

めたいという人たちは「行政の支援・協力が無い」「自分たちの意見がなかなか通らない」というところで統計的に有意差を持って割合が高いということがこれで分かってきました。

また、卒業年度や出身大学で検討した表もありますが、早期退職を希望する医師の割合は、出身大学とも、卒業年数ともあまり関係がない。それ以外の因子があるのではないかとということをいま考えています。

このような調査を行った後、これをまとめて「へき地・離島の保健医療サービスを担う医師の研鑽等のためのへき地・離島医療マニュアル」、これは先ほど厚労省のほうからご説明があった資料4の第1頁の下の③「へき地・離島医療マニュアル」というのが報告書の概要にあります。それは概要に出てくるマニュアルそのものなのですが、そういうものを作成しています。その後、へき地・離島保健医療の策定に関する事例集を作り、へき地・保健医療の対策に資するものを作っています。またその後、へき地・離島のミニマムリクワイアメントということで、へき地・離島の保健医療のあるべき姿というものを発行しました。それらすべてがこのCD-ROMに入っておりますので、後で参考にさせていただければと考えております。

我々は平成16年にやった調査の21年度版をすでに行っており、全国の市町村の診療所にも配付していただいて、市町村からの回答をいただいたところです。最終的なアンケート結果は、この検討会の最中にご報告できると思いますが、検討会が前回と比べて半年以上早く始まっているものですから、まだ準備ができていませんでしたので、新しい報告を後ほどさせていただきたいと思います。そのほかに、へき地拠点病院にも同じアンケートをやっておりますので、これも後でご報告させていただきます。

医師全体の総合診療、及びへき地勤務に対する考え方に関する調査も現在進行中です。卒前教育、初期臨床研修、後期研修、実際のへき地勤務の経験等によって、へき地勤務に対する考え方によってどういう違いがあるかということ年全国の2大学、へき地拠点病院2つ等、アンケート調査をかなり大々的に行っています。詳しい内容について一つひとつ説明する時間がないので、かなり端折りしましたが、報告書とCD-ROMを見ていただきたいと思います。

○梶井座長：4県の取組みと厚生科研の研究事業について今ご説明願いましたが、何か質問はございますか。

○内田委員：いまのご報告の中でちょっと感じたのは、診療科ごとの偏在ということです。診療所の医療体制については、総合的な診療能力を持った医師を養成することで対応されているのだと思いますが、へき地の拠点病院における診療科の偏在あるいは不足。例えば救急医療、それから小児科とか周産期産婦人科等、比較的専門的な医療が求められるところに対する診療科の偏在といったようなこと

については、それぞれの地域でどういう対応をされているか、あるいは、どのように困っていらっしゃるのかという現状をお聞きしたいのですが。

○梶井座長：先ほどご報告いただきました委員の方々、どうでしょうか。

○奥野委員：小児科、産婦人科に関しましては、地元大学に全く頼っております。それから、地域の小さな病院においては、救急専門医というよりも、一般の内科医、外科医がジェネラルに、24時間365日救急対応しているというのが現状です。専門家は大学に頼っております。

○内田委員：大学派遣ですか。

○奥野委員：派遣です。

○木村委員：専門診療科に関しては、島根県の場合、地図を見ていただくと郡部のほう、山のほうからだんだんと減って行って、自然に集約化されていっているというのが実情です。

中国地方には5県あって、5つの国立大学医学部プラス川崎医大があるわけですが、島根大学はいちばん後から出来た大学です。「1県1医大」ではあっても、実際に、かつての医局の派遣というのは、鳥取大学にも、山口大学にも力を借りています。他県の大学の講座等にも、実情をお話したりしながら、今調整を図ろうとしているところです。島根大学自体とも、そのところの関係はかつてよりよくなっていますが、十分でない部分もあるというのが実情です。

○澤田委員：本県の場合も、先ほどご紹介したへき地の医療機関に関しては、こういう協議会等の取組みで、いま何とか医師を確保できている状況にあります。高知市内は医師や医療機関が一極集中しておりまして、ある意味過剰であると言っても過言ではありません。

いま問題になっているのは、へき地と、県庁所在地である高知市との間にある中核的な病院における医師の確保です。それらの病院は今までどうしてきたかと言うと、ほとんどは大学からの医師派遣によって医師が確保できていたわけです。これが、平成16年の新医師臨床研修制度も少なからず影響していると思うのですが、地方の大学では、特に研修医が非常に少なくなっているのです。2年間医局に新人医師が入ってこないということで、各医局は医師が不足するため、地方に派遣していた第一線級の医師の多くを大学に引き上げる。そんな悪循環で、地方では特に専門医は非常に不足しているという状況に陥っています。

○前田委員：長崎のほうも一緒に、長崎大学から派遣している場合が多くあります。

離島という特殊事情から、本土よりも離島は残すという紳士協定、と言ったら大げさですが、そういった方針を持っておられる教授もおられます。

もう1つ、長崎県の場合、対馬や壱岐は、長崎よりもむしろ福岡県や佐賀県の文化圏、生活圏に入りますので、福岡大学や佐賀大学などから専門医が派遣されて来ているという状況もあります。

また、県の養成医が専門医教育を受けて専門医になって赴任しているケースも多く、だいたいこの3点で対応されています。

○梶井座長：まだご質問はあろうかと思いますが、時間も限られておりますので、この辺にさせていただきますと思います。

今日は事務局から、第10次へき地保健医療計画に関する都道府県の取組状況をご説明いただき、その後に4県の取組みをご説明いただきました。それから、鈴川委員から研究事業の報告もいただきました。これですべてが分かったわけではないと思いますが、こうして一堂に会して、まだ第1回目ですので、全体像を少し共有しようではないかということでスタートしたわけです。まだまだ全体像の共有は難しいかもしれませんが、10次の様子を皆様に思い描いていただきながら、11次計画に向かって、この検討会としてどういう方向に持っていけばいいのか、そういう1つのビジョンを持ってこれから進めていきたいと思えます。今日も時間が少なくなりましたが、今後のビジョンはどのような方向づけをしていけばいいのかということで自由討論をさせていただきますと思います。活発なご討論をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○前野委員：いまの4県からのお話で、自前で医師を育てるとするのは着実であると思えます。その具体策として、地元の大学に対して地元枠を作るというのは有効な手段だと思うのですが、片方で大学本体に何うと、必ずしも積極的ではない。むしろ、それに対して消極的な大学は少なからずあるわけです。4県を含めまして地元枠、地域枠というのはどういう形で効果を上げているのか、上げていないのか、その辺の評価をした上でそれをさらに推進するのか、効果を上げるためにどういう改善が考えられるのか。方向性として示すことが必要ではないかと思えます。

○梶井座長：ただいまのご意見について、ほかの委員の方はいかがでしょうか。

○澤田委員：おっしゃるとおりだと思います。現在、奨学金制度とか地域枠ということで、各都道府県でどんどんお金を出して医学生を育てている状況にあると思えます。この制度がはじまって、まだ2、3年ですから、これから卒業までまだ時間も残されています。例えば県などが地域枠の学生に対して何のアプローチもしないで、そのまま放置していると、ストレートで入学した学生と同じように育っ

ていく、いわゆるメジャーな流れにのっかっていくのではないかと思います。どういう形であれ、学生実習とか面談機会を増やすなど、いろいろな形でフェイス・トゥー・フェイスの接触機会を作って、とにかく関わりを持つということが非常に大切だと思います。大学では特定診療科、いわゆる産婦人科、小児科、救急、脳外科等を目指す医師の育成部分を担い、へき地医療支援機構は、いわゆるへき地医療に特化した医師の育成に関与するという形が一つのやり方です。このように両者がうまく手を組んで地域枠学生に対してアプローチをし、ストレートで入った学生と全く同じ教育をするのではなく、少し特別なカリキュラムとか課題を与えて関わりを持ちつつ、プラスアルファの教育を提供していくことが大事なのではないかと思います。

○村瀬委員：お話を聞かせていただいて、キャリアパスというか、キャリアデザインというか、地域医療講座の先生方もそうですし、自治医大の先生方もそうですし、新たにへき地医療をやってみようと思って入ってきた先生方はみんなそうだと思うのですが、それぞれの先生方が、自分自身が将来どこでどういう形で仕事をしていくかということについては、かなり不安が強いのではないかと思います。大学の医局講座制にはいろいろご意見もごさいますが、医局講座制の中で動いていると、将来どうなるか、ある程度見える部分があります。しかし、へき地へ新たに飛び込んだ場合、例えば気が変わったら、果たして途中で辞めることができるのかなど、わからないことが多いように思います。大学の入試で面接をさせていただくと、へき地で働いてみたいという方はすごく多いのです。ただ、へき地で働いてみたいというのと、一生へき地医療に身を捧げますということとの間には、かなりギャップがあるのかなと思うわけです。

今日お話を聞かせていただいて、いま現在それぞれの地域で人を育ててみえる中の先生方というのは、どちらかという、県立病院の職員として派遣されている、地域医療の中にどっぷり浸かっているという、非常に志の高い方だけを対象にする形になっているがゆえに、2年とか4年ぐらいだったらへき地で働いてもいいなという方をうまく取り込めていないのではないかと思います。そういう点はいかがなんでしょうか。

○奥野委員：私が先ほど少し話をさせていただいたのですが、長く勤めるというのはよろしいのですが、若いときのある一時期、例えば3カ月でも1年でもへき地という場所で勤めていただくということは、とても意味があることだと私は思っております。基本的に、長く勤める人を探し出すというのは非常に難しい話です。しかし、短い間勤務していただくというのはとても良いことです。ただ、キャリアパスです。その後どうなるのだと。あるいは、昔ですと医局制度がありました。今は基本的に全部自分で将来の道を決めていかなければいけないということで、非常に不安な方が多いのです。

この前びっくりしたのですが、私は公務員として、医師としてずっと働きたい。どういう科をやりたいとか、どういう病院に行きたいというより、むしろ、そういう考え方でアプローチしてきた方もいるぐらいです。ですから、へき地というものの前に、こういうコースに来たらいろいろなコースがあって、途中で辞めても、こうなれる。辞めてもいいのだけれど、ここだけは勤めたらどうかと、そういうプログラムが必要である。あるいは提示することが、先を選んでいただくためには大事なことはないかと思えます。

○梶井座長：教育のこと、それからキャリアパスのことが出ましたが、そのほかにはどうでしょうか。

○内藤委員：これまで10次にわたるへき地保健医療対策では、もちろん自治医大の存在も大きかったと思うのです。それぞれのへき地診療所等への医師確保という面では効果があったと評価はしております。しかし最近になって、特に新しい医師臨床研修制度が出来てからいちばん問題になっている部分というのは、へき地の診療所を支える地域の中核的な医療機関等で医師の引き上げ問題が起こり、運営が困難になっていることです。一方、そういった病院というのは大部分が自治体病院です。地域医療を支える自治体病院については経営的な基盤の脆弱性というのが問題になっております。現在、公立病院改革プランという形で、経営状況を一定の収支バランスのとれた形にしなければ、というような側面もございます。また一方では、診療報酬上の問題もございます。へき地の診療所を支えるための中核病院をきちっと支えていかないと、点として診療所等への医師を確保できたとしても、地域全体の医療としては支えることができない。点だけではなくて、それぞれの医療圏全体を面で支えるような仕組みを作っていないと、地域医療が成り立たなくなるのではないかと私は考えております。

○梶井座長：大変貴重なご意見を、ありがとうございました。そのほかにはございませんか。

○角町委員：ちょっと視点を変えて歯科の立場で状況をお話して、お考えいただければと思います。私どもは現場で、在宅や施設での訪問診療を行っています。そこはまさに無歯科医地区です。そういう状態はおそらく、離島・へき地と言わずとも、いろいろな場面にあるわけですが、それを離島・へき地という領域に特定した場合に、まさにそこにはもっと深刻な問題が蓄積されていて、それを当たり前のように受け止めてしまっている住民の方々がいるのではないかと思うわけです。現在離島・へき地の問題を全国各地でいろいろな形で調査あるいはモデル事業の実践をされていると思いますが、歯科的な問題について考慮された地区はあるのでしょうか。また、今後そういうことまで含めて、医療のトータルの形と

して、口の問題に関するレベルまでの医療を地域の中でうまく提供してあげると  
というような連携、地域のさまざまな小さな歯科の医療機関を含めてネットを構築  
していくような、そういう仕組みも合わせてお考えいただくと、最終的には地域  
の中で、本当の意味の安心・安全を確保できるのではないかと思います。

○渡邊委員代理：実態を十分理解していないので変なことを言うかもしれませんが、  
医師の確保ということ、自前で育てるとということと、リクルートということが  
あると思います。リクルートにつきましては、全国的な取組みというものも出てい  
るようには思いますが、現実の実態を見てみますと、先ほどのお話のように、各  
県ごとにやっておられるような所が多いのではないかという気がするのです。本  
当に少ない所では、離島の横道を飛び回って探してくるというような実態もある  
わけです。そういうことをしていますと、結局はこのアンケート調査にあります  
ように、一度離島に行ったら、なかなか戻れないのではないか、次の人が来るま  
で何とか頑張りたいけれど、というようなことになってしまうのではないかと思  
いますが、もう少し全国的な取組みを。とりあえず斡旋センターを設けるとい  
う程度ではなくて、もうひとつ踏み込んだ取組みが今度は必要ではないかと感  
じました。

○内田委員：1つは意見、1つは提案です。まず意見です。先ほど内藤委員から大変  
貴重なご意見をいただいたと思っています。この10年間の医療費の削減、それ  
から新医師臨床研修制度とか、さまざまな外的要件も加わって地域医療がズタ  
ズタになってしまった。それで、そここのところの立て直しとして4次とか5次  
の医療計画、特に5次の医療計画ではへき地も含まれていますし、救急も入って  
いますが、そここのところをどう地域で支えていくのかということの計画を立て  
るようになっていました。しかし、現実には金もない、人もいないということで  
計画の立てようがない。あるいは、ほぼ破綻しかかっている所がかなり増えて  
います。

それで、今回補正予算で通りました地域医療再生計画、これが非常に大きなイ  
ンパクトを与えていると思っています。これは地域特性も生かしながら、100%の補  
助ですので非常に使い勝手がいいのです。残念ながら、全医療圏にこれが行き  
わたるわけではないのですが、当面非常に必要となっている、あるいは行き詰ま  
っている医療に対してそこを賄うという形での手当ができるのではないかと、  
期待はしております。ただ、診療報酬で十分手当して健全な運営ができるとい  
うことが本来のあり方ではないかと考えています。

次は提案です。今回お話を伺いまして、地域の貴重な情報がたくさんこの場  
に出てきております。最初に申し上げた資料2の最後の表で、あまり取組みが進  
んでいない、あるいは医師がいないという都道府県もあって、地域による温度差  
がかなり強いということも実感しております。ですから、この貴重な情報が集ま  
っていることについて情報提供をしていただく。こういう取組みをしたら本当に進

むのだとか、そういうことがこの検討会の中から発信していければ本当に素晴らしいと思っています。よろしく願いいたします。

○中村委員：へき地医療支援機構は、都道府県によって、非常にうまく運営されているところから、そうでないところまであります。それらを調査して、タイプ別に分類した方がいいと思います。協議会を定期的を開いて、代診医も十分に派遣し、教育からスカウティングまでやっているすごい県から、某病院の医師一人分の人件費に消えてほとんど機能していない県まで、いろいろあるはずで、それらは、どうしてそのような状態であるのか、きちっと分析する必要があると思います。

○澤田委員：へき地を支える病院への支援、これは非常に大事な部分だと私も思います。それはまさにへき地診療所に対して代診医を派遣するへき地医療拠点病院のことを指すわけですが、そこが今、財政的な基盤も脆弱となり、医師も非常に不足する状況に陥っています。それで医師を派遣せよと言っても、なかなか難しい話なのです。でも、そこに何とか国からの補助金等の支援をいただいて、そういった厳しい中でも医師を派遣すれば、休業補償に相当するような費用を、できればいま以上に手厚く支援していただきたい。それを制度的にやっていただくと、支援機構として拠点病院に対して医師の派遣をお願いするに当たっても、非常に依頼がしやすいわけです。現状では、多くの拠点病院は、自治体病院としての使命を果たすべく必死で医師を絞り出しているといった、過酷な状況にある拠点病院が非常に多いわけです。そんな状況でも頑張って医師を派遣し、代診医を出している拠点病院には、手厚い財政的支援を何とか制度的にお願いしたい。

全国でも差はあると思うのですが、実績に応じてそういう資金的な援助を国としても是非考えていただきたいと思います。

○梶井座長：休業補償のことを考えてほしいということですね。そのほかには、いかがですか。

○奥野委員：これはデータとして欲しい部分なのですが、へき地医療といいますと、皆さんはどうしても、へき地の診療所のイメージがあると思うのですが、実は、へき地の診療所というのは意外と充足されていまして、例えば私の県ですと、へき地診療所の空きはないのです。今へき地で非常に医師不足と言われているのは、中小病院です。へき地医療の議論をするときに、イメージ的にはへき地診療所がポンと出てくるのですが、是非そこを数字として、へき地診療所はどれぐらい充足していて、へき地の病院はどれぐらいであるというふうにしていただく。診療所というのは意外と優先的に配置していただけるのかもしれないけれども、希望される方がいらっしゃる。病院医療で疲弊された方が結構応募されたりする。

特に西日本などでは埋まっているのではないかと思いますので、これからへき地医療のことを議論する上で、診療所とか病院とかというのを少し頭の中で分けられたほうがいいので、できればそういう資料があればと思います。

○鈴木委員：皆さんのご意見は非常にごもったも意見だと思って聞いていました。私たちの研究班でやっていて今まで出ていないので言うと、例えば「都道府県がへき地医療に対して何が必要ですか」という設問をした回答と、それを下ろした市町村で「何がへき地医療で必要ですか」という設問の回答には結構温度差があるというのがこのアンケート調査で出ています。そういうことをドクターに聞けば、また別な温度差があると思うのですが、その辺をうまくまとめていくものとして、へき地の協議会なのか。私は、支援機構がきちんと機能するかどうかというのがその温度差の解消にもつながるのではないかという気もしますし、そういう視点で1つ話があってもいいのかなと思いました。

○前田委員：大変勉強になると思いつながりながら聞いております。総務省のガイドラインなどが出されて、各県で地域レベルでの医療体制の見直しがどんどんなされております。へき地の中小病院で医師を積極的に確保するというのと、こうした見直しと逆行する可能性もあります。ので、こうしたガイドラインなどとの整合性も考えていくべきではないかと思つます。

もう1つは、教育の件で先ほどお話がありました、地域枠で入学させまして特別プログラムを課すという方向性も必要だと思つますが、地域医療はそういう地域枠入学者に任せておけばいいという論調になることを私は非常に危惧します。ですから方向性としては、今まで大学が充分に取り組んでこなかった地域医療教育の全体的な底上げをしていくことを考えていくべきではないかと思つます。

○梶井座長：ありがとうございました。まだご意見はあろうかと思つますが、時間が多少オーバーしております。

ここで皆様のご意見を私なりにまとめてみたいと思つます。いま前田委員、それから前野委員からも出ましたが、医師の育成をどうするのだということ。実は、医学部、医科大学は80ございますが、その80の医科大学、医学部の教育の中で地域医療が必修、必須となったのです。モデル・コア・カリキュラムというカリキュラム、全大学はそれに従う、その中にこれが入りました。そういう意味では地域枠の学生だけではなくて、全学生にそういうことを経験させる、そういうチャンスがこれからどんどん出てくると思つます。実際に臨床研修ではそういうチャンスもございます。

いずれにしても、医師の育成ということで地域枠の学生たちがどういう進路を歩むかというのは、これからまだ少し時間がかかろうかと思つますが、どう



育てるかという部分では、各大学の地域枠の現状とか、教育の現状とか、それを是非データとして私たちにを見せていただいて、そこを議論してもよいのかなと思いました。

次に、へき地医療支援機構の強化についてです。これは木村委員、澤田委員、それから鈴川委員から出ましたけれども、実際に9次、10次とへき地医療支援機構について盛り込まれていたわけですが、この間に都道府県による格差がかなり出てきているのではないかなというようにもございました。

もう1つ。今日の澤田委員、それから木村委員のように、へき地医療支援機構の専任担当医師のあり方といいたいまいしょうか、どういう役割、機能を持たせるのかという意味で、これも是非、今後議論していく必要があるのではないかなと思いました。休業補償の件も出ました。このようなことを議論しながら、今後のへき地医療支援機構の強化について、是非、今後議論していきたいと思います。

次にキャリアパスの問題です。これは村瀬委員から出ましたが、安心して勤務し、生活できるシステムの構築をしていくことによって、医師だけではなくて、医療関係者がへき地に勤務する、あるいは勤務したいという環境を作るという意味では非常に大事であろうと思います。これについても、今後議論をしていきたいと思います。

それから、継続性という問題があります。従来は、そこでずっと医療をやっていくのだということが言われていたのですが、逆に、短期間でもいいからそこに関わっていただく。大事なことは、うまくパスしていく、バトンタッチをしていく。そこに新たな継続性、1人ではない、集団による継続性というのが生まれてこようかと思います。この辺りについても、今後の1つの議論の課題かなと思います。

内藤委員からは、へき地の医療機関はへき地の診療所だけではなくて、そこを支える病院の問題もあるというお話がありました。確かに今、へき地の診療所には、医師がむしろ集まり始めております。しかし、そこを支える病院の医師が減っている。ですから、これは地域の面としてどういうふうに今後充足していくか。診療所だけではなくて、病院も合わせて考えなければならないのではないかな。これはやはり11次に向けて議論すべき大きな内容かなと思いました。

角町委員からは、歯科診療のネットワークということも出まして、これもやはり重要な問題だろうと思いますので、今後協議していきたいと思います。

それから、医師のリクルート、あるいは医師の支援体制、これはもう市町村だけではなくなかなか困難でありますし、都道府県単位でも難しい部分があるだろうということで、これをネットワーク、全国的な取組みとしてどのように位置づけていくかというようなお話もありました。

というようなことで、私自身が皆様のお話を伺いながら、今後へ向けた議論のテーマとして、こういうことがあろうかなと思いました。もちろん、これから議論していく中で新たなテーマが出てくるかもしれません。それはしっかりと、皆

様方とともに、より実りある計画が打ち出せるように議論を深めていきたいと思  
います。

これは事務局へのお願いです。先ほどいろいろご意見がありました中に、澁谷  
委員から、都道府県の医療計画について、是非拝見したいということがございま  
したので、ご準備をよろしくお願いいたします。それから、へき地医療支援機構  
の評価ということが中村委員から出ました。これは 39 の機構があらうかと思  
いますが、そこに今後どのようにアプローチしていくかということは、少しご検討  
願いたいと思います。まだ時間はありますので、是非、この検討会のいずれかの  
段階でその結果を皆様に見ていただければと思います。

内田委員からは、全国の事例集的なものを作ってはどうかということが出まし  
た。この検討会の委員の先生方にもそういうことを次回にでもご説明いただい  
たり、ご紹介いただいたりしながら、先生方のところだけではなくて、いろいろな  
ネットワークをお持ちでしょうから、そういう中で、こういう例もある、こうい  
う例もあるというふうに出していただければ、いろいろな成功事例が。あるいは、  
こういうところでうまくいかなかったという失敗事例といいたいまいしょうか、そう  
いうものが出てくる。

○鈴川委員：事例については、CD-ROM に事例集が入っておりますので、数年前の  
ものですが、少し参考にさせていただければと思います。

○梶井座長：ありがとうございます。是非持ち帰ってご覧いただければと思  
います。それ以外にもございましたら皆様、どうぞ積極的に出していただければと思  
います。

奥野委員からは、へき地診療所あるいは、それを支える病院の充足率、そう  
いうデータも示していただけないかということでした。こういうデータを示してほ  
しいということに対して、可能なものに関して是非お示しいただければと思  
います。

もう 1 つは私から皆様へのお願いといいたいまいしょうか、私の勝手な意見な  
のですが、今日も出ていましたように、47 都道府県に同じことをやっていたら  
しても、それは無理だと思うのです。ですから、事例集も示しながら、それぞ  
れの県の特性に合った、へき地医療の確保・充足を目指すような、そういう取  
組みを 11 次では各県に投げかけていただければと思っております。そういう  
ことも見据えながら、これから検討していければと思います。へき地医療  
支援機構があまり機能していないけれども、県としては非常に充足している、  
充実しているという県もございます。それは例えば、その地元の大学が本  
当にへき地医療を一生懸命やってくれている、そういう大学もあります。今  
後そういうことも議論の中に含めながら、皆様のより深い議論を進めて  
いただければと思います。

最後は私の勝手な意見を言ってしまいました。今日は私の進行が十分ではあり

ませんでしたので、10分オーバーしてしまいました。申し訳ございませんでした。それでは次回以降の連絡について、事務局からご説明をお願いいたします。

○医療確保対策専門官：第2回の会合の日程につきましては、8月下旬から9月上旬の辺りを目安として、今後再度調整をさせていただきたいと存じます。また、本日の議事録につきましては、原案が完成し次第、各委員にご確認いただいた後、厚生労働省ホームページにて公開させていただきます。

○梶井座長：本日は長時間にわたり、ご議論ありがとうございました。次回もよろしくをお願いいたします。

(了)

照会先：厚生労働省医政局指導課

救急・周産期医療等対策室

助成係長：田川 幸太

電話：03-5253-1111(2550)