

令和2年度第2回医療のまちづくり検討委員会  
日時：令和2年4月24日（金）10：00～12：18 本庁舎大会議室

— 議 事 概 要 —

**1. 開会**（10：00～10：15）

**事務局**：4月の人事異動により事務局体制の変更がありましたので、自己紹介をさせていただきます。（事務局4人が自己紹介）

事務局から連絡です。

- ・本日、南魚沼市郡市医師会長の富永委員、前市福祉保健部参事の西委員のお2人が欠席です。
- ・議事録作成のため録音と広報用に写真の撮影をさせていただきます。
- ・本日のテレビ会議ですが、途中で回線が切れる場合があります。おおむね30～40分程と予想されますが、その際は今1度ログインをお願いします。

続きまして、林市長からご挨拶を申し上げます。

**市長**：本日は、それぞれ大変お忙しい中、このようにお時間を割いていただきまして、ありがとうございます。第2回目の医療のまちづくり検討委員会ということで、亀井委員長様をはじめ多くの委員の皆様にご協力いただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。新型コロナの影響で、このようなテレビ会議ということになりましたが、私の思いとしましては、第1回の検討委員会でもお話をさせていただいたとおり、将来の決定に至る大きな過程として、この検討委員会をスケジュールどおりに進めていただきたい、ということが一番の願いでありまして、今回このような市としても初めてのテレビ会議となりました。これから、長期化が予想されるコロナの問題では、こういった形での進め方もあると思っています。1回目には地域医療に携わる、私どもの地域としては先駆者であり、全国的にも評価いただいている黒岩先生から様々なご意見、他の皆様からも多くのご意見をいただきました。改めて今、私たちが置かれているこの地域医療という問題が、かくも大きなものだとは再認識しました。何としても皆さんの力をお借りして、是非とも期待に応えていただき、我々にとって有効な指針をご披露いただきたいと思いますので、引き続きよろしくお願いいたします。感謝とこれまで以上の期待と、ご健康にも留意されますよう皆様をお願い申し上げます。

**事務局**：以後の進行は、亀井委員長からお願いします。

**亀井委員長**：ご協力よろしくお願いいたします。第1回委員会にご都合で欠席された山崎委員と小幡委員が今回出席されていますので、自己紹介をお願いしたいと思います。（山崎委員、小幡委員の順で自己紹介）

**2. ゲストスピーカーの発表**（10：15～11：00）

**亀井委員長**：本日は、市民病院群の医療スタッフ5名から、現場の状況等について、

2つの病院、それぞれの職種から、各々状況が異なるお立場でのご意見をいただきます。委員の皆様からのご質問等は、全員の発表後をお願いします。

①南魚沼市民病院 看護部 部長 中島 祐子 様 (10:15~10:25)

今日は、看護師の立場でこの地域の医療や病院の現状について、お話ししたいと思います。現在、市民病院で働く職員として考えていることですが、病院はいつもの生活には不要なものです。でも、困った時は頼れるところがある、という安心感を与えるものだと思います。しかし開業医の先生が少ないこの地域にとって、住民にとって生活になくてはならない立場に市民病院はあるのだと思っています。

病院の中で働く看護師として感じる医師不足について思うことは、院内のスタッフでも医師と話をする時は、とても気を遣っています。話しかけにくいということではありません。医師はいつも忙しく動き回り、患者さんの対応をしているので、診療の邪魔にならないよう話しかけるタイミングを見計らっている、という感じだと思います。そして少しでも目を離すともう医師はいなくなっていたりします。PHSを持っているので、院内にいればいつでも連絡は取れますが、電話は相手の状況が分からないで、患者さんの診療や医師の業務を中断しないように、緊急時を除き躊躇しています。外来や病棟で処置の介助をする看護師は、医師が処置のために来た時には、自分の仕事を中断して医師の介助を行うなど、医師が効率よく働けるよう常に配慮しています。これは、一緒に働く者として当然のことかもしれませんが、実際のところ看護師にとっては、負担になっている部分も多くあります。看護師から見た医師は、1つの場所に留まっていることができない状況だと思っています。

2つの病院があることのメリットとして、2つの病院になる前には予想していませんでしたが、以前より広い地域から看護師採用ができるようになりました。おととしは十日町地域の病院の病棟縮小が続いて、その影響と道路の整備もあってか十日町市、津南町からの通勤者もみられるようになっていきます。これは、以前大和地域だけであった時には通勤圏内ではない人たちです。また、働く場の多様性があることで看護師が働き続けることができます。看護師は、夜勤も休日勤務もあって体力的にも生活していくうえでも、働き続けることの障害となることが少なくない職種だと思います。子供が産まれたとき、親の介護の問題、自身の体調不良など、夜勤ができなくなった時でも退職せず、外来をはじめとして訪問看護やケアマネジャー、健診部門などそれぞれの場所で力を発揮することができます。そして、経験と能力を重ねた看護師がまた夜勤に戻ってくる、という流れの中で定年を迎えた看護師も少なくありません。働き続けてきた看護師は、定年を過ぎてもその後も何らかの形で、病院だけではなく地域でも働き続けています。

デメリットについてですが、市民病院の医師不足がさらに生じる状況になっていると思います。医師は両院での勤務があるため、大和病院勤務中は当然市民病院には不在となります。私が看護部長になる前に勤務していた外科病棟の例では、外科医3人のうち3人ともが、朝から市民病院にいる日は週1日だけです。それ以外の

日は、1人は大和病院、市民病院にいる2人も外来部門の勤務です。午後は手術と内視鏡などの処置をしますが、手術も2人以上で行いますので、病棟は主に看護師が守っている状況です。医師は院内だけでなく大和病院からも電子カルテを見ることができるので、患者さんの状態や看護師の伝言は確認でき、看護師に指示を出すこともできますが、患者さんにとっては、医師と顔をあわせて話をする機会が少ないと感じている方もいます。そして、2つ目のデメリットとしては、これは看護部長の問題とも言えますし、組織上しかたのないこととも言えますが、2つに分かれて時間が経つほど、両病院の人事配置の考え方や異動、看護管理者の昇任人事など判断に悩むことが多くなってきています。

医療資源の少ないこの地域では、治療から在宅生活の支援まで幅広く提供することが、将来的にも期待されるという状況だと思います。そのため、それぞれの部署に期待される役割を果たしていかなければなりません。また、訪問看護やケアマネジャーも院内にしながら経験できることを活用した看護師育成のシステムを作り、病院群やそこで働く看護師自身にとっての強みにできれば良いと考えています。さらに、今後のサービス提供と繋げていけるために、看護師としてのやりがいを持てる職場となっていくことが求められると思います。病棟勤務から訪問看護へ異動となった看護師は、訪問看護は自分ひとりで患者さん宅へ伺うので、責任を感じ不安があると言います。でも、それだけに自分で考えて実施したことが直に反応として分かり、良い結果となった時はすごくうれしいし、やりがいがあると言います。病院でも看護師が患者のそばにいるのは変わりませんが、医師がいれば医師が中心の世界となります。そして、先ほども言いましたように医師が少ない中で働いている医師への配慮も必要です。看護師や医師の確保ができることで、医師、看護師ともにやりがいを持ち続けられる職場になると思います。それによって看護師も医師も煩雑な業務が改善できれば、地域に目を向けて関わっていけるのではないかと思います。この地域で働き、また自身も住民である看護師、自分たちの地域を暮らしやすくしていくことができれば、その点でも看護師のモチベーションアップにつながることを考えます。

その他、私が看護部長として看護師にはたらきかけることで、病院が良くなり結果的に地域に貢献できることとして、人口が減少し若い人が減っていくことが予想される中で、自分たちの将来の安心に繋げるためにも、医療の場で働く人材の確保に努めていくことが必要だと考えています。また、市民の皆さんにも、そして病院内の多職種からの期待にも沿っていけるような看護師の育成をしていくことが必要であり、取り組んでいきたいと考えています。

## ②ゆきぐに大和病院 看護部 次長 上村 マリ子 様 (10:25~10:38)

私は、現在ゆきぐに大和病院の看護部で働いていますが、その中で大和病院の立場として考えていることをお話したいと思います。

大和病院は、地域のかかりつけ病院として在宅から入院までの医療を提供してい

ます。急性期治療が終わり、在宅へ移行するまでのリハビリを行う方、入院前と状態が変化した方などが、在宅生活を送れるようにサービスの変更などを検討する退院調整等を行っています。急性期病院と在宅や特養などの施設との中間点としての役割を発揮するために、大和病院は力を入れています。ベッド数は45床なので小さい病院ですが、看護師は患者や家族の入院前の状況が分かっており、退院後の生活をイメージして多職種と連携して退院調整をしています。看護師は病棟、外来、地域連携室、ホームケアステーションにもいます。それぞれの場で患者さんの状況、ご家族の状況を知りながら連携をとって医療の提供をしています。大和病院は、市民病院と分かれる前から40年以上の歴史を持ち、大和地域で病院として医療を行い、かかりつけ医として患者さんをずっと見てきています。患者やご家族との信頼関係もできていて、その人たちを対象としていることが多い病院です。現在もへき地医療の拠点病院として医師のいない地区へ出張診療を行っています。特に、交通手段のない高齢世帯の方々にとっては、非常に重要な医療提供体制だと思います。交通手段がだいぶスムーズになってきてはいますが、その中でも交通手段の少ない方たちに医療を提供するために、長い間ずっと出張診療というものを行っています。それと現在全世界の問題である新型コロナウイルス感染の対応を考えたときに、急性期病院では重症患者さんへの医療提供をしなければならない状況になると思います。当院では、その後方支援としての患者対応をしていく必要を考え、現在そのための準備を院内で進めています。例えば、冬期間に地域で高校生の集団食中毒等がありました。当院では夕方診療という診療をやっている時間帯であり、受け入れをして診療を行い入院も対応した、ということがありました。このように、地域に密着して、在宅生活を支援するという意味で、大和病院で働いている看護師として、大和病院は必要な病院であると考えています。

2つの病院があることのメリットについては、2つの病院は機能が違う病院なので、それぞれ連携し、急性期から在宅まで幅広い医療の提供ができていると思います。市内が広範囲であるため2つの病院があることで、在宅医療を提供する際には、移動時間の短縮等ができると思います。訪問診療は、2つの病院で行っています。高齢社会であり、訪問診療を希望する患者さんやご家族は多くいます。遠方に訪問診療に出かけることは困難なことなので、2つの病院があることによって、南魚沼市のこの広範な地域での医療提供において、重要なことができていると感じています。もう1つは看護師確保の際に、多様な働き場所があるということをアピールできます。看護職の就職に関する説明会などがありますが、そこに出向いて行った時でも、働き場所が2か所あることを説明し、実際に本人の働きやすい病院で勤務してもらうということを現在でも行っています。

2つの病院があることのデメリットですが、複数の診療科を受診する際にはかかりにくいと思います。当院は専門外来が少ないので、かかりつけ病院といっても実際にはかかれない科があります。住民の方にとっては分かりにくいということが考えられます。

この地域の思い描く病院群の将来像として私が考えることは、認知症や少子高齢化社会の問題から、地域住民の生活が分かったうえで医療を提供するためには、より身近な病院が必要だと思っています。当院の院長は、急性期は集約し回復期慢性期は地域密着、と言っています。時々入院ほぼ在宅というように、在宅生活を送りながら、具合が悪い時は知っている職員がいる病院に入院できるということは、住民にとって良い医療提供体制であり、身近な病院として今大和病院が行っていることは非常に良いことですので、将来もそのようなことを継続していきたいと思っています。大和病院では、時代の要請に沿った改革を進めています。そういう改革を進めながら、病院運営を行っているからこそ経営が続いているのだと思っています。今後も大和病院で行っている医療を継続していくことが、この地域の医療にとって重要なことだと考えています。

将来へ向けた専門職種としての新たなサービス等の提案ですが、在宅生活が継続できるように訪問看護等の訪問系サービスの充実ができるとう良いと思います。現在も訪問系のサービスは行われていますが、だんだんと体力が低下してきた方々にとっては、ご自身もご家族も通院が困難になっていくことが考えられます。訪問診療と訪問看護が連携して医療提供することで、在宅で過ごせるということが出来る現状がありますので、訪問系のサービスが増えて住民が安心して自宅で暮らせるということが進められれば良いのではないかと考えます。そして地域住民が住み慣れた地域で住み続けられるように、支援する人材はやはり必要だと考えます。訪問系のサービスを増やしたいと言っても、人材がなければそれも難しい問題です。若者が帰ってきて、医療や福祉の分野で働き、市民が安心して暮らせるようになることが、私の考えている将来に向けた提案になります。

### ③南魚沼市民病院 診療放射線科 科長 角田 英夫 様 (10:38~10:45)

現在、市民病院、ゆきぐに大和病院で働く職員として感じていることは、深刻な問題として医師不足ではないでしょうか。医師不足による病院存続の危機感さえ個人的には感じています。出張医師は、月の予定表を見ると常勤医師数の数倍にもなり、日常診療において非常に依存度が高い現状があります。そして、医師不足により常勤医師は日当直、当番の回数が非常に多く、常勤医師の疲弊が心配です。今月の当直表を見たところ、月に6回から7回の当直、その他に当直にあたってない時は当番に入るなど、非常に過酷な勤務状況となっています。

2つの病院があることのメリットについて、患者さん目線で言えば、今までの場所、距離感でかかりつけの病院が存続しているという安心感があります。同じ市内ですが、2つの病院は直線距離で15キロ程離れた距離にありますので、高齢者にとっては遠くの病院という感覚があると思います。もう1つメリットとして、それぞれの病院の特色を出しやすいかなと思っています。医療の目的や方向性にそって病院独自の運営がしやすいというメリットはあるかと思っています。

2つの病院があることのデメリットですが、2つの病院がそれぞれ最低限必要な人

材や機材等を揃えなくてはならないことがあるかと思えます。建物とか高額医療機器等の維持管理または更新などもありますので、そういった費用をそれぞれの病院で負担しなければならないということがデメリットであると感じます。

思い描く病院群の将来像については、旧大和医療福祉センターが掲げた三位一体（保健＋医療＋福祉の連携）により、全国的にもこの地域は地域医療の先駆けとして、これまで実践されてきた経緯があります。南魚沼市においても、町から市へとスケールが大きくなり、超高齢化と人口減少へと時代は変化していますが、魚沼基幹病院との連携を取りながら、今の時代にあった三位一体が展開できれば理想的であると思っています。

将来へ向けた専門職種としての新たなサービス等の提案などですが、放射線科においても画像診断を専門とする放射線科医不足は深刻な問題です。常勤の放射線科医がいる病院は県内でも大きな病院に限られています。当院では、以前は1週間に1回、放射線科の医師が来院して読影診断を行っていましたが、近年は読影依頼数の増加で読影日を1日から2日に増やしていますが、それでも対応しきれていない状況です。そのため、現在さいたま市に読影オフィスを開設し、来院せずに遠隔読影できる診断体制を構築し、間もなく運用を始めるところです。そして、今後情報通信分野、ICT（情報通信技術）を利用した医療、介護への応用も現実味が出てくるものと思っています。

その他ですが、私は高齢者を取り巻く課題ということで、家に高齢の家族がいる一住民として、今の状況や感じていることとお話したいと思えます。高齢者は運転免許証の返納などで病院への通院や買い物等への車に代わる交通手段に非常に困っている方が多いです。それに対して、家族が皆で協力しあって送迎をしている現状があります。そして、私自身家族を送迎して分かったことですが、高齢者は基本的に door to door の交通手段でないと厳しいと思えます。バスに乗って、駅に行って、駅から電車に乗って、などは現実的ではないと私自身が送迎してみて感じました。そして、気になることとして、市内の特養施設に入居できずに県外の施設に入居せざるを得ない方がいます。人生の最期にきて、南魚沼市から県外に行かなければならないという辛い体験をしている方がいます。こういったことについては是非「南魚沼市地域完結」というような形で進めていってほしいと思えます。

#### ④ゆきぐに大和病院 臨床検査科 技師 岡村 祐希 様 (10:45～10:54)

病院で働く職員として感じていることですが、私は入職して市民病院に3年半、それから大和病院に勤めて半年ぐらい経つので、2つの病院に勤めた中でそれぞれ挙げていきます。

市民病院ですが、庶務課の職員の入れ替わりが多く、年が経つごとに病院を知っている人、経験のある人が少なくなってきたり、事務手続き等が滞っているように感じます。書類1つ出しても、その返事が来るのに数週間かかるような現状がありました。次に大和病院についてですが、基幹病院や市民病院にはない特色を持った病

院であると感じました。朝診、夕診など、他の病院でやっていないような時間帯の診療などは特にそう感じていますが、そのすべての時間に少ない人員で対応しなければならないので、勤務体制を維持するのに苦慮しています。人手の少ない朝診、夕診の時間帯に患者が主に来て、全員が出勤してきた人手が一番多い日中に患者が来ない日があるので、毎日する必要があるので疑問に感じています。

2つの病院があることのメリットですが、これは技師目線になりますが、2つの病院に検査機器がありますので、広い意味で言えば装置の2台体制であり、何かあった時のデータ比較や故障時の融通が利くことは強みであると考えています。今、大和病院では、採算のとれない項目などは市民病院に検体便（けんたいびん）として、大和病院で採取した検体の検査を委託しており、外注に出すよりも早く結果報告ができていますが、これは大和病院にとってはメリットですが、市民病院にとっては、普段のルーチンに加えてこの検体を検査しなければならないので、市民病院にとっては負担でありデメリットとも言えると思います。もう1つは、電子カルテとそれに付随する部門システム、検査システムなどを共有しているので情報の共有は早いと思います。

2つの病院があることのデメリットについてですが、メリットで挙げたような部門システム、特殊なシステムを運用しているので、導入の際はほとんど取り扱っているメーカーがなく、選択肢がないため高い費用での導入になったと聞いています。今も管理が複雑で維持費がかさんでいると聞いています。

思い描く病院群の将来像についてですが、市の財政を圧迫している以上、市立病院群がそれぞれ独立して存続するのは現実的ではないと感じています。両方の病院で医療従事者の人手不足の声が聞かれることが多く、どこかで役割と人員を整理したうえで、市民病院に医療資源を集中させるべきだと考えています。ただ大和病院と城内診療所は、地域の高齢者が多く受診しているので、高齢者が自力で通えるように、バスだけではなく、もっと通いやすくなるように交通面に力を入れてカバーしてもらいたいと思います。大和病院では、地域包括医療として行っている地域包括ケア病床の取り組みがありますが、これも仮に一つの病院にしたとしても何かしらの形で継続してほしいと思っています。

将来へ向けた専門職種としての新たなサービス等の提案ですが、技師には、認定資格があるのですが、それを取得することによって付加価値のある結果を提供できると考えています。ただ、取得には普段の業務でどれだけ経験を積めるか、どれだけ症例を経験できるかにかかっています。人材育成のために、より症例が豊富なところに資格取得を目指している人員を配置すべきではないかと考えています。仮に、一元化したとして人員が確保された際には、今は主に看護師が検体採取を行っていますが、技師も行うことができるので、技師が行うことができれば、チーム医療に貢献できるのではないかと思います。

その他ですが、医療スタッフの確保を考えると、病院の経営形態として公設民営など様々な選択肢が考えられると思いますが、この地域の出身の人に限らず、広く

人員を確保するには公務員というのは重要なポイントだと考えています。ただでさえ人が集まりやすいとは言えない地域なので、安易に条件を変えるのは、より人が集まりづらくなるし、今働いている人のモチベーション低下にも繋がり、転職できる人は離れていきかねないのではないかと思います。自治体の病院だからこそ、長期入院とか生活保護を受けている人とか、いわゆる不採算医療という部分を担えているので、その肩書きが外れてしまうと、今言ったような対象者の行き場所がなくなってしまうことも考えられるのではないかと思います。

#### ⑤南魚沼市民病院 地域医療連携室 室長 井口 光開 様 (10:55~11:00)

私は、リハビリ専門職である言語聴覚士ですが、今年4月よりリハビリテーションセンターより地域医療連携室へ異動となりまして日は浅いですが、院内外の様々な機関、部門、専門職との連携を中心に業務を行っている地域医療連携室で日々感じていることと、長年リハビリテーション専門職として臨床に携わってきた経験を元にお話ししたいと思います。

日頃市民病院で働いている中で感じていることですが、年間170名の外勤の先生方から支援を頂いてはいますが、常勤の医師13名という少ない医師体制の中で夜間、休日の救急対応、140床の入院対応、外来診療、訪問診療など過密なスケジュールをこなし、市民生活を支えるため、地域医療を守るために強い使命感を持ち、日々臨床に尽力されている医師の先生方のご苦勞とご努力に感謝しているという気持ちと、また、この状態がいつまで続けられるのだろうかという不安に挟まれたような、そんな複雑な気持ちで勤務しています。同時に、これまでこの地域で地域医療を実践してきた職員の知識、技術、経験の蓄積、そして、市立病院群の存在というものは、この南魚沼市にとって非常に大きな財産であり、決して失ってはいけないものと確信しています。地域医療連携室の業務に携わるようになり、これまで以上に多くの市民の方々とお話する機会を持っている中で、ますますその思いは強く感じている状況です。

2つの病院があることのメリットですが、特に雪国であるこの地域において遠方から通院が困難な高齢者や障がい者、また、在宅支援が必要な方にとっては生活圏内に人や地域特性を理解してくれる身近な医療機関が存在することは、通院への負担軽減や心強さ、安心につながっていると考えます。

一方、デメリットとしては、多様な市民ニーズに対応するよう病院事業を展開することは人的資源の確保や財政的な負担が当然生じるものと考えています。一定の医師を安定的に確保し、医療現場の脆弱性を改善できれば、在宅医療を含めた医療体制の維持、経営の改善、医療サービスの充実、また、働く者の安心や働く場の多様性につながり、雇用の確保、持続的な医療提供につながるものと考えています。

今後、思い描く病院群の将来像については、将来に向けた専門職としての新たなサービスの提案と繋がるものと思いますが、リハビリ専門職としては当地域において不足している、回復期や生活期リハビリテーション機能の強化が必要だと考えて



います。特に、魚沼圏域に集中的なリハビリテーションを提供し、在宅医療や社会復帰を目指す役割を持つ回復期リハビリテーション病棟を設置している病院が存在していないことが問題だと思えます。市民病院のリハビリテーションセンターには、昨年度入院で延べ約2万1千人、外来で延べ7千人の利用があり、リハビリテーションに対するニーズは非常に高く、急性期から回復期のリハビリテーションの提供には、市民病院が大きな役割を担っていますが、患者数に対してスタッフ数の限界もあり、リハビリテーションの提供時間を十分確保できているかどうかということに関しては心配な面もありますので、回復リハビリテーション病棟が開設され、さらにリハビリテーション医療の充実が図ればよい、と期待しています。

また、脳血管疾患の後遺症の方など、長期に支援が必要な方などは退院した後も外来や訪問リハビリテーションを提供することで対応していますが、介護保険制度下での通所や訪問でのリハビリテーションの選択肢の少ないこともこの地域の課題なのではないかと思えますし、その点が退院後の生活支援の課題として挙げられます。それから核家族化や、ひとり世帯が増えている現在、在宅生活を支援するための生活期のリハビリテーション機能の重要性は今後も高まっていくものと思えます。

1つの提案ですが、リハビリテーション専門職は介護保険、介護予防、地域包括ケアに関わる業務や生活習慣病対策等の健康づくり等の保健業務の分野でも貢献できます。また、就労支援や療育に関しても関与できる余地がありますので、まだ全国的には少ないですが行政リハビリ職の配置についても、南魚沼市の地域包括ケアの構築に対する1つの手段だと考えています。

また、当院には南魚沼郡市医師会が設置し、南魚沼市民病院に業務委託されている在宅医療推進センターがあります。このメリットを活かして、在宅医療推進センターの機能を充実させ、市民や医療、介護関係者にとって地域の医療機関の診療科や診療時間に加え、訪問診療に関わる診療状況など流動的に変化する種々の情報を集約し、最新の生きた情報をタイムリーに発信でき、また、問い合わせにも対応できるような情報センターとしての機能を構築できれば、医療や介護情報を必要としている方が迷わない、また、医療関係者が円滑に情報を得られることで、少ない医療資源を有効に活用できるのではないかと考えています。

医療体制維持には、医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職など医療従事者の確保にのみ注目されがちですが、実は医師、看護師の負担軽減や医療システムの運用、医療サービスの提供に大きく寄与している職種に、看護助手、医療助手、医療クラークなどがおり、そのほとんどが臨時職員として雇用されている現状にあります。多くの医療従事者と連携し、複雑なシステムの中で働くこうした職員の確保、育成には相当な時間と労力が必要となります。ぜひ、こういった職員の雇用の安定化を図り、離職防止につながるよう、更なる雇用条件の改善を検討していただけることを強く希望します。

### 3. ゲストスピーカーへの質疑・意見交換 (11:00~11:58)

**亀井委員長**：5人のゲストスピーカーの方から、ご発表をいただきました。このご発表に対する質疑、ご意見等をお伺いしたいと思います。

**外山委員**：よろしいでしょうか。

**亀井委員長**：外山委員どうぞ。

**外山委員**：大きな視点からの質問をしたいと思います。ゲストスピーカーの皆さん、本当にありがとうございました。地域医療振興協会の常務理事の外山といいます。私は38年くらい前でしょうか、県立小出病院や松代病院に勤務していた内科医だったのですが、ゆきぐに大和病院は病院創設時からのお付き合いなので、だいぶ古い話になりますけれども、魚沼基幹病院構想があったとき、平成14年くらいからですが、私は自治医大の2期生ですが、大和病院を多くの同級生が手伝っていました。中村、黒木、萱場、本松などがいましたが、その時の院長だった中村君と色々話をすると、魚沼基幹病院構想ができたとき、中村院長は当時どのようなことをやっていたかということ、彼の個人的な意見ですが、ゆきぐに大和病院を基幹病院に吸収してくれということ色々と動いていたということですが、吸収されて大きな病院になってくると、お話があったように在宅への不安とかもあるけれど、例えば残す機能は老健がいいのかなどいろいろなパターンを考え、平成15年度、16年3月くらいまではそんな考えでいた、という事実があります。一方、重要なことは平成16年11月に市町村合併があり、大和町だけの問題ではなく、六日町、それから翌年度に塩沢町とも一緒になりましたが、その合併となった時に県立六日町病院の跡地に南魚沼市立六日町病院というもので引き継いでいく、となった時に当時大和病院を30床くらい残すという当時の斎藤院長先生たちの気持ちは分かるのですが、合併をして今の南魚沼市になった時に、今議論されている市民病院としての機能をしっかりとやれば、ゆきぐに大和病院の機能も広い意味で在宅ケアを注意しながら、ひとつに集約するということが合併後の市の姿として当然考えられたと思うわけです。私の疑問は、平成24年ごろになるとこの病院群という構想はがっちり固まっているのですが、本日ゲストスピーカーの岡村さんから集約化という話もありましたが、当時合併となった以降もゆきぐに大和病院で、新しい市民病院を中心とした医療展開について、そういった集約化の議論が全くおきなかったのかどうか、ということをお教えしてもらいたいのです。つまり全くそういう議論がなくて、病院群が先にありきだったのか、それとも市民病院も大和病院も病床数でいえば中途半端なわけですが、以前はゆきぐに大和病院199床で地域包括としてはよかったのですが、普通であればひとつの病院を分散することは考えられないのです。町村合併時期と魚沼基幹病院構想のずれの中で実際に働く人、古い人しか分からないかもしれませんが、その点について、分かっている人がいたら教えていただきたいです。

**亀井委員長**：ありがとうございます。ゲストスピーカーの方の中でご発言をお願いします。

**ゲスト井口様**：医療再編の際に大和病院内では「あり方検討委員会」というものが

設置されて、どういう形で医療再編が行われるかということは、院内のその当時のそれなりの役職の人たちが集まりながら、検討はされていたと思います。私はその委員に入っていたわけではないので、どういった議論が行われ、どういったことで現状が生まれたか、ということについての詳しい事情は全く分かりませんので、ここでの発言はできませんが、議論がされていたということは認識しています。

**外山委員：**放射線科の角田さんのような古い方、と言っては失礼ですが、ご存知ではないですか。その時の議論、それ以降でもいいのですが、私は最初から病院群ありきで進んできたということが解せないのです。

**ゲスト角田様：**今交代したので話が聞こえなかったのですが。

**外山委員：**最初から1つの市で2病院群の体制にしていく、という話があったのか、それとも市町村合併で南魚沼市になれば市民病院に集約するべきではないか、という話が皆さんの間に全くなかったのかどうなのか、わざわざ199床を30、40床と140床に分散するというのは現在の診療報酬制度を前提に考えた場合は、普通であれば考えられない話なので、そのような議論が職員の間でなかったのか、ということを知りたいのです。

**ゲスト角田様：**それについて当時「あり方検討委員会」という委員会があったというのを私は聞いています。そこで何かしらの検討や提案があったものと聞いています。

**外山委員：**ゲストスピーカーの方々はテレビ会議システムの中で、さっき私がした、中村元院長の話とかをしゃべったのは聞いておられるのですか。

**ゲスト角田様：**ヘッドセットをしている方以外聞こえていません。

(事務局による音響等の設備の確認、ヘッドセットなしでも音声聞こえるように設定を行ったため、約8分中断)

**亀井委員長：**外山委員もう一度お願いします。

**外山委員：**ゲストスピーカーの皆さん、ご苦労様でした。私は地域医療振興協会の常務理事の外山といいます。ちょうど38年くらい前には県立小出病院や松代病院に勤務しておりまして、ゆきぐに大和病院は病院創設時からのお付き合いであります。お聞きしたいのは平成14年くらいから魚沼基幹病院構想ができてきたわけですが、当時のゆきぐに大和病院では私の同級生である中村、黒木、萱場、本松などが応援していたのですが、特に平成14年、15年、16年に院長であった中村君に聞いたところ、当時彼はゆきぐに大和病院を基幹病院に吸収してほしい、と個人的な意見でしたが、そう動いていたということでした。その際に大きな病院になった場合には、在宅とか不安があるので老健として大和地区に残すとか検診センターをどうする、などの議論があった、と聞いています。それが平成16年3月くらいまでの話でそれから、本松君を經由して斎藤院長になったわけですが、町村合併で六日町と一緒に南魚沼市になりましたが、平成16年の11月、塩沢とはその翌年だったと思いますが、その時に県立六日町病院が南魚沼市立六日町病院になるという構想の中で、今度は南魚沼市としてひとつの市民病院を中心としてやっていくべきではないか、と

いう議論が通常であればあったはずだと思うのです。私の質問は、平成24年ごろには、がっちりと病院群体制が決まっていたのですが、どうして急に大和病院199床とはいえ、ちゃんとした病院だったのが、こうした40床と140床の形にあえて分散させたのか、実際に働いている方々は、それでいいんだ、ということで来たのかどうか、そのようなことを知っている方がいらっしゃったら、教えていただきたいと思います。

**亀井委員長：**ゲストスピーカー中からご存知の方、順次ご発言をお願いします。

**ゲスト中島様：**確かに医療再編に向けての「病院のあり方検討委員会」というものがありました。それが多分平成23年ぐらいだったかと思います。その会議に参加していたのは現在も病院で働いています廣田副院長、松島院長、当時の事務部長、看護部門として私が内科病棟の師長として、本日出席しております上村が外科病棟の師長として、あと当時の看護部長が参加していました。そこでは病院のあり方検討委員会という名前の通り、当時3次医療を担うといわれていた基幹病院ができた後、今後は私たちの病院でどのような看護や医療を提供していくのか、どのような医療や看護が求められるのか、ということを中心に話し合われたと記憶しています。病院の大きさ自体はあまり話題にならなかったように思っています。住民に対してどのような医療や看護を提供していくのか、という点ですので、例えば大和病院の隣に基幹病院ができるということで、どの位置に私たちの病院があったら住民が使いやすいのか、またその時に豪雨災害があったりしましたので、どの位置が一番安全に皆さんの困ったときに医療が提供できるのか、というようなことを検討しました。その会では「あり方」という話はしましたが、病院の大きさをどうするのか、数をどうするのか、ということあまり話題にはなっていません。スタッフにもそのことを問われた、というようなことはなかったと記憶しています。なので質問の内容については、はっきりとお答えすることができません。

**亀井委員長：**上村様、補足等はありませんか。

**ゲスト上村様：**魚沼基幹病院ができる際に、南魚沼市の市立病院、ゆきぐに大和病院として、市の病院として市民にどのような医療が提供できるか、ということの中島部長が言ったように話し合いをしました。県立六日町病院が閉院になるということ踏まえた中で、小出病院も閉院になるその中で市民病院としてどのように市の住民たちに医療が提供できるか、というところで特に六日町病院がなくなると、塩沢、六日町地域の医療の提供というところですごく困るのではないかと、というところは話がありました。それで市民病院ということを考えましたが、場所がどうなるのか、私たちはゆきぐに大和病院の職員の委員会の中では検討もしましたが、場所は市の決定となったと思います。大和病院と市民病院をどのようにするのか、というところでは先ほど中島部長が言ったように大きさをどうするかというところの具体的な話というよりも、市全体に対して市立の病院としてできるところ、という内容での話し合いが行われました。

**外山委員：**委員会のメンバーではなかったが角田さん、古い人だと思うので当時ど

んな話があったのか、教えてください。

**ゲスト角田様**：今ほど看護部長からの話にもあったように、私は一職員としてそういうような話がある、と聞いた記憶はあります。基幹病院というのは当時、構想としては3次医療、非常に高度な医療を提供するというので、大和地域においては1次医療をどこかが担わなければならないということで、大和病院も必要ではないか、ということで議論があったものと、記憶しています。

**亀井委員長**：外山委員、さらにご質問等はございませんか。

**外山委員**：そこのところがブラックボックスに入ってしまった感じがしてならないのです。市立として合併後の平成16年11月、その翌年以降にどういう風な体制でやろうかということが、基幹病院のお膝元であるゆきぐに大和病院で全くなくなると、在宅医療機能に不安があったということは分かるのですが、それがこれだけの小さな人口規模で、合併して、市ができた時に、どうして全く無条件に市立病院が2つできたのかというあたりが、本当に何も議論がなかったのかどうなのかということ、直前まで院長だった私の同級生が医師の確保などからやっぱりひとつにすべきだと言っていたので、それで現場の方がどう解釈していたのか知りたかったのですが、議論が長くなるのでこれで結構です。

**亀井委員長**：他の委員いかがでしょうか。上家委員いかがですか。

**上家委員**：過去の経緯はともかく、今のニーズとして市民病院とゆきぐに大和病院とサテライトのようにあって、そこで在宅中心とする医療をしているというのは、今日のゲストスピーカーの方々のお話でよく理解できたのですが、そうだとすると実際の今の医療機能として45床のゆきぐに大和病院にはどんな患者さんが通院してきているのか、どういう方が入院されているのか、概要を教えてくださいと思います。

**亀井委員長**：上村様お願いします。

**ゲスト上村様**：大和病院の患者さんはかかりつけの方がほとんどになります。往診や訪問診療で関わっている方、通院できる方は高齢の方が多いです。内科の常勤医が1名、漢方の医師が1名、短時間専門ですが心療内科の医師が1名、あとは歯科医師が1名常勤なので、その先生方が看ている患者さんのかかりつけの方がほとんどになります。入院の方は在宅医療を提供している方々の具合が悪くなった高齢の方々、こちらで嘱託医として近隣の施設を2つ抱えているので、その特養で具合が悪くなった時には当院にかかり、必要時には入院して医療を提供している、という状況です。

**上家委員**：在宅療養の方の増悪時、急変時に入院をされる、ということですね。

**ゲスト上村様**：そういうことが多いです。

**上家委員**：新患の患者さんとか急性期というのは市民病院もしくは基幹病院で担っていらっしゃる、という棲み分け、という理解でよろしいですか。

**ゲスト上村様**：そういった方の方が多いと思います。大和病院にかかっている方で具合が悪くなり、手術が必要になった方などは市民病院と連携しながら市民病院に

入院する、転院するということがあります。

**上家委員：**先ほどのスピーカーのお一方から、終末期、看取りが県外への搬送後になった、というお話もありましたけれども、看取りはどのような形で行われているのでしょうか。

**ゲスト上村様：**看取りは在宅の方で看ている方の具合が悪くなって入院して、その時の状況によって入院を継続して看取りになるケース、あとは落ち着いた状況になって、在宅で看取りを希望する方は在宅で看取りになることもありますし、基幹病院や市民病院から、在宅では看取りはできないけど長く入院生活を送ることができない、いわゆる看取りは見えているのですが、ある意味安定していた時期がある方など、そういう方も大和病院では受け入れて入院生活を送っていただいています。

**上家委員：**ありがとうございます。

**亀井委員長：**次に山崎委員からご質問やコメント等がありますでしょうか。

**山崎委員：**外山委員がおっしゃっていた頃の後も後もずっと魚沼地域の医療の対応に関わっているのですが、ご質問のあったちようどその時は、他の地域にいて空白状態の時期ですので、そこにコメントできなくて申し訳ありません。平成24年から再び関わるようになって、その時にはもう今の状態になっていたわけですが、少し聞いたことのある話としては、ゆきぐに大和病院の過去の実績とかですかね、地域医療のメッカであったと。私も自治医大の出身ですので外山先生もよくご存知だと思いますけれども、自治医大から毎年夏になると、大和病院に手弁当で学生がいっぱい集まって合宿をして勉強をしていく、全国から学生が集まっていた、ということがあったのでその火を消さないために大和病院を残した、ということを知ったことはあります。それが話をした人の感覚だったのか、公式なものなのかはよく分かりません。

地域医療構想の話で再編の議論が出てきて、どこの地域も特に公的・公立病院が、そのあり方をどうするのかということが強く求められています。病院を運営している側からすれば、それを自分たちで身を切るようなことを考えなくてはならない、という厳しい状況だと思います。私は県庁から離れたので勝手なことは言えませんが、こういう絵姿はどうなんですか、ということを県側が示して、いろいろな人から賛成の声もあれば批判の声もあるかもしれませんが、そういう形を示すのが、地域医療構想会議というものを預かっている県の役割なのではないか、と思っています。ゲストスピーカーのお話につきましては、お答えいただける方にお聞かせ願いたいことがあります。急性期医療の需要は確かに基幹病院だけでまかなえないものはありますが、回復期から慢性期という部分は身近な地域で完結していただくという、昔大和病院の時代の黒岩先生のお考えだったと思いますが、家庭がベッドで地域が病院、それで一つの病院なんだという考え方を私も聞いたことがあります。今そのことを分かって覚えているのは、小出病院の布施院長なのですが、それが今の現状でどうなっているのか。家庭で昔のように見ていくための家庭側の看護力とか介護力というものが相当落ちてしまっている、前とはちょっと違うのではないかと

と思っているのですが、それは間違いないでしょうか。

**ゲスト上村様**：確かに家庭の状況としては、おひとり世帯の方、認知症がある高齢の2人のご夫婦、認知症のあるなしに関わらず独居の方、ご夫婦2人であるがお子さんたちはみんな都会に行っている方、などがいます。その方々が入院する場合にも関係者の方に連絡をして、すぐに来られるという状況にない方もいます。色々なサービスを駆使しながら退院調整を行っていますが、なかなかスムーズにいかないこともありますし、色々な状況を相談しながら、この方がどこで暮らしていけるだろうか、ということを考えて、地域や家に帰れたり帰れなかったりという状況もあります。昔の大和病院では在宅で訪問診療に行っている方々も、地域の入院ベッドとして病院と同じように1人のベッドとして考えてよいのではないかと、それだけ地域の方々の医療を看ていかなければならない、ということをしていました。私たちは可能な限り家で過ごせるように、家に行く前段階で他の療養病床などにいていただいて、そこでサービスを整えてまた家に帰る、そんなことをやっています。ですが皆さんが全員在宅に帰れる状況ではなく、角田さんも言ったように県外に施設を求めて行かざるを得ない方もいます。そんな状況が今この地域でもおこっている、ということです。

**山崎委員**：ありがとうございました。

**亀井委員長**：次に小幡委員からご質問ご意見コメント等をお願いします。

**小幡委員**：この会議もそうですが、コロナの感染が広がって医師と患者が直接接触しなくても遠隔診療で何とかできないか、という話が持ち上がっています。もちろん法律面の問題もあるかと思いますが、これからは必要なのだと思います。私はこういうコロナの話がおきる前から、遠隔医療は南魚沼市のように患者が拡散している地域にこそ、非常に重要なのではないかと前から思っていました。遠隔医療といっても色々なレベルがあると思いますが、患者自身の手元にバイオマーカーが測れるものがあって、看護師がいなくてもそれを医師に届けることができる、というのが一番簡単なレベルだと思います。次に看護師が患者の近くにいて、それを医師のもとに届けるなど、いろいろなレベルで考えられると思います。今日お話いただいた中で、特にゆきぐに大和病院は訪問看護などの在宅医療について、非常に重要な位置を占めていると思いますので、この機能は維持しつつ、ある部分を遠隔医療でまかなえないかと思います。今すぐに取り入れるということは時間的・財政的な問題もあると思いますが、こういう場面なら可能だ、こういう場面があったらいいのではないかと、というところがありましたら、上村様、教えていただければと思います。

**亀井委員長**：上村様をお願いします。

**ゲスト上村様**：確かに訪問に行った際に、そこで医師とすぐに連絡が取れる状況があれば異常を早期に発見できたり、患者さんにとっても安心できる状況にはなると思います。今大和病院ではそういう取り組みにはなっていませんが、今の情報通信網など、色々なことを考え、財政的な問題をクリアしたうえであれば、やっていけるのではないかと思います。今の状況では、どのように取り入れていくのか、とい

うところまでお答えはできませんが、将来的には考えていける方策だと思います。

**小幡委員**：地域に対する訪問医療の機能を維持しつつ、医師不足、看護師不足を解消する手段として将来的にはこの南魚沼地域こそ取り入れていく必要があるのではないか、と以前から考えていたところでした。ありがとうございました。

**亀井委員長**：皆様のお手元に大西委員のご意見の紙はありますでしょうか。（資料1 欠席委員からの意見などを参照）そこには病院で働く職員に聞きたいことということで、市立病院群は職員のあらゆる声に耳を傾ける民主的な組織か尋ねたいと思います、とあります。これに対していかがでしょうか。中島様お願いします。

**ゲスト中島様**：この質問ですが、民主的ではない、とした場合、具体的にどのようなどころなのか、と思います。例えば先ほどの病院を2つにする、というような判断のところで、職員に対して問いかけというか、議論した記憶があまりない、ということも含まれるのか、とも考えましたが、職員の話を知っているのか知らないのか、と言われると、聞いていないわけでもない、自由に発言ができないわけでもない、と思っています。一番の理由として私は医師不足で先生たちの余裕がない、医師がスタッフに対して語りかける時間的・精神的余裕がない、というところが大きいと思っています。それでスタッフが話かけられている気がしない、ということではないかと思っています。今の新型コロナウイルスの感染の現状の中でも、医療現場の市民病院のスタッフも日々不安を感じて過ごしていますが、それに対して組織としてどのように考えるのか、みんなはどうしてほしいのか、ということをお聞きする機会が、今は少ないのではないかと思います。だからといって院長先生や管理者が考えていないということではなく、話をするとすごく心配をしてどうしたらいいんだろう、ということには私には伝わってくるのですが、それがみんなに発信できていないと思いますので、先日から私の方で代わって週1回ずつ職員に向けての報告会を開く、というようなことを始めたりしています。もう少し先生たちの余裕ができれば、このような気持ちも伝わっていくのではないかと、と思っています。

**亀井委員長**：上村様いかがですか。

**ゲスト上村様**：大和病院ではやはり組織が小さいということもありまして、院内の中で何か問題が起こった時には、それぞれ各部署の代表が話し合いに参加して、院長としても現場の色々な人の意見を大切にしながら全体でどのようにやっていこうか、というところを決めています。コロナ対策で週に1回程度集まって会議をしていますが、その時でもほとんど全セクション集まって、それぞれの部署の問題点を挙げてもらったりしながら、そこで意思統一をし、検討をしているという状況です。

**亀井委員長**：ありがとうございます。

**外山委員**：委員長よろしいですか。追加で質問させてください。

**亀井委員長**：外山委員どうぞ。

**外山委員**：ゲストスピーカーの方々、ご苦労様です。色々な考え方があるわけですが、事務局も含めて聞きたいのは今回のゲストスピーカーとして臨むにあたって、第1回目の検討委員会でどのような議論がなされたのか、ということをご存知なの



でしょうか。また事務局から知らされているのでしょうか。

**亀井委員長**：事務局いかがでしょうか。事務局お答えください。

**事務局**：事務局からはゲストスピーカーの皆様へ第1回の会議の資料、5月1日号の市報に掲載予定の第1回委員会の議論等を集約したもの、などを事前に配布しています。

**外山委員**：委員長よろしいですか。

**亀井委員長**：外山委員どうぞ。

**外山委員**：その情報量の中で、色々な意見があって、色々な考え方があって決めつけるわけにはいかないのですが、私が着目しているのは、ゆきぐに大和病院の創始者である黒岩先生が今の2病院体制に対して、そんな余裕はないだろうから市民病院に集約してやったらどうか、というようなコメントを出されています。さらに今日のゲストスピーカーの中でも交通政策の話、集約するのであれば回復期リハビリ病棟をつくったらどうか、という意見もありました。お聞きしたいのはゆきぐに大和病院の創始者である黒岩先生が、このような意見を持っていらっしゃるということを皆さんはご存知なのでしょうか。またそれに対するお考えがあればお伺いしたいと思います。

**亀井委員長**：今の外山委員からの問いかけに対していかがでしょうか

**ゲスト上村様**：事務局からは第1回検討委員会の開催ということで、黒岩先生が市民病院は医療連携の中心として地域医療センターになってもらいたい、というコメントをされた資料はもらっています。どういう医療がよいかということを考えてリーダーシップをとるということをして市長と市民病院に担ってもらいたい、ともあります。私としては市の財政などいろいろありますので、市の中でどのような病院、医療体制をとるかということはあるかと思いますが、今大和病院で働いている看護師として、今の大和病院で提供している医療の部分をお伝えしようと思っていて、今日はここに来ています。

**亀井委員長**：他にいかがでしょうか。上家委員どうぞ。

**上家委員**：ちょっと話が戻って恐縮ですが、今後の在り方の中で、地域を支える、でも地域には交通弱者の患者さんたちがたくさんいるという中でICT（情報通信技術）の活用という発言がありましたので、時間が限られていると思いますが資料をご覧くださいと思います。

テレビ会議内で画面上に資料の提示（資料2 オンライン診療について を参照）オンライン診療や遠隔医療につきまして、私は厚生労働科学研究費の研究代表者としてこの研究をしていましたので、情報提供をさせていただき、今後の選択肢として考えていただきたいということで、図をお示ししました。先ほどお話がありました通り、遠隔医療は今、新型コロナで急速にその評価が見直されつつあるわけですが、患者さんとドクターが直接オンラインで診療をする「D to P」doctor to patient というもの、他に放射線科等でなされていて、今後さいたま市となされるということですが、それ以外にも、「D to D」doctor to doctor の相談、それからこの図には書いて

ありませんが「D to P with N」看護師さんが患者さんのところにおいて、ドクターとオンラインで結ぶ、そういうようなものもあります。このような選択肢がすごく高額か、と言われると決してそうではないので、それほど高額な設備投資がいるわけでもなく、今や行うことができます。こういうものも市としては選択肢に置きながら考えていただければいいのかと思います。今回でなくても今後どのような方向があるのか、選択肢の中に加えていただければいいのかと思いました。

**亀井委員長：**他にないようでしたら、ゲストスピーカーの方々へのご意見ご質問コメント等につきましては、一旦区切らせていただきます。

#### **4. 第1回委員会の論点整理について (11:58~12:13)**

**亀井委員長：**次に第1回委員会の論点整理について事務局から説明をお願いします。

**事務局：**本日お配りしております「南魚沼市医療のまちづくり検討委員会 論点整理」と書かれた資料をご覧ください。(資料3 第1回委員会の論点整理 を参照) 第1回目の委員会におきまして、発言のありました内容から課題だと思われるもの、今後の論点になるとと思われるものを抽出して、この委員会のテーマであります、3つの分野に振り分けて整理したものを今回「論点整理」という形でお示ししました。このような整理の仕方、今回の第2回目の委員会の論点等も追加をしていき、次回以降の委員会の資料としてご活用いただければ、と考えています。内容につきましては、目を通していただきご確認いただきたいと思います。簡単ですが事務局からの説明は以上です。

**亀井委員長：**この論点整理につきまして委員の方々からのご意見、コメント等がありますでしょうか。外山委員どうぞ。

**外山委員：**このような論点整理の進め方、というものは私が提案してやってもらっているものですが、検討委員会の全体の進め方の中で、ある視点が足りないのではないかと思います。つまり現状の南魚沼市の医療はどうか、といったらこういういいことをやっている、色々なことをやっている、ということのオンパレードになると思います。このような複雑多岐にわたる問題について、ある一定の期間内に何らかの判断・結論を得ようとするのであれば、もう少し市としていくつかの論点がある中で、こういったところはどうなんだ、という形で掘り下げていかないと100人100様の意見が出て、検討委員会の使命を果たせなくなると思います。最初のうちは、各委員が思う存分というか、それぞれ重要なことをおっしゃってよいと思いますが、羅針盤がない中で進んでいくというのは、いかがなものかと思います。ただ仮に市なりがいろんな考えを示したとしても、決めつけることなく多様な角度から多くの方々の意見や議論をいただくことが必要なのですが、市が一体どのようなところに持っていこうとしているのかがないままに、この枝葉の論点整理ばかりしても、まずいのではないか、という気がしているのですがいかがでしょうか。

**亀井委員長：**今日ご欠席の富永委員からも論点整理へのご意見について、似たようなご意見をいただいております。(資料1 欠席委員からの意見などを参照) 林市長

の目指す南魚沼の医療は何か？市民病院、ゆきぐに大和病院、城内診療所をどうしたいのか？それに向けた具体的な方向性を考えた方がよいと思います、ということですが、事務局から説明をお願いします。

**事務局：**大変大きな問題であると感じていますが、すぐに方向性や意見を示すことは難しいかと思えます。第1回、第2回の委員会の論点を挙げていただく中で、この方向についてどういった選択肢があるのか、あるいは選択のための資料としてどういったものが必要になってくるのか、事務局としても深めていった中で方向性を委員の皆様方に問いかけていけるようになれば、と思っています。

**外山委員：**それほど生易しい問題でもありません。私はもうちょっとつっこんでいて、色々な政策選択があると思いますが、市としていくつかある方向にどういうふうを持って行きたいのか、ということはある程度絞らないと、おそらく1年間議論しても収斂していかないのではないかと思います。市長さんにぜひそういう風にしてもらいたいというお願いです。

**亀井委員長：**他にこの論点整理につきましてご意見コメント等をいただけますでしょうか。山崎委員いかがでしょうか。

**山崎委員：**事務局の方からお話がありましたが、南魚沼市が単独でそのようなことを考えるということは厳しいのではないかと思います。先ほどの私の発言にも関わってきますが、県の側がこの地域はこういう考えで行くけれども、そこに市の考えはどうですかというように、南魚沼市の医療は県としてはこのように考えるけれども、市として100%同意できますか、それとも違った意見がありますか、というような投げかけが必要なのかもしれないと思っています。それをやるのが地域医療構想調整会議なのですが、なかなか踏み込んだ議論ができませんので、それに先駆けて県のどの部署になるのか、県庁なのか地域振興局なのかというのはありますが、南魚沼市と新潟県とのディスカッションを事前に行って、そのうえで市としてはこう考えるというものを市長さんをトップとして、お考えを出していただければと思って聞いていました。私が3月までおりましたので新潟県の考えとしましては、2024年の医師の働き方改革というものが一番強いプレッシャーだと思っている中で、集約化を余儀なくされる、という動きがあります。できるだけ集約してしまった方が効率的にはいいのですが、それは机の上での話であって、現実に地域ではそんなに集約化されてはもたない、という話もあるかと思えます。今までもそういう話をしましょう、と言っていました、お互いにそれぞれの事情があり、あまり生臭い話に踏み込みたくないし、踏み込まなかったのだと思います。しかし外山委員が言われるように、もうそんなことを言っていられないと思うのが、ちょっと前まではあと5年と言っていた医師の働き方改革の全面施行が4年を切りました。あっという間に1年が過ぎ、今コロナ関係で時間をとられている。批判は多いかもしれませんが、新潟県が何らかのたたき台を投げて、ここまでやるのかというようなたたき台を投げかけて、それを地域とやり取りする、それを早くやっていかなければならないと思っています。その時に県の考える医療体制というものを主に出していくのは、

まずは5疾病5事業（5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患 5事業：救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）と呼ばれる個別の分野ごとの話になってきます。それらを病院は個別にみんなバラバラにやっているわけではないので、それを重ね合わせた時にどうなるのか、ということをご地域でご議論いただきたいと思います。パズルのような話から入るのですが、最終的には血が通ったものでないと使えませんので、議論を進めていこうというところまでやって、3月に県庁を出ました。今いる方々も同じ考えでやっているはずですよ。

**外山委員：**亀井委員長一言言わせてください。

**亀井委員長：**外山委員どうぞ。

**外山委員：**私はそのやり方は反対です。病院開設者は南魚沼市であって、論点整理（資料2参照）にも書いてありますが、第1回の委員会に医師確保については、昨年9月に市長さんが、医師確保計画の中に南魚沼市を位置付けて、また県が策定する地域枠の医師に対するカリキュラム支援プログラムの中に市民病院を位置づける、あるいは自治医大の卒業医師を優先的に配置してもらいたい、といった内容を県知事に陳情しているの、モデル的に配置してもらいたい、ということを検討して次回までに山崎委員に宿題、と言っていたのですが、そのようなことはおそらく南魚沼市ではできないとは思いますが、どういった医療を南魚沼市が提供するということは、新潟県知事が林市長に言うことではないと思います。いくつかの選択肢を示すのはいいと思いますが、それよりも今困っていて陳情していることに対して的確に努力して対応するべきだと思います。案を示すのをやめてください、というわけではありませんが、ちょっと順番が違うように思います。

**亀井委員長：**山崎委員どうぞ。

**山崎委員：**順番が違うというご指摘にならないように私共も気をつけたいのですが、時間が限られている中で進めていくには多少の摩擦は出るのかなと思います。ご指摘の点はよく分かりますので、はずさないように心掛けながらやっていきたいと思っています。

**亀井委員長：**外山委員どうぞ。

**外山委員：**山崎委員はちょっと偉そうなことを言いすぎだと思います。そんな立場に県知事はないはずなんです。もうちょっと制度をよくわきまえてやってもらいたいです。そんなことを言うのであれば南魚沼市が陳情していることに対して1つでも2つでも対応してもらいたいです。

**亀井委員長：**山崎委員どうぞ。

**山崎委員：**偉そうなことを言いすぎました。大変失礼しました。陳情の中身については対応できることをしっかりとやっていきたいと思っています。今日はまだお答えできておりません。申し訳ございません。

**亀井委員長：**小幡委員いかがでしょうか。

**小幡委員：**この地域の人口減少や財政状況を考えると、どうしても何らかの形での集約という方向を議論しなくてはならないのですが、その場合に地域住民の方がこ

れまでの医療サービスを受けることができるのか、というところが一番の問題になり、今日のゲストスピーカーの方々もその辺りを強調されたのだと思います。繰り返しになりますが、医師不足・看護師不足を補いつつ、医療の機能は維持するという形でオンライン診療、遠隔医療というものをうまく取り入れていけたら良いと思います。先ほど上家委員からお話がありましたように、結果的に節約にもなって、医療の集約化と合わせて、地域住民もこれならば安心して大丈夫という方向が見いだせればよいと思います。

**亀井委員長：**上家委員から何かご発言はありますでしょうか。

**上家委員：**次回どのように進められるかに繋がるのかもしれませんが、市としてどういう方向をお考えなのか、そして県がどういうふうな構想の中での位置づけようとされているのかをお示しいただいて、少しご紹介させていただきました遠隔医療などの今はないけれども、つけ加えればサポートになるような仕組みも踏まえてどうするのか、という具体的な方向に3回目は進むという風に期待してよろしいでしょうか。確認です。

**亀井委員長：**外山委員お願いします。

**外山委員：**ただ、手でマルをつけただけで、「良いですね」という意味です。上家委員の発言は「良いですね」ということです。

**亀井委員長：**今日ご欠席の大西委員から紙上で論点整理へのご意見をいただいておりますが、(資料2 欠席委員からの意見などを参照)最終的には「論点整理」を読み、未来に向かってあきらめずに、あるべき姿を追求し続けていくことが必要だ、ということでもまとめていらっしゃいます。ご紹介いたします。論点整理についての意見等については、ここで終わりとしします。

## 5. 次回の論点などについて (12:13~12:18)

**亀井委員長：**次回の論点や委員会の内容について、すでに上家委員からコメントがありました。他にご意見ご要望コメント等がありますでしょうか。山崎委員お願いします。

**山崎委員：**先ほど私も出過ぎた発言をしましたが、新潟県庁、南魚沼地域振興局と情報交換をしまして、この地域でどういう風に県が考えているか整理をしまして、次回までに準備したいと思います。

**亀井委員長：**他はいかがでしょうか。今日ご欠席の委員お2人からも次回の論点について、取り上げたい項目をご提案いただいております。

富永委員からは、指定管理者による病院・診療所の運営、という項目をいただいております。大西委員からは、県内の他の市立病院の院長等をお呼びして、その取り組みを参考にするのはいかがでしょうか。市民の意見も幅広く伺ってみたいのですが、医療に関しては、一方的な要求のみにならないよう、テーマの設定は慎重に行うべきだと思います、というご意見をいただいております。他にコメント、ご意見等がありますでしょうか。外山委員お願いします。

**外山委員：**いくつかの論点の中で介護医療院という意見が出たと思うのですが、次

回でなくてもいいですが、みんな介護医療院というものを知らないと思います。ですから、そういったことも判断する材料の1つとして適切な人がいたらスピーカーとして来ていただき、皆で勉強した方が良くと思います。

**亀井委員長**：事務局からコメント等がありますか。市長から少しだけコメントしたいというお話がありました。

**外山委員**：その前に良いですか。

**亀井委員長**：外山委員どうぞ。

**外山委員**：次回でなくても良いですが、大きなテーマの中の1つである、まちづくりにおける交通政策の検討進捗状況について、現在の状況で良いので市側から説明を受けたいと思います。

**亀井委員長**：事務局、お願いします。

**事務局**：承知しました。

**亀井委員長**：市長からご発言があるということなので、市長からどうぞ。

**市長**：本日欠席されていますが大西先生等からも、また今日委員の皆様からも市長がどのように考えるのか、とのご意見をいただきました。私個人としては当然色々なことを考えていますが、そういったことの提示が次回にもし必要であれば、私もフランクにタブーなく、議論しようと思いますし、私の日頃思っていることについても反映させてもらいたいという思いがありますので、委員長とも相談のうえ、それらを提出させてもらうことはできるのではないかと考えています。それが議論の中で足を引っ張るものになってはいけないと思いますので、あくまで必要があればということです。

**亀井委員長**：今市長から必要があれば自分の意見を発言したいというお話がありました。欠席委員のご意見もすべて皆様方にはご紹介させていただきました。

今日ご出席いただいたゲストスピーカー5人の皆様、本当にありがとうございます。貴重なお話を伺うことが出来ました。

これで本日の日程はすべて終了しました。以上で第2回南魚沼市医療のまちづくり検討委員会を閉会いたします。

途中事務局の不手際でコミュニケーションがうまく取れない場面がありましたことをお詫びいたします。

## **6. 閉会 (12:18)**