

規制改革会議 医療タスクフォース 議事録（第3回）

1. 日時：平成 21 年 7 月 30 日（木）10:30～11:55
2. 場所：永田町合同庁舎 4 階 408 会議室
3. 議題：メディカルスクール及び医師養成について
4. 出席者：

（厚生労働省）

医政局医事課長

杉野 剛 氏

（文部科学省）

高等教育局医学教育課 課長補佐

樋口 聰 氏

（規制改革会議）

松井主査、阿曾沼専門委員、土屋専門委員、長谷川専門委員

○事務局 ただいまから第3回医療タスクフォースを開催させていただきます。

本日はお忙しい中、厚生労働省さんと文部科学省さんにお越しいただきました。直前の依頼にもかかわらず、お受けいただきましてありがとうございます。

本日のテーマとしましては、「メディカルスクール及び医師養成」についてですが、こちらは昨年10月27日にも一度意見交換しているテーマでございます。

ただ、今回いわゆるあじさい要望で、具体的にメディカルスクールの設置というご要望が挙がってきたことも踏まえて、実際に民間からのニーズということがありましたので、ちょっと急ではございましたけれども、あじさいの一次回答を受けてタスクフォースを開催させていただきました。

併せて、関連する事項といたしまして、来年度の医学部定員増の背景、考え方及び今後の医師養成の考え方ということについてもお話をお聞かせいただければと思っております。

進め方といたしまして、まずテーマの1のいわゆるあじさい要望のメディカルスクールのところと、それから2、3の医師養成ということで分けて意見交換したいと存じます。最初に、今般の規制改革要望、あじさい要望の一次回答につきまして簡単に御説明をいただければと思います。よろしく願いいたします。

○樋口課長補佐 それでは、説明いたします。文科省医学教育課の樋口でございます。よろしく願いいたします。

今回の要望の件でございますが、お手元にこちらの方で御用意した資料のとおりでございます。この要望をかいつまんで、この趣旨を私どもはどう理解しているかということをごまぜ申し上げておきます。

メディカルスクールということに関しては、医学部以外の4年制大学卒業生、これが医療への献身的な心構えというものを持ち、人間的にも成熟した学生を選抜して受け入れられる可能性があるということから、こうした医学部以外の4年制大学の卒業生を入学させ、4年間の徹底した教育カリキュラムを通して、医学の修了者に医師国家試験の受験資格と

医学博士の資格を与える。こうした制度の創設というものを目指している要望というふう
に理解してございます。

この件につきましての一次回答を文部科学省、厚生労働省と共に作成してございませ
けれども、制度の現状に関しましては昨年もこの場でさまざま御議論を頂戴いたしました
ので、また繰り返しになってしまうところがございます。

ただ、この要望について、2つの事項の規制の改革というものを求めているわけござ
いませけれども、その1つは大学院設置基準の第32条というところでございます。この要
望の趣旨は、医学部6年制の修業年限を経た者以外の門戸を開いて、当該履修するカリキ
ュラムを医学のカリキュラムに改変するという狙って、この規定の改正を要望する
ものでございませけれども、制度の趣旨を申し上げれば、この大学院設置基準第32条とい
いますのは大学院の修業年限、これは通常5年でございませけれども、これを4年とする。

つまり、修業年限の特例を定めたものでございまして、6年制の医学部、いわゆる医学
科を卒業した者に入学を限るというものではございませせん。今でも、4年制の医学博士課
程に医学部医学科を卒業した者以外の人間が多く入っているというのが現状でございまし
て、そうした点はございませ。

ただ、他方で医師法に関してはここに掲げていますように「医学の正規の課程」には当
たらず、当該課程を修めた者に医師国家試験は受験資格を与えられないということござ
いませ。この件に関しまして昨年も議論をいただいたとおり、この現行制度におきま
しても医学部以外の学部を卒業した者が正規の課程である現行の医学部に、例えば途中年次、
2年次ないしは3年次に入学して卒業する編入学制度というものを通じまして、この医学
部医学科卒業生以外にこうして医療への熱意を持った人間を受け入れる手というものは可
能となっております。

こうしたことから、このこと自体の大学院制度の創設ということに関しましてはその対
応が困難ということでございませけれども、昨年来もこの件は御議論がございましたと
おり、現行制度の学士編入学というものを推進していくということでございませ。

なお、本件に関しましては、昨年この場において御議論を頂戴いたしました。その場
で議論を頂戴したものを申し上げますと、「医学部以外の多様な人材を養成課程に受け入れ
る医師養成について、欧米や韓国など、諸外国における新たな教育の仕組みなどを参考に
検討すべきである」という趣旨の決定をいただいているところでございませ。

この件に関しましてのこれまでの進捗に関してでございませけれども、お手元に「医学
教育の国際間比較」というパワーポイントの資料をお付けしていると思います。これは、
私どもこうしたことを踏まえまして、ここに記載したのは東京医科歯科大学の奈良信雄教
授に、日本におけるメディカルスクール制度導入課程の検討も含めた医師養成制度の国際
比較と、学士編入学の評価に関する調査研究というものを委託いたしました。今年の3月
にその調査結果をいただいて、実は後段に後で御説明申し上げますけれども、本年5月ま
でにかけて、実は医学教育内容の検討を行ってきた際に、この奈良先生にプレゼンをお願
いしてヒアリングということで、国際比較という観点を含めた御議論をお願いしたときの
資料でございませけれども、ここから幾つかのスライドを抜粋いたします。

1つは、この結果によって見えてくることは、海外の医学教育に関しましては日本型の高卒型、先生方が御承知のとおりのアメリカのメディカルスクール型のほか、併存型と言いまして、高卒のアンダー・グラジュエイト入学ということと、グラジュエイト・エントリーという2つのものが併存する形、イギリスやオーストラリア、韓国もこの類型に当たるわけでございますけれども、そういった3つの類型があるわけでございます。

それで、御指摘いただいた韓国の例でございますけれども、この4枚物のペーパーの4枚目のページをお開けいただければと思います。高卒入学・学士入学併存型の医学教育システムの3つ目の類型でございますが、これはオーストラリアの例を下のスライドの方に付しているところでございますけれども、これは専らアンダー・グラジュエイトコースとグラジュエイト・コースの2つが併存する形で、基本的には一緒の教育を施しております、学位といたしましては両方ともバチュラー、学士相当のディグリーということになっておりまして、それをもって双方とも医師国家試験の受験資格を同等に付与しているという形でございます。

こうしたことをさまざまな国際比較、アメリカ型と日本型、それからその中間をいく併存型がございますけれども、日本の場合は基本は高卒型と言いますが、この第3の類型であります学士入学というものも現在推進しております、日本においてもこの第3の類型に近いものであるというふうな認識を持っておるところでございます。

○長谷川専門委員 第3の類型ですか。

○樋口課長補佐 第3の類型というのは、高卒と学士入学が併存するパターンですね。昨年も御説明申し上げましたけれども、日本においても学士編入学という形で医学部以外の卒業者が医学部に入って医師になる道を開いていくということでございますので、全くドイツのように学士入学というものがない国とは違うわけでございます。

○長谷川専門委員 一部でもあるから、第3類型ということですか。

○樋口課長補佐 基本は第1の類型ではありますけれども、第3の類型も取り入れるといったような形になっていると私どもは認識しております。これは東京医科歯科大学の奈良先生の調査結果のプレゼンでございますので、日本は第1の類型と言われているわけでございますけれども、私どもの認識としましては日本も第3の類型を持っているものと思っ

いたがって、こういった調査研究を行って、しかるべきこの結果は後ほど御説明申し上げますけれども、医学教育の内容の検討というものを私どもの方でこの2月から5月までにかけて行いましたので、その検討の過程の中で検討に付したということでございます。以上でございます。

○長谷川専門委員 学士入学は何人くらいいらっしゃるのですか。

○樋口課長補佐 平成21年度現在で252人です。

○長谷川専門委員 それは途中に編入されたという方ですか。4大を出て、6年制の1年から入っているのではなくて。

○樋口課長補佐 それは全くカウントされていません。中には受け直している方もいらっしゃいますけれども、それはカウント外です。2年次ないしは3年次に入学された方、大学

制度においては編入学卒で入学された方をこの252人のカウントとしています。

○松井主査 内訳も教えて頂けますか。例えば、どこの大学に何人が編入というデータがあるはずだから、後でいいですので、詳細報告をお願いします。

○樋口課長補佐 では、それは後ほど。

○長谷川専門委員 今のロジックだと、学士入学だけを取る学校があっても悪くないのですよ。

○樋口課長補佐 学士入学だけを取る学校があるということはないです。

○長谷川専門委員 論理からいけばですね。

○樋口課長補佐 これは医学に限った話ではなくて、全体の大学制度上は1年次入学定員というものを前提とした4年制ないしは6年制の課程を編成するというを前提といたしまして、編入学卒というものを設ける大学にあっては編入学卒というものを設けてもいいという、ある意味で特例的な付加的なものでございますので、前提としては学士入学だけの大学というものを想定しているわけではございません。現状の大学制度全般の解釈としては、そういうことでございます。

○長谷川専門委員 全体の定員枠に対する編入学の何か条件とかはあるのですか。

○樋口課長補佐 その条件はございません。

ただ、1年次入学卒というものが全くない大学というものは、全体的に想定していないということだけでございます。

○阿曾沼専門委員 聖路加のおっしゃっていることは、むしろ制度的に学士入学制度と一緒にということ以外に、やはり教育の在り方だとか、カリキュラムの構成だとか、そういったことについてすごく重きを置いていらっしゃると思うんです。

学士入学制度の現状というものを当然お分かりになった上でこの御提案をされているんです。この調査では、カリキュラムの在り方などについて各国がどういうカリキュラムで、またどういう養成のプログラムでやっているかという調査はされていらっしゃるんですか。

○樋口課長補佐 これは概略でございますので、そのディテールについても調査してございます。そこで浮かび上がってくるといいますのは、アメリカのメディカルスクール型と日本の今の医学教育を比較してみますと、アメリカの場合には相当なある意味ではけたが違いくらいの教員スタッフがいます。

したがって、大学院であるか、学部課程であるかという問題よりは、実はどれだけの手間をかけてその医師を育てるかという要素が非常に大きいんだということが、併存型のさまざまなカリキュラムを持っている国からの意見で浮かび上がってくことでありまして、そこはディグリーがドクターであるのか、バachelorであるのかという問題ではない次元でさまざまな在り方があるということだと認識しています。

○松井主査 学士編入があるから現行制度で問題はないという回答になっているけれども、逆に聞きます。では、聖路加が提案しているようなメディカルスクールを導入することによる問題点を挙げてください。それが妥当かどうかは皆で判断します。現状がどうかというのはもうわかっているんです。この奈良さんの研究も現状がどうなっているかという参考資料であって、我々の第3次答申で「検討すべき」とした内容を、これをもって検討し

ているとは私は認めません。

その一つの具体例として、聖路加がメディカルスクールを提案しているんですから、その問題点を書いてください。「こういうことで問題だからできない」ということを、そちらの方で挙証してください。

○阿曾沼専門委員 非常に単純な論理で、こういう御要請がきています。確かに現行の仕組みはわかりました。

だけど、聖路加のご提案はカリキュラムを含めて、また教員の体制も含めての御提案だと思いますから、この提案だと例えば日本の医学教育が崩壊するのか、しないのかという見解とか、このご提案の課題等をきちんと整理をして、客観的、合理的な説明をしていただきたいということです。

○松井主査 我々は、これを拒否する理由の説明を求めているんです。

考え方はノーアクションレターと同じです。「だめだ」と言うんだったら、その理由を教えてください。

○阿曾沼専門委員 それから、厚生労働省のおっしゃる、いろいろヒアリングをして、いろいろな先生方が反対している、だからだめだという理由は、もう納得しないです。

○松井主査 文科省としてメディカルスクールをだめだとする理由を挙げて欲しいのです。それを国民に説明して下さい。

○樋口課長補佐 それは、医療政策上の問題もありましょうし。

○松井主査 医療政策上の問題などという曖昧な回答ではなく、具体的にだめな理由を言ってください。

○樋口課長補佐 私ども文部科学省として学位制度、大学制度という観点から1つ申し上げることは……。

○松井主査 ですから、「1つ申し上げること」ではない。あじさい要望の第1次回答で「C」と書いてある。この回答を見直して欲しいと言っているんです。それが出来ないのであれば、その理由を具体的にご説明頂きたい。

○事務局 あじさいのスケジュールだけ言いますと、この一次回答を各省庁からいただいたものを要望者の側に一度フィードバックをして、再回答要望をしたいということであれば御意見を伺った上で、今のところのスケジュールですとお盆明けの21日に2次回答の依頼をさせていただく予定になっております。

○阿曾沼専門委員 例えば、東京都での議論の中で誰がどういうことをおっしゃって、どういう理由で言ったということは我々も全部承知済みなんです。その意見に関しては我々は納得していないんです。その上でより客観的、合理的に拒否をするという理由をきちんと述べてほしいと思います。

○松井主査 挙証責任はそちらにあるんです。提案を拒否しているんだから。ボールを投げ返すことを拒否したわけですから、その理由を述べよということです。

○杉野課長 当然これは私どもと連名でありますので、私どもとしても一緒にこの問題について考えておりますけれども、少なくともメディカルスクールの問題については、それがすばらしい、メリットがあるんだという御意見と、メディカルスクール制度についての批

判的な御意見も関係者の間にはあるというふうに理解しておりますので、そのことを具体的に書いて改めてお示しをして御意見を頂戴したいと存じます。

○長谷川専門委員 賛成反対意見の対比表は不要です。

○松井主査 当局として結論を出すんでしょう。両論併記して、こういう考え方もある、ああいう考え方もある。では、両論併記しておいて、なぜ結論は「だめ」なのか。両論併記した上で「だめ」とした理由があるでしょう。メリットとデメリットを天秤にかけて、デメリットの方が大きいと判断したわけでしょう。

では、それはどのぐらい大きいのか。一方で得られるべきメリットを排除するわけですから、それに対して、一体どう措置するのか。こういったことも全部含めて、結論を出すのはそちらですから、それを回答に盛り込んでほしいということです。

○杉野課長 できるだけそのようにしたいと思います。

○阿曾沼専門委員 教官の数とか、質の問題とか、財政の問題とか、いろいろ視点があると思います。そういったことを一つひとつ具体的におっしゃっていただいた方がわかりやすいと思います。

○長谷川専門委員 ただ、例えばアメリカでの教育のマンパワーと日本を比較してもしようがありません。文科省の設置基準では教員の定員はアメリカとけた違いの話なんです。

そうじゃなくて、例えば聖路加国際病院が用意すると言っている教員の数であるとか、財源だとかは少なくともヒアリングを我々がした限りでは、一般の大学医学部と比べて遜色ないというふうに我々は判断しました。だから、個別事例のリソースの話はまたそれはそれで一つあると思うし、制度としてメディカルスクールを認めないというのであれば、松井主査がおっしゃったような形でやはり我々にわかるように御説明いただきたいと思います。

あとは、今のお話でも編入学は正規の課程があつての例外事項である。通常、そういった説明をされた場合に、第3類型に入れるということはありません。御存じだと思うのですが、第3類型は一方を前提に編入学という発想ではないんです。両者は並列です。だから、それは御説明としてお聞きしていてやはり納得いかないし、分類としては奈良先生の分類が正しいと思います。

○阿曾沼専門委員 そうですね。奈良先生の分類が正しくて、樋口さんがおっしゃった、だから3類型になっているという結論は全く納得できないですね。それがもし文部省の見解であれば、正式にその見解として述べてください。

○松井主査 そうですね。正式に述べてください。それは文科省の見解として記録に残りませんから。

○事務局 メディカルスクールにつきましては今、言ったようなことで、また二次回答要望を出させていただきますので御検討いただければと思います。

事務局から1点だけお尋ねします。3か年計画の再改定では、先ほど読み上げていただきましたけれども、「多様な人材養成課程における医師養成について諸外国の仕組みを参考に検討する」というのが20年度検討開始で21年度結論ということですが、先ほどの御説明では21年度結論ということで、もう結論が出ているということでしょうか。

- 松井主査 どのような検討をした上で結論が出たんですか。
- 事務局 私どもは、検討を開始されているんだと思っていて、今年度中に結論を出していただけるだろうと思っていました。
- 一方で、回答の分類がC回答ということで、整合性で言えば検討中であればB回答ということなんだろうと思っていたんですけども、そことの関係で言うと既に結論が出ている。結論が出たからCだということではよろしいのでしょうか。
- 松井主査 注意して発言してください。すごく大事なことを聞いているんです。これは記録に残します。「検討する」と閣議決定したわけですが、現在も検討中であればあじさい要望の第1次回答との整合性がとれない。その点はどうなのかと聞いているんです。責任を持って答えてください。
- 樋口課長補佐 文部科学省としては、この3か年計画を受けて諸外国の医師養成システムについての検討を依頼いたしまして、その結果をこの過程で3月末にいただいたわけでございます。
- 松井主査 それは、委託した研究ですよ。これをもって「検討した」と仰るんですか。
- 樋口課長補佐 それを踏まえて、これは後で御説明申し上げますけれども、現行の医学教育内容の検討というものを今年度の頭に行っておりました。5月に結論は出ているわけですが、その検討の過程の中で奈良先生にもお越しいただいて、この検討の結果、この方以外にも複数の方のヒアリングをいたしましたけれども、そうしたことを踏まえて5月の結論を得たということでございます。
- 松井主査 結論を得たんですね。
- 阿曾沼専門委員 すみません。もう一回聞いますが、メディカルスクールについては結論を得たんですか。措置困難であるという結論を委員会で得たんですね。
- 松井主査 あなたは、重大な発言をしているんですよ。
- 樋口課長補佐 そのことと、今回の要望のことは厳密に言えば違うわけでございます。
- 松井主査 だけど、関連していますよね。
- 樋口課長補佐 関連はしています。
- しかし、多様な養成課程という観点で諸外国の養成制度というものを比較した上で現行の医学教育に関する検討を行う。このプロセスで見れば、そのプロセスにのっとって私どもはしたわけでございます。
- ただ、この要望というのはこの後にきましたものですから、ではそれはその要望を前提としたことかと言われれば、当時未来のことを予測することはできていませんから、それは違う次元の問題であります。
- 阿曾沼専門委員 さすがに官僚ですね。なるほど。そういう言い方をするわけですね。困ったものですね。
- 事務局 チェックしていなくて申し訳ないんですけども、検討会とか審議会とかをこの検討に際して特設設けられたりしたんですか。
- 樋口課長補佐 医学教育カリキュラムの検討ということで、「医学教育カリキュラム検討会」というものを設けて、これはこの問題だけではございませんけれども、教育内容の在

り方というものを検討してまいったわけでございまして、この2月からこの5月までにかけて検討を行いました。

○事務局 ちょっとずれるかもしれないんですけども、本日の意見交換も受けまして提案者側とコンタクトしなければいけないルールになっているんですが、これは仮定の話ですけども、聖路加がこれだけの御提案をされてきて結論を得たということであったという御説明を今いただきましたが、例えば構造改革特区みたいなパターンで提案を今後聖路加さんがされるとなった場合には検討の余地はあるのでしょうか。法的な法改正ではなくてですね。

○樋口課長補佐 仮定の話についてどうこう申し上げられるような立場にはございませんけれども、我々のスタンスに関しましては同様のことであろうと思います。

○松井主査 構造改革特区というのがどういう意義を持つものか、わかった上で答えているんですか。

○樋口課長補佐 要するに、全国一律ではなくて、特定の区域なりに限ってその特例を認めることが可能かと。

○事務局 ある意味、実験的な試みでやるということですが。

○松井主査 あれば、現行の法令はとりあえず横に置いてという趣旨の制度ですから、「法令がこうだから認められない」とはならない。だから構造改革特区なんです。言ってみればカテゴリーが違う。

今、それでも認められないと言った根拠は何ですか。

○樋口課長補佐 先ほど杉野課長からもお話がございましたとおり、このメディカルスクールの問題に関して言えばさまざまな意見があるところでございまして、その辺の回答の仕方というのはこの二次回答のところでもまた具体的にお示ししていくようなことも検討してまいりますけれども、我々は学位制度から申し上げれば、一つの医師養成課程というものが片や学部卒業、学士というものと博士というものの2つが存在するということが生じるわけでございます。

全国すべてメディカルスクールになるんだという話であれば、またそれは違った次元の問題としてだと思えますけれども、今回のような提案のケース、または特区で出されることがあるのであればその場合も含めてのことでございますが、そうした場合は医師というものの肩書きを持った者の学位が2種類存在することになります。

これは、他方で大学院の問題から言えば、現行でも例えばがんの専門医は大学院のこの博士課程の修了というものを要件としているような専門医、認定医というものもあります。したがって、当然に医師免許というものを持って、更にその専門的な資格、これは学会がつくっている資格ではありますけれども、そういった資格というものを基礎として深淵なる高度な専門職教育ということを行っている大学院が片方である一方で、ある大学院はその基礎的な医師免許の養成課程であるということで、1つの学位が保証する能力というものが完全に2つに分かれてしまうという問題。

更に、医師という側面から言えば昔、これは医療関係者が言うことですけども、かつて戦前、戦中にあった医学専門学校と大学卒の二重の養成制度がもたらすような、今度は

それが学部と……。

○阿曾沼専門委員 先ほど言ったように、そういう議論は全部我々は承知しているんです。承知した上で言っているのだから、オウム返しのようにおっしゃっていただかなくて結構なのですが、もう一つ確認をしたいんです。

3か年計画の中で、先ほど欧米や韓国など諸外国の新たな教育の仕組みの参考を検討して、21年度に結論を出すと言って結論が出ましたと。

結論が出ましたというプロセスの中で、メディカルスクールというアメリカの医学教育のシステム、メディカルスクールという類型も検討された上で、メディカルスクールはやらないという結論を得たというふうに私は先ほどの回答を理解したのですが、その理解でいいですか。もしそうでないのなら結論を得たというのは、何の結論を得たのですか。

○樋口課長補佐 メディカルスクールということが、今回の規制改革の3か年計画の中に明示されているわけではございません。当然、諸外国の国際間比較の中にはそうしたものも入っています。

○阿曾沼専門委員 だから、それは検討の対象になっていますね。

○樋口課長補佐 検討の対象といいますか、調査の対象にはなっています。

○阿曾沼専門委員 わかりました。それで、調査の対象になってどういう結論を得たのですか。先ほど、結論を得たとおっしゃったのは、何の結論を得たのでしょうか。

○樋口課長補佐 まず、この調査研究を行いまして21年3月、これは必要な問題は後で抜粋を申し上げますけれども、さまざまな国の比較を行った上で、この調査研究の結論としては現行のメディカルスクール……。

○松井主査 調査研究の結論ではなく、当局としての結論を教えてください。

○樋口課長補佐 承知しています。前提として、調査研究の結論としてはメディカルスクール制度については慎重な対応が必要であるというような結論でございました。そうした結論も踏まえといいたいでしょうか、踏まえるのは違いますが、その結論もありまして、そうしたこともその調査研究も踏まえた医学教育の内容の検討の際に検討に御出席いただいて。

○阿曾沼専門委員 今おっしゃったのは、慎重に検討するという結論を得たということですね。わかりました。今そうおっしゃいましたね。慎重に検討する。慎重に対応をなさいという結論ですね。それは別に措置としてCという結論を出すという回答されたということには直ぐにつながらないんじゃないですか。

では、慎重に検討した理由についてきちんと御説明いただきたいという風に議論が元に戻るんです。

○樋口課長補佐 すみません。正確に申し上げれば、現時点で日本の医学教育においてメディカルスクールへ全国的に導入することの是非については慎重さが求められるものと考えられるというのが調査研究の結論でございます。

○阿曾沼専門委員 調査研究の結論ですね。それで、文科省当局の結論はどうなんですか。21年度3月に向けて、まだ検討中という理解でいいんでしょうか。メディカルスクールのご提案が出てきたのはその後の話だということですが。そうじゃないんです。その議論の

検討中に出てきたんです。今年度検討すると言っている中で出てきたんですから、別にこれをまた俎上に載せて検討することは可能なんじゃないですか。

○樋口課長補佐 そこはどうなんですか。

○松井主査 こちらが聞いているのです。これからまだ検討することが出来るのではないかと。しかし、回答を出してしまっている。「だめだ」という結論を。

○樋口課長補佐 だめだという結論……。

○松井主査 「C」というのは「だめだ」という意味でしょう。

○樋口課長補佐 それはそうです。

○松井主査 では、その思考過程、結論に至る過程を回答に盛り込んで欲しい。それは、この規制改革会議の閣議決定の文言に絡んでくる。

○阿曾沼専門委員 我々は、誰が言ったからだめなんだとか、こうだからだめなんだということをおぼえているんじゃないんです。どういう課題があるんですか。課題をきちんと挙げてください。その課題は解決できない課題なんですか。対策を取れば解決できるんですか。もしくは、医療の崩壊とか教育の崩壊が起こるんですか。そういうことについて、ちゃんとした文科省の見解をいただきたい。もし駄目だというのであれば、合理的かつ客観的な回答をいただきたい。

○松井主査 この方向からのアプローチはもう厚労省及び文科省としては考える余地はないという結論が出たんだとしたら、それはそれでいいです。当局としてそういう結論を出したということであれば、最後は政治が判断することだ。

ただし、言っておくけれども、その判断を下した当局の責任は免れない。この道を断ったんだから。

びっくりしました。「検討をして結論を得る」と三次答申で閣議決定したんだけれども、当会議の知らないうちにこういうレポートを出して、審議会を開催して、その報告も一切こちらに入ってこないまま「結論が出ちゃいました」とは。閣議決定ってそんなに軽いものなのかと、びっくりしました。

事務局、今までの審議会だとか、そういうところの過程について報告を受けていますか。

○事務局 すみません。私ども事務局の方では、関連審議会を極力チェックして傍聴なり情報収集なりするにはいたしておりますけれども、この点は漏れておりました。

○松井主査 まず、その手続き上の問題だけでも大変なミスではないですか。両省間で合意の上で閣議決定した内容について、当局から規制改革会議の事務局に対して、こういう審議会を開いていて、こういう議題について議論をしているという情報提供もせずに、なおかつあなたの言うことをもし信じるんだとしたら、そこで既に結論が出たと。これは、大変なことだと思います。

○樋口課長補佐 通常で申し上げますと、この規制改革の3か年計画は恐らく半年くらい後に確かにフォローアップ、調査がきますね。その過程の中でその進捗というものを明らかにしていくようなプロセスだったと理解しています。

こういった要望が出ましたので、こういった会が催されているわけでございますけれども。

○松井主査 あじさい要望の一次回答が「B」であれば、「まだ検討中」だとか、「こういう問題があるからもう少し整理させてくれ」と言うんだったらわかります。

でも、ここではっきり「だめだ」と言っているんです。それも、規制改革会議が全く関わらないところで結論づけている。

これは一次回答ですから、二次回答で変えてもいいです。そのことを十分考慮した上で二次回答してください。

○事務局 それでは、メディカルスクールのところにつきましては、具体的なあじさい要望ですので、また二次回答のところでも御検討していただくとして、もう一点、それに直接関連するというものでもないんですけども、メディカルスクールが出てきた背景の1つに医師不足ということもあるかと思ひまして、昨年10月のときにも一緒に意見交換させていただいた医師養成の部分ですね。ここについては、来年度の医学部定員増のお話がニュース等で報じられておりますし、来年度の医学部定員だけではなくて今後の医師養成の考え方というものが何かございましたら御説明をいただきたいと思っております。

本日は資料をお持ちいただいておりますので、まずそちらの御説明からお願いしてよろしいですか。

○樋口課長補佐 御説明申し上げます。今日お配りしました「平成22年度における医学部入学定員の増員について」という2枚物のペーパーがございますけれども、これに基づいて少し説明させていただきます。

昨年もこの規制改革会議の場でこの件の御議論がありました。先ほどの事務局の御説明のとおりでございます。この過程においては、長期的に安定した医師の供給、医師の質の向上を図るためにも当面、医学部定員の増員を図るとともに、患者のニーズ、医療従事者の従業環境等、医療をめぐる状況の変化を踏まえて、医師の需給推計を随時見直す仕組みなど、医師養成の在り方について抜本的検討を行うべきだという御指摘があったところでございます。

それで、私どもは平成22年度に医学部入学定員の増員というものを去る7月17日に公表させていただいたわけがございますけれども、その間、医師養成の需給推計の検討というのは厚労省において鋭意、引き続き行っているさまざまなファクターを組み込みながら行っているところでございますが、こういう中で今年の6月に骨太の方針の2009が出されました。ここで医師等人材確保対策を講じるということが明記されました。

こうしたことを踏まえて、本年度における措置、対応というものを私どもは近々に検討した結果を公表したわけがございますが、その基本的な方針はこの四角囲みにあるとおりでございます。

まず下から申しますと、先ほども需給推計を随時見直す仕組みなどというところがございました。医師養成数の在り方というのは引き続き検討を行っていくわけがございますけれども、今後はチーム医療の推進や医師の偏在是正のための方策を講じるとともに、必要な医師養成数についてはおおむね5年置きに見直していく。

見直しを5年置きに行っていくんだというような一つの考え方を示した上で、来年度の

医学部入学定員については新聞報道にありますとおり、最大で 370 人程度、3つの枠に応じてその増員を認めていくということでございますけれども、こうした医師養成数の見直しの過程の中のことでございますので、当面 10 年間という臨時的な定員という扱いにし、その後の扱いについてはそのときの医師養成数の需給状況や、定員増の効果というものをしながら判断していくという形で、今回の緊急臨時的な定員増を認めることにいたしました。

具体的な定員増の枠組みは、3つでございます。

1つは、地域の医師不足ということに対応するために都道府県ごとに都道府県内の大学で5人、それから都道府県外の大学、これはその地域の医師、地域医療の確保ということに関して言えば医師派遣やさまざまな形で都道府県の外の大学というものが当該都道府県に貢献しているという実態も踏まえまして、都道府県外の大学との連携によって2名増やすということにいたしました。

増やすに当たっては、今般の補正予算で認められました地域医療再生計画、地域医療再生交付金というものを活用して、都道府県が奨学金を出し、卒後の一定程度の医師定着というものを担保するとともに、大学がその選抜に当たって地域出身者などを採用するなど、地域に将来残っていただけるような方を見極めるような選抜を行って、教育の充実を図っていく。こういう都道府県と大学の連携によって実効ある地域医療への貢献というものを行っていけるような定員増に心掛けたところです。

また、2番目の類型といたしましては、医学の将来の医療というものを切り開いていく研究員の養成のために全国で最大10名、各大学3人以内、片や過剰感があります歯科医師養成課程から一定程度の医学部養成課程への組換えというものを各大学10名以内、最大で全国30名以内、総計最大370名以内の増員を認めるという方針を決定いたしましたところでございます。

○松井主査 診療科や地域の偏在の是正と言っているけれども、将来的に計画配置というものを考えているんですか。

○杉野課長 今の段階で、医師の計画配置を考えているというふうに御説明するのは難しいと思います。

御案内のとおり、まず医師の養成の段階としては、医学部教育の後に初期研修、それからいわゆる後期研修と言われるものがありまして、初期研修につきましてはこれは制度的に位置付けて、国がその制度設計を見ながら管理していくことになっておりますけれども、後期研修は実際には各学会、各病院において取り組んでいただいているものでございますので、直接国がそれに関わっているわけではないという状況であります。

順番から言えばこの後期研修、専門医になっていくための研修、これについて今後どう考えていくのかということについて、土屋先生にいろいろ御検討、御研究をしていただきましたけれども、まだその段階にとどまっているという状況でございますので、それは今後の検討課題であろうと考えております。

○長谷川専門委員 今は定員増の話をお説明いただいたのですが、需給そのものはどこかで今、検討しておられますか。

○杉野課長 需給関係は厚生科研を使って研究班をつくって研究をやっていたと思っ
ています。

○長谷川専門委員 私も大島先生の厚生科研班の分担研究者ですが、定員を増やしても効果
が出るのは10年かかる話ですね。その間、教育現場にはすごい負荷がかかるわけでしょう。
あとは、地域別、診療科別の特に研修での定員を導入するのかどうかとも検討課題でしょう。

医療崩壊の一番の大きな流れというのは病院から医者が辞めてしまうわけで、ドイツみ
たいに開業に制限をかけるかどうかですね。この3つのどこまでやるかという話と、あと
はそれに補足的に、例えば医療クラークを入れて医者の仕事を減らすとか、外国人を入れ
ろだとか、そういう話なんですね。それをパッケージで提示して、やるならばやると言わ
ない限りモグラたたきですね。

○杉野課長 先生はおわかりでおっしゃっていらっしゃるのですが、要するにマクロの医師数を
どうするのかという検討は、当然のことながら偏在是正をどうするのか。それから、医療
職種間の分担関係をどうするのかということによって、それとセットで考えないと幾らで
も数字が変わるような話だと思っ
ていて、それは我々としても全体的に取り組むべき
であると思っ
ています。

だからと言って医師需給の推計が要らないというわけではなくて、それは推計をしよ
うと思っ
ていますがけれども、政策としては全般的にやるべきだと思っ
ています。

ただ、例えば地域偏在の問題にしる、診療患者の問題にしる、松井主査がおっしゃられ
たように計画配置的にある程度ある種、規制的な手法で進めていくのか。それとも、イン
センティブを与えて誘導するという方法でやっていくのか。その辺りをめぐっても、まだ
いろいろ関係者間で御議論があるところで。

○松井主査 どこかで決めなければならないと思っ
ています。両論併記、これも問題あるけれど
も、こちらにも問題がある。あちらを立てればこちらが立たずなどと言っ
ていたら、時間が
どんどん過ぎていっ
てしまっ
て、医療崩壊を止めることは出来ない。100%正しい方策なん
て世の中にないわけですから、どこかで決めてもらわないと困る。

定員の問題も、今、杉野課長がおっしゃったように、単純な規制でやるのか、一方でイン
センティブ対応、そういう一種の市場原理といったものを織り交ぜて、自動的にスタビ
ライズする装置を組み込むか。その両方の組み合わせだと思っ
るんです。

例えばスタビライズする方法を考える際には、診療報酬にメスを入れないと機能しない
わけですから、全ての事が関連してくるわけですね。定員の調整だけで医師不足問題等々を
解決しろなんて、これは無茶な話で、全部関連しているわけですから、それを踏まえて総
合的な医療政策をちゃんと立てないと、この問題は解決できないと思っ
ています。

例えば、民主党がマニフェストで「1.5倍」と言っ
ていますが、これは医師数ではなく
て医師養成数です。入り口を広くした上で国家試験を今より厳しくすれば、それはそれで
いいのかもしれない。

そういうようなことも含めて、これはまさにメディカルスクールの問題とも絡んでくる
わけですね。18歳や19歳のときに決めた進路を、途中で「おれはやっぱり向いていないな」
というケースは多いだろうし、逆のケースだって山ほどあるわけですね。では、試験の在

り方というのは一体どうあるべきかと、そういったことも含めて根本的に考えなくちゃいけないわけです。

18歳ぐらいでは皆将来何をしたいかわからないから、灘高の3分の2は偏差値の順番で医学部に進学しているそうです。灘高教頭がそう言って嘆いていました。向いているとか向いていないとかではなくて、「一番難しいところに行くのがとりあえずいいんじゃないか」ということになっているわけでしょう。そうやって医学部に進んだ人が全部医者に適任だとは、素人が考えても「それは違うだろう」と思うでしょう。

そういうことをそのまま放置しておいていいのか。現実問題として、20年前、30年前の医学部教育と今は違うんです。そういったことも踏まえてどうすればいいかということ、一義的には医療行政を所管している厚労省、直接の窓口としては医政局がまず方針を決めるべきではないですか。

○阿曾沼専門委員 この議論の中で、定員増についていろいろ御努力されているというのは一定の評価もしたいし、そういうような方向できちんとやっていただきたいと思えますけれども、必ずやはりどこに就職するかという出口論は出てくるわけです。

養成された人が砂漠の水の一滴みたいにどこかに埋没しないようにするためにはどうしたらいいかということの抜本的対策も考える必要があります。今日本では細分化すると40も病院の開設者があるという事が問題だと認識しています。それぞれの開設者の一つ一つの病院が自己完結型でより良い医療をやろうとすれば当然医者を取り合い、無駄な医療機器の導入合戦ということになるので、杉野さんなり樋口さんなどのお仕事ではないと思えますけれども、やはり出口としての医療機関の在り方ですね。病床規制ということもありますけれども、病院の数の問題ですよね。地域での医療機関のあり方も含めて、今から考えなければならぬと思えます。

私の故郷である下関などで見れば、関門医療センターがあつて、市民病院があつて、社会保険病院があつて、済生会病院があつて、少し行けば小倉の病院がいっぱいある中で、本当にこれだけの病院や開設者がこの地域に要るのかといことを今後考えなければなりません。

この地域の医師の養成や派遣は主に全て山口大学から行っていて、例えばですが第一内科はこっちの病院、第二内科はこっちの病院と派遣、供給しているんですね、臓器別に。これでそれぞれの病院が、総合病院としての機能を果たせないような病院が出来てしまうのではと心配になります。そんな中で、地域の医師確保策を色々講じて折角医師を確保したけれども、この人たちはどうやって育てていってどういう医療を担うのかというような戦略がないと、せっかく地域で志の高い医師が増えたけれども魅力のない職場の中で埋没するというようなことになるので、今、長谷川先生がおっしゃったようないろいろなことを含めて、出口論を今のうちからやはり議論しておかないといけないなと、つくづく感じます。

○土屋専門委員 先ほど主査が言われたとおりだと思うんです。この議事の2番目には「来年度の医学部定員増の背景、考え方」とあるんです。ですから、これは表面的な報告であつて、背景は先ほど言われたような研究をして見直すというような、今までの手法では破

綻をしたということが背景にあるわけで、それと同じ答えをされても成功するとは思えないわけです。

ですから、5年ごとに見直しをするためのデータが今までなかったということが一番大きいので、それを付け焼刃的に問題が起きたときに研究班をつくってやるという手法はもうだめだということがこの背景の一番大きな点だと思います。

そうすると、やはり大臣官房での統計の方と医政局とがちゃんと連動していないといけなくて、毎年経常的に取っているデータ、企業で言えばマーケティングをやった上でどういふ解決策をするかという基本的なことができていなかったということが、この一番の背景だと思うんです。

それが、文科省側へ医学部定員のことに還元していない。ですから、こうやって欧米に比べて6割弱になって初めて気付いて慌てる。そういうことの根本をやはり背景として考えて、今後の考え方ということでこういう数字が出てこない、また今年だけの回答であって、将来の方向性の回答にはなっていないと思うんです。

それと、先ほど医学部定員と医師の養成ということがちょっと話題になりましたけれども、先ほどのスライドの最後にお示しいただいた日本型学士編入米国、なぜ米国のものが成功例にされているかと言えば、やはりステップ1、2、3と3回、悪く言えば脱落するチャンスがあるわけです。それで、日本では医学部に入ったら全員医者にしなきゃいかぬというふうな脅迫観念でやっている。これは、ほかに道がないような育て方をすれば、何とか医師にしてやろうとなる。しかし、不適格者がそのままになってしまう。その辺の考え方を文科省としてはきちんとつくっていただかないと、先ほど主査が言われたように、不適格な人間をどこで見抜いて別の道をどうやって推薦してあげるのかということがないと、システムとしては動かないだろう。一たん18歳で入れてしまったから全部そうするんだというのは随分乱暴なやり方である。

先ほどのメディカルスクールもそういうふうな観点からも見ていかないと、ただ一概に現行法制がだめだからだめだという問題ではないだろうという気がいたします。補足をさせていただきます。

○杉野課長 御指摘はごもっともな点が多々あると存じておりますので、今後の検討に生かしていきたいと存じます。

○松井主査 あと、前にもちょっと議論になったんですが、これから地方分権がどのように進むかはわからない。例えば道州制になるのか、都道府県になるのかで全然意味合いが違ってくる。その中で、依然として医学部の定員を国が全部管理しているのはどうなのか。確かに、戦前は医科専門学校とか、各県に必ず医科大学を設置するというのを明治時代からずっとやっていたけれども、それが戦後になっても温存されているわけですね。

でも、もしかしたら明治時代からずっと続いてきた都道府県というものがなくなる可能性もある。そのときに、一体政府が、国が、どの程度関与して、地方にどの程度権限委譲するかということで、根本的な変革が起きるわけです。そういう中で、一体どういうふうこれから需給予測といったものを考えていくのか、今から準備しておかないと間に合わないでしょう。そのときに考えてやりますと言っても、今までの需給予測が失敗したのは

明らかなわけですから、この手法はどこかに欠陥があるということをまず反省しなければならない。まず、データに基づいているいろいろな施策を考え実行するのは、何も政策に限らず企業の経営だって何だって基本中の基本です。データを持っていないでは何も考えられない。そのデータですら、正直言って把握していないわけでしょう。

だから、まずデータの整備に関してもう少しダイナミックな発想が必要になる。定員問題と言うとちょっと語弊があるんです。正確に言えば、医者供給体制ですね。供給と言っても量と質とさまざまにあるわけですが、この供給体制というものを一体どうするのか。

質と量と天びんをかけなくちゃいけない。量だけ増やしてもしょうがないわけですが、量が伴わないで質だけとなると、今度は1人に過剰な負担がかかる。質と量をどういうふうにバランスをとって供給体制を整えるかというのは、大きな医療行政の根幹に関わる問題ですね。

○阿曾沼専門委員 1つ質問ですけれども、産業医大、自治医大、防衛医大とありますね。産業医大というのは教育期間の2倍の期間の産業医としてのデューティがあって、せっかく外科をやりたい人なのにデューティを回避すると3,000万円くらい返さなきゃならないわけです。それで、十数年デューティがあって、外科を志そうと思っても年令的になかなか外科は出来にくいとかの課題もあります。自治医大にもデューティーがありますね。特に産業医大などは厚労省の管理下に入っているわけですから、その教育の在り方とかですね。

○長谷川専門委員 あれは私学ですね。

○阿曾沼専門委員 そうです。私学ですけれども、自治医大とか、防衛医大とかは、もともと各府省、行政がそれなりの思いを持って設立してきたところというのは、医学教育全般の枠組みの中で全く手を付けなくてこのままいくんですか。私学だから全然ノット・マイ・ビジネスですよと言うのですか。それぞれはいろいろ政策の中で出てきた私学ですね。

○樋口課長補佐 産業医は医師の中で特定の、多少の修正というのはありますけれども、産業医に医師不足はないのかということそうではない。そういうことで、産業医大も一定の定員増を昨年というか、今年の4月の定員増で図っています。

ただ、産業医を志す人、それからその地域それぞれの都道府県の医療を志す人、そうしたことを明示的にわかった上で、あそこの選抜システムは都道府県ごとに例えば推薦を挙げてきてもらって、それを自治医大ならば自治医大でセレクトするという特殊な選抜方法をしていますので、受験の段階で将来的に地域の医療を志すんだ、担うんだということを認識していただいて上であそこに入っていると。

○阿曾沼専門委員 そうですけれども、そうすると都道府県の選抜枠とか自治医大の選抜方法との整合性というものが今後やはり議論の対象になってくるんじゃないかという気がするんです。

○樋口課長補佐 ですから、今般さまざまな量的な問題もさることながら、それぞれの地域、地域のミクロでもマクロでもないんですが、真ん中辺のミドルで言いますと、これまでは自治医大というところで確かに都道府県ごとに2名ならば2名という形でやってきた。

ただ、ではそのほかの1県1医大と言われた医大については、確かに地域の中核的な大

学であることは間違いないんですけども、地域医療という観点でこれまでのようなやり方でいいのかという問題は確かにありまして、新しく定員増をするのであればそうしたそれぞれの県にある1県1医大についても、自治医大にある意味で似たようなシステムとしてきちんと地域医療を担っていただけるような人を育てていただけるようなシステムをつくっていくべきである。

それが、今ある意味で卒後の研修が自由であるが故に、都市と地方の間ではギャップが生じているというところを埋める一つの効果であろうと考えております。

○阿曾沼専門委員 だから、産業医大の卒業生は例えば労災病院などにデューティで就職できますよなどという仕組みがあってもいいし、松井主査がおっしゃったことを考えれば、当然産業医大と自治医大との教育の在り方とか選抜の方法と、こういったものをどこかでやはり整合性をとっていく議論が必要だと思います。

今のお話の中でそういう必要性を感じていらっしゃるのでもいいと思いますけれども、いろいろ議論をいただければと思います。

○松井主査 話は前に戻ってしまうかもしれないけれども、何ごともインセンティブと規制、アメとムチという考え方が必要です。これはどんな分野でもそうです。

例えば、どういう予算編成をしているのか私もよくわからないけれども、大学に予算配分をする際に、医学部は特殊なカテゴリーで分類されているんですか。アメとムチの話をするときにそういう知識が必要なので、教えて頂きたい。また、国立、公立、私立に対して、どういう基準で国の補助が出されているんですか。参考までに資料をもらえないですか。

○樋口課長補佐 資料の方は御用意いたしますけれども、その分類はしておりません。

○松井主査 分類しないというのは、要するに頭数ベースで予算が配分されているという意味ですか。

○樋口課長補佐 はい。当然その学部によって必要なファシリティもそのスタッフも、例えば文学部と医学部は同じかということと基準が違いますから、そういう算定基準は当然違いますけれども、それは予算の問題ではなく大学の設置基準というそもそもの問題から発生している話でございまして。

○松井主査 例えば、医学部に対してこれだけの予算を出すという配分の仕方はしていないと。

○樋口課長補佐 していません。

○松井主査 そうすると、例えば文学部の定員だとか法学部の定員などは、基本的には特に私学であれば経営上自由にやらせているわけですね。全体的な予算配分をしている中でどうして医学部だけ定員を国が決めることなくちゃいけないんですか。

以前頂いたご説明だと、それは「国が予算を医学教育に出しているから」という理由だったんです。だから、国がそういったものに関与する余地があると。今の答えだと、医学部に対して分離して予算を出していないとするならば、その論理は破綻するじゃないですか。

○樋口課長補佐 医学部に予算を出していないわけではないんですけども、なぜ定員を管

理しているかということをおさかのぼって言えば、昭和 57 年の行革の閣議決定によって将来的な過剰を招かないように養成計画を立てて……。

○松井主査 それはわかっています。今の質問に対してお答え頂けますか。

○樋口課長補佐 そういうことがございましたので、医学部に関する大学の新增設というものに関しては審査の対象としないという基準を立てて、その修業定員というものを抑制してきたということでございまして、規制的手法としてはそういうこととございます。

○杉野課長 そこは、国立に対しても私学に対しても、最終的にはまとめてお宅は幾らと金を渡すんです

ただ、積算しますから、積算する段階で医学部の積算というのはやるわけです。

○松井主査 大学に予算を配分する際に、国立と私学でそれぞれ違うと思えますけれども、その際に積算方式でやっていて、主計官にもそれを資料として提出するわけですね。

その資料の中に、医学部が幾らかかっているかという想定値が載っている。それを根拠にして、例えば文学部などの学生とかかる費用が違うというのは常識でわかるので、「それだけ国家が金を投入しているんだから」という結論になるわけですか？

○杉野課長 ただ、それだけではないと思うんです。私も今日、参上するときに、たしか主査と去年この話で随分議論させていただいたなと思いましたがけれども、多分それだけではなくて、医師という職種がこの国の社会の中で果たす役割の重さみたいなこと、抽象的で大変恐縮ですが、そういう……。

○松井主査 ですが、ほかの職業、法律家だって何だって皆、社会的な役割を担っている。

○杉野課長 仰せのとおりですけれども、だからこそ法曹人口はロースクールの点こそ放置しましたけれども、やはり法曹人口を国がコントロールしたわけですよ。

同じように、医師についても医学部定員という形でコントロールしたわけです。そういうただ単に国費を投入しているというだけではなくて、社会の基盤になるような人材についてはある程度国が関与するという論拠は、私はあると思うんです。

○松井主査 それは、決して否定はしない。でも、さっきから言っているように、養成数と医者数というのは違うだろうと言っているんです。

○長谷川専門委員 医療を全部、官が運営するのであれば一つの考え方としてはありえます。例えば、そういう国では僻地問題というのはないんです。オーストラリアなどは一つの例ですけれども、私学はあることはあるのですが非常に少ない。例えば臨床教育あるいは専門医になるための臨床のプラクティスの 25%は僻地でやらないといけないというルールになっています。だから、それを納得した上で医学部に入ってください。教育そのものは基本的には公費でやります。

今の日本は国公立では、ほとんど官費で行われている。私学も補助金は入っていますけれども、こちらについては大学の裁量でやれます。そこに、例えば地域での適正配置みたいなことを公権力でやるというときに、特に後者では非常に大きな問題が生じますね。だから、それは腹をくくって全部公費でやるということになれば、話は変わります。

○土屋専門委員 現実問題として、来年 370 名増やすファカルティとか、設備に対する予算の裏付けというのはもうできているんですか。

- 樋口課長補佐 概算要求が8月末ですから、その概算要求に出していかないといけないと思います。
- 松井主査 大ざっぱに言うと、幾らくらいの予算を要求するんですか。
- 樋口課長補佐 昨年は693人という定員増に対して設備、人員込みで45億くらいでした。
- 松井主査 ということは、来年は25億といった程度ですか。
- 樋口課長補佐 教育関係者からは、それで教育できるのかという不満が呈せられていることは確かです。
- 阿曾沼専門委員 医師1人養成するのにどのくらいの税金を使うのかについてはいろいろな統計が出て、いろいろな数字が出ていますが、まことしやかに言われているのが1人3,800万だそうです。6年間の養成の中で公費はどのくらい投入されているかという統計は何かあるんですか。きちんとした計算が。
- 樋口課長補佐 これも医学部だけに限った計算ができませんで、いわゆる共通経費とかさまざまところが全部込み込みになってしまいますし、単科大学、総合大学、さまざまなものがありますから。
- 松井主査 さまざまにあるのは当たり前なんです。しかし、定員について国家が決めるときに、そのようなデータも無い。それでどうして決められるんですか。
- 阿曾沼専門委員 案分という考え方もありますし、区分経理をするというルールを決めてもいいじゃないですか。
- 松井主査 正直言って、民間の感覚から言うと本当に唾然とする。「いろいろ複雑怪奇で大変なのでコストはわかりません。でも、予算をつかって政策をつかってみます」、そんな企画部員なら即左遷です。
- 阿曾沼専門委員 私が今、お聞きした点はずっと聞いているんだけど、全くきちんとした数字が出てこないんです。これは出したくないのか、出すと大変なのか、作ろうと思っていないのか。そこがよくわからないんです。民主党が1.5倍にしてどのくらいの財源が必要かとは細かくマニフェストには書いてありませんが、もし政権を取るのが明らかになると、一人頭の国費の投入というものがどのくらいになるかというのはわかるのかと期待しているんですけれども。
- 杉野課長 何か数字が出てきていますね。
- 阿曾沼専門委員 よく議論の中で、やはり税金が大変だから簡単に定員を増やさないという議論があったときに、では本当にどれだけ必要なのかとか、それだけ投資をしたらどれだけ医療に対して効果のリターンがあるのかとか、そういったことをきちんと考えるということもこれから重要ですね。
- 税金を使ってコストとベネフィットということをきちんと考えるのは当然であるわけですから、文科省も含めて医育期間の医学教育担当者の方々が数字を明らかにした、マニフェストみたいなものがないといけませんね。
- 松井主査 例えば、民主党がマニフェストで人口当たり医師数のOECD平均を引用していますが、このような極めて単純な指標で物事を考えなくちゃいけないというのは、それだけ情報公開がないということなんです。その裏返しなんです。こういう極めて低いレベ

ルで、医師数が多いか少ないかを測るしか手段がない。我が国はここまで落ちているんです。

こんな単純な比較ではたまらないですね。これは、量だけの話ですから。

○長谷川専門委員 三師調査という細かいデータもあります。ただ、個票の入手には時間がかかります。

○松井主査 そういったものは誰でもいつでも見られるようにすべきですね。すぐにデータを出してください。申請を出して半年後？それでは何の意味もない。

普通、ウェブ上からでも何でも、こういったデータは幾らでも好きなときに取り出せるというのが当たり前の話なんです。ほかの分野では皆、当たり前になっています。医療だけが極めて特殊です。

○長谷川専門委員 D P Cのデータも昨年の11月に申請していますが、いまだに入手できていません。

○土屋専門委員 三師調査は医政局でしょう。D P Cは保険局でしょう。ほかのデータは全部大臣官房ですから。

○松井主査 省内で分裂していて、ほとんど当事者能力がなくなっているんですね。

いつもこうやって愚痴になって終わってしまうんだけれども、愚痴で言っている分にはまだかわいいものです。そのうちどこかで爆発して、当事者能力を持たない、持てない、厚労省なんて要らないんじゃないかという議論が出てくるでしょう。よほどの改革をやらない限り、そういう方向に今後必ずいきますよ。

例えば、今回の聖路加の提案に対するこういった回答一つを取っても、木で鼻をくくるような回答をあいも変わらず続けていると、ある日突然「そんな省庁は要らないよ」と。その辺よく考えて、これから対応していただきたいということです。文科省出身の方々に言っても始まらないかもしれませんがね。今日のご足労ありがとうございました。