

第 29 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 27 年 2 月 20 日 (金)

東海大学校友会館「富士の間」

多田羅座長 おはようございます。定刻どおり委員の皆さん、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、ただいまより第 29 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。29 回で平成 27 年ということで、この会が平成 17 年度の 3 月からということから始まりましたので、ちょうど 10 年目を迎えて、来年度は年度でいって 10 年度ですか、という時間を経ているわけでございます。それなりに、地味だとは思いますが、患者さんの権利というものを守るという観点でフォローしていくということで、この間、ですから大体年に 3 回ずつぐらい開かせていただいて検討をしてきたという次第でございます。この間、先生方にはお忙しいところ、いろいろな点でご協力、ご尽力いただいたことを改めて感謝したいと思います。本日またお忙しいところ、ご出席いただきましてありがとうございます。

それでは、きょうの出欠状況、配布資料の確認について事務局のほうからご報告をお願いいたします。

事務局 本日の出欠状況でございますが、今泉委員、高橋委員、寺山委員、花井委員の 4 人の先生方からご欠席の連絡をいただいております。

それでは、お手元の配布資料について確認をさせていただきます。先生方のお手元、クリップどめをしております一番上のところから本日の議事次第が 1 枚、それから委員名簿が 1 枚、座席票が 1 枚、そのあとホチキス 2 カ所どめ資料 1-1 で「患者向けアンケート調査結果報告書 速報版」、続きまして A 3 のホチキスどめになっております資料 1-2 「患者向けアンケート 追加集計」の資料、続きまして資料 2、ホチキスどめにしております地方公共団体向けの報告書の最終版。以上の資料になります。過不足等ございましたら、今教えていただけますでしょうか。よろしいでしょうか。

多田羅座長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは議事次第に沿いまして会を進めさせていただきます。

まず議題の(2)患者向けアンケート調査の結果報告について審議をお願いしたいと思います。前回検討会で調査内容について委員の皆様にご協議いただき、それをもとに調査を実施いたしました。それではその速報値について、事務局から報告をお願いいたします。

事務局 それでは患者アンケート調査につきまして、速報値のご報告をさせていただきます。お手元の資料 1-1 をごらんください。これは事前に先生方に送付をさせていただいたものと同じになりますけれども、きょうが初回の報告ということになりますので、ざっと概要をご説明させていただきます。

多田羅座長 ちょっと待ってください。それで、きょうはできましたら、速報値ではございますが事前に送らせてもいただいておりますので、ご報告の後、委員の皆様からコメント、まとめを、報告書をつくるに当たってのご意見などをいただきたいと思っておりますので、速報値のご報告の間、ひとつそういうおつもりでお聞きいただいて、終わった後、私のほうから安藤先生から一言ずつお願いしたいと思いますので、ご了承いただきますようお願いいたします。それでは事務局、お願いします。

事務局 それではご説明させていただきます。1 ページ目のところから順に確認をさせていただきます。この調査の目的ですけれども、検討会が提出した報告書に沿って患者の権利に関する体系、疾病を理由とする差別・偏見の克服に向けた取り組み状況を継続的に把握するというところで、これまで医療機関の取り組み、地方公共団体の取り組みを把握してまいりましたが、今回につきましては、患者のお立場からどういう意識を持っておられるかという調査をさせていただきました。調査機関につきましては、昨年 12 月からことし年明けの 1 月までの中で、インターネットのウェブモニター 5,000 人を対象にインターネット経由で調査をさせていただいております。

2 ページ目にお進みいただきまして、回答いただいた患者さんの属性、概略でございます。平成 23 年の患者調査結果に基づきまして、I C D - 10 の分類別に入院、通院、それぞれ一定数の患者数を把握するという事で割り付けを行いまして、それぞれの疾患ごとに一定数の回収を得ております。ただ「I C D 5 精神および行動の障害」「I C D 6 神経系の疾患」については、入院の患者さんで登録モニターの方が少し少ない状況がございましたので、不足分については通院の患者さんで補足をするということをしております。

それでは集計結果についてご説明をさせていただきます。3 ページ目のほうにお進みください。今回調査対象、ご協力いただいた方の基本属性についてまとめております。まず、年齢ですけれども、50 歳代が 27%、40 歳代が 24%、60 歳代が 21%、30 歳代 13%、70 歳代以上が 9.6%、20 歳代が 3.9%ということで、大体 40 歳代、50 歳代のあたりの方を中心にご回答をいただいております。

4 ページ目、性別につきましては男性が 69%、女性が 30%という結果になっております。また、性別については差別・偏見という視点から、「答えたくない」という選択肢も設けたほうがいいのではないかと先生方の中からのご意見を踏まえまして、「答えたくない」という回答を設けておまして、9 人の方がそういった回答をしておられます。

5 ページ目のほうにお進みいただきまして、お住まいの地域、都道府県別にご回答をいただいております。6 ページ目のグラフを見ていただくとわかりやすいかと思いますが、やはり大都市圏、関東近郊か名古屋、大阪、近畿近郊、それから福岡のあたり、札幌のあたりが割合としては高くなっております。

7 ページ目にお進みいただきまして、今回、患者としてのご意見を聞くということではありませんけれども、医療従事者の資格をお持ちの方たちというのは若干情報の量等で差があるのではないかとということで、医療従事者に関連する資格をお持ちかどうかというのを聞いております。医師、歯科医師、薬剤師、看護師等と一定資格をお持ちの方もご回答いただいておりますが、96%の方は特にこういった資格はお持ちでないという状況でございます。患者ということで調査をしておりますので、こういった疾患で医療機関に通院、入院をされているかということを確認しております。

8 ページ目から、まず直近 6 カ月間の通院状況を聞いておまして、5,000 人のうち 4,985 人が何らかの形で過去半年間に通院をされているという状況でございます。

1 ページおめくりいただきまして、ではこういった疾患で通院をされているかということ整理してございます。全体で見ますと皮膚疾患、それから循環器系、歯の疾患といったところが多くなっております。傷病の分類としてかなり細かく丸をつけていただくようなことをしておりますので、12 ページのほうに小分類でのこういった病気が多かったかというのを整理してございます。こちらの詳しいところで見ますと、歯の病気、高血圧、うつ病やその他このころの病気、目の病気といったものが割合として高くなっております。

続きまして入院の状況でございます。14 ページのほうにお進みください。14 ページのほうをごらんいただきますと、直近 6 カ月で、今回ご回答いただいた方のうち入院の経験があるかという設問に対しては 798 人、16%の方が入院経験があるというご回答になっております。

1 ページおめくりいただきまして 16 ページ。こういった傷病で入院をされたかというところで見ますと、循環器系、それから精神・神経系、消化器系といったものが多くなっておまして、さらに 1 ページおめくりいただきました 18 ページ、詳細な疾患で見ますと悪性新生物（がん）、それから狭心症・心筋梗塞、うつ病やその他のこのころの病気といったあたりが割合として高くなってございます。

20 ページからのところは、この通院と入院を合わせてこういった、トータルで見たときの今回の患者さんが抱えておられる疾患の像ということ整理してございます。21 ページのところをごらんいただきますと、全体的には皮膚、それから循環器系、歯の病気、筋骨格系といったあたり、それから内分泌・代謝障害、精神・神経といったあたりの疾患が、今回の患者さんの中では割合としては高かったというところでございます。

ではこういった基本属性、背景をお持ちの患者さん方が、医療機関との関係についてどうい

った意識を持っておられるかというのを、24 ページのところから整理をさせていただきます。24 ページのところからは、まず医療情報の提供と説明についてという大きな枠組みの中で意識を問うております。まず2-5-1としまして、医療情報を適切なタイミングで提供されているかということに対しては、「概ねそう思う」が67%、「十分そう思う」が13%ということで、8割の患者さんは適切なタイミングで情報をもたらえているという意識を持っておられます。

それから、その情報の必要とする量の情報をもたらえているかということに対しては、「概ねそう思う」ということで67%、「十分そう思う」というところで12%。これも8割ぐらいの患者さんは必要とする量をもたらえているという意識でございます。

それから25ページにお進みいただきまして、その情報の提供をわかりやすい形で提供されているかというところでは、「概ねそう思う」66%、「十分そう思う」16%ということで、これも8割超の患者さんは、わかりやすく提供されているという意識でございます。

それから情報提供ということで行きますと、さらに一步踏み込んでカルテ開示ということについて、患者さんがどういった意識を持っておられるかというのを、26ページのところで聞いております。まず1点目、患者から求めがあった場合に、医療機関の側にカルテ開示の義務があることを知っているかという認知状況につきましては、「知っている」という患者さんが57%、一方で「知らない」という方が42%という結果になっております。

義務があるかないかを知っているかとともに、実際にカルテ開示の請求をしたことがあるかというところにつきましては、開示を求めたことがある方は6.2%という状況になっております。

1ページおめくりいただきまして27ページ。実際にそのカルテの開示が役に立ったかどうかというところでは、「概ねそう思う」という方が52%、「十分そう思う」という方が29%で、8割の方は役に立ったというご回答になっております。このカルテ開示につきましては、以前平成25年に医療機関向けアンケートでもカルテ開示の実施状況、医療機関の側にも状況をお伺いしておりますが、医療機関側でもカルテ開示の依頼というのは余りないというところがかかり多くなっておりまして、ここについては患者側、実際に使っておられる方と医療機関側での感触、受け止めというところで、余り大きな乖離はないという結果が出ております。

それから情報ということで、もう1つセカンドオピニオンについても今回の調査では聞いております。29ページにお進みください。セカンドオピニオンについて利用したことがあるかということを見ますと、利用したことが「ある」という方は22%。実際にそのセカンドオピニオンが役に立ったかというのが下のグラフですけれども、「概ねそう思う」が51%、「十分そう思う」が34%ということで、85%ぐらいの方は役に立ったというご回答になっております。

こういった情報のやりとりを踏まえまして、患者と医療従事者の良好な関係について、30ページのところから意識を聞いております。まず1点目、医療機関にかかったときに尊厳やプライバシーが守られていると思うかというところにつきましては、「十分そう思う」が12%、「概ねそう思う」が67%ということで、これも8割程度の患者さんはプライバシーの保護はされているという意識をお持ちでございます。

また、その下のところで自己決定権が尊重されていると思うかというところにつきましても、「十分そう思う」が13%、「概ねそう思う」が66%、8割程度の方は自己決定権についても尊重されているという意識を持っておられます。

一方で31ページのところには、同じように平成25年の医療機関調査で患者の尊厳やプライバシー、自己決定権を尊重して説明、治療等を実施しているか、医療機関の側に聞いたものですが、こちらは「実施している」とお答えになったところが97%ということで、患者の意識とすると少し、10ポイント超の開きがあるという結果が出ております。

32ページのところでは、そういった自己決定権の尊重、プライバシーの保護等を踏まえて、医療従事者との良好な関係が築けているかということを知っています。良好な関係が築けている、「十分そう思う」が15%、「概ねそう思う」が69%ということで、80%超の方は良好な関係ができているというふうにお答えいただいております。

一方でその下、医療機関調査でも患者と医療従事者の相互理解について聞いておりますけれ

ども、医療機関として相互理解が進んでいるという割合は92%ですので、ここでも少し患者さんのほうが意識として良好な関係が築けているというところの比率、10ポイント弱低くなっております。

それから33ページ、良好な関係が築けていない、自己決定権が尊重されていない、プライバシーが保護されていないといったご回答をされた方について、どうしてそういうことを思われるかという理由を聞いた設問でございます。患者と医療従事者の良好な関係づくりができていない理由、34ページのほうのグラフを見ていただくとよろしいかと思いますが、一番多いのは「医療情報についての提供が不十分と思うから」、それから「提供された医療情報についての説明がわかりにくいから」、「医療従事者の対応が不親切だったから」というような回答がございます。本検討会の提言の柱にもなっております「疾病を理由とする差別・偏見を感じたから」という方も12%程度おられたという状況でございます。

また、35ページのところでは、その他として良好な関係づくりができていない理由を自由記述でお答えをいただいております。その結果について主なものを整理しております。まず尊厳・プライバシーというところでは、受付で名前を呼ばれるとか、検査結果を他人に聞こえるような声で伝えられる、診察室から声が漏れて聞こえてきたというようなことが指摘されております。

また自己決定権のところでは、専門的な判断は医療従事者に任せざるを得ない、一方的な説明で患者の意見や話を聞いてくれない、自分の希望する治療や診断方法と相違を感じることもある、説明はしてくれるけれども選択肢が限られているので医師が提案した治療を受けるだけになってしまうというようなご回答が出ております。

また、医療従事者との関係につきましては、情報の非対称性というところでどうしても医師が上の立場になっているように感じるといったご回答がありました。また、そのほか、情報開示に応じてもらえなかった、カルテ開示を求めた際に理由を尋ねられたといったことが、ご指摘として出ております。

こういった課題もありますけれども、医療機関でもいろいろな取り組みがなされているというところはございます。医療機関で患者と医療従事者が良好な関係を築くための取り組みとしましていろいろなものがなされていることを、患者さんの側は知っているのかというところを整理してございます。36ページのグラフをごらんいただきますと、まずそもそもこういった取り組みがあるのを、「知っているものはない」という方が37%いらっしゃいます。一方で取り組みをご存じの方につきましては、相談窓口の設置ですとか意見箱の設置、診察結果が記載された紙の交付、パンフレットの配布といった取り組みについて、認知度が高いという状況になっております。

一方で、37ページのほうにお進みいただきまして、医療機関調査の中でも、患者・家族に対して正しい医学的知識の普及啓発のために取り組みをしていることというのを聞いておりますけれども、こちらで見ますと院内での講演会や勉強会の実施、患者さん等から話を聞く機会の設置等々については5割前後の取り組みがなされておりますけれども、これらについて十分に患者さんにまだ届いていないという課題が、このデータからうかがえます。

それから38ページのところでは、こういった医療機関の取り組みを实际使ったことがあるかというのを患者さんに聞いております。38ページ、下のグラフをごらんいただきますと、こういった医療機関での患者さんとのいい関係をつくるための取り組みについて、利用したことがないという方が49%。利用した場合の比率として高いのは、診療結果が記載された紙の交付が35%というような状況になっております。

続きまして39ページのところでは、前回検討会でもご議論いただきました、適切なタイミングで医療にアクセスできるのかということについて意識を問うております。適切なタイミングで必要な医療を受ける権利が保障されていると。「十分そう思う」という方が13%、「概ねそう思う」という方が69%、8割程度の方は保障されているという意識になっております。

40ページのところからは、医療機関や国、地方公共団体、それから患者自身が取り組まなければいけないこととして、良好な関係を築いていくためにどんなことがあるかというのを整理

してございます。これにつきましては、先生方にお送りした時点では、主な意見ということで概略をお示ししておりましたが、今回もう少し分類を深めまして、回答の多かったものから順に回答の件数も含めて記載をする形に修正をしております。

まず医療機関に期待をすることとしましては、医療従事者にとって日常的、常識的なことでも、患者にはなかなかそう受け止められないというところで患者の立場に立った説明や配慮をしてほしいということですか、自身の症状については説明ができないので問いかけを多くしてほしいというようなことが出ております。

また医療機関のものとして期待することとしては、待ち時間が長いので何とか短縮できないか、難しいならあとどのぐらいで診察できるかを教えほしい、それからプライバシーを尊重してほしい、患者を呼ぶときに名前で呼ばず、番号制等の方法を検討してもらいたい、医療機関や診療科での情報の共有をしてもらいたいというような意見がございました。

診療につきましては、医師が一方的に話すのではなく、聞いてくれる、質問する時間を意図的に与えてほしい、それから諸事情あると思うが、ゆとりを持った診察を心がけてほしい、症状に応じて患者本人の心に対するケアもしてほしいというような回答が出ております。

続きまして41ページ、医療情報の提供と説明について、ここではやはり、専門用語だけではなくわかりやすい説明をお願いしたいということ。それから、治療するに当たっての現在の状況や、この後どういうことが起こるのかといったことも含めて説明をしてほしいというような回答が出ております。

また自己決定権については、いろいろな治療方法を提示して患者に選択肢を与えてもらいたいといったようなご意見が出ております。

続きましてセカンドオピニオン、カルテ開示につきましては、積極的に開示をしてほしいということですか、電子媒体による医療機関のデータの共通化といったことについても課題提起がなされております。また、セカンドオピニオンの申し出がしづらいというようなところで、環境整備を求める声も出ております。

続きまして患者・医療機関の良好な関係をつくっていくということで、国・地方公共団体に期待すること、42ページから整理をしております。まず医療費についてですけれども、医療費の負担を軽減してほしいということが多く出ております。

また制度については、今後、医療費にかかわる個人の負担がふえるので、しっかり政策を実施してほしいということですか、制度についてわかりやすく情報を提供してほしい、また制度を利用する際の手続きについては簡素化してほしいといった回答が出ております。

医薬品につきましては、新薬承認が遅いと感じるのでより速く承認してほしいですか、ジェネリック医薬品に関して説明をしてもらいたいというようなご回答が出ております。

情報提供については、医療に関するわかりやすいパンフレットをつくったり、相談できる窓口を設置したりしてほしい、こういった医療に関する情報等をわかりやすく広報してほしいというような回答が出ております。

またそのほか、先ほどの医療へのアクセスとも関連しますけれども、地域ごとの、へき地を含む医療機関の必要数を何とか維持してほしいという回答ですか、病院間連携を進めてほしいといった回答が出ております。

それから43ページのところからは、いろいろと外に求めるだけではなく患者自分自身に求められることとしてどんなことがあるかというところでは、まずかかりつけ医として、市民はかかりつけ医を持って医療機関を使い分けるような姿勢が必要ではないかということですか、次に医療情報につきましては、自分の症状についてきちんと説明ができるように整理をしておく、難しい場合にはメモをして準備をしていくというようなことを課題として挙げていただいております。また、治療に対する疑問点については積極的に質問をするというようなところも出ております。

続きまして医療に関する知識についても、病気及び薬に関する正しい知識の習得に努力したいというようなところ、医師の説明を理解する力を鍛えたいというようなご回答が出ております。

患者のマナーやモラルについては、診察を待つ間のマナーを守る、自分の気持ちや意見は素直に医療従事者に伝える必要があるが、理不尽なことは要求しないように注意するというようなことが出ております。

また44ページのほうでその他としましては、定期検診を受けて日ごろから健康管理に努める、症状に応じて救急車を利用する、薬は正しく服用する、診療時に余計な質問や世間話は控え、診療後は速やかに退出するといったことが意見として出ております。

ここまでが単純集計の結果になっております。資料1-1につきましては、先生方に事前にお送りしていましたが、その後、検討会までの期間の間に追加の集計をして資料1-2という形でご用意をしておりますので、こちらについても概略をご説明させていただきたいと思っております。

少し字が小さくなって恐縮ですが、資料1-2ということで追加の集計をしております。患者の意識と疾病との関係、どんなものがあるかというのをまず見ております。疾病中分類別に医療情報の提供以降の設問にクロスをかけております。

まず問12、適切なタイミングでの医療情報が提供されているかということについて、疾病中分類別に見て、「思わない」という比率が高い疾患上位5つについて網をかけております。適切なタイミングで医療情報の提供がされているというところで「思わない」の比率が高かったのが、「耳」、「皮膚」、「貧血・血液」、「妊娠・産褥」、「その他」というところになっております。

続きましてQ13、量として医療情報がきちんと提供されているかというところ、これも同様の傾向でして、「思わない」の比率が高い疾患として、「耳」「歯」「皮膚」「妊娠・産褥」「その他」という結果になっております。

それからタイミング、量と合わせましてわかりやすい医療情報の提供がなされているかというところで見ますと、「思わない」という比率が高かった疾患が、「精神・神経系」それから「耳」「歯」「皮膚」「筋骨格系」のあたりが比率として高くなっております。

それから問15、カルテなどの開示義務が医療機関にあるということの周知状況ですが、これについて「知らない」と答えた比率が高かった疾病としまして、「精神・神経」「耳」「歯」「皮膚」「筋骨格系」というような結果になっております。

2ページ目にお進みいただきまして、疾病別にカルテ開示の請求状況を見てみますと、カルテ開示を求めたことがあるという疾患、比率の高いほうから網をかけてございます。カルテ開示を求めたことがある疾患としましては、「感染症」「貧血・血液」「悪性新生物」「妊娠・産褥」「不妊症」というところになっております。

それから時間の関係がありますので1つ飛ばしまして、セカンドオピニオンの利用状況でございます。上から3つ目の表になりますが、セカンドオピニオンの利用状況について利用したことが「ある」という比率が高いのが、「耳」「貧血・血液」「悪性新生物」「不妊症」「その他」という結果になっております。

1ページおめくりいただきまして、患者の尊厳やプライバシーの保護について、余り保護されていると思わないという比率の高い疾患、網をかけております。「耳」「貧血・血液」「妊娠・産褥」「不妊症」「その他」といったところは、尊厳やプライバシーの保護がされていないと思う方の比率が少しほかに比べて高くなっております。

続きまして問21、自己決定権の尊重と疾患の関係を見ましても、尊重されていないと感じる疾患として「耳」「歯、皮膚」「筋骨格系」「妊娠・産褥」いったあたりの比率が高くなっております。

それから問22、医療従事者と良好な関係が築けているかというところで、関係が築けていると思わないという比率が高かった疾患として、「耳」「皮膚」「貧血・血液」「妊娠・産褥」「不妊症」といったあたりの比率が高くなっております。

続きまして一番下の表です。患者と医療従事者の良好な関係づくりができていない理由として、今回の検討会ですと一番の課題意識としては「疾病を理由とする差別・偏見を感じたから」というところが大きいかと思われましたので、その主な、ここを選んだ方たちの比率が高い方たちの疾患に網をかけております。疾病を理由とする差別・偏見を感じたために良好な関係づく

りができていないとお答えになった方が多い疾患としましては、「精神・神経」「耳」「呼吸器系」「貧血・血液」「妊娠・産褥」といったものが比率として高くなっております。

それから続きまして、時間の制約がございますので6ページのほうにお進みください。今見ました項目を、疾患別ではなくて今度は年齢別に見たときにどういった意識が患者さんのほうにあるかということを見ております。6ページ目のところ、年齢階級別の集計というタイトルをつけた表でございます。こちらで見ますと、問12、適切なタイミングでの医療情報の提供、問13の必要とする量の医療情報の提供、わかりやすい医療情報の提供、いずれも情報の提供がされていると「思わない」比率が高いのは、ほかに比べて高いのは、20代、30代の若い世代についてはなかなか提供についての、十分に届いていないんじゃないかというような意識で受け止められているということがうかがえます。

それから問15、カルテなどの開示義務の周知状況につきましても、若い世代は「知らない」という比率が高くなっております。ただ一方で、カルテ開示の請求状況につきましても、知っている方については開示を求めた割合というのは高くなっているという傾向が出ております。

続きまして下から2つ目、セカンドオピニオンの利用状況ですけれども、こちらについては60歳代、70歳代の方たちはほかの年代に比べると利用していないという比率が高くなっております。

続きまして7ページ目、尊厳やプライバシーの保護について年齢別に見ますと、30代、40代が「思わない」の比率が少し高くなっております。自己決定権の尊重につきましても20代、30代、40代、徐々に「思わない」の比率が下がっていくというようなところになっております。医療従事者との良好な関係につきましても、20代、30代、40代、良好な関係と「思わない」という方が、ほかの上の年代に比べると比率として高くなっております。患者と医療従事者の良好な関係づくりができていない理由につきましても、「疾病を理由とする差別・偏見を感じたから」という比率も、若い世代のほうが高くなっているというような結果でございます。

それから一番後、9ページのところをごらんください。ここでは医療情報の提供状況と、患者の尊厳やプライバシーの保護、自己決定権の尊重、医療従事者との良好な関係がどういう関連があるか、情報の量やタイミング等々がうまくないとやはり関係がうまく築けないのではないかという仮説のもとに、項目間のクロスをしてございます。詳細は後ほどごらんいただければと思いますけれども、医療情報の提供がうまくできていない患者さんについては、やはり尊厳・プライバシーの保護、自己決定権、良好な関係についてそういうふうには受け止められないという比率が、他に比べて明らかに高くなっているというような結果が出ております。

長くなりましたが、調査の速報値について、以上でございます。

多田羅議長 ありがとうございます。患者向けアンケート調査の概要について報告いただきました。5,000名というかなりの数の患者、被験者ですかね、に対するアンケート調査を行いました。患者調査ということであれば、国が医療の受療実態については3年に1度、国の調査としてかなり悉皆的な調査をやっておられますが、意識調査ということになると余りデータというのは報告がないというふうな感じもいたします。そういう中で今回5,000名という数を対象にかなり詳細な意識調査、特に患者の医療の受療の適切性とかタイミングとか、あるいはセカンドオピニオンとか、カルテの開示義務等の基本的な患者の権利を守るという観点に立った認識の実態について聞いていただいた。特に疾病分類別を中心に見ていただいた。ハンセン病というところから始まっているというところもありますので、疾病というところから始まって、そして年齢とかいうことでクロス集計もしていただいたわけでございます。

大体、概ね良好というのまでを含めると80%ぐらいが皆さん、一応前向きに答えていただいているということで、日本の医療というのは国民にそれなりに評価いただいているなという結果を得たことは非常によかったというか、日本の国民皆保険、日本医師会ないしは歯科医師会のご尽力というところがあって、ほぼ8割の方が適当と了解いただいているということが、この調査でわかったことの意義は、それなりに大きいんじゃないかなというふうに思います。ただ、開示義務については57%、そしてセカンドオピニオンを利用したことがある22%というあたりをどのように見ていくか。その辺がこれからの検討会の課題としても見ていかないと

ないところかと思っております。

それではせっかくですので、委員の皆様一言ずつご意見を伺って、もちろん議事録に残させていただくと同時に、報告書の1ページから、あるいはまとめの段階で検討会の考え方というものを入れさせていただきたいということがありますので、ひとつご意見を伺いたいと思います。

それからまたクロス等で、こういうクロスがあったほうがいいんじゃないかというような点がありましたら、ご意見をいただければ、できる調査はもちろんさせていただくことになっておりますのでよろしくお願いいたします。

それでは安藤先生からお願いできるでしょうか。

安藤委員 先ほど多田羅座長からもお話がありましたけれど、26ページのカルテ開示でカルテ開示の義務を知らない方が42.2%もいる。これは医療機関側の広報に問題があるのか。もう少し考えたほうがいいのではないか。

多田羅座長 やっぱ少ない？ 42は多い？ 先生の……これはもっと減らないといけない。

安藤委員 ええ。以前よりはだいぶよくなりましたけれども。もう少しあってもいいのかなというふうに思いました。

それと36~38ページのところで医療機関の取り組みに関して全く知らない方が37.1%、それから38ページで利用したことがない方が49.9%ということで、これもやはり少し広報に関して見直した方がよいのではないか。

多田羅座長 せっかくやっているんですからね。

安藤委員 そうですね。もう少し工夫したほうがいいのかなというふうにちょっと感じました。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。今村先生、いかがでしょう。今村先生は、これはほっとされたという感じでございますか。8割いるのでね。これは私は非常にうれしい数字のように思ったんですけれど。

今村委員 そうですね。この調査というのは相当な量のデータで。特に座長が言われたように意識調査というのは案外やられていないところなんです。

多田羅座長 受診実態などはありますけれどね。

今村委員 それはもう3年ごととかでやられていますけれども、こういったようなものというのは、これだけの量のものを行ったというのは、非常に大きな貴重なデータだというふうに思います。これが例えば5年後、10年後、似たような調査でどういうふうに今度変わっていくのかなということも、できればやっていただきたいなというふうに思います。

今、座長から言われましたように、十分あるいは概ね満足しているという率が、どの項目でも大体8割で、不満足なのが大体2割ということですよ。この2割の部分というのは、恐らくこのクロスのデータからしても重複、同じような方がそういうふうに思っておられるというふうに感じました。日医総研、私どもの調査機関ですけれども、このデータでも患者さんと個々のお医者さんとの関係というのは割合良好だというふうなデータが出て、それに対してちょっと遺憾なんですけれども、患者さんと医師会に対するイメージということにすると、これは余りよくない。

多田羅座長 医師会というのはありましたですかね。

今村委員 いや、ありませんでした。私どものデータで。そういうことからすると患者さん対お医者さんというような関係というのは、比較的うまくいっているのかなというふうに感じました。

それからもう1つ、自由記載欄で医療費が高く感じられるという方がやっぱり742名いらっしゃるということで、これは今基本的に3割負担というものが、国民皆保険制度というものの限界といいますか、これ以上は絶対にもう無理だと。いわゆる保険というからには、もうこれは限界の値だろう、数値だろうというふうに感じまして。

多田羅座長 それ以上は下げられないと。

今村委員 できればやっぱり2割とかそれぐらいの患者さん負担というのが妥当で、3割負担というのは、保険というのはちょっと厳しい値ではないかなというふうにも感じました。

多田羅座長 3割はやはりちょっと高いという認識じゃないかということですよ。

今村委員 そうですね。自由記載でこれだけ……

多田羅座長 700 というのはかなり多いですね。

今村委員 かなり多いですね。

多田羅座長 70 じゃないですからね。700 というとかなり。

今村委員 突出して多いですよ。

多田羅座長 書いてもらっているわけですからね。突出して。なるほどね。

今村委員 こうやって、高いと思いますか、相応ですかというふうにして、そういうふうなデータでなくて、何か感じたことについて書いてくださいというふうには。

多田羅座長 思っているということですからね。

今村委員 だから実際にお聞きすると、もっともっとたくさんの方が医療費の負担について大変だなというふうに感じているんじゃないかなというふうに思いました。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。それでは尾形先生、お願いします。

尾形委員 初めに全般的なコメントとしては、これは速報値ではありますがけれども大変興味深い結果になっていると思います。サンプルサイズも最大でnが5,000 ということですので、それなりに納得できる調査結果が出ているのではないかと思います。大変貴重なデータだと思いますので、さらにクロス分析等で分析を深めていただきたいと思います。

以下、個別にコメントと質問をさせていただきます。4 ページのところですが、サンプルが男性7割と非常に高くなっています。これはどうしてなのか。後で結構ですので、事務局からお答えを伺いたいというのが1つです。

それから26 ページは先ほど安藤先生がおっしゃったことと同じですが、カルテの開示義務は意外に知られていない。それから意外に利用されていないというのは、かなり実態が明らかにされているという気がします。

多田羅座長 そうですね。「ある」というのが非常に少ないですね。

尾形委員 そうですね。それから33 ページ、34 ページですが、やはりこの検討会で一番、かかわりのあるところだと思うんですが、患者と医療従事者の良好な関係づくりができていない理由ですが、「疾病を理由とする差別・偏見を感じたから」が12.1%とあります。これをどう見るかですが、結構あるのだというふうに逆に思うところがあります。一方これを資料1-2のクロスの方の、疾患別のクロスで見ると、先ほどご説明があったように、3 ページですけれども、やはり疾患によってそれなりに特徴が出ている。例えば「妊娠・産褥」とか、それから……

多田羅座長 「耳」というのが意外にいろいろなところに出てきますね。

尾形委員 そうですね。あと「貧血・血液」「精神・神経」といったようなところですが、これとほかのクロスというのもしてみてもどうかと思います。

多田羅座長 ほかというのはどういう。

尾形委員 例えばここで一番下の表だと、医療情報についての提供が不十分だと思うからというのと関連しているようにも見えます。例えば「妊娠・産褥」が56.3%とか、あるいは「耳」は53.7%。かなり高い率で十分な情報提供ができていないと感じていることと、こういう疾病の偏見というのと、もしかしたら関連があるのかもしれないというふうに思うので、この辺、少し分析をしてみてもどうかと思います。

それからもとに戻っていただいて、報告書の35 ページのところ、自由記述があるんですが、この中に疾病を理由とする差別・偏見関係のものというのは特になかったということでしょうか。これもちょっと確認です。

多田羅座長 自由記載としてはなかったのかということですね。

尾形委員 はい。それからあとは38 ページ。これも先ほど安藤先生がおっしゃったことと同じですが、やはり医療機関のほうはそれなりにいろいろな工夫、努力をしておられるんですが、

必ずしもそれが利用されていない。かなりそこにギャップがあるというところは、やはりこれも今後埋めていく必要があるというふうに思いました。以上です。

多田羅座長 今村先生、その辺はいかがですかね、そのギャップが生まれる。ちょっと「利用したことがあるものはない」49.9%はちょっと多いですね。

今村委員 それだけ日常の診療においては、相互不満がないということも一方であるとも考えられるんじゃないかなというふうにも思ってお聞きしておりました。

多田羅座長 大体もう一般の診療の中で理解され、納得しているので、わざわざ勉強会まで行かないでもいいというような、そのようなこともあるのではないかと。いい意味で解釈するとそうなりますね。

今村委員 ただ一方、委員の方がおっしゃったように広報といいますか、こういうものがあるんですよということを知らしめるあれですね。特に今回の場合には比較的大規模の病院で調査がなされていると思いますので、そういう意味での病院側の努力というのは若干足りていないのかなというふうにも思います。

多田羅座長 やっていても広報というレベルでね。患者が知らないということになって。

今村委員 そうですね。

多田羅座長 わかりました。安藤先生、何かございますか、その辺の。

安藤委員 そうですね。医療機関なんかでも医療機能評価を受けたりした場合、そういうことを表示しなければいけないようになっていきます。ちょうど今から7～8年前ぐらいのときには結構医療機関も意識が高くて、そういうふうなカルテ開示をしますよとか結構広報していたんですけども、そこら辺がもう当たり前になって、ちょっとその意識が薄れてマンネリになってきた可能性もあります。

多田羅座長 いっつきそういうのを言わないといけないということがございましたからね。随分注意した時代があつて。ちょっと山を越えたんですかね。

安藤委員 当時はね。そんな印象があります。

多田羅座長 ありがとうございます。それでは畔柳先生、お願いします。

畔柳委員 私はこういう統計の専門家でも何でもないので、実際のところよくわからないんですが、とにかく5,000人調べてこういう結果が出たというのは非常に今後の参考になるだろうと思います。ただ、偏見とか差別ということを考えた場合に、ある程度疾病別のこういう調査があってもいいのかなと思うんです。

多田羅座長 それで疾病をかなり重視した分析には、このクロスのほうではさせてもらっているつもりなんです。

畔柳委員 例えば悪性新生物の患者さんを対象に調べるとか。

多田羅座長 それはそれとしてですか。

畔柳委員 そうです。5,000ではなくて。

多田羅座長 特化した。

畔柳委員 特化した。やっぱりそういう差別を受けそうな人たちがいるんじゃないかという感じがするんですが、そういう調査というのもあったらいいのかなというふうに。

多田羅座長 次の段階の調査ですね。

畔柳委員 ええ。今回は全体の話ですから。そういう特化した話をするともう少し違った結果が出てくるんじゃないかなというふうなことを、ちょっと見ながら思ったんですが。

多田羅座長 差別・偏見のほんの一部かもわかりませんからね。そこから見ると、カバーされてしまう、その一部の方が非常な差別・偏見を受けているということが課題です。世の中全体が差別・偏見ということは、今の日本ですと逆にそんなにないですからね。だけど100人に1人でもそういうことがあるということは、基本的に大きな問題という意味では、100人に1人は先生が言うように特化してやらないと出てこないのではないかなということですね。

畔柳委員 はい。そういう印象を持ちました。

多田羅座長 全体から見ているからきれいごとだけが表に出ているんじゃないかみたいな。

畔柳委員 いや、別にきれいだとか何とかではなくて。それは全体の感じなのかなということのは

よくわかるんですが、実際にもうちょっと差別を受けそうなグループというのを見ていかないと、そういう今後の防止に役立たないのではないかなという印象を。統計学者でも何でもないから。

多田羅座長 そうですね。下手すると1%になってしまうかもわかりませんからね、差別・偏見を受けているという人は。

畔柳委員 はい。例えばだから耳が多いというのは、やっぱり耳が聞こえないからかと思ったり、何かそういう思いがけない結論も出ているというふうに思いました。

多田羅座長 ありがとうございます。それでは、小森先生、お願いします。

小森委員 今、最後に話が出ましたけれども、この耳のデータが非常に多くて、僕は耳鼻科の専門医ではないですけれども、うちでもトラブルの原因は、1つは高齢者、これは年代層を見ますと子供が入っていませんので、このパーセンテージは全て20代以上の中で、たまたま耳鼻科にかかっている疾患の方が212名。実は私もそうですけれども、高齢になればなるほど耳が聞こえにくくなります。補聴器をつけたいとは思わない方が非常に多くて、意志の疎通がうまくいかない患者さんが大変多いです。そうすると医者からの説明を聞いてうなずきはあるんですけども、現実には理解せずに、例えば治療の場に出る。そうすると治療の現場で、「私は聞いてない」というふうなトラブルが病院では数多く起こります。実はその問題が、自分の理解度の中で十分な理解度はあるんだけど十分に聞こえていない。そこでの問題が多分僕1つあるんだと思うんですね。だから耳鼻科のこの疾病の中の患者さんの年齢構成がどこら辺にあるのかは、1つ知りたいところです。

これはプライバシーとの関連性があって、大きな声で話さないでくださいと言いますね。そうなんです。実は病院というのは最近、新しい病院は全てかなり広い空間で、昔とは違ってカーテン1枚で仕切られているようなことは絶対にないです。ですけれども、大きな声で会話をして、わかりやすい声というのは大体男性の声で大きな声なんですね。女の人の高い声というのは聞こえにくいので、どうしても大きな声で、がなり声みたいな声で説明しないと理解してもらえない。そういう声は診察室から外へ漏れ聞こえるというふうなケースも、実は院内内では多々あります。

もう1つはこのプライバシーとの関連性で、現場と患者さんとの間に大きな差があって、そしてなおこの近畿厚生局というんですか、指導の立場とも大きな差がありまして。実はナースコールというのが病院にあって、患者さんがボタンを押すと、そのボタンを見て患者さんがどの部屋でどういう名前の人かというのを確認する板があるんですけども、それがお見舞いの人から直接名前が見えてはいけないという指導が最近あるんですね。でも、医療の現場というのはもう戦争状態のような状態の中で、医療ミスをしないように現場が努力しているのに、どこの誰かという名前確認ができないような、今大体病室の前も名前を提示すると言われていきます。内側にと。だから医療事故、医療ミスと現場との開きが非常にあって、その中で医療ミスをしないようにしているという状況で、非常に難しいです。

このプライバシーの問題はもう1点ありまして、カルテ開示の問題ですけれども、カルテ開示に関しても、お子様のと言われましても、高校生や大学生の子供のカルテ開示を求められても、これはなかなか医療サイドは「うん」と言えないんです。どこまでが子供でどこからが大人で、どっちを認めればいいのかというのがはっきりと提示されていけませんので、どこまでを理解して、本人の了解をどういうときに得てくれというふうなこともありますので、これも医療の現場ではかなり困っているということを知ります。

基本的にはやはり、先ほどの疾患と、この中のデータとの、もう少し整合性を教えていただくと、もう少し細かいところまで見えるんじゃないかなと。だから、さっき言った差別というふうに感じる部分は、もしかしたらそういう意志疎通がうまくいっていないから差別として、自分はちゃんと理解してもらえなかったとか、説明が余りきちんとなかったのにされたとか、そういうことが起きやすいのかなと思っています。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。アンケート、ちょっと回答項目にも限界がありますので、どこまで特化できるか心配なんですけれども、ご意見はわかりました。では鈴木先生、お

願います。

鈴木委員 1つ、アンケートの母数が5,000というぴったりの数字なんですけど、一般の人から見るとこれは、偶然5,000なのかと。1ページを見ますと、登録会社の登録モニター5,000人と書いてあるんですけども、登録モニター5,000人をお願いをして全員が答えてきたというのちょっと考えにくいので。

多田羅座長 全員になるまで呼びかけているみたいですよ。

鈴木委員 そうなんですか。

多田羅座長 方法としては。

鈴木委員 ちょうど1カ月。

多田羅座長 モニターが10万人ぐらいいまして、それで呼びかけて約4,000人が来るとしたら、さらに呼びかけたりして。

鈴木委員 そうすると5,000人で切ったところが、ちょうど満1カ月だったということですね。

多田羅座長 では事務局、ちょっとそこを教えてください。

鈴木委員 そこは後でいいです。そこはデータの信頼性というか、そういうところで少し説明をしていただいたほうがいいかなと思いました。

内容ですけれども、例えばプライバシーとか自己決定権のところ、30ページですけれども、守られていないとか尊重されていないと感じる人たちが12~13%いて、参考で病院側は97.8%やっていると。この認識のずれがあると思います。医師と患者の関係についても、良好でないというふうに感じている人が8.5%で、病院側ですと進んでいないと感じているのは2%しかない。この認識のずれというのは、余り大きければやっぱり制度に問題があるということになりますけれど、このずれの大きさはさほど大きくはないのではないかと感じました。

しかし、このずれをどうやって縮めていくのかということ、限りなく努力をしていかなければいけないのではないかと思います。こういう医療側と患者のコミュニケーションのずれを是正していくためには、例えば情報をきちんと伝達し、一緒に決めていくというインフォームドコンセントの日本語訳として私は最もすぐれた日本語訳は、早稲田大学の名誉教授の木村利人先生が言っている「情報と決断の共有」という考えです。同じ情報を持つことによって同じ決定をしていくというプロセスを重視していく。いわば意見が分かれたときに患者の意見を尊重するというのはある意味では例外的で、原則的には民主主義も同じですけども、多数決に余り走らないで全員一致をめざすというのと一緒だと思いますけれども、そういう訳をしているんですね。だから、やっぱり信頼関係を形成していくためには、情報と決断の共有のプロセスを大事にしていくということに多分なるんだろうと思います。

その意味からいうと、この認識のずれは、制度をきちんと充実させることによってそのずれを縮めていくというためのその制度ですけども、1つはセカンドオピニオン、インフォームドコンセントの考え方はちょうど30年ぐらい前からこの国では議論になって、30年たつわけですけども、かなりインフォームドコンセントの考え方は患者さんたちにも広がってきましたし、医療者の教育の中にも取り入れられてきて、30年ぐらい前ではなかったと思いますけれど、20年ぐらい前に同じようなアンケートをどこかがして、患者さんと医療者の認識のずれがもっとも大きかったという時代があったと思うんですけども、それから比べるとかなり認識のずれは、ありますけれども縮まってきているということになります。それでそれをさらに改善していくためには、例えばセカンドオピニオン制度をその病院がとっているというところが最近多いと思いますけれども、それは患者さん任せにしないで、2番目の意見を聞いていただくことは極めて大事なことです。そのためのファーストオピニオンはきちんとカルテのコピーなり診断書なりペーパーでお渡ししますので、ほかの医師の意見を聞いてください、あるいは院内でほかの科の先生、この先生に聞いてみたらいかがかというようなことを積極的に推奨しているということ、病院が何らかの形で地域の患者さんたちにアピールしていくということです。

2つ目は、カルテ開示も知らないという人が42%もいるという、これはカルテ開示制度がで

きてからもう20年ちょっと経ちますので、まだ半分近い人が知らないというのは、やっぱりこういうのを周知徹底していくということだろうと思います。

それから3つ目には、やっぱり疑問に思ったときに相談窓口とか苦情対応窓口とかというのが今あるわけですが、そのことを知っている人たちが36.2%しかいないということ、3分の2の人たちは知らないということになるので、こういうセカンドオピニオン制度だとかカルテ開示制度だとか相談苦情窓口だとかということ、存在するというのを周知していくことによって、そういうものを積極的に利用、つまり診療に疑問や不信を持ったときにそれを利用するのではなく日常的に利用していくということが、情報と決断の共有を促進することにつながっていくのだという考え方を院内で、42ページにはパンフレットなどでもっと徹底してほしいという意見もありますけれども、そういう形で広げていくことによって、さらにこのギャップが埋まってくるのではないかと思います。

30年前はインフォームドコンセントといっても何のこっちゃということで、「与えられる医療」、「お任せ医療」が普通だったわけですが、この30年間のさまざまな活動によって「参加する医療」とか「共に考える医療」というのが浸透してきているので、それをさらに進展させるということが必要で、アンケートではある程度縮まってきたということがわかりますので、さらなる課題も見えてきたという感じがいたしました。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。それでは豎山委員、お願いします。

豎山委員 ただいまこのご報告を聞いておまして、私は10年前に社会復帰をいたしました。その10年前までは病院を選ぶこともできない、お医者さんを選ぶこともできない、そういう閉鎖的な療養所の中で生活しておったわけなんです。そういう思いの中で、お医者さんというのは、ある意味では絶対的なもの、お医者さんに物申すようなことはできるような環境ではなかったということです。そしてまたお医者さんを選ぶにも、絶対数が少ないですからほかの先生にかわってもらうということもできないわけなんです、非常にこの医療に関しては私たちは委縮した思いで医療を受けてきたという過去があるわけなんです。

この報告書を見ておって、医療に関する意識の地域差もあるのかなど。私は鹿児島の人間です、そういうことをふと思ったんです。年齢的なものの差もあるんでしょうけれども、これは地域の差というのもあるような気がする。例えば医療機関に従事しておられる方の意識の問題、それから私たち患者の側の意識の問題、これは都会と田舎とでは随分違うんじゃないかという思いがいたします。例えばカルテの開示というものがありません。26ページだったでしょうか。このカルテの開示にしても、それからセカンドオピニオンにしても、これは田舎でカルテの開示なんかを医者に求めたものなら、これは本当に「お前、わしを信頼していないのか」と言われかねない。もうそういう、セカンドオピニオンもそうありますが、医者と患者の意思の疎通を、信頼関係をかえって損なってしまうような状況が、まだ私の住んでいる鹿児島、特に大隅半島にはそういうものがあるんじゃないかという思いの中で、この報告書を読んでおったわけでありまして。

それと35ページ、先ほどプライバシーのことで小森先生もお触れになっておりましたけれども、私たちの田舎では、受付で氏名で呼ばれる、これはもう当たり前のことでして、受付番号とかそういうもので呼ばれたことは私は1回もありません。氏名で呼ばれます。そしてそれよりも何よりも田舎ですから、小さな病院なんかでしたらもう隣に座っている人がどこの誰それさんってわかっているんです。もう都会とはそこは全然違うんですね。もう顔みたら「おう、どうしたい」って。いや、血圧がとか、肝臓が、心臓が、とかというような話をするわけですよ、その中で。そういうことを考えたら非常にやっぱり地域差があるんだなと。都会においては通用することであっても、田舎に行ったら全くこれが通用しないものもあるんじゃないかというふうなことで、今これを見ながらどきどきした一面が実はあったわけです。

しかし何にいたしましても、よりよい医療をつくりあげていく、そういう医療というのは本来患者のためのものであるわけですから、患者が納得し、そして患者のための医療がきちんと施されるような社会であってほしいということを、当然のことながら私は念じておるわけですが、そういう意味で今回のこのアンケートには、非常に大きな意味があるなというふう

に捉えております。

それからちょっと私が気になったことがあります。この中に入院ということで、「ハンセン病」が、実態が2というのがございますけれども、これは疾病対策課のほうで把握しておられるのでしょうか。これは新発患者が、国内の新発患者が2あったということなんでしょうか。ちょっとこれ、わかりますか。

多田羅座長 新患かどうかということですか。

豎山委員 例えば国内における新発患者の2なのか、あるいは外国から来られて日本の国で発症するということがあるんですね。これ、ちょっとわからないのかな。

多田羅座長 事務局、どうですか。そこのところはわからないでしょうね。

事務局 この部分につきましては、モニターの方が「ハンセン病」という選択肢をお選びになったということだけですので、こちら側から特定はできませんので、場合によっては回復者の方等の可能性もあろうかとは思いますが、ちょっとそれ以上の詳細は把握できておりません。

豎山委員 厚生労働省のほうでこれはわかっていると思いますが、わかりますか。

厚生労働省 アンケートの結果でございますので、今言ったようにインターネットを使ったアンケートということですので、その環境にある方で、ご自身で「ハンセン病」を選択されたということしか私どももわかっておりませんので、新患であるか回復者であるかというのはこの部分では不明でございます。

豎山委員 例えばどこそこの病院にその2名の方が入院されたとか、そのような実態がございますか。

厚生労働省 インターネットによるランダムな抽出というデータでございますので、どこの誰々さんだということまでは、ここではわかっておりません。

豎山委員 そのどこの誰々さんはいららないんですよ。例えば東京の多摩全生園に2名の方が入所なさったとか、例えばそういうものというのがあるのかないのかということをお尋ねしたので。それはなぜかといったら、国内の発症例というのはないと言われてきているわけですよ。外国から日本においでになって、留学生の方々とかそういう方がおいでになって発症したという例は過去の日にありますけれども、そういうことでちょっとお尋ねいたしました。わからなかったら結構です。

多田羅座長 これはあくまでインターネットのアンケートに対して「ハンセン病」というところに丸をして返ってきたということですので、それがどういう人であるかということのフォローは難しいということかと思えます。ありがとうございました。それでは田中委員、お願いいたします。

田中委員 さまざまな質問に、良好と考えるが大体8割で、思わないが10～15%の間です。これは日本の医療関係者並びに患者側の努力、患者側の医療に対する知識の増大などを含めて誇るべき値だと考えます。

多田羅座長 私もびっくりしました。

田中委員 さまざまなほかの分野の、接客の状態などに比べても、医療は信じられていることに、安心感を持ちました。そうするとシステム全体のあり方よりも、むしろここで思わないと答えた10%、15%の方々のような人については個別にどういう状況かを調べる時代になっているのではないのでしょうか。マクロの視点で制度を大きく変えないと日本の医療がよくなる、ではなくて、8割方うまくいっているのだから、むしろ世の中に1割、15%存在される、思わない方を個別の病院なり自治体で見つけて、個別に対応策を図っていくほうがよい時代ですね。マクロの大変革をしないと日本の医療はよくなる、ではないです。

多田羅座長 医療費なんかどうですか。医療費が少し高いというのが700人もあってびっくりしたというところがあるんですけども。

田中委員 それはさっき今村委員が言われたように、3割自己負担という国際的に見ると高い自己負担比率のせいでしょうね。医療費総額が日本は相対的に低い、高くはないので、むしろ3割自己負担が理由だと思います。

これはアンケート調査なので、今さらしかたがないですけども、本来機能の違うかかりつ

け医、診療所と病院とは、ここに聞かれたさまざまな質問の回答が本当は違うはずですね。診療所で風邪とか花粉症とかいったときにカルテ開示は意味がほとんどありません。それに対し、悪性新生物で病院に行くときの自分の病状を知りたいとでは、気持ちが全く違います。かかりつけ医とは本来、都会では違うかもしれませんが、今豎山委員が言われたようにもう信頼関係のある診療所に行き続けているはずですよ。こういう調査を見るとときには、ここではもう今さらどうしようもありませんが、本来診療所との関係性、ある程度もともとわかっている人間関係のもとで行き続けているところと、初めて行った大病院での説明の話とかは、今後考える上では別だと思えます。

多田羅座長 入院と通院は分けて分析はできると思えます。

田中委員 入院と通院ではね。入院は病院のほうでしょうね。

本研究会とはほとんど無関係な話を1つだけしますと、40ページに、不満の中で一番多いのが待ち時間、263なのですね。

多田羅座長 多いですね。

田中委員 これを、外国の研究者に話すと、「おお、日本はそんなに待ち時間が長いのか。3日か？ 1週間か？ ひと月か？」と問われる。「いや、違う、2時間か3時間だよ」と答えると、「それは考えられないほど短い」と驚かれます。普通アポイントメントを取ってから会うまで2日、3日、1週間が当たり前である。アポイントメントなしで行って2時間で診てもらえる。何とアクセスのいい国だ。それが不満になるだけ日本の医療のアクセスがいいことを逆にあらわしていると読むべきですね、これは。本研究会と関係ないですが。

多田羅座長 そうですね。ですから8割というところが基本にあるというのは、こういう意見もあるけれども、外国なんかとも比べて了解いただいているということでしょうね。ありがとうございます。それでは中島委員、お願いします。

中島委員 久しぶりに出てきたのでよくわからないんですけど、特にこの最初の調査対象の5,000人というのが、どういうふうに5,000人までいったかということが1つ問題ですけど、この対象者の属性については年齢と男女比は出ているんですけども、あとのことはわからないんですかね。

多田羅座長 わかりません。

中島委員 都道府県はわかる。そこまでしかわからない。

多田羅座長 ちょっと待ってください。それではその5,000名について、先ほど鈴木先生からもありましたので、ちょっと事務局から5,000名の確保方法について説明をお願いします。

事務局 今回の5,000人というのは、最初から5,000人の方を名宛てしてお送りしたものではありません。もともとインターネットの調査会社にモニターとして登録されている方というのが220万人おられまして、そのモニター登録時にいろいろとこういったマーケティング調査等にご協力いただくために家族構成であったり疾患を持っておられるかどうか等々、いろいろなご関心事等登録をいただきます。その登録情報をもとにして疾患を持っておられる可能性があるモニターの方というのを、220万人の方から32万人までまず絞り込みをしております。これは調査会社の登録情報のほうで絞り込みをしております。その疾患を持っておられる可能性のあるモニターの方の中から今回の調査は、半年以内に通院または入院で医療機関にかかった方というさらなる絞り込みがございますので、そういった方がどうかというのを絞り込みをさらに調査会社のほうでやりますと、220万人から疾患を持っていそうな方32万人、その中から半年以内に医療機関にかかった方ということで3万6,000人ほどに絞り込みをしております。その中で今回、前回の議論でもありました年齢については幅広くとってほしいという先生方のご要望があったことと、疾患についていろいろな疾患をとりたいということがご意向としてありましたので、この2つの軸でサンプルの割り付けをしまして、ここに該当しそうな方1万2,000人ほどにメールを送らせていただいております。その中でご回答いただいた方、目標数に達したところから回答の締め切りをしております。最終的目標数、疾患ごとにこの年齢層の方を何人という目標を設定してございましたので、その目標が達成できたセルのところからどんどん回答を締め切りまして、最終的に5,000人全ての目標を達成できたのが1月の頭であ

ったということで、疾患によってはもっと早い時期に回答を締め切ったところもございますし、そういった形で調査はさせていただいております。

多田羅座長 男が7割で多すぎるんじゃないかというのがありましたが、その辺は何か。

事務局 もともとこの調査会社のモニター登録数を見ますと、男性が55%で女性が45%。若干男性が多いモニターの状況の制約はございました。ただ今回につきましては、先ほど申し上げましたとおり疾患と年齢別の数を集めることを優先しましたので、性別のところについては多少偏ってもやむなしという判断で調査をさせていただきました結果として、たまたまですけれども男性のほうの方のご回答のほうが多かったという結果になっております。

中島委員 おおよそはわかったような気もするんですけども、調査会社というのは信頼できる会社であることは間違いないと思いますが、もっと細かい属性については全然わからないわけですね。

多田羅座長 例えばどんな属性。

中島委員 これが一般人口をほぼ代表しているということは言えるんですか。

多田羅座長 それはちょっと難しいですね。

中島委員 難しいでしょう。だから、一体この調査会社へ登録をしている220万人という人たちは、どういう人が登録しているのかという母集団の内容がわからないと、実をいうと今回のデータそのものも正確に信頼していいかどうか非常に不安になるということです。それは条件……何か答えてくださるの？

多田羅座長 それは私のほうから答えるとしますと、それは最初この調査をやるという段階で議論したと思います。ただ、かなりの規模の患者経験者をやるとすると、いろいろな方法で、確かにモニターというのは基本的に問題点は先生のおっしゃるとおりでございます。しかし、一応可能な方法として、患者さんに対して、どこに患者がおるかかわからないわけですから、我々は。厚労省もわからないわけですからね。だからその方法における可能性ということを総合的に判断して、私が委員の皆様をお願いしたことになると思うんですけども、モニター制度で調査をすることについて一応ここでお諮りしたと思うんですけど、そこで了解いただいたと私としては思っている次第です。問題があることは先生のおっしゃるとおりでございます。

中島委員 そこの問題点を、冒頭でしっかり書き込むということが大切だと思います。

それから精神科について、僕は精神科ですから、カルテの開示義務の周知状況、「知らない」というのがトップになっている。資料1-2の一番下の表ですけども。これは精神科の病院はどこも掲示はきちんと外来にしていると思いますし、各病棟にもしているはずですが、にもかかわらずこの数値ということは、余り見る気がなかったのかという気もいたします。この先ほど堅山委員がおっしゃったように、確かに田舎ではセカンドオピニオンを求めるとかカルテの開示を求めるということは、これは戦いに入るということに近いですよ。

多田羅座長 医者に対してね。

中島委員 そうです。そこで信頼関係がせっかくできたのに壊したくないという思いが働きますので、逆に医療者側からセカンドオピニオンを勧めるとか、そういうことが必要になってくると思うんです。だから取り組みとしてはこういうことをやっていますという中立的あるいは受け身的なやり方だけではなくて、積極的にこういうことができます、してみたらどうですかと。

多田羅座長 受け身じゃなくて、積極的にですね。

中島委員 そうです。そこが僕は成否を分けるのではないかなと思っています。

それから、資料1-1の33ページ、34ページのところですけども、患者と医療従事者の良好な関係づくりというところですけども、後の疾患別の集計と比べてみますと、やはりわかりにくい疾患ほどいい関係ができにくいということなんじゃないかなと感じました。ところで私、あさってから貧血で入院しなきゃいけないんですけど、貧血はどこも全部網かけしてある。そういうことで、このさまざまな疾患ごとの調査は……でも、これはこの会の目的ではないですね。

多田羅座長 だけど、患者と医療者の良好な関係が基本ですからね。

中島委員 そうですね。ところが、やっぱりそうではないと思っている人が10~20%ぐらいはいらっしゃるという事実は、結構こういうのが事例化していくわけですから、我々としてはどういう手段をとったらいいかということに向けた勉強が必要じゃないかなと思います。

多田羅座長 それは田中委員からもおっしゃったように、全体はいいけれど、だからそれでいいとは言えないという問題なわけですね。

中島委員 そういうことですね。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。それでは次は長瀬委員、お願いします。

長瀬委員 お話は出尽くしちゃったような感じがしますが、一応私もこのアンケート結果を見て、概ね良好というのを入れると随分いいなというふうに思いました。

それと、鈴木先生が言われたように、アンケート調査結果の、医療者と患者さんとの意識の乖離がやはりまだありますので、そこら辺のところは努力しないといけないかなというふうに思いましたし。

それからもう1つ、ここに個別のことをいろいろ聞いていますよね、患者さんに1つ1つ。これを田中先生が言われたように、概ねいいんだけど、あと10%は個別対応しないとけないという、その個別対応しなければいけないところがここにあるのかなと思っていますので、自分の反省も含めて我々精神科の業界に持って帰って、もっといろいろやらないといけないということと。

もう1つ、1-2の資料の3ページ、クエスチョン23のところ、疾病を理由とする差別・偏見を感じたかというところで、黒の網掛けに精神がなっていますので、これも反省材料かなと思って、これからしっかりやっていこうかというふうに思います。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。

中島委員 わざわざこの黒の網掛けをしていただいて、大変ありがとうございます。ただですね、よく見てみると大差ないんですよ。そこが大問題だと僕は思っています。

多田羅座長 大差って、それなりにあるでしょう。例えば20と12とか。

中島委員 あるといえばあるんですけど、5位と6位の差がほとんどないとか。そういうことです。

多田羅座長 では比嘉委員、お願いします。

比嘉委員 最後となると出尽くしていると思いますけれども、患者と医療従事者の良好な関係づくりは、インターネットでいろいろな情報が氾濫して、きちんと自分たちで理解をしながらやっていないというケースも多々あるので、それが患者さんの自己決定権を1割以上の人たちがとれていないのかなということと。

それから先ほど田中委員が言われていたように、歯科の場合は9割近く個人診療所なので、やはり患者さんのプライバシーの問題については、ソフト、ハードの面ではハードルが高いのかなと。ただ、患者さんの不満というのはやっぱりどこでも同じだと思うので、あとは個々でどのように対応していくかというのがこのデータから見るとわかるので、反省しながらやっていかないといけないかなということと。以上です。

多田羅座長 歯科の場合、例えば名前で呼ぶのはけしからんという意見もあるんですけど、どうなんですか、そういう点は。一般の診療所はわかるんですけど、歯科で名前で呼ばれたらちょっとびっくりするんじゃないかと思うんですけど。難しいですか。

比嘉委員 うちでは名前で呼んでいるものですから。どうしても地元の人たちだけなので、そこでやっぱり名前でコミュニケーションというのも必要。

多田羅座長 名前のコミュニケーションというのはありますものね。呼んでいただくということがね。

比嘉委員 そこら辺は病院と、やはり診療所と、またその時間帯とかで違ってくるので。それはまた難しいと思います。

多田羅座長 わかりました。ありがとうございます。では藤崎委員、お願いします。

藤崎委員 これまでいろいろな、各委員がおっしゃったことだと思います。私はサンプルの多さにも1つ驚いたというか感心したということと、それから6ページをごらんになっていた

だと、やっぱり全国の人口密度に合わせてやっているんだろうなというふうに思って、そういう意味では全国平均ですね。数字だけで言えば、だからこれは正しいやり方だったというふうに思うんです。

それからカルテ、これもどなたか、皆さんがおっしゃるように、カルテ開示を知らないという人の割合が非常に多いというのは、これは問題だということ。

それから、やっぱり疾病をもとにした差別・偏見がまだやっぱり結構あるんだなという思いがしますね。

多田羅座長 これはやっぱりゼロでないといけませんからね。不十分というのは11%あってもいいけれどね。

藤崎委員 限りなくやっぱりゼロに近くないとだめだというふうに思うんですね。

それから、41ページのセカンドオピニオン。私は実は大病を患って定期的に検査に病院に行っているの、先生との信頼関係というのは自分では築いているというふうに思っていますが、これはやっぱりなかなか患者のほうからは申しづらいという点はまだあります、やっぱり。

多田羅座長 さっきおっしゃってましたね。

藤崎委員 やっぱりこれをお医者さんのほうから言ってもらっても難しいのかなと。

多田羅座長 医者とか医療機関からね。

藤崎委員 この辺をどうするのかなという、そういう間に立つ看護師さんがアドバイスするのかということもあるので、この辺をこれからやっぱりちょっと、いろいろな形で議論になるだろうし、これから期待する部分もありますし。ですからそこを改善してもらいたいなというふうに思いますし。

それからさっき堅山さんが言ったようにハンセン病の問題でいえば、答えたくないという中に、これはどういう理由なのかというのがわからないので、そこにもしかしたらハンセン病のことが入っているかもしれないですよ、秘密を守るという意味では。だからその辺がまだ、逆にそういうと2名であってもハンセン病ということが出てくるとのこと自体は、僕は悪いことじゃないなというふうに思います。

多田羅座長 たまたまですけどね。

藤崎委員 ですから、それ以外はもう皆さんおっしゃっているようなことだと思いますが、安藤先生がおっしゃったようにこれがまた3年後あるいは5年後にどうなっているかということも知りたいですね、ある意味では。この会があるかどうかは別にして、もう1回同じような調査をしてもらったらおもしろいなというふうに思います。以上です。

多田羅座長 ハンセン病と書かれた方が回復者なのか元患者さんなのか、あるいはハンセン病以外の病気で6カ月以内にかかったのかという人が、モニター200何万人の中におられるということですね。ハンセン病の経験がある人……

藤崎委員 そうですね。それをきちんと申し出られるという時代は、ある意味で……

多田羅座長 それはもうそれが実態ですから、それは結構なことです。

藤崎委員 進んでいるのかなというふうに理解すればいいんじゃないのか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。それでは内田先生、お願いします。

内田委員 我々検討会は何年前、いろいろ検討させていただいた結果として、患者の権利を中核とする医療基本法の法制化という提言をさせていただいたんですけども、今回のアンケートを拝見させていただいて、我々の提言というのはある程度裏づけられたかなという印象を持っております。法制化の提言をさせていただいた根拠として幾つかございますけれども、1つはやはり患者側と医療側との意識ギャップの問題で、医療側の方々がいろいろな形で患者の権利を守るような制度を充実させていただいたとしても、やはり意識ギャップの問題が残る。そのことによってやはりいろいろなトラブルが起こりかねないというようなことがあるので、やはり共通のルールとして法律をつくることによってそのギャップを埋めていくということによって、パートナーシップをより強化する、日本の医療をより良好なものにしていくというのが1つの柱でございまして。

多田羅座長 ギャップがあることが明らかになっていることは、法律がいるということになるかも知れないですね。

内田委員 10%という数字をどう見るかという問題はございますけれども、やっぱり軽視できない数字だろうと。非常に全体として数字が上がっているというのは、医療側が非常にご努力いただいた結果だと思うんですけど、やはり軽視できない10%というのが存在しているということは、やはり私どもの考え方が間違っていなかったということの1つかなというふうに思っております。

もう1つは、利用状況でございますけれども、制度をつくっていただいたんだけどなかなかまだ十分に受容されていないということもやはりそれにかかわるところかなというふうに思っております、その制度というものをどういうふうに位置づけるのか。それから制度を使うということの意味を患者側がどういうふうに考えるのかと言うような問題も、やはりかかわってくることでございますので、制度を共通の理解のもとで使える制度にしていくというために、やはり公的なものにしていく。両方が認めるような共通の尺度として制度をつくっていくということが、やはり今回の調査で課題として出てきたかなという気がしています。

3つ目は42ページのところでございますけれども、国とか地方公共団体に期待するということの、その他の中で、私どもが法制化ということを提言させていただいた根拠の1つとして、医療従事者側だけでは十分に取組めない問題として、国とか自治体の課題というようなことがあるということで、やはり国・自治体の課題ということをきちんと実現していくためには法制化をして、そこで国・自治体の課題というのをきちんと規定する必要があるだろうということ提言させていただいたわけですが、今回やはり「その他」のところで地域ごとの医療機関の必要性を保持してほしいとか、病院間連携を進めてほしいとか、医師不足、看護師不足を解消してもらいたいとか、先ほど委員の方から出ました医療費が少し高過ぎるとか、自己負担とかいう、こういう問題はやはり医療側のご努力だけでは解決できない問題ということでございまして、そういう解決できない問題もありますよというふうなアンケートが出てきたということもございまして、やはり我々の提言というのがそれほど間違っていなかった、裏づけられたということで、さらにそれを詳しく分析して、理解を深めていく、いろいろな方々に法制化が必要だという理解を深めていくという検討をしてみたらどうかと、こう考えています。以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。今先生が基本的にまとめていただいたとおりで、全体の委員の意見として、全体で8割の方が概ねいいと、適当と言っていただいているのは、非常にありがたいというか日本の医療の実態に対する評価としてよかったんじゃないかということですけども、ただ中島委員がおっしゃったように、これはモニターの200何万人という方ですので、かなり社会的にいうとモニターになれるという方は、社会的にいうとやや中間階層の人たちですので社会全体の、仮に5,000人であってもややそこところが基本的な背景要因として理解しておかないといけないところがあるんじゃないかという点は基本的にあると思います。しかし、そういう中でも一応5,000人という数字で8割と。しかし、やっぱり問題はあるといえるのは少なくとも10%の方はおられるわけで、まさに少数派でございますが、そこにこそ社会の課題というのが累積しているとも言えるわけでありまして。その要因をもう少しクロスなりこの調査でわかるところはわかる、あるいは将来のこの検討会の検討課題としても深めていく必要があるのではないかと、ご指摘いただいたと思います。

それから最後に内田先生から、やはり法制化という問題をご指摘いただきました。この検討会の基本の課題でございます。その辺についてもこの内容からすると法制化の必要ということを示唆しているんじゃないかということで、法制化という問題意識を今後とも強調していく必要があるという点、ご指摘いただいたと思います。

以上、よろしいでしょうか。ありがとうございます。ちょっと時間が押してまいりましたので、一応議事録のほうでは先生方の意見をももちろん全部残させていただいて、また報告書でもご検討いただくとして、きょうのところは一応以上で、このアンケートに関する検討は終了させていただきます。どうもご協力ありがとうございました。

事務局 座長、よろしいでしょうか。尾形先生からご質問のありました35ページ、自由記載のところでは差別・偏見を理由とするというような記載があったかというご質問がございましたけれども、ここの設問につきましては、選択肢のほうに差別・偏見を理由としているということは選ぶところがありましたので、その他の自由記述にこういった記載があるというようなご回答はありませんでした。

それから、小森先生からご指摘のありました疾患別の年齢構成ですけれども、資料1-2の5ページのところに疾患別の年齢構成を集計しております。一番課題になっておりました耳については、有病率ということで見ますと、60歳代、70歳代の方は全体の患者数の中でも耳の疾患というところを選んでおられる方が多く出ておりましたので、先生が先ほどご指摘になったような点というのは、可能性としてはあるのではないかということがうかがえます。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。いただいたご意見は踏まえて、事務局のほうで今後進めさせていただきましますので、ご理解いただきたいと思っております。ありがとうございます。

それではちょっと時間が押してまいりましたのですが、議題のほうの(3)都道府県向けアンケート調査の結果報告について、事務局よりお願いいたします。

事務局 それでは資料2に基づきまして、都道府県アンケートの最終の報告書についてご報告をさせていただきます。こちらの資料については事前にお送りしたのから特に変更はしてございません。内容的には6月の今年度第1回の検討会のときに速報値をご報告しまして、あわせて北海道、岡山県、熊本県の行政のご担当の方から取り組み状況のヒアリングをさせていただきました。その結果につきまして、最終版の報告書ということで取りまとめをさせていただいたものでございます。6月の時点からここに至るまでに保健医療部署については都道府県、政令指定都市、全てのところからご回答をいただくということで、その部分は若干数字が変わっておりますけれども、速報値から大きなトレンドとして変わっている部分もございませんので、前回記載をしておりますませんでした検討会としてこの結果をどう見るかという総括の部分だけ、きょうご確認をいただければと思います。資料2の3ページ目のところから結果の概要ということで、前回6月の検討会で先生方にご意見をいただきましたものを総括として整理をさせていただきます。時間の制約がございますので、評価の部分のみ取り上げてご説明をいたします。

まずアンケート調査から得られた知見としまして、普及啓発事業の実施率について、1段落目のところの一番下、ただし書きのところでございます。一定の実施率が見られたということで、今回の調査のように関係部署、いろいろなところにまいておりますので、1つの部署、所管の部署が「実施した」と回答すれば、事業を実施している上で連携している部署は回答しない可能性が高いので、部署別で実施率が高い、低いということで一律に普及啓発事業をやっていないということではなくて、都道府県、政令指定都市の中で部署が連携をしてきちんと取り組みをしていることが、このデータからきちんとうかがえましたというような評価をさせていただきます。

続きまして2段落目、普及啓発事業で対象とする疾病というところで見ますと、都道府県と政令指定都市で若干対象とする疾病が、所掌事務の差ということも含めて差があったということの評価として入れております。

それから3段落目、普及啓発事業の種別ですけれども、4ページのほうにお進みいただきまして、地方公共団体においては差別・偏見の克服に向けてさまざまな部署が連携し、貴重な取り組みが実施されていることが確認できたという検討会としての評価を入れさせていただきます。ただし、検討会においても提言をしてきた知識教育に偏らない人間的な交流を中心とした取り組みですとか、差別・偏見の実態把握のための調査の実施、また当事者からの申し立て受理を行う相談窓口や、被害救済のための機関・組織の設置については、まだまだこれからの課題であるということを課題提起として入れさせていただきます。

続きまして普及啓発事業の対象者について、この結果につきましては広く一般市民に向けた取り組みというのはかなり実施をされていると。ただ、対象者をより明確に意識して年齢等々に合わせた効果的できめ細かな事業展開というところについては、今後の課題ということで残

しております。

続きまして普及啓発事業の効果に関する評価について、この結果を見ますと効果が上がっているという回答が多かったという点で一定の評価ができると思われまます。ただし、わからないとする回答も同程度あったということ踏まえまますと、やはり事業の評価というところの難しさ、特に定量的な評価が難しい普及啓発事業を今後どういうふうに進めていくのか評価の視点ですとか、種別に応じた評価のやり方について今後さらに検討するとともに、今回ヒアリング等にもご協力いただきましたけれども、そういった先進事例を収集して情報提供していくことが必要ではないかというところを課題提起してございます。

それから普及啓発事業の今後の実施以降についての評価ですけれども、事業を同程度の規模で継続するという回答が最も多かったという点につきましては、やはりこういった事業は総合的かつ継続的にやっていく必要があるというところが、自治体においても十分認識をされているという一定の評価をしてございます。ただし、ごく少数ですけれども事業規模の縮小、廃止の意向が示されているという点については、こういったものは続けていくことが重要ということを検討会としても発信し続けていくことが必要であるという課題提起をしてございます。

全体的な集計とあわせまして、ハンセン病療養所の有無別の集計をしてございます。これにつきましては、療養所があるかないかにかかわらず全国的にハンセン病の歴史について継承をしていこうということでの取り組みがなされているということについて評価をしたいという検討会としての意見を整理させていただいております。

3点目としまして、患者と医療従事者の相互理解の促進に向けた行政としての支援というところでございますが、これについては3段落目、相互理解の促進についてはきょう前半でもご議論いただきましたように、一義的には医療機関と患者の間で取り組んでいく事項ではあるけれども、行政としてもさまざまな側面から後方支援を行い、取り組みが進むような基盤整備を行うことを期待したいということコメントとして入れてございます。

ヒアリング調査から得られた知見につきましては、この3カ所、ご協力いただいたところでは一定の取り組みがなされているということで、この部分については評価をしたいということと、都道府県において療養所の有無によってハンセン病の普及啓発に差があるというところはあるかもしれないけれども、療養所があってもなくてもこういった取り組みについては続けていくことが可能であるということも事例からわかりましたので、ほかの地域でも引き続き取り組みをしていただきたいというような発信をさせていただいております。

6ページ、最終のまとめでございます。今回の調査結果から、全国の自治体で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向けた取り組みが相当程度進んでいることが明らかになったことは、高く評価できると。一方でハンセン病について、回復者の高齢化等に伴う問題の風化を懸念する意見が多く見られたというところで、ハンセン病の歴史に学び、新たな感染症等を理由として類似の問題が再発することを防ぐためには、こういった現状に即した新しい普及啓発のあり方についても検討していく必要があると。また事業については、効果の評価というところ、また総合的、継続的に続けていただくというところが重要というところで、検討会としても引き続き方策についてきめ細かく提示したいというような提言で締めさせていただきます。

説明については以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。この検討会でも疾病を理由とする差別・偏見の克服、また国民社会の普及啓発という点で国の役割が大きいということは、特に強調して法律の制定、患者権利法の制定ということを強調してきたわけですけれども、実際にそういう法律ができたとしても、制度の普及啓発という点では自治体の役割は極めて大きいという認識も一方ございまして、今回、都道府県を対象とする調査、またヒアリングもさせていただいたわけでございます。全体としてそれなりにと言うとちょっと言葉が悪いのかもわかりませんが、日本の自治体において取り組んでいただいていると、基本として、ベースとして取り組んでいただいているということは認識できたと思います。そして3つの部署を挙げていただいて、それぞれ3つの部署の役割になっているということも理解できたと思います。ただ、これの高さ、率がどう

なのかというのはいろいろ議論があることかと思えますけれども、一応こういう調査ができて、日本の実態について把握できたということは、まず非常に大きな役割を担うことができたんじゃないかと思えますし、自治体の皆さんにこのデータを見ていただいて、やはり続けて辛抱強く普及啓発事業をやっていただきたいということは、検討会としても要望していきたいと思う次第でございます。

ということでございますが、地方自治体へのコメントとして、この文章に例えば、文章の中で触れておいたほうがいだろうというようなことがございましたら、事務局案として出ておりますが、このことはぜひ触れておけるということがございましたら、きょうはあとちょっとで時間ですけれども。内田先生、いかがでしょうか。何かございますか。自治体に対して、この中で。

内田委員 堅山さんとか藤崎さんのご意見を頂戴できればと思います。

多田羅座長 藤崎さん、いかがですか。堅山さん、自治体に対してこういうことはぜひ述べておいてほしいということはどうですか。一応事務局のほうからベースの文言は書いていただいていると思うんですけども。

藤崎委員 概ねといいますか、大体これでいいんだろうというふうに思いますが、これはヒアリングのときにも私は申し上げましたけれども、療養所がある県でも岡山、熊本、特に進んでいるというか熱心ですよ。療養所のないところでいえば北海道が一番熱心ですね。ですから、もしそれが、そうでない県がどこまでそういう活動をやっているのかというのは具体的に見えない部分があるんですが、やっぱりすべからず全てがやっぱりそういう状況、あるいは北海道とか熊本、岡山並みの取り組みをすれば、また大分違うのではないかなという思いがあります。これは書く必要はありませんが、現実にはやっぱりそうだというふうに思います。

多田羅座長 岡山もしっかりやっているんだからという言い方ですね。

藤崎委員 最近、ただ、厚労省がここ4～5年前から年に1回各県の担当者を集めて私どもの話を聞いたりいろいろなことをやってもらっているの、ことしも3月にまたやると言っていましたから、こういうことをやることによって、積み重ねていくことによってやっぱり効果が出てくるのではないかなというふうに期待しています。

多田羅座長 こちらに期待しているんですか。

藤崎委員 熱心にやってもらっていますから。

多田羅座長 それは藤崎さんの声が大きいかからじゃないですか。

藤崎委員 いや、そんなことはない。

多田羅座長 では堅山委員、いかがでしょうか。

堅山委員 このハンセン病に対する偏見、差別等々というのはやっぱり、強制隔離をやっていた。そして一軒一軒回って患者狩りを行っていた歴史があります。そういう歴史の中で多くの偏見や差別が作り出されていった。私はこの啓発活動、効果が上がっているという、この結果がそのように書いてあります。どのような形で効果が上がっているんだろうかということも、きちんと忘れてはいかんだろうと。

例えば医食住と言いますけれども、医療の現場、あるいは食べること、あるいは住。その医のところに行った場合、まだまだ社会内にある医療機関の先生方がハンセン病というものを十分に理解しているとは言えません、はっきり言って。ですから約1,500名ぐらいの方が社会復帰をしていますが、裏傷といって足の裏に傷ができる。そして感覚がないものだからそのまま歩く。そうしたときにまた傷が悪くなる。この裏傷の治療とかそういうことになってくると療養所に頼らざるを得ないという現実がいまだにある。そしてまたハンセン病ということを隠して社会復帰をしている者はたくさんいるわけですから、そういう者たちが一般の医療機関で治療を、何かあって治療を受けるといったときに二の足を踏んでしまう。そういうこともあります、これは。だから医療の現場が、もっともっとやはりハンセン病に対する正しい知識を持っていたきたいという思いがあります。

それから住と私は言いましたけれども、私はいつの日か申し上げましたが、私が社会復帰するときも今も環境は変わっていない。それは何かといたら、一軒家を私は求めて社会復帰を

した。犬と暮らしたかったから一軒家を探した。鹿児島はまだ1万、2万、3万ぐらいで一軒家があるんですよ。そういうところを借りようとしたときに貸してくれない。不動産屋さんは「こういう物件がありますよ」と言うけれども、その持ち主が私が社会復帰者だということを聞いただけで貸してくれない。そういう現実が今もある。昨年も社会復帰した者が、一軒家を借りられなかったということで、私のところに来た者がいる。私が社会復帰して10年。その間何も変わっていない。実態はそういうものです。ですから、上辺は本当にハンセン病は理解されてきているように思えるかもしれない。しかし、その実例えば医療の現場、あるいは住も、そういうことに関して非常に大きな、まだまだ偏見や差別がそこに横たわっているということを、私たちはしっかりと見てとらなければいかんだろうと。

先ほど私は一軒一軒回って私たちを隔離していった、その情熱を国は、啓発活動に注いでいただきたい。一軒一軒回ってそれでは啓発をしていったか。していないわけですよ、これは。それがゆえに全国の13の療養所の納骨堂には65%ぐらいのご遺骨がそのまままだ放置されていると言ったら言葉に語弊があるかもしれないけれども、ふるさとに帰れないお骨がそのまま残っているわけです。ですから私たちはそういうことを考えながら、そしていまだに社会の、自分のふるさとへ帰れない多くの僚友たちが療養所の中で生活をしているというこの実態を、よく見据えていかなくちやいかんだろうと。そうなってくると徹底した啓発活動、こういうことをさらにさらに強固に推し進めていただきたい。そういう思いが私にはございます。

多田羅座長 わかりました。

藤崎委員 座長。誤解されると困るんですけど、これは我々の運動が功を奏したというふうに私どもは思っていますけれども、回復者、社会復帰者に対する相談事業というのは結構今進んできて、これもやっぱり制度を十分利用していないということのあらわれで、今の豎山委員の発言になっているんだと思うんですけども。そういう制度を十分活用できるような宣伝といいますか普及をしていかないと。実際にはあるんですよ、そういう相談窓口が。

多田羅座長 ありながらですね。

藤崎委員 だからそれを利用していない、できていないから今のようなことになるので、実際にはあるんです。それは我々が運動して、それはつくっているんですけども。だからそういうことを利用してもらえれば、それも解決するのかなという部分がありますから。別に私は国の制度をほめるわけではないですけども、ただそういう制度はあるんだと。そのことは理解してほしい。だから、せっかく制度をつくっても、それが十分利用されていないという部分が問題なので。先ほど内田先生がおっしゃるように、やっぱりそれは制度を十分活用することをしてしなければ、各県なり担当の方々がそういう力を発揮してくれればいいなというふうに思うんですよ。

多田羅座長 だから豎山委員の、効果があるというのは甘いんじゃないかということですよ。現実が残っている以上はね。

藤崎委員 そうそう。だから制度が利用されていないという部分があるから、そういう。

多田羅座長 それで効果があったというふうに答えている回答がありますからね。だから、それはちょっと現実を知らないんじゃないかという、そういう認識のご意見ですよ。わかりました。先生ありますか、はい。

鈴木委員 5ページの(3)の3段落目、「患者と医療従事者の相互理解の促進は」という文章なんですけれども、先ほどの内田先生のご発言を前提にすると、一義的には医療機関の取り組むべき事項だが、地方公共団体が後方支援を行うと、それによって医療機関の取り組みが進むというのは、ちょっと先ほどの内田先生あるいはこの委員会の方針からすると、誤解を生むのではないかと思います。

多田羅座長 一義的にはむしろ公共団体が一義的かもわかりません。

鈴木委員 ですから、医療機関の取り組むべき課題は、一義的というかむしろ直接的にはという表現だと思うんですよ。それで、根本的には国の医療基本法つまり国の医療政策立案が、患者の権利を土台にした医療の基本法をつくろうというこの委員会の意見書の骨子ですね。そこを国がまずやって、そして地方公共団体が側面、後方支援をするということによって、直接

的な医療機関の取り組みが進むような基盤整備が必要だという文脈にすべきなのではないかと思うのですが、今村先生、いかがでしょうか。

今村委員 医師・患者関係の基本的な考えというのは、鈴木委員と全く共通しております、その考え方を基盤に、患者の権利を中心とした医療基本法をつくろうというのを日医としても提案しておりますし、鈴木先生からの提案というのも、その考え方には全く同調いたします。

多田羅座長 ありがとうございます。鈴木先生、貴重なご意見、ありがとうございます。

内田委員 時間の関係で2点だけなんですけれど、ハンセン病に関していいますと、無らい県運動というのが、やっぱりハンセン病の偏見・差別を助長するとかということに非常に大きな役割を果たしたというのは周知のところですが、この無らい県運動というのはやはり国とか自治体だけではなくて、社会各界がこの無らい県運動の担い手になって差別・偏見の作出、助長に力を発揮したという経緯を考えますと、やはり社会各界も国・自治体と同様に差別解消に取り組んでいくことが必要だろうと思うんです。国・自治体のほうではかなり努力をいただいで、今回のアンケートで自治体でも取り組んでいただいたところなんですけれども、やはり社会各界が自らの問題として取り組んでいくということを促進するというファクターも重要でして、そういう意味ではまとめの最後の文章の中に、社会各界と連携してとか、社会各界の理解を得てとか、理解を得るよという文言をやはり盛り込んでいくことが必要ではないかなという気がいたします。

それから形式的には制度としてかなり広がっているところなんです、ご存じのように福岡の生徒さんのお手紙を出されたという事件がございまして、やはり例えば啓発のところではハンセン病というのは感染力が低いですよというように言いますと、それでは感染力が高ければ強制隔離でいいのかとか、こういう逆の質問が必ず出てくるわけで、そこも含めてきちんと啓発しないと、断片的なことを言ってしまうと裏返しの問題というのが起こってくるわけで、逆にそのことが差別・偏見を助長しかねないという、そこまで踏み込んだことでやっていくということが必要だろうと。これが今回の福岡の事件の教訓だろうというふうに思うわけでして。そういうことも含めて啓発の効果を測定とかいう表現になってしまいますけれども、やはりもう少しそこは適切な表現というか踏み込んだ表現にいただければありがたいと。同じような問題は他の疾病に伴う差別についてもやはりあり得ることで、国とか自治体とか医療機関が非常に努力をいただいてもやはりなかなか課題として残っている部分というのが社会の取り組みとの関係であるのではないかという観点も、やはり同じように少し盛り込めるのであれば盛り込んでいただければありがたいと思っています。以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。社会とか地域、取り巻く地域ですね。ありがとうございます。

それではご意見は全部テープで確認させていただきながら文章のほうにまとめていきたいと思っておりますので、ご了解いただきたいと思います。また、できましたら委員の先生方に送らせていただくようにします。それではこれで議題2の自治体のアンケートに対する結果報告の審議を終了させていただきます。ご協力ありがとうございました。

その他というのがありましたかね。事務局、何かあるんですかね。よろしいですか。

事務局 大丈夫です。

多田羅座長 それでは本日の検討会、以上とさせていただきますと思います。

来年度以降のことですが、まだ概算要求のレベルではございますが内々、一応概算要求もしていただいているということで、順当にいけば来年度もこの検討会、引き続きご検討をいただく……

藤崎委員 決まりましたよ。

多田羅座長 一応まだ、そういうことのようにございますので、来年度も委員の皆様にはまた3回程度委員会を開かせていただく予定になると思っておりますので、引き続きご支援のほどよろしく願いいたします。どうも本日はありがとうございました。

(了)