

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3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8月8日（金）

場 所：東海大学校友会館「三保」「東海」

**多田羅座長** ただいまより「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、第3回を始めさせていただきます。委員の皆さん、非常にお暑い中、御多忙の中をお集まりいただきましてありがとうございます。

きょうは、このワーキング・グループの第3回でございます。一応4回を予定してまいりましたが、今まで2回については患者・被験者及び医療従事者の権利と責務のあり方についてということで御審議いただきました。繰り返すようですが、このワーキングとしては、まず患者・被験者及び医療従事者の権利と責務のあり方、目指すべき方向という中身について御検討いただき、それについて今後、あり方をどのようにして推進していくのか、その道筋について2回御検討いただくという大筋の考えで、これまで2回、特にこのあり方について御議論いただき、いただいた御意見をもとに文章としてもまとめさせていただいてきたというものでございます。

今回は、いただいた意見をもとに、必ずしも委員の皆さんからしたら十分に反映されていないという意見もあるかと思うのですが、一応全体として一致できる点はこのあたりではないかということの一つの目安として、追加あるいは修正して作成させていただきました。ということでできましたら本日、何とか委員の皆さんのあり方として、まず各部分については御意見があるかと思いますが、全体としてはこんなものかということで御了承いただければありがたいと座長としては思っております。

非常に差し迫ってはおりましたが、事前に送らせていただきましたので見ていただいているかと思えます。きょうは、最初にその点について御議論いただき、もし大まかこの程度で仕方ないといえますか、いいのではないかということで御了承いただければ、その道筋といえますか、これをどのような方向で進めていくのか、特に検証会議の提言の方で法制化ということを提言いただいております。そういう方向について、どのようにあり方を現実日本の社会の中に定着していく、あるいは具体化していく方策がどうあるべきかという議論をお願いしたいと思っている次第でございますのでよろしくお願い申し上げます。

それでは勝手ですが、最初に前回いただいた議論をもとに若干修正したところにつきまして事務局の方から説明をさせていただきたいと思っておりますがよろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは事務局からお願いします。

**事務局** それでは説明をさせていただきます。

その前に、本日の御出欠の状況でございます。本日、ワーキングの先生方おそろいでございます。そして第1回、第2回に続きまして、藤崎先生の方にも御出席していただいております。以上が出欠の状況でございます。

では早速、お手元の資料1でございます。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（検討のためのたたき台）という資料を追加、補正箇所の御説明をさせていただきます。

1ページ目は従来と同じでございます。2ページ目をおめくりいただきまして目次、その次3ページ目からが本文でございます。前回、飯沼先生、高橋先生、鈴木先生からいただきました御意見など、新規の追加を本日御議論の御参考ということになるかということもありまして緑字で追加してございます。それから、その上のところに付記ということで、これは特に前回のワーキングの御議論の中でいただきました意見を若干抽出、整理させていただいているものでございます。

追加させていただいた、あるいは従来からお出しした資料と付記で前回のワーキングの御意見を踏まえて、上の方で前回2回目に追加、補正させていただいた部分は紫字になってございますが、第2回のワーキングの御議論を受けて今回追加・修正させていただいたところは緑ということになってございます。

まず3ページ目のところから申し上げますと、2つ目の黒ポチでございます。医療、治療、疾病の予防、リハビリテーション以外に健康の増進をという御意見がございました。「健康の増進」ということを入れさせていただいております。結果として、「医療は、それ自体が社会的な行為であり、その内容は、単に治療のみならず、健康の増進、疾病の予防ための措置およびリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。」ということにさせていただいてござ

います。

6 ページ目の「選択の自由」についての項目でございます。患者の情報につきまして、それまでに得られた情報ということで、少し内容について説明を盛り込んだ方がいいという御意見をいただきましたので、3つ目のポチ「患者は、診療上自ら疑問を持った場合には、他の医療機関を受診し、それまでに得られた情報を提供して意見を求めることができる。」というふうな形にさせていただきます。

7 ページ目、「患者・被験者の理解と同意」について、でございます。被験者のあたり少し整理する、区分するいろいろ御意見をいただいております。特に3つ目、4つ目ですが、前回患者・被験者と並びで書いているところが御意見ございましたところですので、分かれさせていただきます。特に4つ目のポチでございますが、「医療従事者は、被験者の自己決定に資するよう、臨床研究の内容について十分かつ適切な説明を行わなければならない。また、被験者の理解を得るよう努めなければならない。」という形で、分離、整理させていただきました。

続きまして9 ページ目「患者の意思に反する処置」について、でございます。前回、被拘禁者あるいは身体拘束等を含めて御意見をいただいたところでございます。3つ目のポチでございますが、「身体拘束等、やむを得ず本人の自由が制限される処置は、緊急その他やむを得ない理由がある場合に限り、かつ、適正手続にのっとって行わなければならない。」ということをつけ加えさせていただきます。

10 ページ、11 ページ目でございます。幾つか資料を追加させていただいていることに加えまして、本文のところでございます。3つ目のポチ、「患者・被験者に正常な判断能力がある限り」を削除するという御意見を賜ってございまして、その部分を見え消しのような形になってございますが、削除させていただきました。その上で「診療・研究の内容等に関する情報は、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を有するが、知らされないことを可能とするために必要な制度・手続が定められなければならない。」

続きまして、これは前回のたたき台の資料では6の項目に入っていたものでございます。カルテ開示については情報の提供の項目の方がふさわしいという御意見がございまして、そのままこちらに移動させてきてございます。内容としては、「患者が医療情報、診療記録（カルテ）の開示を求めてきた場合、医療従事者はその請求には応じなければならない。」5つ目のポチですが、「患者・被験者は、過去の病歴・投薬・入院歴・家族の病歴・その他現在の健康状態に関係するすべての事項を含む、病歴についての十分な情報を提供するよう努めなければならない。」ということになってございます。

14 ページ、「健康教育」について、でございます。健康に対するすべての人の自己責任が強調されるべきであるというところについて、文言を少し改めた方がいいのではないかという御意見を書面でいただいております。こちらは健康増進法の第2条を、前回も委員の先生の方から御指摘いただいておりますので、その文言に沿う形で2つ目のポチですが「すべての人は、自らの健康状態を自覚し、健康の増進に努めなければならない。医療従事者は教育的努力に積極的に関わっていくように努めなければならない。」という形にさせていただきます。

15 ページ、「患者・被験者の尊厳とプライバシー」について、でございます。主語等不明瞭という御指摘もございまして、2項目ございますが「医療および臨床研究の場において、医療従事者は、患者・被験者の尊厳とプライバシーを尊重しなければならない。」「患者の苦痛には肉体的、精神的、社会的苦痛などがあり、これに対し、医療従事者は家族や宗教家等と協力して、患者の尊厳を第一として、患者の苦痛の緩和・除去に努めなければならない。」という形にさせていただきます。

一応、第2回の御議論を受けて変えたところ緑字でございますが、今のところでございます。それ以外に、前回の御議論のところであったもので付記ということで参考の前に項目ごとにつけ加えさせていただきます。以上でございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。以上でございます。付記とされているところは、少し微妙ですが、一応踏まえさせているのはいるのですけれども若干議論としてあるかなというところは、あえて付記として残させていただいております。文章の方では必ずしも付記のとおり記載されているとは言えないところがございますので、あえてその点確認いただきたいという点から残させていただいております。以上でございますがいかがでしょうか。

**鈴木委員** 前回気がつかなかったところなど気がついてしまったのですが、少し論点になるところ、2点だけ指摘したいと思います。1つ目は10 ページ、1つ目のポチです。「患者・被験者

と医療従事者との関係は」という主語になっていて、医療従事者が説明、「患者・被験者は理解のうえで、医療従事者と協力しながら」というところが、患者・被験者が主語になってしまっているのです。つまり協力しながら病気の克服を目指す関係というのは両者の関係なので、「医療従事者と協力しながら」という主語は、患者・被験者のみになってしまうのです。ここはやはり「医療従事者と」というところを「両者が協力しながら病気の克服を目指す関係である。」という方が日本語として通じるかと思います。

それから16ページ9項目、最後のポチです。患者・被験者の責任になっています。患者について診断と治療の決定に参加するというのはいいと思いますが、被験者が臨床研究に協力し、プログラムに従う責任があるというのは、ヘルシンキ宣言の趣旨からしても明らかにおかしいわけで、いつでも離脱する自由があると言われていました。結局、患者と被験者を同列に書くと、このように変になってしまうということの代表ではないかと思います。ここは、被験者は通常の患者の協力責任よりももっとフリーな立場に置かれなければいけないということで、間違った記述だと思います。

あと何カ所か日本語として少し意味が不明なところがありますが、優先順位が低いので後で申し上げたいと思います。

これもまた後で申し上げますが、全体的に、相互理解、信頼、プライバシー尊厳、選択、同意、説明情報提供というのがあちこちに散らばるのです。これがいいのかどうか、いろいろなところに出てきてしまうことは、少し整理する必要があるのではないかと。そのことは結局全体の体系がもう少し明確にならないと、その整理ができないだろうと思います。前回、体系について少し問題提供させていただきましたが、やはり順序としては医療のあり方が論じられて、その中で患者の権利が明示されて、患者の権利を保障する第一義的責務は国・自治体だと思うのです。公がまず保障するというところで、医療従事者、医療機関などは、国民皆保険の中である意味ではその手段として責務を負うことは公法上の関係だろうと思うのです。民法上の関係は、また別の関係が診療計画であるわけですが、全体的に通しているのはやはり公法上の関係として記述するのであれば、医療のあり方があって、患者の権利があって、国・自治体の責務があると、その上で医療機関や医療従事者の責務や患者家族の責務が論じられるという方が、おさまりがいいのではないかと思います。

その意味で見ますと、患者家族の責務というのが全体的に体系的に論じられていないので、5の情報提供のところしかない。先ほど言ったように、研究協力に関しては間違った記述になっていると、それ以外にも医療費支払いとか、他の患者に害を与えないとか、最近モンスター・ペイシエントというのも少し議論になっていますので、最小限度、医療費を払わない患者、傍若無人に振る舞う患者というところについて、何らか抽象的な歯どめをしておくというのは、全体的な信頼関係の延長線上では必要なかと思いますが。以上、まず第一弾の意見です。

**多田羅座長** 全体としては、リスボン宣言の項目立てをベースにさせていただいたので、その辺からの骨格ということは御理解いただきたいと思います。弐委員、お願いします。

**弐委員** 15ページの患者・被験者の尊厳とプライバシーについてというところですか。ここに「家族や宗教家等と協力して」とあります。宗教家をなぜここに入れなければいけないのか、これは私たちのハンセン病の経験からして、宗教がどのような役割を果たしてきたか。それは国の政策に従え、あきらめよと、要するに祈りや念仏の世界に入ると、国に不満を持つなということで各療養所に、皆さん療養所に行ったことがない人が多いのですが、宗教の教会やお寺の建物が随所にあります。それが今までの政策の中で大いに役に立っていると。つまりハンセン病患者のそうした待遇改善やあるいは政策に対する不満、それを押さえ込む場に宗教が役割を果たしてきたという状態にあることから考えて、ここになぜ宗教家ということを入れなければいけなかったのか、この点について大変疑問に思ったということをお知らせしておきたい。

それから、患者の責任の項について、アメリカの患者権利法に触れて参考として出されています。患者の責任について、こと細かく書かれている。患者にはこれだけの責任があるのだと、項目の中には、金がなくて診察に来る者がいる、大変けしからんというような意味合いのことも書かれている。アメリカなら民主主義の進んだ国でもあるという一面があるのでそういうこともあると思いますが、日本では金がなければ医者にかかれぬというのが現実です。金がなければ医者のところへ行かない、行けぬで死んでいくという状況にある。そういうことから考えて、特にアメリカの権利法の中から患者の責任の項を、これだけ長々と参考として引き合いに出しているということについて大変疑問に思っています。以上です。

**多田羅座長** わかりました。特に宗教家のところは、非常に重要な点を御指摘いただけたと思

います。田中委員どうぞ。

**田中委員** 過去2回欠席しまして申しわけありませんでした。私も宗教家にはとても違和感を持ちました。公的な公法上の話は何で宗教家が出てくるのか、書くならば「家族や福祉関係者等と」よろしいのではないのでしょうか。

**多田羅座長** わかりました。

**田中委員** それから12ページ、3つ目のポツです。情報を共有する関係を「同一の医療機関内の」と書いてありますが、実際には地域の医療連携がかなり発達してきております。その場合、同一の医療機関だけではなく、地元の開業医と急性期入院を果たす病院と、介護関係者が情報を共有しなければ一人の患者さんのケアはできません。したがって「同一の医療機関内」というのは強い限定ですので、「診療の必要性から、その患者のために連携をとる医療機関の従事者間で利用する」としないと、現在の医療連携の姿に合わないと感じました。

もう一つ、18ページです。医療保障制度とは社会保障制度で、つまり医療の受療のお金を保障する制度です。ここの中に例えば最初のポツ、「医療に関する情報が」というのが入っています。先ほど、鈴木先生の言われたことですが、医療保障制度と医療情報とは関係ないので、情報が適切にかつ円滑に提供されるよう自治体が責任を持つのは当然ですが、それが医療保険制度の文脈で出てきてしまうのは少し変ですので、これは情報のところに行かないとおかしいです。

同じく、医療保障制度の話で3つ目のポチ、ここで被験者が出てきます。これも被験者は別に社会保険制度とは関係ないので、ここは患者だけでいいのではないかと思います。

**多田羅座長** この医療保障は、もう少し広く医療を保障するというふうな感じのつもりです。

**田中委員** そうですか、社会保障制度を専門する人間からすると医療保障制度は、社会保障制度を指します。

**多田羅座長** 医療費だけではないと思うのです。どうでしょうか、イギリスのNHSなどを見ましても医療費という概念はほとんどありませんし。

**田中委員** このセキュリティという意味は、一般に経済学の世界でお金のときに使う用語です。

**多田羅座長** そうです。ソーシャルセキュリティはそうですね。少し検討してみたい。

**田中委員** 医療法的な世界の話は医療保障制度とは呼ばなくて、医療保険制度とか公費医療制度について医療保障制度ということを使い分けています。

**多田羅座長** 日本語の保障という概念が少し難しいとは思うのですけれど。

**田中委員** 私なりの違和感です。

**多田羅座長** わかりました。ほかにどうでしょうか。

**畔柳委員** 被験者の話が機械的にあちこちばらまかれているのですが、読むとかえって違和感が生じます。被験者を保護しなければいけないというのはありますが、それはとにかくこれをやった上で、まとめてどういう形でまとめるかというふうにした方がわかりやすくなるのではないかという感じがしました。と言いますのは、今回割合機械的に患者・被験者、患者・被験者と入ったので、かえってそのおかしさが目立っている。

**多田羅座長** 機械的ばかりではないのですが、少し機械的なところがあるとは思いますが。提言の方で患者・被験者という感じでされていますので、それで何とか残したいということもあったわけです。

**畔柳委員** かなり無理なまとめになっている感じがあります。そういう意味で、むしろ患者を中心に議論して、後で。

**多田羅座長** 後でというのは。

**畔柳委員** どの部分を、どこへつけ加えるかという議論した方がいいかもしれないのですが、この文章はこのまま残しておいてみんなわかっているわけですから。

**多田羅座長** 少し提言の感じで、患者・被験者というのに依拠したいといいますが、それを尊重したいということで残っているのですけれど、確かに……

被験者をまた一方立ち上げると、それだけで相当な量になったりする。

**畔柳委員** むしろそんなにならないのではないかという感じがします。

**多田羅座長** 被験者の理解と同意とか、例えばそういう項目とか。

**畔柳委員** 理解と同意だと、むしろなくてもいいというわけではありませんが。いずれにしても工夫が要るなという感じがいたしました。

**多田羅座長** 内田先生どうでしょうか、ここから言葉としては外しますか。

**畔柳委員** どうしたらいいのか、問題があるということだけ認識しておいて、後で整理するとき、一固まりにできそうな感じはあります。

**多田羅座長** わかりました。藤崎委員どうぞ。

**藤崎委員** 10 ページの2つ目のポチ、最初に「医療従事者」とあります。最初のくくりでいきますと、医療従事者というのは医師、医療の担い手、医療提供者、医療関係者となっています。そうすると、患者を診察したときに、本人に内容なり病気の状況を説明するのが医療従事者と言ってしまおうとだれでもいいという話になってしまうのです。これはやはり医師なら医師に限定しないとだめではないかという気がします。

**多田羅座長** そこは確かに残っています。

**藤崎委員** それと、この前も議論になったと思うのですが、要するに知られたくない権利といえますか、知らない権利というのもある意味では非常に大事な権利だと思うのです。そこもきちんとしてもらいたいと思います。

**多田羅座長** それはありました。

**藤崎委員** ありますからいいのですが、それともう1つ、この前にもどこかで聞いたような気がします。11 ページの最後のところ、必要があれば自分に代わって情報を受ける人を選択する権利を有する。身寄りのない人はどうするのだというのがありました。地方自治体のどなたかが責任を負うということだったですね。

**鈴木委員** それは10 ページに緑字で「必要な制度・手続が定めなければならない」と書いてあります。

**藤崎委員** そこで新たにうたわなければいけないということですね。わかりました、以上です。

**中島委員** 僕が一番違和感を持つのは、14 ページです。健康増進法があるので仕方ないかとは思いますが、2つ目のポチ「すべての人は、自らの健康状態を自覚し、健康の増進に努めなければならない」と、そんなことはほうっておいてくれと、法律で定めるべきことではないわけです。ただ法律の条文としては、きれいにうたわなければいけませんからこう書いてあるだけであって、ここのところは「医療従事者は健康教育に積極的に関わっていくように努め、すべての人は自らの健康状態を自覚するよう努めなければならない」というようにでも書いて、その程度にしてほしいというのが一つです。

もう一つは、やはり医療そのものを拒否する権利が載っていません。ですから選択の自由の最後に、「患者は健全なる理性をもって、医療そのものを拒否する権利を有する」といったことでも、言葉は思いつきですので練っていただきたいですけど、何らかのそういうものを入れていただければと思います。

**多田羅座長** はい、医療を拒否する権利。田中先生、医療を拒否する権利というのは、今の日本の医療保障ではどうですか。

**田中委員** 保障の世界では、特段に拒否する権利とは書いていないですが、必ず受けなければならないという義務もないという意味は、暗黙のうちに拒否してもいいということだと思います。

**中島委員** 医療機関にいる場合ですね、医療を拒否する人は、ちょっとおかしい人、変な人というふうに見られるわけです。そうしますと精神科の方へ流れてくるわけです。言うことを聞かない、ちゃんと言ったことを聞かない人で、どうにも治療にならないから精神的に問題があるのでしょうかということで紹介されてくることしばしばあります。しかし、よくお話を聞いてみますと御本人のちゃんとした考えでそうされている場合もあるわけです。一律に変な人、おかしい人という見方をしないようにするためには、やはり拒否する権利というのをうたってあげておいた方がいいのではないかとやさしい心でございます。

**多田羅座長** 安楽死などはどうですか。

**中島委員** 安楽死は、また別に論じないと。

**多田羅座長** 少しつながるところがあるように思うのですが。

**中島委員** つながるところはありますが、直線的にいくものではありません。

**鈴木委員** インフォームド・リフューザルという考え方は、要するにインフォームド・コンセント、説明を受けて同意し、拒否し、選択しというふうにつながって、歴史的にもそう来たわけです。むしろ英米法的には、医療を拒否する権利がインフォームド・コンセントを豊かにしてきたという、それはカレン・クインランですとかナンシー・クルーザンとか幾つもの事件の中で、医療を拒否すること自体が、権利として保障されて医療の質が上がってきたという歴史もあるので、今の御指摘は非常に重要だと思います。もともと古典的には、医師の言うことを聞かないのは判断能力がないというふうに攻撃された時期もかつてありました。むしろ医師の言うことを聞かないことが、例えばカレン・クインランは人工呼吸器を外せば、どうせ長くても1週間かそこらしか生きないと言われて10年以上生きたわけです。ですから医師の判断は短期的には結

構確率よく当たるのですが、多少中期的、長期的になると予後判定がほとんど外れているということなどを考えますと、生きる権利、どのように人生を歩む権利というところは医療を拒否する権利と裏表の関係にあるとも言われていますので、すごく重要な指摘だろうと思います。

**多田羅座長** そうですね、書きぶりがどう書けるのかという点が少し難しいところですが、わかりました。一応そういう項目ですね。

ほかにどうでしょうか、秋葉先生どうですか。

**秋葉委員** 先ほど、患者と被験者を同列にするということについて御意見がございました。性格的に随分違うものでないか、その性格の違うものを同列化するというのは非常に難しいので、もちろん被験者の権利は大事なもので扱い方としてはしなければなりません、同列に並べておくところちょっと問題を起こすのではないかと思います。何も、患者は好んで病気になったわけではございませんが、被験者の場合には一つ積極的な意思があります。その違いがあるのではないかという気がいたします。

**多田羅座長** 立場は似ているけれども、質が少し違うということですね。

**秋葉委員** そういうことです。

**宮崎委員** 細かいことについてはあれですが、大筋よくなってきたと思います。ただ、今秋葉先生が言われた患者と被験者を同列にするか否かということにつきましては、被験者という言葉を表題の中に入れる必要はあると思うのですが、これだけ（被験者）は別にまとめた方がすっきりするのではないかと思います。

**高橋委員** 最初にお伺いしたいのですが、着地点と言うのですか、第1条何々、第2条何々と、そこまで完成させるというプランですか。

**多田羅座長** そこまでは、一応目安としてのあり方の基本の形をできたらこの文章として、このワーキングの検討の所産として残して、その進め方という段取りにしたいと思うのですが、余りこれ厳密にやりきるところは難しいと思います。ただおおよそ日本の今日状況における患者・被験者および医療従事者の権利と責務にはこう、あるいはあるべきではないかという、その目的に対してどういう方法でこれから日本の社会が取り組んでいくのかというその目的という方向性のようなものを一応確認していただいて、それを法制化というのは提言からいただいているのですけれども、法制化の内容とか方法というのはここではできませんので、そういうものであれ、こういうものであれば、やっぱり法制化しないといけないということにそこでなるのか、あるいは医師会などの意見があるのかということになっておっしゃいます。

**高橋委員** きちんとした条文の形に、番号はつけなくても医師は何々に努めなければならないとか、そういう条文の形まで持っていくということですかね。

**多田羅座長** ここではちょっと難しいと思うのです。あらかたという怒られるかも知れませんが、この辺の地平というか、そういうあたりで次の条文のところはその次の検討会になるのではないかと思います。

**高橋委員** この条文のつくり方で、患者の権利として規定するのか医師の努力義務として規定するのかとか、ここはこの着地点の山場かなというふうに思っているのです。そこまで行かなくてよろしいということですか。

**多田羅座長** 私はそう思っているのです。一応、あらかたこの方向というのは、何とかこの委員会で一致点が見出させたら、その言い方も非常に御意見が残ると思うのですけれども、ですからあらかた一致できれば、それに向かってその法律とか、そういう意見を出していただければありがたいと思います。

**高橋委員** まず条文の形にきちんとするためには、かなりの時間と議論、歩み寄れない部分というのが出てくると思うのです。それともう一つは、既存の法律との整合性というのも考えなければいけません。一つの法律上の用語、概念がほかの法律と違うとか、そういうことをきちんと見ていかなければいけないので、結構緻密な作業が必要かなと思います。

それからもう1点、被験者の権利というのは、提言に患者・被験者と並べているから、だからこのままという議論は、するべきでないと思うのです。提言自身も患者と被験者を並べて書いた理由というのが、それほど明確にはないのではないかと思います。その点は内田先生にもお伺いしたいと思います。

**内田委員** 私ども検証会議では、被験者の問題についてもやはりきちんと対応していただきたいということを申し上げましたので、先ほど畔柳先生がおっしゃいましたように被験者については特有の問題を最後に書くというふうな形についても特に異論はない。

**高橋委員** そうすると、患者の権利を一本つくったと、被験者の権利をもう一本別な形でつく

るというのも全然構わないわけですか。

**内田委員** 2つつくるといことですか。

**高橋委員** はい。

**筈委員** 今、やはり重要な発言だと思います。これはいわゆるガイドラインで出すのか、あるいはそういうふうなある程度の形をとって案とするのか、今これ討議案ですね。

**多田羅座長** はい。

**筈委員** ですから、この討議をまとめた形でこういうガイドラインを持った、こういうふうな内容のものだというのはまだ具体的に示されていないのです。ですから、これを条文にするのかしないのか、しなくてもいいのかという議論が要るのではないかとというのが高橋委員の方からありました。それに対してそれはわからないと、どうしたらいいのかわからないという。

**多田羅座長** これからそれは御議論いただくわけです。

**筈委員** もう3回目ですよ。ワーキング・グループとして3回目になって、なこうですか。ある程度まとめたものとして第4回目には出してくると、そういうことでなければこれは何と言ったって参考資料というのがぞろぞろ出ていて、本文がどれなのかわからないぐらいの資料ですよ。

何が言いたいのかというのは、ほんのちょこっとしか触れていないのです。だから内容的に非常に討議しにくい。「こういう形のものなのだ」、「こういう形のものにしたいのだ」というものをガイドライン的でも結構だから、ここまできたのだからそういう案文を出してもらいたい。でなければ討議になりません。そう思いますがいかがですか。

**多田羅座長** だから目指すべき方向のアウトラインを、ここでまずあり方として御討議いただいて、それを進めるのに今筈委員がおっしゃっている方法で行くのかは、まさにここで御検討いただかないと、事務局から検討ないまま出すわけにいきません。

**筈委員** 既に3回やっている。いろいろな意見が出てきている。きょうの3回目にかかっているわけだから、4回目には、この意見をこういうふうにとまとめた。各委員の発言などからこういうふうな形で、いわゆる患者権利法というものはまとめていくべきであるという、せめてそのぐらいの案文が提案として出されてしかるべきではないかと思いますがいかがですか。

**多田羅座長** あり方については、きょう御議論いただいてまとめをつくれると思うのですが、その進むべき方向、方法、道筋についてはこれからきょう、次の会で意見をいただいて、それをもとにまとめさせていただくということになると思っています。その進め方というのは、いまだ議論が十分されていないのではないのでしょうか。あり方については、こういうものとしてあり方が考えられるということはこれでまとめができると思います。

**高橋委員** 筈委員の言うとおりに思うのです。これ何らかの形でだれかが条文に近いような文章にして提案しなければ進まないと思います。ただし、それを事務局にお願いするというわけにいかないと思うのです。この審議の根幹ですから。そうするとだれがやるかという話になります。

**多田羅座長** ただ法制化とか、どういう進め方という議論になると思うのです。法制化ということになれば、これが一致できればですよ。医師会は法制化でなくてというふうにおっしゃっているところもあるし、先生も必ずしも法制化という御意見ではないです。

**高橋委員** 法制化しないまでも、いわゆるソフトローの話であっても何らかの文章になっていなければいけません。その文章をだれがつくるかということだと思のです。

**多田羅座長** 私の今までの感じは、この方向性というかこういうものがあって、それをこの検討会では、だからこういうものをやるためには法制化が必要なのか、あるいは医師会の団体の努力とかそういう方法については、ここで意思統一ができればそれはもう次の検討会に、先生がおっしゃる文章化とかそれは次の検討会に回したらいいと思っていますのですけれど。それは私の独断かもわかりませんが、ただ文章化というのは、相当難しいですから。一応あり方について、遅々としていると言われるかもわかりませんが、あり方でもなかなか意思統一は難しいわけで、これだけ文章をつくるのでもそれなりに難しいわけです。あり方についても、こうあるべきだ、あああるべきだという意見があるわけで、だからそのあり方もそれぞれの当事者、それぞれの考えがあるので、そのあり方をまずは少なくとも合意されて、じゃあそれについてはどうするのかと、それについてはもちろん提言にある当然法制化が必要だという御意見があるかと思ます。だからその次は、このワーキングなり次の検討会で、だから法制化を患者の権利法なり、何々のそういう法制化を取り組むべきだという感じはもう私としては一つの結論にあるし、そういうふうなただ医師会の意見とか医療従事者の各団体の御意見は、これまで必ずしも法制化に賛成と

いう御意見がございませんので、それに到達できるかどうかはまだわからないわけです。だから余り細かな条文と言われても、その方法によって形が当然変わってくるわけではないですか、その方法のところは3回、4回で十分御議論いただいて、御意見ができればそれに沿ったものを答申として出ささせていただいて、その作業は次の検討会でお願いしたいということです。

**筈委員** よろしいですか、法制化する必要はないという高橋委員の方から、その原文となるべきものが必要であるという提案がなされたわけです。これはこの委員会で2年間にわたって話し合ってきた一つの大きな前進だと思うのです。法制化は必要なしという委員が、法制化が必要かもしれない文章はやっぱりつくるべきだということをおっしゃっているわけですから。

**高橋委員** いや、私の言ったのは実定法という意味でなくて、ガイドラインであっても条文形式にする必要があるので、先にその文章を固めた方がいいのではないかという発言です。

**筈委員** 私としては、この委員会は法制化を目指さないということで何のための議論かと、これはいわゆる検証会議の提唱に基づく再発防止検討会です。法制化を目指してくれという形で発足した委員会である。その委員会の中で、法制化は必要でないとおっしゃっていただいた委員がいたので、私は、何のためにこの委員会ができたのかということ疑問に思い続けながら過ごしてきたわけです。しかし、いまだに法制化するかどうかわからない、ワーキング・グループをつくったが法制化のためではないというような意味の座長の発言ということになりますと、私たちは何のためにこの暑いさなかここへ来て議論しなくてはいけないのか。実際に法制化を目指すのだという意思統一が、法制化については疑義を持つとおっしゃっていられた高橋委員からも出てきているわけですから。こういうのをこの機会にまとめる必要があると私は思います。そうでないと、ずっと参考資料をながめる格好になっているのです。

**畔柳委員** いや、多分こういうのができている趣旨ですね。今、1項目から10項目ですね、こういうだから問題点がいつも出ているわけです。これをとりあえず何か文章にして、法律にするかどうかの前の段階に、文章にしてこういう問題があるということをつくる必要があるのではないかとことを高橋先生はおっしゃっているわけです。そういう意味で、今たくさん配られているからわかりにくいと言われますが実際は1となっていると、これ10行ぐらいあるのをどういうふうにまとめるかということここで議論しようという、そういう趣旨でよろしいわけですね。

**多田羅座長** そうなんですけれど、ただこれもある程度そういう方向としての総論なのです。ですから、それを具体的にするのは筈委員がおっしゃっていることは従来からわかっておりますけれども、やはり今までの議論の中でも法制化を必ずしも賛成でない委員もいらっしゃるわけです。筈委員としては、それは御了承なっていないかもしれませんが、しかしこの検討会としては、そういう方向も含めた今後のあり方について合意が得られるのかどうかということ座長としては残っていると看做ざるを得ないのです。だけど、もちろん提唱会議に基づいてこの検討会がある以上、法制化という方向を目指すことは間違いありません。しかし目指すとしても、時期尚早だとかいろいろ意見があるわけです。だから今の時点で、最善の取り組み方法、こういうまとめている総論がもしできるとすればそれに対して、現在みんなが一致して取り得る方法はどういうところにあるのかということこのワーキングで議論いただきたいわけです。現実ですから。

**筈委員** だから、そういう方向へ今行きつつあるのに、座長のずっと答えは、それを何とかだからにしようというふうな回答にしか聞こえないのです。高橋委員がそういうふうと言って、何とか文章としてまとめてみたらどうだと、そう言っているのになかなかそういうことはできないと。

**多田羅座長** そんなことは言っていないです。この文章、総論の文章ですら物すごく皆さんの意見が違ってくる場所があるわけではないですか。これをさらにもっと文章にするというのは、また大変なことになると思います。だから、私はこの文章はもちろん最終的に10行ぐらいのものが整理されて、一つのあり方としてここで合意された。あとは、この合意された内容にどうしますかという方法論をここで議論していただいて、もうこの検討会はそれでいいと思うのです。それは私の独断です。

**高橋委員** そうしますと、ここにきょう配られている黒ポチのその精度を上げていけばいいと、こういうことですか。

**多田羅座長** ある程度私とすればそういう感じですが、むしろ大事なのは、方法の方も大事なので、法制化というのは提唱会議で言っていますので、だけど法制化ということで意思統一できるかどうかちょっとわかりません。いかに筈先生が言われても。だからそのところの議論をしていただいて、方向が何か意思統一できればその方法によって文章を精密にしていくところもあると言えばあるわけではないですか。そこは、そのような形でないといふところちょっと合意点を見



出せそうにないので、ただこういう総論にしてもまとめることができれば、それは私は検討会の現時点における貴重なプロダクトではないかと思うのです。これだけの専門家が集まって、日本の現在の患者または医療従事者の権利と責務ということで、ここが大事だという点が文章としてまとめればそれもステップとして大事です。ただ、この委員会がおっしゃる、それだけだったら何のためにやっているかということになります。その次の方法を次のステップとして議論していただきたいわけです。

**研委員** 座長の話の話を聞いていると、厚労省がそこに座っているような気がします。まとまらなければいいのだと。

**多田羅座長** そんなこと言っていないよ。世の中の現実があるからです。

**研委員** こんな状況でそれぞれ意見を持っていて、それぞれ意見を発表したと。そういう状況で終わったと。結局まとまらなかったと、それを何か厚労省がねらっているような感じがします。

**鈴木委員** よろしいでしょうか。やはりこの委員会の原点は検証会議にあるわけです。検証会議の再発防止の提言を基礎にしているわけです。この再発防止の提言の第1回に配られたものを今読み直してみたのですが、その第1に患者・被験者の諸権利の法制化というのがあって、そのための努力をロードマップ委員会としてせよということでこのワーキング・グループも開かれているのだと思うのです。この中には、提言の具体的な内容については8項目の諸権利が書いてあり、そして感染症予防医療に関する諸原則も踏まえろと、差別・偏見を防止するための政策も規定するのだということで、差別・偏見のワーキング・グループと合わせて患者の諸権利法制化に向かっていると。こういう理解でいくとすれば、確かにこの提言は8項目の諸権利とそして感染症医療の原則の3つの項目を踏まえろと言っていますが、具体的にそれがどんな中身なのかということとは規定していないということです。今やっている作業は、その具体的な中身を掘り起こしているということで意味のあることだろうと思います。

ですから、もう一度この提言に戻って、提言は8項目あって、簡単に言いますと医療を受ける権利、インフォームド・コンセント、情報を得る権利、そして臨床試験、特に被拘禁者としての墮胎・断種、不当な自由制限、作業強制、社会復帰の原理と書かれているわけです。いわゆる一般的な患者の権利と臨床試験と被拘禁者の権利、そして被害救済を受ける権利を、感染症予防医療に関する諸原則を踏まえて中身を明確にしろということであれば、今やっている作業はそれに沿っているのだと思うのです。

先ほども申し上げたように、多少、非体系的に、要するにばらばらと出ているのでそろそろこれを体系的にきちんと論理的に並べかえて整理するのをどなたかがやって、大体中身はかなり充実してきたと思うので、余り字句のやり取りばかりしていますといつまでたっても終わらないということになります。日本語の起案というのは、見れば見るほど手を入れたくなるというのは我々実務家の印象なので、日本語としておかしいところも何カ所かありますが、そこも含めて少し体系的な整理をして、次回こそまっさくその具体的な行動計画を確定して、全体会議に上げるというような進進にしたらいかがでしょうか。

**多田羅座長** さっきから申し上げている、ただ行動計画と言いますか、方法というのは道筋ですね。それがもちろん検証会議では法制化ということですので、このワーキングとしても検討会としても法制化ということを大きな目標と言いますか指標にしながらやっていますが、この検討会自身はそのことを前提にして設置されていません。それは前から鈴木委員に言っていますように設置要項にそうになっていませんから、そういうことで研委員は御指摘になっているけれども、必ずしも法制化ということ前提にして委員の方に来ていただいているわけではないのです。その点を御理解いただかないと。

**鈴木委員** いやいや私は前回は前々回も申し上げたと思うのですが、全部法制化しろと言っているわけではないです。

**多田羅座長** それは議論していただいたらいいのです。それは鈴木委員でいいけれども、そういうことすら議論をまだしていないのです。

**鈴木委員** ですから次のステップでね。

**多田羅座長** それをしないと、だからこのところは僕はゼネラルなおおよその形が示されて、鈴木委員は体系化とおっしゃるけれどもそんなに簡単なことではないですよ、体系化そのものも。だからそういうものとして、難しいと思いますよ、体系化ということだって、いいですね。そういうものがおおよそのものとしてここで意思統一できれば、むしろそういう部分で行くのか、全体で行くのかそういう方法の議論をあと2回していただいたらいいと思うのです。だから、これを体系化といっても方法と裏表になってきますから、道筋と。

**鈴木委員** 私が言っている体系化というのは、そんなに難しいことを言っているわけではないです。

**多田羅座長** 体系のところはいいです。だから道筋とこちらのまとめ方と裏表になると。

**鈴木委員** 座長は難しいと、できないようなことをおっしゃっているから、それでは今までやった作業の意味がなくなりますから。私が申し上げている体系化というのは、ばらばら散らばっているものをある程度のカテゴリーに分けながら、それをうまく有機的にからむような順序立てをするということです。

そうすることによって、例えば国の責務など法制化しなかったら意味がないです。ですけれども個々の臨床医が持っている患者に対するいろいろな倫理的事項などは、すべてが法制化することが必要なかどうかという議論は十分あり得る。ですから前回も申し上げましたけれども、今医療事故庁、医療安全調査委員会づくりの中で全体のマップをつくりながら、法律に上げるもの、ガイドラインに落とすもの、いろいろな実施要綱などでやるもの、そういうものを全体の地図の中で変えていけばいいわけです。それを私は体系化と言っているのであって、そんなものを難しいと言ってしまったら何もできないということになりませんか。そうでなければ、次の行動計画にもつながっていかないと思います。

**多田羅座長** 皆さん意見がありますから、体系化というところはこのように並べることができるかどうか私は難しいと思いますけれど。

**鈴木委員** 散らばしたままですか。

**多田羅座長** 散らばしているというかどうかは。

**鈴木委員** これは明らかに散らばっているのではないですか。同じことがあちこちに出てきたりして。

**高橋委員** 私と鈴木先生、根本的な思想が大分違うようですが、お互いそれぞれまとめて体系化してあるいはほかの先生方も持ち寄ってと。そうする作業が必要なのではないかと思うのです。

**多田羅座長** そうしていただくとありがたい。

**高橋委員** このままでは幾ら何でも検討会にそのまま上げるわけにいかないです。それを詰める作業を、議論していても多分進まないと思うのです。

**多田羅座長** わかりました。出していただければありがたいです。

**鈴木委員** いいのではないですか、だれかがやるというのであればやってくださいと言って、会でやるとなるとそんなものは難しいと言っているのでは話になりませんからやりましょう。

**多田羅座長** とにかく委員として出してください。

**鈴木委員** やりましょう、そんなに難しい話ではないと思います。時間はかかりますけれど。

**多田羅座長** 時間がかかるのですか。

**鈴木委員** 時間はかかります。

**畔柳委員** 例えば今柱立てが10本あります。その中を見ても、1つの中にまとめてあるので少しおかしいのではないか感じるものがないわけではありません。もう少し柱立てがふえるかもしれませんが、リスボン宣言の方は割合それが見やすくできているのです。ところが日本との関係であれするから、どうしてもいろいろな多面的に見るために1つにまとめてあるのだけれど中身が実は1つになっていないという感じがします。

例えば情報を提供するという話と患者が開示を求めるといった話が同じ項目に入っています。日本人好みは情報を提供するというので、何となく全体まとめると平和です。実際、その中身は、提供する話と開示の話はかなり違うところがあるのではないかと思うのです。かなりぎすぎすしたものが出てくるかもしれませんが、1度そこを通しておかないと結局せつかくつくったものが意見の違いでということになって全部だめになってしまう可能性があります。やはり作業していただく。

**多田羅座長** 畔柳先生も鈴木先生も、できればこれを具体的に訂正いただいた文章でもらわないと前に進まないのです。問題があるということだけでは、畔柳先生文章でください。

**畔柳委員** もちろんそうです。

**多田羅座長** 鈴木先生も高橋先生も、次回は訂正した格好なり、並べなおした格好のものを文章でいただければ非常に具体的でありがたいです。

**鈴木委員** いいですよ。それで提案ですが、私と高橋先生、内田先生、畔柳先生の4人で持ち寄って。

**多田羅座長** それはやめてください。

**鈴木委員** いえ、いえ、それぞれがつくったものを、この場に平場に4本を出して座長の進行

でまとまるとは悪いですけど思えないのです。たまたま4人は法律家ですから、4人が持ち寄ったものが一本化できるのかどうか、最終的に一本化を妨げる要因がどこにあるのか、それぐらいのものをきちんと議論して4回目に持ってくるということです。

**筈委員** 賛成です。このままであったら何も決まらないで「意見が違った」という格好で終わってしまいます。何のための議論だったか、私はこのことを最初から言っています。これはまとめるべきためにつくられた検討会でしょう。座長の発言を聞いていると、まとまらないように、まとまらないようにしているという感じを抱かざるを得ないのです。今具体的な提案として鈴木先生の方から、法律家同士で話し合っつと、法律家の中に法制定反対の高橋委員も入るといような形ですから、大変公平なメンバーではないですか。私は賛成です。そのようにしてもらいたい。そうでないとわかりづらくてかなわない。参考資料がぞろぞろ出てくる、リスボン宣言が一番わかりやすいという御指摘がありましたけれど後は本当にわかりづらいです。日本医師会がこうこう言っている参考、あるいは病院会、日本中の医師の交流や検証みたいなことが毎回出てくる。これが一体何のために我々の参考になっているのか、我々参考にしなければならないのはここにおける案であって、ここにつくられる案ではないのですか。だから、ここで今具体的にそういうことで、この委員の中で法律家である先生方が共同して案をつくってみようと、意見を出し合っつてやってみようではないかとそのようにおっしゃっているのを座長は何でそれはだめだというのですか。そのことを聞きたい。

**鈴木委員** だめだと言ってないです。

**筈委員** だめだと言ってなければ、そのようにしたらどうですか。具体的な提案があるのだから。

**多田羅座長** 医療サイドの先生方それでよければ。

**中島委員** 僕はぜひやっていただきたいと思います。それがあると非常に話が前に進みやすくなると思います。

**宮崎委員** 私もそう思います。

**秋葉委員** 私もたたき台があった方がいいのではないかと思います。失礼ながら、ただそれをまるっきり肯定するのではなくたたき台とさせていただきたい。その点は申し上げたいと思います。

**高橋委員** つくることにお引き受けいたしますが、先に4人で会ってそこで議論して詰めるという作業でいいのですか。そうするとこの全体会議を無視しているような雰囲気も出てくるので、やはりそれぞれつくってお互い情報交換をしますけれども、議論自体はこの場でやった方がフェアかなと思うのですけれどもいかがでしょうか。

**中島委員** それはどっちでもいいと思います。

**多田羅座長** 各委員から出していただいて、事務局もありますからそこであるいは個別にヒアリングさせていただいたりして。

**鈴木委員** ではこうしましょうか。この10項目の黒ポチに、事務局の方で全部枝番をつけていただいて、データとして送っていただいて、その条項が4人の起案の中のどこに飛んでいったのかということがわかるようにして、どういう整理をしたのかというふうにしましょうか。最小限度それをやらないと4人が会わないのであれば、全然次元の違うものが飛び交っていると、どうやって議論していいのかということがわからなくなります。私はそれをやった上で、事前に4つの再構成が、どこが違うのかということを目覚した上で、このワーキング・グループに提案した方がわかりやすいかと思ったのです。4人で1回直前に集まって、その違いを目覚してやった方が議論が行ったり、来たりしなくて済むかというふうに思っただけの話ですので、別に事前に調整しようとは思っていません。一本化に向けた。

**畔柳委員** 一度集まって話をした方が。

**多田羅座長** それはここでやっていただいたらいいというところもあるのです。

**筈委員** それを壊そうとしているのが座長ではないですか。我々が議論してまとまりそうになると、座長がそうはいかないと。

**畔柳委員** 座長がこうやってここまでつくってくださったわけですから。これから次のステップをどうするかという話だから。

**筈委員** だからスタッフの具体的な提案が出ているのではないですか。

**畔柳委員** 座長がここまではやっておられるわけですから、そうはだめだ、だめだと言ってはいけません。

**筈委員** いや、いや、具体的な提案が出ているし、しかもそういう相互に会わなくてもても意

見交換をする形式があるということだから、そういうものを我々は欲しいわけです。我々は法律家ではないのだから。だけど意見を持っていますよ。そういうので、そういう案をもとにして討議すべきだと思います。このままだったらずっとこの状態です。

**畔柳委員** そんなことはないです。

**筈委員** だってこれで3回目ですよ、4回目で何とかまとめようとしているのです。それで今度は合同の会議になると、そのときもまだ全然こちらの方のワーキング・グループの結論は出ていないと。何のための会議ですか、何のためのグループ会議ですか、それを言いたいです。

**多田羅座長** わかりました。それで鈴木委員から意見をいただいたので、このあり方を土台にさせていただいて、最終的な鈴木先生のおっしゃる体系化といいますか、わかりやすく、より方向の示せるものにしていただくということは各委員御了承いただいておりますので、そういう方向で、では鈴木委員や高橋委員から御努力いただいて4人で調整といいますか、できたら事務局にそれぞれの意見を出していただいて。

**鈴木委員** 意見を出すのは、私の提案は4人です。

**多田羅座長** 4人が1つの意見を出すのですか。

**鈴木委員** いえ、一つずつです。

**多田羅座長** それで結構です。ぜひそれでお願いします。4人の先生から体系化というのですか、方向が示される。これ(資料1)は、ややおっしゃるように羅列的であればらとしているところもあるかもわかりませんので。

**鈴木委員** 繰り返しますが、私が体系化が重要だと言っているのは、それを理解する上で法律に飛んでいくもの、ガイドラインに飛んでいくもの、倫理条項でもって済ませるもの、そういうものがきちんと整理できるような体系をつくるということです。

**多田羅座長** わかりました。ですからそれが次のこのグループの議論としても非常に重要です。

これはややリスボン宣言にこだわるわけではありませんが、一応そういうレベルでまとめさせていただいておりますので、これからの進め方に対してのたたき案とすれば、もう1ステップ要るだろうというのが鈴木委員や先生方の御意見かと思えます。これは法律家の先生に限らず、各委員の先生方もまとめかたの方向で田中先生や中島先生とかそれぞれ整理の仕方ですね。しかし、せっかくここまでやってきていますので、おおよそこの項目は生かしていただきたいと、追加があってももちろん仕方ないのですが、おおよそは生かしていただいて並べ方とか強弱のつけ方はあるかと思えますが、できましたらそう願いたい。

**鈴木委員** 今座長が言われた「おおよそこの項目を生かしていただきたい」というのは1項目から10項目のこの論理の立て方自体は維持しろということですか。

**多田羅座長** そんなことはありません。文言です。順番とかその他は今おっしゃっているとおりだと思いますので、黒ポチの言葉についてはできれば生かしてほしいと思います。

**田中委員** 別なことで、ワーキング・グループの名前が患者・被験者となっているから、先ほど来患者と被験者が違うという話が出てきます。私もここは何となくおかしいと思います。患者は確かに一番主たる代表であって、このために討議するのは当然です。しかし、医療機関が相手をしているのは被験者以外にもいろいろといます。例えば人間ドック受診者、予防注射を受けに来た子供、これは患者ではないです。特定健康診断、この人は病気でないけれど単に太っているだけかもしれないです。献血に来る人だっているかもしれない。だから患者以外にはいろいろあるわけです。ですからせめて被験者等というか、あるいはなぜ被験者だけここに出てくるのかよくわからない。

**多田羅座長** これは検証会議の提言で、そういう格好なのでそこにしているのです。

**田中委員** そう書いてあったからですか。医療機関がプライバシーを守ったり、同意をとったりするべき相手は予防注射をする人だって必要ですし、人間ドックで内視鏡にはこういう危険がありますよというのは必要ですが、その人は患者ではないし被験者でもないです。医療機関との関係を言いたいのであれば、羅列するのも変なので、ベースは患者として書いておいて最後付録という失礼ですが、その他、医療機関が相手をする方々についても多くの条文は。

**多田羅座長** 一応、提言で被験者とあるので、そこは何とか提言に基づく。

**鈴木委員** このたたき台は患者のところの説明として、患者・医療を受ける者と書いてあるので、広い意味でメディカル・コンシューマー、アメリカ的な言い方がいいのかどうかは別にして、そういう医療をいろいろなプログラムの中に参加した者を全部患者と一応呼ぼうという言い方だろうと思うのです。その意味では、被験者もこの患者のカテゴリーの中に入るのでしょう。

**田中委員** 入れてしまうとした方がきれいです。被験者と書くと……

**鈴木委員** ですが、被験者とか感染症等、精神医療等の被拘禁者というのは、特別の人権侵害を受けてきた歴史があるので、そこだけは強調していこうと。アメリカも 1970 年代から 80 年代にかけての患者の意味に関しては、例えば産科医療を受ける者の権利とか、小児患者の権利とか、さまざまなカテゴリーで人権宣言みたいなものが出てくるわけです。それぞれの特性を踏まえているのですが、ここでは一般的なすべて医療を受ける者にどんな権利が一般的にあるのか、その中で特筆すべきは、被験者と被拘禁者と医療被害を受けた者と、こういう 3 つで整理していくのが比較的整理しやすいのではないかということだろうと思うのです。

**田中委員** それがわかる文章になっていれば結構です。

**畔柳委員** 先ほど柱立てを変えなくてはならないのではないかと、お聞きしておいた方がいいと思うのですが、「患者の意思に反する措置」についてという用語があります。この中身を見ると、前の方は意思に反する何かをしてはいけないというインフォームド・コンセントの話が出てきます。ところが後ろの方は身体拘束の話です。この 2 つは、同じだと言えば同じですが、かなり違う話ではないかと思えます。そうすると柱立てを変えないといけないのではないかと。

**多田羅座長** 今おっしゃっているのは入れる場所ですか。

**畔柳委員** 場所といいますか、「意思に反する処置」についてというのでまとめているけれども、実は意思に反する処置の話と拘束は、確かに意思に反しているのですが。

**多田羅座長** そこはある程度ここかなということ、ここに記載しているところがあります。またがっている話は各所にあると思えます。

**畔柳委員** やはり拘束の話というのは、それだけでまとめた方が書きやすいのではないかという感じをしながら読んでいました。

**多田羅座長** ある程度数をしぼるといいますか、一つ立てましたのでそこに入れたい思いも結果残っているかもわかりません。

**畔柳委員** そういう感じが何方所かあるということです。

**多田羅座長** 最初にリスボンである程度項目を立てましたので、そこにこだわるといいますか、やや拘束されてどこへ入るかなということの後からはまっていったところがあります。

**畔柳委員** リスボン宣言で言っている意に反する処置ということと、拘束というのは実は違うのではないかと思うのです。

**多田羅座長** そうかもわかりません。後から拘束の問題が出るときにはここで記載しておこうかという格好に結果としてなりました。

**畔柳委員** ただ割合大きい問題です。精神科の人たちがぴりぴりする話ですし、成年後見とか年寄りの問題などそこらが絡んでくるので、ここではむしろ独立の項目のような気がします。

**宮崎委員** 柱はふやしても、減らしてもいいということですね。中身がどこかに入っていれば。

**多田羅座長** そうです。中身については、何とかできるだけ生かしてほしいということです。

**内田委員** 畔柳先生がおっしゃるのは、今の 9 ページのところですがリスボン宣言を見ますと、患者の意思に反する診断量の処置あるいは治療です。上のポチは、身体拘束になっているので少し距離があるという御趣旨です。

**多田羅座長** 言われたらそうかもしれせん。

**畔柳委員** ですから、一つ項立てする必要があるように思います。

**多田羅座長** その大枠は、逆にある程度そういう進め方で整理いただいたらいいと思います。内容は、やはり黒ポチで書いている部分が内容かと思うのです。

**畔柳委員** 内容はある程度生かさないといけないけれど。

**多田羅座長** そこも議論があるかと思うのですけれど、ここまで来ましたので何とか生かしてほしいと思います。

**中島委員** といいますか黒ポチのところは、言葉遣い等についてここで検討してきたからできるだけ尊重しながら、それを使って全体の体系をつくってもらいたいということです。

**多田羅座長** そうです。ということできょうはよろしいでしょうか。それを受けて、進め方、道筋。やはり道筋の議論はどうしても残っているように思うのです。それを受けていけば道筋もより明瞭になるということは鈴木委員、高橋委員のおっしゃると思えます。

きょうのところはそれまでにさせていただいてよろしいですか。かなり伯仲した御議論もいただいたので、雰囲気的には前進したと思うのです。

時間が少しございますので、一言ずつ進め方も含めて、秋葉先生から順番にお願いしたいと思います。

**秋葉委員** 進め方については、確かにこれが幾つもの項目に分かれてしまっておりますから、

そういう点での今御提案があった整理の仕方は非常に大事ではないかと思うのです。ただ、これは法制化ということになりますとさまざまだろうと思います。その1点だけで、逆に言えば御意見がぶつかってしまうのではないか。だからこっちはそのどちらかへ行くのだろうというようなもっと粗い分け方でもいいのではないかと思います。法制度にもっていくのか、ガイドラインにもっていくのかというのをぴしっときれいに分けるといのは、かえってそこで議論が難しくなってしまうのではないか。そのところは少し変な言い方ですが、あいまいのままと言いますと語弊がありますが緩くしておかないと、先の例えば全体の委員会へ行ったとき、それからもっと上に行ったときに何かが起こるかということまで少し含んでおく必要があるのではないかと思います。以上でございます。

**伊澤代理** 飯沼の代理で出席させていただいております。全体的な意見は、前回も意見書で申し上げておるとおりですが、また今回鈴木委員からの御提言に基づいて次のステップの構成案をお示しいただけるということですので、それを拝見しながら法制化、ガイドライン化、特に医師だけでなく国の責務といった重要な論点もあると思います。その点については、次回以降議論を深めていきたいと思っております。きょうのところはこのくらいです。

**畔柳委員** 先ほど申し上げたようなことでございます。

**筈委員** 私は、きょう本当に、大きな今までにない形で一步踏み出した思いがあります。しかし国が法制化するに当たっては、国自体の責任ということから考えると今の後期高齢者医療保険の問題等、日本医師会も大変反対されているということで動きがあるようですが、これは、そういう国に患者の権利をちゃんと認めさせる仕事です。そういう意味では極めて意味深い、しかもヨーロッパやアメリカには既に患者権利法というのが歴然とある、にもかかわらずアジアにはない。我々ハンセン病の入所者の歴史的な経験から言えば、ハンセン病政策の誤りは国自体がはっきりと認め、今度のハンセン病基本法の制定が実現したわけです。そういうような現実があるわけです。国に患者権利法を認めさせるというのは、国全体の医療に対する考え方を変えさせていく、国の医療行政を本当に根本から変えさせるという意味合いをもっているのだと思います。それではなければ、我々のハンセン病問題検証会議が提唱した意味がないと、そういうことから次の会議でそれぞれ意見が出されると。専門家の意見が出され、それに対して私たちが検討させてもらえるということは、きょうの会議は大変意味があったと、ようやく意味を見出すことができるに至ったと言わざるを得ないです。以上です。

**藤岡委員** 私は、最初から申し上げているように正式な委員のメンバーではありません。私はできたものに対する意見は述べさせていただいても、進め方なり運営の仕方に対しての意見は、控えさせていただきたいと思っております。

**鈴木委員** 2点だけ、文章上疑問を持ったことを追加しておきます。6ページ、3つ目のポチです。これは多分セカンドオピニオンのことを言っているのではないかと思います。もしそうだとすると、診療上自ら疑問を持った場合にしかセカンドオピニオンを受けられないというのは、セカンドオピニオンの権利ではないので、ここを削除する必要があるだろうということ。もしセカンドオピニオンだとすれば、他の医療機関を受診するだけではなく、院内の例えば内科を受診している人が外科のコンサルテーションを受けるとか、そういうことも含まれているので、ここはいじらせていただきたいと思っております。

**畔柳委員** 私も削除賛成です。

**多田羅座長** おっしゃるとおりと思います。

**鈴木委員** もう1点は16ページ、2つ目の黒ポチです。これは結局何を言おうとしているのか、医療従事者は能力の限りを尽くせということを言っているのでしょうか。これを見ると日本語としては、治療を積極的に提案し被験者に研究をガンガンやれというふうに読めてしまうので、医療従事者は能力の限りを尽くして医療に当たるのだというのだとすると、余り意味ない条項ではないかと。もう少し適切な表現があるかと思っております。

**中島委員** ここもいじられていいのではないですか。

**鈴木委員** 少しいじろうかと思っております。

**多田羅座長** ちょっと取ってきてつくっているところもあります。我々文章をつくっていないと。

**鈴木委員** 幾つか中身的なことと日本語を少し改編をさせていただきたいと思っております。

**多田羅座長** よろしくお願ひします。

**高橋委員** 既に申し上げたとおりですが、少し思いついたのですが、医師会も法制部というのがあるわけですね、ですから4人でなく飯沼先生のところも加わって意見を5通出す方がいいの

ではないかと思ったのですが、どうでしょうか。

**多田羅座長** ほかの委員ももちろん基本的に自由です。医師会からもまた具体的に意見があれば。

**伊澤代理** あれば。

**多田羅座長** 高橋委員がおっしゃるのは限るなということですね。医師会からもぜひ強い意見があれば出してもらうということです。特に国のやり方は大事だということでもしあればお願いします。

**田中委員** これが報告書といいますか、そのようにまとまるときには当然、「はじめに」に当たるところと「おわりに」に当たるところがあると思うのです。特に最後の先ほど少し申し上げた医療保障制度の充実、これは外側なのです。今までなかった患者のいろいろな権利などを訴えることのほかに、それとは別に医療法とか医療保険法が差配する世界も充実しましょうと。

**多田羅座長** そうです。先生がおっしゃるのは医療基本法みたいなことですね。

**田中委員** ええ、併存して書くのではなく、いわば私たちが提案するすべての基本となる、もっというと大きいところです。そこまで提案してしまうとかえって言い過ぎで、おまへたちはやり過ぎだと言われかねませんので、ここは、おわりに的などころにした方がいいのではないかと思います。

**多田羅座長** まだ国の責務のところも出ていますので。

**田中委員** 国の責務の点で、既に存在している医療法や医療保険法は、それなりに少しずつよくなってきていますので、さらに充実に努めるべきであると。そこは具体的な提案は余り必要ないのかもしれない。

それ以前の項目については、我々は具体的な提案をしますというように区分けをしておかないと、医療保険のあり方まで提言してしまうと少し……

**多田羅座長** 医療基本法の御意見が随分出ましたので、それがこういうことでいくと患者、医療従事者、あるいは3分診療の中では患者の権利どころでないではないかという意見もあります。ですから、どうしてもこのところは一言出てきたと思います。

**田中委員** 意見です。もう一つ、これはドクターの方々に教えていただきたいのですが、最初の3ページ、2つ目のポチです。医療の定義といいますか医療のジャンルが羅列されています。医療は治療と健康増進、疾病予防とリハビリと書いてありますが、みとりも入るのかなと思っています。医師の医療の重要な役割に、もしここまで並べるならば「みとり」を入れてよろしいのではないかと思います。入ってもおかしくないですか、ぜひ入れてください。

**中島委員** それは入るでしょう。

**多田羅座長** 医療を受けない権利もありました。中島委員、お願いします。

**中島委員** きょうは、舛委員の砲弾が極めて命中率が高かったということを申し上げて終わりにしたいと思います。

**宮崎委員** 今までこのワーキング・グループで検討してきたことを踏まえて、専門家の先生方にうまく整理してもらって、それをもとにどういうふうに法制化するのか、ガイドラインにいくとか、あるいは部分的に法制化するのか決めたいと個人的には思っております。

**内田委員** 検証会議で法制化を提言させていただいて、それを踏まえてこの検討会ないしワーキングの議論をさせていただいているところですが、私ども法制化を提言させていただきましたけれども、この席で医療従事者の側から違う意見もあるのではないかと、あるいは法制化に当たってこういう問題があるのではないかと、具体的な御指摘をいただいたことは非常に貴重だろうと思います。そういった問題点を一つ一つ丹念に検討しながら、法制化に向かって具体的な歩みができないかどうか、今お互いに知恵を出し合うというのがこの場の仕事ではないかなと思います。

そのときに、基本的に重要だと思っておりますことは、やはり日本では残念ながら医療をめぐる医療提供者側の方々と患者の側との間に、必ずしも理解が十分ではない部分があります。言葉を使いますと「医療不信」と言われるようなことがあって、そのことが医療トラブルの一因となっている。そういう意味では、今後の日本の21世紀の医療のあり方を考えていくときに相互理解を深めて医療をめぐる、医療提供者の方々と患者側との間で国民的コンセンサスを形成していくということが、将来の医療紛争を防止するとか医療にまつわるいろいろな問題を解決する大きな一つのポイントになるのかなということは、ある程度この場でかなり合意形成できたのではないかと思います。

ヨーロッパを見ますと、医療基本法というようなものをつくることによって、国民的コンセン

サスが形成され、それが医療をめぐるトラブルを逆に防いでいるというような御報告もあったところだと思います。そういう意味では、この場に医療提供者側の方と患者側の方いらっしゃるわけですから、一つ一つ丹念に議論する中で、国民的コンセンサス形成のためのきっかけとなるようなことをつくっていかねばと思っているところです。

それから法制化ということとソフトローという言葉もございました。それも二者択一的ではないというような雰囲気もかなり議論の中に出てきたところでして、溝を埋めるような知恵というのはあるのではないかというようなことも委員の方から言われているところです。そういったことを共通の土俵にしながら、次回以降のワーキングの作業を進めていかねばと思っているところです。以上でございます。

**多田羅座長** ありがとうございます。内田先生におっしゃっていただいたことはまとめとして私も思います。そういうことで、きょうの会議は内田先生の言葉で終わりにさせていただきたいと思います。

**高橋委員** 具体的な期限は。

**事務局** 一応次回の患者ワーキングの方は、もちろん4回というふうに座長の方と御相談させていただいています。お集まりいただく先生の日程の方で次回は9月17日です。幸いというかわかりませんが、1カ月余ございますので、その間に本日御議論がありました4先生も含めて、先ほど鈴木先生の方から御指示ございました今回の1回、2回において修正している検討のためのたたき台の文章の方は、先生方に必要なファイルでお送りさせていただきます。また、書面でもお送りさせていただきますが、その上で9月17日でございますので、いただいたものを当然4回のときにワーキングできちんと御議論いただくために、事前送付、これも冨先生の方から毎度御指摘賜っているところでございますので、できれば9月17日の1週間か10日ぐらい前にいただければと思うのですが。

**鈴木委員** 8日までに、4人ないし5人の意見が事務局に届くようにということですか。

**事務局** はい。

**多田羅座長** 次回の日程は17日、従来決定どおり行わせていただくということでよろしいですか。ありがとうございます。

それでは次回は9月17日、場所はここということでもよろしく申し上げます。本日はどうもありがとうございました。

(終了)