

令和元年度第3回 秋田県地域医療対策協議会議事録

1 日 時 令和元年12月25日（水） 午後3時から午後4時30分まで

2 場 所 秋田県JAビル 8階 大会議室

3 出席者

【出席委員（20名中16名出席）】（敬称略、名簿順）

南 谷 佳 弘	秋田大学医学部附属病院長
吉 原 秀 一	大館市立総合病院長
齊 藤 研	平鹿総合病院長
佐 藤 一 成	由利組合総合病院長
小 玉 弘 之	秋田県医師会長
佐 藤 家 隆	秋田県医師会副会長
尾 野 恭 一	秋田大学医学部長
中 山 勝 敏	秋田大学総合臨床教育研修センター長
伊 藤 智 範	岩手医科大学大学院医学系研究科地域医療学分野教授
鈴 木 敏 文	中通総合病院長
奈 良 正 之	国立病院機構あきた病院長
石 岡 隆	地域医療機能推進機構秋田病院長
小棚木 均	秋田県病院協会会長
齊 藤 修	北秋田市市長（代理）健康福祉部長
松 田 知 己	美郷町長
諸 富 伸 夫	秋田県健康福祉部長

【事務局】

畠 山 賢 也	秋田県健康福祉部次長
伊 藤 淳 一	秋田県健康福祉部医務薬事課長
元 野 隆 史	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室長

ほか5名

4 欠席者

袴 田 健 一	弘前大学大学院医学系研究科消化器外科学講座教授
白 根 研 二	秋田県病院協会副会長
伏 見 悦 子	秋田県女医の会会長
佐々木 早 苗	JAあきた女性組織協議会副会長

5 議事（要旨）

1 開会

事前に配付されている会議次第、委員名簿、会議資料等を確認した後、午後3時に開会した。

2 挨拶

諸富健康福祉部長より挨拶

3 議事

・傍聴許可

傍聴希望者がおり、会長により許可された。

・会議の成立

委員20名中16名の出席があり、委員の過半数が出席していることから、協議会設置要綱第6条第3項の規定により、会議が成立していることを確認した。

(1) 医師確保計画（素案）について

南谷委員が8月及び10月に開催された医師確保計画策定部会の部会報告を行い、その後、高橋事務局員が資料1及び2に基づいて、医師確保計画（素案）に関する説明をした。

【質疑応答】

小棚木委員

目標医師数について確認したい。

資料1には、秋田県の医療施設従事医師数（2016年12月31日現在）「2,257人」と目標医師数（計画値）が「2,371人」とある。

秋田県では住民の高齢化が進み、医療施設ではない介護施設等で勤務する医師も多いと思われるが、2023年の目標医師数には、医療施設従事医師数以外の医師がどれ位含まれるのか。含まれるとすれば、目標期間内に医療施設従事医師数は増えるのか、それとも減るのか、現状維持なのか。

事務局（元野室長）

ここに示す「目標医師数」とは「医療施設従事医師数」を指すものであり、同数である。つまり、2023年の目標は、医療施設に従事する医師が増える内容である。

小棚木委員

介護医療院に移行する医師は、表のどこに表れるのか。この表には表れないのか。

事務局（元野室長）

この計画では、介護医療院に移行する医師は、表の目標医師数の中には含まれていない。

尾野会長

医師偏在指標の数値は、各都道府県は国から、当該自治体所管分の数値しか示されていないのか。秋田県が全国41位であるという順位は最終的に変更されることはないのか。なぜ、国は、各都道府県に全体

の情報を共有させないのか。

事務局（元野室長）

秋田県が全国41位であるという順位は変わらない。

国が各都道府県に他自治体の情報を共有させない理由としては、依然として広域的に調整する部分があるからと聞いている。調整が終わり次第、年明けに公表するとの連絡を受けている。

厚生労働省が算定する目標医師数は、若干、変更があるかもしれないが、全体的に大きな変更はない予定であると聞いている。

尾野会長

医師偏在指標において、秋田県は全国の下位に位置していることは変わりなく、また、医師多数区域である秋田周辺医療圏において、男鹿南秋地域を医師少数スポットに指定することについて、異存はないか委員の意見を確認したい。

この点については、異存はないですね。では、次に目標の達成に向けた施策について、委員の意見を伺いたい。

小棚木委員

新たに総合診療・家庭医の養成を重点的に取り組むとの部会報告があり、その方向性は賛成である。その場合、養成を目指す医師は、具体的には病院総合医なのか、家庭医なのか。また、その医師は、病院に置くのか、開業医なのか。

南谷委員

主として、都会の病院にいる患者の振り分け型の総合医ではなく、診療・治療もできる医師の養成を目指すものである。今後、病院で各内科の診療科毎の専門医を多く養成し、フルセットで揃えることは困難である。また、秋田市以外では廃業する開業医が多くいるという現状を踏まえ、両方の側面に対応できる医師を養成していきたい。

総合医を目指し、県外の医療機関で研修している医師が秋田に戻ってこられるような、魅力があり、きちんと養成できるプログラムを構築したい。こうした医師が県内に定着し、更に、その医師たちが、次世代の医師を養成できれば、循環するシステムが築き上げられる。

小棚木委員

もう一つ、秋田市に住居を置いて、秋田市以外の医療機関に通勤する医師に対する支援策とは具体的にどのような内容か。

南谷委員

通勤支援の対象は女性医師を想定している。地域枠の義務期間内にライフイベントを迎える女性医師が多い中で、9年間の義務期間のうち、半数の4年間を知事が指定する公的医療機関、つまり秋田市以外の医療機関で勤務しなければ、義務を果たしたことになる。

こうした女性医師に秋田市以外の医療機関できちんと勤務して貰うことが重要であり、現在は、なかなか義務を果たせない医師が多い

る。

積雪地である本県では、運転が苦手な女性医師が、高速道路をマイカー通勤するのは困難であることから、こうした医師が秋田市内の病院に通うように、負担がない形の送迎支援があれば、市外の病院にも朝出勤し、診療を終え、夕方に簡単に戻れるような仕組みがあれば有り難い。仕組みを整えば、地域で勤務できる女性医師も増えるのではないか。

この支援がベストだとは言わないが、これまでなかった方策に少しずつ取り組んでいただきたい。

小棚木委員

医師不足地域に多くの医師が居住し、その地域にとどめることを実現することがまだ難しい状況であるから、その前段階の施策を講じて、地域で勤務する医師を少しでも増やしていくということで理解した。

佐藤一成委員

資料1の医師偏在指標について、再度、確認したい。

秋田県全体では、「215.0」であり、その下の各二次医療圏では、「162.3」と記載があるが、この違いは何か。

事務局（元野室長）

表の右下に※印で注釈が記載されているとおり、目標医師数が、計画期間中に医師偏在指標の下位33.3%を脱するために要する医師数である。この場合、二次医療圏と三次医療圏を比較すると、前者の方が、統計上の分布が広いことから、順位付けにおいて下位33.3%を満たすための数値が低い位置に設定されることとなる。それが「215.0」と「162.3」の違いとなるものである。

また、県の定める目標医師数計画値（2023年）については、厚生労働省の定める目標値が現状よりも大きければそれを採用し、現状を下回る場合は、現状値（医療施設従事医師数）を維持することを目指すものである。あくまでも、考えの基本は、厚生労働省の算定値である。

佐藤一成委員

厚生労働省が示す、秋田県の目標医師数「2,371人」はおそらく、ほぼ変わらないということか。また、県全体と二次医療圏毎の目標医師数の合計はリンクしないということか。

事務局（元野室長）

そのとおりである。二次医療圏の目標医師数を合計しても、三次医療圏（県全体）の目標医師数と合致しない。

小玉委員

「総合診療・家庭医」という名称であるが、国でも「家庭医」という表現は使っておらず、「かかりつけ医」という表現を使っている。「家庭医」ではなく、「かかりつけ医」という表現にした方が住民の理解が進むのではないか。「総合かかりつけ医」という表現も良いと

考える。

また、「タスクシフト」という表現が使われているが、「タスクシフト」だけではなく、「タスクシェア」が主な取組ではないかと考える。医師が業務を全て他の医療従事者にシフトさせるのではなく、両方でシェアすることが重要である。

いずれも表現については、検討して欲しい。

尾野会長

「総合診療医」や「家庭医」、「かかりつけ医」、「タスクシフト」、「タスクシェア」など、計画で使う用語や表現については、再度、部会で議論すべきと思う。部会での検討をお願いしたい。

事務局（元野室長）

了解した。

伊藤委員

資料1の右下の「目標の達成に向けた施策」の中に「地域循環型キャリアアップシステムの充実」という記載があるが、秋田県の場合、大学以外の派遣機能を有する医療機関はあるのか。あるとすれば、どれ位あるのか。

事務局（高橋）

本県の場合、基本的に派遣機能を有するのは大学である。

しかし、新専門医制度の開始に伴い、新たな専門医研修プログラムが各医療機関でも策定されており、プログラムの策定に当たり、研修施設を県内の3つ以上の地域にまたがるよう依頼している。秋田赤十字病院をはじめとする幾つかの医療機関では、複数の地域に研修施設がまたがるプログラムがあり、その際は、関連する施設に若手医師が派遣されているケースがある。これは基幹病院を核としながら、派遣されていると言えるかもしれない。

秋田大学を中心としながら、各専門研修プログラムでは、基幹病院から医師が派遣されているケースがある。

伊藤委員

それでは、一方で秋田大学の医師は増えているのか。横ばいなのか。減っているのか。

南谷委員

秋田大学では、教員は定数があるので横這いだが、医員という形で非常勤の医師などは増加傾向にある。

伊藤委員

岩手医科大学でも医師確保や偏在の改善、医師の養成などに様々な取組をしているが、循環型システムはある一定の効果があることが見込まれている。

若手医師を大学から地域の医療機関に派遣する際には、若手医師に対して、いかに地域の医療機関で刺激的なプログラムを提供できるか

が重要である。仮にそれが充実したプログラムであれば、医師が地域と大学との勤務を繰り返すうちに、やがて「地域に根ざしたい」という気持ちが生まれてくる。秋田大学でも、若手医師が多く集まるようなプログラムを用意されているかと考え、尋ねた次第である。

尾野会長

他に地域の医療機関から他の地域へ医師を派遣しているような事例はあるか。例えば、鹿角から大館に分娩を集約したときに、大館から鹿角に産婦人科医を週2回、検診や外来診療のために派遣している例があると聞いている。

資料2のP.33の表5-2の分娩取扱施設の医療従事者数とP.35の表5-3の産科偏在指標の産科・産婦人科医師数では異なるが、その理由は何故か。例えば、湯沢・雄勝地区の産科（産婦人科）医師数がP.33では3人であるのに対し、P.35では4人となっている。

事務局（伊藤課長）

資料2のP.33の表では、医療計画を策定する際に調査した結果であり、産科の医師数に関しては、分娩を実際に取り扱う医師数を限定して数えている。実質に着目しているので、ある程度、数字が小さくなっている。

一方、P.35の表は厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成28年12月）の医師数をベースにしており、ある程度、数字が広がるものと考えられる。その違いによるものである。

尾野会長

違いについては、了解した。ただ、異なる数字を掲載するのであれば、表の備考等に「ことわり」や説明を入れた方が良い。

産科の偏在指標については取り扱いが難しい。例えば、一つの医療圏に産科の医師が一人しかいなければ、その医師は365日、24時間の対応が求められるものであり、たとえ、分娩件数が少なくても、産科の指標の計算式がどうであれ、その医師の勤務からみれば医師が充足しているとは、とても言い難い。

少人数で働いている医療圏の産科医に係る医師偏在指標については、国に再度、考えて欲しいと思っている。一律に計算式に当てはめるのはいかなものか。小児科についても同様である。

吉原委員

尾野会長の意見に賛成であり、数値と実感は異なると考える。

県では、各地域の実状に合わせた必要医師数を算定できないものか。各医療機関にインタビューするなどの手法は取れないのか。具体的な数字がなければ、今後の方針もなかなか立てづらい。

事務局（元野室長）

必要医師数を客観的に算定することはなかなか難しい。

本県では、県内68の病院を対象とした各診療科毎の不足医師数を調

	査するための「医師充足状況調査」を年2回（4月・10月）実施している。最新の調査結果では、県内68病院で合計して、「産婦人科医が14人不足している」という結果がある。
吉原委員	そうした県の独自の調査結果があるならば、それを医師確保計画に盛り込むことはできないのか。
事務局（元野室長）	医師充足状況調査による不足医師数の回答は、病院からの主観的なものであり、医師確保計画中に厚生労働省の算出した医師偏在指標と並列して記載するのは違和感がある。
小玉委員	吉原委員の発言にある数値と実感の違いというのは重要であり、医師充足状況調査による診療科毎の不足医師数も医師確保計画に並列して標記した方が良い。今後、医師の働き方改革も求められていく中で、並列した標記は、国に対する一つの提言にもなる。検討していただきたい。
事務局（元野室長）	計画への併記について検討する。
尾野会長	今回、策定する医師確保計画の計画期間は何年間か。
事務局（元野室長）	令和2年度から5年度までの4年間を計画期間とするものである。
尾野会長	将来推計は難しいかもしれないので、現時点における産科医や小児科医の不足数を併記した方が良い。
伊藤委員	資料2のP.35の表5－3「産科医師偏在指標及び指標算定に係る諸数値等」に記載されている「労働時間調整係数」の算定方法について、確認したい。数字が大きくなると、それは何を意味するのか。 また、どのような医師が最大で、どのような医師が最小となっているのか。
事務局（元野室長）	この表における労働時間調整係数とは、全国で勤務する産科医の労働時間を平均して、平均にマッチする人を1.0に置き、当該医療圏で勤務する医師を比較して、年齢別や性別の違いを係数化したものを乗じて算出した結果である。 数字が大きくなると、法的に守られた中で、より長時間働くことができることを意味する。例えば30代の医師であれば大きな数値となり、高齢医師であれば小さな数値となっている。最大は20代の男性医師の場合で1.24、最小は70代の女性医師の場合で0.62である。

松田委員

目標達成に向けた施策のうち二次医療圏に固有の施策について伺いたい。大仙・仙北と横手、湯沢・雄勝では、「東北医科薬科大学卒業医師の地域での勤務とキャリア形成との両立を図る」とあるが、県南3郡に限定した理由は何か。

事務局（元野室長）

特に限定したわけではないが、現在、東北医科薬科大学の医学生への地域実習の病院として、平鹿総合病院と大曲厚生医療センターが指定されている。

今後、東北医科薬科大学でも卒業生を輩し、修学資金貸与医師については、秋田県内での義務期間（9年間）が生じ、県内各地の医療機関に配置するが、義務期間後に県内に定着してもらう際には、医学生時代に研修先となった医療機関が期待されるのではないかと考え、記載した次第である。

松田委員

県の施策については、元々、東北医科薬科大学が、そこに研修先を設定していたということや方向性にとどまらずに、目標を具現化するために県が具体的に何をするのかを明らかにすべきと考える。

つまり、方向性としてのキャリア形成や勤務だけではなく、達成するためのプログラムをきちんと記述した方が良い。

尾野会長

東北医科薬科大学の医学生については、卒業生もまだ輩出していないので、キャリアパスについては今後かと思う。いずれ、当該医学生が卒業し、初期研修を終了した後の専門医プログラムもきちんと用意し、キャリア形成を支援して欲しい。まだ、時間的な余裕はあるが、しっかりと取り組んで欲しい。

それでは、これまでの事項に加え、他に御意見はないか。

小棚木委員

資料2のP.6の表1－2では、平成10年から平成28年の医師の増減率において、内科の99.5%や他の診療科が微増しているのに対して、外科は87.8%と大きく減少している。

外科医不足については、計画では触れられていない。厚生労働省の計画策定のガイドラインでは、必要的な記載事項として外科に関する記載がないのかもしれないが、本県の医師確保計画では、産科・小児科の後に、外科についても記載することを強く希望する。

南谷委員

今年度の秋田大学における後期研修医（専攻医）登録者が45名のうち、全ての外科を合わせても5名と非常に少ない。外科医の高齢化も進んでいる。医師確保計画に、外科医を増やす方策についても盛り込んでいただければ有り難い。

事務局（元野室長）	診療科別の医師偏在指標等の数値は、厚生労働省から、産科・小児科についてしか示されていないことから、外科についても、産科・小児科と同じ並びで記載するのは難しい。例えば、トピックのような形で外科と内科医の不足や、確保対策などを盛り込むなど工夫した上で、計画に盛り込むことは考えられる。
南谷委員	内科についても不足していることは、我々外科医も実感している。内科や外科のように、患者の全身をきっちりと診る医師は医療の基本であり、是非、何らかの計画への記載をお願いしたい。
中山委員	非常に重要な指摘であり、賛同する。住民の寿命や余命が長くなる中で、患者の全身を手当てする内科医も益々必要とされていく。内科医を一定数、維持するという視点も必要である。
諸富委員	平成10年から平成28年までの約20年間における本県の医師数の推移をみると全体として微増傾向にある中で、診療科別医師のうち、減少している内科医及び外科医についても何らかの記載が必要であると考ええる。記載を工夫してみたい。
尾野会長	それでは、内科と外科に係る記載の検討をお願いする。 他の計画全般に関する御意見を伺いたい。
南谷委員	医師偏在は大きな問題であり、現在は、既に医師になった者に対する対策がほとんどであるが、今後は、医学生に対する対策も必要である。現在、各医療機関で多くの医師に学生の指導をお願いしているところであるがこれを維持するのも難しく、今後は、秋田市以外の地域に教育の拠点となる病院を整備し、それを中心に医学生や研修医を指導する体制を整えることを提案したい。
小玉委員	本県医療における教育の拠点化の方向性は、賛成である。 先行例として、女子医学生に限ったインターンシップ事業があり、女子医学生が先輩である女性医師に何週間か接し、診療やキャリア形成など様々なことを相談すると、地方勤務がスムーズにいく。
小棚木委員	考え方は賛成であるが、一方、拠点病院化を進めることは、医師の偏在を助長する結果を招く懸念はないのか。拠点化された病院以外の臨床研修病院には、研修医が集まらなくなるのではないのか。
南谷委員	地域医療構想等に関わる難しい問題であるが、あくまでも秋田市以

外の地域に教育拠点病院をつくり、医師の偏在の改善を図るものであり、拠点化された病院以外の研修機能を弱めるものではない。

小玉委員

医師の偏在改善については、これまで何年も経過していながら、なかなか改善できていないのが実態である。何も対策を講じなければ、今後、何年経っても何も変わらない。対策を講じた上で、良い施策であればそれを検証し、継続して積み重ねることが重要であり、悪い施策であれば、別の方法を考えれば良い。

新たな取組は進めるべきだと考える。

尾野会長

医学教育の6年間のカリキュラムの中で、最近はかなり、臨床実習に重きを置くようになっており、臨書実習はこれまでの50週間から、70週間以上へと拡大している。2年間で実習を行わなければならない、受入先として大学病院だけではベット数が足りないのので、地域の医療機関に医学生の受入れをお願いしている。そうした中で、約1ヶ月間、秋田市以外の医療機関に医学生を受け入れて貰っており、制度が始まって3タームであるが、学生からの評判は非常に良い。

小玉委員

令和3年度からスチューデントドクター制度が法制化され、より実実際的な制度に変わっていく。地域の病院に医学生の受け入れて貰う機会が益々増えていく。こうした実習を踏まえ、地域医療に理解を示す医学生も増えていくかもしれない。こうした取組は、是非、行っていただきたいと思っている。国も非常に着目するのではないかな。

尾野会長

全国を見渡したときに、離島の多い長崎県の五島列島では、いち早く医学生の臨床実習を積極的に受け入れ、そこは、医学生がいないと診療が成り立たない。

少ない医師は多忙であり、医学生がカルテをきちんと整理してくれると聞いている。医学生にとっては、それが仕事になっている。医師不足地域の離島では、医学生の実習が大きな貢献となっている。

そうしたことが、本県でもできないかと医学部長として常々、考えている。

伊藤委員

岩手医科大学でも、長期臨床実習は地域の医療機関に受け入れていただき、昨年度は5週間実施し、今年度は4週間で2度実施している。

地域の臨床実習を経て、学生の地域医療に対する考え方も変わり、6割の学生が「地域で勤務したい」という積極的な考えを持つようになってきている。

一方で、受入先となる地域の医療機関の指導医には負担をかけるので、岩手医大では、僅かではあるが、医学生を受け入れていただいた

	医療機関にインセンティブを出したいと考えたが、医療機関側に辞退されている。
	本来は、文部科学省で、そうした取組に旗を振るのであれば、国が地域の病院へのインセンティブを与えるような施策を講じていかなければ、地域の病院が疲弊してしまう。国がやらないのであれば、県の施策として、大学と地域の医療機関における地域実習をサポートしていただきたい。
小玉委員	県単独の支援も県の負担が大きいので、医療介護総合確保基金を活用し、それを財源にした施策を検討して欲しい。
諸富委員	御提案については、医療介護確保基金でどれ位対応できるか、今後、検討してまいりたい。また、南谷委員からの「教育の拠点化」については、拠点病院以外の病院への影響等を踏まえ、協働や連携を基に、どういう形で具体的に実現できるかをしっかりと考えていきたい。
尾野会長	事務局は、これまでの各委員からの御意見や御提言を踏まえ、計画案の策定を進めていただきたい。
(2) キャリア形成プログラムについて	高橋事務局員が、資料3に基づいて、医師確保計画の策定に伴う秋田県地域枠医師等キャリア形成プログラムの一部改正案（所要の規定の整備）について説明した。 ※ 原則秋田市以外の公的医療機関等→医師少数区域等の公的医療機関
【質疑応答】	
尾野会長	御意見又は御質問があれば、伺いたい。
小棚木委員	この改正では、地域枠医師等の派遣対象となる医療機関が、秋田市の公的医療機関に拡大するものか。
事務局（高橋）	医師確保計画の策定により医師少数区域等が設定されることに伴う所要の規定の整備であり、地域枠医師等が知事指定により派遣される公的医療機関は秋田市以外の公的医療機関等で変更はない。
尾野会長	キャリア形成プログラムの内容については、何か説明があるのか。
事務局（高橋）	キャリア形成プログラムについては、現在、大学の各講座に照会中であり、取りまとめた上で、次回の地域医療対策協議会で事務局から

	説明させていただき、お諮りしたい。
4 その他	なし
5 閉会	午後4時30分に閉会した。

令和2年1月2/日

秋田県地域医療対策協議会長

尾野 恭一