

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
「疾病のつくる差別・偏見の克服、国民・社会への普及啓発」
を検討するワーキング・グループ 第1回

平成20年7月31日（木）
東海大学校友会館「三保」「東海」

多田羅座長 先生方お忙しいところ朝からお集まりいただきましてありがとうございます。
それではまだ安藤先生がちょっと到着されていないのですけれども、時間になりましたので「疾病のつくる差別・偏見の克服、国民・社会への普及啓発」を検討するワーキンググループ第1回を始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

このワーキンググループきょうが第1回なのですけれども、私の方で進行をさせていただくのでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは資料の方でございますが、第1回ですの一応事務局の方一応メンバーを御紹介いただけますか。

事務局 それではお手元の資料第1回の議事次第ということでございまして、その次に一応本検討会の委員名簿の方がございます。その次にワーキンググループの分担ということで1枚ございましてそれに沿って御紹介を申し上げます。

ワーキンググループ分担の下半分の方でございます。「疾病のつくる差別・偏見の克服、国民・社会への普及啓発」を検討するワーキンググループということで、放送大学教授の多田羅委員でいらっしやいます。

続きまして、九州大学法学研究院教授内田委員でいらっしやいます。

続きまして、社団法人全日本病院協会副会長安藤委員でございます。本日ちょっとおくれられるとの御連絡を今いただいて確認をさせていただいたところでございます。

続きまして九州大学医学研究院教授でいらっしやいます尾形委員でございます。本日所用により御欠席との御連絡をいただいてございます。

続きまして社団法人日本歯科医師会常務理事でいらっしやいます高木委員でございます。高木委員の方も本日御欠席という御連絡をいただいてございます。

続きまして社団法人日本精神科病院協会副会長でいらっしやいます谷野委員でいらっしやいます。

続きまして日本薬害被害者団体連絡協議会長でいらっしやいます花井委員でいらっしやります。

続きまして社団法人日本医療法人協会副会長でいらっしやいます日野委員でございます。

続きまして全国ハンセン病療養所入所者協議会の藤崎委員でいらっしやいます。

以上が本ワーキンググループのメンバーでいらっしやる先生方でございます。御紹介申し上げました。

多田羅座長 はい、ありがとうございました。どうぞよろしくお願いいたします。

そして第1回ということでこれからの会の進め方でございます。めくっていただきますと資料というのが出てくると思うのですけれども、一応検討項目のたたき台とさせていただいております。これは検討会の方でも一応説明をさせていただいたのでございますけれども、まず基本的なあり方について御検討をいただいて何とか文章としてまとめさせていただいて、その進め方といいますか道筋をこのワーキングで検討をいただくということで、一応大きくはあり方と道筋というふうな感じで私の方としては理解をさせていただいています。

まずあり方について、委員の皆さんの意思、意見の合意を図りたい。そしてそのあり方に対して現実によろしく日本の社会の中で定着する方法を考えていくのかという二段として御検討いただいたらというのが大きな方向でございますが、それについては一応検討会で私としては御了承いただいているというふうに思っているのですけれども、またこの委員会の中でその辺御議論をいただくことがあればよろしくお願いいたしますと思いますけれども、大筋事務局といいますかそういう方向でさせていただくということで、3回このワーキングは予定をさせていただいております。

予定としては日程は決まっているのだったかな。3回とも。きょうは第1回で第2回が9月かな。

事務局 9月の4日と18日でございます。

多田羅座長 一応これももちろん都合によってはふやしたりすることは可能かと思っておりますけれども

ども、当初の予定としてはそういうことで3回予定をさせていただいておりますのでひとつよろしく時間を御配分いただきたいと思ひます。

ということまではよろしいでしょうか。ありがとうございます。

谷野委員 きのもうもそうだったのですけれども、できれば木曜日は避けてほしいのですね。

多田羅座長 きょうがそうですね。きょうが水曜日。きょうが木曜日。木曜日が都合が悪い。これではずっと木曜日になっていますね。これは都合が悪いですか。4と18が。

谷野委員 18は何とか。

多田羅座長 4は都合が悪いのですか。

谷野委員 4は完全にアウトです。ちょっとそれだけ頭に入れて。

多田羅座長 わかりました。その点ございましたら事務局の方に御一報ください。できるだけ先生方御出席いただけるように日程を設定したいと思ひます。しかし、できるだけ多くの方が出ていただく会となつて、どうしても最大公約数的になりますので御了承いただかないといけないところもあるかと思ひますがよろしくお願ひします。

それでは資料というのがございます。そういうことで、本日は第1回としてどのような枠組みといひますか項目立てでこのたたき台を考えていけばいいのかなということ、ここに5項目一応挙げさせていただいております。できればこのあたりを柱にして何とかあり方の文章をつくつていきたいという考え方でございます。

それでその御意見をいただきたいのですけれども、その次の参考資料というのがございます。ちょうど我々が課題にさせていただいているようなことについて、いわゆる疾病による差別ということに対して、「ハンセン病・回復者およびその家族に対する差別撤廃決議案」というのがちょうどこの6月にこの国連で行われております。ちょっと冒頭せつかくでするので確認をさせていただくといひか、我々の貴重な視点にもさせていただきたいと思ひますので、ちょっと最初に読み上げさせていただいてよろしいでしょうか。

それでは事務局から読んでくれますか。

事務局 お手元の資料一番最後につづつてあるものでございますけれども、「参考資料【追加】」ということ、右肩に書いてございます。この追加の意味は、前回6月5日の方の本検討会の方で、ワーキングの資料、参考資料集のものを配布させていただいておりますけれども、その段階ではこの差別撤廃決議案は出てございませんでしたので、本日正式に追加ということ、配布させていただいております。

国際連合の「ハンセン病・回復者およびその家族に対する差別撤廃決議案」ということで、6月18日に決議されたものでございます。翻訳としては外務省の方から出ております仮訳の方を採用させていただいております。それではちょっと読み上げさせていただきます。

国連人権理事会は、

世界人権宣言（すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とにおいて平等であり、かつ、尊厳及び良心を授けられており、互いに同胞の精神をもって行動しなければならないとする第1条を含む）の規定を想起し、

経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約12条の規定も想起し、

身体的精神的健康の高度な達成可能基準を全ての人々が享受する権利に関する特別報告者の作業に留意し、

ハンセン病患者・回復者及びその家族が無知と偏見による社会的烙印及び差別にしばしば苦しんでいることが記載された身体的精神的健康の高度な達成可能基準を全ての人々が享受する権利に関する特別報告者の報告書に留意し、

1980年代以降全世界で1600万人以上のハンセン病患者が治癒したこと、病気としてのハンセン病は科学的にも医学的にも治癒可能、対処可能と証明されていることを認識し、

彼らの家族を含む数千万の人々が未だに病気としてだけではなく、ハンセン病は治癒不能あるいは遺伝するといった知識の社会的欠如及び誤った概念に基づく政治的、法的、経済的、社会的な差別と隔離で苦しんでいること、ハンセン病問題は医学あるいは健康の問題だけではなく、明らかに人権侵害を引き起こす差別の一つであることも認識し、

ハンセン病患者・回復者及びその家族に対する差別に関する人権委員会とその機構による過去の作業に留意し、

ハンセン病患者・回復者及びその家族に対する差別への取組、完全な回復の達成、この病気への適切な対処のベストプラクティスを各国が共有することを奨励し、

1. ハンセン病患者・回復者及びその家族は、慣習国際法、関連条約、国内慣習法や法律によって基本的人権と尊厳を持つ個人として扱われるべきであることを確認する。
2. 各国政府に対し、ハンセン病患者・回復者及びその家族に対するあらゆる種類の差別を根絶するための啓発運動を含む効果的な措置をとることを要請する。
3. 国連人権高等弁務官事務所に対し、人権教育・啓発活動においてハンセン病患者・回復者及びその家族に対する差別問題を重点項目の一つとして含めることを要請する。
4. 国連人権高等弁務官事務所に対し、各国政府がハンセン病患者・回復者及びその家族に対する差別撤廃のために行っている手段に関する情報を収集し、独立の財源が確保できる場合には、各国政府、国連オブザーバー、関連する国連機関・専門機関・計画、NGO、科学者、医療専門家及びハンセン病患者及びその家族の代表者との間で意見交換を行うための会合を開催し、人権理事会及び人権理事会諮問委員会に報告書を提出することを要請する。
5. 人権理事会諮問委員会に対し、パラグラフ4に言及された報告書を分析し、ハンセン病患者・回復者及びその家族に対する差別を撤廃するための原則及びガイドラインの素案を策定し、人権理事会における検討のために2009年9月までに人権理事会にそれらを提出することを要請する。
6. 人権理事会に提出されたこれらの調査資料を基に2009年9月に本議題を検討することを決定する。

以上でございます。

多田羅座長 はい。ありがとうございました。これは2009年9月までにというのはこれは。

事務局 済みません。ちょっと事務局の方から。この差別撤廃決議のもとになっておる先ほど「特別報告者の作業」というのがございましたけれども、その報告書が別途出てございまして、その作業をベースに各国の方で調査研究が行われて、その報告を受けて再度来年の9月に本議題。

多田羅座長 各国に対してこれは要請しているわけだな。

事務局 各国に対して一応要請をしていて、それはここの資料の4、5になるわけでございますけれども、それをもとに再度検討するというふうな流れになっておるようでございます。

多田羅座長 一応各国に要請をしているということですね。この文言は。

事務局 4のところをごらんいただくとあれなのですけれども、各国政府が一応行っている手段の情報が人権理事会の諮問委員会に集約されて、諮問委員会が。

多田羅座長 これは諮問委員会に対して要請するのですか。そういうことだね。わかりました。

藤崎委員、何か現在の段階でこういう決議が国連で行われたことについて何かコメントございますか。

藤崎委員 はい。これを聞いたのは新しい話なものですから、深く検討しているということではございませんけれども、やはり今の時期当然しかるべき当然の決意だというふうに思うのですね。おそきに失したという感はないにしてもあらずなのですが、しかしこういうことを決議をするということ自体やはり大事なことなのですね。しかも、例のオリンピックの問題、中国の問題があった時期ですので、特にこれを發揮してあれを覆したというのはやはりそういうこともあるのかなという気もするのです。

多田羅座長 いまだにああいう現象はありますからね。

藤崎委員 ええ。感想として特に組織としてこれをどう評価するかという話ではなくて、私個人の見解としてやはり当然だったし、ちょっとおそかったのではないの、おそ過ぎたという気がしないでもないです。

多田羅座長 やはり差別撤廃ということは非常に一つの大きな課題ということなのでしょうけれどもね。

藤崎委員 確かにきのうの話の中でも、差別をゼロにするというのは非常に難しいという、不可能に近いという。しかし、当事者である私どもは、それはゼロということを目指して取り組まないと、そういう気持ちを持たないと、やはり大変ななかなか進まないだろうなということで、やはり目標をゼロに置くべきだというふうに思っています。

多田羅座長 はい。ちょうどこういう差別撤廃ということで、我々のこのワーキンググループでもその辺改めて、おそいじゃないかということも基本なのですけれども、こういう状況の中で、幸いといえますか、こういう検討をさせていただく場所があるということですので、その意義というものを改めて認識したいと思う次第です。

ということで、そういう状況の中で御検討をいただくのですが、この資料の項目5つを一応挙げさせていただいて、非常に総論的なタイトルなので御議論をしていただきにくいかと思うのですけれども、本日は第1回ということで大まかな項目を挙げさせていただいて、委員の皆様からお言葉をいただいて、そういうキーワードをもとに次回には少し文章化したものを用意させていただいたらというのが事務局の考えです。

もう一方の方の「患者の権利」の方のワーキングの方でも一応文章化させていただいたものを御検討いただいております。ちょっときのうのワーキングのやつは先生方が持っていらっしゃるかな。

事務局 配布させていただきます。

多田羅座長 これはきのうの「患者の権利」の方のワーキングで使っている資料でございますので、まだこれはもちろん修正をしていくもので最終案ではございませんが、大体の形としてこういう格好でこちらの方も一応文章としてはまとめさせていただければどうかと思っております。きのう谷野先生や藤崎先生には出席いただいておりますので大体見ていただいていると思うのですけれども、こういうふうな格好のたたき台をこちらのワーキングの方でも何とかこの5つの項目、こちらは10の項目に原案としてなっておりますが、最初にも書いてございますように、国際的な決議条約はこの法律、各種団体、地方自治体の現状とを参照してつくっていきたいというのが一応原案でございます。

それではどうでしょうか、一応この5項目に追加すべきこと、あるいはこういうことについて、まずこのワーキングの進め方について、各委員の先生から一言ずつといいますか、一言ではなくてもいいのですけれどもお話を伺いたいと思うので、まず藤崎委員からお願いしてよろしいですかね。

藤崎委員 要するに差別、我々のハンセン病に限って言えば、やはり国民に対する根強い偏見差別を植えつけたのははっきり言って、疾病に対する差別というのは昔からあったわけなのですけれども、それをさらに助長し、国民にハンセン病というのはひどい病気だ、恐ろしい病気だというふうに思わせたのは行政の力です。

多田羅座長 あれはなぜそれほど強く国民を。

藤崎委員 例えば、法律が明治40年にできましたね。それで42年に療養所ができた。さらに昭和5年にそれを強化する形でまた法律を改正した。この段階で強制的に収容するあるいは「無らい県運動」なんかが進んで、特に集団でいわゆる「らい狩り」と言われたトラックに乗せて集団で連れてくるということ、そしてハンセン病患者が出たと家を後日警察やら保健所やら白衣を着た人数人が行って、真っ白になるほど消毒するというのがきのうも話が出ましたけれども、それを見れば、これはもう恐ろしい病気だというふうに思いますよ。

現に私の経験で言いますと、これは私事で恐縮ですけれども、私が療養所に入った途端に消毒をやはりやられて、学校も消毒しているのですよ。

多田羅座長 藤崎委員のお宅も。

藤崎委員 はい。昭和27年ですけれども。

多田羅座長 昭和27年で既に。

藤崎委員 学校も消毒したのです。通っていた学校も。

多田羅座長 藤崎委員が行っていたからという理由で。

藤崎委員 らい患者が出たということで。それで残された家族は親戚から「おまえのところから患者が出たのだから、どこかへ引っ越しをしないと親戚つき合いができないよ」というふうなことを言われた。こういう状況がつけられてしまった、それはとりもなおさず行政による力だというふうに思うのですね。ですから、そういう意味では、行政がどうこれから取り組むかという

ことが非常に私は大きいと思うし、先ほど言ったように私どもは差別というのは人権問題と同列だというふうに思っていますし、ある意味では最近の有識者の方々の、差別というのは犯罪だよと言っている先生もいるぐらいですから、それと大事なものは差別をしたことに対するいわゆるそれを罰する法律がないのです。これもまた法律の問題になってくるのでしようけれども、差別に対する罰則規定というのがない。

今回のいわゆる基本法にもその規定を入れてほしいという要望はないわけではなかったのですが、そこはまだちょっと問題がいろいろ。差別してはいけないという条項になってしまったのですけれども、そこを何とかもう一步踏み込んでということで要求があったわけなのですが、しかし、結果として、今の段階ではそれはちょっとまだ議論もあるところでしょうからということでそうはいかなかったという経緯がありますので、いずれにしても私どもは差別というのは人権の問題なので、特に最近は中学校あるいは高等学校で非常に道德との関連で人権教育が盛んになってきて、それで私どもが呼ばれているいろいろ話をされる。ですから、今差別の象徴的な問題としてハンセン病が一躍脚光を浴びているという状況の中で、やはり中学生高校生に対する働きかけというのは非常に大事だというふうに、全体をくくって言えばそういうことだというふうに私は思っています。

多田羅座長 今回の学校の教育の中の働きかけなんかの内容はどうなのですか。

藤崎委員 ですから中学生、高校生になりますと、やはり人権教育の中で。

多田羅座長 相当的確に行われているのですかね。

藤崎委員 かなり最近ふえてきたと。数として非常にそういう回数がふえてきたし、学校の数もふえてきているという。

多田羅座長 人権教育の。それはどなたが教育するのですかね。

藤崎委員 それは一応厚労省でパンフレットを配っていますね。

多田羅座長 やっていますね。それはヒアリングでも出てきましたね。

藤崎委員 あれを活用しながら、学校の中で道德時間あるいは生涯学習という状況の中でグループをつくって研究するというような方式をとっていて、それで一応講師ということで私どもが呼ばれていってお話をするというケースは非常に多いです。

多田羅座長 藤崎委員も行ったことがありますか。

藤崎委員 はい。私は中学校が多いですけどね。

多田羅座長 そうですか。反応はどうですか。

藤崎委員 やはり非常にいいですね。いいといいますが、ある程度高齢に達している方というのは以前からずっと引きずっている偏見というのがありますから、中学生、高校生になりますとその辺は全くシロですよ。そこに絵をかくようなものですから、非常に自然に受けとめてくれますし。

多田羅座長 やはり歴史の話もします。

藤崎委員 もちろんそれを言わないと正しく理解してもらえないですものね。

多田羅座長 そういう話に対しては子供たちはどうですか。

藤崎委員 初めて知ったと、そういうのが日本にあったというのは、自分も人権の問題あるいは差別の問題というのは真剣に取り組まなければいけないという感想文が結構寄せられています。

多田羅座長 そうですか。感想文が残っているのですか。

わかりました。どうなのですか。一応そういう日本の現在の行政の教育なんかは。

藤崎委員 僕はもっとやはり進んでね、日本の行政というのは縦割り行政なのですから、学校の教育で言えば文科省との連携が非常に大事だと思うのですね。ところが、その辺がどうも、ここに厚労省の方も来ていますけれども、その辺がどうも連携がとれていなくて。

多田羅座長 文科省と厚労省の連携。

藤崎委員 ええ。ですから連携をもう少し密にして、もっと綿密な教育計画なりあれをしないとだめだというふうに思っています、してほしいと思っていますよ。

多田羅座長 一応緒にはついているという感じではいいのですか。

藤崎委員 始まったばかりといいますが、ようやく重い腰を上げてもらったかなという気がするのですが、まだまだやはり十分でない。

多田羅座長 ハンセンのことも取り入れていただいてね。

では一応また御議論があるかと思えますけれども、委員の先生に一わたりお願いをしたいと思えます。日野委員いかがでしょうか。

日野委員 どこまで視野に入れるかということで。

多田羅座長 一応こういう5項目は常識的な項目なのですからけれども。

日野委員 ハンセン病を主として考えるということでしたらこれでいいかと思うのですが。

多田羅座長 ハンセンにこだわらないというのが我々の立場ではありますが。それからもちろん出発するのですけれども。

日野委員 とおっしゃいましたね。

今藤崎さんからお話がありましたが、私は詳しいことは知りませんが、本で読んだ限りでは、やはりハンセン病に対する日本の誤りというのは、現在も続いていると思うのですが、厚労省の大きな誤りがある、厚労省の構造的な誤りがある。歴史でいいますとね。一度ハンセン病は伝染病であったり遺伝病であったりというふうなことが出てきて、国策としてそれを予防するという立場で考えたのでしようが、それが一度行きわたるとそれを決めた役職の人が現職で、あるいは外郭団体に天下りなんかをしている限り、その方針は変わらないという体質を引きずりますよね。そういうところは本当は法の時代になっても医療崩壊が進んでいますから、もうこのままだと医療はだめになりますから、これも同じことなのです。医師不足といつてうそばかりずつついてきて、ついこの間舩添さんのような素人の大臣になって、やっとまともなことがちょっと出てきたというふうなことで、共通点というにはちょっと離れた話題ではありますが、そういう問題。

多田羅座長 それも非常に大事ですのでね。

日野委員 はい。差別と偏見というのと同時に、ちょっと話を大きくして申しわけないのですが、第二次世界大戦でむやみと突入したような日本国民の風潮といいますか大多数の意見がそちらであれば反対できないということですね。そういうことが反省点としては一番大きなことではなかろうか。これについてももしそういうことに言及できるのであれば、一言ぐらいつけ加えていただければ迫力が出るのではないかと思ったりするのですが。

多田羅座長 今後のこういうのについてという点ではどうでしょうか。このワーキングとしての提言の方向としては。

日野委員 国連に出て行くのであれば、日本の官僚主義を書いても、戦争のことを書いてもちょっと場違いかなとも思うので、世界に目を広げると今の中東のああいう状態、アフリカの状態なんかがあるから、乖離してしまうのですね。それは表現が難しいのかなと思います。急に具体的にどう書けばいいかというのはわからないのです。

多田羅座長 先生のこれからの方向としては、この辺という何か中心的なお考えはございますか。

日野委員 言葉が適切かどうかわかりませんが、事実について謙虚になろうと。

多田羅座長 さっき藤崎委員がおっしゃった差別は犯罪だとかそういうのは。

日野委員 差別は事実ではないですから、差別というのはもともと事実がわかったときに気持ち切りかえられないというところに原因があるので。

多田羅座長 差別というのは事実がわかっていないということですから。やはり事実の認識とどうか。正しい知識の普及ということですか。

日野委員 そうですね。

多田羅座長 はい。ありがとうございます。それでは谷野先生どうでしょうか。

谷野委員 対象になる疾病というのはある程度くくられるのでしようけれども、いろいろあると思うのですね。

僕に関することから言えば、精神の差別偏見と、前にも言ったと思いますけれども精神障害者に対する差別偏見と、ハンセンの方々に対する差別偏見というのはちょっと違うように思うのです。だからそこら辺をどういうふうにしてひとつまとめるかなど。

ハンセンとかHIVとかC型肝炎はもう病気がわかり、それに対する対策がわかり、特にハンセンはそれがわかっていても国は壮大な隔離政策をやったわけですから、それを踏まえて差別偏見を声を大にして言われるのは僕は当然のことだと思し、さっき言われたように小学校の教育とかそういうものは大事だと思いますね。

ところが、非常に難しいのは、例えば統合失調症というのは根本的に原因がまだわかっていないのですね。だから、ここら辺が原因がわかって、統合失調症がすっきりとわかってしまえば、それに対する対策があり、それに対する差別偏見というものをなくす運動というのは、そういう方程式なんていうのは出てくると思うのですけれども、そこら辺あたりがちょっとやはり運動の仕方が違うなということですね。

多田羅座長 感染症と精神障害の違いということ。

谷野委員 かつては精神障害者感染論というのはあったですからね。

多田羅座長 簡単には言えませんがね。

谷野委員 某大物官僚が精神障害者感染論をハンセンを例に出し言っていたこともありましたが、今そんなことを言っている人はいませんけれども。ただ、いろいろな複雑なものが絡み合っただけで統合失調症、典型的な統合失調症というのはどういうわけか余り今だんだんと数が少なくなってきているのです。どういうわけかよくわからないのですが、それだけ典型的な統合失調症になる暇がないぐらいに世の中が複雑になっているのか、高等化しているという話も。

多田羅座長 重症化も。軽症化している。

谷野委員 軽症化というのと軽症状化というのは僕は違うと思うのです。

軽症状化として症状像、病像は変わっていてもかなり、むしろ昔から見ると手間ひまかかるような境界型人格障害、ボーダーラインですけれども、その中でもやはり昔で言えば統合失調症圏内のものがいたとすれば、これはむしろかなりやっかいなのです。むしろこの方たちの対応がやっかいだし、統合失調症というのは一つの症候群ですから、一つの病因論ではくれないわけで、そういう難しさがあるのですよね。

あと一つ、これは僕は極めて患者さんらにも気をつけるように言っているし、十分にサポートをすればそういうことは余りないのですけれども、やはり社会的な犯罪が起きますよね。不幸な事故が起きます。これは事実です。しかし、話はちょっと違いますけれども、きのうもある人と話をしていたのですけれども、秋葉原へ突っ込んでいった人、あれは統合失調症ではないのですよ。

多田羅座長 一応精神鑑定対象とはなっている。

谷野委員 鑑定はされるでしょうけれども、ああいう人たちと精神障害者と一緒にしてもらっては困るので、それからこの前の八王子かどこかの本屋、ほぼ今のああいう無差別な通り魔というのは僕はやはり、いわゆる統合失調症というのは余りあんなことをしません。断言はできませんけれども、中には幻覚妄想に支配されてかつてそういうことがあったことも事実ですから断言はできませんけれども、ただ、今地域サポートができて、十分にそこら辺の地域ケアができれば、そういう問題はかなりクリアされているのでしょうかけれども、インターネットを使って秋葉原へ突っ込んでいくとか、ああいうのはもともと地域サポートの対象外だった人ですから、僕は病気じゃないと思うのです。だからそういうのと精神障害者を一緒にされたり、こういう現象が起ってくると非常にハンセンの方々の啓発活動というものと精神障害者の方々の啓発活動というのは全然違うし、むしろ難しいような気がするのですね。こういう意見もあるのですよ。小学生のときから授業に入れて教育した方がいい。教育したって僕はそんなものは効果は上がらんと断言したのです。しないよりいいと思うのですけどね。精神障害の場合は余り思ったほど効果が上がらない。

多田羅座長 ハンセンの場合は一つのストーリーがありますね。原因があつてね。

谷野委員 ストーリーがあるし、病像がはっきりしていて。ところが精神障害者は種々雑多で、それを小学校のときからということについてはというのは非常に難しいテクニックが要る。テクニックというとおかしいですけども。

だから僕が最近よく言っているのは、精神障害者が事故を起こさないように地域サポートをすることと、この前も言ったと思いますけれども、そういう人たちに日ごろ触れるように、地域生活をしている精神障害者に一般の市民が触れるように、それは小学校でも老人でも普通の市民でもいいわけです。もうかなり昔の暗いイメージの病院から出ていますからね。その人たちが地域サポートをされていけば、本当にささやかに彼らは生活しています。ただそういう人たちに対して、僕は地域に迷惑をかけなさんなということと、地域経済にささやかながらも貢献をなさいなということと、地域住民と触れなさいと、地域住民の催し物があったらそこへ行って、地域にコンビニがあったらそこへ買いにいきなさいとか、そういうことしかないように思うのですね。

大上段で、全家連発足当時の40年前は、もっぱら差別偏見撤廃。ともかく差別偏見撤廃。ただ原因がわからない、事故を起こしている、何が何だかわからないのににやにやしている人に、差別偏見をなくしましょうという運動なんていうのはそれは無理ですよと言ったのです。こういう人たちを前にして、差別偏見があるのは当たり前というところから発しないと、ちょっと言葉はきつかったですけれども、僕はそう言った覚えがあります。差別偏見があるのが当たり前でしょう。ただそこから発しなければ、ちょっとそこら辺が一概に言えない難しさがあるのですね。精神障害者の場合は。だから地道な努力しかないと思います。

将来、画期的に統合失調症もワクチンでも打つたらなくなるとかそういう時代がくれば別です

けど。

多田羅座長 治療法はどのレベルなのですか。「寛解」という言葉がありますね。

谷野委員 抗精神病薬もいわゆる昔のクロルプロマジンとかハロペリドールとかという時代とかなり、非定型抗精神病薬ですよ。薬は高いことは高いですけども。ただ僕は非定型抗精神病薬があっただからといってばら色の世界になったと思わないのです。先生が知っておられるようにもう60年前ですかね、クロルプロマジンが出たときは、あれでばんざいだねと言われたときがあって、それでもなおかつ治療抵抗性の人たちが出てきて、クロルプロマジン、ハロペリドールあたりでも力及ばず。今非定型抗精神病薬といっても、そんなにシャープには効きませんね。昔ほど飲みやすくなって副作用が少なくなって、社会生活のQOLはよくなっています。だからそういう点ではいいのしょうけれども、あれは根本的な治療法ではないわけです。我々がお出ししている薬というのは特に幻覚妄想を抑えるというだけで、根本を治しているわけではないわけです。難しいところがありますよね。感染症とか何とかとちょっと違う。

多田羅座長 ちょっと違うね。感染症は原因がはっきりしていますからね。

谷野委員 ちょっとそこが難しいですね。

多田羅座長 確かに先生がおっしゃる根本的なところだと思いますけどね。

そうすると先生これからの取り組みというか、その辺は先生何かお考えになっている。

谷野委員 さっき言ったのと同じことで、余り大上段に差別を撤回偏見なくしましょうとそんなものを100万遍言ってもだめですよと、地域での触れ合いと地域でのいろいろな方々との経済交流をやると。厚労省はお題目のように7万人削減と言っていますから、僕は7万人だろうが10万人だろうがそれはいいと思うのです。その受け皿があって地域サポートがあればですね。7万人が10万人かもわかりません。

多田羅座長 地域サポートというのはやはり自治体ですか。

谷野委員 病院も自治体もあらゆる、これはやはり地域サポートは病院と同じぐらいに手間暇かけたような濃厚な地域サポートをやらないと。そういう人たちというのは多くは長期入院を強いられた方ですよ。だって、1カ月入院して会社へ行った人が地域サポートを濃厚にされたってかえって迷惑ですよ。だから、何十年も入院した人が地域に出たときに、退院したときに、うちは何十年入院した人を集団で出しましたけれども、「出した」という言い方は余りよくないですけども、それはかなり地域サポートをやらなければならない。その非常にきめ細かい凝縮されたのがACT、ACTというのはアメリカの時代背景もあるのですけれども、これは完全にACTチームをつくってその地域にいる人たちを濃厚にサポートしている。

多田羅座長 ACTというのはどういうことですか。

谷野委員 Assertive Community Treatment、いわゆる包括型地域で治療するという。結局あれはアメリカのケネディの教書でどーんと地域に出してしまいましたからね。地域に放置される。その人たちに対してこれは濃厚な地域サポートをせざるを得なかったわけです。

ところが、幸か不幸か、日本の精神科医療はよく批判されるのは、長期に入院をさせてきたと、ただ、長期入院をさせてきた人たちも今かなり社会復帰に向けて各分野が取り組んでいるわけです。ただ、長期入院の人は、社会に出てまず社会生活の仕方がわからないわけです。そこから辺から訓練するというのと、訪問看護をするとか、共同作業所に通うとか、デイケアに通うとか。

多田羅座長 それは健康保険か何かでサポートされている。

谷野委員 それは健康保険がきくのです。それ以上濃厚にやるとなるとまたなかなか難しいですけども。

それと一番難しいのは、これはハンセンの方々特にひどいと思うのは、やはり地域に住宅の確保をするのは難しいのです。だからハンセンの方々も巨大な大きな敷地のコロニーから出られないわけです。精神科は地域移行地域移行なんて言っていますけれども、国はお金は出していない。だから、当然国のやるべきことは、地域にグループホームを点在化してつくるような運動を、これは僕はハンセンと一緒に運動できると思うのです。あんな巨大なところに住んでいると、そこにいるというだけであれは社会復帰にも何もなっていないですね。

多田羅座長 まさにコロニーですね。

谷野委員 コロニーですから。だから、そういうことについては僕はハンセンと同じ運動ができるかなと。国は言うだけで、自分たちでやってきたのはもう限界ですよ。

多田羅座長 先生の言葉ではグループホームですか。

谷野委員 グループホーム、アパート。

多田羅座長 それを国が保証していく。

谷野委員 それでも僕らがつくるにはやはり大反対運動が起こるわけです。

多田羅座長 地域からね。隣につくってもらいと困ると、そういう感じですね。

谷野委員 そういう大反対運動を押し切って、僕なんか大学紛争当時の昭和44年の卒業生ですから、大学紛争さなかです。ですから団体交渉なんてそんなに、また言ってきたかということで、もう何回地域の住民と団体交渉をやったかわからないです。ただ、ある程度話をしていると、その共通点は同じなのです。やはり精神障害者は怖いと。何をするかわからないと。先生のところの患者が私のうちに入ってきたとか、それはそういうこともある。

それからよく言われたのは、犯罪を犯してもどこでどうなったのかわけのわからないうちに病院に入っていたとか、あるときにはまだ医療観察はなかったですから、医療観察も失敗ですけれどもね、ああいうことがあって余計に地域住民の、安心せいといっても精神障害者が犯罪を起こすと実際マスコミざたになるでしょうと、それについては僕はやはり認めざるを得なかったですね。それで反対運動を起こすわけです。でも、そういう反対運動を起こしても、最近はややうくそういうグループホームとかアパートとかいうものをそういう運動の中でもつくれるようになってきましたね。努力すれば。変な話が幸いにしてアパートはあいていますから。皆立派なマンションばかりできるから。あいているアパートにむしろ不動産屋から頼みにくるわけです。そこにゲリラ的に入れるわけです。不動産屋は丸々アパートをつくりたいと言ってくる場合もある。これは非常にありがたいことです。

内田座長代理 今おっしゃっていただいた各論的な話はまたいずれということにさせていただいて。とりあえずは最初ですから総論的な御意見を。

多田羅座長 わかりました。ありがとうございます。先生もずっと苦勞されているから、話が始まるとずっとどうしても。ありがとうございます。

花井委員どうでしょうか。

花井委員 大変難しい問題なのですけれども、まず全体を考える上で基本的なことで一つ整理したいと思うのは、やはり疾病と障害というのは必ずしも判然と分かれるものではないと。

今精神障害者と感染症の違いという難しさを谷野先生の方からお教えたいただいたのですが、やはり最終的には精神障害者もしくは精神病の患者さんも含めて、疾病概念の中でこの射程に入れるということは必要ではないかと。

長らく僕はエイズのことをやってきたのですけれども、やはり医療と人権というのをずっと考えてきて、結局一番大変なのはやはり精神だなと僕は思ったのですね。その次が感染症だなと。感染症と精神をクリアすれば医療と人権の問題はクリアするというふうに思っていて、多分精神は最終目標に近いかなというふうに僕の中でもそう思っていたので、やはり射程にはとらえていくということが一つあるかと。

それから、もう一つは、正しい医学的知識の普及というところなのですが、今いろいろな局面やいろいろなアカデミアともディスカッションをする中で、やはり今起こっていることというのは医学的知識の正しい普及という話ではどうしようもない話。例えばH I Vの差別のときも、差別に関して言えば、1993～4年ぐらいでも、病院で宇宙服みたいなプロテクトをして診療に当たっていたというのがあるのですね。これは別に知識がないわけではないのですね。当時いわゆる部落差別の運動をやっていたとか研究された先生とも一緒にいろいろな活動を裁判中もやっていたのですけれども、そのときもエイズは正しい知識が必要だと言っていたのですけれども、そのとき言われたのは、あんた正しい知識があって差別がなくなるのなら、部落差別なんてとっくにないのだと、差別なんて正しい知識だけではどうしようもないのだという話があって、もちろん正しい知識は必要だと、しかし正しい知識とは何たるかというところが問題だというふうに考えました。

そういった経験から、医学的知識というときに、医学的知識というのはとりあえず経験科学をベースにした科学というものを尊重して、そこについて高い専門性と知識を持つというのが医学教育の中でなされていて、足りないのはこの科学の使い方についての、だから医学と医療は違うだろうという議論はよくあるのですが、そこに言及するような知識が専門家になれば、高度ないわゆるサイエンスベースドテクノロジーを学ぶ専門職ばかりがもし専門家として配置されれば、恐らく逆にこれは差別偏見をつくってしまう。

僕らはずっと言っていたのです、一番差別偏見をなくしてもらえるのはオピニオンリーダーになる専門家だと。専門家の先生方が病院がH I V感染症というのを例えばH C VとH B Vと比較すれば、B型肝炎よりははるかに感染力は低いとか、それからH C Vのプロテクトができる

スタンダードプリコーションができればH I Vは問題がないのだという知識を持っているわけですね。これを持っている人たちが診療拒否しているのであれば、最も専門的知識を持っている人が真っ先に差別をしているようでは、一般市民が怖がるのは当たり前だという議論をよく90年代の初頭にやっていたのですね。それは別に先生方が悪いとか知識がないとかそういう話ではないのだと。つまり、科学において明らかになった知識が社会の中でどのように整理され、どのように専門家として発言すべきかというその指針を持っていないのですね。専門家が。これは医学部のいろいろな先生に倫理の先生が最近ではふえてきて、教授でも哲学系の教授とかもおられますし、阪大なんかは総長が哲学系の方になってちょっと変わってきてはいますけれども、やはりその話については教育上どこも苦労されており、だから正しい知識という意味で言えば、もし言葉にするのであれば、やはり医学的、倫理的知識、専門家が倫理、もっと言えば哲学なのですけども、倫理という問題についてちゃんと学域としてサイエンスアカデミアが学域として獲得していくということをするのが非常に重要ではないかと。思考の補助線を持ってもらえないのですね。

大学の学生さんなんかでも、いわゆるサイエンスの思考の補助線は持っているわけです。例えば数学であるとかそれから化学であるとか。ところが、エチカルな話になった瞬間に、その思考の補助線そのものを持ってもらえないという若い学生さんが非常におられるし、6年間で非常に厳しいつめ込み教育をやっているときに、果たしてそれを学ぶ機会は多分ないのではないかと。その先生方は各学校は当事者の声、藤崎委員のようなハンセンの当事者の話を聞きましようとか、薬害の被害者の話を聞きましようとか、患者の話を聞きましようとか、それはいいことだけど、それはおためごかしだと思うのですね。何で患者の話を聞こうなんて話をプログラムに入れなければいけないのかというその理由があるはずだ、そこについてのアカデミアとしての学域が脆弱であるというふうに僕は思うので、だから科学で明らかになれば何か差別がなくなるという幻想はない、もうないのだと。つまり、科学の用い方を思考する、これは思考するというためには、これは常に答えがない思考なのです。だから嫌がるのです。答えが出ない思考であって。谷野先生なんかずっと考えられて、しかも答えを探し求めている。その行為そのもの、その行為をするための補助線をいかに引くかということをやったり医学のパートでもっと教えていただきたいというふうに思います。

多田羅座長 それは職業倫理みたいなことですか。

花井委員 職業倫理を醸成するための基本的な補助線ですよ。

多田羅座長 それはどういうことですか。

花井委員 いや、もういわば倫理の基本です。ちょうどこの疾病対策課で先日もいわゆるH I Vの出産の倫理的な論点の研究があったのですが、基本的に議論がかみ合わないのは、科学によって安全性はこのような手法によってテクノロジーがウイルスの除去率をログ10で示したとして、イコールこれは安全だ、安全だったらベターだという話で、これを素人がわからないのはリテラシーの問題だと、こういう整理をしちゃう。そうではないのだ。つまり、あるテクノロジーをこの社会の中に置く、もしくはこの医療という行為において置く、もしくは感染症の感染率がこういうデータが出たことは一体何を意味して、そのことをどのように社会において位置づけるかということの思考する脳と、そのいわゆるある系を設定して、そのウイルスのリダクションを定量する系とは違うのだけれども、何かそこが一緒になってしまうと思うのです。だからそこは単なるリテラシーの問題ではないのだということの思うわけです。具体的に言えば倫理的教育ということだと思ふし。もっと言えば。

多田羅座長 それは医学教育の中とか職業教育の中で。

花井委員 やるべきですよ。それをやっていわゆる医学的知識を持てば、やはり専門家が本来、昔は「医は仁術」と言われまして、医師免許を持っているだけで人格も高貴になったのです。もともとそうなのです。だから、医師というのは、弁護士もそういうところがありますでしょう、医師弁護士はただ専門家だから偉いというわけじゃなくて、そのレベルの人はいわゆる人格もすごいのだ。それから、今はもう幻想と言われてはいますがけれども、教職もそうですね。教師だから、聖職だから、それはすごい高潔な人なのだという前提で物事が進んだのが、今は残念ながら余りにも専門領域が深くなり過ぎていて、必ずしもそうでもないというところでちょっとそこを思うわけがあります。

だから、単なる「医学的知識」というふうにここに書くのはいいのですが、やはり中身についてちょっと吟味をしていただきたい。

多田羅座長 ほかの点、人権教育とかこの辺はどうでしょうか。

花井委員 人権教育は、さっき言った、総論的に言えば文部科学省ともずっと、私ども何年か前から薬害問題をやれと。

多田羅座長 現状はいかがですか、この辺の文科省の。さっき藤崎先生は少し緒についたのではないかというお話でしたけれどもね。

花井委員 そうですね。文部科学省も文部科学省でそれなりにやっているのですが、ただ厚生労働省と連携というのは常に難しいです。だからそこは乗り越えていってやらないといけないのではないかと思います。高等教育は割とやりやすいのですね。さっき言ったような、いわゆる大学でということであれば割とやりやすいのですが、小中になりますと途端にこれは困難さが増してくると思うので、人権教育でいえば小中でしょう。でもそこをある程度ハードルを越えていかないとなかなか難しいだろうと思います。だからこの検討会が厚労省だから厚労の中ということでは非常に困難だ。連携というレベルではだめですよ。文科も来なければ「来い」とかかいてですね。そんなことですね。

多田羅座長 ヒアリングのときにその辺を含めて報告はしてくれましたけれども、連携というところがなかなか現状は無理でしょうか。

花井委員 そうですね。もちろん連携にはなるのかと思いますけれども、やはり担当者ベースでも起きますから、やはり担当者の方にもしかるべきときには初等中等教育の文科省からそれこそ補佐クラスにお出まじいただき、具体的にこんなことをやってほしいということ。

多田羅座長 そういう場が要るということですね。次のこの国とか役割というところで。

花井委員 それは絶対要りますね。そうしないと動かないですよ。

多田羅座長 連携の場が要ると。

花井委員 具体的な話になりますけどね。最終的にはそうやって具体的にそういう国の組織の中でそういう機能を持っているパートが動くようなところに押さないとももちろん動かないということ。

そんなところで、今思ったところはそうですけれども、かえりますけれども疾病と障害というのが判然としないのですが、血友病というのは障害か疾病か、今考えともしかしたら障害かもしれませぬ。血友病は遺伝子が特定されたのですね。最初は血がとまりにくかった。昔バビロニアのタルムードに記載があったのです。割礼がある文化圏で、割礼をするときに出血死ということで知られるようになった。結構イスラエルとかあちらでは血友病の診断率が高かったそうです。その中からいつの間にか最近では遺伝子が特定されて、それは肝臓を移植すれば治るのだということがわかった。これは科学の力ですよ。

そうすると、これはいわゆる障害のようでもあるわけですね。H I Vというのは明らかに病原体が同定されてそれが罹患して、そのメカニズムがわかっていて、これは感染症だ。日本の制度では血友病は難病だし、H I V感染者は免疫機能障害として位置づけたりして、制度として障害と病気が入れかわったりしていますし、それから実際に病気によって障害、精神もそうですし、それから血友病ももちろん出血によって関節障害で、結局は四肢障害という形もありますし、だからちょっとその「疾病によって」というところに障害との区別というのが余りないかなど。だから、本当をいえば、障害疾病含むになってほしいと思いますけれども、そこは余り広げ過ぎて難しいということであれば、また先生方に御検討をいただけたらと思います。

多田羅座長 ありがとうございます。各先生今まで苦労されたので、お話しいただくと非常に途中で申しわけないのですが、ありがとうございます。

それでは安藤先生、大体雰囲気はわかっていただけでしょうか、全体として一応3回ぐらいを予定しているのですけれども、今5つの項目ぐらいの項目立てでこのあり方をまとめていきたいということで、きょう第1回ということで、この項目立てでいいかどうか、追加するような項目があるのかどうかということと、全体的にこれからとか日ごろ考えていることを委員の先生方にお伺いしているのですけれども、安藤先生からも一言いただければありがたいのですけどね。

安藤委員 わかりました。今お話を聞きましてそのような方向でいいのではないかと考えております。やはり教育の中では家庭の力や地域の力が落ちているという中で、やはり今委員の方がおっしゃったように、小学校中学校の教育をきちんとやっていくということは必要ではないかと、そのとおりで思っております。

あとはこのようなものを議論した後にいかに広報活動をするか、マスコミの方々も含めてきちんとしていくということが大事かと思っております。また差別の問題で、差別が起こったときの評価というのですか、差別をした方に関してやはり、評価といいますか、ある程度の厳しいものにはペナルティ的なものが、それは賛否両論あると思いますけれども、度を越したものに関して

は考えた方がいいのかなと思います。

また勉強させていただきます。よろしくお願ひします。

多田羅座長 ありがとうございます。

御意見をいただいたのですけれども最後に内田先生、ちょっと総括的なあるいは方向も含めてちょっと御助言いただければ。

内田座長代理 先ほど国連決議を御紹介いただきまして、非常に興味深く聞かせていただいたのですが、差別の問題というのは医学とか健康の問題だけではなくて明らかに人権問題だという、こういう位置づけをしていらっしゃるところが非常に興味深いと思います。

もう一つは、今日本で課題になっています障害者権利条約、日本は昨年と署名をいたしましたので恐らく早晚批准という問題が起こるだろうというものですけれども、そこは必ずしも医学というふうに限定をしていませんけれども、障害問題とかかわってモデルの転換ということを盛んにおっしゃっているわけですね。従来は医療モデルとして障害とか差別の問題をとらえてきた、しかし、医療モデルとしてではなくて、医療モデルは逆に差別を引き起こす可能性が高いと。医療モデルではなくて社会モデルとしてとらえるべきだ、そういう転換を図れというふうに言っているわけで、もし日本がそれを批准すれば福祉とか医療とかいろいろな領域でモデル転換という問題が起こるのだろうと思うのですね。

そういう意味では、我々これから検討させていただくときに、我々疾病ということに限定しているので「疾病のつくる差別・偏見」というものをどういう観点で押さえるのか、原理論といえますか、という問題はやはり医療モデルという部分はまだまだ根強く残っていて、例えば病気を持っていらっしゃるということからいろいろな問題があるのだというふうに考えるのか、そうではなくて、病気主体ではなくて、まさに社会の側がそれをどう受けとめるかという社会側の問題として差別問題があるのかというふうに考えるのか、そこはもう少し整理していく必要があるのだろう。例えばハンセンに見られる部分というのは、病気自体というよりは、むしろそれを社会がどう受けているのかという中に非常に大きな問題があったというのは、まさに社会モデルの典型だと思うのですね。

多田羅座長 花井先生がおっしゃった、医学的知識だけではどうしようもないというところでしょうかね。

内田座長代理 まさに社会モデルの典型がハンセンだったというのですね。だから国連決議でも原理、原理という非常に原理という、どういう観点で押さえるのかということ非常に強調していらっしゃる。そこをやはり少しこの議論の中で整理をさせていただければなというふうに思っています。

二つ目はそれにかかわるのですけれども、差別の克服方法です。先ほども花井委員がおっしゃいましたけれども、「正しい医学的知識」という話というお話ですけれども、医療モデルとして考えれば「正しい医学的知識」ということになるのですが、社会モデルというふうになれば必ずしも医学的知識では済まないということになっていく。まさにハンセンもそうですし精神もそうですし、いろいろなどころで見られるのはやはり医療モデルではないというところに起因する問題があってということ、そこをもう少し整理していく必要があるだろう。

多田羅座長 それは人権教育ですか。

内田座長代理 人権というか社会の側の問題、要因がどうなっているかということをもう少し考えていく必要があるだろうということです。

それからもう一つ、それにかかわって、先ほど意見が出たのですが、克服法として処罰だという議論があるのですが、障害者権利条約は処罰というのは明らかに有効性に欠ける、処罰はだめだとはっきりと結論を出していらっしゃる。

多田羅座長 差別に対して処罰はだめだ。

内田座長代理 だめだと。逆に国民的コンセンサスの形成を阻害すると。むしろ無知のゆえに差別をしている人たちに対して処罰するということは、逆に効果がないのだと。むしろ国民的コンセンサスでこういうことがやはり差別なのだとか偏見なのだということを理解してもらうことが必要であって、その理解ということは必ずしも処罰で達成できないのだ、むしろ逆に阻害するのだという形で明確に理解促進型モデルを国連障害者権利条約で採用しているわけで、そういうことももう少し我々検討して合意形成をしていく必要があると。ともすれば医学的教育と、もう一つは処罰だということ形で聞くのですけれども、必ずしも有効でないということですね。もう少し振り返る必要があるのかなというのが二つ目ですね。

そういう意味では先ほど御紹介をしたハンセンに関する決議の中でも、「効果的な措置」とい

うことをうたっていらっしゃるわけですけれども、何が効果的なことかということについてもう少し検討していかないといけない。

多田羅座長 これはどういう意味でしょうか。「効果的措置」は難しいですね。

内田座長代理 「啓発を含む効果的措置」と言っているのですけれども、最近障害者権利条約でもかなり国連などでは効果的措置は何かということのを深い形で議論をしているところなので、我々もしていかなければいけないと。被害当事者の方も含めて処罰だというお気持ちはわかるのですけれども、そこはやはり被害当事者の方自身にも御理解いただくというのは課題としてあるので、問題提起が必要かなと思うところです。

三点目はシステムの問題なのですね。必ずしも専門的な機関というのはなかったのではないかなと思うのですね。一般行政の枠の中でしていらっしゃったと。文科省の一般的な教育の中で差別はやめましようとか、厚労省の一般的な行政の中でやめましようとか、法務省の一般的な人権行政の中でやめましようという話をしてきたのですけれども、そこはもう少し専門的な機関をつくって、受け皿になるようなものをつくって、それもかなり横断的なものをつくって。

多田羅座長 花井さんがおっしゃった省にわたるようなものですね。

内田座長代理 やっていく必要がある。例えば連携ですね。いろいろな各省庁の連携もあるし、自治体との連携とか、場合によればNPOとか民間の人たちの連携を図る必要があるということ、受け皿が要るだろうと感じています。

もう一つは、効果の測定というのはやはり必要だろうと思うのですね。一般的に3年先、我慢しましようという話はそれはそれであれですけれども、やはり差別されている方たちは切実な思いでいらっしゃるわけですから、ある程度そのマイルストーンをつくって、ある期間にはここまでいしましようということをやって、その間の施策について自己点検評価とか第三者評価をして、達成ができていないのかできていないのか。

多田羅座長 その場合の主役はやはり自治体ですか。

内田座長代理 国も自治体も含めてやっていくと。他の行政では自己点検評価とか第三者評価は皆入るのですけれども、なかなか差別とか人権というところへ入っていないのですね。しかしやはりそこへ入れていくことが必要だし、そのことによって、ここまで来ているのですよ、ここまでだという形にしていかないと、抽象的一般的にやりましようという話だとなかなかここまで前進したかわからないところがあるのだと思うのですね。

多田羅座長 評価ですね。

内田座長代理 はい。そういったことでシステムの面でもやはりかなり見直すべきことがあるのだろうと。そういった三つのことを主に考えながら、新しいというところとちょっと語弊があるかもしれませんが、21世紀にふさわしい日本の差別の取り組み方というのでしょうか、そのことについてこのワーキングとしてある程度提言できればという感じがしております。以上です。

多田羅座長 ありがとうございます。かなり具体的な方向もお話しいただき、ペナルティはない方がいいというのは先生どうですか。

安藤委員 勉強になりました。例えば今企業なんかではセクハラとかパワーハラスメントなどに関しては対策委員会とかありますね。例えば会社社会社でもってそういうことをきちんと教育するなり啓発普及するということ、そういうのをやられているところはありますか。

内田座長代理 今おっしゃったのとちょっと横にそれるのですけれども、処罰型になるとどうしても事実認定の面で争いが生じます。裁判に対応するような事実認定ということになりますと、かなり高度な事実認定が必要で、社内ではなかなか普通は組織できない。それで事実認定をしますと当然裁判になっていって、違った事実認定が出てきて、逆にそのこと自体が前に進まなくて後ろ向きになってしまうというのが至るところで出ているのです。

むしろ被害者の方が望んでいらっしゃるのは、わかってほしいと、こういうことが差別なのだとわかってほしいということが非常に強いわけですので、そこをいかにわかっていただくかという形の教育というのを、今民間企業レベルでも処罰型でもないのだという形で力を入れていると思うのですね。

多田羅座長 はい、どうぞ藤崎委員。

藤崎委員 先ほど来からいろいろお話になっているように、我々の問題あるいは精神の問題、そういう意味で差別というのはその辺でははっきりしているのだけれども、一般的に言うと差別という定義がはっきりしないということがありますね。それもやはりある意味では大事なのですね。病気、特にハンセン病なんていうのは、完膚なきまでに人権が打ちひしがれてしまっているのですそれははっきりしているのですけれども、では一般的に言って差別って一体何なのという定

義がまだはっきりしていないというのがいまだあるのではないかと思うのですね。

多田羅座長 それはどうしたらいいのですかね。

藤崎委員 これはちょっと私も。

内田座長代理 今おっしゃっていることですね。こういうことが差別だというのをできるだけ具体的に国民的コンセンサスを形成していく必要があると思います。というのは、先ほど申しましたように、差別される方というのはそういうことを知らないで差別している場合が非常に多いわけですから、具体的にこういうことが差別ですと、こういうのを偏見ですということをやはり具体的に示すと。それがやはり。

多田羅座長 それは啓発ですか。

内田座長代理 そういう意味では差別禁止法というのはある一つの有効性を持つのだと思うのですね。しかし差別禁止法に処罰を連動させますと、当然刑法の基本原則である罪刑法定主義とか明確性とかいろいろな問題が起こってきますので、連動させることはやはりまずいのだと思うのですね。禁止法はある意味で必要、一定の有効性を持つのですけれども、そこ処罰というのはやはり切り分けて、別の形で禁止、こういうことは差別ですというふうにできるだけ明確にした上で、国民市民の方たちに対して、こういうことはやはり許せないことだからという形で啓発啓蒙していくとか、被害救済を図っていくということにした方がいいだろうと。従来は禁止するイコール処罰だと、こういう部分が強かったのではないかなという気がいたします。

多田羅座長 花井委員どうですか。差別の定義というかその辺の。

花井委員 それも考え続けて。一つは内田先生がおっしゃったのはよくわかって、罰則ってない方がいいのではないか。いわゆる司法的救済はあり得るのだと思うのですね。いわゆる民事的な。H I Vでも労働争議になれば、もう大体裁判で勝てるのです。H I Vが原因で解雇したということが立証できれば負けないのですね。ハンセンでも同じだと思うのですが。

それから不当に例えば入場を拒否したとか、そういうものは民事的なものでもそれでやれば明らかにそれがペナルティになるというのはあり得るかもしれません。ただ、いわゆる刑罰的な罰則というのはやはり差別を特定するというのは非常に難しいだろうというふうに思います。

ちょっと話を広げて申しわけないのですけれども、例えば先鋭化した議論であると、僕らの場合優生保護とか精神の領域だとロボトミーというのもございましたけれども、ああいうところは非常に気になっています。例えば血友病のお母さんとは結構話して、ところが結婚された配偶者の男性が病気に全く理解がなくて健康な人だと、血友病出生前診断で、そうしたときに「血友病なんか生まれたら最悪だ」というふうに言われると、「最悪だ」ともう言っちゃう人がいるわけですね。これは差別なのかと言われると、人によっては「障害者に生まれたら最悪だ」と言われると、その障害者自身が自分の全人格の否定をされたような、これは差別だという、こういう突出した先鋭的な議論もあるけれども、それも犯罪的差別なのだとおっしゃるとどうもそれはよくないのだと思うのです。産む方には産む方の理屈があって、もちろん育てる環境とか、人権と人権がある種せめぎ合っているわけで、そうするとやはり一義的に差別というのを定義づけて、これを罰則というのは難しいのではないかというふうに思うのですね。特にそこでそういう局面で、僕は「産んで大丈夫なのだけだな」とか、「血友病でも結構幸せだよ」とか言うのだけど、やはりお母さんは割とそういうふうに理解して、でも配偶者の方はそういうのは嫌だとか、そういうことや、また科学によって遺伝子が特定できればできるほど、いわゆる正常異常というのが一応概念的に確定できる。そうすると概念的確定が病理だと。今も予防の段階ではメタボリックとかいって、どんどん概念をつくれればつくほどそれは差異として健康以外と、健康ではない差異として確定をできてしまっていて、それはよくないことだと、悪いということがどんどんふえていくわけです。

それに対して、では不健康なやつはうちの会社は雇わないと、ゲノムでここに異常があります、これは多分差別だと思うのですが、ではそれを差別だ差別じゃないと特定するというのはやはりなかなか難しい。やはりそのときどきの文脈にかなり依存する話ではないかと思うので。

多田羅座長 差別というのは一言で言うとうるような定義になりますか。

花井委員 そうですね。難しいことを。

多田羅座長 差別撤廃というのは何を撤廃するというふうに言えばいいのか、ちょっと議論のための議論みたいなどころがありますけど。

花井委員 もう本当に抽象的でまた散文的になりますけれども、余り広げたことを言わずに抽象的なことを避けようとする、僕らの感じたことの印象というのは、感染症でいえば、人であるか人でないかということだと思ってしまうのですね。

かつてヨーロッパで、北欧で医師が患者を尊敬するという条文が法文化されている、これは内田先生が専門なので、僕は聞いた話なので本当かどうかわかりませんが、そういうことを言われて向こうはすばらしいなどという話を。

多田羅座長 何とおっしゃった。

花井委員 医師が患者に対して尊敬するというのを法文化している国が北欧の国であるのだと。そういう国は日本と全然違うすばらしいのだという話がされた後に、ジプシーのいわゆる強制的な去勢手術の事実が明らかになったと報じられて、僕もそうだろうなと思ったのです。何がそうだろうなと思ったのは、患者というのは人間の中の患者であって、つまり白人のことだと。言ってみればね。そうすると、白人以外の患者はその患者の中に入っていなかったのだと。

予防政策というのも大体そうなのですね。ハンセンが典型で、H I Vのときの予防法もそうですけれども、よく感染症予防をするときに、感染源になるものは患者そのものだから、社会を防御しようとするときと攻めてくるのは感染源の人間になるわけですね。その瞬間に感染源が人間、社会の中の人間以外のものになると。つまりそこで分けるという。そこが一つの差別の根源的なものだ。仲間か、仲間じゃないかという。だからそれはよく右寄りの人と議論すると、それは動物の本能としてやはりそういう種の中で優勢なものを守って、そして落ちこぼれたものを排除する機能がバイオロジカルに内包しているのだから、それは仕方ないことだと反論される向きもあるのですが、やはりそれを克服するのが人間の知恵だというふうに僕は思うので、人権と言うときにどこまで人間かということをもまず自覚するべきかと思うのですね。すべて人間だということに皆言うのだけど、これはアプリオリだと、本当にそうかと。いわゆる町で寝ているおじさんを人間と思っているのかということをも僕は思うのですね。だから差別の根源というのは、やはり他者を異質なものと思うことにあるとしか言いようがないですね。そこに萌芽があって、それが先鋭化する中でやはり人を実際にその人を傷つけるということに至ったときに、ある種差別という現象になるのだと思います。何かあるのではないですか。専門家にそういう概念。

多田羅座長 そういう専門家の話ではなしに、我々がどう思うかでいいと思うのですけどね。

花井委員 多分そんなことかなと思います。僕ら人間扱いされなかったよねというのは感じましたからね。

内田座長代理 ごく抽象的に言えば、抽象的に言ってもあれなのですけれども、先ほど御紹介をいただいた国連決議ですね、1のところ「基本的人権と尊厳を持つ個人として扱われるべき」だ、こういう啓発、これは逆に言えば、扱われていないことが差別だと、こういう見方ですね。

多田羅座長 なるほどね。

花井委員 そうなりますと、ちょっとまた話を広げてしまって申しわけないのですが、疾病ということにかかると、まず一番に具体的な話になると、治療を受ける権利が守られていないというのが疾病に関しては僕は一番主張をしましたね。H I V感染者は治療を受ける権利を奪われた。

多田羅座長 奪われてはいないでしょう。

花井委員 いや、奪われたと思いますね。80年代後半から90年代。

多田羅座長 医療機関から拒否されて。

花井委員 不治の病だと思って、そもそも完全な治癒可能性が低いということがあったかもしれませんが、ちゃんと普通に治療を受ける権利というのがやはりあるし、病人として扱われるという意味は、治してあげようねという人たちが周りにいるということで、それがいないことが最大病人にとっては権利を奪われたということになると思います。裏返して差別しているかどうかは別だよ。

例えば、障害者が、地下鉄の駅で階段があって呆然としているときに、だれも知らん顔というのは、恐らくこの人は乗る権利を奪われているわけですね。そこで「済みません、手伝ってもらえませんか」と言ったら、「何でおまえなんか手伝わねばあかんねん」と言ったら、これは差別だ。だからちょっとそこは現象と概念的な裏返った概念でそれを現象化するというところで、差別はその間にあるかなと思いますけどね。

多田羅座長 藤崎委員、問題提起されたのですけれども、藤崎委員からすると差別撤廃というのは何を撤廃する。簡単に言うと。ちょっと話を広げて申しわけないのですが

藤崎委員 簡単に言えば、というか、極端に言えば、人間が同じ目線で見られるようになるということが差別がなくなる。

どうしても差別というのは、ある意味では極端に言うと自分の目線より下に見るということが差別でしょう。わかりやすく言えば。それは同じ目線で物事を見られるというのは、やっぱりこれは差別がなくなるのだというように僕は理解しています。内田先生がおっしゃったように、

基本的人権とこうなると思うのですけれども。

多田羅座長 文言にすればこうなるのですよね。

藤崎委員 具体的に言うと目線が同じになるということが差別がなくなったということになるのじゃないかという気がします、

日野委員、いかがですか、ちょっと話を広げて申しわけないのだけれども、その差別撤廃というのは何を撤廃するのかというか。

日野委員 藤崎さんがおっしゃった目線の問題を申しますと、人間は目線が、他人に対する目線は皆違わないと、自我といいますか自分のアイデンティティを確立しないのですよね。ですから、それを一緒にしろということは不可能だと。

多田羅座長 不可能ですか。高さはそろえられるのと違いますか。

日野委員 高さというものの価値判断は、今おっしゃったように手を差し伸べるべきときに差し伸べないというのはこれは問題ですけれども、この人は手足不自由なのだなということと、自分は五体満足だなというのは、これはもう認識しますよね。だからそれを同じにしろといってもそれは無理な話だと僕は思います。それを容認した上で、溶け込ませるといって社会的な解決方法とおっしゃいましたが、この前どこかのホテルでの話をちょっとして何委員に怒られましたけれども、社会が受けとめるような仕組みを、日本のように成熟した社会であればですね、ホテル業界でそういう差別、ハンセンにしるH I Vにしるですね、そこが旅館で宿泊を引き受け***、次泊まる人に対して注文が少なくなるというのはこれはもう厳然とした事実。

多田羅座長 社会の現状としてね。

日野委員 現状として。

それも差別だといってペナルティという方向ではなくて、それを全組合でプールしておくとか、あるいは国がそれに対して手当をすとかいう社会をつくって行って、それによって当該の旅館も抵抗なく受けられるというようにソフトにしていくというような仕組みを考えると。それから、社会で言いますと、会社、一部ありますが、障害者の雇用に対してやはり何らかの手当をつくと、これも経済一点張りの政策を修正して、やはりそれも社会としては。

多田羅座長 仕組みをつくっていくというわけですね。

日野委員 はい。それは目線を同じという表現とはちょっとニュアンスが僕は違うなどは思うのですが、やはり受け入れていくうちに、これはちょっと二つ考え方がありますが後で言います、受け入れていくうちに相互理解が進んでよくなっていくという考え方と、これは昔のムラ社会の復活ですね、ところが現在の世の中を見ていると、シブヤの事件なにかを見ますと、どんどん孤立が好きな人がふえてきておりまして、その人々に対する考え方ではやはり違った尺度を持たなければいけないのではないかと。

現実に病院をやっていると思うのは、医者へのノート化が進んできているのですよ。常勤は嫌だと、責任をとるのは嫌だと、人とつながりを持つのが嫌だと、話をするのが嫌だという人々の考え方をだめだという権利は我々にあるのか。その、人々が嫌だというのもそれも権利かなと考えると、非常に難しいと思います。彼らは余り患者さんに対しても興味を持っていない。仕事としてはやるけれども。

多田羅座長 技術のところだけはね。

日野委員 はい。ですから、こういう社会に対して、流動的ですから今後どういう方向に進むかわからないですから、それも念頭に置いて対策を考えていった方がいいと。

多田羅座長 はい。内田先生どうでしょうか。

内田座長代理 一人一人のですね市民とか国民の中にある差別感的なものについては、やはり内面的なものですから、教育とか啓発を通じて改めていただくということは必要だろうとは思いますが、ただ、問題なのは、そういう見方が国民世論の中にあることによって施策がかなり影響を受けるという場合があると思うのですね。例えばハンセンの行政などはまさにそうできて、国としては隔離政策を放棄したいけれども、なかなか国民の中に差別偏見が非常に強くて、放棄するという施策は受け入れられないだろうという形ですとずっと継続されていったという部分があって、国がつくった差別偏見に、今度は逆にブーメランで国がそれに拘束されてしまう。こういう部分がある。

それは精神でも同じだろうと思うのですね。例えば、精神障害者の方の犯罪発生率が高いかというそれはデータは全くないわけで、それは法務省司法統計とか犯罪白書を見れば、逆にむしろ犯罪発生率低いというのはずっとデータとして出てくるわけですがけれども、一般の方々が持っていられる精神障害者の方は犯罪発生率が高いという、これは誤解ですが、この誤解

がある意味で施策に影響を与えているわけですね。そういう一人一人の国民の方が持っている部分と、それが施策に与えている部分とやはり分けなければいけないだろうと思うのです。施策について言えば、それはやはりその誤解に基づく施策というのはまずいわけですから、それはやはりそうではない施策というのを講じていく必要がある。そういう意味では今回の国連決議でも、障害者権利条約でも、やはりその制度とか法制度とかいうことについてもかなり重点を置いて、その差別偏見に基づかないような施策とか法律とかそういうものを十分につくるとか見直すとか、こういうことを置いているわけです。そういう意味ではやはり重要な点。

刑罰という話をさせていただいたのは、刑罰というのは個人責任の問題ですから、システムについては全く対応しないわけですね。やはり差別の問題というのは、システムの問題も視野に入れて、それを是正するという形で考えていくことが必要だろうというふうに思いますね。

多田羅座長 おっしゃる通りですね。はい。ありがとうございます。ちょっと非常に哲学的といえますか意味の深いところも御議論いただいているのですけれども、まあ第1回ということで御容赦いただきたいと思います。ほかにどうでしょうか、追加いただけるような安藤先生、谷野先生、いかがでしょうか。ほかに何か追加いただけるようなお話ございますか。

藤崎委員 日野先生が、先ほど私が目線の話をしたら、皆が同一目線というのはあり得ない、私が言ったのはちょっとやっぱり考え方が違うと思うのは、私は例えばそれは個々人間ですからそれぞれ考え方があって違っていいわけなのですが、ただ、例えば個々の問題、ハンセン病の問題、いろいろな問題が出たときに、これはハンセン病の問題はこういう問題で、ですからこれはこういうふうで別に恐ろしい病気ではないということを皆が同じ思いがある、それが私の言っている「目線」なのですよ。

多田羅座長 同じ目線ということですね。

藤崎委員 すべてを同一の目で見るというのではなくてですね、個々の問題をもとに目線を同じにしていかななくてはならないのではないかなと。

多田羅座長 理解ですかそれは。

藤崎委員 そうです。理解です。

多田羅座長 理解していくと。

藤崎委員 そういう意味です。

多田羅座長 はい、わかりました。

安藤先生、谷野先生。何か御追加ございますか。

谷野委員 「疾病のつくる」という「疾病」は、ある程度の疾病に絞るのか、あるいは疾病論、全部の疾病に偏見があると言えれば偏見は初めある場合もあるのですが、どうするのですか、この疾病というのは。

多田羅座長 そのところは総論的に疾病というと、限ることは難しいじゃないかとは思っているのですけれどもね。主なものとしてはもちろん幾つかあると思うのですけれどもね。先生何か御意見ございますか。ちょっと逃げているところもあるのでけれども。

どうでしょうかね。「疾病」という、一応総論的に使っているのですけれども。

内田座長代理 一応総論としては全体をということですが、ただ先ほどから谷野先生も御指摘ありましたように、例えばハンセンとか精神とか、非常に差別という問題は深刻な問題というのをやはり視野に入れながらですね、その意味で我々の意見をまとめていくということが必要なとは思いますが、

多田羅座長 ただ、花井委員がおっしゃった障害と疾病のところはちょっと残っているかもわかりませんよね。疾病と言ってしまうと、この場合。

花井委員 どうですかね。いわゆる障害者法は立法として、例えばここで議論されているところの先鋭化した部分については昨日やられている立法化の議論のところでは法制化してちゃんと決めなければいけない部分はそこでやろうよという話で。ここはその大きな外枠がこっちな、社会という意味かなということであれば、じゃあその社会全体の中で法制化が必要な部分はいわゆる患者被験者の医療従事者の権利の法だけでいいのかということ、一部アメリカの障害者法みたいところでカバーしている、日本では労働法の中にもあるのかもしれない、その一部についてはどうかという議論があったときに、やはり障害者というものをオミットしていいのかなという気はちょっとするのですけどね。難しいですね。

多田羅座長 障害まで余り広げてもしんどいかなということもあって、ハンセンから始まるということから。

内田先生、どうでしょうかね。障害との兼ね合いは。

内田座長代理 例えば先ほど谷野先生がおっしゃっていた、精神障害の方の問題というのは医療の問題でもありますよね。他方で、障害という範疇でくくられている問題でもありますので、そこはオーバーラップする部分があると思うのですね。ある意味でそこは完全により分けるといって難しいですので、医療を基本にしながら、重複する部分については障害者の方の問題も視野に入れていくと。医療の問題でも障害という問題と***する場合もございますので、そこはある程度入れると。

多田羅座長 入れながらね。タイトルは「疾病」ということで述べさせてもらうのでよろしいでしょうかね。

谷野委員 先天的な病気はある意味では障害なのでしょうけれども、疾病と言えば疾病ですから、やはりこれは分けるというのは難しいかもわかりませんね。

多田羅座長 難しいね。いざとなるとね。概念としてはあるのでしょうかけれども。いざどこに線を引くかとなると。

安藤先生、どうでしょうかね。その辺は。疾病ということで。例えばちょっと思い出してしまうのですが、病院などで、確かに花井先生から、正しい知識だけでは解決にならないと、医療機関でわかっていながら病院が拒否したではないかというのがありましたけれどもあの辺はどうなのでしょう。どういう理解をすればいいのですか。

安藤委員 こちら辺はその病院の理念とか、やっぱり人間教育でしょうね。

多田羅座長 医療従事者の。

安藤委員 そうですね。そこら辺の根本的なところの教育が抜けているのですね。そこがやはり日本の今の大きな問題なのでしょうね。親の教育、親の教育をいかにシステム化していくところでしょうね。

多田羅座長 親ですか。

安藤委員 私は親だと思いますね。

谷野委員 親と、僕の経験では親と官僚と他科の医者ですよ。

多田羅座長 他科というのは。

谷野委員 精神科で言えば、精神科以外のお医者さんの偏見が強い。

多田羅座長 それを理解していない。

谷野委員 それからもっと考えれば、精神科医自体が偏見が強い人がいるのですよ、精神障害者に対して。それから、もっと酷な言い方をすれば、精神障害者を持っている家族の方が偏見が強い人がいるのですね。そこが非常に難しいのですよね。

多田羅座長 はい、ありがとうございます。「官僚」という言葉が出てきましたけれども、それではちょっとあれですが一応御議論いただいたということにさせていただいてよろしいでしょうか。

きょうは非常に貴重な御意見もいただきましたので、それをもとにこちらでちょっと見ていただきました「患者の権利」の方で、こういうちょっと資料2ですかお配りいただいていると思うのですが、事務局の方にも国際的ないろいろなものを参考にさせていただいて、次回きょういただいた言葉をできるだけ生かした格好で、この大体5項目あたりで文章的なものをつくらせて、どこまでものができるかは不明でございますけれども、そういうことで準備させていただいてよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それではそういうことにさせていただくということで、ちょっと時間は早いのですが、ほかになければ、はい、先生。

日野委員 このテーマとは少し関係があるようでまた別の機会に論じていただきたいと思うのですが、日本の抱えている一番大きな問題の高齢化の問題でございますね。これが疾病なのか障害なのか、これが抜けていますので。

多田羅座長 疾病、障害、高齢化。

日野委員 これが抜けていますので、

多田羅座長 高齢は障害ではないですわな、これはナチュラルですからね。

日野委員 いや、それが今大議論でして、介護療養型老人保健施設の削減という問題として問題が浮かび上がってきていますが、実は施設を利用されている方の疾病が進んで、固定してしまえばこれは障害なのか、それはもう疾病は多種多様でして、何がどうのということはいえないのですけれども、それからこれは2050年ですから平成何年なのかかわからないのですが、2050年には削減をした結果亡くなる方が大体50万人ぐらい亡くなる場所

がないという国になるのですね。

多田羅座長 入所するところがないということですね。

日野委員 はい。そういう大きな問題もあるので、またそういう機会があったら先生働きかけをよろしくお願ひしたいと。

多田羅座長 高齢の名による差別はやめてほしいというか。

谷野委員 一般には僕は賛成ですけれども、でも100歳でもぴんぴんな人で認知症でない人もいますから、高齢の人の差別論というのはあえて言わなくてもやはりアルツハイマーになる人か、ピックとかそういう人たちは、それは疾病ですよ。だから早期に認知症を見つけるというのは今かなり国家戦略的にやっていますよね。だからそこら辺はやはり早期に認知症を見つけにくいというか、そういう運動を起こすのはやはり啓発活動だろうと思いますけれども、高齢者一般に偏見をなくせと言ったって高齢になるのですから。

安藤委員 病気がなくても本当にもう御飯が食べられなくなった方をどうするのかとか、本当に経管栄養とか栄養チューブを入れるのかとか、国によっても違いますし、生死観によっても違うでしょうし。

谷野委員 その根底の病気があるのではないの。

安藤委員 結構ある方もいれば、本当にそのまま老衰に近いような方もいらっしゃいますし。ええ。

多田羅座長 今度の高齢者医療は何か「姥捨て山」とも呼ばれましたからね。

日野委員 本音の部分では、皆さんの言っていることが当たっているのだと思いますけれども、うまく官僚がつくった文章ではボロが出ないように出ないように書いていますが、何と言いますか、国が持たないという現状が前にありますから。それと、ごめんなさい、書かれていませんけれども、我々が悩まされている一番、若い先生方が引いてしまう原因はモンスターペイシエントと言いますか、この問題がすごく大きいのですよね。患者さんの権利意識を僕はマスコミがあおったと思うのですけれども。

それともう一つ、医療があたかも万能であるかのごとき誤解が行き渡っていて、医療なんてほとんどできない、病気は治すといっても本当に限定的なことしか治せないのにもかかわらず、完璧に元気にもとの体にして返さないと訴えられるという状態。それが激しい人に会うともう自分の仕事は全然できなくなるし、もう毎日ノイローゼ状態になって、もう医者をやめようということになって、そういう厳しい現場というところから医者が去っていつていると。現状はたらい回しとかそういうものが起こっていると。これは、またもっと先の話かもわからないですけれども。現在一番困っているのはそういう問題なので、ちょっと言いにくいですが、ある限られた地域では、小児科に関してはいわゆるむだな診療といいますか一日待てば解決するようなものがほとんどなくて、小児科の医師が楽になって定着をし始めたというような話も載っておりますが、長い目で見ないとわからないですけれども、そういう国民に対する運動というのは別の視点からもしていただきたいなというふうに思います。

多田羅座長 わかりました、それでは、予定の時間までちょっと、12時予定でございましたけれども、早目ですけれども本日のワーキンググループ終了でいいかな。どうもありがとうございます。

谷野委員 こちらの方は何回やるのですか。

多田羅座長 3回です。4回でもいいのですけれども、一応3回ぐらいを予定しています。

事務局 済みません。ありがとうございました。本日御議論いただきました形なので、たたき台の方を座長、内田先生とも御相談させていただいてまた次回、一応予定の方も先ほど谷野先生の方から御意見ございましたので、再度御確認させていただいた上で日程の方を御案内申し上げます。9月、今のところ9月4日と18日を御予定しています。

谷野委員 4日の方は権利の方ですか。9月4日は。

多田羅座長 差別です。

谷野委員 啓発。

多田羅座長 啓発です。先生メインの方です。

谷野委員 何時からですか。何時から。

事務局 9月4日は、今日と同じですね。

谷野委員 ではまともに無理ですね。日精協の常任理事会ですから。

多田羅座長 これは一応、調査というアンケートの結果。

事務局 もう一回ちょっと調整させていただきますけれども、一応そこが一番多い数だったの

で。

谷野委員 もうちょっと時間をおくらせるわけにはいかないですか。この日を。3時くらいには出てこられると思うのですよ。3時から5時まで。都合のいいことを言えば。3時ならほぼ会議終わっていますから、日がずらせないならね。

多田羅座長 それだったらどの辺ですか。4日は。

藤崎委員 3時～5時は可能ですね。

多田羅座長 大丈夫ですか。安藤先生どうですか。

余り人数も多くないですし、谷野先生なんか精神科の方で特に大事なあれなので。花井委員どうですか。

花井委員 多分行けると思います。

多田羅座長 3時オーケーですか。日野先生どうですか。

日野委員 構いません。

多田羅座長 安藤先生どうですか。

安藤委員 大丈夫そうです。

多田羅座長 では一応3時～5時でちょっとほかの先生をあたってみてくれる。

事務局 本日御欠席の先生もいらっしゃいますので、3時～5時にするというのも一応。

多田羅座長 一応ということで御了承ください。その方向で努力するというので、きょう先生方には一応御了承いただいたということで。きょう御欠席の先生に勝手にというわけにもいかんところがあると思うので。

内田座長代理 ちょっと18日が難しいです。

事務局 わかりました。

多田羅座長 それはまた。それではどうもありがとうございました。

事務局 ありがとうございました。それと次回の資料の方はそういうこともございましたので9月の4日の午前か夕方かはちょっと別にしまして、なるべく早く先生方の手元に送らせていただいて議論させていただければと思いますし、よろしくお願ひ申し上げます。あと一応終了時刻12時でございましたのでお弁当御用意してございますのでよろしくお願ひ申し上げます。

(終了)