



東北大学

資料①

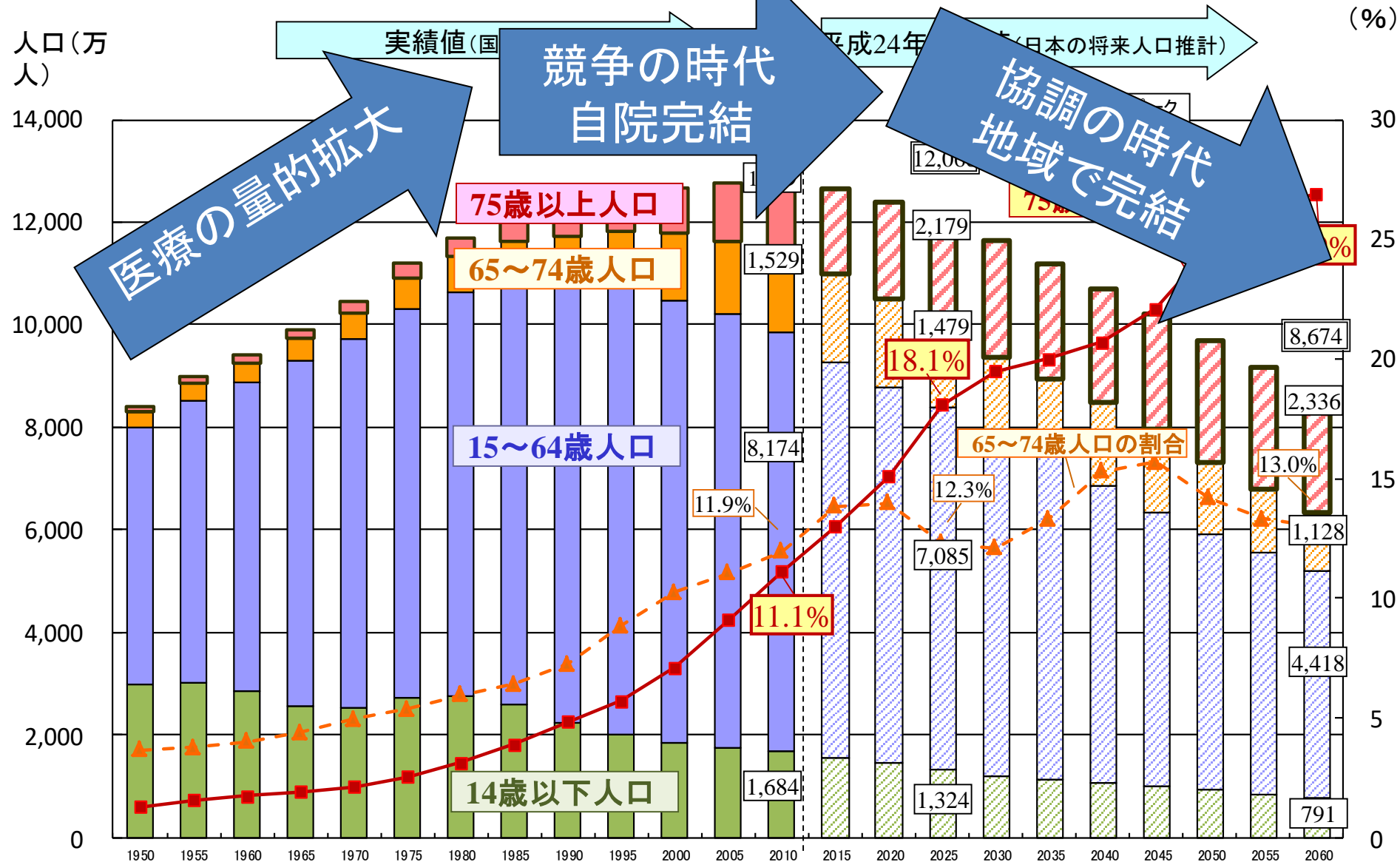


仙台医療圏及び本県の地域医療に おける再編の意義

東北大学 大学院医学系研究科
公共健康医学講座 医療管理学分野
藤森 研司

令和6年3月1日

1950年～2060年の人口変化



(資料)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による。

これまでの流れ

医療介護総合確保促進法(2014年)



病床機能報告(2016年)

地域医療構想(2017年)

第7次医療計画(2018~2023年)



公的公立病院への再検証要請(2019年)

三位一体の改革

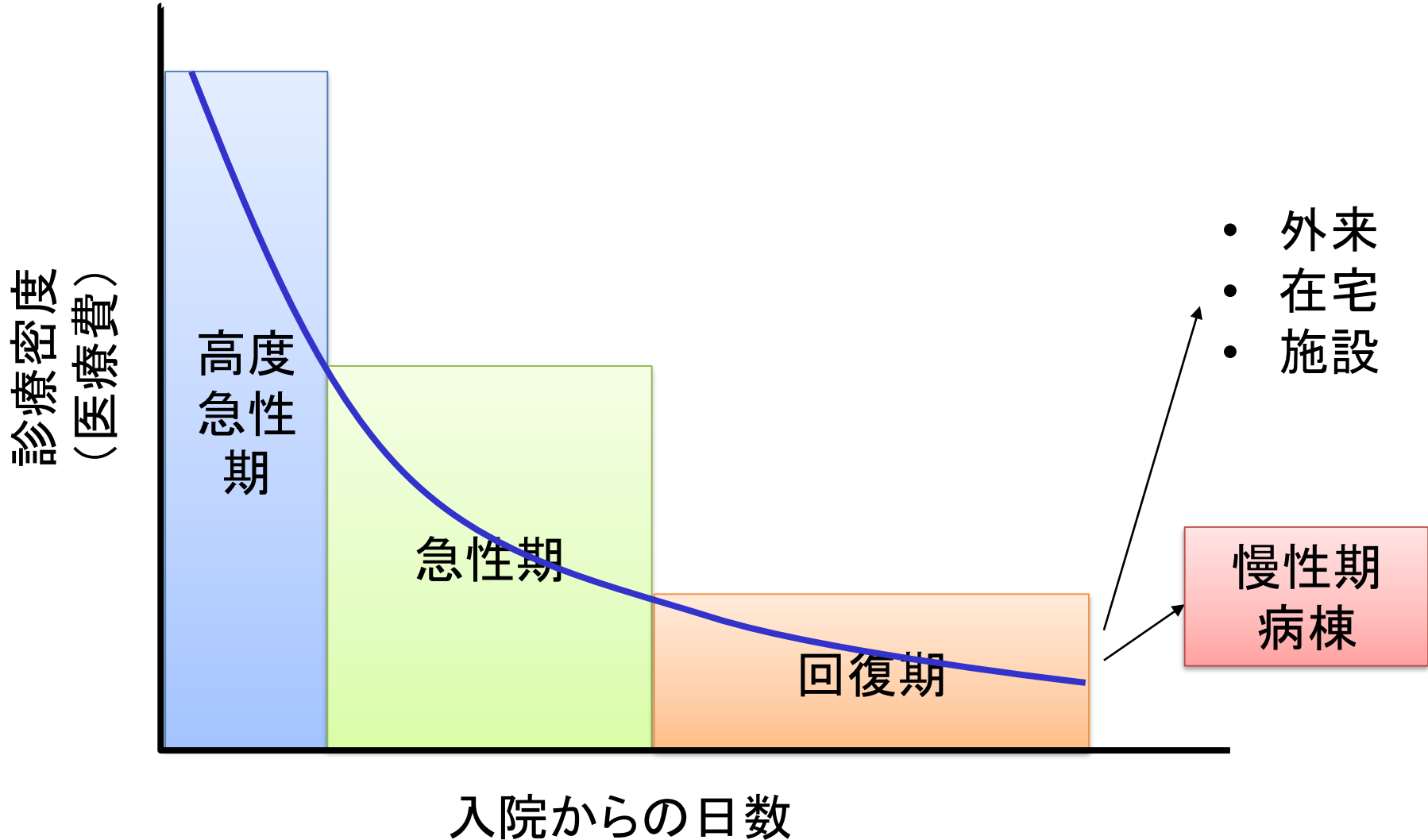


COVID-19 感染拡大(2020年~)

地域医療構想とは何だったのか？

- 少子高齢化社会による限られた資源の中で、地域のニーズに合った**過不足のない医療を提供**する
- そのためには、
 - 将来の地域のニーズを知り、どのような医療提供体制が必要かを徹底的に考える
 - 実現のための制約条件を検討する
 - **現実的な対応策**を各医療機関が十分に話し合い協調する
 - 地域包括ケアシステムの推進、介護との連携
- 制約条件の中で、**協調して「将来」を選択**する

入院の医療資源の経時的変化



人的配置とコスト

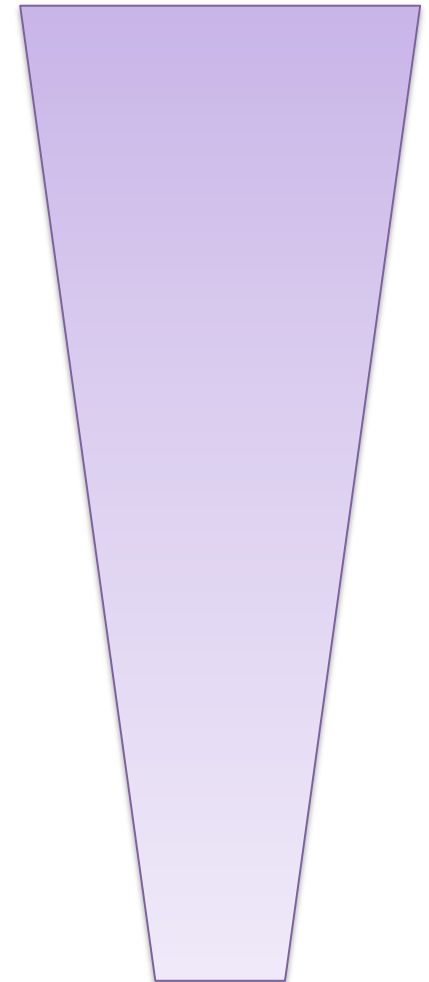


- ・ **看護配置基準** 2 : 1 ~ 5 : 1
救急、ICU、ハイケア等
(10万円以上/日)

- ・ **看護配置基準** 7 : 1 ~ 10 : 1
急性期一般入院料
(4~10万円/日)

- ・ **看護配置基準** 13 : 1 ~ 15 : 1
地域一般入院料
地域包括ケア病棟・回り八病棟
(3.5~4万円/日)

- ・ **看護配置基準** 20 : 1 ~ 25 : 1
療養病棟入院料
(2~3.5万円/日)



高度急性期

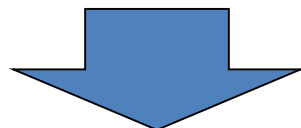
- ・ 看護配置基準 2 : 1 ~ 5 : 1
救急、ICU、ハイケア等
(10万円以上/日)

機能分化

急性期

- ・ 看護配置基準 7 : 1 ~ 10 : 1
急性期一般入院料
(4~10万円/日)

転院



回復期

- ・ 看護配置基準 13 : 1 ~ 15 : 1
地域一般入院料
地域包括ケア病棟・回り八病棟
(3.5~4万円/日)

機能分化

慢性期

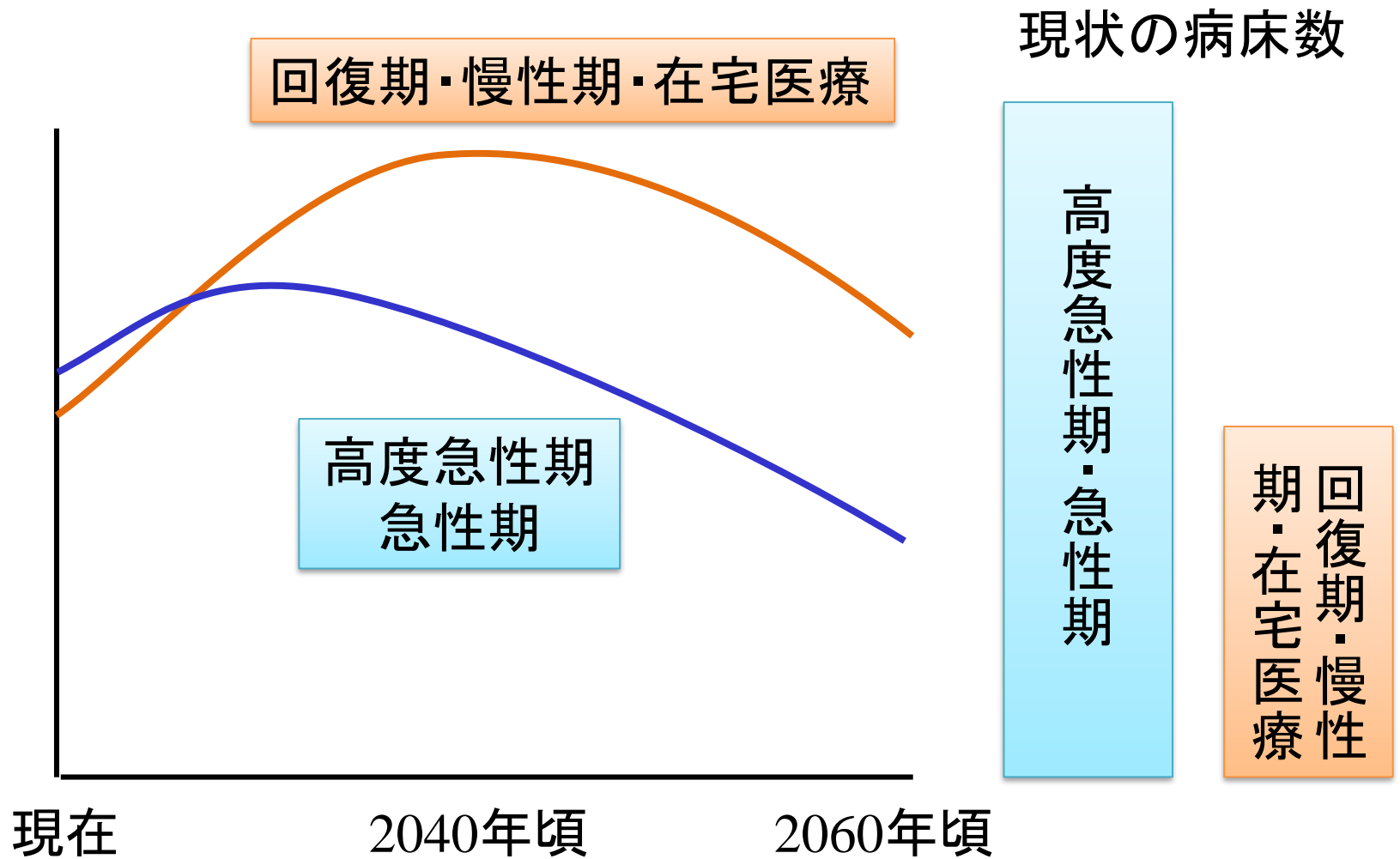
- ・ 看護配置基準 20 : 1 ~ 25 : 1
療養病棟入院料
(2~3.5万円/日)

連携

医療ニーズの変化

- 都市部では75才以上人口はしばらく増加傾向だが、75才未満人口はすでに減少傾向
- 高齢者に多い疾患は、肺炎・誤嚥性肺炎、認知症、脳血管障害、慢性心不全、慢性腎不全、尿路感染症、骨折など
 - 回復期、慢性期、在宅、介護が主役
- 地域によっては癌や虚血性心疾患（心筋梗塞など）はすでに減少している
 - 人口減に加え技術進歩もあり、急性期入院医療のニーズは減り始めている

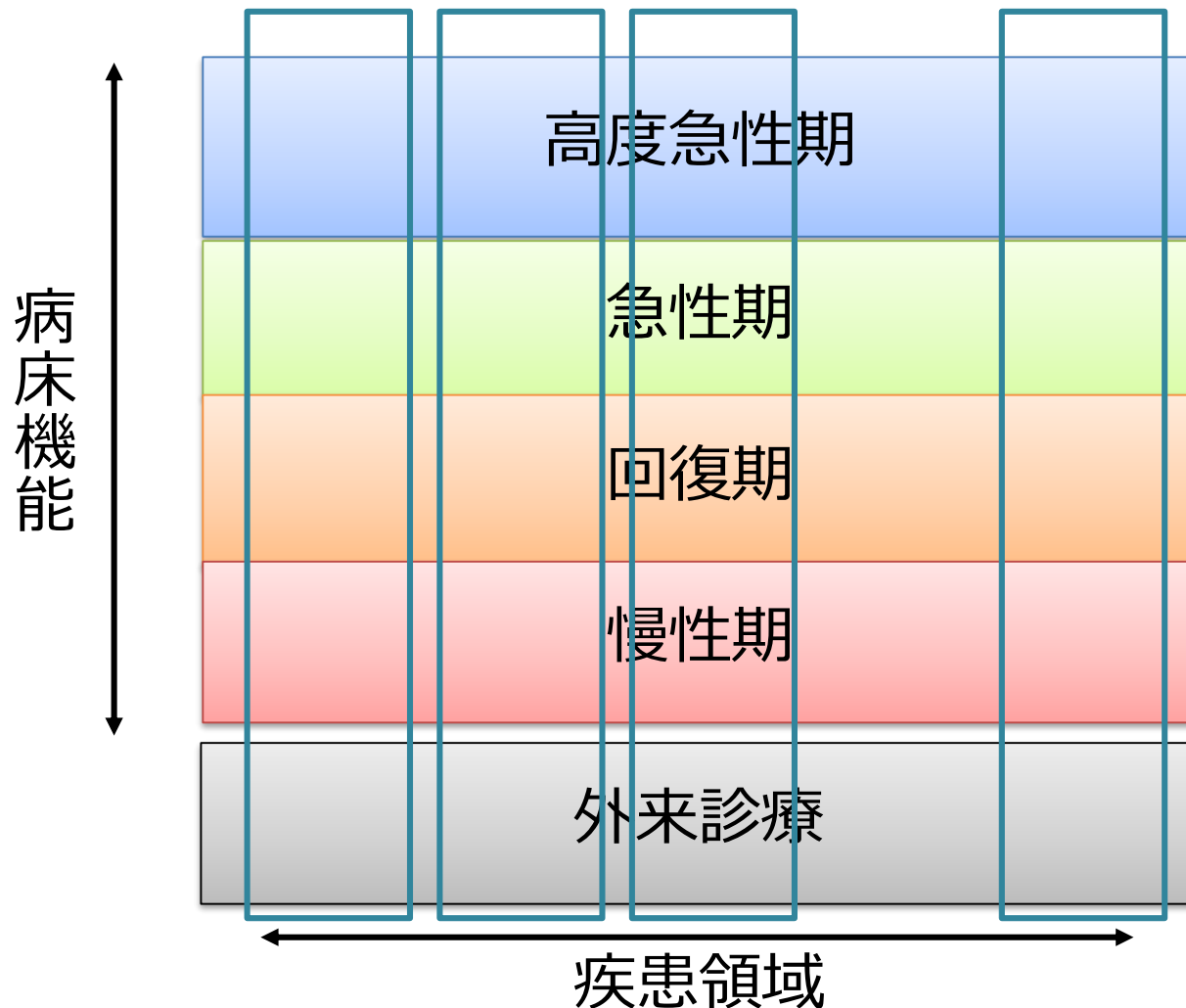
仙台医療圏の将来ニーズと現状の病床数



医療ニーズの変化

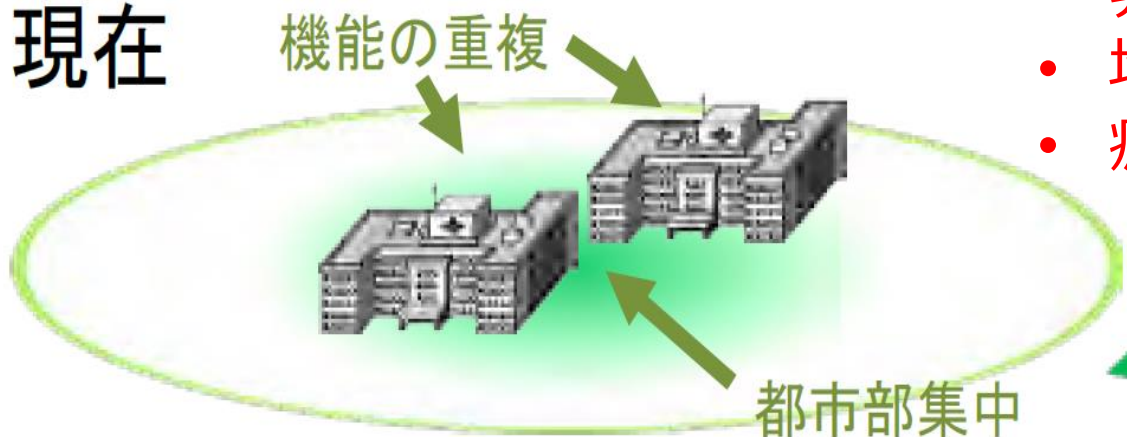
地域医療構想から地域医療計画へ

脳 循環器 癌 . . . その他



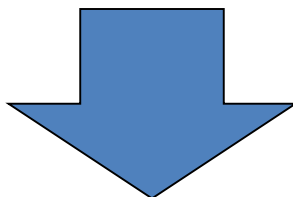
どのマトリックスにも過不足がない

現在



- 非効率な医療
- 地方で過剰な負担
- 疲弊した現場

2040年を展望した 医療提供体制の改革



2040年



- 配置の最適化
- 業務の効率化
- かかりつけ医機能
- タスク シフティング
- 負担軽減

地域医療構想の実現 (2025年まで)



三位一体で
推進

医師・医療従事者の
働き方改革進
(2024年から上限規制)

実効性のある医師
偏在対策
(目標：2036年)

これからの流れ

医療法等改正法(2021年5月28日公布)



医師の労働時間短縮計画案の作成(2022年)
医師に対する時間外労働の上限規制(2024年)



外来機能報告(2022年)
第8次医療計画(2024~2029年)

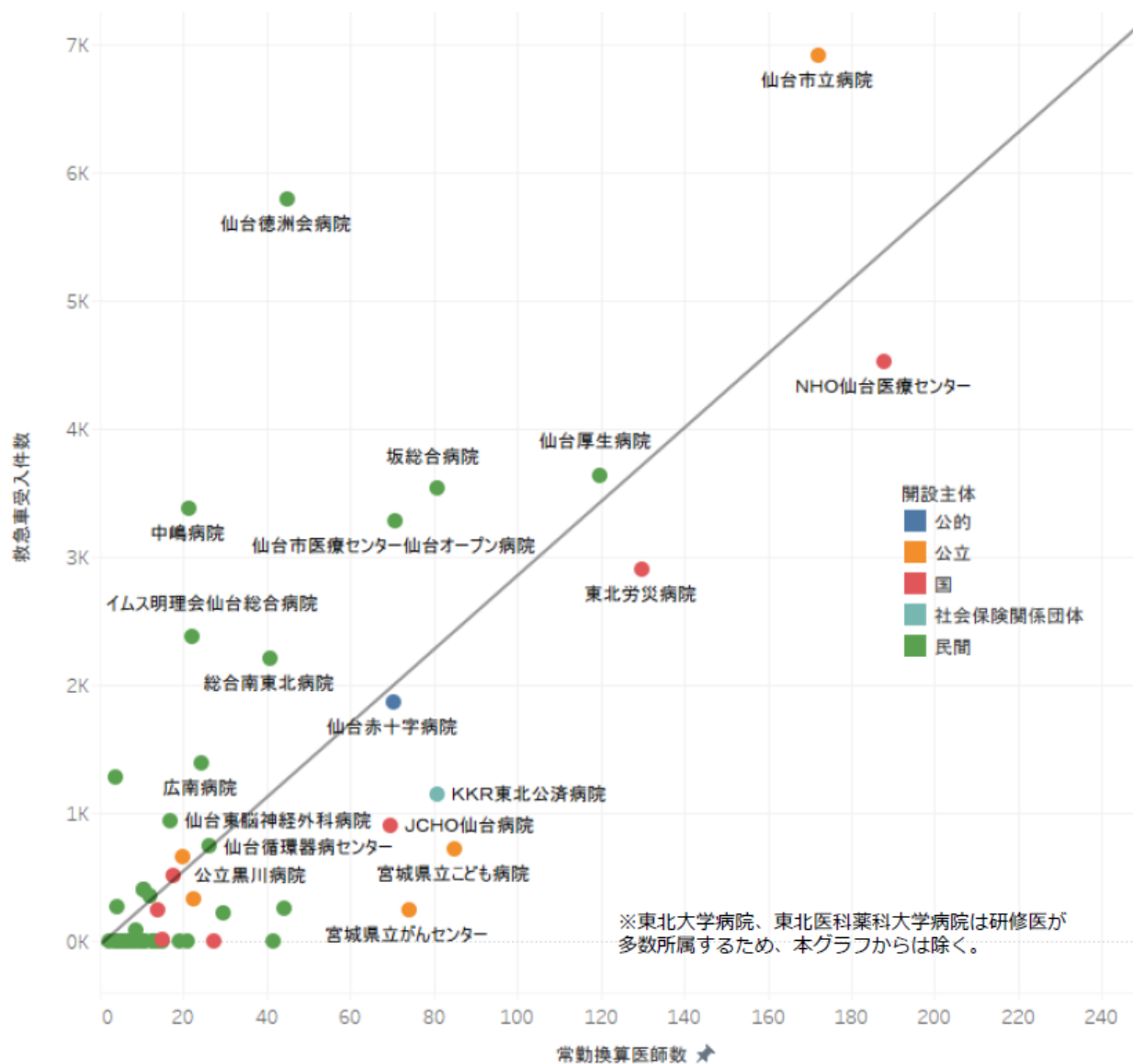


次の地域医療構想(2026年~)

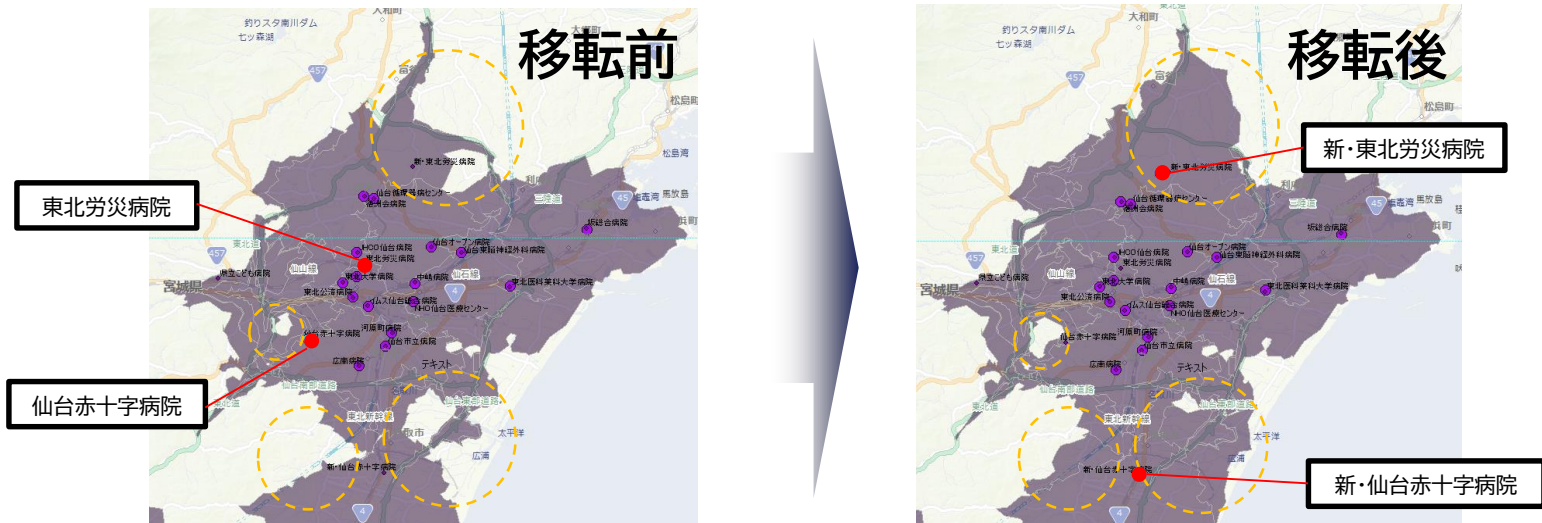
仙台医療圏の救急医療体制の課題と解法①

- 十分な対応力を持たない医療機関が多数存在する
 - その結果、不応需、「盥回し」が起きやすい
 - 二次救急は本来は24時間、365日対応すべきもの
 - 輪番制に課題があるのではないか
- 仙台市内に一極集中しており、周辺地域からの搬送時間が延長する
- 救急医療ができる医療機関を分散・広域化する

救急車受け入れ台数と常勤換算医師数



救急の拠点病院から15分の車運転で行ける範囲



市区町村名	メッシュ人口*1	現在の所在のカバー人口*2	新たな所在のカバー人口*3	増減	増減率	現カバース率*4	新カバース率
青葉区	310,562	285,333	285,132	▲ 200	▲0.1%	91.9%	91.8%
太白区	226,688	206,598	215,272	8,674	4.2%	91.1%	95.0%
名取市	79,508	69,108	72,027	2,920	4.2%	86.9%	90.6%
富谷市	54,204	44,315	47,929	3,615	8.2%	81.8%	88.4%
大和町	29,819	2,395	5,039	2,644	110.4%	8.0%	16.9%

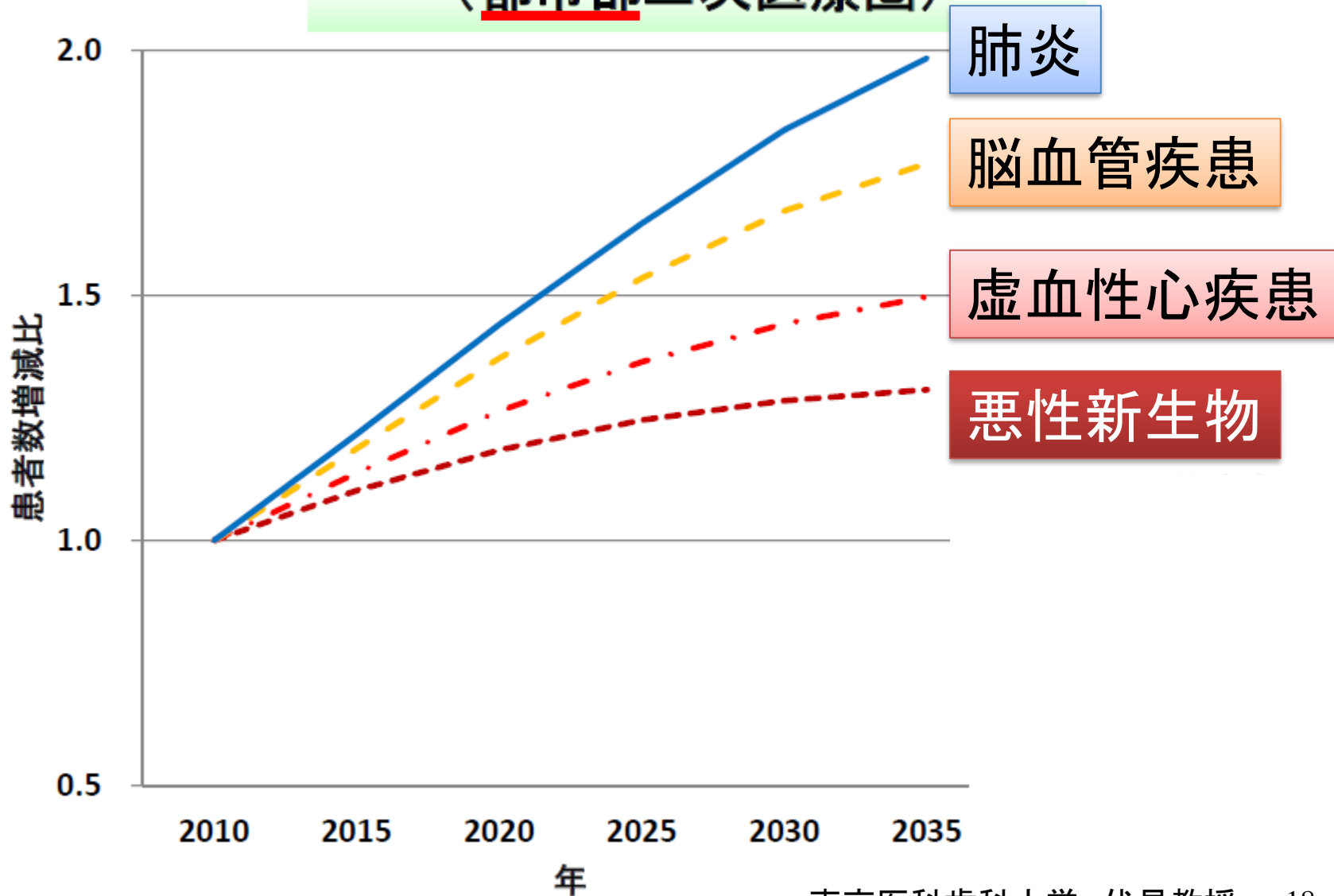
表は、病院再編前後でカバー率に変動が生じる市区町村を抜粋して表記
(他の市区町村では変動は生じない)

- *1 国土交通省による2015年国勢調査データから推定された2020年の500mメッシュ人口の総和
- *2 厚生病院は両宮の新病院として計算
- *3 労災、日赤が移転した場合
- *4 市区町村のメッシュ人口に対するカバー人口の割合

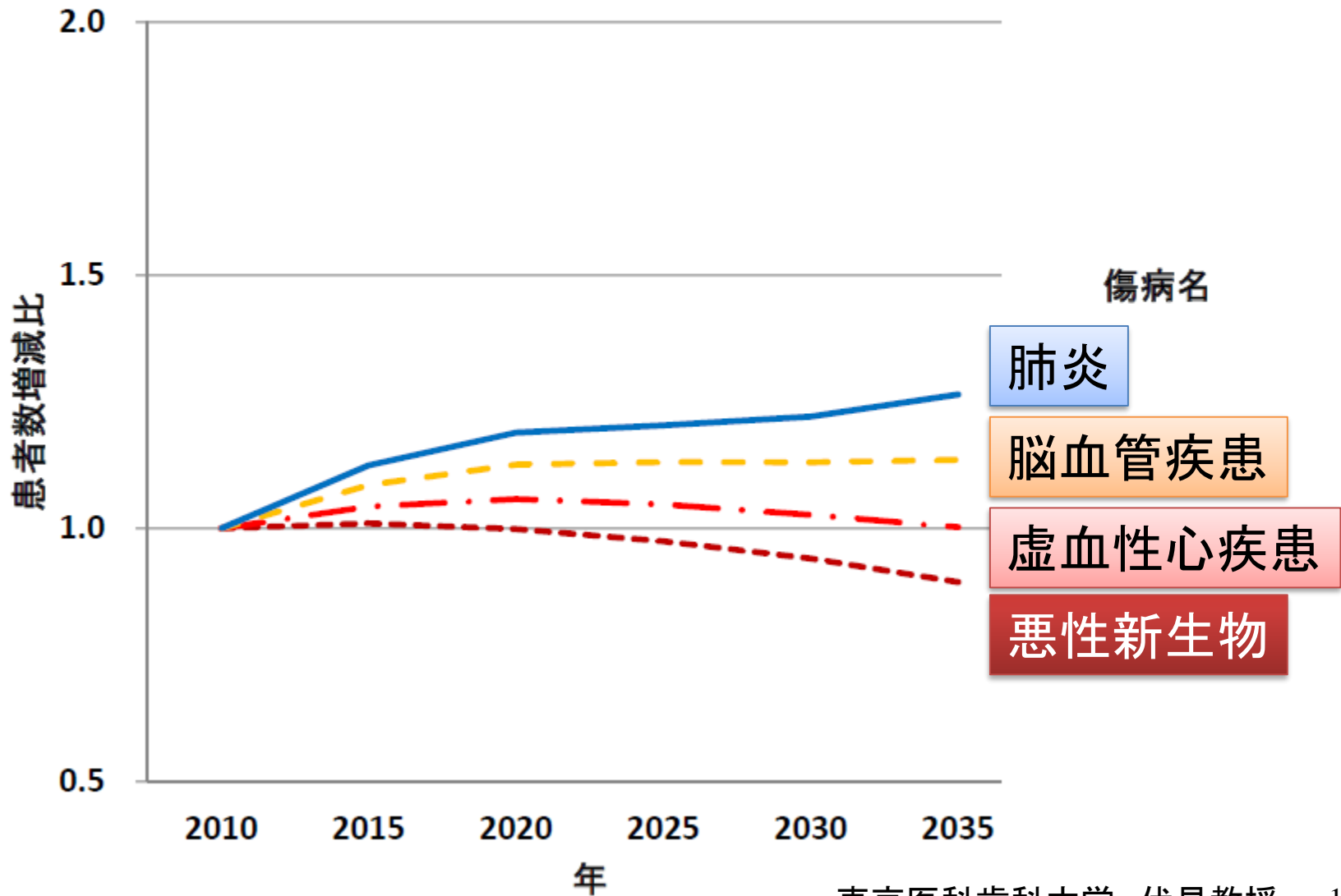
仙台医療圏の救急医療体制の課題と解法②

- 仙台市内の二次救急を再編し、高機能な医療機関が自覚をもって対応する
- 広域搬送のルールを構成市町で確定し、応需率、搬送時間を全国平均に近づける
- 後方ベッドの不足による救急病床の回転率の低下
 - 急性期病院とそれ以外の病院との患者管理のギャップが大きい
 - 急性期病院の院内転科にも課題はある
- 医師のキャリアパスを考えると専門医不足は永遠に解決しない

傷病別入院患者数の将来推計 (都市部二次医療圏)



傷病別入院患者数の将来推計 (少人口二次医療圏)



病床不足の懸念はあるか

図1：年齢区別の人口推計（仙台医療圏）

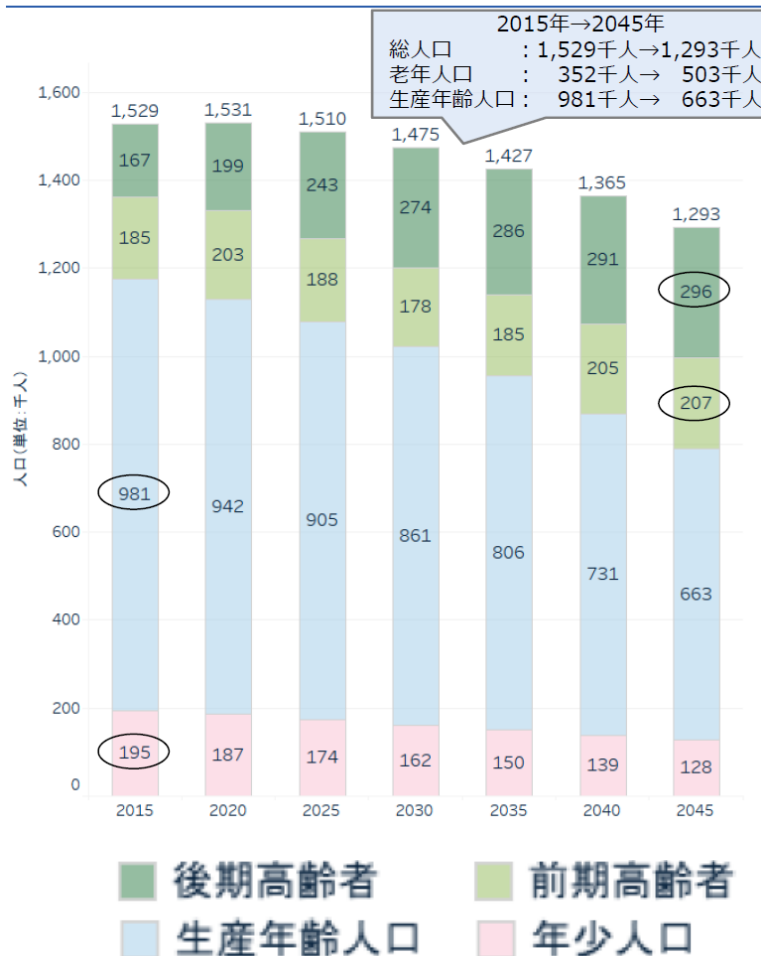
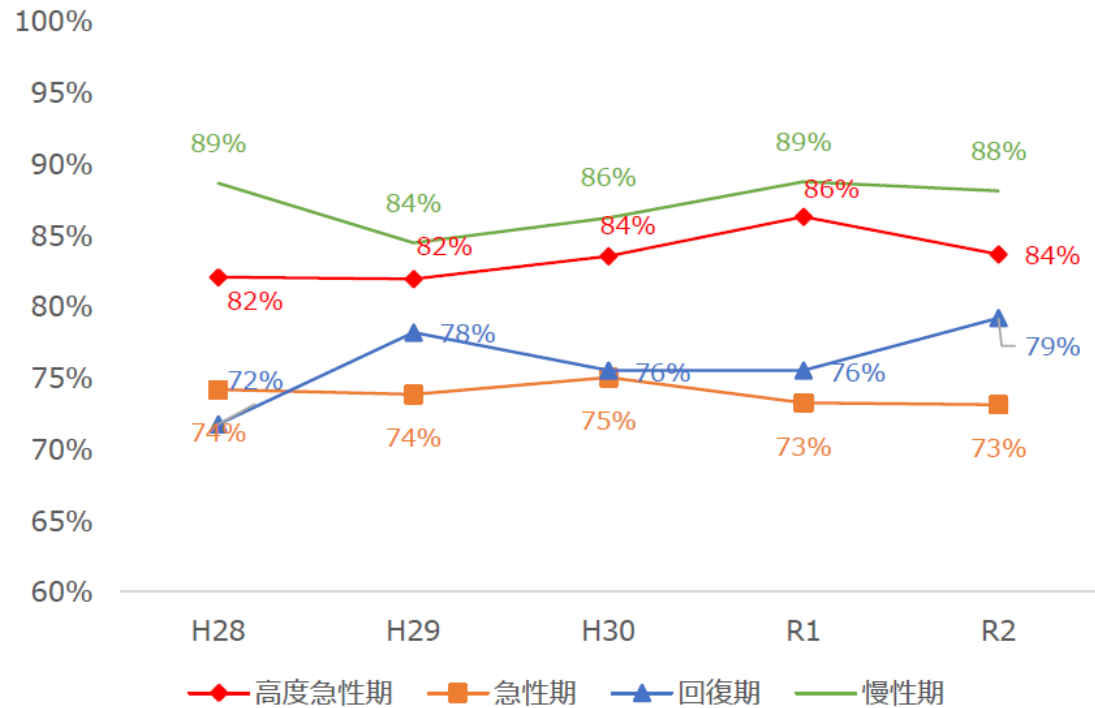


図1：病床機能別稼働率の推移（仙台医療圏）



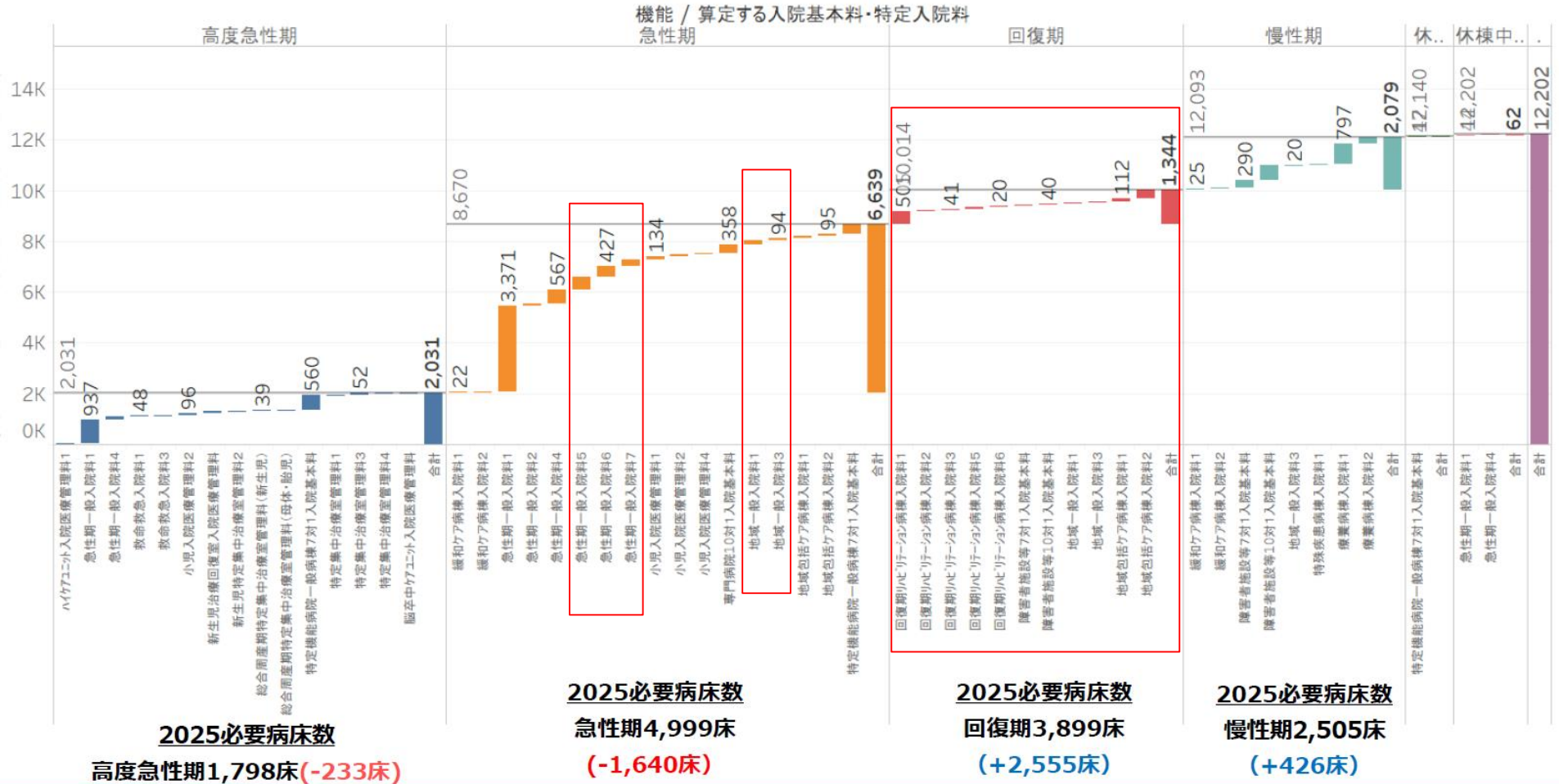
病床稼働率

2019年 病床機能報告より
(COVID-19前の状況)

医療機関名	稼働病床数	一日平均患者数	病床利用率	医師総数
東北大学病院	1,165	940	80.6%	628
独立行政法人国立病院機構仙台医療センター	628	500	79.6%	176
独立行政法人労働者健康安全機構東北労災病院	548	417	76.1%	113
東北医科薬科大学病院	508	306	60.3%	207
独立行政法人国立病院機構仙台西多賀病院	480	391	81.4%	26
仙台市立病院	467	400	85.6%	168
独立行政法人地域医療機能推進機構 仙台病院	428	292	68.1%	66
仙台厚生病院	409	449	109.8%	115
仙台赤十字病院	389	280	71.9%	73
国家公務員共済組合連合会東北公済病院	385	284	73.8%	78
宮城県立がんセンター	383	291	75.9%	75
公益財団法人宮城厚生協会 坂総合病院	357	326	91.3%	91
独立行政法人国立病院機構宮城病院	344	289	84.0%	14
公益財団法人 仙台市医療センター 仙台オープン病院	330	287	87.1%	79
医療法人 徳洲会 仙台徳洲会病院	294	237	80.6%	32
総合南東北病院	271	244	89.9%	38
宮城県立こども病院	241	183	75.8%	86
西仙台病院	229	224	97.6%	17
一般財団法人広南会 広南病院	209	198	94.9%	24
独立行政法人地域医療機能推進機構 仙台南病院	200	133	66.6%	18

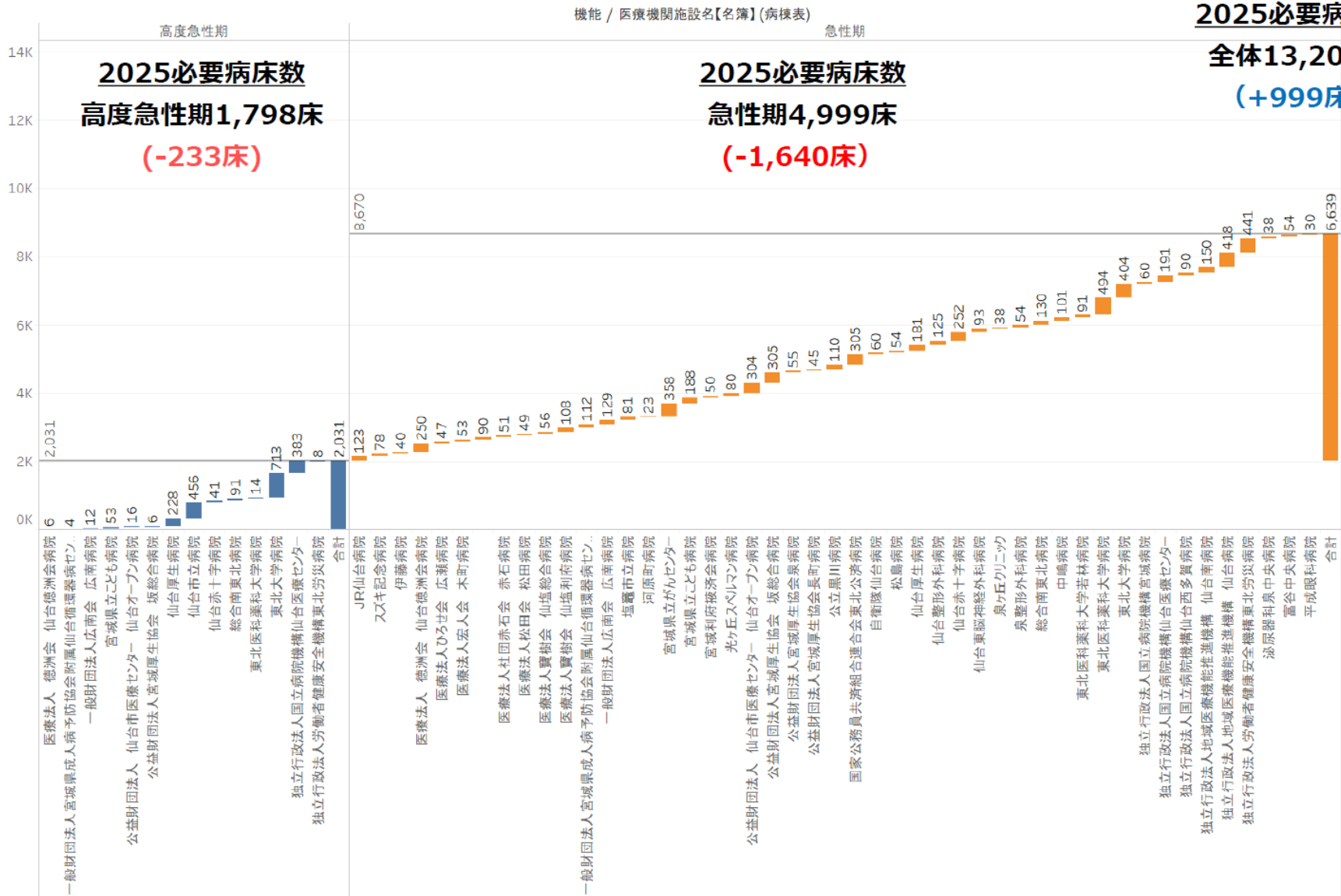
民間の採算ラインは95%

回復期を担う病棟(仙台医療圏)



2019年 病床機能報告より

赤枠は回復期を担うべき入院料



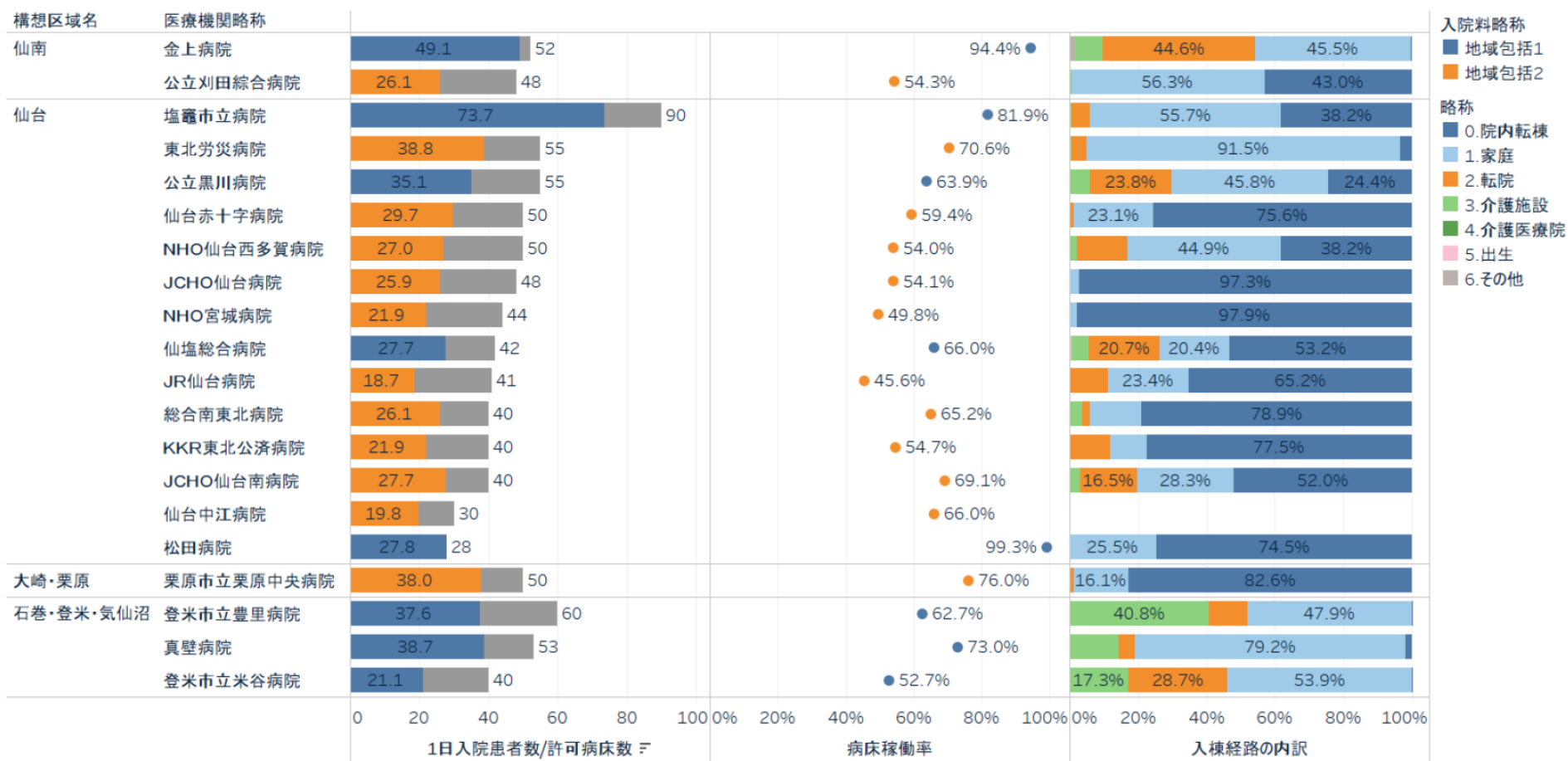
候補になる医療機関は複数ある

回復期の充実

- 病院経営上、採算性が高いのは慢性期と回復期
- 回復期リハビリテーション病棟は対象疾患限定
- 地域包括ケア病棟は入棟経路、在院日数、自宅退院率等に縛りあり、要件は強くなっている
- 地域一般病棟は最も要件が緩く、新設・増床の可能性が高いが、急性期病院から見ると医療水準は必ずしも十分ではない現在の回復期病床の医療レベルの底上げが肝要
- 県内の医療法人に余力は少ないが、県外からの可能性は高い
- 担い手は民間医療機関であり、県の介入余地は少ない

不足する回復期機能の稼働率が低いのはなぜか

図1：医療機関別入院料別の診療実績（地域包括ケア病棟入院料）



2021年 病床機能報告より

急性期総合病院で特に稼働率が低い

急性期は過剰であるが、 変わらない理由は何か

- 医療のヒエラルキー
 - 急性期が一番上という意識
- 医師およびコメディカルのモチベーション
- 医師確保（研修医を含む）
- 総合入院体制加算の魅力
- 救急医療の補助金、交付金の魅力

規模の縮小で現地持続ではどうか

- 経営の安定化には規模のメリットが大きい
 - 特に総合病院ではインフラ整備に多額の費用がかかる
- 二次救急に対応するためには多くの診療科、医師が必要
 - 令和6年度からの働き方改革で常勤医数が最も重要
- 人口減で医療需要の見通しが下がっている
 - 40年安定的な患者確保ができる見通しがポイント

持続可能な医療提供体制、 急性期の拠点化・集約化の意味

- 医療機関が存在すること自体が圏域の厚生に重要
 - 広域化できれば圏域全体の厚生レベルが向上する
- 健全経営なくして医療機関は存続できない
 - 選択と集中で経営効率を上げることは必須
 - 転院を伴うため県民の理解が必要
- 24時間、365日 十分な急性期医療に対応するには各科4名以上の常勤医が必要
 - 魅力のある病院になりたい

宮城県の癌医療

- 現在の癌医療は遺伝子レベル、分子レベルの診断・治療で高度化する一方で患者は高齢化しており、高機能な総合病院での医療が重要
- 宮城県には大学病院が2つあり、他の急性期病院の癌診療のレベルも高く、県立病院の存在意義は変化してきている
- 癌診療は「待てる急性期」であり、集約はさらに癌診療水準の向上に寄与する