

令和5年度第3回秋田県医療審議会医療計画部会 議事録要旨

1 日時 令和5年8月29日(火) 17時から18時40分まで

2 場所 秋田県議会棟 特別会議室

3 出席者

【秋田県医療審議会委員(16名中15名出席)】(敬称略、五十音順)

伊藤伸一	秋田県医師会副会長	
大越英雄	秋田県薬剤師会長	
小野地章一	秋田県厚生農業協同組合連合会代表理事理事長	
小野剛	秋田県病院協会副会長	
加藤尊	全国健康保険協会秋田支部長	
神谷彰	秋田県病院協会理事	
小棚木均	秋田県病院協会会長	
白川秀子	秋田県看護協会会長	
菅原慶勇	秋田県理学療法士会長	
田口知明	秋田県市長会	欠席
羽瀧友則	秋田大学大学院医学系研究科長・医学部長	
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	
細越満	秋田県町村会副会長	
三浦進一	秋田県医師会副会長	
三島和夫	秋田県医師会(秋田精神医療懇話会)	

【事務局】

佐々木薫	理事
高橋一也	健康福祉部長
片村有希	健康福祉部次長
石井正人	健康福祉部次長
元野隆史	福祉政策課長
石川亨	医務薬事課長
柳谷由己	医務薬事課医療人材対策室長
堀川克利	医務薬事課政策監

4 議事等

【事務局】

本日は、お忙しいところ御出席をいただき、ありがとうございます。

定刻となりましたので、ただいまから、令和5年度第3回秋田県医療審議会医療計画部会を開会いたします。

なお、本日の部会は、対面とオンラインの形式での開催となります。

発言される際は挙手によることとし、オンラインで参加の方におかれましては、発言時以外、マイクをオフにしてくださいようお願いいたします。

また、説明などは、オンラインで参加の方にも届くように発言いたしますが、音声が届きづらいといったことがございましたら、御指摘いただけますようお願いいたします。併せて委員の皆様方もその点、留意いただけますようお願いいたします。

それでは、開会にあたり伊藤部会長から御挨拶をお願いいたします。

【伊藤部会長】

暑い中、御参加いただきありがとうございます。

前回まで、この部会では医療圏の協議をしてきましたが、今回からは次期秋田県外来医療計画の策定について議論していただきます。

外来医療計画は医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもので、令和2年度から取り組みが進められてきていますが、県としては令和6年度以降の外来医療計画について見直しを行うこととしています。

協議事項として県の方から説明がある予定ですが、医業承継や切れ目のない診療体制の構築、医療機関へのかかり方、そしてへき地医療の確保と秋田県の外来医療に関わる課題について活発に御議論いただけますと幸いです。

本日は、よろしく申し上げます。

【事務局】

本日は、所用のため、仙北市長の田口委員は欠席されております。

また、出席者であります。配付しております名簿で御確認ください。それでは秋田県医療審議会運営規程により、会議の議長は部会長が務めることとされておりますので、以降の進行について伊藤部会長に申し上げます。

伊藤部会長、よろしく申し上げます。

【伊藤部会長】

それでは議事に先立ち、委員の出席状況と会議の成立について事務局から報告をお願いします。

【事務局】

本日は、委員16名中15名の御出席をいただき、委員の過半数を超えておりますので、医療法施行令第5条の20第2項により、本部会は成立しておりますことを御報告いたします。

【伊藤部会長】

次に、本部会の公開に関してお諮りいたします。

本部会は原則公開となっておりますので、公開で行うこととしてよろしいでしょうか。

【異議なしの声あり】

【伊藤部会長】

それでは、公開で行うこととします。

なお、ここで議論されている内容は、今後の医療を考える上で、非常に大事であります。県民の皆様にも広く知って欲しいと思います。そこで、この会議の様子を後日インターネットに掲載することとさせていただきますので、予め御了承願います。

次に、議事録署名委員は秋田県医療審議会運営規程により、部会長が指名することになっておりますので、私の方から指名させていただきます。

加藤委員と三浦委員のお二人にお願いしたいと思います。

どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、議事に入りますが、本日は19時頃を目処に会議を終了したいと思います。よろしく御協力をお願いいたします。

本日の議題は、「次期秋田県外来医療計画の策定について」となっております。

はじめに「秋田県外来医療計画の概要」と「次期秋田県外来医療計画の方向性」について、事務局から説明をお願いします。

●協議事項 次期秋田県外来医療計画の策定について

- ①秋田県外来医療計画の概要
- ②次期秋田県外来医療計画の方向性

【事務局】

（資料により説明）

【伊藤部会長】

今の計画がなぜ策定するに至ったのか、その中身はどうなのか、そして次期計画を策定するに当たっての基本的な考え方などについての説明でした。

ただいまの説明について、何か御質問などありますか。

【小棚木委員】

この外来医療計画は、診療所だけが対象なのか、病院の外来機能については全く考えなくてもいいのでしょうか。

【事務局】

大都市でいえば、診療所が中心になりますが、本県の外来機能を見ますと診療所だけではなく、当然、病院でも当該機能を担っている部分がありますので、病院も対象となります。

【伊藤部会長】

医療機器の購入や外来機能報告といった部分でも病院は関わってきます。

他に御意見等はございませんか。

それでは、次期計画の策定は、これまでのフレームを維持しながらも新しく国のガイドラインで示されたことの取扱いについて、事務局から整理していただいております。

詳細は、この後、議論することとして、次期計画策定のフレームは説明があったとおりとしてよろしいでしょうか。

【異議なしの声あり】

【伊藤部会長】

ありがとうございます。

それでは、この部会での検討は、先ほど事務局から説明があったとおり11月までの間に素案をまとめていきたいと思えます。

短期間での検討となりますが、よろしくお願いします。

次に「次期秋田県外来医療計画の主な検討事項」について、これが一番大事なことです。これについて協議します。

最初の論点について、事務局から説明をお願いします。

●協議事項 次期秋田県外来医療計画の策定について

③次期秋田県外来医療計画の主な検討事項

～外来医療提供体制に関する検討事項①「区域単位・協議の場」

【事務局】

(資料により説明)

【伊藤部会長】

ただいま、外来医療の現状と最初の検討事項である区域単位と協議の場について説明がありました。

まずは、現状と課題について、何か御意見等ございませんか。

【小野委員】

14ページの外来患者数の推移で、65歳以上の人口は2030年には増えるのに外来患者数は減るということでしたが、85歳以上の人口はどのようになるのでしょうか。といいますのも、国のある資料によると85歳以上になると受療率が減っています。

85歳以上の人口が増えているのであれば、きっと外来に来られないということも関係して患者数が減ってくるのではないかと思いますので、そのようなデータがあった方が検討しやすいのではないのでしょうか。

あと在宅医療に関して「訪問診療の利用者数は今後も増加し、2040年頃がピークとなる見込みである」とのことですが、秋田周辺以外はほぼ横ばいで、はたして2040年頃がピークと言っているのか、地域によってはピークになるが、地域によっては横ばいといった表現にすべきではないかと思います。このことはおそらく85歳以上で外来に来ることができない方々が、訪問診療を受けるといったことの現れではないかと思う。

それから、郡部の診療所の数について説明があったが、これは実働しているところの数は調べていただきたいです。数だけ見るとあるように見えますが、実は大森町では「2」とありますが実働はしていません。そのため、令和5年度は是非とも実働している数を調べて出した方がいいのではないのでしょうか。

【事務局】

詳細のデータを確認して、反映させます。

【伊藤部会長】

そうすると、1、2行目の記載が変わりますので、新しい形にしてください。

【小野地委員】

22ページの区域単位についてですが、現行の地域医療構想期間中は8構想区域で、とのことですが、これはいつまででしょうか。

【事務局】

現在の地域医療構想の期間は、2025年までとなっておりますので、あと2年です。

【小野地委員】

そうすると、その後は、違う区域でいくということでしょうか。あるいは、地域医療構想調整会議の8構想区域というのはいつまで続くのでしょうか。

前の二次医療圏の再編のときは、こういうことも考えて、広域でやるべきではないかという話がありましたが、そのときの考え方と今回の区域の考え方とのズレはどのように調整していくのでしょうか。

【伊藤部会長】

大切なポイントです。県の考えをお願いします。

【事務局】

先ほど説明いたしましたように、地域医療構想が 2025 年までですので、基本的には地域医療構想は 8 構想区域で進め、3 医療圏域での調整については合同会議で進めていきます。

2026 年度以降、新たな地域医療構想が策定されましたら、基本的には構想区域は医療圏と合わせて 3 区域となりますが、地域包括ケアや在宅医療など身近な医療を協議する場として、仮称ですが地域会議という形で、8 構想区域のフレームも残しつつ 3 医療圏域との、いわば二階建ての会議構成で協議をしていきたいと考えております。

いずれ次の地域医療構想を策定する段階で詳細を詰めますが、二階建ての会議構成で進めていきたいと思っておりますので、外来医療計画等の事項については、8 構想区域で協議を進めていきたいと考えております。

【小野地委員】

外来医療に係る区域を 8 構想区域で進めるのは構いませんが、二次医療圏の再編時は将来を見据え、現状をさらに踏み込んで 3 医療圏にもっていくという、現状追認というものではないということで整理したと認識しています。その考え方と外来医療では当面 8 構想区域でいくとなれば、その考え方に違いがあって良いのか疑問が生じます。逆に二次医療圏を 3 医療圏域にしたとしても現状では 3 医療圏域になりえていませんので、医療圏についてもある程度もう少し多い区域で考えて、遠いか近いかは分かりませんが、将来的に 3 医療圏域になるだろうという考え方でいくのであれば良いが、こちらは 8 区域で、あちらは 3 圏域ということでズレが出るのは、時間的に直ぐにできないとはいえ、整合が取れるようにすべきではないかと思っております。

【事務局】

7 月の医療審議会では、今後の議論の進め方ということで事務局から説明させていただきましたが、その段階で、広域化された医療圏の中で 24 時間 365 日の救急の受け入れや専門的な医療に関する関しての役割分担や連携については、3 医療圏単位のフレームの中で議論していくこととなりますが、地域包括ケアシステムネットワークの中で、在宅医療や住民に近い医療を提供する役割分担や連携については、現在の 8 医療圏の単位で行うこととしたいと提案していたところです。フレームとしては 2 階建てで進めたいとしていたしましたが、進め方については、いただいた御意見をもとに検討させていただきます。

【小棚木委員】

地域医療構想調整会議を 8 構想区域の現行と一致させるのであれば、今の 8 医療圏で医療が成り立たなくなるから 3 医療圏域にするとしたはずなのに、もとの 8 構想区域で医療を考えてくれというのには、無理があるのではないですか。

【理事】

基本的に医療計画において二次医療圏は入院医療が完結する単位であると考えております。外来医療とは若干、視点や切り口が違います。地域包括ケアなど福祉との連携などもあり若干、方向性が違うものもあります。現行の地域医療構想が8構想区域で進めており、あと2年あります。こちらの方も当然これから見直し作業が進められていくこととなります。

現行の地域医療構想の後、この数がいくつになるかは再度見直し作業の中で議論されていくこととなりますが、現在の地域医療構想は8構想区域の中で議論を進めていますので、外来医療については、現在はこれを基本として進めさせていただきたいと思っております。

なお、次の医療計画の期間中においては、順序だてて、段階を踏まえて、これまで協議いただいた3医療圏に向けて進めていく仕組みを作っていくこととなります。

今は、移行的な時期であることも踏まえ御理解ください。

【伊藤部会長】

医療圏に関しては大きな形で作りましたが、その形で検討するには大きな医療圏であって検討していくには大変なもの、例えば在宅医療であれば現行の8医療圏域で検討するといったものもあります。この考え方の違いについて整理する必要があります。

医療圏が決まったからすべてをその枠組みの中で検討できるかといえば、そうではなくて、二次医療圏単位でしか把握できないものもあるということです。例えば地域包括ケアシステムや在宅医療については、今は現行の8医療圏域で考えていって、地域医療構想調整会議の合同会議もありますので、そういったものも活用しながら検討していくということですが、いかがでしょうか。

【小野地委員】

8構想区域が良いのかもっと少ないのが良いのかは別にして、この外来機能を3医療圏域でやっていくのには無理があるのは十分理解しています。入院機能について3医療区域で考えていけるのかということを行ったのであって、今、外来機能について過渡的だというのは、将来的なことは別にして入院機能も過渡的であるということを考えていかなければならないのではないのでしょうか。

ベッド数を減らすということではなく、現状の入院機能をあの大きな3医療圏の中でどこかに集約するということができるのか、入院機能も外来機能も過渡期であるという意味で、そのズレをどうするのかという意味での質問でした。

【理事】

その点については、前回の医療計画部会でも御意見をいただいたところです。現状として直ぐに3医療圏でスタートできるものではありません。将来を見据えて3医療圏でやろうと先般まで御意見をいただき整理して、今後、各疾病・事業で検討していく中での1つの目標として3医療圏とさせていただきました。

時間を要することはもちろんですが、今すぐ3医療圏ということではありません。それぞれの状況に応じて順次進めていくこととさせていただきます。その点、外来とすぐにマ

ツチするのと言われると、これもやはり期間を置きながら、次期地域医療構想の策定の過程の中で検討していかなければならないことであると思っております。

【伊藤部会長】

これから揉んでいかなければならないということです。3医療圏ではできないことも多々出てくると思います。例えば精神科救急や周産期などの専門部会もありますので、その疾病・事業ごとの議論において圏域として3医療圏で良いのかという話も出てくると思われます。そういったところも調整しながら進めることになります。

【小棚木委員】

ある地域では、医師が少なくて医療を提供できないというところもあるのに、その地域で考えなさいというのではなくて、せっかく医療圏を大きくしたのだから、隣の地域とどう連携し、どう補いながら提供するのかを考えるべきであって、今と全く同じ8構想区域でやりますというのでは全く進展しないのではないのでしょうか。いきなり3医療圏域というのは無理だというのは分かりますが、せっかく3医療圏にしたのだから、地域でどう連携していくかを考えなければならぬと思います。

【理事】

もちろん地域医療構想調整会議についても合同会議として3医療圏域で議論を進めることとしておりますので、まずは8構想区域で議論し、不足する医療や連携を要する医療については、さらに広域の中で協議し、調整を図っていきたいと考えております。

【小野委員】

8構想区域に固定してしまうと、次の検討項目でもある地域の外来医療提供体制の検討の中で、紹介受診重点医療機関というものが出てくると思いますが、それが果たして今の8構想区域で手上げができるかとの問題も出てくるのではないかと思います。8構想区域のうち隣接する2つの構想区域で、紹介受診重点医療機関となるケースもあり得るのではないかと考えたことも考えると、「8構想区域でやる」ということではなく、「原則8構想区域でやる」など、幅広い解釈・運用ができる計画とするべきではないかと思います。

【伊藤部会長】

そのとおりだと思います。8構想区域で固定ということではなく、これから検討していくこととなりますので、「現在のところ」や「原則」という言葉の使い方が難しいとは思いますが、言葉は事務局で考えていただき、例えば、どこかとどこかが連携することによって、今の二次医療圏をもとにした8構想区域で協議を進めたとしても、5区域などになることもあると思います。そのようなことも踏まえていくということではよいのではないのでしょうか。

【伊藤部会長】

それでは、最初の検討事項である「区域単位・協議の場」について御意見を伺います。
はじめに、この外来医療計画での区域をどのように設定するかということですが、県としては、今の地域医療構想期間中は今の構想区域の数と同様「8」区域とし、協議の場は引き続き地域医療構想調整会議としてはどうかとのことでした。

外来医療体制の現状と課題を踏まえ、区域単位と協議の場をどのようにすべきか、御意見をいただきたいのですが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。さきほどまでの議論が非常に大切です。現在のところは、医療圏がまとまってやることもあり得るということも踏まえてといった趣旨の内容を加えていただきたいと思っております。

【三島委員】

精神医療の場合は、どうしても医療リソースの少ない湯沢や北秋田がせい弱で、例えば北秋田は大館や能代と工夫しながら医療を回している状況でありますので、うまく隣接する区域と工夫しながら計画を策定した方が、より広域的な連携が可能になると考えます。今後、精神医療も認知症などかかりつけ医に診てもらわなければならないものもあれば、摂食障害や発達障害など専門性が高く拠点病院で専門医が診療しなければならないものまでと幅広です。そういった意味では8構想区域もしくは隣接する医療圏との連携など、小さなエリアから大きなところまで疾患ごとに二階建てでの議論が有効な場合もあると思いますので、考え方には賛同します。

【伊藤部会長】

ありがとうございます。
ほかに御意見ございませんか。

【神谷委員】

ただいまの御意見でよろしいかと思えます。

【伊藤部会長】

それでは、区域単位については、県からの提案があったように「現行の地域医療構想期間中は8構想区域を単位とする」ということをベースに小野委員から発言のあった「原則」について表現を含めどうするかは事務局で検討してください。

また、協議の場については、8構想区域で行う地域医療構想調整会議で行いますが、その中には合同会議や地域会議といったものもあると思えますのでそういったものの活用も含めていきたいと思えますが、よろしいでしょうか。

【異議なしの声あり】

【伊藤部会長】

ありがとうございます。
それでは、そのようにお願いします。

●協議事項 次期秋田県外来医療計画の策定について

③次期秋田県外来医療計画の主な検討事項

～外来医療提供体制に関する検討事項②「外来医師偏在指標」

～外来医療提供体制に関する検討事項③「新規開業者等への情報提供」

【伊藤部会長】

それでは、次の検討項目であります「外来医師偏在指標」と「新規開業者等への情報提供」について、事務局から一括して説明をお願いします。

【事務局】

(資料により説明)

【伊藤部会長】

秋田県は「外来医師多数区域」はない見込みとのことですが、秋田市に医師が集中していますが、他の地域は医師がいなく困っている状況でもあります。委員の皆さまから御質問や御意見を伺います。

【羽渕委員】

外来医師が足りないのは理解できますが、診療科の偏在といいますか、診療科ごとのデータはあるのでしょうか。診療科と地域を分けた表で評価していかなければならないのではないかと思います。強制力は働かせられませんが、この地区ではこういった外来医療機能が不足しているのか、余っているのかといった見せ方が必要ではないでしょうか。

【伊藤部会長】

データとしては診療科の偏在も出てくると思いますので、参考資料として次回示していただきたいです。

また、指標は国が示すとのことですが、このことについてもいかがでしょうか。

この件についてはよろしいでしょうか。外来医師偏在指標によると多数区域に該当する区域が秋田県にはないということなので、現計画と同様、地域で不足する外来医療機能の課題を協議して、その対策に取り組むこととしてよろしいでしょうか。

【異議なしの声あり】

【伊藤部会長】

ありがとうございます。

それではさらに伺いますが、検討事項③で話題となったことは国のガイドラインの変更により加わったことですが、検討事項②での考え方と同様に、次期計画においても状況提供の協議の場は、地域医療構想調整会議を通じて行うという考え方でよろしいでしょうか。

【異議なしの声あり】

【伊藤部会長】

それでは、そのようにさせていただきます。

●協議事項 次期秋田県外来医療計画の策定について

③次期秋田県外来医療計画の主な検討事項

～外来医療提供体制に関する検討事項④「不足する外来医療への対策について」

【伊藤部会長】

それでは、次の検討項目であります「不足する外来医療への対策について」を事務局から説明をお願いします。

【事務局】

（資料により説明）

【伊藤部会長】

ただいま説明のありました事項について何か御意見等ございませんか。

特に不足する外来医療への対策として次期計画の策定に当たり考慮すべき点などございましたらお願いします。

【小野委員】

今、実際に、開業医が高齢により辞め始めています。さらに数年たてばもう何人か抜けていくと思います。そういった中で新たに抜けていったところに医業承継するかといえば、人口減や患者減もあり、こういった施策を実施したとしても現実的には難しいと思います。そのような中、地域の中小病院が外来機能も担っていかなければならない時代になってきていると思っています。そのため、開業する医師だけでなく中小の病院でも外来機能としてプライマリケアの実施が必要となってきます。このあとに説明があると思いますが紹介受診重点医療機関とは違う外来機能を生かしていかないといけないのではないかと思います。

【伊藤部会長】

事業承継については、中小病院にもアンケートといったものを出しながら一緒に考えていく必要があるのではないかと思います。この問題は診療所だけの問題ではないです。無

なくなったときに、外来機能を中小病院が担っていくことになると思いますので、診療所が減少していく地域については、中小病院の意見も聞く必要があります。

【小野地委員】

へき地医療の確保についてですが、厚生連としてもへき地診療所を抱えて実施してきていますが、そこに対しての助成や市町村に対する支援といったものは理解できます。ただ、実際に、へき地診療所でも2、3人しか受診しない診療所も存在します。そうなったときに、もはや診療所として維持できず、診療所を閉鎖する判断もしてきていますが、この計画に「へき地診療の確保」ということが前面にでてくると、未来永劫これを続けていくと捉えられてしまい、診療所そのものをずっと維持するというのであれば破綻してしまいます。それは如何なものかと思います。

無視できない事情であるのは分かります。ICT やオンライン診療などを利用し受診するなどといった方向性として、書き方の問題ではありますがそのような形でお願いしたいです。

【羽渕委員】

診療所が無くなったときに近隣の病院に外来機能をといても、近くの診療所だから通えていて、ちょっと遠い病院だと通えないといった患者もいるのではないかと思います。さきほど85歳以上の患者は外来より訪問医療が重要視されるとの話がありましたがそれも事実だと思います。そこを医師がカバーするにしても限界があります。例えば医療 MaaS のように車で看護師等が訪問し、遠隔で処方や診療をするしかなくなるのではないかと思います。おそらくもう2、3年もすればモデル地区のようなものができて実証が始まって、将来的にはそうなるのではないかと思います。へき地医療で5人程度の患者を診察するために医師を派遣し、半日時間を使っていたら立ち行かないです。医師はそんなに多くいるわけではないです。これまでの既成概念を変えた方法で医療体制を維持していくことが必要ではないでしょうか。心電図やエコーなど大抵のものは車両に搭載できるようになってきていますので、どこまで現実的かは分かりませんが、今後はそういう医療になっていくのではないかと思います。

【伊藤部会長】

秋田大学や仙北市で医療 MaaS の動きが出てきていますし、それに加えてこれからはオンライン診療を併用する時代がくると思います。

へき地医療の対策をおこなっていく必要はありますが、へき地医療の確保という表現ではなく「運営」などであれば委員からの意見にも応えられるのではないかと思いますし、また ICT の活用やオンライン診療、遠隔医療といったことも付け加えてみてはどうでしょうか。

【羽渕委員】

運営方法の改善というか改革と書いても良いのではないかと思います。へき地医療は、今までどおり診療所を設けて、少ない患者のために維持するのは苦しくなります。もう少し

し違う概念で頑張る必要があります。

【伊藤部会長】

これについては、へき地医療対策協議会や地域医療対策協議会などでも協議していくことになるかと思いますので、そちらでもよろしくをお願いします。

【神谷委員】

病院に関しては外来には、専門外来と一般的な患者を診る一般内科外来などがありますが、これは分けて考える必要があります。秋田県全体で医師が少ないということ踏まえて外来機能をどうするか考えると、地域全体で必要な医療を確保できるのかが問題です。高齢の患者が増えてきて、病院の外来機能と診療所の外来機能がすでに一体化してきている中、一般内科患者も受け入れる体制が地方では必要と思えます。休日や夜間対応について病院の機能も難しくなっているため、かかりつけ医についても検討していただきたいです。

【小棚木委員】

総合診療医の育成支援とあるが、総合診療医が外来で対応をしてもらうのかということと次元が違うことで、総合診療医を育成して地域に出てもらうのを県は支援するので、この表現だと足りないのではないかと思います。

【伊藤部会長】

現状、総合診療医が活躍するまでは10年はかかるのではないかとされており、総合診療医が診療所で活躍するというより今は病院で活躍するというようになると思っています。それであれば、病院の外来機能や地域の外来機能に参加していくのが問題になるのではないかと思います。提案のあった内容については、委員ご指摘のとおり「育成支援」ではなく適切な表現に改めてもらうようお願いします。

【小野地委員】

個別の問題は記載すべきではないと思っておりましたが、「総合診療医の育成支援」と記載があったので、私としては小児科がどうなるのか気になっています。産科などは一生のうち何回かではありますが、子どもがどんどん減っていく中で、広いエリアで1時間もかけて子どもを受診させるのは現実的に難しいのではないかと思います。ただ、おそらく小児科医は増えていかないだろうといった中で、他県でも事例があるようですが、かつての内科医師が小児科を診るといった小児医療を担う医師を育成するといったものも必要となるのではないかと思いますので、そこ辺りも考える必要があると思います。

【伊藤部会長】

次回まで対策（案）の各事項の表現は考える必要があると思います。

総合診療医は大学の方で今育成しているのですが、この件について羽瀨委員いかがでし

ようか。

【羽渚委員】

「総合診療医の育成支援」と記載いただいて大変ありがたいですが、1年で3、4人程度、10年で30人程度が養成され、総合診療医は戦力になるとは思いますが、今回の表現は地域定着や地域医療貢献を促すといった文言の方が良いかと思えます。やはり内科の総合的に診られる医師は、小児科や簡単な婦人科疾患を診られ、もちろん高齢者も診られます。簡単な認知症にも対応できる内科医が本当は総合診療医そのものでもあると思えますが、一般の内科のドクターがそういったことに対応ができることも重要だと思えます。

【小野委員】

新しい先生は年に1から3人程度で、10年経っても20人、30人レベルありますので、今地域にいる医師のセカンドキャリアとして、これまで小児科を診てきたが地域で内科も診られる医師だとか、外科を長くやってきたが、経験を生かして総合的に診られるといった医師をセカンドキャリアとして、地域で診られる総合診療医としてある程度のレベルにある場合、県が認定するなどして地域でがんばってもらうといった仕組みを作ることも一つの手ではないかと思えます。

【伊藤部会長】

また、表現として「総合診療医」が良いのか「総合医」が良いのかという問題もあります。さらには、「家庭医」といったものもあります。

【小野委員】

表現は「総合診療医」が良いかと思うが、本当は、セカンドキャリアの医師を考えると「総合医」とした方が良いと思う。総合医や総合診療医と総合診療専門医と家庭医療専門医などあるが、セカンドキャリアの医師は総合医として認定していくのがよいかと思っております。

【伊藤部会長】

この対策（案）はまず原案どおり「総合診療医」とすることとしたいと思えます。また、羽渚委員から発言のあった総合診療医の地域医療への貢献と定着を目指すという文言に改めることとしたらいかがでしょうか。

【羽渚委員】

秋田市内でも外科や泌尿器科をやっていた医師が総合医的に開業している医師もおりますので、セカンドキャリアとしての総合医を「育成」というよりも「推進」などという文言を加えることでも問題はないと思えます。

【伊藤部会長】

外来医療の課題や対策は、本日の意見を踏まえて、次回、素案としてまとめていただくということによろしいでしょうか。

【異議なしの声あり】

【伊藤部会長】

ありがとうございます。

- 協議事項 次期秋田県外来医療計画の策定について
 - ③次期秋田県外来医療計画の主な検討事項
 - ～外来医療提供体制に関する検討事項⑤「目標値」

【伊藤部会長】

それでは、次に外来医療提供体制に関する検討項目の最後であります「目標値」について事務局から説明をお願いします。

【事務局】

(資料により説明)

【伊藤部会長】

ただいま、事務局から説明がありました検討事項⑤について、皆様方から何か御意見等はありませんか。

【小棚木委員】

今回示されている現行計画の目標値は一般診療所 57 とあるが、病院はどのくらいになるのでしょうか。

【事務局】

病院の人口 10 万人あたりの通院外来施設数は「7」となります。

【羽瀨委員】

秋田にはないと思いますが、他県だと整形外科と何か別の科を設けて病院として設置しているところもありますが、ここでいう病院の定義に、精神科などの専門病院も入っているのでしょうか。

【事務局】

参考資料 1 の 18 頁の出典部分にありますように、このデータは NDB データに基づき抽出・集計をしており、医科レセプトの初診・再診・外来診療科、小児かかりつけ診療科の

診療行為が算定された病院数を記載しています。

【小棚木委員】

大事なのは箱（病院・診療所）ではなく医師数ではないでしょうか。患者が少なかったり診療実績の少ない診療所もある状況からすると、施設の数を問題にしてもしょうがないです。国から施設数を目標とするよう指示があったのでしょうか。

【事務局】

国からそのような指導はなく、前回の計画策定時に設定したものをお示ししました。

【小棚木委員】

医師数に変えることはどうでしょうか。それとも施設数の方が分かりやすいでしょうか。

【伊藤部会長】

施設数のみでなく、医師数についても記載できるよう検討してみてください。

他に御意見等ございませんか。

なければ、目標値の設定については、本日の意見を踏まえ、医師数についても検討いただくということをお願いします。

●協議事項 次期秋田県外来医療計画の策定について

③次期秋田県外来医療計画の主な検討事項

～医療機器の効率的な活用に関する検討事項①「医療機器の配置状況に関する情報提供」

～医療機器の効率的な活用に関する検討事項②「共同利用計画」

【伊藤部会長】

それでは、次に次期秋田県外来医療計画の主な検討事項の二つ目の論点であります医療機器の効率的な活用に関する検討事項について協議します。

はじめに、事務局から説明をお願いします。

【事務局】

（資料により説明）

【伊藤部会長】

ただいま、事務局から説明がありましたが、医療機器の効率的な活用ということで、そこに関する情報の可視化と共同利用計画を作成していくということですが、皆様方から何か御意見等はございませんか。

これは見える化していくわけですが、現状が分からないと見える化できないのですが、

共同利用計画の状況はどこまで県として把握していますか。

【事務局】

共同利用計画書の提出は、この計画ができてからとのことでもありますので、令和2年度からの状況を把握するのみであります。

【白川委員】

共同利用計画書に、共同利用の相手方の医療機関を記載する欄があって、県がマッピングするといっていました。利用計画を提出した医療機関等が、例えば〇〇医療機関と協定を結ぶなどして、相手がいて初めて計画が提出されるのか、それとも相手方がいなくても提出するのかもしれませんが、マッピングしてはじめて計画に記載されていない医療機関が、マッピングされている医療機関に共同利用を申し込むということを進めることを想定しているのでしょうか。

【事務局】

マッピングの意図としては、地域でどのような医療機器が配置されているのかを可視化するものであって、共同利用計画によって提出された内容、つまり、共同利用計画においてどこの医療機関と共同利用しているかをマッピングするものではありません。

【白川委員】

マッピングの意図は理解しましたが、医療機器は高額なものなので、効果的・有効的に活用するため、経費を掛けずに秋田県医療の良い方向に進めるためにも、共同利用計画書の内容をうまく使わない手はないのではないかと思います。

【伊藤部会長】

共同利用するにあたって、医療機関同士で契約したうえで、検査依頼などしているはずなので、共同利用というものは一般的です。医療機器の効率的な利用として進めるべき事案ではあると思います。様々な医療機関で高額医療機器を購入した場合は、地域で過剰導入になっているということは地域医療構想でも問題になります。それらを踏まえ、もっと高額な医療機器などにも共同利用も進めていく必要があるのではないかと思います。

【小野委員】

もしも地域医療構想調整会議で確認して、おかしいとなった場合は、購入させないなど何か権限はあるのでしょうか。

有床診療所でも意外とCTを持っていることに驚いていますし、色々なところで機器を持っていることが本当に意味のあることなのか、それで医療費が上がって医療費適正化計画の方で問題になるのではないかと思います。

【事務局】

そういった権限はありませんが、共同利用を行わない場合は、その理由を計画書に記載いただいて、その理由については、地域医療構想調整会議で確認することとはなっております。

【小野委員】

令和2年度から開始して21件提出されたとありますが、全て共同利用するとなっているのでしょうか。

【事務局】

ほとんどが共同利用ありとなっていますが、中には施設基準を満たしていないことを理由に共同利用なしとしている医療機関もあります。

【小野委員】

令和2年度からだ、コロナの補助金でCTを導入したというものもあるのでしょうか。

【事務局】

財源までは把握しておりません。

【羽渕委員】

この医療機器の配置状況に関する情報提供は国の指導によるものでしょうか。

【事務局】

そのとおりです。国のガイドラインにそのように示されております。

【羽渕委員】

日本はCT導入が多すぎて医療費過多になっているということが言われていたかと思えますので、このことが背景になるのかと思いました。秋田県だけでなく全国でも共同利用の件数は少ないのではないかと思います。

【小棚木委員】

医療費の関係から、共同利用しなければならないという考え方であれば反対です。個人の診療所でCTを購入し、患者の検査をすることは、本来患者にとっては大きなメリットです。医療費のため、共同利用しているから他の施設に行ってくれというのは患者を想っていない。

【伊藤部会長】

御意見として承ります。効率的な活用として持っていないところをお願いするということが共同利用の考え方だと思います。地域でCTなどを購入するなということではなく、地域医療構想調整会議においても、そこに対し強制力はありませんので、必要なところは

購入するだろうと思います。

それでは、この件については、御意見を踏まえ、素案をまとめることとして、よろしいでしょうか。

【異議なしの声あり】

【伊藤部会長】

ありがとうございます。

- 協議事項 次期秋田県外来医療計画の策定について
 - ③次期秋田県外来医療計画の主な検討事項
～地域の外来医療提供体制に関する検討事項

【伊藤部会長】

それでは、次期秋田県外来医療計画の主な検討事項の最後の論点であります地域の外来医療提供体制の状況に関する検討事項について協議します。

事務局から説明をお願いします。

【事務局】

(資料により説明)

【伊藤部会長】

今、紹介受診重点医療機関ということで動きがありますが、厚生連の方では何か対応しているのでしょうか。

【小野地委員】

紹介受診重点医療機関の制度ができたからではありませんが、厚生連としては前々から紹介率・逆紹介率を把握してなるべく上げるように取り組んできています。この制度ができたときに、条件をクリアできた場合、手上げをするかどうかについて議論をしたが、診療報酬の手当てがあれば良いですが、各地域で行き場所（病院や診療所）のないといった地域で、紹介状を持っていないから7,000円の自己負担を求めるといったことに理解を得られるかといったことを考えると、厚生連病院の立地条件を考えると無理だろうということで、今でもこの制度の条件をクリアするように数値の向上に取り組んでいますが、クリアしたとしても現状では手上げはしないことに決めております。

【小棚木委員】

当院（秋田赤十字病院）はもともと地域医療支援病院の承認を受けています。その要件

の中に紹介率・逆紹介率があつて、この要件をクリアしております。紹介受診重点医療機関の方にも手上げをする予定です。

【羽渕委員】

紹介率や逆紹介率で診療点数にも影響するので、取組は進めております。この制度も厚生労働省の施策の一つではないかと認識しております。

【伊藤部会長】

地域の外来医療提供体制の状況に関する検討事項については、粛々とやっていくということをお願いします。

【伊藤部会長】

本日の協議をまとめますと、外来医療計画にはかなり難しい問題も含まれております。医療圏を3つにしたということと8区域で実施するということの整合性も、この部会で検討していく必要があります。

また、外来医療の課題については地域医療構想調整会議でも議論いただくこととなりますので、双方の協議がうまく進むことを願っておりますが、難しい問題が含まれているため、かなり厳しい状況が続くと思われます。引き続き各委員の御協力をいただけますようお願いいたします。

それでは、他になければ、以上で本日予定していた事項は全て終了となります。委員の皆様、御協力ありがとうございました。

【事務局】

これをもちまして秋田県医療審議会医療計画部会を閉会いたします。本日は、お忙しい中、御出席いただき、ありがとうございました。

令和5年10月31日

部 会 長 伊 藤 伸 一 印

議事録署名委員 加 藤 尊 印

議事録署名委員 三 浦 進 一 印