

令和2年度第2回  
東京都地域医療対策協議会医師部会  
会議録

令和2年10月13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 大変お待たせいたしました。

ただいまから令和2年度第2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。

本日はお忙しい中、ご出席いただき、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。よろしく願いいたします。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきます。

本日の会議は例によりまして、来庁による参加者と遠隔による参加者とを交えたウェブ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。機器の不具合等によりまして、映像が見えないですとか、音声がかええない等が発生いたしましたら、その都度、遠慮なくお伝えいただければと思います。

ウェブ会議を行うに当たりまして、委員の皆様には3点お願いがございます。

いつものお願いでございますが、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いたしまして、会長へお伝えしますので、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、ウェブでご出席いただく委員の方々にマスクで声が籠もって聞こえにくいことがありますので、ご発言の際は必ず、ご所属とお名前をおっしゃってから、マイクを適当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、遠隔でご参加の皆様方におかれましては、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、重ねてお願い申し上げます。

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。土井委員がウェブ参加でございますが、途中参加というふう聞いてございます。

会議資料につきましては、ご来庁の委員にはお手元に、ウェブでの遠隔出席の皆様にはあらかじめデータでお送りをしているところでございます。次第の配付資料一覧に記載のとおりですが、資料1から資料4-5までとなります。その他、委員の出欠状況、来庁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。どうぞよろしくお願いいたします。

○角田部会長 東京都医師会副会長の角田でございます。それでは、ここから部会長であります私が進めさせていただきますと思います。

本日の部会、報告事項1件、議事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の見直しが主なテーマでございます。前回の部会後に地域枠についての国の考え方が示されました。その報告を受けた後、制度の見直しについての意見交換に移ります。議論に際しては、それぞれのお立場にとらわれず、お気づきの点については、活

発なご意見、ご発言をお願いできればと思っております。どうぞよろしくお願ひいたします。

それではまず、報告事項「地域枠についての国の考え方」です。資料3-1から資料3-2まで事務局から説明した後、委員の皆様からのご質問をお受けたいと思いますが、音声は聞こえてますでしょうか。前回のとき、かなり聞こえなかったという意見があったのですが、音声は大丈夫でしょうか。

では、大丈夫そうなので、何かありましたら、挙手をいただいてご発言いただこうと思います。

では、3-1から3-7までの説明を事務局からよろしくお願ひいたします。

○事務局 それでは、事務局より加藤がご説明いたします。

まず、資料3-1を御覧ください。

「令和4年度の医師養成数について」という資料になりますけれども、こちらは8月31日に開催された国の第35回の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」というタイトルの資料を御覧ください。

現在の都の地域医療医師奨学金制度でございすけれども、平成21年度から医学部臨時定員増と併せて実施しております。国のほうではこうした制度も行う一方で、臨時定員の見直しに向けた検討を進めてきております。

「新型コロナウイルス感染拡大の影響」ということで記載された欄、下段のところでもございますけど、御覧ください。

当初、大学医学部の定員設定に向けた準備期間を十分にとる観点から、2020年、今年でございすけれども、今年の4月までを目途に医師需給推計の結果を踏まえて、2022年、令和4年度入試ということになりますけれども、2022年以降の医師養成数の方針を示す予定としていたと。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つたというふうにされてございます。

続いて、おめくりいただいて、ページ番号、また右下のスライド番号3番の「令和4年度以降の医師養成数について」とされているものを御覧ください。

ページ内右下の四角の中、御覧ください。「令和4年度の医師養成数の方針の欄」というところでもございます。

十分に議論ができなかつたことから、大学医学部受験生の配慮をする観点から、令和4年度の臨時定員については暫定的に令和二、三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まして、令和4年度入試からの見直しの方向ということで従来されておりましたが、追加で1年暫定的に延長の措置が執られることになりました。今回の国の方針を受けた都の奨学金見直しの方針は、後ほど見直しの議事の中でご説明した

いと思います。

次に、資料3-2を御覧ください。

こちら先日の国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されてございました。

おめくりいただいて、資料のスライド番号3番を御覧ください。「地域枠・地元出身枠について」というものになります。

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、臨時定員増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されております。

一方で、「地元出身者枠については、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、今回、国の方で定義が明確化されることとなりました。

おめくりいただいて、スライド番号の5番の資料を御覧ください。「今後の地域枠・地元出身者枠について」というタイトルのものがございます。

この中の方向性（案）というところで、一番下の四角の中を御覧ください。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、厚生労働省として一律の条件設定はせず、柔軟な運用ができるようにするといったことが示されてございます。

具体的な内容は、また次の資料のスライド番号6番になるのですが、地域枠の定義ということで示されてございまして、特徴的な点としては、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って、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成プログラムに参加することなどが示されてございます。こうした定義については、令和4年度からの適用とするといったことで記されておるところです。

次のページのスライドの7の資料を御覧ください。地域枠の定義から発せられるものとして、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、地域の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、従事要件等の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、内容は問わない、要件は問わないということとされておりまして、地域枠と地元出身者の定義に当てはまらないものといった形をされております。

こうしたものについては臨床研修や専門研修に係る制度、例えば、専攻医のシーリング枠外の扱いなどになりますけれども、こちらについては今回の地域枠の定義づけを活用することとされております。また、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ったこととされております。

今回のこの国の定義を受けた都の奨学金貸与制度についての整理は、後ほど、見直しの議論の中で、こちらのほうについてもご説明をしたいと思います。

報告事項の説明は、以上でございます。

○角田部会長 はい、どうもありがとうございました。

ただいまの説明は、8月31日に開かれました厚労省の第35回医師需給分科会、これにおきまして、医学部臨時定員の係る方針と、あと今後の地域枠の定義等が示されたという内容だったと思います。

医学部の臨時定員枠については、令和4年度の入試までの暫定的な延長がカットされております。令和5年度以降の臨時定員については令和3年春、来年の春までを目途に検討を進められるといったこととございます。

ただいまの内容につきまして、ご質問等がありましたら頂きたいと思います。いかがでしょうか。

(「なし」の声あり)

○角田部会長 では、ないようですので、先に進ませていただいて、後から振り返っても結構ですので、いろいろご意見頂きたいというふうに思っております。

続きまして、議事に移させていただきます。

東京都地域医療医師奨学金の見直し案についてに移ります。

まず、資料4-1から資料4-4、これまでを事務局から説明を受けます。

内容については委員の皆様からご質問を受け付けたいと思います。

その後、本日のメインテーマであります。この見直し案についての意見交換を行います。資料4-5ですがかなりボリュームがございますので、主な検討項目ごとに区切って説明、意見交換を行いたいと思います。

それでは、まず資料4-1から4-4まで、事務局からご説明をお願いいたします。

○事務局 事務局、加藤から説明させていただきます。

資料4-1の東京都地域医療医師奨学金の見直しスケジュールを御覧ください。

こちらは、前回の会議でお示しした全体の見直しスケジュールに、今回の国の方針と、それを受けた都の方針を記載したものとなります。

国の臨時定員増の見直しは1年遅れるということになりましたけれども、その方針にかかわらず、都の医師偏在対策は早期に進めていく必要がございますので、令和4年度

からの新制度実施に向けて、引き続き検討を進めていきたいと考えてございます。

今回は第2回目の部会開催となりまして、次の第3回部会は部会としての案をまとめていくというような会議を想定してございますけれども、11月10日火曜日ということで実施を予定しておるところでございます。

続いて、資料4-2を御覧ください。

こちらは前回の部会時に委員の皆様から頂いたご意見の概要をまとめたものとなります。前回、お示した論点ごとに頂いた意見をまとめてございます。

まず、義務要件の変更の項目、「対象診療科の拡大」についてでございます。

頂いた意見としては、主なものをちょっとピックアップさせていただいておりますが、対象診療科の拡大に賛成ではあるが、選択肢が増えると偏りが出る可能性があるため、対策が必要といったご意見を頂いております。具体的な診療科、分野については「外科」「総合診療・公衆衛生」「法医学・病理」等についてご意見を頂いております。

勤務地域要件については、「地域枠医師にとっても選択肢は多い方が将来的にいいのではないか。」というご意見等がございました。

また、おめくりいただき、「地域枠医師のキャリアとの両立」という観点から見ていった場合に、「大学院進学・留学」については、どちらも認めるべきではあるが、その間は義務年限を停止するというにすればよいといったご意見、「ライフイベント」の両立については、「女性の場合には、キャリアが中断しないように、子育て支援を考慮して義務年限をきちんと早く勤めあげられるようにすべき」といったものですが、「介護による履行猶予について3年の上限を延長あるいは上限をなくすということだが、今の時代、介護で休業しなくてもいいようにする方向で動いていることを考えると、これは逆方向なのではないか。」等のご意見を頂いております。

その他、全般事項についてということでは、税金を使って事業を行うというのは医療ニーズがあるからであって、必要な医療ニーズを果たそうとする学生が実際に果たせる制度をつくるのが大事であると。医師のキャリアは自由ではなく、地域枠でなくとも養成には多大な税金が導入されており、卒後自由というのはいかがなものかといったご意見も頂いております。

貸与方式については、「別枠方式で受験時に選抜するのが望ましい。」と。その方が「意志の固い学生が集まる。」といったご意見の他、「厚労省の方針を踏まえても、特別貸与方式にするしかない。」といったものも頂いております。

その他、「地域枠医師の卒後キャリアについて」、幾つかご質問も頂戴してございまして、例えば、自治医卒医との役割分担ですとか、卒後9年間の義務年限、指定期間になりますけれども、それをどのように果たしていくのかといったもの、卒後、「東京都常勤職員になるのか」等のご質問も頂いております。

改めて、今回、見直しの議論に移ります前に、資料4-3、4-4で地域医療医師奨

学金制度についてのご説明をさせていただきたいと思えます。

まず、資料4-3を御覧ください。

目的の欄でございますけれども、本事業は都内で医師の確保が困難な小児、周産期、救急、へき地医療に将来医師として従事する意思があるものに奨学金を貸与して、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、へき地医療に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ございまして、特別貸与方式では修学費全額に加えて、生活費月10万円を貸与する制度としております。

次に、制度概要の欄の特別貸与奨学金の項目でございます。その中でも、「対象大学及び募集人数」を御覧ください。

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10人、杏林大学さん10人、東京慈恵会医科大学さん5人を医学部入学時点で、別枠で選考し、合格者には医師としての勤務時の返還免除要件を定めて、都の奨学金を貸与することということにしております。申込資格については、都内在住、または都内高等学校卒業見込みも含めますけれども、卒業者といったものですか、その他、特徴的なものであれば、上から四つ目の丸ポチでございますけれども、「同種の貸与金を他から借りる予定がない者」などの要件を設けてございます。

次に、貸与金額でございます。

1年次から6年次までの6年間で貸与の期間となりまして、先ほど申し上げた修学費全額、入学金、授業料、施設設備費等一式となります。その他、月額10万円の生活費となりまして、大学ごとの貸与額は表にまとめてあるとおりとなります。

6年間貸与した奨学給付金貸与額が卒業とともに確定するわけでございますけれども、返還免除要件というところを、まず御覧いただきまして、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に、奨学金の返還を免除されるということになります。初期臨床研修については、在籍大学の都内の附属病院となりまして、通常であれば2年間の勤務ということになります。

続いて、それ以降の期間については、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、例えば、小児医療であれば小児科休日全夜間診療医療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、周産期連携病院または多摩新生児連携病院等々、記載のとおり定めてございまして、へき地について伊豆諸島、小笠原諸島、奥多摩、檜原村に所在する町立病院又は診療所といったところで勤務することとしてございます。それ以外の2年6月の期間については小児、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、救急医療に従事するというようにしておりますけれども、へき地医療を選択している者については、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、これは内科でも、外科でも、救急でもよいこととなりますけれども、自己が希望する診療科に従事するといったところになります。

す。

次に、資料4-4を御覧ください。

こちらは、都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ものとなります。順天堂さん、杏林さん、慈恵さんの各大学への入学後、在学中の6年間は奨学金貸与期間となりまして、その間、仮に留年することがあれば貸与を休止するといったことにはなりません。

貸与の6年間については、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等でのへき地医療研修を行っております。3年次にも、3大学全員を対象としたワークショップも行っております。医師としての勤務がいよいよ近づいてくる5年、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っており、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。

こうして、この6年間の教育を経て、晴れて医師国家試験合格となりまして、医師になった場合には、2枚目の医師1年目から9年目の、おおむねここで示すようなスケジュールに沿って勤務をしていくということとなります。

この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まして、9年間で指定勤務の要件を満了した場合には、晴れて奨学金返還免除ということになります。この間は、従事先への医療機関の職員としての身分を有することとなります。初期臨床研修中は、記載のとおり、出身の各大学の附属病院さんに所属することになりますけれども、その後の7年間は「小児」「周産期」「救急」「へき地」の各分野で、こちらに記載しているような各勤務先に自ら勤めていただいて、指定勤務を進めていただくこととなります。

このご質問の中にもあった自治医科大学の卒業生については、特に資料上に記載はないのですが、大学卒業後、東京都の常勤職員として採用されまして、都立病院等での勤務を行いながら、同じように9年間の義務年限の間に、4年6月以上、都内のへき地医療機関で勤務をした場合に、返還免除要件を達成するといったこととなります。

奨学金制度の貸与期間、この指定勤務中においては、返還猶予の規定もございまして、そちら、この資料の中の下段のほうにある\*二つのうちの上の方になるのですが、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、現在、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おります。例えば、指定勤務中に1年間勤務先で承認された育児休業を取得した場合には、資料の最下段の勤務例というふうになりまして、育休中が指定勤務にカウントされませんので、医師10年目に指定勤務の要件を充足した場合には、返還免除といったこととなります。

以上が、改めての制度についてのご説明となります。

○角田部会長 ありがとうございます。

事務局から国の方針を受けて、今後のスケジュールを示していただきました。あとは、先日の第1回の医師部会で、各委員の先生方からいろいろご頂戴しましたご意見をまとめていただいております。また、東京都地域医療医師奨学金制度、これについての詳細も説明しております。新しい委員の先生もいらっしゃるので、基本から説明をさせていただいております。

ただいまの内容につきまして、ご質問とかご意見があれば頂きたいと思います。いかがでしょうか。

○内藤委員 ちょっとつまらない質問でいいですか。すみません。

今、この在学中6年間で、その後9年間の決めた期間なのですが、もし在学中に留年してしまったらどうなるのですか。

○事務局 では、お答えさせていただきます。

在学中に留年した場合は、その間は奨学金の貸与が休止ということになりまして、あくまで支給対象になるのは、卒業までの通算での6年間ということになります。

○角田部会長 ありがとうございます。

何かご質問等ございますか。

では、川口委員。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。

そうすると、留年すると、その間の奨学金が出ないということになると、例えば、2年連続で留年すると、2年連続貸与されないと。下手すると、経済的に追い込まれて退学という危険もあるのではないのでしょうか。それで、もしも退学になってしまうと、それまで3年とか、4年とか借りていた分は、どういう形で償還になるのですか。一括償還ですか。

○田口医療調整担当課長 医療調整担当課長の田口です。

今のご質問につきましては、確かに2年、3年続けて留年すると、その間も学費はかかりますので、学費はご自身でお納めいただくということになるかと思えます。ただ、現状で、1年留年した方でも、やっぱり結構厳しいという方はおられたのですが、幸いにも2年、3年と、ずっと進級できないという方は、今のところ生じてませんで、ただ、実際、そういうことが生じた場合には、確かに厳しいという方が現れる可能性はあるかと思えます。

ちなみに、ご紹介させていただきますと、自治医科大学のほうは都道府県ではなくて大学のほうから貸与を受けるのですが、留年しますと、その分も全部貸与の方に回りまして、その分、義務年限が延長していくということになります。1年留年して7年間貸与を受けると、その1.5倍になりますので、9年が10.5年になると、7年在学した後に、卒業してから10.5年の義務があるというふうに、どんどん延びていくというところで、ここは自治医科大学と、本制度との違いになります。

○川口委員 今、自治医大の話が出ましたが、万が一、こういった貸与を受けている学生

が、在学中に交通事故とかに遭ってお亡くなりになってしまうような危険だってゼロではないわけですね。そうすると、この場合、貸与を受けていた学生さんに貸したお金というのはご両親とか保証人、連帯保証人が払うわけですか。

○田口医療調整担当課長　ご本人が不幸にして亡くなられたという場合には、これは知事が認めた場合に、貸与の返還が免除されることになるかと思えます。ただ、学業の成績不良で途中で退学とかいうことになった場合には、これは免除は受けられませんで、それまで貸与した金額は所定の利子をつけていただいております。もちろん、ご本人、あるいは保護者の方が払えないという場合には、連帯保証人も対象になるかと思うのですが、今のところ、そういう方は生じてないということですが、決まり上はそういうことになっております。

○角田部会長　ありがとうございます。川口先生、よろしいでしょうか。

他に何かご質問、何でも結構ですが、ご意見等ありますでしょうか。ウェブのほうはどうでしょうか。ありませんか。よろしいですか。

では、先へ進ませていただいてもよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、資料4-5、これを基に奨学金制度の見直し案について意見交換を行いたいと思えます。

事務局からは、この三つの検討項目が提示されておりますが、議論は検討項目ごとに行いたいと思えます。

まず、検討項目の一つ目、勤務要件の検討について事務局からご説明をお願いいたします。

○高橋医療人材課長　事務局、医療人材課長の高橋でございます。

まず、1ページ目から6ページ目までを説明したいと思います。

主な検討項目、勤務要件の検討のところでございます。

まず、1ページ目のところでございますが、主な検討項目は記載のとおりなのですが、下の囲みのほうで、どういう目標を持って検討していくかというところを示させていただきます。

医師確保計画にあるとおりですが、東京都における必要な診療科の医師を確保し、医師の地域偏在是正という政策目標に対応していくこと。すなわち、より一層、東京の地域医療を担うという側面を強調し、色濃くするというところを目指しているというところでございます。

また2点目、その政策目標の早期の目標実現のため、今までに加えて条件を課すこととなりますので、それを制約と捉えずに、ぜひこの地域枠で学びたいと選択してもらえようキャリアへの配慮のバランスをいかに取っていくかというところ。

また、最後ですが、国の制度的対応を踏まえながら都の政策目標を実現するための貸与方式を選択するというところを踏まえての検討というところになります。

2ページ目、おめぐりいただきまして、勤務要件の検討①のところでございます。

改めて、先ほど、前回の部会の議論、まとめて報告があったのですが、こちらに該当する部分、改めまして、「既定診療科の維持には反対意見なし。対象診療科の拡大には基本的に賛成。ただし、選択肢が増えると偏りが出る可能性があるため、対策が必要」というようなご意見があったということをご踏まえたいと思います。

また、真ん中のところで、これまでの実績がありますが、各年25名の地域枠の医師が、自発的に研修医2年目で4領域を選択するという、結果論としてなのですが、結果的には、3領域につきましては、ほぼほぼバランスよく輩出されていると。へき地選択は5名と少数ではあるのですが、こちらのほうについては勤務先が限定されるため、多過ぎて困るという状況がございますので、私どもとしては、このような状況には満足しているよという状況でございます。

また、診療科、分野の追加につきましては、専攻医のシーリング対象外ということで、医師が充足しているとは言えない分野ということで、外科医や総合診療を追加したらどうかということと、確保計画におきまして検案・解剖医、また公衆衛生医師の確保を課題としていることが確認されたところでございます。

おめくりいただきまして、3ページ目を説明させていただきます。勤務要件の検討②というところでございます。

こちら前回部会での議論の要約となっておりますが、「地域枠医師にとっても、選択肢は多い方が将来的にいいのではないか。」という意見とともに、税金を使ってまで事業をするのは都が認める医療ニーズを満たすからであって、そうではなくても医師の養成には多大な税金が投入されているので、ある程度の不自由さというのやむを得ないのではないかとというような意見もございました。

改めまして、また再度になりますけれども、東京都でも二次医療圏で見ると、医師少数区域があつて、医師の偏在是正が必要な地域があるということと、また合わせまして、学生のアンケート調査の結果から照らし合わせますと、地域医療の地域要件の追加も診療科の拡大と合わせて行うことで、十分、事業の要件となるのではないかと推察されるというようなこともございました。

対象地域の検討につきましては、こちら記載のようないろんなパターンがあり得るところでございますが、いろいろなことを想定しながら勤務要件を追加し、合わせてインセンティブとして、例えば、少数区域で勤務した場合には、その分の年数を短縮することなども検討できるのではないかなというようなことがあったところでございます。

それを踏まえまして、またおめくりいただきまして、4ページのところに、本日の勤務要件の検討③と称しまして、意見交換項目を五つほど記載させていただいております。

まず、一つ目は「新たな診療科・分野として、外科、総合診療を追加することはどうか。」と、その他に追加を検討すべき分野はあるかという問いかけとなっております。

2点目、外科を追加した場合の整理といたしまして、外科領域のどこまでを対象の分野として認めるかというようなこと。また、外科分野の勤務先となる指定医療機関をどのように設定するかということ。さらには、外科医としての研さんを積むための関連する分野である整形外科、形成外科を期間制限などを設けて認めるかどうかということが論点としてあるかと考えております。

3点目でございます。医師の偏在是正の観点から、これまでの小児、周産期、救急の分野においても、勤務地要件を設定してはどうかということ。「ただし、総合診療を追加対象とした場合」ということですが、安易に選択してもらわないよう、地域要件を他の診療科と差別化を図ってはどうかというような問いかけもしてございます。

また、四つ目、「総合診療を追加した場合」ということですが、診療科の一つとして独立した分野とするか、それともへき地の区分を変更し、へき地と合わせて総合診療として整理し直すかというところで、またその場合にも3で述べたように、その地域要件をどう設定するかということがあろうかというところでございます。

五つ目でございますが、こちらは例外的な決め事になりますけれども、そもそも本事業は臨床医師の養成事業であるものの、何らかの事情がある場合などで、医師としての勤務はできるけれども、指定勤務の継続が難しいと認められる場合などに限って、法医学や公衆衛生への従事を認めてはどうかというようなことを検討したらいかがかというようなことを提案してございます。

おめくりいただきまして、その具体案というようなことを載せておりますが、5ページ目と6ページ目につきましては、今日の午後にウェブで参加の方には送り直しております、今、机上に配布しているもの、後から配ったほうが若干すっきりしたものとなっておりますので、後から配ったもののほうでご参照いただきながら、聞いていただければというふうに思っております。

勤務要件の検討④（勤務要件の検討例）ということございまして、まず、全ての診療科に加える勤務要件の検討例といたしまして、表の左側のほうになりますが、9年の対象期間のうち、臨床研修を除く7年の指定期間のうち、どのような地域要件が妥当かというところでございますが、勤務地要件を設定する地域の範囲、今、申し上げました上のほうにも書いておりますが、どういう地域設定をするかということ。またその年数、さらには、医師少数区域での勤務についてインセンティブを設定するかどうか。また、毎年二十数名いますので、その方々がこういう少ない地域で従事するとなりますと、勤務ローテーションとして現実性があるかどうかという辺りを踏まえまして、「たとえば」というところで、基本要件を、都内の医師多数区域以外の地域（もしくは医師不足地域）で2年ないし3年以上の勤務というのを基本としつつ、例えばですが、もしその医師少数区域で勤務した場合、1年（もしくは2年）でその要件を満たしたものとみなすというようなことをつけたらどうかというようなことを提示しております。

また、右側のほうは、外科の勤務先要件というのを掲載しております、臨床研修貸

与期間の1.5倍の期間の2分の1以上の期間ということで、今、4年6月以上が主な勤務期間になりますけれども、そこを例えば、検討例1のほうでは都内の病院の一般外科とし、その他の期間を都内の病院の外科領域ということで、その他の期間では専門性の高い部分も認めるというようなことですか、検討例2といたしましては、4年6月以上の期間を二次救急医療機関である病院の外科とし、その他の機関は都内の病院の外科とする案など、また、※のところですが、先ほど説明した内容も検討すべき事項があるのではないかとこのところでございます。

続きまして、6ページ目のほうに参りまして、こちら勤務要件の検討⑤でございます。

こちらはへき地医療を改変した場合、整理し直して総合診療とした場合の勤務要件の検討例となっております。「指定期間全体で総合診療専門医の認定を目指すものとしてはどうか。」というようなことですか、また、7年間の指定勤務のうちの下記の要素が主な論点というところでは、先ほどと同じような論点を挙げてございます。

そのようなことを踏まえますと、例えばですが、基本要件といたしまして、「都内の医師多数区域以外の地域（もしくは医師少数区域）で4年6か月以上勤務」ということに、追加要件といたしまして、そのうち、例えばですが①から④に記載しておりますけれども、医師少数区域での2年以上の勤務ですとか、へき地での1年以上の勤務、もしくは2年以上でのへき地での勤務ですとか、場合によっては限られた地域ですので、都の要請があった場合に、1年間のへき地勤務を行うとかというようなことをつけたらどうかと。もしくは、その場合に1年勤務地要件を短縮するようなことを認めたらどうかというようなことがあろうかというところで、様々出させていただいているところでございます。

若干分かりにくい、細かな論点かもしれないのですがけれども、忌憚のないご意見を何でも頂きまして、検討していきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

○角田部会長 ありがとうございます。

こう変えることによってどのぐらいのメリットがあるのかと、分かりづらいのではないかと、思います。

改めて見ていただきまして、一つ目の検討事項、これは対象診療科、勤務地要件の検討ということでございます。

事務局から五つの意見交換項目が出ておりました。4ページの五つの項目でございます。対象診療科の拡大、これはそこに外科を追加した場合とか、あと、その外科領域のどこまでを勤務先として認めるかが一つ、あと総合診療科を追加した場合に分野として重複する、今までのへき地医療の分野との関係をどのように整理するかといったような課題が二つ、それぞれでございます。

また、総合診療科を追加した場合は、他の診療分野を選びたくなくて、内科系の診療科を選択したいという地域枠の医師が、偏って総合診療分野を選択する可能性があるの

ではないかという課題もあるかと思えます。

また、制度の検討に当たっては、政策目標の実現に加えて、地域卒医師のキャリアが現実的に成り立つかも大変重要だと思います。この主な検討視点も踏まえつつ、この1から5の項目の順番にかかわらず、いろいろとご意見とかご質問があれば頂きたいと思えます。いかがでしょうか。

○内田委員 お伺いしてよろしいですか。医科歯科の内田ですけれども。

ちょっとよく分かってない部分があるのですが、この既に始まっている人たちの場合、いわゆるこのローテーションのコントロールは、どこか大学の研修センターみたいなところがずっと面倒を見ているのでしょうか。それとも、各自がその年度ごとに次はどこに行きたいとか、そういった形でやっているのでしょうか。先ほど、ローテーションの現実性という話があったのですが、実際、行って研修になるのかとか、そういったことも含めて、何か誰か面倒見ている司令塔が各大学にいらっしゃるのかなと思って聞いていたのですが、その辺はどうなのでしょう。

○角田部会長 どうでしょうか。ローテーションの決定権を持っている人というか、どういう具合に決めているかというご質問ですが。

○高橋医療人材課長 もしよろしければ、福島先生、何らかお答えありますでしょうか。

○福島副部会長 慈恵医大の福島ですけれど。

実際に研修のときにはもちろん、研修センターが全部管理します。その後に、研修が終わった後に、例えば、東京都が指定する小児科とか、そういったところは東京都が指定するところに行ってくださいという形になります。そのときに、例えば、小児科のようなどころとか、救急のようなどころは、どちらかというといと医局がちゃんと見ているというか、それでいいよねということで、ある程度の目は掛けていると思えます。でも、例えば、周産期の場合、産婦人科はどこまで見ているかというのは、小児科とか産婦人科はどこまで見ているかというのと、ちょっと心もとないところがあります。最終的には、実は奨学金もらっている人の責任になるので、ただ、東京都がすごくサポートしていると聞いていますので、大学だけではなくて東京都のほうもそこに行くのねみたいな確認を取っているというふうに聞いていますけど、田口先生、それでいいのですよね。

そういう意味では、必ずしも大学が完璧な責任を持ってローテーションを見守っているとは、ちょっとすみません、自分の大学のことなのですが、心もとないところがあります。どうしても個人の自由というところもあるし、個人が大学に相談しないで物事をやるということももちろんあるので、そういう意味では、大学と東京都が協同しないと、ちょっと難しいところがあるかなと思っています。

以上です。

いいですか。田口先生、もしよければ、ご追加頂ければ。

○田口医療調整担当課長 医療調整担当課長の田口です。

臨床研修につきましては、もちろん大学の附属病院でやっていただくということなの

で、3大学でローテーションとかの管理はしていただくということで、その後も現在は皆さん専門医のプログラムのほうに入るようになりましたので、まず、専門医のプログラムのほうが都の制度と合致しているかというところで、都のほうにもこういうプログラムに入るのだ、入りたいのだということを、奨学金の学生というか、もう医師になった方には提出していただいて、こちらのほうもうまくこのプログラムであれば、この制度上で乗っていけるかどうかというようなところもチェックしながら進めてまいります。ただ、専門医のプログラムが終わりましたら、終わるところでどういうふうに、その後、過ごしていくのだというところも、これから東京都のほうでも、その先も、もちろんご相談、必ず職場を変えると、そういうときにはご相談いただくようにということは今までもずっと言ってきたところなわけですけども、言っていないと逆に、なかなかこちらとしても相談体制が取れてないということなので、そのところをこれからこちらをもっと積極的に、その後、どういうキャリアを考えているかというような奨学金の方々から、こちらからのほうから詰めていくということで、もっと積極的に関わっていくということが必要だというふうに考えているところです。

小児科とか、そういうところはある程度、もう医局のローテーションのところ、あとは病院に、どこに勤めるかということですので、この病院に変わるのだけれど、それで大丈夫かというようなのご相談いただいて、そこだったら大丈夫ですよみたいな話をして進めているのですけども、一つ、医局であまり回してないというところがへき地医療の分野でして、そのへき地医療の分野については、かなり東京の場合は、東京都のほうで行政的に医師を確保して派遣しているという側面がありますので、その中で自治医大の卒業生も合わせて、あとは大学の医局からも一部派遣していただいておりますが、合わせて行政的に確保しているというのがありますので、へき地医療を選ぶという方につきましては、もうずっと東京都と相談の上で、自治医大のローテーションと一緒に組み込みながら、へき地の義務を消化してくというような体制で行っているところでございます。

○角田部会長 ありがとうございます。

福島先生、何か。

○福島副部会長 外科と総合診療の話なのですが、本当に外科の医師を東京都の税金使って養成する必要が本当にあるのかというのを実はちょっと疑問に思っています。それが1点、つまり、本当に東京都の医療ニーズとして近々の課題としてあるのかな。

それから、2点目の総合診療ですけど、総合診療に関しては、これは、あまり言うと怒られてしまいますけど、一つシステムとして、今、成り立っていないわけですから、それと同時に、専門医制度のところでも、プライマリ・ケア連合学会を抜けてしまっていますし、そういう意味で、あえてそういう危険な場所を、あえて言うんですけど、東京都としては税金を投入する対象として選ぶのかなということは思います。特に、総合診療に関しては、やはり日本の場合には定義ができていないと思いますので、そう

いう危険なところにはちょっとというふうに思ってしまいました。

以上が意見です。

○角田部会長 ありがとうございます。

どうでしょうか。今の外科と総合診療。では、川口先生。

○川口委員 まず、総合診療のほうは僕も福島先生のご意見に同感です。やっぱり、理想は高くていいと思うのですよ。すべからく全部見られて、本当にへき地に行っても、何でもできて対応できるのだというのは理想でいいとは思いますが、現状ではちょっと、ここにお金を突っ込んで、わざわざ養成するということを歌い上げることは全く必要ないのではないかと思います。

あと、外科に関してはやっぱり、外科はその先に整形外科とか、いろいろサブスペシャリティーも出てきますけども、こういったふうに分かれていってしまうと結構使い勝手が悪くて、でもやっぱり整形外科も含めて、本当に外科一般全部ができるような形の者がいらっしやれば、そういうことを目指す方がいれば、それは一つ、確かにへき地に外科医が一人いてできるというのは確かにいいのかもしれませんが、でも、やっぱり、これもやっぱりなかなか、東京都で育成しなくてはいけないものかというところでは、ちょっと疑問があります。

この二つはやっぱり、理想としてはいいのだろうとは思いますが、現実を考えるとなかなか難しいのではないかというのが、今の考えです。

○角田部会長 ありがとうございます。

では、内藤委員、どうぞ。

○内藤委員 東京都病院協会の内藤です。

実は、私も今、説明を聞いていまして、まさにお二人の意見と全く同じことを考えておりまして、総合診療科につきましては私の出身大学においても、なかなかやっぱり科として成り立っていけないということとか、やはりもう一つには、これはあくまでも個人的な意見でもあるかもしれませんが、最初から総合診療で見ていくというのはちょっとやっぱり医師のキャリアを作っていく上で非常に難しいのではないかな。ある意味では奨学金のものではなくて、どこからか、今、既に病院協会でもそういう動きがありますけれども、ある程度キャリアを積んだ方が総合診療医として別の道を進んでいくところには意味があると思いますけど、最初から作っていくのはちょっと、やはり若い先生方のモチベーションとしても、ちょっと違うのではないかなという感じはしております。

外科に関しましても、やはり、私も外科医ですけれども、例えば、お一人外科医を作っても、へき地で手術するかというと、なかなかそういうわけにはいきませんし、やっぱりある程度のチーム医療、チームというのが必要になってくると思います。そういう中ではお一人、お一人を作ってどこかに派遣していくというよりかは、逆にそういう患者さんを集めて治療をするところを作るという形の方が、イメージとしてというか、現実としてはよろしいのではないかなという意味では、ちょっと少しくエスチョンマークの

ある提案ではないかなと思っております。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございました。

では、続いて新井委員のほうにお願いします。

○新井委員 東京都医師会の新井です。

皆様の意見とほとんど同じなのですが、総合診療医に関しては、やはりセカンドキャリアとして、開業した先生たちがかかりつけ医としてやるようなところというのが今の日本だと主流ではないのかなと思います。幾つかの大学では、「総合診療医」というのは講座としてあって、それをやろうとしているところももちろんあると思いますが、まだ広がりがないところ、そういう形で若いところから総合診療医というのはちょっと今のところはなかなか難しいのかなという気はします。

それから、外科に関してもサブスペシャリティーを勤務要件とするのは、これはちょっと僕も反対です。ただ、外科医というのが東京都の中で、やはり各病院の中で少ないのは事実なのです。では、どういう意味での外科医が少ないかということ、どっちかということ、救急医に足をかけたような外科医が少ない。総合診療医もどちらかということ。そんな形ですので、どっちかということ、ファーストタッチのところの外科ということ、やっぱり救急科とダブるような印象が、かなりあるのではないかというふうに思っています。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございました。

他にはご意見いかがでしょうか。

○田口医療調整担当課長 事務局から、先生方にご質問させていただきたいのですが、申し訳ございません。

この奨学金の制度ができたときには、まさしく全国的に医師不足が非常に叫ばれていて、そのときに議論したときにも、この制度を検討するときにも、私もそこに関わっていたのですが、そのときの議論では、これは10年も前の話になってしまうわけですが、そのときにはやはり外科が足りない。それから麻酔科が足りない。一番医師不足が叫ばれたときですね。麻酔科の医師が足りないで、フリーランスの麻酔科医を雇うと、今度お金かかってしょうがない。民間の病院は潰れてしまうみたいな、そういうお話があったり、やっぱり外科医が何とか頑張っているけども、新しい入局者が来ないので、割と高齢というか、上の医師ばかりになってしまっていると。そういうと、今は何とかなっているけども、この先もたないのではないかというような、そういう議論がすごくされていたというふうに記憶しております。

その中で、ただ、最近、確かに麻酔科が足りないというお話があんまり聞こえなくなってきたなというふうに思っております。これは私の個人的な分析ですが、一つは割と時間どおりに進められたりして、女性医師が増えている中で、女性医師が結構選ん

でいるというところも、人数も実際に増えているというようなどころもあるかなということ、比較的、麻酔科がこの10年での伸び率がやっぱり、人数の伸び率が高いのですね。高いので、そういうことで相対的に不足感が減ってきたというのは一つの側面として、また手術もいろいろ変わってきたというのもあるかと思うのですが、そういう側面があるかと思っております。

その一方で、外科医はやっぱりあんまり増えていないというふうに、麻酔科の伸び率からすると随分少ない伸び率なのです。小児科とか、産婦人科よりも伸び率としては少ないということがありますので、ただ、やっぱり内視鏡の手術が増えてきたりとかで、手術の質も変わっているかと思うのですが、その辺で不足感とか、そういうところは、この制度ができた10年前には相当な不足感があった分野ではあったと思うのですが、今はいかがでしょうかというのが。すみません、事務局から質問させていただきます。

○角田部会長 どうでしょうか。今のまさに現場の先生方の感覚と申しますか、外科医がやっぱり不足しているか。そうでもないかみたいな。

内藤委員、どうぞ。

○内藤委員 東京都病院協会の内藤です。

外科医に関しては、やっぱり私も外科の医局出身ですので、やはり足りてないと思います。かなり専門性も広がってきますし、臓器別になれば、その分どんどん必要になってきますので。ただ、この奨学金制度でそれを養成していくかということになりますと、それが実際に現実と合うかどうか。先ほどのご説明でも、奨学金もらった医師のずっとキャリアの中でもまだまだちょっと相談しながらやっていく部分が足りないという話がありましたけれども、やっぱり外科医がキャリアアップしていく中では相当いろんな、相当というところもそうでしょうけれども、選択肢がかなり出てくる中では、ただ奨学金をお出しして好きにやってくださいというわけにいかないのです、その部分をどうやってメンテナンスしていくかということが、非常に事細かに必要になってくるのではないかなということと、では、今、何外科医が足りないかとかという話にまでなっていくと、そこら辺をどうやって、それこそかなりその先生というか、医師のキャリアを相当コントロールしていかないと難しくなってくるという意味では、育てること自体も大変になってくるのではないかなというのが、私としては決して奨学金を出してはいけないということではないのですが、うまく使うという意味では難しくなってくるのではないかなということの印象も非常に強く思っております。

○角田部会長 では、新井委員。今、マイクが参ります。

○新井委員 内藤先生のご意見に追加になるかと思うのですが、確かに、今の外科医の勤務時間というのは、働き方改革でいうと非常に長時間になっています。そういう意味では足りない、人数が足りないということがあります。やっぱりその辺は、働き方改革と両輪でやってかなくては行かなくて、一人の医師がそんなに長時間働かなくても

いいような、他職種連携みたいな形でやっていきながら、人数を調整していくというような形も取っていかないといけないのかなと。それは三位一体でやっていかなければいけないことだと思うのですけれども。他の診療科でいうと、例えば、私は心臓外科ですけども、脳外科のこともよく分かりませんが、大分、カテーテル治療が進行してきた、さっき田口先生が言われたように、10年間で大分診療の質が変わってきました。そうなってくると、今のニーズがどのくらいあるのかということも、または10年前とはちょっと違って考えていかなければいけないのかなと。そういう働き方改革のことで診療の質の方から考えて、それを足らない分を奨学金で育成するのがいいのかどうかということも総合的に考えないといけないの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。

この対象科の追加、外科とか総合診療科を追加すること自体は、今、ご意見頂いた中では、特に外科も含めて、ちょっと否定的といいますか、あまり効果がないのではないかというご意見も頂きましたが、また一方では効果があるのではないかというようなご意見も持っている方、委員の方いらしたら、ぜひご発言頂きたいと思います。いかがでしょうか。

特にないようなのですが、他に、もちろん、どんな立場でも結構ですが、ご意見頂けますでしょうか。よろしいですか。

今の委員会の皆さんのご意見というのは大体、今、幾つか言っていた中で大体、方向性は同じかなというふうに判断してよろしいでしょうか。

(「はい」の声あり)

○角田部会長 では、取りあえず、時間の関係もございますので、先に進めさせていただきます。よろしいでしょうか。

続きまして、検討項目の二つ目に参りたいと思います。医師のキャリアとの両立についての検討の内容について、事務局からご説明をお願いいたします。

○高橋医療人材課長 事務局の高橋でございます。引き続き、よろしくお願いいたします。

7ページ目から9ページ目までを説明したいと思います。

まず、前回の部会の議論がありますけれども、先ほどと重複しておりますが、大学院、留学との両立を図ることや志望の変更に柔軟に対応できることが望ましいというようなことがありまして、おおむね大学院や留学との両立につきましては、好意的な意見が多かったかというふうに思っております。

現行ですが、先ほど加藤より説明したところではございますけれども、国家試験合格後、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、直ちに従事が必要となっております。例として記載しておりますが、都外勤務や4領域以外の従事、また海外留学や大学院などは、もうそれを選んだ段階で全額返還という現状となっております。

また、やむを得ない理由の返還の履行猶予は、通算3年までというふうになっており

ます。平成30年の国通知でございますが、被貸与者の医師キャリアへの配慮が規定されまして、イのところですが、海外留学や基礎研究、臨床研究などについて期間に含めるか、一時中断として取り扱うか否か、都道府県ごとに整理を行い、事前に公表するものとされたところでございます。

一方で、制度見直しに向けた大学との意見交換の中では、特に海外留学については行き過ぎではないかという懐疑的な意見もあったというところでございます。

また、他県の事例におきましては、留学、大学院認めている事例が多いかと思うのですけれども、年数ですとか、もしくは病気や出産、育児などについて通算するかどうか、また規定の年数の中に含める事例など、様々な状況となっております。

ちょっと8ページ目のほうをおめくりいただきまして、意見交換項目としてございます。

こちらのほうなのですけれども、大きな方向性として、「ライフイベントやキャリア形成との両立」ということでございますけれども、まず一つ目として、表のほうが見やすいので、ちょっとそちらのほう見ていただきたいと思っておりますけど、大学院、留学共に認めるかどうかということと、足し合わせて通算5年なのか、それともいろいろ含めても4年ぐらいなのかとか、いろんなご意見があろうかと思っておりますけれども、そういう幾つか選択肢があるのだということを示しているところでございます。

また2番目、育児や病気、介護等のライフイベント、療養自由につきましては従来どおり、勤務先の休暇制度で対応するものは指定勤務としてございます。こちら下の※にもあるのですけれども、例えば、育児での時短勤務につきましても、従来どおり、月16日以上勤務ということであれば指定勤務として扱いますので、もともと履行猶予どころか指定勤務となっているところがございます。ただ、月16未満の勤務の場合は履行猶予の対象というような形になっているところです。

指定勤務として扱うのですけれども、育児、介護、病気、災害等の休業や休職、離職については履行猶予の期間を検討してはどうかというところで、そちら表に記載しているところがございますが、例えば、育児・介護、病気・災害と分けて書いておりますけれども、通算3年で延長も可としてもいいのではないかというような案ですとか、育児・介護のほうは延長可ですけれども、病気・災害のほうは期限があったほうがいいのかとか。例えば、病気・災害については大学院、留学と通算して定めてはいいのではないかというような様々な意見はあろうかというふうに思いますが、どんなふうな考え方を取ればいいのかなどというところで、案を示しているところがございます。

また、おめくりいただきまして、最後、9ページ目でございますが、「臨床研修先についての配慮」というところがございます。

臨床研修病院につきましては、臨床研修定員の削減ですとかがありますし、また被貸与者のキャリアに配慮した検討をしてはどうかというところがございます。例えばということで、検討例1につきましては、従来どおり、基本は出身大学の病院とするので

すけれども、都内医師少数区域の臨床研修病院のうち、医育機関は除いた臨床研修病院の初期臨床研修を認めてはどうかというようなことですか、検討例2ですと、やはり従来どおり出身大学病院とするけれども、マッチングしなかった場合に限って、医師多数区域以外の地域での二次募集を認めてはどうかというようなこと。もしくは、いやいや、あくまで例外なく出身大学病院とするほうがいいのではないかというような意見などもあろうかと思しますので、ちょっとそういうような形で、ちょっと検討案として記載してみたところでございます。

簡単ですけど、以上でございます。

○角田部会長 ありがとうございます。

この二つ目の検討事項、医師キャリアとの両立についての検討ということです。一応、これまでの奨学金制度は、かなり高額な奨学金を貸与するという一方で、返還の債務の履行猶予、これ、育児とか病気等を通算して3年までというふうにしておりました。奨学金の貸与の医師に早期の専門性の発揮を求めてきている、そういったことで求めてきているということです。返還債務の履行猶予事項、これ、大学院進学とか海外留学、育児、病気、介護、これらのバランスを取って、どのように取り扱うかということをご議論いただきたいと思いますし、最後に出ましたが、被貸与者の臨床研修先の配慮についても、この辺の意見を頂きたいと思います。いかがでしょうか。

福島先生、大学の立場でどうでしょうか。

○福島副部会長 私は臨床医ではないので、要するに、卒業して、すぐ大学院に行って、解剖学で研究者になったというタイプなので。その後、ちょっと進路変更しましたけど。

まず第一に、大学院に関しては何の目的で行くのかです。例えば、臨床医になってほしいわけですよね。小児科だとか、救急だとか、それこそ外傷外科だとかということをやっていただきたい人に、試験管を振ったり、DNA扱っていただく必要はあるのでしょうかというのを、まず考えるのですよね。そうすると、それだったら、今、文部科学省は大学院の制度をもっと柔軟にしたいわけですよ。社会人大学院で、昼夜開講制にしてというのは社会人大学への道を開いているし、医学部の大学院も、そういう方向性も一応は持っているわけですよね。そういう意味では、要するに、試験管を振りに実験室に行くために行くというのは、いかななものかというのは、この制度にはそぐわないと思います。

それから、海外留学ですけど、海外留学、遊びに行ってもそれは資金の無駄なので、人材の無駄です。本当に臨床をしに行くというのだったら、別ですよ。例えば、イギリスの免許取って、PLABの1と2取って、イギリスの免許取って、では、GPの勉強しに行きますというのだったら、まだ許します。でも、そうでない者に関しては、やはりそれはこの趣旨に反すると思うのですよね。そういう意味で、大学院に関しても海外留学に関しても、一括全部駄目とは言いませんけど、やはりこの奨学金の趣旨に合う、東京都民に対する医療提供ということから考えれば、これはかなり否定的にならざるを得

ないのだろうと思います。

それと、それからライフイベントの話は全く違うことだと思うので、そこは切り離して議論したいなと思います。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。

大学院とか海外留学も結局、その医師が自分でキャリアを積みたいという、これを少しでもサポートしようという意味で載っていると思うのですが、本人の希望の下、これを取るかどうかという議論もあると思うのですね。今の福島先生、前回のときも、これだけ奨学金をもらっているのだし、きちっとある程度、枠とか、あれはあったほうがいいのではないかという、本来の目的を踏まえた上での運用がよいのではないかというふうにいただいております。本当にありがとうございます。

どうぞ、川口先生。

○川口委員 私は大学院の進学を認めるというところだけでいいのではないかと思いますね。選択肢があるよと。ですから、本当に試験管を振りに行くのか、勉強しに行くのか、いろいろあると思うのですけども、道として残しておく。選択肢がある。しかし、その間は、義務年限は減らないよと。それを、どちらを取っていくのか。でもひよっとすると、大学院で勉強したことが後になっていろいろと、単純に臨床だけではなく、都の医療行政を担っていくときに、役に立ったりすることもあるかもしれませんから、そういった意味で道筋だけは、選択肢は残しておいたほうが僕はいいのではないかなと思います。ただし、その間は、義務年限は減りませんよと。そこはよくご自分で考えて、自分の道を選んでくださいというふうなやり方ではいかがでしょうか。

○角田部会長 ありがとうございます。

本当にそれも検討すべき事項だと思います。

また福島先生がおっしゃったように、ライフイベントとはちょっと違いますよね。本人の希望ですのと、ライフイベントとは本当にちょっと切り離して考えないといけなないと思いつつ、猶予、期間ということでやっぱりどうするかという、幾つか事例を挙げただけでしたが、これにつきましてご意見を頂きたいと思いますが。

○福島副部会長 ちょっとよろしいですか。

大学院で、4年で医学博士を取るのはかなりシビアです。それも社会人大学院なんて簡単なこと言っていますけど、査読ありで、海外の雑誌出して、はい、上がりですねと言ったときに、これ大学院生はフルタイムスチューデントですよ。フルタイムスチューデントで4年中抜けしてしまう。4年かかると思います。そうすると、その4年でフルタイムスチューデントと考えたときに、現実的にあるのかというのはちょっとだけ。批判してしまってすみません。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。

どうでしょう。他にご意見等ございましたら頂きたい。

○古川委員 日赤看護大学の古川と申します。

私は看護職ですので、もちろん医師の奨学金制度とは比べ物にならないということは承知しております。看護師にもやはり奨学金制度を使っている者が、今は当たり前の時代になっていますが、医師の存在というのは非常に大きいものだということを、これだけの費用が投入されているのだなということを実感するところではあります。

ただ、女性医師のキャリアについて見ますと、やはり貴重な存在だからこそ9年という免除期間が必要だということは分かるのですけれども、その期間というのは女性のライフイベントにとって非常に貴重な期間であって、では、一人出産すれば終わりかといったらそうではなくて、やはり国の政策としては出生数を上げて、育児支援制度を整えてきている中で、高齢出産を奨励しているような制度になってほしくはないと思います。やはり、看護職に比べますと、ご自身のキャリアということを経験する皆さんは本当に真剣に考えていらっしゃる。だからこそ、知識、それとスキルを高めるために育児短時間制度を使ってでも、3年から子供が6歳になるまで、もう育休が終わると大体、3か月ぐらいで早めに職場に復帰する方がほとんどではないかなと思います。

ですので、何か本当に国の方針と、これは合っているのかどうなのかということを経験的に考えなければいけないなと思いますし、どうしても働きたい、自分のスキルを高めたいということがあれば、働ける指定医療機関というのが、どういう制度のところかというのは、ちょっと分かりませんが、しっかりと子育て支援ができていて施設で働けるように配慮するとか、もう少し男性医師と公平性の観点で、齟齬がないような制度になるといいなと思います。

以上です。

○角田部会長 古川委員、ありがとうございました。

女性医師キャリアの配慮という点からですが、どうでしょう。野原委員、何かご意見があれば頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。

○野原委員 ありがとうございます。

今の女性医師のキャリアということなのですが、この育児休業、介護休業に関しては、女性医師だけではなくて男性医師も取る可能性があるものというふうに、私は理解していますので、その方にパートナーがいて、ご自身が1年育休取って、次の1年は、ご主人が取るなり、そういったことを選択できるように、やっぱり長く育休が取れるという制度は、私はよろしくないのですが、先ほど、おっしゃられていたように、とにかく支援策を東京都として責任を持って、医師が派遣された病院でしていただけるようなことをするということが重要なのだろうなというふうに思っています。男性も必要になった場合に介護休暇を取られると思いますし、そういう意味では、女性医師に対してのものだけではないというふうに思っています。

あと、すみません。引き続きなのですが、先ほどの大学院については、やはり

優秀な学生ほど、ほどと言うとあれですけども、基礎研究のほうに興味を持つ方も多くて、これは選択肢として、単にお金を返さなくていいとか、臨床をしなくていいということではなくて、その期間にすることも可能だという意味での提示であれば、あったほうがいいのではないかというふうに私は思いました。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。貴重なご意見を頂きました。

他にいかがでしょうか。

また、すみません。今のライフイベント云々につきましては、規定としては女性医師だけではない。どうなのでしょう。

○高橋医療人材課長 もちろん女性も男性もということでございます。

○角田部会長 ありがとうございます。

他にご意見はございますでしょうか。今日は、いろいろとご意見を頂いた上で、また事務局でまとめていただきますが。

もしよろしければ、議題が残っていますので、もう少し先へ進ませていただいて、また振り返ってでも結構でございます。

では、続きまして、検討項目の三つ目、「貸与方式の検討」の内容につきまして、事務局からご説明いただきたいと思えます。

○高橋医療人材課長 事務局の高橋です。最後、10ページ目に参ります。

貸与方式の検討のところでした。東京都ではというところで、これまで特別貸与と称して別枠方式、また一般貸与と称して入学後選抜ということで、二つの方式を併用してきたという経緯がございます。

国が今回示した地域枠とは、先ほど来、説明しているとおりですけども、入学時の選抜の別枠方式を言うと定義を明確にいたしまして、この定義に基づきまして臨床研修ですとか専攻医募集のシーリングにおける枠外の扱いを行うということですので、当然のことながら、これまでの議論にもあったように、入学前に選抜する別枠方式のメリットのほうが大きいだろうということで、あまり議論の余地がなく、基本は別枠方式の検討でいいだろうというところが、ベースにはあるかと思えます。

ただし、今回、医師多数県におきましては、これまでの臨時定員ではなくて、大学の恒久定員内の定員設定のみが認められてくるというところがございますので、こちら特別貸与の枠に「デメリット」と書かせていただいている、大学の設定する定員数が上限になってしまうということで、これまでの規模が保たれないかもしれないという懸念もある中で、そうなると一般貸与と申しますか、入学後選抜のほう募集数を増やす観点から若干有利だということもありますので、念のため、比較検討しておきたいということの趣旨で、検討の項目出しをさせていただいたというところがございます。

簡単ですが、説明は以上になります。

○角田部会長 ありがとうございます。

この三つ目ですけど、貸与方式の検討ということでございます。一応、国からはこの地域枠の定義が明確に示されたので、都の制度見直し後に貸与方式を定義との関係から特別貸与とするか、あと、そうすると募集数の問題がありますので、募集数を増す観点から一般貸与とするかといった点で、ご説明いただきました。

こちらについて何かご意見はございますでしょうか。

たびたび振って申し訳ありませんが、福島先生、大学の立場からいかがでしょうか。

○福島副部会長 特別貸与だけにさせていただいたほうがいいと思っているのですが。というのは、申し訳ないですけど、医学部の学生は自分が医者になると思って、ちゃんと来てないので。だって、高校生まですごい職業教育をしていませんから。自分は社会に入って、他者貢献するために自分の能力をつけて、それで社会人として職業を全うするのだという、そういう教育を受けていませんから。そうすると、自分がどういう職業を選びますか、その職業が社会の何の役に立ちますかを知らないで入ってきます。そのときに、例えば入学の手挙げ方式というのは、ほぼ国立大学は全滅というか、かなり惨憺たることになった理由は、そこにあるわけですから。

そういう意味で、東京都の場合は特別貸与をずっとやっていて、特別貸与というのはそういう意味では離脱者が極めて少ない。これは他のところも、他の国立も同じですよ。それだけやっぱり、これをしないといけないのだと思って来ている人に入っていたかなければいけないし、それと同時に、他のところの資料にもありましたけど、いろんな人たちが医学部に入ってこられるという制度の一つとして、特別貸与のこういう制度というのは非常に大事ではないかと思えますし、失敗率も少ないので、そういう意味では、特別貸与という形を継続していただくのはいいかと、私は個人的に考えます。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。

これにつきまして、いかがでしょうか。

内田先生、大学の立場でいかがでしょうか。ご意見頂けたらと思えます。

○内田委員 内田です。

やっぱり受け入れていらっしゃる大学のご意見が大切だと思えますし、それから、別枠入試の場合、どの程度、例えば、入ってからの留年率とか、C B Tの成績が違うとか、その辺に大きな違いがないのであれば、よろしいかと。そういった検討が、例数が増えてくるとできてくると思えますので、今後して行けばいいかと思えます。最終的には、東京都にどれだけ役立つ医師ができていくかというアウトプットをやっぱりどこかで評価していく必要があるかと思えます。最初の質問の理由は、やっぱり何年かで大学の管理を離れてしまう医歯もいると伺いましたので、最終的にどんな医師として東京都に貢献できているのかというのは、ちょっと私、疑問に思ったので、最初にそういうことを聞かせていただいたということです。貸与方式の検討に関しては、現行いい人が取れているのであれば、その形でいいのかなと思えます。

○角田部会長 どうもありがとうございました。

他にご意見はございますでしょうか。

こちらはやっぱり今みたいな形ですかね。頂くと。

先ほどの猶予期間の方はご意見、ライフイベントと他と分けて考えるべきだということで、どうでしょうか。いろんなご意見頂いて、特に、大学院とか留学について、選択肢を一応設けておいて、そして、一応選べるようにしておくと。ただ、それも選択する内容とかも含めて、いろいろと、多分どこかでレギュレーションをかけないといけないというようなことの形で、少し選択肢残しておくというような形でもよろしいということかなというふうに聞いていたのですが、いかがでしょうか。

○福島副部会長 すみません。否定的な意見ですみません。やっぱり自分は、こういう仕事をしなければならない。だから、こういう勉強しなければならない。それが自分の役目だと、私は18歳であっても考えてほしいと思います。

実は、これを選んでもあれもできるのだよ、これもできるのだよ、これもできるのだよと言ったら、それはこれをやるぞとならないのではないのでしょうか。そうすると、私もちょっと自分のところで、東京都の地域枠で苦い経験があるので、そういう意味では、やっぱりあなたはこれをするのよ。それをやった後に、どういう自由な生活してもいいのよ。大学院なんて、別に大学卒業して数年で入る必要はないのよ。40になってから入ったっていいのよと、これでいいではないですかと思うのですね。そういう意味で、あれも自由、これも自由というのは、ごめんなさい。実は被害者を増やすのではないかというのは、私は思います。

以上です。

○角田部会長 いえ、ありがとうございます。

決して否定的というよりも、むしろ本当に根本的なお話をしていただきまして、ありがとうございます。

他には全て振り返ってもいいのですが、ご意見が何かあれば、ぜひ頂きたいと思います。

では、先に内藤委員からどうぞ。

○内藤委員 すみません。東京都病院協会の内藤です。

やはり、これだけのお金を税金から投入して、一人の医師を育てるということになりますと、本当にその人の単なる人生の、人生をちょっと助けるではなくて、やっぱり目的のために育てるということが、根本的な考え方になってくるのかな。もしそれが嫌だという方は、それを受けなければいいだけの話であって、我々としてみればというか、東京都として、それから地域としてみれば、今、地域の医療のネットワークをしっかりとさせるために、こういう人材が必要だから税金を使って、こういう人たちを育てるのだという、やっぱりそのところをしっかりと持って、ある意味でぶれないでやっていくことが基本的に必要なのかなというふうには思います。

ですから、そういう意味では、お金、税金を投入するだけではなくて、それを育てるための、やっぱりコーチみたいな形で、しっかりと見ていく必要性もあると思いますし、そういうところの厳しさがあってしかるべきではないかなと、私は思っております。

以上です。

○角田部会長 内藤先生、ありがとうございました。

他にはいかがでしょうか。

技監。

○田中技監 すみません。ちょっと先ほどの最初のほうの議論に戻るのですが、外科については割と皆さん、否定的なご意見が多かったのですが、田口課長も申し上げていたように、ちょっと人数で見ると他の診療科に比べて増加率が少ないので、数だけで見ると、やっぱり足りないのではないかという懸念があって、今回の検討事項に挙がっているのですが、そこについては、今までのお話ですと、外科に行った後、心臓外科に行くのか、脳外科に行くのかとかというのをコントロールするのが、多分、非常に難しいだろうということと、チーム医療ですとか、もう少し集約化するような形で、ワーク・ライフ・バランスといいますか、働き方改革の部分は別のやり方で人数を増やすのではなくて、働き方のほうを変えていけば、そんなに一人の外科医に対する負荷が、もう少し軽減できるのではないかというご意見だったと思うので、そういう意味では、外科医の数をそんなにこの事業で増やさなくてもいいというのが、皆様方のご意見ということでよろしいのでしょうかということが一つ。

あと、総合診療については、かなりこの医師確保計画の中で今後、やはり総合診療機能を少なくとも充実させていかなければいけないということを中心に強く書いてあります。ただ、総合診療機能というのは、必ずしも総合診療の専門医を増やすということではないということも明記をしているので、今まで内科ですとか、いろんな診療科でやってきた先生方が、総合診療的な機能を十分持って診療をしていただけるような方を増やしていくという方策というのでも書いているのですが、総合診療の専門医もやっぱり一方である程度は確保しなければいけないのではないかと書いております、その辺をどう考えるかというご意見をちょっともう少し頂きたいなところと、4ページにも書いているのですが、総合診療とへき地医療との関係についても、もう少しちょっとご意見を頂けるとありがたいかなと思います。例えば、今までどおりの「へき地診療」という枠を残しておけば、ある意味、そこを目指す人は総合診療専門医を目指すだろうという観点も、もしかしたらあるかもしれないですし、ちょっとその辺りのご意見を頂きたいのと。

あと最後に、4ページの5番として、法医学とか公衆衛生ということも一応、医師確保計画の中でも、やはり臨床ではないのですが、今後、東京都の医師という意味では確保していく必要はあるということで書いているので、ここで言う5番についてのご意見もちょっと頂ければありがたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○角田部会長 ありがとうございます。

時間も迫っていますが、まず、総合診療医とへき地医療についてのところと、あと、今、本当にこれスルーしてしまいましたけど、4ページの5番に、法医学とか公衆衛生関係、基礎医学の先生方も、実は医師も少ないというところで議論はずっと続いているわけですが、これにつきまして、何かご意見があれば、ぜひ頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。

○川口委員 公立昭和病院の川口ですけども、法医学とか公衆衛生も、とても大事な領域なので、これはやっぱり東京都がお金を突っ込んででも、都民を守るために養成していく必要があると思います。

あと、総合診療のところは昨年からの話でもずっと出ているのですが、総合診療という領域はまだまだよく分からないところもいっぱいあって、どんなモデルになるのかよく分かりません。でも、厚労省は恐らく、専門分化が進んでしまって、この患者は、僕は診られないというお医者さんが増えてしまったから、一人の人間を診ないで、病気しか診られない医者しかいないだろうと。在宅も進めたくて、病院も潰したいので、おうちに帰って面倒を見てくれる、何でも診られるよというような便利屋さんが欲しいというのは、もう根底にあるのだと思うのですよね。だから、へき地医療に関しては、もう一人で何でもやらないといけないから、割と総合診療に近いイメージでいけると思うので、そこはいいのではないかと思うのですけども。ただ、それ以外のところで総合診療というのは、東京という土地柄の中で、どれだけ役に立つのかというのは、ちょっと微妙ではないかなと僕は正直、思うのですよね。病院の中の総合診療科というのが、やっぱり今、はやりになってきてはいますけども、でも、それはやっぱり確固たる普通はサブスペシャリティーを持っていて、転じていって、総合診療をやっているという方が主ではないかと思うのですよね。ですから、初めから総合診療ありきでやっているという感じではないと思うので、そこはどうなのかなと。だから、どうしても総合診療の部分が捨て切れないのであれば、本当のへき地、島しょとかで、本当に一人でやらないといけないような人たちをターゲットにして、そういった領域も総合診療にかぶりますからやってくださいという言い方だったら、ありかなと思いますけども。そんなことでしょうか。

外科に関しては、人数が少ないの、確かに人数は少ないのですが、どの領域の外科を、どこをイメージなのか。毎日の定時の予定されたオペをしてくれるような外科医が少ないのか、それとも、土曜、日曜、夜の時間外で緊急でやらないといけないような手術に対応してくれる外科医が少ないのか、どちらかだと思うのですよね。多分、定時の手術をする外科医の数は、そんなにべらぼうに足りないという感じではないのではないかと思いますね。ただし、休日・時間外に難しい手術やってくれる先生の数というのはやっぱり絶対数少ないですよね。そこら辺でちょっと区分を分けて考えないと、外科というくくりで全部やろうというのは、相当の投資が必要になって、しょっちゅう裏切ら

れるということになるのではないかなと思うのですけど。

○角田部会長 ありがとうございます。

どうでしょうか。今、いろんなご意見が出て、それを受け止めて検討していただきたいと思いますが。

では、どうぞ。

○福島委員 まず、一つ、外科医ですけど、外科医は診療報酬を上げればいいのです。そしたら、必ず外科医は増えるのですよって厚生労働省に言いたいところでありますよね。角田先生。

総合診療の話なのですけど、総合診療はちゃんと二つ考えないといけなくて、一つは例えば、へき地というところで周りに医者がいませんねと言ったところで求められる能力というのと、それから、例えば都心でプライマリーケアで求められる能力は全く違うので、変な話ですけど、ここはオーストラリアでもイギリスでもないの、だっ広い平野はないのですよ。山があって、平野がちょっとしかないの、ちょっとしかない平野のところであくさんの人間とあくさんの医者がいるので、そういう意味で、ここの部分で、いわゆるイギリスで言うところのジェネラルプラクティショナーは要らない。それと同時に、だから、例えば、厚労省が求めているのは地域包括ケアシステムであって、高齢者でみとりの医療なので、これというのは通常のプライマリーケア、要するに、へき地のプライマリーケアとは違うのです。そういう意味で、東京都はへき地で本当に人が、例えば、年間10人必要だというのだったら、そのプログラムをつくらないといけないですよ。今、大学にそのプログラムは当然のことながらありません。だって、特定機能病院だからって。そういう意味で、そこのプライマリーケアという言葉の使い分けをしっかりとやって、それで、その東京都としては、一体どれぐらいの総合診療医、へき地で一人で、しかも助けが呼べるという、要するに、自分ができないことが分かるという人をどういうふうに育てるかというのは、分けて考えていただきたいなというふうに思います。

もう一つは公衆衛生と、公衆衛生は今回、コロナのことで本当に大事だということがよく分かったので、そういう意味では、保健所機能というものと医者が支えていくかというのは今、コロナのことですごく大きな課題になったと、私は思います。そういう意味で、公衆衛生の人を育てる、公衆衛生の人、例えば、9年育てたら、それ臨床に行けませんから。そういう意味では、それこそ大学院に行ってくださいという話になりますよね。そういう形で育てる道筋があっていると思います。でも、それは今、東京都が必要な公衆衛生のパブリックヘルスの医者が必要だ、この領域で募集すべきですよ。

それから、監察医務院ではもう全部解剖し切れてないわけで、それで、実際には犯罪がはびこっている可能性があるわけですから、そういう意味で、法医学はもう明らかに、これ、国策レベルで非常に少ない。だから、下手すると国立で法医学の教授がいなくなる世界が来るかもしれないのですよ。そしたら、その県はもうおしまいになってしまい

ますよ。東京はたくさん犯罪があるので。そういう意味では、法医学者というのを、それこそ監察医と一緒に話し合っ作っていくという制度を、その中で必要な人数というものに奨学金を与えてもいいのではないかと思います。それで、先ほども申し上げましたけど、大学院ありでもいいのではないですか。それだったら大学院ありでもいいのではないかというふうに思うので。

ただ、一つだけ、これは嫌ですね。「指定勤務の継続が難しいと認められる場合に限定して、法医学や公衆衛生」って、基礎医学の人間にとってみたらとっても悲しい文言なので、こういう使い方はぜひしないでいただきたいというふうに思います。

以上です。

○角田部会長 ありがとうございます。

そろそろ予定の時間を過ぎまして、いろいろと案を、ご意見を頂いて、まとめ上げるのは難しいかもしれませんが、古賀会長何かコメントを頂けますでしょうか。

○古賀会長 会長の古賀でございます。

オブザーバーで出席させていただいています。まとめるというのはちょっと大変だと思うのですが、個人的な意見も含めて少しお話しすると、先ほどから盛んに出ている外科と総合診療科、これはもう皆様の意見が全てだと私も思っております。外科もなかなか医療の内容は変わってきていますし、ロボットがなければ研修に行かないとかいうような外科医も出てきているような中で、なかなか外科医を目指すということ自体が難しくなってきた、人数も少ないというようなこともあるかと思いますし、総合診療も病院内の総合診療、それから、今、社会に出ているへき地での総合診療と呼ぶのかどうかという問題ですけども、そういったような形の体制、若い医者に初めから総合診療やれ、あるいは外科から高度な技術を持ったところにやれというのは、やはり無理であって、総合診療は先ほどからも出ていますけれども、ある程度キャリアを積んだ人がそこへ移っていくというような形なので、この東京都の奨学金制度では、やはり島しょ医療、あるいは救急医療、この中に、いわゆる総合診療が含まれているというふうな考え方で、もし、少し募集を変えるのであれば、「救急・総合診療」とか、あるいは「へき地（総合診療）」とか、そんなような形で、総合診療を目指すのだというようなアピールをしてもいいのかなとも思っております。

それ以外には、もう本当に皆さんの出た意見が現場をつかんだ適格なご意見だと思っておりますので、都としても考えたいと思いますし、私も東京都の都立病院、公所病院関係で若い先生方の育成に携わっておりますが、皆様のご意見のとおりだと思いますし、そういったようなことを今後、医者の偏在対策等も含めて考えて、積極的に動いていかないといけないところではあります。

それから、実は一つちょっと検討で漏れたところがあって、3番目の臨床研修をやる場所、育成期間、これをどうするかというのがちょっと検討から漏れてしまったと思うのですが、どこでしたか。9ページの意見がちょっと漏れてしまって、もし、大

学附属の病院だけで研修をするのでなければ、やはり島しょ関係なんかであれば、例えば、都立で言えば、機関病院になっている広尾病院での研修を進めるとか、そういったようなことも考えられるのかなと思って、ちょっとこのキャリアの両立の件と③だけが抜けてしまったので、そこはまた改めて検討する必要があるかなと思っております。

すみません。まともらずにすみませんが、以上です。

○角田部会長 とんでもありません。本当にありがとうございます。

今までいろいろとご意見頂いております。かなりまとめるの厳しいかと思いますが、場合によってはいろいろ案として幾つか出すような形で、事務局で今頂いた、ただいまの意見をいろんな検討をさせていただいた上で、次回の会議に向けて最終案を提示するというような形でよろしいでしょうか。よろしいですか。

事務局から何か追加の、いいですか。

では、すみません。時間がかかり過ぎてしまいましたが、本当に活発なご議論、ご意見頂いて本当にありがとうございます。本当にいろんな難しい問題とか、いろんな根本的な問題がございます。

一応、これで、本日の議事は一応、終了いたします。

最後に、事務局から連絡事項等がありましたら、お願いいたしたいと思います。

○高橋医療人材課長 忌憚のないご意見、たくさんありがとうございます。

4点ございます。

1点目でございますが、本日の議事に関しまして追加でご意見がある場合は、来週10月20日火曜日までに事務局あてメールでご連絡ください。このときに、もしよろしければ、先ほど臨床研修先についての議論がなかったということで、もしこの9ページに関しまして何かありましたら、ぜひともご追加でご意見を頂ければと思います。

2点目です。本日の資料ですが、来庁の委員の方々には机の上に残しておいていただけましたら、事務局から郵送いたします。

3点目です。来庁の委員の方で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。事務局までお申し出ください。

最後に、今後の部会の3回目の予定ですが、先ほどもございましたが、11月10日火曜日18時からを予定してございます。3回目の部会におきまして、本日の意見を踏まえた最終案を提示させていただく予定ですので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

○角田部会長 ありがとうございます。

本当に本日は、活発なご意見たくさん頂戴しまして、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回東京都地域医療対策協議会医師部会を終了させていただきます。

本日は誠に遅くまでありがとうございました。

(午後 7時42分 閉会)