

第19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

平成21年12月21日(月)
東海大学校友会館「望星の間」

多田羅座長 おはようございます。それでは、定刻になりましたので、ただいまより「第19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」を始めさせていただきます。

先生方には、お忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございます。

それでは、早速でございますが、前回に引き続きということで、議事を進めさせていただきたいと思っております。

本日、議事次第にも示されておりますように、「患者の権利に関する体系について」というテーマに対して、3人の方からお話を伺うことになっております。

また、「疾病を理由とする差別・偏見の克服、国民・社会への普及啓発について」という点について、法務省及び文部科学省から報告を受ける予定でございます。

我々が提出しました報告書が、一応基本の方向として示されたものではあります。それについて日本の現状がどのようなものであるかということについて、それぞれ当事者あるいは関連の団体の方から、お話を伺っているわけでございます。

それでは、この議事次第に沿って、本日の会議を進めさせていただきたいと思っておりますが、その前に、出欠状況と配布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、出欠状況と配布資料の確認をさせていただければと存じます。

まず、本日の御出欠の状況でございますが、安藤委員、飯沼委員、冨委員、谷野委員、中島委員、山口委員から御欠席との連絡をいただいております。あと、秋葉委員から少しおくれてお見えになられると聞いてございます。

本日、御説明の文部科学省でございますけれども、こちらの方も後半でございますが、若干おくとられると聞いてございます。

次に、お手元の資料の御確認をさせていただければと思っております。

クリップどめしてある資料と、本日、御説明をいただく方からいただいている資料と2つございます。

まず、クリップどめのものが、「第19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議事次第」ということで、1枚ございます。

1枚めくっていただきまして、委員名簿、その次が座席表でございます。

カラー刷りのものがございますけれども、資料1ということで、本日お越しいただいております、「NPO法人ささえあい医療人権センター」の辻本様の方からいただいている資料がございます。

資料2-1がカラー刷りでございます。医療事故被害者遺族ということで、「医療の良心を守る市民の会」代表の永井様の方から、事前にいただきました資料でございます。

2-2ということで、参考資料の方は、同じく永井様の方からいただいております。

資料3ということで、行政の立場からということで、地方自治体を代表いたしまして、東京都福祉保健局医療政策部の對馬様の方から事前にいただいている資料3でございます。

資料4ということで、法務省人権擁護局の方から本日の御説明に当たっていただいているレジュメでございます。

同じく法務省様の方の参考資料ということで、資料5-1「人権教育の指導方法等の在り方について[第三次とりまとめ]」というもの、資料5-2ということで、第三次とりまとめの中から、本日の御説明に即して抜粋いただいている資料。

資料5-3ということで、「平成19・20年度人権教育総合推進地域・人権教育研究指定校事業」ということで、ハンセン病に関する事業の資料が1枚ございます。

続いて資料6ということで、高等教育局医学教育課様の方からいただいている資料でございます。

以上がクリップどめをしているものでございます。

それに加えまして、まずカラーでA4縦のもので「医療の安全文化を」と縦書きで入っているものがございますが、永井様の方から、本日追加でいただいている資料でございます。

それと少し小さい版になりますけれども、「人権の擁護」という小冊子、平成21年度版というものをお手元に置かせていただいておりますけれども、法務省人権擁護局様から追加の資料で、本日頂戴している

ものでございます。

お手元の資料は以上でございます。もし抜け、漏れ等ございましたら、事務局の方にお教えいただければと思います。

なお、傍聴される方におかれましては、お配りのお手元の「傍聴にあたっての遵守」の方をよろしくお願ひ申し上げます。

事務局からは以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。資料等そろ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ひます。

それでは、始めさせていただきます。議題2でございます。

まず、「患者の権利に関する体系について」、NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長の辻本好子様からお話を伺ひたいと思ひます。

辻本さんは、患者の医療への主体的参加の観点から、インフォームドコンセント、患者の自己決定などについて、この間、取り組まれているNPO法人のCOMLの代表を務めていらっしゃいます。

それでは、どうぞよろしくお願ひいたします。

辻本 おはようございます。御紹介いただきましたCOMLの辻本です。

20年間、大阪にささやかな事務所を開きまして、電話相談という形で、患者さん、御家族の、白衣の人には直接は伝えにくい、胸にたまった思い、そうした中に被害者意識、時に思い込みが激しいという内容もございませうが、一方的に語られるそのお電話を、拝聴してまいりました。

20年で4万6000人の方の声を拝聴している、現在はNPOという法人格を取得しております。

そもそも、活動スタート時から名称の冠に「人権」という二文字を載せました。当初、20年前はこの二文字だけでも、随分いろんな御批判をいただいたりしたんですけれども、私は医療は、医療者と患者の協働作業と考えていました。となれば、患者の私たちの人権も守られなければいけないけれども、医療を提供する側の医療者自身も同様で、うつうつとした表情では向き合ってほしくない。やはり生き生きとしたお顔で、患者と向き合ってもらえるように、医療者の人権を守ることも活動の役割ではないか。そんな語るも恥づかしい大きな夢と希望をいできて、固執して、この「人権」という二文字をグループの冠に乗せ、大切にしてきたグループであることもお引き受けいただきたいと思ひます。

次のスライドにありますような背景が、私の主なる情報ということでお引き受けさせていただいたのですけれども、実は20年前、活動の合言葉の「賢い患者」というキーワードひとつ、特に医療現場から、随分御批判を賜りました。これ以上、扱いにくい患者がふえてもらっては困る。君たちのような活動は必要ない。そういった痛烈なお叱りのお電話が、1本や2本ではございませうでした。

その後、いろいろ考え、いろいろな情報をもろう中で御批判を切り抜けるためのキーワードとして、クレーバーでもない、ワイズでもない、スマートペイシエントになることだと。スマートということが何であるか。それは吹き出しにも書いた5つの提言を、現在も電話を頂戴する方々に伝えていませう。病気は患者自分の持ち物であること。そして、どういう医療を受けたいのか、その気持ちをちゃんと言葉に置きかえて医療者に伝えること。すなわち患者の側も、医療者としてしっかりとコミュニケーションする能力を身につけてはならない時代になると、20年前に考えてCOMLを立ち上げました。5番目の「ひとりで悩まないで」がまさに電話相談です。御一緒に考えるお手伝いをさせていただきたいと思ひますということで、ささやかな活動を愚直に20年続けてまいったわけです。

特に、私どもの電話相談は平均40分、長い場合は1時間、1時間半以上かかるんですが、何を努力をしているかといえばただ一つ、とにかく聞くということ。途中で声を差し挟まないということを努力してまいりました。

ようやく話を聞いてくれるところに出会えたと、うつうつとしたお気持ちを吐き出される方の中には、随分な被害者意識、誤解、感情的かつ受身のマイナス思考といったお声がほとんどです。20年、こういう役割を務めさせていただいていれば情報も入ってきますし、医療の限界や不確定ということも、患者が引き受ける必要があるんだということをお学ぼうにもなっています。

ただうつうつと受身のまま話す被害者意識の訴えに、話をさえぎってついお声をかけてしまいたくなる。そういう気持ちはしょっちゅうなんですけれども、とにかくそれを我慢する。まずは吐き出していただく。胸にたまった澱（おり）のような重いものを吐き出し、少しでも御自身を取り戻していただき、そして気持ちが軽くなったところで、あなたは本当はどうしたいのかと一緒に歩みを進めていく。そしてささやか

ですが、持っている私たちの情報、多くの方々からいただいた、そうした問題を切り抜ける知恵や工夫などを提供しながら、一緒に考えていく電話相談。それが今の私たちが続けている活動の柱です。

その次「患者の発達過程」ですが、これは20年電話対応をしてきて、患者たちがどんなふうに意識を変えてきたかを表すスライドです。

1990年、20年前スタート当初、当時はパターンリズム医療が当たり前、患者もお任せすることが当たり前でした。インフォームドコンセントという言葉を直輸入して、日本の医療現場に普及推進と発表したのが、この年。となれば、今日に向けて医療を変えたスタート地点のような、そんなときでした。

そのころに届く電話相談は「よちよち歩きの幼児」のようでした。ところが、ちょうど今から2～3年前、私たちも対応に困り果てるような、周りが見えない、自分さえよければいいといった相談が目につき始めました。病院では困った患者さん、マスメディアはモンスターペイシエントと言った人の声が、急にふえた感がございました。

そのころから、不思議なことに医療現場からも疲弊感の訴えが届きました。こういう困った患者さんの対応をほかの病院はどうしているのかとか。お金を払ってくれない未収金の問題で、頭を抱えた事務長さんが、どこかいい回収方法をした病院を御存じないでしょうか、など。なぜCOMLにそんな電話がと思うような、医療現場からの悲鳴までが届き相談もピークに達しました。

私たち患者が目指すべきゴールは、成熟した判断能力を持った、いわば自立した患者、自己決定能力、そして自己責任、もう少し違う表現で言うならば、医療の限界や不確実性を引き受けてなお、それでも主体的に医療参加ができる患者になること。それが患者の目指すゴールだと、私は考えています。

しかし、そんなゴールにたどり着ける人はどこにいらっしゃるのでしょうか。いやしません。無理です。無理を承知であえて申し上げるのは、やはりいつまでも思春期、反抗期にしがみついているいいわけではないという、そんな反省から、やはり一歩でもいい、半歩でもいい、ゴールに向かって勇気を持って歩み出せるような患者になることが、今、私たち患者に課せられている意識改革ではないかと思えます。

そういう観点から、医療スタッフが患者の話を聞く折には、どうぞ、迷い悩む患者の背中に回って、次なる半歩、次なる一歩を踏み出す勇気を支えてください、患者の自立の支援者になってほしい、そんな思いを医療者に懸命に語っています。

さて、患者が変わった背景ですが、子供から大人になる人生の過渡期、だれしものが通り過ぎる思春期、反抗期のようなものだと思っています。社会のことが少しずつ見え始めて、自分の気持ちを自分の言葉で伝えるようになる。そして周りが見えないままに、自分さえよければいい。豊かな時代の反映なのか、人が人として成長する過渡期なのかはわかりません。

しかし、何より私たち患者の心を支えてくれるもの、揺るがしてくれるものが情報だと思います。しかし、情報がふえれば選択肢がふえ、迷いもふえます。迷う先の医療は、今も不透明です。思うような結果にならなければ不満や不安も募ります。先進的医療の情報からは、医療への期待感がますます募るばかり。それに答えてくれないとなれば、攻撃的になる。そういったことが2～3年前にピークを迎えた思春期、反抗期の患者さんの気持ちであったように思います。

さて、次のグラフですが、これは90年から始めた電話相談が、毎年、何件ぐらい届いたかという単純な推移です。95年に小さい山がございすが、これは阪神大震災のお問い合わせ、3日目ぐらいから1日200件ほどのお問い合わせが、届いてまいりました。

災害はなかったことにはできないんですが、この小さな山がなくとも、その後は見事な右肩上がり。しかし、現在はピーク時4000件を超えた電話相談の数の半減ということで、昨年は2000件に達しようとする減少を見ております。

このグラフのごとく動いたのは、一つは患者の権利意識、そして97年に加わったコスト意識です。97年にサラリーマン本人窓口負担が1割から2割になり、2003年にはサラリーマン本人2割が3割負担になり、コスト意識の高まりが加わりました。領収書を片手に、不正請求ではないかと、支払った医療費に対して納得ができないといった、そうした御相談が急増いたしました。

権利とコスト意識の変動がこのグラフのごとくだったので、一体何が影響したのか。一つは小泉政権が、医療現場に市場原理を持ち込んだ、そのあおりを患者の私たちも確かに受けています。しかし、もう一つが医療事故報道です。

医療事故報道の推移に先ほどのCOMLの電話相談の推移を重ねると、驚くべき極似しております。医療訴訟件数もまた同じらせんを描いているということを見ると、やはり一時ピークを迎えた漠然とした不

信感が、いかに報道に誘導されたものであるか。漠然とした不信感というものが、患者・家族の自制心を大いに奪い取り、そしてマイナスがどこにあるかを探す眼差しを懸命に医療現場に向ける。そうした患者の意識に影響を与えてきていたように思います。

しかし、いろんな背景がございますが、医療事故報道が今、減少化に向かっています。それに呼応するように、電話相談の数も減ってきているということが、まず1つの御報告でございます。ただ、申し上げておきたいのは、にもかかわらず、かかってくる今目的なお電話には、やはり根深い患者の医療不信の感情、そしてその背景にある医療現場の医療者とのコミュニケーションギャップ、説明不足、人権を無視されたという被害者意識など、むしろ以前よりも時間がかかる相談とになっていることを、あえて御報告させていただきます。

さて、電話相談から見える患者家族の基本的なニーズ、もちろん1つは、医療事故に遭いたくない。「安全」であってほしいという気持ち。そしてもう一つが、いわばこの人に出会えてよかった、この人に出会えたから私は「安心」できた「納得」できたというこの2つ。いまま、これからも、変わらない患者の基本的なニーズ、願望といっても差し支えないかと思えます。

厚労省の会議に参加させていただきますと、「安全・安心」と耳にタコができるほど。食品加工偽装のニュースを報じるキャスターも「安全・安心」を繰り返す、選挙になれば、候補者が「安全・安心」を連呼します。しかし、私たち患者が医療と向き合うとき、決して「安全と安心」だけではだめなんです。なるほど、そういうことなんですという条件つき「納得」、つまり100点満点のない納得です。そこに、いかにたどり着けるか。しかし、そのためには患者が賢く妥協し、賢くあきらめることも必要です。その上であるほどと納得できる。そこにたどり着くまで、いかに医療者がともに歩んでくれるか、支えてくれるか。そういう理想を私たち患者は、今も医療現場に求め続けています。

そのために必要な事は、情報の共有とコミュニケーションです。この情報の共有とコミュニケーションで「協働する人間関係の創造」を努力していく。それが、患者の人権問題の課題をクリアするために、何より必要なことと考えています。

数年前あるハンセン病の施設に伺ったときのことで。施設を見学させていただき、スタッフの方たちに講演した後、入所者の方たちと交流する時間を設けていただきました。

私の横に座られた60代の女性の方が、正視できないようなお顔、それは傷跡ではない、病状ではない、眉毛にくっきりとフェルトペンで無造作な眉毛がかかれていたことでした。

私はどうしてもそのことが気になって、あえて、ごめんなさいと言って尋ねてみました。すると、変でしようかと笑いながら、彼女が話してくれたのは、街に買い物に行くことになり、彼女は眉毛がありません。自由に手を使えないので、スタッフの人に眉毛をかいてくれと言ったら、「またなの、面倒くさいわね」と言ってフェルトペンで、「これでしばらくは消えないわよ」と、くっきりと眉毛をかいてくれた、という哀しいお話でした。とても、上手にかいてあるとは言えませんでした。

私は、その状況を見たときに、社会の差別ばかりか、医療現場の人たちの疲弊感が、無意識無自覚なまま、こうした形でハンセン病患者さんへの差別に向いている。恐れおののくような、涙を禁じ得ないような、そういう現場に遭遇しました。

そうした意味で、やはり「協働する人間関係の創造」のためには、患者も医療者もどちらもが生き生きする環境が必要。そのために、まずは情報を共有すること。そしてお互いに出会えてよかったというコミュニケーションを、社会保障とすることの大切さを改めて感じました。

さて、次のスライドに、どういう御相談が届くか。左項目にさまざま患者さんの言葉を羅列しています。決して1つの御相談で電話をかけてこられるわけではございません。次から次へ、心にたまった澱(おり)のようなものを吐き出されるわけです。

特に、このグラフで御注目いただきたいのが、トップスリーがすべてお医者さんへの苦情です。私たちは途中で声を差し挟まない対応の努力をしていると申し上げましたが、余りに勘違いしていらっしゃる方には、つい我慢し切れず、途中でお声を差し挟むことが、時々あります。あなたのように、何もかもお医者さんに期待をしても、それは無理だ、と。医療はすべてチームで行われていること、お医者さんがなにもかも期待にこたえてくれるはずはなく、はせいぜい3割程度。あとの7割は、私たち患者はチームの力をうまく利用活用させてもらおうじゃないかと、そんなアドバイスをさせていただいております。

そして学会などで、お医者さんをお願いしています。何もかも期待されたって無理だと、本音、弱音を吐いてください、と。そうすることで、今まで幻想でしかなかった「チーム医療」が、改めて医療現場で

再構築の歩みが始まるのではないかと、そんなこともお願いしております。

さて、「最近の相談の傾向」ということでまとめております。ポイントは、やはり「納得」です。納得ができていないと、合併症や副作用が出て、医療事故、医療ミスという不信感を抱く。そして、娘、息子が、日ごろ親の世話をしていない後ろめたさからか、突然医療現場に登場して賠償を求めたいという要求になる相談が届きます。

さらには、成功報酬型思考というんでしょうか、納得ができないから払わないという訴えも。そういう患者さんが多くあらわれているということも、病院の内側からのお話で聞いたりもしております。

また、COMLに電話をすれば、COMLが病院に行って交渉してくれるのではないかと。そんな過度な期待を抱いてのお電話も、なくはございません。

現在、月に200件、多いときには300件、全国から届いてくる、その一つ一つの御相談に、わかりました、私たちがはせ参じてと、病院に飛んで行くわけにはございません。それはできないんだということ、一緒に考えるお手伝いしかできない。答えはあなたが持っているはず、意識や行動を変えるのもあなたの役割と、そんなお話をするだけで、切れる、怒鳴る、なじる人がいる。

じつは、電話相談以外に、1990年、当時の厚生省の協力のもとにつくった、「医者にかかる10箇条」という小冊子の普及を、現在も努力しております。21万冊を超える普及ですが、11年たつてこの10項目の中身が、一向に古くならないことが、とても悲しい現実ではございますが、やはり患者が基本的に意識を変えていく必要を痛感しています。

多田羅座長 すいません。ちょっと時間が大分オーバーしていますので、簡潔にお願いします。

辻本 はい、ということで患者さんの側にも働きかけております。

そして、次のスライドは、患者と医療者の行く手を阻む深い川にコミュニケーションと情報の共有の橋をかけていこうということを、語りかけています。

インフォームドコンセントについても、持論を持ちますが、省き、さいごに世代によって求めるもの、納得の基準が微妙に異なるというところを、ちょっと御着目いただきたいと思います。

「お任せ世代」の高齢者の方たちは、この先10年、20年、大変失礼ながら数が減っていくとして、その間を埋めるように、次々と登場するのが、団塊の世代。私も団塊の世代の一員ではございますが、お電話を聞いておりますと、団塊の世代の意識の特徴というものも挙がってまいります。

しかし、この世代は単に扱いにくいだけではありません。納得すれば、なるほどと理解をすれば意識を変えていく、行動変容願望をどの世代よりも強く持っている。言ってみれば、その世代をどう攻略するかという観点を持って、人権という問題を、ぜひとも新たな視点で考えていただきたい。そのことを心からお願ひ申し上げたいと思います。

最後のスライドは、めったに届くことのない、病院への感謝の言葉。夫をみとった奥さんが語った内容です。患者や家族は、決して過大な要求をしているわけではない。100-1は0ですが、100+1は人の気持ちで150にも200にも膨らみます。プラスワンを提供することで患者の人権を守る、そういう医療の実現を願ってやみません。

すいません、少し長くなりました。ありがとうございました。

多田羅座長 貴重な御意見をありがとうございました。御質問、あるいは御意見はいかがでしょうか。どうぞ。

鈴木（邦）委員 辻本さんのお考えは、我々医療側としても非常に納得できることが多いので、一方的に医療側を攻め立てるような意見に、我々医療側も非常に困惑というか、疲弊しているというのが現状です。ぜひ患者の権利とともに、患者にも義務がある。医療側には義務はありますが、権利もある。お互いにそういうことを話し合うといいますか、お互いに権利と義務があるということを、ぜひわかり合っていきたいというふうに医療側として思うわけですが、そういうことに関して、辻本さんはどういうふうにお考えでしょうか。

辻本 実は私どもも、自分たちの活動は中庸を行く、バランスを大切にすると考えてきて20年を歩んできました。しかし、医療寄りという厳しい御批判を受けることもございます。

私は、やはり医療は協働作業ということが原点にございますので、「ともに」ということを今も、これからも変わらず、活動を続けていきたいと考えています。

鈴木（邦）委員 ありがとうございました。

多田羅座長 どうぞ。尾形先生、お願いします。

尾形委員 ありがとうございます。全体として非常に納得できる内容だと思います。

2点、質問をさせていただきたいのですが。

1つは、3ページで、先ほど御説明をいただいた患者を取り巻く背景というところで、情報がふえると選択肢がふえ、迷いもふえる。迷う先の医療は不透明というようなことが書かれていて、そのとおりだと思うんですが、それでは情報開示のあり方というのを、どういうふうに考えたらいいのかというあたりについて、辻本さんのお考えを伺いたいというのが、1点です。

それから、もう一つは最後のところの団塊世代の意識というところで、時間がなくてちょっと御説明されなかったんですが、「意識の二重構造（実は権威に弱い）」と書いてありますが、これはどういうことなのか、御説明いただければと思います。

辻本 ありがとうございます。私たちが電話相談を始めたころは、情報がない時代でした。その後、どんどん情報が入ってくる時代になり、アクセス能力の高い人においては、アメリカの原著まで目を通して、御自分で翻訳して医療者に突き付けるという患者さんまで現れました。そうした患者の姿勢が、ますます医療者との関係を悪くするという、びっくりするようなお話も届くようになりました。

そうになって改めて感じたことが、情報がありさえすれば幸せになれるわけではないということ。入手した情報が、自分にとってどう利用、活用できるものであるかということ。そして、その情報を、プロとともに吟味し、考えながら、最適に活かしたうえで自己決定ができる。そこがポイントであって、情報のあるなしだけが問題ではないなということを感じます。もちろんこの時代です。情報が人を賢くもしますし、勇気も支えてくれます。ですから、情報がなくていいということ申し上げるわけでは決してございません。

それから、団塊の世代の二重構造ということで、こんなエピソードがございます。63歳の夫が、がんで病院にかかっているという奥さんの長い愚痴のようなお電話だったんですが、いつも病院から帰ってくると、病院、お医者さん、看護師さんの悪口を、私は1時間以上、聞かされる。

ところがある日、故あって診察室と一緒に入ることになって、そこで見た夫が、40年近く連れ添ってきたのに初めて見る、小さくなっている夫だった。お医者さんの前に座ると、実は何も言えていない夫。何を言われても御無理ごもつもと、はい、はいと素直にならずにいる夫を見て、啞然としたということ、半分冗談のようにお話をしてくれました。つまり、言ってる事とやってる事が違う、と。

私自身も、そして私の同世代のぐりりを見回しても、こうした二重構造の人が多。なぜなら私たちは民主主義の教育を受け、その一方で家庭のしつけは府追加置換の押し付け。私など、両親ともに明治生まれで、非常に古い価値観を押しつけられた。教育としつけという二重構造のなせるわざではないかと、このあたりは限りなく私見に近いので、お許しいただきたいと思。ありがとうございます。

尾形委員 ありがとうございます。

高橋委員 御報告ありがとうございます。

この検討会が3月に厚生労働大臣に提出した報告書は、ごらんになっていますね。

辻本 はい。

高橋委員 その報告書は、辻本さんがおっしゃる患者の発達過程、あるいは賢い患者になるという点にとってプラスに働くのか、影響がないのか、マイナスに働くのか、そのあたりをお伺いしたいと思います。

辻本 世の中には2対6対2。どの世界にもそういう意識の違いが構造として見てとれると思います。ですから、答えは一つではないということが、まず私のお返事です。

プラスになるように活用してくださる方もあるでしょう。そして、これぞ武器と、ますます元気になって権利を主張し、現場で暴言を吐く方だって、決してあらわれないとは限らないと思います。やはり、そうした両面への影響を意識して、報告書をまとめていただくことがとても大事ではないかと思。います。

畔柳委員 非常にすばらしいお話を伺ってありがとうございます。電話相談の上がり下がりがあるところで、ちょっとお伺いしたいのですが、実際は医療問題の苦情というのか、本当はそんなに減っていないのではないかという認識が、私はあるんですが、非常に減ってきたというのは、大体電話相談がふえるというのは、まずはマスコミが報道すると、必ず上がるということになりますね。

それとは別に、恐らく最近になると、いろいろなところに苦情窓口というのできてきておりますね。そういうことで分散されている傾向は、ないのかということなんです。

辻本 もちろんそれもござ。います。病院の中に投書箱もあれば、相談窓口ということもござ。います。また、製薬メーカーも、薬の相談などということで、電話の対応をしてくれます。

ただ、人の不満の割合の多くが、感情レベルの問題です。そうすると行政や企業では問題が解決し切れ

ない。もちろん、COMLに電話をすれば、全ての問題が解決できるわけではありませんが、何より1時間半以上話を聞いてくれる相談窓口は他にない。COMLさんだけだ、ということで、あちこちから紹介されたり、ぐるりと回り回って届いてくるという、そういう状況がございます。

今日的な社会システムとして相談窓口の受け皿が増えていることが、COMLの相談数半減の裏側にもある現実だというふうに、理解しております。ありがとうございます。

多田羅座長 ありがとうございます。座長として一言だけ。高橋先生がお伺いしたのと、重なってきますけれども、我々の報告書で患者の権利に関して、医療基本法の制定によって、体系化する。患者あるいは医療従事者を含めた全体の医療の体系の中で、患者の権利を位置づけて体系化すると提言しているのですが、そういう動きといたしますか方向については、どのようにお考えでしょうか。簡単にお問い合わせいたします。

辻本 体系と申しますと。

多田羅座長 患者の権利を医療基本法という格好で守るといふか、進めていくという考え方です。

辻本 がん基本法ができたことで、がん医療の周辺が変わり、発展もしています。そういった意味では、とても大切なことだと思います。

しかし一方で、患者の義務ということも同じエネルギーをかけて、国民・患者に理解してもらうような、いわゆる啓発活動が不可欠です。加えて、地域の医療を地域の人が支え、守り、育てる意識の創造。地元の病院に苦情も言いつつ、守り育てていくという住民の意識、その原点のところ、自分たちのエネルギーをしっかりと向けていく、学びの場づくりなど。そうした提案などもあって欲しいと思います。

多田羅座長 わかりました。ありがとうございました。

藤崎委員 大して大きな問題ではないかもしれませんが、このグラフの中で、「医療事故に関する報道記事数」のグラフがありますけれども、95年とそれから2002年のところが、普通は報道件数と電話相談が同じような形で推移しているんですが、この95年と2002年だけがちょっと突出して、報道との違いが大きいんですけれども、何か原因は特にあるんですか。

辻本 2003年のピークのところでしょうか。2003年がピークなんですけれど、報道の方の意味ですか。

藤崎委員 報道の方の2002年と、そのときに相談係数が下がっているわけですね。

辻本 1995年の相談の「山」は、さきほどお話しした阪神大震災直後に届いた問い合わせです。また、医療事故報道がピークの2002年に相談数が減少しているのは、別の事情です。2000年に「差額ベッド料」の相談が670件ほど集中して「山」を描いています。2000年の「差額ベッド料」の相談がなければ、2004年、2005年の「山」に向かってなだらかな増加の線となります。

なお、このグラフは、日経、朝日、読売、毎日の四大紙が毎年報道した医療事故数です。COMLがスタートした90年からほぼ10年ぐらい、せいぜい200件レベルで横ばい。医療安全元年とも言われる1999年、横浜市大の患者取り違い事件、都立広尾の点滴のミス、それから割りばし事件など、それまで聖域だった医療現場に一気にメディアが医療現場に足を踏み込み、隠せないという状況が始まり、前年比ほぼ4倍。そしてその翌年以降、その勢いがとどまるところを知らぬまま1730件まで突出する、いわゆるマスヒステリー現象。そのピークが2002年で1791件、ところがそのころから、医療崩壊、医療危機が叫ばれ始め、呼応するように報道が少しずつ減ってきました。

もちろん、各病院が医療安全に、非常に真剣に取り組むようになったことも、現場での医療事故の減少ということを実現した、そのあらわれではないかというふうに見ております。

藤崎委員 最後に私どもの問題で言えば、隔離の100年、どもの問題で言えば、隔離の100年、この前のシンポジウムで、内田先生がまさしくおっしゃったように、隔離の100年、隔離の制度が100年も続いたという原因の1つに、マスコミがほとんど正しく報道しなかったということが原因として挙げられるということがありましたので、こういう問題に関して、非常に私どもは関心がありますので、お聞きした次第です。ありがとうございました。

多田羅座長 ありがとうございました。まだあるかもわかりませんが、申しわけございません。時間がオーバーしてまいりましたので、次の報告を受けたいと思います。

続きまして、永井裕之さんからお話をお伺いしたいと思います。

永井さんは、「医療の良心を守る市民の会」の代表をされておられて、医療事故によって御家族を亡くされた御経験をお持ちの方であります。

現在、「医療の良心を守る市民の会」の代表として、医療事故、医療過誤をなくしていくために、患者

の権利とともに、医療従事者の良心を守っていこうという活動をされています。

それでは、お話をよろしく願いいたします。

永井 永井でございます。きょうはこういう機会をいただきまして、本当にありがとうございます。

「医療に安全文化を」ということで、被害者の立場から医療基本法の必要性を提言したいということです。

一番初めは被害者の立場から、医療版事故調をまずつくり、その後に医療基本法という方がいいのではないかと思いつきながら、きょうはこの話をしたいと思います。

先ほどのCOMLさんのお話にありましたけれども、99年は横浜市大の事件、それから私の妻が亡くなった広尾病院の事件、杏林の割りばしとか、くしくも同じ11日ですが、あのときから10年たって、「永井さん、医療界は変わりましたよ」という話を医者の人からよく聞きますが、僕はいろんな意味で変わってきていることは認めるんですが、特に医療事故の問題、調査という問題について、本当に変わっているのかなと思ったのです。

公明中立性とか、透明性とか、本当に事故から学んでいるんですかと。事故の件数は減っているんですかと。

そういう意味で言いますと、次のところですが、事故について当時アメリカでは、クリントン大統領が調べさせて、3州から約2倍ぐらいいまであるかもしれないというデータが報告されました。

しかし日本では、99年当時、交通事故死は9,000人ぐらいだったのが、去年は5,200人と限りなく減ってきていますが、医療事故については、減っているのかふえているのか、全くわからないというのが、今の現状です。

そういう中で、やはり国を挙げて、医療安全教育をしながら、医療事故死を少なくしていくかという取り組みが、重要だと思っています。

次に、多くの医師は、医療の不確実性を理解していただけないということをおっしゃっています。しかし、10年前とは言わない、数年前まで、私に任せておきなさいと言った医師が多かった。このごろは、医療に安全はないとおっしゃるので、僕は医療に安全がないというのは開き直りではないですかと。限りなく、少しでも安全を提供していく、そういう挑戦をすることが重要なのではないですかと、言っています。

そういう中で、市民、患者への医療安全という問題の教育というのが、極めて重要になってきていると思います。

次のペーパーは市立豊中病院が取り組んでいる事例です。僕はこういう運動を各病院ですべきだと思います。「安全で安心な医療について共に考えましょう」「医療機器は基本的に不確実で危険を伴う」けれども、こうやっていますとか、「ミスが起こらないシステムを検討」していますとか、「共に病気に立ち向かうパートナー」「身近な地域の『かかりつけ医』で安心」と。これを入院する患者には配っているそうですし、院内にも張ってありました。

こういった取り組みを病院側でやるべきだと思いますが、安全問題について、病院側はもうそんなことはやっていますよとおっしゃいますが、社会問題として食の安全まで来ても、医療の安全は、まだこれからだというふうに思います。

その中ではぜひ専門性、質、システムということ、リーダーである院長を初め、全員の問題、これは事務職も含めた全員の問題であり、どうやって自分たちは向上していくかということに努力しなくてはならないと思います。それらのたゆまぬ努力によって医療安全の向上が確保されていくのです。

よく病院、医療機関が安心とか信頼のある病院だとおっしゃる病院もありますが、私は医療安全の向上をみずからやることによって、患者・市民が、あの病院は信頼できるとか安心できると言ってくれるのだと思っています。

また、「患者中心の医療」はどここの病院もおっしゃっています。しかし、本当にインフォームドコンセントとかいろんな問題において、そこにいる目の前の人、自分の親、自分の子、自分の兄弟だったらどう説明をするかという、そういった余裕を持って本当に理解をしてもらう。そういった意味でのことはできていない。

特にインフォームドコンセントの場合でも、インフォームドコンセントをとるといふ。書類にはんこを押してもらったら、医療側はインフォームドコンセントで納得してもらったものだという風潮が、まだまだあるのではないかと。

そういう意味では、古いデータですが、やはりわかりやすいリスクの説明についても、医師側は、90%

自分はやっている。しかし患者側は、30%ぐらいしか理解できていない。こういった状態に、まだまだあるのが実態です。

そういう中でやはり一番重要なことは、目の前にいる患者さんの話をよく聞いて、聞くことによってどのレベルの目線であるかという、そういったことで話をする必要があると思います。

私自身は、事故の中で、やはり納得し、自分が決定し、そのリスクのもとで起こったことについて、裁判を起こしている人を僕は知りません。しかし、事故は起こるんです。事故が起こったときに、だれでもがなぜ、本当のことを知りたい、うそをつかないでほしい、事故だったら心から謝ってほしい。そして本当にこんなみじめなことを、二度としないように対策してほしいという、これがみんなの強い願いです。

そういう願いの中で、私どもが調査をしたときに、やはり事故調査というのは何を本当にしてほしいのか。ほとんどの人が真相究明をしてほしい、本当のことを知りたい。しかし、医療事故が起こったときに、説明不足であり、初期対応の悪さがあるわけです。

一番問題が起こってくるのは、事故が発生したときに、今までと違う説明をしたり、医師はインフォームドコンセントをしたというが、患者側が理解していなかったり、事故に関する説明の仕方がまづかったり、患者側が知っている事実と違ったことまで言い始める。

そうすると、だんだんうそを言っているのではないかとの思いが募り、更なる説明を求めると、医療側の弁護士が出てきたり、当事者ともお話ができなくなって、そんなだったら裁判に訴えたらどうですかとまで、医療側が言ってくる。こういう被害者というのが、今もまだまだ多いんです。それでも裁判まで訴えている人は、ごくわずかです。ほとんどの人は泣き寝入りしているのも、実態です。

被害者の声というのは、ここに書きましたが、やはりみんな裁判をやっても真相が究明できなかつたり、精神的に参っていることが多いです。つい最近では、インターネットで本当に著名な方が、誹謗中傷し、二次・三次被害にまで至っている家族も多いです。

東京とか大都市はまだよろしいんですが、地方においては、本当に大変な思いをしているのも実態です。

やはり「あるべき医療事故対応」という意味においては、事故が起こった後のチーム医療というものを徹底していくという意味において、やはり一番重要なことは、どこの病院でもすぐに頭を下げるという誠意を示すことはできます。しかし、本当に重要なことは隠さない、ごまかさない、逃げない。特に逃げないのは、その当該の医療者が事故内容の説明などを被害者に、是非一緒に話をしていただきたい。

特に院内の医療事故の中においても、事故の調査をやっていることすら知らない。新聞やマスコミの報道によって初めて知ったとか、そういう意味では事故があった後でも、被害者を中に入れ込んで、事故調査の適時、適切な説明をしていく、そういうことが極めて重要です。そういうことをやって、理解してもらうといった事例というのを、残念ながら僕は、まだ2件しか知りません。

私自身としても医療事故調査という問題については、1999年、事故があった後、2001年ぐらいから言ってきていますが、まだまだ患者と医療者とが相互に理解し、信頼を深める働きかけが不十分であると思います。

事故調査については、やはり一番重要なことは、真相を究明し、どう再発防止をし、日本の医療をどうよくしていくかという、そこのところにかかっています。そのためには国として、本当に交通安全と同等以上、交通事故死よりも今は多いことは、事実だと思います。そういう中で、ぜひ国民を巻き込んでやるべきだと思います。

きょうお配りしましたように、私どもとしては、去年からこのキャンペーンをし、この事故調を早くつくるという意味での署名活動もしています。

しかし、2009年、ことしの3月にやりましたシンポジウムの中で、「広尾病院事件から10年」ということで、いろんな方の事故概要で、事故調査について不十分であり、外部調査についても、まだまだできていないというのが実態でした。

5月に国会議員も含めた事故調査に対するシンポジウムを行いました。私自身、被害者が危惧しているのは、今の民主党の中で、目的を紛争処理的にしようとしているのではないかと。一番重要なことは、紛争処理であり、院内事故調だけあれば十分ではないかというのが、今の考え方です。それで本当にできていくでしょうか。

やはり事故調査は、患者のためであり、国民のためであり、やはり日本の医療をよくするためにやるべきだと思っています。

次の21ページですが、事故調査委員会について、院内調査だけで十分だという方もおられます。本当に

十分か。規模によってできなかつたり、被害を受けた病院で、もうしてほしくないという人もおります。そういう意味では、中立公正な第3者機関というのを、早くつくるべきだと思っています。

さて、私の事件の中で、大変物議をかもして、今でも問題になっている医師法21条の問題があります。医師法21条は、医師は死体を提案し、異状があると認めるときは、24時間以内に警察に届け出なければならないというわけですが、この問題について、診察をしているうちは検案ではないというようなことも含めて、問題視したわけです。最高裁は検案というのは、診療中かどうかは問わず、死体の外表を検査することであるということで、診療中の患者でも届け出義務を生じるという初めての見解を示した。

また、憲法38条の個人に不利益なことをみずから言う必要はないという、これに違反しているのではないかとことに対しては、医師の社会的責務などを考慮して、「医師が届け出で、自分が刑事責任を問われる恐れがあっても、公益上の高度の必要性に照らすと届け出義務を課すことは憲法に違反しない」という話がありました。

次のページです。アメリカの倫理基準の医療過誤の情報開示のときに、「医師には何があったのかが、患者に理解できるよう、必要な事実をすべて告げる倫理義務が存在する。真実を告げた後に生じる法的問題の可能性が、医師の患者に対する正直さに影響してはならない。」これと同じことを、最高裁の判断は言っていると、私は思っています。

ぜひ医療版事故調を早期につくってほしいという運動を、まだまだ続けていこうと思っていますが、やはり新しい仕組みが、私は要ると思っています。まずそれには、医療界、医療者には正直文化に挑戦していただきたいし、それができて初めて医療に安全文化が育っていくんだと思っています。

そういうことで、「『医療基本法』制定のために最も重要なこと」ということで、私なりの見解を書いています。やはりすべての国民がお世話になる医療なので、みんなのために、より安全な医療に挑戦し続ける医療界の意識・行動改革が必要です。医療安全教育の新たな取り組み、これは僕は、幼稚園からでも医療安全を、交通安全以上に今やるべきだし、大学においては、人間性という問題についての教育を、ぜひすべきだと思っています。

「患者と医療者が手をつなぐためにすべきこと」ということで、新しい取り組みの運動をしております。特に国会議員の先生と会ってお話をすると、医師の声が聞こえてくるが、国民の声は聞こえてこないとおっしゃいます。私は、健康であるうちは、国民は医療という問題について、余り声を出さないんです。被害者なり患者なりの問題を、その人たちの声を聞いていただきたいという訴えをしております。

以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。いかがでしょうか。非常にわかりやすくお話をいただいたと思いますが、どうぞ。

鈴木(邦)委員 お立場をよく理解した上での質問なんですが、1つは、この事故調とおっしゃるのは、かつての厚労省案というか、大綱案というか、そういうものを早く成立させてほしいということでしょうか。それとも独自のお考えが。

永井 いや、私はもう今の厚労省案というのは、私自身も検討会にずっと出ていたりします。厚労省案と皆さんおっしゃるんですが、あれは、私は厚労省が事務方としてまとめた案であり、あの案の中には、私ども被害者も含めて、極めて問題点もクリアにさせながら、あそこに我々も妥協したところもあります。合意形成ができているものだと、私は思っていますので、やはり厚労省の第三次試案、大綱案に基づいたものが、今ある事故調版としては、内容が一番深いものだと思っていますので、それをやって事故調をつくってほしいと思っています。

鈴木(邦)委員 医療界には、それに対して疑問の声もありまして、決定までには至っていないという事実がございます。

もう一つは、医療側に徹底的に説明を求めるといような御意見だと思うんですが、先日の中医協の議論なんかにも出てきましたが、医師の疲弊というか、そういったことの観点から、例えば患者の方、御家族が、次から次へと何回もいろんな方がいらして説明を求め。それも患者さんの都合のよいお時間にしてくれというように、医師がそれに対して対応することに、非常に疲弊しているという現状もあります。

説明はもちろんそれはしないといけないことですが、例えば医療側の方から、どなたかキーパーソンみたいな人を決めていただきたいとか、あるいは時間についても医師側の都合も配慮していただきたい、そういうふうにお話しすることに関しては、どのようにお考えですか。

永井 その実態を僕は理解できていませんので、本当にコメントが不十分になるかもしれませんが、次々と来られて、だれかを代表にというのは、私は無理な話じゃないかなと。

特に事故の問題は、それぞれが全く違うんです。

患者の会というのは、同じようなことでやるから、同じグループになれるんですけども、被害者の問題については、やはりそれぞれ違うので、その対応の仕方について言うと、本当に医師の説明だけを聞きたいのか、もうちょっと実際は違った意味での不満もあるのかという意味では、ある意味では患者、病院側の相談室みたいなところの人が、何を本当に訴えているのかを聞いてあげることも、重要ではないかと思っています。

鈴木(邦)委員 事故としてではなく、普通の治療や検査の説明とか治療方針とか前の段階の話のことだと思いますけれども、例えば医師以外の方が、そういった間に、お話を聞かせていただくとか、そういったことに関しても、今ちょっとおっしゃいましたけれども、そういうことでもいいのではないかなというふうに、お考えいただけているのかなということです。

ありがとうございます。

宮崎委員 鈴木先生もおっしゃいましたように、医療事故調査委員会設置法、医療安全調査委員会の設置法につきましては、自民党政権のときはかなり検討をしまして、政権が変わってしましまして、現在も民主党案を中心にいろいろ検討していますが、我々医療界の中にも、多少意見の違いがありますので、検討中です。私自身としても、早く医療安全調査委員会の設置を望むものでございます。

もう一つ、先ほどの辻本さんのお話にもございましたように、医療には不確実性、ある一定のリスクが伴うということも、もう少し我々も説明をするといいますか、言わなくてはいけないのではないかなと思っていますけれども、どなたかがおっしゃったように、そういうことを私どもが余り言いますと、何か言い訳をしているのではないかなというふうにとられるという、そういう気持ちがありまして、なかなか積極的、そういった限界があるというようなことについて、説明不足ではないかと思っています。

ここの豊中の病院のような働きかけを、私どもももう少し積極的にしていかなければならないのではないかなと思っています。どうなんでしょうか。我々がそういうことを余り言うと、何か言い訳めいたふうに、患者さんの方をとられるというような感じは、どうなんでしょうか。

永井 人はいろいろおりますので一概には言えませんが、医療の不信とかおっしゃっていますけれども、ほとんどの人は、医療をまだまだ信用したいという気持ち、そういう人も多いと思うんです。最初から不信感があることはなく、医療の不確実性の問題についても、大部分の国民というか、大部分の人はそういうことを理解してきていると、僕は理解しています。

そういう中でやはり医療側はいろんな事象、その事象、事象について不確実性の問題というのを、もっと相手に示すことが重要ではないかと思えます。

多田羅座長 不確実なものであるということですね。

永井 不確実性については、その説明したリスクが、自分のところに本当は当たるとは思わなかったりしていることも事実かもしれませんが、当たってしまうときはどういうことで起こってくるのかとか、いろんなことも含めて説明をしたり、それから起こった時点で、さっき僕はちょっと説明しましたけれども、やはり違う説明になってしまったりすると、そこから不信感が起こってくるわけです。今まで説明をした内容と違ったり、被害者が知っている事実と違う説明をすると一層の不信になるのです。今までの事実関係と違うこと、そこが一番の分かれ目になります。

事故が起こったとき、被害者・遺族はなぜ、何が起こったのかを良く調べて欲しいという思いが強くあります。しかし、事故の前の事実説明が全然違ってくると、医療者と被害者の溝が深まってしまうのです。そういう事例というのが、結構多いんです。

畔柳委員 永井さんは、実際に訴訟を経験されているわけですね。訴訟というのは、民事裁判をやっておられるんですね。

お聞きしたいのは、真相究明というのが、実はそれぞれの制度によって、目的が違うわけですね。民事裁判の場合は、やはり損害賠償を求めているわけですから、その損害賠償を支払うべきかどうかという観点で、事実関係を中心に調べていきますから、それと関係ないものは落とされてしまうわけですね。

それが例えば刑事裁判だと、あくまでも被告人だった人を、罰すべきかどうかという形で、警察としても資料を集めていって、それで処罰すべきかどうかという。

だから、真相究明といっても、目的の違いによって随分違っているわけです。恐らく、裁判所に対する

不信というのは、永井さんがお求めになっている真相というのとは違う、真相というのが問題なんだろうと思うんです。

今度おつくりになるという、例えば事故調査ということで、真相を究明するというんですけれど、これはあくまでも制度ですから、何を重点に置いて真相を究明していくかというところを決めておかないと、やはり不満が残ってしまうんです。そのあたりはどのようにお考えですか。真相究明です。

永井 前者の方の、裁判によっても納得できないということについては、この中に、医療者の声、被害者の声も出していますが、真相究明というのは、何を一番知りかたいかといったら、突然亡くなってしまったり、突然おかしくなってしまったことが、本当になぜ、どうして起こったんですかという単純な疑問です。

その疑問に対して、簡単に合併症ですという。そうでなくて、合併症に至るまでの経過も含めたことが、どういうことなんですかという、そこを本当に納得したら、裁判にはほとんどが行かないと、僕は思います。

その説明を求めても、全然説明をしていただけないという、そういうことが一番知りたい。だから裁判では無理なんです。事故調査委員会みたいなものをつくったり、しっかり内部調査をやっていただければ、それもいいことだと思います。

畔柳委員 申し上げたかったのは、結局裁判制度というものに、非常に過度の期待があつて、裁判所に行けば、何でも真相究明できるというふうに、思っておられる方が多いわけですね。

永井 そうは思っていない人のほうが多いです。弁護士さんと相談しますので、裁判に訴える人は極限られた人のみです。

僕はよく医者の方と話をすると、事故でもないのに事故ぶるとかおっしゃる人もいます。被害者ぶるとか。それは説明が不十分だからですよ。やはりそこは説明してやってくださいよと、そういうふうにお話ししていますが。

多田羅座長 どうもありがとうございます。

次に移らせていただいてもよろしいでしょうか。永井さん、ありがとうございます。

続きまして、對馬さんをお願いしたいと思います。對馬さんは、東京都福祉保健局医療政策部医療安全課にお勤めです。医療安全の観点から、医療機関の皆さんと、いろいろ取り組まれているという方でございます。どうぞよろしく願いいたします。

對馬 御紹介ありがとうございます。

私からは医療安全という視点ではございますけれども、患者さんからの相談対応の窓口が各機関にあります。その1つとして行政における相談窓口を御紹介させていただきます。

まず、資料にございますが、「医療安全支援センターの制度化」ということで、平成19年4月から施行されました第5次医療法改正で第6条の9、国等の責務のところ、「国並びに都道府県、保健所設置市及び特別区は、医療の安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発その他の医療の安全の確保に関し必要な措置を講ずるよう努めなければならない」という責務が、制定されました。

この事務を行う場所として下の矢印のところがございます、6条の11「医療安全支援センターの設置」になりまして、初めて法制度化されたということがございます。

次のページに移ります。では、その医療安全支援センターの機能としてはどういうものがあるか。そこに大きく4つ挙げさせていただきました。第一に、「医療に関する苦情・相談への対応」ということで、患者さん等からの相談対応の窓口、私どもで「患者の声相談窓口」といっておりますが、その相談窓口での対応。

「2 医療安全に関する情報提供」、「3 医療安全に関する研修の実施」、その他、「医療の安全の確保のために必要な支援」ということで、医療機関への研修会等や都民の皆様方に向けての、いろいろな講習会等も含まれております。

医療安全支援センターの基本方針、考え方といたしましては、そこに4つ挙げてございます。その中の、「患者・住民と医療提供施設との信頼関係の構築を支援するよう努めること」が、1つ大きな方針としてございます。

次に、「患者・住民と医療提供施設との間にあつて、中立的な立場から相談等に対応し、患者・住民と医療提供施設の双方から信頼されるよう努めること」ということで、中立的な立場で対応するというのが基本的なことになります。

現在、東京都が設置する医療安全支援センターにおきましては、一番下に記載している「東京都医療安全支援センター」は、都庁に設けてあります。そのほかの5カ所につきましては、東京都多摩地域の保健所、二次保健医療圏ごとの保健所の中に医療安全支援センターを設けております。

ただ、センターと申しますと、何か新しい建物とかお部屋ができたかなというふうにも思われがちですが、保健所の中に本来ある、1つの部署のところに、この医療安全支援センターの機能を持った業務を担当しているところがあるということです。

多田羅座長 看板はあるんですか。

對馬 小さな看板ですが、一応掲げてあります。特別、お部屋等をしつらえるのは難しいところがございますが、様々な相談を受けるにあたりまして、面接ブース、面接のお部屋というものを、各保健所で工夫して設けているところがございます。

次に、下のグラフに、「東京都医療安全支援センター『患者の声相談窓口』年間相談受付け件数の推移」を記載しました。

平成19年4月から医療安全支援センターは、医療法に基づいての設置ということですが、東京都におきましては、平成13年から、患者さんの声を聞く窓口を設置しておりました。

また、二次保健医療圏ごとの都保健所におきましても、16年7月から相談窓口を開設しております。大体本庁ですと、1日40件前後で年間1万件前後。保健所は、当初は数が少ないものではございましたが、2000件前後ということで、年々増加している状況です。ですので、東京都全体といたしましては、グラフにありますように、1万2000件前後のところまで推移しております。

ただ、この件数は、かかってきた電話のすべてを受けられた件数ではないんです。体制的に電話が取りきれないところがありまして、着信数を確認しますと、この相談件数×2.5～2.6倍の数の電話が鳴っているという状況がございます。

次のページに移らせていただきます。「『苦情』内容の内訳（平成20年度）」と出させていただきます。1万件前後の相談の中で、いわゆる一般的な健康相談、情報の提供、知識の提供等についての対応という相談は、おおむね55%ぐらいで、残りが「苦情」というような内容に含まれるのではないかということになります。

その「苦情」の内訳ですが、そこに挙げている項目でいきますと、一番多いのは「医療行為・医療内容」についての不満、苦情、それから「医療従事者の接遇」、いろいろな言葉がけであったり、対応であったりというところ。「診療報酬」の関係、支払い関係の等々あります。最近の特徴といたしまして、「院内暴力」は、患者さんからの相談ではなくて、いわゆる医療機関からの相談というところで、先ほど辻本さんのお話にもございましたが、医療従事者からの相談もふえてきている状況がございます。

ただ、圧倒的に多いのは、医療行為についての疑問、不満、それから接遇的な面というのが、特徴的なところではないかと思えます。

簡単ですが具体的に、どういうものがあるのかというと、下のスライドになります。

医療上のトラブルについて、例えばどういうものか。手術したのはいいけれども、なかなか治りが悪い。失敗したのではないか。

治療してもよくなるまいというのはどういうことなんだ。

後遺症が出た、副作用が出た。こういった話は前から説明していなかったのではないか。やはり何かミスがあったのではないか。

あと、粗雑なケアといいますか、よくあるのは採血の際に内出血を起こしたというようなこともございますが、そのような未熟な技術、これはもう医療ミスではないか。

それから、医師に診断された病名が違っていた。

家族への説明と、実際の医療内容が違うんじゃないか。

また、入院中の高齢者の場合、家族への説明がないまま、医療処置がされたとか、あとは拘束されていたというようなこと。

それから、日中、患者さんに会ったときには元気で、数日で退院だと言われたのに、夜中に急に病院から呼び出しがあり、状態が急変した。一体何があったんだ。説明に納得がいかない。

というような医療の処置関係、もしくは合併症等も含めた医療上のトラブルについての相談というのが、大変多く入っているという状態でございます。

また、次に多い苦情内容は、対応、接遇についてです。よくあるのは、医師がよく話を聞いてくれない

ということ。最近では電子カルテ等も導入されておりますので、パソコンを打ち込みながらお話を聞いたり、次回の検査の入力をするに、神経を使い、自分の顔をちゃんと見てくれないというようなこととか、診療時間が短いということへの御不満であったり。

あと大きな病院さんですと、受診のたびに医師が異なり、説明も異なるようだ。

それから、説明された内容がよくわからない。

スタッフに横柄な態度、言葉遣いをされた。

スタッフの大きな声が、大変センシティブな内容のものであっても、隣の診察室や待合室に漏れるようなものであった。大変恥ずかしい思いをした。

病院で相談窓口があると聞いたけれども、どこにあるのかわからない。

また、相談したけれども、十分に話を聞いてもらえなかったというような苦情等が、よく入る内容でございます。

それで、「『患者の声相談窓口』の対応」といたしましては、先ほどお伝えしました基本方針にもございますように、雲のところに書いていますが、「中立的な立場から問題解決に向けた双方の取り組みを支援」ということで、患者さんと医療機関の橋渡しになれないものかということで、対応しているところです。ですので、まず基本は傾聴する。よく話を聞く。

それから、患者さんにとっては大変な思いがあふれておりますので、医療機関に何を伝えたいのか、何を聞きたいのかというような内容を整理するお手伝いをする。

医療機関に対して思い込みや誤解をしている部分があったりする場合もございます。各医療機関の受診、検査結果、説明までのシステム、いろいろな書類等を出していただくための時間や流れ等々あるかと思いますが、そのあたりのことが御理解されてないなかでトラブルを生じることもございますので、そういった場合は説明を追加するということになります。

また、病院の相談窓口の利用を勧めて、「まず病院の方と相談してみましよう。そういった場合は、こういうことに気をつけながらお話をしてみてください」というようなお話をします。

それから、相談者から希望があった場合、要望・苦情等を病院に伝えることもございます。

内容によっては、医療の安全にかかわる部分ではないかとか、院内感染等に絡むことではないかというようなこと等々が含まれている場合には、安全の確保にかかわることについてでございますので、医療機関の方に状況を確認して、必要に応じて改善等についてお話しさせていただく場合もございます。

最後のページになりますが、「相談から見えてきた課題」ということは、医療側、患者側双方にあると考えます。

「1 医療者側の課題」といたしましては、「インフォームドコンセントの充実」ということがございますが、まずはどのようにお伝えしていただけるのか。それを患者さんがどこまで、御理解・納得されたかというところを、どこまで把握してくださっているかというところが、ひとつあるかと思います。

それと、これは大変基本的なところではございますが、接遇の部分です。最初に出会った時のあいさつがなかったばかりに、その医師に対しての不快感が最初に植えつけられたという事例がございます。患者さん側から「おはようございます。私は何々でございます」と、大分年齢が上の患者さんから言ったにもかかわらず、医師の方は、ちょっと軽いような感じで「は〜い、わかりました」というような、軽い受け答えをされたというのに、大変ピリッと来まして、その後の対応、説明が十分でなかった場合に、御不満に通じる場合もございますので、基本的な接遇のところ。

それから、各医療機関の相談窓口というものが、年々ふえているところでございますが、その機能の充実ということも、課題ではないかと思っております。

患者側の課題といたしまして、「コミュニケーションの工夫」は、上手な聞き方というところが、ひとつ大きなところがあるかなと思います。それと、「医療機能分担の理解、かかりつけ医を持つこと」。

先ほど来出ております、医療の限界・不確実性というものを、どういうふうに認識していくか。

そして、そのようないろいろな情報等を踏まえ、説明を受けた上で、御自身としてどのような決定をしていくのかというところがやはり課題であり、今後、考えていかななくてはいけない課題かなと思います。

と同時に、対応した相談窓口で困難な内容といたしましては、行政にある窓口ということで、行政の中でいろんな判断をしてほしいとか、行政指導、行政権限を出してほしいというような要望もあつたりもするのですが、まず一つ、医療行為に対する評価・判断、医療過誤の判断であつたりということにつきましましては、私どもでできる部分ではございません。先ほどの医療版の事故調査委員会等、そのようなところ

で検討していただく内容かなというふうに思っております。

また、「相談者に対する継続的なメンタルケア、癒し」というのは、場合によっては、地域の介護支援センターであったり、窓口がいろいろございますので、そちらにつなげていく工夫も必要かなと思っております。

そして、最後のスライドですが、「安全・安心の医療と患者中心の医療の実現を目指して」ということで、都民の皆様、住民の皆様もそうです。医療機関、関係団体、私どもの行政の部分でもそうです。相互に努力し合っていく部分ではないかと。そのような医療の実現を、ともに目指していきたいと考えているところでございます。

以上です。

多田羅座長 どうもありがとうございました。

どうぞ、田中先生。

田中委員 ありがとうございます。東京都の取り組みの説明をいただきました。

実務的な質問を2つと1つ考え方です。

実務的には、資料に書かれているスタッフの方は、どういうバックグラウンドか。恐らく看護師かなと思うんですが。

もう一つは、都庁以外に、例えば区役所とか市役所、あるいは辻本さんと同じようなことをなさっている東京都の民間の団体、そういうところとの連携は、おありですか。

これが2つ簡単な質問です。

3つ目は、考え方についてでありまして、安全センターという名前の割に、要は苦情処理センターみたいな感じがします。永井さんのお話からもわかりましたけれども、信頼感の醸成が基本である以上、苦情と安全、あるいは安全のその後の処理はセットだとは思のですが、中にはピュアな苦情であって、ほとんど安全と関係ないものもあるはずで。ほとんどが苦情で時間をとられていると、本当の安全がおろそかになりかねない。安全、苦情、重なっている集合と、苦情だけ、安全が主なものがあるのかもしれませんが、このセンターを安全系と苦情系と分ける方がいいのか、やはり一つのままに拡大、機能を強くした方がいいのか、どちらがよろしいんでしょうか。

對馬 3つ、御質問を承りました。

まず、スタッフにつきましては、本庁の場合ですと、医師、看護師（助産師）、保健師、それから実情を申し上げますと、私どもの部署である医療安全課というところは、医療法に基づいての立ち入り検査を行っている部署でもございますので、そこにいる職員の職種といたしまして、先ほどの職種の他に、放射線技師、薬剤師、事務職になります。

専任で電話を受けているのが、医師や看護師というところでございますが、そのほか係の者が、次々電話をとっているという状況です。

それから、いろいろな民間の団体等との連携ということでよろしいでしょうか。

田中委員 区役所や市役所も。

對馬 区の方は、東京都とは別の組織になりますので、区の中でもこのような「患者の相談窓口」を立ち上げているところが、現在8カ所ございます。

ほかの区はやっていないのかというと、そういうわけではございませんで、例えば診療所の相談というのが必ず入ると思うんですが、そういうところを所管している部署、区の保健所がございまして、そこで実際は受けているという状況があります。区の方ではそうです。

東京都多摩地域ですと、先ほどの保健所という形になります。

民間団体との連携につきましては、私どもの医療安全推進協議会という場で、医療安全支援センターのいろいろな方向性等について、御意見をいただくということで、鈴木利廣先生にも、委員として入っていただいているんですが、その中で民間の方にも入っていただいて、御意見をいただいたり、実際に研修のときに講師として来ていただいたり。

あとは、患者さんの苦情のこと等で、方々の連携をとるということが、場合によってはございます。

それから3つ目ということでよろしいでしょうか。医療安全支援センターの機能として、先ほどお伝えした一つの大きな柱が、「患者の声相談窓口」で、医療安全とどうかかわるのかということかと思いますが、この中から医療の安全につながる部分というのが、当然ございます。

センターの機能の中には、医療安全に関するところでの、医療機関との勉強会や連絡会をやったり、研

修会というようなこと等を開催しておりますので、その部分といたしまして、支援センターの機能に入っているかと思えます。

「患者の声相談窓口」の内容を、またそういうふうな場で反映させていって、医療機関との情報交換につながることも、あるかと思えます。

田中委員 もちろんあるとは思いますが、苦情のうち、安全につながる率が低ければ、安全問題については、直に別口の相談窓口があってもいいという考え方が、成り立つのかなと思ってお聞きしました。苦情の中から安全につながるものがないということはない。絶対にあるはずです。しかし、あるから必ず役に立つとも言えず、もっと医療安全を表に出したシステムは、ないのでしょうか。そういう考え方は、

對馬 相談窓口ということでしょうか。窓口としては「患者の声」というところになりますけれども、医療安全というところになりますと、所管の私どもの方への直接の御相談という形になるのかなと思えます。

多田羅座長 ありがとうございます。

私の方から、スライドの最後です。一番隅に、医療安全支援センターの役割として協議会の開催というのが入っていますね。これはどういうことをやっておられるのでしょうか。

對馬 医療安全推進協議会では、この医療安全支援センターをどのように運営したらいいかとか、方向性について委員からいろいろ御意見を伺い検討するという形になっております。

多田羅座長 この基本方針として、信頼関係の構築というのがありますね。信頼関係の構築というキーワードに対して、起きたことに対する信頼関係を修復して解決していくというのと、信頼関係を構築して予防するという感じのところがありますね。だから、この協議会というところでは、そういう予防というか、信頼関係を未然につくっていくというような、そういう役割、だから医療機関も来たり、患者さんの代表の方も来たりして、この区では、こういうことを医療機関も患者もやっていこうというような、そういう前向きな協議というのは、行われているのでしょうか。

對馬 大変、貴重な御意見等を承っております。例えば先ほどの辻本さんのところの10箇条、私どもの協議会委員に入っていられる「患者の権利オンブズマン東京」さんですと、7カ条であったりというところで、それを各医療機関の方で出ささせていただこうかなと。医療機関として患者の権利と義務という形を出すと、上から目線にとられやすいのではないかということで、例えば民間団体さん等で提示したもの、患者団体さんの方から出したものを使わせていただくとなると、より患者さんになじみが出やすいのではないかと。そういうようなものを掲示しながら、お互いに権利と、それから、義務といいますが、先ほど院内暴力というようなこともございましたので、いわゆるマナー的なことも含めたところ、それから医師に対して聞きたいことは、きちんと聞こうと。

多田羅座長 内容はいいんですけども、この協議会の構成、どういう方が協議会に参加しておられるのですか。

鈴木(利)委員 私はメンバーですので、少し補足しましょうか。

今、お話になったような、弁護士は私と児玉安司さんという病院側の弁護士が入っておられます。あと、患者の権利オンブズマンとか、いろいろな患者さんたちの相談活動をやっておられるそのほかの団体も、何人か入っておられる。

今、座長の関心からいきますと、医療機関と患者・家族のコミュニケーションを改善するために、どんな職員研修を都立病院で行っていくのかとか、これまで1年間、どんな研修を行ってきたのかとか、そういう報告を受けながら、改善すべきところはどこかとか、そんなことも提起しています。

多田羅座長 それは医師会というか、医療機関も入っていますか。

鈴木(利)委員 医師会も入っていますし、医療機関も入っています。

多田羅座長 何人ぐらいの会なのでしょう。

對馬 13名です。

多田羅座長 それは東京都庁の支援センター、多摩の方にもあるのですか。

對馬 多摩の保健所は協議会という形ではないんですが、保健医療計画に基づいての部会・分科会の中にとのことか。

鈴木(利)委員 ですから都内全体を一応フォローしていまして、私なんか、三多摩地域のそういう研修会に行ったりしています。かなり積極的に具体的な提案が出ることもあります。協議会で出た意見が、

100%東京都の方で、政策できるかという、まだまだ課題もあるんですけども、前進はしているのではないかというふうに思います。

多田羅座長 先生の評価というか、どうですか。これは将来的に、いろんな地区に広げていくというか、あった方がいいというような、そういう将来性に関して。

鈴木(利)委員 今のようなやり方は、既に医療安全支援センターは、先ほど言いましたように、医療法に基づく制度なんですけど、医療法ができたからできたのではなくて、医療法ができる前に既にもう先行してまして、厚生労働省の医療安全推進室の政策として、法ができる数年前からもう始まっていて、あちこちに……。

多田羅座長 それは安全センターですね。協議会方式なんでしょう。そこを基盤に協議会をつくってやる。

鈴木(利)委員 細かいことは存じ上げませんが、各都道府県が、医療法に定める医療安全、特に院内医療安全等について、保健所が調査主体になって、どのぐらい到達しているのかということをやっていますから、そういうことは多かれ少なかれ、協議会という名前はどうかはわかりませんが、あちこちでやられているというふうに思います。東京都だけが、何か独自のアイデアでやっているというような組織ではないです。

都道府県間で協議会についての横の連絡みたいなことは、なさっていませんか。

對馬 厚労省さんの方で委託している、全国の医療安全支援センターを支援するというところで、東大大学院の医療安全管理学講座で、全国集めての連絡会等を行っている状況です。

多田羅座長 はい、わかりました。ありがとうございます。

よろしいでしょうか。時間が押してまいりまして、予定の時間に終わりにくいかわかりませんが、どうぞ御理解いただきたいとします。

それでは、對馬さん、ありがとうございました。

次に議題2の方で「疾病を理由とする差別偏見の克服、国民・社会の普及啓発について」の報告を受けたいと思います。

まず、法務省の人権擁護局の方から、御説明をお願い申し上げます。

江原(法務省) 法務省人権擁護局人権啓発課の江原と申します。よろしくお願ひいたします。

それでは、私の方から、資料4に基づきまして、説明をさせていただきたいとします。資料4のレジюме1を私の方から説明させていただきます。

ハンセン病問題に関します、法務省の取り組みでございます。

まず、このハンセン病の問題につきましては、従来から法務省の人権擁護機関におきましては、ハンセン病に対する偏見あるいは患者等に対する差別ということにつきまして、重要な人権課題の一つであるということ認識しております。

そこで、平成11年度から人権週間中の啓発活動の強調事項という形で、ハンセン病問題を含み、感染症にかかりました患者さんに対する偏見差別をなくすことを掲げております。

特にハンセン病に関しましては、レジюмеに書いているようなさまざまな取り組みを行っているところでございます。

まず、1番目の「(1)人権啓発シンポジウムの開催」でございます。これは資料4の次に(資料1)というのがございます。表裏に印刷されておりますが、今年度行いました、「ハンセン病に関する夏休み親と子のシンポジウム」のちらしでございます。

このハンセン病患者等に対します偏見・差別を解消するということを目指すためには、まず人格が形成されます小学生だとか中学生の時期に、ハンセン病に対する正しい理解が得られることが、効果的であるというふうに考えております。

そこで、平成17年度以降、毎年度、ハンセン病療養所のある都府県1~2カ所におきまして、このシンポジウムを開催しております。本年は8月22日に高松市におきまして、8月30日に那覇市において開催しております。

シンポジウムの内容は、ちらしに書いてありますとおり、ハンセン病医療関係者、ハンセン病療養所、施設入所者及び今年度から新たな試みとしまして、人権擁護関係者の3者による基調講演というのをしております。

続きまして、中学生あるいは高校生がパネリストとなってパネルディスカッション、シンポジウムを行

う。その他ファミリーコンサートであるとか、ハンセン病人権啓発ビデオの上映で構成されております。

このシンポジウムの評価なんですが、両会場におきまして実施しましたアンケート結果を拝見しますと、このシンポジウムを終えて、ハンセン病についての関心や理解が深まったと回答した者の割合が、高松、那覇両会場におきまして、ともに93%を超えております。その理由としましては、両会場ともハンセン病についての理解が深まったということ、挙げる者が過半数を超えているという状況です。

このように、当局としましては、シンポジウムは効果の高い啓発活動だと考えておりまして、引き続き、来年度も実施していきたいと考えているところです。

続きまして、この人権シンポジウムには、もう一つございまして、実は法務省の人権擁護機関では、さまざまな人権課題に関しまして、より多くの方に啓発活動に触れていただきたいという形で、毎年度、全国2カ所の都道府県におきまして、人権啓発フェスティバルというものを開催しております。

今年度なんですけれども、(資料2)の一番最後、(資料3)の前のところなんですけれども、ことしは2カ所のうちの宮城県で人権啓発フェスティバルが開催されたわけですが、その宮城県のフェスティバルの中で、ハンセン病に関しますシンポジウムを開催しております。

そこに参加されたのが書いてありますように、国立ハンセン病研究所の石井センター長、元ハンセン病問題に関します検証会議座長の金平理事長、あるいは国立多摩全生園の平沢氏、財団法人笹川記念保健協力財団の山口理事、人権教育啓発推進センターの2人をパネリストとして、このようなシンポジウムを、人権の視点からハンセン病を考えるという形で開催しております。

続きまして、ハンセン病に関します啓発活動の「1(2)人権啓発広告の掲載」というところでございます。

今、申し上げました人権啓発のシンポジウムというのは、効果が高いというものでありますけれども、施設等の制約があるという形で、どうしても参加していただく人数に制約がございます。そこで、このシンポジウムの内容というのを、より多くの方に知っていただくということを目的としまして、先ほど御説明いたしました「ハンセン病に関する夏休み親と子のシンポジウム」のパネルディスカッションを、(資料2)のところにありますように、朝日小学生新聞と朝日中学生ウイークリーに、高松、那覇会場のシンポジウムの模様を報道していただいております。その下に、人権啓発に関する広告を掲載しているところでございます。

この記事や広告の内容につきまして、小学生新聞と中学生ウイークリーには、読者モニター調査というのがございます。それで調査をしてもらった結果、小学生、中学生の読者ともに、94%を超える方が、紙面を読んでハンセン病のことがわかったというふうに回答しております。

また、本年度は掲載された新聞を発行する会社の方の御協力を得まして、これを香川県と沖縄県のすべての小学校と中学校に、無料で配布してもらっております。その際、小学校、中学校にもアンケート調査を行っております。自由記入欄ということで、なかなか集約は難しいんですけども、多くの学校の方から、この記事の内容について、ハンセン病のことがわかりやすく書かれている、あるいは中学生がいろいろ考えて大変に参考になるというような、積極的な評価をいただいております。

このように、人権啓発の広告につきましても、シンポジウムと同様、啓発効果が高いというふうに考えておりますので、引き続き実施したというふうに考えております。

なお、先ほど御説明しました、2つ目のシンポジウムの人権啓発フェスティバルのシンポジウムの模様は、先ほどごらんいただきましたように、本年12月6日の読売新聞の朝刊紙上に「人権週間特集」という形で、シンポジウムの模様が掲載されております。その下段には、関連する人権週間の広告が載っているという状況でございます。

続きまして、(資料3)「インターネットバナー広告の掲載」でございます。御承知のとおり、昨今インターネットを利用される方が非常にふえております。したがって、このインターネットを活用した人権啓発というのもの、非常に重要になっております。

そこで本年は、この「ハンセン病に関する親と子のシンポジウム」が開催されました8月のおよそ3週間の期間を利用して、インターネットのアクセス数が多いYahoo!JAPANとか、あるいは開催地の新聞社のサイトに、(資料3)にありますように、バナー広告を掲載しております。

続きまして、レジュメ1の「(4)人権啓発教材の作成」でございます。この点につきましては、皆様のお手元に「人権の擁護」という冊子がございます。この冊子は、私どもの方で、一種の人権啓発教材という位置づけでございまして、ただ、街頭で配るというのではなく、講演会とかシンポジウムとかそう

いった機会、あるいは研究会等で中身を見て、講師の方に説明してもらおうという意図でつくっております。

表紙をめくっていただきますと、目次に「主な人権課題」というのが16項目ございます。その中に「H1V感染者・ハンセン病患者等」という項目がございます。20ページでございますが、そういったところで掲載しております。ですから、ハンセン病等に特化した啓発活動とともに、人権一般の講演あるいは研修等の中で、こういった人権課題があるということで、御説明するときに使う資料という位置づけでございます。

最後に、資料はつけておりませんが、「1（5）政府広報テレビ番組による広報」でございます。これは、本年3月13日に、政府広報のテレビ番組に「峰竜太のナッ得！ニッポン」という30分番組がございます。この番組におきまして、本年4月から施行されました「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」等をメインに、国立療養所多摩全生園の入所者を初め、関係者の御協力を得まして、ハンセン病問題の特集が、この番組を通じて放映されているところでございます。

法務省の人権擁護機関におきましては、国の他の機関、自治体あるいはハンセン病関係者の方々と連携協力しながら、引き続き、このような啓発活動に取り組んでまいりたいというふうに考えております。

啓発活動については、以上でございます。

那須井（法務省） 続きまして、資料4の項番2番でございます「人権擁護法案の動向」について、説明させていただきます。法務省人権擁護局調査救済課の那須井と申します。どうぞよろしく願いいたします。

法案の概要につきましては、第3回のこの検討会において説明させていただいておりますので、ここでは平成19年度以降における動向について、説明をさせていただきます。

まず、政権交代前の自公連立政権におきましては、自民党の人権問題等調査会において、平成19年12月から昨年の6月にかけて、議論がさまざま行われましたが、成案には至らず、国会提出というところには至りませんでした。

その後、民主党政権となったところ、2009年民主党のマニフェストの中では、人権が尊重される社会を目指し、人権侵害からの迅速かつ実効性のある救済を図るため、人権侵害救済機関を創設するということが掲げられております。

また、千葉法務大臣も、就任記者会見あるいは法務委員会での大臣あいさつにおいて、人権救済機関の創設について、言及しております。

現在は法務省内において、新たな人権救済制度のあり方について、検討を進めているところでございまして、法案の具体的な内容等については、まだ固まっていないという状況でございます。

以上でございます。

多田羅座長 その法案をつくる方向は残っているのでしょうか。

那須井（法務省） はい、そうですね。今のところ民主党のマニフェストに載っておりますし、そういう方向で、今、検討が進められているという状況です。

多田羅座長 それはどういう名前のものでしょうか。

那須井（法務省） 名前はまだ具体的にはございませんけれども、民主党がかつて平成17年に出されたときの略称としましては、人権侵害救済法案という名前でした。そのあたり名前が変わってくる可能性はあるかと思っております。

多田羅座長 いかがでしょうか。はい、内田先生、お願いします。

内田座長代理 2点お聞きしたいんですけども、1点は差別をなくしていくためには、差別の実態の把握が必要だと思っております。

私どもの提言の中でも、実態を踏まえたということについて、かなり書き込ませていただいているんですが、疾病を理由とする差別について、具体的に被害実態調査のようなものやっつけらっしゃるかどうかが、お聞きしたいというのが、1点です。

もう1点は、新型インフルエンザに関して、患者さんが発生した学校とか職場に対して、誹謗中傷の手紙とか電話というのがきていて、地域社会でもかなり孤立状態に置かれているというふうなこともあるんですけども、そういうことについて、法務省として、何らかのハンセン病の教訓を生かしたような啓発活動をされているのかどうか。今のところ、法務省として何らの見解もお出しになっていらっしゃらないように思うんですが、その点については、どういう御判断でしょうか。

江原（法務省） まず、実態調査の関係ですけれども、例えば法務省の人権機関で扱っている人権侵犯

事件あるいは人権相談、そういった中身の動向の把握というものが、一つあるかと思えます。

あと一つは、これも政府広報の方で、5年おきに人権擁護に関する世論調査というのをやっております。そのような動向の変化というものも、1つの判断材料という形で考えております。

あと、新型インフルエンザの関係についてなんですけれども、これにつきましては、一時、今、委員の御指摘のような観点があったわけなんですけれども、当機関におきましても、そのあたりについてどうするかということ、一時検討したことがあるんですけれども、一応外部に何かするという現状にまで至っていないという状況で認識しましたので、特に対外的に何かをするというようなコメント等は発表せず、現在に至っているという状況でございます。

多田羅座長 今の内田先生の前半の方のお話では、この資料の45ページに、事件数などが載っているのですが、この中で疾病とかそういうカテゴリーが、ちょっと言葉としては見えないんですけれども、こういう中で疾病関連というのは、人権との関連でどうなんでしょうか。データを国の方で集めておられるのでしょうか。

人権を侵害されたという医療、そういう状況の中での報告というのは、この中では上がってこないのでしょうか。45ページに2万1000件、報告いただいていますけれども。

江原（法務省） 細かい統計としては、HIVとか感染被害者といったところのデータはとっているんですけれども、差別待遇という中に含まれておりますので、その中の細かいデータとして分析しているという状況です。

多田羅座長 そうすると、今のところはまだ疾病とか医療にかかわる人権侵害というのは、それほど大きな項目としては、法務省のこういう調査では上がっていないということですね。

江原（法務省） その辺、特に大きなものとしては上がっていないと思います。

多田羅座長 現実には、そういう関連が非常に数多くあるのじゃないかと思うんですけれども、こちらの人権の統計には余り上がってきていない。

江原（法務省） 一つ分類として項目立てるという形ではまだ上がっていない。

多田羅座長 差別待遇に入るとしても、非常に多いとは言えないかもわかりませんが、全体から見るとまだ割合が小さいですね。

調査の趣旨が違うんですかね、理解の趣旨が。その辺にも関心を深めていただきたいなどは思うのですが、よろしく願いいたします。

藤崎委員 違うといえば違うんでしょうけれども、差別の実態があって、そして人権が侵害されたという形になっていくわけですから、本来ですと、人権のこういう統計が出る段階では、ある意味では差別の実態というのが浮き彫りにされてこないとおかしい、意味がないという気がします。

多田羅座長 ここには数字だけですけども、その実態はわかるんですか。差別待遇の実態という数字は、どんなものが中身であるかというのは、わかるんですか。

江原（法務省） ちょっと今、細かいデータは持っていないんですけれども、内部的にはいろいろ集計はしています。

多田羅座長 集計は、項目としてはあるわけですか。

江原（法務省） はい。

多田羅座長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、時間も押して予定の時間が過ぎているのですが、委員の皆さん、申しわけございません。もうしばらくお時間をいただきたいと思います。

それでは、続きまして、文科省の方から御報告をいただきたいと思えます。まず、文科省初等中等教育からの報告をお願いいたします。

塩川（文科省） はい。文部科学省初等中等教育局児童・生徒課の塩川でございます。よろしく願いいたします。

私の方から資料5に基づきまして、学校教育の中での人権教育についての文部科学省の取り組みについて、御説明させていただきたいと思います。

まず資料5-1でございますが、我々文部科学省の方では学校現場の人権教育の推進に当たって、平成15年より、そのための調査研究会議を設けておりまして、学校現場の先生方の人権教育の指導に関する、いわば手引きをまとめているわけでございます。

平成20年3月にここに出ております、三次のとりまとめの方をさせていただいております。三次のとり

まとめは、今までの一次、二次のとりまとめの集大成的なものというふうに認識しておりますが、その主な特徴としましては、「指導等の在り方編」のところにございますが、人権教育の目標が自分の大切さと他の人の大切さを認めることができ、さらにはそれが実践的な行動につながるということの考えのもとでの、そうした行動につながるような児童・生徒・子供への働きかけを指導としてやっていくことが大事ということ、きちんともう一度踏まえた上で、第Ⅱ章に書いてございますが、学校での校内体制の整備、あるいは指導内容、学習教材の選定・開発のあり方、さらには教員の研修等の取り組みについてまとめてございます。

同時にそうした「指導等の在り方編」とともに「実践編」ということで書いてありますが、43の実践事例ということで、具体的な取り組みのまさにヒントとなるような実践事例をまとめてございます。あわせて次のページになるわけでございますけれども、「実践編」の中の別冊といたしまして、個別の人権課題に関する取り組みの事例ではないですけれども、ヒントを取りまとめているような状況でございます。

一番上の〇に書いてございますが、人権教育に当たりまして、人権一般の普遍的な視点からのアプローチとともに、個別の人権課題に即したアプローチがありますが、その両者が両輪となって人権教育の充実が図られていくという観点でとらえられる必要があるわけです。人権教育についての個別の課題について、なかなか学校の先生が、では具体的にどうアプローチしていけばいいのかということがわかりにくいということがございますので、それについてまとめたものが、次の2ページからということでございます。

法務省の方で、今回つくっていただいている主な人権課題と基本的には全く重なっているものでございますが、その中で資料の6ページに⑧ハンセン病について、基本的な考え方・観点の方をまとめています。この基本的な考え方・観点につきましては、研究教育開発、人権教育、啓発の基本計画の文書を踏まえたものでございますし、さらに学校の先生が実際に授業の中で、教材、資料等をつくる上の際の参考として当たるべき関係法令等を、右の欄に掲げ、その充実に貢献できるものということで、取りまとめているというものでございます。

以上が、資料5-2の説明でございましたが、最後、資料5-3について、簡単に触れさせていただきたいと思っております。

同時に我々文部科学省におきましては、これまでも、人権教育に取り組む学校について、研究指定校ということで、学校の自発性に基ついたものでございますけれども、指定させていただいて、財政的な支援を若干させていただいているところでございます。毎年100校程度やっているわけでございますが、その中で過去2年、人権教育指定校中で、ハンセン病を人権課題として取り上げている事例ということで、2中学と東京都立川市の事例を掲げております。

内容については、ごらんいただければと思うわけでございますが、いずれも例えば上の神山中学校の例でございますと、香川の大島の青松園について、事前に調べて、行って実際に交流をして、さらにその後に戻ってきて、学校の中で行かなかったというか、1年生、2年生の生徒に対して、行った3年生が伝え合うといった、まさに調べ学習と振り返り。さらにはその後、保護者と相談し合うといった、主体的な行動につながる事例が着実に推進しているということが伺っているところというふうに認識をしているところでございます。

担当でございますが、初等中等教育課からは、以上でございます。

多田羅座長 それでは、高等教育局からも続けてお願いいたします。

樋口（文科省） 続きまして医療者教育、医師等の養成の教育に係る取り組みについて、御説明申し上げます。文部科学省高等教育局医学教育課の樋口と申します。よろしく願いいたします。

資料6をお開けいただきたいと思っております。高等教育、大学等の教育におきましては、一般的には初中教育とは違ひまして、その教育内容というものは、一般的に各大学がそれぞれ自主的に決めになるという原則がございます。

特に医療系の人材ということに関しましては、その能力が国家試験で担保されていること。あるいは養成すべき学生数が定まっているということもございまして、卒業までに履修すべき学習内容などをモデルコアカリキュラムなどの形で、国も定めているところでございます。

その他もございまして、医療系に関しましては、そのような形で定まっています。

なお、ここに医学教育のモデルコアカリキュラムというものを御紹介してございますけれども、この医学教育モデルコアカリキュラムは、平成13年に策定してございますが、この中において、ここに記載しておりますとおり、医療の担い手としての心構えとして、命の尊厳、医の倫理あるいは患者の権利と自己決

定権、インフォームドコンセント、それから、患者と医療者との間の信頼関係の構築という観点から、患者の心理、環境等の個別的な背景というものを理解した上での対話、こうした項目を入れてございます。

なお、こうした取り組みに関しましては、薬学教育のモデルコアカリキュラム、あるいは看護教育は到達目標という形で示してございますけれども、濃淡はございますけれども、視点としては掲げてございます。

このモデルコアカリキュラムにつきましては、平成18年、19年で改訂作業をしております。その際におきまして、こうした心構えというようなことは、個別の項目に書くのではなく、6年間の医学教育全体を貫く一つの視点として、前文というような形で書くべきだということがございまして、医師としての基本的な視点、資質というものを一番左の方でございますけれども、これをモデルコアカリキュラムの全体を貫く視点として、冒頭に据えて、患者本位の考え方を中心とした7項目をここに掲げる改訂を行ったところです。

1ページおめくりいただきまして、下の方に「大学における取組事例」というものがございます。こうしたことの中で幾つかハンセン病に係る取り組み事例を紹介しているわけです。特に医学教育に関しましては、近年の地域医療の医師不足の対応ということもございまして、かなり低学年のうちから、大学の中の講義でもなく、大学の中での実習でもなく、特に外の、地域の医療福祉施設を見学するなどの体験を通して学ぶという機会が、非常に多くなっています。かなりの大学でそれが進められています。

こうした取り組みの中で、ここに2つの例を御紹介しましたけれども、低学年のうちからハンセン病療養施設、療養所の見学などを通じた教育というものに取り組んでいる事例が、ございます。

また、次のページにございますけれども、毎年、私どもは医学部長なりを集めた会議がございまして、この4月にいただいている検討会の報告書につきましては、医学部長の方々の集まりなどの会議で紹介をして、取り組みを促しているということ、取り組みとして行っているところでございます。

以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。

ただいまは文部科学省から報告をいただきましたが、いかがでしょうか。人権教育。

永井さんは、教育の中でというのを大分強調されていましたが、何かこの機会にお話がございますか。医学教育において、特に。

永井 大学の先生にお会いして、特に医療安全とカリスマネジャーの講義をつくってほしいと言うと、そんな余裕はないとか、そんなのは文科省に言ってほしいという教授が結構おられます。

しかし、この事例にもあるように、僕は弘前大学で、去年と今年初めてやって、臨床に行く前に、患者の声とか被害者の声を聞くことが、いかに彼らにいろんな意味での刺激を与えているかというのを、この2年間アンケートを通じて、本当によく知りました。

やはりそういう教育を今しておく。要するに安全教育というのが、ほとんどまだ大学ではできていなかったもので、ぜひそういう教育科目を入れるべきだと僕は思っていますので、そういうことも文科省で検討を本当にしていただきたい。

だから弘前大学では、先生自らがそういう講座をつくっているわけです。そういう意識が、大学の中にある大学と全くない大学がまだあるという点では、やはり医療安全とか、医療事故被害者の声を聞く教育を是非必修にさせていただきたいです。

多田羅座長 医学教育の期間における患者との接触の機会をつくっていくということについて、その辺、樋口さんはいかがですか。

樋口（文科省） 実はこの医学教育に関しましては、おっしゃっているとおり、まずは大学の中で、講義とか先生からの一方的な教育だけでなく、直に患者なり医療の現場あるいはその住民の方々に触れて、実感を持つ。医学は、さまざまな、単に知識だけでなく患者と接する中で身につけていく、体得していくことが非常に多いということによってやっていただくというようなことを、近年、我々もかなり促進してきていますし、そうした声はさまざま頂戴しております。

その中で、大学においてもかなり取り組まれてきているのかなというところがございます。ただ、そういう中で、昨今も実は臨床研修制度が変わったことを踏まえての卒前医学教育の改訂の検討というものをしてきた中で、さまざまな医療現場にかかわる人たちが医学教育に携わっていくこと。そこに企画とか評価ということも含めて携わっていく。

そういう中であって、もちろんモデルコアカリキュラムの中には、医療安全という項目もあるわけでは

ありますけれども、今後のモデルコアカリキュラムの改訂の中であって、どうするかという検討は、今後カリキュラムを検討していく際には、上げていきたいというふうに思っています。

多田羅座長 もうそれは取り組まれておられるのでしょうか。そういう方向、取り上げ方はどうでしょうか。

樋口（文科省） 大学の現場において進んできているという実態があります。

もう一つは、このモデルコアカリキュラムというカリキュラムをどうするかということに関しましては、今後、検討していくということです。

多田羅座長 いかがでしょうか。鈴木先生、何か御意見ございませんか。

鈴木（利）委員 花井さんたちの御努力もあって、薬害の問題を高等教育にぜひ位置づけてほしいということで、今は薬学部、看護学部、医学部を中心にして、薬害被害者を呼ぶということについての教育的アンケート調査をやっているのですが、今ひとつ、このところ伸び悩み、取り入れていく大学が、最初の第1期はがっとうえたんですけど、20〜30 ぐらいのところではしか伸び悩みをしているんですかね。

これは医薬品の安全性という観点から、当事者の話を聞くということで、医薬品の消費者の人権という観点からは、すごく大事なことだと思うんですが、同じような意味で、医療安全、医療事故とかあるいは疾病による差別です。

きょうお聞きして文部科学省も法務省も、同じカテゴリーで差別というのを分類していることに、このパンフレットです。先ほどの文部科学省のもので気がついたんですが。

障害と疾病というのは、非常に境界線上で、例えば精神病なんかは、精神障害とってみたり精神病とってみたりしているわけなので、その境界も非常にあいまいで、あいまいでいいと思うんですけども、その両方に足をかけて、疾病とか障害ということについて、結構人権救済事業として上がってこないところで、日常的な人権障害が広がっていると思うんです。

古い時代では、精神病とか昔の戦前の結核とか、これは80年代に書かれた小坂富美子さんという人だったと思いますが、「病人哀史」です。いかに戦前、病人たちが差別の対象として扱われてきたのかということを実証的に研究した報告が、80年代に出ています。

こういうものを使いながら繰り返し、昨今で言えばインフルエンザの問題もそうです。肝炎の問題もそうです。

それから、芸能人なんかは自分は難病だとかがんだとかと言うと、彼らはフリーランスなのでオファーが来なくなる、仕事が来なくなるというので、有名な俳優さんが、がんであることをずっと隠してきたかという話もある。それは、俳優さんだけの話ではなくて、やはり日常的にフリーランスで働いている人たちなんか、身近に難病であったり、がんであるということを言えば、仕事が来なくなるというんですね。

実際に労働者として雇用されている人の就労が危ないだけでなく、そういう人たちの中にも、そういうことが出てくるということは、広範に多分差別意識が、残念ながらあるんだろうと思うんです。

僕は差別意識の原点に、専門職、医療者が、あの病気は怖いと、人権的視点を欠いたままで、科学的な知見だけをうかつにも出すことによって、社会が差別構造になる。

これも花井さんが言うべきことだと思うんですが、H I Vのときには一番情報を持っている血友病の専門医たちが、エイズは怖いと言ったということで、現場に正しい知識を持っている人ほど、差別感覚にとられやすいということが、残念ながら歴史上明らかになっている。

厚生労働省なんかはH I Vのときに、差別解消は正しい知識の普及からと言ったんですけども、本当に正しい知識を持っている人たちの中から、第一次的な差別が、血友病患者たちを病院から追い出したりしてきたわけです。

だからその意味では、医学教育というところで、疾病とか障害というところ、あるいは医療被害とか薬害というところの学習を、当事者との接点を持ちながらやっていくということが、非常に重要だと思います。

これは御質問ではなく要望ですが、文科省、厚生労働省には、ぜひ卒前、卒後教育でお願いしたいなというふうに思います。

多田羅座長 ありがとうございます。樋口さん、何かございますか。

樋口（文科省） これに関しては薬害被害者の件も、大学に対しては会議等で申し上げていることでございますけれども、おっしゃっている視点は、私も共有しておりますので、これから大学への周知やカリ

キュラムの検討の際には、取り入れていきたいと思えます。

花井委員 鈴木先生から御紹介いただいたんですけども、比較的、薬害被害者を講師に呼んでいただいている大学に関しては、医療過誤の被害者も呼んでいたり、いろんな幅広い外部の生の声を聞く授業を取り入れていることが、多いです。辻本さんなんかも呼ばれていたりとか。そういうふうに取り組んでいるところは、薬害だけでなく、割と幅広く、現場の実際の患者の声を聞くことに取り組まれているようです。

逆に薬害被害者に声がかからないところは、恐らくほかの医療過誤の方とか、そういうところの取り組みがおこなわれている可能性があるんで、教育的アンケートというように、鈴木先生はおっしゃっているんですけども、そういう状況なんかを調べていただいて、またやっていただけたら、より広がっていくのではないかと思います。ぜひ、お願いします。

多田羅座長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。時間が過ぎていきますので、よろしければ本日の検討会の御審議は、以上にさせていただきたいと思えます。

本日は、特に辻本さん、永井さん、對馬さん、また文科省及び法務省から、御多忙のところ貴重なお話をいただきまして、ありがとうございます。

以上で、一応会は終わりたいのですが、実は前回、鈴木委員から厚生労働省健康局に対して、新型インフルエンザに関連した対策についてという質問をいただいております。こちらの方でも、その解答を用意しているようですので、時間がオーバーして、ほか委員の方には申しわけないのですが、せっかくですので時間をいただいて、御報告だけ受けたいと思えます。よろしいでしょうか。

では、お願いいたします。

事務局 事務局の方でその辺、賜っております。今、厚生労働省健康局疾病対策課の木村補佐の方においでいただいておりますので、現在進行中の課題ということで、まとまった形で資料として御報告する段階にはないというふうに伺っているんですけども、コメントを頂戴できるということになってございますので、よろしくお願ひいたします。

木村補佐（厚労省） 健康局疾病対策課でございます。

先日、鈴木委員の方から、新型インフルエンザの流行に伴います偏見差別の対応について、見解のお尋ねがございましたので、担当課を通じて対応について、聞き取りしてまいりましたので、御報告いたしたいと思えます。

感染症法上の措置を初めといたしまして、今般の新型インフルエンザについての対応については、合理的な知見に基づきまして、必要な措置を講じているというところでございます。

仮に感染症等に対する差別偏見があると思いたしますれば、許されないことであると考えております。

国といたしましては、引き続き国民に対して、正確な情報に基づいて冷静な対応を呼びかけていきたいと考えています。

新型インフルエンザに対する差別偏見も含めまして、差別や偏見はあってはならないものと考えておまして、引き続き、国民の皆様に対して正確な情報に基づく冷静な対応を呼びかけていきたいというところでございます。

以上、御報告申し上げます。

多田羅座長 ありがとうございます。先ほど内田先生からも、御質問ございましたけれども、何かコメントはございますか。

内田座長代理 ぜひ、そういうふうにしていただきたい。とりわけ、患者の方か家族の方というのは、非常に孤立状態で、精神的にもかなり苦しい状態にいらっしゃいますので、そういう方々に対して、各省庁が非常に国民もそうですけれども、患者の最善の治療を確保するという観点から、メッセージを流していただければありがたいというふうに思っております。

多田羅座長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。鈴木先生。

鈴木（利）委員 今後の進め方なんですけど、ヒアリングをして、多分また報告書を出すことになると思えます。その報告書の検討というのは、どんな手順なんですか。

多田羅座長 一応、事務局とも相談をしているのですが、次回22日には、もう一度ヒアリングの会を持たせていただいて、2月ひと月いただいて報告書の原案のようなものを事務局の方でつくらせていただいて、つくる間でいろんな先生にももちろん御相談しながらということになると思えます。3月最終の回にしたいというふうに、今のところ考えています。

鈴木(利)委員 この何回に及んでやったヒアリングが、ことしの報告書との関係で、どういう位置づけになるのかというのは、意見交換をした上で報告書を書かないと、報告書の中にこういうこと、こういうことを聞きましたというだけでは、昨年をさらに発展させるような報告書にはなり得ないと思うので、きょうも患者の権利の体系のところでお聞きした、お三方の御意見は、やはり苦情紛争というところから見て、信頼関係の再構築が必要だということに共通しているように思うんです。

信頼関係の再構築のときに、きょうのお話は、どちらかという、医療者や患者の意識の改革とかコミュニケーションの仕方の改革とか、そういうレベルになっていたと思うんですけど、我々の関心は、そういう改革をしていく上で、今までの法体系とか公共政策の理念が抜本的に転換されないと、その改善というのは、政策として推進できないのではないかと問題意識で、患者の権利の体系化の中で、医療の基本法が必要だと、こういうふうになってきたと思うんです。

そういうあたりの議論というのをしっかり、せっかく来ていただいている方々が、我々がやろうとしていることの文脈の中で、どういう問題提起をさせていただいたのかという分析を意見交換としてやる機会を、ぜひ保証していただいた上で、最終報告書の検討というふうにしていただきたいと思います。

多田羅座長 おっしゃるとおりと思います。

ただ、会を、もう1回どうしてもお話しをお聞きしたいと思いますので、鈴木先生のおっしゃるような形でいくと、2月、3月、1回ずつぐらい持たざるを得ないかなという感じに、今の予定ではなりません。

鈴木(利)委員 1回の時間を2時間に限らず長くすることも含めて、御検討をいただきたいと思います。

高橋委員 鈴木先生の御発言の中で、基本法によって医師・患者関係の抜本的に変えるという、こういう御意見を披露されたんですが、それは私の認識とは全く違いますので、そこに戻りますと、とても事務局が原案をまとめるとか、1カ月で何らかの形のあるものにするというのは、無理なんじゃないかというのが、私の感想です。

多田羅座長 ですから、最終的なまとめ案については、検討の機会は要るかと思います。時間の関係だけなんですけれども、1月22日に次回を予定していますので、その後、少し時間をいただいて、そういう検討の場にさせていただくか。

今のところ、22日にそういう時間をいただくのが、具体的に可能性が高いかなと思いますので、その辺の御提言を踏まえまして、少し事務局の方と検討させていただきます。

3月には最終の会を持ちたいということです。事務局の方から御報告があると思います。では、事務局の方から予定をお願いします。

事務局 本日はありがとうございました。

次回につきましては、座長の多田羅先生からもございましたし、事前にも御相談させていただいたんですけど、1月22日金曜日10時からということで、これは委員の先生方から御推薦いただいた方、なるべく多くの方にお話しをいただきたいということで、3回から4回にヒアリングの回数がふえたわけでございます。次回の1月22日につきましても、患者、医療従事者、御当事者の立場から、あるいは田中先生から御推薦をいただきましたんですけど、社会科学、広い一般的な有識者としてのお立場等からも聞くべきであるということで、そのあたりの方を今、調整中でございますし、御報告いただくことになってございます。

その後につきましては、今のところ10時~12時ということで、お時間を頂戴してございますけれども、今のお話でございますと、もう少し時間を延長するような方向で、ヒアリングのまとめの議論、その辺の方向性の確認の時間を、頂戴させていただければと思っております。

それと、年度末でございますけれども、なかなか2月、3月は、先生方皆さんお忙しくて、時間調整が難しいんですけど、今のところ、3月5日金曜日の10~12時ということで、一番多くの先生方に御出席いただけるようでございますので、3月5日金曜日午前中ということで、今年度の最終回については、調整いただければと思っております。

最終調整をさせていただいて、改めて正式な日程調整の御連絡はさせていただきたいと思います。3月5日金曜日ということで御予定いただければ幸いです。

事務局からは、以上でございます。

多田羅座長 ということでひとつ御予定を入れていただきたいと思います。

それでは本日は、どうもありがとうございました。

(丁)