

医療基本法に関する意見交換会

【議事要旨】

【日時】平成29年7月7日（金）

14：00～16：00

【場所】日本医師会館 503会議室

【出席者】

長谷川三枝子(患者の声協議会)
鈴木利廣(患者の権利法をつくる会)
小林洋二(患者の権利法をつくる会)
田中秀一(H-PAC)
藤崎陸安(全国ハンセン病療養所入所者協議会)
橋本裕子(NPO法人 線維筋痛症友の会)
竹田 匡(公社 日本社会福祉士会)
洗 成子(公社 日本精神保健福祉士協会)
漆畑真人(公社 日本医療社会福祉協会)
小沢木理(患者なっとくの会 INCA)
隈本邦彦(医療事故防止・患者安全学会)
木下正一郎(医療問題弁護団)
前田哲兵(H-PAC)
小林展大(患者の権利法をつくる会)
久保井 摂(患者の権利法をつくる会)
埴岡健一(患者の声協議会)

横倉義武(日本医師会 会長)
今村定臣(日本医師会 常任理事)

【代表者挨拶】

○長谷川（患者の声協議会）

座ったままでご挨拶をさせていただきます。本日は貴重な時間でこのような場を設定していただきまして、本日まいりました11団体を代表いたしまして、改めて御礼申し上げます。

この11団体ですが、私ども「患者の声協議会」やいろいろな支援団体の立場から、医療基本法を制定しなければということで、長い間勉強会やシンポジウムを重ねてまいりました。そのときには今村常任

理事にもシンポジウムに出ていただいたりとか、いろいろな場面で共有した、医療基本法制定に向けてというような踏み固めをしてきて、本日このような場を設けていただきまして、ここで改めて皆さんの声がお互いに理解ができますような、そのような場にしていきたいと私どもは願っておりますし、このような場を設定していただきまして、本当にありがとうございます。

○横倉会長（日本医師会）

どうも皆さん、こんにちは。いまご紹介いただきました横倉と申します。私は福岡県の出身でありまして、きのうから大雨が降って大変で、私の住んでいる近所の地域はさうとう大きな被害が出ているようで、いま地元の県の医師会というより、甘木朝倉医師会というのがいちばん地元なのですけれども、そういうところで救援活動がいろいろと医療面から始まっていますので、働いているところです。

さて、きょうは医療基本法に関する意見交換会にご出席をいただきまして、皆さんきょうは非常に暑いなか、また、遠路から日本医師会館まで足をお運びいただきまして、心から感謝申し上げます。それでは座ってお話しさせていただきます。

本日の会合企画につきましては、今年の春先に鈴木利廣先生に日本医師会館にお越しいただいて、いろいろお話をさせていただいたわけですが、そのなかで、患者さんや市民の方々の団体の皆さんと、医療基本法について忌憚のない意見交換をする機会を設けましょうということになりました。その後、日程調整等々でお骨折りをいただきまして、本日の意見交換会になった次第です。

当初、私も最後までこの会に出席をするつもりでいたのですが、たまたま関連の職能団体の周年行事をどうしてもきょうやるということで、出席をして祝辞を述べてほしいということだったものですから、15分ぐらいで静かに失礼させていただきます。まことに申し訳ありませんが、きょうの議論については、今村定臣常任理事と、また、うちの事務局みんなですっかりとお話を聞かせていただきますので、どう

ぞよろしくお願ひしたいと思ひます。

もうよくご存じと思ひますが、医療基本法については、日本医師会では昭和40年代の初めに、詳細な議論を重ねた時期がありました。その際には、法案の国会提出まで進んだわけですが、成立に至らなかったという経緯があります。その後だいぶ時が経ちまして、平成18年ごろから、私どもの医師会のなかに医事法関係検討委員会というのがありますが、そのなかの医師・患者関係の法的考察という議論のなかで、改めて医療基本法の提案に至ったということです。

この医事法関係検討委員会では、平成18年から平成22年までの4年間、当時私は福岡県医師会の会長をしていましたが、この委員会の委員長としてかわらせていただきました。この医療基本法のテーマというのは、とりわけ私も強い関心を持っているところです。

その後、平成22年に私は日本医師会の副会長に就任いたしました。その年の9月に全社連の研修センターで「今こそ医療基本法を」というシンポジウムがありました。「いわゆる医療基本法について」という演題で、このシンポジウムで意見を述べさせてもらいました。そのときは日本医師会の一委員会の意見ということで、その年の3月に私が委員長としてとりまとめたことについてお話をさせていただいたわけです。

私は日本医師会の副会長になりましたものですから、そのあとは静岡県の鈴木勝彦会長にこの委員会の委員長として引き継いでいただきまして、より具体的な条文の提案まで議論を進めていただきました。この条文案は、私が会長に就任いたしましたのちに、平成26年4月に正式に日本医師会の提言として取り扱うことにした次第です。このような経緯で、本日皆さんと医療基本法をテーマに、それも日本医師会館のなかで意見交換をさせていただくということに、大変感慨深いものがあります。

すでにこの委員会の報告書のなかにも、縷々述べてありますけれども、わが国の法体系のなかに、医療という国民生活の根幹にかかわる内容をきちんと

定義した法律が憲法の下に位置づけられていないということは、個々の政策を進めていくうえで、さまざまな弊害を生じるものだと考えられます。医療基本法というのは医療提供者のためだけではなく、患者さんや国民の皆さんのためという、もともと医療提供者も国民の1人でありますので、そのような意味で、広くすべての国民と国、行政府の医療とのかかわり方を定めるという、大変重要な意味合いを持つ法律であると考えています。

後ほど担当の今村常任理事から説明をさせていただきますが、日本医師会といたしましては、先ほどご説明申し上げました医事法関係検討委員会で議論された条文案を基に、全国各地で医療関係者が中心になりましたけれども、シンポジウムを開催させていただいて、その間で会員のなかからさまざまなご批判やご意見をいただきながら、条文案をより精緻なものへと修正をしまいったというのが最近のことです。今後、この日本医師会の提案を具体的に国会に提出する法律案としてまとめなければならぬということで、目下、関係する国会議員などにも相談をしながら、作業に取りかかっている段階です。

これも答申の本文中に記していますが、この医療基本法の立法化の議論というのは、国民生活の根幹にかかわるものですので、当然国民的な議論を巻き込んでいかなければならないというように思っています。そして、それは立法府である国会の場ではもちろんですが、本日のようなさまざまな意見交換の場とか、また、以前していただいていたような市民シンポジウムというような形で、国民にできるだけ理解を得ていくということが重要ではなかろうかと。そしてまた、色々なスタイルで議論が尽くされるべきだということにも考えているところです。

そういうなかで、昨年11月に明治大学で、鈴木先生に大変お骨折りをしていただいたと思ひますが、開催されましたシンポジウムには、ご案内をいただいたのですが、残念なことに私が非常にスケジュールがタイトで出席できず、また、今村常任理事も出席できなかったものですから、残念に思っていました。そのときのもようを後日文字で読ませていただ

きましたが、多くの団体や医療関係者を含む多くの皆さんが参加されて、熱心な議論をされていることに感銘を受けました。

ここでそのときのすべてのご発言にコメントを申し上げることはできませんが、やはり重たい病気を抱えておられる患者さんからのご発言というのは、厳しい現実即ち、大変重たいご指摘であるというように受けとめたわけです。たとえば難病を抱えていらっしゃる患者さんへの医療費の助成など、医療基本法が成立すれば、すぐに高額な引き上げが行われるわけではないのですが、それでもやはり医療基本法にそのような財源の確保や、その適切な使い方や、医療提供体制のあり方等々に対して、しっかりとコントロールできるような書き込みもできるのではないかと、そのような期待もできるのではないかとこのように思っています。

そしてこのような施策は、昨年11月に伊藤雅治先生が基調講演で述べられておりますように、時の内閣次第では大きくぶれるということであってはならないわけで、国の医療政策の背骨を一本通すという意味合いからも、医療基本法の重要な議論の1つと考えられるわけです。そして、そのときに鈴木利廣先生がシンポジウムの総括で触れられていましたように、医療提供者と患者さん方を対立構造でとらえるのではなくて、それぞれの役割について議論をして、確認して、それが責務という表現になるのかもしれないけれども、結果的に患者市民の利益がきちんと守られる医療が実現される国にしていこうというのが、この医療基本法の目指すところであると、この記録集を拝読しながら、そのような思いをさらに強く深めた次第です。

私は平成18年からいろいろ医師・患者関係のことを考えるなかでも、やはり医療というのは、医療者および医療の提供を受けられる方が協力して、病というものに対して闘っていくものであるというように考えています。それを国が制度として、また、さまざまな医療負担・医療費用の面でどのようにカバーしていくかということ、しっかり基本法のなかに述べていくということが、今後の日本の医療を考

えるうえで、大きな力になるのではないかとこのように思っています。

実は来年が診療報酬と介護報酬の同時改定の時期でありまして、そういうなかでの財源を予算のなかでどう確保していくかというのが、私ども年末に向けての大きな課題になるわけですが、2年に1度ずつこういう大変な予算獲得に、医療提供者が骨身を削っていること自体がおかしいのではないかとこのようにも思うわけでありまして、やはり国民が必要とする以上は、ちゃんと提供していくという体制を常にしていき、われわれ医療者はそれを効率よく提供できるような体制を作っていくことが重要であろうということにも思っています。

という大変雑駁な感想しか申し上げられませんが、本日もいろいろなご意見を賜ると思いますので、そういうご意見の成果を今後の法案作成に十分に反映をさせていければと考えていますので、本日はどうぞ忌憚のない、また、現実的なご意見をいただければと思う次第です。どうぞよろしくお願いをして、挨拶とさせていただきます。

○埴岡（患者の声協議会）

5つの団体が策定した「医療基本法 共同骨子」は趣旨と骨子7項目から成っているが、これらに関しては、患者の声協議会は賛同すると同時に、この医療基本法のなかにしっかりと盛り込んでいただきたいと強く考えている。

なかでも、患者の声を医療政策決定のなかに入れていくということを団体の趣旨としているため、第6項目の「国民参加の政策決定」について話をしたい。

第6項目は、「患者・国民が参加し、医療の関係者が患者・国民と相互信頼に基づいて協働し、速やかに政策の合意形成が行われ、医療を継続的・総合的に評価改善していく仕組みを形成する。」というものだが、なぜこれが必要かという点、患者さんは自分が医療を受けるということに関して、患者の視点から意見を持ち、チェックしていくことが必要であり、そもそも基本的な権利として、担保さ

れるべきものである。

現在も多くの法令等において、患者参画が部分的に規定されており、それを広げていくという観点もある。また、国民アンケート等によると、一般からも患者関係者が政策決定に参画してほしいという意見が見られる。当事者、患者関係者としても、そこに参画をしていくという強い意思と責任を持って参画していくという意欲を強く持っている。

現在、医療基本法がないため、全体を束ねるものがなく、個別の法律のなかで一部、患者参画が規定されている。そのため、例えばがん対策やアレルギー対策については患者参画が部分的に担保されているが、他の領域では担保されていないというような状況が起きてしまっている。

また、一部では、医療計画に関する通知や個別の計画において記載されているところもあるが、効力という点ではやはり弱い。すでに患者参画が実現しているところでは、様々な成果も出ており、ほかのステークホルダーからも評価が出始めている。

医療基本法には、患者参画が広くあまねく担保される仕組みを、ぜひ入れていただきたい。

○小林（権利法をつくる会）

今日における医療基本法の議論の出発点は、ハンセン病問題の再発防止に関する検討会のなかで、医療政策による人権侵害を防ぐための再発防止策として、患者の権利擁護を中心とする医療の基本法が必要ではないかという提案がなされたことにある。

そのような観点から、日本医師会の草案を検討すると、1条の基本理念には、「すべての国民が安心・安全な医療を等しく受ける権利を享受し」とあり、「第3条 基本理念」の①では、「個人の人権に配慮しつつ」、④には「憲法で保障された国民の生存権を担保し」という文言が入っている。このような基本的人権の保障を医療制度において実現するというのが、この草案の基本的なスタンスであろう。

ただ、日医草案全体を見直したとき、条文の文言や構成において、「基本的人権の保障を医療制度において実現する」という点がもう少し明確に打ち出

されてもよいのではないかと感じている。これを明確に打ち出すことによってこそ、この日医報告書にもあるとおり、政策分野における憲法、あるいは各種法令と国の憲法とを媒介する働きを担うものという基本法の機能を本当に果たすことができるのではないか。

不明確な部分があることによって生じているいくつかの問題点を指摘すると、まず日医草案では、「第1章 総則」、「第2章 医療提供体制を確保するための政策」、「第3章 医療提供者等の権利と義務」、「第4章が患者の権利と義務」という構成になっている。

この医療制度の目的が、憲法13条及び25条に定められた人権の保障にあるとするならば、やはりこの条文の体裁上も、「医療提供者の権利と義務」に先立って、「患者の権利と義務」が明らかにされるべきなのではないか。日本国憲法で保障されている人格権や生存権というものが、医療の場においてはどのような形で表れるのか、これがまずあって、次にそれを担保するための国の責務、地方公共団体の責務、そして医療提供者の権利と責務について謳われるというのが本来のあるべき順序なのではないか。医師の集まりである日本医師会というところで医療基本法について検討すれば、どうしてもまず「医療提供者の権利と義務」が先行してしまうのかもしれないが、やはり医療基本法を国の規範として考えるときは、順序は逆になるべきではないか。

次に、この日医草案では、「患者の権利」の章に自己決定の権利、診療情報の提供を受ける権利、秘密やプライバシー保護の権利が定められている。医療基本法の目的は、患者の人権保障なので、一定の具体的な例示（列挙）は必要であるし、日医草案はそういう意味で非常によいと思うが、それに加え、「最善かつ安全な医療を平等に受ける権利」についても、「総則」部分で触れるのではなく、患者の権利の章で明文化してほしい。

最後に、患者の責務条項、国民の責務条項については、我々の案にもあり、反対するつもりはないのだが、このような条項には、どうしても疾病に関す

る自己責任論や公的責任の放棄ということにつながりかねない危険があるということを認識しておくべきである。

我々はこれと同様の条文のあとに、「但し、病気や障害をその努力義務に違反した結果であると解釈してはならない」という注記をおき、配慮している。日医草案でもそのような配慮が必要なのではないか。

○田中（H-PAC）

我々は財源や財政と国民皆保険制度の堅持という観点で、医療基本法に医師などの適正配置について盛り込むべきであると考えている。

まず、国民皆保険制度は社会保険制度であるが、多額の公費が投入されているので、皆保険制度の維持は、財政が健全であることが前提である。しかし、日本の財政はきわめて危機的な状況にある。

財政悪化の最大要因は社会保障費の増大である。年金については、給付の伸びをおおむね経済成長率の枠内にとどめる改革がすでに行われているが、医療・介護については、診療報酬のマイナス改定には医療界が強く反対するので、給付を抑制して財政を安定させる有効な仕組みがない。このために、国民医療費は2015年度に41.5兆円となり、前年比で3.8%増となっている。これは経済成長率を大幅に上回っており、とても持続可能な制度とはいえない状況にある。したがって、医療費の伸びを経済成長率の範囲内に抑える仕組みを作らなければ、制度破綻の恐れもある。医療基本法には財源の確保と共に、医療保険財政をいかに適正にコントロールしていくかということも書く必要があるのではないか。

2点目の医師等の適正配置の問題については、印南一路慶應大学教授の研究によれば、医療費の増加の最大要因は医師数の増加にあるとのことである。医師が10%増えると医療費が9.4%増えるとのデータがあり、つまり医療費の適正化には、医師数や病床数の抑制が必要であるということになる。

病床数の抑制には、厚生労働省が地域医療構想において、病床を1割削減するということを計画しているが、必ずしも医療機関がそれに従うとは限らな

いということで、財政制度等審議会は、医療機関が従わない場合は、保険医療機関として指定しないということも検討すべきだとしている。

医師数の抑制については、いま医師不足ということで、医学部入学定員をかなり増やしているが、まずはこれを早急に削減する必要がある。重要なのは医師の偏在の是正である。これについては、厚労省「医療従事者の需給検討会」が、去年（2016年）、医師不足の診療科や地域に確保すべき医師数の目標値を設定すること、また、すでに十分ある診療科の診療所開設については、保険医の配置や定数を設定、自由開業や自由標榜を見直すことなどを検討している。

つまり、医療機関も患者も、医療資源を抑制的に使わなければ、皆保険制度自体がもたないのだという認識を持ち、医療基本法を作っていく必要があるのではないか。

○藤崎（全国ハンセン病療養所入所者協議会）

医療基本法は我々にどのような影響を及ぼすか、どういう形で恩恵を受けられるのかということを考えている。

医療基本法共同骨子7項目は、どれも必要である。

したがって、今は、あれがよいとかこれが悪いという段階ではなく、とりあえず医療基本法を作ってもらおうということが、現段階では一番大事だと思う。

○橋本（NPO法人線維筋痛症友の会）

医療関係者の側から出てくる案と、患者の立場、国民の立場との溝というのは全く埋まっていないと感じている。患者の「医療を受ける権利」は、基本的人権の次に重要なことだと思うので、明文化されてほしい。

私たちの線維筋痛症はなかなか理解されにくい病気ということで、長い間苦しんできたということを全体的にすくい上げていくためには、国民の目線に立って、基本的な権利を保障していかなければならない、そういう理念法が必要だと思う。

患者というのはとても弱い立場にあり、国民参加

が必要だと言われていても、患者がどこかに行って意見を述べるということは、体力的にもかなり難しい。そういう一番の弱者の声を聞き届けなければいけないというのが、患者のための医療基本法であり、とても大事な法律になると思っている。

○竹田（公益社団法人日本社会福祉士会）

日医草案に対する意見を逐条的に述べたい。

・第3条関係

生存権の保障のみならず、幸福追求権についても基本理念のなかに謳う必要がある。

全国津々浦々、切れ目のない医療提供体制の実現が必要であり、基本理念に含む必要があるのではないか。

病気や障害等を理由に差別されることがないよう基本理念に明記していく必要があるのではないかな。

・第6条関係

基本理念の実現に向けて、地域の医療関係者間の連携も必要である旨明記する必要がある。

・第9条関係

「国民参加の政策決定」が重要であるため、明文化する必要がある。単に医療施策のみならず、関連施策との整合性についても第9条のなかに謳う必要があるのではないかな。

・第10条関係

財源の確保、皆保険維持について基本法に明記する。

・第11条関係

各地域における医療施策、関連施策との整合性も必要である。

・第12条関係

患者自ら判断することが困難な場合についての、基本的な考え方を明記することが必要ではないかな。

・第14条関係

「精神的・身体的」に加え、「社会的」な側面についても明記する必要がある。

また、医療提供者が、必要な医療の提供を拒むことのないよう明記しておく必要がある。

・第15条関係

「合理的判断」とは具体的にどのようなものを指すのか。「合理的な判断の下に」と「患者本位」が矛盾することはないのか。

・第17条関係

基本理念の実現に向け、地域における関係機関、専門職等との協働・連携も必要であり、その点を明記しておく必要がある。

○洗（公益社団法人日本精神保健福祉士協会）

精神科病院も隔離治療という特殊な環境のなかにあり、患者様方がとても権利侵害を受けやすいという現実がある。

精神保健福祉法のなかでも、もちろん患者の権利を守っていくというところでは、度重なる法改正がなされてきてはいるのだが、いまだに社会的入院ということが解消されていないという日本の医療の現実があり、医師も苦勞されていると思う。

精神科特例による1/3のマnpワ-で、よりよい精神医療を提供していきましょうというのは、なかなか実現しがたいことだろうと思うし、健康を取り戻すという医療の本来の目的から外れて、時には社会的規範ということが優先されていたりする。そのようなことが是正されていくためには、やはり患者の人権を守っていくという理念法の制定が切実に望まれる。

日医草案では、「医療提供者」という文言になっているが、身体的・精神的というだけではなく、社会的要素に関しても、医療の現場では見逃せないところがあると思う。医療従事者、専門職だけではなく、社会福祉に携わる者も、実は医療現場に入り込んでチームを作り、現実動いているということがあるので、ここは「医療提供者」よりは「医療従事者等」としたほうが、もう少し幅が広がるのではないかなという印象を受けた。

第4条（国の責務）、第5条（地方公共団体の責務）、第6条（医療提供者の責務）では、医療に関する部分で、医師は責務を果たすということが謳われているが、患者の権利擁護をしていくということも、この責務のなかに謳わなければならないのでは

ないか。

患者の権利と義務を謳った部分では、「必要に応じて」「原則として」という表現があるが、これらをあえてここに入れる必要があるのだろうか。医療側のエクスキューズの要素を感じてしまう。誰が必要か不必要かを判断するのだろうか。また、「原則ではない場合」もあるのかという疑問も生じてくる。

患者の権利においても、理念には原則が書き込まれているという前提で、断定的に表現すべきであるし、「必要に応じて」とか「原則として」という文言は必要ないと感じている。

精神科は隔離された医療現場であるため、医師や看護師、なかで働くコメディカルは、すべて患者様のためというところで動いているという現状は確かにあるのだが、その一方で、ともするとパワーバランス的にどちらに力があるのかといえば、患者様は弱い立場だと言えるので、何かのときには理念に立ち返って、現場がどうすべきかということを読み込めるような文言の作り方をしたほうがよい。

○漆畑（公益社団法人 日本医療社会福祉協会）

「医療基本法における福祉職の土壌について」お話ししたい。ソーシャルワーカーは福祉職（社会福祉士、精神保健福祉士）である。医療の中では異質であるが、最近では、診療報酬の点数項目に50種類以上が組み込まれている。ただし、現場の認識ではその業務のうち退院支援業務の「外形」だけが共有され、「本来の業務」（福祉職の本質）がまったく見えない状態となっているように思われる。

たとえば、退院に際して、「患者の言うことを聞いていたらきりがないので、早く退院させて」とか、「患者さんにお金がないということは病院側の責任ではない。借金させてでも早く退院させるべきだ」などという発言が、ほかの職種から聞こえたりする。しかし、医療は「治し生活を支えるもの」と言われて久しい（平成20年厚生労働省）。これは、現在の医師会のご理解も含めて、新しい医療提供体制の構築や、地域包括ケアシステムの中で承継されている。しかし、このような考え方と前記発言は乖離してい

る。ただし、多職種チームの中で1人だけ違うことを言っても、受け入れられないことがある。

他方で同時に、限られた医療資源のなかで適切に早く退院支援することで、効率的な医療提供体制を構築するということは必要である。ただし、何を基準にして効率性を判断するかということが重要である。その基準となるべきものは、医療とソーシャルワーカー業務との双方の本質であるが、現状ではこの本質的部分が医療制度に位置づけられておらず、あいまいになっている。（なお、共同骨子では4番目、つくる会の要綱案では10ページ・11ページ、に書かれている。）そこで、医療基本法が必要である。

さて、日医案では、「介護」は医療基本法の対象には含めないとしているが、「福祉」については言及されていない。しかし、必ずしも医療基本法の対象から排除されていないと理解している。以前に、医師会の先生から「社会福祉に関する法律は、医療基本法の射程範囲から外れる」というようなお考えを伺ったことがある。しかし、ソーシャルワーカーは前述のとおり健康保険法体系に位置づけられている。これは医療基本法の射程範囲だからである。

医療における福祉職の必要性については「医療の本質」に関わる。

第一に、日本国憲法のもとにあつては、医療制度は国民の基本的な人権（幸福追求権など）を実現するためのものである。より具体化すると、医療は国民がそれぞれの価値観で納得し満足する有意義な人生を送るためのものであり、また、生存そのものにも関わる重大な支援である、ということである。

第二に、国際的な要請としてWHO憲章（「憲法」）がある。ここに定義する「健康」は、国連憲章に従って万人の有する基本的権利であり、ここでは「条約」の法形式を持って各国政府に自国民の「健康」実現を要請している。その「健康」は「身体的」・「精神的」のみならず「社会的」にも良好な状態（social well-being）となって初めて完全なものとなる、とされる。WHOは、統計分類ツールとしてICDとICFを開発して、相互補完的に位置付け、この「健康」普及を図ろうとしている。ICDは疾病分類であるが、

ICFでは生活の良好性をみる「状況」が類型化される。ところで、IFSWやIASSWの国際機関は、ソーシャルワーカーがめざすものはソーシャルウェルビーイングであるとしている。これは、生活安定と自己実現を含む（IFSWホームページ）。そこで、医療領域のソーシャルワーカーは、患者さんの生活を安定させて、自分自身の価値観で納得して満足のいく有意義な人生を送っていただくように支援する。

上記のように「医学が人権と一体化する」ことにより、現行憲法の価値観と国際的要請に合致するものとなる。現行の医療制度体系は医療の「本質」が見えにくい。そこで、医療基本法では医療が国民の生活と人生を有意義にするものであるという「本質」を明確化して、時代に合致するものとしていくことが望まれる。

このようにすることで、ようやく医療領域でも多職種チームにあって福祉職も根付くことのできる土壌が耕されることになる。

○【小沢】（患者なっとくの会 INCA）

私の資料の冒頭で掲げている「ご破算で願いましは〜」の意味は、求められているテーマについて、本来あるべき姿をどうするかを考えるとときには、どの立場の人も既にある固定観念とか先入観を外して、白紙の状態から考えるということが大前提だということ意味だ。つまりこれまでは、医療者は施す側で、患者は施され、施しを受ける側という立場で、両者の関係は上下関係で患者は譲歩する立場になりがちだった。そういう潜在意識に残り続ける双方の立場上の固定観念をゼロにし、議論の前提自体を正常な位置にする必要がある。でないと本来の目的からずれていき、本質的な提案にならない。

医師と患者の関係は、これまでは「患者が主体」といわれながら、結局は羊飼いと羊に例えると「我々に従っていけばいい、ついてきなさい、悪いようにはしないから」というような関係であったが、本来は、お互いに尊重し合い、信頼関係でつながっているというのがあるべき姿ではないのか。

であるならば、患者が国や医療者に対し真の信頼

関係を築けるための医療基本法、その必須条件は、医療の主体である患者に政策決定過程に参加する基本的な権利があるということ、また患者の苦情が聞き届けられ、苦情解決に向けて誠実に対応される権利が担保されることである。これら無くして信頼は築けない。この大前提や必須条件の上に具体的事項が構築されるべきだ。進展状況を見るとそれが見えない。

また同時に、医療基本法は、これまでの既存のものに上塗りして補修するものであってはならない。これまでの医療の歴史を俯瞰してみて、医療による恩恵の陰に隠れてしまいそうな様々な負の歴史を教訓として十分に活かされているかをしっかり検証しなければならない。

○【隈本】（医療事故防止・患者安全学会）

信頼関係をよりはっきりさせる形で、医療基本法に、患者の権利や安全な医療を提供するという事について明記した文章を盛り込むということが、まさにインフォームドコンセントが、法律として明文化されるということになり、現に必要なことだと思う。

リスボン宣言で列挙されている権利は、権利を享受する患者団体によって行われたのではなく、医師が、患者にはこのような権利があるのだということをはっきり宣言したものである、ということが重要で、さらに、その前文には、もし国の制度や法律がこの権利を侵害するようなことがあれば、医師はこれと戦え、というようなことが書かれている。この理念こそが重要で、今、仮に日本の法律や制度のなかで、患者さんの「良質な医療を受ける権利」とか、「自己決定の権利」など、つまり医療保険制度、お金の問題で足りないとか、時間がないとか、そういうことで患者の権利が侵害されるようであれば、医師は団結してそれと戦えとリスボン宣言は述べている。

医療基本法は、この理念を実現するものであるということ、ぜひ日本医師会員の皆さんにも説得していただきたい。

日医報告書には、「患者の権利を法律で決めて大丈夫なのか」とか、「患者の権利を法制化することには慎重であるべき」といった意見が散見されるが、この秋に就任される横倉会長を含めて、都合3回、会長を務める世界医師会が決定したことであり、しかもその内容は、医師が患者に対して、患者にはこのような権利があるということを認め、それを実現できないようであれば医師は国や制度と戦うのだと宣言をしているということについても、日本の医師には知ってほしい。

○【木下】（医療問題弁護団）

医療基本法には、「患者の安全」を医療者が押さえないといけない理念として定めていただきたい。そして、医療界で患者の安全を守り、医療事故を起こさないようにすることが文化として根づいていくことを願っている。

従前の日本医師会の報告や発言から、日本医師会が、医療者が事故の再発防止にしっかり取り組まなければならないという考えを持たれていることはよく理解しており、また、産科医療補償制度原因分析委員会、モデル事業、あるいは院内事故調査にしっかり取り組んできた医療者、学会、医会の間では、患者安全、医療事故防止の理念が根づきつつあると実感している。

しかし、その一方で、脆弱な体制の下での無痛分娩事故や違法な臍帯血移植の問題など、患者の安全が軽視ないしは無視されている実態があることも事実である。また、一昨年10月に施行した医療事故調査制度では、その報告数は当初の試算を大きく下回るものとなっている。

このような状況からすると、やはり患者の安全を確保することを重要な理念として根づかせること、そのためには、「安全な医療を受ける権利」を「患者の権利」として定め、患者の安全を確保することを医療にかかわる人たちの責務として定めることが必要だと考えている。

その点について、日医案では、第1条に「すべての国民が安心・安全な医療を等しく受ける権利を享

受し」と定め、各関係者の責務として医療の安全を確保することなども謳っているが、第4章の「患者の権利と義務」のなかでは、「安全な医療を受ける権利」について定めていない。

一方で、日医案第21条「診療に協力する義務」では、患者の責務として、良質、安全かつ適切な医療を提供できるように協力しなければならないと定められている。つまり、良質、安全かつ適切な医療は、患者側が協力する責務を全うすることによって、パートナーで得られる利益という形で定められている点が残念なので、そうではなく、やはり患者の権利として、「良質、安全かつ適切な医療を受ける権利」を定め、その重要性を医療者に理解してもらえるようにしてほしい。

また、日医案第7条では「医療提供施設の責務」として、医療の安全を確保するための指針を定めることが挙げられているが、指針を定めることは医療安全を確保するための措置の1つでしかないので、日医案第7条では、こうしなければならないという点として、「良質かつ適切な医療を提供するための措置」を「良質、安全かつ適切な医療を」としてほしい。

日医案に入れるか入れないかについては、全体のバランスからしてやや迷うところではあるが、第4条の「国の責務」、6条の「医療提供者の責務」のなかにも、医療安全の確保を入れていただきたい。

○各団体からのご意見を受けて

【今村 定臣 常任理事】

皆様のご意見を拝聴して、一番印象に残ったのは、「ともかくも医療基本法の成立を！」という発言だった。いろいろな意見はあるとしても、立場の違いを少し乗り越えたところで、協力し合って、何としても医療基本法を作り上げたいという思いを強くした。

それから、特に政策決定への国民・患者の関与という点が、非常に大事だと思う。この点については、日医報告書（平成28年6月）の6ページの「（9）

医療政策決定過程への参加」でもその必要性、重要性について記述しているが、さらにブラッシュアップして、これを練り上げていくのがよいのかなと考えている。強化・改善していく仕組みを形成するために、協議会を設置し、そのなかでいろいろな計画を策定していく、このプロセスのなかに患者・国民と一緒に参加していくというやり方が必要なのだろうと思った。

「患者本位の医療」については、本日の参加者のほとんどの方が言及されていたが、要するに、「基本的人権」をこの基本法のなかに具現化するのだという点を日医案において、さらに明確にすべきとのご意見だったと理解している。我々も十分に議論してきたつもりだが、読み方によってはそのような捉え方にもなるのかなと感じた。

ひとつご意見をいただきたいのだが、「医療基本法 共同骨子」の「3 財源の確保と国民皆保険制度の堅持」について、H-PACの田中さんから、「皆保険制度を健全に維持していくための仕組みについて、社会保障費の増大を抑制するような仕組みをこの基本法のなかで考えたらどうか」とのご意見があったが、その他の方々も同様のご意見なのだろうか。財源の確保と財源の抑制、社会保障費を抑制する仕組みというものについて、医療基本法のなかに記すということは、両立する考え方なのかどうかについても考えさせられた。

医師数や病床数の偏在に対して、規制をさらに加えていくような仕組みについても、この基本法で考えてはどうかというご意見について、その他の団体の方も同様のご意見なのか、若干気になった。

医療提供体制については、WHOでも社会的なファクターと言っているのだから、この点についても基本法のなかに記してはどうかというご意見については、本会で検討したい。

医療の質と安全の確保については、幸福追求権の観点をこのなかを書いてはどうかというご意見、あるいは逐条的にいろいろな条文への注文をいただいたので、参考にさせていただきたい。

日医としては、「医療基本法は、あくまでも理念

法である」と考える立場から、細部にわたっていろいろなことを書き込むことの妥当性についても、同時に検証しなければならないのではないかと考えている。

それから、「なっとくの会」の方が、前提について発言されたが、日医の考えとしても、「政策決定について患者・国民の参加を」ということについては、同様の見解を持っている。

「事故防止と安全学会」の方からは、世界医師会のリスボン宣言をご紹介いただき、そのなかで、患者の権利が侵害される際には、医師と患者が政府なり自治体なりに対し、共に対峙すべきであることのご意見をいただいた。むしろそういうところに基本的な理念があるのだという点は、常日頃コーディネーターの鈴木弁護士も言われているところで、私も少なくとも個人的には大変共感するところである。

それから、「医療問題弁護団」の方からは、患者の責務の条文などについて、若干納得のいかない点があることのご指摘を受けたが、この点については日医案を纏めた会内委員会においても、いろいろな意見があり、「医療問題弁護団」の先生と同様のご意見の委員もおられた。そのようなご意見を調整したり、あるいは落としどころを探った結果、とりあえずこのような私どもの提言になった経緯があるということをご理解いただきたい。

○フリートーカー

【鈴木利廣弁護士による議事進行】

【鈴木】共同骨子の3項目の「財源の確保と国民皆保険制度の堅持」ということに関連して、つまり社会保障費が増えているということは、一方で患者の権利を増進・擁護していることにもつながるけれども、一方で財政の抑制をしなければいけないという問題提起がある。これはなかなか悩ましいところでもあるが、ニュアンスの違いも含めて意見交換をしておきたい。

安ければ安いほどよいけれども、権利の擁護は重

装備であれば重装備であるほどよい。これは医療の質とアクセスと財政というのは、3つを全て実現することはできないので、これまで、この3つのうちの2つの優先順位だという意見もあり、あるいは他方でこの3つをうまくバランスをとりながら、最終的にはそのバランスについて国民の了解を得ていくという考え方もあって、どちらも抽象的な議論ではあるが、その辺りに関してご意見を少し出していただいてはどうか。

【H-PAC・田中】患者としては必要な医療は受けたいし、それを受ける権利は当然ある。しかし、どの人も好きな治療を好きなだけ自由にたくさん受けたい、いくらでも限りなく無制限に受けたいと思っているわけではないだろう。必要かつ十分な、最小限というか、適切な医療を受けたいのであって、自由にいくらでも受けたいとは誰も思っていない。しかし、これまでの医療にはそういうところがあった。例えば、薬剤を処方するとき、20種類も30種類も投薬するということが行われてきた。しかし、これからはそういうことは続けられないだろう。

財政については、「患者の権利法をつくる会」でも法的にコントロールするということが非常に重要であり、それは政府の責務であるというようなことが書かれているし、また、それは患者・医療者双方にとって、この制度を維持するために守らなければいけない基本的な部分だと思う。もちろん、理念法のなかで、「どういう仕組みを作らなければいけない」というような具体的なことは書く必要はないと思うが、少なくとも医療保険財政を適切にコントロールしなければいけないということは、基本法のなかに掲げる必要があるのではないかな。

【線維筋痛症友の会・橋本】私は逆だと思う。予算はこれだけだからとか、医療費が増えてきたからそれを削減しようというのは逆で、適切なよい医療を行えば、結果的に予算が減ってくると思う。患者は好き好んで30種類もの薬を飲んでいてのではない。医療費は大変だし、減らしたい。しかし、飲まなければいけない期間というのは当然あるのである。

皆保険制度は維持しなければならないと思う。今は高齢者の人口が増えているので、一時的に社会保障費は増えている。それは当たり前のことである。例えば、線維筋痛症に関して言えば、線維筋痛症の患者に、まず、とにかくちゃんとした医療を施した場合と、あまり介入せずに受けたいような、従来どおりの適当な診療をしていた場合の医療効果について、かかった医療費の改善具合を調査したイギリスの研究がある。しっかりとした医療をすると、結果的に医療費は減っている。従って、ポリファーマシーの問題と一緒にされることも、患者としてはよろしくない問題である。

【鈴木】要は無駄を省くということで、きちんとしたことをやれば、無駄が省けていくのではないかなということだろう。

【線維筋痛症友の会・橋本】一時的に医療費がかかったとしても、長い年月で見れば、しっかり医療を受けていけば治る可能性、改善する確率は高いのである。その間医療費をケチらずに、ちゃんとした治療を施したほうが、結果的にあとで社会復帰できることになる。どのような医療でもそうだと思うが、目先のことではないと思う。

【埴岡】団体の意見ではなく、個人の意見として述べたい。

議論の材料提供として、参画論の話と、医療の質管理の件と、財源確保の3点の観点から一言ずつお話ししたい。

参画論からいくと、たとえば協会けんぽという3,500万人の加入者がある保険で加入者アンケートをすると、約85%の人が、医療の質を維持するためならば負担を上げてよいとの回答がある。そして多くの国民アンケートでも、7割か8割が同様の結果となる。それは一般アンケートなので、いざ財布から出すとなったら、皆さん逡巡するかもしれないが、8割ぐらいが、大事な医療を維持するなら負担を上げて出してもよいと言う。

しかし、協会けんぽの加入者アンケートではそのような結果が出ていても、協会けんぽが政府へ出す要望書では、医療費を削減しろという。

そういう個々の患者・加入者と、ガバナンスの代表者が言う意見がずれているという問題がある。医療基本法の下で、これらの声を基に財源も決めていきましょうとなれば、それは自ずと一致してくる。もし本当に8割の人がより多く負担してよいと考えているのなら出すだろうし、いざ出すとなったら、8割という数字が6割に減るかもしれない。このようなバランス論が1つある。

さらに、医療管理学というところから見れば、やはり個々の医療者、医療機関、医療圏等地域によって医療費が5割ぐらい違うとか、医療の質が5割ぐらい違うといったことが起こっているわけで、良いほうに収れん化することで、医療の質が3割上がり、コストが3割下がるということが起こりえる。誰も個々に痛まない、良くなるやり方があるので、それを推進していかなければならない。

それから、おおよそ、40兆円の医療費が将来60兆円ぐらいになると言われている。それは20兆円増えるという話である。20兆円をみんなで一生懸命節約して5兆円減らしたとしても、15兆円増やさなければならぬという話である。5兆円の削減も一生懸命やらなければいけなくて、削減については、ミスユース、オーバーユースを改善することで減らすことになるのだろう。財源を15兆円増やすということに関しても必死でやらないと、もたなくなる。削減と財源の増大、両方大事だけれども、それらの議論の量がずいぶん逆なような気がする。

ただ、増やすということについては、自分たちが負担していかなければならないのだが、それに関する負担論の議論を活発化させるというのが、医療基本法の大きな機軸である。そのことは私の冒頭の話とつながるのだが、バランス論である。もっと負担してよいのであれば、自分たちが負担していく。その折り合い点を見つけていくということがビルトインされているというのが、医療基本法の大事な点ではないか。

【INCA・小沢】たとえば財源のことで言うと、厳しくなるというのは現実であり、仕方のないことだと思うのだが、その対策を考えると、抑制ありき、管理ありきというのでは、やはり現実には現実なのだが、本来的ではない。

問題なのは、医療と言っても漠然としている点である。つまり過剰医療や不要な医療、オーバーユース、たとえば医療の質や必要性についても把握されていない。医療で分かりやすい数字は、いくらかかったか、いくら出ていったかということだけである。

逆に、治療を受けたとき、その後どうなったかという成果、結果について調査されていないために、果たしてその治療が必要だったのか、あるいは不要だったのかという実態把握もできていないということになる。

もう1つは、患者自身がそういう医療の実態に対して参加できていないということである。政策過程に参加する・しないという以前に、現実の日常の医療のなかでも、医療費や薬剤費がどういう仕組みで、いくらそこに出ているのかということがさらに分かると、「これだけ薬剤費がかかっているのなら、家にある、袋に入ったままの薬は要らない」という判断ができるようになる。

従って、患者自身がそういう数字に関する仕組み、あるいはそういう実態を知る機会、学習する機会を得て、医療を受けることになれば、例えば難病の方への絶対に必要な医療のような、本当の意味での必要な医療は残るだろうし、要らない医療は減ることになる。数字だけが先行して、抑制すべきだ、どうすべきだというより、まず実態把握、それと患者自身に情報を提供して、一緒に考えるという機会を持つことによって、かなり改善されると思う。

【鈴木】実態把握の1つとして、ステークホルダーであるところの医療保険事業者に対して、医療保険に上がってきたものをきちんと分析をしたうえで、医療を評価していくということが必要ではないかということ、医療基本法の考え方のなかでも表して

いて、つまり医療保険者を枠のなかに入れて、単に医療費が安ければよいという、今のような点数評価の仕方ではないところでやらなければいけない。政府も医療保険事業者にもっときちんとした分析をして医療費を安くしろと、これはアベノミクスの支出を安くしろというところで、われわれとは焦点が違うと思うが、そのためにも医療基本法が必要だということがある。医療基本法ができなければ、その実態が把握できないということもあり、なかなかそれでは先に進まないということもある。

専門職能団体としての日本医師会は、医療の評価のようなどころに関しては、医療費の問題とももちろん絡んでくるが、どのようにお考えか。

【日本医師会・今村常任理事】医療費がその多くを公費に依存しているということから、診療報酬をどのように設定するかというのは、日本医師会として極めて重大な関心事である。必要な医療を提供し、国民に、気持ちのうえでも身体的にも社会的にも、安心・安全な状況を整えるというのは非常に大事なことだと思っている。

一方、医療基本法のなかで財源論というのを組み込むということについては、あまりにも複雑すぎて、あまりにも関係者が多すぎるということで、基本法のなかには、財源の確保、それによる国民医療の維持ということを書き込むしかできないのではないかと考えている。財源は日本医師会のなかでの重大関心事ではあるが、基本法のなかでこのことについて言及すると複雑すぎて、基本法の成立を遅らせてしまうことになるという危惧がある。

基本法は理念法であり、議員立法でもあるので、予算などについては、踏み込まないというのが、基本的なスタンスだろうと理解している。（財源に関する）これ以上の精緻な議論は別途、と考えている。

【鈴木】医療基本法で作った枠組みをきちんと実現していけば、医療のアクセスと質と財政のバランスがとれるような、そういう戦略を考えていくということも一方でありながら、医療基本法を少し抽象化

して作るということが大事になる。

この点に関しては、たとえばヨーロッパなどでは家庭医という仕組みがあり、日本医師会もかかりつけ医を推進されていて、治療から予防へということとで財政のバランスをとろうとしている世界の流れがある。日本は薬を中心にした医療になっている。たとえばお金のないキューバが薬を使えなくて、健康が増進したという傾向もあり、それから向精神薬を使っていない国ほど、精神病患者の生命予後がよいということもあるので、まずは医薬品制度ありきで、医療制度ありきで、健康政策があったと。この順番が逆なのではないかという問題提起である。

健康政策をどう作っていくか、そのなかで医療制度をどう位置づけて、医療制度のなかで薬をどう位置づけるのかというような、そういう発想をまずやっていくためには、やはりこの医療基本法のなかで書いてあるステークホルダー、それから医療制度の目的理念、そういうところが大事なのではないかと思う。本日の意見交換会は、ステークホルダーのなかでも、国や自治体、いわゆる狭い意味での医療専門職、医療保険事業者、製薬企業等の医療従事者の出席はなく、主に患者・国民というステークホルダーに非常に近いところの方々として、患者団体、あるいは専門職でも福祉職とか弁護士、あるいは研究者団体、市民団体のご意見を、いちばん医療の中心部分にいる日本医師会と交換させていただくという貴重な会であり、今後もこのような会は非常に重要だと思う。

【ハンセン病協議会・藤崎】今村常任理事にお尋ねしたい。

26年3月の日医の「具体的提言」には、平成24年から25年にかけて、医師会主催の医療基本法制定に関するシンポジウムが全国で開催されたことが紹介され、そこで示された意見として、「医療事故に対応する記述など、医療本来がもつ不確実性などについて言及すべきである」というものもあれば、「いや、その必要はない」というような意見もあったと紹介されている。最終的には、医療の不確実性につ

いては、「前文にそれを記したほうがよいのではないか」という意見を採用して、28年6月の報告書では纏められているようだが、医師会としては、このことにつき、どのような扱いをしようと考えているのか。

【今村常任理事】 医療の不確実性ということについては、医療提供者側の意見として非常に大きなものがあった。同じ疾病の患者さんに、同じような治療をしても、その得られる効果というのは必ずしも同じではないのだということ、患者さん、国民にきちんと知ってもらいたいということも大事だろう。そのことは、皆納得はされるのだが、ただ一方で、この医療の不確実性というものをあまりに医療提供者側から主張しすぎると、要するにエクスキューズになってしまうおそれがある。

もともとこの医療基本法というのは、あるべき姿を高らかに謳うというのも1つの大きな考え方ということであれば、自らのエクスキューズを条文のなかに書き込むという考え方もあったのだが、あまりに不確実性のことを強く主張される方もいるので、それでは、ということで、それに似たような文言を使って、前文のところとふわっと書き込む形で、医療者側の考え方を一応示そうということでこのような形になったのである。

【藤崎】 私が医療の不確実性についてお尋ねしたのは、療養所のなかの医療は全く閉ざされたところでの医療だったので、我々素人が見ても、「あれはおかしい」というようなことは日常的にあった。医の倫理とか何とか言っても、やはり結果的には、患者が命を失ってしまうということもあった。そうなる、やはりお医者さんの不確実性の問題というのは、ある意味では非常に大事なことだと思っていた。

ただ、それを条文に書くかどうかということについては、簡単にはいかないと思うので、どこかにそういう思いが散りばめられていないと、駄目なのではないのかと感じた。

【今村常任理事】 ハンセン病協議会の方から、そのような日医の考えをサポートしていただけるような意見が出てくるというのは、非常に心強い。我々としても、まずは日本医師会の考えを纏め上げるというのがあって、それがなければ、どうしても次の一歩が進まないというところがあったので、やはり一応日医の見解としてまとめるときには、要するに多くの人たちが納得できるものとして、こうせざるをえなかったということがある。それで表現の仕方がこのようなことになったということである。

【鈴木】 医療の不確実性については、これまで6回ほど日本医師会主催で開催されたシンポジウムのうち、3、4回参加したのだが、「不確実性」の議論は、「医療は不確実なものだから、結果が悪いということだけで、医師の責任を追及するのはおかしいのではないか」という視点から最初の意見が出たというようにイメージしている。

私は、医療が不確実であるということは、医療者だけが知っていることではなく、国民もみんな知っていることなのだから、だからこそ、その不確実な状況であることの情報をきちんと患者と医療者が共有することが重要である。その出発点がインフォームドコンセントであり、カルテ（の開示）なのだということで、不確実性をただ否定するのではなく、そういう形で医療の不確実なものをうまく医師・患者がコントロールしていくという、そういう方向で不確実性を使うべきなのではないかということをお話しし、少なくとも日本医師会の執行部の方々はそのような意識を持っておられるのだが、各地のシンポジウムなどでは、「医師の権利はこの法律でどこまで守られるのか」というような意見も出てきたようで、そのような温度差はあるようだが、日本医師会は少なくとも今はそのような考えは持っていないのではないかと考えている。

【線維筋痛症友の会・橋本】 日医案4ページの「人は必ず老いて死に至る」ということが書かれているが、どういう意図でこの一文が盛り込まれたのだら

うか。

【鈴木】この点に関しては、少なくとも終末期基本法的な尊厳死法案の提案が、古くから尊厳死協会のなかから出てきている。現場では、終末期医療を徹底的に命を延ばすという方向でやってきたのだが、それは患者のQOLを尊重しながら、ある程度差し控えていくのかということについて、差し控えれば警察が入ってくるという現状があり、そこをきちんと立法化してほしいという動きはこの10年ぐらいずっとあるのである。したがって、現場の医師のなかから、このような意見も出てくるというのは、至極当然だと思う。そこと医療基本法をリンクさせるというような方針は、日本医師会はとらなかったということだろう。

【医療事故防止・患者安全学会／隈本】医療の不確実性についての記述を入れろという意見が医師側から出ているのは、「患者というのは、医療がうまくいったときにはニコニコして退院していくのに、結果が悪かったら急に訴える」という誤解が、多くの医師にあるからだと思う。患者は決して、結果が悪かったから訴えているわけではない。事前にリスクについて十分説明せず、やってあげたい方向に患者を誘導したような場合に、その結果が悪かったら患者は怒るのである。医療が100%ではないことは、患者も知っている。患者に対して、事前にそのリスクを十分説明されていて、最善が尽くされたとしても別感を感じていれば、たとえ結果が悪かったとしても別に怒りもしない。そして真実がよく説明されれば訴訟も必要ない。そのことを、もう一度、日本医師会の全会員に伝えていただきたい。

【鈴木】この点の論点は、インフォームドコンセントも中核にありますけれども、実は「患者の権利法をつくる会」の小林さんのほうから、患者・国民の責務の一人歩きについて、一方で懸念を示されていて、他方、日本医師会の中でも「患者の責務」をもっと明確にすべきであるとの意見も出されているの

である。

医療の本質は、医療者と患者の共同作業なのだと思うが、これを民医連などは「共同の営為」と言っているが、専門職である医療者の責任や責務を重くするという考え方だけではなく、患者も努力するという、そういう患者の学習努力をどのようにうまく応援しながら、制度として促進していくのかという意見を、市民団体とか患者団体など、本日の参加者、つまり医療に非常に近い専門家集団ではない人たちが、積極的に出していくことが逆に必要なのではないか。

このことについて医療専門職団体が強調すると、対立をあおっていくということにもなりかねないので、その意味で、今の不確実性を前提にしながら、インフォームドコンセントで情報を共有しながら、専門職だけに責任をかぶせるのではなくて、患者・国民がどのような努力をしていくかということについて、少し患者団体や市民団体の方々からご意見をいただきたい。

【患者の声協議会・埴岡】この点に関しては、加盟団体20団体あるところの感覚からすると、患者の目で見た場合には、やはり第1に医療職のプロフェッショナルはプロフェッショナリズムを発揮し、第2に行政は管理行政をしっかり行い、それがある前提で、患者・国民も相応の責務を果たしていく、そういった共同作業である、という進め方がニュートラルであろう。たぶんこの基本法案条文前文が英語に訳された場合、かなり国際的には、世界医師会も含めていろいろなところから違和感を持たれるのではないかと思う。

今の文のように、医療が不確実であるということが縮めの言葉になっているのではなく、そういう側面もあるなかで、医療者がプロとして、行政が制度設計者の義務を負い、患者が協力者として、共同作業として取り組んでいる、医療とはそういうものであるという骨組みにしないと、やはり21世紀の基本法としては、ちょっと最終的な仕上がり感に違和感を覚えてしまうのではないか。

【患者の権利法をつくる会・久保井】 5月に解散したNPO法人「患者の権利オンブズマン」では、18年間苦情相談を受けていた。そのなかで、我々は患者の自立支援活動ということで、患者が自らの権利を正しく理解し、有効に行使することを促進してきた。

その自立支援活動のなかで分かったことは、患者・家族が自分の権利を全く認識しておらず、ただ医療機関に対して不信感を持っているという状況から、きちんと自身の権利を理解し、医療者に働きかけていくなかで、医療者と患者の関係も大変よくなっていくし、患者自身が自らの権利を行使しようと思ったら、やはり自分でもきちんと勉強しなければならないということなのである。それは患者の理解にもつながるし、まさにここに書かれている患者の責務といわれるようなものが実現される過程、それは患者の権利が十分に有効に行使できるという状況を作っていくことだと思う。

そういう観点から患者の学習という、自らの権利についても学び、そして医療の不確実性、つまり医療には限界があるという、医療そのものの危険性についての学び、そういったことを促進していくという意味で、1人ひとりの患者が自らの権利をきちんと知るといえることが大切だと思う。

【鈴木】横倉会長の最初のご発言にもあったが、「国民的な議論を巻き起こし、そして国民の理解を得ながら作っていくことが大事だ」とおっしゃったことを、私なりの理解をすれば、日本医師会のこういう考え方というのは、1つにはやはり国民に対する問題提起として位置づけして、しかもそれをチャンシャンで法律を作るというわけではなく、国民的議論を巻き起こすその1つのきっかけなのだというように理解したい。

今日の議論は一応これで終わりにするが、今後11月12日に、また今年新たなシンポジウムを開催したいので、ぜひ日本医師会にはご参加いただきたい。そしてその同時期に、臨時国会なり通常国会できち

んとした議論をするために、院内集会をやりたいと思っており、日本医師会が中心になって、いま国会議員と協力しながら作られている法案も、国民に対する問題提起としてふさわしいものにしてほしい。

【閉会挨拶 今村常任理事】

今日は短時間ではあったが、非常に充実した、有意義な議論ができたと思う。

先ほど鈴木弁護士のご発言にもあったが、全ての立場の方にご出席いただくことはできなかったが、しかし一方では、医療提供者の中心となる医師と、そしてそれを受ける側の患者さん、この主要な二者がここで非常にきちんとした議論ができたのではないかと考えている。何より、私は、この法律をこの議論だけに終わらせるのではなく、できれば早期の成立を目指していきたいと思っているので、それに向かって皆様方と一緒に努力してまいりたい。

この意見交換会を企画していただいた鈴木弁護士に非常に感謝を申し上げますと共に、この議論を有意義に生かすように、日本医師会としても努力してまいりたい。

—了—