

患者の権利を考える

2012.6.17

第 15 回「今後の難病対策」関西勉強会 in 大阪

久保井撰

1 患者の権利の歴史的展開

(1) インフォームド・コンセントの展開

ニュルンベルク綱領(1947)

被験者の自発的同意が絶対に必要不可欠である。

被験者には…実験を中止する自由がなければならない。

世界医師会ヘルシンキ宣言(1964)

被験者となる人は、その研究の目的、方法、予想される利益と、研究がもたらすかもしれない危険性、および不快さについて十分知らされなければならない…研究に参加しない自由をもち、参加していてもいつでもその同意を撤回する自由があることを知らされなければならない。

アメリカでの裁判例の蓄積（1950年代～）

1960年代以降の公民権運動、消費者運動

全米病院協会「患者の権利章典」**リスボン宣言(1981)**

患者は十分な説明を受けた後に、治療を受け入れるか、または拒否する権利を有する。

(2) 基本的人権としての患者の権利

世界人権宣言 25 条 1 項(1948)

すべて人は、衣食住、医療及び必要な社会施設等により、自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を受ける権利並びに失業、疾病、心身障害、配偶者の死亡、老齢その他不可抗力による生活不能の場合は、保障を受ける権利を有する。

国際人権規約（A 規約） 12 条 1 項(1966)

この規約の締結国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める。

日本国憲法

13 条 すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対

する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

25 条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

2 我が国における患者の権利論（運動）の展開

(1) 1980 年代以前

和田心臓移植事件(1968)→1971 年日弁連人権決議「医療にともなう人権侵犯の絶滅に関する件」

患者運動・薬害スモン・医療過誤訴訟の動き

(2) 1980 年代

富士見産婦人科事件(1980) 「埋もれた人権侵害」としての医療事故
患者の権利宣言運動（1984）

日本生協医療部会患者の権利章典（1991）

日本医師会生命倫理懇談会「説明と同意」（1990）

(3) 1990 年代

脳死臓器移植法案をめぐる論争の中から患者の権利法の必要性を指摘する動きが生じる

患者の権利法をつくる会設立(1991)

医療過誤原告の会結成（1991）

全国薬害被害者団体連絡協議会設立（1999）

患者の権利オンブズマン設立（1999）

薬害エイズ訴訟和解確認書による薬害等再発防止システムに関する研究班報告が患者の権利法の制定を提言（1999）

医療過誤訴訟判決でのインフォームド・コンセント理論確立

厚生省下インフォームド・コンセントの在り方に関する検討回最終報告書
「元気の出るインフォームド・コンセントを目指して」（1995）

1997 年医療法改正

1 条の 4 第 2 項「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける側の理解を得られるよう努めなければならない。」

(4) 2000年以降の動き

医療安全をめぐる動き

1999年 都立広尾病院消毒薬誤注射事件、横浜市立大学患者取違え事件
診療録開示をめぐる動き

日医「診療情報の提供に関する指針」(1999)

厚労省「診療情報の提供に関する指針」(2003)

個人情報保護法完全施行(2005)

患者の権利への逆風～福島県立大野病院事件(2003)以降の「医療崩壊」
キャンペーン

「医療基本法」を求める動きへ

3 なぜ「患者の権利」法制化は必要か

(1) 前述の歴史から

社会的弱者たる「患者」を擁護するツールとしての概念
実験的医療→薬害・医療事故被害→一般医療での必要性
「与えられる医療から参加する医療へ」

(2) 薬害 HIV 問題を通して考える

1981年 初のエイズ患者報道

1982年 アメリカでは男性同性愛者と並び血友病患者がハイリス
クグループと指摘される

1983年 3月 アメリカで加熱製剤販売開始

6月 厚生省エイズ研究班設置

1985年 3月 厚生省患者第一例を発表

6月 アメリカ非加熱製剤製造禁止

7月 厚労省 加熱製剤一括認可

1986年 11月 松本エイズパニック

1987年 1月 神戸エイズパニック

2月 高知パニック 血友病患者への差別はじまる

1989年 1月 エイズ予防法成立

5月 薬害 HIV 大阪訴訟提起

10月 薬害 HIV 東京訴訟提起

1996年 3月 和解による解決

専門医・製薬企業、行政による事実の隠蔽構造

→ハンセン病問題

☆問題の可視化のためには当事者が自己の権利を自覚し、侵害の事実に基づき、効果的に声を上げることが重要で有用

- (3) 患者の権利ツールの有用性-自然な同盟者、パートナーとしての医師と患者
ジョージ・アナス「患者の権利」(明石書店)

・30年前、患者の権利は生まれたばかりで、この用語には異議が唱えられていた。患者が持っているのは権利ではなく医療を受ける必要性であり、権利を主張することは医師・患者関係に余計な軋轢や不和をもたらすものであると力説する医師はまれでなかった。現在ではこうした考え方はほとんど姿を消し、「患者の権利」という言葉は当然のものとされ、必ずしもすべてが患者にとって有利ではないが、さまざまな課題を促進する多様な場面において使用されている。

・人権こそは、医療が利潤志向的・非人格的・非人間的な産業になることを回避できる唯一の効果的な力である。

・ほとんどの場面において、医師と患者は、同じ目標を追求し、多くの場合お互いによってではなく、病院やリスク・マネージャー、ヘルス・プランとその給付規則、政府とその規則のような外部の力によって脅かされている自然な同盟者であるべきだからである。

ジェローム・グループマン「医者現場でどう考えるか」(石風社)

さらに私の試行の向上を助けてくれるかけがえのないパートナーがいる…そのパートナーは、適切かつ焦点の合った質問をするだけで、医療ミス招く認識エラーの連鎖から私を守ってくれる。…そのパートナーとは、私が何を考えているのか、私がどう考えているのかを知ろうとする私の患者であり、患者の家族またはその友人である。

4 医療基本法

基本法とは、国政に重要なウェイトを占める分野について国の制度、政策、対策に関する基本方針・原則・準則・大綱を明示したもの。

憲法と個別法をつなぐものとして、憲法の理念を具体化する役割を果たす。

憲法13条、25条 → 医療基本法 → 個別の医療関連法規

医療のステークホルダー(担い手)の位置づけ、役割

患者、医療従事者、国・地方自治体、企業等

リスボン宣言前文

法律、政府の措置、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合には、医師は、この権利を保障ないし回復させる適切な手段を講じるべきである（患者の権利擁護者としての位置づけ）

処罰型（行政取締法規としての医療関連法規）

→理解促進型（患者の権利擁護についての国民的な合意形成）

-国策に奉仕する医療から国民の命を守る医療へ-（内田博文）

医療基本法構想

患者の権利法をつくる会世話人会案（パンフレット参照）

日本医師会医事法関係検討委員会

「医療基本法」の制定に向けた具体的提言（2012）

医師・患者間の信頼関係が阻害されている状況の背景には、ひとえに医療や医療に関する施策全体を通じた基本的な理念や根本原理がこれまで不在であったことが原因と考えられることから、医療に関する基本理念を「基本法」という形式で明示する必要があると考えた。

医療関係者は、辞める人に対して科学的根拠に基づいた最善の医療を提供する責務があり、医療関係者と患者とは疾病克服のために相互に協力するとともに、相互の信頼関係を構築することが重要である。

医療提供者は、医療の実施に際しては、医療を受ける者の意向と「患者の自己決定権」を尊重するとの立場に立つことを基本とする。

医療基本法 共同骨子

患者の声を医療政策に反映させるあり方協議会
患者の権利法をつくる会
医療政策実践コミュニティー・医療基本法制定チーム
2012年4月15日

2012年4月15日に開催した「医療基本法の制定に向けて。今こそ！」の主催・共催3団体は、医療基本法の早期の制定が必要であるとの考えで一致し、「医療基本法共同骨子」を策定した。超党派の国会議員による議員立法により、広く速やかな意見聴取と合意形成により、迅速な制定を望むものである。

□ 趣旨

患者にとって質の高い医療があまねく提供され、国民の救えるはずの命が救われ、取除かれるべき苦痛が取り除かれ、病気になっても病気と向き合って生きていける社会を、国民が力を合わせて実現することが急務である。

このため、高度の公共性に則った、患者本位かつ相互信頼に基づいた医療を構築することで、憲法25条の生存権と憲法13条の幸福追求権が具現化されるよう、下記の6カ条を骨子とした医療政策のグランドデザインたる「医療基本法」を制定する。

□ 骨子6項目

1 「医療の質と安全の確保」

患者・国民が質の高い安全な医療を、十分な情報提供と納得の下に、あまねく受けられるよう、医療提供等にとって必要な対策を実施する。

2 「医療提供体制の充実」

必要な医療従事者を育成し、診療科や地域による偏在を是正し、医療機関の整備と機能分化・適正配置を進め、十分に連携された切れ目のない医療提供体制を実現する。

3 「財源の確保と国民皆保険制度の堅持」

負担と給付のバランスに関する国民的合意を形成し、医療の質とアクセスのために必要な財源を確保し、国民皆保険制度を維持・発展・強化する。

4 「患者本位の医療」

世界保健機関（WHO）の国際的な理念と日本国憲法の問題に沿って、患者の権利と尊厳を尊重し、患者本位の医療が実現される体制を構築する。

5 「国民参加の政策決定」

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。

6 「関係者の役割と責務」

国、地方公共団体、医療機関、医療従事者、医療関係事業者、医療保険者及び患者・国民等、それぞれの立場が担う役割と責務を明確にする。