

令和元年度第2回青森県（津軽地域）地域医療構想調整会議

日 時：令和2年2月12日（水）午後5時～

場 所：アートホテル弘前シティ 3階「サファイア」

（1）報告事項

①令和元年度病床機能報告の速報値

事務局から、①について資料1-1、1-2に基づいて説明。

（2）協議事項

①公立・公的医療機関の具体的対応方針の再検証について

事務局から、①について資料2-1、2-2、2-3に基づいて説明。

（黒石市国民健康保険黒石病院）

地域包括ケア病棟90床を急性期として報告しており、急性期257床としている。実際、地域包括ケアは急性期の受入れはしていなくて、急性期は167床との認識。実際の急性期機能になっている病院の病床数を抑えておきたいわけだから、例えばこのプロフィールシートに地域包括ケア病棟を別枠でカウントすればどうか。

近接の条件では車で20分ということだが、当院が一番近い病院まで20分では行けない。雪が降ったら倍はかかるが、その辺の判断は変わらないのか。

（事務局）

急性期機能を選択するか回復期機能を選択するかの判断については、同じ病棟のなかに急性期の患者と回復期の患者が複合して入っている場合、そのなかで最も多い機能を選択することになっており、あくまでも病院の判断で機能を選択していただければよい。

病床機能報告上は1つの病棟は1つの機能しか選択できないため、地域包括ケア病棟で回復期の患者を主に受け入れている等の実態についてはプロフィールシートのなかでご説明いただいて皆さんで共有していただければよい。

近接の判断については、青森県の地域の事情や冬期間の影響というのもあるため、地域の実情に応じ近接の判断をして構わない。

（吉田アドバイザー）

最近になって、国は今回425病院公表したのは、「ああしろ、こうしろ」と指示するというような意味ではなく、「地域の調整会議の議論を活発化するため」と弁明している。つまり、調整会議の決定が優先されると自ら認めたのです。従って、地域の調整会議で「距離は

20分かも知れないが、地域の実態として近隣とは言えない」という判断で一致すれば、それはそれで受け入れられると思う。

それから、急性期の解釈について、「夜間救急患者を受け入れているから急性期病棟が必要」と考えておられる方が少なくないように思われるが、急性期の病棟を持たなければ救急患者を受け入れられないということではない。その辺の誤解、つまり、患者の病態としての急性期、回復期ということと、病棟機能とを厳密に合わせなければいけないと考えてしまうことが、申請内容と実態との乖離を生じさせているのではないだろうか。急性期病棟は急性期が大半を占める病棟、回復期病棟というのは急性期の患者もいるが回復期を主体とする病棟、というように捉えた方が理解しやすいのではないか。

それと、県に申し上げたいのは、急性期病棟や回復期病棟を選択する場合の目安というか、診療実績のようなものを示してはどうかということだ。これがないと、何年経っても構想区域の目標病床数に近づいていかないような気がする。例えば、急性期の病棟としては平均在院日数が何日以内で、入院一人当たりの診療額が何点以上を想定しているというような目安を示して頂ければ動きやすいのではないか。

いずれにせよ、そうした目安を見ながら皆さんのやりたい医療をどうやって実現していくかというような形で議論が進めば、もう少し実態に近づいてくるのではないか。

(黒石市国民健康保険黒石病院)

国の発表よりもこの調整会議の方が優位なものであって、それが国の方に返って行ってフィードバックされて、そういう集計のデータが変わるくらいであれば何も言うことはない。

(弘前中央病院)

当院は、地域包括ベッドが20床あり、174床全部まとめて急性期と報告しているが、病棟とか病床に関わりなく報告していいのか。

(事務局)

病床機能報告についてはあくまでも病棟単位で報告をしていただくことになる。

(鳴海病院)

中小の病院だと病棟のなかにまた包括ケアと急性期があったりするので、病棟ごととされると、実態が正しく報告できない。

県全体の急性期・回復期・慢性期という病床の数値も実態とそぐわないのではないか。回復期の病棟を持ちながら、それが全体の数値に反映されていないので、もう少し実態に則した数値を出しても、いい時期ではないか。

(事務局)

病床機能報告はあくまでも国の仕組みによるものなので、今のルールの中かでやっていただくしかない。プロフィールシートは県のオリジナルなので、そちらの方は実態を反映するかたちで、両方を見ながら議論をさせていただきたい。

②病院プロフィールシートについて

(弘前大学医学部附属病院)

当院は、基本的に昨年との変更はない。令和7年7月1日時点の病床数について、高度急性期が5増えて急性期が5減っているが、基本的に機能を変えるということではなく、主な診療科の病床の組み合わせの変化によるものである。

(国立病院機構弘前病院)

中核病院は二次救急医療体制の強化、複数診療科の協働による高度・専門医療等の提供、病院・診療所等との連携、若手医師の育成の充実・人材確保を目標に総合的に担うこととしている。急性期病床450床程度で進めたいと考えている。

今年1月から呼吸器外科が新設されたので、中核病院の診療科は1増えて、25診療科を目指して準備を進めているところ。

整備工事の状況は、現在、既存建物の一部解体等の基礎工事を進めている。5月中旬くらいまでの予定で基礎工事を終えて本工事に入る予定。

(弘前市立病院)

当院は、令和4年に統合し廃止の予定。あと2年だが、医師と薬剤師をはじめとする職員全般の減少と、また患者数の減少により、診療機能を徐々に縮小している。今、5病棟のうち2病棟を休棟として、実質的には153床で運営している。ただ、地域包括ケア病棟、回復期36床についてはそのまま維持している。

中核病院ができれば地域住民に必要な医療を提供でき、また、医師確保の拠点になると期待している。

在宅医療の取組として、地域医療ケア病棟を中心にして退院支援等在宅復帰を目指している。

病床利用率も実際は153床なので非常に低くなっている。特に職員数は、医師が27人いたのが今15人、薬剤師が8人から4人と半減している状態で厳しい経営状況になっているが、市立病院として地域住民の健康を守るためにこれからも何とか機能を維持していきたい。

当院と国立病院機構弘前病院との統合が、地域医療構想の今後の先例になると考えており、しっかりやっていきたい。今後も、県、大学病院をはじめとする行政、医療機関及び関

係各位のご支援をお願いしたい。

(黒石市国民健康保険黒石病院)

当院は急性期257床のうち、地域包括ケア病棟を2病棟90床持っているのですが、実際の急性期は167床。2年前に地域包括ケア病棟、1病棟30床を回復期リハビリテーション病棟に転換しようと準備を進めていたが、突然の看護師減により、現状より収益が落ちる試算が出たため、急遽断念をした。まだ看護師が補充できておらず、目途が現時点では立っていないが、令和7年以前でも人員が整えば、実績をつくって回復期リハビリテーション病棟の導入を考えている。

(町立大鰐病院)

病床数は、平成23年度に120床から60床に削減して、平成31年2月にはさらに60床から現在の30床にしている。将来は、現在、有床診療所とする建替整備計画を進めているため19床としている。

当院は、平成31年4月、町より新施設の基本構想及び基本計画(案)についての諮問を受け、人口減少等による患者数の減少や病床利用率の低下、病院建屋の老朽化を鑑み、地域住民から求められる医療施設の規模・機能等について協議を重ねて検討してきた。

昨年12月に新施設の整備基本構想及び基本計画(案)を町側に答申し、町内で唯一の入院機能を継続し、19床の診療所を令和3年度中の開始を目指し整備することとしたもの。

引き続き青森県地域医療構想に基づき、弘前大学医学部附属病院及び新中核病院また介護保険施設等との連携をこれまで以上に密にし、将来的には、19床の入院施設についても介護保険施設等への機能転換を視野に入れ、地域医療の確保と地域包括ケアシステムの推進に努めていくこととしている。

(国民健康保険板柳中央病院)

当院は、青森県地域医療構想を踏まえ新病院改革プランを策定して、平成30年4月までに改革プランを掲げた取組を大体完了している。地域連携室の設置や、地域包括ケア病床15床への転換を行い、機能訓練拡張工事、専門スタッフの理学療法士等を雇い入れている。ダウンサイジングとして、平成30年10月から87床から80床へ減少している。

病床機能に関しては、患者の高齢化や寝たきりの方の割合が増えたため、一般病床では半数以上が回復期相当であることを踏まえ、今回、急性期から回復期に変更している。回復期機能として報告しているが、救急告示病院として年間300件ほどの救急車の受入れはそのまま続けている。

今後の取組については、新中核病院の後方病院としての役割、もしくは入院機能が低下している町内もしくは周辺の診療所の後方支援として、重症患者の受入れ等もやっていきたいと考えている。

(弘前中央病院)

当院は、地域包括ケア病床20床を備え、急性期で報告しているが、今後どう報告するかについては検討したい。

4月から、当院の呼吸器外科の先生が弘大に移られるので、今後、呼吸器外科の治療については後任の先生と協議して決めたい。

がん治療認定医認定研修施設については、今回、緩和ケア病棟がないこと、緩和ケアのチームがないことを理由に来年度の施設認定は受けられなかった。

ただ、外来入院化学療法は、900件以上と年々増えている。また、血管外科についても、去年の96件から、今年は100件を超える見込で年々増えているので、これらにも力を入れてやっていきたい。

(鳴海病院)

当院に勤務する医師の実情に応じて病床機能を変更しており、現時点で、将来の令和7年7月1日時点と同じになっている。令和元年10月1日から一般病床42床のうち10床が今、休床している。32床を急性期として、IVR、カテーテル治療と内視鏡による治療を行っている。実際、約8割近く稼働して平均在日数も14.8日程度。残りの74床が慢性期の病床で稼働率も9割くらいあり、地域の需要が多い。

勤務医師に変更があれば、病床機能は変わると思うが、当面はこの病床機能でやっていきたい。

(鷹揚郷腎研究所弘前病院)

一般病床109床は、50%以上が慢性期の患者なので、慢性期機能として報告している。将来の病床見込みも検討している。

地域の役割等として、今は、4人程度、秋田県から来る患者の透析治療を、当院で定期的に行っており、鹿角、大館など透析ベッドが足りない、ドクターが地理的に不在などの理由で定期的なバスを秋田県まで出している。

(黒石厚生病院)

当院の現状は、昨年度報告と大差ない。引き続き慢性期医療を中心に考えている。今年度、一部、より重症度の高い長期療養が必要な患者の受入れをすることで、障害者病棟の看護配置を10対1に引き上げている。これにより、さらに人工呼吸器装着の患者、慢性期透析の患者で長期療養が必要な患者の受入れを進めていこうと思っている。

将来的な構想として、今、地域一般3で届出の57床については機能変更を検討する必要が出てくる可能性はあるが、現段階では具体的などころまで計画は進んでいない。

(弘愛会弘愛会病院)

現状は、以前の報告事項と基本的に変わりはない。病床利用率等も95%台を基本的にキープしている。急性期、回復期、慢性期、訪問診療を含めた在宅医療を含め、従来の形をそのまま踏襲した運営としている。

当院の未来像につきましても、基本的に変更はない。ただ、救急告示病院として、高齢者の施設等の方の熱発や肺炎、感染症等、急変があったときの対応で救急車の受入れをしている。その際、一般病床に入り、回復期病棟から療養病床を経た上で施設に帰っていただいているが、日数的には回復期病棟に入るケースが多い。

今後とも従来の診療機能を維持する方向で運営していきたい。

(弘前記念病院)

当院は整形外科の専門病院という位置づけで、プロフィールシートの大きな変更はない。171床の届け出だが、病床、病棟のハード面の問題により、160床で運営している。まだ具体的な話ではないが、新しい病院になった時点で171床使えるようにしたいと考えている。

手術は、年間1,000件を超えるペースで行っている。平均在院日数については、当院がリハビリを行い、完結して患者に退院してもらっている関係で、長い側面がある。また、大学病院の術後リハビリを引き受けており、回復期の役割を果たしている。

大学から麻酔科医の派遣により、毎年1,000件ぐらい全身麻酔の手術をしている。このほか、先端医療の治療試験を大学病院との協力体制を組んで行っており、今後とも継続していきたいと考えている。

(津軽保健生活協同組合健生病院)

病床機能の区分は、2017年の10月に現在地に新築移転して以降変更はない。急性期は214床で報告しているが、うち14床は緩和ケア病床なので、実際に急性期の病床として稼働しているのは200床と高度急性期の8床の、208床というのが実情。

新しい病院になって診療実績としては、手術件数は30%増、救急車の受入れも2,400程度と2割増で、全体として患者数が増えている。

一般病床、回復期のリハビリも緩和ケアも行い、全体としては、市内の二次救急に今後とも貢献できるように進めていきたい。

(弘前メディカルセンター)

病院プロフィールシートは前回とほとんど変更点はない。一般病床の病床稼働率は40%台であるが、休床を除くと80%前後となっている。

平均在院日数について長いと思われる方もいるかもしれないが、急性期の病院から患者紹介を受けるが、気管切開や胃ろうなど寝たきりの患者がほとんどを占めている。

在宅という流れの中で、当院で家族に話をしてみるが、全くもう受け付けない状況。国をはじめ関係者に留意いただきたいのは、患者の流れとすると、在宅は別にして、急性期と慢性期の大きく2つだと思うが、昨今、保険点数が改正のたびに急性期の方に手厚い印象がある。

患者の一連の流れとすれば、急性期だろうが慢性期であろうが、同じだということで配慮いただかないと、当院のような患者を預かっている施設は、おそらく民間ではやっていけなくなるのではないかと懸念している。

(弘前小野病院)

一般病床の報告としては、回復期としているが、津軽地域に潤沢に循環器専門医が配置されているわけではない実情があり、最近問題になっている心不全の終末期医療になると、病床3分の1、4分の1ぐらいは陽圧呼吸の患者が回っている状況。現段階では回復期だが、急性期よりのポジション。それ以外にも、基幹病院から落ち着いた患者、認知症の患者などを積極的に受け入れているが、今後、新しい中核病院ができて、循環器の専門医の配置が変わってくれば患者背景も変わってくるかもしれない。

一番問題になっているのは、看護師を含めたスタッフの確保。往診医療をどんどん進めたいと思っているがスタッフの確保に苦慮している状況。スタッフの確保をこれからも続けていき、急性期の基幹病院のバックアップをしていくような病院になれたらと考えている。

(ときわ会病院)

プロフィールシートの変更はない。緩和ケア病棟を急性期機能として報告しているが、他の機能で報告することも検討していく。

(弘前脳卒中・リハビリテーションセンター)

当センターでは急性期79床、回復期169床で、脳卒中の救急とリハビリテーションを行っている。病床機能報告の内容に変更があり、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を1月から1で行っている。病床が高い水準で稼働しており、現在の診療体制を維持していく方針。

③地域医療構想の実現に向けた国の補助制度等について

事務局から、③について資料4-1、4-2に基づいて説明。

④青森県外来医療計画素案について

事務局から、④について資料5-1、5-2、5-3に基づいて説明。

(弘前大学医学部附属病院)

医療機器の共同利用に関して、大学病院の性格からすると共同利用は難しい。新規購入をする際、共同利用計画を作成するというのは、実際に大学病院は難しいので、考慮していただきたい。

(事務局)

通常の頼診も共同利用に含めていて、そのような連携は今でもあると思うので、その辺を共同利用計画に記載していただければよい。

あまり負担をかけない工夫をしつつ、細部については調整を図りたい。

(鳴海病院)

共同利用できる部分と、自院の患者だけで手一杯になり共同利用できない機械もあると思う。

「新規購入をする時に医療機関で、購入時に共同利用計画を作成」とは、必ずしも必須要件ではないと捉えていいか。

(事務局)

機器の購入または更新の際には、今後、お示しする記載様式等により、対応していただきたい。その中で、事情があれば、その旨記載していただければよい。その上で、共同利用できなければ仕方がないと考えている。

(黒石市国民健康保険黒石病院)

共同利用に関して、当院はガンマナイフを導入しており、実施件数は東北6県で2番目ぐらいで、自院の患者より紹介されて治療をしている患者がはるかに多いが、紹介元の多い施設と共同利用するという計画書になるのか。

(事務局)

自院以外の患者が相当数ということは、まさに共同利用を実施していることになる。

例えば、年間の検査件数のうち自院以外の件数や、主に多い施設を上位3つぐらい並べる等というイメージで各医療機関に負担のかからない範囲での様式を検討していきたい。

(弘前メディカルセンター)

共同利用の目的がまだ分からない。今でも必要に応じて、自院で準備していない検査等については他院にお願いするなどスムーズに動いていると思うが、あえて共同利用を施策として出した意味合いを教えてください。

ターゲットは地方ではなく中央部分と受け取れるが、青森県の場合は、病院ごとに頼診したり要請して動いている格好でいいのではないかと。

(事務局)

この外来医療計画に関しては、国から出されたガイドラインに基づき、本県だけではなく各都道府県で同じような項目立てで整理をすることになっている。

例えば、1階に内科、2階に機器を設置している整形外科があった時、内科も同じ機器を整備する必要があるのかなど、医療環境を少し整理できるような方向性だと伺っている。

ただ、青森県の場合はマンパワーを含めて医療提供体制は、かなり厳しい中で機器等も整備されているので、どちらかというところと過剰ではなくて、購入した時にはこういう医療機関と連携をしますよというところを書いていただければいいと考えている。

基本的に、今、地域で行われている医療を継続することで、問題はないと考えている。

(弘前メディカルセンター)

「地域で不足する外来医療機能の確保・充実」のなかで、「医師の育成と県内定着、地域偏在の解消」と何十年も前から取り組んでいる内容と思うが、今回、何か目玉となるものがあるのか。

(事務局)

医師確保計画も医療法の改正に伴い外来医療計画と一緒に今年度中に策定をするということになっており、別組織である地域医療対策協議会で議論をすることになっている。

「医師の育成と県内定着」、「地域偏在の解消」に関しては、今回、国で医師偏在指標を出し、各都道府県を医師が比較的充実している上位3分の1、中位3分の1、下位3分の1と分けた。下位3分の1に青森県が入っているが、上位3分の1のところには医師がこれ以上増えないよう、上位3分の1から下位3分の1の方に動くような仕組みを国では考えているし、都道府県でも二次医療圏ごとに対応していくこととしている。

特に地域偏在に関して、県全体で少ないため、県内でやり取りをしても限りがあるので、むしろ外から来ていただく、または県内から外にあまり出ないような施策ということで、国においても、例えば、初期研修の定員を関東の方を押さえるなどの仕組みもとっているし、県でも育成と定着に関しては弘前大学と取組を更に進めていく。

(鳴海病院)

医療機器を購入する際は、県から助成金があるわけではなく、地域の医療需要と当院の経済事情を背景に購入し、医療法に則って保健所に許可申請を出す。

機器の購入に関しては、法的な根拠は医療法で、保健所に届け出ることになる。購入をする時に、共同利用計画を出す・出さないも、厚生労働省の外来医療計画策定のガイドラインの1つであって、必ずしも法的な根拠でなされている問題ではないと思っている。

よって、共同利用計画を県に出さなければならないというのが分からない。民間病院にあっては、その病院の責任において機器を購入するため、それについての内容をとやかく言われる必要はないのではないか。

また、共同利用には、いろんな考え方があるが、放射線の画像診断を依頼されればC P IとかMR Iをやるが、それは共同利用にあたるのか。あるいは画像だけ撮って返せば、それは保険診療ではないため、必要な経費を請求することになるがそれを共同利用というのか。診療依頼は、連携の問題であって機器の共同利用とはならないと思うが、共同利用というのをもう少し具体的にガイドラインを出さないと分からない。

(事務局)

外来医療計画策定の国のガイドラインに基づき、機器の新規購入または更新の際には、共同利用計画を県に提出し地域医療構想調整会議でそれを共有する仕組みを作ることになる。

共同利用計画がないと機器購入ができないというスキームではない。各医療機関で新規購入または更新の際に、調整会議で共有させていただくというプロセスを進めていって、その中で何か必要なものがあれば意見をしていくことになる。

共同利用計画が皆さんの購入の妨げとか支障になるのではなく、あくまでも購入を決めるのは、各医療機関の判断である。

頼診の仕組みに関しては、これも明確なものはないが、基本的に自分の患者さん以外の患者さんを診るのはそれも共同利用と考えている。

(村上アドバイザー)

厚労省の計画策定のガイドライン、実はこのたたき台が首都圏で診療所を含めて開業・開院させないための指針である。青森県はこれに該当しない。

県が行政の流れとしてこの会議で決めていく方向でと説明しているが、根拠は、法律でも何でもない。

青森県の場合は自分のところでこの機械を買って商売になるかどうか、そして職員を養っていけるかどうか、それが一番の基本。そこをまずは第一に考えて会議を進めていただければありがたい。

(議長)

今後、各地域での調整会議終了後にパブリックコメント等を実施した上で、本計画案を県医療審議会に諮ることを予定している。本日いただいたご意見を踏まえて本計画の成案に向けた今後の調整につきましては事務局に一任させていただきたい。

(3) その他

①青森県医師確保計画(案)の概要について

②医師の働き方改革への対応について

事務局から、①について資料6、②について資料7に基づいて説明。

○まとめ

(村上アドバイザー)

私的病院と公的な病院と、この地域医療構想会議は分けないといけないのではないかと。

それから、急性期、回復期、慢性期という分類のなかで、地域包括ケア病棟はどこに入るのかについて、取りあえず回復期のところに入れて状況を見ながらやっている。

7対1ベッドから10対1、15対1、20対1まで現場で一生懸命おやりになっているが、入院基本料が7段階になり、医療看護の必要度が4月から31%になる。現場では大変なことであり、それをこの地域医療構想調整会議でお互いに分かるようにしながら、病院を維持して、地域住民が一番安全な方法でできるようにやっていかないといけない。

外来医療計画については、首都圏の医者が余っているところで開業、開院させないための方法の目途であり、青森県はさほど関係ない。

(吉田アドバイザー)

元々、急性期、回復期というのは、地域の医療連携を進めるための概念的な定義であって、医療現場の実態から導き出したものではない。従って、回復期の解釈はきわめて微妙であり、「亜急性期・回復期」という形で捉えた方が良いと言っておられる方もいる。

先ほど目安をとというような話を申し上げたが、このまま目標数に近づかない状況が続くと、きわめて近い将来、病棟機能が診療報酬に紐付けされることが懸念される。例えば、もしも高度急性期は平均在院日数8日以内、急性期は12日以内、回復期は28日以内、それ以上は慢性期というように、国から一方的にかつ機械的に決められてしまうと、地域の特性は考慮されず、きわめて連携しにくいシステムが出来上がってしまうかもしれない。そうならないように、連携の実を積み上げながら、各構想区域の将来像というものを共有していかなければならないと思う。

先ほどの「何故、病床毎の報告ではだめなのか」ということについてだが、病床毎にするのと全病床数の何パーセントという話になり、どこで何をやっているかが見えなくなる。つまり、現場が特定できない。国はそれを嫌がっているのだと思う。管轄する側からみれば、病院毎の指定が一番把握しやすい訳で、病棟毎の指定は一種の妥協点とも言える。従って、今後とも病床毎の指定になる可能性はきわめて低いと思う。

いずれにしても、ある程度共通の物差しがあれば、診療の実態と見比べることで、現下の病棟機能の選択という問題は、それほど難しいことにはならない。自施設の入院実態を虚心坦懐にみて、急性期患者(=短期入院患者)と回復期患者(慢性期患者)のパーセントを割り出し、その割合に応じて、主に急性期患者を診る急性期病棟と主に回復期(慢性期)患者をみる回復期病棟を定めればよいということになる。そうすれば診療報酬のデータからみ

て、自ずと目標病床数に近づくことになるはずである。

それよりも、目下の最大の気かりは、医師の働き方改革の行方である。青森県は元々医師が少ない。そんな状態で残業は月 45 時間まで、昼夜二本立ての人員を確保しなければならないとなると、小さな病院はやっていけなくなる。そんな逆風を浴びながらこの地域医療構想を上手に組み立てるといことは至難の業と言わざるを得ない。この調整会議の場を通じて、皆さんがもっとフランクに「ウチではこういうことが困っている」という話を言い合う中で、「問題解決のためにはどのように連携すれば良いか」という共通の意識が生まれれば、それこそが地域医療構想を進める大きな力になるように思えてならない。

この調整会議の場で皆さんが納得して決められたことに、国から文句を言われる筋合いは全くないし、先ほどの外来医療計画の話にもあったように、地域医療構想自体も東京のような大都会と過疎地を抱える青森県とでは内容が違って当然であり、彼らと同じ様なものを作る必要は全くない。知恵を出し合って良いものを創り上げて頂きたい。

(弘前市医師会)

病床機能について、津軽地域の急性期は現在 1, 5 7 3 床で令和 7 年度の病床目標数が 1, 1 1 0 床となっているので、ここに近づくにはもう少し調整が必要と思う。

その中で本県の急性期の病床機能の要件を、県としてももう少し明確にした方がいいのではないかという話を興味深く聞いていた。

病院プロフィールシートに関しては、大鰐・板柳両病院は回復期病床転換にかなり努力をしているのではないかと。

弘前中央病院は、この地区の肺がん、あるいは消化器の手術をかなり積極的に展開しているので、現状の病床機能の形は妥当ではないかと思う。

その他の病院に関しては、各病院長の先生のお話のとおりだと思うが、小野病院については、重症心不全を受け入れ、ペースメーカーの手術を年間 6 0 例行っており、心臓病に対してこの地区で頑張っているのだが、急性期病床が 0 というのは、病床機能報告を病棟単位で行っているのが問題ではないかと思ったところ。

医師確保計画で津軽地域が医師多数区域となっているが、これは大学病院が入ったの医師多数である。

県病や八戸市立市民病院は研修医を入れて 2 0 0 人くらいいるが、それでも 2 4 時間、3 6 5 日は大変である。津軽地域の二次救急医療にしても、統合病院ができてみずぐには 2 4 時間、3 6 5 日体制はできない。医師数が増えるには今から 1 0 年はかかると思う。その間、救急車の受入を頑張っていくのは健生病院になる。

健生病院は、弘前地区の救急医療の 3 分の 1 を担っているが、医師数 5 0 人ぐらいで行っており、医師が疲弊しているため、働き方改革に沿った対応をすれば、この地区の医療はパンクするだろう。

ベッドを減らすというだけでなく、津軽地区の救急医療がいかに大変で困っている状態

かということ、県でも認識をしていただければありがたい。