

6 医療と人権

(1) はじめに

医療政策の分野においては、患者の権利保障を確立し、医療安全を推進することが急務である。そのために求められる具体的な施策は、①憲法の理念に基づき患者の権利保障を根幹に据えた医療基本法を制定すること、②2015（平成27）年から制度が発足した医療事故調査制度の運用を拡充させることである。

以下、詳述する。

(2) 医療基本法の制定に向けて

ア 医療基本法の意義と、これまでの動き

「基本法」とは、当該政策分野の基本理念や進むべき方向性を示す法律であり、当該政策分野の「親法」となるものである。わが国では、教育政策分野における教育基本法、環境政策分野における環境基本法など、重要な政策分野において基本法を制定することが通例となっている。しかし、医療分野全体を束ねる基本法は未だ制定されておらず、医療政策はその基本理念すら定まっていないのが現状である。

医療基本法をめぐる議論は、古くは1960年代から存在していたが、制定に至ることはなく、立ち消えになっていた。しかし、その後、2009（平成21）年3月にハンセン病問題に関する検討会議の提言に基づく再発防止検討会が「報告書」において「患者の権利擁護を中心とする医療の基本法」を制定するよう提言し、同年6月には、麻生内閣のもとに設置された安心社会実現会議が「安心と活力の日本へ」において「国民の命と基本的人権（患者の自己決定権・最善の医療を受ける権利）を実現するため、2年を目途にそのことを明確に規定する基本法の制定を推進しなければならない。」と提言するなどしたことから、制定に向けた議論が活発になった。

その後、2009（平成21）年から、患者団体が中心となってシンポジウムを開催するようになり、2014（平成26）年3月には、日本医師会が「医療基本法の制定に向けた具体的提言（最終報告）」を発表し、2016（平成28）年4月には患者団体が中心となって「医療基本法共同骨子」を発表するなどしている。

2018（平成30）年5月には、医療基本法の制定に向けた集会在参議院議員会館内で開かれ、超党派の議員連盟を発足させることで意見が一致したことから、2019（平成31）年2月、超党派の衆参両議員から成る「医療基本法の制定に向けた議員連盟」の設立総会が開催された。

このように、現在、医療基本法の制定に向けた議論が活発になっている。

そこで、以下、医療基本法において定められるべき内容について述べる。

イ 医療政策による人権侵害に対する反省を明記すべきこと

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律は、前文において「我が国においては、過去にハンセン病、後天性免疫不全症候群等の感染症の患者等に対するいわれのない差別や偏見が存在したという事実を重く受け止め、これを教訓として今後に生かすことが必要である。」とした上で、「感染症の患者等の人権を尊重しつつ、これらの者に対する良質かつ適切な医療の提供を確保し、感染症に迅速かつ適確に対応することが求められている。」と規定している。このように、感染症に迅速かつ適確に対応することが求められるとしても、その対応は、過去の歴史への反省を踏まえたものでなければならないとされている。

この点、医療は、ハンセン病患者に対する隔離政策や、優生保護法に基づく優生手術など、国による非人道的施策の「道具」として利用されてきたという忌まわしい歴史がある。そのような歴史への反省を、これからの医療政策を語る上での出発点とすべきである。

また、上記でも述べたとおり、現在、医療基本法の制定に向けた気運が高まる契機となった出来事は、ハンセン病の検証会議の提言に基づく再発防止検討会が、2009（平成21）年に「患者の権利擁護を中心とする医療の基本法」の制定を提言したことに求められる。

そのため、医療基本法には前文を設け、そこに医療政策による人権侵害に対する反省を盛り込み、そのような過ちを二度と繰り返さない決意を宣明すべきである。

ウ 医療政策と憲法との関係を明記すべきこと

前述のとおり、「基本法」とは、当該政策分野の基本理念や進むべき方向性を示す法律であり、当該政策分野の「親法」となるものであるが、わが国の最高規範は、言うまでもなく憲法である。よって、医療基本法は、憲法の規定に従い、人権保障を根幹に据えたものでなければならない。

この点、医療は、憲法25条が保障する「健康で文化的な最低限度の生活」を営むために必要なものであり、また、憲法13条の保障する個人の尊厳や幸福追求権を保障するためにも必要なものである。医療政策は、これらの人権を保障するために策定・実施されなくてはならない。

そのため、医療基本法において、医療政策とは憲法25条及び憲法13条に定める人権を保障するために策定・実施されなくてはならないことを明記し、医療基本法が憲法の理念を具現化するものとなるようにすべきである。そうすることによって、医療基本法を親法とする個別法においても憲法の理念を志向させ、医療政策全体に人権保障の精神を底通させることができるようになる。

エ 患者本位の理念を明記すべきこと

医療法1条の4の2項では、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない」と規定している。しかし、これは、医療従事者側の（努力義務ではあるものの）説明義務を定めたものであり、患者側の自己決定権を定めたものとはいえない。

このように、これまでの医療を取り巻く法体系は、医療法をはじめとして、医療提供者側からの視点で定められていることが多かったといえる。しかし、医療とは患者のために提供されるのであるから、患者本位に行われるべきことは論を俟たない。そのため、医療基本法の基本理念として、医療は患者本位に行われるべきことを明記し、立法の視点を医療従事者側の視点から患者側の視点に転換させる必要がある。

その上で、患者の権利として、自己決定権、プライバシー権、最善の医療を受ける権利及び病気・障害を理由として差別されない権利等が定められるべきである。

オ 公共性の理念を明記すべきこと

医療は、人々の生命や健康を守るために欠かせない社会の基盤を成すものであるため、多くの公金が支出されている。そのため、医療政策は高度の公共性をもって策定・実施されなくてはならない。

この点、わが国の高齢化率（65歳以上人口割合）は、2025（令和7）年には30%となり、2060（令和42）年には40%に届くかという勢いである。今後、医療需要はさらに増大し、医療が果たすべき役割もより広がるであろう。しかし、高齢化に伴う社会保障費の増大により、国民皆保険制度の存続が危ぶまれる事態が訪れることが懸念される。仮にそのような事態となった場合、将来世代においては医療の恩恵を享受することが困難になる。

そこで、将来世代も医療の恩恵を享受することができるよう、持続可能な制度運用を目指すべきであり、そのことを示す基本理念として、医療政策は高度の公共性をもって策定・実施されなくてはならないことを医療基本法に明記すべきである。

医療に高度の公共性があるということは、第1に、国が医療政策に要する財政を適切に確保すべき責務を負うこと、第2に、国以外の各ステークホルダー（地方公共団体、医療機関、医療従事者、国民、医療保険者及び医療事業者）においても、それぞれ公的な役割・責務を担わなければならないことを意味する。なお、公共性の理念は、個々人の人権を制約する根拠として利用されるべきではないことを付言しておく。

カ 医療従事者を患者の権利擁護者として位置付けるべきこと

しばしば、「患者の権利」という概念は、患者が医療従事者に対して何かを要求する際に用いられる権利として捉えられ、その結果、患者の権利は「医療従事者の喉元に突きつけられた刃」に例えられてしまうことさえある。患者の権利という概念を、警戒心をもって捉える医療従事者は決して少なくない。

この点、世界医師会の「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」の序文は、「医師、患者およびより広い意味での社会との関係は、近年著しく変化してきた。医師は、常に自らの良心に従い、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、それと同等の努力を患者の自律性と正義を保証するために払わねばならない。以下に掲げる宣言は、医師が是認し推進する患者の主要な権利のいくつかを述べたものである。医師および医療従事者、または医療組織は、この権利を認識し、擁護していくうえで共同の責任を担っている。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。」と述べている（日本医師会訳『患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言』）。

ここでは、患者の権利を患者ではなく医療従事者が提唱した上で、医療従事者はその患者の権利を擁護すべき責任を負っており、患者の権利を否定する国の施策に対しては抵抗すべきことが述べられている。すなわち、患者の権利とは、医療従事者の喉元に突きつけられた刃などでは決してなく、医療従事者が守り育むべき対象であるということである。その意味で医療従事者とは、医療政策においては、患者の権利を擁護する者として位置付けられるのであり、医療基本法においてそのことを明記すべきである。

医療政策の基本理念として、しばしば、医療は患者と医療従事者との間の信頼関係のもとに提供されるべきことが挙げられるが、そのような信頼関係とは、医療従事者が患者の権利擁護者としての役割を果たすことによって真に実現できるものであると考えるべきである。

キ 医療政策の決定過程への当事者参画を保障すべきこと

代表民主制を採用するわが国では、国民は、原則として、選挙によって代表者を選出する方法によって政治に参加するものとされている。しかし、成熟した民主主義社会においては、国民は、単に選挙によって代表者

を選出するだけでなく、より直接的に政策決定プロセスなどに参画していくことが期待される。いわゆる「参加型民主主義」と呼ばれる考え方である。現在、行政機関が政策を立案する際に、広くパブリック・コメントの手續を履践し、また各種検討会などにおいて国民や有識者の代表を委員として選出していることは、その1つの現れであるといえよう。

既存の法律の中でも、例えば、障害者基本法では「国及び地方公共団体は、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を講ずるに当たっては、障害者その他の関係者の意見を聴き、その意見を尊重するよう努めなければならない。」（同法10条2項）とされ、さらに、障害者基本計画を策定する際に障害者政策委員会から意見を聴取することとされているところ、同委員会の委員として、障害者が参加すべきことを定めている（同法33条2項）。また、がん対策基本法では、がん対策推進基本計画を策定する際にがん対策推進協議会から意見を聴取することとされているところ、同協議会の委員として、がん医療に従事する者の他に、がん患者及びその家族又は遺族を代表する者が参加すべきことを定めている（同法25条2項）。また、肝炎対策基本法では、肝炎対策基本指針を策定する際に肝炎対策推進協議会から意見を聴取することとされているところ、同協議会の委員として、肝炎医療に従事する者の他に、肝炎患者及びその家族又は遺族を代表する者が参加すべきことを定めている（同法20条2項）。

以上のように、行政計画の立案についていえば、医療政策の分野では、既に、がん対策推進基本計画や肝炎対策基本指針を策定する際に、患者代表らが協議会の委員として参画することとされており、このような考え方は、医療政策全般に関して基本計画を策定する場合においても踏襲されるべきである。

また、医療政策が高度の公共性をもって策定・実施されなくてはならないことは前述のとおりであるが、医療政策の決定過程に当事者が参画することは、かかる公共性を手続的に担保する仕組みとしても機能することが期待される。

以上の観点から、医療政策の決定過程に、医療従事者のみならず、患者やその家族らといった当事者が参画できる仕組みを設けることを医療基本法に明記すべきである。

ク 小括

以上が、医療基本法を制定する際に盛り込むべき内容の要点である。憲法の理念に基づき患者の権利保障を根幹に据えた医療基本法を制定することが急務であるといえる。その必要性は、コロナ禍を経験して高まりこそすれ、弱まることはない。

では次に、患者の権利の1つである最善の医療を受ける権利に関連して、医療安全に資する制度である医療事故調査制度の現状と問題点について述べる。

(3) 医療事故調査制度の運用の拡充を目指して

2015（平成27）年10月に改正医療法が施行され、医療事故調査制度が発足した。同制度は、医療機関において予期せぬ死亡事故が発生した場合に、医療機関の管理者がその旨を医療事故調査・支援センターに報告し、その上で、院内での事故調査や第三者機関による事故調査を経て事故の原因を究明し、再発防止に努め、もって、医療安全に資することを目的としている。

医療も人の為すことである以上、予期せぬ有害事象である医療事故が発生してしまうことは避けられない。その数は、米国での推計をわが国に当てはめると、年間数万件にもものぼると言われており、正確な数字を把握することは困難であるものの、決して少なくない数が発生していると予測されてきたところである。

そのため、医療事故調査制度の創設前の時点では、医療事故の発生報告件数は年間1,300件から2,000件程度になるだろうと推計されていた。しかし、制度発足から8年が経過した現在、その発生報告件数は、年間300件程度に止まっており低調が続いている。これは、本来であれば行われるべき医療事故調査が十分に行われておらず、再発防止への取り組みが遅れていることを示している。医療安全が推進されない結果として不利益を被るのは、患者である。速やかに医療事故調査制度の発生報告件数を適切に増加させるよう施策を講ずる必要がある。

医療事故調査制度の発生報告件数が低調に止まっている原因としては、予期せぬ死亡事故であるか否かの判断が、当該医療機関の管理者に任せられていることが挙げられる。本来は医療事故として報告されるべき事案であっても、当該医療機関の管理者が「予期せぬ死亡事故」に該当しないと判断すれば、医療事故調査・支援センターに報告されないことになるのである。その結果、第三者機関による事故調査はおろか、院内における事故調査すら行われないうことになり、発生した医療事故を検証する機会が失われてしまうことになる。そのような事態は、医療安全の観点からすれば損失と言わざるを得ない。

医療機関の管理者が医療事故調査・支援センターに報告することを躊躇う理由として、医療事故調査をすると、当該医療機関の責任が明らかになるなどして、責任追及の手段として利用されるのではないかと懸念していることが挙げられる。しかし、医療事故調査とは、医療者や医療機関の責任追及を目的とする制度ではない。この点を医療機関に周知する必要がある。

その上で、今後も医療事故調査制度の発生報告件数が低調に止まり続ける場合には、亡くなった患者の遺族が医療事故調査・支援センターに対して調査をするよう直接求めることができるように制度を改正することを検討すべきである。医療事故調査制度は、医療界の自律性を尊重する観点から、医療事故調査・支援センターに報告するか否かという入り口の判断を医療機関自身に任せたものであり、患者の遺族が医療事故調査・支援センターに対して調査をするよう直接求めることは、本来であれば望ましい事態とはいえない。しかし、医療界の自律性を確保することよりも、医療安全を推進して患者が有する「最善の医療を受ける権利」を保障することの方が重視されるべきことは論を俟たない。よって、かかる自律性が十分に機能しない場合には、患者の遺族が医療事故調査・支援センターに対して調査をするよう直接求めることを認め、発生した医療事故を検証する機会を失わないようにする必要がある。

その意味で、今一度、医療機関に対して医療事故調査制度の制度趣旨を周知し、プロフェッションとしての医療界の自律性の中において、適切な事故調査及び再発防止に向けた取り組みがなされることを促すことが求められる。

以上