

話 題

# ヘルシンキ宣言 2000 年改訂適用範囲拡大と その基盤となる哲学

— 坪井栄孝世界医師会前会長インタビュー —

坪井 栄孝  
日本医師会長

## The 2000 revision of the Declaration of Helsinki and its implications in medical ethics

— Interview with the WMA Immediate Past President, Eitaka Tsuboi —

Eitaka Tsuboi  
President of the Japan Medical Association

(Interviewed by Chieko Kurihara)

インタビュー 栗原千絵子

### Abstract

Dr. Eitaka Tsuboi, Immediate Past President of the World Medical Association (WMA) and President of the Japan Medical Association (JMA), suggested in previous discussions of the Declaration of Helsinki, 2000 revision, that medical research on “human subjects” as used in the text should cover, not only the human body, but identifiable human materials such as the human gene, DNA, or medical data. This proposal has further widened the implications of the Declaration. He believes that WMA is strongly committed to accepting advanced technological progress in medicine only if it ensures the well-being of every individual. He warns that advanced molecular science, when applied to biomedicine, may be used for human cloning technology, as was seen in the development of atomic science resulting in unwanted production of nuclear weapons.

He disagrees with the suggestion of including “note of clarification” in paragraph 29 of the text. In the proposal, two conditions are cited where placebo controlled trials may be acceptable even if proven therapy is available. He suggests that any member with objections to particular paragraphs in the Declaration should make a motion to the WMA meetings indicating that the member association is not in a position to follow the relevant paragraphs, instead of trying to propose the revision which may result in undermining the core philosophy of the statement.

His unique philosophy as a doctor is characterized as “Samurai Spirit,” based on humanity, which seems to be a key to solving difficult problems in international and domestic ethical and political areas.

### Key words

The Declaration of Helsinki, World Medical Association (WMA), ethical principles, medical research on human material, placebo controlled clinical trial

*Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation)* 2002 ; 30 : 99-107.

坪井栄孝世界医師会前会長・現日本医師会会長は、所信表明の中で「合理主義を基調にしたアメリカ医療、実験医学を基調にしたヨーロッパ医療とともに、癒しの医療、心の医療を基調にした東洋発の医療は、国際医療界にバランスを作り上げていくため欠くことのできない分野であることも各国が認めております。」と述べている。坪井会長は「ヘルシンキ宣言」2000年エディンバラ改訂に向けて国際的論争が紛糾する中でリーダーシップをとったとされるが、その具体的なエピソードや行動、「研究倫理」という領域の問題についての理念は日本の医学研究の現場に十分に伝えられていない。

ヘルシンキ宣言2000年改訂で、個人を特定できる材料やデータもその対象とされたことは先端医療の現場に大きなインパクトを持つ。この適用範囲拡大を提言し、さらに2002年10月世界医師会ワシントン総会で採択されることになる二つの宣言を初めて日本から発案し主導したという坪井氏に、その経緯と基底にある哲学を語ってもらった。

1998年ノーベル経済学賞を受賞したインドの経済学者アマルティア・センは人間の行動の動機の構造を自己の利益の最大化だけではなく、倫理的・社会的動機を含めて捉えなおし市場経済メカニズムを分析したが、研究倫理の位相の転換期における世界的な議論の中で、東洋から、日本から何を発信できるのか、ヘルシンキ宣言をめぐる議論は日本の国内問題における課題をも浮き彫りにする。

## ヘルシンキ宣言第1条の適用範囲拡大 ——ヒト由来材料は「人」である

ヘルシンキ宣言は、医学研究に携わる医師への勧告として出発し、人間の身体を一つの個体として扱ってきましたが、現代の医学研究はそんな単純なものではなくなってきました。いわゆる molecular science の進展により研究対象としては細胞、分子のレベルが含まれるようになり、それらを取り囲む環境も対象となりうる、ということを狙って適用範囲が拡大されたのです。

ここには二つの論点があります。一つは、指針の対象を医学研究に携わる「医師」から「医師および関係者」という表現に改めたこと。そしてもう一つは、日本医師会からの提言として、適用範囲を「個人を特定できる人由来の素材とデータ」まで広げたということです。WMA (World Medical Association: 世界医師会) では、これらの認識が加盟国の中で合意されうる内容だと考え、2000年エディンバラ総会で採択されました。

現代の医学研究には医師だけではなく生物学者、薬理学者をはじめ医学の周辺の多くの研究者が携わるようになり、医師だけに適用する倫理原則としたのでは医学研究の倫理性を守ることが困難となってきた、との認識はWMAの中で共通したものでした。

そしてさらに重要な論点として、医学の急速な発展により、胚、胎児、臓器、血液、体液、細胞、骨、組織、遺伝子などが研究の対象となり、子どもを対象とする研究の必要性も訴えられ、また、診断や治療の他に予防分野において疫学的研究の必要性も高まり、電子技術の発達を受けて患者について集積された医学的情報やデータが研究を支える極めて重要な要素となっています。ヘルシンキ宣言は、「ヒト被験者 (human subject)」という言葉に厳密な定義づけをしていませんでしたが、日本医師会ではこの不明確さが将来この宣言の適用に不都合を生じさせると提言したのです。これによって宣言は将来を見通し、深みのある内容となったと考えます。医学研究以前に人類のための倫理があり、その基盤として宣言があるのだ、という宣言旧来の考え方は私にとってごく自然なことでした。

### ヘルシンキ宣言 第1条

世界医師会は、ヒトを対象とする医学研究に関わる医師、その他の関係者に対する指針を示す倫理的原則として、ヘルシンキ宣言を発展させてきた。ヒトを対象とする医学研究には、個人を特定できるヒト由来の材料及び個人を特定できるデータの研究を含む。

(日本医師会訳)

### 坪井栄孝

1929年福島県生まれ。日本医科大学卒業、国立がんセンター病院放射線部医長を経て、財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院院長、現名誉院長。1988年日本医師会常任理事、92年同副会長、96年より現在に至り日本医師会会長。2000年10月より世界医師会会長（任期1年）。



## 第1条についての議論の経緯 ——日本からの提言

日本医師会が最初に第1条についての提言をしたのは1998年10月オタワ総会です。これにはほとんど抵抗はありませんでした。あっても黙っていたのかもしれませんが、むしろ、アメリカはwelcomeでした。アメリカが大改訂案を出してきてそれが退けられたのは同年4月のウルグアイ理事会で、あの時のアメリカ医師会長はNancy Dickeyでした。後に「三賢女」と呼ばれてエディンバラでの採択に至る作業部会を構成した三人の女性の中でもチェアをとった人です。彼女とは仲が良いのですが、反対を受けてショックだったようでした。ヨーロッパも反対したので納得したようでした。私は、アメリカの大改訂案を見て、反対というよりも、その必要がない、と言いました。むしろオリジナルの原文の中に変えなければなら

ない部分がある。それはどこかと言うと、分子医学が医療の中に入ってきた現代においてこれでは持たない。だから適用範囲を変えなければいけない、と言いました。その意味での改訂なら賛成。ヨーロッパも賛成しました。これを含めて原文に不都合がないかどうかを検討しよう、と提案をしました。それで日本医師会、アメリカ、カナダ、イギリスで第1回の作業部会が出来て、Robert J. Levineがリーダーとなって、かんかんがくがくの議論をしました\*1。

今の世の中にマッチした約束事を決めるなら、細胞から出てくる人間の機能のようなところまで視野に入れるべきなのです。アメリカは、アイスランドのゲノムを買おうとしていましたし、背景にゲノム特許などの問題もあって、賛成しました。1999年の総会はこのアイスランドの問題が紛糾してヘルシンキ宣言の採択が延期されたのですが、研究者たちは、倫理指針によって研究が正当化されることを歓迎したのです\*2。

\*1 アメリカ医師会改訂案に対する各国の反応は、坂上正道。世界医師会の最近の動き：ヘルシンキ宣言の改定作業をめぐって。臨床評価1999；26（3）：395-408。に詳しい。また、坂上正道。ヘルシンキ宣言の修正について：二〇〇〇年エディンバラの第五二回世界医師会総会における修正。日本医事新報2000 Nov 11；No. 3994。では、engage, assert tolerateを得て国際的合意形成に加わることを日本医師会の基本的態度とした、とある。

\*2 ヘルシンキ宣言は、ナチスに協力した医師を裁く判決文によるニュルンベルク綱領を緩和した形で1964年採択され被験者の同意を基本原則としているため、アイスランドのゲノム研究がopt out（不承諾者のみ不参加）を原則としていたためWMAとして反対を唱えた（Duncan N. World Medical Association opposes Icelandic gene database. *BMJ* 1999；318（7191）：1096。）。

### 第29条

新しい方法の利益，危険，負担及び有効性は，現在最善とされている予防，診断及び治療方法と比較考量されなければならない。ただし，証明された予防，診断及び治療方法が存在しない場合の研究において，プラシーボまたは治療しないことの選択を排除するものではない。（日本医師会訳）

### 第30条

研究終了後，研究に参加したすべての患者は，その研究によって最善と証明された予防，診断及び治療方法を利用できることが保障されなければならない。（日本医師会訳）

（第29条についての注記。以下の場合にプラシーボ対照は証明された治療法が入手可能であっても，倫理的に許容しうるかもしれないとして，世界医師会 web-site に記載。）

—避けられない，科学的・方法論的な理由から，予防・診断・治療の方法の有効性と安全性を決定するのにプラシーボ使用が必要である場合，または

—軽度の症状について予防・診断・治療の方法が研究されており，プラシーボを受け取った患者が重篤で回復不能な害の危険性が加わることがないであろう場合（光石，栗原訳）

## ヘルシンキ宣言第29条について

### ——「注記」は容認しない

第29条，30条についてはいまだに継続審議です。私は継続審議をする必要はないと言っています。世界医師会の web-site に注記が出ていますが，日本医師会はそれを認めていません。アメリカ医師会は世界医師会の大スポンサーだから，意見を尊重せざるを得ないのでしょうか。と言っても，アメリカ医師会はあまり意思表示をしないので，おそらく製薬業界などの意向が反映されているのではないかと。どう考えても，純粋に倫理の精神から考えると，アメリカの案はつじつまが合わない。Levineが医の倫理の権威であると考えられているようですが，彼は西欧的な思考で強引に押し切ろうとしたので第一次作業部会では失敗しました。第二次，第三次になって，「三賢女」が出てきた。Dickeyはエディンバラで採択されたときには拍手されて泣いていましたよ。よほど立場上辛かったのでしょうか。

条文に関しては，今のものでもほとんど完璧だと思っています。これ以上拡大解釈したり，運用上便利な方向へと操作したりすることは道理に適っ

ていません。頑なに皆で守るべきです。国情の違う国が71か国集まっているわけだから，民族の価値観・経済状態，そのエリアにおける社会情勢も違う，紛争のただ中にある国もあれば日本のように平和なところもある。その中でヘルシンキ宣言とはどういうスタンスにあるべきかということを押さえておかなくてははいけない。29条と30条はどうしてもアメリカの事情，考え方の中で守れないというのなら，アメリカではその2つの条項については守れないから国内での規定とか規約で運用させてもらう，と言えばいい。アメリカの問題として世界医師会の中で動議を出せばいいのです。各国がヘルシンキ宣言の基本理念は堅持しつつ，その上に二階，三階建てで，倫理規定なりを創っていけばいい。非公式な場で操作すべきことではありません。Levineは「臨床評価」の座談会でヘルシンキ宣言は実際には守られていない，と発言していますが，そんな不屈きな話はない\*3。

第29条が，新しい方法は最善とされる方法と比較しなければならぬと述べているのは，当然の理念です。アメリカにとっては開発途上国で利用可能な治療法を検証する，という恩恵を施すための仕事をしようと思っていて，臨床試験のコスト面で問題が生じるということもあるのでしょうか。

\*3 Levine RJ, et al. 座談会：医薬品開発のグローバル化時代における臨床試験の倫理。臨床評価 1999；26（3）：341-80. の358頁参照。

最善とされた治療法を対照とすれば対照薬のコストがかさむので、それよりレベルが低い薬を対照薬に使いたい。しかし、理屈としてはそれは通りません。ヘルシンキ宣言の理念を覆そうとするのではなく、二国間で交渉し合意のできる線を見出し、その中で経済的に非常に問題があるならば世界医師会に対して何らかの国際的な協力関係が必要なのだということを訴えていけばいい。途上国に提供するためにはこういうデザインしかない、個々の研究の問題として世界医師会に報告すればいいのです。

開発途上国の人々も議論に参加しているけれども、アメリカが自分たちの国民のためにしてくれているというように好意を感じているから、反対は唱えられません。それを言えるのは日本なんです。だから日本が途上国の立場に立って主張すべきなのです。アメリカの大修正案に対して、私が世界医師会長になる前は日本としても明確な反論は述べていませんでしたが、私が会長になって、総会の場で文書を見てその場で私が棄却したのです。だからアメリカは驚いたのです。仲の良い Dickey が持ってきた案でも、通せないものは、通せない。

## 医療技術の発展と制御

### ——日本の歴史的体験と基盤となる哲学

ICH-E10ガイドラインの中で述べられているような科学性を重視した合理主義では割り切れないものが、我々にはあります。東洋民族でなければわからない、血の中に流れているエネルギーのようなものがある。それを世界医師会の中で我々が主張しないことには、我々が世界医師会の中にある価値がありません。

我々は実体験をしている。20世紀の科学の進歩の中で発見された原子核の理論と応用が実践に移され、望んでもいかなかった原子爆弾に発展せざるを得なかった。科学の進歩を享受する世界のひずみ、陰のようなところの被害を、原子力発電とか、原子力船といったものではわからない形で受けて

いる。それは、ある意味では人間の考える自然の成り行きであったかもしれない。しかし、その結果は惨憺たるものでした。医療技術も、高度化がますます進んでいった場合に同じ過ちを繰り返すことにもなりかねない。人間のクローンや誰が親だかわからない生殖子の提供や臓器の売買といったことによって起こると予想される事態をいかに事前に防ぐかが問題なのです。科学の発展は、人類の繁栄、健康の保持をもたらすという条件のもとでのみ通用するのです。そして何よりも患者の安全を第一に考えて、害をなすことなかれ、というヒポクラテスの誓いを基本理念として作ったのが、今年11月にワシントン総会で採択される「高度医療技術と医の倫理に関する世界医師会宣言」です。

核の犠牲になったということと同時に、日本が戦争中に行った人体実験の反省に基づく研究倫理の理念を持つことも必要でしょう。世界医師会の議論の中では、731部隊に協力した医師を日本医師会は会員から除名したのか、その対応について検証したい、とイギリスの医師から問い質されたこともあります。現在アメリカのユダヤ人の医師が訴訟を起している件もあります。ドイツ医師会の役員が名指しで問い質されるという場面もありました。こうした過去に対する反省を、謝罪であれ、検証であれ、一つ一つ実行していかないと、大きな禍根を残すこととなります。

## 日本発 WMA 宣言提案への経緯

### ——2002年10月ワシントン総会に向けて

二つの宣言について、具体的な経緯をお話ししましょう。私がWMA会長を努めていた時期に、二回ほどWMAの役員、事務局長の Human、アメリカ医師会他14～5名の外国代表を東京に招待しました。そして、世界の医療界が直面し、21世紀に向けてよりいっそう医療界を含めた社会の関心を喚起すべきであると予想される問題の中からとりわけ重要な二つの問題について議論する機会を持ちました。

第1回目は2000年11月で、この時は「高度医療技術と医の倫理」について議論しました。21世紀に期待される医療技術の発展は、一面では、治療困難であった疾患の治癒に役立つ有効な手段ではあるけれども、人類の発展にとってまさに逆の効果をもたらす可能性を秘めていることから、医

師として持つべき基本的指針を作る必要があると考えました。そして、この会議の参加者の議論は「高度医療技術と医の倫理に関する東京宣言」として結実しました。この内容は同年10月のWMAエディンバラ総会でのWMA会長就任演説でも述べており、多くの方々の賛同を受けていたことも

### 坪井栄孝 世界医師会長就任挨拶（抜粋）

2000年10月6日 第52回世界医師会総会（Edinburgh, Sheraton Grand Hotel）

人類は、20世紀の終盤に生命の神秘の解明に大きな進歩をとげ、従来では不治の病とされてきた多くの遺伝病や癌や糖尿病などの治療を可能にし、絶望の淵に沈んでいた多くの人々に光明をあたえました。ゲノム計画の人類にあたる貢献は21世紀に入ってどのように拡大されていくのかは、人類すべての期待に満ちあふれていることでしょう。

しかし、あまりの素晴らしい成果と急速な進展の一方で、人類が20世紀に手中にしたもうひとつの大きな出来事は私は思わずにはいられません。それは、原子核の操作に成功し、人類の幸せのために考えられた叡智が殺戮兵器を作ってしまったということです。

この人間の愚かさが再びゲノム操作の場に再現されないようにしなくてはなりません。ゲノム計画はあくまで人類生存のためのものであり、ヒポクラテスの誓いにあるように害を与える行為になってしまわないようにすべきです。そしてその仕事は、世界医師会の賢明なる仲間によって守られていくべきだと思います。

限りなく発展する近代科学技術の恩恵を享受することのできる幸運を喜ぶとともに、先端技術の持っている限りない欲望を制御する勇気も私は持ち合わせるべきであると確信しております。

私は2つの世紀の橋渡しを努める世界医師会長として、ヘルシンキ宣言をはじめとする世界医師会の同僚が合意した医の倫理を意思決定の基盤にしつつ、「医療の先端技術の繁栄と制御」を世界医師会長の理念としたいと思います。このような理念の整理は必ずや医学の正当な発展に大きく寄与することは疑う余地がありません。医療における先端技術の繁栄は、ゲノム計画に限られたものではありませんが、医療技術によって患者が癒されることと同じくらい大切なことは、患者の安全に関する配慮であります。

ますます高度化する臨床医学の場において、限りない高度化と安全性のバランスを考えるのは容易なことではありませんが、このバランスを十分に配慮する努力が患者に安心感を与え、医療に対する信頼を勝ち得るものと信じます。そして、「患者の安全」という共通の課題について、世界医師会は十分な関心を持つべきであると考えます。



世界医師会長就任時の  
メダル授与式（2000年10月）

いろいろな理由から迫害を受けている医師に対する世界医師会の支援活動を、人道的立場からの勇気ある行動として、私は大きな尊敬の念を持って見ております。いかなる事情があるにしろ、世界医師会の仲間が窮地にあるときに援助の手を差し伸べるべし、少しでも苦悩が軽くなるよう支え合うことは、世界医師会の団結を強め、世界医師会の他の行動についての価値を高めることとなります。今後も国際的な視野の中で、困っている仲間に対する援助を強めていくべきであると思います。

最後に私が最も好きな宮澤賢治の「雨にも負けず」という詩を朗読して結びといたします。宮澤賢治は日本の東北地方に生まれ、貧困な農村の中で人類への愛を叫びつづけた詩人であり、童話作家です。この詩は、日本人なら知らぬ者がいない有名な詩です。

(<http://www.med.or.jp/nichinews/n121020b.html>)

あって、東京宣言はそのままWMA宣言案として2001年5月のWMA中間理事会に上程し、ほとんど修正無しに承認を得て、2001年のインド総会に付託され採択されることとなっていました。しかし、インド総会がアメリカのテロの関係で中止になったため、今年10月のワシントン総会に送られて採択される予定です。日本医師会がWMAに加盟（昭和28年）して50年近く経ちますが、日本医師会からの宣言案の提案は今回が初めてのことです。

第2回目は2001年の6月で、この時は「患者の安全」について前回同様に東京で議論しました。この問題は極めて現実的で、各国でも医師・患者関係にもかかわる重要事項として位置付けています。WMAが現在までに患者の安全という重要課題をそのものとしてテーマにしたことがないというのも、やや不思議です。日本医師会としてはこの会議の成果として「患者の安全に関する東京宣言」として合意文書を作りました。これを「患者の安全に関するWMA宣言案」として2001年10月のフェルネイでのWMA理事会（インド総会が中止になったために開催）に上程したところ議論があったため、日本医師会主導でアメリカ、イギリス、デンマークという4医師会の作業部会を設置して内容を詰めた上、4加盟国の草案を作成して今年2002年5月にディボンヌで開催されたWMA中間理事会にて採択されました。手続きとしては、理事国以外の国の医師会にも回覧して意見を取り入れた上でワシントン総会で採択される予定となっています。

## 臨床研究の指針

### ——基盤となる理念からの議論を

こうした世界的な高度医療技術の発展を受けて、それを臨床で応用するには研究の段階を経なければならぬということ、現在日本では「臨床研究の指針」が検討されているということ、今回「臨床評価」誌の取材を受けるということの一つのチャンスだと思うのはこの点です。

今、日本では治験が進まないから海外に持っていくという「治験の空洞化」が問題となっていますね。薬事法の改正にしても、「臨床研究の指針」にしても、そうした状況を打開するために検討されていることでしょう。日本医師会からも常任理事が委員となって指針作成の議論に参加しています。まず実験と診療の区別を明確にすべきだということを発言したようですが、そうした基本的な問題の議論から始める必要があると思います。

被験者を守るための法的規制も必要でしょう。それは特別にどこかから持ってきてできるものではなく、その国にとっての価値観を反映して自然発生的な議論を経て作られるべきものでしょう。今日本にはそうした価値観を整理して世に問うという機構がありません。治験、研究という話の前に、人間はどうあるべきか、人間の尊厳、命の尊厳を我々人間はどういう倫理観をもって整理すればいいのか、といったことの議論の場があって、十分に議論されて、それが政策として実現されていく機構が必要です。

そうしたことを一番上手にやっているのはイギリスです。パブリックに議論を喚起して、それをまた国が制度に取り入れる。日本のように審議会だけでやろうとしていると手先だけで根のないものになってしまいます。国民的な合意を得て、より国のために役立つようなものにしてほしい。行政官僚は能力と時間があるから、それなりに筋の通った指針の文案を作ってきます。学者は官僚に従うことで名声と権威を得ようとするから言うがままになっている。そうではなくて、官僚は、国民のために議論の場を用意し、官、民、学、産業界の間で取り決めをしようとする場のtranslateをする仕事をすればいいのです。主役である国民、患者が参加し、納得するような形で運ばなければ継続性はありません。

## 研究の推進と国民の合意

### ——人間的な医療の現場から

我々医師の立場の人間が底辺の泥臭いところ

で、国民の目線で語るということがこれまで少なかった。逃げていたんですね。偏差値の高い人が医師になり、数字やコンピュータには強い。つまり、患者の体温や顔色、そういったことよりも、むしろ検査結果がデータ化されて出てきたものを判断するような傾向になってしまう。医師は学者任せで、学者は意見を求められれば資料を見て多少のことは言うけれども実践に持っていけないから、官僚に頼まざるを得ない。官僚が作ったものを多少の手直しをしてOKを出す。官僚はそれが世の中に出るために日本医師会のご機嫌を伺ってくる。日本医師会の中で見識を持っている人間がノーと言って突き返すこともあるが、何だかわからずにイエスと言って引き取ってしまうと世の中の法律が決まってしまう。

私たちの病院にも自主研究が入ってきます。自主の「自」は誰か、と言えばそれはすべてメーカーです。大規模治験ネットワーク構想では特定の病院が治験実施施設ということになっていくようですが、地域の病院が臨床試験に参画できないような形で決めていいのか、病診連携の治験の推進という政策と矛盾しないのか、双方の政策をどう調整し統合するのか、行政の方針が見えません。また同時に、臨床研修指定病院は治験実施施設として相応しいのかどうか、という問題と、両面があります。医師主導の臨床研究といっても、今のままではメーカーがバックアップして行政がパッチワーク的に枠組みを作る中でしか動いていきません。

医師が自主的に研究をする意欲と要望が本当に生かされる形でないと、研究に参加する患者さんとのコミュニケーションもうまくいきません。私の病院で治験をするときに、参加する患者さんにどう情報提供し説明をして、どう納得してもらうか、ということは、私の病院という狭いエリアでの話ではなく、国民全体の合意の問題です。その合意が得られていない中で、医師の責任において進めようとしてもそれでは伸びていかない。国全体でしっかりと基盤的な議論をした上で、行政が国民に説明して国民が納得する、という土壌がな

ければ治験などは進まない。

アメリカとは違って幸せなことに、日本には皆保険制度があることによって医療に経済格差があると考える人が少ないのですから、そういう社会的情勢の中でボランティア的に参加してくれる人たを募るとすれば、アメリカよりずっと努力をしなければならないはずで

## 患者・市民発信型の医療 ——対話と開かれた議論を

これまでは一方的に我々から発信して国民に納得してもらう、ということで来たけれども、これからは国民から発信してきたものを我々が納得するという時代になっている。もっとわかりやすく言えば、患者さんが自分の好ましい医療を選ぶという時代です。選ぶためにはカタログがないと選べない。わかりやすいカタログを出してください、と患者が言っている、そういう言葉を使わなくても私の耳にはそう聞こえる。だから我々はそういうカタログを作って提供しなければいけないのです。そこにはもちろんEBMの話も倫理の話も関わってきます。これからは医師が競争に耐えていかなければならない時代です。患者自身が選ぶためには、医師によって開示された情報を患者自身が有効に使って医療機関の質を自分で判定するだけの能力を持たなければいけない時代になっています。ですから、セカンド・オピニオンといったようなことをも実践していきながら、そうした中で選ばれるような医師になっていこうとすることが医療改革です。そうした、医師個人が自分自身の能力を磨いていくところに医療改革があるのです。

つい先日、ある市民団体が医師の言葉がどれくらい分かりづらいか、ということを検証するという仕事を見て、自分が喋ったことをカタカナにしてみたんです。そうすると、わからないテクニカル・タームをたくさん使っているんですね。「サイシンリョウ」なんていうのもそうです。漢字で書けばすぐわかる。しかしカタカナだと自分でもわ

からなかったりする。それを医師はあたりまえのように使っているけれども、患者が勉強して覚えなさい、ということではなく、患者がわかる言葉で喋れないのはこちらが勉強不足なのです。こうしたことは、これから先端医療が進んで臨床に応用されるようになり、インフォームド・コンセントの場面になってもいっそう問題になるでしょう。

医療技術の発展において、医師は何をしなければならぬか、という問題は、もう医師、医療人を超えてすべての人々が共通の舞台の上で討論すべき問題です。医師だけが他の人々をリードしているという考えは、捨てるべきでしょう。

### 人類愛にもとづく医療

私は材木屋の長男として育ち、「商人は、『利はもとにある』と心得よ。お客様から利を得ようとせず、いかにお客様に得をしてもらおうかを考えろ」と教え込まれました。国立がんセンターで放射線医として診療と研究に熱中していた時代を経て、タイ国立がんセンター設立協力のプロジェクト

に参加し現地で専門医として勤務した後に、故郷の郡山で日本では初めての私立のがんセンターを立ち上げましたが、その頃には現在の行政主導の医療保険制度と診療報酬体系が出来上がっていました。昭和48年に当時の武見太郎日本医師会長（故人）のもとに「医政研究委員会」が設置され、今で言う医療経済や医の倫理、哲学などについて、各分野の専門家や学者も招いて講義やディスカッションを重ねました。この難解で重い課題を解決すべく議論や研究を重ねる中で、がんセンターで科学としての医学・医療に専心していた時代と、開業医の現場で泥をかぶった実践医療の時代とがつなぎ合わされたことは、目から鱗が落ちる思いでした。商道を知らない商人は国益をなさないのと同じで、医道を解さない医師は国を救えない。医師にも士魂が必要であり、医師の士魂は人類愛、humanityだと考えています。「醫道士魂」と書かれた掛け軸が私の部屋にあります。商人であった父の言っていた「利はもとにある」の「もと」とは人類愛であり、それが第一義であると考えています。

\* \* \*