

## 第53回総会特別講演

## I. 結核の研究と診療における倫理

砂 原 茂 一

国立療養所東京病院

受付 昭和 53 年 5 月 30 日

## The 53rd Annual Meeting Special Lecture

## I. ETHICS IN RESEARCH AND CARE OF TUBERCULOSIS

Shigeichi SUNAHARA\*

(Received for publication May 30, 1978)

The following topics were discussed in the lecture.

1. Structure of clinical medicine.
2. Physician scientist.
3. Science and ethics.

A scientist must be responsible at least ethically for "uncertain consequence" of his research. Even medical science of today is a system of insufficient information and medical progress might result sometimes in unexpected outcome. In order to enhance welfare of human being and at the same time guard the society from "disease of medical progress", a balance between unrestricted creative activity of investigators and severely critical evaluation by the fellow scientists and physicians is indispensable. In addition to it, scientists can not reject the assessment of the society, for science is not the only value but one of values and medicine is science not only on but for human being.

4. Ethics for medical research.

"Primum non nocere" is one of the most important instructions for clinical scientists but it is also true that medical progress depends largely on a brave doctor who dares to make entirely new trial on man. Easy extrapolation of animal data to bed side is unscientific and unethical because of insurmountable species difference. It is the greatest ethical dilemma in medical research that an investigator is obliged to run a risk to utilize a healthy or sick person as an experimental subject, if he wants to be ethical. Declaration of Helsinki and other ethical codes are for the purpose of dealing with the difficulties.

5. Ethics for medical care.

Medical care is based on relationship between patients and physicians, not between myco-bacteria and rifampicin. The operational way of thinking is essential especially for control of tuberculosis, but as a man is always extraordinary and "einmalig", medical care must finally aim at individualization. In other words, individual morality should predominate statistical morality.

It is not physician's exclusive duty to transmit information from laboratory to bed side. Feedback action from bed side is also essential for sound progress in clinical medicine. For

\* From the Tokyo National Chest Hospital, Kiyose City, Tokyo 180-04 Japan.

instance, monitoring system covering practitioners is the most important safeguard against adverse drug reactions.

The purpose of medical care is not only to add hours to life but also to add life to hours and it is beyond question that recent advance in medical science has largely contributed to alleviate even untractable disease. But medicine of today is successful sometimes only in prolonging patient's life without restoring independence in daily living and dignity of man. From technological point of view, medical care might have nothing to do with vegetable state, senile idiocy, etc., but from ethical point of view, a physician can not disregard a hopeless case. Medical progress raised a very difficult problem of basic importance: what is life? what is a man? and what is medical care?

## 1. 臨床医学の構造 - 本質論への距離

現象論, 実態論, 本質論に分かつと(表1)結核の認識

表1 臨床医学の構造

	認識論(診断)	制御論(治療)
現象論	症候的診断	症候療法
実態論	病理的, 病態生理的 診断	補助療法
本質論	病因的診断	原因療法

論は1882年 Koch による結核菌の発見によつて比較的早く本質論に接近したといえる。しかし結核症は結核菌と人間の個体とが会合するところに成立するが個体側の条件は細胞性免疫の研究が著しく進展した今日でもなお完全に解明されたとはいいがたく、私たちはすでに結核の本質論的認識に到達しているということはできない。制御論の場面では長く療養所療法すなわち現象論的制御と人工気胸, 外科療法等の実態論的制御に依存していたが、1944年 SM の発見によつて本質論的制御への道がようやく開かれたといふことができる。しかし最近までは結核の治療には長期化学療法を必要とし、たえず再悪化を警戒しなくてはならなかつた。RFP と INH による強力な治療が可能となり様相は一変したけれども、なお免疫不全者や糖尿病併発者では歯切れのいい制御は困難である。また多剤耐性患者や呼吸機能不全患者も治療の見込が少ない。したがつて化学療法の発達した今日でもそれだけですべての結核患者を救うことは困難であるから結核の本質論的制御にすでに成功しているとはいふ難い。

## 2. Physician scientist—化学療法段階

人類は結核において人の命のはかなさ、人の世の惨めさ、そして医学のむなしさを思い知らされてきた。医学がとにもかくにもこの恐るべき病気に積極的に立ち向かつたのは19世紀後半であつて、結核菌発見、人工気胸、

X線発見などがこの時期に集積したが、これは医学が実証の科学となつた時期に一致する(Cl. Bernard の実験医学序説が出たのは1865年であつた)。呪術的、思弁的医師が physician scientist に席をゆずつたのである。

しかし結核菌発見後40年にして Trudeau の患者たちは“Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours”, すなわち治されたことよりもむしろ慰められたことにおいてこの偉大な結核医を讃えているのである。これを患者の側からみると結核は医師にまかせておけない病気、自ら努力すべき病気であつたことを意味する。いいかえれば結核はすべての病気のうち、もつとも人間的な、したがつて医師にも患者にももつとも倫理的な厳しさを要求する病気であつた。

SM の出現によつても事態はすぐには変わらなかつた。結核化学療法の歴史をI期(1950年代)3者併用時代、II期(1960年代)二次薬時代、III期(1970年代) INH + RFP 時代に分かつことができる。II期までは結核は依然として一筋縄ではいかない極めて特殊な病気と考えられていたが、III期に至つて形態学的治療と細菌学的治療の分離に成功し、結核が普通の感染症となつたかのごとくである。すなわち短期治療が登場するのである。現在は古い結核観と新しい結核観が対立し、わが国では未だに短期療法に関して合意が得られていない。この価値観の混乱を收拾するために、長年の経験と慎重さ、あるいは新しいものへの感受性と勇気だけに賭けるのは倫理的ではない。厳密な比較試験による実証に待たねばならない。倫理的であるためにはまず科学的でなければならぬのである。

それにしてもその働きかけの対象が人間であるかぎり physician scientist にも科学性とともに厳しい倫理性が要求されるはずである。Man the unknown (Carrel) への驚きと生命への Ehrfurcht (Schweizer) とを片時も忘れるべきでないのである。もともと physician scientist とは実証された事実のみを信じる医師、したがつて今日の科学の限界を率直に認めるとともに残された

疑問をあくまでも科学的に追及することを止めない医師のことでなくてはならないであろう。

### 3. 科学と倫理—uncertain consequence

科学は事実にかかわり、倫理は価値、善悪の判断にかかわる。しかし医学の場合はどこで事実が終わり、どこから倫理が始まるかをいうことは困難である。診断は事実に対応し治療は価値に対応すると割り切るわけにもいかない。誤った認識は制御の失敗に導くのは当然であるが、診断の研究、診断の手法そのものが患者を精神的・肉体的に傷つけ、時には生命にかかわることがないわけではないからである。したがって倫理は医学の傍、または後に位置するのではなく医学そのものに内在しなくてはならぬ。医学は人間に始まり人間に終わるものだから倫理を医学から切り放すことができないのである。

結核は人類への最大の挑戦であつたから医学はその制御のため夥しいエネルギーを費やした。雑誌“結核”の創刊号から SM 発見の年までに登場した結核新薬は 50 に上る。それらは結果的に無効であつたばかりでなく少なからぬ副作用を伴つたはずであるし、患者の精神を攪乱し、重大な経済的損害を与えたのである。当時田辺一雄という一介の素人、結核体験者にすぎなかつた人が鯉の生血や石油など荒唐無稽な民間療法とともにこれらのもつともらしい新薬を強く排撃し、大気安静栄養の原則を堅持して迷うことのないように警告しつづけたのは当時の一部の研究者よりも、より科学的、したがってより倫理的であつたといわなくてはならない。

このような場合しばしば利用される言訳は医学水準論である。つまり当時の学問水準としてはやむをえなかつたというのである。しかしこの種の論理によつて果たしてわれわれは免罪されるであろうか。時代の如何、科学発達段階の如何を問わず、医学研究者は人類のため、社会のためという口実で患者を犠牲にする特権を与えられてはいなかつたはずであるから、研究の uncertain consequence に対してつねに警戒心をゆるめるべきではなかつたのである。法律的には結果の予測される行為を意図的に行なつたときのみ責任を問われるべきかも知れないが、医学は目ざましく進歩した今日なお本質的には不完全情報系であることをやめていないのだから、それを承知のうえで新分野を開こうとするものは予測されなかつた結末に対して少なくとも倫理的責任を回避することはできないはずである。もつとも Bohr などの原子物理学者に原子爆弾の責任を帰するわけにはいかないし、遺伝子組替えによる人類への脅威を Mendel のせいにするのも無理であろう。しかしもう少し短い時間単位で起こる、より直接的な影響に関しては研究者は予想外であつたといつて涼しい顔をしていることは許されなはずである。また人類社会に重大な影響を及ぼすかも知れ

ない研究を慎重に吟味することなく放置しあるいは無批判にこれに追随してブームを作り上げることに手を貸した同時代の専門家集団の倫理責任も強く問われるに値するはずである。

Thalidomide が副作用の少ない新睡眠剤として西ドイツで発売されたのは 1951 年 10 月 10 日であつた。しかしこれに先立つて情報を手に入れた抜目のない日本の企業は直ちに模倣製造し、日本政府もドイツよりわずか 10 日おくれただけで発売を許可するという素早さであつた。後日法廷で当時の薬務局の責任者は thalidomide が奇形を引き起こすと聞いたとき“奇想天外”の感をもつたと証言している。一方アメリカで同じ立場にあつた Kelsey はこの薬が奇形を起こすことを具体的に見通したわけではなかつたし、当時はアメリカでも薬剤の催奇形性に注目していた学者はむしろ少なかつたのだが thalidomide の副作用報告中に多発神経炎の多いことを知つた彼女は最後まで発売を許可しなかつたのである。彼女は thalidomide 事件を決して奇想天外とは考えなかつたであろう。これはたまたまその衝に当たつた日米の技術官僚の知識水準の差によるだけではなく uncertain consequence に対する感度の違いによるのではなかつたか。わが国とアメリカとでほとんど同時に肺結核に対する一種の充填術が開発されたが日本ではそれが燎原の火のように全国に拡がつたのに反し、アメリカでは一部少数の患者に行なわれたに止まつた。この場合も uncertain consequence に対する警戒心—倫理感覚の差によるのではないか。そしてより強く責められるべきは自らの研究に有頂点になりがちな創始者自身よりも、むしろ冷静な批判的姿勢を欠いた専門家社会であつたかも知れない。Hinshaw は最初の SM の臨床報告を“SM の最終評価はどうなるかまだわからないのだから、早まつた楽観の見通して大切な患者の morale を傷つけてはならない”という言葉で結んでいる。これは今日はんらんする制がん剤にも当てはまる言葉であろう。

医学研究が人類の幸福・社会の福祉と結びつくためには結核菌や SM を発見する頭脳、INH や RFP を開発する企業エネルギーだけでは充分でない。これらが独走すると思いがけない不幸、取り返しのつかない災厄が起こりかねない。創造的研究と冷徹な客観的評価のバランスによつてのみ科学の進歩の uncertain consequence から人類が防衛されるのである。Atkins が SM 登場に際し Fisher の実験計画法を導入して臨床効果の客観的評価法—controlled clinical trial を確立した A. V. Hill を penicillin の発見者 Flemming と並んでイギリス医学の誇りであるといつたのは理由のないことではない。原子核物理の進歩は核エネルギーの安全制御の技術の開発と釣り合つて初めて人類を益すると同じく、biomedicine の進歩は医学内部の自己抑制力と相まつて初めて倫

理的危険を回避することが可能となるのである。

更に医学者は原子力研究の場合とひとしく社会的アセスメントを拒むことはできない。なぜなら科学は人類にとって唯一の価値ではなく、諸価値の一つに過ぎないからである。じつさい最近の生物医学の進歩は植物状態、安楽死、臓器移植、人工受精、試験管ベビー、羊水診断など医学自身の価値判断の及ばない多くの困難な問題を提起した。人間における試験についてはすでにアメリカでは市民の代表を加えた審査会の許可を必要とするようになりつつある。人間の科学であるばかりでなく人間のための科学であるべき医学は社会的、人類的立場からの評価を拒みえないであろう。

#### 4. 研究の倫理—Helsinki 宣言

Primum non nocere という Hippocrates の言葉は今日もつとも必要な戒めであろう。しかしこの言葉を文字通りに受け入れれば医学は nihilism に陥るおそれがある。医学の進歩の多くの部分が勇敢ある医師—新しい試みを勇敢に人間に適用した医師たちに負っているからである。確かに医学の進歩には人間自身における試みを必要とする。動物実験の場合は厳密な条件を自由に設定できるから感度が高く再現性に富み、したがって臨床の場では到底期待できない、切れ味のいい法則を引き出すことができるけれども種差の壁は厚い。結核の場合も各型の結核菌に対する感受性は動物種によつて異なるし、動物における実験的結核とヒト結核は全く同じであるということではできないし、抗結核剤の効果も異なるし、たとえば人における INH 代謝の主役 N-transacetylase はイヌには全く見出されない。そのうえヒトは生物であるばかりでなく精神的、社会的存在であるからヒトと実験動物との間は連続であるとともに断絶であると考えておかねばならない。しかも一人一人の患者のかけがえなさを考えれば小異を棄てて大同につくことは許されないから、動物からの情報はどれほど魅力的であつても無雑作にヒトに外挿することは非倫理的である。動物実験はヒトの医学への有力な仮説を提供するがそれが人間における真実となるためにはヒト自身における慎重な確かめを必要とする。新薬の場合動物実験を通過したもののうち人間にも有効・安全として市販を許されるものは5~10%を出ない。

したがって医学の倫理はヒト自身における研究を要求することになるが、このため私たちは倫理的であろうとしてかえつて本来目的であるべき人間を手段・道具として用いざるをえないという深刻な矛盾に突当たる。このいわば神を恐れない所業に対し打ち消し難い心の痛みを感じるところから医学研究の倫理が始まる。この困難をさけて動物実験を臨床に直結すれば有害無益かつ虚構の診療に導く恐れがあるだろう。客観的な臨床評価基準が

導入される以前に許可された薬剤の再評価の結果は標榜された適応の1/3が無効であると判定されたのである。一時広範に行なわれた lobotomy は今や精神病患者に対する深刻な危害ないし侮辱とみなされるに至つたし、結核の場合にも似た事例がないわけではない。もちろん無効あるいは有害な診療方法が時の試練によつて自然に淘汰されること (time test) がないわけではないがそれには極めて長年月 (たとえば sanocrysin の場合は四半世紀) を要し、その間に少なからぬ犠牲を覚悟しなくてはならないであろう。

特に治療研究の場合単なる日常臨床経験の積み重ねによつては正しい認識に到達し難いのは自然治療傾向、個体特性と病態とのバラツキと偽薬効果などの評価の偏りによる。これらの bias を克服し客観的な評価に接近するためには対象を無作為に分割し、推計学的に設計された臨床試験によるしかない。

しかしこの種の人間における実験計画は人間をモルモットとするという批難を受けるし、じつさい研究の名の下に人権を侵害した事例は決して珍しくない。しかしそれを恐れて偶然的印象によりかかるのは、あいまいな結論しか得られない、一層危険な人体実験をなし崩しに行なうという、より非倫理的な状況に陥ることを意味するはずである。医学の進歩と人類の福祉のためにはヒト自身における研究が不可欠であることを承認したうえで、医学研究者の陥りやすい直接の倫理的危険を予防し、被検者の人権をまもるためのコードを初めて打ち出したのは1947年の Nürnberg 判決であるが今日国際的にもつとも広く受入れられている標準的な倫理規定は世界医師会の Helsinki 宣言、殊にその1975年の東京改訂版である。その概要は次の通りである。

基本的原則としては、1) 厳密な前臨床試験と十分な文献の渉猟、2) 精密な計画書による審査会の査定、3) 科学的実力と資格のある試験者、4) 被検者の利益とリスクの釣り合い、5) 被検者の利益が科学・社会の利益に優先、6) 最少の精神的・身体的侵襲、7) 危険が予知されたら直ちに中止、8) 本宣言に反した研究論文の発表阻止、9) informed consent が必要。被検者は何時でも実験中止を要求できる、10) 義理、強制による同意は不可、11) 法的無責任者の場合は保護者の同意、12) 倫理的配慮を計画書に明記。臨床上的研究については、1) 医師は新しい診療を試みる自由をもつ、2) 新しい方法を現行の最善の方法と比較計量、3) 対照群が試験群より明らかに不利な比較試験は不可、4) 試験を拒否した患者に対する不利な扱いの禁止、5) informed consent を省く場合はその理由を審査会に報告、6) 患者に何らかの利益が期待されない研究は不可。また診療に直接関係のない研究の場合は、1) 医師は被検者を保護する義務をもつ、2) 自発的志願者であること、3) 有害とわかれれば直ちに中止、4) 被検者の利益優先。

医学の進歩のためにはヒトにおける実験研究は不可欠であるがそのためにはまず社会の理解を求めなくてはならない。研究者は人類のために特定の個人を研究対象として指名する権利を *apriori* にもっているわけではないから研究内容、特にその安全性について充分説明したうえで同意が必要である。しかし一般市民に計画の科学的、倫理的妥当性を判定する能力があるわけではないから同意は免罪符とはならない。そのため、第三者の専門家の審査を必要とする。Peer review committee, ethical committee がこれであつて研究者自身ではなく、大学・研究所全体、あるいは医師という profession、更には現代医学そのものが個々の被検者に対して責任をもつ仕組である。このような手続きは研究の自由、priority、企業秘密などの理由でわが国ではたやすくは受入れないであろうが被検者の人権が何ものにも優先することを認めようとしないうちは医学研究者としての資格を欠くであろう。わが国で一応の倫理コードを持つているのは日本精神神経学会だけである。他の医学分野に先がけて臨床研究の方法論を確立した輝かしい伝統を誇る一方、過去において幾多の倫理的誤りを犯さなかつたとはいえない結核の分野に倫理的な努力への指向がほとんどどうかかえないのは残念である。

##### 5. 診療の倫理—診療は結核菌と RFP との間に成り立つものではない

かつての診療の paradigm は自然治癒論すなわち人間主義であつたが今日のそれは殺菌論すなわち物質(薬剤)主義であるように見える。INH, RFP があつて医師の人間は不在に近い。しかし診療は *mycobacterium* と RFP の間に成り立つものではない。殺菌論者も患者の協力をあてにせざるをえないのである。医師—患者関係を 1) 親—幼児(能動—受動)——coma の場合など、2) 親—年長児(指導—協力)——急性病、3) 大人—大人(共同作業)——慢性病の三つの類型(Szasz)に分けると結核の場合は今日もなお第3の型に属するから患者と医師との人間関係は診療の要である。

結核は長い間社会病・国民病であつたし開発途上国では今日もなおそうであるから限られた技術と経済の範囲でできるだけ多数の患者を救うための operational な方策、cost-benefit の考え方が支配するのは当然である。しかし診療は本来定められた囊の中にできるだけ多くの人間を大急ぎでつめ込む作業ではない。人間は一人一人 extraordinary かつ einmalig な存在であるから診療は究極において個人個人のレベルまで下りていく作業でなくてはならない。個体のバラツキを止揚して、できるだけ客観的な法則のうに臨床医学を構築しなくてはならないが、その法則を踏まえたうえでどこまでも individualization を指向するのが診療である。Individual mo-

ality と statistical morality (Dubos) に分けるなら可能なかぎり前者に近づく努力が必要である。開発途上国では統計的倫理の支配を許さざるをえないし、先進国の場合も再治療の成功・不成功、副作用などはある程度確率にゆだねざるをえない。しかし初回治療の場合はほとんど全患者を治癒させることが可能になつたのだから、能うかぎり1人1人の患者の条件を掘り下げて落ちこぼれを防がなくてはならない。

次に診療と研究とのかかわり合いについて考えたい。わが国では医学は原理、医療は応用、あるいは医学は科学、医療は技術としてゆん別される。しかし医学は今日なお不完全な体系であるから診療の現場からのたえざる feed back による逐次的軌道修正なしには正しい進歩が期待できない。したがつて臨床家は医学的情報の単なる受身伝達者であるに止まらず医学研究への積極的な協力者ないし参加者でなければならない。そのうえ臨床家は患者ないし市民を医学の進歩に伴う危険から守るという重大な責務をもつ。たとえば薬害事件の場合一般臨床家は専門研究者が開発し政府が許可したのであるから自らには責任がなく、むしろ患者とともに被害者であると考えがちである。しかし公害や食品添加物の場合のように何らの専門知識もなく、自衛手段を持たない一般大衆に直接襲いかかるのではなく、薬剤の場合はその重要性、複雑性のゆえに企業と一般市民との間にことさらに医師という専門家を介在させているのである。じつさい薬剤の毒性はしばしば日常診療の場で初めて気づかれるため副作用 monitoring という制度が設けられているのである。つまり副作用の研究は臨床家の本来の任務である。事は薬剤だけに関するわけではない。外科療法その他の場合でも臨床家は専門研究者の発表、宣伝を鵜呑みにして右から左に拡大再生産すればいいというようなものではない。医学を素朴に信頼し、病苦から逃れようとしてワラをもつかみかねない病者を、科学の名において行なわれるが実際には有害無益であるかも知れない新発見から守るといふ重大な責任を臨床家は負っているのである。つまり臨床家はある場合には研究室医学の厳正な批判者とならねばならないのである。もちろん進歩した研究成果を取り入れることを怠り、時代遅れの診療を固執して患者に不利益を与えることもまた非倫理的であるといわねばならないけれども。

本来診療の倫理はその先端よりもその末端において問われるべきである。たとえば結核化学療法法の進歩は目ざましいが可能性と現実、臨床試験と日常診療の効率はずいぶん一致しない。東アフリカやインドから優れた臨床試験報告が出ているがそれらの国の結核が目ざましく減つたわけではない。いわんや他の多くの開発途上国はほとんど進歩した結核病学の恩恵に浴していない。わが国の専門家が日本の経済力、技術力を背景にこれらの国々

の不幸な患者たちに暖い手をさし延べることは profession の倫理的な努力として高く評価される。しかしわが国自身の結核も決して解決してしまつたわけではない。結核死亡は北欧の足許にも及ばないし、古い治療指針がなお実効的に支配しているため、RFP の初回治療への導入が不十分であるうえ、服薬管理が必ずしも充分でないため初回治療失敗例が跡をたたない。私たちの病院の入院患者の1割が4剤以上に耐性である。また形態学的限界を乗り越えた化学療法の効果と一時行きすぎざるをえなかつた外科療法の遺産としての呼吸機能不全者が蓄積し、入院患者の4割が%肺活量40以下である。これらの人たちは化学療法以前、臨床呼吸生理学の進歩以前のように簡単には死ななくなつたが家庭あるいは社会での自立の道はほとんど閉ざされている。Not only to add hours to life, but also to add life to hours というのは Rusk の言葉であるが医学の目標は生ける屍をつくることではなく、生きるに値する生き方を保証することではない。つまり rehabilitation の思想である。しかし医学の恩恵はその華々しい先端において評価されがちで、臨床家の関心もともすれば治し甲斐のある患者に集中し、取り残された少数者はややもすれば忘れられている。ここにも統計的倫理の支配がみられる。結核の場合も強化初回療法の目ざましい成果のかげに多剤耐性患者、呼吸機能不全患者は死に絶えることによる解決にゆだねられているがごとくである。医学の進歩の中途半端さは重症者の死を食止めることには一応成功しても彼らに生き甲斐を与えるにはしばしば力及ばないのである。そのため患者は明暗の二つの層に分かれ、医学の進歩のためにかえつて深刻な人間差別が引き起こされている。優れてアメリカ的な理念としての rehabilitation は目標を社会復帰、より端的には tax payer に置くが、それならある意味において医学の進歩の産物である植物人間、コーコツの老人、成人に達した重症心身障害者など社会復帰、家庭内自立はもちろん周囲の人びととの間の communication さえ困難な人びとに医学はどのように対処しようとするのであるか。単なる技術論の立場に立てば治療の行詰まつた地点から医学は回れ右をしてきつと引き返すことができるかも知れない。しかし倫理の立場に立て

ば自ら作り出した困難からのそのような逃避が許されるはずがない。

Kluckhorn や Geis は rehabilitation に関連して personal worth をアメリカ流に doing で測るのではなく、being あるいは being in becoming で測ることを提唱している。存在そのものに価値を認めようとする立場である。しかし事実に従つて人間の生きざまを、1)生きていく(脳幹)、2)生きて行く(辺縁系)、3)よく生きる(新皮質)に分類した場合、人間の尊厳、人生の価値の限界をどこに求めるべきなのか。いいかえれば人間の科学としての医学がどこまで責任をもつべきでありまたもつことができるのであろうか。脳幹的人間も家庭にとつてはかけがえのない存在であらう。しかしそのために家庭そのものが破綻することもまれでないし、社会、国家も経済的負担に堪えなくなる恐れもあるし、自らそのような生かさされ方をいさぎよしとしない人も少なくないであらう。

医学の進歩によつて、人間とは何か、生きるとはどういうことか、医学が何をなすべきかが新しく問い直されなくてはならない時代を迎えたのである。今や医学研究と診療の倫理における最も困難な課題に私たちは直面しているといわなくてはならない。

## 6. 終りに

結核は近年の進歩のもつとも目ざましい医学分野の一つであるがそのため研究も診療も鼻歌まじりですむかのような安易な受取り方がされているようにみえる。しかし、そのような安易さは大きな倫理的落し穴にならないとはいえないだろう。結核の特殊性が希薄になつたことは事実であるが、病氣一般、人間一般、医学一般にかかわる根源的な困難が克服されたわけではないし、医学の進歩は解決し難い新しい課題を掘り起こしつつあるのである。

私たちは人類と結核との長い、苦しい悔恨にみちた出会いから体得したはずの研究と診療における倫理感覚を忘れ去つてはならないだけでなく、それを更に他の医学分野の人たちに伝達する義務を背負つていると考えるのである。