

## 第17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

平成21年8月28日（金）  
東海大学校友会館「望星の間」

**多田羅座長** それでは定刻になりましたので、ただいまより「第17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と思います。

委員の先生方には、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。

また、特に本日お話しをお願いいたしました先生には、会のために特別に時間をつくっていただきまして、まことにありがとうございます。どうぞよろしくをお願いいたします。

本検討会は、今年度2回目でございますが、御存じのように昨年まで実質3年間にわたって検討いたしましたして、患者の権利に関する体系を医療基本法として法制化するという点、また、疾病を理由とする差別偏見の克服に向けた国、自治体の責務、組織及び官のあり方などにつきまして、最終的な報告書を作成し、本年5月に舛添厚生労働大臣に直接手渡させていただきました。

その3年間の検討を踏まえ、またこの報告書の内容を踏まえて、本年度1年間、引き続き検討会を開催するということになっているわけですが、この1年間、どのようにこの検討会を進めていくかということについて、第1回のこの検討会で御議論をいただきました。

その結果をもとに、一応座長といたしまして、今回から4回の検討会において、まずこの報告書に示されました内容から見て、国あるいは自治体、医療の現場などにおける現状がどのような実態にあるのかということについて、改めて確認といえますか、勉強させていただく。

そして、それについて、その現状を踏まえ、医療基本法の制定、患者の権利に関する医療基本法の制定あるいは差別、偏見の克服に向けた次のステップとして、そういう課題の実現に向けて、具体的にどのような取り組みが必要であるのかという点。

それから第3点として法制化やさらに一定の制度化が進んだ場合、実際に医療の現場にどのような影響、効果、あるいはどのような変化が起きるといふふうに考えているのか。どのような、特に影響、効果、成果、というようなものを期待していくのかという、3つの点をこの1年間の検討課題として、報告書に盛り込まれた内容をどのように実現していくかということ観点にして、この検討会を持たせていただきたいと思っている次第でございます。

特にその進め方としては、今、申し上げた3つの点から国、自治体及び本検討の委員の先生方から御推薦いただいた患者さん、医療従事者、また一般の有識者の方からお話をお聞きして、そして現状の理解の上に報告書に示させていただいた内容の実現、推進に対し、これから進めるべき具体的な取り組みについて、法政化というのが大きな目標でございますけれども、それに向かっの具体的な取り組みの内容について、会としての見解を最終的にまとめさせていただきたいと思っております。これについては前回御検討いただいた結果をもとに、そういうことで進めていただきたいと思っておりますので、御了解いただきたいと思っております。

そしてきょうの会では、特に患者の権利に関する体系を医療基本法として法制化するという点を中心にして、国及び医師、薬剤師、弁護士の方からお話をお伺いするということで準備をさせていただきました。

そういうことでお忙しいところを、きょう先生方には特に御準備いただいて出席いただいたわけでございます。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

そういうことで、一応全体の方向としてはそういうことで進めさせていただきたいと思っております。そういうことでよろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、早速でございますが、本日お話をいただくとして御出席いただいた先生を、最初に簡単に御紹介申し上げたいと思っております。

まず、国の方から厚生労働省健康局の木村補佐、小西補佐に御出席いただきました。

それから医政局の方から、岩間補佐に御出席をいただいております。

医師の立場から、日本病院会副会長をされている上都賀総合病院名誉院長の大井先生に御出席いただいております。

それから日本薬剤師会会長で、保生堂薬局の山本信夫先生に御出席いただいております。

日本病院薬剤師会副会長で、国立がんセンター東病院の薬剤部長をされておられる、遠藤先生に御出席いただいております。

患者の権利擁護に携わられてきた立場から、弁護士の小林先生に御出席をいただいております。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、お配りしております議事次第に沿って、本日の会を進めさせていただきたいと思いますが、初めに出席状況と配布資料の確認を事務局からお願いします。

**事務局** それでは事務局の方から、御出席の状況と資料の確認をさせていただければと思います。

まず、本日の御出席の状況でございますけれども、5名の先生方から御出席の御連絡をいただいております。

鈴木邦彦委員、田中委員、谷野委員、中島委員、山口委員の先生の方から御出席と連絡をいただいております。

安藤先生におかれては別の御予定があるので途中で御退席ということをお伺いしております。よろしくお申し上げます。

お手元の資料の確認でございますけれども、クリップどめを外していただきますと、1枚目が「第17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議事次第」でございます。

続きまして、委員の名簿でございます。

続きまして、座席表になってございます。

並びが横型になってございますけれども、A4の横紙で資料1、厚生労働省健康局の資料ということで「ハンセン病問題の解決に促進に関する法律概要」というタイトルがついた資料がございます。

同じく横型の資料2、こちらの方は医政局資料「平成18年改正による医療法について」というタイトルのついている一連の資料がございます。

資料3ということで、大井先生の資料でございます。「『患者の権利』に関する体系について」ということで資料を御用意いただいております。

資料4は山本先生の資料でございます。参考資料ということで同じく横型で御提示いただいております。

資料5でございますけれども、遠藤先生からいただきました資料でございます。これも同じく、再発防止検討会参考資料ということで頂戴しております。

資料6は小林先生から頂戴しております資料でA4縦になってございますけれども、「医療基本法制定に向けて」ということです。

お手元の資料の確認は、以上でございます。

それから、本日傍聴の方におかれましては、お手元の「傍聴の手引き」をごらんいただきまして、そちらに準じて、傍聴をしていただければと思います。

事務局からは以上でございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。よろしいでしょうか。

それでは、早速議題の方に入らせていただきます。

議題2「患者の権利の体系について」と書いてございます。

この体系について、医療基本法として法制化するというのを報告書で提言申し上げました。

その観点から、国および3人の有識者の先生方に御意見をお伺いしたいと思います。

早速でございますが、まず厚生労働省健康局の方から、お話をいただけますでしょうか。

**厚労省健康局** おはようございます。健康局疾病対策課でございます。

再発防止検討会における検討結果から見た実施状況について、2つのヒアリングテーマが設けられております。

1つは、「患者の権利に対する体系」、もう一つは疾病を理由とする差別、偏見の克服ということであり、本日は「患者の権利に対する体系」ということですが、私ども健康局疾病対策課がこの検討会を取りまとめさせていただいているという立場から、当課の取り組み状況の一部について、主に差別偏見の克服、国民社会への普及啓発という観点で紹介させていただきたいと思っております。

まず平成21年4月に、ハンセン病問題の解決の促進に関する法律が施行されました。この法律の施行に当たっては、患者団体の方の働きかけはもちろんのこと、ハンセン病問題の解決に特に熱心に取り組んでおられる2つの議員懇談会の御理解もいただき、実現しました。

この法律の趣旨については、お手元の資料にございますとおり、ハンセン病患者であった者等の福祉の増進、名誉の回復等に関し、現在もなお存在する問題の解決の促進に関し、基本理念等を定めるとともに、ハンセン病問題の解決の促進に関し、必要な事項を定めたものとなっております。

施策については大きく分けて4つの柱となっており、国立ハンセン病療養所等における療養及

び生活の保障、社会復帰の支援及び社会生活の援助、名誉回復及び死没者の追悼、親族に対する援護となっております。

このうち、名誉回復及び死没者の追悼という施策においては、国立ハンセン病資料館を活用いたしまして、ハンセン病問題の歴史の伝承に努めるとともに、ハンセン病に対する正しい知識の普及啓発に努めているところでございます。

また、平成14年度からは、全国の中中学生を対象としたパンフレットを作成し配布することによりまして、ハンセン病に対する差別偏見を解消し、ハンセン病患者、元患者の方々の名誉の回復にも努めております。

このほか、本年より6月22日をらい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の日として死没者の追悼を行うとともに、本年はハンセン病療養所と交流のある小学校生徒に、差別偏見の解消をテーマとした作文を披露してもらうなどいたしました。

今後も疾病を理由とする差別偏見の解消に努めてまいりたいと考えております。

なお、疾病を理由とする差別偏見の克服というテーマは、後日、別途お話を聞いていただく予定となっておりますので、その際改めて御紹介させていただきたいと思っております。

以上でございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。

それでは、続いて医政局の岩間補佐、お願いします。

**厚生労働省医政局** 厚生労働省医政局の岩間と申します。よろしくお願いたします。

厚生労働省医政局がこれまで今回のテーマであります、患者、医療を受ける側が適切な医療を受けるということを促進していくというという観点で、どのような取り組みを行ってきたか、そういった点を御説明申し上げたいと思っております。

まず、資料2を御参照ください。

平成18年、医療制度改革を行いました。医療に関連する法律、健康保険法も含めての改正を行ったところでありますが、その中で医療法として改正を行った基本的な考え方につきましては、患者の視点に立った患者のための医療提供体制の改革を、基本的な考え方として、制度全般にわたる改革を行ったものであります。

そうした中で、医療法の改正としては、患者等の医療に関する情報提供の推進でありますとか、あるいは都道府県において医療計画制度、医療計画を作成して地域の医療機能を定めて、適切な医療を推進していただくという枠組みを、法案の中で定めておりますが、その中で医療機能の分化、連携の推進でありますとか、あるいは医療従事者の資質の向上等を通じて、医療安全対策の推進をしていこうということを基本的な内容としていたものです。

この法律に基づいて施策を推進しているわけですが、その医療法の改正の中で、まず目的の中にアンダーラインがついているところをごらんください。

医療を受ける者、つまり患者さんですが、医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項を定めるんだということ。医療の安全を確保するために、必要な事項を定めるんだということ。次のアンダーライン、3行目ですが、施設の整備、医療提供施設相互間の機能の分担、業務の連携ということを基本的な考え方として、制度を再構築したということでもあります。

次に医療提供の理念ということについても明確化いたしまして、2項目ですが、医療は、医療を受ける者、患者さんですが、の意向を十分に尊重すること。そして福祉サービスその他関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ、提供されなければならないこと。病院、診療所、介護老人施設、調剤をする薬局、そうした医療を提供する施設の皆様方において、患者さんのためにどのようなサービスを提供していくかという理念を、明確にしたところであります。

1条の3、国や地方公共団体が何をするのか、ルール化したかといいますと、こちらの中では国、地方公共団体は、国民に対して、国民というのは患者さんのみならず、一般の皆さんの疾病、負傷ということについてとしてもリスクとして生じてしまうものですから、国民の皆様方に対して良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するように、そうした面で努めるという施策を推進するんだということをやっているところであります。

次のページを御参照ください。

次に、医師等の責務ということについても、前回の再構築の中で位置づけをさせていただいたところですが、4項目のアンダーラインを引いているところですが、病院または診療所の管理者は、病院または診療所を退院する患者さんが、引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス、福祉ということの連携が重要であります。福祉サービスを提供する方との連携を図って、その患者さんが適切な環境の中で療養を継続できるように、そうしたことをあくまでも配慮して、

お仕事を実施していただくということをルールとして定めさせていただいているというところがあります。

その他6条の2第2項をご覧いただきたいのですが、情報の提供です。患者さん、あるいはその家族さんからの相談についてです。医療提供施設の開設者、管理者の方は、医療を受ける方、患者さんが保健医療サービスの選択を適切に行うことができるように、その施設が提供している医療について、正確適切な情報を提供するということ。

そして相談をしたいというニーズ、実際に自分あるいは家族の方が、どういう状況にあって、今後どうなるのかという御相談をしたいということは当然のことです。そうした相談があった場合、適切に応じるようにということを決めさせていただいたところがあります。

6条の4というところを御参照ください。こちらにも新設させていただいたところで、先ほど退院時に引き続き療養を退院後も受けられるようにということについて御説明申し上げたところですが、次は入院のポイントであります。

入院の際に患者さんが病院、診療所に入られるというときには、お医者様あるいは歯科医師の方、医師または歯科医師により、書面で患者家族の方へ、適切に入院の計画ということについて説明をしていただくように定めさせていただいているところがあります。

そうした基本的な考え方は、患者さんがどのようなサービス、医療を受けるかという観点から、提供側のみならず、前回の改正では定めさせていただくということで、制度の改正を行い、それに基づき現在、施策を推進しているところであるということが、1ページ目と2ページ目で、触れさせていただきたい趣旨であります。

次に3ページ目をごらんください。患者さんの権利についての考え方ですが、まず考え方としては、3つのポイントがあるのだろうと考えているところです。

まず、1つ目に、医療というものは、患者さんと医療従事者、医師であり薬剤師さんであり、またさまざまなコメディカルの方、そうした医療に関係する方々、提供される方々とのあくまでも信頼関係に基づいて提供されるということが、重要ではないかと考えています。

こちらに書いてあるものについて、権利ということについて、重要なことだと思っております。

内容の如何ということでもありますが、中身の問題として、どのような義務が生じていくかということにも関連していきますけれども、あり方如何によっては、医療のリスクという観点から、適切な医療の提供に支障が生ずるというポイントも、一方で配慮されるべき問題ではないかと考えているところです。

そして2番目のポイントではありますが、こちらにも権利ということについて重要なポイントだと思っております。定める以上はよりよい医療という観点から、どういう改善効果が見込まれるのかということについても、有識者の皆様方の御議論の中で明確化し、コンセンサスをいただければと考えているところではありますが、権利ということについて患者さん、医療を受けられる方の立場として、よりよいものとするためには、一方で、具体的な義務ということも含めて考えていくということが重要と考えられます。

その中で、患者さんと医療従事者の両方の立場をよりよいものにするためにどうあるべきかということが、重要だと考えています。

そして3番目のポイントですが、先ほど1ページ目、2ページ目で申し上げた平成18年の医療法の改正など、患者の視点に立って制度を再構築したというところで、義務規定などを充実させていただいたところですが、そうした義務の履行を担保するというところで、患者さんが適切に医療を受けることを実効性を持って確保していくことが必要だろうと思っており、我々としてもそのように取り組んでいるところだということが、③のポイント、趣旨であります。

先ほど参考として申し上げさせていただいた医療法改正の内容を4つの・として書かせていただいているところです。ここは省略いたします。

そして現在、取り組んでいることとして、患者さんの立場に立った制度の構築、検討というのを行っているところを説明申し上げたいと思います。

「医療死亡事故の調査等に関する新しい仕組みのイメージ」というところをごらんください。現在、まさに厚生労働省において検討を鋭意進めているところでありまして、またその中で、国民の皆様方、医療関係者、さまざまな方の御意見を頂戴しながら推進をしていくというところで考えているところですが、医療死亡事故の調査等に関して、新しい仕組みを構築していこうと考えております。

近年、医療紛争が増加傾向にあります。その医療紛争の解決に長時間を要するということから、患者さんあるいは遺族の方、医療機関双方にとって大きな負担になっているところがあります。

こちらに枠組みを書いて、医師法21条など、そういったところにも触れているところですが、医療死というものが発生したときに医師法21条でもって、警察への届け出というものがございますが、その届け出なかったことを理由として医師の方が逮捕されるという事件が発生したということがありました。この医師法21条のあり方がどうかという議論があります。

また、その原因を究明し、医療の安全を推進していくということが、医療機関と遺族、患者さんとの関係で重要であろうと。そうしたところから公正かつ中立な第三者機関という形で、医療安全調査委員会（仮称）を設置して、その中で医療安全の確保を推進するために、事故が発生した場合の調査、そして調査報告書の作成・公表を通じて、再発防止策を提言すること。関係省庁の関係性で勧告や建議など行っていくというあり方で、調査、そして医療安全のフィードバックを基本とした枠組みをつくってはどうかということで、現在、御意見を募集しているところであり、各地方、地方においても意見交換などを引き続き実施しているところです。

その細かな枠組みについては、次のスライド、《現行》と《新制度》と書いているところをごらんください。医師法21条の届け出というものについては、現在、医療死が発生した場合の届け出に基づき、警察署が警察官による捜査を実施いたしまして、検察側の判断によって起訴、不起訴になり、裁判という形で解決される枠組みになっていますが、それを医療者を中心とした調査というところに、基本的に位置づけさせていただきまして、その中で原因あるいは医療安全のフィードバック、そうした観点から全国の医療機関で再発防止策、医療事故の情報などをやり、警察、行政処分との関係性も明確にしようということで取り組んでいるところでもあります。

こうした中で現在、紛争が多く生じているところについて、医療提供者側、患者さん側双方にとってメリットがあるような、そういった枠組みを構築しようという形で考えているところでもあります。

そして1枚飛ばさせていただいて、「産科医療補償制度の概要」というところをごらんください。これは21年1月1日からスタートしているものであります。

お産に関しまして、どうしても過失が医療の提供者側にないながらも、不幸なことに、分娩に係る医療事故という形で脳性まひとなったお子さん、家族の方の経済的な負担を速やかに補償するということが、喫緊の課題となっております。そうした観点から、産科医療補償制度という枠組みを設けまして、産婦人科あるいは助産所、そうしたお産を取り扱う分娩機関と妊産婦との方の契約を結んでいただくようにいたしまして、そうした中で通常の経過をたどった妊娠、出産にもかかわらず脳性まひとなった方、そうした不幸な事例が生じてしまった場合には、補償金をお支払いするという枠組みを、既にスタートしているところでもあります。

この妊産婦さんとの契約ということですが、このその費用、掛金の問題が生じますが、また補償金額ということについて、真ん中の欄で箱が2つ並んでいるところですが、3,000万円のお支払いをさせていただく。保険料については、妊婦の方の負担にならないように、1分娩当たり3万円ではございますが、出産を要件として医療保険から給付する出産育児一時金制度がありまして、その中で3万円を加算してお支払いする枠組みとさせていただきます。

そうした中で、先ほどの医療安全調査委員会と同様であります、紛争の防止と解決のために、医学的観点からの事例の分析、フィードバック、そうした医療事故の再発防止を図っていくということで、患者さんの側、医療提供される方の方でよりよいものとする。双方にとって利益があるようなものとして、制度を構築、実施しているというところでもあります。

以上でございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。

ただいま、国の方から健康局及び医政局で、現在、患者の権利に関するという観点から見て取り組んでいる施策について、御説明いただいたと思います。

いかがでしょうか。御質問、御意見ございましたら、お願いします。

**鈴木（利）委員** 医政局の方が、今回の報告書の趣旨をどのように理解なさっているのかというのが少し見えないので、お話しいただきたいと思います。

その問題意識を共通にするために、きょうの御説明について少しコメントをさせていただきたいというふうに思います。

今回、我々が出した報告書は、患者の権利を実現するため、つまり法律の言い方で言えば、良質かつ適切な医療を実現するために、患者の権利をまず明示した上で国の責務を強調し、その上で医療従事者の責務なども明示しているという骨組みになっているわけです。

これは従来、医療関係法規が、医師や医療施設等に義務規程を中心として置いてきたというところから、転換すべきであるということを書いてきたわけです。

ところが今回の報告は、平成18年度で患者の権利を守るために法整備をしたということを前提にしながら、多分3ページのところは、本報告書を意識して少しコメントをしているように見えますが、やはり、我々がつくった報告書とこの厚生労働省の姿勢というのは、まだまだ対極にあるのではないかというふうに思います。

つまり、いい医療を実現するために、それは患者の権利を守るということで、厚生労働省も御説明をいただいたと思いますが、国や地方公共団体の責務が極めて抽象的でありまして、それに比べて医師等の責任は極めて具体的かつ、ねばならない、ねばならないの集積になっているわけです。

そして患者の権利法の制定に関しては、我々の報告書は、患者の権利を中心とした医療基本法をつくるべきだということを言っているわけですが、患者の権利のみを定めることが委縮や支障を生じるというような、つまり、患者の権利と医師の責務を対立関係に置いているところに、委縮とか支障が生じているということが明らかになってきているわけですから、その対立関係を解消することによって、つまり国の責務を強調することによって、国は高みの見物をしているのではなく、医療を規制するという観点だけではなくて、むしろ規制から育成、医療をきちんと育成しつくり上げていくという責務を国が持っている。そのことによって医療が委縮しないように、患者の権利を実現するような方向性にもっていくべきだというのが、この報告書のベースにあるわけです。

その点、この報告書を念頭に置いて、患者の権利の制定についてコメントをしているのであれば、誤解といいますか、まだまだ十分理解が得られていないのかな。

その意味で患者の権利の実効性について、医療機関に対する具体的責務を課すことが実効性だというのは、我々の考え方は対極にある。こういう考え方を展開していかなければいけないというのが、我々の報告書の趣旨だろうと思います。

したがって平成18年度の医療法の改正によって、患者の権利が前進したというのは、表面的なことでありまして、それを実効あらしめるためには、医師や医療機関の責務を強調することではなくて、国や公共団体が責務を具体的に各論的に全うしていくことだと。つまり医療を規制することではなく、医療を患者の権利を中心にして育成することが重要なんだということが、この報告書の趣旨だと思いますので、その観点から改めて厚生労働省医政局の認識について、解説をいただければというふうに思います。

**多田羅座長** はい。医政局、岩間さんどうでしょうか。患者の観点から立った考え方はどうなのかということなんですけれど。

**厚労省医政局** 国あるいは地方公共団体が、患者さん、そして医療提供者、提供施設の側、両方に関して、よりよいものとしていく。そうした責任を負うということに関しては、それは医療政策を実施していく立場からは、我々の仕事であり責任なんだという基本的な認識は、委員の御指摘のとおり、その方向性については、何ら矛盾するものでもなく、我々の責務として持っているところです。

まさに医療を育成していくという観点、そうしたものが重要なところでありまして、そのために施策を推進しているところであります。

現在の医療法において、第1条の3というところに国及び地方公共団体の責務として、このようなことが書かれている。なお、ほかに責務規定が第1条の3の第2項など、そうしたことで書かれているのかというところではありますが、まず基本的な理念を定める総則と申しますか、そうしたところで書かれているものについては、第1条の3そのままです。

そのほか国、地方公共団体の仕事として、今回資料の中では省略をさせていただき、大変恐縮でありましたが、医療に関する情報提供に関する国の責務として、選択に関して必要な情報を、容易に患者さんが得られるように措置を講じろという義務規定が、我々国そして地方公共団体にもかかっているところであります。

また、医療の安全の確保に関しても、医療の安全に関する情報の提供、研修、意識啓発、医療の安全の確保に感じて必要な措置を講じろという義務が我々にかかっています。それは、医療法の第6条の9というところです。

そうした中で、その他もろもろの国に関してやるべしということについても、医療法の中に書かれているところでありますし、また、医療提供体制の確保、現在、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保という観点から施策を推進すべしということで、我々も進めてきているところですが、提供体制に関して、特に医師の確保の問題ですとか、そうしたもろもろの問題に関して、まだまだ不足しているのではないかという御指摘もいただき、まさにそのとおりだと考

えているところであります。

そうした医療法の中で書かれているものに関して、国としての義務を課されているものに関して適切に実施していくということも当然でありますし、今回の報告書にあります、対立関係ということではなく、双方の理解、共同のもとに進めていくべしということについては、まさに方向性はそのとおりだと思っています。

昨日、有識者の方々の議論の中でも、またさまざまな観点からも、医療提供者側あるいは患者さんの側との共同理解を進めていく施策はどうしようということに関してございましたので、そうした観点からも、後押しできる施策に関して、鋭意検討を進めなければならないし、我々にはそういう責務があるのだと認識しています

以上であります。

**多田羅座長** ありがとうございます。

**高橋委員** よくわかったような、わからないような説明なんですけれど、医療法の第1条で、この法律は医療を受ける者の利益保護、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するんだと。そのために適切な医療とはどういうものかというのを規定している。

適切な医療の中に、患者の権利を定めた規定が幾つも盛り込まれているという、こういうことなわけですね。

例えば第6条の4、今回平成18年につくられたクリティカル・パスを作成して説明をしろという規定になっています。これと、患者さんがクリニカル・パスの説明を求める権利があるというのと、一体何が違うんですかと、そこを聞きたいんです。

国の方でこれこれが適切な医療です、病院、診療所はこれを進めなさいというのと、患者さんにはこれこれを求める権利があるというのは、どう違うのか。それは片方があるからもう患者の権利については必要がないと考えているのか。それともちゅうちょしているのか。ちゅうちょしているのだとすれば、ちゅうちょする理由は何なのか。私はそこを聞きたいんですけれども。

**多田羅座長** よろしくお願ひします。

**厚労省医政局** 法の整備の仕組み方として、先ほどのクリニカル・パスの問題も含め、まず実際に医療を提供する方に、こうしたことをお願いするというルールとして明確にする以上、その医療を受ける側の患者さんにとって、それを受けるということについては、そのルールとして保障されたことになるといったことであります。

そうした観点で、国はではどうするのかということですが、医療を提供する側の方が、患者さんと向き合うという観点で、そのルールを整備させていただいていると。そのために応援すべきところを応援するという役割のもとで、定めさせていただいているというのが、今回の法律の書き方であります。

では、それを医療の側だけには触れているけれども、患者側の面から置き直すということはどうかということですが、2つの同一の内容を意味するものを重疊的に書くのかということについては、まさに法制論の問題となり、その内容について、今あるもので不足する観点があるということであれば、そこについては不足する点を何らかの形で補うということについては、議論を経て、コンセンサスを得た上で、法定ということについては、あり得ないことではもちろんない。

**多田羅座長** 高橋先生、よろしいですか。

**高橋委員** そうすると医療提供者の義務というか、形で規定すれば、その裏返しである患者の権利について、規定する必要はないと、こういう理解でよろしいのでしょうか。

**厚労省医政局** 法律の中で、それを重疊的に書く必要があるのかというのが、法制論としてあるところを申し上げたところでもあります。

**高橋委員** もう1点別のことでいいですか。

3ページ目に、患者の権利法の制定についてということで、「①医療は患者と医療従事者との信頼関係に基づいて提供されるもの」ということで、その下に「法的に患者の権利のみを定めることは～支障が生じるおそれがある」と書いてありますね。

私もこの報告書、検証会議の提言の原案の作成に携わったんですけれども、その際に支障が生じないような患者の権利項目だけを選ぶという、そういう配慮をしたつもりなんです。

私どもが報告した医療基本法の中で、具体的に適切な医療の提供に支障が生じる項目というのが、あるとお考えですか。あるとすれば、それはどのような項目なのでしょうか。

**厚労省医政局** ここで書かせていただきました、そういった権利のみを規定した場合に、支障、リスクという観点から委縮が生じる可能性があるということについては、この資料の趣旨として御説明申し上げれば、定め方如何という形で申し上げたところですが、支障が生じないような内



容となるならば、それは医療を提供する側の方々への理解を得られるものとなりましょう。

そうしたことを趣旨として申し上げたところです。内容の如何、権利ということで、それを実現するためには提供する側に義務がかかる。医療というのは、医療を提供する側と患者さん、その相対関係に基づくというところであります。

そういった観点で、患者さん側はこういう権利があるということをも明確にした以上は、それを実現しなければならない。どう実現するのかとなると、相対する側に何がしかの義務を課すということが、それを適切に実現するために必要だという考え方にに基づき、それゆえ内容の如何だというところで、説明の中でも簡単ではありますが、申し上げさせていただきました。

報告書の内容において、支障が生じるポイントがあるのかどうかというところではありますが、支障が生じないように定めるということについては、まさに医療の現場、各おのおの、事実上は異なっていらっしゃることかと思えます。それは地域ごとであれ、施設ごとであれ、そういったところであろうかと思っております。

そうした現状の中で、その詳細に関して、どのようなものを盛り込んでいくのかということに関しては、より深い議論を実務的に積み重ねていくようなものなのだろうと、報告書を拝見させていただきました。理解して、我々としてはそのように考えているところです。

したがいまして、本日も御列席いただいておりますし、また今後も現場あるいは一般の有識者の方、そうした関係者の方々への議論がヒアリングが行われていくと考えておりますが、そうした中で「自分のところの施設では、こういうところがまずい」、あるいは「こういうところがよい」、「できる」、「できない」という問題になってくるのだと思います。

それは地域、機関、提供するサービスの内容如何、それによって異なることだと思っております。

そうした観点から、以上、資料を構築させていただいたところです。

**多田羅座長** ありがとうございます。

銚委員、どうぞ。

**銚委員** 今、報告、厚労省の考え方がずっと述べられていますが、この報告書は既に、厚労大臣に提出されている。

それに対して、これをどういうふうを実現するかという話がなくて、今の状況だと、ほかのいろいろな立場にある人たちの意見を聞きながら、どうするかこれから考えるという。

この報告書を実際に受け取って、そして相対しているような状況になっている医療従事者と患者との関係を、基本的に一致させた形で、つまり当事者のための法制定ということが強くうたわれているわけですが、それに対してこういうところは、こういうふうになっている。医療法ではこうなっている、ああなっているというような答で、実際に厚労省は、これをどういうふうを受けとめているのか。

これを実現するためにどういう努力をすべきなのか。そういう話には一向に転換していかないというふうに思っていますが、この報告書を一体どう受けとめているのか。

これはきちんと厚労省の方から委託された形で、この再発防止検討会が提出したものです。それに対して、自分たちが委託したものに対して、弁解をずっと続けているだけの感じなんです。この報告書をどういうふうを受けとめ、これをどのようにやっていくか、何かずっと言い訳を言っているだけで、基本には触れていない感じがしますけれども、いかがですか。

**多田羅座長** 岩間委員、お願いします。

**厚労省医政局** 報告書の内容に関して受けとめをさせていただいているところです。そして、それを今後どう実現していくかというところではありますが、今後、法律ということになりますと、先ほど申し上げましたとおり、厚生労働省のみならず、さまざまの方々の、実際に法律を書かせていただくということになりますならば、その中身、どういったものを文言の一つ一つに盛り込んでいくのかということに関しても、また議論になるというところがございます。

また、今回の報告書を受けまして、先ほど申し上げたとおり、今後、実務的なさまざまな関係者の方の意見が、この場で検討されていくということと理解をしておりますので、その中身を受けて、我々としても、必要な措置をどう医療の中身、患者さんのみならず、医療を提供する側の方々にとっても、よりよいものとなるかということを考えていくのだと考えております。

そうした観点から、現在において私たちが取り組んでいること、そして現在、明確化されている現状の施策を説明させていただいたと、そういう趣旨で、説明資料を用意させていただきました。

**藤崎委員** 私も今、銚委員がおっしゃることと同じふうに思うんです。

たしか前回の会議、7月6日だったんですが、5月12日に大臣に手渡しました。大臣はリップ



サービスとはいえ、直ちに指示して、具体的なことを検討させましょうという話だったんです。

7月のときに、次回やるとすれば最低1カ月は間があるので、手渡した時期からすれば3カ月たつ。3カ月もすれば本省としてはそれなりに考えて取り組んでいておかしくないはずだというような思いがあって、きょう呼んでほしいという話になったんです。

今、聞いていますと、これから話を聞く。読んだ限りではこういうふうにと考えると、政策医療課の方はおっしゃいますけれど、これは健康局の方はどうなのかというと、ただ新しくできた基本法、4月1日から施行になった。これを出されただけなんです。こんなものを出されたって、何の意味もないなという気がするんです。

ですから3カ月たって、この間に何をしたのか、何を考えたのか、どうしようとしているのかということ具体的に、本来だったら言ってしかるべきだと私は思うんですが、それが見えないんです。

今の政策医療課の説明でもそうなんです、どうもわかったような、わからないような部分が多くて、もっと具体的にわかりやすい形で取り組んでしかるべきだというふうに、私は思いましたが、その辺がどうも不満なところ。そういう気がします。

**多田羅座長** 厚労省の方、どうでしょうか。3カ月たった時点で、より具体的な取り組みというのは、進んでいないのかというお話ですけど。

**厚労省医政局** 我々としても、検討会の報告書の内容を踏まえまして、取り入れるべきもの、早急にやっていくべきものといった観点という予算上の問題とあわせて、喫緊の課題となっている医師確保の問題、先ほど申しあげました医療の安全の推進、そうした問題とあわせて、この法のあり方をどう考えるかということについても、勉強させていただいてきたというのが、実態です。

その法律の中身とし、私たちも現下の医療提供体制、医療をめぐる情勢、あるいはオール厚生労働省で申し上げますと、密接に関連いたします医療保険制度、そうしたところに関して、総合的に医療のあり方について議論をしていくべきものなんでしょうと、この報告書の内容はもちろんのことながら、その他のテーマに関して議論を進めていく。そして新しい制度についても、現行対処すべき課題とあわせて、引き続き検討していくんだというつもりで取り組んでいるところ。

**多田羅座長** ありがとうございます。弐委員。

**弐委員** 厚労省の姿勢が、本当にわからない。

これはハンセン病問題検証会議の提唱に基づく、いわゆるロードマップ委員会ですよ。そこから出た報告書です。

だからこれに対しては、あなた方がこのロードマップ委員会を認めたわけだから、そこから出た報告書は全面的に認めるべきじゃないの。認めて、どういうふうを実現するのか。そのために各界の意見を聞くという姿勢があつてしかるべきなのに、それが無い。

これをどういうふうにしたらいいのか、この報告書を受け取って、あと各界の意見を聞いて、それからもう一度結論を出していく。考えていく。どうしたらいいのか考えていく。それはないだろう。そういうことではないんじゃないの。この報告書はきちんと受け取るべきじゃないか。これを実現するために、各界の意見を聞くのではないのか。

そういう姿勢が見られないよ。今のあなたの話は。

これでは厚労省は何のために、このロードマップ委員会を認めて、あなた方は、予算を出して、各先生方に御苦労いただいて、こういう報告書をまとめさせたんだい。その意味が、あなたの話からは、全然通じていない。

そんな姿勢でいいのか。これはもう問題なく、まずきちんと受け取りましたと。これからこれを実現するために、各界の意見を聞きますと。そういうのが、きょうの報告だろうと思って、私は出席しにきたんです。それが無い。それが一向にない。あっちへ行ったり、こっちへ行ったり、話をはぐらかす。予算上の問題まで出してくる。それはないだろう。いかがですか。

**多田羅座長** 高橋委員。

**高橋委員** あと4人の先生方の意見に私は関心がありますので、ここは厚労省を糾弾する場所というよりは、ほかの方の御意見を聞いた後に、またおやりになったらいかがと思うんですけれど。

**多田羅座長** 私の座長としての一つの感覚としては、今、弐委員がおっしゃるようなことももちろんあると思いますけれども、この1年間は、まさにこの医療基本法の法制化に向かって、どのように進めていくかということ議論する場でございます。

そこに今回、有識者の方として御出席いただき、また医政局からも出ていただいているということは、その方向に第一歩を医政局も踏み出していただいているということとして、医政局の方からもこうして御出席いただいて、有識者の方の御意見もお聞きいただく。

そういう意味で、一步を医政局でも踏み出していただいているというふうには考えられないでしょうか。

確かに現実がありますので、十分な説明というか、まだ不足のところもありますけれども、こうして医政局から会に出ていただいているということで、取り組みの第一歩として、ロードマップ委員会として進んでいると、私としては理解したいと思っているところでございます。

**鈴木（利）委員** 1点だけ、厚労省に要望だけしておきたいと思えます。

御承知だと思いますが、ことしの6月15日付で安心社会実現会議が報告書を出しているわけです。その中にも患者の権利を2年をめどに、明確にする基本法制定を推進しなければいけないとか、優先課題として医師と患者の信頼の確立のために、医療基本法の制定をするというようなことは書かれているということは、御承知だと思いますので、2年をめどというのと、この1年間のロードマップ委員会の意見を聞いて、それから考えてみようかというのでは、到底遅いわけであります。

医療崩壊騒動といわれているようなことも進行していくわけでありますから、1日も早くこのロードマップ委員会と並行して、検討を進めていただきたいというふうに思います。

**多田羅座長** 今、鈴木委員がおっしゃった点は、私も賛成でございます。そういう方向で、ひとつ鋭意御努力をいただきたいと思えます。

**厚労省医政局** かしこまりました。

**多田羅座長** それでは、時間の都合もございまして、次の先生のお話をお伺いしたいと思います。

次に大井利夫先生にお話をお願いしております。

大井先生は日本病院会副会長で、上都賀総合病院名誉院長を務めておられます。

基本的に医師という立場から、現状やあるいは取り組みの方向性について、御示唆いただければありがたいと思えます。

どうぞよろしくお願いたします。

**大井氏** 大井でございます。資料3にきょうお話ししようとするのを、パワーポイントから打ち出し印刷してまいりました。

私に与えられましたテーマは、患者の権利に関する体系についてということで、医療機関、医療従事者の立場から意見を述べろという命令でございました。

私自身は40年近い医師としての経験を、ほとんど病院医療の中で行ってまいりましたし、現在も日本病院会という病院組織団体に所属しておりますので、主としてそういう立場から述べさせていただきます。御了解いただきたいと思えます。

きょうの話の趣旨は、患者さんの権利に関する事柄について、まず理念的なお話をさせていただき、その上で具体的な項目に入らせていただこうと考えております。

お聞き苦しいところがありましたら、御勘弁いただきたいと思えます。

資料の2ページ目ですが、そもそもこれは、臨床に携わっている医師にとっては、当たり前のことではありますが、100年も前にWilliam Oslerが、「医学とは患者に始まり、患者と共に在り、患者と共に終る」と、大変格調高い言葉を残されています。

そういう意味でも、患者中心の医療というのは、現代医療の基本であるという認識は、医師たる者はほとんど間違いなく持っているものであります。例えば、所属しております日本病院会の「倫理綱領」や「病院憲章」にもそのことがうたわれております。

「病院憲章」では、「病院は患者中心の医療の心構えを堅持し」というふうに高らかに憲章としてうたっているところがあります。

しかし医療は、突然患者さんに接するわけにはいきませんから、あらかじめ必要な医療施設とか機器の準備・整備、医療に携わる多くの医療関係者の、日ごろのたゆまぬ研鑽というものが必要であります。

一方、多くの医療の場では患者さんが何の準備もなしに、しかも本人の望まない形で登場せざるを得ないという不均衡がございます。これが実際の医療の現場であろうかと思えます。

William Oslerの言葉と合わせて考えると、大変重い、難しい命題であると思えます。

では、その医療現場の患者さんの立場というのは、実際にはどうなんだろうかと申しますと、3ページ目ですが、医療行為の場に登場せざるを得なくなった患者さんにとっては、医療行為を

受けることは、非日常的な行為でありますし、好ましくないことに違いない。

しかも相対的に医療者に対して、弱い立場になるということは、医療関係者が強く認識しているところであります。

患者さんが医療の主体的な立場に立ちにくい理由として、そこに4つぐらい、書かせていただきました。このほかにもあるかもしれませんが、まずは情報の非対称性、専門的知識の質と量が違うことと、どうしても医療現場に登場しようとする患者さんは、医療提供者としての医師、医療関係者への信頼が条件になっていく。

また、救いを懇願して、形態が能動-受動モデルになりやすいということがあると思います。

4番目は、昭和36年に国民皆保険制度が施行されてから、自己負担意識が低下していることも、あるいはあるかもしれないと思って、書かせていただきました。

次の4ページ目に、では患者中心の医療というのは、現代医療の基本的命題であると述べさせていただきましたが、医療というものは、確かになるべく標準化されて普遍化されたものでなくてはなりません。それは当然のことですが、しかし画一的にはなり得ない。もし画一的医療をうたうとしたら、基本的命題に反することになってしまうということでもあります。

一方、患者中心の医療といいますが、患者さん個人を尊重するということが、個人主義であろうかと思えます。Individualismですが、しかしこれは利己主義、エゴイズムや自己中心主義とは異なるというふうに、私は理解しております。

もう一つ、4段目に書かせていただきました。これは文化勲章をお受けになった、経済学者である宇沢弘文先生が、常々おっしゃっていることですが、医療は社会的共通資本として国民全員が守っていく必要があるものである。そういう視点も同時に必要だろうというふうに感じております。

その上で医療者の立場に立って、医療者の責務と患者の権利について、まとめてみたのが5ページ目です。私自身は、医療者はどうしても非対称的な立場に立つ患者さんに対しては、アスクレピオス的な権能に、謙虚に従うべきだというふうに考えております。そのために最大の努力を払う責務があるというふうに、医療者の立場からは思います。

そのために、医療現場において医師に求められる倫理的な判断というのは、BeauchampとChildressが言っている、自律の原則、無加害の原則、善の原則、正義の原則という4つの有名な原則に従う必要があると思います。

自律の原則というのは、医師も患者さんも、自分の意志で決定するということでもあります。これが自律の原則です。無加害の法則というのは、現代社会の中では当然のことでもあります。善の法則というのは、どのような善を生じるかということが議論されるべきであり、正義の原則というのは、その行為が社会にとって正しいものかどうかを外部、内部ともに批判に耐えるべきだということで、これらを統合的に行うことが最も重要だというふうに考えておりますから、ひとりよがりの医療ということは、この中からは全然生まれてこないということを御理解いただきたいと思えます。

また同時に、患者さんには医療の主体者として、当然有すべき義務があろうかと思えますが、きょうは一番下に書きました患者の権利を中心に、述べさせていただこうと思えます。

現在、患者の権利について、いろいろなところでいろいろ言われていると思えます。例えば医療機能評価機構で問われている患者の権利というのは、ここにございます9項目であります。日本生協医療部会の患者の権利章典では、6つの事柄を掲げております。また有名なリスボン宣言もございます。

こういうことは共通して、幾つかの知る権利とか自己決定権とか、あるいは受療権とかそういう事柄をうたっているものであります。これら一つ一つについて、私は全く異論はございません。

ここからは実際の医療現場の話になりますが、医師が患者さんに説明しなくても許される場合がある。これは医療の現場ではあり得ます。というのは、常に説明をして納得して、インフォームド・コンセントを主体に行うべきだといってもそうでない場合、それではとても間に合わない場合、説明しなくても許される場合がある、というのが7ページに書いた事柄であります。

Annasというのは、有名なボストン大学の生命倫理学の世界的第一人者であります。このAnnas教授が書かれた4項目というのが、今、世界の中で一番代表的な考え方だろうと思えますし、私自身も病院関係者の人たちも、これに準拠しているというのが現状であります。

そこに書きました救命処置など緊急の場合は、許されるだろう。それからリスクが小さくて、その行為が普遍的に周知されているのもよろしいだろう。患者さんがリスクのあることを理解した上で、リスクについて知ることを希望しない場合も、やむを得ないだろう。4番目が、リスク

情報によって、患者さんが合理的な判断ができなくなるほど混乱することが、明らかに予想される客観的証拠がある場合というのが、そこに書かれているとおりであります。がんの告知の問題などはこの中に、多少絡む問題だろうというふうに思います。

8 ページでは、実際に私自身の経験から、臨床の場で問われる患者の権利の問題点について、考えさせていただきました。臨床の場で問われる患者の権利の問題点について、5 つばかり指摘させていただきましたと思います。

①は診療応需を要求する患者さんの権利、医師法の上でいうと応召義務になります。医師に全くの拒否権はないか。これは考えていくべきだろうというふうに、問題点として提起させていただきました。

治療法選択の権利、患者さんの権利として当然あるはずですが、救急などのインフォームド・コンセントのあり方をいかに考えるかというのが、問題点だろうと思います。

受療権、これは非常に大切な患者さんの権利ですが、医師が、必ずしも薦めない治療を要求されたり、あるいは医学上適切と思われない医療を求めると、それも許されるのかどうかという問題があるかと思っています。

安全の要求、医療は必ず安全でなければならないといいますが、治験など最新の治療効果を期待するならば、安全性を若干犠牲にしなければならないのは、当然のことでありまして、例えばアメリカなどですと、最も新しく進んでいる医療を受けたいという、では治験を受けなさいと。そのかわりあなたには、それだけの危険があります。しかしそれは最新の医療ではありますというふうに答えるという、話がありますが、そういうことになるかと思っています。

それから、結果責任のみを追及されていくのでは、医療現場というのは崩壊しかねないので、医療行為は常に無謬ではないということも大切だろうと思います。それらはどういう意味かという、現代の医療は基本的には「積極－受動型」、あるいは「指導－協調型」から完全に「相互参加型」に進んできている。これを認めた上で、すべての場面で同一の権利が主張されるわけではないということ、さまざまな現場があるということを知っていただこうと思ひまして、書かせていただきました。

9 ページは、臨床の場でどういうことをやっているか、事例を少し挙げてくれというので、私どもの病院を中心に行っている事柄を、7 つぐらい書かせていただきました。

実際に患者・家族参画型カンファレンスというのは、ほとんどの病院で、どんどん行われるようになりました。

患者手帳というのがあって、患者さんに検査結果とか投薬の処方など全部とじていただくというもので、これも多くの病院で行っておりますし、日本病院会でも「私のカルテ」としてつくって利用していただいています。

患者図書室、巡回図書室などもやっております。

看護外来というのは、実際多くの病院で、看護師さんが外来をかまえていろいろな患者さんの希望を聞いたり、あるいはそのほかのメディカル外来もつくっている。

患者アドボカシーというのは、患者さんのクレームとかいろいろな要求を、第三者的な立場に立って仲介して協力していこうという、これも多くの病院で行われてきております。

また、患者用パスの活用とか疾患別患者会というのも、どんどん行われるようになってきました。

こういうふうに、現場では、患者中心の医療に向けて着々といろんなことが、行われているということになります。

10 ページですが、その上で法的規制の問題について、私自身の考えを述べさせていただきたいと思います。今お話ししたような複雑な因子が錯綜するさまざまな医療現場では、硬直した条項を法的に規制することには、大変無理があるのではないだろうかというのが結論です。

しかし、これは大事なことです。法的規制がなくなれば、相互信頼に基づく真の患者－医療者関係は保証されないと考えております。ですから法的規制というのは全くなしとはしない。医療の現場では、医療者と患者さん是对立する関係ではなく、相互参加型の医療が求められているという大原則にのっかって考えるべきだろうと思います。

そういう意味で11 ページは私の提案であります。「Hard lawか、Soft lawか」と書きましたが、時に早急な対応が求められ、複雑な要素が流動的に絡み合う医療現場では、今まで説明してきたように、医療者－患者さんの相互参加と信頼を確保していくためには、根幹をなす部分というのは「Hard law」。それを補完する「Soft Law」の組み合わせでいくのがいいだろう。

もう1つの提案です。さらに具体的には、例えば英国のPCTとかPPIのように、制度とし

てそれを補完していくというのが実際的ではないだろうか。Hard law、Soft law、制度という組み合わせが、実際的ではないだろうか。そうすれば患者中心の相互参加型の医療が上がるのではないだろうかと考えています。

最後のページですが、これは委員の皆さん方の御協議をいただいて、ことしの4月に出された報告書の中で、患者の権利と責務について法に盛り込むべきとしている条項について、私の意見を書かせていただきました。順番もそのとおりになっております。

患者の尊厳とプライバシーの保護に関しては、賛成です。

自己決定権については、インフォームド・コンセントを含むというのは除外事項もありますので、そういうところはsoft lawで補うべきだろう。例えば救急現場なんかのところ。そういうことは許されるだろうし、Annas教授の言われる説も参考にしていけるだろうと思います。

情報の提供を受ける権利は、知らされない権利とかセカンドオピニオンは、soft lawで定めるべきかなと。これをもしhard lawでしてしまうと、硬直してしまうのではなかろうかと考えております。

医療安全の権利は、医療事故の対応は全く別のものとして定める。先ほどの医政局の説明のように考えるべきだろうと思っています。

非拘束者擁護の権利は、法に盛り込むべき大切な要綱だろう。

健康教育を受ける権利もうたっていましたが、私はそれはsoft lawで行けるのではなかろうかと考えています。

責務はそこに書いてあるような事柄で、これはもし医療基本法の中で、患者さんの権利について云々するときには、そういう言葉をうたうべきなのかなというふうに考えております。

いずれにしても相互参加で、対等に自律の原則にのっとった医療の展開ができるように、日々我々も努力しておりますし、そういう方向で考えていくべきだろうと思っています。

以上であります。

**多田羅座長** ありがとうございます。この検討会としては、今、先生から御示唆いただいた、相互参加型医療、それを日本において実現するために、医療基本法が制定される必要があるのではないかとということで、基本的に意見が一致したと思うんですけど、その大筋においては、先生いかがでしょうか。医療基本法ということ。

**大井氏** 医療基本法という形態で、法的に整備をして、根幹をhard lawで定めていくということ、それから周辺をsoft lawで定めていくという姿勢に、私は賛成です。それは推進していくべきだろうと考えています。

**多田羅座長** 推進するためには、具体的はどういうことが必要といたしますか、まず第一波はどんなことでしょうか。

**大井氏** 医療基本法として考えているのには、医療を受ける側もありますし、医療を提供する側もありまして、さまざまな法律が、今たくさんでき上がっています。その辺をきちんと整理して、根幹になる理念を明確にするべきだろう。一番困っているのは、それは余分なことになるかもしれませんが、いろんな法律の第1条で理念をうたっているのですが、それが共通していない。ばらばらなような気がします。

それが医療現場の中では、非常に混乱を起こしているというふうに、私は考えています。

**多田羅座長** わかりました。ありがとうございます。

委員の方、いかがでしょうか。御質問、御意見ございますか。非常にわかりやすくお話しいただいたと思いますが。

**高橋委員** これが許されるかどうか、御相談なんですけれども、今の井先生の大井先生の御発言について、厚労省はどうお考えか、許されるかどうか、御判断いただきたいと思いますが。

**多田羅座長** 委員会の相互討論というか、特に有識者の先生方同士というのは、ちょっとケース・バイ・ケースかと思いますが、もしお答えできようでしたら、岩間さん、いかがでしょうか。無理であれば無理ということも、有識者の先生は、それぞれの立場がございまして

**厚労省医政局** このように、まさに実務の観点から御指摘いただいているということは、重いことだと思っています。その一つ一つのものに果たしてどう組むか、あるいは組めるのか、中身は何かということについては、ほかの立場の先生の御意見も聞かせていただきたいと思っています。

ここに書かれていることについては、まさに我々としても、先生からの御指摘をさらに参考にさせていただくよう受けとめて、例えば条文上どうかとか、法制的にどうか、中身的にどうかということ、定めていく際の土壌となるものだと。そしていろいろな御指摘は、まさに受けとめ

なければならぬものだと認識しています。

**多田羅座長** ありがとうございます。

それでは、次に山本先生にお願いしたいと思います。山本先生は、保生堂薬局におられまして、日本薬剤師会の副会長を務めておられます。

それでは先生、よろしくお願ひいたします。

**山本氏** 日本薬剤師会の山本でございます。今、御紹介がございましたように、私は普通の開局の薬剤師でございます。店を開いている立場であります。

今回薬剤師の立場で、この報告書についてどう思うかという意見を述べよという御下命でありまして、こうした場をいただきましたことに、まず御礼申し上げます。

今日は、開局の立場と、もう一つは医療機関の中に勤務する薬剤師の立場と2つございますので、2名でお話し申し上げたいと思います。

まず、私の方から薬剤師全般と開局にかかる部分、後ほど遠藤の方から、いわゆる医療機関に勤務する薬剤師に関するところを、お話しさせていただきたいと思ひます。

お手元の資料4でございますが、私ども薬剤師が国から、あるいは国民から期待されている役割は何だろうということで、1ページを開いていただきますと、薬剤師法の第1条をそこに挙げておきました。

ここには私どもがなすべき任務が書かれておまして、明確にここに規定されております。調剤、医薬品の供給、その他薬事衛生をつかさどることによって、その結果として、国民の健康な生活を確保するというのが、私どもの任務、責務と考えております。

それに加えまして、調剤と医薬品の供給に当たっては、単に調剤する、あるいは医薬品の供給をするだけでなく、安全に医薬品を供給し、それがさらに適切かつ的確に使用されるように最大限の努力を払うことが、また私どもに求められているものというふうに理解をしております。安全で有効な医薬品が医療現場だけでなく、例えばセルフメディケーション、一般用医薬品でありますけれども、そうしたものを地域の方々、あるいは患者さんがお使いになる際にも、十分に安全に提供するということが、必要不可欠なことと考えておまして、結果として社会に、適切かつ安全に医薬品が提供されているということは、安全で安心な医療が確保され、その結果、患者さんが健康に生活できる権利を守ることもつながるというふうに、考えております。

私どもはこうした役割を果たす上で、必要とされます医薬品に係る知識や技術を習得することはもちろんでありますけれども、医薬品に係る専門職としてその取り扱い方、あるいは医療に取り組む姿勢を、広く薬剤師の中に広めるということを目的としまして、昭和48年に薬剤師綱領、平成9年に改訂いたしました薬剤師倫理規程というものを定めてございます。

お手元の資料、3ページに倫理規程、それから4ページに薬剤師の倫理規程の一部と綱領を記載してございます。

倫理規程につきましては、かなり膨大なものでございますので、今回のヒアリングの主旨に合致する部分を持ってまいりました。

倫理規程の前文の中に薬剤師は何をすべきかということ、明確に私どもなりにうたったつもりでございます。あわせて綱領につきましては、そこに示した3つのことを薬剤師として守っていくということで、広く会員に対して示しておりますが、具体的に倫理規程等がどう遵守されているかということに関して、十分に検証されているかどうか、なかなか確認はとれておりません。毎年10月に開かれます日本中から薬剤師が集まる、日本薬剤師会学術大会というのがございます。参加者はおよそ1万人ほどになりますが、その開会式の中で、全員で薬剤師綱領を唱和するというので、改めて毎年、毎年、その場でその主旨を確認するというのをしております。

次に、医療制度あるいは一般用医薬品を含む、医薬品の供給体制、広く言えば我が国の医療提供体制における薬剤師の具体的な役割に関しまして、開局薬剤師の部分をお話ししたいと存じます。

先ほど厚労省から御紹介がございましたように、平成18年の医療法の改正によって、薬局も、医療提供施設に位置づけられました。平成4年の改定の際に、薬剤師は医療の担い手になっておりますので、薬剤師の立場からしますと身分が、また、開局の薬局からすれば、薬局そのものが医療の中に組み込まれたというふうに認識しております。

その背景にありますのは医薬分業の進展、あるいは薬剤師養成教育が、4年教育から6年に延長されたことが挙げられると思ひます。薬剤師業務の中でもとりわけ処方せん調剤が医療に直結する部分と考えておまして、この調剤につきましては、薬剤師のみに認められた業務であ

りますので、その業務につきましても、医療技術の進展、あるいは患者さんのニーズの変化に呼応して変化してきています。

資料の5ページをごらんください。これまで薬剤師の業務というのは、さまざま議論されておりましたが、私どもはこのように考えております。かなり長い間、薬剤師の仕事というのは、処方せんに忠実に正確に調剤をすることが、是とされてきました。

したがって第一世代から第二世代、第三世代と移行するにつれまして、多少の変化は起きておりますけれども、いつも処方せんに忠実にとということが、私どもの目的あるいは役割とされておりました。しかし、第五世代、これから出てくる薬剤師、あるいは既に近年社会に出てまいりました薬剤師につきましても、単に調剤をするだけではなく、むしろ薬物治療全般にわたる情報収集、管理、あるいは分析、そういうことをすることが、私ども薬剤師の役割と考えておまして、開局薬剤師も患者記録をもとに、安全あるいは患者さんの体の状態を確認しながら、適切な医薬品の供給と適正な医薬品の使用の実現に取り組んでいるところであります。

薬局に持ち込まれる処方せんには、病名の記載がございません。したがって病名記載の可否に関しましては、十分に議論をする必要があるかと思っておりますけれども、患者さんの一層の安全確保、あるいはより適切な服薬指導ということを考えますと、もちろん十分な個人情報の保護という対策を講じた上でのごことですが、あるいは処方せんへの病名記載ということも必要ではないかということは、個人的に考えております。

1ページめくっていただいて6ページですが、諸外国では、比較的一般的になっております医薬分業制度というのがございます。日本独特の医薬分業という言葉ですが、諸外国では通常、医薬品の供給体制という言い方をしているようです。我が国も外来患者の方々がお薬を受け取る場合の、ほぼ60%近くが町の薬局で、処方せんを通じて調剤を受けております。

そもそも医薬分業の役割は何かと申しますと、6あるいは7にございますように、医薬品の使用を一元的に管理する、とりわけ入院されている患者さんの場合には、院内できちんとした管理がされておりますけれども、外来患者さんの場合にはなかなか容易ではございませんので、医薬品の使用を一元的に管理する、そうしたことで、患者さんにとって、安全で安心な薬物治療が行えるようにする仕組みというふうに意識しております。そこがございますように、幾つかの医療機関を受診する必要がある患者さんも、決して少のうございませぬ。そうした場合にも1カ所の薬局で調剤を受けるということで、重複投薬あるいは相互作用といった、負の効果等をきちんと整理をすることで、患者さんにとって不利益なことが起らないように、医薬品の専門家としての薬剤師が確認することが、実現できると思っております。

また、資料7ページですけれども、外来に來られる方、あるいはたまたまその方々が入院されたり、入院された方が退院されるという場合におきましても、外来での治療がどうであったか、あるいは入院中の状態がどうであったかということ十分に把握し、外来からの情報提供、あるいは医療機関から地域の薬局への情報提供がスムーズに行われますと、的確かつ適正な情報の共有が可能となり、安全な薬物治療が進められるということでありまして、医薬分業といえますと、医療手段の一つであります医薬品の使用、あるいは薬物治療を安全に進めるための仕組みというふうに考えておりました。この考え方は処方せんだけでなく、処方せんのお薬をもらえる患者さんも、当然町で御自分の判断でお薬を買われているケースもありますので、むしろ医療提供体制全体に係る問題というふうに、私どもとしては考えております。

今回の検討会での提言を拝見しまして、こうした問題が起きないように再発防止に向けた課題がさまざま示されております。現場と大きく乖離する部分は、余りないのではないかと考えておりますし、また患者さんの権利を守るという観点から、医療全体を包括する新たな法体系をつくるという考え方も、十分理解できるところであります。

先ほどから議論がございまして、新たな法律を創設するという際に関しては、特段、支障はないと思っておりますが、しかしながら現にさまざまな法律、例えば私どもでいえば薬剤師法であり、薬事法であり、あるいは医師の方々であれば医師法であり医療法でありという、現行の医療に係る法律がたくさんございまして、そうしたものと矛盾が生じないよう配慮されることが、必要ではないかというふうに考えております。

また専門家と非専門家、この場でいえば、医療提供側と患者さんとの情報の非対称性というのは、常々言われている問題でありますので、そうしたことについては、先ほどからございますように、患者さんが、何が起きていて、何を受けているのかということ十分に納得し、あるいは説明できるような情報公開というものが、当然不可欠なことであります。その半面、先ほどの大井先生のプレゼンにもございましたように、医療提供側と患者さんとの間の権利、義務の対立



のようなものが発生しないような配慮を、ぜひお願いしたいと思っております。

最後に、そのようなことを踏まえまして、薬剤師としてはこのようなことを考えているということで、8ページに提言という大変大きな言葉を使いましたけれども、お示ししております。

医療に関する知識や考え方が大きく変化してきている中で、患者さんの知る権利の尊重と、安心で安全、それでいて患者さんが納得できる医療の提供が求められています。医療の中で重要な役割を果たす薬物治療が患者さんにとりまして、安全で効果的に、また、患者さんのQOLを向上させるよう、最善の努力を払うことが、薬剤師に求められていると考えております。

したがいまして医療を担う専門職として、また地域における医療提供施設として、本検討会の報告書にもございますように、医療機関との連携を進める一方で、共有される患者情報に関しては、専門職間以外への漏洩を防ぎつつ、的確に取り扱うことによりまして、さらなる医薬品の適正使用に貢献したいというふうに考えているところでございますので、よろしくお願いいたします。

なおこの後、病院薬剤師のことにつきまして、遠藤の方から御報告申し上げます。

**多田羅座長** それでは続けてお願いしてよろしいでしょうか。

遠藤先生から、お願いいたします。遠藤先生は、病院薬剤師会の副会長をされておられて、現在、国立がんセンター東病院、薬剤部長を務めておられます。どうぞよろしくお願いいたします。

**遠藤氏** 遠藤です。よろしくお願いいたします。本日はこのような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

私の方は、医療機関に勤務する薬剤師の立場から、お話をしたいと思っています。

今回の検討会の報告書の、患者の権利に関する体系の部分に書かれていることは、患者さんの権利を守るという観点からも、とても重要なことだと思っています。

報告書に関する考えは、今、山本の方から話をしたので、私の方からは、医療機関における薬剤師が、患者本位の医療を行うためにどんなことをやっているのか。実際の事例を含めてお話をし、薬剤師の業務について理解をしていただきたいと思っています。

資料の2ページをお願いします。病院には医師を初めとして、薬剤師、看護師など多くの職種が働いており、多くの職種で医療チームを結成して、患者中心の良質な医療の実践を目指しています。

その中で私たち薬剤師は、薬そのものや薬物治療に関する業務を中心的に行っています。薬剤師は患者さんに、有効で安全な薬物治療が行われるよう、薬学的な立場から、医師への処方提案や副作用をモニタリングすることで、薬物治療に情報をフィードバックし、患者さんの個人個人に最適な薬物治療になるように、活動をしています。

また、その薬物治療の内容を、患者さんへ十分に説明することにより、適正な医薬品の使用を目指しています。

次に資料3ページですが、この絵は、薬剤師は医薬品の適正使用を推進するために、カンファレンスや回診に参加することで、医師や看護師と患者さんの情報を共有し、病棟に薬剤師が常駐することで、今まで以上に、患者さんの状態を薬剤師が十分把握し、患者さんに、副作用の未然防止や重篤化防止につながるよう、従来の調剤を中心とした業務から、より患者さんに近い業務を行うことで、薬物治療の安全確保に資するように業務を行っています。最近、薬剤師として新しい業務をいろいろ行っていますが、その絵に描いてあるようなことを、従来の業務とは違った観点で、今、行っています。

4ページなんですが、私が勤めているところが、がんの専門病院なので、安全な薬物治療の実践について、がんの治療において、我々薬剤師がどのようなことをしているのかというお話をしたいと思います。

抗がん剤による治療というのは、多くの患者さんに副作用が発生することが非常に多いわけです。がんの治療そのものは、いわゆる標準療法といわれる根拠のある治療を、もともと考えられている計画に従って、副作用が発生しないで、治療の中断なしに予定どおり治療が完了するということを求めているわけなんですが、副作用で途中で治療が中断してしまうという場合も、多々あるわけです。

特に最近は、外来において、抗がん剤による治療を行うという外来化学療法が、多くなってきています。そのため、副作用が、患者さんが自宅に帰られた後に発生するという心配もあります。ですので、外来の化学療法においては副作用の防止対策が、非常に重要になっているわけです。

5ページ目なんですが、がんの化学療法を安全に行うために、我々が今、行っている業務を①

から⑥まで書きました。番号でお話しさせていただきたいと思います。

①というのは、根拠のあるがんの薬物療法を安全に行うために、医師、薬剤師、看護師で構成した委員会で検討して、病院内で使用する抗がん剤による治療内容を決定しています。その際、この委員会のマネジメントを薬剤師が行っていき、治療の根拠とか安全な治療法を提案して、できるだけ安全に有効な治療となるように行っています。

②は同じようなレジメンチェックと書いてありますが、患者さん個々に適した治療内容かどうかというのを、投与するたびに確認をしています。投与する日の体の状態に適応しているかどうか、投与量、投与方法、投与間隔などを確認して、安全で正確な抗がん剤調整をするという③番を行っているわけです。②番とか③番が、安全な治療を行うためには、とても重要な手順となっています。

④番については、抗がん剤投与後、副作用が発生しますので、その防止対策のために、予防薬の提案とか、予防薬を確実に処方されているかどうかを確認します。

⑤番に患者対応と書いてあるんですが、⑤番目に抗がん剤による治療内容の説明や、副作用が出ていないかの確認を、薬剤師が行っています。特に帰宅後に発生する副作用について、どのような対策をとるかも含めて、理解を得られるよう、丁寧に説明を行っています。同時に治療内容や発生する副作用の内容や対策を記載した文書も、患者さんにお渡ししています。

⑥番は、新たな取り組みということで、従来は電話交換手を通して、診療中の医師に問い合わせが来ることが多いんですが、それを直接患者さんから、我々薬剤師が電話を受けて、患者さんの副作用に対する不安を解消するために、化学療法ホットラインを設けています。我々が直接答えることによって、患者さんの不安解消とか、副作用の早期発見につながることを行っています。

また、医師との外来診療や薬剤師外来など、外来診療に薬剤師が直接参加することで、患者情報を共有することによって治療内容の向上、患者さんの立場を理解した上での説明を行っていて、患者さんががん治療を選択する、いわゆる自己決定するときのお役に立とうということで行っています。

最後の薬薬連携というのは、我々病院の薬剤師と薬局の薬剤師の連携ということですが、抗がん剤の治療の内容を、患者さんを通じて薬局へ情報提供することで、連携をして、患者をサポートするというようなことを行っていて、安全で有効な治療を継続することを、目的として行っています。

6ページ目の図なんですが、これは今、説明をした外来化学療法を受ける薬剤師の関わりをまとめたものです。薬剤師ががんの薬物療法に、積極的にかかわることは、患者さんが納得して治療に参加していただくために、必要なことだと考えています。

薬剤師としては医療チームの中で、新しい取り組みの外来診療に薬剤師が陪席すること、薬剤師外来やホットラインががん治療を安全に行うために役立っているのではないかと考えています。

7ページの資料は、先ほどの薬薬連携のところなんですが、右側の文書は、患者さんに処方せんと一緒に薬局に渡していただく情報提供書です。お薬手帳も、これと同じような役割をしているのですが、この情報提供書に、先ほど山本の方から言いましたが、処方せんで十分な内容がつかめないようながん治療について、薬剤情報提供書で薬局に提供して、この文書をもとに、患者さんを適切に指導していただくということを行っています。

左側の方は我々が患者さんに説明をするときに、治療内容をやさしく書いた、副作用のことや、その副作用の対策を記載した説明書の一部です。できるだけ患者さんにわかりやすいものということ、心がけて作成しています。

最後のページなんですが、薬剤師は医療チームにおいて薬物治療を中心に、業務を行っています。患者さんに安全に薬物治療が行われるよう、特に注意を払っています。薬物治療が患者さんに最適なものとなるように、医師への提言も行っています。薬物治療の内容を、患者さんに正しく理解していただくよう、最善の努力を払っています。

患者さんの心と体にやさしい医療を実現するため、今後とも、医薬品が適正に使用されるために努力をしていきたいというふうに思っています。

以上です。

**多田羅座長** ありがとうございます。患者中心の薬剤師サービスの推進といますか、その現状について詳しくお話しいただきました。どうもありがとうございます。

委員の先生方、いかがでしょうか。

**鈴木(利)委員** 山本先生にお尋ねしたいんですが、5ページのところのスライドで、「調剤業務の変化→第五世代へ」とありますね。古典的な調剤の概念、つまり調剤とは何かということ、

2種類以上の薬を調整することというのが、大審院のときの判例にもあるんですけど、その概念が少しずつ豊富になってきているということなんです。

この調剤概念の変化と公共政策の関係について、もしおわかりであれば、公共政策、つまり最も身近な公共政策としては、例えば保険点数に反映するということがあると思うのですが、法律を見る限り、調剤の概念はこうは膨らんではいないわけです。

それで第二世代、第三世代、第四世代、第五世代と、大体いつぐらいから、どんなことがきっかけで、広がってきているのかということと。

それが公共政策が後追いなのか、それとも公共政策が後ろから押してきているのかというあたりの関係、もしおわかりになれば教えていただきたいと思います。

**山本氏** 多分、公共政策、診療報酬の面でいえば調剤報酬になりますけれど、後から追われるものと、少し先に走る部分と両方あるというふうに、私は認識しております。

具体的に、この第一、二、三、四、五世代と書きましたのは、いつからということではないんですけど、自分でこれをつくっておまして、私は36年前に学校を出ましたので、私は多分三世代の始まりかその辺だろうなということを考えております。

その後さまざまなお薬に関する問題点が発生しましたし、そもそも医療は記録がない状態で進めることがどうなんだという、私どもの反省もございましたので、そういった意味から薬歴という言葉をつくって患者の記録を残すことを始めました。当初は処方せんの単なる投与歴でありましたけれど、徐々に必要性が出てきて、かなり細かな情報をお伺いしていますので、薬歴に関して見ると、業務の方が少し先だったのかなと思います。

処方せんの発行、いわゆる医薬分業という全体を考えますと、幾分、政策が先にあったのではないかという感じを持っております。

これからは医療政策と調剤というものは、多分、保険の世界ではパラレルになるだろうと思います。ただ法律の世界で調剤をどう規定するのかというのは、これはなかなか私どもとしても、難しい問題でありまして、法理論というんでしょうか、そうしたものも入ってまいりますし、過去の判例もございますので、そうしたものに踏み込んだ議論は日薬ではしておりませんが、少なくともこれからは、ステップは同じステップで踏まれていくのではないかという感覚は、持っております。

**鈴木（利）委員** そうすると、調剤業務の変化と公共政策の関係というところの、公共政策は主に保険、健保ということになりますか。

**山本氏** いわゆる費用という面でいえば保険になりますけれども、例えば医療法1条の2の改正によって、いわゆる報酬の評価とは別に、役割として明確に位置づけられたという意味では、報酬を超えてしのぐもの、大変意義があったと思っておりますし、今回の薬事法の改正にしましても、明確に薬剤師のありようというものを示しておりますので、そこは必ずしも費用との関係ではなしに、法体系の中での公共性、あるいは費用としての公共性ということでありまして、そこは必ずしも明確に分けられるかどうか、正直なところ、わかりません。

**鈴木（利）委員** ありがとうございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。山本先生、遠藤先生からは、薬剤サービスの面で御報告いただいたのですが、特に山本先生の方から、医療提供体制全般を包括する法体系というのが必要なのではないかというお話がございました。

そういう面で、山本先生、遠藤先生、そういう法ができるのとすると、こういうことが期待できるのではないかという、そういう将来像などの展望のようなものを何か、薬剤の方から御示唆いただくようなことがあるでしょうか。こういうことが可能になるのではないか、こういう世界が開けるのではないかという面では、どうでしょうか。

**山本氏** ありがとうございます。恐らく病院、医療機関の薬剤師と開局の薬剤師というのは、多分、見方が違うと思いますが、多少私見を交えて申し上げれば、そもそも医療の中で、薬剤師は必要欠くべからざる役割だと思っておりますが、日本の医療の世界では、比較のおくれてきた専門職でありますので、そうした意味で言えば、医療を受ける患者さんの安全、あるいは権利というものを守ることからすれば、チーム医療の中で薬は大切な道具でありますので、そうしたものを管理する薬剤師が、医療の中に同じレベルで立てるということについては、大変ありがたいと思っております。

ただ、そのことが、私どもの権利を主張する、業としての権利を主張するものではなく、やはり医療をうまく進め、患者さんの安全を守るという観点で、私どもとしては歓迎すべきことだと理解しています。

**多田羅座長** 遠藤先生、どうでしょうか。

**遠藤氏** ありがとうございます。我々病院の薬剤師は、割と少数集団でして、非常に業務が限られている部分があるのですが、最近、先ほど御説明したように、いろんな業務を展開するようになっていて、かなり患者さんのそばで業務ができるようになりつつあります。

そういう業務をこれからやっていくことによって、患者さんの薬物治療がより良いものに、我々としてはしていく自信がありますので、ぜひ薬剤師を活用するような法律をつくる、そこに書くという話ではなくて、我々薬剤師がもっと患者さんのところで仕事ができるような、そういうものにしていただければ、薬剤師が薬物治療に対して、今以上に責任を持って業務ができるのではないかと考えています。

**鈴木（利）委員** 1点だけ、よろしいですか。

**多田羅座長** はい。

**鈴木（利）委員** 先ほどの調剤業務の拡大ですけれども、私たちも医療事故を通したりして、いろいろ見てはきているんですが、第五世代のあるべき調剤業務の考え方からすれば、日本全体としては、特に病棟での薬剤業務なども含めて、まだまだ十分に展開されていないのではないかとこのように思うのですが、それを拡大していくためには、どんなことが必要だというふうにお考えでしょうか。

**山本氏** 私が答えていいですか。

我々は現在、薬剤師が病棟に常駐できるようにしてほしいということをいろいろ要望もし、そうするように薬剤師を少しでもふやすとか、先ほど先生がおっしゃった保険診療上の評価というのをも求めています。

現状はどうしても病院の中だと調剤室という病棟から離れたところにいることが多いと、どうしても医師の処方せんだけを見て判断をする機会が多くなりますから、これからはもっとそばに行く、患者さんを直接我々が見て、その状態などを含め、医師に処方提案をすとか、実際の薬物治療に際して、我々が直接患者さんに投与する薬をお渡しするところで、我々が直接目にして対応できるので、そのときに我々の薬学的知識が、最大限に生かされるのではないかとこのように思っています。

**多田羅座長** ありがとうございます。

簡単をお願いします。

**安藤委員** 2ページにチーム医療というのが書いてあり、医師と薬剤師しか載っていないのですが、これからはやはり看護師あるいは臨床検査技師、臨床心理士、ケースワーカーなどが絡んでくるのではないかと思います。

医療基本法を制定するに当たって、今いろいろと言われているように、業務範囲の一部を医師から看護師へ、看護師から介護職へ移すというような、ある程度の業務独占の規制の緩和というものが、相当流動的に行われてくるのではないかと思います。

そういうところをまたチーム医療として、後もまた医療基本法をつくるに当たっては大事になってくる、1つのポイントでないかと思しますので、そういうのもひとつ観点として入れていくといいと思います。

**多田羅座長** 医療基本法でそういう形を保証していくということ、望まれるということでしょうか。

遠藤さん、よろしいでしょうか。

**遠藤氏** ぜひ、お願いしたいと思います。

**多田羅座長** ありがとうございます。

時間の関係で、急いで議論をいただいて申しわけございません。

それでは、次に進んでよろしいでしょうか。

予定の時間が相当迫っておりますが、第1回の検討会でも少し議論をいただくかげんで、時間については少し多目に御判断いただきたいということは、私からもお話しさせていただきました。

ということできょうもちょっと予定の時間を過ぎそうでございますが、ひとつお許しいただきたいと思います。

それでは続きまして小林先生、お願いしたいと思います。

小林先生には検討会の中でもお話をお伺いして、報告書作成の中で参考にさせていただきました、ありがとうございます。

本日は改めて、医療基本法推進という立場からひとつお話をお伺いしたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

**小林氏** 患者の権利法をつくる会の事務局長をしている弁護士の小林と申します。

ここではおとしの3月と4月、ハンセン病問題統一交渉団という立場でお話をさせていただきました。

患者の権利法をつくる会としては、昨年11月と今年1月、「患者の権利の法制化に関する要請書」を提出させていただいています。委員の方々には、我々の要請の趣旨をよく汲んでいただいて、患者の権利保護を中心とする医療基本法制定を提言していただいたことに、心から御礼申し上げます。ありがとうございました。

こちらの委員会の報告書が発表された後は、厚労大臣あてにこの報告の提言を尊重してほしい、すぐ作業に当たってほしいということで、要請書を提出しております。きょう資料にさせていただいているのがそれです。6月25日付です。

1月あてにこちらに出したときには、48団体の連名だったんですが、ちょっと増えて56団体になっております。

きょう私が話すことの概要は、既に「医療基本法制定に向けて」というペーパーで、大体あらかた書かせていただいているのですが、一番大事なことは医療基本法ということでのどのようなものをイメージし、作っていくかということではないかと思えます。

基本法というのは一体どういうものか。ハンセン病問題の解決の促進に関する法律というのは、厚労省から本日の資料として出していただいているのですが、2年ぐらい前、我々はこの制定運動をしていました。

「ハンセン病問題基本法」という名称で制定運動をしていましたので、最終段階では、この名前をどうするかということが結構議論になりました。その課程で我々も基本法というのはどういう法律なのかということ、法制局の方と議論をしたりしました。

法律の名前のつけ方に決まりがあるわけではないんですけども、法制局の見解とすれば、基本法というのは国政に重要なウエイトを占める分野について、国の制度、政策、対策に関する基本方針、原則、準則、大綱を示した法律が基本法なんだという見解なんです。

今、日本には私の調べた範囲では、35本の基本法があります。一番古いのが昭和22年の教育基本法、これは改正されました。一番新しいのが去年できた、国家公務員制度改革基本法です。資料には環境基本法、消費者基本法、犯罪被害者等基本法を挙げていますが、そのほか障害者基本法、男女共同参画社会基本法、食品安全基本法等、この35本あるうちの27本は、平成になってから制定されています。

これは現代社会が複雑、高度化する中で、一定の行政分野で政策の基本方針を定めて、関係法令の体系化を図るということが、非常に重視されるようになったからだというのが、法制局の説明です。

古典的な法体系としては、憲法の下に法律がある、法律の下に命令があるということなんですけど、これが複雑になると、一定の行政分野に、いろんな法律が林立してしまう。そこで、個別の法律と憲法との間に、基本法というレベルを設けて、規範の体系化を図るということが言われています。

そういった意味で、医療という分野に今、基本法がないということは、ある意味では不思議なことかなというふうに思っています。

こういう基本法をずっと見ると、全部は見られませんが、大体、基本理念、国、地方公共団体の責任、基本計画の策定、計画、政策に関する諮問機関の設置といったような構成が一般的でして、基本法の中でも、障害者基本法、消費者基本法、犯罪被害者等基本法、男女共同参画社会基本法とか、そういった国民の基本的な人権に直接かかわる分野においては、基本理念の中で、その分野に関する国民の権利を明らかにする。そういった構成をとっています。

医療も当然ながら、国民の基本的な人権と極めて密接にかかわる分野、医療なくして基本的な人権の保障はないといってもいいぐらいなわけで、今、医療に関するいろいろな不安が高まっている段階で、患者の権利擁護を中心とした医療の基本法という提言をされたのは、極めてタイムリーだったのではないかと思います。

あと、実は、事務局の方からこういうことを聞きたいというような項目が、ペーパーで来ていましたが、これはきょうの資料には含まれていないんですね。

その質問の中に「既存の法令などを整備し、医療全体を包括するような患者の権利の体系化を行うと想定した場合に、どういう影響があるか。それぞれ独立した行政の所掌事務、専門知識に基づくきめ細やかな施策、その根拠となる個別の法令、医療関係の資格などについてどんな影響が生じ、実務の現場でどんな対応をとり得るか」という質問がありました。

基本法の制定ということ考えた場合、先ほど言いましたように、その分野においては憲法、基本法、個別の法令というような法体系になるはずなんです。だから新たに基本法が制定された、抜本的に基本法が改正されたというようなことがあれば、その分野の法律が、基本法の趣旨にのっとって、順次改正されていくというようなことになります。

資料には環境基本法、消費者基本法、犯罪被害者等基本法の例を挙げているんですが、要するにまず基本法が制定されて、その後に関連法規の整備が行われるということです。決して関連法規の整備を行った上で、基本法が制定されるということではない。

重要な分野であればこそ、基本法が必要なわけで、先行する関連法規は多岐にわたります。その関連法規を全部一遍に変えろとか、それを整備しなければ基本法はできないとなると、これは未来永劫できないということになるわけです。基本法というのはそういうふうにはできないはずなんです。

特に、医療に関連する制度とか規範は、非常に広範囲で多いです。これが医療基本法制定後、それぞれの制度とか規範をその理念に照らして再検討、必要があれば法改正あるいは解釈運用の変更を図っていくということになって、その段階でそれぞれの影響というのを考えるということになるのではないかと思います。

この質問事項にあった、「それぞれ独立した行政の所掌事務に照らしてー」というあたりを考えると、行政的にはもちろんそれぞれ必要があって、独立した所掌事務になっているのですが、例えばハンセン病問題をとってみても、それは疾病対策課だ、これは政策医療課だと、場合によっては療養所の現場でやってくれということで、我々は結構振り回されるわけです。

そういう立場からすると、「独立した行政の所掌事務」と言われると、我々としてはどうしても縦割り行政の弊害みたいなことを思い浮かべざるを得ない。むしろそういったことを避けていく。そういった弊害をできるだけ少なくするために、個々の法令の上に基本法、医療基本法というものを置いて、個別の法令の解釈運用の基準を定めるというのが、こういう基本法の発想かなというふうに思います。

いずれにせよ、患者とか医療従事者が、現場で混乱するような変更というのがあるとなれば、それは基本法の理念に反するということになると思います。

「医療現場への影響をどう考えるか」という質問もあったんですが、今、申し上げたように、基本法というのは、いろんな法規にその基本理念が浸透していくことによって、徐々に影響を与えるといった性格のものではないかと、私は思っています。

直接の影響として考えられるのは、患者と医療従事者の間の自己決定権とか、それに付随するカルテの開示請求権、差別なしに良質かつ安全な医療を受ける権利、これに関する法的な確信が共有されるということではないかと思うんです。

現時点でもほとんどの医療従事者の方々は、患者の権利を尊重して日ごろの診療活動を行っておられるはずだと思っています。

資料の中に、「患者の権利宣言以降25周年の歩み」という年表のようなものを入れております。これは我々が10月末に企画しているシンポジウムのちらしの裏面なんです。

要するに患者の権利というものが、日本で主張されるようになって25年の歴史があって、その影響はいろんなさまざまところに浸透しています。大井先生の方からも示していただきましたが、25年前に、患者の権利を中心とした医療基本法を制定しようと言ったら、「何ですかそれは」と、「いきなりそんなことを言われても」という話になったんだろうと思います。今はもうそんなことは、ちょっと考えられない。

一方で、権利意識が高まることで、モンスター・ペイシエントみたいな権利ばかり主張する人が出てくるのではないかということも、心配されているようですけれども、権利の濫用は許されないというのは、これは憲法12条とか民法1条3項で当然のことです。どんな制度にしても、一定程度、困った人が出てくるのは避けられないんですが、全体的には患者の権利を明確にすることで、患者が医療の主体であるという責任感を育てることにつながっていくのではないかと、私は思っています。

もう一つ、「既存の倫理、行動規範、業務基準との整合性についてどう考えるのか」という質問事項もありました。資料ではカルテ開示のガイドラインの例を挙げていますが、要するに整合するところは、法的な根拠を得るし、整合しない部分についてはその効果がなくなっていくだろうということになるわけです。大井先生の資料にもありますが、こういった倫理規範というのは、今、報告書で言われている患者の権利の体系というのと矛盾するようなものは、ほとんど考えられないのではないかとこのように思います。

重要なことは、これが職能団体の倫理規範にとどまっている限りは、国や地方公共団体あてのものにはならないということです。

この委員会の議論でも、「法律ではなくて倫理規範で」という声も、一時期あったような感じもするんですが、どうしても倫理規範では国や地方公共団体の責務というのを書き込むことはできないわけです。

すごく極端な言い方をすると、医療従事者に対して、全くの自己負担で患者の権利を守れと言っているのが、こういった倫理規範という言い方もできるわけです。必然的にそこでは患者の権利を守れというのが、守れば守れと言われるほど、医療従事者の負担が大きくなるというような対立関係というのものも、そこには出てきかねない。

それが医療基本法という形で、患者の権利擁護が政策目的として明確化されれば、それを実現するための財政措置を要求する根拠にもなるであろう。つまり倫理規範が目指すところが、より円滑に実現されていくという可能性が出てくる。

これが基本法制定の、我々が望む一番の影響であり、基本法制定の必要性であるというふうに考えています。

「どんなことが障害になり得るか」という質問もあって、ちょっと考えたのですが、社会的な合意形成と財政的裏付けというのが、そうした問題になるんだろうと思うんです。

本当に大井先生のお話が心強かったんですが、現場の第一線で働いているお医者さんたちと話すとき、とにかく法律とか行政というのに対する理屈抜きの抵抗感みたいなものが、感じられるんです。そういったものが医療基本法ということに関しても、やや抵抗感があったりする方も少なくないようです。

そういうことを考えてみると、どうしても従来の医療関連法規というのが、医療従事者に、一方的に義務を課する方向のものばかりということの、一つの反映ではないか、あるいは行政があれこれ変わることによって、行政不信というものが醸成されたのではないかと思うわけです。

法律は守らないと処罰されると思っていらっしやったりする。倫理規範は守らなくても不利益はないけれど、法律は守らないと処罰されるからといって、だから嫌だと。そういうことを言われる方もいらっしやいます。

ただ、先ほどから申し上げているように、基本法というものはそういうものではないんです。医療の基本理念を明らかにして、その大綱を定める。医療従事者に今までなかった新たな義務を課するというようなことではないはずですし、もちろん罰則がついているということもない。そんな基本法は聞いたことがない。

医療従事者を新たに縛るということではなくて、むしろ医療従事者が不安を抱いている個別の法律であるとか、医療行政を規制する。そういったものが医療基本法であるということが、誤りなく理解されれば、医療従事者の方々の広い賛同を得ることができるのではないかと思います。

そういうふうに言うと、反面、厚労省の皆さんは、余り前向きになれない。自分たちを縛る法律をみずから求めるというのは、なかなか厳しいのかなということもあるんですね。

ただ、良質で安全な医療を実現したいというのは、厚労省の皆さんも含めて、この場にいらっしやる皆さんの共通の思いであるはずで、それについてはいろいろな財政的な裏付けが要る。

各政党も、総選挙に向けてのマニフェストで医師養成数増員とか、公的医療機関の支援と、いろんな医療政策を掲げています。

こういったことが必要であることは、恐らく今はほとんど異論はないだろうと思います。医療費というのは、やはりもう少し要る。

80年代の第2次臨調答申、医療費亡国論、それ以来の医療費抑制政策が限界に来ていて、今より多目の予算を配分する必要があるんだと。これについては、もう認識は一致しているんだろうと思います。

ただ、今のよく言われる医療崩壊というものの、我々は医療崩壊の原因は、医療費抑制政策の帰結だと思っているんですが、そうではなくてこの医療崩壊は、患者の権利意識の向上がもたらしたんだとか、医療過誤訴訟の増加がもたらしたんだとっている医療従事者の方々もいらっしやるんです。結構根強くいらっしやる。

そういった声に対して、そういった形の医療崩壊論が広がることに関して、患者の権利というのが言われるようになった以前の、パターンリズミ的な医師－患者関係への復帰というものを危惧する医療被害者や薬害被害者の声もあるということ、御承知おきいただきたいと思います。

80年代からの医療費抑制政策を、国民がまがりなりにも受け入れてきたという背景としては、



富士見産婦人科事件が大きく報道されたのが、80年ぐらいだったのではないかと思います、そういう医療不信の蔓延というのがあったと思われまます。

良質で安全な医療を実現するためには、一時的な財政支出ではなくて、恒常的な財政支出がどうしても必要なんです。この財政支出に対する社会的な合意というものを形成するためには、その支出が本当に国民全体の福利厚生に資するという信頼、医療と医療行政に対する信頼というのが、鍵ではないかと思うわけです。

そのためにも医療を受ける側と医療を提供する側、双方が信頼できる医療というものを目指して、医療政策の基本理念を示すということが、必要ではないかと思っています。

先ほど示した要請書にも名前が並んでいるように、医療機関団体を含む多くの団体が医療基本法を提言した報告を支持しています。

先ほど鈴木委員からも発言がありましたが、内閣府の安心社会実現会議でも、基本法の制定を2年を目途に推進というふうにうたわれています。

政党の中では、公明党が医療基本法の制定、社民党が患者の権利基本法の制定をマニフェストで挙げています。

提言の方向性に確信を持っていただいて、引き続き医療基本法制定に向けて御尽力いただくよう、厚労省の方にもお願いをしたいと思います。

以上です。

**多田羅座長** ありがとうございます。医療基本法をめぐって、法律的な面からでしょうか、いろいろ教えていただけたと思います。ありがとうございます。

委員の先生方から、御質問、御意見、いかがでしょうか。

**高橋委員** 基本法をつくる趣旨、いろんなさまざまな法規があって、そこに基本法の理念がしみ込むようにして伝わっていくと、こういうことですね。

私の理解では、既にさまざまな法律で患者の権利というのは、もう個別に実現しているのではないかと思っています。そうすると基本法をつくることによってしみ込みます。しみ込むと、何か大きく現状が変わるという認識はあるのでしょうか。

**小林氏** 患者の権利が実現しているか、していないかということに関しては、いろんな見方があると思います。

一昨年のこの検討会で、患者の権利に自由権的な側面と社会権的な側面があるんだという話をさせていただいたと思います。これは2つの権利があるのではなくて、1つの権利の両側面である。そして、患者の権利の自由権的な側面というのは、この25年間にかなり前進したというふうに思っています。

それは医療法における説明義務の規定でもそうです。個人情報保護法によるカルテ開示の法制化でもそうなんです。

ただ、それを一般的に享受できる、その権利を享受できる医療供給体制というのが、それに追いついているのかということが、今、問題になっていることであろうと思うわけです。

そういった患者の権利を実現する、これは現場のお医者さんたちが努力するだけでは、できないわけです。それには十分な財政的な裏付けなんかも必要であると。そういうことが、僕は、基本法をつくる一番大きな目的であるというふうに、考えています。

ただ、患者の権利の自由権的なものは、かなり実現してはいるのですが、一方では、それを無視してカルテを全然開示しないお医者さんも結構いらっしゃったりするんです。そういったでこぼこをなくしていくという面もあるんですけど。

そういったことで答えになっていますでしょうか。

**多田羅座長** 一応お答えいただいたということで、ありがとうございます。

それでは、そういったことでよろしいでしょうか。

ちょっと予定の時間も過ぎておりますので、特段御意見がなければ、きょうの会は先生方の御意見については、以上にさせていただきたいと思います。

内田先生、最後に何か一言ございますか。

**内田座長代理** きょうはいろいろと御意見を聞かせていただいて、ありがとうございます。非常に有意義な御意見を頂戴できた。それを参考にしながら、また、本検討会でもさらに議論を積み重ねていきたいというふうに思っております。

とりわけこれから我々が検討していかなければならないことにつきまして、医療側の方々とか、あるいは法律サイドの方々から、具体的な御提案をいただきましたので、それを踏まえながら、さらに本検討会で議論を重ねていきたいというふうに思います。

加えまして厚労省の方々には、委員の方々から御指摘をいただきましたように、具体的な、今後さらに進めていく上に当たっての具体的な論点というようなものを、もう少し具体的な形で今後出していただければ、その問題についても、私どもは検討させていただきたいと思いますので、よろしくお願ひしたいというふうに思います。

以上でございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。

それでは、本日の会は、これにて終了させていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

**鈴木（利）委員** 今後の進め方、今、お話なんです、次回の内容をもう少し早目にお知らせいただけませんかでしょうか。

**多田羅座長** 次回は10月5日、その次が12月21日、1月22、全体で4回、きょうを含めまして4回を予定しております。できるだけ早く、先生方にお知らせするように努めるんですけども、委員の先生方との時間の調整その他で、少し手こずっておくることがあるかもわかりません。できるだけ努力するようにしますので、よろしくお願ひいたします。

次回は10月5日でございますので、よろしくお願ひ申し上げます。

**事務局** 連絡の方が非常に遅くなってしまいまして、申しわけありませんでした。

先ほど座長の方からもありましたが、委員の先生方から御推薦いただいている先生方との日程スケジュールだとか、予定が合わない先生方等との調整がおくれて御連絡がおくれたことをおわび申し上げます。

次回につきましては、医療提供者の先生方、それからこの間、田中先生の方からお話ございましたけれども、第三者的な一般のほかの有識者、大学の先生等の方、それと患者側の立場の方等々からお話をいただく予定で、調節中でございます。

具体的なお名前については、追って御連絡させていただければと思っております。

**多田羅座長** それでは、どうもありがとうございました。

(了)