

今後の医学教育・医学研究・医療政策に対する要望

全国医学部長病院長会議

近年、我が国の医学教育、医療政策の混乱から、「医療崩壊」と呼ばれる大社会問題を来しました。医学教育、医学研究および医療政策は「平時の安全保障」であり、国民の福祉に直結する極めて重要な政策と考えます。国立・公立・私立80大学・医学部・医科大学で組織する全国医学部長病院長会議は、これらの問題に真摯に取り組み主張し続けてきました。これまでの医学教育・医学研究・医療政策の問題に対する主張の論点を整理し、以下のごとく現時点におけるこれらの政策に対する要望を取りまとめたので、提出させていただきます。

要望事項

1. 医学教育の質の担保のための予算措置を担保して頂きたい。
2. 卒前卒後を通じた医学生涯教育の一貫した政策を担保して頂きたい。
3. 臨床研修制度の抜本的見直しを進めて頂きたい。
4. 国公立大学ともに高等教育費を国際水準にまで引き上げて頂きたい。
5. メディカルスクールの新設（構想）には反対します。
6. 医学研究を再興させるための具体的政策を直ちに推進して頂きたい。
7. 医療安全を確保する対策を国際基準に則って施行して頂きたい。
8. 人口当たりの医師数を国際水準まで引き上げて頂きたい。
9. 医療費を国際水準にまで引き上げて頂きたい。

1. **医学教育の質の担保のための予算措置を担保して頂きたい。**

ここ数年、医師養成削減政策を決めた閣議決定を見直し、医学部の定員増が進んでおります。しかし、医師養成増に見合った教員数の充実、教育環境の充実、教育現場の過酷な労働状況改善は進んでおらず、医学教育の質の担保のためには、これらの負の状況改善が必須でありこれを目的とする予算措置を求めるものです。

2. **卒前卒後を通じた医学生涯教育の一貫した政策を担保して頂きたい。**

卒前の医学部教育は文部科学省、卒後教育は医師国家試験や医師臨床研修制度を含めて厚生労働省の管轄にあります。知識も技術も進歩が急激な医学においては、医学生涯教育が極めて重要であり、その一貫性が担保される必要があります。卒前の医学部教育と卒後の生涯学習（教育）が連携する一貫した政策の担保を求めるものです。

3. **臨床研修制度の抜本的な見直しを進めて頂きたい。**

臨床研修制度発足前は、医師養成削減政策による絶対的医師不足状況にもかかわらず、大学の調整機能によって、地域の医師不足も、診療科間偏在も顕在化しておりませんでした。昨年、厚生労働省と文部科学省合同で「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」が見直しを行い、これをもとに医道審議会臨床研修部会で臨床研修制度の5年ぶりの見直しが行われました。医療崩壊を食い止めるため、医師臨床研修制度の更なる抜本の見直しを行い、卒前医学部教育と卒後教育を通じたグランドデザインに基づく一貫した新たな医師養成制度の創設を求めるものです。

4. **国公立大学ともに高等教育費を国際水準にまで引き上げて頂きたい。**

本邦の高等教育機関への公財政支出のGDPに占める割合は、OECD平均1.1%に対し、わずか0.5%であり（OECDインディケータ2007）参加国中最下位です。人材しか資源のない本邦では、教育立国を目指すべきであり、低教育費政策を見直し、国立・公立・私立大学の別なく高等教育費の国際水準への引き上げを求めるものです。

5. **メディカルスクールの新設（構想）には反対します。**

社会基盤の異なる海外の制度を、制度のみ導入して本邦に定着し成功するとは考えられません。事実、学士編入学制度などでメディカルスクール構想の試行を行ってきましたが成功していない現状があります。また、メディカルスクールは医師の高齢化につながり医学研究の更なる衰退につながり、ひいては国民福祉の後退が危惧されます。さらに、2種類の異なるレベルの医師を養成することは国民のための医療に混乱を来すことからメディカルスクールの新設、導入には反対いたします。

6. **医学研究を再興させるための具体的政策を直ちに推進して頂きたい。**

臨床研修制度などの影響により、基礎医学研究者の志望が激減し、医学研究が沈滞の危機にあります。世界の論文数は1997年米国に次いで世界第2位でしたが、2007年には5位に後退しました。この10年間の論文数の伸びは中国が505%すなわち5倍、韓国204%；約2倍に対し本邦はわずか5%にとどまり、国立大学医学部全体では3%減という惨憺たる状況です。医学研究は医療の質を担保し国民福祉を維持するためには必須のものです。医学研究を再興させるため具体的政策の速やかな推進を求めるものです。

7. **医療安全を確保する対策を国際基準に則って施行して頂きたい。**

国民の医療安全を確保するためには、医療内容の開示は当然のことですがひとたび問題が生じた場合には、その事実の開示、原因解明及び対策が重要です。その際の問題解決方法は、WHOが世界に提示している方法論に則って行うべきです。従って、法改正も含めて国際基準に則って行うことを求めるものです。

8. **人口当たりの医師数を国際水準まで引き上げて頂きたい。**

現在の日本の10万人当たりの医師数は200名であり、OECD加盟国の平均300名の2/3です。平均寿命、WHOワールドヘルスレポート、OECDヘルスデータ2007で世界一の医療水準にあります。この高度な医療水準は少ない医師の献身的犠牲の上に維持されています。医師養成数の変更は、長期的視点から、医師養成数の増減を含めた計画的かつ定期的な見直しが必要です。国際水準に見合った医師数を確保するため適正な医師養成を求めるものです。

9. **医療費を国際水準にまで引き上げて頂きたい。**

本邦の医療支出のGDPに占める割合は、OECD平均9.0%に対し、8.0%であり（OECDインディケータ2007）30ヶ国中21番目です。年平均増加率に至っては、OECD平均4.0%に対しわずか2.6%にすぎず、OECD30ヶ国で下から5番目です。この低医療費政策が続けば、平均寿命、WHOワールドヘルスレポート、OECDヘルスデータ2007で世界一の医療水準にある日本の医療レベルは低下し、国民の命に直結する重大事と考えます。低医療費政策を見直し、医療費の国際水準への引き上げを求めます。特に、大学附属病院は、特定機能病院として高度医療や困難で極めて難しい症例を対象としています。従って、大学附属病院に対する特別な財政措置を求めるものです。