

令和2年度 第2回  
東京都地域医療対策協議会  
会議録

令和2年12月2日  
東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○高橋課長 それでは、全員おそろいになりましたので、ただいまより令和2年度第2回東京都地域医療対策協議会を開催させていただきます。

本日はお忙しい中、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。私は本議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。よろしくお願い申し上げます。

本日の会議は、来庁による参加者と遠隔による参加者とを交えたWEB会議形式での開催となります。円滑に進められるよう努めてまいります。不具合等が発生いたしましたら、その都度お知らせいただければと思います。

WEB会議を行うにあたりまして、委員の皆様方に3点お願いがございます。

いつもの願いになりますが、1点目、遠隔でご出席の委員も含めまして、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、議事録作成のため速記の方が入っております。また、WEBでご出席いただく委員の方々に、マスクで声が籠って聞こえにくいことがございますので、ご発言の際は、必ずご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、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、お願いいたします。

それでは、本日の会議より新たにご就任いただきました委員の方を事務局から紹介いたします。

学識経験者として、東京大学大学院医学系研究科、産婦科講座教授、藤井知行委員でございます。

○藤井委員 よろしく申し上げます。

○高橋課長 よろしく申し上げます。

地域住民代表として、東京都保健医療計画推進協議会公募委員、中野尚子委員でございます。中野委員、いらっしゃいますか。

○中野委員 はい。

○高橋課長 どうぞよろしくお願いいたします。

○中野委員 よろしく申し上げます。中野でございます。

○高橋課長 以上、2名の委員に新たにお力沿いを頂きます。よろしくお願い申し上げます。

出欠状況につきましては、お手元の出欠状況のとおりでございます。

会議資料につきましては、ご来庁の委員にはお手元に、WEB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、資料1～6まで、また参考資料は1～4までとなります。

そのほか、委員の出欠状況、来庁と委員と事務局の座席表をご用意しております。

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、会議・会議録・資料は公開とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、古賀会長、よろしくお願いいたします。

○古賀会長 会長の古賀でございます。これから私のほうで議事進行を進めたいと思っております。

第1回が7月に行われまして、今回2回目の協議会ということですが、本日、議事2件予定しております。主に東京都の医師確保に関わる議事となりますけれども、それぞれのお立場からご意見、ご発言をお願いできればと思っておりますので、お願いいたします。

それでは、早速、本日の議事の1番目、東京都地域医療医師奨学金の見直しについてでございます。

7月29日に実施した1回目の協議会におきまして、制度の見直しに向けて医師部会で集中的に検討していくということで承認をいただいております。

まず、医師部会の検討経過につきまして、部会長であられる本協議会の角田副会長からご報告いただきたいと思いますが、よろしくお願いいたします。

○角田副会長 東京都医師会副会長の角田でございます。

医師部会経過をご報告させていただきます。資料3-1が載っています。まずはこれらをご覧くださいながらと思います。

地域医療医師奨学金制度の見直しについては、8月26日に第1回の医師部会を開催いたしました。以降10月と11月と計3回部会で議論を行いまして、見直し案の検討を進めてまいりました。

論点としては、一つは対象診療科、二つ目は勤務地要件、三つ目として、医師キャリアと指定勤務の両立、四つ目として、対応方式、金額と、この四つを設定いたしまして、部会の委員から活発なご議論をいただきました。本日提示する見直し案をまとめております。

議論に当たっては、事務局が実施した奨学金の被貸与者調査、また、都内の大学との意見交換、こういった結果も参考としております。

この間、国の医師需給分科会で地域枠についての新たな動きが示されております。その内容も医師部会での議論に反映しております。

本日の協議会でご議論いただく内容を踏まえまして、最終的な見直し案を決定し、その後、事務局のほうで、都内13大学を対象として調整を行います。そして、年度末の協議会で実施大学を含めて決定を行います。

本件につきましては、協議会で詳細な議論を行うのは今回が初めてでございます。まず、事務局から現行制度の概要と地域枠についての国の動向、これらについてご説明をお願いいたしまして、その後、見直し案の内容につきまして、再度事務局からご説明さ

せていただくこととなります。委員の皆様のご議論もよろしくお願ひしたいと思ひます。

私からは以上でございます。

○古賀会長 ありがとうございます。

8月末からの短い期間で検討を重ねていただきました。見直し案もまとめていただきました。角田副会長、医師部会の委員の皆様には、ご尽力感謝をいたしたいと思ひます。

厚労省のほうで将来の必要医師数の見直しが検討される中で、地域枠制度も取り上げられまして、見直しが必要になったということでございます。

初めに、この現行制度の概要、そして、地域枠についての国の動向を事務局から説明いただきますが、まず議論の前提となる情報を委員の皆様と共有した上で、見直し案についての議論に移りたいと思っております。

それでは、まず現行制度の概要につきまして、事務局のほうから説明をいただきたいと思ひますので、お願ひしたいと思ひます。

資料の3と2になると思ひます。よろしくお願ひします。

○事務局（加藤） 事務局、加藤と申します。

資料3-2をご覧ください。東京都地域医療医師奨学金（概要）というペーパーでございます。

目的の欄をご覧ください。本事業でございますけれども、都内で医師の確保が困難な小児医療、周産期医療、救急医療、へき地医療に、将来医師として従事する意思がある者に奨学金を貸与し、被貸与者が医師免許取得後、小児医療、周産期医療、救急医療、各分野で従事することによって、都における医療提供体制の長期的な安定を図ることを目的としてございます。

4分野で医師としての早期の専門性発揮に重点を置く設計としておりまして、特別貸与奨学金制度については、修学費全額に加えて、生活費として月10万円を貸与する制度としております。

次に、制度概要の欄をご覧ください。特別貸与奨学金の欄でございます。対象大学及び募集人数ですけれども、特別貸与については、医学部の臨時定員の増を伴いまして、順天堂大学さんで10名、杏林大学さんで10名、東京慈恵会医科大学さんで5名、こちらの人数を医学部入学時に別枠で、通常定員と別枠で選考いたしまして、合格者には医師としての勤務地の返還免除要件を定めて、都の奨学金を貸与することとしております。

次に、申込資格でございます。

代表的なものをピックアップしてご説明します。まず一つ目、都内在住又は都内高等学校等卒業者になります。さらに、上から四つ目をご覧ください。同種の貸与金を他から借り受ける予定がない者、こういった要件などを設けております。

貸与金額についてでございます。1年次から6年次までの6年間貸与いたしまして、修学費に関しては、入学金、授業料、施設整備費等一切全額ということで貸与をするこ

ととさせていただきます。

生活費に関しては月額10万円で、大学ごとに貸与額が異なりますけれども、記載のとおりでございます。

6年間貸与した奨学金貸与額は、卒業とともに確定するわけでございますけれども、返還免除要件のところをご覧くださいまして、医師免許取得後、記載のいずれかの領域を選択して、都が定める都内の医療機関に9年間以上勤務した場合、奨学金の返還を免除されることとなります。

勤務先といたしましては、初期臨床研修について、在籍大学の都内の附属病院、通常であれば2年間で終了いたします。さらに、その後は、初期臨床研修後の7年間のうち、4年6か月以上の期間を、小児医療については、小児科休日全夜間診療事業実施医療機関又はこども救命センター、周産期医療については、周産期母子医療センター、周産期連携病院又は多摩新生児連携病院となっております。

救急医療に関しては、救命救急センターのほか、独立した救急部門を持つ病院とさせていただきます。

へき地医療に関しては、伊豆諸島、小笠原諸島、奥多摩町、檜原村に所在する町村立病院又は診療所、これらの医療機関で勤務をいただくこととなります。

それ以外の期間、2年6月以内に関しては、小児、周産期、救急の3分野については、都内の病院で小児医療、周産期医療、救急医療のいずれかに従事いたしますけれども、へき地医療を選択した場合には、都内の病院で自己の診療科として自らが希望する診療科に従事することとなります。

また、制度概要欄の右側、一般貸与奨学金のほうもご覧ください。特別貸与制度と合わせて事業を起こされまして、こちらは医学部の定員増を伴わない制度となります。対象大学及び募集人数ですけれども、一般貸与については、都内に所在する医学部に在籍する5年次の学生に6年生との2年間奨学金を貸与する形式となります。こちらの制度は、既に平成29年度で新規貸与のほうは終了しております。貸与金額については、月額30万円で5年、6年の2年間、計720万円となります。貸与期間が短くなっておりますので、返還免除要件も短くなっております。

一般貸与奨学金では、在籍大学の都内附属病院での初期臨床研修終了後、先ほど申し上げた四つの分野、いずれかの領域で3年間勤務した場合に奨学金の返還が免除となります。

次に、資料3-3をご覧ください。こちらは都の特別貸与の地域枠医師が、医学部入学時点から歩む標準的なキャリアをまとめたペーパーとなります。順天堂さん、杏林さん、慈恵大学さんの各大学への入学後、在学中の6年間が奨学金貸与期間となります。

その間、東京都と大学で連携をしながら研修等を行っておりまして、1年次には3大学の全員を対象とした三宅島でのへき地医療研修、3年次にも3大学全員を対象としたワークショップを行っております。

医師としての勤務が近づく5、6年次には、全員を対象とした指定医療機関の見学会、希望者を対象としたへき地医療体験実習を行いまして、さらに、直前の6年次には指定勤務に関する説明等を行う指定勤務説明会を実施しております。

ページをおめくりください。2枚目は、医師1年目から指定勤務を終了する9年目までの流れをまとめたものとなります。9年間の指定勤務中は奨学金の返還を猶予することとなり、9年間で指定勤務の要件を満了した場合に奨学金返還免除となります。この間は、各従事先の医療機関の職員としての身分を有することになります。

初期臨床研修中は、出身の各大学、都内の附属病院に所属することになりますけれども、その後の7年間は、各分野でおおむね記載の勤務先に自ら勤めて、指定勤務を進めていただくこととなります。

指定勤務中の返還猶予の規定もございます。資料下段の\*が二つございますけれども、そのうち一つ目をご覧ください。災害、疾病、出産等により医師業務に従事することができないと都が認めた場合に限りまして、通算3年間まで奨学金の返還を猶予することができるというふうにされてございます。

例えばなんですけれども、指定勤務中に1年間勤務先で育児休業を取得した場合には、資料下段の勤務例のとおりスケジュールとなりまして、育児休業中が指定勤務にカウントされないという扱いになりますので、医師10年目に指定勤務の要件を充足した場合に返還免除となります。

以上、奨学金制度の概要でございました。

- 古賀会長 ありがとうございます。現行の奨学金制度の概要、そして、奨学金の貸与を受けた地域枠医師のキャリア等についての説明を分かりやすくしていただいたと思います。改めて理解が深められたと思いますが、今の説明で何かご意見、ご質問等おありでしたら、挙手をお願いしたいと思います。

藤井委員、お願いします。

- 藤井委員 周産期医療協議会の会長として、周産期のこのコースについてなんですけれども、周産期の産婦人科の専門医の、今は産婦人科はシーリングがかかっているんですけども、その専門医になるためには、地域、つまり地方で一定期間勤務をすることが義務づけられています。

それで、この東京都の地域枠の方については、現在のところは23区が都会ということで、多摩、島しょについては地方という扱いになっていますので、そこで勤務することで何とかこれをしのいでいるんですけども、専門医機構のほうが都道府県別で都会、地方の区切りをするようになって、よく5都府県というような言い方をすると、東京都全部が都会扱いになります。そうしますと、東京都以外のいわゆる地方と言われる5都府県以外のところで勤務することが、産婦人科及び専門医機構サイドのその専門医取得のための条件とされる可能性があって、そのときに非常にこの方々が困る可能性があるもので、この辺は制度として、まあ、実際はまだどうなるか、そもそも産婦人科のほうの

制度が固まってないんですけれど、その場合には考えていただかないと、実際、そういう方々が困ることになると思いますので、よろしく願いいたします。

- 古賀会長 ありがとうございます。これも見直しうちの一つに入ろうかと思いますが、産婦人科に関わらず、小児科等もそういった傾向が、新専門医制度が出てきたことで改めて問題となっておりますので、今後、また対応していかなくてはいけないということで、ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

それでは引き続いて、地域枠について国のほうがどういうふうに動いてきたのかという、国の動向につきまして、資料1～4の4につきまして事務局のほうから説明を受けたいと思います。お願いいたします。

- 事務局（加藤） 続きまして、事務局、加藤よりご説明いたします。

資料4-1をご覧ください。

令和4年度の医師養成数についてとございますけれども、こちらのペーパーは8月31日に開催された国の第35回医師需給分科会の資料となります。

右下のページ番号が2と記された、医学部臨時定員増に係る方針についてという資料をご覧ください。現在の都の地域医療医師奨学金制度は、平成21年度から医学部臨時定員増と合わせて実施しておりますけれども、国のほうではこちら資料記載のとおり、この定員の見直しに向けた検討を進めてきております。

この資料のうち、下段の新型コロナウイルス感染拡大の影響欄をご覧ください。当初、大学医学部の定員設定に向けた準備期間を十分に取る観点から、2020年、今年でございますけれども、4月までを目途に医師需給推計の結果を踏まえ、2022年、つまり令和4年度の入試、こちら以降の医師養成数の方針を示す予定としてきております。しかし、新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、2020年4月までの間に十分な議論を行うことができなかったというふうにされております。

続いて、ページをおめくりください。ページ番号3の令和4年度以降の医師養成数についてというペーパーをご覧ください。

ページ内、右下の四角の中、令和4年度の医師養成数の方針の欄、こちらをご覧ください。十分に議論ができなかったということで、大学医学部・受験生へ配慮する観点から、令和4年度の臨時定員については、暫定的に令和2・3年度と同様の方法で設定してはどうか。令和5年度以降の臨時定員については、令和3年春までを目途に検討を行うこととしてはどうかとされておりました。令和4年度入試からの見直しの方向性について、1年間暫定的に延長の措置が取られることとなっております。

次に、資料4-2をご覧ください。こちら8月の医師需給分科会の資料となります。地域枠については、従来明確な定義づけがされていなくて、都道府県間でばらつきがあるというふうにされておりました。

資料のスライド番号の3のペーパーをご覧ください。地域枠・地元出身枠についてと

いうペーパーでございます。

こちらは昨年の3月に示された医師需給分科会の第4次取りまとめの内容の抜粋となります。

地域枠について、分科会としての考え方が示されておりまして、特定の地域での診療義務を課した場合には、都道府県内において二次医療圏間の偏在を調整する機能があるということ、特定の診療科での診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もあること、また、臨時定員の増員等と組み合わせた場合には、都道府県間の偏在を是正する機能があるというふうにされております。

一方、地元出身者枠についてでございます。こちらは当該大学の所在地である都道府県内に、長期間にわたり8割程度の定着が見込まれるものの、特定の地域等での診療義務があるものではないため、都道府県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はなく、都道府県間の偏在を是正する機能が認められるとされております。

こうした考え方に合わせて、定義が明確化されておりまして、スライド番号の5番をご覧ください。今後の地域枠・地元出身者枠についてということで、下段の方向性（案）というところをご覧ください。偏在対策として有効な「従事要件を課す枠」を「地域枠」と定義するということ。「地域枠」の定義には当てはまらないが、対象を地元出身者に限定する枠については、「地元出身者枠」として、各都道府県が偏在対策を講じるために、厚労省として一律の条件設定をせず、柔軟な運用ができるようにするということが示されております。

具体的な内容は、次のスライド番号6番の資料をご覧ください。こちらは地域枠の定義でございます。特徴的な点、ピックアップして申し上げます。対象を地元出身者、もしくは、全国から選抜するということ。選抜方法は別枠方式とするということ。地域医療対策協議会で従事要件等の協議を行い、従事要件としては、卒後当該都道府県内で9年間以上従事すること。都道府県のキャリア形式プログラムに参加することなどが示されております。こうした経費は、令和4年度からの適用というふうにされております。

次のページ、ご覧ください。スライド番号の7でございます。地域枠の定義から外れるものとして、地元出身者枠と大学独自枠の二つの定義が示されております。地元出身者枠については、対象を地元出身者から選抜するということ。選抜方法は問わない。地域医療対策協議会で協議の上、従事要件等を課すこととなっておりますけれども、従事要件等に特定の内容の要件はございません。

大学独自枠については、一切要件は問わないというふうにされておりまして、地域枠と地元出身者枠の定義に当てはまらないものといった扱いになります。臨床研修ですとか、専門研修に係る制度では、今回の定義づけを活用することとされておりますけれども、令和3年度までの入学生については、従来どおりの区分でよいというふうにされております。

続いて、資料4-3をご覧ください。令和5年度以降の医師需給および地域枠設置の

考え方についてとございます。

こちらが直近11月18日に開催された国の第36回医師需給分科会の資料となります。飛びますけれども、資料のスライド番号の11をご覧くださいと思います。先ほどもご説明させていただいた8月の需給分科会の議論では、令和5年度以降の臨時定員について検討するとされておりましてけれども、引き続きの内容でございまして、令和5年度以降の考え方がこちらのペーパーで示されております。

まず一つ目でございます。地域におき医師の確保を図るために、地域の実情に応じて地域枠の設置・増員を進めていくと。

二つ目でございます。日本全体としての臨時定員を含む医部総定員は減員していくというふうにされております。

三つ目でございます。都道府県の医療提供体制や大学に対する影響への配慮として、劇変緩和の観点から、段階的に医学部定員数を変更するというふうにされております。

最後、四つ目でございます。令和5年度以降においては、自治体や大学の状況を踏まえながら、恒久定員を含め、各都道府の医学部定員内に必要な数の地域枠を確保し、地域における医師の確保を図ることを可能とするというふうにされております。今後、こうした考え方に沿って、国のほうで検討を具体化していくものと考えられます。

最後、資料4-4をご覧くださいと思います。こちらも引き続き、11月の医師需給分科会の資料となります。今後の地域枠の必要数の算出方法と地域枠設置の考え方が示されております。

資料のスライド番号の2をご覧ください。今後の地域枠の必要数の算出の考え方が示されております。下線部でございますけれども、2036年時点の医師供給推計数が需要推計を下回っている場合について、その差を医師不足分として地域枠の必要数を算出するとされております。

続く、スライド番号3と4の資料は必要数を図式したものとなります。特に、スライド番号3番のところをご覧くださいと、二次医療圏単位で不足する医師の数、こちらの合計が都道府県単位の地域枠の必要数というふうな形で図式化されております。

続いて、スライド番号の5番をご覧ください。地域枠設置の考え方になります。対応案の欄をご覧くださいと、将来的に医師の不足が見込まれない都道府県においても、将来的に医師の不足が見込まれる二次医療圏がある場合は、引き続き恒久定員内に地域枠の設置が可能となっております。また、現時点で医師少数区域がある場合においても、引き続き恒久定員内に地域枠を設置することが可能とされております。

続くスライド番号6の資料についてご覧くださいと思います。こちらのほうは臨時定員設定の考え方となります。対応案の欄をご覧くださいと、恒久定員内で一定程度（5割程度）とされております。一定程度の地域枠を確保しても、地域における必要医師数の確保が不十分である場合、地域枠の設置を要件とする臨時定員の設定が可能とされてございまして、臨時定員の設定が可能なケースが、今後、大分限定的なものとなって

いくと考えられます。

以上、直近の地域枠についての国の動向でございましたけれども、医師部会においては、8月の需給分科会、既に開催済みでございました。資料4-1、4-2の内容はご報告の上、ご議論いただいております。

直近で開催された会議の内容となります、資料4-3、4-4の内容も踏まえまして、この後、見直し案についてのご議論をいただければと思います。

以上でございます。

- 古賀会長　そして、さらに地域枠についての定義が明確化されたということ、その説明だったと思いますが、いろいろご意見もあると思いますが、何か質問なりご意見ある方、挙手をお願いしたいと思います。

医師部会の部会長、角田先生のほうは何かこれについて、国の動向についてございましたら。

はい、どうぞ。

- 角田副会長　特にございません。

- 古賀会長　特にないということですが、藤井委員、どうぞ。

- 藤井委員　この医師確保の計算というのは、いつも医師の需要の計算の基に行われるんですけども、これをやりますと、住民が減ると医師の需要数が減って医師が減ると、そうすると、地域に魅力がなくなって、ますます住民が少なくなって、そこでまた医師が減って、結局、潰れる病院は潰れてくださいという考え方なんです。医療経済的にはそれでいいんでしょうけれども、これは東京都としてどのように考えるかということです。

例えば島しょ部とか、多摩の特定地域の、東京都は少ないかもしれないですけど、人口がさらになくなってしまいうような可能性があるところには、必ずしも次々とどんどん医者まで減らしていくということは、避けたほうがいいのではないかと思いますし、それから、少子高齢化で子供がどんどん減っていくのを防ぐためには、子供は少なくなるから小児科が少なくてもいいとやっていると、ますます子供がいなくなっちゃうので。

ただ、厚労省に言うと、それは私たちの仕事ではなくて内閣府と、縦割り行政なので、そういうことを言われちゃうので、東京都も縦割りだと困るんですけども、その辺の考えも少し入れていただければと思います。極端に減っていくのはやっぱりまずいと思いますので。

- 古賀会長　ありがとうございます。非常に大きな問題でなかなか大変なことですけども、事務局のほうで何かコメントございますか。

- 高橋課長　昨年度、東京都では医師確保計画を策定させていただきましたけれども、国が言うような観点から、東京都は医師多数圏であって、今後、医師を減らすというようなことでは決してなくて、東京都では全国で活躍する多くの医師を排出する役割がある

というようなことですか、また、今後、医師の働き方改革を進めていかなくてはけませんので、十分に東京として必要な医師を確保するという観点から、医師確保計画を策定しているところをごさいます、東京都は住民が多く地方とは違った事情とは言いますが、必要な医療体制を確保していくという観点から、医療従事者を確保していくということで、取り組んでいこうというところをごさいます。

○古賀会長 ありがとうございます。

その医師確保計画との整合性も含めた上での地域枠の見直しということになると思いますが、それではほかにご意見なければ進めたいと思いますが、よろしいでしょうか。

藤井委員、どうぞ。

○藤井委員 医師確保計画に東京都は医師が絶対必要だということを書かないと、もう相手にしてもらえないのではないかと、あんまり控えめに言わないで、とにかく必要だということを書き込むことが大事だと思います。どうぞよろしくお願いたします。

○古賀会長 その辺は大丈夫ですよ。よろしくお願いたします。

それでは、これから見直し案の議論に移りたいと思います。資料の5-1、2では、事務局のほうから説明を受けて意見交換をしたいと思いますので、よろしくお願いたします。

○高橋課長 高橋でございます。

資料5-1と5-2、あわせて使いたいと思いますので、両方見られるような形でご参照をいただければと思います。

まず、資料5-1になります。本制度は平成21年度の事業開始でございまして、現在12年目、フレッシュな大学1年生から、一番先を行っているのは医学部6年を経て卒後6年目の医師まで、合計361名の方が在籍しているという状況でございます。それゆえ、まだ卒後9年たっている11年限を満了した方はいないという状況でございます。また、卒後2年間の臨床研修後、専門が決まった医師3年目以降の方は、そのうち131名でして、選択した専門分野の内訳は記載のとおりとなっております。へき地を除く3分野では、おのおの40名前後と自由に選択いただいているにも関わらず、偶然にもバランスよく排出しているような状況となっております。

本事業を巡る状況でございしますが、先ほどの説明とかぶる部分はございすけれども、現在、国の医師需給分科会では、医師は近い将来充足するという推計の下、医学部定員を減らす方向で医師養成数の方針を検討しておりますが、地域枠につきましては、医師多数圏であっても医師少数区域がある場合は、恒久定員内に設定することが認められる方向で議論されているというところをごさいます。

一方、東京都では、今お話が出ましたが、昨年、医師確保計画を策定し、三つの医師少数区域について医師偏在是正が必要とされ、また、総合診療機能の向上など、都の医療提供体制の確保に向けて充実を図るという観点から、また、厚労省のキャリア形成プログラム運用指針についてという通知も踏まえ、地域枠の医師のキャリアへの配慮とい

った観点からの地域枠の見直しを進めるとしているところでございます。

おめぐりいただきまして、見直し（案）の概要になります。医師の偏在対策という視点から2点の見直しがあります。

1点目は、へき地分野の勤務要件の見直しで、へき地に加えて多摩地域も地域要件に追加し、多摩・島しょに主眼を置いた「へき地・総合診療医」の養成を提案いたします。

もう1点は、初期臨床研修先へ医師少数区域の病院を追加ということで、これまで出身大学に限られていた研修先を拡大し、地域枠としての一体的な教育や医師少数区域での地域枠医師のキャリア確立ということを提案していきたいと考えております。

少し説明を補足いたします。まず1点目につきまして、資料5-2のほう、6ページをお開きください。へき地分野の勤務要件の見直し①というところでございますが、現行制度でございます。

先ほどの説明にもございましたが、へき地分野を選択した場合、免許取得後、9年間の半分以上の4年6か月以上は、伊豆、小笠原諸島、奥多摩町、檜原村に所在する病院等に勤務ということで、勤務することになっております。

また、総合診療専門研修プログラムでは、へき地等での1年以上の研修が望ましいとされておりまして、そうしたプログラムとのへき地医療分野の親和性は高いという状況がございます。

そこで医師の偏在是正に、より資するよう見直しはどうかという提案でして、おめぐりいただきまして、7ページでございますが、見直し案、検討案となっております。勤務地域要件の4年6月以上のうち、へき地での勤務年数を3年以上とし、多摩地域での勤務年数を1年6月以上以内としてはどうかというところでございます。

また、へき地勤務と多摩地域での病院での勤務を必須とすることで、医師の偏在対策に役立つものとしてはどうかというところでございます。

また、三つ目の丸ですが、多摩地域の病院のうち、公立病院での勤務を希望する方には、都の「地域医療支援ドクター」と合わせて勤務先を調整することとし、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ご提案でございます。

下の勤務ローテーション例でございますが、例1を参照いただきますと、医師3年目からの場合、医師3年目からの総合診療専門研修プログラムの中で、プログラムの最初の年、多摩連携という半年間の勤務がございまして、また医師7年目のところで多摩地域の病院に1年行きますと、合計1年半、多摩地域での勤務が可能となる事例をお示ししているところでございます。

続きまして、早足ですけれども、臨床研修病委員の追加について、この5-2の15ページをお開きください。

主な部会意見と見直し案というところで、医師部会の主な委員意見になります。部会では、臨床研修病院につきまして、選択肢が多いほうがよいとか、基本は出身大学としても、医師多数区域以外の研修病院の研修も認めてはいいのではないかと。さらには、

地域枠の大学間の交流であれば、地域枠医師としての自覚を強めていただくことができるのではないかといったご意見がありました。

そのため、下のところの部会検討案でございますけれども、地域枠実施大学の相互乗り入れですとか、医師少数区域での研修病院の追加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、16ページのほうに具体的な病院名が出てございます。上の表が現行の地域枠三大学の病院と定員、また下の表は、医師少数区域等の臨床研修病院と定員が出ております。

下の表を見ていただきまして、医師少数区域の病院でございますが、横を見ていただきますと、10番の青梅市立総合病院から19番ですね、稲城市立病院まで9病院ございますけれども、このうちひし形がついております三つの医育機関、大学病院は対象から除きますので、医師少数区域として六つの病院が追加になるというところでございます。

これらにより地域枠の医師の臨床研修病院の選択肢が広がったということになります。続きまして、資料5-1のほうに戻っていただきたいと思えます。

続いて、ペーパーの右側、総合診療能力の向上のところでございます。こちらも2点の見直しがございます。

1点が、救急医療分野における他診療科での研鑽になります。2年間までは救急医としての研鑽のためのほかの診療科への従事を許容し、幅広い診療能力を備えた医師、救急医を養成するということを提案したいと考えております。

もう1点は、へき地分野の勤務要件の見直しですので、再掲になります。

1点目について説明を補足いたします。また、資料5-2のほうの2ページ目をお開きください。あちこち飛んで行って申し訳ないんですけども、先ほどもお話ししたように、制度開始から十数年がたちというところで、部会ではそもそも対象の診療科を追加するなど、見直してはどうかというところから議論を始めました。しかしながら、何をもって医師が不足するというのか、医師が不足診療科とはどこなのかと判断するのは大変難しいところでございます。

そこで一つの視点として、新たな専門医制度が医師が足りているとする診療科にはシーリングをかけられているということに着目しまして、反対にシーリング対象外であれば充足していないだろうという判断の下、議会は総合診療科について医師確保計画の中での議論されたことも踏まえまして、対象診療科として追加したらどうかということ、また、医師確保計画でも課題とされております、いわゆる法医学分野ですとか、公衆衛生士につきまして、制度の対象としてはどうかと検討してきたところでございます。

おめくりいただきまして、3ページ目のほうに主な部会意見を掲載しております。

まず、外科の追加につきましては、都の医療ニーズとしては近々の課題があるか疑問、外科はサブスペ含め、選択肢はかなり広く、行政が政策的に運用することが難しいと、対象にすることに懐疑的な意見が多かったということで、ただ、その一方で、救急医に

足をかけた外科医や、土日や時間外の緊急手術に対応する外科医が少ないなど、必要性を認める意見もあり、折衷案のような形なんですけれども、既存の診療科の中で指定勤務の幅を広げて、外科系を選択できるようにしてはどうかという意見も出てまいりました。

また、総合診療科の追加についてでございますが、まだ定義ができていないですとか、学生あるいは初期臨床の段階で選択は難しいのではないかと。やはり懐疑的な意見が多かった一方で、既存の診療科の中で総合診療の研修ができるようにしたらどうかという意見も出されたところでございます。

その結果、正面から議会や総合診療科につきまして、対象診療科として取り入れるには至らなかったというところでございますが、従前の対象診療科の中で、それらの要素を取り入れる見直しが必要との見解に至ったというところでございます。

おめくりいただきまして、4ページになります。上のこまの現行制度の（具体例）というところに×印がございまして、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、研鑽のために外科などの他診療科で従事することは現在は認められていないという状況でございます。

これらにつきまして、一定の要件の下を認めてはどうかということで、すみません、さらに5ページ目の上のほうに参りまして、見直し案になります。現行どおり、救急医療分野での9年間の指定勤務実施を維持しつつも、研鑽のために、内科、外科、整形外科、麻酔科、脳神経外科等で勤務を希望する場合、2年までは指定勤務として認めてはどうかというところでございます。ただし、専門医とのダブルボードまでは認めないという、9年間のうちでは認めないとしてはどうかというところでございまして、あくまで救急医療従事がベースであることから、初期臨床研修後3年以上救急医療に従事した場合に、これらを認めてはどうかということでご提案させていただきたいというところでございます。

下の勤務ローテーション例を見ていただきますと、例1では、救急科専門研修プログラム、3年間の専門研修プログラム、あと、外科従事2年、また例2では、外科や麻酔科に1年ずつ、例3では、内科従事といったような形で経験いただくことにより、これらによって幅広い診療能力を備えた救急医の要請、排出が可能となるということでご提案させていただければと考えております。

また、資料5-1のほうにお戻りいただきまして、地域枠医師のキャリア上の多様な選択肢のご説明をいたします。こちらも2点の見直しを考えてございまして、1点目、ライフイベントやキャリアアップとの両立でございまして、2点目が、公衆衛生・法医学分野の研修従事の許容ということでございます。

1点目ですが、これも先ほど現行制度についてご説明あったところでございますけれども、育児・介護等についてを3年を上限に返還猶予事由として認めておりまして、大学院については、指定勤務継続を前提に社会人大学院のみを認めてきたところでござい

ますが、今回の見直しで、まず返還猶予の期間の上限を3年から4年に変更するとともに、大学院や海外留学につきまして、その4年間の中で通算して返還猶予事由として認めたらどうかという提案をしております。

また大学院等につきましては、一定の条件をつけた上で、キャリア上の必要性が認められる場合にしたらどうかというふうにしてございます。

もう1点、公衆衛生・法医学分野への道を開くためにというところで、研修従事の許容を提案はしております。これも臨床研修後5年以上ですので、指定勤務として通算7年以上の従事後ということをや要件としつつ、将来、これらのキャリアを選択したい場合、残り2年間については、都内保健所、監察医務院での勤務を指定勤務として承認することとしてはどうかというところがございます。

これらの補足説明、資料5-2のほうの17ページ、お聞きいただければと思います。医師キャリアと指定勤務の両立についてでございますが、先ほど来説明しているとおおり、現状は災害、疾病、出産その他やむを得ない理由があると認められる期間を除き、返還猶予を認められておらず、海外留学ですとか、社会人大学を除く大学院進学などは、全額返還となるという厳しい措置をしております。また、出産等のやむを得ない理由も先ほど来説明しておりますが、通算3年を最大としているというところがございます。

18ページのほうにおめぐりいただきまして、部会での主な意見を掲載しております。18ページのほうには、積極的に認めるということではないにせよ、大学院の進学等を認める選択肢を残すことにより、多様な能力を発揮できる人材を育成できるのではないかと、また、ライフプランとの両立については、出産など、ライフイベントについて柔軟な取扱いが必要ではないかということ踏まえて、見直しの方針を立てているところがございます。

駆け足で申し訳ないんですけど、さらにおめぐりいただきまして、19ページのほうに部会の検討案を掲載しております。

大学院進学や海外留学は承認にあたっては、一定の条件を付すこととしてはどうかというところで、初期臨床研修後5年以上指定勤務に従事した地域枠医師は、本人からの理由書や所属からの推薦書により、キャリア上の必要性が認められる場合としてはどうか、細かい要件をつけてございます。

また、返還猶予期間は大学院の在学期間に合わせて4年間を上限とし、大学院や従来から認めている災害、疾病、育児と合わせて、通算して4年間としてはどうかというところがございます。

ただし、育児・介護等については必要な期間を加算して猶予を承認してはどうかというところがございます。

こちらの考え方でございますが、育児・介護等のライフイベントにつきましては、必要な期間を加算できると柔軟な対応を認めた場合には、ただだと猶予期間が長くなって、トータルの従事期間がいたずらに延びるということを防ぐために、かえって、その

場合、地域枠医師の負担が増す懸念がございますため、基本的にはあらゆる理由を合わせて猶予期間を4年というハードルと申しますか、目安を、規定を設けさせていただくということを提案させていただいたところでございます。

引き続きまして、公衆衛生・法医学分野の扱いにつきましては、8ページ目のほうになります。意見といたしましては、法医学・公衆衛生も極めて大事な領域ということでございました。しかし、この地域枠の制度は臨床医を養成する制度というところから、ほかの分野と同列に選択肢とすることは困難という判断でございます。ただし、その重要性から、将来の選択肢としては認めて、9年間のうち7年経過した段階で保健所や監察医務院での勤務を指定勤務扱いとするというものでございます。これにより将来的に地域枠から公衆衛生や法医学分野で活躍する医師が生まれることも期待できるものというふうに考えてございます。

また、最後でございますが、21ページ目をご参照いただければと思います。貸与方式・金額についてでございます。こちらは国の地域枠の定義もございましたけれども、離脱者の少なさや多様性を考慮すると、特別対応形式の継続が妥当ということと、また奨学金の金額につきましては、都独自の教学金、全額及び生活費を貸与する、この方式を継続してはどうかというところで、特にこれによりまして、経済的支援を要する学生も入学可能となっております、地域枠の多様性の向上に寄与しているというところから、この制度の継続を提案するというところになってございます。

すみません、あちこち飛んでしまいまして、お聞きづらかったかもしれないんですけども、これで資料の説明を終わりにします。

また、資料5-1の3枚目につきましては、現行制度と見直し案の対比表でございますので、説明は省略したいと思います。

○古賀会長 ありがとうございます。

見直し項目が非常に多いということで、非常に煩雑になってお分かりいただけたかどうか心配なんです、資料の5-1が今回の見直し案ということで、東京都医師確保計画等の整合性をもって、医師の偏在対策や総合診療能力の向上の観点から見直そうと。

それから、国のキャリア形成プログラム運用指針に照らし合わせて、多様なキャリアを許容する、そういった観点から見直そうということになっております。

その見直し案が出来上がってきたのが、資料5-2で詳しく出ておりますが、部会で検討されてきたことということでございます。

具体的に、へき地医療分野の勤務要件の見直し、そして、初期臨床研修先の医師少数区域への病院追加、さらには、救急医療分野における救急医としての研鑽のための他科診療科従事を許容しようと、さらには、ライフイベントやキャリアアップに関わる期間の返還猶予、そして、公衆衛生・法医学分野の研修従事の許容というような項目を検討して、見直し案ができたということが、5-2の資料を全部見ていただければ分かるということでございます。

非常に多岐にわたりますが、項目の順番に限らず、幅広くご意見、ご質問を頂きたいと思っておりますが、挙手をお願いしたいと思います。

福島委員、どうぞ。

- 福島委員 単なる確認なんですけど、救急医療のところダブルボードは認めないけど、最後の2年間はほかのところへ行っていいですよというのでいいと思うんですけど、それで、例えば、その最後の2年を、新しいダブルボードで3年の専門医修練の2年に使っても僕は構わないと思うんですね。

というのは、それ以前に東京都の中で、その救急医療ということをやっている、その土台の上に例えば脳外に行ったっていいわけですよ。それはそこまでの臨床経験を東京の中で生かしながら、そのダブルボードになっても構わないので、ここは変な制限をつけないで、むしろ、法医だとか公衆衛生は最後の2年どうぞと言っているの、それと同じような意識でやっていくということではいかがでしょうか。

以上です。

- 古賀会長 ありがとうございます。

今の福島委員の提案について、事務局いかがでしょう。

- 高橋課長 可能にできると思いますので、検討したいと思います。

- 古賀会長 確かに福島委員の話は納得できるものだと思います。はい、ありがとうございます。

ほかにご意見はございますでしょうか。

ご指名で悪いですが、角田副委員長、部会の中での検討で、さらに何か追加がございましたら。

- 角田副会長 本当に広範な内容で、WEBでお聞きになっている先生方は十分理解できたかもしれないですけども、3回の医師部会の中で結構議論しまして、例えば、特別貸与枠の先生方の場合はキャリア形成も議論されましたが、基本的には、やはり東京都のしっかりと臨床でやっていただくのが第一義的かなということで、いろいろと相反する議論もありましたが、こういった形でまとまった次第でございます。

以上です。

- 古賀会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

書記臨床研修の病院を広げるというようなことに関して、何かご意見はございませんでしょうか。特に問題ないでしょうかね。

あるいは、多摩地域の行政の立場から、そのへき地分野の勤務要件の見直しについて何かご意見頂ければと思うんですが、菊池委員、いかがでしょうか。

- 菊池委員 菊池です。

私どもとしましては、多摩地域もそうですし、あと島しょ地域におきましても、それですと危惧される部分はあるんですけど、先生の選択肢が広がるということもありま

すし、致し方ない部分もあるのかなというような感じはいたします。

先生が何とか確保できればということで、よろしくお願ひしたいと思ひます。

以上でございます。

○古賀会長 ありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。

医師の確保の関係なんですけど、看護のほう、あるいは、ほかの分野から何か聞いておきたいというようなこととか、ご意見ございましたら、最初に申しましたように、幅広くご意見頂ければと思ひますが。

関根委員、挙手があるようですが、ご意見をお願いいたします。

○関根委員 プログラムと言ひますと、基本的には修了認定とか、それから、プログラムの質のいわゆる評価、そういったものが必要となってくるんですけども、色々な病院でその研修を受けるという形になりますと、そのレベルがそれぞれ違ってくるという可能性もあると思ひます。特に大学病院とまた地域病院とも違ふと、まあ、どちらがよいとはなかなか言ひがたいところがあるんですけど、この全体的なその評価、プログラムの評価という部分と、その修了を認めるといった評価という部分があると思ひるので、それについてはどういふふうにお考えなのでしょう。

○古賀会長 研修の評価ということについては、今までのことも含めて、事務局のほうから何かございますでしょうか。

研修病院での評価をどういふふうに行っているか、あるいは、事務局、東京都としてどう把握しているか、その辺について何かあれば。

○高橋課長 実は臨床研修病院の病院の指定であるとか、また、プログラムの評価などにつきましては、東京都にこの4月から権限が下りてきて、特別職で医師をつけるなどして対応しているところでございます。その中で広く今後とも申しますか、プログラムの評価はやってくるということになるんですけども、具体的に今後、今お話しされた大学病院と地域の病院の違いであるとか、評価全般につきましては、今後の課題というふうには受け止めているところです。

○古賀会長 ありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。特にございませんでしょうか。

よろしければ、本日のご意見も踏まえながら、最終的な調整を事務局と私、あるいは、角田副会長にお任せいただくということで了承いただけますでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○古賀会長 ありがとうございます。

それでは、奨学金の見直しについては、改めて今後の流れもございまして、事務局のほうから追加の説明をお願いいたします。

○高橋課長 資料3-1をご覧いただければと思ひます。少し前のところの資料になります。

○古賀会長 資料3-1のスケジュールですね。

○高橋課長 はい。

冒頭、角田医師部会長からもお話がありましたが、本協議会にお諮りした後、最終的な見直し案を決定いたしまして、この地域枠に関心を持っていただけそうな大学に売り込みというのですか、大学との調整を進めていく予定としております。

今後は、東京の地域枠は大学の恒久定員内での実施となることが濃厚であることから、大学の協力がどのくらい得られるのか、これまでのような規模で実施できるかも不透明な部分はございますけれども、年度末を目途に協力いただける大学を決定していきたいと考えております。

また、今回の見直しのうち、返還債務の履行猶予などにつきましては、条例の規定事項となつてございますので、令和4年度の入試に向けまして、来年度の6月に開催されます第二回定例都議会のほうで、条例改正も含めて対応をしていく予定としてございます。

○古賀会長 ありがとうございます。

3月年度末にもう一度この協議会開かれる予定ですので、そこの最終決定に向けて、また引き続き調整をしていきたいと思ひます。事務局のほうもよろしくお願ひいたします。

それでは続きまして、二つ目の議事に入りたいと思ひます。

地域枠と専攻医募集シーリング枠外の扱いについてということで、まず事務局のほうから説明をお願いします。資料の6だと思います。

○高橋課長 資料の6になります。1枚ペーパーですので、埋もれてしまっているかなと思ひますが、掘り出していただきまして、聞いていただければと思ひます。

東京都地域枠の従事要件、上に記載されておりますけれども、へき地以外は小児、周産期、救急と特定の診療科での従事が要件となつておりまして、また、原則、都外施設に従事した場合は、返還対象となるという特徴がございます。

そうしたところ、2番の専攻医の募集シーリングの扱いについてでございますが、専門研修につきましては、専門医機構が定めたシーリングによりまして、都道府県ごと、診療科ごとの採用数が規定されているところでございます。

また、専門医機構の運用でございますが、シーリング対象診療科につきましては、二次募集は行われなないために、一次募集に落選した医師は、二次募集を行う他県の専門研修にしか応募できないということがございます。そのため特定の都道府県での従事義務がある地域枠医師につきましては、採用漏れとならないようシーリング枠外とされてきたところでございます。

しかし、突然、11月25日付で専門医機構から東京都へ文書が送られてきてまして、医師少数区域での一定期間の勤務を前提として、シーリング枠外とする旨が通知されたというところでございます。

現行、シーリングのかかっている東京都の小児科に10名の地域枠の研修医が応募されたことを確認しましたが、地域医療に貢献すること（医師少数区域で研修すること）を確認できませんでしたという文面になってございまして、そうしますと、3番のところでございますが、そうした場合、地域枠医師の不利益でございまして、枠外扱いされない場合は一次募集に落選する可能性が発生してしまうと。また、万が一、落選して、二次募集で他県の医療機関に行くということになりますと、奨学金返還という事態となってしまいます。

また、その場合、二次募集で他県の医療機関に従事すると奨学金返還となりますので、そうなりますと、次年度送りと申しますか、専門研修開始が遅れてしまうということも想定されるというところでございます。

また、一次募集での落選の可能性を考慮して、ほかの診療科を目指すといいますか、小児科を志すことが難しくなるということもあり得ます。

このようなことが専門医機構からアクションがありましたので、今後の対応案でございまして、国の指定する地域枠には何ら反していないということがございますので、基本的には引き続き、シーリング枠外の扱いが適当であるということ、国や専門医機構に訴えかけていくというところでございます。

しかしながら、そう言いましても、そもそも専門医機構は連携プログラムなどを推奨している状況もございまして、専門研修の基幹施設に対しましては、都内の医師少数区域で一定期間の勤務を義務づけるプログラムの作成を求めるなどをいたしまして、状況に応じて現実的な対応ができるよう求めていくことを検討していきたいと考えているところでございます。

このような対応で進めていくということによろしいかということ、この協議会で諮らせていただきたいというふうに考えております。よろしく申し上げます。

○古賀会長 ありがとうございます。

最近の通知で、急遽、議事に取り上げなければならなくなった議案です。先ほど藤井委員からもありましたシーリング関係の問題ですが、地域貢献度というものが言われていて、地域と連携、要するに東京都23区以外、多摩地区、医師少数区域、そういったようなところへの貢献度が問題にされているわけです。

ただ、地域枠の先生、自治医の先生については、シーリング外だという扱いで来ていたんですが、ここへ持ってきて地域連携の問題が取り上げられて、なかなか厳しいことを言ってきているというようなことでございます。

取りあえず、対応案の形で東京都としては対応していくということでございますが、これは多くの意見があると思いますが、ご意見、ご質問、ぜひ伺いたいと思います。挙手をお願いしたいと思います。

藤井委員、どうぞ。

○藤井委員 ご質問なんですけれども、医師少数区域の定義を専門医機構は何て言ってい

るんですか。東京都以外ですか。それとも、東京都内の島しょとか多摩地域は医師少数区域として認めると言っているんでしょうか。

○古賀会長 専門医機構から来た文書の内容についてです。

○高橋課長 明言をしてないところなんですけれども、我々としては東京都内の医師少数区域で足りるといふふうに判断して、進めていければというふうには考えているところなんです。

○藤井委員 どうしてはねられたんですか。その島しょ部じゃなかったんですか。島しょとか多摩じゃなかったんですか。

○高橋課長 はねられたと申しますか、令和4年度に向けた調整のことですので、来年度については現行のままというところでございます。

○藤井委員 本当に彼らは、ばすっと要するに都道府県で全部切ってくるので、多摩や伊豆諸島や小笠原が医師充足地域で、いや、人口が少ないので、下手するとそういうふう言われる可能性すらあるんですけれども、ここは医師少数区域であるということをとにかく強く主張して、そうすれば東京都内で何とか完結できると思うので、そこはかなり肝だと思っただけですね、具体的にね。

これ他府県でも同じようなことがあって、福岡も福岡市は充足しているけど、ほかは足りないし、愛知も瀬戸市とかあっちのほうは足りないわけですから、それはみんな同じだと思うので、それは東京都はやっぱり特に島があるわけですから、それは強く主張していいと思います。

○高橋課長 藤井委員もお話されているとおり、東京都も西多摩、南多摩、あと島しょが医師少数区域と指定しておりますので、そのような対応を取っていければというふうに考えております。

○古賀会長 ここはぜひ頑張って引き下がらないで押せばというふうに思います。

ほかはいかがでしょう。

はい、角田委員、どうぞ。

○角田副会長 もともと最初に国が示した地域枠の定義をお話されて、それにのっかって東京都としては決めてやっているのに、今回は機構のほうから、その地域偏在だけ重点を当てるような文書なんですよね。

それに対して、今は対応を二つ示していただきましたけど、最初の対応で、今までどおりの定義で宜しいでしょうということを、国が認めてくれれば、今までどおりできる。ただ、そこがうまくいかないときには、仕方がなくて、2のほうの対応を考えるとことなんですけど、一応両方の可能性を含めてやるのでしょうか。やっぱり、ああいう文書が出ちゃうと、多分、機構はその文書の解釈を変えないのかなという気がするんですけどね。その辺、今後の先の対応の、同時に進めるのか、取りあえず最初のほうを国にばんと言って、やっぱり駄目だったら次の対応をするであったり、その辺をどういふふうに事務局は考えていますでしょうか。

○古賀会長 いかがでしょうか。

○高橋課長 技術的に解決していくことも大事ですので、同時に進めていければというふうには考えております。

○古賀会長 厚労省は機構に物申すと言いながら、機構に物を言われているというところもあるように感じるんですけれども、両方で同時に進めていこうということでございます。

ほかはいかがでしょう。何かもっと疑問があるぞというようなご意見があればうれしいんですが。

福島委員、何かございます。

○福島委員 いいえ、この件に関しては……。

○古賀会長 ありがとうございます。

ほか多摩地域で、またご指名で申し訳ないです。菊池委員、何かその医師少数区域に関する、厚労省に押ししてほしいというところでご意見ございますでしょうか。

○菊池委員 はい、奥多摩町の菊池です。この件は私もよく分かりませんので、先ほどほかの委員さんからあったとおり、東京都さん、今回は機構のほうにまたお願いというか、その辺、積極的に進めていただきたいと思います。

以上でございます。

○古賀会長 はい、すみません、ありがとうございます。

この地域との関係につきましては、この地域枠の小児科だけではなくて、今の新専門医制度のシーリングのかかる診療科全体に関わる問題で、学会、専門医機構、厚労省の中で力関係というのか、その辺がよく分からないところもあるんですけれども、なかなか東京都にとっては厳しい状況があるということを知っておいていただければ思っております。

ほかはいかがでしょう。

では、一応、今、事務局から提案された対応策、これを同時並行的に進めていくということで、皆様、ご了承いただければと思います。ありがとうございます。

本日予定していた議事はこれで終わりなんですけど、議事と別に、勤務環境改善部会の酒井部会長から報告があるということを事前に承っておりますので、酒井委員、よろしく願いいたします。

○酒井委員 ありがとうございます。お時間頂いて、私、勤務環境改善部会長の酒井と申しますけれども、医師の働き方改革に関する状況の報告を行い、委員の皆様方からご意見をいただきたいと思って発言をさせていただきます。

皆さんご案内のように、現在、医師の働き方改革の推進ということが課題になってきております。これは東京都でも、当然、私たちの勤務環境改善部会の中心課題の一つになっております。2019年の3月末に厚生労働省の働き方改革に関する検討委員会が報告書をまとめて、医師の働き方改革の枠組みを提示してくれたわけです。それを繰り

返すまでもありませんけれども、すべての産業において年間の時間外労働時間の上限を720時間にして、それを超えると今後は罰則規定がかかってきますが、医師に関しては、国民医療の確保の観点から720時間を超え、A水準として960時間、さらに一定の条件をクリアした場合には、B水準、C水準という形で規定されたわけです。

この報告書の発表後に、厚生労働省ではさらに働き方改革の推進に関する検討会を置いて、制度の確立と推進のための具体的な方策、これは5年猶予ですので、2024年の3月までに、各医療機関でもって、そのA水準超えが起こらないよう、さらにB水準、C水準を想定している場合には厚労省が設定しているさまざまな条件に該当しているか、その場合であっても1860時間の枠は超えないよう、労働時間の短縮計画の取り組みが計画されているか。近い将来は、現在検討中の認定機関に特定水準を、特にB水準、C水準の申請をして、そこの承認を受けることとなります。2024年の4月スタートということで、それまでの間に労働時間の短縮計画をきちんと準備しなければいけないというふうになっています。昨年、2019年4月以降、都道府県の勤改センターの役割も強化しながらそういう取組がスタートしてはいたんですけども、ご案内のように、今般の新型コロナウイルスの影響を強く受け、この医師の働き方はとん挫してしまいました。もちろん、コロナ禍への対応は医療機関にとって緊急かつ最重要な課題である一方、医師の働き方改革も将来の医療機関にとって避けることのできない重要なテーマです。そうした背景もあって、第一波が少し落ち着きを見せたこの6月、7月以降の段階で、厚生労働省がもう一度、医師の働き方改革の推進に向けてゆるんだねじを巻き直して、勤改センターや医療機関に向けて、当初の予定通り2024年の3月末までに勤務環境を整えていくという当初の旗を降ろさない、ということが改めて表明されています。医師の働き方改革は2024年の3月末までにやり遂げるということで、これから先、医療法の改正によって、法的な根拠をもちながら、さらに各医療機関が申請してくるようなB水準、C水準に対する計画の評価も含め、2024年の4月からは、新しい制度のもとで運用が始まるはずで、一例をあげれば医師の時間外労働時間がA、B、C水準を超えるようだと、罰則がかかるというような体系になります。

そういうことで、東京都におかれては、私の見るところ、全国の47都道府県の中では、しっかりと取り組んでいただいています。東京都では、厚生労働省の労務管理の調査等に加えて、都の独自調査で実態を見ていますが、まだまだ取組が遅れている病院等も散見されているところ。勤務環境改善部会とのミッションとして、東京都の担当の方たちとしっかりとタイアップして医療機関に対する支援活動を行なっているところですけども、この協議会の委員の先生方にも、現在の状況をぜひ理解をしていただき、この医師の働き方改革の取組についていろいろご支援を頂きたいということで報告させていただきました。

以上でございます。

○古賀会長 ありがとうございます。

また厚労省ですけれども、とにかく国の動きに関しましては、この働き方改革、改めてスピードアップを始めたということを知っております。

各医療機関で進んでいるところはかなり進めている、あるいは、また何もしていないところは調査の段階だというようなことも聞いておりますので、この辺を東京都として、とにかくきちっとしていかないといかんというようなことで、酒井部会長のほうから支援をとということでございました。

○酒井委員 部会としましては、12月23日に部会をやり、その結果についてはまた次回の本協議会の中でご報告し、ご意見を賜りたいというふうには思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○古賀会長 ありがとうございます。

もうすぐですけれども、12月23日に部会が開催されると、そこでまたいろいろなことが検討されると思います。それについて、また皆様のお知恵を拝借しなくてはいけないというようなことになると思います。

報告の事項なので審議はということはないんですが、何か一つだけでも言っておきたいというようなことが、もし委員の方々のほうからあれば、一つぐらいはお伺いできる時間があると思いますが。

事務局のほうは、これに対して何かございます。取りあえず部会の検討待ちということで。

○高橋課長 部会長と危機感は共有しておりますので、引き続き、いまだにお話あったとおり、これだけ医療機関で進めていくという話があるにも関わらず、依然として、その医師の労働時間の把握すらできていないところも多々あるというような点につきましては、どうにかしていかなくてはいけないということですので、東京都としての今後の取組を進めていきたいというところでございます。

○古賀会長 急ぐものは、たしか短縮計画を作らなくてはいけないという、A水準でない、B、Cの水準を取るためには計画を作らなくてはいけないと、そこら辺がまずたしか今年度中にとというようなことも聞いていましたけれども、そういったようなこともありませんので、12月の部会できっちり検討していけたらと思います。

ほか、これを離れまして、今回の審議の内容等で改めてこれだけ言っておきたい、聞きたいということがございましたらお受けしたいんですが。

よろしいでしょうか。

それでは、本日の協議会、これで終了といたします。長い時間、ありがとうございます。

最後に、事務局から幾つか連絡があるかとも思いますので、よろしくお願いいたします。

○高橋課長 すみません、単純な事務連絡になります。

2点ありまして、1点目は、本日の資料ですが、来庁の方々は机上に残していただければ、事務局から後日郵送いたします。

2点目です。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。事務局までお申出ください。

○古賀会長 ありがとうございます。活発なご議論を頂きまして、ありがとうございます。

以上をもちまして、令和2年度第2回の東京都地域医療対策協議会、終了させていただきます。ありがとうございました。

(午後 7時23分 開会)