令和８年度第２回
宮城県地域医療構想調整会議
（大崎・栗原区域）
資料　３

令和８年１１月１１日

医療機関機能の確保について

宮城県
Miyagi Prefectural Government

1　前回会議の振り返り

医療機関機能の確保について

1　前回会議の振り返り

■概要

※地域医療構想策定ガイドライン（厚生労働省）を事務局にて要約

- 地域において必要な医療提供体制を将来にわたり確保していく観点から、2040年頃の医療需要を見据えつつ、医療機関の役割分担や連携のあり方を整理し、地域全体として適切な医療提供体制を構築。
- 遅くとも2028年度までに、2040年において各医療機関が担う医療機関機能を地域医療構想調整会議において協議し、決定。

2040年に向けて確保する医療機関機能

医療機関機能	内容
高齢者救急・地域急性期機能	高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力･連携しながら、入院早期からのリハビリテーション･退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。
急性期拠点機能	地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
在宅医療等連携機能	地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
専門等機能	高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所が担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。
医育及び広域診療機能	大学病院本院が担うものであり、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前･卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

各医療機関が原則１つ以上の機能を確保する

医療機関機能の確保について

1　前回会議の振り返り

■協議の進め方

※地域医療構想策定ガイドライン（厚生労働省）を事務局にて要約

2026年度～2027年度上半期：客観的データに基づく現状や課題の把握・分析

- 客観的データに基づき、各地域の現状や将来の見込みに加え、区域ごとに提供できる医療の差異や区域間の流入、流出の状況の確認、他の都道府県との比較等も踏まえ、地域ごとの課題を把握・分析。
- 患者のアクセスへの支援、隣接する他都道府県との連携、大学病院本院による人的協力のあり方、各構想区域では確保することが困難な医療への対応等について協議。

～2028年度末：2040年の医療機関機能の決定

- まずは各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040年において担う医療機関機能を「医療機関機能報告」で報告。
- その後、地域医療構想調整会議で、客観的なデータを踏まえながら協議行い、遅くとも2028年度までに医療機関機能を決定。

機能決定の進め方

- 急性期拠点機能について、まずは①構想区域及び医療機関ごとの診療実績の現状や今後の見通し、医師の確保状況等を踏まえた上で、②区域内で何か所程度確保することが最適かを整理したのち、各医療機関が2040年に担う医療機関機能を決定。

- 高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関の配置状況も踏まえつつ、区域内で適切に確保していくことが重要。

- 「急性期拠点機能」を担う医療機関の確保を念頭に、「高齢者救急・地域急性期機能」を担う医療機関も併せて協議を進める。
- 本県においては、客観的データに基づく現状の把握・分析等を進めつつ、令和８年度医療機関機能報告の報告結果に基づき本格的な協議を開始する。
- 令和９年度医療機関機能報告で、各医療機関が協議結果を踏まえた報告が実施できるよう令和８年度後半～令和９年度前半に協議を進める（遅くとも令和10年度までには全て決定）。

２　急性期拠点機能の検討項目と留意点

医療機関機能の確保について

２　急性期拠点機能の検討項目と留意点

急性期拠点機能を担う医療機関の数（目安）

ガイドライン抜粋

○急性期拠点機能を担う医療機関については、2040 年の人口推計をもとに、人口20万人から30万人程度につき一か所程度を目安に確保する。

宮城県の状況

	人口（万人）2020年→2040年	後期高齢者人口（万人）2020年→2040年	生産年齢人口（万人）2020年→2040年	流出割合（R5患者調査）	流入割合（R5患者調査）	面積（㎢）	可住地面積（㎢）
仙南区域	17→13	3→3	9→6	37%	12%	1,551	517
仙台区域	154→145	19→27	97→83	4%	16%	1,649	841
大崎・栗原区域	26→19	5→5	14→10	24%	17%	2,329	1060
石巻・登米・気仙沼区域	34→24	6→6	18→12	21%	12%	1,753	768

本県においては、

✓　急性期拠点機能については、「人口20人から30万人程度につき１つ程度」が目安とされていることを踏まえると、現行の構想区域で算出した場合、仙台区域が「５～７」か所、その他の区域は各「１」か所の設定が目安となる。

医療機関機能の確保について

２　急性期拠点機能の検討項目と留意点

報告の基本ルール

- ✓ 各医療機関は、自院が地域で担う主たる役割に基づき、原則として４つの機能から１つを選択して報告する。

- ✓ ただし、高齢者救急・地域急性期機能又は急性期拠点機能を担う医療機関が、地域における在宅医療の後方支援（24時間対応やバックベッドの確保等）を主として担う場合には、「在宅医療等連携機能」を併せて報告することが可能（高度な急性期医療の集約化と高齢者救急の役割分担を明確化する観点から、「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」を重複して報告することはできない。）。

- ✓ 各機能の重複報告の可否は下記表のとおり。

各機能の重複報告の可否

	高齢者救急・ 地域急性期機能	急性期拠点機能	在宅医療等 連携機能	専門等機能	医育及び 広域診療機能
高齢者救急・ 地域急性期機能		×	○	×	×
急性期拠点機能	×		○	×	×
在宅医療等 連携機能	○	○		×	×
専門等機能	×	×	×		×
医育及び 広域診療機能	×	×	×	×	

医療機関機能の確保について

２　急性期拠点機能の検討項目と留意点

区域内に大学病院本院が存する場合の「急性期拠点機能」の数及び病院選定の考え方

〇医療機関機能報告制度上の取扱い

✓東北大学病院及び東北医科薬科大学病院については、報告制度上「医育及び広域診療機能」のみを選択することとなる。

〇急性期拠点機能の検討における実質的な取扱い

✓診療実態の評価においては他の医療機関と共通の枠組みを用い、客観的な診療実績（手術件数、救急受入実績等）の把握・分析・確認を同様に行う。
✓上記分析結果に基づき、地域医療構想調整会議等における協議を通じて、両病院が実質的にどの医療機関機能（※急性期拠点機能等）を担うべきかについて、他の医療機関と同じプロセスを経て検討・決定するものとする。

〇区域内における急性期拠点機能の数及び病院選定の考え方

✓協議の内容を踏まえ、仮に両病院が実質的に「急性期拠点機能」を担うものと整理された場合には、仙台区域の確保目安（人口20人から30万人程度につき１つ程度：５～７病院程度）の算定数に含める。
✓大学病院本院も含め、区域全体における最適な役割分担と需給バランスの整合を図る。

医療機関機能の確保について

2　急性期拠点機能の検討項目と留意点

急性期拠点機能の検討・決定における基本的事項

1．診療報酬の届出状況と診療実態の整合性の重視

- 診療報酬上の入院料や特定加算の届出状況は、機能選択における「目安」として活用するが、これらのみに基づいて形式的に機能を確定させるものではない。

- 同一の入院料区分であっても、手術件数や救急受入実績等の「診療密度」は医療機関ごとに差異がある。そのため、届出上の名称よりも、地域において実際に担っている診療実績や他院との連携上の役割を踏まえ、実効性のある役割分担を検討する。

【引用：ガイドライン本文（P24）】
「診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではない。診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として医療機関機能に係る協議を行うことは考えられるが、特定の診療報酬項目の届出の有無を（中略）取り扱うことは適切ではなく、地域における診療実態等を総合的に検討し、協議すること。」

2．設置主体（開設者）によらない公平な機能検討

- 急性期拠点機能を担う医療機関は、公立・公的、民間といった設置主体の別によって自動的に決定されるものではない。

- ガイドラインの指針に基づき、開設主体にかかわらず、診療実績や将来の医療従事者の確保見込み、医療機器の整備状況等を総合的に勘案する。

【引用：ガイドライン本文（P49）】
「開設主体に基づき急性期拠点機能を担う医療機関を決定するといった考え方は想定されず、設立主体によらず、診療実態や将来の医療資源の確保の見込み等を踏まえて検討する。」

医療機関機能の確保について

2　急性期拠点機能の検討項目と留意点

ガイドラインに基づく急性期拠点機能の検討項目｜1．手術の詳細

ガイドラインにおいて、急性期拠点機能の検討・決定に当たって、例えば以下項目について分析・確認を行うこととされている。

項目	評価の観点	具体的な検討内容
1．手術の詳細	症例の集約化と高度医療の担保	① **集約化の判定**：全身麻酔手術の総数を他地域や全国水準と比較し、症例が集約されているかを確認する。 ② **技術難易度の精査**：全身麻酔手術の中でも、拠点として担うべき「高度な技術を要する手術」と「外来でも実施可能な手術」を詳細に把握・検討し、拠点としての役割を評価する。 ③ **24時間救急・手術体制**：休日・夜間・深夜における緊急手術の実施実績から、拠点に求められる「救急疾患への総合的かつ即応的な対応力」を確認する。 ④ **主要領域の網羅性**：消化器外科、整形外科、循環器内科、脳神経外科等を中心とした、頻度が高く救急・手術を要する疾患への完結的な対応力を評価する。 ⑤ **特定領域の集約（必要時）**：人口減少地域等において、小児・周産期等の特定領域の集約先としての適格性を検討する。

※「具体的な検討内容」の分析・検討に当たり参考となるデータの例	データ出典
全身麻酔を伴う手術・処置件数 （消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術、頻度の高い手術・処置、帝王切開を除く全麻手術）	• 医療機関機能報告 • 病床機能報告 • DPCデータ
緊急手術・処置件数（時間外加算、休日加算、深夜加算の併算定件数）	

医療機関機能の確保について

2　急性期拠点機能の検討項目と留意点

ガイドラインに基づく急性期拠点機能の検討項目｜2．救急搬送受入実績

ガイドラインにおいて、急性期拠点機能の検討・決定に当たって、例えば以下項目について分析・確認を行うこととされている。

項目	評価の観点	具体的な検討内容
2．救急搬送受入実績	**重症・広域対応力と地域分担の適正性**	① **属性別受入実績の精査：** 救急搬送の受入総数を他地域や全国水準と比較する。その際、**年齢区分別**および**経路区分別**の詳細を確認し、重症・三次救急への対応状況を評価する。 ② **広域ハブ機能（上り搬送）：** 他の医療機関からの転院搬送（上り搬送）を積極的に受け入れているかを確認し、区域内の「最後の砦」としての拠点性を評価する。 ③ **高齢者救急との役割分担：** 85歳以上の受入割合や「下り搬送」の実績から、急性期拠点として高度医療に注力すべき側か、地域急性期として早期復帰を支える側かの適合性を判断する。 ④ **24時間受入体制の実効性：** 休日・夜間・時間外における救急受入の実績から、常時救急疾患に対応可能な体制が実態として機能しているかを確認する。 ⑤ **重症度と応需率：** 受入患者の重症度分布（重症・重篤の割合）を精査するとともに、消防機関等からの要請に対する応需率を確認し、拠点としての即応性と実効性を評価する。

※「具体的な検討内容」の分析・検討に当たり参考となるデータの例	データ出典
救急車受入件数（年齢区分別） （15歳未満/15歳～64歳/65歳～74歳/75歳～84歳/85歳以上）	• 医療機関機能報告 • 病床機能報告 • 消防データ（救急搬送統計）
受入経路区分・転院搬送実績 （救急隊による搬送/他院からの転院搬送（上り搬送）/自施設受入後の他院への転院搬送（下り搬送））	
時間外受入体制の有無・実績（休日・夜間・時間外の受入件数）	

医療機関機能の確保について

2　急性期拠点機能の検討項目と留意点

ガイドラインに基づく急性期拠点機能の検討項目｜3．総合的な診療機能

ガイドラインにおいて、急性期拠点機能の検討・決定に当たって、例えば以下項目について分析・確認を行うこととされている。

項目	評価の観点	具体的な検討内容
3．総合的な診療機能	**疾患への網羅的・完結的対応力の確保**	① **主要4領域の完結性：** **消化器外科、整形外科、循環器内科、脳神経外科**を中心として、救急対応・手術・処置を要する疾患に総合的に対応できる体制が確保されているか。 ② **24時間診断・治療インフラ：** 休日・夜間・時間外を含め、**CT、MRI、消化管内視鏡、血管造影**等の検査および**全身麻酔を伴う手術**が常時実施可能な体制（人的・設備的）が整っているか。 ③ **専門性の高い人員配置：** 各診療科の医師数に加え、専門医の配置状況や、高度急性期病棟（ICU等）における専門スタッフの充足状況を評価する。 ④ **重症受入基盤の整備：** 手術室数や、高度急性期・急性期機能の病床数・稼働状況から、重症患者を確実に受け入れるためのインフラが十分に整備されているか。

※「具体的な検討内容」の分析・検討に当たり参考となるデータの例	データ出典
診療科別医師数・専門医数（主要4領域および麻酔科等の充足状況）	• 医療機関機能報告 • 医師・歯科医師・薬剤師統計 • 医療施設調査
休日・夜間・時間外の診療実績・体制（検体検査、CT、MRI、消化管内視鏡、血管造影、全麻手術の実施体制）	
構造設備・病床機能の状況（手術室数/高度急性期（ICU/HCU/SCU等）の病床数と実績）	

※補足
- 国のガイドラインでは、小児・周産期・精神医療等の領域について、既に他院で体制が整備されている場合、**拠点病院が必ずしも当該機能を新たに担う必要はない**とされている（本文P46）。
- これに基づき、特定の診療科に特化した「専門等機能」病院等の実績も考慮しつつ、区域全体で医療が完結する最適な役割分担を協議する。
- したがって、**特定の診療科を有しないことのみで、直ちに拠点機能の適格性を欠くと判断されるものではない**。区域内での補完関係や連携の実績に基づき、拠点としての総合性を評価するものとする。

医療機関機能の確保について

2　急性期拠点機能の検討項目と留意点

ガイドラインに基づく急性期拠点機能の検討項目｜4．政策医療・公的役割

ガイドラインにおいて、急性期拠点機能の検討・決定に当たって、例えば以下項目について分析・確認を行うこととされている。

項目	評価の観点	具体的な検討内容
4．政策医療・公的役割	**地域医療体制への持続的貢献と公的責任の遂行**	① **災害・感染症等への即応性：** **災害拠点病院**（基幹・地域）や**周産期・小児救命救急**等の指定状況、および新興感染症発生時の病床確保等に係る**医療措置協定**の締結・履行体制を確認し、有事の拠点性を評価する。 ② **若手医師等の教育・養成機能：** **基幹型臨床研修病院**や**専門研修基幹施設**としての実実績から、将来の地域医療を担う人材育成への貢献度を評価する。 ③ **地域への人的協力（医師派遣等）：** 自院の体制維持のみならず、**他の医療機関への医師派遣や代診医の派遣**の実績から、区域全体の医療水準の維持・確保に寄与しているかを確認する。 ④ **医療需要に応じた適正化の実施：** 将来の人口動態・医療需要の変化を先取りし、自ら**病床の適正化（ダウンサイズ）や機能転換**を推進する役割を担っているか。

※「具体的な検討内容」の分析・検討に当たり参考となるデータの例	データ出典
指定・認定状況（災害拠点病院、へき地拠点病院/周産期母子医療センター、小児救命救急センター/医療措置協定の内容）	• 医療機関機能報告 • 病床機能報告 • 行政保有データ
研修・教育実績（初期臨床研修、専門研修の実施状況/初期研修医数、専攻医数）	
人的協力の実績（地域への派遣医師数/派遣医療機関数（※特に大学病院本院等との連携）	

医療機関機能の確保について

2　急性期拠点機能の検討項目と留意点

ガイドラインに基づく急性期拠点機能の検討項目｜5．地域のアクセスの状況

ガイドラインにおいて、急性期拠点機能の検討・決定に当たって、例えば以下項目について分析・確認を行うこととされている。

項目	評価の観点	具体的な検討内容
5．地域のアクセスの状況	**地理的・時間的な受療の利便性と適正配置の確保**	① **時間的アクセスの妥当性：** 患者の居住地から当該医療機関までの、自家用車または公共交通による**移動時間**を測定し、急性期医療の即応性が確保されているかを確認する。 ② **広域的な受療動向（流入流出）：** 当該医療機関への**患者の流入状況**（区域外や遠方からの来院）を確認し、広域的な拠点としての必要性を評価する。 ③ **偏在の解消と拠点配置：** 構想区域内における既存の拠点候補の配置を俯瞰し、一定の距離を隔てた地域において**拠点が空白とならないよう**、アクセスの観点から適切な配置数を検討する。 ④ **救急搬送時間の検証：** 救急現場から当該医療機関までの**搬送時間**を分析し、地域全体の救急医療体制のボトルネックの有無を検証する。

※「具体的な検討内容」の分析・検討に当たり参考となるデータの例	データ出典
患者の流入・流出状況（構想区域外からの入院患者数・割合）	• GIS（地理情報システム）分析 • 患者調査 • 地域公共交通計画 • 消防データ
拠点までの到達時間分析（30分圏内、60分圏内等のカバー人口）	
二次医療圏内での地理的分布（他拠点との距離、空白地域の有無）	

医療機関機能の確保について

2　急性期拠点機能の検討項目と留意点

ガイドラインに基づく急性期拠点機能の検討項目｜6．施設の整備状況と経営

ガイドラインにおいて、急性期拠点機能の検討・決定に当たって、例えば以下項目について分析・確認を行うこととされている。

項目	評価の観点	具体的な検討内容
6．施設の整備状況と経営	**インフラの持続性と高度医療提供基盤の担保**	① **施設の耐用性と将来計画：** 建物の**築年数や構造**（耐震性等）から、2040年に向けた継続的な使用や建替えの必要性を確認し、拠点を維持しうる物的基盤を評価する。 ② **高度医療機器の保有・活用：** **CT、MRI、血管造影、手術支援ロボット（ダヴィンチ）等の最新・高度医療機器の整備状況を確認し、拠点に相応しい診療密度が確保されているかを確認する。** ③ **手術・重症受入インフラ：** **手術室数や、高度急性期病床（ICU/HCU/SCU等）の整備状況から、集約化された救急・手術ニーズを滞りなく受け入れられるキャパシティを確認する。** ④ **経営の安定性と公的支援：** **各種補助金や繰入金**の活用状況を確認し、不採算な政策医療を維持しながら拠点機能を継続できる経営基盤や行政の支援体制を評価する。

※「具体的な検討内容」の分析・検討に当たり参考となるデータの例	データ出典
建物の構造・築年数（同一/隣接敷地内施設を含む）	• 医療機関機能報告 • 医療施設調査 • 病院決算データ • 病床機能報告
手術室数および高度医療機器の保有台数（CT、MRI、PET、血管造影、リニアック、手術支援ロボット等）	
財務・支援状況（各種補助金の受入状況、一般会計からの繰入金の状況（公立病院等））	

３　今後の方向性

医療機関機能の確保について

3　今後の方向性

医療機関機能の確保に係る協議の進め方（今後のスケジュール予定）

項目/年度	協議の内容等	2026（令和8）年度	2027（令和9）年度	2028（令和10）年度
医療機関機能報告		【第１回目報告】（現状の報告）	【第２回目報告】（協議結果の反映）	【第３回目以降報告】（協議結果の反映）
①現状把握・構想区域の点検	• 2040年に向けた医療提供体制の構築を見据え、急性期拠点機能の確保の観点から、急性期医療の需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定。	←	→	
②急性期拠点機能を担う病院数等の目安検討	• 2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度につき一か所程度を目安に確保。 • 人口規模のみではなく、患者の流出入の状況や区域全体･各医療機関の診療実績、医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案。	←	→	
③急性期拠点機能を担う病院の決定	• 医療機関数を整理した上で、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、連携･再編･集約化の方向性も踏まえ協議。 • 急性期拠点機能としての役割を満たすことができるよう、人的協力の取り決め等を併せて確認。	←	→	
④各医療機関の機能決定・役割分担の協議	• 各医療機関機能を担う医療機関が当該地域において求められる役割に向けた具体的な取組について協議。 • 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の間での、手術や救急医療に係る具体的な役割分担のあり方について協議。	←	→	

令和9年度中の決定を目標に協議を実施

遅くとも令和10年度末までに決定

※協議の進捗等により、変更となる場合があります。

医療機関機能の確保について

３　今後の方向性

医療機関機能の確保に係る協議の進め方（情報の取扱いについて）

■課題

医療機関機能の協議において、診療実績や施設の老朽化、地域アクセス、経営状況等を比較検討する際、医療機関名を非公開とした場合、地域全体としての最適配置やアクセスへの影響を具体的に可視化・検証することが困難です。

■協議の実施方針

１．本格的協議の開始と診療実態の評価

- 令和８年度医療機関機能報告の報告期間（12/11(金)まで）終了後、区域内での急性期拠点機能の選定に係る協議を開始します。
- 協議に当たっては、9ページ～14ページに記載の「急性期拠点機能の検討マトリクス」に基づき、６つの検討項目（手術・救急・総合機能・政策医療・アクセス・施設状況）に沿って、各医療機関の診療実態を各種データに基づき多角的に分析・精査します。

２．医療機関名を公開した形での個別協議の実施

- 急性期拠点機能の適正数や配置の妥当性を検討する際、病院名を伏せた状態では「地域全体の最適配置」や「住民のアクセスの利便性」を具体的に検証することが困難です。
- そのため、拠点機能の候補となる医療機関等の実績を比較検討する場面においては、必要に応じて医療機関名を特定した（実名での）状態で、診療実績等の提示及び協議を行います。

３．会議の公開・非公開に関する柔軟な運用

- 調整会議は公開とし、透明性の高い議論を行うことが原則です。
- ただし、病院経営に重大な影響を及ぼす恐れのある詳細な機微情報を扱う場合や、円滑な合意形成を図るために必要があると認められる場合には、「非公開（委員及び医療関係傍聴者のみ、委員のみ　など）」での開催も可能であり、会議の運用方法を柔軟に検討し、率直な意見交換が行える場を確保します。