

第8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 -

1. 日 時 平成19年11月9日(金) 10:00～12:00
2. 場 所 東海大学校友会館「望星の間」
3. 議 題
 - (1) 開 会
 - (2) 前回ヒアリングを受けての意見交換
(患者・被験者の諸権利の法制化に関する検討)

【配付資料】

- 資料1：内田委員提出資料
- 資料2：高橋委員提出資料
- 資料3：花井委員提出資料
- 資料4：鈴木委員提出資料

- 参考資料1：今後の検討に向けた委員からのご意見
- 参考資料2：第6,7回検討会議事録

「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」に係る委員名簿

平成 19 年 11 月 9 日現在

氏 名	所 属 等
秋 葉 保 次	(社)日本薬剤師会 相談役
安 藤 高 朗	(社)全日本病院協会 副会長
飯 沼 雅 朗	(社)日本医師会 常任理事
* 内 田 博 文	九州大学法学研究院 教授
太 田 謙 司	(社)日本歯科医師会 常務理事
尾 形 裕 也	九州大学医学研究院 教授
くろ やなぎ 畔 柳 達 雄	弁護士
こだま 訝 雄 二	違憲国賠訴訟全国原告団協議会 会長
鈴 木 利 廣	明治大学法科大学院 教授
高 橋 茂 樹	弁護士 / 医師
多田羅 浩 三	放送大学 教授
田 中 滋	慶應義塾大学大学院 教授
谷 野 亮 爾	(社)日本精神科病院協会 副会長
中 島 豊 爾	(社)全国自治体病院協議会 副会長
花 井 十 伍	全国薬害被害者団体連絡協議会 会長
日 野 頌 三	(社)日本医療法人協会 副会長
藤 崎 陸 安	全国ハンセン病療養所入所者協議会
宮 崎 忠 明	(社)日本病院会 副会長

は座長 *は座長代理

「患者の権利法（医療基本法）」についてのコメント

1. 法制化が必要か、必要でないか

2001年5月11日の熊本地裁判決によれば、「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」と指摘されている。このことは入所者ら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。

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るが、療養所における断種・墮胎の実施は、予防法の範囲を超えた人権侵害ともいえるもので、これを実施したのは医師(医療従事者)である。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ある。

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。

医療へのアクセスが保障されなければ、選択の自由もない。患者の権利のうち、「自由権」だけが保障されても、「社会権」が保障されなければ、「自由権」の保障も画餅に帰しかねない。

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ない。その患者の権利を支える公的システムが必要である。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・患者関係の特徴である。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したところである。

社会的措置入院が実質的に皆無になったなどということはない。任意入院、医療保護入院へ形を変えただけのことである。入院患者数も入院期間も世界最大のままだし、依然として退院できていない。これも医療政策による人権侵害ともいうべきものである。

法制化の必要性は、「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増えている。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、基本的には、民法など私法の役割である。しかし、それだけでは対応できない問題が現実には起きており、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、木に竹を接ぐような法律作りは、元となる法律の意味を崩しかねないのであり、このような一次凌ぎの策を何時までも講じるべきではない。」という意見において示されているとおりである。

2. 患者の権利法か、医療基本法か

外国の法制なども参考にしつつ、日本にとってどのような形が一番いいのか、この検討会でイメージをつくっていければいいのではないか。

3. 本検討会で法制化を提言すべきか、すべきでないか

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設置した。この検討会に求められているのは「法制化を提言すべきか否か」の議論ではない。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ある。

「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ることも考慮に値するが、「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相応しいかという問題は、行動計画の一つとしてこの検討会で議論すべきことである。

この検討会で、「患者・被験者の権利の法制化」についての大まかなイメージをつくり、論点整理を行う必要がある。

(内田委員提出資料)

意見書

1 国家による人権侵害

(1)強制隔離政策と「公共の福祉」

ハンセン病は強制隔離政策が不要な疾患であることが認識された後も、政府は患者に対して延々とその政策を継続したのであり、これが人権侵害である点は言うに及ばない。

他方では、強制隔離政策が必要な感染症が存在することも事実である。病原体はしばしば変異し、危険な新興感染症が突如として生じることもある。そのような状況では、社会を病原体の脅威から守るために、「公共の福祉」によって患者の人権を必要最小限の範囲内で侵害することはやむを得ない。例えば、近い将来、トリインフルエンザ（H5N1 インフルエンザ）ウイルスがヒトからヒトへの感染性を獲得し、大流行の兆しが見えたときには、患者は強制隔離されることになるであろう。

この二面性を考えたときに、最も重要な点は、患者に対する人権侵害が本当に必要最小限の範囲内か否か、強制隔離政策が真に必要なか否かを常に検証し続けることである。例えば、19世紀終わりまで猛威を振るったコレラは、近年はその毒性が低下しており、適切な輸液療法で容易に治癒しうる疾患となった。加えて、上下水道が整備された先進国では、水系感染によってコレラが広く伝播する確率もほとんどなくなった。従って、平成 18 年の感染症法の改正では、コレラは強制入院が可能な 2 類感染症から強制入院が不可能な 3 類感染症に分類し直されたのである。厚生労働省に対しては、このような決め細やかな法改正を今後も求めたい。

(2)措置入院から任意入院・医療保護入院へ

精神科の領域でも、精神障害者の制御不能な行動から社会を守るための手段として措置入院が規定されている。措置入院は国家権力（知事）による人権侵害となるが、「公共の福祉」によって許容されうる。ただし、ここでも重要なのは、常に必要最小限度の範囲内か否かを検証することである。昭和 40 年には 36% もあった措置率（措置入院患者の入院患者全体に占める割合）は、平成 17 年にはわずか 0.8% まで低下した。まだ不十分との指摘はあるかもしれないが、

必要最小限度の範囲内か否かを検証し続けた精神医療関係者の努力を評価したい。

内田座長代理の意見(以下、「内田意見」という)は、措置入院が「任意入院、医療保護入院に形を変えただけ」と批判する。しかし、任意入院は患者本人の同意による入院、医療保護入院は保護者の同意による入院であり、国家による人権侵害である措置入院がこれらの入院形式に変わったのであれば、それは望ましいことである。感染症の分野においても、国家による強制隔離から患者または親権者等の同意による入院に形を変えることこそが重要なのである。

(3)強制隔離と処遇改善

内田意見は、ハンセン病の強制隔離政策が処遇改善と表裏一体をなしたために「らい予防法」の廃止が遅れたと指摘する。この点を明らかにしたのは検証会議の功績と評価したいが、だからといって、「入所者らの社会権の保障が極めて不十分であったために、自由権の制限の感受を余儀なくされた」ことにはならない。強制隔離政策は処遇改善と表裏一体というが、強制隔離政策を継続するために処遇改善政策を採用したのであり、その逆ではない。真意はともかくとして、時の政府が強制隔離政策を採用している以上、いくら入所者が「在宅医療を受ける権利」、「最高の医療を受ける権利」、「医療機関へのアクセス権」などを主張しても、「公共の福祉」によってたちどころに制限されてしまう。この点は、トリインフルエンザが大流行したときに、感染者が在宅で療養をしたいと主張しても通らないことを想起すればすぐにわかる。実態は、「入所者らの自由権が不当に制限されたために、社会権の概念が生じる余地がなかった」ということである。ここからも、強制隔離政策の必要性を常時検証することがいかに重要であるかを理解できるであろう。

(4)医療制度改革

内田意見は、近年の医療制度改革が「現実には経済的弱者に対する切捨てにつながっている」と批判する。限られた財源の効果的かつ公平な利用は、従来 of 既得権者においてはサービスの低下につながる面はあるかもしれない。しかし、本検討会はそのような政策論争をする場ではないと考え、これ以上の反論は控えることとする。

2 医師・患者関係としての患者の権利

(1)意義

医師・患者関係としての患者の権利の法制化がハンセン病問題の再発防止に貢献するというエビデンスは証明されていないし、検証会議でエビデンスについて議論がなされた形跡も伺えない。そもそも国家権力が誤った強制隔離政策を採用している以上、私人としての医師・患者関係は生じないのであり、エビデンスが存在するようにも到底思われぬ。

なお、内田意見は「断種・墮胎を実施したのは、療養所の医師・医療従事者であった」というが、療養所の医師・医療従事者は国家権力の末端として機能したのであり、私人としての医師・患者関係ではない。国家機関が非科学的・非人道的な断種・墮胎政策を放棄すれば、療養所の医師・医療従事者はこのような処置に及ばなかったというだけのことである。

(2)医師の義務と患者の権利

現在すでに、医療法第1条の4は医療従事者に患者のインフォームド・コンセント（以下、「IC」という）を求める努力義務を課しているし、個人情報保護法第25条は患者本人による診療録の開示請求権も定めている。前者は努力義務ではあるが、ICを得ずに治療を行えば、患者の自己決定権を侵害したとして、損害賠償責任を負うことが複数の最高裁判所の判決で確定しており、事実上は義務に等しい。また、後者は医療機関が主務大臣の開示勧告（第34条）に逆らえば、罰金刑も科されることが規定されている（第56条）。このように、医師・患者関係においては、患者の医療に関する情報量の欠如を補うような立法がすでに制定されているのであり、これに加えて患者の権利を法制化しさえすれば、事態が根本的に変革されるというのは、何の根拠もない主張のように思われる。

内田意見は「医師の努力義務が強調されると、パターナリズムに転化する」ので、患者の権利の法制化が必要という。しかし、医療従事者にICを得る努力義務を課すこと、診療録の開示を罰則付きで求めることが、なぜパターナリズムを生むのであろうか。一般論としても是認できないし、以上の具体例を見ても何ら説得力を有しないことは明らかである。

(3)基本的人権保障の観点から医師・患者間の診療契約の解消

内田意見は、「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」というが、私にはその趣旨を理解することはできない。基本的人権は国家権力に対する国民の権利であり、それが私人間の契約を解消させるのは論理的に困難であるように思われる。しかも、わが国の医療機関の大多数は民間人の経営によるのであり、患者が医療機関に診察を求めたときに、契約ではなく、突如として行政行為が登場するのは、国家権力の過度の介入といわざるを得ない。最低限の医療を国家が低廉な費用で提供するシステムもあるが、少なくともわが国の目指すべき道ではないと考えられるし、最高水準の医療を国家が低廉な費用で提供できると考えるのは夢想に過ぎない。

3 本検討会の位置づけ

内田意見は、「厚生労働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た。この検討会に求められているのは、法制化を提言すべきか否かの議論ではない」という。

しかし、「尊重」と「拘束」は意味が違う。行政庁は立法府の制定する法律の範囲内で、国民にとって最大の利益となるように政策を運営する権限と責任が付与されているのであり、政策の採否には自ずと裁量権がある。検証会議の提言を尊重しつつも、それとは別の観点から広く意見を求め、妥当と考えられる方を採用することは決して許されない行動ではない。

また、患者の権利の法制化が私人間の医師・患者関係を含むものだとすれば、義務の主体となる医師の代表者に対する意見聴取は不可欠である。それを行わずに法制化の道突き進むのは、行政法の見地からは重大な過誤があるといわざるを得ない。

以上

2007年10月30日

高橋 茂樹

「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」における法制化の検討課題に関する意見書

委員長 多田羅 浩三 様

委員 花井十伍

- 1、本検討会はハンセン病問題に関する検証会議の提言を具体化する行動計画の策定と実施状況の監視を要請され設置された検討会であると認識しています。したがって、あくまで具体的作業に着手可能な枠組みを提起すべきであると考えます。
- 2、再発防止の提言は様々な水準での実行が求められています。特に 患者被験者の諸権利を定めた基本法の制定は必須の課題であると考えますが、行政が主体となるべき事項に関しても新たな予算措置を要請する法律の制定や法改正を要する可能性のある事項に関しては、どのような法的枠組で整備するかを本検討会で確定すべきです。
- 3、法的枠組を確定するためには、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律や薬事法、医師法、医療法などに散逸して規定されている本検討会に関連する条文を提言の文脈において評価する作業が必要です。こうした作業は膨大かつ専門的な知識も必要とされるので作業部会の設置も検討すべきです。また基本法的法律の性格に関しては、現在の生命倫理や科学技術と倫理に関する知見と文脈にも配慮する必要があります。こうした検討も作業部会で行うと良いかもしれません。
- 4、これら法制化を実現するためには、多くの関係者の意見聴取や行政各セクションとの（おそらく膨大な）調整作業が必要です。また、こうした作業が必要であるからこれまで実現しなかったとも言えます。隔離によって取り戻せない時間を奪われながら尚、残る時間を患者の諸権利の法整備に尽力する元患者等の要請に応えるためには、委員会、事務局、行政の最大限の努力が必要であると考えます。

以 上

患者の権利法制化の必要性について（メモ）

2004.11.9

鈴木利廣

1. ハンセン病問題と患者の権利の関連性

* ハンセン病問題における人権侵害性は、強制隔離、墮胎等適正手続によらない強制措置の他に、良質かつ適切なハンセン病医療の欠如という患者の権利侵害。

2. ハンセン病問題の再発防止

* 上記の人権侵害は、国家政策感染症政策の誤りのみならず、病者差別、医療の父権主義的体質が背景にあり、患者の権利の確立が医療における人権侵害の再発防止に資する。

3. 患者の権利確立のための法制化の必要性

* 私が考える患者の権利項目は、個人尊厳とプライバシー権 知る権利と自己決定権 良質かつ適切な医療を受ける権利 被拘禁者の権利 被害救済を求める権利

1) 現状の医療関連法制度には「患者の権利」という医療制度における基本的視点が不明確

* 医療法他の公的医療制度を支えるヒト、モノ、カネのシステムはあっても人権の視点が欠落。近年、各法律にその考え方が浸透し始めてはいるが、多数の法令に散らばっていて、基本原則が不明確。

2) 現行医療システムにおける混乱現象

健保制度における受療権

* 例えば、東京地裁平成19.11.7判決における混合診療禁止の違法性 患者の自己決定権の保障の前提たる説明義務の内容は民事判例に依存

* 平成7年以降、6つの最高裁判決 診療拒否、治療の中止・差し控えの基本原則の欠如

* 治療中止は刑事捜査の対象にもなっている
インフォームド・コンセントの理念と判断能力を欠いた患者への医療行為の適正手続の欠如

* 成年後見制度の不備

* 高齢者医療における強制的身体拘束

日本は実定法支配の国

* 実定法規の定めが不明確な場合、司法権は解釈の枠を超えて立法政策的判断はできない。そこで、実定法規（ハードロー）の定めのない分野で指針・ガイドラインがソフトロー的に多用される結果、国会での議論が欠落。

医療における人権侵害、苦情、紛争についての解決手続の欠如

* 近年の医療安全管理体制の中での相談窓口、医療版ADR、無過失補償制度は、始まったばかり。

3) 患者の権利法制化の方法論

行政法規として、患者の権利と医療関連機関の責務を定める。

* 医療分野における憲法的基本法

民事法規として、医療契約を定め、患者と医療機関の法律的権利義務を明確にする。

今後の検討に向けた委員からのご意見

7月3日までに提出のあったご意見を事務局にて論点ごとに整理した。

<残された課題、検討が不足している部分に関するご意見>

- [検証会議提言の] 第2、第4は、どちらかという関係省庁・国に対する政策的提言であり、当検討会がこれらを独立の問題として取り上げて検討する必要はない。第1「患者・被験者の諸権利の法制化」の提言は、ハンセン問題から派生したものであるが、内容的には、全ての患者・被験者に共通する諸権利の法制化を求めるもので、もはやハンセン問題の枠を超えている。そこで今後の進行については...第1「患者・被験者の諸権利の法制化」に重点を絞って議論することが相当である。(畔柳委員)
- 八項目の「提言」の中には、立法を要するものと運用の改善でまかなえるもの、短期のものから中長期のもの、があるとされているが、その他に、ハンセン病固有の問題と一般的な問題もある。まず、これらの整理分類を行い、ハンセン病固有の問題[提言5～8]については「ハンセン病問題対策協議会」の課題とし、一般的な問題と思われる「提言」1（患者・被験者の諸権利の法制化）から4（公衆衛生等における予算編成上の留意点）まで、とりわけ「提言」1, 3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。(鈴木委員)

<患者の諸権利の法制化に関するご意見>

- 議論は「医療基本法」制定の方向へ展開されております。...主旨には賛成ですが、「医療基本法」の内容について「医師の権利を含め」等ではあまり拙速に過ぎる。...「医療基本法的」なものに据えるか、あるいは北欧諸国的な「単独の包括的な法律」にするかは、すべてこれからの検討課題。...最善の医療を受ける権利と自己決定権を一体のものとして保障するような患者の権利法、その権利法に基づく権利を実現する医療政策が必要。北欧諸国の、たとえばらい菌発見者のハンセンがいたノルウェーの「患者権利法」など当然知っておきたい。(筈委員)
- わ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るかべきか否かという点にある。(高橋委員)
- 「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。...患者の人権に「自由権的側面」と「社会権的側面」がある。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、...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。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る。(高橋委員)
- 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は思われない。むしろ、現行法の人権尊重規定を形骸化させないように、医療関係者及び国民が常

- に監視し、その実効性を検証することに力を注ぐべきである。(高橋委員)
- 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。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。民間の医療機関やさまざまな患者団体の意見を十分に聴取しているとは言い難い。(高橋委員)
 - 患者・被験者の権利法だけでは、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もあります。患者、被験者と医師等双方の権利を同列に扱う医療基本法的な法律をつくるべきである。(藤崎委員)
 - 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。...[患者と医師の関係を律する規定のある]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。(畔柳委員)
 - 今必要なことは、医療を巡る患者と医師・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。既存の法律中に無理に嵌め込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)を作ることが、可能か否かを検討すること。視野に置くべきことは、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うえで、社会及び国がそれを支えて行く視点である。(畔柳委員)
 - 不幸な事態の再発を避けるには、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。(高橋委員)
 - 検証会議の提言に基づく「再発防止のための提言」に対する取り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。(藤崎委員)
 - 行動計画策定にあたっては、a 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、b 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、c 前回配付資料(林かおり論文)を中心とした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。(鈴木委員)
 - 「ハンセン病問題基本法」制定へ向けての運動。特別法があることによって生ずる差別というものは必ずある。(筈委員)

< 医学関係者及び国民への周知に関するご意見 >

- 最も重要な点は、ハンセン病という疾患に関する知識を医学関係者が正しく理解し、それを国民に周知することである。当該感染症について医学関係者と国民が関心を持ち続け、一部の自称専門家の独壇場にしないことが再発防止の要であると考える。(高橋委員)
- 問題の核心は、旧厚生省がハンセン病治療に関する正しい知識を普及させなかったため、本来はアクセスできる医療機関が多々あったにもかかわらず、事実上それらが機能しなかった点にある。(高橋委員)
- ハンセン病に対する偏見・差別は国策によって作出、助長、維持されていたものです。それには医療関係者は申すに及ばず、宗教者、法律家、マスメディア、その他各界の専門家が作為、不作為を問わず関わっていることが大きな特徴である。特にハンセン病の専門医と、この専門医の誤った医学的知見が偏見・差別を一層根強くさせました。同時に医の倫理の欠如も見逃せません。(藤崎委員)
- ハンセン病療養所におけるパターナリズムは残念ながら未だに払拭できていません。幾つかの「壁」があって、社会復帰できないからです。その「壁」の一つは政府・厚労省の私たちハンセン病問題ばかりか国民の医療に責任を持たない政策そのものであり、もう一つはいうまでもなくまだまだ根強い社会的な偏見・差別です。...ために私たちは療養所に「いながらにしての社会復帰」— いうならば「療養所の社会化」をめざしました。死亡率の高まりから入所著減著しい現状にあるがゆえに、この将来構想問題は、私たちにとって当面最大の緊急課題といえます。(筈委員)

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、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をし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ません。「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もらって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、かなり理念的といいますが、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が、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で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、勝手に安全なものとして決めつけて、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を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を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に法律を……。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いたします。

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なと思うんですが、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な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、余り具体的に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も、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想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、ちょっと疑問と申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の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が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。冨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、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、ある方向をつけていただきたいと思っておりますけれども、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っております。

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おりますので、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おりますので、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、何か一步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して、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ので、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も、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、筈委員からも、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。筈委員からも、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)

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し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っております。

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のですが、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っております。

続きまして資料2-1となっているものなのですが、これは今回私がわか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。この中身なのですが、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」についてなのですが、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っております。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でありまして、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す。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、おくれればながらなのですが、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、その点は御了承おきいただきたいと思っております。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になってしまうと思っておりますが、その点もあわせて御了承いただきたいと思っております。

本日は、海外における患者の権利法の総論の部分をお私、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ございまして、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、少し長い名称なんですけど、「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ころ、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。

イギリスなんですけど、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ると思うのですが、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、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んです、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んです、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、ノルウェー法なんです、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んです、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」についてなんです、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あります。

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けど、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おりますが、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をとりまして、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けど、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か、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い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、これは間違いありません。ですから開示してまずね。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で出ていて、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ますが、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れば反対ですよ、どういうふうに見るか、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よ。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、だ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、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うか、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ぶ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の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。さまざまな法律で認められていいと思うので、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、こ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で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けて、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配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願いしたいと思います。

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は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えます。

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、こう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いたものでございます。

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ふ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年間も間断して来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と考えております。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ば当然でございます。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、パターナ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ナ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るといふ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ように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まか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っ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、また委員の皆様にご覧いただき、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によろしければ、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ではできないのでしょうか。その方が次回までに準備しやすいと思っておりますので。

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、文章にしたいと思っております。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たいので、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、間違っている点を一つ。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。

筈委員 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と違うよ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、一応文章で見させていただいて、また場所をつくりますので、よろしくお申し上げます。

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いますので、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をお願いして、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えますか、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一方の、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が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が、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 そうということですか。

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け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、こっちのやつをやろうというのは、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。そういうことで本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いけないので、それもあるべくなら事務局方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)