

令和2年度第3回医療のまちづくり検討委員会  
日時：令和2年5月27日（水）15：00～17：05 本庁舎大会議室

— 議 事 概 要 —

**1. 開会（15：00～15：05）**

**事務局**：事務局から連絡です。

- ・南魚沼郡医師会会長富永委員、柏崎地域振興局長山崎委員が欠席です。
- ・議事録作成のための録音と広報用に写真の撮影を行います。
- ・配布資料の確認。
- ・会議室は窓を開けて換気をしています。
- ・テレビ会議ですが、40分で回線が切断される可能性があります。その際には、事務局がホストで再度会議を立ち上げますので、5分後を目途に会議参加の手続きをお願いします。なお会議の際には、発言をされる方以外は、マイクをミュートにしてハウリング防止をお願いします。

以後の進行は、亀井委員長からお願いします。

**2. 市長コメント（15：05～15：24）**

**亀井委員長**：第3回の検討委員会では、まず市長からコメントをいただきたいと思います。この経緯を簡単に説明します。第1回委員会では、ゆきぐに大和病院の創始者であり、地域からも全国からも尊敬を集めていらっしゃる黒岩卓夫先生から、現在の市立から指定管理による公的病院への脱皮と、二重投資を避けて市立病院1つに専念し、地域医療センターとして医療の中心になってほしい、といったご提言をいただきました。第2回委員会では、富永委員から「林市長の目指す南魚沼の医療は何か。市民病院やゆきぐに大和病院、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いいと思います。」とのご意見がありました。合わせて、外山委員から「こんなことを行っている、という現状の報告や意見を出すだけでは検討委員会の使命を果たせない。論点が多岐に亘る中で市としてポイントを絞って掘り下げていかないと議論はまとまっていかない。」とのご意見がありました。さらに市長からは、「フランクな議論をしたい、想いを反映できれば」といったご自分の意見を発信したい旨のご発言がありました。そこで、まずは市長から、その想いや検討委員会で検討してほしい視点などについてコメントをいただきたいと思います。林市長お願いします。

**市長**：委員長ありがとうございます。委員の皆様いつも本当にありがとうございます。今日は大変な状況ではありますが、この会議にテレワークでご参加いただきありがとうございます。今ほど亀井委員長の方からお話がありました件、自分なりに考えてきたものがありますので、あまり脱線しすぎないように端的にお話をしたいと

考えています。よろしくお願ひします。

まずは、この検討委員会を立ち上げて、しかるべき議論をいただかなければならないと市長職として考えた点から話を切り出したいと思ひます。最初に私にあつたのは、大変な不安が生じたことでした。今日は語弊なく誤解なく聞いていただきたいところもあるので、お詫びをしながらお話しする点があると思ひます。ゆきぐに大和病院の老朽化問題に起因をしている建て替えという問題について、昨年の春に私市長あてに南魚沼市民病院の田部井前院長、ゆきぐに大和病院の松島院長、そして今日ご出席されている宮永管理者のお三方による、建て替えの要望というものが出されました。本音を言ひますと、正直驚きでした。なぜ驚いたかという点です。私が市長職に就いて約2年経つた中でそれが出されました。大変な課題であることは当然分かつてはいましたが、私の立場としては簡単にこれに首を縦に振ることができないことでした。色々なことを考えてはいましたが、これは中でも最大の懸案事項であると考えていました。この中で私共と医療を守る前線で戦っておられる先生方、病院長や経営のことをみている宮永先生、この3者から連名で私に対して要望書が提出されたということが私の抱えている不安な点、おぼろげな部分もありましたが、このまま本当に進めるのかということ。そして認識、それらの差がこの要望書をいただいた時点では、私の中で大変乖離があるという思いが大変強く浮かんでしまつたのです。これは偽らざる気持ちです。これでは私はいけないと思ひました。なぜかという、この3名の皆さんと私が、地域を守るという意味で気持ちの多少の違いはあつたとしても、大きな方針として一致したものでなければ、新しく建て替えるとか、そういった視点に挑むことができないと思つたからです。

そして私は市長に就任する前、議員をやつていました。このままでいいのかという思いに至つた1つの経緯がありました。病院の建設に20億円程度かかる、これは要望書の中でも書かれたことであることは先ほど確認してきました。そして建設場所については、浦佐駅の周辺にという文言も見えます。これらについて私は議員の時代から、これらがどういふプロセスで意思決定がされたり、またされたうえのことなのか、ということには当時から疑問を持っていました。例えば多くの人を読んだりする病院報などにも、そういうことが記述されたということもあつて、当時の私としては、このままでは市民一般の皆さん、そして病院医療等に従事しているすべての皆さん、スタッフや南魚沼市の職員に至るまでが、それができるといふはつきりとした根拠がない中で、これらのことが楽観視されても困る、ということ。私はまず考え、そして市長になつてからも非常に強く思つてきました。例えば先ほど言つた意思決定のプロセスもない中で、あたかもそれが実現可能であるかのような議論はまだ先ではないか、という思いを当然強くしました。誤解を避けて言ひたいのですが、これを批判しているのではなくて、こういう中で議論がされてきたこれまでのところ、この域を出ていなかったそれを何とかしなければならぬという思いが市長職としては本当に強く感じたところでした。

加えて、昨年全国の424の公立病院が見直し検討の必要があるという厚生労働省

からの発表がありました。これにも地域としては、大変な議論というか、驚きも含めて受け止めたことでした。私が思うのはここで賛否を言うべきではないということです。そんなことではなく、例えば市長職としては病院開設者でありますので、自らの病院群の体制が将来にわたって持続可能な経営をできるか否か、こういうことを問われていると思います。424の問題に限らず、これは私共の地域の問題であると捉えなければならない、だから賛否ではないという気持ちが強くしました。

そして3町合併以降、南魚沼市の市制が施行されて、この市民病院群の会計に関する市の一般会計からの他会計補助金という、いわゆる赤字の補填の繰入の総額を見ますと、すでに105億円を超えています。市税が1年間で70億円、そういう自治体でこれをやってきています。ここ数年間の繰入額は1年間約10億円で推移をしています。このうち市の一般会計からの真水、私共が独自で出せる部分が5億円、国から地方交付税という措置分としていただいた中から出しているのが4億円、これらが主になります。財政の厳しい中ではありますが、幸いにして昨年度はふるさと納税の果実分といわれる、自治体が自分たちで自由に使える裁量の部分から基金を積んでいまして、ここから先ほど言いました中に2億5000万円を投入しています。これは極めて綱渡りの状況と見ざるを得ません。加えて実質公債費比率というのがありまして、行政は常にこの数字を監視して、そして批判を含めて色々な目にさらされているわけです。県下でワースト1は我が市であります。全国の中でもこれは非常に悪い方の順位にあります。これはいろいろな理由があつてです。これまでのインフラ整備等にかかるものを他市と簡単に比較することはできませんが、しかし事実上実質公債費比率は良い状態ではありません。

話を変えますが、南魚沼市の人口が56,000人を欠け始めています。残念ですが一地方自治体では、これから人口減がさらに加速します。これは避けられない状態です。しかも基幹病院がこの地域に存在した中で、先ほどの財政も含めてこれまで通りの市民病院群の体制を継続しうるかどうか、これについては市長としては眠れない思いをすることがあります。少なくとも私はこれまでの私の考えている心配を私に対して掌（たなごころ）を示せるような話をした人にこれまで出会ったことはなかった、それが本音です。そして市民全体の将来を担う市長という職責としては無責任な選択肢は取るわけにはいきません。しかし正しい完全な正解も見つけることはできないかもしれない、という思いもあります。

私自身も昨年、必要に迫られたこともあって宮永管理者や他の皆さんとも話をしながらではありましたが、本腰を入れて医師確保に動き出してみました。本腰を入れたのは恥ずかしながら初めてでした。しかし、かくも難しい問題であるということも1年間で本当に再認識させられました。誰もが医療の問題を口にしますが、誰1人医者連れてくることのできない、そういう状況にもさらされています。第1回の委員会の冒頭のあいさつの中でも言いましたが、昨年一昨年と職員の市長に対する思いを書いてもらう自己申告書というものがありまして、この中にこれほど、職員からの不安の声があふれたことは過去にありませんでした。そして医師減少の問

題が、昨年度は本当に市民病院の中に起き始めています。現場の頑張っておられる先生方の疲弊感も訴えられているところです。この医師確保がすべての議論の前に最優先であることは間違いないです。まず1番目の課題は、医師確保はどうやったらこの医師偏在ワーストに近い新潟県の中、さらにそこでもワーストの魚沼圏域で、これに立ち向かえるか、ぜひともその方針、こういったことができるのではないかとということを示していただきたい、これが第1点であります。

第1回のゲストスピーカーの黒岩卓夫先生も言及している通り、ゆきぐに大和病院が今でも頑張っているところですが、黒岩先生達がいた当時の志ある全国の特に若い医師の皆さんが、この地に集まって地域医療を考えた時代と医療を取り巻く制度そのものが大きく変わった今、それをまだ思い続けるということは、いささか現実味に欠けているという気がします。今ほど言いました通りですが、体制の維持が本当にできるのか、できるのであればどうしたらいいのか。そして医師確保の問題、できるのであれば良いと思いますが、このままであれば難しいというのは私も市長職として思っています。この2点が私の市長として抱えている大きな課題、そして心配事です。

繰り返しになりますが、これまで明確な回答や解決方法を公のところで大きな議論をやったことはありません。ここはすべてのことをタブー視することなく様々な議論がされて、私共にそれが見えるようにしていただきたい、それが本当に検討委員会にかける思いです。

私は1つ反省している点があります。私は先ほど議員をやっていたと言いました。市民病院の建設時においても、そして基幹病院の建設の後半においても議員をしていましたので、当時は議会に設置された地域医療対策調査特別委員会というものがありません。今は解散していますが、ここで委員長職を最後は務めていました。しかし私が今思うのは汗顔の至りです。当時、私は医療がよくわからなかった。そして素人の議員である私が委員長をやりました。今非常に責任を感じています。魚沼の医療再編において大きな枠組みができました。その中で、地域全体でひとつの病院ということを経験したはずですが、私共の責任の結果でもありますけれども、今例えば市民病院の中には大病院並みの25の診療科があります。これらが今の医師問題の中でそのことを標榜するが上において、やはりマンパワーの不足、さらにこの中で常勤医の先生方が少ないにも関わらず、ということがあり非常勤医の先生方に頼らざるをえません。この中でそういう根源的な課題が生まれてきていると思いますし、この体制をなかなか切り替えられないというジレンマもあるのではないかと率直に思います。基幹病院の完全稼働に至らないという、外的な要件も当然あるのですが、今ほど言いました地域でひとつの病院、本来あるべきであった役割分担というものが、まだまだ魂入らず、という点があると私は思います。今我々のできることは、所管しているこの市民病院群の中の体制、それから体制の改善等を急ぐ必要もあるかと思ひまして、先ほどの2点につながる部分だと私は考えています。

加えて言えば開業医の閉院がこの数年大変増加しています。そして後継者の問題

も今現在開院されている開業医の方々にもあります。在宅の医療、看護の問題もあります。本当にどこをどうまとめていけばいいか、というところを真剣な議論が必要であると考えています。

色々なことを言いましたが3つの町の合併以降、それぞれに医療については旧町単位で感覚の違い、歴史観の違いなどいろいろあります。様々な思いからこれまで水面下では、いろいろなことが囁かれてきており、なかなか見えない形でこの問題をどうしたらいいのか、ということは私もたくさん聞いてきました。しかしこれを公の場できちんと指し示してやることに歩みだした以上は、成果を出して、市民の皆さんの本当に安心安全で継続可能で将来の希望が少しでも持てる地域医療を作り上げていくことが大事だと思っていますので、どうか議論をよろしくお願ひしたいと思います。

既にですがこの委員会を立ち上げて、一部にさざ波が立っていると私は思っています。いろんなところでそういうことを感じています。疑問視をしている人がいるかもしれません。しかしそれは私としては想定内です。逆に言えばようやく始まったこういう検討議論から目を背けることなく、たった今始まったばかりの初期段階でさざ波が立つくらいの議論をしない限り、今までこういう議論を回避し続けてきた、ここに1番の問題があると思っています。航海に例えれば羅針盤も海図もなく船を進めることはできません。100%の正解はない、そんな中ではありますが、ぜひとも皆さんから議論をいただき、最終的には南魚沼市が意思を決定して参りますが、その大きな検討の材料の中に柱を建てていただきたいというような思いです。まともまっているかどうかわかりませんが、私の思いをお話しさせていただきました。

**亀井委員長：**林市長ありがとうございました。只今、市長からコメントをいただきました。このコメントにつきましては、今後検討委員会を進めていくなかで反映させていきたいと思っています。

次に議事の3市立病院群の収支状況等について、事務局から説明をお願いします。

### **3. 市立病院群の収支状況等について（15：24～15：45）**

**事務局：**資料の1ページ（資料2市立病院群の収支状況等について 参照）です。これは年度別・施設別収益的収支となっています。上がそのグラフですが、下の表を見てください。上がゆきぐに大和病院、下が南魚沼市民病院となっています。ゆきぐに大和病院の収支につきましては、人間ドッグや健診を行う健友館という施設がありますが、その分も含まれた収支となっています。内容をポイントだけ説明します。突出した数字のところですが、ゆきぐに大和病院の平成23年の収支が2億7300万円ほどあります。これが22年や21年に比して額が非常に多くなっています。その上の医業外収益のところにも7億2000万円程あります。これはどういう意味かと言いますと、会計上の累積欠損金があることで、この時、市民病院建設の起債ができないということがありまして、繰入を大きくしたという結果です。これによって実質、市民病院の起債が叶えられたということになりました。平成24年もそうい

った影響がありまして、収支はプラスになっています。続いて平成 26 年を見てください。特別損失で 3 億 6000 万円程あります。これは地方公営企業の基準が見直され、いわゆる退職金などの引当金にかかる部分が義務付けになりました。平成 25 年まではそのようなことがなかったので、引当金の部分を特別損失としてここに計上され、数字が大きくなっております。右の方に移りまして、平成 29 年を見てください。ゆきぐに大和病院の収支が 2 億 1000 万円程あり、その 2 行上の特別利益が 1 億 8000 万円程あります。これによって収支がプラスになっています。これは魚沼基幹病院の駐車場用地として、固定資産つまり土地を売却したことにより、その収益によってプラスとなっております。続きまして、下の南魚沼市民病院ですが、この表の平成 27 年と平成 28 年の間に太い点線があります。ご存じのとおり平成 27 年 11 月から南魚沼市民病院が開院となりましたので、1 年を通しての会計決算では平成 28 年からという意味で点線が引かれています。この中でまず、南魚沼市民病院の開設が平成 27 年ですが、平成 24 年から数字が入っています。これは会計上、新病院の設置に伴い一般会計で諸々委託をして事業を実施したのですが、工事の対象外消費税がありまして、それを新病院会計の中で計上することになっています。南魚沼市民病院の収支は、平成 24 年のところで 170 万円程、同じような数字、三角が続いていますが、そのような意味合いです。平成 27 年 11 月に市民病院が開院となり、平成 28 年から 1 年間の収支が始まっています。平成 29 年の経常収支を見ますと、マイナスで 4 億 2000 万円程と非常に大きくなっています。これはゆきぐに大和病院と病院事業会計をトータルで考えた場合に、キャッシュの関係で動きがとれるということで、ここは大きくマイナスですが、その分の繰入を大きくせずに、そのままマイナスで計上した、ということです。それぞれ、ゆきぐに大和病院と南魚沼市民病院の主な出来事、1 番下ですが、主な事業内容がそれぞれ書いてあります。平成 24 年の南魚沼市民病院を見ていただきますと、市民病院の実質的な事業実施が始まっていることがわかります。平成 29 年の主な出来事の南魚沼市民病院ですが、開院しても、まだ駐車場整備や外構整備などが大きく行われ、事業化されていたこともあり、その辺の事業費も膨らんでいるということが分かります。

続いて 2 ページになります。このページは施設別資本的収支、いわゆる整備に係るものの内容となっています。ゆきぐに大和病院の平成 26 年建設改良費ですが、これは下の主な設備投資のところを見てください。病院の総合情報システムで大きく費用が掛かったものがあり、その建設改良費がゆきぐに大和病院のところで膨らんでいる、という内容です。下の方の南魚沼市民病院ですが、平成 29 年あたりを見ていただきますと、繰入金が 2 億 2000 万円程ですが、これらも建設改良費、ここでは消雪施設や玄関ポーチがこの年に設置されましたので、こういったものが出ているというものです。以上が資本的収支となります。

続いて 3 ページです。経営分析表になります。これは決算が行われた後、県と国へ資料を提出するのですが、その中の経営分析表となります。主なところを説明します。上から 2 行目の経常収支比率です。100%を切る企業というのは、収益的収支

が均衡していない、いわゆる赤字状態だといったような指標になっています。直近の平成 30 年度を見ますと 100.1 ということで、ゆきぐに大和病院はこの年度の経常収支比率は 100 を超えています。その右の類似規模の 50 床未満の施設に比べますと、いい数字だと言えると思います。その 2 行下の職員給与費対医業収益比率という項目があります。平成 30 年度は 52.2 となっています。類似施設は 81.7 であり、それに比しても数字的にはまあまあというところですか。その 2 行下、材料費対医業収益比率は 8.9 であり、これも類似施設との比較をすると、まあよろしいかと思えます。それから 2 行下に病床利用率という項目があります。ゆきぐに大和病院では平成 30 年度は 45 床ですが、実質人員の関係などから条例上では 45 床となっていますが、稼働はまだ 40 床であり、令和 2 年度から 45 床となっています。93.1 と類似施設に比しても非常に高い数字となっています。高い数値ということは、満床に近い状態で運営されている、ということになります。その 2 行下に 1 日平均患者数という項目があります。外来のことですが 142.2 ということで、これも数字的には大きな数字になっています。その下の患者 1 人当たり入院収入ですが、これも類似施設に比べてよい数字となっています。平成 27 年の市民病院が開設されるまでは 10 月末まで 199 床でしたが、平成 28 年、29 年に 40 床となり、現在は 45 床となっています。

続きまして 4 ページ、南魚沼市民病院の経営分析表です。ポイントだけ説明します。経常収支比率、上から 2 行目ですが 100 を下回っています。先ほどのゆきぐに大和病院より下回る数字となっています。それから 2 行下の職員給与費対医業収益比率ですが、これも類似施設に比べると低い値ですが 50.6 です。減価償却費対医業収益比率は 16.4。その下の材料費対医業収益比率ですが、22.6 ということで類似施設より多くなっています。南魚沼市民病院では、救急の受け入れ、あるいは透析、140 床一般病床あるのですが、それ以外に透析として 40 床、これらを賄っておりまので、こういうこともこの数字に表れているということです。それから 2 行下、病床利用率は 85.2 です。開院の平成 28 年度からみますと、86.6、86.7、85.2 ということで、この病床利用率だけで見ますと、程よい数字と理解できるかと思えます。その 2 行下、外来の方です。1 日平均患者数ですが、483.2 と非常に多い数字です。これは、市長の話の中でもありましたが、常勤医が非常に少ない中で外来が多いということは逆に言うと非常勤医が非常に多い、非常勤医の先生方によって成り立っていると言っても過言ではない、といった内容が数字に表れています。

医師の関係ですが、次の 5 ページをお願いします。医師数の推移ですが、これはゆきぐに大和病院と南魚沼市民病院を合わせた数字です。そのうち、ゆきぐに大和病院の表を見ますと、非常勤医師数があります。これは、延べの人数ではありません。下に※印がありますが、非常勤医師は、常勤換算というのがあり、それによって県・保健所へ届けたりする換算数値が記載されています。実質の人数が何人かということですが、令和 2 年度には、3.6 と標記がありますが、実質は 34 人です。実際の支払い対象の非常勤医が 34 人いるということです。その左、令和元年度は 38

人、ということで30数名の非常勤の先生方から支援を受けています。ちなみに、南魚沼市民病院からも7名ほどの先生がゆきぐに大和病院へ支援をしています。下の方へ移ります。南魚沼市民病院の非常勤医師数ですが、令和2年度は7.3ですが、実際の非常勤の先生は107名です。1か月に1回の先生、1週間に1回の先生、あるいは医療機関で枠が決められており、その枠に複数人の先生が入れ替わりで来る、といったいろいろなパターンの方がいます。令和元年度は103人です。先ほども言いましたように非常勤の先生が大変多い、という特徴があります。その非常勤医に係る内容ですが、平成30年度決算におきましては、この非常勤医師の報酬、市民病院の数値で3億3000万円程、その他関東圏からの医師が多いので、新幹線などの交通費が3500万円程かかっています。ちなみに令和2年度の予算では、人件費と交通費で4億円程を計上しており、こういった実態となっています。

最後に6ページです。繰出金の関係です。市長の話でもありましたが、非常に多額な繰出ということ。真ん中より下のグレーになっている収益的収支、いわゆる経営上の繰入合計を見てください。1番直近の決算、平成30年度の1番右です。7億5300万円程、その左の平成29年も6億8000万円程と大きな繰入となっています。その中で平成30年度の1番右市民病院の数字がある上から2行目、3億3900万円程のとなっています。項目としては、不採算地区病院の運営に要する経費、ということになっており、決められた繰入と思われがちなのですが、実際はいわゆる赤字補填ということ。基準外の繰入が3億2000万円程で、この3億3900万円から3億2000万円を引くと、その残りがいわゆる基準内の繰入となり、多額の基準外の繰入を入れた中での苦しい経営ということが言えるかと思えます。平成30年度の1番下のすべての繰入、これは資本金収入を含めたもので、市長の話のとおり10億円近く、9億9900万円ほどの繰入の実態があるということです。説明は以上です。  
**亀井委員長**：ありがとうございました。外山委員どうぞ。

**外山委員**：3ページにゆきぐに大和病院の経営分析表があり、4ページに南魚沼市民病院の経営分析表があります。普通世間一般では、経常収支比率はあまり重要視していません。会社や病院などでは、医業収支比率が重要なのです。経常収支比率は市長が言っている一般会計からの繰入金を加えた中で計算するので、魚沼基幹病院の収入などをみても、ちょっとズルしていると思いますし、表を見ると間違っていると思うのですが、ゆきぐに大和病院が経常収支比率100%とか、南魚沼市民病院が経常収支比率93%というのは、いわゆる一般会計からの繰入後の話ですね。

**事務局**：そのとおりです。

**外山委員**：もう1つは、ホームページをみるとトリックが書いてあるのですが、ゆきぐに大和病院の上から4つ目の職員給与費対医業収益比率、つまり医業収益に対する職員のいわゆる人件費の比率ですが、この比率が52.2%であったり、あるいは、4ページの南魚沼市民病院の同じ比率が50.5%となっていますが、こんな優等生な数字はありえないのです。これは正職員だけの比率ではないかと思えます。おそらく、オープンになっている決算統計によると、あとで議論しますが、実際は66%あ



るはずだと思います。だからホームページでは、他種業種に比べて非常に良い数字となっていますが、私は基本的にそれは間違っていると思います。私が調べた結果の平成 30 年度の南魚沼市民病院のいわゆる売上げに対する人件費の割合は、63.9%もあります。したがって細かい数字を持ってきていても、ここは決算統計のところの正職員の比率だということを確認したいのです。先ほどの説明でも医者の人件費も正職員と非常勤で非常に多くかかっています。だからこれを暗算でやると恐らく正職員の比だと思いますがいかがですか。

**事務局：**言われる通り正職員の数です。人数の話をする、南魚沼市民病院で 220 人、約半数近くが看護師ですが、看護師の臨時職も正職の約半分のかなりの人数、いろいろな時間のパターンがありますが、非常勤の医師のことも説明しましたが、ああいう雰囲気のこと、他の職種においても、非常勤ということ、人数的にも多くなっているというのは、言われた通りです。

**外山委員：**逆に言うと、この数字が優等生だということは、職員は正職員の数が少ない中で頑張っているということですね。

**事務局：**その通りです。

**外山委員：**背に腹は代えられないから、非常勤をたくさん雇ってやっているとということですね。

**事務局：**そうです。看護師さんについては、年間 11 回程採用試験を行った中で、まだまだ人数が足りていないということがあります。今、外山委員の言われたことに対しては、医師も常勤の先生が 13 人しかいないのですが、やはり常勤の先生方が非常に頑張っている、当直なども月に 8 回とかそういった先生もおります。そういった背景があるということですね。

**外山委員：**数字をまちがえると、結論が逆になってしまうので、確認をしました。

**亀井委員長：**ありがとうございました。

#### **4. 病院事業管理者からの所見（15：45～16：04）**

**亀井委員長：**続きまして議事の 4 に移ります。今日は病院事業管理者からの所見ということで、南魚沼市病院事業管理者の宮永先生から市立病院群の運営上の課題と対応方針について、お話ししたいと思っています。よろしくお願いします。

**宮永管理者：**資料の中身（資料 3 病院事業管理者からの所見 参照）は、ある程度目を通していただいたことを前提にお話ししていきたいと思っています。（1 ページ）5 つの項目がありますが、基本的には 4 番 5 番を中心にして上の方は流す形にしたいと思います。

（2 ページ）南魚沼市民病院の最初は 1961 年に国民皆保険ができ、その次の年に旧大和町で診療所という形で始まったのがきっかけですが、（3 ページ）実際には 1976 年、昭和 51 年に病院として始まりました。（4 ページ）その後はベッドが増えたり、検診（健友館）や福祉（八色園）などいろいろありましたが、（5 ページ）結果的には 3 つの町が合併して南魚沼市になってからの動きになります。（6 ページ）

そして魚沼基幹病院がゆきぐに大和病院の隣りにできたということですが、この経過につきましては、先ほど林市長が言われたように、実は我々病院の医師や事務の方は関わっていないで、結果的に隣りに作るということは、その当時の市長から伝えられた、という形です。(7 ページ) この後病院が2つに分かれますけれども、この2つに分かれる議論に関しても、結果的に我々に伝えられただけでした。2つの病院の位置づけ等に関しては、検討委員会のようなものがありまして、魚沼圏域の中の基幹病院をつくり、合わせて他の病院をどうするか、という医療再編のことについてはその委員会が中心となってやっていました。我々とする、どうも2つに分かれるから、そうなればゆきぐに大和病院に人間をもう少し集めて、医師や看護師も多く集めないと2つに分けたときに困るのではないか、という形の中から問題が始まったわけです。責任転嫁するわけではありませんが、我々が議論する段階と今の段階とでは状況が違ふかもしれませんが、2つの病院を作ってお互いをちゃんとした形で立て直して、両方とも市民病院として立て直すというのは最初の医療再編の時にできたものであって、今の段階になって議論をされても我々は非常に困る、ということなのです。

(8 ページ) これは基幹病院とゆきぐに大和病院と一緒に建っていますが、これは前の米山知事が来た時、大和病院と基幹病院と一緒にやりたいということで、建物の間に橋を作ってその間でお互いに連携しようと言っていた、というのが今までの経過です。次のスライド(9 ページ) は実際の経過ですので後で読んでいただきたいのですが、平成19年に新潟大学が全面的に基幹病院をバックアップするという覚書を作り、その結果として県知事がゴーサインを出したのだと思います。基本的なイメージはスライド(10 ページ) の通りで、新潟大学から基幹病院の方に医師を送っていただいて、その後に我々の病院の方に医師を派遣してくれるという話でした。ただ現在は、医師の派遣が直接大学から来るのであって、基幹病院からはあまり来ておりません。

基幹病院整備の基本的な考え方はスライド(11 ページ) の通りで、地域医療の充実と質の向上に寄与するような病院にする、地域づくりに資するような病院にする、という形に基幹病院を持っていきたいという理念があり、我々としては非常にいいことをやっていただければいいと思っていました。

(12 ページ) 結果として魚沼基幹病院は、県立病院の統廃合により赤字を解消する意味で作られたわけですが、十日町病院は県立病院として抜けて存続して行っていますし、基幹病院自身は救急として頑張ってもらおう、ということでしたが、今のところは心臓疾患への対応ができておらず、昔と同じように長岡の方に行くという状況です。基幹病院との間には役割分担があったわけですが、救急が制限されたこともあり、基幹病院がやってくれないのであれば、市民病院の方に専門医を置いて我々がやらなければならないのではないかと、ということを考えたのが、非常勤の先生が多くなった要因ではないか、と思っています。非常勤の医師の数に合わせて人件費も多くなりました。同様に基幹病院から医師を安く派遣してもらっていました

が、新潟大学から直接医師派遣を受けるようになったため人件費が高騰しました。

もう 1 度基幹病院との間で、我々が何をするという前に基幹病院自身が具体的にこれから何をやってくれるのか、それに合わせて我々の病院がどうするのかを考え直さなければならない、ということは分かりますし、林市長が言われたような形で、しっかりとした経営が健全な病院にするべきだと私も思っています。

これは基本的に非常勤の先生方を減らす、パートの方を減らす、という形になると思います。小児科や皮膚科や泌尿器科などは、非常勤の先生に全部頼っています。これをやめていいのかということに関しては、市民の皆様のご意見を聞いたうえで、やめてもいいという形がとれるなら、私はそれでもいいと思っています。そうなれば市民病院の方も経営は健全化していくと思います。もう 1 つの赤字の大元は、今までの 5 年間は市民病院開設時に色々な機械の新しいものを入れましたので、その支払いがすごく多かったと思います。これから 6 年目以降は、それがなくなるので、指摘されるほどこの後も赤字の問題が続いていくとは思っていません。

(13 ページ) 1 番心配だったのは基幹病院が行うことはどうなるのかということ、それを受け入れたうえで、我々がそれに応じた形で病院づくりができればいいのではないかと、思っています。(14 ページ) そして基幹病院だけでなく、新潟県としても財政が非常に厳しいということなので大変なことではないかと思っています。

(15 ページ) このスライドは魚沼の医療再編ということで右側の再編後の形に移る、ということだったのですが、赤印のところ（堀之内病院と上村病院）はつぶれてしまいました。(16、17 ページ) それからこのスライドは病床が減っているということで、いわゆる医療難民が少し出始めているということです。

(18 ページ) 南魚沼市は 5 万 6000 から 5 万 7000 人という人口ですが、東京 23 区とほぼ同じ面積でとなっていて、23 区は 1300 万人くらいの人口がいるのですが、ここは 6 万人弱です。そのなかで非常に少ない医師が広い地域をカバーしているということで、我々からするとそれはあくまで必要であるからやっているだけで、委員の皆様方からどういう形が 1 番いいのか、ということをご指摘いただいたり、ご指導いただければと思っています。

(20 ページ) それから医師不足のことですが、やはり医師は少ないです。これは国の問題もあって、臨床研修の制度の問題と働き方改革の問題で、地方に医者が来ることができなくなってきました。国全体も財務省を含めて分散よりも集中化したり系列化したりすればいいということですが、医療グループや有名大学によって系列化はされてきていますが、我々のところがあたるかは分かりませんが、僻地や島嶼（とうしょ）のあたりは対象外になってくる、ということで恐れています。当院として医師不足をどうするのか、ということで 2 つありますが、②医師の供給ですが、今のところは自治医科大学と北里大学などから研修医等を派遣していただいています。問題はその後の研修医のポスト研修医がなかなかこちらに居着いていただけないということです。もうひとつはあまり具体的ではないかもしれませんが、我々の病院に来てくれる先生がいればいいのですが、生活環境の問題と賃金が安い

ことと働きがハードなところが毛嫌いされているところがあるかもしれません。もう1つはいろんな医療グループから派遣していただいて、サポートをいただいた中で体制を立て直した方がいいのかとも思っています。

(23 ページ) 今後の持続可能な医療を考えており、私自身の考え方はこの4つです。まずは地域包括医療・ケアということで、福祉と医療を合わせた形でもう1度全体的な地域包括をやっていけないか、ということです。地域完結ではない、ということで考えており、病気によってはこの地域に専門医がいないため、他に行くしかないかもしれません。それはそれとして受け入れて、3番目の下の真ん中にある「田舎でも最新診療」ということで、田舎ではほどほどの医療で我慢するというのではなく、しっかりとした医療を市民の皆様に提供できればいいと思っていますが、クローズではなくオープンでできればいいと思っています。我々の目指すところは患者さん中心の医療ということで、最初の診断のところから最期亡くなるまでをみるということです。はっきり言うとこの地区はあまり病院がありませんので、最初に診た患者さんは最期まで看取ろう、という形で、ゆきぐに大和病院では人生会議というかACP(アドバンス ケア プランニング)を含めた形での看取りのところまでやっています。3番目の患者さんや家族の皆さんのQOLを高めるという意味では、医者を少なくしてもセンター化のような形をとって、リハビリとか腎臓、認知症に関しては、もう少し専門的な形でやれないかと思っています。いろいろな診療科をたくさん持つのではなく、できるだけ非常勤の方、パートの方を減らして、できるだけ常勤を多くする形になるといいと思います。市民の方の同意が得られれば、我々がそれに合わせた診療科を持って、差別化する意味で我々の病院ができるセンター化構想の形で、特に腎透析などは他のところではできませんので、ここはしっかりとやっていきたいと思っています。目指すところは最後の4番目で、我々は治療という形であっても、原点に戻ると健康な方がいいわけで、生活習慣病もありますが、がんや認知症などをできるだけ早くみつけて、できるだけお金のかからない医療をした方がいいと思います。診断ばかりやっていて治療をしてくれない病院ではなく、寄り添いながら最期まで見ていく、でもできるだけ病気にならないように、国も推進している予防的なもの、先制医療ですとか健康増進を目指したものをやっていったらどうかと思っています。それから寄附講座で健康寿命を長くするようなことを取り入れられたらいいと思っています。

(24 ページ) 今はこのスライドにあるように2つの病院で、ゆきぐに大和病院と南魚沼市民病院でやっていますが、特別養護老人ホーム、いわゆる福祉の部分も一緒になってやっている状況です。

(25 ページ) このスライドでは第2次医療再編ということで、外山委員が言われていることと非常に似ていると思いますが、南魚沼市民病院は少し形を変えてでも、この地域の中心になってやって行きたいです。ゆきぐに大和病院は健友館という健診センターがありますが、そこは収入が多く赤字を黒字にしてくれるところですので、なくさないようにしたいと思っています。この3つが南魚沼市の中心になって

くればばいいのではないかと、思っています。

(26 ページ) 最後のスライドですが、1 次医療再編では魚沼基幹病院の性格が少し変わってしまったところがあって、再交渉して我々がやるどころ、基幹病院がやるところをもう 1 度作りあって、この地区で 1 つの病院でもいいですから、お互い交流したり医師や患者さんの相互交流ができればいいと思っています。それから南魚沼の医療問題については、構造的な医師不足がありますが、できれば医者が多くの仕事をやるのではなく、医者以外の看護師やリハ職が中心になってやっていけるような非医師化、そしてインターネットを使うようなものによって、状況を変化させたいと思います。国の計画では、2024 年には医師がいっぱいになり、全国的に人数はいい状態になるのですが、田舎には医師は来ないかもしれません。そういう意味では我々とするとか来ない医者をあてにするよりは、医者以外の人たちが活躍できるような場と人工知能いわゆる AI を使いながら医療ができる場になっていけばいいと思っています。最後の病院群の今後というところで、もう 1 度医療機関全体で話し合っ、市長が言うように我々のやれる範囲、身の丈に合った、これぐらいだったら財政的にも問題ないのではないかとこの区分けをしていけたらよいと思っています。そのためには診療科を南魚沼市民病院の方は少し整理をしたいと思ひますし、逆にゆきぐに大和病院の方は充実させたいと思ひています。以上です。

## 5. 病院事業管理者への質疑 (16 : 04~16 : 20)

**亀井委員長**：宮永管理者からの所見に対して、委員の皆様から質疑等がありますでしょうか。上家委員いかがでしょうか。

**上家委員**：いくつか質問させていただきます。1 番最後の南魚沼市民病院群の今後、のところですけども、ゆきぐに大和病院の診療科の充実、というのは具体的にはどういうことをお考えなのでしょう。

**宮永管理者**：外来のことで考えています。病棟は 45 床で変わらないのですが、大和地域の患者さんたちは最初は魚沼基幹病院で診てもらおうようなのですが、敷居が高いということで、ゆきぐに大和病院にポツポツとしかこない診療科の先生にかかりたい、基幹病院でなく診療科を大和病院に増やしてほしい、という要望がありました。人を増やすという意味ではなくて、市民病院と大和病院で交流を密にするということで、人を多く雇ってやっていこうという意味ではありません。

**上家委員**：つまり市民病院の診療科の範囲内で大和病院の診療科を充実させる、ということですか。

**宮永管理者**：そうです。

**上家委員**：それでニーズはカバーできるのでしょうか。

**宮永管理者**：カバーできません。それは市民病院も同じでカバーできません。今の段階で非常勤医だけでやっている診療科がありますので、その科を市民の方々が必要だと思えば残さざるを得ないのですが、今までは多くの診療科を作ればいいと思ひて、そのために医師を呼ぶときにはいろいろ問題があつていろいろな条

件を付けられて、結果として費用が増えているということになりますので、できれば市民の方にある程度のところは我慢していただいて基幹病院の方に行っていただくしかない、と思います。

**上家委員：**具体的に言うとどのような科のことを言っているのですか。

**宮永管理者：**なかなかそれは言えません。

**上家委員：**もう1点質問させてください。地域の3病院の閉鎖で医療難民が出ている、というように書かれているように読めるのですが、具体的にはどういうことなのでしょう。

**宮永管理者：**これは大部分が南魚沼市ではなく十日町市のことなのですが、十日町市で3つほどの病院が基幹病院が開設する前になりました。それから小出の方いわゆる魚沼市の方でも1つ病院がなくなりました。そのため医療難民というか他への紹介が増えたり、また周りの人たちが困っている、ということです。あと開業医の先生もここ4、5年の間にやめられた方がいて、ここの患者さんたちが市民病院や大和病院に押し寄せてきている、ということです。

**上家委員：**実際に満床で断っているということがあるのでしょうか。

**宮永管理者：**断るということではなくて、外来で来られるので、入院という形ではありません。

**上家委員：**ここに書かれた医療難民というのは外来のことだけということですね。

**宮永管理者：**外来だけでなく病棟もあります。入院の患者さんについては南魚沼市や魚沼市だけでなく小千谷市の方まで患者さんたちが行っているということです。

**上家委員：**わかりました。

**亀井委員長：**ありがとうございます。おそらく多くの委員が共通で思っていることの質問を私の方から1点させていただきたいと思います。市長からお話がありましたが、100床弱の新ゆきぐに大和病院の移転増床を要望されているということでした。その一方で事務局からの説明によりますと、第1回目の資料にもある通り、市立病院群には一般会計から多額の繰入金が出されているということです。今後この地域は更に人口が減少して行って、また新たな医師の確保も容易ではなく、市民病院の運営も相当苦労されている中でどうやって新病院の経営を軌道に乗せていこうとされているのか、新たに数十億円のコストがかかり、さらに繰出金も増えると思いますが、率直に言ってやっていけるのかどうか、大変難しい問題かと思いますがその辺りの見通しについて、教えていただきたいと思います。

**宮永管理者：**本当の意味で何年後にどうなるというのは分かりませんが、医療というのは福祉と違いこの中でクローズするのではなく、いろいろなところから患者さんたちが来るというのもあります。我々の病院に有名な先生がいなければ患者さんは来ないかもしれません。しかし我々の病院自身は南魚沼市の市民を中心に診るけれど、そこだけに留まる気はないというのが1つと、今は大和は病院だけではなく健友館という健診センターがある程度の黒字であることを考えると、検診事業を県内だけではなく、関東圏内、外国まで含めた形で今年は行っていく計画をしていま

した。しかし今回コロナのことがあってストップしている状態ですが、コロナが収束したらぜひまたそういう形で進めたいです。

我々は病院事業の医療の部門だけで全部赤字を補っていかうという気はありません。またそれもできないと思っています。それよりも、合わせた付属の施設でしっかりと確立して行って、できれば赤字部分を補填していくような流れを考えています。

**亀井委員長：**ありがとうございます。本日急遽山崎委員が公務により欠席になりましたが、質問書を提出されています。(資料4 欠席委員からの質問 参照)

『南魚沼市の病院の運営形態について、第1回検討委員会で、ゲストスピーカーの黒岩先生が、私見として、特に医師確保の観点から「市民病院は諸般の事情から公立病院から市の指定管理となる公的病院に脱皮することが望ましい」とまとめておられました。また、平成27年3月の新公立病院改革ガイドラインでは、「地方公営企業法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちにに取り組むこと」とされ、地方独立行政法人化（非公務員型）、指定管理者制度の導入等の検討を求めています。

病院事業管理者である宮永先生は、これらの点についてどのように考えておられるか、お聞かせ下さい。』

**宮永管理者：**これも歴史があるのですが、南魚沼市民病院ができる前、県立の六日町病院があった時にゆきぐに大和病院を2つに分けるということではなく、新しい病院の経営を六日町病院がなくなった段階で、他の誰かやってくれないかということで県内の色々な組織に話をしていたらしいのですが、経常収支などを含めて、割に合わないということでそれは結果的になくなった、と聞いております。その結果として我々の大和病院が、六日町病院がなくなったら困る、ということで2つに分けてこちらの病院も運営しなければならない、ということになったのですが、形は主と従が逆になっていますが、基本的には大和が主で市民病院が従となります。もう1つは公営企業法全部適用から独立行政法人になろうという話は実はありました。これは林市長の時代ではなくその前の市長の段階で話が出たのですが、話が出たところで止められたもので、我々が指定したことではなく前の市長の考え方だと思います。我々は現在の公営企業法全部適用から、次の段階も必要ではないか、という話をしたのですが、そこは止められたというか我々のやろうとしたことが止まってしまったという歴史はありますが、私が進めたとしても最終的に自分が判断することではなかったので今の現状になっている、と説明したいと思います。

**亀井委員長：**ありがとうございます。小幡委員はいかがでしょう。

**小幡委員：**宮永先生が最後に言われるように構造的な医師不足については非医師化とIOT化と書かれていますが、今この辺は可能なのではないか、という具体的な何かがあれば教えてください。

**宮永管理者：**現在、訪問看護の方で実際にパネル（タブレット）を持って行ったり、電子カルテになっていますので在宅訪問で確認したり、我々の見ている福祉施設ではZOOMを導入しての診察などを行っています。他にはコロナの関係で、発熱外来は医

師が行っていますが、コロナの外来については、最初はテレビカメラや ZOOM を使って診察して医師がコロナかどうかチェックする、といった形で使い始めています。

**小幡委員**：そういう方法を使うと、医師の労働力をかなり減らすことができることになるわけですね。

**宮永管理者**：そうです。我々は医療と言いながら医療と福祉の間で微妙な関係があって、今の我々が診ているのは回復期から慢性期の方が多いのです。そういう人たちはどちらかというとい者が診るよりも、リハ職の人たちとか訪問看護師が診ることのウエイトが大きくなっているのです、その人たちが医者の代わりに診ることで医者と分担をして、その人たちの活躍の場を広げた方が、本人たちも頑張れるし、我々も助かるのではないかとも思います。あとは医療クランクを使ってできるだけ仕事を減らそうとしたり、市議会の方にもお話ししましたが、医者の替わりになれるような看護師いわゆる特定看護師をできるだけ作って、医師の数を保ちながら、医師の負担を減らすようなことができないか、という試みをやっているところです。

**小幡委員**：ありがとうございました。

**亀井委員長**：それでは次に大西委員、いかがでしょうか。

**大西委員**：私は今回問題になっている市民病院の非常勤医師になっていまして、3月末で退職しました。宮永先生がずっと「我々は」と言われていますが、宮永先生は市から事業管理を委託されているという立場の方で「我々」ということは、市民としては市がそのように考えているととることもできます。宮永先生の話は、林市長が1番最初に言われたことと乖離しているのですが、市民としては不安になります。林市長にもお話をいただけたらと思います。

**亀井委員長**：かなり大きな話でありますので、後の意見交換の中でその話をしていただくということでよろしいでしょうか。

**大西委員**：大丈夫です。

**亀井委員長**：ありがとうございます。次に富永委員は今日欠席ですが、特に質疑はないということです。外山委員は宮永管理者への質疑等はありませんか。

**外山委員**：資料を使って議事の最後に行います。

**亀井委員長**：分かりました。以上で病院事業管理者への質疑を終わります。

## 6. 意見交換（16：20～16：55）

**亀井委員長**：次に意見交換に移ります。冒頭の市長からのコメント、事務局からの収支状況の説明、そして宮永管理者からのお話、委員の皆様からの質疑等、全体を通しての委員の皆様のお考えやご意見をお願いします。大西委員からは既にご意見をいただきましたが他にはいかがでしょうか。外山委員お願いします。

**外山委員**：私の提出資料によってお話ししたいと思います。（資料5 外山委員提出資料 参照）私は国の方で国立病院を所管したり、あるいは地方でも県立病院、県の部長であったり、地域医療振興協会というところでは77の病院、診療所を運営している観点から、市長の質問に答える意味でもお話ししたいと思います。



最初のスライド(2ページ)では繰入金の推移というところで、これは第1回の委員会の資料で事務局が使ったものですが、緑の折れ線グラフが繰入金の累計となっています。平成30年度までで105億円ぐらいになっていまして、令和元年度を入れると115億円ぐらいになるわけですが、これは南魚沼市ができた平成16年からの累積になっています。宮永先生も平成20年に病院長になられていますが、地域医療というものはすごく重要なのですが、市として300億円の年間予算の一般事業、市税の収入が70億円ぐらいの規模しかないところで、今後人口も減少していくという中でこのような繰入金の状況の改善を図ることは重要だと思いますが、新たに数十億円の投資をして、6万人弱の人口の市の中で新病院を作るとするのは、私は選択肢としては非常に難しいのではないかと、思います。ただ、今大和地域でどのようなサービスが必要なのか、ということをお否定するのではなくて、それは考えなければならぬことですし、様々な不足していることもあるのですが、新病院という形を前提にした議論は非常に難しいと思います。先ほど市長からも話がありましたが、実質公債費比率とは財政規模に対応して将来に向けた借金の負担割合、というようなもので、全国1741市区町村のうち、市長は言いませんでしたが南魚沼市は最後から40位となっています。県下最下位でもありますが、それは恐らく南魚沼市が水道事業などに大きな資本を投資してきたということで、先駆者はそういう選択をしたということですので今がすべてだめではないということですが、ただこのような形で続いている、ということは事実です。私共の地域医療振興協会では77の病院、診療所を市区町村の現場でやっていると、言いましたが、南魚沼市より悪い数字を示しているのは1市町村しかありません。他のところも再編する場合、これより悪くなると再編する体力がなくなってしまい、再編すらできなくなってしまうこととなります。そういった観点から考えますと、このような改善を着実に図っていくべきであると思います。

次のスライド(3ページ)は、一般会計からの繰出金の過去5年間の金額を面積で表したものです。左が南魚沼市民病院で右がゆきぐに大和病院ですが、簡単に言いますと、ここにある3条、4条というのは、3条が収益的収支で4条が資本的収支なのですが、地方交付税で繰出し基準に該当するものと繰出し基準外のもの、これは先ほど市長が言いました「真水」なのですが、2つの病院全体で5年間で61億円出しています。問題はこの「真水」の部分である水色の3条基準外、というところが1番重要で、そこが市税収入が70億円しかない市で「真水」で出している部分で、ここをいかに少なくするか、とうことが求められると思います。

次のスライド(4ページ)ですけれども、今の話と重複しますが、右から見ていくと、入院は段々減ってきていて、宮永先生達も一生懸命患者を何とかしようと考えて外来の科の充実を図ってきたと思いますが、結局こういう形になると、外来で疲れてしまって病棟までパワーがまわらなくなってしまうのです。ここは交通の利便性が高いから東京や大宮から新幹線で来やすいとか、失礼な言い方になるかもしれませんが、医者結構いい小遣い稼ぎの場所になってしまっていて、先ほど言った

ように雪だるま式に膨らんできているわけです。今、常勤医師の人件費と非常勤の医師の交通費も含めた人件費は、ほぼ一緒という状況になっていると思います。

次のスライド (5 ページ) は、ではどういうところを見直すことができるのか、ということです。1 番右側の南魚沼市民病院のところを経費の分類が画面上隠れてしまっていますので、手元の資料を見ていただきたいのですが、これは日本医療企画ヘルスケア業界データブックの 2019 年度の数字なのですが、南魚沼市民病院の人件費比率は 63.9%となっています。これは右上の自治体病院の赤字病院のところの該当する数値となっています。赤字病院が 62.6%ですので、それより多くなっています。材料費比率は 22.7%ということで案外いいのですが、問題は医薬品費比率で、14.4%となっていて、例えば医療法人の黒字病院の医薬品費比率は 8.9%となっています。これが自治体病院の赤字病院でも 12~13%ということで、市民病院の 14.4%というのは、おそらくご苦労はされていると思いますが、相手との交渉の関係でスケールメリットなどからコストカットできない部分なのだと思います。ここで 2%くらい違うと 40 億円の 2%で 8000 万円もちがうことになります。それから私が少し気になったのは経費比率が 9.7%ということで、これは赤字の自治体病院の平均より 3%高い数値になっています。これは何かと言いますと、下に\*印の 3 とありますが、経費比率の中で支払利息などいろいろありますが、維持管理にかかる修繕費が業務独占状態で高いところで競争がないので、高い業者が機器の修繕など、電子カルテなどもそうですが、多くの機器が使用している割合は少ないのにメンテナンス料を譲らず、泣く子と地頭には勝てない、といった形になり高くなってしまっているのですが、ここももう 2~3%、1 億円近くのカットができるのではないかと思います。これらを見ますと、大きな体制の問題もありますが、こういう所を変えていけば塵も積もれば山となる、ということで改善できるのではないかと思います。

最後に DPC の問題をお話ししますが、次は医療需要はどうなるのか (6 ページ)、ということです。お金の問題だけではなく結局は地域住民への医療サービスということになり、本末転倒になってはいけないところなのですが、青線の医療需要ですが、5 年後から着実に減少し始めまして、15 年後には人口減なので 5%減少します。一方、赤線の介護需要は今後も増加して 15 年後には 20%増加のピークを迎え、その後は高齢者も減っていくので減少していく、という話ですが、やはり 15 年後を見据えてやるべきだと思っています。

その中で、これは日医総研の資料を加工したもの (7 ページ) ですが、5 疾病の増減率で、細かくどんな病気が増えていくのかというのを魚沼全体でみたものなのですが、これを見ますと青が入院で、緑が外来なのですが、がんは人口ピラミッドの変化で、この 10 年間で、今はがんは外来は多いのですがそれが減って、入院が増えていきます。それから心臓病等の虚血性心疾患は人口は減るのですが、これは外来入院ともに増えるという予想になっています。同じ血管病である脳血管疾患も人口が減っても増える、という予想です。糖尿病は入院が増えるけれども外来は減っていく、精神は両方とも減るといった形になっています。

(8 ページ) それで今循環器系の入院で魚沼圏域でどのようなシェアがあるのかといいますと、驚いたことに27%は県立十日町病院で、24%が基幹病院、お1人しかいない循環器系の医師が頑張ってると思います。24%、そして驚ろくなかれ、先ほど宮永先生も言われていましたが、市民病院も何とかやらなければいけないということで23%ということで、シェアを分けているということでびっくりなのです。そして小出病院も23%ということですし、ゆきぐに大和病院も病床数が少ないのに3%と頑張っているということで、失礼ですが結局どんぐりの背比べの形になっています。

次のスライド(9 ページ)でこれを全国的な入院患者数で見ますと、これは病院情報局データというもので、循環器の月別平均患者数の平成30年度のものを見ますと、全国ナンバー1が小倉記念病院というところでダントツなのですが、県内ではダントツの立川総合がずっと下であって、次に新潟大学があって、その後に県立十日町や魚沼基幹があります。このような状況だから、研修医は患者さんがいっぱいいる外に行くのです。

次のスライド(10 ページ)は小倉記念を除いたもので、県内では長岡市の立川総合がダントツで、そんな状況の中で県立十日町、魚沼基幹、南魚沼市民があるという状況なのですが、将来は循環器や外科などが必ず地域で求められ、市民が期待するサービスとして出てくる、ということなので、注力してここをどうするのか、ということがあろうかと思えます。

次のスライド(11 ページ)は指定管理の話なのでやめますが、圏域の他の主な病院は指定管理をされていて、他の病院は医師の供給体制が細いなりにもありますが、南魚沼市の病院群はそれがなく非常に苦勞されているということだと思います。

それで次は(12 ページ)もう1つどういう形で効率的なことをやったらいいか、という話の中で、今は南魚沼市民病院もゆきぐに大和病院も情報データを支払基金に提供していて、これはその全国の平均在院日数の患者の分布の図です。上から患者7対看護師1のようところで、段々10対1、13対1といった分布の時にどういった患者が分布しているのかというものです。地域包括ケアのところを見ると、最大60日入院ができるのでグラフの緑のところ、なだらかに患者さんを入院させている、あるいは院内からまわしている、魚沼基幹病院もそうになっています。後で質問もしたいのですが、回復期リハビリテーションはだいたい脳卒中の後のリハビリとか大腿骨頸部骨折とか、そういう時は60~90日ということでゆったりとリハビリをやるのですが、これが全国の分布です。

(13 ページ)では南魚沼市民病院がどうなのかというと、このようなグラフになっているように、急性期というか立派というか平均在院日数も比較的短くて、さっき言いました回復期の患者さん、後で大西先生に聞きたいのですが、回復期の患者さんのニーズはいったいどこへ行っているのか、と思っています。下のグラフは短期、手術を除いた場合ですがそれもこんな感じです。

(14 ページ)次にゆきぐに大和病院は市民病院よりももう少しゆったりしている

感じですが、感じたのは下のグラフの地域包括ケア入院管理料というのがあります。これは40~50床の地域包括ケア病棟という部分があれば、がっちり運用ができるのですが、おそらく病床数が少ないために24床でしたか、少ない病床で男部屋や女部屋を作り苦労してやっているのです。おそらく病床の勝手使いが難しいので、赤字で書いてある上限日数の60日がありますが、むしろ一般病棟よりも早い回転の在院日数になっているということです。松島先生達はとても頑張っていてやっておられますが、地域包括ケア入院管理料を病床単位でやっているのです。このように患者さんのさばき方が難しくなっているのではないかと思います。何が言いたいのかというと、市民病院と大和病院を見たときに、漫然とすべての分野にではなく、急性期は魚沼基幹病院との役割分担をして注力するところを絞っていき、慢性期にしても働く医師にとっても魅力とやりがいのある、主要分野に特化した病院医療を展開することが必要だと思います。ただ、一般論としてはそうなのですが、こういった市民病院などが市民に期待される分野、喜んでもらえる分野というのは、実際に働いている現場の先生のお話を聞かなければ分かりませんし、「経営」と言う観点からも判断されるべきだと思います。なお、実際問題として、急性期から回復期にかけての病棟が必要なのではないかと。したがって、新ゆきぐに大和病院の建設は無理としても、ゆきぐに大和病院の回復期の機能について、老朽化対策の大規模改修などにより、整備や拡充などの検討が必要ではないか、ということです。

それで次のスライド(15ページ)ですが、あま市民病院というところは、そういう全国の状況に合わせて、少しずつ病棟単位を変えていっています。

例えばもう1つの改善策として、大変かもしれませんが一般病床140床を今は出来高でやっているのですが、DPC病院というのは、要は丸目なのですが診断群によって丸目によって点数がつくやり方です。現在は国が政策で出来高を抑えて、丸目の方を優遇しているのです。今、一般病院のうちの85%がDPCです。DPCで計算しますと、今ですら固いところで3000~4000万円は増えることになります。先ほど言いました医薬材料費や病床の運用など、最初は少しお金がかかるかもしれませんが、そのようにやることによって、さらに一部を回復期病床にすれば、そこにはDPCの適用はありませんが、今度は早く回復期病床に移って、院内で回すことができます。ケアミックスです。DPC対象病棟の平均在院日数は短縮され、今以上の急性期化が期待されます。そして回復期病床などがあれば、在宅とのネットワークもできますので、その中で基幹病院との連携もできると思います。

そしてこの図(16ページ)を見ますと、市民病院も大和病院も頑張っていることは数字を見ればわかるのですが、ただこの中で赤いグラフの部分、ほとんどが家庭からの入院となっています。つまり青いところの他の病院・診療所からの転院があまりないのです。逆に基幹病院の方から紹介してもらい、急性期を過ぎたらこちらに転院してもらい、あるいは逆に紹介で基幹病院に転院させる、といったことは少なく、おそらく松島先生のところも救急などは結構やられていて、自己完結的にされていると思うのですが、せっかく基幹病院があるならもうちょっと連携するこ

とどうまくいけるのではないかと、思いました。

最後ですが (17 ページ) 2 病院の主な疾病での入院パターンのグラフです。市民病院はがんと眼科と消化器、呼吸器、循環器が非常に多く、続いて整形外科、損傷、中毒、透析等があります。ゆきぐに大和病院は、松島先生達が頑張っているという話を聞いて総合医的にもやっていると思うのですが、呼吸器をはじめバランスよくやられていると思うのですが、私は宮永先生の時の議論で診療科の削減というお話がありましたけれども、それは進めるべきで基幹病院と競合するようなところは少し減らしていく、儲かる儲からないでなく、向こうがやってくれるところを減らすことは必要だとは思いますが。ただし、先ほど主要分野に特化した病院医療と言いましたが、こういった分野が現在の常勤の先生方が得意で、先生方にとって効率的で魅力的な分野なのか、ということは、まさに現場の先生方の自負もおありでしょうから、経営に当たってはそのやる気をそがず、むしろ先生方からニーズをお聞きして深掘りした議論の上で伸ばすべき分野は伸ばすという考えで運営することが必要だと思えます。それから先ほどお話があった皮膚科を減らすかどうか、というときに、大西先生にも聞きたいのですが、総合医がどこまで皮膚科の薬を出せるのか、また泌尿器科の薬を出せるのか、眼科の薬を出せるのか、というあたりの総合医の配置や総合医の割り振りをやると、利益は少ないですが支出も少なく済むので、だいたいこのぐらいの病院ですと、総合医があと 2~3 人来ると安定して、利益も固定していくと思っています。ただ、私個人の感覚としては、皮膚科は 8 割は総合医でも似たようなことは出来ますが、あとの 2 割は非常に難しく、ここは専門医の指導、監視が不可欠だと思います。いろいろ言いましたが、全体の中で新たな数十億円の投資というのは難しいけれども、今ある人的医療資源の範囲で病院の中の体制の変更をすることによって、効率化を図りいろいろ工夫して進化、前進させ、さっきの計算で行けば、捕らぬ狸の皮算用にはなりますが、ひとつひとつやるのは大変ですが、少しずつこの中で改善によって進化した病院群によって必ず経営改善ができるのではないかと、ということをお話ししました。

**亀井委員長：**ありがとうございます。外山委員からの発言に対して宮永管理者何かコメント等はございますか。

**宮永管理者：**外山委員が言われていたことは、もっともなところがあるので参考にさせていただこうと思っています。中身の問題もあると思いますが、ざっくりという赤字の問題をどうするのか、ということもあると思いますので、その辺をもう少しご意見を伺いながら、少なくともできればいいと思っています。無理に医者を働かせるということではなくて、他の病院と同じようにソフトランディングというか、なんとなくうまくいくような形ができればいいと思っています。そして私が先ほど言いましたように医療だけでそれほどがんばっていいのか、というところもありますので、今思っているのは別な医療外のところでのもの、というのがあります。地域医療振興協会が持っている色々な病院のお話を聞くと、こういうのが得意だということにいろいろな所から患者さんたちが来るということですので、特別な専

門的なもの、私としてはセンター化という言い方をしていますが、そうすることで南魚沼からだけではなく、新潟県内から関東圏から患者さんが来てくれるような仕組みができたらいいのではないかと、思いました。基本は魚沼基幹病院と我々がどういう形になるのかだと思いますが、我々からすれば言われたように2つに分けて頑張っていただけであって、基幹病院が変わって行って困ったがために、いろいろなものを取り入れて行って診療科もいっぱいになってしまった、と考えていただきたいのであって、基幹病院がやってくれればそちらに預ける、という考えで向こうができることをわざわざ競争してやろうということを言っているわけではないので、競争よりも協働でできたらいい、という気持ちはあります。

**外山委員：**宮永先生の言われるとおりで、私のイメージというか、たくさん病院を見てきていますが、やっぱりセンター化ということは非常に重要で、認知症センターなどは、他のところではやっていないことです。なお、関東圏から患者に来てもらうようなセンター化は全国的水準から見るととてもレベルの違う話なので、まずは、透析などこの地域のセンター化が現実的だと思います。ただ循環器についても基幹病院はちょっとやってはいますが、これはまごまごすると患者が時間の単位で死んでしまいますから、市民病院としては、基幹病院の責任であると言い続けるのではなく、循環器の急性期については早めにもそのレベルを高める必要があると思います。それから市長もいらっしゃいますが、病院のあり様として医療だけでなく、地域医療振興協会が指定管理を受ける時などは、医療の委託だけではなく、ヘルスプロモーションとか福祉とかをセットでやって1粒で3度くらいおいしいくらいの形でやらなければ、まちづくりにはなりませんので、そういった形のトレンドがないと医療が儲かっても国保税が高くなり、介護保険料が高くなっては元もこうもない、と思いますので、宮永先生の言う通りだと思います。

**亀井委員長：**ありがとうございます。市長、先ほどの大西委員からの質問も含めて、何かコメントがありましたらお願いします。

**市長：**大西委員の方から話がありました、そもそも最初の出だしのところは管理者との間に乖離があるのではないかと、ということですが、具体的などころまでお話していないのですが、私の思いとしてはいろいろ改善できるところは分かりますが、自分が先ほども2つの大きな視点があると言った中で、ひとつには体制に改善を加えてやっていくといろんな道が見えてくる、ということが分かりました。しかし1番大きい問題は、昨年実は大西委員がご退職されるということで私も随分と慰留をさせていただきました。特にこの地域は医者の方で薄氷を踏む思いだというところがあります。これについては将来にわたって私が市長をやっている期間というのは当然ありますが、その後も含めて医師の確保の問題は、今のままではそう大きく改善できないのではないかと、思っています。いろいろな意味で運営の体制をコンパクトにしていったり、スクラップアンドビルドのような、できるところをきちんとやり、見直すところは見直していく、という中で減らすことはできるかもしれませんが、基本的には医師の先生方の確保をこれまでのような、言葉は大変悪い

ですが、前の時代のような魅力ある先生がいらっしやって、黒岩先生がよく例えられますが、そういう体制にのったままではなかなか難しいのではないかと、という思いがします。どういう体制で医師の確保の問題、今の病院群の先生方もひとつずつ歳を重ねていくのであって、この中で地域の開業医の皆さんの存続の問題もありますが、私共も志を持ってこの地域でやったださっている宮永管理者も含めいろいろな先生方に続く人たちも含めて、本当にそれを担保できるのか、というのは市長職としては非常に大きな心配事です。この中でこれまでどおりの中から新たな方策を考えるべきであるのかどうかということも含めて、私の悩みに解決の方策があればいいと思っています。宮永管理者と意見の相違がこの意味であるとは思っていませんが、これまで通りだという形のところに立たれるならば、少し私の心配事をまだ解決できない点がある、というように思います。医師確保のところでは少しそのように思います。

**亀井委員長：**ありがとうございます。他の委員の皆様からご発言等はありませんか。

**外山委員：**私の質問した回復期の患者さんがどうなっているのか、大西委員にお答えいただきたいと思います。

**亀井委員長：**大西委員お願いします。

**大西委員：**この地域には回復期リハビリテーション病棟がないので、希望される方は長岡の方に行きます。それが終わったら地域に戻ってくるという形ですが、魚沼基幹病院には脳卒中の方がたくさん入院されますが、私は今は非常勤になりましたが、市民病院では転院の方を受けていますし、現在約 10 人くらい脳卒中の方がいます。あとは小出病院、十日町病院、回復期リハビリテーション病棟とは名乗ってはいませんが、それに近いようなリハビリテーションの回数を多くして家に帰す、という後方病院がそれぞれの地域では請け負っています。そういった方は圏域で合計 30 人位はいるのではないかと思います。

**外山委員：**圏域に 30 人位いるとのことですが、私の直感からすると、もっといるけどそれは長岡に行っているということでしょうか。それから大西先生が受けていると言われますが、患者さんの分布図を見ると、長期のところの入院患者さんの分布の数が出てきていないのです。おそらく回復期リハビリ中の患者さんがいても、案外早く退院させているのではないかと。何が言いたのかというと、先ほどの急性期病棟の DPC 化とセットで、回復期リハビリテーション病棟が市民のために必要なものでないか、ということです。

**亀井委員長：**大西委員いかがでしょうか。

**大西委員：**回復期リハビリテーション病棟が必要だということは、地域医療構想の会議でも取り上げられていると思いますが、例えば市民病院がそれを開設すると、圏域のいろいろなところの患者さんを覚悟して引き受けなければならない、ということになるので、その議論が必要なのではないかと思います。市民以外の方が結構入院してくるのではないかと思います。

**亀井委員長：**外山委員よろしいでしょうか。

**外山委員**：こればかりやっても、私は議論したいことはたくさんありますが、これでやめておきますけれども、病床規模の問題や周辺医療機関との合意のこともあると思いますが、圏域に回復期リハビリテーション病棟が1つもない、というのは全国的に見て非常に珍しいので、こんなに困っている地域の中で、回復期に希望をもって、また治るかもしれない、もう1回頑張ろう、と思う患者さんにそういう場がないというのは残念ですので、少し強引な言い方かもしれませんが、私は何としてでもやった方がいいと思っています。ただし、誤解のないように申し上げますが、市民病院全体が回復期化になるのではなく、急性期病棟は今以上にDPCで急性期になり、その患者の回しの中で、一部の病床に回復期機能を位置付けたらという意見です。

## 7. 論点整理について（16：55～17：05）

**亀井委員長**：私の不手際で時間がかなり押してきていますので、この辺りで皆様からの全体の大きな議論というのは終わりにしまして、事務局の方から論点の整理と次回の論点を合わせてお願いいたします。

**事務局**：お手元の「南魚沼市医療のまちづくり検討委員会 論点整理」の資料をご覧ください。（資料6第1回第2回委員会の論点整理 参照）論点整理につきましては、前回提示させていただいたものに、第2回目の委員会での課題・論点だと思われるものを加えて整理しました。テーマごとに大枠があり、中を点線で区切ってありますが、大まかに言って、その上の部分が1回目の委員会、下の部分が第2回目の委員会での課題、論点となって追加した部分です。テーマその1の「市民病院群の今後の在り方について」は、第1回の委員会では財政的な問題、運営的な問題が多く論点として挙げられましたが、それに加えて点線から下の7つの論点を追加しました。例えば、大和病院は急性期病院と在宅療養や施設入所の間接点として、地域密着で支援を行う身近な病院として、その役割を果たす必要があるのか、市の財産ともいえる市立病院群で、建物、人材、機器などをそれぞれに揃えて、医療提供を行うことが本当に必要不可欠なのか、といった議論があり、論点を追加しました。テーマその2の「市内の医療・介護人材の確保」については、医師の確保と、医療・介護人材の確保に分けて考えており、医師の確保につきましては、2つの論点が追加されています。市民病院と大和病院の2つの病院を掛け持ちする両院勤務体制のため、医師が不足している状態となっていること、非常勤が多く常勤医が少ない体制であり、当直なども多く常勤医の疲弊が懸念される中で、医療の提供を継続できるのか、などの論点を追加しました。医療・介護人材の確保につきましては、4つの論点を追加しております。例えば、市民、大和の2つの病院があるから広い地域からの看護師採用ができたこと、身分が公務員であることが働く人を確保するうえで重要ではないか、といった論点を追加しました。テーマその3の「保健・医療・福祉のまちづくりについて」では、病院群と医師確保に付随したまちづくりというテーマについて、下の10項目の論点を追加しました。例えば在宅生活を継続していくた



めに訪問診療、訪問看護の他に訪問系のサービス提供の充実させる必要があるのではないか、南魚沼市のような遠くに患者さんが拡散している地域にこそ遠隔診療、遠隔医療が必要ではないか、市の交通政策の状況について確認が必要ではないか、介護医療院がどのようなものであるのか、知る必要がある、といった論点を追加しました。今日お示した1回目2回目の委員会のこの論点整理に加えまして、今日の委員会での冒頭にありました市長からのコメント、そして病院事業管理者の宮永先生からのお話、さらに質疑と意見交換などを踏まえて、今回の委員会ではどのようなことが論点として考えられるでしょうか。今日の委員会の場で委員の皆様からご意見をいただいたり、ご議論をいただきたいと思っています。

**亀井委員長：**ありがとうございます。委員の皆様からご意見等がありますか。外山委員どうぞ。

**外山委員：**論点整理というものは、ここで意見を聞くものではなく、委員会で話されたことを事務局がピックアップしてまとめればいいので、今ここで聞く必要はないと思います。

**事務局：**分かりました。

**亀井委員長：**事務局で今日の議論を踏まえて、整理をしていただきたいと思っています。

**事務局：**分かりました。

**上家委員：**よろしいでしょうか。

**亀井委員長：**上家委員お願いします。

**上家委員：**論点整理のやり方ですが、テーマを3つに分けたところで分かりやすいとは思いますが、さらに小見出しを付けて分けてはどうでしょうか。例えばテーマ3の中でもまちづくりの話と保健と在宅医療の話をどうするか、病院の中をどうするか、などの広い範囲のことをカバーしていると思いますので、小見出しを付けてまとめるような形で収斂させていく必要があると思います。よろしくをお願いします。

**事務局：**ありがとうございます。そのような形で次回は整理をしていきたいと思っています。

**亀井委員長：**他にありませんでしょうか。なければ日程は以上となりますが、事務局から連絡事項等はありませんでしょうか。

**事務局：**ありません。

**亀井委員長：**以上で第3回医療のまちづくり検討委員会を終了とさせていただきます。皆様ありがとうございました。

日程8次回の委員会の論点については、当日は省略となりましたが、後日委員から聞き取りを行いました。

## 9. 閉会 (17:05)