

ディスカッション

○小谷座長 それでは、シンポジウム I を開催させていただきます。

はじめに、医療現場における医師不足の問題については、日本医師会のシンポジウムはじめ、すでにいろいろな場面で討議されていますが、この場では、勤務医と労働条件を中心に進めたいと思います。

勤務医不足は医療環境の変化による過重労働のために勤務医が燃え尽きて辞めていく、あるいは新臨床研修医制度による大学病院の医師の引き上げが病院勤務医不足となり、そのために過重労働になっているのか、なかなか難しいところがあると思います。

シンポジストの先生方から勤務医の過酷な勤務状況をそれぞれの立場からお話いただきましたが、より具体的にご自身の勤務先におきまして、勤務医の過重労働は医療環境の変化による業務量の増加なのか、あるいは医師不足、特に、臨床研修医制度による病院から大学への医師の引き上げによる一時的な影響なのかという問題についてご討議いただければと思います。

まず、里見先生、医師を提供する大学病院の立場からいかがでしょうか。

○里見 研修医制度、個人的には大変いい制度だと思います。特に研修医にとっては、これは非常に自分の意思で選択をするわけですからいいわけです。ただ、研修医制度のシステムを提供する側が、やはり多少問題があると。恐らく、先ほども言いましたけれども、若い人たちのニーズをうまく吸い上げてないという側面があると思います。

それから、もう一つは、やはり若い人は都会志向であり、やはりよりいい研修を求めて、これは動きます。これをとめることはできません。地方と中央との格差が出てくる、これも当然だと思います。

ですから、医局の中に確かに人は少なくなって

きています。でも大学はやはりそういう目で若い人を引きとめる、あるいは引き戻す、いわゆる中堅の医師を引き離すのではなくて、若い医師を引きつけるだけのものをつくっていけば、やはりこれはよくなるわけで、その辺に関しては、恐らく将来、また戻ってくるのではないかというふうに考えていますけれども、それだけがこの医師不足の原因ではないと思います。やはりもとにあるのは現在いる中堅の医師が追い込まれていると、そういう人たちが高度医療、あるいは実際の現場を離れていくという環境が非常に一因になっているのだと、それを何とかしない限り、先ほども言いましたけれども、勝ち組の大学であろうと、勝ち組の公立病院であろうと、あるいは市中病院であろうと、いずれは同じ運命をたどるわけです。若い人はどんどんステップアップを考えていきますから、同じところにとどまることは少ないと思うのです。どんどん動きます。その中でいかにそういう中堅を、若い人が引っ込んでいくかという、やはり病院側の努力が必要だと思います。

○小谷座長 医師を提供する大学では、臨床研修医制度自体の影響と共に、医療環境の悪化による中堅クラスの医師の大学ばなれが医師不足の要因であるとお話してございますが。シンポジストの先生方の病院では、現状として、土屋先生、副院長でありながら小児科当直を月4回していらっしゃる。医師不足は小児科医という診療科偏在だけの問題なのか臨床研修制度の影響なのか、

○土屋 それは、2年間の研修医制度というのは、結局どの科も2年間入らなかったわけですから、どの科もその分は不足するわけです。それまで本当にぎりぎりで行っていたところが牽制化したというか、産婦人科などはその例だと思いますけれども、そうすると、さっき坂道を転げ落ちると言いますけれども、悪循環が形成されまして、どん

どん問題となってくると、そういう問題が1つと。

あと、小児科で見ると、結構学生が、卒業時点では小児科を希望している人が結構いるけれども、研修を回っている間にほかの科に変わってしまうということがありまして、そういう研修医制度のときにほかに小児科から見ると、そういう側面もあって、やはり不足してきているなというのは感じます。

それから、副院長ということで見ると、やっぱりいろんな科が不足して、大学にも送ってくれ送ってくれということ、院長がさんざん交渉に行くのですけれども、なかなかやっぱり人がいないということで、結局住民が望むようないい医療ができないでいます。

○小谷座長 ありがとうございます。

茂木先生は、先ほどのご発表では新臨床研修医制度により、医局からの派遣医師の減が勤務医1人にかかる業務量を増大させているとのことですが、影響は。

○茂木 私の実感としては、研修医制度が導入されて新規の入局者が、大学の方に入らないと、大学の方から引き揚げられる科が出てくると、内科といっても各第1内科、第2内科、第3内科と、今いろいろ細かい名前が変わっていますけれども、第1内科の人間が出て来なくなっても、第2内科は同じように出してくれている。そうすると、第1内科で減った分を第2内科の人間でカバーするというふうな形で、実際の自分たちの仕事だけではなくて、それ以外の負担にもなりますので、やっぱり仕事量ですとか、精神的な負担なども実際の現状としては増えているというところです。

○小谷座長 勤務医の過重労働の要因として勤務医不足以外に医療環境の変化からの精神的負担もあるとのこと。

勤務医不足は研修医制度のためなのか、医療環境によるものかどっちともまだまだ明確ではない。ただ大学における医師の不足という状況が、臨床研修医制度が2年間で一周りすれば、大学からの医師派遣は改善する可能性があると思いますけれども、そういう考え方は、里見先生いかがで

しょうか。

○里見 研修医は、恐らくある時期来たら大学へ戻ってくるかもしれませんが。しかし、そこまで中堅医師が頑張るかといったら、それは保障がないわけですから、むしろそこに問題があるので、だから、要するに研修医は今2年間30万円保障されていますね。ところが中堅医師というのは、それがいいわけ。全く保障がないということ

ですから、そこをうまくやっていただかないと、なかなか、要するに早い話しが給料を上げなさい、待遇をよくしなさいということになるのです。そうしないと、やはり30代、40代の一番脂の乗った時期というのは、つい最近の話ですけども、海外からオファーが来るわけ。優秀な人材の引き抜きにかかっているのです。約給料が10倍です。もうそういう現実なのです。

だから、優秀な人材をどうしても引き止めたいのであれば、それだけの待遇をしないと大学であっても成り立っていかないということです。ですから、中堅の医師をなるべく優遇してくださいということです。

私が教授に感じたことは、教授職というのは本当はいいです。中堅の若い40代、そのぐらいの人が、やはり中核になって大学を支えて、あるいは医療機関を支えない限り、よくなっていかないです。そこにむしろ手当てをしてあげた方が、私はいいと思います。

○小谷座長 ありがとうございます。

シンポジストの先生方にはここまでとし、フロアからご質問等、はい、どうぞ先生。

○原中 茨城県の医師会長の原中でございます。

ちょうど、私41年卒業でございまして、前のインターン制度の反対のために国家試験をボイコットしたクラスでございますので、いろんな今回の世の中の変化ということと比較しながら、ある程度は考えさせられる時間を持っているのではないかというふうに思います。

1つは、私たちがインターン制度を反対したときには、身分の問題、それから勉強をしたくても

させてもらえなかったという、それから、大学の教授の権限が強くて、医学博士というものをくれるために、いろいろなことをさせられたという非常にむだな時間があったと。これが外国の若手医師の教育と比べても、余りにも貧困であったというところに、この日本の研修医制度、インターン制度をなくそうという努力をしたわけでございます。

今回、新しい医療制度ができていったときに、私はちょうど日本医師会の代議員をしておりまして、代議員会議の中で発言をしたのですが、この制度が始まったときに、もし後期の研修医制度というものが外国のようにできた場合に、恐らく4年、または5年間、世の中に医者がなくなってしまうと、このことに対する対策をしないで、これを実行したときには大変なことになるよということを申し上げて、それは記事に載っているはずなんです。

ところが制度だけが出てしまった。予想以上に大学から離れる研修生が多くなった。そうしますと、それまででも大学から派遣してもらわなければできなかった病院が、大学からの派遣がなくなってしまう。そうすると、今までの医師の派遣制度そのものが変化してしまったということに大きな今回の混乱があるだろうというふうに思います。

それから、もう一つは、大学にも問題があるのです。これは大学というのは、あくまでも医師の養成機関であるはずなのに、第2病院をつくったり、救急センターをつくったりして収入の努力をしている。そのためにどれだけの医師が世の中に出なくなったかということにも、やはり大きな問題があるのではないかというふうに思います。

ただ、私はこの数年過ぎて、あと2、3年したときに、今は外に出ている先生方が、果たして大学に戻るのか、あるいは、今いる病院がよくなってそこにとどまるのか、しかしとどまられた病院も、今のような低医療費では全員雇うことはできなくなります。

ところが一方、急性期の病院ではインフォーム

ド・コンセントがだんだん強くなって、医療そのものより書類を書く時間がさらに多くなってしまふ。いろんな面でこの数年間の間に、私は大病院ほど苦労が重なるだろうというふうに思います。

ちなみに、私のところの県ですが、3分の1を占める茨城県の北の方では、産科の病院を持っているのがたった3カ所でございます。

ところが、今政府は集約化ということで医師の不足を中心的な病院をつくることによって対処しようとしています。しかし指定された病院の産科の先生が10人ぐらいで、果たして数千人の産科の仕事ができるのだろうか、院長先生が、私の病院は先生辞められる可能性が出てきた、指定を受けても機能的にできなくなりますという心配を、実際に訴えているわけでございます。

ですから、私はこういう非常に問題が多いところが、単に机の上の官僚の考え方で自由に動かされたものと、現実は違うということをきちんと日本医師会が言わなければいけないだろうというふうに考えております。

意見になりましたかどうかわかりませんが、そんな考えでございます。

○小谷座長 はい、ありがとうございます。

ご提言ということでお受け留めさせていただきます。

ほかにございますか、はい、どうぞ。

○登 三重県医師会の登と申します。

私も、前に座ってみえる本田先生がNHKテレビで討論をされている様子を拝見したんですが、医師不足というのは、大きく2つの観点からやっぱり考えないとだめだと思います。

日本全体、先ほど池田委員長もおっしゃったOECDとの比較で、日本の医療の実態はどうかという観点、それから現状の医師の偏在、これはやはり2つ大きくわけて考えるべきだというふうに思います。

それで、前半の部分に関しては、これはもう法的なというのか、やはり政治の分野に入ってくると、閣議決定がなされていますから、今回の安倍総理の所信表明でも医師は足りておるといふ考え

がもう根底にあるわけです。これは厚生労働省の官僚は既にそういう考えを示しておると。

ですから、それは日本医師会としては、そのところをきちんとはつきりさせていただいて、日本には医師は今不足しているのですよということが、これはもう大前提、そこをはずさないとだめだと思うのです。閣議決定を。それがあって初めて、じゃその次に、現実の問題としてどうするかということになっていくと思います。

ですから、今我々が話し合っているのは各論の部分であって、大もとの部分はずして議論を進めていくとすれば、これは恐らくまた数年後には同じような問題が起こってくるというように私は思うのです。

ですから、その辺のことは、きょうは先生方のご意見、非常に私は参考になりました。ただ、恐らく後で議論になるかと思うのですが、集約化というのは、本当に日本全国にそういうことが起こっているのかどうかというのは、三重県の場合は特に、全国の中の県内の格差です。恐らく地方に行けば行くほどそういったことが大きく問題になってくると思います。

例えば、三重県の場合は10万人当たり176人ですけれども、南北で非常に違いがあるわけです。きっと依田先生は三重県という名前がインプットされておったので、先ほど妊婦がたらい回しになってと言われたときに、三重とこう言われたので、ちょっと私ぜひ我々の同僚の産婦人科の先生の名誉のために少し訂正をさせていただきたいと思いますが、奈良県だったのです。埼玉から見ると三重も奈良も一緒ですから、同じ方向ということで、そういうように考えていただければいいと思います。やはり集約化ということも、ぜひ地方の実情に合わせた形で進めていただかないといろいろ問題があるという、この2つだけ、私のコメントにさせていただきたいと思いますが、ありがとうございました。

○小谷座長 ありがとうございます。

結局行き着くところ、医師不足の問題はやっぱり医師の確保など、医政との結びつきになると

思っています。これにつきましてはシンポジウムのⅡに引き継ぎ、お話しをまとめていただきけるということでございます。

吉原会長、何かございますか

先生、何かご意見ございましたら、最後でよろしいですかね。

ということでございますが、もう1名、医師の……はい。

○家守 福岡県医師会の方からまいりました家守と申しますが、勤務医の方と男女共同参画の方と2つ重ねて勉強してまいりますと、どうしてもフレックスタイムであるとか、パートであるとか、勤務時間をきちんと決めてほしいという勤務関係の、そういう問題に行き当たります。ところが一方では、今現在いらっしゃる中堅どころの、私の同僚の先生などに聞きますと、そうすると責任が持てないから、特に産婦人科の先生は指示性で持っているから、パートでとても雇わないよというふうな声も多いです。

そのところをシンポジストに立たれた先生方は、どのようにお考えでしょうか、その医師自身も意識を変えていって、患者にすべての時間を注ぎ込む、あるいは患者さんの要求をすべて受け入れるということであれば、今でさえすでに破綻しつつある、しかも女医さんがふえていく時代に、女性医師はフルタイムですべての時間を働くことは、私は育児の時代にはできないと思います。

そうすると、やはりそこら辺で意識を変えていく必要があるのではないかと思います。

○小谷座長 はい、どうぞ里見先生。

○里見 今のご意見は、私、先ほど申し上げましたけれども、やはり女性が参加する、あるいはもうこれは女性だけではないです。男性医師が参加するに当たっても、やはり役割分担であるとか、主治医がずっと24時間いなきゃならないとか、そういう社会意識をやっぱり変えていかない限り、これは解決しないと思います。

ですから、やはりこういう勤務医部会、あるいは日本医師会というのは、国民にやはり本音をしゃべらなければいけないのです。本音をしゃ

べってない。患者受けすることだけしか言ってないわけですよ。

ですから、ぜひその辺を現実はこののだと、我々女性医師が参加するにはこういう条件が必要なのだとということをはっきり示さないと、いつまでたっても解決しない。本当に身近で我々も小児医をやっていますけれども、10何年前からそういうことが現場では起きているわけです。日曜日に出て来い、日曜日にモンテナをしろと、いろんなことをやりなさいと、若い医者は、それに遅れると土下座をさせられるのですよ。そういうことが10年前から始まっているのです。小児医療の世界でも。今はそれがほかの世界に広がってきたというのは、もう当然ですよ、そういう人たちが成人になって、今度は自分の親を診るときに、そういう態度が出てくるわけですから、そういうことをやはり医者が最低限のことをしているのだけれど、不憫なこともあるのだということ、やはり我々もそれだけ努力しているということ、医師会といったら怒られますけれども、ぜひこれを本音でしゃべってほしいということです。

○小谷座長 では、もう1名だけ、先生どうぞ。

○黒田 黒田と申しますけれども、本当に先ほどの女性医師の搾乳の問題まで出て、本当に現場はこういうことがあるのかというのは、実際、科が違くと本当にわからない部分もありますのですけれども、今聞いていまして、本当にここでこういう議論をした、それをどこへ集約して、どこへ持っていくかというのは、いつもこういう会議があると、そこだけで終わってしまって、何となく一時的なガス抜きをただけで終わってしまいますね。

こういうテーマのときに、いつも思うのですけれども、何もこういう会をクローズすることはないので、先ほど里見先生が言われたように、本音で語るという部分であれば、ここに市民代表とか、政治家とか、先ほど市長さんとか、日医の会長もおられたんですけれども、やはり各領域の人が、本当に何もこれは切実な問題で、医者専門だけで秘密に話しをする問題ではないので、今血を吐くような現場の意見を、これを生の声をやっぱり

聞くということが非常に大事だと思うのです。

せっかく年に1回ここへみんな全国から集まっているので、こういうのを本当に時間が足りませんからということで、朝せっかくいろいろ報告会をやったのですけれども、あれも全くディスカッションの時間もなくて、午後こういう話があるから、今回の全国勤務医部会は非常に午後のテーマが一番いいと思ったのですけれども、この話しをぜひ次の、例えば沖縄なり、その年に1回じゃなくて、もう本当に学会っていうのは山ほどあるんだけれども、実際我々の生存権にかかわる会というのは、本当はないのです。だから学問的なことを皆さん専門家はよく知っていても、もっと本質的な部分のこういう会というのを、これを機会に医師会としても、全国あちこちでもっと市民オープン公開講座で、このシンポジウムに続く会をぜひやっていただきたいと思っておりますし、そして、このまとめた意見をどこへ持っていくかという、その大きな流れを、これはやはりどうこう言っても日本医師会が中心になってやらなければならない問題でしょうし、医師会だけじゃなくて、いわゆる看護協会、その他医療関係者全員の問題だと思っておりますので、ぜひ、それをつなげていただきたいと思っております。

○小谷座長 いろいろご発言いただきましたが、女性医師の問題が出てまいりました。シンポジウムⅠの中で女性医師の問題を、もう少しディスカッションをしたいと思っています。

なお、医師不足と労働条件でのフロアからのご意見等につきまして、シンポジウムⅡの方でまとめいただく時間があると思っておりますから。

それでは、勤務医、特に女性医師については、出産、育児、育休の問題、その職場復帰支援の問題、学校問題などありますが、過重な労働条件について依田先生、何か追加ご意見がありましたら。

○依田 残念ながら、私まだ出産といった経験をしてないので、何とも言えないのですけれども、やはり同級生で、当然のことながら大きなお腹を抱えて当直につかなければいけなかったりとか、

あとはつらそうにしてちょっと休んでいると、本人は本当につらいながらも、周りでは余りこういうことは言いたくないんですけれども、罵声が出たりとか、そういうこともある中で、実際に直面をしてみないとその体制がうまくできているのかどうかというのは、実感としてわからないので、私の意見は余り参考にはならないと思うんですけれども、やはり普段日勤の方は十分にこなせると思うので、夜間勤務に関しては、ぜひともうまく、十分とはいえないんですけれども、夜間勤務に関しては育児を両立されている女性の医師には、何らかの手はずをとっていただきたいというのは1つあります。ちょっと意見になったかどうか心配なのですけれども。

○小谷座長 どうもありがとうございます。

下田先生、ご発表のなかで女性医師の率直な意見を述べていただきました、皆さん初めて現場の生の声を聞いたのではないかと思います、下田先生、何かもう少し言い足りないことやご意見がありましたら。

○下田 そうですね、うちは子供が今度高校受験の年になりまして、少し塾に行くにもご飯を食べさせることもできませんので、夜間の当直をこの4月からはずしてもらったりはしています。

ただ、夜間の仕事をしてこそ脳外科のような状況がありますので、とてもやはり申しわけないという気持ちでいっぱいになるのですけれども、今の病院では、ちょうど脳外科が高齢化しておりまして、やはり当直をすると次の日使い物にならなくなるので、そこを頑張って翌日の分を自分がフォローをして補うぞというような気持ちで働かせていただいているつもりでいます。

ただ、時々当直が忙しかったと、次の日にボーとしてしまうというのは当然自分も経験してましますからわかりますが、お金をもらっているでしょうと、実はちょっと心の中では思います。それは、その分免除していただいている部分だと思って頑張ろうと思いますが、やはり、あとは家族の協力がすごく大きいもので、働く女医の夫の会というものなどが今インターネットなど観るとあって、

そういう立場の男性ってすごく、うちも子供のお弁当をつくったり、ごみも出しますし、そういう状況がないと続けていけないということも事実だと思います。

一般女性において、結婚をしたものが勝ち組だとしたら、しなかった、ずっと独身でいる女性を負け組とするのであれば、女医の場合、結婚してしまった方が負け組になってしまうのは、ちょっとつらいなと思いますので、1つ何か保育所をつくれば直るとか、何かお金を出せば直るという問題ではなくて、さまざまな男性医師の意識改革も必要なのかなというふうに思います。

私が出したスライドの中で、無回答という男性の部分がすごく多かったので、それをわざとちょっと一番上してみたのですけれども、それだけ男性医師に興味がない部分、育児支援についてのアンケートの部分とか、今後どうやってフレックスタイムにするかとか、そういうことに関して無回答といった男性がかなり多かったことが、やはり今の日本の状況をあわらしているのかなと思いますので、今回こういうディスカッションを持ったことで、興味を持っていただければ、無回答が少しでも減れば、少しでも動くのではないかなと思っています。

○小谷座長 下田先生より、女性医師問題の解決に男性医師の意識改革の必要を指摘されました。医師の意識改革といえば、臨床研修制度が始まって研修医が働く現場を見て忙しいと辞めちゃうというお話もありましたが、若いひと（医師）たちのものの考え方が大きく変わったと思いますが、里見先生いかがですか。

○里見 今の若い人の気質が、小谷先生がおっしゃったように、大変ドライなのですね、ですから、自分のステップアップのためにはやる。要するに専門医も同じです。資格を取る、資格を取り終わったら学位を取る、ではもう大学に用事はないと、そろそろ次のステップアップへ行こうという発想なのです。

ちょうど我々が育てていってもう10年、12年になったときに、突然辞めると、次のところに

移りますといことを言い始める。そのぐらいドライになってきている。

大学に行くことが別に何か自分のためになるというふう感じてないのです。だから1つ資格としてみているわけです。単位を取っていくような感覚なのです。

ですから非常に難しいとはいうことです。その辺をだからうまくやってやらないと、次へ何かあるよというものをを見せてやらないと、なかなかうまくいかないと思います。

○小谷座長 シンポジウムⅠ「勤務医の労働条件」で議論いただきました。結論はシンポジウムⅡに引継ぎいたしますが、シンポジウムⅠについて日本医師会常任理事の鈴木先生、何かコメントをいただけたらと思うのですが、いかがでしょう。

吉原先生、どうぞ。

○吉原 日医の鈴木常任理事は、最終的なまとめということで、私なりにお聞きして感じていたことを4点ほど簡単に申し上げたいと思います。

やはり勤務医の過酷な労働条件の緩和ということには、政府の医療費削減政策というものが非常に影響をしていると、私はこれだけ一生懸命働く業界はないと思うのです。だから勤務医給与は増加すべきだというふうな感じが1つです。

もう一つは、医師不足を外国と比較して論ずることが妥当かどうかということをお考えいただきたいと思います。よくアメリカはどうか、ドイツがどうか、イギリスがどうかというふうに言われますけれども、日本には日本の医療風土があって、しかも今までその医療風土の中で世界が認めているように、医療費は世界17位、医療の達成度は1位というような、医療を我々は行ってきたわけですが、だから一概に外国で10万人に対して幾らだということを論じて、だから悪いと言えるかどうかということは考えていただきたいと思います。決して外国がいい医療が行われているというわけではないというふうに私は思っております。

それから、女性医師へのサポート体制の整備というのは、本当に私さつき下田先生のお話しをお

聞きしてびっくりしたのですが、搾乳をして冷蔵庫に入れておくのが恥ずかしいとおっしゃった気持ちがひしひしとわかります。今初めてわかったわけですが、そういう面では、やはり男性医師の女性医師への理解が足りない面があるかなというふうに思っておりますし、先生がおっしゃったように、女性の再教育システムというのを整備して、出産の後、復帰するチャンスを与えるというシステムを、ぜひ我々で考えていかなければいけないと思っております。

それから、もう一つ、これはどちらでもよいのですが、私は後期研修医という言葉が、実際は法的にはないということを書いてきているわけなのです。もともと私はことしの3月まで日医の執行部に理事としていたわけですが、中には新研修医制度を夢中でやっている常任理事がいて、私は徹頭徹尾新研修医制度をやったら大変なことになると、反対し続けてきたにもかかわらず、実施されて、先ほどからお聞きになっているような、都市集中型とか、偏在とかということ巻き起こしたということで、終始一貫反対し続けて、今も反対です。

というのは、新研修医制度に、これは文科省がお金を出して厚労省が納得していることのように、いきなり月に30万円を支給する。大学を卒業したで西も東もわからない、といっちは失礼かもしれないけれども、実際注射の仕方もわからない医師が来るわけです。その人にいきなり30万円あげるといのは、もう暴論に近いことが実施されてしまっている。それを教えている指導医が、1、2年前に大学の有識者懇談会でアンケートをとって、平均的な指導医の給料は幾らか出ましたが、それは15万円です。30万円支給されても事務所、経費差し引いて20万円ちょっとになるのかもしれませんが、明らかに指導医より多くもらっている。教えてもらう人が指導医よりも多く取るような制度というものもよくないし、これは考えるべきだと思っております。

また、それに加えて前執行部の方では、後期研修医という言葉がしきりに出てきたので、そうい

う言葉は政省令であるのかと、法的にあるのかとただしましたら、ないというわけです。ですから、その言葉は使わないでほしいと、なぜならば、後期の研修医制度がもし定着してしまうと、先ほどどなたか言われましたように、2年の新研修医を終わって、さらに2年とか3年となると、ますます大学病院に医者が縛りつけられる、引き揚げが進むというようなことが1つ。

もう一つは、40、50、60の医師に後期研修医制度が義務づけられたら、どういう事態になるかというようなことを考えてほしいということを言っているわけですが、残念ながら、後期研修医という言葉がひとり歩きして生きているということ。

今、まだ政省令が定まっていないでしょう。そういうわけで、これは注意して使っていただきたいと思います。これが私の4つの感想です。

あとは、総まとめを鈴木常任理事の先生をお願いします。

(鈴木常任理事コメント)

○小谷座長 どうもありがとうございました。

ちょっともう時間がなくなってきましたので……。

○吉原 ちょっと言い忘れていたことがありまして、先ほど鹿児島県の古田先生ですか、こういうところで秘密に話し合ってもしょうがないじゃないかと言われましたけれども、これは秘密でなくて、本県では県内の新聞社に声をかけて、先ほど取材に来ておりましたので、まだどなたか新聞記者がいると思いますけれども、新聞社を通して県民に知らせるという努力はしております。決して秘密ではありませんので、ご了解いただきたいと思います。

そして、きょうここでいろいろ発言されたことは、必ず鈴木先生が日医に持って行って、日医でまた行政に伝えるということができるとしておりますので、その点はご了解をいただきたいと思います。

○小谷座長 どうもありがとうございました。

テーマとしては、勤務医の労働条件ということでお話をいただきました。先ほど三重の登先生がすごいことをおっしゃっています。閣議決定で医師不足はないという大前提をもっているという話をしました。この閣議決定というのはものすごいことで、我が官僚の牙城でありまして、そこで決まったら政治家はもう何も言えないと、現状ではそのようになっております。

ですが、きのうTBSか何かでハンセン病訴訟について議事問題でテレビをやっています、それをちょっと観た人、ちょっと手を挙げていただけますか。何人もいらっしゃいませんね。ですが、あのときにハンセン病訴訟は閣議決定では提訴するという事になっていたので。それを福田官房長官と小泉さんがものすごい葛藤をしまして、直前に提訴しないということで、それから市民と会って提訴はしないと言ったそうですが、その間に1週間あったということで、政治というのはいますれば変えられる、そういうことがまだ残っているんじゃないかと、あの小泉さんでもそこまでやったということで、非常に私としては感動したわけです。

これは、むしろこの次の医政という問題に当然そこに行ってもらわないと困る、閣議決定したらしゃにむにいつてしまうぞというのではなくて、その閣議という、さっき本田先生が、我々が指導しているのだと、ばかな国民は我々に従えばいいんだという、そういう論理でまだいる人たちが官僚の中にはいるというニュアンスが感じ取られましたので、その人たちを入れて、やっぱりその辺を改革していくというのが、やっぱり我々の勤務医と医師会員27万人がともに一緒になって政治を変えていかなければいけないというところであると思いますので、次のシンポジウムに譲りたいと思います。

10分間の休憩にしたいと思います。ありがとうございました。