

令和 7 年度 第 1 回  
東京都地域医療対策協議会 医師部会  
会 議 錄

令和 7 年 9 月 1 2 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 それでは時間となりましたので、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医師部会を開催いたします。

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。議事に入るまでの間、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。

本日の会議は来庁とオンラインを交えたWEB併用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5点お願いがございます。

1点目、オンライン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、部会長へお伝えしますので部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っきりとご発言いただきますようお願い申し上げます。

3点目、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、ご発言の際には遠隔でご出席の皆様にも聞こえるよう、マイクを適度に離しマイクの中心部に向かって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。

5点目、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、まず本日の出席状況でございますが、お手元の一覧のとおりでございまして、藤井委員、伏見委員、大友委員からは欠席のご連絡をいただいております。なお、内藤委員につきましては遅れての参加ということを伺っております。

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した委員のご紹介をさせていただきます。新井悟委員に代わりまして公益社団法人東京都医師会理事、小平祐造委員に新たにお力添えをいただきます。また、田邊英一委員に代わりまして、一般社団法人東京精神科病院協会副会長、菊池健委員に新たにお力添えをいただきます。

続きまして、会議資料につきましてはあらかじめ委員の皆様にはデータでお送りをしております。来庁の委員の方には資料1から6まで、参考資料1-1から2-1まで、6点を机上配付させていただいております。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ひいたします。

それでは、これ以降の進行につきましては土谷部会長にお願いいたします。

○土谷部会長 ここから私が進行いたします。せっかくですので、小平先生、一言よろしくお願ひします。

○小平委員 私は都内の一般病院に勤めておりまして、その視点からも地域医療対策についてご議論ができればと思っています。よろしくお願ひいたします。

○土谷部会長 よろしくお願ひします。

もう一人新任の菊池委員、ご挨拶いただけたらと思います。

○菊池委員 三鷹にあります、単科の精神科の井之頭病院の理事長をしております、菊池と申します。田邊委員の後任ということで、田邊先生のところはうちからちょうど北側辺りの精神科の病院ですけど、どうぞよろしくお願ひいたします。

○土谷部会長 よろしくお願ひします。

一応1時間ぐらいで終了する予定です。今日の会議は議事が3件、報告事項が3件となっています。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

議事の一つ目、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、事務局から説明をお願いします。

○事務局 それでは、事務局からご説明させていただきます。声のほうは届いておりますでしょうか。

まず資料3、こちらの事業は厚生労働省で策定しました医師偏在対策パッケージに位置づけられている事業となります。

先に参考1-1をご覧いただきたいと思います。参考1-1、医師偏在対策パッケージ概要というA4縦型のものになります。

こちら令和6年12月に、厚労省において、医師偏在に係る施策をひとまとめに策定したものとなっております。令和7年1月8日開催の第2回医師部会において、情報提供をさせていただいているところでございます。こちら資料の中ほど、総合的な対策パッケージの具体的な取組の部分をご覧いただきたいのですが、こここの右側の枠のところに、重点医師偏在対策支援区域とございますが、新たに都道府県ごとに、この支援区域を定め、その区域内において、優先的・重点的に対策を進めるとされまして、こ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、定めるというふうにされております。

また、その下、医師偏在是正プランということで、これ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、こちらも地対協、保険者協議会で協議の上、プランを定めるとされております。

そのプランに位置づける具体的な対策として、その下に示されている経済的インセンティブと書いてあるところになりますが、「▶」一つ目、診療所の承継・開業・地域定着支援事業（緊急的に先行して実施）、二つ目、派遣医師・従事医師への手当増額、三つ目、医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援、このような三つのメニュー

一が示されており、本日はこの一つ目、診療所・承継・開業支援事業についてのご説明となります。

「緊急的に先行実施」と書かれているように国において令和6年度補正予算がつきまして、今年度急遽実施ということになっている事業です。この事業の財源は国と都道府県の補助事業となっております。

次に、資料3にお戻りください。

まず、事業目的のところになりますが、今お話ししたように、医師偏在対策パッケージの経済的インセンティブ事業の一つでございます。

都道府県ごとに重点医師偏在対策区域を設定しまして、そこで診療所を承継または開業する場合に、その診療所に対して支援を行う補助事業でございます。つまり、今ある診療所が閉院してしまって継ぐ人がおらず、その区域に医師がいなくなってしまうような場合に、この承継運営の支援を行って、重点的に偏在対策が必要とされる地域に、継続的に医師を確保しようという意図の事業となっております。

2ページ目になりますが事業内容です。事業内容は、施設整備、設備整備、それから、一定期間の地域への定着支援ということで三つございます。

具体的な補助内容は、本日お配りしている資料の中で、参考1-4が国が示している補助内容になりますので、後ほどご参照いただければと思います。

事業実施の実施主体なのですが、資料3の2ページ目の下のところにありますように、支援区域内で承継・開業する診療所の開設者が、実施主体となります。

支援区域を設定した後、診療所を募集して、手が挙がったときにその開設者を支援対象とすることになるのですが、その支援対象とするかどうかについても、地対協と保険者協議会に協議して合意を得ることとされています。

3ページ目ご覧いただきまして、「1 重点医師偏在対策支援区域の考え方」、このページは国の示す考え方の説明になりますが、重点医師偏在対策支援区域とは、今後も一定の定住人口を見込まれるもの、必要な医師が確保できず、人口減少より医療機関の減少のスピードが早い地域とされております。

その要件は、(2)の①、②、③にありますように国が示す候補区域を参考とし、それから考慮すべき要素、そこの下に挙がっている「アイウエオカ」の各事項になりますけれども、このような要素を考慮し、地対協と保険者協議会で協議の上決めていくものになります。

国の示す候補区域については、各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏と設定されており、東京都においては島しょ区域ということになります。

この事業は、先ほど申し上げたように、その医師がいなくなってしまったときに、その地域が無医村になってしまうような場合に継続してもらうためのものでございます。そもそも都内においては該当になる地域はあまり多くはなく、主には医師少なめ県等で必要とされるようなケースが多いかなと考えているところになります。

1枚めくっていただきまして、4ページ目に支援区域の設定（案）ということで、東京都はこのような案を考えているというページになりますが、東京都の考え方としましては、これは医師の地域偏在の解消を目的としている事業ですので、都における医師少數区域の中から、まず選定をするというふうに考えまして、国が示す候補区域である島しょ区域に加えて、へき地として指定されている奥多摩町・檜原村を支援区域としてはいかがかと考えております。下の表にありますように、島しょ区域につきましては、国が示しているということで対象と考えますし、②の独自に追加を検討する部分になりますが、奥多摩町・檜原村につきましては、交通条件であるとか、社会的条件が厳しいため医療の確保が困難となっており、もともと都においては、島しょ地域と同じくへき地として指定をして、様々な施策を行っているところとなります。

へき地の診療所に対する既存の国家補助は、今、公立を対象としておりまして、民間のものは対象になっていないというところもございまして、この①、②を合わせて支援区域をへき地としてはいかがか、と考えているところになります。

その下、決定までの流れになりますが、やはり地元の自治体の声を踏まえることは大変重要と考えておりますので、支援区域にへき地の自治体を設定することにつきまして、それぞれ意見を聴取し、合意をいただいたところでございます。本日、この医師部会、それから地対協のほうにお諮りし、それから保険者協議会にもこちらの案を示して協議いただいて合意が得られましたら、へき地を東京都の支援区域として決定したいと考えております。

5ページ目ご覧いただきまして、もう一点なのですけれども、「支援対象診療所の選定方法」ということで、こちらも決めるときにはやはり地対協等で合意をいただくということになっているものですが、対象となる診療所を決めていくときでも、もともと医療の少ないところで承継・開業する事業なので、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考えております。先ほどもお話したとおり、へき地の診療所であっても、現在既存の国庫補助を受けている診療所は本支援事業の対象外となりますし、あと医師確保のための補助事業であるため、歯科診療所は除くということになりますが、そういうところを除いた上で、過剰な影響を及ぼさないことが大事ということになります。そのため、下の（案）のところになりますが、ここもお諮りする点なのですけれども、実情を踏まえるために都は申請のあった診療所を支援対象とすることにつきまして、そこの診療所が所在または所在予定の自治体の意見を聴くというプロセスを踏みたい、そういうプロセスをつくりたいと考えております。

聴取の内容は「○」か「×」かということではなくて、その当該地域における医療機関への影響はどういうことが考えられますとか、その診療所にどのような地域医療への協力といったものをしていただきたいかといったような、そういうことをご意見いただければと考えているところでございます。

ここについても、へき地の自治体に、そういう手続を設けることについていかがとい

うふうに意見聴取しましたら、そこも合意をいただいたところになります。

最後、1枚めくっていただきまして、6ページ目にスケジュールをお載せしているのですが、これまで医師会や自治体関係機関と調整を図りつつ、本日の案をつくったところでございます。地元自治体に意見照会もさせていただきました。

下の段で、本日の医師部会、来週の地域医療対策協議会親会、保険者協議会を経まして、決定しましたら周知を図っていくという予定になっております。

一番上の欄に、「8月末に2次募集締め」とあるのですが、国の補助申請の締切については1次募集が6月末、2次募集が8月末とされたところです。ただ現在、国の担当者に確認する中では3次募集を行う予定というふうには聞いております。3次募集を行った際の締切等は明らかではないのですが、重点医師偏在対策支援区域が決まりましたら、それに合わせて募集を行っていく予定にしております。

ご説明は以上です。

○土谷部会長 説明ありがとうございました。いっぺんに言って皆さん、大丈夫でしたか。

国において医師偏在対策の話があり、その中で資料3の一番上のタイトルのところにあるように、重点医師偏在対策としての、この支援区域についてお諮りするところです。内容としては二つですね。この事業の対象となる地域が資料の4ページのところに、この地域でいいのかということと、あと5ページの、選定方法としては、こういう手続でよろしいかということですけど、1個ずつ行きたいと思います。

資料3の4ページ、支援区域としては、国が示してきたのが島しょ地域というところですね。それから、東京都としては西多摩の奥多摩町と檜原村、こちらを加えたいというところですけれどもご意見はいかがでしょうか。

対象となる自治体は合意しているということですが、島しょ地域の場合、一つ一つの島全部に聞いたのですか。（事務局、「はい」と回答）そうですか。ご意見いかがでしょう。

それでは、ご意見なければ国の示す区域、島しょ地域と東京都が加えたいという奥多摩町・檜原村、この地域で設定することについて、こちらの部会で認めたということでおろしいでしょうか。ありがとうございます。

続きまして、5ページのところですね。選定方法となっています。こちらも、既に自治体に確認し、よろしいですということですので、ご意見いかがでしょうか。

特に問題ないかなと思いますのでこちらも承認いただいたということで、決めたいと思います。

それでは、ありがとうございました。

議題の一つ目が終了したところです。

続きまして、議事の二つ目、いつもいろいろ意見が出るところですね。令和9年度広域連携型プログラムの取扱いについて、事務局からご説明よろしくお願ひします。

○事務局 それでは、広域連携プログラムについてご説明いたします。

資料4-1をご覧ください。広域連携型プログラムは昨年度、臨床研修における新たなプログラムとして国で定められたものになります。医師多数県の基幹型臨床研修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としつつも、医師少数県の臨床研修病院において一定期間研修をするというプログラムになっており、令和8年度からの適用開始ということになっております。

概要につきまして、この資料の4ページ目をご覧いただけますでしょうか。これは国の資料になるのですが、まず連携元区域は医師多数県ということで、東京をはじめとする5県が派遣をしなければならない県になっております。それから連携先区域は医師少数県等ということでここに挙がっておりますように、青森県、岩手県などの医師少数県、それから医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が低い県の医師少数区域に派遣し、そこで研修をするということになります。

あと③で、連携元区域に該当する医師多数県であっても、多数県における医師少数区域であれば研修先とすることはできるとされているのですが、この「※」のところで、人口30万人以上の二次医療圏を除くとされておりますので、東京は島しょのみが対象になるということになります。

それから対象人数ですが、医師多数県の募集定員上限の5%以上とされております。この人数は募集定員の上限内に設けなければならないので、プラスの増員分ではございません。

時期・期間については、プログラムの実施期間は原則として、臨床研修の2年目とする、その期間は24週、またはそれ以上ということで、半年以上医師少数県での研修を実施しなければならないというものになります。

費用負担ですが、プログラムの作成・実施に係る費用は、国の支援を検討ということで、今現在、令和6年度補正予算においてプログラム責任者に係る経費を計上することは明示されているところではございます。ただ、実際に研修医が連携先の病院に勤務する際の経費、移動の費用であったり、住居費等については、国において検討するとされていますが、現時点ではまだ明らかにされていない部分になります。

資料1ページ目、お戻りいただきまして、広域連携型プログラムの概要の（3）対象病院についてをご覧いただきたいのですが、募集定員上限の5%以上の人数を都道府県の中で、各基幹病院に割り振らないといけないということになるのですけれども、その対象病院としての国の考え方は、目安として募集定員20名以上の病院を挙げております。また20名以下であっても、希望があれば実施可能とされております。これ以外には、対象病院の要件とか、配分方法、国は示しておりませんので、都道府県ごとに決めていくということになっております。

この表の下の黒い四角一つ目ですが、昨年度、都の第1回地対協医師部会においてこの広域連携型プログラムをご説明してお諮りし、配分方法を決めたうえで18病院に定

員を配分させていただきました。この資料の3ページ目にございますが、昨年度は広域連携型プログラムの対象人数63人分を割り振らせていただいております。これらの病院で令和8年度広域連携型プログラムを策定していただきまして、ちょうど今マッチングを行っているところかと思います。これらの病院で研修医を採用し、令和8年度から第一期生ということで適用開始になる予定です。

資料1ページ目の2ですが、令和9年度開始の広域プログラムの基本的な方針について国から通知が出されまして、この広域連携プログラムは適用開始が令和8年度であり、まだ実際動いていないので、『連携先・連携元の対象区域や募集定員上限、実施時期など、基本的な枠組みについては令和8年度と同様とする』というふうにされております。募集定員上限の5%以上というのも変わらず去年と同じと示されたところです。

あと仮に令和9年度の募集定員上限の5%以上が、令和8年度募集定員の5%より多くなった場合であっても、今、割り振りをするわけで、令和8年度募集定員上限の5%で、募集定員を確定することも可能というふうに国からは示されております。

これを受けまして2ページ目ご覧ください。

東京都における対象病院の決定及び対象人数の配分方法についてということで、考え方のところですが、国の考え方従いまして、やはり同じように昨年度、つまり令和8年度プログラムと同様の対応をしたいと考えております。

対象人数のところにつきましても、令和8年度の上限数により5%算出しますと62.7人ぐらいになるんですけども、この63人以上をしたいと考えております。

横の「※」にありますように、今、お諮りしている令和9年度の臨床研修プログラムの定員上限数が国から示されるのは、大体例年12月後半になりますて、大変遅いため、プログラムの実施前年度、令和8年度の定員上限を用いまして算出したいというふうに考えております。

算出方法はその下になりますが、これも去年のやり方をなぞっているものになるのですけれども、まずその現況調査によりということで、都の臨床研修基幹病院に対し、今ちょうど調査を行っているところなのですが、各病院で先ほどご覧いただいた医師少數県等の区域に協力型病院がありますかと、そこでプログラムの実施の実績、または予定はありますかと、そこで24週以上の研修期間が確保できますかということで確認させていただき、そこで広域連携プログラムを実施する希望はあるかどうか、確認いたします。

また、臨床研修医募集定員数が20未満であって、かつ、今、連携先の区域に協力型の病院を持っていなくても、実施の希望があれば手を挙げてくださいということで調査を行っております。

2の配分方法になりますが、1の調査によって希望がありましたら、そこを希望の定員数を割り当てさせていただき、残った部分に対して、そこの「アイウエ」で書いてありますように、基本的には国の示す目安のとおり、募集定員20名以上の大好きなところ

の病院を対象病院とさせていただき、それぞれの募集定員総数に応じまして比例案分した数を配っていくといったやり方になります。

先ほどご説明した、都の広域連携型プログラム対象人数なのですが、令和8年度も63人でしたし今年度も63人ということになりますので、1の調査などのはうで希望である数が昨年と同じだった場合には状況が基本は変わりませんので、昨年度と同数の配分したいというふうに考えております。

次に資料4-2をご覧いただきまして、こちら令和8年度の広域連携プログラムを策定していただいた病院に対してアンケートを行った結果になります。このアンケート概要の目的と方法のところですが、もとは令和7年5月に国のはうで、フォローアップ調査を実施したのですが、これは連携先病院、医師少数県についての調査項目なども入っていましたので、都として改めて調査させていただいたものになります。

簡単にご紹介しますが、表の一番上に記されている18病院で、63名分のプログラムを策定していただきました。そのプログラムの届出におきまして、連携先病院と位置づけられた病院は108病院ございました。その所在地域は下に分布が書いてありますけれども、見ていただくと東北、関東、中部が大多数を示しているという状況になります。西以降はあまり多くなかったということになります。

2ページ目のところをご覧いただきまして、これ連携先の病院ごとに主な選定理由を挙げてもらったのですが、その選定した理由としまして、医師少数県の医師確保所管の担当部署の協力があった、病院紹介があったというのが割と多かったなというところ。それから協力型病院や施設がもともとあったというもの、あと研修内容に魅力を感じたからというところが主な理由になっておりました。

それと4ページ目ご覧いただきまして、プログラム策定の際、困難だった点というところで、これは複数回答ではありますが、順位付けした上での回答をお願いし、その順位をポイント化して集計したものです。その結果、やはり一番大変だったのは連携先病院を新たに見つけることに、大変ご苦労されたということです。

また、連携先病院が決まった後に、研修医の待遇や福利厚生に関する調整がまた大変困難だったということ、また、国から補助金の扱いが明確にされなかつたということで、さらに困難さが増したというところが明らかになったかなということになっております。

もう一枚おめくりいただきますと、その他ご意見ですが、やはり病院の選定、交渉の負担が大変大きいということ、それから、リストにある連携先の病院に連絡を取っても、ほかの連携元病院ともう交渉しているというような状況があったということで、そういう交渉状況などを常に確認できるようにしてほしいというご意見、それから研修医にメリットを感じさせるような方策が必要ではないかということ、あと医師偏在対策のために若手研修医にその負担を強いるのはどうかというご意見などがございました。

広域連携プログラムにつきましては、導入時から都としてもいかがかということで、先生方からもご意見いただいて意見を国にあげているところでございます。国要望や専

攻医シーリングの意見書などにおいて、東京都としても、この「連携型の研修プログラム」の実施には指導体制を十分確保することが必要であり、医師の偏在対策を進めるあまりに研修の質が損なわれることがあってはならないといったようなことを要望しております。引き続き強く要望していきたいと考えております。

アンケート結果は以上になりますが、資料4-1にお戻りいただきて、この東京都における令和9年度広域連携型プログラムの取扱い、配分方法についてお諮りしたいと思います。

説明は以上です。

○土谷部会長 説明ありがとうございました。

最初に、今回、初めて参加される方もいるので、少しもう一回アウトラインをなぞりたいと思うのですけど、そもそもは東京とか都心に医者が集まり過ぎだという指摘があり、そういう中で、研修医も地方に、という国からの要請があって、こういうプログラムができたというところです。しかもこのプログラムは、去年急に議題にあがって、来年からやりますと、こんな短期でできるのですかと心配していたのですが、各病院が非常に頑張ったんだと思うんですけれども、何とか来年始めることができそうだということですね。アンケートを非常に興味深く見ましたが、都は連携先は東日本が多いということですけど、北海道が6で、東日本だけじゃなくて遠くは九州、宮崎とか、鹿児島もあるのだなということですね、そういった遠くですね。2年目の研修医が24週、つまり2年間のうちの半年間、医師少数県等の遠くに行ってくださいということですね。特に昨年、私たちも医師部会で議論する中で引っ越し代とかどうするのかという意見もありましたが、しかもまだ決まっていないということですね。ひどい話だなと思うのですけども、連携マッチング先は、国からリストが提示されました、それも結構短い時間だったと思うのですが、そういった中で本当によく、広域連携型プログラムを各病院はつくれたなと思います。このアンケートの自由記載とか、結果は本当にそのとおりだなという意見が多いです。

さて今回は、令和8年度から研修開始となるプログラムですけど、今回はその次年、令和9年度の話です。令和9年度も令和8年度と平たく言うと同じでいいですかという話ですね。いかがでしょうか。去年も結構意見が出ていたのですけども、せっかくですので、広域連携型プログラムの対象の病院の委員はいらっしゃるかな、杏林大学の富田先生いかがでしょうか。

○富田委員 杏林大学の富田です。よろしくお願ひいたします。

そうですね、もう仕上げなきやいけないという状況で、私たちも半年間ぐらいで地方回りして、それでこのプログラムをつくった覚えがあります。それで、とにかく今年のマッチングの公表が、中盤公表が9月の下旬で、最終公表が10月23日の木曜日になるので、そこでこの広域連携プログラム、どれぐらいニーズが高くなるかというのが、結果を開いてみないと分からぬところがあるので、静観せざるをえないかなと思いま

す。ただ今回、この資料拝見していて、やはり意見の中ありましたように、実際にこれを選んでくれる研修医たちには、本来は東京にいたいけれども、半年間ネガティブな気持ちでそれを選ぶ人もいるし、場合によっては、地域医療研修をしっかりへき地でやってみたいという気持ちの研修医もいるかもしれない、そのニーズがどれくらいかということを踏まえて、このアンケートの最後のほうに赤で記している、研修医にメリットを感じさせる方策が必要というのがすごく私も心に響いています。具体的には、やはり医師偏在地域に行くので、いわゆるへき地手当てだとか、何かそういう手当てみたいなものをやはり東京から向こうに行くわけですから、少し地域に対しての貢献ということでへき地手当のようなものを、公的に少し出せると、給料が上がる分モチベーションは高くなるのかなと思います。というのは給料を決めるときに、連携先の協力病院と相談していると、やっぱり大学病院の給料と同程度が基本になってしまって、プラスアルファを出せるようなそんな方策があると、私もこのメリットという意味ではいいかなというふうに思って今、拝見しております。

以上でございます。

○土谷部会長 富田委員、ありがとうございます。やっぱり大変だったのですね。

野原先生お願いします。

○野原委員 女子医大の野原です。

女子医大の中のことについては、ちょっと私は関わっていないので分からぬのですけど、1点、広域連携型プログラムは基本が2人以上とされていますけれども、対象人數が1人のところは、それでいいということなのですか。

○事務局 こちらは20名以下の基幹病院で手を挙げてくださったところですので、希望数でということで。

○野原委員 ありがとうございます。

○土谷部会長 本当にこの枠が埋まるのか、先ほどご意見ありましたが、東京で研修したいから東京にエントリーしたのに地方に行かされるのは嫌だって、そんなに集まらないこともあるかもしれませんけど、開けてみないと分からぬということで、気をもむところも多いのですが。今回は、令和9年度は令和8年度と同様に実施することでおろしいでしょうかということですけど、そちらについてはいかがでしょうか。

それでは、特にご意見なしということで、令和8年度と同様に令和9年度も進めることでこちらの意見としたいと思います。ありがとうございます。

議事の二つ目が終わったところですね。

続きまして、議事の三つ目、東京都保健医療計画（令和6年3月改定）の進捗管理について、説明お願いします。

○事務局 事務局でございます。資料5をご覧ください。

今回は、令和6年3月に改定いたしました保健医療計画についての第1回目の進捗管理評価ということになります。

指標は、医師に関して二つ設けておりまして、一つ目が、医師少数区域（西多摩・南多摩・島しょ）になりますが、この地域における医師偏在指標を対象としておりまして、策定時である令和5年度の指標から上げるとされております。過去の参考に数値が載っておりますが、国の示す偏在指標におきましては医師少数区域以外の区域、中間になる区域になるのですけれども、その偏在指標が179.4と設定されておりますので、179.4以上を目指して現在の数値を上げていくというのを目標にしております。

この医師偏在指標は国が示すものなのですが、令和6年度においては新たな数値は示されておりませんので、今回の評価では横棒で評価なしとさせていただいております。

なお昨日、国における地域医療構想及び医療計画に関する検討会などでも、議論されておりましたが、現在、医師偏在指標そのものについて、国が検討を行っているという状況でございますので、この保健医療計画の指標の在り方を含めて動向を注視してまいりたいと考えております。

もう一点の指標が、東京都の地域枠医師離脱率というふうに設定しております。表の右下の参考のところにありますけれども、計画策定時には貸与者の累計が343名で、その時点での離脱者累計が7名、率としましては2.04%となっておりましたが、令和6年度末の時点では貸与者累計は25名増加しまして、368名でしたが離脱者は新たには発生しませんでしたので、変化なしで結果として1.9%ということになりました。なお、この貸与者累計とは、平成21年度に地域枠制度、東京都で開始いたしましてからの奨学金貸与者の累計となっております。

左下の評価の目安に従いますと5%以上で評価はAということになっておりますので案としてAとさせていただいております。こちらの達成状況の評価につきましてご意見等いただければと思います。

以上です。

○土谷部会長 説明ありがとうございました。

保健医療計画は6年間あるわけですが、今は第8次計画が走っているところです。そのうち1年目の令和6年度分、その評価をしようというところです。評価の内容としては二つありますということですね。

私から一点確認したいのですけど、目標値の179.4というのは医師少数区域を脱する数値ということですか。ご存じの方もいるかもしれませんけど、二次医療圏ごとに医師の偏在指標というのを出しまして、医師多数区域、そうじゃない区域、それから少数と三つに分けるのですけど、これどうやって皆さん、三つ分けたかご存じですか。上から3分の1、下から3分の1と決めただけなのですよね。だから、機能的な意味合いでなく、ざっくり3分の1で本当に分けたというものなので、これを上回るのはちょっと難しそうですけどね。ということで、一つ目については、数字がなかったということなので、達成状況はブランクになるというところですね。

取組の二つ目が、地域枠の離脱者についてですけども、令和6年度は離脱者がいなか

ったということで、数値も下がっていますということでした。いなかつたという点で、数値云々じやなくて、Aでよいのではないかと私は思いますけど、皆さん、いかがでしょうか。

ご意見はよろしいですか。

事務局の提案どおりでこちらも了解したいと思います。ありがとうございました。

以上で議事三つ終了します。

ちょっと時間が遅くなっちゃっていますけどこれからは報告事項になります。報告事項は三つあります。

続きまして、事務局からご説明をお願いします。

○事務局 ご報告事項 1 点目、事務局からご説明申し上げます。

資料 6－1、これは国からの通知になりますが、例年のものですが、専攻医のシーリング案に対し国から協議、それから意見照会がございました。

具体的には医療提供体制の確保の観点から改善を求める意見がある場合には、地対協の意見を聞いた上で、都道府県が意見書を国に提出するとされているところです。

資料 6－2、スケジュールをご覧いただければと思うのですが、その日本専門医機構からシーリング案を受け、国を通じて都道府県に照会がありまして、都道府県では地対協での意見をお聞きした上で回答するということになるのですけれども、例年都においては、医師部会でご議論いただいた上で意見書を作成して提出しております。今年度に關しましても、この照会を受けた時点で、会議日程等ありましたので、厚労省に相談をして、意見書提出は9月中頃の予定とご説明をして了承を得たというふうに認識していたところではございました。しかしその後のやり取りで厚労省との調整の結果、こちらのフローの中にあります最終的に都道府県から意見を上げて医師専門研修部会を経て、国から日本専門医機構に意見をとりまとめてあげるということになるのですが、そこへ意見を反映させるためには、9月5日までに正式な意見書の提出が必要ということとなり、医師部会の本日の会議日程に間に合わないということになってしまいました。

本来は本日の医師部会でご議論いただく予定としておりましたところ、大変恐縮ながら、今年度は書面協議とさせていただきたいということで、先般委員の皆様方にはご協力いただいたところでございます。委員の皆様にはご多忙の中、短い時間で何度も意見照会にお答えいただきまして感謝申し上げます。

おかげさまをもちまして、9月4日付で意見書を提出することができました。

本日はこの場におきまして、意見書を提出したことについてご報告をさせていただきたいと思います。

そうしましたら、資料 6－2 の 3 ページ目をご覧ください。今年度日本専門機構が示したシーリングの主な変更点ということになっておりまして、この通常プログラムのところの計算方法、これまで都道府県別診療科の平均採用数、必要養成数ベースの算出と

していたものを、採用数、人口を加味することを基本とした算出方法に変更したというのが一つ。それから基幹病院から指導医を地方に派遣した実績を評価しまして、通常プログラムの定員数を増加するという、その加算の部分を設けたということになりましたが、その加算には一定の上限を設けるというふうにされているところです。それからもう一つ、連携プログラムのところになりますが、直近の過去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考え方を維持するとしたものの、これまでシーリング外として設定していた特別地域連携プログラムという、この連携プログラムの中のさらに特別なプログラムになりますが、それをシーリング内に設置するというふうに変更されたところでございます。

その結果なのですが、資料6-3をご覧いただきますと、こちらが令和7年度のシーリング数と8年度のシーリング数を並べたものになりますて、一番右に増減数が書いてございます。シーリングの数につきましては、コロナ以降変更なしというふうにされてきたところではあるのですが、その計算方法などが変わったことによりまして、このような形でマイナスがたくさんついて、影響が大変大きいものと考えております。

それから資料6-4、これも毎年都立病院機構から要望書をいただいておりまして、都立病院をはじめとする公立病院の役割というものを考えて、働きかけをお願いしたいという趣旨の要望内容をいただいているところでございます。

資料6-5になりますが、これが先ほど冒頭に説明させていただいた書面協議の経緯の部分と中身になりますが、書面協議方法ということで、日本専門機構が示したシーリング案に対しまして、まず都内の専門研修をやっている基幹病院に対しアンケートを行いまして、その調査結果を基に事務局で意見書案を作成いたしました。その意見書案を8月23日から大変短い期間で恐縮でしたが28日まで意見照会をさせていただき、皆様方からご意見を賜ったところでございます。そのいただいたご意見を意見書案に反映させまして、再度照会させていただき最終確認の上、意見書を確定し9月4日付で国に提出することができました。意見の概要は下にございますので以前お送りしたものとほぼ同じになりますが、後ほどご確認いただければと思います。

このような経緯で作成しましたのが資料6-7になります。9月4日付で東京都の保健医療局長名でこのような形でお出ししております。

この資料6-7が東京都の意見10か条のような形で、都としての意見をあげており、資料6-8はその具体的な内容、国の様式に従った区分けにはなっているのですが、さらに詳しい中身を述べるという形式でやっております。

○土谷部会長 先ほどの広域連携プログラムは、卒後1年目、2年目の臨床研修医のはなしでした。今のこちらは専攻医についてですね。研修医修了後の専攻医のはなしです。

専攻医にはシーリングがかかっているのは皆さんご存じのとおりで、先ほどの資料になりましたように、都の専攻医は令和7年から8年にかけて148人も東京は減らされるということで、毎回何でこんなに東京は減らされるのだという意見が出るところです。

医師部会では、例年委員みんなで意見をいろいろ言い合って、それを厚労省に伝えるところなのですが、ちょっとスケジュール的に今回はみんなで話し合う時間が取れなかつたので書面開催となったところです。本当はまた皆さんと一緒にいろいろ意見を言いたかったところなのですけれども、書面開催となったというところです。

出来上がったのが資料6-7ということで、せっかくなので読み上げて皆さんで確認したいなと思うのですけど、よろしいですかね。では事務局から読み上げをお願いします。資料6-7、こういうことを、東京都から国に要望しているというところからです。

○事務局 では、資料6-7をご覧ください。下線の部分が、毎年提出している意見書をアップデートする形で国に意見を言っているのですが、そこに下線がついているということになります。

まず1、最初の議題でもご説明しましたけれども、医師偏在対策パッケージにおいて、医師偏在対策は若手医師だけではなく、中堅シニア世代を含む全ての世代の医師へアプローチするというふうにされたところでございますが、専門医研修においては、専門医の質の向上という制度本来の目的に鑑み、医師の偏在是正の観点からの取組を過度に推し進めることなく、専攻医の声を十分に取り入れたうえで、専攻医が希望する質の高い研修を受けられるようにすること。専門医制度の変更を行う際においても、各施設で質の高い研修プログラムを策定できるよう、拙速に進めるのではなく、必要な時間を十分確保すること。

2、都内施設においては、これまでのシーリング実施により十分な数の医師を確保することができなくなり、その結果、医師少数県や都内の医師少数区域への派遣がすでに困難となっているという実態もある。令和8年度シーリング案においては、算定方法の変更により、前年度からの急激な削減が示されており、入院・外来や救急搬送の受け入れ等、現在の診療体制を維持できないことや、他道府県を含むさらなる派遣の縮小による地域医療への影響など懸念されることから、都において今後見込まれる医療需要の増加にも鑑み、専攻医の定数及び採用者数の増員を検討すること。また、都内医療機関が担っている医師の派遣機能に鑑み、指導医の派遣に係る実績を正当に評価するため、定員数への加算の上限を撤廃すること。

3、医師の働き方改革の影響を十分に考慮した上で、個々の医療機関及び都道府県の医療体制に深刻な影響を及ぼすことのないよう、地域の医療機関の役割及び医師少数区域をはじめとした都道府県内の地域差などにも留意し、適切な運用を図ること。

次のページ、4、地域枠により都が医師の確保に努めている領域については、定員数及び採用数の制限をしないこと。

5、公立病院は、地方独立行政法人化後も引き続き行政的医療を担う都立病院をはじめとして、都内に不足する地域医療の安定的確保のために重要な役割を果たしていることから、定員数及び採用者数の配分に当たっては、削減とならないよう、十分考慮すること。

6、登録及び採用から研修終了まで、専攻医に出産・育児・介護など様々なライフイベントが発生したとしても、それぞれのライフステージに合った柔軟な取扱いを可能とし、特に、地域枠医師については、キャリアに不利益な影響を及ぼすことがないよう十分な措置を講じるなど、専攻医の立場に立った運営を行うこと。

7、専門研修のほか、初期臨床研修においても、医師の偏在対策を目的とした連携型のプログラムが適用されました。連携先施設での症例数や指導体制等を十分確保することが必要であり、地域偏在対策を推し進めるあまり、研修の質が損なわれることがあってはならないこと。

8、一般社団法人日本専門医機構は、専門医制度を開かれた制度とするため、医療機関や専攻医等への情報提供や国民への情報公開を徹底すること。

9、厚生労働省は、医師法第16条の10の規定及びその趣旨に則り、都道府県が地域医療対策協議会において地域の医療提供体制の確保に与える影響等を適切に協議できるよう、必要な情報を適切な時期に正確かつ合理的な内容及び形式で提供するとともに、広く都道府県の意見を聴取し施策に反映し、その結果については速やかに都道府県へ報告すること。

10、都が提出した意見書の内容が、国においてどのように検討された上で医師専門研修部会に諮られ、制度に反映されたのか、具体的な検討の過程と結果を都に対して回答すること。

以上です。

○土谷部会長 読み上げありがとうございます。いつもここの話になると、フラストレーションがたまるのですけど、東京は患者さんは減るどころか増えると見込まれているのに、医師は減る、地方に取られてしまうというような、本当に東京からすると理不尽な話なわけですけどね。

皆さんはフラストレーションがそんなたまっていないかもしれませんけど、せっかくですので、参加されている方から、この件について一言ずつコメントいただけたらなと思うのですけどもよろしいでしょうか。高西委員、都立病院としていかがでしょうか。

○高西委員 地域支援病院ですが、どうしても東京の中でも医師の数が少ないところになりますので、シーリングの影響が結構出てきているなというふうに感じています。

実際若い先生の数が減っていますし、若い先生の数が減ると救急に対してのマンパワーはやっぱり落ちますので。それともう一つは働き方改革ですね。若い医師の意識も変わってきているというのがありますので、総合的にマンパワーが足りなくなっているな、なので、やっぱりさらに医師の数が必要なのかなというのを強く感じています。

以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。影響は出ていると、実感しているということでした。

そうしましたら、内藤委員は遅れてくるということでしたけども参加されていますで

しょうか。内藤委員ご意見いかがでしょうか。専攻医のシーリングだけに限らず、広くご意見いただいてもよろしいです。

○内藤委員 まず、やはりどうしても自分たち現場中心に考えてしまいますが、東京において、医師が十分充足しているとは全く思いません、まして私の大学は昭和大学ですけれども、外科の医局では本当に専攻医含めた医局員がすごく少なくて、たまたま教授がすごいパワフルなので、あちこち飛び回って、3名専攻医の数を何とか集めているという状況ではありますけれども、大学病院でも外科の機能はかなり低下していると思います。

民間病院におきましても、やはり結構年配の先生がはっきり言いまして多くて、若い先生方に地域医療を目指していただけるということがあまりない中では、もう少し東京に若い先生が多くないとまずいのではないのかなと思っております。

さらに言わせていだけると、地方においても十分な研修ができるかどうかという問題も、私は立場的には民間病院で小さい病院ですので直接の関係はないかもしれません、地域で研修というよりも、ともかく東京に若い先生を集めて研修して地域に送り出すというような形、もしくは地域の医療に貢献していただくという形を取るのが一番いいかなと思っています。

また、働き方改革の問題と今、診療報酬の関係から、ともかくドクターフィーが非常に、やはり上がらないといいますか、頑張った分だけ見合ったような給料が出ないということがありますて、東京においてはやはり「直美」とか最近は「直産」というような言葉も聞きますけれども、もっと根本的な、こういう今の問題を何とかするというよりも、根本的な問題をしっかりと解決していくということが、医療そのものの継続に必要なのではないのかなというふうに思います。すみません、雑駁ですが以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。

本当に外科医の減少はこの前もデータが出ていましたけど、すごく減っていくのが予想されていますから、本当に外科の手術は、将来、待機期間が今まで以上に延びることは間違いないのだろうなと思いますね。

ありがとうございました。

○内藤委員 あとちょっと追加ですけれども、医局の話になりますが、また病院経営が大学病院というのもかなり厳しくて、本当に外科でもオペ室を寝かせておくのがもったいないということで、土曜日とか日曜日までオペをするというような、そういう仕組みになってきているという話を聞いて、それだけ症例があるのだからいいとは思いつつも、やっぱりそういう働き方をしていたんでは、それこそ東京においても限界が来るのではないのかなという意味で、根本的な変更が絶対必要だと思います。

すみません、以上です。ちょっと追加させていただきました。

○土谷部会長 そうですね、週末も営業しているというのは聞きますし、その分時間手当が出るのかもしれませんけど、そのお金はどこから出るのという話ですよね。

はい、ありがとうございました。野原委員、いかがでしょうか。

○野原委員 女子医大の野原です。

今回本当に時間がなくて、協議の取れないというところもあったのかなと思うのですけれども、この148人という1割を超えるような数を減らすに当たっては、やっぱり国からの説明が足りないのではないかというふうに思いました。ほかの県はすごく医師不足で苦しいのだとは思いますけれども、丁寧な説明と納得ができるような考え方を示していただきたいと思いました。

○土谷部会長 納得できないと。

○野原委員 説明不足ですね。

○土谷部会長 説明が足りないということですね。

○野原委員 難し過ぎて、計算が。

○土谷部会長 先ほどもご意見いただきましたけど、富田委員からもご意見いただけたらなと思いますけど、いかがでしょうか。

○富田委員 ありがとうございます。やはり皆さんと同じで、ちょっと東京都にしわ寄せ、かなり首を絞められているというのは、非常に毎年懸念されるところです。

たしか今回、出された内容の中の資料の一部分に、公立昭和病院の川口先生が書かれていたアンケートは、私も本当に同感だと思うのですが、同じ多摩地区ですので、やはり多摩地区は医師が少ないという懸念と、それから先ほどおっしゃっていたように、シーリングを厳しくすると、結局若手医師は、第三の選択、第四の選択で「直美」に行ったりだとか、「直何とか」に行くというのが、東京にどうしてもいたい場合は発生する可能性があるのですね。

私が今、研修医たちの面倒を見ていますけど、やっぱり印象としては、年々「直美」に行く研修医が増えているという気がします。ですから、これは併せてその対策として、美容医療の在り方を考える必要がありますし、去年たしか厚労省でそういうあり方検討委員会みたいなものを立ち上げたというのは伺っているんですけど、同じように東京都のほうでも、こういった「直何とか」というものの実態調査と、それに対する対応というのを何か、それこそ条例を作ったりとか、そんなことをやってもいいのではないかと個人的には思います。

そういうマッチングでのしわ寄せ、シーリングでのしわ寄せが、次のレベルでのいろんな問題が出ているのではないかという懸念を教育機関としては懸念しております。

以上でございます。

○土谷部会長 ありがとうございます。

そうですよね、制度を新しくしたときは検証して、見直しをするはずなのですが、大体国は1回決めたらそのまま走っちゃうというのがありますね。「直美」「直産」「直在宅」いろいろ言われていますけど、そっちのほうに逆に走ってしまって地域医療に資する人材が減っていく、逆に拍車をかけている状況になっていると思います。

小平委員いかがでしょうか

○小平委員 一つ、私は逆の意味での意見をお話したいのですけれども、例えば公立病院を維持するために削減をしないようにという文言がございますけれども、一方で現実的に休止病床をかなり多く抱えていて病床を動かしてないわけですね。そこに人員の定数を充てているというような状態があるので、やはりこういうものでは、意見が通りにくいのではないかなと思います。今後の話ですけれども、かなり長い期間を考えると、やはり僕たちは自らしっかりと効率化とか適正な病床をしっかりと目指して、ある程度絞り込んでいく、こういったような自己努力なくしては、こういう意見がしっかりととした意見として受け入れられないのじゃないかと思いますので、そういう逆の観点も持つていただくほうがいいのではないかと考えております。

以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。そうですね、自己規律も進めて、その上で言う意見じゃないと聞き入れてもらえないという可能性もあるということですね。都立病院からも要望が出ていたというところからのご意見でした。ありがとうございます。

続きまして、菊池委員いかがでしょうか、精神科の観点からいただけたら。

○菊池委員 精神科というわけでもないのですけど、医師の偏在は今に始まったことじゃないのでということはありますけど、何か対策をというと、どこかにひずみが出るのかなという気はします。さっきも「直美」とかいろんな出ていましたけど、医者を目指す心構えが、若い人们は何か職業の一つみたいなドライなところがあるので、そうすると、こういうふうになくなってしまうのかなというような気もします。昨今やっぱり医療も高度化して、90歳・100歳でも透析導入だとか、救急医療だってあらゆるところがあるので、本当は日本人自体もやっぱり医療に対する要望を下げるというか、穏やかな終末期をもっと社会で広げていくとか、そういうほうがいいのかなとは思ったりはしたり。医者もだんだんやっぱり公務員に準じた感じで企業体系というか、そういうのもしていかないのかなと、ちょっと雑駁です。そんなところです。

○土谷部会長 ありがとうございます。医者になるという、昔はそういう生き方を選んでいたと思うのですけど、今は生き方じゃなくて職業として医者を選ぶという人たちが増えているのかなということですね。医療界だけじゃなくて世の中も医療に対しての曲がり角に来ているのかなというご意見だったと思います。ありがとうございます。

続きまして、塙委員いかがでしょうか、小児科の立場から、ご意見いただけたらと思います。

○塙委員 ありがとうございます。

小児科医会の塙です。実際にシーリングで人数が減っている、ないしは働き方改革で実働人数が減っている現状も踏まえ、医師の偏在に関しても様々、考慮されていると思います。とはいって、救急医療が充足できるのか小児科の特性として、病院の先生方がやってくださっている保健所などの公的健診なども手薄になるのではないかと危惧します。

したがって医師偏在を解消する制度をつくるのはいいのですけど、その制度による弊害を補完するような制度もまた考えていただきたいといけないかなと思います。繰り返しますが、シーリングという制度が医師の適正配置という目的で施行されるのは結構だと思うのですけど、それに起因するひずみまで、対処できる制度設計を希望します。以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。そうですね、制度をつくりっ放しじゃなくて、絶対問題はどこかしらで出るはずですから、それも埋め合わせできるような制度設計をするべきですね。そういうご意見だったと思います。ありがとうございます。

続きまして、松本委員いかがでしょう、産婦人科の意見をいただきたいと思います。

○松本委員 ありがとうございます。産婦人科医会の松本でございます。

まだ産婦人科以前に幾つかお話しさせていただきのですが、最初に9年度・8年度と同じでいいかというのがあったのですが、8年度はまだやっていないのでどうなるか分からないので、9年度も同じでよいかと言われても返答のしようがないなと感じておりました。都の意見書には我々の意見も入れていただいて、とてもよく書けていると思って見ているのですが、現実にこれがどれだけ具現化というか、実際のところが行われて、この意見がどのぐらい反映された結果が出るのかなということが非常に注視していきたいと思います。

やはり今、医師の地域偏在あるいは診療科の偏在の是正ということが全面というか、バックにあって、こういう制度をいろいろいじっているのは分かるんですが、研修医のことで言うと、やっぱり研修医の立場で地方に行ってどれだけ症例があるのか、あるいは失礼ですけど指導医が指導して、十分指導していただけるのかなという、そこが一番重要だと思います。特に症例がないとやっぱり研修医の勉強にならないので、そこがどうなのかなと。以前私のいた医局でも地方の先生が来て勉強されていたのですが、その先生は、卵巣がんは1年に1人か2人しかいない。だから卵巣がんの手術の勉強はできないということをこちらにいらしていたのですね。そういうふうに症例がないことにはどうにもならないというのが臨床ですので。

それから、やっぱり最後に産婦人科のことですが、産婦人科医は決して減っていないのですが、産婦人科の診療内容が体外受精とか不妊治療、それから、いろんなホルモン剤がどんどん新しく出てきて、月経困難症、内膜症ですとか、少産化の結果、月経回数が増えることによる疾患が大分増えているという中で、産婦人科医の中で女性医師がどんどん増えている。人数自体は減ってはいないのですが、お産を取り扱う医師は極端に少なくなっているというのが現実で、やはりお産を取り扱うという産婦人科医、それから先ほど外科の話が出ていましたけど、そういうことですね。

それからＩＣＵですとか、救急医療ですとか、そういうやっぱり非常に医師自身のＱＯＬを犠牲にする診療に関しては、やはりそれなりの手当がないと、幾らシーリングだ何だといっても、それを専攻する医師は先細りになるのは当然かなと思っております。

以上でございます。

○土谷部会長 松本委員ありがとうございました。出産数自体は減っていますけど、それを取り扱える産科医がそれ以上に減っているということなのですかね。ご意見本当にありがとうございます。

川口委員、いらっしゃいますか。ご意見お願いします。

川口委員 僕は意見書にも書かせて頂きましたが、私どもの内科のプログラムは、専攻医の枠が3名ですが3名埋まっていたいなかったわけではないですが突然に1名に削減と、かなり理不尽な感じがしました。と書かせていただきました。東京都内とはいえ、当院の所在する北多摩北部二次医療圏は医師が豊富にいる地域ではございませんので、内科医の数がやっぱり足りないです。内科が細っていくのが分かっていますので、後継者を自前で養成するしかないという目的で内科プログラムを立ち上げて今までやってきたのですけども、そういうことは全く考えずにぱっさりと、東京都全体を削らなきやいけないから、その中でおまえのところは削れという感じで来られたなという印象です。非常に理不尽だと憤りしか感じていません。

こういうことをされると、やっぱり医師の確保はどこの病院も大変だとは思うのですけれども、特にこの地域だとやっぱり来てほしい人になかなか来ていただけない、となると採用ができない。採用が減ると、ある程度の年齢がくると定年もございますし、ご自分で新たな道を探される方も出てきますので、どうしてもマンパワーが減っていく。この専攻医の人数を減らすというのはとんでもない話なのです。初期臨床研修医の連携プログラムも関わってきますけども、中堅どころの人数が減っていく、ベテランの数はもちろんなのですから、減っていく中で、やる気ある初期研修医たちというのは、初めのうちこそ学生ですけども、頑張る者はやっぱり3か月・6か月たつくると、一緒に仕事ができるようになります。そういう若手を集めて今、動いていますが、今回の件で制限がかかることがあります。

先ほどほかの委員からも出ていましたけども、効率的に若手の医師の教育を行うのだったら、東京都に集めて東京都で集合教育をするような形でどんどんやらせて、それで必ず地方に返しますというようなやり方のほうが理にかなっているような気はします。それを言うと、東京都のわがままだと言われそうではありますけども、先ほど多くの方々が言われているように、本当に地方に回してしまって、半年とか1年とかお願いして、もともとの初期研修医たちが望んでいるような教育というのが受けられるのかというのちちょっと難しいかなと。特に症例がないと何ともならないというのが臨床研修でありますので、その辺のところを少しも分かっていらっしゃらない方が世の中にはいっぱいいるのだなという思いで私は見ております。

とても残念な専攻医の削減のことになりますけども、これはもうきっとお上が決めたことなのでどうしようもないのかもしれませんけど、抗うことができるのだったら何とか抗いたいなと思っております。

以上です。

○土谷部会長 川口委員ありがとうございます。地方の医療機関は減っていますから、そんな中で研修に行って、数で比べれば東京のほうが症例も豊富でありますから、研修する環境としては都市部がよいのではないかなど、やっぱり東京にいる分には思いますね、私も。皆さんありがとうございます。

いろいろご意見いただいたところですけども、報告事項（1）については本当に多くのご意見ありがとうございました。

そうしましたら、続きましては、報告事項（2）と（3）ですね。こちらについてはさらっと行きたいと思います。

報告事項（2）について、令和8年度医師臨床研修の募集定員の配分結果の報告ですね。事務局からご説明お願いします。

○事務局 資料7をご覧いただきたいと思います。こちら令和8年度開始の臨床研修のプログラムについて、各基幹病院への定員配分の結果ということになっております。

この8年度開始分の定員配分につきましては、この資料の4ページ目をご覧いただきたいのですが、令和7年3月18日に開催した地域医療対策協議会で決定させていただきました配分方法に従いまして配分した結果となっております。

基本的には配分方法A・Bで配分すべきところに配分した後、都の定員上限数を超えていた部分は、配分方法Cの直近5年間の欠員数の累計が多い病院から各1を削減させていただくという、厳しいものではございましたが、そちらで配分させていただいた結果ということになります。

資料1ページ目の最初、令和7年度の都の配置人数は1,267人あったのですが、令和8年度は13人減りまして、1,254人になりました。この一覧の中の87番目の板橋区医師会病院は8年度の希望がございませんでしたので、残りの11人分を先ほどの配分方法Cの方法で、1名ずつ減らさせていただいた結果となっております。

ご報告は以上です。

○土谷部会長 はい、ありがとうございました。

先ほどは専攻医の話でしたけども、こちらは研修医卒業1年目・2年目の話で、先ほどは148名減らされたというところですけど、研修医が13人減るというところですね。ご意見はございますでしょうか。それぞれの医療機関の配分数の報告ということですね。

続きまして報告事項の3点目、臨床研修病院の病院名の変更について、ご説明お願いします。

○事務局 資料8をご覧ください。こちら臨床研修病院の指定の変更に関しまして2件の報告になります。

両方とも病院名称等の変更ということになりますので、まず1点目、国立国際医療研究センター、その法人名称と病院名称の変更ということになっております。令和7年4月

1日付で新しく名称が「国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター」に変更されたとの届出です。提出書類を確認しましたところ、法人名と名称変更のみで大幅な変更はないということで、指定継続ということにしたいと考えております。

それから次のページをご覧いただきまして、同じく昭和大学病院が学校法人名と病院名が変更になったとのお届けでございました。

法人名称が学校法人昭和医科大学に、病院名も「昭和医科大学病院」と「昭和医科大学江東豊洲病院」に変更と、令和7年4月1日付の変更となっております。同じく病院としての統一性ありということで指定継続というふうに考えております。

以上です。

○土谷部会長 報告ありがとうございました。

報告事項は以上となります。本日の議事は以上です。

委員の皆様、1時間で終えるというのが1時間半かかっちゃいましたね、すみません。ありがとうございました。

最後に地域医療対策協議会会長であります古賀会長からコメントをいただきたいと思います。今日はオンラインでということですけども、古賀会長、よろしくお願ひいたします。

○古賀委員 オブザーバーで参加しております古賀でございます。土谷部会長ありがとうございました。事務局の各説明に加えて、それぞれ細かに説明いただいたので、委員の皆様もご理解しやすかったのだと思うので、本当にお疲れさまでした。

研修医にしましても専門研修医にしましても、なかなか深い問題が多くて議論が大変なところですが、特にシーリングにつきましては、各委員の皆様にそれぞれご意見をいたく、ごもっともな意見が全てということで、私はそれ以上のことを申すまでもないのですが、いずれにしましても、最後に臨床研修医・専門研修医の採用に関して、いろいろ遠方機関との連携とか、それから専攻の内容とか、そういったことにご努力をされている、各医療機関、大学病院さんへ感謝申し上げたいとともに、これ以上の削減が実際に起きないように、採用をきちっと、定数の維持できるように、採用に向けて努力していただきたいなというところが、私としても願いとともに、今後に期待するところでございますので、ぜひ今ある現状をこれ以上悪くしないように、何とか努力するというのが、今できる一番のことかなとも思います。各委員の皆様ほか、東京都の医療機関の皆様にお願い申し上げて、コメントとさせていただきます。ありがとうございました。

○土谷部会長 コメントありがとうございました。

それでは私から都庁のほうに進行はお返ししたいと思います。ありがとうございました。

○谷山医療人材課長 土谷部会長、本日はどうもありがとうございました。また、委員の皆様におかれましては、本日の議題にかかわらず、様々な視点から多岐にわたるご意見をいただきまして、本当にありがとうございました。

東京都といたしましても、本日いただいた意見を、今後の医師確保対策等に反映でき

るよう進めてまいりたいと思います。ありがとうございました。

また改めまして今回専門研修のシーリング案に対する意見書につきまして、本来対面でご議論するところ、書面での開催になってしまい、本当に申し訳ございませんでした。

また短い間でご協力いただき本当にありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願ひいたします。

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医師部会を終了させていただきます。本日は本当にありがとうございました。

(午後 6時32分 閉会)