

令和 8 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 8 年 6 月 2 5 日
東京都保健医療局

(午後 6時00分 開会)

00:20:24

○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8年度第2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、よろしくお願いいたします。

本日の会議ですが、来庁とオンラインを交えたウェブ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。ウェブ会議を行うに当たり、委員の皆さまに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いたします。

3点目、ご発言の際以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

4点目、ご発言の際には、遠隔でご出席の皆さま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。

続きまして、本日の委員の出欠状況でございますが、お手元に出欠一覧ありますけれども、こちらから1名変更で、後藤委員が本日欠席となっております。また、内藤委員と富田委員につきましては出席の予定となっておりますが、まだ出席いただけていない状況です。

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さまにはデータでお送りしております。また、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。

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 今日はオンラインと対面とハイブリッドということですけど、会場は私1人ですけど、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、早速本日の部会の内容に入りたいと思います。

今日は議事が3つあります。報告はなしということです。時間は1時間ぐらいを予定しています。

それでは、議事の1つ目、令和10年度以降開始の医師の臨床研修募集定員配分方法の案について、事務局から説明をお願いします。

○事務局 事務局でございます。

私は、医療人材課の地域医療支援センター担当の課長代理の森田と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、資料3によりまして、1つ目の議事、令和10年度以降開始医師臨床研修募集定員配分方法案につきまして、ご説明をさせていただきます。

こちらの資料では、現行の臨床研修募集定員の配分方法とその課題、そしてそれを踏まえた令和10年度以降に向けた見直しの方針案につきまして、ご説明をさせていただきます。

まず、2ページ目でございます。

こちらは、昨年度の医師部会でもお示した資料でございます。国は、募集定員倍率を令和2年の約1.1倍から令和7年度までに約1.05倍にと圧縮することとしまして、令和9年度プログラムでもこの1.05倍というのが据え置かれました。

東京都を含む医師多数県には、募集定員から上限を前年度より減少させる措置が講じられております。具体的には、緑の枠の中にありますとおり、直近の採用実績数と前年度上限に0.99を乗じた数の少ないほうを上限とするという取り扱いになっております。

00:25:09

なお、後段のシミュレーションでも見ていただくことになるんですが、広域連携プログラムがございます。広域連携型プログラムは、医師多数県の基幹病院に採用された研修医が、医師少数県などでも24週以上研修するというもので、東京都募集定員上限の5%以上で設定することとなっております。なお、広域連携型プログラムにおける採用実績は、当面経過措置によりまして、都道府県別募集定員算定には影響しないこととなっております。

次のページでございます。

こちらは、定員上限の推移です。令和7年度開始研修では、1,267名、令和8年度は1,254名、令和9年度は1,241名が配分されております。

続きまして、次のページで、こちらは現行の配分方法を詳細に示したものでございます。配分の方法は、採用実績を考慮すること、医師少数区域へ配慮すること、病院間調整による定員変更を認めることの3点にしております。配分はA、B、Cの3段階で構成してございます。

まず、配分方法Aは、必ず配分すべき数としまして、西多摩、南多摩の基幹病院。あと、防衛医大、自治医大などマッチング対象外の受け入れ義務分。あと、小児科、産科プログラムの枠内配分などが含まれております。

配分方法Bは基本的配分数で、前年度配分数というのを基本に配分するという考え方になっております。

配分方法Cは、配分方法AとBで配分した合計が都の上限を上回る場合に、採用実績の下位から削減するという調整になっておりまして、本日はこの配分方法Cの見直しについてのご説明となります。

次のページ行きまして、こちらが配分方法Cの詳細と調整のイメージを表してございます。

配分方法Cの現行のルールでは、配分方法AとBの合計が都の定員上限を超える場合に、直近5年間の欠員数の累計が多い病院から各1名ずつ削減をいたしております。欠員数の累計が同数の場合は、定員数の多い病院から削減します。

ここに載せている表は、令和9年度の募集定員で、5名分を調整する場合のイメージということで載せさせていただいております。この表の一番右側の配分方法Aの欄に文字が入っている病院というのは、配分方法Aのルールによって削減の対象から外れるものになります。

例えばですけれども、A病院にA-3と書いてございます。こちらは、小児・産科プログラムの定員は削減しないというルールを示しておりまして、A病院は小児・産科プログラムの定員は削減をしないで、一般枠の定員から1名削減をしております。

また、D病院をご覧くださいますと、こちらはA-1とございます。これは、D病院は多摩市にございますので、医師少数区域という南多摩の地域にある病院からは削減しないというルールにのっとりまして、定数削減はD病院が対象とはしてはございません。

次に、下から2番目のH病院を見ていただきますと、A-4としてあります。これは、H病院がもともと定員が2名の病院になっておりますので、東京都は1つの病院の最低定員数を2名としておりますので、これ以上の削減はしないということでH病院も欠員を出しても削減の対象とはなりません。

また、一番下の自衛隊中央病院につきましてはA-2と記載してございますけれども、自衛隊中央病院は定員削減の対象外としておりますので、前年度の定員を据え置きとなります。

このような配分方法Aのルールに該当しない病院から欠員の累計が多い順に1名ずつ削減するという、それが現在の配分方法となっております。

00 : 30 : 09

次のページに行きまして、こちらが今ご説明しました現行の配分方法の課題についてでございます。

まず、課題と考える1点目ですけれども、一度欠員が生じますと、最大5年間にわたり毎年1名ずつ削減されまして、その後の病院側の採用努力というのが反映されにくいというところがあると思います。とりわけ、定員数の少ない病院ほど過剰な調整となる恐れがあります。

2点目としまして、直近1年間の採用実績を重視する国の考え方と乖離（かいり）しているという点があります。

2ページ目にお示ししましたとおり、国は単年度の実績を踏まえて削減をしていることに対し、東京都は5年間の欠員を見ているという点で考え方に乖離がございます。一方で、反映のする年数を短くしますと、削減対象の病院数が減りますので、欠員が少ない年度に欠員が発生してしまった病院に、その削減が集中しないように、別途工夫する必要があると考えております。

参考としまして、そこに表をお示ししてございますけれども、年によりまして欠員数というのは結構ばらつきがございます。赤枠で囲った令和6年度のように、欠員数が極端に少ない場合についても考慮する必要があると考えております。

次のページが、参考に2つの表をお示ししてございます。

上の参考1とした表は、令和8年度の配分で、過去5年間の欠員数により11の病院が1名ずつ削減された例でございます。下の参考の2は、1年後の令和9年度の配分で6病院から1名ずつ削減された例となっております。いずれも欠員数の累計が多い病院から順に削減をされております。結果的に、いずれも過去5年間の欠員数が5以上で削減の対象となっております。定員の規模の大きい病院から小さい病院まで、幅広く対象となっております。

例えば、上の参考1の表を見ていただきますと、定員の削減後の定員が、最小の病院ですとH病院の13というのが最小の定員になってまして、最大ですとF病院の91というのが最大となっております。ということで、最大と最小の定員の規模が非常に乖離が多くなっているというところでございます。

次のページでございます。

以上の課題を踏まえまして、令和10年度以降の対応方針がこちらになってございます。

都の基本方針である採用実績を重視した配分といった考え方は継続いたします。その上で、まず1点目ですが、削減判断に用いる欠員数を直近5年間から直近1年間に改めまして、直近1年の欠員数が2以上の病院を対象に、欠員数の多い病院から各1名削減をいたします。これによりまして、単年度の欠員が長期間影響せずに、欠員後の採用努力が反映されやすくなります。欠員が1名のみ病院につきましては、やむを得ない事情などを考慮しまして、削減からは対象外といたします。

2点目、欠員数が同数なら、定員数の多い病院から調整し、配分方法Aは調整しないという点は現行どおりでございます。

3点目、配分方法Aの必ず配分すべき数については調整を行わないという点も現行どおりでございます。

4点目、1巡してもなお削減後の配分数合計が都定員上限数を超えている場合は、欠員が3以上の中から2巡目を行います。3巡目は欠員数が4以上の中から実施をしまして、以下同様に繰り返します。つまり、直近の欠員数マイナス1を超える削減は行いません。

00 : 35 : 05

5点目、上記を繰り返し、削減ができなくなった場合は、直近1年の欠員数がゼロおよび1の病院も含めて、欠員数による削減を反映後の定員数の大きい病院から順に1を削減することとします。

これらの方針につきましては、令和10年度開始分から適用しまして、本日の医師部会にてご了解いただけましたら、対象病院に周知する予定でございます。

次のページ以降、シミュレーションを見ていただきたいと思います。結果的に欠員数が少ない病院の定員を維持しまして、定員数が大きい病院から削減していくといった案になってございます。

では、次のページ、参考3をご覧くださいと思います。

反映年数を5年とした場合と、1年とした場合に募集定員13人分を削減するというケースの比較表になってございます。真ん中の赤枠で囲ってある部分の計算方法が今回の見直し後の計算方法になってございます。なお、冒頭にお話をしました広域連携プログラムによる欠員は、国の方針にのっとりまして欠員にはカウントをいたしませんので、広域連携プロ削減後と書いてある欠員数を基に削減数を決めてまいります。

初めに、赤枠で囲ってある「直近1年（欠員数2以上を削減）」と書いてあるところをご覧ください。

まず、広域連携プログラムによる欠員数控除後の直近1年の欠員数が2以上の病院を対象にしまして、欠員数の多い病院から1名を、今回は5つの病院から削減をしております。

次に、1巡しても13名の削減ができていないので、2巡目として欠員数3以上の病院から各1名、4つの病院から削減しまして、それでも13名を削減できていないので、3巡目としまして、欠員数が4以上の病院から各1名、4つの病院から削減をしてございます。

この赤枠の外、右側に、上に「直近1年（欠員数1以上を対象）」と書いてございますけれども、そちらが欠員1以上を対象にした場合の例をお示ししてございます。この場合は、定員3名といった小規模な病院まで対象となってしまいますので、欠員数が2以上発生した病院を基本とするという、そういった考え方にいたしました。

この3つのパターンの結果を横並びで見いただきますと、赤い文字で表現しております削減数というのが、真ん中の見直し案ですと、上のほうの定員数の大きい病院に寄っているということが見て取れると思います。

続きまして、次のページにまいりまして、参考4をご覧ください。

こちらと同様に、別の年次のデータでシミュレーションをしたものになってございます。こちら募集定員を13人分削減するケースの比較となっております。それで、真ん中の赤枠で囲ってあるところの計算方法が今回の見直し後の計算方法になります。

こちらの例では、欠員による定員削減を行っても、それでもなお削減し切れない場合に、

3 巡目として欠員が生じていない病院も含めて、定員が大きい病院からマイナス 1 をしているという、そういった例になってございます。

続きまして、最後、11 ページでございます。

こちら、参考 5 は、欠員数が極端に少ない場合の試算となっております。

例えば、このように 1 つの病院のみが 4 名の欠員を出したケースでは、その病院から 3 名を削減し、なお上限を超える部分は、削減数控除後の定員の多い順に 1 名ずつ削減をいたします。

00 : 39 : 59

欠員が発生している I 病院につきましては、4 名の欠員がありますので、ここで 3 名の削減を控除しております。その控除した結果、定員が 29 名となりますので、I の下の、J 病院と K 病院のほうが定員が大きくなりますので、4 巡目では定員が削減されてはおりません。1 つの I 病院に欠員が大きな影響を及ぼし過ぎないように、そういった設計ということで考えました。

以上のとおり、今回の見直し案では、直近 5 年ではなく直近 1 年間の実績を反映するというので、病院側の採用努力を反映しやすくしまして、かつ主に定員の大きい病院から削減するような案となっております。

説明は以上でございます。

○土谷部会長 説明ありがとうございました。

臨床研修ですので、卒後 1 年目、2 年目の話です。資料にありましたように、今、毎年、3 ページですか、1,200 余名の研修医が毎年東京で研修しているところですが、1 % ずつ減っている、つまり 13 人ずつ減ってる状況にあります。減らされてるという状況ですね。13 人ずつ減るんですけども、それをどういうふうに配分するかという説明でした。

場合分けがすごく多くて、なかなか 1 回ですと理解するのが難しいところもあるかなとは思いますが、ご意見ございましたら是非いただきたいと思います。いかがでしょうか。

ポイントは、もともと臨床研修の人が少ないところに、同じように 1 人減るインパクトが大きいところというのは、人数が多いところと少ないところとインパクトが違うわけですね。少ないところで、3 人のところが 2 人になっちゃうのと、90 人いるところで 89 人になるのとは違いますので、人数が多いところから減らしていくという方針で、その中でも細かい条件分けしてやっていきたいと思いますということですが、2 年後、令和 10 年度からこういうのではいかがでしょうかというご提案でした。

よろしいでしょうか。

ご意見特にないということなので、こちらの部会では承認するという形でいきたいと思っております。

そうしましたら、次が 2 つ目の議題になります。

2点目が、重点医師偏在対策支援区域における経済的インセンティブの実施についてです。こちら事務局から説明をお願いします。

○事務局 事務局でございます。

それでは、資料4をご覧ください。

重点医師偏在対策支援区域における経済的インセンティブの実施についてということで説明をさせていただきます。

医師の地域的な偏在に対応するために、特に支援が必要な地域を重点医師偏在対策支援区域と位置付けまして、経済的なインセンティブを設ける取り組みというのが進められております。重点医師偏在対策支援区域における経済的インセンティブにつきましては、国において新たに3つの事業が開始されており、都でも対応を検討しているところでございます。本日は、当該事業の対象委員の選定方法についてお諮りいたします。

その3つの事業というのは、こちらに記載がございます①重点区域の医療機関に医師派遣をする派遣元医療機関支援事業、②重点区域における医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保事業、③重点区域における医師の勤務・生活環境改善のための施設整備事業でございます。4つ目に記載をしてございます、診療所の承継・開業支援事業は既に先行して実施をしてございます。

00 : 45 : 07

次、2ページ目ですけれども、こちらは前回の医師部会の資料3でお示したものと同じでございます。重点区域での医師確保を後押しするために、国の財源支援を組み合わせた枠組みといったものが示されているところでございます。

次のページ、3ページ以降につきましても、前回の医師部会の資料3でお示したものでございます。各事業の詳細となっております。

まず3ページ、こちらの資料は、重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業でございます。既に先行実施をしたものでございます。重点区域において診療所を承継または開業する場合に、当該診療所に対して施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着支援を行うという事業になってございます。

次のページ、こちらは重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師派遣する、派遣元医療機関支援事業でございます。特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院などから医師派遣する場合に、派遣元医療機関に対して費用の支援を行うものになってございます。対象になるのは、新たな派遣のみとなっております。

次のページ、こちらは重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保事業でございます。重点区域の医師の勤務・生活環境を改善し、医師の意欲向上や離職防止を図るため、土日の代替医師確保への支援を行うものでございます。こちらの事業についても、対象になるのは新たな確保ということになってございます。

次のページ、こちらは重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための施設整備事業でございます。重点区域の医療機関に勤務する医師の勤務・生活環境

の改善のための施設整備を行うときの支援となるものになります。

続きまして、ここからは現状の振り返りのために昨年度の医師部会の資料を再度お示しいたします。

こちらは、重点医師偏在対策支援区域の基本的な考え方をお示ししてございます。今後とも一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず人口減少よりも医療機関の減少のスピードが速い地域を対象として、厚労省が示す候補区域を参考に、地域の実状に応じて都が判断し、地域医療対策協議会と保険者協議会の合意を得て設定いたします。

次のページにございますけれども、現在、都においては島しょ、奥多摩町、檜原（ひの）村を指定したところでございます。

次のページでは、先行実施している診療所の承継・開業支援事業の対象診療所の選定方法についての資料になってございます。この事業を実施するためには、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という要件が必要としまして、支援対象とするためには、その診療所の自治体に意見聴取をすることとしました。

こちらのページが、今回の新しい事業の選定の考え方となっております。青字でお示ししております、今年度から新たに開始する3つの事業につきまして、まず、①派遣元医療機関支援事業につきましては、重点医師偏在対策支援区域である島しょ、奥多摩町、檜原村へ医師派遣する特定機能病院以外の医療機関、また、②代替医師確保事業と③施設整備事業につきましては、重点区域内の医療機関を対象としまして、いずれの場合でも地域医療対策協議会および保険者協議会の同意を得た医療機関としたいと考えております。

米印に書いてあるとおり、これらの事業は、既に区域内にある医療機関の医師確保を支援するためということで、診療所承継・開業支援事業とは異なるということで、自治体への意見照会を行わないということにしたいと考えております。

00 : 50 : 06

米印2つ目の、へき地の医師確保に係る既存の国庫補助を受けている場合ですとか、米印3つ目の歯科診療科は除くといったところの条件は、既存の既に実施している事業と同じでございます。

最後のページで、今後のスケジュールをお示ししてございます。

新しい新規事業の対象医療機関の選定方法につきまして、こちらのスケジュールで地域医療対策協議会、医師部会や保険者協議会の合意を得て実施する予定と考えてございます。

緑の帯のところでお示しておりますとおり、4つの事業につきまして、今年度中に募集されることについて国から情報が入っているところでございます。つきましては、地域医療対策協議会、医師部会、保険者協議会などで順次合意をいただきながら実施してまいりたいと考えております。

最後にこれらの事業につきまして、案件の見込みについてなんですけれども、現時点で

は具体的な医療機関からの意向等は聞いてはいない状況ではございますが、派遣元医療機関の支援というのは新たな派遣のみを対象としておりまして、既に派遣している場合は対象外となりますし、今年度対象となっても来年度は対象外になってしまうという事業になっています。

また、代替医師確保事業につきましても、やはり新たに確保した場合のみが対象となっておりますし、施設整備事業というのも今年度中に予算を確保して実施できる医療機関というのは、残念ながら数は限られてしまうかなというところは考えておりまして、今年度中の実施件数というのはそこまで大きくならないかなという見通しを立ててはいるところでございます。もし、医療機関から希望が上がりましたら、適宜協議させていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

説明は以上となります。

○土谷部会長 説明ありがとうございました。

医師偏在対策の事業となっています。へき地、東京にも医師の数が少ない地域があるということで、特にこのようにありましたけど、もう一回確認をすると、島しょ、それから奥多摩町と檜原村というところが東京の中で対象となっているところです。事業としては、今ご覧いただいた、3つの事業があります。この3つとは別に、去年から始まる、合計4つの事業が展開されてることになります。

さて、じゃ、この事業によって医師偏在が解消されるのか、解消する向きに進むのかというところが議論される場所かもしれないけど、どうでしょうかね。こういうので医師偏在が解消されるのか、良くなるのかと言われると、皆さんいかがでしょうか。

説明でもありましたように、人を派遣するのにポイントがあって、新たに派遣したら補助金出しますよということで、今まで人を出しても補助金はもらえないし、今年やったら来年は新たにはならないから、またさらに派遣しないともらえないみたいな。私が意見してもあれですけど、本当に医師偏在の対策になるかなという、ちょっと心もとないように思いますけれど。皆さん、いかがですかね。これで医師偏在が解消されるか、その辺り、ちょっとコメントいただきたいなと思いますけれど。

内藤先生、いらっしゃいますか。

医師偏在について、今回の事業じゃなくても思うところでも結構ですけど、いかがでしょうか。

00 : 55 : 05

○内藤委員 遅れて入りまして申し訳ありません。内藤です。

支援事業としてはほんとによく考えられていて、今実際必要とされるものだろうなと思うんですけども、ただ、やっぱり現場で働いていますと、例えば派遣する医師をどうするかとか、勤務・生活環境改善のための代替医師の確保をどうするかといったような、結局は医師を派遣するための医師を確保するっていう、そのところの問題が根本的に解決されていないんじゃないかなというところがすごく思うところがあります。

すいません、入ったばかりで細かく理解していないんですけれども、全体数が東京でも少ない中で派遣していくっていうのを、なかなか実際事業として動いていくのは難しいのではないのかなと私自身は感じております。

以上です。

○土谷部会長　そうですね。医師偏在については武見厚労大臣の時代にある程度強制的にやらないとできないんじゃないかというような発言があって、医師偏在対策が事業化してきたと思うんですけど、先ほど言いましたように、強制的にやらなきゃっていうような発言もあって、本当にできるのかなと。強制的にですね。事業としてじゃなくて強制的に。

今回のも、各医療機関や医者の方の自発性に頼った事業となっているところですね。この辺りはどうでしょうかね。

野原先生、いかがですか。印象でも結構ですけども。

○野原委員　ありがとうございます。

何もやらないよりは、もしかして、これがあれば行く人もいるかもしれないんですけども、これまで研修医だけを何とか地域にっていうか、地方にということよりは、もうちょっと視野は広がったのかなと思いました。

以上です。

○土谷部会長　そうですね。これまで、今日も議題の1つ目、東京の研修医に絞って地方に行ってもらおうというような、確かに研修医の専攻医の枠の話が医師偏在の主なところですけども、そうじゃなくて、他の人たちも対象にしましょうという話ですね。確かに対象が広がったと。そういった点では幅が広がったかもしれない。

他はどうでしょうか。

高西先生はいらっしゃいますか。いらっしゃいますね。何かコメントあれば。高西先生、聞こえますか。

○高西委員　多摩北部の高西です。

根本的に考えると、医療の公共性を担保しようとする、行く人がいないのであれば、そこは言い方はひどいんですけど徴兵制みたいな形で強制的にやるっていうことを考えなくちゃいけないと思うんですが、もう一つ、自由市場経済っていうんですか、そっちの観点でアプローチすると、もしかしたらこの金銭的なインセンティブに反応する医療従事者はいるかもしれないというふうに、そういった期待は持てるのかなと思います。

ただ、生涯そこにいてくれるかっていうと、そこはちょっと難しいかなと思っていて、やっぱり3カ月とか、6カ月とか、1年とか、期間限定になってしまうんじゃないかなという気がします。ただ、やってみないと分からないことですので、やる価値はあると思います。

以上です。

00 : 59 : 54

○土谷部会長　ありがとうございます。

高西委員おっしゃるように、何日いるんですかっていう話ですね。何日っていう単位でやってますから、何カ月、何年とか、年ではとてもないんだと思うんですね。行く人が何日行ってくれるかなって。土日は日単位になるんだと思いますが。

まだ時間ありそうなので、松崎委員はいかがでしょうか。いらっしゃいますか。いらっしゃらないかな。

川口委員はいかがでしょうか。

○川口委員 川口です。

今、高西先生がおっしゃったように、金銭的な条件が整えばそこに行くっていう人はやっぱり出てくるかもしれないですね。ただ、その人がずっといるかどうかとか、ずっとカバーできるかっていう問題もあるので、なかなか今の時代で医師の少ない地域に喜んで、あるいは望んで、何の条件もなしで行ってくださるような奇特な方々は少ないんじゃないかなと。やっぱり、どうしても大きな組織でローテーションで出していくってことも考えなきゃならないのかなっていう気がします。

以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。

例えば、1日当たり幾らかっていうと6万円というふうに出てますね。あるいは6万1,000円ですか、1日。

今、現状、例えば北海道で募集しているとか言ったら、とても桁が違いますね。もっと大きい金額で医師募集しているわけです。この金額で異動しようって思う人はどうでしょうかねって思っちゃいました。

なかなか診療科別には意見しにくいかもしれませんが、塙先生、今日いらっしゃいますかね。いらっしゃらないですかね。

あと、最後のページで、もう一回、内容そのものじゃなくて、今年度は医師部会いっぱいありますということで、第7回まで予定されていて、今日が第2回ということです。ほんとにお忙しいところ恐れ入りますけれども、ぜひ参加をお願いしますというところで。

それでは、こちらの議案については無理やり締めさせていただきましたけれども、議論、こんなところで終了したいと思います。こちらについても提案、こういった事業を進めていただきたいと思います。

続きまして、最後の議題ですね。議事の3つ目、東京都医師確保計画改定に向けた医療機関等への調査、この辺も今日の議題としてはがらっと変わるところですけども、また説明をお願いします。

○事務局 事務局でございます。

資料5-1をご覧ください。

前回の医師部会でご説明させていただいた調査につきまして、調査票の案を作成しましたので、具体的な調査の流れと併せてご説明をさせていただきます。

こちらの調査は、東京都医師確保計画の改定に向けた検討のために実施するものでございます。調査結果は、本年8月に予定しております第4回の医師部会でご報告しますとともに、計画の改定および令和9年度以降の施策立案に当たっての基礎資料として活用してまいります。また、調査結果を踏まえ、追加で病院等へのヒアリングも予定してございます。

実施期間ですけれども、本日の医師部会でご了解いただいた後、調査案につきまして、回答可能かなど最終確認を行った上で、準備ができ次第実施いたします。

01:05:03

調査対象は、表でお示ししましたとおり、7つ想定してございます。1つ目の大学病院・特定機能病院、2つ目の大学医学部、3つ目の西多摩・南多摩保健医療圏の病院につきましては、各病院、大学単位での回答を依頼いたします。4番目の専攻医、5つ目の臨床研修医につきましては、ご協力いただける病院に、医師に対して当調査について周知いただき、医師個人のご意見を頂戴するものでございます。次の医師奨学金被貸与者および地域支援ドクターにつきましては、個別に回答を依頼いたします。

主な調査項目はご覧のとおりでございます。

それぞれの調査票案を別途添付してございますので、ご覧いただければと思います。

また、最後に資料5-9としまして、特定機能病院に関する事項についてという厚労省の通知も添付してございます。こちらは、病院宛ての調査におきまして、これを踏まえてご回答をいただきたいということで、調査においても添付をするということで今回お届けしてございます。

説明は以上でございます。

○土谷部会長 説明ありがとうございました。

東京都さんがまたいろいろ調査する予定だということですね。

個々の細かい内容はそこまで説明は求めませんけれども。結構ボリューム多いと思うんですけど、また東京都さん、大変だなと思いますけど、どうぞよろしくお願いします。

○事務局 承知しました。

○土谷部会長 何かご意見、ございますか。

どうですかね。どれが一番楽しみなかと思いますね。4番とか、確かに興味深いですね。診療科の決定時期、決定理由のところですね。5番もそうですか。あと、6番もそうですね。地域枠の志望理由のところ、そういうのを調査するということですね。

今日、せっかくですけど、ご発言なかった方は、松崎先生と塙先生、参加されてますかね。今日、出席予定と聞いていますけれども。

○塙委員 すいません、塙おります。

○土谷部会長 塙先生。

○塙委員 塙です。

○土谷部会長 全体通してでも結構ですし、今のこういった調査を東京都が行うというこ

とについて、先生、コメントがございましたらお願いします。

○埴委員 ありがとうございます。

偏在に関して解消しましょうっていうことで、1日6万円っていうお金のお話も出ました。ただ、それも有効だともおもいますがお金だけで解決するかということかなり不透明かなと。こういうお仕事もひとつ、研修の中に組み入れるぐらいの、ある程度強制力がない限りは絵に描いた餅になってしまうのではないかなと。しかし研修の中で6万円頂けるのであれば、医療機関から人員を出しやすいと感じました。

医師定数削減に関してとてもよく考えられています、実際にこれで削減してしまうと、現状の医療も、新興感染症発生時などの緊急時にも医療が本当に立ち行かなくなるのではないかなといつも危惧しております。制度的にはとても考えられているものだと思います。

感想で申し訳ありません。以上です。

01:09:41

○土谷部会長 ありがとうございます。

医師の削減についてはかなり細かくやって、こういうマイクロマネジメントで、国のせいというのか、おかげで東京都さんもやる仕事が増えちゃって大変だなと思います。かなりしっかり作っているというところですけど、確かに先生がおっしゃるように、もう一個のほう、医師偏在対策でお金だけでなびくのか、ちゃんと研修としてそういう制度で、お金だけで確かに動くのかなって、じゃ、幾らだったらいいのかって、6万円って今日出てきましたけど、1日6万円でどうですかねって。高い低いって批判ありますけど、ちょっと考えちゃう金額だなと思いますけどね。こういう、お金だけで動かすっていうのは、ちょっと私もどうかなと思いますけどね。

あと、松崎先生はご意見いただきましたっけ。まだでしたっけ。松崎委員はいらっしゃいますか。ウェブに参加はされてますけど。よろしいですかね。

埴先生、ありがとうございました。こちらについてはよろしいですかね。

先ほども言いましたが、いろいろ調査大変ですけども、ぜひ調査しっかりやっていただいて、来年以降の事業に結び付けていただきたいと思います。

そうしましたら、本日の議事は以上ですね。いつも喧々諤々（けんけんがくがく）な意見が多いんですけども、最後になりますけれども、地域医療対策協議会オブザーバーの廣部先生からコメントをいただけたらと思います。

○廣部委員 廣部です。土谷部会長、皆さまご苦労さまです。

本日は、臨床研修定数の配分方法について議論していただき、直近5年じゃなくて1年ごとっていう案を出していただき、いい案が出されたと思います。これからは皆さんの意見を頂戴しながら、なかなか最善の方向って難しいんですけども、いい方法を見つけていきたいと思います。

それと、アンケート調査ってすごく貴重なデータだと思いますので、ぜひ集まることを

期待しています。どうぞよろしくお願いいたします。本日はご苦労さまでした。

○土谷部会長 コメントありがとうございました。

今日はこれで終わりですね。皆さん、どうもありがとうございました。

進行は東京都さんにお返しします。

○医療人材課長 土谷部会長ならびに委員の皆さま、ご議論いただきありがとうございました。

今年度、部会長からもありましたが、今回2回目ですけれども、全7回ということで回数多くなっておりますけれども、ご協力のほど何卒よろしくお願いいたします。こちらのほうでもしっかり調査をいたしまして、翌年度以降に向けてつなげていきたいというふうに思っております。

それでは、以上をもちまして、令和8年度の第2回東京都地域医療対策協議会医師部会を終了いたします。次回の医師部会につきましては、令和8年7月23日を予定しております。本日もご参加いただき誠にありがとうございました。

○土谷部会長 ありがとうございました。

(午後 6時54分 閉会)