

信頼できる医療体制の確立へ
—「医療改革」読売新聞の提言—

読売新聞東京本社医療情報部長

田中 秀一

はじめに

読売新聞では、2008年10月16日の朝刊の紙面8ページを使って、今、危機にある医療をどうしたらよいかということを提言した。

主な内容として、まず緊急に取り組むべき5項目を挙げた。第1に、医師不足の解消を、現在国民が最も心配していることだと考えて挙げた。その対策として、家庭医を計画的に配置することを提案している。

2番目に、評判がいい言葉ではないが、「たらい回しの防止」を挙げ、その対策として、救急医療に開業医も病院の救急外来などに積極的に参加すべきであるとしている。

3番目に、病院勤務医の待遇問題。これは、診療科によって大変激務であるにもかかわらず報酬などが少ないという理由で、医師が病院から流出している分野があることから、そういう診療科の医師の給与を引き上げるべきだとしている。

4番目として、高齢者のケア。これは高齢化が急速に進み、介護の現場は非常に深刻な人手不足などに直面しているが、それを解消するために、職員や施設の待遇を改善すべきであると述べている。

5番目に、社会保障費。現在、小泉構造改革以来の社会保障費の抑制策が続いているが、それを転換すべきであると主張した。

また、信頼される医療への構造改革として、以下の5つの柱とそのための具体的な対策の項目を挙げた。

- (1) 医師を増やして偏在をなくそう
- (2) 医療機関の役割分担と連携強化
- (3) 医療の質を高めて安全性を確保
- (4) 高齢者医療を介護と一体で充実
- (5) 給付と負担の新ルールをつくれ

1. 今、なぜ「医療改革の提言」をしたのか

2008年4月、読売新聞では「年金制度改革」提言を行った。これは最低保障年金を創設するという内容であった。しかし、社会保障は、年金だけではなく医療・介護・年金の3本柱を総合して考えるべきものであるという観点から、現在、十分な医療や介護を受けられないのではないかとこの不安が国民の間にあり、それが将来の不安にもつながっているという認識を強くし、年金に次いで「医療改革の提言」を行うべく、同年5月に取

材班を編成してその作業を開始した。

では、社内でのどのような体制をとったかというところ、まず社会保障研究会という組織を編成した。これは読売新聞東京本社の社長（社内では編集主幹と言っている）を座長として、編集局の各部、医療情報部、社会保障部、（この医療情報部と社会保障部はほかの新聞社にはない専門セクションであるが）を中心として政治・経済・社会・科学・地方部等の各部の記者、そして論説委員からも人材を集めた。また編集委員や社内シンクタンクである調査研究本部の医療担当記者も加わって、総勢およそ 30 人で取材や検討を行った。

具体的には、4 つの分科会をつくり、まず、医療提供体制、主に医師不足問題をどうするか、2 番目に医療の質と安全、3 番目に高齢者医療と介護の問題、最後に財源問題と各グループに分かれて取材・検討をした。その間、取材と並行して医療制度や医療経済に関する専門家、そして地域医療の第一線で活躍する医師、厚生労働省の政策担当者らを招いて勉強会や討論を行った。

2. 基本的考え方

提言をする場合の基本的な考え方として、まず、日本の医療は、安くて、良質で、自由に受けられるということが求められてきたが、この 3 つが同時に満たされることはあり得ない。今、国民はそのうちのどれかを我慢しなければいけないであろう。では一体何を我慢するかということである。

2 番目として、現在の医療のひずみは、社会保障費や国民医療費の行き過ぎた抑制政策のツケであって、このような医療費・社会保障費の抑制政策はもうやめるべきであるとの認識で一致した。

3 番目に、医療は公共財であるということ。今、患者は保険証があればどこの医療機関でもいつでも自由に診療を受けられるが、これ以上勝手な医療の使い方は許されないであろう。同様に、医療を提供する側も無制限な自由はもう許されなくなっているのではないか。これは医師の配置問題等を考える場合の基本的なスタンスである。

そして、最大の眼目は、当面は医師不足の解消と安定した医療提供体制の確立であろうと考えた。それは国民の不安を解消するためには不可欠の課題である。

3. 医師不足問題

(1) 現状

2004年以降、全国で500医療機関が診療科を閉鎖した。その主な原因は、大学の医局が医師の派遣を打ち切ったことである。日本医師会の調査では、回答した大学医局の7割強が、約3,000医療機関への医師派遣を減員または中止したことが明らかになっている。さらに、その原因として、一部では2004年から始まった新医師臨床研修制度が挙げられ、実際に、この研修制度によって大学の医局は医師不足が非常に深刻になってしまったので、医師不足解消にはこの義務研修をやめるべきだ、といった主張もある。

しかし、私どもは、この主張は見当違いではないかと考えている。というのは、研修制度の問題は医師不足が表面化したきっかけに過ぎないであろうと考えるからである。そして、医師不足の真の原因は、医師が少ない一方で、病院の数が多過ぎることにあるのではないかと考えている。そのほかに、医療の質が変わってきて、医師の業務が大変増えてしまったことも大いに関係している。また、高齢化に伴い、複数の病気をもつ高齢患者が増加し、それによって医療需要が増えたことや、医療が高度化・複雑化して、さまざまな診療科の医師や職種が協力して行うチーム医療が必要になり、治療にこれまで以上に人手がかかるようになったこと、さらにインフォームド・コンセントにより、患者に説明する時間がかかるようになったことなどが関係している。このように、いろいろな要因が複合的に絡まって医師不足につながっていると考えることができる。

医師が少なくて病院が多いという話を補足すると、OECDのデータで各国の医師数を見ると、人口1,000人当たりでイタリアでは3.7人、ドイツで3.5人、フランスでも3.4人、これに対して日本は2.1人しか医師がない。一方、病床の数では、日本は人口1,000人当たり14床、イギリスは3.6床、アメリカは3.2床ということで、病床の数が非常に多い。これを均すと、日本は医師1人が欧米の大体3~4倍の患者、あるいはベッドを抱えている。つまり3~4倍、欧米の医師より日本の医師は忙しいということになる。

それでは、医師不足対策をどうしたらいいのか。厚生労働省の「安心と希望の医療確保ビジョン」検討会は、2008年9月、医学部の定員を1.5倍に増やすべきだという提案を行った。これだけ増やせば医師不足は解消するのではないかと考えられたわけだが、これは果たして現実的なのかという問題がある。

1.5 倍に増やすとしても、今、医学部でそれだけ学生を教える指導教官がいるのかということが1つ。それから、それだけ定員を増やせば、入学する学生の質も当然低下するであろうということが1つ。そして、医師を増やした分だけ当然医療費も増えることが予想され、医師1人の養成に大体1億円かかると言われているが、そのような財源がすぐ用意できるのか。もちろん、政府がそのような財政支出をすると決断すれば可能だが、現時点はなかなかそういう機運がない。これらを考慮した結果、2割程度増やすと、医師の総数は2025年には現在より2割程度増えて34万人になるという試算のもとに、当面は医学部定員を2割程度増やすのが妥当であろうと提言した。

(2) 医師を増やすだけでよいのか—計画配置と自由標榜制

医師の養成には10年程度かかる。医師の総数を増やしたとしても、産科や小児科、救急など、勤務が過酷な診療科が今の若い人たちに敬遠され、それらの診療科の医師不足は解消されないのではないかという恐れがある。そこで提案したのは、診療科ごと、あるいは地域ごとの医師の偏在・不均衡を是正する必要があるということである。

医師不足を招いた要因のひとつとして、診療科や地域を自由に選択できることがある。そこで、診療科の偏在を解消するために、医師の計画配置を提唱した。これには、まず、後期研修医を対象にすることを考えている。現在、初期研修にはマッチングが行われていて、病院ごとに定員があるわけだが、後期研修にはほとんどなく、一部の大学では、3年目4年目の後期研修医が非常に多いと聞いている。その反面、地方ではそういう年代の若い医師たちが大変少なくなってしまったので、それを調節することに意義があるのではないかと考えている。従来は、大学の医局の教授の判断で「君はここに行きなさい」というように医師の派遣先を決定していたが、新しい研修制度が始まったために、医師たちが自分で研修先を選ぶようになり、大学医局の力が低下し、その結果、都会の病院であるとか、あるいはあまり当直や呼び出しがない診療科に集中してしまう、といった現象が起きている。

具体的には、後期研修医を対象に、診療科ごとに、医師の定員を設けて計画的に配置する。従来、大学医局が行ってきた医師配置を、第三者の公的機関を設けてそこが行う。自治体や医師会、大学病院、基幹病院などが参加して、都道府県ごとにある地域医療対策協議会を母体にして配置機関とすべきである。

ところで、この提案には当然反発があることを私どもも予想をしていた。

というのは、医師は勤務する診療分野や地域を自由に選ぶことができるという現在の仕組みを大きく変えるからである。医師の職業選択の自由を侵害するのではないか、強制的に医師を配置するのか、という批判も予想しており、実際にそのような声も届いている。しかし、決して強制配置をするのではないということを強調しておきたい。医師の希望を尊重する形で、現在、初期研修で行っているマッチング制度をこの後期研修にも採用する。そして、診療科や地域の定員を設けて行うことを考えており、決して強制ではないことをご理解いただきたい。

欧米では、医師の計画的な配置がすでに実施されている。たとえば、フランスでは国が地域や診療科ごとに必要な医師数を調査し、病院ごとに受け入れる研修医の数を決定している。医学生は競争試験と呼ばれる国の試験を受けたうえで、成績上位の学生から順番に希望する診療科や地域で研修を受けることになっている。その結果、希望どおりの診療科や地域の病院に配属される医師は1割程度で、毎年約5,500～6,000人の医学部卒業生の約半数は、心臓外科や脳外科などの専門科に進むということである。ドイツでは、州の医療圏ごとに人口当たりの医師定数を設けており、定数の110%を超える地域では、保険医として開業することができないというルールを定めている。

また、アメリカでは医療団体や市民らでつくる協議会が、心臓外科や脳外科など24の分野について専門医研修を行う病院を選定している。そして、研修医1人当たりの症例実績が十分にある病院を対象に、募集枠も実績に応じて決めるということを決めている。それぞれやり方は違うが、これらは医師の計画配置と呼べるやり方だと思われる。こういった国々では、医師の職業選択の自由を侵害しているといった議論にはなっていないと聞いている。

次に、自由標榜制をどう考えるかということだが、現在日本では、極論すれば、大学病院で眼科の診療をしていた医師でも、ある日突然内科医として医院を開業することができるということになる。このような自由標榜制は、世界的に見ても特異な制度であろうと思う。そして、この自由標榜制を前提にしている限り、医師の適正配置は実現できないため見直していく必要があるだろうと考えている。なぜならば、医療は公共財という視点で考えるべきなので、無制限な自由は、やはり医師・患者双方とも許されないであろうという視点に立っているからである。

(3) 医学部入学における問題

医学部の学生には、非常に優秀な学生が多い。大学では医学部一人勝ち

と言われているそうだが、地方の国立大学では、ほかの学部の偏差値が 40 とか 45 ぐらいであっても、医学部の偏差値は 60 というように断然高い大学がほとんどである。地方の国立大学医学部には、大都市出身の学生が大変多く集まっている。その学生たちは、一部は地方に残るが、多くは卒業後都会に U ターンしてしまうという現状がある。ある地方大学の医学生から実際に聞いた話だが、地方の医学部は自動車教習所と同じだと考えていると言うのである。

これはどういう意味かということ、運転免許を取るときに、地方の自動車教習所は合宿教習といって 2 週間程度合宿する。つまり、免許を取ることができたら、その地方には用がなくなつて東京に戻っていくわけだが、それと地方の大学医学部は同じであるというような意味である。このような状況のままでは、大学が地域医療を守る責務を果たせないのではないか。公立大学の医学部は、1970 年代に国の 1 県 1 医大構想の下、地域医療を充実させるために各地で医学部の設置や整備が行われた。現在、地方の大学の一部では、定員 5~10 人の地域枠をとっているが、地元高校出身者を優先的に入学させるというこの制度をもっと拡大する必要があると考えている。それと同時に、偏差値一辺倒の入学試験というものも見直していく必要があると考えている。

(4) 医師に集中する様々な業務

医師に集中している業務の分担というのも、やはり重要であろうと考える。現在は、カルテだけではなく、いろいろな同意書などの書面も医師が作成している病院が多いかと思うが、医師以外でもできるであろうことは、たとえば医療秘書、クラークといわれる人たちが分担し、そうした職種を増やしていく。また、訪問看護や介護施設などの場では、医師に代わって簡単な薬の処方をしたり、あるいは麻酔科医の指示のもとで手術患者の管理に当たったりする専門看護師を養成する、このようなことを検討すべきではないかと提案している。

実際、アメリカでは、軽症患者の診察や薬の処方を行うナース・プラクティショナーと呼ばれる人たちが、在宅や病院外来の一部で活躍している。日本でも、大分県立看護科学大学で、2008 年度から大学院修士課程においてナース・プラクティショナーの講座を開設し、養成を始めている。現状では、法律上の壁があつて、この方たちが大学院を出てもアメリカのような診療はできないが、今後、こういう方たちが活躍できる場を提供するように法改正なども考えていかなければいけないのではないかと。

4. 救急医療

(1) 現状

2008年10月、脳出血を起こした妊婦さんが都立墨東病院など8病院に断られた末に亡くなり、救急医療の抱える問題点が一気にクローズアップされた。読売新聞では、他にも埼玉県の21歳の主婦のケースを取り上げるなどしているが、このようなことは日常的に起きているのではないか。

本筋からそれるかもしれないが、医師の間では「たらい回し」という言葉はよくない、この言葉はやめるべきであるという議論がある。その理由は、受け入れ拒否をしているのではない、受け入れたくても受け入れられないのだという。実際私どもにも、「たらい回し」とか「受け入れ拒否」ではなく、「受け入れ不能」というふうに表記してほしい、というような要望もある。確かに、病院からみればそうなのかもしれないが、仮に受け入れ不能の病院ばかりであれば、患者からみれば、結果として、「たらい回し」以外の何物でもない。結局、「たらい回し」という言葉はやめるべきだというのは病院の事情であって、患者からみるとそうではない、患者の視点を欠いた議論だと考えている。また、これより適切な言葉が見当たらない。

(2) 救急医療対策の2本柱

救急医療の問題を、どのように解決していったらいいのかということで、2点挙げた。1つは、開業医が病院の救急外来などに積極的に参加していくこと、2つ目は、24時間体制のER、これは緊急救命室とか救急治療室と訳されるが、そういった救急病院を全国に整備していくことである。

まず、開業医の病院救急の参加については、時間外の軽症患者は、地域の開業医、かかりつけ医が診るのが本来の姿ではないかという考え方に基づいている。多くの地域の医師会では、当番医や休日・夜間救急センターを設けて救急医療を実践しているが、大変残念なことに、そういった急患センターがあっても、患者はそれを素通りして病院へ行ってしまうという実態がある。病院のほうが、検査設備が整っているので安心であるという患者の大病院志向のため、せつかくの開業医の力を生かしていない現状である。

そうであるならば、開業医が自身の診療所で頑張る姿勢もとても大事なことだと思うが、そういった開業医の先生方に病院に来ていただき、そこで救急外来を受け持ってもらえることになれば、患者の病院志向という状況のなかで、開業医の力を発揮できるのではないかと考えている。

前述の墨東病院の例では、クリニックの開業のドクターが妊婦の受け入

れ先としていろいろな病院を探したということだが、そうではなくてクリニックの医師自らが患者を連れて病院に駆け込んで治療にあたればよかったのではないかと私どもは考えている。実際に、墨東病院では3~4年前に、医師不足で診療体制が限界であるということで、このクリニックを含む周辺の開業の医師に交代で救急をやってくれないかという打診をして内諾を得たという経緯がある。しかし、開業医が墨東病院に詰めて産科の救急を行うという合意はしたが、この話を東京都庁の病院本部にもっていったところ、そんなことはとんでもないと却下されてしまったというのである。その理由はよくわからないが、都立病院の施設になぜ開業医を入れなければいけないのかというような、都側に非常に柔軟性を欠いた思考があったのではないかと想像している。最近、この問題があつてから、その話をもう1回都立病院と地元の医師会で話し合いをしていると聞いている。

次に、ERとは、とにかく患者を受け入れ、受け入れた後、応急処置をして、それ以上に手術などが必要であれば各診療科に回すという病院である。ここで例を紹介する。沖縄県の中部、沖縄市に中頭病院というERがある。この中頭病院を含む3つのERで、同県中部地区の35万人の人口をカバーしている。ここでの重症患者の搬送状況について調べたところ、救急隊からの依頼に対して99.3%が最初の要請で受け入れ、残りの0.7%も2カ所目の要請で搬送先が決まっていたということで、中頭病院では、ERは、救急患者の受け入れ拒否を減らすのに有効であると、その効果を強調している。

(3) 患者側の問題—保険免責とフリーアクセス

救急医療の問題を患者側の問題としてみると、多くの軽症の患者が救急外来に押し寄せていることが、救急医療を疲弊させる一因だと考えられる。外来の受診回数は、日本は年間13.8回で、アメリカの3.8回、イギリスの5.3回に比べて非常に多い。それには風邪など軽症の場合も多く含まれるので、そういった場合は、保険免責にすることが可能かどうかを、社内で検討した。医師会を始め、医療関係者からは、このような考え方には当然反対されると思うが、なぜこのようなことを考えたかということ、保険というのは本来医療費がかさんで家計が破綻するのを防ぐための相互扶助システムである。しかし、風邪の治療費で家計が破綻するおそれはないだろう、ということでこのような検討をした。実際に、自動車保険ではそのような免責事項があつて、5万円とか10万円以下の軽微な物損事故では保険会社は免責される。これは民間保険では非常に当たり前の考え方である。ただ、医療の場合は、そのような民間保険と同様にはいかないであろうと

いうことも議論した。医療の場合は、患者は自分が軽症であるかどうか判断できるとは限らないので、自己負担になったらどうしようということで受診を控えて、結果手遅れになるかもしれないという反論も当然予想される。しかも、現在、患者の窓口負担は3割と決して少なくない金額であり、そのうえにさらに保険免責で自己負担ということになると、かなり患者からの反発も予想されるということで、今回の提言には盛り込まなかった。

しかし、医療現場では、私どもが見送った保険免責という考え方が、実はもう始まっているのではないかと思われる。それは、時間外の救急患者から加算金を徴収する病院が最近非常に増えているという実態である。2008年4月、「救急患者数の適正化を図るために、緊急性、重篤性がない患者様からは、時間外・休日加算を自費診療として負担していただくことになりました」というお知らせを貼り出した静岡県の焼津市立総合病院を紹介した記事によれば、それまでは1日80人いた時間外の患者が、導入後1日50人へと4割減った。一方で、重症の入院患者数は1日7~8人で以前とほぼ変わっていない。つまり、減ったのは軽症患者だけであり、その病院の思惑が非常にうまくいったということになる。これにならって、近隣の3つの公立病院も、相次いで同じような加算金の徴収を始めたということである。

こうした時間外加算金は1992年に制度がスタートしたが、2008年12月に読売新聞が行った全国調査によれば、導入していることを地方厚生局に届け出ている医療機関は123病院であった。金額は非常にばらつきがあり、医療機関によって最高で8,400円、少ないところは300円とかなり幅がある。そして、いちばん金額が高い8,400円の山形大学医学部附属病院に聞いたところ、時間外の患者は3割減少したということであった。ただし、重症の入院患者はかえって増えたと言う。その理由を聞くと、恐らく、重症者の治療に専念できる余裕ができ、重症患者の受け入れが増えたのではないかと大学病院では分析をしていた。

このように私どもが見送った保険免責の考え方は、実際の医療現場では広がり始めているという状況がある。これは救急医療を守るためにやむを得ない対策のひとつであろうと考えている。

5. 高齢者医療・介護の問題

現在、社会的入院患者は30万人ほどいると言われている。さらに、どの施設にも入れずに自宅での介護地獄にあえぐ家族もそれ以上にいるのではないか。その背景にあるのは、介護現場の深刻な人材不足であり、介護

施設の経営の悪化であると考えている。ある世田谷の特養ホームでは、3カ月で8人の職員が辞めてしまった。2人は夫の転勤、2人は腰痛などの体調悪化が原因、残る4人は介護ではなく別の職種に移ったということだが、そのなかの1人の30代の男性は、寿退社だったという。寿退社というのは、世間では女性社員が結婚するときに使う言葉だが、介護業界では男性の介護職員が結婚や子どもが産まれる前に、このままの収入では生活できないために辞めていくことが「寿退社」と呼ばれているという。介護の業界ではこのような「寿退社」が大変多く、非常に深刻な問題となっている。介護施設の職員の平均給与は、年間300万円弱、280万円ぐらいと言われているが、それは全産業の平均給与のほぼ3分の2の金額である。これではあまりにも低過ぎるので、私どもは介護職員の給与の抜本的な引き上げをすべきであり、そのためには介護報酬を大幅に引き上げる必要があるという提言をした。

政府は、来年度の介護報酬を3%引き上げると発表し、これまでの引き下げから比べると方向転換をしたと言えるが、3%ではとても介護職員の待遇改善や施設の経営改善は難しい。さらなる大幅な引き上げが必要であろうと考えている。

6. 医療の財源問題

これが一番重要な問題である。現在の医療現場の疲弊の最大の要因は、医療への投資や財政支出を怠ってきたことにあると考えられる。実際に、日本の医療費は国際的にみても大変少ない。日本の総医療費は対GDP比で現在8%ぐらい、アメリカは15%、フランス・ドイツも10%を超えていて、主要国のなかでは日本は最も低いのが現状である。これは、診療報酬が改定されるたびに引き下げられてきたことも大きな要因となっていると思う。

一方で、政府の支出が道路とか公共事業に多く使われているのが日本の現状である。少し古い数字なので現在は傾向が変わっているかもしれないが、OECDデータでは、日本ではGDPに占める公共事業費の割合は、約6%である。ちなみに、アメリカは2.2%、フランスは2%、イギリス・ドイツは1.5%ということで、欧米主要国に比べて日本は3~4倍道路やダムにお金を投じていることになる。これを金額で示すと、日本は28兆4,000億円で、アメリカとほぼ同額である。

アメリカは日本の国土面積の25倍なので、国土面積で比較すると日本はアメリカの25倍公共事業費を使っていることになる。イギリスやドイ

ツ、フランスは日本より1桁少ない一方、国土面積も同じくらいであるため、国土面積比でいうとヨーロッパの国に比べても日本は10倍前後使っている計算になる。

一方、社会保障費はどうかというと、同様にOECDデータによれば、2003年時点でGDP比に対する社会保障支出がフランスは28%、ドイツは27%で、ヨーロッパ各国は軒並み2割を超えている。アメリカは16%で対象29ヶ国中26位、日本は17%でアメリカと同じ低い水準にある。つまり、日本は公共事業に欧米の3~4倍お金を使って、社会保障には半分強しか使っていない。公共事業と社会保障に対する支出の考え方が全く欧米と逆であると言える。

このような支出のあり方を変えるべきだということを今回の提言の眼目に据えて、診療報酬を抜本的に引き上げる必要があり、なかでも病院には手厚くする必要があると考えている。現在、社会保障費の自然増分から2,200億円を毎年抑制することになっているが、このような政策は直ちにやめるべきだと主張した。そして、いわゆる土建国家から社会福祉国家に転換すべきときが来ていると考えている。

おわりに

今、100年に一度の経済危機と言われている。政府も財政支出を大幅に増やしているわけだが、この中身は従来とほとんど変わっていない。一体どこが100年に一度の危機に対処する政策なのかが、ほとんど見えないような内容である。もし本当に100年に一度の危機であるなら、相応の対策を立てるべきであり、その1つは、社会保障に抜本的に支出を増やすことではないだろうか。

社会保障に対する日本の国民負担率は欧米に比べて高くなく、まだ日本は社会保障に対しての支出を増やす余力がある。その具体的な方策として、消費税を引き上げるべきである。消費税を社会保障目的税として2011年度までに税率を10%に引き上げる。ただし、生活必需品は5%の軽減税率を用いる。税率10%で増える税収は、軽減税率の分を差し引くと実質4%分、2008年度の予算ベースでは10兆4,000億円になる。この10兆4,000億円のうち、月5万円の最低保障年金の創設などを求めた年金改革に2%強を使う。残りの2%弱、4.7兆円が医療・介護に回せるという試算をしている。これは社内の試算であり、どの程度医療を手厚くするかによって金額は大きく変わるものの、その程度の金額は使えるだろうということである。

この提言に対していろいろな専門家の皆様から反響をいただいた。日本医学会の高久文麿会長は、医療は公共財という視点はそのとおりであるし、医療にもっとお金をかけよという提案は、これはもう医療現場の皆が考えていることだということをおっしゃってくださった。また、諏訪中央病院名誉院長の鎌田實先生は、医師の計画配置はぜひ必要なことである、ただし、地域ごとに定員を定めても医師が適正に配置できるかどうかには疑問があるという意見をいただいた。併せて、地域医療に興味がない医師を配置しても、よい医療は期待できない、たとえば、やる気のある若手医師が地域医療に熱心な病院で研修を受けて力をつけたら大学で専門医療を学べる、というような仕組みをつくってはどうかという提案もいただいた。また、その間の手当は国が保障する。こうした動機付けをしたほうが医療過疎を解消するには効果的であるということも指摘していただいた。日本医師会の竹嶋副会長にも、地域の救急医療の実情をいちばんよく知っているのは地域の医師会である、地域の特性を生かした救急対策をとっていきたいというお話をいただいた。

ちなみに、この提言には読者からいろいろな意見をいただいたが、総じて3分の2ぐらいは賛成である、残りの3分の1ぐらいはちょっと納得しかねるというものであった。医師の計画配置の提案に対して、強制的な配置ではないかといった意見がある一方、医師不足について真剣に悩み、医師の計画配置は欠かせないのではないかと考える方々も多いという実感がある。

このようにいろいろな提案が出てきて議論が行われることが非常に重要なことであり、私どもの提案を1つのたたき台にして議論が広がると大変有難いと考えている。