

第2回へき地保健医療対策検討会【議事録】

日時 平成21年9月18日（金）

10:00～

場所 都市センターホテル5階オリオン

○中山救急・周産期医療等対策室長：まだお二方お見えでないのですが、定刻になりましたので、ただいまから第2回「へき地保健医療対策検討会」を開催させていただきます。委員の皆様方には、本日大変お忙しい中、朝早くよりご出席賜りまして誠にありがとうございます。

7月24日付けで、厚生労働省幹部の人事異動があり、医政局長以下事務局職員にも交代がありましたので、この場を借りてご紹介します。医政局長の阿曾沼です。医政局及び保険局担当の大臣官房審議官の唐澤です。医政局総務課長の岩淵です。医政局指導課長の新村です。

ここで、阿曾沼医政局長よりご挨拶申し上げます。

○阿曾沼医政局長：おはようございます。朝早くから大変ご苦労さまでございます。7月24日付けで、医政局長に就任いたしました阿曾沼でございます。よろしくお願い申し上げます。委員の皆様方におかれましては、本年7月から新たなへき地医療対策のあり方についてご議論いただいております。深く感謝を申し上げます。

へき地医療対策は、いま第10次です。第10次のへき地医療計画が平成22年度末まで進行しており、来年度には計画の最終年度ということになります。したがって、次の第11次の計画の策定をいま検討しておりますが、これまでのへき地の保健医療対策の成果、あるいは問題点等を総括して、第11次の計画に臨むことになろうかと思っております。是非とも先生方のお知恵を拝借し、へき地に生活しておられる住民の方々に対してより適切な医療の確保が図れるように、いろいろな方策に取り組んでいきたいと考えております。11次ということですので、大変長くにわたっておりますが、是非ともいいお知恵を出していただき、新たな対策を講じていきたいと思っております。

この検討会ですが、今年度末に一定の結論をまとめていただきたいと考えております。大変短い期間ではありますが、是非ご指導、ご協力を賜りたくお願いを申し上げます。簡単ですが、私からのご挨拶とさせていただきます。

○中山救急・周産期医療等対策室長：続きまして、前回ご欠席であった委員のご紹介をいたします。社団法人地域医療振興協会理事長の吉新通康委員です。本日は、中村伸一委員からはご都合によりご欠席の連絡をいただいております。また、神野雅子委員の代理として、北海道保健福祉部保健医療局地域医師確保推進室の砂山圭子主幹、高野宏一郎委員の代理として、全国離島振興協議会の渡邊東専務理事にご出席いただいております。

なお、医政局長、総務課長は、公務のためここで退席させていただきます。

(医政局長・総務課長退席)

○中山救急・周産期医療等対策室長：以降の進行は、梶井座長をお願いいたします。

○梶井座長：それでは、今日もよろしくお願ひいたします。早速ですが、本日の議事要旨、流れについて事務局よりご説明をお願ひします。

○中山救急・周産期医療等対策室長：議事次第をご覧ください。2、議事として挙がっているのが(1)から(3)まで、大きく3つに分けてあります。最初に、検討会の論点整理についてです。本日は資料1、資料2が関係する資料で、資料1にお示ししている前回の検討会でのご意見を踏まえて、今後この検討会で議論していただく論点を資料2として挙げております。資料2については、論点1から論点5まで5つの柱を立てておりますが、今後検討される調査報告等も踏まえて適宜追加していただければと考えております。最終的には、この論点を検討会の報告書の骨格として想定しております。

次に、前回の検討会でいただいた追加調査のご意見を踏まえ、事務局において資料3から調査結果を付けております。資料3は資料4以降の調査結果の取りまとめで、資料4から資料9まで個別の調査結果が入っております。また、資料10として、都道府県の医療計画における「へき地医療」の記載状況が載っております。これらの直接関わる質疑応答が終了したのちに、先ほどお諮りした資料2の論点整理に追加する事項等について、広くご意見を伺えればと考えております。以上です。

○梶井座長：それでは、議題1の「論点整理について」ご説明をお願ひします。

○中山救急・周産期医療等対策室長：資料1についてご紹介します。実際の議事録は、いちばん後ろに参考資料がありますが、参考資料1として付けております。この最後の意見交換の部分のを要約したのが資料1になっております。前回は7月10日ということで時間が経っておりますので、簡単にご紹介します。「地元で医師を養成していくこと、地元枠、地域枠というものが果たしてきたことについての評価が必要ではないか」というご意見、また「大学と機構がきちんと手を組み、地域枠の学生には地域医療に動機付けするような特別なカリキュラムを組んでいく必要があるのではないか」というご意見、「へき地診療所を支える地域の中核的な病院の弱体化が進んでいることが問題。へき地医療に関しては、診療所や病院を点として確保できても、地域全体、面で支える仕組みを作らないと、将来相当に危いと思う」というご意見がありました。また、2頁ですが、本日ご欠席の中村委員から「機構については、うまく機能しているところと、そうでないところの分析が必要ではないか」というご意見、「へき地医療拠点病院については、休業補償にあたるようなもの、手厚い財政支援を考えてほしい」というご意見、また、「へき地医療というと診療所に目が向きがちだが、へき地診療所はわりと充実している。中小病院が大変という状況があり、医師充足率を調査する際は、

留意が必要ではないか」というご意見です。

最後に、梶井座長のまとめの中で、三つ目として挙げているキャリアパスの問題として、「安心して勤務してもらうためには何が必要なのか、短期間へき地勤務してくれる医師から医師へのバトンタッチをどううまくつないでいけるかについて考えていく必要があるのではないか」。また、3 頁に、「機構に関しても、47 都道府県に同じことをやれと言ってもうまくいかないのではないか。地域の実情に応じた対策が打てるよう、事例を充足して各都道府県に投げかけていくべきだと考えている」というご意見がありました。

こういったご意見を踏まえ、資料 2 として論点整理を現段階で作っております。論点 1 から 5 まで挙げております。論点 1 ですが、「医師の育成過程等におけるへき地医療への動機付けのあり方等について検討していくことが必要」。地域枠選抜出身医師や自治医科大卒業医師の義務年限終了後の定着状況の評価やその率を上げるための方策について検討してはどうか。地域枠や奨学金枠の学生のモチベーション維持のため、都道府県は積極的に当該学生とコミュニケーションを図るとともに、大学と機構が協同して地域枠等の学生に対して地域医療に動機付けするような取組が必要ではないか。

論点 2 として、「へき地医療支援機構の強化」。第 9 次計画より活動してきたへき地医療支援機構は、へき地診療所に勤務する医師等の支援機能として、さらなる向上が必要である。その次は最後の取りまとめのご意見ではなく、澤田委員のご説明のときにご提案をいただいた内容です。専任担当官のあり方や勤務内容についての検討として、例えば、現場の医師と行政とのパイプ役が必要であり、都道府県の医務主管課に、へき地医療の勤務経験を持つ臨床医を専任担当官として配置することなどが考えられる、というご提言です。また、各都道府県において参考にできる事例の収集と情報発信です。

論点 3 として、「安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築」。これについては、へき地勤務医等が、自分のキャリア形成や家族への影響について心配することなく勤務できるような、医師派遣の枠組み作りに必要な対策について検討する。へき地勤務医の子育て、家族支援などを考慮に入れたキャリアデザインの策定。へき地での勤務に偏らないようにするための体制整備。勤務体制の中で休暇が臨機応変に取得できる体制の構築といったものが挙げられておりました。

論点 4 として、「へき地医療を支えるへき地医療拠点病院等への支援」。へき地診療所を支えるへき地医療拠点病院等地域の中核的な病院を地域全体で支援する具体的な仕組みについて検討していくことが必要である。へき地医療拠点病院等に対して、医師派遣に係る動機付けを与えるような支援が必要である。

論点 5 として、「その他の事項」。へき地勤務医師を全国的にリクルートする仕組み作りについてや、へき地における歯科医療ネットワークについてといったところがご意見としてありましたので、論点として整理しております。

○梶井座長：ありがとうございました。ただいま「論点整理（案）」をお示しいただきましたが、これに目を通して、何かこれに追加しておくべきだという項目、あるいは内容等がありましたら、この場でも結構ですし、議題3のあとのフリーディスカッションの場でも結構ですので、いかがでしょうか。それでは、フリーディスカッションのところでご発言願えればと思います。

次に、追加調査の結果について事務局よりご説明をお願いします。

○中山救急・周産期医療等対策室長：資料3からご紹介します。資料3が、先ほどご紹介したように前回ご指摘いただいた追加調査の概要になっております。

1頁をご覧ください。1として、先ほどもご紹介しましたが、地域枠等地元で養成する医師の成果、また特別なカリキュラムの設定があるかどうかを調査しております。その前に、(1)としてへき地での勤務を義務づけた地域枠、奨学金制度等を有する都道府県がどのくらいあるかを調査したところ、地域枠については11都府県、奨学金制度については19都府県、へき地医療に関する寄付講座については10の県がこのような体制を取っているという回答がありました。

(2)は、こういった地域枠等の卒業生がへき地で勤務した割合がどのくらいなのかという調査です。これについては、アとして卒業生を有する都道府県が12府県で、131人以上出ているということです。多い所は兵庫県や長崎県です。これは時間の関係もあって、あくまでも、へき地での勤務を義務づけている場合として絞った調査になっております。イとして、その卒業生のうち、へき地での勤務医師を有する県が5県で、94の方が実際にへき地で勤務しているということです。残りの方々はほとんどまだ臨床研修中で、へき地には出ていないということでした。

(3)は、そういった学生に対して、地域医療に動機付けするような特別なカリキュラムの設定があるかどうかの調査です。地域枠の学生に対しては、そのような特別なカリキュラム等を有する都道府県が3都府県ありました。奨学金については合計6都府県で、先ほどのアの部分を除いて3県ということで、重複がありましたので3県となります。ただ、これについては、カリキュラムというよりは夏期研修の形で行われておりました。へき地関係寄付講座にへき地実習が含まれている所は、カリキュラムとして含まれている所が6県、臨床研修プログラムとして含まれている所が1県でした。詳細はあとでご紹介します。

2つ目のご指摘に関して調査した内容ですが、「へき地医療支援機構の専任担当官がへき地医療に関する活動の状況について」調べております。へき地支援機構がある都道府県が全体で39あり、そのうち専任担当官を設置していない都道府県が1県ありましたので、合計38都道府県がこれに該当しております。専任担当官がへき地医療に関する業務を1週間あたりどの程度やっているかについて、①から⑤まで挙げております。

(2)ですが、機構の本来業務（代診医派遣調整等）を行っている日数（1週間あ

たり)が1頁から2頁の上まで挙がっております。回答がなかったものを1県空欄で挙げております。

(3)に、専任担当官がへき地診療所に代診する日数(1週間あたり)が挙がっております。いちばん多かったのが、2日から3日が高知県です。(4)として、代診医の派遣件数を挙げております。

3つ目として、「へき地診療所とそれを支える地域の中核的な病院や中小病院の医師の充足状況について」調査しております。1つは、(1)にへき地診療所における医師不足の状況を挙げております。これについては、医療法上の標準医師数はその病院の考え方がありますが、これを診療所に便宜的に当てはめて、それを指標として全医師数が下回っているかどうかの割合で評価しております。これを見ると、全国では418施設中69施設、16.5%が必要医師数を下回っていたということです。ブロック別には、その下に書いてあるとおりです。

(2)は、へき地拠点病院の医師の充足状況です。ご指摘では地域の中核的な病院なり自治体立病院というご意見もあったのですが、時間の関係でへき地拠点病院に絞って調査しております。こちらは、全医師数が標準医師数を下回っている場合を指標として、263施設中44施設が下回っていたということです。割合で、たまたまへき地診療所とほぼ同じ16.7%となっております。以上が概要です。

次に、その基になった個別の調査を簡単にご説明します。資料4をご覧ください。①は、へき地に勤務することを義務づけた地域枠等の実施状況になっております。左のほうに都道府県があり、次にへき地の地域枠等の実施状況、(1)から(3)までそれぞれ地域枠、奨学金、へき地関係寄付講座の有無ということで整理しております。

2頁です。この中で、奨学金等を利用した卒業生のへき地勤務状況が②として挙がっております。左側から卒業生が県内で働いている所が①、その人数が②として中段に書いてあって、右側の③がそのうちへき地において勤務した医師の数です。備考にそれ以外の方等について詳細に記載されております。

3頁ですが、へき地医療を担う医学生等に対する特別のカリキュラム等の設定について載っております。左から地域枠、奨学金、へき地関係寄付講座の内容となっております。地域枠については、一般学生との取扱いの区分がある場合を○として、その内容を右側に書いております。これを見ると、4頁までですが、3都県は実際にカリキュラムに盛り込んで、特別なカリキュラムを設けているということです。奨学金については、特別なカリキュラムというよりは、○で回答してきている所は夏期休暇を利用して病院実習に参加していただくとか、夏に開催する研修会への参加となっております。また、へき地関係寄付講座の内容として、へき地や離島実習がカリキュラムに含まれている場合、また臨床研修プログラムに含まれている場合ということで整理しております。

資料4-④は、事前にお送りした資料に追加する形で載せております。これは内田委員からご照会いただいて、さらに追加で調査した内容を載せているものです。

資料 4-④の 5 頁については、へき地での勤務以外も含めて、卒業後に都道府県の指定する地域で勤務することが義務づけられる奨学金に関する調査です。その制度の有無と給付対象の最高年次がいくつなのかを調べた調査です。ほとんどは医学部の 6 年次、ないしは臨床研修 2 年目まで奨学金の対象としております。

続いて、資料 5 です。資料 5 が、「へき地医療支援機構の活動状況」です。先ほどご紹介しましたが、左端から専任担当官がへき地に関する業務に従事している日数（1 週間あたり）、その次に専任担当官業務別従事時間と、へき地に関しないことも含めて載せております。へき地診療所への代診や本来業務、拠点病院での通常の一般外来の対応、その他、その右に代診医の依頼件数や派遣件数が載っております。網掛けの部分はへき地のない所になっております。

資料 6 です。資料 6 は、へき地拠点病院に対する調査の結果です。「へき地拠点病院における医師の充足状況及び活動実績」になっており、都道府県名、施設名の隣から一般病床数等々がありますが、先ほどご紹介したように、全医師数の赤いところについては全医師数とその右側にある標準医師数を下回っていることを指しております。中段にあるのが、遠隔医療の実施または救命救急センターの有無です。遠隔医療については、※3 にあるようにへき地診療所の支援を行っている場合のみ記載しております。また、二次救急輪番参加の有無、地域医療研修プログラムの有無は、実際にへき地・離島医療が経験できる臨床研修プログラムを病院として用意している場合を○としており、それに関して都道府県やへき地医療支援機構の関与がある場合を○として整理しております。その隣が、平成 20 年度のへき地医療活動実績です。これが 13 頁まであって、その次が資料 7 です。

資料 7-①が、へき地医療拠点病院からの意見・回答です。こちらは自由記載ということで、へき地医療拠点病院にとって必要な機能は何かということを紹介しております。これに関していくつか分類していますが、1 つ目は医師派遣・研修、地域医療の提供等総合的な機能が必要だという回答が 8 頁まであります。なお、青字の部分ですが、座長から事前にお話があって、総合医等について青字を付けております。2 として、医師等の確保・派遣といった機能が必要だということが 9 頁から 11 頁まであります。12 頁からは、3 は救急を含む医療等提供体制に関する機能が必要ではないかというご意見で、14 頁まであります。15 頁以下はご覧のような内容になっております。

18 頁をご覧ください。資料 7-②です。へき地医療拠点病院における代診医の派遣業務の状況を整理しております。こちらについては澤田委員に取りまとめをお願いしてやっていただいております。1 つ目は、へき地医療拠点病院からへき地診療所に対して代診派遣が可能な医師数をこちらのグラフ、2 つ目が全国のへき地医療拠点病院がへき地診療所代診のため不足するだろう医師数、19 頁に挙がっているのがへき地診療所に代診のため派遣する医師に必要な基準についてです。

20 頁ですが、資料 7-③です。こちらはへき地拠点病院からの回答として、国や都道府県への要望、また本検討会で議論してほしいことを挙げております。いくつかのテーマに跨る場合は、それを分けて整理しております。1 つ目は、医師等の確保に関する事項としてご要望等があったのが 20 頁から 25 頁までです。26 頁にドクタープールに関する事項、27 頁からは医師の養成やキャリアパスに関するご指摘・ご要望が載っております。また、29 頁には医師の研修に関する事項、30 頁には医療制度や医療体制に関する事項、32 頁からは財政支援に関する事項が 35 頁まであります。

続きまして、資料 8 です。資料 8 以降はへき地診療所に対する調査です。「へき地診療所における医師の充足・配置状況並びに医学生や支援機構との関わり」について調査をしております。施設名の隣に開設者、所在地を載せたあとに、全医師数となっており、こちらの赤字は先ほどご紹介したように便宜的に診療所に当てはめた必要医師数を下回っていることを指しております。中段にあるのは常勤医の勤務状況ということで、いま勤務している方の勤務月数、前任者の勤務月数と前任者の離任後の異動先を挙げております。その隣が、医学生や研修医に対するへき地・離島医療教育への関与・参画ということで、有りの場合にはその調整窓口がどこかということも問うております。右端がへき地医療支援機構との関係で、へき地医療支援機構から連絡・相談のある頻度を挙げております。

ただ、時間の関係もあって、こちらはすべてのへき地・診療所の調査ではありません。都道府県単位で、例えば北海道は 66 のへき地診療所がありますので、道に対しては代表的な診療所を 10 カ所程度選定して出していただいております。

資料 9 ですが、最後の資料になります。国や都道府県への要望で、これはへき地診療所からの要望、または本検討会で議論してほしいことが資料 9 として載っております。これらの調査事項については、第 1 回の調査以来のご指摘を踏まえて、ご指摘をいただいた先生方に、さらに追加調査等があるかどうかも含めてご確認した調査結果になっております。

資料 10 に関しては、医師確保等地域医療対策室よりご説明します。

○兼平専門官：資料 10 の「都道府県の医療計画における『へき地医療』の記載状況」については、昨年各都道府県に策定いただいた医療計画の中で、その策定にあたって資料 10 の欄外にある注 1)指導課長通知において「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」の中で、各医療機能と連携ということで例示を出しており、その例示の事項で整理しております。事項は、保健指導についてはへき地における保健指導の機能、へき地診療についてはへき地における診療の機能、へき地診療の支援についてはへき地の診療を支援する医療の機能、その他ということで整理しております。

この印ですが、今回 4 疾病・5 事業については具体的な医療機関や施設名を入れていただくことを示しており、注 2)で原則として対象地区及び各医療機能を担



う関係機関の名称を記載するということでお示ししておりますので、ここで施設名がそういう機能名があるのも○ということ整理しております。へき地の場合は△はなく、その他のところで国の指針に例示のない機能を記載しているところは※ということ整理しています。その観点で、資料1、資料2ということ○です。(一)になっているところは該当がないということ整理しております。特に保健指導のところは○が少ないのですが、ここは具体的な機能が書いていないのではなく、保健所の具体的な名称がないということ○を付けていないのがほとんどです。

「※」ですが、2頁の長崎県で各機能ではなく離島・へき地、救急医療の観点で項目を整理されている事項があったということで、「※」ということ整理しております。以上です。

○梶井座長：ありがとうございました。非常に限られた期間にこれだけの調査をしておまとめいただき、どうもありがとうございました。資料3で調査結果の概要がまとめられていますが、これを見ると、へき地での勤務を義務づけた地域枠や奨学金制度を有する都道府県が、なるほどこれだけあるのかと。また、すでに地域枠等へき地勤務を義務づけた地域枠等の卒業生がへき地で勤務した割合を見ると、多い県は従来言われていたように兵庫県、長崎県ですが、卒業生がへき地で勤務した割合が70%、これを皆さんがどのように捉えられるのかという点はあるかと思いますが、このような数字が出ております。地域枠等の学生に対するアプローチとして、特別なカリキュラムを有する都道府県は3都県ということで、これもこの数値をどのように捉えるかということもあろうかと思えます。

へき地医療支援機構の専任担当官の業務について解析してありますが、現状はこのような結果であったということです。代診医の派遣件数を見ると、0件の県も10道府県ある一方、100件以上の県は7県あって、どうも二峰性になろうかと思えますが、依頼件数と派遣件数はギャップがありませんので、依頼に対しては応えられている現状もはっきりとしてきたのではないかと思います。

へき地診療所のところを見ると、必ずしも支援機構と連絡を取り合っている現状がある所ばかりではなく、そこが必ずしも捉えられていないのではないかと思います。医師の充足率に関しては、法に定めるところで標準医師数が算定されていますが、へき地診療所、へき地拠点病院ともに大体16.数%と同じような率になっていますが、資料7で澤田委員がおまとめになったものを見ると、へき地医療拠点病院で全く代診医を派遣できない病院が3割あるという現状も出てきています。

等々いろいろなことが数字として出てきたのですが、このあと前回の議論をまとめた「論点整理」に基づいてフリーディスカッションをしていきたいと思えます。論点としては1から5までありますが、今回の調査結果を見ると1、2、4と3についても一部提案等がありましたので、このようなところにいろいろな意

見が出てきています。漠然とそれぞれについて皆さんのご意見をお聞きするというよりも、これからは1つずつ肉付けをできればと思います。最初に、論点2の「へき地医療支援機構の強化」について、第9次から始まったへき地医療支援機構なのですが、いまは第10次にあります。先ほどの診療所あるいは代診医の派遣状況を見ると、必ずしもへき地医療支援機構が十分に機能しているとは言いがたい県も随分あるように思います。この辺りについて、強化するためにはどうしたらいいのか、具体的なご意見を賜ればと思います。よろしくお願いします。

○澤田委員：前回の検討会で、中村委員から「同じ機構であっても、うまく機能できている所とそうでない所があるのではないか、その実態がどうなっているのか全国の機構を調査してみるべきだ」という貴重なご意見をいただきました。今回、国の方でその調査をお願いして出された結果が資料8ですが、この中で「へき地診療所と機構との関係について、連絡・相談がどのぐらいの頻度であるのか」という項目に、今回私は着目をしました。全国からの回答を見通してみますと、「全く関わりがない」との回答が予想以上に多かったことに驚いています。まさに、この回答については、機構がうまく機能している所と機能していない所によって差が出ているのではないかと考えています。へき地医療支援機構という「へき地」の名前が付いた組織として設置されているにもかかわらず、へき地診療所に「全く関与していない」と思わせている現状は、非常に残念なことだと感じました。このような機構に対しても一定の補助金が投入され、かつ専任担当官として人員を割いているはずなので、次期計画では、都道府県がこれらの課題に対する改善策について検討・策定を是非お願いしたいです。国はそれをフォローアップしていくことが求められると思います。今回の調査を含めて、機構がうまく機能している都道府県なども明らかになってきていますので、そういった都道府県の先進事例なども是非参考にさせていただければと思います。

○木村委員：関連して、私も澤田委員と同じように専任担当官をしている関係上同じところに目が向くのですが、島根県でたまたま10カ所へき地診療所が出ております。4カ所が全く関わりがないと書いてありますが、実はその中で1カ所だけ、ある病院の指定管理を受けている関係でその病院と我々とは関係を持っているのです。何が言いたいかという、知らないだけであって、関わりが実際はあるのです。実態と少し違うところがある、要は関わりは持っているのだけれど、それがへき地医療支援機構だということを知らないということにもなるのではないかと。だから、PRというか、どこかでも意見が出たのですが、へき地医療支援機構という存在を知らなくて、我々の場合も「医師確保対策室」と県の行政の中では呼んでいるので、我々も反省しなければいけないのかなと思います。そういったことをちゃんと国の制度の中でやっていることを、もう少しはっきり明確化する必要があるのかなと感じました。

○梶井座長：ありがとうございます。以前支援機構で仕事をしておられた三阪委員、ご意見ございませんか。

○三阪委員：いまの木村委員、澤田委員のお話に直結すると思うのですが、支援機構がうまくいっている、っていないというのは、先ほど支援機構の働きが理解されていないのではないかというお話がありましたが、これはまさに現場の受け皿の問題だと思います。

今日軽くまとめてきたのですが、私は鹿児島県のへき地医療支援機構で専任担当者を当初3年ほど行って、大変苦戦した経験があります。支援機構は現在県に設置されていますが、最初にこの構想を見たときも、医療現場ではシステムの構想だけ練って、絵に描いた餅のようなものだなと思いました。現場にそれなりの受け皿になる、あるいはキーになるようなものがないことには、システムを作っても意思統一はうまくいかないし、効率的なシステムもやっていけないというのを感じておりました。

問題点としては、私は地域のへき地医療支援の拠点病院の立場で言っているのですが、組織の意識付けをどうやってするのが非常に問題です。例えば、自治医大の関連病院、あるいはいまお話いただいた島根県や高知県、あるいは前田先生の長崎県などもともとが県レベルで意識の高い所は、そのようなシステムが導入されてもおそらくうまくいくのだらうと思います。地域医療の意識が根付いた地域は問題ないと思うので、そこに差が出てくるのだと思います。それ以外の地域の医療現場、鹿児島もそうでしたが、へき地・離島支援とは何か、なぜそれを担わなければならないのかを、その病院の組織や職員が全く理解できない、興味も全くないのです。私どもの施設でも、なぜそんなことをうちがしないといけないの、という認識でした。組織に本当に理解していただくには2年ぐらいかかりました。私は自治医大の卒業ですので、へき地・離島支援とは何かということから理解してもらい、いまは完全に組織としてへき地・離島支援をバックアップするシステムができて、来月も甕島に代診医を派遣する予定です。当院には自治医大の卒業生が4人おりますが、我々もいろいろな立場になってなかなか行けなくなっています。来月の甕島の支援は、鹿児島大学から医局人事の派遣でローテーションできる先生が担ってくれる予定です。

それらの支援を、どのような意識をもって誰が中心にやるのかが明確でないので、なかなかうまくいかない。自治医大の卒業生だからやるのか、地域卒の出身だから担うのか、全く現場で明確ではないですね。非常にフアジーな状況で、システムだけ動かそうとしている状況があると思います。医者の中ではある程度議論は通じて、現場の医療スタッフには全くそのような意識がなく、経験もないので現場のスタッフも付いて来ようがないというところに問題があります。例えば、ほかの科であれば循環器内科医が来ればカテのチームができる、あるいは臨

床腫瘍医が来れば化学療法のチームができる。そういう周りも非常に明確でわかりやすい指標が現場でないのが問題だと思います。

この場で言っているのかどうか、私見が入ってしまうのですが、これは現場の一医者意見としてお聞きいただきたいと思います。医療現場において、支援機構のシステムも含めてへき地・離島支援とは何か、どのようなことが必要なのか、誰がどのような立場の人が行うのかが明確にならないことには、システムは動きようがないだろうと考えています。そうすると、へき地・離島支援、地域医療に意識の高い人材をピックアップして、周囲の医療現場にわかるようにマーキングする必要があるのではないかと考えております。そこを明確にすれば、多職種、事務であったり、場合によっては看護師でもいいですが、多職種を巻き込んだチームができるのだろうと考えています。私も医者になって20年ぐらいですが、現場にいと、自治医大を卒業した医師は明らかにへき地地域医療に対する意識が高いと思うのです。各大学の地域枠で卒業する医師も、おそらく同様の意識を持った人材が育つ可能性は十分に出てくるだろうと思います。そのように人材を現場にわかりやすく、何らかマーキングできる仕組みはできないかと思ひます。

地域医療・へき地・離島支援に関わる意識の高い医師を、現場でマーキングするシステムはできないか、そういう方々を核にしてスムーズに運営できるような仕組みはできないかと考えております。これが認定医や専門医制度、先ほどもあったキャリアパス、総合医の問題になってくると、所属学会をどうするかだとか、試験をどうするかだとか、非常にややこしい問題になってくると思ひます。

自治医大や地域枠の中で統一したカリキュラムを作り、それを学生時代に履修した者は、地域医療に対して意識が高いと考えて良いのではないのでしょうか。何も非常に難しい認定試験を受けないと取れない、そういう人でないとやってはいけないというのではなく、現場に地域医療に対する意識が高い人材だと認識してもらっただけで、それはそれで非常に貴重な存在になってくる。そうすると、地域医療、へき地医療に意識の高い人材をピックアップして、マーキングするスキームですね。それは、地域医療講座修練医でもいいですし、修了医という名目でもいいと思うのです。そのような人材をマーキングすることで、たぶん医療者にも現場がどういうミッションで動いているかというのが、わかりやすくなるような気がします。

今後はその上にさまざまな条件を付けて、総合医や認定医の制度などを上乗せすると、地域医科大学の地域枠を希望する方々の大きな動機付けにもなるし、そういう人たちが集まって、地域でどういう標準治療を行っていくかというディスカッションにも、非常になりやすいのだと思うのです。マーキングされた人材がいれば、組織の中でチームが生まれると思ひます。へき地・離島支援だけではなくて、これはいま重要な地域連携の問題がありますが、各組織で地域連携などを担う人材にも、十分なり得ると考えています。

私は地域でもがいている1人の臨床医ですが、いま私どものような地方病院は

非常に厳しいのです。地域の強化とか、地域病院のブレイクスルーになるのは、やはりチーム医療で効率的に標準的な治療を修得できる組織を育むシステムを作っていくことだと思います。さあ、これはこういう仕組みになるから現場でやりなさいと言っても、非常にファジーでわかりにくい。特に地元大学の医局の派遣だけで固めているような病院などは、誰が、どういう理由で他病院への支援をするのか理解できないというような状況が生まれて、そこに政策の青写真とのギャップが生まれてくると思います。へき地の拠点病院などでは周囲の医療者にもわかりやすいシステム作りができればと望んでいます。

○梶井座長：ありがとうございました。ただいま3名の委員の方にお話を伺いました。まだまだ支援機構が十分に認知されていない、浸透していない。それから組織の意識付けがまだまだ不十分である。都道府県によってだいぶ温度差がある。いま三阪先生からはどう組織を作っていくか、チーム医療が大事なのだと。そういうところに携わる医師をどのように育てていくか、というようなご意見があったように思いますが、このへき地支援機構について、いま論点2のところを皆さんのご意見を伺いながら、肉付けをしようと思われているのですが、当然へき地拠点病院についても、一緒にご意見が出てこようかと思っていますが、そちらについてもご意見を賜りながら進めていきたいと思っていますが、いかがでしょうか。

○奥野委員：自分の県のアンケート結果を見て大いなる反省でもあるのですが、うちは関わっていると答えられた所と、そうでないというのがはっきりしてしまっていて、自治医科大学卒業生が行っている所は関わっていて、そうでない所はそうでないと答えているというところです。この理由の1つは支援機構の成り立ちのところで、自治医科大学卒業生がへき地の診療所等でいろいろ苦勞しているのを、それを整理しようということで県にできたためでもあるわけです。専任担当官をいままでのところずっと自治医大の卒業生が担っており、卒業生に関しては一定年数でへき地勤務を交代をしていきますので、毎年どこにどういうふうに派遣してとかが支援機構の仕事の中心になって多くの部分が割かれていきます。その他のところを決して無視しているわけではないのですが、その他の所は、ある1人の方が長期間勤務されているという所が多くて、そういったところで差異が出たのかなということです。ただ、代診等に関しては、一応呼びかけをさせていただき、そういった所でも派遣をしてはいるのですが、先ほどのご意見のように、支援機構そのものの名前が伝わっていないということです。ただ、これからは、そういった卒業生以外の先生方のところにも、きちんと足を運んでいかなければいけないというのが、この結果を見ての大きな反省点です。

○梶井座長：ありがとうございました。どうぞご意見をお願いいたします。

○澁谷委員：いま、いろいろと伺って、資料も見せていただきました。実は私も、全く関わりがないところがこんなに多いのだとは思わなかったのです。私は愛知県の保健所に勤務していますが、おそらくこういう問題を考えるときは、即座にできる方策と、中長期的に対応していく方策の両方を考えていかなければいけないと思うのです。いま市町村合併が進んでいるので、これまでの政令市とか中核市の中にもへき地の診療所がある、という状況が出てきているのです。したがって、以前のようなへき地の診療体制とは、ちょっと医療の事情が違ってきているということがあって、当事者だけが理解しているとかとても難儀している、動いているという状況だけでは進展しないだろうと思うのです。

そこで中長期的には、学生時代に自治医大以外の大学の教育の中でも、へき地医療支援機構という言葉を一度も聞かないで卒業をしてしまうというようなことがないように、それは医学部だけではなくて、看護教育も含めて教育のカリキュラムというところでも、考えていただきたいと思っています。

そういった理解が根付かないと、全体的な医療の中で、へき地医療をどう考えていくかというところで、支援機構が非常に動きにくいことになってしまうのではないかと思います。それが中長期的には1つ必要かなということです。

そして地域で直ぐにもできるということを考えますと、設置していない所があるということ、あるいは一度も応援をお願いしていない診療所の先生たちがいるとすれば、何か標準的なものを示して、学会にも行ける、休暇もとれるようなものを、どちら側からも歩み寄って、先生たちも遠慮をしないで声が出せるような、そういう標準的なものを示せないだろうかと思えます。設置をしていない所は、とにかく設置をしていただくことをまず考えて、そういうものについては、進捗管理をきちんと国でしていくということが必要ではないかと思います。

○鈴川委員：私もこの関与がないというのは、あまりにも多いのでちょっとびっくりしました。研究班のほうで、へき地の診療所に対してのアンケート調査を5年前と今回と行っています。それを見て感じたのは、大体3割ぐらいの診療所長さんしか、支援機構がどこにあるかを知らないという結果だったのですが、これよりは少し数は多いです。1つ気になるのは、一体誰が返答したかというところが影響しているかなとは思いましたが、それにしても5年間経って、私たちの調査ではへき地支援機構が一体どこにあるのかを知っている人が全然増えていない。この5年間そういう支援機構の存在感を示すことができなかつたのではないかと、その理由をもう少し分析して反省する必要があると思うのです。

例えばこの前、振興協会のほうで支援機構の人たちが集まった会がありました。あのような会をもっと大きなものにし、国として支援機構会議のようなものを立ち上げて、どのような先進事例があって、どういうことをやっているかをもっとアピールをしないと伝わらないのではないかと、ということが気になっています。何度もお話に出ているように、4つ、5つの県が非常に先進的に動いており、

そこに支援機構がちょうどはまって、その支援機構はよく動いている。あとは何も動かないまま5年間経過してしまっているような気がします。支援機構会議という名前は別として、全国的にアピールし、全国的に一度みんなでディスカッションするような場が、必要ではないかというのが意見です。

○梶井座長：ありがとうございました。村瀬委員どうぞ。

○村瀬委員：先ほど三阪先生がマーキングというようなことをおっしゃられたと思うのですが、地域でへき地医療に携わっている先生方の帰属意識、自分はどのような立場で働いているのかということは、たぶん非常に大きな問題だと思います。それはおそらくキャリアパス、キャリアデザインに関わってくるところで、へき地医療支援機構というのは、ある部分は自治医科大学の卒業生支援機構という部分があり、医局で動いている人事が別にあると、2つの系統に分かれていることとなります。大学の医局人事が動いている所に地域医療支援機構が乗れば、全体的な1つの組織となります。

個別に先生方の勤務状況を見ると、20年、30年、40年という先生方も結構おられますので、そういう先生方はどこにも所属しないで「Dr.コトー」で頑張ってみえる。どこに所属していて、そこに所属していると、どのようなキャリアパスが見えるのかということが、非常に大事なのではないかと思います。おそらく、それは県ごとによって成り立ちが違うのでしょうけれども、へき地医療支援機構というのを1つ核として動かすということで考えているとすると、やはりへき地医療支援機構が単なる支援機関でなくて、そこが1つのドクタープールとしてどう機能させるか、その中でキャリアパスをどう作っていくかを、地域の実情を踏まえて考えていく必要があるのではないかと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。いろいろな問題点を踏まえながら、具体的な提案等も出てまいりました。澁谷委員からは中長期の計画が必要だ、標準化を進める。国の関わりを明確にする。ここに鈴川委員からさらに仮称支援機構会議なるものを立ち上げて、全国のそういうような連絡会議を設けてはどうかということも出てまいりました。村瀬委員からはキャリアパスを示したりドクタープールの場としたりする、そういうところも支援機構の役割ではないかというご意見がありました。そのほかにはいかがでしょうか。

○吉新委員：私は支援機構を策定した第9次のメンバーの1人でした。当時の考え方では、へき地医療支援機構は、教育も含めてへき地医療拠点病院群を、専任担当官を中心に構築するシステムやファンクションなので、専任担当官が当事者として1人いるとかといった状態ではないのです。残念ながら、恒常的に機能しているというところがあまりなく、例えば専任担当官は県の課長補佐だったり、病院

の研修指導医だったりして、掛持ち状態が多い。一方では、土日もなく、県内を駆け回っている方もいれば、他方ではへき地には全然足も運んでいないという方がいたり、各都道府県でまちまちというか、勤務形態もそうですし、雇用形態もそうですし、相当違うのではないかというような気がしています。どちらにしてもへき地医療支援機構全体を取り巻く資源というか、基本的にはリソースマネジメントが、目標だと思うのです。

私は地域医療振興協会にいまして、今年だけで 100 を超える団体から、「病院や診療所の医師がいない、助けてほしい」とお見えになっていますが、都道府県に話しても駄目、地元医大に話しても駄目という状況で、要するにへき地医療支援機構が都道府県の一部としてあるという認識もおそらくお持ちではないのでしょうか。結局どこか出してくれそうだとする噂の所を、担当の部長と市長が走り回ってお願いしているという感じがするのです。そういう意味では全国のへき地医療問題というよりも、例えば長崎や島根のように、各都道府県で、広域連合を作るとか、自分たちで研修病院を確保しへき地に従事する医師を養成するとか、さらに、出先の中核病院も基本的にはネットワークの中で経営も運営も人集めも運営しているというような、かなり太い、しっかりした仕組みを作らないと、最後のフロントラインのへき地医療支援機構だけの議論をしても、私は始まらないと思うのです。十分な肉付けがされないと、細い線だけでへき地と県庁がつながっているだけではへき地医療支援は不十分で、十分なマンパワーを持っていたり、臨床研修病院の運営をしたり、中核病院には必ず総合診療科的なところを作って、教育しながら後期研修者の方に、研修の一部としてへき地に行ってもらような大きな枠組みの中で運営をしないといけないのではないかと思います。

地域医療振興協会もいくつかの研修病院を持っていて、現在、後期研修を入れると 120 人ほど研修医がいるのですが、東京北社会保険病院では研修医が 40 人いますが、スタッフも含めて年間 2,500 日ぐらい代診に行ってもらっています。これは後期研修医が中心ですが、さらに、ナースとかパラメディカルとか、コメディカルの方々の派遣も沢山行っています。今回はドクターの件だけだったのですが、いろいろな職種の方にも自由に動いて参加していただける、逆に病院にとっては非常に負担になるでしょうけれども、4 疾病・5 事業の 1 つの大きなへき地医療の支援ということがもう少し評価されれば、積極的にへき地に出ていくという病院がどんどん増えるのではないかと思います。診療報酬とかでのメリットといますか、インセンティブが弱いのではないかと私は思います。ですから、全国のへき地医療支援機構だけの会議をやっても、うちはこうやっています、ああやっていますということになってしまうのですが、自分の県に本当に望ましいへき地医療支援機構の仕組みが実現できるのかどうかは、相当ないろいろなレベルの合意形成が必要になってくるのだと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。吉新先生、いまのお話を私なりに解釈すると、



いわゆるへき地ということだけではなくて、各都道府県の中での地域医療における役割、位置付けを明確にしていくということですね。

○吉新委員：はい、そうですね。もちろん村瀬先生のおっしゃったように各都道府県ごとに、いろいろな歴史があると思うのです。一部の方たちの意見が非常に強くて、結構、へき地医療に理解が足りないところがあったり、医療資源が枯渇していて、へき地医療には目が向かないような県もあったり、医科大学が複数ある所では比較的排他的でないというか、何でも受け入れるような文化があるように思うのです。地域の医療における文化がその中に新しいものが生まれるというのではなくて、いろいろなものが糾合してというか、どんどん吸収しながらへき地医療支援機構が育っていくのだと思います。ですから、さまざまな組織をまとめなくてはいけないという点で医療行政の中でもへき地医療は極めて難しい部分だと思うのです。へき地医療でみんなが合意、大同団結することは、地域全体が研修や医療ニーズの分析、解決策などのソリューションをみんなで練っていくというプロセスです。これがうまく機能しないと、へき地医療支援機構は機能しないのだと思います。単純にへき地医療支援機構だけを取り上げるのではなくて、いろいろなバックグラウンドを考えながら将来への仕組みを作っていく、大変時間がかかる作業だということをお願いしたいと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。そのほかにはいかがでしょうか。

○前田委員：長崎県では離島・へき地医療支援センターがへき地医療支援機構の業務を担当しています。へき地医療支援機構がよく機能していないところが多いという議論がありましたが、この件で各都道府県の方々にちょっとお尋ねしたい点があります。機構長（専任担当官）のモチベーションはどうかという点です。実は長崎県では機構長が毎年のように変わっています。それで政策等の策定とか、派遣医の手配、あるいは自分で代診をするなどの業務で果たしてモチベーションが保てるかどうかという点を考えていく必要があるのではないかと思います。もしこの機構が地域枠で卒業する学生のキャリア形成を提示できるのであれば、もしかすると地域枠で卒業する学生の心理的な拠り所となって、将来大きな医師集団になり得る可能性があると考えています。あるいはその元締めの存在になるような可能性があるというふうに思うのです。ですから、この機構がもっと大学の卒前教育と連携を強化して、医師教育のほうで機構長のモチベーションを上げていくというようなところも考慮していく必要があるのではないかと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。いま前田委員から各県の様子はどうかということでも問いかけがございましたが、いかがでしょうか。

○内藤委員：へき地医療支援機構が機能しているかどうかという議論、これはそれぞれの県によってかなり違うと思います。これまでは自治医科大学の卒業者を中心に、主として運営されてきた経過がありますが、今後数年しますと全国の医科大学の地域枠の卒業者が出てまいります。そういった人も加えた形で、どういうふうに運営していくかというのが、中期的な課題になるかと思えます。これとは別に現在厚生労働省で地域医療再生計画を進めています。この中に、医師確保のための方策として、それぞれの都道府県で寄付講座の形等にしても、地域医療講座を作りなさいということが謳われています。そうしますと、47 都道府県すべてに地域医療講座ができてまいりますので、そういった部分と今後のへき地医療支援機構を、どのような形で連携というか、融合していくかというのが中長期的な課題になるのではないかと私は考えています。

○梶井座長：ありがとうございました。いろいろなご提案、ご意見が出てまいりましたが、そのほかにいかがでしょうか。

○奥野委員：県の現状というお話をしてみたいと思います。5年前にこの機構ができて誰がやるかという件になりまして、自治医大の卒業者で義務年限内の者がやっといこうということになり、ひとまずは卒業9年以内の卒業者が県庁にまいりました。経緯としてはへき地医療そのもの自体が、県庁の中での理解がまだまだ低かった。それが、少しずつ県庁の中でのへき地医療に対する認識や理解が、彼らが県庁にいることによって非常に深まってきた。それから県庁の中で少しずつチームができ上がって、それで前向きにいこうというのがこれまでの歴史です。ですから一遍に組織ができて云々ではなくて、やっとなん年かということによって交代はしましたが人材の凹凸はありましたが、理解が県で深まってきて、やっとなん年かの中でへき地医療というものが、この医師不足でかなりクローズアップはされたという面はあるのですが、やっとなん年か育ってきました。今回それだけでは駄目だということで、少し年齢の食った自分がリーダーとして行ったわけですが、これから支援機構が育っていくためには、これまでうちの県のように若い人だけが交代して引っ張っていくのではなく、若い人は交代してもいいと思うのですが、年余にわたって活動できる人が引っ張っていくのが、機構自体を何とかしていくというためには、1つの大きなポイントだと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。渡邊委員代理どうぞ。

○渡邊委員代理（全国離島振興協議会）：意見を言う場で質問をして申し訳ないのですが、過去の経緯がわからないので教えていただきたいのです。先ほど診療所の全く関わりがない、あるいは年1回、あるいは月1回という答えが返っています。全く関わりがないという答えなのですが、これは機構を知らないということも考

えられるし、機構が供給するようなサービスを別の所から得ているのでニーズが満たされているということかもしれないと、その辺をどのように理解したらいいのかというのが1点です。

もう1点は、年に1回、あるいは月1回と、これは年1回というのは相当頻度が低いような気がするのですが、月1回でも低いような気がするのです。一体機構が目指したサービスに対して、月1回、あるいは年1回ということで、これを十分だと考えていいのかどうか、その辺をちょっと教えていただきたいと思えます。

次いでにもう1つ、恐縮ですが、機構からの派遣、医師の代診ですが、ゼロの所、あるいは非常に少ない所が多いわけですが、これもたぶん県によっていろいろ事情があるのではないかと思います。その場合に、例えば知らないというケースもありまじょうし、あるいはほかの方法でニーズが満たされているということもあると思うのですが、その辺はどのように理解していいのか、その辺をどなたか教えていただければありがたいのですが。

○梶井座長：吉新委員どうぞ。

○吉新委員：これは沖縄県のケースですが、我々は毎月1週間与那国町立与那国診療所に代診を出しているのですが、この表ですと417番で、へき地医療支援機構を知らないと返答されています。島にドクターが1人しかいらっしゃらないものですから、月に1週間休みたいということで、代診を3年前から協会内のいろいろな施設から代診を出しているのですが、支援機構がやっているのを、ご本人はたぶんご存じないのだらうと思うのです。この表のいくつかの我々が知っている所だけでも、返事が実は違うのではないかと思います。支援機構という名前自体は知らないけど、結果は果実は手に入れている。名前の宣伝が足りないということなのかもしれませんね。

○中山救急・周産期医療等対策室長：先ほどあまり紹介をしなかったのですが、参考資料2というのがいちばん最後についておまして、参考資料2が実際に調査した用紙になっています。ご指摘の部分は10頁のところでした、これは都道府県を介してへき地診療所に調査した内容です。10頁の10、左の下がへき地医療支援機構との関係という部分になっています。ご指摘のとおり、「へき地医療支援機構は」という件から始まっていますので、へき地医療支援機構を知らない、どこに付けるかというのがありますが、「貴診療所へ連絡・相談をどの程度行っているのでしょうか」という質問に対して、この選択肢は決められていて、①が全く関わりがない。②、③とこれのどれかに丸を付ける。もし付け方がわからなければ、都道府県に照会するなり国のほうに相談がくるなりというケースはございました。

○梶井座長：渡邊委員代理、よろしいでしょうか。

○渡邊委員代理：はい。

○梶井座長：そのほかはございませんでしょうか。

○澤田委員：渡邊委員代理の方から、「機構が目指したサービスに対して、月 1 回、あるいは年 1 回ということ、これを十分だと考えていいのかどうか」というご質問がありましたので、機構の立場から回答をさせていただきます。機構がへき地診療所に対して「年 1 回の関与」というのは、例えばどのような事例があるかといいますと、へき地診療所の現況調査や現地視察などの活動を指しているように思います。私などは代診に行った際に、ついでにへき地診療所の周辺状況や、開設者である市町村長や事務長さん、担当課長さんらと現地で直接お話をすると、地域住民やコメディカルの方々と直接対話するなどして情報収集に努めています。機構の立場であれば「代診」という関わり方でなくても、こういった形で現地を訪れて「現場をよく知る」ことも、私は機構として必要な役割であり、かつ十分意義があることだと思うのです。例えば、現在実施されている臨床研修「地域保健・医療」ですが、へき地・離島を経験できる内容であることが推奨されています。大学で、へき地医療に対して深く関わりを持っているところは少なく、へき地診療所を抱える自治体や国診協・国保連合会関連の医療機関は、どちらかというと大学よりは都道府県との関係が深い傾向があります。したがって、「地域保健・医療」研修のプログラムなどを検討する際に、へき地医療機関とのパイプ役として役割を果たすべき立場は、やはり都道府県だと思うのです。そのためにも、都道府県庁内に、へき地医療機関の現況を一番理解している専任担当官がいるということが重要になってくると思います。以上のようなことで、私は「年 1 回の関与」ということでも、現地視察や情報収集という形であれば、機構の役割として十分意義のあることだと考えています。専任担当官は、県庁や拠点病院の建物の中でずっと仕事をするだけではなく、また「代診」という形でも、一定の頻度で現地視察に出向いて、へき地診療所の現況把握や様々な情報収集をおこなう必要があると考えております。

○梶井座長：ありがとうございました。実は今日ご欠席の中村委員から連絡をいただいております。へき地医療支援機構にいくつかのご意見が書いてあります。先ほどご紹介のありました調査の結果、専任担当官がへき地医療に専任していない印象を受ける。へき地医療に専任させなければならぬ縛りを作ったほうがよい。週のうち一定日数をへき地支援に費やさず、年間の直接の代診日数が足りない場合は、兼任担当官とすべき。専任担当官と兼任担当官に分け、補助金を 2 種類に

したほうがよい。最後にへき地医療支援機構が本来の機能を発揮するのなら、専任担当官と兼任担当官が各都道府県に1名ずついてもよいか。というご意見をいただいています。そのほか、いかがでしょうか。

○木村委員：先ほどどなたかのご質問かご意見で、支援機構のあり方というか立場が出たと思うのです。やはり47都道府県、へき地のない所もあれば我々の所などはどちらかというところと過疎地域、へき地を多く抱えた所ですが、私見になるかもしれませんが、私はこういった専任担当官になっていま7年目になります。その1つ前の職は県立中央病院の総合診療科部長をやっていましたので、どちらかというところと自分が病院の中において、いわゆる拠点病院において代診を多くやっていて、今度はそこを離れて県のほうにいるわけです。例えばちょっと話を変えて、どこかその市町村の病院ができるときに、県もかなり関わるわけです。計画を立てて5年とか、結果的に建つのは5年、7年というスパンだと思います。何が言いたいのかというと、県の医療行政をやっている行政官は、2、3年で交代してしまうので、長期的なスパンでの全県下のことを見渡せないと思うのです。

私は7年目になりましたので、たいてい、県内のほとんどの市町村のことがわかっています。そうすると、私は健康福祉部にいるわけですが、健康福祉部トップはすでに3、4人変わっていますが、だんだんとある意味では私に任せてきていまして、そうすると、本来の健康福祉部なり医療対策課というものの中に私があるわけですが、だんだんそれがそういった全県下の医療行政のコーディネーター的な役割を果たすようになってきて、だんだん雪だるまのようにいま仕事が増えるというのか、そういう状況になってきています。ある意味それは1つの理想的な姿なのかなと。7年前に病院の計画を県も一緒になって立てたけれども、いま建ってしまったら医師がいなくなって、その病院は大変だというのがあって、そういったことも長く関わりながら、少し中長期的なことも展望を見ながら、病院を建てていく。例としてはそういったこともあるのかなと思っています。

最後ですが、かつては病院には大学との関係で、院長とその大学医局との関係で医師が来たわけですが、それができなくなって、ようやく市が関わったりしてきているわけです。それは当然、市だけではできない、町だけではできないから県にもきているわけですが、特に過疎地域を多く抱えた所は全県下を見渡せる立場に、支援機構が場合によっては求められているのかなという気持ちがあるところだと思います。最後まとまりがなくなりましたがすみませんが長くなりました。

○梶井座長：ありがとうございました。吉新委員どうぞ。

○吉新委員：いま木村先生がおっしゃったとおり、実は4疾病5事業の周産期にしても、小児にしても、救急にしても、へき地医療にしても、そういったリソースマ

マネジメントが、支援機構の最大の仕事なのです。ですから、各県内の医科大学はもちろんいろいろな医師会、研修病院、中核病院、これらのリソースを全部チェックしながら、それらを最大限に活用するために、へき地医療確保という目的で活動ができるという、一種のどこの部分でも相談にいけるぞ、という通行証みたいなものが専任担当官の方の存在なのです。それが県によっては行政の一部のラインの中に入っていたりして窮屈になっているように見える。非常に残念だなと思うのです。ですから、今日取り上げられたような資料を毎回各都道府県ごとに専任担当官は整備をして、次を考えることが重要で、本人がへき地に行くなどということはあまり重要でないと思うのです。全体のマネジメントがうまくいっていることが大事で、本人がへき地に代診に行かなくても、登録医の先生方に代診に行ってもらってもいいでしょうし、その辺は地域によっても全然違うでしょうし、成熟度も全然違うでしょう。

ただ、ファンクションとしては、リソースマネジメントでとにかくへき地を優先的に手当てをできるという能力を持った人が、専任担当官をやるべきだと思うのです。ですから、そこを履き違えて、専任担当官がへき地に行かなければいけないのだみたいなことになってしまうと、本末転倒というか、本来の趣旨と違うのではないかと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。今日は論点整理で挙げられたものの中で、へき地医療支援機構にかなり議論が集中しておりますし、私自身はできれば今日はへき地医療支援機構の強化対策について1つの方向性が出せればと思っておりますので、是非全員の委員の方からご意見を伺いたいと思います。まだご意見を伺っていない委員の方にご意見を伺いたいと思うのですが、土屋委員いかがでしょうか。

○土屋委員：今年初めてこういう委員に選出されてまして、私は長野県なのですが、長野県には支援機構がないです。確かにターミナルケアのこととか、へき地医療のことは検討したような時期があったような気がしているのですが、そういう体制になっていないというのがどういうことなのか、県のほうにも聞いてみたいなど思っているところです。ただ、いまいろいろなご意見を聞かせていただいて、作っただけではなくて活用される方向になっていけばいいなと感じました。

私は看護師なのですが、いろいろな所で看護師の役割もかなり大きいと思うので、なかなか充足されないで困っている。私のステーションでも、まだまだ足りなくて、管理者も一緒になって飛び回っているというような状況の中では、少しこういうところでも、へき地などに行くとなると余計そうなのです。木曾辺りに行きますと、1件行って帰ってくると70km走ってきたみたいなことを言っておりますので、そういった話を聞くと、もう少し何とかならないかなということを感じております。

○梶井座長：ありがとうございました。続きまして角町委員いかがでしょうか。

○角町委員：話をする場というか、関わりを十分に作れないままお話を聞いていたのですが、このへき地医療支援機構の問題の1つとして、たくさん調査の結果を見ている、その場に関係される方が歯科のことや口の問題は基本的には頭がないと思いました。だから、本日の議論の中でも、やはりそういう部分が先行して動いているなということが全体の感想です。では、なぜこういう領域の中で口に関わる問題が出てこないのかと思うと、医療は救急というのが非常にクローズアップされた形で命の対応を全面的に、有無を言うことなく支援をしていくことが求められるわけですが、その後にくる回復期等に障害を抱え持ったような人たちも、やはりその後には必ずくるだろう。地域になっても同じようなことが起こってくる。そのときに問題として出てくる生活に関わる問題に少し展開していくと、地域の保健医療の全体を考えていくときのへき地医療支援機構の中に、すべての領域に歯科の関係者を入れることは、必要ではないかもしれませんが、ブロック単位でどこかの絡みにそういう人たちを置きながら、現場と連携をしていくことも必要かなと思います。

大学の関係者にも意見を聴取したのですが、「では、あなたの所で人を出せるか」ということを確認しました。キャリアパスの問題をお話しても、2年ぐらいが限度かなというように一応関係者は言っていました。歯科の研修が終わった後の2年というのは、かなりできてくるだろうとは思いますが、そこにそういう体制の中で人を派遣していくことも仕組みが構築できていけば、可能になりはせぬか。そうすると、第1回目の検討会の折にお話をしたときも、私自身も非常に気にしながら事後生活や地域を見ているときに、どうしても超えなければいけない1つに口の問題が、そして現場の地域の中の在宅を見ると、やはりそこには口の問題が常に残されてしまっている。そういうところを見ると、こういう形でへき地に焦点を当てて、医療の仕組みや支援の対象を考えていくときに、私たちはこのレベルで少し手を入れていくことが必要かなと感じました。

○梶井座長：ありがとうございました。角町委員からは前回に皆様のお手元にあります論点整理の論点5のところ、歯科医療ネットワークについてということも挙げていただいております、これはまた非常に大事な論点であろうと思いますので、ただいまもご指摘いただきましたが、また時間をとってやらせていただければと思います。いずれにしても、支援機構の中における位置付けということで、いまお話いただいたと思います。

○角町委員：もう1つお願いできればと思います。先ほど個々の直診の話が出ましたが、個々直診がかなり実態を把握していると思うのです。そういうところを使っ

て、現場情報を把握できればと考えています。よろしく申し上げます。

○梶井座長：ありがとうございました。続きまして畠山委員いかがでしょうか。

○畠山委員：へき地医療支援機構、あるいはキャリアパスというお話がありましたが、実は外国にいるような感じで伺っておりました。そういう分野、そういう経験を持っていない所で、いま皆様のご意見を伺っていたところです。私は行政の立場から言いますと、これはへき地だけではなくて、過疎地域、あらゆる地方は今まさに、この地域医療が大変な状況になってきております。皆様のお立場からではなくて、私どもの立場から申し上げますと、今度はへき地、あるいは過疎地域でも同じだと思いますが、そういう所に勤務をしていただける医師、そういうドクターがそこで生活を楽しめる、あるいはそこで生活の充実につながる。そんな地域の意識も特に重要な、そんな時代なのかなということで、皆さんとは違う受け手の立場から見ますと、そんな発想も必要ではないかと思っているところです。

○梶井座長：ありがとうございました。おっしゃるとおりだと思います。続きまして前野委員お願いできますでしょうか。

○前野委員：いままでお話を伺っていて議論を巻き戻すようかもしれませんが、これまで10次にわたる検討会は、全体のあり方として、いわば各地にいる医師ら医療者をどうやってへき地に目を向けさせ、へき地医療の人材を確保するかが主題でした。しかし、畠山委員が言われたように、今、へき地医療を支えてきた地方の中核的な病院で医師が足りなくなって、へき地医療以前に地域医療全般が立ちゆかなくなっている。病院が閉鎖されたり、小児科や産科が廃止されたりする事態に陥っています。そこには、都会と地方の格差や、診療科目の偏在といった部分が拡大し、地域医療の問題が大きく変質してきているのではないかと。そこを踏まえて議論する必要がでてきたという気がするのです。

一朝一夕に解決がつく問題ではないけれども、へき地保健医療を含めた日本の地域医療を今後どう考えていくかという、ある意味で長中期的な視点を盛り込んだ形で論議していかないと、絵に描いた餅になるのではないかと思います。具体的には各地の医師確保に向けて、有効な対応策をどう打ち出すのか、キャリアパスの問題でも、医師、患者双方に専門医志向が強い中、地域に根差した医療技術を持った医師をどう確保し育てていくのか。また医療の質を高めながら地域の中核病院等と連携を図って行くのか。それはへき地医療含めた地域医療のあり方が、問われていると思います。

ここの検討会がどこまで踏み込むべきなのか、分かりませんが、各地の地域医療の問題が深刻になっている昨今、単にへき地保健医療というものだけに留まら



ず、地域医療全体のあり方について視野を広げていく必要があるということです。都道府県のアンケート調査を拝見しましたが、やはり地域の住民たちを診られる総合医の確保が切実です。医学部では、力量を備えた医師の育成にむけて、どのように教育されているのか。それを推進するためにどういう方策が必要なのか。先月、プライマリケア学会等の関連3医学会が統合に向けて、総合医の認定試験が行われたばかりです。それは1つのキャリアパスのきっかけにもなるでしょうし、その辺を踏まえた総合医の在り方を論議していくべきだと思います。

もう1つ、へき地支援機構についてですが、2007年の医療法改正によって、都道府県には、大学とか地域の基幹病院、自治体、医師会などで構成する「地域医療対策協議会」の設置が義務づけられました。支援機構は地域医療対策協議会と連携して、地域医療のあり方と総合的に捉えるべきではないかと思いました。

○梶井座長：非常に大切な視点、この検討会の根源に関わる視点だと思いますが、ありがとうございました。続きまして内田委員、お願いできますか。

○内田委員：民主党が政権を取って、いろいろ動きがあったものですから、民主党の政策で期待するところもあれば、ちょっと問題があるところもあるなどいろいろ考えているところです。この地域医療に関しては、診療報酬を上げるということを謳っています。地域医療再生基金もおそらく地域医療の再生ということ自体を謳っている以上は、これを頭から削ると、あるいは凍結するという話はたぶんないだろうと思っておりますので、こういう予算を活かしていく必要はあるのかなということを感じています。

それから、このへき地医療支援機構、実はどういう機能を果たしているのかということが実感としてなかったものですから、お話があまり把握できなかつたのです。詰めて言えば、地域医療のコーディネーターを果たすということなのかなと思いました。おそらくここで機能している所というのは、ほかのいろいろな地域医療の取組を見ていると、大体熱心にやる先生がいる所という話になってしまうのです。この支援機構というのもそうではないのかなという印象を持ちました。その中で、このコーディネーターとしての役割を一生懸命果たしていらっしゃる所がうまくいっているというのは、やはり地域、へき地に出掛けてそのニーズを把握し、何が必要なのかという解決策を一生懸命現場で考える先生がいらっしゃるということです。それから今後これをうまく進めていくためには、やはり病診も含めた連携体制とチーム医療体制を、その地域で提供できるようなシステムを作ることが、非常に重要になってくるのかと思いました。その点を考えると、やはり熱心に取り組んでいる、取組が進んでいる地域の情報、現状というのを集約して、共有化する作業が必要になってくるのかなということは、今日のお話の中で感じました。

もう1つ、先ほどから総合医の話が出てきて、医師会の役割というのをちょっ

と触れておいたほうがいいのかと思います。医師会では、3年半前に唐澤会長が就任したときから、総合的な診療能力を持つ医師の育成、それに対する何らかの認定システムがあったほうがいいのかということで検討してきました。今年の夏に大体、生涯教育カリキュラムのシステムと、総合医を認定するためのステップを、どういうふうにしていくかということのタイムスケジュールも含めて、一応提案できる体制にはなりました。ただ、現状で都道府県の医師会を見回しますと、都道府県に結構根強い反対があります。というのは、現場で開業している先生方はそういう総合医的な役割を十分果たしていると、そういう方たちを切り捨てるようなシステムになってはいけないという意見が随分強くて、それがネックになってなかなか進まないという状況にあります。社会的な状況とかいろいろな背景を考えますと、そろそろ踏み込んでもいいのかなという印象を私自身は持っています。いまそれだけの基盤はこの間の取組の中でできてきたのかなという印象は持っています。

もう1つは、先ほど話がありました3学会の統合と、その中での専門医認定という動きがありますので、3学会の学会専門医の認定と、総合的な診療能力を持つ医師を認定するということはちょっと別立てになってくる。範囲を広げて、地域で果たしている役割をきちんと評価するほうがいいのかということも、思っています。本当の総合医というのはやはりこれから2年、3年、5年ぐらい経ったところで、実際にその大学教育や卒業研修をきちっとやった中で育ってくる人たちで、そういう人たちが本当にキャリアとして社会的に認められるようなシステムになれば、本当にいいなと思っています。

○梶井座長：ありがとうございました。続きまして、砂山委員代理お願いできますか。

○砂山委員代理（北海道保健福祉部保健医療局）：北海道ですが、私の所属している所が、地域医師確保推進室という、まさに支援機構そのもののような名前だなと思って、ずっと聞いていたのです。私は、看護政策担当をしておりますので、医師確保について支援機構がどこまでうちの組織にかぶっているのか、はっきり把握していないものですから申し訳ないのですが、ただ北海道の実情を考えると、三次医療圏は6つあるということで、うちの専任の医師1人ではおそらく代診に行くこともできませんし、マネジメントするだけで精一杯だなと思います。個人的な意見で言わせてもらおうと、少し三次医療圏単位くらいで、そういうマネジメントする医師は必要なのではないかと客観的には見ているところです。

話を聞いて、ずっと医師確保の問題をやっているのですが、どうしようかと思っていたのですが、実は看護師確保対策をやっているけど、地域の看護師不足はかなり深刻な状態にあります。北海道では、看護師確保ができないために病院ではなく有床診療所にしたとか、有床診療所から無床診療所になったとかという事例があります。また、自治体立病院でも15対1の体制もとれず、特別入院基本料とな

っているところが10数カ所ある状況です。看護師確保はもちろん看護師対策としてやっているわけですが、このへき地医療対策の中にも含めて一緒にやるべきではないかと思っているのです。この支援機構にどのように位置づけたらいいのかがわからないので、悩んでいるところでした。

1回目の論議のときに、医師が地域に行ったときに面で支えるシステムが必要だという議論があったと聞いているのですが、やはり地域では、お医者さん同士だけで支えるのは限界なのではないかと思っています。現実には、高齢化してきていますので、地域住民を訪問看護師とか保健所保健師とか包括支援センターのケアマネとか、いろいろな人が関わって支えている、この人達がお互いに支え合うというシステムを作らないと、おそらくお医者さんも居られないし、看護師も居られないのではないかなと。そういう広い意味での、へき地におけるチーム医療のあり方も考えていったらいいかなと思っています。

お医者さんが短期間で代わらざるを得ないというのは、医師のキャリア形成から考えると理解できるのですが、そうすると地元に残された、地元でずっと支えている看護師だったり、ほかの医療職はその度に振り回されるという実態があります。お医者さんによって振り回されて、意欲をなくしてしまうこともあるのです。やはりそうではなくて、組織としてきちっとお医者さんを支えながら、地域医療を着々と遂行していく、そういう体制がとれるといいのではないかと、理想的には思っていました。

○梶井座長：ありがとうございました。対島委員、いかがですか。

○対島委員：全く医療に関わりなくて、地域の活動としてやってきた住民代表の立場で、今回青森から参加させていただいています。ですので、この支援機構という機関も全然わかっていませんでした。この資料を見て、青森が全く関わっていないということ、また、へき地拠点病院の医師の充足率もほとんどないという、赤の文字で書かれていたこと、それに加えて学生の育成状況もあまりなされていない、何もないというところがすごく、正直なところ淋しく感じています。こういったことを、今日皆様のご意見をいろいろお聞きしまして、参考に大変勉強になりましたけれども、これを県に帰って、医療業務を担当している方たちにまた報告いたします。では青森県はどういうことをやっているのか、支援機構に関してはどう思っているのかというのをちょっとお聞きしたりして、また地域住民に返せる部分があれば返していきたいと思っています。

前に、へき地医療に関わっている若い先生とお会いしたことがあるのですが、先生が言うには、やはりそれは自分はやりたいんだと。けれども家族のことを考えると、やはりなかなか継続してできない。住民の立場としては長くいてほしいと思いますけれども、けれどもそういったことを考えたら、やはり先生の生活も必要だなということを強く思いまして、2、3年で代わるということもそれもまた

仕方のないことなのかなど。そこをうまくつないでいける方法があったらいいと感じている次第です。これからも勉強させていただきますので、よろしくお願いいたします。

○梶井座長：ありがとうございました。皆様から大変いろいろなご意見をいただきました。今日は、へき地医療支援機構という所にフォーカシングしたのですが、前野委員からもありましたように、地域医療全体の中でどう捉えていくのか、へき地をとすることは、やはり我々一人ひとりがそれを踏まえながら、議論をこれからも進めていかなければならないと思っています。

今日実は私自身はへき地医療支援機構について、皆様のご意見を伺いたかったのは、総論的なディスカッションではなくて、各論的にやはり入って行って、きちっとより具体的な案をまとめていくべきだと思ったからなのです。ですから、実は皆様のご意見を聞きながら、私書きとめたのですが、へき地医療支援機構というのは、従来の非常に狭い概念、従来から広がったとは思いますが、ややもすると狭く捉えられがちな概念、役割を明確にしていこうというのが、皆様の中から出てきたと思うのです。ですから当然、へき地だけではなくて、地域の中でへき地をどう捉えるか、あるいはへき地を充実させることによって地域全体を良くしていく、そういうようなご議論がいろいろな委員から出たと考えています。そういう意味で、非常に長期の計画の中でどうこれを位置付けていくか、あるいは協議会との関係をどう見ていくのか。協議会以上により具体的な役割を果たせる所ではないかと。ですから協議会でいろいろと議論して、そこにも支援機構が関わっていきながら、そこで出た計画を実践していく。地域全体でコーディネーションしていくというような役割があろうかと思うのです。

いままでそういう役割を果たしていた所は、支援機構はそうなのですが、支援機構自体がなかなかそういう役割は持っているのだとは思いますが、十分にそれが果たせていなかったし、県で認識されてなかったのではないかとというように、今日お話を聞いていて思いました。そういう意味で、やはりなぜ認知されていなかったのかとか、そういう部分も踏まえながら、これから支援機構をそう位置付けて、実は支援機構を中心にいろいろな地域全体のことを考えて、その中でへき地のことも考えて、へき地医療のことも考えていくというような方向付けが必要なのではないかと、皆様の意見を聞きながら思った次第です。

そうなりますと、役割とか位置付けというのは支援機構とへき地の診療所、あるいは拠点病院を結ぶ点と線ではなくて、やはり面と考えていかなければいけないだろうと。キャリアパスの問題、ドクタープールの問題、それから教育研修の問題等々出ました。それから地域医療の分析という話も出ました。なかなかこういうところが私、いろいろな県を見ていて、地域医療の分析が十分に出てないですね。ですからいろいろな議論のときに、理念的な議論になってしまっているところもあろうかと思えます。そういうことを考えると、非常に支援機構の役割と

いうのは明確で、重要な役割があるのではないかと思った次第です。当然その中心となる専任担当官のあり方、位置付けも再度明確にしていくべきであろうと考えた次第です。当然支援機構の役割とか位置付けは、県の特性によってそれぞれ違ってこようかと思えます。まず今日のご意見では、都道府県の中でこの役割、それから方向付けをもう一度明確にさせていただくことが出ていたと思えます。

一方では、国の関わりということで、支援機構会議、仮称を立ち上げてはどうか。定例的に各都道府県の支援機構の方々、あるいは県の方、あるいは拠点病院の方々がお集まりいただいて、その進捗状況とか課題、問題点等を持ち寄って議論していただく。やはりそういうことをしながらチェックアンドバランスを進めていかなければ、どうもこのまま支援機構は私は非常に大切な役割だとは思いますが、いまの状況だとその役割が果たせてない状況ですので、是非 11 次に向けては、支援機構の役割が果たせるような提案を、皆様とともに取り入れていきたいと思っています。

財源の問題は、診療報酬の問題とか、地域医療支援、地域医療再生基金の問題等も出てまいりました。こういうようなこともあろうかと思えますが、一応今日の議論をまとめると以上のようなこととなります。

なかなか論点の広がりが出なかったのですが、地域医療全体を見ながらへき地の医療確保ということにフォーカスを当てながらということで、次回は拠点病院の問題や医師の育成、医師の役割それからキャリアパス、その辺りについて皆様とまたご議論できればと思います。論点が 5 まで上がっていますが、その他に、こういう論点もあると、前回会議が終わりました後に、村瀬委員から ICT の問題が出ました。村瀬委員どうでしょうか。

○村瀬委員：これまでのお話を伺っていると、まだ組織全体をどうするかという状況にあると思えますが、組織がある程度固まってきたときには、効率的に運用するために ICT というのは非常に重要かと思っています。個別の意見の中でも、遠隔医療システムだとか、あるいは地域連携の電子カルテシステムを整備する必要があるということがありましたので、お時間をいただけましたら、また少し紹介させていただきたいと思えます。

○梶井座長：ありがとうございました。というようなことで、また是非論点の中にこういう論点を入れたいというご意見がありましたらお寄せいただければと思います。少し時間がオーバーしてしまいまして、申し訳ございませんでした。

○奥野委員：論点といたしますか、ちょっと検討を加えていただきたい。非常にベーシックな話なのですが、へき地の診療所で長年勤務してきた立場として、へき地勤務を是非普通の家に住んで、普通の診療所でやらせていただきたい。つまり、まだまだオンボロ家に住んで、非常に古い診療所で活動していなければいけないよ

うなへき地の診療所は多々あるわけです。どういうことかと言いますと、実は自分の県でも調べまして、こういう所で論議するのはどうかと思うのですが、補助金の問題なのです。へき地診療所を建てる設置基準というのがあります。これが、例えば診療部門の基準面積が160㎡で、それで基準価格が㎡当たり13万程度、坪で40万いかないですね。補助率が2分の1なのです。つまり、とてもではないけれどもこのレベルで物は建たない。例えば医師住宅は基準面積が50㎡です。小さなアパートより小さいです。それから基準の算定の坪単価が40万そこそこ、これも補助率が2分の1。

つまり、これはいろいろな意味あいがあると思うのですが、へき地の診療所はこの程度でいいのか、あるいはへき地に住む医師は50㎡でいいのかと、裏をとればそういう表現にもなってしまうと思うのです。補助率に関しても昭和50年代は大体3分の2ぐらいあったのですが、いまは2分の1ということです。つまり、もちろん該当市町村が頑張っていて、その家を建ててあげるとかそういうことは大事だとは思いますが、やはり非常に財政が苦しい田舎の市町村にとっては、この補助は結構大きいものと思いますので、是非こういった基準面積の見直しとか、要するに診療所が160㎡でいいとか、医師住宅は50㎡でいいとかするのはなくて、もっとスケールを大きくしていただく。あるいは基準になる単価とか、その基準補助率のアップとかも、非常に下世話な話かもしれませんが、是非そういう検討をしていただいて。

我々は決して立派な家に住んで、豪華な診療所でやりたいと思っているのではなくて、ごくごく町で住む場合と同じような住環境で。町と同じような開業される先生方も、こぎれいな診療所がどんどん増えています。やはり田舎の診療所も、田舎の住民にとっても、別に汚ない診療所でいいわけではなくて、やはりこぎれいな診療所で、診療を受けていただきたいというのがありますので、是非そういうのを前向きに押しもらえるような方法もっていただきたいと思います。

○梶井座長：ありがとうございました。時間がオーバーしてしまいましたが、本当に今日は皆様からいろいろな幅広い、そして有意義なご意見を伺えて、大変助かりました。ここで、事務局から次回以降のスケジュールについてご説明、ご案内いただきたいと思います。

○田川係長：次回の検討会ですが、既に調整させていただきましたとおり、次回第3回の検討会は10月30日、金曜日の15時から開催いたします。場所は、第1回会合を行った場所と同じ、全国都市会館を予定しています。これについては、また開催通知にて正式にご案内申し上げます。

また厚生労働省においては、11月以降に無医地区、無歯科医師地区の調査を予定しています。この調査票等の案についても、次回の検討会に提出したいと考えていますので、よろしく願いいたします。なお、本日の議事録については、

前回と同様に委員各位のご確認をいただいた上で、厚生労働省ホームページに掲載をさせていただきます。以上です。

○梶井座長：以上を持ちまして終了とさせていただきたいと思います。長時間にわたり、ありがとうございました。第3回以降もよろしくお願いいたします。

(了)