令和８年度第１回山形県保健医療推進協議会地域医療構想部会

議　事　録

令和８年９月 14 日（月）18：30～

山形県庁 1602 会議室（ハイブリッド形式）

１　開会

２　あいさつ　山形県健康福祉部　城戸口　一子部長

３　協議

（１）部会長及び副部会長の選任

・部会長に県医師会会長の間中英夫委員、副部会長には山形大学大学院の村上正泰委員を選任

（２）「新たな地域医療構想について」、（３）「外来医療計画（第８次後期）について」

・事務局より、資料１－１、資料１－２、資料２により説明。

（山形県医師会会長　間中　英夫　委員）

ただいま事務局から説明のありました内容のうち、資料１－１の１枚目中段にございますご意見をいただきたい事項、

（１）　構想区域の設定にあたって考慮すべき事項について

（２）　医療機関機能検討にあたっての考え方について

（３）　その他新たな地域医療構想策定にあたり、考慮・検討すべき論点について

以上の３点について、名簿順にご発言をお願いいたします。

（山形市医師会会長　篠原　正夫　委員）

新たな地域医療構想についてですが、同じ村山地域でも、地域によって状況はかなり違うと思います。例えば、山形市と東根などでは事情が異なりますので、村山地域の中でも、もう少し細かく分けて考える必要があるのではないでしょうか。山形市内については、現時点でそれほど困っているという状況ではなく、医療側からも大きな問題はあまり聞いていません。

ただ、ほかの地域も同じとは限りません。地域ごとに状況や課題が異なるため、県から示されたデータだけでなく、より細かな地域単位で分析しないと、実態を十分に把握するのは難しいと思い

ます。

外来医療計画についても、やはり場所によって状況は相当違うと思います。統合して見ていく必要がある地域もあれば、医療機関も需要も一定程度ある地域では、「減らしていこう」「統合していこう」という話には、なかなかなりにくいと思います。病床数について言えば、私は精神科ですけれども、精神科の病床数は少し多く、病棟を減らしていくことは十分可能だと思います。昔とは状況も違います。ただ、精神科医療では、かかりつけ医のような考え方で病院と診療所を単純に分けることは難しいと思います。診ている患者さんが異なりますし、病名によって病院と診療所で役割分担している部分もあります。こうした中で、「かかりつけ医」という考え方を山形市でどこまで進められるのか。これは、他の診療科についても同様ではないかと思います。

（新庄市最上郡医師会会長　穀野　真一郎委員）

先ほど篠原先生からもお話がありましたように、県内でも地域によってかなり状況が異なると思います。今回、最上郡の８市町村から、地域医療構想の策定に関する要望書が出されております。その中にもありますが、最上地域では人口減少と高齢化が進む一方、医師・看護師をはじめとする医療人材の不足が深刻になっています。その中で、県立新庄病院は地域医療の最後の砦ともいえる存在であり、その機能は地域住民の安心に直結しています。

特に、最上地域のような豪雪地域では、医療へのアクセスを単純な距離だけで評価することはできません。冬季には降雪や路面状況によって移動時間や救急搬送時間が大きく延びるため、他地域の医療機関に依存する体制では、住民の安全を十分に守れない可能性があります。そのため、新たな地域医療構想では、人口規模や患者数だけでなく、冬季を含めた実際のアクセス時間や救急搬送時間、地域内で必要な医療をできる限り完結できる体制を重視していただきたいと思います。

最上地域については、県立新庄病院を中心とする現在の医療提供体制を基本としながら、豪雪地という地域特性を十分に踏まえ、将来にわたって住民が安心して暮らせる医療提供体制を確保していただきたいと考えております。

（米沢市医師会会長　石橋　正道　委員）

構想区域について申し上げますと、最近、地域の病院で手術ができなくなったということがあり、大きな問題になっています。置賜には置賜としての事情がありますので、今後、医療機関の役割分担も含め、地域としてどのように取り組んでいくかが非常に重要な課題だと思っています。

（酒田地区医師会十全堂会長　酒井　朋久　委員）

先ほど穀野先生がおっしゃったように、地域によって季節性の差が非常に大きいと思います。地

域医療構想を考える上では、将来的に人口が 20 万人弱になると見込まれる中で、国が示している「30 万人未満」や「20 万人未満」といった区分が、地域の実情にどこまで合うのかということは感じています。また、庄内ではネットワークなどを活用し、在宅医療を含め、急性期から慢性期までの医療について検討を進めています。まだ始まったばかりではありますが、地域の実情に合った形に少しずつ変えていければと考えています。

（山形大学医学部附属病院病院長　園田　順彦　委員）

このお話を聞いて、医師派遣の実情から申し上げますと、やはり地域性は非常に重要で、単純に人口割りで医師を派遣するということは考えにくいと思います。特に、救急搬送が円滑に行えない地域については、その医療圏の中である程度医療を完結する必要があると認識しており、その点は十分に考える必要があります。一方で、20 万人、30 万人に急性期拠点を１か所として集約した場合、その１病院ですべてを担えるのかという問題もあります。

また、ほかの病院をすべて「高齢者救急・地域急性期機能」としてしまうのも、少し乱暴ではないかと思います。実際には、急性期を担いながら高齢者医療も行っている病院もありますので、「急性期」と「高齢者医療」に明確に二分することは、現時点ではなかなか難しいと考えています。中間的な機能を持たせることが可能なのか、ほかの地域の事例も踏まえながら、今後議論していく必要があると思います。

（県立中央病院院長　鈴木　克典　委員）

先日、日本病院会の学会に参加しましたが、その中で「医療機関や医療者、患者の保守的なマインドが改革の阻害になる」との指摘がありました。これまで築いてきたものを守ることはもちろん大切ですが、人口構造が変化し、医療人材も減少する中で、過去と同じものを守り続けるだけでは、将来の医療の質を維持することは難しいという話でした。2040 年の姿にすぐ合わせるということではありませんが、状況が切迫する中で、やはり少しずつ前に進めていく必要があると思います。

統合ありきということではなく、さまざまなことを考えながら、地域に合った形で改革を進めていくことが必要ではないかと思っています。

（山形済生病院院長　石井　政次　委員）

人口だけで考えるのではなく、患者の流入や救急搬送時間、冬期間の交通事情なども含めて考える必要があると思います。村山地区は比較的医療体制が整っていますが、すべてを一つの地域で完結させるのは難しいと思います。高度な救急医療や専門医療については、大学病院や大きな病院を中心に、県全体で支えていく必要があります。一方で、高齢者救急や一般的な医療については、ある程度地域ごとに分けて、地域に密着した医療を考えていくべきだと思います。また、地域医療構

想の５つの区分については、私自身はある程度妥当ではないかと考えており、今後は想定された形に沿って進んでいくのではないかと思っています。

（篠田総合病院院長　篠田　淳男　委員）

当院はすでに「高齢者救急・地域急性期機能」や回復期リハビリテーションを担っていますが、例えば心筋梗塞や血栓除去が必要な患者さんなどについては、それぞれの急性期病院の得意分野に応じて紹介しています。急性期といっても一括りにはできず、それぞれ得意・不得意がありますので、いきなり統合というのは、なかなか難しいのではないかと感じています。一方で、現在の７対１看護基準を維持していくことや、今後の看護師数、若年者層の減少を考えると、ある程度の調整は必要になってくると思います。国もその辺を危惧しているのだと思いますが、非常に難しい問題ですので、話し合いを重ねながら進めていくしかないのではないかと感じています。

（山形市立病院済生館病院事業管理者　貞弘　光章　委員）

構想区域についてですが、現在、県内には４つの二次医療圏があり、それぞれ機能しています。国から構想区域についてさまざまな例示が示されていますが、現時点で大きなメリットがないのであれば、これまでの二次医療圏を基本とした構想区域でよいのではないかと思います。医療計画、二次医療圏、構想区域を整合させながら考えていけばよいのではないでしょうか。

次に、医療機関機能の分類についてです。国の基準で考えると、人口減少が進む山形県ではかなり集約されることになると思いますが、一方で、医療従事者を県内に残すために、魅力ある病院を確保していく視点も非常に大事だと思います。看護学生についても県内残留率が低いと聞いており、「県内に魅力ある病院がない」と感じて県外に出る学生もいるようです。

そうした人材確保の観点も含め、国の基準をそのまま当てはめるのではなく、地域の実情に応じて柔軟に対応していただきたいと思います。

また、例えば村山地域で急性期拠点病院を絞った場合、その下にある「高齢者救急・地域急性期機能」を担う病院の役割は非常に大きくなります。急性期を集約することだけでなく、そうした病院の機能をどのように分けていくのかが重要だと思います。

今後は高齢者救急の需要がさらに大きくなると考えられますので、夜間や休日も含めて、地域の中でどの病院がどの役割を担うのか、「地域拠点的な機能」や「地域密着型の拠点」といった考え方も含めて整理する必要があると思います。

さらに、在宅医療も今後確実に増えていきますので、病院だけでなく、在宅医療機関や在宅療養支援診療所も含めて地域医療全体を組み立てていく必要があります。

そうした中で、医療従事者が県内に残りたいと思える「魅力ある病院」をどうつくっていくかと

いう視点も、ぜひ重視していただきたいと思います。

（県立新庄病院　長瀬　輝顕　委員）

全国的に言われている 2040 年問題については、最上地域ではすでに先行して直面してきた課題だと考えています。新庄・最上では、すべての診療科を地域内で完結できるわけではなく、大学からの支援や他地域の基幹病院との連携により、急性期拠点機能を担いながら、高齢者救急・地域急性期機能に近い役割も果たしています。また、これまで 20 年ほどかけてダウンサイジングを進めてきており、地域唯一の基幹病院として救急医療を維持していくためには、これ以上の機能や人員の縮小は難しいと考えています。少なくとも 2040 年頃までは、現在の急性期医療機能を維持したいと考えています。当院では入院患者の３分の２が高齢者で、外来患者の大部分が高齢者という診療科もあります。こうした方々が山形市まで通院するとなれば、片道２時間以上かかる場合もあり、冬季はさらに大きな負担となります。交通手段を確保できたとしても、距離と時間の問題は大きな障壁ですので、ぜひ考慮していただきたいと思います。

一方で、今後の人口減少を考えれば、将来的に現在の機能がオーバースペックと評価される可能性もあります。その場合には、現在も北村山地域の一部から救急搬送を受け入れていることから、例えば北村山公立病院と連携し、北村山地域の救急の一部を受け入れることで、村山二次医療圏の負担軽減にも貢献できるのではないかと思います。

また、医師偏在指標やへき地指数を見ても、現在の最上地域の状況は非常に厳しく、将来の山形県の姿を先取りしているとも言えると思います。例えば、この地域を医療特区のような形で、将来の山形県の医療のあり方を検討する場とすることも一つの考え方ではないでしょうか。

当院としては、地域に持続的に医療を提供しながら、県全体の医療体制にも貢献していくことが、病院存続の基本的な方向性だと考えています。

（公立置賜総合病院院長　江口　英行　委員）

構想区域の設定と医療機関の機能について、置賜地域を念頭に考えていました。置賜の人口は現在 20 万人程度ですが、2040 年には 15 万人を下回る見込みです。そうした中で、置賜に本当に急性期の拠点病院を置けるのか、国が示す要件を満たすのはかなり難しいのではないかと感じています。全く個人的な意見ですが、例えば米沢市立病院と置賜総合病院が「高齢者救急・地域急性期機能」を担い、村山に拠点病院を置くという形で、それぞれが現在の体制を生かしたほうが持続性があるのではないかとも考えています。人口だけで一律に区分するのはなかなか難しく、それぞれの地域にはこれまでの歴史や医療提供体制があります。その中でできることを積み重ねてきていますので、大きく方向転換するのであれば時間も必要ですし、今の体制からどのようにつなげていくかが難しいところだと感じています。

（米沢市立病院院長　長岡　明　委員）

構想区域については、将来的に二次医療圏との整合性を持たせることが望ましいとされていますが、病院機能や地域の医療ニーズが、本当に構想区域と二次医療圏に合うのかという点は、かなりハードルが高いのではないかと感じています。置賜地区は、厚生労働省が示しているへき地尺度でも、東北 6 県の中で高い地域にあります。豪雪地帯であることや冬期間のアクセスなど、さまざまな要因があり、医療へのアクセスという面では不利な条件を抱えています。救急医療についても距離の問題がありますので、現在は米沢市立病院と公立置賜総合病院で置賜地区を分担しています。構想区域を広げた場合に、その中で本当に救急機能を分担できるのか、現実的に可能なのかという点は、十分に考える必要があると思います。

一方で、高齢化や人口減少を踏まえれば、病床機能については構想区域の中で検討していく必要があります。米沢市立病院について申し上げますと、３年前から三友堂病院と急性期、回復期を分担しており、当院は急性期病床のみを持っています。現在は急性期病院として機能していますが、今後「高齢者救急・地域急性期機能」といった役割を求められ、回復期を含めた病床機能の変更を求められると、現在の枠組みでは対応が難しいところがあります。また、これまでの地域医療構想に合わせて病床数もかなり絞ってきていますので、これ以上ダウンサイジングすると、地域医療そのものを維持することが難しくなる懸念もあります。

人口や各種指標だけで構想区域を広げるのではなく、アクセスや冬期間の事情、地域ごとの医療提供体制なども含めて、本当に一律に整理できるのかということを丁寧に議論していただきたいと思います。

（日本海総合病院院長　橋爪　英二　委員）

庄内についてですが、人口減少や医療資源の減少が進む中で、今後、病院を維持していくためには、機能分担と集約化は避けて通れないのではないかと考えています。地域ごとにさまざまな事情があることは承知していますが、何より病院経営が継続できなければ、医療提供体制そのものを維持することができません。そう考えると、病院同士が密に連携しながら機能を分担し、必要な部分を集約していくことが、今後の一つの方向性ではないかと思っています。

（鶴岡市立荘内病院院長　鈴木　聡　委員）

私は医療機関機能に絞って申し上げます。資料 45 ページから 47 ページにある、急性期拠点機能と「高齢者救急・地域急性期機能」の役割分担についてですが、両機能を明確に分ける考え方が、実際の地域医療に即しているのかという点は疑問に感じています。急性期拠点機能を担う病院であっても、高齢者の救急患者を受け入れないということは現実的ではありません。また、周辺に高齢者救急を担う病院が十分にある地域ばかりではないと思います。役割分担そのものは必要ですが、この２つの機能を明確に分けることには、実際には難しい面があるのではないかと思います。ま

た、「高齢者救急・地域急性期機能」を担う病院が、診療報酬を含めて十分に評価される仕組みになるのかという点も気になっています。

一方で、資料には、山形県では地域の実情に応じて柔軟に考えるという方向性も示されています。急性期拠点病院についても、人口 20 万から 30 万人に１か所と一律に考えるのではなく、地域医療構想調整会議を中心に、地域性を踏まえて柔軟に検討していただきたいと思います。

（山形大学大学院教授　村上　正泰　委員）

まず、構想区域の設定についてですが、今回の厚労省のガイドラインでは、構想区域に急性期拠点機能を必ずしも置く必要はないとされていますので、現状をベースに考えてよいのではないかと思います。庄内は交通事情もあり、内陸との救急の行き来はほとんどありません。一方、内陸では、全身麻酔手術などで最上や置賜から村山地域への患者流入がありますが、救急搬送入院については、最上、置賜とも９割程度がそれぞれの地域で完結しています。構想区域を広域化したとしても、特に救急については地域単位での議論が必要になりますので、実態に即して、現在の 4 つの二次医療圏を基本に考えることでよいのではないかと思います。

次に、医療機関機能についてですが、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能を明確に線引きできるのかという疑問はあります。また、国の考え方が高齢者救急への対応にやや偏っているのではないかという点も感じています。ただ、医療機関機能や病床機能、診療報酬などを見ても、これまで「急性期」と捉えてきた部分について、役割をより明確にする方向で見直しが進んでいることは間違いありませんので、それへの対応は考えていく必要があります。急性期拠点機能を人口 20 万から 30 万人に 1 か所という基準だけで考えるべきではありませんが、患者数や勤務体制、地域のほかの病院への医師派遣や当直支援まで考えると、それだけの機能を担うには一定の規模が必要だと思います。また、急性期拠点機能を考える際には、「高齢者救急・地域急性期機能」の位置づけとセットで考える必要があります。ただ、その中でも急性期機能をどの程度担っているかにはかなり差が出てくると思いますので、急性期を重点的に担う医療機関など、一定の区分を検討する必要があるのではないかと感じています。

（県地域医療構想アドバイザー　栗谷　義樹　委員）

皆様のご意見を伺っていて、これを話し合いだけで調整していくことが本当にできるのか、という難しさを感じています。また、国と都道府県との関係やガバナンスも非常に複雑で、どのように決めていくのかということも気になっています。

構想区域について、国の基準に当てはめると、山形県では１つだけが該当し、残り３つは基準から外れ、過疎地域としての構想区域になると考えられます。その背景には、2040 年に向けて医療需要が減少するだけでなく、生産年齢人口が大きく減り、病院に必要な人材を確保できるのかという問題があると思います。

また、医療機関機能を検討する上で、経済的なインセンティブが現時点で全く見えていないことも、議論を難しくしている大きな要因だと思います。特に急性期医療では高額な薬剤も多く、今後の薬価政策やドラッグロスなどの影響によっては、急性期機能そのものを維持できるのかという問題も出てきます。

このように考える要素が非常に多く、医療機関の機能をどう決めていくのか、現時点ではなかなか見えてきません。特に経済的な部分については、今後、国から一定の方向性が示されないと議論を進めにくいのではないかと思います。

もう一つは、医療需要をこれまでと同じ考え方で捉えてよいのかということです。標準的な医療をすべて提供するというだけでなく、疾病を抱えた方の生活支援という視点から、医療と介護を含めて地域全体で考えていく必要があります。

さまざまな要因が絡み合っているため、関係者間で方向性を決めていくこと自体が非常に難しくなっている、ということを今日の議論を聞いて感じました。

（山形県医師会会長　間中　英夫　委員）

皆様のご意見を伺っていると、地域の事情をもう少し丁寧に検討した上で、医療圏の見直しや拠点病院のあり方については、あまり早急に決める必要はないのではないかという意見が多かったように感じています。

日本医師会の松本会長のお話や近県の状況を聞いても、急性期拠点機能については、大学病院本院は対象外とする解釈があるようで、分院については一般病院と同様の扱いになると理解しています。

大学病院は、県によって複数あったり、県庁所在地とは別の地域に立地していたりと事情がさまざまですので、今回の拠点病院とは別に考えるほうがよいのではないかと思います。今回の資料でも、大学病院を必ず含めるという整理にはなっていないと受け止めています。

また、急性期拠点病院についても、大学病院など一部の病院だけでは十分ではなく、今後、ある程度対象を広げていくという考え方も示されています。そうした議論も参考にしながら検討していきたいと思います。

続きまして、資料１－１の１枚目下段にございます協議・決定いただきたい事項、

（１）構想策定の検討体制、検討スケジュール、各地域調整会議での協議事項について

（２）外来医療計画策定及びかかりつけ医機能の協議の進め方について

以上の２点について、ご意見・ご質問のある方はいらっしゃいましたらご発言願います。

（県立新庄病院院長　長瀬　輝顕　委員）

外来医療計画についてですが、最上地域には８市町村がある中で、新庄市以外では、一部に病院があるものの、多くの町村では診療所が１か所程度という非常に厳しい状況です。その多くが公立診療所で、開業医の先生方も減少しており、地域医療を支えている先生方の負担は非常に大きくなっています。

また、内科以外の診療科は、ほぼ県立新庄病院に集中しているのが実情です。そのため、当院としても、地域の医療需要や外来診療を支えざるを得ない状況にあります。

これまでも病診連携による機能分担を進めてきましたが、今後さらに開業医が減少すれば、国が地域医療構想で示しているような形を最上地域で実現することは、より難しくなると思います。

先ほども申し上げたように、最上地域は、いわば 2040 年のさらに先の状況をすでに迎えている地域です。外来医療計画やかかりつけ医機能の協議についても、一般論ではなく、地域の実情を十分に踏まえて議論していただきたいと思います。

（山形県医師会会長　間中　英夫　委員）

ありがとうございます。資料１－１の一番下の「協議いただきたい事項」については、提案のとおりでよろしいでしょうか。特に異議の声もございませんので、それでは事務局におかれましては、提案のスケジュールに基づき、今後の策定手続きを進めてくださるようお願いいたします。

続いて、議題の（４）その他ですが、事務局から何かありますか。

（事務局から「特にありません」の声）

他に、委員の皆様から何かございますか。なければ以上で議事を終了といたします。皆様、円滑な議事にご協力いただき、ありがとうございました。進行を事務局に戻します。

（事務局）

間中会長ありがとうございました。また、皆様から貴重なご助言等を賜り、ありがとうございました。本日合意いただいた事項に基づき、地域医療構想部会を運営してまいりますので、引き続きのご協力をお願い申し上げます。それでは、以上を持ちまして、本日の部会を閉会いたします。お忙しい中、ご参加いただきまして、誠にありがとうございました。