

生駒市における地域医療の現況等報告書

平成30年8月

生 駒 市

序章 報告書の作成にあたって	1
I 経緯と目的	1
II 生駒市の地域医療調査	2
第1章 救急医療（休日夜間診療を含む）	4
I 救急医療	4
(1) 基本的な概念と指標	4
(2) 調査の結果	6
II 休日夜間診療	19
(1) 基本的な概念と指標	19
(2) 調査の結果	19
III 総括	21
IV 奈良県地域医療構想	22
第2章 小児医療	23
I 基本的な概念と指標	23
II 調査の結果	24
III 総括	28
IV 奈良県地域医療構想	28
第3章 在宅医療	30
I 基本的な概念と指標	30
II 調査の結果	32
III 総括	36
IV 奈良県地域医療構想	37
第4章 入院診療	38
I 基本的な概念	38
II 脳卒中	38
(1) 指標	38
(2) 調査の結果	39
III 虚血性心疾患	41
(1) 指標	41
(2) 調査の結果	42
IV 大腿骨近位端骨折	44
(1) 指標	44
(2) 調査の結果	45
V 総括	48
VI 奈良県地域医療構想	49

資料編

I	調査の方法	1
II	在宅医療・介護連携に関する実態等調査報告書(抜粋)	4
III	地域医療構想策定に係る奈良県データ集(抜粋)	8

序章 報告書の作成にあたって

I 経緯と目的

急速な高齢化の進展、医療技術の向上、医療制度改革等の社会情勢等の変動もあり、わが国の地域医療を取り巻く状況、住民ニーズ等も変わってきています。

これらの変化に伴い、地域医療のあり方は、従来の青壮年の患者を対象とした「病院完結型」の根本的治療から、高齢の患者を中心とした病気と共存しながら生活の質の維持・向上を目指し、地域全体で治し支える「地域完結型」の医療への転換が進められています。

奈良県では、このような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旨として、地域の医療機関が役割分担と連携により、高度急性期・急性期機能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年3月に奈良県地域医療構想が策定されました。

本市においても、今後、このような変化に柔軟に対応していき、市民の皆様が住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らし続けていけるよう、国の動向や県の方向性等を注視し、本市の現状をしっかりと把握し、課題解決のための施策に取り組んでいく必要があります。

以上のことから、このたび、国民健康保険(後期高齢者医療を含む)に係る医療レセプトデータ及び救急搬送データ、小児医療データ等を活用し、本市における患者の受療動向などの地域医療の現況などを取りまとめました。

また、今後、本市として、奈良県地域医療構想の実現を目指して、地域医療施策に取り組むにあたり、同構想に掲げる西和医療圏域等の現状及び目指すべき地域医療の方向性を本調査項目毎に改めて掲載しています。

当報告書については、本市が将来(2025年)に向けて、より良い地域医療を市民の皆様に提供するための施策展開の検討の基礎資料とするものです。

II 生駒市の地域医療調査

(1) 医療レセプトから見た患者の受療動向

地域医療構想策定に係る奈良県データ集を基に、生駒市の国民健康保険(後期高齢者医療を含む)に係る医療レセプトデータ(平成25(2013)年度分)を活用して、本市の医療機能別の患者の受療動向について調査しました。

生駒市の医療機能別の患者受療動向(割合)

	生駒市	奈良県内(生駒市除く)	奈良県外
高度急性期機能	52.4%	26.9%	20.8%
急性期機能	50.6%	34.5%	14.9%
回復期機能	59.0%	29.2%	11.7%
慢性期機能	35.5%	33.3%	31.2%
在宅医療等	18.6%	44.1%	37.4%

(在宅医療・介護連携に関する実態等調査報告書)

本市に住所地を置く患者の受療動向としては、高度急性期・急性期では約50%が、回復期では約40%が、慢性期では約65%が、在宅医療等では約80%がそれぞれ県外を含む本市外に流出している状況です。

(2) 患者の市外流出の理由

患者が市域などを越えて移動する最大の原因としては、日本特有のフリーアクセス制度にあると言えます。これは皆保険制度の下、患者が医療へのファーストアクセスとして、希望する医療機関ならどこでも受診できるシステムです。このようなことから、患者がより高度な医療を求めて都市圏へ流出するのはむしろ自然と言えます。特に、緊急性は高くないが高度な治療が必要な疾患(例えば、がん等)ほど、その傾向が強くなります。

また、患者が市域などを越えて受診する理由は他にも多くあります。例えば、市内より市外の医療機関の方がアクセスが良いとか、学校や職場の近くの医療機関の受診が便利であるとか、独居の高齢者が病気になり、離れて住む家族の近くの医療機関に入院する等です。このようなことから市民の医療ニーズを把握するためには、これらのレセプト・データから算出される患者の受療動向に加えて、さらに掘り下げた調査が必要になります。

(3) 地域医療体制に求められる視点

市民が住み慣れた地域で安心して、安全に暮らすためには、急性期、回復期、慢性期、在宅医療の各医療機能において、市民が適時(タイムリー)に必要な医療を受けられるという視点が重要です。

「適時」というのは時間的なタイミングのことですが、どの程度の時間が「適時」であるかは、疾患や患者の状態により異なります。例えば、一刻を争う生命にかかわる状態（院外心停止や心筋梗塞、脳卒中など）では、あまり遠くない距離に治療が受けられる医療機関がある方が好ましいと考えられます。これに対して、がんの手術などは早く受けた方が良いには違いありませんが、一刻一秒を争うものではありません。それなら、少々距離は遠くても治療成績の良い病院で手術を受けた方がいいと考えられます。ただし外来化学療法や放射線治療などは、通院の利便性を考えるともう少し近い距離で受けた方が患者の負担は少なく済みます。

また、近年若年患者の救急搬送が増加していることが問題となっていますが、救急車を利用する理由のひとつに「夜間や休日に受診先を探すのが困難だから、救急車を呼ぶ」というのがあります。これは、休日や夜間にプライマリケアを提供する医療機関が近隣にないか、あるいはあるにも拘らず市民がそれを知らないために起こる典型的な例です。救急搬送先の医療機関が見つからないために病院への到着が遅れ、治療のタイミングを逃し、その結果何らかの健康被害（搬送が遅れたために起こる死亡や機能障害）が生じるといったことは、深刻な救急医療体制の不備であるといえます。

また脳卒中や大腿骨近位端骨折の場合、急性期病院で治療後にリハビリテーションを目的として回復期病院に転院することが多いですが、圏内に回復期病院がない場合は離れた地域で入院するしかありません。回復期病院での入院は一般的に数か月程度なので、患者の世話をする家族にとってはかなりの負担となります。また在宅医療の場合は、近隣に訪問診療をしてくれる診療所や訪問看護ステーションがない場合、患者や家族が在宅医療を望んでも受けることができない場合もあります。

上記のようなさまざまな事情によって医療サービスを利用する機会の制約を受け、または、喪失すること、いわゆる、医療への「アクセス障害」の存在を把握し、個々の問題についてどのように改善すべきかを検討し、対策を講じていくことが重要です。

以上のことを踏まえ、本報告書では生駒市における医療機能を以下の項目について調査を実施しました。

1. 救急医療(休日夜間診療を含む)
2. 小児医療
3. 在宅医療
4. 入院診療(脳卒中・虚血性心疾患・大腿骨近位端骨折)

第1章 救急医療(休日夜間診療を含む)

I 救急医療

(1) 基本的な概念と指標

救急医療とは、予期せず突然に発生する疾病や外傷、中毒に対する医療です。わが国では救急患者を重症度により1次救急、2次救急、3次救急に分類し、対応する医療機関を区別しています。そして、1次救急施設に2次、3次の患者が受診した場合や1次、2次救急施設に3次の患者が来院した場合、高次施設へ転送（紹介）するという原則があります。

<p>1次救急：軽症患者（帰宅可能患者）に対する救急医療</p> <p>2次救急：中等症患者（一般病棟入院患者）に対する救急医療</p> <p>3次救急：重症患者（集中治療室入院患者）に対する救急医療</p>
--

出典：日本救急医学会 ER検討委員会ホームページ

わが国で1次救急施設に該当するのは診療所です。2次救急施設は一般市中病院、3次救急施設は集中治療室を有する病院ですが、近年、救急搬送の受け入れ困難が問題となっています。受け入れる医療機関が決まらないために現場滞在時間が30分以上であった症例の割合は、生駒市を含む奈良県で高くなっています。2016年度の消防庁の統計によると、「重症以上傷病者」で現場滞在時間が30分以上の事案は全国で5%であったのに対して、奈良県では12.4%となっています²。

受入れに至らなかった医療機関側の理由として、「手術中・患者対応中」、「ベッド満床」、「処置困難」、「専門外」などが挙げられており、救急患者がどれだけ円滑に搬送されているかは、救急隊の能力というよりもむしろ、地域医療のリソースや連携を反映しています。

そこで、表1の指標に基づいて生駒市の救急医療を調査しました。長い救急搬送時間や救急搬送困難症例の存在は、市内に救急医療のリソースが不足していることや、医療機関の役割分担や連携に問題があることを示唆しています。

今回は一般的な指標である「救急搬送件数」や「救急搬送時間」に加えて、脳卒中、虚血性心疾患、大腿骨近位端骨折の救急搬送についても検討しました。この3つの疾患を選んだ理由は、脳卒中、虚血性心疾患については迅速な搬送と治療の開始が予後に大きく影響するため、大腿骨近位端骨折については虚弱な高齢者に多い骨折であり、生活圏内で治療を受けるのが患者や家族にとって望ましいためです。

院外心停止とは、医療機関外で心機能、肺機能のいずれか、または両方が停止状態に陥った状態であり、原因は心疾患だけでなく、肺塞栓、脳血管障害、消化管出血、外傷、中毒、溺水などさまざまです。予後は経年的に改善傾向ですが、院外心停止が発生した際に、できるだけ早期に心肺蘇生を開始して医療機関に搬送することが、予後を改善する唯一の方法

¹日本救急医学会ER検討委員会. ERシステムFAQ (http://www.jaam.jp/er/er/er_faq.html)

²消防庁. 平成28年中の救急搬送における医療機関の受け入れ状況等実態調査の結果. (http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h29/kyukyu_arikata/04/sankou2.pdf)

です。したがって院外心停止症例は、できるだけ速やかに近くの医療機関に搬送することが望ましいため、指標としました。

表 1 生駒市の救急医療に係る指標

<p>1. 生駒市の救急搬送件数</p> <p>2013～2017 年度に生駒市消防が医療機関に搬送した患者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 年齢階層別 ・ 重症度別 ・ 搬送先医療機関別
<p>2. 生駒市における救急搬送例の搬送時間</p> <p>2013～2017 年度に生駒市消防が搬送した症例の平均搬送時間</p>
<p>3. 生駒市における救急搬送困難症例</p> <p>2009 年の生駒市の救急搬送困難症例の分析（全国・奈良県との比較）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関に受け入れられるまでの照会回数別 ・ 現場滞在時間別 <p>2013～2017 年度の生駒市の救急搬送困難症例の推移</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関に受け入れられるまでの照会回数別 ・ 現場滞在時間別
<p>4. 脳卒中の救急搬送</p> <p>2013～2017 年度に生駒市消防が医療機関に搬送した脳卒中が疑われる患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 搬送件数別 ・ 平均搬送時間別 ・ 搬送先医療機関別
<p>5. 虚血性心疾患の救急搬送</p> <p>2013～2017 年度に生駒市消防が医療機関に搬送した虚血性心疾患が疑われる患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 搬送件数別 ・ 平均搬送時間別 ・ 搬送先医療機関別
<p>6. 院外心停止の救急搬送</p> <p>2013～2017 年度に生駒市消防が医療機関に搬送した院外心停止患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 搬送件数別 ・ 平均搬送時間別 ・ 搬送先医療機関別
<p>7. 大腿骨近位端骨折の救急搬送</p> <p>2013～2017 年度に生駒市消防が医療機関に搬送した大腿骨近位端骨折が疑われる患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 搬送件数別 ・ 搬送先医療機関別

(2) 調査の結果

1. 生駒市の救急搬送件数

図1は、2013～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した患者数の推移を年齢階層別に示しています。

これをみると、救急搬送は高齢者が多くなっています。年少・生産年齢・前期高齢者の救急搬送件数にはそれほど変化が見られませんが、後期高齢者の搬送件数は年々増加しています。

図1 年齢階層別

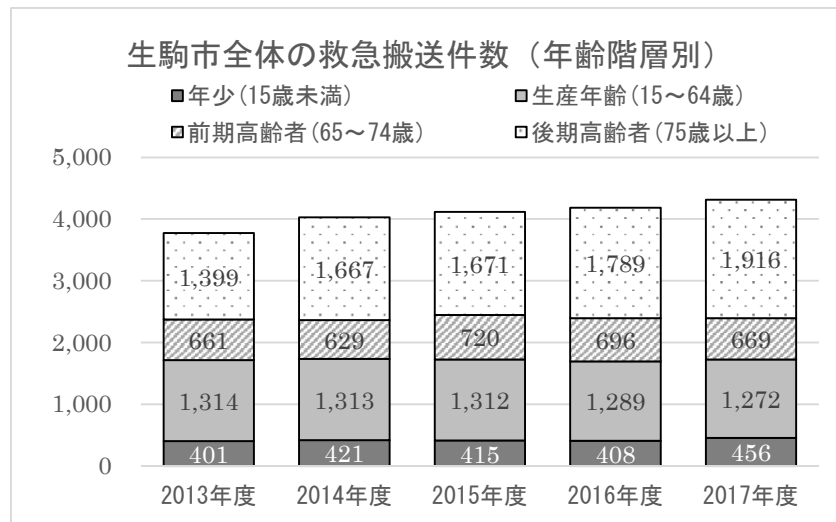


図2は、2013～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した症例の「重症度別」の分布を示しています。

全体に「重症あるいは死亡」が占める割合が、近年増加傾向となっています。

図2 重症度別

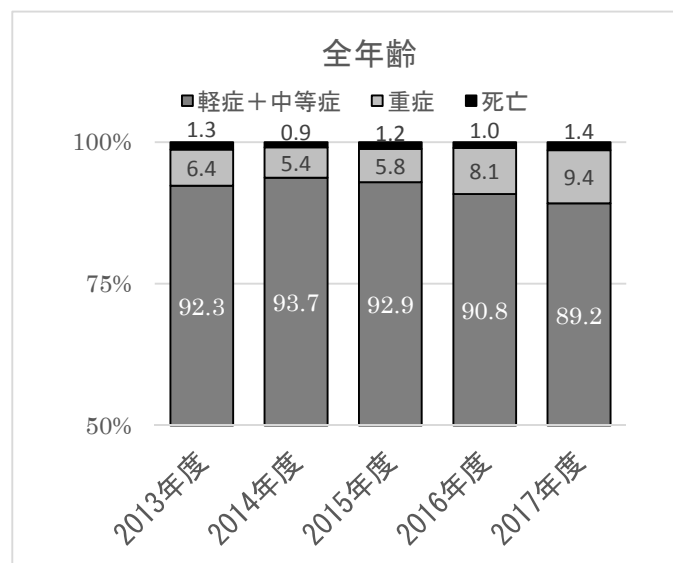


図3は、2013～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した症例の「年齢階層別重症度」の分布を示しています。

どの年齢層でも、ほとんどが「軽症あるいは中等症」ですが、「重症あるいは死亡」の割合は、高齢者で高くなっています。

図3 年齢階層別重症度

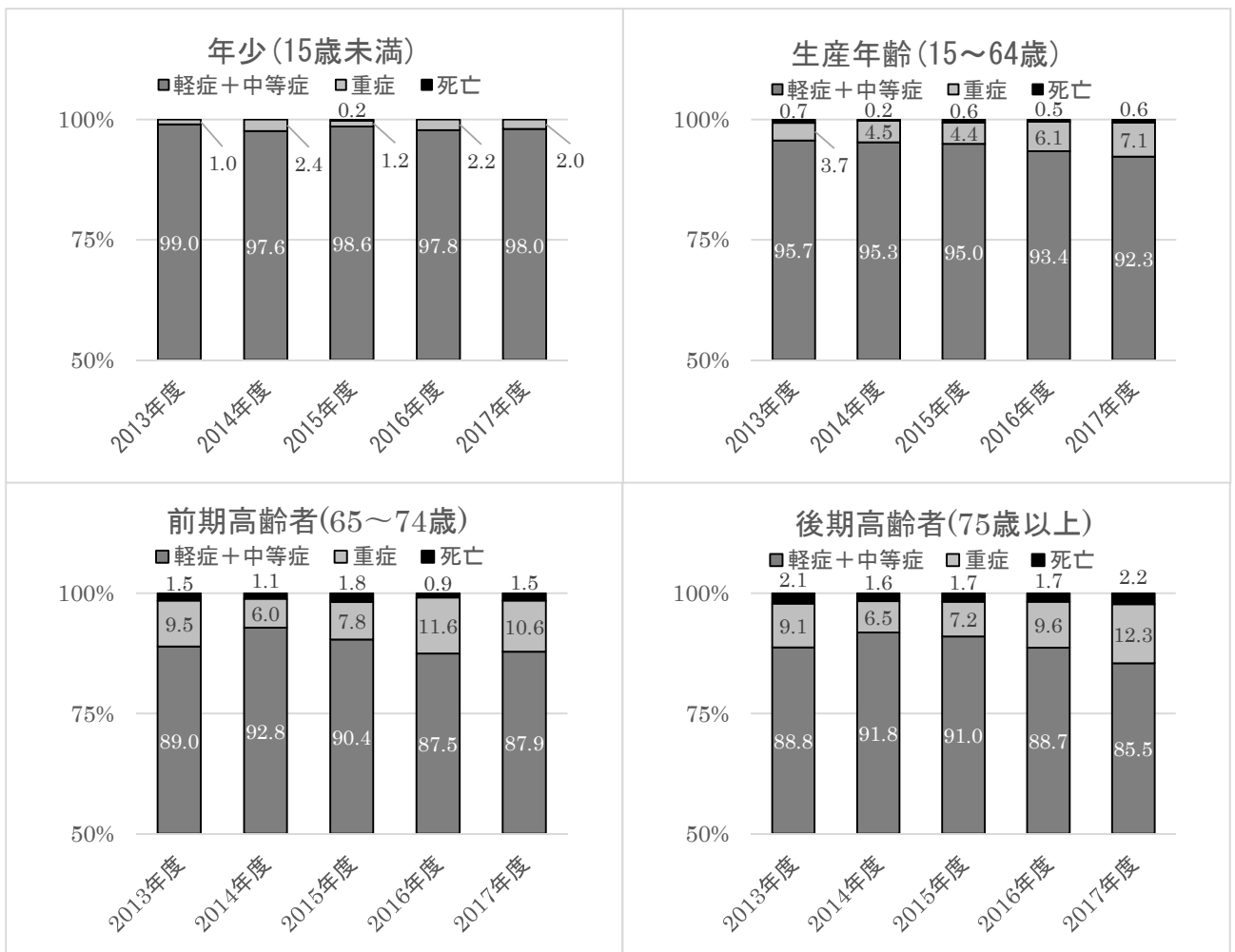


図4は、2013～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した症例の「搬送先医療機関」の分布を示しています。

年少では、市外の医療機関への搬送が約半数で、2017年度ではその割合が増加しています。一方、他の年齢層では、市内の医療機関への搬送が約6～7割で、2015年度から増加しています。

図4 搬送先医療機関

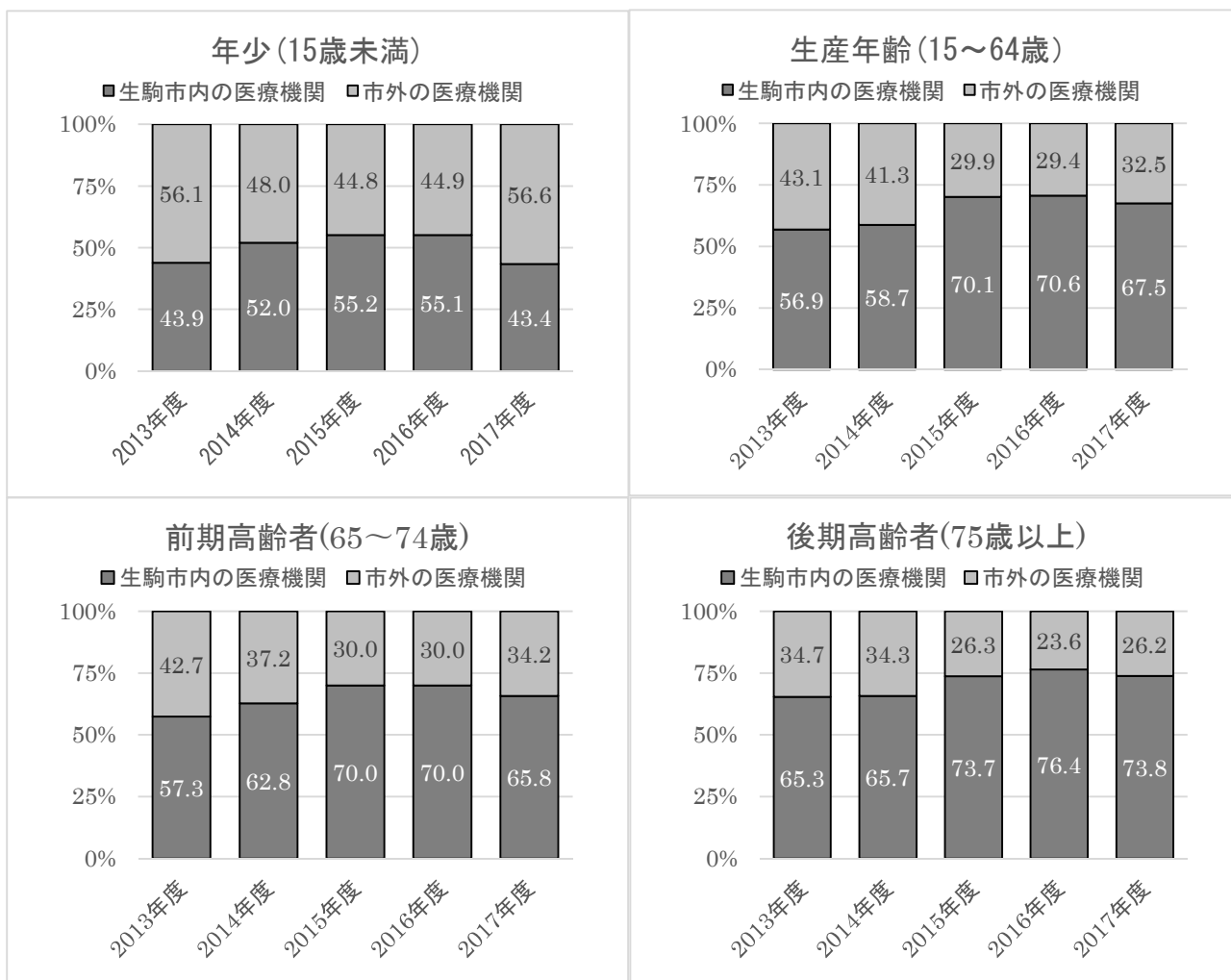
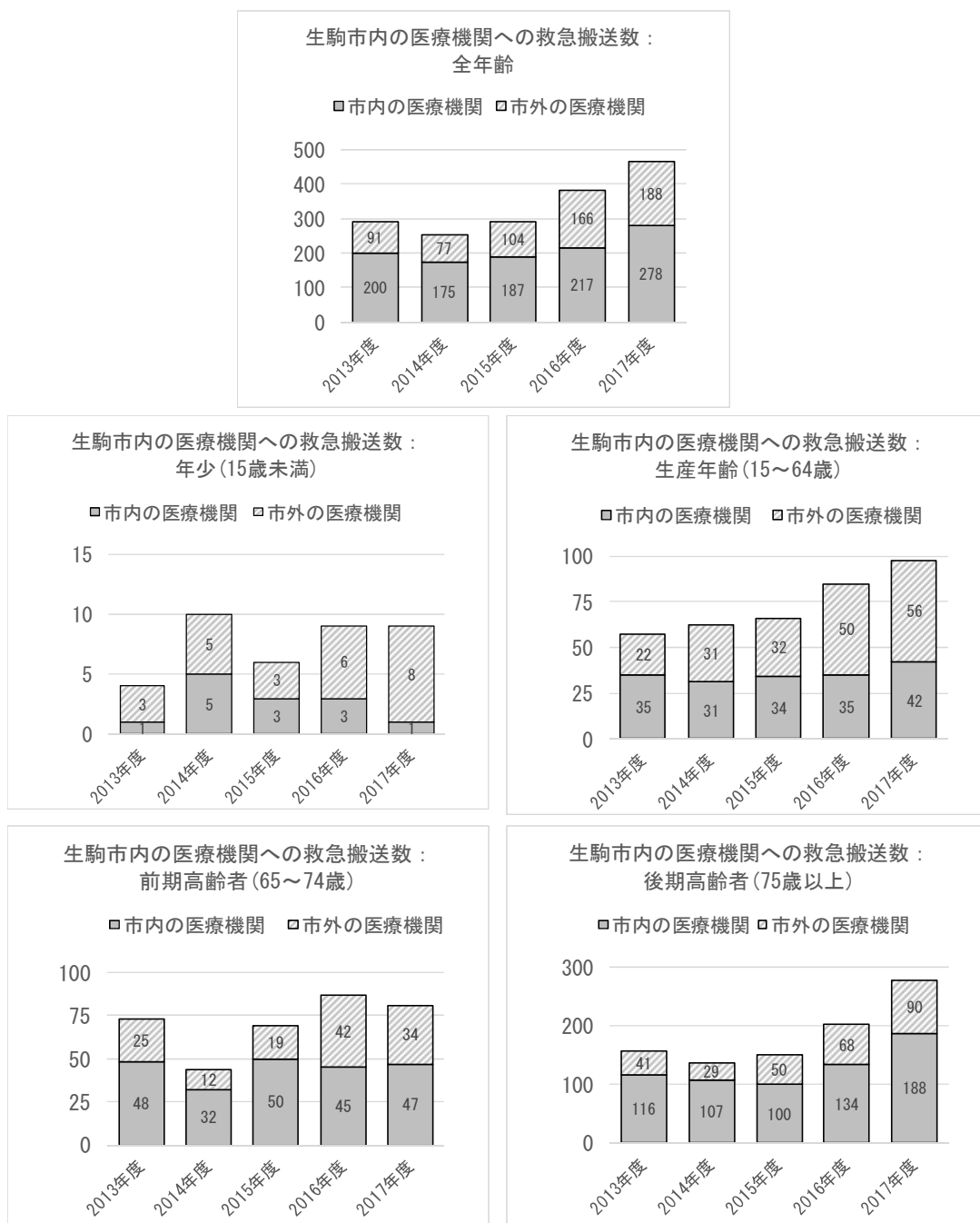


図5は、2013～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した「重症あるいは死亡例」の「搬送先」の分布を示しています。2015年度以降、市内・市外ともに増加傾向にあります。特に、後期高齢者で顕著な伸びを示しています。

図5 搬送先医療機関（重症あるいは死亡例）

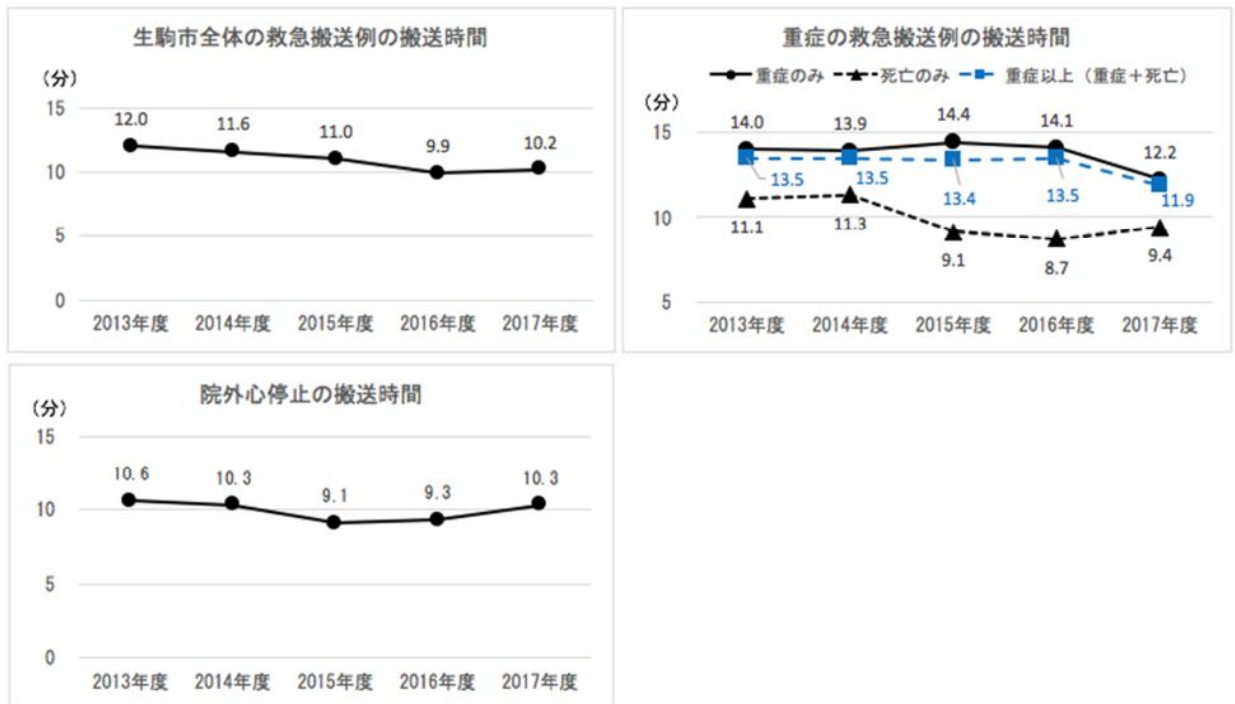


2. 生駒市における救急搬送例の搬送時間

図6左上は、2013～2017年度に生駒市消防が搬送した症例の平均搬送時間を示しています。全体の搬送時間は、近年短縮傾向にあります。

また図6右上は重症症例の平均搬送時間、図6左下は院外心停止症例の平均搬送時間を示しています。重症症例・死亡例の平均搬送時間は2013～2016年度は約14分でほぼ変わりありませんでしたが、2017年度は約12分に短縮しています。一方、院外心停止症例の平均搬送時間は、約9～10分であまり変化は見られませんでした。

図6 平均搬送時間



3. 生駒市における救急搬送困難症例

図7は、市内で救急搬送困難事例が問題となっていた2009年当時における生駒市消防が搬送した症例の受け入れまでの照会回数の分布を示しています。

生駒市・奈良県における「重症以上傷病者」や「小児傷病者」、「救命救急センター等搬送傷病者」の照会回数は、全国と比較して多くなっています。1回で受け入れられた症例の割合は、全国では約85%なのに対して、奈良県や生駒市では「重症以上傷病者」で約65%、「救命救急センター等搬送傷病者」で約50%に過ぎません。1回で受け入れられた「小児傷病者」の割合は、全国が82.4%、奈良県が78.2%であるのに対して、生駒市は70.1%となっています。一方で、「産科・周産期傷病者」については、生駒市において1回で受け入れられた症例の割合が全国や奈良県よりも高くなっています。

図7 医療機関に受け入れられるまでの照会回数

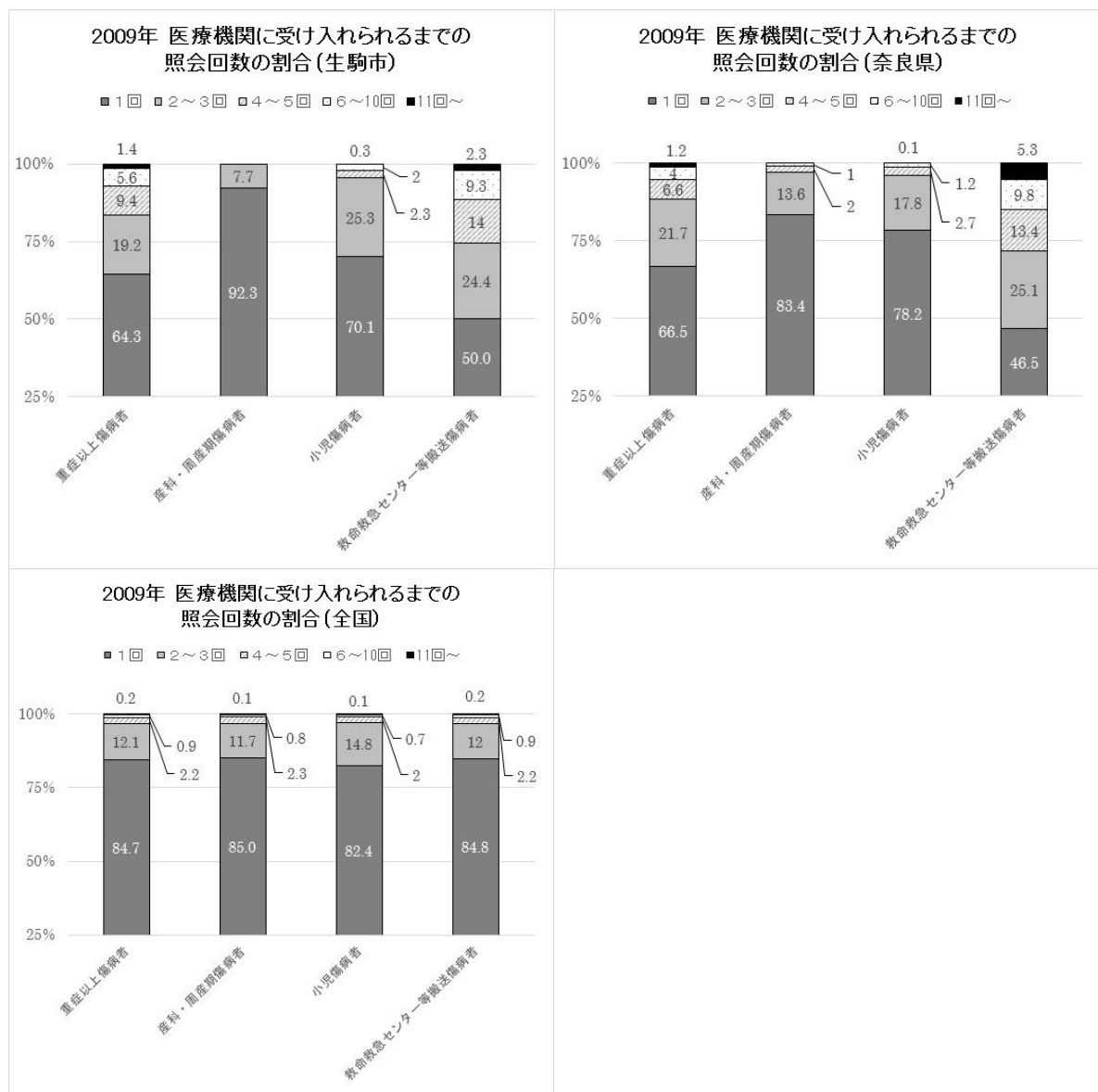


図8は、2009年度に生駒市消防が搬送した症例の現場滞在時間の分布を示しています。

「重症以上」で現場滞在時間が30分以上であった症例の割合は、奈良県は9.5%と全国平均よりも多くなっていますが、生駒市は全国平均とほぼ同じです。また生駒市の「産科・周産期傷病者」で現場滞在時間が30分以上だった症例は全くありませんでした。注目すべきは「救命救急センター等搬送傷病者」で、現場滞在時間30分以上の症例の全国平均が4.5%であるのに対して、奈良県では21.9%、生駒市では16.3%となっています。

図8 現場滞在時間

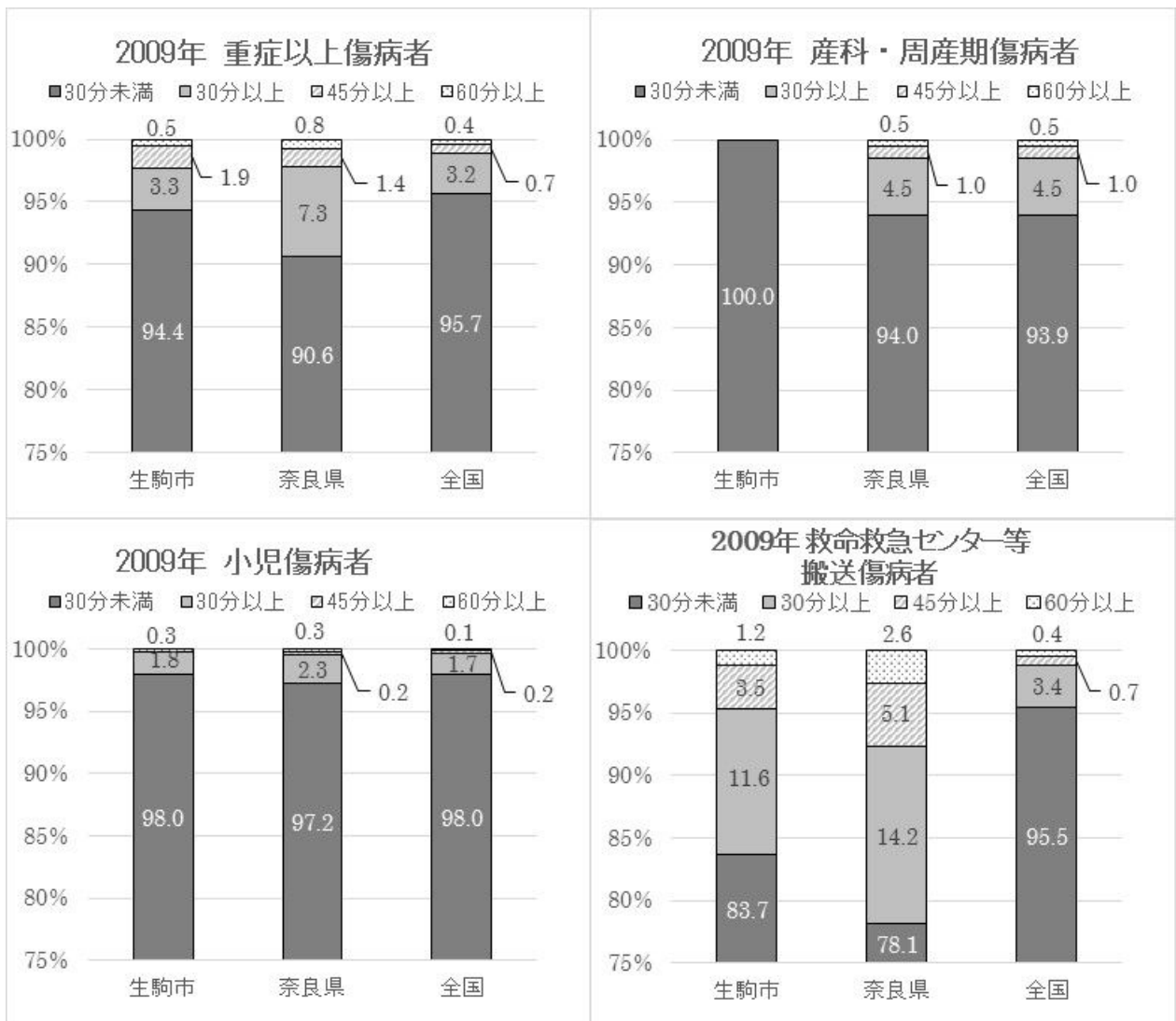


図9は、2013～2017年度に生駒市消防が搬送した困難症例の受け入れまでの照会回数、現場滞在時間の分布を示しています。

受け入れまでの照会回数は、2015年度に大きく減少し、以後減少傾向となっています。

また、現場滞在時間について、生産年齢及び前期高齢者は、2014年度をピークに、年々減少傾向となっています。

図9 医療機関に受け入れられるまでの照会回数、現場滞在時間

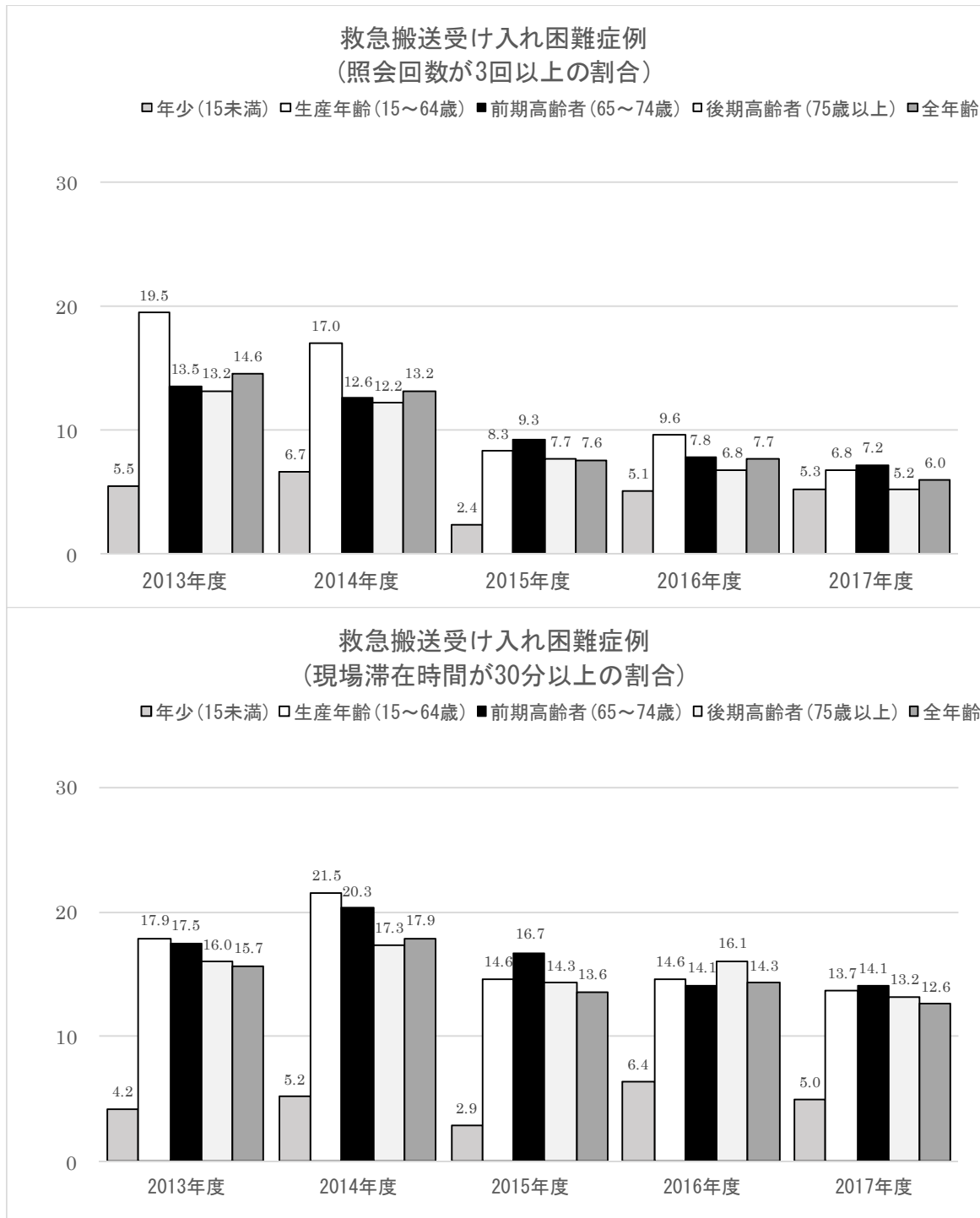
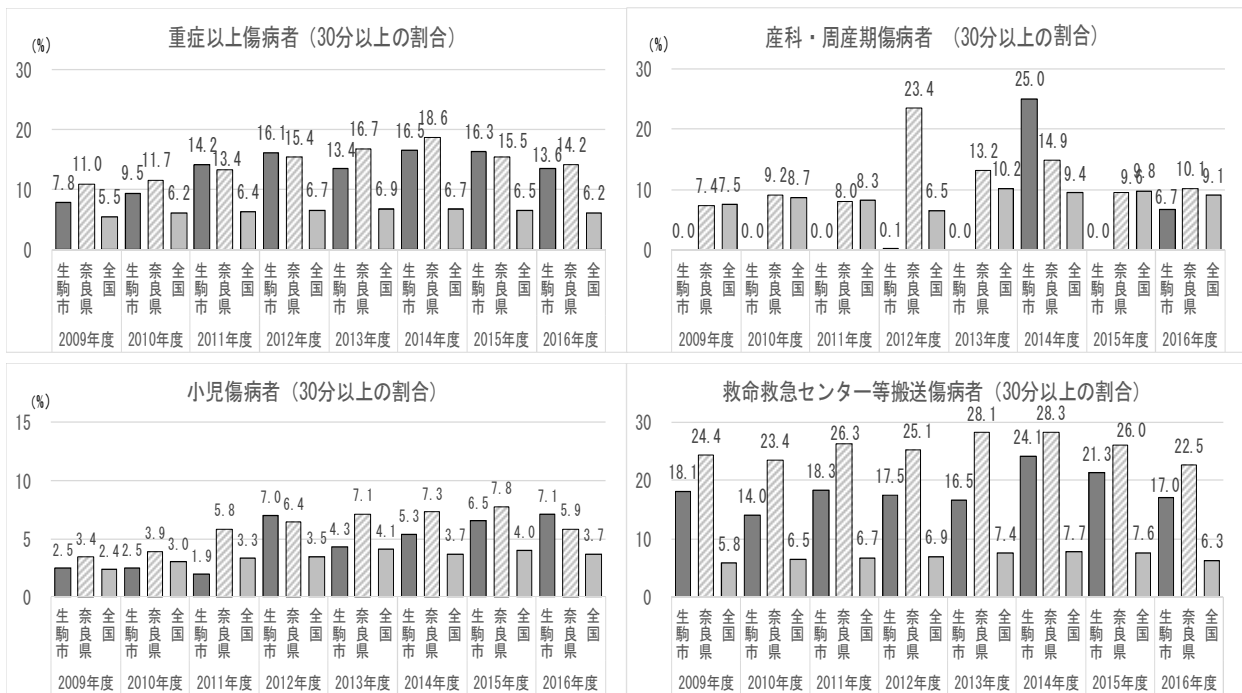


図10は、2009年～2016年度の現場滞在時間が30分以上であった症例の割合を、「生駒市」・「奈良県」・「全国」で比較したものです。

「産科・周産期傷病者」の場合、生駒市内で現場滞在時間が30分以上かかった症例は年に0～1人で、ほとんど変化がありません。「重症以上」・「小児」・「救急救命センター等搬送」は2009年と比較して、30分以上かかった症例が増加傾向となっています。

図10 現場滞在時間30分以上

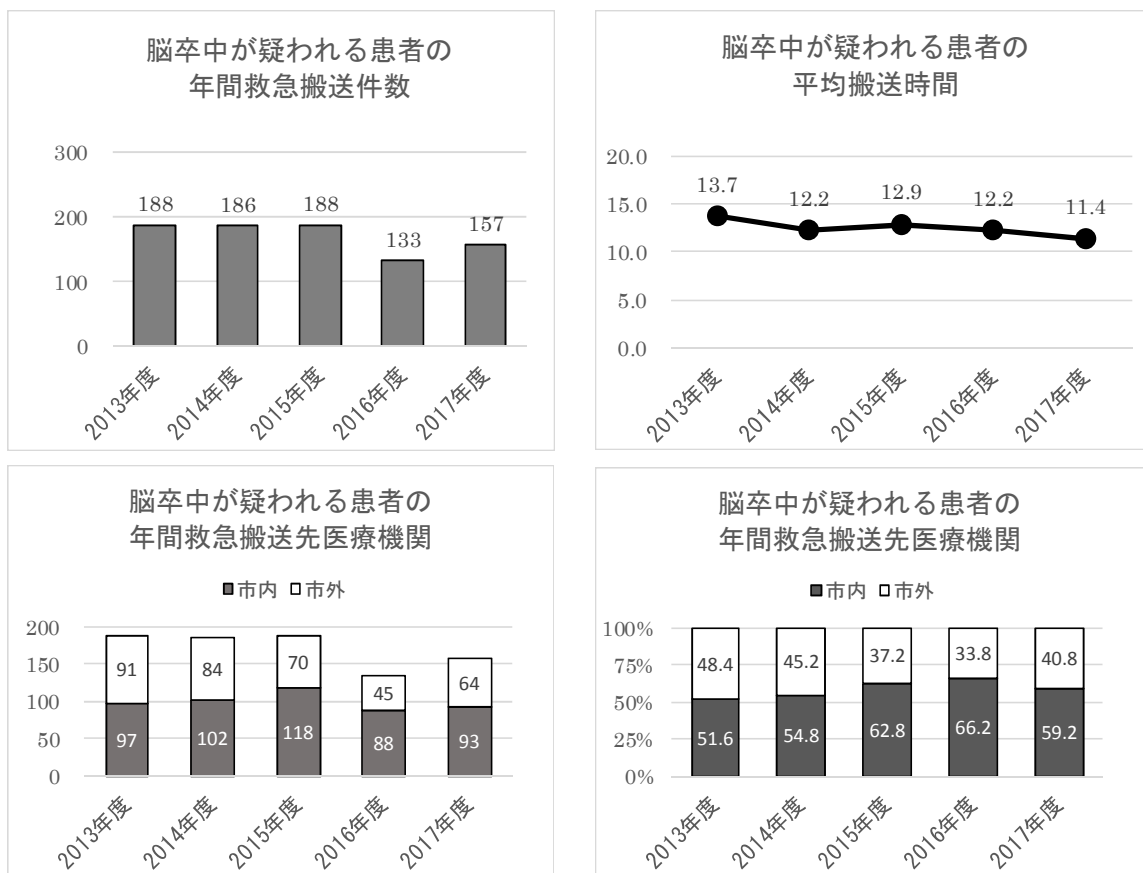


4. 脳卒中の救急搬送

図1-1は、2013～2017年度に生駒市消防が搬送した「脳卒中が疑われる症例」の搬送件数、平均搬送時間、搬送先医療機関を示しています。

2013～2015年度の搬送件数はほとんど変化がありませんでしたが、2016年度、2017年度は搬送件数が減少しています。平均搬送時間は、2013年度の平均13.7分から12分台で推移し、2017年度には11.4分となっています。搬送先医療機関としては、2013年と2014年度は約半数が市外に搬送されていましたが、2015年度から市外への搬送がやや減少傾向にあります。

図1-1 搬送件数、平均搬送時間、搬送先医療機関

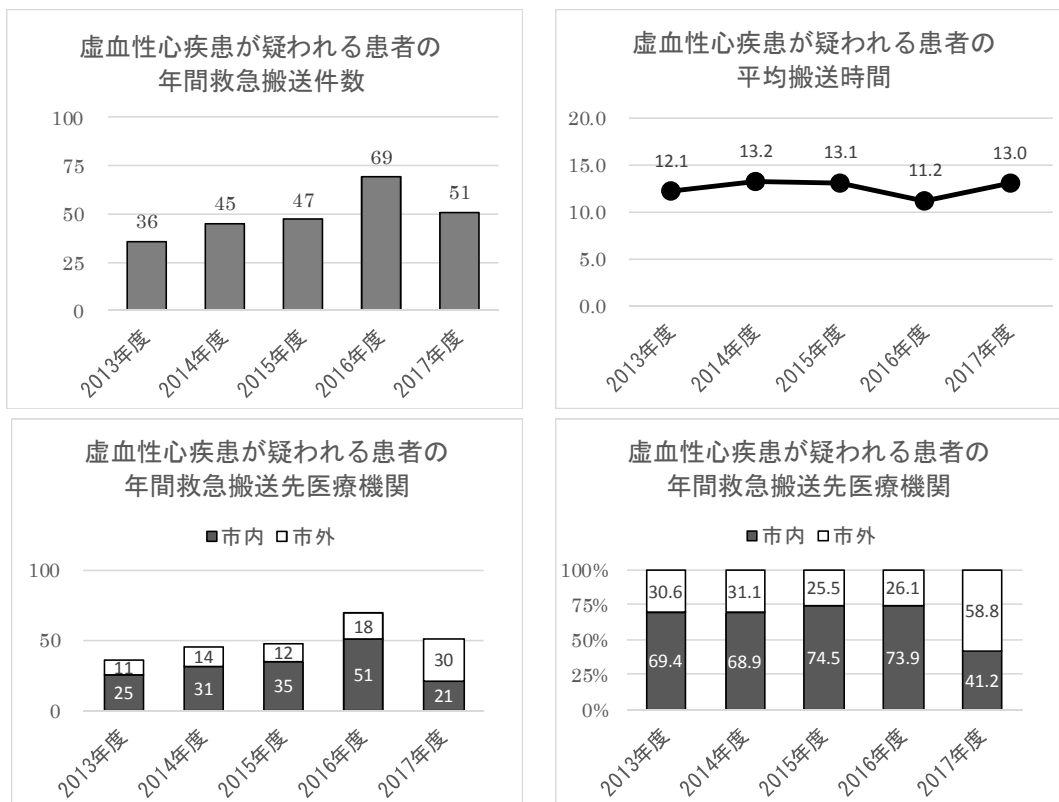


5. 虚血性心疾患の救急搬送

図12は、2013～2017年度に生駒市消防が搬送した「虚血性心疾患が疑われる症例」の搬送件数、平均搬送時間、搬送先医療機関を示しています。

2013～2016年度の搬送件数は年々増加していますが、2016年度をピークとして2017年度は減少に転じています。平均搬送時間に、ほとんど変化は見られません。2013年度から2016年度は、約25～30%が市外への搬送でしたが、2017年度は市外への搬送のほうが多くなり、全体の約60%を占めています。

図12 搬送件数、平均搬送時間、搬送先医療機関

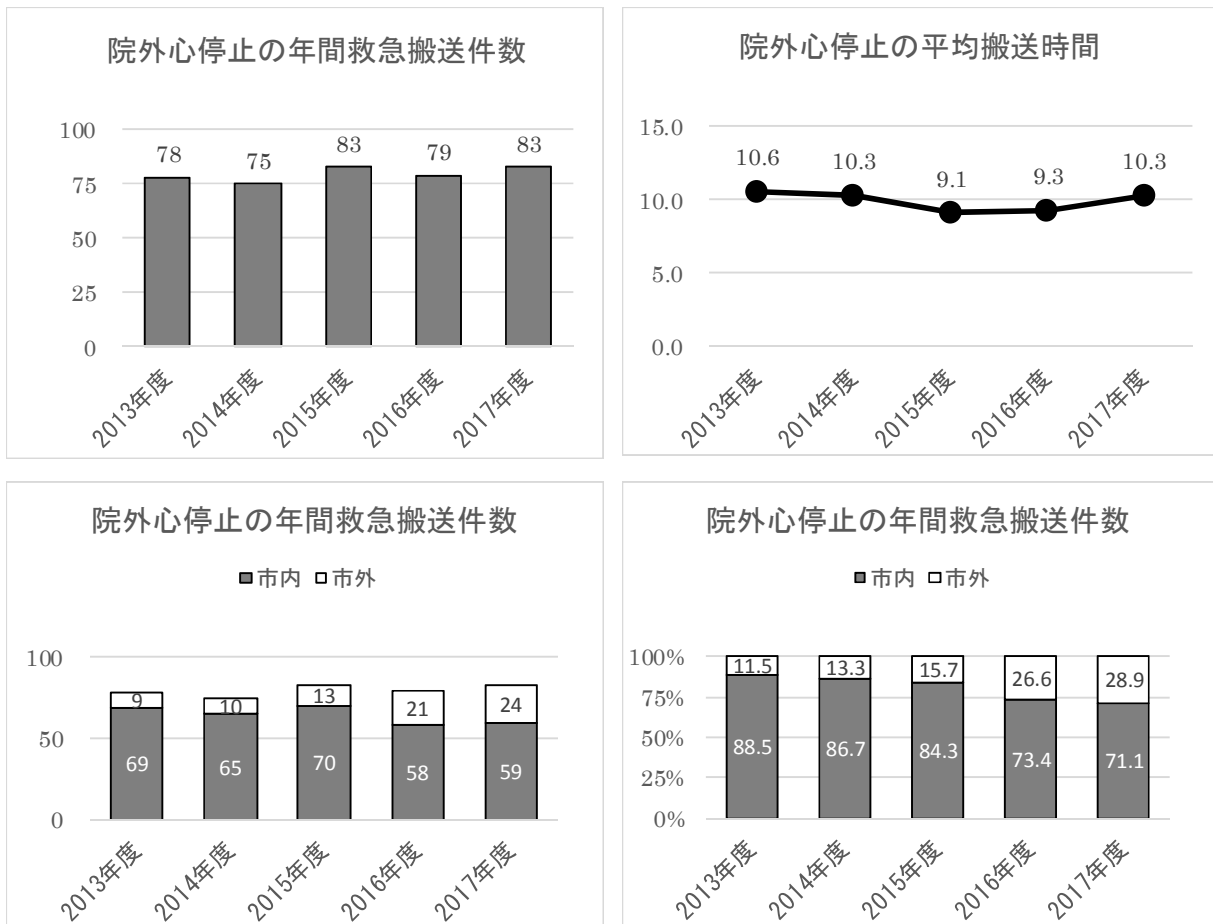


6. 院外心停止の救急搬送

図13は、2013～2017年度に生駒市消防が搬送した「院外心停止症例」の搬送件数、平均搬送時間、搬送先医療機関を示しています。

搬送件数や平均搬送時間に、大きな変化は見られません。市外の医療機関への搬送は2013年度から2015年度までは11.5～15.7%でしたが、2016年度には26.6%、2017年度には28.9%に増加しています。

図13 搬送件数、平均搬送時間、搬送先医療機関

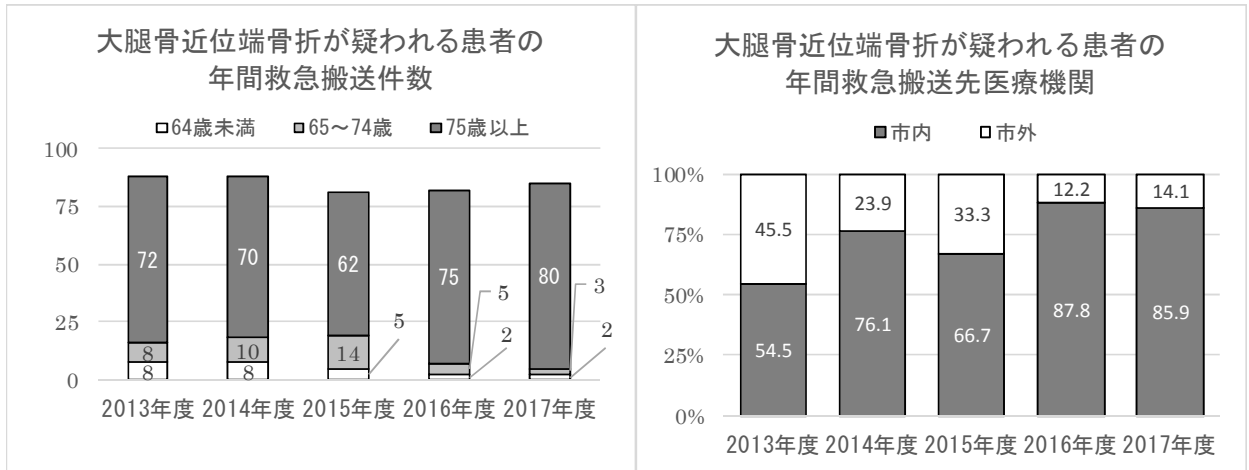


7. 大腿骨近位端骨折の救急搬送

図14は、2013～2017年度に生駒市消防が搬送した「大腿骨近位端骨折」の搬送件数と搬送先医療機関を示しています。

2013年度から2015年度は約24～46%が市外の医療機関に搬送されていましたが、2016年度と2017年度は約12～14%に減少しています。

図14 搬送件数、搬送先医療機関



II 休日夜間診療

(1) 基本的な概念と指標

休日夜間応急診療所は市町村の事業で、休日及び夜間の診療を提供する急患センターを整備し、地域住民の急病患者の医療を確保することを目的として設立されたものです。休日や夜間など医療機関が利用しにくい時間帯に医療資源をセンターに集約し、独歩で受診できる患者を対象として効率よく診療を行うことができます。生駒市の場合は、(一財)生駒メディカルセンター休日夜間応急診療所が、平日の場合は午後 10 時から翌朝 6 時まで、土曜日は午後 4 時から翌朝 6 時まで、日曜日および祝日は午前 10 時から翌朝 6 時まで初期診療にあたっています。

生駒市の休日夜間応急診療所が提供する診療について、患者数(診療のボリューム)や受診者の属性を分析するとともに、休日夜間応急受診後の他医療機関への紹介、紹介先の医療機関についても調査しました。表 1 の指標に基づいて生駒市の休日夜間の診療を調査しました。

表 1 生駒市の休日夜間診療に係る指標

<p>1. 生駒市の休日夜間応急診療所の利用者</p> <p>2013～2016 年度に休日夜間応急診療所を利用した延べ患者数</p> <ul style="list-style-type: none">・年齢階層別 <p>2013～2016 年度に休日夜間応急診療所を利用した患者のうち、他の医療機関へ二次後送された患者数とその二次後送先</p> <ul style="list-style-type: none">・二次後送先医療機関別・二次後送先診療科別
--

(2) 調査の結果

1. 生駒市の休日夜間応急診療所の利用者

図 1 は、2013～2016 年度に生駒市の休日夜間応急診療所を利用した延べ患者数を年齢階層別に示しています。

利用者は高齢者よりも小児や若年層に多く、利用者の半数以上が 15 歳以下です。年間 7,000 人以上が休日夜間応急診療所を受診していますが、利用者数は 2014 年度をピークに減少に転じています。

図1 年齢階層別

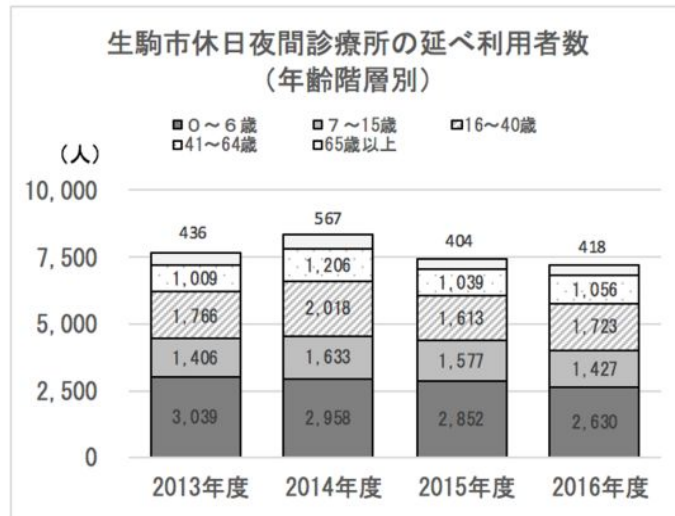
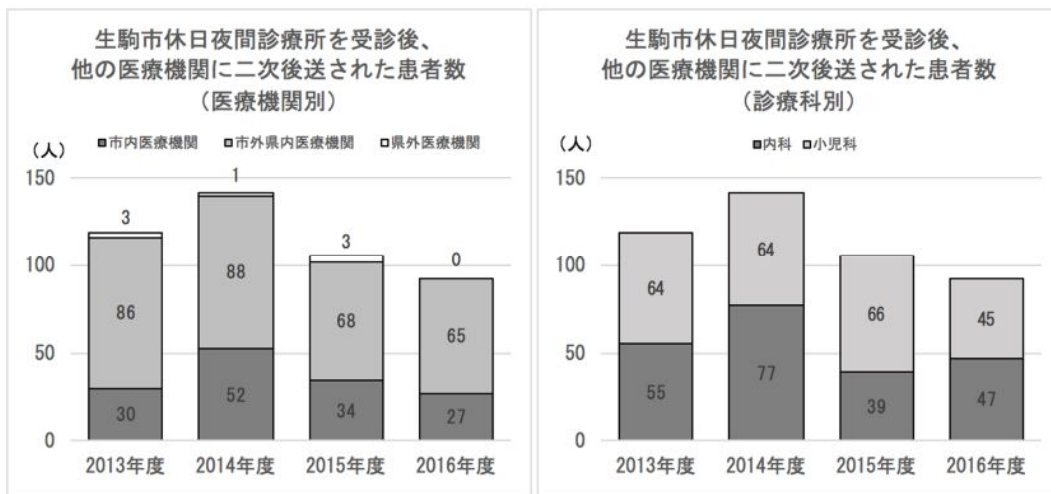


図2は、2013～2016年度に生駒市の休日夜間応急診療所を受診後に他の医療機関に二次後送された患者数を示しています。

休日夜間応急診療所を受診後に他の医療機関に二次後送された患者数は年間92～141人(2%未満)で、休日夜間応急診療所の受診者のほとんどが軽症者となっています。二次後送先の約60～75%は市外の医療機関で、県外への後送はほとんどありませんでした。二次後送された患者の約半数が、小児患者でした。

図2 医療機関・診療科別



Ⅲ 総括

本市における救急搬送件数は年々増え、人口の高齢化に伴い高齢者や重症以上症例の搬送が増加しています。救急搬送先は、「年少（15歳未満）」の場合は約半数が市外の医療機関であり、他の年齢層でも約30～40%が市外へ搬送されています。ただし「年少（15歳未満）」以外では、市内の医療機関への搬送の割合は2015年度からやや増加しています。これを反映して、搬送時間も2013年度から2017年度にかけてやや短縮傾向にあります。

2009年度から、本市および奈良県では「重症以上傷病者」・「救命救急センター等搬送傷病者」の搬送困難症例が全国と比較して多く、この傾向は、最近になっても変わっていない状況です。2016年度における現場滞在時間が30分以上の「重症以上傷病者」の割合は、全国平均が6.2%であるのに対して本市では13.6%、「救命救急センター等搬送傷病者」では全国平均の6.3%に対して、本市は17.0%です。現場滞在時間というのは、救急隊が現場に到着してから病院に向けて出発するまでの時間ですから、これが長いのは搬送先が直ぐに決まらないということが考えられます。病院への搬送が遅れる理由として「搬送先が遠いから」というのも一因ですが、それよりも搬送先が決まらないことの影響がはるかに大きいと言えます。

傷病別にみると、脳卒中や虚血性心疾患など専門性の高い救急の市外医療機関への搬送割合は、脳卒中では約33%～48%で、また、虚血性心疾患では30%前後で推移しており、2017年度につきましては、虚血性心疾患で58.8%と市内搬送割合よりも大きくなっています。一方、院外心停止や大腿骨近位端骨折は、市内の医療機関への搬送割合が高くなっています。

また、本市の休日夜間応急診療所の延べ利用者数（2016年度）は7,254人で、平均して1月あたり約600人となっています。利用者には小児や若年者が多く、本市の休日夜間応急診療所は、通常の診療時間内に受診が困難な世代の受け皿となっていると考えられます。利用者のうち他医療機関に後送された患者の割合は2%未満であることから、殆どは軽症患者と言えます。本市では、救急搬送の必要のない軽症例について休日夜間応急診療所で初期対応が行えている状況です。

IV 奈良県地域医療構想

【救急医療(休日夜間診療を含む)】

① 現在の医療需要と今後の医療需要予測

奈良県において救急搬送される患者数は、増加傾向にあります。その背景として、高齢化の進展に伴い病気による救急車の利用が増加していること等が考えられます。

これからの更なる高齢化社会の進展により、救急搬送される患者数は、さらに増加することが予測されます。

② 患者の受療動向

南和医療圏域を除く県内の医療圏域では、圏域内の受療率は、外来では、西和医療圏域を含め、約 66%、入院では、他の医療圏域では 75%前後に比べ、西和医療圏域では 70%弱と 5%程度低くなっています。また、県外、特に、大阪府への流出が、外来で約 9%、入院で約 6%と、県内の他の医療圏よりも高くなっています。

(資料編 P 9 参照)

③ 医療連携区域に対する奈良県の考え方

救急医療体制は患者の症状に応じて段階的に対応する必要があります。二次救急医療については、救急告示病院や病院群輪番制参加病院により受入体制を確保しており、原則として5つの医療連携区域において、当該医療連携区域内の患者の医療需要に対応する急性期機能を提供できる体制の確保を目指します。

重症疾患について「断らない救命救急」体制の実現に向けER型救急医療体制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、救急医療体制の広域的な医療連携区域に設定し、医療提供体制の充実を目指します。

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か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。

④ 奈良県として目指すべき方向性

救急搬送数、救急搬送時間とも増加傾向であり、受入体制の充実が課題となっていることから、ER型救急医療体制など、重症救急搬送患者を断らない医療体制の構築が必要となっています。

また、軽症患者に対応するため、拠点となる休日夜間応急診療所の充実等、一次救急医療体制の整備が必要となっています。

第2章 小児医療

I 基本的な概念と指標

わが国の小児医療は、小児科を標榜している一般診療所、一般病院の小児科および小児科を専門とする病院で提供されています。しかし近年、小児科を標榜する病院および一般診療所は減少しています。15歳未満の小児人口は、昭和55（1980）年の2750.7万人（人口割合23.5%）をピークとして減少に転じ、平成27年には1588.7万人（全人口の12.6%）に減少しています¹。しかし近年、共働き世帯や核家族の増加に伴い、小児科においては時間外の救急医療の診療に加えて、軽症段階で受診する患者も増えています²。

小児医療は二次医療圏単位で整備すべきとされていますが、西和医療圏において生駒市と大和郡山市を始めとする他の市町村とは生活圏や通勤圏が異なります。生駒市から西和医療圏の他の市町村へは概ね1時間以内で移動可能ですが、交通アクセスや生活圏の面ではむしろ、生駒市は奈良市や大阪とのつながりが深いというのが現状です。小児が入院する場合、家族にとって、子供の入院診療はできるだけ生活圏内で提供されるのが望ましいものです。そこで、この報告書では生駒市の子ども医療費助成のデータを用いて、生駒市の小児の外来診療と入院診療の動向を、受療先の医療機関も含めて検討しました。

子ども医療費助成制度は、生駒市民を対象として出生したときから中学卒業（3月末）までを対象に、医療機関を受診した際の一部負担金と高額療養費等を差し引いた金額を、所得制限を設けずに助成しています。助成の対象は最初は未就学児のみでしたが、2012年8月から小学生の入院への助成が、2014年4月から中学生の入院への助成が始まり、2016年8月から小学生・中学生の外来受診も助成の対象となりました。小児医療を評価する指標を、表1に示しています。

表1 生駒市の小児医療に係る指標

1. 生駒市の小児の外来診療の状況 2013～2017年度に外来を受診した延べ小児患者数 ・ 年齢階層別 ・ 受診先医療機関別
2. 生駒市の小児の入院診療の状況 2013～2017年度に入院した延べ小児患者数 ・ 年齢階層別 ・ 入院先医療機関別

¹総務省統計局.平成27年国勢調査人口等基本集計結果
(<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/kihon1/pdf/gaiyou1.pdf>)

²小沼里子."我が国及び主要国における小児医療政策の現状と課題." 総合調査報告書「少子化・高齢化とその対策」, 国立国会図書館調査及び立法考査局 (2005): 59-73.
(<http://ndl.go.jp/jp/diet/publication/document/2005/200502/3.pdf>)

II 調査の結果

1. 生駒市の小児の外来診療の状況

図1は、2013～2017年度の生駒市の小児の外来医療費助成の状況を示しています。

当初助成の対象は未就学児のみでしたが、2012年8月から小学生の入院への助成が、2014年4月から中学生の入院への助成が始まり、2016年8月から助成の範囲が拡大され、小学生と中学生の外来受診も助成の対象となっています。未就学児に対する助成は年間5万件前後で、小児人口の減少に伴い徐々に減少しています。

図1 年間延べ外来受診件数（年齢階層別）

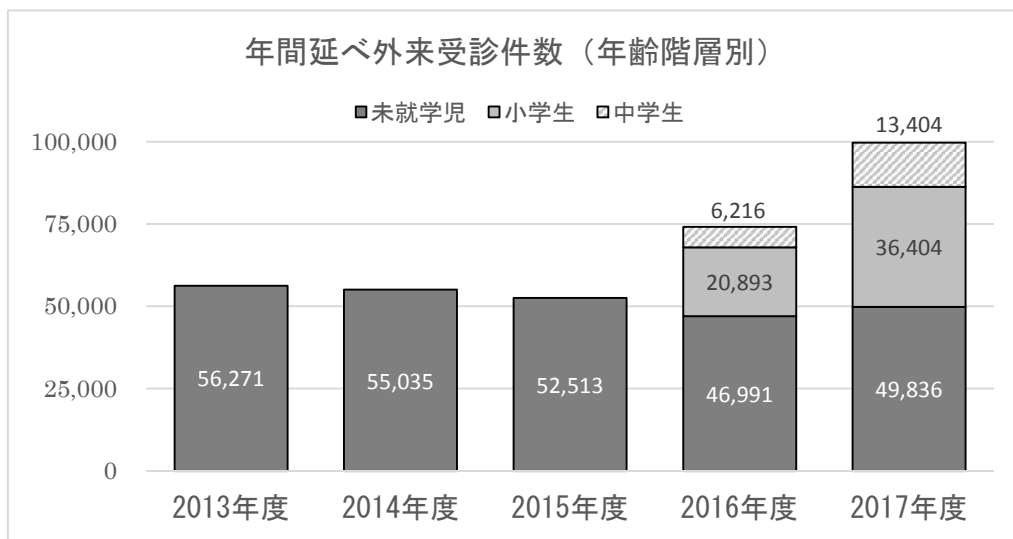
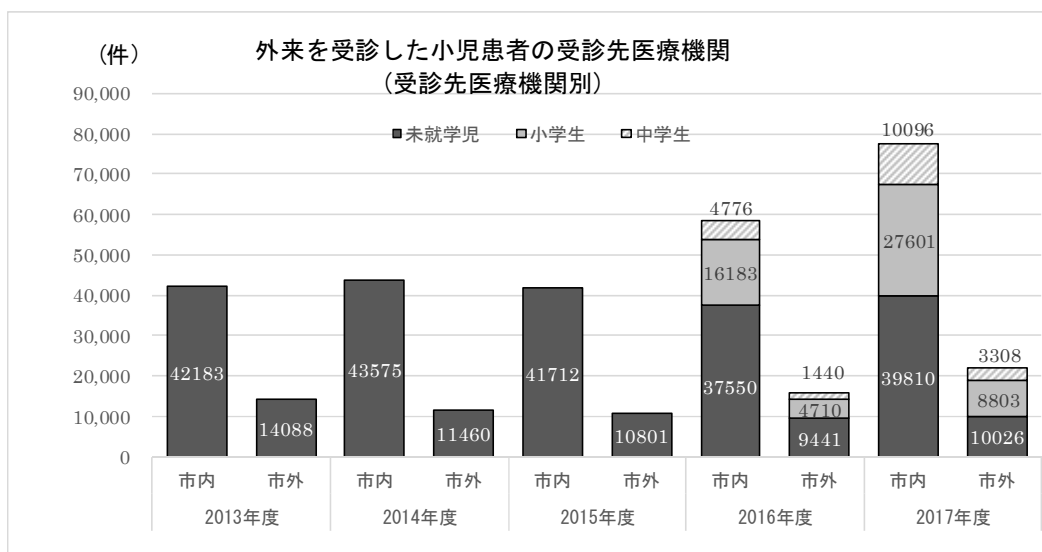


図2は2013～2017年度の外来受診先を、市内と市外に分けて示しています。市内医療機関と市外医療機関の受診者数の比は概ね4：1であり、経年的に大きな変化はありません。

2016年度の半ばから、小学生と中学生の外来受診への助成が始まり、2016年度以降は、小学生と中学生では、市内医療機関と市外医療機関の受診者数の比は概ね3：1となっています。

図2 外来を受診した小児患者の受診先医療機関



2. 生駒市の小児の入院診療の状況

図3は、2013～2017年度の生駒市の小児の入院医療費助成の状況を示しています。

入院医療に対する助成は2013年度から年々増加し、2016年度が年間約1,000件でピークとなっています。入院の約66～92%は未就学児となっています。中学生の入院への助成が始まったのは2014年度からです。小学生や中学生の入院は、年々増加傾向にあります。

図3 年間延べ入院件数（年齢階層別）

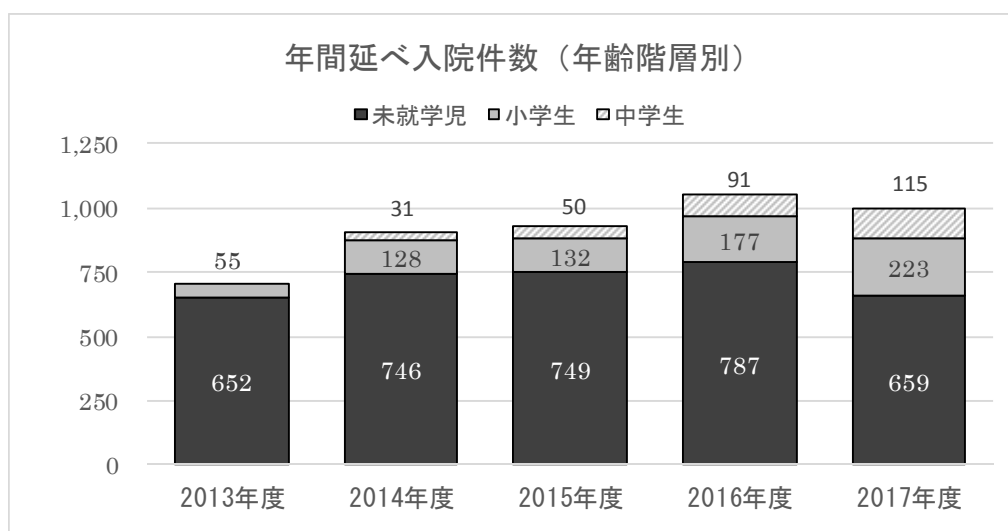
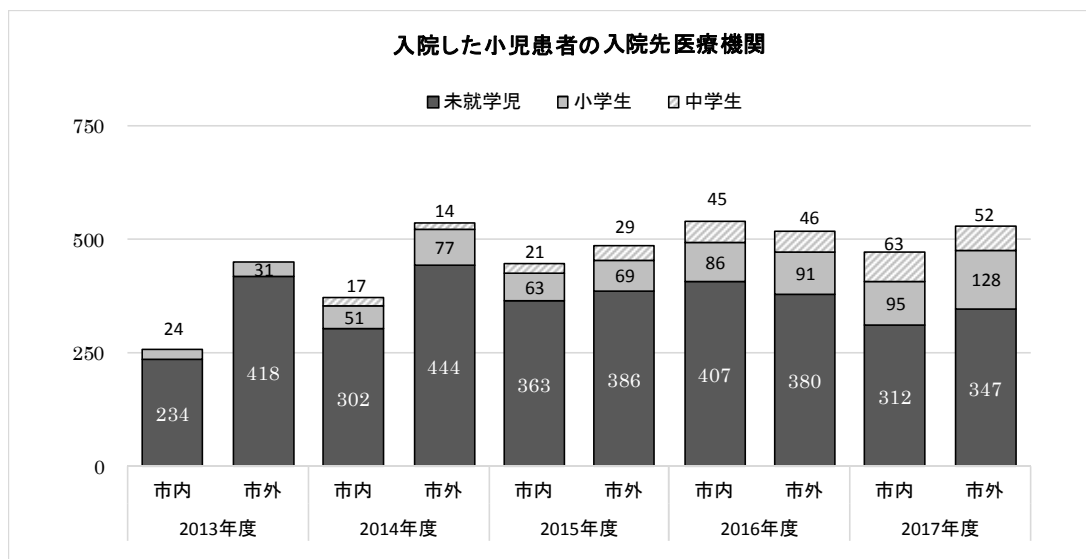


図4及び図5に2013～2017年度の小児の入院先医療機関を、市内と市外に分けて示しています。

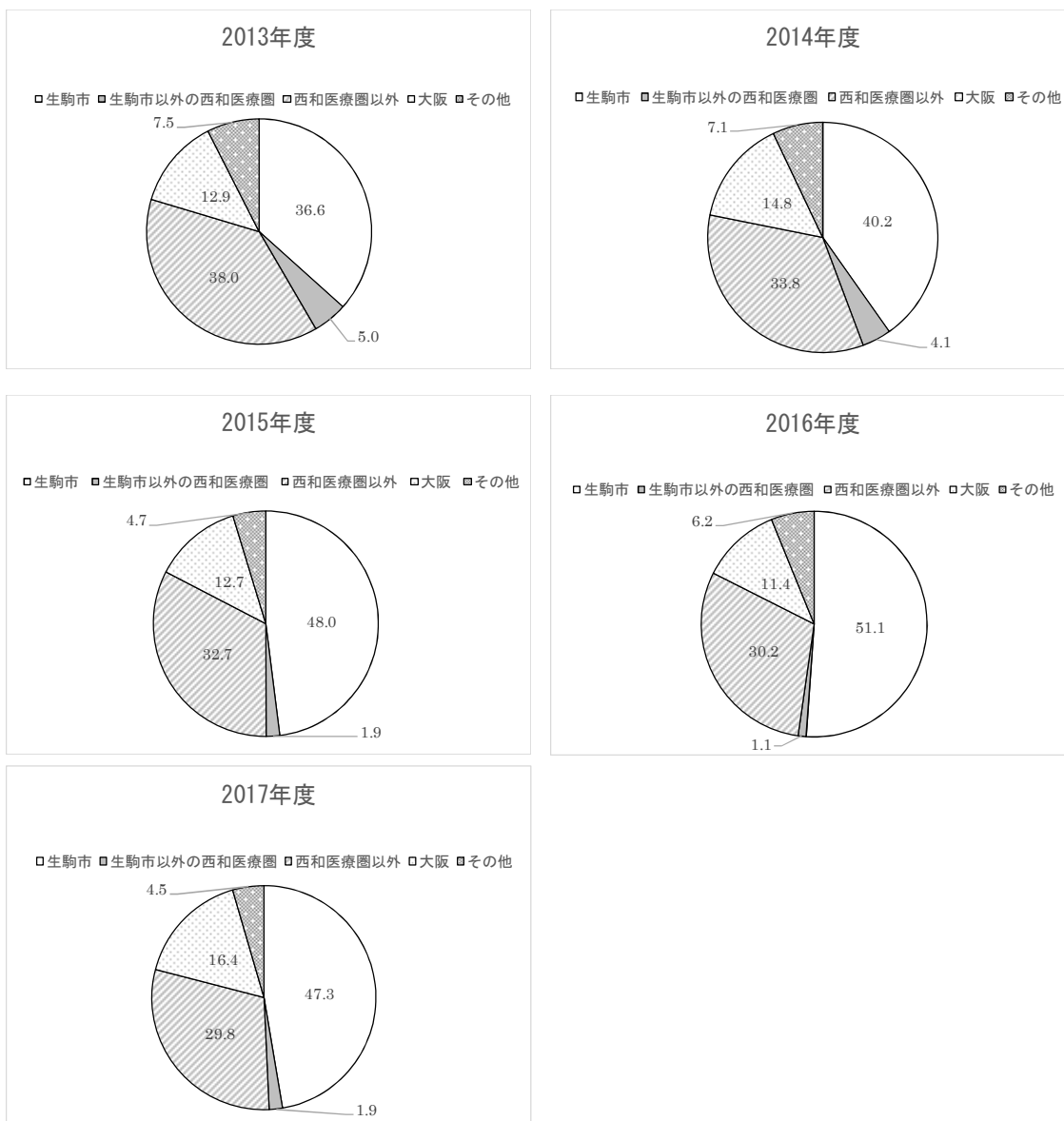
図4 入院した小児患者の入院先医療機関



2013年度は市外医療機関への入院が市内より多かったのですが、徐々に市内医療機関への入院が増えて、2015年度からはほぼ同等となっています。奈良県で西和医療圏外への入院は2013年度は38%でしたが、2014年度から徐々に減少し2017年度には約30%となっています。また、全体の約11～16%が大阪府内の医療機関への入院となっています。

生駒市内の主な入院先は小児科を持つ民間2病院で、西和医療圏内の他の医療機関への入院はほとんどありません。奈良県内で西和医療圏外の医療機関で入院が多いのは、奈良県総合医療センターと市立奈良病院（いずれも奈良市）で、生駒市から車で移動所要時間はそれぞれ約20分と30分となっています。

図5 入院先医療機関の分布



Ⅲ 総括

小児（年齢 14 歳まで）の外来受診の動向を、生駒市の子ども医療費助成のデータを利用して調査しました。未就学児の外来受診は年々減少傾向にあります。小・中学生を含め外来受診先の約 20～25%が市外の医療機関でした。一方、中学生の入院への助成が始まった 2014 年度以降、入院医療に対する助成は年間約 1,000 件で、約 65～80%は未就学児でした。小学生や中学生の入院は、年々増加傾向にあります。2013 年度から徐々に市内医療機関への入院が増えて、現在は市内と市外ほぼ同等です。生駒市内の主な入院先は小児科を持つ民間 2 病院で、生駒市以外の西和医療圏内の他の医療機関への入院はほとんどありませんでした。しかし小児の救急の約半数が市外に搬送されていることから、この二つの病院だけでは市内の小児の救急に十分対応できないことが示唆されます。市外の入院先で多いのは奈良県総合医療センターと市立奈良病院（いずれも奈良市）で、本市の小児の救急医療は、奈良市の医療機関に大きく依存していると言えます。

Ⅳ 奈良県地域医療構想

【小児救急医療】

① 現在の医療需要と今後の医療需要予測

住民のライフスタイルの変化、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家族環境の変化に伴う育児不安の増大等、様々な要因により、休日や夜間における小児救急医療の需要が増加している状況にあります。

そのため、小児人口は平成 19 年と比較して 7.5%減少しているにもかかわらず、小児患者の救急搬送数は 0.07%減にとどまっています。

表 2 小児救急搬送数の推移

区 分		H19 年	H21 年	H23 年	H24 年	H25 年
奈良	小児救急搬送数	4,123	4,221	4,980	4,424	4,096
	小児人口	195,311	190,511	185,456	182,831	180,655
全国	小児救急搬送数	386,221	378,210	388,159	359,280	346,845
	小児人口	17,402,456	17,205,567	16,943,391	16,778,104	16,778,976

（消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況調査」より）

② 患者の受療動向

小児救急外来は、南和医療圏を除いて約78%以上がそれぞれの医療圏内で受療されています。

小児救急入院は、奈良医療圏域では78%同圏域内で受療されていますが、他の医療圏域では50%以上の患者が他の医療圏域で受療している状況となっています。

(資料編 P10参照)

③ 医療連携区域に対する奈良県の考え方

入院治療を必要としない比較的軽症な患者は、かかりつけ医のほか、各市町村等が設置する休日夜間応急診療所に対応し、入院治療を要する重篤な患者については、県内を2ブロック（北和、中南和）に分け医療連携区域を設定し、協力病院が輪番制を組んで受入体制を確保します。

④ 奈良県として目指すべき方向性

社会情勢や家族環境の変化に伴う育児不安の増大等、様々な要因により、休日や夜間における小児救急医療の需要が増大していることから、小児救急医療体制を守るため保護者等を支援する体制の確保が必要となります。

二次輪番病院における入院患者数が横ばい傾向である中、中南和地域の輪番参加病院が減少していることから、症状に応じた救急医療を提供する体制の確保を図ります。

- ・小児救急医療体制を守るため保護者等を支援する体制の確保
- ・症状に応じた救急医療を提供する体制の確保

第3章 在宅医療

I 基本的な概念と指標

在宅医療とは、通院が困難な患者が自宅や施設で医療者の訪問により治療を受けることであり、訪問診療と往診があります。訪問診療とは定期的な在宅医療のことで、往診とは急変時などに患者や家族の要望で不定期に行う在宅医療のことです。訪問診療は「自宅で療養したい」という患者のニーズに適した医療の形態です。また、わが国は超高齢社会を迎え要介護者は396万人（平成26年度高齢社会白書）を超えました。2014年2月時点の全国の既存の療養病床は33.2万床ですが、人口推移から予測される1日あたり入院患者数は、2025年で45.8万人、2040年で55.8万人に増加するとされています¹。

また、在宅医療には、さまざまな医療機関や多職種の連携が必要です。1) 退院支援、2) 日常の療養支援、3) 急変時の対応、4) 看取りの各局面において、医療機関（病院、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、歯科診療所、薬局）と医療者（医師、看護師、歯科医師、薬剤師、理学療法士）、介護事業所、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーが効果的に連携することで、初めて質の高い在宅医療の提供が可能となります。在宅医療を受ける患者数は、在宅医療のニーズを反映するだけでなく、在宅医療のリソースや連携を評価する指標でもあります。このような背景を踏まえ、市民が受けている在宅医療の現状を以下の点に注目して、調査しました。

- ・どれくらいの患者が、現在訪問診療を受けているのか。
- ・訪問診療を提供している医療機関は市内の医療機関か、市外か。

在宅医療を受けている患者が急変した場合、どこで治療を受けるかが問題となります。そのまま自宅で治療を受けるのか、あるいは病院で治療を受けるのか。どちらが望ましいのかという問いに答えはありません。なぜなら、急変といっても患者の治療に対する希望や介護する家族の状況などは千差万別であり、療養場所の選択は、医学的状況、社会的・経済的状況、利用可能な医療・介護サービス、患者や家族の選好など多くの複雑な因子を考慮した結果だからです。在宅医療・介護の目的には、在宅における「看取り」の推進も含まれます。しかし、患者や家族が望んでいたとしても、在宅での看取りが実現できるとは限りません。在宅医療を受けていても、最後は病院で亡くなる人が圧倒的に多いのが現実です。

つまり、患者や家族が安心して在宅医療を受けるためには、訪問診療を提供する医療機関や訪問看護ステーション、介護サービスを充実させるだけでなく、入院医療との連携体制構築が不可欠です。医療機関側の取り組みとして、在宅で提供する治療の範囲を広げることも重要ではありますが、急変時には必要に応じて地域内でスムーズに入院診療を受

¹ 株式会社ケアレビュー「入院患者数の将来予測値と既存病床数とのギャップを試算しました」
(http://www.carereview.co.jp/reference/news_release/1079.html)

けることができる体制を構築することも同じく重要です。そこで本報告書では、訪問診療の利用だけでなく、訪問診療を受けている患者の入院頻度と、入院先医療機関を調査しました。

- ・訪問診療を受けている患者が入院する頻度はどのくらいか。
- ・訪問診療を受けている患者が入院する場合、どこに入院するのか。

生駒市の在宅医療の現状を把握するための指標を表1に示しています。

表1 生駒市の在宅医療に係る指標

1. 生駒市において訪問診療を受けている患者と訪問診療を提供する医療機関 2013～2016年度に訪問診療を受けた患者数 <ul style="list-style-type: none">・年齢階層別・受診先医療機関別
2. 生駒市において訪問診療を受けている患者の入院頻度 2013～2016年度に訪問診療を受けた患者のうち、入院した患者数 <ul style="list-style-type: none">・入院先医療機関別

Ⅱ 調査の結果

1. 生駒市において訪問診療を受けている患者及び訪問診療を提供する医療機関

図1は、2013～2016年度に訪問診療を利用した患者数を年齢階層別に示しています。

これをみると、訪問診療利用の大部分は75歳以上の後期高齢者です。また利用者数は2013年度から増加を続けています。74歳以下の訪問診療利用者数はあまり変化していませんが、後期高齢者の利用者数の伸びは著しいものがあります。また図2に、訪問診療を提供している医療機関の所在地（市内・市外）を示しています。訪問診療を提供している医療機関の約55～60%が市外でした。

図1 訪問を受けている患者数（年齢階層別）

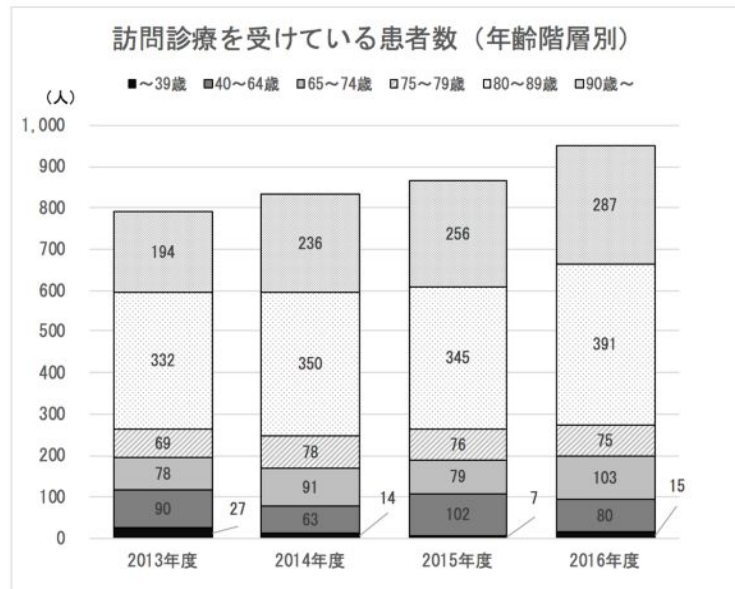
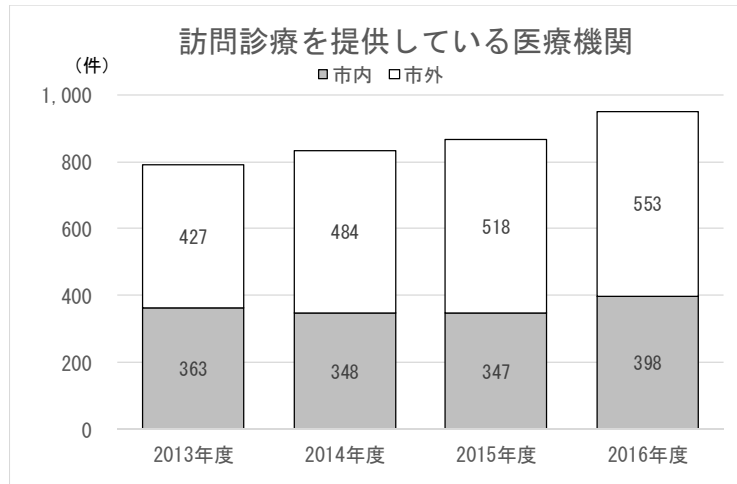


図2 訪問診療を提供している医療機関



2. 生駒市において訪問診療を受けている患者の入院頻度

図3は、訪問診療利用者のうち、2013～2016年度に入院した患者数を示しています。

在宅医療の利用者の増加とともに入院患者数も年々増え、2014年度には訪問診療を受けている患者のうち300人以上が、2016年度には370人以上が入院しています。また入院先は市内と市外がほぼ半々となっています。

図3 入院先医療機関

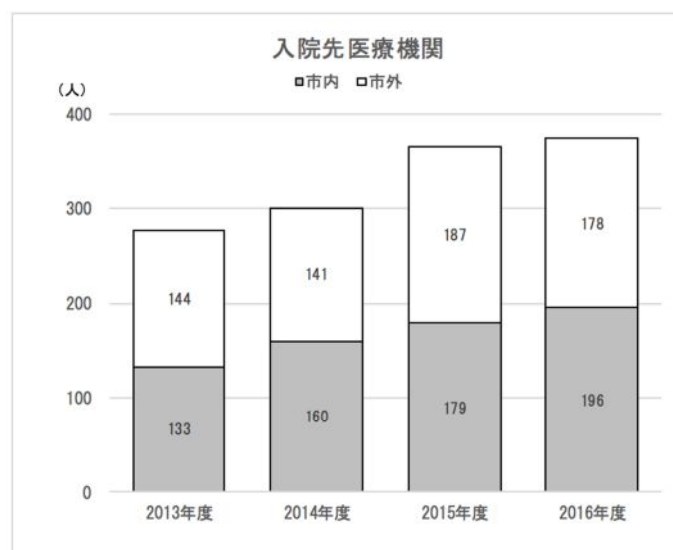


図4及び表2は、訪問診療を提供している医療機関（市内・市外）と、入院先医療機関（市内・市外）との関係を示しています。訪問診療を提供している医療機関が市内である場合、入院先の約65%が市内の医療機関となっています。また反対に訪問診療を提供している医療機関が市外である場合、入院先の約60%が市外の医療機関となっています。

図4 訪問診療医療機関と入院先医療機関（市内・市外）

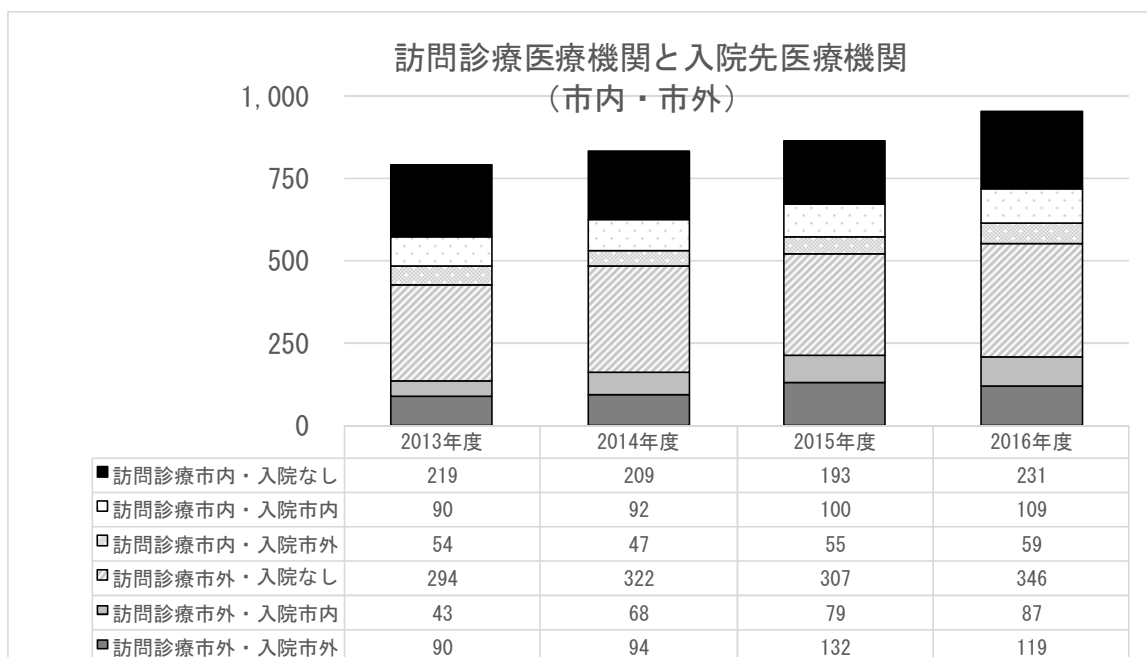
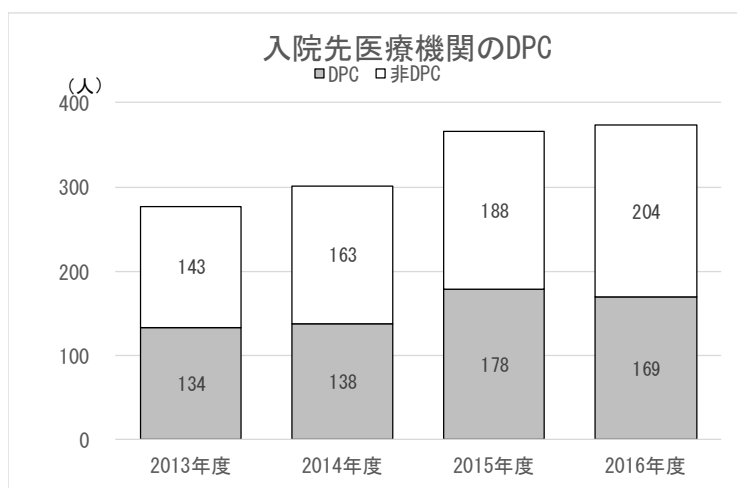


表2 訪問診療医療機関と入院先医療機関（市内・市外：割合）

		入院	年度			
			2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
訪問診療	市内	なし	219 (60.3%)	209 (60.1%)	193 (55.5%)	231 (58.0%)
		市内	90 (24.8%)	92 (26.5%)	100 (28.8%)	109 (27.3%)
		市外	54 (14.9%)	47 (13.5%)	55 (15.8%)	59 (14.7%)
	市外	なし	294 (68.7%)	322 (66.5%)	307 (59.2%)	346 (62.7%)
		市内	43 (10.1%)	68 (14.1%)	79 (15.3%)	87 (15.7%)
		市外	90 (21.1%)	94 (19.4%)	132 (25.5%)	119 (21.6%)

図5は、訪問診療を受けている患者が入院したとき、入院先医療機関の内訳（DPC対象病院・非DPC対象病院）を示しています。訪問診療を受けている患者が入院する場合、その約5割はDPC対象病院に入院しています。

図5 入院先医療機関のDPC



Ⅲ 総括

訪問診療利用者の大部分は後期高齢者です。生駒市でも、高齢化と共に訪問診療の利用が増加を続けています。在宅医療を提供するには、さまざまな地域の医療サービス（訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤師、訪問栄養指導など）や介護サービス（訪問介護、訪問入浴など）が必要になります。これらのサービスが充実していると、患者や家族の選択肢が増え在宅医療を選びやすくなります。近年訪問診療の利用者が増えている背景には、国の政策や介護が必要な高齢者の増加だけでなく、在宅医療や介護のサービスの整備や充実もあります。

調査の結果、本市の在宅医療は市外の医療機関への依存が高いことが示唆されています。市民に訪問診療を提供する医療機関の約 60%は市外の医療機関です。ただし、これらの結果は慎重に考察する必要があります。訪問診療を受けている患者は受診のために移動する必要はないので、診療を提供する医療機関が市内か市外かは、患者や家族にとってそれほど問題とはなりません。また訪問診療を受けている患者の中には、市内に居住していない者もおられます。たとえば、介護が必要になったために家族がいる市外で療養しているとか、市外の介護施設で居住しているなども含まれます。

在宅医療へのアクセスが問題となるのは、居住地域内に在宅医療や介護のリソースがないため、あるいは不足しているために、患者や家族の希望にも拘らず在宅医療をあきらめざるを得ない場合です。そもそも訪問診療をしてくれる診療所がなければ、在宅医療を受けるのは不可能です。また、さまざまな医学的処置が必要な患者の場合は、それに対応可能な在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等がないと、在宅医療をあきらめざるを得ません。在宅医療を希望する患者や家族にとって、急変時に入院できる病院が確保できるかどうかは非常に重要です。急変時に受け入れてくれる入院医療機関が地域にないと、訪問診療を引き受ける診療所が見つからないことも多くあります。生駒市においては利用者の増加とともに在宅患者の入院も年々増え、2014 年度以降は訪問診療を受けている患者のうち 300 人以上が入院しています。また入院先は、市内と市外がほぼ半々です。市内の医療機関が訪問診療を提供している場合でも、入院先の約 35%が市外の医療機関となっています。

IV 奈良県地域医療構想

【在宅医療】

① 現在の医療需要と今後の医療需要予測

2013年度の医療提供体制が継続すると仮定した場合の2025年度における居宅等における医療の必要量は、県全体では、11,859.4人/日から18,119.5人/日と約53%増加する推計となっています。また、慢性期機能の病床数は若干の増加となります。

構想区域別に見ると、すべての構想区域において、医療機関所在地ベースの在宅医療等の需要は増加する見込みです。また、「現時点で訪問診療を受けている患者数」についてみても、2013年との比較では、2025年に奈良構想区域、西和構想区域及び中和構想区域において50%以上の増加となっています。

(資料編 P11参照)

② 在宅医療提供体制の構築に対する奈良県の考え方

奈良県内の医療機関において、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期といった病床機能の分化と連携を進めていくためには、まず、在宅等においても医療を提供できる患者については介護施設を含めた在宅等において医療を提供できる体制が整っていることが必要となることから、在宅医療等の整備に先行して取り組まなければなりません。

さらに、今後も高齢者が増加し、慢性疾患、あるいは人生の最終段階における医療など、医療ニーズの増加が見込まれる中、在宅医療の推進は重要な課題となっています。

③ 奈良県として目指すべき方向性

奈良県における在宅医療については、これまでは個々の医療機関の取組が主体であり、連携の必要性は認識されつつも体制整備は十分でない状況です。

このような状況をふまえて、今後は地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指し、切れ目のない在宅医療提供体制を構築していく必要があります。

これらの取組を進めるためには、医療提供体制や住民の年齢、世帯構成などが地域により異なること、また、在宅での介護の充実も必要となることから、市町村や地区医師会が中心となって、地域において包括的かつ継続的な体制づくりを行う必要があります。

第4章 入院診療

I 基本的な概念

ここでは脳卒中、虚血性心疾患、大腿骨近位端骨折の3つの傷病に焦点を当て、生駒市民がこれらの疾患の治療をどこで受けているかを検討します。この3つの疾患を選んだ理由は、脳卒中、虚血性心疾患については迅速な治療の開始が予後に大きく影響するため、大腿骨頸部骨折については虚弱な高齢者に多い骨折であり、生活圏内で治療を受けるのが患者や家族にとって望ましいためです。

II 脳卒中

(1) 指標

脳卒中とは、脳の血管が破綻あるいは閉塞して脳の血流障害が起こり、脳の神経細胞が障害される疾患です。原因により、脳梗塞（血管が閉塞）、脳出血（血管が破綻）、くも膜下出血（動脈瘤が破裂）、一過性脳虚血発作（TIA）（脳梗塞の症状が短時間で消失する）に分類されます。脳卒中は、早期（発症して4.5時間以内が目安）に治療を開始すると後遺症が軽くなることもあり、超急性期の専門的な治療を必要とします。

本調査には、生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ（2013年～2016年度）を用いました。レセプト・データの「主傷病名」の国際疾病分類コード（ICD-10）が、くも膜下出血（ICD-10: I60）、脳内出血（I61）、脳梗塞（I63）、その他（I62+I64）のいずれかに該当する患者を分析しました。

脳卒中の患者は一般的に、発症早期に急性期病院で治療を受け、病状が安定するとリハビリ目的で回復期病院に転院することが多くなっています。重度の障害が残り医学的な処置（人工栄養や排泄のケア、気管切開孔のケアなど）を継続して必要とする場合は、療養型の病院に転院することもあります。そこで今回は、発症早期の治療を受けた場所（最初入院した医療機関）だけでなく、退院する際にいた場所（退院まで入院した医療機関）についても分析しました。

表1 生駒市における脳卒中診療の指標

1. 脳卒中の入院患者数 2013～2016年度に脳卒中を主傷病として入院した患者数 ・疾患別 ・年齢階層別
2. 脳卒中患者が最初入院した医療機関 2013～2016年度に、脳卒中患者が最初入院した医療機関 ・医療機関別

3. 脳卒中患者が退院時にいた医療機関
 2013～2016 年度に、脳卒中患者が退院する際に入院していた医療機関
 ・ 医療機関別

(2) 調査の結果

1. 脳卒中の入院患者数

図 1 は、2013～2016 年度に生駒市の国保および後期高齢者医療の加入者で、脳卒中を主傷病として入院した患者数を疾患別に示しています。ただし、74 歳以下の患者数は、国民健康保険の加入者割合を利用して補正しています。

脳卒中の入院患者数は年間約 400～500 人で、どの年度もあまり変わりありません。脳梗塞が最も多く、全体の約 65～70%となっています。

図 1 脳卒中の入院患者数(疾患別)

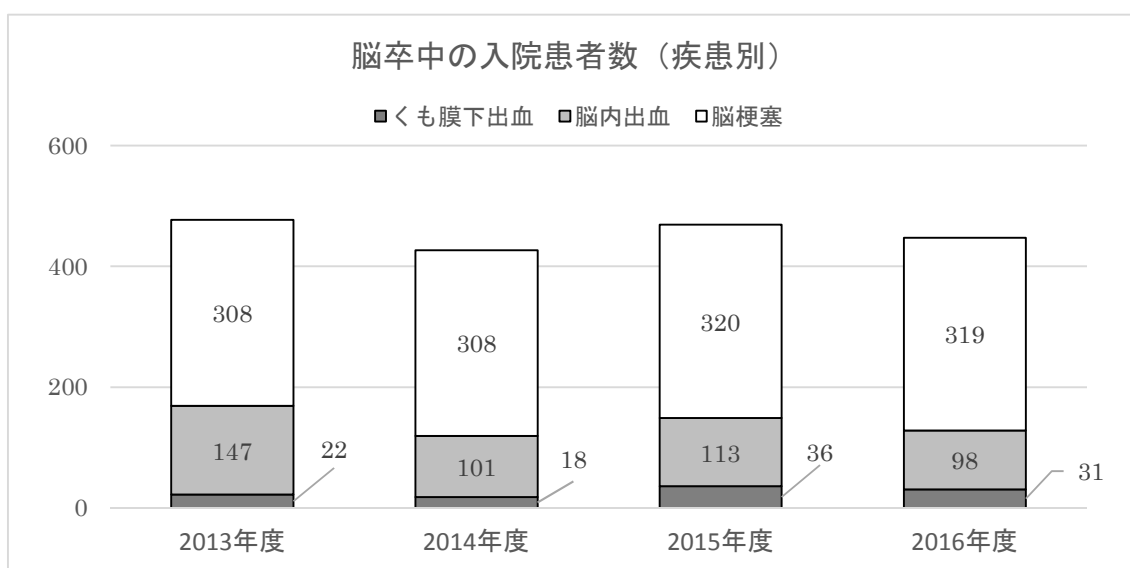
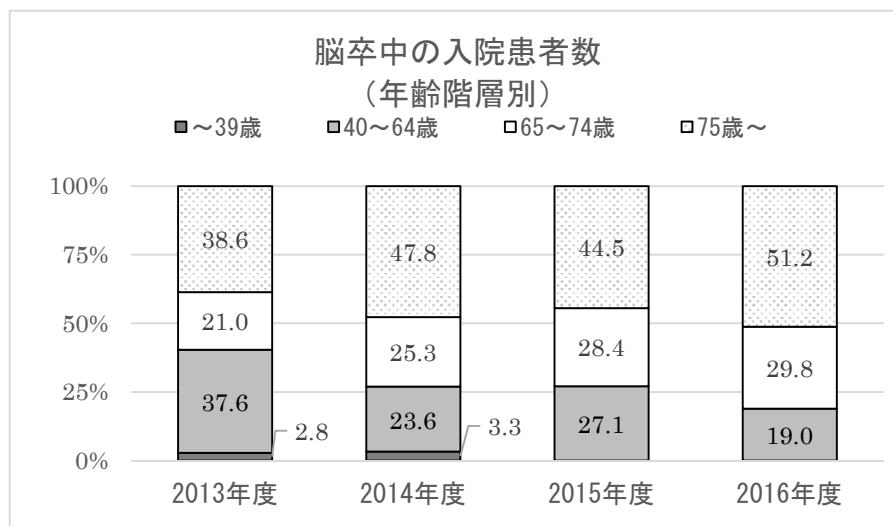


図2は、年齢階層別の患者数を示しています。

2013年度は患者の約40%が64歳以下でしたが、この割合が徐々に減少して、2016年度には約20%まで減少しています。一方、前期高齢者や後期高齢者が占める割合が徐々に増加しています。

図2 脳卒中の入院患者数(年齢階層別)



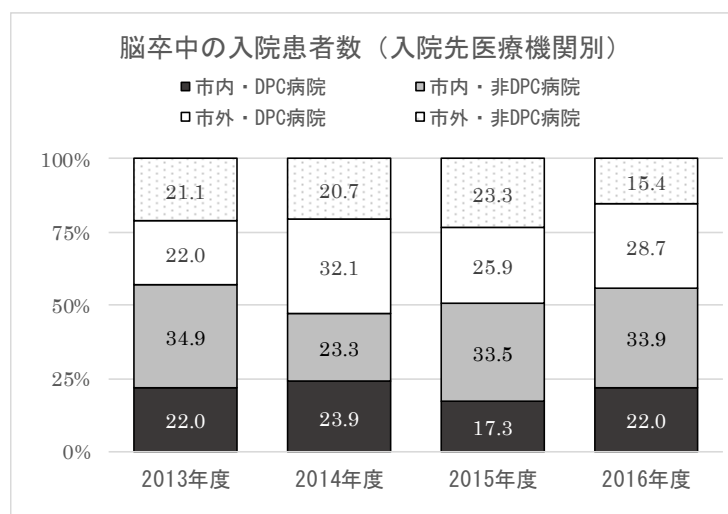
2. 脳卒中患者が最初に入院した医療機関

図3は、脳卒中を発症して最初に入院した医療機関の分布を示しています。

市内の病院への入院は50%前後です。またDPC※対象病院への入院も50%前後となっています。

※DPC：Diagnosis（診断）Procedure（行為）Combination（組合せ）の略で、急性期病院を中心に導入が進められている包括払いの制度です。

図3 脳卒中の入院患者数(医療機関別)



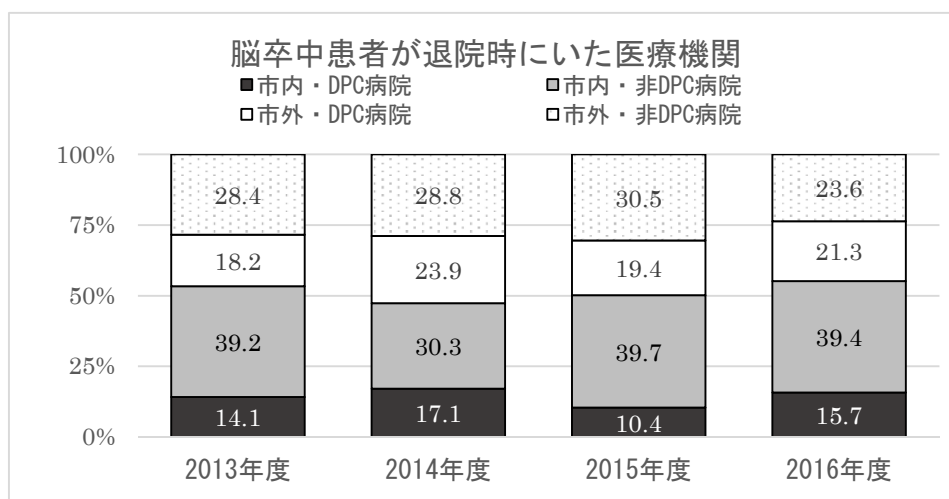
3. 脳卒中患者が退院時にいた医療機関

図4は、脳卒中患者が退院時にいた医療機関の分布を示しています。

市内の病院は50%前後で、入院時の分布（市内か、市外か）とほぼ変わりません。

脳卒中の患者は、急性期を脱すると回復期病院や療養型病院に転院し、そこから自宅や施設に退院することが多くなっています。脳卒中患者が退院時にいた医療機関のうちDPC対象病院が占める割合は約30~40%で、最初の入院時の医療機関よりもDPC対象病院の占める割合が減少しています。

図4 脳卒中中の入院患者数(医療機関別)



III 虚血性心疾患

(1) 指標

虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）とは、動脈硬化や血栓などで心臓の冠状動脈が狭くなり、心筋の血流が障害される疾患です。狭心症とは、急に激しい運動をしたり、強いストレスがかかると、心臓の筋肉が一時的に血液（酸素、栄養）不足となり胸痛や胸部圧迫感が生じるものです。心筋梗塞とは、冠状動脈が完全に閉塞して心筋の血液が途絶し、心筋が壊死してしまった状態です。心筋の壊死が広範囲の場合、心原性ショックや心不全で死に至ることもあります。虚血性心疾患の治療にはカテーテル治療や冠動脈バイパス手術などがあり、いずれも高度な専門性を必要とする治療です。

本調査には、生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ（2013年～2016年度）を用いました。レセプト・データの「主傷病名」の国際疾病分類コード（ICD-10）が、狭心症（ICD-10: I20）、心筋梗塞およびその合併症（I21, I22, I23）、その他の虚血性心疾患（I24, I25）のいずれかに該当する患者を分析しました。

表2 生駒市における虚血性心疾患の診療の指標

<p>1. 虚血性心疾患の入院患者数</p> <p>2013～2016 年度に虚血性心疾患を主傷病として入院した患者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患別 ・ 年齢階層別
<p>2. 虚血性心疾患患者が最初入院した医療機関</p> <p>2013～2016 年度に虚血性心疾患患者が最初入院した医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関別

(2) 調査の結果

1. 虚血性心疾患の入院患者数

図5は、2013～2016 年度に生駒市の国保および後期高齢者医療の加入者で、虚血性心疾患を主傷病として入院した患者数を疾患別に示しています。ただし、74 歳以下の患者数は国民健康保険の加入者割合を利用して補正しています。

虚血性心疾患の患者数は年間約 250 人～300 人で、心筋梗塞の割合は約 20～25% となっています。

図5 虚血性心疾患の入院患者数(疾患別)

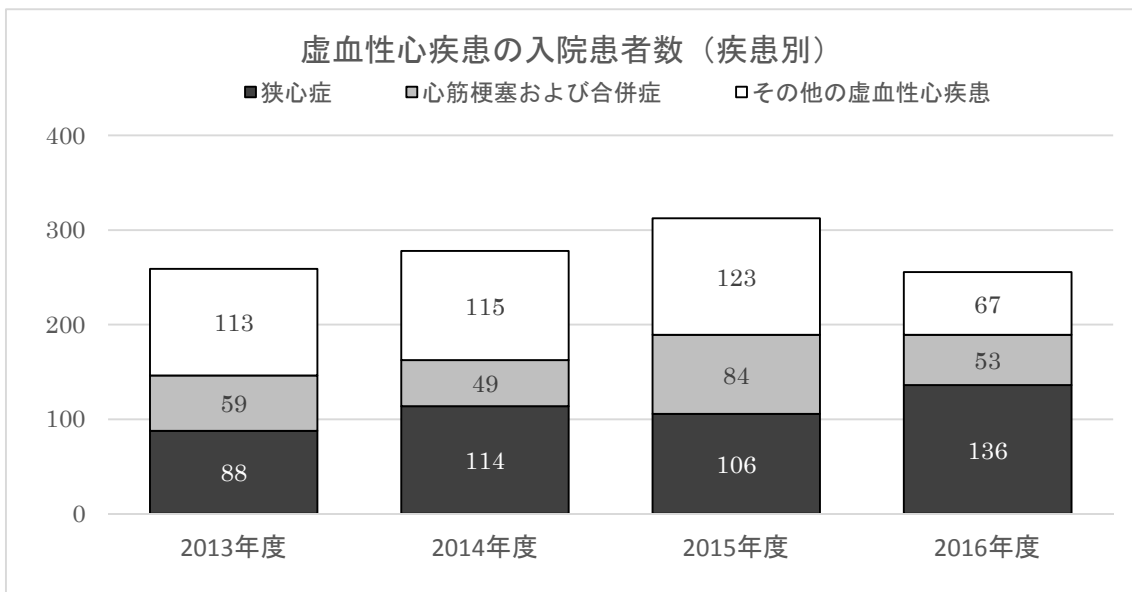
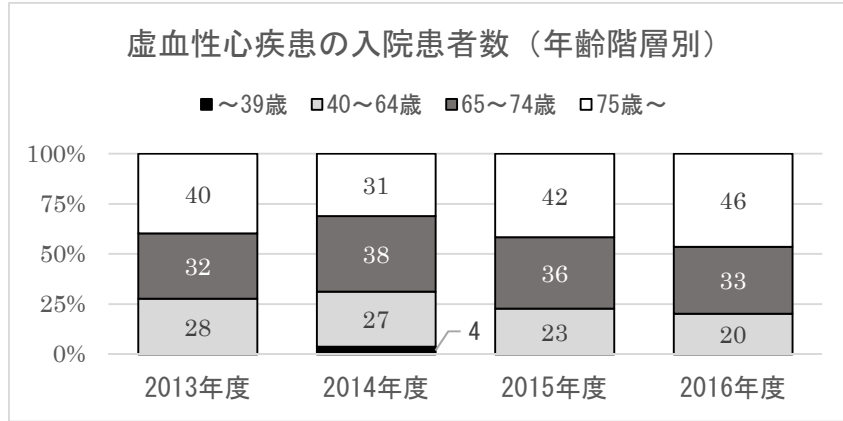


図6は、年齢階層別の入院患者数を示しています。
 虚血性心疾患患者の約70～80%が65歳以上の高齢者で、特に75歳以上の後期高齢者が多くなっています。

図6 虚血性心疾患の入院患者数(年齢階層別)



2. 虚血性心疾患患者が最初入院した医療機関

図7は、虚血性心疾患を発症して最初入院した医療機関の入院先の分布を示しています。

市内の病院への入院は2013年度には約46%でしたが、徐々に市内への入院が増加し、2016年度には約56%となっています。また約66～82%がDPC対象病院へ入院しています。2015年度と2016年度は、市内の非DPC対象病院への入院が増加しています。

図7 虚血性心疾患の入院患者数(医療機関別)

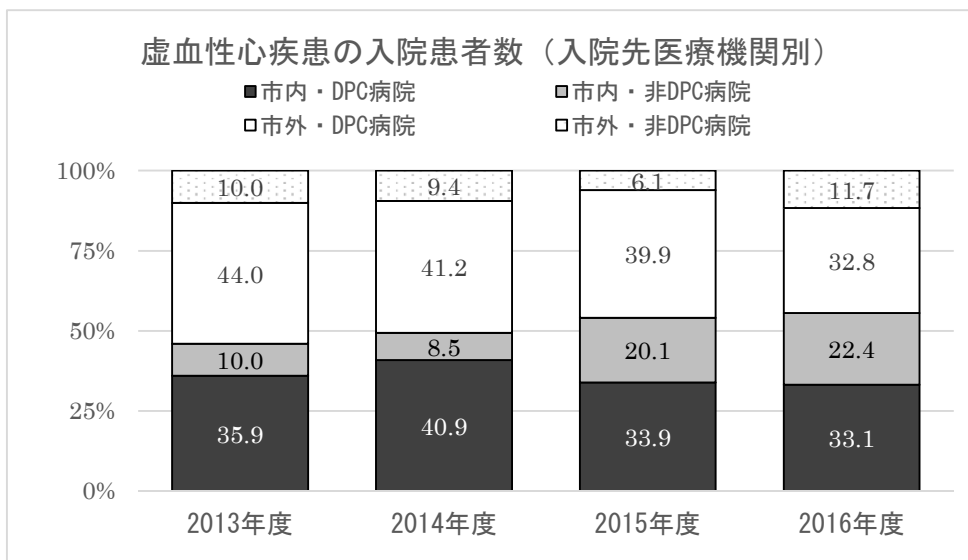
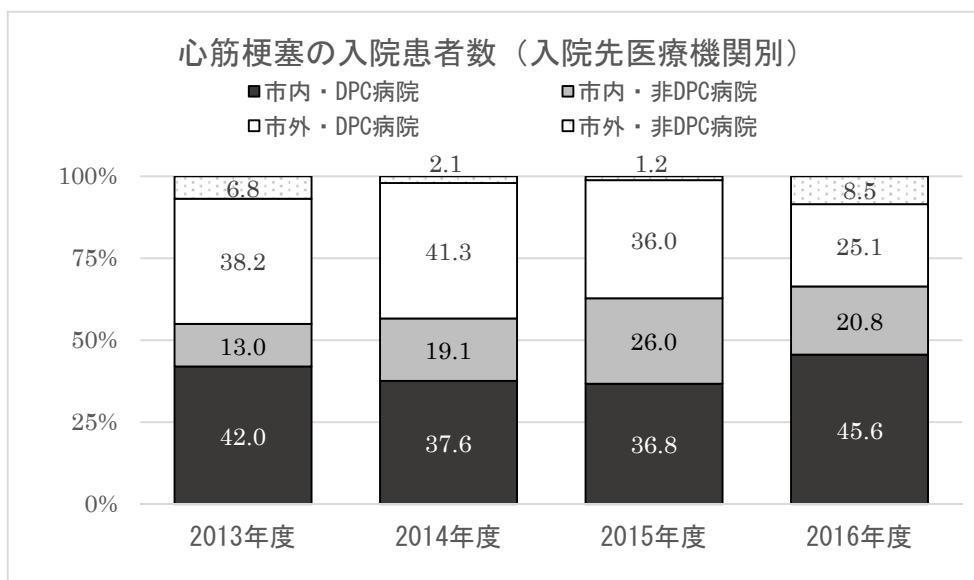


図8は、「心筋梗塞」患者の入院先の分布を示しています。

市内の病院への入院は2013年度は55%でしたが、徐々に市内の病院への入院が増え、2016年度には約65%となっています。また心筋梗塞の患者の約70~80%がDPC対象病院へ入院しています。

図8 心筋梗塞の入院患者数(医療機関別)



IV 大腿骨近位端骨折

(1) 指標

大腿骨近位端骨折は虚弱な高齢者に多い骨折です。骨粗鬆症が大きく関連し、高齢者は転倒によって容易に股関節を骨折し（大腿骨近位端骨折）、これを契機として生活機能の低下や要介護状態になることが多くなっています。大腿骨近位端骨折は骨折部位により大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折、大腿骨転子下骨折に分類されます。

本調査には、生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ（2013年～2016年度）を用いました。レセプト・データの「主傷病名」の国際疾病分類コード（ICD-10）が、大腿骨頸部骨折（ICD-10：S720）、大腿骨転子部骨折（S721）、大腿骨転子下骨折（S722）のいずれかに該当する患者を分析しました。

大腿骨近位端骨折の患者は一般的に、急性期病院で手術（内固定術や人工骨頭置換術）を受け、手術後にリハビリ目的で回復期病院に転院します。あるいは、病院から直接自宅や介護施設に退院することもあります。そこで今回は、発症早期の治療を受けた場所（最初入院した医療機関）だけでなく、退院する際にいた医療機関（自宅、あるいは介護施設に退院する際に入院していた医療機関）についても分析しました。

表3 生駒市における大腿骨近位端骨折の診療の指標

<p>1. 大腿骨近位端骨折の入院患者数</p> <p>2013～2016 年度に大腿骨近位端骨折を主傷病として入院した患者数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患別 ・ 性別、年齢階層別
<p>2. 大腿骨近位端骨折患者が最初に入院した医療機関</p> <p>2013～2016 年度に大腿骨近位端骨折患者の入院先</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関別
<p>3. 大腿骨近位端骨折患者が退院時にいた医療機関</p> <p>2013～2016 年度に大腿骨近位端骨折患者が退院時にいた医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関別

(2) 調査の結果

1. 大腿骨近位端骨折の入院患者数

図9は、大腿骨近位端骨折の入院患者数を示しています。

ただし、74歳以下の患者数は国民健康保険の加入者割合を利用して補正しています。患者数は年間約150～180人で、大腿骨頸部骨折が最も多く約60%となっています。

図9 大腿骨近位端骨折の入院患者数(疾患別)

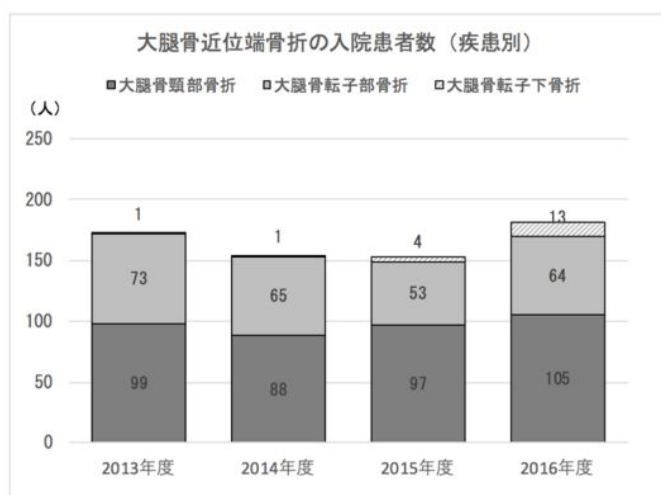
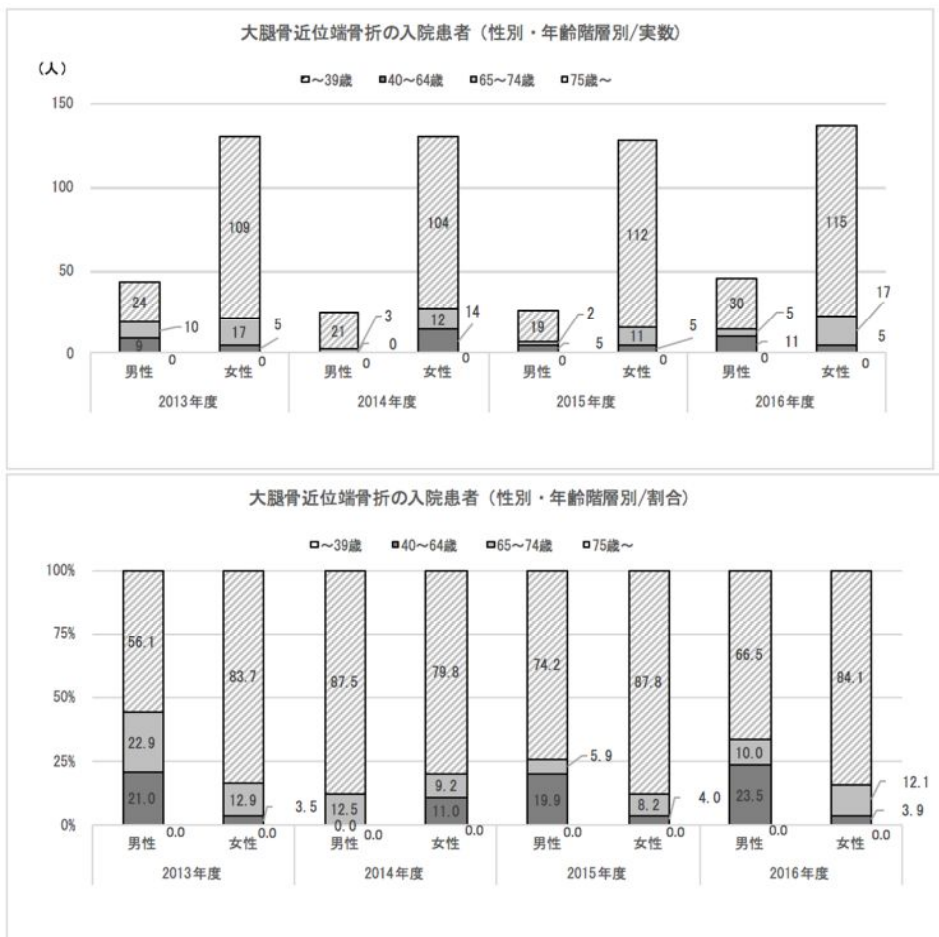


図10は、性別、年齢階層別の入院患者数を示しています。
 患者の大部分が女性で、女性の約90～95%が65歳以上の高齢者、約80～85%が75歳以上の後期高齢者となっています。

図10 大腿骨近位端骨折の入院患者数(性別、年齢階層別)

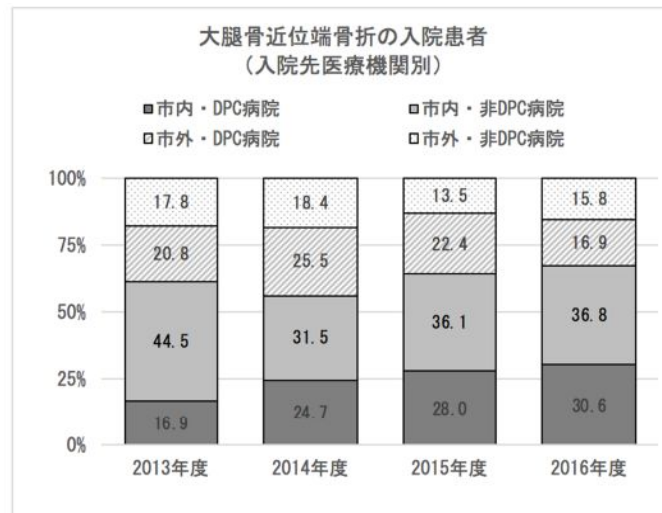


2. 大腿骨近位端骨折患者が最初に入院した医療機関

図1-1は、大腿骨近位端骨折の患者が受傷後最初に入院した医療機関の分布を示しています。

市内の病院への入院は2013年度には約61%でしたが、徐々に市内への入院が増え、2016年度には約67%となっております。また、2014年度以降は、約半数がDPC対象病院へ入院しています。

図1-1 大腿骨近位端骨折の入院患者数(医療機関別)

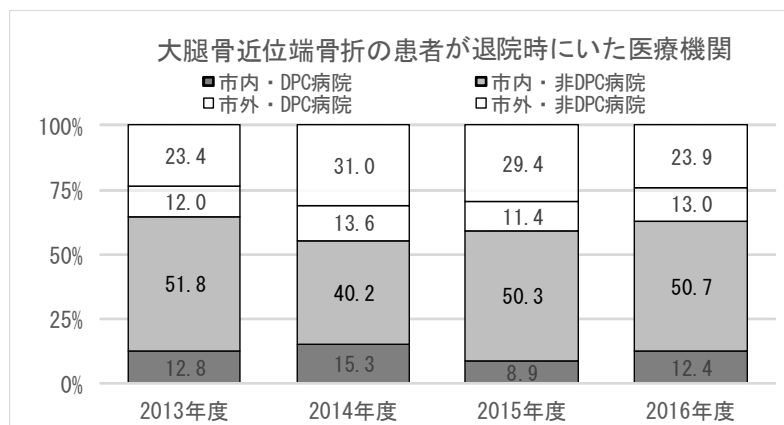


3. 大腿骨近位端骨折患者が退院時にいた医療機関

図1-2は、大腿骨近位端骨折患者が退院時にいた医療機関の分布を示しています。市内の病院から退院した患者の割合は約55~65%で、近年増加しています。

大腿骨近位端骨折の患者は、手術後に回復期病院や療養型病院に転院し、そこから自宅や施設に退院することが多くなっています。DPC対象病院から退院する患者の割合は約20~30%で、最初の入院時の医療機関よりも非DPC対象病院の占める割合が高くなっています。

図1-2 医療機関別



V 総括

ここでは「脳卒中」「虚血性心疾患」「大腿骨近位端骨折」の3つの疾患の入院診療について調査しました。脳卒中の約65～70%は脳梗塞です。そして、脳卒中の発症が最も多いのは75歳以上の後期高齢者です。2013年度から2016年度の4年間に、脳卒中の患者数に大きな変化はない状況です。入院先の約半数が市内の医療機関で、残りの半分は市外に入院している状況です。生駒市における「脳卒中」の入院患者数は年間約400～500件です。一方、救急搬送された脳卒中は年間約130～190件で、救急搬送される患者は脳卒中患者のごく一部であり、救急搬送先の約50～70%が市内です。

「脳卒中」は専門的な治療を要する疾患ですが、いわゆる急性期病院である「DPC対象病院」に入院する患者は約半数でした。退院時に患者がいた医療機関の約半数が市内の医療機関です。この分布は、「脳卒中」を発症した際に入院した医療機関の分布と変わりません。ただし退院時にもDPC対象病院にいた患者数は約30～40%に減少しており、一部の患者は急性期病院から回復期病院へ転院してから退院していることが示唆されます。

生駒市における「虚血性心疾患」の入院患者数は年間約250人～300人前後で、そのうち最も緊急性の高い「心筋梗塞」は全体の約20～25%でした。虚血性心疾患の患者の約20～30%は64歳以下であるため、脳卒中よりは若年者に多い疾患と言えます。入院先の約半数が市外の医療機関であり、約65～80%はDPC対象病院に入院しています。すなわち、脳卒中よりは急性期病院に入院する頻度が高い状況です。2013年度から2017年度における本市における虚血性心疾患の救急搬送は年間36～69件ですが、おそらく虚血性心疾患の救急搬送の大部分が心筋梗塞であると考えられます。心筋梗塞は緊急性の高い疾患ですが、救急搬送時間（現場から病院到着までの時間）は11～13分程度であり、速やかに搬送されているといえます。「心筋梗塞」患者については、徐々に市内の病院への入院が増えています。

「大腿骨近位端骨折」は虚弱な高齢者に多い骨折で、受傷後に介護が必要になることが多くなります。このタイプの骨折は、男性よりも女性に多い傾向にあります。2013年度から2016年度に本市では年間約150～180人が大腿骨近位端骨折で入院しています。入院先の約55～65%が市内の医療機関であり、脳卒中や虚血性心疾患よりは市内の病院に入院する割合が高くなっています。また、救急搬送される患者は入院患者の約半数の年間約80～90件前後となっています。市内の病院から退院した患者の割合も約50～65%で、受傷時に最初に入院した医療機関の分布（市内が約55～70%）とほとんど変わりません。受傷直後、最初にDPC対象病院に入院した患者の割合は約50%ですが、DPC対象病院から退院する患者の割合は約20～30%で、急性期病院で治療を受けた後に転院し、転院先から退院する患者が多い状況です。一部の患者は急性期病院から回復期病院へ転院してから退院していることが示唆されます。

VI 奈良県地域医療構想

(1) 脳卒中

① 現在の入院医療需要と今後の入院医療需要予測

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。

(資料編 P12参照)

② 患者の受療動向

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。

県外への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%の患者が大阪府に流出している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に流出している状況となっています。

(資料編 P13参照)

③ 医療連携区域に対する考え方

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。

回復期機能についても、患者の利便性や在宅療養を見据えた場合に、患者住所地に近い医療機関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。

④ 奈良県として目指すべき方向性

脳卒中患者の状態に応じて、それぞれの時期に適切な医療を提供することが重要であり、そのために、地域における医療機関がそれぞれ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が必要です。

また、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、再発防止のため、危険因子の管理や在宅療養をする患者支援体制を構築する必要があります。

- ・適切な急性期医療の提供体制の充実
- ・発症後の適切なリハビリテーション提供体制の充実
- ・各病期の円滑な連携による切れ目ないリハビリテーション提供体制
- ・脳卒中危険因子（高血圧、脂質異常等）の適切な管理
- ・在宅療養が可能な体制の整備

(2) 急性心筋梗塞

① 患者の受療動向

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65%、外来については約80%になっています。入院は構想区域外の受療もありますが、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る状況となっています。

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

(資料編 P14参照)

② 医療連携区域に対する考え方

急性心筋梗塞の治療は、発症から初期治療までの時間が死亡率に影響し、死亡率の低下には発症から60分以内に心臓カテーテル治療（PCI）を実施できる急性期医療機関に搬送する必要があるとされています。（財団法人日本救急医療財団〔心肺蘇生法委員会〕「我が国の新しい救急蘇生法ガイドライン」）

急性期機能については、緊急の心臓カテーテル検査・PCIから、その後の早期のリハビリテーションまで一貫した治療が求められています。

そのため、患者住所地にできる限り近い、緊急の心臓カテーテル検査・PCIが24時間体制で可能な医療機関に搬送する必要があります。

奈良構想区域、東和構想区域、西和構想区域及び中和構想区域においては、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を提供できるように医療提供体制を確保できるよう目指します。

③ 奈良県として目指すべき方向性

急性期機能については、緊急の心臓カテーテル検査・PCIから、その後の早期のリハビリテーションまでの必要とする医療を、各医療連携区域において、当該医療連携区域内の患者の医療需要に対応する急性期機能を提供できる医療提供体制が必要

です。

また、再発防止のための危険因子の管理や在宅療養をする患者の支援体制を構築する必要があります。

- ・適切な急性期医療の提供体制の充実
- ・心臓リハビリテーションの提供体制の充実
- ・基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常等）の適切な管理
- ・在宅療養が可能な体制の整備

(3) 骨折

① 現在の入院医療需要と今後の入院医療需要予測

これからのさらなる高齢化社会の進展に伴い、患者の増加が見込まれます。

② 奈良県として目指すべき方向性

高齢者での発症が多いため、特に介護施設等における肺炎予防や骨折予防にどのように取り組んでいくかが重要となります。

生駒市における地域医療の現況等報告書

【資料編】

- I 調査の方法
- II 在宅医療・介護連携に関する実態等調査報告書（患者受療動向）
- III 地域医療構想策定に係る奈良県データ集（患者受療動向）

I 調査の方法

1. データ・ソース

本報告書の解析には、行政統計、生駒市が保有する医療保健統計、消防署の救急搬送データ、医療機関から提供されたデータ、生駒市国民健康保険と後期高齢者医療制度のレセプト・データなど幅広い情報のリソースを用いて、生駒市民が受けている医療の現状を分析し、生駒市の地域医療を検証しました。

- ・ 平成 25～29 年度「救急・救助の現状」(消防庁)
- ・ 平成 25～29 年度 生駒市救急搬送データ(生駒市消防署)
- ・ 平成 25～28 年度 生駒市国民健康保険 レセプト・データ
- ・ 平成 25～28 年度 後期高齢者医療(生駒市分) レセプト・データ
- ・ 生駒市立病院 診療実績データ (生駒市立病院)
- ・ 生駒市 子ども医療費助成データ (生駒市国保医療課)

2. 集計の方法

上記のデータを利用して、生駒市の地域医療に係る指標を算出しました。表 1 は、各指標のデータ・ソース、解析対象者、指標の算出方法を示しています。

表 1 算出方法

分類	No	指標名	データ・ソース	算出方法	備考
救急	1.	生駒市の救急搬送の件数	生駒市救急搬送データ	2013年～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した患者数	・年齢階層別 ・重症度別 ・搬送先医療機関別
	2.	生駒市における救急搬送例の搬送時間	生駒市救急搬送データ	2013年～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した症例の平均搬送時間	・全症例 ・重症例 ・院外心停止例
	3.	生駒市における救急搬送困難症例	消防庁「救急・救助の現状」 生駒市救急搬送データ	・2009年の生駒市の救急搬送困難症例の分析(全国・奈良県との比較) ・2013年～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した症例の受け入れまでの照会回数、現場滞在時間	・重症例 ・産科・周産期傷病者 ・小児傷病者 ・救命救急センター等搬送傷病者
	4.	脳卒中の救急搬送	生駒市救急搬送データ	2013～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した脳卒中が疑われる患者の搬送数、搬送時間、搬送先医療機関	
	5.	虚血性心疾患の救急搬送	生駒市救急搬送データ	2013～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した虚血性心疾患が疑われる患者の搬送数、搬送時間、搬送先医療機関	
	6.	院外心停止の救急搬送	生駒市救急搬送データ	2013～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した院外心停止が疑われる患者の搬送数、搬送時間、搬送先医療機関	
	7.	大腿骨近位端骨折の救急搬送	生駒市救急搬送データ	2013～2017年度に生駒市消防が医療機関に搬送した大腿骨近位端骨折が疑われる患者の搬送数 搬送先医療機関	
夜間休日診療	1.	休日夜間応急診療所を利用した延べ患者数	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	生駒市の休日夜間応急診療所の受診者数	・年齢階層別
		休日夜間応急診療所を利用した患者のうち、他の医療機関へ二次後送された患者数とその二次後送先	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	・休日夜間応急診療所から他医療機関への診療情報提供書の有無 ・休日夜間応急診療所受診後の入院	・搬送先医療機関別 ・診療科別

小児医療	1.	生駒市の小児の外来診療の状況	生駒市子ども医療助成データ	2013～2017年度に外来を受診した延べ小児患者数	・年齢階層別 ・受診先医療機関別
	2.	生駒市の小児の入院診療の状況	生駒市子ども医療助成データ	2013～2017年度に入院した延べ小児患者数	・年齢階層別 ・入院先医療機関
在宅医療	1.	生駒市において訪問診療を受けている患者と訪問診療を提供する医療機関	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	2013～2016年度に、訪問診療の診療報酬請求がある患者を選択し、実患者数をカウント。さらに訪問診療の診療報酬請求をしている医療機関を「市内」・「市外」に分類	・年齢階層別 ・受診先医療機関別
	2.	生駒市において訪問診療を受けている患者の入院頻度	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	4-1. の患者のうち、各年度において入院診療のレセプトがある患者を同定、入院先医療機関を「市内」・「市外」に分類	・年齢階層別 ・入院先医療機関別
脳卒中	1.	脳卒中中の入院患者数	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	2013～2016年度に入院した患者のうち、「主傷病名」の国際疾病分類コード (ICD-10)が、くも膜下出血 (ICD-10: I60)、脳内出血 (I61)、脳梗塞 (I63)、その他 (I62+I64) のいずれかに該当する患者を同定	・疾患別 ・年齢階層別
	2.	脳卒中患者が最初に入院した医療機関	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	5-1. の患者が最初に入院した医療機関を「市内」・「市外」・「DPC病院」・「非DPC病院」に分類。	
	3.	脳卒中患者が退院時にいた医療機関	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	5-1. の患者が退院前に入院していた医療機関を「市内」・「市外」・「DPC病院」・「非DPC病院」に分類。	
虚血性心疾患	1.	虚血性心疾患の入院患者数	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	2013～2016年度に入院した患者のうち、「主傷病名」の国際疾病分類コード (ICD-10)が、くも膜下出血 (ICD-10: I60)、脳内出血 (I61)、脳梗塞 (I63)、その他 (I62+I64) のいずれかに該当する患者を同定	・疾患別 ・年齢階層別
	2.	虚血性心疾患患者が最初に入院した医療機関	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	5-4. の患者が最初に入院した医療機関を「市内」・「市外」・「DPC病院」・「非DPC病院」に分類。	
大腿骨近位端骨折	1.	大腿骨近位端骨折の入院患者数	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	2013～2016年度に入院した患者のうち、「主傷病名」の国際疾病分類コード (ICD-10)が、大腿骨頭部骨折 (ICD-10: S72.0)、大腿骨転子部骨折 (S72.1)、大腿骨転子下骨折 (S72.2) のいずれかに該当する患者を同定	・疾患別 ・年齢階層別
	2.	大腿骨近位端骨折患者が最初に入院した医療機関	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	5-6. の患者が最初に入院した医療機関を「市内」・「市外」・「DPC病院」・「非DPC病院」に分類。	
	3.	大腿骨近位端骨折患者が退院時にいた医療機関	生駒市国保・後期高齢者医療レセプト・データ	5-6. の患者が退院前に入院していた医療機関を「市内」・「市外」・「DPC病院」・「非DPC病院」に分類。	

生駒市国民健康保険および後期高齢者医療の加入者数と、全市民に占める加入者の割合を表2に示しています。平成29(2017)年10月1日現在の生駒市国民健康保険の加入者の割合は0～14歳で8.3%、15歳～39歳で12.2%、40歳～64歳で17.8%、65歳以上で67.8%でした。したがって、レセプト・データを利用した解析は、生駒市民のごく一部の状況を反映しているにすぎないことに留意すべきです。

表2 生駒市国保・後期高齢者医療 加入者数(各年10月1日現在)

	年齢	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
国民健康 保険	0～14歳	1827 (10.1%)	1698 (9.5%)	1652 (9.3%)	1518 (8.6%)	1445 (8.3%)
	15歳～39歳	4975 (15%)	4521 (14.1%)	4242 (13.6%)	3957 (13%)	3637 (12.2%)
	40歳～64歳	9301 (22.2%)	8649 (20.8%)	8134 (19.7%)	7757 (18.8%)	7304 (17.8%)
	65歳以上	11369 (69.1%)	12043 (68.9%)	12342 (68.3%)	12300 (68.2%)	12123 (67.8%)
後期高齢者 医療	75歳～79歳	5,021	5,122	5,318	5,812	6,322
	80歳～84歳	3,378	3,573	3,746	3,904	4,135
	85歳～90歳	2,103	2,218	2,286	2,369	2,437
	90歳以上	1,193	1,263	1,348	1,468	1,557

国民健康保険の()の中は加入者が市民に占める割合

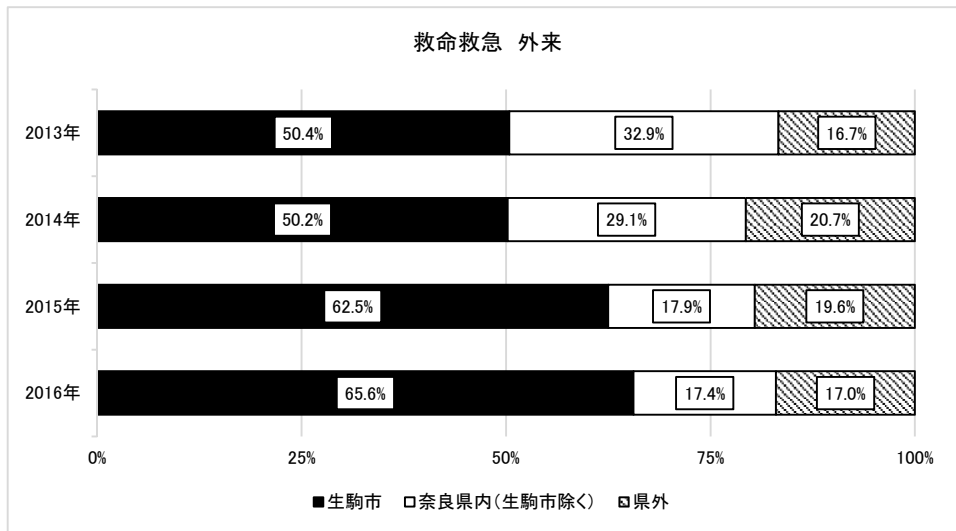
Ⅱ 在宅医療・介護連携に関する実態等調査報告書（患者受療動向）

※患者住所地が「生駒市」のレセプトデータのみを使用しており、流入については算出していません。

1. 救急医療

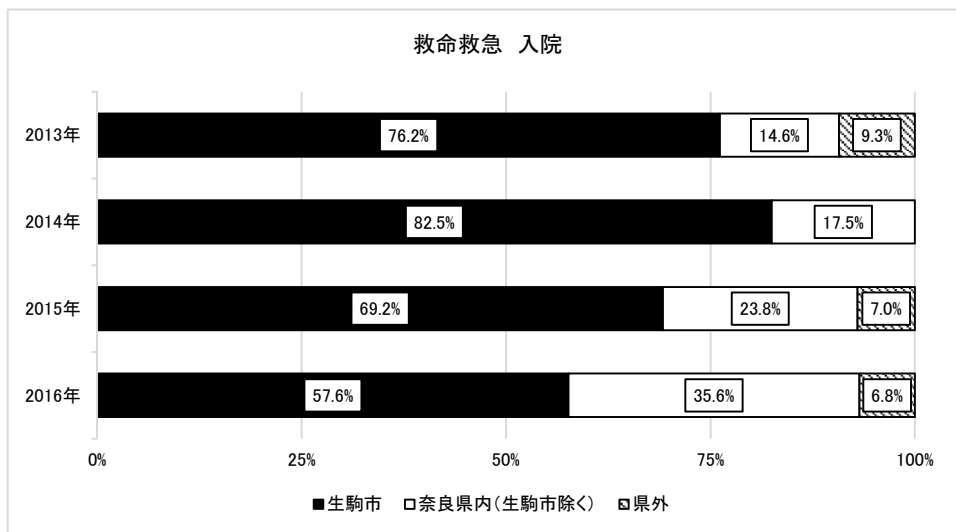
(1) 救命救急（外来）

市内の受療率は、50%から66%へと上昇しています。特に、2015年から、10~15ポイントと上昇幅が大きくなっています。



(2) 救命救急（入院）

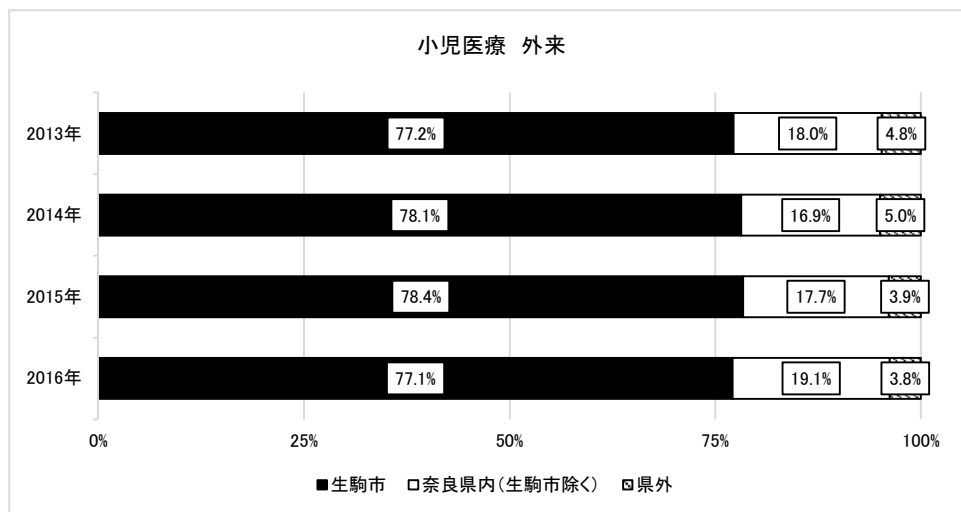
市内の受療率は、2015年から、毎年10ポイント以上の減少と、下降幅が大きくなっています。一方で、市外県内流出率が、15%から36%へと大きく上昇しています。



2. 小児医療

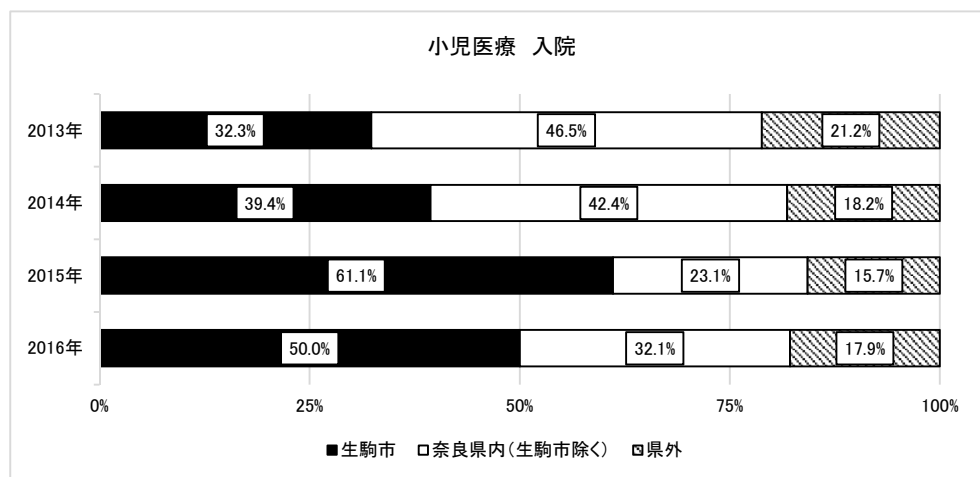
(1) 小児医療（外来）

市内の受療率は、77%から78%で変動なく推移しています。



(2) 小児医療（入院）

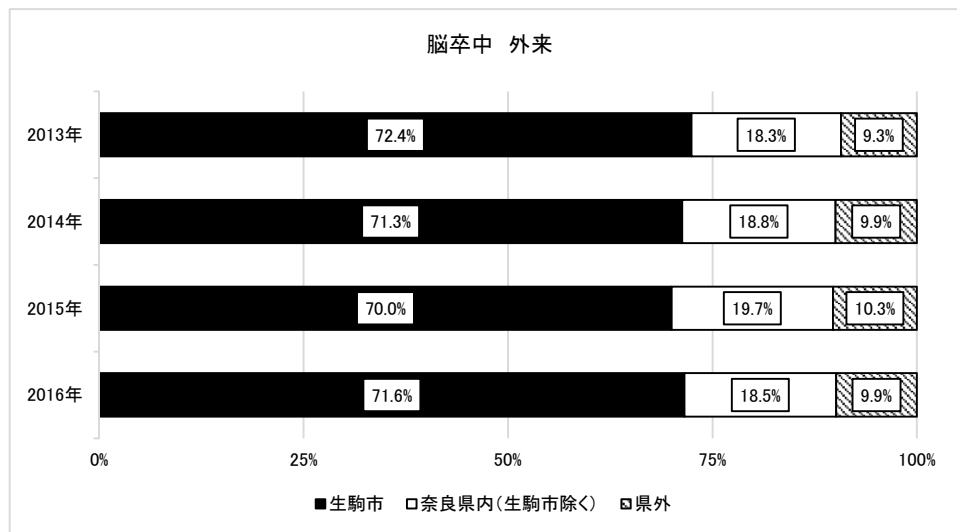
市内の受療率は、2014年度まで40%以下でしたが、2015年に20ポイントと大きく上昇し、2016年に10ポイント下降しています。その間、県外流出率は、20%弱とほぼ変動なく、県内が大きく変動している状況から、県北和小児科二次輪番体制など、市内の小児二次医療を実施する医療機関の状況の変化が大きく影響しています。



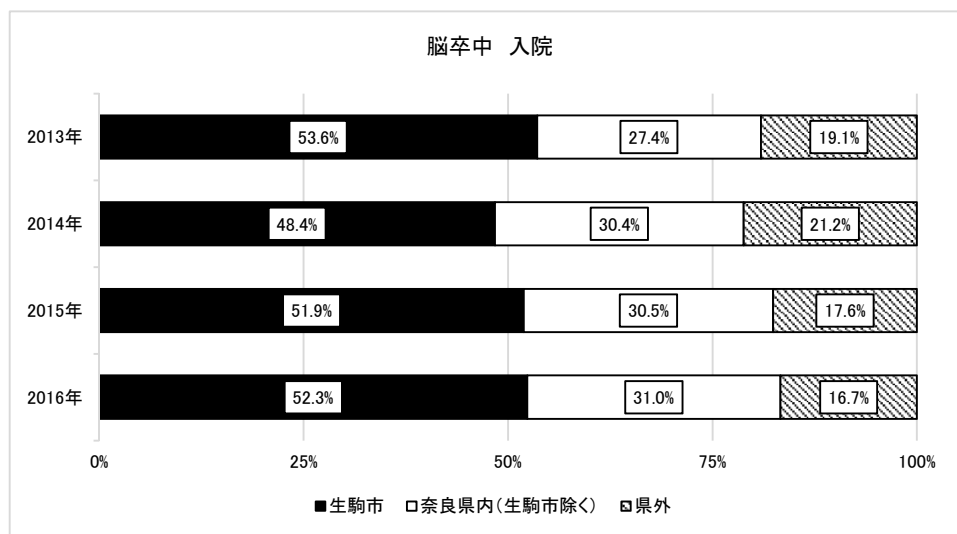
3. 入院診療

(1) 脳卒中

外来：市内の受療率は、70%で変動なく推移しています。

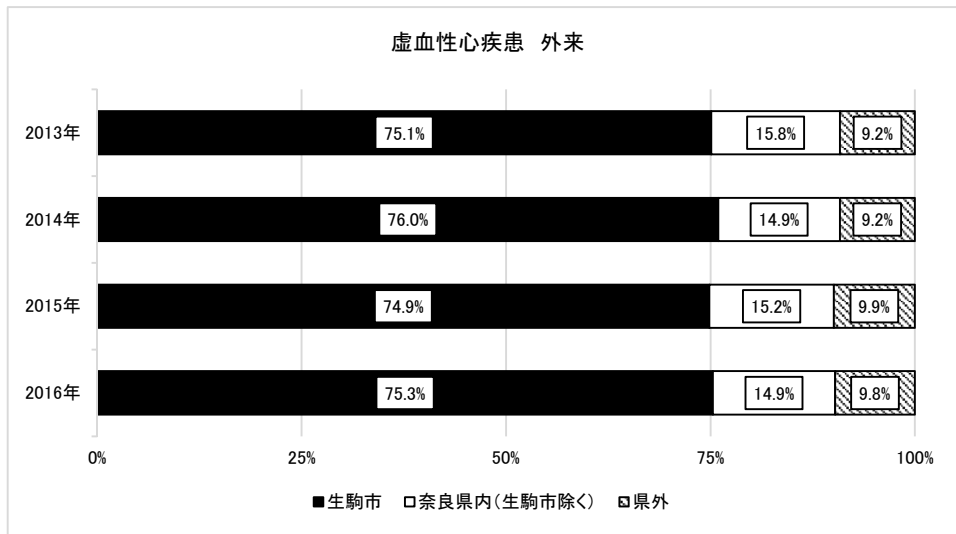


入院：市内の受療率は50%強で、ほぼ変動なく推移しています。

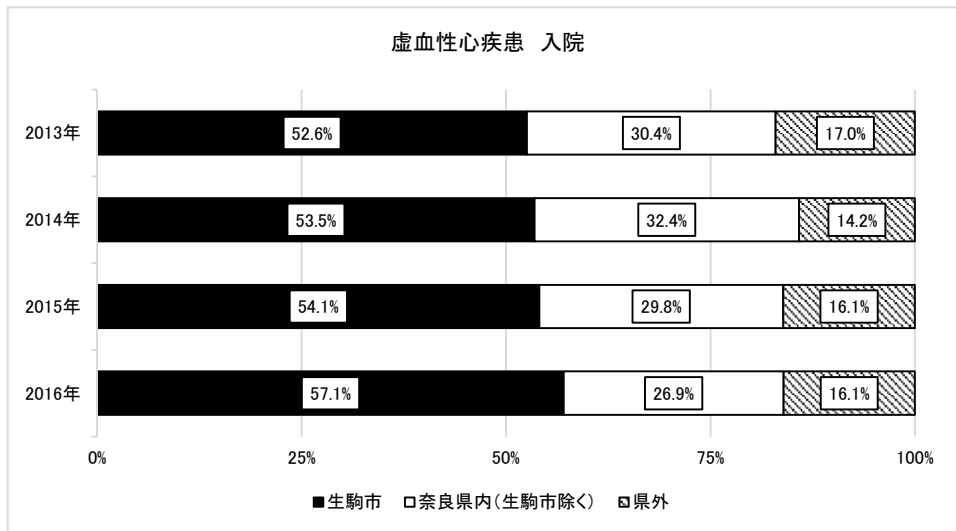


(2) 虚血性心疾患

外来：市内の受療率は75%前後で、変動なく推移しています。



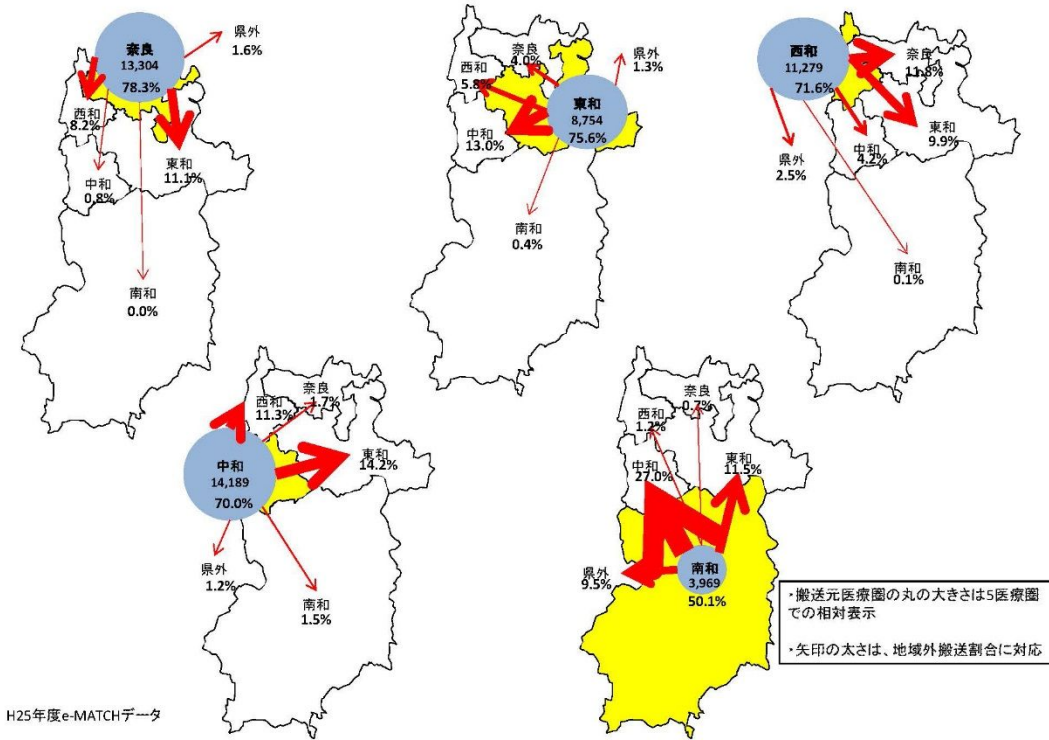
入院：市内の受療率は、53%から57%と微増傾向で推移しています。



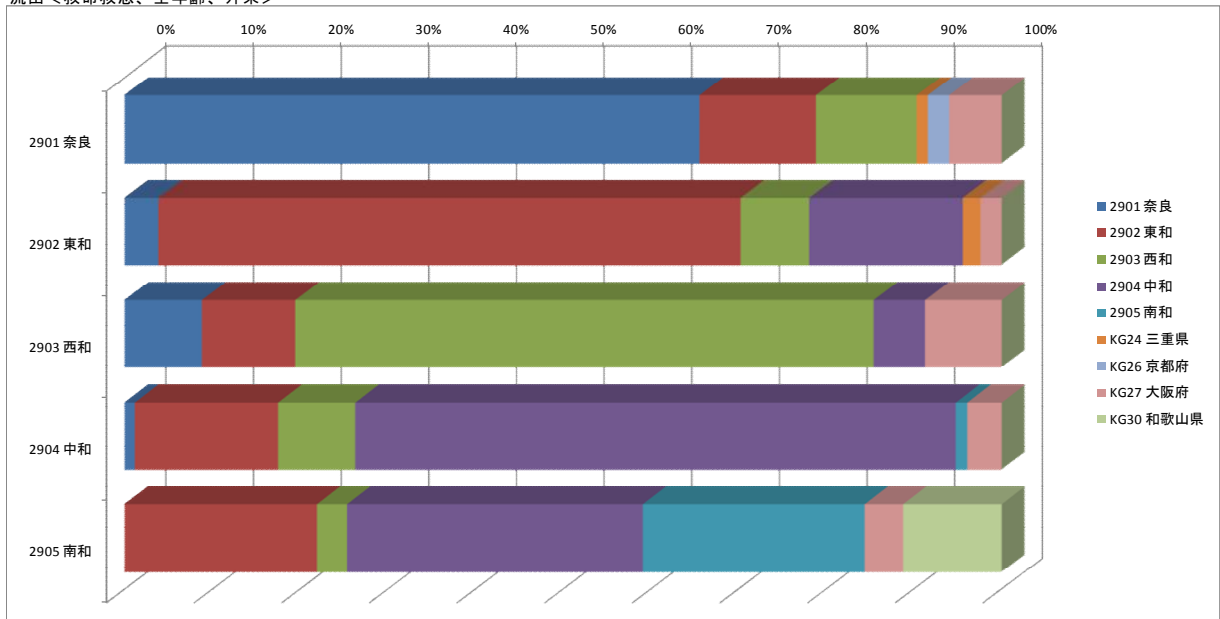
Ⅲ 地域医療構想策定に係る奈良県データ集（患者受療動向等）

1. 救急医療

構想区域ごとの救急搬送患者の流出入【e-MATCH分析例】

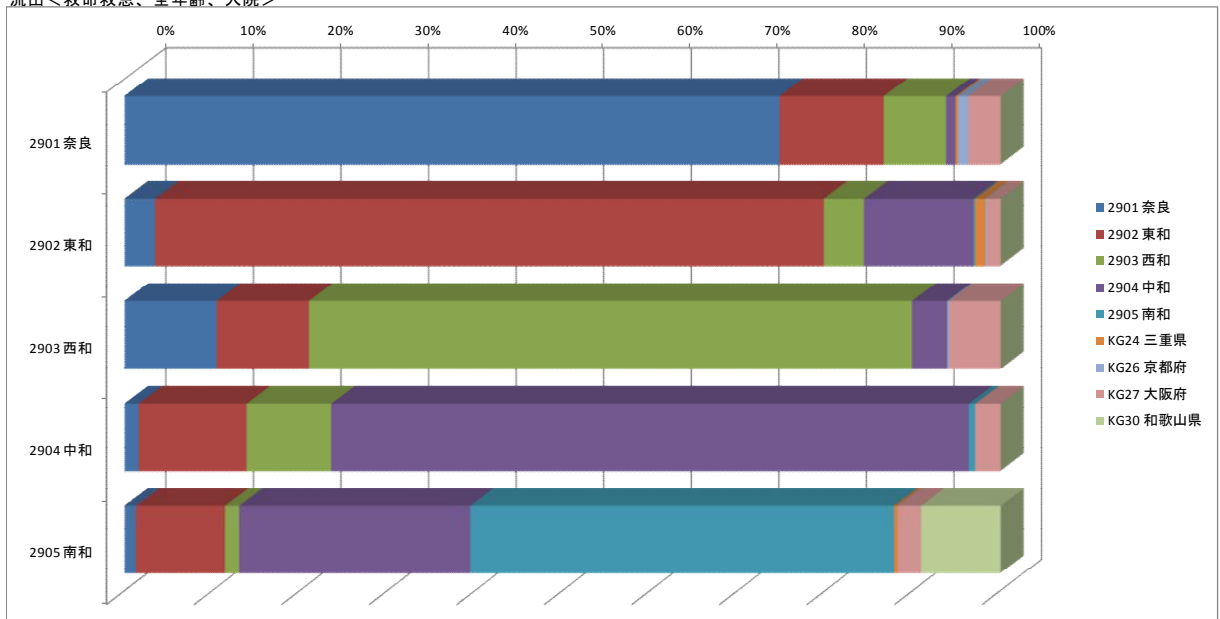


流出＜救命救急、全年齢、外来＞



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名										
負担者二次医療圏名	2901 奈良	2902 東和	2903 西和	2904 中和	2905 南和	KG24 三重県	KG26 京都府	KG27 大阪府	KG30 和歌山県	総計	
2901 奈良	65.52%	13.28%	11.49%				1.28%	2.43%	6.00%	783	
2902 東和	3.77%	66.44%	7.82%	17.52%		2.02%		2.43%		742	
2903 西和	8.74%	10.66%	65.99%	5.87%				8.74%		835	
2904 中和	1.09%	16.36%	8.80%	68.51%	1.31%			3.93%		1,375	
2905 南和		21.88%	3.44%	33.75%	25.31%			4.38%	11.25%	320	
総計		629	981	831	1,229	99	25	19	206	36	4,055

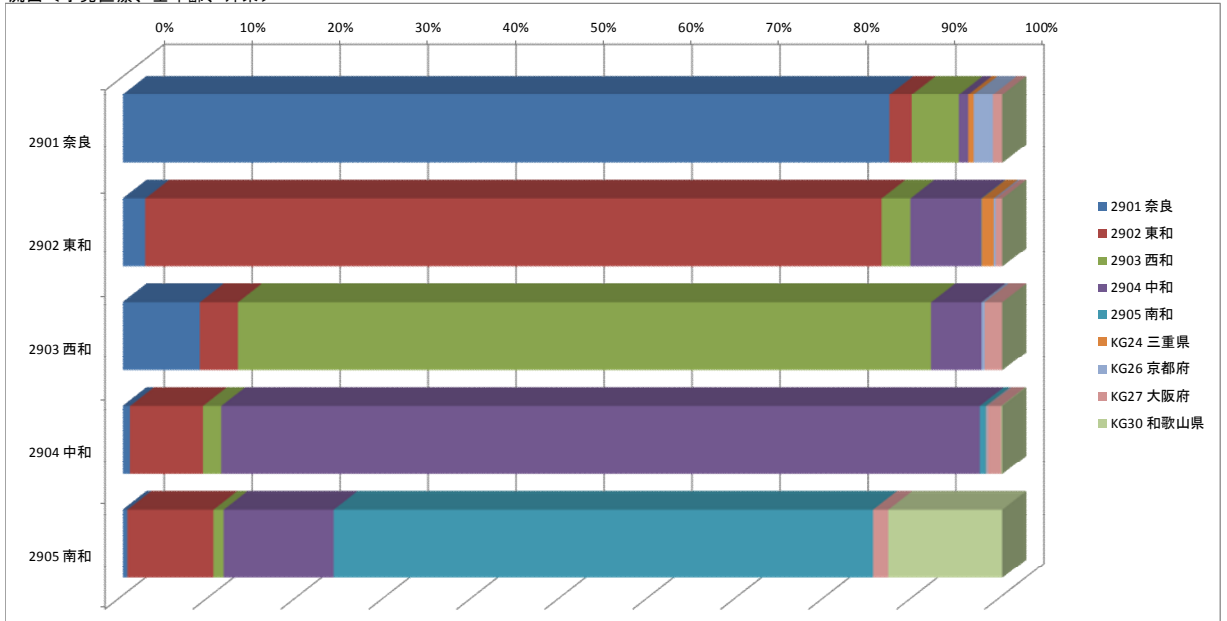
流出＜救命救急、全年齢、入院＞



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名										
負担者二次医療圏名	2901 奈良	2902 東和	2903 西和	2904 中和	2905 南和	KG24 三重県	KG26 京都府	KG27 大阪府	KG30 和歌山県	総計	
2901 奈良	74.71%	11.93%	7.12%	1.09%		0.25%	1.20%	3.71%		10,482	
2902 東和	3.40%	76.37%	4.59%	12.51%	0.18%	1.17%	0.18%	1.58%		5,964	
2903 西和	10.43%	10.56%	68.86%	4.03%			0.22%	5.89%		9,943	
2904 中和	1.52%	12.34%	9.67%	72.82%	0.73%			2.92%		10,820	
2905 南和	1.22%	10.18%	1.62%	26.40%	48.40%	0.43%		2.67%	9.10%	3,527	
総計		9,279	8,549	8,970	10,071	179	111	159	1,479	321	40,736

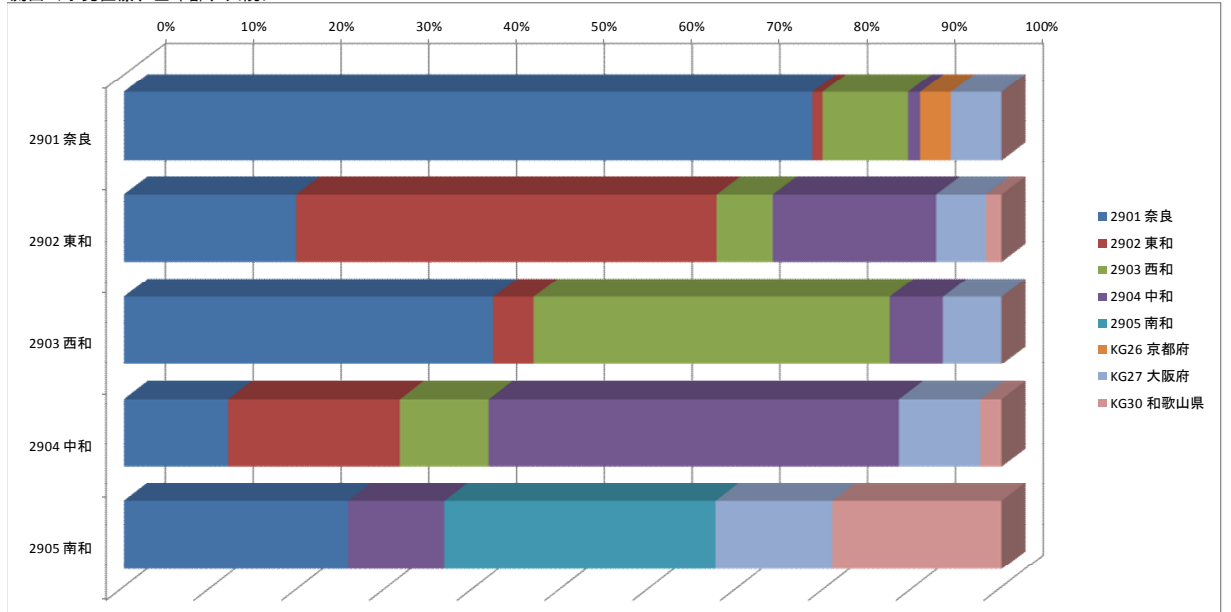
2. 小児医療

流出＜小児医療、全年齢、外来＞



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名									
負担者二次医療圏名	2901 奈良	2902 東和	2903 西和	2904 中和	2905 南和	KG24 三重県	KG26 京都府	KG27 大阪府	KG30 和歌山	総計
2901 奈良	87.18%	2.53%	5.35%	1.06%		0.62%	2.19%	1.06%		17,523
2902 東和	2.59%	83.70%	3.28%	8.04%	0.06%	1.37%	0.22%	0.75%		16,089
2903 西和	8.79%	4.34%	78.78%	5.73%			0.36%	2.00%		16,487
2904 中和	0.86%	8.29%	2.08%	86.23%	0.68%	0.05%	0.16%	1.54%	0.13%	27,991
2905 南和	0.55%	9.79%	1.16%	12.51%	61.31%			1.74%	12.94%	5,107
総計	17,410	17,446	15,093	27,199	3,330	345	522	1,156	696	83,197

流出＜小児医療、全年齢、入院＞



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名									
負担者二次医療圏名	2901 奈良	2902 東和	2903 西和	2904 中和	2905 南和	KG26 京都府	KG27 大阪府	KG30 和歌山	総計	
2901 奈良	78.47%	1.14%	9.75%	1.38%		3.49%	5.77%		1,231	
2902 東和	19.64%	47.92%	6.40%	18.60%			5.65%	1.79%	672	
2903 西和	42.12%	4.60%	40.55%	6.07%			6.66%		1,021	
2904 中和	11.88%	19.59%	10.11%	46.75%			9.26%	2.40%	1,414	
2905 南和	25.58%			10.96%	30.90%		13.29%	19.27%	301	
総計	1,773	660	720	898	93	43	348	104	4,639	

3. 在宅医療

疾病別の医療需要及び必要病床数 全疾患(疾病別に分類しないデータを含む)

<厚生労働省の必要病床推計ツールによる推計(奈良、東和、西和、中和はパターンB、南和はパターンC(特例)を適用した場合)>

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (医療機関所在地) (人/日)	2025年の 医療需要 (患者住所地) (人/日)	2013年の 必要病床数 (床)	2025年の 必要病床数 (医療機関所在地) (床)	2025年の 必要病床数 (患者住所地) (床)	充足率	伸び率	
	A	B	C	X	Y	Z	Y/Z	B/A	
奈良	高度急性期	220.1	247.0	280.0	293.4	329.4	373.4	88.2%	112.3%
	急性期	724.2	912.7	925.8	928.5	1,170.1	1,187.0	98.6%	126.0%
	回復期	771.5	1,023.3	1,040.1	857.3	1,137.0	1,155.7	98.4%	132.6%
	慢性期	755.7	834.0	786.0	821.5	906.5	854.4	106.1%	110.4%
	在宅医療等	4,091.5	6,421.2	5,916.0					156.9%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	2,761.0	4,306.9	3,816.3					156.0%
	小計	6,563.0	9,438.2	8,948.0	2,900.6	3,543.0	3,570.4	99.2%	143.8%
東和	高度急性期	201.3	213.8	135.0	268.4	285.0	180.0	158.3%	106.2%
	急性期	654.4	727.4	492.0	839.0	932.5	630.8	147.8%	111.1%
	回復期	641.4	747.4	521.0	712.7	830.5	578.8	143.5%	116.5%
	慢性期	303.7	292.4	348.6	330.1	317.9	378.9	83.9%	96.3%
	在宅医療等	1,956.4	2,556.0	2,366.9					130.7%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	999.4	1,289.3	1,174.9					129.0%
	小計	3,757.2	4,537.0	3,863.5	2,150.1	2,365.9	1,768.5	133.8%	120.8%
西和	高度急性期	184.1	212.0	254.8	245.5	282.7	339.7	83.2%	115.2%
	急性期	576.7	726.9	848.7	739.3	932.0	1,088.1	85.7%	126.1%
	回復期	734.6	1,002.0	994.4	816.2	1,113.3	1,104.9	100.8%	136.4%
	慢性期	752.2	899.1	734.0	817.6	977.2	797.8	122.5%	119.5%
	在宅医療等	2,633.3	4,279.8	4,846.7					162.5%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,407.8	2,227.1	2,874.4					158.2%
	小計	4,880.8	7,119.8	7,678.7	2,618.6	3,305.2	3,330.6	99.2%	145.9%
中和	高度急性期	258.4	266.1	257.9	344.6	354.8	343.8	103.2%	103.0%
	急性期	806.1	943.2	956.7	1,033.5	1,209.3	1,226.6	98.6%	117.0%
	回復期	823.5	1,016.6	1,079.1	915.0	1,129.5	1,199.0	94.2%	123.5%
	慢性期	671.7	652.5	731.4	730.1	709.3	795.0	89.2%	97.1%
	在宅医療等	2,553.0	4,181.6	4,205.9					163.8%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	1,344.7	2,047.2	2,014.2					152.2%
	小計	5,112.8	7,060.0	7,231.0	3,023.2	3,402.8	3,564.4	95.5%	138.1%
南和	高度急性期	18.2	17.5	52.7	24.3	23.4	70.3	33.2%	96.2%
	急性期	102.1	101.0	206.4	130.9	129.5	264.7	48.9%	99.0%
	回復期	109.1	110.8	246.5	121.2	123.1	273.9	44.9%	101.5%
	慢性期*	198.4	156.9	186.5	215.7	170.6	202.7	84.2%	79.1%
	在宅医療等	625.2	680.8	846.9					108.9%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	190.0	188.4	304.8					99.1%
	小計	1,053.1	1,067.1	1,539.0	492.1	446.6	811.6	55.0%	101.3%
県計	高度急性期	882.1	956.4	980.4	1,176.1	1,275.2	1,307.3	97.5%	108.4%
	急性期	2,863.6	3,411.2	3,429.7	3,671.2	4,373.4	4,397.1	99.5%	119.1%
	回復期	3,080.0	3,900.0	3,881.1	3,422.3	4,333.3	4,312.4	100.5%	126.6%
	慢性期*	2,681.7	2,834.9	2,786.5	2,914.9	3,081.4	3,028.8	101.7%	105.7%
	在宅医療等	11,859.4	18,119.5	18,182.5					152.8%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	6,703.0	10,058.8	10,184.5					150.1%
	小計	21,366.9	29,222.0	29,260.3	11,184.6	13,063.4	13,045.5	100.1%	136.8%

凡例

- A……2013年度の医療需要実績
- B……2025年度の推計人口で算出した医療需要(現行の流出入により算定した、医療機関所在地ベース)
- C……2025年度の推計人口で算出した医療需要(現行の流出入を算定しない、患者住所地ベース)
- X……2013年度の医療需要実績から、身指定した割合で調整した場合の医療需要
- Y……2025年度の医療需要(医療機関ベース)から病床稼働率(※)により割り戻した必要病床数
- Z……2025年度の医療需要(患者住所地ベース)から病床稼働率(※)により割り戻した必要病床数

※病床稼働率 高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%

※数値が「0.0」のうち、網掛けがかかっているものは、実際には10.0未満の数値があるが、特定の個人が第三者に識別されることを防ぐために非表示とされている。

※「小計」欄は網掛けがかかった数値(10.0未満)を含めずに計算されているため、本来の合計数と一致しない。

「充足率」及び「伸び率」の「小計」欄を見るときには注意が必要。

4. 入院診療

(1) 脳卒中

疾病別の医療需要及び必要病床数 MDC01のうち脳卒中

<厚生労働省の必要病床推計ツールによる推計(奈良、東和、西和、中和はパターンB、南和はパターンC(特例)を適用した場合)>

医療機能	2013年の 医療需要 (人/日)	2025年の 医療需要 (医療機関所在地) (人/日)	2025年の 医療需要 (患者住所地) (人/日)	2013年の 必要病床数 (床)	2025年の 必要病床数 (医療機関所在地) (床)	2025年の 必要病床数 (患者住所地) (床)	充足率 Y/Z	伸び率 B/A	
	A	B	C	X	Y	Z			
奈良	高度急性期	10.8	13.6	14.9	14.3	18.2	19.9	91.3%	126.6%
	急性期	44.1	59.7	61.7	56.5	76.6	79.1	96.8%	135.5%
	回復期	34.0	47.3	43.6	37.8	52.5	48.5	108.4%	139.0%
	慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	在宅医療等	0.0	13.1	13.1					
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	0.0	0.0	0.0					
	小計	88.8	133.8	133.3	108.6	147.2	147.4	99.9%	150.6%
東和	高度急性期	12.6	14.0	0.0	16.7	18.7	0.0		111.8%
	急性期	45.3	52.8	32.8	58.0	67.7	42.0	161.2%	116.6%
	回復期	28.0	33.1	20.9	31.1	36.8	23.2	158.3%	118.2%
	慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	在宅医療等	10.1	11.3	0.0					112.1%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	0.0	0.0	0.0					
	小計	95.9	111.2	53.7	105.9	123.2	65.2	188.9%	116.0%
西和	高度急性期	0.0	0.0	12.3	0.0	0.0	16.3		
	急性期	29.1	39.0	48.3	37.3	50.0	61.9	80.8%	134.2%
	回復期	20.4	28.2	35.7	22.7	31.3	39.7	78.9%	137.8%
	慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	在宅医療等	0.0	0.0	10.9					
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	0.0	0.0	0.0					
	小計	49.5	67.2	107.1	60.0	81.3	117.9	69.0%	135.7%
中和	高度急性期	10.7	12.2	14.0	14.2	16.3	18.7	86.9%	114.5%
	急性期	41.6	51.7	56.6	53.3	66.3	72.6	91.3%	124.3%
	回復期	21.7	27.8	34.6	24.1	30.9	38.4	80.5%	128.0%
	慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	在宅医療等	0.0	0.0	11.3					
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	0.0	0.0	0.0					
	小計	74.0	91.7	116.5	91.7	113.4	129.7	87.4%	124.0%
南和	高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	急性期	0.0	0.0	13.7	0.0	0.0	17.5		
	回復期	0.0	0.0	10.5	0.0	0.0	11.6		
	慢性期*	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	在宅医療等	0.0	0.0	0.0					
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	0.0	0.0	0.0					
	小計	0.0	0.0	24.1	0.0	0.0	29.2		
県計	高度急性期	34.0	39.9	41.2	45.3	53.1	55.0	96.7%	117.3%
	急性期	160.0	203.2	213.0	205.1	260.6	273.1	95.4%	127.0%
	回復期	104.2	136.3	145.2	115.8	151.5	161.4	93.9%	130.8%
	慢性期*	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	在宅医療等	10.1	24.4	35.2					242.7%
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	0.0	0.0	0.0					
	小計	308.2	403.9	434.7	366.2	465.2	489.5	95.0%	131.0%

凡例

- A……2013年度の医療需要実績
- B……2025年度の推計人口で算出した医療需要(現行の流入出により算定した、医療機関所在地ベース)
- C……2025年度の推計人口で算出した医療需要(現行の流入出を算定しない、患者住所地ベース)
- X……2013年度の医療需要実績から、指定した割合で調整した場合の医療需要
- Y……2025年度の医療需要(医療機関ベース)から病床稼働率(※)により割り戻した必要病床数
- Z……2025年度の医療需要(患者住所地ベース)から病床稼働率(※)により割り戻した必要病床数

※病床稼働率 高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%

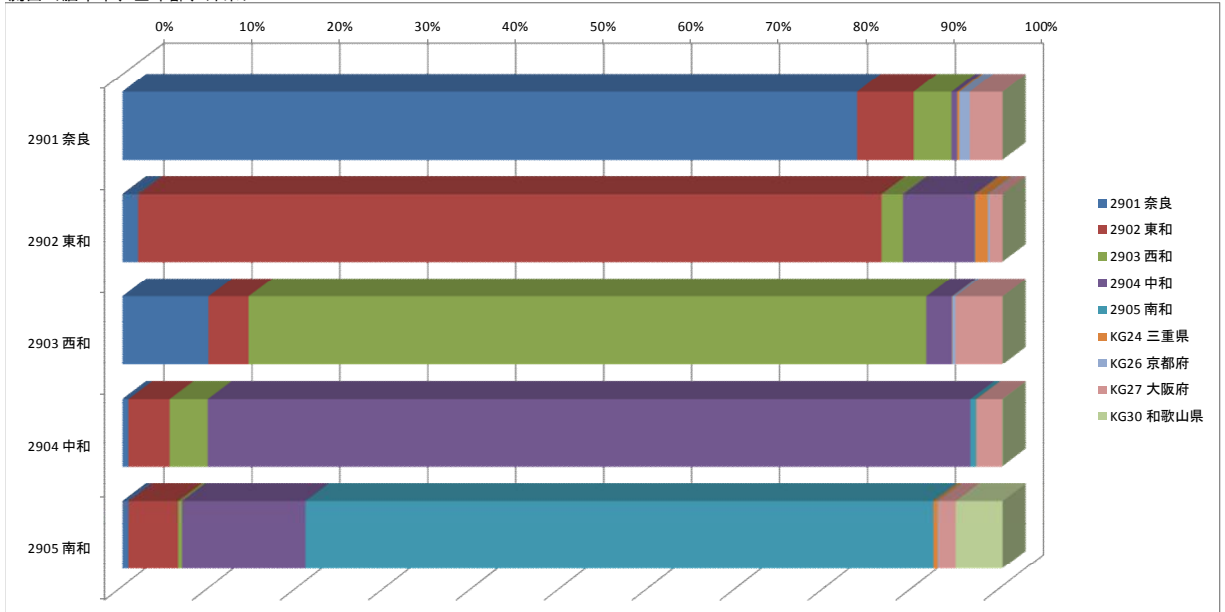
※数値が「0.0」のうち、網掛けがかかっているものは、実際には10.0未満の数値があるが、特定の個人が第三者に識別されることを防ぐために非表示とされている。

※「小計」欄は網掛けのかかった数値(10.0未満)を含めずに計算されているため、本来の合計数と一致しない。

「充足率」及び「伸び率」の「小計」欄を見るときには注意が必要。

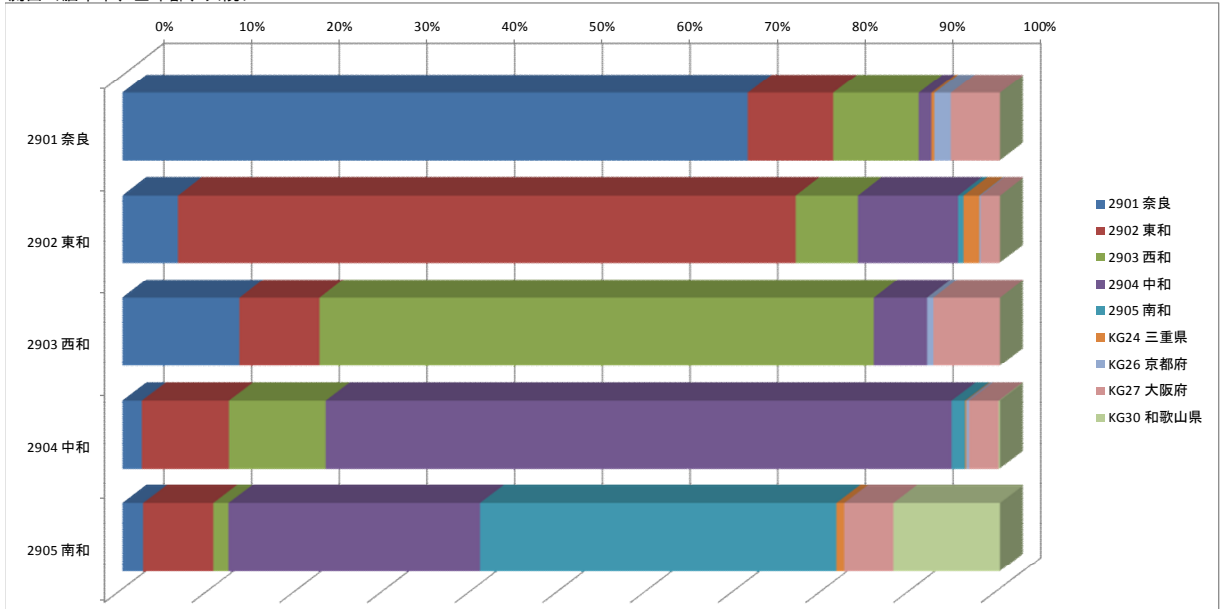
※慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料、訪問診療受療者数、介護老人保健施設の施設サービス受給者数、労働災害入院患者数、自賠責保険入院患者数は疾病別に分類されないため、集計の対象外としている。

流出＜脳卒中、全年齢、外来＞



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名									総計
負担者二次医療圏名	2901 奈良	2902 東和	2903 西和	2904 中和	2905 南和	KG24 三重県	KG26 京都府	KG27 大阪府	KG30 和歌山県	
2901 奈良	83.43%	6.43%	4.31%	0.63%	0.02%	0.24%	1.18%	3.74%	0.01%	189,010
2902 東和	1.69%	84.52%	2.45%	8.15%	0.07%	1.45%	0.21%	1.47%		112,985
2903 西和	9.69%	4.57%	77.06%	2.90%	0.01%	0.04%	0.33%	5.36%	0.03%	188,231
2904 中和	0.60%	4.68%	4.33%	86.71%	0.64%	0.07%	0.06%	2.85%	0.06%	180,661
2905 南和	0.60%	5.64%	0.45%	14.03%	71.40%	0.50%	0.11%	1.92%	5.35%	55,755
総計	179,255	127,859	164,030	180,338	41,105	2,578	3,279	25,043	3,155	726,642

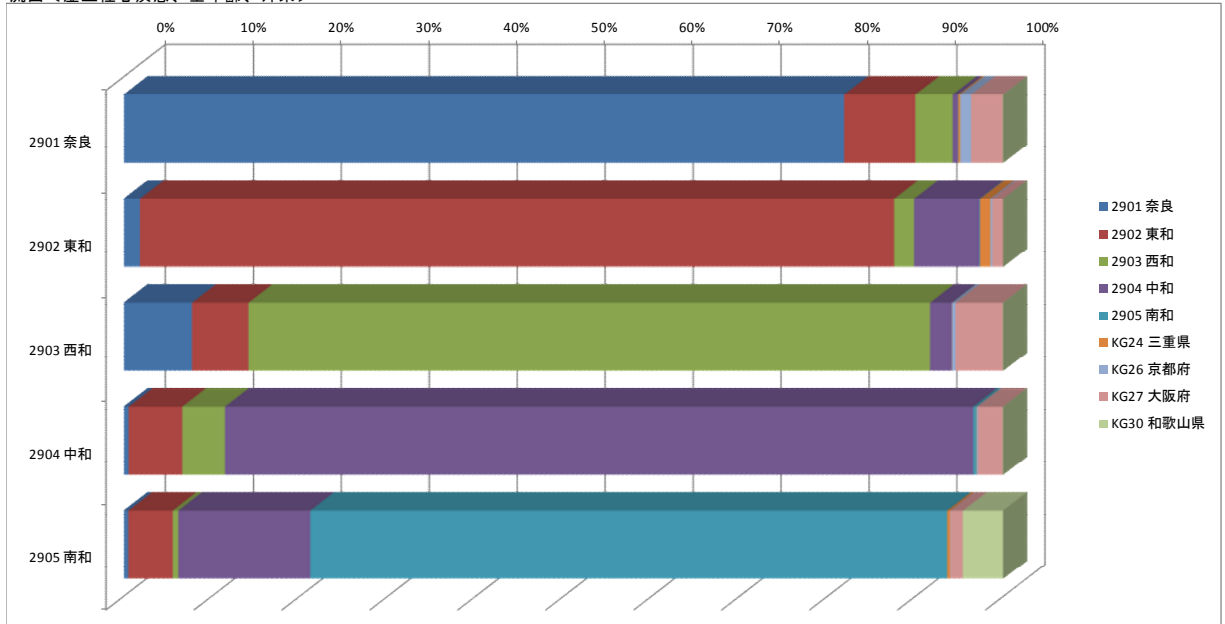
流出＜脳卒中、全年齢、入院＞



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名									総計
負担者二次医療圏名	2901 奈良	2902 東和	2903 西和	2904 中和	2905 南和	KG24 三重県	KG26 京都府	KG27 大阪府	KG30 和歌山県	
2901 奈良	71.22%	9.76%	9.74%	1.45%		0.34%	1.87%	5.61%		23,243
2902 東和	6.24%	70.46%	7.09%	11.44%	0.62%	1.80%	0.15%	2.21%		14,199
2903 西和	13.26%	9.13%	63.21%	6.09%			0.71%	7.61%		19,984
2904 中和	2.13%	9.94%	11.03%	71.38%	1.53%	0.14%	0.29%	3.40%	0.16%	24,106
2905 南和	2.27%	8.01%	1.73%	28.69%	40.64%	0.90%		5.60%	12.17%	7,807
総計	20,778	17,117	18,696	22,627	3,631	439	667	4,395	989	89,339

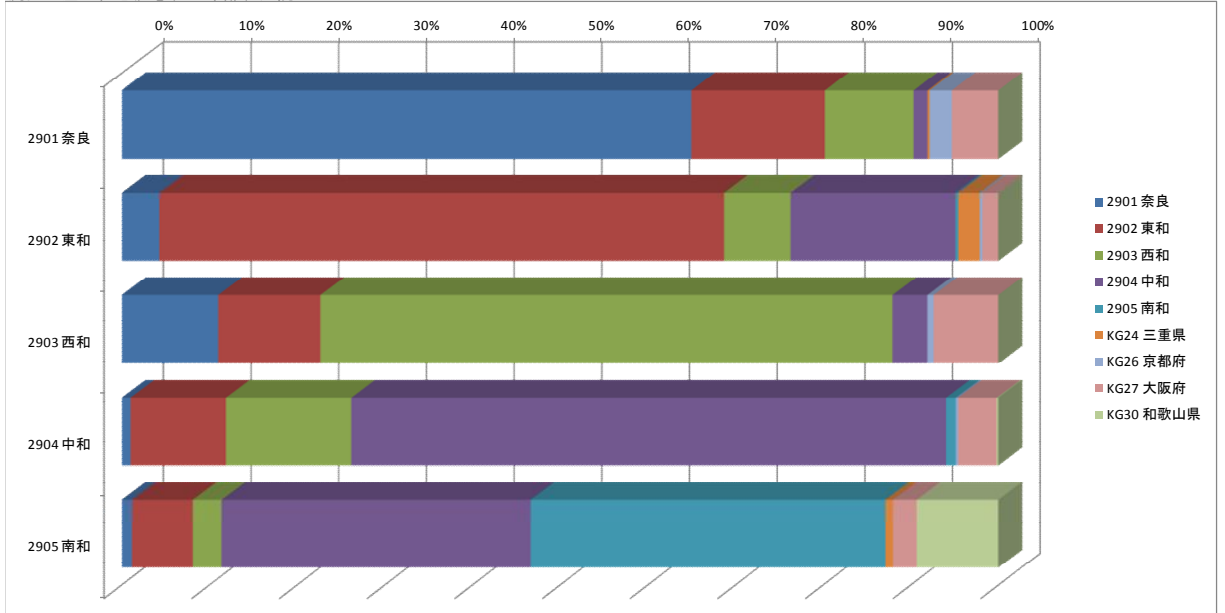
(2) 急性心筋梗塞

流出<虚血性心疾患、全年齢、外来>



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名									
負担者二次医療圏名	2901 奈良	2902 東和	2903 西和	2904 中和	2905 南和	KG24 三重県	KG26 京都府	KG27 大阪府	KG30 和歌山県	総計
2901 奈良	81.92%	8.10%	4.24%	0.61%	0.03%	0.23%	1.25%	3.59%	0.04%	237,309
2902 東和	1.87%	85.75%	2.26%	7.44%	0.07%	1.16%	0.19%	1.26%		136,116
2903 西和	7.78%	6.43%	77.49%	2.47%	0.02%	0.03%	0.38%	5.37%	0.04%	214,945
2904 中和	0.58%	6.09%	4.84%	85.07%	0.37%	0.04%	0.13%	2.83%	0.04%	210,622
2905 南和	0.54%	5.04%	0.64%	15.01%	72.40%	0.34%	0.05%	1.41%	4.57%	73,664
総計	215,298	166,315	190,375	207,096	54,322	2,505	4,348	28,785	3,612	872,656

流出<虚血性心疾患、全年齢、入院>



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名									
負担者二次医療圏名	2901 奈良	2902 東和	2903 西和	2904 中和	2905 南和	KG24 三重県	KG26 京都府	KG27 大阪府	KG30 和歌山県	総計
2901 奈良	65.00%	15.22%	10.12%	1.58%		0.24%	2.53%	5.30%		13,691
2902 東和	4.31%	64.42%	7.58%	18.83%	0.31%	2.43%	0.31%	1.82%		6,385
2903 西和	11.03%	11.66%	65.25%	3.99%			0.70%	7.38%		13,848
2904 中和	1.02%	10.89%	14.30%	67.84%	1.10%		0.26%	4.39%	0.19%	13,991
2905 南和	1.20%	6.93%	3.27%	35.27%	40.46%	0.86%		2.71%	9.30%	4,431
総計	10,897	9,641	13,052	13,026	1,967	226	500	2,598	439	52,346

(3) 高齢者の骨折（奈良県保健医療計画）

高齢者の骨折は、骨強度の低下による脆弱性骨折が多いのが特徴です。社会の高齢化に伴い、骨粗鬆症が増えており、転倒による大腿骨近位部骨折が増えています。大腿骨近位部骨折は、ほとんどの場合、骨折を生じると歩くことができず、高齢であっても手術が要されます。大腿骨近位部骨折は、その予防と治療、リハビリテーションが重要です。高齢者の骨折の背景には、骨量の低下（骨粗鬆症）および、筋力・バランス機能の低下等により転倒しやすくなっていることがあります。

骨折の受療率

受療率 (人口 10万人あたり)	奈良	81
	全国	72