

令和8年度第1回 秋田県地域医療対策協議会 医師確保計画策定部会 議事録

1 日 時 令和8年9月7日（月） 午後6時から午後7時50分まで

2 場 所 秋田県庁本庁舎 73 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医師確保計画策定部会委員】（敬称略、五十音順）

相澤 俊朗	秋田県病院協会理事／北秋田市民病院長	（オンライン）
小野 剛	秋田県病院協会長	
小野崎 圭助	秋田県医師会副会長	
白山 公幸	秋田県病院協会理事／藤原記念病院長	
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	
吉原 秀一	秋田県医師会副会長	
渡邊 博之	秋田大学医学部附属病院長	

【事務局／県】

近藤 祐史	秋田県健康福祉部健康医療技監
照井 秀雄	医療人材対策室長
宮崎 誠	医療人材対策室チームリーダー
佐野 誠	医療人材対策室副主幹
高橋 寛	医療人材対策室主査
堀江 鴻一郎	医療人材対策室主事
加賀 瑞杜	医務薬事課主事
三戸 千広	医務薬事課主事

4 議事（要旨）

- | | |
|----------------|---|
| 1 開会 | 午後6時に開会した。 |
| 2 挨拶 | 近藤健康医療技監より挨拶をした。 |
| 3 議事 | |
| ・ 部会長及び副部会長の選出 | 事務局より、部会長の推薦について各委員へ確認したところ、「長谷川委員」を推薦する声があり、各委員からの異議もなかったことから、長谷川委員を部会長に選出した。
また、副部会長（部会長代理）には「渡邊委員」が選出された。 |
| ・ 傍聴許可 | 傍聴希望者がおり、会長から許可された。 |

① 本県の医師数の状況について	事務局から資料に基づいて、協議の前提となる事項を説明した。
長谷川部会長	事務局からの説明に対し、補足説明及び論点整理を行った。委員からの忌憚のない意見をお願いする。
小野委員	臨床研修医の数についてピーク（平成 28 年の 84 人）から減り続けているが、隣県の動向・取組がどうなっているか、県は把握しているか。 アンケート結果を見ると、若手が病院を選ぶ要素として「魅力的な指導者」や「充実したプログラム」が上位を占めていることから、専攻医を増やすためにも、県内の指導医の育成やプログラムの精査が必要なのではないかと考える。
長谷川部会長	平成 28 年のピーク時は、秋田大学の「地域枠」の初期の卒業生が一斉に世に出た時期であり、研修内容を徹底的に差別化して、魅力的な教育体制を構築することに成功した。 しかしその後、他県との「待遇や魅力の競争」が激化し、秋田県の研修・教育の活発さ、差別化の優位性がだんだん失われ、結果として若手が逃げてしまっている現状がある。 青森県は地域枠をかなり増やしてきており、診療科の充足度も高まってきている。若手からすると、その充足度が活性化と同じく捉えられている。
事務局	他県の状況について詳細な網羅データはないが、東北各県の中でも確保数（地域枠）の差が明確に出ている。山形県は、昨年度の専攻医採用数が 39 名と本県と同等に落ち込んだが、今年度は 62 名へと急増させており、大学病院と地域の連携強化、あるいは何らかの独自の強いアプローチが行われたものと推測され、県としてもしっかりとその背景を調査していきたいと考えている。
長谷川部会長	山形県の場合、山形大学があり、数キロ～数十キロ圏内に東北大学や福島県立医科大学といった大規模な大学病院がひしめいており、そもそも「医師や学生の密度、往来のしやすさ」が地理的に秋田とは全く異なることから、特別な施策をしなくても、ある程度人が流れてくる環境がある。 一方、秋田県は他大学から距離的に完全に孤立しており、このハンディキャップがあるからこそ、我々は「現場の教育熱」や「若手のキャリアを全力で育てる姿勢」を強く打ち出さなければならなか

ったと考えている。

吉原委員

うちの病院に来る若手研修医の多くは青森県の出身者だが、彼らは「専攻医」になる段階になると、例外なく全員が地元に戻ってしまう。これには「地政学的・感情的」な理由もあるが、特に青森県はここ5年ほど、地域枠の義務履行の適用を極めて厳格化しており、例外を許さなくなっている。

そして若い医師にとって、田舎の不便な病院で過酷な勤務をこなすインセンティブは「お金」しかなく、給与が秋田市の中核病院と同じ、あるいは安いのであれば、地方の過疎地を選ぶ理由がないことから、大幅な給与上乘せや、地方勤務者への減税措置、あるいは「修学資金」のさらなる拡大といった、経済的インセンティブに直結する対策を打つべきと考える。

また、地方病院に赴任してもらったとしても、子どもが高校に進学する段階になると家族全員で秋田市に移ってしまい、「秋田高校じゃなければダメだ」という教育格差の問題もあるため、地方病院に単身赴任で残ってもらうのには限界があると感じている。

さらに、大学病院側のキャリアパスのハードルも高すぎると感じている。現在、大学病院でポストを得て身分が安定するのが40歳を過ぎてからになっており、30代で家族を養う最も大切な時期に、不安定な身分と低い給与のままとなっている。これでは若手は耐えられず、大学医局を離れて安定した民間病院へと流出してしまうことになる。

ちなみに、弘前大学などは30代前半で助教になれるなど、キャリアパスの構築がスピーディーであり、大学の現場が若手にとって魅力的でなければ、いくら縛っても医師は去っていくと考える。

白山委員

私の出身でもある消化器外科を例に挙げると、長年、新入医局員が入らない状況が続いたことで、現在の30～40代中堅医師の不足となっている。若い医師を引きつけるには、臨床現場でバリバリと「かっこよく働く」中堅の姿を見せることが何より重要だが、その中堅が不在という負のスパイラルとなっている。現在は、早期から学生を消化器外科に同行させてその魅力を徹底的に教える工夫や、外科学会などの機会に学生を無料招待し、早期に「目指す人材」を囲い込む活動を行っている。

吉原委員

また、私たちの病院では医師の高齢化と女性医師の増加が進んでいるが、NPの配置により、タスクシフトを進めているところである。

長谷川部会長	これから女性医師がどんどん増えていく中で、子育て世代にしてみれば首都圏とは密度（充足度）が違うことから、やはり総数の増加は必要である。
小野崎委員	医師が来ないのは、医師数が少ないことによる業務の大変さにあり、症例数はあるものの、1人で常勤医となれば若手医師が敬遠してさらに医師が来なくなる負のスパイラルに陥ってしまう。 また、マッチング数で気になっているのだが、試験合格率も高く、他県からの評判も良いのに、なぜ秋田大学は少ないのか。
長谷川部会長	大学にしてみれば初期臨床で1度外に出て、その後戻ってくるのがベストと捉えている。そのため、大学の初期臨床だけ増やせば良いというわけではない。
渡邊委員	あまり大きな声では言いたくないが、秋田大学医学部附属病院の「正規ポスト」は、全国の国立大学の中で最も少なく設定されている。これは秋田大学医学部が誕生した際、県立病院を国立へ移管するという形で設立されたため、その当時の設定定員が、一県一医大として作られた山形大学等と比べて、非常に低く設定されたまま歴史的に固定されてしまったためである。そのため、30代の優秀な医師がどれだけ頑張っても、正規のポストが絶対的に足りず、滞留してしまっている。 また、医局に魅力がないことが、医師が離れる原因にもなっていると感じている。
吉原委員	総合診療医が多い施設には専攻医が集まっているが、日本で定期的に総合診療医や専攻医を輩出している大学はないため、秋田大学で総合診療医や専攻医を定期的に輩出できれば、全国から人が集まるのではないか。
長谷川部会長	千葉などでやっているところはあるが、なかなか地方では難しいと感じている。
相澤委員	私は今回初めてこの部会に参加したが、恐ろしい話ばかりで、正直、秋田の医療は10年後どうなるのかと強い危機感を感じる。やはり「修学資金」が若手確保に重要となっており、そうであるならば、AIやネットで都会の情報に触れて流出する前の、地元の純朴な高校生に対して早期からアプローチしていくのが良いのではないか。
② 現行医師確	事務局から資料に基づいて、現行医師確保計画の概要、実施状況、

保計画の概要 及び実施状況	目標医師数を説明した。
小野委員	「県外からの医師確保」について、「アクセスサービス」などで県外から呼び寄せた研修医（計 15 人）は、研修終了後、今も秋田県内に残っているのか、それとも研修が終わったら帰ってしまっているのか。追跡調査はしているのか。
事務局	追跡調査は行っているが、大変厳しいことに、これら県外から見学アクセスサービス等を利用して採用に至った医師のほとんどは、マッチングの二次募集（空き枠）で他県からやむを得ず流れてきたケースが多く、初期研修の 2 年間で修了すると、速やかに自身の地元や東京などの大都市圏へ帰ってしまっている。県外から莫大な労力と予算をかけて引っ張ってきても、その後の定着効果（県内就業）には残念ながら結びついていないのが実情である。
小野崎委員	最も指摘したいのが「47 ページの目標医師数との比較」である。この表を見ると、「県南の不足数は 9 人」と記載されているが、臨床現場の、特に我々県南地域の最前線にいる人間の感覚からすれば、これは完全に「数字のマジック」である。現場では、内科医や救急医をはじめ、第一線で動ける医師が 20～30 人足りないを実感しており、実際の不足感とは異なることを県民が分かるように出すべきである。
事務局	目標医師数の定義はしっかりと明示していきたい。 また、県南県北の医師数には大学からの派遣医師が含まれていることから、「全国下位 1 / 3 を脱する」という国の目標のみを設定するのではなく、現場の不足感や医療ニーズ等を踏まえ検討すべきことと考えている。
渡邊委員	現医師の年齢構成を考えると、目標設定が現状維持で良いのか疑問がある。10 年 15 年先まで考えて目標設定するべきではないか。
事務局	国の計画の立て方が 3 年となっているが、中長期的な視点を持って目指すべきところを考えていく必要があると考えている。
小野委員	昔は、医師を 1 人雇用すれば患者も増え経営も成り立っていたが、今は患者も減っているため、病院経営を考えると医師を増やしていけない中小病院も出てきていることから、医師の不足感が増えていくものではないものと思われる。

県央も医師は多いが開業医も多いため、救急対応をする病院の不足感を調べていく必要もあるだろう。

吉原委員

開業医がどんどん辞めており、地域にない診療科もあることから一次医療は既に崩壊している。中核病院には連日、午前中の外来患者が1,000人規模に達し、医師は昼食も摂れず、午後2時や3時を過ぎても外来診療が終わらない。一番に患者が訪れるのは一次医療のため、この部分の医師を確保していくことが、次の急性期等の医療を守ることとなる。

小野崎委員

開業医の現状について私のいる湯沢市のデータを話すと、現在、湯沢市の開業医は全体で「24名」だが、10年後には新規開業もないだろうから「11名」と、現在の半分以上に減ることが見込まれている。

大館市が「新規開業医に5,000万円を支給する」という破格の補助金制度を打ち出しても、それでも新規開業する医師はおらず、湯沢市にはそんな財政的余力すら無い状況である。このまま地域の開業医（一次医療）が減少すれば、彼らがこれまで分担してきた「学校健診、住民健診、産業医、輸血の立ち合い」といった、地域医療・地域保健のインフラ活動は、物理的に維持できなくなってしまうとともに、その重荷は地域の数少ない勤務医（中核病院の先生）に流れることになる。すでに忙しい勤務医が一次医療を全て担うことはできないため、医師確保においては勤務医のみならず、開業医も重要である。すでに学校健診すら市内の小児科医、眼科医、耳鼻科医だけでは回らず、眼科医会等から派遣してもらって成立しているが、これ以上の負担が中核病院の先生方にのしかかれば、地元の医療も守れなくなってしまう。数字だけでない実態をしっかりと見ていただきたい。

吉原委員

人口20～30万を一区切りとして医療圏を設定しているが、そうすると端から端までは3時間かかり、救急対応が必要な人は助からない。また、同じ医療圏である大館から能代へ行くかということ、そうではなく秋田市へ行っている。既に二次医療圏は成り立たなくなっているが、政策として三医療圏を進めており、リスクが広がっていると感じている。

長谷川部会長

秋田県の面積は東京・埼玉・神奈川・千葉県の2/3が入る広さであり、1つの医療圏が東京都と同程度の面積となっている。東京や埼玉と同じ、国の一律の「偏在指標」や「競争原理」をそのまま適すること自体が、現実と大きく乖離していることを、地方から

強く発信していく必要がある。

小野委員

厚労省の資料でも、2040年には全ての医療圏で診療所は半分になることが示されており、これから増える要素はないものと感じている。患者が減っている現状において、一時的に5,000万円を出したとしても、そこから20年ほど働くかという、それはいいのではないか。地域医療構想と医療提供体制を踏まえ、将来的には中小病院へ医師の配置を行い、急性期から在宅医療までを担っていく仕組みと若手医師を育てていく観点が必要ではないか。

地方の中小病院の経営状態は極めて厳しく、黙っていても赤字が増えていく構造にあり、「経営的に、これ以上医師を増やす余裕がない」というのが本音である。

白山委員

医師だけでなく看護師等の採用も深刻で、看護師が足りないために、病床を縮小せざるを得ない病院も出てきている。その隙を突いて「人材紹介会社」が横行しており、病院は莫大な紹介手数料を支払ってコメディカルを採用しているが、その多くは数ヶ月の義務期間が過ぎるとすぐに退職してしまう。結果として、国の医療費や病院の資金が、単に紹介会社を潤すためだけに「持ち出し」となって流出している構造となっている。

③ ガイドラインのポイント、次期医師確保計画の目標医師数及びスケジュール

事務局から資料に基づいて、次期医師確保計画の章立て(案)、ガイドラインの主なポイント、国から示された新たな目標医師数、スケジュール案を説明した。

小野崎委員

「医師少数スポット」と、新設される「重点医師偏在対策支援区域」の違いは何か。また、秋田市以外のすべての地域が対象になるということか。

事務局

「県央医療圏」は、秋田市があるため全体としては『医師多数区域』に分類されるものの、秋田市以外の男鹿市や潟上市、由利本荘市などは、10万人対医師数が全国平均を大きく下回る「極端な医師不足地帯」となっている。このように『医師多数圏域』の中に局所的に存在する医師少数地域を例外的に指定するのが「医師少数スポット」である。一方、「重点医師偏在対策支援区域」は、人口減少のスピードよりも病院や医師の減少スピードの方が早く、真に重点的な対策を講じなければ医療崩壊が避けられない区域（県北や県南

など、すでに医師少数となっている二次医療圏)を指定し、優先的に国の財政支援や派遣医師の経済的インセンティブを投入するための仕組みとなっている。秋田県においては、秋田市周辺を除く「ほぼ全域」が、これらスポットまたは少数区域に該当している。

吉原委員

どこに住んでも画一的に医療を提供することはもはや不可能であり、住民もそれを覚悟して住んでいる。冬場に大雪が降れば、バスや交通手段はストップし、透析患者が病院に通うことすら難しい日も出ており、医療崩壊しているようなものである。

全ての地域で100%平等に医療を提供することは、水道などのインフラ維持と同様にもう不可能である。

渡邊委員

現在の2,298人から、3年後までに2,401人へと「103人」増やすという国の目標値については、先ほどから議論しているとおり、これまでどおりの従来施策の継続では達成不可能である。何かドラスティックな対策が必要である。

渡邊委員

学生にとってお金は魅力的だろうが、全員がそれだけを考えているわけではないだろう。

長谷川部会長

「マグネットホスピタル(磁石のように看護師や職員、患者を引き付けて離さない、働きがいと質の高い医療・看護を提供する魅力的な病院)」による、お金だけでない人とのつながりも重要である。

小野委員

秋田大学の地域枠は1浪までしか認められていないが、それを広げるといふ考えはないのか。

自治医科大学の入学面接等を行うと、医師になりたいという強い意志はあるが、地域枠の入学基準を満たしておらず、これ以上の浪人が厳しいため、第2志望で農学部等と記載している。このような学生を地域枠で救えば、医師の数も増えてくると考えられる。

長谷川部会長

そういう考えもあるだろう。今まで地域枠を画一的に扱ってきたが、県ごとに事情も異なることから、今後はその地域枠内でも更に細分化していくことも必要だと考えており、県内医療を維持するための診療科や偏在も考えていく必要がある。

小野委員

県の予算も限られていることから、例えば「貸与額を3分の2に減額する代わりに、義務を少し緩やかにする」なども学生は納得するのではないか。

また、これから18歳人口が減少していく状況にあっては、一般枠

や2浪以上の多浪生であっても、「何としても医師になりたい、秋田で働きたい」という熱意のある層への仕組みを作ることも1案であると考える。

小野委員

県の予算が許せば、大学病院に勤務する若手医師の給与を上げてもらいたい。応援に来てもらっても、いつも時間に追われており、給与もそこまで高くない状況にあっては、大学や医局に定着せず、県外へ流失してしまっているのではないか。県が補助を行っている姿勢を示すだけでも、若手医師のモチベーションになると考える。

長谷川部会長

全体を通して、何かご意見あるか。
それでは、事務局に進行をお返しする。

5 閉会

次回の秋田県地域医療対策協議会を、10月中旬に開催予定であることを説明し、午後7時50分に閉会した。

令和 8年10月19日

秋田県地域医療対策協議会
医師確保計画策定部会長

長谷川 弘夫

