

令和6年3月22日
第5回西村山地域医療提供体制検討会資料

資料3

西村山地域医療提供体制 検討ワーキンググループ

最終報告書

令和6年3月22日

目 次

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. 報告の要旨 | |
| 1. 1. 調査・検討の背景と経過 | 1 |
| 1. 2. 調査・検討を踏まえた現状認識（中間報告） | 1 |
| 1. 3. 目指すべき方向（中間報告） | 2 |
| 1. 4. 新病院の整備に向けた検討課題の整理 | 2 |
| 1. 5. ワーキンググループからの提言 | 3 |
| 2. 西村山地域の医療提供体制に関する現状と課題 | |
| 2. 1. 西村山地域における将来推計人口と将来推計患者数の推移 | 4 |
| 2. 2. 西村山地域からの流出患者の状況 | 6 |
| 2. 3. 山形県内及び西村山地域の医師の配置状況 | 11 |
| 2. 4. 西村山地域の公立4病院における診療体制と運営状況 | 14 |
| 2. 5. 西村山地域の公立4病院へのヒアリング結果 | 19 |
| 2. 6. 山形市内の急性期病院へのヒアリング結果 | 22 |
| 3. 西村山地域における医療提供体制のあり方案 | |
| 3. 1. 調査・検討を踏まえた共通認識 | 25 |
| 3. 2. 西村山地域の医療提供体制の再構築に向けた基本方針 | 26 |
| 3. 3. 西村山地域における医療提供体制のイメージ | 27 |
| 3. 4. 新病院の診療機能の検討に向けた基本的な考え方 | 28 |
| 4. 西村山地域医療提供体制検討会（10/19）における中間報告の結果 | 29 |
| 5. 先行事例の調査結果 | |
| 5. 1. 視察調査先の概要 | 31 |
| 5. 2. 調査結果の主なポイント | 32 |
| 6. 新病院の整備に向けた検討課題の整理 | |
| 6. 1. 診療機能の整備に関する課題 | 34 |
| 6. 2. 施設整備に関する課題 | 42 |
| 6. 3. 運営体制の整備に関する課題 | 49 |
| 6. 4. 整備検討の進め方に関する課題 | 57 |
| 7. 西村山地域の医療提供体制の再構築に向けた提言 | 61 |
| 8. 参考：ワーキンググループについて | |
| 8. 1. 開催経過 | 62 |
| 8. 2. 設置要綱 | 63 |
| 8. 3. 構成機関及び出席者 | 64 |
| 9. 用語集 | 65 |

1. 報告の要旨

1.1. 調査・検討の背景と経過

- ◆ 当ワーキンググループは、昨年度の「西村山地域医療提供体制検討会」での申し合わせに基づき、西村山地域 1 市 4 町の担当課と公立 4 病院、県病院事業局、山形大学医学部、県健康福祉部、村山保健所を構成機関として昨年 4 月に設置されました。11 月には寒河江市西村山郡医師会も加わり、年間 9 回の会議と、県内外の 10 病院へのヒアリング等を通して調査検討を行ってきました。
- ◆ 昨年度の検討会では、県立河北病院と寒河江市立病院の統合を前提として検討を進めることに対して慎重な意見も一部にありました。このためワーキンググループでは、より丁寧に議論を進めるため、年間の協議内容を前半と後半に分け、前半では改めて西村山地域の医療提供体制の現状と課題を調査し、地域で必要とされる診療機能の考え方や再編統合の必要性を議論することにしました。
- ◆ 前半のワーキンググループでは、西村山地域の入院・外来患者の流出入状況や救急搬送の状況、公立 4 病院の医師配置状況、手術件数の推移、経営状況等の各種データの分析を行い、それらを基に、西村山地域の公立 4 病院、山形市内の急性期 4 病院に対するヒアリング調査を行いました。5 回の会議を通じた議論の結果、中間報告として、県立河北病院と寒河江市立病院を統合して新病院を整備することが妥当とする考え方をまとめました。
- ◆ 10 月の検討会における中間報告の結果、新病院を整備する方針に対して、出席委員から一定の評価を得ることができました。このため後半のワーキンググループでは、4 回の会議を通して、新病院を整備する場合の運営母体や整備スケジュール等の具体的な検討課題について議論しました。また、検討過程では、他県における公立病院の再編統合の先進的な事例の視察調査も行いました。
- ◆ 本最終報告書は、以上の経過を経て取りまとめられました。以下に、ワーキンググループとして取りまとめた基本的な考え方を示します。

1.2. 調査・検討を踏まえた現状認識（中間報告）

- ◆ 年度前半の調査・検討の過程では、入院では西村山地域在住者の過半数が他地域に流出していることや、休日・夜間の救急搬送は平日時間内よりも他地域への流出割合が大きいこと、地域内の公立病院での手術件数が 5 年間で約 7 割まで減少、特に全身麻酔の手術は約 4 割まで減少していることなどが分かりました。また、ヒアリングでは、これらのデータを裏付けるような現場の実情が明らかになりました。
- ◆ まず、救急医療については、現在の公立 4 病院では、医師の不足と高齢化、時間外における検査人員体制の不足等により十分な当直体制を組むことができず、時間外の救急搬送患者の受入れを断るケースが多くなっています。また手術についても、急性期を担う県立河北病院と寒河江市立病院において、バックアップのために必要な麻酔科医や循環器科医のどちらか一方が不足するなど受入れ体制が不十分であり、手術症例件数が増えないことで若手医師の派遣も受けにくくなるという悪循環に陥っています。さらに一般入院についても、特に脳疾患のリハビリ体制が十分ではなく、地域連携パス※に位置付けられる病院が地域内にないことが、山形市内で急性期治療を終えた患者の受入れが進まない主な要因になっています。※巻末を参照（以下同）
- ◆ 以上の問題は、個別病院の運営を維持したまま病院間の連携・機能分担で解消を図ることは困難であることから、医師や薬剤師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、高額医療機器等の医療資源を集約し、急性期・回復期ともに地域の中核的な役割を果たすことができる一定の規模を持つ病院を新たに整備することが妥当であると考えます。同様の機能を持った病院に医療資源が分散する現体制を維持した場合、近い将来において病院機能はさらに縮小し、二次救急医療体制の維持はおろか、回復期・慢性期の機能さえ、地域内で十分に果たせなくなるおそれがあると考えます。
- ◆ なお、公立病院の医師が高齢化していることから、現病院の人材を集約しただけでは十分な集約効果を得ることは難しいとする意見もあります。新たな病院の整備に当たっては、若手医療従事者にとって魅力のある職場環境をつくり、医療スタッフの新陳代謝が促されるような病院にしていくことが必要であると考えます。

1.3. 目指すべき方向（中間報告）

- ◆ 以上の現状認識のもと、西村山地域の医療提供体制の再構築に向けては、県立河北病院と寒河江市立病院の2病院を統合して新病院を設置し、限られた医療資源を集約配置するべきと考えます。
- ◆ 村山地域全体での医療完結を前提として、脳卒中や急性心筋梗塞、がん等の高度で専門的な治療が必要な患者については山形市内の三次医療機関や基幹病院で対応し、新病院を含む西村山地域の公的医療機関は、山形市内の急性期病院との役割分担、機能連携を図る必要があります。
- ◆ 新病院は、地域包括ケアシステムを支える地域密着型の中核病院となることが期待されます。主な機能として、在宅療養支援機能、在宅医療・看護機能、リハビリ機能等を充実させ、在宅や介護施設等での急変患者の受入れも含めた回復期に十分対応していくことが必要です。特にリハビリについては、山形市内で専門治療を終えた患者を積極的に受入れていくために、新病院において脳疾患リハビリの体制整備を進めていく必要があります。
- ◆ また、地域住民のニーズに応えるためには、現病院の医師の専門性や高齢化、医師確保の見通しも踏まえながら、2病院の統合により、急性期機能も確保していく必要があります。医師等の医療スタッフの集約化と当直の負担軽減により、中等症から比較的軽度の救急患者を中心に、地域で求められる二次救急医療体制の整備を目指すほか、整形外科領域の医師等の集約により、手術の対応が可能な体制の整備を目指す必要があります。こうした急性期機能の強化は、若手医師のキャリア形成に向けたモチベーションの確保にも繋がります。
- ◆ なお、西村山地域は県内でも高齢化の進行が早く、多くの山間部を有する地域であることから、新病院の設置に向けては、地域住民の利便性が損なわれることのないよう最大限配慮すべきと考えます。そのため、現2病院の診療科は原則維持しつつ、併せて、通院のための交通手段の確保やオンライン診療の機会の提供など、受診の利便性向上に向けた施策を講じていくべきと考えます。

1.4. 新病院の整備に向けた検討課題の整理

- ◆ 年度後半のワーキンググループでは、新病院の整備に向けた検討課題の整理を行うため、「診療機能の整備」「施設整備」「運営体制の整備」「整備検討の進め方」の4つの視点から議論を行いました。
- ◆ **診療機能の整備に関する課題**については、新病院の目安となる病床規模や人員規模を試算しながら、強化すべき診療機能や基本となる診療科、人材の育成確保、機能連携等を議論しました。

現2病院を基本にすると、新病院の基本体制は15診療科になりますが、開院時期までに9人の常勤医師の定年退職が見込まれるため、その欠員補充や、常勤医師がいない4科の非常勤医師の派遣継続が必要であり、開院までの診療機能の維持は大きな課題です。開院後の医師の確保に向けては、山形大学との連携は勿論のこと、研修機能を向上させ、自院で積極的に人材を育成していく取組みを図る必要があります。

検討会で要望のあった急性期機能の強化や分娩の対応等の課題については、関係首長の意見を踏まえ、引き続き重点事項として検討する必要があります。ただし、2病院の統合効果によりどの疾患等でどの程度の受入れが可能か、また分娩施設の設置の可否など、さらに議論を深掘りするためには、それらを実施する医師・看護師等の確保状況や両病院のスタッフの意見を踏まえる必要があります。医療現場の職員を交えた新たな検討体制へと議論を引き継ぎ、基本構想・基本計画の策定の中で具体的な検討を行うべきと考えます。

- ◆ **施設整備に関する課題**については、新病院の目安となる施設規模や概算事業費等を試算しながら、施設整備の基本的な方針や施設構造、整備手法、立地条件等を議論しました。

施設整備では、用地費等を含めた総事業費を正確に見積もる必要があります。近年は建設費が高騰し、入札不調による工期延長や契約後の整備費増加のリスクが高くなっています。このため、設計に基づく建設コストの見積りの精度を高め、それらのリスクを最小化できる整備手法を選ぶことが重要です。

また、立地条件については、単に必要な敷地面積が確保できるかという視点だけではなく、患者・職員・住民の利便性や、まちづくり、地域活性化への貢献等も配慮しながら総合的に検討していく必要があります。

- ◆ **運営体制の整備に関する課題**については、一部事務組合や地方独立行政法人等の運営形態ごとのメリット・デメリットの比較検討、新病院の事業収支シミュレーションを行いながら、新病院の運営母体や財政負担の考え方、地域医療連携推進法人制度の活用可能性等を議論しました。

運営母体の形態を決めるに当たっては、まずは構成自治体の範囲を確定させることが必要です。一方で、県と寒河江市以外の自治体が運営母体への参画を検討する場合、新たな財政負担となるため、参画することによる住民のメリットを明らかにすること、さらに公平な財政負担ルールを設定することが求められます。なお、病院の建設や運営には多額の財政負担を伴うため、地方交付税や補助金等の支援制度を最大限活用し、構成自治体の負担軽減を図っていくことが必要です。

持続可能な病院経営を目指すためには、機能・規模に見合った適正な診療単価と高い病床稼働率を安定して確保していくことが必要です。今後基本構想・基本計画を策定する中で事業収支シミュレーションを精査し、中長期的な経営の見通しを立てていく必要があります。経営安定化に向けては、新病院と町立2病院を中心として地域医療連携推進法人制度を活用し、患者の紹介や逆紹介、医療機器の共同利用等の取組みを通して、収益力の向上や費用の抑制等を図っていくことが想定されます。

- ◆ **整備検討の進め方に関する課題**については、運営母体の設立や運営計画の策定、建設工事等にかかる標準的な期間を見積もりながら、新病院の開院までのスケジュールと手順を議論しました。また、基本構想・基本計画の策定段階で検討する内容、想定される検討体制等についても合わせて議論しました。

整備期間としては、基本構想・基本計画の策定に2年程度、基本設計・実施設計に2年程度、建設工事と開院準備に3年程度かかり、運営母体の設立手続き等も含めれば7～8年を見込む必要があります。特に、基本計画に盛り込まれる診療科構成や病床数、病棟構成、部門別人員計画、敷地利用計画等は施設の設計の前提条件となるため、基本計画が策定される検討着手2年目までには、新病院のハードや機能面に関連する多くのことを決めていく必要があります。

なお、1市4町が関わる休日・夜間の救急医療体制のあり方や町立2病院と新病院との機能分担・連携のあり方等は、新病院のハードや機能そのものに影響を与え得る検討課題です。スケジュール通りに整備を進めるためには、これらについて関係者が協議を行い、然るべき時期までに結論を出す必要があります。

1.5. ワーキンググループからの提言

- ◆ 以上のとおり、新病院の整備には7～8年という長い期間を要し、検討すべき課題は非常に多岐にわたります。早期開院のためには、速やかに検討に着手し、開院に向けた課題解決のために地域の関係者が協力して取り組むことが不可欠です。これを踏まえ、ワーキンググループとして次のことを提言します。
- ◆ 第一に、新病院の早期開院を目指し、開院時期の目標を定めて整備検討を進めること。
- ◆ 第二に、検討に着手するため、県と寒河江市は、できるだけ速やかに新病院の整備に向けた協議の場を設置すること。
- ◆ 第三に、新病院の整備に向けた具体的な条件（診療機能、病床数、施設規模、運営母体、新病院と地域の関係機関との連携等）については、県と寒河江市が中心となり、地域の関係者の意見も踏まえながら検討を進めること。
- ◆ 第四に、県と寒河江市以外の4町についても、新病院の整備に向けた前提となる諸条件については、然るべき時期までに検討を終えることができるよう協力すること。
- ◆ 第五に、西村山地域の医療提供体制の現状や新病院の整備に向けた検討状況については、地域住民に対しても積極的に情報提供していくこと。

以上がワーキンググループの調査検討の結果を取りまとめた最終報告の概要です。本報告が、西村山地域の持続可能な医療提供体制の再構築のための一助となることを期待します。

西村山地域医療提供体制検討ワーキンググループ

2. 西村山地域の医療提供体制に関する現状と課題

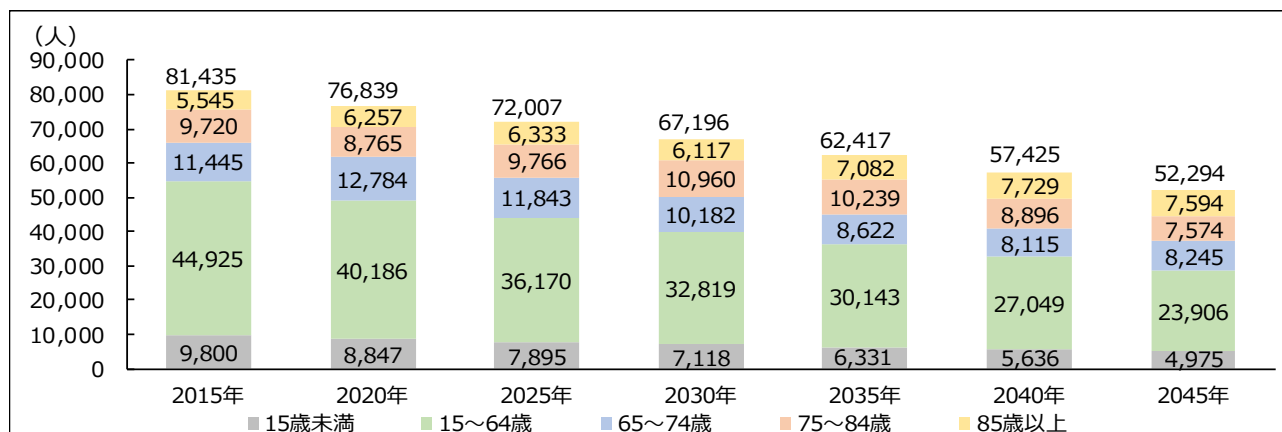
2.1. 西村山地域における将来推計人口と将来推計患者数の推移

2.1.1. 将来推計人口

社会保障・人口問題研究所の推計では、西村山地域における総人口は平成 27 年（2015 年）以降減少し、平成 27 年（2015 年）総人口に対して令和 27 年（2045 年）には 35.8%減少すると推計されている。

一方で総人口は減少傾向であるが、年齢階層別人口をみると、75～84 歳の人口は令和 12 年（2030 年）までは増加傾向にあり、85 歳以上の人口については令和 22 年（2040 年）まで増加傾向にある。

図表1：西村山地域の人口の推移・推計



出典：社会保障・人口問題研究所推計(2018 年)

2.1.2. 将来推計患者数

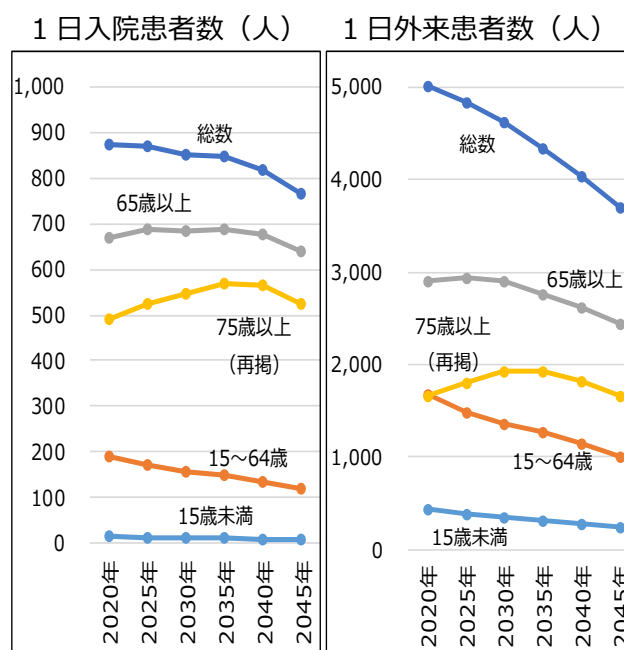
① 入院患者数

西村山地域における 1 日入院患者数は令和 2 年（2020 年）から減少傾向が続いている。また、年齢階層別入院推計患者数では、15 歳未満、15 歳以上 64 歳未満の患者は令和 2 年（2020 年）から減少傾向が続いているが、65 歳以上、75 歳以上の患者については、令和 17 年（2035 年）をピークとし、以降減少傾向となることが推計されている。

② 外来患者数

西村山地域における 1 日外来患者数は令和 2 年（2020 年）から減少傾向が続いている。また、年齢階層別外来推計患者数では、15 歳未満、15 歳以上 64 歳未満の患者は令和 2 年（2020 年）から減少傾向が続いているが、65 歳以上の患者は令和 7 年（2025 年）、75 歳以上の患者については令和 17 年（2035 年）をピークとして、以降減少傾向となることが推計されている。

図表2：西村山地域の将来患者数の推計



出典：社会保障・人口問題研究所（2018 年）、患者調査（2020 年）より作成

2.1.3. 人口・患者の推移を踏まえた課題（まとめ）

【課題（まとめ）】

- ✓ 西村山地域において総人口は今後も減少傾向にあり、将来的には入院患者数、外来患者数ともに減少していくため、医療需要に合わせた医療提供体制の検討・整備が必要となる。
- ✓ 総人口は減少傾向にあるが、後期高齢者人口は令和 17 年（2035 年）までは増加傾向にあり、高齢化率がより高まる地域であるため、特に高齢者に多い疾病等（誤嚥性肺炎・肺炎、骨折、慢性心不全、尿路感染症等）に対応できる医療提供体制の整備について検討することが重要となる。
- ✓ 生産年齢人口（15 歳から 64 歳）の減少は医療従事者を確保することが今以上に難しくなる可能性がある。

【WG での主な意見】

- ✓ 回復期・慢性期の医療・介護サービスを必要とする後期高齢者（特に 85 歳以上）が増加する。
- ✓ 医療ニーズについては、中等度から比較的軽度な救急患者に加えて、高齢者に多い疾病等（誤嚥性肺炎・肺炎、骨折、慢性心不全、尿路感染症等）の一般入院や外来に対応できる診療科や医療機能、医療・介護の連携体制を確保することが求められる。

2.2. 西村山地域からの流出患者の状況

2.2.1. 国保・後期高齢者レセプトデータによる分析結果（傾向）

① 入院患者の流出状況

令和4年度（2022年度）国保・後期高齢者レセプトデータ※より、西村山地域を所在地とする入院患者のうち、56.5%は西村山地域外へ流出している。流出先としては、東南村山地域への流出割合が高く、43.6%となっている。傷病分類別（ICD-10分類）※では、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「精神及び行動の障害」、「耳及び乳様突起の疾患」、「消化器系の疾患」以外の疾患では過半数の入院患者が西村山地域外に流出している。

図表3：西村山地域からの入院患者流出状況【延患者】

| 傷病分類 | 寒河江市 | 西村山郡 河北町 | 西村山郡 西川町 | 西村山郡 朝日町 | 西村山郡 大江町 | 西村山地域 小計 | 東根市 | 尾花沢市 | 北村山地域 小計 | 山形市 | 天童市 | 上山市 | 東南村山 地域 小計 | その他山形 県内 小計 | その他県外 | 総計 | 西村山地域外 小計（流出患者） |
|---------------------------------|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|------|-------------|-------|-------|------|---------------|----------------|-------|--------|--------------------|
| 感染症及び寄生虫症 | 11.9% | 20.8% | | 2.7% | 1.1% | 36.4% | 2.0% | | 2.0% | 60.9% | 0.7% | | 61.5% | | | 100.0% | 63.6% |
| 新生物<腫瘍> | 3.8% | 15.3% | 0.5% | 1.1% | 1.3% | 21.9% | 9.3% | | 9.3% | 65.6% | 1.9% | | 67.5% | 0.3% | 1.0% | 100.0% | 78.1% |
| 血液及び造血器の疾患並びに 免疫機構の障害 | 21.2% | 21.9% | 1.7% | 1.9% | | 46.8% | 22.6% | | 22.6% | 29.3% | 1.3% | | 30.7% | | | 100.0% | 53.2% |
| 内分泌、栄養及び代謝疾患 | 32.9% | 13.1% | 4.1% | 10.4% | 3.9% | 64.4% | 13.5% | | 13.5% | 17.3% | 4.0% | | 21.3% | 0.7% | 0.1% | 100.0% | 35.6% |
| 精神及び行動の障害 | 31.5% | 30.8% | 0.0% | 0.2% | 0.2% | 62.8% | 2.7% | 1.8% | 4.5% | 19.4% | 5.1% | 4.1% | 28.5% | 4.2% | 0.0% | 100.0% | 37.2% |
| 神経系の疾患 | 28.5% | 12.7% | 0.5% | 1.2% | 0.1% | 43.0% | 6.3% | 0.7% | 7.0% | 41.3% | 5.0% | 0.6% | 46.9% | 2.1% | 1.0% | 100.0% | 57.0% |
| 眼及び付属器の疾患 | 17.0% | 4.5% | | 1.4% | | 22.9% | | | | 76.9% | | | 76.9% | 0.1% | 0.2% | 100.0% | 77.1% |
| 耳及び乳様突起の疾患 | 52.8% | 19.4% | 1.3% | | | 73.5% | | | | 26.5% | | | 26.5% | | | 100.0% | 26.5% |
| 循環器系の疾患 | 11.4% | 4.4% | 5.9% | 5.5% | 4.1% | 31.3% | 20.5% | | 20.5% | 46.2% | 0.9% | 0.4% | 47.5% | 0.1% | 0.6% | 100.0% | 68.7% |
| 呼吸器系の疾患 | 18.4% | 19.1% | 1.8% | 3.3% | 0.4% | 43.1% | 30.2% | | 30.2% | 25.8% | 0.6% | | 26.4% | 0.1% | 0.3% | 100.0% | 56.9% |
| 消化器系の疾患 | 13.2% | 25.9% | 1.6% | 9.3% | 1.3% | 51.4% | 5.1% | | 5.1% | 42.3% | 0.2% | | 42.5% | | 1.0% | 100.0% | 48.6% |
| 皮膚及び皮下組織の疾患 | 29.5% | 2.1% | | 0.3% | | 31.9% | | | | 64.4% | 3.6% | | 68.1% | | | 100.0% | 68.1% |
| 筋骨格系及び結合組織の疾患 | 17.8% | 7.8% | 1.3% | 2.8% | 0.1% | 29.7% | 19.0% | | 19.0% | 43.2% | 5.2% | 2.3% | 50.7% | 0.0% | 0.5% | 100.0% | 70.3% |
| 腎尿路生殖器系の疾患 | 2.7% | 7.2% | 1.5% | 0.4% | 0.8% | 12.6% | 6.9% | | 6.9% | 80.2% | 0.4% | | 80.5% | | 0.1% | 100.0% | 87.4% |
| 妊娠、分娩及び産じょく<褥> | | | | | | | | | | 67.4% | 25.8% | | 93.3% | | 6.7% | 100.0% | 100.0% |
| 周産期に発生した病態 | 45.0% | | | | | 45.0% | | | | 55.0% | | | 55.0% | | | 100.0% | 55.0% |
| 先天奇形、変形及び染色体異常 | | | | | | | 51.3% | | 51.3% | 42.0% | | | 42.0% | | 6.6% | 100.0% | 100.0% |
| 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの | 32.7% | 2.4% | 4.5% | 3.8% | 4.4% | 47.8% | 17.2% | | 17.2% | 26.9% | 8.0% | | 34.9% | 0.1% | | 100.0% | 52.2% |
| 損傷、中毒及びその他の外因の影響 | 31.3% | 11.6% | 1.0% | 0.9% | 0.8% | 45.6% | 7.0% | | 7.0% | 23.2% | 23.4% | 0.4% | 46.9% | 0.1% | 0.3% | 100.0% | 54.4% |
| 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健 サービスの利用 | 1.6% | 49.2% | 3.2% | 2.6% | 9.1% | 65.7% | 21.9% | | 21.9% | 12.3% | | | 12.3% | | | 100.0% | 34.3% |
| 特殊目的用コード | 53.7% | 1.3% | 1.5% | 2.0% | | 58.4% | 14.2% | | 14.2% | 19.1% | 8.3% | | 27.4% | | | 100.0% | 41.6% |
| 疾病なし | 16.4% | 11.6% | | 8.5% | 2.0% | 38.4% | 3.9% | | 3.9% | 46.3% | 8.3% | 0.4% | 55.0% | 1.1% | 1.5% | 100.0% | 61.6% |
| 計 | 21.9% | 15.6% | 1.8% | 2.8% | 1.4% | 43.5% | 10.5% | 0.5% | 11.0% | 37.5% | 4.8% | 1.3% | 43.6% | 1.4% | 0.5% | 100.0% | 56.5% |

出典：2022年4月～2023年3月 国保・後期高齢者レセプトより集計

② 外来患者の流出状況

令和4年度（2022年度）国保・後期高齢者レセプトデータより、西村山地域を所在地とする外来患者のうち、20.6%は西村山地域外へ流出している。流出先としては、入院患者と同様に東南村山地域への流出割合が高く、18.4%となっている。傷病分類別（ICD-10分類）では、「新生物<腫瘍>」、「周産期に発生した病態」、「先天奇形、変形及び染色体異常」では過半数の外来患者が西村山地域外に流出している。

図表4：西村山地域からの外来患者流出状況【延患者】

| 傷病分類 | 寒河江市 | 西村山郡 河北町 | 西村山郡 西川町 | 西村山郡 朝日町 | 西村山郡 大江町 | 西村山地域 小計 | 村山市 | 東根市 | 尾花沢市 | 北村山地域 小計 | 山形市 | 天童市 | 上山市 | 東村山郡 中山町 | 東村山郡 山辺町 | 東南村山地 域 小計 | その他山形 県内 小計 | その他県外 | 総計 | 西村山地域外 小計（流出患者） |
|---------------------------------|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------|------|------|-------------|-------|-------|-------|-------------|-------------|---------------|----------------|-------|--------|--------------------|
| 感染症及び寄生虫症 | 37.6% | 28.2% | 0.2% | 3.5% | 1.6% | 71.0% | 0.5% | 7.0% | | 7.5% | 18.3% | 1.4% | | 1.0% | 0.1% | 20.8% | 0.2% | 0.5% | 100.0% | 29.0% |
| 新生物<腫瘍> | 16.3% | 22.8% | 0.4% | 0.9% | 0.7% | 41.1% | 0.0% | 0.6% | | 0.6% | 56.4% | 1.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 57.5% | 0.3% | 0.6% | 100.0% | 58.9% |
| 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | 18.5% | 40.5% | 0.3% | 3.0% | 6.4% | 68.6% | 0.1% | 2.5% | | 2.6% | 27.6% | 0.5% | | 0.1% | | 28.2% | 0.1% | 0.5% | 100.0% | 31.4% |
| 内分泌、栄養及び代謝疾患 | 44.4% | 22.8% | 4.4% | 10.0% | 3.7% | 85.2% | 0.8% | 0.6% | | 1.4% | 10.5% | 0.9% | 0.1% | 1.0% | 0.3% | 12.8% | 0.1% | 0.4% | 100.0% | 14.8% |
| 精神及び行動の障害 | 45.2% | 24.4% | 0.2% | 1.2% | 2.0% | 73.0% | 0.1% | 1.4% | 0.1% | 1.6% | 15.7% | 5.1% | 2.6% | 0.1% | 0.1% | 23.4% | 1.4% | 0.5% | 100.0% | 27.0% |
| 神経系の疾患 | 50.6% | 16.4% | 1.1% | 3.6% | 3.3% | 75.0% | 0.1% | 3.3% | 0.1% | 3.5% | 13.1% | 5.5% | 0.5% | 0.2% | 0.2% | 19.4% | 1.6% | 0.5% | 100.0% | 25.0% |
| 眼及び付属器の疾患 | 61.6% | 16.3% | 0.0% | 2.2% | 0.1% | 80.1% | 0.1% | 0.3% | 0.0% | 0.4% | 15.7% | 2.7% | 0.1% | | 0.5% | 19.0% | 0.1% | 0.4% | 100.0% | 19.9% |
| 耳及び乳様突起の疾患 | 48.5% | 31.8% | 0.1% | 0.6% | 1.4% | 82.5% | 0.3% | 0.9% | | 1.2% | 11.1% | 3.4% | | | 0.9% | 15.4% | 0.1% | 0.7% | 100.0% | 17.5% |
| 循環器系の疾患 | 47.9% | 22.7% | 5.0% | 8.5% | 3.9% | 88.1% | 0.3% | 0.6% | 0.0% | 0.9% | 8.6% | 0.7% | 0.0% | 0.7% | 0.6% | 10.6% | 0.2% | 0.2% | 100.0% | 11.9% |
| 呼吸器系の疾患 | 40.9% | 34.9% | 1.3% | 3.1% | 0.7% | 80.9% | 0.6% | 0.7% | 0.0% | 1.4% | 13.6% | 1.3% | 0.1% | 0.8% | 1.4% | 17.0% | 0.1% | 0.6% | 100.0% | 19.1% |
| 消化器系の疾患 | 56.9% | 19.5% | 1.6% | 3.9% | 4.7% | 86.5% | 0.1% | 0.5% | | 0.6% | 10.4% | 0.5% | 0.0% | 1.2% | 0.1% | 12.3% | 0.2% | 0.3% | 100.0% | 13.5% |
| 皮膚及び皮下組織の疾患 | 45.1% | 26.5% | 0.2% | 0.5% | 0.9% | 73.2% | 0.9% | 7.4% | 0.0% | 8.4% | 14.1% | 3.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 17.3% | 0.4% | 0.7% | 100.0% | 26.8% |
| 筋骨格系及び結合組織の疾患 | 56.8% | 13.9% | 0.6% | 1.5% | 0.5% | 73.4% | 0.0% | 1.4% | 0.0% | 1.4% | 9.4% | 1.5% | 0.2% | 13.0% | 0.8% | 24.8% | 0.2% | 0.2% | 100.0% | 26.6% |
| 腎尿路生殖器系の疾患 | 40.7% | 37.1% | 2.2% | 0.5% | 0.9% | 81.4% | 0.1% | 0.3% | | 0.4% | 16.1% | 1.3% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 17.7% | 0.1% | 0.4% | 100.0% | 18.6% |
| 妊娠、分娩及び産後<褥> | 31.6% | | | | | 31.6% | | | | | 24.2% | 38.9% | | | | 63.2% | 1.1% | 4.2% | 100.0% | 68.4% |
| 周産期に発生した病態 | 7.0% | | | | | 7.0% | | | | | 93.0% | | | | | 93.0% | | | 100.0% | 93.0% |
| 先天奇形、変形及び染色体異常 | 38.8% | 10.3% | | | | 49.1% | | 0.2% | | 0.2% | 36.2% | 0.6% | 10.5% | | 0.2% | 47.5% | | 3.2% | 100.0% | 50.9% |
| 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの | 44.4% | 28.2% | 1.5% | 3.4% | 3.0% | 80.5% | 0.2% | 1.3% | | 1.6% | 15.2% | 0.9% | 0.0% | 0.3% | 0.0% | 16.5% | 0.6% | 0.8% | 100.0% | 19.5% |
| 損傷、中毒及びその他の外因の影響 | 57.9% | 16.3% | 1.3% | 1.6% | 0.6% | 77.7% | 0.5% | 1.7% | | 2.2% | 7.6% | 8.9% | 0.1% | 2.8% | 0.3% | 19.8% | 0.2% | 0.2% | 100.0% | 22.3% |
| 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用 | 14.7% | 65.8% | 0.0% | 1.1% | 0.8% | 82.4% | | 0.5% | 0.0% | 0.6% | 14.0% | 2.1% | | 0.1% | 0.8% | 17.0% | | 0.0% | 100.0% | 17.6% |
| 特殊目的用コード | 25.5% | 29.7% | 2.9% | 8.0% | 14.2% | 80.3% | 0.4% | 0.9% | 0.1% | 1.4% | 12.6% | 1.8% | 0.2% | | 0.2% | 14.9% | 1.3% | 2.2% | 100.0% | 19.7% |
| 疾病なし | 38.1% | 20.7% | 0.7% | 8.6% | 4.5% | 72.6% | 0.2% | 1.1% | 0.1% | 1.5% | 20.6% | 1.4% | 0.2% | 0.8% | 0.6% | 23.6% | 0.5% | 1.9% | 100.0% | 27.4% |
| 計 | 47.6% | 22.4% | 2.4% | 4.6% | 2.4% | 79.4% | 0.3% | 1.2% | 0.0% | 1.5% | 13.5% | 1.8% | 0.2% | 2.5% | 0.5% | 18.4% | 0.3% | 0.4% | 100.0% | 20.6% |

出典：2022年4月～2023年3月 国保・後期高齢者レセプトより集計

なお、上記①②のデータは国民健康保険加入者及び後期高齢者医療制度の対象者の流出状況であり、社会保険加入者の患者状況については含まれていないことに留意する必要がある。一般的に社会保険加入者の方が国民健康保険加入者及び後期高齢者医療制度の対象者よりも年齢構成は若い世代が多く、勤労者の割合も高く、勤め先近くの医療機関を受診するケース等もあるため、流動性が高いと言われている。そのため、上記のデータ分析だけで流出状況を判断するのではなく、社会保険加入者の患者も含まれている下記の山形県 DPC 準拠データ※による入院患者の流出状況も併せて調査分析することで、西村山地域を所在地とする入院患者の詳細動向を把握することができる。（ただし、山形県 DPC 準拠データは県内全一般病院 53 病院のうち 44 病院（83.0%）が対象となるデータであることに留意する必要がある。）

2.2.2. 山形県 DPC 準拠データによる分析結果

令和3年度（2021年度）の山形県 DPC 準拠データより、西村山地域を所在地とする入院患者のうち、70.4%は西村山地域外へ流出している。流出先としては、県立中央病院が 27.7%、山形大学医学部附属病院が 12.9%、山形済生病院が 11.3%と割合が高くなっている。MDC※別では、「内分泌・栄養・代謝に関する疾患」「外傷・熱傷・中毒」、「精神疾患」以外は過半数の入院患者が西村山地域外に流出している。

□西村山地域医療提供体制検討ワーキンググループ 最終報告書

図表5：西村山地域のDPC病院等シェア率（全入院）【実患者数】

| MDCコード | 河北 | 寒河江 | 西川町立 | 朝日町立 | 西村山地域小計 | 大学 | 県中 | 済生館 | 済生 | 東北 | その他 | 西村山地域以外小計 | 合計 |
|--------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|--------|
| 01神経 | 1.4% | 3.0% | 3.6% | 3.6% | 11.6% | 9.6% | 22.5% | 22.8% | 23.5% | | 10.0% | 88.4% | 100.0% |
| 02眼科 | | | | | | 73.5% | 4.0% | 18.6% | 0.4% | 3.1% | 0.4% | 100.0% | 100.0% |
| 03耳鼻 | 0.3% | 7.2% | 1.4% | 2.7% | 11.6% | 13.0% | 38.7% | 28.4% | 4.5% | 0.3% | 3.4% | 88.4% | 100.0% |
| 04呼吸器 | 13.8% | 12.5% | 4.3% | 8.0% | 38.5% | 14.4% | 29.8% | 11.2% | 3.4% | 0.4% | 2.4% | 61.5% | 100.0% |
| 05循環器 | 5.0% | 11.7% | 5.4% | 4.3% | 26.4% | 15.5% | 39.4% | 3.8% | 11.8% | 0.9% | 2.1% | 73.6% | 100.0% |
| 06消化器 | 18.9% | 9.2% | 4.1% | 3.5% | 35.6% | 9.9% | 36.4% | 4.5% | 8.1% | 3.0% | 2.5% | 64.4% | 100.0% |
| 07筋骨格 | 5.8% | 8.2% | 2.4% | 1.6% | 17.9% | 8.7% | 10.4% | 1.9% | 31.9% | 21.0% | 8.2% | 82.1% | 100.0% |
| 08皮膚 | 10.7% | 11.7% | 7.8% | 6.8% | 36.9% | 13.6% | 20.4% | 19.4% | 1.9% | 1.9% | 5.8% | 63.1% | 100.0% |
| 09乳房 | 15.7% | | | | 15.7% | 7.1% | 63.6% | 2.9% | 8.6% | 0.7% | 1.4% | 84.3% | 100.0% |
| 10内分泌 | 8.1% | 32.9% | 4.3% | 7.7% | 53.0% | 9.8% | 19.2% | 5.6% | 8.5% | | 3.8% | 47.0% | 100.0% |
| 11腎尿路 | 19.1% | 7.3% | 2.8% | 3.7% | 32.9% | 11.5% | 28.8% | 13.8% | 4.7% | | 8.3% | 67.1% | 100.0% |
| 12女性 | 2.5% | | | 0.4% | 2.8% | 32.0% | 30.3% | 6.0% | 27.8% | | 1.1% | 97.2% | 100.0% |
| 13血液 | 8.0% | 8.6% | 4.6% | 1.1% | 22.4% | 10.3% | 58.0% | 6.3% | 1.1% | | 1.7% | 77.6% | 100.0% |
| 14新生児 | | | | | | 28.9% | 30.7% | 8.8% | 31.6% | | | 100.0% | 100.0% |
| 15小児 | | | | | | | 50.0% | 50.0% | | | | 100.0% | 100.0% |
| 16外傷 | 12.8% | 31.9% | 3.4% | 2.4% | 50.5% | 4.4% | 13.7% | 3.8% | 7.9% | 1.0% | 18.7% | 49.5% | 100.0% |
| 17精神 | | 28.6% | 14.3% | 14.3% | 57.1% | | 14.3% | | 14.3% | | 14.3% | 42.9% | 100.0% |
| 18その他 | 1.7% | 2.9% | 1.2% | 4.1% | 9.9% | 14.0% | 17.4% | 37.2% | 11.6% | 1.2% | 8.7% | 90.1% | 100.0% |
| xx不明 | 31.1% | 3.7% | 0.3% | 2.2% | 37.4% | 6.7% | 15.8% | 6.3% | 12.8% | 0.1% | 20.9% | 62.6% | 100.0% |
| 合計 | 12.5% | 10.5% | 3.1% | 3.5% | 29.6% | 12.9% | 27.7% | 9.2% | 11.3% | 2.5% | 6.9% | 70.4% | 100.0% |

出典：山形大学大学院医学研究科医療政策学講座による2021年度山形県DPC準拠データ分析結果より編集

2.2.3. 救急搬送状況

西村山地域において発生した救急搬送のうち、56.6%が西村山地域外へ流出している。傷病程度別では、入院治療が必要と考えられる「中等症患者および重症患者」の流出割合が60%以上と高くなっている。また、時間内（平日9時から17時台）と時間外（土日祝日および平日18時から8時台）における西村山地域外への流出率は、時間内が51.5%に対して時間外は59.6%と時間外の流出率が高い状況である。

図表6：傷病程度別搬送先状況

| 区分 | 西村山地域 | | | | | | | 西村山地域外 | | | | | | | 不明 | 総計 | |
|-----|-------|------|-----|------|-----|--------|-------|--------|------|------|--------|-----|-----|--------|-------|----|--------|
| | 寒河江市 | 河北町 | 西川町 | 朝日町 | 大江町 | 小計 | 地域内割合 | 山形市 | 東根市 | 天童市 | ドクターヘリ | 上山市 | 川西町 | 小計 | | | 地域外割合 |
| 軽症 | 281人 | 285人 | 27人 | 42人 | 7人 | 642人 | 50.3% | 529人 | 68人 | 34人 | 1人 | 1人 | 1人 | 634人 | 49.6% | 1人 | 1,277人 |
| 中等症 | 241人 | 164人 | 43人 | 50人 | 3人 | 501人 | 37.9% | 745人 | 27人 | 34人 | 12人 | 3人 | 1人 | 822人 | 62.1% | - | 1,323人 |
| 重症 | 102人 | 69人 | 7人 | 15人 | 1人 | 194人 | 31.3% | 317人 | 38人 | 40人 | 29人 | 1人 | - | 425人 | 68.7% | - | 619人 |
| 死亡 | 57人 | 29人 | 16人 | 13人 | - | 115人 | 87.8% | 16人 | - | - | - | - | - | 16人 | 12.2% | - | 131人 |
| 総計 | 681人 | 547人 | 93人 | 120人 | 11人 | 1,452人 | 43.3% | 1,607人 | 133人 | 108人 | 42人 | 5人 | 2人 | 1,897人 | 56.6% | 1人 | 3,350人 |

図表7：傷病程度別救急搬送状況（時間内：平日9時～17時台）

| 区分 | 西村山地域 | | | | | | | 西村山地域外 | | | | | | | 不明 | 総計 | |
|-----|-------|------|-----|-----|-----|------|-------|--------|-----|-----|--------|-----|-----|------|-------|----|--------|
| | 寒河江市 | 河北町 | 西川町 | 朝日町 | 大江町 | 小計 | 地域内割合 | 山形市 | 東根市 | 天童市 | ドクターヘリ | 上山市 | 川西町 | 小計 | | | 地域外割合 |
| 軽症 | 91人 | 127人 | 12人 | 18人 | 3人 | 251人 | 62.9% | 122人 | 16人 | 9人 | | | 1人 | 148人 | 37.1% | | 399人 |
| 中等症 | 99人 | 69人 | 19人 | 26人 | 1人 | 214人 | 39.9% | 301人 | 9人 | 8人 | 4人 | | 1人 | 323人 | 60.1% | | 537人 |
| 重症 | 55人 | 35人 | 3人 | 5人 | | 98人 | 38.6% | 118人 | 15人 | 7人 | 15人 | 1人 | | 156人 | 61.4% | | 254人 |
| 死亡 | 13人 | 9人 | 5人 | 2人 | | 29人 | 93.5% | 2人 | | | | | | 2人 | 6.5% | | 31人 |
| 総計 | 258人 | 240人 | 39人 | 51人 | 4人 | 592人 | 48.5% | 543人 | 40人 | 24人 | 19人 | 1人 | 2人 | 629人 | 51.5% | | 1,221人 |

図表8：傷病程度別救急搬送状況（時間外：土日祝日、平日18時～8時台）

| 区分 | 西村山地域 | | | | | | | 西村山地域外 | | | | | | | 不明 | 総計 | |
|-----|-------|------|-----|-----|-----|------|-------|--------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|-------|----|--------|
| | 寒河江市 | 河北町 | 西川町 | 朝日町 | 大江町 | 小計 | 地域内割合 | 山形市 | 東根市 | 天童市 | ドクターヘリ | 上山市 | 川西町 | 小計 | | | 地域外割合 |
| 軽症 | 190人 | 158人 | 15人 | 24人 | 4人 | 391人 | 44.5% | 407人 | 52人 | 25人 | 1人 | 1人 | | 486人 | 55.4% | 1人 | 878人 |
| 中等症 | 142人 | 95人 | 24人 | 24人 | 2人 | 287人 | 36.5% | 444人 | 18人 | 26人 | 8人 | 3人 | | 499人 | 63.5% | | 786人 |
| 重症 | 47人 | 34人 | 4人 | 10人 | 1人 | 96人 | 26.3% | 199人 | 23人 | 33人 | 14人 | | | 269人 | 73.7% | | 365人 |
| 死亡 | 44人 | 20人 | 11人 | 11人 | | 86人 | 86.0% | 14人 | | | | | | 14人 | 14.0% | | 100人 |
| 総計 | 423人 | 307人 | 54人 | 69人 | 7人 | 860人 | 40.4% | 1,064人 | 93人 | 84人 | 23人 | 4人 | | 1,268人 | 59.6% | 1人 | 2,129人 |

（図表6～8）出典：西村山消防本部提供資料（R4）より

□西村山地域医療提供体制検討ワーキンググループ 最終報告書

また、西村山地域における公立 3 病院（寒河江市立病院を除く）の直近 5 年間の救急搬送応需率の推移をみると、各病院とも救急受入要請件数は増加傾向にある中で、応需率は大きく減少傾向となっている。特に、県立河北病院と朝日町立病院における応需率は、令和 4 年度（2022 年度）には 50%以下と低い応需率となっている。また寒河江市立病院の応需率は過去のデータがないために推移比較はできないが、直近の令和 5 年（2023 年）5 月における応需率は 68.4%であり、他の公立 3 病院と同じ状況と言える。

図表9：公立 3 病院における救急応需率（寒河江市立病院除く）

| 年度 | 県立河北病院 | | | | | 西川町立病院※2 | | | | | 朝日町立病院 | | | | |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 |
| 救急受入要請件数 | 1,398件 | 1,226件 | 1,137件 | 1,153件 | 1,652件 | 75件 | 91件 | 103件 | 99件 | 113件 | 174件 | 210件 | 204件 | 173件 | 249件 |
| 救急受入件数 | 927件 | 661件 | 599件 | 557件 | 765件 | 68件 | 73件 | 71件 | 74件 | 88件 | 134件 | 152件 | 137件 | 100件 | 116件 |
| 応需率 | 66.3% | 53.9% | 52.7% | 48.3% | 46.3% | 90.7% | 80.2% | 68.9% | 74.7% | 77.9% | 77.0% | 72.3% | 67.1% | 57.8% | 46.5% |
| 応需率指数 (H30=100) | 100.0 | 81.3 | 79.5 | 72.9 | 69.8 | 100.0 | 88.5 | 76.0 | 82.4 | 85.9 | 100.0 | 93.9 | 87.1 | 75.1 | 60.4 |

出典：各病院提供資料（H30～R4 年度）

2.2.4. 分娩件数

西村山地域における出生数は減少傾向にあり、令和 4 年（2022 年）では平成 28 年（2016 年）出生数の約 70%まで減少している。また、西村山地域に所在地がある方の約 40%は西村山地域外の施設で分娩しており、流出割合が高い状況である。ただし、村山地域では診療所等と総合病院の役割分担と連携を進めることで、妊婦の利便性及び安心感の向上と医師の負担軽減を図る仕組みである「産科セミオープンシステム※」を平成 31 年 1 月から開始しており、役割分担が促進された結果とも考えられる。

図表10：西村山地域における市町別出生数の推移

| 市町名 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 寒河江市 | 287 | 269 | 287 | 296 | 268 | 288 | 248 |
| 河北町 | 128 | 119 | 103 | 92 | 84 | 73 | 71 |
| 西川町 | 23 | 17 | 19 | 15 | 18 | 24 | 10 |
| 朝日町 | 32 | 34 | 34 | 31 | 20 | 30 | 19 |
| 大江町 | 44 | 39 | 33 | 30 | 23 | 27 | 18 |
| 計 | 514 | 478 | 476 | 464 | 413 | 442 | 366 |

| | | | | | | | |
|--------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 出生数指数 (H28=100) | 100.0% | 93.0% | 92.6% | 90.3% | 80.4% | 86.0% | 71.2% |
|--------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

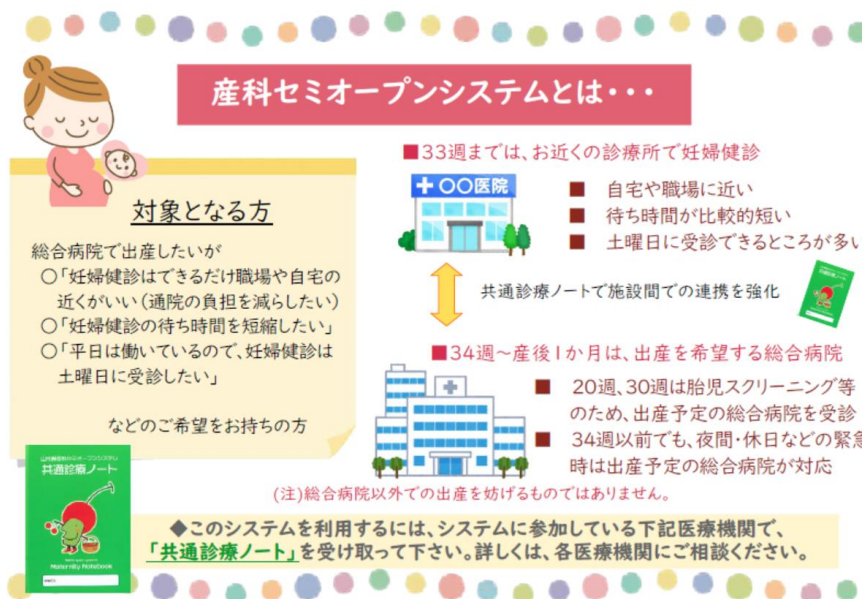
出典：平成 28 年～令和 2 年は「山形県保健福祉統計年報」、令和 3 年～令和 4 年は「山形県の人口と世帯」より。各年の 1 月 1 日～12 月 31 日の期間中の数値

図表11：西村山地域における住所地別分娩件数と構成割合（域内完結率）

| | 妊婦の住所地（件数） | 計 | 妊婦の住所地（構成割合） | | | | | 計 | | | | | |
|------------|------------|-----|--------------|-----|-----|-----|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | 寒河江市 | 河北町 | 西川町 | 朝日町 | 大江町 | | | | | | |
| R3 分娩地域 | 東南村山 | 96 | 42 | 6 | 12 | 11 | 167 | 34.8% | 62.7% | 35.3% | 42.9% | 52.4% | 40.8% |
| | 西村山 | 178 | 24 | 11 | 15 | 10 | 238 | 64.5% | 35.8% | 64.7% | 53.6% | 47.6% | 58.2% |
| | 北村山 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.0% | 1.5% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.2% |
| | 最上 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.4% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.2% |
| | 置賜 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 3.6% | 0.0% | 0.2% |
| | 庄内 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.4% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.2% |
| | 計 | 276 | 67 | 17 | 28 | 21 | 409 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

出典：山形県医療政策課独自調査

図表12：産科セミオープンシステムの説明図



【産科セミオープン施設一覧】

| 区分 | 施設名 | 所在地 |
|-------------|--------------------|------|
| 分娩施設 | 山形県立中央病院 | 山形市 |
| | 山形済生病院 | 山形市 |
| | 山形市立病院済生館 | 山形市 |
| | 山形大学医学部附属病院 | 山形市 |
| 妊婦健診施設 | あか・ねく丘高橋レディースクリニック | 山形市 |
| | 大沼産婦人科医院 | 山形市 |
| | さとこ女性クリニック | 山形市 |
| | セントラルクリニック | 山形市 |
| | 林内科・レディースクリニック | 山形市 |
| | 真理子レディースクリニック | 山形市 |
| | レディースクリニック高山 | 山形市 |
| | すまいるレディースクリニック | 寒河江市 |
| | 原田医院 | 上山市 |
| | 天童市民病院 | 天童市 |
| 妊婦健診への協力施設※ | 北村山公立病院 | 東根市 |
| | 川越医院 | 山形市 |
| | 羽根田産婦人科クリニック | 山形市 |
| | 国井クリニック | 寒河江市 |
| | 菅クリニック | 東根市 |

※妊婦健診への協力施設：分娩も取り扱っているが、産科セミオープンシステムでは健診施設としても利用することができる施設。

出典：山形県 HP (産科セミオープンシステム)

2.2.5. 流出患者の状況を踏まえた課題（まとめ）

【課題】

- ✓ 国保・後期高齢者レセプトデータや DPC 準拠データより、西村山地域を所在地とする入院患者の過半数以上が西村山地域外へ流出しており、山形市内の急性期病院等との役割分担・機能連携のあり方について検討が必要である。
- ✓ 救急搬送患者は、約 6 割近くが西村山地域外へ流出しており、特に時間内と時間外では西村山地域内の受入れ状況が異なっており、救急体制の見直しを含めた検討が必要である。
- ✓ 公立 4 病院とも救急応需率が直近において低い状況にあり、特に県立河北病院と朝日町立病院の応需率が低くなっている。

【WG での主な意見】

- ✓ 救急の軽症患者への対応は、新病院を整備するかどうかだけでなく、休日・夜間診療センターなどの地域での体制、救急車の適正利用の啓発なども合わせて検討する必要がある。
- ✓ 西村山地域内ですべての疾患に対して医療提供体制が完結する必要はなく、ある程度の流出も見込まざるを得ない地域であることを前提に検討するべきである。
- ✓ 今後医療機能を強化した場合であっても、現在流出している患者を全て西村山地域内で対応することは不可能である。医療体制整備においては、どの程度の患者数を受け入れるか検討が必要である。
- ✓ 分娩については、平成 31 年以降、産科セミオープンシステムが一定程度定着しており、今後も本システムを最大限利用することが望ましい。

2.3. 山形県内及び西村山地域の医師の配置状況

2.3.1. 山形県内の診療科別医師配置状況

山形県内の医療施設で従事している医師数は、令和2年（2020年）において人口10万人あたり229.2人となっており、全国平均256.6人より少ない状況である。

また診療科別の県内専攻医採用数をみると、外科系（外科・呼吸器外科・心臓血管外科・乳腺外科・気管食道外科・肛門外科・小児外科）を選択している医師は、令和4年度（2022年度）は6名、令和5年度（2023年度）は3名と少ない状況にある。

図表13：山形県内の診療科別医師配置状況

| 診療科 | 全国人口10万人あたり医師数 | 県内医療施設従事医師数(令和2年) | | 県内専攻医採用数 | |
|-------------|----------------|-------------------|----------------|----------|-------|
| | | 人口10万人あたり医師数 | ×108万人実医師数(推計) | 令和4年度 | 令和5年度 |
| 内科系 計 | 95.0 | 82.2 | 888 | 18 | 20 |
| 外科系 計 | 22.2 | 20.5 | 221 | 6 | 3 |
| 皮膚科 | 7.8 | 6.6 | 71 | 1 | |
| 小児科 | 14.3 | 13.1 | 141 | 1 | 2 |
| 精神科 | 13.1 | 13.7 | 148 | 4 | 3 |
| 泌尿器科 | 6.1 | 7.5 | 81 | | |
| 脳神経外科 | 5.8 | 4.6 | 50 | 2 | 4 |
| 整形外科 | 17.9 | 20.1 | 217 | 3 | 5 |
| 形成外科 | 2.4 | 1.6 | 17 | 2 | 3 |
| 美容外科 | 0.7 | | | | |
| 眼科 | 10.8 | 9.8 | 106 | 2 | 1 |
| 耳鼻いんこう科 | 7.6 | 8.1 | 87 | 3 | 2 |
| 産婦人科 | 8.9 | 8.9 | 96 | 4 | 4 |
| 産科 | 0.4 | | | | |
| 婦人科 | 1.6 | 0.8 | 9 | | |
| リハビリテーション科 | 2.3 | 1.4 | 15 | | |
| 放射線科 | 5.6 | 5.3 | 57 | 4 | 3 |
| 麻酔科 | 8.1 | 5.1 | 55 | 2 | 2 |
| 病理診断科 | 1.7 | 1.4 | 15 | 2 | |
| 臨床検査 | 0.5 | 0.4 | 4 | | |
| 救急科/救急医学 | 3.1 | 2.3 | 25 | | 2 |
| 臨床研修医 | 14.5 | 13.1 | 141 | | |
| 全科 | 0.2 | 0.1 | 1 | | |
| その他 | 3.7 | 1.9 | 21 | | |
| 不詳 | 2.3 | 0.8 | | | |
| 内科系、外科系以外 計 | 139.4 | 126.6 | 1,359 | 30 | 31 |
| 合計 | 256.6 | 229.2 | 2,468 | 54 | 54 |

出典：県内医療施設従事医師数「厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査（R2）」
 （内科系 計は、内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・腎臓内科・脳神経内科・糖尿病/代謝内科・血液内科・腫瘍内科・感染症内科・アレルギー内科・リマ内科・心療内科の合計値）
 （外科系 計は、外科・呼吸器外科・心臓血管外科・乳腺外科・気管食道外科・肛門外科・小児外科の合計値）
 県内専攻医採用数「日本専門医機構 専攻医採用状況調査（R4/R5）」

2.3.2. 山形県内の公立病院の医師配置状況

山形県内の公立病院の医師配置状況について、100床当たりの医師数をみると、令和3年度（2021年度）で西村山地域では11.0人であり、東南村山地域、置賜医療圏、庄内医療圏と比較して少ない状況にある。

また100床当たりの医師数に病床数を乗じて試算した推計医師数の推移をみると、平成29年度（2017年度）から令和3年度（2021年度）にかけて、山形県内全体の医師数は増加傾向にあるが、村山医療圏では減少傾向にあり、特に西村山地域は77.1%まで減少しており、県内でもっとも減少している地域である。

図表14：山形県内の公立病院の医師配置状況

| 二次医療圏 | 100床当たり医師数 | | | | | 推計医師数 | | | | | 推計医師数の増減率（H29=100） | | | | |
|-------|------------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 |
| 村山 | 18.1人 | 18.5人 | 18.7人 | 18.5人 | 18.7人 | 370.7人 | 356.0人 | 355.0人 | 342.6人 | 345.8人 | 100.0 | 96.0 | 95.8 | 92.4 | 93.3 |
| 東南村山 | 23.5人 | 23.6人 | 24.1人 | 23.4人 | 23.6人 | 299.1人 | 287.7人 | 294.8人 | 285.6人 | 287.8人 | 100.0 | 96.2 | 98.6 | 95.5 | 96.2 |
| 西村山 | 11.3人 | 10.9人 | 10.6人 | 11.0人 | 11.0人 | 46.7人 | 44.2人 | 40.1人 | 36.0人 | 36.0人 | 100.0 | 94.6 | 85.8 | 77.1 | 77.1 |
| 北村山 | 6.9人 | 8.0人 | 6.7人 | 7.0人 | 7.3人 | 24.8人 | 24.0人 | 20.1人 | 21.0人 | 21.9人 | 100.0 | 96.6 | 80.9 | 84.5 | 88.2 |
| 最上 | 9.4人 | 9.5人 | 9.7人 | 9.7人 | 9.9人 | 53.3人 | 53.8人 | 55.2人 | 55.2人 | 56.2人 | 100.0 | 100.9 | 103.6 | 103.6 | 105.3 |
| 置賜 | 13.5人 | 14.4人 | 15.9人 | 16.9人 | 17.0人 | 169.4人 | 172.5人 | 185.9人 | 197.1人 | 198.0人 | 100.0 | 101.8 | 109.8 | 116.3 | 116.9 |
| 庄内 | 15.6人 | 16.2人 | 16.4人 | 16.7人 | 17.3人 | 233.9人 | 242.4人 | 243.3人 | 246.6人 | 255.9人 | 100.0 | 103.6 | 104.0 | 105.4 | 109.4 |
| 山形県総計 | 15.4人 | 15.9人 | 16.4人 | 16.6人 | 16.9人 | 827.3人 | 824.6人 | 839.5人 | 841.6人 | 855.8人 | 100.0 | 99.7 | 101.5 | 101.7 | 103.4 |

出典：地方公営企業年鑑（H29-R3年度）

2.3.3. 西村山地域の公立4病院の医師配置状況

西村山地域の公立4病院の医師配置状況について、平成30年度（2018年度）から令和4年度（2022年度）にかけて、寒河江市立病院、西川町立病院、朝日町立病院の3病院では医師数が微増傾向にあるが、県立河北病院は大幅な減少傾向にある。特に内科医師が減少しており、平成30年度（2018年度）の9人から令和4年度（2022年度）には6人へと減少している。

図表15：西村山地域の公立4病院における医師配置状況

| 診療科 | 県立河北病院 | | | | | 寒河江市立病院 | | | | | 西川町立病院 | | | | | 朝日町立病院 | | | | |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 |
| 内科 | 9.00人 | 7.50人 | 6.20人 | 6.00人 | 6.00人 | 6.27人 | 6.39人 | 6.39人 | 6.39人 | 6.39人 | 2.70人 | 2.80人 | 2.90人 | 2.90人 | 2.90人 | 3.47人 | 3.47人 | 3.57人 | 3.67人 | 3.67人 |
| 脳神経内科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疼痛緩和内科（緩和ケア科） | | | | | 1.00人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児科 | 1.00人 | 0.40人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 6.00人 | 5.00人 | 5.00人 | 5.00人 | 5.00人 | 1.00人 | 1.00人 | 1.10人 | 1.10人 | 1.10人 | 2.00人 | 2.00人 | 2.00人 | 2.00人 | 2.00人 | 0.10人 | 0.10人 | 0.10人 | 0.10人 | 0.10人 |
| 整形外科※1 | 3.00人 | 3.00人 | 3.00人 | 3.00人 | 3.00人 | 3.23人 | 3.27人 | 3.23人 | 3.23人 | 4.23人 | | 0.04人 | 0.02人 | 0.02人 | 0.05人 | 0.13人 | 0.13人 | 0.13人 | 0.10人 | 0.10人 |
| 脳神経外科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚・泌尿器科※2 | 2.00人 | 2.00人 | 2.00人 | 2.00人 | 2.00人 | 0.23人 | 0.23人 | 0.31人 | 0.31人 | 0.31人 | | | | | | | | | | |
| 産婦人科 | 2.00人 | 2.00人 | 1.10人 | 1.00人 | 1.00人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼科 | | | | | | 0.15人 | 0.23人 | 0.23人 | 0.23人 | 0.15人 | | | | | | 0.10人 | 0.10人 | 0.10人 | 0.10人 | 0.10人 |
| 耳鼻いんこう科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 放射線科 | 1.00人 | 1.00人 | 1.00人 | 1.00人 | 1.00人 | 0.15人 | 0.15人 | 0.15人 | 0.15人 | 0.15人 | | | | | | | | | | |
| 麻酔科 | 2.00人 | 1.00人 | 1.00人 | 1.00人 | 1.00人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病理診断科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 0.20人 | 0.30人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 総数 | 26.20人 | 22.20人 | 19.30人 | 19.00人 | 20.00人 | 11.04人 | 11.28人 | 11.42人 | 11.42人 | 12.34人 | 4.70人 | 4.84人 | 4.92人 | 4.92人 | 4.95人 | 3.80人 | 3.80人 | 3.90人 | 3.98人 | 3.98人 |
| 指数（H30=1000） | 100.0 | 84.7 | 73.7 | 72.5 | 76.3 | 100.0 | 102.1 | 103.4 | 103.4 | 111.7 | 100.0 | 103.0 | 104.7 | 104.7 | 105.3 | 100.0 | 100.0 | 102.7 | 104.7 | 104.7 |

出典：各病院提供資料（診療科別医師数 平成30年度～令和4年度）

※1：県立河北病院の整形外科医はリハビリテーション科を兼務

※2：「皮膚・泌尿器科」において県立河北病院のR4年度は「泌尿器科」、寒河江市立病院は「皮膚科」の医師配置状況

2.3.4. 西村山地域における診療所の設置状況と医師数

東北厚生局「コード内容別医療機関一覧表（令和 5 年 7 月 1 日現在）」によると、西村山地域における診療所の配置数は 54 診療所、医師数は 63 名となっている。（あくまでも東北厚生局に登録されている医師数であり、付属診療所の医師数は本院と兼務（重複）している）

また医師会への登録医師数は開業医が約 70 名、そのうちの約 8 割は 60 代以上となっており、高齢の医師が多い状況である。

図表16：西村山地域における診療所の設置状況

| 市町 | 診療所数 | 医師数 | 診療科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|----------|-----|-----|-----------------|------|------|------|--------|-------|--------|----|-------|------|------|-----|---------|-------|----|------|-----|------------|------|
| | | | 内科 | 消化器科・胃腸科（消化器内科） | 呼吸器科 | 循環器科 | 神経内科 | アレルギー科 | リウマチ科 | 人工透析内科 | 外科 | 脳神経外科 | 整形外科 | 泌尿器科 | 皮膚科 | 耳鼻いんこう科 | 気管食道科 | 眼科 | 産婦人科 | 小児科 | リハビリテーション科 | 放射線科 |
| 合計 | 計54クリニック | 63人 | 36 | 12 | 5 | 8 | 4 | 1 | 1 | 2 | 9 | 2 | 7 | 3 | 5 | 3 | 1 | 3 | 2 | 6 | 4 | 1 |
| 寒河江市 | 計31クリニック | 36人 | 17 | 7 | 3 | 5 | 2 | | 1 | 1 | 4 | 1 | 6 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | |
| 河北町 | 計16クリニック | 19人 | 12 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | | 1 | | 3 | | |
| 西川町 | 計3クリニック | 3人 | 3 | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | |
| 朝日町 | 計2クリニック | 2人 | 2 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| 大江町 | 計2クリニック | 3人 | 2 | 2 | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | |

出典：東北厚生局 コード内容別医療機関一覧表（令和 5 年 7 月 1 日現在）

※西川町にある 3 診療所と朝日町にある 2 診療所のうち 1 診療所は町立診療所であり、それぞれ西川町立病院および朝日町立病院の医師が兼務している。

2.3.5. 医師配置状況を踏まえた課題（まとめ）

【課題】

- ✓ 山形県内の医療施設で従事している人口 10 万人あたり医師数は、全国平均より少ない状況にある。
- ✓ 外科系を選択する県内専攻医数は少ない状況にあり、今後、県内において外科系医師を確保することがより困難になる可能性がある。
- ✓ 医師数は、県立河北病院の大幅な減少傾向により、西村山地域全体で減少傾向にある。その他の公立 3 病院では微増傾向にあるものの、公立病院全体で常勤医の高齢化が進んでいる。今後、効果的な医師確保策と効率的な医師配置策が求められる。
- ✓ 西村山地域の診療所における医師の高齢化が進んでおり、将来的に診療所数が減少する可能性がある。

【WG での主な意見】

- ✓ 公立 4 病院ともに医師確保が厳しい状況であり、在籍医師も高齢化しており、その層の医師が定年退職した後に、県・大学から医師派遣がないと継続的な病院運営も危ぶまれる状況である。
- ✓ 医師の確保（拡充・維持）を行うことが喫緊の課題であり、公立 4 病院ではそれぞれ医師の派遣要請活動を行っているが、個別での医師確保が困難な状況である。
- ✓ 2024 年から本格的に始まる医師の働き方改革による時間外労働の上限規制への対応も必要になり、診療科によっては当直のシフトを組むのがさらに大変になる可能性もある。
- ✓ 高齢化に伴い、開業医の閉院が予想されるため、中核病院の機能維持が地域の医療提供体制の維持に重要となる。

2.4. 西村山地域の公立4病院における診療体制と運営状況

2.4.1. 公立4病院の診療体制（概要）

公立4病院において急性期機能病床が設置されているのは県立河北病院と寒河江市立病院の2病院であり、西川町立病院と朝日町立病院は回復期機能病床のみの設置である。感染症病床は、県立河北病院のみに設置されている。

標榜診療科について、内科、外科、整形外科の3診療科は公立4病院ともに設置されている。また、各病院で標榜されている診療科のうち、常勤医のいない診療科もかなりの割合を占めている。

図表17：西村山地域における各公立病院の診療科等の比較一覧表

| 病院名 | 山形県立河北病院 | 寒河江市立病院 | 西川町立病院 | 朝日町立病院 |
|-----------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|
| 病床数 | 136床 〔一般 130床 感染症 6床〕 | 98床 〔一般 56床 療養 42床〕 | 43床 (一般のみ) | 50床 (一般のみ) |
| 機能別病床数 | 急性期 60床 回復期 70床 | 急性期 56床 慢性期 42床 | 回復期 43床 | 回復期 50床 |
| 診療科 | 16診療科 | 6診療科 | 4診療科 | 4診療科 |
| | <u>内科</u> 常勤 | <u>内科</u> 常勤 | <u>内科</u> 常勤 | <u>内科</u> 常勤 |
| | 脳神経内科 非常勤 | | | |
| | 小児科 非常勤 | | 小児科 休診中 | |
| | <u>外科</u> 常勤 | <u>外科</u> 非常勤 | <u>外科</u> 非常勤 | <u>外科</u> 非常勤 |
| | <u>整形外科</u> 常勤 | <u>整形外科</u> 常勤 | <u>整形外科</u> 非常勤 | <u>整形外科</u> 非常勤 |
| | リハビリテーション科 (兼務) | リハビリテーション科 (兼務) | | |
| | 脳神経外科 非常勤 | | | |
| | 皮膚科 休診中 | 皮膚科 非常勤 | | |
| | 泌尿器科 常勤 | | | |
| | 産婦人科 常勤 | | | |
| | 眼科 非常勤 | 眼科 非常勤 | | 眼科 非常勤 |
| | 耳鼻咽喉科 非常勤 | | | |
| | 放射線科 常勤 | | | |
| | 麻酔科 常勤 | | | |
| 疼痛緩和内科 常勤 | | | | |
| 救急科 (兼務) | | | | |

※ 下線部分の診療科は、全ての公立病院で標榜している診療科であることを表している。

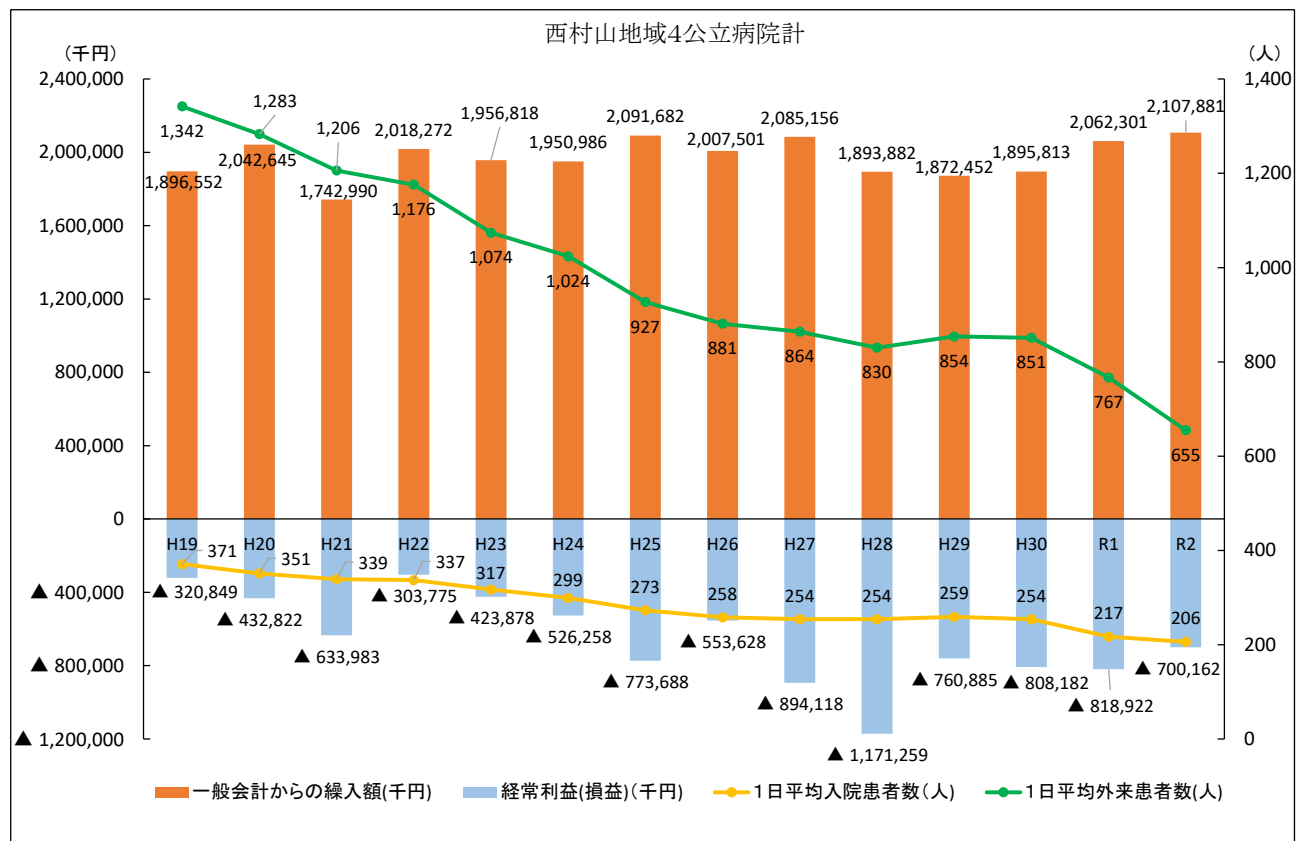
※ 診療科欄の常勤、非常勤等の表示については、医師の配置状況を示している。

2.4.2. 公立4病院における患者数・経営状況の推移

公立4病院累計における入院患者数、外来患者数ともに減少傾向にある。入院患者数については、令和2年度（2020年度）実績は平成19年度（2007年度）実績に対して44.5%減少している。同様に外来患者数についても、51.2%減少と大幅に減少している。

経常利益（損益）についても、公立4病院累計で平成19年度（2007年度）実績と比較して悪化傾向にあり、令和2年度（2020年度）実績では約7億円のマイナスとなっている。また一般会計からの繰入額も増加傾向にあり、令和2年度（2020年度）実績で約21億円となっている。

図表18：公立4病院における患者数・経営状況

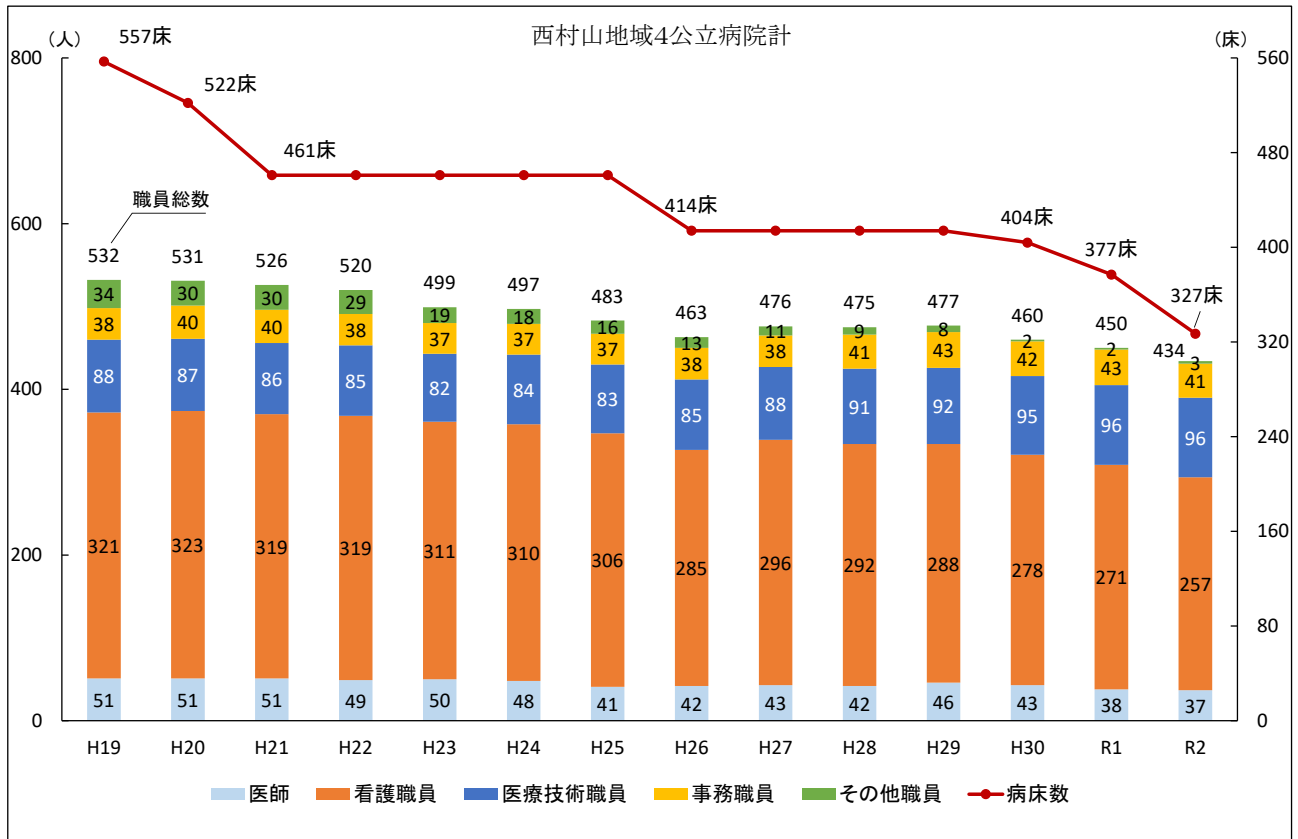


出典：一般会計からの繰入額、経常利益(損益)及び患者数は、総務省公表の病院事業決算状況・病院経営分析比較表による。

2.4.3. 公立4病院における医療従事者数・病床数の推移

公立4病院累計における病床数は減少傾向にあり、病床数の減少に連動する形で医療従事者数も減少している。病床数は、令和2年度（2020年度）においては平成19年度（2007年度）に対して41.3%減少し、医療従事者数は18.4%減少している。

図表19：公立4病院の医療従事者数・病床数



出典：医療従事者数は、総務省公表の病院事業決算状況・病院経営分析比較表による。

2.4.4. 公立4病院における患者所在地別患者構成割合

① 入院患者数

公立4病院の令和4年度（2022年度）DPCデータより入院患者の所在地別患者構成割合を算出した場合、寒河江市立病院、西川町立病院、朝日町立病院においては95%以上の患者が西村山地域の住民となっている。一方、県立河北病院は、西村山地域の住民割合が72.3%であり、北村山地域からの流入患者割合が21.2%と他の3病院と状況が異なっている。

図表20：公立4病院における患者所在地別入院患者構成割合

| 患者所在地 | 県立河北病院 | 寒河江市立病院 | 西川町立病院 | 朝日町立病院 | 計 |
|---------------------|--------|---------|--------|--------|--------|
| 寒河江市 | 24.2% | 72.2% | 2.4% | 0.9% | 41.3% |
| 西村山郡河北町 | 37.9% | 4.7% | 0.1% | 0.3% | 16.3% |
| 西村山郡西川町 | 1.7% | 2.3% | 95.6% | 0.0% | 8.5% |
| 西村山郡朝日町 | 2.5% | 4.4% | 0.0% | 94.2% | 13.4% |
| 西村山郡大江町 | 6.1% | 11.6% | 1.8% | 2.6% | 7.8% |
| 西村山地域 小計 | 72.3% | 95.1% | 99.9% | 98.0% | 87.3% |
| 北村山地域 小計 | 21.2% | 1.0% | 0.0% | 0.7% | 8.5% |
| 東南村山地域 小計 | 5.9% | 3.4% | 0.0% | 1.1% | 3.8% |
| その他山形県内 小計 | 0.3% | 0.3% | 0.0% | 0.0% | 0.2% |
| その他県外 | 0.3% | 0.2% | 0.1% | 0.2% | 0.2% |
| 総計 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| 西村山地域外 小計 (流入患者) | 27.7% | 4.9% | 0.1% | 2.0% | 12.7% |

出典：各病院DPCデータ（2022年4月～2023年3月）

② 外来患者数

公立4病院の令和4年度（2022年度）病院提供データより外来患者の所在地別患者構成割合を算出した場合、入院患者の住所地別患者構成割合と同様に寒河江市立病院、西川町立病院、朝日町立病院は90%以上の患者が西村山地域の住民で占められている。一方、県立河北病院は、66.1%の外来患者が西村山地域の住民であり、北村山地域からの患者が28.4%流入している状況である。

図表21：公立4病院における患者所在地別外来患者構成割合

| 患者所在地 | 県立河北病院 | 寒河江市立病院 | 西川町立病院 | 朝日町立病院 | 計 |
|---------------------|--------|---------|--------|--------|--------|
| 寒河江市 | 20.2% | 64.0% | 5.5% | 2.3% | 37.8% |
| 西村山郡河北町 | 35.9% | 4.5% | 0.6% | 0.3% | 21.2% |
| 西村山郡西川町 | 3.1% | 4.8% | 88.9% | 0.1% | 5.4% |
| 西村山郡朝日町 | 2.8% | 6.4% | 0.2% | 90.3% | 6.2% |
| 西村山郡大江町 | 4.2% | 13.9% | 1.5% | 3.6% | 8.2% |
| 西村山地域 小計 | 66.1% | 93.4% | 96.8% | 96.6% | 78.8% |
| 北村山地域 小計 | 28.4% | 1.3% | 0.2% | 0.1% | 15.9% |
| 東南村山地域 小計 | 4.9% | 4.4% | 1.5% | 1.6% | 4.6% |
| その他山形県内 小計 | 0.3% | 0.2% | 0.2% | 0.7% | 0.3% |
| その他県外 | 0.3% | 0.3% | 1.1% | 0.9% | 0.3% |
| 不明 | 0.0% | 0.3% | 0.1% | 0.1% | 0.2% |
| 総計 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| 西村山地域外 小計 (流入患者) | 33.9% | 6.6% | 3.2% | 3.4% | 21.2% |

出典：各病院提供データ（2022年4月～2023年3月）

2.4.5. 公立4病院における診療科別手術件数の推移

公立4病院において手術が実施されているのは県立河北病院と寒河江市立病院の2病院となっている。

平成30年（2018年）から令和4年（2022年）の5年間における診療科別手術件数推移において、両病院ともに全体の手術件数は大幅な減少傾向にあり、特に全身麻酔による手術件数は両病院合わせて5年間で約4割まで減少している。

図表22：公立4病院における診療科別手術件数の推移

| 診療科 | 県立河北病院 | | | | | 寒河江市立病院 | | | | | 2病院合計 (県立河北病院・寒河江市立病院) | | | | |
|----------------|--------|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 |
| 内科 | | | | | | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 外科 | 242 | 196 | 148 | 140 | 115 | 6 | 9 | | | | 248 | 205 | 148 | 140 | 115 |
| うち全身麻酔 | 116 | 62 | 83 | 74 | 57 | | | | | | 116 | 62 | 83 | 74 | 57 |
| 整形外科 | 257 | 212 | 170 | 200 | 308 | 236 | 222 | 218 | 229 | 128 | 493 | 434 | 388 | 429 | 436 |
| うち全身麻酔 | 13 | 22 | 10 | 6 | 7 | 34 | 22 | 13 | 11 | 4 | 47 | 44 | 23 | 17 | 11 |
| 産婦人科 | 38 | 19 | 17 | 11 | 5 | | | | | | 38 | 19 | 17 | 11 | 5 |
| うち全身麻酔 | 13 | 10 | 5 | 1 | 1 | | | | | | 13 | 10 | 5 | 1 | 1 |
| 泌尿器科 | 47 | 29 | 37 | 32 | 27 | | | | | | 47 | 29 | 37 | 32 | 27 |
| うち全身麻酔 | | | | 2 | | | | | | | | | | 2 | |
| ペインクリニック | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| うち全身麻酔 | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| 合計 | 585 | 456 | 372 | 383 | 455 | 243 | 233 | 220 | 231 | 129 | 828 | 689 | 592 | 614 | 584 |
| うち全身麻酔 | 143 | 94 | 98 | 83 | 65 | 34 | 22 | 13 | 11 | 4 | 177 | 116 | 111 | 94 | 69 |
| 合計指数 (H30=100) | 100 | 78 | 64 | 65 | 78 | 100 | 96 | 91 | 95 | 53 | 100 | 83 | 71 | 74 | 71 |
| うち全身麻酔 | 100 | 66 | 69 | 58 | 45 | 100 | 65 | 38 | 32 | 12 | 100 | 66 | 63 | 53 | 39 |

出典：各2病院提供資料（診療科別手術件数 平成30年～令和4年）

2.4.6. 公立4病院の診療体制と運営状況を踏まえた課題（まとめ）

【課題】

- ✓ 西村山地域の公立4病院累計で、入院患者数、外来患者数ともに減少傾向にあり、公立4病院合算の経常利益についても常態的に赤字となっており、経営基盤の強化・見直しを図る必要がある。
- ✓ 西村山地域の公立4病院ともに、常勤医師の確保が難しい状況にある。また医療従事者も各職種ともに確保することが難しい状況にあり、医師を含めた医療従事者の安定的な確保が経営基盤の強化・見直しに繋がると考えらえる。
- ✓ 県立河北病院、寒河江市立病院ともに手術件数は減少傾向にあり、特に全身麻酔の手術件数は激減しており、今後の手術症例への対応可否を含めた実施体制の検討が必要である。

【WGでの主な意見】

- ✓ 公立4病院ともに経営効率化に向けて経営強化プラン※を検討・策定中であるが、病院経営は厳しい状況にある。
- ✓ 県立河北病院の入院患者、外来患者ともに一定数北村山地域から流入している要因は、北村山地域における西側に居住している住民の生活圏が河北町のためである。
- ✓ 経営効率化を図るためにも医師確保対策を実行することが重要であるが、西村山地域の公立病院では同じ診療科が地域内に分散していることで、個々の病院の対策により医師を確保することが一層困難な状況にある。
- ✓ 看護師や薬剤師等のスタッフも募集しても集まりにくい状況。中小規模の病院では医療スタッフの確保が困難な状態は今後も続く見込まれる。

2.5. 西村山地域の公立4病院へのヒアリング結果

西村山地域外への患者の流出状況や救急搬送状況、医師の配置状況などの各種データの分析を踏まえ、西村山地域に所在する公立4病院の医療現場の実情と今後の医療提供体制のあり方に対する医療従事者の期待について調査するため、関係者に対するヒアリングを行った。

ヒアリングでは、各種データを提示しながら、「本来は自院でどのような患者を受け入れていきたいと考えるか」、「それに対する現状と現病院の課題は何か」、「病院の統合・再編には課題解決に向けた効果が期待できるか」を中心に質問した。その結果は以下のとおりである。

| | |
|----------|--|
| ✓ヒアリング対象 | : 県立河北病院、寒河江市立病院、西川町立病院、朝日町立病院の各病院長・看護部長・事務部長等 |
| ✓ヒアリング目的 | : 西村山地域の医療提供体制のあり方等に関する聞き取りのため |
| ✓実施日 | : 令和5年7月12日(水)、13日(木)の2日間 |

2.5.1. 流出患者への対応について（公立4病院関係者のコメント）

① 救急搬送患者の流出への対応

| 現体制での対応（現状と課題） | 統合・再編による対応 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 休日・時間外は医師1人、看護師1・2人体制であり、救急受入れに限界がある。（4病院共通） ● 医師の高齢化により当直体制に入れにくい傾向があり、一部の医師に負担がかかっている。 ● 放射線技師や検査技師などはオンコール対応となるため、緊急時には検査対応できず、受入れを断るケースが多くなる。 ● 明らかに脳疾患や心疾患の重症患者の場合受入れ不可のため、山形市内の急性期病院で受け入れてもらっている。 ● 麻酔科医は県立河北病院に常勤1名しかいないため、緊急手術が必要な患者の受入れが難しい。 ● 救急患者を受け入れる一般病棟が1つしかないため、受入れ許容幅が少ない。（4病院共通） ● 小児救急については小児科医の複数確保（最低でも3~4人）が必要となり、西村山地域の需要規模から考えると対応は難しいのではないかと。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 医師の集約化ができれば、当直にかかる医師・看護師の負担軽減に繋がり、救急受入れ件数を増やせるのではないかと。 ● 整形外科領域は2病院が統合すると医師7人体制となり受入強化が見込める。 ● 統合により専門技師等の体制充実も期待できる。 |

② 一般入院/外来患者の流出への対応

| 現体制での対応（現状と課題） | 統合・再編による対応 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 【県立河北病院】 麻酔科医1名常勤でいるが、当直にも入るため翌日は勤務できない。また循環器科医がいないため、高齢者の合併症患者等の手術ができない。 ● 【寒河江市立病院】 麻酔科医がいないため全身麻酔の手術がほとんどできない。しかし、内科系は山形大学から第1・2・3内科からそれぞれ医師を2 | <ul style="list-style-type: none"> ● 2病院統合しても、麻酔科医の確保や術後管理のトレーニングを受けた看護チームなどが必要であり、現状では高度な手術への対応は想定しにくい。 ● 新病院では誤嚥性肺炎・肺炎、骨折、慢性心不全、尿路感染症等の受入れ強化を期待する。 ● 整形外科の充実の他にも若い医師を集められるような魅力ある診療機能が必要。 |

| | |
|--|--|
| <p>名ずつ計6名配置しており、循環器科医もいるため幅広く対応できている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●【西川町立病院】 町内に開業医がいないため、現状機能を維持していく必要がある。 ●【朝日町立病院】 整形外科医は現在非常勤だが、常勤医を確保し、外来・入院患者ともに受け入れを増やしていきたい。脳疾患のリハビリのための地域連携パスに登録されている病院が管内にないため、脳血管疾患の専門治療を終えた患者の受け入れが増えない。 | <ul style="list-style-type: none"> ●脳神経内科医や専門スタッフを配置できれば、脳疾患の回復期リハビリ等で山形市内に滞留している患者を引き戻せるのではないかと。 |
|--|--|

③ 分娩流出患者への対応

| 現体制での対応（現状と課題） | 統合・再編による対応 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ●各病院とも産科医師の確保は難しく自院での対応はできない。 | <ul style="list-style-type: none"> ●現行の通り寒河江市の既存産科クリニックや産科セミオープンシステムでの対応が望ましい。 |

2.5.2. 診療機能の強化または縮小について（公立4病院関係者のコメント）

| 現体制での対応（現状と課題） | 統合・再編による対応 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ●各病院とも在宅医療や予防・健診事業の強化に取り組んでいる。 ●県立河北病院と西川町立病院では透析患者を受け入れているが、それぞれ患者数も少なく、採算割れしている。 | <ul style="list-style-type: none"> ●新病院において現2病院の診療機能を基本に極力幅広く診療機能を維持する考えと、一方で現病院にて不採算部門となっている診療機能については絞り込んで整備する考えの両側面から検討するべき。 |

2.5.3. 将来への対応について（公立4病院関係者のコメント）

① 医師・看護師等の確保

| 現体制での対応（現状と課題） | 統合・再編による対応 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ●医師、看護師、薬剤師ともに人員確保が厳しい。 ●在籍医師については、高齢化している。 ●看護師についても高齢化とともに、子育て・介護が必要な看護師が増加しており、夜勤対応できる看護師が少なくなっている。 | <ul style="list-style-type: none"> ●2病院を統合することで、大学等からの医師派遣が受けやすくなるのではないかと。 ●統合・再編や連携強化により、合同研修や人事交流等を強化したい。 |

② 経営基盤の強化・安定

| 現体制での対応（現状と課題） | 統合・再編による対応 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ●各病院とも公立病院経営強化プランを検討・策定中であるが、施設の老朽化や職員高齢化に伴う賃金上昇などにより経営は悪化傾向にある。 | <ul style="list-style-type: none"> ●2病院を統合できれば、診療体制を強化することで経営の安定化を目指せるのではないかと。 |

2.5.4. 統合・再編に向けてのメリットと課題（公立4病院関係者のコメント）

| メリット | 課題 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ●統合することで診療機能の向上を図り、山形市内に流出している一般入院や救急患者の受け入れが可能となる。 ●医師、看護師等、医療従事者の確保がしやすくなる。それにより、夜間・救急対応における人員配置の充実が期待できる。 ●2町立病院においても、統合新病院ができれば、人材派遣や人事交流、共同研修、医療機器・器材の共同利用など連携強化が期待できる。 | <ul style="list-style-type: none"> ●西村山地域だけではなく、村山地域全体としての医療提供体制を考えるべきであり、山形市内の急性期病院側がどのような患者層を西村山地域で受け入れるべきと考えているかも調査してはどうか。 ●2病院の医師を集約させるだけではなく、若い医師が集まるような魅力ある病院づくりを目指すべき。 ●もともと異なる組織の2病院の統合になるので、組織文化やルールも異なるため、事前に十分な検討期間・人事交流などが必要。 ●統合にあたって現病院の職員身分移管が課題となるのではないかな。 ●統合によって一部の住民・患者にとっては交通アクセスが不便になる方も出てくるのではないかな。 |

2.5.5. ヒアリングの総括

【ヒアリングの総括】

- ✓ 公立4病院の多くで、医師が高齢かつ地域外居住者が多く、放射線技師・臨床検査技師もオンコール体制を取っているため、十分な当直体制が組めず、特に休日・夜間の救急機能が低下している。
- ✓ 一般入院に関しては、特に脳血管疾患系の患者について、各病院とも脳神経科医や専門スタッフの不足等からリハビリ環境が十分ではなく、地域連携パスに位置付けられている公立病院が地域内にない。このことが、山形市内の急性期病院に緊急搬送後、急性期を脱した患者の西村山地域での受け入れが進まない要因となっている。
- ✓ 手術の対応件数を増やすためには麻酔科医や循環器科医のバックアップ体制が必要となるが、麻酔科の常勤医は県立河北病院にのみ、循環器科の常勤医は寒河江市立病院にのみそれぞれ配置されている状況であり、専門医不足から手術の症例も増えないため、医師派遣も受けにくくなるという悪循環に陥っている。
- ✓ これら患者の受け入れに関する現状の問題は、専門医や専門技師の不足、医師の高齢化など、人員体制の制約から生じているところが大きく、個別病院の連携や機能分担によって解決できるものではない。
- ✓ 各病院とも、医療資源の集約による機能強化を期待しているが、単純な集約化では医師の高齢化は解決できないため、若手の医療従事者から選ばれる職場環境をつくり、スタッフの新陳代謝を促していくことが必要である。

【WGでの主な意見】

- ✓ 各公立病院が単独で存続した場合に想定されるデメリットとして、今後、医師の高齢化等によって診療機能が低下し、経営状況がさらに悪化した場合、不採算部門の閉鎖等の必要が生じることが考えられるのではないかな。
- ✓ 仮に病院の統合再編が行われても、新病院が回復期医療に重点を置き過ぎてしまうと、若い医師にとって魅力のない病院になってしまうのではないかな。
- ✓ 公立病院で分娩対応する場合、働き方改革も考慮すると医師が4人程度必要となり、実現が困難であることは現場でも共通の認識。分娩施設が必要であれば、1市4町の政策課題として別途議論すべきではないかな。
- ✓ 2町立病院としても、新病院ができれば、統合新病院と町立病院間の人材派遣や人事交流、共同研修、医療機器・器材の共同利用等の連携が可能になることを期待している。

2.6. 山形市内の急性期病院へのヒアリング結果

西村山地域在住の患者の多くが山形市内の急性期病院に流出している状況を踏まえ、救急搬送や一般入院、急性期を脱した後の患者の転院・退院等に関して、山形市内の急性期病院と西村山地域内の公立病院との適切な役割分担・連携に向けた現状・課題を調査するため、山形市内に所在する急性期4病院の院長に対するヒアリングを行った。

ヒアリングでは、各種データを提示しながら、「本来は西村山地域でどのような患者を受け入れるべきと考えるか」、「そのためには何が必要か」、「病院の統合・再編には課題解決に向けた効果が期待できるか」を中心に質問した。その結果は以下のとおりである。

| | |
|----------|--|
| ✓ヒアリング対象 | : 山形大学医学部附属病院、山形県立中央病院、山形市立病院済生館、山形済生病院の各病院長 |
| ✓ヒアリング目的 | : 西村山地域の医療提供体制のあり方等に関する聞き取りのため |
| ✓実施日 | : 令和5年8月18日(金)、21日(月)の2日間 |

2.6.1. 統合新病院に求める役割・機能連携について（院長のコメント）

① 山形市内の急性期病院との役割分担

- 現体制をベースに統合した新病院では、急性期の患者に対応するための新たな医師派遣を期待できないため、急性期の患者は山形市内の急性期病院で対応し、統合新病院は山形市内の急性期病院のバックアップ（後方支援）を強化していく方針が望ましいのではないかと。
- 寒河江市や河北町は、県立中央病院への交通アクセスも良いため、急性期医療は県立中央病院が担い、統合新病院ができるならば、過大な設備投資等は行わず、後方支援を担う方が良いのではないかと。
- 統合新病院ができるとすれば、求められるのは、地域密着型の少数の急性期病床と高齢者に多い誤嚥性肺炎・心不全・頸部骨折・尿路感染等を受け入れる地域包括ケア病床及び回復期リハビリテーション病床を有するケアミックス型病院ではないかと。
- 統合新病院ができるならば、誤嚥性肺炎・大腿骨骨折・腰椎圧迫骨折・尿路感染症等の高齢者に多い疾患については、地域包括ケア病床等の回復期病床の充実を図り、地域の患者を積極的に受け入れてほしい。

② 手術機能の持ち方について

- 全麻手術に対応する体制を維持するための人員・設備・医療機器等を整備することは現実的ではない。
- 統合した場合でも、麻酔科医が1名体制では緊急手術の対応は難しく、おそらく予定手術の対応で手一杯ではないかと。ただし、予定手術等による多少の対応増は見込めるのではないかと。
- 病院を統合した場合に体制強化を想定している整形外科の手術については、局所麻酔で対応可能な手術が多い。そのため、麻酔科医がおり、ある程度の人数の整形外科の医師がいれば、時間内であれば一般的な骨折の手術（手・足などの専門領域以外）は対応可能である。

③ 救急体制について

- 西村山地域では、日中は診れる患者（特に整形）も、時間外では当直医の専門以外の患者は断っている状況のため、西村山地域内で受入れ可能な疾患をもう少し対応できるよう、体制強化を目指してほしい。
- 県立河北病院と寒河江市立病院の現体制の医師の集約化では、時間外や緊急手術対応等における問題の解決は難しいため、統合新病院開院後も救急機能の大幅な強化は期待できないのではないかと。
- 高齢者の二次救急搬送は今後も増加するものと予想される。そのため、誤嚥性肺炎・大腿骨骨折・尿路感染症等の高齢者に多い疾患に罹患している西村山地域在住の患者については、西村山地域内の公立病院

と県立中央病院で責任を持って初期対応が行われることが望ましい。

- 統合新病院ができたとしても、単独で肺炎や尿路感染の救急患者を全て対応することは難しいため、地元の医師会との協力や在宅医療等を活用しながら、西村山地域内で一定程度対応していただき、「地域で断らない」体制の構築を目指してほしい。

2.6.2. 山形市内で急性期を脱した入院患者（西村山地域在住）の転院・退院について（院長のコメント）

- 当院では、西村山地域から来院する患者は意識障害（脳卒中）が最も多い。ただし、脳卒中患者については、地域連携パスにおける退院先の病院が西村山地域内に存在しないため、継続して治療を行うことが望ましい患者については、天童市民病院や至誠堂総合病院へ転院させている。
- 急性期を脱した脳卒中患者については、西村山地域在住の患者は、地域連携パスに参加する等による受入れの強化をお願いしたい。また、統合新病院が地域連携パスに参加した場合においても、地域連携パスで患者がどのように動くのかを連携パス参加病院の会合で検討しているため、競合関係にはならない。
- また、高齢者、呼吸器疾患患者、がん患者向けのリハビリテーションが必要な患者については、地域包括ケア病床を有する山形市内の東北中央病院や至誠堂病院、天童市民病院へ転院させている。
- 脳疾患については必ずしも脳神経科医ではなく神経内科医やリハビリ専門医、充実した療法士の体制があれば、回復期として受け入れた患者の急性増悪等にもある程度対応可能ではないか。そのような体制でも診れなくなった患者は、再度山形市内の急性期病院に紹介する連携体制があれば受入れ可能ではないか。
- （患者の紹介をする際に）県立河北病院、寒河江市立病院は院内で受け入れる病棟の明示がないため、地域包括ケア病床での受入れが確実な他の病院に転院させている。また、県立河北病院は急性期病院としての位置付けであるため、治療の必要がない患者を転院させることには抵抗がある。
- 当院への救急搬送は西村山地域で断られた患者も多い。そうした患者を診療後に西村山地域の病院に返そうとしても、病床調整が上手く行えていないのか受入れを断られることが多い。
- 寒河江市立病院へ急性期を脱した入院患者を返せていない理由として、当該病院は急性期病院であるという意識が病院職員に残っているのではないかと感じている。県立河北病院については、地域包括ケア病床を整備した段階で、そうした垣根なく当院から患者を返している。
- 当院でも地域包括ケアや回復期リハ等の回復期病床を有しているが、現状当院も病床が高稼働となっていることや、今後の高齢者疾患の増加を考慮すると、少なくとも西村山地域の患者については、西村山地域で診れる体制の整備をお願いしたい。

2.6.3. ヒアリングの総括

【ヒアリングの総括】

- ✓各病院長とも、高齢化の進行に伴い増加が見込まれる疾患（誤嚥性肺炎・慢性心不全・大腿骨骨折・尿路感染症等）については、西村山地域内での対応の強化を求めている。病院の再編統合には、これら疾患の二次救急や回復期後の患者の急性増悪期を含めた受入れ増加への一定の効果を期待している。
- ✓一方、休日・夜間の救急対応や緊急手術については、現状の人員体制をベースに2病院を統合しても機能強化が難しいとする評価もある。再編統合を目指す場合は、現病院の医師の専門性や高齢化、医師等の確保の見通しも踏まえながら、村山地域内での医療完結を前提とした現実的な診療機能を模索していく必要がある。
- ✓山形市内で急性期を脱した患者については、各病院長とも、西村山地域でより積極的に受入れを行うことを期待している。そのためにも、地域連携パスへの参加が可能な体制の西村山地域内での整備を急ぐ必要がある。

【WGでの主な意見】

- ✓ 脳神経のリハビリ受入れは地域での積年の課題。現病院で脳疾患のリハビリ患者の受入れは難しいため、統合再編するのであれば、年齢は問わないので、対応可能な医師を迎え入れられるよう今から動くべき。
- ✓ 診療報酬算定上の施設基準では、厳密には脳神経外科医や脳神経内科医の配置が必須ではなく、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する臨床経験が一定以上ある医師がいれば良い。

3. 西村山地域における医療提供体制のあり方案

3.1. 調査・検討を踏まえた共通認識

各種データの調査・分析を通して、入院においては、西村山地域在住患者の過半数が地域外に流出しており、特に山形市内の急性期病院との役割分担に向けた検討が必要であることが分かった。また、救急搬送は約6割が西村山地域外へ流出し、特に休日・夜間の流出が顕著であった。公立病院での応需率は大きく減少傾向にあり、応需率が5割を下回る公立病院もあるなど、救急機能の低下が明らかとなった。医師配置数は、過去5年の推移を見ると、県全体では増加している一方で西村山地域では2割以上減少していることから、効果的な医師確保策と効率的な医師配置策が求められることが分かった。地域内の公立病院（実際に手術を行っている県立河北病院及び寒河江市立病院の2病院）での手術件数は、過去5年間で約7割程度、特に全身麻酔の手術は約4割まで減少していることから、手術症例への対応可否を含めた実施体制の検討が必要となっていることが分かった。

ヒアリングでは、こうしたデータを裏付ける現場の実情が明らかになった。まず、救急対応については、医師の不足と高齢化、時間外における検査人員体制の不足等により十分な当直体制を組むことができず、時間外の搬送受入れを断るケースが多くなっていることが分かった。手術については、急性期を担う県立河北病院と寒河江市立病院において、バックアップに必要な麻酔科医や循環器科医のどちらか一方が不足するなど受入れ体制が不十分であった。また、手術症例件数が増えないことで若手医師の派遣も受けにくくなるという悪循環に陥っていることが分かった。さらに入院についても、特に脳疾患の医師を含むリハビリ体制が十分ではなく、地域連携パスに位置付けられる病院が地域内にないことが分かった。このことが、山形市内で急性期治療を終えた患者の受入れが進まない主要因になっていた。

他方で、西村山地域の多くの入院患者・救急搬送を受け入れている山形市内の急性期病院は、現状の西村山地域の医療提供体制に対して、一定の急性期機能の強化のほか、山形市内の病院での急性期後（ポストアキュート）の受入れと、在宅や施設等からの急性増悪の受入れ（サブアキュート）を含む回復期の入院機能の強化を求めていることが分かった。

これらの西村山地域の医療提供体制の問題は、公立4病院ともに共通して医師や薬剤師、看護師、放射線技師、臨床検査技師等の医療スタッフの確保・育成の困難さ、各病院への分散配置による人員体制の制約、医師の高齢化から生じているものと考えられる。特に、急性期・回復期ともに同様の機能を持つ県立河北病院及び寒河江市立病院の2病院については、医療資源を分散配置した現体制を存続させた場合、近い将来において病院機能はさらに縮小し、二次救急体制の維持はおろか、サブアキュートも含めた回復期・慢性期の機能さえ地域内で十分に果たせなくおそれがある。また、こうした問題は個別病院の連携や機能分担で解決を図ることは困難であり、西村山地域の医療提供体制の再構築を図るためには、医師や看護師、検査技師、高額医療機器等の医療資源を集約し、急性期・回復期ともに地域の中核的な役割を果たすことができる一定の規模を持つ病院を新たに整備することが妥当と考えられる。

なお、公立病院の医師が高齢化していることから、現病院の人材を集約しただけでは十分な集約効果を得ることは難しいとする意見もある。新たな病院の整備に当たっては、若手医師や看護師、検査技師等の医療従事者にとって魅力ある職場環境をつくり、医療スタッフの新陳代謝が促されるような病院にしていくことが必要である。

以上を踏まえれば、新たな医療提供体制の方向性として昨年度の第1回検討会で示された「県立河北病院と寒河江市立病院を統合して新病院を設置する案」、「寒河江市立病院を中心に入院機能を集約して新病院を設置し県立河北病院を無床診療所化する案」、「現在の医療提供体制を維持し各自治体が各々の病院を運営する案」の3案においては、第1案の2病院を統合して新病院を設置する案が最も妥当であると改めて結論付けられる。

3.2. 西村山地域の医療提供体制の再構築に向けた基本方針

前項の共通認識を踏まえ、西村山地域で求められる医療提供体制の再構築に向けて、県及び西村山地域の1市4町、地域の医療・介護関係者、山形大学等の関係者が連携して取り組むべきことについて、下記のとおり「基本方針」として整理した。

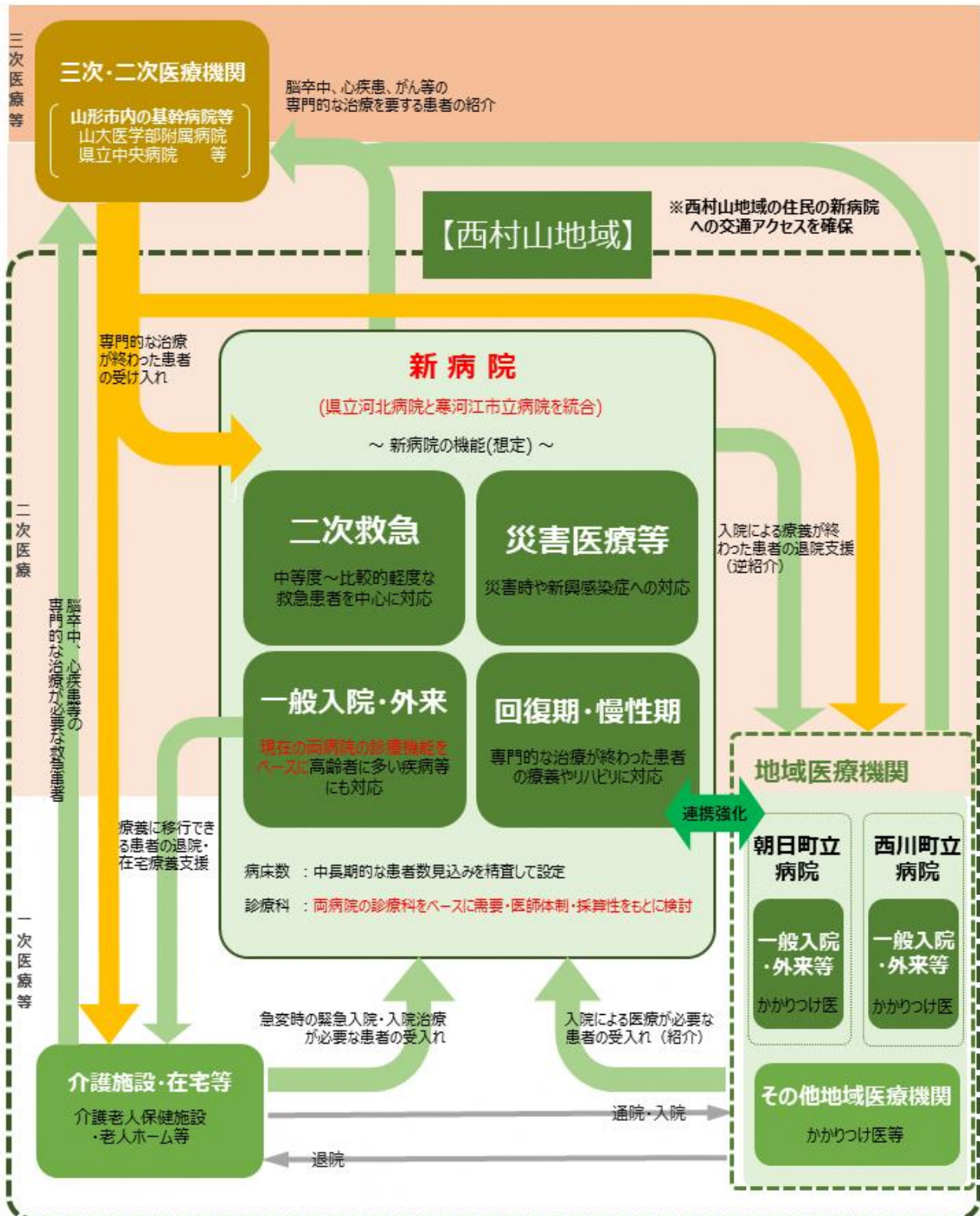
基本方針

- ① 村山地域全体での医療完結を前提に、医師の効率配置を目指し、新病院を含む西村山地域の公的医療機関は、山形市内の急性期病院等との役割分担、機能連携を図る。
- ② 特に、脳卒中や急性心筋梗塞、がん等の高度で専門的な治療が必要な患者については、山形市内の三次医療機関や基幹病院で対応することを前提とする。
- ③ 県立河北病院と寒河江市立病院を統合、新病院を設置し、限られた医療資源（医師・看護師や高額医療機器等）を集約配置することで、持続可能な医療提供体制を早期に再構築する。
- ④ また、西川町立病院と朝日町立病院は引き続き独立して町立病院として地域での役割を果たしつつ、新病院との連携強化を図る。なお、町立病院としてのあり方、新病院との連携については、新病院の診療機能の検討と同時進行で、設置町において十分検討するものとする。
- ⑤ 地域住民への医療サービス確保のため、統合する2病院の診療科を原則維持することを前提とし、診療体制の詳細については、医療需要や医師確保見通し、採算性等を踏まえ今後検討する。
- ⑥ 加えて、病院の統合に伴い地域住民の利便性が損なわれることのないよう、新病院の設置者は、交通手段の確保やオンライン診療の提供等の各種取組みに努めるものとする。
- ⑦ 西村山地域における医師・看護師等の医療従事者の確保のため、新病院を中心とした魅力ある職場環境づくりや人材育成の仕組みづくり、先進技術の活用等を推進する。
- ⑧ 災害発生時や新興感染症の発生・まん延時にも、山形市内の基幹病院等と連携を図りながら柔軟に対応する。
- ⑨ 休日・夜間の救急医療体制の充実に向け、管内自治体及び地区医師会が担う一次救急機能と新病院との連携のあり方については、今後関係機関との協議を継続する。

3.3. 西村山地域における医療提供体制のイメージ

前項の基本方針のもと新病院を設置する場合、新病院と関係機関との連携・役割分担により、目指すべき医療提供体制のイメージを下記の通り整理した。

図表23：西村山地域における医療提供体制イメージ



3.4. 新病院の診療機能の検討に向けた基本的な考え方

前項の連携・役割分担に向けて、今後新病院の診療機能の詳細な検討を進める場合、その基本となる考え方について、下記の通り整理した。

新病院の診療機能の検討に向けた基本的な考え方

- ① 2病院の統合により、医師・薬剤師・看護師・診療放射線技師・臨床検査技師等のスタッフの集約化と当直の負担軽減を図り、中等症から比較的軽度の救急患者を中心に、地域で求められる二次救急医療体制を目指す。
- ② 分娩は産科セミオープンシステムでの対応を基本としつつ、安心して地域外での分娩に繋がられること、子どもの予防接種や健診等の地域保健サービスを身近な場所で受けられること等を重視し、地域において期待の高い小児科・産婦人科の外来機能については、新病院での継続を目指す。
- ③ 統合による内科系医師の集約により、高齢者に多い内科系疾患(誤嚥性肺炎・肺炎、慢性心不全、尿路感染症等)に幅広く対応し、山形市内で急性期治療を終えた回復期・慢性期の入院患者を積極的に受け入れるなど、高齢者の総合的診療ができる体制の整備を目指す。
- ④ 統合により、整形外科領域の医師や麻酔科医、循環器科医師の集約を図り、全身麻酔を行う手術への対応や緊急手術への対応が可能な体制の整備を目指す。
- ⑤ 山形市内の急性期病院と脳疾患地域連携パスを構築し、専門治療を終えた患者を積極的に受け入れていけるよう、脳疾患リハビリの体制整備に努める。
- ⑥ 地域包括ケアシステムを支える中核病院として、在宅や介護施設等での急変患者の受入れも含めた回復期に十分対応していくため、地域の開業医(訪問診療医)や介護施設等との連携のもと、在宅療養支援機能、在宅医療・看護、リハビリ機能等の充実を目指す。
- ⑦ 特に、在宅医療については、総合診療専門医※の研修プログラムの一環として位置づけ、地域医療への貢献とへき地医療を支える医師・看護師・薬剤師等の人材育成・確保を両輪で推進する新病院の機能の一つとして充実強化を目指す。
- ⑧ チーム医療により、生活習慣病の重症化予防のためのセルフケア支援ができる体制の整備を目指す。

4. 西村山地域医療提供体制検討会（10/19）における中間報告の結果

ワーキンググループでは、令和5年4月から9月までの5回にわたる協議の結果を「中間報告」として取りまとめ、10月19日に開催された西村山地域医療提供体制検討会において報告を行った。

報告内容に対して、出席委員からは一定の評価を得られ、県立河北病院と寒河江市立病院を統合して新病院を整備する基本方針に沿って、今後検討を前に進めることについて了承を得た。

現2病院の設置者である県及び寒河江市以外の4町については、新病院を整備する場合、その運営に参画する選択肢もあることから、その判断材料となるよう、ワーキンググループでは新病院の整備に向けた検討課題の整理を引き続き行い、その結果については次回の検討会へ報告を行うことになった。

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| ✓ 会議 | : 第4回西村山地域医療提供体制検討会 |
| ✓ 協議内容 | : 西村山地域における新たな医療提供体制について |
| ✓ 開催日時・場所 | : 令和5年10月19日（木）15:30～17:00、チェリーランドさがえ |

図表24：第4回西村山地域医療提供体制検討会における主な意見

| 出席者 | 主な発言 |
|--------------|---|
| 寒河江市 佐藤市長 | <ul style="list-style-type: none"> ● 基本方針に沿って進めてほしい。新病院の診療機能の検討に向けた基本的な考え方はどれ一つとっても大変重要な課題であり、実現をお願いしたい。 ● 小児科と産婦人科の外来機能は新病院での継続をお願いしたい。 ● 脳疾患のリハビリ体制の整備は西村山地域の積年の課題。実現を目指してほしい。 |
| 河北町 森谷町長 | <ul style="list-style-type: none"> ● 中間報告は良く整理されている。中間報告として受け止める。 ● 山形市内の急性期病院は、西村山地域の医療提供体制に対して一定の急性期機能の強化や回復期の入院機能の強化を求めていることから、それら機能強化について議論すべきである。 ● 具体的な診療体制等の検討の裏付けとして医師確保のための議論が必要である。例えば、県立中央病院と連携し、新病院で専門医研修を受け入れるなどの方策を検討できないか。 ● 産婦人科と小児科は産科セミオープンシステムを前提としつつ、安心して妊娠・出産に臨める体制と乳幼児の夜間・休日診療機能等を確保できるよう、新病院での医療体制の強化等を目指してほしい。 ● 関心を持つ方々への説明を丁寧に進めるべきである。 |
| 西川町 菅野町長 | <ul style="list-style-type: none"> ● 中間報告の内容に賛成するので是非そのまま進めてほしい。 ● 実現可能であれば、小児科と産婦人科はもう少しがんばってほしい。 |
| 朝日町 川口副町長 | <ul style="list-style-type: none"> ● 中間報告は良くまとまっている。 ● 朝日町立病院のあり方や新病院との連携を検討するためにも、早めに新病院の内容を示してほしい。 |
| 大江町 松田町長 | <ul style="list-style-type: none"> ● 2病院の統合が必要と考えられる。 ● 以前から言っているとおり、分娩が心配である。何とか西村山地域の中で分娩を取り扱えるような取組みができないか検討を進めてほしい。 |

| | |
|----------------------|---|
| 山形大学 上野医学部長 | <ul style="list-style-type: none"> ●多くの関係者から話を聞いて、しかも客観的データに基づいて一定の方向性を出してもらった。 ●関係者の合意に基づく未来像が描かれた際には大学としても協力していきたい。 |
| 山形大学 村上教授 | <ul style="list-style-type: none"> ●地域の中で求められる機能を確保するためには、病院の機能を集約しなければならないということは、医療現場の声としても共通認識である。 ●新病院の診療体制の詳細を詰めていくためにも、まず方向性をしっかりと決めることが必要。 |
| 山形県 平山副知事 (座長) | <ul style="list-style-type: none"> ●報告内容は、検討会としても十分に尊重すべきと考える。 ●病院の設置者である県と寒河江市以外の4町については、新病院の運営に参画する選択肢もあり、その判断材料となるよう、引き続き様々な課題を整理してほしい。 |



報告結果

- ✓ 県立河北病院と寒河江市立病院を統合し新病院を整備する基本方針を含む中間報告に対して、委員から一定の評価を得られた。
- ✓ また、この基本方針に沿って、今後の検討を進めることについて了承された。
- ✓ ワーキンググループでは引き続き、新病院を整備する際の整備スケジュールや運営母体など、より具体的な検討に向けた課題の整理を進め、その結果については次回の検討会へ報告することになった。

5. 先行事例の調査結果

ワーキンググループは、今後の検討の参考とするため、公立病院の統合再編の先行事例の視察調査を行い、取り組みの経過やその効果等について、関係者から聞き取りを行った。その結果は以下のとおりである。

| | |
|---------|---|
| ✓ 視察調査先 | : 奈良県 南奈良総合医療センター及び五條病院（南和広域医療企業団が運営） |
| ✓ 調査の視点 | : 統合再編に関する合意形成の経過、統合再編による効果及び再編後の取り組み 等 |
| ✓ 視察調査日 | : 令和5年11月16日（木）、17日（金）の2日間 |

5.1. 視察調査先の概要

奈良県南西部の1市3町8村からなる南和地域（南和保健医療圏）は、奈良県の64%と広大な面積を占め、多くの山間へき地を抱える地域である。一方、この地域の人口は奈良県の5%程度に過ぎず、高齢化率は約39%、一部には老年人口の割合が50%を超える地域もあるなど、過疎化と高齢化が進んだ地域である。

医療圏内の公立3病院はいずれも急性期機能を担っていたが、人口減少や医療スタッフの減少等により、医療機能が年々低下し、救急搬送受入件数の減少や地域の入院患者の約6割が医療圏外に流出するなど、厳しい医療提供体制と経営困難な状況にあった。

地域住民の医療を守るため、病院の再編に向けた議論が行われた結果、平成24年には、3つの救急病院を統合し、1つの救急病院（急性期）と2つの回復期・慢性期病院に再編する方針が決定され、まず運営母体として県・1市3町8村で構成する一部事務組合が設立された。

平成28年には3つの新病院のうち急性期病院と1つの回復期・慢性期病院が新築開院、翌平成29年には改築により残り1つの病院が開院し、急性期から回復期、慢性期までのシームレスな医療提供体制が構築された。

図表25：南和広域医療企業団が運営する病院の概要

| | 統合前 | 統合後 |
|-----------|---|---|
| 病院の規模等 | <ul style="list-style-type: none"> ● 奈良県立五條病院（199床、医師数25.1人） ● 町立大淀病院（275床、医師数12.9人） ● 国保吉野病院（98床、医師数9.6人） （合計 病床数572床、医師数47.6人） | <ul style="list-style-type: none"> ● 五條病院（90床、医師1人） ● 南奈良総合医療センター（232床、医師74人） ● 吉野病院（96床、医師5人） （合計 病床数418床、医師数80人） |
| 運営形態・診療機能 | <ul style="list-style-type: none"> ● 県と2町それぞれで運営する公立3病院 ● 公立3病院はいずれも急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> ● 南和医療圏内全12市町村・県が構成する一部事務組合（企業団）（H24設立） ● 1つの急性期病院と2つの療養期病院に再編 <ul style="list-style-type: none"> → 南奈良総合医療センター（急性期、回復期）…二次救急、専門医療、回復期リハビリ、在宅への連携を見据えた高齢者医療、へき地医療、災害対策医療 → 五條病院・吉野病院（回復期、慢性期）…長期入院患者への対応、在宅への連携を見据えた高齢者医療、身近な外来機能 |
| 再編統合による変化 | <ul style="list-style-type: none"> ● 施設の老朽化（大淀病院、五條病院） ● 医師数は5年間で約25%減（～H21） ● 救急搬送件数は5年間で約20%減（～H20） ● 医業収入は5年間で約25%減少（同上） ● 実質損失は5年間で約10%増加（同上） ● 約6割の患者が医療圏外に流出（H16時点） | <ul style="list-style-type: none"> ● 常勤医師数は統合後3病院合計45人から85人（R2）に増加（100床当たり7.9→21.3人） ● 企業団としての経常収支は平成28年から30年まで赤字が続いていたが、令和元年以降黒字に好転、4年の経常収支比率は106.6%に ● 統合前後で他会計繰入金金が5億円程度減少 ● 医療圏外への患者の流出が6割から4割に減少 ● 緊急搬送件数は2,200件から4,000件程度まで増加 ● 手術件数は1,200件から2,000件超まで増加 |

5.2. 調査結果の主なポイント

急性期病院である南奈良総合医療センターは一定の高度な医療機能を有する病院である。また、奈良県には元々県立の医大があり、県が医師派遣に大きな影響力を持っているなど、本県とは事情が異なる事例であることに留意する必要がある。

しかしながら、県と12市町村が参画する運営母体が円滑に設立できたこと、へき地医療の支援強化など運営母体への参画のメリットを明確に打ち出していること、総合診療専門医の育成と活躍が医師確保に結び付いていること、3病院の徹底した役割分担により経営が改善していることなど、本県でも参考とすべきことがあった。

① 統合再編により医師派遣が増えている理由

| ポイント | ヒアリング内容 |
|---|---|
| 県が医大を有していること | ●自治医科大学の医師以外は県立医大の医師。再編で医療機能を明確化したこともあり、医師派遣の協力を得やすかった。（25診療科で52人要請し派遣は51人） |
| 症例集積や研修機能の向上により若手医師に対する魅力が向上したこと（特に総合診療専門医の育成に着目） | ●平成28年から総合診療専門医の研修プログラムを実施しており、マッチング率は100%。自治医科大学出身の指導医に惹かれてくる若手医師が多い。 ●センターでは、訪問診療、救急医療ともに総合診療医が活躍している。民間診療所の医師は地域外の在住者が多いため、休日や在宅医療は南奈良総合医療センターの総合診療専門医が診ている。 ●救急医療は、救急医3名と総合診療専門医が各診療科の医師のサポートのもと実施している。内科はまず総合診療専門医が診て専門医へ繋いでいる。総合診療専門医がまず診るのが売りになっている。 |
| 働きやすい職場環境づくりを行っていること | ●救急対応の負担軽減のため、担当医の専門外の疾病は、医大の専門医とオンラインで繋ぎ、遠隔でコンサルテーションを行う仕組み（D to D）を作っている。 |

② 県と12市町村の合意形成が円滑に進んだ理由

| ポイント | ヒアリング内容 |
|-------------------------------------|--|
| 首長の間で危機意識が共有されていたこと | ●奈良県は市町村合併が進まなかったため、「奈良モデル」として水道・消防等での広域連携の取組みが元々浸透していた。 ●首長間で「南和の医療は南和で守る」という強い意識が共有されていた。公立病院を持たない町村も、医療圏内に病院が無くなることに対する危機感を持っていた。 |
| 市町村が運営母体へ参画するメリットを感じてもらうような配慮があったこと | ●ドクターヘリを1台導入したことで、自動車で2時間以上かかる村部にも迅速な対応が可能になった。 ●圏域内に10か所あるへき地診療所に対して企業団3病院による支援体制を構築した。具体的には、①内科医や整形外科医、看護師（へき地ナース※）の派遣、②オンライン診療、③3病院とへき地診療所間との電子カルテの相互閲覧など。 ●自治体が行うワクチン接種に対して企業団が積極的に協力している。 ●医師や看護師、コメディカルによる住民向けの健康出前講座を実施している。 |
| 組織体制や財政負担の調整が円滑に進むような配慮があったこと | ●運営母体の形態としては、スピード感を重視し、まずは職員の身分が変わらず調整が比較的容易な一部事務組合から始めることにした。（将来的には独法化も検討） ●看護師は3病院の組織文化が異なっていたので再編前に勉強会を頻繁に開催して調整を行った。 ●病院整備にかかるイニシャルコスト※の財政負担は、1/2を元々病院があった2町で負担することとして、村部の財政負担が重くならないよう配慮した。 |

③ 3病院間の役割分担・連携の状況

| ポイント | ヒアリング内容 |
|--------------------------------------|---|
| 3病院間で急性期・回復期・慢性期の徹底した役割分担と連携を行っていること | <ul style="list-style-type: none"> ● 3病院で地域医療連携室の一体運用を行い、患者情報を共有している。このため病院間のスムーズな入退院調整が可能となり、高い病床稼働率を実現している。（五條病院は95%） ● 救急の受入れはセンターに任せ、その他病院では救急告示指定は受けていない。回復期病院では救急を受けていないため医師の負担も少ない。 |
| 活発な人事交流を行っていること | <ul style="list-style-type: none"> ● 事務職を含め全職種で人事交流・連携を行っている。 ● 総合診療専門医の研修プログラムの1年目を五條病院で勤務し、経験を積んだ後センターに戻るといった流れを作っている。 ● 看護師は急性期病院の人气が高く、本人の希望を聞きながら調整を行っている。平均年齢は、南奈良総合医療センター、五條病院、吉野病院の順に若い。 |

(南奈良総合医療センター)



(五條病院)



6. 新病院の整備に向けた検討課題の整理

6.1. 診療機能の整備に関する課題

6.1.1. 診療機能の強化に向けて（今後も継続して検討すべき重点事項）

新病院の診療機能の基本的な考え方は、「3.4 新病院の診療機能の検討に向けた基本的な考え方」に掲げる通りであるが、まずは現2病院の統合効果によってどの程度の機能強化を図ることができるのかが大きな検討課題となる。また、10月の検討会で出された関係首長の意見も十分に踏まえていく必要がある。このため、次の内容については、今後の基本構想・基本計画策定の段階において、現2病院の診療現場の意向等も踏まえながら、新たな検討体制のもとで、慎重に継続検討する必要がある。

（急性期機能の強化の検討）

山形市内の急性期病院からも西村山地域の医療提供体制に対して一定の急性期機能の強化や回復期の入院機能の強化を求められており、特にどの程度の急性期機能の強化（手術対応含む）が可能かについて議論すべきである。その際、患者を一律的に線引きすることは困難であり、実際にどの疾患でどの程度の受入れが可能かは、それらを実施するための医師・看護師等の確保の状況や両病院のスタッフの意見等を踏まえながら検討する必要がある。

（分娩への対応の検討）

分娩について現状では新病院において産科医師を複数確保することが難しいことから、既に県内で取組みが浸透している産科セミオープンシステムによる対応が望ましい。一方で、西村山地域で分娩対応をしている医療機関は現在1施設のみであることや、今後地域に若い世代を呼び込むことを推し進めるためにも、地域住民のことも考えて、分娩施設の設置の可否について引き続き検討する必要がある。

（小児救急への対応の検討）

小児救急患者への対応について、現在の外来機能を維持するための医師体制よりも更に複数名の小児科医師を確保する必要があるため、現時点では対応が難しいと考えられる。一方で、西村山地域において安心して子育てできる環境を整備するという観点から今後も小児救急への対応のあり方について検討する必要がある。

（休日・夜間診療の役割分担の検討）

現在の初期救急体制としては、休日の昼間は管内自治体及び地区医師会の在宅当番医が輪番制で対応し、休日の夜間は公立4病院等で対応、平日の夜間は県立河北病院が地区医師会のサポートのもと実施するなど、曜日や時間帯によって対応にばらつきがある。

比較的軽症の救急患者の外来診療までもが新病院に集中し、本来の診療機能が損なわれないよう、市町村が担う初期救急と新病院・町立2病院の二次救急機能との効果的な役割分担・連携について検討する必要がある。

（新病院としてアピールできる機能の検討）

県立河北病院と寒河江市立病院の現状の機能を集約化させることによる機能維持だけでなく、統合して新病院となることによって、今後確保していきたい若い医師・看護師等の医療従事者や地域住民に対してもアピールできる目玉となるような機能の可能性についても検討する必要がある。



✓これらの事項は、地域の関係者の要望も踏まえ、新病院の整備に向けた検討の中で、引き続き議論していくべきものとする。

✓ワーキンググループとしては、医療現場の関係者の知見を得ながらより具体的な検討ができるよう、新たな検討体制へと議論を引き継ぎたい。

【WGでの主な意見】

- ✓ 検討会における各首長の意見を含めた具体的な検討は、山形市内の急性期病院の院長にも加わっていただき、基本構想・基本計画で議論すべきではないか。
- ✓ 現在、休日診療は地元医師会に業務委託しているため、新病院の中に一次救急の拠点をつくることを要望するかどうかは、1市4町が地元医師会と相談しながら個別に検討した方が良いのではないか。

6.1.2. 診療科の検討に向けて

（診療科の基本体制の整理）

県立河北病院と寒河江市立病院の診療科を維持することを原則として整理すると、新病院は 15 診療科を基本体制として今後検討していくことになる。

（常勤医師の定年退職後の欠員補充）

直近では、新たな県立新庄病院が開院までに 8 年間を要している。新病院でも同程度かかるものと仮定すると、それまでの間、常勤医師 33 人のうち 9 人が定年退職を迎えることになる。診療科の維持のためには、これら退職医師の欠員補充を図る必要がある。

（非常勤医師の継続派遣）

現 2 病院の診療科のうち、小児科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科の 4 科は、現状、山形大学医学部附属病院及び県立中央病院から派遣される非常勤医師のみの体制である。診療科の維持のためには、派遣の継続を図っていく必要がある。

（脳疾患リハビリ体制強化のための人員配置）

脳神経外科は現状非常勤であるが、山形市内の急性期病院からの脳疾患リハビリ患者の受入増のためには、脳神経外科又は脳神経内科の常勤医か、少なくとも脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する臨床経験が一定以上ある医師の配置を図っていく必要がある。

（不採算部門の取り扱いの検討）

現病院で採算性の低い部門については、新病院での取り扱いを検討する必要がある。

特に、県立河北病院の疼痛緩和内科の入院は患者が少なく、緩和ケア病棟の利用率も低いため、地域包括ケア病棟※への移行の可能性を検討する必要がある。また、同病院の人工透析は、利用者や民間医療機関の意見も踏まえた上で、民間医療機関への移行の可能性について検討する必要がある。

【WGでの主な意見】

- ✓ 山形大学医学部に早めに相談のうえ協力して目指すべき病院像をつくっていくべき。新病院の開院までに教授の交代や卒業生の入局の状況なども変わるため、直前にならなければ決められない部分もあるが、まずは定年により欠員となった常勤医師の補充ができるか等の基本的な方針のすり合わせをすることが必要。

□西村山地域医療提供体制検討ワーキンググループ 最終報告書

図表26：2病院をベースとした新病院における基本体制案

| 診療科 | 県立河北病院 | | | | | 寒河江市立病院 | | | | | 2病院をベースとした基本体制 | | | | |
|-------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|----|----------------|-----------------------|---------------|------|----|----------------|---------------------|----|---|--|
| | 医師数(R5.8.1) | | | 診療機能 | | 医師数(R5.8.1) | | | 診療機能 | | 医師体制 | 入院 | 外来 | 備考 | |
| | 常勤 (実数) | 左のうちR13まで に定年を迎える数 | 非常勤 (常勤換算) | 入院 | 外来 | 常勤 (実数) | 左のうちR13まで に定年を迎える数 | 非常勤 (常勤換算) | 入院 | 外来 | | | | | |
| 内科 | 7人 | 2人 | 1.50人 | ○ | ○ | 6人 | 1人 | 0.80人 | ○ | ○ | 常勤 | ○ | ○ | | |
| (循環器・呼吸器・腎臓) | - | | 循環、呼吸、腎臓 (0.80人) | | | 循環2 (2人) | 呼吸、腎臓 (1人) | (0.40人) | | | | | | | |
| (消化器内科、腫瘍内科) | 消化3 (3人) | (1人) | 消化、腫瘍 (0.50人) | | | 消化2 (2人) | | | | | | | | | |
| (神経内科・糖尿病内科・内分泌内科・血液内科) | 内分1 血液1 (2人) | 血液1 (1人) | 神内 (0.20人) | | | 糖尿・内分2 (2人) | | 神内 (0.40人) | | | | | | | |
| (総合診療科) ※標榜はなし | (2人) | | | | | - | | | | | | | | | |
| 疼痛緩和内科 (緩和ケア科) | 1人 | | | ○ | ○ | - | | | × | × | 常勤 | ○ | ○ | 現20床の緩和ケア病床 (10月1日現在8床稼働中) は利用率も低く、採算性に課題があるため、地域包括ケア病床へ移行することも検討が必要。 | |
| 小児科 | - | | 0.60人 | × | ○ | - | | | × | × | 非常勤 | × | ○ | 外来は地域住民の希望を考慮して維持することが望ましい。 | |
| 外科 | 5人 | 2人 | | ○ | ○ | 1人 | 1人 | 0.20人 | × | ○ | 常勤 | ○ | ○ | がん以外(乳がんを除く。)の手術に対応できることが望ましい。(現状の多くが鼠径ヘルニア等であり、症例を増やすことが課題となる) | |
| 整形外科 | 3人 | | 0.45人 | ○ | ○ | 4人 | 1人 | 0.40人 | ○ | ○ | 常勤 | ○ | ○ | | |
| 脳神経外科 | - | | 0.20人 | × | ○ | - | | | × | × | 常勤※ | × | ○ | 脳疾患リハビリの受入れ増のためには、脳神経外科または神経内科で1名、常勤医師(年齢問わず)を確保できれば望ましい。 | |
| 皮膚科 | - | | | × | × | - | | 0.80人 | × | ○ | 非常勤 | × | ○ | 管内に開業医が少ない一方で、在宅療養者の褥瘡の診察のニーズあり、診療科があることが望ましい。 | |
| 泌尿器科 | 2人 | | 0.20人 | ○ | ○ | - | | | × | × | 常勤 | ○ | ○ | 透析に関しては、民間等で対応可能ではないか。 | |
| 産婦人科 | 1人 | 1人 | | × | ○ | - | | | × | × | 常勤 | × | ○ | 現在入院対応なし。 | |
| 眼科 | - | | 0.20人 | × | ○ | - | | 0.40人 | × | ○ | 非常勤 | × | ○ | | |
| 耳鼻咽喉科 | - | | 0.60人 | × | ○ | - | | | × | × | 非常勤 | × | ○ | 高齢者の嚥下機能を診るため、非常勤でも外来があることが望ましい。 | |
| リハビリテーション科 | 整形外科 兼務 | | | 整形外科として 入院 | ○ | - | | | × | × | 常勤 (兼) | 整形外科として入院 | ○ | | |
| 放射線科 | 1人 | | | × | ○ | - | | 0.40人 | × | × | 常勤 | × | ○ | | |
| 麻酔科 | 1人 | | | 主に手術 麻酔管理 を行う | × | - | | | × | × | 常勤 | 主に手術 麻酔管理 を行う | × | 現状の体制を維持し、主に手術麻酔管理を行う。 | |
| 救急科 | 1人 | 1人 | | × | ○ | - | | | × | × | 常勤 | × | ○ | | |
| 総数 | 22人 | 6人 | 3.75人 | | | 11人 | 3人 | 3.00人 | | | | | | | |

出典：現病院の医師数、入院機能・外来機能等は各病院ヒアリングによる情報

※本表は診療体制としての医師配置や入院・外来診療の機能を整理したものであり、現病院の標榜診療科(14頁)とは必ずしも一致しない。

※医師数のうち「R13までに定年を迎える人数」については、直近の県立病院の整備について、検討着手から開院まで8年間を要したことを踏まえ設定した。なお、定年予定の医師が1名だけの診療科については、医師本人に資料掲載の同意を得ている。

6.1.3. 病床規模の検討に向けて

(目安となる病床規模の試算)

新病院の病床規模を検討するための参考資料として、現在の県立河北病院と寒河江市立病院の入院患者数を基礎として試算を行った。

まず、現2病院合計の傷病分類別延入院患者数（令和4年度）に、西村山地域の将来推計人口と山形県の入院受療率をもとに別途試算した「傷病分類別の患者増減率」を乗じ、新病院における将来推計延入院患者数を試算した。その結果、新病院の想定開院時期前後の令和12年（2030年）～22年（2040年）では約144～147人/日程度となった。これに対し、病床稼働率を80%、85%、90%の3ケースで想定したところ、新病院の想定病床規模は、おおよそ160～180床程度という試算結果になった。

(機能強化の程度に応じた病床規模の精査)

なお、病床規模は、新病院の医師確保状況等を鑑みながら、山形市内等からの受入増（新病院の統合効果による急性期患者の受入れと、急性期を脱した患者の転院受入れ分）や在宅医療等への移行による入院患者の減等の要素を踏まえ、今後精査していく必要がある。

(病院経営の視点による検討)

このほか、国の財政支援の対象として認められる「不採算地区病院※」の病床規模の基準が150床未満であること等も踏まえ、病床規模は、病院経営の視点からも幅広く検討する必要がある。

(病床機能別の病床数の設定)

病床規模の設定と合わせて、病床機能別の病床数も明確にしていく必要がある。地域医療構想※における村山地域の一般急性期病床と回復期・慢性期病床の整備状況（現状では回復期・慢性期病床が不足）も踏まえながら検討していく必要がある。

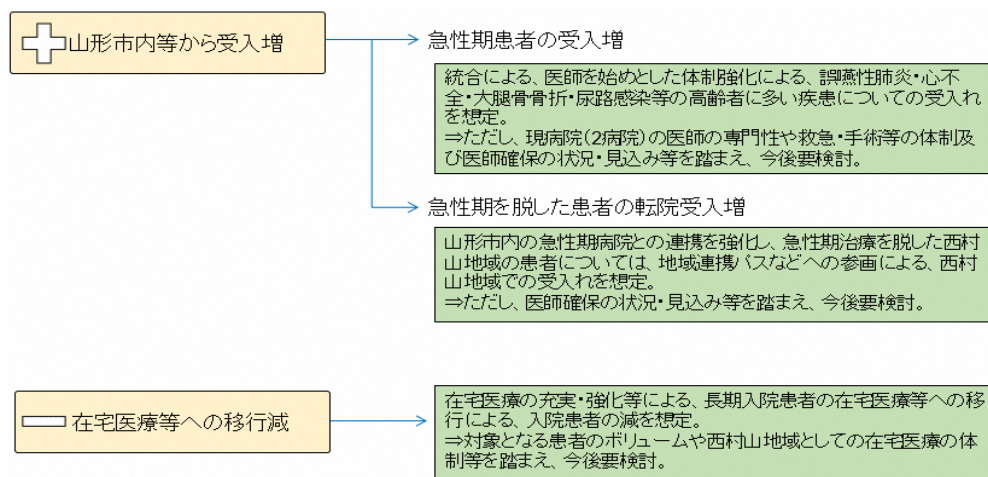
図表27：新病院における病床稼働率別の想定病床規模

| 推計年 | | 令和12年(2030) | 令和17年(2035) | 令和22年(2040) |
|-------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| 将来推計延入院患者数（現状ベース） | | 145.8人/日 | 147.3人/日 | 144.2人/日 |
| 必要病床数 | ケース① 病床稼働率80% | 183床 | 185床 | 181床 |
| | ケース② 病床稼働率85% | 172床 | 174床 | 170床 |
| | ケース③ 病床稼働率90% | 162床 | 164床 | 161床 |



現2病院を基礎として試算した新病院の想定病床規模 **160～180床程度**

図表28：新病院における入院患者の増減要素



【WGでの主な意見】

- ✓ 地域包括ケアシステムを支えていく病院としての役割や在宅医療の機能を考えると、診療報酬の制度は 200 床を基準に分けられていることが多いため、200 床未満という規模感は概ね妥当な水準ではないか。
- ✓ 病床数や病床稼働率の見通しは、現場のモチベーションにも大きく依存するため、今後、両病院のスタッフを含めた議論の中で検討を進める必要がある。
- ✓ 在宅医療への移行減についても、同様に医師や看護師のモチベーションに依存するため、訪問看護ステーションや介護施設等を併設するか等の検討に加え、現場の意見を吸い上げていく必要がある。

6.1.4. 人員規模の検討に向けて

（目安となる人員規模の試算）

新病院の人員計画を検討するための参考資料として、全国の公立病院から新病院と同規模（100～199 床）の病院をベンチマーク病院として抽出し、それら病院の「100 床当たり職員数」を基準として、新病院（160～180 床規模を想定）の人員規模を試算した。その結果、現 2 病院の職員数を維持した状態で統合できた場合は、ベンチマーク病院から試算した想定人員数をほぼ充足できると考えられる。

（機能強化の内容に応じた人員数の精査）

なお、今後の基本構想・基本計画策定段階では、「地域で求められる二次救急医療体制の確保」「手術への対応」「在宅医療等の充実」等の新病院の診療機能の内容によって必要となる職種別人員数を想定し、詳細な人員計画を検討する必要がある。

（病棟構成・診療報酬の観点からの精査）

病床機能別の病床数や病棟構成等の検討を踏まえ、診療報酬で算定する入院基本料に応じて必要となる職種別人員数等も考慮して人員計画を精査していく必要がある。

（働き方改革の進展等を踏まえた実働人員数の精査）

働き方改革により医師・看護師等も勤務時間のインターバルが必要となることや、子育てや介護により深夜勤務ができない医療スタッフがいること、医師や看護師の平均年齢が高くなり、深夜勤務に従事することが難しくなることを踏まえ、診療報酬の施設基準数を取得できる水準だけでは実働人員数が不足する可能性があることにも留意する必要がある。

図表29：現状人員数とベンチマーク病院における想定人員数の比較

| | 県立河北病院 | 寒河江市立病院 | 2 病院合計 | ベンチマーク病院 (160～180 床規模) |
|------|--------|---------|--------|---------------------------|
| 全職員数 | 273 人 | 160 人 | 433 人 | 約 234～322 人 |

※県立河北病院と寒河江市立病院の全職員数は、医師については令和 5 年 8 月 1 日時点、その他部門については令和 4 年度末人員数を合算することにより算出。

【WGでの主な意見】

- ✓ 現場の実態として、他病院の診療に医師や看護師を派遣したりワクチン接種を請け負ったりするのは、年齢や体力的な問題もあり、現人員体制では難しい。これらを新病院で十分に請け負うためには人員の増強が必要ではないか。
- ✓ 現 2 病院を合わせれば人員の確保は可能だが、平均年齢の高さが人件費を押し上げる要因になるため、人員の配置や構成は十分検討するべき。

6.1.5. 人材育成、人材確保策の検討に向けて

(山形大学医学部との連携・調整)

新病院の開院までの間、複数の医師が定年退職を迎えることから、その間の現 2 病院の診療機能の維持と新病院で強化すべき診療機能を担う医師の確保に向けて、山形大学医学部と連携・調整を図っていく必要がある。

(研修機能の向上)

一方で、他院からの医師派遣に左右されず、自院において積極的に人材育成・確保を図る取組みについても検討していく必要がある。その際、視察調査事例からも、総合診療専門医の育成・配置は有効な施策の一つと考えられる。新病院でも総合診療専門医の専門研修基幹施設としての認定取得を目指すことが有効と考えられる。

また、特定の診療科において、山形大学医学部附属病院や県立中央病院等の専門研修基幹施設の連携病院となることも検討すべきである。ただし、医師から実際に研修機関として選ばれるかどうかは、新病院における症例件数の実績等にも左右されることに留意する必要がある。

(医療従事者に選ばれる魅力的な職場環境づくり)

若手人材が働きやすい職場環境を整備するため、他病院における成功事例も参考にしながら、業務負担の軽減やキャリア形成の支援のための具体的な施策を講じていく必要がある。

図表30：人材育成・確保のための具体的な施策例

| 項目 | | 取組内容 |
|---------------|-------------------|---|
| タスクシフト・タスクシェア | 医師間のタスクシフト・シェア | ●複数主治医制※（チーム制）を導入することにより、外来及び手術対応による入院業務が時間外対応となっていたケースを減らすことで、時間外労働時間の削減に繋げる |
| | 特定医療行為※研修終了看護師の配置 | ●計画的に特定行為研修終了看護師を増員することで、医師の業務内容をシフトする |
| | 医師事務作業補助者の配置 | ●医師事務作業補助対象の研修を定期的実施することにより、各人のスキルアップを図り医師の業務削減を推進する |
| | 看護補助者の配置 | ●看護師同様に看護補助者ラダー※を作成し育成を図ることにより自己研鑽意欲を引き出し、業務効率を上げる |
| | 薬剤師へのシフト | ●入院時の持参薬を確認し、持参薬の継続、院内採用薬への切替等の仮オーダーを実施する ●院外処方に関する問い合わせ対応を薬剤師にシフトする |
| | 臨床工学技士へのシフト | ●臨床工学技士が麻酔補助業務（気管内吸引、静脈路確保、人工呼吸器の設定など）を実施することにより、麻酔科医の業務量を削減させる |
| | 診療放射線技師へのシフト | ●医師の指示を受け、超音波検査を実施する |
| | 救急救命士の配置 | ●救急外来に救急救命士を配置し、実施可能な救命救急処理をシフトする |
| ICT 活用 | RPA の導入による業務負担軽減 | ●看護管理業務として、採用・退職・異動・産休・病休・短時間勤務者の時間変更など、看護師の勤務変更に関する人員管理データ集計及び資料作成を RPA に移管する ●レセプト業務のうち、①外来レセプトの病名入力、②外来透析患者の症状詳記入力、③湿布薬コメント入力、④入院患者リハビリに関する |

| | | |
|----------|------------------|---|
| | | 症状詳記入力、⑤悪性腫瘍手術を施行した患者の対象術式のコメント入力の5項目をRPAへ業務移行する |
| | AI問診、音声入力システムの導入 | ●AI問診や音声入力システム導入により、データ入力時間を削減する |
| | 医師間の遠隔診療の活用 | ●大学病院や基幹病院等とICTを活用し、遠隔による画像診断支援や診療支援（コンサルテーション、手術指導等）協働症例検討会による医師の負担軽減を図る |
| | ロボット活用 | ●下記業務内容を担うロボットを導入することにより、業務負担軽減を図る ●①患者に対して案内業務を行う、②薬剤や検体等を搬送する、③電子カルテと連動して、錠剤・カプセル剤の必要数をカットして払出しを行う |
| キャリア形成支援 | キャリアアップ支援 | ●希望者に対し、特定行為研修等の研修受講に対する経済的支援や学習時間確保等の支援を実施する ●薬剤師・看護師・医療技術員の実習生を積極的に受け入れる体制を整える |
| | 多様な勤務体制 | ●子供が小学校に入学するまでの期間を対象とした短時間勤務制度を導入し、勤務形態を選択可能とするなど働き方のバリエーションを増やすことにより、退職者を抑制する |
| | 子育て職員支援 | ●院内保育、病児保育を充実する ●ベビーシッターの利用職員に対する経済的支援をする |
| | 変形労働時間制の導入 | ●手術予定等に応じて予め所定労働時間を変動させる変形労働時間制を導入する |

【WGでの主な意見】

- ✓ 大学等からの医師の派遣によって左右されずに初期救急・二次救急・在宅医療を強化するためには、自院で育成できる総合診療専門医が大きな役割を果たすのではないかと。
- ✓ 現在、県立河北病院において、内科・外科・整形外科の専門医研修プログラムについて山形大附属病院と県立中央病院の連携病院となっているが、当院での研修希望者の実績はない。このことから、専門医研修プログラムの連携病院ではなく基幹病院にならなければ、研修による医師の確保は難しいのではないかと。
- ✓ 総合診療専門医の研修プログラムは、訪問看護や在宅診療の研修の中で看護師や薬剤師等もおおいに学べ、急性期医療に負けない人気がある。コメディカル確保のためにもアピールできる目玉になるのではないかと。
- ✓ 新病院開院後にも勤務継続してもらえるように、事前に勤務処遇等の説明の機会を設ける必要がある。

6.1.6. 機能分担・機能連携の検討に向けて

（山形市内の急性期病院との機能分担・機能連携）

西村山地域在住の入院患者のうち、約4割が山形市内等の西村山地域外の病院に入院している状況にある。新病院で対応できない高度で専門的な治療が必要な患者は山形市内の急性期病院に円滑に紹介するとともに、一定の急性期機能の強化を図り、中等度～比較的軽度な患者は新病院で対応できる体制を整備し、中等度～比較的軽度な患者が山形市内の急性期病院に救急搬送された場合でも、早期の転院搬送を可能にする必要がある。

また、西村山地域から山形市内へ救急搬送されている「三次救急医療機関における高度急性期治療が医学的に難しいと判断される超高齢者等の患者」は、可能な限り西村山地域での医療の完結を目指して今後検討していく必要がある。

さらに、山形市内の急性期病院からの急性期を脱した入院患者の転院先として選ばれるためにも、新病院において急性期後のリハビリテーションを実施する体制を充実させ、脳卒中地域連携パス※に参加するなどの整備を図る必要がある。山形市内の急性期病院が新病院に求める機能や連携のあり方について山形市内の急性期病院と十分な意見交換しながら検討していく必要がある。

（町立 2 病院との機能分担・機能連携）

新病院と西川町立病院・朝日町立病院との機能分担について、第 8 次山形県保健医療計画における 5 疾病（精神疾患を除く）・6 事業及び在宅医療の視点をもとに、基本構想・基本計画策定段階において十分に精査していく必要がある。

新病院においては、現在の県立河北病院と寒河江市立病院が保有している診療機能を基本的に維持していく方針とするが、強化すべき診療機能や限られた医療資源を西村山地域内で効率的に活用していく必要がある。

また検討にあたっては、町立 2 病院のそれぞれの今後の病院のあり方や経営強化プラン等を十分に考慮したうえで検討していく必要がある。

新病院と町立 2 病院との機能連携について、他地域における連携事例を参考にしながら下記の連携策（案）を検討することが想定される。

図表31：新病院と町立 2 病院との機能連携の例

| 連携分野 | 具体的な取組み |
|-----------------------------|--|
| 1. 医療提供に関する連携 | <ul style="list-style-type: none"> ●ICT の活用等により患者情報を共有し、スムーズな連携を実現し医療の質向上に繋げる。 ●西川町立病院・朝日町立病院を受診している患者において、両病院に設置されていない高額医療機器等による検査が発生した場合に、新病院で積極的に検査を受け入れる。 |
| 2. 人材育成における連携 | <ul style="list-style-type: none"> ●医療従事者等のスキルアップに関する研修（接遇、医療安全、感染防止等）を共同で行う。 ●自然災害等の人材や施設の連携に関する訓練を平時より共同で行うことで、スムーズな連携体制を構築し有事においても医療の持続的提供と機能の早期復旧を行えるように体制を整える。 ●専門医研修の基幹施設・連携施設として協力して症例研修の場を提供する。 |
| 3. 調達における連携 (運営形態により異なる) | <ul style="list-style-type: none"> ●医薬品、診療材料、医療機器等を共同購入し、スケールメリットによるコスト削減を図る。 ●高額医療機器等の共同購入による投資コストの削減を図る。 |

【WG での主な意見】

- ✓ 近年急激に増えている救急搬送の応需困難事例の多くは超高齢者や寝たきりの患者である。西村山地域から山形市内へこうした患者が流入することで、山形市内の救急搬送の応需が困難になっている実態があることから、これらの救急患者の受入れに関して、役割分担の明確化を図っていく必要があるのではないかと。三次救急医療機関における高度急性期治療が医学的に難しいと判断される超高齢者等の患者は、可能な限り西村山地域での医療の完結を目指すことを検討するべきである。

6.2. 施設整備に関する課題

6.2.1. 整備基本方針の検討に向けて

(多角的な視点からの整備基本方針の設定)

一般的に病院整備の基本構想・基本計画の策定段階では、それぞれ、施設・設備の設計の前提条件として、当該施設の整備の方向性や機能、あり方等を共有するための指標となる「施設整備基本方針」と「施設整備基本計画」を設定する。

まず基本構想の策定段階では、新病院が健全な経営状況を維持しつつ、周辺地域とともに発展し続けられるよう、地域で求められる役割を十分に担う医療機関であることを示す、「施設整備基本方針」を整理する必要がある。

「施設整備基本方針」は、「患者」「職員」「経営者」それぞれの立場からの視点だけではなく、「環境」や「防災」、特に近年の新型コロナのような突発的な「感染症への対策」などの視点も加えて設定することが必要である。

図表32：施設整備の基本方針（例）

| 1. 医療機能の視点 | 2. 患者（療養環境）の視点 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 中等度から比較的軽度な救急患者の受入れや一般入院・外来患者への対応、さらに回復期・慢性期の入院患者に必要な医療機能を十分に発揮できるスペースを確保する。 ● 将来的な医療環境の変化に対応できる柔軟な施設を整備する。 ● 医療安全や感染管理などに配慮した安心・安全な施設を整備する。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者から子ども、障がいを持つ方など様々な利用者を想定したユニバーサルデザイン※を取り入れる。 ● 分かり易いサイン計画と、移動の負担も少ない患者動線に配慮した部門配置を計画する。 ● 快適で良好な療養環境と患者プライバシーを確保する。 |
| 3. 職員（労働環境）の視点 | 4. 経営者の視点 |
| <ul style="list-style-type: none"> ● 働く職員の効率的な業務動線や休憩スペースなどに配慮した働きやすい施設を整備する。 ● 自然と職員同士のコミュニケーションを促す工夫や先進技術の活用等を推進し、魅力ある職場環境づくりを目指す。 ● 適正な宿直室の整備など働き方改革の推進に対応した労働環境に配慮する。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 将来的な増築・建替等への対応も考慮した敷地利用計画を推進する。 ● 開院後の設備メンテや施設維持費等を十分に考慮した経済性の高い施設を整備する。 ● 省エネルギーによる環境への配慮とライフサイクルコストを両立させた施設を整備する。 |
| 5. 環境（まちづくり）の視点 | 6. 防災・感染症対策の視点 |
| <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の医療機関との連携をスムーズに図れるように、地域に開かれたオープンな施設を整備する。 ● 持続可能な社会の実現に寄与する CO2 削減など地域環境にやさしい施設を整備する。 ● 周辺のまちづくり構想と連携し、地域経済の活性化に寄与する施設を整備する。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 大規模災害等の発生に備え、運用（ソフト面）と建築設備（ハード面）の両面からの対策を検討する。 ● 災害時を想定したライフラインを確保し、災害後にも病院機能を維持するための設備を整備する。 |

【WG での主な意見】

✓ 医療に携わる者としては、病院のハード面ではなく機能面にお金をかけてもらいたい。そのためには、設計の検討段階で医療従事者の意見を取り入れてほしい。職員が働きやすく、患者のためになる病院になることを願う。

6.2.2. 施設規模・構造の検討に向けて

(目安となる施設規模の試算)

新病院の施設規模を検討するための参考資料として、近年建設された類似機能・規模の病院の事例を基に新病院の延床面積を試算した。近年の事例から1床当たりの延床面積を約85㎡と設定し、新病院の想定病床規模160～180床を乗じて試算すると、現病院の延床面積は県立河北病院が17,980㎡、寒河江市立病院が8,175㎡であるのに対して、新病院の想定延床面積は13,600～15,300㎡程度と想定される。

なお、病棟や外来・中央診療部門・管理部門等のフロア構成は、敷地面積を踏まえて検討していくことになる。

図表33：新病院と類似機能・規模の他病院の1床当たりの延床面積

| 開院年 | 施設名称 | 設立主体 | 延床面積 | 病床数 | ㎡/床 |
|--------|---------------------------|------|-------------|-------|---------|
| 平成26年 | 阿蘇医療センター | 公立 | 11,229.82 ㎡ | 124床 | 90.56 ㎡ |
| 平成27年 | 広域紋別病院 | 公立 | 11,635.56 ㎡ | 150床 | 77.57 ㎡ |
| 平成27年 | あま市民病院 | 公立 | 15,699.92 ㎡ | 180床 | 87.22 ㎡ |
| 平成27年 | 北茨城市民病院 | 公立 | 14,031.24 ㎡ | 183床 | 76.67 ㎡ |
| 平成27年 | 南魚沼市民病院 | 公立 | 12,890.88 ㎡ | 180床 | 71.62 ㎡ |
| 平成28年 | 公立豊岡病院組合朝来医療センター | 公立 | 13,832.57 ㎡ | 150床 | 92.22 ㎡ |
| 平成29年 | 徳島県立海部病院 | 公立 | 10,759.00 ㎡ | 110床 | 97.81 ㎡ |
| 平成30年 | 芦屋中央病院 | 公立 | 11,999.88 ㎡ | 137床 | 87.59 ㎡ |
| 平成30年 | さくらがわ地域医療センター | 公立 | 10,400.99 ㎡ | 128床 | 81.26 ㎡ |
| 令和元年 | (独)地域医療機能推進機構さいたま北部医療センター | 公的 | 15,618.19 ㎡ | 163床 | 95.82 ㎡ |
| 10病院平均 | | | 約13,000 ㎡ | 約150床 | 約85 ㎡ |



$85 \text{ ㎡/床} \times 160 \sim 180 \text{ 床} = 13,600 \sim 15,300 \text{ ㎡}$

(最適な施設構造の選定)

新病院で想定される施設構造としては、柱や梁など建物の構造自体の強度を高めた「耐震構造」、制振装置が地震エネルギーを吸収し、建物の揺れを抑える「制振構造」、建物と地盤の間に免震層をつくり、地震の揺れを免震層で吸収する「免震構造」の大きく3つに分類される。今後、新病院の診療機能・規模や敷地候補地の地盤・整備状況、また総事業費の全体予算の視点も踏まえ、最適な施設構造を精査して選定する必要がある。

図表34：施設構造の比較

| 項目 | 耐震構造 | 制振構造 | 免震構造 |
|-------|------|------|------|
| イメージ図 | | | |

| | | | |
|----------|---|--|--|
| 概要 | 柱や梁など建物の構造自体の強度を高めた構造。 | 制振装置が地震エネルギーを吸収し、建物の揺れを抑える構造。 | 建物と地盤の間に免震層をつくり、地震の揺れを免震層で吸収する構造。 |
| 利用者への影響 | 地震の揺れを低減させる機構が無いため、制振、免震構造と比較すると、最も地震の揺れを感じる。 | 制振装置による揺れの低減効果が得られるため、耐震構造より揺れを感じにくくなるが、免震構造よりは揺れを感じる。 | 耐震構造に比べて、地震時の揺れを1/3～1/5程度に出来るため、在館者の体感的には、最も揺れを感じにくい。(長周期化するため、ゆっくり揺れる) |
| 建物損傷 | 地震の規模によっては、主架構(柱・梁・ブレース)に損傷が生じる。 | ダンパーが地震エネルギーを吸収し、建物重量を支える主架構の損傷を抑える。 | 免震層のダンパーで地震エネルギーを吸収し、建物に損傷を与えない。 |
| 建物の耐震性 | 大地震時には建物全体にわたり、損傷の程度を調査し、可能な限りの修復を行う。 | 大地震後にも基本的にダンパーの交換は不要。 ただし、損傷程度を調査し、万一、性能が低下したものは、補修・交換することで、地震前の状態に戻すことが可能。 | 大地震後にも基本的にダンパーの交換は不要。 ただし、損傷程度を調査し、万一、性能が低下したものは、補修・交換することで、地震前の状態に戻すことが可能。 |
| 揺れの激しさ | 制振、免震構造と比較すると、地震時の揺れは、非常に大きくなる。 | 耐震構造と比較すると、風揺れや地震時の揺れを小さく抑えることができる。 | 耐震、制振構造と比較すると、建物の揺れは非常に小さくなる。そのため、家具等の什器や設備機器の転倒・滑動の可能性を低くすることができる。 |
| 平面計画の自由度 | コストを抑えるには、バランスよく耐震壁やブレース等を配置することが重要。 | ダンパーを適切に配置できる平面計画が必要。 | 免震装置は建物直下に設けるため自由度が高い平面計画が可能。 |

6.2.3. 立地条件の検討に向けて

(多角的な視点からの立地条件の検討)

新病院の立地条件については、今後の基本構想の策定段階で詳細を検討していくことになる。新病院の建設場所は周辺環境に与える影響が特に大きいことから、単に新病院の規模に見合った敷地面積が確保できるかという視点だけではなく、患者・職員・住民の利便性や、まちづくり、地域活性化への貢献についても十分配慮しながら総合的に検討していく必要がある。

今後、立地条件を検討するにあたっての主な視点と検討ポイントを下記に整理する。

図表35：立地条件検討のための主な視点と検討ポイント

| 視点 | 検討ポイント |
|---------------------|---|
| 1. 敷地条件 | ●新病院の機能上必要な 建築面積 、 延床面積を確保できるか → 新病院で想定している病床規模(160～180床程度)の 病院建物 と、患者・職員・来院者等の 駐車場のスペース を十分に確保できる広さと敷地形状であること |
| 2. まちづくり | ●周辺環境との調和や地域の活性化・相乗効果に寄与する計画となるか → 「 西村山圏域都市計画区域マスタープラン 」との整合が図られていること |
| 3. 災害動向 (地震・洪水等) | ●大規模災害時における被災可能性を極力低く抑えられるか → 周辺地域の ハザードマップ や地盤強度の確認などを行うこと |
| 4. 診療エリアの継承 | ●現2病院(県立河北病院・寒河江市立病院)の 受診患者分布 を踏まえ、整備候補地が現在の診療エリアと大きな乖離がないか |
| 5. 交通アクセス | ●患者や職員が通いやすい場所にあるか(最寄り駅・幹線道路からのアクセス) ●救急搬送時の 救急車両の搬送ルート が確保できるか(幹線道路に面しているなど) ●更なる連携強化を踏まえ、 西川町立病院・朝日町立病院からの距離 が適正か |

| | |
|------------|---|
| 6. 整備費用 | ●用地取得費用だけでなく、 土地整備費用、既存施設の解体費用 が発生する可能性も考慮されているか |
| 7. 将来への柔軟性 | ●将来の病院建替えスペース、 増築等の拡張性 を確保できるか |

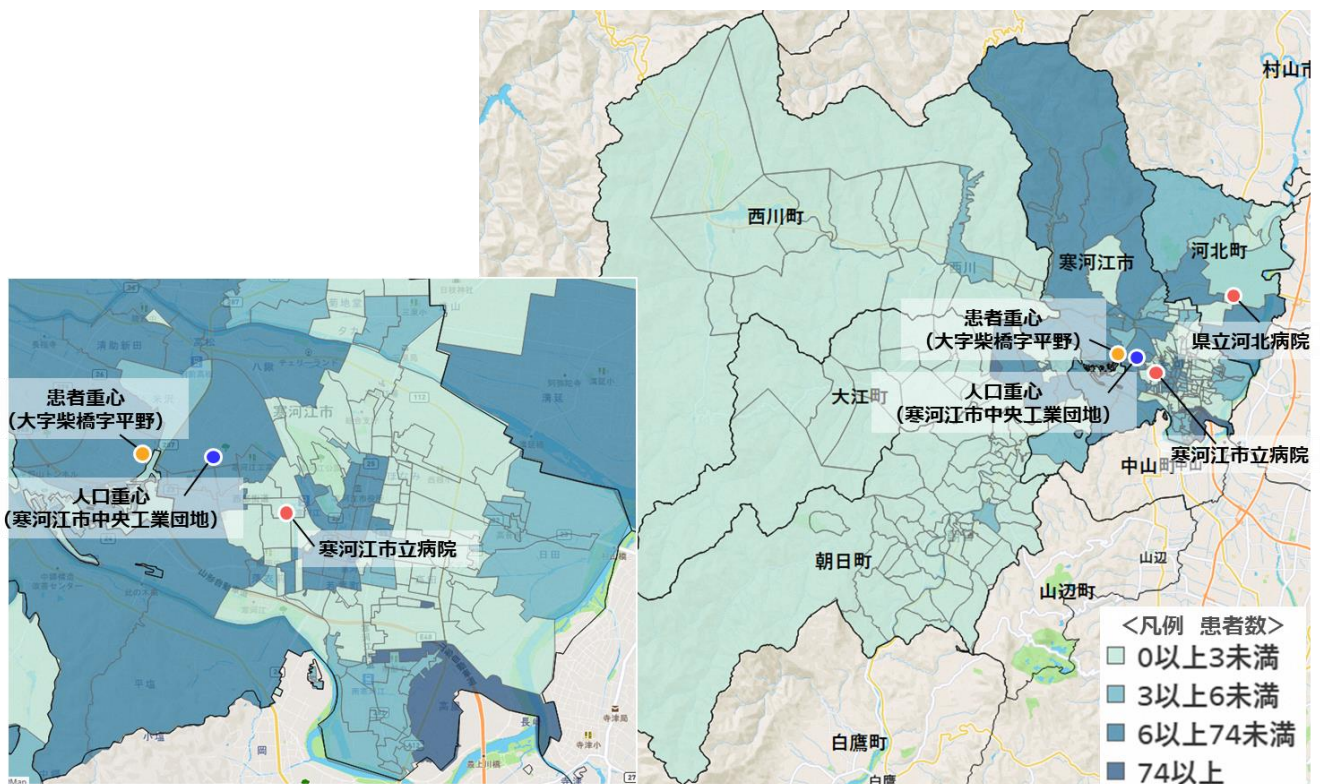
(西村山地域における人口・患者重心の検証)

新病院の適切な建設場所を検討するための判断材料の1つとして、1市4町の人口分布（1kmメッシュ別人口データ）と県立河北病院・寒河江市立病院の患者分布（1市4町所在の実入院患者数の分布）から、人口・患者重心（人口（患者）の1人ひとりが同じ重さを持つと仮定して、その地域内の人口（患者）が全体として平衡を保つことのできる点）の所在を検証した。

その結果、2病院合計の患者分布としては、寒河江市と河北町に患者が集中しており、西村山地域1市4町の中では、人口重心・患者重心ともに寒河江市内にあることが分かった。しかも、人口重心と患者重心は互いに近い位置にあることも分かった。

ただし、今回検証した患者分布状況や人口重心・患者重心については、建設場所を検討するための判断材料の1つであり、そのまま建設候補地を示すものではないことに留意する必要がある。

図表36：患者分布状況マップ【2病院合計】



※郵便番号「9993500」「9901100」は該当地域不明のため患者数は含まれていない。患者重心と1市4町の重心はQGISより算出。マップはTableauにより作成。

※マップの見方：患者数はDPCデータ（2022年）の実入院患者数をもとに、郵便番号別患者数を用いて町字別行政区域に示しており、実入院患者数が多い地域ほど濃い青となっている。

出典：国土数値情報「医療機関データ（令和2年）」、国土数値情報「行政区域データ（令和5年）」、国土数値情報「1kmメッシュ別将来推計人口データ（平成30年）」、各病院のDPCデータ（2022年）

【WGでの主な意見】

- ✓ 現河北病院の入院患者には、北村山地域の在住者も一定数含まれていることも留意して検討してほしい。

6.2.4. 概算事業費の試算に向けて

(目安となる概算事業費の試算)

新病院の整備にかかる事業費の規模を検討するための参考資料として、新病院の想定病床規模を160～180床、想定延床面積を13,600～15,300㎡と仮定した上で、概算事業費を試算した。

近年着工された同規模の病院の入札実績をもとに、工事単価を概ね65～75万円程度と設定して試算した場合、新病院の「建設工事費」は概ね90～115億円程度と見込まれる。

また、その他の事業費として、「設計費・工事監理費」「医療機器・システム費」「什器備品費」「移転費」を、近年策定された他病院の整備計画を基に試算し、合算すると下表の通りとなり、新病院整備の概算事業費は、概ね110～140億円程度という試算結果になった。

なお、建設工事費は今後の市場変動等による大幅な増減も想定されるため、基本構想・基本計画の策定段階で、診療機能・規模の精査等と合わせて適宜見直しを行っていく必要がある。

(建設工事費以外の事業費の精査)

上記の概算事業費の試算には、用地取得・造成費用、駐車場等の外構工事費用は含まれていないため、建設候補地の選定と合わせて別途試算する必要がある。

また、既存建物を撤去する場合は、別途、それぞれの病院の設置主体において解体撤去費用が必要となる。

さらに、最上川・寒河江川等の浸水想定区域や山形盆地断層帯の存在等も考慮し、用地造成における災害対策のためのかかり増し等も適切に見込んでいく必要がある。

図表37：近年着工された新病院と同規模の他病院の工事費

| 項目 | 概算事業費 | | 考え方 |
|----------------|------------|------------|--|
| | 160床 (Min) | 180床 (Max) | |
| 1. 建設工事費 | 90.0 億円 | 115.0 億円 | 想定延床面積 (13,600～15,300㎡) × 工事単価 (65～75万円/㎡) |
| 2. 設計費・工事監理費 | 4.5 億円 | 6.0 億円 | 事例から設定 (建設工事費の5%) |
| 3. 医療機器費・システム費 | 13.0 億円 | 15.0 億円 | 事例から設定 (800万円/床) |
| 4. 什器備品費 | 1.6 億円 | 1.8 億円 | 事例から設定 (100万円/床) |
| 5. 移転費 | 0.7 億円 | 0.8 億円 | 事例から設定 (40万円/床) |
| 合計 | 109.8 億円 | 138.6 億円 | |



新病院建設にかかる概算事業費はおおよそ **110～140 億円**程度と見込む

【WGでの主な意見】

- ✓ 新庄病院の例では、建設地の決定後に浸水マップが改訂され盛土が必要になったため、そうしたかかり増しも考慮すべき。
- ✓ 試算のうち、工事単価や設計・工事監理費、移転費は新庄病院の実績よりも高めではあるが、昨今の建設工事費の上昇や2024年の物流問題を考慮すると妥当な試算ではないか。

6.2.5. 整備手法の検討に向けて

(最適な整備手法の選定)

想定される整備手法としては、発注者側の要求性能が確保されやすい「従来方式」、施工業者の固有技術などによる工期短縮やコスト削減が期待できる「DB方式（基本設計先行型）」「DB方式（一括発注型）」「ECI方式」、総コスト（ライフサイクルコスト）の低減が期待できる「PFI方式」が想定される。それぞれの特性による適・不適があるため、今後、新病院の整備において最適な手法を精査して選定する必要がある。

なお、手法ごとの整備期間については、一般的に、整備手法の導入可能性調査に一定期間を要するPFI方式以外は大きな差がないものの、新病院の立地場所や施設規模・構造、建設業界における働き方改革の影響等により大きく変動することが想定されるため、今後の基本構想・基本計画段階で精査する必要がある。

(建設費の高騰への対応)

なお、特に、近年の建設費が高騰する状況下では、入札不調による工期延長のリスクや、契約後における整備費の増加のリスクが高まっていることから、設計に基づく建設コストの見積の精度が重視される。

このような理由から、本県における直近の県立病院の建設では、発注者側（県）の技術職員の管理のもと、設計・施工のコスト管理と要求性能の確保がしやすい従来方式が採用されていることも参考になる。

図表38：整備手法の比較

| 比較項目 | 従来方式 | DB方式 | | ECI方式 | PFI方式 |
|-------|--|---|--|--|---|
| | | 基本設計先行型 | 一括発注型 | | |
| 概要 | 設計は設計会社に、施工は施工会社に分離して発注する。 | 基本設計は設計会社に、実施設計・施工を一括して施工会社に発注する。 | 基本・実施設計と施工を一括して施工会社に発注する。 | 設計は設計会社が行い、実施設計段階から施工候補者が参画し、設計への技術協力を行う。 | 民間事業者が調達する資金により設計、施工、建設後の維持監理、運営まで合わせて発注する。 |
| メリット | 厳密な設計仕様に基づき工事発注するため、 施主側の要求性能が確保されやすい 。 他の方法と比較して相対的に 施工会社選定後のコスト増加リスクが低い 。 | 基本設計を従来通り実施することにより、発注者の要望が反映されやすい。 実施設計時に 施工会社の固有技術等による工期短縮やコスト削減効果が期待できる 。 | 基本設計から 施工会社の固有技術等による工期短縮やコスト削減効果が期待できる 。 設計会社と施工会社の選定を一括で行うため、 選定期間を短縮できる 。 | 基本設計を従来通り実施することにより、発注者の要望が反映されやすい。 実施設計時に 施工候補者の固有技術等による工期短縮やコスト削減効果が期待できる 。 | 開院後の維持監理まで見越した施設設計が可能となり、運営費用まで含めた 総コスト（ライフサイクルコスト）の低減が期待できる 。 |
| デメリット | 分割発注のため、 一体的なコスト削減効果が図られにくい 。 | 基本設計に基づく見積は精度が低いため、 コスト増加のリスクがあり、設計内容の見直しが必要な場合がある 。 | 設計着手前に（不確定要素が多い中で）施工会社を選定することから、 要求性能の確保が課題となる 。 | 設計会社と施工候補者双方からの 提案内容を正確に判断できる人材が必要となる 。 | 準備や手続きが煩雑なため、 行政コストが増え、全体工程も長くなる 。 長期契約となるため、 環境変化に対するリスク検討が必要 。 |
| 他事例 | 山形県立新庄病院 那覇市立病院 | 新北九州市立八幡病院 大崎市民病院 | 野洲市民病院 小田原市立病院 | 茨城県西部医療センター 松戸市立総合医療センター | 都立広尾病院 |

西村山地域医療提供体制検討ワーキンググループ 最終報告書

図表39：整備手法ごとの一般的な整備期間

| 整備手法 | 1年目 | 2年目 | 3年目 | 4年目 | 5年目 | 6年目 | 7年目 |
|----------------------|-----------------|---|---------------------------|----------------------------|-------------|-----|------|
| 従来方式 | 設計者選定 | 基本設計 (10か月) 実施設計 (12か月) | 施工業者選定 | 建設工事 (24ヶ月) | 開業準備 | | |
| DB方式: 基本設計 先行型 | 設計者選定 | 基本設計 (10ヶ月) | 設計者/施工業者選定 実施設計 (12ヶ月) | 建設工事 (24ヶ月) | 開業準備 | | |
| DB方式: 一括発注 | 設計者/施工業者選定 | 基本設計 (10か月) 実施設計 (12か月) | | 建設工事 (24ヶ月) | 開業準備 | | |
| ECI方式 | 設計者選定 | 基本設計 (10か月) 実施設計 (12か月) | 請負契約 技術協力者選定 | 建設工事 (24ヶ月) | 開業準備 | | |
| PFI方式 | コンサル選定 可能性調査 | コンサル選定 PFIの各種プロセス (実施方針公表～ 事業契約まで) | | 基本設計 (10か月) 実施設計 (12か月) | 建設工事 (24ヶ月) | | 開業準備 |

※従来方式、ECI方式の設計は「基本設計と実施設計の一括発注」を前提としているが、分割して発注するケースもある。

【WGでの主な意見】

- ✓ PFI方式は、長期契約で環境変化への対応が難しく、契約解除に至る例もみられることに留意する必要がある。

6.3. 運営体制の整備に関する課題

6.3.1. 運営母体の検討に向けて

(適切な運営形態の選定)

新病院の運営母体としては、一部事務組合（全部適用）、地方独立行政法人（非公務員型）、指定管理者制度の3つの形態が考えられる。

形態ごとにメリット・デメリットがあり、最新の病院経営に詳しい有識者の意見も聴取しながら、適切な形態を今後精査していく必要がある。

(運営母体に参画する自治体の決定)

運営母体の構成自治体は、現2病院の設置者である山形県と寒河江市の2者が基本になると考えられる。

一方で、視察調査先の事例のように、地域医療を守る観点から、病院の経営統合を契機として、公立病院を設置していない市町村が運営母体に参画する例もある。

後述する財政負担ルールの検討や、運営母体の設立手続きに手戻りが生じる場合、開院時期に大きな影響を与えるため、運営母体への参画自治体の範囲は可能な限り早期に決定することが必要である。

図表40：運営母体の比較

| 運営形態 | 一部事務組合（全部適用） | 地方独立行政法人（非公務員型） | 指定管理者制度 |
|------------|---|--|--|
| 概要 | 地方公営企業法の財務既定のほか組織や人事を含む全規程を適用し、民間経営手法を一定程度取り入れることにより、行政が直営で管理運営する方法 | 効率的かつ効果的に事業を行わせるため、地方公共団体が設立する法人が事業を運営する方法 | 公共施設の管理・運営を適正かつ効率的に行うため、ノウハウを有する民間事業者等に管理を委託する方法 |
| 経営責任者 | 企業長（構成団体の長が共同で任命） | 理事長（設立団体の長が共同で任命） | 指定管理者の代表者 |
| 職員の身分 | 公務員 | 非公務員（地独法法人職員） | 非公務員（民間職員） |
| 職員の定数 | 条例で上限を規程（定数管理） | 中期計画の範囲内で法人が定める | 制限なし（指定管理者が定める） |
| 職員の給与 | 独自の給与表の設定が可能（給与基準や手当の種類は条例で規程） | 法人が定める | 指定管理者が定める |
| 予算 | 企業長が原案を作成し、設立団体の長が調整し、議会の議決を受ける | 中期計画の範囲内で法人が定め、設立団体に提出（議会の議決は不要） | 指定管理者が作成（議決は不要） |
| 決算 | 議会の認定が必要 | 設立団体に事業報告書等を提出（報告義務） | 設立団体に事業報告書等を提出（報告義務） |
| 政策医療への財政支援 | 一般会計からの繰入金 | 設立団体からの運営費負担金 | 協定の範囲内で支出可能 |
| 借入金 | 地方債による資金調達可 | 設立団体からの運営費負担金 | 協定の範囲内で支出可能 |
| 目標設定・運営計画 | なし | 中期目標の設定（設立団体） 中期計画を策定（法人）し、議会の議決を受ける | なし |
| 特徴 | 地方公営企業法一部適用と比較して、企業長に人事・予算等の権限があり、自律的な経営が可能 | 理事長独自の意思決定に基づく臨機応変かつ自律的な運営が可能 | 民間事業者の経営ノウハウの活用による効率的運営が期待できる |
| 事例 | 置賜広域病院企業団 南和広域医療企業団 | 山形県・酒田市病院機構 茨城県西部医療機構 | 北秋田市民病院 新潟県立魚沼基幹病院 |

(運営母体に参画することによる地域住民のメリットの明示)

運営母体への参画は、元々病院を設置していない自治体にとっては新たな財政負担を伴うものでもあるため、新病院の運営母体に参画することによって地域住民が得られるメリット、あるいは新病院が整備されない場合に、地域の医療機能が低下してしまうデメリットなどを地域住民に分かりやすく明示し、参画に向けた地域の合意形成を促していく必要がある。

なお、運営母体への参画の有無によって、住民が患者として受ける医療サービスに自治体ごとの違いが生じることはないが、参画のメリットとしては、以下に例示するように、参画自治体は、病院運営の目標や計画に対して直接的に意見を表明することにより、各種の医療サービスや施策に住民のニーズを反映させられること等が考えられる。

図表41：新病院の運営母体に参画することによる各自治体・住民にとってのメリット（例）

| 考えられるメリット | 具体的な内容 |
|--|---|
| 1. 病院運営への地域のニーズの反映 | 参画自治体は、 病院運営の目標や計画に対して直接的に意見を表明 することにより、各種の 医療サービスや施策に住民のニーズを反映 させることができる。 |
| 2. 持続可能な医療提供体制の確保 | 新病院の財政基盤が強化され、 地域医療提供体制の持続可能性が向上 する。 |
| 3. 総コストの抑制と既存医療資源の活用 | 仮に単独で病院を設立・運営する場合よりも、複数の自治体が共同で病院運営に参画する方が、 初投資や運営コストを抑えることができる 。また既存病院をベースにした新病院整備のため、病院運営に関するノウハウ、医師や看護師等の人的資源を活用することができる。 |
| 4. 政策的に確保していく必要がある分野における医療サービスの確保と質の向上 | 公立病院は、 病院経営に伴う収入をもって充てることができないへき地医療や救急医療、集団検診等の保健衛生事務 のための費用等を一般会計の負担で賄うことが認められている。これらの運営基盤が強化されることにより、政策的に確保していかなければならない分野での医療サービスの確保・質の向上が図られる。（例えば通院困難者が在宅で遠隔医療を受けられる など） |
| 5. 地域住民の健康管理 | 生活習慣病の検診や予防接種、健康教育 などの保健事業の基盤が充実し、地域住民の継続的な健康管理を推進することができる。 |

【WGでの主な意見】

- ✓ 運営母体のあり方を検討する前に、参画する自治体を決めることが先になるのではないか。
- ✓ 河北町・大江町は病院経営の実績がなく、運営母体に参画するためにはメリットが分からないと判断が難しい。
- ✓ 新型コロナのワクチン接種にはかなり苦労したため、新病院で一括して支援してもらえれば大きなメリットになる。
- ✓ 参画自治体は病院運営に直接意見できることが大きい。参画自治体の職員や住民は、病院運営を通して医師不足等の医療の現状を知ることができるため、地域医療の維持に向けた現実的な議論を進める上でも有効ではないか。
- ✓ 例示されたメリットの中には、運営母体に参画しなくても受けられるものもある。どちらかと言えば、基礎自治体としての使命感をどのように考えるかということが大きいのではないか。
- ✓ 視察調査先では、地域住民の命は地域全体で守るという使命感のもと各自治体ができるべく多くのメリットを享受できるよう取り組んでいる。中でも、中核病院がへき地診療所をバックアップしているのは大きなメリットではないか。
- ✓ 開業医の日々の診療にとっても運営母体に参画する何らかのメリットがあると考えられるので、地元の医師会にも意見を聞くべきではないか。

6.3.2. 事業収支の試算に向けて

(事業収支のシミュレーション)

総事業費に対しての借入額や返済額を踏まえて、新病院の収支が毎年どの程度になるのか、運営母体の財政負担がどの程度になるのかについて、大枠を把握するため、現段階における事業収支のシミュレーションを行った。

シミュレーションの設定条件としては、これまでの議論の中で想定されている「最大病床数 180 床」、「最大建築単価 75 万円/㎡」をベースとし、診療単価や職員給与比率、材料費比率等は、他の公立病院における同規模・類似機能のベンチマーク病院（①病床数 100～199 床、②一般病床数>療養病床数かつ地域包括ケア病床を有する、③修正医業収支比率 80%以上の条件を満たす全国の公立 12 病院）の平均値を用いて設定した。

その結果、収益的収支では、開院当初は新病院整備に関わる初期投資分の減価償却費が費用として大きくなるため、医業収支・経常収支ともに赤字となるが、減価償却費等を考慮した償却前利益（純損益－長期前受金戻入＋減価償却費）はプラスであり（図表 42）、開院後も簡易のキャッシュフローは概ね単年度でプラス計上となり、累計のキャッシュフローもマイナスにならない試算結果となった。

ただし、今回のシミュレーションはあくまでも現時点での大枠を把握するためのものであるため、必ずしも各設定条件が明確かつ適正に設定できない検討段階のものであることに留意する必要がある。今後、基本構想・基本計画の策定の中で、新病院の診療機能・施設規模を確定させ、直近の建設費の動向等を見極めながら、建設費や医療機器・情報システム費等を具体的に精査していくことが必要となる。

また、運営母体に係る財政負担の対象は、新病院整備に関わる企業債の元利償還金に係る繰入金や収益的収支の他会計負担金、資本的収支の差し引き不足額等となるが、これらも今後、より精度の高い事業収支計画の策定と合わせ、新病院整備に関わる企業債の元利償還金に係る繰入金の他に、一般会計からの繰出基準※等も検討・設定し、財政負担額を試算していく必要がある。

図表42：収益的収支シミュレーション（概算）（単位：百万円）

| 勘定科目 | | 開院初年度 | 設定条件 |
|---------|-------|-------|--|
| 総収益 | A | 4,302 | [個別設定] ●想定病床数：180 床、想定病床稼働率：90% ●減価償却費：新病院整備に係る初期投資分（定額法） [ベンチマーク] |
| 医業収益 | B | 3,502 | |
| 医業外収益 | | 799 | |
| 総費用 | C | 4,645 | ●想定入院診療単価：35,603 円/日 ●想定外来診療単価：10,173 円/日 ●職員給与費比率：65.0% ●材料費比率：14.3% [結果] |
| 医業費用 | D | 4,292 | |
| 減価償却費 | E | 801 | |
| 医業外費用 | | 353 | |
| 医業損益 | B-D | ▲789 | ●医業収支比率(B/D):81.6%、 |
| 経常損益 | F=A-C | ▲343 | ●経常収支比率(A/C):92.6% |
| 償却前利益※1 | F+E | 458 | 償却前利益＝純損益－長期前受金戻入(0)＋減価償却費 |

※1 償却前利益：1年間の会計上の利益に、現金の収入・支出を伴わない収益（長期前受金戻入）や費用（減価償却）を差し引きして手元に残っている現金の額を言い、実際の利益をどれだけ生み出しているかを把握するための指標の1つ。

(改修費用の精査)

今回のシミュレーションでは、試算を簡素化するために、開院後の医療機器・情報システム等の更新費用や、設備等の改修費用は設定していない。特に大きな更新費用がかかる電子カルテシステムを始めとして、機器・システム類の多くは、5～10年前後の更新が必要となるため、今後の詳細検討の中で適正に設定する必要がある。

(収支設定条件の精査)

同じく、今回のシミュレーションでは、修正医業収支比率が 80%以上の比較的経営状況が良い病院をベンチマークとして、簡易的に収支の条件を設定しているが、新病院の診療機能・規模の確定により、急性期病床・療養病床等の内訳や診療科構成等を踏まえた入院・外来診療単価や材料費比率の個別設定をしていく必要がある。

また、職種別人員配置計画を踏まえた職員給与費や、病棟構成ごとの実現可能な病床稼働率の設定などを、

開院後の収支シミュレーション結果を踏まえながら適正に設定していく必要がある。

(財政負担の設定)

以上の事業収支計画の具体化と合わせて、新病院への他会計負担金の項目（医業収益、医業外収益等）ごとに、繰出基準やルールを設定し、運営母体の財政負担を明確にしていく必要がある。

【WGでの主な意見】

- ✓ 現 2 病院の単純平均ではベンチマーク病院ほどの医業収益は見込めないのが実情である。今後のシミュレーションでは、新病院の診療機能の強化によって収益力をどの程度上げられるか精査しながら、現実的な試算をする必要がある。
- ✓ ベンチマーク病院は令和 3 年度決算を参考にしているため、一部に新型コロナの空床補償が含まれていることにも留意する必要がある。
- ✓ 現 2 病院の職員給与費比率はベンチマーク病院を大きく上回っているため、今後のシミュレーションでは、開院までの職員の新陳代謝やどのような人員体制で統合するのも踏まえ、精査する必要がある。
- ✓ 現段階の事業収支シミュレーションでは、様々な前提条件を全て反映しきれないため、財政負担の試算結果も粗いものにならざるを得ない。新病院の整備検討の中で、今後徐々に精度を高めていくしかないのではないか。
- ✓ 令和 6 年度の診療報酬の改訂では、初診料・再診料の引上げや、報酬の手厚い地域包括医療病棟入院料の創設などもあり、今後の事業収支シミュレーションではこれらも踏まえて中長期的な経営の見通しを立てるべき。

6.3.3. 構成団体と財政負担の検討に向けて

(公平な負担ルールの設定)

新病院の整備及び開院後の運営費等に係る費用負担については、運営母体を構成する各自治体が一定ルールのもとに財政負担を行うことが基本的な考え方になる。

各自治体における財政負担のルールとしては、各自治体の財政力、新病院への関わり度合いなどを考慮して、対象となる費用区分ごとに設定することになる。具体的な例としては、人口割合、病院との距離、患者利用者数割合などがある。

財政負担の対象費用としては、主に新病院整備に係る事業費（土地取得費、建設費、医療機器・情報システム整備費用など）、開院後の運営費（運営負担金、赤字補填金、設備・機器等の更新費用など）、既存病院の不良債務の解消や解体費用が挙げられる。ただし、既存病院に係る清算コストについては、設置主体の自治体が負担することが一般的である。

構成自治体間の負担割合は各自治体の協議によって決定されるが、構成自治体の受益と負担のバランス等を勘案しながら、客観的なルールに基づき公平性、透明性のある負担ルールを設定することが必要である。

図表43：統合病院における財政負担の事例

| 病院名 | 日本海総合病院 | 公立置賜総合病院 | 南奈良総合医療センター |
|------|--|--|---|
| 所在地 | 山形県酒田市 | 山形県西置賜郡川西町 | 奈良県吉野郡大淀町 |
| 構成団体 | 地方独立行政法人山形県・酒田市 病院機構→山形県、酒田市 | 置賜広域病院企業団 →山形県、長井市、南陽市、川西町、飯豊町 | 南和広域医療企業団 →奈良県、五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村 |
| 統合前 | ● 県立日本海病院 ● 酒田市立酒田病院 | ● 長井市立総合病院 ● 南陽市立総合病院 ● 川西町立病院 ● 飯豊町中央診療所 | ● 県立五條病院 ● 町立大淀病院 ● 吉野町国民健康保険吉野病院 |
| 費用負担 | ● 法人移行前（～H19）の施設整備に係る償還債務 県：酒田市 = 県立病院分：市立病院分 ● 再編統合時（H20～22）の施設整備に係る償還債務 県：酒田市 = 三次救急医療体制整備分：市立病院の改築・改修分 ● 救急医療に係る運営費（三次救急医療分） 県：酒田市 = 100% : 0% ● 小児医療等の政策医療に係る運営費、施設改修・医療機器の整備費 三次救急医療分 県：酒田市 = 50% : 50% 各診療所分 県：酒田市 = 0% : 100% | ● 総合病院の管理運営分 県：2市2町 = 45% : 55% ● 総合病院の建設費分 県：2市2町 = 80% : 20% ● 救命救急センター 県：2市2町 = 100% : 0% ● サテライト医療施設 県：2市2町 = 0% : 100% ● サテライト医療施設における人工透析の管理運営分 県：2市2町 = 45% : 55% 市町村負担 →人口：標準財政規模 = 6 : 4 →サテライト 所在市町 100% | 県：市町村 = 6 : 4 市町村負担 →人口：道路距離：財政力：均等分 = 3 : 3 : 3 : 1 赤字が発生した場合は半分が県負担、残り半分は負担割合に応じて各市町村が負担 |

(財政負担軽減のための支援制度の有効活用)

新病院の整備・運営等にかかる費用の負担に対しては、政府による地方交付税や補助金等の財政支援制度が活用できる。今後の検討の参考資料として、現時点で活用可能な制度を、次のとおり整理した。

なお、制度の種類によっては、支援を受けられる病院の機能や規模に一定の条件があるものや、複数の自治体でまとめて制度を活用した方が、単独自治体で支援を受けるよりも支援総額が大きくなるものがあることに留意する

□西村山地域医療提供体制検討ワーキンググループ 最終報告書

必要がある。

可能な限り財政負担の軽減が図れるよう、これらの制度を有効に組み合わせ、活用していくことが必要である。

図表44：活用可能な財政支援

| 項目 | 内容 | |
|-----------------|---------------------------------------|---|
| インシヤルコスト等に対する措置 | 建設改良費に対する普通交付税措置 (複数病院の統合に係る特別分) | ● 複数の病院を統合する場合、 建設改良費及び企業債元利償還金の40% を普通交付税措置(繰出基準 2/3×交付税措置 60%) ※建物の建築単価は1㎡あたり52万円が上限 ※通常の交付税措置は25%(繰出基準 1/2×交付税措置 50%) |
| | 病院再編のための施設整備等に対する県補助金 (医療介護総合確保基金) | 【基準額】 ● 施設整備費： 1床当たり 4,640千円×病床の適正化数 ● 医療機器： 1施設当たり 10,500千円 等 【補助率】1/2 (重点支援区域は2/3) ※山形県病床機能分化連携施設・設備整備費等補助金 ※施設整備費は1㎡あたり36万円が上限 ※この他、地域医療連携推進法人を立ち上げる場合等施設整備以外の補助メニューもあり |
| | 立地適正化計画に基づき市町村等が行う公共施設の整備に対する支援 | ●【単独市町村】 事業費上限：21億円、補助率 1/2 ●【広域連携事業 (R4～)】 事業費上限：連携市町村数×12億円、補助率 1/2 ※事業主体は市町村、市町村都市再生協議会、民間事業者等 (広域連携は一組も対象) ※単独市町村の場合事業費上限が21億円、広域連携事業は12億円×連携市町村数 ※広域連携事業の場合、既存計画との整合性を図るため、関係市町村の個別立地適正化計画及び都市マスタープランの見直しが必要となる可能性がある |
| | 不良債務の解消に係る地方債の特例 | ● 新たな運営母体への出資について、病院事業債 (一般会計出資債) の活用が可能。(継承する不良債務の額が限度) |
| ランニングコストに対する措置 | 病床割による普通交付税措置 (病床削減を行う場合特例措置あり) | ● 720千円×施設全体の最大使用病床数 を措置 【病床削減に伴う特例措置あり】 ①稼働病床数 (最大使用数) 減少緩和措置 → 稼働病床数減少分に一定の乗率を乗じて得た数を最大使用病床数に3年間加算 (1年目:×0.9、2年目:×0.6、3年目:×0.3) ②許可病床削減時の特例 → 機能分化・機能連携等により病床削減が行われた場合、5年間、許可病床削減数×単価 345千円を加算 |
| | 救急告示病院への特別交付税措置 | ● 1,697千円×救急病床数 + 32,900千円 |
| | 不採算地区病院に対する特別交付税措置 | ● 不採算地区病院 (規模要件 100床～150床未満) へ下記種別ごと措置 (第1種)： 2,014千円×調整後病床数 (第2種)： 1,343千円×調整後病床数 ※第1種：最寄りの一般病院まで15Km以上、第2種：直近の国政調査に基づく当該病院の半径5Km以内人口が10万人未満 (3万人以上10万人未満の場合単価を減減) ※調整後病床数：総務省が定めるルールで補正された許可病床数 (種別によって補正の程度は異なる) と施設全体の最大使用病床数の低い方 |
| | 不採算地区中核病院に対する特別交付税措置 | ● 不採算地区中核病院 (規模要件 100床～500床未満、かつ「二次救急医療機関」及び「へき地医療拠点病院又は災害拠点病院の指定」) へ下記種別ごと措置 (第1種)： 1,549千円×調整後病床数 (第2種)： 1,033千円×調整後病床数 |
| | 医師・看護師等の派遣に係る特別交付税措置 | ● 派遣側：派遣中に支出する医師等の給与費相当額等が対象 基準額 (単価×派遣日数) と一般会計繰出金×0.8 のどちらか少ない額 を措置 ● 受入側：医師・看護師等の派遣の受入に対する経費 (旅費、派遣元への負担金) が対象 当該経費に係る一般会計繰出金×0.6 を措置 |
| | 運営費負担金への過疎債の充当 | ● 運営費負担金の全額起債可能。 元利償還金の70% が交付税措置 |

6.3.4. 地域医療連携推進法人制度の活用可能性の検討に向けて

(新病院と町立2病院による地域医療連携推進法人の設立検討)

1つの病院で疾病やけがの完治を目指す「病院完結型」から、地域全体で治し支える「地域完結型」の医療を目指すためには、高度急性期から在宅・介護までの関係者間の連携が不可欠である。

複数の医療法人や社会福祉法人等が、非営利の法人（ホールディングカンパニー）に参画し、グループの一体的運用によりヒト・モノ・カネ・情報を有効的に活用することで、地域において良質かつ適切な医療が効率的に提供されることを目的に、「地域医療連携推進法人」制度が創設されている。

地域医療連携推進法人は、運営母体や病院の統合によらず、各医療機関の独立性を維持したままで連携を強化することができる制度であることから、近年全国で活用が広がっている制度である。（R5.10.1 現在 35 法人）

地域医療連携推進法人に参加する医療機関の間で実施されている主な取組みとしては、①法人内での病床数融通や病床機能転換を行うことによる医療機能の役割分担、②人事交流や共同研修実施による職員のスキルアップ、③医療機器等の共同利用、共同購入による費用抑制などがある。

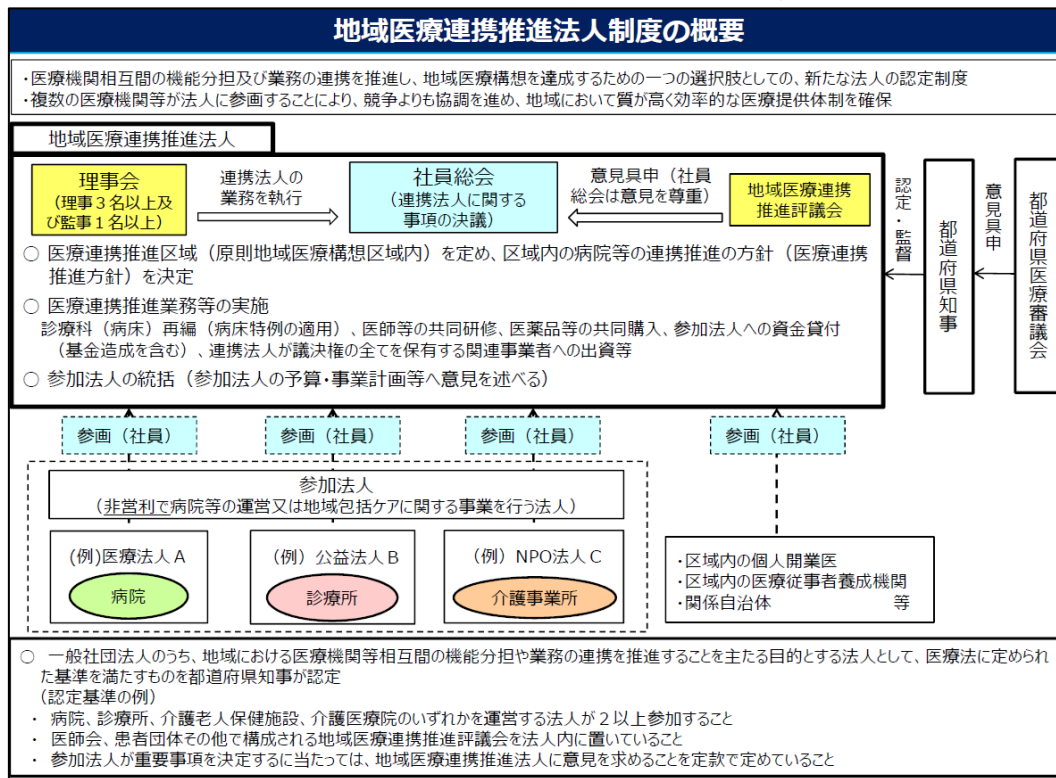
本県では、日本海総合病院を中心とした「日本海ヘルスケアネット（H30.4.1～）」、米沢市立病院と三友堂病院が設立した「よねざわヘルスケアネット（R5.9.25～）」の2法人が認定されており、特に「日本海ヘルスケアネット」は地域の医師会や民間病院のみならず介護事業者も参加し、医師の派遣を含む人事交流や共同研修を行うなど、先進事例として全国からも注目されている。

西村山地域の公立4病院へのヒアリング結果でも、「合同研修や人事交流等の強化」が病院の統合・再編の効果として期待されていることから、新病院と引き続き独立して運営される西川町立病院及び朝日町立病院との連携を検討するにあたり、地域医療連携推進法人の活用と、参画主体の将来的な拡大等についても検討していく必要がある。

図表45：地域医療連携推進法人について

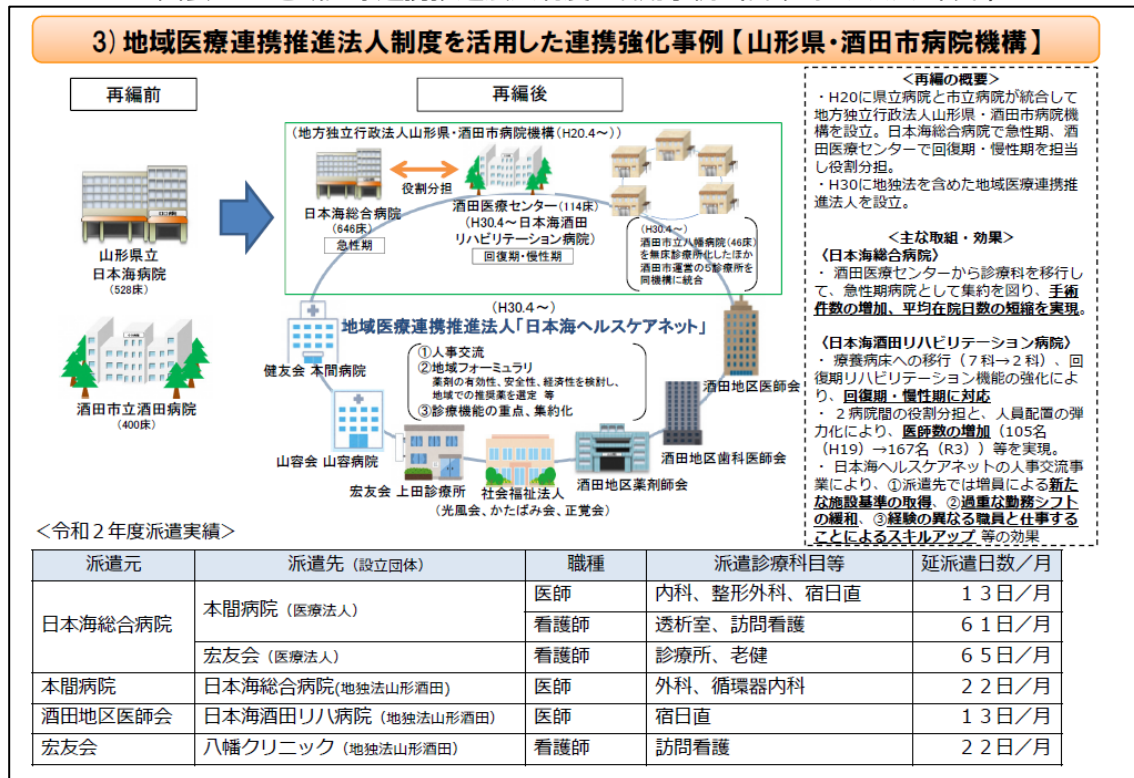
| 項目 | 内容 |
|--------|--|
| 法人の種別 | ●一般社団法人 |
| 設立の動機 | <ul style="list-style-type: none"> ●医療機関の役割分担 ●連携法人設立で可能となる事業の活用（病床融通制度、資金貸付、出資） ●医療従事者の確保と効率的な活用 ●施設間の個人的な繋がりだけでなく公式な関係を築くため ●各施設の独自性を維持しつつ連携を強化できる |
| 主な取組内容 | <ul style="list-style-type: none"> ●医療機能の役割分担（法人内での病床融通や病床機能の転換など） ●人事交流や共同研修の実施 ●法人内での患者の紹介・逆紹介の推進 ●医療機器等の共同利用、共同購入による費用抑制 ●ICTを活用した法人内の情報共有 |
| メリット | <ul style="list-style-type: none"> ●各施設のトップによる顔の見える連携が取り易い ●病床機能変更等による役割分担の明確化 ●連携強化による患者の紹介・逆紹介の推進 ●医師確保において大学等に対して単独交渉よりも交渉力が増すことによる人員確保 ●在籍出向や人事交流がスムーズにできる ●共同研修の実施によるスキルアップや研修費用の削減 |
| デメリット | <ul style="list-style-type: none"> ●法人事務局運営専任の人員が確保できない場合、通常業務と兼務となり業務負担が増える ●法人に参画していることによる国・自治体からの財政支援等の直接的なインセンティブが特でない ●各施設における重要事項（予算及び事業計画の決定又は変更、借入の実施など）の決定にあたり、法人の意見を求めなければならないことにより、意思決定が遅くなる ●各施設に対して公認会計士等による外部監査が義務付けられており、費用負担となる |

図表46：地域医療連携推進法人制度の概要



出典：厚生労働省資料

図表47：地域医療連携推進法人制度の活用事例 (日本海ヘルスケアネット)



出典：総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」

【WGでの主な意見】

- ✓ コアとなる病院が固まって初めて、その病院と参加法人との連携が具体性を帯びるので、検討の順番として地域医療連携推進法人よりも、新病院の運営母体をどうするかを決めるのが先ではないか。

6.4. 整備検討の進め方に関する課題

6.4.1. 整備スケジュールの設定に向けて

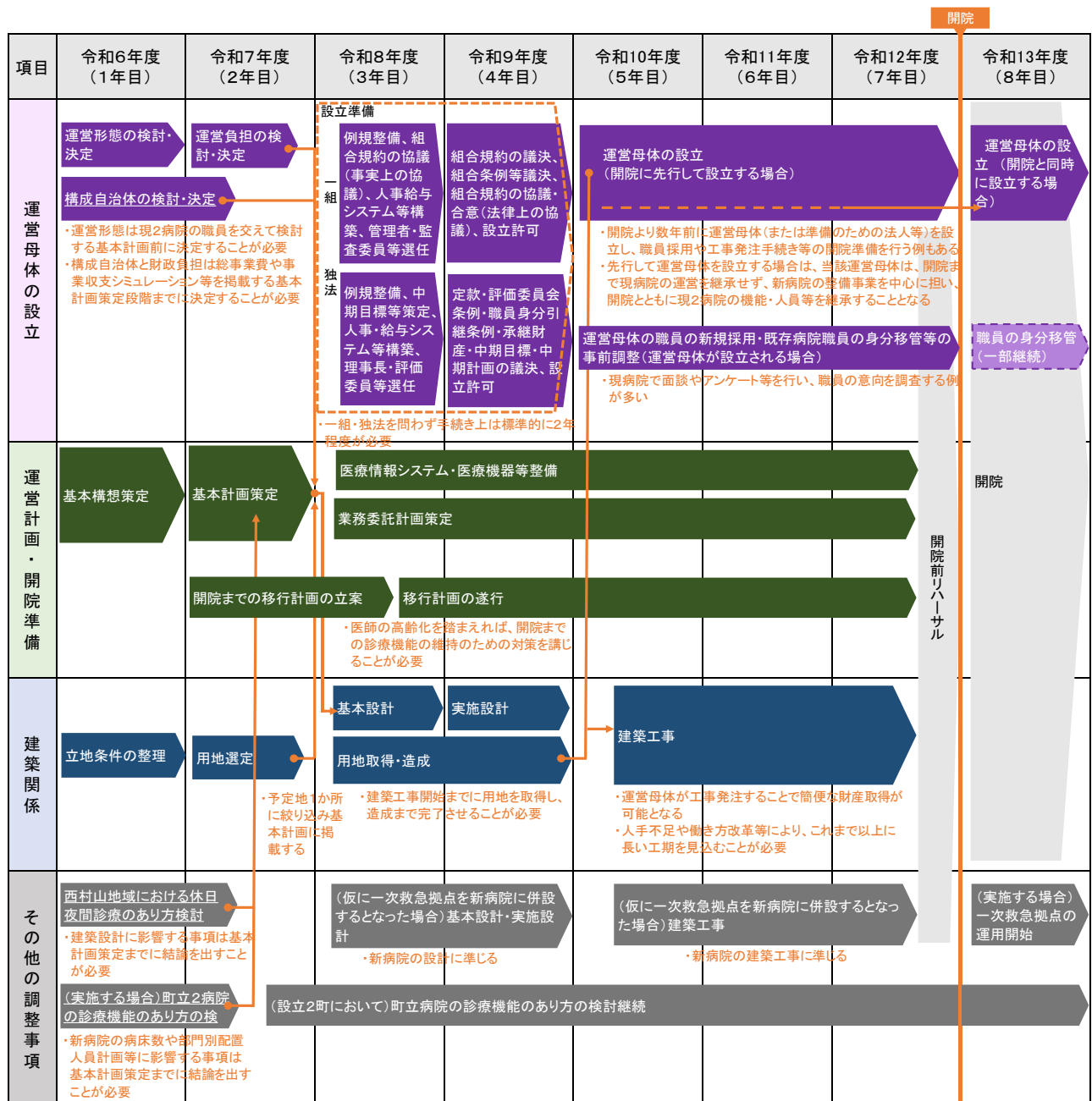
(開院時期の想定)

標準的な所要期間を考慮すると、基本構想・基本計画の策定に2年程度、基本設計・実施設計に2年程度、建設工事と開院準備に3年程度を要する。この結果、新病院の整備までには最短でも7～8年程度の期間が必要であり、開院は早くても令和13年度（2031年度）頃になると想定される。

運営母体については、例規の整備や経営目標の策定、議会の議決等の設立準備手続きに1.5～2年程度を要することに留意する必要がある。また、設立時期としては、本県における再編統合の先行事例では、いずれも開院に先行して設立しているが、全国的には、開院と同時に設立する事例も同程度ある。

それぞれの手続きに係る所要期間を踏まえながら、遅滞なく進めることが必要である。

図表48：新病院開院までの想定スケジュール



（関係者による諸条件の精査）

現 2 病院の医師の高齢化や施設の老朽化が進行しているため、可能な限りの早期開院を目指して検討を進めることが重要である。また、その間の診療機能の維持・確保も大きな課題である。

基本的には、現 2 病院の設置者である県と寒河江市の 2 者を中心に検討が進められることが想定されるが、新病院整備の前提条件となる事項については各関係機関が検討を行い、然るべき時期までに結論を出す必要がある。

特に、新病院のハードや機能面に大きな影響を与える諸条件については、検討着手 2 年目の基本計画の策定までに検討を終えることが求められる。

図表49：関係機関が新病院の開院までに検討すべき事項

| 検討事項 | 関係機関 | 留意事項 |
|---------------------|-------------------|---|
| 1. 現 2 病院の診療機能の移行計画 | 県、寒河江市 | 検討着手から新病院の開院までに 7～8 年程度を要するため、新病院の医師の高齢化等を踏まえれば、その間における現 2 病院の診療機能の維持・確保が課題となる。 従って、基本計画の策定に一定の目途が付き次第（着手 2 年目頃）、設置者間で 診療体制をどのように移行させるか協議・実行 することが望ましいと考えられる。 |
| 2. 運営母体の設立 | 新病院の運営母体の構成自治体 | 新病院の運営母体の設立手続きには通常 1.5～2 年を要する（一部事務組合・独立行政法人を問わず）ことを踏まえて、設立準備に着手する必要がある。 運営母体の設立時期（開院と同時に設立するか、開院に先行して設立するか）は、構成自治体において、最適な時期を検討・選択 することになる。 |
| 3. 休日・夜間診療のあり方 | 西村山 1 市 4 町、地区医師会 | 新病院のハードに影響する諸条件の整理は、設計の着手前に完了する必要がある。 従って、 休日・夜間診療のあり方については、初期救急の拠点を新病院に併設する等の案が検討される場合、基本計画策定段階（着手 2 年目）までに、関係機関における検討・調整を完了 させる必要がある。 |
| 4. 町立 2 病院の機能の精査 | 西川町、朝日町 | 新病院の病床数や部門別配置人員計画に影響する諸条件は、基本計画策定段階（着手 2 年目）までに検討・調整を完了させる必要がある。 従って、仮に 町立病院において、新病院のあり方に大きな影響を与えるような病床数や診療科の再編等を予定する場合は、当該時期までに検討を完了 させることが望ましい。 |
| 5. 運営母体への参画の有無 | 西村山 1 市 4 町 | 新病院の運営母体の構成自治体においては、設立準備過程において、各構成自治体において議決を要する事項があるなど、一定の手続き期間が必要となる。 従って、 新病院の運営母体への参画を検討する自治体は、基本計画策定段階（着手 2 年目）までに意思決定を行う ことが望ましい。 |

【WG での主な意見】

- ✓ 新病院建設時の職員の離職防止のために、職員が新病院で働きたいと思えるモチベーションを維持するための意識の統一が重要である。
- ✓ 病院建物の老朽化や医師の高齢化を考慮し、早期開院に向けて動いていただきたい。

6.4.2. 基本構想・基本計画の策定に向けて

(各段階で検討する項目の整理)

新病院整備の方針決定後は、新病院の目指すべき姿を明確化する「基本構想」、目指すべき姿を実現するための具体的な計画である「基本計画」を策定していくことになる。

基本構想では、例えば「急性期機能のどの分野をどの程度強化するのか」等の具体的な検討を、現2病院の職員も含めて進めていくことが必要である。また、基本計画では、設計に必要な病床数や病棟構成等の条件を整理していく。特に医師確保の見込み状況を踏まえて新病院の診療科構成を固めることが必要である。

また、運営形態や財政負担などの統合案件特有の検討項目については、基本構想と基本計画のそれぞれで検討し、段階的に決定することが望ましい。

加えて、建設予定地については別途協議を行う必要があるが、基本構想の段階で一定の目途が立っていることが望ましい。

基本構想と基本計画の段階で想定される具体的な検討項目は以下の通りである。

図表50：基本構想・基本計画における主な検討項目（一般的な例）

| 基本構想 (新病院の目指すべき姿を明確化) | 基本計画 (目指すべき姿を実現するための具体的計画) |
|---|--|
| 1 内部・外部環境調査 2 現状の課題と対策 3 新病院の目指す将来像 ①理念と基本方針 ②新病院に求められる役割 ③診療規模・機能（特に重点機能） 4 施設整備方針 ①整備方針 ②施設規模 ③立地条件 (建設予定地) 5 整備事業方針 ①整備事業費の概算 ②整備事業スケジュールの概要 (統合案件特有の検討項目) | 1 全体計画 ①新病院の役割と機能 ②診療科構成 ③病床数と病棟構成 2 部門別計画（各部門の部門方針、運用概要など） [例]外来部門、病棟部門、救急部門 など 3 部門別横断計画 [例]医療情報システム、医療機器、委託計画 など 4 施設整備計画 ①敷地利用計画 ②基本計画図（設計と条件の整理） ③構造・設備計画 5 整備事業計画 ①整備事業費 ②整備手法 ③整備事業スケジュール ④事業収支シミュレーション |
| 6 統合再編に向けての検討 ①運営形態の検討 ②構成団体・財政負担の検討 ③人員計画の方針（統合に向けての方針） | 6 統合再編に向けての検討 ①運営形態の検討（・確定） ②構成団体・財政負担の検討（・確定） ③人員計画（部門・職種別人員配置） |

例)
 ・急性期機能の向上はどの分野・どの程度を見込むか？
 ・分娩機能を付加できる可能性はあるか？
 ・脳疾患リハビリ体制をどのように整備するか？
 など

例)
 ・医師の確保状況（見込み）を踏まえ、新病院における診療科構成を固める
 ・全体病床数と1病棟当たりの基準病床数、病床種別の病床数（内訳）を固める など

例)
 ・医師・看護師・コメディカル・事務等の人員配置計画と整合を取りながら部門別の機能・規模を具体化
 ・救急部門（当直体制：医師○人、看護師○人...）
 ・救急受入○人/日程度を見込む など

【WGにおけるその他の意見】

✓ 人材育成の話や、特に救急の機能等は当事者が入って議論しなければ具体的な議論は出来ないため、ワーキンググループで議論する内容と基本構想等で議論すべき内容は整理して議論を進めるべきではないか。

6.4.3. 検討体制の整備に向けて

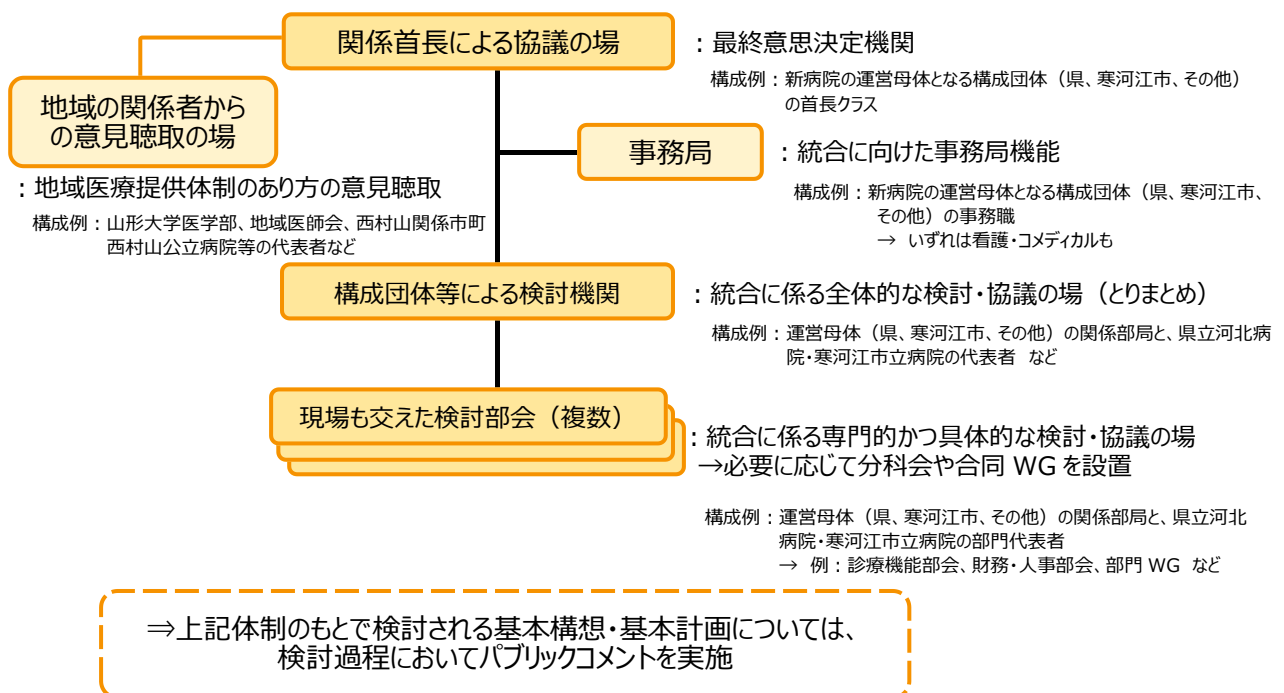
(医療現場の関係者を交えた検討組織の立ち上げ)

新病院の開院に向けた検討体制については、「関係首長による協議の場」「構成団体等による検討機関」「現場も交えた検討部会（複数）」の3階層が一般的な検討推進体制の大枠である。

また、検討フェーズに応じ、例えば、検討部会の下部組織として、現2病院合同での診療科ごとの分科会やワーキンググループを設置するなど、検討体制をより柔軟に変化させていく必要がある。

なお、医療関係者の専門的な意見を聴取するため、3階層の検討体制とは別に、町立2病院や地元医師会の代表者等も含む「地域の関係者からの意見聴取の場」を設けることも考えられる。

図表51：想定される今後の検討推進体制（一般的な例）



(重点支援区域制度の活用)

重点支援区域は、複数の医療機関の再編統合事例（機能分化・連携、集約化等）に係る検討・取組みを対象に、都道府県の申請に基づき国が区域を選定して集中的に支援を行う制度である。重点支援区域の設定を受けた区域は、国からデータ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を受けることができる。

令和6年1月時点で全国13道県21区域が設定されており、本県では置賜区域（米沢市立病院、三友堂病院、三友堂リハビリテーションセンター）が区域設定を受け、国の支援を受けながら病院再編の検討を行った。

西村山地域の新病院の検討は重点支援区域の対象となる複数の医療機関の再編統合事例に該当する。検討事項も単独の病院の建て替えと比較し多岐にわたることから、円滑に検討ができる体制を整えるため、重点支援区域制度を活用することも有効と考えられる。

7. 西村山地域の医療提供体制の再構築に向けた提言

以上、調査検討の結果、西村山地域の医療提供体制の再構築に向けては、県立河北病院と寒河江市立病院を統合して新病院を設置し、限られた医療資源を集約配置すべきとする結論に至り、その内容を「基本方針」として取りまとめた。

また、今後の検討のたたき台として、目指すべき新病院の姿を「新病院の診療機能の検討に向けた基本的な考え方」として、さらに、具体的な検討を行う際の参考資料として「新病院の整備に向けた検討課題」を整理した。

本最終報告書のとおり、新病院の整備には7～8年という長い期間を必要とし、検討すべき課題は非常に多岐にわたる。早期開院を目指すためには、速やかに具体的な整備検討に着手し、開院に向けた課題の解決に、地域の関係者が協力して取り組むことが不可欠である。

以上を踏まえ、ワーキンググループとして、次のことを提言する。

西村山地域の医療提供体制の再構築に向けた提言

- ① 新病院の早期開院を目指し、開院時期の目標を定めて整備検討を進めること。
- ② 検討に着手するため、県と寒河江市は、できるだけ速やかに新病院の整備に向けた協議の場を設置すること。
- ③ 新病院の整備に向けた具体的な条件（診療機能、病床数、施設規模、運営母体、新病院と地域の関係機関との連携等）については、県と寒河江市が中心となり、地域の関係者の意見も踏まえながら検討を進めること。
- ④ 県と寒河江市以外の4町についても、新病院の整備に向けた前提となる諸条件については、然るべき時期までに検討を終えることができるよう協力すること。
- ⑤ 西村山地域の医療提供体制の現状や新病院の整備に向けた検討状況等については、地域住民に対しても積極的に情報提供していくこと。

8. 参考：ワーキンググループについて

8.1. 開催経過

| 回数 | 開催日時 | 議題 |
|--------|--------------------------------|--|
| 第1回 | 令和5年4月26日(水) 15:55~16:35 | <ul style="list-style-type: none"> ● 今後の検討課題等について ● 検討の進め方について |
| 第2回 | 令和5年6月29日(木) 10:30~12:30 | <ul style="list-style-type: none"> ● 西村山地域からの流出患者の状況 ● 西村山地域における医師配置状況 ● 西村山地域の公立4病院の経営状況 |
| ヒアリング | 令和5年7月12日(水) 令和5年7月13日(木) | <ul style="list-style-type: none"> ● 西村山地域4公立病院へのヒアリング |
| 第3回 | 令和5年7月25日(火) 14:00~16:30 | <ul style="list-style-type: none"> ● 第2回WGの意見まとめ ● 追加調査・分析結果 ● 西村山地域の公立4病院のヒアリング結果 ● これからの西村山地域における医療提供体制のあり方について |
| ヒアリング | 令和5年8月18日(金) 令和5年8月21日(月) | <ul style="list-style-type: none"> ● 山形市内4急性期病院へのヒアリング |
| 第4回 | 令和5年8月30日(水) 10:00~12:00 | <ul style="list-style-type: none"> ● 前回WGの意見等まとめ ● 山形市内の急性期病院ヒアリングの結果 ● これからの西村山地域における医療提供体制のあり方案 ● 追加調査・分析結果 ● 新病院の病床規模 ● 先行事例紹介 ● 中間報告案(たたき台) |
| 第5回 | 令和5年9月19日(火) 10:00~12:00 | <ul style="list-style-type: none"> ● 新病院の病床規模 ● 先行事例紹介 ● 中間報告書の決定 ● 今後の進め方 |
| 中間報告 | 令和5年10月19日(木) 15:30~17:00 | <ul style="list-style-type: none"> ● 第4回西村山地域医療提供体制検討会における中間報告 |
| 第6回 | 令和5年11月9日(木) 15:00~17:00 | <ul style="list-style-type: none"> ● 第4回西村山地域医療提供体制検討会の協議結果を踏まえた今後の進め方について ● 県立河北病院・寒河江市立病院の患者分布状況について ● 新病院の検討に向けた課題整理について(①人材育成及び確保、②機能分担及び連携機能) ● 新病院の施設整備に関する方針(たたき台)について ● 先行事例の視察について |
| 先行事例調査 | 令和5年11月16日(木) 令和5年11月17日(金) | <ul style="list-style-type: none"> ● 奈良県 南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター、五條病院 |
| 第7回 | 令和5年12月26日(火) 15:00~17:00 | <ul style="list-style-type: none"> ● 前回WGの主な意見等について ● 先行事例の視察結果報告について ● 新病院の運営母体と地域医療連携推進法人について ● 新病院の診療機能・規模をもとにした人員規模について ● 整備手法とスケジュール感について ● 新病院整備の想定スケジュール及び留意事項について |
| 第8回 | 令和6年2月2日(金) 10:00~12:00 | <ul style="list-style-type: none"> ● 概算事業費について ● 事業収支シミュレーションについて ● 開院までのスケジュール及び検討すべき項目について ● 最終報告案(たたき台) |
| 第9回 | 令和6年2月15日(木) 13:30~15:30 | <ul style="list-style-type: none"> ● 前回WGの主な意見等について ● 最終報告書の決定 |

8.2. 設置要綱

西村山地域医療提供体制検討ワーキンググループ設置要綱

(趣旨)

第1条 西村山地域における新たな医療提供体制の構築に向けて、具体的な検討を行うため、西村山地域医療提供体制検討ワーキンググループ（以下、「ワーキンググループ」という。）を設置する。

(協議事項)

第2条 ワーキンググループは、次の事項を協議するものとする。

- (1) 西村山地域の医療提供体制に係る現状と課題に関すること
- (2) 西村山地域の新たな医療提供体制の構築に関すること
- (3) その他必要な事項

(構成)

第3条 ワーキンググループは、別表に掲げる関係機関により構成する。

(グループ長)

第4条 ワーキンググループにグループ長を置き、グループ長は山形県健康福祉部医療政策課長が務めるものとする。

- 2 グループ長はワーキンググループを招集する。
- 3 グループ長は、必要があるときは、関係機関以外の者に出席を求め、その意見を聞くことができる。
- 4 構成機関は、グループ長の了解を得て、具体的な議論を行うために必要な者をワーキンググループに出席させることができる。

(事務局)

第5条 ワーキンググループの事務を処理するため、事務局を山形県健康福祉部医療政策課内に置く。

(補則)

第6条 この要綱に定めるもののほか、ワーキンググループの運営に必要な事項は、グループ長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年4月7日から施行する。

この要綱は、令和5年11月2日から施行する。

別 表

| 構 成 機 関 |
|---------------------|
| 寒河江市福祉国保課 |
| 寒河江市立病院 |
| 河北町健康福祉課 |
| 西川町健康福祉課 |
| 西川町立病院 |
| 朝日町健康福祉課 |
| 朝日町立病院 |
| 大江町健康福祉課 |
| 寒河江市西村山郡医師会 |
| 山形県病院事業局 |
| 山形県立河北病院 |
| 山形大学大学院医学研究科医療政策学講座 |
| 山形県村山保健所 |
| 山形県健康福祉部医療政策課 |

8.3. 構成機関及び出席者

| | | |
|----------------------|--------------|--------|
| 寒河江市 | 福祉国保課長 | 小林 弘之 |
| 寒河江市立病院 | 病院事業管理者 | 久保田 洋子 |
| 河北町 | 健康福祉課長 | 矢作 勲 |
| 西川町 | 健康福祉課長 | 佐藤 尚史 |
| 西川町立病院 | 事務長 | 松田 一弘 |
| 朝日町 | 健康福祉課長 | 畑 英俊 |
| 朝日町立病院 | 事務長 | 阿部 容一 |
| 大江町 | 健康福祉課長 | 伊藤 修 |
| 寒河江市西村山郡医師会 | 事務局長 | 大山 則幸 |
| 山形県病院事業局 | 県立病院課長 | 大江 敏宏 |
| 山形県立河北病院 | 医療経営主幹 | 武田 哲 |
| 山形大学大学院医学系研究科医療政策学講座 | 教授 | 村上 正泰 |
| 山形県村山総合支庁 | 保健福祉環境部長 | 酒井 雅彦 |
| 山形県村山総合支庁 | 医療監(兼)村山保健所長 | 藤井 俊司 |
| 山形県健康福祉部 | 医療政策課長 | 菅原 正春 |

9. 用語集

| 頁 | 用語 | 解説 |
|----|-----------------|---|
| 1 | 地域連携パス | 早期の自宅復帰を目的とし、地域内で治療を受ける医療機関が各役割を担い、施設ごとの診療内容と治療経過、最終ゴール等を示した共通の診療計画表により、一貫した治療の流れを確立したものである。 |
| 6 | 国保・後期高齢者レセプトデータ | レセプトとは診療報酬の請求の際、医療機関が提出する明細書である。そのうち、国民健康保険制度と後期高齢者医療制度の加入者を対象としたものの記録である。 |
| 6 | 傷病分類 (ICD-10) | ICD とは疾病及び関連保健問題の国際統計分類 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems の略称である。死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析を目的とし、世界保健機関 (WHO)により作成された分類である。 |
| 7 | DPC | 診断群分類 Diagnosis Procedure Combination に基づく 1 日当たりの包括評価制度の略称である。患者を傷病名と診療行為の組み合わせにより分類し、その分類における平均的な人的資源、医薬品等の投入量に従い、入院 1 日に対し設定された包括的な点数評価を行う制度である。 |
| 7 | MDC | 主要診断分類群 Major Diagnostic Category の略称である。DPC 制度において、コードの前 2 桁が示す ICD-10 に基づく 18 種の主要診断群である。 |
| 9 | 産科セミオープンシステム | 地域の診療所やクリニックが連携し、妊娠 33 週までは自宅や職場に近い診療所で妊婦検診を受け、34 週～産後 1 カ月は希望する総合病院に通院・入院し、分娩を行うことで妊産婦の利便性を保ちながら各医療機関の特性を活かす制度である。 |
| 18 | 経営強化プラン | 公立病院において、総務省より令和 4 年 3 月に策定され、持続可能な地域医療提供体制を確保するため地域全体で医療資源を最大限効率的に活用するという観点から経営強化の取組みを記載したプランである。 |
| 28 | 総合診療専門医 | 日常的に頻度が高く幅広い傷病、もしくは初期の多様な患者の訴えに対して、経験に基づく適切な診断により治療領域を横断的に対応し、地域包括ケア推進の担い手として地域医療全体に貢献する専門医である。 |
| 32 | へき地ナース | 南和広域医療企業団における独自用語であり、へき地診療所で働く看護師の産休・育休時などに臨時派遣できるように養成している看護師である。 |
| 32 | イニシャルコスト | 土地や建物、内装費、敷金、医療機器、什器設備の購入費用などの初期費用である。 |
| 35 | 地域包括ケア病棟 | 急性期治療を終了し病状が安定した患者に対し、住み慣れた地域での療養（在宅や一部の介護施設への復帰）を支援する病棟である。 |
| 37 | 不採算地区病院 | 病床数が 150 床未満であり、かつ、最寄りの一般病院までの到着距離が 15 キロメートル以上であるもの、もしくは直近の国勢調査における人口集中地区以外の地域に所在するもの、いずれかの要件を満たす一般病院である。 |
| 37 | 地域医療構想 | 地域により適した医療体制を整備するため、医療機能ごとに 2025 年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるものである。 |
| 39 | 複数主治医制 | 1 人の患者に対し、医師がチームを組み、複数の主治医が対応することである。 |

| | | |
|----|------------|--|
| 39 | 特定行為 | 研修を修了した看護師が、診療の補助として医師または歯科医師の判断を待たずに、予め患者ごとに指示された手順書により、行うことができる一部の医療行為である。 |
| 39 | 看護補助者リーダー | 患者への安心・安全な介護（ケア）の提供と自己の能力の自己研鑽ツールとして、専門職である自身の成長とスキルアップのために活用するシステムである。 |
| 41 | 脳卒中地域連携パス | 脳卒中の患者を対象に、急性期病院から回復期病院等を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、地域の医療機関で役割分担や情報を共有し、患者を支えるための仕組みである。 |
| 42 | ユニバーサルデザイン | 全ての人々が快適に利用できるように製品、建造物及び生活空間等をデザインする考え方である。 |
| 51 | 繰出基準 | 一般会計が公営企業会計に対して負担（繰出）すべき経費負担のルールを国が定めたものである。 ※一般会計が負担すべき経費とは、公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない、あるいは客観的に充てることが困難なものをいう。（例 ヘキ地医療、不採算地区の医療等の政策医療 など） |

編集：西村山地域医療提供体制検討ワーキンググループ事務局

山形県健康福祉部医療政策課 医務企画担当