

財政制度等審議会・平成 22 年度予算編成の基本的考え方の  
建議に対する全国医学部長病院長会議からの提言

平成 21 年 6 月 11 日

全国医学部長病院長会議

全国医学部長病院長会議は、卒後臨床研修制度発足直後から、本制度実施に伴う医師の偏在、基礎医学の沈滞を危惧し、国へ「提言」「声明」を続けて参りました。そして、この危惧が現実となり、大きな社会問題である「医療崩壊」を来しました。この認識は昨年の国の委員会報告（「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会、臨床研修制度のあり方等に関する検討会）でも明確に指摘され、その結果、今年度からの臨床研修制度の変更につながりました。誤った制度変更が「医療崩壊」をもたらしたことは今般主務官庁も認めたところであり、この様な医師の偏在問題は政策の誤りがもたらしたと言えます。

一方、先日の平成 21 年 6 月 3 日付け「財政制度等審議会から政府への建議」の中に盛られた以下の諸点は極めて重大な問題です。

第一に、地域や診療科間偏在を是正する方法として、「定員制などに関する「規制的手法」の導入」が盛り込まれたことです。これは、この間の議論を全く無視し、失政の上に失政を塗り重ねるもので「医療崩壊」の社会問題を解決不能の領域に誘い、医療政策の混迷の轍を繰り返す以外の何物でもありません。また、ドイツの例を根拠として挙げています。これは、意図的ともいふべき誤った解釈により導き出された結論の引用であり、到底容認できるものではありません。

今年度の臨床研修制度の見直しの根幹は、「大学の地域医療支援機能」と「大学の医師派遣機能」を回復させることを目指したものです。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いなかった事実を認識すべきです。

「定員制など「規制的手法」を導入」するのではなく『大学の調整力の回復』、『偏在の根底にある厳しい労働環境の改善』、『医師の高い志を支える社会的、経済的な基盤整備』など医師自らが誇りと使命感を持って地域や診療科偏在の解消に力を注ぐことのできる『環境整備』こそ本問題の最も強力な解決策であることを強調したいと思います。

第二には、「基本方針 2006」の歳出削減を堅持することを示した点です。日本の医療費は対 GDP 比公的医療費で 6.7%であり主要国中極めて低額です。1980 年代の英国では低医療費・医師養成削減政策により医療崩壊をまねき、これにより崩壊した医療・医育体制の再構築に膨大な資金と時間を要しているという歴史的事実から故意に目をそらし、この様な過去の重要事例に学ぶ姿勢すらありません。また、総枠で圧倒的に不足している医療費を「配分」で解決しようとする姿勢には医師間の対立を煽ろうとする悪意すら感じざるを得ません。

第三には、日本の高等教育費の公費負担は対 GDP 比 0.5%にすぎず、OECD 30 ヶ国中最下位です。極めて重要な教育に対する我が国のこのような姿勢は転換されるべきであります。医療と教育の崩壊につながるこの様な事実誤認に基づく誤った政策を提言、実行するのであれば、政策の失敗が明らかとなったとき誰が責任をとるのかを事前に明確にすべきと考えます。

医学、医療と教育は「平時の安全保障」であり、国民の福祉に直結するものです。「安心社会の実現」を目指そうとする国の方向性は正しく、これを実現するため全国医学部長病院長会議は①低医療費、低教育費政策を見直し先進国並みのレベルに引き上げること、②医学医療政策に規制的手法を導入しないことを強く要望するものです。