

令和 7 年度 第 1 回

東京都地域医療対策協議会

会 議 錄

令和 7 年 9 月 17 日

東京都保健医療局

(午後 5時03分 開会)

○谷山医療人材課長 ただいまから令和7年度第1回東京都地域医療対策協議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。

私は本協議会の事務局を務めさせていただきます、保健医療局医療政策部医療人材課長の谷山でございます。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ので、よろしくお願ひいたします。

なお本日の会議は、来庁とオンラインを交えたWeb会議形式での開催となります。不具合がございましたら都度、事務局までお知らせください。

Web会議を行うに当たり、委員の皆様に4点お願いがございます。

1点目ですが、ご発言の際には挙手、またはご発声にてお知らせください。挙手の場合、事務局が画面で確認をし、会長へお伝えします。委員の皆様は、会長からの指名を受けてご発信、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。ご発言の際は必ず、ご所属とお名前をおっしゃってから、なるべく大きな声ではつきりとご発言いただきますよう、お願いします。

3点目ですが、ご発言の際以外はマイクをミュートにしていただきますよう、お願いいたします。

4点目ですが、会議中、音声がうまく聞こえない場合は、どうか、ご遠慮なくチャット等でお知らせいただきますようお願いいたします。

それでは、まず初めに、東京都保健医療局技監の成田よりご挨拶を申し上げます。

○成田保健医療局技監 皆様、こんにちは。保健医療局技監の成田でございます。

本日は大変お忙しい中、令和7年度第1回東京都地域医療対策協議会にご参加を賜りまして、誠にありがとうございます。

また、日頃から委員の皆様方には、東京都の保健医療行政に多大なるご理解とご協力を賜りまして、改めて御礼申し上げたいと思っております。

本日の協議会では、3点の議事をお願いすることとしております。

まず1点目として、令和6年12月に厚労省がまとめました医師偏在是正対策パッケージに位置づけられており、経済的インセンティブとなる重点医師偏在対策支援区域における診療所承継・開業支援事業について。次に、医師少数県等における病院と連携して臨床研修を行う、広域連携型プログラムについて。もう一つは、令和6年3月に改定いたしました東京都保健医療計画の進捗管理について、それぞれご審議いただければと思っております。

このほか、医師部会、看護人材部会からのご報告もさせていただく予定でございます。

委員の皆様には、ぜひご忌憚のないご意見をいただければと思っております。限られ

た時間ではございますが、どうぞよろしくお願ひいたします。

○谷山医療人材課長 続きまして、本日の会議より新たにご参画いただくことになります
た委員のご紹介をさせていただきます。お名前をご紹介させていただきます。

小平市健康・保険担当部長の尾崎正宏委員です。委員に新たにお力添えをいただきます。
よろしくお願ひ申し上げます。

次に、本日の委員の出欠状況でございますが、藤井委員、田尻委員からは欠席のご連絡をいただいております。

なお、現時点では内藤委員がまだ参加されておりませんけれども、ご出席の旨の連絡を
いただいています。

本日の会議資料についてですが、委員の皆様にあらかじめデータをお送りしております。
ご来庁の委員の皆様には会議資料をお手元に配付しております。もし、進行の途中、
不足等ございましたら、事務局のほうにお申し出下さい。

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の規定に基づき、
会議、会議録資料は公開とさせていただきますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、これ以降の進行につきまして、古賀会長にお願ひいたします。よろしくお
願いします。

○古賀会長 古賀でございます。

これからは、私が議事進行を務めさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

本日の協議は、先ほどもありました議事3件、報告事項2件を予定しております。そ
れぞれのお立場からご意見、ご発言をいただければと思っておりますので、よろしくお
願いいたします。

それでは早速、入りたいと思います。

本日の一つ目の議事でございます。重点医師偏在対策支援区域における診療所承継・
開業支援事業について、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○谷山医療人材課長 それでは事務局のほうから、議題1についてご説明をさせていただ
きます。

資料3 ご覧ください。こちらの事業は厚生労働省で策定した医師偏在是正対策パッケ
ージに位置づけられている事業となってございます。

まずは、医師偏在是正対策パッケージ事業概要について、ご説明をさせていただきた
いと思います。

資料が別になります。参考資料の1をご確認いただければと思います。

こちらは、令和6年12月に厚労省において、医師偏在是正に関わる施策をひとまとめ
にして策定したものとなってございます。資料の中ほど左端のところに、総合的な対
策パッケージの具体的な取組の部分がございますので、そちらをご覧ください。

若手から中堅・シニア世代まで、様々な事業、施策が実施されることとなっておりま

ですが、その中でも今回関連する部分ですけれども、右側の枠、医師確保計画の実効性の確保の枠内にある重点医師偏在対策支援区域、こちらをご覧いただければと思います。

新たに、都道府県ごとに重点医師偏在対策支援区域を定め、当該支援区域において優先的・重点的に対策を進めるとしており、その支援区域を定める際には地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議の上、選定することとなってございます。

また、その下の部分になります医師偏在是正プランにつきましては、医師確保計画の中に位置づけられるものとされており、こちらも、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議の上、プランを定めることとされております。

そして、そのプランに位置づける具体的な対策といたしまして、その下に示されております地域偏在対策における経済的インセンティブ等とございますけれども、その中でも、まず小さな三角形の一つ目、診療所の承継・開業・地域定着支援、こちらを緊急的に先行実施と書かれてございます。

そして二つ目、派遣医師・従事医師への手当増額、三つ目に医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援というものを定めることとなってございます。

本日は、この一つ目、診療所承継・開業支援事業についてご説明をさせていただければというふうに思います。

この括弧書きで緊急的に先行実施とあるように、こちらは国の令和6年度補正予算により、今年度、急遽実施されることとなった事業となってございます。こちらの事業は国と都道府県の補助事業となってございます。

それでは早速、診療所の承継・開業支援事業についてご説明させていただきます。

資料3の1ページ目、「重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業について」に戻っていただければというふうに思います。

まずこちらの事業の目的・概要についてですが、今ご説明させていただいたとおり、医師偏在是正対策パッケージの経済的インセンティブ事業の一つとなってございます。都道府県ごとに重点医師偏在対策支援区域を設定し、当該支援区域において診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して支援を行う補助事業となってございます。

つまり、例えば、今ある診療所が閉院して継ぐ人がおらず、当該地域に医師がいなくなってしまうような場合に、診療所の承継や運営の支援を行い、重点的に医師偏在対策が必要とされる地域に対して、継続的に医師を確保していくといったような目的となつてございます。

次のページをご覧いただければと思います。事業内容のご説明になります。

三つの事業から成ってございますけれども、一つ目が施設整備に対する事業。二つ目が設備整備。そして、三つ目が地域への定着支援に対する事業となってございまして、それぞれ、国と都で一定の割合を補助するといったものになってございます。

続きまして、こちらの事業の実施主体になりますけれども、補助の実施主体は診療所の開設者となってございます。まずは支援区域を設定し、当該区域における対象診療所

を募集し、応募があった場合、当該診療所の開設者を本補助事業の支援対象とするかどうかについても、地域医療対策協議会と保険者協議会に協議し、合意を取るとされています。

続きまして、次ページをご覧いただきまして、国の示す重点医師偏在対策支援区域の考え方になります。

まず支援区域ですけれども、「今後も一定の定住人口が見込まれるもの、必要な医師を確保できず、人口の減少よりも医療機関の減少のスピードが速い地域」とされてございます。そして、この要件につきましては三つございまして、まず一つ目が、国の示す候補区域を参考とすることとされております。二つ目、設定に当たって、地域の実情に応じて「考慮すべき要素」を考慮することとして、三つ目が、地域医療対策協議会と保険者協議会で協議をすることとなってございます。

国の示す候補区域ですけれども、各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏とされており、都においては、島しょ区域が候補区域とされてございます。

また、設定に当たって、地域の実情に応じて考慮すべき要素としては、資料の下のところ、アから力に掲げている指標がありますけれども、例えば可住地面積当たりの医師数や診療所医師の高齢化率などを考慮すること、とされてございます。この事業ですが、例えば診療所の高齢の医師が、診療所を閉院してしまうとすると、当該地域に医師がいなくなってしまうような場合、承継などにより医療を継続してもらおうといったようなものとなってございます。

次のページですけれども、以上を踏まえて、重点医師偏在対策支援区域の設定をどうするかというような、事務局の案をお示しさせていただいてございます。

東京都における支援区域の考え方といたしましては、まず本事業は、医師の地域偏在の解消を目的としているため、都における医師少数区域の中から区域を選定したいというふうに考えてございます。

さらに、具体的には国の示す候補区域である島しょ地域に加えて、島しょ同様にへき地として指定されている奥多摩町と檜原村を支援区域としたいと考えております。

もう少し細かく説明をさせていただきます。下の表をご覧ください。

まず、島しょ区域ですが、繰り返しになりますけれども、こちらは国のはうで候補区域と示されておりますので、支援区域としたいと考えてございます。

また、奥多摩町と檜原村ですが、こちらは交通条件や社会的条件に恵まれず、医療の確保が困難であることから、従前から島しょ地域と同じく、東京都においては、へき地として指定し、様々な施策を実施している地域となってございます。

へき地の診療所に対する既存の国庫補助ですけれども、現在、公立を対象としており、民間は補助対象外となってございます。今回、支援区域として設定した場合は、民間診療所も支援対象となることとなります。

支援区域の設定までの流れですけれども、診療所の承継・開設は、その支援区域の自

治体の医療提供体制に影響を及ぼすことになりますので、区域の設定と、支援対象とする診療所の選定に当たっては、区域内の自治体等の意見を踏まえることが非常に必要だというふうに考えております。従いまして、この案につきましても、すでにへき地の自治体にご説明し、意見聴取を行ってございます。その結果、全ての自治体から指定することについて合意を得ている状況となっております。

これを受け、その後、地域医療対策協議会及び保険者協議会において協議し、合意を得て、へき地を重点医師偏在対策支援区域と設定する流れになりますけれども、先週12日金曜日に、今回の会議に先立ちまして、医師部会において協議していただきました。結果といたしまして、へき地を重点医師偏在対策支援区域にすることについて、医師部会においては、ご了承いただいているということを申し添えます。

へき地を都の支援区域として設定することについて、こちらが、本日お諮りしたい1点目の事項というふうになってございます。

続きまして、5ページ目をご覧いただければと思います。「3 支援対象診療所の選定方法等」になります。

支援区域を定めた後、都は支援対象となる診療所を選定するということになりますが、その選定方法についての案になってございます。

確認事項ですが、四角の枠の中、補助事業の実施主体は支援区域内で承継・開業する開設者となっておりますが、選定に当たっては、地域医療対策協議会と保健者協議会で支援対象として合意を取ることが必要とされてございます。

都における支援対象診療所の選定の考え方の（案）ですけれども、まず、診療所は承継又は開業した場合であっても、既存の診療所の運営や地域の医療提供体制に過剰な影響を及ぼさないことが重要というふうに考えてございます。

また、支援対象となる診療所についてですが、へき地診療所に対する既存の国庫補助を受けている診療所は対象外であること。また、医師確保のための補助事業であるため、歯科の診療所は対象から除いております。

以上を踏まえて、選定方法の案ですけれども、地域の実情を踏まえるため、都は、診療所から申請があった場合は、その支援対象とすることにつきまして、当該診療所が所在する、または所在予定の自治体の意見を聞くこととしたいというふうに考えてございます。ここで言う意見聴取の内容としては、支援対象とした場合の当該地域における医療機関への影響や、当該診療所の地域医療提供体制の協力などについて、あらかじめ該当の自治体のご意見をいただき、地域医療対策協議会や保険者協議会での審議の際に、検討していただく想定というふうに考えてございます。

このことにつきましても、支援区域の設定案と併せて、へき地自治体には既に意見照会しております、了解を得ているところです。同じく、医師部会のほうでも、ご了解を得ているものとなってございます。

支援対象診療所の選定方法について、今、説明したところが、2点目のお諮りしたい

事項となってございます。

そして、最後のページですけれども、「4 今後のスケジュール」になってござります。

これまで、医師会、自治体等関係機関と調整を図りつつ、事務局案の検討を進めてきて、本日お示しした案を策定してございます。表の真ん中に、地元自治体に意見照会とありますけれども、先ほど説明したとおり、8月末に案の説明をし、意見照会を行い、合意を得た状況というふうになってございます。

そして、下の段、12日の医師部会で協議を経て、ご了解をいただいて、本日の地域医療対策協議会にお諮りしている状況です。

また、同じく保険者協議会のほうにも協議が必要となってございますが、こちらは22日に予定しております、両協議会の合意が得られましたら重点医師偏在対策支援区域を決定することとなります。

その後は、都のホームページへの掲載や、関係する保健所等への周知を行っていきたいというふうに考えてございます。

なお、一番上の段は、国の補助申請のスケジュールについて書いてございます。

本補助事業は、今年度になってから、1次募集を6月末締めで、2次募集を8月末締めで行うというふうにされてございました。

都においては、今回支援区域を定めることになりますので2次募集までは申請していない状況ですが、厚労省の担当部署に確認しましたところ、今年度はこの後、3次募集を行う予定であるというところを確認してございます。3次募集があれば、制度周知に合わせて診療所の申請募集を行っていきます。3次募集があった場合の流れのイメージ図を右下に書いてございます。

支援対象となる診療所の選定についても、自治体の意見を聞いた上で医師部会、地域医療対策協議会等に諮って決定していく流れになりますので、その際はご協力のほど、よろしくお願ひします。

私からの説明は以上になります。

○古賀会長 はい、ありがとうございました。

具体例を含めて詳細に説明いただいたので、十分ご理解いただけたと思いますが、医師偏在是正対策パッケージの中の具体的な施策取組の一つで、国が緊急的に先行して行おうという支援事業でございます。

東京都としては、国の島しょ地域に加えて、追加地域として奥多摩町、檜原村を加えてはどうか、そして、その支援対策診療所の選定方法については、こういう形ではどうかという説明があったと思うのですが、内容につきましてご不明な点、あるいはご意見がございましたら委員の方々からお聞きしたいのですが、いかがでしょうか。

川崎委員、どうぞ。

○川崎委員 川崎と申します。

この重点医師偏在対策支援区域の設定という部分で、のこと 자체はどのぐらいのスパンで見直していくというものなのでしょうか。

○古賀会長 事務局、お願いします。

○谷山医療人材課長 事務局です。

特に、どれくらいのスパンで見直していくべきという考え方は国からも示されておりませんので、まずは、今回の案で実施してみてといったところになろうかというふうに思ってございます。ただ、一度決定したら、ずっと見直しがされないといったものではなく、状況を踏まえて、必要があれば見直しを行っていくことになろうかと思います。

○川崎委員 ありがとうございます。

○古賀会長 ほか、どなたかご意見等ございませんでしょうか。

関根委員、どうぞ。

○関根委員 これは選定の方法に関わってくると思うのですけれども、へき地の診療機能、いわゆる診療科や規模なども含めてですが、当然いろいろ事情がおありになると思うですが、その選定に当たっては、地域のほうからこういうものが需要ですという情報をいただいて、それで決定するようになるのでしょうか。

○古賀会長 事務局、お願いします。

○谷山医療人材課長 事務局です。

診療所の申請が上がってきましたら、今のイメージとしましては、地元自治体から、例えば、こういうことをやってほしいとか、そういう意見があれば参考にさせていただきて、申請してきた診療所にも伝え、地域医療対策協議会等にお諮りして決めていくような流れを想定してございます。

○関根委員 分かりました。そうすると、現時点ではへき地の自治体から、具体的にこういったものが必要だというものが上がってきているわけではないということですか。

○古賀会長 事務局、どうぞ。

○谷山医療人材課長 事務局です。具体的に自治体のほうからこういうのが需要だといったようなのは、現時点では上がってきてはございません。

○関根委員 よく分かりました。ありがとうございます。

○古賀会長 ほかにご意見、ご質問はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

(なし)

○古賀会長 それでは、医師部会でも、話し合いが済んでいるというところで、この審議内容1点目、重点医師偏在対策支援区域の設定、そして2点目の支援対象診療所の選定方法、この二つについて事務局から説明のあった内容で承認するということでよろしいでしょうか。

「(異議なし) の声あり」

○古賀会長 それでは事務局、この方向性で進めていただければと思います。よろしくお

願いいたします。

それでは、議事を進めたいと思います。

2番目の令和9年度広域連携型プログラムの取扱いについて、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○谷山医療人材課長 それでは続きまして、資料4、広域連携型プログラムについてご説明させていただきたいと思います。

まず初めに、この広域連携型プログラムについてですけれども、昨年度、国から導入が示されたもので、臨床研修における新たなプログラムとして定められたものであり、医師多数県の基幹型病院に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心につつ、医師少数県等の臨床研修病院において、一定期間研修するプログラムとなってございます。令和8年度から適用開始となっており、昨年9月13日に開催した令和6年度第1回地域医療対策協議会において、令和8年度の研修プログラムにおける実施と定員の配分方法についてご審議いただいたものとなってございます。

昨年は令和8年度についてご審議いただきましたが、本日は、令和9年度のプログラムにおける実施と配分方法についてお諮りさせていただきたいというふうに考えてございます。

その前に、まず概要について、この資料の4ページ目をご覧いただきたいと思います。広域連携型プログラムの概要についてになります。ご覧ください。

こちらは、国の医道審議会の医師臨床研修部会の資料になってございます。

まず、この連携元と連携先の区域についてご説明をさせていただきますと、連携元区域といたしましては、医師多数県のうち、東京をはじめとする①に記載がある5県が設定されてございます。

そして、2に記載されている連携先区域、医師少数県等となってございますけれども、こちらに所在する病院において、一定期間研修をしなければならないといったような内容となってございます。なので、1の連携元区域から2の連携先区域に医師を送り出すといったようなものとなってございます。

2の③のところ、医師多数県の東京であっても、医師少数区域において、一定程度連携先とすることができるというふうにはされてはいるのですけれども、東京都においては、島しょ区域のみが対象となってございます。

続きまして対象人数ですけれども、こちらは医師多数県の募集定員上限の5%以上とされてございます。この人数は都道府県ごとの臨床研修の募集定員上限内に設けなければならず、定員が増える、プラス増員になるといったものではございません。

期間ですけれども、こちらはプログラムの実施時期は原則として、臨床研修の2年目となってございまして、プログラムの期間としては24週又はそれ以上とされてございます。

費用負担でございます。プログラム作成の実施に関わる費用について国が支援する、

とありますが、令和6年度補正予算において、プログラム責任者に関わる費用は対象になるとされましたが、実際に研修先が連携先病院で勤務する際の経費、移動費用や住居費等については、国からは、補助対象とするよう検討すると、まだ現時点では明らかになっていない状況というふうになってございます。

では、資料4の1ページ目にお戻りいただきまして、(3) 対象病院についてご説明いたします。

国の示す考え方では、目安として、募集定員が20名程度又はそれ以上の病院とされています。また、20名以下であっても希望があれば実施可能というふうにされてございます。これ以外には対象病院の要件や配分について、国から特に示されておらず、都道府県ごとに決めなければならないとなつてございます。

その下の四角のところですが、東京都におきましては昨年9月の令和6年度第1回地域医療対策協議会でご審議いただき、令和8年度の広域連携型プログラムの配分方法を決定し、18病院に定員を配分してございます。後ほど、ご参考いただければと思いますが、この資料の3ページ目に、配分された結果がございます。これらの18病院で、令和8年度の臨床研修プログラムにおいて、それぞれ広域連携型プログラムを策定いただいているところでございます。

令和8年度の臨床研修プログラムは、現在マッチング登録中で、今後各病院において研修医を採用し、令和8年度から適用開始となる予定となってございます。なので、広域連携型プログラムもまだ適用されていないのが現状となってございます。

それを踏まえて、令和9年度についてですけれども、その下の2、令和9年度開始の広域連携型プログラムの基本的な方針について（国）をご覧ください。

国通知により、令和9年度のプログラムの基本的な方針が示されてございます。広域連携型プログラムは、令和8年度からの適用開始となるため、連携元・連携先の対象区域や募集定員上限、プログラムの実施時期や期間など基本的な枠組みについては、令和8年度と同様とするとされてございます。

また、募集定員も令和8年度と同様に、医師多数県の募集定員上限の5%以上とされてございます。

仮に令和9年度の募集定員の上限の5%以上が令和8年度募集定員上限の5%より多くなった場合は、令和8年度の募集定員上限の5%以上で募集定員を確定されることも可能となつてございます。

以上が国の方針になってございまして、では、令和9年度に対する都の対応ですけれども次ページをご覧ください。こちらは、都における案となつてございます。

東京都の方針といたしましても、まだプログラムが開始されないということもございますので、令和9年度のプログラムに対する都の対応は国の考え方へ従い、基本的な考え方は昨年度、つまり令和8年度広域連携型プログラムと同様の対応としたいというふうに考えてございます。

まず、令和9年度の広域連携型プログラムの対象人数ですけれども、募集定員上限数の5%の計算においては、令和8年度の募集定員上限数により算出し、63名以上としたいと考えてございます。

こちらは、表の※印のところにあるとおり、プログラムの実施年度、令和9年度の募集定員の上限が示される時期が例年12月後半となっているため、プログラム実施前年度の定員上限数を用いて算出をしたいと考えてございます。これは、昨年度と同じ方法というふうになってございます。この63名以上分の病院への配分方法についての説明が、その下に記載してございます。

令和9年度の広域連携型プログラムの定員の配分方法については、まず、現況調査により臨床研修プログラムの実施内容を把握するとしており、こちらは現在、各病院に調査中となっております。（1）に記載とおり、医師少数県等の連携先区域に協力型病院を持っているか、そこで研修実施の予定はあるか、24週以上の研修期間が確保できるかなどを聴取し、広域連携型プログラムの実施の意向を各病院に確認いたします。

（2）にありますが、国は原則20名以上の定員の病院を対象としていますが、定員20名未満の病院であっても、また連携先区域に協力型病院を持っていなくても、実施希望のある病院について把握をしていきたいというふうに考えてございます。

以上を踏まえて、どう配分していくか、について、2（1）になりますけれども、この調査結果に基づき、病院ごとに配分を行ってまいります。

まず、2の（1）で、まずは希望あった病院に定員を配分し、その後に、国の目安に従い募集定員が20名以上の病院を対象病院とし、募集定員数に応じて比例案分し、これを仮定員数としたいと考えてございます。この仮定員数以上の実施希望があれば、その希望数を配分していきます。

最後に、最終的な残数に対し、残りの病院に再度比例案分して、配分をさせていただきたいと考えてございまして、これが令和8年度広域連携型プログラムについて実施したやり方であり、令和9年度も同様の方法を取っていきたいと考えてございます。

実施規模としては二人以上を基本としたいと考えてございます。

以上、お諮りしたい内容となりますが、今、説明したような内容で、基本的な考え方は昨年度、令和8年度プログラムと同じくしたいということを考えてございますので、こちらについてお諮りをできればと思います。

以上です。

○古賀会長 ありがとうございました。

この広域連携型プログラムも医師偏在対策の一つで、パッケージの中では、臨床研修として、臨床研修医を採用する者の数の制限をしていこうというものでございますけれども、医師少数区域等で一定期間研修するデューティーをつくった、背負ったプログラムということでございます。説明いただきましたのでご理解されたと思いますが、昨年同様、定員の5%以上とし、同様な形で考えていくというような説明でございます。

この件につきまして、ご質問、ご意見がございましたら委員の方々のほうからお願ひしたいと思います。

いかがでしょうか。

定数の枠内で選定するということで、もし、これが集まらないと臨床研修医の数が減ってしまうというようなところで、なかなか問題点も多いところでございますし、今マッチングの最中で実際にマッチングできているのか、フルにマッチできるのか、そのあたり結果も見えていない、また評価もできない中ではあります、いかがでしょうか。

西村委員、どうぞ。

○西村委員 東京都立大学の西村です。今ご説明いただいたとおり、まだ令和8年度が動いていない段階で9年度のお話ですので、いろいろ難しい点があるかと思いますけれども、方針と決め方自体は、まずやってみるというところからだと思います。

3点ほど質問がありまして、1点は、各病院に対象人数何名というふうに振られているわけなのですけれども、こちらの何名というのは、病院の中で希望者を募って、なのでご本人が行ってみたいという方に、この63名以内の対象となっていたらという理解でよいかということが1点目です。

2点目は、医師偏在を解決するための一つの方法ということですけれども、方向性として、研修のために他地域へ行くことで、将来的にその地域で働いてみたい、あるいは研修後に、一旦かもしれませんけれども定着することを期待してこのプログラムを進めているのかどうか。

3点目、ほかの地域、特に医師の少ない地域ですと、その地域の医療の仕方というのがあるかと思います。そういう地域によって様々なタイプの医療があると思いますので、そういう状況を学びに行くというような側面もあるのかどうか、この辺りを教えていただけますと助かります。

○古賀会長 事務局、よろしいでしょうか。

○谷山医療人材課長 事務局です。

まず1点目のご質問について、それぞれ広域連携型プログラムの数が割り振られているけれども、対象になる方はどう決めているのかという趣旨かと思いますが、これは研修医本人が、広域連携型プログラムに申し込む、最初に申し込む段階で手を挙げるというふうになってございます。

マッチングによって決まるのですけれども、今現在、対象の基幹型病院における広域連携型プログラムであると表示されているので、それに手を挙げて申込みをするというようなことになってございます。

2点目です。医師の偏在解消でその地域で働いてみたいか、そういったところなのですけれど、国としては、このプログラムに参加してもらうことによって最終的には、例えばその地域で医師になってもらうといったようなことも想定しているというものとなってございます。

3点目です。様々な医療があって、行った先の地域医療に関して学ぶ機会になるかといったところがご質問かと思うのですけれども、それは、そういった側面もあるかというふうに思ってございます。

以上、ご質問への回答になってございますでしょうか。

○西村委員 ありがとうございます。よく分かりました。重要な対策かと思います。

○古賀会長 よろしいでしょうか。

ほかに何かご質問はございませんでしょうか。

研修医がこの連携プログラムに応募するという形ですので、地方に行きたくないという研修医は最初から応募しないということなので、定数割れが非常に心配されるところでございますけれども。今ありましたように、地域で仕事をしてみたい、あるいは地域のほうで研修を受けてみたい、という希望のある方は、むしろ応募しやすくなるかなというようなところもございまして、なかなか今年度のマッチングの結果が楽しみでもあります、不安でもありますというところだと思っております。

ほかに何かご意見はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

(なし)

○古賀会長 今までお話ししたように、対象となった研修病院においては、それだけのデューティーを負っていただくということで感謝するとともに、フルマッチしていただきたいというようなことが非常に希望されるところでございます。

それでは、事務局から説明のあったこの内容で、令和9年度の広域連携型プログラムを決めていくということでよろしいということにさせていただきたいのですが、よろしいでしょうか。

「(異議なし) の声あり」

○古賀会長 それでは事務局、この形で進めていただければと思いますので、お願いいいたします。

それでは、最後の議事でございます。

東京都保健医療計画の令和6年3月改定の進捗管理について、事務局のほうから報告をお願いいたします。

○谷山医療人材課長 では、議事の「3 保健医療計画の進捗管理評価について」、資料5に基づきご説明をさせていただきます。

今回は、令和6年3月改定の保健医療計画について、1回目の進捗管理評価というふうになってございます。

今回の指標は医師については2項目、看護職員について2項目、計4項目となっております。

医師の1項目めですけれども、都の医師少数区域、具体的には西多摩・南多摩・島しょ地域における医師偏在指標につきまして、策定時である令和5年度の指標から上げると設定してございます。国の示す医師偏在指標において、医師少数区域以外の区域の偏

在指標につきましては、参考として179.4以上と記載しておりますけれども、現在の数値を上げていくことが目標というふうにしてございます。

医師偏在指標ですけれども、令和6年度においては国から新たな指標が示されておりませんので、今回の評価では、評価なしというふうにさせていただいてございます。

なお、9月11日に厚生労働省開催の地域医療構想及び医療計画等に関する検討会で議論されている内容を見ますと、現在、医師偏在指標そのものについても、国のはうで検討を行っている状況というふうに伺っておりますので、保健医療計画の指標の在り方も含め、動向について注視をしていきたいと考えてございます。

続きまして、医師の2項目の指標ですけれども、東京都地域枠医師の離脱率となってございます。計画策定時には、貸与者累計が343名ということで、離脱者累計数が7名、率としては2.04%でしたけれども、令和6年度末時点では、貸与者累計が25名増加して368名、離脱者は7名のまま変化なしだったので、結果として1.9%というふうに離脱率が下がっている状況でございます。この貸与者累計とは平成21年度に都の地域枠制度が開始されてからの奨学金貸与者の累計となってございます。

評価の目安に従いますと、5%以上でAというふうにされていますけれども、今の状況だと5%以上の先へというのはできない状況で達成してございますので、Aというふうな評価をさせていただいてございます。

続きまして、看護職員の1項目め、看護職員数の目標値についてです。看護職員数の現状です。14万5,776人から増やすと設定してございます。

その目標値に対する実績については、令和6年度末の看護職員数は15万3,241人、7,465人の増加というふうになってございます。

こちら評価指標ですけれども、策定時から約5%増えていることが確認できておりますので、達成状況としてはAというふうにしてございます。

最後、看護職員の2項目、特定行為研修修了者の就業者数の目標値についてですけれども、2029年度時点で2,738人と設定してございます。令和6年度末の特定行為研修修了者の就業者数については1,092人と出されていますが、こちらについては計画期間6年間で状況を確認し、評価していくこととして、達成状況はバーというふうにさせていただいてございます。

これらの数字は、国の衛生行政報告例にて正式に公表される予定であり、まだ公表前の数字でございまして、速報値として今回お示しさせていただいてございます。

次ページ以降は、保健医療計画で策定した各課題に対する取組状況をまとめたものでございます。各事業についての令和6年度実績を掲載しております。

以上、今回の達成状況の評価について、ご意見などあればいただければというふうに思ってございます。よろしくお願ひします。

○古賀会長 ありがとうございました。

第1回の保健医療計画の進捗管理というところですが、医師、看護職員に関しての指

標に対する評価、達成状況ということでございます。

この議題についてご意見、ご質問はございますでしょうか。

特に、この達成状況の部分について、何かご意見があればと思います。

「(異議なし) の声あり」

○古賀会長 それでは、この保健医療計画の第1回の進捗管理につきましては、事務局から説明のあった内容で承認するということにいたしたいと思います。

じゃあ事務局、よろしくお願ひいたします。

それでは、議事3点、終わりました。

続きまして、報告事項に移らせていただきたいと思います。報告事項は2件、事務局から報告をお願いしたいと思います。

まず一つ目、医師部会関連報告につきましてです。よろしくお願ひします。

○谷山医療人材課長 それでは報告事項の1点目、医師部会からの報告になります。

資料6をご覧ください。

医師の専門研修に関する協議について、意見書になります。

こちらは例年、医師の専門研修プログラムに係る協議ということで、国から7月下旬頃に照会がございまして、都道府県は地域医療対策協議会の意見を聞いた上で意見書を提出するとなってございます。この意見聴取につきましては、令和2年度の第1回地域医療対策協議会におきまして、医師部会に一任としていただくということになっており、今年度は、会議日程の都合から書面協議により医師部会にお諮りし、9月4日に厚生労働省に提出をさせていただいたものとなってございます。

まず、専門研修のシーリングについて簡単にご説明いたします。

参考資料1をご覧いただければと思います。

こちらは、国の資料の抜粋になりますけれども、冒頭の1文にあるとおり、国は、医師の養成課程の様々な段階で、医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めているところでございます。

先ほどは、臨床研修のお話をさせていただきました。このうち、専門研修は一番下の段、医学部の6年、それから臨床研修の2年の後に、3年以上の専門研修が置かれてございます。この専門研修では、日本専門医機構が都道府県別、それから診療科別に採用数の上限を設定いたしまして、これにより、医師の地域偏在・診療科偏在の解消を図ろうとするものとなってございます。

丸のポツにありますとおり、医師法の規定によりまして、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から機関等に対して、意見要請を実施するということになっておりまして、今年度は9月4日付で都としての意見提出を行ったものになります。

続きまして、参考資料3をご覧ください。

こちらが、日本専門医機構から示されております令和8年度のシーリング案というふうになってございます。

東京都は19の基本領域のうち、欄外に記載している※印にあります、表で見るとグレーになっているところですけれども、外科や産婦人科などシーリング対象外が7診療科、それを除きまして12の診療科でシーリングが設定されてございます。

令和8年度のシーリング案につきましては計算方法等に変更があり、結果として令和7年度と比較して、右側にありますけれども、シーリング数が合計で148人分削減されておりまして、医師部会の委員の皆様からも非常に影響が大きいという意見をいただいているところでございます。

続きまして、令和8年度の計算方法が変更になったというところをご説明させていただきますが、参考資料2の3ページ目になります。

これまでの「当該都道府県別診療科の平均採用数及び必要養成数」のベースとした算出から、「当該診療科の全国専攻医採用数及び都道府県人口を加味すること」を基本とした算出となってございます。

また、基幹病院から指導医を地域に派遣した実績を評価し、通常プログラムの定員数を増加する、また、指導医不足により顕著な地域への指導医派遣については、更なる評価を行うこととする一方、その加算数については一定の上限を設けるというふうにされてございます。

また、連携プログラムにおきましては、直近過去3年間の平均採用数を満たすまで、連携プログラムの定員数の設定を許容するという考え方を維持するとしたもの、これまでのシーリング内とされていました特別地域連携プログラムをシーリング内に設置するとした、ということになってございまして、これはかなり数が減ったところの影響かなというふうに思ってございます。

繰り返しになりますけれども、令和8年度シーリング案につきましては、令和7年度と比較して、シーリング数が合計148人削減されてございまして、医師部会委員から影響が非常に大きいと考えているといったご意見をいただき、こうした意見を踏まえまして、意見書を作成し、国に提出してございます。

提出しました意見書ですけれども、資料6になります。

本日ご説明用に、昨年度から変更した部分を下線で示してございます。

資料6の1ページ目、2ページ目が国に対する意見書のかがみ文で、3ページ目以降が全国共通の様式の項目となってございます。

最初のかがみ文は、内容のポイントをまとめたものとなってございます。10項目からなる都の意見ですけれども、2で前年度からの急激な削減が示され、入院や救急搬送等診療体制への影響やさらなる派遣の縮小などが懸念されることから、医療需要の増加にも鑑み、削減ではなく増員を検討すること、指導医の派遣実績を正当に評価するため、定員数への加算上限を撤廃すること等を要望してございます。

また、5番目の要望になりますけれども、公立病院への考慮を求めていますけれども、今回の変更で大きな影響があるとのご意見をいただいたので、公立病院の重要な役割を

考慮し、削減とならないよう十分考慮することを要望してございます。

続いて、3ページ以降、別紙につきましては、おおむねかがみ文で言及した内容を中心に記載しておりますが、特に1のところで、特別地域連携プログラムについて、シーリングの枠内に設置するとされたことについて、これにより研修する医師の実態数が減ることとなってございますので、医療機関の診療機能や医師派遣機能に対して、大きな影響を与えることが懸念されるため、現行どおりシーリングの枠外での運用としていただきたいといったようなことを追記してございます。

以上、変更箇所を中心としたご説明をさせていただきましたけれども、令和8年度シーリング案に対する都の意見書につきましては、書面協議により国に9月4日に提出したことについてご報告をさせていただきます。

○古賀会長 ありがとうございました。

議事にありました臨床研修の広域連携型プログラムで実質の人数が減らされ、こちらは専門研修でシーリング制度のために、また大きな削減があるというようなことで、東京都としては非常に厳しい状況にあるというようなところで、厚労省、日本専門医機構のほうへ、いろいろ要望を出しながら、ということでございますが、今回、厚労省に出した意見書をここにまとめております。医師部会でいろいろご意見いただきましたので、医師部会の部会長であられる土谷委員から補足をお願いしたいと思いますが、よろしくお願いします。

○土谷副会長 東京都医師会の土谷です。

毎回、医師部会では、国の削減案に対して反対意見が噴出します。

先ほどからもご案内がありましたように、研修医が広域連携により地方に行かされる、とあえて受身的に言いますけど、医師部会の中で、今回の専攻医のシーリングについては148人、1割以上の削減ですから、これは影響が出ないわけないと、皆同じように言っていました。しかも、その根拠が医師の数や人口であって、毎回言われていますけど、医療需要とは全然リンクしていない。むしろ東京は医療需要が増えるのに、なぜ医師は減るのかと、東京にいる人たちはみんな納得できないことになっています。

これは医師部会だけではなく、ここにいる委員の方々にも聞いてみたら、そうだと思ってもらえるでしょうし、都民にもこれはよく知られていないところだとは思いますけど、東京の医者は減らされ続けているのだと聞いたら、都民はどう思うのか、というのが私からの意見です。

以上です。

○古賀会長 ありがとうございました。

委員の皆様から何かここで言っておきたいようなご意見、あるいはご質問はありますか。関根委員、どうぞ。

○関根委員 私は東京新宿メディカルセンターで、内科の専門研修プログラムを持っているのですが、要望書など色々拝見して、本当にそのとおりだということなのですが、具

体的な質問なのですから、今回の定数のベースとなっているのが今年度採用の人数になっているというのは、これは事実として考えてよろしいのでしょうか。

当院は従来、3人枠でずっと採用してきたのですが、たまたま今年度採用が1人だったのですね。いろんな事情があるので。そうしたら、その1人という人数をベースに、令和8年度の人数枠は1人になりますよと。削減は仕方ないとしても、単年度の採用実績で決められたのではないかと考えたのですが、どうなのでしょうか。

○谷山医療人材課長 事務局になります。

各病院に何人配分されるかというのが、学会等が行ってございまして、具体的にどう配分しているのかというのは承知をしていないところです。東京都全体に対しては、ご意見させていただいているところなのですけど、病院ごとになってしまふと、具体的には学会等に委ねられているので、算定方法を把握していないところでございます。

○関根委員 分かりました。

○土谷副会長 追加しますが、本当に理不尽な話で、ほかの委員からも、3人だった枠が急に1人に減らされ、その根拠が分からぬといふ意見がありました。削減されるだけでなく理由もよく分からぬといふところで、フラストレーションがたまるばかりの会議となっています。

○関根委員 単独の病院としてよりも先生がおっしゃったように、東京全体でどんな声が挙がっているのかなというのを知りたかったので、やはりかなり多数の声が挙がっているという理解でよろしいですね、先生。

○土谷副会長 誰も納得してないです。

○関根委員 ありがとうございます。

○古賀会長 ほかにご意見はございませんでしょうか。

いつも話すのですが、納得いかない形にはなっておりますが、大変難しいところです。検討は続けていかないといけないし、言うことは言つていかないといけないのかなと思っております。何度も言いますけれども、とにかく与えられた数だけはきっちり採用できるように、各医療機関で頑張っていただくというようなことが一番かなとは思っておりますが、よろしくお願いしたいと思います。

それでは報告事項の2番目、看護人材部会の関連報告をお願いいたします。

○石橋看護人材担当課長 それでは、事務局より資料に沿つてご説明いたします。

資料の7-1をご覧ください。令和6年度に実施しました、看護人材実態調査の概要でございます。

この調査は、6つの異なる対象から調査をいたしました。管理者編、看護職員編、看護補助者編、離職者編、教育機関・養成施設編、看護学生編となっております。

調査内容は、管理者編では看護職員の就業状況や、定着、ハラスマント対策、人材確保などについて。看護職員編では、看護職員としての職歴など。看護補助者編では、職歴や希望する研修などについて。離職者編では、東京都ナースプラザの認知について。

教育機関・養成施設編では、就業状況などと、看護学生編では、就学や卒業後の進路についてお聞きしております。

続きまして、資料の7-2をご覧ください。

この調査結果を踏まえまして、現状や課題を踏まえて、今後の方向性として4つの視点を挙げております。

新規養成としましては、若い世代や社会人に向けて魅力発信を行うなど、学校養成所の充足率を増やし、都内就業者を増やすこと。そして、定着促進としましては、他職種とのタスク・シフト／シェア、看護補助者の確保や研修の充実、また、職場環境の整備や業務改善として多様な働き方や、DXの推進など、安心して働く職場環境などの定着を図ること。そして、復職支援としまして、支援を充実し、潜在化を防止すること。定年後に向けての就業支援では、プラチナナースの活用を促進し、生涯就業期間を長期化させるなど、過去に成果が出ている事業もございますが、今後さらに東京都ナースプラザのさらなる活用に向けての対策など、ご意見がございました。

また、看護人材確保のために、人件費などが高騰しているなどとのご意見もいただいております。今後、新規養成、定着促進、復職支援、定年後に向けての就業支援を行い、看護職員がそれぞれのライフイベントに応じて、多様な職場でキャリアを継続し、看護職員の質を向上する、その支援をするために、担当といたしましては、部会でいただいたご意見を踏まえまして、今後の施策に反映するために検討してまいりたいと思っております。

看護人材部会としましては、報告は以上となります。

○古賀会長 ありがとうございました。看護師の採用に関しても非常に医師同様、苦労しているわけですが、実態調査がこのようにされて、対応策を検討され、対策の方向性が示されました。実施、実践していく方向で前回の看護部会でも多くの意見をいただきましたが、看護部会の部会長であられる喜多委員、追加で何かご意見、補足はございますでしょうか。

○喜多委員 ありがとうございます。今、会長からもお話をいただきましたが、看護部会のほうは、おおむねというには大げさかも分かりませんけど、思ったよりもうまく進行しているように私自身は感じております。ただ、やはり今、昨今の医療の状況の中でも大きな問題になってきております財務的なことに関しては、まだ看護師の大半が従事している病院看護の中では表立った問題として取り上げられるには至ってないような気がいたしますが、看護師の数で言いますと全体の5%ぐらいが従事している在宅訪問看護の中では、やはりお金のことについて、深刻な意見が出ていることは事実ですので、医療の部会と足並みをそろえるということは必要だろうと思っております。

私、個人的に前半の人生を小児科医として過ごし、今看護の仕事をやらせていただいておりますけれども、医療というのは医師だけ、看護師だけというわけにはいかない広範な分野でございます。その中で、よい看護師をどのように育て、そしてキープするの

かということでございますけれども、先般の看護人材関連会議で医師会メンバーの委員から、よい看護師を確保しようと思うと、昨今の現場の財務上の厳しさでは看護師にきちんとした給料を払うのは大変厳しくなってきているというご指摘がございました。我が国の国民皆保険は世界に冠たるすばらしい制度でございますけれども、これを維持しつつ良いスタッフを育て、確保していくことに関しては、医療分野だけでなく、他の分野もそうだと思いますけれども、適正な、財務的な保障というものがなければ維持できないということを、ひしひしと感じるが如きが昨今でございます。

看護人材部会におきましても、その辺をきちんとわきまえた対応と申しますか、よい看護をしていたらいいのだというようなきれいなことではなくて、やはり社会の中で看護が認められる、よい看護をやっていくことが可能であるということのためには、その財務的なことについての関心を持たざるを得ないというふうに考えております。

引き続き、全体会議あるいは医師部会からのご指導、インプットをいただきながら、引き続き改善に努めてまいりたいと思っております。

先ほど報告がございました調査に関しましても、皆さん真面目に答えてくださっているように思うのですけれども、看護師は数が多いので、調査が全体をうまく表現しているかどうかは注意深く分析しないといけないだろうというふうに思っております。ありがとうございました。

○古賀会長 大変重要なコメント、ありがとうございました。

委員の皆様から何かコメントはございますでしょうか。

西川委員、どうぞ。

○西川委員 西川圭子と申します。よろしくお願ひいたします。

1点、潜在看護師についての質問なのですが、少し前のことなのですけれども、全国紙の新聞の記事で、いわゆるスポットワーク、スキマバイトというものの現状について書かれたものを読みました。

そこに看護師に特化したあるアプリに1万人以上もの登録があるということが書かれていて驚いたのですが、条件さえ合えば看護師として仕事をしてもいいという人が、このたった一つのアプリにこれだけいるということは、もちろん登録した人全員が同じ熱量を持って仕事を探しているとは限りませんけれども、少なくとも、潜在看護師というのが実際にかなりいらっしゃるということが分かりました。

スキマバイトというこの就業形態がいいかどうかということは別にして、こちらの報告のところにナースバンクがあまり活用されていないという課題が書かれてあったのですけれども、医療機関と潜在看護師を何とかもう少し迅速、スムーズにマッチングするシステムがあればいいのではないかと思ったのですけれども、この復職支援の実態というのは、今現在どうなのでしょうか。

以上です。よろしくお願ひします。

○喜多委員 事務局のほうからご回答があるかも分かりませんけれども、現場を見ている

立場で看護人材部会長をやっております、笹川保健財団の会長の喜多でございます。コメントをさせていただきます。

私も実際に、たくさんの看護師と接触をしておりますが、復職希望の看護師が復職しにくい実際の理由といいますと、病院の看護師と、そのほかの訪問看護の看護師とで、かなり理由が違うように思いました。病院のほうは、年々非常に新しい技術が入ってくることにおいて、やはり少しでもブレーク、辞めた感覚があると、なかなかそれにキャッチアップできないということが一つございました。もう怖くてついていけないと率直におっしゃる方もございました。

一方、訪問看護や老健等の高齢者施設というようなところですと、これはやはり利用者を抱えたり、動かしたりとするとかなりの身体労働でございまして、腰が痛くなるとか、あちこちが痛いという身体的な負担があって長く続けられない。実際にやりたいと言つて復職されたのですけども、3ヶ月ぐらいで体を壊して辞められた方を私もお二人知つてゐるのですけど、その辺りのところを復職支援として、例えば行政で、どういうふうにバックアップできるのか。病院のほうは、復職のための練習期間を長くすればいいのかも分かりませんけれども、それだけの余力がなかなか臨床の現場ではないような事情も聞きます。その辺り、大変難しいように思います。これが現場の声でございます。

事務局のほうで、もし追加の回答があればお願ひいたします。

○古賀会長 喜多委員、ありがとうございました。

事務局、何か追加はございますでしょうか。

○石橋看護人材担当課長 ナースバンクが活用されていないということは、非常に課題としておりまして、国のほうでもナースセンターの登録制度をもっと登録しやすい方法にするなど、そういったところも今見直しを始めている状況であり、また、東京労働局やハローワークなど、そういったところでもさらに連携しながらマッチングして、就業につなげるようにというふうなことも実施をしているという状況になっております。

そして、あとは潜在看護師の登録制度というのを、東京都としましては今年の12月から始める予定になっておりまして、少しでもそういったところで登録をしていただきたいというふうにも考えているところでございます。

以上でございます。

○古賀会長 ありがとうございました。

ほか、委員の皆様、何かご意見はございますでしょうか。

川崎委員、どうぞ。

○川崎委員 川崎です。先ほど来の議論を聞かせていただきまして、現場で実際に看護師たちの動きを感じている立場として、想像以上に、この単発のアルバイトに登録され、そして看護師たちが動いているというのが実態としてあると思います。それを活用しているところも、大変助かっているというような状況です。

この仕組みのよいところは、アルバイトに行った側も受け取った側もお互いの評価が

できるということです。そのアルバイトに来た人が欲しい人材であれば、うちの病院に採用できますよということができるという状態なので、利用している側も非常に良いというふうに感じているということです。先ほど、たくさん的人人が登録しているというお話をたたのですが、潜在看護師が登録しているというよりは、実際に仕事を持ったナースが登録している割合のほうが高いのではないかと私は思っています。そこは具体的な数字を持っているわけではないのですが、肌感覚としてそう感じているところです。

この傾向は、まだ続くのではないかと私自身は思っています。うちの法人グループに就職したナースたちにアンケート調査をしたところ、どうして企業（の就活サイト）を利用するのかというと、就職する病院のことをよく説明してくれるし、情報がとにかくもらえるというのです。労せずして情報がもらえるというメリットがやはり高いのかなというふうに感じているところです。ナースバンクは無料でマッチングしてくれるありがたい仕組みなので、何とかナースバンクを発展させたいなと考えています。

もう一点、今の現場で起きていることとしては、看護師の人材の総数の中で、補助者が確保しにくいために、看護師の資格を持っている人が補助者の業務もしているという実態があります。看護師の場合は資格を持っているので、それを活かして働くという気持ちが働くのですが、無資格者の方はより給料の高いところを探し、周囲で違う職種の給料が上がっていきますと、どうしてもそういったところに流れていってしまうという現実があるので、実はこの問題は結構切実だなというふうに感じているところです。

現場の声として、皆さんにお伝えしたいと思って発言させていただきました。

○古賀会長 川崎委員、大変有意義なご意見をありがとうございました。

ほか委員の皆様、いかがでしょうか。喜多委員、どうぞ。

○喜多委員 ある特殊な能力を持った看護師が、その能力を使うというような形の登録制というのは、あってもいいだろうと思うのですけれども。外国、ヨーロッパの先進国の病院でいいますと、病院の一つの病棟のベッド数はそれほど日本と変わらない、四、五十ぐらいのベッドであっても、勤務している看護師の数が百何十人というところがございます。びっくりするような人数で、聞いてみると、ほとんどがパート勤務で、ある一定の時間だけをやる人がたくさんいるということなのです。

これは日本の病院のやり方もありますけれども、日本の患者、住民からすると、入れ替わり立ち替わり違う看護師さんが来るというのは、まだ受け入れられないような気がいたします。看護師の短時間のパートの定着を図るために、制度を変えるということと同時に、患者、住民という利用者の意識改革も必要ではないかなというふうに私は思います。

百何十人の看護師全員が一度に集まるということは不可能なのだというお話を聞いてびっくりします。何でそんなにたくさんいるのですかと聞くと、やはり一定の技術だけを、一定の時間だけ従事する人が非常に多い。ほぼ全員がパートだというふうな病院もございましたので、その辺りはやっぱり住民というか、生活意識というか、その国の

医療の在り方と関係しているように思いました。追加させていただきました。

○古賀会長 喜多委員、ありがとうございました。

ほか、いかがでしょうか。

(なし)

○古賀会長 多くの意見、ありがとうございました。

それでは、この辺で終わりにさせていただきまして、最後に議事、それから報告事項、全体を通して何かご意見がございましたら、時間も少ないですがお受けしたいと思います。

(なし)

○古賀会長 ありがとうございました。委員の皆様、長時間にわたり、いろいろご協力いただきました。本日の議事、報告事項、これで終わりたいと思います。

それでは、マイクを事務局のほうへお戻ししますので、よろしくお願ひします。

○谷山医療人材課長 古賀会長、ありがとうございました。あと、委員の皆様方におかれましては、本日も様々なご意見をいただき、本当にありがとうございました。

最後に、事務局から事務連絡が2点ございます。

1点目です。本日の資料ですが、来庁の委員の方々は机上に残していただければ、事務局のほうから郵送いたします。

2点目になります。来庁の委員で都庁舎の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。

それでは、以上をもちまして、令和7年度第1回東京都地域医療対策協議会を終了させていただきます。長時間にわたり、委員の皆様方におかれましてはご議論いただきまして、ありがとうございました。

(午後 6時27分 閉会)