

論 説

高知県における「患者の権利」の現在状況

稲 田 朗 子

1. はじめに
2. 「患者の権利」の法的基礎
 - 1) 憲法的基礎
 - 2) 患者の権利に関する諸宣言
 - 3) 現段階
3. 患者の権利の実現へ向けた社会運動
 - 1) 高知県患者同盟の活動史
 - 2) 患者同盟の現段階——成果と課題
4. 患者の権利の実態
 - 1) 病院アンケート集計から
 - 2) 患者の権利に関する諸問題——病院アンケート結果から
 - 3) 実践例
5. おわりに

1. はじめに

本稿は、高知県における「患者の権利」の定着状況を、検証することを目的とする。これまでに、端的に医療の問題性を示す出来事として生じた薬害 HIV 訴訟や多くの医療事故、医療過誤が、医療の「専門性」あるいは「閉鎖性」「密室性」を起因としていることはすでに多くの指摘があるところである。また、ライフスタイルや価値観の多様化は、医師の独善を許さなくなってきたり、**「先端医療」**の発達は、医療が社会的なものであることを否定なく認識させる。もはや医療は、医師の職業倫理のみに拘束され、**パートナー**リスティッ

クに行なわれるものではなくなった。医師法や医療法といった規制法に止まらない、「患者の権利」を実現するために立法の動きも生まれている。

「患者の権利」保障の実現は、医療を受ける側だけでなく、医療を提供する側にも大きな影響を及ぼす。「患者の権利」の定着に伴い、「患者の権利」の実現度が今後の病院評価のひとつの基準となるのは間違いない。「患者の権利」が、形式だけでなく、実体としても真に実現すれば、患者の納得も得られるし、大きな医療事故、医療過誤といったリスクを回避できる可能性も高まる。「患者の権利」が、医療の「専門性」「閉鎖性」「密室性」を打破するものだからである。

そこで本稿では、2において、「患者の権利」の法的基礎を検討する。基本的人権の保障を柱のひとつとする憲法の規定を確認することから出発し、患者の権利に関する諸宣言を歴史にそって確認する。さらに、現段階の「患者の権利」実現しようとする試みをも紹介する。3では、高知県における「患者の権利」実現に向けた社会運動として、「高知県患者同盟」の活動を検討する。「患者」の視点からの社会運動が目指しているものを確認することによって、現在求められる「患者の権利」の具体的内容が何であるか、さらには「患者の権利」を実現するために何が必要であり、何が足りないかを明らかにしようとした。これに対して、最後に4では、高知における「患者の権利」の実態として、病院アンケートの集計と、その結果から抽出される問題点を指摘した上で、ヒアリング調査した病院等の実践例を紹介する。

なお、本稿は、筆者も参加した、四銀キャピタルリサーチ株式会社と高知大学地域共同研究センターとの今年度共同研究『成熟社会における保健医療システムと病院経営』（2001年9月、以下「共同研究報告書」）において、既に発表したところであるが、紙幅の都合があり、ここに加筆、訂正を加えた上、改めて掲載した次第である。

以下では、まず、「患者の権利」の法的基礎から見ていくことにする。

2. 「患者の権利」の法的基礎

1) 憲法的基礎

「人間は、生きる権利を有する存在である。」

この、あたりまえのように見えることを、すべての人が例外なく、享受できる権利にまで高める為に、人類は、多大な犠牲を払ってきた。「患者の権利」の大きな柱をなす「インフォームド・コンセント」の淵源は、1947年の「ニュルンベルク綱領」⁽¹⁾に求められるが、これは、非人道的な「人体実験」等の医療行為を行ったナチス医療への反省から生まれたものである⁽²⁾。

戦後、日本においては日本国憲法が最高法規であり、他のあらゆる法律等は憲法に反することはできないと規定されている（日本国憲法第98条1項）。

憲法は、「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」（第25条1項）「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」（同条2項）と規定し、すべての国民に生存権を保障している。この生存権は、社会権の一角を為すものである。社会権とは、20世紀以降の現代社会において、産業革命以降の近代社会における経済的「弱肉強食」から生じた歪を、国が、社会国家（福祉国家）の理想に基づき、特に社会的・経済的弱者を保護することにより、実質的平等を実現しようと企図し保障されるようになった人権である⁽³⁾。これを受けて、生活保護法、児童福祉法、老人福祉法等の社会福祉立法や、国民健康保険法、国民年金法等の社会保障制度が設けられている。憲法第25条が、医療受給権や医療保険制度の基礎⁽⁴⁾とされる所以である。従って、同条は、「患者の権利」の憲法的基礎として理解されるべきである。

しかし、憲法で権利が規定されているから事足りると解するのは早計であろう。例えば「健康で文化的な最低限度の生活」水準を、どのように解釈するかによっても、保障の中身は量的にも質的にも変わってくるからである。冒頭の「人間は、生きる権利を有する存在である。」という訴えは、朝日茂氏によって提起されたものである⁽⁵⁾。同氏が原告となった朝日訴訟⁽⁶⁾では、病のため、社

会的・経済的弱者であることを強いられている人に対して、国や上級審や研究者の一部⁽⁷⁾が、極めて冷淡であることが明らかになった。

また、ニュルンベルク綱領にその淵源を発し、アメリカ合衆国の患者の権利運動の中で発展したインフォームド・コンセントは、日本において、「患者の権利」の中核を為すものと捉えられてきている。このインフォームド・コンセントは、憲法上の自己決定権に基礎付けられ、憲法第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」との規定が根拠条文とされている⁽⁸⁾。憲法上の自己決定権とは、「個人の人格的生存にかかわる重要な私的事項を公権力の介入・干渉なしに各自が自律的に決定できる自由」⁽⁹⁾であり、人格的自律権とも呼ばれる。従って、患者の自由な「意思」を尊重することは、憲法の要請であり、例え、「ヒポクラテスの誓い」や「医は仁術」といった医師の倫理観・義務感からのパターンリズムであっても、患者の意思を無視し、よって患者の人権を侵害することは、違憲であるとの判断もあり得る。事実、国が、「らい予防法」という法律をもって、ハンセン病患者に対して強制隔離や実質上の強制断種を行ってきた行為について、2001年5月11日熊本地裁は、違憲判決を出した⁽¹⁰⁾。「らい予防法」が、1996年まで存在していたことは、日本において、病を患う人に対する「基本的人権の保障」が如何に未成熟であるかを如実に示すものである⁽¹¹⁾。

インフォームド・コンセントを、体が弱り、気力も萎えがちで、医療情報に通じておらず、必ずしも経済的に恵まれているとは限らない等の意味で「弱者」である患者の側に、責任を転嫁する自己責任原則として捉えるのは誤りであることは言うまでもない⁽¹²⁾。

患者の意思を尊重すること、患者を医療に参加する主体として捉えることは、憲法の要請であるといえる。従って、憲法第25条と同様に、憲法第13条をも「患者の権利」の憲法的基礎として、理解されるべきである。

2) 患者の権利に関する諸宣言

第2次世界大戦中のナチスドイツや、日本の731部隊が引き起こした重大な

人権侵害の例をみても分かる通り、医療は、時に深刻な人権侵害を引き起こす可能性を秘めている。ナチス医学については、それが「狂気」のなかで行われたことではなく、非常に「科学的」「合理的」に、学問として行われた⁽¹³⁾ことを考えると、医療・医学における人権侵害を、特殊な政治体制にのみ帰責できるものではないことが分かる。

インフォームド・コンセントの淵源は、ニュルンベルク医師裁判の判決中にある「ニュルンベルク綱領」に求められる。ナチスの医師たちが行った、医学の進歩のための「人体実験」や、「社会のコスト」とされた障害をもつ人々を「安楽死」させた事実が、ニュルンベルク医師裁判において明らかにされ、「医学的研究においては、その被験者の自発的同意が本質的に絶対に必要」⁽¹⁴⁾とされたのである。これを受け継ぎ、1964年の世界医師会総会のヘルシンキ宣言は「ヒトを対象とした研究においては、被験者となる予定の人にはかならず、その研究の目的、方法、予想される利益と起こるかもしれない危険性や実験がもたらすかもしれない不快感について、十分知らせておかなければならない。被験者となる予定の人には『この研究に協力しなくともそれは自由であり、すでに研究に協力していてもいつでもその同意を自由に撤回できること』を知らせておかなければならない。医師は、被験者が研究の内容を知らされたうえで自由意思で行なう同意……を、被験者からできれば文書によって得ておくべきである」⁽¹⁵⁾と規定している。これらの「根本思想は、医学研究における人体実験の必要性を認めた上で、それが被験者の奴隷的状态や暴力的な権力によって一方的に行なわれないための条件を明確にしたものであり、最も基本的な人権に対する侵害を阻止するという姿勢で貫かれて」⁽¹⁶⁾いる。さらに、米本昌平は、「『ヒトラーの残虐』を、戦後精神の側の言葉に置き直せば、生存権・生活権・プライバシーに対する侵害、良心・思想・信条・宗教などの自由に対する暴力的侵害、人間の尊厳と自由に対する加害ということになり、「1948年の第3回国連総会で満場一致…で採択された世界人権宣言は、その結晶といってよい」と分析している⁽¹⁷⁾。ニュルンベルク綱領や、ヘルシンキ宣言で要求している「被験者の同意」が、形式的なものとして、被験者自身に責任を転嫁させるための道具ではないことの確認が出来よう。

1960年代後半になると、アメリカ合衆国において公民権運動が高まり、やがて世界的な消費者運動へと発展した。この消費者運動のなかに、「医療消費者」としての「患者の権利」⁽¹⁸⁾の確立を求める運動も存在した。「権利は私たちに尊厳と保護を与える。もし私たちが何かに対して権利をもっている場合には、その権利を主張することに当惑やおそれを抱かなくてもすむ。つまりは、投票が平気のできるのと同じである。また、お隣りがわが家をのぞき見したり、わが家の郵便物を調べたりしないだろうと思っていられるのは、なにもお隣りの親切心をあてにしているからではない。患者は、自分をひとりの人間として扱ってくださいとお願いする必要はない。そのように要求すべきなのである」⁽¹⁹⁾とのアナスの説明にもあるように、「(“パターナリズム”と呼ばれているような)患者のためにベストであると自分が信じることだけを実行している医師に別れを告げ、医師と患者がいっしょになって意思決定を行なう方向をめざす運動」⁽²⁰⁾であった。1973年には、全米病院協会が、「患者の権利章典」を採択、全国7,000の病院に配布したのをはじめ、各州において、インフォームド・コンセントの立法化⁽²¹⁾が進んだ。さらに1983年に出された大統領委員会報告書⁽²²⁾によって、インフォームド・コンセントは公に認知されたといわれている。

ヨーロッパにおいても、1979年には、EEC（当時）が「患者憲章」を制定しており、欧米諸国においては、インフォームド・コンセントが日常医療における患者の権利を支える基本的な法理とされた⁽²³⁾。

これらの「患者の権利」実現のための世界的な動きのなかで、日本においては、1984年10月14日、医療過誤訴訟に取り組んでいた弁護士グループを中心とする「患者の権利宣言全国起草委員会」により、「患者の権利宣言案」⁽²⁴⁾が発表された。これは、「インフォームド・コンセントの本質的な内容を構成している患者の知る権利や自己決定権を市民の立場からはじめて公然と主張」⁽²⁵⁾したもので、その前文では、「すべての人は、その人格を尊重され健康に生きる権利を有しています。健康を回復・維持または増進するため、医療従事者の助言・協力を得て、自らの意思と選択のもとに、最善の医療を受けることは人としての基本的権利です。」と謳っている。以下、本稿で用いる「患者の権利」は、この「患者の権利宣言案」前文の意味で用いることとする。

他方、1990年には、医療プロフェッションの側である日本医師会が、「『説明と同意』」についての報告書⁽²⁶⁾を採択した。

また、1992年4月の第123国会では、医療法の改正に関連して、「インフォームド・コンセント」が集中的に論議され、厚生省内にインフォームド・コンセントのあり方に関する検討会が設置された。検討会は、1995年6月に「インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書—元気の出るインフォームド・コンセントを目指して—」⁽²⁷⁾を公表した。同検討会については、その会議がいずれも非公開であったという手続や⁽²⁸⁾、インフォームド・コンセントを患者の権利として捉えることをせず、法制化を「適切でない」とした内容につき、批判が為されている⁽²⁹⁾。

以上、インフォームド・コンセントを中心に、日本医師会や厚生省においては議論が進んだことが分かる。これらの議論は、当初、脳死・臓器移植の問題が発端となっていたのであるが、その後、薬害 HIV 事件の発覚や多発する医療事故等、またそれらが法廷で争われるようになったことを背景として、「診療情報開示」（あるいは「カルテ開示」という言い方もされている）が喫緊の課題となった。

1997年7月、厚生省は「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」を設置、1998年6月には、カルテ等の開示義務と、患者の開示請求権を法制化すべきとする提言を盛り込んだ報告書⁽³⁰⁾をまとめた。しかし、2000年の第4次医療法改正の際には、日本医師会の「医師の倫理規範に委ねられるべき」との反対で、法制化は見送られた⁽³¹⁾。

カルテ開示の法制化に反対する日本医師会は、1998年6月「診療情報提供に関するガイドライン検討委員会」を設置、1999年2月に「診療情報の提供に関する指針」（以下、「指針」）の最終報告をまとめた⁽³²⁾。「指針」は、「医師および医療施設の管理者は、患者が自己の診療録、その他の診療記録等の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応ずるものとする」⁽³³⁾と規定、加えて、苦情処理機関を設置⁽³⁴⁾することとしている。

しかし、「指針」には、なお問題点が指摘されている。例えば、請求権者から遺族が除かれている点、診療記録そのものに代えて要約書でも可とする点、

開示を拒否することも可とする点等である。これらは、「医師が診療情報を積極的に提供することにより、患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、医療の担い手である医師と患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、医療の担い手である医師と医療を受ける患者とが相互に信頼関係を保ちながら、共同して疾病を克服すること」を目的として掲げてはいるものの、会員の「倫理規範」のひとつとして「指針」を位置付けており⁽³⁵⁾、医療情報開示を患者の権利として捉えていないことからくする限界ともいえよう。

また、「指針」の普及活動等への補助金として、厚生省（当時）が2000年度、約3800万円の予算をつけていたことが報道された。カルテ開示法制化を一日でもはやく実現したいとする同省の考えと矛盾するものとの批判も為されている⁽³⁶⁾。

3) 現段階

診療情報開示の問題は、あらたに「プライバシーの権利」の問題を顕在化させている。「インフォームド・コンセント」の基底となる「自己決定権」の根拠は、憲法第13条に求めることができるが、憲法第13条は、「プライバシーの権利」を保障するものでもある。プライバシーの権利は、従来、個人の私的領域に他者を無断で立ち入らせないという自由権的、従って消極的なものと理解されてきたが、情報化社会の進展に伴い、「自己に関する情報をコントロールする権利」（情報プライバシー権）と捉えられ、自由権的側面のみならず、プライバシーの保護を公権力に対して積極的に請求していくという側面が重視されるようになってきている⁽³⁷⁾。自治体においては、既に、「情報公開条例」や「個人情報保護条例」により⁽³⁸⁾、診療情報の開示が実際に始まっているところもある。

憲法上の「プライバシーの権利」を、「自己に関する情報をコントロールする権利」と捉える現在の有力な解釈を前提とした場合、カルテに記載された情報の訂正請求権も当然認められることとなり、それには当然の前提として、カルテ等の診療情報の開示が要求されるであろう。日本医師会「指針」についても、この点から、さらに検討することが望ましい。「医師の倫理規範」は、憲法上保障された「人権」を侵害するものであってはならない。

市民の立場からの問題提起や提言も、積極的に為されてきている⁽³⁹⁾。1991年10月には、「日本の医療全体を患者の権利を基軸にして再編成」しようと、「患者の権利法をつくる会」が結成された。同会は、「患者の諸権利を定める法律要綱案」⁽⁴⁰⁾で、「医療は、人々の健康に生きる権利の実現に奉仕するものであり、何よりも人間の尊厳を旨とし、科学性、安全性をそなえとともに、患者の主体性を尊重し、出来る限り開かれたものでなければならない」とし、「医療に関する基本権」、「国および地方自治体の義務」、「医療機関および医療従事者の義務」、患者の諸権利並びに「患者の権利擁護システム」について提言している。

また、1999年には、特定非営利活動法人（NPO）「患者の権利オンブズマン」が、福岡を拠点として発足した⁽⁴¹⁾。電話相談は全国から、面談相談は福岡県中心ではあるが、近県からの来訪もあるとのことである⁽⁴²⁾。なお、1999年から2001年6月までの電話相談は1212件、面談相談は531件であり、面談におけるアドバイスの内容としては、「苦情の相手方（医療機関等）に説明を求める、又は話を聞くことを勧める」が157件、「医療事故相談窓口を紹介する」が108件、「カルテ或いはレセプトのコピーの請求を勧める」が56件、「法的手続きに関し情報提供する」が51件、「家族との話し合いや、問題点を整理しての再面談を勧める」が49件、「まず治療に集中することを勧める」が27件、「支援（同行、記録検討、薬害調査、承諾解剖紹介など）を検討或いは決定する」が23件、「代理人弁護士を紹介する」が20件、「法律相談窓口を紹介する」が15件、「行政機関や他の窓口に相談することを勧める」が10件、「苦情調査申立手続きの説明又は移行」が6件、「その他」が9件とのことである⁽⁴³⁾。苦情から学び、医療改善を図るという本来の趣旨に加えて、この「患者の権利オンブズマン」の活動は、NPO法人の可能性という意味においても注目されよう。

3. 患者の権利の実現へ向けた社会運動

1) 高知県患者同盟の活動史

憲法に保障された「生存権」や「自己決定権」、「プライバシーの権利」は、必ずしも「憲法に規定されている」ことをもって、「権利として」保障されて

きたわけではない。強者が弱者に対して一方的に示す「慈悲」や「恩恵」としてではなく⁽⁴⁴⁾、「人権」として生命や健康の保障を獲得する運動によって、憲法上の規定は具現化されてきた。「患者運動」が、それにあたる。

明治維新後、「富国強兵」政策をとる日本政府にとって、病を患う人や障害を持つ人は、様々な迫害、排斥の対象となった。「コレラ」や「ハンセン病」といった感染症対策や、精神障害者対策は、「社会防衛」の名目で、警察（内務省）に委ねられた。つまり、病気に罹ったり、障害を持った人は、取り締まりの対象となったのである。第2次世界大戦終結まで続く戦時体制の下、病を患う人や障害を持つ人への人権侵害は、時に法律に裏付けられた形で行なわれた。「らい予防法」や「国民優生法」（のちの「優生保護法」）が、その例である。

結核を患う患者についても、同様であった。「太平洋戦争も終わりになるころ、国民生活の困窮とともに医療の荒廃も加速度を加えてきた。前線への動員によって、医療従事者を含め医薬品、医療器材が欠乏する中では、まったく戦力にならない患者は、以前にもまして国家の厄介者として白眼視され疎外された。特に病院・療養所に入っていた施療患者に対する風当たりは、精神的にも、物質的にもつよかった。戦争がもたらす非人間的な施策の投影であった。」⁽⁴⁵⁾このような状況下、敗戦の年の1945年の暮れには、結核療養所の患者による組織がつくられ、運動を進めていた。戦後、療養所や病院の管理者や職員の一部が、わずかな患者向けの食料や医薬品を横流しするという不正事件に対して、患者達は、自分達のいのちをまもるため、隠匿物資の放出要求や悪質な職員の追放、病院・診療所の民主化要求といった運動を起こした。患者運動は、素朴ないのちとくらしを自衛する原点から生まれた⁽⁴⁶⁾。

各地に患者自治会が結成されるなか、高知における結核患者の状況は、他県以上に悪かったといわれる。高知には、専門の結核療養所がなく、多くの患者は病と飢餓に苦しみながら、家の隅や納屋で亡くなっていた。さらに、南海大地震により、多くの被害者を出した。高知の結核医療を担う国立療養所が誕生したのは1947年のことであり、同年、国立高知病院患者会が誕生した⁽⁴⁷⁾。

1951年頃には、国立高知病院、高知赤十字病院等、主要な病院、診療所で患者自治会が生まれており、活動していたが、ついに、結核患者の県下的な組織

として、1953年高知県患者同盟が生まれた。

高知県患者同盟の運動は、患者の権利や療養権をまもり、医療や福祉の向上に大きな足跡を残している。「入退所基準反対闘争」「三柏園裁判闘争」等の県内の問題⁽⁴⁸⁾はもちろん、「人間裁判」としてあまりにも有名な、「朝日訴訟」にも関わり、支援している。国立岡山療養所の朝日氏が、1957年、生活扶助費月額600円では、憲法が保障する健康で文化的な最低限度の生活水準を維持することはできず、生活保護法は憲法第25条に反しているとして、国を相手に起こした裁判が「朝日訴訟」であるが、国を相手に、「人間は生きる権利を有する」即ち生存権を問う裁判としては、先駆的なものであった。「『人間は生きる権利を有している』という考えは、現在に生きる人間にとっては、当たり前のように思えるのかもしれないが、歴史的には、なかならず病者の歴史においては、決して当たり前のことではなかった。特に感染疾患においては、健常者を守ることに主眼がおかれ、病者は隔離され、死を待つまでの間、生かして貰うのが数十年前までの日本の姿であり、治療薬が発明されてからも、基本的な考え方はあまり変わっていなかった。」⁽⁴⁹⁾

戦後の日本国憲法を前提としても、なお、国は「弱者」の権利保障に意を払ってこなかった。「朝日訴訟」において、最高裁は朝日氏の主張を退けた⁽⁵⁰⁾ものの、この訴訟は、「弱者」の立場におかれた人が、自ら立ち上がって、自らの人権を獲得し、「人間の尊厳」を回復しようとしたところに大きな意義があると言われているし、これは、現在も問われている問題なのである。国や自治体の政策が、憲法的価値に立った人権感覚にあふれるものとなっているわけでは、必ずしもないからである。ハンセン病国賠訴訟における国側の主張にも、それは露呈されていた⁽⁵¹⁾。

「朝日訴訟」といった国レベルの問題に加えて自治体レベルにおいても、憲法の規定を、患者の目線で、患者自身が具体化させようとする運動を続け、実際具体化させてきているところに、高知県患者同盟の運動の意義があるし、現代的な意義を見出すことができる。

2) 患者同盟の現段階 — 成果と課題

高知県患者同盟の、2000年度の活動報告が、『高知パルナス』62頁以下⁽⁵²⁾に掲載されている。レクリエーションや学習会、療養者作品展の開催といった多彩な活動が行われている。また、県病院局長、県健康福祉部長等との交渉、厚生省四国医務支局との交渉、高知市との交渉により、医療・福祉に関する改善要求が為されている⁽⁵³⁾。さらに、生活相談も受け付けており、多くの相談が寄せられているとのことである。患者の声を行政や病院に届ける、生活相談を受け付けることにより、患者が抱える問題の解決を図るといった、これらの活動は、これまでの実績の上に達成されているのであろう。行政主導あるいは病院主導の活動ではないところに意味があるのであって、なおかつ、行政や病院に声を届ける道筋ができているのである。患者の権利を、高知で実現しようとする先駆的活動といえよう。

高知県患者同盟事務局長のインタビュー⁽⁵⁴⁾では、現在、同同盟が抱える問題として、結核患者が総体として減少したこと、並びに患者が高齢化していることが挙げられた。近年では、結核患者の医療、福祉から射程を広げて、介護や療養型病床群の問題も取り扱っており、療養者作品展には多くの病院や施設から作品を出品してもらっているとのことである。

また、病院の処遇等についての不信、不満が相談として持ち込まれたり、情報として入った場合には、そのことを確認の上、患者に代わって改善の要求を申し入れているとのことである。患者の権利実現のひとつの実践例ともいえようが、それは、病院にとっても、問題を指摘されることで当該問題を認識できるという意味で、安全弁になっているのではないだろうか。

4. 患者の権利の実態

1) 病院アンケート集計から

病院アンケートの質問紙及び調査票集計結果については、「共同研究報告書」95頁以下を参照されたい。

本稿では、本病院アンケート結果から、患者の権利に関するものを取り上げる。

「医療の質」向上にとって最も重要な要素は何かとの問いに対して、最も多い答が「医師による最新の医学的知識及び医療技術の習得」(55.6パーセント)次いで「看護婦やその他のコー・ワーカーの医学的知識や専門技術の向上」(42.2パーセント)となっている。「インフォームド・コンセントなど情報の公開や苦情相談システムの充実」(35.6パーセント)や「看護婦等の医療サービスの向上」(26.7パーセント)は、低い数字ではないものの、医療従事者の「医学的知識・技術の習得・向上」には及んでいない。「ミスを犯さない医療システムの構築」(13.3パーセント)は、低い数字に止まった。(Q.41)

今後、医療サービスを改善していく上で、最も重要な項目は何かとの問いに対する回答では、「有能な医師の確保」(77.8パーセント)が最も多く、「患者の待ち時間の短縮」(31.1パーセント)や「インフォームド・コンセントなど情報開示や苦情相談システムの充実」(31.1パーセント)はそれに比べると低い数字に止まる。(Q.42)

病院内における研修に関して、医学、薬剤知識の習得の他にに行なっている研修については、「インフォームド・コンセント」(74.4パーセント)や「患者の接遇」(77.8パーセント)は7割を超える病院が、「実施中(実施を検討中)」と回答している。(Q.43(2))

ピア・レビューの実施については、「これから考える」との回答が7割強(71.1パーセント)である。(Q.44)

医療の効率性を測る基準として、(1)理想論としては、「QOL」が38.6パーセントを占めており、最も多い回答であるのに対して、(2)実践的には、「QOL」は6.8パーセントの回答しかなく、興味深い結果がでている。(Q.45)

インフォームド・コンセントの実施については、「実施は各医師の判断に任せている」との回答が57.8パーセントを占めており、「実施は義務付けているが内容は各医師に任せている」37.8パーセント、「明確なガイドラインを設けて、それに従って実施している」2.2パーセント、「実施していない」2.2パーセントと続いている。(Q.46)

苦情や相談の窓口については、81.0パーセントの病院が「すでに設置している」と回答している。(Q.47)

受付方法は、「専用窓口」26.7パーセント、「目安箱等」53.3パーセント、「電話等通信手段」22.2パーセント、「通常受信窓口対応」37.8パーセント、「その他」13.3パーセントとなっている。

受け付けた苦情・相談への対応は、「全て対応」45.2パーセント、「可能なものだけ対応」52.4パーセントであり、対応の時期は「その都度すぐ」が82.9パーセントと占めた。

苦情・相談の発生件数(1ヶ月)は、「1-5件」が78.9パーセント、「6-10件」が21.1パーセントで、それ以上との回答はなかった。

窓口設置の効果としては、「治療を進める上でも効果があった」26.7パーセント、「トラブルを未然に防ぐ効果はあった」42.2パーセントとその意義を認める回答が大半であった。

診療情報開示については以下の通りである。

(1)何らかの情報開示を、「すでに実施」35.7パーセント、「実施検討中」47.6パーセント、「まだ考えていない」16.7パーセントとの回答が得られた。

(2)実施してからの期間は、「1年未満」12.5パーセント、「1年以上5年未満」68.75パーセント、「5年以上10年未満」18.75パーセントとなっている。

(3)開示を実施した患者の割合については、各病院につき、ばらつきが見られる。

(4)情報開示の内容(複数選択)は、「カルテの閲覧又はコピー」26.7パーセント、「薬剤情報(薬袋記載・メモ)」40.0パーセント、「レセプト」2.2パーセント、「検査結果(コピー、画像)」35.6パーセント、「サマリー(診療録・計画)」22.2パーセント、「手術画像・ビデオ」11.1パーセント、「その他」2.2パーセントである。(Q.48:(1)-(4))

カルテ開示の法制化については、「賛成」26.7パーセント、「反対」17.8パーセント、「どちらともいえない」55.6パーセント、遺族に対するカルテ開示については、「賛成」35.6パーセント、「反対」8.9パーセント、「どちらともいえない」53.3パーセントとの回答であった。(Q.49)

日本医師会「指針」に対して、内容に関する評価は、「十分」19.0パーセント、

「不十分だが、現時点では適切」57.1パーセント、「内容として不十分」9.5パーセント、「わからない」14.3パーセント、実践的には、「全面的に利用する」7.1パーセント、「実状にあわせて利用する」71.4パーセント、「実践的には利用不能」2.4パーセント、「わからない」19.0パーセントとの回答を得た。(Q.50)

さらに、病院と病院外の関係諸団体との協力関係等については、以下の通りの回答が得られた。

(1)患者会等のセルフヘルプ・グループや保健医療分野におけるNPOとの関係については、「協力関係を強めて行くべき」25.6パーセント、「課題によっては協力し合うこともあり得る」69.8パーセントの回答で大半を占めた。

(2)協力関係の構築が可能である課題(複数回答)については、「健康増進のための学習や実践活動」55.6パーセント、「患者教育」51.1パーセントで高い数字となっており、「インフォームド・コンセントなどの情報公開のルール作り」15.6パーセント、「医療の安全確保のための監視体制作り」13.3パーセントは比較的低い数字に止まった。

(3)協力関係の構築が必要とされた場合、リーダーシップをとるのは、「課題によってリーダーシップの担い手は異なる」との回答が52.3パーセントと、過半数を占めた。(Q.53:(1)―(3))

病院内の案内や患者の話し相手等を担う病院ボランティアについては、「すでに受け入れており、高く評価できる」24.4パーセント、「是非、受け入れを考えたい」17.8パーセントと、「今少し、様子を見て考える」40.0パーセント、「特に受け入れる考えはない」15.6パーセントとで、見解が割れているのが分かる。(Q.54)

ボランティア的な団体やグループに対する支援については、「自らもボランティアとして参加することで積極的に支援すべき」40.0パーセント、「専門家として距離をおいて支援すべき」37.8パーセントとの回答を得た。さらに、このうち、現実的に「不定期なら支援可能」との回答が、9割を超えている。(Q.55)

地域保健医療の改善に果たすボランティア組織の意義について、「医療以外の分野(保険、介護等)なら重要な役割を果たす」57.8パーセント、「医療分野でも、医師や医療機関の指導の下でなら限定的ながら役割を担うだろう」24.4パーセントの数字が高くなっており、「地域医療を考える上では欠くべからざる存在と

なるだろう」は11.1パーセントであった。(Q.56)

消費者サイドによる供給サイド監視の、保健医療システム発展への貢献評価の設問では、「貢献する」8.9パーセント、「貢献はしないが、時代の流れとして必然」24.4パーセント、「医療専門職との連携があれば、限定された領域については貢献するかもしれない」6.7パーセント、「基本的に消費者による医療評価は無理」13.3パーセント、「どちらとも言えない」8.9パーセントという回答となった。(Q.57)

医療過誤等に対する対応策（複数回答）では、「専門窓口の設置」11.1パーセント、「専門相談員の設置」11.1パーセント、「保険への加入」77.8パーセント、「その他」15.6パーセントとの回答であった。(Q.58)

2) 患者の権利に関する諸問題——病院アンケート結果から

以上のアンケート結果から、「インフォームド・コンセント」や「診療記録の開示」は、一定程度実施されてきていることが明らかになった。苦情や相談の窓口も、多くの病院で設置され、対応が為されている。

だが、「インフォームド・コンセント」についての回答でも明らかなように、医師の裁量が広い範囲で認められているのに対して、それを可視化する試みは、必ずしも十分ではないようにも思われる。例えば、消費者側からの医療監視につき、その意義を積極的に評価する回答が少ない上に、ピア・レビューの実施も殆ど行なわれていない。診療録開示についても、すでに実施しているのは35.7パーセントの病院に止まる。医療の「密室性」を否定する数字には、なり得ていない。

この理由として、『医療の質』向上や「医療サービスの改善」に関する病院の認識の差が挙げられよう。『医療の質』向上では、「医師による最新の医学的知識及び医療技術の習得」「看護婦やその他のコー・ワーカーの医学的知識や専門技術の向上」が、「インフォームド・コンセントなど情報の公開」を上回っているし、「医療サービスの改善」では、「患者の待ち時間の短縮」や「インフォームド・コンセントなど情報開示の充実」よりも、「有能な医師の確保」が上回っているのである。医療行為は、最新の知識と高い技術によって為

される極めて専門性の高いものであり、プロフェッションとして、その能力が問われることは言うまでもない。しかしながら、医師の「有能」さは多義的な概念とも言えよう。患者の立場から見た場合、最良の医療とは、常に最高の「技術者」から受ける医療がすべてではないだろう。そもそも、単なる技術者を、最良の専門家とは呼べないことは、Q.41において、技術以外の要因にも低い数字がでていることから、医療提供者自身にも認識が高かろうと推測されるのである。

医師と患者との間に、知識の差があるのは当然のことである。もし、患者から問われた場合、説明責任を果たせるような準備は必要であろう。その際、どのような方法を採用しているかについても、病院評価に関わってくると思われる。患者サイドに立つNPO等による評価も、病院としては活用の余地があるように思う。Q.53を見る限り、95パーセント以上の高い数字で、NPOとの一定の協力を肯定しているのであり、各病院によって事情は様々であろうが、重要なことは、まずは何を旨とするかを決定し、協力のための条件整備を、それぞれの置かれた状況に則して行っていくことであろう。

3) 実践例

高知県では、a病院において、医療生協「患者の権利章典」（1991年）を実践する取り組みが為されている。インフォームド・コンセントの議論において、必ず問題とされ、その例外とされがちであった「癌告知」についても、「真実を告げる医療」の実践を目指し、検討が為された。1994年5月「癌告知等問題検討委員会」が設置され、「癌告知」「カルテ開示」の課題に取り組む小委員会が議論を重ね、患者や患者家族、研究者、弁護士の意見の聴取も行われた。その結果、1996年「ガン『告知』・カルテ開示を進めるにあたっての提案」（以下「提案」）⁵⁵⁾ がまとめられた。「提案」は、診療情報開示の申請書式や手続といった具体的な事項にも言及している。

1998年から診療情報開示の制度は運用されたが、実際には、ほとんど申請がなかったとのことである。2001年3月からは、診療情報開示につき、これまでの申請方式だったものを、入院患者については申請なしで閲覧できる方式を採

り入れた。1週間のうち2日、病室でカルテ等を閲覧できるというものである。また、その際、患者の質問等を拾い上げるために、カルテに質問用紙を1枚入れているとのことである。2001年9月に、運用状況についての総括をする予定とのことであった⁽⁵⁶⁾。

また、中山間に位置するb病院⁽⁵⁷⁾では、高知市等の他病院を紹介する際には、当該患者にカルテ等を持って行ってもらうこともあるという。また、病院の中に、副委員長をトップとする「リスクマネジメント委員会」を設け、医療事故、医療過誤対策をとっているとのことである。もっとも、中山間地域の医療や福祉の問題は、社会構造まで含めて考える必要があり、本稿ではそれを論じる準備がないため、今後の課題としたい。

なお、高知県医師会には「高知県医師会診療情報提供委員会」が設置されている。委員（全15名）は、医師の他、弁護士1名、患者代表2名を含む構成となっている。高知市医師会にも、同様の委員会が設けられているが、郡部においては弁護士不在のため委員会の設置が不可能であるのが現状である⁽⁵⁸⁾。

行政サイドでは、高知県が、医療に関する電話相談窓口⁽⁵⁹⁾を開設している。資料⁽⁶⁰⁾によると、「医療従事者の対応」「医療内容」に関する相談が半数以上を占めている。

5. おわりに

以上、患者の権利の法的根拠と、高知における病院の実態把握を試みた。病院アンケートでは、患者の権利が必ずしも完全に達成されているとはいえないが、NPOの活動⁽⁶¹⁾等への参加、協力の意思を示す回答も相当数見られ、今後の展開が注目される。

その他、今回の調査によって、医師会が第三者機関を設置しようにも、弁護士過疎により設置ができないといった問題が明らかになったし、中山間地域が抱える問題も存在するが、これらの問題についての本格的検討は行わなかった。

憲法的価値に基づく保健医療システムを築くことを目指して、調査及び検討を行ってきたが、そのためには、医療機関のプロフェッショナルとしての自助

努力が為されるべきことはもちろんであるし、立法によって患者の権利を法律という形式で担保することも検討されるべきである⁽⁶²⁾。

しかし、それに止まらず、患者の立場にいつでもなり得る社会運動も、権利の実現のために不可欠となろう。これは、朝日訴訟運動から学ばれる教訓といってもよい。「あるべき医療」を実現するために、患者の権利運動が重要となり、患者の権利運動の発展のために、人的資源の発掘や、各領域の専門家との協力関係を構築することが重要になる。そして、医療提供者（プロフェッション）の「専門性」の中に、患者の権利を如何に内在化していくかが、課題となろう。

本稿では、患者の権利の理想型と、高知県の患者の権利の実態との距離を測ろうと試みたが、若干の実態の紹介に止めざるを得なかった。今回限りのアンケートのみでは、実態の十分な把握が困難だったことも、理由のひとつである。機会を得て、さらに全国水準との比較可能なアンケートを行い、その変化を含めて改めて検討を行いたい。なお、ここで、御協力いただいた関係各位に御礼を申し上げたい。

注

- (1) 星野一正『医療の倫理』（岩波新書、1991年）232頁等。
- (2) 米本昌平『遺伝管理社会』（弘文堂、1989年）182頁以下。
- (3) 芦部信喜『憲法 新版 補訂版』（岩波書店、1999年）238頁等参照。
- (4) 前田達明／稲垣喬／手嶋豊他『医事法』（有斐閣、2000年）32頁以下。また、憲法第25条が保障する（広義の）社会保障に、医療保障が含まれる点については、佐藤進「医療をうける権利と法」小川政亮編著『扶助と福祉の法学』（一粒社、1978年）160頁以下参照。
- (5) 高知県患者同盟『高知県患者同盟四〇年史 いのちと心を育て』（発行者 高知県患者同盟、1994年）30頁以下。
- (6) 朝日訴訟については、朝日訴訟中央対策委員会編『人間裁判10年』（労働旬報社、1967年）等参照。判例評釈に、中村睦男「生存権の法的性格／朝日訴訟—最大判昭和42年5月24日」芦部信喜編『判例ハンドブック[憲法]』（日本評論社、1983年）149頁、四位直毅「朝日訴訟 生存権の性格」自由法曹団編『憲法判例をつくる』（日本評論社、1998年）271頁以下、上田勝美「生存権の性格—朝日訴訟」『憲法判例百選Ⅱ [第四版]』（有斐閣、2000年）290頁等がある。
- (7) 高知県患者同盟、前掲・（注5）、34頁以下。

- (8) 前田／稲垣／手嶋他、前掲・(注4)、118頁以下。
- (9) 芦部、前掲・(注3)、120頁。
- (10) 熊本地判平成13年5月11日判例時報1748号30頁以下。ハンセン病国家賠償訴訟は、1998年7月、熊本、鹿児島の治療所入所者13人によって熊本地裁に提訴されたのを皮切りに、東京地裁及び岡山地裁にも提訴され、2001年5月11日の熊本地裁判決が出た時点で、原告数は779人に上った。判決の対象となったのは、先行審理された127人(うち死者5人)。2001年5月11日付高知新聞夕刊、2001年5月12日付毎日新聞朝刊等参照。国が控訴を断念したことにより、判決は確定した。なお、民間の開業医と患者との関係の場合には、私人間の関係であり、憲法の直接適用に関する問題が生じるため、民法や刑法の問題ともなる。患者の自己決定権を認めた民事判例として、東京高判平成10年2月9日民集51巻1号1頁以下参照。刑法学における患者の自己決定権に関する先駆的な論稿として、町野朔『患者の自己決定権と法』(東京大学出版会、1996年)。
- (11) らい予防法と同じく1996年まで存在していた旧優生保護法(現母体保護法)では、条文の上でも、本人の意思に基づかない強制優生手術及び強制人工妊娠中絶について規定しており、実際手術が行われていた。拙稿「断種に関する一考察—優生手術の実態調査から—」『九大法学』第75号(1998年)183頁以下。
- (12) 日本におけるインフォームド・コンセントの議論が、脳死・臓器移植問題との関連で進んだことに注意する必要がある。即ち、そこでの自己決定権には、ドナーのそれも含まれるからである。
- (13) この点の分析につき、米本、前掲・(注2)参照。
- (14) ニュルンベルク綱領第1条(星野訳)。星野、前掲・(注1)、232頁。
- (15) ヘルシンキ宣言基本原則第9条(星野訳)。星野、前掲・(注1)、237頁。
- (16) 米本、前掲・(注2)、182頁以下。
- (17) 米本、前掲・(注2)、183頁。
- (18) ジョージ・J・アナス著／上原鳴夫・赤津晴子訳『患者の権利』(日本評論社、1992年)参照。
- (19) アナス、同上・(注18)、14頁。
- (20) アナス、前掲・(注18)、24頁。
- (21) この間のアメリカ合衆国におけるインフォームド・コンセントの法状況に関する紹介として、丸山英二「シンポジウム：インフォームド・コンセント《再論》〔I 各国の状況〕アメリカ」『年報医事法学 8』(1993年、日本評論社)11頁以下。
- (22) 正式名称は、「医療および生物医学・行動科学における倫理的諸問題に関する大統領委員会」。
- (23) インフォームド・コンセントの歴史的展開につき、池永満『患者の権利』(九州大学出版会、1994年)77頁以下参照。
- (24) 池永、同上・(注23)、264頁以下所収。
- (25) 池永、前掲・(注23)、80頁。

- (26) 森岡恭彦『インフォームド・コンセント』（NHKブックス、1994年）184頁以下所収。
- (27) 厚生省健康政策局総務課監修／柳田邦男編『元気になるインフォームド・コンセント』（中央法規、1996年）1頁以下、患者の権利法をつくる会『知って役立つインフォームド・コンセント』（患者の権利法をつくる会、1995年）85頁以下所収。
- (28) 安部高志「厚生省インフォームド・コンセント検討会の報告書を読んで」患者の権利法をつくる会、同上・（注27）、80頁。
- (29) 安部、前掲・（注27）、83頁以下。安原幸彦「医療と人権」川人博編著『テキストブック 現代の人権〔第2版〕』（日本評論社、1997年）75頁。
- (30) 本報告書には、遺族への開示につき「検討の対象としなかった」とする点等に対して批判が為されている。
- (31) 報道として、Mainichi INTERACTIVE (<http://www.mainichi.co.jp/>) 1999年7月1日等。
- (32) 「指針」の施行は、2000年1月1日。この間の経過につき、福岡市医師会医療情報室「医療情報レポートNo.21」(<http://www.ijnet.or.jp/fma/jouhousitu/report021.html>)。
- (33) 日本医師会『必携 診療情報の提供に関する指針 日本医師会雑誌第122巻第2号付録』（1999年）3頁。
- (34) 日本医師会、同上・（注33）、5頁。なお、福岡市医師会の「診療に関する相談窓口」については、福岡市医師会医療情報室、前掲・（注32）。「診療情報提供にかかる問題解決のフローチャート」も掲載されている。同医師会による、2000年9月の実態調査につき、福岡市医師会医療情報室「医療情報レポートNo.30」(<http://www.ijnet.or.jp/fma/jouhousitu/report030.html>)。情報公開の方法として、一般市民まで射程に入れたWEB上での情報提供は、注目できよう。
- (35) 日本医師会、前掲・（注33）、1頁。
- (36) 2000年12月3日付毎日新聞朝刊1面。
- (37) 芦部、前掲・（注3）、118頁。
- (38) 高知県においても、「高知県個人情報保護条例」が、2001年10月1日から全面的に施行された。
- (39) 医療事故の被害者救済、医療事故防止に向けて活動している市民グループを紹介したものに、日本弁護士連合会人権擁護委員会『医療事故被害者の人権と救済』（明石書店、2001年）117頁以下。
- (40) 池永、前掲・（注23）、267頁以下。
- (41) 特定非営利活動法人 患者の権利オンブズマン編『患者の権利オンブズマン』（明石書店、2000年）参照。
- (42) 特定非営利活動法人 患者の権利オンブズマン編、同上・（注41）、28頁。
- (43) 特定非営利活動法人 患者の権利オンブズマンNEWS LETTER『患者の権利10号』（2001年）。

- (44) この点の分析につき、内田博文「市民性と専門性」特定非営利活動法人 患者の権利オンブズマン編、前掲・(注41)、83頁以下。
- (45) 日本患者同盟四〇年史編集委員会『日本患者同盟四〇年の軌跡』（法律文化社、1991年）12頁。
- (46) 日本患者同盟四〇年史編集委員会、同上・(注45)、14頁以下。
- (47) 高知県患者同盟に関して、本稿は、高知県患者同盟、前掲・(注5) に拠っている。
- (48) 高知県患者同盟、前掲・(注5) 参照。「入退所基準反対闘争」は、1954年5月の厚生省通達「入退所基準」に反対して起こった患者運動であった。「三柏園裁判闘争」は、1966年、三柏園廃止に反対する3名が、「不退去罪、公務執行妨害罪」により、逮捕された事件である。第一審高知地判昭和51年2月18日不退去罪により罰金刑。控訴審高松高判昭和55年2月14日逆転無罪。
- (49) 高知県患者同盟、前掲・(注5) 31頁。
- (50) 最大判昭和42年5月24日（民集21巻5号1043頁）。なお、この判決以降、憲法第25条1項をプログラム規定（国の責務を宣言したに止まる）と解する見解が、ほとんど支持されなくなったことを確認しておくべきであろう。
- (51) 徳田靖之「ハンセン国賠訴訟と法律家の責任」『法律時報』（2001年7月号）1頁以下参照。
- (52) 高知県患者同盟『高知パルナスNo.74』（日本患者同盟、2001年）。
- (53) 県との交渉では、主に低所得者の利用額減額を、四国医務支局との交渉では、毎回カルテ開示について申し入れをしていることことである。
- (54) 2001年8月2日、高知県患者同盟事務局におけるヒアリングに基づく。
- (55) 高知民医連医活委員会『ガン「告知」・カルテ開示を進めるにあたっての提案』（1996年）。
- (56) 2001年8月2日、a病院でのヒアリングに基づく。
- (57) 2001年6月28日、b病院でのヒアリングに基づく。
- (58) 2000年以降の高知県医師会へのヒアリングに基づく。なお、委員会で受けた相談については、日本医師会に報告しているとのことである。
- (59) 本窓口は、健康政策課に設置されている。介護保険制度開始に伴う苦情相談窓口は、別個に、介護保険推進課にされている。2000年以降の高知県へのヒアリングに基づく。
- (60) 「相談内容と処理状況」（H6-H11）による。
- (61) 高知県におけるNPO活動の現状を捉えたものとして、上田健作／田中きよむ『高知県における「非営利市民活動」の現状』（高知大学人文学部、2001年）。
- (62) 近時の、各政党の患者の権利法制化への取組みを紹介するものとして、患者の権利をつくる会『けんりほう news』Vol.115（2001年2月）、Vol.117（2001年4月）、Vol.119（2001年6月）、Vol.121（2001年8月）、Vol.122（2001年9月）参照。