

ヘルスリサーチを語る

第5回

バイオエシックスの視点から見た日本の医療

木村 利人 (きむら りひと)

早稲田大学教授 (人間科学部・バイオエシックス担当)
早稲田大学・国際バイオエシックス・バイオ法研究所長

開原 成允

当財団助成選考委員長、理事
(財)医療情報システム開発センター 理事長

医療を始めとする科学技術の発展は、個人の生命・生活の価値判断や倫理的な決断へ大きな影響を与えています。遺伝子組み替え、ヒト・ゲノム解析、遺伝子治療、脳死、臓器移植、患者と医師の関係、末期のケアと看護、臨床治験などの問題とその解決を生命倫理的側面から研究するバイオエシックスは、ヘルスリサーチと研究領域を一にする部分が多いと思われます。従って今回の対談は、本邦におけるバイオエシックスの草分け的存在でいらっしゃる木村 利人先生にお願いしました。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：個人的な話になりますが、私が初めて先生にお目にかかったのは、20年くらい前にワシントンででした。あの時は先生から全く新しい分野の話がうかがって、大変感激をしたのを、今でも覚えています。まず最初に、先生の今までやってこられたことを、自己紹介を兼ねてお話しただければと思います。

木村：私は、早稲田大学の法学部の出身ですが、専門は比較法学と言いまして、いろいろな国々の法律の比較検討を通して、法の本質を探るものです。特に私は、東南アジアの家族比較法学をやっていましたので、タイに5年ばかりおりました。次にベトナムに行き2年間、その後ジュネーブ大学の大学院で人権論を教えて、そこに3年おりました。少し日本に帰った後、ハーバード大学に2年間、その後ジョージタウン大学に20年間おりました。

そうした折に、早稲田大学も1987年から人間科学部でバイオエシックスを大事なカリキュラムの1つにするので、是非教えてくれという要請があって、10年ほど早稲田大学にはジョージタウンから通っておりました。

バイオエシックス研究のきっかけは枯葉剤

私がどうしてこの分野に入るようになったかと言いますと、家族法の研究で、ベトナムにおりましたときに、私の学生の一人が、そ

アメリカでは1970年代半ばから、医師主導型から患者主体へのパラダイムシフトが起こった。その契機は患者の権利章典ができたこと。当時の日本はヘルスリサーチを巡る倫理的な問題はほとんど取り上げられなかった。

の当時の非常に危険な秘密文書と写真を入れた鞆を持って、私の家に来たのです。

開原：それはベトナム戦争の最中ですね。

木村：ええ。それで、その学生が「先生、今何を食べていますか」と聞くので「魚とか海老を食べている。安いし、ベトナム料理は大好きだから」という話をしたら、「危険だからやめなさい」と言うのです。枯葉剤の主成分のダイオキシンがその中に取り込まれているので、海老など海産物が特に危ないと言うのです。地元の人々はみんな知っていて、水も濾過するし、なるべくそういう海産物を大量に取らないようにすることでした。そして身体的障害を負った赤ちゃんの写真を見せてくれました。

開原：既にその時にベトナムで被害があったのですね。

木村：はい。それを見て、これは大変なことが起こっている、これは科学技術の悪用・誤用ではないかと思いました。

今、炭疽菌などで話題になっている「生物化学兵器」の意図的なのはしりですね。アメリカ側は「これは人を殺傷するわけではないから、クリーンな爆弾だ」と言っていたのですが、データでは、遺伝子に影響を及ぼすということがその時にはっきりしていました。それにもかかわらず、意図的に使ったということで、この問題を、人権と生命を守る法律家としての立場から取り組みたいと思ったわけです。

しかし、その当時はベトナムでは弾圧政治の下で、国会議員が逮捕状なしに捕まったり等、いろいろな人権侵害が起こっていたものですから、その研究に忙しく、具体的にその分野での取り組みが始まったわけではありません。

その後招かれて、ジュネーブ大学の大学院に行き、そこで人権論を教えているとき、1972年に「遺伝学と生命の質について」と

いう国際会議がありました。

開原：どこが主催した会議ですか。

木村：スイスに本部がある世界教会協議会(World Council of Churches : WCC)という宗教のNGOです。その国際会議で、やはり遺伝の問題と生命の質の問題を、法律家として取り組んでいこうと思いました。つまり、72年の段階でもげ仮にクローンができれば、それをどのように人間のコミュニティーの中に受け入れていくのか」といった議論がそこでは行われていて、命が操作される時代になってきたと強く実感されたからです。

特に出生前診断で、赤ちゃんの障害がわかった場合に、中絶するかどうかというようなことを巡って、イスラム教の人とかキリスト教の人、あるいは純粋に遺伝学の立場の人など様々な価値観の方々が集まって討議する機会があり、そこに、5年後に世界最初の体外受精児を完成させるロバート・エドワーズ先生が参加されていました。こうした科学の最先端にいる研究者が「胎児研究の倫理的なガイドラインをきちんと作る必要がある」として、宗教者や法律家と対話する必要がある」として、ケンブリッジから出てきたということで、私はすごく感銘を受け、それからこの分野にますます深く関わっていったわけです。

従って、ジュネーブでは人権論をやっていましたが、生命と人権の問題に関する国際会議を3回ばかり主催しました。

1970年代の日本とアメリカ

開原：その頃は、日本の風潮はどんな感じでしたでしょうか。

木村：70年代の始めて、科学技術の進歩に伴う公害などの問題が出てきているものですから、日本でも関心が無かったわけではないのですが、まだ大きい声にはなっていない時代でした。

1976年に出たWHOの正式文書で「HEALTH ASPECTS OF HUMAN RIGHTS with special reference to developments in biology and medicine(生物学と医学の発展に特に関わりの深い人権と健康の諸問題)(p5写真)」というものがあります。

この中で開原先生に関係のある分野では「Computerized Individual Medical Records」があります。医療情報の倫理問題も、76年に既に取り上げられているのです。

この他、人工妊娠中絶の問題、遺伝的な欠陥を持って生まれた新生児の倫理的問題、人間の胎児をリサーチに使う問題、断種の問題、避妊の問題、遺伝的な欠陥に伴う予防医学の問題、人工受精の問題、それから全体的な人を対象とした実験の問題、インフォームドコンセントと医学ボランティアの問題等々が書かれています。

このようにヘルスリサーチは非常に幅が広くて、そういうものをカバーするいろいろな倫理的問題が、もう既に1970年代には出てきているのです。しかし、日本ではあまりありませんでした。

開原：コンピューターが日本の医療の世界に入ってきたのは1970年代の始めです。その頃は、コンピューターは医療データの処理という目ではあまり見られず、むしろ合理化や省力化の道具だと考えられていました。

実は東大病院にコンピューターを入れたのは1974年ですが、その時に強く反対したグループがありました。東大の学生運動が残っていた時代で、いわゆる過激派と言われた人達がいたわけです。その時の彼等の根拠が3つありました。「合理化首肯反対」が1つ。もう1つは「産学協同反対」です。今はその2つの問題はあまり無くなったと思っているのですが、もう1つ、彼等が根拠にしたのは「管理強化反対」です。国民総背番号制反対ということだったわけです。実は今でもその問題は残っていて、それが結局現在の個人情報保護法などにつながっていると思っています。

木村：アメリカでは70年代で既に、コンピューターの問題の1つとして、メディカルデータを他とリンクさせないということがありました。それをすると、医師・患者関係が根本的に破壊されてしまう。それから、誰でもアクセスできないようにする。特にプライバシーとの関係できちんとしなくては行けないということを言っています。

今は違うかもしれませんが、日本はいいですね。血液を採ったら何の検査でもできる。(笑)例えば日本では血液を採って手術の前に、HIVキャリアの検査をやっていましたね。スイスでもアメリカでも「何をやる」と特定しない限り絶対にできません。

特に日本の場合には、企業の保健室のようなところがいろいろな情報を持っていて、人事のポリシーにもそのデータが行くようなシステムになっているのが、「ある意味ではプライバシーの侵害だ」と、アメリカの人が言っていました。例えば、東南アジアに出張して、体の調子が悪くなって日本に帰ってきて、会社の保健室へ行ったらHIVに感染していた、これは問題があるとして、メインラインからはずされてどこかのポジションに就けられた、ということが実際のケースとしてあるのです。会社の中で医療情報がシェアされてしまう。これは日本の大きい問題の一つですね。

アメリカの「メディカル」には広がりがある

開原：今は建て前の上では、そういうことはないはずですが、日本は、そういう問題に対して、昔はセンシティブでなかったのは確かだと思います。

私がこの問題に関心を持ったのは、アメリカでの個人情報保護の問題の最初の本だと言われている「Medical Record and Human Right」という本によってです。アメリカの場合は、最初の本がメディカルから出発しているのです。

木村：アメリカではメディカルは、先生が今おっしゃったように広

1934年東京に生まれる。
早稲田大学第一法学部卒、同大学大学院法学研究科博士課程修了後、チェラロンコン大学(タイ)、サイゴン大学(ベトナム)、ジュネーブ大学大学院等教授(スイス)、世界教会協議会(WCC)エキュメニカル研究所副所長、ハーバード大学研究員等を経て、1980年以降ジョージタウン大学ケネディ倫理研究所国際バイオエシックス研究部長、教授、現在に至る。





がりがありますよね。日本でメディカルというと、何かプロフェッションの小さい枠なのですよね。

開原：そうですね。メディカルとは特殊な世界だというように、みんな思ってしまうですね。ところが、そうではなくて、メディカルと

いうのは、ある意味では時代の先見性を持ったいろいろな問題がそこから生まれ出すようなものだという捉え方があります。ですから、アメリカだと、先生のような法律学者が医療の世界に興味を持たれるということは、ちょっと珍しいことではないのだけれども、日本では昔は法律学者が医療の問題になかなか関心を持ってくださらなかった。関心を持って、医療訴訟の話ばかりでした。木村：インフォメーションの権威である開原先生とお会いする前にインターネットで調べようと、Googleで検索したのですが、「ヘルスリサーチ」とカタカナで検索すると、19件しかない。その19件のうち3件は、ファイザーヘルスリサーチ振興財団のもので、「健康科学」で検索すると約4万件出てきます。そこで「health research」と英語で入れると、何件くらいあると思われませんか。

開原：どれくらいでしょうね。

木村：あるんですよこれが。約480万件です。

開原：480万件ですか。

70年代半ばからのアメリカでのパラダイムシフト

木村：要するにヘルスリサーチは、アメリカではもう定着していて、みんなが知っている言葉なのです。日本ではヘルスリサーチをわからないから、メディカルリサーチかと思ってしまう。

メディカルリサーチというと、医師主導型で、患者が対象になる。ところがヘルスリサーチでは患者が主役になってくる。

私がバイオエシックスで、1970年代半ばから大きいパラダイムシフトが起こったと言っているのは、今までの医療は全部医師が自分で勝手に勝手にという語弊があるのですが）プロトコルを作って、そして患者に同意などを求めることを考えもしなかったわけです。これが1970年代始めにアメリカで患者の権利章典ができてからブレイクする。そこからインフォームドコンセントの問題をきちんとやるようになった。また、これも1970年代の始めにアメリカでは国家研究規制法(National Research Act)ができました。これによって、IRB(Institutional Review Board)などもきちんとやり、性別も平等に、それからプロフェッションもなるだけ医学は入れないという形で、クリニカルトライアルについてのきちんとした

情報無くしてバイオエシックスは無い。その点、現在の日本の医療はまだ充分に変わりきれたとは言えない。
特に消費者が意見を言えるメカニズムを確立することが必要。

同意の文書を作るという方向性が出てきたのです。つまり、患者中心の発想で、メディカルに対するチャレンジ、あるいはインダストリーに対する期待が強いのです。良い薬を早く、本当に困っている私達ならびに私達の家族のために使えるようにしてくださいという声アメリカでは大きいのです。このため、一例を挙げると、今までは遺伝病関係の病気のグループがバラバラであったのに、今はGenetic Allianceという一つにまとまった患者団体ができ、大きいプレッシャーグループになっています。

日本では、メディカルリサーチに対するそういう声が少ないのではないですか。

開原：まさにおっしゃるとおりです。これは医学だけではなくて全てがそうだと思うのですが、日本の社会には、コンシューマー側の意見をまとめてきちんと表現するようなメカニズムが無いのだと思うのです。一言で表現すると日本は「サプライヤー優先のパターナリズム社会」だと思うのです。医療もそういう意味でお医者さんが中心だった。行政だって同じで、政府が主導してやる。銀行だってそうですね。銀行も昔はお金を借りる消費者のことを考えるより大蔵省のことを考える。大蔵省も銀行のことを考える。

しかし日本の社会の非常に面白いのは、悪気があってやっているのではないという点です。みんな自分が良いことをやっている、消費者のためを思ってやっているのだと信じてやっているわけです。医者だってそうです。「患者のためになるから俺に任せておけ」と言っていたわけで、そこがパターナリズムなのですね。

大事なものは情報開示と患者側の自己決定

木村：医療のパラダイムシフトで、医療中心から患者中心に移る中で何が大事かということ、患者の側で情報をきちんと持って、自分なりの価値判断に基づいて自分で決めるということです。

私自身、先ほど言った枯葉剤以外にも一つの体験をしています。それは私自身の病気でした。ベトナムにいた時に私は結石になりました。入院のために日本に帰国して、大学病院に行っただけですが、その時先生がまさにおっしゃるように、診断して手術だと医者が決めただけです。レントゲンの写真を私の方に見せずに学生の方に見せて、学生どこれどうだと話し、明日の朝手術だと決めてしまうわけです。これが1970年です。

私は1979年ハーバードにいたときに、もう一度腎臓結石になるのですが、アメリカで病院に行きましたら、全部私に写真を見せられ、そして最後に医者が私に言った言葉が「You are the final decision maker(あなたが最終的に決めなさい)」でした。彼は「レントゲンの写真を見て、データを見ると、私は治療が一番いいと思う」それから「もしあなたがセカンドオピニオンが必要だったら、どうぞ言ってください。情報は全部持って行ってください。手術するかしないかもあなたが決めるんですよ」ということでした。

結局、情報とバイオエシックスはものすごく深い関係があり、情報無くしてバイオエシックス無しなのです。

開原：なぜ日本がそうならなかったかというのは、先ほど言ったように、結局、コンシューマー側が意見を言う機会を与えられなかつ

たし、また、まとまって何かを言うことがなかったことに原因があるのではないかと思うのです。日本の医療を良くしていくためには、もっとコンシューマー側が自分のことを発言しなければいけないのではないかと。先ほどの Genetic Alliance のようなものが日本にもできるべきなのではないかと思えます。

木村：なぜコンシューマーが大きな声で言わないかというのは、一つは先ほど先生が言われたパターナリズム。日本には長い伝統があって、行政にしる、知識を持った人にしる、教育者にしる、権威ある者に質問しないで黙って従うのが良いことだというような風潮が、今でもありますね。もう一つは、日本人は専門性に対する尊敬を、良い意味で持っているのです。例えばお医者さんはそれなりの教育を受けて、それなりの経験を積んで、up-to-date の知識を持っているはずだから、お医者さんを尊敬するのが当たり前という雰囲気があるのですよね。

開原：私は、それは専門性に対する尊敬ではなくて、専門性に対する恐れではないかと思っています。

木村：あるいはそうかも知れませんが、また一方で、権威を持っている側には、素人が何も知らないでくだらないことを言うなという発想がありますでしょ。例えば、私は今でも覚えています、ある先生と討論した時に「法律家が法律の論理でもって医療の中に入ってきて、患者の人権というようなことを言うのはおこがましい」と言われたことがあります。要するに、病院の敷地に一步入ったら、患者の権利とかそういうことを言ってもっては困る、医者が治すのだから、黙って医者の言うことを聞け、というわけです。

それが1980年代の始めです。その頃から私は新聞や雑誌などに書き始めていたのですが、みんなに言われたのは「木村さんがアメリカ帰りの発想で日本の医者に対して何か言っても、負けるに決まっている」ということでした。しかし、やはり医療を変えるということを真剣に考えていच्छる優れた医療者、研究者もいっぱいいらっしゃいます。その人達のサポートで、私の考えなどがやっと広がってきたわけです。

1980年からの20年で、リサーチの場面でもきちんとした文書をとるようになったし、臨床場面でも現実には非常に大きく変わりましたと、私は認識しています。

日本の医療は変わったか？

開原：ここで過去の話から現在の話に移って、先生のお考えからすると、今の日本の医療は、十分に変わったのか、いや、まだ変わりきれないで、もがいているのか、どちらですか。

木村：いや、まだ変わりきれないでしょうね。

臨床治験の情報の開示がなかったということで、昨日判例がありましたね。比較研究の試験であっても、こういう臨床治験をやっているということは、きちんと相手に言わなくては行けないと決められました。それに対するコメントが2人出ていて、これは当たり前だという人と、そこまでやることに違和感があるし、実際問題できなくなってしまうのではないかという人です。国際的に見たら、これはもう当たり前なのです。世界の歴史は、同時代的に進行し



ていくわけですから、日本だけ「日本には日本の良い点がある」と言っても通用しない。それが今度の、厚生労働省で臨床治験の統一ガイドラインを作ろうというところに現れているのではないかと思うのです。

臨床治験については、やはり、患者に情報をきちんと出して、それに参加するボランティアを募らなければいけない。アメリカでは、例えば National Institutes of Health は、臨床治験については、これだけ(上記写真)のパンフレットを作っています。内容は、まず患者への歓迎の言葉。それから患者の権利、インフォームドコンセント、守秘義務、あなたの医者はこういう医者ですということ、そしてパシエントインフォメーション、サポートサービスとなっています。これだけのパンフレットがあるのです。この中で、私がいつも感動をするのは、“The most important person in medical research is the patient”と書かれていることです。当たり前のことですが、このようにドキュメントに載っていると感動します。連邦政府がこのようなきちんとしたドキュメントを作り、患者の十分な合意と納得の上で、いろいろなりサーチをやっているわけです。

日本でも、私は今、東京都の病院倫理委員会の委員長をしているのですが、そこで都立病院の患者の権利章典(上記写真)というものを作りました。出来上がったのは2000年ですが、20年かかっています。また、例えば、私が20年前からボランティアで行っているところですが、聖隷三方原病院では「入院のご案内(上記写真)があって、この中には患者の権利に関する宣言が入られています。「患者さんが尊重され、よりよい信頼関係の深まりとともに、安心して治療が受けられていくように、患者さんの権利に関する宣言を掲げています」ということで、これは病院の入口にもあります。こういう方向が、いろいろな臨床の場面に出てきており、今、変革が起こりつつあると思うのです。

先生はいかがですか、医療の現場は相当変わってきているというご認識ですか。





開原：ええ、ずいぶん変わってきました。厚生労働省自身がインフォームドコンセントの委員会を作りましたが、あの頃からインフォームドコンセントが世の中に認知され、次に「カルテ等の診療情報の活用に関する委員会」ができて、ここで診療情報の開示の話が出てきて、その後、医師会自身も今は診療情報は開示しなければいけないというガイドラインを出しました。

木村：2000年でしたか、新しい医師会の倫理綱領ができましたね。

開原：あの中では遺族に対する開示の問題もちゃんと議論されているわけです。そういう意味では確かに変わったのだと思います。今は、インフォームドコンセントとか、患者にカルテを開示しなければいけないというところに関しては、よほど古い先生はまだ抵抗あるかもしれないけれども、大部分は反対しないと思います。

木村：しかし、私が今、大学で学生に、日本の医療についての問題点を挙げよと言ったら、きちんとしたインフォームドコンセントがない、薬の名前を聞いてもちゃんと教えてくれない、といったことが結構出てきますよ。

黒船で変わることの問題点

開原：確かに、まだ世の中が完全についていけないというところはあると思うのですが、建て前の上では、それを否定することはもう無くなったという点で変わったと思うのです。

ところが、私は1つ心配しているところがありまして、日本は確かに変わったのだけれども、日本の国は変わる時は、常に「黒船」で変わるということです。つまり、フランスが変わった時は、フランス革命が起こって、そこで思想的な転換が行われた。これは別に、誰かが革命を起こせと言ったわけではなく、フランスの中からそういうものが起こってきているわけです。たぶんアメリカでもペインテントライツといった話が起こってきたのは、アメリカ人の中に本当にそう思った人がいて、最初は対立があったものの、その対立を乗り越えて、それを自分達で確立してきたと思うのです。ところが日本はそうではない。インフォームドコンセントという外来語が象徴しているように、それは外から与えられたものなのです。

私は、これはやはりパターナリズムではないかと思うのです。患者が猛烈に抗議をしたり、患者が必要だということを主張して、そこに対立があった後にインフォームドコンセントが出てきたのでは

なく、行政とかお医者さんたちが、それを輸入した。そうすると、確かに変化したものの、これが本当の変化なのかと考えてしまうのです。

木村：私は、そこのところは先生と考え方が少し違います。先生のイメージでは、厚生省の官僚や行政の担当者、あるいは医者が作ったと思われるのですが、実際はシステムが非常にオープンに変わって、作っている委員会の中にいろいろなプロフェッションの人が入ってきています。今までだったら官僚が作った提案が通っていたシステムだったのが、医学の分野の専門的なガイドラインを作るのにも、哲学の人や宗教の人、あるいは一般企業の代表の方など、いろいろな方々が入ってきているのです。しかもそのプロセスの中で、インターネットやファックスによる一般からのインプットなどもあります。

コンシューマーが意見を言えるメカニズムが必要

開原：それは確かにそうだと思いますが、その一般からのインプットの量が少ないと思いますね。

木村：アメリカに比べれば、少ないという点は同感です。例えば、Patients Bill of Rights(患者の権利章典)というのは、要するに、体制の変革の中で自分達の権利を「王様」に認めさせたという、むしろ非常にラディカルな表現になっているのですが、日本では、例えば東京都で言うと、「東京都の「患者の権利章典」となってしまうわけです。コンシューマーが中に入ってやるというプロセスを一応は作って、例えば大塚病院などで患者の方々に、どういう形がいいかというアンケートをしたりしているのですが、そのパワーが少ないということはあるかもしれませんね。

開原：つまり、本当の意味で内在的な変化の要因があって、それが突き上げて変わったのではないという気がするのです。そういう変化には脆いところがあって、環境が変わると、また元に戻ってしまうことがあるのですよ。

木村：確かにそういうことは言えますね。今までは入院の日にしても、処置の方法にしても、あるいは処方にしても、医療側が全部決めていた。それを、患者が情報を持って自分なりに判断する、そのためには自己決定が必要だということ、私は1980年から言っていたのですが、それに対する現在の論調は「本当に自己決定できるか」「日本人は自己決定できないところに、日本人らしさがあるのではないか」と、なんか非常にポストモダンの自己決定論のようなものが出てきます。バイオエシックスでも、自己決定というものが流行ってくると、コロッとひっくり返って、「やはり家族あつての日本人、あるいは「社会やコミュニティあつての日本人」という、日本美化論みたいなものが出てくるのですよ。

開原：それを防ぐためには、繰り返しますが、やはりコンシューマーがもう少しきちんと組織化されて、意見を言うようなメカニズムができないといけないと思います。

木村：例えば1968年に和田心臓移植がありました。和田先生は、自分は自分で正しいことをやったと言われているわけですが、和田心臓移植を告発する会ができて、集会をやり、その時に病者の

アメリカの大病院ではバイオエシックスのコンサルテーションのシステムがある。
日本でバイオエシックスを根付かせるためには、医療の現場での展開がなされる必要があり、そのための教育が求められる。

権利宣言をします。しかし、システムが無いから、一発やっつとマスコミで騒がれて、それでおしまいになってしまいました。

アメリカの場合には、通常コンシューマーのベースがあるので、システムを作り、そして病院協会がステートメントを出し、州が州法に取り入れ、それに従って、州のあらゆる病院が病院ごとに患者の権利のステートメントを出していくというシステムが残っていきます。日本の場合は、追求し、告発して、そして消えていってしまう。

開原：追求告発型になるか、さもなくば仲良しグループなるか、そのどちらかになってしまう。「何故なのだろう？」と思います。

木村：やはり、自分で情報を持って、そして自己決定するという、非常に確固とした信念に生きる日本人がこれから生まれてこない、と、大勢に流されてしまう。お仕着せでなく、自分が選択していく、つまり情報を自分の手にして自分の価値判断に沿ってそれを決断していくという、そういう時代になっていると思うのです。

薬にしてもそうです。今、臨床試験の広告が出始めましたね。朝日と読売に2001年の1月から2002年の9月まで、150件ぐらい出ています。広告の多いのが尿の失禁と鬱病なのだそうです。そうやって患者に製薬会社が直接情報を出して、これに参加しませんかと呼びかけるシステムは、もうアメリカではありません。

臨床試験広告の問題点

開原：アメリカは遙か昔からです。ただ、あれも日本はまだ問題があります。日本はコンシューマーに対して医家向け医薬品の広告ができないのです。だから、臨床試験の募集を見ると、病気の名前は書いてあるものの絶対に薬の名前は書いていない。しかしアメリカはそうではないですね。NIHの中にある、National Library of Medicineのホームページでは、現在やっているクリニカルトライアルの一覧表が全部出ています。そして、今これは募集中とか、参加したい人はここへ連絡せよとか、そういうものが書かれています。しかもちゃんと薬の名前が出ています。

木村：アメリカでボランティアをやっているリクルートメントオフィスのオフィサーに会ったときに、その方は、この頃の患者さんは、自分の病気に非常に興味を持っているものだから、知らないお医者さんよりもっと情報を持って、勉強している人が多い、このためよく応募が増えているとのことでした。

開原：私はそうあるべきだと思うのです。ところが、今は情報が足りないわけです。例えば、A社が鬱病の募集をする、B社もやはり鬱病の薬の募集をする、患者さんはどちらに応募しようかと考えたとしても、両方とも鬱病としか書いていない。つまり薬のインフォメーションが、あそこには全く欠けているのです。今、日本には、医薬品の広告は医者にしかやってはいけないという規則があるのです。

木村：コンシューマーに直接出せないのですか。

開原：出せません。それをやったら違反になります。日本の論理は、医薬品の情報は医者を介して告げるべきだということなのです。医者がその薬を処方する時には、お医者さんが患者さんに注意を与えて、情報を明かして処方箋を書くから、薬の名前を教え

ても良い。しかし、製薬会社が、医者を通り越して、直接患者に情報を渡すことはいけないという論理なのです。

木村：患者はちゃんとした判断能力がないからというわけですね。

アメリカでは、ラジオの番組でも「いろいろな事を医者に聞いて、ちゃんと答えない医者がいいたら、そういう医者のところには行かないでくれ」ということをコンシューマーセンターで流しています。それから、「薬の情報はきちんと自分で持ちましょう」ということもコマーシャルで流しています。

開原：ですから、そこはもっとフェアに、薬の名前もちゃんと出して、そして薬はどのような効能・効果があるということも一緒にして広告をするべきだと思います。まだ日本は規制社会ですよ。

日本の医療費は全部カバーと言えるか？

木村：そうですね。しかし、規制社会だけれども、日本の良いところは、どんどん自己負担が増えてきているものの、一応医療費が全員カバーされているという点です。これは珍しい国ですよ。アメリカなどは4000万人くらいがかかれないのですから。

開原：それも最近、私は少し疑問に思ってきているのです。日本人が全部カバーされているということは、その通りなのですが、日本には不法滞在の外国人などがたくさんいるわけです。それらの人達が全然カバーされていない。アメリカでカバーされていないというのは、そういう人達がたくさんいるからということもあるのです。そういう意味では、だんだん日本は全部カバーしています」と胸を張って言えなくなってくるのではないかと思います。

木村：確かにそうですね。「外国人も含め、日本に滞在している全ての人達は人権を保証されている」と言いますが、しかし、実際は裁判になっても、不法滞在だと来られないとか、通訳がきちんと通訳しないために非常に不利な扱いを受けるということが、司法の分野でも起こっていますね。

おっしゃるように、病気などで実際に治療を受けられない方々が、日本の中にも一杯いるという現実を、日本人としては見なくてはならないですね。

アメリカのバイオエシジストは臨床の現場にいる

開原：先生にもう一つ、うかがいたいのですが。

例えば一人の患者がいて、その人が非常に苦しんでいて、ある薬を使うべきか使わないべきではないのか、あるいは人工呼吸器を外すべきか外すべきでないのか、という個々の臨床の症例に対する悩みというのは、医者はいつも抱えています。そういうことに対して、アメリカの病院の場合には、デパートメント・オブ・バイオエシックスというものがあり、そこに相談すると、いろいろアドバイスをし、場合によってはカルテに書き込んでくれる、つまり、そ



の病院の中で、個々の臨床症例に対するバイオエシックスが本当に生きていて聞いたことがあるのですが、それは本当ですか。

木村：ええ。インターンの時から、ラウンドで回る時に、専任のバイオエシキストがいて、一緒に回るのです。そして、こういう場合に倫理的にどういふ問題があるかということ、学生の中から学んでいくわけです。例えば両足切断をしなくてはいけないが、本人は絶対反対している、お嬢さんは車椅子になってもいいので切ってください、切らなければどうしようと悩んでいる、そういう場合にアメリカの病院では、バイオエシックスのコンサルテーションのシステムがあるのです。

開原：そういう人は、病院毎にいるのですか。

木村：大きな病院でしたら、ほとんどいると思っていいますね。

NIHもクリニカルセンターの中にバイオエシックスのデパートメントがあります。そこは同時に、ペイシェンツ・ライツ・オフィサーという患者の権利の担当の職員がいるのです。この職員というのは看護師さんが多いのですが、要するに、ペイシェンツ・ライツ・オフィサーとバイオエシックスの専門家がいて、例えば24時間ベルを持って、倫理的な問題があったら駆けつけます。

開原：そのバイオエシキストには、どういう人がなるのですか。

木村：いろいろな分野があって、学部によってはコミュニケーションとか哲学をやったり、宗教をやったり、倫理をやったり、もちろん看護学の人もありますし、そういう方々がバイオエシックスのマスターを取ってPh.D.までいきます。

開原：大学にバイオエシックスの教室があって、そこでちゃんと養成しているということですね。先生のジョージタウン大学でも、養成しているわけですか。

木村：ええ、養成しています。バイオエシックスのコースを取る人は、病院の中の実習を含めてやっています。

日本でバイオエシックスを根付かせるために

開原：そこが日本と違うと思うのです。そこで私が知りたいことは、早稲田大学の先生の教室では、そういう人の養成をなさろうとしているのですか。

木村：そういうことが勉強できるように、例えば東京女子医大の新生児センターで共同ゼミをしたり、また、私のところを出て、東大の医学研究科に行き、それから浜松医科大学に行った人もいますし、他の医科大学へ行く人もいます。特にバイオエシックスの臨床の経験ということで言えば、清瀬のそばにはいろいろな国立病院がありますし、近くの「信愛の園」という介護施設で、高齢者の方々の末期にどういう形でコミュニケーションをしていくのかというような末期のケアを、実際にボランティアをして、データを取った学生もいました。

開原：それは大変素晴らしいことではあります。しかし、卒業して

いった人達が病院の現場で、先ほど言われたように、一緒にラウンドをするといったようにならないといけない、私は思うのです。

木村：アメリカでは、私は例えば朝の小児科のカンファレンスに出て、データをみんなでシェアしてやります。もちろん倫理委員会にも出ます。しかし、日本は、やはり専門外の人に来るということを嫌うのではないのでしょうか。看護婦さんと医者が中心ですから、もし行ったら、「専門外の全然関係ない人が来て、よけいな事を言うな」という感じではないのですかね。

開原：やっと今、委員会とか、研究のための、といったところまでは開かれました。ですから、そういうところには先生もたぶん参加されるし、東京都の病院にも参加されるし、是非来てくださいと呼ばれると思うのです。ところが、バイオエシキストが病院にいて、個々の相談にのっているところは、日本はたった1つも無い。そういう意味で、日本の場合は、私はまだまだだと思っているのです。

木村：日本の場合、もう一つは、例えばそうやってバイオエシックスの専門家に来てもらうよりも、医師自身がバイオエシックスを学んでやった方が早道ではないかと思っている方々も、結構いらっしゃるのです。私は、違った観点から見ると、やはりバイオエシックスを基本的にやった人が必要だと思えますし、それは、医者でない方がいいのではないかと思っています。

開原：私もそう思います。そういう意味では、まだ日本にはバイオエシックスは、全然根付いていない。私は先生にそこまで日本にバイオエシックスを根付かせていただきたいと思っているのです。

木村：私は今、医師国家試験の委員しています。これは公開されているので言って構わないことですが、ここ2年くらい前から、医療における人間の尊厳と患者の権利や医の倫理ということを経験の中に入れてきたのです。それがやはり勉強する側に、つまり教育の場で、意識の変革を起していると思えます。

また、バイオエシックスというのは医療の問題だけではなく、ヘルスリサーチ全般を含みます。先生が言われたように、日本に不法滞在している方々の問題とか、難民、あるいは疫学的な問題、文化の問題等も含め、非常な幅広い研究を含んでいます。学際的学問ではなく、それよりも非常に幅広い「超」学際的学問だと、私は言っていますが、そういうヘルスリサーチを含めたバイオエシックスをこれから新しく展開していきたい。そのための一つの教育のプロセスとして、これから先生のおっしゃったような医療の現場でのクリニカルなバイオエシックスの展開がなされないと、その有効性が無いですね。

先生にお手伝いしていただいて、なんとか根付かせたいと思います。

開原：どうぞ、よろしく願います。

有り難うございました。

本対談に関するご質問、ご意見を受付けております。ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)

FAX番号：03-3344-4712

いただいたご質問・ご意見は、対談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)