

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たので、どちらかという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た、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しているところです。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。非常に残念だなど思うのです。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す。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ても、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にはないと思えました。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す。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っておりますので、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、いま皆さん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。皆さん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いて、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す。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だら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ったのです。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よっ

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かがかなと思っていますところでは。

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。では青森県はどのような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 年で代わるというのもそれもまた

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になります。

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、今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えます。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、お時間をいただきましたら、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しまして、申し訳ございませんでした。

○奥野委員：論点といいますか、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、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㎡でいいとかするのではなくて、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てもらえるような方法もと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回以降もよろしく願いいたします。

(了)