

第 5 編

医療提供体制の確保

- 第 1 章 医療機関間・医療介護の分担・連携
 - 第 1 節 医療機能の分化・連携
 - 第 2 節 医療・介護の連携

- 第 2 章 主要な疾病・事業ごとの医療提供体制の確保
 - 第 1 節 がん
 - 第 2 節 脳卒中
 - 第 3 節 心筋梗塞等の心血管疾患
 - 第 4 節 糖尿病
 - 第 5 節 精神疾患
 - 第 6 節 救急医療
 - 第 7 節 災害医療
 - 第 8 節 感染症対策
 - 第 9 節 へき地医療
 - 第 10 節 周産期医療
 - 第 11 節 小児医療
 - 第 12 節 在宅医療
 - 第 13 節 歯科医療
 - 第 14 節 難病対策

第1章 医療機関間・医療介護の分担・連携

第1節 医療機能の分化・連携

1 医療連携体制の基本的な考え方

疾病構造が変化していく中で、質の高い医療を県民に効果的、効率的に提供していくためには、患者の病期や病態に応じた適切な医療を切れ目なく提供する連携体制を構築する必要があります。

こうした連携体制を構築するためには、医療を受ける患者の視点や、医師・看護師等の限られた医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点、それぞれの視点に立って医療機関の機能分化と連携を検討していくことが欠かせません。

とりわけ、民間医療機関で担うことが難しい医療を提供する公立病院には、地域医療の確保のために重要な役割を果たすことが求められています。

(1) 医療を受ける患者の視点

- 医療機関の役割が明確でなければ、患者は適切な医療機関を選択する情報が得られないため、大病院など一部の医療機関に患者が集中し、待ち時間の長時間化や勤務医の負担増加を生じかねません。
- こうした傾向が常態化すると、患者が集中した医療機関では本来の目的を達成することが困難になり、真に高度で専門的な診療を必要とする患者への影響が懸念されます。
- そのため、入院機能については、急性期から慢性期に至る一連のサービスのうち、どの医療機関がどの機能を担うのかを明確にすることが必要です。
- また、外来機能については、医療資源を重点的に活用する外来*1（以下「重点外来」という。）を地域で基幹的に担う医療機関を明確にし、患者の流れを円滑にすることが必要です。

(2) 医療資源の視点

- 医療の高度化、専門化や「医師の働き方改革」が進むことで、周産期医療をはじめとした医療機能が特定の医療機関に集約化される傾向が強まっています。また、医療人材が特定の地域や診療科に偏在してしまうという課題が依然として続いています。
- こうした中において、近接した医療機関が同じ医療機能を担おうとすると、限られた医療資源が分散してしまい、高度な医療の提供や医療機能の維持が困難になる可能性があります。
- そのため、地域間の医師偏在解消等に向けた、医師確保対策の実施体制を強化していく必要があります。

*1 「医療資源を重点的に活用する外来」

- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

(3) 公立病院の役割

- 公立病院は、へき地など民間医療機関の立地が困難な地域における医療提供や、救急・小児・周産期・災害・感染症・精神など不採算・特殊部門の医療提供等が期待されています。新型コロナウイルス感染症対応においても、公立病院は入院受入をはじめとした地域医療の中核的役割を果たし、重要性が改めて認識されました。
- 一方、公立病院では、これまで「新公立病院改革ガイドライン」等に基づき、再編・ネットワーク化等に取り組んできましたが、医師・看護師等の不足や医療需要の変化といった経営環境の急激な変化等を背景とする厳しい状況が続いており、持続可能な経営を確保しきれない病院が多いという実態があります。
- そのため、国では「公立病院経営強化ガイドライン」（令和4（2022）年3月）を策定し、持続可能な地域医療提供体制を確保するために、個々の公立病院が地域医療構想等を踏まえて、地域において果たすべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化することを求めています。

(4) 切れ目のない医療の例

- 上記の各施策の実施等により役割分担を明確にした上で、次のような医療連携が求められます。
 - ・ かかりつけ医は、健康管理や初期診療など日常的な医療サービスを提供するほか、専門的な検査や高度な医療が必要なときは専門的医療機関等へ紹介を行います。
 - ・ 急性期を主に担う病院は、かかりつけ医からの紹介を受け、手術等を行います。
 - ・ 回復期を主に担う病院は、急性期病院から急性期を脱した患者を受け入れ、在宅復帰の支援等を行います。
 - ・ 患者が在宅復帰又は慢性期に至ったときは、紹介元であるかかりつけ医が在宅での療養管理を行います。また、連携先である慢性期を主に担う病院が長期の療養に対応します。

2 地域医療支援病院等の設定

- 医療法では、医療資源が有効に活用されるよう、医療機関ごとに機能に応じた施設の体系を定めています。

(1) 特定機能病院

特定機能病院は、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院として、厚生労働大臣が個別に承認します。県内では東北大学病院が承認を受けています。

(2) 地域医療支援病院

- 地域医療支援病院は、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、かかりつけ医等を支援する能力を備えている病院として、都道府県知事が個別に承認しています。
- 令和5（2023）年8月現在、県内においては13病院あり、各二次医療圏に1か所以上整備されていますが、うち10病院が仙台医療圏に集中しています。
- 医療法第30条の4第3項第1号の規定により、医療計画で整備目標を定めることとされており、宮城県においては引き続き、各二次医療圏に1か所以上整備されている状態を維持することを目指します。

(3) 地域の中核的な病院

宮城県では、二次医療圏ごとに入院治療を伴う相当程度の医療を完結できる医療提供体制の整備を推進するため、地域医療を支援する機能を有する病院を「地域の中核的な病院」と位置付け、指定しています。

(4) 紹介受診重点医療機関

紹介受診重点医療機関は、重点外来を地域で基幹的に担う病院として、医療法第30条の18の4第1項の規定に基づき、地域の協議の場における協議を経て都道府県知事が公表します。

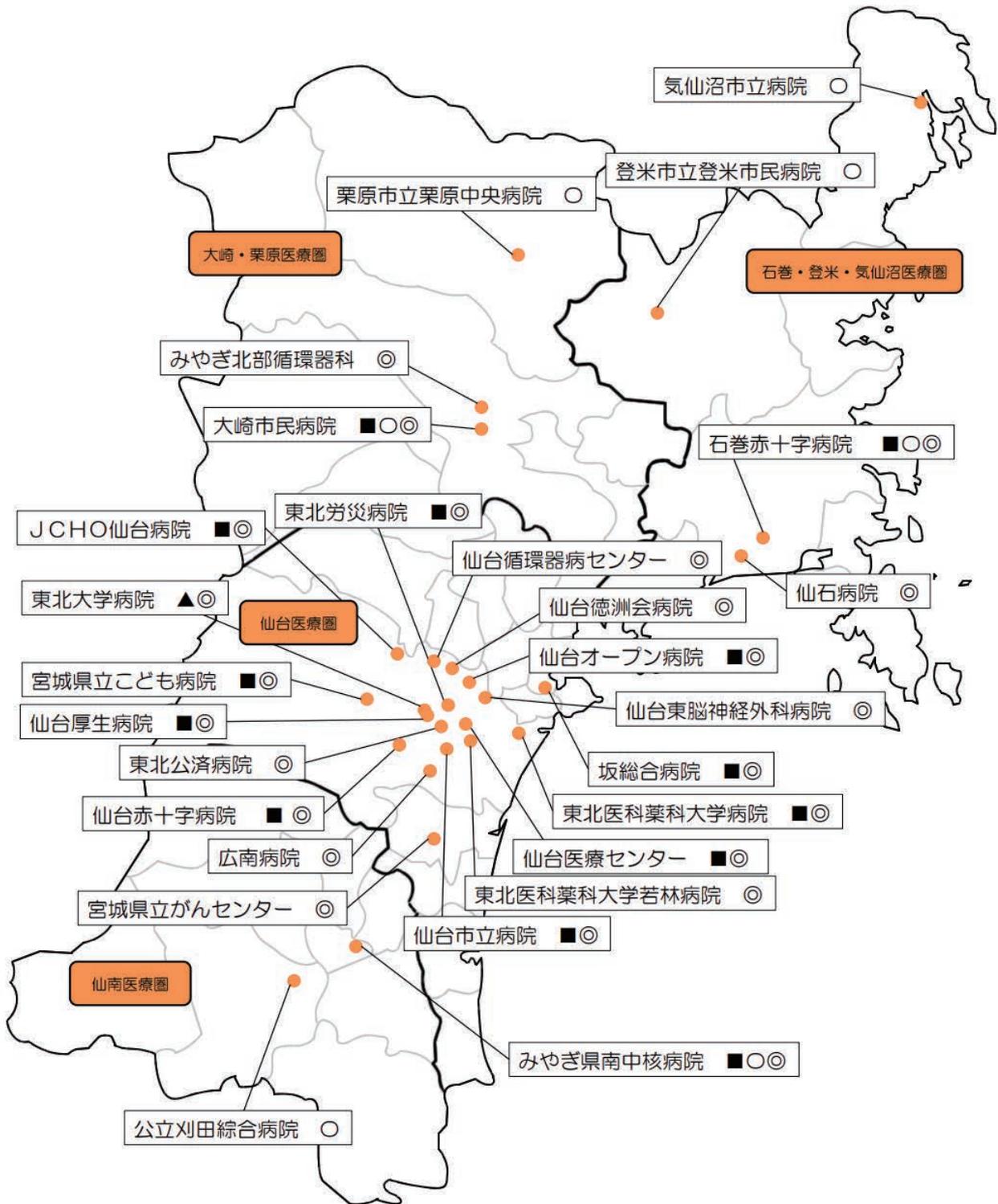
【図表5-1-1-1】二次医療圏別の特定機能病院、地域医療支援病院、地域の中核的な病院、紹介受診重点医療機関

医療圏	特定機能病院 地域医療支援病院	地域の中核的な病院	紹介受診重点医療機関
仙 南	みやぎ県南中核病院	みやぎ県南中核病院、公立刈田綜合病院	みやぎ県南中核病院
仙 台	東北大学病院（※） 仙台オープン病院、仙台厚生病院、 仙台医療センター、宮城県立こども 病院、坂総合病院、東北労災病院、 JCHO仙台病院、東北医科薬科大学 病院、仙台市立病院、仙台赤十字 病院		東北大学病院、仙台厚生病院、JCH O仙台病院、東北労災病院、宮城県 立こども病院、東北公済病院、仙台 オープン病院、東北医科薬科大学病 院、仙台医療センター、仙台東脳神 経外科病院、東北医科薬科大学若林 病院、仙台市立病院、広南病院、仙 台赤十字病院、仙台循環器病センタ ー、仙台徳洲会病院、坂総合病院、 宮城県立がんセンター
大崎・栗原	大崎市民病院	大崎市民病院、栗原市立栗原中央病 院	大崎市民病院、みやぎ北部循環器科
石巻・登米・ 気仙沼	石巻赤十字病院	石巻赤十字病院、登米市立登米市民 病院、気仙沼市立病院	石巻赤十字病院、仙石病院

(令和5(2023)年8月1日現在)

※ 表中の(※)は特定機能病院を示しています。

【図表5-1-1-2】特定機能病院、地域医療支援病院、地域の中核的な病院、紹介受診重点医療機関



(令和5(2023)年8月1日現在)

- ▲ 特定機能病院
- 地域医療支援病院
- 地域の中核的な病院
- ◎ 紹介受診重点医療機関

第2節 医療・介護の連携

1 高齢化の進展による医療・介護需要の変化

- 国の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）によれば、令和5（2023）年3月末の宮城県の高齢者人口（65歳以上）は約65万4千人で、総人口に占める割合（高齢化率）は29.1%ですが、今後も高齢者人口は増加が続き、令和12（2030）年には約70万9千人（33.1%）に達し、県民の3人に1人が高齢者になると見込まれます。
- さらに、令和22（2040）年には高齢者人口が約73万3千人とピークを迎え、特に75歳以上の高齢者が増加すると予想されています。一方、高齢化率は、高齢者人口が減少に転じても、それを上回るペースで総人口が減少するため、令和27（2045）年までに40.3%まで上昇し続けると見込まれています。
- また、この高齢化に伴い、在宅医療等に係る医療需要は増加傾向が続き、令和22（2040）年度以降に最も多くなる見込みとされています。

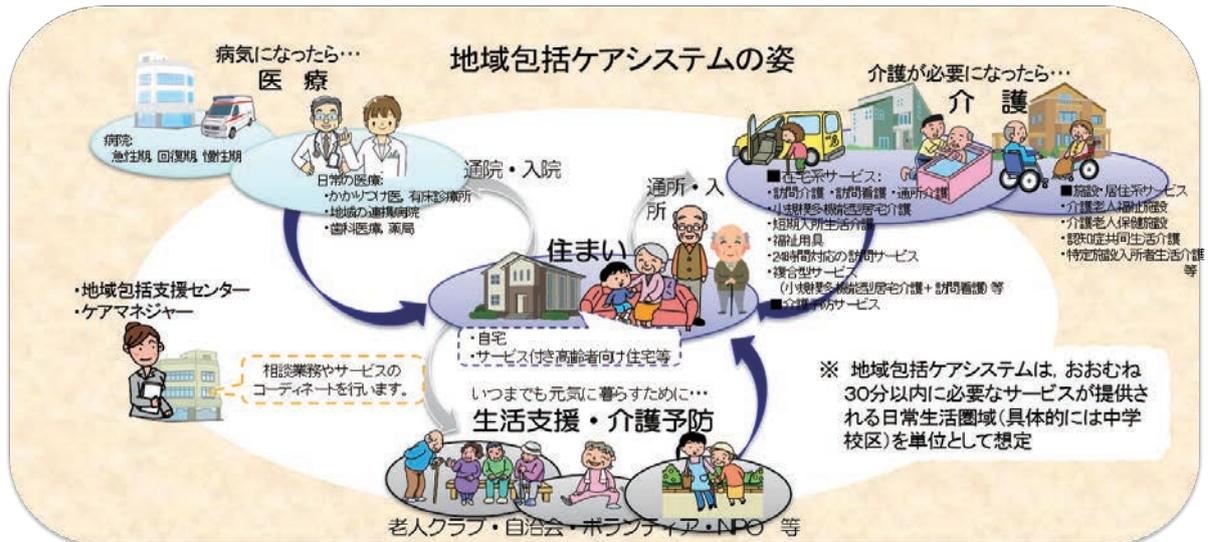
【図表5-1-2-1】在宅医療等に係る医療需要の見通し



(注) 訪問診療は、レセプトデータにおいて、「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者以外」「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者」「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居者」のいずれかを算定したことのある患者数で、2013年度の12か月分を合計し、12で除して算出した二次医療圏別・性年齢階級別の受療率に二次医療圏別・性年齢階級別の将来人口を乗じて推計

- 高齢化の進展により、悪性新生物、脳卒中、急性心筋梗塞や認知症を伴う患者の増加によって、要介護者も増加することなどが懸念されており、寝たきり等の予防や心身機能の維持・回復への需要が高まっています。
- また、身体機能の低下により、肺炎や大腿骨頸部骨折等を起こしやすくなるため、高齢化に伴うロコモティブシンドローム（運動器症候群）、フレイル（虚弱）といった身体機能の低下を予防する取組や、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病（CKD）の疾病予防・重症化予防に向けた生活習慣病対策などの取組も重要になってきます。
- さらに、要介護高齢者が増加するばかりではなく、単身・夫婦のみの高齢者世帯が増えれば、家族内で対応できる介護に限界があることから、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域ごとに医療・介護・介護予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを推進していくことが求められます。

【図表5-1-2-2】地域包括ケアシステムのイメージ



出典：厚生労働省資料

2 医療と介護の総合的な確保に向けた取組

- こうした状況を踏まえ、国は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第3条の規定に基づき、令和5（2023）年に総合確保方針を見直し、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」として、次の3つの柱を示しました。
 - ① 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
 - ② 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
 - ③ 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること
- 宮城県では、この3つの柱をもとに次の取組を推進していきます。

(1) 「治し、支える」医療やニーズに寄り添った介護が地域で完結して受けられること

- 医療・介護が必要な状態になり、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要することになって、生活の質（QOL）を重視しながら、必要な医療・介護を受けられるように、「治す」入院医療だけでなく、「治し、支える」在宅医療や外来医療と、在宅復帰・在宅療養支援等を含む介護保険サービス等が地域で完結して提供できる地域包括ケアシステムを構築します。
- また、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者が増加する中、こうした高齢者の入退院における対応について、医療機関と介護保険施設との協力や役割分担について協議をしていきます。

(2) 健康・医療・介護等の専門職や連携が確保され、自己選択できること

- 日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行うかかりつけ医機能を担う医療機関や、かかりつけ医が紹介すべき専門的な医療機関・地域の介護保険サービスを明確化し、連携を支援します。
- 地域包括支援センターが、最初の「総合相談窓口」としての機能を十分に発揮できるよう、その役割を広く周知するとともに、より効果的に業務を行えるよう、市町村と連携し、専門的知識の習得などを目的とした研修会を開催する等、職員の資質向上を支援します。

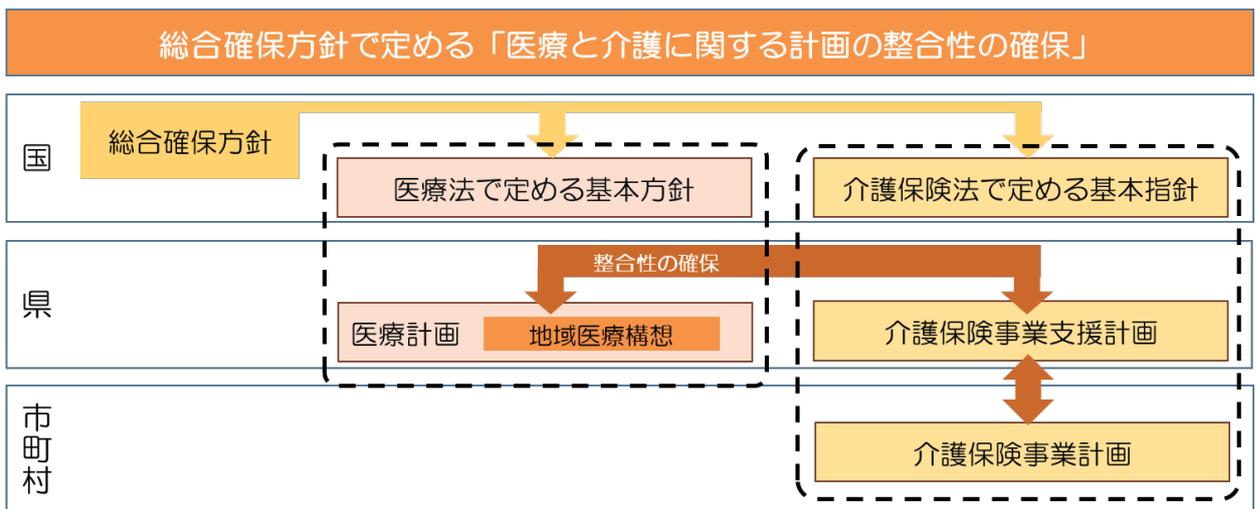
(3) 情報基盤の整備により、自らの情報を基に、適切な医療・介護を受けられること

- 国において、個人の健康・医療・介護情報を電子的・一元的に管理できるようにし、本人の同意を前提に、医療機関・薬局・介護事業者や保険者等に共有することで、より適切なサービスを受けることができるプラットフォームの構築を目指していることから、こうした国の動向を注視しながら、必要な対応を推進していきます。

3 医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性の確保

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ためには、総合確保方針に基づき、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を確保することが求められています。このことから、両計画において活用する推計値に齟齬が生じることがないように、医療・介護需要の見通しなどの整合を図った上で、それぞれにおいて数値目標を設定しています。また、地域医療構想では、療養病床と一般病床に入院する患者の中に在宅医療等^{*1}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・連携の進展に伴い生じる在宅医療等の新たなサービス必要量（追加的需要）については、医療と介護による適切な役割分担の検討を踏まえて受け皿の整備を進めていく必要があります。

【図表5-1-2-3】医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性の確保

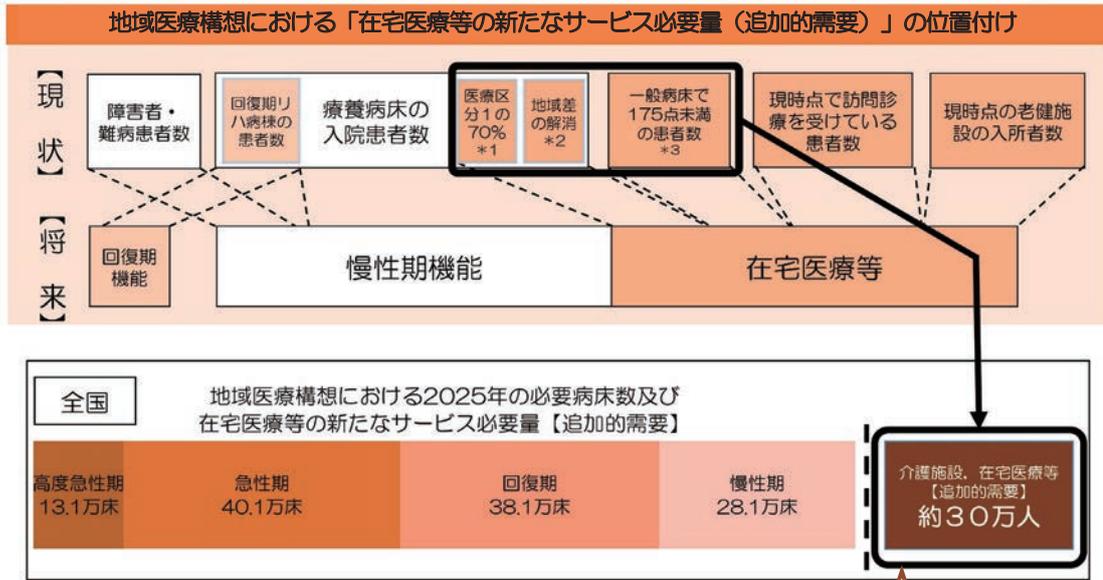


※総合確保方針をもとに県保健福祉部作成

- このため、県では、国が推計した2025年における「追加的需要」に関して、市町村と協議を行いました。その結果、2025年の宮城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460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328人/日、外来医療が受け皿となる追加的需要は2,162人/日となりました。
- 医療計画と介護保険事業（支援）計画は、この協議結果を踏まえて策定されています。

*1 地域医療構想策定ガイドラインでは、在宅医療等の範囲について、「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他の医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定」としてしています。

【図表5-1-2-4】地域医療構想における「追加的需要」の位置づけ及び宮城県における医療・介護別の「追加的需要」



宮城県における医療・介護別の追加的需要

二次医療圏名	2020年における追加的需要				2023年における追加的需要				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・居住）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	合計	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・居住）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	合計	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・居住）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	合計
仙南	120	26	25	69	258	69	51	138	338	86	68	184
仙台	699	132	55	512	1,308	175	110	1,023	1,700	190	146	1,364
大崎・栗原	186	62	29	95	337	90	57	190	493	163	77	253
石巻・登米・気仙沼	155	7	13	135	315	16	28	271	419	21	37	361
計	1,160	227	122	811	2,218	350	246	1,622	2,950	460	328	2,162

※地域医療構想策定ガイドライン及び厚生労働省提供データをもとに県保健福祉部作成

*1 医療の必要度により医療区分1から3に分類され、重度の病態を区分3、中等度の医療必要度を持つ患者を区分2とし、医療区分2及び3に該当しない患者を医療区分1としています。地域医療構想では、医療区分1の70%を在宅医療等で対応する患者数として見込んでいます。

*2 地域医療構想では、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう目標設定しており、これに相当する分の患者数を在宅医療等で対応する患者数として見込んでいます。

*3 地域医療構想では、一般病床の入院患者数のうち、医療資源投入量（入院基本料等を除いた1日当たりの診療報酬の出来高点数）が175点未満の患者数を在宅医療等で対応する患者数として見込んでいます。

＜医療と介護の連携推進に向けた官民一体の取組＞

県医師会では、地域医療全般の諸問題を考える場として、平成24（2012）年から「宮城県地域医療学会」を毎年開催しています。

同学会は、大学、医師会、行政、医療関係団体などを構成員として、医療人材の確保や地域包括ケアシステムの構築に向けた議論が行われ、地域の医療・介護を担う多くの方々が参加する会になっています。