

## 第9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12月20日（木）

場 所：東京ドームホテル 地下1階「オーロラ」

多田羅座長 まだ未到着の先生もいらっしゃいますが、少々おくれるという連絡を、ただいまいただきましたので、これより第9回ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会を始めさせていただきます。本日は委員の先生方、また、講師のお二人の先生には、お忙しいところを御出席いただきましてありがとうございます。よろしく願い申し上げます。

本日は、前回のこの検討会でもお話しして、用意させていただいたわけですが、「疾病のつくる偏見・差別の克服、国民・社会への普及啓発のあり方」について、有識者の方からお話をお聞きするというので、この場を用意させていただきました。お話をいただきますのは結核・エイズの分野、また、精神医療の分野で、これまで我が国の第一人者として活躍されたお二人の先生でございます。詳細は後ほどお話しいただくときに報告させていただきますが、島尾忠男先生、保崎秀夫先生です。先生方、どうもお忙しいところをありがとうございます。

それでは早速でございますが、議事次第に沿いまして、議事を進めたいと思います。初めに出席状況と配布資料の確認を、事務局からお願いいたします。

事務局 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、筈委員、鈴木委員、中島委員、宮崎委員から、御欠席の御連絡をいただいております。また、秋葉委員、田中委員におかれましては、30～40分ほどおくれるというお話を直前にちょうだいしております。

続きまして、お手元の資料の御説明、御確認でございます。まずは第9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、議事次第の紙がございます。2枚目が委員名簿、これはいつもどおりでございます。続きまして3枚目、座席表でございます。直前に、スライドの準備や、内田先生が御出席いただけるということになりましたので、現状の配置と少し異なっておりますけれども、その旨御了承ください。続きまして資料1、「感染症への差別、偏見にどう対応するか」ということで、本日の有識者の島尾先生からいただいた資料でございます。続きまして資料2、「精神神経科領域における偏見について」ということで、こちら本日お話しいただきます有識者の保崎先生からいただいたペーパーでございます。資料は1、2ということで、2つございます。

なお、傍聴者におかれましては、お配りいたしました、傍聴に当たっての注意事項を遵守いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

事務局からは以上でございます。

多田羅座長 それでは議題に入りたいと思います。本日お話しいただきます、「疾病のつくる偏見・差別の克服、国民・社会への普及啓発のあり方」ということにつきましては、この検討会でも患者権利法に対する検討とあわせて2つの柱として、各論と総論といいますか、社会に対してどのような働きをしていくのかということも非常に大事だということをお指摘いただいて、検討を進めているわけでございます。そういうことから、本日は、特に、今まで我々はハンセンを中心に考えてきたわけですがけれども、結核・エイズも同じく多くの差別・偏見をつくってきた疾病であり、精神疾患についても同様でございます。そういうことの問題意識から、最初に結核・エイズの分野で随分、日本あるいは世界をリードしていただいていた島尾先生からお話を伺うことにさせていただきます。

島尾先生は、現在、財団法人エイズ予防財団の会長兼理事長を務めておられ、結核予防会の顧問をされています。今申し上げましたように、島尾先生は長年、結核の医療・予防に携わってこられ、感染症に関する差別、偏見などについても、随分苦労されてきたというふうにご推察申し上げます。また近年は、エイズ予防財団の活動にも携わっておられ、1999年よりエイズ予防財団理事長を務められ、2005年より会長兼理事職を務めておられます。この間、海外医療協力委員会の議長、あるいは日米医学協力計画の日本側委員長、WHO執行理事、あるいは総理府対外経済協力審議会などのお仕事を務めていただき、海外でも世界保健機関から「ヘルス・フォー・オール」メダルを受賞されたほか、国際結核肺疾患予防連合からもメダルを受けられており、日本を代表する結核の御専門の先生でございます。

それでは早速ですが、島尾先生から、お話をよろしくお願い申し上げます。

島尾氏 皆さん、こんにちは。今、御紹介いただきました、島尾でございます。私、実は医学

部を卒業してからというより、むしろ、学生時代からずっと結核に取り組んでおりまして、60年近くになるでしょうか、それから最近8年間はエイズの問題にも取り組んでまいりました。結核はかつて、かなり、差別・偏見を受けた病気であります。それからエイズの方は、今日もなお、いろいろ問題が残っている病気でありますので、その2つの病気に取り組んだ経験を通じて、どう対応したらいいかということについて申し上げてみたいと考えております。

私自身、実は、医師になった後、自分が結核になってしまいまして、3年近い療養生活を経験するということをいたしましたので、その意味では、患者であり医師としても経験を持っている、少しまれな存在かもしれませんので、少し、私ごとにとわたりますけれども、自分の過去のことを含めてお話し申し上げるのをお許しいただきたいと思っております。

私どもは旧制高等学校を、普通なら昭和20年の3月、ちょうど終戦の年の、終わる直前に卒業するはずだったんですが、実は戦争中で、軍医が欲しかったんでしょうか、繰り上げ卒業ということで19年の9月に卒業いたしました、19年の10月から大学に入りました。少し異例かもしれませんが、多分、東大に入学試験を受けなくて入った数少ないグループだと思います。ちょうど19年ぐらいですから、もう入学試験ができるような交通事情ではありませんで、多分、大学の方は旧制高校に過去の実績で何名ぐらい推薦しろというのを割り当てて、それに基づいて入れたと思います。したがって、入学試験を全く経験しないで大学に入りました。

10月から始まって、普通なら、当時の基礎医学は2年かかるはずであります。それが促成教育といいますが、1年間で基礎医学教育を終わってしまいました。あのまま、もし戦争が続いていたら、あと1年間、臨床を、これまた促成教育でやられて、臨時軍医みたいな格好で引っ張り出されたと思うんですが、ちょうど1年で終わったところで終戦になりました。我々は基礎の勉強がはなはだ不十分だったので、もうちょっと勉強をしたいということをお願いしたのですが、大学の方は、「おまえらはもう、試験を受けて通っているからだめだ」ということで、2年から、普通ならもう少し基礎をやっている時期に、臨床の方に進まされました。したがって、少し時間的に余裕が出てまいりました。普通なら2年かかるのを、今度は3年かけてゆっくり臨床を勉強するというような状況になりました。

大学の医学部の学生の同好会で、結核研究会というのがございまして、そこに加わりまして、2年の夏だったでしょうか、群馬県の農村に、夏に実習に行くということになりました。農村に実習に行って、保健婦さんと一緒に家庭訪問やら、当時の結核のツベルクリン反応検査、BCG接種、寄生虫の検査などをやろうということになりまして、少しは手技を勉強しておかなくてはいけないということで、現在も水道橋にございます結核予防会の施設、第一健康相談所に行きまして、実習を少しやりまして、その後で群馬県の農村に1カ月ほど入って、保健師の方と一緒に家庭訪問や、ツベルクリン反応検査、寄生虫検査などをやって、臨床とは違う、公衆衛生のおもしろさというのを体験させていただきました。それが将来、ずっと、非常に生きてきたんじゃないかと思っております。

そして、その後も引き続き、第一健康相談所に、授業の暇を見て出入りをいたしまして、その当時、東京で、結核の集団検診ができるのは結核予防会第一健康相談所だけでありました。学校から企業から、いろいろなところの健康診断、集団検診をやっておりまして、データがたくさん集まってくる。それを集計する方がだれもいないので、興味があったので、集計のお手伝いをいたしました。集計してみると、まだBCGなんかを系統的にやる以前ですから、ツベルクリン陽性というのは、そのまま結核の感染を示しているわけです。ツベルクリン陽性率をとってみると、年齢とともに上がってくる。これが何か、数学の関数で示せないだろうかということを考えて、検討してありましたら、今で言えば当たり前のことなのですが、感染率が一定なら、ツベルクリンの陰性率は、指数関数で減ってまいります。そういう事実を見つけて、病気を疫学的な目で見るとおもしろいものだと感じまして、結核の疫学についても、学生の間から関心を持つようになってまいりました。それが昭和21年のことでもあります。

その後、大学を卒業いたしました、インターンが1年ありました。すぐ、結核予防会の第一健康相談所に勤務をいたしました。1年間勤務して、しばらくした後、たんの中に少し血が混じってくるので、おかしいぞ、ということで、レントゲンを撮って見ましたら、右の上の方に影が見つかりまして、痰を調べたら結核菌が出ている。「おまえ、結核だ」ということで、清瀬にありまして結核研究所の付属療養所に入院いたしました、それから3年近い療養生活をするということになりました。

その当時は、まだ、結核の薬としてストレプトマイシン、パスはありましたけれども、化学療法で結核が治るとは考えられておりませんでした。腸結核とか、のどの結核には効くけれども、

肺結核は、薬では治らな。やはり手術をしなくてはいけないというのが主流だったと思います。安静を中心に経過を見ていましたが、当時は、今では考えられないくらい、第一健康相談所では、透視をやっておりました。フィルムがないので、透視をせざるを得ない。それで物すごい量のレントゲンを浴びていたせいか、安静に守っているのに、2回ほど悪化をいたしまして、これは、このままではどうもだめだということで、手術ということになりました。適応からいけば、肺葉切除だったと思います。

しかし、その当時の肺葉切除は、結核研究所の付属療養所で8人くらいの方の手術をやっておりました。3人が手術台の上で亡くなっているというような状況で、ちょっと、肺葉切除は危険すぎるということから、胸郭成形術といいまして、肋骨を取って、肺をつぶす方法をまずやってみようということで、胸郭成形術を2回に分けて、肋骨を8本、切除いたしました。この2つの手術は局所麻酔でありまして、いかに痛いものかということのを十二分に体験させていただきました。ですから私は、その後、外科の連中に、「おまえら、手術をする前には、せめて盲腸ぐらい自分が手術をされてから人の手術をしろ」と言ったことを覚えておりますけれども、痛い思いをして2回手術をした。それでも、まだ排菌がとまりません。そうすると、もう、やむを得ず、肺を取る手術しかないということで、右の肺の上葉と、右の下葉の一番上の部分、そこに病巣がありましたので、そこを切除しようということになり、この時にはやっと全身麻酔が可能になっておりました。全麻で手術を受けることができました。

しかし、その手術をやりまして、まだ、術後、排菌がとまりません。そこにちょうど、イソニコチン酸ヒドラジド（INH）という新しい薬が使えるようになってまいりまして、それを使ったら、幸いに菌がとまりました。恐らく、気管支に結核がありまして、そのための排菌で、もし胸郭成形術をしてなかったら、恐らく気管支瘻になってしまって大変なことになっていたと思いますが、成形をしてあって、スペースをつぶしてあったおかげで、幸いにそこまでは行かないで、どうやら3年近い療養生活の後、回復をいたしました。

そして今度は、水道橋の第一健康相談所は、当時、かなり激務でありましたので、無理だということで、少しは暇な結核研究所へ行けということで、28年11月から、結核研究所の方へ復職いたしました。その後ずっと、結核研究所で、結核の疫学とか管理といったものを研究し、また、並行して、外来で患者さんの診療もずっと続けてまいりました。外来診療は、実は今でもまだ週に1~2回、続けていますが、続けております最大の理由は、やはり病気による痛み、苦しをよく知っている医師が、それを理解した上で、今の医学では何がいいかということに基づいて診療をしてあげるのが、一番、患者さんのためになるであろうということから、あえて、まだ診療もずっと続けているわけでありまして、エビデンス・ベースド・メディシン(EBM)を実際にやってみたいということだったと思います。

それでは結核が昭和20年代までどんな状況であったかと申しますと、化学療法が開発され、薬で治るようになってからは違ったと思いますが、それ以前の結核というものは、嫌われてもしょうがなかった条件はかなり持っていたと思います。まず、第一は、死亡率が首位でありました。ということは、だれでも罹患し死ぬおそれがあるということでありました。実際に、結核療養所に入院されましても、治って帰ってくる方は例外的な方で、多くの方が療養所の中で亡くなられていた。それからもう一つは、その当時、結核は、今と違ひまして、青年に強く蔓延しておりました。若い、これから人生に踏み出そうという、あるいは踏み出した途端に病気になる。しかも、下手をすれば死ぬおそれさえあるということは、大変大きなショックでありました。人生の問題、生と死の問題、そういったものを真剣に考えさせられる、いい機会になる。しかし、その中に、一部はやはり、やけになるような場合もあり得たかと思ひます。

また、当時の結核は、治療期間がかなり長くて、入院いたしますと、大体2年くらいかかったでしょうか。当然のことながら、医療費がかなりかかります。それから健康保険制度も、今ほど十分ではありませんので、医療費のために一家が困って破綻したというような方も少なくなかったと思います。さらに、幸いに治ったとしても、手術の跡があるだけで、なかなか簡単には復職させてくれない。私は予防会におりましたので復職できました。また、手術を受けた体で就職の健康診断を受けに行けば、なかなか雇っていただけないだろう、と思います。また、当然、結婚その他にも大きく影響する。自分自身だけではなくて、家族に病人がいるというだけで、兄弟姉妹の結婚にも影響したような時代であったと思います。

そういった状況だったのですが、それでも多くの若い医師は、結核患者の診療を、割合に、平気でしていたと思います。そして結核研究所には、次々と、若い医師が志望してやってまいりました。どうしてそういうことが起こったかということを考えてみますと、日本では、日本人を対

象にして、いろいろな研究が過去に行われておりまして、その研究をもとにして完成されたのが、いわゆる結核の初感染発病学説というものでありました。日本の結核が青年期に多い。青年になって発病し死ぬ方が多い。それは、日本の場合には、青年期になって、そこで初めて結核に感染する。免疫がないので、初感染に引き続いて発病してくる。しかし、結核の初感染を受けても、発病しないで済むと、そこで強い免疫が成立して、その後、普通の患者と接触しても、そう簡単に発病はしない。初感染後か成り立って起こる大人の結核の大部分は、初感染後、すぐに肺の上部に小さい病巣ができ、いったん治りますが、そこで眠っていた結核菌が、また暴れ出して起こってくるのが大部分であって、外から再び結核菌を吸い込んで病気になる者はほとんどいないという考え方、これが初感染発病学説という考え方でありまして、これが昭和10年代に、既に完成してありました。

したがって、結核の診療を開始するとき、既に結核に感染していれば、患者の診療をしていて、また菌に感染する機会があっても、そう簡単には、結核にはなるものではないということが、一般的に、ことに医師の間には、かなり広まっておりましたし、また、実際の経験でも、それほどたくさん、結核になる医師はおりませんでしたので、納得できたということがあったと思います。そのころは結核が非常に多かったものですから、医師免許証を取得する年齢、25歳前後まで来ますと、恐らく70~80%の方が既に結核に感染してしまっている。そして免疫がある。したがって、結核病棟で仕事をしたとしても、そう簡単には、結核にはならないということで、結核病棟で患者の診療をすることに、余り精神的な抵抗はなかったと思います。

それからもう一つ、今の方には全く御理解いただけないと思いますが、その当時は、結核療養所は、新しい空気が結核を治すのにいいと信じられていた。安静と栄養と、フレッシュな空気。それが結核の治療にいいと信じられておりましたので、冬でも病室の窓は開放されておりました。寒い風が幾らでも入ってくるわけです。ですから、冬の結核療養所というのは、足元に湯たんぽを入れて、足の方はそれで温める。それから肩のほうにはタオルをびっしり置いて、すき間風が入らないようにする。そこでじっと寝ている。そういうふうな形で療養をやっていたわけでありまして。考えてみれば、冬でも病室を開放しているわけですから、部屋の中に結核菌がずっとたまってしまふようなことがない。今考えれば、感染は非常に起こりにくい環境だったというふうに考えていいかもしれません。実際、その当時、結核病棟では、勤務を始めるとき、既に結核に感染していた医師、看護師の場合、そう簡単に結核にはならないということが確かめられております。実際のデータは、後でござんいただきます。

ただし、ちょっと例外がございまして、同じ結核の仕事をやっておりますも、結核菌を扱う研究室の者、あるいは、痰を調べて培養をし、その培養した結核菌が薬剤に耐性があるかどうかを調べる検査室の方、この方々の発病だけは、たとえ結核に感染して仕事を始めても、少し多かったということがわかっております。データ自体は後でござんいただきます。そして、そのほかに一番危なかったのは、当時、気管支鏡の検査というのをやりましたが、今みたいな、あんな細かい、やわらかいものじゃなくて、当時の気管支鏡は、かなり太い、まっすぐな棒でありました。あれをのどに突っ込んでやるので、患者さんが、当然、せきをする。そうすると、猛烈なしびきりが、そのまま飛んでくるということで、気管支鏡検査を担当している医師の中からは、何人が発病が起っておりまして。

保健医療従事者、結核診療をしている人の発病の問題。これは、勤務を始めたときに結核に感染している。そしてその後、当然、勤務していれば、また結核菌を何遍か吸い込む機会はあるわけですが、結核研究所と付属療養所の職員について、私が前に調べた成績がありまして、これをござんいただきますと、医師、看護師の場合、1,000人の中から1年間に1.5人ぐらい結核が出てくる。事務職でも3.2人。この間には、統計的な差はありません。逆に言えば、医師、看護師は、結核菌を吸い込む機会が事務職よりは多いはずですが、実際に発病はそんなに起こってはいないということです。それから検査業務。結核菌を扱う業務、あるいは研究所の方で、結核菌の研究に従事している者は、これは1,000対16.40と、他の職種に比べて10倍以上高いということで、これは明らかに発病が多い。これはやはり、検査業務の人たち、あるいは菌研究をやる人たちだけは、きちんと防護しなくてはいけないということで、クリーンベンチとか、いろんな安全装置を導入いたしまして、その後では、研究所あるいは検査室からの結核の発病は見られなくなっております。ということは、一度感染して免疫があれば、結核の再感染にはかなり強いけれども、しかし外から相当多量の菌が入ってきた場合には、やはり発病は起こり得るということを示していると思います。

最近また、結核の菌検査業務に関連して、韓国から非常に貴重なデータが出てまいりました。

結核菌検査の中にはいろんな仕事がありますが、顕微鏡で見て、結核菌を見つける仕事だけをしているという人と、事務職を比べた場合には、危険は1.4倍程度。ほとんど差はありません。だから、痰を染めてみて、顕微鏡で見る仕事だけをしていれば、結核に感染する危険はほとんどない。ところが、培養をやっている方の場合、2.0と、少し高めになります。もっと心配なのは耐性検査をやっている人です。耐性検査というのは、菌をうんとふやして、それを薬の入った培地につぎ入れてやらなくてははいけない。ピペットから、ちょっとしぶきが散れば、何百万の結核菌が飛び散るわけです。それを吸い込めば、当然、発病の危険があり得るということで、こちらは実に21.5倍も高いということがわかっておりまして、同じ結核菌を扱う業務の中でも、耐性検査で菌をふやして、耐性を調べる仕事は、非常に危険な仕事であり、これはそれなりの設備をしたところで、きちんとやらないとだめだということが明らかになってまいりました。

それから次にござんいただきますのは、これは日本の看護師の方の結核の発病率です。下の灰色の線が、一般の国民の結核になる割合です。それに対してブルーのラインで示したのが、女子の看護師の結核を発病する割合。一般国民の女子と比べまして、ござんいただきますように、赤いのがその比率を示しているわけですが、最初は2倍ぐらいだったのが、だんだんふえてまいりまして、最近では4倍以上。現状においても看護師の方は、やはり診療をしている間に、看護をしている間に、結核患者と接触する機会があり、その結果発病がふえているという状態にあることが、これから伺い知ることができます。

男性看護師の場合はどうだろうかと検討しますと、女性と同様な結果でありまして、赤の丸で示したとおり、2倍ぐらいから始まりまして、最近では4倍ぐらい。男性の方は数がやや少ないものですから、ばらついておりますが、ほぼ同じような結果が見られている。これから見るならば、最近の日本のように、結核が減ってきた状況でも、結核の診療にかかわる、あるいは、たまに結核と接触する機会のある看護職の場合には、男女とも明らかに結核の発病は、一般の国民に比べれば多くなっている。これは何とかしなくてははいけない問題だということは、極めて明瞭だろうと思います。

じゃあ、どうすればいいかということになるんですが、先ほど申しました中で、結核菌検査、あるいは結核菌の研究に従事する者、これが非常に高い発病率が出ておりますのは、外から多量の結核菌が入ってくるために、多少の免疫があっても、それを乗り越えて発病してしまうということだろうと思います。したがってこれは、菌を扱うところは隔離をして、クリーンベンチのような条件で操作をすることを徹底しなくてははいけない。また結核菌検査は、P3という段階の安全がきちんと守れるところでやっていかななくてははいけないということが、はっきりしていると思います。

それに対して、一般の外来診療でたまたま結核患者が来て接触してしまった、あるいは肺炎と思って入院させていたら、その患者さんが実は結核であった。それを、同じ部屋のほかの患者にうつす、あるいは診療をした医師、看護師にうつすという問題、これはどうしても避けて通れません。しかし、それに対しては、最近、院内感染対策として、いろいろな手段が提唱されておりまして、それをきちんとやれば、それほど感染は心配ない。しかし、それが現場では実際にきちんとされていないために、さっきござんいただいたように、看護師の発病が4倍ぐらい高いという、残念な事態が起こっているわけでありまして。

医師、看護師で、採用時既感染者からの発病は、普通の状態であれば差がなかったのですけれども、さっきござんいただいたのは、結核病棟が、冬でも窓を開いているような状態の時代でありまして、最近のように閉め切った状態になりますと、そう簡単にいかないということがわかってまいりました。ことに設計をうまくやらないと、廊下の方が陽圧で、看護室が陰圧のような形にしておきますと、廊下は当然、患者さんが通りますから、菌がいるわけです。その菌が、陰圧の看護室に流れ込む。ことに窓口に近いところにいますと、たとえ免疫がある方でも、発病が出るということが、実際のケースとして起こってきているわけでありまして。したがって、こういった看護職の高い発病率に対しては、もう少し、病院全体が関心を持って、感染防止・発病防止の対策を進めていくことが必要であろうというふうに考えています。

それからもう一つ大きな問題は、結核の診療というのを、一体、どういう形でやるか。日本の場合には、一般の医療機関に結核の診療を、結核対策の初めからお願いいたしました。昭和26年に結核予防法ができまして、結核対策を本式に始めるわけですが、そういう場合の診療の仕方は2つあるわけです。一つは専門の機関だけで、専門の感染症を扱うというやり方。もう一つは、一般の医療機関にお願いして、その中で結核の診療をやっていくというやり方。日本の場合には、まさに最初から、一般の医療機関にお願いして診療をやるというやり方をとりました。とらざる

を得なかったと言ってもいいかもしれません。このやり方は、開業しておられる先生方が協力していただかなかつたら、到底、そういうことはできません。開業の先生方も、結核患者が多いせいもあったのですが、余りためらわずに患者の診療を受けていただいたわけです。今と違いまして、もっと重い患者さんもありました。したがって、当然、感染・発病する危険はあったと思いますが、それでも受けていただいたわけです。

それは、どうしてそうなったかといいますが、まず一つは、専門機関を考えますと、専門機関がある場所の問題です。結核に対する差別、偏見のため、の療養所は決して便利などところにつくることができませんでした。清瀬は、今でこそ便利になっておりますけれども、昔の清瀬というのは、成愚池袋線は複線なのは保谷まででありました。保谷から先は単線で、2両連結が30分に1本しか動いていない、そんな状態でありました。大体、全国どこでも、結核療養所のあるところは、極めて不便なところでありまして、便利などところには結核の病院はつくらせてくれません。したがって、専門機関でやるとなれば、患者さんが、とんでもない不便なところまで通わなくては行けない。それは、実際問題として、全国的には不可能であるということになります。

もう一つは、保健所ということになるんですが、保健所でも、人工気胸は昔、やっていたのですが、しかし、都会ならまだいいのですが、今の道路状況で考えていただけないと思います。その当時の道路状況で、人口10万を1つの保健所が管轄している。バスもろくにない。道が悪い。自家用車なんてない。そんな時代に保健所まで通うというのは、田舎の場合には不可能であります。したがって、どうしても、どの村に行っても、必ず開業の先生方が1人くらいいらっしゃいましたので、その開業の先生方に結核の診療をお願いせざるを得なかったと言ってもいいだろうと思います。

そうしてお願いいたしまして、開業の先生方を中心とする医師会もそれを受けていただいて、日本の場合には、結核の診療は、一般の医療機関の中で行われるという仕組みで始まりまして、非常にうまい効果を挙げたわけでありまして。その点、やはり免疫があればそう簡単に発病しないという過去の事実、これは非常に大きな、一つのエビデンスになっているかと思えます。

最近の結核をめぐる状況は大分変わってまいりました。医療従事者でも、前ほど結核に感染していない。勤務を始めるころには感染していない人がかなりふえてまいりました。それから結核病室の通気性も随分変わりがちで、最近では全部閉め切っておりますから、逆に言えば、感染が起りやすい環境になってしまっている。そして、業務を始めたときに、結核に感染している、したがって免疫は多少持っているという人でも、現在では、外からまた菌を吸い込めば、多少の免疫があっても、それを乗り越えて結核になることがありうるということが、実際の症例で証明されております。

結核菌検査従事者、これは先ほど申しましたように、ことに薬剤感受性検査をやる方々は非常に高い危険にさらされている。したがって、高度な安全措置が必要であるということになってまいります。したがって、不完全な陰圧病室をつくるぐらいなら、むしろ昔式の開放病棟の方が、よっぽど感染に関しては安全な状態だと思います。この点は、開発途上国で、いろいろ、日本は無償協力で病院を作っていますが、もし感染症の病院をつくるのなら、下手な閉鎖病室をつくるぐらいなら、むしろ昔から行われている、格子型の開閉式の窓で、雨の時は閉ざす、晴れの時は風が通るようにしておくという、こういう方式の開放型病室の方が、よっぽど安全性が高いと考えています。

かなり強い、結核に対する差別・偏見があったと思いますが、それがどうして解決されてきたかということを考えてみますと、まず、第一には、治療の進歩が非常に大きいと思います。薬だけで治るようになった。しかも最初は、3年、4年、薬を飲まなくては行けなかったのが、だんだんと短くなってきて、最近では半年間の服薬で治るようになってまいりました。これがやはり、一番基本的に大きいと思います。結核では死なない、治るということが、皆が実感できるようになった。

それから、正しい知識を普及するための先人の努力がかなり積み重ねられました。一つは、当時、結核研究所の所長をしておりまして、隈部英雄先生が、「結核の正しい知識」というのを月刊の保健同人に連載されまして、それを後に単行本として刊行して、これは患者さんの方が、先ずこれを読んで必死に勉強して、お医者さんの方は、これをもとに質問されるので、医者の方もこれを読んで勉強しておかないと危ないと言われたぐらい、広く普及したものでありました。結核は防げる病気、治る病気だということが、そういう活動を通じて広がっていったということです。

それと、もう一つ結核の場合に大きいのは、結核予防会自体も、いろんな普及広報活動をいた



しましたが、協力を得て一緒に働いたのは、結核予防関係の婦人団体連合会であります。これは、実際は地婦連と重なっている組織なのですが、この方々に、結核対策に対する協力をお願いいたしました。この全国組織は、今年でちょうど社団法人認可30周年になります。その中心になって活動していただいたのが、当時、結核予防会の総裁をしていただいております秩父宮妃殿下でありました。妃殿下は、中央講習会を御殿場の東山荘でやりますと、お隣が御別邸でありますので、参加されて、婦人会の方々を励まされた。ことに、御承知かと思いますが、秩父宮様は昭和28年に結核で亡くなっておられます。その事実がありますので、妃殿下が婦人会の方に対して、もし私をもっと早く結核について正しく知っていたならば、宮様をああいうことにしないで済んだらうという一言、これは婦人会に対して極めて強い影響がありました。一生懸命、全国で結核の正しい知識を普及されるもとになって、頑張っていたのだと思います。こういった活動を通じて、結核問題に対する正しい理解が普及していったというのが、非常に大きかったと思います。

しかしながら、今でも時々、偏見・差別が戻ってまいります。ことに集団感染なんていうのが新聞やテレビなんかで報道されますと、その後、時々、変な反応が出てくるわけであります。例えばある大学で、結核の集団感染があったというような報道があった際に、そこを所管する保健所に、そこは観光の名所なのですが、そこへ行ってもうつらないだろうかという電話が来る。それからまた、その大学の学生を下宿させているけれども大丈夫だろうかという電話が来る。そういった過剰な反応も出てまいります。また、専門施設でさえ、苦い経験あったのは、結核の緊急事態宣言を8年ほど前にやった時のことです。その宣言の後、集団感染がたまたま報道された後、あるかなり有名な総合病院の産科で、たまたま妊婦のご主人が結核になってしまった。ご主人が結核になったというだけで、奥さんに、「あなたは診療時間外に、裏口から入ってきなさい」と指示をした。そしてツベルクリン反応は陰性、レントゲンを撮ってももちろん異常なし。それなのに、お産をするときにマスクをつけさせられて、大変苦しい思いをした。また、お産の後のチェックに来るときにも、時間外に裏口から入ってくれと言われた。それは確かに、産科では、もし結核を見落としていれば大変なことが起こりますから、関心を持っていただくのは大事なんですけれども、明らかに過剰反応でありまして、今でもこういったことが、専門機関でも起こっているというのは、非常に残念な事態であります。

それから若い人の間では、発病予防のために薬を、患者家族なんかで使う場合がありますが、薬を使っていると、バイキンマンというような言い方で、からかうようなことも起こっているというような、残念な事態がまだ残っている。したがって、結核問題に対する差別、偏見は、かなり解決されつつあるとは思いますが、まだ残っていて、こういう格好で出てくるというのが、残念ながら実態でございます。

それからHIV/AIDSに対する差別、偏見。これはどうして生まれてきたかというのを考えてみますと、やはり、まず、最初の時期は、エイズになりますと、薬がまだ十分でなかった時代は、かなり高率に、患者さんが亡くなっておられました。その高い死亡率が、やはり、人間だれでも死ぬのは嫌ですから、嫌われる一つの原因だったと思います。そして流行の初期、はやりましたのが、主に男性同士で性行為をする方の中で流行している。あるいは、お金を払った売春行為から感染していた。そういった性行為で感染するルートに対する偏見もあったのではないかと思います。また、セックスは、ほとんどの人がする行為でありながら、そのこと自体に対する偏見が、日本人にはかなりまだ残っているということもあったと思います。そしてHIVの場合は、結核と違まして、HIVに感染している人は、御自分は何ともないのに、しかし血液、体液の中にはHIVがおりますので、感染源になり得るということ。こういうことも一つ、差別、偏見の原因の一つであったかもしれません。

これを、どうすればいいかということになりますと、やはり結核の場合の経験と同様でありまして、薬で死ななくなったのは非常に大きな救いなのですが、しかしまだ、エイズの場合には、残念ながら薬が、結核ほど強力ではありません。飲み始めると、一生薬を飲まなくてはいけない。やめるとまたエイズウィルスがふえてくるということがありますので、一生服薬しなくてはいけない。もう少し、今の薬を一段上回る、例えば3年でも4年でもいいから、その期間使えば治るといえる薬ができれば、大分、エイズに対する印象も違ってくるのではないかと思います。そういう点では、新しい、より強力な薬に対する期待が非常に高いわけですが、日本には幸いに、熊本大学に満屋先生という、最初の薬以来、3つほどの新しい薬を開発し、今でもアメリカと日本の両方で開発を進めているエースの存在がありますので、新薬に対する期待が持たれているわけがあります。

それから、若い世代のセックスに対する考え方。これは携帯電話とインターネットで、いろんな情報が、若者に幾らでも入ってまいります。学校で教える、正しい、いい知識だけではありません。そういった状況で、若者の行動はすっかり変わってきている。したがって、そういった若者は性に対しては、非常に開放的な状態になっていますので、モラルを説くのも大事、それも大事なんですが、それに加えて、より安全な性行為はどういうことかということ、きちんとして教えるということ、これも非常に大事なことでないかと思えます。こういったことを、学校、地域、家庭が一緒になって、どうやって進めるかが、これからの課題であろうというふうに考えています。

一体、どんな病気が偏見を持たれたかというのを考えてみますと、やはり疫学的に見て蔓延状況の高い疾患、強く蔓延している病気、それは自分でもなるかもしれないというおそれをだれもが抱くだろうと思えます。そして、なった場合に、死ぬおそれの高い病気。これも当然、嫌がられる一つの原因だろうと思えます。それだけ病気が多ければ、自分もそれに当たるかもしれないという心配。そして、痛み、苦しみが、強く長く持続する病気。これも、そんな病気にはなりたくない、だれもが考えると思えます。それから、医療費の高い病気。なったら、もう、一家破滅だというような病気。日本では、いろんな制度がありますので、最近では、滅多にそれはないと思えますが、しかし、最近の肝炎の状況なんかを拝聴していると、まさにそれも、まだ残っていると思えます。それから伝染する病気というのは、人から自分にもうつるかもしれない。したがって、伝染というのが一つの条件になってくる。それと、はっきりわかる後遺症があるということ。これも一つの条件かもしれません。

いろんな病気を、ここに、そういった条件で並べてみます。がん、脳梗塞、脳出血、虚血性心疾患、戦前の結核、最近の結核、エイズ、それにハンセンと、並べてみますと、確かにがんはだれでもなりたくない。しかし、伝染性はない。これが一番大きな違いです。また、脳梗塞や虚血性の心疾患も、やはり伝染性がありませんので、その辺が大分違う点かと思えます。戦前の結核は、嫌われる条件をたくさん持っていました。最近、条件が大分変わってきていると思えます。それがエイズにまだ残っている。ハンセンの場合は、これは非常に私どもも気の毒に思いますのは、プロミンができた後は、本当に治る病気になり、問題は後遺症だけ。それだけで非常に差別されている、本当にお気の毒な状況であったと思えます。いいチャンスの一つ逃したと思えますのは、戦争中に、戦火のために、随分、やけどを受けたような方がたくさんおられた。第二次大戦後早い時期にもっとうまく何かをやっていたら、随分印象が違ったんじゃないかなあというような気がしております。

今の表からおわかりいただけますように、がんとか心筋梗塞、脳梗塞、これは嫌われる病気で、自分ではなりたくない病気なのですが、しかし、それにかかっているからといって、差別、偏見を受けることは余りないと思えます。それは感染性がないからだと思えます。感染症はどうしても、ひょっとしたら自分もなるかもしれないという意味で、嫌われる条件があるということで、差別、偏見を受けるおそれがあり得る病気かと思えます。

それにどう対応するかということになりますと、死のおそれのある伝染病への差別、偏見は、これはある意味では、生物学的な本能、強食弱肉という、一つの本能的なものかもしれない。しかし、弱者への配慮ができるのが人間の叡智であり、人間らしさではないだろうか。それが人間として一番大切であるということ、どうやってより多くの人に理解していただけるかというのが、一番大切な問題ではないだろうかと思えます。できるだけ、通常の社会生活の中に溶け込んで一緒に仕事をするような進め方、これを社会福祉の世界でこれをノーマライゼーションと言っているようですが、立派な施設をつくって隔離するんじゃなくて、社会の中に一緒に取り込んで、その方々と一緒に働くようにしていくというやり方、これが一番、差別、偏見を壊す有力な方法になってくるんじゃないだろうか、と思えます。

つい最近、エイズデーの行事が幾つかありましたが、その中の、若者を集めた行事の中で、ラジオのディスクジョッキーの山本シュウさんが、若者に呼びかけていました。人間というのは、二十何代さかのぼると、大体、おたがい、先祖が共通になってきて、親戚同士なんだ。「WE ARE 親戚」なんだから、変な差別をやめようじゃないかという呼びかけをしてきていました。こういった強い呼びかけをし、それを繰り返していくことによって、差別、偏見が少しでもなくなることを期待したいと思えます。どうもありがとうございました。

多田羅座長 島尾先生、わかりやすくパワーポイントを使ってお話しいただき、ありがとうございました。先生が結核と戦われたといいますが、そういう時代からの感銘深いお話をいただいたと思えます。



あと1時間ほど時間をいただいておりますので、御質問、追加の御意見などがございましたら、せっかくのチャンスですので、委員の皆さんからお願いしたいと思います。

安藤委員 先生が最後にお話しされたノーマライゼーションというのは、すごくいいと思うんですが、私も素人なのでわからないんですが、ハンセン病の方が施設に入所し、その中で一つの町のような環境で生活している。これからの流れとしては、一つは介護保険も含めまして、やはり地域の中に取り込んで、みんなで助け合っていくというのが、最高の、偏見をなくすような教育につながってくると思うんですけど、「なぜ？」と思うんですね。私なんかは若い世代だからそう思うのかもしれないけれど、そういうのを開放するためにはどうしたらいいのか、そのあたりについて教えていただけますか。

島尾氏 まさに地域に取り込んでやっていただければ一番問題ないと思います。私の個人的な印象だけで申しますと、本当はそんなに感染しないんだということを、もうちょっとデータで示していただけないだろうかという気がします。結核で、我々は割合に若い時代に結核が多いのに、平気に仕事に入る人が多かったのは、そう心配ないのだということを実証できていたからなんです。ハンセンの場合には、療養所の職員で発病した方はほとんどないと思います。だから、その事実をもうちょっと、これだけ調べてもないということを使うことだけで、随分、印象が違ってくるんじゃないかと思います。そういう点では、疫学的な視野で、はっきりしたデータを出していただくのが、一番大事なことになるんじゃないでしょうか。

安藤委員 でも、結構、若い世代なんかは、もう、うつらないと思っているんじゃないですか。大体、うつらないと思っていますよ。御年配の方だけが、結構、そういうふうに思っているように感じますが。

島尾氏 だからまだ、地域のそういう年配の、凝り固まった世代が残っているというのが、一つの大きな障害になっているんじゃないでしょうか。若い方は比較的よく分かっておられる。

安藤委員 ええ、全く思っていないんじゃないでしょうか。

多田羅座長 全くではないでしょうけれどね。

安藤委員 全くというのは言いすぎかもしれませんが、大部分はそうだろうと思います。

多田羅座長 藤崎委員、その辺はいかがでしょうか。その、うつるということに関して。

藤崎委員 今の議論は、確かにまだ、比較的年配の方に多いということは事実だし、若い人というのは、むしろ、そういう偏見を持っていないというんじゃないかと、知らないということの方が多いわけですね。それが果たしていいことかどうかというのは、それはまた話が別で、本当は、きちんと正しく理解して、偏見がないというのが一番いい形なんです。それで結核と決定的に違うのは、要するに、本来もともと、そんなに恐ろしい病気でも何でもなかったというのを、これは恐ろしい病気だというふうにしてしまったところに問題があるんですね。そこは現実で言えば、結核と大きく違うところだと思います。

多田羅座長 恐ろしいというのは、今の島尾先生のお話は、いかにも簡単にうつるというところが、結核と並んで、その柱になっていたのではないかと。だから、そう簡単にうつるものではないというのを言われた、小笠原先生のような先生が、戦前、いらっしゃいましたけれど、小笠原先生も何か、細菌学会で、うつらないということを強調すると、「おまえは学者ではない」と言われたというのが、大谷先生のお話にもありましたよね。

藤崎委員 ですから、その辺が、昔で言う、らい学会、今で言えばハンセン病学会の体質に問題があったというふうに私は思いますけれど、それがやはり一番大きいのではないかと気がします。

多田羅座長 うつる、うつらないというところで、もうちょっと的確な理解が、社会として必要だったということですね。

藤崎委員 そうですね。今の先生のお話にもありましたように、やはり、きちんと正しく医学者自身が、やはり正しく世の中に広めるという意識がなかったというのが非常に大きいんじゃないかというふうに思います。

多田羅座長 だけど結核では、あのように、初期感染があれば、少々菌が出ても、医者などもうつらないんだというお話が、昭和10年ごろに、大体確立されていた。それは、ハンセンの方は少しその辺が伝わらなかったんでしょうか。

島尾氏 小笠原先生なんかは、まさにそれを戦前から言っておられたわけですけど、具体的なデータとして、例えば何人を何年間観察して、1人も出ないんだというような形で、疫学的なセンスで発表していただけると納得しやすかったんじゃないかという気がいたします。

多田羅座長 貴重な御意見をありがとうございました。

内田座長代理 医学的な観点から、病気にかかわる差別の問題について、いろいろお教えただいて、本当に参考になりました。それにかかわって、幾つか御質問をさせていただき、お教えいただければと思います。

病気に対する差別の中でも、医学的な原因に起因する部分と、もう少し、医学的でない、社会的な、あるいは政策的な、そういうものに起因する部分とがあるというふうな感じがしています。特にハンセンの場合は、医学的な部分に加えて、あるいはそれ以上に政策的な部分等に起因する部分があるかというふうに思います。そういう場合には、医学的な正しい知見の提供とともに、政策的とか社会的な要因についての手当てというのも必要かというふうに思いますけれども、そういう点について、少し、先生のお考えを聞かせていただければというのが一点目です。

それからもう一点は、私、今住んでおりますところで、ハンセンにかかわって県の教育委員会などで、子供たちにどういう形で教えるのが一番、差別についてケアしていくことになるかというようなことを、教育委員会と御一緒に、事例研究も含めてやろうとしているんです。先ほど先生も、学校との連携といったことをおっしゃいましたけれど、医師の方たちと、それから法律サイドとか、社会とか教育とか、その連携が必要かなあというふうに思うんですけれど、その連携についての先生のお考えを聞かせていただければと思います。

島尾氏 実際に今、私たちはエイズで大いに悩んでいます。子供たち自身の考え方と、子供に対応する親、学校の教師、その間の考え方のギャップが非常にありまして、それをどうやって埋めるか。口で、学校と地域と家庭の連携を、と言うのは簡単なんですけれど、それを現実にやろうとすると大変です。そのあたり、ことに、文部科学省あたりはもうちょっと柔軟な態度をとってくれるとありがたいかなあというのが、正直、実感です。

多田羅座長 その辺は、どういうふうになれば一步を踏み出せるのでしょうか。総論は、賛成・反対は難しいということが御意見としてあるかと思うんですけれど。

島尾氏 若者はこうなっているんだという現実を見ていただくほか、しょうがないんじゃないでしょうか。それをいつまでも、こうあるべきだと言っていてもしょうがないの。現に変わりつつあるんですから、そこを、アプローチの仕方もある必要がある。私どもは、かなり、割り切ったやつもりでいるんですけれど、しかし、やると、必ずブレーキがかかります。

花井委員 結核のお話、大変興味深かったんですけれど、そんなにうつらないと言いながら、うつるわけで、それでも当時、開業医の先生が診てくれたというのは、ちょっとびっくりしました。反面、H I Vの場合は、そんなにうつらないという意味においては、もっと、そんなにうつらないということも、ある程度、エビデンスとしてわかっていたんですが、確か1993年か1994年ぐらいのアンケート調査でも、開業医どころか、かなりの診療機関で、H I Vは診たくないというような結果が出ていて、どうもその差が大きいなあ、と。だから、科学的なうつらなさとか、そういうものとは……。結核の場合、逆に言えば、それはやっぱり、うつる可能性があるんだから、理屈で言えば、やっぱり診療拒否してもおかしくなさそうな気が、むしろしてしまっていて、果たしてそれは、病気の新しい、古い、という問題なのか、もしくは今の医療制度とか医師教育が変わったためなのか。この差というのは、先生はどのように整理、理解されていますでしょうか。

島尾氏 そうですね、やはりエイズの場合には、医学的な問題だけでは割り切れない、偏見がかなり強くあるんじゃないでしょうか。それが、一般の医療機関の方々が、そう簡単に診療しにくいということにつながっている。それからもう一つ、H I Vの場合、薬の副作用が割合に出たりする、そういうのがあるので、手をつけにくいというような面もあるかもしれません。長期に使わなくてはいけないという条件がありますから。結核の場合は、最初のころは、薬がまだ余りなかったものですから、人工気胸といって、胸に針を刺して空気を注入し、肺を虚脱させて、結核を治そうとしていた。その治療が主だったので、比較的、技術さえちゃんと伝達すれば、やりやすかったという面があるかもしれません。それと当時、レントゲン診断という新しい技術が開発されて、そのレントゲン写真をどう読めばいいかということと一緒に、人工気胸の技術を、保健所を通じて医療機関に普及していったというようなやり方がとられている。それから、国全体として、やはり結核の場合には、これを何とかしなくてはいけないという意味が、国にもあり、医師会にもあり、協力をした。そういう形で、それを実際に、教育の面では、結核研究所が研修の中心となって要員の養成もやったというような、いい条件が重なったためではないでしょうか。残念ながらH I V / A I D Sの場合には、まだそこまでの専門機関も、やっと幾つかできかけている程度で、全体としての体制が整っていないという状態ではないでしょうか。

花井委員 ありがとうございます。

多田羅座長 ただエイズの場合は、医者の方はそう思っても、患者さんとか社会が思わないので、「あそこにエイズの患者さんが来ている」となると、その病院全体がパニックを起こすんじゃないかということ専門家が心配したというのがあると思いますね。

花井委員 当時はそうでしたね。1980年代後半から1990年代の半ばまでを一番のピークとして、そういうことがあったと思います。最近、今の島尾先生の御指摘のとおり、医療コストとか、実際上受け入れられるかということなど、いろんな問題でそういうことがある。ただ、例えば歯科領域とか、そういうところになると、やはり、これはもう、最近のアンケート結果を見ても、ちょうど1990年代の初頭とほとんど変わらないような結果が出ていて、理屈で言えばスタンダードプレコーションという考えがあれば、それは、B型肝炎の方が、よっぽど感染力は強力です。まあワクチンがあるんですけど、あとはC型肝炎というものもありますし、まあ問題ないだろうというふうに、理屈ではなるはずなんですけど、そこはやはり、理屈どおりにはならないという実態があると思います。

畔柳委員 私自身、昭和29年でしたか、結核になったんですね。実はその前に、考えてみると昭和22～23年ぐらいでしょうか、中学の1年生で勤労動員に行きまして、戦争が終わったのが中学2年のときなんですけど、帰ってきて、翌年、肋膜炎と言われたんですね。あれは実際、結核ですよ、肋膜炎というのは。

島尾氏 結核初感染を受けて、恐らく数カ月後に出てくるのが肋膜炎だと思います。

畔柳委員 まず、そういう経験があって、そのときは2カ月ぐらい学校を休んで、行けるようになった。問題は、昭和29年のときは大学にいて、実は司法試験に受かって、その身体検査で結核だということを言われたんですね。実は昭和29年というのは、結核治療にとって微妙な時期でした。私自身は父の関係で国家公務員保険で、ストレプトマイシンと、先ほどのイソニコチン酸ヒドラジドですか、それとパスの三者療法というのを、6カ月ぐらいして、それで一応、司法研修所というところに採用してもらえて、行けたんですね。ところが同じ時期に、私、田舎に疎開していたんですが、その町にいて結核になった、私より1年下の人がいたんですが、その当時は、そこまで、まだ使えなかったんですね。国民健康保険がそれほど普及していなくて、地方自治体は貧乏でしたから彼は2年ぐらい、とにかくぶらぶらして、そのうちに何とか、薬が使えるようになったということまで治ったという、そういう経験があるんです。

それで、実は昭和29年当時の結核に対する世間の見方は、実は、先生みたいな専門の方で、都会でやっている方は、いろんな情報が入っているんですけど、田舎ではもう、物すごい差別の対象そのものなんですよ。ですから、あそこの家は結核の家系があるとか、それだけでも、結婚の対象にもならないし、近所のつきあひもできないというくらい差別されていました。それは、時代が古くなればなるほどひどかった。そういう経験はしているんです。

とにかく、今、言っているのとは違う、そういう世界が日本中にあったことは間違いないと思います。特に、ハンセンの方が出た家というのがあつたわけですよ。雨戸が閉まっていて人の出入りがない。噂によると戦争中に、何か、みんな連れていかれたやつたという、そういうことを聞いているんですよ。田舎へ行くと、大体どこのだれというのが、みんなわかっているんですよ。ある時期結核に対する似たような厳しさというのがあつたと思います。

島尾氏 はい、あつたと思います。「あの家の前を通るときは鼻をつまんで、駆けて通れ」というようなことが、よくありましたし、「あそこから嫁をもらいな」というのは幾らでも言われていましたから。結核に対する差別、偏見は、29年前後はかなり強かつたと思います。それはもう、事実です。

畔柳委員 ですから、敗戦以前はもっとすごかつたと思います。恐らく、結核は、古い日本で、ずっと病気として知られて来て、お医者さんたちも、それから国自体も、とにかく結核を撲滅しないと日本がだめになってしまうということで、かなり精力的に、昔から取り組んでいるという、そういう背景があると思うんですよ。ところがエイズの場合は、ある時期に、突然出てきたわけですよ。ですからお医者さんたち自身も、結核に対する知識のように、長い間、20年、30年と培われてきたような知識が全くなくて、あのような事態にぶつかつたという、そういう感じがするわけですよ。そうすると、お医者さんはみんな何でもわかっているわけではなくて、むしろ圧倒的多数の人は、知らない病気にぶつかるわけですから、パニック状態になつたと思います。マスコミがああいう調子でワッと騒いで、患者さんが来たら病院中が全部だめになるような、そういう雰囲気をつくっていましたよね、あのときは、後から考えると、冷静にいろんなことが言われますけれども、やはりその時代ごとに、随分、違いがあつたんじゃないかという気がいたします。

多田羅座長 ありがとうございます。予定の時間を過ぎましたので、まだ議論は続くかと思

いますけれども、前半の島尾先生のお話については、これで終わりにさせていただきます。島尾先生、きょうは本当に、貴重なお話をありがとうございました。もしよろしかったら、後半の部も御出席いただいて、御意見などがもしございましたら、お願いいたします。

それでは続きまして、保崎秀夫先生のお話を伺うことにいたします。保崎先生は、現在、社団法人日本精神保健福祉連盟の会長のお仕事をされています。簡単に略歴を紹介させていただきますと、先生は、1968年に慶應義塾大学精神神経科教授に就任されています。その後、慶應義塾大学情報センター長、慶應義塾大学病院長などを歴任されて、1991年に慶應義塾大学名誉教授になられ、現在、慶應義塾大学名誉教授を務めておられます。そして2002年、精神保健福祉連盟会長に就任され、現在に至っておられます。この間、厚生労働省関係では、公衆衛生審議会、また、医療関係者審議会など、多様な面で御尽力をいただいていた先生でございます。それでは保崎先生、よろしくお願い申し上げます。

保崎氏 ちゃんとした資料をつくっているわけではありませんし、それから、私の方は、連盟には、精神障害者だけではなくて、いろんな関係のグループの方が属しておりますので、きょうはその団体とはちょっと離れた精神の問題でやっていこう、と。そうしませんと、やはりいろんな点で、一致しない点がありますし、それぞれの領域で、別に見られるという、その内容が違うものですから、これは精神に限ってお話することにいたします。しかも個人的な見解というふうにとっていただきたい。

個人的といっても、先ほどお話があったように、私もあのころ、勤労奉仕をやっているときに、ちょうど肋膜炎をやって、水を取って、それでしかも、勤労奉仕中ですから、休むわけにいかないので、水を取りながら勤労奉仕をずっとやって、そんなことをやって、今度は病院が焼けて山形に疎開をしたり、いろんなことをやって、やっと生き延びているというような感じでありました。ですから、病気としては肋膜炎で水がたまって非常に困ったんですね。親父が医者だったもんですから、生命保険か何かに入れたんです。私はそのころ、まだ、生命保険の意味がわからなくて、後で考えたら、変なことをしてくれたなあと思ったんですけど、あのときは何かと思った、そんなことを、今、思い出します。

きょうお配りした資料の内容で、2枚目に精神保健福祉法というのがありまして、その第5条というのがここに書いてあります。その真ん中ぐらいに、少し重複している部分がございます。用語が「一定のパターンからの極端な乖離が」云々と書いてあるところは、二重に同じことが書いてありますが、そこだけちょっとのぞいていただければと思います。

実は、精神神経系領域における偏見という問題で、今、一番困っているのは、いろんな偏見に関するシンポジウムや何かが毎年のように行われているわけです。精神疾患に対する偏見を除去するためのシンポジウムというのが、いろんなところで行われているんですね。ですから、対策については、もう、種切れなんですね。実は、その種切れというところが一番困るわけで、新たな、こういう問題がある、こういう問題がある、ということが、次から次へと出てくるわけです。そうすると、例えば、これは例えばですが、患者さんの家族の方に病人が出て亡くなった場合に、お葬式をなかなかやらない。そういうのが、ある地区であった。それは、たまたま聞いて来られた方が、そういうのをやるわけです。

そうすると、今度は、気にする人は、うちは、子供が何でもないので亡くなったんだけど、葬式を出していいのか出してはいけないのかとか、そのときに憂うつで自分で死んだとすれば、それはどうだとかとあって、非常に、日本中にいろんな地区の問題を、結局、繰り返し、繰り返し、シンポジウムをやるもんですから、具体的な事実を何か出さなくてはいけないということで、次から次へと足してきて、日本中で起きた話が全部並んでくると、その影響を、患者さんの家族の方が非常に強く受けるわけです。ですから、このままで行ったら、もう、次から次へとまた新しいことが出てくる。今のように事件があれば、もちろんそうですけれども、大変な時代になってきている。あるところで整理して、むしろ、あんまりそういうことに触れないで、うまく、支える側がしっかりしていけばいいという、あるいは支えるシステムがしっかりしていけばいいというふうに行って行った方がいいんじゃないかというふうに、今は思って、あんまりそういう問題については触れないようにはしているんです。そういう立場でお話しますので。

それから、例えば精神科領域における偏見についてというのは、出ている本のほとんどが、分裂病と申しますか、ちょっと、昔の言葉で済みません。分裂病についてとか、統合失調症の何とかについての、患者さんに対する偏見というふうに書いてあります。しかし精神科領域というのは、めちゃくちゃに広いんですね。私も高所恐怖がありまして、ちょうど先ほどの先生が結核で何とかというときに、学校から消防署に派遣されまして、自分の地区で焼夷弾が落ちたら、や

ぐらに上って鐘を鳴らせとか何とかというのをやって、一度、上がったきり降りられなくなって、それから後は、高いところが嫌いになって、その後、飛行機も嫌いで、学会でも地方であるときは行かないんですね。飛行機で飛ぶところへは行かないですから、留守番で非常に重宝がられたんですけど、今度は、何も出ないのはおかしいじゃないかということで、学校の方から、一度、ヨーロッパに半年休暇をやるから、ある先生のところへ行くといいと言って、飛行機だけでパリに行きなさいというので、そうしたら、最初のハワイあたりから、あっちの方へ渡ったときに、小さな飛行機に乗ったら、その飛行機が翌日、落ちたりなんかして、ますます怖くなって、もう二度と乗るかと思ったけれど、結局、目的地に着くためには飛行機に乗らなくてはいけないというので、麻痺した状態で向こうへ着いたので、まあ、おめでというという電報をもらったんですけど、おめでたいんじゃないなくて、それから後は帰りのことを考えて、もう、向こうにいる間は、おちおちできなかつた。

こういうのは、病気と言えば病気なんですね。医者にかかれば病名をつけられるわけですから、医者にはかからないことにしているんですけどね。ただ、やはり、ほとんどの方がそういうのを持っているはずですよ。ですから、それを精神疾患と言うかどうかという問題があります。性格的な問題ととるか、しかし病名はつくわけですね、例えば高所恐怖症とつけられる。そういう病名をつけるという問題で、ここにちょっと、次のプリントでしょうか、偏見についての3つ目ぐらいに、精神疾患、精神障害の定義というのを書いてあります。

実は法律の方では、お配りした精神保健福祉法というのがありまして、この第5条に、「この法律で「精神障害者」とは精神分裂病、今で言うと統合失調症ですね、それから精神作用物質というのは、覚醒剤でも何でもいいんです。アルコールでもある。「精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」という定義になっています。これは普通に授業で習うのとは、ちょっと違うんですね。これをごらんいただくと、躁うつ病なんて、抜けているんですね、感情障害が。躁うつ病は入っていないんですね。普通だと分裂病、躁うつ病と、こうやるところが、躁うつ病は入っていないんですね。というのは、少なくとも最近では別にして、余り問題が起こらない、と。自傷他害というような問題が……、まあ、自傷はありますけれど、そういう問題が起こらないということで、そうだったんだろう、と。法律そのものが、初めから、事件を起こす人というのが、これの建前になっているわけですね。

絶対に変えてくれないのが、法務省の方で、「精神病質」という言葉を取らないでくれというのは、この、精神保健法あるいは精神保健福祉法ができたころから、決して「精神病質」という言葉を抜くなというふうに言われているんですね。ですから今も、恐らく抜けていないと思います。その、抜けていないのは、これがお役所で言う、犯罪に関係しているのはこの部分だというようなことがあるものですから、その言葉を取られてしまうと、だめになっちゃうわけですね。ですから、今は人格障害というようなことで、ちょっと置きかえているんですけど、そうすると用語で、やっぱり、精神病質というのと人格障害というのとは、大分、範囲が違うし、定義も違うわけです。その辺でどうしても、司法関係の方は、「精神病質」という言葉を取るのを非常に嫌がるわけです。

私が昭和43年ごろに教授になったときに、最初に、当時は中央精神衛生審議会とか、いろんな名前がついて、精神科だけで一つの大きな審議会を持っていて、内村先生が会長で審議会をやった。初めて出たときに、精神病院の病棟を、どのくらいふやしたらいいかというような、そういうグループと、それから、犯罪性の人をどういうふうに扱ったらいいか、保安処分みたいなものをつくった方がいいかどうかとか、3つ4つの議論が出たわけです。しかしそれは、当時ですから、出た途端にそういうのが出たんですけど、いずれにしても精神神経科の学会では、「精神病質」という言葉はやめろ、保安処分は反対だという、こういうふうなことだったんですね。

しかしお役所の方は、「精神病質」だっていいじゃないか、と。我々は非常にエキセントリックだから、「精神病質」という診断をつけられたら、これにひっかけて入院させられちゃうとか、そんなようなことがあって、そういう時代を過ぎて、だんだんに、今のよう時代になったわけです。ところが今のよう時代になってくると、今度は極端に、御承知のように、今はDSM3とかICDとかという、精神疾患の分類があって、アメリカ式の精神疾患の分類とか、あるいは世界で共通の、要するに疾患分類ですね、国でやっているのはICDといって、国際疾病分類で各科のものが全部入っているわけですね。アメリカのDSMというのは精神疾患だけが入っているものです。

その2つがありまして、若い先生はそこから始まるわけですね、スタートが。そうすると、昔の歴史とは全然関係ない問題になってきて、この診断基準にこういうふう書いてある、と。例

えば幻聴があって何があって、これが7つ以上あれば、これに当たるとか、そういうふうな時代になってきている。昔のように、いろいろ悩んであれこれするよりも、これが7つのうち5つあるからこれでいいとか、そういうふうな形でやるように、非常に機械的になったわけです。しかもそれは、なるべく、介護に当たる人でも、だれでも、たやすく診断がつけられるようにというので、そういうのが便宜上できたわけです。ですから、歴史を追ってどうか、そういう分類とは違うわけです。

だけど今、途中からやられた先生は、それでやる。古い先生は昔の分類でやるというので、どこの分野でも、そういういろんな、あつれきや葛藤があるわけですがけれども、特に最近、精神科の薬が、どんどん新しいのが出てきています。特にうつ病の薬なんかは新しいのがどんどん出てきますと、使い方が難しくなるわけです。使い方が難しくなると同時に、薬の副作用というのがあって、それがたまたま事件に結びつくようなこともある。これはあくまでも例ですが、昔、ある時期にハイジャックで機長さんを殺したという例があったとすると、その機長さんを殺した人は、少し、憂うつになりやすいとか、いろんなことを気にしやすい性格傾向があった。それが、いろんなところへかかったところが、今、新しい薬ができたというので、次から次へと新しい、輸入した薬を使ってもらった。家族は、前にかかった先生の薬とか、そういうのを一切言わないで、次にすぐかかる。家族の方は、あそこがよさそうだというので、次に変わるというと、次から次へと新しいのが重なっているうちに、本人が非常にハイになって、そして事件を起こしたという、こういうふうなことがあるわけです。今から考えると、それは薬のせいかもしれないということで、それは重大な事件であれば、あんまりそういうことは言わないで、とにかく死刑を免れたというケースがあるわけですね。

しかし、それが今はもう、一般的になってきて、実際には、かなりの事件でも、昔のように簡単にはいなくなりました。それは診断が曖昧になってきたということと、薬の使い方が自由になってきたこと、それから今度は患者さんというか、その病気を持っている人自身が、昔のように、我々が頭で考えるように、きちんとしてくれないわけです。ですから進歩すると、そうなるんだろうと思いますけれど、いろんな反応を起こすんですね。ですから、あるときに、こういう診断をつけた。今度診たらこうなった。そうすると、躁うつ病から統合失調症、分裂病に変えた。次に出てきたときには、今度は別な形をとってきた。強迫神経症みたいだ、と。そうすると、強迫神経症となる。ですからノイローゼ、躁うつ病、分裂病、また何とかということで、じゃあ、この人の本態は何なのかということ、よくわかりません、と。しかし、薬があるから全部それを使っちゃおうという……。ですから、薬を使うことによって病像が変わる、病像が変わったのは薬のせいでも変わったのか、それとも副作用で変な病像が出てきて興奮したら、これは興奮したから統合失調症、分裂病だというようなことになって、全く画一的なものではなかったんですね。

それは例えば、昔ですと、私は、たまたま産婦人科をやるつもりでいたのが、医局に入る直前に精神科に変えたもんですから、当時は進駐軍の図書館が新橋にあって、あの図書館に行って、産婦人科の教科書を訳していたわけです。そうすると、産褥期に子供をあやめるといようなことがある、と。ですから、あの当時は鑑定というよりは診断ですが、そういうのに興味を持ってやっていた。非常に純粹に、例えば、母親が、原因がわからないけれどうつになって、子供をあやめてしまう。そして自殺を図って、両方亡くなる場合、あるいは母親が助かって、それで子供だけだめになったり、あるいは両方うまく助けられたり、いろんなことがあるんですけど、非常にはっきりしているのは、とにかく産褥期のある時期でうつになって、子供をあやめてしまった。ですから当然、気がついて後悔して、また自殺を図るといようなことがある。だから診断するときも、そういう場合は、これは産褥期のうつで、やむなく、その状態で子供を殺したんだという、そういうのが非常にわかりやすかったわけですね。

ただ、昔でも、親が娘に、一度は結婚させたい、一度は子供を持たせたいというので、それがうまく機能できるような状況でないのに結婚をさせて、子供ができたらびっくりして、それから育て方もわからないというので、親が手伝っていたんですけど、とうとう間に合わなくなって、子供を捨ててしまったといようなことがあるんですけど、そういうのは例外で、ほとんどの場合は間違いなく、うつ状態でやった。それが最近、恐らく、最近と言っても、もう、ちょっと前からですけど、簡単に子供に手をかける。何だったら、御主人が浮気をしたから子供に手をかけたとか、それから、子供がどんどんできて、次のときにまた入院させられたから、仕返しにもう一人やってしまうとか。診断としても、ちゃんとできないような……。

ですから昔よりも、すべてが、病像が複雑になって、治療法も複雑だし診断も非常にややこしくなっている。ですからいろんな意味で変わったんだから、全体的に軽くなったという先生



もいるわけですね。全体的に病気が軽くなっている、と。時々珍しい事件があって、新聞に出る。新聞に出た場合、一番困るのが、今、精神病質の問題を言いましたけれど、病気の分類、精神疾患の、というところで、今、いろんなものがあるというんですけれど、一体、偏見のもとになっているのは、分裂病だけかという、そうでもないんです。いろんなものが入っているわけですね。うつ病みたいに自殺を図っているというのは、多少、仕方がないというので、割理解解してもらえますけれど、そうじゃない、他害的に働いた場合は、もうこれは、なかなか理解してもらえない。そういうときに、病名がしっかりしていて病像がしっかりしていればいいんですけど、多分、全体的に病状が軽くなっているという見方があるんですね。精神病自体が軽くなっている。そうすると、ありとあらゆる形をとる。それから、説明するにしても、あのときはこうだったとしても、すぐに変わるもんだから、なかなか、それを鑑定しても、責任能力がどのくらいあるとかないかというの、はっきりわからないような これはあるけど、これはないというふうなのが、それぞれのケースによって違ってくるようなことがあるわけです。

そこで、一番基本的には、精神疾患における、例えば精神病における偏見についてといっても、精神病と言ったり精神障害だと言ったりしても、実際は何を指しているかという、統合失調症についての偏見についてという、学会で出したあれには、統合失調症についての偏見となっている。ですから統合失調症という、言葉を変えたのも、偏見を防ぐために変えたんだ、と。それにおける偏見についてというのは、いろんなことが言われているわけです。あれは統合失調症だけの話なんですね。だから、精神疾患についての偏見とは何かというときは、統合失調症の話は、あくまでも統合失調症の話。それから性格的な問題、人格障害の問題だったら、あくまでもその領域の問題。躁うつ病だったら躁うつ病の問題というふうに、ある程度、分けていただかないと、全体としては非常にやりにくいんですね。

先ほどもお話ししましたけれど、法律でもって、いろんなことが書いてあっても、その中に、この精神保健福祉法では、躁うつ病を、普通から言えば絶対に入れるべきなんですね、大きいタイトルだから。分裂病、躁うつ病というふうに並んであるわけだから。それをどうして入れないかという、事件に余り関係ないからというので、恐らく取ったんだと思います。そのかわり、「精神病質」という問題は、これは非常に大事だから残さなくては困る、と。その名前にずっとこだわっているのは、人格障害だけでは、やはりちょっと中途半端だというので、こだわっているんじゃないか、と。

そのくらいのことを見ますと、やはり法律ができる最初から、刑事事件に関係した 確かにライシャワー事件とか、いろんなことがあったから、そうなったわけですが、それ以前のことを見ると、みんな昔の人は割合におおようで、確かに昔は、いろんな事件があるというよりも精神病院ができるときに、外国とはかなりおくらせて精神病院をつくる。しかも、その精神病院は、国でやるべきなんだけれど、国立のものとか、そういう公的なものをなかなかつくらないんですね、予算等の関係で。それで民間でつくって、そこにたくさんの人を入れる。それでコントロールするのは、公的ないろんな法律でやるわけですから、いろんなトラブルが起こるんですけれど、最初は、ベッドをふやさなければいけないという時代があって、それからあるときに、ちょっと、行きすぎじゃないかということになってきたということがあるわけです。

ですから、これは谷野先生みたいに昔から、すべてその地域で、本当に、何から何までがっちりやっているところは全く別で、ですから恐らく、その周囲では偏見なんかはないんだろうと思いますけれど、やっぱり、周囲から受ける、あるいは周囲が持つ偏見というのは、いろいろな意味があっても、どうしてもやっぱり怖いとか、そういうところが中心になっている。それはどう表現してもいいんですけれど、要するに、ちょっと怖いとか、恐ろしいとかということだけで、それにテレビで念押しをしている。

例えば放送局とかテレビ局で、どういう方針で実名を出しているかという、毎回、いろんなシンポジウムの中でも、必ずテレビ局なり放送関係の人が来て、こういうときは、うちの社はこうします、と。実名を出します。変わってきたら取ります、病気だとわかったら取ります、と。それじゃあ、こちら辺はどうですかという、そこはケースバイケースというふうに言われる。あるいは初めから疑わしい場合は名前を出しませんとか、全体で決まったものはなくて、それぞれの方式でやっているわけですね。だけど情報を与えるのに、やっぱり、統一すればいいと言いながら、なかなかうまく統一がなされない。

それから、今のように早く情報を提供しなければいけないというときには、どうしても先に行ってしまうわけですね。それで昔と違うのは、いろいろ解説する先生がいて、昔から、テレビでちゃんと解説する先生というのは、精神科の先生でも古い先生で、決まった何人かの先生がいた

わけですが、今はだんだん、そういう先生は、状況がわからないからといって口を出さなくなってきた。そうすると、新しい先生がたくさん出てくる。一つは、精神科の領域というのは、いろんな職種の方がたくさん集まっていますから、実際に患者を毎日のように診ている職種の方とか、あるいは作業療法をしているところをきちんと見ている方とか、あるいは心理的な面で治療をしているとか、そういうふうな、いろいろ立場が変わっている。立場が変わると見方も違うわけですね。ですから、聞かれればその意見を言うけれど、それが果たして全体で相談した意見かどうかという、ちょっとわからないということがある。

その辺で一番はっきりしていなかったのが、オウム的事件でしたか、被告人の精神鑑定を、確かやっていないんですね。オウム的事件の場合は、情状鑑定というのは、やっているんです。情状鑑定というのは、一番上の方が、頭の中にそういう考えを入れ込んだから、それを取り入れてやったのであって、もとは大もとの教祖の命令を受けてやったんだから、それは自発的にやったものではないから、それを考慮しろというので、情状鑑定というのが出ているわけです。精神鑑定ではないんです。オウムの方では、情状鑑定というはずっと続いていて、今度初めて、教祖の関係で、例えば精神鑑定をした。そうすると、いきなりいろんな診断がついたりします。本来なら、短期間にそんなできるわけがないんだけど、とにかく、パッと出てくるような、それもまちまちで、ますます精神科の診断は怪しいということになってくるわけです。怪しいんじゃないくて、便宜的に随分そういうふうな動いているようなことが、実際問題として、いろいろあるということがあるわけです。

ですから、今のような混乱しているときには、もう、何がとっても、非常に困るのは、逆に病状が軽くなって、いろんな性格的なものと何かが区別できないような、こういう時代になりましたから、それについて偏見とか何かと言っても、なかなかうまく言えないわけですね。よく、患者さんが、こういうことがあるんですという、何か、新聞を見たら、患者さんの家では、こういうふうな困っているというのが出ている。これは本当ですか、と。地方には、こういうのがあると書いてあるけれど、そんなものはありませんよ、と。いや、でも出ているからね、それで、うちで集まってみて、こういう考え方をだれか家族が持っているかといったら、持っていると言ったとか、そういうふうな、逆に種をまくような形になっちゃうわけですね。何というか、偏見というものの材料を、集めなければまた話にならないというので、集めてくるものだから、日本中の偏見を集めてきてやったら、我々だって、それをやられたら、もう、とてもじゃないけれども、動きがとれないくらいになるようなことなんです。

しかし、そういうふうにしてしまうと、非常にまずいというような感じがするんですね。それを言ったら何も心配しなくてもいいからということになると、やっぱり精神科の医者が、もっと早く、病気をきちんと治せということになるわけで、しかし治せと言っても、今言ったように、病像が軽くなるから、逆に、薬の使い方が難しくなる。それから、副作用で何かいろんな状態が出てくる。病名はこころ変わる。そうすると、だれか、しっかりした先生が、これはこうだけど、たまたまこうなったんだ、本当はこうでと、こう、うまく説明すればいいけれど、対応するいとまもないくらい、病像が動いたりするわけですね。ですから、そういう意味で、ある時代の先生と、またある時代の先生が、今、ちょうど両方存在しているような時代です。患者さんは、全体として軽くなって、ありとあらゆる症状を呈する。その中に、性格的な問題も出てくる。

そうすると、今のように新しい制度ができて、触法行為で、法に触れて何か犯罪を起こした、重大な犯罪だけは、ある施設に入れるけれども、それ以外は、というようなところの、その境目がなかなかうまくいかなかったり、それから、その、事件を起こす「重大な」というところの診断にも、新しい先生方がまた対応しなければいけない。そうすると鑑定のあれも、なかなかうまく一致できないといったことがある。きちんとしたところだったら、それはできるけれど。ですから、いろんな問題が出てきて、実際の診断の統計とか何とかをやっても、果たしてうまく出てくるものかどうかというようなことにも心配があるわけです。それだけ、以前よりは、ちょっと乱れたというのではなくて、ぐらぐらしてきたのは、逆に言うと、病気そのものが軽くなったり、みんな、うやむやになって、くっついてきたというか、普通の人との連続性があって、こういうふうになっているのかもしれないという見方をすれば、全体としてはよくなっている。

ただ、どうしても、それには、今の統合失調症だけではなくて、すべての病気ですね、性格的な偏りというのは、ちょっと、原因を言うのは難しいですけど、とにかく、脳のどこがどうなったかとか、ある程度それを言ってくれて、ある理論を立ててくれて、薬を使って、様子を見るというようなことであればいいんですが、ある程度理論が立っても、やはりまだ隔靴搔痒の感があって、なかなかあれなんです。それから病像そのものが、こんなになってくると、この病気

に効くはずだなんて言って……。脳のいろんなものを調べたら、こういう変化があったと言っても、もとの病気を、何の病気のあれを調べたら、脳にこういう変化がありましたというと、診断は2つぐらいついているとか、途中で変わっちゃったとかというと、この病気の何とかということ自体が非常に難しくなってくるというようなことがあるんですね。

だからそういう、いろんな点をあわせて、現状では、偏見がなくなったとは言いませんけれども、かなり以前とは違ってきて、普通の意味での、隣とうまくいかないとか、あれこれする。だから人間自体が少しみんな懐疑的になってきた人が多くなったのか、それとも病人が軽くなったのか、わかりませんが、いろんな点で疑い深くなるのは、もう、最近の傾向ですから、それで閉じこもってしまえばいいんでしょうし、閉じこもらないで行動に出れば、「おかしい」という診断がつけられるでしょうし。性格異常と病的なところが、全く区別ができないことが、結構ふえているんじゃないでしょうか。そういう意味で、非常に大変な時代になってきたので、すべてを一つにまとめることは難しいわけですね。

私が入局したころは、進行麻痺という病気がはやっていました。梅毒が頭に来て、そして痴呆が来るわけです。脳の痴呆が来るわけです。ですから、進行麻痺は、結構若い人で、僕らの1年以上の医学生も軍隊にとられて、それから帰ってきたら、まじめな先生が冗談を言ったり大きなことを言うので、調べたら梅毒で、脊髄液にも梅毒反応があって、これは大変だということで治療したら、割合早くよく治った。ですから、そういう時代は、そういう、梅毒という病気があれば、みんな安心したわけです。安心というか、梅毒があるからこそ、こういう症状が出た。ところがおもしろいことに、その経過を見ると、梅毒が頭に来て、初めはノイローゼみたいになって、それから、躁うつ病みたいになって、少したつと幻聴や妄想が出て分裂病みたいになって、最後に痴呆が来るというふうに、まるで、いろんな病気を頭の中でやったようなことになっている。だから人間の頭というのは、何かあれがあると、それをたどって、この段階でとまった人、この段階でとまった人というのがあるのかもしれないということも、言えないわけではないんですね。

しかし、そういう基準がなくなったんですね。梅毒もペニシリンでなくなってきた。今は、覚醒剤だけは別で、覚醒剤だけは幻覚、妄想が出てきたりして、かなりあれですけど、しかし覚醒剤にしても、長年繰り返しているうちに、今度は本当に、全く、幻覚、妄想だけが残って、分裂病みたいな感じになってしまうこともありますからね。それから例えば、たまたま私が行っていたところの、フランスの先生に、覚醒剤中毒で幻覚、妄想が出て、分裂病みたいに見えるのがあるけれど、どうしたらいいかといったら、「そんなの不思議じゃない。余計なことを考えるな」と言われたんですけど、そう言えば不思議じゃないですね。そういう人があってもいいということになれば、いいんですけど。今は原因を考えると、常に似たものもとを探して、しかし今、原因を探すことは、なかなか難しくなってきたし、そういう意味で、非常に、現状は曖昧になっている。

ということで、ここにいろいろ書きましたけれど、昔と違って今は早く退院をさせますね。早く退院させる。そして外来で診る、地域で見る。最終的には地域で何とかしてやっていこうという方式で、その受け入れ体制がよければ、地域によっては非常にうまくいく。その受け入れ体制がよくなったというのは、昔と違ってきたんですけど、それに保険関係の、治療費の問題が絡んでくるので、ちょっと、ややこしくなるわけですね。それと、家族としては、昔は病院に数年入っていると、家には絶対に引き取らなかつたけれど、今は早く、どんどん回転して、退院させますから。それから、長く置くこともできませんし。そうすると、家族もあきらめるんだけど、今度は家族の人数が少なくなって引き取れないとか、そういうことがたくさん出てくる。

ですから、社会情勢も変わってきたし、なかなか後まで見るというときに、経費の問題等で大変なんですね。それで、本人の問題よりも、家族の問題というのが非常に大きい。家族が年をとってきて対応ができない。そのうちに自分自身が病気になるということで、皆さん、家族が少なくなって、非常に困っているわけです。ですから、薬物療法なんかもうまくいって、そして治療も短期間の入院から社会復帰まで、あるいは地域への復帰など、その周辺で見てもらうような形でスムーズに行くようになれば、大分、感覚的に違ってくるんじゃないかという予想は持っているんですね。

しかし、今度みたいな事件があったときに、これがという話になると、ちょっと話が困っちゃうんですね。事件があったときには、必ず、変な妄想や幻聴がなかったかということ、妄想や幻聴がなくても変わったことを言う人はたくさんいますから、それをすぐ、妄想や幻想と言うのはまずいわけだし、それから1~2回、妄想みたいなことを言ったって、そんな人はざらにいて、人に言わないだけです。自分で思っている、言うか言わないかの違いですからね。ですから

実際に、最後まで御主人に対して嫉妬妄想を持っている女性が、いまだに診察に来ていて、「まだ主人が浮気をしています」って、やっているんですけど、御主人がもう、よぼよぼになってついてきて、浮気ができるはずもないのと思うんですが、本人はだけど、やっぱり、一緒にいるということで安心して、そういうことを言っているんじゃないかと思うくらいになれば、それは治療法が成功したわけですけども、まあ、そういうふうな形もあって、いろんなところで、そういう問題がうまく解決できるようになってくれればいいんじゃないか、と。

ということで、ちょっと、この場面にはふさわしくないんですけど、私もハンセン病の問題では、精神保健課（精神保健課）にいて、委員会といいますか、当時のいろんな、そういう、精神障害や何かの、断種の問題とか何かで、その法律がありましたね。あの法律の担当が、精神保健課だったんですね。そのころ委員で出ていて、そして、学会でいじめられて、「精神病質」という名前を消せとか何とか、あるいはそれを、断種するとかしないとかというのをやめるとか何とかと言われていたのを、精神保健課でそれを扱っているということはみんな気がつかなくて、そのまま、実体がないからということで……。実際は、以前はいろんな、子供のできない方法を、各病院で、今年は10名ぐらいとか、今年は何名とかという時代があったわけですね。今は、そんなものは全然なくなりまして、法律に実体がないということでやったんですけど、やっぱりその実体がないというだけでは本当はいけないのであって、それが残っていること自体が、まだ偏見が続いているということになりますので。

したがって、ハンセン病の場合の、その問題を消すときに、精神科関係の、今のような問題を全部一緒に消して、そして、婦人の問題だけにしてしまったということがあります。それでもやっぱり、それを反対される先生もいましたけれども、自然に退席するというのは、今までそれを認めていたんだけど、いるのはまずいから、列車の時間が来たからといって帰って、成立しているうちに帰って、賛成の人だけ残ったら、これを全部消すとか、そういういろんな複雑な方法をとって、変えたんですね。だから、変えるのはなかなか大変なことなんですけれど、そういうことがあったりして、いろんな意味で大変だなあというふうに思うことはあるんです。

いろんなことに関係はしていましたが、きょうは精神保健に関することで、今言ったように、お話にはなりませんけれども、偏見というのは、例えば3障害といっても、知的障害、あるいは身体障害、精神障害とありますね。今は、3障害が一緒になっていますかねえ、3障害が一緒になっているということ自体が、なかなか、難しい問題があるわけですね。しかし精神の方とすると、ほかの障害に追いついていこう、と。精神障害というのは、いつも置いてきぼりにされたから、ほかの障害に追いつこう、追いつこう、というので、頑張っているわけですね。しかし追いつこうと思って、追いついたと思うと、また離されるとというのが、どうしても、世間一般から見ると、扱いが後回しになっているなあという感じは持っております。だんだん、そういうことがなくなってくるのを願っているわけです。ですから、私の結論は、偏見についてはもう、余り偏見の内容を具体的に出すこと自体が、患者さんの家族や何かに、新たな偏見を与えることになるという……。

それはもう、不思議なんですね。いろんなところの資料を、患者さんの家族が集めて、あるいは話を聞いたりすると、こういうこともあるかなあといって、よく考えて、診療を集めてみたら、「ある、ある」といって、「困った、どうしようか」という……。それはもう、お葬式の話なんかも、聞いてびっくりしたことがあるんですね。お葬式なんかは、このごろ、年をとった人なんかは出さないと云ったら、「若い子のときはどうしますか」と聞かれる。どうするかというのは、その家の能力でみんなやっているだけであって、別に、病気で死んだので、どうっていうことはないんだから、事件でなければいいんじゃないかと言うんですけど、やっぱり、親族会議を開いて、よそと同じように、葬儀を出さないことにしましたとか、そういうのはもう、決してそこでの問題ではないんですね。よその話を、次から次へと聞くもんだから、全部をあわせちゃうんですね。あわせちゃうということ自体が、やっぱりこう、閉鎖的になっているから、それをなるべく、相談に乗ったりして、開けていったらいいんじゃないかというような感じを持っております。

ちょっと、とりとめもないお話をしましたけれど、これでお許しを願いたいと思います。

多田羅座長 先生、ありがとうございます。精神科の面からお話いただきました。非常に多様になっているということとか、あんまり偏見、偏見という形で問題を広げるよりも、もう少し治めるといいますか、そういうふうな方向も要るんじゃないかというようなお話をいただいたかと思えます。谷野先生、いかがですか。

谷野委員 僕もかつて言ったと思いますけれど、本当に、保崎先生のおっしゃるとおりで、か

つて言ったことは、偏見ということでは、今はちょっと具合が悪くなりましたけれど、全家連と  
いうのがありまして、偏見をなくしましょうというのが、お題目のように言われたときがあるん  
ですよ。僕は何十年前から言っていたんですけど、偏見をなくしましょうという運動すらお  
かしい、と。というのは、最近、ここで言ったと思いますけれど、ハンセンとか、ほかの方々  
は、偏見とは戦われるべきだと思うんですよ、これは。これは戦うべきだと思うんですけど、  
精神障害者なりその家族が、偏見と戦うということが、本当にいいのかわかるかな。まさに保  
崎先生が言われたとおりで、僕も、そういうことは、あんまり声を大にして言わないようにしま  
しょう、と。これは僕個人の考え方です。全精神科医がそう思っているかどうかはわからなくて、  
僕と保崎先生が、たまたまそう思っているのかもしれないけれど。

それで今、専ら言っているのは、地域の方々に迷惑をかけなさんな、というようなことと、地  
域の方々と仲よくしなさいということと、地域経済に、細々とでもいいから貢献しなさい、と。  
例えば地域のコンビニへ行って、コンビニのおばさん方とあいさつをして、仲よくしなさいとか。  
そういうことが、まず大事であって、そういう人たちが、まず、地域に溶け込んでいけば、改め  
て偏見をとということを、むしろ言う方が、かえって偏見を増すというのは、まさに言われると  
おりなですよ。

ただ、残念ながら、多くの精神科医が本当にそう思っているかどうかということは、また別問  
題なので、これは難しいなあと思いますね。変な話が、もう、今の精神科医にはいないと思いま  
すけれど、やはり問題は長期入院の患者さんで、何らリハビリについて熱心じゃないの方々、長期  
入院の患者さんを病院に抱え込んでいて、それで偏見をなくしましょうと言ったって、精神科へ  
入れば入院が長いねということを実証しながら、片方では偏見をなくしましょうというもおか  
しな話だし、まず一番目には、やはり最近では、早期に退院させて地域でサポートするというの  
が大きな流れです。ただ、残念ながら、いかんともしがたい、1割ぐらいが歴史的長期入院の方、  
あるいはニューロングステイと言われる方々が、現在の精神科医療でも残ってきていることは事  
実ですね。

そうしますと、若い新しい方々がどんどん、どんどん、早期に退院して地域に入る。ところが  
ニューロングステイ、オールドロングステイの方々は、何十年も入院しているという方々が、一  
部に、約1割ですけど、いるということも事実です。特にその中で、難治性の、治療抵抗性の  
の方々。昔、そういう言葉が非常にひんしゆくを買ったときがありますけれど、処遇困難な方々が  
おいでになることは事実です。そういう方々を、どうするかということは、非常に多くの問題を  
抱えていますね。しかし希望を捨ててはいけなと思うのは、案外、すごい症状を持っていても、  
今はやりのACTとか何とかでサポートすれば、かなりの方々が地域でサポートできるというこ  
ともあるわけです。

ただ、ACTで、地域でサポートするには、かなりのマンパワーが要るわけです。それについ  
て、国が、それだけの医療費を出しているかどうか。変な話が、地域で重厚なサポートをすると  
お金がかかるわけです。家族にとって、一番お金がかからないのは長期入院をさせておいた方が、  
お金はかからないわけです。退院して重厚なサポートを受ければ、家族負担なり本人負担なりが  
多くなる。そういう矛盾はありますね。だから、その辺をまず解決しなくてはいけないというこ  
とがあります。

だから、その辺は難しいなあと思うのと、ちょっと、保崎先生が言われたので、半ば賛成、半  
ば複雑な思いなのは、軽症化しているようには思うんですけど、軽症化しているのと、軽症状  
化しているのとは、また別なのかなあ、と。軽症状化しているけれども、極めて治療が難儀な、  
厄介な人がいる。今、先生が言われたように、治療が難儀で、厄介で、昔より時間がかかる人  
の方が多いかもしれない。入院していても、それが外来患者さんであってもです。非常に、最近  
はやりのボーダーラインとか、摂食障害とか何とかというような……。もう、リストカットなんて  
いうのは、本当に、昔はあんまり来なかったんですけど、もう、体中傷だらけにしてくるよ  
うな方々が、精神療法的には難しいんですよ、そういう方々は。だから病像が多彩になっている  
けれども、症状としては重いんじゃないかというような気はいたしますね。そういう方々がふえ  
ている。

それと、よく言われるように、日本の精神科医療はベッドが多いと言われますけれども、でも、  
外国の変なナースィングホームとか、いろんな、すさまじいナースィングホームの状況を見ている。  
僕は、どんどん、どんどん、社会的入院は、それはなくすべきだと思うけれど、外国のまねをし  
て、特にアメリカのまねをしてストリートピープルをつくって、ぐちゃぐちゃにしてしまうのも、  
これは、かなり性急に、脱入院化しましたからね、アメリカやイタリアは。それで失敗して、ス

トリートピープルをつくるよりも、国がまず受け皿を作る。僕らはもう、地域で中間住居をつくる時に、あのすさまじい団体交渉は、もう私たちの年では、疲れ果てたよと言っているんですよ。

だから、後を地域でサポートするには、まず住むところですよ。これは、僕は、国がむしろ責任を持ってつくるべきだというふうに思うんです。そんな大きなものじゃなくて、グループホームみたいなものをね。そうすれば、かなりの人たちが、まだ、地域に出られる方々が、長期入院の方々が、日本の精神科病院の中にいる、それが7万人なのか10万人なのかわかりません。僕は、32万人が入院していれば、32万通りの病像があると思っているんです。だから7万人かもしれないし10万人かもしれない。

何でもかんでも国のせいにしたくないんですけど、国は、あまりにもしないわけですよ、そういうことを。これはハンセンにしても何にしても、そう言えるだろうと思いますけれど、国の責任として、やはりきちんとした受け皿をまずつくるべきです、精神についてはね。それと地域でサポートするマンパワーに対してお金をつけるべきである。そういうことは思いますね。だから大筋で、僕は、保崎先生の言われたとおりで、非常にこれからは、そういうふうなことを、声を大にして言っていくべきで、精神については、あえて偏見をなくしましょうという運動は、僕らは、やめておいた方がいいんじゃないか、と。

多田羅座長 言葉じゃなくてね。

谷野委員 ええ、言葉で言うのはね。

多田羅座長 言葉が先行しているところがありますからね。

谷野委員 そうですね。全くそういう点では先生が言われたとおりだと思います。

多田羅座長 わかりました。ありがとうございます。ほかに、いかがでしょうか。

日野委員 保崎先生のお話を伺いまして、本当に混沌としていて、わからないということをお直にお伝えいただくことの貴重さを、つくづく思いました。最近、いろいろ血なまぐさい事件から、おかしいというかユーモラスな事件まで、精神科云々という話が出てまいります。例えば、朝青龍が3日でうつ病になるとかいう話は、あれはどういうことなんだろうかというのを思いましたし、それから、ごく最近では、2人の子供のお兄さんの方が、猟銃の引き金を引いたらしくて、下の子供を殺した。それは最初、実名入りで報道されたし、家まで映りましたよね。そうすると、5歳の子供さんの記憶というのは、どういうふうな形で幾つまで残るのかわかりませんが、また、お父さんの管理責任というのはあると思いますけれど、本来は気を遣って報道を控えるべきであるようなことが、ああいうふうな形で出てくる。

ちょっと話があちこちしますけれど、健康問題にしましても、素人の人というか、我々も、言われますと、そんなに大したことはできていないんでしょうけれど、全くの素人が、非常に歯切れよく、断定的なことを言う。例えば、みのもんたの放送などは、物すごい影響力を持ちますよね。あれについては、偏見とちょっと別物かもしれませんが、やはり、マスコミの姿勢として、あれだけの影響力を持つものが、そう断定的に物事を言っているのかどうか。倫理でもないですけど、放送規定といいますか、先生のように、わからないものはわからない、曖昧なものは曖昧なんだよということを、正直に伝えることの方が大切であって、わかりもしないことを断定的に言うことは、悪くすれば偏見につながってしまうということ、よく自覚しないとイケないと思いますし、あれは求めている国民、ニュースを見ている国民の方も、何か専門家が出てきて解決してほしいというのがあって、専門家も、できるだけ歯切れよく言いたいというのがあって、そのあたりは、あんまり検討もされていませんが、問題として考えなければいけないことではないかなあと、つくづく思いました。以上でございます。

内田座長代理 医療の立場から、精神関係の偏見をどういうふうにとらえるのかというようなお話を、非常に興味深く聞かせていただきまして、どうもありがとうございました。少し、医療を外れて、社会の側から見たときにどうかというようなことで、お話を聞かせていただきたいと思うんですけど、精神にかかわる、いろんな見方というか、誤解とか、それが、患者さんが医療機関に行くのを妨げているというか、障害になっているという部分があるというふうな話を聞くことがあるんですけど、そういうことは、余り医療側としてお感じになるということはないのかどうか、これが一点目でございます。

例えば、少し具体的なお話をさせていただきますと、阪神・淡路大震災で、目の前で御自分の肉親が火災で亡くなるのを見た、その方たちが大きくなる過程で、メンタルケアをされている先生方がたくさんいらっしゃいます。その方たちが一堂に会されて、どういうメンタルケアをした方がいいのかというようなことをディスカッションされた場に出たことがあるんですけど、そ



ういうときに、やはり必要な治療をしなければいけないんだけど、そういう方たちの中で、必要な治療を受けていらない方がかなりいらっしゃる。その中には、原因としては、やはり精神というものについての偏見といいますか、そういうものが、かなりその妨げになっている。それをどうしようかというような、そういう話題が一つの柱として議論をされていたものですから、そういうことも含めて、今、御質問をさせていただきました。

保崎氏 それは私の方でもよくわからないんですが、そういう状況、今のようなお話の状況を聞いたり、あるいはテレビで見たり……。それぞれの考え方でやっておられるみたいで、ですから、我々は離れて見ているわけですから、しかし、そういうことによって、いろんなことを防ぐことができると同時に、それに外れた人の問題など、いろいろあるわけですね。だけど、割合、やっておられる先生は信念を持って、みんな、やっておられますよね。ですから、きっと、頑張っているのかなあと思うんですけど。簡単に行くものかなあと思ったり、何か、いろいろするんですけどね。だから、よしあしとか何かは、全然わからないんですけど、今、そういう傾向になってきたんですかねえ。

内田座長代理 それからもう一点、きょうは医療ということでお話しいただいたんですけど、単に医療にとどまらずに、行政の政策とか施策ということについての影響の問題で、精神の場合もハンセンと同じようなところがあって、偏見が、単に医療に向かって影響を及ぼすだけではなくて、国や行政の施策にまで影響を及ぼしていく、というような部分があるかなあという気もするんですけど。先ほどメディアのお話をされましたけれど、非常に、精神の方については、犯罪に結びつくとか他害をするとかというふうな、必ずしも科学的根拠がないような見方があって、それが国民の中にかかなり広がっていくとか、あるいはメディアの中でもそういうことが言われる。そうすると、何か事件があると、そのことが全体の施策の中で、必ずしも科学的でない施策の方に、国や行政を追い込んでいくとか導いていく。そのことは決して健全でないというか、あるべき姿とは思えないんですけど、やはり世論とかそういうものがあると、そういう方向へ行ってしまう。そのこと自体をどうしていくのかという問題も、やはり一つあるのかなあという気がいたします。それは医療の範囲を越えた問題かもしれませんが、その点についても何か御感想があればお願いいたします。

保崎氏 先ほどからお話している、政策そのものが、初めから事件というとおかしいですけど、初めから問題の方が中心になって、精神医療の話が出てきていますから、それから、なかなかぶれないんですね。しかし、だんだん、後を何とかしなくてはいけないというので、ですから、精神衛生法とか、あれで治療をやっているんだ、と。初めのうちは、数がそんなに多くないからと言っていたんですけど、ほかに、数が多くないものは幾らでもあるし、いろんなことを言っているけれど、結局、あれは一貫して、最初に決まったものから変わらないですね。変わらないというか、それを維持することがずっと続いていて、いまだにそれが続いているということは、やはり、その政策が大体……。だから大幅に変えるというのは、確かに、以前は後の治療の面とか、その後の社会復帰まで見ていなかったのが、だんだん見るようになって、それだったら、この、病名の分類とか何かを、それなりに、普通のあれにすればいいと思うんですけど。しかし、絶対に譲らないというのは、あれは不思議なんですね。しかし何かその根幹を維持したいというあれがある、それは何かわかりませんが……。それは社会を守るためだと言われれば、それっきりですけど、何かその辺のところ……。でも、みんな、言う方もだんだん疲れてきちゃって……。

多田羅座長 「精神病質」とか、そういうふうなことです。

保崎氏 ええ、そういう問題ですね。ですから、それを争ってもというか、みんな争わなくなったわけですね。実態に、それらしい人がある、と。それから言い出した人も、それに自分が病名をつけられて、自分もその扱いになるなんていうことがないとも限らない。以前、昔の話ですけど、ソビエトの場合は、ある特定の思想を持った人を、統合失調症とつけて、ちゃんとその薬が出ていますね。薬が出て、治療しているんですね。それは単に烙印を押してほうり込んだというのではなくて、ほうり込まないにしても、病名をつけたら本当にそう思っているらしい。何もやっていないだろうと思ったら、やっているんだそうです。事実、その薬を出して、考えを変えようとしているというんですから、それはもう、病気を治すのと思いを直すのとは、ちょっと……。そのときも不思議に思ったんですけど、今もやっぱり、今お話し点については、どこかできちんと、大幅にというか、だんだん、もう、なし崩しで、しかも先ほど先生から話があったように、もう、お金の方がどうしようもなくなってくるわけですね。ですから、ほかの障害に合わせるように 精神よりも、ほかの障害が一步先に行っているというふうにと

っているわけですよ。ですから、それに合わせようとする、合わせてくれたかなあとと思うと、どこかで必ず残されているというのがあるんですね。

谷野委員 要するに、2つの問題があると思いますけれど、内田先生が言われたのは、やはりまだ、精神科の敷居が高いというようなことなんでしょうか。それは、我々も努力したというか、かなり精神科の病院というのは、実際、いろいろ見学をされたいと思いますけれど、かなりきれいになっています。昔は格子戸があって、暗くて……。うちも古い病院で、戦前からの病院ですから、非常に暗い病院でしたけれど、幸いにして、中にはホテル並みの精神科の病院がありますね。建物がまず、きれいになることが、やはり国民の精神科医療に対する、特に精神科病院に対するイメージを変えていますよね。ただ問題は、建物さえきれいになればいいわけではなくて、中身の問題ですけれどね。それが一つです。

それと、先生が言われたように、かつては国策でずっと、病床数をふやしてきたことは事実なんですよ。ところが、僕らが本当に問題にしているのは、かつて国策でふやしておきながら、今はもう、退院促進の話ばかりなんですよ。受け皿もつからないのに。だからもう、そこまで言うなら、国がちゃんと受け皿をつくりなさい、と。これは、かなり国策で誘導されてきたということがあります。その結果、社会的入院も一部残ってしまったわけですよ。これは、ある意味では国の責任なんです。だからそういう点では、僕らの努力も限界がありますから、もうちょっとやはり、32万床がこのままでいいとは思いませんね。これはスリムにすべきだというふうに思いますけれど、歴史的にはそういうことなんです。なかなか、我々も努力はしているんですけど、ちょっとまだ、歯がゆい面はありますね。

それとあと一つ、一番問題なのは「精神病質」ですけれど、変な話が、今、医療観察法ができて、病棟ができましたよね。ところが精神病質とか治療抵抗性、治療の見込みがない人というのは、そこから除外されているわけですよ、医療観察法から。本来は、僕らは、その人たちを見てもらいたかったわけですよ。某小学校へ行って何人も子供を殺した、あれから急に話が進んだんですけど、ああいう性格的なゆがみのある人というのは、やはりきちんとした病棟でちゃんとしたマンパワーで 本来そうあるべきだったのが、それが全然、本来の理念から離れたような医療観察法になってしまった、そこに問題がありますよね。そういうふうに思います。

多田羅座長 わかりました。ありがとうございました。ちょっと時間が過ぎてしまいました。田中先生、高橋先生、せっかくですので何か追加はございますか。

高橋委員 いえ、きょうは結構です。

田中委員 一つだけよろしいでしょうか。質問ではないんですが、先ほど島尾先生が言われた、昔、結核を病院だけでは診切れないのを、開業医さんたち、町のお医者さんたちが診てくださったのは大変すばらしいことだと思います。同じことを、この精神科の領域で、特に認知症について思っていて、本当の精神病というのは変な言い方ですけど、精神病の方々については専門のドクターが診るしかないと思うんですが、認知症はそれ以上に、全然数が違うし、広がりも大きいし、開業医の方々に診てもらおうような、そういうあり方として、さっきの結核の話は参考になりました。

多田羅座長 そうですね、ありがとうございます。開業医の先生に診ていただいているので、若干、偏見とかそういうところも免れているということがあるということだったんでしょうかねえ。ありがとうございました。議論は尽きませんが、一応、予定の時間がまいりました。先生方、何か最後にございますか。よろしいですか。

では島尾先生、保崎先生、どうもありがとうございました。

これで予定の御審議をいただいたこととさせていただきます。次回以降の予定について、事務局からお願いいたします。

事務局 次回以降でございますけれども、前回と今回で、一応、患者権利と疾病のつくる偏見・差別の克服、国民・社会への普及啓発のところについて、幾人かの有識者の先生からお話を聞いて、取っかかりとさせていただいたということでございますので、年明け以降については、再び、患者の権利の法制化に戻って、少し、議論を深めていくということになっております。今のところ、先生方から、年明け、1月、2月、3月で、1月25日、2月22日、3月14日ということで、3日ほどを仮押さえということをお願いしてございます。年明け以降のスケジュールと中身については、座長と御相談をさせていただいて、追って御案内をさせていただければと思いますので、引き続き、この3日のうちから2回程度ということで、御予定おきいただければと思います。よろしくお願い申し上げます。以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。一応、次回は1月25日という予定でお願いしたいと思

っておりますが、先生方、よろしいでしょうか。再確認ということで、今、だめと言われてもちょっと困るんですけども。一応、最大多数の最大出席という方針で、次回は1月25日をお願いして、次回は患者の権利に関する検討を再びお願いするということで、一応、年度内には何らかの報告書を出すという予定でもう一度お願いして、3月ぐらいに最終のところ、結果として中間報告になると思うんですけども、あと2回ぐらいお願いしたいと思っております。

3月の方も、ちょっと確認させていただいた方がいいでしょうか。3月は今のところ、3月14日ですね。あと2回ということで、最終の回は中間報告のまとめ方みたいなお話になるかと思いますが、よろしく願いいたします。

それでは本日の、第9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、これにて終了させていただきます。どうも御協力、ありがとうございました。

(終了)