

令和5年度第1回 秋田県地域医療対策協議会 議事録  
(令和5年度第1回 同協議会医師確保計画策定部会 合同開催)

1 日 時 令和5年8月2日(水) 午後4時から午後6時まで

2 場 所 秋田県議会棟 大会議室 (オンライン併用)

3 出席者

【秋田県地域医療対策協議会委員】(敬称略、五十音順)

伊多波 未 来	秋田県女医の会会長	
伊 藤 伸 一	秋田県医師会副会長	
伊 藤 智 範	岩手医科大学大学院医学研究科・地域医療学分野教授	オンライン
大 塚 博 徳	地域医療機能推進機構秋田病院長	オンライン
奥 山 慎	中通総合病院長	オンライン
軽 部 彰 宏	由利組合総合病院長	オンライン(途中から)
(黒 木 淳	由利組合総合病院副院長	オンライン代理出席)
小 泉 ひろみ	秋田県医師会長	
小 棚 木 均	秋田県病院協会会長	
佐々木 早 苗	J A あきた女性組織協議会副会長	欠席
杉 山 和	秋田県病院協会副会長	オンライン
高 橋 一 也	秋田健康福祉部長	
高 橋 直 人	秋田大学総合臨床教育研修センター長	オンライン
津 谷 永 光	北秋田市市長	代理出席
(三 沢 聡	北秋田市健康福祉部長	オンライン代理出席)
奈 良 正 之	国立病院機構あきた病院長	
袴 田 健 一	弘前大学医学部附属病院長	オンライン
羽 渕 友 則	秋田大学大学院医学系研究科長・医学部長	
細 越 満	秋田県町村会副会長	
堀 口 聡	平鹿総合病院長	
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	

【秋田県地域医療対策協議会医師確保計画策定部会専門委員】(敬称略、五十音順)

白 山 公 幸	藤原記念病院長	
三 浦 進 一	秋田県医師会副会長	
三 浦 雅 人	大曲厚生医療センター院長	オンライン

【事務局/県】

石 井 正 人	秋田県健康福祉部次長
石 川 亨	秋田県健康福祉部医務薬事課長

堀川 克利	秋田県健康福祉部医務薬事課政策監
照井 秀雄	秋田県健康福祉部医務薬事課チームリーダー
高橋 直之	秋田県健康福祉部医務薬事課チームリーダー
木内 雄	秋田県健康福祉部医務薬事課チームリーダー
柳谷 由己	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室長
畠中 和明	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室チームリーダー
加賀谷 匠	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室副主幹
成田 富貴子	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室専門員
伊藤 徹平	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室主査
佐々木 礼佳	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室スタッフ

## 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4時に開会した。                                                             |
| 2 挨拶            | 高橋健康福祉部長より挨拶                                                                                           |
| 3 議事            |                                                                                                        |
| ・ 部会長選任         | 秋田県地域医療対策協議会設置要綱に基づき、部会長を選任。羽瀧委員が選任された。                                                                |
| ・ 会議の成立         | 事務局より協議会委員20名中18名の出席、医師確保計画策定部会委員7名全員の出席があり、各委員の過半数が出席していることから、秋田県地域医療対策協議会設置要綱に基づき、両会議が成立していることを報告した。 |
| ・ 傍聴許可          | 傍聴希望者がおり、部会長から許可された。                                                                                   |
| ① 医師確保計画の策定について | 事務局から協議資料1に基づいて、秋田県医師確保計画（現行）の概要や施策実施状況等について説明した。                                                      |
| 羽瀧会長            | 現在の医師確保計画の評価について、現計画期間中の主な実施事業、成果及び課題についての御意見や、次期計画策定に当たって課題解決に必要な視点への御意見など、何かあるか。<br>吉原委員、いかがか。       |
| 吉原委員            | 大館・鹿角医療圏は327位と、もう後がない状況ではあるが、中核                                                                        |

病院としては少しずつ人が増えてきたり、診療内容も充実してきている。この順位が一番の原因は医師の高齢化だ。医師会の構成メンバーのうち、研修医を除くと平均年齢は70歳を超えている。新規開業がほとんどない状態で、高齢化による医業停止が今後増えると、一次医療が成り立たなくなるという危惧がある。

羽渕会長

秋田県は40～50代の医師が平成20年から30年までに全体で100人ちよっとしか増えておらず、高齢の医師が増える中、働き盛りの医師数が増えてこない。医師数が足りない中、それが秋田市に集まっているというのが苦しい状況だ。

岩手医大の伊藤委員、秋田県の現状を見て何かあるか。

伊藤（智）委員

岩手県も似たような状況だ。広い県土が十分なドクター数で満たされるまでには時間がかかるし、それが達成できるかどうか分からない。医療経済的に、一般的には地域の人口が3,000人を切ると診療所を維持することが難しいと言われている。医師を増やすという目標をメインにしつつ、オンライン診療等でそういった人口減少について補完するような施策を想定していく必要があると思う。

もう一点、下位3分の1を目標数値にしていることは理解したが、その数字を達成したら医師数が増えたことになるのか、実際のところと乖離していないかと思う。

事務局

あくまで目標医師数というのは下位3分の1に達するためだけの数字であり、当面の目安というふうに捉えている。

まずは下位3分の1までを目指しつつ、これから先の医療を巡る状況の様々な変化に合わせて、各地域のどこにどういうふうに医師を増やしていけば良いのかを個別に考えていく必要がある。

小泉委員

先ほど羽渕会長がおっしゃったとおり、秋田県は医師の年代層を診るとM字カーブになっている。全国的にはM字になっていない。30～50代が流出し、勤務医の高齢化が進んでいる。大学は若手医師を出してくれているが、各若手医師や30～40代の働き盛りの医師達が秋田で働きたいというモチベーションをあげるようにしないと地域医療が成り立たない。また、岩手の伊藤委員からもあったように、地域医療が消えてしまうと地域の学校保健等の保健活動もできなくなってしまおう。各地域の必要医師数をきちんと地域で把握していければと思う。全体の医師数を増やしつつ、どうやったら秋田で働きたくなるのかということを是非施策の中で考えていただければ。

羽渕会長

他に意見はあるか。

次の論点2に行きたいと思う。

次期医師確保計画について、ご存じのとおり、二次医療圏が3つになる。医療圏上は秋田市と合併した由利本荘地区など、医師が豊富になったように見えるが、それは違う話だ。市町村単位で医師少数スポットを設定したり対策を検討するなど、全体の大まかな計画について、何か御意見はあるか。

小棚木委員

その論点とは違う話だが、産科は医師偏在指標も十分であり、出生率が下がっている現状、産科医を増やそうとする意図が分からない。産科だけを別個に取り扱うことに違和感がある。

事務局

小棚木委員の指摘はもっともだ。

ただ、今回二次医療圏が変更になるという状況について、今後各地域において検討されていくと思う。これまでの計画において、8医療圏で周産期医療を維持してきたという経緯があり、その中でいきなり分娩取扱を止める病院が出てくるのは考えにくい。地域の中での議論を踏まえ、集約化等が進んでいけば、産婦人科や小児科の医師も特定の病院で確保し、対応できていく体制に繋がっていくこともあるかと思う。

だが、今回の計画はあくまでも3年間の計画として策定しており、その3年間で地域の状況が劇的に変化するというのも考えにくい。働き方改革などもあり、引き続き不足している状況が続くのではと把握している。

羽瀨会長

他、産婦人科医や小児科医の年齢構成も考えていかねばならないと思う。その点を調べていなければ、数字だけ見ると秋田県は産科医等の数が多い、と議論が終わってしまうことにもなりかねない。

事務局

小棚木委員が指摘したのは、医師数が足りていないのは産科だけではなく、産科だけ特別扱いすることがどうなのかという御意見だったと捉えたが、確かに、産科医だけが特別足りないわけではない、というのが秋田県の現状だと思う。なので、医師確保計画を国のガイドラインに沿って策定している中、政策的な意味合いから産科・小児科について項目立てして取り上げているが、当然医師確保計画を進めるに当たっては、計画内に全ての診療科を具体的に盛り込むことは難しいかもしれないが、それ以外の診療科に医師を増やしていくことも考える必要がある。

小棚木委員

集約化すれば足りる診療科もあるだろう。医師少数スポットだから何とかしなくてはいけないわけではなく、将来的には集約化のことも

考えていかななくては、医師の過不足が言えないのではないか。例えば、何科は集約し、何科は集約せずに少数スポットに医師を配置する等について考える必要があり、医師全体を見ても何も進まないのではないかという印象を受ける。

羽瀨会長

基本的な内科は各地域に配置し、特殊な科は集約していくというような、科ごとに具体的な対策は必要かもしれない。

袴田委員、青森県の二次医療圏、医師確保対策はどのようにされているか。科の偏在や二次医療圏を考慮した確保計画はどうしているのか。

袴田委員

医師が足りていない状況は秋田県と同じだが、青森県は分散型の都市構造となっており、秋田県のように一極集中でないことが違う点かと思う。

青森県は医師数が多い順に、弘前、青森、八戸の3つの二次医療圏のほか、むつ、上北、津軽というエリアが北秋田と同様に非常に医師数が少ない。なので、3つの二次医療圏からどうやって残りの二次医療圏を支援するか、分散するかという議論になっている。

二次医療圏の見直しがないことも、秋田県との大きな違いだ。また、医師の確保については地域枠の方々が残ってきて、医師の全体数が増えているという点も青森県と違うように思う。

ただ、先ほどのM字カーブの件について、弘前大学でもその年代の先生達を医師少数医療圏にどうやって派遣、配置、定着させるかがいつも議論になっている。また、県南地方は岩手医科大学や東北大学と連携しており、その連携の中でどうやって医師を確保するのかという点も議論になっている。

都市構造が違うため秋田県とは状況が違うが、以上だ。

羽瀨会長

二次医療圏の中で考えれば、例えば秋田市プラス由利本荘地区というのは医師数が多いことになるが、その中でスポットとして医師少数地域ができる。そういうふうに設定することについて、何か御意見あるか。

伊藤委員、岩手県はどうされているのか。

伊藤（智）委員

実は二次医療圏の新たな策定がまだきちんとできていないのが現状だ。

伊藤（伸）委員

二次医療圏が3つになってすぐに3つで動いていくとは考えにくい。まず少ないところに対しての対応が課題になると思うが、達成率については、秋田中央地区や秋田市に数が集中し、他の地区は同じような

推移を辿るなど、なかなか変わらないのではないかと考えている。

これからは量より質で、質をしっかりと確保するため、大学の機能強化による派遣システム等が大切になってくるのではないか。少ない地域に何とか派遣していくシステムを秋田県では考えていかねばならないのではないか。

小泉委員

医師少数スポットについて、香川県の産婦人科は集約し、1つの病院に6~7人の産婦人科医がいて、他のところに大学と医師会で診療所を置き、若手の女性医師等が交代で診療所を運営する形を取っているらしい。もしかしたら少数スポットに医師がいると言うことではなくても、流動的な対応でもいいのかという考えはいかがか。

吉原委員

鹿角の産科集約問題では、当院から週に3回、かづの厚生病院に行き午前中外来診療を行う形を取っているが、今現在それほどクレームはない。将来的にそういう運営ができれば、解決の1つになるかもしれない。

小泉委員

今は心臓のエコー等もオンラインで見られるので、スポットに医師はいなくとも、オンラインで大きな病院と繋げて対応するという形はどうだろうか。特に女性医師はそういう働き方がいいのではないか。

羽瀨会長

二次医療圏を3つにするか否かは別として、スポットに常勤医がいなくとも、地域の先生達がやっているように、ハブとなる病院に大学の医師を十分な人数を派遣して、地域の診療所はその病院から助けてもらうという確保が理想だと思う。そうすればハブの病院に勤めている医師は研修も行えるし、専門医の資格も取りやすい。そして、その地域の病院や診療所を、ハブの病院から間接的にフォローできるのも理想ではないか。

伊藤（伸）委員

その通りだ。先ほどの量より質と言ったのは、これからオンライン診療等をうまく使っていくことに繋がると思うので、秋田県はその点をしっかりと検討していかなければならないと考える。

細越委員

かづの厚生病院や町の診療所等は、岩手医科大学や弘前大学等の先生達にお世話になっている。

二次医療圏等については、今までと同じように地域医療の質を落とさないようにしながら3つの二次医療圏に進んでもらえれば、県民は安心できると思う。

羽瀨会長

例えば大館は実際のところ弘前大学の協力が無いと、秋田大学だけ

では無理がある。県や大学にこだわるのもおかしな話で、私の感想として、地区・大学・科等によって他の大学の先生に協力してもらおうと言ったような、ある程度の臨機応変さも必要になるのではないか。基本は、ハブ病院をつくっておき、その病院が地域医療を担うのが本当の理想ではないか。

下位3分の1というのはあくまで1つの数値の目標だ。ご存じのとおり、秋田県は非常に高齢者が多い。ほとんどの高齢者は合併症が複数あり、同じ手術をするにしても、例えば関東圏の50～60代の人を手術するのとは違い、全科で全力を挙げて手術しないといけないため、エネルギーと医療資源が多く必要になる。そのため、国が出す数値だけでは簡単に計れないものがあり、その辺りも考慮していかなければいけないと思う。

② 専門研修プログラムに関する意見案について

事務局から協議資料2に基づいて、専門研修プログラムについて説明した。

羽渕会長

専門研修プログラムについては、当協議会の意見を聞いた上で、県の意見を国に出すことになっている。

子育て支援加算など、今時どこの病院もやっていて今更だといった意見を県の方にも書いていただいた。シーリングや特別地域連携プログラムなど、抜け道のようなシーリングを結構する。私としては反対で、シーリングをするならしっかりシーリングをやる方向でいてほしい。

南谷委員

外科に関しては、全体的に医師数が少ないためシーリングが設けられていない。しかし、都会でも医師数は足りていないのかもしれないが、地域ではもっと少ない。シーリング数をどう設定するのかという問題はあるのかもしれないが、外科などにもシーリングを付けてほしいという意見だ。

羽渕会長

地域枠や自治医大卒の医師などで、実際に外科系の専門医研修に苦しんでいることはあるか。

南谷委員

首長の意見が強く、自治医大の人は、内科しかできない状況で、外科、おそらく他の科も同じで、やりたいと言ってもできないと、最終的に秋田県で9年間県内研修が終わると、少ない診療科に関しては秋田県ではなく栃木県に行ってしまう。これはもったいない。首長の意見もあるのだろうが、やりたいことをやらせることが、逆に自治医大

卒業生を残すためになるのではないか。

袴田委員

青森県も同じ状況で、いわゆる総合診療医以外、町の病院に行く以外に彼らに方法がなく、9年が終わってから外科を目指す形になっている。そのため、最近では外科を目指す人が減っている。同じようなことが東北医科薬科大学にも言える。自治医大と東北医科薬科大学の卒業生が外科を目指すのはほぼ不可能であり、これは考えていくべきだろうと青森県でも問題にしているが、自治医大の問題は難しく議論が途中で止まっている。

子育て支援加算や特別地域連携プログラムに関しては、秋田県と全く同じ意見であり、こういう抜け道的な制度は廃止すべきだともっと強く書いても良いと思う。

伊多波委員

難しくて分かりにくいというのが一点。また、子育て支援加算をプログラムの中の特別なこととして加算の対象にするという考え方がおかしいと思う。

羽瀨会長

次に、専門プログラムの個別プログラムについて、秋田県で複数のプログラムを立てることに意味があるのか。色んなプログラムを選ぶことは理想かもしれないが、そこまで人数がない上にプログラムを設置するとばらけてしまうのではないか。例えば専門医を目指す人が2~3人というところで、複数のプログラムを準備すること自体がおかしいと思うが、これに関して御意見あるか。

奥山委員、いかがか。

奥山委員

私としては、分散してもしょうがないので、できるところが一本化してくれればそれで構わないと思っている。

羽瀨会長

岩手の伊藤委員、岩手では複数のプログラムを全部立てているのか。

伊藤（智）委員

全部というわけではないが、岩手の状況で少し特殊なのは、義務年限の中で大学院に入れる社会人大学院という制度を作っていることだ。それで学位を取っていくことができるプログラムがある。自治医大の先生は使いやすいと言ってくれ、岩手医大に入局する自治医大の先生の学位取得率は高い。もし秋田県にそういった制度がなければ、それも一考かと思う。

自治医大の先生が外科にあまり入ってくれないというのは、私レベルではあまり感じていない。最終的に外科になっている先生も結構いる。あまりすごいリミテーションがかかっているようには思っていない。



羽瀨会長

次に、総合診療医について、総合診療の専門医のキャリアパスの明確化などは今ここで議論しにくいですが、総合診療医について何か御意見あるか。

奥山委員

うちの方で総合診療医のプログラムがあり、一昨年ぐらいに植木教授から打診があり、それぞれの総合診療プログラムを一本化してやろうという旨を、私も同意した次第だ。

その上での意見だが、我々は何となく総合診療医と総合内科医をほぼイコールで見ているが、彼らが言うにはそれらは全く別物の位置付けだ。皆さんが総合診療医イコール全般的に見られる内科医の養成だと思っていると、一部方向性が合わないかもしれない。総合診療医は、内科外科にかかわらず、患者や家族の価値観を重視していくというように進めているため、そこを共通認識としていただければ。

奈良委員

少しお聞きしたいが、キャリアパスが明確化された制度を構築していただきたいとあるが、何かもう少し具体的に、こうしてほしいという考えはあるのか。

事務局

総合診療科の専門医という資格は平成30年の新たな専門医制度でできた専門医だが、それ以前にある家庭医のイメージで考えている方がいるだろう中で、そういうところとの関連性をきちんと明確にした上で、総合診療科の専門医となった際に次にどこにステップアップしていくのかが分かる形になれば、もう少し自分の将来を考えたときに総合診療医を目指す若手医師が増えるのではと感じている。

今はその専門医を取って次に進もうとしている、まさにその段階なので、実際にこの後どういうステップアップを積んでいくことが更なるキャリアに繋がるのかというところを明確にしていきたいと考えている。

羽瀨会長

高橋委員、この総合診療医の制度を内科学会はどう考えているのか。

高橋（直）委員

総合内科専門医は今回の議題とは少し関係ないと思う。

県の意向は、総合診療医の専門医を取った医師が10年後どういうポジションで働けるかということだろう。これはまだ専門医を取った医師がいらないため誰にも分からないが、おそらく大学病院ではこれからの若手への指導医になると思われる。各基幹病院においては、総合診療科を作って活躍してもらうのではないかと想像している。

一般論として家庭医というのは大事な役割であり、先ほど奥山委員の言ったとおり非常に混乱するところではあるが、今ディスカッショ

ンするところは、専門プログラムの中での総合診療医の立場と将来のキャリアパスであり、県内病院で将来指導的立場で働けるかということだと思った。

羽瀨会長

総合診療医について、そこに入れば将来こういう活躍ができるというような、ポジションやステータスがまだ県内にない。それで若い人はなかなか入りづらいというのが現状ではないか。植木教授が今それを示そうとしているのだが、まだこれからだと思う。大学にいるうちは良いが、その次、例えば大館や由利に行ってもやれるのかという先が見えない不安が大きいのではないか。

一方、上の方も、総合診療の学会がないため、どこが引き継ぐかといったことで揉めていたのではないか。

高橋（直）委員

プログラムとしては総合診療医のプログラムがある。内科学会でも総合内科専門医はもちろんあるが、意味合いが違うため、難しい。

流れとしては19の基本領域の1つである総合診療医は、このプログラムに入った研修医を育てることになっているため、やはりサブスペを持つ内科医とは違うのではないか。

白山委員

当地域にも、湖東病院に総合診療医のプログラムを終えたドクターが研修で来たが、やはり将来どうなるのかを本当に心配していた。きちんとした形のプログラムを終えて、今ようやく地元で活躍し始めている。なので温かく見守って、それに従い、次の世代の人達を選んでくれるのではないか。

羽瀨会長

高橋委員のところでは総合内科医のように育てており、それも必要だが、秋田大学でも少ないながらに総合診療の植木教授のところに入局する人もいる。今後そういった人達のためのちゃんとしたポジションなどを用意し、活躍できるようにしなくては、入局する人は少ないのではないか。その辺り、我々も理解や広報活動をしていかなければならない。

専門研修プログラムについては国への回答、問題点が色々あるため、書くところは書いて意見をまとめていきたい。

それでは次の報告事項に移る。

③ あきた医師  
総合支援セン  
ターとへき地  
医療対策につ  
いて

事務局から報告資料1, 2に基づいて、あきた医師総合支援センターとへき地医療対策について説明した。

小棚木委員

前半で出てきた医師少数スポットとへき地は何が違うのか。

事務局

医師少数スポットは、いわゆる市町村単位の大きさに設定するものとなっている。考え方としては、今でもへき地と設定されて対策を取っているところを、局所的な設定ではなく、もう少し広い範囲で医師の確保を考えた時の対象として設定する、というように捉えている。

小棚木委員

ある地域が医師少数スポットなのかへき地なのか、呼び方が違うから体制を変えるというのは無駄なことだ。少数スポットだからへき地なのだと思うので、そこは総合的に判断して取り組むべきでは。

羽瀨会長

これは面積だけの問題か。どちらが広いのか。

事務局

医師少数スポットについては、市町村単位程度に設定するため、面積的にはかなり広い範囲になる。へき地は、市町村の中にある1地区での設定だ。

高橋（直）委員

へき地とは人口もほとんどいない無医村等だろう。医師少数スポットはそこそこ人口がいるが医師のいないところであり、明らかに違うと思っていたが、そういう意味ではないのか。

事務局

そういう意味では、高橋委員の言うとおりで。

ただ、あくまでも医師確保計画上で設定する区域であり、医師がいないということではない。あくまで、相対的な医師多数区域の中でも、医師が不足している区域が二次医療圏の中に存在し、そういうところへの対策を進めるために、医師少数スポットに設定した上で進めるようになっているため、設定しようとしているところだ。

羽瀨会長

そうすると、秋田市の中央地区と由利本荘地区がくっつくと、そういったスポットがたくさんできそうだと分かる。元々ひどいところには、もうそういう名前が付かない。

高橋委員、あきた医師総合支援センターの件で何か付け加えることはあるか。

高橋（直）委員

あきた医師総合支援センターでは、毎年地域枠、東北医科薬科大学、自治医大の若い先生方は修学資金等のおかげで増えているが、やはり中堅どころで抜ける傾向がある。秋田大学や秋田県では、まず最初に専門プログラムが19の基本領域でほぼ揃っているため、秋田においてもしっかり専門医になれるということを宣伝している。その上で、秋

田でずっと医療活動ができるような魅力があることを、我々で頑張っ  
て準備していきたい。

実質的には人数は増えているが、これから真ん中の年代が抜けない  
ように取り組んでいきたい。

羽渕会長

今年も秋田県内のプログラムは52人だったか。先ほども言ったとお  
り、この10年で100人ちょっとしか増えていない。20代は増えている  
が、30～40代が減っている。

高橋委員のところなどに入ってくるには入ってくるが、そこからが  
続かない。なので、秋田県全体として、病院や地区も含め、医者が定  
着できるような環境を整えていかなければならない。

委員の方々から、全体を通して何か御意見あるか。

大塚委員

当院もやはり医師不足で、常に医師の募集を出している状態だ。そ  
の中で最近応募してくる医師の傾向、希望をあげると、50代以上の先  
生方は、長く働ける病院をという希望が多い。あと、若い先生方は条  
件として、ライフワークバランスという言葉が出る。医局には入りた  
くない、当直も土日以外、月2回まではオーケーというような先生方  
が多くなっているという印象を受ける。

羽渕会長

本当に多くの病院で土日の当直をやる人がいないと、依頼が来てい  
る。

白山委員、どうか。

白山委員

ワークライフバランスと言っても、そもそも勤務医の数が少ない。  
今のところは、色々な医局にお願いしてカバーしてもらっている。働  
き方改革などがこれから控えており、そうすると大学の先生などは非  
常にありがたいのだが、実際に医員として勤めている先生方が厳しく  
なるのではないか。これは当院だけでなく全体的な傾向だと思うので、  
その辺を何とか上手くクリアしたいと思っている。

羽渕会長

若いときは土日の当直も行っていたが、30～40代になって子供がで  
きて小学校に行くようになると、おそらく当直が厳しいと思うようにな  
ってくるのではないか。

全く関係ない話になるが、この間秋田大学医学部で2人ばかり、東  
京や関東出身の人が両親の面倒を見に帰らないといけないということ  
で、医局を離れたり、医局を離れなくとも地元に戻ってしまうことが  
あった。そういう人が毎年何人か出る。なので、一元的に簡単にプロ  
グラムをよくしたらいいということでもなく、難しい。

他に何かあるか。

5 閉会

それでは、事務局に司会をお返しする。

午後6時に閉会した。

令和6年3月8日

秋田県地域医療対策協議会長

桐澤友則