

第7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9月19日（水）

場 所：東海大学校友会館「望星の間」

多田羅座長 定刻でございますので、第7回ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会を開催させていただきます。委員の皆様には非常にお忙しいところをお集まりいただきましてありがとうございます。どうぞよろしくお願いたします。

本日の議事でございますが、本日はこの前にもお諮りいたしましたように、国立国会図書館に特別の御協力をいただきまして、「海外における患者の権利法に関する状況について」というテーマで、国立国会図書館の林調査員、恩田調査員にお越しいただいてお話を伺うこととさせていただいております。林調査員、恩田調査員におかれましては、非常に御多忙のところ、今回のため資料作成や調査などに時間と労力を割いていただきましてまことにありがとうございました。検討会を代表して心からお礼を申し上げたいと思います。

それでは説明に入りたいのですが、その前に出欠状況と資料の確認をさせていただきたいと思っております。

事務局 事務局でございます。出欠状況、配布資料等の確認をさせていただきます。まず出席状況でございますが、本日は太田委員、谷野委員、日野委員、秋葉委員の方から御欠席との御連絡をいただいております。また、田中先生の方から少しおくれてみえるという御連絡をいただいております。

それからお手元の資料を確認させていただければと存じます。クリップどめしてあるものでございます。第7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、続きまして傍聴される皆様への御留意事項ということで1枚紙がございます。会議の傍聴に当たっては、そこに書いてあります御留意事項の遵守の方をお願い申し上げます。

続きまして再発防止検討会に係る委員名簿ということで1枚でございます。続きまして座席表がございます。そのあとから資料1ということで、本日の議題のテーマでございます再発防止の提言の中から、患者・被験者諸権利の法制化というところを抜粋してございます。

続きまして資料2-1ということで、本日御説明の国立国会図書館の説明者の方から御説明いただく際の資料でございます。資料2-1というのが「海外における患者の権利法の状況について」というレジュメでございます。その次資料2-2ということで、「医療苦情処理（フランス・ドイツ）」という資料を御用意していただいております。

続きまして資料3として、患者の権利法（医療基本法）の法制化についてということで、こちらは内田委員の方からいただいております資料レジュメでございます。そこまでが資料でございます。

あとは御説明の時に御参照いただく可能性があるものとして、参考資料として三つつけてございます。こちらの方は一部国立国会図書館様の方で発行されている書籍雑誌の方からの複写でございますので、冒頭に複写に関する断り書き、記事の改変、第三者配布の禁止などもございますが、その点を御留意いただければと思います。

参考資料1というのが、患者の権利法等に関する立法紹介の論文記事でございます。続きまして、こちらの方は患者の権利法をつくる会ホームページの方から許諾をいただいて複写させていただきました、オランダの医療契約法の翻訳でございます。こちらの方が参考資料2です。最後の参考資料3ということで、本日御説明いただきます林さんの論文、「ヨーロッパにおける患者の権利法」と関連する法律の翻訳でございます。こちらの方も国会図書館の方の印刷物からの複写になりますので、同じような断り書きをつけてございます。資料につきましては以上でございます。よろしくお願申し上げます。

多田羅座長 ありがとうございます。それでは林調査員、恩田調査員からお話をお願いいたします。約30分程度お話をいただく予定にしておりますので、よろしくお願いたします。

林調査員 本日はお招きいただきましてありがとうございます。国立国会図書館の林と申します。どうぞよろしくお願いたします。本日は、海外における患者の権利法について、少しお話をさせていただきたいと思っております。

先ほど事務局の方から資料の御説明があったのですが、改めて私の方からお配りした資料について御説明させていただきます。参考資料1ですが、これは国立国会図書館の調査局が発行しました「外国の立法」という雑誌がございまして、その1992年3月号のコピーでございます。15年前の少し古いものでございますが、この時患者の権利について特集を組んでおりましたので、これをコピーいたしました。

次に参考資料2としてありますのは、患者の権利法をつくる会というところが翻訳しましたオランダの医療契約法のコピーでございます。

それから参考資料3ですが、これも同じく国会図書館調査局の雑誌「外国の立法」の2006年2月号からとったものでございます。タイトルが「ヨーロッパにおける患者の権利法」となっているものでございます。これは委員の皆様には、もう既にお配りされているものだと思いますが、改めてコピーをさせていただきます。これは1年半ほど前に私が書いたものなんです、ここには北欧諸国の患者の権利法の翻訳が載せてありますので、あわせてごらんいただきたいと思えます。

続きまして資料2-1となっているものなんです、これは今回私ができる範囲でつくってみた資料でございますが、各国の患者の権利法の名称とそれぞれの概要を年代順にまとめたものでございます。この中身なんです、資料2-1の3ページ、4ページにいろんな色で書き分けしているのですが、これには意味がございまして、赤い字で印刷しているものは、きょうお渡しした先ほどの参考資料1、参考資料2、参考資料3のどれかに日本語訳が出ているという意味でございます。それから青い字で印刷されているものは、資料2-1の5ページから13ページにかけて、それぞれの法律の概要が載せてあるという意味でございます。黒い字で書いてあるものは、残念ながら時間等の関係で、今回は全文も概要も日本語ではちょっと御紹介できなかったものでして、それは黒い字になっているというものでございます。

さて、この参考資料3の「ヨーロッパにおける患者の権利法」についてなんです、これを執筆した経緯について少しお話をさせていただきたいと思えます。今から10年ほど前になるのですが、ある政党の国会議員の先生方が患者の権利法の研究会を開いておられまして、その時に国会図書館の調査局が外国の患者の権利法に関する資料を出して説明をするようにという御依頼を受けたんですね。それがきっかけとなりました。

当時は、ヨーロッパ各国の議会で盛んに患者の権利法の法案が審議されている最中ございまして、なかなか完成した法律のテキストが手に入らないという状況でございまして、御依頼をされた先生方には、「今現在、審議中なので詳細は不明なんです」というような回答をした記憶がございまして。その後、その先生方が中心になりまして、患者の権利法の法案が国会に提出されたようでございますが、結局審議されないまま、今日まで棚上げになっていると聞いております。

それから約10年たちまして、ヨーロッパの多くの国で患者の権利法が議会で承認されて、施行されるようになりまして、外部にもテキストが公表されるようになりました。そこで、おくれはせながらなんです、私もそれらの資料を収集して、この「ヨーロッパにおける患者の権利法」を執筆させていただいたというわけでございます。

実は私は、現在国立国会図書館の調査部門から離れておりまして、総務部におります。現役の調査員ではないんですね。「ヨーロッパにおける患者の権利法」という論文を書かせていただいたのですが、決して患者の権利や外国法の専門家ではございませんので、その点は御了承いただきたいと思えます。本日のお話も個々の法律を詳細に分析するとか、評価するといった踏み込んだことは残念ながらできませんので、ただ、単に海外の患者の権利法の御紹介程度になってしまうことと思えますが、その点もあわせて御了承いただきたいと思えます。

本日は、海外における患者の権利法の総論の部分私、林が担当させていただきます。その後、各論としてフランスとドイツの医療苦情処理について、国会図書館調査局の現役の調査員でございます恩田がお話をさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。では早速ですが、本題に入らせていただきます。このあとはお配りした資料2-1にそって、お話をさせていただきます。

患者の権利運動というのは、そもそもはアメリカが中心となって始まりまして、アメリカでは1970年代から州ごとに患者の権利に関する法規ができております。今回お配りした参考資料1の中に、その一例としてコロラド州の州法が10~13ページに翻訳がございまして。それからミネソタ州、同じく参考資料1の13~20ページになりますが、この二つの州の州法の翻訳をあげておきましたので、御参照ください。

アメリカには州ごとの州法はございますが、連邦全体で統一された患者の権利法というのはまだございません。患者の権利法そのものではございませんが、関連する連邦法としては、1990年に患者の自己決定権法、英語ではFederal The Patient Self Determination Act というものが制定されております。これも参考資料1の7~9ページに翻訳が出ております。7ページに第4751条となっているものが患者の自己決定権法に当たります。

それから1993年には統一保健ケア決定法、英語ではThe Uniform Health-Care Decisions Act

というものなのですが、これが成立しております。このモデル法を現在採用しているのはアラバマ州、アラスカ州、デラウェア州などの7州です。

1990年の患者の自己決定権法も、93年の統一保健ケア決定法もリビングウィルとか、アドバンス・ディレクティブに関する記述が中心になっている法律です。

1990年代の後半からは、連邦議会にも患者の権利法の法案が提出されるようになりました。これは、民間の医療保険会社を中心としたアメリカ独特の医療保険制度の中から生まれた特殊な患者の権利法と言えます。つまり、保険会社のさまざまな制約からいかにして患者を守るかというものが主体になった法律でございまして、一般的な人権としての患者の権利をうたったヨーロッパの法律とは、いささか色合いが違った患者の権利法になっております。しかしながら、この患者の権利法案も、連邦議会で棚上げ状態になっておりまして、まだ法律にはなっていないという状態です。以上がアメリカでございまして。

次にヨーロッパにおける患者の権利法について、御説明させていただきます。

現在に至るまで連邦統一的な患者の権利法が成立していないアメリカとは違ひまして、1990年代以降、ヨーロッパ諸国では患者の権利法が次々と制定されております。ヨーロッパで最初に制定した患者の権利法は、フィンランドの患者の権利と地位に関する法律というものでございまして、これは1992年に成立して、1993年に施行されております。

それに続きましたのがオランダの医療契約法で、これは1994年に成立し、1995年に施行されております。

フィンランドとオランダに続きまして、その後、北欧、東ヨーロッパを中心にしまして次々と患者の権利法ができております。北欧ではアイスランドが1997年、デンマークが1998年、ノルウェーが1999年にそれぞれ患者の権利法をつくっております。

今のところ、スウェーデンには患者の権利法という名称の法律はございませんが、保健医療サービス法というものがございまして、それが患者の権利法のかわりを果たしていると言われております。参考資料1の20ページから25ページに、「ヘルスケア及び医療法」というタイトルで解説と翻訳が載っております。この法律は現在かなり改正されてございまして、翻訳は改正前の古いものになりますので、その点は御了承いただきたいと思ひます。

それから東ヨーロッパのルーマニア、クロアチア、旧ソ連邦になりますが、リトアニア、エストニア、グルジアといった国々などでも患者の権利法ができております。

西ヨーロッパの方では、フランス、ベルギー、スペインなどが2002年に患者の権利法をつくっております。スペインの患者の権利法は、正確に申しますと、少し長い名称なのですが、「患者の自律及び医学的情報・文書に関する患者の権利・義務に関する基本法」というのが正式名称になっております。最も新しいものとしましては、2004年にできましたキプロスの患者の権利保護法というものがあげられます。

スイスではまだ成立していませんが、患者の権利法の法案が議会に何度も提出されているようございまして。

ヨーロッパ以外で申し上げますと、イスラエルに1996年に患者の権利法ができております。トルコでは厳密に言うと、国の法律ではないのですが、保健省の方から患者の権利に関する省令というものが1998年に出ております。

それから、こうした独立した患者の権利法をつくるかわりに、一般的な医療法ですとか、保健法の中に患者の権利に関する条項を設けるというやり方をとった国もございまして。ギリシャとかオーストリアなどがそれに該当いたします。

東ヨーロッパ、旧ソ連邦諸国では、スロバキア、ハンガリー、ブルガリア、ロシア、ラトビアなども患者の権利法を独立してつくるかわりに、患者の権利に関する条項を保健法の中に盛り込むというスタイルをとっております。

イギリスなのですが、ここには独立した患者の権利法というのはいりません。ございせんが、例えば1990年の保健記録アクセス法といった、医療記録にアクセスする権利といったものに特化した法律がございまして。この法律は先ほどの参考資料1の30ページから39ページに解説と翻訳が載っておりますので、ごらんいただきたいと思ひます。

イギリスではその他の患者の権利一般というものは、患者の権利法というものではなくて、患者の権利憲章、英語でいいますとCharterに定められてございまして、これが患者の権利法にかわるものになっていると言われております。

同じくドイツにも患者の権利法はございせん。憲法や社会法典の中に患者の権利に関する規定がございまして、一括して患者の権利を示すものとしましては、イギリスと同様、患者の権利

憲章がございます。

ちなみにイギリス、ドイツ以外にも患者の権利憲章は、広く普及しておりまして、例えばフランス、チェコ、スペイン、アイルランド、ポルトガル、ポーランド、スロバキア、オーストリア、キプロスなどに存在しております。ヨーロッパ以外にも、例えばマレーシア、香港、南アフリカなどにも患者の権利憲章がございます。

次に各国の患者の権利法の内容について簡単に御紹介をさせていただきます。

患者の権利全般についてなんですが、一般的な患者の権利としてはいくつかあると思うのですが、代表的なものとしましては以下のようなものがあげられると思います。

まず、「平等で適正な医療あるいは良質な医療を受ける権利」、それから「インフォームドコンセント」、「自己決定権」、「医療従事者あるいは医療施設を選択あるいは変更する権利」、「セカンドオピニオンを得る権利」、「治療や情報を拒否する権利」、「個人の尊厳、プライバシーが守られる権利」、「医療記録にアクセスする権利」、「記録の修正を要求する権利」、「苦情を申し立てる権利」といったものがございます。

国によってとりあげる権利の種類は違いますし、どの権利に重点を置くかということは、また国によって違うのですが、メインになるものは以上に申し上げたような権利になるかと思えます。

最初にあげました「平等で適正な医療を受ける権利」に関しまして、特に平等というところに着目いたしまして、人種、民族、性別、年齢、思想信条、社会的地位などによって差別することを禁止するというような条項で、それを保障している国がございます。リトアニア、イスラエル、グルジア、キプロス、スロバキア、ブルガリアなどの患者の権利法では患者を人種などで差別してはならないという条項が存在いたします。例えばリトアニア法の第3条第1項では、「患者の権利は性別、年齢、人種、国籍、言語、社会的地位、信仰、思想信条その他によって保健ケア施設において制限されることはできない」と規定されております。

また、グルジアやフランスの患者の権利法には、遺伝的特質による差別を禁止するという条項も入っております。グルジア法の第31条では、「遺伝を理由にした差別は禁止される」とあります。また、フランス法の第4条の では、「何人も遺伝的特質を理由として差別されてはならない」とあります。

次に患者の権利の中で最もよく用いられるものとして、インフォームドコンセントというものがあろうと思うのですが、インフォームドコンセントとは、一般的には検査や治療に際して医師が患者に十分な情報を与え、患者はそれに基づいて同意するものであると言えます。

しかし、患者の権利法の中には検査、治療だけではなくて、特に科学研究、医学教育などへの参加に関して、患者にインフォームドコンセントを求める国がございます。リトアニア、アイスランド、トルコ、グルジア、フランス、キプロス、スロバキアなどがそれに当たります。例えばアイスランド法の第10条では、「科学研究に参加するにはそれに先立ち、患者が所定の方式にしたがった同意を与えなくてはならない」とあります。同じく第11条では、「保健分野の学生が自己の研修及び訓練の一環として、治療に立ち会う場合、患者はそれについて知らされなければならない。患者はこうした研修及び訓練への参加を拒否することができる」とあります。

これと類似したものになるのですが、研究や統計作成のために患者の情報を提供する場合の特別な規定を設けた国もございます。オランダ、リトアニアにはそうした条項がございます。最も特殊なものとして、スロバキア、ブルガリアのように、患者の権利法の中に死後の移植、検死、病理解剖に関して特別な同意を求める国もございます。

次に情報の拒否権に関することですが、オランダを初め多くの国では、患者が希望した場合、医療提供者から患者に対する情報を差し控えることを認めております。例えばオランダ法の第449条では、「患者が情報の提供を拒絶する意思を明らかにした場合は、情報は提供されない」と規定されております。

また、患者の身体的精神的な健康状態に悪影響を及ぼす可能性がある場合、あるいは何らかの理由で同意を得ることが不可能な患者に対して、緊急な処置が必要な場合は、医師が患者に情報を与えることを控えることを認めるという条項も多くの国では、採用されております。

例えばオランダ法第448条第3項では、「ケア供給者はその情報の提供が後に患者に対して深刻な危害をもたらすことが明らかである場合にのみ、情報の提供を差し控えることができる」としてあります。また、そうした状況においては、同意なしに治療ができるか、あるいは同意は推定されるとしてあります。

リトアニア法の第8条第3項では、「患者の意識がない場合、またはその他の理由により患者の意思が判明しない場合、及び患者の生命または健康に重大な危害が与えられる場合、生命維持に

不可欠な...医学的支援が提供され、こうした医学的支援は患者の同意なしに施されるとされております。

ほとんどの患者の権利法では、未成年者や子ども、あるいは精神障害や意識喪失などにより自己決定権を制限された患者に関して、特別な条項を設けております。その場合、権利を制限された患者にかわって、患者の親、法定代理人、あるいは患者に指名されたものが患者の権利を代行することになっております。

ユニークなところでは、グルジアとかスロバキアのような国などのように、未成年者や無能力状態の患者以外に、例えば軍人、あるいは警察関係者、拘留中の患者といった特殊な立場の患者に対して特別な規定を設けている国もございます。グルジア法の第44条では、「軍人には独立した医療専門家を要求する権利がある」という規定がありまして、また同じく第45条第2項には、「拘留中のものには、適正な医学的検査、独立した医療専門家及び医学的治療を要求する権利がある」と規定されております。

スロバキア法の第11条第6項、それから第7項では、グルジアとは正反対なのですが、収監中の者や、軍、警察のメンバーなどは、医療提供者を選択する権利を制限されるとあります。

それ以外にも特殊な立場にある患者として、妊産婦をあげている国もございます。グルジアとハンガリーでは、妊婦は出産に際して、指定したものに立ち会ってもらい権利があり、出産後は生まれた新生児をそばにおく権利があるということが患者の権利法に規定されております。

次に末期医療やリビングウィルを含めた特殊な患者の権利に関してですが、アメリカの患者の自己決定権法などにもあてはまることなのですが、ヨーロッパの患者の権利法でも末期医療、尊厳死、リビングウィル、あるいは緩和治療に関連した条項を設けている国がございます。アイスランド、デンマーク、グルジア、スペイン、ブルガリアなどがそれに当たります。

例えばアイスランド法第24条では、「末期患者は尊厳死の権利を有している」と規定しておりますし、デンマーク法の第16条第1項では、「末期患者は死期の延長のみを目的とする治療を拒否することができる」としてあります。同じく第17条第1項では、「18歳に達しているものはリビングウィルを作成することができる」と規定しております。

また、トルコ、ブルガリアでは、患者の権利法の中に安楽死禁止の条項を設けてあります。

その他の特殊なものとしましては、デンマーク法、ノルウェー法なのですが、ハンガーストライキをする権利というものがございます。デンマーク法第14条には、「患者が信念をもってハンガーストライキを実行している場合、保健従事者はそれを中断させることはできない」とあります。

デンマーク法の第15条は、輸血または血液製剤の使用に関するものなのですが、その第3項には、「血液または血液製剤を使用しない治療を実施することが保健従事者の倫理的信念に反する場合、保健従事者は当該治療を提供する義務を負うことはない」という医療従事者の義務の免除を取り上げた条項も存在します。

次に「医療従事者の義務」と「患者の義務」についてなのですが、患者の権利法では、「医療従事者の義務」、すなわち「適正な医療を実施する義務」、「情報提供の義務」、「守秘義務」等についてですが、それを規定している国が一般的ですが、逆に「患者の義務」というものを取り上げている国もございます。

オランダ法では第452条に、「保健提供者への協力義務」というものがございます。同じく第461条には、「料金支払いの義務」というものがございます。アイスランド法では第21条に、「自己の健康に関する患者の義務」といったものを規定しております。ラトビア法の第25条では、「患者は医療関係者の指示、医療施設の内部規則を遵守する義務がある」と規定されております。

最後になりますが、各国の患者の権利法において、患者の権利が侵害された場合の処理制度、あるいは患者の権利が侵害されないように監督する制度について、どのように規定しているかについて触れておきます。

フィンランドとノルウェーの患者の権利法には、患者オンブズマンというものに関する規定がございます。フィンランドでは医療施設単位で、ノルウェーでは県単位でオンブズマンを設置しております。フィンランド法の第11条によりますと、患者オンブズマンの任務は、患者に助言すること、患者を援助すること、患者に情報を与えることの三点となっております。

キプロスでは、オンブズマンというものではないのですが、国立病院には患者の権利の保護をするために活動する「患者の権利官」というような特殊な役職が設けられております。

患者と1対1で対応するオンブズマン制度ではなくて、複数の専門家の委員会制度によって問題解決に当たっている国もございます。

イスラエル法では、患者の苦情を調査するための「調査委員会」、それから医療活動を評価してケアの質を改善するための「管理・質委員会」、それから「倫理委員会」の三つの委員会を設置しなければならないことになっております。

デンマーク法第 33 条、ノルウェー法の第 7 - 2 条、キプロス法第 23 条には苦情委員会に関する規定がございまして、患者はそれぞれの委員会に苦情を申し立てる権利があることになっております。

ベルギー法の第 5 条には、「患者の権利に関する連邦委員会」というものが規定されております。

それから医療事故による救済問題ですが、これに対する最も一般的な方法はもちろん金銭による損害補償ですが、フィンランドなどの北欧諸国では、患者の権利法以外に患者保険法、または患者障害法といった名称の法律を別途につくりまして、損害補償についてはそちらで処理しております。いずれも無過失の損害補償です。

患者の権利法の中で損害補償について規定しているのは、リトアニアとフランスです。リトアニア法はフィンランドにならって、無過失保険制度による患者への補償を規定しております。

フランス法はそれよりも複雑になっておりまして、過失責任が原則になっております。原則は過失責任なんですが、医療専門家、医療施設が無過失の場合でも、患者が医療事故、医原性疾患、院内感染で被害にあった時は、国民的連帯という名のもとに条件つきではありますが、補償を受けることができることになっております。フランス法の損害賠償規定というのは非常に膨大なものでして、とてもここで詳しくお話できるような内容ではございません。フランスの医療事故の損害補償制度については、何人かの学者の方が解説した論文を書いておられます。資料 2 - 1 の最後の 13 ページに参考文献として何件かあげておきましたので、詳しいことはそちらを後でお読みいただきたいと思っております。

以上、雑駁になりましたが、ヨーロッパ諸国を中心としました海外の患者の権利法について、簡単に御説明させていただきました。

引き続きまして、国会図書館調査局社会労働課の恩田の方からフランスとドイツの医療苦情処理について、御説明させていただきたいと思っております。

恩田調査員 国立国会図書館からまいりました恩田と申します。よろしくお願いたします。本日は医療苦情処理ということで、特に医療事故とか院内感染やインフォームドコンセントなどが考えられると思うのですが、患者からの苦情に対して、どのように対応しているのかにつきまして、フランスとドイツの例を御紹介したいと思っております。

まずフランスですが、2002 年の患者の権利法におきまして、医療苦情処理の制度が確立しました。それ以前にもいくつか判例は出ておりまして、医師には過失した場合の責任があるという過失責任主義といったものや、院内感染については結果責任も含めて負うという判例がいくつか出ていましたが、そうなりますと過失がなかった事故、避けられなかったような事故については、患者の補償されないということで、裁判の場とかでも激しく争われることになってますが、そういったケースについても補償していくのが大きな柱になっております。

具体的には、この患者の権利法で規定されておりますのは、事故等の報告義務、無過失の場合でも被害者が補償を行うこと、C R C I という医師に過失がそもそもあったのかどうか、それがどのぐらいの被害なのかということとを判定する機関をつくる、ということとを定めております。

一番目の事故等の報告義務とは、医療従事者等が被害を発見したり、または被害者から求めがあった場合に、速やかに被害者や家族に対して情報を提供しなければならないということとを定めております。期日はその日から数えて 15 日ということになっているのですが、早期に知らせることによって、その後の被害を最小限に抑えていこうという背景があるようで、こうした短い期限になっているということのようです。

二番目の無過失の場合の被害者の補償は、過失があった場合に医者は責任を負うんだということとを、法律上ははっきりと明確にする一方で、無過失の場合については、国民連帯というような形で国全体でもってカバーしていこうという考え方とっておりまして、条件的には能力喪失率 25% 以上の大きな障害が起きた場合については、無過失であっても、医療事故でも院内感染でも補償していこうということとを定めております。

三番目に、C R C I というものを各地方に置くということとを定めているわけなんですが、C R C I というのは日本語では地方医療事故損害賠償調停委員会などと呼ばれておりますが、この機関が医師の過失があったかどうか、過失がなかった場合には、能力喪失率 25% 以上なのか以下なのかを、判定する任務を担っております。被害があったと考えている患者や、またはその遺族等が和解手続の申請をする窓口となっております。

続きましてドイツの方を御紹介したいと思います。フランスでは2002年の法律によって完全に制度化されているわけなんです、ドイツは法的に全部が定められているわけではなくて、各州にあります医療職法が各州それぞれにあり、条文は違ったりするのですが、その中で患者の権利を守ったりとか、医師がなすべきことというのを、法律ではなくて医師会が独自に定めるように定めております。

具体的には、州によるのですが、高度な社会的身分を保つように配慮し、職業義務を満たすように行動し、また、行動しているか監督しなさいということが法律に書かれておまして、それに基づいて州の医師会がさらに自分たちで職業規則というものをつくって守っているという状況になっております。

ちなみにこの医師会というのは、州によって医療に従事していることを加入義務にするかどうかなど異なりますが、基本的に医師は全員加入するということになっておまして、州の医師会というものは医師の職業上の利益を守ると同時に、そこに入っている会員、つまり医師全体を監督する義務というものを負っております。

このように医師会が独自につくっているということについては、医師会側から見ても必要と考えているようで、医師の権利ばかり守るようなことをしてしまうと、逆に医療職法自体を改正していこうという動きも、医師に任せるところから離れていこうというような議論も生みかねないということで、比較的公平といえますが、医師にとっても権利を守ると共に義務とか倫理とかを守ろうという動きが活発に行われているようです。

具体的に医師職業規則というものが、どういう格好で患者の権利を定めているかといいますと、州の医師会を束ねる機関である、連邦医師会が定めた医療職業規則の中で、例えば診療の原則と行動規範、それから説明の義務、守秘義務、記録作成の義務などを定めております。

連邦医師会がつくった規則が効果を持つには、州の医師会と州政府が承認する必要があるわけですが、結果的には承認されて、このとおりに実行されているようです。

患者の側から見て、苦情の申し立てはどのようにしたらいいかということをおし上げますと、州の医師会が設立します裁判外紛争処理機関が機能しております。いずれの州におきましても任意性があること、無料であること、強制力がないことというのが基本になっております。この紛争処理機関というものが医師会が設立しているために、時に医師にとって有利な判定をしたりするのではないかということが議論になる場合があるのですが、この点については、冒頭にも申し上げましたとおり、医師会が自分で規律を守るということをしっかり確立するためにも、例えば外部の医師に州の外の人に頼むとか、州によってですが、医療に実際に従事せず、医師会に入っていない医師に鑑定を依頼するという対応をとっているようです。私の方から説明は以上です。どうも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す。お忙しいところを非常に膨大な材料をもとに簡潔にまとめただいて、非常にありがとうございました。以上お二人の先生からお話を伺いましたが、委員の皆様いかがでしょうか。御質問がございましたらお願いします。

鈴木委員 アジアの状況は少しおわかりになりますでしょうか。

林調査員 患者の権利法に関して、別にヨーロッパに限定して調べたわけではございませんが、残念ながら、アジア各国の中で患者の権利法あるいは患者の権利に関する条項を医療法の中で設けた例があるというのは、まだ資料の中で見つけておりません。もしかするとどこかアジアの中で関係するものを持っている国があるのかもしれませんが、現在のところ、私が調べた範囲では見つけることができませんでした。

鈴木委員 何年か前に韓国が患者の権利法の制定を検討しているというようなことを聞いたことがあるのですが、その後フォローしてないのでどうなったのかわからないのですが。

林調査員 存じ上げないので、申しわけございません。

筈委員 前回配布された中で、林さんが紹介された文の中に、日本医師会がカルテ開示に反対しているという箇所がたしか記載されていたと思いますが、これは国際的な会議の中で日本医師会がカルテ開示にただ唯一反対したという記載があったと思いますが、その点はどうでしょうか。なぜそういうことが起こったのか。

事務局 今の御指摘は、参考資料の3の4ページから5ページ目にかけてですが、まず4ページ目の一番上のところに、まずリスボン宣言に関する日本医師会の話が少しございます。それと5ページ目の1列目の日本において以下のところ、ここにも少し言及がございます。

筈委員 そう書かれているのを私は読んできたのですが、前回配布された資料の中にありました。きょうは医師会の先生方もお出でなので、それに対してお考えがあれば、知っていることが

あれば教えていただきたい。なぜカルテ開示に反対を、国際会議の中でやったのか。現状はどうなんですか。

畔柳委員 私は別に日本医師会を代表するというのではなくて、カルテ開示のガイドラインというのは日本医師会が一番最初につくっているわけですから、これは間違いない。ですから開示してますよね。それから先ほどの反対という話も、私はその現場を知っているので申し上げてもいいわけですが、これは随分古い話でして、たしかリスボン宣言の改定の時なんです。

これは世界医師会という団体があって、そこでいろんな宣言をつくっているわけです。いろんな国の医師会が加盟してつくっている、その団体の中でいろんな宣言をやって、その中にリスボン宣言というのがあります、それは患者の権利宣言という名前の宣言です。初めリスボンでかなり古い時代に、だから1980年代ぐらいにできて、それを改定することになったんですね。改定することになった時に、日本の当時の状況から言うと、非常に進んだ内容の宣言になっていました。日本国内の当時の状況というのは、別にカルテ開示だけが問題ではないのです。かなり詳しい権利宣言なんですね。3年ぐらい賛成反対があって、最終的にインドネシアの総会の時に、主としてこれは北欧の人たちが推進してできた宣言なんです。その時に、日本医師会というのは全く全体としての意見の統一ができない状態が出ていて、白票を投じたというのが本当の話なんです。

ところがその時にブリティッシュ・メディカル・ジャーナルの記者というのが大体出ているのですが、その人が日本は反対したという、まあ白票ですから反対と言えば反対ですよ、どういふふうに見るか、いろいろあると思いますが、それが特派員報道でイギリスの雑誌メディカル・ジャーナルに載ったんですね。載ったらこれがすぐに普通の一般紙に流れてということで、それで日本は唯一反対というふうなことになったというのが本当の話なんです。たまたま私はその現場を見ておりましたので、よく知ってますので。

多田羅座長 反対というよりも、棄権したのが反対とみなされたという感じなんですね。

畔柳委員 実際日本の当時の状況というのは、なかなかそこまで、まさに今回検討しているようなことが当時出たわけですから北欧の動きとアレというのは約15年ぐらいのギャップがあるという感じがします。

筈委員 今ずっと各国の、特にアメリカから始まったというようなお話から始まって、各国で患者権利法ができてきた、けどその権利法の内容について御説明をいただきましたが、それはどういう形でその権利法の成立が図られていったのか、例えばそのような患者の運動があったのか、あるいはそういう患者が置かれている状態というか、実態を見かねて何らかの権力がそのようなことを制定にもっていったのか、その点についてどうしてそういう各国がこの権利法を成立させたのか。

例えばヨーロッパではWHOがヨーロッパ会議を開いたとか、そういう契機があったと思いますが、なぜアジアの方、日本ではこういうことが問題にならないのか、また同時に医師会の方でこのずっと参考資料を読むと、強制加入をすることによってこの患者権利法というのが成立してきているという経過が見られるのですが、任意加入という格好だと医師会の方でなかなかまとまらない、そういう強制加入については、いわゆる1945年の敗戦時にアメリカ占領軍によって強制加入が解除されてしまったという経過があるそうなのですが、その後のこういうなぜ現在に至ってなお患者権利法が日本においては問題になってこなかったのか、その辺、何か各国の状況を調べた感想として、なぜ日本ではこの患者権利法が成立しなかったか、あるいはアジアの状態について鈴木委員の方からどうだったのかというお尋ねがあったようですが、アジアではなぜこういう問題が起ってないのか、その辺各国を調べた感じとしての御感想をいただければと思いますが、いかがですか。

多田羅座長 いかがですか。感想でも結構ですが。

恩田調査員 感想というか、僕の場合調べてきたのは医療苦情処理でしたので、裁判上でいろいろ揉め事が多く起こったりすると、それを何で法的に解決しておかないんだという発想が出てくるわけで、そういうところが1990年代頃の状況で、それを改善していくために患者の権利法をつくっているという背景はあるんじゃないかと思います。それがフランス、ドイツです。あとは他もアメリカであったり、そういう国もそういうところが一つの出発点になっていると思います。日本で何で進まないのか、日本も裁判はたくさん行われているので、その答えにはならないと思いますが、そういうところから出発しているというのが一つです。

筈委員 要するに医療違反というか、そういうような医療過誤のことから裁判が多くあったために、その患者権利法が必要というふうになっていったということですか。

恩田調査員 そうですね。そういう背景はあると思います。

畔柳委員 その点はちょっと感じが違うのですが、患者の権利法というのは医療過誤の問題とは本来あまり関係ないんですね。そこには、ある種のヨーロッパ独自の理想主義・人権思想があると思います。ナチ時代にドイツの医師たちが人権を無視した人体実験に多数関与したことに対する反省から、患者も医療の主体であり、重要なことを決定するのは患者だという考え方です。二十世紀半ば以降、ニュルンベルク医師裁判で定立されたニュルンベルク綱領を念頭に置いた様々な医療と人権に係わる宣言が作られます。1994年3月、WHOヨーロッパ局が先ほど紹介された、いわゆる「ヨーロッパ患者権利宣言」を発表しますが、1948年の国連人権宣言に起因しますが、同時にニュルンベルク綱領にも連なる内容です。これを受けて、世界医師会は早速、リスボン宣言の改訂に乗り出します。当時ヨーロッパが活動の中心であった世界医師会が率先してこれを取り上げて、1994年のパリ総会で改訂リスボン宣言という形でまとめます。

しかし、その前後のヨーロッパ各国の動きは複雑で、ヨーロッパ患者宣言を主導したオランダ、フィンランドが90年代前半に、5、6年遅れてその他の北欧諸国が法制化しています。ただ、これらの国々の多くは、いずれも人口7、8百万程度の社会福祉の行き届いた国々であり、人口も少なくどちらかということ、意見の一致を見やすい国々だということが特徴だと思います。デンマーク、フィンランドなどでは、現在でも、医療過誤訴訟は問題になっていないようなので、患者の権利法が医療過誤が契機というのは、果たしてどうでしょうか。

多田羅座長 恩田さんのはこの苦情処理の方の話ですね。

恩田調査員 患者の権利法ができあがっていく中で、インフォームドコンセントとか院内感染もそうですが、そういうものも盛り込んでいこうという動きがその中で合わさったというのがアレで、患者の権利法の中にはそれ以外の部分がいっぱいあるので、確かにおっしゃるとおりそうで、患者の権利法全体はそうでないのかもしれないですね。

多田羅座長 わかりました。他の委員の皆さんいかがでしょうか。

尾形委員 ありがとうございます。ただいまお話のあった資料2-2について何点かお伺いしたいのですが、フランスとドイツですね。まずフランスのところですが、この法律で事故等の報告義務ということが書かれていますが、先ほどの御説明ですと、事実関係とか被害の原因を被害者遺族に対して提供しなければならないと、こういうお話だったのですが、行政機関に対しての報告義務はあるのかどうかということをもまずお聞きしたいと思います。

恩田調査員 あったとは思いますが、日付までこのように定めてはいなかったと思うので、あったと思うというだけで、それ以上は回答できません。済みません。

尾形委員 ありがとうございます。それから二点目として、次に無過失の場合の補償制度が書かれていますが、先ほどの御説明ですと重度の障害の場合、公社から支給されるということですが、これは財源は公費と考えていいんですか、それとも医療保険の財源を使っているのでしょうか。

恩田調査員 医師は医師賠償責任保険に加入することが義務付けられているために、公社の財源に医療提供者側からの拠出がなく、国民から広く集めたものというのは確かだと思いますが、税か保険かというのはちょっとわかりません。

事務局 今の尾形先生のお話について、少し事務局でも相談して後日書面で提供させていただきたいと思います。

尾形委員 それに関連して重度の障害の場合25%超の能力喪失ということですが、これは補償の形態としては例えば障害年金みたいな形で払われるのでしょうか。それとも一時金でその分が出るのでしょうか。

恩田調査員 裁判を行うのの代替手段と言いましょか、裁判での判決にかわるものに近いものですから、主に一時金が想定されているとは思いますが、その後の障害の様子によっては年金的に支払われるケースもあったと記憶はしていますが、それは裁判でもやはり同じような結果はあり得ると思うので、そういうことになるかと思えます。どちらとは言いきれないと思います。

尾形委員 最後に一点、ドイツについて鑑定委員会が医師会に設けられて、中立的な立場で機能しているということなんですが、この機能というのは、フランスのCRCIのように補償額まで勧告するのでしょうか、それとも過失があったかなかったとかいうところに限られるのでしょうか。

畔柳委員 多分、ドイツの鑑定委員会・調停所の制度については、私が1993年に現地に行って調査を開始し、今日まで継続してフォローしているので、多分日本では一番事情に明るいと思います。詳しいことはこれまで発表した文献に譲り、本日は簡単にご説明させていただきます。ま

ず前提として、ドイツの州医師会は、強制加入団体であるということです。ドイツは16の州(国・邦)からなる連邦ですが、歴史的な経緯からノルトライン・ウェストファレン州には、ノルトラインとウェストファレンに独立の医師会があり、現在は17医師会が存在します。医師会の主たる役割は、職業規範を制定し、会員を管理・監督し教育することです。1970年前後にアメリカでメディカル・マルクラティス危機が発生し、この波がヨーロッパあるいはアジアにも及びことが懸念されました。医療事故に関係なく、ドイツはご承知のように、もともと訴訟大国ですが、当時ようやく議論が始まった、ADR(裁判外紛争処理)を医療事故紛争にも応用する機運が高まり、1975年デュッセルドルフにあるノルトライン医師会が医療過誤鑑定委員会を立ち上げました。ここでは、患者の申し立てを受けると法律家と医師が組んだチームを作り、鑑定書を作成して交付します。鑑定書作成に際して、必要があれば主として国内の専門家の意見を求め、その内容を交付する鑑定書に投影させます。これに対してベルリン、ブレーメン、ハンブルク州などドイツ北部の諸州が連合して、ハノーバーに北ドイツ医師責任問題調停所を設置しました。ここでは調停所(Schlichtungsstelle)の名が示すように責任の有無の鑑定に留まらず、損害賠償額にまで立ち上がった調停を行うことを考えたようです。そのため定められた規則を読むと、鑑定に引き続き調停に関する規定があります。私自身当初はデュッセルドルフは「鑑定」、ハノーバーは「調停」と思って関係者とやり取りをしていました。しかし、ノルトラインの規則にも鑑定だけでなく、調停手続きに定めがあるのです。その後、ドイツ連邦医師会との人的関係ができて、毎年発表される9つの鑑定委員会・調停所の統計資料が入手できるようになりました。最近のそれを見ると、全ドイツで2002年度は10,887件、2003年度は11,053件、2004年度は11,293件の新規申し立てが出ており、ほぼ同じ数、委員会の結果を出しています。ノルトラインの鑑定委員会が年間1800件前後、北ドイツ調停所は崩壊後の東ドイツの大半の州を受け入れたので最近では年間4000件余の申し立てを処理しています。11,000件の80%前後に実体判断=鑑定が示されそのうち、22~23%が有責とされていることとなります。これまで、2ヶ所を除き、各所の鑑定委員会、調停所を直接訪問していますが、事件数の少ない州は別として、他は原則的に責任の有無に関する鑑定書を交付するところで事件を終結させていることが明らかになりました。それだからこそ、年間4000件という数がこなせるわけです。この点は、本年5月ベルリンにいったときに連邦医師会の担当者に会って確認しております。

多田羅座長 では調停は別のところですか。

畔柳委員 いえ、調停はどこもしていません。あとはその結論を参考にして保険会社などと直接交渉して下さいということです。

それではどういう人たちが鑑定をしているかというと、ハノーバーの場合は歴史的経緯もあって弁護士が中心になって医師と委員会を構成し簡単なものは委員会で、必要があれば専門家の鑑定を得て委員会で鑑定書を作って交付します。これに対して、それ以外のところでは、法律家の委員は退職後の裁判官が就任し元裁判官と医師の組み合わせで鑑定をする仕組みになっています。ドイツでは裁判官は退職後弁護士にならないので、法律家の委員として非常に良質の供給源があるわけです。その上、最近、独立法人化していますが、医科大学はほとんど州(国)立ですから、鑑定についても積極的な協力が得やすい風土があります。当初は、普通の過失の判断しかしていなかったようですが、最近ではインフォームド・コンセントの中身に触れる判断も沢山出ています。ちなみにこの制度は現在では全て法律上の制度となって、医師会の建物内に附設されています。

多田羅座長 はい、わかりました。ありがとうございます。では田中委員、どうぞ。

田中委員 資料2-1についてです。患者にとって大切な事柄は、ここの2-1の1ページの2で10個例示されています。一般的な患者の権利、10個まとめられていることが大切であって、法律があるかないかよりもこちらの方が重要だと思うんですね。法律基本法がなくても、この10個が守られるという状態はあり得ます。逆に権利法があっても、そこには例えば人種民族性別による差別をしてはいけないとだけ書いてある法律を患者の権利法と呼ぶかもしれません。

したがってこれらの10個例示されているものが、どのくらい認められているかどうかでその国の患者が守られているかどうかを判断すべきだと一般的に思います。日本でもこの10個の中のいくつかは既に法律で認められています。フリーアクセスは医療保険法で認められているし、インフォームドコンセントは当然医療法で認められているというように、日本でもいくつかあります。

質問は、患者の権利法制定国、権利条項をもっている国、権利憲章にとどまる国は、こういう10個の事柄について強い弱い比例関係があるかどうかです。つまり基本法を認めているほどの10個あるいはそれ以上の項目が認められていて、権利憲章だと弱いのだったら権利法は定める

ことは論理的帰結になりますが、特段に関係ないんだったら、大切なことは法律をつくるつくりよりも、権利をどうやって守るか、法律が別に 10 個あったっていいと思うんですね。さまざま法律で認めたらいいと思うので、権利法がある、条項にとどまる、権利憲章ということと、この権利の中身が多く深く認められているのに何らかの関係がありそうでしょうか。それとも特段になさそうでしょうか。

多田羅座長 その辺はどうでしょうか。

林調査員 一般的に言って患者の権利法を一つつくってしまいますと、例示として私はたまたまここに 10 個挙げたんですが、それ以外にもいろんな権利が考えられると思うのですが、それを含めてかなり多くの権利を、これこれの権利があるというふうに盛り込めることができますが、患者の権利条項にとどまっている国ですと、割とこの患者の権利はこの中の限定されたものにとどまるケースがあります。あとは患者の権利憲章、ちょっと小さい国については、例えば南アフリカとか香港とかには憲章が存在するというのは論文の中で知ったのですが、どういった患者の権利憲章になっているかというのは、中身までちょっと調べてないのでわからないのですが、例えばイギリスは代表例にあげられるのですが、この中に 10 個挙げられている患者の権利すべてがこの中に入っているとは限りませんので、やはり患者の権利法という一つの独立した法律をつくりますと、網羅的に患者の権利を盛り込むことがより可能になりやすい。必ずしも患者の権利法をつくったからといって、全部 10 個とか 20 個とか権利が全部あげられるとは限りませんが、傾向としては、患者の権利法を独立してつくった方が患者の権利をより多く、いろんな形で列挙しやすい傾向にあるというふうには感じられました。

田中委員 わかりやすいです。ありがとうございました。

事務局 事務局で少し補足させていただきますと、説明者の林様の方からいただいております参考資料 3 の 24～25 ページにかけて、一つ表を作成していただいているものがございまして、こちらの中に今田中先生から御指摘がございました 10 カ条のそれぞれがどういう名前の法律に、まとめて一つのものに入っているのか、いくつかのものに分かれて入っているのか、あるいは条文としていくつかのものに分かれているのか、一応一覧表がございまして、もし御参考になればしていただければと存じます。

多田羅座長 私の方から質問ですが、患者の権利法という場合に、少なくとも最も大事にされている権利というか、そういうものの順番というか、そういう印象はございますか。これとこれの三つぐらいは必ず患者の権利法では共通して記載されている、そういう印象があれば教えていただきたいのですが。難しいですか。

林調査員 ほとんどの国であげられているのは、やっぱりインフォームドコンセント関係。あるいは患者のプライバシーを守る権利とか、あるいは自己決定権もほとんどの国で何らかの形で入っていると思いますし、意外と多いのは医療記録に関する権利ですね。アクセスできる、あるいは情報が間違っていたら修正を要求するとか、訂正を要求するとか、あるいは削除を要求するとか、そこまで踏み込んだことを書いているものが、かなりの国に入っていると思われま。

高橋委員 詳しい説明をありがとうございました。先ほどから問題になっている資料 2 - 1 の一般的な患者の権利というところなんですが、この中で例えばインフォームドコンセントとか、アクセス権、記録の修正権というのは、これは治療に当たっている当該お医者さんに、医療機関に対する権利ですよね。この一番上の平等で適正な医療を受ける権利というのは、一帯誰に対する権利なんですかね。そしてそれを実現する方法というのは具体的にあるんでしょうか。

例えば参考資料 3 のアイスランドの 34 ページですか、第 3 条に、患者はその時点において利用可能な最高の保健サービスを受ける権利を有すると、こう書いてあるのですが、例えばこれに即して言いますと、誰に対する権利で、侵害されたと思った場合に誰にどういう請求ができるのかということがわかりましたら教えていただきたいと思うのですが。国家に対する権利でいいですか。

林調査員 患者が国家に対する権利ですね。そういう意味ですね。

高橋委員 それを実現するために、何か具体的な方策があるんでしょうか。

林調査員 大抵の患者の権利法には、患者には良質なケアとか、適正なケアを受ける権利があるというふうには書かれているけれど、もしこれが侵害された場合はどういうことになるかということまでは追求したものがなくて、そこになると一番最後の苦情申し立てる権利の方にいつてしまうのかなという気がするんですが。

高橋委員 私は抽象的な権利なのかなと、こういうふうに理解しているんですが、その理解でよろしいんですかね。

林調査員 はい。

中島委員 そのように社会国家に対する権利ともとれますが、これは病院に対する権利ともとれるんですね。要するに病院側が患者さんによってちゃんとする人もあれば、ちゃんとしない人もある、こういう差別をしてはいけませんよということを言っているととれますから、必ずしも抽象的なことだけ言っているんじゃないというふうな解釈もあるんじゃないかなと思うのですが。

高橋委員 私のお伺いしたいのは、既に権利章典をもっている国ではどのようにとられているかを御存じですかと、こういうことなんです。

多田羅座長 だからこの権利というのが、国に要求している形として権利が述べられているのか、医療機関に対して述べているのか、社会に対して述べているのか、それは非常に難しい質問をされているので、ただ印象をお答えいただければありがたいんですが。

林調査員 多くの国で患者は適切なケアを受ける権利があるというふうに、一文があるんですが、それを国家において補償するとか、病院あるいは医師にはその義務がある、一部そういうふうな言い方をする条項もあります。

筈委員 私が読ませていただいたら、中には医師会自体が、医療過誤や何かを行った医師に対する懲戒措置、あるいは懲罰、そういうものを行うというふうに規定されていたというふうに思いますが、その辺はいかがですか。医師会自体がその医師を懲罰する、あるいは懲戒するという規定があったと思いますよ。多くの患者権利法の中に、だからいわゆるオンブズマン形式ももちろんあるし、そういう規定になるのかならないのかということ審議する審議会みたいなものが設けられているというふうに認識していますが、いかがですか。

林調査員 最善の医療を受ける権利を侵害された場合に、医師会の懲罰委員会なり何なりにかかれて、医師が懲罰を受けるというようなことまで踏み込んだ、患者の権利法を掲げた国はちょっと見当たらなかったような気がするんですが。

筈委員 オンブズマン制度というのは患者権利法の中にありますよね。

林調査員 ありますけれども、それとこれが直接つなげられるかどうかというのは、ちょっとどうでしょうか。

多田羅座長 ありがとうございます。ちょっと議論が尽きないところもあり、知りたいところも多いのですが、予定の時間を少しオーバーしてまいりました。本日は議題の2として、内田先生の方からお話をいただく予定になっておりますので、もし御質問がございましたら、またペーパーなりでいただいて、事務局の方から林先生や恩田先生にお伺いして、確認もさせていただきたいと思いますので、きょうのところは申しわけないのですが、一応林先生、恩田先生の御説明については以上で終了させていただいてよろしいでしょうか。それでは林先生、恩田先生、どうもありがとうございました。

それでは次の議題に移らせていただきます。本日は2題、議事を用意させていただきました。一つは海外の患者権利法に関するお話をお伺いするということが一つ、もう一つは患者権利の法制化に関する検討を始めるに当たりまして、私たちの検討会の原点でございます検証会議の提言の方で改めてそういう患者の権利についての法制化に関して、どのような検証会から提言をいただいているのか、今までにも内田先生からお話をいただいているのですが、改めましてその辺を復習といいますか、確認をさせていただいて、今後の検討の原点にさせていただきたいということで、そういう時間をとらせていただきました。

事務局の方では、そういう点で資料1の方で提言の中で、第19の再発防止の提言の第1に法制化というところがございまして、特に2の方で提言の具体的内容ということも8項目ほどあげていただいているというあたりを一つの資料として本日記らせていただいておりますので、その辺も確認いただきながら、先生のお話を伺いたいと思います。それでは内田先生よろしくお願ひしたいと思います。

内田座長代理 それでは少し御説明をさせていただきたいと思います。これまでの御審議で委員の方たちから御意見が出ています。文章と口頭で寄せられているところがございます、少し論点が明らかになってきたかなという気がいたします。そこで今まで文章ないし口頭で出されました御意見をできるだけ原文に即する形で要約させていただいたというのがお手元の資料3でございます。

拝見させていただきますと、ほぼ三つの論点があるのかなということで、三つの論点に即してまとめさせていただきました。一つは「法制化が必要か、必要でないか」ということです。これにつきましてはいろんな意見をいただいておりますので、それをそういう形でまとめさせていただきました。

二つ目は、法制化する場合に「患者の権利法か、医療基本法か」、こういう点につきましても意見が提示されておりますので、これについても御意見をできるだけ原文に即した形で整理させていただきます。

三つ目の論点は「本検討会で法制化を提言すべきか、すべきでないか」ということでございまして、この点につきましても御意見が寄せられていますので、原文に即するという形でまとめさせていただきます。

既にこの点につきましても御報告があったところですが、欠席されていらっしゃった委員の方もいらっしゃいましたし、新たに委員にお加わりになった方もいらっしゃいますので、まず共有すべき議論の前提ということで、もう一度改めて確認をさせていただきたいと思っております。

まず、「法制化が必要か、必要でないか」ということでございますが、一つの御意見は「近年、患者と医師の関係を律する規定を、医師法、医療法など既存の法律中に置く例がふえている。しかし、これら既存の法律は、国が医師あるいは医療施設を監督・管理し、支配することに重点があり、患者と医師・医療関係者関係を律するものではない。」「患者と医師、医療関係者の具体的関係を律するのは、伝統的、基本的な民法など司法の役割である。しかし、それだけでは対応できない問題が現実起きており、苦肉の策が、既存の法律の役割を無視した新規条文の追加ラッシュとなっている。しかし、木に竹をつくような法律づくりは、元となる法律の意味を崩しかねないのであり、このような一時しのぎの策をいつまでも講じるべきではない」という御意見がございまして。

また、「私たちは三回にわたって検討会の中で検証会議の提言に基づく再発防止のための提言に対する取組み状況の報告を受けましたが、この中には人権あるいは人権の尊重という言葉は再三使われておりますが、残念なことに患者の権利、被験者の権利等の言葉はほとんど見当たりません。しかし、報告を受け、議論する中から検討会として、また各委員が検証会議の提言にある患者・被験者の諸権利の法制が必要であることを共通の認識として確認できたことは、今後の議論や検討会の進め方に大きな示唆を与えたことになったと思われまして。」「患者の権利を法制化することは、長い間人権を無視され、人間として扱われてこなかったハンセン病患者・家族にとって、本当の意味で人間としての権利を回復することにつながると確信しております。」

その他方で、「患者の権利は、国家権力に対するものと私人である医師または医療関係機関に対するものの2種類に分けられ、前者は人権とも呼ばれる。両者はその内容が異なるので使い分ける必要がある。」「強制的な治療または入院が行われる場面は、ほとんど感染症と精神疾患に限定される、感染症は社会に病原体を伝播させるおそれ、精神疾患は制御不可能な行動によって社会を危険にさらす恐れがあるため、公共の福祉に基づく必要最小限の制約が許され、前者は感染症法、後者は精神保健福祉法などによって法制化される。すなわち、感染症患者に対する強制治療及び強制隔離（強制入院）は直ちに誤っているのではなく、そのような政策が不可避なケースも多々あるのである。（精神疾患についても同様である。）」

「強制治療・強制隔離は公共の福祉に基づく必要最小限のものでなければならないことを法律の条文に明記するとともに、常にその検証を怠らない努力が求められる」「平成10年に伝染病予防法を衣替えして成立した感染症法は、当初より前文で人権尊重をうたっているだけでなく、強制治療・強制隔離の対象となる疾患を限定列挙したり、厚生労働大臣に対する審査請求の機会を確保したりするなど、人権の尊重が体现されている。しかも、そのあとに人権の尊重を確実にするためのいくつかの法改正が行われている。精神保健福祉法も精神衛生法及び精神保健法からの衣替えの過程で、患者の意思に基づく任意入院が原則的な形態であることを明記すると共に、精神病院の管理者に任意入院の努力義務を課すなどした結果、かつて広く存在した社会的措置入院（自傷・他害の恐れがないのに、患者の医療費の自己負担を軽減させる目的で行われる措置入院）がほぼ皆無になった」という動きが目に見えました。

それから「患者の人権に自由権的側面と社会権的側面があると主張する見解があり、私も両者を分けて議論することに賛成で、ただし、両者は権利としての性格は大きく異なり、ハンセン病患者の強制隔離政策は前者の侵害事例であることを認識すべきである。後者は医療機関へのアクセス権、最善の治療を受ける権利、在宅医療を受ける権利などから構成されるようであるが、その実現には予算の制約がある上、大半の医療機関が私人の経営によることからすると、抽象的な権利に過ぎず、その立法化には裁量の余地が大きいと思われる。」

その後は時間の関係で省略させていただきますが、「ハンセン病患者を治療する医療機関がなかったから、患者は療養所に居住せざるを得ず、それが事実上の強制隔離政策につながったとする見解（社会的側面を重視していれば事態は改善されていたとする見解）もある。患者が療養所を

離れて居住できなくなったのは事実であるが、その最大の原因は、長期の強制隔離政策によって社会との交流は絶たれ、帰るべき場所がなくなったことにあり、これと並列に医療機関の不存在を指摘するのは正しい認識とは思われない。」

「患者の人権に関する立法は、現行法で十分であり、新たな立法は必要と思われない」「ハンセン病の強制隔離は、医師・患者関係の問題ではなく、国家権力による人権侵害の問題であり、次元を異にする。私は、患者の権利の法制化がハンセン病問題の再発に貢献するというエビデンスは少ないと考えている。』。こういう御意見も寄せられました。

もう一つ、「医師と患者の間には原則として診療契約が締結されており、患者はこの契約に基づいて診療を受けることになる。診療契約においては、医学的知識や医療情報が医師側に偏在しており、患者の自己決定権を行使するためにインフォームドコンセントが不可欠である。平成9年に改正された医療法第1条の4、第2項は、医療従事者にインフォームドコンセントを得る努力義務を課していること、医学部のコアカリキュラムでインフォームドコンセント及びその具体的な実践方法としての医療面接が取り上げられるようになったことから、我が国でもインフォームドコンセントは臨床現場で着実に普及しつつあると評価できる。」「問題はこのような医師（医療従事者）の努力義務の規定を超えて、さらに患者の医師に対する権利を法制化すべきか否かという点にある。』以上が「法制化が必要か、必要でないか」について寄せられた御意見を整理させていただきます。

次に二つ目、「患者の権利法か医療基本法か」ということについても御意見を寄せられました。一つは「現行医療法制に欠落しているのは、実は患者・被験者だけでなく、医師など医療関係者の立場、諸権利も同様であるということである。」「今必要なことは、医療をめぐる患者と医師・医療関係者それぞれの法的な立場、これに対する国・社会の役割を明確にすることである。それと平行して、既存の法律中に無理にはめこんでいる諸規定を取り出して、体系的な法律（多分「医療基本法」とでも呼ぶべきもの）をつくるのが可能かどうかを検討することではないか。」「

「その際、視野におくべきことは、現代医療は疾病・傷害を克服するための患者・家族と医師・医療関係者の協力関係であることを確認した上で、社会及び国がそれを支えていく視点である。これまで、このような見地からの検討はほとんどされていない」という御意見をいただきました。

さらに「一方、患者・被験者の権利だけでは、医師法、医療法等現行法では、もっぱら義務だけが定められているのみの医師等医療従事者にとって、逆に患者と対峙させる構図になりかねないことを危惧する意見があります。したがって患者・被験者と医師等双方の権利を同等に扱う医療基本法的な法律をつくるべきであるというのが大方の意見だったように思われます。』という意見も寄せられました。

最後に、議事録によれば、その「医療基本法の内容」について、「医師の権利を含め」とか、「患者の権利を守る守護神というのは医師」などの発言もある。これでは余りにも拙速に過ぎるという感が否めません。北欧諸国は患者の権利法という形で、単独の包括的な法律をもっている旨を明らかにされておられます。だとすれば私はまずこの事実を重大視すべきだと思うのです。』。こういう御意見も寄せられました。以上が、法制化する場合にどのような内容の法律かということについての意見分布の状況でございます。

最後に、本検討会で法制化を提言すべきか、すべきでないかということにつきましても御意見が少し分かれているような気がいたしました。検証会議の、「とりわけ提言 - （患者・被験者の諸権利の法制化及び三（人権擁護システムの整備）について、短期的課題とした行動計画をつくる必要があると考える。」「行動計画策定に当たっては、日本における患者の権利に関連する法制化の92年医療法改正以降の経過、日本における患者の権利・法制化についてのこれまでの野党法案、諸外国における患者の権利法制化の概要等の整理が必要と思われる」という御意見が寄せられました。

さらに「今後、こうしたことを踏まえ、検討会が法制化に向けた具体的な討議がよい方向で進められることに大きな期待を寄せております」という御意見もいただきました。その一方で、「私はこの意見書で賛否を表明するつもりはないが、少なくともこの再発防止検討会では、法制化を提言すべきではないと考える。すなわち、法制化を提言するには、患者の権利の法制化に関する検討会を別途設置し、そこでの議論を経る必要がある。」「多くの医療従事者及び医療に関心を持つ国民は、検討会で患者の権利の法制化が検討されているという事実を知らされていない。このまま法制化に向けた提言がなされれば、多くの医療従事者や国民は寝耳に水と感ずるはずである。」「患者の権利の法制化は既に検証会議で提言されており、検討会はそれを実現する場に過ぎないという見解があるかもしれない。しかしその見解は正しいとは思われない。検討会には、精

神医療関係者、病院関係者、ハンセン病以外の患者などが新たに加わっており、提言の採否を含め、幅広い議論が求められているのである。」というふうな御意見もいただいております。

さらに、「いわゆる医療基本法の法制化に向けた検討をこの再発防止検討会で行うのは適当ではなく、専門家を網羅している社会保障制度審議会などでの検討に委ねるべきである。」という御意見もいただきました。以上ができるだけ御意見に即して整理させていただきました三つの争点に関する意見分布の状況でございます。

次に検証会議で提言をさせていただいたというようなことを踏まえまして、少し今の意見分布について若干のコメントを、それぞれの論点についてさせていただければありがたいというふう

に存じております。まず最初に、法制化が必要かどうかという点についての御意見についてでございます。患者の人権に自由権的側面と社会権的側面があるが、両者は権利としての性格が大きく異なり、ハンセン病患者の強制隔離政策は前者、自由権的側面の侵害事例であることを認識すべきであるという意見が先ほど御紹介させていただきましたように寄せられております。

らい予防法が患者の権利の自由権的側面の侵害であったことは間違いありませんが、らい予防法が存在したから人権が侵害されたといった単純な発想では、裁判の結論は出せても、再発防止にはならないと存じます。それでいいのなら、らい予防法を再び制定しないことが再発防止策ということになります。再発防止策を検討するためには、なぜこのような法律が制定され、なぜ約90年間もの間続いてきたのかを検討する必要があります。そのために検証会議は2年以上の期間をかけて議論を重ねたのでございます。自由権的側面と社会権的側面を単純に切り分けるような発想では、答えが出て来ないのではないかと存じます。

また、2001年5月11日の熊本地裁判決によりますと、厚生省が療養所の処遇改善に必要な予算を獲得するために、大蔵省に対し、新法、らい予防法の隔離条項の存在を強調し、これを最大限利用してもいたと指摘されております。この強制隔離と処遇改善とは表裏一体という考え方がらい予防法の廃止が大幅におくれた理由の大きなものだというのが私どもの検証会議の結論でございました。

そしてこのことは入所者の社会権の保障が極めて不十分であったために、自由権の制限の甘受を余儀なくされたことを意味するというふうを考えております。患者の権利の社会権的側面は、医療機関へのアクセス権、最善の治療を受ける権利、在宅医療を受ける権利などから構成されるようであるが、その実現には予算の制約がある上、大半の医療機関が私人の経営によることからすると、抽象的な権利に過ぎず、その立法化には裁量の余地が大きいと思われる。

また、社会権的側面を議論する際には、社会福祉予算の肥大化に至らぬように配慮する必要があります。今後の人口の急激な高齢化を考慮すれば、真に医療が必要なものに医療資源を集中的に投入し、それ以外のものにはそれなりの自己負担を求めることは適切な社会政策であると思われる。このような意見も寄せられております。

必要な分野に資源を投入し、不必要な分野への資源投入を抑えて、予算の過大な膨張を抑えるべきことは、抽象論としては当然だと言えども当然でございます。しかし、このような考え方で推進されている現在の医療改革は、現実には経済的弱者に対する切り捨てにつながっております。医療へのアクセスが保障されなければ、選択の自由もございません。経済開発協力機構、OECDによりますと、先進国30カ国中日本はベッド数で1位だが、人口当たりの医師数は27位、そのために厚生労働省が昨年公表した調査では、勤務医の週平均労働時間は63.3時間、過労死ラインと言われる超過勤務月30時間を超える計算になるとされております。それが患者の権利に深刻な影響を及ぼしていることは言うまでもありません。社会権的側面と自由権的側面とを一体として保障する必要があるように思われます。

療養所における断種・墮胎の実施は、らい予防法の範囲を超えた人権侵害と言っても誤りではございません。これを実施したのは療養所の医師・医療従事者でございました。ハンセン病の強制隔離は医師・患者関係の問題ではなく、国家権力による人権侵害の問題であり、次元を異にするという意見もありますが、一概にそうとは言えない側面も有しております。再発を防止すべきは、これらを含めた医療政策による人権侵害ではないかというふう

に存じます。社会的措置入院がほぼ皆無になったという意見も寄せられました。任意入院、医療保護入院へ形を変えただけのことではないかと存じます。実質的に皆無になったなどということではできないのではないのでしょうか。入院患者数も入院期間も世界最大のままでございますし、依然として退院できていないという現実があるのではないかと存じます。

患者の権利の実現は、医師・医療従事者の努力のみによるべきではありません。その患者の権

利を支える公的システムが必要でございます。医師の努力義務が強調されると、パターンリズムに転化するのが医師・患者関係の特徴ではないでしょうか。

ハンセン病療養所において医師のパターンリズムがいかに入所者の人権侵害をもたらしたかは検証会議が詳しく検証させていただいたところでございます。患者の権利は第一に基本的人権として保障されるべきである、基本的人権保障の観点から、医師・患者間の診療契約は解消されることによって医師との間で保障されると考えるべきではないかと存じます。

法制化の必要性につきましては、既に畔柳委員から詳細なペーパーが提出されておりますが、それによっても明らかではないかというふうに存じます。また、それは被害当事者の方たちの強く望むところでございます。以上が第一の論点についてのコメントでございます。

次に第二の論点、法制化をするとすればどのようなものを法制化するかということでございますが、本日、外国の立法につきまして御報告をいただきました。法制化の方向にあるということをお知らせいただきましたが、それぞれの国によっていろんな対応があるようでございますので、外国の法制などにつきましてさらに詳しく研究を進めながら、どのような形が一番いいのか、この検討会で共通のイメージをつくっていくことができればというふうに考えております。

次に第三の論点ですが、本検討会で法制化を提言すべきかすべきでないかという点でございますが、患者・被験者の権利の法制化は既に検証会議が提言しており、それはマスコミでも報道されております。多くの医療従事者及び医療に関心を持つ国民は、その事実を知っているはずでございます。決して寝耳に水ではないと存じます。より多くの医療従事者及び医療に関心を持つ国民に知られることが望ましいというのは当然でございますが、それは厚労省に対しまして、この検証会議報告書へ本検討会での議論に対するさらなる広報活動をお願いするという対応すべきではないかというふうに考えております。

厚労省は検証会議の提言を尊重することを約束し、その行動計画を策定するために、この検討会を実質的に設置しました。この検討会に求められておりますのは、法制化を提言すべきか否かの議論ではございません。行動計画を策定するという本検討会の役割を果たすべきではないかというふうに論じております。

もちろん、この検討会で議論すべきことは、患者・被験者の権利の法制化にとどまるものではない以上、この患者・被験者の権利の法制化に特化した審議会、あるいは検討会を設置すべきであるというふうに思います。その意味では高橋委員の意見はもっともであり、尾形委員の社会保障制度審議会を議論の場として一つ考えることはできるかと思えます。

しかし、患者・被験者の権利についての専門家が現在の社会保障審議会にいるのだろうか、このような声もあるようでございます。患者・被験者の権利の法制化を具体化するために、いかなるメンバーによる議論が必要であり、いかなる議論の場がふさわしいのかという問題は、行動計画の一つとしてこの検討会で議論することではないかと存じます。そのために鈴木委員が指摘されますように、この検討会で患者・被験者の権利の法制化についての大きなイメージをつくり、論点整理を行う必要があるのではないかと存じております。

以上、簡単でございますが、今までいただきました意見について、検証会議の検証、提言という観点から若干のコメントをさせていただきました。以上でございます。

多田羅座長 内田先生、ありがとうございました。今までのこの検討会でいただいた意見を三つの項目に分けて、詳細に紹介いただきました。そしてそれをもとにこれからのこの法制化に向けての、この検証会議の提言という立場に立つての基本的な視点を今お話しいただいたと思えます。

本日、内田先生から基本的な点も御提示いただいておりますので、各委員の先生、御意見をお持ちかと思えます。しかし本日はもう時間が相当経っておりますので、本日内田先生からいただいたお話を書き起こしまして、また委員の皆様にも文章で見てください、また別途この検討会を持ちまして、詳細に项目的に議論の場をつくらせていただきますので、本日のところは、もし基本的な点で御質問がございましたらお願いしたいと思います。そういうことで以降、文章を一度書き起こしまして、お配りして、別途会議を持たせていただくという進め方であれば、そういうことで御質問に限ってお願いいたします。

高橋委員 今回のコメントを文章にして、そのまま先生の名前で出していただくということはいかないのでしょうか。その方が次回までに準備しやすいと思えますので。

多田羅座長 きょうお話しいただいたやつを全部書き起こして、文章にしたいと思います。一応しゃべっていただくことを書き起こすということにさせていただきますので、きょうはいずれにしてもそういう手続で御了承いただきたいと思いますので、もし基本的な点で御質問、ある

いはこの内容について、これは間違っているとか、そういうことがありましたら。

田中委員 座長の方針に賛成ですが、間違っている点の一つ。尾形委員が言ったことになっている、4ページが一番最後ですが、社会保障制度審議会というのはありませんので、社会保障審議会です。昔の社保審は総理府にあり、大変格の高い審議会だったのですが、今現在あるのは厚労省にある社保審で、名前は似ていますが、違います。公的記録は間違えるとまずいので。

多田羅座長 ありがとうございます。他によろしいでしょうか。非常に大事な点を御指摘いただいたと思います。

鈺委員 事務局の方へお願いですが、例えばきょうの審議すべきものとして、出されたものというのは、ほとんど役に立たない。前回の場合なんかは、各国のそういう患者権利法というのはどうあるのかというのを聞いたら、それがここに出てくるという、何か後回し後回しになっている資料の提出の仕方ね、資料を事前に目を通してきちんと、そのとおりにもっていけるのかというふうな格好になってきているような思いがあります。だからそういうのは事務局も、我々がこの短い時間で審議するわけですから、事前にきちんとした資料の提出を行ってほしいというふうに思います。以上です。

多田羅座長 できるだけ努力するようにします。他にいかがでしょうか。内田先生に非常に重要なお話をいただいて、引き続き議論をしたい気持ちがあるのですが、一応文章で見ていただいて、また場所をつくりますので、よろしく申し上げます。

ということで次回以降の進め方でございますが、一応、これまでのこの検討会のまとめといたしまして、患者権利の法制化に関する検討と、もう一つは国民への啓発普及のあり方、二つを項目として当面検討していただくということで、御了承いただいたと思っております。本日はその患者権利の法制化に関する検討の第1回として、海外における事情及び内田先生から基本的な今までの総括を含めた今後の検討の方向を示していただくということで、会を持たせていただきました。

次回は、一応それで進めるということもございまして、国民の啓発普及のあり方について、お話を伺うという予定で、私の方では考えさせていただいております。後半の検討は、その二つのお話を伺った後、どのように進めるかということは、来年度以降のこの検討会のあり方とも若干関係してくると思っておりますので、そういう見通しも含めまして、次回以降にお諮りしたいと思います。そこで次回は国民への啓発普及のあり方に関するものをテーマとして、できましたら公衆衛生関係の専門家の先生にお願いして、お話をさせていただきたいと考えています。誰にお話をいただくかということは、一応、事務局と私の方で推薦させていただきたいのですが、委員の皆様の中でどなたか御推薦いただく方があれば教えていただいて、どなたにお願いするか検討させていただきたいと現在考えております。いかがですか。

鈴木委員 きょうは世界の患者の権利法制定の動きなどを御報告いただいたわけなんですけど、やはりそれを踏まえて、日本の状況なども踏まえ、あるいは日本の患者の権利運動の歴史とか、ちょっと失礼かもしれませんが、きょうはある意味ちょっと平板に御報告いただいたと思うんですね。それをさらに深めていくために、少し意見交換を、せっかくきょう御報告いただき、まだまだ御報告にない資料の中の表なども細かく見ていきますと、いろいろなものが見えてくるように思いますので、患者の権利の法制化がこの国でどうして必要なのか、本当に必要なのかどうかということに対する根本的な疑問も出ているようですから、少しそのあたり、せっかくの報告を受けて、質疑だけではなくて、意見交換の場を次回用意できるように希望いたします。

多田羅座長 それは鈴木委員のおっしゃるとおりで、こちらもそういうふうに考えているのですが、一応、国民への啓発普及と二つのテーマで検討会を後半進めたいということが、私の気持ちとしてはありましたので、次回は、国民への啓発普及ということで、進めさせていただいて、それで一つの論点を立てて、それ以降については、特に患者の権利に伴う検討を今年度はお願いするようになるのではないかと考えています。

鈴木委員 その国民への啓発普及というのは、具体的に今までの議論との関係で、もう少し解説していただくと次回は準備できるのですが。

多田羅座長 これは基本的には差別・偏見に対する国民の克服といいますが、そういうことをどのように進めていくかということも、そのあり方ですね、それがやはり検討会の方の、どのような結論にもっていくかということは非常に難しいのですが、やっぱりこういう検討会としては抜かせられないんじゃないかということで、これまでお諮りして、了承を得たと思っております。

鈴木委員 それはハンセン病問題に限定したことなんですか。

多田羅座長 そんなことはございません。疾病全体、エイズであれ、SARSであれ、そういうものがつくりだす一般的な偏見というのは……。

鈴木委員 感染症を中心にした差別・偏見に対する国民への啓発ということを念頭に置いているのでしょうか。

多田羅座長 感染症に限らないかもわからないと思います。疾病がつくりだす差別・偏見というのは、やはり一般的にあるのではないか。その点を基本の点として、やはりこの検討会としては抜かせられないんじゃないかと思います。

中島委員 当然ながら精神障害を含めますか。

多田羅座長 もちろん精神障害も入ってくると思います。

鈴木委員 それは今まで経過の中でいくと、患者の権利とも関連させつつ、その普及方法等について……。

多田羅座長 もっとも普及方法に関連すると思いますが、法制化は一つの世界であり、また社会における国民への啓発・普及があるという、そういう流れじゃないかと思うんですけども。その具体的な、どのよう絵をかけていくのかというのは、私も今のところ今後の検討の中で皆さんの御意見も伺いながらまとめさせていただきたいと思うのですが、ですからこれはやや長期的な検討をいただかないといけないということになってくるので、疾病課の方とも御相談して、来年以降のこの検討会がどうなるのかということとも関係してくると思うんですね。一応、今年度ということで考えておりますが、そういう課題も含まれてくると、来年以降というふうに、私からまた課の方に相談することになると思います。

筈委員 今、国民啓発問題で講師を誰かいい人がいないかというような座長のお話し方でしたが。

多田羅座長 いえ、一応こちらでもお願いする先生は考えてはおります。その先生に交渉してお願いしたいと思っています。

筈委員 まだ交渉してないんですか。交渉してないということは大変不安定な話ですね。

多田羅座長 いえ違います。きょう、そういう方向でやることについて了承いただいて、もちろん話を進めさせていただきたいということです。

筈委員 だから今鈴木委員の方から話があったように、法制化とは関連はしないというような言い方をされると……。

多田羅座長 いや、法制化とは非常に関連します。だけど法制化という方法と、啓発普及という車の二つの形があるということを示しているの、それは非常に関連しています。関連しないなんてことはあり得ない話です。

筈委員 だってその講師的な存在である人を、この人だというのが、我々にはわかってないと。

多田羅座長 ですからきょうは、その方向で車の両輪として進めていくということについて、この検討会で御了承いただいて、そしてそういう講師について、もちろん私個人としては今ある程度、念頭の先生はおられますけれども、きょう、了承いただいた上、さらにそれを進めていきたいということです。

筈委員 だから先ほどの内田副座長の方からの一種の提案について、我々が意見書を出すわけでしょう。意見書を出してくれと、そういうふうなことを言っておいて、それはそれで置いておいて、こっちの国民啓発の方を今度はやるんだということで、何か大変我々としてはどっちへ向いてやっていいのかわからない。

多田羅座長 だからそこは御理解いただかないと仕方がないのですが、二つの車というか、啓発普及という問題と法制化というものを、この会の後半の検討課題にしたいということで、今回は法制化の話をお協議いただいて、次回以降、ずっとこれをやっていくという方向もあります。当面その二つの車で進めるという観点からおはかりしています。

筈委員 それはわかりますが、それじゃあ我々が意見を提出した、その提出した意見はどうなるんですか。

多田羅座長 それは将来もちろんやります。

筈委員 将来やるんですか。

多田羅座長 予定を立ててやります。例えば次は11月ですから、その次は12月も予定しておりますので。

筈委員 要するに具体的に言うと、今度は国民啓発のそういうアレをやって、内田先生の方から今出されたことに対する我々の意見というのは、その次にやるということですか。

多田羅座長 そういうことです。

筈委員 先ほど私が申し上げたのは、せっかくきょうはお二人の方にお話をいただいたのだから、その御報告が冷めないうちに意見交換をやっていただいたらいいと思うんですよね。ですから次回全くまた二つ目の論点でいくというのではなくて、きょうせっかく報告いただいて、御報告者に対する質疑しかやってないわけなので、意見交換を次回やっていただいて、その上でもう一つのテーマをやっていただくのはかまわないと思いますけど。ちょっと御検討をいただきたいと思います。

多田羅座長 要するにそういうちょっと入り交じるところは、私も説明しにくいのですが、せっかくきょうはいろいろ議論をいただいたのですが、国民の啓発普及のところを一度議論しておいていただいてというふうに思った次第でございます。しかしそれはやり方です。

鈴木委員 せっかく報告をいただいて、僕もいくつかの意見を持っているのですが、きょうは質問だけということなので、意見を控えていますので、次回次々回となると、僕も頭の中から消えて忘れてしまいますので、ホットなうちにぜひ議論をしていただきたいなと思います。

中島委員 それに賛成です。久方ぶりに出てみますと、ほとんど頭から抜けておりましたので、ぜひとも熱いうちに議論をしていただきたいと思います。

筈委員 その社会啓発というのはわかりますけれど、今、内田副座長の方から今までの経過について詳しい説明があり、それに対する我々の意見ももう少しまとめていかなきゃならない。実は今の内田先生からの報告というのは、こういう意見がある、こういう意見があるで、内容的に言うならば両極端みたいな格好にもなっているでしょう。だからそういうのを統一していかないとね。本当は統一すべきでしょう。それは置いておいて、こっちのやつをやるというのは、それはどうもね。

多田羅座長 ただ二つのテーマを抱えているので、その二つのテーマの日程設定の問題ですから、そんな議論になる問題ではありません。

高橋委員 先週、畔柳先生と私とで熊本の菊池恵楓園に行ってきたのですが、やっぱりこの啓発というのは私は法制化よりももっと根本的に重要な問題だと認識しているんですよね。ですからその進行はともかくとして、この啓発についてはぜひとも取り上げていただきたい。これが一つと、それから次回意見交換をする場合には、少なくとも1カ月前に内田先生のおっしゃったことを書面でいただかないと、準備が必要ですので、そのあたりは御配慮いただきたいと思います。

多田羅座長 わかりました。委員の皆様の意見も十分お聞きしましたので、次回以降については、事務局とも打ち合わせしないと、私だけで独断でしにくいところもございまして、お伺いして、できるだけ御期待に添えるように進めたいと思います。そういうことで今日は御了承いただきたいと思います。ありがとうございました。

事務局 今、各委員の先生方からいただきましたスケジュールの件ですが、お手元の方に日程の方はいくつか既に年度内でいただいておりますが、その中でこれまでに筈委員、藤崎委員の方から御要望がございましたハンセン病療養所で検討会を開いたらどうかというような御意見もございまして、そのあたりも少し、いくつかの候補地があるかと思っておりますので、これは会場の関係もありますので、日程調整をさせていただかなきゃあいけないので、それもなるべくなら事務局としては実現させたいと思っておりますが、その辺の調整もございまして、それによってあとは有識者を呼ぶ関係もありますので、一度座長と御相談させていただいて、また御連絡をさせていただければと思います。なるべくそのあたり、いろんな課題がありますが、実現させていただければと思いますので、改めてそちらの方は御提案、御連絡をさせていただければと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

多田羅座長 それでは本日はどうもありがとうございました。

(終了)