

令和6年度第2回 秋田県地域医療対策協議会 議事録

1 日 時 令和6年11月18日(月) 午後6時から午後7時35分まで

2 場 所 秋田県議会棟 特別会議室 (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	オンライン
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
小 野 剛	秋田県病院協会会長	
軽 部 彰 宏	由利組合総合病院長	オンライン
河 合 秀 樹	秋田赤十字病院長	
小 泉 ひろみ	秋田県医師会長	オンライン
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	秋田県健康福祉部長	欠席
津 谷 永 光	北秋田市長	オンライン
奈 良 正 之	国立病院機構あきた病院長	途中退席
袴 田 健 一	弘前大学医学部附属病院長	オンライン
長谷川 仁 志	秋田大学医学部附属病院総合臨床教育研修センター長	
羽 淵 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	オンライン
堀 口 聡	平鹿総合病院長	オンライン
吉 原 秀 一	大館市立総合病院長	オンライン
渡 邊 博 之	秋田大学医学部附属病院長	欠席

【事務局／県】

齊 藤 大 幸	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
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
宮 崎 誠	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室副主幹
菊 池 崇 文	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室主任
藤 田 雄 平	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室主事
堀 川 史 子	秋田県健康福祉部医務薬事課医療人材対策室主事

4 議事（要旨）

- | | |
|-------------------------|---|
| 1 開会 | 午後6時に開会した。 |
| 2 挨拶 | 齊藤健康福祉部次長より挨拶 |
| 3 議事 | |
| ・ 委員紹介 | 出席委員の紹介については、出席名簿による確認とした。 |
| ・ 会議の成立 | 協議会委員21名中18名の出席があり、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、会議が成立していることを報告した。 |
| ・ 非公開開催 | 本協議会は原則公開であるが、今回の協議内容に医師のキャリア・配置に関わる議題があるため、非公開での開催とし、決定内容は後日、ホームページで公開する。 |
| ① 医師確保計画（R2～5年度）の評価について | 事務局から協議資料1に基づいて、医師確保計画（R2～5年度）の評価について説明した。 |
| 羽渕会長 | 事務局から説明があった医師確保計画の評価について、ご意見等あるか。 |
| 大塚委員 | 今の説明で医師確保と医師数については分かったが、実際に人口10万人あたりの推移を見ると、医師の数が増えている割合よりも人口の減少割合が大きく、本当に目標医師数が、これから秋田県に必要なのか分析をしなければいけない。病院を経営する立場では、現在病院経営が非常に難しく、医師が足りない分を雇ったとしても、医師の給料を十分に払えるような病院の体力がなくなっている。全国の状況を聞くと、例えば、トラックの運転手や大工等といった職種と比べると、医療従事者はそれほど減っておらず、人口減少から見ると十分確保できている。医師確保はもちろん大事だが、どちらかと言うと、医師を分配する、または、病院を集約化していく方が、今の秋田にとって必要なのではないか。特に秋田県は公立病院が少なく、収支を黒字にしなければいけない病院が多いため、そのようにしないと、医者余りになってしまい、病院として医師を雇えなくなる。その辺はどうお考えなのかお聞きしたい。 |
| 事務局 | 大塚委員の言うとおり、その辺りは今後の課題だと捉えている。医 |

師確保計画自体が、国の基準に基づき策定しており、医師偏在指標が地域ごとの医師の必要性等をもっと正確に表すものにしてもらうよう、国に要望している。それに合わせて、医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ等が、次の医師確保計画の際にもう少し精査されるのではないかと思います。

大塚委員

多忙な医師もいれば、時間に余裕を持って働いている医師もあり、医師一人の働く時間にも格差が出ている。医師の稼働率や雇用側からすると、医師にいつでも来てください、と言える状況ではなくなっている。

羽渕会長

医師の偏在には地域の偏在と診療科の偏在があり、両方とも難しい状況だ。

また、厚生労働省と文部科学省で、医学部定員をどうするのかという問題もある。現状、秋田大学医学部は本来100人の定員のところ、臨時定員29人を毎年認めており、いつ定員を削るか、毎年問題になっている。

他にご意見あるか。

奈良委員

資料を拝見し、バランスという点で、やはり医師の高齢化が問題だと思う。高齢な医師はどんどん引退していくが、地域枠の若手医師が今後増えていくことを考えれば、この医師の高齢化はどこかで止まる見込みがあるのか。

事務局

医師の高齢化については、こちらも非常に問題があると捉えている。今後、高齢化が進み、いわゆるリタイアされる医師が増えてくるだろうことも踏まえ、若手の医師は引き続き、確保していかなければならないと考えている。

奈良委員

地域枠の学生を減らすのではなく、むしろ増やす必要があるということか。

羽渕会長

そのように考えている。実際、秋田大学医学部は令和7年度から東北地域枠として10名分増やす。

長谷川委員

今の医師の高齢化の話は非常に重要だ。

毎年40～50人が各診療科の専門研修に入る。そのうちの29人が地域枠医師だ。地域枠医師の他に、どのぐらいの医師が秋田県に残ってくれるかが重要だ。内科と外科には複数のサブスペシャリティがあるが、全国と比べて、それぞれの分野の専門医が十分確保されてい

ない。ただ医師数を見るのではなく、引き続き次の若手世代を育てることと、医師が高齢化していくところのバランスを考えなくてはならない。

以前秋田県で調査してもらったところ、県内で専門研修を行う医師は40～50名だが、それから10年後にどれぐらい県内に残っているかと言うと、半分しか残っていない。専門医を取った後に地元に戻る等辞められる方が多い。医師数が確保されていることと、次世代の各分野の専門医をどれくらい育てるかは別に考えないといけない。若手医師はある程度確保し、専門研修で医療を行う医師も同時に育てていく、そのバランスを考えて、医学部定員等も考えていかななくてはならない。

羽渕会長

他県から来られた方で、例えば両親が関東におり、両親の高齢化のために戻らなくてはいけない等、40～50代の働き盛りで地元に戻っていく医師は少なからずいる。

小泉委員、いかがか。

小泉委員

今回、8医療圏が3医療圏に変わった時期であり、8医療圏のまま検討したものを聞くだけでは新しい論議が出ないのではないか。やはり、医師を含めた医療従事者を見ていくには、実際に3医療圏になったらどうなのかという分析結果を出してもらった方が、今後の医療体制を考えていくのに良いのではないか。

事務局

今回の資料については、令和2～5年度の医師確保計画の評価という位置付けのため、敢えて8医療圏という形で資料を作成した。次回以降は、3医療圏という形で、資料等を提示したい。

羽渕会長

先ほども言ったとおり、40～50代が抜けていく理由も、難しいかもしれないが解析できれば良い。原因を解析し、歯止めをかけていかなくは、専門医を取得してこれからという年代が抜けていくのは非常にもったいない。

女性医師の立場から、伊多波委員、いかがか。

伊多波委員

資料で女性医師の割合が提示され、割合が全国平均並みに増えているが、年代別で、20～30代は出産育児等で離脱する方も多と思う。その後、40～50代で現場復帰し、続けて医療に携わっていく人員が増えていくかどうか。女性ならではのライフスタイルにおいても、離脱することなく頑張ってもらえるよう検討が必要かと思う。

羽渕会長

秋田大学医学部は入学者の4割が女性だ。女性はライフイベントが

	多いため、常に医療に携わってもらうのは厳しい。秋田県は、育児環境が都会に比べると良くない。女性が離脱しないよう、現場のサポートや県の施策を講じないと、そのまま離脱する人は多くなる。
事務局	県内でも、病院内保育所を設置している病院数は伸び悩んでいる。運営するにあたり一定数の子供を預からないと県の補助金も出ないことも含め、少子化の影響が出ていると思われる。ここ数年、院内保育所を閉園した厚生連の病院もいくつか出ている。
羽渕会長	病院経営もなかなか厳しい。
大塚委員	質問よろしいか。女性医師のパートナーの育児休暇の取得率等は調べているのか。
事務局	調べたデータはない。
大塚委員	例えば、秋田県は女性医師のパートナーに積極的に育児休暇を取得させる県だ、または、そういう取り組みを進めているとアピールするのも一つの手ではないか。
羽渕会長	赤字が大きな病院になると、人件費が厳しくなってくるため、雇用病院に余力があるかが大事だ。 岩手医科大学の伊藤委員、いかがか。
伊藤（智）委員	対10万人あたりの医師数は、見かけ上は増えているのだろう。そこは人口減少とのバランスによって決まってくるため、これからの大きな課題だと思う。 岩手県の医療圏ごとと比較すると、ある医療圏は充足していると示されるが、現場の実感として、まだ医師数は足りていないというところが出ている。疾病構造も変わっていく状況にある。時代の変化にいかに対応できるかが重要になり、対応できない医療施設は収支の悪化が生じて潰れてしまうことを懸念している。時代の変化、疾病構造の変化、人口構造の変遷に対応できるような体制を考えていく必要があると感じた。
羽渕会長	急性期医療の集約化は必要だが、慢性期医療の、例えば複数の合併症を持った高齢者をどう診ていくかというのは、非常にエネルギーが必要であり、難しい。 小野委員、いかがか。

小野委員

先ほど大塚委員がおっしゃったことは実感しており、市立大森病院も、これ以上常勤医師を増やせる状況ではない。40～50代の医師が来ると、給料が2,000万円ほどかかる。以前は常勤医師を1人増やすと、事業収益が1億円上がると言われていたが、現在は人口が少ないため、常勤医師が1人増えても、入院患者や外来患者は増えない。大きな病院とは別に、中小病院はそういう状況である。

今後は医師偏在や医師数の問題と並行して、医療提供体制を集約し、それにあわせて医師を確保するようにしなくては、ただ医師数だけ増やすという問題ではないと思う。特に外科は、令和6年度の専攻医が2人だ。現在当院の60歳を超えた外科医が、目を凝らしながら一生懸命手術をしているが、もうすぐ限界になる。やはり集約化し、そこに若手医師を集め、症例を経験させるのが、若手医師を集めるという点でも得策であると思う。医療提供体制の構築をしっかりとリンクさせて対応していくべきだと感じている。

羽瀨会長

小野委員のおっしゃるとおり、急性期医療の集約化はすぐに進めないといけない。麻酔科も問題だ。救急医療の場合は、常時麻酔科医が待機していないといけない。その体制を365日維持する、または、外科医を確保する体制のためには、もはや全県を満遍なくカバーするという状況ではない。

軽部委員、いかがか。

軽部委員

先ほどお話があった女性医師あるいは女性医療従事者のサポートについて、由利組合総合病院にも院内保育園があったが、少子化の影響で保育園児数が少なくなり、収支が約2,000万円の赤字となっていた。そのため、当院と平鹿総合病院が同時期に院内保育園を閉園したが、そうしてしまうと、院内の子供を持っている医療従事者が非常に困ってしまった。保育園に関しては、集約しても構わないので、医療従事者のために整備してほしいと感じた。

また、やはり秋田県の医師数についても考えていかなければいけない状況だと思う。急性期医療に関しては、医療需要は低下している状況のため、回復期医療、慢性期医療、あるいは介護医療を充実させるための設備施設等の整備が必要だと思う。特に由利本荘地区の急性期医療に関しては、ほぼ飽和状態だ。回復期医療はもう少し需要があり、介護医療はまだ足りない。その受け皿を準備していかなければいけない状況だ。介護医療に関しては、医師数はそれほど必要ないと思うので、その辺りのコントロールを上手くしていかなければならないと思う。

羽瀨会長

慢性期医療に関しては、医師数は少なくてもいい代わりに、全科を診

られるオールラウンダーの医師が必要だ。オールラウンダーの医師を育てて、慢性期医療に対応していただく形になってきているのではないかと思う。

袴田委員、青森県の現況も含め、ご意見等あるか。

袴田委員

秋田県と青森県は、例えば青森県は自治体病院が主なところを占めているが、秋田県は設立母体の異なる病院が多い等、様々な事情が異なる。私自身、秋田県の状況の詳細を把握していないため、的外れな意見だったらお許しいただきたい。

いただいた資料の中で、おそらく地域枠の政策がうまくいったため、20～30代の医師はコンスタントに確保している一方、40～50代の方は離脱している。働き手が辞める理由は、これまでのキャリアが活かされない環境であることが大きいと思う。やはり、集約化という点が一番大きなファクターではないか。40～50代の医師がいなければ、これから20～30代の若手医師が増えてきても、うまく機能しないのではないか。女性医師も同様に、余裕を持って働いてもらう環境を作っていないと定着が難しい。やはり大胆な集約化をしていかなくは、機能維持しながら医師を確保するのは、秋田県、青森県ともに難しいのではないかと感じた。

収益性の問題に関しても、設立母体の異なる医療機関が集約するのは現実的に難しい部分が多いと認識しているが、そこに踏み込まないと、働き手の確保、機能の維持、女性医師の確保・維持は難しいのではないか。

羽渕会長

ご指摘のとおりかと思う。

40～50代の医師や女性医師が余裕を持って働ける環境を作らなくては定着しない。女性医師の配偶者は男性医師が多いと思うが、ここで二人一緒に抜けてしまうと、大変な損失になる。

吉原委員、いかがか。

吉原委員

資料を見ると、病院ごとに事情はあると思うが、おそらく10年後には、医師の需要と供給はマッチし、医師は充足するだろう。医師が充足するとどうなるかと言うと、医師が自身の専門領域の医療を辞め、介護医療院に行ったり、または、産業医や健診医になる等、色々な働き方をするようになる。いずれ病院は、10年程度で医師が飽和状態になると思う。

高齢化の中でも、医師の高齢化が非常に問題になっている。県北地域は、特に医師不足と高齢化が進み、一次医療が崩壊してきている。一次医療を担っている開業医が辞めてしまい、大館市立総合病院のような急性期病院が一次医療を担うことになり、収益が悪化している。

方策として集約化することは当然として、県土が非常に広い秋田県が集約化した結果、1時間以上もかけて通院する方が増えていく。例えば癌の外来化学療法を行うような場合にはやはり病院が近くないと駄目だ。集約しながらも、県内全体をある程度面でサポートするサテライト的な体制が必要になる。集約化が必要な一方で、この広大な県土をいかにカバーするかというのが、今後の課題になる。

伊藤（智）委員

今、集約化の話が出たが、設立母体が違う秋田県の事情を鑑みると、集約化は大変だろうと思っではいるが、実際そういった集約化に向けた協議はされつつあるのか。例えば循環器領域では、カテーテル治療ができる病院が秋田市内は多く、おそらく1施設当たりの症例数は少ない。若手医師は、症例数が多い病院に行こうとする。症例数が少しずつしかない病院が多くては、若手医師にとっては魅力が半減してしまう。しっかりと研修ができる体制を集約化し、若手医師に対してアピールできるような基幹病院を整備する必要があると思う。

集約化が先進的な地域としては新潟県だ。魚沼医療圏では大きな病院を別に作り、その他の病院は全て回復期病床としてやっていくような流れを作る等、新潟県が色々な旗を振っている印象を持っている。

事務局

急性期医療の集約化もあるが、それぞれの地域の役割分担と連携をどうしていくのかの協議を、秋田県地域医療構想調整会議で進めている。加えて、具体的な役割分担や機能分化に踏み込み、診療科も含めた協議を進めるため、秋田県地域医療構想調整会議とは別に、秋田市の急性期病院の病院長が集まった協議の場を設けて議論している。

羽渕会長

津谷委員、いかがか。

津谷委員

北秋田市は、大変広大な地域の中に北秋田市民病院がある。各集落が点在してる地域は診療所がある程度診ながら、他を北秋田市民病院の方で対応している。北秋田市民病院を設立する際、大きな病院へ医師を多く集めれば経営がどんどん良くなるという考えがあったようだが、先ほど委員の皆さまから話があったとおり、すべからず診ることは難しい。例えば、令和7年度は北秋田市民病院は分娩の取扱いがなくなるため、大館市や能代市等に協力いただいている。自ずと医療圏そのものが、3医療圏へ流れている。ただ、準備段階として、解決しなくてはならない部分があるし、開業医も少ない状況になっている。高齢医師も多いため、これからの位置付けや取組みの方向性を、県にしっかり指し示していただければありがたい。限られた医療資源なので、医師だけではなく、看護師を含めた医療従事者への対応もやっていかなければならない。我々も努力していきたいと思っている。

羽渕会長

細越委員、いかがか。

細越委員

これから二次医療圏で物事が進んでいくと思うが、地域医療の質を落とさないように、また、住民を混乱させないように、特段の県のご指導をお願いしたい。

羽渕会長

他にご意見等ある方はいるか。

軽部委員

集約化のことにに関して、先ほど新潟県の話が出たが、確かに新潟県は、厚生連と県立病院が機能集約しているものの、厚生連が2期連続で巨大な赤字を出し、厚生連自体が立ち行かない状況だ。集約化する場合には、法人がある程度体力を残した段階で一緒にならないと、その後の運営で厳しい状況になる。秋田県の場合も、おそらくこれから集約化していかなければならないと思うが、集約していく病院の体力があるうちに話を進めていくべきでないか。

伊藤（伸）委員

委員の皆さまは病院の医師が多いので、クリニックや開業医の意見を、少し代表で述べたい。

資料を見ると、高齢の医師が非常に多い。今の状況では、人件費や物品の更新等、経営も大変だ。10年後に開業医を辞める医師がどんどん増えていくと思う。そういう意味で、地域医療構想の、機能分化や役割分担は本当に大切だ。その他に、地域包括ケアシステムを一緒に考えていかないといけない。地域包括ケアシステムを担っている診療所等の60～80代の医師は、10年後、ほとんど辞めたり、医業継承ができなかったりする。秋田市で開業することが多く、他の地域で開業医は少ない。やはり若手医師にはどんどん育ててもらわないといけない。秋田市以外の医師の高齢化は、大きな問題になるということを知っていただきたい。

羽渕会長

現在、秋田県の地域医療を支えているのは、開業医やクリニックの医師だが、彼らも高齢化している。若手医師が入っていても、40代等の中間層が抜けていくので、非常に苦しい状況だ。集約化やクリニックの確保等、色々なことを全部やらなければいけない。

時間が押してしまったが、委員の皆さまより活発なご意見をいただいた。全て重要なご意見だ。

次に、協議事項2「修学資金貸与医師の知事指定従事の見直しについて」に移る。地域枠等の修学資金貸与医師の、知事指定従事の要件について、今回、一部見直しを行う。

それでは、事務局から説明をお願いする。

② 修学資金貸与 医師の知事指定 従事の見直しに ついて	事務局から協議資料 2-1～2-2 に基づき、知事指定従事の見直しの概要、背景、改正案を説明した。
羽渕会長	現在心臓血管外科医師は、医療体制としては秋田市内に従事するしかない。将来的に医師数が充実してきたら、県北地区や県南地区にも研修施設を設けたいが、現状としては、そこまで広げられない。心臓血管外科は集約化が進んでいることを踏まえ、制度の見直しを行っていきたいが、何かご意見等あるか。
小野委員	大筋のところは了承する。ただ、取扱い要件の一つである「心臓血管外科専門医を取得していること」は、義務年限として大丈夫なのか。心臓血管外科専門医を取得するには、臨床研修 2 年の他、専門研修 3 年、そこからまた数年と必要になる。
事務局	小野委員のおっしゃるとおり、心臓血管外科専門医を取得するまでには最短で 7～8 年は要すると考えられる。 ただ、現状の制度では、仮に義務履行が 9 年の場合、7～8 年専門医取得に要し、9 年で返還免除要件を満たすことが見込まれない状況では、医師のキャリア形成上のやむを得ない事情として、義務が明けられることを後ろ倒しにするという対応をしている。
羽渕会長	現在は専門医を取得するまでは秋田市内で勤務し、その後、市外の医療機関で勤務しても、義務履行として問題ないとしている。一方、見直し後の制度では、専門医を取得してからは、義務年限中にずっと秋田市内の医療機関に勤務しても良いことになる。専門医を取得していることを要件にしなくては、最初のみ心臓血管外科を専攻すると言った医師が、返還免除後、心臓血管外科以外を専攻する等の可能性があるため、専門医取得を特例の条件とする方が良いと思う。
小野委員	では、心臓血管外科専門医を取得し、義務を終えた後は、どこへ行っても構わないということか。そこから離脱しないよう、何か縛りを設けることは難しいか。せっかく育成しても、その後いなくなってしまうのは非常に残念だ。
事務局	心臓血管外科医師に限らず、県内で義務を履行している間に、県と秋田大学で組織している医師のキャリア形成をサポートする機関であるあきた医師総合支援センターで、義務明けにも秋田県内に留まって

もらえるようなサポートをしていきたい。

羽瀧会長

懸念されるのは、ずっと秋田市内の、例えば大学に医師を留まらせてしまうと、医師のキャリアを活かせる病院が秋田県にないと思われ、県外に行ってしまうことだ。キャリアを活かす部分がないと感じたら、心臓血管外科医師に限らず、外科医は更に減少する。

大事なことは、コアとなる病院を作り上げていくことだ。やはり集約化し、基幹病院として、地域医療や慢性期医療も支えられる体制を秋田県内に作らなければ厳しい。

袴田委員

制度の見直しは心臓血管外科に限ってとのことだが、少子化が非常に進んでいる中、これから生まれる子供を守るという視点では、小児外科も重要だと思う。小児外科の専門医を育成するのに、例えば胆道閉鎖症等、もはや東北3県でやっと1～2人育成できる程度まで症例が減ってきていると言われている。子供を扱える外科医が、今のままだといなくなるだろう。心臓血管外科よりも更に深刻な問題かと思う。秋田県も青森県と同様の状況かと思うので、秋田県でしっかりと周産期医療を維持するならば、おそらく小児外科も同じような形で、一か所にまとめなければ育成は不可能だ。心臓血管外科だけの問題ではないことをお伝えしたい。

伊藤（伸）委員

私は以前、小児外科の専門医と指導医資格を持っていたが、袴田委員の言うとおりに、小児外科は県で1つでやらなくては、専門医や指導医資格を取れない。また、人口減少により、秋田県だけでは資格が取れなくなる可能性もある。

私は国内留学という形で、小児外科専門施設に行き、症例数を経験し、資格を取った。そのような形をやっていかなければ、小児外科を含めたマイナー科と言われる診療科は難しい。

袴田委員

実は青森県でも、県内だけでは専攻医を育成できないため、慶應義塾大学とグループを組んで、成育医療センター等の病院に医師を毎年出していたのだが、もはや地方からの受入ができないという話があった。そういったセンター等に行くことが望ましいが、それも難しくなり、どうしようかと頭を回しているところだ。

伊藤（伸）委員

やはり東北6県で医師を回していくシステムを作らないといけない。

羽瀧会長

秋田県は、地域枠医師が2年間国内留学できるシステムになっている。小児外科を目指す医師は、今までは県外のセンターに行っていた

が、先ほどの袴田委員の話を聞く限り、それも難しくなっている。やはり東北地区の育成は、仙台等に集約化していくべきかもしれない。その場合は、また制度を変えていくことを考える必要がある。専門医を取得したら、過去に遡って知事指定を認めるという制度も考えたら良いかもしれない。専門研修に入ったら免除という要件にしてしまうと、義務の免除のために制度を悪用する人が出てしまうかもしれないため、専門医取得後に何年間県内にいれば、過去に遡って認める、という制度が良いかもしれない。

今回の改正を認めていただいたということで、良いか。

奥山委員、いかがか。

奥山委員

中通総合病院には、心臓血管外科医師が4名いるが、大学に比べると、人員的に難しいときもある。こちらとしては、大学に寄り添ってやっていければと思っているので、協議について特に異論はない。

伊藤（智）委員

心臓血管外科医師に対する知事指定従事要件の見直しについては、異論はない。

一つ確認だが、この制度は全国地域枠医師や東北医科薬科大学枠等、修学資金枠に対して縛りは付けないのか。

事務局

そういった縛りは設けず、秋田県から修学資金を貸与した医師全てに適用する。

伊藤（智）委員

つまり、秋田県出身者のみ適用するのか。

羽渕会長

県外出身者も適用する。

伊藤（智）委員

おそらく他県から来た人が離脱するリスクが高い可能性があるため、例えば最初だけ、秋田県出身者枠の方だけに適用し、様子を見ても良いのではないか。

羽渕会長

全国地域枠の定員は毎年5名しかおらず、そこから心臓血管外科に進む人はあまりいない。

伊藤（伸）委員

その点はあまり懸念しなくて良いということか。

羽渕会長

離脱する人は、おそらく知事指定要件がどうであろうとも離脱すると思われる。一方、心臓血管外科では秋田市外で働ける病院がなく、キャリアを活かせずに行き詰まり、離脱する人はいるかと思うため、注意が必要だ。

	よろしいか。 議事の最後「その他」だが、全体を通じて、何かあるか。 杉山委員、いかがか。
杉山委員	特にない。
羽渕会長	他に意見はないか。 それでは、事務局に進行をお返りする。
5 閉会	事務局より、現在の委員の任期が11月30日までであること、今後、次の委員の就任手続きを進めていくことを説明し、19時35分に秋田県地域医療対策協議会を閉会した。

令和 7 年 1 月 20 日

秋田県地域医療対策協議会長

羽渕 友則