

令和元年度第 1 回秋田県医療審議会 議事録要旨

- 1 日 時 令和 2 年 3 月 1 9 日（木） 午後 5 時から午後 7 時まで  
 2 場 所 秋田県教育会館 3 階 C 会議室  
 3 出席者

【秋田県医療審議会委員（17名中13名出席）】（敬称略、五十音順）

|         |                     |    |
|---------|---------------------|----|
| 大 越 英 雄 | 秋田県薬剤師会長            |    |
| 尾 野 恭 一 | 秋田大学大学院医学系研究科長・医学部長 |    |
| 小 野 剛   | 秋田県病院協会副会長          |    |
| 小 泉 ひろみ | 秋田県医師会副会長           |    |
| 小 棚 木 均 | 秋田県病院協会長            |    |
| 児 玉 一   | 秋田県市町村会長            | 欠席 |
| 小 玉 弘 之 | 秋田県医師会長             |    |
| 佐々木 早 苗 | J A あきた女性組織協議会副会長   | 欠席 |
| 佐 藤 家 隆 | 秋田県医師会副会長           |    |
| 高 島 幹 子 | 秋田県看護協会長            |    |
| 竹 島 仁 子 | 秋田商工会議所女性会副会長       |    |
| 中 田 博   | 全国健康保険協会秋田支部長       |    |
| 藤 原 元 幸 | 秋田県歯科医師会長           |    |
| 古 谷 勝   | 秋田県国民健康保険団体連合会常務理事  | 欠席 |
| 松 田 知 己 | 秋田県町村会副会長           | 欠席 |
| 三 島 和 夫 | 秋田県医師会（秋田精神医療懇話会）   |    |
| 南 谷 佳 弘 | 秋田大学医学部附属病院長        |    |

【事務局】

|         |           |
|---------|-----------|
| 諸 富 伸 夫 | 健康福祉部長    |
| 須 田 広 悦 | 社会福祉監     |
| 小 柳 公 成 | 健康福祉部次長   |
| 畠 山 賢 也 | 健康福祉部次長   |
| 佐 藤 徳 雄 | 福祉政策課長    |
| 藤 原 亨   | 地域・家庭福祉課長 |
| 奈 良 滋   | 長寿社会課長    |
| 高 橋 直 樹 | 障害福祉課長    |
| 石 川 修   | 健康づくり推進課長 |
| 三 浦 敦 子 | 保健・疾病対策課長 |
| 伊 藤 淳 一 | 医務薬事課長    |

元 野 隆 史 医務薬事課医療人材対策室長  
佐 藤 寧 福祉政策課政策監  
石 川 由美子 健康づくり推進課政策監

## 5 議事要旨

### (1) 秋田県医師確保計画(案)について

- 部会で議論を行い、委員から多数の意見をいただいた。また、パブリックコメントでもご意見をいただいた。目標と達成に向けた施策として、大きく4点を掲げている。1番目の若手医師の地域循環型キャリアアップシステムの充実では、秋田県の修学資金によって秋田大学、自治医科大学、東北医科薬科大学で医学生を育てている。そういった方々が卒業されて、ちょうど地域枠が始まってから10数年経ち、少しずつ秋田市以外の医療機関で義務年限を果たす医師が増えて来ている。そのことを部会の方でも確認していて、引き続き、こういった施策をしていくことが重要であるということで1番目に取り上げている。2番目の労働環境改善というのは、昨今の働き方改革の一環に通じるところがあるということで取り上げている。3番目の将来の医師を支える裾野の拡大・強化は、中高生へのアプローチが非常に大事だということで取り上げている。東北医科薬科大学から卒業生が出てくるということで、若手医師をしっかり育てていくことが大事であると考えている。
- 地域枠の卒業生が卒業した後、義務年限を地域の公的病院で働いている。そのときに、診療科によっては、地域の公的機関に定員の関係で働く場がないとか、診療科自体が心臓血管外科等で無い場合には、偏りが生じてしまう。若手医師を即戦力として活用するよりも、義務年限の運用を緩やかにして、秋田県内の中で働ける場所でトレーニングを経て、その後、地方で頑張ってもらいたいという、柔軟性のある運用をすることが必要になっていくのではと考えている。そうすることで、秋田県で働いてもらえるようなドクターとして、育てていただくことが可能になるのではないかと考えている。
- 県の方でも今後の大きな課題としている。秋田市以外で診療科のない、あるいは、少ない診療科については、そこを志望する医師が知事指定病院に派遣されても指導医がないという場合があるので、今後、地域枠の医師が増えていく中で、何らかの見直しが必要になろうかと思っている。今後の地域医療対策協議会で検討していきたい。
- 非常に重要なポイントである。今やっている専門医の育成プログラムの中では、義務年限の中で9年間の中で地域を回る中で専門医を取れない診療科もある。診療科によっては工夫しているところもあるが、義務年限を緩やかにするなど、診療科ごとにプログラムの検討が必要になろうかと思う。先ほど地域枠の医師が地域に回り出したというところが述べたが、9年間のうち、後ろの方に持って行く方が多い。おそらく、研修の時期は最初の時期は技術のあるところで指導医の元で研修をして、終わった後の技量のついた後で、地域を回り出すという印象である。専門医のプログラムを見直しながら、融通が利くところはしていくことが必要である。
- 先日、医学生と話す機会があったが、県外流出について、なぜ県外に行くのか聞いたところ、秋田県は高齢者が多く、症例が少なすぎて、自分が研究したいことができない

いということ saying た。若い医師が秋田に残れるようにするには、1つのことを専門的にできるといったようなものが必要である。例えば、お年寄りのための病気、認知症とかの研究を充実させるとかいろいろやり方があると思うが、県としては診療科の強みを発揮できるかどうかといった点について、どう考えているか。

→ 県の方でもそれは重要だと考えており、一昨年から高齢者医療先端研究センターを設立して、認知症の専門家を招聘し、拠点としてもらっている。秋田大学でも認知症の外来を始めており、県としても応援している。そういったところから徐々に広がっていければと考えている。

→ そこは大事なポイントであると考えている。高齢者医療先端研究センターを作ろうとか、高度救命救急センターを作ろうとか、そうしたことで秋田県の医療を支えるのももちろんですが、若手医師の魅力ある職場を作っていきたいということを考えている。若手医師が意欲的に働ける場、専門医をとりながら、地域に貢献するにはどうすればよいかを考えている。若手医師とわざわざ書いているのは、若い人がいかに魅力を感じて働くことができるかということと、力を入れているところを御理解いただきたい。

○ 初期臨床研修医のことは資料に書かれていますが、新専門医制度が始まって3年ほど経ち、専攻医の推移といったものはどのようになっているか。それから、目標の達成に向けた施策について、ICTの技術を活用したという記述があるが、遠隔医療ももちろんだが、それに以外にもあるということと、その中にAIの技術も発達してきて内視鏡で胃がんを見つけるとかは全国的にも行っている。そういうのも導入した方が若い医師が惹かれると思うだが、AIの技術を入れ込むことを記述に入れることは時期尚早なのか、教えていただきたい。

→ 新専門医制度については、始まって令和元年度で43人がプログラムに登録している。AIについては、これからの技術として大事だと考えているし、入れ込むこともできると思うが、具体的にどういう技術が活用できるのかと言った点については検討していきたい。

○ 若い人は、そういう物に憧れるし、先進医療について秋田でもできるかどうか、是非検討していただきたい。専攻医が始まってからどれくらいの間が流出しているか、わかりますか。そういった大事なデータが、どうやって秋田に医師を残すのかという点について、取組を頑張る指標となるので、県も頑張りたいと思う。

## (2) 秋田県外来医療計画(案)について

○ 診療所の外来については、高齢化と後継者不足が危惧されている。そのため、いかにして医業承継をスムーズにいかにするのが課題である。医師会もドクターバンク等を用いて解決を目指している。地域枠の若い先生が地域に出ていっている。次第にこの方たちが各地域で定着し、診療所の役割を担っていただけるのではないかと期待もしている。患者数の減少もあることから、複数の医師でのネットワークを作ってグループ医療を行い、地域の医療を支えていくということが必要になるのではないかと考えている。高齢化が進むと病院の外来に患者が集中し、病院の医師が疲弊することが懸念されており、適切な情報提供をして、地域の診療所へのかかり方について適切な情報を与え

ていく必要があることが挙げられた。

医師確保計画でもあるように、遠隔医療を使って、医療圏を越えた医療も検討する必要があると考えている。へき地については通院手段の検討も必要で、行政の働きかけが今後も必要であると考えている。

- 前回の医療計画部会でもお話をさせていただいた。ここに課題として書かれている、医師、看護師等の医療従事者の不足ということで、外来機能をいかに少ない医療資源で、機能させるかという点。かかりつけ医が、高齢化して数も少なくなっているところで、先ほどグループ診療という形で説明されたが、訪問看護ステーション等との連携を密にさせていただくことによって、補完できるところが多いのではないかと思う。したがって、その点も、可能であれば書き込んでいただけたらと考えている。

それから、令和2年の診療報酬改定においても、在宅医療、地域医療に対する評価が高くなっている。例えば、特定行為を終了した看護師の活躍や、看護職が主体となる助産師外来などである。これらの機能を支援していかなければと考えている。

- 特定行為については、今後ますます需要が増えただろうと考えている。県としても、特定行為の看護師養成を、来年度事業に盛り込んだ。
- 訪問看護の必要性は、外来医療計画にも強く関係する部分であるが、これについても、今後の医療介護基金を活用し、どのように体制を確立していくかが具体的な問題になってくると思うので、それについては、どのように事業化、支援をするかというところをご相談しながら、具体的な問題として考えていきたい。

- これだけ、疾病構造が変わってくると、医師の配置だけではなく、どのような医療がどのような地域で求められているのかという、少し踏み込んだ解析もないといけないと考えている。例えば、新規開業の医師についても大事ですし、小児科や産科がないために、若い世代が、それがきっかけで町から出て行くということも考えられるので、よりきめ細かな情報を得たり、収集した情報を見える化していくことが大事かなと思う。また、新規開業世代は、かなりリテラシーをつけていて、もうちょっとオンラインでわかりやすくアクセスできるような情報発信ということも、実行の変容を促すためには必要かなと思うので、是非考えていただければと思う。

- 地域の診療所における疾病構造については、なかなか全体の中で議論ではないんですけども、今、県医師会や大学と連携としながら、過疎地域における診療所機能の維持のために介護施設も一緒になった施設整備を、どのようにやっていけばいいのかということの検討会を始めようとしている。その中では、小さな各地域におけるその疾病構造ということも分析しながら検討していきたい。ただ、なかなか都市部も含めたところまでは手を出せてはいない状況ですけども、やれるところからやっていきたいと思っている。

- 昔は統合失調症がやっぱり多くメインだったが、今は認知症が激増していて、認知症専門医の養成が喫緊の課題となっている。認知症も地域に行くと既に数が減ってきている地域もあり、患者数と専門医の数など、そのギャップの見える化も必要になるのではないかと考えている。精神だけに限らないと思うが、是非よろしくお願ひしたい。

- 各地域における、必要とされる診療機能を外来機能でも充実させることが大事だと思

うが、前の段階として、医師確保計画の方にあったように、総合的な診療能力を持った医師をまず養成して、幅広い診療ができる医師に、各地方での外来診療を担ってもらうことが重要であると考えている。それが充実した上で、各個別の不足している診療機能を補っていくという体制にしていく方が良いのかなと思うので、まずやるべきことは総合的な診療能力のある医師の養成と思っている。

- 診療所の不足には理由がある。その理由をどうやって受け止めるか、解消していくか本来の目的である。国の方では都会の診療所に視点を置いたことをしているが、それは、地方ではちょっと違う。都会では、余ってるからそれを制限し、地方は足りないからどうしよう。という逆の議論が必要になる。そういう点も県も認識しながらですね、取り組んでいただきたい。

### (3) 高度救命救急センターの設置に係る医療計画の変更について

- 救命救急センターを設置する病院の院長としての意見も入ることをお許しいただきたい。医療計画部会には、参加しましたが、その時の採決に非常に違和感があって、他の委員の皆さんもキツネにつままれたような雰囲気だったのではと思います。その翌日の地方紙に、県医療審議会計画部会、高度救命救急センター秋大病院県内初指定という記事が出た。少し読ませていただきますが、同センターでは県内唯一の救命救急センターである秋田赤十字病院では対応が難しい広範囲の火傷や、切断された指の接合、複数の診療科に跨る重症患者等に、24時間対応で対応する。こういう記事が載ってます。全く県民をミスリードする、県民に事実を伝えていない記事です。全く真実を裏付けしない記事です。裏付け取材をしなかったんでしょうか。それというのも、県が全く具体的数値を出していない。現在の救命救急センターがどういう実績あって、秋田大学の救急がどういう実績があって、それを比較して将来どれだけになりそうだから、つまり高度救命救急センターが妥当だと。そういう判断した数値が全く出てきてない。出してもらえませんか。

→ まず、高度救命救急センターで対応を考えようということで書かれてる内容に関しては、重症あるいは広範囲といった言葉が定性的な言葉であるために、秋田大学が高度救命救急センターをやった場合に、赤十字病院の救命救急センターと異なったこれができるという記述が、定量的な形で明確に説明することがが難しかったところがあって、そのような表現になってしまったと考えている。

我々も、複数診療科にまたがる重症患者に対する救急医療、または手指切断に係る特殊疾病患者に対する救急医療といった表現、これ自体は救急医療対策要綱の表現なんです。それがしか書けなかったというところが、確かにわかりにくいところであったかと思う。

また、データに関して、今、赤十字病院でやられている救命救急センターがあり、秋田大学の方で特定機能病院として、救命救急を担っている。そういった中で、今でも数としては多くないが、重篤な患者については各診療科ごとに秋田大学で受けられているという現実があるので、それを踏まえて、その部分も高度救命救急センターと位置づけることによって明確になるだろうと考え、今回計画変更ということで、提案をさせて

いただいた。

具体的な数字をもとに、患者にかかる受け入れを具体的にこのように増やすといった場合に、もちろん書くことができれば良かったと思うが、そこまでの準備というのがなかなかできない中ではあったが、秋田大学を高度救命救急センターとして位置づけることで、今までの特定機能病院としての位置付けだけにとどまらず、より広範な役割を担えるのではないかと考えるので、我々として提案して、救急・災害検討委員会、それから医療計画部会で議論をしてきたということである。

- 申請する病院が、高度救命救急センターを設置したい。はいわかりました。それでいいんですか。そんなことは県民が許さないでしょ。認められないと思う。
- 今回は具体的にその指定をしますということではなく、医療計画の中に指定に向けた必要性を記載をするということが計画の変更の提案である。実際の申請に向けては、また手続きがあるので、その際には秋田大学の方から、具体的な体制等を提出していただいて、それを踏まえて医療審議会の方へ諮るということになろうかと思う。
- 高度救命救急センターは必要かなと思うのですが、ではなぜ、秋田大学に設置すると書くのですか。秋田赤十字病院は駄目なんですか。
- 高度救命救急センターとしての位置付けを担えるのは、人的な体制を考えても、やはり大学病院だけになると考えている。
- 人的ですか。これまでの実績はどうですか。秋田赤十字病院は救命救急センターということで、毎年、県、国に症例数を報告している。秋田大学は報告しなかったかもしれないけれども、そういう数値を見ても、秋田赤十字病院に高度救命救急センターはふさわしくないという判断でしょうか。
- もちろん、赤十字病院は救命救急センターの評価を毎年出していただきまして、A段階という評価をしている。それはもちろんその通りですが、高度救命救急センターとしての指定要件に関して言えば、なかなかやはり難しいものがあると感じている。
- 具体的に教えていただけますか。
- 定性的な表現になるが、複数診療科にまたがる重症患者に対する救急医療、または手指切断に係る特殊疾病患者に対する救急医療、ところで、赤十字病院の方で、特に手指切断のところでは実際には難しいところかと考えている。
- 手指切断のところ、手指接合何件やられているか、重症熱傷について熱傷ベッドを何床扱っているか、あとは急性中毒ですね、年間何例やっているか、全部提出してあるはず。それを見てためだという、その根拠は。いくら足りなかったのですか。
- 不足してる機能を補完するために、高度救急救命センターを作るんだというのは、今まで頑張ってきた上がってきた救急救命センターには失礼になる。手指はやってますよ、専門家いますから。
- これからの働き方改革の中で実現できるのか、今の大学の人員で対応できるのか。考えながらこれからやっていくということ。
- 先ほども言いましたように、医療計画にあたり、秋田大学に設置するという文言になると、赤十字病院としてはどうしようもなくなるので、少なくともその表現は外していただいて。県内の病院に高度救命救急センターを目指す。それなら、私も納得します。

- どうでしょう。今答えられますか。これは部会とかで議論したんですね。そうであれば、そこに戻すしかなくなる。
- この議論はここで始まったので、差し戻すといわれても、部会で通ってきたものなので。審議すると言えば審議しますけれども。前回比較的理解していただいたものと考えていた。
- 部会では、あまり大きな議論にはなっていなかったものと思っていた。具体的な数字を示してというのは、我々の方でしていなかったのはその通りである。  
 諮問自体は医師確保計画と外来医療計画についてで、諮問についてはこの案件は入っていない。あくまで計画の変更と言うことで、諮問の内容には入っていない。計画変更ということでのご提案である。
- 3次救急の指定に向けた取組について、赤十字病院と平鹿総合病院を引き続き支援、大館市立病院については指定に向けた取組ということで記載があるが、指定に向けた順番があると思うが違うのでしょうか。市民としてはすべて病院が高度な医療を提供してくれるといいのですが。
- 救命救急センターについては、国の規定の仕方で、高度救命救急センター、一般的な救命救急センター、地域救命救急センターがある。秋田県内で国の基準に基づいて救命救急センターとして指定されているのは秋田赤十字病院のみ。今回考えているのは、秋田大学医学部附属病院を高度救命救急センターとして位置づけを目指すことと、平鹿総合病院については地域救命救急センターと位置づけてしているが、国の要件に満たさないので、県単指定の地域救命救急センターとなっている。県北については県単指定の地域救命救急センターがないので、大館市立総合病院の指定に向けて取組を進めていくということで計画に記載している。
- 秋田赤十字病院の実績を元に、2つを高度救命救急センターにはできないのでしょうか。
- 今の段階で、秋田赤十字病院の方で、国の高度救命救急センターの国の要件を満たせるのかどうかは、難しいのではないかと考えている。
- 設置要綱にそんなに細かいものは記載していない。救急医療対策事業実施要綱に何をどれくらいやれということは書いていない。足りないと言われると心外です。
- その点については、今、数字を持って定量的に説明ができない状態である。この件については、引き続き、医療審議会での検討案件とさせていただきたい。
- 高度救命救急センター、3次救急医療機関との連携について、私は小児の救急もやっていたものですから、小児の方も静岡とかでもドクターヘリが運んだりと決まっている。秋田県の場合、消防機関、メディカルコントロール協議会で話し合われていると思うが、高度救命救急センターの役割として、どこに誰を運ぶかという搬送体制の司令塔にもなっていただきたいと思う。

#### (4) 地域医療構想の状況と今後の進め方について

- 私の病院も、この対象になっているが、全部黒丸がついて、オールブラックスということである。要するに病床機能報告が始まった時、地域医療構想の協議のときから、最

初は病床減らすためにやるものじゃないと言われていたにもかかわらず、結局は病床減らせという話は、まず一つ違和感がある。それから、四つの区分にしたのですが。具体的には急性期には幅があるわけですから、そこをもうちょっと具体的に示していただかなければならないと思っている。我々は自分たちがやっている、もちろん心筋梗塞、肺炎で呼吸不全の患者さんとか、心不全でくる高齢者の方とか、そういう方々は自分たちでは急性期だと思って対応してるわけなんですね。それを急性期じゃないと言われてしまうと、ではどこがどこからどこまでの範囲が急性期なんだろう、と。そこを回復期として病床の届出をしろと言われてもですね、それは難しいんじゃないか、と思うわけです。最初のスタートのときのボタンの掛け違いが少しあったのではないか。そういう中で、何度も、各病院長が忙しい中で集まって協議をしてきてですね、それを、県の方に文句を言うわけではないが、県はこれでよしとして報告した。それを今度は国から駄目出しが来ている。それは、今まで忙しい中で病院長が集まって協議した時間はなんだったのか、と。もし駄目であれば、その時点で、大森病院で、「これは回復期で届出をしてください」とか、「ベッド減らしてください」とか、その時点で言ういただければ、検討はもっとできたのではないかと思う。ただ、我々は公表されましたけれども、公表されていない病院は大丈夫かという話になると、これはまた話が別で、結果的に自治体病院は市町村でやっているの、首長が補助金を出すから、そのまま赤字でもいいからやってくれるって言うのであれば、きっとやってると思う。しかし、あと5年すると、もうこのままではやっていけない。ベッドをどんどん減らさないといけないのはわかっている。それを考えていない院長はいない。今すぐどうこうではなく、言われなくても秋田県の場合は、おそらく、このままであればどこの病院も減らさざるをえない状況になる。そして、自治体病院については、病床当たりの交付金がある。これは、病床稼働率が70%でも同じ。空いてるベッドがあるにもかかわらずそこにも補助金は出てくる。そうするとやっぱり、ベッドを減らそうと思わない。そこが無くなれば、多分、空いたベッドは減るだろうと思う。そういう中で、今後丁寧な議論をして、良い方向にいければと思うが、県にぜひお願いしたいのは、また国に出して、それについて駄目出しをもらうのではなくて、その段階で、こうしませんかという提案をしていただければ、良いのではないかと思う。ぜひそこをお願いしたい。

→ 公表されて以降、公表されましたそれぞれの病院の方に赴きまして、各病院長と、具体的にどのように対応するのか、あるいは、どのような対応の方法があるのかということ、いろいろお話をさせていただいた。3月中には、各地域の調整会議を開くことができなくなってしまうが、新年度になってからになるが、先ほど先生がおっしゃられた議論というのはもちろんやっていきたいを考えているし、その中で、我々としてもどのような対応をすれば、最低ラインということが求められているのかということも含め、丁寧に説明して、議論したい。

○ 国の考え方っていうのは、まだまだその地方の実態までは、注意が向かないところもある。地方によって実情が違うというところで、定義づけをあまりせずに地方に議論を任せた。思ったより進まなかったの、しょうがないから手持ちのデータである程度定義づけをして、公表したっていうのは、やり方としてはかなり乱暴だった。公式にも非



公式にも県の担当者が、国と調整したりしたところで地域の実情をお話ししても、なかなか、実情といったところを話を理解していただけない。

今回も、国の方でもやはり地域の実情といったものを自分たちが理解していないと進むのは難しいことはわかったので、丁寧な議論が進んでいくと考えているので、県においても、調整会議の場でより一層の議論をしていきたい。

(5) 地域医療支援病院の承認の継続について

質疑なし

(6) 平成30年度医療提供体制推進事業における事業計画の事後的評価について

質疑なし

(7) 平成30年度秋田県医療審議会の開催状況について

質疑なし