

令和元年度第1回医療のまちづくり検討委員会

開催日時：令和2年3月1日（日）13：30～15：55 本庁舎大会議室

— 議 事 概 要 —

1. 開会の挨拶

市長：第1回医療のまちづくり検討委員会に、ご多忙のなか私共のお願いに快くお引き受けいたしました委員の皆様にご心から厚く御礼申し上げます。また今日はゲストスピーカーお2人にお越しいただいております。

今回歴史的な検討委員会になると心を決めている所がありまして、皆様にご理解いただきたいと思います。この会がどれだけのものを引き出せるか、皆様にお願ひするところであります。

この地域に生まれて本当に良かったと、そして出来れば安心してここで生涯を終えることができる、そういう地域の包括的な医療サービスを提供することこそが南魚沼市の役目であると考えております。しかしながら、現在それぞれの現場ではこのままでは市民の医療サービスを描くことが難しい、という状況が生まれていると感じているのは、私だけではないと思っています。

この地域が医師偏在、医師少数地域とずっと言われてきて、地域医療の崩壊がここだけということではなく全国的に起き始めている問題、成り立たなくなっているというところが多く出てきている。市立病院群の先生方、医療スタッフも昼夜を問わず献身的な仕事をなさっているが、このままで本当にいけるのかという心配が職員の中からも出始めている、ということをお共は強く受け止めなければなりません。

現状の南魚沼市の基幹病院も加えた医療体制が将来にわたって持続していくものであるということ、またこの魚沼圏域の基幹病院を中心とした1つの病院体制という大きなテーマのもとに医療再編が行われたわけですが、これがなかなか機能できていない。市立病院群のこの体制が市の財政がそう楽ではない、大変厳しい状況にあるということは誰もがわかっている所ではありますが、これらがその現実に対して追いついていけるのか。そしてこの令和元年度露呈してきた、本当の意味で不安はあったわけですが、本当に医師の不足というものが直接医療現場に影響を出し始めている、または出してくるということが目の前にさらされているという状況が生まれてきている問題。

これに追い打ちをかける形での今年の424の全国の公立病院の見直しの色んな課題、こういったことが相まって様々な不安を現場もそうですが、市民においても大変大きな声になっていることを日々色々な市民の皆さんにお会いする中で実感をしているところです。

基幹病院が出来あがり、この魚沼圏域の皆さんは、誰もがようやく長岡に下らなくて一命を取り留める、死ななくていい状況が生まれてきました。しかしながらそれが充足されることなく、難しい問題が重なり、今もってその問題が解決できない

状況にあります。

今回、この委員会をお引き受けくださいました委員の皆様には、羅針盤としてより良い道筋を立てられるよう意見を交わしていただき、我々の今後の進むべき道に大きなお力を貸していただきたいと考えているところであります。介護現場ではかつて経験したことのない高齢化が進んでいます。交通弱者問題もあります。そしてこれらはお年寄りも含めて医療というものが底流にあると思います。この中で健康づくりを通じたまちづくり、医療を通じたまちづくりが、今ほど考えなければいけない大きなテーマになっていることはないと考えています。この辺りについてのご言及もお願いしたいと思っております。

そしてこの検討委員会の発足を期に委員会の皆さんによる専門的な問題の掘り下げに加えまして、南魚沼市としては同時並行的に様々な市民の皆様、グループの皆様との議論も急加速的に始めさせていただいて、市民の皆様の意識をこれまでになく引き上げをさせていただき、まちをあげてこの大きな課題に取り組んでいきたいと考えています。

今日はゲストスピーカーとしてお2人来ていただいております、黒岩先生は第1回目に来ていただきました。私としては強い思いがございました。この地域、ひいては日本における地域医療の先駆者としての先生がお出で頂いている地域であります。先生が今、この時点で我々に何を語ってくれるかということに期待をしているところであります。

2. 自己紹介

事務局：委員委嘱後、初めての委員会になります。委員の皆様から自己紹介をお願いしたいと思います。

(名簿順に出席の五名の委員の自己紹介、山崎委員からは急に欠席になったことから、資料とメッセージが届いており紹介を行いました。) **資料1 参照**

3. 委員長・副委員長の選任

委員の互選により、委員長に亀井委員を、副委員長に上家委員を選任しました。

4. 南魚沼市の医療施設の現状と課題 (14:00~14:10) **資料2 参照**

事務局：

《2 ページ》 魚沼医療圏の中で、南魚沼市の医療体制がどのような状況にあるのか、市立病院群を中心に説明します。魚沼医療圏の医療再編は、2000年(平成12年)、県立病院の早期改築を求める要望から検討が始まり、再編前の課題として次の点がありました。①3次救急・高度医療は他医療圏に依存、②県内7医療圏中で最低の医師不足地域、③施設間で機能分担と連携ができていない、各施設の自己完結型の体制。その状況から医療再編後の姿を、基幹病院を核として、医療圏での地域完結型をイメージして再編が進められ、基幹病院が2015年(平成27年6月開院)、南魚沼市民病院が平成27年11月に開院しています。

《3 ページ》大和町はゆきぐに大和病院があり、個人の診療所が少ない状況にありました。六日町、塩沢町は病院としては県立六日町病院に依存していましたが、旧村単位程度に個人診療所が開設されていました。ここ5年程の間に、個人診療所が閉院する状況が続いています。

《4 ページ》平成26年に管外搬送が428件ありましたが、開院後の平成28年には172件と大幅に減少しています。管外搬送の診療科目別を次ページで見えます。

《5 ページ》管外診療科目別搬送人員になります。基幹病院開院後の平成28年に搬送が減った診療科では、循環器科が、42人から17人へ、整形外科が109人から48人へ、脳神経外科が26人から5人へと減少しています。この時は圏域内で救急対応できたものと考えています。循環器科は、その後基幹病院の医師確保ができなくなり、平成30年、31年と以前のような長岡に依存する状況になっています。救命センターについては、長岡赤十字病院への搬送数になりますが、平成30年からドクターヘリが県内2台体制になり、その基地が長岡日赤にあることから救命センターへの数字が上がっています。

《6 ページ》再編前、ゆきぐに大和病院は199床の病院でした。これが、ゆきぐに大和病院は、今までの建物を活用し45床の回復期病床を、市民病院は県立六日町病院の跡地で140床の急性期病床を公営企業会計により運営しています。

《7 ページ》市立病院群のそれぞれの財政状況です。ゆきぐに大和病院は、収益的収支の予算の中では、基準内・基準外を含め一般会計からの繰入金が増減傾向にありますが、公立病院改革プランの財政シミュレーションでは、今後も2億2千万から2億5千万円で推移するものと試算しています。

《8 ページ》南魚沼市市民病院は、外来患者数は135,000人を、入院患者44,000人を超え、病床稼働率も85%を超えており、当初計画を若干上回る数値を示しています。今後も企業債の返済に伴う一般会計からの繰入金が続くことから、収益的収支と資本的収支の繰入金が、合わせて7億円程で推移するものと見込んでいます。

《9 ページ》城内診療所は、平成23年から特別会計による無床の診療所として運営しています。1日当たり平均26人程の患者数であり、経営は非常に厳しい状況にあります。早急に今後の在り方を検討する必要があるものと考えています。

《10 ページ》ゆきぐに大和病院と市民病院への一般会計からの繰入金の状況です。右の列は、合併以降の繰入金の累計の数字で、棒グラフは、年度ごとの繰入金の状況です。平成27年度の市民病院については、出資金として病院建設費の25%相当分を繰り入れています。出資金については、一般会計で合併特例債の対象となり、比較的有利な条件での借入れとなっています。なお、市民病院の建設は、建設事業費で49億円程、機器備品費で15億円程を要した大事業となりました。

《12 ページ》次に、市民病院群等を取り巻く状況についてです。基幹病院は高度医療や救急医療まで、今までは1時間以上をかけて長岡市まで行かなければならない状況から脱することができる、地域の住民の期待は大きいものでありました。

しかしながら、当初予定の 454 床の稼働については、まだ達成されていませんし、具体的な時期が示されていない状況です。

《14 ページ》次に、魚沼基幹病院の決算の状況です。平成 30 年度は、経常収入で約 102 億円が確保されたが、看護職員等の増により給与費が増加し、約 105 億円の経常費用となり、経常損益は、約 3 億円の赤字となっています。累積赤字は約 27 億円となっています。

《15 ページ》次に魚沼医療圏の病床規制についてです。新潟県地域医療構想にある 2025 年の県と魚沼医療圏の必要病床数の推計になります。基本的には中央の将来推計、厚生労働省に基づく必要病床数の推計値で基本に進めるものと考えています。魚沼医療圏の基準病床数は 1,109 床が示されています。既存病床数は 1,385 床となっており、必要病床数も厚生労働省の示す数字は 1,258 床と示されていることから、この基準病床数を上限とし、新規増床を認めない場合のみ必要病床数が上限であることを考えると、すでにオーバーベッド状況にあるといえます。

《17 ページ》2025 年の将来推計と令和元年度調査の各病院からの自己申告数値の違いを見てみると、急性期は元年度の調査で 788 床と推計値のまだ倍以上 426 床多い予想となっており、この急性期から回復期、慢性期への転換の議論を早期に進める必要があるものと思われます。

《18 ページ》医師の偏在指数のランキングになります。新潟県は 47 都道府県で 46 位ですが、先日の報道で厚生労働省の確定値では新潟県が全国最下位であると報道がなされたところです。

《20 ページ》こちらは、南魚沼市の年齢別・男女別の人口分布になります。合併直後の平成 17 年の国勢調査人口は 63,329 人で、2020 年の推計人口では 56,488 人ですので 15 年間で 6,841 人減少すると予想されます。1 年で 456 人の減ということになるし、高齢化率も急速に進み 35% 超える予想となっています。

《21 ページ》介護人材不足は、医療現場と同様に深刻な問題となっているところです。介護施設へのアンケート調査では 132 人の人材不足となっています。

《22 ページ》南魚沼市の地域包括ケアシステム構築に向けた推進体制です。それぞれの施設、組織は整備されつつありますが、それが連携するネットワークづくり、この輪が今後の課題と考えています。

《23 ページ》特別養護老人ホームへの入居の待機状況です。ここ 5 年程は、待機者の人数に大きな変化はありません。この待機者 330 人ほどいますが入居した人の待機期間でいうと、1 年 6 か月ほどが平均的な待機期間となっています。

《24 ページ》こちらは、市外施設への入所者の状況です。平成 26 年から 5 年間で市外の施設に入った人は、67 人増えて 160 人となっています。特に特定施設、例えば介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などで生活介護を受けている人が増えている状況です。

《25 ページ》医療政策のワーキンググループで、高齢者の移動手段を確保し、皆さんが集える居場所づくりを確保するために、市役所周辺の南魚沼市街地を巡回するバスの運行を検討したものになります。

ゲストスピーカーの発表①

地域医療に関する提言

萌気会理事長 黒岩卓夫先生（14：15～14：40） 資料 3-1 参照

今日の第 1 回の医療のまちづくり検討委員会、最初の委員会でゲストスピーカーということで市長さんから言われまして、さてどうしようか、何を話そうかとだいぶ苦しみました。おそらく私の年齢と皆様の差は親と子くらい違いますので、かなり厳しいことを言っている所もありますが、そういった関係もありますので、ご容赦願いたいと思います。

《3 ページ》魚沼の地域の一部が南魚沼市になりますが、新潟県とはこんな関係になっておりまして、これだけ見るととんでもない山の中だと思えますが、首都部に近いし、山川があるし、綺麗で素晴らしいところだと思います。

《4 ページ》私が来たのはちょうど 50 年前。45 年の 6 月、連休明けからこの仕事を始めました。町の診療所に内科の医者としてきて、最初は 1 年契約の予定が、この雪国の中でお役に立てればいいのではないかと考えて、そのまま居座ったということ。それから 50 年経ちました。

《5 ページ》次は大和医療福祉センターが出来たばかりの頃に上空から撮った写真。これは 86 床。この後、後ろに増築して 200 床になりました。200 床になった時にゆきぐに大和総合病院と名前を付けました。私たちは人口 15,000 人の小さな町の病院なので、赤字は出せないとの責任感がありました。私が在院中は赤字なく拡張してきました。

《7 ページ》この写真は基幹病院。大和病院時代は、人はたくさん集まりましたが商店までは来ませんでした。今は相当な商店が来て、タウンを作っています。特別どうこう言わなくても勝手にやってきて店をつくっている、そういうのが大和病院時代との違いだと思います。

《9 ページ》この写真は私が今やっている萌気会の浦佐診療所。これも 5 年位前に移転、新築しました。

《10 ページ》明治維新から敗戦まで 80 年間、塩沢と六日町に病院というものが 3、4 年間あったのみ。南魚沼市、湯沢まで入れて、病院らしいものはありませんでした。敗戦直前には協同病院、協立病院といった地元の方々がお金を出してつくった病院がありましたが、それを県は終戦後県立にしました。これはすごい英断だと思います。従って 15、16 の県立病院が出来て、それが、医療再編が話題になるまでずっと続いてきた、その功績は大きかったと思います。

《11 ページ》魚沼地区の公的病院として、大和病院に加えて小出、六日町、十日町の県立病院がありました。ほとんどスケールも同じレベル、医療レベルも同じ。ど

んぐりの背比べで、何かあれば長岡等に送らなければならないというのが実態でした。そこへきて研修医制度の改革があり大学医局離れが大きくなり、医局からは簡単に来ないようになって、医師不足が押し寄せてきました。そこで県が再編という案を出してきたので、それ以外ないだろうということで、それを認めることになったのです。

《12 ページ》今の基幹病院はまだ問題があるにしても、明治維新から150年経ってやっとできた病院。病院ができたことに全面的にありがたいと受け入れて、受け入れた上でどうするか考えてほしいと思います。

ここでの問題点は、

- ① 魚沼基幹病院が建設され、市民病院も小出病院も新しくなって、十日町も改築、そういった市民病院レベルも大改革をした。しかし、このシステムは信頼できる連携が出来ているかということ、まだまだ不十分だと思います。
- ② 市民病院は再編システムの中でその適切な役割分担を実行できているかということ。
- ③ 病院群といった発想はどこからきているのか、必要なのか、これも検討する必要があると思います。
- ④ 市の行政、議会はどこまでこういうことについて役割を果たしてきて、今どういう考えかということ。

《13 ページ》次に建物だけでなく理念がどうかということ。理念があやふやでは、いくら良い建物を作っても絶対にうまくいかないと思っています。大和病院は86床の小さな病院でしたが、インパクトを与えたのは建物や何かではなく、理念。「自分たちの健康は自分たちの手で守ろう」と「予防なき医療はあり得ない」という2つを掲げてきました。そのことが大きな波紋をよんだと思っています。

地域完結型の連携と、さらに地域医療構想への国の方の考えもあります。今までだったら200床くらいの病院では医師の再生産は出来ませんでした。基幹病院になれば体制としては医師の再生産ができることと、総合医教育システムが動き出せば素晴らしいことなので、この問題はどうなるか、大きな課題と思っています。

《14 ページ》私が大和病院をやっていた頃の自治体病院協議会の諸橋先生が、この3つを並べて自治体病院はこういう不採算部門をやっているから、赤字になっても当たり前と言っていました。その分は国からお金をいただいて一般的な病院では出来ないことをやるのだと。しかし今は時代が違って、高度医療とか救急医療というのは不採算部門ではない。ただ僻地については公的医療の必要性は残っていると思います。こんな時代もあったということです。

《15 ページ》次は病院の経営主体。南魚沼市民病院は公立です。それに対して、小出病院なら一般財団法人が受けて管理するという形で病院を運営しています。また社会医療法人を作ってやれば相当な事が出来るだろうし、色んな事が考えられると思います。

《17 ページ》次は参考までに地域の貢献ということで、ゆきぐに大和病院ができ、

新幹線ができました。この2つの条件で北里大学がきました。どちらも新幹線が無ければ来ないし、病院があるからきたとも言えると思います。国際大学もそう。さらに国際情報高校もこういう流れの中で出来たと思います。そして、基幹病院が出来て、市民病院も新しく出来るといって、こういった進化をしてきたと思います。

《18 ページ》これは旧大和町の話ですが、人口 15,000 人の町で新幹線と大和病院の関係で生まれたもので、どのくらいの雇用が発生して、どのくらいのお金が回ったか、簡単に出してみたものです。1,000 人くらいの雇用が発生し、100 億円くらいのお金が回った。さらに今の基幹病院になると 800 人くらいの職員がいて、100 億円くらいのお金が回っている。そういう点で地域にとって非常に意味があるものです。

次に私見のまとめです。 **資料 3-2 参照**

1 番目は、先ほど申し上げた、明治維新 150 年にして生まれた基幹病院。これはまず無条件にウエルカムということにしてほしいです。基幹病院は「医療の中心」として捉えています。

2 番目は、市民病院は再編の「医療連携の中心」として地域医療センターになってほしいということ。医療の中心は基幹病院。連携の中心というのはいわゆる医療サービスを提供する連携の中心ということです。従って、基幹病院とも診療所とも連携をとって、南魚沼市でどういう医療が良いのかということを考えてリーダーシップをとるといって要するに市長と市民病院にしてほしいと思います。

3 番目は、これは診療所全体ではありませんが、「在宅医療の中心」というのは診療所が良いと思います。病院ももちろんやっていただくが、夜まで出かけて行けるとなるとある程度力のある診療所しか出来ないかもしれない。日本の第 3 の医療と呼ばれるその中心というものは在宅なので、そこを担って欲しいと考えています。

4 番目は、医療再編の連携がどうかということ。これは信頼のおけるようなあたたかい血の通うものになったかということ、おそらくまだそうではないと思います。

5 番目は、市民病院の運営、特に医師確保について色々考えましたが、今の公立のまま継続するのは非常に難しいと思いました。そうすると、市の指定管理をうけてやるような公的病院に脱皮するのが望ましいと思うようになりました。そういう形で一度整理して、しっかりやってみるといってことが大事だと思います。

6 番目は、病院群について個人的には唐突なように思っていました。なぜ群になる必要があるのかがわからない。病院群ではなくひとつの病院として、まず中心的な市民病院が財政的にも自立出来るように再建してほしいと思います。その上で必要ならいくつかの病院を作ってもいいと思っていますが、そのところはきちんと整理してほしいと思います。公立に中心病院ひとつで十分でしょう。あとは私的医療機関にまかせるべきです。

7 番目は、これは市長にお願いしたいこと。市民の代表の市長だから、どこにも遠慮なく基幹病院も市民病院も萌気園でも文句なりアドバイスなり何でも言ってくださいと。そういう立場になってほしい。従って基幹病院だから頭を下げるとかでは

なくて、地域を守っていくという点で基幹病院は必要ということです。したがってネットワークの中の1病院としてしっかりと把握してほしい。県の地域医療推進機構の理事長の荒川先生に改めてお聞きしましたが、魚沼地域は1つの病院だということでやりたいと言っていました。非常に血の通った無駄のない連携で、1人の人間が動くというようなことだと思います。

8番目は、市議会議員のことに触れておきたい。医療は公私を問わず、医療保険から多大な公金を得ています。医療というのは教育や道路、水道と同じで社会の絶対的に公共的に必要なものです。税金で相当な分をまかなわれているので、税金の使い方の立場から厳密に評価してほしいと思います。要するに、無駄がない、二重投資をしない、ということ。あちこちで同じことをして赤字になるとすれば再編してもあまり意味がないと。はっきり役割分担を決めていかなければどうしても無駄になるし、市民からみてもわかりにくいと思います。税金の監視は議員さんの仕事なので遠慮なくやってほしいです。それに対して医療での地域エゴとか不勉強は許されません。公正公平な立場から医療のことを考えてほしいです。

最後に、どんな医者を育てるかということ。萌気でも毎年3、4人を1か月間の地域医療研修を受け入れています。10人に1人くらいは柔軟で地域に馴染んで、関心を持っている方がいます。こういう方が医者になって、また来てくれるといいなど思っています。ですから、今の若い方も志をもっています。むしろ全体的に優しすぎてパワフルじゃないという印象もありますが、骨のある視野の広い人に育ててほしいと思っています。地域との交流から、歴史や文化の中で地域医療を担える医師を育てる、ということが私の一番言いたいことかと思っています。

皆さんからどうしてもご理解いただきたいのは、基幹病院は医療の中心に、市民病院は医療の連携の中心に、一診療所は在宅医療の中心になってほしいということ。そうして役割分担をもって連携していくということになれば良いのではと思っています。

最後に、市と市民病院は医療連携の中心であり責任者ですので、市長はそのような気持ちでやってほしいと思っています。また指定管理をしても放りっぱなしではなく、共に歩むという立場でいてほしいということ。そういった良い環境を作って、より良い関係で、より良い医療を作っていくことをお願いしたいというのが私の気持ちです。以上です。

ゲストスピーカーの発表②

病院運営に関する提言

地域医療振興協会 企画調整部 岡本靖部長（14：40～15：15） 資料4参照

今回の医療のまちづくり検討委員会、わたしは病院運営に関する提言をということで参ったわけです。私共、地域医療振興協会として、今まで35年間にわたって色々なことを経験してきた、その経験談の中でおそらく南魚沼市さんで参考になるようなお話があるのではないかと思います、本日のスライドはそういうものを中

心に集めさせていただきました。

《1 ページ》本題に入る前に私共、地域医療振興協会の紹介になりますが、内閣府から認められている公益社団法人であります。全国の僻地医療、離島医療の振興を頑張ってもらいたいと、活動をやらせていただいています。数は全国で70を超える施設を運営しているところです。

《2 ページ》左上に基幹型臨床研修病院。これは病院の中でも大きめの所で、こちらで医師免許を取られた若手の先生がやってきて地域医療のプログラムを学んでいただいています。右上には病院、こちらは中小規模の病院。急性期から回復期、慢性期にわたって地域包括ケアの拠点としてやっている事業です。左下には複合施設。これは診療所と介護施設を一体的に運営している所です。右下には診療所。こちらでも診療所単独ではありますが、当協会をあげて、こういった診療所に対して様々なサポート体制をご用意しています。例えば医師、看護師の代診派遣、遠隔画像診断などやっています。

《3 ページ》当協会は医療ということでやってきましたが、最近になってこういった分野をまたがったような機能を地元の市町村から要請をうけることがあって、少しずつやっています。

《4 ページ～10 ページ》新潟県でも湯沢町の保健医療センター、そしてゆきあかり診療所、こちらの2つの施設を運営させていただいています。全国で78の施設を運営し、主には市町村が設置する公の施設、これを指定管理者ということで指定をいただいで運営させていただいています。大体年間2つから3つという数の施設を新たに運営開始しているところです。

《11 ページ》いくつかの事例からというのと、とある病院の放射線部門は、午前中は忙しくて、午後は暇にしています。先生方と相談をして、外来患者さんのレントゲンは午前中ではないとして、病棟の関係は午後にオーダーしてみたらどうですかというお話をしたら、それが始まって、放射線の件数が増えたそうです。件数は増えたが技師さんの数は増員しなくて良かったということで、生産性が上がったということもありました。

2番目にあげたのは、とある小さな病院。休日夜間診療のために、医者は当然当直の先生がいらっしゃいます。コメディカルの当直の人もいらっしゃいました。実はコメディカルの方が当直で一晩病院にいと、その病院では翌日、午前中で帰るというような習慣になっていました。例えば血液検査のやり方とかレントゲンの映し方とかを何とかお医者さんでやってもらえませんか、と話をしてお医者さん以外の当直は取りやめにしたことがありました。

今2つほど紹介をさせていただきましたが、実際病院の中で経営面のことを考えれば、冷静に考えればすぐわかるようなことかなと、私はそういう感じがしています。では何故出来ていないかというのが、よくありがちですが、よく話が出来ていないというところがあると思います。

《12 ページ》病院経営の難しさは、他の業界に比べてマネジメントが大変なこと。

なぜ大変かという、職種の数が多く、それぞれに法律がぶら下がっていて、ルールがたくさんあって、色んな通知、通達、規制、こういうものがかかってきて、経営的な視点よりも職制としてのこうやるべきだという点が、他の業種に比べてあるのではないかと。

最近、働き方改革ということでよく耳にしますが、病院の職員の皆さんに働き方改革という話を出しますと、残業は何時間しか出来ないとか、有給休暇を5日間強制的に取らなければいけないなどそういう話ばかり。でも、最初に聞いた働き方改革の話は、生産性を向上させましょうということ。今まで30分かかっていたことを15分でできるようにならないか、ということ。

それと病院というのは色々な職種の集合体なので、一番低いところのパフォーマンスに左右されてきます。私共の協会には「〇〇病院です。非常に困っています。」とそういうご相談がいっぱいくるのですが、色々聞いてみるとこのパターンが多いと思います。よくあるパターンは、看護師の定数何人でバシッとそろっていますと。理学療法士もこれだけそろっていますと。ですが、お医者さんが半分しかそろっていないのですと。そうするとお医者さんがその半分の数でできる業務量に制約されてくるので、そこが赤字の原因ということになってくる、ということ。

《13 ページ》よくあるプロセスについてですが、20年以上前のこと、やはり〇〇市から依頼があって、人口の将来予測をしましょう、患者数は将来どうなってきます、これらのニーズに応えるためには、病床規模はこのくらいにして、これだけの業務量をやるためには、医師は何人、看護師は何人、薬剤師は何人と決めていって、最終的に資金計画収支見通し、こういうものを出してきます。ところが、経営的に困ってご相談に来られるパターンというのは、医師が確保出来ないからこれだけ赤字になってしまったというパターンが圧倒的に多いのです。最近我々に相談に来られる場合、我々がこういうことに直面した場合、どちらかというとお勧めしているのは、今ここの病院は、お医者さん何人だったら確保できますかと、そこから入ります。

《14 ページ》最近の地域医療を取り巻く課題というふうに書かせていただきましたが、こちらは時間の関係もありますので省略させていただきます。

《15 ページ》次は病院に再編統合の波ということですが、これはもうすでに10年前くらいからこういうことが始まっていて、公立病院等の改革プランを作りなさいと言うことが義務化され、地域医療構想、病床機能報告制度なども始まりました。今回は424病院のリストが公表されましたが、最近の動向から厚生労働省がこういった色んな手を出してくるとするのは、推測も入っていますが、とにかく再編統合してほしいという一心と見えます。当然ながら人口も減少していくし、後期高齢者人口のピークもおそらく10~15年後。そこから先は減少していくのではないかと、ということもあるので、そういうことを見据えた再編統合の波への対応が必要ではないかと思っています。

《16 ページ》病院は設置主体が様々であり、再編統合は実は非常にやりにくいと思

います。病院改革でよくある話ということでまとめましたが、これは例えば公立病院改革プランで、今後どういう風に運営形態をやりますかということで、そこでよく出てくるのが、地方公営企業の全部適用だとか、地方独立行政法人、そして次の方に行くと指定管理者、更に究極には民間譲渡というような話が出てきます。それぞれ特徴的な所があるのでここに書きだしました。地方公営企業の全部適用、これを取られている病院はかなりあると思いますが、地方公営企業の全部適用になって何がメリットかという、財務規定だけではなくて人事規定も併せた全部を公営企業法の適用にするということになっています。

その下の地方独立行政法人というのが最近出てきています。これはあくまで市町村が新たに法人を設置することで、当然法人を設置するわけなので、設置したいということを持って総務省に認可をもらいに行くわけです。晴れて独立行政法人になって、例えば借入金とは法人と言いつつ、その市町村からしか借入金が出来ない。法人設立の際には当然ながら債権債務、これを整理して新しい法人が船出するというパターンなど、これもなかなか難しい話かなと思っています。

指定管理者、こちらはここに書いてある通りですが、開設者が市町村、管理者が指定された団体。市町村直営と同様に財政措置も適用されます。期間を定めて公的団体等に管理を任せて、そして協定書を締結します。私共がかかわっている中では指定管理というのが一番多いのが現状です。

《18 ページ》病院改革が進まない例ということでいくつか挙げました。実は意外と職員の方々の身分の切替、これが結構問題になることがあります。給与面のことであれば特別措置の検討などがありますし、意外に多いのが退職金問題です。これは先ほど4つ挙げさせていただきました中で、地方公営企業の全部適用だと公務員のままなので退職金の話は出てきませんが、地方独立行政法人とか指定管理者、こういう風に公務員の身分が変わると退職金を払わなければいけなくなります。

《19 ページ》病院運営に関する提言ということで、今お話させていただいた中でこういうことが繋がるのではないかなということで2点書かせていただいています。

現在は先ほど申しました通り、厚生労働省の病院再編の事業のまだ初期段階かなと思います。これからどんどん具体策が出てくるのではないかなと思います。柔軟に動ける経営形態で様子を見るなり、次の手が出てきた時にちゃんと考えるなりというようなことが望ましいのではないかなと考えています。

2点目としては、もはや市町村独自で医師確保を安定的に進める体制を作るとするのは、正直無理なのではないかなということを感じています。これは色々な所の市町村長さんが来られてもこういう風な話をさせていただいていますが、県とか大学、その他どういうところがあるかわかりませんが、その中のネットワークに入り込んだ格好で存続させていくようなことをお考えになられたほうが良いのではないかと考えます。

あと若干、悪循環に陥らないようなことは考えた方が良くと思います。私が申し上げる悪循環の典型的な例は赤字であります。医師が十分確保出来ていない、従

ってお医者さんにもっと働いてください、そうするとお医者さんはもっと疲弊して辞めようかなという風になっていって、どんどん行き詰っていくというパターンをいくつか見てきています。それと、いくらお医者さんを確保しようとして、例えばA先生に一生懸命来てくださいとアプローチしたとします。大概、他の病院も絶対声をかけていますので、その場合は経営基盤が安定化している方が最終的には勝つと思います。お医者さんも人生かかっているのです、当然ながら安定的な経営をされているところに行かれるのではないかなと思います。以上、病院運営に関する提言として、申しあげたいと思います。ありがとうございました。

5. 質疑・意見交換 (15:15~15:50)

亀井委員長：それではご意見をたまわる時間を設けたいと思います。各委員におかれましては、ご質問・ご意見をお願いいたします。

上家委員：まず、この検討会で何を検討議論していくのか確認したいです。今の南魚沼市、何が一番の課題として市として認識されているのか。それに対してどういう方向性を考えているのか、選択肢がいくつかあるという風に考えているのか。市の意見を伺いたいと思います。

事務局：南魚沼市では、公立病院を2つ持っていて、公立の診療所もあります。そういったものが今後人口減、医療体制が変わっていく中、基幹病院との連携を踏まえると、今後も今の形で良いのかというところで、皆さん方からのご意見をいただきたいと考えています。次に医療、介護人材の確保という点では、医師確保するシステム、単に市が招聘に動いてもなかなか医師確保できないと感じていますので、組織として確保するにはどうしたらよいか、というところでご意見をいただければと考えています。

上家委員：2つの市立病院というのが具体的にはどれを指しているのでしょうか。

事務局：6ページ、南魚沼市の現状で説明します。再編前にはゆきぐに大和病院199床があって、再編後、ゆきぐに大和病院40床、南魚沼市民病院140床という2つの病院に分けられていました。再編後の2つの病院のことです。再編によって基幹病院という地域の中で一番大きな病院が出来たので、そこの関係というのが再編前との大きな違いとなっています。

上家委員：2つの病院をどうするかというのは、ゆきぐに大和病院と南魚沼市民病院のことで、それ以外に城内診療所、中之島診療所、この4つの機関をどうしていくかをここでは主に議論したい、という理解でよろしいでしょうか。

事務局：中之島診療所については、公設民営で既に民営化されているので、議論していただきたいのは、市民病院、ゆきぐに大和病院、城内診療所の公設公営で行っている施設をお願いしたいと思います。

上家委員：魚沼基幹病院との役割分担については、当初考えてきたものとは違ってきているという説明は理解しましたが、今はどういう役割分担、機能分担がなされているのでしょうか。

事務局：魚沼基幹病院が高度医療、急性期の部分を中心に担い、マグネットホスピタルとして若手の医者が入ってきて、地域の既存病院へ派遣されて地域全体の医師確保にもつながっていくという再編時の構想がありましたが、そういった部分の役割はなかなか進められていません。今年度から地域包括ケア病床を基幹病院で始めましたが、当初の役割分担から言うと、その部分は周辺の病院が担うべきものと考えていたので、そういった部分まで基幹病院が入ってくると、基幹病院というよりも総合病院になっているのではないかという懸念が出てきています。

上家委員：基幹病院のスタンスが変わったという環境の中で、ゆきぐに大和、南魚沼市民病院、城内診療所がどういう役割を持って今後運営していくのがよいのか、ということを中心にここでは議論するというところでよろしいでしょうか。

事務局：そういうことでお願いしたいと思います。

亀井委員長：山崎委員におかれましては、この委員会の最初に事務局の方から資料の説明がありました。これをご意見に代えさせていただきます。 **資料1参照**
続いて外山委員をお願いします。

外山委員：3点申し上げたいと思います。私は市長の医療政策特別顧問として結構つぶさに見てきたこともあり、かなり踏み込んだことを申し上げたいと思います。

1点目、黒岩先生の病院群というものに対する疑問があったように、私も過去の経緯はあるにせよ、ゆきぐに大和病院と市民病院は統合して、更に城内診療所も一体的にやるのであればランチしてやった方が良くと思います。ゆきぐに大和病院はよく頑張っていると思います。ただ、その切り口だけとらえれば、あった方が良くない方が良くないかといえ、あった方が良くないに決まっています。

しかし、南魚沼市の全体の医療と考えれば、事務局の説明にもありましたように2病院1診療所で、大体56億円くらいの事業費があります。おそらく令和2年度予算だと61、62億円になっていると思いますが、それに対して計算すると一般会計からの繰り入れと赤字の部分を入れると経常収支で11億円弱。公営企業としては、全体として赤字が進んでいる状況です。

一方、市全体の経営を考えると地方財政の健全化の指標でいくつかありますが、実質公債費比率というのがあって、これが全国1,741市区町村の中で、平成30年度の統計の結果を見ると全国の悪い方から40位。おそらく県内では最下位だと思います。長期借入れは段々減ってきているので、努力はされていると思います。しかしながら、地方公営企業、特に病院事業会計を持っている所はボディーブローのように響いてくるのではないかと感じているところです。

命ほど尊いものはないので、一片だけ取り出せば今のままで良いのかもしれませんが、将来の市民に対する医療サービスを、持続性という観点から見ると出来るだけ早く統合して効率的な運営をした方が良く思っています。

ただ、統合も南魚沼市民病院は140床しかなく、損益分岐点というか、計上赤字が出やすい規模であります。統合するのであれば、ゆきぐに大和病院の45床を集めて185床にするのかという話しになってきます。

黒岩先生の話にもありましたように、市民病院を地域完結型医療センターとして機能を果たすためには、この地域にない回復期、リハビリ病棟を専門的に、この辺は大西先生が希望を持ってこられたところですが、市民サービス全体を考えた時にそういう整理が必要なのではないかと思っています。

2点目、私もびっくりしたのですが、ふるさとの山河を見ずに遠い異国の地で最後を迎える方が結構いる、ということ。在宅死の2017年度の統計を見ますと、東京全体の在宅死の割合は18%もあります。ところが南魚沼市は12%しかありません。確かに核家族化の問題や色々なことがあるのででしょうし、色々な病気がありますから、どこで死ぬかというのは時の運もありますが、全体としてみた時に自分の家で死ねない確率が大いだと思います。

これがすべての現状ではないと思いますが、介護力が弱いために、開業の先生は一生懸命頑張っているが、そこに行きつくための体系化、施設サービスも足りないのではないかと思っています。そういった意味ではこの地域に老健、療養型病床群が少ないと思います。

例えば第8期の介護保険事業計画に、平成30年に新しく制度化されました介護医療院、死ぬまでそこにいても良いですよという施設をゆきぐに大和病院の代わりとして整備してはどうでしょうか。ゆきぐに大和病院は医療病床、介護医療院は介護病床ですが、受ける人から見たら医療病床でも介護病床でもどちらでも良い話であって、実態としては介護病床を使いながら今のゆきぐに大和病院の規模よりももう少し大きくして介護の拠点を作れば、逆に元気になればまた在宅に戻れる、そして地域医療センターの市民病院では回復期から在宅支援をする。ただ、介護医療院の運営方式は議論になるところですが、施設は必要ではないかと思うのです。

3点目。医師確保ですが、市長は来年度予算で自治医科大学に対して寄附講座の設置を上呈したとお聞きしました。山崎委員は今日欠席ですが、お願いしたいことは、新潟県も県全体で県立病院の再編で今大変な状況かもしれませんが、県立病院の再編により自治医科大学の卒業医師が、少し余裕が出てくると思われまます。そこに着目して、どこの市町村も大変かもしれませんが、市長も知事に陳情されたと思いますが自治医科大学の卒業の先生をこういった改革をしようとしている南魚沼市に対して優先的に試験的に配置するということを山崎委員の方にはお願いしたいと思っています。

あと、知事が医師確保計画と地域枠の人に対するキャリア形成プログラムというものも作るということになっています。その中でまず、地域には研修医に対する指導者が必要ですので、ぜひ新潟県にも真剣に取り組んでいただきたいと思います。

最後に、今後の進め方ですが、市長にはこの専門的な検討会以外に地域づくり推進協議会という素晴らしい組織もあるわけですから、地域住民との中でこういう話しをしていくということは非常に重要だと思います。また市民病院や市の職員の方々から一緒に考えてもらって、この検討会の進行速度とどういう関係になるかわかりませんが、オール南魚沼という形で進めていってほしいと思います。

質問ではなく意見になりましたが以上です。

亀井委員長：ありがとうございます。それでは次に富永委員、お願いします。

富永委員：医師会にはA会員とB会員があり、A会員というのは現場の診療所の先生、B会員は大まかに言うと勤務の先生、あと在宅の先生もいらっしゃいますが、そのA会員の数がここ2、3年で4、5軒閉院になりかなり数が減りました。それだけでなく新潟市の街中では医者数は多く、こういう田舎の方に来ると医者が少ないということで、現場で働く医者を何としても確保したいといつも思っているところです。

私事ですが、昔大学にいた頃に福島県の只見町の町民健診を毎年夏にやっていて、3年間ほどそこに行きました。その時に地域医療の面白さというのを感じ、私は雪が多いところが好きで、新潟に行けば釣りに行けるし、釣りときーをやりたくて新潟に来たようなものでした。最初の勤務地が今の十日町の川西町で、その後、縁があって南魚沼市にきましたが、仕事が忙しくてなかなか遊びには行けないという生活が続いていますが、この医師不足というのをヒシヒシと感じるようになって、一人ひとりのA会員の先生の負担というのが非常に大きくなっていると思っています。

それを何とかしたいということで、僻地医療、地域医療の面白さというものを若い先生方にも知っていただきたいと思っています。卒業して1、2年の初期研修医の先生が、市民病院とか湯沢病院にいらしています。その先生方と子供の健康診断の場でお会いしますが、この先君たちはどうするんだと聞くと、やはり戻ると。地元に戻るとか、都会に行くという返事がほとんどで、何年後かにここの地に戻ってくる気持ちはどうだと聞いても、1か月の僻地研修なのですぐには答えられないかもしれませんが、その1か月の間に少しでも僻地の地域医療の魅力を感じて、地元の人と密接に接して、地域の医療というものがどういうものかをわかっていただいて5年後10年後に戻ってきてもらえればと思っています。

亀井委員長：ありがとうございます。次に大西委員、お願いします。

大西委員：私もこの委員会の目的は何かと考えながら参加していますが、将来持続可能な医療を提供するための前の段階のものと今日聞いて感じたところです。市がこれだけの予算を投入するリスクが、市としてあると感じました。

私は現場の一医師で市民病院の立場から少しお話をせらうと、先ほど富永先生の方から開業医不足の話がありましたが、我々市民病院は、一般の市民の方の一般診療、そういうところをかなり請け負っているので一般外来のボリュームは大きくて、それが少しネックだと思います。あとは高齢者の一般急性期と呼ばれるところのボリュームがどんどん増えていて、そういうところを受け入れて、出来るだけ早く家に帰す。

もう1つは高齢者の看取り、様々な病気の看取り、在宅の場合はそのあたりが求められています。医師は確かに足りません。地域のニーズに応えられる医師がないというのも問題。長野県の佐久病院や諏訪中央病院などは自前の施設で、総合医を養成して成功しているところもあるにはあります。例えばそういうところを目指

すのも一つ。でもすごく時間もかかるし、成功するかもわかりません。今足りないので喫緊に地域のニーズに応えられる医師が間違いなく必要です。我々の病院の場合、医師が足りない中でボリュームがあるわけですが、ニーズに応えようとして無理をして辞めてしまう。あるいは、自分でこれ以上は出来ないと否定して、これ以上出来なければ他院へ紹介する。後者の場合、これ以上は出来ないとなると診療制限、安定した医療が提供できなくなるというのが目前だろうなと思っています。それをどうするか、というようなことを考える会かなとも思いました。

もう1つ、医療とまちづくり。病棟だと治療が終わったのに帰れない方がたくさんいらっしゃる。介護保険の施設、在宅医療を支える在宅ケアが脆弱。例えば家には帰れるのに、お風呂に入れないなどの理由で入院が長期化しているということもあります。病院だけでなく、萌気会が多く医療政策を担っていらっしゃいますがそれでも足りていません。介護保険の整備もまちづくりで考えても良いのではないかと思います。

最後に、市民が支える市民病院であってほしいです。救急車の使い方、そういうことも医療を守る一つだと思っています。医師が増えれば解決するというものでもないと思います。以上です。

亀井委員長：ありがとうございます。今、委員からご意見やコメントを伺いました。本日出席の黒岩先生、いかがですか。

黒岩先生：外山先生や岡本さんなどリアリティーを持って話していて、遥かに進んでいるなと思いました。色々な考えがあって良いと思います。外山先生の意見はおそらく1つの方向だといいます。本気でやっていかないと大変困ったことになると思っています。市民病院の役割を議論していただきたいです。

岡本部長：今日はあくまで我々が今まで経験した中でこういったことはお役に立てるかなということを掻い摘んでお話ししました。南魚沼市でどうやっていくか、機能分化や財政面の話しとかいくつか出てきたかと思いますが、我々のこれまでの経験からは、運営形態など何かを変えようとしたら、かなり財政的、資金的にお金のかかる話しになってきます。お金がかからなくて、パッと変えられる方法は中々ないものですから、出来るだけ余裕のあるうちにやられたほうが良いかなとは思っています。

外山委員：今回の議事録を作ってウェブにのせるのですよね。それと同時にこういう問題は色々な方程式があるので、論点が散漫になる可能性がありますので、次回までに論点ペーパーというか、議論を入れる箱作りをやってもらおうと、ここは欠けているとか会の運営もやり易いと思います。私はよくここにきているから、直球を投げてしまいましたが、他の人たちはまだ実態もわからなかったりするので、そういう運営をしてもらいたいです。1つの提案として現場の人の視察、現場にお邪魔して場合によってはいろんな人の意見を聞かせてもらうなどしたほうが良いのではないかと思います。

黒岩先生：岡本さんに質問ですが、身分の変換といいましようか、協会の提携団体になれば一回退職してもまた当然退職金が発生することと思いますが、基幹病院を

みていて身分の転換は出来ないのかしたくないのかどちらなのでしょう。いずれにせよ、きっちりと身分を一般財団法人新潟県地域医療推進機構におき、ひとつになって仕事しないとだめだと思います。

岡本部長：我々も以前とある市町村事業で指定管理をお願いしたいとなった時、職員の中にやっぱり公務員のままでいたいという方がいらっしやって市から出向という手はありますか、という相談をうけました。実際のところ、それは病院マネジメントを任される側からするとやりにくいのです。正直、基幹病院の形態が私にはよくわからないので何とも言えませんが組織としての軸足がしっかりしていたほうがやりやすいのではないかと思います。

事務局：外山委員からいただきました、今日の意見を集約した中で論点を整理するという課題につきましては、整理したものを委員の皆様にお配りして進めていきたいと思えます。また、次回の日程につきましては、現地視察等を含めた中で調整を行っていきたいと考えています。

外山委員：基幹病院は一般財団法人新潟県地域医療推進機構というところがやっていますが、仮にそこの法人の身分に移管しない県から在籍出向や新潟大学の職員たちのシェアが多くなった場合、実態と形式が合っていない形での運営になるので、一般財団法人の運営は適切なのかどうかと、場合によっては根本論に立ち入る話だと思えます。

事務局：基幹病院の職員の関係について正確ではなくて申し訳ありませんが、情報としてあるのは、看護師だと 1/3 ほどは県からの派遣という形で、プロパー化を進めていると聞いています。地域内全体での人材不足の中で、すぐにプロパー化というのが難しく県職員のままの身分で派遣となっているとのこと。

6. 閉会 (15 : 55)