

- (ア) 兼務による弊害、組織運営の柔軟性への障害、人事経歴管理上の困難等は医師の採用数を増やし、本庁勤務や医師ニーズの高まっている福祉部門、教育部門等にも配置することで解決できないか。ただし、採用にあたっては組織管理能力に係る資質の高い者を採用する必要がある、そのための相当の努力が必要ではないか。
- (イ) 医師確保の困難さの解消については、Ⅰ－４の医師確保への対応で記された内容を実施することでまず努力してみてもどうか。その上で適当な時期に再度評価をして、新たな方途を検討してみてもどうか。
- ③他に「地方の自主性の拡大」の観点から実施可能な具体的な内容には何があるか。

B Ⅰの資格要件の検討の結果、現行制度を変更する場合

「地方の自主性の拡大」の観点から実施可能な具体的な内容は何かの検討において次の２点を確認する必要があるのではないか。

- ① 医師資格要件が廃止されたことにより、地方の自主性は十分に確保されると考えてよいか。
- ② その際に「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全の確保」のために付される資格要件は、地方の自主性の拡大の観点から、規制緩和に背馳及び地方分権の障害や人事政策・組織運営上の障害とはならないと考えてよいか。

以上でございます。

(石井座長) どうもありがとうございました。それでは、議事Ⅰの今後の議論の方向性の検討に入らせていただきたいと思います。

これは全部を一遍に一括してするよりも、ⅠとⅡを分けて、まずⅠからお伺いしたいと思いますが、Ⅰについて、ご意見、ご質問等ございませんでしょうか。

(小幡委員) 医師の確保というところの記述ですが、いま兼務状況が前と比べると改善されているということはありますが、最近新聞等で、地方部で医師がなかなか得られないという状況にあるという報道がございますね。それで、そういう報道に接しますと、まさに保健所はそれぞれ各地域になればいけないわけですが、果たしてそういう楽観的な見通しがほんとにとれるのかなあという率直な疑問がありまして。いまは新規に医者になる数というのは増えているんですか。聞くところによりますと、医大の定員はそうではないと聞いていますが。

(藤崎参事官) 医師数につきまして、増えていると申し上げているのは、昭和４５年ぐらいの時期まで、戦後医学部の増設がありませんでしたが、それ以後１県１大構想というのが出まして、当時の大体倍ぐらいの卒業生が出るようになっております。その後、医師数の過剰という指摘もなされたりする中で、検討会での議論等踏まえて、定数を若干減らすとかそういう動きがございますので、最多時のピークよりは少なくなっている。しかし、過去の、戦後の医師養成という流れからいくと、ある時点では倍以上になって、それが大

体倍ぐらいのところでおさまっていると。そういう意味での医師数の増加、という表現になっております。

それからもう一点、医師の採用がどうなのかという具体的なお話でございます。この点は地方によっていろんな状況があると思いますし、私ども、すべてが簡単と申し上げてるわけではなくて、医師の確保を考えたときに、こういう見方はできないでしょうか、という問題提起を私どもの立場からさせていただいているわけですが、具体的に今後アンケート調査、今日の第2の議題になりますが、そちらで保健所をもっている自治体の衛生主管部局長さんにお尋ねをするというアンケート案をまたご議論いただきたいと思っておりますが、その中で具体的にどのような状況にあるかということをお尋ねして、それを参考資料にしてまたご議論いただければというふうに考えております。

(小幡委員) いまさらこんなことをお伺いしたら申し訳ないのですが、例えば、医学部の医学科ではなくて、保健学科とかの出身の方は、保健所長にはなれないのでしょうか。医師免許を持っていない限りはいまはだめという状況ですか。保健学科というのはまさに公衆衛生をかなり勉強してるような気がするんですけども、それでもだめなわけですね、医師免許がないということ。

(藤崎参事官) 医師資格要件ということでやっておりますので、これは医師免許は前提になります。

(金川委員) いま検討資料ということで出しましたが、私前回欠席いたしましたので、少し外れる点があるかなと思いますが、いまご説明いただきました内容、これからⅠとⅡに沿ってのご検討ということでだんだん核心をついた話が出てくるのかなというふうに思っているんですが、全体を眺めてみますと、保健所長としては医師の資格は絶対条件であるというような流れがなんとなくない形だろうかという感想でございますが、その中でⅠの資格要件の考え方の①のところ、ここはあまり細かい形で、というのはおかしいのかもわかりませんが、SARS、O157云々、必要な専門的知識を有する医師資格保有者またはこれと同等の者 ということ、いま先生から保健学科の話が出ましたけれども、これと同等な者という意味合いはどういうふうに解釈したらよろしいのでしょうか。

(藤崎参事官) いまの後段の話の前に一点だけ、ご説明が少し足りないかと思うので、この検討会の検討(案)、資料3の趣旨をもう一度ご説明させていただきたいと思っております。

担当の者がいま説明申し上げましたように、厚生労働省としての説明責任を果たすためにご検討いただきたい部分、あるいはこういう考え方についてはどうかということをお示しをして、それについて検討会としてどのような議論がなされるかを私ども事務局として全部踏まえた上で、最終的に検討会報告書が出されますので、それをもとにこの医師資格要件を廃止するのか、あるいは現状のままでよいのかということをお判断させていただきたいという、こういう趣旨でございます。

そのためには、これは強調させていただきますが、厚生労働省の職務は当然のことでございますが、国民の健康を守ることでありますので、その立場から見たときに、私どもと

して現行の制度がございまして、これを変えたらどうかということをお尋ねしているわけですので、そのためにはこういう点が問題になりませんか、あるいはこういうことではいかがでしょうか、ということをお尋ねしながら、いままでの議論の方向を踏まえて、その中で、じゃあ、これはこうだ、これはこうしたらいい、という具体的な意見をいただくことが私どもにとりまして、今後、この医師資格要件を廃止すべきという結論になるのか、あるいは現状を維持していくことがベストなんだという話になるのか。どちらの結論になるにいたしましても、その結論に至る経過が全部わかりますので、私どもが国民の皆様に対していろいろご説明申し上げるときに、「事務局としてこういう疑問なり、考え方を全部提示させていただきました。その上で検討会はこういう結論となりました。」ということをお説明できますので、説明責任を果たし得るという意味でこのような形にしております。したがって、現在の制度を変えるかどうかという点が最終的なポイントになりますので、現在のものを変えるのであれば、一体どういう視点で変えるのか。つまり、現状ではだめなのかということの検証も含めて、これは書いてございます。そういう趣旨でありますので、別にこれで何かを誘導しようということではございませんので、その点だけはよくご理解願いたいと思います。

それからもう一点、今日、中川委員が論点メモでご指摘いただきましたので、またご議論を踏まえながら、適宜論点整理メモの中で修正を加えていきたいと考えておりますけれども、一点だけご理解願いたいということで、事実関係のお話だけさせていただきたいと思っております。1枚目、全体的な意見の4つ目の○検討会設置の趣旨から、というところの考え方が、これはこれまでの地方分権改革推進会議等でご指摘があったというのは私ども重々承知しておりますが、第1回目のこの検討会の資料1に、お手元に資料あるかと思っておりますので、ご覧いただきたいんですが、開催要綱の中で、趣旨から検討内容までございます。ここに書いてあるとおりでございますので、幅広い議論を行うということで、例外を認めることを前提にこの検討会を開催しているわけではございません。私どもとしてはここに書いたこの要綱に沿って資格要件に関する検討を行うために幅広くご議論いただいて、検討内容として、担うべき業務、職務、能力、資格要件についての今後のあり方ということでやらせていただいておりますので、検討の結果、おっしゃられるようにいろいろな例外を設けるべきだということも当然先生方のご議論の中であり得るんだろうと思っておりますけれども、それを前提にしてということではないという点をご理解願いたいと思っております。

長くなりましたが、次に、金川委員の質問に移らせていただきますが、これは、同等ということですから、私どもの考えております保健所の機能という中で医学的専門性がどうしても求められるだろう、危機管理の場合もそうでございますが、そういう能力が必要ではないかという一つの判断がこれまではございます。そのときに、いまの医学教育その他を含めた中で、医学的知識において、細菌学においても、ウイルス学においても、最も高度な教育を受けている、そういう資格を持った者を標準として考えておりますので、もし

それが妥当とすれば、それと同じようなレベルを持った方々が必要だというふうになるのではないかというのが考え方でございます。その場合の、同等以上の者、というのは、危機管理の中身によりますけれども、その対象とする健康危機管理のさまざまな疾患であるとか、あるいはウイルス学、細菌学また化学等々いろいろあると思いますけれども、それを我々は考え得る中での最も高度なレベルのところまで知識を持っている方々ということですので、もちろん、医師すべてが細菌学、ウイルス学、それぞれのトップレベルの専門家かというところではないわけでありまして、いま考えられるレベルの中でそういう標準を満たすところをとりあえず、国民の利益の観点から最高水準の保健所長を目指そうという設定をしているわけですので、それと同じようなことができるというレベルであればこれは問題ないのではないかという考え方を提示しております。例えば、ウイルス学であればこれぐらいの勉強をした方、細菌学であればこれぐらい、治療学についてはこれぐらいのことを学んでおられるということであれば、そのレベルはクリアされるんじゃないかなというのが私どもの考え方でありまして。

(秦委員) この検討会に入ってから委員がほとんど現場の人ではないということが一つ。それから、年齢層が非常に高いということが気になりまして、私自身いろいろ医療関係の研究会にかかわっていますので、そういうところでお会いする方々に片っぴしからこれに関する意見を聞いてみました。いろんな言葉で話されましたが、今日はほんとに簡単なメモに整理するとこれぐらいかなという感じで出させていただきました。

こちらの資料では兼務の問題がかなり書いてあります。そして減ってきましたと。ところが、皆さんのご意見では、医師がいてもちゃんと仕事をしてくれない、というのがすごく多かったんですね。それで、医師の資格さえ持っていればいいのかという、厚労省から出された資料でも、医師の資格を持っていれば皆さんすばらしいトップレベルの方というふうに読めるんですけども、現場で仕事をしている人たちは、とてもつらい思いをしていらっしゃるケースもあるということです。そんな中で皆さん一生懸命頑張っているらしいんですが、医師であるということだけじゃなくて、公衆衛生とか、SARSなんかの時に緊急的に判断できるとか、そういうことは当然なんですけれども、それ以外の資質とか意欲とか、そういうことがきちんと担保されなければ、医師であればいいということではないというふうな気がします。

それと、いまご説明の中では、こういうふうにして医師をちゃんと確保していけばいいじゃないか、というふうなご意見なんですけれども、たしかにそれができればいいんですけど、「この50年ぐらいの間ずっとそういう議論が繰り返されてきたんだよね」というご意見もありまして、じゃあ一体いつになったらちゃんと全員そういうすばらしい能力もあり意欲もあるというふうな方が確保できるのか。それを待ってる間に現場の人たちは日々大変なご苦勞をなさってるわけです。いまが困ってるよというご意見なんです。そのへんを考えると、私自身はどうしてもというときには例外規定があってもいいのではないかと。それから、看護大学の先生もいらっしゃいますけれども、訪問看護の方ですと

か、保健師の方ですとか、非常に能力の高い、公衆衛生にも関心や能力の高い方も増えていらっしゃると思いますので、そういう方々の働ける場があればいいのかなという、現場ではそういう意見がかなり出ていました。いくら頑張っても、どんなに勉強しても、そして力があるとまわりの人がみんな認めていても、医師じゃない人はだめと、そこで切られてしまったのではせっかくの人材がもったいないではないかというふうな意見も出ておりました。

(金川委員) いまのご意見と似かよった意見ですが、先ほどのお話の中では、細菌学、ウイルス学の専門家云々ということでしたが、それは医師という前提があるのかなのかによってまた違うと思いますが、ご説明の中では医師免許という条件はまずクリアしなければいけないという説明になるのかなと思いましたので念を押して聞かせていただいたということだけです。

ここで医師とか訪問看護とか、そういう職能が出ると職能間の問題ですので、ここは職能というよりも、保健所長の資格なり業務なり能力において該当する適切な人がいるのかどうか。それが医師以外の職種なり、医師以外の専門家にはほんとにいないのかどうか。そこが気になるところでございます。

(黒川委員) いろんな質問があって当然だと思います。私もいろんなところに書いたりしゃべったり、ホームページを見ていただければわかりますけど、明治維新から日本はまだ140年経ってませんからせいぜい7世代しか経験してないんですね。そのうちの半分が戦後です。私どもはその戦後を知ってて、日本は経済成長してきたけど、いま調子が悪くなったといってますけど、戦後の日本は明治維新の日本と全然違ってアメリカに占領されたという全く結果からみて幸運だったという、日本のチョイスではありませんが、2番目は冷戦というまわりの枠組みができたので、これで朝鮮戦争まで5年間貧乏だったのに、隣の火事ですっかり立ち直ったというラックがあったということと、そのあとスポーツニクその他で冷戦構造のヒートアップしたということで、国の大きな政策なんて日本は考えないで済んできたわけですよ。いまになって冷戦構造がなくなっているいろんなところを自分で考えなきゃいけなくなったのは、いままでの人たちは自分たちが頑張ったからこうなったんだなんて思い上がりも甚だしい人が多いのが問題でね。

そういう話からすると、医者は何かという話になります。たしかに小幡委員おっしゃるように、それはそうなんだけど、どこの仕事もそうで、いままではすべて同じのところに行くとか終身雇用を前提で考えているんですよ。つまり、こういうパブリックサービスをお医者さんは、途中で5年、10年やってまたどこかに戻ってもいいんだけど、そういうことが、医者の場合比較的できるからだけど、会社員だったらできますか。そういうことを許さなかった世界で、お医者さんの世界のヒエラルキーは大学の教授が一番偉いなんて思ってるのかどうか知らないけれども、サラリーマンも三菱なんかがいいと思ってる。役所も大蔵省がいいと思ってるのかもしれないけど、しかし、最初に大蔵に入らなければずっとなれない。これが日本を支えてきた1940年体制なんです。つまり、大政翼賛会から来たわけだから。

いま、OECDその他を見れば、日本は人口あたりの医者は圧倒的に少ない、皆さん多い多いと思ってるかもしれないけど。いまのような高齢化社会になったときに医者役割は変わって、それで一旦もらってしまえば、免許をリニューアルするというメカニズムもないんだけど、例えば、石井先生もお医者さんの免許を持ってるはずですけど、その人も医者にカウントされてるというような時代で、しかもお医者さんの教育、研修に公費をある程度出すのであれば、これはパブリックニードです。となればその育成について国のお金を注ぎ込むのであれば、ある程度地方をまわるとか、パブリックヘルスをやるとかいう話は義務にすべきなんです。そういうことをすることによってお医者さんが地方にもいるようになる。最近、北海道とか東北で医局制度が悪い悪いといって医局にお金をあげて医者を確保するという。そういうところの村長さんたちに会ったことがあります。大変です、お医者さんが来ないって。なんで来ないんだかわかります？ 行くのは都落ちだと思われてるからです。それはどこの社会でも同じで、医者がけしからんという必要は全然ないんでね。そういう社会がいままで日本だったわけです。

エリートコースに行くかどうかは18歳の偏差値で決まっただけの話ですから。大体僕らの世代で大学に入って一生懸命勉強した人なんています？ しなくてよかったんだから。それがいま、産業界が教育がなんだかんだって言うけど、そんなことを言う資格がいまの産業界のトップにあるのかって。そういう世の中でいままで来たので、お医者さんという仕事を社会が見る目はもっと厳しくなります。だけど、そのとき、どういう医者を育てるかという話も含むと、地方のことも知りたい。つまり、東京と神戸の東海道沿線の人口の7割がいるんだから、それで各都道府県に医学部をつくっちゃったんだから、ほとんどの学生はそういうところから来た人だから、卒業したらまたどこかに行きます。だけど、お医者さんの配置っていうのはある程度人口に比例して必要です。

その役割も必要な診療科もいま高齢化社会になって変わってくるので、このへんの制度的な社会が根本的に変わってきたということはある程度セットで考えないと、個別の例で見れば、お医者さんが保健所には人がいないと。その人をトップにしたときに、大学の教授でもそうです。45歳で教授になって65歳まで教授で務まるなんて保証があると思います？ 半分は10年で不良債権になります。会社の社長になったからといっても65歳定年まで保証してないんだから、マーケットを見てるから。そういう根本的な、終身雇用で大きな退職金を貰えるんだということ人で動けなくなったシステムそのものにメスを入れない限り、医者だけのことをいってても話にならないだろうと私は思ってます。だから、皆さんはこういう問題になると、個別のあの人、もっといい人がいるという、個別の例を挙げながら、全体はなぜこういうふうになってきたのかということをもうちよっと考えないと、こういうことを変えるというのは相当大きな決心なので、そのへんを十分しないと、そこを一つ変えることによってほかの、地方分権もそうですけど、根本的に日本は1940年まで全部地方分権だったんです。地方自治体の財源の90%弱は自分たちの財源だったんだから。しかもほとんどが直接金融だった。それをやめたのは、大政翼賛会

と戦時体制にするために全部法律を変えたわけでしょう。その時にほとんど間接金融にしちゃったのは国の都合がいいからです。あのときに財界はなんて言ったか知ってます？ こんなんじゃソ連のようになるから絶対反対だと言った人がたくさんいたんです。いまそんな人さえいない。戦後の財界のリーダーは、日本を囲む外的な条件が非常に都合がよかっただけの話でね。日本は80%がまじめで一生懸命やる人たちばかりです。その人たちの少しいい人ってたくさんいるのはわかるけど、社会的責任は何なのか。それをさせるにはどういう人が必要なの。そのためにはどういうことをすればいいんだという話をすれば、当然答えは出てくるんじゃないかと私は思います。

だから、医者かどうかという細かいことじゃなくて、やっぱりキャリアパスがいろんなところに行ったほうがいいと。マレーシアもタイもフィリピンもそうだし、特にタイなんか、パブリックヘルスはすばらしいプログラムがあって、多くの日本人が大学院に行ってますけど、アジアで一番いい。あそこはまだお金が十分ないからお医者さんを育成したり看護師さんを育成するというのは大変な事業です。だけど、お医者さんはほとんど公費で行けますけど、そのかわり、卒業したら何年かは地方に行きます。私もタイのパヤオを藤崎さんがいるときにJICAで5年やったからわかるけど、辺鄙な地域にも若いお医者さんが必ずいます。そこの全部の責任を持っています。それは国民のお金で医学部に行ったからこそデューティにしているわけです。そういう意味ではじゃあ国立の学生は何しているの？ あなたたち税金で養われてる。しかも先生も税金で給与をもらっているのだから、もっと始末におえない人もいて、と私は書いたことあるけど、みんな公務員だから。そういう社会の認識と、国民ひとり一人が何を求め、やる人たちは何をするかということをおわれないと、高齢社会になってくると大きな問題を含んでるんじゃないかなあと思うので、社会的な構造の一つとして、皆さんの価値観とどういうところに国の資金を投入するのかということも併せて考えないと、引き返せないところに行っちゃわれないかなあとということを私は心配しています。

(石井座長) どうもありがとうございました。そうしますと、ⅠだけではなくてⅡのほうも見たいと思いますが、Ⅱのほうでご意見ございましたら。Ⅰと関連があることはもちろんⅠについても結構ですが、Ⅱは「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全の確保」を前提とした「地方の自主性の拡大」の観点から実施可能な具体的内容、ということです。どなたか、ご意見をどうぞ。

(黒川委員) そうであれば、ほんとに地方分権をするのであれば、1940年の前の場所に戻るのであれば、各地方自治体が保健所なんかの要件とか、まわりの状況なんか、何も中央の厚労省がいちいち言わなくたっていいわけです。そういうことをするのであれば、いくらでもいいお医者さん行くかもしれません。いまは終身雇用になってるから動きにくいわけでしょう。特に35歳とか40歳になったらもう動かないわけですよ。そうじゃなくなってくれば、人はいくらでも動きやすくなってくる。

もう一つは、どうしても格差があります。いま郵貯の話でもそうだけど、各自治体で郵

貯をみんな分けちゃえっていうのもあるけども、そうすると、投資効率がいい地域と悪いところが必ずありますから、そうは簡単にいかない。そのへんからいうと、もう一つは、看護師さんもそうだけれども、お医者さんも終身雇用で大学のほうがいいんだなんていう価値観がまだまだ、まあなくなりつつあるんだけど、それを知っておかない。地方自治体がみんな中央からの横並びということになってる限りは、同じ問題がいつまで経っても残ってるんじゃないかなっていう気がしますけどね。

(小幡委員) 書き方なんですけど、具体的な検討のAの①の(イ)と(ウ)ですけど、書き方が中立的でないというか、医師資格要件をどうすべきかを考えていくときに、いままでの議論、論点整理とちょっと違うかなという感じがしています。それで、規制という必要はなくて、基準でよいと思うのです。基準と考えたらどうなるか。というのは意味不明なんですけれども、基準でも、全国一律それでなければいけない、絶対例外は認めないという基準にしておくのがどうかという問題だから、これは何を言ってるのか、ちょっとよくわからない。規制じゃなくて基準だといっても、それはあまり意味のない話で、ほとんど結局同じ意味ですから。

それから(ウ)ですけど、これはなかなかそう言いきれないかなと。効率性の観点から両方あり得るわけですから。保健所の職務から考えるといろんな職務があって、SARSとかO157を考えたときと、他の職務も現にたくさんありますので、そうしますと、医師が所長でなくてもよいということも職務によってはあり得るわけで、これは必ずしもこう言い切れないのではないかと思います。

ですから、書き方がちょっと偏りすぎるかなあとと思いますね。Iの書き方、先ほどの資格要件というところの書きぶり比べるとかなり……。

厚労省の説明責任というところからご出発になられているようですけども、現状あるものというのは必置というか、医師の資格が必要だという制度だったわけですよ。ですから、おそらく厚労省のお考えでは、それを今のまま維持なさってきたわけですから、ご自身としていまある現状がよくないとはたしかに言いにくいのではないかと思います。でも、他のさまざまな見地からの意見が出てきてここで検討しようという話になってきたと思いますので、そこはいままで厚生労働省がなさっていた必置規制、規制というよくなければ、基準でもいいですけど、それにいつまでも固執していたら、中立的な意見にならないのではないかと思います。せつかくここで検討会を設けたのであれば、いままではそうだったと思いますけど、それはもう説明責任果たされなくても、現状そうだったということもみんなはわかっていますので、そのうえでどうするかということは、いままでのお立場をある程度離れて、今後どうすべきかという新しい見地からお考えになるスタンスのほうが本来の説明責任を果たすことになるのではないかと思います。

(多田羅委員) いまの小幡委員の話は、この基準のところ、私も意見を述べてきたんですけども、画一性のところですね。それは何度も申し上げているように、公衆衛生、私も公衆衛生の専門の立場でいわゆる危機管理、あるいは安全という形から考えた場合、あ



るAという町の不十分性というものが全国の、あるいは全世界の危険として波及するということが常にあるわけです。今回のSARSでもほんとにその典型を示してるわけです。だから、各市町村はそれぞれ独自に考えたらいいということと加えて、全体に守っていく水準というものは画一的なものでなければならないということは公衆衛生の原点なんです。公衆衛生の方法なんです、これは。危機というものが存在する以上、それはA町とB町がある場合に、ともに守っていきましょう、ということがないと、A町は一生懸命守っていても、B町で穴が空いていれば、あっという間にA町にも、あるいは全日本、全世界の努力は水泡に帰すというのが公衆衛生の考えなんです。だから、その部分については画一的なものをもっていこうということになります。この画一性のひとつとして、特に健康危機管理という場合は対象が疾病であるということがいまほとんどなわけです。だから、疾病について、これがSARSであるとか、エボラであるとか、そういうことが判断できて、だからこうしようという決定ができる人間をそこに長としておくということ、これは基準だという考え方なんです。それをやらないとほかに、世界に迷惑をかけるという、そういう判断なんです、公衆衛生の理念として。それはわかっていただけるでしょう。

(小幡委員) もしその基準が必要であれば、私も全国的な公衆衛生の考慮は必要だと思いますが、そうであれば、この医師資格だけにたよらないで、もっと根本的な、法律で当然やらなければいけない、それが第一ではないかと思います。

(多田羅委員) 現実の対象が疾病であり、エボラでありSARSだからなんです。保健所は常にそういう危機というのはそれに直面してるんです。台風が来るとか来ないとかいう問題ではない。火事があるとかどうかという問題じゃなくて、保健所の危機というのは、健康、疾病、流行病なんです。だから、それがエボラであるか、SARSであるかということが判断できて、だからどうしようというとは、医者という人間にしかできない。いまそういう法律体系なんです。だから、その人間がそこにいないと保健所の役割は、その部分についてはできない。しかし、医者だけで仕事をするのはないから、その真ん中の基準であって、そのまわりの者がどのように支えるかという問題として地方自治の問題があるわけです。それぞれの地方自治体それ以外の部分をどの程度重層的にもっていくかということこそ地方自治体の役割があり、そして、危機というのはある意味では世界的な問題であり、国家的な問題だから、その分については国が相当面倒を見ていかないといけない。

その問題でいま一番課題になっているのは、それであるにもかかわらず、その医師を確保できないという問題なんです、量的、質的に。それはいまの医学教育の中ではなかなか、100人卒業してほとんど公衆衛生に来ないんですね、現実ですよ、これは。だから、その確保は非常に難しい。難しいことの結果、今日こういう課題になってるわけですね。医師必置ということにしてるにもかかわらず、十分やってないじゃないか。十分やってなくても保健所というのはなんとかなってるから、そのレベルにしてしまってもいいんじゃないかという議論になってるわけです。保健所は十分立派な医師を確保できていない。立

派でないという思われる人もいる。にもかかわらず保健所はなんとかなってるんだから、医者でなくても、そういうレベルでもなんとかなるんじゃないかというふうに思っている。それは錯覚なんですね。だけど、そう思ってるわけです。そうじゃない。そういう問題があるとすれば、それは改善しないといけないのであって、そのレベルにしていいということじゃないんですね。

いま一番問題は、そういう論理であるにもかかわらず、医師が確保できていないということがやっぱり問題ではないか。だから、当面もう一度、国なり自治体が確保に懸命に努力する。特にSARSがあり、O157があり、ほんとに大変な近隣に囲まれているのは、日本の現状なんです。だから、緩和するんじゃなくて、絶対厳守しながら地方自治体が守っていく。そして、医師の確保については、国なり地方自治体がもう一遍努力してみようじゃないかというのが、ここで言われている、この厚労省の案、私はこの案は初めて見せていただきますけれども、整理じゃないかと思うんです。医師の確保、それは量的、質的なものをもう一度日本の社会として、公衆衛生の原理に立って、その努力というものをしてみようじゃないか。最高のものを目指しましょうというのはそういう意味だと思うんです。医者がそこにいて決定してやっていくということは極めて大事だということ、これはわかっていただけでしょ。それを各都道府県がもっていかないといけないということもわかっていただけでしょ、それは。だから、それを目指して、問題は確保できないということであれば、その努力をしましょうっていうことでは。

(小幡委員) もう既に議事録でこのお話のやりとりはありましたので繰り返しませんけれども、一点だけ、先ほど秦委員がおっしゃった現場の不満とか、あるいはいま兼務で、保健所長がいないと……。

(多田羅委員) いや、いないわけじゃない、兼務してるんであって、ミニマムをやりますから。

(小幡委員) 兼務しているため、離れたところにしかいないという、そういう状態をどういうふうにするかという視点も必要ではないか。

(多田羅委員) それが大事なんですよ。だから確保の問題なんですよ、それは。

(櫻井委員) 秦委員がさっき現場のということをおっしゃいました。私は、地域医師会の会長もやりましたし、現場で医療機関として保健所さんともしょっちゅうつき合いもあるし、保健所が何やってるかよく知ってるつもりですから、現場をよくわかってるつもりなんですけども、秦委員がおっしゃったように、ここで言ってるのも、医師であればいいといってるのではないんです。医師であることは最低限度であって、それ以上の知識その他のものが必要だと思うんです。けれども、いまは現実として医師だというだけで保健所長になってるような人がいるというご指摘は真摯に受けとめて、おっしゃるとおりの部分があります。これは前回秦さんはいらっしゃらなかったけど、東京都の場合には保健所の数の2～3倍の医師が保健所に勤務してますから、非常に露骨な言い方をすれば、あまりうまくいかない保健所長さんはすぐ配置替えができるんです。そういう中ではお互い切

磋琢磨ができるんだけど、実際には兼務の話とか、地方の場合には選んでなってるんじゃないくて、しょうがない、この人しかいないからやらせておけ、というようなのがあることに現実の問題点としてあるんだと思います。秦委員は、50年前から言ってるけどいつになったらできるかって言ってますけど、私は前回も厚労省の怠慢だって言いました。今度厚労省は言い訳にこんな資料を出しましたけど、兼務は前に比べれば減って、いま3%まで減りましたって言っているんで、その努力は認めるべきだと思います。ですから、そういう状況で現実困ってるから、じゃあ医師でない人でもかまわないと、最低の基準を破ることは私は反対なんです。というのは、現実論に立てば、地方分権改革推進会議も医師が必要であることは認めているので、医師がどうしたって要るとすれば、保健所長さんを医師にしなくなったら、その人の下にくる医師を雇えるんですか。そんなことできこないです。保健所長でさえ来ないと言ったほうがいいくらいですから。東京の場合は1つの保健所に医師が2人とか3人いますからなんとかやっています。保健所長でさえ来ないところに医師は必要だけど、保健所長は医者じゃなくていいという話は非現実論なんです。現実論はなんとかして、現在の悪い面をどうやって解決するか。それはこれから国も地方もいろんな意味でみんなが努力をすればいいんで、例えば、医師である保健所長の資質向上の10か年計画とかを、いまから立ててやったらいいと思うんです。そういうのをやって処遇から基盤整備から、それから、ここにも書いてあったように、臨床研修の場であらうに保健所とか公衆衛生の大事さを若い先生に教えるとか、そういう努力をやってみたい。その上でそれでもどうしてもだめだったら、まあ諦めれば良いと思うんですけど、それはまだまだ努力の余地があるというのが私の意見です。

(志方委員) 私はほんとに中間だったと思うんですが、私は医学のことはわかりませんが、自衛隊でいうと、ユニフォームかシビルか。ユニフォームにあてたら、その人があんまりうまくやらない。それでこれは必ずしもユニフォームでなくてもいい、シビルの人をあててもいいというようなアナロジーですね。これはさっき秦先生が何年待ったって直らないんだからということで、また10年計画をやったってだめなんだというような感じだと思っただけです。しかし、私は思うにSARSとかエボラが日本まで入ってくるなんて、そういうことは新しい状況であって、だからこそいま問題になったと思うんです。そんなことがなければ、いままでどおりにやっていて、それこそ10か年計画で公衆衛生の人にインセンティブを与えて田舎のほうにもどんどんそういう人が行って、兼務率も下がる。それから、普通のお医者さんでも危機管理の教育を付加してやっていくという手立てがあればこの問題は起こらないはずなんです。

ただ、この問題がこの間から出ていてどうもおかしいのは、地方分権と医師の資格という全く違う性質のものを交点においてそこで議論するから、全然異質なものを議論してるんだと思うんです。医師でなければならぬということと、地方分権というのはほとんど関係ないわけですよ。

(多田羅委員) いや、医師でないといけないからまわりが支えないといけない。