

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

開催日：平成19年11月9日（金）

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を、ただいまより開催したいと思います。委員の先生方には、お忙しいところ、本日、御出席いただきまして、ありがとうございます。

繰り返すようでございますけれども、これまでの審議を経まして、本検討会では、患者・被験者の権利の法制化に対する検討、及び国民への啓発・普及のあり方に関する検討、この2つの課題を大きな柱として、今後、検討させていただくことにつきましては、委員の皆様は御了承いただいていると思っております。

そういう観点から、今回は、この患者・被験者の権利の法制化に関するあり方について検討を行うということの第1回といたしまして、海外における患者の権利法の状況等について、国立国会図書館の委員の方からお話をいただきました。さらにこの件について、検証会議の提言の中で、どのようにまとめていただいているのかということについては、既に我々としては了承していることにはなっておりますけれども、内田座長代理の方から、改めまして、主な点についてまとめていただき、お話をいただいたわけでございます。

そういう、海外の事情及び検証会議の内容を踏まえて、今後、この検討を進めるということについて、前回、委員の皆様から御要望をいただきましたので、実は本日は、国民の啓発・普及の先生にお話をいただくということで、やや広い立場から、これは座長の勝手な判断でございますけれども、進めたいということもありまして、考えておりましたけれども、せっかく2人の先生からお話を受けたこともあり、非常に大事な時期でもあるので、今回、引き続き、いただいた意見をもとにして、これに対して、また、委員の皆様からの御意見もいただき、引き続き議論を深める必要があるということとさせていただきます、本日を迎えることになったわけでございます。その点、御了承いただきたいと思います。

そういう趣旨で、本日の会議を進めたいと思っておりますが、進め方としましては、この議事次第にあるとおりで、特に申し上げることはございませんけれども、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）として、本日の議事を進めさせていただきたいと思っております。

それでは、出欠状況と配付資料の確認を、事務局からお願いいたします。

事務局 それでは、出欠状況と配付資料の確認をさせていただきます。まず、御出欠の状況でございますけれども、本日は飯沼委員、太田委員、尾形委員、畔柳委員、宮崎委員から事前に御欠席との御連絡をいただいております。また、花井委員におかれましては、先ほど御連絡がございまして、10～15分程度おくれるということでございましたので、御連絡申し上げます。

それから資料の確認でございます。お手元に、本日の配布分としてクリップどめをさせていただいております資料の確認をさせていただきます。まず初めに、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ということで議事次第の紙が1枚。そこに配布資料の明細もでございます。続きまして、座席表でございます。それから委員名簿でございます。

続きまして、資料1として「患者の権利法（医療基本法）」についてのコメントということで、内田委員の方から、前回は御説明がございましたけれども、お手元の資料としていただいております。続きまして資料2でございます。意見書ということで、高橋委員からいただいているものでございます。資料1、2につきましては、委員の先生方に、事前に送付させていただいているものでございます。続きまして資料3、法制化の検討課題に関する意見書ということで、花井委員からいただいているものでございます。続きまして資料4、「患者の権利法制化の必要性について」ということで、鈴木委員からいただいている資料でございます。以上が資料1～4でございます。

それから参考資料1として、先ほど座長の多田羅先生の方から御紹介がありましたけれども、患者の諸権利の法制化、それと国民への普及・啓発のあたりが大きな柱になるということでございますけれども、そのような課題に関しまして、これまでに書面等でいただいている意見を、事務局において論点ごとに整理したものでございます。本日の議論の御参考にしていただければと存じます。続きまして参考資料2ということでございまして、本日のテーマが患者・被験者の権利の法制化ということでございますので、そのあたりを中心に御議論いただきました、第6回と

第7回の議事録を、これもお手元の御参考ということで、つけさせていただいております。

それと、委員の先生方のお手元に、ちょっと、資料として間に合わなかったのですが、「韓国における患者の権利法について」ということで、本日も御陪席いただいておりますけれども、前回、説明者として御説明いただきました国立国会図書館の林様の方から、前回、鈴木委員から韓国の患者権利法の最新の状況についてということで御質疑がございましたので、それに対する資料提供ということで、1枚いただいておりますので、これをお手元にお配りしているところでございます。

配布資料は以上のとおりでございます。

多田羅座長 ありがとうございます。それでは早速でございますが、議題の方に入らせていただきたいと思っております。前回ヒアリングを受けての意見交換でございます。前回、国立国会図書館の方からの御報告、及び内田先生からのお話をいただきまして、委員の先生方から、それに対する御意見をいただいておりますので、いただいた意見を中心に、本日、議事を進めさせていただきたいと思っております。

なお、資料1として、内田先生から、前回、御報告をいただきましたけれども、一応整理して、簡潔にその内容について復習していただくということで、少し重複するところはあるかもしれませんが、話の原点として、内田先生から、最初に少し、その点をお話しいただいて、いただいた意見についての議事に移りたいと思っておりますので、御理解いただきたいと思います。それでは最初に、内田先生の方から、よろしく願いいたします。

内田座長代理 前回、お話しさせていただきましたことを、もう少し整理したペーパーを提出させていただいたのが、資料1でございます。3つの項目がありまして、1つは「法制化が必要か、必要でないか」、それから「患者の権利法か、医療基本法か」、それから「本検討会で法制化を提言すべきか、すべきでないか」。この点、委員の方々から御意見をいただきましたので、それを整理させていただいた上で、若干、検証会議の検証をした立場からコメントをさせていただいたということでございます。

まず1つ目の、法制化が必要か、必要でないかという部分でございますけれども、社会権と自由権の関係という点について御意見がありましたので、この点、検証会議でどういう形で検証したかということ、少し整理させていただきました。

2001年5月11日の熊本地裁判決によりますと、らい予防法の廃止が大幅におくれた理由の一つとして、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て、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いた。このことが一つの大きな要因になっていた、こういうふうには判示されているところでございます。

それを受けまして、検証会議では、入所者の方たちの社会権の保障は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、こういうふうな結論を出させていただいたということです。ちなみに入所者の社会権の保障云々ということですが、入所者の方たちの生活の保障というのは、らい予防法というところでの枠のもとでしか保障されていなかった。それは患者の家族の方たちも同じように、らい予防法という傘のもとでしか保障されなかった。それとは別個の、強制隔離とは別個の観点での保障はなかった。こういうことを含意しております。

もう一つは、自由権と社会権の関係にかかわりまして、断種・墮胎の問題ということを取り上げさせていただきました。国家権力による人権侵害の問題という理解は、基本的にはそうだと思いますけれども、療養所における断種・墮胎の実施というのは、らい予防法の範囲を超えた人権侵害とも言えるものであって、これを実施したのは医師（医療従事者）である。この点をやはり勘案した上で、再発防止というものを考えるべきではないか。こういうことをコメントさせていただきました。

こういうふうに見てまいりますと、社会権という側面と自由権という側面とを、一体として保障しないと、再発防止という問題に結びついていかないのではないかと申し上げたところです。ちなみに熊本地裁判決は、社会権と自由権とを一体として基本的人権ととらえ、その侵害という形で被害を認定する。そしてらい予防法の合憲性を判断する、こういう立場をとっております。検証会議でも、このような立場に基づいて、再発防止の検討をさせていただいたということでございます。

それは今日においても、極めて有意義な考え方ではないかというふうに思います。と申しますのも、自己決定権というようなことが保障されて、自由権というものの保障がより充実したとしても、社会権が保障されなければ、この自由権の保障というのは絵に描いたもちに帰しかねない。やはり、こういう問題が今日あるのではないかと申しております。

もう一つは、患者の権利の実現を医師（医療従事者）の努力のみに依存する形でやっていくということでは、なかなか、問題が前進しないのではないか。パターンリズムというような問題もやはり考えていく必要があるのではないかと、というふうに申し上げさせていただきました。と申しますのも、先ほど申し上げました断種・墮胎といったような問題は、予防法の範囲を超えた人権侵害ですが、その奥にあったのは、やはりパターンリズムではないか。こういうふうなことを勘案したときに、やはりそのパターンリズムというものをどうするのか、というふうな視点が必要ではないか。こういうふうに申し上げたところです。

それから精神障害者の方たちの精神保健福祉法に基づく措置入院につきましては、社会的な入院というような形で人権上いかがかという問題がございませうけれども、それにかかわって、措置入院が減少して任意入院とか医療保護入院に切りかわった。このことは改善というふうに評価していいのではないかと、こういう委員の御指摘がございましたので、その点、実態はどうかというふうなコメントをさせていただいたところでございます。

法制化の必要性につきましては、畔柳委員から詳細な御意見が既に提出されておりまして、それで尽きているのではないかとコメントをさせていただいたところでございます。

次に、患者の権利法か、医療基本法かというところでございますけれども、外国の法制なども参考にしながら、日本の実態を踏まえて、よりよいものをつくっていけばいいのではないかと。その検討を、さらにここで深めていけばいいのではないかと、こういうコメントをさせていただきました。

最後に、本検討会で法制化を提言すべきかどうかという点でございますけれども、この検討会が設置された経緯にかんがみまして、法制化を提言すべきか否かという入口の議論ではなくて、もう少し中に入って、具体的に行動計画を策定するとか、その具体について、さらに踏み込んだ検討をするということが必要ではないかと、というふうにコメントをさせていただきました。

それから審議会あるいは検討会を設置して、そこでやってはどうかという御意見もございました。そのこと自体の提案の意義は否定しませんが、「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か、いかなる議論の場がふさわしいか、といったことにつきましては、行動計画の一つとして、この検討会で議論すべきではないかというふうにコメントをさせていただきました。

この検討会で、「患者・被験者の権利の法制化」について大まかなイメージをつかって、論点整理を行う必要がある。問題が多岐にわたっておりますので、ここで少し整理した上で、問題提起をさせていただくことが必要ではないかと、こういうコメントをさせていただきました。簡単ですが、以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。論点を明確に示していただけたと思います。本日、既に文書でいただいている御意見がございませうので、御意見については、そこでまず、お伺いして進めたいと思います。もし御質問がありましたら、お受けしたいと思いますが、ここでは御意見ではなく、質問ということでお願いいたします。

谷野委員 質問と意見とがうまく区別できないんですけれど、この前休んで、こういうことを言うのは何ですが、精神のところ、社会的措置入院というのは余り使わない言葉ですけど、これは……。

中島委員 経済措置でしょう。

谷野委員 今、横で中島先生が言われましたけれど、経済措置入院というのは、今、ほとんどいません。だからちょっとこれは……。これはということを書いてしまうと、意見になってしまうから、どこからどこまでが意見なのか質問なのかわかりませうけれど、ちょっとこのあたりは……。

多田羅座長 社会的措置入院がということですか。

谷野委員 そういう言葉は、今、使いませう。

多田羅座長 「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」というところですね。

谷野委員 だから、もしできれば、「社会的入院が皆無になったとは言えない」の方が、すっきりしますよね。

多田羅座長 「社会的措置」ということではない、と……。

谷野委員 はい。その「措置」ということを消して……。いえ、ちょっと、意見を言うなど言われていますので申し上げにくいのですけれど。

多田羅座長 特に精神科の方では、この点は随分議論されているところかと思ひますけれど。

高橋委員 社会的措置入院というのは、私が最初に意見書に使って、それを引用されたのだと思いますけれど、措置入院は、これは公権力による強制入院なので、実質的に無料ですよ、患者の負担は。そうすると……。

谷野委員 いえ、今、一部はついてますよ、保険で……。

高橋委員 ええ、ですから医療保険先行で、患者負担の部分については公費負担ですよ。それを、本来、自傷・他害のおそれがないのに、その自己負担分を免除しようという趣旨で措置入院の形をとったものというふうに理解しております。どこで見たかというのは、今、はっきり申し上げることができないんですけど、幾つかの書物で、社会的措置入院ということ、私は見たことがあるんですけど。

谷野委員 それは大分前にあったんですよ。

中島委員 通常は、経済措置というふうに呼ばれていました。ですから社会的というより経済的と言った方が、まだいいのかなと思いますけれど。

多田羅座長 まあ、今は、措置という形はもう、とられていないということですね、入院に関しては。

谷野委員 経済的措置入院も、昭和30年代のころでして、今は、少なくとも措置入院自体が本当に減っていますから。だから、皆無ということ言うくらいではありませんけれど、ほとんど措置入院は、本来の措置入院になっているというふうに思います。

多田羅座長 ほとんど行われていないということですね。では、ひとつその辺を踏まえて、よろしくをお願いします。

それでは議事を進めたいと思います。内田先生から、基本の、検証会議を受けた観点に立って御意見を賜りました。

それでは本日の、次の御意見の御紹介ですが、一応、事務局に届いた順と言うとお叱りを受けるのですが、まあ実質上、そういうことで、いただきました到着順の形で御意見を伺いたいと思います。そういうことから、続きまして高橋委員から書面で意見をいただいておりますので、高橋委員の方からお願いいたします。

高橋委員 私の資料を読んでいただければわかるようになってはいるんですけど、まず、このハンセン病の問題というのは、重大な人権侵害であって、国は猛烈に反省すべきである。これはもう、前提でありまして、私もそれに対して全く異論はありませんし、ここは誤解のないようにしていただきたいのですが、ただ、それとは全く別な問題として、強制隔離が必要な疾患というのが存在する。これは否定できないと思います。これを否定したらサイエンスではなくなってしまおうと思うんです。前回も申し上げましたが、エボラ出血熱の流行を阻止できたのは強制隔離政策のおかげです。これはアフリカの話ですけど。また、トリインフルエンザが、流行の気配がある。きょう現在は、ヒトからヒトにうつるというエビデンスはそれほど強くありませんけれど、いつ何どき、変異して、ヒトからヒトにうつって大流行になる可能性がないわけではない。そのときに強制隔離というのは必ず必要なわけです。

ですからハンセン病の問題、このハンセン病の問題というのは、いろんな広いつらえ方がありますが、強制隔離という国家政策が、今後とられる可能性というのは十分にありまして、そこでこのような不幸な事態の再発を防ぐべきである。こういう発想に立たなければいけないのではないかというふうに私は考えます。ですから、その一番有効な対策というのは、国家権力の侵害に対して、常に、過剰ではないだろうか、必要最小限度にとどまっているか、こういう検証を怠らないこと。これが最大のポイントだというふうに思います。

そこにも書いておきましたが、平成18年の感染症法改正、施行は今年の4月からですけど、コレラ、赤痢、腸チフス、パラチフス、この4疾患が2類感染症から3類感染症に格下げされました。2類と3類というのはすごく大きな違いがありまして、2類感染症は本人の意思に反して強制入院をさせることができます。しかし3類はできません。コレラは、19世紀には、致命率が30%もあるような、すごく危険な病気だったわけですが、近年は弱毒化が著しい。そして治療薬も治療方法もわかっている。加えて、これは水系感染といまして、下水処理が不十分な環境だと大流行する。しかし我が国では、もうそのような状況は考えられない。そうだとすると、強制入院が可能な疾患として残すことは非科学的であると同時に、過剰な規制になっている。常にそういうことをチェックしながら、国家権力が強制措置に踏み切る前に再考を促す、そして、踏み切った後も常に検証をしていく。これが非常に重要だろうというふうに思います。

次に、「措置入院から任意入院・医療保護入院へ」ということですが、今、谷野先生からもお話があったんですけども、措置入院というのは国家権力による強制入院です。医療保護入院と

というのは、これは患者のためを思って保護者が同意をするという形であります。任意入院というのは、まさに本人の同意に基づく入院でありまして、これは人権侵害でも何でもなし、措置入院とは全然違うわけでありまして。これは私が国民衛生の動向から調べてきたんですが、昭和40年には措置率、すなわち入院患者中に占める措置入院患者の割合というのは36%。昭和60年には7%。昭和40年当時、東京オリンピックの翌年ですが、そのころに自傷・他害のおそれのある患者が、そんなに世の中にあふれていたかという、これはあり得ない話でありまして、現在は0.8%という数値になっております。本当に国家権力が介入すべき患者を限定した結果が、この数値であります。

感染症も強制入院が可能な分野であります。これと同じように、本当に必要なものに限ってのみの強制入院、強制隔離を認める。こういう方向に進んでいかなければいけない。措置入院が医療保護入院や任意入院に変わっただけの姿ではないかと、こういう指摘というのは、私は、全く当たらないというふうに思います。確かに日本は平均在院日数が異常に長い。ただ、それは国家の医療政策の問題というよりは、家族の受け入れ側の問題の方が大きいのではないかとこのように思います。だからむしろ、これは啓蒙活動、あるいは社会復帰対策、こういったものからアプローチしていかなければいけないのではないかとこのように思います。

それから次に、2ページの、強制隔離と処遇改善。自由権と社会権というお話ですけど、それは確かに峻別しにくい部分もあるかと思えますし、このハンセン病の問題については、両方が侵害された。それは、そのとおりかもしれませんが、主従関係があるというふうに思います。まず、自由権が侵害された。そして社会権の侵害に及んだということであって、両者が同時に侵害されたのではない。その理由というのは、強制隔離政策を続けるために、この予算措置をとったということであって、その逆ではありません。「最高の処遇をするから、あなたは強制入院されなさい」、ということをやったわけではありませんので、この順序というのは、議論する上で非常に重要ではないかというふうに思います。

それから3ページの方に行きます。私は、患者の権利法とか患者の権利章典をつくるなど言っているわけではありません。つくるかどうかを議論する前に、これが本当に、ハンセン病問題の再発に役立つかどうかを議論すべきである。そのエビデンスがないんだったら、この検討会の範囲を超えていると思うんです。だからまず、その議論をすべきではないかというふうに思います。

そして、強制隔離が必要な疾患が存在するという前提に、国家権力からの侵害を防ぐために、私人間の、患者と医師の関係を規定した法律というのが、どうして役に立つんだろうか、と。これは私には全く理解できないところであります。恐らく、そういうエビデンスというのは存在しないのではないかとこのように思います。

それから医師の義務と患者の権利というところで、きょう現在は、患者の権利に対応するような医師の義務というのは、これは、かなりあるのではないかと思うんです。最も患者と医師の間で緊張関係を生みやすい、インフォームド・コンセントですが、これは医療法に規定されているところであります。確かに、努力義務という規定なんですけれども、インフォームド・コンセントを与えずに治療をするとどうなるか。これは民事上の責任を問われるということが、確定判例としてあります。一番最初はエホバの証人輸血拒否事件。その後、骨盤位分娩事件というのがありました。骨盤位の妊婦に、帝王切開と自然分娩の2つの方法がありますよという情報を与えずに自然分娩して脳性麻痺になった。こういう事件でも、最高裁は医師側を負かせています。それから脳動脈瘤コイル塞栓術事件というものもありましたが、いずれも確定判例であります。ですから、もうこれは、努力義務とは言っても、実際には義務であります。それからもう一つは、前回も少し話題になったんですが、カルテの、診療録の開示です。これは個人情報保護法という法律で、罰則つきで、こういうふうに規定されています。

こういうふうに、医師側の義務として規定することが、パターナリズムにつながるというんですが、これは、抽象論としてそう言われるのかもしれませんが、実際にこの具体例を見ても、どうしてこういう規定がパターナリズムにつながるのか。これは説明に成功していないような気がいたします。

それから、前回の内田先生の御発言で、議事録の中でちょっとわからないのは、3ページから4ページにかけて、「基本的な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」ということですが、これは私のとらえ方が間違っているのかもしれませんが、この点については内田先生のコメント、解釈をいただいてから、必要があればつけ加えたいというふうに思います。

それから最後に、本検討会の位置づけということですけど、確かに尊重しなければいけない、

それは、そのとおりなんですけれど、「尊重」と「拘束」というのは、私は、意味が違うと思います。行政庁というのは、立法の範囲内で、国民にとって最大の利益となるように政策を行う権限と責任があります。ただし刻一刻と、社会の状況というのは変化していきますから、これは臨機応変にしなければいけない。そこには当然、自由裁量というものも生まれてくるわけです。ですから、その裁量の範囲内として、検討会とは別な意見を求める、これは決して誤ったものではないというふうに思います。

それから私人間の、医師・患者の権利関係を規定するに当たっては、患者の権利を規定すれば医師の義務というのが出てくるわけですから、その義務の主体である医師の聞き取り調査は絶対に不可欠だと思います。それを抜きにして、患者の権利章典をいきなりつくるというのは、これは重大な行政手続違反であるというふうに私は思います。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。非常に明確に論点を述べていただいたと思います。その中で、まず、座長の方から、検証会議の内容について御指摘いただいている点がありますので、その点、特に内田先生から、ここで若干、コメントをいただいてもよろしいでしょうか。といいますのは、まず、今の高橋委員からの御発言で、3ページの、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という点が一つ。それから内田先生の、「パターンリズムに転化する」というけれども、本当にパターンリズムを生むのであろうかという御指摘。それから先生の御発言の、基本的人権保障の観点から云々の文言について解説いただきたいということ。ミニマムの点として、その3点があったかと思っております。

内田座長代理 きちとお話しさせていただくには、今言われた3点ではなくて、高橋委員がおっしゃったすべてのことについて、検証会議の立場からコメントさせていただきたいと思っております。

多田羅座長 とりあえずその3点は、座長からお願いしたいと思っておりますけれど。

内田座長代理 それだけを切り取って話すというのは、なかなか難しく、全体としてお話しさせていただかないと意味がないと思っております。

多田羅座長 はい、ではお答えください。

内田座長代理 まず、最初に、公共の福祉というようなことを、強制隔離との関係でお話しただきましたけれども、強制隔離について、その合憲性を判断した、これまでのところ唯一の判決、確定判決だと思うのは、御存じのとおり2001年5月11日の熊本地裁判決です。これはその強制隔離が、憲法との関係でどうかということ、詳細に論証しているという判決でありまして、私も、この強制隔離という問題を考えるときには、この判決の考え方を尊重するというか、共通の前提という形で議論する必要があるのではないかというふうに思っております。

患者に伝染のおそれがあることのみによって隔離の必要性が肯定されるものではないんだ。どのような人権制限があるかというようなことも、十分に勘案した上で、最大限の慎重さをもって、その強制隔離については具体的に検討しなければいけないんだ。こういうふうに言っているところは、我々も、やはり共通の財産として確認しておかなければいけないだろうというのが一点でございます。

それから、「措置入院から任意入院・医療保護入院へ」というところで、望ましいことであるというふうな御発言を今もいただきました。しかしながら医療保護入院に関して言いますと、保護者の利益と患者の利益が異なる場合というのが、当然、あり得るわけでありまして、このような、異なる場合に、保護者の意思をもって入院させるということが、合法性を直ちに帰結するかについては、いろいろ問題点の指摘があるところでありまして、その点についても、やはり検討しなければいけないだろうというふうに思っています。それから任意入院であっても、意思に反する任意入院というのがあるという、こういう指摘もなされているところですので、ここでもやはり実態に即して評価をしていかなければいけないだろう。形の上で切りかわったということで、そこから直ちに人権侵害の問題が改善されたというふうには言えないのではないかと、そういう部分があるのではないかとということです。加えまして、医療保護入院につきましても、非常に期間が長いとか、そういうふうな問題も指摘されているところですが、そういう実態も踏まえた上で評価すべきではないかというふうに思われるところでございます。

それから強制隔離と処遇改善というところですけども、ここについての高橋委員の御意見というのは、強制隔離というのは何かとか、あるいは、その強制隔離のもとでの被害は何か、こういう本質的な問題にかかわって、非常に重要な論点ではないかというふうに思います。この点も、熊本地裁判決が、非常に参考になるのではないかというふうに思っております。と申しますのも、

熊本地裁判決におきまして、国の方から、被害というのは主として自由権の侵害なんだと、こういう主張がなされました。したがって、物理的な強制を加えなければ、そういう強制とは言えないんだ。こういう主張がなされましたけれども、これに対しまして、熊本地裁の方から、強制というのは必ずしも物理的な強制に限らないんだというふうな判示があったところでございます。それから被害ということにつきましても、居住とか移転の自由という観点だけで被害を押さえるというのではなくて、基本的人権全般について、例えば社会において、結婚するとか家庭を築くとか、子供を産み育てるとか、そういうことも含めて、基本的人権の侵害としてとらえるべきだ。こういうふうに判示されているところでありまして、それもやはり、社会権と自由権を一体として被害をとらえていく、強制隔離というものを押さえていく、そういう考え方というのは、やはり、この検討会での出発点として確認してはどうかというふうに思っているところでございます。以上のような観点から、その再発防止というものを考えるときに、自由権と社会権を一体として保障するということが必要ではないかというふうに申し上げたところでございます。

それから医療制度改革で、特に社会権の問題については、政策の問題に委ねるべきではないかという御意見を何度もちょうだいしておりますけれども、法化という現象が内外で注目されておりました、これまで法的規制の対象ではなかった事柄についても、必要な場合には法的規制の対象にしていくという、こういう、法化ということが言われているところでございまして、特に基本的人権にかかわる分野においては法化の必要性は高いというふうに指摘されているところですので、こういったことも、やはり勘案していく必要があるだろうというふうに思っています。

それから高橋委員が、この検討会で一貫して、患者の権利というような問題については、社会権的側面については政策の問題で、自由権ということを中心に考えるべきだ。その自由権も私人間の問題ではなくて、対国との関係で押さえるべきだ。基本的人権というのは主として対国との自由権の問題だ。こういう御主張をされていらっしゃるけれども、例えば国連規約人権委員会の日本政府に対する勧告とか、あるいは人権擁護推進審議会の答申などを見ますと、そういう形で、対国との関係だけに限定した形で基本的人権というものを論じるのではなくて、社会権とか私人間の問題も含めて論じる。特に先進国における人権の問題というのは私人間の問題というのが非常に大きいので、その私人間の問題についても、やはり人権保障というのを考えていくべきだというふうに言っているところでありまして、そういったこともやはり考えていく必要があるのではないかとこのように思っています。

それから断種・墮胎につきましては、やはり、らい予防法にその断種・墮胎というのを許容するというような規定は全くなかったわけでありまして、これは、その範囲を超えて、療養所の医師等が行ったという点でございまして、高橋委員のおっしゃるように、末端の国家機関を担う者として、国の命令によって行ったというか国の指示によって行ったというふうに理解するのは、少し違うのではないかと。そういう形で理解していきますと、強制隔離政策に関与した各界の問題というのは必ずしも出てこないのではないかと。そういう各界の問題というのを視野に入れることによって初めて再発防止というところを考えていけるのではないかとこのように考えております。

それから医師の義務というところで、パターナリズムということですが、医師（医療従事者）の、専門家としての裁量権を尊重するとか、あるいはパターナリズムによって問題解決しようとする傾向というのは、まだまだ日本では残っているのではないかと。前回、御紹介いただきましたけれども、ヨーロッパの国々において、患者の権利法ないし医療基本法は制定されているとか、あるいは制定されつつあるということの意味というのは、やはり、我々は参考にしなければいけないのではないかと。こういう法律が制定された場合に、医師（医療従事者）と患者サイドとの間の認識のギャップというのは埋まって、非常に、パートナーシップに基づいて、よりよい医療というものが実現されていっている、こういったことも、やはり勘案しながら、本検討会で検討していく必要があるのではないかとこのように考えています。現状の医療法の改正云々ではまかないきれない問題があるというのは、畔柳委員の意見で十分に説明されているところではないかとこのように考えています。

それから、「解消」という言葉について、先ほど御指摘をいただきました。私が文章で訂正させていただいたのは、「解消」ではなくて「解釈」という言葉を使わせていただいておりますので、その点、御理解いただければと思います。

それから、本検討会の位置づけについて、尊重はされるけれども拘束されない。これも一貫して、高橋委員の御主張でございまして、その、拘束されないということの意味は、どういう意味かという点について、やはり考えていく必要があるのではないかとこのように思っています。先ほどからお話しした繰り返しでございまして、熊本地裁判決によりまして、社会権

と自由権とを一体とする。その自由権の中には対私人間の問題も含めて考えていく。こういう考え方が前提になって判決が導き出されておりますけれども、その点もやはり尊重して議論をしていただければ、と存じます。検討会議では、そういうことを前提にして再発防止ということを考えさせていただいておりますので、そのことを、やはり御理解いただければありがたいというふうに思っております。

それから、委員の人選云々ということ。先ほどおっしゃいました、医療従事者の方たちの御意見を十分に聞く必要があるということですが、十分に聞くということには異論はございませんけれども、この検討会が発足するに当たりまして、患者の権利法云々ということについても、この検討会で検討するということを踏まえた上で、この委員会の委員の人選が行われているであろうというふうに思いますので、この委員のメンバーということで検討を深めていくということは、十分にやっていただきたいというふうに考えております。以上でございます。

多田羅座長 3ページの、検証会議で議論された形跡もないという、この点はいかがですか。

内田座長代理 今申し上げましたように、私どもとしては、それを十分に踏まえた上で、再発防止の議論をさせていただいたということでございます。

多田羅座長 そのエビデンスは証明されていないというのは……。

内田座長代理 ちょっと、私には理解できません。

多田羅座長 というような内田先生の、高橋委員の御意見に対する回答でございました。いかがでしょうか。

筈委員 高橋委員の、この意見書を読ませていただきましたけれど、私は最初から、この検討会のあり方について、これは検証会議の提唱に基づく検討会であり、検討会という考え方自体、この名称自体が問題ではないかというふうに私は言っていたんですが、実は、高橋委員のこの意見を見ると、やはり、検証会議が提唱した問題点を検討する、ということになる。だけどもこれは、言うならば、検証会議がロードマップ委員会というふうに名づけたように、そういう性格を持つべきものである。検証会議が提唱した問題について、ロードマップするというのが、この委員会の性格だろう、と。にもかかわらず、この中で、提唱された内容について、これは間違っているとか、こういうのは検討する必要はないんだとか、患者権利法というのは、もっと医師の意見を聞いてとか……。ましてや、高橋委員のこの意見書から見ると、ハンセン病問題自体についても、十分に、熊本判決やら、あるいはそれ以前のハンセン病の歴史、我々が受けてきた被害、そのために、どのような実態があったのかというのを、きちんと認識し、その認識に基づいて発言されているというふうには思えないんです。

私、現実には、7歳のときから強制収容の目に遭って現在に至っていますが、そういう、自分の体験からいっても、このような意見が出てくること自体、いかなものかというふうに思います。ましてや、前回、7回の検討会議で、患者権利法というのは、ヨーロッパ諸国には既にあり、アメリカにもある、と。欧米にはあって、アジアにはないんだということが、はっきりした。ましてや、日本における、この、ハンセン病に対する隔離政策というのは、日本型隔離とって、世界各国に例を見ないほどの人生被害を与える隔離であったということから、検証会議が、患者権利法が必要だということを提唱してきているわけです。それについて、それはどうかというふうな形での論議をここですべきではない、と。そういう性格のものではないのではないかとこのことを、私、最初から言っていますが、今、この8回目の会議に至って、高橋委員のような意見が出てくるということ自体、私、どういうことなのかというふうに思わざるを得ません。

欧米諸国で権利法があるということ自体、また、アジアにはないということ、そのことは第7回ではっきりした。ならば、一度このアジアの中での、日本のハンセン病政策というものの誤り――絶対的隔離主義、しかも人生被害を与える、そういう状態にあった日本でこそ、この患者権利法を、ハンセン病問題を通じ、患者の権利というのが論議されるべきである。しかも法的システムとして確立すべきである。それが検証会議の結論ですから、それを、それはどうかというふうなことで、ここで論議すべきではないというふうに私は思うんですが、そのことを、まず、申し上げておきたい。私はやはり、この患者権利法について、きちんと、この会議において、方向を定める。そして、それに対する、いわゆるロードマップとしての役割を果たす。それがこの委員会の任務だろうということ、改めて申し上げておきたいと思っております。以上です。

多田羅座長 今の筈委員の御意見ですけれども、検証会議とこの検討会議の関係については、第1回の、私の、座長としてのあいさつの中でも、検証会議の提言に基づき、それを原点にして検討を行うけれども、それに追従するものではない、あるいは拘束されるものではない、ということ、この検討会の内容として、座長としては申し上げているつもりです。ですから、原点と

し、もちろんそれを大きく尊重はするけれども、それに従う、あるいはそれに拘束されるものではなくて、検証会議で基本的な方向を示していただいたものに対して、日本の現在の社会が、それをどのように解釈し、理解し、現実のものにしていくかということ、ここで議論していただくというものとして、第1回以来、私は、座長としては、それはお願いしておりますし、私が座長を引き受けるについても、この会の性格として、そのようなものであるということ、当局からもお話を伺っておりますので、その点は御理解いただきたいと思います。

弐委員から、ずっと、そういう御意見をいただいていることは私も理解しておりますけれども、この検討会は、あくまで検証会議の提言を原点とし、そこから出発するものではありませんけれども、それに従うもの、従属するものではないというふうに理解しておりますので、その点、御理解ください。

弐委員 もう一度言いますが、原点としていただきたい。

多田羅座長 はい。ですから、原点として検討しているわけです。

弐委員 原点とするというふうに、今、おっしゃっていますが、原点としないで、それしてしまったのでは、どうしようもない。それは、内容的にもっとこういう形でとか、こういうふうに深めるとか、広げるとかという話ならいいけれど。そこからそれしてしまうのは、これは検証会議の提唱に基づく検討会ではなくなってしまうのではないのでしょうか。そうではないんですか。

多田羅座長 それは今の高橋委員の意見に対して、おっしゃっていることでしょうか。

弐委員 私は、そういう感じがします。それは違う方向へ行っているのではないかと。

多田羅座長 それは御意見として承りますけれども、私、座長としては、高橋委員は建設的に、検証会議を受けて、一つの考え方を提示いただいているというふうには思っております。それしているというふうには、私個人としては、今のところ、そのようには理解しておりません。弐委員が、そういうふうに御理解されるのは、それはいろいろ、委員の中に意見があるかと思えますけれど。

しかし、とにかく前向きに取り組んでいきたい、取り組む必要があるということは、これはもう非常に重要なことですので、検証会議を受けて、一步でも前進するというのを、委員の皆さんの基本として、御意見をいただくということについては、確認させていただきたいと思います。

内田座長代理 先ほどのコメントの中で、検証会議は熊本地裁判決が判示した被害とか強制隔離の定義とか、そういうものを前提として、さらにより詳しく検証させていただいた上で、再発防止の提言をさせていただいたということ、これを申し上げたところでございます。熊本地裁判決が判示した被害とか強制隔離の定義とか、これは私ども検討会の出発点として、非常に重要なところだろうというふうに考えていますが、そこも拘束されない、見直す、ということでしょうか。つまり判決自体を見直すんだという、こういうお立場もあり得るということでしょうか。

多田羅座長 まず高橋委員としては、その辺はどうなんですか。熊本地裁判決について、どのように判断するのかというのが、先ほど内田座長代理からありましたけれど。

高橋委員 すべての判決というのは、これは事例に基づいて決定しています。だから、ハンセン病のこの人権侵害に対して裁判所が示した解釈であって、それは、その範囲では拘束力がありますし、それを基本的には尊重すべきだと思います。ただ、例えば、これから新たな新感染症が大流行したときに、どの程度の伝染力があるかわからないわけです。そのときに、慎重であるべきだということには異論はありません。ただ、すべてこの熊本地裁の基準で、強制隔離をとことんまで厳格に解釈するということについては、必ずしも判決は拘束力がないのではないかと。その状況によって変わってくるシチュエーションというのはあるのではないかとというふうに思います。

内田座長代理 被害とか強制隔離の定義の問題ですが、熊本地裁は、被害というものを自由権だけに限定するのではなくて、社会権も含めて、基本的人権としてとらえて、その基本的人権の侵害というふうにとらえているところです。高橋委員は一貫して、この検討会で、患者の権利と基本的人権の問題というのは、対国家との自由権だということを非常に強調されていて、そこ熊本地裁判決の考え方というのは、かなり距離があるように思うんですが、その距離をどういうふう到高橋委員はお考えでしょうか。

高橋委員 この問題というのは、ハンセン病の問題の再発を防ぐのではなくて、ハンセン病と同じような問題が起こったときにどうするか、いかにそれを防ぐかというふうに私は理解しております。ですから、尊重しないという意味ではありませんけれども、少し広げて解釈するとか、状況によって変えて解釈するというのは、それは許されることではないかというふうに私は思います。

内田座長代理 強制隔離という場合、例えば先ほど、高橋委員が御提言になった、精神障害者の方に対する強制入院の問題とか、あるいは公衆衛生上の強制入院の問題とか、そういうふうな問題を考えたときに、強制入院というのは、やはり、どういう実態を持つのか、どういうふうに定義するのか、ということについては、ハンセン病の問題と同じような土俵の問題で、そうすれば、それは自由権としてとらえるのか、あるいはもう少し、社会権も含めて一体としてとらえるのか。これは極めて大きいことで、裁判でも争点になって、国は自由権を中心にと言い、それに対して判決は、そうじゃないんだ。もっと広くとらえなければだめだ、そうでないと実態はわからない。そのこのバランスをとらえないとできないんだ。これが判示ですけど、そこはどうかお考えですか。高橋委員は一貫して自由権と言われ、対国との関係での自由権とおっしゃっている。そこには、ちょっと距離があると思うんです。この距離というのは、高橋意見書では非常に重要な論点だと思いますので、そこをお話しいただきたいと思います。

高橋委員 先ほど来、申し上げているとおり、ハンセン病が、もう一回、同じようなことが起こることというのは、想定しにくいのではないかと思います。似たような問題が起こるときに、まず自由権からスタートする。それは自然の考え方だというふうに私は思いますけれど、その疾患の内容によって、社会権がくっついてくるかもしれません。ただ、基本となるのは、あくまで自由権です。社会権が先にあるわけではありません。そこは混同しない方がいいのではないかと思います。

内田座長代理 どちらが先とかではなくて、一体としてとらえないと、強制隔離とか被害というのは明らかにできないのではないかと、こういうふうに判示しているところですけど。

多田羅座長 私の理解では、高橋委員は、まず自由権が侵害され、結果として社会権が担保される。そういう順番があるのではないかと御意見ではないか。一体ではあるけれども順番があるというお考えのように伺いましたけれど、そうではないんですか。

高橋委員 ええ、そういうことですね。

多田羅座長 そういう感じですね。一体だけれども、順番があるという形で理解したい、と……。

内田座長代理 それは、高橋委員も座長も、熊本地裁が判事している強制隔離の定義とか、あるいは被害の定義というのは、基本的に前提として議論するということについては賛成だというふうに理解してよろしいでしょうか。

高橋委員 前提というのが、ここで発言したのが後で拘束力を持たれると、ちょっと困るんですけど、一つの判決、事例判断としては非常に尊重すべきであるというふうに思います。

鈴木委員 進行について意見があるんですが、花井さんと私は置いてきぼりなんでしょうか。

多田羅座長 済みません、ちょっと待ってください。今、議論が続いていますので。

鈴木委員 花井さんの意見の中にも、今の議論に関連することが入っていると思うんですが。

多田羅座長 はい。私もそう思っておりましたが、もう少しだけお待ちください。ということで、今、鈴木委員から御意見を伺いました。今のところの議論は、まだ続いておりますけれども、少し、ほかの委員の意見も伺うという観点から、次に進ませていただいてよろしいでしょうか。

それでは、花井委員から御意見を願います。

花井委員 大変難しい議論で、ちょっとついていきかねていたんですけど、基本的に私も、感染症の患者という立場からのコメントになりますけれど、人権侵害、例えば病院で「おまえは、ここの病院に来るな」と言われることは何が侵害されているかとか、それから僕の経験では、処置を受けるときに、必ず古新聞をベッドに敷かれて、その上で処置をされたり、部屋から出て行くときは、呼吸のできないマスクを渡されて、これをつけずには部屋から出て行くなというふうに言われたりしたことは、一体何が侵害されたのか。人権侵害なのか、社会権なのか自由権なのか、わからないんですけど、やっぱり何か未知なことが起こると、いろんなことが起こって、その後、エイズの場合は世界でも珍しい単独立法が、何でああいう話が出てきたのかという感じで、世論に押される形で出てきてしまった。

そういう意味においては、そういう法律を検討するに当たって、やはり参照する、基本となるものは、憲法だけではちょっと足りないという観点から、何かやはり、そういうことを、全体として、患者の権利みたいなことが定まっている法律があればよかったのになあと、ずっと思っていたので、ちょっと今の議論が、一体どこに論点があるのかというのは、難しくわからなかったんですが、まあ、そういう立場です。

あくまで概念というのは、実態に対して後から切り取るものですから、恐らく、それが混ざっているというのは当然で、やはり実態というのは、当然それは不可分なものとして、いろんな権

利が、多分あるんだろうというふうには、まあ、当事者としては思います。

そこで私の意見を述べさせていただきます。まず一つは、この検証会議の提言に基づく、これは、この検討会の位置づけというところにも関係があるんですけど、当然これはロードマップ委員会ということで書いてあったので、やはり具体的な行動計画を策定するということが大きな使命かなあというふうに、私は、もちろん認識をしております。具体的な行動計画をつくった上で、それがちゃんとできているのかということモニタリングしていくというようなことかなあというふうな認識であります。

しかしながら、全くこの前の検証会議の報告書そのままを実行するというのではなく、それが今の日本の法制の中で、うまく、その趣旨をどのようにフィッティングするかということについては、この検討会では当然、裁量があって、それに拘束されないという、そういう意味かなあというふうに、私は解釈しておりました。

したがって、今のような非常に難しい議論も必要だとは思いますが、やはり具体的な作業に着手可能な、具体性を持った枠組みというものを提起していくということをししないと、何回も検討会で、報告書、報告書で、報告書ばかりということが、よく、行政ではあるので、この検討会に関しては、そうやってほしくないと思っております。

それから2ですが、そういう意味では、今の論点をもう通り越してしまって、当然、そういう患者の権利法制みたいな - - ただし、これはこの前、ちょっと、筋委員なんかからも批判されて、医師の権利なんていうことを言って、ひんしゅくを買ったようですが、僕の経験だと、エイズをやっと診てくれる先生がいたりしたら、その先生が教授会で干されたりとか、「おまえがいるから、だめなんだ」と言われるとか、そういうこともあったもので、そういうことからすれば、やはりちゃんと患者を診ようとする医療者が、その患者を診ることができない状況に追い込まれるのは一体どういう権利義務整理になるのか。僕はちょっと、その辺の法律的な整理はわかりませんが、やはり医師に対する規定もないと無理なんじゃないかなあというふうなことから、あのようなことを申し上げた次第であります。

したがって、何らかの基本法的な法律は、やはり、これはもう必須なんじゃないかというふうに考えております。ただ、そのほかの、行政が主体となるべきいろんな事項が決まっていますが、実はこれは複雑に絡み合っておりまして、先ほどの論点からいけば、社会権的な分野になるのかもしれませんが、やはり予算措置を要請されるものは法律がなかったらできないというのが日本の国のよくあるパターンですし、それから行政の課とか、そういうものも、実は法律ごとに分かれている。または、ある法律をつくるときには、どこかの課の業務ができやすいように法律ができたりする。ですから実は、行政システムと日本の法制度というのは、非常に密接です。したがって、単に予算をつけるといっても、法律がなかったらつけられなかったり、いろいろありますし、あとは、いろんなことをするためにも、法改正がなければ、そこまで行政権限でできなかったりもするということがありますので、やはり、必ずしも基本法だけではなく、今あるいろんな法規も改正の可能性があることについては、やはり議論しておかないと、せっかくの、いろいろなのが、「やります、やります」「努力します」とだけ言って終わってしまうのではないかというのが2番です。

3は、その手段なんですけれど、まず後段をごらんください。「また」以下のところを先に言いますけれど、基本法的な法律の性格は、私は、患者権利法というのか医療基本法というのか、もしくは何か、患者人権倫理法というのか、そういうのはわかりませんが、そういった性質のものの中には、最近の、いわゆる生命倫理とか、そういったところで行われている、さまざまな議論と知見と文脈というのが、やはりこれは、かなり傾聴に値する内容があって、やはり現在、医療に関連する議論というのは、非常に複雑ではありながら、やはり根本的な人権とか倫理とか、そういうところに届くような議論がたくさんありますので、やはりそこに対する配慮ということも必要だというふうには考えております。

それから前段ですが、いわゆる現在ある法律ですね、例えば感染症予防法、それから薬事法、医師法、医療法などに、いろいろ分散して、患者の権利あるいは、さきの検証会議で指摘された内容に関連する条文があるわけです。これをちゃんと評価して、いわゆるこの文脈に載せて評価しないと、何か、今ある法制度との関係 - - 例えば高橋委員の指摘であったんですけど、ハンセン病のような隔離がもう一度起こるかということ、僕は、同じようなことは、もう、多分それは起こらないというふうに思いますが、もし、感染症に関連して.....。感染症法というのは、基本的に人権抑制法的な拘束力があって、当然、高橋委員がおっしゃるとおり、隔離は必要なんですね。これはもう、私はHIVでいろいろ追いかけて回されても、やっぱりそれは必要であって、じ

やあ、その必要なときに、いかに最小限の人権を抑制するプロセスをちゃんと定めるかというのが、感染症予防法というふうに認識しておりますし、そういった法整備を考えたときには、例えば感染症に関する、いわゆる拘束とか隔離のプロセスというものを、ちゃんとしようというような目的であれば、こういう機能を考えるのであれば、むしろ感染症予防法だけで十分ではないか、と。もしくは、これが不備であれば、これを改正すれば十分であって、しかし、私はもっと広く考えていて、やはり全般について考えなければいけないのではないかと。ということで、だからハンセンのようなものの再発を防止するというためにあるというふうには、ちょっと、考えていなかったんですね。ということなので、ちょっとそこは検討してほしいということです。

全体として、こういった論点がある中で、やはり、ここで全部やることができるかということ、やはり作業部会的なものがないと、結構、作業とか検討項目が膨大で、専門的ではないかというふうに思うわけです、具体化しようとすれば、例えば作業部会をつくるとか、その人選をここで決めて、いろんな作業をしていくみたいな具体的なことをやるのがいいのではないかとこのように思います。

最後に4番です。繰り返しになりますが、もうこれは高橋委員がおっしゃるとおりで、多くの関係者の意見聴取や行政セクションの（恐らく膨大な）調整作業なくしては、こういう基本法的なものは恐らく不可能ではないか、と。今の法体系の中で、それを実現しようと思うと、やはりかなり調整することが必要だろうし、もちろん意見聴取も必要だろう、と。しかし、また逆に言えば、こうした作業が必要であるから、今までなかったと言えるのではないかとこのように思います。

私は、この、いわゆるロードマップ会議というものが、何もハンセンに類似したものだけを再発防止するという趣旨とは、実は考えていなかったんですね。最初からそんなことは思っていなくて、恐らくハンセンの被害に遭った方々は、自分たちの被害を、もちろん二度と起こしたくないということはあるでしょうけれども、その教訓をもって、僕はよきに解釈をして、いわゆる感染症のみならず、精神領域も含めて、医療と人権と、その臨界にあるいろんな悲しい出来事が、今後起こらないような、全体的な制度を、やはり希求したというふうに理解しています。ですから、割とそれを広く受けとめて、やはり被害者の人たちが、あえて、そういうことをやろうと決意してやっているんだなあということなので、僕は、被害者の方々の思いというものを受けとめて、何もハンセンの再発が、もう起きないからいいとか、感染症に関してはこの法律とかという、そういう機能的問題ではなくて、やはり、医療に関連する患者の人権というコンテキストにおける悲劇が二度と起こらないようにという、広い解釈のもとで、やはり何か基本的な枠組みをつくってほしいという、そういう願いを受けとめるというのが、この委員会かなあと。ただ、この委員会だけでやれというのでは、あまりにも、やはり場としてはどうかという意見もありますが、少なくともこの委員会、もしくは事務局、行政、その他が、相当、最大限の努力をするというところは、やはり必要ではないかというふうに思うわけでありです。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。花井委員から意見をいただきました。座長としては、今、各委員も、花井委員のおっしゃる点に対して、基本的には同じ意見ではないかなあと思うんです。ただ、そういう意味では、先ほど申し上げたように、検証会議から出発するのではありますけれども、やはり考え方、内容については、議論もし、納得もして、考えていくということもあって、その、納得するということで、今、議論しているんだろうと思うんです。

だから原点として、検証会議の内容を深く尊重するということについては、各委員も一致していただいていると思います。ただ、しかし追従するというわけにもいかないもので、議論をし、納得をして前へ進もうというプロセスではないかと思えます。ですから、その、納得をするために、もう少し勉強する必要もあるわけで、そういう準備を、作業部会というようなものをつくって用意してどうかというのは一つの御意見かと思えます。

しかし事務局の方も頑張っておりますので、もうしばらく、こういう状況を受けて、事務局の方でも準備をいただいて、御指摘いただいているような作業部会に向けての準備をしたり、あるいは、ここでも勉強をするということをしていただきたいと思いますので、その作業部会ということについては、もうちょっと経過を見ていただきたいと思いますというふうに、まず、座長としては思います。これは座長の意見ですけれど、大きくは、今、花井委員のおっしゃっている点のとおりだと思います。これは座長の判断で、申しわけないんですけど。

花井委員 私の意見では、基本法的な問題は、かなり専門的な領域でもあるので、いろんな、最新の知見と文脈を検討して、どういう基本法的なものにするかということは検討してほしいとは書いているんですが、これは素人としての感じとして、例えばエイズ予防法をつくらうという

気運になったときに、エイズ予防法は、我々は反対しましたがけれども、例えばそういう新しい感染症に対して単独立法をつくろうとしたときに、その法律をつくる段になって、参照する基本的な理念とか、基本的なものというのが、やはり、なかったような気がするんです。だから、それが倫理なのか人権基本法なのかというときに、それは憲法しかなかった。そういう意味では自由権だと思っただけですけれど。

だから、そういうときに原点となるような法律、もしくは参照できる法律みたいなものがあればいいなあというふうには私は思っていて、個人的にはそういう基本法というのは、憲法と、こういう医療法とか薬事法とか、そういうものとの間に挟まって、そういう機能を果たすものであってほしいというふうに思っています。

多田羅座長 座長ばかり言って申しわけないんですけど、先ほど内田先生と高橋委員の意見で、自由権、社会権という議論がありました。私も法律は専門でないので、非常に難しい議論かと思いましたがけれども、高橋委員がおっしゃっているのは、ハンセン病の歴史の中で、基本的な教訓は、国家権力による自由権の侵害ということがあって、結果的に社会権の侵害という問題が起きたということが教訓であるという、そういう順番があるのではないかと、ということではないかと思えます。その意味で、高橋委員のおっしゃっているのは、患者の権利法というのはむしろ社会権に関する議論なので、そういう議論をすれば、自由権の議論の場において、社会権の議論をするということが、ハンセンの歴史からの教訓になるのか、あるいはむしろ、先ほど厳しい御指摘がありましたけれども、エビデンスがないのではないかと。患者の権利の法制化が、そういうハンセン病の再発を防ぐということに、エビデンスがないのではないかとというのは、そういうことかなあと理解したんですけど、いかがですか。

筈委員 我々は座長と議論しているわけではないんです。

多田羅座長 いえ、ちょっと、議論の中身を確認したかったものですから。

筈委員 いちいち座長が、人の意見に対して、私はこう思いますということと言われる。それはおかしいでしょう。座長としての役割を、ちゃんとやってください。

多田羅座長 済みません、わかりました。議論の中身を確認したかっただけですので。

筈委員 いちいち委員の意見に対して、私はこう思うとか、そういうようなことは……。座長の意見を聞いているわけではありませんから。

多田羅座長 意見は言っていない。確認させていただいているつもりで、私は発言させていただきました。

筈委員 いちいち、言っているじゃないですか。

高橋委員 簡単にコメントしますと、ちょっと違いますね。医師・患者の、私人間としての権利、これは自由権も社会権もないわけでありまして、一つですよ。それをつくることによって、国家権力の侵害を防ぐというエビデンスは……。

多田羅座長 侵害というのは、自由権の侵害ですね。

高橋委員 自由権も社会権も含まないです。国家権力とは関係がないわけですから。というのが一つ目です。それから、国家権力からの侵害を防ぐために、自由権と社会権という2つのものがある、と。それはまあ、そのとおりかもしれませんが、ハンセン病の場合には、社会権がくっついてきた。ただ、多くの強制隔離の問題というのは、まず自由権ありきだろう、と。だから重点的には自由権が主になるべきではないかということをお願いしたわけです。

筈委員 その点、高橋委員の意見の中では、公共の福祉というのが強調されている。そういう、公共の福祉の名によって、私たちは、戦後、昭和28年、新らい予防法という、昭和6年のやつを、この憲法下で、昭和28年、1953年に、公共の福祉の名によって、私たちは憲法のもとで、基本的人権を奪われる法律を施行し直されたんです。だから公共の福祉という言葉というのは、私たちにとっては、大変、これは単なる公共の福祉という飾りものの言葉にしか見えません。私たちをしばらく上げてきたものが、公共の福祉ですから。戦後ですよ。この憲法のもとですよ。公共の福祉という名のもとで、我々はいち最近、11年前まで、戦後からずっと、公共の福祉の名によって、人権を奪われ続けてきたんですから。公共の福祉というのを強調されると、非常に、「何だ？」というふうに思わざるを得ないんです。

高橋委員 まさに筈委員のおっしゃるとおりです。ですから、公共の福祉というのを、厳格に定義するというのが私の認識です。

多田羅座長 はい、わかりました。それでは少し議事を進めさせていただきたいと思えます。続きまして、鈴木委員から意見を伺っておりますので、お願いします。

鈴木委員 少し、前提として、プロローグから申し上げます。前々回の検討会で、進行につい

ての意見が出て、意見を交わされたというふうに理解をしています。私も、短いペーパーですが、提出をいたしました。その中で、行動計画策定については、やはり患者の権利についてのさまざまな歴史や状況を踏まえておく必要があるということを申し上げました。それで今回は、患者の権利に関する法制化の状況が世界でどうなっているのかということで、林さんを中心にして、状況を御報告いただいたというふうに理解をしています。

その報告の中で、患者の権利の法制化が、この日本において必要なかどうかということについての根本的な疑問が出されたというふうに思います。その根本的な疑問は、疑問が出されただけでもって、十分な議論がされなかった。そして次の、また違うテーマに進行するという予定に対して、私は、そこについてはもう少し、行動計画を策定する上においても、患者の権利の法制化の必要性について、この委員会の中で、ある程度、意見のコンセンサスをつくっておく必要があるのではないかというふうに考えて、ここについては、もう一度議論してほしいということを申し上げて、きょうに至ったというふうに理解をしています。

したがって、私は、前回の議論を踏まえて、患者の権利の法制化の必要性というところについて、もう一度、意見を少し整理して、きょうはペーパーを出しました。この疑問についての問題提起の一つの発火点は、高橋委員が、ハンセン病問題と患者の権利の法制化については関係がないのではないかと趣旨のことをおっしゃったということに端を発しているというふうに思います。私は、それは関係があるということでもって、患者の権利の法制化が必要だということにも考えています。もちろん、ハンセン病問題と離れて、患者の権利の法制化の必要性は、論じることでも可能ですが、ハンセン病問題は、患者の権利が確立していないという土壌の中で、国家権力や医療関係者、さまざまな社会の偏見、そういうものが相まって起きてきた事件ではないかというふうに思います。

それは、戦前からのハンセン病政策だけに由来するのではなく、いわば社会的な差別という観点では、先ほど花井委員がおっしゃっていた、1980年代後半のエイズ騒動の中にも表れています。花井委員の意見で、私も忘れていたことを思い出したんですが、エイズ予防法が1988年の国会で強行採決されたときに、私も国会で参考人として意見を述べた記憶がよみがえってきました。あのとき、つまり20年前に、患者の権利法があったのであれば、あのような法律をつくって、その後、それが間違いだったとって、あの法律を廃止するということがなかったのではないかとこのように思います。

さて、ハンセン病問題の、人権侵害性は、縷々、内田委員からも述べられていたと思いますが、強制隔離や断種・墮胎等の、適正手続によらない、いわば強制措置があったということに尽きずに、これは現在にも及んでいると思いますが、療養所の中だけにしかハンセン病医療がないという状況、そしてその中身は、つまりハンセン病患者が隔離されただけではなく、ハンセン病医療そのものが隔離されたと言われてきて、中身は、良質かつ適切なハンセン病医療とは到底言えないようなものが、まかり通ってきた。それは現在にまで、まだまだ十分な改善はされていないというところにあるんだろうというふうに思います。

したがって、いわば国家政策、国の感染症政策の誤りだけではなくて、そこには社会的な病者差別もありますし、医療関係者の父権主義的な体制もあった。これは、医療関係者だけがつくってきたものとは思いませんけれども、そういう背景があって、患者の権利が確立していれば、かかることが、いろいろな確度から整理をされてきたのではないかとこのように思うわけでありませう。

つまりハンセン病問題、ハンセン病患者を襲ったこの被害、人権侵害は、医療における、人権という視点ですね、病者・患者の人権という視点がなかった土壌の中で行われてきたというふうに思います。自由権・社会権の議論はありますが、私は、自由権・社会権だけの二項対立あるいは二分論は、もう既に数十年前に淘汰されてきたんだろうというふうに考えています。1970年代でしょうか、国連のユネスコの事務局長だったと思いますが、第三世代の人権論というのをとって、従来は憲法論的な基本的人権と私人間効力というのはいろんな学説がありましたけれども、むしろ私人間の中における基本的人権という概念自体が出てきていると思いますし、自由権と社会権は必ずしも二分できるものではないというふうに考えています。

私が考える患者の権利というのは、ここに書いた5項目であります。個人の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。こういうものが相乗的に一体として患者の権利、人権として言われているわけでありませうし、これは、この国において、この人権を確立するために、憲法論的な人権宣言も必要でありませうし、それを踏まえた、国や地方自治体、つまり行政機関、国家機関、国会も含めてです

が、それらの責務、そして医療関係者の責務、あるいは国民の責務というところにも来ますし、私人間にも - - これは、私人間というのは、単に医療関係者と患者という狭い枠ではないと思いますが、そういうところにも、この患者の権利、基本的人権たる患者の権利というのは及んできているというふうに思います。

こういうものが、いわば日本の医療制度の中に欠落しているということは、1990年代に入って、徐々に明確になってきたというふうに思います。最初の法改正は1992年だったかと思いますがけれども、医療法という、いわば「ヒト、モノ、カネ」法の中の施設法ですね、モノの中の施設法としての医療法が、1992年の改正によって、目的が入り、患者の権利に関連すると思われるような条項が入ってきて、少しずつ、施設法である医療法が、医療基本法的な性格を帯びてきたということも事実でありますし、薬事法を初め、さまざまな法律の中に、患者の権利の考え方が浸透してきたということは事実であろうというふうに思います。

しかし、公的医療制度を支える、ヒト、モノ、カネのシステムの中に、基本的な人権という視点は欠落されたまま、節義的に、いろいろ各方面に浸透し始めているということだろうと思います。多数の法令に散らばっていて、基本原則が不明確ということになるというふうに思います。この基本原則が不明確というのは、いわば感染症や精神医療という、医療中での被拘禁者としての権利のみならず、医療全体を混乱におとめているということが、はっきりしてきたのではないかというふうに思います。2)の1~6に書きましたけれども、最も新しいトピックでは、一昨日、混合診療禁止の国家政策が違法だと、東京地方裁判所に言われたわけですが、これも健康保険制度における受領権というのが、いかなるものなのか。療養担当規則という、厚生労働省がつくった通知のようなものはありますけれども、いかなる健康保険との関係で受領権があるのかということ、学説などに委ねられているというふうに思いますし、患者の権利の中で極めて重要な自己決定権の保障である説明義務というのも、医療法に、1992年に入りましたけれども、努力義務として入りましたけれども、結局、その前後の、平成7年以降の6つの最高裁判決によって、その中身が少しずつ明確になってきているということになります。この、判例と制定法の関係については、後でもう一度述べたいと思います。

診療拒否や治療中止・差し控えの基本原則も欠いています。治療中止は、今、刑事訴訟の対象にもなっているわけでありまして。インフォームド・コンセントの理念や、判断能力を欠いた患者への医療行為の適正手続も、成年後見制度が不備であるということや、高齢者医療については何の手続もなく、かぎのかけられた部屋に入れられたり、身体拘束を受けている現状があるということ、あるいは精神医療においては、措置入院がされた場合に強制医療ができるのかどうかということについても、学説的には対立がありますし、学説に委ねられているという状況にあります。

日本は、実定法支配の国であります。ヨーロッパ、とりわけイギリスのような判例法の国ではないと言われています。判例法の国においては、立法の不備については、司法権が立法政策的な機能を営んでいるわけですが、実定法の国においては定めが不明確な場合、司法権はその解釈の枠を超えて立法政策的な判断はできないとされています。法律が想定していないものについては国会で議論しろというふうに、裁判所は押し戻しているわけでありまして。海外の代理母に関する父母の親子関係の認定に関しても、最近、最高裁は、そのような考え方を明らかにしたことも、記憶に新しいところであります。

こういう中で、実定法が不明確な中で、この国は、いわばソフトローと言われている、指針とかガイドラインが多用されてきているのも事実であります。国会が追いつかないので、専門家や厚生労働省が審議会をつくって、ガイドラインをつくって進めているという状況の中で、国会がどんどんと、きょうの私のように置いてきぼりにされそうになっているのではないかというふうに思うわけでありまして。もっと、国会を中心にした議論をきちんと行って、国民的なコンセンサスをつくるというのが、患者の権利を確立する上で、極めて重要な問題だろうというふうに思います。

最近、人権侵害に対する相談、苦情、そういうものの解決手続が、少しずつ、相談窓口やADR、無過失補償制度など、でき始めましたけれども、こういう中でも、それぞれ、1992年だったかと思いますが、WHOのヨーロッパ会議が言った、苦情解決を求める権利というのが、この国ではっきりしていない中で、私は産科医療の無過失補償制度の委員会の中にも参加していますが、行ったり来たりしながらの議論をしているというのが現状だろうというふうに思います。

患者の権利を法制化することについては、行政法規的な、医療基本法的なものもあり得ますし、あるいは医療契約法的な、民法の中には13でしたか、典型契約というのがありますが、諸外国の

中では、この典型契約の中に診療契約というのも入っていますし、いわばスーパーマーケットでものを買うのと同じように、診療機関にかかっているというような状況の中で、典型契約、つまり法規制が、法律的な関係性の明確性を欠いているというのも事実であります。

法律論の方法論は、これからの議論ということになります。少なくとも患者の権利ということが、どのような概念なのか、どういう波及効果をもたらすのかについて、明確な基本的原理が法律にないということで、今の医療は混乱している面が多々あるだろうというふうに思います。したがって、そういうことを前提にして、ロードマップとしての、そういう権利義務関係を明確にし、基本的人権を保障するというような医療社会をつくっていくために、もうそろそろ、ロードマップに入る時期な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。各項目について、御説明いただけたと思います。では、質問があればお願いします。

高橋委員 花井委員と鈴木委員のあたりで共通して出てきたんですが、エイズ予防法ですね、あのときに、患者の権利章典みたいなものがあれば、こういうものはなかったんじゃないかと。私も、そのとおりだと思うんですけど、確かにあのときは、伝染病予防法の時代なんですね。明治40年につくられた、全く時代錯誤の法律しかなかったわけですが、きょう現在は、感染症予防法であります。これができたのが1997年ですか。その感染症法は、前文で人権重視をうたっております。さて、ここからが質問ですが、その感染症法が存在すれば、そのような人権侵害規定は起こらないのではないかとというふうに私は考えるのですが、そのあたりはいかがでしょうか。

鈴木委員 必ずしも、そう言い切れるとは限らないですね。つまり、あのときにはメディアで、特に1986年から1987年にかけてですが、エイズは怖い致死的な病気だという、ある種のメディアスクランブルのようなものが起きて、血友病患者を中心に、社会の隅々まで追い込まれるというような現象があったわけです。今の感染症予防法も、僕も詳しくは - - あの立法過程にも、我々はかかわって、あの前文は、法案の最初の一案については、前文はなかったわけです。その前文を、ぜひつくるべきだと言ってロビー活動をしたのは我々ですし、血友病患者たちだったわけです。あの前文によって初めて人権概念というのが入ってきて、過去の歴史、つまり感染症政策の歴史の誤りというのが正されたわけです。

しかし第1条以降の各条項の中では、例えば強制隔離についても、先ほど高橋委員が言ったような、最小限度の原則については不明確なままになっています。その最小限度の原則なるものが何なのかということについては、感染症予防法は必ずしも明確に言っていない。これは、エボラ出血熱のようなものがこの国でもって問題になったときに、そのとき初めてクローズアップされるんだと思います。今はまだ、クローズアップしていないということですね。そのとき初めて、クローズアップしたときでは、もう既に遅くはないか、ということはあると思うんです。つまり社会で、怖い病気を早く隔離しろという大合唱が始まるということはあるわけですから、その大合唱に押されて国会がさらなる後退する法律を、感染症予防医療法を改正する形で行われるということもあり得るだろうと思います。現に、精神医療保健法は、精神衛生法の時代に、あれは何のときでしたか、1964年のライシャワー大使事件でしたか、一回、後退をしたということも、たしかあったと思います。ですから、結論から言えば、感染症予防法があのおときにあったからといって、患者の権利が確立しているわけではありませんから、怪しかったかもしれないというのが結論であります。

多田羅座長 では花井委員、お願いいたします。

花井委員 私は、あのときあったからとか、ifの話はちょっとわからないんですが、現在の感染症予防法は、確かに前文はもともとなくて、あの前文も、私たちが非常に国会に働きかけて、ぜひつくるべきだと言って、案文についても、かなり、いろいろ言って、ああいう形になりました。あれが不思議なのは、前文と中身が必ずしも一致していないんですね。前文は格調高く、基本法的事実をうたっているんですけども、中身はそのまま、必ずしも完璧な法律ではないと思っています。

私の言いたいのは、確かに、感染症予防法をちゃんと整理すればいいんですが、例えば、どうやったら患者の人権を守れるのかという視点に立たないといけな。感染症予防法の何がいけないかということ、具体的な予算措置とかマンパワーがないんです。例えばエボラなり、あるいはSARSのときもそうですけれど、強制隔離をしたりすると、今は社会がいろいろ、こう、複雑な社会ですから、例えば「あそこからエボラが出たんだ」とか、昔で言えば、「あそこはエイズだ」と言ったときに、例えばだれか専門家がちゃんと行って、これは感染力がこうです、だから心配ありませんというのを、例えば自分のマンションの管理組合で説明してくれる人が必要だとか、

それから勤務先に説明してくれる専門家が必要だとか。それから、感染症予防法は保健所中心に、自治体中心に動くようになってはいるんですけど、新しい病とか難しい病の場合、そこに必ずしも専門家がそろってなくて、結構、とっちらかった対応をしたりしてしまうことがある。SARSのときも、多少、ありましたよね。そういうふうになったりするわけです。そういうときに、ちゃんとした、理知的な、科学的な対応ができるチームを編成して、そして、それと同時に、患者をケアしてサポートするチームが具体的にないと、恐らく人権が守られないんですよ。そういったものを、やはり決めていないから、あれは足りないんだという意味です。

ですから、基本法が必要だという意味は、じゃあ、この法律があれば、いわゆる基本法で予定されている患者の人権は本当に守られるのかという視点で、やはり法律が考えられたのではないかと。感染症予防法をつくれる時点ですら、やはりその視点は欠落していたんじゃないかと。こういうケースのときに、患者の人権を守るために、どれだけのお金と体制が要るのか。

ちょっと関係がない議論ですが、当時、0-157でかいわれ大根が疑われたときに、大臣が食べてみせた。風評被害というのがありましたよね、ああいったことだって、結局は、いわゆる疫学的なアウトブレイクを防ぐためには、風評被害を完全に抑えることができないわけですよ。それはやはりトップダウンのマネジメントが要るわけです。そうすると、それを実際にやるためには、じゃあ、風評被害に対する何らかの手当という、具体的なお金がなければ、そういうトップダウンのデシジョンを実行できないという現実があるわけで、だからそういうふうな具体的な作業が必要で、人権を守るには、こういうことが要るということができるのは、どういってお金と何が必要なのかということ議論する、その基本となる法律がやはり要るんじゃないか、そういう問題意識は、やはり今でも持っています。

多田羅座長 では谷野委員、どうぞ。

谷野委員 12時ちょっと前に中座いたしますので、発言させていただきます。また、わけがわからなくなってきたのは、今、患者基本法というのは、僕の認識では、少なくとも、先ほど言われた公共の福祉ということで、かなりやはり、それは問題なんですよ。公共の福祉ということで隔離・拘束されたり、いろんな問題がある。ただ、公共の福祉というものを厳密に提議すれば、それは、その中で行われることも必要な医療というものもあるわけで、何を言いたいかといいますと、そこにおける、ハンセンがその代表的なものだったんでしょうけれども、精神もそうでしょう。僕もそんなに詳しくないですけど、パリ条約における、あの、弱者と言われる人たち。ああいう人たちが、弱者として隔離・拘束されるということに対して、最低限の、その方たちの、患者の基本法を、ここで論ずるのか。

今の話は、きっと、がんの患者さんも、極端に言えば風邪を引いた患者さんの基本法も、全部これを論ずることになれば、ちょっとやはり話が広がりすぎるんじゃないのかなあというふうに思うので、その辺はもう一つ、ここの議論に入る前に、交通整理しておかないと、患者基本法というのは、すべからず患者さんになった場合の、その基本法をうたうのか。それとも、ハンセンの問題を、ここに、いみじくも書いてあるように、こういう失敗を繰り返さないための患者基本法を、我々は論ずるのか。これも、かなり大変なことだと思いますけれど、そのほかに、今度、次回やるような啓発活動とか、いろんなものがこの委員会に付託されているわけですから、座長としては、どういふうにお考えか。原点に返って、もう一回意見を聞きたいんですけど。

多田羅座長 この、患者権利法という場合は、今、谷野先生がおっしゃった、すべての患者を含む、ハンセンを原点として、それに学んで、ハンセンにとどまらずすべての患者 - - 先生のおっしゃる言葉では、風邪の患者さんの権利もある。そういうあり方を、ここで検討する。まあ、広がりすぎるという御意見は、もっともな面もございますけれども、それが議論している方向だというふうに、座長としては思っております。

谷野委員 ああ、そういうことですか。

多田羅座長 はい。一応、患者の権利という場合は、そのことかと思っております。

谷野委員 それは大変ですね。

高橋委員 さっき、内田先生の手続過程の話で、医者側の団体も入って、医者の意見はここで聞くことができるじゃないかということだったわけですが、医療関係の代表者の方の意見というのが、全然聞こえてこないんですね。そのあたりについて、今、谷野先生はおっしゃったんですけど、ほかの医療関係者の団体の方の意見というのに、私、非常に興味があるんですけど。

日野委員 先ほど、谷野先生が言われたことと重複するんですけど、まず、我々にさっぱりわからないというのは言いすぎですが、わからないのは、患者の権利、患者の権利というのを、やたらと振り回されて、現場が非常に混乱していて、医者は、非常に引いています。責任追及さ

れるのが怖くて、特に、近年、卒業されてくる新しい先生方は、これを言うと訴訟になるよ、あるいは訴訟にならなくても、かなり患者さん及び患者さんの家族にクレームをつけられるよということで、そういうことは言うなという、非常に防衛的な医療姿勢になっています。

しかも、それに追い打ちをかけるように、いわゆるモンスターペアレントという言葉がありますが、我々がモンスターペイシエントと呼んでいるような、そういう人が急増してきておりまして、年齢で言うと35～50歳代の人というのは、かなり厳しい意見をお持ちです。高学歴で、いろいろな知識を知っていて、しかもネット年増になった人々の意見というのは、我々よりも知識がずっと豊富ですから、厳しいんですね。答えられないと、鬼の首を取ったように、いろいろと批判を浴びせてくる。これはちょっと、言うてはいけないのかもかもしれませんが、たちの悪い場合は、患者さんの方が、幾らかのお金にしようというふうな意図が見え隠れすることもあります。

現在、医療費が極端に抑えられていまして、どこでも、もう、やっていけるかどうかわからない。我々の後継ぎをしてもらわなくてはいけない次の代の者は、親の状態を見て、「もうこんなことは、ばからしくて、やっていられないよ」と言って、やめるというのが多いです。現に親の代で既にもうだめになって、今、どんどん、医療はつぶれていっています。

患者さんの権利はいいんですが、それなら、患者さんの自己規制というか、規律はどこまで守っていただけるのか。きのうでしたか、これは極端な例で、あんまり適当ではないかもしれませんが、病院の中で寝ていると、拳銃で撃たれて殺されましたね。病院というのは、法的にはほとんど守られなかったんです。善意の固まりだという前提でもって、変な人が入ってくるということも考えられていませんでしたし、その前には、一昨年でしたか、診察中の医師が日本刀で刺されて亡くなった事件もありました。診察室というのは、考えていただくとすぐわかるとおり、医師がいて、医師は逃げる場所はないんですね。患者さんが入ってこられたら終わりです。看護師にしても、あるいは書記にしても、そこについている者がおりますが、そういう人は逃げ道がありますから、何かあったら真っ先に逃げます。医師は職業柄、残って何か処理をしようという者が多いんですが、その辺が、これは極端な例ですが、患者さんには、そういうことをできる権利があるが、医師には、そういうものを防御することもできないし、110番するのにも時間が足りないというふうな状況で診察をしているんです。

それは、ちょっと物理的な話になりましたが、高橋先生がおっしゃった感染症になりますと、真っ先に被害を受ける、感染を受けるのは我々なんですね。最先端の感染が来たときに、既に歴史があって対策がわかっているものなら、病院の職員も含めまして、医師も何とか対応できるんですが、初めての体験は、これは怖いんですね。どうしたらいいかわからないし、医療法で定められている転院というのがございまして、かつて私、数年前にエイズのときに経験がございましたが、エイズの患者さんが1人来ると、看護師が数名やめた。こうなりますと、診療報酬をくれませんから、病院の存続にかかわるというふうな問題が生じてきます。

ここで論じられていることは非常に高尚で素晴らしいんですが、逃げの方がまともなのか、逃げずに踏みとどまって医療現場に残るのがまともなのかは、ちょっと判断が難しいですけど、きちんと職責を全うする人々の集まりであるという前提で物事が考えられて進んでいるような気がしまして、現実、我々は聞かせていただきながら、もし新しい感染症が、どういう疾病になるかわかりませんが、それが起こったとき、もう本当にお寒い状況になって、そしてだれもいなくなった、という状況が来るということも考えた上で、これとはちょっと違うかもしれませんが、ハンセン病とは随分、風景が違うと思うんですね。そこまで範囲を広げてということになりますと、雲をつかむような話になりますが、医師としては、今後起こるであろう、そういうことに対して、しかも若い世代は抵抗力が非常に弱くなっています。抗菌の、非常に衛生状態のいいものを食べていますので、抵抗力が弱くなって、そういうものに簡単に感染して、それが一たん流行し出すと、手の打ちようがないかもしれません。

多田羅座長 わかりました。ありがとうございました。中島委員、いかがですか。

中島委員 やはり、いろんな、細々した問題が起こるたびに、それが規定されている法律がないということで、非常に困るわけです。やはり、そのときに、すぐに参照できるような、憲法と各法律との間にあるような基本法的なものがやはりあった方がいい。ただ、それを定める場合に、どうも専門家と称される人たち、医師も含めて、専門家には間違いがないというふうに――まあ、きょうお集まりの皆さんは、そんなことは思っておられないと思いますけれど、一般的にはよく使われる手法なんですね。行政は、専門家の意見で決めたことだから間違いはないんだ、と。水俣病でも、繰り返し、それを述べておりますが、大きな誤りを犯しております。ですから専門家、行政においても、誤謬はあり得るということを前提にした、基本的な法律というものが必要では

ないかというふうに思っております。

その場合に、新しい問題が次々に起こってくる。あるいは想定していなかった事態が起こったときに、このことをちゃんと行政は解決しなさいというふうに言うための常置委員会というようなものが必要ではないか、と。常にアンテナを張りめぐらして、国民からの意見を聞きながら、このことには早く手を打ちなさいということを発議する、そういう委員会を設けるべきではないかというふうに思っております。

それからもう一点は、鈴木委員が、患者の権利確立のための法制の必要性で5つ挙げていらっしゃいますけれど、被害救済を求める権利というところが非常に大切な部分だと思うんです。この、被害救済というのが、どうしても、国の財政的な負担を考えながら、随分小さくなったりとか、そこが本当に妥当なのかどうかという検証がちっともないんですね。特に医師の側、医療者側の被害というものも当然あるわけですから、これも被害救済の中に含めればいいのではないかと。それは勝手に、今、思いついたことですが。そういうふうなことで、この、権利というのがいいかどうかわかりませんが、基本法的なものをきちんと定めるということが、ぜひ、必要ではないかと思えます。

多田羅座長 ありがとうございます。安藤委員、いかがですか。医療の側からということで。

安藤委員 皆さんがおっしゃっているように、患者さんの基本法をつくるのであれば、やはり患者さんの責任というところも、つくっていくことによって、いいものができるのではないかと、常々思っております。

多田羅座長 患者の責任ということですね。

安藤委員 はい、絶対必要だと思います。

多田羅座長 秋葉委員、いかがでしょうか。

秋葉委員 全然、大所高所の見方ではないんですけども、薬剤師として、よく見受けまますが、例えば再興感染症というんでしょうか、結核のような患者さん、それから潰瘍性大腸炎とか、そのような御病気でも、実は非常に隠れていらっしゃる方が多いんです。これは、処方せんを受けていけば、そういう事情が非常によくわかりますけれども、それが、いろいろな公費の費用を受けていない、あるいは会社をやめて - - つまり会社の健康保険ですと、健康保険組合で、すぐわかってしまいますから。そうではない健康保険組合にお入りになる、つまりこれは、仕事を転職なさるという意味ですけど、そういうような状況で、隠れておられる患者さんというのが、依然として、かなりおられるように思います。そういうところから見ると、やはり患者の権利というのを、どういう形で守っていくのか。これは認識の問題なのか、それとも社会の問題なのかわかりませんが、非常に大事なことはないかと、私は、現場からはそう見えるように思います。そんな気がいたします。

多田羅座長 具体的にはどうなんですか。理念としてはおっしゃるとおりだと思うんですけど、それをさらに一歩進めるための社会の方法としては、今の秋葉委員のお考えでは、どういうふうなことが必要でしょうか。

秋葉委員 恐らく、まだ社会には、そうした疾病に対する恐怖、怖がり、そういうものが、かなり隠れているんだと思います。これは、見かけ上は恐らく全然出てこないと思います。建前としてもきれいだと思えますが、かなりの分野にそれが、顕在化していないけれども潜在化してある。それを患者自身がおびえている、そういう気がするものですから、やはり私は、個々の患者に対する権利というのを非常に強く推し進めていくためには、やはり社会全体からの動きの方も、非常に重要になってくるのではないかというふうに思います。つまり患者側にだけ何かというわけにはいかないのではないかと気がいたします。

多田羅座長 ありがとうございます。では田中委員、お願いいたします。

田中委員 先ほどの日野委員の発言などは、本当に、現場の感覚をよく伝えていて私も感じます。今、患者を守るためには、患者だけを守ってはだめで、当然、医療提供側も守らないといけない状況まで、日本の医療は追い込まれています。したがって、ここで患者の権利を守るためにこそ、やはり私たちは、前にも言いましたけれど、むしろ医療基本法のレベルで考えないと、患者の権利を守りきれない。それぐらい、今、日本の医療は追い込まれています。

鈴木委員の出されたペーパーの、3の最初のところに書かれている、良質かつ適切な医療を受ける権利を守れない状態にある。それは別に医師のせいではなくて、保険者側、あるいは支払い側、財界を含めて、あるいはもっと言えば内閣府、官邸の力も含めて、これを守らない方向に動いてきてしまったわけですね。だから、私は、繰り返しますが、患者の権利を守るためにも、患者の権利法と言わない方がいい、医療基本法のレベルでとらえるべきである点の一つ。

それから2つ目は、実は日本の患者、治療が必要な方々の多くは、実は介護保険法の対象者の中にもおられまして、療養病床が典型的ですし、あるいは老健施設などもそうですが、患者の基本法とは、医療との関係だけではないことも踏まえておかないと、高齢の方々の権利は、別に医療の世界だけではなく、介護保険法の世界を無視していいのかという発想も必要かと思えます。

それから3つ目、これが最後ですが、やはり患者の権利だけではなくて、私も、患者の責任も必要だと思えます。例えば救急車の利用の方法とか、小児救急の利用の状態などを見てみると、これは明らかに権利の濫用が起きていますので、患者の権利を言うためには、そうでないところもあわせてとらえるべきだと考えています。

安藤委員 また、大きく考えれば、私も東京都の災害・救急の担当をやっていますが、例えば新興感染症、大災害、それからバイオテロ、あるいは核によるテロなど、そういうところまで幅広く考える必要性を感じています。現在は、その辺のプロトコルがまったく、できておりません。何かあったら、もうおしまいというような状況なので、ちょっと大げさになってしまう。将来に向けて、そういうところまで考えていく必要があるのではないかと考えています。

高橋委員 日野委員の発言を受けて、勇気がわいてきました。患者の権利をつくった場合に起こり得る問題というのを、ここで議論していいのかわからなかったので控えていたんですけど、私は医科大学で、結構、医学生を教えていますけれど、訴訟に対して非常に警戒していますね。これで権利法典をつくった場合に、ますます萎縮医療になるのではないかと。そして、その、萎縮医療に追い込むようなことをする、これはごく一部の、悪意の患者さんというのが実際におられるんですね。大半の方は善意なんですけれど、それをどうコントロールするかというのは、すごく大きな問題です。

それからもう一つ、医師は義務として治療を提供しているわけではないんですね。私も10年以上、医者をやっていたのでわかりますが、夕方、帰る間に患者さんが来れば、その日の予定を全部飛ばして治療をする、そういうことをやる職種なんです。ですから、権利、義務、権利、義務というふうに、あまりに、それを決め込むというのは、私は余り賛成できないということです。

内田座長代理 日野委員のおっしゃったことは非常に重要な論点だと思います。患者の権利法をつくるのが、訴訟をふやすんじゃないかという、こういう御懸念だろうと思います。しかし、前回、外国の立法の御紹介もありましたけれども、むしろ、どうして訴訟がふえるかという、医療について、例えば具体的にはインフォームド・コンセントが提供されている、されていない、そういう認識のギャップというところが、いろんな問題を起こしている。それを解決していくためには、基本的な考え方について合意が必要なんだ。患者の権利法とか医療基本法をつくった場合に、そういう合意形成ができていくんだという、こういう御紹介がありました。

例えば、私は、患者さんたちが医療機関に対して、いろいろ苦情を持っていらっしゃる時に、そのような御相談をするというような仕事をボランティアの経験があるんですけど、患者さんが一番おっしゃることは、訴訟にしたくない。納得できる合意ができれば、訴訟にしたくないというお考えの方が患者さんには非常に多いわけです。むしろ、そのためにも、患者の権利というようなことについて、基本的に合意形成が図れて、そして、できるだけ両者の話し合いのもとで、パートナーシップのもとで、よりよい医療ができていく。そういう法的な条件整備をするということは非常に重要だろうと思います。そういうことを、医療側の方たちにも認識していただく。患者の権利法が制定される訴訟に結びつくというのは誤解の部分が非常に多い。やはり、その誤解を解いていくような、そういうことも、この検討会の非常に重要な点ではないかというふうに思っております。

多田羅座長 ありがとうございます。まだ御発言されていない方、いかがでしょうか。藤崎委員、何かございますか。

藤崎委員 初めの方の議論で、内田先生と高橋先生の議論を、非常に興味深くといたしますが、関心を持って聞いておりました。この議論を、やはりもう少し深める必要があるというふうに私は思いました。

多田羅座長 それは自由権、社会権の問題ですか。

藤崎委員 はい。それともう一つ、この前の、諸外国の医療法の話の中で注目したいと思ったのは、要するに医療を提供する側が、患者の権利法を真剣に考えて、いろんな規定をつくったりしているという特徴があるんですね、どこの国だったか忘れましたが。

あれなどを見ると、やはり、今議論になっているというか、日野先生がおっしゃったように、逆に言うと我々の方が、患者の権利法を言う場合に、やっぱり義務みたいなものも、ひとつ考え

ていかないといけない。その上で権利法を制定するということを考えていかなければいけないという状況が、やはりあるんだなあというふうなことを強く感じました。

多田羅座長 そうですね、安藤委員もその点は指摘されていましたね。

鈺委員 患者の権利の問題になりますが、前回、7回の会議の中で、諸外国の患者権利法、特に欧米諸国の患者権利法が紹介されましたが、あの中で出されているのは、医師会というのが一体どういう状況に置かれているのか、と。ほとんどが強制加入の形になっていて、そして、その医師会が、自ら懲罰規則を持つ。医療ミスを犯す前に、自らを戒めるという形での、患者権利法に対して医師会はそのような形がとられているというのが紹介されています。

日本を見ると、任意加入で、医師は自由だ、と。もう、加入しようがしまいが構わない。医師会としては、むしろ、いわゆる医師会としての利益を得るために、政党に働きかけるとか、権力に働きかけるとい、そういうふうな格好になってしまっている。そういうのが日本の現実ではないですか。だから医師会自身、医師自身が、そういう、自分たちの組織というものについて、ああいう諸外国の、特に欧米諸国の、患者権利法を持っている国の医師会はどうなっているのか、と。この間、明確に出されているのは、ほとんど強制加入という形で出されていた。そういうことも考えるべきではないか。それらを考慮に入れて取り組むべきではないかというふうに思います。

多田羅座長 はい、わかりました。医師会の姿勢が非常に問われているという御指摘かと思えます。それでは一応、予定の時間になりました。まだ、議論の最中でございます。きょうは非常に熱心な御意見をいただいて、充実した会を持ってたことを感謝したいと思います。そういうことで、これ以降も続けて、この件に関する議事は、来年以降も、もちろん引き続き、焦点をある程度整理しながら進めたいと思いますので、よろしく願いいたします。ただ、次回につきましては、やはり、この検討会としては、広く、社会、国民に対する啓発・普及のあり方という基盤に立った、患者の権利法という考え方もございますので、その辺をテーマにして、この検討会を持ちたいと思いますので、決してこれで終わったということではございませんので、それを含めまして、次回につきましては、国民への啓発・普及のあり方ということで、有識者の先生お二人に、私の方からお願いいたしまして、お話を伺って、啓発・普及という基盤に立ちながら、権利に関する法等も検討していくというような位置づけで、会を持たせていただきたいと思いますので、委員の先生方、お忙しいところとは思いますが、重ねて御出席いただきますよう、お願いしたいと思います。

鈴木委員 今言われたお二人というのは、どなたがおいでになるんですか。

多田羅座長 今のところ、一つは私の専門もあって、公衆衛生の先生で、結核・エイズの分野では非常に、国際的にも長年、活躍いただいている島尾忠男先生です。もちろん非常に高名な先生でございます。それから同じく、精神医療において偏見克服、患者の社会復帰等に関して、この間、御尽力をいただいています、社団法人日本精神保健福祉連盟会長の、保崎秀夫先生。もちろんこれは私の案として、今、考えている先生でございますけれども、そういう先生にお願いしたいと思っております。よろしければ、御賛同いただければありがたいのですが、よろしいでしょうか。

それでは、そういう形で、お二人の先生に、そういう面からお話しいただくということで、今回は進めさせていただきたいと思えます。1月以降、また、権利に関する議論をいただきながら進めていくということで、少し長期戦といいますが、そのようになる面もございませぬけれども、そういうことでよろしく願いいたします。

事務局の方はどうですか、最後の1枚、資料を配っていただいた、「韓国における患者の権利法について」というのは、どうなりますか。

事務局 こちらは諸外国の話も含めて、あるいは日本国内の、花井委員からお話のありました感染症法あるいは薬事法、医師法、医療法などの、関連する論点の整理等でも、場合によっては諸外国のところを参照されるかと思えますので、そのときでも結構かと思えますけれども、一応、前回、鈴木委員の方から、韓国の方でも最近いろいろ動きがあるのではないかというようなところで御指摘がございましたので、本日、御陪席いただいておりますけれども、国立国会図書館の林様と御相談させていただいて、いろんな情報収集をしていただいた結果、こういうペーパーが出ておりますので、簡単に御紹介させていただきます。

患者権利法または患者権利法案について、現在、韓国には、そういった名称のものは存在しないということでございます。ただ、特定の患者団体が、患者の権利法の立法化を目指して活動しているということもございます。また、患者の権利に関して規定した条項でございますけれども、

韓国の現行の医療法の中に、患者の権利に関する条項があるということで、こちら林様にお手間をおかけして、仮訳をいただいております。21条のところに記録閲覧等に関するもの、46条のところに患者の診療意思選択等に関する規定がございます。これは、そこにあるとおりでございます。このあたりの受けとめ方については、次々回以降、御審議を賜ればと思いますので、本日は内容の紹介だけとさせていただきます。

多田羅座長 林さん、何か追加はございますか。よろしいですか。

林参考人 はい。

多田羅座長 ということで、諸外国、特に日本国内における法律の各面について、花井委員から、もう少し詳細な資料をそろえて、作業部会でもつくって頑張ってもらいたいという御意見もございました。そういうことも受けまして、来年以降、もう少し勉強をといいますが、まあ、勉強ばかり、いつまでするんだという御意見もあるかもしれませんが、私と事務局の方では、もう少し、来年の1月、2月あたりに、外国あるいは国内の法律の現状等を含めて、それからきょう、自由権、社会権のお話もございました。その辺のことも含めた検討を、1月、2月と、引き続き、少し時間がかかりますけれども、そういう基盤に立った検討をする必要があるのではないかと考えております。この点、御了承いただきたいと思っております。よろしいでしょうか。

それでは、本日の第8回検討会を、これにて終了したいと思います。御協力ありがとうございました。

中島委員 次回は12月20日ですか。

事務局 既に委員の先生方の御予定は、来年3月末まで、事務局の方で確認させていただきまして、次回は12月20日を予定させていただいております。場所については、前回までに筈委員、藤崎委員、その他から御要望がございました、ハンセン病療養所での開催ということで、12月については多磨全生園の方とも少し御相談させていただいたのですが、今、座長からございましたように、疾病に基づく差別・偏見の克服や、国民・社会への普及・啓発のあり方等、ハンセンに類似の、結核とか、そういったことについて詳しい方からのお話を願うということ、今、調整しているところでございますけれども、何分、先生方と有識者の方々の御都合もあって、ちょっと次回については、多磨全生園での開催というのは難しく、やむを得ず、都心での開催になりそうですが、その点、おわび申し上げる次第でございます。引き続き、療養所での検討会開催については、来年以降、また調整させていただきたいと思っております。

それから1月以降の、患者権利の法制化に関する、より深い議論の方でございまして、こちらにつきましては、一応、1月、2月、3月、それぞれ、御予定いただいておりますので、詳細は次回までに、この日程で確定させていただきたいということで、先生方に御連絡を申し上げますので、よろしく願いいたします。一応、1～3月で2～3回ということで、御予定おきいただければと思います。詳細な日程については、また御連絡申し上げます。

中島委員 20日は何時からですか。

事務局 20日は2～4時、14～16時でございます。

筈委員 それから、事務局には前回は申し上げましたが、きょうの鈴木先生や花井先生の意見書は、ここへ来てから配布されました。

鈴木委員 済みません、きのう出したものですから。それは事務局の責任ではなくて、私の提出がおくれたためです。申しわけありませんでした。

筈委員 ファクスか何かで送っていただいて、あらかじめ目を通して出席したいと思っております。

多田羅座長 できるだけ、そういう努力をするようにします。

筈委員 できるだけ早めをお願いします。

事務局 申しわけございません。事務手続等の関係もありまして、一部、当日配布になったことを、おわび申し上げます。次回以降、そのあたり、鋭意努力させていただきたいと思っております。

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)