

令和2年度第5回医療のまちづくり検討委員会

日時：令和2年8月19日（水）14：00～16：36 本庁舎3階301会議室

— 議 事 概 要 —

1. 開会（14：00～14：09）

事務局：事務局からご連絡いたします。

- ・大西委員より本日欠席の報告をいただいています。
- ・議事録作成のための録音及び広報用に写真撮影をお願いします。
- ・配布資料の確認
- ・会議室は随時換気をします。
- ・TV会議において発言をされない場合につきましては、Zoom機能のマイクをミュートにさせていただきハウリング防止をお願いします。
- ・林市長より挨拶をお願いします。

林市長：それでは、ご挨拶させていただきます。南魚沼市長の林茂男でございます。今日は何よりも、亀井委員長他委員の皆様大変ありがとうございます。また、Zoom会議でのご参加大変ありがとうございます。いつもお世話になっております。今日は、ゲストスピーカーということで、遠隔医療について、また介護医療院の問題につきまして、それぞれ専門の皆様からご参加をいただいています。本当にそれぞれまたお忙しい中を大変ありがとうございます。この委員会も第5回目ということなりまして、本当によくここまでやってきていただいていると思っています。何よりも私の出発は、この地域の安全安心と医療の現場、そして、まちづくりも含めた大きなテーマの中での不安というのがありまして、このままこの小さい自治体の中で様々なことに取り組んでいけるのだろうか、という本当に素朴な、自分としてはしかし非常に大きな不安の中から、このような委員会に進んでいただきたいということで、大変多くの皆様の知見やお力をお借りして、委員会を進めていただいています。本当に改めて感謝申し上げたいと思います。この中でこの委員会がこれまでの南魚沼がどうだったかと言いますと、なかなかこの医療の問題についてはそれぞれの旧三町の合併から始まり、議論をしたくてもそれぞれ色々な想いもありまして、この間は大変難しい問題がありましたし、地域をあげての医療体制、基幹病院等の建設や市民病院の建設等もありまして、色々な渦中にあったかと思えます。その中で本当は1番議論しなければならなかった点について、私としては市長職就任後、大変問題意識を持っていたわけですがけれども、その中で、是非ともタブー視なく、そしてあらゆる議論を尽くした上で南魚沼の進むべき方向性、羅針盤を示していただき、それによって、南魚沼市がそれに基づいて判断をさせていただきたいという思いからやらせていただいたところ、まさにそのようなところをお汲み取りいただきまして、そういう姿勢の中ですべてを公開して進んでいただいています。本当に

うれしく思っています。それらは、ここに今までの南魚沼が経験したことの無いプロセスを今踏んでやっているとと思っていますし、自負もしているところでもあります。いずれにしても、当委員会の皆様、委員長をはじめ、委員の皆様のを借りてやがて提言というのが示されると思います。その中身にも大変関心があるところでございまして、今日もその一端が伺えるのかなというように思っています。そのような中で、これからオール南魚沼で、色々なことに対応していく素晴らしい課題整理ができあがり、我々としてもその力で前に進んでいきたいと考えているところです。改めて感謝を申し上げ、何よりもこの医師偏在で全国で1番低いと言われている新潟県。その中の魚沼圏域が、いかに評価が我々が思うところに無いのか、ということも含めて、これは本当に我々の挑戦でもあるという風に思っていますし、これらに多くのまた知見や様々な皆様の関与をいただく中で、是非とも南魚沼の将来に向けての礎にしなければならないと思っています。そういう意味からも活発なる委員会のご議論を期待申し上げます、私からの冒頭のご挨拶に代えさせていただきたいと思えます。

事務局：ありがとうございます。これ以降は、医療のまちづくり検討委員会設置要綱の規定により委員長から議長に就いていただくこととなっていますので、以後の進行は亀井委員長からお願いします。

亀井委員長：今日はお暑い中ありがとうございます。進行をさせていただきますので、ご協力をどうかよろしくお願いします。今回の委員会は、ゲストスピーカーをお招きしてお話をお伺いすること、市民病院医師へのご意見聞き取りについての報告、城内診療所について、さらには骨子の検討について、この4点が大きなテーマとなっています。まずは、ゲストスピーカーの発表に入りたいと思います。今までの委員会において委員の皆様からお話をいただきました「遠隔医療」と「介護医療院」について、本日はゲストスピーカーをお招きしていますので、お話をいただきたいと思います。お時間が短く大変恐縮ですが、1テーマ当たり20分程度でご説明をお願いします。

2. ゲストスピーカーの発表（14：09～14：45）

①遠隔医療について（14：09～14：29）

亀井委員長：はじめは遠隔医療につきまして、NTT 東日本新潟支店第一ビジネスインノベーション部部長山崎公一様、そして株式会社アイセック代表取締役木村大地様、魚沼市で行われた実証実験について、遠隔医療の現状と将来などについてお話をいただきたいと思います。それではまず、NTT 山崎様からお話をお願いします。

山崎様：それではお時間をいただきまして、ちょっと古い話で恐縮ですが、魚沼市と昨年の2月に実施をしました、オンライン診療の実証実験につきまして、ご説明の方をさせていただきたいと思います。昨年の2月というのは、今の状況とは違ひまして、コロナの状況ではなく、ただ単に魚沼市様の方からは、医師不足、ちょうど前週に新潟県が何年か後に医師不足が全国の中で2番目か3番目に悪い、という

報道が出た後ということもありましたので、タイムリーな実証実験であったというところではありますが、今となりましてはこのコロナ禍において、このような遠隔医療というものがどんどんこれから進んでいくという形の中では、1つのテストにはなったのではないかという風に考えています。それでは、お手元の資料(資料1 遠隔医療について (NTT 様) 参照)に基づきまして、ご説明をさせていただきますが、皆様資料があるので、Zoomでの資料共有はせずに進めさせていただきたいと思いません。魚沼市との実証実験、こちらに書かせていただいている通りですが、本件につきましては魚沼市の東川副市長の方から弊社の方に、是非ちょっと小出病院と遠隔にある大白川の高齢者の方を実際につないで遠隔医療をやってもらえないか、という漠然としたお話をまずいただきました。この中でお伺いをしてお話しをしたところ、恐らく今こういうシステムがどんどん発達する中では、お金をかければその分とんでもない遠隔医療のシステムができるのではないかと思います。当然のことながら自治体によって財政が違っている中で、東京都ならできるかもしれないが、魚沼市だったらできないことも多いと。そういう中で、今ある技術を活用してできないかというのが副市長からのご依頼でした。そうであればということで、私ども医療メーカーでも何でもないので、通信というものを活用して患者様と病院の方を接続して遠隔医療というものができないかということが、今回のこちらのものとなっています。分かりやすいのはこの裏側のページ「別紙オンライン診療実証実験の概要」をご覧くださいければと思います。この時の実験につきましては3つございまして、まず1つはオンライン診療、いわゆる遠隔診療で、DtpPを市販品でどなたでも導入できる多地点型のTV会議システムを活用して、遠隔診療をやろうというところになります。あと、2番3番につきましては、DtdDであるところのデータ変換であったり、資料共有という所なので、今回の趣旨とは外れますので、割愛させていただきます。オンライン診療につきましては、患者様宅と小出病院を市販で弊社の方で取り扱っているTV会議システムをウェブ上で接続しまして、インターネット上で小出病院の方は先生のパソコンから、患者様の方は、ここも1つのポイントとして患者様宅に新たな何か機器を入れることはせず、患者様宅にあるテレビ、おばあちゃんが使ったテレビを使って、そこにウェブカメラだけ接続して、それで双方で通信をして先生の方からはレントゲンの画像とかも共有ができますし、患者さんの方はそれで先生の顔を見ながら話ができる、いわゆるTV電話の資料共有版、今で言ったら、マイクロソフトチームズとかZoomなどで資料共有できますが、そういうものを活用してという形で本当に簡易にやらせていただいたというのが、こちらの内容となっています。それで次の資料に参考資料ということで、その実証実験の様子の写真や新聞記事をちょっと記させていただきます。当日は、先ほど申し上げさせていただいた通り医師不足という形の報道もあったということで、テレビについては全局、新聞社もかなりの多くの方々に来ていただいて、この写真の真ん中になる通り報道陣でごった返した形で、小出病院とあと大白川のご自宅の方にもかなりの報道陣が来てという中でやりました。それで今回は、オンラインで

色々なバイタルデータがやり取りができるとかそういうことではなく、市販のTV会議システムというところにありますので、顔の表情を見ながら、患者さんと先生がやり取りをするという形でのものでしたが、その後には布施院長の方と患者さんからのヒアリングをしたところ、特に患者さんの方からパソコンを接続するとか色々なことをやるのはできないけれども、テレビのスイッチを入れると先生の顔が見れるような形になっていれば、それはすごく簡単だからありがたいというお話、通院がかなり大変なので、先生の顔を見ながら電話だけではなくて、こういった形でできるのが非常に、特に冬場はありがたいというお話をいただきました。布施先生からは欲を言えば、バイタルデータなどが患者さんの方から飛んでくればもうベストです。あとは電カルと接続されて、処方箋も近くの薬局の方に電子処方箋で飛んで、そこから近くの薬局が例えば届けるなり宅急便なり、もっと最新で言えば、ドローンなりで届けるという形が、すべて仕組みとしてできればベストではあるが、それを全世帯にまで行き届くようにするのは、かなり厳しい部分があるので、こういった形で市販にあるTV電話のシステムと、おばあちゃんのところにあるテレビだけでできるのであれば、もっと普及するのではないのか、という話をいただいたところです。ただ、やはり課題もありまして、1つおばあちゃんの方でつまづいてしまったのが、リモコンの入力切り替えです。普通のテレビを見ていて、ウェブカメラに切り替えるには、やはり1つは作業が必要でして、それが入力の1を2に切り替えるということ。それですら高齢の方にとっては、ちょっと難儀なので、そこは改善の余地があるかなというところでしたし、あとは光回線を使った映像ではありますが、そのお宅の通信状況によってもその映る顔の表情であったり、その画面の質などは通信に影響するところもありまして、今より顔色をみるとか血管の色をみるとかそういった形になってくると、ちょっと厳しいというお話をいただいたので、そういうところが課題としては残るかと考えています。魚沼の実証実験につきましては、以上となります。ありがとうございました。

亀井委員長：それでは次にアイセックの木村様からご説明をお願いします。

木村様：本日はよろしく申し上げます。(資料2 遠隔医療について (アイセック様参照) アイセックは2019年12月に新潟大学医学部とともに設立した企業となりますが、前職で経営していた会社で私がオンライン診療を活用した予防医療及び診療に関して取り組んできた事業を含めてご説明させていただきます。(2ページ) 今日、会社概要を説明し、遠隔診療の取り組みと国の現状と課題、これからの時代に即した遠隔診療ということをお話をさせていただければと思います。(4ページ) まず、会社概要ですが、弊社は新潟市中央区に会社を設立し、新潟大学がこの度初めて大学公認ベンチャー制度を作り、その第1号に認定されています。事業は医療データ分析支援とオンライン健康教育及び他市場データ連携をやっています。(5ページ) メンバーは、私がCEOをやっていますが、曾根教授という方が、第一内科の教授で、この先生の下に100名位お医者さんがいらっしゃいます。県内の各病院に勤務されながらも日々多くの論文が上がってくる中で、曾根教授の教室の有益な研究

成果や論文が、なかなか社会実証が難しく、せつかく良い論文があるけれど、近い方々には届いていない様な現状を打開するためにもアイセックを活用しながら社会実証していこう、という主旨で進めています。(6 ページ) 冒頭、市長もおっしゃっていたように、健康への不安というものは、まさに今回のコロナ禍において特に皆様不安を抱えていらっしゃると思います。エビデンスのあるデータで、正しく分かりやすい伝え方をすれば、不安を少しずつ安心に変えることができるのではないかとということで、弊社の事業注目を高めています。(7 ページ) 例えば平均寿命と健康寿命の差である不健康な期間、男性も女性も一定程度ありますけれども、この不健康な期間はやはり不幸だと思うので、これを1年でも1か月でも縮めることが我々の使命と考えています。(8 ページ) 事業としては全国のナショナルデータベース、日本全体のデータや統計はありますが、本当に必要なのは地方の生活に即したローカルデータとの比較だと思っています。ただ、それがまだまだ世の中に無いのでナショナルデータとローカルデータベースを活用しながら、新潟大学医学部の研究論文を掛け合わせて、この地域に即した本当に正しい疾病構造であったり、行うべき生活習慣対策を提言していく、このエビデンスに基づいて故郷の健康づくりをしていくように会社を進めています。(9 ページ) 新潟市様とは先月契約しまして、649 万件のデータを活用しながら、健診・医療・介護のデータを活用しながら市民への訴求をしていく、というような取り組みが始まっています。(11 ページ) 私の略歴については、また後ほどお時間がある時にご覧いただければと思いますが、与えられた寿命を最後まで健康に生きることができるような世の中を作りたい、ただこの一心で人生を過ごしてきました。(12 ページ) 本日遠隔診療の取り組みについて少しお話をさせていただきますが、(13 ページ) 今日配布されている論点整理の中にもあります、プラスの医療として南魚沼市の様に拡散している地域の方々にどのように遠隔医療をツールとして届けていくかということをお話できればと思います。(14 ページ) 私は2013年から、海外駐在員に医療健康指導を届けるために、アメリカのテレメディシンの文化を輸入し、経済産業省から補助金をいただきながら、事業を開発しました。その後2015、2016、2018年と厚生労働省から補助金もいただきながら進め、国内で初めて協会けんぽ沖縄支部、離島の方々に指導するという様な事業を行っていました。先ほど NTT 東日本の山崎様もおっしゃられていましたように、制度を作る、インフラを作るというのはとても大事なのですが、もっと大切なのは「運用をどのように作っていくのか」課題をどう解決していくのかということを総体的に作る必要がある、ということです。(15 ページ) その後に、日本初のオンライン禁煙プログラムを作ったのですが、遠隔医療については法制度もまだまだ未整理のところもありましたので、私は2017年に内閣府の規制改革推進会議で提言をしまして、医師法の改正も規制緩和も実現しました。先ほども申し上げました通り、仕組み、インフラ、制度を作るのも大切ですが、先ほどおっしゃっていた、おじいちゃん、おばあちゃんが遠隔医療を行う際に画面を切り替えるなどの操作をどう円滑にできるかということをお話しながら、地域に即した仕組みや運用設計を

作ることが必要だと考えています。(18 ページ) 今の現状ですけれども、日本医師会の総合政策研究機構の資料によると、進まない理由の1つとして、病院は患者さんが遠隔診療のツールは使えないだろうから導入しても難しい、というご意見があります。ただ一方で今のスマホやパソコンの普及率が上昇してきています。今年のお盆も遠隔にいるお孫さんたちと LINE のオンライン通話など色々やっていた方が多いと思いますけれども、徐々に遠隔面談が文化に根付いてきていますので、今は遠隔診療の過渡期ではないかと思っはいます。(19 ページ) 法制度を少しだけ掻い摘んでお話しすると、遠隔診療はあくまで直接の対面診療を補完するものであるというのが1997年に出ています。(20 ページ) これからの時代に即した遠隔診療というところでは、(21 ページ) 時限的な緩和ではありますが、電話のオンラインの診療等の対応が可能となっていて、お薬も自宅に届けられる様な制度変更がなされています。(22 ページ) ケース1、2、3、4と、お手元の資料の1、2、4については概ね了承合意はとれているようです。これからより一層コロナがまん延してくる頃に、今課題となっているのは、例えば糖尿病の患者の方が治療を家から出ずに受診控えをしまいお薬を飲み続けるのを止めてしまう、要は治療を中断してしまうことによる悪化、重症化が危惧されています。各学会からもこちらは警鐘が鳴らされていますけれども、このような課題に関しましても、遠隔診療を活用しながら対応できるのではないかと考えています。(23 ページ) 厚生労働省からもパンフレット、リーフレットが出ていますけれども、こういう通知物や案内なども鑑みながら社会保障サービスを構築すべきかと思ひます。(24 ページ) 厚生労働省の事務連絡資料に、南魚沼市の市内の遠隔診療対応病院の一覧も出ていますけれども、これからスタートするところ、また今後スタートしていくところも含めて、何ができるかというところを進めていければという話もありました。(25 ページ) 遠隔診療については、これから治療だけではなくて予防に関しても両輪で回していくことが、これから必要なのではないかと思っています。喫緊では医師の偏在であったり様々な課題解決できることが多々ありますけれども、長期的に次の世代の方々の健康づくりも含めて、予防医療もしっかり進めていくことを遠隔医療のツールとして進めていくことが有用ではないかと考えます。(26 ページ) 以上となりますが、我々新潟県民の皆様の健康寿命の延伸に対して真剣に取り組んでいければと思っはいますので、また何かお力添えできることがあればいつでもご連絡いただければと思ひます。以上となります。ありがとうございました。

亀井委員長：ありがとうございました。質疑は、ゲストスピーカーの皆様方からの発表が終わりました後に、まとめて行いたいと思ひます。

②介護医療院について (14:29~14:45)

亀井委員長：次に介護医療院につきまして、医療法人崇徳会田宮病院介護医療院看護師長五十嵐百合子様より介護医療院とは何か、病床からの転換などにつきまして、お話いただきたいと思ひます。それでは、五十嵐様お願いします。

五十嵐様：よろしくお願いたします。(資料 3 介護医療院について 参照) (1 ページ) 今日、介護医療院、私どもの施設の方が今年の 2 月 1 日に介護医療院の方に、介護療養病床の方から転換しましたので、そのお話を参考にさせていただければ幸いです。(2 ページ) 今日お話をさせていただくのは、当院の介護医療院のご紹介を軽くさせていただいて、介護医療院の転換までのプロセスなどで、私どもが経験したところをお話させていただきます。介護医療院の今現在のお話もさせていただきます。(3 ページ) 田宮病院介護医療院の紹介です。(4 ページ) 田宮病院の方は、長岡市は信濃川を境に東と西とありますが、西側の深沢地区というところにあります。昭和 42 年 7 月 23 日に設立、田宮病院としては病床数の方は 479、私どもの介護医療院の方は、479 になると含まれますが、併設施設という位置づけに正式になりましたので、田宮病院とはまた違うものになります。(5 ページ) 田宮病院介護医療院になりますが、これが田宮病院の建物になりますが、東館と言われているこの 3 階のフロアすべて介護医療院となります。看護職員 12 名、介護職員 17 名、この 41 名とありますが、田宮病院の病院兼務者を含めた施設の総従業者数になります。(6 ページ) これは、居室の 1 部屋を写したものですが、2020 年 2 月 1 日新潟県 4 番目の介護医療院としてスタートさせていただきました。入所定員は 60 人になります。療養室につきましては、個室が 6 室、2 人部屋の方が 9 室、4 人部屋の方が 9 室、いわゆる従来型の施設になります。新潟県内 8 月 1 日現在で介護医療院の方が 11 施設に増えていました。詳しい田宮病院介護医療院の内容につきましては、介護サービスの情報公表システムに情報公開していますのでそちらをご覧くださいと思います。(7 ページ) では介護医療院転換までです。(8 ページ) 皆様もすでにご存知かと思いますが、介護療養病床の廃止が決まり「療養病床の在り方に関する検討会」で介護医療院というものを介護療養型施設の転換先として必要だということで 2018 年 4 月介護医療院の方が創設されています。介護医療病床の廃止と移行期間は 2024 年度末とされています。(9 ページ) 私どもの施設の方もこの制度に合わせて転換をするということで介護医療院に転換させていただいています。介護医療院は、長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ方を対象とした日常的な医学管理、見取りやターミナルケアの医療機能と生活施設というところが非常に大きいですが、生活施設としての機能を兼ね備えた介護保険の施設として位置づけられています。生活施設としてプライバシーに配慮した環境整備を重視して、多床室の場合は、ベッド周囲のよく病院などにありますカーテンの間仕切りだけでなく、家具やパーテーションなどによる間仕切りの設置が必要ということで施設基準に含められています。(10 ページ) これが、私どもの施設のそのパーテーションと家具ですが、パーテーションを引き出したり収めたりということが出来ます。この度転換するにあたって、ベッドの方も 60 人定員分すべて電動ベッドに変えています。(11 ページ) 転換までのスケジュールです。ハード面の方です。昨年 9 月から工事業者等の打合せが始まりました。その前から入札等は事務の方がやっていますので、実働の部分をお話させていただきたいと思います。私は、それこそ昨年 9 月にここの立ち上

げで異動して来まして、異動して来たその日から工事の打合せがありました。毎週のように業者と打ち合わせをしながら改修工事に臨んできました。改修工事の方が10月から12月23日までということで、当初の予定は、12月中旬位でしたが、23日まで延びました。あとナースコールの方も改修工事に伴ってすべて更新して、ケアコールというものに更新しました。これも、工事に併せて10月から12月にしています。先ほどベッドの話をしていただきましたが、5月に大体のベッドの種類とか台数等を業者と話をして、12月に実際の物を確認して、1月に工事が終わってから60台の搬入をしています。家具の方も、この工事の打合せの中で各オーダーメイドなので、設置の段階から打合せをさせていただいて、ああいう形のものできています。これも併せて1月に、開設までに搬入の方をしています。(12 ページ) ところが、私どもの施設の平面図になるのですが、色付けをしてありますが、工事業者の方と打ち合わせする中で、色別に工区を分けまして、工区を分けながら進めていきました。介護療養病床として運用する中で、入所の方がいらっしゃる中で改修工事をしましたので、非常にこの点は苦労したところですが、後ほどお話させていただこうと思います。(13 ページ) ではソフト面になります。改修工事に対する説明・対応については、まず利用者様・入所者様はもちろんです。要介護度が高い方で、なかなか意思疎通が取れない方も大勢いらっしゃるのです。主にはご家族へ説明・対応させていただくことになりました。工事が始まる前に案内をさせていただいて、工事期間中は主に私の方が窓口になって対応させていただきました。介護医療院転換に関する説明と対応になりますが、改修工事のご案内と国の方針を含めて、介護医療院に転換するというご案内をさせていただいて、2月1日開設に向けて、ご家族と再契約する形になりましたので、ご家族に来ていただいて、準備を進めていきました。あと、マニュアル・書類の整備です。この点が本当に色々苦慮したところなのですが、身体拘束適正化に関する指針等をきちんと作ることに、委員会の設置等きちんと明記されていたので、その部分は他の施設さんのものを参考にしながら作らせていただきました。新潟県の現地確認が、1月23日にありまして、そこで色々確認をしていただいて、予定通り2月1日から開設することができました。

(14 ページ) 入所者・ご家族への説明・対応についてですが、先ほどちょっとお話ししましたが、まず、9月に病院長名でご家族へ改修工事について案内を郵送しています。施設内の方にも掲示板等で案内を常に掲示、工事の段階を経たところでその都度ご案内を掲示していました。入所者の方には、看護師である私の方から説明をさせていただいていました。工事に関する問い合わせも私が窓口になっていました。あと、12月初旬、介護医療院転換についての案内を家族に郵送して、専従ケアマネージャーがついていますので、家族との契約日の調整をしていきました。(15 ページ) 介護医療院に転換するにあたって、その配慮したことや苦労したことを話してほしいということでしたので、その辺りをお話させていただきます。先ほどお話ししましたが、介護療養病床を運用しながらの改修工事でしたので、今入所していらっしゃる方に本当にご迷惑をおかけしないようにというところが非常に苦慮したとこ

ろでした。あと本当に結構な規模の改修工事でしたので、工事の騒音とか異臭、異臭というか工事の塗料とかの臭いがありまして、その辺も非常に業者の方とどこまで工夫ができるかというところを相談しながら、養生をしていただいて、夜間も換気扇を回して、大きいものを持ち込んでもらったりという対応をさせていただきました。また、先ほど平面図を見ていただきましたが、もう工区ごとに入所者の方の部屋を移動して、こっちが終われば次に移動していただいてそこを工事する、といったような形で工事をしていましたので、非常にここも大変でした。あとは、利用者さんや家族への騒音や異臭に対して、お声かけしながら苦情がないか確認しながら進めていきました。とにかく、ここが終わるとそこに入所者の方に来ていただいて、また次に移るといったような7工区に分けて10月7日から12月23日で工事をしていきました。(16 ページ) あと苦労したところもう1つなのですが、入所の方を受けながらということでしたので、普段の日常業務と入所者の方の安全というところを非常に配慮しながら進めてきました。スタッフの方には今日はどういう工事があるって、どこまで作業が進むだとか、細かい情報共有を私としては丁寧にしたつもりです。スタッフも分かった所で、利用者の方と対応しながら、先がちゃんと見えないと、非常にスタッフも不安だろうなというところで、毎朝ミーティングをして、工事行程と工区の確認をホワイトボードを活用して平面図を出しながら、共有して取り組んできました。(17 ページ) マニュアルと指針の整備のところは、長岡市内に長岡保養園さんという介護医療院を1月1日に開設された施設がありまして、そこを見学させていただいて、身体拘束適性化について、とにかくそこを県の方も結果的によく見ていきましたので、その資料等も県の実地確認がどんな形であったかというところもお聞きしながら、参考にさせていただきました。(18 ページ) 2月1日に田宮病院介護医療院開設に無事至りました。(以下 19 ページまではスライドのみ資料なし) 今現在の介護医療院の様子です。これが私どもの介護医療院の廊下ですが、ちょっと明るい様に暖色を使って、ここも手を入れていただいて、すべてスライドドアに居室の入口を替えていただいたりしています。今日現在ですが、定員60名のところ、入所者60名満床の状態になっています。平均入所者の方の年齢は、男性80歳、女性86歳となっていますし、入所者の介護度の方は、大体要介護4・5の方がほとんどです。これは、介護医療院の、介護療養病床もそうですが、医療的処置ということで経管栄養、喀痰吸引、インシュリン注射の方36名の方に対応していますので、30名以上の対応が条件となっていますので、そこをクリアしながら取り組んでいます。また、違うシート、シートと呼んでいるところの様子です。あと、これがリハビリルーム、リハビリを今している場面になりますが、専従の理学療法士がいますので、常にベッドサイドやこのリハビリルームを使ってリハビリを行っている様子です。介護医療院の運営上の特性とベッドコントロールということでお話がありましたので、お話させていただきます。田宮病院の併設施設として位置付けられていますので、田宮病院の入院患者さん、あと特に認知症治療病棟が田宮病院にありますので、かなり重度の認知症の方の入所の受入れもさせていただいてい

ます。あと入所相談、ベッドコントロールは主に私と専従のケアマネージャーと先生の方に相談しながらやっています。地域連携・地域との交流につきましては、今後の課題となっておりますが、ボランティア等の方を受け入れながらと考えていたのですが、今コロナ禍でなかなか取り組めない状況にあります。あと私どもの法人内で長岡西病院、地域総合サービスセンターという所がありますが、この長岡西病院の方が回復期リハ病棟と医療療養型病床を持っていて、うちが自宅退院扱いの施設になりますので、ここと主にやり取りしているところがあります。(19 ページ) 介護医療院転換費用と財源の概算についてですが、事務方からの情報を載せさせていただきました。参考にいただければと思います。また、手元の資料については画面に出た最後の方の写真は割愛させていただきました。データと個人情報もございですが、今の様子を見ていただきたいので写真の方を増やしましたのでご了承ください。ありがとうございました。

亀井委員長：ありがとうございました。ゲストスピーカー3人の皆様からお話を伺いました。

3. 質疑・意見交換 (14 : 45~15 : 10)

亀井委員長：それでは次に質疑・意見交換に入りたいと思います。今までお話を伺いました色々な取り組みへのご質問やご意見など委員の皆様から伺いたいと思います。まず最初に外山委員お願いします。

外山委員：まず遠隔診療の方から聞きますけれども、魚沼市でやったこの実験は、今後どういうビジネスモデルというか、考えがあるのかよく分かりませんが、イメージとしては今後電子カルテの脇にパソコンをおいて、そして普通の市販のそういった電話のシステムを使いながら、診療の中に組み入れていく、ということだと思います。これは色々な画像というか精度の問題もおっしゃいましたが、医療法とか健康保険法とか、医療費請求の問題にも係ってくると思いますけれども、非常にシンプルな形で利便性を高めるということで、奇をてらうということではないけれども、現実的なのということだと思います。今後はこれを小出病院ではどういう風にしてお使いになる予定なのでしょうか。それともう1つは関連してアイセックの方には、実際に遠隔診療をやっているかやっていないかは、よく分からないのですけれども、色々規制のことをおっしゃっていたけれども、逆に NTT のこのやり方に対してその何か改善点とかご意見があれば、NTTの方からお願いします。

山崎様：まず小出病院さんの方では、今後という所につきましては、やはりこの市販と言いますか、こういうウェブ会議システムを活用して、本来で言えば患者さん、色々なそれを必要とする患者さんのところというものが1番だったのですが、各ご家庭の中でもご事情があるというところで、まずファーストステップとしまして、診療所の方にそういう風な設備を設けて診療所と小出病院をつないでできればということで、第2回目の実証実験を行おうというお話をいただいていたのですが、このコロナの関係もあってちょっと今動いていないような状況ではあります。まずは

ご家庭でというよりも、診療所で看護師さんもいる状況の中でやるのをファーストステップとして、次のステップとして自宅の使い慣れたテレビでやるという形に持っていきたいという話はいただいています。

外山委員：市長さんは行政ではあるけれども、健康保険法とか医療法とかの権限はないわけで、これを別に抑制的に取り扱えと言う訳ではないけれども、これをやっていて、通常の診療報酬請求ができるレベルのものなののでしょうか。

山崎様：すみません、そこはちょっと僕の方で詳しくないところではあるのですが、布施先生がおっしゃられていたのは、オンライン診療は今の段階で言ったら、医師はやりたがらないと。それはなぜかと言うと、オンライン診療の診療報酬が非常に少なく、往診の方が高いという中では、やはりまだまだ往診の方がよいところであるようですけれども、今回は布施先生がやられたオンライン診療については、医療報酬の形でとれるかというところ、そこはまだ法律的な所もあって微妙なところだねと。ですので、まだその実証実験の域を越えていないというお話をいただいている状況です。

外山委員：どうせやるなら、保健所とか厚生局とか絡ませてやった方が実りがあるというか、少しでもお金が取れた方が良いでしょうね。

山崎様：そうだと思います。

外山委員：木村さんからコメントありませんか。

木村様：ありがとうございます。現職のアイセックでは遠隔診療事業はやっていないですが、過去の経験では、私が全国のオンライン診療展開をしていく時の1つのハードルとしては、お医者様が、それぞれの地域で活躍されているお医者様の患者であるお客様を奪いかねないのではないかと議論が出ました。今 NTT さんが進められている5Gの仕組みでは、ローカル5Gというエリアを限定したものが技術的に可能となってきています。南魚沼市の医師会に入られている先生方が、医師不足の地域にいらっしゃるエリアとの連携を行う。そして高齢の方々ですと、機器の操作が大変なのでサポーターが必要となります。私は沖縄でオンライン保健指導を開発した時には、保健師さんが最初は寄り添ってサポートすることが必要でした。前回の検討委員会で上がっていたような「なじよもネット」のような市民の方々と連動しながら、地域でともに健康を支えていく共助のような仕組みづくりが一案としては良いのではないかと思います。

外山委員：要するに私の興味はこういう物が一步進んだ時に、どうやって次の事業展開に結び付けていくのか、ということです。例えば保健師のサポートが必要であれば、南魚沼市ではNDCと言って特定看護師の戦略もあるようですが、それが診療所と病院なのか、地域づくり推進協議会の地区の拠点みたいなところに保健師が行ってそういう健康づくりと、その病院のその保健指導との関係ですとか、やはり具体的な事業展開を視野に入れないと、なかなか進まないと思います。非常にためになりました。ありがとうございました。

亀井委員長：ありがとうございました。それでは、富永委員から何かコメント、ご

質問等お願いいたします。

富永委員：まず遠隔医療について非常に興味深く聞かせていただきました。現場で診療している者としては、診療所まで足がなくて家族に頼むのも大変だということで、こちらから出向いて往診に行くということが普通ですけれども、もし小出病院でやられたように、患者さんの家のテレビにウェブカメラですかね、そういうのを設置するというのであればその費用はどこが持って、大体どれくらいの価格なのか見当はついてますでしょうか。

山崎様：費用的なものは、今回で言ったら患者さん宅にも光回線がきておりまして、病院にも当然光回線がありましたので、そこはもうインターネットで接続をして、あとはウェブカメラですね、これは今ピンからキリまでありまして、5000円程度で良いもの、ある程度の物は買えますので、それもこう設置するだけという形です。ほぼほぼイニシャルコストもランニングコストも患者様宅にはかからずにできるというのが1つの利点だと思っていますし、病院側の方も電カルを隣りにしながらテレビでウェブカメラを接続するだけですので、導入コストというのがほぼかからずできるというのが1つのメリットとしてあるかと思っています。

富永委員：分かりました。ただ、患者さんの家に光回線が必要ということになりますか。

山崎様：そうですね、今回お邪魔した患者さんの所は光回線がありましたので、まあ光回線でできますが、もし無い場合は例えば電話の回線であったりとか、あとは携帯のLTEの回線ですね、そういうものを使えばよろしいかと思えます。ただ、先ほど申し上げましたとおり、画像の問題とかが出てきますので、そうなってくるとやはり光回線か、若しくは今後出てくるであろう5Gみたいなものが出てくるとかなり鮮明にできるかなと。弊社でもローカル5Gの高精細・高画質な映像画像通信を皆様にご体感いただける場を提供する予定ですので、是非5Gの綺麗な映像画像をご覧くださいませ。

富永委員：分かりました。ありがとうございます。それと1つ田宮病院の五十嵐様にお聞きしたいのですが、私勉強不足で申し訳ないのですが、介護医療院というのは、今までの療養型病床から移行したという、簡単に言うとそんな感じでしょうか。

五十嵐様：その通りで、介護保険の報酬、介護報酬については、そんなに、先ほど医療処置数のお話をさせていただきましたが、介護療養病床の基準と同じです。ただ、施設基準の部分が生活、自宅、家であるように住み替えての終の棲家というところで、プライバシーの尊重というところで、面積もそうですし、ああいうパーテーション等の施設基準のところやはり違いますので、その整備等が必要かと思えます。

富永委員：分かりました。入所期間に制限はありますか。

五十嵐様：ありません。ただ、ご家族によっては特養の方の順番が来たらそちらの方が費用面では安くなるので、そちらの方へ移りたいというご希望があればそちら

の方へ移っていただいています。看取りも含めて入所期限はありませんし、最期までいただける施設となっています。

富永委員：特養よりは価格、費用はかかるけれども、有料型の老人、民間の方よりは安いと。

五十嵐様：そうですね。あと、うちはユニット型でなく従来型なので、他の介護医療院のユニット化しているところよりは抑えられるかと思います。

富永委員：分かりました。ありがとうございました。

亀井委員長：それでは次に今回のゲストスピーカーもご紹介いただいた小幡委員のコメント、あるいはご意見等をお願いします。

小幡委員：今日はありがとうございます。まず遠隔医療についてのさっきの外山委員のご質問ですが、正確な所は知りませんが、診療報酬に関して今年令和2年度になって対象疾患が増えるなど、色々なオンライン診療に対して促進するような改定がなされているので、今後事業としてやっていくのにプラス方向に向いていくと思います。それから私の質問ですが、今回の小出病院の実施例では患者のそばに一応看護師さんがいたのでしょうか。

山崎様：看護師さんは一応ついていただきました。何かあった時の為にですね。

小幡委員：でも実際は慣れれば、その必要はないということですね。

山崎様：そうですね。

小幡委員：それから NTT 様でもアイセック様からでも教えていただきたいのですが、オンライン診療は今回のコロナの問題ですごく注目を浴びましたが、私たちは医療のまちづくりで医師不足、看護師不足をなんとか解消する手段の1つとして考えています。すぐに思いつくのは、先ほど富永委員もおっしゃられましたように、お医者様がそこまで出かけて行かなくてもいいという、それは確かに移動手段が節約されるので、結果的にその点はプラスになると思いますが、その他に医師不足看護師不足が解消されるという具体的にイメージできるものが、ありましたらご紹介いただきたいと思います。

木村様：今ほどのご質問に、私が経験させていただいた中で申し上げますと、医師の不足及び医療従事者の不足に関しては、人数による不足というところと、あとは時間軸による不足という2つの観点があると考えます。要はマンパワーの有効活用というところが1つポイントになると思っています。例えばですけれども、中小企業が加入している協会けんぽでは、協会けんぽ保健師さんに全国で統計を取ったところ、車で1日平均移動距離は50キロ、という移動時間のロスタイム統計が出ています。(参考 http://tokuteikenshin-hokensidou.jp/interview/001/ro_02.php) 要は本当に指導すべき人達が指導時間に専念できていない。業務の効率な時間の使い方に関しても遠隔診療が有効活用できると思います。あともう1つは人と人とのつながりという観点でご回答しますと、医師一人ひとりとの連携というよりも、医師を束ねている団体と団体の連携というものを模索できれば、そういう所も1つ解決できる仕組みが構築できるのではと考えます。以上です。

小幡委員：分かりました。そういった場合、お医者さんの移動の節約にもなるし、今おっしゃられたようにいわゆるネットワークで色々な先生に、ある病院の患者さんをネットワークで繋いで、都合のつく先生に診てもらおうということが可能になるだろうと、そういうことですか。

木村様：はい。

小幡委員：分かりました。ありがとうございました。以上です。

亀井委員長：ありがとうございました。

外山委員：ちょっと、追加で良いですか。

亀井委員長：外山委員どうぞ。

外山委員：介護医療院、田宮病院の介護医療院、僕の親父が入っていきまして、本当にきれいな所で、医療の手当をしながらということで感謝しています。それで、びっくりしたのが、最後の総事業費が9700万円しか掛かっていなくて、1床当たり150万しか掛かっていないわけです。介護療養病床からの転換でも良いですけども、非常に民間で努力されていると思っています。ちょっと聞きたいのは、看護師さんなので分からないかもしれませんが、1床当たりとといいますか、医業収支とといいますか、介護保険収支とといいますか、1人当たりひと月何万円の収益があつてですね、早い話が自己負担がどれくらいで、要するにとんとんとやっつけていけるか、つまり何を言いたいかと言いますと、介護医療院を作ると介護保険料が非常に上がるのではないかと思つていきまして、南魚沼でもこういう素晴らしいものがあればいいと思うのですけれども、その他の選択肢としては、サ高住であるとか色々ありますけれども、グループホームとか、という選択肢の中でやはりどれくらいの、実際に民間が作るのかどうか分かりませんが、やっつけていけるのかどうか。赤字になっていないのかどうかということと、どれくらいの負担でどれくらいの収益があるのか、をちょっとお聞きしたいと思つています。

五十嵐様：減額制度とか要介護度によって、介護保険の負担も1割、2割等のところで、本当に入所される方それぞれかなり入所費用は違うというのはケアマネジャーには聞いているのですが。

外山委員：実績で結構です。実績で。

五十嵐様：実績ですか。

外山委員：田宮病院が2月からスタートされて、大体60人の平均で大体1人当たり、要介護度はまあこれくらいなので30万だとかですね。実際やっつけて、これだけの人数でさっきおっしゃいましたけれども、とんとんでやっつけていけるかどうかとかですね、そういうことを聞きたいのですが。

五十嵐様：すいません、私がそこがちょっと弱い所なんですけど、1床をとりあえず1日空けておくと2万円損だと言われていきまして、昨日満床になったのですが、とにかくなるべく空けておかないで、入所のニーズがあれば入っていただいて。だから、2床空いていれば1日4万円損だ、という所で今私は調整させていただいて、ちょっと回答になってなくて申し訳ないのですが、その収益のとんとんでやっつけていける

かどうか等、その辺また後ほど。

外山委員：大体分かりました。つまり、1床埋めれば1日当たり利益は2万円弱出るという話ですよ。ですから本当にですね、病床利用率を100パーセントぐらいで運営していて、利益を出して行って、安定して運営されていて、大したものだと思います。ありがとうございました。

亀井委員長：それでは、山崎委員の方から、コメント、ご意見等ございませんでしょうか。

山崎委員：介護医療院のお話で1点だけお伺いしたいのですが、我々制度上こういう位置づけにあるんだということは総論としては分かっていますが、実際に開いてみて、やっぱり現実のニーズとして入っておられる方の状況と言いますか、本当に医療と介護の両方のサービスが必要で谷間になっている方が、恐らくそこに行くのだろうと思っていたのですが、開いてみて実際にやっぱりそのように感じておられるかどうか、そこをお伺いしたいと思います。

五十嵐様：ありがとうございます。私どもの施設の方は医療も必要で、でも医療依存度が医療療養よりは低い形になってはいますが、やっぱり特養とか老健の方もそうですが、24時間ドクターがいる訳ではないので、今開いてみて、うちのドクターがご家族に説明する時に、ご自宅にいて往診をお願いすれば、すぐ24時間以内に、まあ24時間いるので、すぐ往診してもらえるような、そんな風な施設だと思ってもらいたい、というお話をさせていただいていますし、なかなか特養では対応できない、老健も難しい、でもやっぱり私ども身体面の治療に強い施設ではないですが、常に看護師も夜勤でおりますし吸引設備も60床全部ありますので、1番特養で介護の方が困るのは吸引、ということで特養からも入所の方を受けさせていただいたり、うちの介護医療院から特養に移っていただいたり、ということも今回介護医療院になってからありました。特養などで対応に困っている吸引ですとか、医学的な管理、処置が必要な方がなかなか施設で過ごせないという方をうちがお受けするのが役割なのかなと最近非常に強く思っています。

山崎委員：参考になりました。ありがとうございました。

亀井委員長：NTTの山崎様、アイセックの木村様、田宮病院の五十嵐様、大変ありがとうございました。ここで田宮病院の五十嵐様につきましては業務のご都合があると伺っていますのでご退席されます。本日は貴重なお話をいただき大変ありがとうございました。

4. 市立病院常勤医師の皆様からのご意見聞き取りについて（15：10～15：25）

亀井委員長：それでは次の議題、市立病院常勤医師の皆様からのご意見の聞き取りについて、に入ります。7月29日に市民病院、8月4日に大和病院にて行いました、このご意見の聞き取りにつきまして現地で出席していただきました外山委員よりご説明をお願いします。

外山委員：お手元の議事録（資料4 病院常勤医師からのご意見聞き取り（南魚沼市

民病院) 参照) にしたがってご説明します。これを出張ヒアリングという形で行った趣旨というのは、この委員会も今日で5回目になりますが、市長さんの方でこの委員会のメンバーというのは、自分のところの職員をなるべく入れずにやろうということで、当初に新ゆきぐに大和病院の建設をどうするか、ということもありまして提案した方自身が委員になるというのはどうかということと、市長さんの方が全国的な客観的なものの方の見方でまずは意見を聞きたい、というのがあったわけです。ただそうは言っても核心となる両病院の事柄が話題になるにつれ、第2回で看護師さんであるとか診療放射線技師、臨床検査技師の方、それから言語聴覚士の地域医療連携室の方、第3回では宮永管理者からもご意見を聞いたわけですが、さらに現場の先生のご意見を聞くべきであろうと、亀井委員長の方からもお話がありましたので、異例な形ですがそういった趣旨から2回に分けてお話を聞いてきたわけです。行って良かったと思うわけですが、どんな意見があったかと言いますと、量が多いので掻い摘んで申し上げますと、7月29日の市民病院の方では加計院長の方からは、私が結構財政的な話をしたものですから、理論は分かったというお話がありましたけれども、委員会の進め方に対して要望をいただきまして、言葉で統合とか再編とかという話が多いので公開でやってはいるけれども、不安を感じている職員がいるということなので、いずれにしてもそういった疑心暗鬼が起こらないようなやり方での公開をお願いしたい、という意見がありました。それと医療のまちづくりというときに、後でも出てきますが、論点として核となる医療をどうするかということを中心として、周辺の保健・医療・福祉を考えていくというスタイルだったのですが、そういった道筋が示されないというか、冒頭に言わなかったために、今日は委員会設置要綱を皆様のところ配布していますが、広がりがあるということと言わなかったがために、加えて第1回は非常にインパクトのあるお話も多かったために、医療のまちづくりと言いつつ限定的に医療の問題だけだったということでご懸念されていたわけですが、第4回で交通政策の話であるとか、様々な市民の方々からのご発言を紹介していたという話をしたら、そういうことなのかということでご理解をいただいたということです。あと2ページで加計院長の方から災害医療も非常に重要なので取り組んだらどうかという話もありましたので、これは次回最後の段階で取り組めるかどうか、いずれにしても非常に立派と言いましょか、深みのあるご意見をいただいています。

それから前院長の田部井先生ですけれども、やはり委員の中にゆきぐに大和の関係者であるとか、市民病院の関係者が入っていないのは理解できないということでしたが、その理由については今ほど申し上げた形でご説明してきました。同様にまちづくりという点での話題の割には非常に医療に特化しているという話でしたが、私の方からも昨年7月頃からワーキングで宮永先生からも来ていただきましたけれども、職員の中で様々な議論をしてきているということでご理解いただいたこととか、あと借入金というのは市の借金ではなくて病院の借金だとおっしゃっていましたが、それはそうではなくて市長の名前で借金していることであり、交付税措置

されている部分とされていない部分があるということで丁寧にご説明して来ました。あと他の先生方もそうだったのですが、こういう委員会をすると、我々言う方も辛いこともあるのですけれども、赤字だと言うとあたかもがんばっていないではないかという印象を与えるかもしれませんが、決してそうではなくて今の中でじゃあどうしたらいいのか、ということで私も飛び込んで説明して来ましたが、田部井先生の4ページ辺りを見ますと、他の先生もそうですが結局140床というのは与えられた問題で、非常に経営がしにくいんですね。損益分岐点も普通であれば180床とか190床とかがやりやすいのですが、非常に困難な中でやってきているので、こういうのは一体誰が決めたのか、というようなご不満というかがあるんですね。後で病院事務部長さんにお聞きしたいのですが、今パンパンに病床利用率がなっているかというところ、コロナのせいもあるかどうか分かりませんが、病床利用率は140床でも低いのではないかといいましょか、その見込みを大雑把に、令和元年度よりもどの程度増えそうなのかという所をちょっとコメントいただきたいと思います。

6ページの方では今の市民病院が増床しにくい構図になっているので、そういうことも問題だという話もあつたりしました。

あとは整形外科の日比野先生からも活発なご意見をいただきました。詳細は読んでいただきたいと思いますが、一生懸命お1人でがんばっていらっしゃるということで、7ページ8ページで色々ご意見がありましたけれども、ややもすると基幹病院との関係の中で、もう急性期はいいのではないかとされているという誤解があつたようなので、そうではなくて今回の寄附講座も含めて循環器の急性期をやったり、ということで是非、先生の方で一生懸命ここは基幹に負けないんだというところがあれば頑張ってもらいたいということで、この委員会が基幹病院との関係の中で非常に市民病院に対して抑制的なことを言っているのではないかといい感触があつたようなので、そこについてはまったく市長さんもそういうことは考えていない、ということでご説明して来ました。

あと川井先生が10ページ以降にあります、川井先生の場合はゆきぐに大和病院にずっと勤めていらっしゃる方なので、やはり当時の199床が理想的だったけれども、こういう風に2つに分割されたということが非常にやりにくいということをおっしゃっていましたが、川井先生の場合には、実際の意見ですので言いますが、場合によっては例えばゆきぐに大和病院を統合しても、それはそれで物の1つの考え方だろうということもおっしゃっていましたが、そういった構図を所与のものとして与えられていることに対してのご不満と、基幹病院がああいう構想でありながら医師の派遣ができていないという、そういうことに対するご不満もありました。それから12ページ13ページにかけてですけれども、川井先生もやはりギリギリとシミュレーションをして、どうやったら収支が成り立っていくのかということをおっしゃるような形でやらないといけない、という点では共通だったと思います。そういった意味でお互いに言いつばなしではなくて、良くしていこうという

ことでの共通点を探すといいたいでしょうか、そういう風な形でのいいお話ができたと思っています。

あと 15 ページ以降の須田先生は、ゆきぐに大和病院が持っていた精神や理念ですね、そういったことを絶やさずに是非やって欲しいということを強くおっしゃっていました。

大体の意見を聞きましたが、その他にドクター以外にも臨床検査技師の方がいらして、17 ページの辺りでしょうか、指定管理になった場合に雇用の問題で非常に不安だという話がありまして、これは今回のヒアリングと無関係な話ではありますが、それに対しては今現在は指定管理だとかどうこう言う以前の話で、公営企業会計としての基盤をどうするのか、その上でスケールメリットをやったらどうなるのか、という話がありますけれども、まだそういうレベルの話ではありません、という話をしてきました。

今回議事録のような形にしましたが、川井先生の方からも自分たちの考えていることを市民によく知ってもらいたい、ということもありましたので最初は要点だけにしようと思いましたが、亀井委員長と相談してこういう形にしました。

(資料 5 病院常勤医師からのご意見聞き取り (ゆきぐに大和病院) 参照) 次は 1 枚裏表紙です。8 月 4 日に大和病院に行ってきました、ここでまだ決まっていますが、大和病院については今のところの方向性としては、新ゆきぐに大和病院を作るのではなく、市民病院に統合でもなく、やはり財政的な面で今あるものをフル活用という観点で改修、大規模改修という言葉がいいかは別ですが、そういう風なことの方向性についてご意見を伺ってきました。松島先生の方からは 45 床のうちの 21 床を地域包括ケア入院料管理料で使っているのですけれども、それをできる限り拡大していきたいけれども、その中で長期入院で家に帰れない方々がいらっしゃるということで、その辺りは上村看護次長さんも言っていましたけれども、その辺をどうするのかということや、書いてないかもしれませんが訪問診療を 70 人やっているけどこれを 100 人まで増やしていきたいということで、あの辺りは萌気園診療所、黒岩先生のところしかないものですから、一次医療という点でご心配をされてきました。私が行きましてつぶさに見させていただきまして、今後増改修をするにせよ、その検討がストップしていますので、そういうことも話し合いました。それから最後の方に書いてありますけれども事実ですので言いますが、松島先生の方から大和が存続するとなった場合でも指定管理は可能かということをおっしゃったので、可能か不可能かと言われれば可能ではあるけれども、今は先ほどの市民病院でも答えたように、そういうレベルの話ではなく、相当な赤字だったらどこでも受けないので、そういう経営改善の方が先決ですね、というお話をしてきました。以上です。

亀井委員長：ありがとうございます。それでは病院事務部長からお話をお願いします。

事務局：外山委員からのご質問のありました、現在の病床利用率などについての直近の数字をお伝えします。直近の数字、今年の 7 月の病床利用率は 66.1 パーセン

トが速報値で出ています。昨年の同月では 80 パーセントでしたので 13.9 パーセントのマイナスという数字が出ています。これが入院の方になります。また参考までに外来の方ですが、これも今年の 7 月と昨年の 7 月を比較しますと 87.1 パーセントまで前年同月比が落ちています。数字で言いますと今年 7 月が外来 9365、昨年が 10754 ですので、外来も非常に落ち込んでいるという数字が出ています。この辺りの数字の内容について低下の理由ですが、手術につきまして入院の方になりますが、日本医師会あるいは各学会から、コロナの関係で手術の延期の要請がありました。また病院の方でもそれらに使用する医療資材、こういったものが欠乏しはじめているということがありまして、先生方のご判断によりまして予定されている手術を当面延期したという事実があります。そういったことで入院の方が落ち込んでいる、当然外来の方から入院に回る患者さん、そういった影響もあろうかと思えます。外来の方の要因として考えられるのは、患者さんがどこの医療機関もそうですがコロナの関係で受診控えといったものがあるという風に予想しています。さらにはドクターの方では予約の間隔に影響を考慮して開けたと、次の予約までの間隔を開けているということも 1 つの要因ではないかと思えます。また市民病院では電話再診による処方箋の交付も行っておりまして、その数は少ないのですがそういったことも要因の 1 つではないかととらえています。またもう 1 点の令和 2 年度の決算の見込み、なかなか数字的には難しいところがありますが、直近の 6 月分の決算があがってきていましてその数字を見ますと昨年の 6 月に比して 85 パーセントまで診療の収入が落ち込んでいます。そういったものを元に色々と試算をしてみるところですが、新型コロナの影響がいつまで続くのか、あるいは支出のマイナスの割合がどのくらいになるのか、そういったものにもよりますが、140 床という病院で固定費は等しく掛かります、人件費などですね。そういったことも鑑みますとざっとではありますマイナスで 2 億程は落ちるのではないかと、あるいは 2 億 5000 万ほど落ちるのではないかと今現在の見込みがあります。先ほど入院の数字あるいは外来の数字でもお話ししましたが、8 月になりまして少しずつですが回復傾向というような数字も見えてきています。それが昨年度並みの数字に早めに戻ることがあれば、先ほど言った決算見込みの数字も改善の見込みもあるかと思えますが、これはどういう風にぶれるのかは予想がつかないところでありまして、ざっとですが以上です。

亀井委員長：ありがとうございました。

5. 城内診療所について（15：25～15：48）

亀井委員長：それでは次の議題に移ります。議題 5、城内診療所について、に入りたいと思います。委員会の大きなテーマでは、市立病院群の今後の在り方について、ということでこれは城内診療所も含んでいます。市民病院や大和病院につきまして、今まで多くの議論や説明をいただいたところですが、城内診療所につきましては情報が少ないことから、ここで事務局より説明をいただきたいと思えます。よろしくお願ひします。

事務局：城内診療所の現状についてご説明します。今ほど委員長の方からもお話がありました。城内診療所はこの度の検討委員会で市立病院として括った時には2つの病院と1つの診療所として、今後の在り方を検討していただくこととなりますが、今まで議論の場にあがって来ませんでしたので、診療所のこれまでの成り立ちと決算状況等についてご説明したいと思います。

資料の2ページ目になりますが、これは3月の第1回検討委員会の中で市内の医療機関の現状について説明したものです。過去5年間の医療機関の変化がこちらの表になります。基幹病院、市民病院の建設により医療再編が進められ、平成29年度からこれまでに、6つの医療機関が閉院し2つの医療機関が開院している状況であります。閉院した診療所の多くが、先生の高齢化によるものが理由の主なものとなっております。

3ページ目ですが、おさらいということになります。医療再編による市立病院群の再編状況になります。ゆきぐに大和病院199床が45床と140床の2つに病院に分かれたこと、市立の城内診療所と中之島診療所、これが直営と指定管理の診療所として継続して運営されているという状況になります。

こちら4ページ目が医療機関等の市内への分布のマップになります。細かくて見にくいところがありますが、介護施設等も含めた中でマップを作っています。青の丸の数字が医療機関、病院ですとか診療所の分布になります。城内診療所はこの16番の位置になります。昔は旧村単位に1つの診療所、身近なかかりつけ医的なものありましたが、現在はこういった状況でそれぞれの旧町の市街地近辺に集中していることが見て取れます。地図で見ますと城内診療所とゆきぐに大和病院、この間のエリアが非常に大きな空白区間という形で見えている、ということが見て取れます。

次に5ページ6ページに城内診療所の歩み、これまでの成り立ちについて簡単にまとめてあります。昭和20年に城内医務室の開設から始まり、昭和21年に村立の25床の城内病院として開設されました。昭和53年に現在の位置に改築移転を行い、この頃は年間分娩件数が400件を超える状況ということで、非常に地域の中になくなくてはならない病院としての存在感がありました。その後ここにあるように色々な経過をたどりましたが、平成21年には城内病院を廃止し、19床の城内診療所として再スタートしました。平成22年にはゆきぐに大和病院とともに地方公営企業法の全部適用となり、病院事業管理者のもとでの運営体制に変更しました。しかしながら1年で公営企業会計から切り離して運営体制を見直すこととし、特別会計を設置しています。5行ほど下になりますが平成27年度から原則無床診療所となり、診療収入は大幅に減となりましたが、経費の削減によりまして一般会計からの繰入金は55パーセントの削減をすることができました。その後無床診療所として運営を続けていますが外来患者数が述べ1万人を下回るようになりまして、令和元年度には7000人程となっております。

7ページになります。城内診療所の決算状況になりますが平成27年から無床診療所になってからのものになります。平成28年度以降は経常収入の内訳としまして、水

色とグレーの棒グラフですが、一般会計からの繰入金の割合が45～43パーセントと
いった非常に高い率で推移している状況になります。

8ページになります。こちらが決算状況を数字で示したものになります。平成28年
度以降は外来患者数が8000人から7000人前後となりまして厳しい経営状況となっ
ているところです。最も大きな要因としましては、所長先生が週3.5日の勤務、残
りは非常勤の3人の先生で回すという常勤医体制が取れていないこと、それにより
まして訪問診療などのサービスも行えないことが考えられます。地域の高齢者に対
するケアという面で手薄なところがあるということは問題になっているのか、と考
えているところです。市立病院群としまして、今後の城内診療所の在り方を考える
時には、民間の診療所がない空白エリアであることから、2つの市立病院との連携の
中で在宅医療、身近なかかりつけ医の役割を担っていかなければならない、と考
えています。また市全体で考えたとき、新たな交通体系ですとか自治組織の活性化な
どによりまして地域包括ケアの取組みの中で、城内診療所の在り方についての検討
がさらに進んでいくものと考えているところです。1番下のところに令和元年度の
決算の最新の数値を示していますが、外来患者数が7077人になっています。歳入が
1億580万ほど、一般会計からの繰入が4700万、歳出の決算が9379万となってい
ます。実質的な繰入額は3498万円というような状況になっています。以上が城内診
療所の状況についての説明になります。

亀井委員長：ありがとうございます。委員の皆様から何かコメントやご質問はあ
りませんか。外山委員お願いします。

外山委員：城内診療所は確か終戦直後にできており、日本の医療の歴史そのままに
努力されてきたし、町村合併の歴史のままに努力されてきたので、大変な努力をそ
の都度その都度、リハビリをしたりCTを入れたり、それは大変なものであったと思
います。私はお聞きしていて、城内診療所から市民病院というのは車で15分くらい
でしょうか、外来の患者さんが30人くらいでしょうか、そうしますと先ほど交通体
系というお話もありましたけれども、むしろドア to ドアというか、オンデマンドと
いうかで、もっと市民病院を受診できるような形のスペシャルな地域全体の交通網
と言いましょうか、交通弱者がいる地域というのはよくやっているんですよね、そ
ういった交通サービスを。それは陸運局や他のバス会社と張り合っははいけませ
んが、そういうサービスを徹底することによって、せっかくできている市民病院のサ
ービスの方に引き付けるというか、そっちで受診してもらった方がよっぽどいいの
かという気がします。それは政治判断かもしれませんが。それからそこにいらっし
やる先生の中で所長先生もいらっしゃるけれども、人気のある先生もいるという風
に聞いています。そういう人達につきましては、どういう先生が人気があるのかは
分かりませんが、今医師不足なのでぜひ市民病院の方に来てもらって、その外来で
受診してもらった方がよほどいいのではないかと。何かあったらすぐ入院もできま
すし、そういう気がしています。まあ個人的な意見ですが。

亀井委員長：ありがとうございます。他いかがでしょうか。富永委員いかがですか。

富永委員：市民病院のドクターの意見を聞く資料を見ていて、川井先生の意見のところに、当初ゆきぐに大和病院とか城内診療所はなくすというような、市長がそういう意見だったということが出ていましたけれども、そういう話は私も色々聞いてはおりました。今患者さんを紹介するのに、市民病院と基幹病院とで、ほぼ9割位を占めています。あとは斎藤記念病院とかがありますけれども、市民病院も基幹病院も非常に患者さんに対して温かくて、9割9分は受けていただいています。市民病院の田部井先生などに言わせると、とにかく医者が足りない、外来も目いっぱいということで、今外山委員が言われたように、城内の方たちを市民病院に何とか行ってもらって、診療を受けてもらう方がいいのではないかというお話しがありましたけれども、医者が足りないということで人気のある先生がどなたか分かりませんが、その先生が市民病院の方に行って外来に行くというのは1つの手段ではないかと思います。なかなかすぐ城内をやめてしまうのですとか、ゆきぐに大和をやめてしまうという話は難しいとは思いますが、中之島診療所の現場から見ていると大和の先生方にも循環器等でお世話になっていますし、患者さんにとっても松島先生に見ていただきたいということもあります。ただそれがゆきぐに大和病院の場所が今現在のところでのいいのか、それとも市民病院のところを広げて、そちらで全部やった方がいいのか、というのはこれからの議論のあるところだと思いますので、またそれは考えていただきたいと思います。

亀井委員長：ありがとうございました。市長がお話しがあるということなのでお願いします。

林市長：すいません、私が発言してはいけないのですが1点だけ。今富永委員からお話しがあって、私も市民病院でのやりとりの議事録を見ていて、やっぱり違うように伝わっているんだなと思います。私は大和病院をやめるとか、なくすとか、統合させようとか、しようとか、城内診療所のこととか、言及したことは1度もありません。しかしそれがそういう風に伝わってしまっているんだなということが不思議でなりません。そういうこと全体を一体どうするべきか、ということの議論を始めたということに、皆様から思いを持っていただきたいです。市長職としてこのままでいいのかということとは当然ありますけれども、しかしながら私の方から公にきちんとしてそういうことを言ったということは過去1度もありませんので、これは川井先生にもいずれかにお会いしたら、誤解ですよという話はしなければいけないと思います。それはそれでいいのですが、こういう公式なテーブルになって、やっとなんかということが初めて、私の見解も私の不安も含めてやっとなんかテーブルに乗った、ということの表れだという風によく理解していますが、そこだけは委員からも是非そう思っていたいただきたいと思います。他の皆様にもそういうことが伝わるように願っています。

富永委員：わかりました。ありがとうございます。

亀井委員長：小幡委員いかがでしょうか。

小幡委員：特にありません。

亀井委員長：山崎委員からご意見コメント等はありませんでしょうか。

山崎委員：城内診療所というところでは特にありません。

亀井委員長：ありがとうございます。それでは議事を進めていきたいと思えます。

6. 骨子の検討について（15：48～16：30）

亀井委員長：次は議題の6、骨子の検討についてに入りたいと思えます。委員会での論点整理から骨子案を作成しました。まず事務局より全文を読み上げていただき、内容を把握していただいた上で、検討いただきたいポイントについて委員の皆様の意見を聞きながら検討していきたいと思えます。それでは事務局より全文の読み上げをお願いします。

事務局：事務局より医療のまちづくり検討委員会提言（骨子案）を読み上げます。

（資料7 提言骨子案 資料8 論点整理 参照）

第1 基本的な考え方

- ✓ 我々が言う医療のまちづくりとは、地方の千床を越すような大病院が地域における雇用も産むなど経済波及効果を及ぼしている状態を念頭に置いているのではない。
- ✓ また、魚沼基幹病院を中心にした言わば城下町的な色彩の医療のまちづくりでもない。
- ✓ かつてゆきぐに大和病院はその理念と施策により、全国の模範となり、地域住民は昔から医師を大切にし、逆に病院側も住民を主人公にした地域包括医療体制の構築に努力をしてきた。
- ✓ このような歴史を有する南魚沼市であるが、関係者の努力にも係わらず近年の医師の研修制度の変更や専門医制度の創設もあって、医師確保の困難性は更に顕著になり、この間、魚沼基幹病院は出来たが、それでも魚沼圏域は日本一の医師少数県である新潟県の中で最も少ない医療圏になってしまっている。
- ✓ 加えて、市内の開業医の高齢化や診療所の廃止も大幅に進み、このままでは一次的な医療の確保も危ぶまれる事態に陥ってきており、市立病院の職員のみならず、市民にとっても大きな不安にまでなっている。
- ✓ 一方、市立病院の医師をはじめとした職員は魚沼の医療再編後においても、市民に良質な医療を提供すべく全力を傾注してきており、まずは、その努力を多としたい。
- ✓ しかしながら、そのような職員の努力にも関わらず、常勤医師不足も相まって一般会計からの多額の繰入金に慢性的に依存してきており、南魚沼市の厳しい財政状況においてその額はもはや限界に達しているものと思われる。
- ✓ そこで、まず、南魚沼市の持っている有利な立ち位置である東京からの新幹線などの地政学的な点と多くの医療人と連携関係を有するという先人の努力の成果を踏まえつつ、効果的な医師確保手法と安定した医療の提供体制の新たな構築を急ぐべきである。

- ✓ また、老朽化の進んだゆきぐに大和病院の今後の取り扱いと市民病院の収益アップとコストカットによる経営改善といった言わば、公営企業である病院事業の再建を急ぐとともに、城内診療所の在り方なども再検討し、各方面からの力を結集して南魚沼市 5.6 万人への持続的な医療提供体制を打ち立てる時期に至っている。一方、フリーアクセスの我が国の医療体制にあって、疾病によっては、市民は東京の大病院を受診する場合もあると思われるが、多くの市民にとって、まずは、市立病院群への受診とその後は大多数の場合が自己完結的に加療が終了し、場合によっては、その後、魚沼基幹病院や診療所との連携の中で安心して必要な医療・介護が継続されることが期待されている。言わば、市立病院を中心にした地域包括ケア体制の構築が求められている。
- ✓ そして、その医療による市民の安全、安心を確保した上で、既に地域の財産としてある様々な地区組織や厚みのあるボランティア活動、伝統ある文化、温泉などの観光、南魚沼市特有の地域の枠組みなどの体制を医療体制と双極的に（並んで）位置づけ、両者を活発に結びつける新たな交通体系の創出や地域づくり協議会などの拠点を中心とした市民の自助、互助の新たな体制づくりを目指すことができれば、静かだが、着実に温かみのある、南魚沼市らしい医療のまちづくりと言えるのではないか？
- ✓ そういった市民の各方面からの参画型の医療（広い意味で介護も含む）のまちづくりを目指すものである。

第2 課題と今後の方向性

実際の市民への医療の提供は、関係各法に基づいて行われているが、制度が複雑であり、ビジネスモデルも置かれている環境によって多様であることから、これまで関係者による権限と責任がややもすると曖昧であったのではないかと思われる。

例えば、患者への医療サービスの提供は主治医とともに、医療法の管理者である各病院長に責任があり、病院の経営、運営責任は地方公営企業である南魚沼市病院事業の管理者の責任である。そして医療法上の開設、病床許可申請や健康保険法上の診療報酬請求の基盤となる病床区分などの施設基準の届け出などの構造的措置、そして企業債の発行を含めた最終的な財政措置、更には医療政策の決定などは開設者である市長に責任がある。これらがややもすると混同されてきたのではないのか。

即ち医療法の管理者は契約している患者を目の前にして日々即決即断の対応や月の単位での施設基準の届出案の策定など前線の指揮官としての対応が求められるし、地方自治法の特別法的な色彩の強い地方公営企業法の管理者は、収支の改善を図るため、各種契約の変更など、テンポの速い改革が求められるが、地方公営企業の場合、往々にしてこれらの権限行使が曖昧で結果として責任の所在も不明確な場合が多いと言われている。

したがって、以下に述べる提言案も三者が緊密に話し合っ連携しその実現を図るべきである。

1. 医師確保について

- ✓ これまでの常勤医の確保策として所謂一本釣りは、効果のある場合もあるが、結果として市民病院群の医師数は長期減少傾向にあった。
- ✓ そこで、市長部局では、医療政策として、診療は市民病院で研究は大学の講座として行うと言う「寄付講座」を企画した。
- ✓ 10月1日からスタートする「南魚沼地域医療学講座（自治医科大学医学部総合医学1）」で特命教授（発令は11月1日の予想）1名と特命助教1名（発令は10月1日）の2名が診療現場は市民病院、研究は自治医科大学といった新たな構図が出来上がる。自治医科大学との関係が更に強化されることになり、構造的な医師確保の第1歩ができた。
- ✓ 今後、同寄付講座の陣容を拡大するとともに、必要に応じ新たな寄付講座の開設を目指してはどうか？（P）
- ✓ 特別連携施設としての専攻医の確保については、自治医科大学のみならず、新たに、全国的に人気があって競争力のある研修基幹施設とのタイアップを図り、寄付講座と相まって、若手の医師の常勤の拡大を図ってはどうか？
- ✓ 自治医科大学卒業医や地域枠についても、上記研修体制の整備を示しつつ新潟県と協力して市立病院が地域医療展開の研修拠点としての性格を位置付ける中で、その実現を図ってはどうか？
- ✓ 特に、県立病院の再編の中で、へき地の県立病院がダウンサイジングされた場合、一定程度の自治医大卒医が出てくるが、県以外への派遣のモデルとして南魚沼市を位置付けられないか、新潟県に要望したい。
- ✓ また、これまで、できるだけ細分化された分野でも市民に専門的な医療を提供したいという思いから、積極的に支援をお願いしていた外来の非常勤医師（107名）については、赤字の一つの原因でもあることから、その必要性について個別に検討を行いつつ、できるだけ常勤医の増で対応すべきである。その中でも自治体にとって赤字でも政策的に必要な科に取り扱いについては政治判断も必要になるものと思われる。
- ✓ 医師確保の中でも、総合医の確保は非常勤医師の削減に合わせ、重要である。
- ✓ 専門的な分野で特色を出して多くの患者さんが来て、非常勤医師を減らし常勤医市を確保する観点からも市民病院のセンター化が必要ではないか。
- ✓ 自分の専門分野でなくとも在宅医療など地域の課題へ関心を持って取組む医師が必要でないか？（P）
- ✓ 医師以外の看護師やリハ職が活躍する非医師化、特定看護師の養成、医療クラークの活用、IOT化などにより医師不足の解消ができるのではないか。

2. 市立病院群の経営の改善と安定化について

（1）病院事業会計が置かれている財政状況

- ✓ 公営企業である病院事業の運営の基本は利用料金（診療報酬）とへき地医療など繰入基準の交付税措置分のみである。
- ✓ 医師は、患者の立場に立ってできるだけ良い医療を行いたいし、より良い医療施設、機器での診療を望むことは当然である。一方、管理者は公益性と企業性の相克の中で、経営全体の妥当性を追求しなければならない。これはどちらが正しいとか言うことではなしに、互いに尊敬しつつも、地域医療サービスの追求と言う同じ基本理念に立った上で、両者は常に健全なる緊張関係が求められる。大きな選択の場合は、徹底的な話し合いが必要である。
- ✓ 既に、実践されていると思われるが、年間の事業目標を全職員が共有して、毎月の月次決算、翌月の収支予測、収支分析を通じ、患者数や病床利用率、平均在院日数、初診割合などのKPI（Key Performance Indicator：重要経営指標）の変化、またDPCをやっているならば、医療圏内におけるシェア割合、診療科別稼働状況などを踏まえ、全員で看護やその他のパラメディカル、事務部門などそれぞれが各自の持ち場の評価を行い、足らざるところは縦割りではなく互いに調整、融通しあって皆が共通の目標に向かって努力する。また、PLAN-DO-SEEのサイクルを確認し、批判は行いつつも、互いを承認し、小さくとも、全職種で達成感を共有することが組織としてのエネルギーを生んでゆく。
- ✓ 一方、南魚沼市の一般会計予算が300億円、市税が70億円の規模で病院事業を開始した南魚沼市が生まれた平成16年から令和元年度までの15年間に一般会計からの繰入金は実に約115億円に及ぶ。市の実質公債費負担割合は県下最低で、全国1741市区町村のうち下から40位である。
- ✓ 市の財政調整基金は約19億円しかなく、病院事業会計には、令和元年度で約9億円が一般会計から繰入がなされ、このうち基準外の繰入は約5億円である。
- ✓ なお、令和元年度は、ふるさと納税の果実の約半分の2.5億円が臨時の措置として繰入金に投入されたようであるが、令和2年度は、同じ手は難しいものと思われる。
- ✓ 更に病院事業の企業債未償還残高は令和元年度末で50億円以上に及ぶ。
- ✓ 病院経営を赤字構造から脱却させ、安定した経営基盤を作ることが必要である。
- ✓ 病院事業を運営するには、このような市財政の現状や将来見通し、現在の病院事業会計の一般会計からの多額の基準外繰入状況、今後の企業債の償還を考慮し、例えば10年間の収支計画を立て、市長部局にも「公営」の観点からはギリギリの繰入を要求しつつも、「企業」の観点から、民間の病院と同じように、経常収支ではなく、医業(事業)収支から経営を判断するのが本来の姿である。

(2) ゆきぐに大和病院の在り方

- ✓ そういった観点に立った時、数十億円かかる大和病院の増床新築は現実的でないと思われる。また、南魚沼市としては、一定の規模化を図ると言う観点からも市民病院への集約化が本来の優先的な政策論ではあるが、ゆきぐに大和病院を市民病院への移設・統合することは、これも市民病院に新棟を新設

することになり、交付税措置を考慮したとしても新たな企業債の発行は現実的ではないのではないのか？ (P)

- ✓ 統合、大規模な増改築、新たな病棟整備などには多額の費用がかかるため、今ある医療資源をフルに活用した南魚沼市らしい「地域包括ケア」を目指すことが必要である。
- ✓ 病院群と言う発想を変えて、ゆきぐに大和病院、南魚沼市民病院を全体として「一つの病院」として、またゆきぐに大和病院の有していた理念を南魚沼全体に拡大するとともに、機能も「職員の心」も一体となって新オールミナミウオヌマとして新たな南魚沼市の医療を実現していくことが必要である。
- ✓ したがって、45床と140床といった小規模分散の経営上の弊害を打開するため、ゆきぐに大和病院と市民病院の連携を今以上に強化し、市民病院は急性期の強化、ゆきぐに大和病院は回復期機能の拡大を図り、全体として実質的に一つの病院として運用するとともに、魚沼基幹病院や周辺医療機関等との紹介、逆紹介を更に進めるべきではないか？ (P)
- ✓ 今ある資源を有効に活用すると言う観点から、新潟県との約束であるゆきぐに大和病院の南棟などを解体し、駐車場にするとともに、合わせて必要な施設改修を行ってはどうか？ (P)
- ✓ 多地域から利用者と呼ぶことで赤字部分の補填を行うことができる検診施設（健友館）を維持していくことが必要ではないか。
- ✓ この際、ゆきぐに大和病院の南棟の解体、北棟、健友館の大規模改修は、言わば魚沼の医療再編の延長線上にあることから、県の基金である地域医療介護総合確保基金の活用を要請すべきである。
- ✓ 大和地域には、ゆきぐに大和病院と萌気園浦佐診療所しかないことなどから、同診療所と連携しながら在宅を支援することとし、当面、現在ある地域包括ケア入院医療管理料のベッドの割合を段階的に増やしてはどうか？
- ✓ 介護医療院も政策的に必要な施設ではあるが、介護保険料や自己負担を考えた時、サービス付き高齢者住宅や看護小規模多機能などの選択肢も併せて検討すべきであり、これらは開設者を市長とすることは要らないものと思われる。(P)
- ✓ 市立病院群の中では、ゆきぐに大和病院がより回復期の機能を持つような位置付けが可能かどうか、改修の規模や採算性も考慮した検討が必要ではないのか？

(3) 市民病院の在り方

- ✓ 市立病院群の経営の改善と安定化については、1. で述べた医師確保が前提である。
- ✓ 市民病院の25の診療科については、万遍なく行うのではなく、魚沼基幹病院との役割分担も踏まえつつ、尖りある急性期病院として、市民ニーズがあり、

かつ先生方が得意な分野についてはそれを伸ばすため、医師にも喜んでもらうようにモチベーションを大いに高める施策を検討し、早急に実施に移すべきである。

- ✓ 例えば、自治医科大学の寄付講座の特命教授候補は循環器科の専門家であるが、他との競争や市民への安心感を考え、できるだけ早く関係医療機関にその循環器科の標榜と診療開始のご案内を行って病病連携を推進するとともに、市報やFM ゆきぐになどを通じ市民に繰り返しそういった新しい動向を周知すべきである。その結果、市民に評判になり、患者が患者を連れて来るパターンが大きくなることを期待したい。
- ✓ 市民病院には立派な手術室が3室、更には心カテ室まで整備されている。これを更に活用していく必要がある。
- ✓ 全国的にコロナ渦において、患者の受診抑制が起こり、魅力的な病院とそうでない病院との差が拡大していく中で、上記の尖りある急性期の分野の「名声」、「評判」、「口コミ」が極めて重要であり、魚沼基幹病院を補完するとともに、湯沢、十日町、津南、小出（魚沼市）、分野によっては長岡までも含め、関係医療機関からの積極的な患者紹介を受けるような、地域連携機能と医療関係者、市民、県民に対する戦略的なPRが必要である。
- ✓ 全国の殆どの病院がDPCを採用している中であって、市立病院はDPCを採用せず、出来高で診療報酬を請求して来ている。診療報酬請求上、DPCが明らかに有利であるだけでなく、今日の医療圏における経営分析と戦略の立案には欠かせない手法である。現在、国は新たなDPC採用への参画には大変抑制的であり門戸も狭くなってきている。今から準備しても残念ながら開始は2024年度になるが、早急に取り掛かるべきである。
- ✓ 市民病院は3病棟、140床と経営上難しい病床数ではあるが、院内の運営としては、そのうちの1病棟を回復期リハビリテーション病棟とし、他の2病棟をDPCの急性期病棟として整形外科や外科、内科の病床利用率を高めるとともに、平均在院日数を短縮し、急性期を脱した後は、一定程度の患者が回復期リハビリテーション病棟へ転棟し、安心して在宅や社会復帰を目指す所謂「ケアミックス」を推進すべきではないか？(P)。
- ✓ 現在の診療報酬体系では、地域の多くの病院でこうした体制が実践されている。
- ✓ この場合、回復期リハビリテーション病棟は市民病院内のポストアキュートとしての対応もあるが、圏域内唯一の病棟であることから、魚沼基幹病院や十日町病院からの紹介（転院）や一部、在宅の脳卒中やフレールなどのサブアキュートの患者も見込める。魚沼圏域全体に与えるインパクトも大きいのではないのか？(P)
- ✓ 経営の改善のために、特に市民病院は診療報酬の請求パターンを変え、取れる報酬を確実に取るためにDPCを取得するとともに、現行の国に届けている施設

基準とそして適応している算定要件をすべて再チェックして、特に施設基準については毎月評価し変更や新規の届け出を行うべきである。

- ✓ また、材料費比率や経費比率、委託費比率などが、黒字病院に比べ、極めて高く、医薬品や診療材料の契約の見直し、高額医療機器の保守契約の変更、他の医療機関（グループ）との共同購入の検討などに着手すべきである。

(4) 城内診療所 (P)

(5) その他

平成 27 年 3 月の新公立病院ガイドラインでは「地方公営企業法の全部適用によって初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の見直しに直ちに取り組むこと」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る。市でも、現在の地方公営企業としての病院事業の改善に全力を尽くすべきものの、安定した医師確保やスケールメリットの追求など指定管理者制度の適応についても排除せず、真剣に検討すべきである。(P)

3. 在宅・介護

- ✓ 2025 年の地域医療構想の必要病床数では、魚沼医療圏全体で 1 日当たり 2,000 人以上の在宅が見込まれているが、大和だけでなく六日町、塩沢と実際の在宅医療のニーズは行政的には把握されていない。
- ✓ 在宅療養にむけて退院を促進させるための仕組みが必要ではないか。
- ✓ 南魚沼市民が東京都民よりも青い畳の上で死ねないということはショッキングな現実である。
- ✓ まず、介護施設入所者を市外施設へ出さないようにする必要があるのではないか。この地に生きてそして逝く（看取る）ときは他県ではなくせめて故郷、南魚沼の山河と関係者に包まれて送りたい。（南魚沼地域完結型医療体制）
- ✓ 自分の専門分野でなくとも在宅医療など地域の課題へ関心を持って取り組む医師が必要でないか（再掲）。

4. 遠隔医療の確保（第 5 回目のご意見を中心に記述）

- ✓ 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。
- ✓ 遠隔診療、遠隔医療により訪問看護などの在宅医療について補うことはできないか。

5. 医療介護の人材確保

- ✓ 医療だけでなく、介護人材も圧倒的に足りない。
- ✓ 医師の包括的指示で医行為を行うことができる特定看護師を計画的に養成してはどうか。(P)

6. まちづくり

- ✓ 市長には地域づくり推進協議会などに検討委員会の話題を提供していただきたい。
- ✓ バスはバス停でしか乗車ができないため、高齢者の交通手段（取分け医療機関への受診）としてドア to ドアのサービスを確保する必要があるのではないかな。
- ✓ 市民バスは「塩沢・六日町⇄大和・基幹病院」「大和⇄南魚沼市民病院」などの地域をまたいだ医療機関への乗継環境の整備が必要ではないかな。
- ✓ 公共交通機関のサービスを補うという形でボランティアによる送迎を検討する必要があるのではないかな。
- ✓ 路線バス・市民バスを交通弱者、買い物弱者のためにオンデマンド交通などへの方向転換をするなど利用者の目線に立った改革が必要ではないかな。
- ✓ 新型コロナウイルスの影響もあり過密ではない地方の魅力が注目される中で、温泉療養、自然、食など幅広い地域の宝を活用した医療のまちづくりを考えることが必要ではないかな。
- ✓ 特に 13 の温泉による温泉療養などのまちづくりは観光にも重要である。
- ✓ 魅力的な地域になることで、住民、観光客のみならず、勤務する医師を呼ぶことについても重要となるのではないかな。
- ✓ ボランティア活動など地域を支える核として地域づくり協議会が重要ではないかな。
- ✓ ボランティアに参加する男性を増やすには何が必要かな。
- ✓ 少ない医者に負担をかけない方法として、地域では保健課の保健師の地区活動など、予防医療に力を入れる必要があるのではないかな。
- ✓ 筋力づくり教室を現在の 110 か所から 200 か所に増やす必要があるのではないかな。
- ✓ 体操を習うことだけが介護予防ではなく、元気なうちから体操を教えることも介護予防になり、地域で活躍の場ができ生き生きとした生活ができることを周知していく必要があるのではないかな。

第3 推進体制の整備

- ✓ 医療のまちづくり検討委員会は第3 者的な観点からの提言だが、これを具体的に事業として推進していくのは市長部局であり現場の病院である。
- ✓ そして、市民病院の経営一つとっても、令和2年度は、過去最大の赤字が予想されており、診療報酬は実際の診療行為から2か月後であることなどから、下半期は直ちに打てる手は全て打つなど、緊急対応事項と医師確保のように1年以上前から必要な手を打たなければならない事項、更には予算編成や財政計画、更には必要な条例改正など中長期的な事項など、実務的な検討を時間軸の

中で位置づけて行う必要がある。

- ✓ その為、市長部局、病院の両者からなる推進のタスクフォースを設置してはどうか。(P)

- ✓ 重点的な課題は、

1. 医療体制の整備 ①ゆきぐに大和病院の大規模改修と②市民病院の経営改善 ③城内診療所の在り方
2. 関連するまちづくりではないか。(P)

以上になります。

亀井委員長：ありがとうございます。それではこれからこの骨子について委員の皆様からご意見等をいただきたいと思います。特に太字で下線が引いてあるところが、これまでの議論でポイントになるところではないかということで、見やすいように表記されていると思います。それでは外山委員からご意見をお願いできますでしょうか。

外山委員：時間がないので、いくつか線が引いてあるところがあるようですけども、先ほど市民病院、大和病院に行って先生方のご意見を聞いてきた中で、1つのポイントとしては4ページ目のゆきぐに大和病院の改修という選択の問題と、6ページ目の市民病院の改革の方向性は先生方は皆そう思っていましたので、こういう病棟とかは問題ないと思いますが、全編を通じて少し足りないのは、今日富永委員が来ていらっしゃるんですが、一次医療の議論がちょっと足りなかったのではないかと思います。その辺りはおそらく医師会の方でも在宅の支援の事業をされていて、市民病院が事務局になっているのでしょうか。そういう市民病院としての一次医療への関わり方のようなことも、今は根っこがあるわけなので、その辺も紹介してもらいたいです。普通の市立病院というのは二次医療的な外来と入院だけでいいですけども、この南魚沼の特色を考えたときに、今日の城内診療所の説明の中でも診療所の数が大幅に減という話でした。大和の一次医療というのは結構議論がされてきたのですが、六日町、塩沢と今後のことを考えたときに、その辺の論点が足りないのではないかと思います。

亀井委員長：ありがとうございます。富永委員いかがでしょうか。

富永委員：今の外山委員のお話しにあった一次医療ということで、現場で仕事をしている者として、一次医療に携わっているわけですが、市民病院の先生方、大和病院の先生方もやはり現場に出て、普通の病院の二次医療だけではなくて患者さんのところに往診なりに行って、地域の住民の方との接触を大事にされています。それは私たちも見習わなければならないことで、患者さんの立場に立って医療を進めて

いくということが一番ですので、それを医師会としても実践していけるように。後は内科以外の先生となりますと往診とか非常に難しく、なかなかやっていただけない方もいますが、例えば骨折したとか、動けないと言った場合に少しでも患者さんの家に行って診てみる、というようなことができればと思いますので、そういったことは提案してみたいと思います。

亀井委員長：病院事務部長から一次医療への関わりについて、説明をお願いします。

事務局：通常の外来以外についてですが、先ほど少しお話がありました「南魚沼市地域在宅医療推進センター」といまして群市医師会の方から委託を受け、市民病院の側からすれば受託になりますが、市民病院内にこの推進センターがあります。在宅医療の推進の事業のコーディネーターですとか、在宅、介護関係の機関とのスムーズな連携といったことで携わっています。患者さんや病院スタッフからもそういった相談も受けている、という部門が市民病院内にあります。さらにこれほどこの医療機関にもあるかもしれませんが「地域医療連携室」、こちらで介護福祉あるいは行政等関係機関との連絡、訪問看護ステーションや介護サービス事業所との連携を行っています。さらには11名のスタッフからなります「訪問看護ステーション」がありまして、これは機能強化型訪問看護ステーションということになっていて、在宅で療養している方を訪問しまして、看護やリハビリを提供しています。利用するには主治医の先生方の訪問看護指示書というものが必須ですが、これは他部門との関わりでは10か所以上の医療機関からの依頼を受けて行っているということです。これは退院してからの医療面のサポートが主になるといったもので、外来以外にも特色を生かした市民病院ならではの部門があって、色々な事業を展開しています。

亀井委員長：ありがとうございます。それでは次に小幡委員の方からお願いします。

小幡委員：最初に質問なのですが、文書の最後に(P)と書いてあるのは何でしょうか。

亀井委員長：ペンディング（議論が必要）ということだそうです。

小幡委員：分かりました。提言の形式ですけれども、これは最終的な形式ではなくて骨子案なので、こういうことで表されているのだと思いますが、読む方からすると、分析と実際にこれを検討すべきである、というのとはっきり分けて記述した方がいいような気がします。また分析の後に「何々してはどうか」という投げかけの形になっているのも気になります。

亀井委員長：すいません。外山委員からコメントがあります。

外山委員：これは事務局がまとめてくれたのですが、前回富永委員の方からお話もあったのですが、今までは論点ペーパーという形で並列になっていたものを今回の第5回の骨子案の時では、委員長の方からダブっているようなところについて投げかけるような形で、骨子案の段階なのでやっていく、という形なので、こうなっていますが、小幡委員がご指摘のように当然スタイルとしては次回には正にクリアカットの形で、できるだけここで宿題を返すような形になるとと思いますが、前

回の関係で事務局の方ではそういう形で投げかけるような形で論点からまとめた、ということです。

小幡委員：分かりました。最終的にはやはりこういうことを検討すべきである、というようになるべくクリアな形で表現する方向になるのですね。

外山委員：クリアになるように、できるだけ努力するということだと思います。

小幡委員：分かりました。非常に細かいところまで網羅されていますが、提言をもし市民の方が読んだときにこの状態ではない、ということが分かりました。色々なたくさんの方のことを提言として載せてありますが、なかなかぱっと分かってもらえない可能性もあるので、その辺は表現を工夫していかなければと思います。

外山委員：事務局はずっと聞いていると思いますけれども、一般論で言えば論点ペーパーから積み上げて帰納法的にやるという方向ですけれども、場合によっては要約などの形でさらに煮詰めるようなことも、別ペーパー作るとかいろいろ方法はあるかと思いますが、その辺は事務局で工夫してもらいたいと思います。

小幡委員：その通りだと思います。ありがとうございます。

亀井委員長：ありがとうございます。事務局からはいいでしょうか。それでは続いて山崎委員をお願いします。

山崎委員：形式と言いましょうか、アウトプットとしてのこの骨子案の形式は次回に向けてブラッシュアップされるものであると私も読んでおりました。中身のお話は、論点整理から骨子案にかけて全体をカバーして網羅していただいているものと思っています。1番大事なものは提言を受けとめる側とそれを推進する側、南魚沼市さんのお話になってくると思いますが、最後の8ページのところに推進体制の整備というところがありまして、推進体制のタスクフォースを組み合立てるとかそういう部分もあります。検討する中身として例えば、1番重要だと思われるところは6ページの下段から7ページにかけての公立病院ガイドラインに示されているような経営のやり方の見直しですとか、こういう話は文字にするとこういう感じでしょうけれども、我々同じことを県行政に預けられるとしたら、すごく大変な話だなと思うわけです。政策的なこと、それから医療の需要と供給のマッチングとか、そして診療報酬によるインとアウトの問題とかいろいろなことを同時に考えなければいけないという、それぞれ詳しい方はいるのですがそういう人達を集めただけではなかなか組み立てができていかないのではないかな、と。それで新潟県自身も正直なところ大変苦労しているというのが本音なところですので、南魚沼市さんあるいは病院の方々でこういう仕事をきちっと担っていける人づくりと言いましょうか、人材の確保、それは今いる人たちを育てることももちろんですし、場合によっては外部からお願いをしながらでもやっ行って行かなければいけないという、悠長に構えてられないでしょうけれども、やはり人間が大事ですし、人を作っていくには時間がかかりますので、医療介護の人材の養成・確保ももちろん重要なのですが、同時に推進のてこになる方々というんでしょうか、コアで動く方々の人材育成というのはすごく重要なカギを握っているのではないかと、県の反省も踏まえて私も感じたところ

ろです。

亀井委員長：ありがとうございます。今一通り委員の皆様方からご意見コメント等をいただきました。それらも踏まえましてさらにこの骨子について深めていくということで事務局の方をお願いします。それでは議題を進めたいと思います。

7. 次回の委員会について（16：30～16：36）

亀井委員長：議題の7、次回の委員会について、事務局よりお願いします。

事務局：次回は最後の委員会になります。骨子から提言の取りまとめへと進んでいく形になります。次回開催は9月末、日時が確定次第ご連絡させていただきます。よろしくをお願いします。

亀井委員長：ありがとうございます。今日急遽提出されました上家前委員からの資料につきまして説明します。上家前委員が勤務されていた日本医師会総合政策研究機構で、今日もお話がありました遠隔医療に関する研究をされたということで、その報告書を提出されたということです。提出日が6月18日ということですので、上家前委員がまだこの委員会の委員であった時にされたお仕事です。上家前委員からいただいたコメントによれば1番のポイントはこの29ページに「地域医療体制維持のための遠隔医療」という項目がありまして、この委員会でも上家前委員が発言されていましてようにDtoD、DtoPのお話、こういったものを全国的に上家前委員が調べられて、それを全国的な動きと状況ということで、まとめられたということです。例えば31、32ページの辺りに今日も議論が出ていましたが、医師の数と時間という両方で見なければいけないというようなお話が出ていましたが、まさにそのことについての実態的な研究の成果がここに示されていますので、これも今後骨子をまとめていく上で活用できるのではないかと、大事な資料ではないかと思って、これを拝見させていただきました。今後骨子をまとめる上で、遠隔医療の辺りは今日の意見交換も踏まえてまとめていくということですので、この上家前委員の資料も踏まえてまとめていただければと思います。外山委員どうぞ。

外山委員：次回なにをやるのかというのがあまり答えられていないので少し。提言に向けて骨子というか提言案ですよね、それをまとめていくことになると思いますけれども、先ほど一次医療の議論がちょっと足りないということもあったのですが、市民病院の先生方からのご意見の中に、基幹病院の先生や、民間で言うと斎藤記念病院の先生方との関係とか、もう少しゲストスピーカーなり、いろんところで話を聞いた方がいいのではないかと、ごもっともなご意見なのですが段取りのやり方として、論理的には富永委員がいて医師会として地域全体を見ていらっしゃるということなので、1つの提案としては9月末でこの委員会がレポートを出せば、それで委員会の手を離れるわけですが、今度はここに書いてある推進体制の整備ということで、まさに病院の先生あるいは職員が今度は実務として当事者として色々物事を決定していくというわけですね。そこにはどんどん病院の先生方も入っていらっしゃるべきだと思いますが、その際にここですべてできなかった具体的な実

務、政策の展開にあたっては市民病院の先生であるとか、斎藤記念病院の先生であるとか、基幹病院の先生であるとか、ここで全部やりきれなかった部分の延長線をそちらに移して当事者と病院の先生と職員とやっていくという形を念頭に置いた上で、したがって第6回ではそういうところを一から議論するのではなく、そういったタスクフォースの運営の方に委ねるという形で取り扱った方がいいのではないかと思います。それはまた委員長がご判断いただければと思いますが。私の要望です。

亀井委員長：今いただきました要望の方は事務局の方でしっかりと受け止めておいてください。他にありますでしょうか。小幡委員どうぞ。

小幡委員：今さっきの話ですけれども上家前委員の資料をメールで送っていただけますでしょうか。

事務局：当日しか間に合いませんでしたので、委員の皆様にもメールで送信します。

亀井委員長：事務局の方、対応よろしくお願いします。他に事務局の方から連絡事項等はありませんでしょうか。

事務局：特にありません。

亀井委員長：それでは以上を持ちまして、第5回南魚沼市医療のまちづくり検討委員会を閉会とします。ご協力ありがとうございました。

8. 閉会（16：36）