

第6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19年7月27日（金）

場 所：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。委員の皆様には、非常に暑いところ、また御多忙のところを、本日、第6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に御出席賜りまして、ありがとうございます。どうぞよろしく願い申し上げます。

前回の第5回を4月19日に行わせていただきました。4月にはなったのですが、実質的に前年度の一つのまとめの会のような格好で、非常に充実した御審議をいただいたことをよく覚えております。それ以降、やや時間をいただいて、3カ月、あっという間に時間がたってしまったのですけれど、この間、私の方から事務局の方へ、この1年間、前年度に行われた検証会議の提言に基づく、関連する当局の取り組みについての報告、それに対する委員の皆様からの御意見、御指摘等を、一括してまとめたものをつくってほしい、と依頼しました。主として議事録をもとにまとめてほしいということで、一応、まだ9割方かとは思いますが、議事録を中心に、まとめを行わせていただきました。

これはこの会における検討の非常に大事な、中核になるものであるかと思っております。特に検証会議の方からの提言というのは、目指すべき重要な課題が示されています。しかし現実の取り組みについては、いまだ必ずしも十分な段階に至っていない、どういう点で十分でないのかというような点について、特に委員の皆様から非常に的確な御指摘をいただき、それが議事録として、すべてまとめられています。それについては委員の皆様にも、一応、9割段階のものですけれども、事務局の方から送らせていただいておりますので、御点検いただきたいと思っております。まだまだ不十分なところもあるかと思っておりますので、今日も最初にその点について、さらに追加いただくところがあれば追加いただくということをお願いしたいと思います。この検討会の基盤になるものですので、そのところは充実した記録を残していきたいという所存でございます。

検証会議からの8つの提言に対して取り組みが行われ、それについて検討いただいたわけですが、しかし大きく、どのような方向が今後のこの検討の内容として望まれるのか、この検討会議で、どういう方向で、今後、検討を進めるべきかという点について、一応、今日の会を迎えるに当たり、委員の皆様には御意見ないし御要望、ないしは御指導といいますが、こうやったらいいのではないかというふうな御意見をいただきたいと思ひ、事務局の方から、その点について委員の皆様には御意見をお願いして、5人の委員の皆様から、当面の御意見をいただいております。本日、会議の後半は、今後の進め方ということについて議論をさせていただきたいと思っております。

以上、これまでの1年間に検討した結果についてのまとめと、今年度以降のとり組み、検討会としての今後の方向、という2つの課題に直面しているというのが、今日の第6回の検討会でございます。そういう方向で、座長としては理解し、きょうの会議を進めたいと思っておりますので、よろしく御協力をお願いしたいと思います。

それでは最初に、これまでにいただいた報告に対する意見のまとめでございますが、改めまして、追加、あるいは事務局の方から送付させていただいた内容について不十分という点などがありましたら、最初にお伺いしたいと思います。

私ばかり話して恐縮ですけれども、私の方から最初に追加といいますが、報告をさせていただきたいと思ひます。一つは、きょうの御意見の中の5ページのところに、弔委員より御指摘いただいているわけですけれども、栗生楽泉園における慰霊祭の中での「胎児」「墮胎児」のという表現方法に関する問題でございます。

実は先ほどの私の説明の中でも言おうとしたのですけれども、この検討会は、第1回のときにもそういう趣旨の話させていただいたと思ひますけれども、検証会議の提言を受けて、関連の当局、機関が、それぞれ取り組んでいただいている、その現状について報告をいただいて、どのような課題があるのか、どのような方向を、対策としてとるべきかということを検討する会ではありますが、既に行われている当局の取り組みの現状について、十分であるとか、不十分であるとか、あるいは適切か、不適切かということに関して、それぞれ委員の皆様から御意見をいただくことは非常に重要であり、この検討会の中心をなすと思ひますけれども、この検討会は、だからといって不十分であるとか、あるいは不適切であるということについて結論的なものを、ここで議論するという場ではないと思ひます。

取り組みに対して、委員の皆様から、こういう点が不十分である、こういう点が不適切である、

という意見を出していただくことは非常に重要です。そういう、現状に対する御意見を含めて、全体としての、我が国における現在の取り組みを理解いただくということで、不十分か、不適切かということ、ここで最終的に結論を出すのは、むしろ不可能というふうにも思いますし、また、検討会の目的ではないと思います。委員の皆様から、的確かつ厳しい御指摘をいただいて、我が国の現状というものを、委員の皆様の取り組みに対する御指摘を含めた視点か、現状を理解いただいて、それに対して、今後どのような取り組みが残されているのかという点に踏み込んだ検討を、この検討会ではしていただきたいと思う次第です。

そういうことで、栗生楽泉園における慰霊祭の「胎児」「墮胎児」の問題は、非常に深刻な課題であり、日本の社会がまだ持っている、あるいは行政の方でも、いまだ必ずしもそれを乗り越えられていない現状というものについて、弐委員から御指摘いただいたことは間違いないと思います。私も、栗生楽泉園の方に、その後、訪問させていただいて、弐委員や園の人たちとお話をさせていただいて、弐委員がここで報告されたのと同じような状況が、現実にその場で進んだということについては勉強させていただきました。ですから、そのことを早く報告すればよかったのですが、ただ私が何か意見を言うと、かえって何か、判断といいますか、そういう感じになったりすることにも心配され、やや蛇足かなあという気持ちもありまして、消極的になっておりました。それならそれで、そういう点をもう少し早く御報告すべきだったということもあり今日になってしまいましたことは、お許しいただきたいと思います。

私の趣旨としましては、栗生楽泉園における状況について、弐委員、その他の先生からの厳しい指摘があった、その点を議事録の中に記載させていただいて、そういうことが今の日本の現実である、ということで少なくとも委員の皆様には御理解いただいて、今後の検討の基盤にさせていただきたいということで、御理解いただきたいと思っています。以上、私の追加として発言させていただきました。その点、弐委員から何か御意見はございますか。

弐委員 前回、私はやむを得ない事情ができて、出席できませんでした。前回の議事録を見たら、今、座長がおっしゃったような件には全然触れていないということから、私の意見として、この問題も、やはり引きずっている状況がありますので、このことを明らかにしておいた方がいい、と。特に「墮胎児」の「墮」の字を削る、そして弁護団の「慰霊の辞」も断る、と。しかし、その断った理由としては、「墮胎児」の「墮」を取った方が適当である、と。また、時間の関係で、どうして厚生労働省が私たちの会場の時間まで気にしてくれるのか、本当に不可解な話です。時間の関係で、弁護団の「慰霊の辞」は断った方がいいということと、さらに、そのことに関しては、ここの席でこの問題を取り上げた、前々回ですか、その段階では、厚生労働省の方では、さらに施設側と、自治会で話し合うようにということを伝えたわけだというように回答していました。

私がここに書いたように、座長が、そのことをお確かめに、わざわざ栗生楽泉園においでになったというふうに、私には受け取れました。この問題は、さらに厚労省と自治会で話し合うようにと、そういう回答であった。それが本当かどうか。私、弐は、そのことについては触れていないんじゃないか、と。実際にこの問題について、厚生労働省から電話連絡等を受けた、藤田三四郎自治会長が、果たしてそういうふうに聞いているか聞いていないか、それをわざわざ、座長がお確かめにおいでになる、これは一体どういうことなのかというふうに思わざるを得ないので、国のことについて何ら報告がなかったために、私の方で、この私の意見の中に書き込むことにしたわけです。以上です。

多田羅座長 はい、わかりました。確かに今、弐委員のおっしゃるとおり、私は主として確認ということではなしに、お話を聞きに行くということではございますが、結果としてそういう役割になったかと思えます。そして、ここにも弐委員に書いていただいているような形で、藤田自治会長から御回答をいただいたことも、私も事実として記憶しております。

そういうことで、この会としては、この弐委員から御指摘いただいたことを現実として、弐委員の御意見をここに記載させていただくことで、検討会としては理解させていただくということで、よろしくお願ひしたいと思います。ありがとうございました。

谷野委員 ちょっとパタパタしてしまっていて、余り資料を読み込んでいなくて、ここに来てから、たまたま検証会議の提言についての資料1の7ページの5番目を目にしてびっくりしたんですけど、慢性の医療機関で「単科の大医療施設は原則として認められるべきではない」とあります。

私は、この会は1回くらい休んだので、その休んだときのことかもしれませんが……。

多田羅座長 どの資料ですか。

谷野委員 議事次第の次の、資料1です。これはまだやっていないんですか。

事務局 恐れ入ります。最初に座長のお話から始まりましたので、本日の御出席状況や資料の御説明がまだできておりません。事務局からその点について、ここで御報告させていただいてよろしいでしょうか。

多田羅座長 はい、結構です。

事務局 まず、本日の御出欠の状況でございますけれども、本日は中島委員と秋葉委員から御欠席との御連絡をいただいております。また、安藤委員が少し遅れるということで御連絡をいただいております。

次に、お手元の資料の確認をさせていただきます。第6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の議事次第ということで、1枚でございます。2枚目が委員名簿でございます。3枚目が、本日の座席表でございます。それから資料1が「再発防止のための提言」の概要で、これは検証会議の報告書から抜粋したものでございます。それから資料2ということで、本日までにいただいた御意見をまとめさせていただいたもの、今後の検討に向けた御意見ということで5名の委員の御意見をまとめてございます。それと資料3ということで、検討会の当面のスケジュールについて（素案）でございます。以上がお手元の資料でございます。今、谷野委員からお話がありましたのは、右肩に「資料1」とあるものでございます。

多田羅座長 では、よろしく願いいたします。

谷野委員 おくれて来たので、前後の関係がわからなくて済みません。資料1の7ページの5番、「精神障害者は身体疾患治療の機会を著しく制限されている」云々とあって、「一般病院の一部としてなされるべきであって、単科の大医療施設は原則として認められるべきではない」とあります。こういう議論がどこであったのか、よくわかりませんが、我々現場としては、うちもそんなに大規模病院ではないんですけれど、単科は単科です。今問題になっているのは、ここに書いてあるように、精神科における身体合併症が極めて深刻なんです。ところが、今、どういうことになっているかというと、総合病院の精神科は、なかなか身体合併症を受け取らない、そういう状態です。それから総合病院の精神科はどういうことになっているかというと、これも全く変な話ですけれど、医療経済に誘導されて、ベッド減らしをやっている。某大学病院に至っては、ベッドを削減というよりも全部なくしてしまっただけです。

ということは、ここに書いてあることと全く逆行したことが現場で起こっているわけです。総合病院の精神科は、もう、ベッドを削減している。大学病院の精神科に至っては、もう、外来だけにしてベッドをなくしている。こういう現実があるわけで、そういう現実があるのにもかかわらず、全くこの考えは、ちょっと容認できない。これを書くとすれば、そういう身体合併症の精神障害者は、可及的速やかに総合病院で治療を受けるような体制を整えるべきであるとか、そういうふうにはされないといけない。「単科の大医療施設は原則として認められるべきではない」ということを書くと、これは大混乱になると思いますので、この表現はちょっと適切ではないというふうに思います。

多田羅座長 ただ、この検証会議の提言は、一応、これはもう憲法のように、我々の出発点になっている文書ですので、これに対して我々として訂正を求めるといふことには、今のところなっていないので、それは先生の御意見として、議事録には残させていただきたいと思います。

谷野委員 そうすると、これはどこから来た文書ですか。

多田羅座長 では、事務局からお願いします。これは検証会議の方ですね。

事務局 はい。第1回目のときに、先生方のお手元にあるかと思っておりますけれど これは内田

先生の方がよく御存じかと思いますが、ハンセン病問題に関する検証会議の最終報告書というのが出ていて、その提言に基づく再発防止検討会ということですので、その中の、最終報告書の中の文章でございます。

多田羅座長 最初に分厚い報告書の文書をごらんいただいたかと思いますが、あの中の第十九章ということですよ。

谷野委員 その中に入っていたとすれば、これは致し方ないというか、しかし、それが下りてきたこの検討委員会として、そういう意見があったということは、ぜひ書き込んでもらいたい。ただ、その親委員会と言っているのかどうかわかりませんが、やはり精神科の現状をわかっておられる方がおいでにならなかったのかどうか、よくわかりませんが……。

多田羅座長 ただ、ここも一応、総合病院の機能としてということ、現実が進んでいないということはさておき、原則としては、総合病院の機能を有する一般病院の一部としてなされるべきというふうに述べておられるのではないのでしょうか。ただ現状が進んでいないということは先生の御指摘のとおりですが。

谷野委員 現実逆行していますよね。

多田羅座長 検証会議の提言としては、だから、総合病院の一部として強化されるべきだということ、これを主張されている趣旨ではあると思うのですが、言い方にやや問題があるかもしれませんが。

谷野委員 だから、百歩譲ってここまではいいとしても、次の「単科の大医療施設は原則として認められるべきではない」ということに対して、多くはやはり精神科は、500床、600床の単科の精神科病院があることは事実なんですよ。

多田羅座長 なるほど。だからここはむしろ、総合病院の一部としてという考えで、何か精神科だけ別に大きなお城をつくるべきではないという考えには立っていますね。それは少し、現実を踏まえていないという御意見ですね。

谷野委員 はい、そうです。

高橋委員 この検証会議の提言の位置づけというのを、もう一度考え直してみる必要があると思います。検証会議がそういう提言をしたということ自体は事実ですし、それをひっくり返すことはできません。ただ、この検証会議の提言というのは、現実にはマッチしていない部分があります。我々はそれに基づいて、それをひたすら真っすぐに突き進むのではなくて、それを修正したり追加したり、あるいは排除したりする権利があるというふうに認識すべきだと思います。ロードマップというのはレールロードではありませんから、事態が変われば、あるいはいろんな意見が出れば、右に曲がるのも左に曲がるのも、とまるのも逆に向くのも、これはもう全部自由だと思えます。ですから、そういう点では、谷野先生の発言というのは、別な次元の問題としてクローズアップされるべきだということに認識しています。

多田羅座長 なるほど。100%オーケーと言う必要は、我々としてはないといえます。我々の検討した結果というのが、あり得るということですね。

筈委員 内田先生の方からも御説明いただきたいと思いますが、ここは、いわゆる検証会議の提言に基づく再発防止検討会である。ですから、検証会議が提言した今の問題については、これはまず、内田先生の御見解を示していただいて、その上で議論すべきではないかと。本来、検証会議の提言に基づいてやるものであって、ハンセン病検証会議の提言がどうあるべきなのか、そのことについて、いちいちこの検討会で これは私の意見の中でも述べておきましたけれど、検証会議の提言を検討するという会議ではないと思うんです。それをどのように実現するか、ロードマップをいかに実現するかというのが、この会議だと思うんですが、先生の方から、今の問題について、御見解をまずお聞きして、その上で討議したいと思います。

多田羅座長 では内田先生、お願いいたします。

内田座長代理 今出された問題は、この検討会の当初から何度も議論してきたところでありまして、一定程度、共通の認識が得られていたというふうに私は理解しています。検証会議の再発防止提言を具体化していく中で、いろいろな問題点について、さらに検討を深めていく。より具体的なもの、より精緻なものにしていく。そのためにこの検討会で検討を加える。こういうふうなことで、ほぼ理解ができていたというふうに思っております。

部分的には、先ほど高橋委員がおっしゃったように、少し違うところがあるのではないかということもあると思いますけれど、そういう点については、より合理的な根拠や資料等を踏まえた上で、さらに修正していくということであって、後ろ向きに行くということではなくて、より前向きに行くために、いろんな議論をしていく。こういう共通理解があったのではないかというふうに思っております。

筈委員 ですから、そういう意味から言えば、この問題で、今、高橋先生がおっしゃった、現実はこちらではないということ、確かに私の意見の中にもありますが、精神病に関しては特別法が残っている。特別法として残っているのは精神病だけである。あとはハンセン病の感染症。今、厚生労働省の中でも、私たちは、いわゆる疾病課とか病院課ということで対応しているというような状況です。本当に、そういう意味では精神障害福祉法というのがありますが、果たして福祉はどうか。全くこの問題は、患者の権利法という意味で論議が進んでいるわけでありまして、全体の患者が本当に幸せにならなければならないというのが、この患者の権利法の討議の基本だろうと思うんです。だからそういう点で、取り残されたものはそのままいいんだという考え方、あるいはハンセン病が引き金にはなりましたが、優先するという意味ではありません。そういうことで、私たちも、そういうつもりで、この会議に臨んでいるわけです。

確かに精神病の関係で、私が調べた限りでは、太平洋戦争中の昭和20年、1945年に死亡率を調べてみたところ、ハンセン病の療養所の死亡率が一番高いのは、長島愛生園で23%。それに比べて精神病の各病院は40%から50%の死亡率です。半分近く、あるいは半分以上死んでいる。それは一体何か。私たちは、本当に、国の恥だなどという形で、あの戦争中、ひどい目に遭ったけれど、精神病の人たちがどれほど、そういう死亡率の面から見ても、いかにひどい状況にあったかというのがよくわかります。

だからそういう意味では、間違った方向に対して指摘があるとすれば、それはただちに、やはり正していく、直していく、そういう姿勢が、この検討会では必要だし、そして同時に、検証会議が提言した、いちいちそれぞれの課題について、改めてここで検討するというものでは本来ないと私は思うんです。提言をいかに実現するか、そういうことだと思うんです。

多田羅座長 はい、わかりました。

谷野委員 うちが戦前からの病院ですけれど、確かに戦後の状況を聞いていますと、かなり死亡率が高かった。というのは、これはうちだけではなくて全国的にです。というのは、それだけが原因ではないと思いますけれど、一つは食糧難で、まだ地方はいいんですけれど、うちは富山ですけれど、ともかく食糧難で、大変な状況であったということが一つと、そのときに入院患者の多くを占めていたのは進行麻痺であった。このことが、かなり死亡率を上げたのではないかと聞いています。

自分のところを言うのは何ですけれど、うちは310床ですが、今、年間に当院で亡くなるのは1人か2人しかいません。そういう意味では、全体に合併症対策も、それから不十分ながら、さっき言ったように、合併症は総合病院に移しますからね。だから誤解のないようにお願いします。今、全国の精神科病院がそういう惨憺たる状況にあるわけではない。かなり、そういう点では、むしろ高齢化して弱っているんです。高齢化して合併症があって、その人たちの対策が極めて大変になっている。もう一方で、2カ月か3カ月で退院していくような方々の一群と、高齢化して合併症で追われている人たちの一群がある。今、そのように二極分化しているんです。

それが一つと、もう一つは精神保健福祉法というのは、ほとんどが患者の人権擁護です。今言われたように、福祉の部分は極めて不十分です。自立支援法ができましたけれど、これも全くナンセンスな法案で、精神保健福祉法というのは、本当に、がんじがらめの患者権利法ですよ。何

をやるにしても、指定医が書類を書かなくてはならない。そういう点では昔から見ると、もう、書類書きは山のようにあって、患者の権利を守るのに、こんなに書類を書かなければならないのかと思うような状況ですから、その辺は誤解のないようにしてもらいたいと思います。

多田羅座長 わかりました。高橋委員、どうぞ。

高橋委員 私、さっきロードマップをたとえて反対向きに走り出すという表現をしましたがけれど、これは誤解を招くので撤回いたします。私の言いたいのは修正ができるということであって、それをちょっと誇張しただけですので、どうぞ誤解のないようお願いいたします。

多田羅座長 わかりました。先ほど内田先生から言っていたように、あくまで検証会議の提言を、我々の出発点とするということについては了承いただきたいと思います。出発点として既に始まっている取り組みについて報告をいただき、それに意見をいただく。そして我々の、検討した結果に基づいて、さらに大きな提言をしていただく。その提言の中で、もし検証会議の提言と相入れない意見があれば、それはここでまた議論していただいて、それなりの方向を示していくということについては、内田先生、そういうことでよろしいですね、取り組む中で出てくる課題については・・・。

内田座長代理 もう一つは、この会議の性格ですけど、やはり具体化ということを念頭に置いて議論していくというふうに、御了解いただいていると思っております。

多田羅座長 はい、そういうことですね。検証会議の提言の方は、かなり理想的といいますが、理想的な方向を示していただいていますので、それについてどのように具体的に我が国の社会の中で、それを、根を生やし育てる形をつくっていくかということを検討いただきたいということかと思えます。ありがとうございました。

今申し上げている、検証会議を原点にして取り組みが進められている、それに対する現状について報告をいただき、委員の皆様から御意見をいただきました。これは一番の中心になる場所ですので、我が国の現在の状況をどのように見ているのかという点でございます。追加の意見がありましたらお願いしたいのですが、尾形先生、いかがでしょうか。

尾形委員 済みません、今まで講義と重なる機会が多くて、何回もお休みをさせていただきました。今までの議論に参加していないので、あるいは少し場違いな意見になるかもしれませんが、お送りいただいた議事録等を拝見していると、患者の権利法あるいは医療基本法的なものについての議論が最近行われているように思いますので、その点について、若干、申し上げたいと思います。

私自身は何らかの形で患者の権利法的なものを法制化すべきであるという考え方を持っています。日本の患者あるいは医療の受け手のエンパワーメントについては、全般的に十分ではないという意見を持っております。ただ、それをどのような形で実現していくかということについては、いろいろな考え方があり得るだろうというふうに思っております。医療基本法的なものを含め、別法を定めるというのも一つのやり方ですし、あるいは現行の医療法の改正で対応するなど、いろいろなやり方があり得るというふうに考えています。

そういう意味では、この場でどういうやり方にするかということまで決めるのは、なかなか難しいのではないかとこのように思っております。患者の権利法あるいはそれに類したものの制定についての検討の場を、別途設ける必要があるのではないかとこのように私の考え方は。

多田羅座長 ありがとうございました。ほかに、いかがでしょうか。

筈委員 前回、私は休まざるを得ない事情があって欠席いたしました。いわゆる医療基本法という形でまとめていこうではないかというような議論が大勢を占めていたように、前回の議事録からは感じられます。しかし、その中に医師の権利をも含めてという発言がありました。医師の権利というのは一体何なのか。私たちハンセン病の療養所の経験から言いますと、いわゆる医師というのは、もう、絶対的なもので、いわゆるパターンリズムというか、そういう家父長性の象徴のような形で医者は存在している。事実、「救らい思想」というのは、そこから出てきてい

るわけです。患者を救ってやるんだ、と。それがいかに、今、国民の中にハンセン病に対する偏見・差別を、大きく深くさせているか。そういうふうなもので、医者自身が、もう、家父長性を患者に押しつけてきた。そういう状態であります。

それが、じゃあ、今、どういうふうになってきているかということと言いますと、実は私、きょう、資料をちょっと持って来たんですが、今年の1月29日に、私たちの栗生楽泉園に入院している「 」さんという人が事故に遭いました。これは人工透析をしなければならない方です。我々としては、厚生労働省の方で、各療養所に透析の設備をきちんと整えるように要求し続けているが、それが実現しない。そのために、いわゆる委託医療の形で、月水金と週3回、透析に通わなければならない。その透析に通うための病院の自動車にパトカーが正面衝突した。何とパトカーは、検問する場所を探すために、対向車線にはみ出てきて正面衝突をした。そのために、私どもの入所者の、透析に行く途中だった方が額を切っけがをしました。正面衝突ですから、相当な衝撃があった。それで額を切った。額の傷は3針か4針ぐらいだったらしいけれど、いわゆる委託治療の先で入院した。

退院して出てきたところ、今度は目がおかしい。テレビや何かを見てびっくりしたのは、字幕や何か全部二重に見える。それで慌てて、近くの病院に行きました。私のところは草津町ですが、草津町に眼科医がいないために、長野原町というところに剣持眼科というのがありまして、その眼科の病院へ行って診てもらったところ、これは衝突事故には関係ない、と。たまたまその時期に、そういう状況で目が悪くなっただけで、衝突事故とは関係ないというふうな診断が眼科医から出された。これは、ごく近くの警察署がパトカーの事故を起こして、そのことについては、新聞報道等では、衝突した結果、けがをした人は軽症だったために、その事故を起こした警察官の名前は公表しないということが、何と堂々と新聞に出てくる。しかも眼科診察を受けた結果、その人は、それはたまたま、その事故のときに目が悪くなっただけだ、と。事故とは関係なく目が悪くなっただけだという診断があって、この診断が動かせない。ほかの病院へ行っても、初診がそうだとすれば、これは全然動かせない。

本人は身体が弱いから運転免許を取って、それで外出するときには車で出かける。ところが車線が二重に見える。そのために、実際には車の運転もできない。そういう大きな被害を受けていながら、その目は、この衝突事故とは関係ないという医者の診断があって、これが動かしがたい状況になっている。

医者の権利ということですが、どういうところから権利が必要なのか。私たちは、このハンセン病問題からいっても、患者の権利法ということで論議されていたにもかかわらず、前回の論議の中には、医者の権利をも同時に保証しろという意見が出ていますが、これに対して私は本当に、現実の問題として、私たちが現在受けている問題、そういうような、医者の診断によって被害が補償されない、そういう現実があるということと同時に御理解いただきたい。だから医者の権利とは一体どういうものか、具体的にだれか教えていただきたいと思います。なぜ基本法の中に医者の権利を置かなければいけないのか。

多田羅座長 わかりました。弐委員がおっしゃる点は現実の問題だと思いますけれど、やはり医者の側にも、医者の権利を守ってほしいという局面は多々あるということは私も聞いております。

花井委員 医者の権利発言は、前回、多分、私がしたと思うので、その責任から追加説明をさせていただきます。私は一応、HIV感染という立場で、今回、末席に呼んでいただいているんですが、私どもも1980年代にHIV感染が起こったときに、当時、血友病集団は、血友病の先生を信頼して、ずっとそこで治療を受けていたわけです。その時代はパターナリズム全盛の時代でした。今、当時の血友病の先生方とお話ししても、「当時はパターナリズム全盛でねえ」ということで、患者への告知がおくれた話や、またリスクについて、十分に患者とコミュニケーションする前に、ある種、安全だと言ってしまったり、もしくは自分が未知の感染症に対しては自分の医学的知識の範囲で 多くは小児科の医師ですから、ウィルス学の専門でもなく感染症の専門でもない医師たちが、自分の知識の及ばない、もしくは刻々と変わる状況の中で、判断を、必ずしも、今の価値観から言えば、勝手に安全なもの決めつけて、リスクのある治療を患者に施してきたということで、僕らも医師に対して批判的な立場をとりましたし、世論もそういった話の中で、かなりの血友病の先生方が批判にさらされたわけです。

現実には、個々の医師を一人一人、今、綿密に再調査しているんですけど、これは今から見ても、当時の価値観でも、これは批判は免れないなあという事例もないことはありませんが、や

はり当時の状況の中で、パターンリズムの中で、やはり患者側にもそれを受け入れている土壌があったというのは一つあるんですね。ハンセンの場合には、もちろん、極めて犯罪的な医療者というのが、多分、存在していたし、これはもう、さっきの「墮胎」という言葉に関していろいろ反応する脈絡と一緒に思うんですが、犯罪的な人は確かにいたわけです。血友病の医者の中にも、率直に言って、いたと僕は思うんですが、ただ、全部が全部、そうではなかったということもまた事実であるし、それから、結果としては患者のマイナスになるような治療行為をしてしまったけれど、当時の状況の中で、その人は実はよかれと思って一生懸命やったけれど、結局は批判されるような結果になったという場合もあったというふうに考えているわけです。

その後、HIVの治療というものをやっつけていこうとしたときに、やはり患者の権利ということは僕らも意識はしたし、そこは非常に重要で、患者の自決権というものをやはり留保しないと、本当にいい医療はできないんだということを実感して進めてきたわけですが、ただ、今もまた、患者の利益になる医療というものを構築していこうとすると、現場でいろいろかかわっている医療者側の立場も極めて厳しいがゆえに、適切な医療行為ができないという現実もまた存在している。そういう認識から、この前の発言があったわけです。

それは具体的にどういう話かということ、例えば一番端的に言えば、労働時間が異常に長くて、患者のためのいい医療をしようとする、エイズの医療を見たらわかると思うんですが、必ずしも今も、いわゆる保険財源の中で確保できないことがあるわけです。長時間の薬剤師によるインフォームドコンセントとか、それから、いろんなメディカルサービスが膨れ上がって、ソーシャルサービスとのグレーゾーンまでをメディカルサービスにファンクションとしてつけていく機能、それはカウンセリングとか、それからソーシャルワーキングとか、いろんなものがあるわけです、エイズ医療というのは非常に社会的な病なので、そういうサービスを全部、メディカルサービスの中に、機能として、私たちはつけるようお願いして、つけていただいたわけです。そうすると、ある程度、特殊な財源、つまり税金とかそういうものを投入すると、ある程度そこは担保できるけれども、しかし今の普通の診療機関でそれを全部やれと言うと、恐らく病院経営としては厳しい状況になるようなものもあるわけです。

そうすると、経済的な視点から言っても、じゃあ、患者の本当に利益になるサービスに適正なフィーを、今、ホスピタルフィーとドクターフィーとを分けて、お医者さんのお金と病院のお金とを分けて、本来は看護師さんとかそういう人たちのサービスにつけるお金を、例えばホスピタルフィーという形でつけるという政策をとっているわけです。そういった中で、何とかやりくりしているという現状があって、見ていると現場の環境というのは必ずしも、やはり患者に適切な医療を提供するための形になっていないということがあるという認識があったわけです。

ですから、医師の権利と言ったときに、先ほどから議論されている、患者の権利法という法律が、どういう法体系の中に整備されるべきかは、専門家の先生方に御検討願いたいのですが、少なくとも現状においては、やはり患者が必要なサービス - さっき、精神病の問題もちょっと出ていましたけれど、HIVのときも一番最初は単科の病院で、当時はホスピス構想だったと思うんですが、そこをエイズセンターにしようというのに対して、患者はそうじゃないんだ、全科対応なんだという話で、今、国立国際医療センターという総合病院の中にエイズセンターを設置しているわけです。そこはもう全科対応ということ的前提にしてやったわけですが、例えばそういったことについても、患者の権利、高橋先生の意見に、ちょっとその論点が出ていましたけれど、権利といっても、例えば医師と患者の関係を、私人間の契約関係とみなした場合に、じゃあ当然、患者が払った、もしくは保険財源から払ったお金に見合うだけの、患者に必要な適切な医療サービスが受けられているかどうかという問題と、それからHIV感染の予防法であったように、エイズ患者は罰則規定で規制しろといった話の患者の権利侵害と、若干異なる。

私が言ったのは、私人間の、いわゆる医師と患者の契約関係において、適切な医療が提供できるような制度設計もしくは法設計になっているかといったときに、必ずしも医師側の、サービスを提供する側の機能を十分担保できるような法整備になっていない部分もあるのではないかと。よく議論になるのは医師法の、異常死の報告条項であったり、それから患者を医師が選べるのかという論点とか、そういった論点の中で議論されているのだと思うんですが、そういった中で、果たして医療者と患者というものの、いわゆる契約関係のように見た場合には、どのような交通整理が必要か。そういう視点で考えた場合は、やはり医師の権利という概念も、出てきてもおかしくないのではないかと。

それから医師の権利は、国に対しての権利というのもまた別にあるのかもしれませんが、そこまでは余り検討して考えたことがないので……。しかし概念的には、やはり、思想・信条の自由

に惑わされずに、例えば国家が排除した人間も医師は診られるのかとか、そういう、極めて局所的な状況にあれば、やはり医師の権利として、国家对医師の権利というのも論点としてあり得るのかもしれませんが、私が指摘した話は、主に、一見、私人間の契約関係に見える、医療サービスの契約関係の中での医師と患者の関係における権利という概念です。したがって、そこはちょっと、医師の権利を認めるといふふうに一義的に主張したといふふうに弐委員に思われてしまうと、ちょっと私もつらいんですが、そういう趣旨ではなかったということです。そこだけは御理解いただければと思います。

多田羅座長 わかりました。ありがとうございました。

田中委員 権利法あるいは医療基本法の議論というのは、本当はロードマップづくりからすると、ロードマップをつくるのをやめて、そばで絵を描いているという感じがしないでもない。美しい絵描きを始める議論であって、必ずしもロードマップに進むかどうかはわかりません。ただし、このような分野は、美しい絵を描く、別な言い方をすると理念を議論するのはとても大切なので、私は嫌いではないです。

患者の基本法が例えばアメリカで議論されていたときは、相手は医師ではなくて、理不尽なマネージド・ケア・オーガニゼーションによる診療の否定に対して患者の権利を守るという議論がありました。すなわち、患者の権利を守る相手は医師に限る必要はなくて、場合によっては保険者であることもある。それはいろんな状況によりますが、日本の場合ですと、今、日本の医療を困らせているのは新自由主義に立つ市場経済原理主義者たちで、彼らは医療を全くの一般財として市場経済化せよと言っているわけです。それこそ患者の権利どころか、医師の、よい診療をする権利も、患者を守ろうとする旧来のちゃんとした保険者の権利も、全部奪ってしまうような議論がなされています。

したがって私は、医師との対比における患者の権利というのも含まれていいと思いますけれども、そこに絞る必要はなくて、患者の権利を含む、医療のこの国の社会における位置づけという医療基本法の方が、より上位の概念として優れているのではないかと、この議論を伺っていて思っております。

多田羅座長 ありがとうございます。今、田中先生に言っていたようなことも、非常に大事な視点のように思います。次の議題に移らせていただけてよろしいでしょうか。

現状の取り組み、それに対しては患者の権利、また医師・患者の権利、そして医療全体の質をどのように守っていくか、そういうところに非常に大きな課題があるということ指摘されたと思います。

弐委員 一つだけよろしいでしょうか。私、この意見書の中で提案していますが……。

多田羅座長 意見は後で伺いますので、次の議題に移ってからではだめでしょうか。

弐委員 いえ、次へ移る前に申し上げておきたいことがあります。それは資料の提供というのが非常に貧困である。例えば前回、小林洋二弁護士が発言しているように、ヨーロッパにおいては、WHOが提唱した患者権利法が採択され、北欧諸国では、既に包括的で単独の患者権利法があるというふうには発言されています。私は本当に無学なものですから、そこまで調査できませんが、基本法の問題にしても何にしても、まず資料がない。ヨーロッパあるいは北欧には、そういうものがあるということになれば、その資料を取り寄せて、我々が目を通す必要がある。少なくとも、この病気を発見したハンセンが生まれたノルウェーで、包括的で単独の患者権利法というものがあるというなら、少なくとも、そのノルウェーのものだけでも資料として取り寄せて、我々に提供してもらいたい。そのことを一言申し上げておきたい。

多田羅座長 資料はいただいていますよね。

事務局 済みません、事務局でございます。今、弐委員から御発言のありました資料ですが、前回、前々回が終わった後に、国会図書館の方で、ノルウェーの患者権利に関する法律の翻訳をされた資料があり、委員の皆様にはすでにお送りしております。もしお手元になれば後ほどお

配りさせていただきます。今、逡委員のお手元にあるファイルの方にも、綴じてございます。

逡委員 ああ、ここにあるんですか。

事務局 はい。

逡委員 わかりました。

多田羅座長 それでは次に、こういう現状を踏まえて、どのような形の施策を我が国の社会として現実化していくか、具体的なその姿をどのように描いていくか、その検討という議題の方にうつりたいと思います。それについて、この会議として、どのような方向でやればいいのかという、第2段の検討に移らせていただきたいと思います。つきましては、この間、委員の皆様にも、どのような方向で検討したらいいのか、意見を伺いました。そして、それを本日の資料集の中に含めさせていただいております。

まず、資料2でございますが、とりあえず5人の委員から御意見をいただいておりますので、畔柳先生から順に、こういう方向で検討してはどうかという御意見として、これからの進め方について、3分から5分ぐらい御説明をいただきまして、5人の先生から伺った後、新たな第一歩の検討ということになってまいりますので、各委員の先生方に、1～2分程度で一言ずつ、今後の進め方について、できましたら5人の先生の御意見を踏まえて、御意見をいただければと思います。それでは畔柳先生からお願いいたします。

畔柳委員 私の意見としては、6月18日に簡単なものを書いてお送りしたもので、きょう配っていただいておりますが、ここに書いたとおりのことです。実は先回の後、議事録を送っていただいて、これを見た上でというお話だったので、全部拝見した上で書いてみたのですが、結局、後で高橋委員も指摘されると思いますが、どうもこの委員会の性格がいまだにわかっていないというところがあるんですが、検証するというのと、そうではなくてもう一つ先のところが入りまじっているような感じがあって、特に、今までやってきたことを見ると、前回の委員からの提言のうちの2から8というか、あるいは9項目のうちの8つを大体、ずっと検証していくということになって、それについて、本来、意見を書かなくてはいけないのかなあというふうに思ったんですが、これから先のことを考えると、一応、それはそれで検証というのか、我々としては報告を受けたということで、あと残っているのは、実は冒頭に掲げてあった、患者・被験者の諸権利の法制化という項目については全く具体的な検討をしていなかったと思うんです。

多田羅座長 議論はしていただいていると思いますけれど。

畔柳委員 ただ、あんまり、そこに絞ってという感じではないので、そうすると、どうも残っているのは、その点が一番大きいのかなあということで、それで、今までの議論の中でどんなことがあったかということで考えた結果が、先ほど花井委員がおっしゃっていた、医師の権利というような言葉も出てきたわけですが、問題は、前の検証会議の方の提言ですと、いきなり患者の権利法というのか、患者に重点を置いた形で法制化しようというふうになっているんですけど、今まで政府関係の方の話を聞いたら、自分のところはこういう法律をつくった、こういうふうになって、こうなったというのをおっしゃっていて、簡単に言えば、自分たちはちゃんとやっていますよというのがお答えだと思うんです。だけど実際に、確かにあちこちに法律はあるんですが、非常に、いろんなところにありすぎてわからないというのが現状ではないかなあ、そんなことを感じたものですから。

それと、特に最近は医療法という法律のところに、本来できたときの目的とは多分違うはずだと思うんですが、あれはあくまでも施設をどうやって取り締まるかという法律の中に、医師と患者の関係だとか、いろんなものを無理にぶち込んで、法律をどんどんどんどん大きくしているという、そういう現象が見られますし、大体そういうところに、もともと入れる条文ではなくて、やはり医療全体の関係でどういうふうな法律を……。これは国との関係、医師と患者との関係とか、いろんな問題があるわけですが、そういうのをもう少し整理した方がいいのではないかと。そういうことで、医療基本法というのが本当にいいのかどうかというのは、私はわかりません。だけど、そういう全体を統合するような観点でもう一度法律を見直した方がいいのではないかと。

そうすると、その中にむしろ患者の権利の問題、権利法として提言された問題もあるのではないかということで、非常に遠回りの話だけれども、もう一度、今まで出た議論を整理してはどうかということをお願いしておいたわけです。

多田羅座長 ありがとうございます。一通り続けて御意見をお受けしたいと思います。次に研委員、お願いいたします。

研委員 医療基本法ということで絞っていったのかどうかというのが、やはり疑問として残ります。というのは、やはり医師の権利というのと患者の権利というのを、確かに、両立した方がいいという思いはありますが、しかし現実に私たちが、この歴史の中で受けてきたものは、本当に、医師によって監獄をつくれ、医師によって、どんどん患者が、医療ミスどころか、本当に、国の政策である絶滅政策を、医師の手によって行われてきた。そういう現実がありますから、そういう点で、現在の医師は確かに過労で、医師不足というようなことを言っています。私も医師不足の問題で厚労省へ行ったら、徐々にふえていることは事実だろう、と。だけどこれは、研究した結果、現在、医師の免許を持っているけれども現役の医者でない人たちが、うんと大勢いる。だから医者の数は確かに徐々にふえているが、現役の医者は少ない。これは1982年の、いわゆる医学生を少なくする、それは、医者が多ければ患者が多くなるという、ばかな発想から医者の数を少なくしようという国の政策があり、さらには独立行政法人化、さらには、いわゆる研修制度によって医者をしばるといような、いろんな問題がある。

だから私は、医師の問題については、同時に追究すべき問題ではないか、と。患者の権利と同時に医師の権利もというような形で言うと、かえって、非常に曖昧な法制化になるのではないかということで、だから私がさっき、北欧のそういう資料が欲しいと言ったのは、そういう意味があるわけです。現実に患者権利法ができ上がっているところもあるということですから、それを参考にしながら論議を進めるべきだ、と。

インフォームドコンセントなどというような形で言われていますが、ハンセン病療養所の実態は、この前も論議されていますが、患者の権利というのは果たして掲げられているのかという、鈴木委員の質問がありました。私、栗生楽泉園を調べてみたら、この報告書にありますように、自分たちの立場で患者に親切にしてあげましょうという、これは恩恵です。恩恵思想、いわゆる「救らい思想」がそのまま残っている。らい予防法廃止が11年前。そしてハンセン病国賠訴訟によって国が裁かれた。それからもう6年たっている。にもかかわらず、依然としてハンセン病療養所には、あなた方は、もう、面倒を見てあげますよという恩恵しか残っていない。患者の権利なんか、全然掲げられていない。それが栗生楽泉園の現実です。私は、ほかの療養所はまだ調べていませんが、恐らく、そういう状態に、各療養所もあるんだろうというふうに思います。そういう点からいっても、患者権利法というのは、やはり独自にあってしかるべきだというのが私の考えです。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。続きまして鈴木委員からお願いいたします。

鈴木委員 意見というのを1枚出してありますので、目で追いながらお聞きいただければ幸いです。この検討会の設置目的ですが、簡単に言えば提言の検討、実現に向けた道筋、実施状況の確認という、この3つになっているわけです。これを一つずつ解釈していくと、非常に困難な状況に陥るのではないかと思うんですが、私はこれを、こう読みました。つまり検証会議が掲げた提言を実現するという方向性に向けて、そのために提言を改めて検討してみる。そしてその検討結果で、実現に向けた道筋を明らかにし、そして実施状況を確認していく。つまりこの3つの課題は、提言の実現に向けて作業するのだということが、この設置目的として要綱に掲げられているというふうに私は読みました。

それで、これは提言の中にも書かれていることですが、これらの8項目にわたる課題の中には、立法を要するもの、運用・改善でまかなえるもの、2つ目には短期のものから中長期的なものがあるというふうに、(提言の)784ページには書かれています。私はそのほかに、ハンセン病固有の問題と一般的な問題を峻別していく必要があるのではないかというふうに考えています。この検討会がどのぐらいのスパンでどこまでやるのかということも議論しながらですが、私は、ハンセン病固有の問題については、現在、ハンセン病問題対策協議会がありますので、やはり、そちらに譲っていくということの方が現実的だろうというふうに思います。そこと同じようなことを、

屋上屋を重ねてやっていくと、その2つの検討がどういう関係にあるのかという、また困難な議論をしなければいけないということにもなりますので、むしろハンセン病固有の問題以外の、一般的な、このハンセン病の100年にわたる検証の結果、その背景にどういう一般的な問題が横たわっているのかということ的前提にして、そこを少し整理・分類を行っていった、何をするのかということを決めていくべきなのではないかというふうに思います。

よく考えていきますと、実施状況の確認まで、この検討会でやるということですから、この検討会を設置した方は、相当長期にわたってこの検討会を続けていくということを想定しているのではないかというふうに思います。したがって私も第1回ときには、かなりの重い責任が私たちにかかっているのではないかと感じたわけですが、今回、当面のスケジュールを見ると、こういう委員会の意見説明や、場合によっては有識者のヒアリングなどをしながら、報告書を取りまとめていくという方向性が事務局から出されているということを見ました。この報告書というのは、これは……。

多田羅座長 これは中間報告書である可能性もありますが、ちょっとそこはまだ……。

鈴木委員 そうですね。私が申し上げようとしたことを御理解いただいて、座長から先におっしゃっていただいたわけですが、私は、この報告書の取りまとめというのは、多分、提言の検討をした結果、どういう実現の道筋をつくっていくのかという、2つ目の課題についての中間報告的な意味を持つのではないかというふうに思います。その中間報告を受けた上で、実際に、国や自治体に対して要求したりしなければいけないということになりますから、そして3段目には、その実施状況を見ながら、実施状況も折に触れて、その中間報告をしていく、というようなことになるのかなあというふうに思っています。

そうしますと、この実現の道筋をきちんと検討するというのが、これからの、この検討会に課された使命なのではないかというふうに思いました。その意味では、日本における患者の権利に関連する法制化、特に1990年代に入ってから、先ほど畔柳委員からも出ましたけれども、医療法の中に、従来の施設法の中に、かなり医療基本法になるべき要素が入り込んできているということですから、この歴史的な経過を少しおさらいしながら、幾つかの野党が患者の権利の法制化の法案を上程していると聞いています。一度も審議に入ったことはないというふうに言われて、廃案になっているようですけども、そういう状況なども、厚生労働省の方から御報告していただいて、前回のヨーロッパにおける林先生の論文なども改めて学習をしながら、どういう道筋で、この国に、とりわけ患者の権利に関する法制化の道筋をつくっていくのかということ、次のステップとして検討するのが、この検討会の役割ではないかというふうに思います。

既に、高橋委員を初め何人かの委員から出ていますように、患者の権利と一言で言っても、行政法的な、つまり国と国民との関係を規律していくというものから、医療機関・医療者と患者の間の、司法上の権利・義務関係を規定していくところまで、非常に広範囲なものがありますから、その辺の峻別をつけながら、各国の法制でも、いわば医療における憲法的な役割で法制化をしているところもあれば、民法典の中の典型契約の一つとして診療契約という項を置いている国も、どうもあるように聞いておりますので、その辺の整理もしながら、医療機関と患者の権利・義務関係みたいなところも視野に入れて議論をしていく必要があるのではないかというふうに思っています。

多田羅座長 ありがとうございます。非常に的確な御意見をいただいたと思います。続きまして高橋委員、お願いします。

高橋委員 提言は大きく2つに分かれると思うんです。1つは患者の権利に関する部分、それからその他と、2つに分けましょう。その他の部分については、限られた予算・人員の中で、厚生労働省は着実に政策を実行しているなあと、私は評価したいと思います。ただ問題は、この箱物の法律はできても、それを実現する努力を今後とも続けていくというのが非常に重要なことではないかと思います。

特に強調しておきたいのは、正しい医学的知識の普及ということなんです。強制隔離というのは、一般論としては間違っているとは限らないんですね。ここは誤解のないようにするべきだと思います。強制隔離が必要な疾患というのは存在しますし、これからも存在するんです。ただしハンセン病に対して強制隔離を行ったというのは、これは大きな間違いであったと、こういうことだ

と思います。

強制隔離が必要な疾患、例えばSARSというのは記憶に新しいと思いますけれど、強制隔離を徹底したベトナムは感染の流行を防ぐことができた。しかし、それを怠った中国というのは、あんな悲惨な事態になったわけです。エボラ出血熱、当時のザイール。あれも強制隔離政策によって人への伝播を防ぐことができた。先日はアメリカで、結核菌陽性性肺結核患者が飛行機に乗ろうと思って、それをアメリカ政府が強制入院させた。これはインターネットの記事ですけど、そういうものがありました。そういう部分というのは、不可欠だと思います。

ただ、それが本当に必要最小限なのかという吟味を怠ってはならないと思います。平成10年までは伝染病予防法というのがありました。その中で日本脳炎という病気がありまして、これは法定伝染病として強制隔離することができた。しかし強制隔離された例というのは皆無でした。なぜ皆無なのかといたら、それは昭和30年代、昭和20年代の早い時期に、日本脳炎というのは人から人へうつらない病気であり、隔離が不要な病気であるということが、医学関係者の間に知識として普及しましたし、医師国家試験にもそういうものが出ていたわけです。だからハンセン病も同じように、そういうことをやるべきであった。

この問題というのはハンセン病の再発ではなくて、ハンセン病と似たような病気が出現した場合に、同じような悲惨な事態を繰り返さないための会議だというふうに私は認識しております。そのためには、必要最小限であることを常に吟味する、こういう努力を怠ってはならないということを強調しておきたいと思います。

もう一つは患者の権利に関するところですが、先ほど鈴木委員がおっしゃったように、だれに対する権利なのかというのを明確に分けないといけないと思うんです。国家に対する権利、これは基本的人権と呼ぶのだらうと思います。それと、私人である医師と患者との関係。ハンセン病の問題というのは、強制隔離政策の誤りであった。だから国家権力に対する権利を保障しなければならない。こういう問題だと思うんです。私には、患者の権利章典をつくることによって、強制隔離が不要な病気の強制隔離の問題の再発を防げるという、その因果関係が全く理解できないんです。ですから、そのあたりは、患者の権利章典の議論に入る前に、本当にこれが、この問題の解決に貢献するのかという吟味を、もう一度すべきではないかというふうに考えております。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。それでは藤崎委員、お願いします。

藤崎委員 私は、本来こういう意見書を出すかどうか非常に迷いました。というのは、基本的にこの検討会の趣旨、目的は、それは先ほど鈴木先生がおっしゃったとおりで、議論の中でまだそこまで行けない部分があるということもあって、意見書を出すかどうか非常に迷いましたが、とりあえず総括的なといいますか、余り具体的でない形で出させてもらったので、これは余り参考にならないというふうに思います。

ただ、お断りしておきたいのは、先ほど笈委員が縷々申し上げましたが、同じ立場にあってこの会議に参加している者として、私は、意見が必ずしも一致していないんですね。いわゆる、すり合わせをしていないということもあるんですが。ハンセン病の、この100年の歴史の中で、お医者さんが私どもに対して行った所業そのものというのは、これは権利とか義務という枠の中に入る問題ではなくて、もう既にこれを超越して、いわば、言葉が適切かどうかわかりませんが、むしろこれは犯罪というふうにとらえるべきではないかというような形の所業だったわけです。そういうことからすると、むしろ権利なり義務というのがあった方が、それはそれなりに制御をできる部分があって、権利法があって、その権利に基づいて物事が行われていれば、やはり、それなりに制御というのは当然なされるわけで、そういう意味で、私は権利法はいいなあ、と。

もちろん検証会議が出した報告書の中の大きな柱の一つは、やはり患者・被験者の権利の法制化ということがあるわけですから、それはもちろん当然として、やはり一方の、サービスを提供する側といいますか、医師側の権利もそこないと、やはり片手落ちになる部分が出てくるし、逆に言うとそれが患者と医師を対峙させる原因になりはしないかというような思いもありますので、患者の権利を含めた医療基本法的な法律があった方がいいというのが、これまでのこの会議における結果から見られる考え方だというふうに、私は思いましたので、そういう形で意見書を書かせてもらったということです。

それともう一つ、検証会議の報告書が出されて、それに対する取り組みというのは、各関係省庁がいろいろやっているわけですが、ただ、それも現在ある法律あるいは制度・規定の中で、一

部分をこの提言に基づいて変えていく。一番端的な例は、例えば国際的な人権の問題に関して、感染症の患者等の人権を尊重するというふうに書いていますけれど、これはもともと人権に配慮するというのを「尊重」という言葉に変えただけなんですね。こういう動きというのが随所に見られるので、十分でないという意識は、委員の皆さんも多分持っておられると思いますが、そういうことを含めて、やはり先ほど内田先生もおっしゃったように、根本的な形でもっと変えられる部分がもし出てくれば、それはそれなりに、この場で検討して、提言の内容も含めて、取り組みについてもやはり、もっと具体的に検討しなければいけないというふうに思います。

それから、先ほど来の議論の中で鈴木先生がおっしゃったように、患者の権利等に関する法律で、いろいろ国会で上程されて審議されていないという議案もあるんですね。そういうふう聞いています。ですから、そういうものがどういうものなのかというの、私どもは知らされていませんから、資料として、今後出していただければ、これもまた参考になるのではないかという気がします。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。以上、5人の先生から、今回、こちらからのお願いに対して提出いただいた意見をもとにお話しいただきました。今、5人の先生から御意見をいただきましたけれど、何か基本的な点で御質問、御意見はございますか。

鈴木委員 先ほど高橋委員が、患者の権利がハンセン病隔離防止にどういふふうにつながるのか、その因果関係がはっきりしないというふうにおっしゃったので、その点に関して一点だけ自分の意見を述べておきたいというふうに思います。

私の理解するところ、ハンセン病問題の患者の権利の視点から見た教訓ですが、一つは強制隔離が行われたということですが、強制隔離にとどまらない被害があるということ認識しておく必要があるというふうに思います。一つは、医療の名に値するような医療が与えられてこなかったということが重要だと思います。つまり本人の意思を無視して、必要もないのに強制隔離をして、ただぶち込んでおくだけで、病者としての、きちんとした医療の支援がほとんどなされてこなかったということが、ハンセン病の教訓だろうというふうに思います。

患者の権利は、私の考え方によれば、幾つかの項目に分かれますが、総じて医療システムの中で、人間の尊厳をいかにして守っていくかという観点から、患者の権利というものが叫ばれてきたというふうに思います。それは、例えばアメリカなどでは自己決定権がある。知る権利や自己決定権が非常に優位な位置を占めて主張されてきたと思いますし、日本の、特に日本国憲法下の戦後の運動の中では、難病患者の医療獲得運動、あるいは医療被害者、医療事故被害者の権利回復の運動、そして一般消費者としての権利運動。こういうところに広がってきているわけですが、つまりハンセン病問題の教訓として、被拘禁者として、憲法31条に基づくきちんとした手続きを保障するということが、隔離を防止するということになる。この点については、先ほど高橋委員もおっしゃった、必要最小限度の要件が重要であるということと関連するだろうと思います。

実はこの点も、患者の権利として、被拘禁者としてどういふ権利を与えるのかということと関係していますから、隔離を防止すること自体でも、患者の権利は非常に重要な役割を果たしていきます。感染症だけではなく、精神医療もそうですし、今、全く法の枠の外側に置かれていて何らの手続きもなくして強制隔離に等しいような扱いを受けている人たちの中に認知症患者がいます。何の法的手続きもなしに、かぎのかけられた部屋に入れられる、あるいは外に出られない状況があるわけです。これは、自由に出入りできるようにしろということを申し上げているわけではありません。法律的な手続きを欠いたまま、そういう状況が行われているということです。感染症患者も、いつ何どき、今の感染症医療法の中で本当に権利が守られるのかも検討しなければいけないということでもあります。

それから、仮に強制隔離されたとしても、医療を受ける権利というのがあります。先ほど冨委員や、あるいは花井委員からも、少し、そういうニュアンスの話は出ていますけれども、良質かつ適切な医療をどのように提供していくのかというのは、これはひとえに患者の権利つまり医療は恩恵ではなく、権利だという考え方を、きちんと法政策の中に刷り込んでいくということになります。

それから最近、最も注目されているのは、権利が絵に描いた餅にならないように、日常的に権利侵害があるのだという現状認識のもとにおいて、その日常的な権利侵害をどのように日常的に救済していくのかという仕組みをつくることだというふうに言われているわけです。この権利擁護システムが、今、最もホットな話題で、権利擁護システムをつくらぬような権利宣言は、絵

に描いた餅だということで、ヨーロッパでもアメリカでも、アジアでも、権利擁護制度をいかにしてつくっていくのかということが問題になっているわけです。

私の専門の一つである医療事故分野においては、医療安全支援センターがこの4月1日から、法的な、医療法に法的根拠を持った仕組みになりましたし、その以前には、特定機能病院等の中には患者相談窓口を設置することが医療法施行規則で義務づけられています。これも患者の権利を実際にリアルタイムにどのように保障していくのかというための権利擁護システムの一つでありますし、こういうものも、近年、少しずつ、きちんと体系づけられないままに、法の中に、施行規則という形であったり医療法であったりしているわけですが、来ていますので、そういう意味ではハンセン病の教訓というものを、隔離の必要な疾患があって、その隔離をいかに最小限度に制限していくかという、その限りにおいて教訓を生かすということでは狭すぎるのではないかというの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。非常に大事な点を御指摘いただいたと思います。

高橋委員 私も、患者に権利がないと言っているつもりは全然ありません。医師・患者関係で、医師・患者の契約関係といいますが、その中で患者の権利があるというのは、これは当然のことだと思っております。そして、それを法制化するかというのはまた別の問題ですが、それに対して、私はあえて否定的な立場に立っているというわけでもないし、今後の議論によって私の意見が変わってくることは幾らでもあります。

ただ、強制隔離というか、ここでは強制医療と言っておきましょうか、この強制医療というのは、日々、1日に何十億回と繰り返される医療行為の中で、極めて異質で例外的な部分だと思えます。だから、それにも適用できるからということで患者の権利章典に関する議論をするのではなくて、残りのほとんど大多数を占める、通常の医療契約の中で果たして必要なのだろうか、そういう議論をすべきではないかというのが私の意見です。

多田羅座長 非常に大事な点ですね。非常にわずかではあるけれども質が重いというか、そういうところで難しい点に直面していると思います。

ありがとうございます。今、5人の先生から、非常に大事な、重要な点を御指摘いただいたと思いますが、あと30分ほど、これからの会の進め方について、御出席の皆様から、ぜひ、一言ずつ御意見をいただいております、事務局と私の方で、今後の検討の材料としてまとめさせていただきたいと思っております。まことに恐縮ですが、日野先生から一言ずつ、これからの進め方ないしは考え方について、御提言いただければありがたいと思っております。よろしくお願いたします。

日野委員 この問題は最初の会議から、よく理解できないまま今日を迎えておまして、今回、鈴木先生と高橋先生の意見書を読ませていただいて、何となく納得できた部分はあります。一番重要なことは、今後の方針という座長の御意見に関するのですが、やはりこれからは、問題をハンセン病に特化したような形で進めるのではなくて、やはり先ほど来、話が出ております、他の感染性疾患、あるいは認知症というのはまた別の意味を持つと思うんですが、こういう人々の隔離というか 認知症の場合は隔離という言葉は使いませんが 隔離・拘束という問題は、人権にかかわる問題です。これらを、課題としては、若干、参加されている方にとっては違っておっしゃるかもしれませんが、教えていただくというか、今回、今、ホットに論議をされているADRの訴訟前の和解の方法ですね、ああいうところにおきましても、我々医療提供者は敵だという認識でもって話が進められている現状がありまして、我々の認識は決して敵ではなくて何とかしたいという気持ちでもって参加しているにもかかわらず、そういう誤解を受ける。それが何であるのかということ、少しでも解き明かしていただいて、日常の診療行為に役立てていく。常に反省をしながらやっていかなければならないということ、強く感じているのですが、まだそれが見えてきません。

患者の権利、医師の権利という対極で考えるというのも一つの方法かもしれませんが、大体、権利という言葉自体が、あんまり国民性を持っておりませんで、どこまでがどうなのか。人権というのを具体的にもう少し示していければ、この会は素晴らしい成果が得られるのではないかと、いうふうに考えます。ちょっと論点から外れたかもしれませんが、そういう感想を持っています。

花井委員 この進め方については、今、何人かの委員の先生方の意見とそんなに異なる意見は

持っていないんですが、少なくともこの会議自体は、やはり具体化ということである。しかし具体化と言いながら、この（検証会議で）提言されたものがあまりにも理念的で広大であることから、本当にこれでやるのかというので、ちょっと揺れ動いているということだと思います。

ちょっと抽象的な話をさせていただくと、いわゆるハンセンの回復者の方々や、私のような患者・当事者がなぜここにいるのかというところを、もう一度、基本としてお話ししたいんですが、私の経験からいくと、1990年代の半ば、1993年ぐらいですけれど、医療機関がエイズ、HIVを診てくれなくて、具体的な名前は避けますけれど、某地方都市の病院にやっと入院させていただきました。その際、私の処置をするときは、全部、新聞紙を病室に敷いて、ベッドで点滴をするときは新聞紙の上で注射を受けていたわけです。むやみに歩き回ると言われまして、呼吸ができないような、何か、苦しいマスクを与えられて、出るときは必ずこれをつけて出ると言われた。それが1990年代です。1993年ごろです。1993年といえば既にウィルスも同定されていた。

飯沼委員 もう10年たっています。

花井委員 そうですね。それでも僕は、そこで悔しいとか、こいつは許せないと思ったかという、そうじゃないんですね。診てくれるだけでもありがたいんだと思っていただけです。こういった経験が、ハンセンの人はその程度ではなくて、もっと、筆舌に尽くしがたいようなことがあったと思うんですが、そういうことの教訓というものを、やはり今の先ほどの高橋委員の言葉を借りれば、ほかの多くの、ほとんどすべての国民が医療現場において、ともすればやはり病人というのは弱い立場にいる。この病人が自分の健康を取り戻そうと思ったとき、もしくは強制的だった場合もあるんですけど、普通は健康を取り戻して幸せを回復しようと思ったところで、その、病気で弱っているところで、実は医療というものに裏切られるということが、まだ残念ながら、やはりしばしばある。これだけの国民医療費を投入している国でも、そういうことがある。

その中で仕分けをしなければいけないのは、同じ医療者から見ても許せない、犯罪的な問題もありますが、これはちょっと別に考えるべきではないか。犯罪的な医療というものが存在する、これを批判するという話とは別に考えても、やはり医療サービスの中で、必ずしも患者の権利というコンテキストでもいいですし、別のコンテキストでも、それは何でもいいんですけど、要はやはり、最後に頼るその場で、患者の幸福というものを追求できない局面があって、それが何らかの法整備で、もうちょっとよくなる可能性があるかと信じている点があります。恐らく先ほど、齋委員のお話にもありましたが、そうした意味で、何もハンセンの療養所のような、強制隔離の再発防止をするためだけに、この法整備を求めているのではなく、そうであれば何もこの検討会の場に出て、当事者として多分、ここの場に委員としてお二人がおられることはないと思うし、僕もそのつもりで来たんです。

取り戻せない人生があるとすれば、何も検討会とかこういうところには来ずに、なるべく自分の人生を、今までに失った人生を取り戻そうと、やはりいろんな幸せなことをしたいと思うのが普通であるのに、ハンセンの人たちは、こういう場で何らかの制度設計をするべく来ているという、その重みを受けて、私は魂を打たれ、やはりこれは、エイズもハンセンの人に助けてもらったし、未来のためにやはり頑張らなければいけないのではないかとこのように思ってここにきています。

そういう意味で、先生方の名簿を見ますと、もう本当に、各界の素晴らしい人たちが集まって来てくれているので、恐らくこの委員名簿にある先生方に汗をかいていただければ、実はこの一見不可能と思える、日本の医療をよりよくするいろんな制度設計というものを成し遂げ得るのではないかと、こういう気持ちで来ているんです。

ですから、非常に抽象的な話ですけど、やはりこの会の進め方ということであれば、いろいろなことが錯綜して、論点も複雑になるだろうということは想像がつくんですが、それをこの場ですべてやるということとはもかくとして、それを実現するための具体的な一歩を、やはりこの検討会はやってほしいというふうに思いますし、私も本当に微力ですけど、今後、そういうことのお手伝いをしたいという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。未来のためにというお言葉をいただいて、非常に感激したわけですけど、そういう方向で努力したいというのが委員の皆さんの気持ちかと思えます。よろしく願います。

事務局 事務局からの御紹介がおくれましたけれど、今回から、御所属の御関係もありまして、奈良委員から宮崎委員への交代がありました。御所属は日本病院会でございます。以上でございます。

多田羅座長 そうでしたね、奈良委員にかわって新しく御出席いただいている宮崎委員でございます。どうぞよろしく願いいたします。

宮崎委員 今、御紹介いただきました、日本病院会の宮崎でございます。奈良先生の後任という形で、きょう初めて参加させていただきました。したがって、これから一生懸命、勉強させていただきたいと思っております。また、私、ちょっと疑問といたしますか質問をさせていただきたいと思ったのは、この再発防止検討会は、ハンセンに特化したものなのか、あるいはもっと……。

多田羅座長 いえ、決して特化したものではありません。

宮崎委員 そうですね、そういうことが、きょう、わかりました。

多田羅座長 はい、それはもうはっきりしています。

宮崎委員 そういうことで、ひとつよろしく願いいたします。

多田羅座長 きょうのところは御意見はよろしいですか。

宮崎委員 はい。

多田羅座長 では、今後またよろしく願いいたします。それでは谷野委員、お願いいたします。

谷野委員 私も、やはりこの委員会は、今後どういうふうに進めるのか、どういうふうに進めればいいのか、どういう方向に向かうのか、いまだによくわからないんですけど、例えば患者権利法という、物すごいこういうことを、この委員会だけで背負い込むことが可能なかどうかということが、非常にわからないですね。それと、大体方向性としてはハンセンの問題だけではなくて、感染症、精神疾患等、いろいろな、いわゆるパリ宣言に言われるような弱者の問題を取り上げるといことは、よくわかったんですけど、それをどういうふうにして、この人たちの権利を守るための明文化をするのかということについては、いまだに私は姿が見えてこないというふうに思っているわけです。

それで、こんなことを言っても仕方ないですから、例えばさっき認知症の話を言われましたけれど、認知症は、これも手前勝手になりますけれども、少なくとも精神科医療における認知症の患者さんを閉鎖処遇するには何回となく書類を書かなくてはなりません。しかし、現在、ということが行われているかということ、認知症の患者さんが、どんどんどんどん、一般の療養型病床は、もうほとんど手を突っ込まれて崩壊状況にありますよね、そうすると国は、こんなことは可能だと思っているわけですよ、認知症の患者さんを在宅に持って行く。それは、在宅でケアできる人もいられるかもしれませんけれど、そうすると家の中で、かぎをかけられているわけです。そういう状況を、どうするのか。その方が、むしろ僕は深刻だと思います。家の中で拘束されて、しばられている。そういう認知症の方々が、今後、どんどん社会に出てくるのではないかということが一つあります。

それともう一つ、これはまた全然別の話ですけど、このごろの薬の添付文書を見られるとわかるように、これは製薬メーカーの自己保身としか考えようのないような、あらゆる危険性を書いてあるわけです。僕が今、非常に困惑しているのは、向精神薬なりかぜ薬は、ほとんど、運転してはいけないという文書が入っている。向精神薬を飲んでいる人は運転してはいけないということになると、ほとんどが通院中断してしまいます。これを、どういうふうにするのか、今、厚労省に問いかけているんですけど、そういうことを初めいるんな問題があります。

それからまた全然別の次元を考えると、こういう医療と患者さん、医師の問題を考えると、現

在、日本の医療が市場原理に向かっているとすれば、これは大きな間違いを犯すのではないかと、いろいろ考えると、このことを集約していつて考えるには、極めて難しいなあ、と。例えば医療法にいろいろぶち込んでいますけれど、官僚によっては「先生、医療法なんて必要ないよ」と言った。そういう、ある高級官僚がいるわけです。そういう考え方も一つあるわけです。例えば医療法で、看護の数を平米数で決めるとか。そういう、平米数なんていうことを医療法でうたっているのは日本しかないわけです。そういうことから、言ってみれば患者さんの処遇に至るまで、医療法がかなり多くを抱えているのがいいのか、それとも、そうでない方がいいのか。何かそれを議論すると、本当にこの委員会がどうこれをまとめられるのか、難しいなあというふうに思います。

もう一つだけ。この提言をまとめられた、特に内田先生に今後お願いしたいのは、提言からどういう問題点を浮かび上がらせて我々が議論した方がいいのかということ、座長と内田先生にむしろ教えてもらって、それに向かって僕らが考えていった方がいいのかなあというふうな思いもしたりしています。要するに、どういうふうに進むのか、ちょっとよくわからないんですね。

多田羅座長 大きいところと重いところとが重なっていますのでね。大きさと重さが、両者、来ていますので、ちょっと、どこから触ったらいいかというのは、確かに先生がおっしゃっているとところが現実かと思えます。まあ、考えながら歩いているという感じでしょうか。では田中先生、いかがでしょうか。

田中委員 当初はロードマップと書いてあったので、制度設計の具体論をするのかと思いましたが、事実上、始まって以来、私たちはかなり理念論の空中戦をしてまいりました。きっと、それが必要な段階だからだと考えます。制度を設計するときには、制度の骨格づくりの議論もあるし、その制度の中に必要なサブシステムの議論のときもあるし、さらにもう一つ下のサブシステムレベルの話もあります。

私が携わってきた例で言うと、介護保険の問題があります。介護を社会化して独立の保険制度をつくる、これは制度設計の根幹です。ほかの方式ではなく、独立の保険制度をつくりましょう、と。そうすると、たくさんのサブシステムが必要です。要介護認定の仕組みとか、ケアマネジメントの仕組みとか、保険料徴収の仕組みとか、保険者・被保険者にかかわる、たくさんのサブシステムが構成されます。被保険者で言うと、これはサブサブシステムレベルになりますが、1号被保険者をどのように区分けして、どのような保険料段階をつくり、何を基準に1号被保険者の保険料を決めるか。これはサブサブシステムレベルの話です。

この議論は、サブシステムやサブサブシステムの話には、とてもまだ行きそうもないので、やはり、たとえ中間報告であっても、まだ理念論で語ってしまっているんじゃないか、と。あんまり具体論に下りる必要はなくて、我々が法律案の中身を提案するようなことではなくて、このような法律をつくりなさいという、抽象的なレベルで、しかし社会の方向を示す。去年から始めたこの1年間の中間報告としては、その方がいいと思います。

多田羅座長 ありがとうございます。具体的な方向を示していただいたと思います。高橋委員、鈴木委員はどうでしょうか。追加的なことは、もうよろしいですか。

鈴木委員 はい。

高橋委員 結構です。

多田羅座長 畔柳委員もよろしいでしょうか。

畔柳委員 はい。

多田羅座長 それでは尾形先生、いかがでしょうか。筈委員が中座されていますので先にお願いたします。

尾形委員 先ほど申し上げたとおりですが、この検討会として、患者・被験者の諸権利の法制化について議論を行い、あるいは議論を尽くすということは、大変重要なことだと思いますし、既にきょうも、いろいろな視点から貴重な意見が出されているというふうに思います。従って、

ここでは検証会議の提言に基づく再発防止という観点から、一定のまとめを行うということだろうと思います。

ただ、先ほど申し上げましたように、患者の権利法ないしは医療基本法の制定であるとか、あるいは現行の医療法を改正するのかといったような問題については、やはり医療制度あるいは医療政策全体の中で位置づけて、幅広い議論を行う必要があるというふうに思いますので、こういう問題については、私はやはり別途検討会を設けて、最終的には社会保障審議会等の場で検討を行うべき問題であるというふうに考えています。

多田羅座長 済みません、先生の結論としては、理念段階で終わるという感じでしょうか。

尾形委員 それは、これからの検討次第だと思いますが、この検討会としての取りまとめというのは、もちろんやるべきだろうと思います。ただ、そのことと最終的な法律の姿、あるいはどういう形で法改正を行うべきかということは別で、それをここで決めるというところまでは難しいのではないかという意見です。

多田羅座長 わかりました。ありがとうございました。続きまして太田委員、お願いいたします。

太田委員 私もこの検討会の委員の1人としては、今、尾形委員がおっしゃった方向ではないかと思っておりますが、もう一つの、私の本来の、歯科の立場として出させていただいているところからすると、いわゆるハンセン氏病の方々の診療をいかに取り組むべきかという具体的な方策を示す会であろうと思って、私も出させていただきました。

今、私も、日本歯科医師会では、理不尽な診療拒否、特に窓口として私は今、HIV患者さんの歯科診療に対する問題の窓口等々、あるいはCJD、これからのまだ未知な部分のあるところ等々に出させていただいておりますが、本当に、今、鈿委員はおられません、我々歯科も、40年前からずっと、各歯科大学に救らい奉仕団というものをつくってやってまいりましたが、まさにその「救らい」の言葉から根底を覆される、きょうのお考えを聞いて、本当に、これは一から、我々歯科医学の教育から、きちっとやり直さないといけないと思いました。そういう点では、きのう送っていただきました、この前回のメモの中に、医学教育の中で、特に歯学部の子が欠落していましたので、きょうはちょっと細かいところの話ですが、また今度から入れていただければと思っております。そういう方向の議論であれば、十分、自分も中に入れていけるかなと思っておりますが、本当に、権利・基本法の話になりますと、ちょっとこの検討会だけでは、規模がどうかなあという気はいたします。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。では鈿委員、お願いできますか。

鈿委員 私、自分の意見書の方にも書いてありますが、今、途中でちょっと中座して失礼いたしました、ハンセン病問題を本当に十分理解されていない - もちろんハンセン病の問題に特化する会議でないことは確かです。しかし出発点は検証会議からの提唱なんです。ですからハンセン病問題というのを、なぜこのようなことが起こったのかということ、やはりよく調べていただきたいというか、御認識いただいて、その上で、このような過ちを二度と繰り返さないということの再発防止ですから、その観点をぜひ貫いていただきたい。

そのために、先ほど藤崎委員の話にもありましたが、藤崎さんの方からは、かつて第4回でしたが、その会議で発言されているように、ハンセン病療養所に、ぜひ、皆さんにおいでいただいて、できればハンセン病療養所での会議を開くということも、一つの構想として持っていただきたい。ハンセン病問題に特化しないということであっても、出発点はそこにあるわけですから、そのことをぜひ、そういう会議の進め方自体の中での御検討をいただきたいなあというのが私の意見です。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。それでは飯沼委員、お願いいたします。

飯沼委員 今後の進め方は、初めにここに来たときと今とでは大分考えが変わってしまいましたので申し上げますけれど、皆さんのおっしゃったようなことのコンセンサスだというふうに

思います。

私、さっきから違うことを考えていまして、ちょっと御紹介しますけれど、先ほどエボラとSARSの話がされました。隔離をすることが幸せなケースもあるということ、それから隔離をしなければならないという話の続きですけれど、新型インフルエンザのフェーズ4以下 フェーズ4というのは、鳥から人に来て、人から人への感染が始まる。それがフェーズ4ですけれど、それ以降の行動計画に関して、厚労省でガイドラインができたわけです。そのときに、隔離をするというかトリアージをして、悪い人は全部、隔離をしてしまう、強制的に入院させるということがある。そのときに、日本中には、とても患者さんを入れるだけのベッドがない。そうすると、入る方が幸せなので、みんな入りたいんだけど、逆に入るベッドがないということが、これは必ず起きるんです。起きるけれども、それに関する手当ては、我々は委員の中でも黙っていましたけれど、そういう現実があるんです。

日本医師会は、風邪を引いたら、風邪を引いた方がマスクをしろというキャンペーンを大分張っているわけです。かかった者がマスクをする、そういうふうに行っているわけですが、マスクをしない人たちが電車にいっぱい乗っています。そういう人たちが、我先に、新型が来たら隔離をしてほしいというふうには、逆に動く可能性がある。そういうことを、ずっと考えていたわけです。どれが権利でどれが義務なのか、これは患者の義務なのか、トリアージする方の義務なのかとか、いろいろ考えていると、話がわからなくなってしまって、今、困っていたんですけれど、結局、ハンセンの問題に特化しないで、ぜひとも大きなものの考え方をして、ある方向をつけていただきたいと思いますけれども、それだけやるには、これだけのメンバーで足りませんか。

多田羅座長 まあ、ある方向というところで……。

飯沼委員 病院協会ばかり集めてありますけれど、そういう感じもします。今、私自身は、困ったなあという……。今は夏だから、新型は来ないだろうと思ったら大間違いで、すぐ来るかもしれない。その準備のときに、この、権利とか義務という話になってしまうと、医療がやれなくなります。それだけ申し上げておきたいと思います。

多田羅座長 ありがとうございます。現場の先生の御意見でした。では最後に、内田先生、ひとつよろしく願いいたします。

内田座長代理 まず一つ、患者の権利法ないし医療基本法というような表現が出ていますが、それについて、今後どういう形で議論していくのかというのが論点になったのだろうというふうに思います。御指摘があったように、ここだけですべてできるかということ、かなり難しい問題があるということですが、しかし今の段階で他の機関にバトンタッチしてうまくいくかということ、必ずしもそうはいかない。もう少し、やはり我々のところで、いろんな問題について十分詰めておくとか、あるいは具体化に向けての道筋というものを、もう少し探っていくということが必要ではないかというふうに思います。

先ほど花井委員がおっしゃったように、幸いこの検討会には、医療の方の非常に大きな影響力や発言力をお持ちの方たちが、たくさん委員として出ていただいていますので、そういったことも踏まえて、もう少し具体的な道筋に向けての議論をし、論点をもう少し詰めていく必要があるだろうというふうに思います。

患者の権利とか医療基本法といった場合に、高橋委員のおっしゃるように、民事的な側面に絞った形で考えるのか、それともむしろ3面構造といいますか、医師と患者と国といったような、3面構造全体として、医療の憲法的なものを考えるのかによって、道筋は全く違ってくると思います。そういう点も、どうしたらいいのかというようなことを、もう少し、共通のコンセンサスを図っていく必要があるのではないかという気がいたしました。

アメリカの医療と日本の医療とでは、やはりかなり違う部分があって、公的保険制度というところがあって、純粋に医師と患者の関係でも、必ずしも民事的にはならない。社会的な側面を持っている部分がありますので、そういったことも視野に入れながら、現在の医療崩壊というふうな状況に対して、より国民の信頼できるような医療という観点から見たときに、どういう法制がいいのかというようなことも視野に入れながら、もう少し道筋を具体的に詰める作業をしていってはどうか、と。そのためにも、今回、意見書を出していただいていますので、その意見書をもう少しすり合わせるとか、あるいは外国の法制についての資料とか、あるいはこれまでの日本に

おけるさまざまな立法提案とか文献とか、そういったものをもう少し我々で勉強して、それに時間を充てるというようなことをしてはどうかあというふうに、一点、考えております。

それから、もう一点は、その他の問題点というような形でくられましたけれども、今まで行政の方から、私ども検証会議が提言したことについては、より具体的に、こういう形で取り組んでいるんだというようなお話をいただきましたけれども、取り組んでいただいていることについては敬意を表するというか、非常に前進していると思いますけれども、個々の現場の中で、それが具体的にどう生きているのかというようなことについても、さらにお声を踏まえて、例えば差別問題　ハンセンについての差別は一向に改善していないではないかという、入所者の方たちや家族の方たちのお声もあるというようなことも、やはり少し踏まえて、実施状況についての議論も、あわせてここで、時間があればさせていただく。教育の問題についても、努力していただいていますけれども、さらにそれを具体的に実行されるようにするためにはどうしたらいいのかというようなことも、ここで少し意見をすり合わせる、というようなことも考え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。以上です。

多田羅座長　ありがとうございます。各委員の先生から意見を出していただいて、ほぼ、大きな意味では、方向はそろっているような印象を受けました。ただ、どのような方向に向かうのか不安であるという御意見があり、また、一応理念というものであっても、まとまっていくということができればいいのではないかと、という御意見も伺いました。ありがとうございます。

座長としての、全体のまとめと今後のことについてですけど、今、内田先生からおっしゃっていただいたことと、私もほぼ考えは一致しております。特にこの会は、再発防止という大きな看板をいただいておりますので、この現状を踏まえ、やはり再発防止に向かっては何が大事なのかという点を検討するということになるかと思えます。その場合、あくまで厳しい現実というものを踏まえるということから、提言されたことについて現実がどのような状況であるのかを踏まえて、再発防止の方向を、幾らかでも示していけたらというのが、この検討会の役割かと思えます。暗中模索のところもあり、歩きながら考えているということもありますけれども、医療、法律、社会、患者さんと、このような各界を代表する人たちに集まっていたいただいている非常に貴重な機会でもありますので、暗中模索ではございますけれども、何か一歩でも前進できるよう、具体化を目指しながら、理念というところにとどまるかもしれませんけれども、御検討をいただきたいと思えます。

全体として、本日の御意見を伺って、今、内田先生から、国民といいますか、社会への啓発というふうなことの必要性も御指摘いただいたと思えますので、これはやや座長の独断的なところもございますが、今後の検討の方向としては、患者の権利を保護する事項についてと、国民の啓発・普及に関する事項という、2つの論点に絞って、当面、検討をすすめていただくということで、ご了承いただきたいと思えます。まず検討の第一歩として、もちろんこの委員会には非常に詳しい御専門の先生もいらっしゃいますけれども、その点、私も含めて、まだまだ勉強が必要ということにさせていただいて、患者の権利の保護に関する事項と、国民の啓発・普及という2点について、2回ほど、有識者ヒアリングということで、会をもたせて欲しいと思えます。

最初の方では患者の権利の保護ということで、できましたら検証会議の方で、その点を御検討いただいた内田先生にもう一度、患者の権利の保護に関する事項ということで、提言の内容を踏まえて、どういう方向で検討すべきか、どういう内容があるのか、ということをお話しいただき、もう一つは、国際的な現状を勉強するというところで、前回、配布させていただいた論文資料の著者であります、(国会図書館の)林さんでしたか.....。

事務局　前回お送りさせていただいた資料には、委員の方から御指摘いただいた論文が幾つかありますけれど、その中で、今、鈿委員からもご指摘がありました、ノルウェーを含めて海外の動向全般に詳しい方としては、国会図書館で林様という方がいらっしゃいます。

多田羅座長　そうでしたね、林さんという方が、相当詳しい文章も書いておられるので、一度、林さんの方から、国際状況についてお話を伺い、勉強をさせていただく。それから第2回目には、国民、社会、当事者の啓発・普及というところで、どなたか、そういう方面の方にお話を伺うということで、そういうふうに2回ほど勉強の会をもたせていただきたいと思いますと思うのですが、いかがでしょうか。

そんな、勉強なんかしている暇はないという御意見もあるかもしれませんが、ゆっくり歩

く者は遠くまで歩けるということわざもあるようですし、弼委員からも、勉強をしたらどうかということも言っていましたので、そのようにさせていただければと思いますが、よろしいでしょうか。おつきあいいただくようなところもあって申しわけないのですけれど、各界を代表する委員に集まっていたいておりますので、この点、せっかくの機会ですので、皆さんの知恵を集めて、日本の社会の前進に資するよう、一歩でもいいまとめができますよう、努力したいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、今回は9月19日に、お二人の先生に出席いただいて、お話を伺うということで準備させていただきましたと思います。ありがとうございました。

本日の議事は以上でございます。事務局の方から何かございますか。

事務局 今、座長の方からお話しいただきましたスケジュールですが、一応、前回までに、夏休みを挟んで御予定をお聞きしたところ、9月19日が一番御出席の方が多いため、仮決めをさせていただいておりますけれども、それ以降、あるいはその9月19日の御発言の順番等については、今、お話に出ました林先生のスケジュールを再確認させていただくことも含めて、改めてまた御相談させていただきたいと思っております。一応、9月19日ということで御予定いただけましたら幸いです。

11月以降のスケジュールにつきましては、それ以外の会合もあるというふうにお聞きしておりますので、改めまして事務局の方から日程調整の御案内をさせていただきますので、その点、御協力をお願いできればと思います。

多田羅座長 高橋委員、何かありますか。

高橋委員 私、前回、療養所に行く日程があったんですが、都合がつかずに行けませんでした。ぜひ行きたいんですけど、その場合には個別に事務局と相談して行ってよろしいのでしょうか。

多田羅座長 原則、それはもちろん可能です。藤崎委員に御相談いただければ、いつでも大丈夫だと思います。

藤崎委員 月曜日以外なら資料館も開いていますので。資料館は月曜日が休みなんです。

多田羅座長 そうですね、資料館もありますね。立派な資料館もできていますので。弼委員からも、この会を療養所でやってはどうかということも言われたりしていますが、一応そういうことで、もし御要望がありましたらお願いします。

藤崎委員 いつでもおいでいただければと思います。

事務局 今、高橋先生からもお話がありましたので、そのあたり、資料館とか、せっかくお見いただくのであれば、昨年度もやりましたけれども、また検討させていただいて、御案内させていただきたいと思っております。それと藤崎委員の方から、お手元に、別の会合の御案内を委員の方にお配りさせていただきたいということですので、それもごらんいただければと思います。

藤崎委員 よろしく願いいたします。

多田羅座長 (藤崎委員から提示のあった)このチラシの御説明をしていただけますか。

藤崎委員 はい。事務局の方からお配りいただいたチラシですが、実は私どもは、今、ハンセン病療養所の実態を申し上げますと、入所者が全国で3,000名を切って2,900名ぐらいしかいない。その中で、私どもの将来はどうなるのかというのが非常に問題視されておまして、そのことについて、やはり今の現行の法律の中で、私どもは安心して生涯を終えることができるのかどうかという問題が、今、非常に大きな課題になっているわけです。そのためには、やはり、新しい法律、別の法律も必要ではないかということから、ハンセン病問題の基本法を制定しようという運動を、今、やり始めているという状況の中で、今度の21日に、それは決起集会みたいな形になるんですが、ここから運動をスタートさせようという形で8月21日に豊島公会堂で集会を持つというチラシですので、どうか、都合のつく先生方には、御出席いただければありがたいなあという

ふうにして、チラシをお配りした次第ですので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

多田羅座長 ありがとうございました。

(終了)