

令和 8 年度
第 3 回東京都地域医療対策協議会
医師部会
会 議 録

令和 8 年 7 月 2 3 日
東京都保健医療局

(午後 5時00分 開会)

00:19:15

○医療人材課長 それでは、時間になりましたので、ただ今から令和8年度第3回東京都地域医療対策協議会医師部会を開会いたします。

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、どうぞ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。不都合等ございましたら、都度事務局までお知らせください。

00:19:51

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、内藤委員からはご欠席というふうに伺っております。それ以外、まだオンライン入られていない先生方が、後藤委員、富田委員、埴委員といらっしゃいますけれども、それぞれご出席の予定というふうに伺っております。

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をしております。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 皆さん、こんにちは。

それでは、ここから私が担当いたします。よろしくお願いいたします。暑い日が続きますけれども、活発な議論になるかどうか分かりませんが、よろしくお願いいたします。

さて、今回は、今年度の第3回ということで、第7回予定しているところですが、皆さ

んと毎月、5月、6月、7月と毎月顔を合わせているところですが、会議に入っていきたいと思います。

本日は、議事が3件、報告事項は4件となっています。

それではまず、議事の1つ目、医師の専門研修に関する協議について（意見書）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、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。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、1番目、医師の専門研修に関する協議についてということでご説明をさせていただきます。

資料は3-1をご覧ください。

こちらの通知のとおり、専攻医シーリング案につきまして、例年同様、国から協議、意見照会がございました。具体的には、2ページ目の1の（3）というところで、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、地域医療対策協議会の意見を聞いた上で、別紙の様式を国に提出することとされてございます。

続きまして、資料3-2でございます。

こちらの資料は、令和9年度の専攻医募集シーリング等につきまして、厚労省がまとめた資料の抜粋となっております。こちらの資料の2ページ目をご覧ください。令和9年度のシーリングにつきましては、基本的には令和8年度の仕組みと同様となっております。一方で、変更点が3点挙がっておりますが、いずれも大きな変更ではございません。

変更の1点目、シーリング対象と書いてあるところですが、令和7年に算出された最新のデータを用いてシーリングの対象診療科を判定することとされてございます。

2点目として、特別地域連携プログラムですが、特別地域連携プログラムの連携先要件である足下充足率につきまして、その基準を、0.7以下だったものを0.8以下に引き上げて、対象が拡大されました。また、似た制度でありました特別地域連携プログラムと連携プログラム（都道府県限定分）といった制度が統合されることとなりました。

3点目ですが、指導医派遣実績についてです。

通常プログラムの加算数の算出に用いる指導医派遣実績につきまして、昨年度に用いた実績を継続して使用することとなりました。

00:24:46

続きまして、資料3-3をご覧ください。

こちらが日本専門医機構より示されました令和9年度の専攻医シーリング案となっております。左側が令和8年度、真ん中が令和9年度、一番右が増減となっております。

また、赤字が昨年度からの変更点となっております。

令和9年度は、整形外科がシーリング対象外となりましたけれども、泌尿器科がシーリングの対象に加わったということになります。そのほかの診療科は、シーリング数も含め

て変更はございません。その結果、都におきまして、令和８年度は１２診療科で１,２８３名だったところ、令和９年度は１２の診療科で１,２３７名ということになっております。

続きまして、資料の３－４でございます。

こちらは、東京都立病院機構理事長から地域医療対策協議会宛てに意見書の提出がありましたので添付いたします。ご参考いただければと思います。

続きまして、資料３－５でございます。

こちらの資料は、都としてどのような考え方で意見を提出するかを整理した対応方針案となっております。先ほどご説明しましたとおり、シーリング案につきましては大きな変更がなかったため、対応方針も基本的には昨年度同様となっております。

第１としまして、都は、昨年度の要望を基本としつつ、都内の専門研修基幹施設や医師部会委員からの意見を加え、研修の質の確保や都内医療機関が担う医師派遣機能への配慮を求める内容としております。要望項目要旨に挙げているのは、意見書の要約となっております。昨年度から大きな変更はしておりません。

第２のところですが、厚労省の様式の変更に対応することについて整理をしております。令和９年度のシーリング案に関する意見、診療科領域ごとの意見、また個別プログラムに関する意見、それぞれ指定された様式で回答することとなります。東京都としましては、委員や基幹施設から寄せられた意見を基に、共通する考え方を整理し、国の指定様式に沿って提出をする方針でございます。

こちらの資料３－５の３ページ以降は、昨年度からの変更点をお示ししておりますのでご覧ください。

続きまして、資料３－６でございます。

こちらが意見書案となります。

今回は、国の方針に大きな変更点がないことから、原則昨年度の意見書と同じとなっております。３ページ目以降に、昨年度からの変更点をお示ししておりますのでご参照ください。

また、本日のこの議事におきまして、こちらの意見書についてのご意見等をお伺いできればと存じます。

続きまして、資料３－７でございます。

こちらの資料では、厚労省の様式の変更への対応について整理しております。令和９年度のシーリング案に関する意見、診療科領域ごとの意見、個別プログラムに関する意見をそれぞれ指定された様式で回答することとしておりまして、４ページ、５ページをご覧くださいと、昨年度まで使用していた様式との対応ということをお示ししております。文字が小さくて恐縮でございますけれども、後ほどご覧いただければと思います。

00 : 30 : 03

シーリングに関しまして、最後の資料として資料３－８というものをご用意しております。

資料の３－８ですが、こちらは厚労省への意見提出に当たりまして、シーリングの影響を把握するために医療機関を対象にアンケート調査を実施いたしまして、その結果をまとめたものとなっております。

内容を簡単にご説明させていただきます。

まず１ページ目ですけれども、上段は調査の概要となっております。厚労省への意見提出に当たって実施したというところでございます。

下段は結果の１つ目、専攻医の減少による影響についてです。「各医療機関で採用数が減少した場合、影響がありますか」といった問いに対しまして、実に 89%に当たる 49 施設が「影響がある」と回答いたしました。

具体的な影響は４つの側面に整理して表にまとめさせていただきました。

診療体制の面では、救急・当直体制の維持が困難になる、マンパワーが不足する、診療規模の縮小を余儀なくされるといった声がございます。経営面では、手術件数、救急受け入れ、入院患者数の減少が経営悪化につながる。研修の質の面では、症例経験の機会の低下、学習時間の減少、そのほか、地域医療や関係病院への医師派遣が困難になる点ですとか、あと、医師の定着率低下などが挙げられました。

続いて、２ページ目でございます。

こちらで、特別地域連携プログラム、あと、連携プログラムの実施について、実施上の課題をお伺いいたしました。

最も多く挙げたのは、連携プログラムの枠数の決定時期が 63%。続いて、派遣する指導医、専攻医の金銭面の負担、これが 56%。応募者が集まらない、同じく 56%といった結果でございました。

さらに、課題として、応募者が集まないと回答した施設には、その理由を掘り下げて伺ったところ、最も多いのは、隣県ではない遠隔地への派遣を嫌がるという、93%。次に、金銭面の負担が発生するため、67%といった結果でございました。

続いて、３ページ目でございます。

連携プログラムを設けている病院に、実施に当たって不足していることをお聞きしました。最も多かったのは、指導医、専攻医への生活拠点が変わることに対する金銭的援助、41%。続いて、連携先候補となる医療機関の一覧、33%。指導医・専攻医派遣に係る医療機関が負担する経費に対する金銭的援助が 33%といったものになってございました。

なお、現在の制度では、転居費用ですとか連携先での居住費についての支援はございません。そのことにつきまして、この結果と併せて、資料３－７でお見せしました厚労省の指定様式の中で記載して提出する予定としてございます。

続きまして、４ページ目でございます。

専攻医や指導医を他県の連携先へ派遣する場合の影響についてです。

まず、専攻医の派遣については、55 の施設中 20 施設、36%が「影響がある」と回答いたしました。具体的な影響としては、派遣元の人員不足による診療体制への影響などが挙

げられてございます。また、家庭事情や生活基盤の違いによる、派遣する医師への配慮についても言及がございました。

下のグラフでございますが、指導医の派遣につきましては、49%に当たる 27 病院が「影響がある」と回答いたしました。専攻医の派遣以上に「影響がある」と回答した割合が多くなってございます。通常診療の維持に影響があるですとか、収入減や代替医師確保のコスト増にもつながるとの意見がございました。

00 : 34 : 40

続いて、5 ページ目でございます。

2027 年度シーリング案に対するご意見ということで回答をいただきました。

3 番のシーリング案に対するご意見では、整形外科がシーリング対象から外れたことと、泌尿器科が新たにシーリング対象となったことに対するご意見でございます。

まず、整形外科がシーリング対象から外れたことについては、高齢化に伴う骨折ですとか運動器疾患、救急対応の需要が増加しているなど、対象除外とされるべきとの声が多くなってございます。

一方、泌尿器科が新たに対象となったことについては、やはり高齢化による診療需要の増加との不整合であるといったことですか、あと、東京都全体で一律に制限をかけると、医師不足地域への影響が大きい。あと、連携施設への派遣が優先的に削減されるリスクがあるなどの懸念の声がございました。

4 番の各医療機関における定員配分については、根拠、評価基準、計算過程の透明性が不足している。また、決定時期の遅さなどについてのご意見がございました。

5 番、多摩地域への影響については、人口当たりの医師数、医療機関数が少なく、医師確保が困難な地域であることから、シーリングや他県派遣の優先によって派遣が後回しになってしまうというような懸念、そして 23 区と多摩地域で同じ東京都として一律に扱うことへの課題などが指摘されたところでございます。

最後、6 ページ、シーリング制度全体に対するご意見をまとめておりますので、こちらをご覧くださいければと思います。

1 つ目の専門研修に関する協議についてのご説明としては以上となります。どうぞよろしく願いいたします。

○土谷部会長 ありがとうございます。皆さん、ついていけましたか。大丈夫ですか。

もう一回おさらいしたいんですけども、今私たちは何をしなきゃいけないかっていうと、何の話をしてたかといいますと、専攻医の話です。専攻医っていうのは、卒後 3 年、4 年、5 年生ですね。その専攻医の話です。

中でも、シーリングが東京はかかっているという話ですね。皆さん、東京の医療機関に関係する人たちだとは思いますが、東京にシーリングがかかっていることを喜んでる人は誰もいないと思います。むしろネガティブに考えて、何で東京ばかりシーリングかけられてるんだとか、そういう思いが強いと思いますが、実際に今までの医師部

会の中でも、このシーリングはおかしいんじゃないかという意見が噴出していたところ
です。その私たちの考え、それを国が教えてくださいとか、教えろとか、そうい
うことなんですね。私たちが直接言えるわけじゃなくて、東京都を介して、東京都からす
ると、この地域医療対策協議会の意見を聞いて国に意見してくださいということでした。

そこで、東京都は国に意見するに当たって調査を行いましたというところでは。その調
査の結果が、最後説明がありました資料の３－８になるところです。

この中でも、もう一回繰り返しになりますけど、シーリングがあることで、都内、問題
があるんじゃないか。特に今回、特出ししているのは、広域連携プログラムですね。都内
の医療機関が東京都以外の医療機関に医師を派遣する。その医師を派遣するのは専攻医、
今の話は専攻医の話ですけど、専攻医だけでなくて指導医も派遣しなさいということ
になっているわけですけど、それについての問題を今日は皆さん、どしどしといいますか
挙げていただいて、それを東京都を介して国に反映できればいいというのが今日の趣旨
になります。

ところが、何か制度が去年と変わったかと言われると、あんまり変わっていないとい
うところなので、ほぼ同じ意見を出していきましようというのが東京都からの提案になっ
ています。

00 : 39 : 47

皆さん、特に今日ご意見いただきたいなと思っていますけど、資料３－８、アンケート
やって全くそのとおりだっていう意見も多いでしょうし、大体肯定できるアンケート結
果だったと思います。やっぱり都内でシーリングがかかっていることは問題だという問
題意識は共有できるんじゃないかなと思います。

これが今日の一番のメインなのかなと思いますので、せっかくですのでご意見を、都内
の専攻医について、卒後３年目から５年目までシーリングがかかっているという状
況について、研修医にもかかっているわけですけど、その辺りの、平たくいえば国に対して
の不満、もう一回皆さん挙げていただけたらなと思いますけど、よろしいですかね。

遅れて参加の人もいるようですけども、指名させていただきます。

東京科学大学の宮崎委員、いかがでしょうか。今回変わったばかりかもしれません。
大学病院としてシーリングがかかっていることについて、あるいは地域連携プログラム、
その辺り、これ、だって本当に急ごしらえでやったと思うんですね。大変だったと思うん
ですけども、連携先を見つけるとか、その辺りご意見あったらぜひいただきたいなと思
いますけど、宮崎委員はいらっしゃいますか。

○宮崎委員　います。東京科学大学、宮崎です。よろしくお願いします。

○土谷部会長　ありがとうございます。お願いします。

○宮崎委員　大学病院で、特定機能病院ですので、地域に医師を派遣できるように専門医を
置くっていう義務があるので、それには沿っていると思うんですけども、ただ、シーリ
ングを設けると、せっかく専門医の卵、シーリングをかける専攻医って、そこが減ってし

まうので、ちょっと矛盾してるのかなとは思いますが。つまり、専門医を送ることができなくなります。

特別地域連携プログラムも似たようなものですが、送るのはいいんですけど、送る人が少なくなっちゃって、シーリングを、地域の医療には貢献したいんですけども、そうであればシーリングは解除してもらった方がいいかなと思います。以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。

特に3-8の資料の中でも、影響ありますかって、ほぼ89%の医療機関が影響ありますって。しかもいいふうな影響じゃなくて悪いふうな影響ばかりということですね。

続きまして、高西委員はいらっしゃいますね。いかがでしょうか。

○高西委員 ありがとうございます。緑の資料で整形外科のシーリングが外れたことに対して素晴らしいなと思うんですけども、ここの理由ですよね。高齢化に伴って骨折、運動器疾患が増えるから、需要が増えるからシーリングを外したってということなんですが、東京都全体が今後医療ニーズがどんどん増えていくので、そういった観点でいくと、全体に対してのシーリングもやっぱり外していかないと、東京の医療を、特に地域支援病院に人手が足りなくなってしまうと、担えなくなってしまうんじゃないかなっていうことを感じました。整形だけでなく、全科的にシーリングは見直していったほうがいいんじゃないかなというふうに思いました。

00:44:40

あと、もう一つは、東京都は平均値で見ると医師偏在指数高いんですけども、それはあくまでも平均値であって、少ないところは大変なことになってるんですね。多摩地域のこと問題だっというふうに書かれてますけども、実際それを実感してますので、東京都の中でも辺境に当たる部分は結構苦しいんだっというのを改めて認識していただければいいかなと思います。

以上です。ありがとうございます。

○土谷部会長 ありがとうございます。

整形外科のシーリングが外れたのは、高齢者が増えるからだっというんだったら、だったら全部外してよっという感じですよ。論理的に破綻してるわけですけど、そうしたら特に泌尿器科はシーリングがかかっちゃったんですけど、泌尿器だっが高齢人口増えるから、何でシーリングかかるんですかって、知らない人はみんな思うと思うんですよ。

それから、あと、高西委員からの多摩の話ですよ。シーリングもかかって、東京以外に派遣する必要がある。じゃ、多摩はどうするのって。多摩だっ足りないのって、多摩にも派遣できなくなっちゃうじゃないかっていう、そういう問題も生じるわけで、なかなかこれで良かったですって。整形外科のシーリングが外れたぐらいしかないかもかもしれませんね。

ほかは、内藤委員は今日は欠席ということですね。

続きまして、野原委員、いかがでしょうか。

○野原委員 ありがとうございます。

地域偏在と併せてこれをずっといつまでやるのかっていう議論がずっとあるような気がしてるんですけども。そもそもの医師数の計算方法といたしますか、必要医師数とか、現在の医師数の数え方についても、女性医師とか高齢医師には幾らかの係数が掛かって人数少な目に計算されてるんじゃないかと思うんですけども。大学病院の医師は診療と教育のほかに研究も担っていて、研究全然できていないっていうところはずっと問題になっているかと思うんですけども、それを医師数のときに換算するとか、大学病院の医師の場合は1と数えないでほしいという意見が以前も出てたかと思うんですけども。そういった最初の医師数の策定のところをもう少し明確にさせていただきたいということ、それが適切かっていうところも厚労省に確認してもいいんじゃないか。確認はできていて、多分毎年言われているんですけども、もう少し研究時間のことなども含めて東京都の大学が多いわけなので、その辺りの数字の出し方もちゃんと検討に入れてくださいというようなことは言えるのかなと思っております。

以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。

研究に携わる医師は、臨床フルコミットメントできるわけじゃないので、その分差し引かなきゃいけないだろうというご意見だったと思います。

その前に、そもそも日本の医師数の算定根拠といたしますか、日本の人口割りで疾患もこういうのが想定されるって、疾患数、あるいは医療需要が簡単に今だったら想定できると思うんですよ。それに対しての医師が何人要る、何科の医者が何人要るとか、この地域に何人要ると、強制的にやろうと思えばできちゃう話かもしれませんが、それについては国がそういうふうに押し付けるのはできないという中で、中途半端といたしますか、こういうやり方で医師偏在をなんとか是正していきたいということで、なかなか東京は、繰り返しになりますけど、賛成できるものではないなと思います。

続きまして、富田委員、いらっしゃいますか。富田先生はまだ入られていない。

松崎委員は入られていますか。いらっしゃいますか？

○松崎委員 います。

○土谷部会長 ぜひご意見をお願いします。

00 : 50 : 05

○松崎委員 私どもは多摩地区の病院で、ただ、そんなに医師が足りないという感じはないですね。ただ、やはりシーリングで抜けてしまったりすると、救急医療に関しては非常に問題が起きます。でも、私は実は整形外科医なので、シーリング対象から外れているってことなんですけども、それでも整形外科っていうのは結構夜中まで緊急のオペをしなきゃいけないとか、そういう状況がずっと続いていますので、その辺が認められてきてるのかなという感じですね。

ですから、決して医師が足りてるわけではなくて、1人抜けるとかなり経営面にも影響

しますし、残された人たちの負担っていうのがかなり大きくなる。それは全く続いていることだと思います。

以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。

充足してて余裕があるから派遣しているわけじゃないということだと思います。ありがとうございます。

続きまして、小平委員、いらっしゃいますか。

○小平委員 私はこのやり方は専攻医が十分にトレーニングができるのが大事なところだと思います。労働力の確保という意味も大きいとは思いますが、トレーニングについてしっかりと検討しなきゃいけないと思っていますので、経験実績や、トレーニングを積める適切な配置などをアウトプットとして明らかにしたほうがいいかと思います。

あと、東京の場合多摩地区と特別区では、だいぶ事情が違いますので、この違いを踏まえる事は大事なところだと思います。

それに関係いたしますけれども、資料3-5にありますけど、これは毎年出ているんですけども、5番目の要望項目に、で都立病院と公立病院の地域で不足する医療を確保すると書いてあります。これはむしろ設立の母体にかかわらず、多摩地区等の地域の不足医療というふうにさせていただいたほうが適切だと思います。都立公立とは関連がない地域の問題です。

私の意見としては以上になります。

○土谷部会長 ありがとうございます。

都立病院の話は毎年要望書も上がってきていますけれども、都立どうこうって、設立もありますけど、地域偏在については綱引きになりますけど、どっちがどっちっていう話ですね。ありがとうございました。

続きまして、菊池先生、いらっしゃいますか。

○菊池委員 菊池でよろしいですか。

○土谷部会長 菊池先生、お願いします。精神科の話はあんまりなかったかもしれませんけど。

○菊池委員 精神科、東京都でいうと23区と多摩のって出てましたけど、精神科病院自体が多摩に3分の2ぐらいの病床があるというので、ほかの科と違う事情があるのかなっていうような気がしています。

あとは、専攻医だけでなく、昨今の若い先生方の考え方がドライになってきているので、変な言い方ですけど、研修医なんかも当直の翌日は休みとかってなっているので、いろんな負担が結局中堅管理職とか、中堅以上の先生が結局はカバーしているみたいな感じで、若い先生、過労死する率は減ってるんでしょうけど、しわ寄せが中堅以上に来てるっていう気はしております。

00 : 55 : 13

あと、別の視点ですけど、A I とか遠隔診療とか発展していくと、今、精神科医とかだとA I も結構気の利いた話をしてくるっていうのがあるので、ゆくゆくなんとなかなるのかなと。病床自体は本当に必要な人だけの病床みたいな形になっていくのかなという気がしてますし、医師自体も準公務員みたいな形で、この地域でこの診療科はこれぐらいとか、クリニックこれぐらい、病院これぐらいとか。で、総合病院も、言うなればうまく合併できなかったら、何科と何科はこっち、何科と何科はこっちみたいな感じですか、そういう流れにゆくゆくはなっていくのかなというような、個人的に先を予想してるといって、いろいろ、本当はこうしたほうがいいという思いもありますけど、こうなっていくのかなっていうのは、そんなところです。

すいません、雑多な意見で。

○土谷部会長 ありがとうございます。

今、ちょうどこの資料、供覧してもらってますけれども、実際アンケートの結果は、専攻医が行くのももちろん困るんだけど、それ以上に指導医が行っちゃうほうが困りますっていうアンケートの結果でした。やっぱり、指導する先生も余裕は決してあるわけではないということだと思います。

埴先生は参加されましたか。まだ最初のときにはいなかったということでしたけど。

○事務局 まだ。

○土谷部会長 まだですかね。

松本委員、いかがでしょうか。

○松本委員 ありがとうございます。東京産婦人科医会の松本でございます。

産婦人科はシーリングはかかってはいないんですけど、医師の地域偏在と診療科偏在、両方担ってそれぞれ研修医をとるか、専攻医の診療科のシーリングというふうにやってる、厚労省ももとの目標がそういうことだろうと思うんですが、東京は供給元ですので専攻医も、それから指導医も研修医もみんな出すほうですので、不満だらけなのは当然のことなんですけど、産婦人科と小児科以外は高齢者があふれてお忙しいとは思いますが、年々50～60 万ずつ人口は減っていますので、日本全国、特に地方は人がますますいないということは患者もますますいないという状況になり、東京都内もこれから流入人口があるとしても減っていくことになります。

それで、厚労省は医学部定員も減らすということを、厚労省というか税務署が言ってるわけで、その中で、供給を受けるほうの地方はこのプログラムでどれだけ恩恵があるのかなというのは非常に疑問に思っているんで、でも、東京の会議ではそれはあまり出ないので分からないんですけど、そこがこういうプログラムで東京から専攻医や研修医やあるいは指導医が来ないとすると、もう患者を診れませんという状況であれば、われわれ東京の人間は我慢してやらなきゃいけないと思うんですけど、大して変わりがないとか、そういうことであれば即刻やめてほしいというぐらいなんです。

ですから、私が申し上げたいことは、今回は地方からの目線でどれだけあるのかという

評価をぜひお伺いしたいんですね。

以上です。

00 : 59 : 47

○土谷部会長 ありがとうございます。

後で皆さんで供覧したいと思いますが、シーリングやったけど効果はどうだったのか。地方は恩恵を受けているって感じてもらえているのか。もしかしたら、まだ足りない、全然足りないよってという意見で、東京だって好きで出してるわけじゃないのになってということかもしれないですね。無理して出してるのに、何で文句言われなきゃいけないんだって、まだ足りないとか言われそうなんですね。そのとおりだと思います。

さて、川口委員、いかがですか。

○川口委員 川口です。ありがとうございます。

私も以前から申し上げたとおりで、東京都へのシーリングっていうのは、やっぱりこれは撤廃すべきだろうなと思います。あくまで東京都の中で、先ほどから出ていますけども、多摩地域の問題ですね。私たちの公立昭和病院で内科のプログラム、昨年いきなり定員枠3が1に削減されて、その後復活の兆しはないです。

先ほどからのお話伺っていると、来年もそのまま1なのかなと。急きょ苦肉の策として特別地域連携枠というのを3枠作りましたが、それも承認されたかどうか分からないというところで、専攻医クラスのシーリング、今、初期研修医もシーリングにかかっていますけども、突然後から専攻医のシーリングが始まったりとかしているの、自分のところでとった初期研修医たちが専攻医プログラムに行けないというような事態も発生してしまいます。

ですから、制度を変えるときにはかなり前から話をしていただかないと困るなっていうのがやっぱりあります。そうしないと、教育のところで連続性が保てないってところがあります。ですから、ぜひもう一度見直していただいて、あと東京都の中でも医師の足りない多摩地域のほうに厚く専攻医の数を配分するようなことを考えていただきたい。東京都の地域医療対策協議会の中でそういった意見を出していただいて、東京都全体の人数が変わらないのであれば、少し多摩地域のほうに厚めに出していただければありがたいなと思います。

あと、ちょっと出てましたけど、専攻医に対してのプログラムの中で、引っ越しの費用だとか出てこないとかいう話になっていますけども、2016年の専門医機構の説明では、確か専攻医たちが転居等にかかる費用はプログラムが持つとか、専門医機構が持つとかいう話で、個人の負担にしないって言っていたはずですが。それがいつの間にか崩壊的に自分たちで払うようになってしまって、負担も生じているってところも少し見直していただければありがたいなと思います。

今の制度、やっぱりよろしくないなというのが、それしかないかなと思います。ぜひ、

改善していただきたいなと思っております。

以上です。

○土谷部会長　ありがとうございます。

言っても言っても変わらないと思われちゃうかもしれませんが、川口先生、言い続けてください。ありがとうございました。

一通りご意見いただきました。特に資料3、アンケート、専攻医募集に対するシーリングに関する調査、これについて、これを基に皆さんご意見いただいたところですけども、さて、私たちのこの意見を国に上げるってなったときに、それが資料の6ですね。今日の中心は、資料3－6、こういうので意見として国に出したいと思いますということなんです。

皆さん、アンケートから見ましたが、特に一通り目を通す時間もなかったかもしれませんが、資料の3－6、供覧されていますね。特に7番、2ページ目ですね。これは小平委員も意見としておっしゃっていましたが、供覧してる7番って、ちょっと小さくて見えないかもしれません。お手元の資料ご覧いただきたいと思うんですけども、数の問題じゃなくて研修の質が本当に保てるんですかというの、東京でやれば十分研修できるはずなのに、地方にいて症例が少ないとか、そういった懸念があるということを国に上げる予定です。

それから、10番ですね。シーリングかけているけど、この結果はどうだったんですかというご意見ですね、松本委員からもありましたけれども。前も川口委員もおっしゃっていましたが、シーリングやった結果はあったんですかっていうところですね。そういったのを今回も意見として出しています。

01：05：11

引っ越し費用の話っていうのは、この意見書の中に含まれていますか。ざっと見たところで。

○事務局　資料3－6には入れてはございませんけれども、資料3－7という別紙として、厚労省に提出するものにつきましたは入れてございます。

分かりやすく、今供覧してございます比較表をご覧いただければと思います。文字が小さくて申し訳ありません。

こちらの4ページ目の7番で、特別地域連携プログラムについてという項目がございます。公立病院についての下で、特別地域連携プログラムについて。紫色になっているところが、今回の、先ほど見ていただいた調査の結果を入れたものになってございます。ここで入れてるところでは、異動に伴う金銭面や生活面への影響が大きく、転居費用や連携先での住居費が専攻医本人の負担になっている現状もあり、専攻医への配慮が欠如した制度運用になっているといったところ、こちらは昨年度から引き続き厚労省にお伝えをするんですが、それに加えて紫色で先ほど調査の結果としまして、41%の病院が金銭的援助が不足していると答えているというところなどをここで追加しました。

○土谷部会長 ありがとうございます。私たちが毎年意見しているのを調査によって裏打ちできていたというところですよ。引っ越し代の問題もちゃんと要望の中に入ってたということですね。

というところで、一通り。この方、手挙げされているんですか。

川口委員、お願いします。

○川口委員 川口です。

取り入れていただいてありがとうございました。

文言の中に、もう一つ、専門医機構はずっと専攻医ファーストという言葉を使ってきたと思うんですね、制度を始めるに当たって。この専攻医ファーストという言葉が、その精神がなくなってしまっているのが現状かなという気がするので、そこも少し入れていただくことができるんだったらご検討いただければと思います。

以上です。

○土谷部会長 専攻医ファーストと言ってるけど、そんなことないじゃないか。ダイレクトには書きにくいかもしれませんが、工夫していただけたらなと。

おおむね都内においてはシーリングがかかっていることで不満ばかりといいますか、そういうことなんですけど、東京都さんも実際、調査は国からの義務じゃないわけですね。国からの指令じゃなくて、東京都独自に調査して、私たちの意見を先ほど裏付けと言いましたけれども、国に上げるに当たって実際調査した内容を数字に基づいて、感想だけじゃなくて、これ自体は感想かもしれませんが、ちゃんとデータに基づいて意見しているというのは皆さんご理解いただけたらなと思います。

議論長くなりましたけど、資料3－6で東京都から国に意見書を上げるということで了解いただきたいですけれども、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○土谷部会長 特に反対のご意見ないようですので、こちらで国に上げてください。よろしくお願いします。

さて、予定では17時20分までと、随分大幅にこちらは遅れていますけど、あとはそんなに意見ないかなと思います。続いていきたいと思います。

01:10:07

続きまして、今日の2つ目ですね。今日のメインが終わりましたので、あとはそれなりにやっていきたいと思います。

2点目、東京都保健医療計画(令和6年3月改定)の進捗(しんちょく)管理について、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。資料4－1をご覧ください。

昨年度に引き続きまして、令和6年3月改定の保健医療計画についての評価となります。今回は2回目の進捗管理、評価となっております。

評価する指標は2つございます。

1つ目が、医師少数区域、西多摩、南多摩、島しょでございますが、こちらにおける医師偏在指標、これが策定時である令和5年度の指標から上げるということが目標とされてございます。その実績としましては、この3つの医療圏のうち、西多摩と南多摩の2つの医師偏在指標が上がったことから、達成状況はBといたしました。

もう一つの指標が、東京都地域枠医師の離脱率でございます。

計画策定時には、貸与者累計343名で離脱者累計が7名ということで、2%ということでスタートしてございます。令和7年度時点では、貸与者累計が48名増加して391名、そのうち離脱者が8名となりまして、結果として2.0%となりまして、達成状況としてはCとしてございます。また、こちらの資料の2ページ目につきましては、その他の事業の実績をまとめておりますので、ご参照いただければと思います。

続きまして、資料の4-2をご覧ください。

4-2では、先ほどの指標のうち、CまたはDの評価となった指標につきましては、こちらの様式で今後の取り組みなどをお示ししてございます。

離脱率につきまして、まず現状分析のところに記載しましたとおり、健康上の問題や進路変更など、離脱する理由というのはさまざまございます。それを防止する対策としまして、医学部生や若手医師を対象とした研修を行うなどのフォローアップを行っております。また、離脱者の発生の防止のために、医学部に入学する段階におきまして、リーフレット等の周知用資料で制度内容を明示する、あるいは採用面接において制度理解の確認をする、あと、合格者には誓約書の提出を求めるなど、あらゆる機会を捉えまして、入学する学生の制度理解の徹底を図っているところでございます。

こうした取り組みについて継続して実施していくとともに、今後は、指定勤務中の医師から東京都に離脱の相談があった場合には、離脱以外の対策などがないか検討し、そういった策があれば提案するなど、指定勤務中の医師のフォローをより丁寧に行っていきたいと考えてございます。

説明は以上となります。よろしくお願いいたします。

○土谷部会長 ありがとうございました。

保健医療計画、特に医師偏在、医師確保についての達成状況の確認でした。

資料4-1によりますと、西多摩、南多摩、医師は少ないと言った地域なんですけども、それについては偏在指標はやや改善したと。数字上はちょっと改善してるということですね。島しょについてはむしろ悪化してるということで、達成状況は3分の2達成できているからおおむね達成しているのBということですよ。

地域枠ですね。東京都の地域枠、東京都も地域枠があるということなんですけども、その地域枠で離脱している人が一定数いるということですね。ここも2%ぐらい減ってるんですけど、離脱するんですけども、離脱者を少なくしようと東京都も取り組んでいるところなんですけど、なかなか健康上の理由とかもいろいろあるということですね。

この実数の数字は言いましたっけ。4-1の右下の参考で、何人っていう。

○事務局 はい、申し上げました。

○土谷部会長 実際、貸与している人数の中で、離脱してる人数は令和5年が7人、6年が7名、昨年度、令和7年度は8名ということですね。1人違うだけでも、数字大きく変わっちゃうかなと思います。この辺りはよろしいですかね。ご意見ございますでしょうか。特になければ承認いただいたということで進めたいと思います。よろしいですかね。

(異議なし)

01:15:14

○土谷部会長 じゃ、こちらはこのとおりで。ありがとうございました。

続きまして、議事の3つ目。議事として最後になります。

東京都医師確保計画改定に向けた医療機関等への調査結果(中間報告)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。

前回の第2回医師部会におきまして、東京都医師確保計画改定に向けて、医療機関等を対象に調査を行うということで申し上げました。その後、調査を実施しておりますが、そのうち、専攻医と臨床研修医を対象とした調査の回答につきまして、本日ご意見等をお伺いし、今後の施策の検討の参考にさせていただきたいと考えてございます。

まず、資料5-1をご覧ください。

こちらが、専攻医の皆さまを対象に実施した調査の結果の概要となっております。

こちらの調査は、6月29日から7月9日まで実施いたしまして、回答者は専攻医の520名でございました。回答者の年齢構成はご覧のとおりでございます。

次のページ行きまして、現在専攻している診療科をお伺いしましたところ、内科が158名と最も多く、次いで精神科、整形外科、小児科と続いてございます。

次のページ行きまして、その診療科を選択した理由をお伺いしました。

「やりがいを感じるから」が386名と突出して多く、次いで「医局の雰囲気」「ライフ・ワーク・バランス」が挙げられたところでございます。

4ページ目でございます。

診療科を決定した時期をお伺いしましたところ、臨床研修2年目が56.7%ということで最多でございました。また、その下のグラフですが、臨床研修の前後で希望診療科が変わったかという問いにつきましては、「はい」が41.5%、「いいえ」が58.5%という結果でございました。

次の5ページ目では、臨床研修の前後で希望の診療科が変わったと答えた医師に対しまして、臨床研修前はどの診療科を希望していましたかということを行いましたその結果となっております。

6ページ目、こちらが、臨床研修の前後で希望する診療科を変更した理由でございます。「他の診療科にやりがいを感じたから」というのが147名ということで最も多くなっております。

続いて、7ページ目でございます。

こちらは、都の重点分野である小児、産科、救急、また全国のシーリング対象外となっている外科と総合診療科につきまして、これらを選択しなかった理由をお伺いしました。いずれの診療科でも「適性がないと感じたから」が約4割から5割ということで最多となりました。また、小児、産科、救急、外科では、2位が「ライフ・ワーク・バランスを確保できない」といったことが多く、総合診療科だけは「やりがいを感じない」といったことが2位となっております。

続きまして、8ページ目でございます。

こちらが、今の小児、産科、救急、外科、総合診療科、これらの診療科を選択するために必要な支援といったものをご意見を聞きました。

多くの診療科で「勤務内容に見合った収入」と、あと「ライフ・ワーク・バランスの確保」が上位を占めております。こちらも総合診療科だけは、「キャリア形成・資格取得支援」が2番目となっております、特徴的となっております。

次、9ページ目でございます。

このページ以降のスライドでは、7ページ目と8ページ目の内容を棒グラフで表しまして、「その他」ということで自由に具体的に記述していただいたものをリストアップしたのとなっております。

01 : 19 : 57

9ページ目は、小児科を選択しなかった理由でございます。

その他の理由としては、今後の人口減少を懸念する声、また、親との関わりに苦勞する声などがございました。

10ページ目、こちらは、小児科を選択するのに必要となる支援についての回答です。訴訟対策が必要などの声がございました。

11ページ目は、産科を選択しなかった理由でございます。

男性だとやりづらい、訴訟リスクが高い、出生率の低下などの声がございました。

続いて、12ページ目が、産科を選択するのに必要となる支援についてでございます。

少子化対策、訴訟対策などの声がございました。

続いて、救急を選択しなかった理由でございます。

心理的負担が大きい、訴訟リスクが高いなどの声がございました。

続いて、救急を選択するのに必要となる支援についてでございます。

他科に相談しやすい環境づくり、勤務体系の整備、訴訟対策などの声がございました。

続いて、15ページ目は外科を選択しなかった理由でございます。

手術時間が長いこと、あと、緊急手術などで休日の出勤が多いこと、体力面で懸念があるなどの声がございました。

続いて、16ページ目が、外科を選択するのに必要となる支援についてでございます。

縫合の教育が必要、あと、研修期間や下積み期間の短縮などの声がございました。

続いて、17 ページ目、総合診療を選択しなかった理由でございます。

専門性が欲しかった、あと、前例がなく不安があるなどの声がございます。

18 ページ目、最後、総合診療を選択するのに必要となる支援についてでございます。

学び場の整備ですとか、ほかの科と比べて何がいいのかといったことの強調などが必要という声がございました。

次の 19 ページ目からは、専門研修プログラムについてお聞きした結果となります。

現在のプログラムを選択した理由を教えてくださいとお聞きしたところ、ご覧のようなことで、プログラムの内容が充実しているといった理由が最も多くなっております。

次のページは、専門研修終了後の勤務先はどのように決めますかとお伺いしたところ、所属医局の紹介が圧倒的に多くなっております。

続いて、21 ページが、支援ドクターを知っていますかといったところで、認知度を計ったところ、認知度が非常に低い状況にあるということが分かりました。

次の 22 ページ目も、支援ドクターの課題等についての結果となっております。

以上が、専攻医を対象にしたアンケート調査の結果となっております。

このまま続けて資料 5－2 をご覧ください。

こちらは、臨床研修医の皆さまを対象にして調査をした結果となっております。専攻医と同様に 6 月 29 日から 7 月 9 日まで実施しまして、回答者は 478 名から回答をいただきました。回答者の年齢構成はご覧のとおりとなっております。

2 ページ目でございます。

こちらは、回答者の年次、専門とする診療科を決めているか、決めている場合の診療科を聞いた結果となっております。決めている方が希望する診療科では内科が突出して多く、次いで外科、小児科、整形外科と続いてございます。

次のページ行しまして、こちらは、既に診療科を決めている方について、診療科を選んだ理由をお聞きしました。

最も多かったのは「やりがいを感じるから」、次いで「医局の雰囲気が良いから」、「将来にわたって専門性を維持しやすいから」ということで続いてございます。

次のページは、「その他」を選択した方の具体的な理由をリストアップしてございます。

01 : 24 : 45

5 ページ目でございます。

こちらは、診療科を決定した時期はいつですかということでお伺いをいたしました。在学中に決めた方といったことが最も多くなっております。

下のグラフでは、臨床研修前後で希望する診療科が変わりましたかといったことで、半分の方が「はい」、半分の方が「いいえ」ということでございます。

次の 6 ページ目ですが、こちらは、臨床研修前後で希望が変わった方につきまして、臨床研修前に希望していた診療科をお聞きした結果となっております。内科が多く、続いて外科と整形外科が続くという形になります。

続きまして、次のスライドが、変更になった理由をお伺いした結果でございます。

次に、8ページ目でございます。診療科を決めていない方に、いつごろ決めますかといったことをお伺いしたところ、臨床研修2年目で決めるという方が多くなってございました。

そのときに重視することをお伺いしたところ、やりがいを感じるかどうか、医局の雰囲気がいいたところの方が上位でございました。

続いて、9ページ目でございます。

こちらは、専攻医を対象にした調査と同様に、産婦人科、救急科、小児科、また外科、総合診療科につきまして、これらの診療科を選択するのにどのような支援が必要だと思いますかということでご意見をお伺いいたしました。いずれの診療科でも、勤務内容に見合った収入とライフ・ワーク・バランスの確保といったところが多くなってございます。

次のページからは、診療科ごとに棒グラフで表示をしまして、「その他」で記述があった具体的な内容をリストアップしてございます。

10ページ目は産婦人科と救急科でございます。

産婦人科では、訴訟リスクや少子化対策などが挙げられました。救急科では、救急車や救急外来の適正利用、また医学以外の社会、行政、法曹面の支援や教育などの声がございました。

次のページは、小児科と外科についてです。

小児科については、訴訟リスクや少子化対策。外科については、訴訟リスクに加えまして、勤務体制の改善や施設間の格差などが挙げられました。

次のページは、総合診療科でございます。

こちらは、他科との差別化、教育や研修の改善などの声がございました。

次の13ページ目は、支援ドクターについてでございます。

こちら、ほとんどが「知らない」、または「ほとんど知らない」という回答でございました。

最後、次のスライドですと、支援ドクター応募を増やすためにどのような策があるかといったところで、SNSやウェブ広告などの活用、あるいは大学、学生向けの周知強化などが挙げられたところでございます。

以上が、臨床研修医のアンケート調査の結果でございます。ご意見などいただけますと幸いです。よろしくお願いいたします。

以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。

こちらは、東京都医師確保計画改定に向けた医療機関への調査結果ということですね。医師確保計画を改定するんですけども、そのための調査、繰り返しになっちゃいますけど、専攻医、卒後3年目、4年目、5年目の人たちの調査と、研修医、卒後1年目、2年目のアンケート調査という2つの結果でした。

最後、それぞれ地域医療支援ドクターというのを聞いてるわけですけど、今、私たちは東京都の医師確保について議論しているところです。その文脈の中で、皆さんもご存じですかね。東京都の地域医療支援ドクターというのがありますけど、どういう制度か簡単にもう一回できますかね。今、いきなり振っちゃいましたけど。せっかく皆さん委員ですの、支援ドクターどんなものなのかっていうのをちょっとだけ説明できますかね。

01:30:00

○担当部長事務局 担当部長の田口です。

地域医療支援ドクターっていう制度は、医歴5年たった、つまり専攻医が終わった年次、6年目以上の医師を、地域医療の支援に意欲を持つ医師ということで応募いただいた方を東京都で採用しまして、小児、周産期、救急診療、へき地医療に従事していただくということなんですが、その従事場所としては、へき地はへき地の医療機関なんですが、それ以外につきましては、多摩地域の公立病院に従事していただく。

1年間従事していただいたことを派遣勤務と言いますが、1年間従事していただくと2年間の都立病院等ということになるんですが、大学病院で一部研修する期間も設けているんですが、研修を受けられるということになっております。

ということで、多摩地域の主に公立病院の支援をしていただくという、小児、周産期、救急、へき地の分野においてという事業になっております。

○土谷部会長 説明ありがとうございます。

このようなアンケート調査で何でこの地域医療支援ドクターが出てくるのかなって思った人もいるかもしれませんが、卒後5年過ぎた後、地域医療支援ドクターになって多摩地域の医療を支えてほしいということですので、知っているか知っていないか、知ってほしいというところですけど、あんまり知られてないというのが実情でした。それで、どうしたらいいですかねっていう。けど、こういうアンケートをすることで知るかもしれないですね。何だこれはっていうことで。

さて、専攻医と研修医のアンケートでしたけども、分野別に小児科と産科とありましたので、この小児科と産科、あるいは外科もちょっと面白い結果でしたよね。意外と希望してる人は、研修医においては2番目だったり、外科離れのものかしたら底を打ったのかもしれないっていうような調査結果だったと思うんですけども、埴先生はまだいらっしゃってないですかね。小児科の立場からご意見いただければなと思いましたけど。

じゃ、続きまして、松本委員、いかがですか。産科の立場からアンケート調査を眺めて。

○松本委員 なんと申しましょうか、予想どおりというか、想像どおりな感じなんですけど、産科、小児科、救急科、それから外科という365日24時間、夜昼なく用事があるというか役目があるというか、やっぱりワーク・ライフ・バランスが悪い。そういう苦勞に対して十分な評価が金銭面において無いというのが皆さん、若い先生方感じていらっしゃるんだと思いますね。

お金のことはなかなか、ほかの科のバランスがありますので、この4科、5科の診療報

酬だけを上げろっていうのも言いにくいんですけど、例えばお産は愛の産科なんて言ったりもしますが、とてもやりがいのある、そして新しい命が生まれる「オギャア」という中で、非常にやりがいを感じるはずなんですね。非常に充実感、楽しい、お母さんとご主人と赤ちゃんスタッフと産科医で喜び合うという、そういうところをどれだけ研修やなんかで、学生やあるいは初期研修医、あるいは専攻医に、専攻医になればそれは産婦人科を選んでもらうわけですけど、どれだけ感じさせるかってことですけどね。

01 : 35 : 03

これからお産も保険化というか無償化になってくるわけですけど、その中でやっぱりお産を取り上げた医師に、夜中徹してやった、血塗れになってやったという中で評価がないと、やっぱりなり手は少ないです。評価があれば、はっきり言って希望する人は増えると思うんで、そこは小児科や救急科、みんな外科も夜中じゅう応急オペとかいろいろなことやると思いますから、そういう評価がやっぱりあるべきだとは思いますが、いろんな学会で専門医つくっていますが、それが専門医機構に格上げなのか、ある程度標準化されてるわけですけど、全くインセンティブがない、保険点数が専門医だったら2点増えますとか、そういうインセンティブも何もない中で、どれだけこれから先、インセンティブが付いていくのかなという。それが付いていけば、またこういう分布も違ってくると思うんですけど、これは医師の中でなかなか難しい点はあるんですが。なんか勝手なこと言いまして申し訳ございません。

以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。

アンケートの結果で、診療科を選ぶに当たってどのような支援が必要ですかというので、勤務内容に見合った収入というのは、こちらに挙げた5つの診療科全てで1位でしたね。勤務内容に見合った収入を与えるべきだということでしたね。

それからあと、2番目がライフ・ワーク・バランスということですね。一般的にはワーク・ライフ・バランスっていうんですけども、これは都庁内ルールですね。もう一回言いますが、ワーク・ライフ・バランスというのが一般的な言い方ですけど、私もどっちが先かっていったらライフが先かなとは思ってたんですけど、都庁は小池さんがこれで行きますっていうことで、ライフ・ワーク・バランスということらしいです。

あと、ざっと見たところでは、総合診療がキャリア形成とか先行き不安だっていうのが、これだけ特徴的かなと思いました。

あとは、外科についてもどなたかコメントいただけたらと思うんですけども、小平委員、いかがですか。小平委員はもう退席されちゃいましたか。

○小平委員 一人前になるのに時間がかかりますし、ハードワークでもありますので、こういう結果はうなずけるところはあるんですけども、感想としては今度の診療報酬で外科医に対するフィーが設定されましたので、金額としては大したことないんですけど、少し変わってきてくれる、少しそういう動きが出て変わってきてくれるかもしれないと期

待しているところです。

以上です。

○土谷部会長 ありがとうございます。

今年度から外科については医師に診療報酬がちょこっと付くようになったということですけれども、ただ算定要件も結構厳しくて、どこの病院も算定できるわけじゃないってするので、それもまた外科医の偏在のほうを逆に生み出す力が働かないかって懸念されているところですね。

総合診療について何か代弁できる方、今いらっしゃいますかね。いないかな。よろしいでしょうかね。

大変興味深い調査結果だと思いますので、この後皆さんご覧いただけたらと思います。こちら、調査結果を踏まえて医師確保計画の改定に向けていきますということでした。こちらの今日の委員の意見を参考に、改定に向けてやってもらえばよろしいかなと思います。そういう方針でいきます。ありがとうございました。

以上で議事については終了いたします。

01:40:12

あと、残りが報告事項になります。報告事項は4点ですね。

報告事項の1つ目、医師確保計画策定ガイドライン～第8次（後期）について、事務局から説明になります。よろしくお願いします。

○事務局 事務局からご説明させていただきます。

資料は、資料6をご覧ください。

令和8年6月30日に、国より医師確保計画策定ガイドラインが示されました。本ガイドラインにおきまして、都道府県は、本ガイドラインで示す医師確保計画の考え方等を参考に、地域の実情に応じた実効性ある医師確保計画の策定に努められたいということで記載がございますので、今年度、都における医師確保計画の見直しに当たって、これらに従って検討を進めてまいります。こちらの資料では目次のみをお示ししてございます。傍線部分が改正部分となっておりまして、その改正部分につきまして簡単にご説明をさせていただきます。

2ページ目の5-2のところでございます。

5-2-3で、診療科偏在に配慮した医師の確保の方針といったところが追加されてございます。前回までにおきましても、診療科ごとに偏在があるということについては記述はされているんですけれども、地域偏在とは別に項目立てされたという形になります。

5-4のところですが、5-4-6、医師偏在是正に向けた広域マッチング事業ですが、こちらは今年度も日本医師会が受託しました医師偏在是正に向けた広域マッチング事業についてございます。厚労省では、総合パッケージにおきまして、中堅シニア世代を含む全ての世代の医師に対しましてアプローチをして、医師偏在の対策を推進していくということにしております。都道府県においても、これらの事業の連携を図るということ

記載をしてございます。

5－4－7でございます。

医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件ですが、医師少数区域に6カ月以上勤務した医師を、厚労省では医師少数区域経験認定医師に認定しまして、その認定を受けた医師は特定の病院の管理者となることができるといった制度がございます。こちらの制度について、認定に必要な期間が6カ月以上というのが今まで出てたんですが、このたび1年以上に延長されました。こちらの制度に係る都道府県の業務について記載をしてあるというところでございます。

続いて、5－5、医師偏在是正プランの策定でございますけれども、ここは前回の見直し時点ではなかった新たな施策についての記述となっております、項目ごと追加になってございます。

続いて、6番、医師の養成過程を通じた取り組みについてでございます。

ここに記載してある内容につきましては、全く新しい情報というわけではないんですが、内容を更新するとともに他県の取り組み事例など、またデータなどを追記するなどしまして、より詳細な内容となっております。

特に取り上げるとしますと、6－4、必要な診療科の医師育成確保に関する取り組みといったところでは、高齢化進行に伴いまして、地域包括ケアにおける医師の確保、あと総合診療専門医の養成の推進、医師の働き方改革の推進などに触れておりまして、各方面における都道府県の支援の検討を促すという形になってございます。

なお、ガイドラインの全文につきましては、参考資料1ということで、今回の会議資料として添付してございますので、後ほどご覧いただければと思います。

本件についての説明は以上となります。

○土谷部会長　ありがとうございました。

報告事項ですが、こちら、ご意見やご質問ございますでしょうか。

資料6の一番最初のところの抜粋であえて言っていましたけど、都道府県はうんぬんで地域の実情に応じた実効性ある医師確保計画の策定に努められたいと国は言っているということですね。努められたいって、シーリングやめてくれって言ってるじゃないかっていうところですけど。

皆さん、いかがでしょうか。

(なし)

01：45：01

○土谷部会長　よろしいですかね。報告事項です。

じゃ、次に行きます。

続きまして、報告事項の2点目、分娩取扱医師偏在指標および小児科医師偏在指標（令和8年4月版）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。

資料7をご覧ください。

国によりまして、医師偏在指標のほかに、分娩取扱医師偏在指標および小児科医師偏在指標についても令和8年4月版というのが6月末に公表されておりますので、これらの指標につきましてご紹介させていただきます。

まず、分娩取扱医師偏在指標についてでございます。

2ページ目につきましては、こちらは計算方法および使用したデータの内容についてでございます。

次の3ページ目ご覧いただきますと、都道府県別の分娩取扱医師偏在指標でございます。令和8年4月版の順位に従って、その順番で表にしたものになってございます。東京都は令和6年1月時点で全国1位であったんですが、令和8年の4月時点で全国6位となっております。なお、点線の赤枠は、近県の状況となっております。

次の4ページ目は、周産期医療圏別の分娩取扱医師偏在指標でございます。都内の医療圏では、島しょが全国1位となっており、区の東北部および区の西南部が全国の下位に位置するという形になってございます。

次の5ページ目は、都内の周産期医療別の医師偏在指標につきまして詳細を示してございます。それぞれ、令和6年1月時点と令和8年4月の時点を上下に並べて比較できるようにしております。また、指標の計算要素である標準化分娩取扱医師数、これがBに当たります。また、分娩件数がCに当たりますが、それらについても掲載をしてございます。

黄色の部分が、前回と比較して変動が大きかったところでございます。例えば、赤い線を引いたところでございますが、区の西南部におきましては、分娩件数が約2倍以上に増えているため、分娩取扱医師偏在指標の数値が小さくなりまして、今回大きく順位を下げることになりました。

続きまして、次のページから小児科医師偏在指標についてでございます。

6ページ目と7ページ目は、計算方法と使用したデータの内容についてでございます。

8ページ目、都道府県別の小児科医師偏在指標でございます。

令和8年4月版の順位の順番で表にしたものになってございます。東京都は前回に引き続きまして、全国3位となっております。また、点線の赤枠は、近県の状況となっております。

次のページは、小児医療圏別の小児科医師偏在指標となっております。

都内の医療圏は全域が全国の中位以上に位置してございます。島しょは、令和6年1月時点では全国122位だったんですけれども、令和8年4月時点では全国3位になってございます。

次のページは、都内の小児医療圏別の指標につきまして詳細をお示ししてございます。

島しょは赤い線を引きましたけれども、年少の人口が減少したこと、標準化受療比率が大幅に下がったことということで、今回大きく順位を上げるということになってございます。

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。

産科と小児科という話になりますね。

振り返りますと、3 ページ、東京都、産婦人科、分娩取り扱いの医師は令和 6 年は一番当時多かったということですが、令和 8 年になると 6 番目に順位が下がったということですね。後で松本委員からご意見いただきたいなと思います。

01 : 49 : 55

上のほうを見ると、京都、鳥取、石川、山形、山梨ということですね。京都は医師多いっていうのは言われているんですけど、あとの小児科でもそうなんですけど、鳥取県って意外と産科、小児科多いんだなという。

あと、松本委員に聞きたいのはもう一個あって、5 ページ目、区西南部だけ分娩数が著しく増えてる、これ何かあるのかなって。都庁の人もまだ解析が終わってないということなんですけど、ちょっとその辺り、何かあれば教えていただきたいと思います。

あと、小児科については、東京都は 3 番目ということ。令和 6 年も 3 番目だったのが令和 8 年も 3 番目だったということですね。上にいるのが鳥取県ですね。鳥取県、小児科、産科も多い。塙先生からコメントいただきたかったですけど、今日はいらっしゃらないということで、松本委員から全体的な印象と区西南部の分娩数が多かったことについてコメントいただければと思うんですけど、松本委員、いかがでしょうか。

○松本委員 ありがとうございます。産婦人科の松本でございます。

産科取り扱い医師は基本的に高齢化しながらだんだん減っていく中で、先ほどの研修医や専攻医のように若手の医師は産科を選択する方が少ないという中で、こういう変動が起きてるんだと思うんですけど、特に島しょ部は産科施設はなくなったはずなので、島しょ部の人や小笠原の方は分娩近くなると都内に移動して、都内っていいですか、島しょ部から東京の中に移動してお産されてるということで、ちょっとこの指標がそういう意味ではあまり意味がないかなという気はするんですが。

大したコメントできなくてすいませんが、そんなところです。

○土谷部会長 先生、区西南部で分娩の数が統計上すごく外れ値のように増えているんですけど、何か印象ありますか。

○松本委員 分からないですね、これは。229%っていうやつですか。

○土谷部会長 ええ。分娩数が非常に増えているんですね。なんかこれ、不自然だなと思うんです。

○松本委員 妊娠中期の、要するに流産、中絶も分娩に入ってるんじゃないかな。

統計上、12 週過ぎると中期になって、それ、分娩の手当も出ますし、分娩のケースに入ってるんじゃないですかね。それがかなり人口的な部分がある、埼玉や千葉や隣接県から入ってきて数が増えちゃってるっていうことは、バイアスとしてあると思います。ほんとの意味での西南の分娩が増えたというわけではないと思います。

○土谷部会長　そうですか。ありがとうございます。

01 : 54 : 59

○松本委員　じゃないかなと思うんですけど、東京都の情勢もありますからね。隣接、都県境の隣接してるところからはかなり流入してるんですよ。そういうファクターが入っちゃって、こういう異常な数値が出てるんだろうと思います。

今しゃべってることが本当にそうかは分かりませんが、統計の取り方が分娩は中期に入ってるのは分娩に多分数えられてるので、多分そうなってるんじゃないかなと思います。

○土谷部会長　可能性としてのお話ですけど、ありがとうございました。

ほか、コメントありますでしょうか。よろしいですかね。

(なし)

○土谷部会長　あと、島しょの分娩について、八丈は今年の4月から分娩できなくなるということとなりますので、確かに松本委員おっしゃるように、この指標、島しょの分娩については意味を成さなくなってくるのかなと思います。

そうしましたら、資料7の報告事項2点目は終了いたします。

続きまして、報告事項の3点目、新たな地域医療構想の検討について、こちらも事務局からご説明をお願いします。

○事務局　事務局でございます。

資料8をご覧ください。

こちらは、令和8年の7月10日に実施されました、令和8年度第1回東京都地域医療構想策定部会の資料となっております。かいつまんでご紹介させていただきます。

こちらの会議では、東京都保健医療計画の円滑な推進を目的とした会議となっております。今年度取り組む新たな計画の策定に向けた方向性をお示ししたものとなっております。詳細は後ほどご覧いただければと思いますけれども、5ページご覧いただきますと、今年度、東京都において検討すべき事項となっております。

④人材確保とございますけれども、医療機関機能を踏まえ、区域ごとに必要な医療分野、医師数、人的協力の在り方を把握、検討。また、大学病院本院の人的協力や医師確保計画、地域医療対策協議会との連動を協議について挙げてございます。

また、具体的なスケジュールが、だいたい後ろなんですけど、25ページにございます。8月から10月にかけてまして、地域医療構想策定部会が4回程度実施され、検討が進められることとなっておりますけれども、それと並行しまして、こちらの医師部会におきましても、医師確保に向けた検討を進めるということにしておりますので、委員の皆さまにおかれましては引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

本件につきましての説明は以上でございます。

○土谷部会長　ありがとうございました。

私も担当してますので、少しコメントいたします。

これまでの地域医療構想は 2025 年、つまり昨年が目標年でありました。もう終わりましたので、これで終わりかと思ったら、新たな地域医療構想というのができて、2040 年を目標に頑張っていきたいということになりました。

今度の地域医療構想は重み付けが随分上がったということで、今までは保健医療計画の中で地域医療構想を議論するということがあったんですけど、その立場が逆転して、保健医療計画の上に地域医療構想、そりゃ言葉的にもそうですよね。構想を練って、それに基づいて計画して実行していくという自然な流れに言葉上もなったということです。今まで保健医療計画が大事だったんですけども、その上の概念として地域医療構想が位置付けられているということです。ですので、皆さんの地域医療構想でのご意見はより重要になってくるというところです。

中身についてはいろいろありますけども、ちょっとだけ紹介したいのは 16 ページ、こちらですね。私はびっくりした数字だったんですけども、新たな地域医療構想を策定するに当たって、東京都が都内の医療機関に、医療機関というか病院ですね、調査を行いました。病院の経営状況とかと相まって、都内の医療トレンドは今後どうなっていくのでしょうかというのを調査したところです。これが皆さんのところで黄緑色とグレーの折れ線グラフになっているところですよ。

02 : 00 : 25

今までは高齢者救急とって、高齢人口が増えるから、団塊の世代が全員後期高齢者に昨年なりましたから、医療需要は増えるんじゃないか、高齢者の医療需要を押し上げるんじゃないかというふうに思っていて、灰色のように 2025 年以降も増えるんじゃないかというふうにみんな思っていたというところですけど、けど、本当にそうかってよくよく考えて教えてくださいって調べて調査すると、疾患別とか、この疾患は減るんじゃないかとかいろいろ加味して考え合わせると、黄緑色の線のように医療全体の入院患者数推移するんじゃないかって。

入院ずっと増えていくかと思ったら、平均在院日数は短くなるし、例えばここの中にはありませんでしたけれども、特に著しく減るだろうって思われてる領域があります。

例えば悪性腫瘍ですね。手術による入院も平均在院日数どんどん短くなってます。あるいは、化学療法、入院してやってたのが外来に移ってます。ですので、悪性新生物については入院がすごい減るんじゃないかと言われてます。

それからあとは、精神科も減るんじゃないかっていう話が出ていました。

それからあと、3 つ目、循環器疾患、こちら大きく入院は減るんじゃないかと予想されてますので、そういった特にその 3 つでしたけれども、全体的に入院需要、東京都においても減る可能性があるというのが今回の調査で出てきたところです。16 ページのこの資料は、私は衝撃をもって受け止めたんですけど、これだけ皆さんご承知おきください。医療需要が増えるんじゃないかと思ったら、そんなでもないかもしれないという調査結

果ですね。

ということで、生成A Iを使った絵とかもありますけど、新たな地域医療構想についてのご報告、あと、東京都も生成A I活用されてるという。

地域医療構想、もう一個だけ付け加えると、毎年、地域医療構想調整会議っていうのは、今までずっと年に2回ずつずっと行われていましたけど、今年は策定する年ということで、年3回を予定しているということです。新たに地域医療構想策定するのが、国は2028年まででいいよって言ってるんですけど、東京都は2026年度という、つまり今年度中にやっちゃいますということです、関係する方はどうぞよろしくお願いしますというところです。

私からは以上です。

ということで、あと、ほか、コメントございますでしょうか。コメント、ご意見あれば。
(なし)

○土谷部会長　じゃ、よろしいでしょうか。

そうしましたら、最後の報告事項になります。

報告事項の4点目、令和9年度医師臨床研修の募集定員の配分結果の報告についてです。事務局からお願いします。

○事務局　事務局でございます。

資料は、資料9をご覧ください。

令和9年度開始の臨床研修に係る各病院への定員配分の結果についてでございます。

令和9年度開始分の定員配分につきましては、本資料の4ページ目、最後のページに、昨年度の医師部会にて協議させていただいた配分方法を載せておりますけれども、そちらの配分方法に従いまして、各病院へ配分を行い、各病院宛てに配分結果を通知してございます。配分の詳細につきましては本資料のとおりでございますので、ご確認いただければと思います。

簡単ですが説明は以上でございます。

02:04:54

○土谷部会長　ありがとうございました。

この中では個々の医療機関何人とかいうのもあるでしょうけれども、皆さんのお立場であれば全体でどうなっているかっていうトレンドを見ていただけたらなと思います。資料9の一番上のところですね。臨床研修定員ですので、卒後1年目の人たちですね。令和8年度が1,254人だったのが1,241人に13人減るということですね。13人というのは1%ということですね。毎年1%ずつ減らされてると。あえて減らされてると言いますけれども、毎年1%ずつ減ってるのが東京の臨床研修の実数ということは皆さんご承知おきいただきたいなと思います。

こちらについてご意見ございますでしょうか。臨床研修行っている先生からも、数値だけじゃなくてもよろしいですけど、よろしいですかね。

(なし)

○土谷部会長 ご報告ということで承りました。

本日の報告事項は以上となります。皆さん、どうもありがとうございました。

最後は、地域医療対策協議会のオブザーバーの廣部先生からコメントいただきたいと思います。

廣部先生。

○廣部オブザーバー 土谷部会長、委員の皆さま、協議ありがとうございました。

本日は、主にシーリングに関する、東京都から国に出す意見書について検討していただきました。アンケート調査でもシーリングに対する影響が具体的に示され、それらを反映した意見書を検討していただいたと思います。ありがとうございました。

これからも、委員の皆さんのご協力、よろしくお願いします。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。委員の皆さん、どうもありがとうございました。

これで私の役割は終わりですね。事務局へ進行をお返しします。

○医療人材課長 土谷部会長ならびに委員の皆さま、本日は誠に長時間にわたりご議論いただき大変ありがとうございました。専門研修につきましては、国に対してしっかりと意見を伝えていきたいというふうに考えております。よろしくお願いします。

それでは、以上をもちまして、令和8年度第3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。

次回の医師部会は令和8年8月26日を予定しております。ご出席のほうをよろしくお願いいたします。本日はご参加いただき誠にありがとうございました。

○一同 ありがとうございました。

02:08:00

(午後 6時49分 閉会)