

第3回葛巻病院整備検討委員会 会議録【要旨】

I. 日 時 平成25年1月23日(水) 午後3時～午後5時15分

II. 場 所 町総合センター2階 保健相談室

III. 出席者 17名

委員：佐々木崇委員長、遠藤憲正副委員長、熊谷泰樹委員、菊池潤考委員、西島康之委員、辰柳敬一委員、野中詣一委員、吉澤春雄委員、下道アイ子委員、澤口素子委員、松原和江委員、觸澤副町長

欠席：土屋陽子委員

事務局：鳩岡葛巻病院事務局長、岩泉葛巻病院事務局長補佐、坂待庶務係長、丹内政策秘書課長、大久保主任主査

IV. 会議内容

1 開 会

2 委員長挨拶

皆さんどうもご苦労様です。当初、提示されたスケジュールが、大体月一遍というかたちでありましたものですから、本来ですと12月頃にはまとめなければならないというスケジュールになっていました。いろいろスケジュールの都合もありまして、今回が第3回ということになってしまいましたことに、お詫び申し上げたいと思います。

後で報告があると思いますが、前回、第2回の際に、病院の職員と是非話し合いたいというようなことを私の方から提案させていただき、皆さんの方からお話ししていただきましたけれども、11月30日にその機会を持ちました。いろいろとお話しを病院の方からも伺いながら、こちらこれまでの2回の経緯をお話ししながら進めました。病院自体が、かなりいろいろと検討を進めてくれているところもありました。ただ、例えば、病院の経営ということになると、必ずしも十分見えているのかどうかということも気になりながら、要するに収支であるとか、これから病院を建てるにあたってどのような心構えが必要であるとかですね、これからもう少し詰めていかなければならないかなというふうに思っているところがございます。ただ実際は、病院の例えば外来であるとか、いろんな仕事の業務の内容をお聞きしますと、ある程度整理をしていかなければならないということもあるかもしれませんが、やはり非常に多忙の中で仕事をやられている。そこをどのようなかたちで、いいかたちで医療を提供していけるだろうかということも、病院の側としては結構切実な問題であるということも確かにあります。一気に全て、ということとはなかなか叶わないかもしれませんが、今このタイミングだからこそやれるということもある。この新しい病院に向けて、皆が、町が、町民が、そして病院の関係者が、皆同じ方向を向いてきちっと仕事をできるというタイミングは、そんなにそんなに、くる機会じゃないというふうに思いますから。それを考えれば、この委員会の役割も大きいですし、病院がどのようなかたちで進めているかということも大きく思いますし、これからの議論もかもしれません。是非いいかたちで、今回の第3回の委員会も進められますようによろしく願います。

3 議事《要旨》

(1) 葛巻病院整備基本構想(素案)について

委員長：人口の推移をこれからどう考えるか。このとおりに行かないように町は頑

張りたいと思っているんですね。人口が減っていくのはやむを得ないという格好で入っていくとなかなか進まないかなと思いますし、それに合わせた計画作りになると厳しくなるということもあると思います。そうは言っても、やはり現実を見据えながら、両面で進めていかなければならないということもあります。人口は減っている状況ではございますし、それに対応できるような、あるいは人口が増やすことができるように町全体として考えていかなければならないことだと思います。次のページにあります。23年度、入院患者数が減りました。病床利用率が減りました。病院というのは患者さんからいただいて経営されるものですから、いずれにしましても収益がガクッと落ちるのはやむを得ない状況です。これに関してはかなり緊張感を持たなければ駄目ですね。人口が減るからやむを得ないという話しではないです。医師が十分揃わなかった時期がございました。そして、外科の先生が就きましたし、今、若い循環器の先生が来たということで、24年度の推移はまだ出ておりませんが、違ってきているんじゃないかなと期待しながら思っておりました。これを回復させなければならぬということが病院経営としては非常に大きいと思いますし、それがために、外来をどうするか、入院をどうするかということが、基本的な病院のあり方になるということでもあります。皆さんも懸念、危惧されるデータかなと思います。それから、一般会計からの繰り入れというかたちで、繰り入れというのは必要があって入れられるお金ですから、別に赤字を補填するために入れているというお金ではございません。どうしても収益が下がると繰り入れが多少増えるというのが常なので、3ページの医業外収支、多少、例年に比べて収支が増えています。最終的には純利益のところ、4千万の黒字ということになっています。本来であれば、医業収支のところをもう少し頑張らなければならぬと思います。繰入金金の状況というところで、累積欠損金は2億7千万円、今なお抱えているということで、見ますと、毎年少しずつ減らしてきているということで、町のご努力、病院のご努力、評価すべきところだと思います。

委員：気になったのがやはり病床利用率の関係でございまして、33%と。22年度以前に比べて急激に落ちているというところで、外科医の先生が不在だったというようなところもあろうかと思えますけれども、そういったところの分析はどのようにされているのか。それから、あくまでも23年度だけの突発的な話で、今年度については22年度以前と同じ60%前後の推移をたどっているのかどうか、その辺のところをお伺いできればと思っておりますのでございます。

事務局：23年度につきましては、3月で自治出身の整形の先生が不在ということになりまして、4月から外科の常勤が不在という状態になりました。応援で対応したんですが、7月に外科の常勤をお願いしました。そういう部分で人数的な部分ではあれでしたが、治療の部分で外来中心というようなスタイルになりまして、数字を比較しますと非常に入院患者が減少したというところなんです。内科の先生につきましても、23年度、24年度、ある程度の人数的な確保は補填されるようにしていただいているんですが、スタッフの変動もありますし、そういう部分で、外来と入院の主体をどちらにするかという先生方の部分もありますので、外来中心というような診療スタイルにならざるを得なかったということです。23年度より24年度は若干、一般病床については患者数は減ってはいないんですが、大幅に増えているという状態には残念ながらもなっていないのが現実です。介護の部分につ

きましては、今年度の初めに特養の介護施設で高砂荘の施設の増床がありまして、その部分に移ったところがあります。平均的に数人の待機しか今まではない状態にきてましたんで、増床したという部分でかなり待機が解消されたというかたちです。うちの介護から特養なりに移るケースが多いものですから、年度初めに減ったということです。一時、今年度に入っても、介護の部分については入院患者が減少したんですが、後半に来て今はほぼ満床に近い状態になっております。

委員長：60床でよいのかという議論になりかねないです。それでいいのかということ、大変大きな問題になってくる。病院のスタッフが外来にシフトして、入院患者はという話になりましたけれども、これが例えば将来的に病院の働くスタッフが変ってきたときに、減らしておいてよかったのかという話しになるし、これね、どうするかというのは、今の病床数を堅持するということだと思いうんですよね。そして将来に向けて病院の経営をどうするかということを考えることだと思いうんですけども。今回、実際に病院建てるときに金を貸す方してみれば、こんなに出せるかという議論が出てくると思いうんです。何とかいい形で将来的にちゃんとやっていけるくらいのことを考えていかなければならないと思いつつ、この間の懇談会でも話しさせていただいたところです。

委員：全国の公立病院の黒字の目安というか、黒字病院と赤字病院の目安というのは規模にもよると思いますが、病床利用率の80%ぐらいが一つのボーダーラインというか、その前後で赤字、黒字に分かれるというようなデータを拝見したことがあります。そういったところからするとかなり、病院経営としては厳しい数字かなというふうに思います。私どもも病院を再建するにあたっての病床規模としては、被災前の1日平均入院患者数から被災前の病床数に掛けまして、大体これぐらいの規模であれば大丈夫かなと。8割ぐらいがキープできればいいかなというところ、病床数を検討しているところです。基本的に1病棟と想定していますので、通常ですと最近50床というところですが、基本は50床としつつ後は人口の状況等を見ながら50~60と幅を持たせてこれから具体的に検討していきたいと思っているところでございます。

委員長：1病棟という話がありましたけれども、病棟単位で看護師さんの数はそんなに大きく変わらないですね。したがって、30床にしても60床にしてもそこに働く看護師さんの数は同じなんです。ですから、病床を減らして患者を減らせば病床利用率は上がるけれども、それでペイできるかということと人件費を取られますから必ずしも裕福ではない。そうすると最低40床、あるいは50床、60床くらいにして、そこを何とか80%に近い数字でというのが病院だと思って理解していたんです。

委員：言葉の問題だけなんですけど、1ページ目の37.5%は高齢社会を過ぎているので、超を付けて、超高齢社会とすればいいと思います。

委員：前もっていただいた資料については、これ以上のものはないくらい立派なものだと私は思いますが、8ページ。8ページの5番に在宅医療に対応する病院ということについて、教えていただきたいです。先月12月、県の主催で在宅医療チームの研修会が日曜日にありました。国で在宅医療をやれということだそうです。それを県に降ろしてきた。県ではそれを我々を集めて、研修したんです。

そのことなんですけれども、在宅医療チームというのは岩手県には、盛岡市に一つ、釜石に一つ、この二つ現在あるそうです。盛岡市の方、釜石の方が説明していましたけれども、盛岡市の場合は一般診療はできないんです。なんかそういう病院があるそうですね。医者が5人だそうです。看護師さんが6人。理学療法士さん、介護士さん、薬剤師さん、そういう方たちがチームを作ってやっていると。それは非常に良くやっているらしいですね。それを各市町村にも降ろしてやれということでした。盛岡市とか釜石市だからできるのであって、葛巻町でそれをやれと県から言われた場合は、ちょっと首をひねらなきゃならない。葛巻病院の医師、全職員の協力なしには葛巻町ではできないと。いずれにしろ、できることを考えたいんですけども、マンパワー不足だと。24時間待機してなきゃならない。釜石市の先生に聞いたんですけども、これがいつまで続くかということをおっしゃっていただきました。それからもう一つは盛岡市のそれを受けている利用者から聞いたならば、癌の末期の方なんですけれども、1日に7回くるそうです。そして月に70万ぐらいかかる。そして3か月後に高額医療で返ってくる。だから14、15万じゃないかなと。ただ一番困るのは、さあお父さんを見て下さいというのは、その奥さんはできないんですね。来ると、ありがとうございますと言ってお茶を出したり、説明を受けたりと。薬の説明を受けてもさっぱり分らない。酸素吸入も置いていく。喀痰の吸引の仕方も置いていく。俺の方がまいますと。で、途中で止めた。それを国で町村にまでやれということをおっしゃってきてるんですけども、本当にそれを我々がやらなきゃならないんですか。

委員：昨年12月と今年1月に、県庁の医療推進課主催でたぶん各市町村から医療関係者と介護含めてですね、5名ぐらいずつ要請したんだと思います。うちの方からも1人出席しております。これはですね、国の社会保障の一体改革の中で事細かな人口1万、10万、30万ぐらいの関係図をつくって、地域包括ケアシステムという名前で進めています。それを全国にやれと言っている訳ではないようです。あれは国庫10分の10の在宅医療連携拠点事業というので、今おっしゃった盛岡は事務スタッフと診療所が分かれておまして二つあるんですよ。やり始めたのは平成14年で今から10年前なんです。連携拠点事業の補助申請をして採択になって今年度2年目なんです。全国で平成23年度は46箇所ぐらいなんです、モデル事業ということですね。岩手には盛岡市しかなかったんです。それで、釜石市で今年度から新たに申請をしてやってみようということで、釜石市歯科医師さんが主導でなさっています。県内の市町村を見渡しますと人口規模、町の規模から全然違うわけですね。盛岡でやられていることをやるのは無理です。それぞれの市町村の規模、いろんな資源とか特性に見合った、そして自分たちでいいスタイルでいいですか。全国には確かにモデルはありますけれども、まねはできないと思います。全然違うんですね。富山県でも行政主導型のいいのがあったりするんですけども、岩手県のどこかの市町村に持ってこれるかということ無理だと思います。うちの方で今年度、来年度予算で要求しているところなんです、まずは往診、訪問診療してらっしゃる滝沢がやや多いんですね。やれるとすればまずこの辺からということですね。うちとしてはまずはやれそうところを来年度、関係者で集まっていたら、現状はどうなっているのかと。そして皆さんが、増え続ける要介護高齢者への医療介護の供給をどうしていくかというのを考えていますかというのを、そういう意識付けをまず考えております。盛岡で釜石でやっているから全部一気に広げる気持ちは毛頭ございません。医療推進課でやって

らっしゃる地域リーダー研修も、あくまであれは将来的にこれから来年度以降に考えていくときにコーディネーターの1人というか、そういう感じで養成しているようですので、一気にチームを全部作れというお話しではないと思います。

委員長：私も関わったことがあったんですけども。ものすごい勢いで日本は病床が増えて、これを削減しようということで、お金のかけ方を我々の急性期病院には厚くかけて、それ以外のところは、病床を削減するという格好でずっときたんです。一気に増えた時期があって、これを欧米並に減らそうという話なんです。そしたら今度は、それまで入院していた患者さんが行くところが無くなった。それで国は在宅に目を付けたんですね。家でケアしなさいということで動き始めた。ですから一方でベッドがどんどん削減されて。昔は本来は入院しなくてもいいような社会的適応みたいな入院の患者さんがいっぱいいたけども。これは患者さんでないんだろうと、御自宅で見ようよと始まった経緯があるわけですね。それを国はどんどんどんどん進めたいと。今更またベッドを増やすという動きはないんです。今、盛岡でということで、私もお願いしながら一緒に仕事した経緯がございますけれども、段々ニーズが増えて今5人ですか、5人のメンバーでやってるのってすごいなあと思うんですけども。実際は24時間体制ということになると本当に大変だと思います。今、癌の末期の話もありました。この在宅の持つ意味があるんです。ただ多くの場合、患者さんには、これは運命なんだから慌てなくてもいいよと。大体両者の負担を減らしながら、在宅を進めているのも現実なんです。何でもかんでも負担を全部背負い込むという医療ではないというようなかたちで持っていけば、意外と進められるかもしれないなど。ただそれには、地元の方々あるいは患者さん、ご家族の絶対的な理解も必要だと。今の話しを通じてやるとすれば、やはり病院だろうと。病院でやるのであれば、やはり今のようなことをいくつか、あるいはそのときを看取ってもらえるようなシステムを作っていけば可能かもしれないなどというふうに思います。実際盛岡でやられているのは、病院を各在宅で見ているような状況なんです。ですから医療でやってるんです。そこに行って医療をやってるんです。ですからレントゲンの設備だとか、超音波の設備とか、全部持って行って、これならこういう症状でてるよねと、そういったことまでやるかということ、これは違うだろうなど。

委員：次に6番の健全経営を推進する病院。私の知識の範囲では、全国で自治体病院の50床から100床の間で黒字になっているところはどこもない、というように聞いておるんですけども。だから、これに書いてある5千万円程度のマイナスは、一般会計からのマイナスは許容できる範囲じゃないかなと。これを何が何でもゼロにしろというと、まあ、理想はそうでしょうけども、それに対しては葛巻病院の職員のかなりの努力も必要なんではないかなと。私はそう思っておりますけれども。ゼロが一番いいんでしょうけども、その辺についておわかりでしたら。

委員：お恥ずかしい話で、県立病院は累積の赤字が205億となっております。平成22年度まで単年度がずっと赤字で黒字が計上できなくて、23年度からようやく黒字に転換いたしまして、23年度決算で9.6億ぐらいの黒。ただ、東日本大震災の関係がありまして、病院が潰れたということでその部分の特別損失ということで、全体の収支としては4.5億から4.6億ということで、決して褒められたような経営状況ではございません。一般会計からの繰り入れにつきましても、毎年度180億か

ら190億いただいてようやく経営しております。23年度ベースでいけば、180億をいただいてようやく経常損益で9.6億の黒字を計上しているという状況でございます。特に東北本線沿線の基幹病院であれば黒字が計上できておるんですが、沿岸部それから県北部の病院につきましては、黒字を達成できていない。何とか人口の多い本線沿いの大きい病院で稼いで、地域沿いの赤を埋めているというのが現状でございます。お話しがあったどれくらいが許容範囲かということは一概には言えないと思いますし、私どもの方が逆にもっと大きな赤字を出しております。ただ後は行政の施策としてどれだけ医療に重点を置いて、県民の皆さん、国民の皆さんからいただいた税金をどこにお金をシフトするのかというところの考え方だと思います。180億、190億のお金をもらっているというのは、県立病院の場合で言えば、今、20病院と6診療センターございますけれども、全国でもこんなに病院を持っているところはない訳です。県でこれだけの病院を持って医療を全部とはいいませんが経営しております。市町村病院があるところは独自にやられておりますけれども、そういったところで税金の使い方として、岩手県はそれだけ医療の方を重視して、一般会計から病院事業の方にお金を出している。そういうようなところの実態があるかと思えます。

委員長：自治体病院が赤字だということで、小泉内閣の改革がありまして、医療費3%削減ということで全国70%の自治体病院が赤字になったんです。それが少しずつ緩んできて、確か去年、一昨年は50%割るくらいまで減ってきているんです。単年度赤字だけ見たときは、規模の小さい病院が赤字かということ必ずしもそうでない病院があるんです。一番今きついのは、200床以下から100床くらいの中規模病院が何でもそろえなきゃない、いろんなスタッフをそろえなきゃないところにある病院が一番きついんですね。急性期の患者さんがどんどん来て手術をしている病院というのは、国も予算を付けてかなり収支は良くなっているんです。小規模病院で赤字になっているのは、規模が小さい割には、あれもほしいこれもほしいというニーズがあってですね、CTを入れた、何を入れた、入れたら即それだけで赤字なんです。ランニングだけでも。患者さんが本当は一日に10人か15人使わなきゃならないのに1人か2人。そういうことをやっている病院は、即赤字です。したがって大きい病院と連携取りながら、CTが必要な患者さんはそこに行って検査をしてもらってくるとか。そのための足は病院がいろいろ準備する。バスでもいいし、何でもいいし。そういう格好で運営できているところは、決して赤字じゃないんです。それなりにやり方があるんです。ですから、いろいろ知恵を使いながらやっていかなきゃならないです。

委員長：技師さんが20人もいれば1人欠けてもカバーできるんです。ところがこういう病院ではそうだと思いますけれども、1人欠けると仕事量が半減しちゃうんです。これが小中病院の一番の悩みです。医者が然りですね。ですから、開業医さん、それから施設ありますよね。そういったところで、病院で何か起こったときに、緊急に会議をしないと、こういう状況なんだと。したがって、しばらく我慢してくれということをお互いに情報共有しながら進めていけば、お互いの不信感が払拭されながら、じゃ頑張るよなと、俺も誰か見つけてくるからとか、そういう動きが出てくる可能性があるんですよ。これが町としてやっていける大きなメリットだと思います。盛岡じゃそんなことできないですから。町がこういう規模であるのであれば、緊急会議だから集まってくれよと、先生来てくれよ、とい

うことをお互いやりながら病院として受け取るというのが、たぶんそれが連携だと思っんですよ。患者さんの行き来もそうですけれども、お互いに情報を共有しながら同じ歩みを進められるというのが一番の連携だと思います。

委員長：家に帰すことを国が進めています。全部飲み込みながら解決していかなければならないと思っんですし、葛巻の方は葛巻の病院に来て、可能な限りいい療養環境の中で、そのときが来たときにはやむを得ないかな、皆で看取りましようよということも、やはり患者さんのことを理解しながら進めて行かなければならないと思っんです。逆に葛巻病院が何をしなきゃならないかというのが、はっきりしてくると思っんです。葛巻病院だけじゃないんですけれども、地域にあって葛巻町の方々がいいかたちで病院環境つくる。せつかく、病院持っているわけですから。それをどうするかというのは今の議論でもあると思っんです。

委員：葛巻町が赤字補填のために5千万繰り入れしている。7億あったものを病院も努力して、行政も努力して2億円くらいまで減らしてきた。入院患者数の激減、これは確かに医師の交代もあるでしょうし、それまで2倍、3倍も働いてきた先生がお辞めになったという意味もあるでしょうし、いろんなマンパワーの問題もあるんでしょうけれども。これからじゃあ、葛巻町はこれから赤字どのくらいかという、それは少ない方がいいですよ。けども、例えば老朽化した公共施設、役場にしてもいろんな施設の中で、まず病院を建設しよう。町民の命を第一に、安心安全のために守ろうというんで、病院建築にかかっていると皆が理解してるし、歓迎していることなんです。その中で働いている方というのは、一生懸命やっている。でも更に、一生懸命やらなきゃならない。一番問題は、マンパワーの中でもお医者さん。どんな方が来てくださるかによって病床利用率も違ってくるでしょうし、収入も違ってくる。これは選べるものではないですね、町民にとって。来て下さる人はどんな方でもありがたいというふうなのが現状で。もし充実して行って、5番目にあった在宅医療です。これから世界の中でも約半数が一人暮らしと言われている。このくらいちっちゃい病院で、病床数の稼働率も悪い病院が何で一般病床40床も守らなきゃならないかという、寝たきりの人とか、結局どこにも行けない人たちを最後受けてくれる、安心できる場所は病院しかないというふうなために40床を守っていかなければならないという特殊な事情があります。思うに葛巻病院は県立病院でなくてよかったなと。県立病院だったらとつくと切られてたなと思っんです。医療との連携ですか、在宅。全てそこでお医者さんが行って、チーム組んでやれる体制までマンパワーも見つからないでしょうけれども、せめて一人のお医者さんでも来てくれて少しでも在宅に向いて、あとは看護師さんとか保健センターの保健師さんとか、いろんな方が連携を強固にして、安心してられる町を作っていくというのが非常に大事なんです。私、病院の中に医療連携室を作って、スタッフも常駐で、入院の連携も受け入れるし、患者さんがどういうふうな状態でどういう連携を取っていけばいいかという連携室を作っていただきたい。あともう一つは、家族が待機といえまづいんですけれども、誰かが倒れれば親類が来るんです。その方たちがいられる場所というふうな部屋も作っていただければなと。設計の段階です。多目的に使っていい部屋なわけですけども、そういうことのできる余裕あるスペースを一つは設計の中に組み入れていただきたい。日曜日のNHKのテレビでやっている次の住処をどこにするかという中で、9割の人は自宅で死にたいと。現実的には8

割は病院で死んでいる。最後病院に行って亡くなる期間はすごく短い。自宅で長く健やかに生きられるためには、やっぱり先生も往診して下さったり、看護師さん、保健師さんが来て下さるような体制をまずは作っていただきたいなと私は思います。

委員長：医療連携室はやっぱり必要ですね。一人暮らしの方が結構いるというのが、この間の病院との懇談会でも話が出ました。例えば、町の医者が声をかけに行くだけでも意味があるのかなと思うんですね。ただ、気をつけなければならないのは、医療でやると在宅診療費、何十万というお話しがありましたけどね、これを全くペイしない状況で顔を見に行くということをきちっとやった上で、ただ医者一人雇わなければならないとそれなりに結構持ち出しになりますよね。その辺の上手なコントロールの仕方がやっぱり必要かもしれないなと思ながらですね。せつかく、町立病院として7千人の人たちがこういうかたちでそういう医療環境にあるということなので、大事な話だなと思ってお聞きしました。次の話になるかもしれませんが、建物の中にこういうのがほしいよなというのが当然出てきて、それを基にしながら病院設計の方に活かしていくということになりますから。

委員：訪問診療については、町長の政治姿勢で、何とかお医者さんに余裕ができたなら訪問診療してあげたいと。それから、先ほどの赤字の件ですが、完全な黒字というのは難しいなと。病床を残して病院を作っていただけるとするのは、町民にとって本当にありがたいことだと思います。

委員：新しい病院建設に伴って、今後の病院内部の運営がそれに伴った運営をしてほしい。病院にお出でになっていただいて、懇談会をやっていただいたということですが、本当にご苦労様です。今後の運営の問題について、2ページの病床利用率33%ですが、そのことについては触れていただいたわけですが、私、患者として、介護人として病院に具体的に接しているわけです。なぜ33%になったか、確かに事情があったかもしれませんが、医師が充足したわけですから、それからいきますと、入院患者をあまり取らないような方針でいるのかなと。それじゃいけないんでないかなと思うんで。要望するものについては、それに合う運営をしていただきたいなと思うものですから、意見として申し上げたわけです。二つ目は、在宅医療を病院スタッフの方々が、本気になって考えていただかないと。今までやってないわけですから。本気に具体的にやっていただきたいなと。病院が新しく建設するのに伴って、そういう経営もしていただきたいという願いを込めてなんですけど、これも今後の建設に伴う経営の内部検討の議題にさせていただきたいものだなと。ちょっとわかんないんですが、病院の今後の内部検討の組織的なものを具体的に作って、これに向けた検討を十分に、大いにさせていただきたいものだなと。というような意見を検討委員会の中で付けていただければ、ありがたいなと思います。

委員長：具体的に、こんなことがあるんだよ、こんなことがあるんだよと当然出てくるんですよ。一つ一つ解決しながらということになると思いますね。医者というのはあるいは医療法。治ることを目標にして入院させる。なかなか、先に行かない人も、御自宅で養生できるのであれば御自宅でやってみたいというのは、実はあるんです。ただ、そここのところですね、広く考えながら、患者さんの方が

あるいはご家族の方が十分理解されればですね、たぶん入院することは可能だと思いますよ。病院に入院したから良くなってほしいけども、養生環境が良ければ入院させる。それでも、入院というかたちで認めていただければ、病院の方としてはそんなに大変じゃなくお引き受けできるんじゃないかなと思います。それから、町に行ってそれぞれの地区、地区で病院の懇談会みたいな、あるいは病院の紹介あるいは医療の説明とかですね。そういう機会をやっぱり作って行って、お互い理解し合いながら。そのときですね、いろんな話しが病院側からも出てくると思うんです。病院にいてもですね、夜中に亡くならなくてもいい方が突然亡くなるんですよ。何が起こるかという高齢化社会なんで、脳卒中起きたり、心筋梗塞するんですよ。巡回している看護師さんが行って見たら亡くなっているとかですね。年に何回も経験するんですよ。それがあっての病院なんです。それを一つ一つあそこの病院に行ったら、こんなふうにしたとなると、なかなか難しい状況があるというのをお互い理解し合っていないということもあって、いかたちでお互い仕事しやすい、病院も使いやすいということにするためにはどうしたらよいかということをお互い理解し合うことだと。やはり地域に行ってお話を聞きながら、お話しをしながらお互いに共有することも大事な一歩かなと思います。

委員：要望というか、昭和40年代、50年代、当時は病院に車も置いて、専用の運転手もいたんです。在宅介護を含めたいわゆる医大から先生方の送迎、それから毎週金曜日、医大の方にどうしても検査をしなければならぬという患者さんがおまして、毎週送り迎えしてやったわけです。今後新しい病院の建設に合わせて、病院車と運転手をどうかなというふうな私の考えですけども。それと、午後になれば毎日でしたけれども、家に訪問、いわゆる依頼されて往診です。先生と看護師さん。それからその他に、江刈と田部、小屋瀬に週に1回ずつ出張診療があったんです。わざわざ先生が週に1回、3箇所に行って診療する。こういうふうな地域なもんだから、交通の便を考えれば、すごく部落の方はありがたかったわけです。そこら辺を含めた今度の病院の建設の関係で考えていただきたいなと。是非やって下さいというわけではありません。いろんな財政の問題もあろうかと思しますので、そこら辺を含めた検討をしていただければと思います。

委員長：その年代というのは皆、足を持ってなかったんですよ。それが一時期なくなっちゃったんですよ。来れば来れるだろうと。ところが、この間の病院との懇談会で聞いてもですね、牧畜で朝から晩まで働き手がそっちに取られてですね、御自宅にお一人でいる、行きたくても送っていけないということをお聞きしました。そうなれば、またニーズが出てくるなというふうに思いますので、いい形でやれるかどうか、マンパワーをどこまで整理できるかどうかというのは、病院にとっては本当に辛い話しになるかもしれない。あるいは、週一遍の巡回診療みたいなかたちで場所を決めながらやっていくことも可能かどうかということも思いました。外来にくる患者さんが増えていますから、病院も少しは余裕を持って仕事をできるかもしれないということも思いました。私もそういった提案ができればと思い聞いておりました。

委員：小さい子供たちを抱えているお母さん方にいろんな意見を聞いたところ、眼科が平日というのがほとんどなので、やっぱり授業を抜けさせたくないし、土曜

日に沼宮内などで診てもらっているという人が結構います。沼宮内だと50分ぐらいかかるんですけども、早く出て行って、受付となるとそれでも前にいっぱい人がいて、何時間待ちというのがあって結構な時間がかかるので大変だという人たちがいました。葛巻病院の眼科で予約票というのをもらっているんですけども、それは何なのかなと思います。時間が書いたのを持たされるんですけども、ほとんど意味が無いというか。何なんだろうという意見がありました。視力検査しているときに前を通っていく人たちがいて、特に子供は集中して検査できないということもありました。小児科ですけど、一番気にしているのは、今現在ノロウイルスだったり、インフルエンザだったり流行っているのですけれども、薬をもらいに行きたいだけだったり、治しに行きたいだけなのに、そういうのをもらって帰ってくるというのがあるので、通路のところも分けてほしいというのがあります。

委員長：後段からいきますと、これは今回、病院建てる時どうするかというと、すごく大きいです。ですから、入り口を別にしてインフルエンザの患者が入るでしょ。インフルエンザの患者さんとそうじゃない患者さんを分けなきゃならないということですね。患者さんが大量発生したときにどういうルートでその患者さんが入ってくるか。患者さんこちらですよ。そうじゃない患者さん、こちらからですよ。ということが動線として、きちっと分かるような対策の仕方が必要だと思いますね。それから、葛巻病院には眼科の先生は月1編ですか。

事務局：週2日です。午前中だけですが、火曜日は毎週です。あとは水曜日だったり、木曜日だったり、ちょっと変則なんですけど、週2日です。予約券はたぶん検査のことだと思います。診察時間の予約は特にないと思います。

委員：私も眼科に通っているんですけども、確かに視力検査をやっているとき、看護師さんが通るんだか、患者さんが通るんだか、その都度タイムがかかるんです。さっきのどこまでやったか分からなくなるんです。予約票も日にちの予約であって、時間の予約ではないです。時間を必要とする人は、こういう要望があると思います。

事務局：誤解があるのであれば、時間を出さないということもあると思います。施設にかかる部分のご意見として、適宜、次に活かしていきたいと思います。感染の部分については、確におっしゃるとおりだと思います。小児科は人の部分で分けているところですが、今のインフルエンザの状態ですとどっちが多くなるかという状況です。

委員：特別な日を土曜日に設けてもらえないとすれば、時間予約をびしっとこれからやるという運営の方法をとれば、こういう要望にも応えられるかもしれない。日にち予約でやるもんだから、受付順番なので午前中ばっちりかかる。12時から1時頃までかかる。だからこういう要望が出てくると思う。その辺の中身をきっちりつかんで、これに対応することができるのか、できないのかという改善方法を検討する必要があるのではないか。

事務局：その通りです。残念ながら今の体制では、診察分についての時間予約を取

れない状態にあります。

委員長：この間の病院の懇談会でもすごく気にしていました。今、高齢化の中で、認知症患者さんが少なからずいらっしゃるんですね。説明してもこの患者さんそんなにかかかないよと、次に移りたくてもですね、なかなか移れなくてですね、そこで時間がかかってしまうと。ですから、病院は病院として悩みながら、どうしたらよいかということだと思imasので、ニーズは確かにいろいろあると思imas。

委員：病院の動線とかのお話がありまして、私たちの本庁でも具体的病院の配置を決める場合には、当然現場でどういうかたちで配置したらいいか、どういうふうにすれば患者さんが交錯しないとか、病院のご意見を聞きながら作っているところです。そういったことも第一ですし、もっと大きな話して、いろいろ役場さんの方で悩むことがあった場合には、うちの本庁の方に病院建設を何回か経験している技術職員がおりますので、ご相談いただければと思imas。

委員：二つほど。先ほど在宅医療の話がございましたので、8ページの(5)番の訪問診療、訪問看護等に対応できる医療体制を整備するとなっているので、このところに「ほかの介護保険事業所とか施設といった機関と連携しながら」と一言加えれば、医療本体の中に機能を備え付けるだけでなく、せっかく介護の事業所とかがあるわけですので、連携しながら、そして対応できるような体制に持っていけるというような表現にすればいいと思imas。この構想で十分やっていけると個人的には思っております。つまり、医療センターのような構想ですよ。できれば訪問診療もできるような。今あるアットホームとかの施設もいっぱいございますし、既存のものと連携しながらやっていけば、在宅の調査もされるというお話も聞いておりますので、需要が大体どのくらいあるかということも分かってきますので、在宅医療については今までの議論の結果で十分対応できるのではないかと考えております。もう一つ、今回の議論になるかと思うんですが、たまたま夕張医療センターの先生の講演がございまして、あそこは財政再建団体ということで、2年か3年でだいぶ立て直したということで、そこはビルそのものが複合施設なんですよ。1階が診療所とかになっていて、2階は養護老人ホームとかで、一つの参考になるのではないかなと思imas。

副町長：長時間にわたって貴重なご意見をたくさん頂戴いたしました。感染症の話もございましたが、今いただいたご意見等を踏まえ、具体的な設計に反映させた上で、そういう部分を少しでもイメージしながら、もう一度機会を作って話していきたいと思imas。それから、今すぐ病院内部として対応しなければならない、あるいは、対応がすぐできることについてもご意見をいただきましたので、こういった部分につきましても、内部で検討していただき、改善を図りながら、是非進めていかなければならないと思imas。病院の役割に対するお話もありましたが、正に葛巻病院の役割といたしますのは、基幹病院から離れている立地条件での住民にとって欠かせない病院であるということ強く認識しながら、そしてこの間には、平成21年からであります、経営の関係でございましたが、健全対策に向けて町として繰り入れをし、運営面での改善も図りながらここまで進めて参りました。いずれ、行政施策の中でも最も重要であるという考え方

の中で今回の病院建設に向けて取り組んでいるものでありますし、その役割をしっかりと果たしていかなければならないと思っておりますので、よろしくどうぞお願い申し上げます。

5 閉 会