

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4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9月17日（水）
場 所：東海大学校友会館「富士の間」

多田羅座長 おはようございます。まだ到着されていない先生もいらっしゃいますが、定刻を少し過ぎましたので、ただいまから「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4回を始めさせていただきたいと思っております。委員の先生方にはお忙しいところ、御出席いただきましてありがとうございます。

最初に、事務局から出席状況と資料の説明をお願いいたします。

事務局 はい、本日の御出欠の状況でございます。こちらのワーキングのメンバーの先生方、全員御出席の御連絡をいただいております。筈委員が御出発されているようですが、道路の御事情で少しおくれられているようでございます。それと、ワーキングのメンバーではございませんが、藤崎委員、安藤委員、花井委員から御出席の連絡を事前にいただいております。安藤先生が電車の事故があったようでございまして少しおくれ、何時ごろ着くかわからないという御連絡をいただいております。御出欠の状況は以上でございます。

お手元の資料でございます。御確認をさせていただければと存じます。クリップどめを外していただきますと、1枚目が議事次第でございます。2枚目が座席表になってございます。3枚目が再発防止検討会、本検討会の委員の名簿ということでございます。4枚目がワーキング・グループの分担表ということでございます。

続きまして資料1です。患者・被験者および医療従事者の権利の責務のあり方（座長案）ということですが、前半が資料などの部分をとった本文だけの部分でございます。4枚目からは前回までお出しさせていただいたとおりのものでございまして、参照資料あるいはそのあたりを囲みで資料としてつけさせていただいているものでございます。後半に若干重複がございます。

資料2です。前回の議事でございましたとおり、法律家の4人の先生方から体系化に関する案をいただく、あるいはそれを含めてコメントもいただくということでしたので、事前に先生方から御提供いただきました資料でございます。

2-1が内田先生の御資料、2-2が畔柳先生、2-3が鈴木先生、2-4が高橋先生の御資料です。五十音順になってございます。少しカラー刷りも含めていただいておりますので、資料もカラーになってございます。

それと資料2（参考）ということで最後につけさせていただいておりますものは、前回鈴木先生の方から、体系化の御検討を法律家の先生からいただくに当たって、少し枝番をつけたような形であり方のたたき台の資料をつくって御提供させていただき、それをもとに各先生から体系化の資料の提供をいただきました。本日は御参考のために枝番を振ったものをつけてございます。

以上、資料の御紹介でございます。お手元に何かございましたら、事務局の方にお知らせ願えればと存じます。以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。本日はワーキング・グループの第4回でございます。議題のところにも（2）として挙げていただいておりますように、このワーキング・グループでは、一応「患者・被験者の権利擁護のあり方」基本的なあり方、それを世の中に現実のものにしていくための道筋という2つの柱で検討させていただきたいということで御議論をいただいてまいりました。結果的に、あり方の議論が前回半ばまでいただきました。道筋を進めるに当たっては、このあり方をさらにもう少し体系的にまとめるといいますか整理することが必要ではないかという意見を委員からいただきまして、ワーキング委員の皆さんの御同意をいただいて、特に4人の委員の先生からあり方についてやや体系化といいますか、道筋を議論するステップとしてあり方をいただきました。どうも貴重な御意見をありがとうございました。

ただいま事務局から説明がありましたように、資料2として私も立場上今まで2回半、そして以降意見をいただいたものをもとに、この権利と責務のあり方についても座長案として基本的なものをまとめさせていただきました。しかしきょうは、それは座長案として了承と言いますか御確認いただいて、第4回でもありますので前回の議論を受けてさらに進めさせていただきたいと思っております。ということで、座長案は座長案として御確認いただいて、それをもとにといいますかさらに道筋への議論を進めるという観点から体系化ということで具体的な案をいただいております。その案をもとに4人の先生から、このあり方及びそれを進めるに当たっての道筋といいます

か、考え方について御説明をいただきたいという形で進めたいと思います。

あり方と道筋、特にそのあり方をどのように道筋として進めたらいいのかということや、委員全員から一言ずつでも最終的な御意見をいただきたいと思っております。まず4人の先生からあり方を踏まえての道筋と申しますか、進め方を含めた御意見をお願いしたいと思う次第です。よろしく願いいたします。そういうことで了承いただいたとして議事を進めさせていただきたいと思っております。

まず資料2-1の内田先生から具体的な案をいただいておりますので、御意見をお願いいたします。よろしく願いいたします。

内田委員 それでは御説明させていただきます。今までこのワーキング・グループで出ておりましたものをもう少し整理させていただくということになるかということで、ローマ数字のⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳという形で整理させていただきました。

Ⅰは総論的といいますか、というような形で「人々の健康に生きる権利など」と大きくくりにさせていただきました。Ⅱは、患者の権利・義務についてという形で一つのグループにまとめさせていただきました。Ⅲは、医療機関および医療従事者の権利・義務についてという形でまとめさせていただきました。最後Ⅳに、国および地方自治体の義務についてという形でまとめさせていただきました。

特に国および地方自治体の義務については、もう少し踏み込んだ形の書きぶりをという御意見もございましたので、独立してこれについていろいろな事柄について書かせていただいたということがございます。Ⅲの医療機関および医療従事者の権利・義務についてということも意見がございましたので、独立して書かせていただいたということです。どういう書き方について採用するかについて悩んだところがございますが、医療機関および医療従事者の権利という形で、直接話法的に書くということも一案です。今回私が採用させていただきましたのは、医療機関および医療従事者がこうこうこういうことをしなければいけないと。そういうことをするためにはこういう権利が保障されなければいけないといった書き方がいいかという形にさせていただきました。この点についても御検討いただければありがたいと思っております。

具体的に申しますと5ページでございます。最初に「患者の権利の擁護」と「医療従事者としての研鑽」「医療事故への対応」「守秘義務」このようなことを書かせていただきました。これは今まで医師会等がおつくりになっているところ、リスボン宣言などに見られるところがございますが、それを置きまして5番目で「医療機関および医療従事者が患者の権利を擁護し、患者に対し最善かつ安全な医療を提供するためには、提供等できるだけの条件・環境との整備を図る」となっていますが、「図らなければならない」ということがございます。これを図るためには、医療機関および医療従事者は、この整備を国などに求める権利を有するという書き方をさせていただきましたが、もっと直接的な書き方も考えられます。その点についても御検討いただければと思っております。

Ⅱの患者の権利・義務についてということがございますが、これは今までいろいろ出されておりましたものをまとめさせていただき、かつ少し整理をさせていただいた表現などについても整理をさせていただいたところがございます。

冒頭Ⅰの「人々の健康に生きる権利など」につきましては、世界人権宣言や自由権規約といったものを前提に置きながら、少し総論的なものをここへ並べさせていただいたということがございます。

以上が私の整理させていただいたもの、案の基本的な考え方でございます。座長がおっしゃる将来のゴールといえましょうか、方向を考えたときにいわゆる法制化するに当たってのメリット・デメリット、法制化しないことのメリット・デメリットというのがあるかと思っております。いつも申し上げておりますように、法制化「する」と「しない」の二者択一ではなく自主的な倫理綱領をつくってそれを実践していくということと、一方で法制化を通じて医療側と患者側との間、あるいは国民全体でコンセンサスを形成していくといういわゆる車の両輪ではないかと思っております。今まで議論された項目のうち、この車の両輪という観点からどういう形でそれを整理していくのかということにつきまして、今後このワーキング・グループでさらに御議論いただければありがたいと思っております。

いろいろ整理させていただきましたが、今後の御議論を通じまして、これは削除した方がいい、これはもう少しこうした方がいいという中でこのワーキング・グループでの合意形成できればと考えております。以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。特別御質問がなければ4人の先生からお話を伺ってい

きたいと思います。御質問よろしいですか。それでは資料2-2、畔柳委員お願いします。

畔柳委員 私が行ったのは、先回たくさん出ているのを幾つかにくくってみようということをやってみました。結果的に見直すと、もう少しくれるのではないかという気持ちになっております。

簡単に説明しますと、1番目は「患者・医療提供者の関係」というのがひとつ基本的な問題としてあるので、それについてどうなっているかということで整理したわけです。それに従来の「良質な医療の提供について」という項目があり、その2つを合わせたものをここへ持ってきたということです。ただ1番目について言えることは、このうちの幾つかの項目は、医療法の中に既に法律として取り入れられている部分とそうならない部分があるということです。その状態がいいのかが今後の議論になろうかと思えます。

次の「選択の自由」について、という項目にしたことについて下の方にメモがあります。患者は、医療機関・医療提供者を自由に選択し、また変更することができるという言葉が従来から入っています。言葉としてはいいのですが、具体的にそれがどう展開していくかとなると、それほど単純な問題ではないのではないかと考えました。この項目でも例えば、一番下の(2-2)は、医療法の1条の4の3項にこういう条文が入っているということを示し上げておきます。

それから2ページ、3番目の「患者の理解と同意」と4番目の「情報の提供」についてをくくってみました。ここでいう「理解と同意」も医療法の中に取り入れられています。「理解と同意」とは簡単に言えばインフォームド・コンセントのことです。患者の自己決定権というのを使いたくない人が多い時期に、ああいう法律ができて「説明と同意」という形になったわけです。私自身は、自己決定権という言葉正面から認めた方が、いろいろなことを整理するのにいいのではないかと思いつきながら、このあたりをまとめてみました。ここでも、上の3つについては、医療法の中に規定があるということになろうかと思えます。問題は、下の赤字で書いてある、「同意を差し控える権利」という言葉が今回、いろいろなところに出てくるわけです。その場合に、差し控える、というのは本人が治療を拒否するというものですから、それについては何らかの法的手当が必要ではないかという印象を持っております。具体的情報を考えると拒否しっぱなしでいいということに簡単にはならないのではないかと、つまりその現場に置かれたお医者さんたちには具体的状況を考えると混乱が起きるということで、きちんとした議論と法的対策・手当が必要だと思えます。

4番目の「情報の提供」については、前半の方はむしろ3と一緒に、インフォームド・コンセントの問題を言いかえたというような感じがしますので、むしろ3番に入るのかなと思えました。ここでは、後半のカルテ開示の問題がある意味では大きな問題です。カルテ開示は診療情報の提供と表裏の関係にありますので、それはそれで一つのグループとしてくくった方が議論も手当てがしやすいと思えました。この点については、前半部分は医療法中に入っている、後半部分は個人情報保護法ができた後に厚生労働省がガイドラインをつくり、ガイドラインを中心に現実には運用されています。そこで法律がいいのかガイドラインがいいのかという議論にはなるのかと思えますが、いずれにしても今はガイドラインができていうことを指摘しておきます。

5番目の「守秘義務」については、もともと刑法の中に規定があったり、最近では補助看法の中に規定が入ったり、新しい職種ですとその職種を創設する立法の中で守秘義務の条文を置いたりしています。さらに業務に関係して関係者すべてに守秘義務をとというような法律が作られています(例えば感染症の予防法に関する法律68条)。そういう意味で医療関係者にとっては、守秘義務が当たり前だといえれば当たり前ですが、これだけ関係者がふえてくることを考えると、場合によっては全体的な一般法みたいなものが必要かもしれません。現状は、先ほどの個人情報保護法との関係でそれなりのガイドラインができています。ただ個人情報保護法は非常に特殊な法律でそれぞれの個人に守秘義務を課していないので、そこら辺の整理が必要かと思えます。

6番目の「患者の尊厳とプライバシー」については、実はここでも全く性質の違う2つの問題が議論されていると思えました。患者の生命を尊厳するという話とプライバシーの話は場合によっては整理しなければいけないと思えます。もう一つは、下の方に入れた終末期のケアの権利についてですが、このあたりについては、やはり終末期医療ということで、今ガイドラインをつくらうとしたりいろいろなことをされていますが、ここは刑事法との関係もあるので相当腹をくくって議論法的対策を講じなければいけないのではないかと思えました。

7番目の「健康教育」についてというのは、高橋先生から御指摘があったように健康増進法という法律ができています。必ずしも十分カバーしているかどうかわかりませんが、私もここで取り上げなくてもいいのではないかと思えました。

8番目は「医療保障制度の充実」ということですので、ここでは特に申し上げることはありませんが、従来から入っている「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、患者は、規則制度による苦情への対応。みずか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」とありますが、これがだれに対して言っているかというのがわからないので後で教えていただければというメモだけ書いておきました。ただ、今議論している「患者の権利」のと同じかということは、しばらくおいてドイツの連邦政府が出している「患者の権利」についてなどを見ますと、例えば医療事故などがあつたときにそれについて損害賠償が求められるというようなことが書いてあります。そのことは別に権利としてわざわざ書くほどのことでもないと思いますが、そういうものが現にありますので、このところは入れた方にぜひ教えていただきたいと思います。

9番目の臨床研究の被験者保護についてというのは、保護のための法制化は必要かと思いますが、この中で一緒に議論しようとするとう混乱すると思います。患者に対する一般的治療とは別にもう一つ厚い手当て必要だということがありますので、別に考える必要があるのではないかなというのが私の意見です。

非常に大ざっぱな話ですが、全体を見て結局既に法律がある、ガイドラインがある、ある部分についてはまだつくらなければいけないのではないかなというものがあるということです。

全体をどう整理したらいいかというので2つの方向があると思って考えました。1つはこのままの状態、それぞれ必要なものを単独立法としていくのが方向としてあると思います。もう1つは、この委員会の初期の段階から申し上げていますが、今の医療法、医師法など全体の法律は非常にわかりにくくなっているということです。そこで患者と医師との関係を含めて全体を整理した法律があつたらいいのではないかな、それを医療基本法と呼ぶか呼び名は別にして、そういうものができるとその中で医師と患者の関係、あるいはそれに対する国の関係というので浮き出したものができると可能性はあるのではないかなということを考えています。以上です。

多田羅座長 最後に言われた8の救済ということ、この資料の2-2には記載がないのですが、最後の4ページの8、9のところですよ。

畔柳委員 自分で出した古い方です。どこかで削られたかわかりません。

多田羅座長 こちらの不手際だったのかもわかりません。少し話と資料がフォローできなかつたもので、先生の自己質問もあつたものですから。救済の件ですね。

畔柳委員 救済といいますか、新しい資料で見ないといけませんね。

多田羅座長 新しい方では、それをどこかに。

畔柳委員 医療制度の充実についてというのが、

多田羅座長 もとのあり方の原案にはあつたのです。

畔柳委員 事務局とやり取りしているうちに削られてしまったというのか、復活したはずなのに復活されていなかったみたいですよ。

事務局 済みません失礼しました。先生からいただいたものは、今お手元にある資料2の参考というのを事前にお送りさせていただいたものですが、その9と10が削除というお話でお伺いさせていただいております。

畔柳委員 やり取りしているうちに……、私は残っているつもりでした。

事務局 それとあと幾つかのものについては、既存のところには体系化として入れた方がいいのではないかなという御意見をいただいて、そのような形にさせていただいております。

畔柳委員 申しわけありません。そういう意味で、身体拘束の話が9として出ています。これについては、きょう配られた。

鈴木委員 きょう配られたものと事前に配られたものは違うのですよ。

畔柳委員 ちょっと違います。今の話でどれが本当だか自分でもわからなくなりましたけれど。きょうは、事前に法律家委員に配布したものにしがたって説明しています。

鈴木委員 事前に我々に送られたものときょう配ったものは違う。事前に送られたもので見ているものですよ。

畔柳委員 事前に送られたのは、今私が申し上げたとおりです。身体拘束の部分は事前のものですよ……ありますか。

鈴木委員 医療保障制度の充実だけが抜けているのです。

多田羅座長 事務局どうなっているの、事前と違うのですか。

事務局 資料を御説明させていただきます。事前送付させていただいてもので畔柳先生の分は少しほかの先生のも一部そうですが、見え消しのような状態で。

多田羅座長 配付資料の確認のときに少し変更になったのか。

事務局 そうです。それが非常に見えづらいということもあって、畔柳先生と御相談させていただいて、ほかの先生というのは比較がしやすいように少し最初に目次をつけて、並びのところのタイトルのところを少しゴシック体に変えるという調整をしました。そのときに少し手違いがあったのかもしれないです。それで10が抜けていて、その事前のものは今回の4人の法律家の先生の間では事前に少しいただいたので。

多田羅座長 4人の先生にまず送っていただいたのですか。

事務局 はい、それぞれお送りして、それを少し見づらいところを直ささせていただいて、本日御提供させていただいております。そこで少し変更が。

多田羅座長 少し変更がありますね。そういう事情ですので御了承いただきたいと思います。

畔柳委員 済みません、やり取りを何度もやったものですから。

多田羅座長 配布資料では少し整理整頓として、ちょっと整理したときに削れてしまった可能性があったのだと思います。事前のときにはやや複雑のものを委員の先生、全員ではないのですがお送りさせていただきました。

畔柳委員 新しい資料ですと、患者の意思に反する処置や身体拘束に準ずる処置のところは、精神関係の法律や感染症予防法とか法律との関係でどの程度まで実現されているかというのはよくわからない。特に今問題になっているのは、ついこの間も名古屋高裁で判決が出たようですが、痴呆老人の患者の扱いの拘束というのは本来のこれとは少し違う問題があるけれども、何かしなくてはいけないということなのではないかと思いました。これは専門家に検討していただきたいという趣旨です。

多田羅座長 ありがとうございます。畔柳委員どうでしょうか、先生の基本のお考えとしては既にいろいろな医療法なり感染症なりの中でも触れられており、患者個人情報保護法ですか、そういう中でもそれなりの社会としてのものがあるのではないかとというのが先生の御意見だったと思うのです。それに対して患者・被験者、医療従事者の権利、責務ということから見て、特段今日的に取り組むところがあるとすればどういうあたりがフォーカスというお考えでしょうか。

畔柳委員 ですから今申し上げた。

多田羅座長 大体は法律ででき上がっているというのは先生のお考えですね。いろいろなどころにあるのでむしろ。

畔柳委員 ですからそれを整理しないとだめではないかということです。

多田羅座長 整理というのは法律的にすぐできるのですか。

畔柳委員 今は無理にいろいろな法律に突っ込んでいくという感じなのです。ですからわかりやすさということが必要だということです。こういう法律は税法と違いますから。使う人たち対象となる人たちにとってわかりいいようにしていただきたいと。

多田羅座長 それは新しい法律をつくらないといけないのですか。

畔柳委員 もちろん新しい法律をつくらないと。

多田羅座長 新しい法律は整理する。

畔柳委員 患者の権利法というのではなくて、医療関係全体を総則的な、といいますか、総括的といいますか。そういう整理が必要な時代になっているということを申し上げたいのです。

多田羅座長 それは検証とか何かそういうもので整理したものを出すようなものとは違うのですか。各法律に触れているようなものを検証のような格好で。

畔柳委員 検証だけで行けるかどうかということです。つまり……

多田羅座長 既に法律にある以上、屋上屋と。

畔柳委員 屋上屋ではなくて、今あるのから整理して持ってきて。

多田羅座長 それぞれの法律から持ってくるわけですか、私も素人なのですが。

畔柳委員 持ってくるということです。

多田羅座長 できるのですか。

畔柳委員 できます。そういうことは、ほかの分野でもしばしばやっていることです。大作業ではありますが。

多田羅座長 わかりました。先生としてはそういうものをまとめるといいますか。

畔柳委員 そういうことができたらいいなど。

多田羅座長 できたらというのは、やろうと思えばできるのでしょうか。

畔柳委員 もちろんできます。やる気になればできるわけですが、とにかく法律がごちゃごちゃに入り乱れていますから、それがやりにくくなってきている。今後それがますますやりにくく

なっていくだろうと、その際たるものが、医療安全の関係の規定を、医療法中の規則に入れて、しかも大がかりな新制度をつくっています。これなど、あの医療法中に入れるのはどだい無理なことをやっているのではないかという。

多田羅座長 わかりました。そうすると先生のお考えとしては、一応基本的にはここで指摘されたようなことについては既存の法律の中でほぼ触れられていると。

畔柳委員 ほぼかどうかは判りません。

多田羅座長 新しいものがあるのかどうかはどうですか。

鈴木委員 無理なまとめをしない方がいいのではないですか。

多田羅座長 質問ですが、わかりました。

高橋委員 私もそれに関することを述べますので、全部終わってからにされたらどうでしょうか。

多田羅座長 済みません。では次の鈴木委員お願いいたします。

鈴木委員 私はこれ座長案となっておりますが、その案で10項目、全体に小項目を入れて30項目あります。その30項目をどううまく体系化して散らばらせるのがいいのかということに主眼を置きました。私が送ったのは見え消しがあるのですが、きょうお配りになっているのは見え消しのないものです。新たに私が言葉で訂正をしたり加えたものが赤でしか書いていません。見え消しのあるものでは、その30項目すべてを散らばして、どこを削ってどういうふうにしたのかというふうにしました。ですから30項目中1項目も漏らさず入れ込んだ。2項目ないし3項目にまたがるようなものも、表紙としては2分の1とか3分の1とかつけて最初にやって作業を始めました。その結果、私が全部を削ったものというのはここに出ていませんが、最後の患者の責務のところ(9-3)という項目です。これは患者・被験者が治療結果に協力する責任があるという、これは自己決定権と明らかにバッティングする、決めたものに従えということですから患者・被験者はいつでも治療結果は離脱することができるという権利があるのが世界的に定着している考え方ですので(9-3)項目だけを削りました。あとは一部残し、一部削り、一部訂正し、重複、言葉などの整理をしたというのが基本です。ですからほかの委員の中で出ているような新たな項目をつけ加えるということは一つもしていません。その上で見て、この全体の項目がいまだに中身としては十分充実したものにはなっていないというのが私の意見であります。

まず項目です。目次に書いてありますように、医療の諸原則というのがあるだろうと思います。その中で医療の諸原則を患者の権利という形であらわし、その患者の権利を保障するために国、自治体や医療機関、医療従事者あるいは患者などがどのような責務を負って、その患者の権利を実現していくのかという構成にしています。畔柳先生のところで、最後少し議論になりましたが、医療法という法律はもともと施設法で、基準に合う施設をつくるためにどういう基準が必要なのかということで作られた法律です。既に1970年代からどうやら医療基本法という形で体系をきちんと整えなければいけないという議論は、与党法案の中にも野党法案の中にも出てきているようです。何度か医療基本法という発想を持ちながら、いわば体系のとり直しを何度か国会もチャレンジをしているけれども十分な審議がされないままに医療法という施設法の中に医療基本法的な概念が、特に1992年からだと思いますがずらずと入り込んできたということだろうと思います。今の医療法の1条を見ますと、目的は非常に広範に広がり医療安全という章までできました。これは施設法の領域を超えて基本法の領域に入り込んできている。そうして見ると、基本法の最も大事な医療の諸原則を体現した患者の権利という発想は、医療法の中ではまだまだ不十分であると。まだ医療機関、医療従事者の責務という感じでしか出てきていない。最も重要なことは、医療は公共政策ですから、患者の権利があって医療従事者、医療機関の責務があるという二項対立的なとらえ方をすべきでなく、むしろ公共政策として国や自治体が患者の権利を保障するためにどのようなインフラ整備などをきちんとし、その中で医療従事者、医療機関はどんな役割を分担していくのかという発想になるべきだろうと思います。そういう構造で組み立てていくと、もう現行にある医療法やあちこちに散らばっているものが同種のものがあるからいいということでは医療の基本原則を推進していくことには限界がある。法律の専門家ですらいろいろなところにいるいろいろなことがあって、すべてがわかり切れないということにもなりかねない話です。今も既に有志の方々が、医療基本法づくりの勉強会を始めているようです。その医療基本法の中の最も根幹になるべきは医療の基本理念と患者の権利です。それを確立するために、国・自治体・医療機関・医療従事者・患者などはどのような責務を負い、どのようなコミュニケーションで前進させていくのかというように発想に立つべきであろうと思ってこういう体系にしてみました。

そうしてみると私は新しい条項を入れたわけではありませんが、この中に書いてあるきょう

配られた2ページの3)、①から⑥に書きましたような印象を抱きました。足りないことを書き加えるというのは議論を混乱させるのではないかと思います、改めて新たな条項を書き加えることはしませんでした。例えばインフォームド・コンセントやセカンドオピニオンの権利というのは現場ではかなり前進しています。それぞれに健康保険の点数などもついている状況の中で、抽象的な宣言をするだけにとどまるというのは90年代初頭の発想だろうと思いますので、むしろ具体的なことを書き込んでいくべきだと思います。

被験者の権利ということの、被験者とか臨床試験というところに全部マーカをつけて、それを被験者の権利の中のところに最初は全部落としてしましました。ところが一般条項以上に被験者、つまり臨床試験に特有な問題を触れている条項がほとんどない、しかもヘルシンキ宣言や薬事法の80条の2に基づく臨床試験の実施に関する基準、この考え方も反映されていないと思いました。私も知らなかったのですが、ことしの8月1日に日本医学会が臨床研究における被験者の保護と倫理の確保に関する声明を出しておられます。ネットではまだ明らかになっておりませんが、平成15年に出た臨床試験に関する倫理指針を少し今回改定したということのようです。その改訂を見ることはできませんでしたが、つまり臨床試験分野というのは、利益相反なども含めながらどんどんと前進している部分ですので、その先端部分をきちんと理念の中に反映させるということからすると、ここはほとんどできていないと思います。

そういうことでまずは原案にありましたものを並べかえて、少し適切でない字句などをいじるという程度で今回の作業を終えました。全体を見てもう少し中身を、ほかの3人の先生方の整理を見ますと、その中身は少しブラッシュアップされていると感じますのでそういうものをさらに反映させていくということがいいのではないかと、各条項に関しては思いました。

それからやはりこの患者の権利とか医療の理念というのは、非常に人権宣言という高尚な理念に基づくものだろうと思います。医療や社会福祉というのは、人権としてとらえられたのは20世紀の初頭、1900年代の初頭だったと思いますがワイマール憲法で初めて出てきたと言われていいます。フランス人権宣言もワイマール憲法もその後ナチスやフランスなどで一たん後退をしながら、またさらに前進するというをしていると思うのですけれども、そういう高尚な理念に基づくものであるということをしちんと明らかにすると、各条項だけでなく今回の体系化作業あるいはこのあり方を考えるに至った、今日状況も踏まえた前文的なものが必要ではないかと、そういう前文の理念を示すことでさらに中身の理解を深めていくということになるのではないかと思います。繰り返しになりますが、特に患者の権利と医療従事者・医療機関の責務を対立関係にあるところをさらに一歩乗り越えるということからすると、今までの発想の議論をもう一回整理していく必要があるのではないかと思います。以上です。

多田羅座長 進め方についての御意見はどうですか。

鈴木委員 既に今述べさせていただいたかと思いますが、きょうの4人の作業を体系化というところで一致させながら、さらに中身の各条項については現在の到達点を踏まえて多少前向きな理念を掲げるという形で文章のどのブラッシュアップが必要だというのは2つ目であります。3つ目としては、それ全体を包括するような理念をきちんと前文で書くというようなことをして、この全体を法体系として仕上げるという方向だろうと思います。

その法体系として仕上げて具体的にそれを法文の中に示していくのか、あるいはガイドライン、指針のようなものにするのか、中間的には法律施行規則というものがあるわけですので、そういうものに振り分けていく作業はむしろここで細かいことまでせずに、国会の議論なり政府の議論にきちんとゆだねていくということが大事ではないかと思います。ここに書いた法体系全体をどういうふうに各法の源に落とししていくのかということに関しては、ここで余り細かい議論をしない方がむしろいいと思います。

多田羅座長 それでは高橋委員、お願いします。

高橋委員 先に今後の進め方に関して話をします。私の理解ですと、前回は座長案に示された項目が幾つもあって、これでは全然先に進まないではないかという弭委員の意見がありました。それでは実定法をつくるのであれば、法律家がそれぞれ自分の私案を出さなければいけないと、そういう話だと思ったので私も実定法をつくるのだったらこういうスタンスにすべきだということ今回出させていただきました。

前回、弭委員から高橋は意見を変えたという発言もありましたが、意見を変えたわけではなく実定法をつくるのであればこういうものであろうという趣旨であります。今後の進め方に関しまして座長案にあるように、幾つかいろいろな項目を並べて厚労省に出して、この中から適宜選んで実定法にすべきものはしてください、ガイドラインのものはガイドラインにしてください、そう

いう投げかけをするだけでいいのか、それとも。

多田羅座長 座長はそうは言っていません。一応基本的なあり方としてはこういう点が大事なのではないかという点をまず挙げたというところで。

高橋委員 それはそれで結構ですが、重要な点を挙げたという形で答申していいのか、それとも実定法をつくるのだったらこうすべきなのかという、そこまで踏み込んで提言するのかというのは今後議論していかなければいけないことだと思うのです。

多田羅座長 先生の御意見はいかがですか。

高橋委員 それについてですか、それはつくるべき実定法の内容によって変わってくると思います。

多田羅座長 だから先生の御意見は、進め方について実定法をつくるということですか。

高橋委員 その実定法の内容によっても変わってくるというかお答えしようがないのですけれど。

多田羅座長 もちろんそうだと思いますけれど。

高橋委員 それを先に言ってしまいますと議論が進まなくなりますので少し待っていただきまして、今、答えも用意しておりません。

ですから、実定法をつくるのであったらこういうスタイルになるのがよろしいのではないかとということで私の資料をつくらせていただきました。もともと私の資料にですから第何条という条文の番号までついていたのですが、この資料になった段階では全部削られてしまったようになります。

気がついたのは従前のものには非常に重複が多い、畔柳先生もおっしゃっていらっしゃいました。これはもうばっさり整理する必要があるのではないかとというのが1つ目です。2つ目は、新しい法律をつくるとなると既存の法律との整合性がすごく大きな問題になってきます。ですから何らかの実定法をつくるのであったら、医療法の改正というのは避けて通れないことだと思います。それだけの大作業になると思います。医療法は例えば患者という表現を使わずに、これ前回は出ていましたが「医療を受ける者」という表現になっております。ここで例えば患者という実定法をつくった場合に、では患者と医療の受け手というのは同じものを意味するのかどうかという、またここに余分な議論がつけ加わることになります。できるだけ既存の法律を有効活用しながら新しい法律をつくっていくのが一番近道ではないか、実現にとっては早いのではないかと考えた次第です。そういう形で整理すると同時に、さりげなくといいますか大胆にといいますか私の個人的な主張もところどころ盛り込ませていただきました。

まず「良質な医療の提供」というところでは、畔柳先生、鈴木先生がおっしゃったように医療法に事実上こういう規定が存在しますので、これをそのまま横に移動するというで十分に目的を達するのではないかと考えます。それから国および地方公共団体の義務ですが、内田先生の意見書ですと明らかに義務づけなければならないとなっております。鈴木先生の方は、努めなければならないとなっております。

鈴木委員 原文を生かしたということですか。

高橋委員 はい。ただ、これはどう考えても抽象的な努力義務にならざるを得ないと思うのです。どの程度の医療を行政として提供するかというのは、公共政策というふうに鈴木先生は言われましたが、まさにそのとおりでありまして最低限とは言いませんがある程度のランクのものを国および地方公共団体が用意して、そこから先は独自にお金を出してやってくださいという形もあれば、かなり上のランクまで国および地方公共団体が保障すると。この2つの考え方というのは当然あるわけでありまして。これは選挙を通じて解決すべき問題であると思います。そういうことで、私の「良質な医療の提供」の国および地方公共団体のところは、抽象的な権利・義務という形で規定しました。

それから「患者の自己決定権」これも医療法にあるものを活用すればいいのではないかと考えて持ってきましたが、その四角で囲まれたところを書いてあるとおり、2つ目ですが、患者には医師から説明を受ける権利がある。これは権利だと思うのです。しかし同意を得るかどうかわからないのは、同意しない患者もいるわけですから努力義務になるであろうと。そして畔柳先生がおっしゃったとおり、患者の「理解と同意」と「情報の提供」というのはほとんどダブっています。ですから実定法にする場合には合体する方がいいと思いました。3つ目の「情報の提供と選択の自由」。これも選択の自由と情報の提供はかなり重なっているもので、こういうふうにまとめさせていただきました。その結果、鈴木先生のように全部残すのではなく半分以下になっております。

3ページの「プライバシー権」これも刑法に規定がありますが、ただ刑法に規定があってもほかの特別法に幾つも守秘義務の条文がありますので、ここに置くこと自体は刑法と矛盾すること

はないだろうと考えましてこのとおりにしました。

「健康教育」ですが、健康増進法が制定されておりまして、ここでわざわざ言う必要はないであろうと。そもそも健康増進というのは健康教育だけではありませんし、医療従事者以外にも例えば運動指導員、管理栄養士といったさまざまな方が活躍されている。そして健康教育の前段階として健康審査というものがあるわけです。それはやはり別な法律で一体として規定する方がバランスがいいのではないかと思います。

「被験者の権利」については、ごく簡単に読みかえることができるという形にしまして、被験者の特有の権利はここで触れる必要はないかと思います。そもそも被験者は全員が病人であるわけではなく、代走試験というのは健常者を使いますからそれをまとめて規定するというのはかなり無理があるのではないかと考えました。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。相当する御意見は重なっているところはありますけれども議論の要るところも明らかになったように思います。今の4人の委員の御意見について御質問がございませうか。

きょうは、できましたら各委員から特にあり方を、一応羅列的に挙げさせていただいたものは座長案でございませうが、それを整理して法制化の方向を考えながらまとめていただいたものが4人の先生の中身であったかと思ひます。そういう状況に対して、特にあり方に対して進め方といひますか、そのあり方で示されている方向をどのように日本の社会の中で現実のものにしていくのかということだす。提言では患者権利法をつくりなさいということが大きく示されているわけだす。そのことを認識しながら我々のあり方として確認された各項目、言い足りない、不足がございませうけれどもほぼ内容的には触れているとして、その具体的に日本の社会の中で、これから新たにそれを実現するために進めなければならない作業といひますか道筋というものをこのワーキングで検討したいと思ひておるし、検討していただひているということかと思ひます。それについて4人の特に法律専門の先生から、具体的な方向について御意見をいただきました。

それでは各委員から、これからの取り組み、進め方について基本的な方向についてお話しただひて、議事録としてまとめて、そういう形で検討会に持つていくのかあるいはワーキングを1、2回続けるのか最終的な御返答をいただきたいと思ひておひます。ということで委員の先生から、主として進め方、このあり方をどのようにして日本の社会のものにしていくのか、それに対して特に新たにこういう手はずが要るのではないかというあたりのことを中心に御意見をいただけたらと思ひておひますのでよろしくお願ひいたします。では、秋葉委員の方からお願ひしてよろしいですか。

秋葉委員 今回まとめていただひて大変わかりやすくなつたといひますか、流れが非常につかみやすくなつたと思ひます。またウエートがきちんとしてきたという気がいたしました。しかしお話を伺つてずっと以前から考えていたことだすか、例えば医療にかかわるいろいろな法律がございませう。例えば医師法とか歯科医師法、私の所属する薬剤師法、補助官報ということになると、資格を得るための条件とその資格者の権利が非常にきちんとしてひている。ところがそこで何をすべきかということになると、随分そこところは整理されてきましたけれども、依然としてあいまいの部分がたくさんございませう。今度は逆に施設の法律の方の医療法、薬事法を見ますと、最初は全く入れ物の法律でございませうが、最近はそのにいろいろなものをどんどんぶち込んでしまつた、ぶち込むという言葉は少し汚いですが、その結果医師法や歯科医師法での要求されている、要求されていない部分をそこでもつてカバーしようとしてひている部分が非常にあるように思ひます。それが一本になるものかどうかというのが一つ考え方としてございませう。わからなかつたので

もう一つは、そこで医療を受ける者ということがございませう。そこで医療を受ける者の権利といひますか立場が一方向的に医師法、歯科医師法、薬剤師法の方から見ただけであつて、あるいは医療法や薬事法の方から見ただけであつて医療を受ける者の方から見ている視点は余りないような気がいたします。拝見してひて、そこら辺の整理が自分の中では余計わからなくなつてきたところがあります。そんな感じがいたしました。したがつて本来ならこれはきれいに整理すべきでしょうが、もしかして大変な作業で軽々しく言うことではないのではないか。そうすると、やはり幾つかの法律を持つてきて今後進めていくあるいは整合性のある部分を寄せて、そして患者という視点あるいは医療を受ける者の視点からつていく法律があるのかという気がいたしました。これを御専門の方は法体系や実定法あるいはいろいろな通知といふと整理ができますが、そのところはどよう整理したらいいかよくわかりませう。しかしながらその概念に基づく体系といふものが要るのではないか。

多田羅座長 患者の視点に立った。

秋葉委員 さようございます。そこは絶対に必要ではないかと思えます。

それから前にも申し上げましたが、被験者と患者を原案では一本になっていましたがどうもこれは違うのではないかと、患者というものは立場からいって一方的に患者になってしまうのですが、被験者はもちろん患者自身が被験者になります。それともう一つ、参加する動機、意思というものが積極的なものがあります。患者は積極的に患者になったのではないと思えますから、そここのところ少し違いがあるのではないかという気がいたします。今回そここのところ余計に感じた次第です。以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。御質問ございますか。それでは飯沼委員お願いします。

飯沼委員 日本医師会の飯沼です。理事会等でこのお話を出して協議しているわけではございません。大多数は私の個人的な意見と受け取っていただきたいと思えます。

日本医師会は先生方御存じのようにいろいろの倫理指針を出しました。定期的に改訂をして進んでおります。大もとは恐らく日本国憲法でありましょうしヘルシンキ宣言、リスボン宣言というものを中心にして、日医が日医なりの指針をつくって改定作業もしてきたわけでありまして。それはそれなりの評価を私自身はしております。きょうも、座長のたたき台にはそれをちゃんと参考として取り入れられておりますので、そういう面から考えますとそれぞれが医師会としては責務を果たしているような気がいたします。

先ほどからお伺いしておりますと、一番私が今まで不思議であってきょう氷解したといえます。クイズが解けたのは、いろいろな法律があってそれがごちゃごちゃまざり合っているということです。その整理のために医療基本法みたいなものをつくってはどうかということに関しては恐らくこれを反対する人は多分いないと思えます。その作業はこういう会議で議論する問題ではなく、もっと上のレベルの問題であろうと思えます。それぞれに関しましては、たとえダブっていてもすべての医療法ですとか個人情報保護法、保助看法、健康増進法、感染症法、刑法といろいろあります。そういうところにみんな入っているわけですので、それを取り出して整理する作業は必要かもしれませんがその議論はここではすべきでない。いわゆる鈴木先生が先ほど言われた臨床研究の話、臨床研究の倫理指針のガイドラインというのは5年に1回ずつ見直すということで、私もこの委員でことしの3月までやってきました。パブリックコメントが終わってその最終案をこの事務局に提出してあります。ごらんいただければ、とくにパブコメは終わっていますからインターネットで引かれれば全部出ているはずであります。それでもすごい回数検討を重ねてやっとでき上がるわけですね。それでまたパブリックコメントをもらってその作業が一つ終わったということで、また次の5年目ということになります。これ一つとりましても大変な作業です。だから一つ一つのことをやっていくということは、そういう法律家の先生たちにお集まりいただいておやりくださるならそれはそれで非常に結構だと思いますが、やるかやらないかの議論をここでするのは私としては余り賛成をいたしません。そういうことがあるべきであるという意見はわかりますが、ここの議論ではないと思えます。

多田羅座長 その必要かどうかをここで検討している段階だと思うのです。先生の御意見として必要と。

飯沼委員 あってもいいと。

多田羅座長 その中身はもちろんここではできません。

飯沼委員 はい。中身はそういうことをやってもいいとは思いますが、個別のことに関しては、今の法律だけで十分対応ができて、新しくつくことは屋上屋を。

多田羅座長 整理整頓したらいいということですね。

飯沼委員 そう思います。

多田羅座長 では研委員、お願いします。

研委員 大変おくれて済みませんでした。朝5時に出発したのですが、渋滞に巻き込まれまして到着は今という状況ですが鈴木委員の意見をお聞きし、また高橋委員の意見もお聞きできたのでよかったと思っています。このたたき台を読ませていただきましたが、これは大体だれのためにできているのか、医療従事者を主体にした内容でしかないのではないかと、医療従事者を主体にして医療従事者はこうあるべきなのだと、患者に対してはこうあるべきなのだとということを書いてある。ですからたたき台自体が主語を間違えているのではないかという思いがいたしました。

先ほど高橋委員から説明がありましたが、その最後の方に医療法に成文化されているのだからあえて何かする必要はないのではないかという相変わらずの御意見がここに書かれているわけです。私は、患者権利法がなぜ必要か、その意味はいわゆる人権や社会保障というものが、高橋委員の

言葉の中にもありますが、政府の財政状態などによって変化せざるを得ないという意味合いの言葉が確かにあったと思います。そういうものであってはいけないのではないかと、政府の財政状態や何かに影響されてこうなってしまうと、政府の財政状態が困窮しているのだから社会保障や人権について犯されてもあるいは不十分であっても仕方がないと、そういうことのないようにというのがこのハンセン病問題の歴史的な体験から、これをそうさせないという意味でこの論議が始まっていると思うのです。ですから医療法で成文化されているからいいのではないかとと言っても、では医療法はどういうふうに患者自身に伝わっているのか、そして患者自身がそれを十分心得て医者に対峙しているのかという問題もあります。情報の問題でも。我々医療法を十分知って、医者の考え方もよく知って、それで治療を受けているということではない状況に置かれているわけです。自分自身の権利が本当に保障されていないということから、医師は神様だと医師の言うとおりに従わなければならないというのが現状ではないですか。

ハンセン病の問題でいえば、本当にパターンリズムでずっと押し通されている。現在でもそうなんです。現在でも厚労省の方で何か困ったことがあれば、園長に自治会に来て頭を下げさせるのです。何とか飲んでくれと。園長は医者です。そして厚労省から任命されているということから厚労省から言われると、私たちの前で墮胎児の問題にしてもテーブルに手をつけて頭を下げるのです。「何とか厚労省の言うとおりにしてくれ」と。そういう状態に置かれてはいけないのではないかと。患者は患者としてのきちんとした権利をしっかり自覚する。そのためにこの患者権利法が必要ではないのか、ましてや世界に例がないというのではなく、繰り返すようですがヨーロッパやアメリカにある。にもかかわらずアジアにない。それをつくろうではないかというのであって、そういう意味では全く不十分な状態に置かれているのだ。事実医療法で事足りるという状況では絶対ないというふうに私は思います。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。患者を患者としての権利を守らなければならないという府委員の意見です。それをどのようにして現実のものにしていくかということを議論いただいていると思います。ありがとうございます。

それでは右側へ移ってよろしいでしょうか、宮崎委員からお願いします。オブザーバーの委員の先生にもお願いしたいと思います。まずワーキングの本来の先生にお願いしたいと思います。

宮崎委員 先ほど来、患者あるいは医療提供者の権利・義務に関していろいろな法律あるいはガイドラインがあり、ここではそれをまとめるといいますか、もちろんそういった法律、ガイドラインにない部分もごさいますのでずっと以前からこの検討委員会で検討してきました。ただそれを法律にするのかガイドラインにするのか、どうするのかということはこれから決めるのだらうと思います。いずれにいたしましても今まで検討した項目について一応座長案ということで出ました。それをきょうこの4人の委員の先生方がそれぞれまとめ方は多少違うと思いますが、まとまってきているということです。それをさらに多少違うところを何とかここで一本化にするのがいいのか、あるいはできるのかわかりませんが、私とすればもう少しできれば一つにまとめられないかと思います。

それから細かいことですが被験者の権利については、私もやはり別項目にするべきだらうと思います。

多田羅座長 先生の御意見は具体的にはどういう方向になりますか。

宮崎委員 私とすれば、やはり医療基本法のような形で、

多田羅座長 今までのものを整理整頓すると。

宮崎委員 はい、きょう検討しているような内容も含めて、できれば医療基本法のようなものにするのがいいのではないかと個人的に、もちろん病院会では意思統一はしておりません。あくまで私個人の意見としてはそのように感じております。

多田羅座長 中島先生、お願いします。

中島委員 これも私個人の意見です。自治体病院協議会の議論はまだしておりません。やはり余りに医療関係の法律が入り組み過ぎて頭の悪い医療従事者には非常にわかりにくくなっていると思うのです。ですから患者さんの権利、医療とはこういうふうにあらねばならないというきちんとした大きなものをつくった上で、その下にそれぞれの個別法がきちんと並んでいるという形にもう整理しないとやっていけない時期が来ているのではないかと思います。もちろん個別法の中でも、いわゆるソフトロー的なガイドラインで対応できる部分もあるでしょう、そういうところをまた仕分けをしていく。この会議としては、大ざっぱにこの医療基本法にはこういう内容をきちんと盛り込んでくれということをも明確に打ち出して、後はまた国会の議論になるなり、どこか法制化の専門のところへ渡すべきだらうと思っております。

各先生方、本当に大変御努力いただいてわかりやすくなったのですが、若干将来後期高齢者になって死にそうになってきたときのことを思い浮かべてみますと、医療については拒否する。積極治療は受けたくないと言いつつもいわゆる苦痛を除去することについてはやってくれという選択肢が今後きっとふえてくると思います。そこについての明確な原則のようなものを立てておく。

多田羅座長 このあり方で言いますとどこになるのですか。

中島委員 座長案でいくとどこになるのでしょうか。

多田羅座長 拒否の部分になかったですか。

中島委員 ええ、拒否というのはあるのですが拒否した後のことがありません。拒否はできる、大抵の病院や専門医は拒否されたらもう診たくないのです。だからそうではなくて、拒否した後も除痛の処置といったことについてはきちんと受けることができる体制をつくっておかないと、恐らく10年後には大変なことになるのではないかと思っております。私自身ががんになったら治療は拒否しようと思っておりますが、痛みだけはとってもらいたいと思いますのでぜひとも私のためにもそこをよろしく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。では田中委員、お願いします。

田中委員 この検討会は何かを意思決定する会でなく提言をする会です。参謀の役割を担っているはずで、参謀とは何も最終決定をする必要はなく複数の案を提示して、そのメリット・デメリットを書いても構わない。

患者権利法は医療側との対立を招くので好ましくないとかねてより申し上げておりますので法律案なら医療基本法だと思います。医療基本法案は、ハイリスク・ハイリターン型であって、こういう医療基本法をつくれとの方向にはさまざまなバリアがたくさんあって討ち死にする危険性もある。でもここで気高くハイリスク・ハイリターンをとる提言も一つの案です。それに比べると相対的にローリスク・ローリターンなのは宣言になります。宣言もヘルシンキ宣言とか、先ほど鈴木先生の言われたフランス人権宣言など法律よりもはるかに残っているものもありますので、格調高くつくりやすいのかもしれない。

それから医療のあり方を提言するのはとても難しいです。医療のあり方はどのくらい医療費をつぎ込むかにかかります。私は医療経済学者ですから、日本国の対GDP医療費が低い、もっとたくさん使うべきだとずっと言い続けてきていますが、やはり保険者の意向や保険料を払う人たちの意向もあるので、この席に座っている方々は患者の方も含めて医療費は上げていいと私も含めて思っているにしても、現実の政治の世界ではなかなか医療費は上がりません。それは政府財政でなく保険料の話があるので、どこまで医療に使ったらいいかわからないので余り医療システムの全体のあり方まで行ってしまうとそれこそ空中分解してしまいます。この座長案あるいはほかの先生方がまとめた程度のところに残しておくのがよい。2つの選択肢、法律基本法にもっていくか宣言にするかは場合によってはメリット・デメリットの両方を書いてもいいのかなというぐらいに思います。

ついでにですが幾つか考えついたことを申し上げます。呼びかけの対象が先生方によって「国民」と書いてあったり、「すべての人」「住民」とあります。これは統一すべきです。医療は国民だけのためではないと思っています。日本国に住んでいる人ならばだれもが同じ保険料を払っていたら、留学生だろうと外国人ビジネスマンであろうと、在日の方は当然ですが、国民だけに医療を提供するとの考えは時代おくれであって、「すべての人」あるいは「住民」の方がいいと思いますがいずれにしろ統一が必要です。

2番目、医療の形容詞が幾つか提案されています。「最善・良質・安全・公平・適切」という言葉があります。個人的な意見は「良質・安全・適切」がいいと思います。最善は少し難しいです。

多田羅座長 公平はどうですか。

田中委員 公平はアクセスの話であって、医療サービスそのものの形容詞ではない。経済学的に言いますとアクセスは公平であるべきだけれど、医療は患者ごとにいろいろとあるのでそれを公平と呼べばいいですが。

多田羅座長 私も最終案で、ちょっと申しわけないですが、特にハンセンなどの形では公平といえますか、あの患者にはこのことをする、この患者にはこのことをするというのでは遺憾という概念が非常に大事なのではないかと。

田中委員 適切という中に公平が入っていると思っています。

多田羅座長 適切よりも内容的には公平ではないかと思ったのです。こだわって済みません、そこが大事な感じがしましたので。

田中委員 絶対にこれを通さなければいかんと、そういうつもりでいっているわけではありません。経済学的に言いますと、普通公平とはアクセスのところを使う。最善は先ほど言いました医療費の水準と申しますか、保険料の水準によります。例えば高齢者の方々に保険料をあと1,000円多く払ってもらえばより「最善」に近づくけれど、そこまで我々提言できないので「良質」という方が妥当かなと思います。

3つ目、医療機関選択の話です。座長案で言いますと2ページの選択の自由のところですか。これは私が言ったのを入らせていただいたようですが、好きな医療機関を自由に選択する姿はありません。ここに書いてあるように、自己の医療ニーズに対応した適切な医療機関が正しい。好きな医療機関に行かれると急性期医療はますます疲弊し医師は逃げていってしまいます。やはり医療は適切などころでとどまるべきであって、だれもが指を切ったからといっていちいち三次救急に行かれたのでは三次救急の医療機関はパンクします。ニーズに対応したとの形容詞をつけておく必要があると思いました。

最後、健康論を落とした方がいいのではないかとの高橋委員の意見には賛成です。以上でございます。

多田羅座長 ありがとうございます。健康教育はいらぬということですね。

田中委員 健康はまた別途のテーマの折に必要なだと思います。我々の役割からすると、少し異質な部分があるという意見です。

中島委員 まだ煮詰まっています。

多田羅座長 わかりました。委員の先生から御意見を伺いました。オブザーバーで御出席いただいている先生いかがでしょうか、藤崎委員お願いします。

藤崎委員 私はこの委員会の委員ではありませんが、ある種の期待を持って最初から出席させていただきました。それは、本来の議論になっています。委員も言っておりますが、やはり法制化がはかれる。それがどういう形ではかれるかということも含めて、この委員会というのは最低そこまで行って本委員会でもさらに議論を深めるという形をとらないと、この委員会の意味がないという気がしましたからそこに一つ期待を寄せていたわけですが。きょうはいろいろな先生方がまとめたお話あるいは各先生のお話を伺って、いろいろな法律があるけれどばらばらでどうもわかりにくい部分が結構あると。だとすれば、名前は医療基本法かわかりませんが患者の権利を含めたあるいは被験者の権利を含めた内容の、大きな、大きな法律をつくるべきだと、最低そこはこの委員会ではまとめとして上げてほしいという期待をこめて参加しております。意見として申し上げたいと思います。よろしくお願ひしたいと思います。

多田羅座長 花井委員いかがですか。

花井委員 先生方の議論を聞いて、かなり踏み込んだ形で議論されているなと思ったわけです。私としましては、基本的に今起こっているある医療の現状は極めて危機的ではないかと肌で感じるところがあります。確かに田中先生が言われましたが、リソースの配分という問題が結局は現実を決定するという局面が多いのですが、実は配分をするにせよ一体何にコストをかけるかという基本的な、つまり医療の中のどこにコストをかけるかという判断基準すらぶれてきているように感じるわけです。したがって今この、これどこまでできるかということはまた議論ですが、やはり医療というものはどうあるべきかという基本原則というのを今日の意味で明確につくれないのではないかと思います。それに基づいて諸所の個別的な問題の中で何が大切なかということがあると。

医学教育の現場を見ましても、倫理教育とかもちろんこういう諸原則、いろいろな教育はあるのですが、しかし日本において一体医業というのは何なのでしょうねという問いに答えられる講義がないように思うのです。そういう中で、学生さんたちが訴えられないような科を選んで、昔で言えば人気のある、花形である脳外科といったハイリスクな科は選ばなくなっていくという現状もあります。そういった中である程度高い理念を医療というものはこれほどまでに崇高なものだということ、その価値観をある程度コンセンサスができるのであればつくって、それを基本原則として定めた上でももちろん患者の権利というものも必要だと思いますが、そういう基本法ができるということは各機能と申しますかファンクションが全うされていても、そのファンクションが何のためにあるのかという根元がないと意外にこれはまとまらないという気が実感としてします。そのファンクションが必要な理由というものがやはりよりどころがあると、今後、医療もしくは患者の権利というのを守っていくために必要な環境が整えられるのではないかと思います。

座長から聞かれればいいですが、要するに基本法的なものをつくったらいけないのくら

いのことは言って、あとは何とかそれが討ち死にしないような程度はどうするのかということとは別途考えるということにしたらどうでしょうか。

多田羅座長 ありがとうございます。安藤委員いかがでしょうか。

安藤委員 きょうは遅参して申しわけございませんでした。ちょうど今から15年ぐらい前に、東京都病院協会で河北博文先生、飯田修平先生が中心となり、医療における信頼の創造活動というのを行いました。そのときに病院協会としての標語をつくりました。ほぼここに羅列している項目と同じでございます。ただ違ったのが終末期医療やターミナルケアというのを少し打ち出したということと、公平・平等という言葉をあえて使わずに「公正」ということとしました。公平・平等は英語でいいますとイコールですが、医療の方はフェアの方がいいのではないかとさんざん議論した結果そのようにさせていただいた経緯があります。ちょうどそのころ、鈴木先生にも早朝の勉強会にお越しいただき、患者さんの権利などのお話をさせていただいた思い出があります。

その後、全日本病院協会（全日病）の方に引き継ぎました。5、6年前、参議院議員の西島英利先生から医療基本法を打ち出した方がいいといった話がありましたので、全日病もぜひそれに乗ろうということで行政の方々もお呼びして勉強会などもさせていただきました。そういう意味からして、全日病としては医療基本法をつくることに関しては賛成、そのようなスタンスをおいております。またよろしく願いいたします。

多田羅座長 ありがとうございます。各委員から積極的な御意見をいただきありがとうございます。大方の先生の御意見では、既に各医療法、感染症法などの中にあり方で議論をしたような項目については触れているところがあるところがあるところの一つ。特にそうではあるけれども、患者の権利等についてはさらに新しい観点を入れる必要もあるということなども含めて、この機会に医療基本法という形で日本の基本的な医療の方向を目指す法律、場合によっては検証ということもあり得るということで田中委員からございましたけれども、医療基本法のようなもので日本の医療の前進を目指すということは提言できるのではないかと御意見が、大体そういう御意見であったというふうに理解してよろしいでしょうか。

鈴木委員 ちょっといいですか。後半部分はよろしいかと思いますが前半部分の、今ここで議論されているのは患者の権利の条項が既にほかの法律で大体触れられているというのは検証していないと思うのです。

多田羅座長 でも高橋委員や畔柳委員から相当触れさせていただいたと思いますが。

鈴木委員 いや、それが全体の意見だということでないということです。

多田羅座長 全体そういう意見もありということです。

鈴木委員 皆さん、そこも含めて全体そういう御意見だというふうに座長がまとめられるから、私は。

多田羅座長 全員一致した意見としては申し上げておりません。会の中でそういう意見もあったので、全体としてそういう医療基本法、そういう意見もあったのでということで全員がそういう意見だということは申し上げておりません。

鈴木委員 そこを明確にしておいていただきたいです。

多田羅座長 そういう御意見もあり、全員一致して、すべて意見が一致するということはございません。そういう中でいろいろ委員の皆さんからいただいたことを、総括的に座長の立場として最終的に医療基本法という形として取り組むというのがこれからの第一歩として必要なのではないかと御意見であるという、それも各論、議論すればどの基本法だと意見が分かれてくるのですが、というようなことでいかがでしょうか。

高橋委員 私、先ほど座長に突然質問されて頭が全部自分の発言の方に行っていたので、変なことを言うてはいけないと思って控えました。従来ある法律を整理しなければいけない、それは当然実定法になるわけでありましてそれはやるべきことだと思うのです。それに加えてさまざまな意見をまとめてこういう実定法をつくらなければいかんかと提言するのは、この会議としてはちょっと行き過ぎかなと思います。それは飯沼先生のおっしゃるとおりだと思います。したがって今後の進め方としては、項目を整理してその項目にまとまるのも難しいと思うのです。

多田羅座長 項目整理で今まで来ていますので、またこれから新たに項目整理というのは難しいのではないかとと思うのですが、それぞれ意見が一致するというのはまず難しいので、両論併記といえますかこういう意見があったということにならざるを得ないと思うのです。

高橋委員 ですからこの座長案をたたき台にして、両論併記それぞれの意見を追加して提言すると。

多田羅座長 どういう方向の提言ですか。

高橋委員 そこまで踏み込む必要があるかどうかということです。

多田羅座長 何か提言。

高橋委員 ですからそれを実定法にするのか。

多田羅座長 実定法という言葉、法律か宣言かあるいはガイドラインかというのは一応議論された言葉としては出てきたと思うのですが、きょうの委員の皆さんのお話では医療基本法という方向が望ましいのではないかという形かなと私は印象的に思ったのですがそうではなかったですか。提言といいますか、将来の方向として、その各論についてはまた議論しだすと意見が出ると思います。提言としてはそういうものも考慮した医療基本法的なものが望ましいといいますか、そういう方向で提言して各論については別途また取り組んでほしいという。

筈委員 このたび4人の先生方が座長のこのたたき台をもとにした形で意見を出されたわけですから、一つ一つの項目について、この意見書の中に現実問題として触れているわけです。だから項目を挙げて議論するのは難しいのではないかと、そういう前提が崩れているわけです。ですから項目ごとにきちんと討議するべきである。なぜ医療法で成文化されているのだから必要でないのだという、医療基本法としてもそういうようなものも必要でないと、それはなぜかということを中心にきちんと討議するべきだと思います。また同時に医療基本法というのは一体どのような形なのか、それについては先ほど私が入ってきた段階で鈴木先生の方から、与野党ともにこの問題については審議にかかりそうになった現実があると、そこまで来ていると。先ほど中島先生ですか、余りに医療関係の法律がありすぎて実際にはわからなくなっていると、そういう状態があるのならやはり整理するべきではないですか。ですからこの機会ですから、高橋委員のこういう形で意見を出してくれているわけですから、この機会をとらえてせっかく鈴木委員や内田委員、畔柳委員が意見を出してくれている。その項目についてここはこうあるべきなのだというお考えを示しているわけです。それについて各委員が1項目ずつ整理しながら討議して、それをきちんと認識しあう。そしてそれをどういう方向へ持っていくのかそういうことはできるのではないかと、そういう方向が打ち出されたのではないかと今回のこの委員会はそのように思うのです。今の座長の話で、基本法というのは大変難しいがそういう全体的な意見でそれについてそれぞれの1項目ずつ積み上げるのはどうか、それは大変難しいというような話になると、4人の委員の先生方が出された意見というのは、一体何のためにできたのかというふうに思うのです。この意見をどういうふうに生かすか、そのための論議、討議が必要ではないかと思います。そのための委員会ではないかと思うのですがいかがでしょうか。

内田委員 私ども法律家委員に案を出せということで出させていただきまして、御説明をそれぞれしたわけですから。鈴木委員などおっしゃいましたように、もう少し事前に会って意見調整すればある程度まとまったものを出せたかもしれません、座長の方から事前に打ち合わせをしないでそれぞれの案を出すようにということでしたので、事前に調整をせずに出させていただきました。もう少し議論すればある程度まとまるようなものになるかも知れないと思います。ただ、高橋委員がおっしゃいましたように具体的な法制化を考えれば字句をどうするかとか、現行法との関係といった非常に大きな問題が出てきます。ここはそこまで行かなくて、医療基本法というものについて考え方としてはこういう考え方をとるのだ、内容としてはこういう内容のものを盛り込んでほしいということであればもう少し一致したようなものを出せるかと思っています。

それからもう少し医療基本法的なものを考えるとすれば、どうしてそういうことを考える必要があるかということについて、きょうは、現行法は非常に入り組んでいてそれを整理する必要がある、もっとわかりやすくすっきりしたものにする必要があるということについてはほぼコンセンサスは形成できたと思います。それから田中委員が言われたような財政の問題など非常にありますが、基本的にはその財政問題というのはやはり医療の問題を考えるとときにそれを抜きに語れない。その点については国の責務や役割は非常に大きいわけです。それについても国民的コンセンサスを形成しないと、1年ごとに出してはいけないということではぶれてしまうと、中長期的な医療問題というのは考えられない。中長期的に医療を考えるとときにはやはり安定した医療制度を担うような前提条件ということについても国民的コンセンサスを形成する必要がある、そういう観点から見たときにやはり医療基本法的なものが必要だということ論拠もあり得ると思います。そういったことについてもある程度ここでまとまりつつあるかという気がいたしますので、もう少しそういう点についてはまとまった上で親会議の方に出させていただければと思っております。

高橋委員 具体的にどう進めるかですが、非常に悩ましいところです。

多田羅座長 総論賛成、各論になると意見がどうしても筈委員の意見もございまして、100パ

一セント一致ということは難しいので、今のところ何とか各論の部分については若干意見が相入れないところがあるとしても、この全体会としての総論的なところはこの辺ではないかというところで、各論は次の会に送るといって少し消極的過ぎるかも知れませんが、力量的にもそういうところまでの議論はここでは難しいだろうということです。やや検証会議からの提言に対して総論的な形でございますけれども、きょうの御意見では医療基本法という形の中に、我々提言いただいたことを盛り込んでいくということを提案するというところがほぼ一致した意見ではなかったかと思えます。

きょう鈴木委員から出していただいたかなり具体的なものもございます。その辺も含めた案を事務局、座長その他各委員に個別いろいろ御指導いただきながら、次どのような方向があるかということを引きょうの議論を踏まえて少し考えさせていただくと。委員の先生方にまた当たらせていただいて、できれば次は検討会の方に11月ぐらいにでも、どうしてもワーキングが必要であればまたお願いをすることになるかと思えますが一応きょうの議論を踏まえさせていただいて11月の検討会にできましたら提案させていただきたい。提案させていただいた内容については、事前にワーキングの先生方にはお諮りしたいと思えます。結果的にワーキング第5回を開く必要があるとすれば開かさせていただいた方向でいかがでしょうか。まだ内容的に私も定かではありませんが、大筋きょうの空気からそのように思うのです。

高橋委員 少し確認ですが、医療基本法という実定法のもとになるようなものをつくると、そういうことですか。

多田羅座長 もとまでではありません。医療基本法のような形が必要なのではないかという感じではないかと思うのです。そういう格好で整理整頓する必要があるだろうと、ではその医療基本法の中身は何だという各論、条項その他を若干このたたき案なり鈴木案なりで出しているの、その辺をどう使っていくかということはあるかと思えます。

鈴木委員 医療基本法で並べなければいけない条項まで考えるとといいますと、今までの議論からさらに拡大していかなければいけないと思いますのでそれは無理だと思います。医療基本法の構想の中で、今はいろいろところで医療基本法構想が議論されていると思いますが、その重要な柱の優先順位が比較的高いものに「患者の権利」という考え方があることは一致していると思えます。その上で、ここからは私の提案ですが4人の出た案をひとつ体系化に重点を置いて、医療基本法的な発想で患者の権利をどのように位置づけていくのかということ事務局に全部整理していただくよりも、せつかく4人で知恵を絞ったわけですので、その4人を含めて事務局と一度議論させていただいて最終的な事務局作業をしていただくという点です。その上で、各条項については過不足あると思うのです。その過不足を少し議論しないと、項目としては過不足あるところを結局体系で整理して初めて過不足があることに気がついてくるわけです。座長案は、やっぱり体系的な整理ができていないために条項を並べているのですが。

多田羅座長 体系といいますかりスボン案に立っていますので。

鈴木委員 それはいいです。ですから少し過不足を整理した上で、その過不足などについて、両論あるところについては脚注をつけると、両論あるという脚注をつけるということ。そして3つ目には、字句の表現には余り大きなこだわりをもたないと、「ねばならない」「努めるように努力する」などそういう表現で議論をすると不毛になります。そのところは議論があるということをお前提にして、いわば「てにをは」がおかしいとか、そういうところを直すにして余り大きくいじらないというようなことで4人プラス事務局で議論すれば、かなりの程度内田委員が言うように整理できるのではないかと思えます。その整理案を運営会議にかけるというようなまとめであれば、私は了解できます。

筈委員 今の鈴木委員意見に全く賛成です。先ほども強調しましたが、せつかく高橋委員を含めて意見が出てきたわけです。これを生かさない手はないです。ですから今の鈴木委員の御指摘のように、そういう形で4人の先生方と事務局で話し合っ、両論ある場合両論を併記すればいいのです。それをさらに討議する、そうすれば本当に煮詰まってきます。このままの状態であつたら煮詰まらない、相変わらずぼんやりした形で終わってしまう。実際にぼんやりしているでしょう、何が何だかわからない委員会でしょう。

多田羅座長 わかりました。ということで鈴木委員から相当具体的な意見をいただきました。医師会の飯沼委員はいかがですか。4人と事務局という御意見で、医師会も出席いただけますか。

飯沼委員 いえ、出てもわかりませんので。そこまでここでやるべきかどうかというのは私にはよくわかりません。準専門的なところの会議をおつくりになり、厚労省でも法務省でもどこでもいいのですが、そこで協議する。ダブっているところを持ってくるという作業をここでやるこ

とはないと思います。

畔柳委員 そこまではできないです。それは次のとにかく委員会で専門家が集まってやってくださいということです。

多田羅座長 そうです。具体的な中身の作業はここではできません。総論のところのあり方。

飯沼委員 この4つをもう少しまとめればいいのではないですか。

多田羅座長 4つとできれば座長案も、今までの経過を踏まえてそれなりに努力しましたので、座長案も踏まえていただいて4つというのがあってほしいところです。

畔柳委員 とにかくこの委員会が何か最後終わらないといけないわけです。

多田羅座長 そうです。それなりの提言もほしいです。

畔柳委員 終わるときにどういう提言をするかというのが問題で、それを次の専門家にやってほしいということ、そのための項目。こういうことを考慮した上で。

飯沼委員 もう議論したと、そういうことですね。

畔柳委員 後でやるときもこういうことを考慮してほしいというこれらのことを書かないと、何も議論したことにならないわけです。ただ、今法律を全部持ってきていちいち検討するということが不可能です。問題があるということだけ指摘するというだけではいかと思います。

多田羅座長 それでは今鈴木委員から具体的に御提案いただきました。4つの具体的に出された案と、できましたら、あり方についてそれなりに委員の先生方からいただいた御意見をもとにした座長案がございます。それを下敷きに出していただいて4案を出していただいて合わせて御検討いただくと。特に4人の先生方を原則として、これもほかの先生に御出席いただけるものであれば御出席いただいてもいいかと思いますが、少なくともきょう提案いただいた4人の先生、事務局できれば私も時間があれば出席させていただくということで、ワーキングのワーキングというようなことでこの議論を踏まえて検討会の方の原案をつくらせていただくという方向でよろしいでしょうか。

ありがとうございます。それではそういう方向で努力したいと思います。特に4人の先生方には今後とも御協力よろしくお願ひいたします。

高橋委員 その提案が出たあと、ある程度まとまった後にもう1回ワーキングをやるのですか、それとも全体会議ですか。

多田羅座長 もう検討会でいいのではないかと思うのです。

高橋委員 その検討会はいつごろをお考えですか。

多田羅座長 11月ぐらいになります。先生方の日程次第です。4人といっても先生方も非常に忙しいので設定も大変かと思いますが、きょう出席の先生とワーキングもほとんど重なっていますので、ワーキングも検討会もほとんど変わらないようなこともございますので、次回は検討会の本会にさせていただいたらどうかということです。どうしてもワーキングが必要だということになればお願いするかもわかりませんが、きょうのまとめとして、次回は検討会にできるだけ4案プラス座長案で5案ありますので、何とかその辺を1つのものにできればということがあるかと思いますが、そういうことでよろしくお願ひいたします。

それではきょうの会議はこれで終わりたいと思います。御協力どうもありがとうございました。

事務局 事務局の方から、今お話がございましたので少しスケジュール調整を、座長並びに4先生の間でさせていただいて、形としては議論しやすいような整理したいと思います。4案それぞれとそれのものと、鈴木先生ほかからヘルシンキ宣言、飯沼先生からも医師会の綱領のお話も聞いてございますので、そのあたりも参考資料としてそのワーキングの方には御提示させていただいて御議論させていただく形で日程調整をさせていただきますのでよろしくお願ひ申し上げます。

多田羅座長 それではどうもありがとうございました。

(終了)