

## 第10回 ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会

開催日：平成20年2月22日(金)

場 所：東海大学校友会館「望星の間」

**多田羅座長** 定刻を少し過ぎましたので、ただいまより第10回「ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会」を開催させていただきます。委員の先生方には非常にお忙しいところを本日お集まりいただきましてありがとうございます。この検討会ももう第10回になってまいりました。結果として、患者の権利に関する検討及び国民への啓発普及に関する検討という、2つの面にほぼ柱を絞らせていただいて、これまで委員の皆様方に審議いただきてまいりました。今年度、3月にもう一度もたせていただいて、全部で11回を予定しています。しかし、今年度は結論まで達しきれないということから、厚生省の方でご尽力いただいて、来年度も審議を続けさせていただくということになりました。委員の先生方からだらしがないという意見を伺うことになるかも知れないのですけれども、厚生省の方でそのところをご賢察いただいて、来年度についても審議を続けさせていただくということになりましたので、その点ひとつお含みおきいただきたいと思います。

次回には、これまでの発言、審議の内容をもとに、2年間の検討の中間的な整理はさせていただきたいと思っております。実質的に本日が今年度の最終の区切りの会になるわけですが、これまで特に委員の先生方からも、医療提供者側の意見についても十分取り上げて審議する必要があるというご意見も伺ってまいりましたので、本日はそういう観点から、日本医師会あるいは病院関係団体の委員の皆様からご意見を出していただいて、それに対して審議をいただくという予定でございますので、よろしく願い申し上げます。

それでは議事次第に沿って進めたいと思っておりますが、出欠状況と配付資料の確認を事務局からお願いいたします。

**事務局** それでは事務局の方から御説明させていただきます。まず御出欠の状況でございますけれども、本日は秋葉委員、太田委員、尾形委員の方から御欠席との連絡をいただいております。それと安藤委員の方が少しおくれてお見えになれるという御連絡をいただいております。それと鈺委員につきましては、先ほど座長から冒頭ございましたけれども、もうこちらに向かっていらっしゃるということでございますので、間もなくお見えになるかと存じます。若干おかれているような状況でございます。

それとお手元の資料の御確認でございますけれども、一応資料番号1から6まで振ってございます。まずお手元の資料の1枚目が議事次第になってございます。2枚目の方が委員名簿でございます。3枚目の方は座席表になってございます。4枚目以降が本日御提供いただいております資料でございます。まず資料1ということで、安藤委員の方はおくれられてございますけれども、安藤委員の方からいただきました資料ということでございます。

資料の2はクリップどめで冊子が一緒でございますけれども、右肩に資料2というものが飯沼委員からいただいている資料でございます。資料の中身としましては、レジュメが1枚と指針が2つあるということでございます。

資料3でございます。こちらは谷野委員から御提供いただいております資料でございます。それとパンフレットが1枚つけてございます。それと後ほど回覧させていただく資料がございます。

資料の4ということで、中島委員の方から御提供いただいている資料でございます。

資料の5ということで、日野委員からいただいております資料が1枚ございます。

資料6ということで、宮崎委員の方からいただいている資料がございます。資料の方は以上でございます。過不足等がございましたら、事務局までお伝えいただければと存じます。それと傍聴される方におかれましては、お配りの傍聴に当たっての遵守の方、よろしく願い申し上げます。以上でございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。資料は整っているでしょうか。もし不足分がございましたら、申し出ていただきたいと思います。それでは早速でございますが、審議に入らせていただきます。本日は先ほど申し上げましたように、日本医師会、病院関係団体などの医療提供者側の委員の先生方に、患者の権利擁護に関する現状の取り組み・問題意識等について、ご意見・ご説明をいただきたいと思います。お一人10分か、15分ぐらいで、全体としては6人の先生からお話を伺うことになっておりますので、よろしく願い申し上げます。それでは、飯沼先生からお願いできるでしょうか。よろしく願いします。

**飯沼委員** それではトップバッターということで、資料の2をごらんいただきたいと思います

が、時間も限られておりますので、初めの前半部分は読まさせていただきます。

医師・患者関係に関する現状の取り組み。これは日本医師会で改めて議論してきたことではございませんので、私が過去の関係資料を集めまして、それから今年の3月に医事法関係検討委員会というところで、「医師、患者関係をどのようにとらえるか」という報告書の原文を読んでまいりました。そういうところから取りましたものを御紹介申し上げます。今年の3月に報告される医師・患者関係をどう捉えるかという医事法制に関する検討委員会の初めの部分を読まさせていただきます。

医師・患者関係をどのように捉えるか。医療は、心身に病いや傷を負った患者に対して、医師が診療、治療をし、薬を処方し、その過程を治癒に向けて繰り返すという、個人的な人間関係の反復、継続の場である。したがって、提供される医療がよりよいものであるためには、医師と患者が深い信頼関係で結ばれていることが不可欠の条件となるというのが「はじめに」というところに書いてございます。

きょうお持ちしました資料のコピーの方でございしますが、平成14年10月の「診療情報の提供に関する指針」第2版というのがございします。1ページ目の指針の目的というところをごらんいただきながら、お聞き願いたいと思います。

日本医師会は、医師が診療情報を積極的に提供することにより、患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、医療の担い手である医師と医療を受ける患者とが、共同して疾病を克服し、医師、患者間のより良い信頼関係を築くことを目的として、会員の倫理規範の一つとして、この指針を制定するというところで、これは上に書いてありますように、平成11年4月に制定されまして、第1版が12年の1月に出ております。14年の10月に改定されまして、15年の1月にこれが出されまして、16万人の会員にすべてこれを配付してございます。

次に冊子「医師の職業倫理指針」でございしますが、平成12年4月に採択されまして、平成16年の2月にこれを発行しております。これも16万人以上の会員に配付されております。その1ページ目をお開き願いますと、目次のところに幾つかのことが書いてありまして、第1章のところは医師の責務でございします。医師の基本的責務といたしまして、医学的知識、技術の習得と生涯教育。研究心、研究への関与。品性の陶冶と保持。

2番目に、患者に対する責務というところは21項目書いておりますが、代表的なのを申し上げますと、病名・病状についての本人への説明。同じく家族への説明。患者の同意。患者及び遺族に対する診療情報、カルテの開示。応召の義務等々が書いてございまして、これも会員に配付しお読みいただいているところでございします。

次にレジュメをはねていただきますと、その他でございしますが、そこは最近の考え方として大切でございしますので、これも読まさせていただきます。

医学、医療という進歩・発展が著しい分野に関する実務的で詳細にわたる事柄は、柔軟な運用が可能なソフト・ローに委ねることが適切と考えられます。ソフト・ローの意味は上に書いてありますが、法的に拘束されないそういう問題でございまして、その対岸にありますのがハード・ローでありまして、法律で規制するようなことでございします。医療施設の開設、管理や医師を初めとする各医療職種の資格や身分、業務範囲に関する事項など、一定の資格や要件を満たさない者による行為を禁止する内容は、法律を中心とするハード・ローの規定になじむものである。

医療界内部の行為規範にかかわるもの、例えば診療情報の提供、診療記録の記載方法など、個人の業務の内容や手順等に関する事柄は、たとえそれが患者、国民と医療提供者との関係に密接にかかわるものであっても、医療界内部の自律を前提として、ソフトメローにおいて規律すべきであるというふうに考えております。

最近いろいろの国の倫理要綱等、日本のいろいろのところでも、患者さんが守るべき患者の責務と言いますか、Patient Responsibilitiesとアメリカではそういうふうに申し上げますが、そういうことも大事ではないかというふうに考えております。そこを読まさせていただきます。

患者の責務（患者が順守しなければならないこと）。医療提供者が安心して診療行為に集中し、最適な治療効果を提供することができるよう、患者に最低限守ってほしい事柄。3つ挙げてあります。療養上の医師の指示に従い、治療に協力すること。受診・入院中は医療機関が定めたルールに従い他の患者や医療従事者に迷惑を及ぼさないこと。診療代金を確実に支払うことであります。

最近、日本医師会では、病院協会の方で多分問題になっていることを我々がサポートしていることになりましたが、未払いというのが非常に大きな問題になっておりますので、ここにあえて書かせていただきました。あとはほかの資料がございしますが、一番お読み願いたいのは先ほど申し

上げました2つの資料でございます。以上でございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。既に発表されております「診療情報の提供に関する指針」及び「医師の職業倫理指針」を中心に、飯沼先生からご説明いただきました。ご意見の交換、実質的審議はすべての報告の後で行わせていただきたいと思いますのですが、ただいまのご報告に対しまして、質問がございましたらお受けしたいと思います。よろしいでしょうか。

それでは次の報告といたしまして、安藤先生、よろしく願いいたします。

**安藤委員** どうも遅参して申しわけございませんでした。では私の方からは、病院の現場で、どういうふうに今患者さんの権利に関しての物事が生かされているかということをお話をさせていただきたいと思っています。資料1ですけれども、下の段にあるのは、東京都の私立病院協会（現在は東京都病院協会に収束。会長：河北博文先生）で、1995年の当時ちょうど薬害エイズ問題がクローズアップされ、今後、患者さんとの間により大きな信頼関係を築くため、この「わたくしたちの病院の目標」として教育倫理委員会で作ったものでございます。

項目としましては、公正な医療、それから説明と選択（インフォームドコンセント）、プライバシー、診療情報の開示、教育の問題、ターミナルケアということで、最後には患者さんにも責任があるのだよということで作りました。結構これが日本中に広がりまして、多くの病院さんの理念というふうなところまで発展してきております。

次のページですけれども、これは病院の第三者評価機関である財団法人日本医療機能評価機構の資料でございます。平成7年に設立されまして、平成9年に本格実施ということになっております。平成20年現在、8,892病院中、2,438病院が認定されております。ここに書いてある評価項目として大項目が8つ。これにまた中項目、小項目とありまして、それを自分たちの病院が自分自身でチェックをして、そのチェック表をさらに第三者評価機関の専門家の方たちが評価していくというものでございます。

ここの2番目のところに、患者の権利と安全の確保というところがございます。そこをさらに細かく出したものが下の段でございすけれども、患者の権利と医療者の倫理、患者の権利に関する方針が明確にしてあるかどうか。あるいは職業倫理に関する方針が明確であるかどうか。臨床における倫理に関する方針が明確であるかどうか。治療に関する倫理が明確であるかどうか。臨床研修に関する委員会が機能しているかどうか。そういうところが評価されるわけでございます。

さらにそれを細かく見てみますと、例えば患者の権利に関する方針が明確であるかという中には、患者さんの権利に関する方針が明確であるかというところで、明文化されているかどうかとか、内容は一般的な人権・医療の価値観・病院の特性に矛盾していないかどうかというようなこととか、あるいは患者の権利について組織的に検討する場があるかどうか。さらには患者の権利が患者家族に周知されているかどうか。院内掲示とか病院の案内・入院（外来）の案内や広報誌に掲載されているかどうか。患者の権利が職員に周知されているかどうか。そういうところがチェック項目でございす。下のところが、各病院さんがこれに関してのきちっとした資料をつくっているという状況でございす。

4ページ目は当病院の例でございすますが、全職員が名札の中に永生病院の倫理規定というものと患者様の権利について書かれたカードを携えております。そこには1から8項目まで、職員がきちっとやらなければいけないことが書いてございす。公正な医療、選択・同意・拒否に関すること。個人情報に関すること。あるいはカルテの開示、セカンドオピニオンを受ける権利がある。あるいは身体拘束の問題。そういうことが書いてあります。下のところがその説明文でございす。

次の5ページ目が職員向けの説明文でございまして、その下のこれが私の病院の医局に張ってあるものでございまして、右側に患者様の権利という欄がございす。

6ページ目ですけれども、「職業倫理に関する方針が明確である」という項目でございす。これも中項目に分けられておりまして、右の赤い文字に書いてありますけれども、医療者としての信用失墜行為・職務違反行為・個人情報および秘密漏洩などを起こさないための方針を明確にするということで、これがチェックされている項目でございす。下は「臨床における倫理に関する方針が明確である」ということで、実際の治療に関して守らなければいけないというところが書いてございす。

次の7ページ目ですけれども、上の方が当院における倫理委員会の規定ということでございまして、目的とか委員会の設置とか理念というものがございす。さらに細かくどういうふうに運営されていくのかということも一番目には描いてございす。その下が治験に関する倫理が明確

であるかということで、ここにも委員会が機能しているかどうかとか、治験に関する規定が守られているかどうか。そういうところがございます。

8 ページ目の上の段が、その治験における規定などが書いてあります。その下が今度は「臨床研修に関する倫理」に関してのチェック項目でございます。

9 ページ目の上がそのまた細かい資料になっておりまして、9 ページ目の下は患者さんと医療者のパートナーシップは大事だよと。これがきちっと保たれているかどうか。保つための努力をしているかどうかという項目でございます。

10 ページ目の上がインフォームドコンセントに関してのやはり細かいチェック項目でございませぬ。下がこれは介護保険の世界ですけれども、地域包括支援センターというものがあまして、介護保険の何でも相談コーナーと言いますか、最近は介護予防ということにも全力を尽くしておりますけれども、そういうふうな介護の世界の中にも権利擁護事業ということで、生命権や財産権等の基本的人権の擁護が明記されております。

最後の11ページ目ですけれども、これは私が経営している老健施設が「イマジン」と言いまして、ビートルズのメンバーのジョン・レノンさんが人類の愛とか平和を歌った「イマジン」という曲がありましたが、我々の地域もやっぱり地域の愛とか平和を考えようということで、イマジンという名をつけさせていただきましたけれども、その老健施設の憲章で「イマジン憲章」というのを作りました。ここにおいてもやはり利用者の方の権利というものをうたっています。そういうことで大分今の病院や介護施設でも、患者さんの権利というようなことをうたってきております。

私どもの全日本病院協会においても、2年に一遍、病院のあり方報告書というものを出しておりますけれども、その中にも患者さんの権利の尊重という項目がございまして、その中で国民や患者さんの価値観の多様化あるいは権利意識の急速な高まりをきちっと把握するためには、患者さんの選択権や決定権を尊重しなければいけないですし、あるいは情報の開示をしなければいけないということ。最終的にはその権利擁護という受け身の対応だけでは不十分で、患者さんとの間の信頼関係というものを創造する取り組みをしなければいけないというようなことをうたっております。以上でございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。先生のとこの病院協会では、先生が後半におっしゃった協会としてつくられておられる考え方とか方向についての、何か印刷されたような資料はあるのでしょうか。

**安藤委員** きょうは間に合わなかったのですが、次回またお持ちします。多少あります。

**多田羅座長** 存在するという理解でいいですね。

**安藤委員** はい。

**多田羅座長** わかりました。ご質問いかがでしょうか。よろしいでしょうか。実質的な審議は後で一括してお願いしたいと思います。それでは続きまして、谷野先生にお願いします。よろしくお願いします。

**谷野委員** 余り時間がございませんでして、昨日か一昨日、ここにメモで殴り書きしてきたのを、きちんと読めるかどうかかわらんような字で書いてあります。それと来る前に周りにあった資料を若干お送りしてありますので、また見ておいてください。病院のパンフレットは別に自分の病院がこんなきれいだという気は全然ないので、これ以上きれいなのは横におられる岡山県立精神医療センターです。ただ、病院がきれいなだけでは余り意味がないので、中身の問題ですから、それは職員には十分に言っただけです。

ちょっとずれますけれども、精神科というのは悲惨な病院にいたのが、これはこのごろの病院がその反動なのか罪滅ぼしなのかよくわからないのですけれども、みんなきれいなホテルみたいな病院になっています。このごろ心配するのは、やはりそれに伴うようなソフトがちゃんと整っているかどうかという方が問題なので、当たり前話ですけれども、病院はホテルではなくて病院は治すところです。そういう点では余りきれいな病院に、特に精神障害者が入ると退院したがないのですよね。そういうこともあって、病院のきれいになるのもほどほどにせんといかんというふうには思っているわけです。

きょうのことに特化して言えば、僕らは精神保健福祉法という、本体はもっと長い法律名ですけれども、精神保健福祉法ということで、いろいろ精神衛生法から精神保健法になって精神保健福祉法になったという歴史的な背景があるわけですけれども、この精神保健福祉法の現在何回か手直しされましたけれども、僕が言いたいのは、この患者さんの人権擁護と称して、書類書きに全く我々は追われております。もう本当に書類、書類。しかも形式的な書類というかセレモニー

みたい。後で具体的に言いますが、セレモニーみたいな書類を書かなければならない。書類書きに追われるのですよ。必要な書類は書かなければいけないと思いますよ。書類書きで、かなりドクターが疲弊しております。

それから問題はやはり日本では残念ながら七万床なのか何万床なのか、よくわかりませんが、本来地域で住めるような社会的入院の人が一部いることは事実です。この人たちが開放病棟ならまだしも、閉鎖病棟で処遇されているというのは、これは基本的には大きな人権侵害であって、これについては、こういうことは絶対にこれはやめてもらわなければならない。本来やはり病院にいるというのはおかしい話で、これは地域に住む権利があるような人たちですから。ただ、問題は受け皿。受け皿とマンパワーとサポートシステムが、このごろちょっと国は本腰になっていきますけれども、そういう点の不備が日本ではものすごくおくらせています。

よく言われるように、外国ではもう精神病患者はどんどんどんどん減らしているわけですよ。地域にグループホームとか何とかというものをつくって、それで地域でサポートする。本当に精神科医療を施さなければならない人が、精神科医療の傘下に入ると。そのかわりに入院費は日本の5倍とか10倍ですよ。特にアメリカはそうなのですが、でも地域サポートもそれなりになお金がかかるのです。変な話が、これはよく言われることですが、社会的入院を安い医療費で入院させておいた方が、国は財政的には助かるわけですよ。グループホームに行ったり地域サポートをすると、マンパワーから何から入院一人よりも高くなります。患者負担も高くなるのです。ここら辺がなかなか非常に難しい。社会復帰、社会復帰と言っていますが、そういう現実があるということ。

それとこれは賛否両論ありましたが、いわゆる医療監察法のとてよく言われてのは、今の医療監察法は僕は余りいい法律だとは思っていませんけれども、やはり国民にしてみれば、急に何か被害に遭うということ。急に遭うということに対する一部の精神障害者がいることによって、99%の精神障害者がそうだというふうに見える。これはよくないということで、池田小学校みたいなことは非常に悲惨なことです。あれから医療監察法が進んだのですけれども、ただ、残念ながら今の医療監察法は不備が物すごくあります。

ただも何を言いたいかというと、僕は中島先生と一緒に大学紛争の世代ですが、地域に社会福祉施設をつくと団交団交なのですよ。もうこれは国によくわかってもらいたいのですけれども、共同作業所をつくるにしても共同住居をつくるにしても、地域住民がワッと来て、病院を改築するにしても団交団交なのです。そういうことで、団交の途中で僕はわかったのは、これは地域住民だけの問題ではないということがわかって、我々の問題もあると。地域住民が一樣に言うのは、精神障害者というのは何かよくわけわからんと。事故が起こっても何かわけわからんうちに入院して、その後どういう処遇がされているのか、全然わけがわからないというようなことを一樣にして言うわけですね。

もっと凄まじいのは「先生のところの病院があるから、ここの周りの地価が安いんだ」とか、立山連峰が見えなくなったとか、後から来た連中なんか、よくそういうことを言うわけですよ。一樣にしてそういうふうな、もう本当に耐えられないような罵詈雑言を浴びて、我々は社会復帰施設をつくってきた歴史があるわけですよ。私も中島氏も歳ですからね、そんな団交団交というのはそろそろ疲れて、もうこれ以上社会福祉施設をつくるなら、国がやりなさいということをして今言っているのです。7万人の受け皿をつくるなら国がやった方がいい。

だって本来社会に生活できる人が病院にいるわけですから、これはここら辺が十分に施策をなされないと、同一の問題ではないと思いますけれども、10年、20年前に精神科医療ハンセン論というのがやはりあったわけですよ。厚労省の某偉い局長が言った時代があるのです。当事者も言った時代があります。でも今はそんなことはないのです。だから本当にハンセンの方々はお気の毒だと思いますけれども、若干精神もそういう部分を抱えながらも、地域移行は進んでいるのかなというふうに思います。

もうあと一つは、治療抵抗性の患者さんがいるわけですよ。どれだけ精神科医療の薬が発展しても、治療抵抗性の多くは今問題になっているアスペルガーと統合失調症が何か一緒になったような人とか、統合失調症と発達障害が一緒になった人。この方々が医療監察法の前に我々の病院に入っているわけですよ。この方々に対するエネルギーは、僕よりも現場の看護師がもう髪の毛を引っ張られたりたたかれたり殴られたり、そういう状況でその患者さんたちを、犠牲的精神でみているわけですよ。

こういうことについて一体何を言いたいかというと、患者さんの権利もさることながら、医療者側の権利も守ってほしいと。たたかれたりけがさせられたり、もう悲惨な話が殺された精神科

医はいるわけでね。そういう病棟で本当に看護師が苦勞している人たちを、本来は公的病院でみてもらいたい。本来は国がそういうところへ、そういう方たちをきちんと処遇すべきです。

もっと問題なのは、法的に言えば知的障害は本来は法的にも精神科に入院させてはいけないのですよ。ただ難しいのは知的生涯で精神障害が混入したケースは、知的障害の施設もかなわんということで、一時的に預かってくれということはいいでしょうけれど、預かった途端にエンドレスになってしまう。これはよくないことなのですね。これは弁護士の方方も御存じだろうと思いますけれど、知的障害は例えば精神科病棟に入ってはいけないのです。だからそういう現実はやはり人権侵害だというふうに思いますね。

それと今一番問題になっているのは認知症です。認知症の方々の成年後見法とか財産管理とか、それから入院形態とか、認知症の方々はほぼ医療保護入院ですけれども、中には面倒くさいからと言って、認知症で任意入院になっている人がいるのですね。これはいかん。認知症が任意入院だということはあり得ないことなのです。認知症が医療保護入院でも、これが厄介なのは、文書を書いて告知状を渡さなければいけないのです。こう言うては何ですけれども、ほとんど了解不可能な重度の認知症の方に難しい書類を書いて、そこで読み上げて、全くセレモニーですよ。それでサインしてもらわなければいけないわけですよ。ともかくグチャグチャな字でもいいから、わけのわからん字でもいいから書いてくれと。もっとあれなのは、読み上げて枕元に置いておいてくれということもあります。

そういうセレモニーを、果たしてそんなアホなことをせんといかんのかということなのですよ。わからない人にただそういうセレモニーをしたというアリバイづくりなだけですけれど。ただ、もっと問題なのは、やはりそういう人たちの財産管理とか年金とか、これは精神科だけではないのです。老人関係のところでの財産管理、認知症の方々の財産管理は大きな問題になっています。成年後見法が出てきても、これは問題になっていますね。

それから多くの先生が言われたように患者さんの権利もある。しかし患者さんの義務は裏腹にあるのです。この前テレビでやっていましたけれども、もうこのごろの患者さんの横暴ぶりはやはり腹に据えかねることがあるのです。どっかに書いてあったのですけれども、土下座せいか何とかというのはある医事評論家によると、患者様というような時代になってから具合が悪くなったというようなことを言っていますけれど、うちはともかく今でも患者様と言っていますけれども、それでもさっき言われた未収金の問題とかでこういう話があるのです。

検査するでしょう。「検査で何もございませんでした」と言ったら、「何もないのに検査しやがって」と言って、「それじゃお金払わない」と言って帰ってってしまうのですって。そういうような目に余る患者さんが今一部にいることは事実。だからそういうことはやはり患者さんの義務をきちんと果たしてもらわなきゃならない。ということは患者の権利法とともに、これはきちんと患者さんをいい意味で教育してもらわなければならない。

もう一つ。これで終わりますけれども、医療がこれだけ難儀に本当に大変な時代になって、この委員会が始まったときに誰か弁護士と医師を兼ねた先生が言われたと思いますけれど、最高の医療、最高の患者の権利を守って最高の医療を提供するには、今の医療はほとんど不備です。極端に言えば、病院医療が崩壊しようとしているわけです。ともかく日医にも頑張ってもらって、これは医者もふやし看護師もふやし医療費もふやし、きちんとしたそういう担保がなければ、患者さんの権利も患者さんに対する高度な医療も不十分なものになる。そういうことが裏打ちされて患者さんの権利も守られるし我々の権利も守られるしということが、余りにも日本ではそういう考え方がお粗末で、患者権利法ばかりが先走ると僕はちょっと心配なところがありますね。以上です。

**多田羅座長** ありがとうございます。特に確かに医療体制の確保ということが、今非常に医療の崩壊とまで言われ、新聞などに出ているような時代ですので、非常に重要なご指摘をいただいたと思います。ありがとうございます。それでは続きまして、中島先生、お願いいたします。

**中島委員** ほとんど谷野先生が演説し終わりましたので、言うことございませんけれども、先週も地元に行ったのは2日、今週も2日しかおれないということで、このまとめを出してくれというのを見たのが実は金曜日で、やむなく昨日会議中に内職をして打って出したものですから、実はこれ、自分が後で打ち直して完成したものの一つ前を送ってしまって、大変失礼なことになっております。これに本来は添付すべき資料がたくさんございますが、後ほど帰ってから事務局の方へ後日送付したいというふうに思っておりますので、よろしく申し上げます。

まず患者の権利擁護に関する現状の取り組みということで、私が理事をしております日本精神神経学会は、もう既に15年理事をしておりますが、精神科病院のうち続く不祥事。有名なのは宇

都宮病院事件とか大和川ですね。いろんなものが随分続きましたので、個別の事案について「精神医療と法委員会」が実地調査をして再発防止策を提言する。それを実際に学会誌へすべて載せていっておりますので、こういう動きをずっと続けてきているわけですね。しかしこの調査も強制力がないために、病院側が拒否しますと真実はわからないという限界があったということ、ひとつ踏まえておく必要があるだろうと思います。

もう一つは、臨床研究の中に病院人権侵害と考えられるものがかつて幾つもございました。胎児の脳のアロペリの濃度を測定するとか、いろんな有名な事件があったのですけれども、そういうものをこれも個別に「研究と人権の問題委員会」が調査・提言を行ってきました。そういうことで、どうもこれでは困るということで、臨床研究をするに当たっては、必ず参照すべき学会の倫理綱領というものをつくる必要があるということで、私が委員長のと きにつくったのが、臨床研究における倫理綱領というものを、会員全員に向けて告示いたしました。以後、精神科の研究ではどこの大学でも倫理委員会へ提出するときに、この臨床研究における倫理綱領を学会の綱領だということで、必ず添付して出すようになっております。

それからこれは先ほど谷野先生がおっしゃいましたが、患者の権利擁護の基本規定でもある精神保健福祉法の改定が、5年ごとにずっと最近では行われておりますけれど、その都度、より患者さんの権利が十二分に守られるように、積極的に提言活動をずっとやっているとかがございます。

それからもう一つ書き落としましたが、アンチスティグマ委員会というものを立ち上げております。これは精神障害者に対するスティグマをいかに緩和していくかということで、世界精神医学会を日本でするに当たって日本に3つのサイトをつくって、そこでまず実験的な試みをして、以後引き続き行っているものですが、岡山でもやったのですけれども、患者さんについてのいろんな講義、医者が講義をしたり講演をしたりしても、その差別意識というものがちっとも改善しないのです。むしろ患者さんと一緒に触れ合った集団だけが優位に、そんなドーンとではありませんけれども、優位に差別意識が改善するという結果を得まして、以後岡山のスピーカーズビューローという、精神障害者の方がいろんな講演に自分で行く場合もありますし、医者と一緒に行って講演するというようなこともやっております。

2番目が全国自治体病院協議会の方ですが、これは権利擁護のためには十分な医師、看護師、コメディカル職員の確保が、これは必須条件なわけですね。ところが現在の精神科医療は医療法の実質的な精神科特例が撤廃されていないという現状がございまして。医師数も一般医療の3分の1でよろしいと。看護については統一されたのですが、いろんな形でとれないような高い、10対1あるいは7対1なんかはとれないという形が、現在も続いているわけですね。それと一般化並みの診療報酬を要望し続けておりますが、残念ながら今回の改定でもそれは実現されておられません。日医のさらなる奮闘をお願いする次第でございまして。

それから私の病院は今年から地方独立行政法人になりましたが、10年前、私が院長で赴任してからのことですが、独自の試みとしまして月1回の弁護士さんによる無料法律相談を開設しております。これは何を相談するかは病院側には一切言わなくていいと。もちろん閉鎖病棟の患者さんでも構わないし、外来の患者さんでも使えるということでございまして。

弁護士さんはではどうやってやったのかということ言えば、岡山弁護士会へ行きまして「皆さん方は公的使命感があるでしょう」ということでお願いいたしまして、無料で来ていただいております。まことにがめつい病院でございまして。というよりは、当時は県立の病院でございましたので、出すお金がなかったのです。今年ぐらいからちょっと何かしなければいけないかなと思っております。

それから病院の基本理念のところ、冒頭の「患者の」は打ち間違いでして「人間の」です。「人間の尊厳回復を第一に公的中核病院の使命を全力で果たす」と。これが我が病院の最大のモットーでございまして。尊厳回復こそが患者さんを回復させることなのだという考え方で医療を行っております。

それから(2)の「患者・被験者の諸権利の法制化」についてでございますが、精神科医療では精神保健福祉法によって、多くの点は法律とで規定されておりますので、それとの関係が問題になるかと思っております。しかし長年の社会的入院のため生活能力を喪失した人々への支援策がいまだ実質的にはないままだということが問題だろうと。それから明確な意思表示ができない人たちの権利擁護には、細心の留意が今後とも必要だということでございまして。

三菱総研の方からファックスがまいりまして、検証会議で提言されている諸権利ですね。最善の医療及び在宅医療を受ける権利、それから医療における自己決定権及びインフォームドコンセ

ントの権利、それから不当に自由を制限されない権利、社会復帰の権利等は、これは精神保健福祉法に規定されているところであります。それから医学的研究の諸原則に基づかない不適正な人体実験、医化学研究の対象とされない権利。これは学会の倫理綱領へきちんと書き込んでいることで、精神科においてはほぼこういうことがなくなっております。それから断種、堕胎を強制されない権利。それから作業を強制されない権利。これらも我々学会として個別の事案について勧告を出してまいっておりますので、これも実質上は今はないということであります。ただ、医療情報を得る権利については、明確な規定はないのではないかと。インフォームドコンセントのところで、十分な情報を提供するというので、そこはひょっとしたらクリアされているかもしれないというふうに思っております。

それから先ほど谷野委員がしっかり言われましたので、言わなくてもよかったですけれども、つい思いついて最後に、「患者の権利と共に、患者としてのマナーをうたうことが必要ではなからうか」ということをございます。ほとんどの患者さんは大変マナーがよろしゅうございます。ただ、中にいらっしゃるということをございまして、そういうときは僕は患者さん以上にマナーが悪くなるので、大体はうまくまいります。以上です。

**多田羅座長** ありがとうございます。患者さんのマナーという点。谷野先生、中島先生、強調されたわけでございます。ありがとうございます。それでは続いてご報告をお願いします。日野先生、お願いします。順番が最後になって済みません。

**日野委員** 先に諸先生方がお述べになられた格調高い、格調低いとは言いませんが、現実的なお話も含まれておりましたが、患者の権利ということに関しましては、今さら付言することは何もなく、私の属しているのは日本医療法人協会と言いまして、医療に係る税の問題であるとか、それから重荷病院の経営に関する事を考えようというのがテーマになっている団体でありまして、その立場から話をさせていただきたいと思えます。

私の話は現実的と言えればかっこいいかもわかりませんが、かなり医療提供者側の立場を養護するというふうな方に傾いてお話をしますので、その点お許しをいただきたいということを最初にお断りしておきたいと思えます。お手元にお配りしました本当にぼちょぼちょと書いてあることについて申し上げます。

これはたまたま今お話があったばかりのことですが、1番の(1)ですが、患者様の……。様と言ったらこれが原因ですね。患者ということに言いかえます。患者の中にモンスターペイシェントがふえました。これは現実に精神科の方はマナーのよい方が多いのでよかったですと思えますが、ひどいのは産婦人科ですね。実に小児科で子供を連れてお母さんのことですが、子供を連れてくるお母さんは気が立っているという環境もあってのことで、同情の余地はあるのですが、医者をして罪人扱いして、母親と子供で医者に対峙するという姿勢で入ってこられる例が結構ふえてまいりました。

このような人々は学校でモンスターペアレンツと言われている人々の言動とも酷似しております。それをやられますと病院の側は立場が弱くて、元気な先生しかモンスタードクターになることはできなくて、多くの先生が一発やられますとやる気をなくしてしまいます。そして後でお話しいたしますが、若い先生方の考え方も随分変わってまいっておりますので、これにつきましては患者さんの権利じゃなくて、患者さんの義務を努力規定でも結構ですから、同時に考えていただけたらなと思えます。これがそのまま野放しにどんどんふえていきますと、今ちょうど先生方がおっしゃいましたが、医療崩壊というのは急速に進んでしまって、今でもどうにもならない状態にほとんど近いですが、これが悲惨な結末が来るという恐れがあります。

それから(2)番ですが、すぐ訴訟になるという。訴訟の件数はふえていないのですが、水面下で闇で話がつくというケースが多くなっているのだと私は思えます。この前私のところで経験した例ですが、90歳の方が亡くなりました。病院の送迎用の車で来られて、送迎の車を降りて、こんなことを言ってもしょうがないのですが、その道路は公道であります。病院の中の敷地ではなかったのですが、転ばれて骨折をされた。そうすると「保証をしろ、誠意を示せ」というふうな話になるほど厳しい状況に置かれているということをお理解いただきたいですね。

もし一つの訴訟を抱えますと、医療の本来力を発揮すべき分野でないところで、特に有能な自己の処理能力のある職員、医師が多いのですが、それに専念をしなければならない。ますます病院の持っているパワーは削がれるという悪循環に入っていきます。その事件が終わったら、先生はもう疲れたからやめるというふうなことも起こります。これは本当に危機であります。

それから患者さんの権利を守ろうというのは全医師ともかなりの意識レベルまで達しております。それはしていない人が多いのではないかとと思うのですが、個人情報保護法の施行などで、



先ほど精神科の先生の書類の多さというのにも触れられましたが、患者さんを他院に紹介するときにも、一つずつ同意が必要であるというふうなことがあります、これを守っていると時間がかかってしょうがない。時間がかかると患者さんにしかられると。こういう弁は個人情報保護法は本人の不利にならないという判断さえできれば、四角四面の法の適用というのは、考慮していただきたいと思うことであります。

その次の2番の方は話が飛躍しますが、時々放映されておりますパンデミックのことについてであります。これは将来大変な問題になる可能性のあるトリインフルエンザのことですけれども、日本はほとんど対策がとられていない。アメリカの対策は大変すぐれておりまして、すぐれているというか、少なくとも莫大な費用をかけていて、安全管理に対して気を遣っていることははっきりするのですが、もしこれが発生して、ヒトからヒトへの手伝染、そして東南アジアから日本へ来たときを仮定しますと、まず自分のところの病院のことを考えますと、誰も来なくなると思えますね。そういうものであって、それをいかに職業倫理あるいは応召義務で言葉を強烈に投げつけても、やはり自分の命が大事という人がほとんどでありまして、身を犠牲にしてもみずから先頭に立つという人は少ないでしょうから、そういうときに患者の権利擁護というのが法制化されていて、何らかの罰則があったりなどすると、現場はかえって混乱されるばかりになりはしないかという危惧の念を抱くものであります。やはり患者の権利と同時に、先ほど飯沼先生がおっしゃった患者の義務も同時に併記していただいて、それでバランスがとれるのじゃないかと思えます。

それから今までこの会でもお話が上がりましたが、これは私の思いつきですけれども、例えばホテルでしたか。ハンセン病の集会を開くと言ったら拒否したという例があって、そのホテルがどうなったのかは知りませんが、その拒否をするという心理も全くわからないでもない。よくないことだということとはよくわかるのですが、それを糾弾することは簡単なのですけれども、それで犯人を突きとめて後の対策はほったらかしにするというのは日本人のくせでありまして、あその後、国がそういうときに拒否してはいけないというかわりに、どうしても風評被害と言いますか、あと利用客が減るでしょうから、減った分はある程度補てんしてあげるとか、あるいはホテルでそういう場合の共助とか互助制度とかいうのを立ち上げるとか、その起こった事象に関する対策というのは大事であって、それによって国の文化度は増していくと考えております。

その共通するのになるのですが、今支援救命制度とかADRとかいうのが立ち上がって、少しずつ形が鮮明になってきていますが、当初、非常に患者寄りのものになっていて、医師は最初から犯罪者だという位置づけであったのが、少しずつ中立というか、少しは人間らしく見てくれるようになりつつあるのですが、早く欧米のようにバランスのとれたリーズナブルな形で、こういうものが国民の意識として根づくことが非常に重要なことで、これは年月がかかることだとは思いますが、それをやることによって、偏見というものも少しずつ減っていく可能性があると思えます。

それから一番頭を悩ませておりますのは、最近の年取っている者の言う常套句ですが、先生方はどうも自分本位で家庭本位という。自分と家庭という線引きはあるのかないのか。ある場合もない場合もあるのでしょうけれども、とにかく小さくまとまっておられる先生方が多くて、諸先生方がおっしゃられた職業倫理とか治療倫理とかいうのが希薄でございます。それを指摘して指導する場合、医師が余りにも不足しているものですから、一言言ってパッとやめられると病院はたちまち崩壊です。こういうぎりぎりの状態で病院運営をさせられているということが、そういうことにもつながっているということを、指摘させていただきたいと思えます。以上でございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。質問でございますか。

**高橋委員** コメントを追加させていただきます。今トリインフルエンザの話がされたので、1、2分よろしいですか。きょう現在はトリインフルエンザが指定感染症ということで、第二類感染症に準じた扱いになっております。したがって一般の病院に入院を前提に行くということではなくて、第二種指定機関でないと行きません。そしてその場合、入院させる場合には事前に入院勧告をして、それを拒否した場合に限って強制入院ができるとなっておりますので、人権に対する配慮というのは感染症法で十分に賄われているというふうには私は理解していますし、おそらく多くは理解されているのだらうと思えます。以上です。

**飯沼委員** 先生、普通のフェーズフォーまではそれでいいのです。先生、だからパンデミックと書いてあるでしょう。だから五以上ですから、これは先生が言うのが正しい。五以上ですから、もう至るところに爆発が起きているということですからね。パンデミック。そのときにその権利

をどうするかというようなことも、それは議論しておかなければだめです。先生のおっしゃるのはフェーズフォーまでなのです。

**高橋委員** 感染症法にはフェーズフォーとかフェーズファイブというのは出てこないと思うのですけれどもね。

**日野委員** いや、あります。先生のおっしゃられるように、検疫のときに何かレーザーで照らして、熱が38度以上の人については調べるというふうな体制ですが、そんななまっちょろいことでこのインフルエンザのウイルスが流入することを防げるという前提そのものが甘すぎます。これはすり抜けて幾らでも来ますし、そんなちゃんと検疫を通ってくる人ばかりじゃないですから、密航者もいるわけですから。やはり一たん発生したフェーズファイブのことを考えていただきたいと思うのですね。

それと各都道府県に指定されておりますトリインフルエンザ用の2月の部屋というのは、大阪府で4部屋かな。扱えるのは4人です。5人目はもうだめなのです。4人の中でも、その区長さんにお尋ねしますと、「自分の区域の人なら、引き受けたくないが引き受けざるを得ないだろうなあ」というふうな返事で、先ほど申しましたように従業員が来なくなる可能性が高いので、非常に否定的ですね。ですからそれを問題とするのはどうかとは思いますが、パンデミックの状態のことも考えておいていただきたいというのは主旨でございます。

**高橋委員** 私が言いたかったのは、きょう現在のパンデミックがない状態での現行法はこうなっているということで、そこから先は不勉強で申しわけございませんでした。

**多田羅座長** わかりました。ありがとうございます。それでは最後のご報告でございますが、宮崎先生からお願いいたします。

**宮崎委員** 患者の権利擁護に関する現状の取り組みということでございますが、日本病院会といたしましては、日本病院会の倫理綱領の中の3番目ですね。権利擁護とプライバシーの保護ということで、「我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努めます」というふうに記載してございます。また、以下は私どもの病院、長野赤十字病院の現状ですが、これは今までいろいろな先生方がお話しされているので、特に目新しいことはございませんが、生命倫理委員会あるいは倫理委員会というのは、どこの病院にもあろうかと思えます。うちも院長を委員長として、また外部の委員も入れた生命倫理委員会がございまして、ここで新しい診療技術の開発・実施に関すること、治験用医薬品の使用に関すること、臓器移植に関すること、救急医療に関すること、そのほか生命倫理に関することを審議しております。

また、以下、病院の理念あるいは基本方針というようなものを、これはどこの病院にもあろうかと思えます。私どもの病院は赤十字病院ということで、そういった意味から基本理念として、まず「人道、博愛、奉仕の赤十字精神にのっとり、患者中心の医療を実践します」ということをうたっております。あと病院の基本方針。まず初めに「人権を尊重し、説明と同意に基づいた医療を行います」と。以下、患者の権利、診療の基本方針、看護部の理念、看護部の方針、職員の倫理要綱等、これは10年ぐらい前に制定しまして、これもどこの病院でもやっておられるように病院の各所に掲示をし、また患者さんの待合室に映像として連続的に放映をしております。

そのほか、当院の個人情報保護方針。これは読んでいただければいいと思うのですけれども、いずれにいたしましても先ほど来話があるように、各現場の病院においては、患者の権利擁護に関してはかなり配慮をしているのではないかと思います。具体的な細かな話になりますが、例えば身体行動制限で抑制とか拘束に関する運用基準なんかもつくりまして、それにのっとり。

**多田羅座長** それは病院会でつくっておられる？

**宮崎委員** これはうちの病院です。これも先生方の病院でも、多分それに類したいろいろな具体的な細かな基準をつくっておられるかと思えます。先ほど来、患者のモラル、責任がお話に出てきておりますが、もともと医療というのは我々医療人と患者さんとの信頼関係から成り立っているということで、そういった点ではやはり患者さんにもある程度の守ってもらわなければならない事柄もあるんじゃないかなと思っております。

話はちょっと変わるかもしれませんが、今この病院医療の崩壊というものが叫ばれておりますが、確かに我々病院勤務医は肉体的にも精神的にも大変つらいものがある。特に最近では訴訟というものの危険に遭遇することが多い。そんなような中で、今、厚労省を中心に診療行為にかかわる死因究明制度というものを検討されておりますが、そういうものをつくるのも大事だと思いますし賛成ですけれども、特にその結果がどういうふうに刑事手続等にかかわってくるかというようなことが、一番我々勤務医にとっては関心のあるところではないかと、こんなふうに思っています。以上です。

**多田羅座長** ありがとうございます。6人の委員の先生から、医療提供者側ということで、各団体、各領域を代表してお話しいただきました。時間があと45分ほど残っております。重要なお提案、ご提言をいただいておりますので、申し上げるまでもないのですが、中島先生も触れていただきましたが、検証会議の方からはこの資料の後ろの方ですけれども、765ページの再発防止の提言の第1に、患者、被験者の諸権利の法制化ということがございまして、特に医療に関する内容を中心にした提言の具体的内容を8つほどいただいております。ここらで我々の検討の原点になってくるわけでございます。それを踏まえて医療提供者側の先生方から、ただいまご報告をいただいたというふうに理解させていただきたいと思っております。

そういうことで、本日ご提言いただいたことにつきまして、ほかの各委員の先生方から申しわけないのですが、お一人ずつご見解を述べていただきたいと思いますと思うのですけれども、よろしいでしょうか。はい、弐委員。

**弐委員** まず事実の問題として……。

**多田羅座長** ちょっとお待ちください。質問ですか。

**弐委員** 意見です。

**多田羅座長** ちょっと私からまずお願いしているので、ちょっと待ってください。会の進め方として各委員の先生方にお一人ずつお願いしていきたく思っているのですけれども。

**弐委員** ではどうぞ。

**多田羅座長** よろしいでしょうか。まずでは弐委員からお願いします。

**弐委員** 日野先生から指摘された九州熊本で起こった事件。患者集会をホテルで開くと。それは事実に反します。ハンセン病回復者が実際には長年の隔離政策によって、そして政府が執った、そして育て上げた偏見差別のためにふるさとへ帰れない、社会復帰できない、そのために県の方でバスを仕立てて、熊本県出身の人たちのふるさとを、自分の家の周りをバスで回ってやる。その後、黒川温泉のアイスターという会社がやっているホテルに泊まろうとした。そうしたらハンセン病回復者であれば、泊まることをお断りするということから事件が発したのであって、患者が集会を開くのだという事実はありません。

そしてまたそのホテルが対応したのも無理もないことだ。患者が集会を開くのだったら、そこへ客が来なくなるだろう、だからその賠償をむしろ考えるべきで、それを与えない方が足りないじゃないかという御発言ですが、これは余りにもハンセン病問題のことを知らなさすぎる方の発言としてか考えられません。

大変私は今話を聞いて、そういう事件を取り上げるならばきちんと調べて、何があったのか、どうしたのか、熊本知事がどういうふうにその点について対応をしたのか、入所者の側はどう対応したのか調べてから発言してください。患者が集会を開くので迷惑を受けたとは何事か。

**多田羅座長** はい、わかりました。

**弐委員** 迷惑を受けて、それに対する損害賠償をする方が、むしろ当然というような発言があった。今きょう全体に聞いていますと、自分の病院はこうやっている。だけど大変いろんな問題で、患者権利というよりも、義務の方がむしろ考えてraitたいところだと。私自信本当に残念なのは、ここにハンセン病関係の施設長や何か、きちんとした報告ができないでいる。これはもちろん厚労省に任命された施設長ですから、発言もできない。また発言するにしても、厚労省側に立った発言しかできない。それが現実。

ハンセン病の入所者は現在どうなっているんだ。そのこともいちいち詳しく申し上げるまでもないとは思いますが、いずれにしても社会復帰さえできないでいるのが、2,800人もいまだ国立療養所に隔離状態で置かれている。そのことからこの提言が発しているわけですよ。自分の病院のことを、私のところではこういうことがあるから困っている、だから患者の権利よりも義務の方が大切なんだ、むしろそのことで自分のところでは大変困っているのだという話をここで聞かされる。じゃ、この会議は一体何だと。この会議はハンセン病問題検証会議が提唱した問題について会議をしているわけ。第一これは各病院のいろんな分野ということですが、日本医師会という格好で代表しているわけではないでしょう。

**多田羅座長** いや、日本医師会の代表の先生もいます。

**弐委員** 代表の先生が日本医師会で、なぜ日本には患者権利法がないのか。前々回の会議の中ではヨーロッパ諸国では、ほとんど1980年代から包括的な患者権利法というのが確立していると。特に北欧諸国ではしっかりしたものとして確立している。なぜそうなのか。日本ではなぜないのか。

**多田羅座長** はい。弐委員、わかりました。

**研委員** そういう問題が一向に論じられない。自分の病院はどうなのか。自分の病院ではこういうのに困っている。訴訟が大変起こって困っている。小児科や産婦人科はこうだと。精神科はこうだと。こういう状況だと。精神科の問題では確かに社会復帰を社会でカバーしなきゃならないというのは、私もよくわかっています。だけどハンセン病問題では、いまだにカバーされていない。カバーされていないから、いまだに回復者でありながら療養所の中に閉じ込められている。その実態からどういうふうに開放するのか。その問題からこの患者権利法というのが出ているわけですから……。

**多田羅座長** はい、研委員、わかりました。ちょっと待ってください。

**研委員** この問題についてはきちんとした形で、このようなならならぬ形で、しかも一人ひとりの発言が、患者の権利法よりは義務の方が大切なのだという発言を聞くために、この会議があるのじゃないということですよ。

**多田羅座長** ちょっと待ってください。研委員のお話はわかりますけれども、私の判断では、各委員は今研委員がおっしゃっていることは、すべて認識していると思います。

**研委員** 認識していないじゃないですか。

**多田羅座長** いや、していると思います。

**研委員** いや、してなかったから、私は最初に日野先生の発言を取り上げたのですよ。

**多田羅座長** あくまでこの委員会は、今研委員のおっしゃっていることの基本的なことは全員理解した上、そして検証会議の出された原則というか提言に対して、この検討会は現実から出発しようとしているのです。ただ、現実がどういうものであるかということのお話を聞かないと、現実の制度はできません。研委員のおっしゃっている基本的な状況というのはみんな理解しています。しかし現実の状況に対して、どういう制度をつくらうかということで議論しているので、非常に現実のどこで困っているかという話から始まらないと、ただ、べき論だけでは制度はできません。

そういう現実について話している内容は、いかにも研委員のおっしゃっていることから少し距離があるので、理解されていないように研委員が理解されることもあるかも知れませんが、そこは各委員は全員、研委員がおっしゃっていることについては、理解しているという前提で議論いただきたいと思います。そのことは全員わかった上、しかしそのことに対して現実からどう出発するかということで、みんな苦勞されているわけです。だからこの現実はこうだということを、るるお話いただくということは、この検討会で一番大事なことであって、べき論だけでは制度はできませんので、その点、研委員にはご理解いただきたいと思います。

各委員に私が確認するまでもなく、全員が理解しているし、今の日本人全員が、かつての小泉首相以下全員理解しております。だけど現実のどこから出発するかということで苦勞しているわけです。そここのところは研委員に理解いただかないと、この委員会の審議が進みませんので、研委員の言っていることは全員理解していると思って発言してください。

**研委員** 理解しろといわれても、無理な発言がぞろりとあったじゃないですか。

**多田羅座長** だけど、それは各委員に理解しているという前提で私は進めることを了承いただきたいと思います。ということでお願いします。それでは審議を元に戻させていただいて、医療提供者の先生から現実について、繰り返すようではございますけれども、るる具体的な話をいただきました。そういう現実に対して、この提言で挙げていただいているものを、どのように定着させていくか、制度化していくかということについて、本日の医療提供者以外の先生方から、さらにご提言、ご意見をお伺いしたいと思います。それでは順番で申しわけないのですが、畔柳先生からお願いできるでしょうか。

**畔柳委員** 私の意見というのは昨年申し上げたわけで、きょうのお話をお聞きしても、昨年申し上げたことを特に変える必要はございません。

**多田羅座長** 簡単をお願いします。

**畔柳委員** 結局、皆さんの話をお聞きすると、自分たちとしては患者の権利を守るためのそれぞれの団体でガイドラインをつくるとか、そういう形で努力しているということだと思いますね。

**多田羅座長** 法制化というところについての提言があるわけですね。

**畔柳委員** 法制化が必要か必要でないかというのは、これからの多分議論だと思いますが、私自身の考え方は前回申し上げたように、とにかく今の状態は、法律自体も非常に混乱しています。たとえば今の医療法を見てその内容を追いかけていける人は、ほとんどいないような法律構成になっています。こういう状態は非常に異常なので、やっぱり医療法は本来施設に関する法律なので、そここのところをきちんとする。同様に医師法は医師法としてきちんとする。これに対

して患者さんとの関係をどうするかというのは、それなりに独立の問題とする必要があるということ、前回申し上げたわけです。現状はいろんなものをみんな医療法中に入れ込んでいるわけですね。冒頭だけ見るとあたかも医療基本法みたいな形になっている。しかし中身は違う。したがって法律を読んでもなかなかわかりにくいということがあるという。医師と患者の関係をどう見るとかという議論はきちんとしたうえでこれらを整理した基本法制度をしなくてはいけないだろうという、そういう意見を前回申し上げたつもりなのですが、その点は余り変わらないという。

**多田羅座長** 法制化という提言に対しては？

**畔柳委員** ですから、もし法律をつくとすれば、そういう形で整理してつくっていく必要があるんじゃないかということをお願いしています。

**多田羅座長** 既に法律の中で相当触れられているとことですか。

**畔柳委員** かなりもう触れていますよね。触れているけれども、非常にわかりにくい。

**多田羅座長** バラバラになっていてわかりにくい。

**畔柳委員** わかりにくくなっているから、法律をつくるとするなら整理した方がいいのじゃないかと。

**多田羅座長** ソフト・ローという医師会側からの提案に対してはいかがですかね。法律は既にあるのだから、ソフト・ロー的なものということですか。

**畔柳委員** 最近はやりの言葉のようです。私はハード・ロー、ソフト・ローって言葉に、特に賛成するわけではありませんけれども、何でも法律をつくればいいという考え方は間違いだということはあると思うのですね。法律をつくってきちんとしなくてはならない分野と、法律ではなくて、それぞれの団体に自主的にいろんなガイドラインをつくってやっていくべき分野とがあるはずで、両者は相互に補う関係があるわけです。今の日本人の発想というのは、何でもかんでも法律をつくればいいという考え方ですけども、法律をつくればいいというのはときに非常に無責任な結果が起きることがあります。最近の傾向は、法律はつくるけれどもつくったところで終わってしまうという、そういう感じがあるのですね。むしろ例えば診療情報の提供のときにやったように、あれはガイドラインから始めたわけですね。先ほど医師会のガイドラインは1981年だったのかな。いや、実際にはその前に国立大学のガイドラインと同じ時期につくっています。手続的には代議員会を通す必要があり、1年以上の周知期間を経て、倫理規範という位置付けで効力を発しています。実際問題としてこの種のガイドラインを会員に周知徹底するということは大変な努力が必要なのですね。そういうことで、先生のおっしゃるハード・ロー、ソフト・ローが必要な分野があるということは申し上げます。

**多田羅座長** それでは鈴木委員、いかがでしょうか。

**鈴木委員** きょうの御報告は総じて患者の権利の法制化は不要ないしは慎重にと。やるならバランス上、患者の義務や責任をとということで、そういうトーンに聞こえました。そしてまた患者の権利の法制化を医療崩壊との関係で関係づけるという。今言われている医療崩壊というのは、私は主に国の低医療費政策などが原因になって、起き始めたことだろうと思いますが、それが患者の権利意識主張と関連づけられているというのが最近の傾向で、きょうの御意見の中にもそういう意見が出てきたというふうに思います。

ちょっと正確な引用はできませんけれども、かつて数年前にロバート・レフラーというアーカンソー大学の医事法の教授が、日本の「判例タイムズ」という雑誌の中で、医療安全管理に関する日米比較というのを端的に言っています。アメリカはかつて古くから医療の病院評価機構や自立的な懲戒制度などが医療の質をコントロールしてきたと。したがって、そこでやったものを患者からの権利主張、つまり医療訴訟に利用されないように、ガードすることに論点が集中してきていると。それに対して日本では、医療界の自律的な評価や懲戒制度が極めて乏しく、そして医療訴訟の影響も余り大きくないために、刑事法が役割を果たし始めたという、こういう分析を、ちょっと正確性を欠くかもしれませんが言っていたと思います。

きょうの皆さんの問題提起というのは、患者の権利法に大きな期待をかけないという、ソフト・ローという考え方もそういう考え方だと思いますが、そうであるならば、医療界の自律的な評価や懲戒制度がきちんとしているということが前提になります。そういうことがないので、法の仕組みが必要なのではないかという議論が、長年の歴史を経て出てきたのだろうというふうに私は思っています。

先ほどの日本医療機能評価機構の認定率もわずか27%ということですから、つまり大ざっぱに言えば、4分の3は患者の権利に関する評価機構を受けていないということになるわけで、医療

機能評価が始まってからもうどのぐらいたちますでしょうか。20年近くたつのではないのでしょうか。10年ですか。そうでした。私はスタート直後に少しかかわらせていただきましたけれども、それにしても10年たって、それがどれほど進展してきたのかというのも、こういう自律的な仕組みだけでは進展をしないということも、一つの表れではないかというふうに思います。

特に日本が医療における患者の権利の侵害現象が非常に強いとは思いませんけれども、どの分野でもある種の力関係の歴然とした分野においては、強者の弱者に対する人権抑圧があって、その中で弱者、つまり被害者の側から権利宣言や権利主張があって、そしてそれを安定化させるために、権利義務を明確化することによって社会秩序を安定させるというのが、1つの法の支配の考え方だろうというふうに思うのですね。

例えば学校崩壊という言葉がありました。子供たちが校則や体罰によって強制され、それに対して子供たちが反逆をするという形で、学校授業が崩壊していくという現象の中で、子供の権利条約やあるいは子供の権利を制限する校則ではなく、むしろ子供たちの学習権なども含めた人権を基本に置いた学校ルールというものをつくっていく方向で、学校崩壊は食い止めようという動きです。これはまだ現在進行形で完結したものではないと思いますが、そういう中で医療崩壊も患者の権利との関係でとらえるというようなことでは、私は筋違いな話なのではないかというふうに思います。

改めてこの国における患者の権利の確認を、法という枠組みの中の公共政策として確認して、医療者と患者の権利義務。これは前にも申し上げましたが、行政法的な仕組みの中で確認するという方法もありますし、あわせて私法として民事法の中で権利義務関係を明確にするということも必要だろうというふうに思います。患者の権利の裏側には、患者の責任とかあるいは診療契約上の義務は当然つきまとう話でして、そのことが患者の権利を推進することのブレーキになるはずがないというふうに私は理解をしています。以上が私の意見であります。

**多田羅座長** ありがとうございます。きょうのところは時間の関係もございますので、各委員の見解をお聞きするということですが、特段ご質問などがございましたらお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。それでは高橋委員、お願いいたします。

**高橋委員** 私の意見はもう散々申し上げているとおりのことです。ちょっと1点質問させていたいただきたいのですが、安藤先生と宮崎先生の病院で、患者の権利ということで非常に積極的に取り組んでいらっしゃる。これに加えて患者の権利法をつくった場合に、何か大きな変化が、小さくても結構なのですが、何か変化があるのでしょうか。それをちょっとお伺いしたいと思うのですが。

**多田羅座長** 安藤委員。

**安藤委員** 現場としては、この病院にある規定並びにそれに関する理念を守って行って、定期的にチェックをしていくということを粛々とやるだけなのですけれども、もし法制化された場合、やはりさらに厳しい目で見えていく可能性というのは非常にあると思います。

**多田羅座長** 厳しいというのはどういうことですか。守られるか。

**安藤委員** 守ることに關してやはり厳しくなっていくと思います。

**宮崎委員** そうですね。どうなのでしょう。今、現状以上の法的な規制が必要かどうかというのは、ちょっと疑問に思いますけれども。

**高橋委員** 変わるという御回答でちょっと私は意外だったのですけれども、ここまで積極的に取り組んでおられたら、もうこれ以上法律ができてやることはないのかなと、そういうふうな印象を持っていたのですけれどもね。悪い患者がいるという、そういう話が散々出ていましたけれど、悪い医者もいることもこれも事実であります。そのインフォームドコンセントを全く無視するような悪い医者は実際にいると思うのです。ただ、そういう人たちを駆逐するために、患者の権利法というのは果たして必要なのだろうか。そして役に立つのだろうかと言われたときに、私はそうではないのじゃないかなと。ここに提言されている8つの項目というのは、いずれもほぼ医者間の共通のコンセンサスになっているだけでありまして、その悪いやつを駆逐するという点では力不足かなと。

悪いやつを駆逐するためには、やっぱり「病院の選択の幅を広げること」に尽きるのではないかと思うのです。医療過誤がふえてた。患者の要求が高まってきた。これは全部病院の数がふえて、アクセスしやすくなったから。町に1軒しか病院がなければ、それを批判してもしようがないわけですね。町に複数の病院ができることによって、初めていい病院を選ぶという、こういう現実味を帯びてくる。

医療病院機構は4分の1しかと鈴木先生はおっしゃいましたけれども、私はこれが4分の1に

なったというのは非常に驚きでありまして、まさかここまでふえるとは思ってもいなかったのですけれども、こういうことで患者さんに「自分たちは患者の人権を守る病院なのだ」とアピールするような方向に持っていく。これが一番現実的な方法ではないかなというふうに考えております。

**多田羅座長** はい、飯沼委員。

**飯沼委員** 医療機能評価機構のお話が続けて出ていたので、私はちょっと認識が違うかもしれませんが、これは医療安全とか患者の権利とか情報公開とか、そういう話も診査のファクターですけれども、基本的にはそういう問題は二の次の問題の評価ですよ。

**高橋委員** one of themということですよ。

**飯沼委員** そうです。one of themです。one of themが余り表に出てくると、医療機能評価機構というのうんと難しい言葉で言いますと、ハードは調査をしていますけれども、ソフトに関しては余り調査していないのです。例えば私は日本医師会の精度管理の担当もしておりますけれども、例えばその病院が検査精度がいいかどうかということに関しては、評価機構は全く評価しません。だから三千幾つの病院があれを受けられていますが、3,000番でも通るのです。ということは、やっていたら通るということでもありますので、評価機構の診査が通っていたらこれは手挙げですか、やりたい人が診査を受けるだけの話ですから、それが余り重要なファクターとして議論されると、これは多少問題があると思いますよ。

**多田羅座長** しかしこれを頼りにして医療機能評価を社会としてやっているという理解はある。

**飯沼委員** そんなの先生、ソフトの例えば精度管理の成績は上中下だったら、中より上だとかね。

**多田羅座長** その理解はいろいろやっぱりあるとは思うのですけれども、そこから出発しているという意味ですね。済みません。日野委員。

**日野委員** 高橋先生の御意見ですが、根本的に先生の御認識と現状が違うことは、医師及び医療機関が絶対的に不足しているのですよ。だから競争原理を働かせるなんてことは、とてつもなく先のことであって、今少しだけ大学の医学部の定員がふえてはおりますが、あんなものは焼け石に水の数でして何百名ですから。我々経営者側に立ちますと、我々はいいいと行って主張しているのではないのですが、先生のおっしゃられるとおりに、目に余る医師、遅刻してくる医師、患者に暴言を吐く医師はおります。その人たちにやめろと言えないのです。やめると医療法上の定員というのがございまして、それを切りますと診療報酬全体が下がってしまって、ますますじり貧になるのですね。いい先生も雇えなくなる。こういうものがあるので、先ほど病院代表の先生方が皆さん、異口同音に言われましたとおりに、医師あるいは医療専門職の急激な増員というのを緊急の対策としてやっていただいて、診療報酬の問題ではないのです。診療報酬よりも生きがいの問題なのです。新聞紙面に出了と思いますが、年収5,000万とか6,000万とかいうので募集しても、クレームの多いところには来ないのです。そういうことを御認識いただきたいと思います。

**高橋委員** 私の発言が説明不十分だった点があるのですけれども、患者の権利というのが出てきたのは昭和40年代後半ぐらいかなというふうに私は認識しているのですね。その前後と比べると、やっぱり医者数は3倍以上になっている。昭和40年代前半には病院を選ぶことは事実上できなかった。それが医療計画ができた昭和60年ころになったら多少はふえてきた。まだまだ足りないというのは私も理解しておりますし、そうだと思うのですけれども、二昔前よりは、患者の権利という言葉がなかった時代よりは、ふえているのではないかなと、そういう主旨で発言しただけです。

**日野委員** 患者の権利が重要視されるようになってきたのは時代の流れでして、これは医師の数とは多分関係がないと思うのですね。医師の数が足りなくなったのは、医療の機器革新に次ぐ革新で、各医師が専門分野で特化しました。そうすると機能が多様化したもので、人員はすごく必要になってくるわけですね。しかもさっきもちょっと触れましたが、若い先生方は自分の専門分野以外のことはなさないような風潮が今蔓延しております、もう物理的な数字というのは、厚労省の数字もあれもまやかしかるのですが、現役でない先生も入っておりますし、女医の増加で、女の人を悪く言っているわけではないのですが、女医さんはドイツでは0.6としかカウントしていないという話ですけれども、それは正しいかどうかは別として、女医の増加というのも労働市場としては、頭数1として考えるには無理がある。そういう事情もありまして、医師不足というのは数だけではなく、数は確かに以前よりはふえました。と言っても随分下ですね。OECDの方で二十何位ですから、アメリカの半分くらいしかいないわけで、せめて欧米並みの人口10万に300というぐらい欲しい。それが現状でございます。

**高橋委員** はい、おっしゃるとおりだと思います。

**安藤委員** 参考までに1つには例えば老人医療の無料化ということがあり、相当アクセスが多かったと思います。最近では東京でも、小児の無料化ということが推進されていますけれども、あれは考え方としてはいいのかもしれませんが、それによって小児科に対してはコンビニエンスストア風な感じで、もうどうせ無料なのだから夜間も来るしというふうなことなので、これはちょっとどうかと思います。やはり一部自己負担を1割でも払う、あるいは償還払いにするというふうな仕組みもつくっていかないと、やはりまずいのではないかと思います。

**多田羅座長** 医療の問題も非常にこれは大きな課題でございます。意見があるかと思うのですが、ちょっと時間の関係もございまして、きょうの本題の方に戻らせていただきたいと思っております。では弐委員、いかがでしょうか。先ほど一応ご意見を伺いましたけれども。

**弐委員** 患者権利法がなぜヨーロッパでできていて、これはWHOが呼びかけてヨーロッパ宣言が1980年代に行われて、それがさらにずっと進化して、ヨーロッパ、アメリカを含めて欧米諸国には患者権利法というのが確立しているところがこの前の報告で、事務局の方からいわゆる国会図書館や何かで調べた結果、韓国で一時患者権利法ができそうになったが、それもつぶれたと。アジア全体にないというような状況であると。そのことが何で日本にはないのかと。ところがここで出されるいろいろな話は先進的な話で、医師がどういうふうに苦しんできたか。そして患者がいかにわがままであるかという話ばかりがあって、患者権利法がなぜヨーロッパにあるのに、日本やアジアにはないのか。そのことについてどなたからも、こういうわけでないのだという発言はないわけです。自分の病院はどうしているか。自分の団体はどうしているか。そういう話ばかりです。

**多田羅座長** わかりました。

**弐委員** だからそういうので、そういう大きな国際的な視野から、日本ではどうあるべきなのかということ。しかもハンセン病問題がいまだに解決していない。その問題が精神障害の人たちの問題も同時にあります。本当に大変だと思います。そういう問題があるのにもかかわらず、患者権利法というのはなぜできないでいるのか。そこへもっと、そのことについての発言が聞きたかったというふうに思います。

**多田羅座長** きょうのところは現実についてご報告いただいたということで、こちらからお願いしたので、そういうお話をいただきました。今、弐委員のおっしゃっている国際的動向については、国会図書館の方にお話を伺って、あらかじめ総論はそれなりに理解できたと思うのですが、もう少し細かく各論について勉強したいという課題が、今弐委員のおっしゃるとおり残っております。これについては最初に申し上げましたけれども、幸い来年度もこの検討会を設置いただくようですので、海外における動向については、もう少し各論、各国の具体的な条文まで含めて、参考にできるものを確認しつつ、この検討会でご意見をいただきたいと思っておりますので、その点をご理解いただきたいと思います。それでは弐委員、よろしいでしょうか。では田中委員、お願いいたします。

**田中委員** 政策はその時代状況によって考えなくてはならないと常に思います。患者の権利を含む医療を守る政策なり法律はあるべきだと考えます。患者の権利だけを今言うと、今の日本の医療提供体制にとってはきつすぎる状況にあります。医療崩壊の危機の中で、医療に与えられている乏しい資源、時間資源、人員の資源の中で、患者側の権利だけを言うと、かえって医療崩壊を早めてしまうと考えます。

私は患者の権利を守るためにこそ、医療の提供側も守るように、もうこの際理想論を言ってしまうと、やっぱり医療基本法の方がはるかに価値が高いです。政権担当者の思想信条のリスクですね。新自由主義、市場経済論者がとったら、公的医療を小さくするとか、あるいは思想信条とは別に、バブル経済が崩壊して税収が減ると医療費が減るとかでは困る。医療体制は社会の共通資本、基盤で、先ほどのパンデミックの話ではないですけども、要は一種の国防のようで、戦争ではないですが社会の基盤であります。それが守れない中で患者という重要な医療の参加者がありますが、そこだけを言う時代ではない。医療全体を守る視点の方が今は求められています。

先ほど来、繰り返し出ている日本の医療費はOECDの中で低いですし、先進7カ国の中では最下位です。医師数も、最近の医療の時間をどう使っているかという実態をうちの研究室で調べさせたのですが、ペーパーワークによる間接業務の増加は著しいですし、医療の直接業務の方の技術進歩によって、例えば1つの手術に立ち会うお医者さんの数は、20年前と比べものにならないほど多くなっています。その意味では、医師の頭数だけではなくて、医師の時間がどう使われているかを考えてみると、日本の医師の直接業務の医療行為当たりで見ると、実は余りふえてい



ない。患者数がふえていることもありますし、医療業務が高度化していることもあるし、間接業務でとられていることもあって、医師の頭数ベースとは違う意味でやっぱり足りない。全体を見据えてはじめて、患者の権利を守る視点を失ってはいけない、が私の意見です。

**多田羅座長** ありがとうございます。医療全体の中での患者だというご指摘だとございます。それでは花井委員、お願いします。

**花井委員** 現実からスタートするということで、現実から出発する議論になるということは、しばしばこれはリソースの配分の話になると。そういった側面が今田中先生がおっしゃってくださったのですが、今例えば僕は前回、医師の権利を守らなければ、患者の権利は守れないと言って、ちょっとひんしゆくを買ったのですが、結局、患者と医師の信頼関係というときに、信頼関係というとききれいなのですが、これは言うてみればリーズナブルな関係だということに結局は帰結するのだと思います。社会の中におけるある調和においてということだと思っております。だからそのときに、リソースの配分を決める価値基準がやっぱりない。それをある程度規定する形で、医療基本法あるいはそれに名前を患者の権利法とつけるか、それはもういいのですが、患者の権利法という名前が今余りにも刺激的な環境にあるということは、肌で感じています。

ただ、刺激的な患者の権利法という名称とは裏腹に、やはりここでつくられるべき法律は、実は今ある医療崩壊というものも防ぎうるものになるべきだと私は考えています。リソース配分と言うと、何か現実的な話ばかりになってしまうのですが、やはり先ほど感染症予防法において二類に指定されて、二類は病院が確保されているとか、病床が2つしかないという議論が出ていました。まさにああいう話であって、法で規定されていて権利は守られていると言っても、そこに病床自体がない。これが今ある日本の感染症法なりの現状で、また保健所の機能のあり方とか、H I Vについてもそうなのですが、すべては余りにも脆弱な体制で権利が守られているのだと。先ほどパンデミックなんていう恐ろしい言葉が出ていましたけれども、おっしゃるとおり、今の状況ではもうとんでもないことが起こることは、もう明確だと思います。

そのときにやはり今からすぐに理想的な形はつくれないのです。やはりどのようなところに価値を置いて、そしてリソースを配分していくかという基本的なやっぱり価値基準を定める法としてもやはりこの患者基本法、患者の権利法、そういったものがあるべきではないかと私は考えます。したがって、前の意見書でも申し上げたとおり、今ある法の中におけるいろんなファンクショナルな権利関係、義務関係というものも評価した上で、今回、そこを全体として決める基本法みたいなものをやっぱりつくる時期にむしろ来たのではないかと。それが医療崩壊も止揚する力を持つ可能性があるというふうに考えています。

**多田羅座長** 医療基本法的な全体の視点に立った……。

**花井委員** 患者権利法というのは、そもそも患者の権利法という名称そのものの中身については、やはりそういう機能を持つと私は考えていますので、そういう意味ではまさに患者の権利をつくるべきだという意見に組みすることになるし、それから患者の権利という言葉が余りにも刺激的だと言うのであれば、今の環境からすれば、名称にこだわる必要はないかなということですか。

**多田羅座長** こだわる必要はない。

**花井委員** 名称にはね。中身が大事です。

**多田羅座長** そういう名称だと非常に刺激的だというご発言ですけれども。

**花井委員** 今の環境はおそらくそうだと思うのですね。その法律をつくると言っただけで、中身をよく読みもしない。ここにおられる先生方はもう専門的にやられているから、権利法と言って名前でも可能かもしれませんが、多くのオピニオンによって今どき患者の権利法は何事だとか、医療崩壊はどうするのかというような声に押しつぶされて、あるいはつぶされる可能性が高いのではないかと。

**多田羅座長** 結論としてはどうなのですか。

**花井委員** 法律は必要であると。だから環境が整って、この法律がもしここで検討して、いつか段階を踏んで法律としてつくれる段階のときに、状況として患者権利法という名前でも出せる環境であれば、患者の権利法であるべきだし、医療基本法という名前でも構わないと思います。

**多田羅座長** でもよろしいと。わかりました。それでは藤崎委員、お願いいたします。

**藤崎委員** 私は幸いなことに第1回から欠かさずこの会議に出席させていただいて、歩みは非常におそいのですが、少しずつ進んでいっているのかなという気がしないでもないですね。なぜかと言うと、いわゆる検証会議の提言というのは、大きな柱として患者・被験者の権利の法制化ということと、それから具体的な再発防止に向けた道筋をつくり、それを監視するという任務が、この委員会には与えられているのだというふうに基本的には考えるのですよ。そういう意味から

言って、これまでの議論の中で、やはり大方の意見としては「患者の権利法的なものは必要なのではないの」ということでの意思統一みたいなものは、ある意味ではあるのじゃないかという気がする。

それときょうの話聞いて、いろいろ先ほど鈴木先生のお話の中にもありましたけれども、やはり今医療の崩壊が進んでいるという状況で、これはやっぱり基本的に言えば、国の医療政策に基づくところが非常に大きいのではないかという気がするのです。だからこれは患者の権利法制化とか、そういうことは直接的には関係ないのだというふうに思うのですよ。ですからそれはそういうふうな認識でいかなければいけないし、やっぱり行き着くところ、患者の権利法の必要性というのは、私はぜひともこれは必要だというふうに思っています。これは参考までに、ついこの間、先ごろの政治家の討論会の中で、ある政治家が「患者の権利法をつくることによって、日本の医療は劇的に変わります」という意見を持っている国会議員の方もおられるのです。具体的に何を指して言っているのかは承知していませんけれども、確かにそういう見方もあるのじゃないかと思えますし、私は意見でも申し上げましたように、やっぱり患者の権利法というのは大事だと、第一だというふうに考えています。

**多田羅座長** 医療崩壊とは一応独立変数として考える必要があるということですね。わかりました。

**内田座長代理** きょうは医療関係者の方から率直な意見をお話いただきまして、非常に有意義だったというふうに思います。いろいろポイントとなるような点を挙げていただきました。患者の権利というものを法制化するに当たっては、医療従事者の権利というのが、やはり同じように重要ではないかとか、あるいは医療体制の問題というのは不可欠ではないか。医療崩壊という言葉が出ましたけれども、医療についての国の予算の問題も含めて、定員の問題も含めて、必要な手当というのがない限り、そのまま患者の権利法というのをそれだけ独立では難しいのではないか。この御指摘をいただいたところでございます。そういうものも含めて、患者の権利というものの法制化というのを考えていくということでは、御意見は矛盾しなくて、同じような方向で考えていけるのではないかなという感じがいたします。

ソフト・ローとハード・ローということもありますけれども、二者択一の関係ではなくて、それをうまく組み合わせるということで、外国ではうまく組み合わせるような法制もあるようでございますので、そういう知恵もやはり借りながら、ソフト・ローとハード・ローとそれぞれ一長一短を持っていますので、それぞれを補完するような形でやっていければなというふうに思っています。

医療崩壊のことも先ほど触れさせていただきましたけれども、医療崩壊が進んでいるような現状であればこそ、法律をつくることによって、医療を守るというふうな規定を置いていくことが必要ではないかなと。これはやはりソフトではなかなかできない。ハード・ローでしかできない部分ではないかなという気がいたします。

それから医療と患者との間に合意形成を図っていくということが、トラブルを防ぐために一番重要なことですが、その合意形成が必ずしも十分にできていないというところに、今の日本の医療の問題点がある。その意味では、法律によって合意形成を図っていくということが重要で、この間、ヨーロッパにおける法制化の報告を聞きましたけれども、法律をつくることによって合意形成ができたというような御報告がございました。それも少し参考になるのかなという気がしています。

もう1点。健康危機のときにどうするのかということでございます。確かに重要な点で、だからこそ、健康危機時の対応はソフトではできない。やはりハードな法律の中できちんとしてどこまでできるのかということの規定していく必要があるのではないか。そういう意味ではきょうの医療関係者の方のお話を承って、それをできるだけ生かすと言いましょか。それを組み込んだような形の法制化というのを考えていくことが必要かなという気がいたしました。以上でございます。

**中島委員** 今回は僕は何をやってきたかということ述べてというふうに考えておりましたので、この患者の権利法そのものに対する賛否を直接言うのは適当でないと思って言わなかったわけですけど、やはり患者の権利法というふうに出すのは、花井委員が言われたように非常にむしろ成立しにくいと。むしろ医療基本法という形をとって、あちこちでバラバラになっているものをやはり1つにまとめないと、逆に個別の法律が細かいことを規定しすぎてしまったり、いろんな問題が起こっているということがあるわけです。その上でハンセン病の方々の社会復帰を促進するための援護法ですが、これは時限立法でも構いませんけれど、それから「精神障害者で生活能力を失ってしまった人々の社会復帰のための援護法」というものを、きちんとしていくと

いうのが正しいんじゃないかな」と、私はそこまで実は討論の中で言えると思っていたのですが、討論で発言の機会がなかったので申し上げました。

**多田羅座長** ありがとうございます。ちょっとそこまでお願いを实はしたかったのですが、時間の関係で医療提供者以外の方の意見がそういう方向でお願いしたことになってしまっていて、医療提供者の方からのまとめのご意見を伺う時間がなくて、申しわけございませんでした。しかし、来年度にもわたるといことで、ほぼ10回で各委員の先生方からのご意見は出していただいて、1つの地平には到達したと思います。これをきょう内田委員もまとめていただきましたように、どういう方向で定着していくのかという方法の問題になってくると思うのです。ですけれども、細かな各論の方向はもちろんこの委員会ではできないのですけれども、ほぼどういう方向でまとめていくのか、どういう形で定着させていくのか。それはやや総論的なものになるかと思うのですけれども、それを来年度、方法と言っても余り細かな方法をということを申し上げているわけではございません。方法というより方向ですかね。せつかく議論いただいて、やはりそれを元にしたひとつの形、あるいは社会における形について、今後検討していくということは、委員の皆さんに一致していると思います。

その例としては研委員からも強調いただいておりますが、外国における例なども方向を見ていく上では非常に大きなモデルになるのではないかと思います。またこの検討会でもう1つ言っております、国民への啓発・普及というふうな面から見た考え方なども含めて、方向というところで少し時間をとって申しわけないのですけれども、来年度また4、5回ぐらいになるかと思っておりますけれども、委員会を開催させていただくといことで、大きな点で御理解いただいて、今後ともご協力いただきたいと思います。よろしくお申し上げます。

それではきょうはいろいろ議論いただいただけといことで、終わるのでございますけれども、今年度、3月にまとめの会をもう一度用意しておりますので、そのときには一応これまで述べていただいたものを、事務局の方でまとめていただいた整理的なものにさせていただきたいと思っておりますので、その点、ご了承いただきたいと思います。それでは事務局の方から最後に何か連絡事項はございますか。

**事務局** ありがとうございます。今、多田羅座長の方から御説明がございましたけれども、今のところ各委員の先生方から次回は3月14日といことで、日にちをリザーブさせていただいている形になりますので、3月14日は今多田羅座長がおっしゃられたような形で事前に資料等を、あるいはこれまでの検討会の議論の議事録の中をベースに、少し議論の整理をさせていただいた資料をつくらせていただいて、なるべく早く送らせていただくような形で進めさせていただければと思っております。日にちにつきましては一応3月14日といことで、御予定おきいただきたいといことでございます。14日の場所でございますけれども、一応引き続きこちらの東海大学の校友会館を予約しておりますので、その点でよろしくお申し上げます。事務局からは以上でございます。

**多田羅座長** それでは特段御意見がございませんでしたら、これをもちまして本日の検討会を終了させていただきます。研委員。

**研委員** 事務局にお願いなのですが、出席するたびにきょう提出という格好で文書が出るのですね。事前に目を通してくと、また違うというふうに私は前から言っているのですが、それは間に合わないのですか。送られてきていませんよね。

**多田羅座長** 努力は事務局はしていると思うのですけれども、ちょっと間に合わないときがあるという。

**研委員** いや、定例的に間に合わないというか送ってこない。この場で目を通してながら話を聞くと細かい点にまでやっぱり目が行き届かない。話を聞きながら、ああこうか、こうかという点で、その話の中で漏れた点なんかは、見逃してしまうという現実があります。せつかくそういう意見を出していただいたのだから、目を通して出席した方がいいんじゃないかと。だから事務局の努力次第というふうに思いますが。

私はかつて検証会議の委員をやっていましたが、おおよそあらかじめきちんと文章は届いていた。目を通して出席するのが常識になっていましたけれど、この委員会では、来たらこの目の前に机の上に文書が乗っている。そして急いでそれに目を通す。こういうのは事務局、何をやっているのかと言わざるを得ないのですが、この点、座長からもできるだけ極力事前に届くように、事務局で努力するよう言ってください。

**多田羅座長** わかりました。事務局に厳しく申し上げることにします。それではどうも本日はありがとうございます。

(了)