

令和 8 年度
東京都地域医療対策協議会
第 1 回勤務環境改善部会
会 議 録

令和 8 年 8 月 2 4 日
東京都保健医療局

(午後 7時00分 開会)

○医療人材課長 お待たせいたしました。時間になりましたので、ただいまから令和8年度第1回東京都地域医療対策協議会勤務環境改善部会を開会させていただきます。委員の皆さまにはご多忙の中ご出席いただき、誠にありがとうございます。

私は、東京都保健医療局医療政策部医療人材課長の谷山と申します。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、どうぞよろしくお願いいたします。

本日の会議は、来庁による参加者とオンライン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務めてまいります。機器の不具合等により映像が見えない、音声がかえらない等が発生しましたら、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、委員の皆さまに3点お願いがございます。

1点目ですが、オンラインによりご参加いただいている委員の方も含めて、ご発言の際には挙手していただきますようお願いいたします。事務局が画面を確認し、部会長へお伝えしますので、部会長からの指名を受けてからご発言ください。

2点目は、議事録作成のため、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お願いいたします。

初めに、今回から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。株式会社タスクールPlus医療労務管理支援事業責任者早坂正美委員です。よろしくお願いいたします。

○早坂委員 よろしくお願ひします。

○医療人材課長 また、東京労働局所管の東京都医療勤務環境改善支援センター医療労務アドバイザーの業務委託先が、東京都社会保険労務士会から株式会社タスクールPlusへ変更になったことに伴い、東京都社会保険労務士会医療・介護労務管理支援特別委員会委員長の深澤理香委員の分野が、「相談支援を行う関係団体の代表」から「関係機関の代表」となりましたのでお伝えさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、会議資料につきましては、来庁により参加されている委員の皆さまにはお手元に、オンラインにより参加されている委員の皆さまには、事前にデータにて送付しております。次第に記載のとおり、資料1から資料9までと、参考資料1及び2となります。もし不足等がございましたら、途中でもお声がけいただければと思います。

なお、本日の会議ですが、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。

それでは、これ以降の進行につきまして、野原部会長、お願いいたします。

○野原部会長 それでは、ここから私が議事進行を務めさせていただきます。

本日の部会は、報告事項5件、議事2件を予定しております。初めに、報告事項1から5まで、まとめて事務局から説明を受けたあと、委員からご意見をいただきたいと思います。それでは、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 事務局、医療政策部医療人材課の山家と申します。よろしくお願いいたします。

まず、本部会は例年2回程度の開催としておりますが、今年度は東京都保健医療計画の中間見直しの議事もあり、第1回を例年よりも早い8月の開催とさせていただきました。つきましては、第2回を10月から11月頃で考えているため、その際に勤改センターの上半期の支援実績を報告させていただきますので、今回は喫緊の報告事項からお話しさせていただきます。

それでは、次第に沿って説明いたします。

まず、資料3、特定労務管理対象機関の指定状況及び更新予定について、資料3をご参照ください。

1枚目は、毎回ご説明させていただいております指定要件をまとめた表になっております。令和8年4月1日時点で、都では50の医療機関を指定しております。資料の2枚目をご覧ください。指定の更新を予定している医療機関が42で、8は更新なしの予定です。前回報告よりも更新なしが1件増えております。また、42の医療機関のうち、大半の医療機関で医療機関勤務環境評価センターへの受審が始まっていますが、現時点で終了したのが5機関であり、最短の審査期間が4カ月程度と言われておりますので、資料の提出等で少し苦戦されている状態であるとお見受けしています。

勤改センターとしては、受審途中で支援を開始するのは難しいため、受審前に提出資料の確認をさせていただく形で、今年度は20件近くの医療機関に支援を実施しております。

このあとの申請のスケジュールにつきましては、第2回以降の部会で諮ることをイメージして、9月末までに提出があったものを第2回の部会で諮らせていただいて、1月末までに提出があったものを3月頃に実施予定の第3回の部会で諮らせていただく形を予定しております。

また、新規の指定につきましては、受け付けは来年に入ってから、1月の1カ月間で想定しておりますが、現状で新規指定に関する問い合わせはないという状態でございます。

こちらにつきましては以上です。

続いて、資料4、特定労務管理対象機関の医師労働時間短縮計画の最終評価の集計結果

についてご説明させていただきます。

こちら、令和7年度時短計画の最終評価を集計しております。なお、医師労働時間短縮計画は、PDCAサイクルを活用して年間の時間外、休日労働時間の960時間を超える医師の労働時間を短縮することを一義的な目的としているものです。

特定労務管理対象機関には、都に時短計画を提出いただき、内容をチェックする仕組みとなっています。ガイドラインで示された仕組みになっていますので、今回の最終評価は5月末に提出していただいたものを取りまとめたというところです。

2ページをご覧ください。

こちら、指定医療機関の状況につきましては、50と変わらないところですが、その病床規模について簡単にご説明しております。200床未満の医療機関が6医療機関あり、200～499の中規模の病院がボリュームゾーンになっております。

3ページをご覧ください。

今回の令和7年度の時短計画の取りまとめは、医師の時間外労働時間の上限規制適用2年目の結果であり、適用下での変化を見る初めての年となっております。令和7年度に年間960時間を超えた医師の人数につきましては、6年度と比較して60人程度の減少となっております。一方で、960時間を超える医師が在籍する医療機関数は4機関ほど増えており、増減が双方に動いている状態です。

医療機関の内訳について、960時間超の医師が減少した医療機関は25であり、そのうち960時間超の医師数がゼロであった医療機関は11ありました。一方で、960時間超の医師が増加した医療機関が14あります。ただし、増加幅は1～7人という範囲で、このうち6機関は増加したものの各医療機関における人数は5人以下の規模となっております。大枠として、合計人数での減少傾向は7年度も継続しておりますが、その減少幅は5年度から6年度の変化と比べると緩やかになっており、また一部の医療機関は増加に転じておりますので、時間短縮の限界に達している場合もあると考えております。

4ページをご覧ください。

こちらは診療科の傾向となります。各水準をグラフにまとめさせていただきましたが、結論から申し上げますと、令和6年度の傾向と大きな差はございませんでした。B水準は、手術や処置の多い科、連携B水準は基本的な診療に関する診療科が多い傾向で、また、B水準も連携B水準も循環器内科が最も多いという結果となりました。

一部の診療科、例えば救急科や消化器内科は令和6年度比で大きな人数減少がありましたが、一方で心臓血管外科など増加が見られた科もありました。これはどちらかといえど診療科の傾向や病院の人員配置の影響であると考えております。

5ページをご覧ください。

こちらは、診療科別の対象医師の最長時間を抽出したものです。令和6年度は1,860時間を超えてしまった医療機関が1つありましたので、そこのモニタリングを継続しております。その医療機関については、最長時間が1,665時間となり、これが表の一番上の乳

腺外科1位となりまして、令和7年度は1,860時間を超える医師がいた医療機関は都内にごいません。

表の見方となりますが、診療科名の右には960時間超の医師がいる医療機関数を並べておりまして、該当する医療機関数が1で、かつ範囲も空欄の医療機関は、診療科や医療機能的な傾向というよりも属人的なものがあると推察されるところです。

一方で、医療機関数が多く、範囲にも記載がある診療科（循環器内科、脳神経外科、心臓血管外科など）では、最長時間で心臓血管外科の1,818時間とありますが、平均ベースで見ると時間外労働時間は若干抑えられている状況です。

続いて、6ページをご覧ください。

こちらはタスクシフト・シェアの取り組みの状況になります。病床数別、取組実施状況別の平均で、国が指定している全200項目のタスクシフト・シェアの項目について、少しでも着手しているかという着手率、その項目について全部署で実施をしているという全部実施率をそれぞれ集計しております。

タスクシフト・シェアにつきましては、右側の表となりますが、令和6年度から令和7年度比で全ての区分で半数以上は取り組みが進んだという増加の形となっております。

7ページをご覧ください。

医師の業務の見直しとその他の勤務環境改善の項目についてです。こちら、同じように着手率と全部実施率を分析しているものとなりますが、病床数別で見ると200床未満の中小病院が率としては取り組みが進んでいるように見えますが、該当が6医療機関であり、母数が少なく、且つ取り組み状況がよい医療機関が多いことが理由であると考えております。一方で、200床から499床の中病院とご説明させていただいた規模の病院の取り組みは、比較的進んでいない状態であるという結果でした。

こちら、取り組みの内容別に見ますと、8割の項目では着手率が上がっておりますが、ICTの活用や医療機能の分化・連携等の取り組みについては、財政的な事情も含めて取り組みの着手率が40%以下にとどまっているという状況でした。

8ページをご覧ください。

これらを踏まえて、7年度の最終評価のまとめとなりますが、上限規制適用後の2年目ということで傾向として取り組みは比較的進んでいる一方で、頭打ちとなってしまう、取り組みの限界がある部分も一定数あったという印象です。960時間超えの人数が令和6年度比で増加した医療機関や、増加の有無にかかわらず20人以上いる医療機関につきましては、引き続きとなりますが、勤改センターで取組状況をヒアリングするなどして、必要に応じて支援していければと考えております。

また、960時間超えの人数は多くなくとも、あまり業務改善のほうが進んでいないと考えられる医療機関につきましても、必要に応じて訪問やWEB打ち合わせなどでフォローしていけたらと考えております。

資料4につきましては以上です。

続いて、資料5をご説明いたします。勤務環境改善状況セルフチェックシートのカロス集計結果となりますが、先ほどの時短計画の集計が都内50の病院を対象にしているものですが、こちらは都内625病院全部を対象に行った調査になります。全体の傾向は3月の前年度部会でご説明させていただきましたが、機能ごとのカロス分析をというお話もいただいていたので、簡単にまとめさせていただきました。

1 ページ目左側の属性ごとの傾向につきまして、単純集計における肯定回答割合と比較して高いか低いという観点で記載しております。4区分記載しておりますが、全体値を大きく上回る属性としては、特定労務管理対象機関や高度急性期、また400床以上の病院において取り組みが大きく進んでいる、一方で慢性期や200床以下の病院は進んでいない取り組みが多く、また精神科等は、タスクシフトがあまり該当しない病院や、取り組みの必要性があまりないためやっていないという病院も一定数あると考えられます。

そういった意味で、各医療機関が未整備の状態から整備進めるという段階から、各医療機関が整備を進めているものの、その程度に差がある、という段階に移行しているものと考えております。

属性ごとの有意差がある項目は、資料右側をご覧ください。長時間労働医師の在籍状況について720時間超えの医師の在籍は全体で18%に対して、高度急性期が100%該当している一方で回復期・慢性期は該当がないというように、急性期に寄っているという結果でした。

また、勤務環境改善マネジメントシステムについては、導入率は全体で見ると31.8%ですが、高度急性期では約80%、特定労務管理対象機関でも約80%程度と取り組みが進んでいる一方で、99床以下、精神科病院は約20%程度に留まっております。

次のページをお願いします。

また、有意差が確認されなかった項目になりますが、勤務環境改善支援センターの支援ニーズを本調査で再度聞いておりますが、職員満足度調査の実施や勤務環境改善に関する相談の希望は、いずれの属性においても有意差がなく、一様に低いという状態でした。ただし、自由記載の中で、支援を希望しない理由として人員不足や時間不足をコメントする医療機関も多数ありました。

これらの結果から考えられることとして、資料右側の仮説となりますが、課題が多いから支援を希望するという形ではなくて、支援を受ける余力があるから支援を希望するという側面が存在する可能性がある。また、支援を必要とする病院ほど支援申請や調整に対応する対応余力が乏しいという構造になっている可能性があるため、現状、支援希望をいただいたところを、応需率で100%の形で対応しておりますが、その手挙げ方式だと本来支援を要する層が捉えられない可能性があるという体で受け止めてございます。

4番、勤務環境改善の課題が未整備の病院に対して、この項目はやってほしいと

考えられるものが幾つかありますので、こういったところはプッシュ型の支援を検討できたらよいと考えています。例えば、自己研鑽と労働の区別は、どちらかと言えば長時間労働がない医療機関だからやっていないとかということはあるのかもしれませんが、少ない中でも、定めるべきところではあると思いますので、本当に必要性がないのかなどは確認した方がよいと考え、そのような項目を4つピックアップさせていただいたものです。

5の今年度の調査方針につきまして、昨年度のセルフチェックシートでは調査項目が20ありましたが、毎年変化する内容ではない項目もありますので、同規模での調査はせず、設問数は削減する予定です。一方で、長時間労働の状況把握は継続的なモニタリングが必要なため、時間外労働時間が720時間以上の医師の在籍有無及び診療科については、継続してモニタリングしたいと考えています。

また、実施しているという回答が少なかった医師間のタスクシフトや、職員の介護を支える仕組みの整備については、実施しているという回答が少なかったため、このような項目は具体的な質問を追加して状況を確認していこうと考えております。

資料5につきましては以上です。なお、プッシュ型の支援につきましては、議題の2で触れさせていただきます。

次に資料6となります。

こちらは、医師の働き方改革の推進等に関する検討会は厚労省が実施しているもので、野原部会長も参加されている会議となりますが、こちらの会議内容をピックアップして、僭越ながらご報告させていただきます。

医師の働き方改革は3年目を迎えており、国も見直しや振り返りをしているという中で、厚労省としては、現時点で地域医療への大きな影響は確認されていないが、長期的な課題として丁寧に把握して対応する必要があると意識されているようです。調査は大規模なものは実施をしていませんでしたが、またモニタリングをされるという形で受け止めております。

主な現状認識は、都の先ほどの調査の傾向とあまり変わらないところではありますが、労働時間短縮につきまして、調査の結果として着実に進んでいるとのことで、令和7年度調査では週60時間以上、年960時間相当の割合は15%程度まで減少しているという結果でした。一方で、外科、救急科、産婦人科、大学病院勤務医、40代の中堅医師といった属性は、依然として長時間労働の傾向があるとされています。

また、地域医療の影響については、限定的だが継続監視が必要ということで、診療体制の縮小や派遣の減少についての言及がありました。ただ、全体として大きな影響が出ていないため、厚労省としては結果のフィードバックとともに都道府県のフォローを求めているところです。こちらは、令和6年度はヒアリングを実施しましたが、7年度はあまり直接的なやり取りがございましたので、今後東京都からもアプローチしていきたい

いと考えております。

次のページをお願いします。

(3) は、勤務環境改善の取組は拡大ということで、補正予算事業もありますが、全体的に取り組みが進展している中で I C T の活用はまだ発展途上、さらなる導入余地があるため、国の補正予算事業や、来年度は基金事業で業務効率化を支援する計画がありますので、重点的に実施できたらと考えております。

また、(4) の女性医師の就業継続につきましては、女性医師比率が上がっている中で、30 代の中盤・中堅どころの一番仕事ができる層の育児、出産に関する休業・離職が増加しているため、その層への支援は、改めて今後の重要課題として整理されているところです。

今後は、労働時間が短くなっていない層への追加的な対応や、勤改センターの機能強化、また C 水準の運用 (特に C-2 水準) がうまく想定した機能を果たしていない可能性があるため、運用改善の検討しや業務効率化の推進、地域医療構想、医師偏在対策等との整合性、ハラスメント対策、病院マネジメントの強化について議論を進めていくという形になっております。

国の方向性は以上になります。

続きまして、都で進めております新たな地域医療構想の説明になります。資料 7 をご覧ください。

資料は全 27 ページと分量が多くなっておりますので、詳細につきましては後ほどご覧いただければと思います。なお資料は、令和 8 年 7 月 10 日に開催された令和 8 年度第 1 回東京都地域医療構想策定部会の資料であり、こちらで今後進める新たな地域医療構想の策定の方向性が示されております。

今表示しております 2 ページ、新たな地域医療構想の概要をご覧ください。

これまで、2025 年を見据えて、主に入院医療を対象として病床の機能分化・連携を進めてきましたが、今後の 85 歳以上の人口増加、生産年齢人口の減少が見込まれることから、2040 年を見据えた新たな地域医療構想の策定を進めております。新たな構想では、入院医療に加え、外来医療や在宅医療、介護との連携、人材確保なども含めて検討することとされております。

3 ページ以降は、各ページの上の帯が紺色のページは国の考え方になっており、緑色のページが東京都の地域特性等を記しているページとなります。時間の都合により割愛させていただき、22 ページをご覧ください。医療人材においても今後は生産年齢人口が減っていく中で、人材制約を乗り越えてどのように対応していくかということで、左側は人材不足が現場負荷と連携停滞を招いてしまう場合の想定で、右側は専門職がチームで支え、D X で効率化していくという、目指すべき姿のイメージが示されているという内容です。

これらの検討体制として示されているのが 25 ページとなります。真ん中の 8 月のところで、地域医療構想策定部会が検討されていて、取り組みの方向性を各疾病・事業別協議会で検討し、また 11 月頃に検討状況の反映をしていくという形で、現状第 2 回まで実施しておりますが、恐らく 10 月か 11 月の第 2 回の部会で、地域医療構想策定部会の動きを踏まえた勤務環境改善に係るテーマについてご意見いただく形になっております。そのため取り急ぎ、現時点では認識共有という形で説明させていただきました。こちらで、報告につきましては以上になります。ご質問等よろしくお願いします。

○野原部会長 ありがとうございます。続けて 5 件の報告をいただきました。報告事項につきましてご意見等賜りたいと思います。ご意見等ございますでしょうか。
土谷委員お願いいたします。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

資料 4 についてです。5 ページ目で、かなり長く働いている人は乳腺外科の先生は時間外労働時間が減ったようですが、全体的にはまだそれほど変わっていないという印象です。960 時間を少し超えるぐらいの診療科はさておき、特に長く働いている救急科・心臓血管外科・脳神経外科といった診療科については重点的に対応したらよいと思いますが、東京都としては包括的な取り組みをしようという形でしたが、もう少し具体的な策とかはありますか。あるいは、本部会で考える必要があるのではないかと思いますけど、その辺りはいかがでしょう。

○野原部会長 事務局お願いします。

○事務局 ご質問ありがとうございます。こちらについて、働き方改革の開始前に救急分野等の処置の多い診療科への負担を意識するという事で、この後にご説明させていただく予定ですが、病院勤務者勤務環境改善事業という事業があり、その活用の中で救急医療体制強化事業という形で、救急に取り組む医療機関の勤務環境改善を支援するというメニューを用意しております。

ただ、このあとご説明いたしますが、救急医療体制強化事業の申請件数が伸びておらず、この点が要件と現状がかみ合っていない部分であると思っておるところです。ただ、都が行っている長時間労働削減の取り組みの多くは特定労務管理対象機関のものになっており、働き方改革のための補助金の中で時短対象診療科の業務改善をするための補助を出しているところではありますので、特定労務管理対象機関についてはケアをできていると考えております。

○野原部会長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

○土谷委員 土谷です。特に時間外労働時間が長い人から短くできればいいなと思います。少々超えている人は何とかなるのかなとは思いますが、そういう取り組みにつながればいいと思いました。以上です。

○野原部会長 ありがとうございます。ほかにございませんでしょうか。私から1点よろしいでしょうか。

資料4の5ページについて、小児科だけ色が違うのは何か意味がありますか。

○事務局 小児科をピンクとしている理由としましては、960時間超の人数が5位以内の診療科を赤く表示していますが、小児科は6位であるものの人数は20名以上いますので、色を付けております。

○野原部会長 分かりました。人数が5位以内ではないということですね。ほかにご質問、ご意見ございますでしょうか。

○意見なし

○野原部会長 ありがとうございます。それでは、続いて、議事に入らせていただきます。初めに、東京都医療計画の中間見直しについて、事務局から説明をお願いします。

○事務局 それでは説明させていただきます。

資料8-1及び8-2をご覧ください。

東京都保健医療計画の中間見直しについて、資料8-1が令和6年3月改定の現行の保健医療計画でございます。こちらの3ページ目（ページ数で90と記載されている）では、医療機関の従事者の勤務環境改善ということで、こちらは働き方改革前に策定したものになりますが、令和6年4月からの医師の時間外労働の上限規制や、女性医師・離職率の高い看護職員が働き続けられる勤務環境の整備、そのための勤改センターの支援について記載しております。さらに医師の働き方改革への対応、勤務環境改善の部分で認識している課題に対しては、4ページ目（97と記載されたページ）に取組の内容を記載しております。

当時の課題認識としましては、全ての医療機関において兼業・副業先などの労働時間把握を進めていくことや、特定労務管理対象機関については時短計画に基づいた労働時間短縮を、また併せて医師の健康の確保、地域医療体制の安定的な確保を図るところで、都民への理解も、普及啓発も必要であるという認識でした。

また、働き方改革を踏まえて、子育て等さまざまな事情を抱える医師が就業を継続できる環境、復職しやすい環境の整備を課題として掲げているところです。

先ほどの国の検討の話も含めて、大枠の課題は変わっていませんが、そのような課題に対する取り組みとして当時設定したものとしては、医師の働き方改革、勤務環境改善の取り組みについては、地域医療提供体制の影響や働き方改革の取り組み状況把握をするとともに、勤改センターの支援において労務管理アドバイザー・医業経営アドバイザーの相談対応や助言によって労働時間短縮・ハラスメント対策・働きやすい職場環境づくりなど、さまざまな取り組みを支援していくという形で包括的に記載しております。

医療機関全体を支援する部分として働きやすく働きがいのある職場づくりとして、チーム医療の推進や、デジタル技術の活用を当時は現在ほどAIの活用が一般化されていなかったため、このような書き方をしております。

また、現状の都民の普及啓発として、救急の日イベントにおける働き方改革の普及啓発チラシの配布や、「上手な医療のかかり方」という冊子のホームページの公開・配布を通して、時間外労働の原因となる時間外受診を控えて、可能な範囲で日勤の体制の時受診してもらえようのご案内をしているところです。

この次のページは、再掲なので参考資料となりますが、このような取り組みをやっていくということで、今後に向けてどのような取り組みをするのが良いかご意見がいただけたら幸いです。

続いて、資料8-2を簡単に説明させていただきます。

こちらは、具体的な事業として表示しているもので、勤務環境改善支援センターの相談事業、先ほど少し触れました病院勤務者勤務環境改善事業及び救急医療体制強化事業の事業実績、医療教育機関を主に対象として働き方改革を進めつつ医師を育てる環境をきちんと確保していくという地域医療勤務環境改善体制整備特別事業、さらに医師の派遣をサポートするため、720時間以上の勤務先に医師を派遣している医療機関を支援するという勤務環境改善医師派遣等推進事業について事業の概要や実績をまとめたものです。

これらが、保健医療計画の中で取り組んでいる内容となりますが、勤改センターの取組について令和7年度は6年度と比較してマネジメントシステムの導入支援を重点的に取り組んだもので、その実績を記載させていただいております。

2つ目の、病院勤務者の勤務環境改善事業につきましては、先ほども土谷先生のご質問の際にも申し上げたとおり、一部設立主体により対象外になる医療機関を除くかなりの多くの医療機関が対象になる事業となりますが、支援件数が実数で42から、7年度で広報を強化しても57で、あまり活用されていない状態であり、また救急の体制強化事業も活用数が15前後と伸び悩んでいるところです。

続きまして、3番目の地域医療勤務環境改善体制整備特別事業につきましては、約30の医療機関が対象であり、こちらは720時間以上の労働時間の診療科が減っていくにあたって補助対象も減っていたため、今後縮小していく事業になっております。

4 番目の勤務環境改善医師派遣等推進事業は、令和 6 年度に補助対象としていたのが 720 時間以上の医師が在籍する診療科においてその休日夜間帯の医師派遣を支援するというものでしたが、その範囲だと平日の派遣で勤務が分散されることによって時間外労働が減るというご意見も多くいただいたところから、7 年度で要件を日中の派遣も対象にする形に緩和する形で追加したところで支援件数が拡大している状態です。そのため、7 年度実績では 225 人の派遣を支援している状態で、こちらは過酷な勤務環境がなくなればいいという全体の話もありつつ、それがなくならなくてもサポートしてあげられる体制を支援できたらという事業になっております。

これらも踏まえて、保健医療計画の見直しについてご意見をいただきましたら幸いです。よろしくお願いします。

○野原部会長 ありがとうございます。ただいまの保健医療計画中間見直しについて、委員の皆さまから何かご意見ありますでしょうか。

土谷委員お願いします。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。先ほども事務局からありましたが、生成 A I はこの数年で一気に世の中に浸透しているところですが、医療機関にはまだ生成 A I を含めたいわゆる D X が進んでいないところです。そのため、勤務環境改善には D X が大きく資するものだと思います。今後 D X 化、勤務環境のセンターでも D X の進むような取り組みができればいいと思いますが、今後に向けて、東京都としてはどのように考えていますでしょうか。

○野原部会長 事務局お願いします。

○事務局 ご質問ありがとうございます。こちら、やはり D X、A I の活用にあたっては、整備の段階でコストがかかりますので、今年度から実施している業務効率化・職場環境改善支援事業において、こちらが次年度以降基金の事業として継続実施できるものと考えております。こちらを活用しつつ勤改センターにおいて、どのように支援していくかという部分が検討課題であります。補助の部分と取り組みの支援をやっていけたらと考えております。

○野原部会長 ありがとうございます。土谷委員よろしいですか。

○土谷委員 ありがとうございます。特に導入、I C T のツールの導入にはあまりお金かかりませんが、ツールを使い続ける場合にランニングコストがかかります。ランニングコストは補助対象にならないことが多くて、その辺りがもどかしく感じるころなので、実際

的に使ってもらえるような事業支援が組まれるといいなと思いました。

以上です。

○野原部会長 ありがとうございます。ほかよろしいでしょうか。

高野委員お願いいたします。

○高野委員 東京都病院協会の高野です。いろいろ報告ありがとうございます。

私の質問は、今の医師派遣推進事業について、派遣実人数が5倍程度に伸びていてとても素晴らしいと思いますが、これが伸びた理由をもう一度お聞かせいただけますか。

○事務局 ご質問ありがとうございます。こちらは、6年度の補助対象としていたのが、720時間以上の長時間労働医師が在籍している診療科に対する、休日夜間の時間外労働に当たる時間の派遣のみを補助対象としていたものになります。

ただ、そうすると、直接的にその時間が代替されるというところでの派遣の時短効果は確認できるころではありますが、一方でシフトという意味でいうと、日勤帯の派遣があるからこそ休日夜間の労働時間が短縮できるというお声も多くいただいておりますので、7年度に対象範囲を見直させていただく形で、日勤の派遣についても補助対象とするという形に11月から見直した結果、実人数が増えたというところでございます。

以上です。

○野原部会長 よろしいですか。

○高野委員 よく分かりました。どうもありがとうございます。

あと、この派遣元医療機関は、都立病院でしょうか。

○事務局 こちらは、連携Bを取得している、自院でも960時間超えになってしまう可能性がある医師を抱えている医療機関が、継続して派遣を取り組めるようにするための補助というところで、都立病院を対象にするという仕組みではなくて、連携B医療機関を対象にするという仕組みになっています。

○高野委員 派遣元の医療機関、7年だと13病院ありますが、どのような病院が13病院に入っているか教えていただくことができますか。

○事務局 学校法人ですとか、要は大学病院がどうしても多い形になります。

○高野委員 分かりました。納得できます。どうもありがとうございました。

○野原部会長 ありがとうございます。平野委員お願いいたします。

○平野委員 東京衛生アドベンチスト病院副院長兼看護部長の平野です。ご報告ありがとうございました。医師の勤務環境改善についてさまざまな支援がなされていて、そして、実際に週6時間以上の勤務の先生方が平成28年度の調査では39.2%が令和7年には15%ということで、非常に取り組みが成功されているなと思ってはいます。

そのような中で、医師の時間外が減少をしていく中で、看護師とか、また他職種の業務量とか時間外労働がどのように変化したかも今後併せて評価していく必要があるのではないかと思います。そして、タスクシフト・シェアを進める際には、業務を移管するという点では受け手となる職種の人員配置や教育、業務負担まで含めて検証することが必要であると思いましたので、その辺り、もし何か今考えていることがあれば教えていただけますと幸いです。よろしくお願いいたします。

○事務局 おっしゃるように、タスクシフトが進むということは、シフトした先に業務が行っているというところがありますので、その環境改善には取り組まなければいけないと考えているところです。そういった中で、先ほどお話ししたような病院勤務者勤務環境改善事業の中で、チーム医療の取り組みを支援するメニューは用意しておりますが、実態把握については職種かなり細かくあるところも含めて、細かいところまで着手できていない状態です。

看護師に関しては、実態調査を実施する中で関連するコメントをいただくことができますので、まずは現状把握できる情報から、この計画見直しに当たって分析をしていけると考えます。

○野原部会長 ありがとうございます。

○平野委員 ありがとうございます。ぜひ、追加で検証していけますとうれしいです。

○野原部会長 岩下委員お願いいたします。

○岩下委員 精神科病院協会の岩下です。精神科は特殊事情で、あまり皆さんと共有しづらい話が多いかもしれませんが、先ほどのセルフチェックシートを見ても、精神科病院が低いとか、それから実際、当院に限らず精神科の医者はほとんど時間外が、ちょっと語弊があるかもしれませんが、非常に少ないので、あまり表立って問題になることは少ないかもしれません。

実は、私のところもそうですし、今精神科の病院の中で最も勤務環境が問題になってい

るのは、実はケースワーカーとなります。精神科のソーシャルワーカーが、精神科の病院にはたくさんおります。うちの病院でも 20 人いますが、この業務量がここ数年でとても増えています。これは、一般の病院の先生方には分かっていただきにくいところかもしれませんが、一つは、精神科の病院も色々な地域の関係機関や、総合病院・一般病院と連携体制を取る必要性が高まっていることが理由です。これには精神障害にも対応した地域包括ケアや、地域医療構想の話も出てくると思います。

それに加えて、最も問題になっているのが、これは特殊事情かもしれませんが、令和 4 年の 12 月に精神保健福祉法が改正となり、当院でも一番多く 400 床のうちで大体 6 割が該当する入院形態である医療保護入院が、今までは入院した際に色々な手続きを取るとそのままでよかったのが、患者さんの人権上問題があるということで、3 カ月経過時、6 カ月経過時というように更新手続きを行わなければならなくなりました。

そして、それに関連する事務作業をケースワーカーが担っているため、ケースワーカーの事務量が大きく増えて、時間外労働時間も増えている状況です。うちの病院でもケースワーカーの時間外がどんどん増えて、15 人いたケースワーカーを 20 人に増やしても、時間外労働がどんどん増えているという状況で、離職者も非常に多いです。これはどこの精神科病院の話聞いてもそうですが、平野委員から医師以外の職種の実態把握というお話があって、精神科の特殊事情になるかもしれませんが、ぜひ精神科病院におけるソーシャルワーカーの勤務環境、それからタスクシフトの問題にも目配りをしていただけると大変ありがたいということで、私は精神科病院協会から出席させていただいているため、現状を共有していただければということで報告させていただきました。

以上です。

○野原部会長 ありがとうございます。貴重なご意見いただきました。

○事務局 ご意見ありがとうございます。やはり精神科病院では、特に対外調整も難しいというところも含めて特殊な領域であると認識しております。具体的な状況をこちらも把握できていなかったところではありますので、大変貴重なご意見ありがとうございます。どの職種もうまくやっていけるようにというのは、当然意識して計画や地域医療構想を考えていきたいと思っていますので、また、教えていただくこともあるかと思いますが、引き続きよろしくお願いします。

○野原部会長 ありがとうございます。ほかに委員の皆さんからご意見ございますか。では、ありがとうございます。

次に東京都勤務環境改善支援センターによる今後の支援について、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局　こちらで最後の議題になります。資料9をご覧ください。

先ほどご説明させていただいた内容も含まれますが、今後の勤務環境改善支援センターの活動について都内全病院に向けては、勤務環境改善状況セルフチェックシートの集計結果でもご説明させていただきましたが、この項目は取り組んでほしいという項目についてまだ未整備になっているような医療機関を対象に、プッシュ型の支援を実施できたらと考えております。

また併せて、勤務環境改善支援センターの周知を引き続き強化していきたいというところで、今年度は、医療機関の働き方改革セミナーを例年は年1回開催のところを年4回に回数を増やして実施していきたいと考えておりますので、そのような活動を踏まえて、勤務環境の取り組みのきっかけを作っていけたらと考えております。

全体については以上で、特定労務管理対象機関につきまして2項目挙げていますが、1つは、長時間労働になっている医療機関の時短計画に基づく取り組みの支援ということで、現状提出いただいたものを分析して、必要な支援をしていく、これはこちらから状況を確認することも含めて実施していけたらと思います。

また、更新予定が無い医療機関につきましては、未改善事項の有無ですとか、取組み状況の確認を踏まえて、有効期間終了後にまた960時間を超えてしまうことがないように、現状の確認も含めて支援を継続できたらと考えております。

最後に地域医療提供体制への影響については、令和6年度から実施している働き方改革の施行後調査を今年度もまた継続して実施してモニタリングをしていけたらと考えております。

少し報告事項のテーマも含まれていますが、ご意見いただけましたら幸いです。よろしくお願いします。

○野原部会長　ありがとうございました。それでは、ただいまの説明について委員の皆さま、何かご意見ありますでしょうか。

○野原部会長　鈴木委員お願いします。

○鈴木委員　墨東病院の副院長の鈴木です。プッシュ型支援という言葉が出ていて、いいなと思ったんですけども、労働時間のデータというのが手に入れられるわけですね。そうすると、どこの病院のどの診療科の誰が過労死レベルの働き方をしているかが分かるということです。

結局、過労死レベルの働き方が悪いため、そのような状況を把握して、しかし支援の依頼を待っていてもなかなか来ないので、貴院の〇〇診療科のA医師はかなり長時間働いているようだが困っていないかとか、先ほど話が出ましたが、長時間働いている方の中には属人的な部分も結構あると思いますので、そのような場合は属人的な方に対する個別

の対処や、診療科全体で平均して超えているような場合には、別の対処方法があると思いますし、2035 年までにはB水準はなくなるということなので、狙いを定めて、一つ一つ解決していくということを提案するのは良いかと思います。

もちろん、医療機関側に支援不要と断られてしまったらそこまでですが、いずれにしろ2035 年とお尻が決まっているので、医療機関側も具体的に言われればそういえば困っているという話になるかもしれませんので、そういう形で、この支援を進めていくのは非常に良いと思います。以上、意見です。

○野原部会長 ありがとうございます。ほか先生方いかがでしょうか。高橋委員お願いします。

○高橋委員 東京労働局の高橋です。報告いろいろとありがとうございました。

都内の病院において支援の必要性があるにもかかわらず、勤改センターの支援を受け入れる調整に対応する余力が乏しいという点に関して、電話をして支援の提案をした際に、時間的な余裕がないと言われた時に、それを改善する策は何かお考えがあるのでしょうか。そもそも、支援を受ける余力がありませんと言っているところに電話をして支援をしましょうと言って、その問題は解決していないのではないかという気がしますので、その辺りいかがでしょうか。

○野原部会長 ありがとうございます。事務局お願いします。

○事務局 ありがとうございます。今回の考え方としては、支援意向の有無よりも、例えば労働時間と自己研鑽の整理など、本来はやっておいたほうが良いような内容が未整備というところだったので、必ずしもマンパワー不足で対応できないから、または希望がないから放っておくというわけではなくて、まずしっかりとフィルターに引っかかった医療機関・項目にはアプローチをするということを取り組みたいというところです。

その結果、本当に対応する余裕がないから来ないでくださいという話であれば、それは無理やり支援を行う話ではないと思いますが、そのような状況をヒアリングしておくことは実態把握につながるところでもありますので、今回最低限は確認しておいた方がよい項目の状況を確認すると考えたところです。

○高橋委員 支援を受ける側に、時間がない、マンパワーがないとなってくると、なかなか支援の方法も難しく、効率的な支援ということで、例えば支援する時間を短縮するといったアプローチはあるのかなと思いますが、その辺りは何か検討されている点がありますか。恐らく支援を受けたい、でも時間がないとなると、支援を受ける側からは、支援を受けるために時間が必要だと思うから受けられませんということになり、支援の効率化と

して所要時間を短くして支援できますとか、そのようなアプローチを検討しても良いかと思いましたが、いかがでしょう。

○事務局 支援に際して医療機関のお話を聞いていく中で、ちょっと工夫すれば解決できるにも関わらず気付いていないだけというようなこともあれば、時間かけて取り組む必要があるということもあります。その辺りの交通整理のきっかけになれば、医療機関の取り組みも進むのではないかと考えております。

○高橋委員 そうしますと、電話で状況を聞きながら効率的な対応を検討するということでしょうか。

○事務局 そうですね。勤改センターで協力することができる、例えば講師を派遣して勉強会を実施することが課題解決になるのであれば、電話での相談から実際に訪問するという形で支援につなげることもあると思いますし、その電話の相談で終わることも当然あると思います。

○高橋委員 分かりました。ありがとうございます。

○野原部会長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。本日もたくさんのご意見をいただきましてありがとうございます。最後の勤改センターからの支援について、やはり何を相談していいか分からないという医療機関も多いと思います。そこはプッシュで入っていただいて、取り組みやすいところからお話ししていただく、短時間で終わるので安心して次も支援の依頼があったりするのかなというふうに感じて聞いていました。ありがとうございます。

では、以上をもちまして報告事項及び議事は全て終了いたしました。

事務局から何かございますか。

○事務局 本日活発なご意見頂戴いたしまして誠にありがとうございます。本日いただいたご意見を踏まえまして、取り組みなどに反映させて取り組んでいきたいと思っておりますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、本日の令和8年度第1回東京都地域医療対策協議会勤務環境改善部会を閉会させていただきます。

本日はお忙しい中ご参加いただき、ありがとうございました。

(午後 8時04分 閉会)