

令和2年度 第3回

東京都地域医療対策協議会医師部会

会議録

令和2年11月10日

東京都福祉保健局

(午後 6時01分 開会)

○高橋医療人材課長 それでは、お待たせいたしました。時間となりましたので、ただいまから令和2年度第3回東京都地域医療対策協議会医師部会を開会させていただきます。

本日は、皆様お忙しい中、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。

私は、本部会の事務局を務めさせていただきます、福祉保健局医療政策部医療人材課長の高橋でございます。よろしくお願いいたします。

議事に入りますまでの間、進行を務めます。

本日の会議は、いつもながらですけれども、本庁にいる参加者とリモートによる参加者とを交えたウェブ形式の会議となっております。円滑に進められるよう努めてまいります。機器の不具合等により映像が見えない、音声が届かないなどございましたら、その都度お知らせいただければと思います。

こちらもおいつものお願いで恐縮ですが、委員の皆様には3点お願いがございます。

1点目、リモートでご出席の委員を含めまして、ご発言の際には、挙手していただくようお願いいたします。事務局が画面で確認をし、会長へお伝えいたしますので、会長からの指名を受けてご発言ください。

2点目ですが、議事録作成のため、速記が入っております。また、ウェブですと、マスクで声が籠もって聞こえにくいことがございますので、ご発言の際は、必ず所属とお名前をおっしゃってからマイクを適切な位置にお持ちになり、なるべく大きな声ではっきりとご発言いただきますようお願いいたします。

3点目ですが、ご発言の際以外は、マイクをミュートにさせていただきますようよろしくお願いいたします。

初めに、出欠状況でございますが、お手元の出欠状況のとおりでございますが、内藤委員が、今お見えになりましたね。ありがとうございます。

また、会議資料につきましては、ご来庁の委員にはお手元に、ウェブでの参加者にはあらかじめデータでお送りをしております。

次第の配付資料一覧に記載したとおり、今回は資料1から資料5-4まで。また、参考資料は、1と2がございます。

本日の会議でございますが、東京都地域医療対策協議会設置要綱第9の規定によりまして、会議、会議録、資料は公開とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○角田部会長 それでは、部会長の角田でございます。ここから、私が議事進行を務めさせていただきますと思いますので、よろしくお願いいたします。

本日の部会、議事1件、報告事項1件を予定しております。

引き続き、地域医療医師奨学金制度、この見直しが主なテーマでございます。本日の会議でいただいた意見を基にしまして12月2日の水曜日に開催されます、親会にて最終案を提示する予定としております。

議論に際しましては、それぞれのお立場にとられることなく、お気づきの点についていろいろと活発なご意見とか、ご発言をいただければと思います。

それでは、まず、議事「東京都地域医療医師奨学金の見直し案について」です。論点ごとにこれ区切って説明して、その後、意見交換したいと思っております。

資料3から資料4-2まで、これを事務局から説明した後に、委員の皆様と意見交換をさせていただきたいと思っております。

それでは、事務局のほうからご説明お願いいたします。

○高橋医療人材課長 それでは、まず、資料3についてご説明いたします。

見直し検討スケジュールになります。医対協を皮切りに、7月を皮切りに、今1回目から3回目まで医師部会のほうで集中検討しております。また12月2日を医対協、親会のほうを予定しております。そこで、最終案を決定していく予定としてございます。年末から年明けにかけて、大学と調整いたしまして、年度末の医対協でこの案について正式に決定していくということでございます。年度明けまして、来年6月の第2回定例都議会のほうに条例の改正案等を出させていただきまして、令和3年度の末に実施されます令和4年度入試に向けました新入試から制度を開始していくと、見直し案を開始していくという予定としてございます。こちらの予定につきましては、今現在、このような形で進めていく予定としてございます。

次に、資料4-2までご説明させていただきます。

資料4-1になります。奨学金の見直し案についてでございます。これまでの議論を踏まえた最終的な見直し案を提示してございまして、論点といたしましては①対象診療科、②勤務地域要件、③医師キャリアと指定勤務の両立、④貸与方式・金額についてというところでございます。

次、論点ごとに資料閉じてございますので次、資料4-2のほう、対象診療科についてご参照いただければと思います。

前回、本当にいろいろな議論、ご意見をいただいたところでございますが、まず外科と総合診療の追加についてでございます。外科医のほうにつきましては、外科は間近な課題があるかは疑問であるというようなことですか、外科医がサブスペなどを含めて選択肢がかなり広く、性格的にこれを行政がコントロールすることが難しいのではないかというご意見がございました。一方で、救急医に足をかけたような外科医は少ないですか、都内でも外科医の数は少なく、今後は働き方改革と両輪の取組が必要というようなこと。また、外科につきましては、救急診療やへき地医療の中に含まれる部分もあるということで外科系を選択できるようにしてはどうかというようなご意見がございました。

また、総合診療のほうにつきましては、まだ定義ができていないということから、また、総合診療というのは東京の土地柄でどれだけ役に立つのか疑問というようなこと。また、初期段階で総合診療の選択は難しく、ある程度キャリアを積んでからではないか

と。一方で、島しょ医療や救急医療の中で総合的な診療の研修ができるようにしてはどうかというようなご意見をいただいたところです。

そのようなことですので、我々といたしましても正面から診療科として追加するというような方向ではなくて、救急医療分野やへき地医療分野におきまして、要件を見直すことで、側面的に対応していくような形ではどうかというような案を提案しているところでございます。

おめくりいただきまして、2ページ目になります。

まず、救急医療分野における他診療科の従事の許容についての検討になります。

2ページ目のほうが、現行で、3ページ目のほうに見直し案を提示しているところでございます。

現行制度でございしますが、救急医療分野におきましては、2年間初期臨床研修に従事した後、7年のうちの4年6か月以上は都内の救命救急センター等で勤務。また、2年6か月以内は、都内の病院で救急医療に従事というようなことになってございます。具体例のところでもマル・バツございしますが、丸といたしまして、救急科の専門研修プログラムに従事すること。また、救命救急センターで救急科の専門医として従事する。このようなことは認められておりますが、内科などに在籍して内科当直などで救急患者の診療業務に従事することですとか、研さんのために外科などの他診療科で従事することというのは認められていないというような現状でございします。これは、四角囲みのところでもございしますが、すなわち救急医療の従事のみが指定勤務となっております。研修プログラム従事期間中を除き、研さんを積むための他診療科はその9年間の中では認められていないというような状況でございします。また、救急医としてのキャリアにつきまして、各大学から、複数の大学から状況をお伺いいたしました。そのところ、やはり四角囲みのところでもございしますが、救急科の専門医のみで勤務する人もいるが、かなり少数派ということにして、救急科とほかの診療科の専門医も両方取得するダブルボードを推奨しているということで、外科などを中心にほかの診療科でも研さんしている事例が多いということと、また救急科では研修の後に他科というより救急科を途中中断して、その合間に他科の研修を開始するケースが多いというようなことを聞き取ったところでございします。したがって、今後の方向性といたしまして、一定の要件の下、他診療科での従事を認めることはいかがかというところでもございまして、おめくりいただきまして、3ページ目のほうに、その見直し案について記載してございします。

基本は、現行どおり、9年間の指定勤務実施を返還免除要件とする。「ただし」というところで、研さんのためにほかの診療科、外科をはじめとする他診療科での勤務を希望する場合には、2年までは指定勤務としては認めてはどうかというところでもございまして、その際も他診療科従事中も当直による救急医療従事を求めてはどうかということです。ただし、先ほど説明したほかの専門医とのダブルボードにつきましては、までは認めないと。それは、9年間の中では駄目で、9年間の指定勤務終了後としてはどうか

というところがございます。この他科の従事を認めるケースにつきましては、あくまで救急がベースにあることから、初期臨床研修終了後3年以上救急医療に従事した場合に限定してはどうかというところがございます。したがって、下の見直し案をご覧いただきたいんですけども、例えば、例1でしたら、初期研修後救急科の専門研修プログラムを3年経過いたしまして、6年目から7年目にかけて、例えば、外科に従事、また8年目、9年目については救急科へ従事というような形ですとか、合間に外科従事、麻酔科従事というような挟むケースですとか、そういうことを可能にしてはどうかというようなことで、この見直しによりまして幅広い診療能力を備えた「救急医」を養成するコースとしてはどうかというご提案をさせていただきたいと思っております。

続きまして、4ページ目に参ります。

4ページ目、5ページ目につきましては、「へき地医療分野の勤務要件の見直し」についてでございます。

現行は、4ページ目の上のほうに書かれているとおりでございますが、初期臨床研修に従事後、7年のうち4年6月以上は各島や奥多摩、檜原に所在する町村立病院、また診療所で勤務ということになってございます。また、総合診療専門研修プログラムの中には、へき地での研修を1年、または2年求めているものがございまして、そうしたプログラムとへき地医療分野の親和性は高いものと承知してございます。したがって、へき地以外の地域、端的には多摩地域でございますけれども、そちらも医師の偏在対策により資するような勤務地を検討して、加えてはどうかという、見直してはどうかという提案をさせていただいてございます。

見直し案ということで、5ページ目をご参照ください。

勤務地要件を設定する4年6月に関しまして、その内訳といたしまして、へき地があくまで主流ですのでへき地での勤務年数を3年以上としつつも、多摩地域で1年6月以内を科してはどうかというところがございます。そういたしますと、主に総合診療専門研修を選択する地域枠医師の受皿とする一方、へき地と多摩と両方を必須とすることで医師の偏在対策にも役立つのではないかといたしたところがございます。また、我々多摩地域を勤務するというので、都が採用した医師を派遣・調整する「地域医療支援ドクター」という制度がございますが、こちらの制度と合わせて勤務先を調整させていただくことで地域枠医師のキャリア形成と両立を図ってはどうかというふうに考えてございます。

下のほう見ていただきますと、例えば、例1ですと、初期研修後3年目、4年目、5年目で総合診療専門研修プログラムを経まして、6年目は自己の診療科従事、7年目に多摩地域、8年目、9年目にへき地ということで、総合診療専門プログラムの中でのへき地勤務と合わせて、また総合診療専門研修の中で行っている小児とか救急、これまでの診療科につきましても勤務要件として認めていることから、そこら辺を合わせまして勤務要件を満たしているというようなことでの研修が可能というところで提示させてい

ただいているところでございます。こうした取組により、多摩・島しょを主眼に置きました東京版「へき地・総合診療医」なる基となるコースを設定してはどうかというところで提案をさせていただいております。

また、変わりました、6 ページ目のほうになります。

「公衆衛生・法医学分野の扱い」についてでございます。

こちらも前回の議論で、法医学、公衆衛生は今回コロナのこともございまして、本当に大事だと認識が広がり、大きな課題となっておりますが、行政に従事する公衆衛生医が必要ということで、分けて募集すべきではないかというようなことですか、初めから道を定めて募集することは困難ではないか。また、臨床でうまくいかない医師の受皿とすることは反対というようなご意見をいただきました。そこで、見直し案といたしましては、下のほうに見直し案書いてございますが、9年間の指定勤務中7年以上経過した医師が将来的に公衆衛生分野に進みたいという希望を持っている場合に、保健所での勤務を指定勤務扱いとしてはどうかということで、あくまで一定以上の臨床を経験したことを前提にして、このような道を認めるということはいかがという提案をさせていただきます。また、法医学分野についても同様に、監察医務院で勤務することを認めてはどうかというところがございます。ですので、地域枠医師の将来のキャリアの選択肢を広げるという選択肢として、研修勤務を許容してはどうかというような案を提案しているところがございます。

○角田部会長 はい、ありがとうございました。

この事務局から、今、前回の部会での委員の皆様からのご意見を踏まえた上で、この対象診療科に関する見直し案が示されております。この見直し案の内容3点でございます。

1点目は、救急医療分野における他診療科従事の許容についてです。

2点目については、へき地医療分野の勤務要件の見直し。

3点目としては、公衆衛生・法医学分野の扱いということですか。

この救急医療分野における他診療科従事の許容、これにつきましては、他診療科での2年までの勤務を指定勤務として認める一方で、他診療科の専門医とのダブルボードを希望する場合は、9年間の指定医療を終了後にするという、こういった案でございます。

また、へき地医療分野この勤務要件の見直しについては、勤務地域要件を設定する期間のうち、へき地での勤務年数、これを3年以上といたしまして、多摩地域での勤務年数を1年6か月以内と。ただし、市町村公立病院勤務希望者には、都が採用した医師は派遣調整する、この「地域医療支援ドクター」と合わせて勤務先を調整するという案になっております。

また、この公衆衛生・法医学分野につきましては、臨床で一定の貢献をした7年間ということがありましたが、地域枠医師に対して、将来のキャリアの選択肢、これを広げるためという形で研修勤務として限定的に許容するという案になっております。

この項目の順番に、一応、かかわらず幅広くいろいろご意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

では、じゃあ、ちょっとこちらから指名させていただいてもよろしいでしょうかね。そうしたら、この救急医療分野の見直しということで、この大学病院の立場から内田委員にご発言いただけますでしょうか。

○内田委員 原則よろしいかと思うんですけど、質問はダブルボードの件ですけども、普通、このダブルボードに乗らない方も9年では取れないものなので、よろしいかなという理解でよろしいのでしょうか。

○角田部会長 そうです、ダブルボードは9年たたないうちではできないという理解で。

○高橋医療人材課長 そのとおりでございます。

○角田部会長 そのとおりだそうです。よろしいでしょうか。

○内田委員 はい、了解しました。

○角田部会長 はい、ありがとうございます。

ほかに、ご意見、ご質問とかございましたら、ぜひお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

○福島副部会長 質問が。

○角田部会長 じゃあ、今マイク参りますので。

○福島副部会長 すみません、確認なんですけど、ダブルボードというのは、専門医の第一段階目を二つ取るという意味ですか。ダブルボードという意味が分かんないんですけど。

○高橋医療人材課長 救急医と、その他の例えば外科とかの専門医を両方取るということ。

○福島副部会長 それは、そういう意味で専門医機構の一段階目のところを二つ取るということで、2年研修して、次に3年、例えば救急取ったとしたら、その次にまた3年例えば、外科を取るという意味でしょうか。

○高橋医療人材課長 そうですね。それが、この9年の中では難しいということを定めてはどうかと。

○福島副部会長 もともと本来専門医制度ができるときに、ダブルボードというのは否定的な意見だったとなるので、そんなに簡単にダブルボードということができる体制だと認識してなかったんですけど、臨床医じゃないので教えていただきたいと思います。

○川口委員 いいですか。

○角田部会長 どうぞ。じゃあ、ご所属とお名前をお願いします。

○川口委員 公立昭和病院の川口でございます。

ダブルボードの件なんですけども、確かに専門制度始まる時は、僕の認識もダブルボードに否定的というようなお話だったと思います。ただ、内科系で申し上げますと、総合内科専門医って、総合内科診療ですか、総合内科ですか、それを取って、それが内

科の専門医の一つ上にいるんですね。ですから今、内科系の医師になろうとすると初期臨床研修2年終わって内科の専門研修に入って、3年やって内科専門医になるというところ。だから、それで、内科専門医になってその後、内科サブスペを取っていくという形なんで、そのときに内科の専門医と、例えば、消化器だとか、肝臓だとか、循環器だとかの取っていくので、ある意味ではダブルボードに近い感じなんですね。この救急科と外科に関しては、恐らく、従来から救急科の先生は多分、麻酔科のことも一緒にやったりとか、そういった事例がたくさんあるんで、多分ずっと救急専従でいくのは大変だという認識もあって、ダブルボードというふうなことで取られているのが実情で、多分この二つの大学でもかなりの方が持ってらっしゃるといふところだと思ふんです。ただ、これ、今プログラムで動いているので、先生の目的の9年間の中でそれぞれのプログラム行くということは、6年間そのプログラムにいなきゃいけないので、この義務年限との兼ね合いでそれは難しいといふところで、9年の、この東京都のプログラムの方がダブルボードまでは認められませんよといふのは、もう見解といふことだと思ふんです。僕は、それは正しいんじゃないかと思ふます。そこまではさすがに、難しいかと思ふので、年数に設定の限りありますから。ただ、受けるほうの側からすると、若くて無理が効くときにプログラムに行きたいといふ気持ちはあると思ふますけど。ただ、制度としては、やっぱりここに提案されたように一つのプログラムの専門医、救急の専門医は取るのは認めるけども、もう一つのダブルボードで都に行くといふプログラムの3年間の時間を許容することはできない。ただ、2年間お認めになっているので、2年間のプログラムのために一時中断で、9年間が終わったところで、再開といふ形は恐らく取れるのではないかなといふふうには僕ら思ふますけど、そこは機構のほうに確認しなきゃいけませんけども。

○福島副部長 よろしいでしょうか。

○角田部長 ありがとうございます。

はい、お願いします。

○福島副部長 慈恵医大の福島ですけど、救急のことですので、ダブルボードといふ話、今まで救急医をどうやって育ててきたかといふことの延長線上にあつて、専門医制度と違ふといふことで、ちょっとそこは整理したほうがいいと思ふますね。それで、今まで救急医を育てていくときにいろんなタイプの救急医がいたんですよ。例えば、外傷外科ですけど、通常例えば、私どもの大学の救急は外傷外科をやらないんですけど、例えば、日本医大さんとか、そういったところは外傷外科を実際にやっているわけでありませう。そういう意味で救急のトレーニングプログラムで、例えば、日本医大さんみたいなところ行つたとしたら、それは、もしかするとその人は、外傷外科の専門家になつちゃうかもしれません。ですよね。あとは、別のプログラムに行くと、それは外傷外科やらないでしょうね。現実問題として、今、外傷外科といふのは、もう整形外科から完全に切り離れちゃつていて、外傷外科のマニュアルは救急医学会が作っているわけですから、

そういう意味では、その専門医プログラムによって、どういうタイプの総診に近い救急医なのか、外傷外科に近い救急医なのかと、それがプログラムによって変わってくるので、そういう意味では、その救急医の多様性ということは、認めるべきだと思うんですよ。そういう意味での多様性ってことは、ぜひ認めて、そしてちゃんと修練していただくというのは大事だと思います。

以上です。

○角田部会長 福島先生、ありがとうございました。

その辺は、検討、考慮していただきたいと思いますけど。

ほかに。

内藤先生、どうぞ。

○内藤委員 東京都病院協会の内藤です。

私もちょっと大学を離れてしまって随分長いので、教えていただきたいんですけども、例えば、この9年間の間で2年だけ外科に従事した場合には、専門医とか、そういうのはとても取れる状況ではないんですよ。そこで、研修したということであって、場合によっては、その2年の後に9年終わった後に積み重ねで専門医を取るという形になるわけですね。そうすると、もう一回繰り返しになっちゃうかもしれませんが、ダブルボードという、今の説明の形というのは、現実問題としては、将来的にはできるかもしれないけれども、この中では、やっぱり無理なので、基本的には救急をしっかり研修していただいて、その一つの自分の実力アップのために外科の研修とか、麻酔科研修と、そういう形。それで、将来的にそれをつなげていくということでご理解させていただいてよろしいでしょうか。

はい、ありがとうございます。

○角田部会長 そういう理解でよろしいということですね。

はい、ありがとうございます。

ほかに、ご質問、ご意見ございますでしょうか。

では、どうですか。へき地医療分野の基本要件の見直しということで、多摩地区の土井委員、いかがでしょうか。

○土井委員 ごめんなさい、今、先ほど入ったばかりなのでちょっと分からないんですけども、申し訳ありません。

○角田部会長 どうも、失礼いたしました。また、後ほどよろしく願いいたします。

では、ほかいかがでしょうか。

では、公衆衛生・法医学の分野についてのご意見等もあれば、ぜひご意見いただきたいと思いますが。基本的には、この制度、臨床医を育てるという制度になっていますが、どうぞ。

○新井委員 すみません、東京都医師会の新井ですけど、よろしいでしょうか。

○角田部会長 どうぞ、お願いいたします。

○新井委員 今、公衆衛生と法医学部分野の扱いということをおっしゃいましたが、この、この9年間の指定期間中7年というのは具体的には何を示しているのか教えてください。

○角田部会長 どうぞ、事務局から7年間やった後でということですね。ご説明いただきたいと思います。

○高橋医療人材課長 7年間というのは、それまで、そもそもの対象分野であります、例えば周産期であるとか、小児であるとか、救急であるとかの分野を経て、臨床医として研さんを積んでの方が途中で、やはりその道よりも公衆衛生であるとか、法医学の分野に興味を持った場合にそこから7年目以降は転向してもいいですよということですので、それまでは通常のと申しますか、認められたプログラムを進んでいる方ということになります。

○新井委員 つまり、診療分野として認めた対象診療科の中で、公衆衛生とか、法医学以外の今お話になっている救急とか、へき地とか周産期ということ具体的には指していることですね。

○高橋医療人材課長 はい、そうです。

○新井委員 はい、分かりました。

○角田部会長 はい、ありがとうございます。

ほかに、ご意見、ご質問ございますでしょうか。

○川口委員 いいですか。

○角田部会長 どうぞ、川口先生。

○川口委員 公立昭の川口ですけど、2年の設定というのは、これ多分、今さっきダブルボードのところに出てきた救急科でボードを取って、2年間外科に行くの、2年間認めますよというその2年間との兼ね合いで、法医学・公衆衛生に行く場合には、最後の7年目までやれば、最後の8、9年の2年間をそういった領域に充てることは認めますよという、そういう考えですね。そことの整合性を取ってるだけですね。

ありがとうございます。

○角田部会長 はい、ありがとうございます。

ほかに、ご意見、ご質問ございますでしょうか。

よろしければ、先へ進ませさせていただいて、また後ほど振り返っても結構ですので、お願いしたいと思います。

続きまして、検討項目二つ目です。

「勤務地域要件について」を、これ、事務局からご説明お願いいたします。

○高橋医療人材課長 引き続きまして、資料4-3になります。

勤務地域要件についてでございます。こちらにつきましては、昨年度、医師確保計画を定めさせていただきまして、東京は、全体としては医師多数圏であるものの、医師少数区域ということで、全都道府県を並べた場合に下位3分の1に入ってしまう区域が、

南多摩、西多摩、また島しょと、3医療圏あるということから、医師偏在対策として、必要なことをこの地域枠の中でも何らかできるのではないかということで、検討をしてきたところでございます。ただ、結論から先に申し上げますと、今、先ほど申し上げましたへき地医療分野での勤務要件の見直しで、多摩地域を追加することというのはあり得るんですけれども、それ以外の従前の周産期ですとか、小児ですとか、救急の分野に、その地域要件をつけることは難しだろうというような結論で案を書かせていただいているところでございます。

というのが、上のほうに書いてあるんですけれども、きちんと教育のできる施設が必要であるということで、適切な教育機能を備えた勤務先の確保と両立していくことが必要なんですけれども、真ん中の矢印の下に書いているところで、また2ページ目以降に小児医療の例えば指定医療機関であるとか、周産期の指定医療機関であるとか、それぞれ、ページを割いて具体的な医療機関名を出させていただいておりますけれども、実のところ、小児医療ですと、医師少数区域でありますと、例えば8施設、これを考え方を広げて医師多数区域以外の地域とした場合には14、医師不足地域に広げても22、多摩地域としては17施設がございしますが、実は、この地域枠というのは、毎年25人規模で出て、排出されますので、その方々を例えばこれまでの経験則ですと、小児とか、周産期というのは10何人いる年があるということになりますと、その10何人規模で毎年受けていただけたところが、確実にあるかと言うとかなり厳しいと。

また、途中で地域医療圏を変えるというわけにもいきませんので、そうなってきますと、コンスタントに受けていただいて、育成されてというようなことを考えますと、やっぱり厳しいのではないかというところから、残念ですけれども、診療分野ごとの勤務地域要件の義務化というのは見送りまして、一方で、先ほどのへき地での勤務要件の見直しと、あと、これから説明いたします、初期臨床研修先の見直しの中で、勤務地域要件を入れていったらどうかということをご提案させていただきたいというふうに考えております。

おめくりいただきますと、具体的な医療機関が出てございますが、例えば2ページ目には小児医療の指定医療機関というところで記載されてございます。この丸のついたところがそれぞれの区域の該当する医療機関ということになります。ここで、毎年、十数名の方を受けていただくことは厳しいのではないかということでの提案というところでございます。

また、3ページ目は周産期医療の指定医療機関、4ページ目につきましては救急医療の指定医療機関を掲載しております。

おめくりいただきまして、5ページ目が先ほどの再掲になりますので、こちらの説明は省略させていただきます。

早速6ページ目になります。初期臨床研修病院についてでございます。前回、委員の先生から臨床研修病院につきましては、選択肢が多いほうがよいと思うけれども、出

身大学以外のプログラムの場合であっても、出身大学と同等の質を担保する必要があるですとか、基本は出身大学の病院での研修が望ましいというようなことで、ただ、医師多数区域以外の病院での研修を認めてもよいのではないかというような意見があったかと思っております。

また、一方で、東京都の地域枠医師としての自覚を持っていただくことも必要ではないかというようなこともございました。また、東京都としても東京都の医療を担うために選抜されていることを強く自覚してもらって、研修中も東京都と都枠を受け入れた医学部が責任を持つことも必要だろうというところでもございまして、そのような観点から、矢印の下になりますが、従来からの出身大学の附属病院に限るということに加えまして、①②の二つの場合につきましては、マッチング登録を認めてはどうかということで提案させていただいております。

1点目が、出身大学以外の地域枠、お互いの交流を可能とするというようにところでございます。

2点目が、医育機関を除く都内医師少数区域の臨床研修病院を追加してはどうかというところでもございます。

①につきましては、地域枠としての一体的な教育という観点から、また、②につきましては、地域医療を担う研修先でありまして、医師偏在対策に資することになるということから、認めることとしてはどうかというご提案になってございます。

7ページ目のほうに、具体的な地域枠三大学。現行のですけれども、病院名と定員。また、下のほうには、医師少数区域の臨床研修病院の定員も掲載しておりまして、今、事務局案ですと、支障する区域にということですので、下の表の10番の青梅市立総合病院から19番の稲城市立病院まで、かつ医育区間ということで、ひし形のマークを除いたところを対象に入れてはどうかというところでもございます。

いろんな関わり方があるかと思うんですけれども、事務局案といたしましては、その二つを新規に臨床研修病院に追加することとしてはいかがかということをご提案させていただいているところでございます。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。

これは、二つの検討項目ですね。勤務地域要件についてでございます。

この診療分野ごとの勤務地域要件の義務化というのは、なかなかさっき前半の理由で十分な勤務先の確保は難しいことから見送るという。その一方で、医師偏在対策として、へき地医療分野の勤務要件の見直しとして、初期臨床研修先の見直し、三つの大学での見直すということを案になっております。

臨床研修先についての議論は、前回の部会ではあまり意見交換できませんでしたので、今回の部会では、こういったことで議論を深めていただこうと思いますが、ご質問、ご意見、いかがでしょうか。お願いしたいと思っております。

では、大学の立場から福島先生、お願いいたします。

○福島副部長 ぜひ、三大学の交流をしていただいて、あまり人の大学をとというのはあれですけど、杏林さん大変ですよ、附属病院1個しかなくて、10人持っているんです。順天堂さんは、割と附属病院たくさん持っているので、10人、そんなに苦じゃないのかもしれませんが。慈恵は5人だからどうにでもなるんですけど、そういう意味では、一つには杏林さんは大変だなと思います。

そういう意味では、せっかく同じ都卒を持っている仲間としては、一緒にという気持ちは十分あっていいだろうなと思っています。

それとですね、もう一つは、少なくともこの三大学は都卒を持っているので、研修医の研修センターの在り方も少し違うので、在り方というのは気にしていますので、そういう意味では安全だと思うので、ぜひ、この1案を入れていただきたいというふうに思います。

それから、2番目のところの、要するに医師不足での、東京都での臨床研修病院のことに関しては、これは何かマッチングで特別なことをできないわけですよ。マッチングで特別のことはできないので、要は、都卒の学生たちにこういうところがあるから、いいから行ったらどうですかというお願いをすると、お願いというか、そういう宣伝をするというのに止まってしまいますよね。

ここが、そのお願いが止まってしまうかもしれないけど、例えば、ここはいいですよというようなものを学生たちに提供する、それと同時にこの関連のところは公立病院だから、そういう意味では東京都のコントロールが利くし、そこの研修センターはちゃんとコントロールしていただくという条件があったら、ぜひ、それは入れてもいいんじゃないかというふうに思います。

以上です。

○角田部長 ありがとうございます。

ほかにどうでしょうか、ご意見、ご質問があればと思います。よろしいですか。

じゃあ、大学病院の立場から内田先生、コメントいただけますでしょうか。

○内田委員 特に、担当三大学がよく考えていらっしゃると思いますので、大丈夫じゃないかなと思います。

○角田部長 ありがとうございます。

ほかにはどうでしょうか、ご意見。こちらからまたご指名で申し訳ありません。多摩地区の医療機関の立場ということで、土井先生、いかがでしょうか。ご意見があれば、お願いしたいと思います。

○土井委員 多摩の市に関しては、それぞれの診療において、かなりばらつきがあると思いますか、そういうことではあるんですけども、やはり杏林さんなんかも比較的、やはり地域の中核とはいえ、それほどのマンパワーを有さないというところもある診療科もありますので、そういう意味でいろんなところが幾つか候補に挙がっていると思いま

すけども、うちは災害ですけど、小児医療に関しては、私一人しか、今、常勤がないという状況ですので、ほかの診療に関しては、ある程度、そういう指定研修病院として機能できるんじゃないかなというふうに思いますから、やはり、ある程度の施設のパワーは数を増やして対応していくという方向性でいいと思います。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。

同じく、多摩地区の医療機関として、川口先生、何かコメントがあればいただきたいと思います。

○川口委員 公立昭和の川口ですけども、これ、いい案だと思います。ぜひ、これ進めてあげたほうが、世界が広がるので、初期研修医になる人たちにとってはいいな。ただ、マッチングの数は今規制されちゃっているんで、あくまでも、これお願いベースな話ですよ。それを認めるということだけなんですよね。

ただ、やっぱり選択肢が広いのは、彼らにとっても、東京都が一生懸命、彼らのことを考えているのが伝わると思うので、僕はいい案だと思います。

○角田部会長 ありがとうございます。

ほかにご意見、ご質問あればいただきたいと思います。いかがでしょうか。

じゃあ、続きまして、先へ進ませていただきたいと思います。

続きまして、検討項目の三つ目になります。医師キャリアと指定勤務の両立について、これは事務局からご説明、お願いいたします。

○高橋医療人材課長 資料4-4になります。医師キャリアと指定勤務の両立についてでございます。こちらにつきましても、前回、けんけんがくがく、いろいろご意見いただきまして、ありがとうございました。

まず、大学院の進学につきましても、選択肢として残しておくべきではないかということと、研究や留学によって多様な能力を発揮できる人材の育成することが可能になるのではないかということで、ぜひ設けるべきだといったご意見等。

あと、また、逆に反対に、そこまで自由度を広げていかなものかということで、臨床医になってもらうために大学院に行ってもらうことは制度にそぐわないというようなことで、留学のほうも臨床前提ならばよいが、そうでない場合は、制度の趣旨に反するのではないかというようなご意見で否定的なご意見と両方いただいたところではございます。

また、ライフプランとの両立につきましても、9年という義務年数そもそもが、一定期間、長い期間ございますので、女性医師にとってライフイベントなどの点で考慮すると、長い休みを担保するというよりも、早めに職場に復帰するというようなことを支援するほうがよいのではないかというようなご意見ですとか、そのためには、都として、責任を持って、医師が派遣された病院で支援策を実施してほしいというようなご意見がございました。

そこを踏まえて、我々の事務局案といたしましては、大学院進学・留学につきましては、多様なキャリアの一つの選択肢としてはいかがかということと、また、育児・介護等につきましても、履行猶予期間につきましては柔軟な取扱いをできるようにしたらいかがかというような、この2点につきまして、案を出しているところでございます。

おめくりいただきまして、2ページ目のほうに参ります。こちら、各三大学から聞き取った内容になります。

まず、大学院進学についてでございますが、A大学では、大学院進学を推奨しておるということで、診療科の聞き取りに当たっては、大学院は全員に推奨というような言い方もございました。

また、一方で、B大学のほうにつきましては、診療科のニーズの半分ぐらいが進学すると、キャリアとして選択肢が広がると、

また、C大学におかれましては、大学院進学者は少ない。聞き取った診療科にもよるんだと思うんですけども、今の当診療科では行っている人はいないと、行ってほしいと思っているけどもというようなご意見がございました。

また、一方で、海外留学につきましては、大学院に進学し、在学中に留学する人というのはあまり多くないというようなことですか、候補者はいたが、結局行っていない、3か月以内であれば、ビザが要らないので行きやすい。

また、B大学におかれましては、海外留学者数は一定数いると、ただ、大学院進学者であれば、医師10年目前後。

また、C大学におかれましては、海外留学については、医師10年目から20年目が多いと、数としては多くなく3～4年に一人程度というようなことですので、大学のカラーによって様々であるというところが、分かったところでございます。

それを踏まえまして、おめくりいただきまして、3ページ目と4ページ目のほうに見直し案を掲載しておりますが、まず、大学院進学・留学につきましては、指定勤務の要件を充足しない場合の返還猶予事由として認めてはどうかということで、ただ、積極的に推奨していくような認め方というよりは、多様なキャリアのうちの一つの選択肢として置いておくというような形ではいかがかと。

また、指定勤務によります早期の政策効果が現れるということと、医師のキャリアの選択肢のバランスという観点から、二つ案を設けておりまして、案1のほうでは、大学院・留学が可能な返還猶予上限を1年とするもの。

また、次のページですけれども、上限を4年とするものと二つのパターンを用意して、どちらがいいかということをお伺いしたいというふうに考えております。

まず、案1のほうは、早期の政策効果にウエートを置いた案というところでございまして、早めに指定勤務に入って、早めに指定勤務が終わる案というところでございまして、この案なんですけれども、事由を問わない返還猶予を1年まで許容するということで、ただ一方で、育児、介護等に基づく通算3年間上限の履行猶予につきましては、引

き続き従来どおりの扱いで、上で言うております事由を問わない1年の履行猶予とは別個にカウントしてはどうかというところでございます。

これも、私どもも聞き取りをしたところ、大学院というのは、4年間必ずしも指定勤務を猶予されなくても、例えば1年目講義中心で、2年目以降は論文の執筆中心というような形だったりという形だったりということで、要は2年目、3年目、4年目については、指定勤務、月16日以上、勤務時間は正規というような形と両立できると、両立できるところを選択すれば両立できるというようなことがございまして、それを一つの案として提案しているところでございます。

4ページ目のほうを

おめくりいただきまして。一方で、こちらは医師のキャリアの選択の可能性にウエートを置いた案というふうな形で表現させていただいておりますが、返還猶予期間につきましては、大学院在学期間、通常の大学院在学の4年間ということですので、4年間を上限とし、災害、育児、介護などに基づく返済債務の猶予期間を通算して4年間としてはどうかと。

ただ、これ、4年目で、何が何でも4年以上は認めないということだけしなくて、ただし書がございまして、育児、介護等に基づく場合で、4年間で収まらないというような場合でしたら、必要な期間を加算して承認することはできると。

ただ、これ、もともと9年ある中で4年延ばしてしまいますと、ただでさえ13年間ということになりますので、一応、4年間までですよということを念頭に置いていただいた上でこのほうが、かえって学生のためになる、地域卒医師のためになるのではないかという発想で上限をあくまで定めつつ、必要に応じて加算できるというような在り方がよいのではないかとこのところで提案させていただいているところでございます。

また、4ページ目の下のところに、時短勤務について記載しておりますけれども、今までこの件について明文化していなかったんですけれども、1日2時間までの範囲内であれば、指定勤務の要件を充足するものとして扱ってはどうかというところを記載して明確にしていくということを考えているところでございます。

2案ほど、提案させていただいているところでございます。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。

三つ目の検討項目です。医師のキャリアと指定勤務の両立について、これです。

大学院進学・留学、これは返還猶予事由として認めつつ、ライフイベントとの両立を図る案ということでございます。

返還猶予期間の上限を1年とする案と4年とする案と、二つ案が示されております。これらについて、いかがでしょうか。

ちょっと私が質問してもいいですか。

今、聞いている4枚目なんですけど、4年の案ですね、これは4年、上のほうの囲み

の中、丸が三つありますけど、丸二つ目が通算して4年とすると。これは、その下の災害とか疾病とかということが書いてあるんですけど、その文章の何か加算して返還猶予を承認してはどうかという、2と3のすみません、丸の差というか、何かよく分からないところがあって、分かりやすくしてください。

○高橋医療人材課長 説明が不足して申し訳ないですけども、結局は、ただし書があるということであれば、何年でも、例えば育児、介護などを理由として認めることはできるということにはなるんですけども、やはり、先ほどの説明と重複はいたしますが、9年間があって、さらに大学院として4年認めますと、13年間を本人拘束される期間が出るわけですから、そういうもろもろの需要を一切含めて基本は4年までですよと、そういう地域枠の医師の方に対して、そういうメッセージ性を与えて、与えてと申しますか、その中で一応組み立ててもらおう、そうしないと、やはり臨床医師として働いていただく、結局、政策的な部分がどんどん先送りされてしまうということになりますので、その兼ね合いで、一応、4年間というようなことを意識して取り組んでいただくということを行っているのがこの案でして、ただし、その後例えば介護の事情であるとか、当初予定していなかった育児の需要が出てきた場合には、もちろん、認めますけれども、一応、4年間という枠組みの中で考えてくださいというような提案というところでございます。

○角田部会長 分かりました。ありがとうございます。

また、追加でございます。勤務先制度での承認された時短勤務、これについての1日2時間までの範囲内であれば、指定勤務の要件を充足するものとして扱う考え方としてされております。

指定勤務との両立については、これまでの部会でも様々ご意見いただいております。事務局としては、今回の議論を基に案を絞り込んでいきたいということでございます。ご意見等、ご質問あればいただきたいと思っております。いかがでしょうか。

じゃあ、野原委員、お願いいたします。

○野原委員 すみません、質問なんですけれども、現行制度の中で、勤務時間は正規で月16日以上を勤務していれば指定勤務をしているという扱いになっているということでしょうか。

○高橋医療人材課長 そうです。

○野原委員 その16日についても、1日2時間までの範囲内であればという、時短勤務という意味でしょうか。ここに合うぐらいなので、2時間の時短勤務があればという、そこはどうなのかなと思いました。

○事務局 すみません、事務局からお答えします。加藤と申します。

今回、提案させていただいている時短勤務については、日数単位では、あくまでフルタイムでということになりまして、その中で短縮勤務ということを勤務先のほうで承認された場合には、その部分を指定勤務として取り扱うというような提案でございます。

○角田部会長 野原委員、よろしいでしょうか。

○野原委員 ありがとうございます。はい、分かりました。

○角田部会長 ありがとうございます。

ほかにご質問、ご意見ございますでしょうか。

○角田副部会長 よろしいでしょうか。

福島委員、お願いします。

○福島副部会長 慈恵医大の福島ですけど、まず、大学院だとか留学の話とライフイベントは完全に切り離していただきたいと思います。というのは、ダブルで起こってくることは幾らでもあるので、そういう意味では切り離して考えるべきだと思います。

それから、大学の聞き取りで、多くの人を入れるという大学を聞き取っていると思いますが、はっきり申し上げますと私学助成の問題です。大学院生を増やせば、それだけ私学助成が増えるので、要は、そういう意味で大学としては大学院生をたくさん増やせば、その定員分だけ私学助成が億の単位で増えていくので、そういう意味では大学院に来てねというふうになります。

それから、今後、考えていただきたいんですけど、専門医制度があったときに、医学博士の制度というか、もう博士の価値がなくなってきてしまっているもので、昔、今もそうかもしれませんが、病院長になるとか、診療部長になるのに医学博士がなきゃできないという時代がそろそろ終わるんじゃないでしょうかね。

そういう意味で、大学院に行く進学率自体がもう落ちているんですよ。専門医制度がこれで第2段階までできたときに、どうなるかということ、そんなに大学院のことが大事なんではないかというのが1点あります。

それから、もう一つは、税金を使って医学部を出ていただいたので、慈恵医大へ行っても3,000万円かかる、都から出しているわけですから、そうすると、それだけのことというのがどういうことかというのを考えたほうがよくて、つまり、例えば月に8時間労働で16日働いたら、それは働いたということで認めるというんだったらば、じゃあ、それ以外の時間は、社会人は自由じゃないかという考え方だってあるわけですよ。

そういう意味では、これからの大学院と社会人大学って、大学院という話が出てくるので、そういう意味では、東京都のために働いてもらわなきゃいけないし、だけど、自由時間はあるわけですよ。その自由時間を拘束しないというのが人権的に考えなきゃいけないんじゃないかと思うんです。そういう視点も必要だと思いました。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。

何か事務局、コメントありますか。よろしいでしょうか、ご意見ということで受け止めてよろしいですか。

○高橋医療人材課長 ご意見と受け取りたいと思います。

○角田部会長 はい、ありがとうございます。

どうでしょう、このキャリアの両立の観点からは、古川委員、何かコメントがあればいただきたいと思いますが。

○古川委員 日赤看護大学の古川と申します。

いろいろ意見を取りまとめていただきまして、ありがとうございます。

最後のプリントの4ページ目の勤務先で承認された時短勤務についてはという文言ですけど、質問ですが、勤務先ごとに制度は幅があると理解していますが、結構恵まれた制度のところもあるし、そうでないところもあるし、その違いは、ある程度調整されるんでしょうか。

○高橋医療人材課長 むしろ、東京都として、勤務先に手を突っ込んで制度を変えるということとはできないことから、ここで書かせていただいたのは、勤務先で、そういう時短制度があって使えるということであれば、それは東京都としても認めることはできるというような意味合いですので、残念ながら東京都がその制度を変えるところまでは、想定はしておりません。

○古川委員 育児支援制度の中には、時短だけではなくて、夜勤の免除とか、様々あると思いますが、そういうことも含めて考えてよろしいということですか。

○高橋医療人材課長 そうですね。

○古川委員 ありがとうございます。

○角田部会長 ありがとうございます。

ほかに、ご質問、ご意見あればいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

今、福島先生のほうから、大学院への進学の若い人たちの気持ちと伺いますかね、今後を見据えて、進学率が落ちてくるんじゃないかという話ありましたが、あともう一つ、そもそもなんですけど、海外留学を行きたかったという意見は結構あったのでしたっけ、どうなんです、そこを思い出してあれなんですけど。

○高橋医療人材課長 地域枠の学生にアンケートを取っておりまして、すごく多いというのではないですけども、大学院も留学も認めてほしいというご意見はございました。

○角田部会長 ありがとうございます。

大学のアンケートを見ると、大体皆さん、10年とか、ある程度の中堅クラスになってから行って、初めていろいろやった、役に立つというか、自分のためだというのは読み取れたと思いますが。

ほかに何かご意見ございますでしょうか。よろしいですか。

ちょっとまた、先へ進ませていただいて、では、続いて、検討項目の四つ目でございます。貸与方式・金額について、これは事務局からのご説明お願いいたします。

○高橋医療人材課長 資料4-5になります。この最後ですけども、貸与方式・金額についてというところでございます。

貸与方式につきましては、皆さん、ご意見一致ということで、都でいう特別貸与だけ

にすべきというところで、こちらにつきましては、国も新たな地域枠の定義づけの中で、別枠で入学試験時に選抜しているということから、それでいいのではないかということで、特別貸与と申しますか、別枠方式につきましては、離脱者の少なさですとか、入学者の意志の固さ、また多様性を考慮すると、こちらの形式の継続が妥当だということろでございます。

我々、この特別貸与方式とセットということで、都独自の特別貸与方式でございますけれども、修学費全額に加えて、月10万円の生活費を貸与しております。今、ここに記載されている数字、かなり金額が張りますのですけれども、ここに記載のような形、今、現行の三大学ではこのような金額を貸与しているということろでございます。

また、生活費、こちらは、経済支援制度ではないんですけれども、この生活費全額の貸与によって経済的支援の必要な学生も入学可能というところでは、地域枠の学生の多様性の向上にも寄与しているというふうに考えておまして、引き続き、別枠方式で入試選抜を行って、奨学金の貸与額につきましては、就学費全額と、あと生活費を貸与する、都独自の特別貸与方式を継続する形としてはどうかということろを、事務局案としては提案させていただければということろでございます。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。一応、検討事項の最後になりますが、貸与方式・金額についてでございます。別枠方式で入試選抜を行って、奨学金については、修学費全額と生活費月10万の貸与をする。都独自の特別貸与方式を継続するという案です。こちらについて、ご意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

ないですか。ありますか。何か。

○福島副部会長 先生、よろしいですか。

○角田部会長 福島先生、じゃあ、コメントをお願いします。

○福島副部会長 実は、今、多様性という話があったのですが、現実問題として、少なくとも、私ども慈恵医大では、多様性を感じておりません。それこそ、それなりの一次試験の点数を取らなければならないので。

前にもお話したのですが、例えば、本当に医者が必要な地区というのは、多摩地区が必要だったとしたら、多摩地区から取ったらどうですかと、前に言ったことがあるんです。そうしたら、東京都だから、それはできませんというお話を前にいただいたことがあるので、そうなのだろうと思うのですが、ただ、今のやり方をしていると、いわゆる進学校しか来ないので、親が裕福な家でなければ、医学部は受けないので、そこはちょっともう一工夫が必要ですよね。本来だったならば、私立の医学部なんて来れないのにと人に来ていただくというのは、大学としても、学生の多様性という意味では、非常に重要なことなので、だから、そういう意味では、今のままやっていると、有名私立受験校からしか来ない、そういう形にならざるを得ない。そこは、ぜひ再検討が必要であると思っている。値段はこれでいいと思っているのですけれども、

どういう人たちに来てほしいかということの仕組みというのは、もうちょっと考える必要があるんじゃないかと思います。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。

では、川口委員、お願いします。

○川口委員 公立昭和の川口ですけれども、今のご意見、非常に同意です。私自身は、防衛医大の卒業なので、まさしく私立の学部に行くようなお金はないけれども、国立も落ちたんで、しょうがなく行ったという形ですから、こういった制度があるのは、非常にありがたいなと思うのですね。

先生が言われたように、もともと医学部を今の時代で志望するというお子さんたちのバックグラウンドは、やっぱり裕福なご家庭のご子息、ご令嬢が多いので、正直な話、生活費の720万円、本当に要るのかしらと。この修学費だって、本当にそこまできるかかどうかというような受験層ではないかと思うのですね。本当にそういったものが払えないとかという人たちは、まず、この制度はまず利用しないし、多様性を求めるのであれば、それこそ、防衛医大とか、自治医大みたいに、本当に本人だけの責任だけに行くような学校があるのです。でも、そこを選ばないで、ここを選んで来るというのは、やっぱり東京に学校がある。東京の出身の子たちだからだと思うのですよ。やっぱり多様性を求めるのは、これは無理だと思います。選ばれた、かなり裕福な家のご子息、ご令嬢が集まってくるというような制度になってしまうんじゃないでしょうか。ですから、多様性を求めるのであれば、この辺の少なくとも生活費ぐらいはばさっと切ってしまうと、本当に学費しか面倒みませんよというぐらいに削減していくぐらいにしないと、ちょっとどうなのでしょう。やっぱり、これでもしがみついて入ろうというような人が、あるいは本当に親の所得で制限をかけちゃうとか、これ、いけないかもしれませんが、本当にそういった支援がないと、医師になれないんだなというような人たちを拾い上げていくか。これは成績の問題で切ると、まずまずそうはいかないと思うので、非常に難しいと思います。多様性を求めるという意味では、この制度は非常に厳しい制度ではないかなと、僕は感じますけれども。

○角田部会長 ありがとうございます。制度自体のそもそも論といたしますか、基本的なところのお話になりましたが、一応、この制度は、やはり医師少数区域等に医師をしっかりと派遣するという、都内での医師の配置が、まず第一の制度というふうに認識しております。その中で、これは制度設計に関わることなので、継続的にといたしますか、いろいろと議論しなければいけないし、行政的な判断というのが、やっぱりかなり入ってこなければいけない。入ってくるだろう分野ではないかと思いますが、もし、何か田中技監、コメントがあれば、ぜひお願いします。

○田中技監 ご意見いろいろありがとうございます。現状としては、確かに、ある程度の所得のあるご家庭の方が受験されているというのが、現実だとは思いますが、中には、

やっぱり国立なら出せるけど、私立の学費は出せないぐらいのご家庭のご子息、ご令嬢で地域枠に入っている方いますよね、ということで、現状でも、そういう経済的な意味では、私立の医学部は、なかなか難しい方が、この制度で東京都に必要な医療を目指して入ってくださっているところはあると思っておりますので、そこは引き続き、それを目指していきたいと思っております。確かに所得制限をするというのは、多分無理だと、制度的に、そもそも、やはりへき地とか、周産期とか、小児という分野をやっていただく方を確保するためのものなので、経済的な面を救うための制度ではないので、それはやはり難しかろうと思えますし、かといって、学力的に、やっぱり満たない人を入れるわけにはいかないし、というところで、なかなか現実的には、今の仕組みをそんなに大きく変えることは難しいのかなと思っております。

○角田部会長 ありがとうございます。やっぱり、それぞれ、これの制度乗った人たちの分析というか、部分は必要ですよ。ほかに何かご意見あれば、ぜひお願いします。いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○内藤委員 東京都病院協会の内藤です。前回のときにもお話しさせていただきましたし、今の議論のところにも関係することなのですが、やはり収入がどうのという問題ではなくて、東京都としてといいますか、社会として、こういう人材が必要だと。こういう人材を育てなくちゃいけないということの中で、ある意味では投資をしていくわけですので、それを受ける側としましても、裕福だからとか、裕福じゃないからということではなくて、その支援を受けたことによって目的に沿った人材育成の中で、ご自分がしっかりそこに入っていくという意識を持っていただくということが、やっぱり一番大事なところであって、そういう人材をどういうふうに求めていくか。そうしますと、先ほどの議論にもずっとありますけれども、あまり、こう今のこれだけの人権とか、人の自由とかというときに縛るわけにはいかないかもしれませんけれども、それだけの期待を持って投資をされている、育てられる側としてみれば、ある程度、窮屈な部分で、しっかりそれを目指していくということが大切。それを覚悟で入っていただくということがこの制度かなと、根本かなと、改めて今の議論、ちょっと考えさせていただきましたので、意見を述べさせていただきました。ありがとうございます。

○角田部会長 ありがとうございます。

ほかにご意見ございますでしょうか。田邊先生、何か精神科、ご意見全部を俯瞰しても結構ですので、いただければと思います。

○田邊委員 すみません。私は精神科領域なので、あまり意見を述べるところがありませんでしたが、先ほど大学院のところ、少し私の認識と合っているかどうか分からないのですが、週4日で月16日働くと、週4日は指定勤務になりますが、大学院としての仕事が、そうすると、週1日か、2日しかできないのかなと思うのですが、それでも医学部の大学院というのが、成立すると考えていいのでしょうか。分かりました。私も大

学院を出ているのですが、どっぷり臨床の中につかりながらやっていたものですから、少し認識が今一つよく分からなかったので、質問させていただきました。ありがとうございます。

○福島副部長 社会人大学院ですから。その制度がある。

○角田部会長 黒井先生、何かコメント、今までのところでございますでしょうか。

○黒井委員 荏原病院の黒井です。皆さんの意見を聞いて、もっともなところがたくさんあると思うのですね。

コメントではないのですが、修正点の一つあるのではないかと思うのですが、先ほどの区割りのところで、区中央部に区南部が一緒に入っていると思うんですよ、一覧表のところですね。品川区と大田区が区南部です。

○高橋医療人材課長 すみません。線を引く位置がずれておりました。ありがとうございます。

○黒井委員 いろんな意見があって、そういった中で、東京都の医療を支えていく人をどうやって集めていくかというところで、今のキーワードは、多様性という言葉があちこちで出回ってきましたけども、これは、都知事の言われている多様性とも一致しているというところもあって、やはり、ある程度の制限を加えながらも多様性は求めていくという方向性で、この制度が、今議論されているというふうに理解しましたので、非常にいい方向でまとまっているのではないかと感じております。

○角田部会長 ありがとうございます。

ほかに、全体を通してでも結構です。どうでしょうか、ご意見等あればいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○高橋医療人材課長 もしよろしければ、この最後の案の1と案の2で、何か本来的な大学院の4年のほうがいいのではないかというご意見がもしあれば、賜りたいと思いますけれども。

○角田部会長 今の案の1、案の2ですね。そこについてはいかがでしょうか。

はい、お願いします。

○黒井委員 荏原病院の黒井ですが、私自身は、案の2の4年のほうがいいのではないかと思います。こちらのほうが、やはり多様性に一致しているという観点からです。

○角田部会長 じゃあ、野原委員、ご発言お願いいたします。

○野原委員 ありがとうございます。野原です。

今日の資料の中に、参考資料というのがついていたかと思いますが、参考資料2で、キャリア形成プログラム運用指針というのがある、これが大学院等のいろんなオプションを準備する。したほうがいいのだということの基になっている資料かと思っ、読ませていただいたのですけれども、そういうことでよろしいでしょうか。

○高橋医療人材課長 はい、そのとおりです。説明を割愛してしまったのですけれども、すみません。今、参考資料2がございましたら、お目通しいただきたいのですけれども、

おめくりいただきまして、3枚目、下のほうに、(5)対象期間の一時中断等というところがあるかと思うのですけれども、そこでキャリア形成プログラムはというところで、出産、育児等のライフイベントですとか、海外留学等のキャリア形成上の希望に配慮するため、一時中断が可能とされている必要があるということで、今のほうで、そのキャリア形成プログラムの対象期間にどの程度の期間を含めることを認めるか、一時中断として取り扱うか否かについて、都道府県ごとに実情に応じた整理を行いということで、事前に公表するということがございまして、ここに基づいて、今やっているところでございます。

○角田部会長 よろしいでしょうか。

○野原委員 野原です。ありがとうございます。

次のページにも、そのコースを受けている方の意見聴取をして、それが意見を聞いたときには、内容を反映させるように努めるというような記載もあるので、やはり、今の方たちからの留学ですとか、大学院という意見があるのであれば、それをなるべく可能にするような配慮をしたプログラムをつくるべきだというふうに思います。私も4年のほうがいいかなというふうに思っています。ありがとうございます。

○角田部会長 ありがとうございます。

○新井委員 すみません。東京都医師会の新井です。

○角田部会長 お願いいたします。

○新井委員 私もメールで意見させていただいたんですけれども、案の2のほうが多様性、使いやすさという面からよろしいのではないかというふうに考えます。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。

ほかには。じゃあ、福島先生どうぞ。お願いいたします。

○福島副部会長 慈恵医大の福島ですけど、まず、このキャリア形成プログラム運用指針はどちらかという、一番最初に、地域枠も、いわゆる奨学金で縛るだけじゃなくて、奨学金関係なくて地域で受けますという、そういうタイプのものとか、入学後の手挙げも含めているので、それを含めた上で、医政局がつくっているの、その観点がちょっと必要ですよ。つまり、一人3,000万円なら、3,000万円という都のお金を出して、学費も全部払っている人だけを対象にしないということで、そこは、それこそ税金を払っている人たちはどう思うかということに関しては、ちょっと考える必要があると思います。

多様性の中で、大学院の話ですけれども、では、その大学院で何を学ぶかということに全く関係ないのかという話になってしまうので、それは例えば、都卒の学生でも、基礎研究員になりたいと思う人はいるわけで、そうすると、じゃあ全く臨床と関係ない、解剖学の大学院に4年間行きますねということをもそのまま認めるのでしょうか。いや、その後、また頑張っただけということであるというのだったら、それはそれでいいのかも

しれません。ただ、若くて、医師としてのキャリアを今積みなさいいけない。それこそ卒後の5年とかというのは、とても重要な時期ですよ。一つの外科なら外科医、救急医なら救急医になるに当たっては、非常に重要な時期だと。その時期にそれということに関して、どう考えるか、もう一度考えたほうがいいと思います。

それから、学生にアンケートを取って、海外留学したいとか、大学院に行きたい。それは言うでしょうね。だって、そういう人しか見ていないのですもの、大学の中で。大学の先生たちは、みんな留学しているし、みんな大学院行っているの、そういう人しか見ていなくて、じゃあ、実際に医療の世界でどういう働き方をしていますかという人を見ていない人たちのアンケートだという、その視点は、ぜひ重要だと思います。そういう意味で、すみません。反対意見を言うのは自分の仕事だと思うので、言わせていただきました。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。重要な視点からご意見というふうに今、捉えております。

野原先生、じゃあお願いいたします。

○野原委員 野原です。何度もすみません。

この東京都のプログラムに入っている方に関しては、1年生のときから、地域で働くことについての研修をほかの方よりもしているというふうに認識しておりまして、その中では、留学とか、大学院とか、全くそういうことではなくて、地域で活躍されているところの先生方を見ているかと思っておりますので、大学の先生だけを見て、育てていた方たちではないのではないかなというふうに思います。その広い中で、ある一定の学生がそういう興味を持って、やりたいことがある場合に、それが実現可能となるほうがいいなという意味で賛成しております。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。そういう現場の意見といいますか、貴重な意見でございます。

ほかに。

お願いします、川口委員。

○川口委員 公立昭和の川口ですけども、私も2番目の意見の4年間の猶予があるほうがよいと思います。ずっと東京都のために働くのだよというふうに、学生のときから教育を重ねていくしか手がないんじゃないかと思っております。それによって、やっぱりきちんとした対応が期待されるんじゃないかと思うので、ここは信じて投資するしかないかなというところかと思っております。選択肢が広いほうが、やっぱり受験生受けもしますよね。現実、多分、優秀な人たちが来ていると思うのですね、東京都内から、多分、進学校が、先ほどお名前が挙げられたところからいっぱい来られていると思うので、優秀な受験生を確保することのほうが優先してもいいんじゃないかなと思います。やっぱり、それが、

きっと将来、活躍できる、もともと素地の高い人たちを集めるというところで、こういったような形で多様性を認めるという形にしておくのが安全じゃないかなと思います。

○角田部会長 ありがとうございます。今の論点の③の資料4-4ですけども、今、3ページ目、4ページ、つまり、案の1、1年と、案の2、4年という案ですが、ご意見聞くと、おおむね4年のほうでよろしいかなというふうに思いますが、何かこれにつきまして、ご意見ある方いらっしゃいますでしょうか。古賀会長、お願いいたします。

○古賀会長 オブザーバーで出席しております、会長の古賀でございます。

4年にするという意見が多くて、それはいいのですが。例えば、今、専門研修、新制度で始まっていますが、その中でも、海外留学を含めて猶予期間があるということですが、この奨学金で入ってきた人が、1年研修して海外へ行っちゃったという、働き盛りの人が抜けてしまうというようなこともあるので、専門研修プログラム終了後とか、何か大学院に行く、海外留学を許可する始まりのほうをどこかで制限をつけるということは必要ないでしょうか。

○角田部会長 ありがとうございます。まさに重要なご指摘だと思いますけれども、いかがでしょうか。

内藤委員、お願いします。

○内藤委員 私も、先ほどから聞いておまして、やはり、それまで医学部の学生だからといって、頭の中が医師そのものにどっぷりつかっているわけではなくて、初めて臨床に出て、そこで医療というものに出会って、そこから医師としての教育が、教育と申しますか、形成が始まっていきますので、今、振り返って、私ごとで申し訳ありませんけれども、最初の3年間でたたきこまれたなということがありました。そのある意味では、その3年間の糧でずっとここまできていると言ってもいいかもしれませんが、そういう意味では、確かに、今、古賀会長がおっしゃられましたように、ある程度、時間たって、しっかりと教育されている中で、そこで初めて多様性という、そうじゃないと、あっち向いて、こっち向いてみたいな話になってしまうかなということがありましたので、今の期限をある程度決めていくということは、私としては賛成とっております。

4年間で、1年間ではちょっとあまり多分役に立たないので、4年間ということはあってもいいかとは思いますが、いつの時代、いつの時期やるかということに関しては、そのように考えております。

○角田部会長 ありがとうございます。ほかにご意見等ございますでしょうか。

川口委員、お願いします。

○川口委員 公立昭和の川口ですけども、初めの時間の設定をどうするか、とても大事な話だと思います。これ、表を見ていまして、三つの案の中で、結構早いんですね。5年ぐらいで、もう大学院に行かれる。

そうじゃなくて、先ほどずっと出ていますが、ダブルボードのところ、8年目、9

年目、法医学とかに行く人は、最後の8年目、9年目の2年間を認めるよみたいな話になっていたと思うのですね。そうすると、大学院の進学も、同じように8年目から認めますよ。その後の、その間の2年間に関しては、義務年限は減らずにみたいな書き方にすると、結構ラインがそろってきて、ある程度、若くて頑張れるときに、臨床の面で貢献していただいて、ある程度、研さんを積んだところで大学院に進んでもらって、勉強してもらって、さらに研さんを積んで、また東京都に帰っていただくというようなパターンになると、いいのかなど。やはり5年目、6年目で行かせちゃうのは、難しいんじゃないかなという気がします。

○角田部会長 ありがとうございます。

野原先生、お願いします。

○野原委員 野原です。

すみません。この資料によると、5年目までは、専門研修プログラムを受けるということでもいいんですね、大学院進学の場合も。

○高橋医療人材課長 そうですね。すみません。明確にここは書いていないですけども、結果的には、専門研修3年、諸研修と合わせると5年たった後、6年目以降というような形で考えてはいるところです。

○野原委員 ありがとうございます。専門研修プログラムの留学とか、大学院進学って、大学院進学ができるようになる制度もできると思いますけれども、難しいと思うので、いずれにしても、早くても6年目以降なのかなと思っておりました。

○角田部会長 ありがとうございます。

ほかには何かご意見ございますでしょうか。よろしいですか。

(なし)

○角田部会長 じゃあ、取りあえず、短時間の間での、集中的にいろいろご意見をいただきました。誠にありがとうございます。

先ほど申し上げましたように、12月2日、これに地域医療対策協議会の親会が開催予定であります。いろいろと、本日のご意見を踏まえた上で、最終的な調整は、部会長である私と、あと今日、古賀会長ご出席いただいておりますが、古賀会長に一任していただくということによろしいですか。

(異議なし)

○角田部会長 ありがとうございます。ではそのようにさせていただいて、また、もちろん、決まったものは、全委員の先生方に、一応、回すというふうな形をしたいと思いません。

続きまして、じゃあ、報告事項に移らせていただきます。

報告事項「令和3年度開始の専門研修において、シーリングの枠外とする地域枠等医師について」でございます。資料5-1から5-4まで、これは事務局から説明した後に、委員の先生方からご質問を受けたいと思いますので、事務局よろしくお願ひいたし

ます。

○事務局 それでは、資料5-1をご覧ください。報告事項につきましては、事務局の加藤より説明をさせていただきます。

先日、8月26日開催の医師部会において、専門研修プログラムについての国への意見書の提出について、ご議論いただいたかと思えます。資料5-1は、部会でのご意見を踏まえて、最終的に厚生労働省へ提出した意見書でございます。委員の皆様へは、改めて感謝申し上げます。

続いて、資料5-2をご覧ください。その後、専攻医募集シーリングについては、国の医道審議会、医師専門研修部会での議論を経て決定されておりますが、資料5-2は、日本専門医機構からの依頼文書でございます。本文2段目の記載のとおり、令和3年度開始の専門研修のシーリングにおいて、地域枠医師や自治医大卒業医師については、昨年度に引き続き専攻医のシーリングの枠外として取り扱うこととされ、シーリングの枠外とする、地域枠医師及び自治医大卒業医師については、地域医療対策協議会の承認を得て、リストを専門医機構宛て、提出することとされております。

リストの提出期限でございますが、(1)のところをご覧ください。こちら、記載のとおり、令和2年11月16日月曜日までとなっております。(3)のところをご覧ください。こちらは、枠外とできる医師の要件が記載されてございます。①から③という形で記載されておまして、このいずれかに該当する場合は、枠外とすることが可能となっております。

①ご説明いたしますと、都道府県からの奨学資金、修学資金の貸与があり、かつ医師少数区域等での従事要件が課されている方。

②でございます。自治医科大学の卒業生で、医師少数区域等での従事要件が課されている方。

③でございます。新たに示された定義に準じた以下の要件を全て満たす地域枠医師。別枠方式により選抜されていること。卒業直後より当該都道府県内における9年間以上の従事要件が課されていること。大学入学時に都道府県と本人と保護者もしくは法定代理人が従事要件に書面同意していること。都道府県のキャリア形成プログラムが適用されていること。このようになってございます。

東京都の例で申し上げますと、自治医科大学卒業医師のほか、都の奨学金貸与医師については、一般貸与医師が、①の要件に該当しまして、特別貸与医師が③に該当することとなっております。

次に、資料5-3をご覧ください。こちらが専門機構宛て、提出するリストの様式となっております。個人単位で提出することとされておるところです。

最後に、資料5-4をご覧ください。令和3年度開始の専門研修においてシーリングの枠外とする地域枠等医師の範囲についてといったペーパーとなっております。

先ほど申し上げたとおり、自治医科大学卒業医師、地域医療医師、奨学金の被貸与医

師ともにシーリング枠外の要件に該当することから、項目1に記載のとおり、それぞれの医師が、専門研修従事を希望する場合は、資料5-3の様式に記載をして、専門機構宛てに提出して、シーリング枠外としての取扱いを図りたいと考えてございます。

原則は、例えば、育児休業等の取得がないような方であれば、通常であれば、専門研修への従事を希望することとなって、おおむね希望する方しかいらっしゃいませんので、基本的に本人が希望されれば、こちらのリストには載るということになっておると思います。

以上、報告事項の説明でございます。

○角田部会長 ありがとうございます。ただいまの説明です。昨年同様にシーリングの枠外とする地域枠医師及び自治医科大学の卒業医師については、地域医療対策協議会の承認を得て、リストを日本専門医機構に提出するという内容であります。

ただいまの内容につきまして、ご質問等ございましたらいただきたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。11月16日締切りなんですよ。ですから、一応、皆さんの意向は聞いているということですよ、既に。そうすると、承認は、地対協での承認はいつ。後でいいんですか。

○事務局 事務局としては、こちらの考え方、シーリング枠外とする医師の範囲を提出させていただいた上で、地域医療対策協議会の承認という形にさせていただきたいと考えております。

○角田部会長 ということだそうです。何かご質問、ご意見があればいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。あと、資料5-1の要望書というか、意見書、この間、提出させていただいたんですが、こういった形で来年もしようということでございます。よろしいですか。

他の先生方も特にないでしょうか。

(なし)

○角田部会長 では、以上で、そろそろ予定した時間でございますが、本日用意した議事は終了となります。何か追加のご発言、ご意見ございますでしょうか。よろしいですか。

(なし)

○角田部会長 そうしたら、先ほど、ご承認いただきましたので、前半の議事以降につきましては、取りまとめさせていただいた上で、委員の先生方をお願いしたいというふうに思っております。

では、長時間にわたりまして、ご協力、誠にありがとうございます。

それでは、最後に、事務局から事務連絡等を含めて、ご連絡をお願いいたします。

○高橋医療人材課長 いつものお願いで恐縮ですが、2点ございます。1点目ですけれども、本日の資料ですが、来場の委員の方々、机の上に残していただければ、事務局から郵送いたします。

2点目になります。駐車場をご利用の方につきましては、駐車券をお渡ししますので、

事務局までお申し出ください。

最後に、今回も忌憚のないご意見をたくさん頂戴いたしまして、本当にありがとうございました。委員の皆様におかれましては、奨学金事業の見直しにつきまして、短い期間の間に、多大なご協力を賜りまして、心より御礼申し上げます。皆様のご意見を基に、事務局のほうで練りまして、協議会、親会のほうへ提案する案をまとめてまいりたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。ありがとうございました。

○角田部会長 ありがとうございます。では、本日は活発なご意見、ご議論いただきまして、誠にありがとうございます。

以上をもちまして、令和2年度第3回東京都地域医療対策協議会医師部会、これを終了させていただきたいと思います。

本日は誠にありがとうございます。

(午後 7時33分 開会)