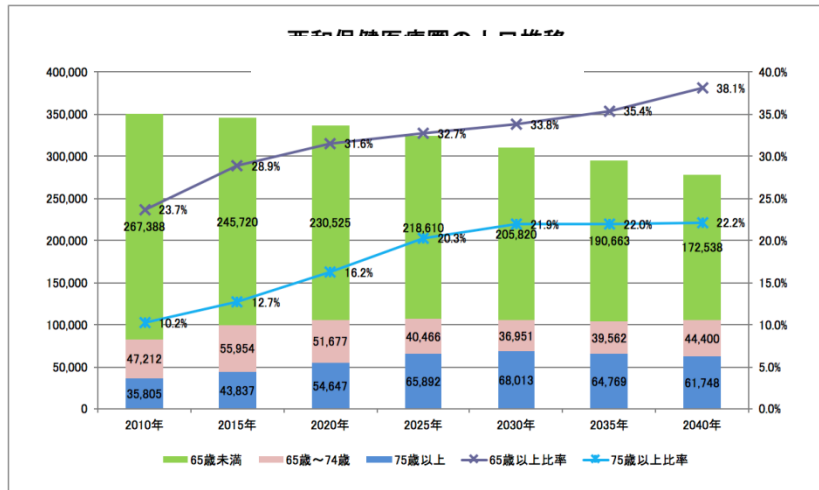
出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成25年3月日本の地域別将来推計人口」

### ③ 西和保健医療圏

今後、人口は引き続き減少していき、平成37(2025)年には平成22(2010)年に比べて約7%減少し、平成52(2040)年には約20%減少します。

65歳以上高齢者人口は増加し続け、平成37(2025)年には人口に占める割合は約33%となり、平成52(2040)年には38%を超えます(図4)。

図4 西和保健医療圏の人口推移



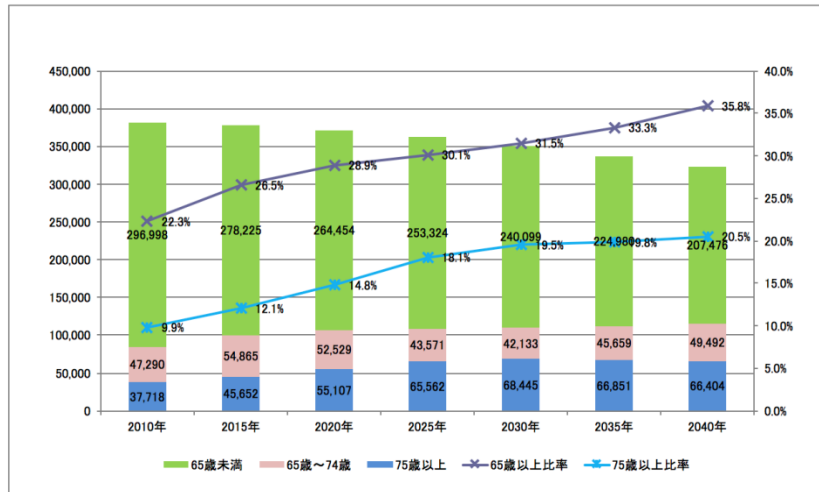
出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成25年3月日本の地域別推計人口」

#### ④ 中和保健医療圏

今後、人口は引き続き減少していき、平成37(2025)年には平成22(2010)年に比べて約5%減少し、平成52(2040)年には約15%減少します。中和保健医療圏の人口の減少割合は、他の保健医療圏と比べて比較的緩やかです。

65歳以上高齢者人口は増加し続け、平成37(2025)年には人口に占める割合は約30%となり、平成52(2040)年には35%を超えます(図5)。

図5 中和保健医療圏の人口推移



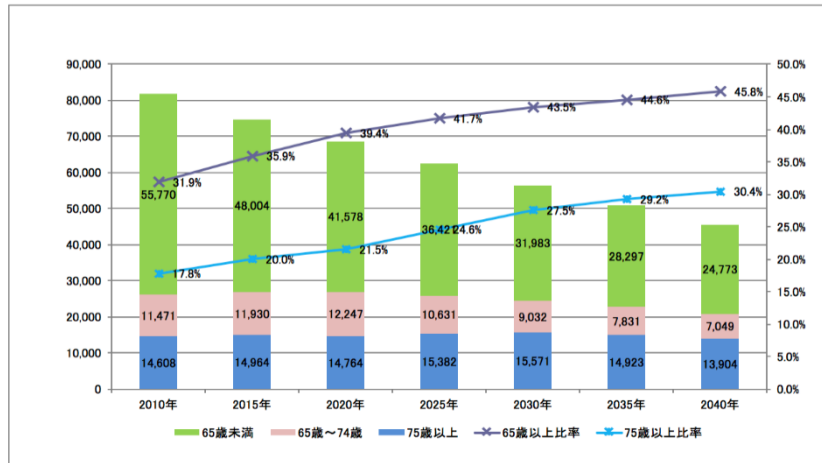
出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成25年3月日本の地域別推計人口」

#### ⑤ 南和保健医療圏

今後、人口は引き続き減少していき、平成37(2025)年には平成22(2010)年に比べて約24%減少し、平成52(2040)年には約44%減少します。南和保健医療圏の人口は、他の保健医療圏と比較して急速に減少します。

65歳以上高齢者人口は、当面現状の水準が維持されますが、平成32（2020）年をピークに減少に転じます。県内で最も高齢化が進行した状態が続き、平成37（2025）年には人口に占める割合は42%となり、平成52（2040）年には45%を超えます（図6）。

図6 南和保健医療圏の人口推移

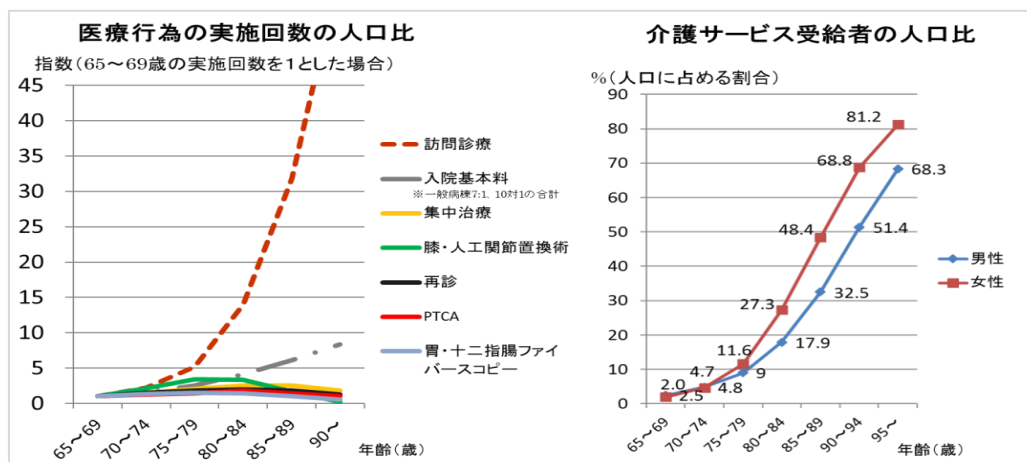


出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成25年3月日本の地域別推計人口」

## （2）人口構造の変化に伴う医療ニーズの変化

高齢者に対する「医療行為の実施回数の人口比」からみると、医療資源投入量の多い入院基本料7対1や10対1、集中治療などの高度な医療のニーズは、年齢が上がってもほぼ横ばいで推移します。一方、訪問診療は65歳から69歳の実施回数を1とした場合と比べ、75歳以上の高齢者からニーズが急激に増えることとなります。また同様に、高齢者における「介護サービス受給者の人口比」からみると、75歳以上の高齢者から急激に介護サービス受給者が増えることとなります。つまり、今後の人口構造の変化に伴い、75歳以上の高齢者が増えても、高度な医療のニーズはあまり増えませんが、要介護者の患者は急増すると予想されます（図7）。

図7 医療行為の実施回数の人口比と介護サービス受給者の人口比



出典：厚生労働省「平成27年社会医療診療行為別統計」、「平成27年度介護給付費等実態調査」を総務省「平成27年10月人口推計」で除したもの

## 2. 奈良県の医療提供体制の特徴

### (1) 病院の状況

奈良県には、平成 30 (2018) 年 4 月時点で一般病院 (特定機能病院、地域医療支援病院を含む。精神病院、結核病院を除く。) は 75 病院あり、病床 (一般病床と療養病床の合計) 規模別にみると、400 床以上が 4 病院、200 床から 399 床が 22 病院、199 床以下が 49 病院となっており、大規模病院が少なく、中規模の病院が多い状況となっています (表 1)。

公立・公的病院、民間病院の数は、公立・公的病院が 18 病院、民間病院が 57 病院と民間病院が多い状況で、199 床以下の民間病院の割合が高い状況となっています。これらの傾向は、南和保健医療圏以外の保健医療圏 (奈良、東和、西和、中和) においても同様です。

南和保健医療圏においては、公立・公的病院が 3 病院、民間病院が 2 病院となっており、他保健医療圏で民間病院の割合が高いのとは異なり、公立・公的病院の割合が高い状況となっています。

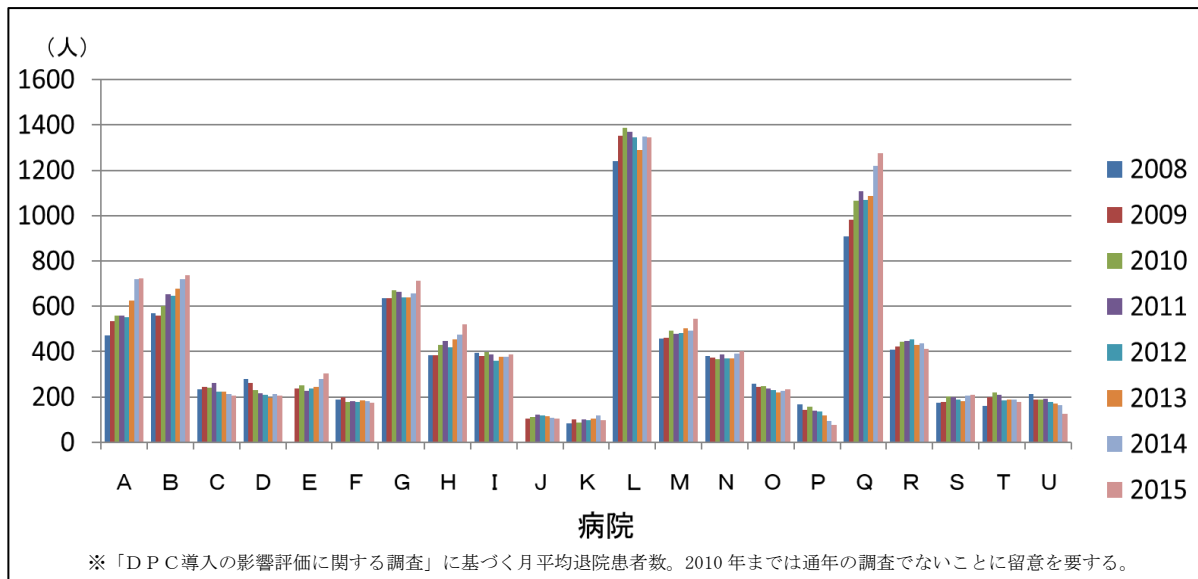
南和保健医療圏には 3 つの公立の急性期病院がありましたが、南和地域の高齢化の進展や今後の医療需要を考慮し、平成 28 (2016) 年 4 月、1 つの急性期病院と、2 つの回復期・慢性期病院に再整備されました。

また、病院別の月平均退院患者実数 (症例数) を見ると、近年、大規模病院に入院患者が集まる傾向が見られます (図 8)。

表 1 奈良県における病床 (一般病床と療養病床の合計) 規模別 公立・公的/民間別病院数

病床数 (一般+療養)	公立・公的			民間			合計		
400 床以上	2	奈良	1	2	奈良	0	4	奈良	1
		東和	0		東和	1		東和	1
		西和	0		西和	1		西和	1
		中和	1		中和	0		中和	1
		南和	0		南和	0		南和	0
200 床~399 床	9	奈良	2	13	奈良	3	22	奈良	5
		東和	2		東和	2		東和	4
		西和	3		西和	3		西和	6
		中和	1		中和	5		中和	6
		南和	1		南和	0		南和	1
199 床以下	7	奈良	1	42	奈良	15	49	奈良	16
		東和	2		東和	5		東和	7
		西和	1		西和	10		西和	11
		中和	1		中和	10		中和	11
		南和	2		南和	2		南和	4
合計	18	奈良	4	57	奈良	18	75	奈良	22
		東和	4		東和	8		東和	12
		西和	4		西和	14		西和	18
		中和	3		中和	15		中和	18
		南和	3		南和	2		南和	5

図8 病院別 月平均退院患者実数（症例数）



出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に関する調査」

## (2) 医師数

奈良県の医療施設（病院・診療所）に従事する医師数は、平成28（2016）年12月末現在3,297人で、平成26（2014）年の3,105人から約6.2%増加しています。また、人口10万人あたり医師数はこれまで全国平均を下回る水準で推移していましたが、平成28（2016）年は243.1人となり、全国平均を上回っています（表2）。

二次医療圏別で見ると3医療圏（奈良、東和、中和）で、全国平均を上回っています。南和保健医療圏では医師の不足が顕著でしたが、機能再編と必要な医師の配置により医師不足が緩和されています。

表2 保健医療圏別 医療施設従事医師数

区分	医療施設従事 医師数（人）	人口10万人あたり 医師数
全国	304,759	240.1
奈良県全体	3,297	243.1
奈良保健医療圏	919	256.4
東和保健医療圏	563	271.5
西和保健医療圏	655	190.2
中和保健医療圏	1,038	276.7
南和保健医療圏	122	173.0

出典：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

100床あたりの医師数は、病床規模が小さいほど少なくなる傾向にあります。奈良県は、199床以下の病院では全国平均を上回るものの県全体では全国平均を下回っています。これは、大規模病院（400床以上）が少なく中規模病院（200～399床）が多いことが要因と考えられます。このため、人口10万人あたりの医師数は年々増加していますが、医師が散在しているという状況にあります（表3）。



表3 100床あたり医師数（一般病院）

区分	20-199床	200-399床	400床以上	平均
全国（人）	9.50	13.30	30.12	16.72
奈良県（人）	9.79	10.81	28.44	14.37
県内の病床数（床）	4,871	6,725	3,285	

出典：厚生労働省「平成27年病院報告」「平成26年必要医師数実態調査」

### （3）機能分化の状況

奈良県が平成29（2017）年2月に県内病院を対象に行ったアンケート結果によると、奈良保健医療圏では「急性期と慢性期の両方を担っている」と回答した病院が他保健医療圏より多く（42.1%（他保健医療圏24.0%））、また「急性期と在宅・介護等の両方を担っている」と回答した病院も他保健医療圏より多く（57.9%（他保健医療圏26.0%））となっています。そのような結果から、奈良保健医療圏では、ケアミックス化や在宅医療・介護への参入など、機能分化・多角化が比較的進んでいる状況であると言えます。

東和保健医療圏は他保健医療圏に比べてケアミックスの病院の割合が多く（75.0%（他保健医療圏43.9%））、多数のケアミックス病院により様々な機能が確保されている状況であると言えます。

西和保健医療圏は他保健医療圏に比べて、「重症患者の急性期医療を担っている」と回答した病院が多い（68.8%（他保健医療圏47.2%））ことから、重症急性期を指向する病院が多い状況となっています。

中和保健医療圏は他保健医療圏に比べて、地域包括ケア病棟を有する病院は多い（33.3%（他保健医療圏25.5%））ですが、自院内の転棟が多くなっています（地域包括ケア病棟を有する病院の83.3%が、入院前の居所として最も多いのは「自院内の他病棟」と回答）。また、診療所への逆紹介を進めたいと考えている病院は少ない（38.9%、他保健医療圏47.1%）状況で、かつ、訪問診療を行っている病院も少なく（5.6%（他保健医療圏31.4%））、訪問看護を行っている病院も少ない（11.1%（他保健医療圏39.2%））状況となっています。

南和保健医療圏では、公立3病院の再編により急性期機能の集約化を行い、主に急性期を担う病院と回復期・慢性期を担う病院で機能分担が図られています。

## 3. 課題

以上のような医療提供体制の特徴を有している奈良県の課題は、次のとおりです。

### （1）将来的な医療需要に対応した供給体制の再構築

急速な高齢化の進展に伴い、慢性疾患や複数の疾病を抱えて介護を要する高齢患者の増加が見込まれています。このような医療ニーズの変化に対応するためには、急性期から慢性期、在宅医療までの一連のサービスを地域において総合的に確保できる医療体制の構築が必要です。そのためには、従来の急性期機能を中心とした医療から、介護と連携して高齢患者の生活全体を支える医療への転換が求められます。

## （２）救急医療体制の充実

奈良県の救急車の平均搬送時間は、平成 28（2016）年で 43.0 分となっており、全国平均（39.3 分）より長く、全国 41 位となっています。また、救急受入照会回数は平成 27（2015）年で全国 47 位となっています（重症以上傷病者搬送のうち受入照会回数 4 回以上の割合 奈良県 8.6% 全国平均 2.7%）。

救急患者は昼夜の区別無く発生し、その症状も様々であるため、県民の誰もがいつでもどこでも安心してそれぞれの症状に適した救急医療を受けられる体制を確立することが必要です。

## （３）適正な医師の配置

100 床あたりの医師数は、病床規模が小さいほど少なくなる傾向にあります。奈良県は、199 床以下の病院では全国平均を上回るものの県全体では全国平均を下回っています。これは、大規模病院（400 床以上）が少なく中規模病院（200～399 床）が多いことが要因と考えられます。このため、人口 10 万人あたりの医師数は年々増加していますが、医師が散在しているという状況にあります。

## （４）在宅医療体制の充実

高齢化の進展により、慢性疾患あるいは人生の最終段階における医療等のニーズの増加が見込まれる中、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられる地域包括ケアシステムの構築には、在宅医療提供体制の確保が重要な課題です。

# 4. 課題解決のための取組方針と目指す姿

人口構造の変化による医療ニーズの変化に対応するためには、救急医療や高度医療を担うことができる基幹病院と、高齢者の生活全体を支える地域の身近な医療機関の双方が適切に役割を分担して連携し、介護との連携も図りながら患者の生活を支えることが求められます。このような地域のニーズに対応した、持続可能で効率的な医療提供体制の構築を目指し、以下のような取組を進めます。

## （１）病院機能の分化・連携の推進

### －「断らない病院」と「面倒見のいい病院」の機能強化と連携の推進－

将来的な医療需要に対応した医療提供体制の構築のためには、各医療機関が地域の医療ニーズに則して自らの担う医療機能を明確化し、他の医療機関との連携を推進することが求められます。

病床機能報告制度による医療機関からの報告では、本県には急性期医療を志向する中規模の医療機関が多い状況となっています。しかし実際の医療機能は多様であるため、県では急性期と報告された病棟について重症と軽症に区分する目安を示した上で医療機関に再調査し、急性期機能の明確化を行いました。

県では将来の医療ニーズに対応できる医療提供体制を構築する上で、救急医療や高度医療に責任を持って対応する「断らない病院」と、地域包括ケアシステムを支える「面倒見のいい病院」の双方が必要だと考えています。

高度急性期・重症急性期の病院には「断らない病院」として、軽症急性期・回復期・慢性期の病院には「面倒見のいい病院」として、担うべき役割の方向性に沿った医療機能の発揮と連携の強化を推進していきます（図9）。

「断らない病院」と「面倒見のいい病院」に求められる機能としては以下のようなことが考えられます。

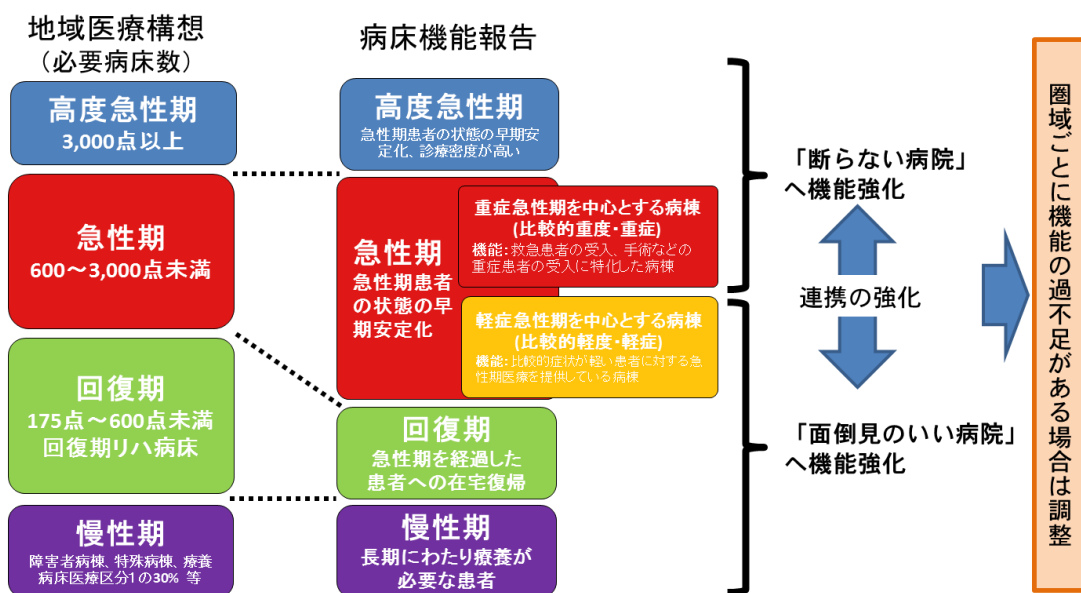
1) 「断らない病院」に求められる機能

- ①緊急で重症な患者に対する救急医療、高度な医療を担う役割の向上
- ②転院先の病院との連携を強化するなどの退院支援の推進、在院日数の短縮

2) 「面倒見のいい病院」に求められる機能

- ①在宅医療の実施又は支援、地域の医療・介護事業所等との連携強化
- ②在宅患者の増悪時の受け入れ、嚥下・排泄へのリハビリテーションなど在宅生活に必要な医療機能の向上
- ③介護施設等の施設入所者の状態悪化時の受け入れ
- ④地域の比較的軽症な患者に対する救急医療、高齢者の急変時の受け入れ
- ⑤認知症へのケア、認知症に対する医療の提供及び介護・福祉分野との連携強化

図9 急性期機能の明確化、「断らない病院」と「面倒見のいい病院」について



(2) 急性期機能の集約化

「断らない病院」としての機能を強化するためには、一定数（60人程度）以上の医師配置が望まれます。本県においては、中規模病院に医師が「散在」している状況が見られますが、生産年齢人口が減少する中で、限りある医療資源を有効に活用し、救急医療体制を確保するとともに、県民に適切に急性期医療を提供できる体制を構築するためには、地域の基幹病院に医師を重点的に配置し、急性期機能の集約化を図ることが必要です。そのためには、病院数の適正化も視野に入れ、病院機能の再編、統合についても検討を進めていく必要があります。

### (3) 地域で患者の生活全体を支える病院への機能転換

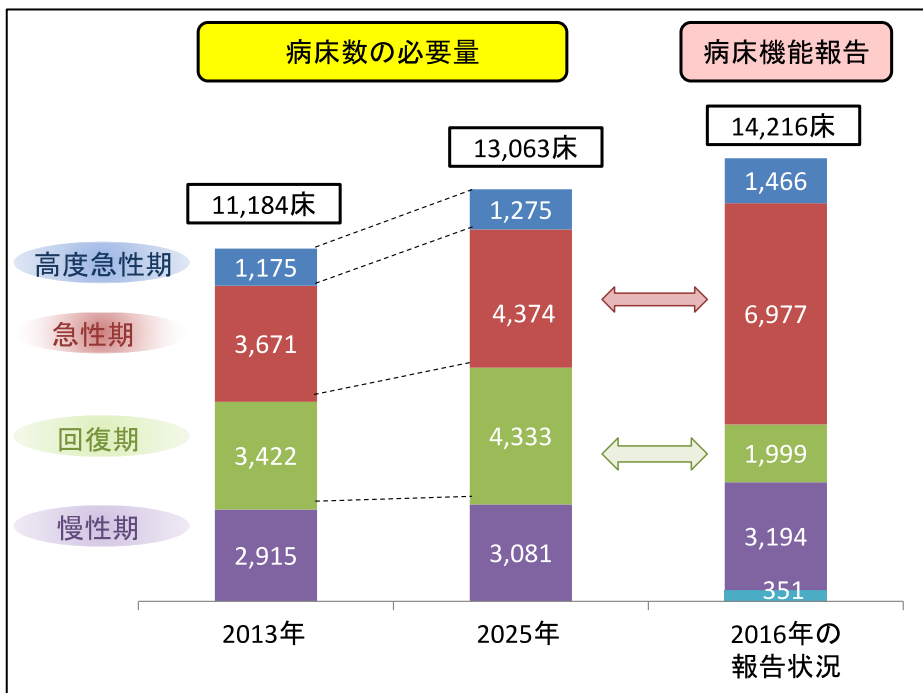
後期高齢者の増加に伴い、高度な医療を要する患者よりも、複数の慢性疾患を抱え介護を要する高齢患者の増加が見込まれます。そのため、地域の中小規模病院においては、在宅医療・介護事業所との連携、在宅患者や施設入所者の状態悪化時の受け入れ、嚥下、排泄へのリハビリテーションなど、地域で患者の生活全体を支える「面倒見のいい病院」としての機能強化が求められます。

### (4) 病床数の適正化

地域医療構想に掲げる平成 37（2025）年の医療需要は、病床の機能分化を前提として県内の医療需要を推計したものであり、病床の必要量は 13,063 床と推計されています。平成 28（2016）年の病床機能報告による医療機関からの報告数 14,216 床から見ると 1,153 床の減少となりますが、この中には介護施設等への移行分なども含まれています（図 10）。

平成 37（2025）年以降、県内人口は生産年齢人口だけでなく高齢者人口も減少し、患者数全体が減少していくことを考慮すると、将来の医療需要の縮小を見据えて、病床数の適正化を含めた病院機能の転換や、医療機関の再編、統合などの構造改革が求められます。

図 10 奈良県における 2013 年と 2025 年の医療機能の必要病床数及び病床機能報告制度による報告状況



### (5) 医師の適正配置と人材育成

貴重な医療資源を有効に活用し、質の高い医療を効率的に提供する体制を構築するため、将来の需給動向を踏まえた医師の養成・確保を進めるとともに、関係機関の理解と協力のもと、医療機能の分化と連携、地域包括ケアシステムの構築に対応した医師の適正配置を図ることが必要です。

## **(6) 在宅医療体制の充実、医療と介護の連携強化**

在宅医療において必要となる、「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」の4つの機能を果たすため、関係機関が連携して持続可能で効率的な在宅医療提供体制の構築を目指します。

## **5. 具体的な取組**

### **(1) 医療提供状況の「見える化」による病院機能の分化・連携の推進**

各医療機関が自らの医療機能を地域の中で最適化させるためには、地域の医療ニーズや医療資源の客観的な情報を得て的確に判断することが必要です。

県では、厚生労働省より提供されるデータ、病床機能報告、レセプトデータ等を分析、「見える化」し、医療関係者と共有するとともに県民等に、わかりやすい形で情報提供を行います。「見える化」した情報を共有、公開することで、各医療機関の医療機能の分化・連携の推進、医療の質の向上を図ります。

### **(2) 将来の医療需要に応じた機能転換や再編への支援**

急性期から回復期、慢性期、在宅医療・介護までの一連のサービスが地域において総合的に提供される医療提供体制の構築に向けた医療機関の機能向上への取組を支援します。

将来の医療ニーズの変化に対応するため、急性期の集約化や病床数の適正化など、病院機能の転換や再編・統合における課題を踏まえた実効性のある支援を実施し、PDCAサイクルによる見直しを継続します。

### **(3) 医師の散在を解消する適正な医師配置**

奈良県は、県立医大医師派遣センターを運営する奈良県立医科大学と連携し、地域の実情に応じた派遣を行うことで、医師の適正配置を進めます。

また、奈良県で働くことを希望する医師に対する窓口として、奈良県ドクターバンクを運営します。

### **(4) 医師の確保と養成**

緊急医師確保修学資金等により、医師が不足するへき地や、小児科、産婦人科、救急科等に従事する医師の養成・確保を行います。

また、複数の疾患を抱える高齢者の増加に対応するため、日常的な医療を提供する総合診療専門医等の養成・確保に取り組めます。

### **(5) 在宅医療の充実**

持続可能で効率的な在宅医療提供体制を構築するため、地域特性に応じた多職種連携体制の充実や、在宅医療を担う医師や訪問看護師の確保等の取組を進めるとともに、患者・家族や関係機関に対する在宅医療の啓発に取り組めます。

### (6) 地域の医療、介護関係者による協議の推進

地域の医療、介護関係者等が連携、協力して地域医療構想実現に向けた取組を行えるよう、協議の場の設置等により「顔の見える関係づくり」を推進します。

医療機関ごとの医療機能の方向性を地域医療構想調整会議等で協議し、地域の医療ニーズに対応できる医療提供体制の構築に向けて調整を図ります。

また、医療機関同士や在宅・介護事業所等との間で医療機能の分化・連携や医療・介護連携に向けた協議が自発的に行われるよう推進します。

### (7) 啓発活動の実施

地域医療構想の実現のためには医療を利用する県民の意識を高め、協力を得ていくことが必要不可欠です。県では関係機関や県民等に向けて、地域医療構想の目的や内容等を分かりやすく伝え、地域医療構想実現に対する理解と機運の醸成を図ります。

## 6. 取組の成果をあらわす指標

下記のような指標を「見える化」して、医療関係者や県民等への情報共有・公開を行い、進捗状況を確認しながら、医療機能の分化・強化・連携及び医療提供体制の構築に向けた取組を推進し、地域医療構想の実現を目指します。

### 「断らない病院」としての機能向上のために

見える化する指標	目標
救急搬送時に救急隊が問い合わせする病院の数	問い合わせ回数の減少
救急医療の応需率	応需率の向上
救急搬送受入件数	受入すべき患者を確実に受ける
救急搬送時間	搬送時間の短縮

### 「面倒見のいい病院」としての機能向上のために

見える化する指標	目標
「面倒見のいい病院」指標（欄外参照）	数値の増加
退院支援加算届出状況	退院支援加算1の届出病院の増加

\* 「面倒見のいい病院」指標策定の視点

退院支援・介護連携の充実、在宅医療（実施・連携）、在宅患者や施設入所者の状態悪化時の受け入れ、リハビリテーションの充実、食事・排泄自立への取組、認知症へのケア、人生の最終段階における医療において患者の意思の尊重

### 在宅医療の充実・医療と介護の連携強化のために

見える化する指標	目標
退院支援加算、看取り加算、死亡診断加算の算定件数	各加算の算定件数の増加
在宅療養支援診療所の届出施設数	届出施設数の増加
入退院調整ルールの普及状況	取組地域の増加

### 医療従事者の養成・確保と適正な配置のために

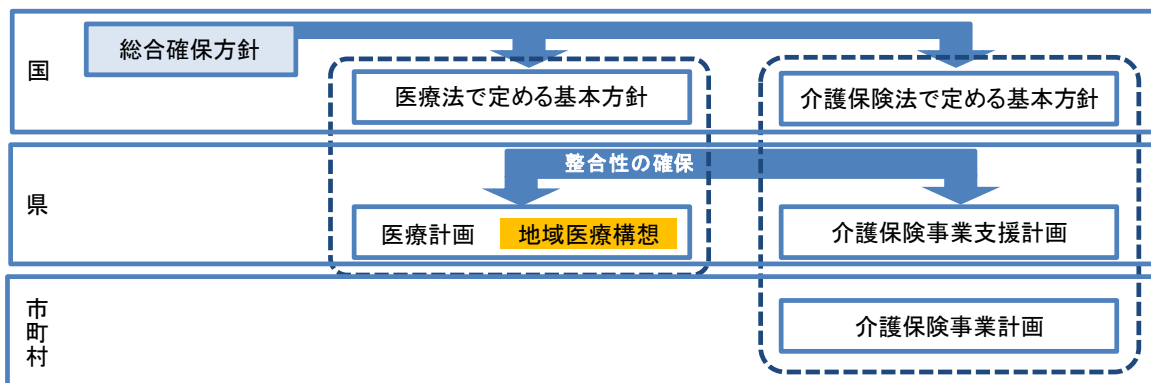
見える化する指標	目標
修学資金制度による県内従事医師数	修学資金制度による県内従事医師数の増加
訪問看護師数	訪問看護師数の増加
県内で勤務する若手医師数	当該年度に奈良県に勤務する若手医師数が奈良県立医科大学卒業生数を上回る。



## 第2節 保健医療計画（地域医療構想）と介護保険事業（支援）計画の整合性の確保

平成 30（2018）年以降、保健医療計画と介護保険事業（支援）計画の計画作成・見直しのサイクルが一致することとなり、これらの計画の整合性を確保していくため平成 28（2016）年に「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」が一部改正されました（図1）。

図1 総合確保方針で定める「医療と介護に関する計画の整合性の確保」



出典：厚生労働省資料をもとに奈良県地域医療連携課作成

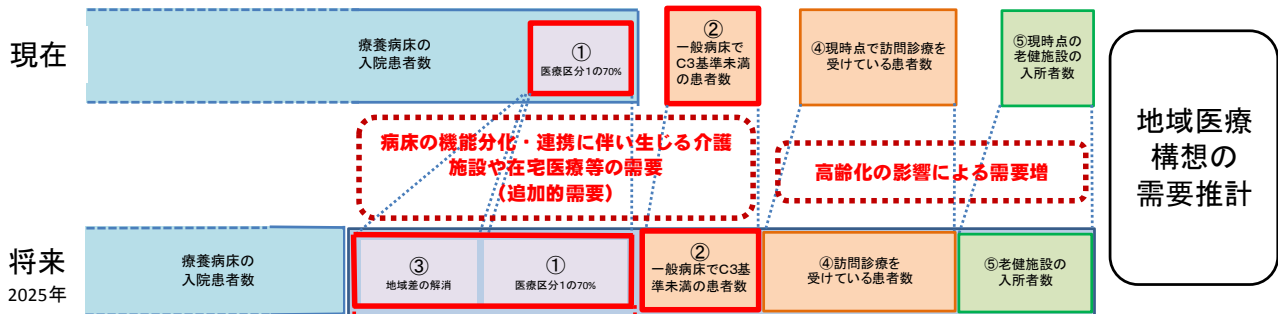
効率的で質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築を一体的に進めていくにあたっては、保健医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性の確保が求められます。

地域医療構想において、医療機能ごとの医療需要（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の推計と、慢性期機能からの移行分を含めた在宅医療等の需要を法令に基づき算定しています。在宅医療等の需要は、次に掲げる数の合計数になります（図2）。

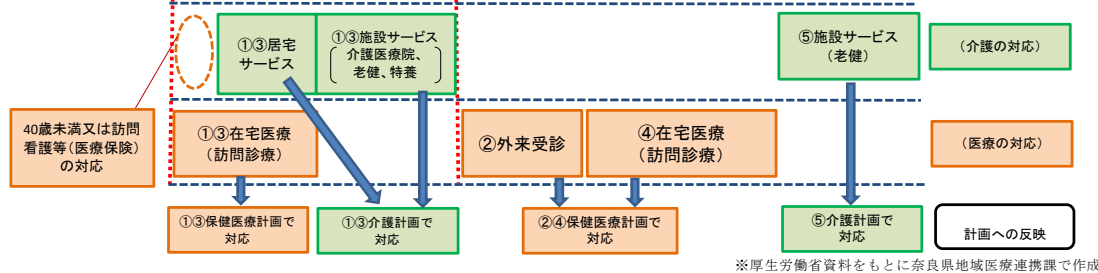
- ① 療養病床における医療区分1の患者数の70%に相当する数
- ② 一般病床において、医療資源投入量がC3（175点）未満となる患者の数  
（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者を除く）
- ③ 療養病床の入院受療率の地域差解消分に相当する数
- ④ 在宅患者訪問診療料を算定している患者数に平成 37（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて得た数
- ⑤ 介護老人保健施設の施設サービス受給者に、平成 37（2025）年における性・年齢階級別人口を乗じて得た数

図2 在宅医療等の医療需要のイメージと保健医療計画、介護計画との整合性の確保

■地域医療構想における在宅医療等の医療需要のイメージ



■第7次保健医療計画と第7期介護保険事業(支援)計画の整合性の確保について



※厚生労働省資料をもとに奈良県地域医療連携課で作成

平成 37 (2025) 年に向けて、地域医療構想を推進するにあたっては、療養病床と一般病床に入院する患者の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数が一定数見込まれるという前提で将来の患者数を推計していることから、病床の機能分化・連携の推進に伴い生じる在宅医療等の新たなサービス必要量（以下「追加的需要」という。）については、医療と介護の適切な受け皿の整備を進めていく必要があります。

このため、県では、国が推計した平成 37 (2025) 年における追加的需要に関して市町村等と各計画への反映方法について協議を行いました。その結果、平成 37 (2025) 年の奈良県において介護サービス（施設サービス）が受け皿となる追加的需要は 1,139 人／日、在宅医療と介護サービス（在宅・居宅サービス）が受け皿となる追加的需要は 300 人／日、外来診療が受け皿となる追加的需要は 1,052 人／日となりました（表 1）。

なお、追加的需要のうち、一般病床から生じると推計される需要（図 2 の②）については、一般病床から退院する患者の多くが、退院後に通院（外来医療）により医療を受ける傾向にあることを踏まえ、外来医療での対応を基本とし在宅医療の受け皿整備の対象とはしない考えが国から示されています。



表1 奈良県における医療・介護別の追加的需要

区域	平成32(2020)年における追加的需要			平成37(2025)年における追加的需要				
	介護サービス (介護医療院、老人保健施設、特別養護老人ホーム)が受け皿となる追加的需要	在宅医療と介護サービス (在宅・居宅)が受け皿となる追加的需要	外来医療が受け皿となる追加的需要	介護サービス (介護医療院、老人保健施設、特別養護老人ホーム)が受け皿となる追加的需要	在宅医療と介護サービス (在宅・居宅)が受け皿となる追加的需要	外来医療が受け皿となる追加的需要		
県全体	934	459	81	394	2491	1139	300	1052

出典：厚生労働省データをもとに奈良県地域医療連携課、長寿社会課で作成

### 第3節 地域医療支援病院

地域医療支援病院とは、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、医療法に基づき県知事が個別に承認する病院のことであり、全国で556病院が承認されています(平成29(2017)年10月末日現在)。

本県では、次の4病院が承認されています(平成30(2018)年4月現在)(表1)。

表1 地域医療支援病院

名称	所在地
奈良県総合医療センター	奈良市平松1丁目30番地1号
奈良県西和医療センター	生駒郡三郷町三室1丁目14番16号
済生会中和病院	桜井市阿部323
南奈良総合医療センター	吉野郡大淀町大字福神8番1

#### (1) 地域医療支援病院の主な役割

- ① 紹介患者に対する医療の提供(かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む)
- ② 医療機器の共同利用の実施
- ③ 救急医療の提供
- ④ 地域の医療従事者に対する研修の実施
- ⑤ 在宅サービスを提供している医療機関等への支援(提供者間の連携の支援、在宅医療に関する情報の提供など)

#### (2) 地域医療支援病院の承認要件

- ① 紹介患者中心の医療を提供していること(次のいずれかの要件を満たしていること)

○紹介率<sup>※1</sup>80%以上であること（紹介率が65%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成することが見込まれる場合を含みます。）

○紹介率が65%以上であり、かつ逆紹介率<sup>※2</sup>が40%以上であること

○紹介率が50%以上であり、かつ逆紹介率が70%以上であること

※申請年度の前年度の患者数により、紹介率・逆紹介率を算出します。

- ② 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
- ③ 救急医療を提供する能力を有すること
- ④ 地域の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等

## 第4節 新たな公立病院の医療提供体制

### 1. 救急・周産期医療、高度医療の提供体制への取組

#### 現 状 と 課 題

救急医療については、これまで奈良県では二次救急病院や救命救急センターにおける受入体制が十分でなく、搬送に要する時間や救命救急センターの受入率は全国平均を大きく下回っていました。（平成20(2008)年救命救急センター受入率 全国93.0%、奈良県79.3%）

周産期医療体制については、平成18(2006)年、平成19(2007)年と2年続けて妊婦搬送に関する事案が起るなど、その体制確保が大きな課題となっていました。

がんについては、本県の死亡原因の第1位で、高齢化が進行する中で、がんの発生リスクも高まることが予測され、早期発見、治療体制の充実など、総合的ながん対策に取り組む必要があります。

医師、看護師等の不足による医療機能の低下も医療提供体制に大きな影響を及ぼしてきたことから、医療従事者にとっても魅力ある病院の存在が重要視されています。

これらの医療に関する課題解決に向け、中南部（東和保健医療圏、中和保健医療圏、南和保健医療圏）の高度医療拠点として奈良県立医科大学附属病院に新病棟（E病棟）を整備（平成28(2016)年10月全面オープン）するとともに、北部（奈良保健医療圏、西和保健医療圏）の高度医療拠点として、奈良県総合医療センターを移転して新病院を開院（平成30(2018)年5月予定）するなど、充実した医療提供体制を構築しています。

このような取組を進める中、周産期医療の分野においては、平成20(2008)年には県外への母体搬送が20%を超えていましたが、平成27(2015)年には県外への母体搬送割合が平成20(2008)年時の約4分の1に減少しています。

※1 紹介率とは、（紹介患者の数+救急患者の数）/初診患者の数×100で算出されます。

※2 逆紹介率とは、逆紹介患者の数/初診患者の数×100で算出されます。

## め ざ す 姿

### (1) 新たな公立病院の医療提供体制

#### 1) 奈良県総合医療センターの整備

従来の奈良県総合医療センターは、築40年を迎え、設備の老朽化等が問題となっていました。そこで、救急医療や周産期医療、がん医療の充実等、本県が抱える課題解決に向け、県内の医療提供体制の整備・充実の取組の一環として、奈良県総合医療センターを移転整備し、奈良県立医科大学附属病院と並ぶ奈良県北部の高度医療の拠点としての機能を担っていきます。

新病院は、県民の安心を支えるため、地域医療を支える7つの柱として、以下の機能の充実を図ります。

##### ①救急医療の充実

急性期医療の充実、集中治療部門の充実を図ります。

##### ②周産期医療の充実

糖尿病や高血圧等の高リスク妊産婦に対応した周産期医療の充実を図ります。

##### ③専門的な質の高いがん医療の提供

最新の放射線治療装置の設置、化学療法室の拡充を図ります。

##### ④小児医療の充実

小児医療救急受け入れ体制の充実を図ります。

##### ⑤糖尿病治療の充実

急性合併症、急性増悪時治療の充実を図ります。

##### ⑥精神医療の充実

身体合併症を有する精神疾患患者の治療の充実を図ります。

##### ⑦災害医療の充実

災害時においても病院機能を維持する災害に強い病院となります。

## 新奈良県総合医療センターの整備



南側



北側



エントランス



病床（4床室）

### 【新病院の機能】

- ・病床数：最大540床まで対応可能
- ・E R救急体制の確立
- ・集中治療部門の強化と急性期医療の充実
- ・専門的な質の高いがん医療の提供
- ・高リスクの妊産婦に対応した周産期医療の充実
- ・患者さんの治療意欲を育む和やかな環境の提供

## 2) 奈良県立医科大学附属病院における新病棟（E病棟）の整備

奈良県立医科大学附属病院を中南部の拠点となる高度医療拠点病院としてさらなる充実を図るため、新病棟（E病棟）の整備を行い、平成28（2016）年10月に全面オープンしました。

E病棟は、高度医療拠点病院として、汎用性の高い手術室のほか、母と子のための機能などを集約、療養環境を整えるもので以下の5つを基本方針として整備しています。

- ① 進歩する先端医療に対応可能な汎用手術室の整備
- ② 総合的ながん治療を進めるため、放射線治療や化学療法の施設棟を集約
- ③ 総合周産期母子医療センター、小児センターやメディカルバースセンターなど、母と子のための機能を集約
- ④ 中央臨床検査部及びリハビリテーション部の充実
- ⑤ 内装、照明や調度品などのトータルデザインにより、来院者が「癒し」を感じられるようなアメニティ空間の創出

## 奈良県立医科大学附属病院E病棟の 全面供用開始（平成28(2016)年10月）



E病棟



①ハイブリッド手術室  
手術室に放射線透視装置を併せ備え、内科的治療と外科的治療を組み合わせることにより最新の医療技術を提供します。



②GCU（後方回復期室）  
NICU（新生児集中治療室）で治療を受け、低出生体重から脱し、状態が安定してきた赤ちゃんをケアします。



③PET/CT検査室  
がんに集まりやすい検査薬を投与後に撮影するPETと同時に、がんや臓器の位置、形を正確に把握できるCTを撮影するので、がんの診断精度が向上します。

### < E病棟各階の概要 >

階数	部門(病棟名等)	主な整備内容
7階	小児センター	38床、プレイルーム等
6階	メディカルバースセンター 婦人科病棟	バースセンター8床、婦人科39床
5階	総合周産期母子医療 センター、産科病棟	MFICU 6床、産科30床、分娩室等
4階	総合周産期母子医療 センター	NICU 21床、GCU 30床
3階	中央手術部	手術室12室、モニター室
2階	中央臨床検査部 リハビリテーション部	採血室、微生物検査室、 運動療法室等
1階	腫瘍センター、RI部門 緩和ケア外来	外来化学療法26床、患者サロン等
B1階	放射線治療部門、PET-CT	放射線治療室4室、PET-CT室1室



## 2. 南和地域における公立病院の機能再編

### 現 状 と 課 題

これまで、南和地域の公立3病院（県立五條病院・吉野町国民健康保険吉野病院・大淀町立大淀病院）では、地域の人口減少により患者数が減少し、患者数の減少に伴う医師・看護師の減少によって、さらに患者数が減少するという悪循環が生じていました。

このような状況にありながら、これまでそれぞれの病院は役割を明確にできず、同じような機能の病院として運営してきました。この結果、必要な医療の提供が十分ではなかったため、南和地域の入院患者のうち、約60%は南和保健医療圏外の病院で入院しているという状況が続いていました。

そこで、南和地域の12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合である、南和広域医療組合（現：南和広域医療企業団）を設立し、医療機能が低下している南和地域の3つの公立病院を、急性期・回復期を担う1つの病院（南奈良総合医療センター）と回復期・慢性期を担う2つの病院（吉野病院及び五條病院）に役割分担を行い、医療提供体制を再編する取組を進めました。

#### （1）南和広域医療企業団による医療提供体制

南奈良総合医療センターが平成28（2016）年4月にオープン、吉野病院が平成28（2016）年4月に、五條病院が平成29（2017）年4月に、リニューアルオープンしました。その成果として、再編前3病院の平成27（2015）年度の救急搬送受入数5.7件/日に対し、再編後の平成28（2016）年度の南奈良総合医療センターでは11.2件/日と約2倍の増加となるなど、南和地域における医療の充実が確実に図られています。

### め ざ す 姿

南和地域が抱える医療の課題を打開し、地域住民が将来にわたり良質な医療を受け、健康で安心な生活を保てるよう、以下の3点を中心に医療提供体制の充実に取り組んでいます。

#### 1) 地域の救急を断らない病院を目指して救急医療を強化

南奈良総合医療センターは南和地域で唯一の二次救急医療機関として、救急センターを設置して24時間365日、救急患者を受け入れる体制をつくり、救急体制の強化を図っています。また平成29（2017）年3月より南奈良総合医療センターにドクターヘリが常駐することで、より迅速な救急医療が可能となりました。

#### 2) 災害対策の医療を強化

地震、洪水、その他各種事故などに対応できるよう、平常時から災害派遣医療チーム（DMAT）を編成し、災害時に備えます。また、ドクターヘリの活用による迅速な災害対応により地域災害拠点病院としての機能を果たします。

### 3) 在宅医療やへき地医療の強化など地域に密着した医療サービスを強化

医師・看護師の養成・派遣や巡回診療を行い、同時に、公立へき地診療所と3病院を情報ネットワークで連携し、診療情報の相互利用を行うシステム「ふるさとネットやまと」の効果的な運用を行います。それにより、施設間の連携がスムーズになり、転院や入院あるいは退院後の通院などの場合においても、切れ目のない医療を受けることができる体制を構築しています。

また、へき地診療所や地域の医療機関と連携して、在宅患者への訪問診療の強化を図り、地域密着型の医療を展開しています。

さらに、ドクターヘリの運航により、へき地からの迅速な患者搬送が可能となりました。

## 南奈良総合医療センター等の整備

南和地域の3つの公立病院を、主に急性期・回復期を担う1つの病院（南奈良総合医療センター）と、回復期・慢性期を担う2つの病院（吉野病院、五條病院）に役割を分担して、新しい3つの病院に再編整備。

平成28(2016)年4月より、県と、南和地域の1市3町8村を構成団体とした「南和広域医療企業団」により運営。



南奈良総合医療センター（232床）  
・大淀町に平成28(2016)年4月オープン



吉野病院（96床）  
・国保吉野病院を改修  
・平成28(2016)年4月  
リニューアルオープン



五條病院（90床）  
・県立五條病院を改修  
・平成29(2017)年4月  
リニューアルオープン



南奈良総合医療センター  
屋上ヘリポート  
・平成29(2017)年3月  
ドクターヘリ運航開始

▶南和地域の医療が充実してきています。

- 例1) 救急搬送受入数 1日あたり 5.7件(再編前3病院計:H27) → 11.2件(再編後:H28) 約2倍の増加  
例2) 病床利用率 65.0%→88.8% (H28年度実績) 再編前より約24ポイント改善

## 第5節 地域医療構想・医療費適正化・国民健康保険県単位化一体の取組

平成26(2014)年6月に成立した医療介護総合確保推進法により、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制を確保するため、都道府県は地域の医療提供体制に係る責任の主体に位置付けられ、本県では平成28(2016)年3月に「奈良県地域医療構想」を策定しました。

一方、平成18(2006)年度の医療制度改革により、国及び都道府県は「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)に基づき、「医療費適正化計画」の策定が義務づけられ、本県では「第1期奈良県医療費適正化計画」(平成20~24年度)、「第2期奈良県医療費適正化計画」(平成25~29年度)を策定し、医療費適正化に向

けた取組を進めてきましたが、次期医療費適正化計画においては、地域医療構想と整合をとりながら、医療の提供に関する目標等を設定することとされ、本県では、「第3期奈良県医療費適正化計画」（平成30～35年度）において、「奈良県地域医療構想」の推進を医療費適正化に向けた目標達成のための取組の一つとして位置付けています。

さらに、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（平成27年法律第31号）により、平成30（2018）年度から市町村国民健康保険（以下「国保」という。）が都道府県単位化されることとなり、県が国保の保険料水準に関わる財政運営の責任の主体に位置付けられます。

これらにより、県は、県民にとっての受益と負担の結節点となります。本県においては、県民の受益である地域医療の提供水準等と県民の負担である保険料等の双方を俯瞰し、その相関関係の「見える化」に努めつつ、市町村及び関係機関等との連携・協働のもと、県が中心となって、その量的・質的均衡を図る取組を、社会保障分野の「奈良モデル」の取組として、医療・介護分野一体で全面的に展開します。

その領域としては、受益面では県民医療全体を対象とし、さらには、医療提供体制改革の方向性等を踏まえ、介護サービスも一体的に対象として、効率的で質の高い医療・介護サービスの提供体制の整備や地域包括ケアシステムの構築を図りつつ、負担面では保険料負担、患者・利用者負担、公費負担を視野に入れます。

次に、県民・患者・利用者の視点に立って、量的には、過不足のない医療・介護サービス提供体制の整備を目指し、負担面からはそこに効率性を求めます。質的には、どの地域の患者・利用者もその状態像に即した適切な医療・介護サービスが受けられることを目指し、医療・介護サービスの質の向上につながる取組を進めます。このような県域全体での県民・患者・利用者の受益の均てん化への取組と合わせて、本県では、国保において、県民負担の公平性の観点から、「同じ所得・世帯構成であれば、県内のどこに住んでも保険料水準が同じ」となる県内保険料水準の統一化（平成36（2024）年度完成）を目指します。

さらに、その手段として、客観的なデータの活用・分析と市町村等関係者との共有などを図り、エビデンスベースの展開を目指します。

