

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
第2回「患者・被験者の権利擁護のあり方」を検討するワーキング・グループ

開催日：平成20年7月30日（水）

場 所：虎ノ門パストラル新館6「ヴィオレ」

多田羅座長 おはようございます。定刻でございますので、患者・被験者の権利擁護のあり方
を検討するワーキング・グループの第2回を始めさせていただきたいと思っております。委員の先生方
には非常にお忙しいところ、また暑い中をお集まりいただきましてありがとうございます。

本日はワーキング・グループの第2回でございます。前回、患者・被験者及び医療従事者の権
利と責務のあり方についての検討のたたき台ということで、事務局の方から案を提出させていた
だき、説明させていただき、それに対する委員の方からの御意見を伺いました。いただいた意見
をもとに、再度事務局の方で修正いたしました。その後、また委員の方から文書でいただいた意
見も合わせて検討のためのたたき台として、それも含めた形で本日、資料2として、あくまで事
務局と私とでいただいた意見をもとにたたき台としてまとめさせていただいたものです。これに
ついては、先週、何とかかろうじて事前にとりまして送らせていただいております。時間はそ
れほどありませんでしたが、一応お目を通していただいているということできょうの会議を進め
させていただきたいと思っております。

進め方でございますが、前回検討会における意見または文書をいただいた意見をもとに、事務
局及び私の方で、内田先生にも御相談しながらつくった資料2ということの基本にしてきょうの
会を進めさせていただきたいと思っております。お目を通していただいているということとして、
逐一のどこをどう修正したかということもあるかと思っておりますが、本日、委員の先生、特に御意見
をいただいた先生にももちろん御出席いただいております。まず、お配り資料1の方で飯沼先生、
内田先生、鈴木先生からいただいた文章をお配りしております。文章でいただいた先生から、そ
れぞれ若干御意見をいただき修正させていただいたたたき台についても合わせて、まだ修正が足
りない、その他があるかと思っております。御意見をいただいた先生方から、資料2について基本とし
て御意見をいただき、その後それ以外の先生から、合わせて文章をもとに御意見をいただくとい
うことで進めさせていただきたいと思っております。ワーキング・グループということで、実質的な進
め方をさせていただきたいと思っております。よろしいでしょうか。

鈴木委員 事務局が訂正したところを、私も十分読みきれていませんのでお聞きしたいと思
います。

多田羅座長 ちょっと色を変えておりますが、その点だけ説明した方がいいですか。では事務
局の方からお願いします。前回議論から受けて修正した部分を、簡単に説明してほしいとい
うことです。

事務局 説明させていただきます前に、本日の出欠の状況を説明させていただきます。ワーキ
ング・グループの先生方、田中委員が御所用により御欠席とお伺いしてございます。飯沼委員は、
急な御所用で御欠席ということでございますが、前回御出席いただいております日本医師会の
維持法制課長でいらっしゃる伊澤様の方に、代理ということで御出席いただいております。
それと、ワーキングとしては別な方に御協力いただいております藤崎委員、谷野委員も本日御
出席をいただいております。以上、御出欠の状況でございます。

資料でございますが、資料1ということで、今多田羅座長からも御案内ございましたとおり、
文書の方で事前にいただいている御意見を五十音順になりますますがまとめさせていただいてござ
います。それと資料2ということで、前回御提出させていただきました、検討のためのたたき台で
ございますが、赤字、青字は前回同様でございます。その後いただいた意見を少し見づらいの
ですが、紫字ということでつけ加えさせていただいております。鈴木先生の方から御意見いただき
ましたとおり、少し追加、修正させていただいたところが紫字でございますが、御説明させて
いただきます。

表題でございますが、鈴木先生の方から被験者の権利ということで、前回も御意見をいただき
ました、その後の文書でいただいている方でも4ページ目のところに鈴木先生の御意見賜って
ございますが、その中の1ということで、被験者の権利。それから5の④ということで、被験者
に関する条項ということで、被験者に関する参考としては、これも御指摘のとおり、医薬品の臨床
試験あるいはヘルシンキ宣言とありますが、こちらヘルシンキ宣言などを参考に少し入れてござ
います。被験者に従来患者ということで入っているもので、被験者と患者と並びで入れられる

ようなところについてはそのような形で入れてございます。

ページの順番に見ていきますと、資料2の3ページでございます。前回は「良質な医療の提供」について、ということで第1項目を挙げさせていただいたところに、「良質な医療の提供とすぐれた臨床研究の推進」ということで、追加させていただきました。

5番目のポチのところでございますが、良質な医療の提供のためにはすぐれた臨床研究の推進が不可欠である。これも臨床研究の推進に当たっては、被験者の生命、健康、プライバシー及び尊厳が守られなければならない。ということで、前回出した「医療に当たっては」と並ぶような形で「臨床研究の推進に当たっては被験者の生命、健康、プライバシー及び尊厳が守られなければならない」ということを追加させていただいております。ベースにさせていただきましたのは、4ページ目の引用として新規追加させていただいておりますが、鈴木先生から御意見をいただきましたヘルシンキ宣言のところの医学研究の基本原則の中の10番目のところでございます。

次に5ページの「選択の自由」について、という項目のところでございます。飯沼先生の方から事前にいただきました書面のところで、「自らが提供する医療に関する」という言葉をつけ加えてはどうかという御意見をいただいております、それをそのまま反映させていただいております。

6ページ目でございます。ここも患者・被験者の権利、ヘルシンキ宣言等でも結構多岐にわたってございまして、すべて入れると、これも前回の議事で今のたたき台と同じくらいの量があるのですが、そのあたり少し整理させていただいております。理解と同意に関しては一応患者・被験者並びということで追加させていただきまして、それぞれのとこに追加させていただいておりますとともに、医療の提供と並びで「臨床研究の実施」という文言を入れさせていただいております。

7ページ目でございます。4.「患者の意思に反する処置」について、という項目でございます。内田先生の書面にございまして、2つ目のポチでございますが、「医療は、患者の生命の尊重と個人の尊厳を旨とし、本人の自由を制限することが最も少ない条件で行われなくてはならない。」という文言を追加させていただいております。

8ページ目でございます。こちら被験者に関する事項ということで、一部追加・修正させていただいております。患者・被験者と医療従事者との関係はということで、「関係は医療従事者が患者・被験者に診療・研究等に関する情報を十分に説明し、患者・被験者自身がその内容を十分理解した上で医療従事者と協力しながら病気の克服を目指す関係である。」という形で追加させていただいております。それと3つ目のポチでございます。「診療・研究の内容等に関する情報は、患者・被験者に正常な判断能力がある限り、患者・被験者本人に対して提供することが原則である。患者は、自身の診療内容等に関する情報を知らされないでいる自由も有する。」という形で追加、補正させていただいております。

13ページ目でございます。ここも同様な形で、「患者・被験者の尊厳とプライバシー」について、ということで項目そのものにも被験者をつけ加えさせていただいております。最初のポツでございますが、「医療及び臨床研究の場においては、患者・被験者の尊厳とプライバシーは、常に尊重されなければならない。」という形で追加、補正させていただいております。

14ページ目でございます。「患者・被験者と医療従事者の協同の努力」ということで、特に臨床研究という言葉を使っておりますけれども、「医療及び臨床研究は、患者・被験者の理解と自己決定に基づいて行われるものであり、患者・被験者と医療従事者は、病気の治癒、あるいは臨床研究の過程で双方が積極的役割を果たすことを目的にパートナーシップの関係で結ばれており、継続的な協同の努力が必要である。」、2つ目のポチは「医療従事者は、能力の限りを尽くして患者に治療を提供する、あるいは被験者に研究を実施しなければならない。」3つ目のポチは「患者・被験者には、誠実に意思疎通を行い、診断と治療の決定に参加し、あるいは臨床研究に協力し、同意したプログラムに従うという責任がある。」とさせていただきます。

16ページ目でございます。「医療保障制度の充実」について、という項目でございます。こちら書面でいただきました意見を反映させていただきました。2つ目のポチでございますが、「国および地方自治体は、すべての人が差別なしに適切な医療を受ける権利を十分行使できるよう、医療へのアクセスと質の確保、および国民の理解を深めるための教育及び啓発に努めなければならない。」3つ目のポチですが、「患者・被験者は、規則・制度による、苦情への対応、自ら受けた被害についての救済あるいは回復を求めることができる。」ということで、これは苦情対応と被害回復のところをつけ加えさせていただいております。

参考にさせていただきましたのは、17ページでございますが、これも前回の御議論で、御意見

をいただいたところでございます。WHO欧州アムステルダム宣言の文章を参考にさせていただいております。たたき台の方で追加、修正したのは以上でございます。

削除したところも色で示してございます。全体のバランスで、前回もこういう形のもの、もう少し細かいとことと幾つかの段階があるのではないかという御意見をちょうだいしてございます。特に、5番の「情報の提供と守秘義務」です。特に守秘義務のところ、ほかとのバランスで長いのではないかといった御意見をいただいております。10ページ、11ページの守秘義務のところを少し整理し、削除させていただきました。

谷野委員 少しよろしいですか。ここへ来て、このように（ワーキング・グループが）分かれているというのが初めてわかって非常に居心地が悪いのですが、ワーキング・グループの中に入っていないなくても発言はできるのですか。

多田羅座長 そういうことで進めさせていただいております。

谷野委員 そうですね。議決権はありますか。

多田羅座長 私は議決権もあると、検討委員会の委員の先生である以上、あるというように思います。このワーキングはたまたまというとおかしいのですが、分かれていただいているので。

谷野委員 このワーキング・グループに入っていないでも議決権はある。

多田羅座長 私はあると思っているのですが、ほかの委員の先生どうでしょうか、ワーキングでするので議決ということはないと思うのですけれど。

谷野委員 そんなことはないと思うのですけれど、そこら辺ちょっと気になるものですから。

多田羅座長 特に差をつけなくていいのではないかと思うのです。

谷野委員 もう1つ、このワーキング・グループというのは何回ぐらいやるのですか。

多田羅座長 一応、第1のワーキングは4回考えております。第2のワーキングは3回を考えております。

谷野委員 それでまた合同になるのですか。

多田羅座長 合同といいますか、検討会の方に戻るということです。

谷野委員 1回休んでいたものですから、お聞きしました。

鈴木委員 私も、今座長がおっしゃったように便宜的に2つに分かれたというか、それで希望すればどちらでも出られるということですので議決権もあっていいと思いますが、権利には責任が伴います。責任も合わせて引き受けていただくということでよろしいのではないのでしょうか。

多田羅座長 ありがとうございます。そういうことでよろしく願います。ワーキングですので、ありのままといいますか、実質的な議論ができればと思っておりますのでよろしく願います。

そういうことで事務局の方では、ややミニマムな格好の修正に終わっているかもわからないのですが、原案としてはたたき台を用意させていただきました。いただいた意見は反映させていただいたつもりでございます。しかし不十分かと思っておりますので、きょうの議論の中で深めたいと思います。

それでは資料1にあります、文章でいただいた委員の先生方からの御意見をお伺いしたいと思います。本日は、日本医師会の飯沼委員は所用で欠席でございますが、代理で伊澤課長さんに出させていただいております。これまでの打ち合わせでも代理を認めるということになっておりますので、御了承いただいて御説明いただきたいと思います。よろしく願います。

伊澤代理 こちらから出した意見について、全体的にもう1回補足という形でよろしいですか。資料とかぶるところがあってもよろしいですか。

多田羅座長 結構でございます。

伊澤代理 それでは資料1の1ページから3ページまでが、飯沼から出させていただいた資料でございます。簡単に補足させていただきたいと思っております。

全体的な意見と個別な意見が2ページから分かれております。全体的な意見としては、1の最初の丸にあります。一つはこの資料2のたたき台の、下の囲みの中に参照条文や指針がございます。これが今後最終的にどういう取り扱いになるのかというところが少し明らかではないのですが、とりあえず参照資料として「日本医師会の職業倫理指針」を取り上げていただいているのですが、そのほかにも日本病院会の「病院憲章」「倫理綱領」、全日病さんの「倫理綱領」それに付随して「賢い患者になるための10ヶ条」といったものもインターネットでもとることができます。そういったものもぜひ参考にしてはいかかという意見でございます。

次に法令の参照についてですが、やはり原案では医療法、医師法が中心であったように思います。ほかにも、例えばですが感染症予防法の前文のところにも法律の理念といったものが書き込

まれている部分が、患者の権利・利益擁護について書かれている部分がございます。どのように取り込むかという細かい意見は出せなかったのですが、そういったものも参考にされてはいかかかということです。

それから各項目の書き方ですが、おおむね「すべての人は」とか「医療従事者は」といった書き方になっているのですが、部分的に主語が明らかなものもあるように見受けられました。その辺、今後もう少し文章を詰めていくときに明らかにしていった方がよいのではないかということを感じたということですが。

全体的な1番から10番までの項目についてですが、これは恐らく前回の御説明もあったように、リスボン宣言の11項目を基本とされているようです。リスボン宣言では「〇〇の権利」という書き方が基本になっていると思います。今回のたたき台では、「〇〇の権利」という形でなく、例えば「良質な医療の提供」「臨床研究の推進」について、といった客観的な書き方になっております。そういう意味では、たたき台のタイトルが患者・被験者及び医療従事者と、双方の権利と責務のあり方ということになっておりますので、そういう意味ではこういう項目の立て方でもよろしいのではないかという感じです。

それから今回鈴木委員の方からも御意見が出されて追加されております、治験や臨床研究について、これも書きだすと非常に分量が多いので入れ込むときには、やはり全体のバランスを考えた方がいいのではないかというのが全体的な意見でございます。

個別のことについてよろしいですか。2ページ以降に個別の意見を書いております。このページ数は前回の資料のページでございますので、若干ページがずれているかもしれません。最初のページに用語の定義ではないのですが、用語の表記についてという四角囲みの中に書かれている部分がございます。その中に「医療従事者」という項目があります。用語の定義に準ずるものと理解したのですが、その中に、これは後の方の例えば守秘義務とかそういったところと関係して行くのではないかと思うのですが、医療従事者の中には資格を持った方のほかに、例えば病院などでは事務系の職員など、いわゆる法律上守秘義務を課されていない、身分法上課されていない方も多数医療に従事されておりますので、そういった方もやはりこういった宣言文といえますか、文章の中では医療を提供する一人として定義に加えるという形にしておいた方がよいのではないかという意見でございます。

それから具体的な項目です。これは反映させていただいております。「良質な医療の提供」についてのところの3つ目のポツです。差別なしに適切な医療を受ける権利を、これは主に国によって保障されるという考え方ではないかということで、「……国により保障される」ということを書いていただきたいという意見でございます。

次は、文章の表記の問題です。その4つ目のポチです。「医療従事者は、相互に協力し」という、この「相互に協力し」というのが、後ろの方に来ていましたので「医療従事者が相互に協力する」ということで、それで患者さんに対して、良質かつ適切な医療を行うようという文章、「相互に協力し」の位置を移していただいた方がいいということですが。

5ページの「選択の自由」についてのところに入ります。「民間、公的を問わず」という表現がございました。リスボン宣言の方では、たしか民間、公的を問わずという表現があったと思うのですが、日本の医療の現状に即して考えると特に民間、公的という言葉をあえて言わなくてもいいのではないかと、必要性がないのではないかということですが。

次に、同じ「選択の自由」のところですが。医療機関の情報提供と、これは医療機関が自ら医療法の中にも加えられたように、自らが提供する医療に関する情報を、つまり選択の支援に資するような情報という意味で、今申しました「自らが提供する医療に関する」というのを、情報の中身として説明的に加えた方がよろしいのではないかということですが。

次に原案の8ページ、「情報の提供」です。前回、ワーキング・グループでも説明について「直ちに」という表現がありました。これは患者さんへの病状の説明というのは、もちろんできるだけ早くするのがいいわけですが、説明というのは説明すべき時期の選択も非常に医療的にも重要になってまいります。その説明すべき時期というのは、「直ちに」というのではなく、「適切な時期に」というふうにした方がよいのではないかと。下の方に、全体的に文章をまとめてみました。「医療従事者は、患者を診察した結果に基づき、原則として病名を含めた診断内容、疾病の内容、今後の推移、及びこれに対する検査・治療の内容や方法などについて、適切な時期に患者が理解しやすいように説明するものとする。」と、こういった文章にしてはどうかという代案を示させていただきました。

それから次の点は反映していただいております。患者さんは、情報提供だけではなく情報を知ら

されないでいる自由といいますか権利というものも有するという事です。これは日本医師会の診療情報の提供の指針の中でもそういったことを言っております。それも加えさせていただくということです。

次に原案 10 ページ、「守秘義務」のところです。患者の死後の情報というのが、項目の一番前に入っていました。とりあえず患者さんが生きている間の情報が基本だと思いますので、死後ももちろん情報はできるだけ保護するという事で、順番的には後ろがよいのではないかという意見でございます。

意見の 3 ページに行きます。先ほど定義のところでも申しました、事務系職員などの守秘義務についてです。事務系職員なども含めた形での定義づけがよいのではないかということをお願いしました。それとの関係で、ここでも身分法上の守秘義務を負わない事務系職員などの守秘義務についても触れておく必要があるのではないかと。それらをまとめて、例えばということで、ここで「診療の過程で取得される患者・家族等の健康や家族関係に関する情報（以下、「患者情報」という）は、極めて秘密性が高く、これを取り扱うすべての医療従事者は、法律上の守秘義務規定の有無にかかわらず、職業倫理としても、患者情報の秘密を最大限に守らなくてはならない。」ここでの医療従事者は、前の定義のところ反映されれば事務系職員ももちろん入るとい形になるという考え方です。

「守秘義務」の 4 つ目のポチに、いわゆるカルテ開示のことについての項目と理解できます。整理としては 8 ページの 5 番「情報の提供」についての方がよろしいのではないかという単純な意見でございます。

それから 12 ページの「健康教育」に入ります。2 つ目のポツに「すべての人の自己責任」がございます。例えばですが、健康増進法の 2 条の中にも、「国民は、健康な生活習慣の重要性に関する関心と理解を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに健康の増進に努めなければならない」、そういった条文があります。こういったものを参考にして、「患者・国民自身が自ら健康増進に努める責務」といったようなものも、たたき台においては入れてみてはいかがかということでございます。

これは総論的な話にもなってくると思います。14 ページの「患者・被験者と医療従事者の協力の努力」について。協力というのはパートナーシップであるということが最初のポツに書かれております。それはもちろんそうだと思いますが、我が国の文化といったものを背景に考えるときに、より踏み込んで「医療従事者と患者の間の信頼関係」ということを、どこかにはっきりと書き込んでいただくのがよいのではないかという意見でございます。

細かい点は、日本医師会としてはこういったところを挙げさせていただきました。3 番以降は、全体の進め方の話にもなると思いますので、きょうの議論とは直接関係ないかもしれませんが、その文章を一応出させていただくということで書かせていただきました。その中で、特に 1 つ目の〇ですが、患者の権利、利益擁護ということで、医師がそれに対してどう答えるかということももちろん当然の話ですが、やはり国や行政が患者の利益擁護についてどう答えるかという視点も議論いただく必要があるのではないかということも考えております。

後は、全体の進め方についての話ですので、一応文章として出させていただいたということです。このたたき台に関する意見としては以上でございます。長くなって申しわけございませんでした。

多田羅座長 ありがとうございます。非常に詳細に御検討いただいてありがとうございます。今の御説明について御質問がございましたらお願いします。御意見は後でまとめてやらせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは飯沼委員からの説明は以上とさせていただきます。内田委員からの御説明をお願いいたします。

内田委員 前回でもこのワーキングのところでも申し上げたところですが、4 番の「患者の意思に反する処置」につきましては、原則として認められないというだけではなく、もう少し踏み込んで、どういう場合に例外的に認められるか、あるいはそういう患者の意思に反する処置がなされる場合にはどういうふうな考え方で行うのかということについて、指針的なものを入れる必要があるのではないかということです。そこで少し参考的なものを提示させていただいたところです。

いただきましたものを見ますと、もう一つ加えていただいておりますので、検討していただければと思っています。参考にしていただいております感染症の予防という、新感染症法の考え方は参考になるだろうという考えです。私も基本的にそうだと思っております。ただ、後で御議論に

なるかと思いますが、いただいたものを見ますと必要最小限という部分を入れていただいているのですが、新感染症法のもう一つに「適正手続」という手続的な部分というの也非常に重視されていらっしゃるって、今、国の方ではいろいろな医療関係のものには「適正手続」というのをかなり入れていらっしゃると思います。その点はどうかという部分が、後で御議論いただければと思っております。以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。御質問はよろしいでしょうか。では、続きまして鈴木委員からお願いいたします。

鈴木委員 中身の体系はそれぞれ自分の頭の引き出しがあるので、なかなか調整は難しいかと思うのです。私は5番に書きましたように、このような5項目ぐらいの権利条項に分かれることができるのではないかと、そういう整理を少ししてみたらどうかということはありません。

一番気になるのは、4番の記述に関する意見です。「……権利を有する」「……できる」といった権利表示的なものと「医療従事者は……しなければいけない」といった責務表示的なことと「……である」といった定義的表示がかなり混在しています。

例えば、権利条項に関しては、権利という言葉は3ページの3ポツ、すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する。と、ここにしか出てこないのです。それ以外「できる」と言うところが、5ページ、6ページ、12ページ、16ページ。「自由を有する」というのが8ページにあります。これは書き分けているのであれば、無意識にそうなったということであれば意識しないといけないと思います。書き分けるならきちんと定義をはっきりさせて書き分ける必要があるだろうと思います。私は、基本的には定義や権利条項があってそれを実現するための責務ということがあるのではないかと。その責務は何も医療従事者には限らないということについては了解をいたしたいと思います。そこをきちんと書き分けているという、我々は書き分けたのだという認識に基づいて書き分けるのなら、書き分けたのだということを明確にする必要があるだろうと思います。

同じことは「ねばならない」というところにもあります。「ねばならない」というところには、権利条項で「医療は……あらねばならない」という書き方もあれば、「医療従事者は……こうあらねばならない」というふうに書いてあります。同じ言葉を使うときに、日本語は同じ言葉を使っていれば同じ意味だとなりますので、そこは少し意識して義務条項と定義条項で「ねばならない」という趣旨を少し書き分けた方がわかりやすいのではないかと思います。

それから義務条項のところには、「ねばならない」というのがたくさん散らばっています。そのうちの3分の2以上が「努めなければならぬ」という努力条項なのです。これは本当に努力条項でいいのかという、要するに患者はこうできると言って、医療従事者が努めなければいけないという、これは本当に患者の権利を制度的に保障したものになるのかということにかなり疑義が出てくるわけです。努力条項と義務条項を使い分けるならば、そこは議論した上で使い分けということが必要だろうと思います。そのあたりが混在しています。そこを一つ一つ議論していくことが現在の患者の権利保障上、ジョウキョの認識のギャップを埋めることにつながってくると思いますので、そこはちゃんと言葉の使い方をはっきりさせた方がいいのではないかと思います。

大体、以上のことですが、細かいところになりますと少し主語がはっきりしないところがあったかと思いますが。例えば、10ページの3つ目のポチです。「関係者はこれを外部に漏らしてはならない。」この関係者は、もう少しだれが義務の主体なのかということを確認すべきだろうと思います。それから13ページの2つ目のポチです。「患者の苦痛の緩和・除去に努めなければならぬ」と書いてありますが、この主語はだれなのかということが明確ではない。家族まで入りますので、「チームとしてケアにあたり、努めなければいけない。」というのは、ここに書いてある担当医から家族まで全部が努めなければいけないという趣旨であれば、そう書くべきであろうと思います。ちょっと国語的なクレームになりました。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。一応基本的な点、こちらも非常に苦慮しているといえますか、表現については難しいと思っているところがございます。その点、御指摘もいただけたかと思えます。特に、「権利」という言葉については、医師会の方からも御意見をいただいております。使い方については非常に難しいということが逆にございます。今回は、これは座長及び事務局とも相談いたしまして、権利と言う言葉については、むしろその内容によって表現するという形にさせていただいているというところがまずございます。しかしながら、「すべての人は差別なしに適切な医療を受ける権利を有し、国により保障される。」（「良質な医療の提供とすぐれた臨床研究の推進」、3つ目ポチ）この権利については、まず現在の日本の憲法からも保障されている権利としてあると、この権利の上にその他のすべての義務、責務が、権利が生じるものであろう

ということから「医療を有する権利」ということについては、「権利」という言葉で記載させていただいております。

ほかのところでは、原則的に「権利」という言葉を我々がなかなか使うところが難しいところもあるのではないかとということから、中身において示させていただいているということとさせていただきます。その点、議論のあるところかと思いつつ、そういうふう文章化させていただいたということが私の考え方でございます。

その他「ねばならない」という言い方について、前回鈴木委員からも相当御意見いただきましたので、今回の修正にあたっては少なくとも一つの言葉で表現できる、この表現で行けるのではないかとということではできるだけ統一させていただいたと思っております。特に「努めなければならない」という言い方が非常にその点、あるいは「しなければならない」という言い方に相当統一したような格好になっているのではないかと思います。その辺、定義という鈴木委員の御意見でございますが、実際的に現実にある、既にあるものに根拠を置いているところもございまして、ややまだちぐはぐな部分が残っておるかもわかりませんが、中身としては「努めなければならない」「……しなければならない」というふうな表現で、できるだけそろえさせていただきます。

それがまだ不十分、あるいはほかの言い方等あるのではないかとということがございましたら、また御指摘いただきたいと思いますが、一応できるだけ文言をそろえるということについてはこれが最大限妥当かどうかは非常に難しいところがございますが、一応できるだけそろえるという観点から「……しなければならない」というふうにさせていただいたと思っております。

「自由を有する」というのは、使ったところがございますが、基本として「……しなければならない」という言葉にそろえさせていただいているわけですが、それでは不十分なのかどうかまた御意見をいただきたいと思っております。

鈴木委員の御意見に対しまして、一応基本的な点でございますので私の方から考え方を説明させていただきます。

では、ほかの委員の方から御意見をお伺いしたいと思います。ワーキングでございますので、ざっくばらんと申しますか単刀直入に御意見を伺って、ただ文章にあらわしていくと非常に難しいところもございましてその点一つお含みおきいただきたいと思っております。それでは秋葉委員から一言ずつ順番にお願いするということとさせていただきますのでよろしいでしょうか。

秋葉委員 今、御説明を詳しく伺いまして状況が非常にわかってきましたのですが、飯沼委員から出ました御意見で2ページでございます。本文でいいますと、8ページの3点目で項目の追加のところがございます。ここに情報を知らされないでいる自由、権利についても触れてはどうかということ、例えば患者はという主語で、「自身の診療内容等に関する情報を知らされないでいる自由も有する。」ということとございますが、この「知らされないでいる」というのが、患者側の意思なのか、それともそうではない、先ほど適切な時期に御説明をするということがあったので、それとの関連なのかということが少しわかりませんでしたのでお伺いしたいと思います。

伊澤代理 いろいろ理解の仕方はあろうかと思いますが、ここでこの意見として言わせていただいておりますのはいわゆるプライバシーといいますが、御自分の情報についてのコントロールといいますが、もちろん知る権利もあれば、いろいろ患者さんはおられると思います。やはり予後の悪い病気、内容について余り知らされないでいたいという患者さん御自分の意思という趣旨でございます。そういった意思を表明された場合には、可能な限り患者さんの御自分の意思も尊重しようといった考え方でございます。

鈴木委員 よろしいですか。そこについてはかなり議論があるところです。英米法的な考え方は、インフォームド・コンセント・デュープロセス、適正手続というふうに考えます。つまり患者が情報を知らされないということ、保護法益にするとすれば、だれがインフォームド・コンセントのかわりをするのかということがきちんと定められていなければいけないということになります。むしろ私の理解によれば英米法的な考え方は、患者自身が情報を知らないで同意することはできないので、それは同意自体が有効となりません。むしろ医療はその場合にはできないのだという考え方になります。あなたが自分で情報をコントロールしないのであれば、我々は医療を提供できませんという考え方も一方であり得るわけです。

日本などでは比較的がん告知をめぐって、自分に関する不幸な情報を知らないということをもむしろ保護すべきだということに傾いてきた嫌いがあると思います。ですから英米法的な考え方からすれば、あなたたち情報知らないで自分で了解はできないでは、医療が提供できませんよと言えば、医療を提供してもらうために自分がその苦難を乗り越えていかなければいけないということになるわけです。日本的なその価値観からすれば、その人のかわりにどういう手続で情報をコ

ントロールしながら医療の承諾をしていくのかということが厳格に定められなければこの自由は保障されないということになるので、ここで自由だけを書いても意味がないということになるのだらうと思います。

そののところを、要するに自分がインフォームドされないで医療を受ける場合に、その人の、いわば最前の医療の手続はどのように保障されるのかということとセットになって始めて、その自由を保障できるのかどうかということだらうと思うのです。

これは人間の尊厳に関する自立ということについて、どういうふうを考えるのかということについて特にアメリカ法的な考え方と日本法的な考え方、つまりアメリカは強い人間感によって立つのだという考え方です。日本やヨーロッパもそれに近いと思いますが、比較的現実の弱い人間像を前提にして考えるのだという考え方の違いがあるので、これはどちらが正しいということは言えないと思いますが、後者に立つのであれば繰り返しますが医療の承諾権をどのような手続で保障するのかということがセットにならなければいけないという議論があるということです。

多田羅座長 議論のあるところかと思えます。鈴木委員、確認させていただきます。身寄りのない一人の患者がいるとします。その人が診療所に来たとします。その人を応召の義務で診て、末期がんだったら末期がんとします。その場合、本人がそのことについて知らせてほしくないという場合があります。その場合、今の鈴木委員の御意見だとどうなりますか。

鈴木委員 公的な代諾権者を法律で定めると。

多田羅座長 どなたが定めるのですか。

鈴木委員 法律で定めるのです。公的な承諾。

多田羅座長 そういう患者さんがあらわれた場合に、現場での手続はどうなるのですか。

鈴木委員 例えば英米法的な考え方からすれば、裁判所の介入を求めて。

多田羅座長 英米法というのは……

鈴木委員 そういう法的手続をきちんと定めるということが重要だということです。

多田羅座長 英米法ではその場合どうなるのですか。

鈴木委員 ですからある国によれば、裁判所が介入して代諾権者を定める。そしてその代諾権者に情報を提供して、その代諾。

多田羅座長 その身寄りのない患者さんが来た場合に、医者がそういう手続をしないと医療ができないということですか。

鈴木委員 そうです。末期がんの患者さんに対する対応は、緊急対応ではありませんから。

多田羅座長 緊急対応は別ですね。

鈴木委員 緊急対応の場合には、そうでない患者も含めて別ですから。

多田羅座長 その緊急対応の末期がんだとすれば、医者は患者に、裁判所にそういう手続をしないと医療はできないということですか。

鈴木委員 そうだと思います。

多田羅委員 鈴木委員の御意見はどうですか。

鈴木委員 そういう手続がきちんと保障されていなければ、安易に自由があるということと言っても意味がないということをお願いしたのです。ですから、いわば代諾というのは、かわりに承諾をするという語源で響きますけれど実は法の介入なのです。そういう人に対しては、社会が介入をしなければ医療が適正に行われれないという考え方だらうと思うのです。

高橋委員 少しシチュエーションが違うのではないかと考えています。例えば、実際にこういう例があったのです。胃の手術をやって後で病理検査をやります。そのときにこれが悪性胃がんだったとしても私に言わないでくださいという患者さんがいるのです。そういうケースのことを念頭に置いて知らされない自由があると、こういうことではないのですか。

多田羅座長 一般的にはそうです。

鈴木委員 いやいや、一般的にはそうですって、情報提供には承諾を前提としての情報提供もあります。多くの場合には承諾を前提としての情報提供ですから、例えば今の場合には事後的にわかったということですね。その場合どうするかというのは、また別の話だらうと思うのです。でも、多くの場合は、術前に悪性腫瘍だとわかったときに保存的な治療法をするのか、手術的な療法に行くのかというその意思決定のときに私には正確な情報を伝えないでくださいといった意思決定はできないわけですから、その人のした意思決定は法律的に有効な意思決定にならないわけです。盲目的な意思決定ですから。

高橋委員 それは「お任せする」という意思決定をしているのではないですか。

鈴木委員 つまり臨床医にあなたの好きなようにしてください、私には何も伝えなくていいで

すからと、そういう意思決定を明確にしたような文書は私はこの国では見たことないです。

中島委員 自分には知らせないでほしいといった場合は、家族にその権利を渡すということは、暗黙のうちになされていて、そうでないと次の治療が何もできないわけです。そこが、あいまいになったままに現在なっているということは事実だと思います。

多田羅座長 家族がない場合はどうするのですか。

中島委員 家族がない場合は、今の場合は医師の側が適当にやっているというのが事実ではないかと思います。適当というのは、正しくという意味です。正しいと思うことをということですよ。

谷野委員 先生がそんなことを言っただけではいけません。少なくとも精神の場合の身寄りのない方の場合は、一応手続としては市町村長が保護義務者になります。ただ現実的には、市町村長は保護義務者になることは非常に嫌がります。いろいろなそれこそ責務がついてきます。そういうことが現実です。

中島委員 精神の場合はそうです。ただ一般の胃がんという場合です。

谷野委員 一般的にも同じではないですか。

畔柳委員 多分、同じでしょう。

中島委員 でも、一般の胃がんでだれも身寄りがいないという場合、本人は知らせてほしくないと言った場合にわざわざ後見人をつけるとか、市町村にということはやっていますか、やっていないですよ。そういうことは、つまり適当にやられているということだと。適当というのは最善だと、医師が最善だと思ふことをやっているということは、結局は適当だということなのです。

畔柳委員 評価は別にして、つまり日本にはそういう制度がないということを鈴木先生はおっしゃっているのです。

鈴木委員 そういう手続を、きちんと明記しなければいけないということを書かなければいけないということを申し上げている。

多田羅座長 ないということを明記するということですか。

鈴木委員 そういうことです。だからつくれということですよ。つくらないままに、安易に自由だということ表現しても意味がないということをおっしゃった。

多田羅座長 そういう制度をつくれというのが、鈴木先生が言われたことです。日本にないということはいいのですね。

鈴木委員 抜本的なものはないです。部分的なものは今言ったように、精神医療とかそういうところでパラパラとあるのですが。

中島委員 そうです。

畔柳委員 実は成年後見法をつくる時に、裁判所からいろいろな団体に問い合わせがありました。少なくとも成年後見法では財産のことしかと頭に入れてないのです。あの制度をつくる主体になったのは当時の厚生省なのです。私は、当時日本医師会の意見を書いたのですが、この問題は今は財産のことしか頭にないけれども、実際は病気、今のようがんなどのいろいろな問題がありますが、それについてだれがかわりにやるかという制度も同時につくらないと非常に困った状態になるはずだということを言いました。ところが、国際的な約束か何かがあって、非常に急いでこの制度をつくったということがあって、そこまで言わないでくれということだったのです。実際に医療のことに及ぶと、だれが代理人になるのかとか、非常に難しい問題があって、いろいろ議論していると法律ができなくなるおそれが生じてしまう。先ほど精神の場合に逃げ回っているのと同じような状態が日本では起きる可能性があるということで問題を財産に限って見切り発車した経緯があるわけです。その結果、判断能力の無いあるいは劣る病人の場合の法的手当は欠けており、いまだに、まさに勝手に行われている。残されているということは事実です。何か法的手当をしないと、ヨーロッパ型の議論を持ち込むときには常にそういうところが問題になってしまうということですよ。

アメリカは州によっては、必ず裁判官が出る。地域の行政が公共のためというので、かなり強く責任を持てる仕組みができています。ドイツの場合にも、最終的にとめるか決めないかというのを裁判所に委ねる制度をつくったようです。

多田羅座長 わかりました。伊澤課長さん、医師会の方からの御意見がございませうか。

伊澤代理 先ほど鈴木委員が御指摘いただいたとおり、まさに我々医師会で仕事をしていても現場の先生からもたくさんそういった御相談を受けることがあって、本当に制度が不備であるということは日々感じております。これは患者さんの自由として、一つ気がついた点として指摘させていただいたのですが、もしこれを入れるとして、確かに先生おっしゃるようそういった制度をいかに、まさに今成年後見制度で医療同意を入れるべきであるという議論はよく聞かれますが、

そういったことも含めて何か適切な制度をつくるべきであるという提言も入れていただければ現場は非常に助かると思います。

筈委員 今の議論を聞きながら大変むなしい思いが、ハンセン病療養所の入所者の立場から言いますとあります。家族が、まず我々の周りにはいない、遠く離れている。医療過誤があったって何したって、家族が訴えない限りその医療過誤はそのまま見捨てられていく。それがハンセン病療養所の実態です。家族にどういうふうに連絡をとるのか、あるいはどうあるべきなのかという議論を、ハンセン病に限らない形で、限定しない形で患者権利法というのを論議しているわけですからそれはいいですが、実際問題としてハンセン病療養所の現実はそういうものなということです。

もう一つは飯沼委員から出されたもので、御本人はきょう出席されていませんが意見の最後のところに、これはもう既に法律的には新たに患者権利法のようなものはつくる必要はないのだということ、医師会のあり方や何かの中で解決すべき問題だと言われています。では、このワーキング・グループは、私前回途中でどうしても退席せざるを得なかったのですが、こういう意見が出て、法制定は必要ないのだという意見が改めてここに第2回の会議に出されている。いろいろ細かいたたき台に対する意見は出ているが、最後には新たな法制定はいらないという意見になっている。

大体このたたき台をするには、どういう形でできているのですか。こういう文章の上でのここはああだ、ここはこうだという話をするので、最終的には新たな法制定はなしという意見があって、それがそのまま見逃されるという形で討議しているのだったら大変問題ありと言わざるを得ないのですがいかがですか。私はそういう思いです。

伊澤代理 これは一つの意見としてお聞きいただければと思います。これは、またワーキング・グループ3回目、4回目で進め方をするとときに意見として言わせていただくということで、今回は先ほどの説明の中でも触れませんでした。これはあくまでも意見として。

筈委員 だから意見として、そういう意見を持ってここに臨んでいると。法制定は要らないのだと、患者権利法という問題で討議している中で、その法制定は要らないという意見が飯沼意見の最終的な結論として出されているのではないですか。それは出される意見ではないのではないですか。

伊澤代理 会としての進め方については、前回も非常に御議論があったと思います。会の進め方としては座長にお任せいたします。

多田羅座長 わかりました。今、筈委員からいただいた意見は前回にも議論になったところでございますけれども、もちろんこの検討会は、検証会議の提言を受けて法制化の方向を尊重しながら取り組んでいるということは間違いございません。しかし、この検討会、あるいはこのワーキングとしては各委員の意見が出されるということについて、そういう立場で進めさせていただいているということは前回申し上げたとおりでございます。その点は御了解いただきたいと思えます。

筈委員 この前もそのことで座長と議論をしましたが、法制定を前提としたたたき台ではないのですか。それを前提としないということになれば、これは一体何のための会議だ。

谷野委員 この話をやっても長くなりますから、ある日医の方の個人的な意見として今ここで述べられておるといふふうに僕は了解しているのです。それをこれからのワーキング・グループでもんでいって、やはりこれは何もしなくてもいいというのならば言われるとおりです。こういうワーキング・グループをつくる必要もないです。ただ日医の委員の方も最後まで何もしなくてもいいとは僕は考えてはいない、楽観的な考え方もわかりませんが。ただ、今の現時点ではこういう考えだということで、全部これでこの委員会をやってくれというならばあなたが言われるとおりです。今、ここで個人の意見を言っても余り生産的な議論にならないような気がします。

筈委員 だからそれを乗り越えてという意味決定を我々が持っていなければ、そういう個人的な意見がそれぞれあるのだと、それぞれの腹の中では法制定など必要ないと言いながらこのたたき台を論議しているなら、これほどむなしい議論はないというふうに私は言っているわけです。だから少なくとも飯沼委員が、そういう個人的な意見を持っていると、それを各委員がそれを承知の上で、飯沼さんはそうかもしれないけれど我々は違うというような思いでやっているならいい、だけどそうでなくおれも実はそうなのだというようなことになっていると、これは何だということになります。そういうことです。

高橋委員 飯沼先生は以前からハードローかソフトローかという点で議論されていまして、恐

らく言わんとすることはソフトローを中心にやっていこうと、こういうことだろうと思うのです。前回は議論になりましたけれど、すべての条項を法律に盛り込むというのはできないわけですし、一部はソフトローに落として、一部はハードローをつくっていく、そういう形で議論が進んでいったはずですが。今後もそういう進め方でいいのではないかと思います。

多田羅座長 そういうことで3回、4回、もちろん検証会議の方で法制化ということを提言いただいておりますので、それを我々も目指していくということについてはこの検討会全体として意見は一致していると思います。その点御理解いただきたいと思います。

それでは畔柳委員お願いします。

畔柳委員 私、前回間違ったことを申し上げました。議事録で直しておきましたが、話が幾つか出てごちゃごちゃになってしまいました。リスボン宣言のもとになったのはEUの勧告だということをお願いしましたが、EUでなく、きょうここで鈴木先生が言っているように、正式な名前は本当はよくわかりませんが、WHOヨーロッパの宣言です。オランダの地名のついている宣言です（WHO欧州アムステルダム宣言）。そのことを実は申し上げたつもりでした。

実はこれらの作業に関係する人たちがほとんど共通の人たちです。ちょうどこの時期の少し前にフィンランドが患者の権利法をつくっているのです。その人たちがWHO世界保健機構ヨーロッパ支部に集まってつくったのがアムステルダム宣言と言われるものです。リスボン宣言のバリ島改訂はそれを下敷きにして行ったということをお願いしたのです。

多田羅座長 実質はEUでしょう。ということは言い過ぎですか。

畔柳委員 実質はEUの人たちで、WHOヨーロッパにいる人たちと言った方がいいです。この場合は北欧系の人たちが中心になってつくったということです。

多田羅座長 そういうことについての先生のお考えはどうですか。その特徴に対して。

畔柳委員 それだけでは不足だったのでさらに追加してできたのが1997年のコンベンションヒューマンライツバイメディシンというものです。そっちの方が被験者の保護を重点的にやっています。そのさらに追加がもう少し後にできています。

多田羅座長 一応これではリスボン宣言を下敷きにさせていただいたのですが、それはそれでよろしいですか。

畔柳委員 それでよろしいと思うのです。ただ、被験者保護の方はむしろ。

鈴木委員 ヘルシンキ宣言ですね。

畔柳委員 ヘルシンキ宣言でなく、もう少し具体的なものがあります。

鈴木委員 ヘルシンキ宣言と先生が言われているヘルシンキ宣言は64年のことをおっしゃっているのですか。

畔柳委員 ヘルシンキ宣言そのものはまさに被験者保護の宣言ということで、64年に始まり75年、2000年と大改訂を経ています。ところが、依然として抽象的な部分があり、それを具体化すべく影響を与えているのが、こっちの方は条約、コンベンションオブザプロテクションオブヒューマンライツ&ディグニティブヒューマンビンゲウィズリガードトウザアプリケーションバイオロジーアンドメディシン（Convention of the protection of human right and dignitive human being with regret to the application biology and medicine）というのです。

多田羅座長 先生、それでどうなのですか。

畔柳委員 ヘルシンキ宣言については、今改訂作業をやっているのです、必要があれば整理して説明してもよろしいです。

多田羅座長 この辺は基本的な点ですので、大体。今のところ、この形でよろしいですか。

畔柳委員 よろしいと思います。

多田羅座長 わかりました。併委員、お願いします。先ほど御意見をお伺いしましたけれども、内容について御意見がございましたらお願いします。

併委員 このたたき台を読んで、やっぱり法制化必要ありと、私たちの代、つい最近になってようやく通称ハンセン病基本法というのが制定された。これはハンセン病問題の解決の促進に関する法律という法律名です。これが通常国会で可決されて、来年4月に施行される。その中に、いわゆる差別の問題があります。差別をしてはならないと、ハンセン病またはそれにかかった者に対して差別してはならないということが明記されています。また医療の立場から、医師、看護師、介護員の確保と医療の整理をはかる。この「はかる」という言葉は私が提案して、それで「はかる」ということですが、「はかる」という言葉で出されたのを衆議院の法務局と厚労省との間ですり合わせる中で「はかるよう努める」と、先ほど「努める」という言葉が大変問題になっていましたが、何かそういう形であいまいにしてしまうという意図がありありと見える。しかし私た

ちは、それは条文でうたわれている。それをきちんと抑えていかなければいけないと思っています。

こういう法律をつくるということによって、我々のこの歴史の中でやはり扉を開きそして新たな前進をはかるというきっかけを法制定によって得ているわけです。この患者権利法について本当にヨーロッパ諸国やアメリカにあるにもかかわらず、なぜアジアにないのか、そして日本になぜないのか、その点「なぜないのか」ということを我々は念頭に置きながら論議すべきではないかと思えます。

そういう意味で、このたたき台については部分的にいろいろな問題点を含んでいますが、これで患者権利法の方へ持って行くのだと、そのためのたたき台なのだというふうに私自身は理解してこの問題に取り組んでいこうということです。もちろん専門的な問題については、各委員の先生方からお話がありましたが、私たちの方でも実際に医療の面について本当にかかりたい医師にかかれぬ。そして職員は、入所者数のいわゆる死亡率の高まりによってそれに比例した格好で職員数を減らしてくるという中で、最悪の医療状態に置かれている。こういう中で、私たちの問題から端を発したこういうロードマップ委員会的な形で発足した会議ですから、そういう意味では、ぜひこれの実現のために私自身ももっともっと勉強しなければいけないと思えますが、これをたたき台としている限り、これが本当に実現させる方向、法制定させる方向それをぜひこのワーキング・グループで結論づけていっていただきたいという思いがしています。

非常に分析をした格好で、いわゆる黒字、赤字、紫字といった格好で出されていますが、これはただ事務局で先ほど説明がありましたが、事務局案のような形で出されたのですか。

多田羅座長 私と事務局あるいは内田先生と。

谷委員 座長と事務局で相談して出されたわけですか。

多田羅座長 そういうことです。もちろん委員の先生の御意見を踏まえながらということではありますけれど、一応たたき台を出さないと会が進まないだろうということでした。たたき台として私と事務局の方の責任でつくらせていただきました。

谷委員 もう一つ何かこう、いろいろな点から言っても副座長もおられることですし、副座長はかつて検証会議の副座長も務めておられた方です。そういう点から、こういうたたき台を出すときには、座長と事務局だけでなく副座長も含めて出してもらいたいと思えます。

多田羅座長 副座長も基本的には御相談をしながら、不十分な御相談かも知れませんが、進めさせていただいていることは申し上げることはできると思えます。副座長もそういうことで寛大に見ていただいているところは結果としてはあるかと思えますけれども、御相談しながら、させていただいております。

谷委員 できるだけそういう形で、いろいろな力を合わせる形をとっていただきたいと思えます。

多田羅座長 それはもちろんでございます。ありがとうございます。それでは、次、次となりますが、谷野委員いかがでしょうか。

谷野委員 参考委員ですが、余りかた苦しい委員会でないようですので。何から言ったらいいかわかりませんが、絶えず疑問に思うのは、僕らの精神科の場合は精神保健福祉法という長い名前の法律で細かくしられるのです。書類書きばかりです。隔離室へ入れるにしても、拘束するにしても、医療保護入院にしても、もう現場の医者は書類書きで追われているぐらい過剰な人権尊重、悪いことではないかも知れませんが。僕は何を言いたいのかといいますと、ハンセンの方々聞いていてハンセンの方々の現状というのは、ハンセン病福祉法という精神に関するに当てはまるような法律というのはないわけですか。

多田羅座長 特に……

谷野委員 特にないわけですか。

多田羅座長 そうですね。特にまた最近、疾病に関する法律はつくらないという傾向になって、例えば結核予防廃止のことがあります。

谷野委員 ただ、ハンセンと精神は違うところが多いのですが、かつていろいろ長い歴史的に共有してきたところがある。それからこれとエイズ、C型肝炎とは若干違うから、そうすると一つずつの病名の法律をつくっておかなければならないので難しいですが、少なくとも慢性、長期をたどるかも知れない、あるいは社会から隔離されるかも知れない方々の基本的な医療・福祉に関する法律というのは、各疾患でつくっておく必要があるのかと思えます。どうも我々、そういう点では精神はがんじがらめですがハンセンの方々にはそういう法律ができていないのか、それがなくなると患者権利法それはあらまほしき姿かも知れませんが、患者権利法をもしつく

っても、これハンセンの問題は根本的には解決しないと思います。そういうのをドーンとつくっても、ちょっと水を差すようですが、だから各論的にもう少し丁寧に議論しておかなければならないことを、国がやはり膨大な報告書が出た後の後始末といいますか、そういうものをもう一つ国がきちんと丁寧にしていないのではないかと、僕はこの委員会に初めからかかわっていてそう思うのです。

それともう一つは、これも患者権利法なる大きなもの、これは前回に議論されたようですが、この大きなものハードロー、ソフトローという考えがありますが、これは大きな患者権利法になるとこの検証会だけでは手に負えなくなる。この検証会では、やはり今までのハンセンとか精神とかいろいろなものを含めて基本的にこういうふうな権利法が必要だろうというような最低限のメッセージをつくらせる方向で進める方がいいのか、そこら辺が僕はこの委員会の初めから。

多田羅座長 谷野先生、進め方は次回以降ということで、一応進めるあり方の方向のようなものを今のところまとめさせていただいています。

谷野委員 先生、僕がかつて座長に聞いたのは、これは風邪ひきの患者までの権利法をつくるのですかと言いましたら、座長はそうだとされました。

多田羅座長 そう思っております。

谷野委員 そうすると、ちょっとそこら辺が果たしてこの委員会のそこまでの権限があるか、基本的なメッセージならいいですよ。

多田羅座長 基本的メッセージの段階だと思います。

谷野委員 そこまでの権利法というのは、かなりそれこそいわゆる法整備とか何とかです。余りそれにはこだわりませんけれど、そういうここだけでは手に負えなくなるのではないかという感じがします。そういうところですよ。

多田羅座長 わかりました。藤崎委員、どうでしょうか。

藤崎委員 本来私も谷野先生と一緒に、このグループの委員ではありませんが。私は勉強のつもりで傍聴させてもらいたいという話で申し込んでおいて、ここに座れというわけです。いろいろお話を聞いて、これまでのハンセン病の医療というのは先ほど研委員が言われたように、ハンセン病療養所の中における医療は患者の権利、医師の義務といった問題を越えて、全く言葉は適当でないにしろめちゃくちゃだったという状況がありました。最近よくなりつつあるとは言いながら、最近の例としてお医者さんの質もあると思うのですが「様子を見ましょう」と言っているうちに死んでしまったというケースがあるわけです。現実にあります。そういう状況の中で、ただハンセン病療養所の医療自体がお医者さんが十分でないということもある、あるいは説明が十分でないということもあって、現在では外の医療施設に委託という形で治療を受けに行くというケースがあります。ですから、そういう意味では、かなり患者自身の医療に対しては手厚くなってきているという部分があります。しかし、やはり患者の権利なり入所している人の医療を受ける権利というのは、あくまでもこれは医療の選択権がない、医師の選択権がないということ言えば、そこは保障されるべき権利として法律で保障されなければいけない部分だと思います。

最初に秋葉先生がおっしゃった、いわゆる患者が知らされない権利といいますか、私の実体験ですが、私の家内が実はがんだったのです。がんだということは宣告されました。その後の治療についてもこれははっきり言って治らないがんだと、しかも抗がん剤も効かない、手術もできないという状況の中で先生が縷々説明するわけです。ところが本人は知りたくないと言うのです。主人である私だけに言ってくればいいのですが、いや本人もぜひ来て説明したいと、ですからそういう意味ではインフォームド・コンセントが行き過ぎだと思います。これを知らなくてもいい権利もあってもいいのではないかと強く感じます。ですから秋葉先生、鈴木先生が言われましたが、そこはやっぱり日本の今の制度の中で知る権利は随分強調されていますが、知らなくてもいい権利も一方にあるのだということを念頭に置いて法制度を整備していかなければいけないのではないかと思います。

多田羅座長 制度によってそういうことが保障されるということですね。わかりました。鈴木委員はよろしいでしょうか。

鈴木委員 何点か各論的なことで気づいたところがあります。3ページです。先ほど座長から少しコメントがありましたが、適切な医療の権利を患者が持っているそれが国によって保障されると書きながら、その保障手段である医療従事者の医療提供が努力義務でいいというのは、どこか矛盾しているのだらうと思うのです。ですからやはり一つ一つ、努力義務のところはそうでないところと比較しながら、しかも義務というものは権利に対応するものであるのであれば、そこを一つ一つ議論していただきたいと思います。

もう一つ、6ページの3つ目のポチです。ここには患者・被験者の自己決定のための説明があります。少なくとも被験者の理解を得るよう努めなければいけない。患者に関しては、医療法上努力義務しか規定されていないことは承知しています。しかし薬剤師法は努力義務ではなく、情報提供については法的義務になっています。しかも薬事法に基づく症例では、臨床試験に関してこれは努力義務でなくかなり厳格な説明・同意を要件にしています。それを一括して努力義務で明記するというのは、むしろ現状の到達点すらも後退させる危険性があると思います。

それから8ページの3つ目のポチのところ。患者・被験者本人に情報が提供されることが原則だと書いてあります。そして「正常な判断能力がある限り」という限定がついていますが、情報提供に関しては「正常な判断能力がある限り」という限定がむしろ外されているのが世界の流れであります。これは例えば子供などについては、インフォームド・コンセント、コンセントのところは、つまり公的に有効な承諾の前提としての説明というところがなくても、有効な承諾がない年齢についてもアセントという形で法的に保障していくというのが世界の流れになってきています。情報提供について、正常な判断能力を要件にするというのは少しおくれた考え方だろうと思います。

承諾というところを、判断能力を前提にするというのはどこの国でもある話ですが、情報提供についてはインフォームド・アセントという考え方からすれば、それは有効な承諾ではないけれども、インフォームドは重要だというそういうふうになってきていますので、ここも「正常な判断能力がある限り」ということを情報提供の前提にするということは、世界の流れからすると間違いだろうと思います。今のところ各論的に気づいたのは今のようなところです。

多田羅座長 ありがとうございます。高橋委員、お願いします。

高橋委員 最初の2つは鈴木先生と全く同じでして、今言おうと思っていました。ただ結論は全く反対なのです。

ここに書いていることというのは、これ自体間違っているものはないと思うのです。結局は義務にするか、努力義務にするかといった考え方の違いが反映してくるのかと思います。まず3ページの鈴木先生が言われた、「すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有し、国によって保障される。」と、座長もいやこれは権利でいいのではないかといった御説明だったのですが。

多田羅座長 ここから出発するという形で。

高橋委員 これはそうではないと思うのです。適切という抽象的な概念が出てくるものはみんな努力義務なのではないかと思うのです。何が適切かをもって、それでない議論が紛糾します。だからこれはやはり国は差別なしに適切な医療を受ける体制を整備するよう努めなければならぬとか、そういう形になると思います。

多田羅座長 「すべての人は」という主語を持っていきかけたのです。

高橋委員 それはそれでもいいのですが、それから差別というのは、基本的にゼロにはなりません。例えばこれは風邪を引いた患者さんも入るというお話でしたけれど、これに歯科医療も入るわけです。そうすると例えばお金のない人はインプラントというのを受けられない。金歯、銀歯値段が違う。やはり差別が出てくるわけです。それは国としてできるだけその差別を縮めるように努力する義務があると、私はそのように考えます。

2点目、鈴木先生のおっしゃられた6ページです。まさにおっしゃるとおりであります。3つ目のポチですが、私が思うのは「診療・研究の内容について十分かつ適切な説明を行う。」これは義務です。患者の理解、必ずしも患者さんは理解してくれるとは限りませんので、これは努力義務になるのだらうと思うのです。被験者の場合には実験ですから、ここに入れるのは間違いだと思います。ですから鈴木先生のお考えですと、いろいろなものをまぜて一つの法体系にしようという御主張だと思うのですけれど、私はそうでなくてこれは風邪を引いた患者さんにも、みんなに共通するものをつくって後は個別法でやった方が落ち着きもいいし、きちんとした権利の実現をはかることができるのではないかと思います。

多田羅座長 そうすると被験者の記載はどうしたらよろしいですか。

高橋委員 被験者はここには入れない方がいいのではないかと。こうなりますと、また定義に反するという議論が出てきますが、必ずしも定義に100%実現しなくてもいいというのが私の根本的な考え方なので、あえてここは患者の権利だけで一つのものをつくった方がいい。もしどうしても入れるのであれば、何もここで一気に呵成にやらなくても、とりあえず患者の権利をつくった後で被験者の権利を入れられることができるか、別な段階で議論してもいいと思うのです。

3つ目は、飯沼先生のおっしゃられた守秘義務に事務職員を入れるべきだということ、これは私は反対です。事務職員に守秘義務を入れると、事務職員がしゃべった場合に罰則か何か規定し

なければいけないです。事務職員はくるくるかわりますし、そもそも事務職員に守秘義務がありますと医者が事務職員に話してもいいことになりませんか。彼らも守秘義務を負うのだからと事務職員にべらべら話すという事態が起こるような気がするのです。むしろやはり職業倫理で支えられた人たちの中だけで共有して、医者は不用意に事務職員に言わないといった体制をとった方がいいのではないかと思います。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。少し余談になるかも知れませんが、差別というのは、お金があればしかし使えるという点では差別がないというふうにはなりませんか。

高橋委員 おっしゃるとおりです。差別というより区別と言った方がいいのかもしれませんが、ただ100%平等にはならないということです。

多田羅座長 それでは中島先生、お願いします。

中島委員 余りに難しく全くわかりませんが、全体として治療を受けていくという前向きな姿勢にある場合の権利擁護とか、そういう点については十分かどうかわかりませんが、相当突っ込んで議論されていると思うのです。問題は、今後は、やはりさまざまな死に方を選択できる時代に入って行くのではないかと考えております。もちろんハンセンの問題をベースに置きながらこういう事件といいますか、こういう悲惨なことは二度と起こさないというのが第1です。その次に、医療全体についてのさまざまな権利・義務、あるいはちゃんとした体制をとるためのものをつくっていくとすれば、治療について拒否した場合、あるいは部分的に拒否した場合の後の医療の受け方、あるいは医療を受けない、拒否の仕方というものを少し入れていかないと多分時代におくられていくのではないかと。

多田羅座長 具体的にはどこで。

中島委員 いろいろなところへ出てきてしまうので困っていたのですが、5ページの選択の自由のところでも、医療を受けない選択というものを書き込んでいった方がいいのではないかと。これはすべて医療を受けるという前提での選択ですから。

それから7ページ、患者の意思に反する処置というところでも書いておられることは、一応は助かっていこう、生きていこうという意味を持っている人たちです。しかし、がんや脳出血の後遺症あるいは認知症初期等で、私は自分の生まれた故郷の河原で死にたいという人には、やはりその権利を認めていってあげなければいけないのではないかと個人的に考えております。全くばかにされるとは思います。

多田羅座長 書きぶりが難しいですが。

中島委員 書き方が難しい、よくわかっております。それから12ページの健康教育です。これについても情報提供をすることは自由ですが、そんな情報も要らないと言う権利も保障されるべきですし、健康でありたい人もあれば、健康でありたくなくて早く死んでもいい人もあるわけです。そんなことまでいちいち法律で言ってほしくないということです。

言えばきりがないので、要するに簡単に言いましたら、治療を拒否する、拒否した場合もいろいろなバリエーションがありますので、それに対して対応できるようなもう少し細かい規定があればいいというのと、最終的には精神疾患に基づかないで自殺を望む人には自殺の権利を認めてあげてほしい。以上でございます。

多田羅座長 そこまで踏み込むとなかなか難しいようなところも感じるのですが、御意見として伺っておきます。それでは宮崎委員、お願いします。

宮崎委員 6ページ、7ページの3番、4番ですが、分けなくてはいけないものですか。と言いますのは出だしも一緒ですし、4番を3番の中に組み入れることができるのではないかと思います。

それから細かいことになりますが3ページの2つ目のポチです。治療、予防、リハビリテーションという言葉が出てきます。もしできましたら、「健康の増進」という言葉も入れた方がいいのではないかと思います。

5ページ、3つ目のポチです。「他の医療機関を受診し、情報を提供して意見を求めることができる。」いきなり「情報を提供して」という言葉、わかるのですが、何か前に少し説明文を入れたいと、「それまでに得られた情報」とか何か必要ではないかと思います。

6ページ、2つ目のポチです。「自己決定を行うことができる」この言い方でよろしいのですか。それこそ「権利を有する」という言葉に。

多田羅座長 「できる」という言葉にしたところがあるので、「なければならない」というのと「できる」ということに。

宮崎委員 わかりました。それから、このところで患者はインフォームド・コンセントで自

ら患者さんが決定した例えば治療プログラム、それに「従うよう努めるべきである」というような言葉を入れた方がいいかと思ったのですが、実は14ページの9番に入っていますからこれはいいと思います。

それから飯沼先生もおっしゃっていましたが、10ページの「守秘義務」のカルテ開示は、情報提供（8ページ）に入れるべきではないかと思えます。

この情報提供のところへ、患者は医師に対してといたしますか医療機関に対してといたしますか、「自らの病歴、家族歴について十分な情報を提供しなければならない」という言葉を入れてはどうかと思えますがいかがでしょうか。

多田羅座長 患者側からの情報提供。

宮崎委員 はい、自分の病歴あるいは家族歴。それから12ページの健康教育です。患者も自ら健康管理に努めなければならないという言葉が必要かと思いましたが、そういう言葉はどこかに入っていましたのでいいと思います。以上です。

谷野委員 参考人の割に発言して済みません。1ページですが、見出しがこのままでいいのですか、いつの間にか「患者・被験者及び医療従事者」というふうなことが入っていますが、先ほどから医療従事者の権利を入れるとか入れないとか、患者だけの権利の方がいいのではないかなど、どういうふうに整理。これからの議論の中でしていかれることですか。

多田羅座長 いや、患者及び医療従事者の権利ということに一応なってきたと思えます。

谷野委員 それでいいわけ。

多田羅座長 それは今までの検討会で、基本的に患者および医療従事者の権利と責務という形でトータルなタイトルはさせて、被験者の扱いについては、先ほど高橋委員もおっしゃっていましたが、検証会議の方では患者・被験者という格好で提言いただいております。

谷野委員 医療従事者のところで、この話は少しピント外れのようにひんしゅくを買ったわけですが、医療従事者が、ある先生も言われたと思うのですが、これだけ疲弊していて非常に今患者さんのモンスター・ペイシエントとか、未収費の問題とか、そういうことが大っぴらになっで行われているというような、一つはもう医療が大変疲弊しているわけです。そうするとこの医療従事者の権利というのは、ここではこういうことは言わないと。

多田羅座長 一応10番で医療保障制度の充実という形で、総論的ではございますが、そういう中でこそその患者あるいは医療従事者の権利、責務であるということの建前には構成上なっています。

谷野委員 特にそうしてほしいのは、僕は患者さんの権利というのは従前に守られるべきだと思いますけれど、今患者さんから暴力行為を受けるなどあります。

多田羅座長 それは検討会の中で先生からお話がありました。

谷野委員 それからお金を払わないで堂々と帰っていくとか、そういう人が現実に我々、それとドクター不足とか何かで現場は疲弊しているわけです。そこら辺のことも少し、患者さんの権利を守るのは当然の話です。でも少しそこら辺のことを言ったら、ここの委員会はそういうことを言う委員会ではないということがかつて言われたので。

多田羅座長 いえ、いえ16ページの医療保障制度の充実というところで、基本として触れさせていただいています。

谷野委員 そうであれば安心します。

宮崎委員 12ページの健康教育についてですが、飯沼先生の御意見です。資料1の3ページ、上から3つ目の○。12ページの3つ目のポツの後に、例えば「すべての人は自らの健康状態に関心を高め、健康増進、疾病の予防に努めなければならない」といった言葉を入れたらどうかと思えます。

多田羅座長 わかりました。

宮崎委員 これも飯沼先生の御意見で（資料1、3ページ4つ目の○）、「医療従事者と患者の間の信頼関係が最も重要である」ということは、最初に入っていますからいいのではないかと思えますがいかがでしょうか。

多田羅座長 相互理解と信頼関係ということは第1条で入れております。

鈴木委員 私はペーパー（資料1）で出しましたが、意見の1. 2. 3のところですが、被験者に関しては、先ほど高橋委員の意見の中に出ていましたが一般患者と同列に被験者を並べて権利条項を書くのは、やはりおかしいと思うのです。つまり被験者とか秘拘禁者というのは、一般患者に比べて特別な境遇といたしますか環境に置かれているからこそ、より違った角度からの保護も必要だということですので、被験者を全体の中にちりばめさせるというのは限界があると思

ます。被験者の権利は、被験者の権利という項目をつくっていただいて書いた方がいいと思います。同じことは被拘禁者についても言えると思います。

多田羅座長 被拘禁者も触れますか。

鈴木委員 ハンセン病はまさしくそこに問題がありますし、前回もたしか申し上げたと思いますが、現在高齢者医療の中でも法律的な手続なしにかぎのかけられた部屋に入れられているわけです。ですから身柄を拘束されるという要素がある患者というのは、一定いるわけです。感染症とか精神医療、高齢者、そういうところの一般原則を掲げることが非常に大事だと思います。その被拘禁者の権利、被拘禁者の権利という用語を使うかどうか、僕はそういう用語で。

多田羅座長 検証会議ではこの課題が出ていませんので、そこまでという。非常に重要な問題であることはもちろんですが。

鈴木委員 ハンセン病の教訓を生かしながら患者の権利を言って。

多田羅座長 検証会議で被拘禁者という言葉は出ていません。

鈴木委員 もう一回読み直しますが、ハンセン病の最も重要なことは被拘禁者としての権利、その中で丸ごと人間の存在の大事さで、医療を受ける権利もインフォームド・コンセントも何もなしに、しかも強制労働までさせてきたというのがハンセン病の歴史です。被拘禁者、つまり拘禁された者というのは、無権利状態になるということなのです。そこを落として、患者の権利条項を書いていくというのは社会的な大きな批判を受けると思います。

それから被害回復を求める権利というのは、最近では苦情解決も含めた非常にあれなので医療保障制度の充実という一般条項の中に入れるのには、これもまたいささかおさまりの悪い条項かと思えます。一般条項の3つ目のポチに書いていただいているのですが、ここはもう少し検討する必要があるだろうと思えます。したがって1から10の項目の立て方で、論理的な整理ができていくのかどうかということも次回改めて議論をしていただければいいかと思えます。

多田羅座長 もちろん非常にいたらないところの多いたたき台ではあるかと思うのですが、それをさらにベストなものというのはなかなか難しいという状況も一方あります。高橋委員、お願いします。

高橋委員 鈴木先生のおっしゃるとおりだと思います。まず検証委員会の提言にないからといって。

多田羅座長 それは一応つぶやいたということにして。

高橋委員 提言があっても、それに拘束されないという立場をとっているのがあって、提言がなくてもやはり取り入れるということが必要だと思います。

多田羅座長 わかりました。それはおっしゃるとおりです。

高橋委員 後は、被拘禁者の権利、もちろんどこかに書かなければいけないと思うのですが、総論に書くべきか、各論に書くべきかとなったとき、やはり各論の方がいいのではないかと思います。例えばどうですか中島先生、谷野先生、医療保護入院の患者の権利と措置入院の患者の権利は少し違うのではないですか。本人のためというのと、社会のために拘禁されるというのは、おのずと権利の性質が変わってくるのではないかと微妙な差があるように思うのです。

谷野委員 現場ではしかし、隔離室へ入れるということは一種の拘禁です。その点においては、措置入院も医療保護入院もそれはそれなりにやはり現場が、措置入院の隔離室と医療保護入院の隔離室が違っているわけではないですから、手続も同じです。

高橋委員 心神喪失は医療観察法の拘禁は違うのではないですか、違う部屋だというふうに。

谷野委員 もう少し豪華な部屋に入っています。

中島委員 全個室です。

鈴木委員 御本人から見れば強制入院であることは間違いのないわけです。医療保護入院は任意入院の中に旧法ではカテゴリーとして入っていたので、世界的な非難を受けたわけですから。

中島委員 例えばたばこの問題を取り上げても、自分の意思で入院するのであれば、ここは禁煙ですよと、それを選択して入院されるわけですからオーケーです。しかし、措置入院とかあるいは医療観察法による入院という場合は、強制的な入院で本人の意思によらない入院です。そこではやはり本人の嗜好というものも、治療が許す範囲において認められなければいけないということがあられるわけです。そのあたりは、少し一般の入院と強制的な入院は分けて考えなければいけないと思います。

谷野委員 うち任意入院でも全面禁煙です。

中島委員 任意はいいのです。自分で入っているのだから。

谷野委員 入るでしょ。たばこが吸いたいといってもだめです。

中島委員 それは任意だから、あらかじめ言っているでしょ。

谷野委員 余り難しいことは言わないことにしましょう。病院でたばこはだめ。

筈委員 ハンセン病の場合は、強制だけでなく、そのままであれば理由あるなしに煽動や何かであぶりだされてしまうのです。そうすると、家族の目の前で襟首をつかまれて引きずり出される、そういうことが現実に起こる。しかも家の前など真っ白に消毒するというようなことが平然と行われてきたわけです。そういうふうにされることだと家族が困るというので、ひそかに自分でやむなく療養所へ向かった患者たちも結構います。それが任意だということになったら大変なことです。

鈴木委員 それは強制入院です。自由な意思ではないですから。

筈委員 そうです。だから任意、任意というと、そういう意味で引っかかってくる問題がある。

谷野委員 現在もそういう状態ですか。

筈委員 現在だってそうでしょう。ただ現在、発病者はいないから。

多田羅座長 ありがとうございます。最後になりましたが内田副座長からまとめの的などところも含めましてコメントをいただきたいと思います。

内田委員 きょうは委員の方々からいろいろな御議論が出ました。それはいずれも大きな論点だろうと思います。そういう意味で、次回以降その論点についてももう少し詰めて、できるだけ両論併記でなくワーキング・グループとしての合意形成という形で行っていただければと思っています。

それから飯沼委員が御提起なられた、国とかの責任についてももう少し掘り下げてほしいと**に踏み込んでほしいという御要望は私も賛成です。きょうは、それを受けて事務局の方でたたき案をつくっていただきましたが、それももう少しどの程度踏み込めるかについても次回以降御検討いただければという感じがいたします。

もう1点として、先ほど「努める」か、どうかの御議論がありましたが、しなければいけないと言っても実際には不可能を強いることはできないわけです。可能な範囲でやっていただくということになって、現在の医療水準から見たときにそれが可能なのか、不可能なのかという形になりますので、文言は違いますが「しなければいけない」というのと「するように努める」というのは、文言の上ではかなり違う印象を受けますが実際の判断のところではそれほど大きな差はないだろうと思います。その辺のことも、しかしなかなかコンセンサスが形成されてなくて、「しなければいけない」と「するように努める」というと物すごく差があるのだ、だからどちらをとるかという議論はやはりありますので、その辺はもう少しこのワーキング・グループで議論した上で、いろいろところで合意形成をはかっていくということは重要かと思っています。

我々の目標は、医療に伴うトラブルとかいろいろな見方の違いというのをできるだけ克服することによってトラブルを減らしたいとか、あるいはいい色をつくっていききたいという、そのゴールを目指してどういうふうにしていくかというのが我々の議論の原点だろうと思うのです。そういう意味では、合意形成ということをも丹念にはかっていく中でこの問題の出口を探っていききたいと思っています。

多田羅座長 ありがとうございます。まさに戦後といいますか明治以来の日本の医療のいろいろなあり方が今厳しく問われている中で、特に患者の権利あるいは医療従事者の責務、そういう点のちょうど一つの極点にあるような時期においてこの議論をしていただいていると思います。それだけにいろいろなプロセスあるいは御意見があって、もちろん我々合意形成に至りたいということは全員が一致していると思うのです。一つの文言によってそれを示していくというところは非常に難しいところがあることも事実かと思っています。そういう点で非常に全体としては理解していながら、一つの文言としてそこに一致できるかどうかというところが残っているかと思えますけれども、事務局、内田先生と御相談しながら、いただいた意見をできるだけ誠意をもって一致できるような文言の方にこれからも努めていききたいと思っています。遅々としているように見えるところもあり、また少し取り組み不足のように思われるところもあるかと思えますけれどもそのところ一つ御理解いただいて、今内田先生に言っていたいただいた合意形成の方向に向かって御協力、御理解いただきたいと思っています。

言わなくてもいいことですが、よろしくお願ひしたいと思っています。何とかそういう明治以降100年、あるいは150年の歴史を踏まえていると言っても大げさではないかと思っています。しかし、こういう議論をしていただいている、そしてこれが少なくとも議事録に残って現代の日本における一つの知恵といいますか水準を示しているという意味においても非常に貴重な議論をしていただいているということは間違いないと思います。その議論が一つの成果を生むということであれば、これにこしたことはないわけですが議論自体一つの大きなステップになっているのではないかと思

いますので、その点も御理解いただきたいと思います。

今回は、一応4回という考えで8月8日を予定しております。日が短いので、きょういただいた議論を文章に落とすこと。それから全体の予定としては、きょうも既にいろいろ議論をいただいておりますが、進め方といいますかまさに法制化に向けた議論をどのようにさせていただくかというところが3回、4回の大きなテーマでございます。

あり方の方については一応ほぼ総論的な形で「できる」、あるいは「なければならない」というような言葉でまとめさせていただきたいというのが私どものお願いです。

谷野委員 このプロジェクトは8月8日と、次はいつですか。

事務局 9月17日です。

多田羅座長 9月17日の水曜日の午後です。そういうことで8日には進め方、法制化に向けた議論をやっていただくことになるかと思うのですが、その進め方をどうするかということもあるわけですが、文章でそれまでに何か出していただくというような格好はいかがでしょうか、無理でしょうか。

鈴木委員 やはり細かい条項にこだわってくると議論が割れると思います。私はやはり権利条項をしっかりと書いて。

多田羅座長 権利条項を書くというのはどういうことですか。

鈴木委員 ですから、患者・被験者・被拘禁者などが持っている基本的権利をきちんと明確化することにして、そしてそれについての一般的な責務を国や自治体、医療従事者の責務を明記すると。しかしその具体的な中身に関しては、従来出ているソフトロー的ないろいろなものに落とししていくということの方が、つまりですから専門家集団やあるいは施行規則さまざまなものに期待していくような条項にしていくという方が、全体のコンセンサスはつくりやすいのではないかと思います。

多田羅座長 進め方の方ですか。

鈴木委員 そうです。細かい条項を1個1個洗って、これを入れるとか入れないとかという議論をするのは、結局意見の対立を生むことはあっても前向きに合意形成をすることにつながらないので、その方が建設的だろうと思います。座長が繰り返し、難しい、難しいとおっしゃるのはこの合意形成に障害ではないかと思えますけれど。やはりある意味で今は明治維新に匹敵する新しい時代を切り開いていこうということですし、ここ10年くらい吹き出てきた医療と国民、患者の相互不信みたいなものをどうやって乗り越えていくのかと、僕は権利というのは要するに相互不信をおさるものではなくて、相互不信を確立するものだと思っていますので、権利をきちんと保障しながら具体的な条項に関してはそれぞれの専門家集団がきちんと中身をつくっていくという方向に行けば、専門家集団に対する一般国民の信頼も高まりますし、権利保障はまさしく医療そのものですから、そういう方向でもってぜひ取りまとめていただきたいと思います。

新しい時代を、ここにいる皆さん方で切り開いていくのだという発想をぜひ持っていただきたいと思います。

多田羅座長 ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。

それでは、本日の会議はこれでお開きにさせていただきます。御協力ありがとうございます。

事務局 事務局からの連絡でございます。8月8日の午後ということで第3回、よろしくお願ひ申し上げます。それともう一つのワーキングが明日の午前でございます。こちらの方の先生方でも御出席賜れば幸いです。

(終了)