

プロフィール 木村 晋介 氏 (きむら しんすけ)

1945年 長崎生まれ

1967年 中央大学卒業

1970年 弁護士開業

木村晋介法律事務所所長

(社)日本消費生活アドバイザーコンサルタント協会理事

通産省割賦販売審議会専門委員

日本カンボジア法律家の会代表

カンボジア市民フォーラム代表世話人

日本カンボジア交流協会理事

近 著 「僕の考えた死の準備」法研
「裁判が良くわかる本」廣済堂出版・監修
「いろはかるたの真実」本の雑誌社・対談集

主な著書 「消費者取引判例ガイド」有斐閣・共著
「二十歳の法律ガイド」有斐閣・共著
「六十歳の法律ガイド」有斐閣・共著
「キムラ弁護士大熱血青春記」本の雑誌社
「発作的座談会」本の雑誌社・対談集
「キムラ弁護士が駈けてゆく」角川文庫
「キムラ弁護士がうさぎ跳び」角川文庫
「巷にあふれるいい話」岩波ブックレット
「見果てぬ夢にサイドアタック」筑摩書房・対談集
「八丈島のロックンロール」筑摩書房
「竹林からかぐや姫」筑摩書房

現在出演番組 フジテレビ「ビッグ・トゥデイ」
テレビ朝日「TVタックル」
TBS 「山田邦子の幸せにしてよ」など

連載エッセイ等「キムラ弁護士大熱血事件帖」本の雑誌
「人生劇場～木村晋介のこんな法律いらな～い」インターネット通信
アクセス住所 <http://www.meshnet.or.jp/magazine/pub/kimura/k-title.html>

プロフィール 鈴木 利廣 氏 (すずきとしひろ)

1947年1月2日 東京生まれ

1969年 中央大学法学部法律学科卒業

1973年 司法試験合格

1976年 司法研修所卒業、弁護士登録（東京弁護士会所属）

現在 鈴木利廣法律事務所開設

（東京都文京区大塚3-19-10 文京KSビル2階

TEL 03-3941-2472 FAX 03-3941-2473）

医療問題弁護団事務局長（元）

東京HIV訴訟弁護団事務局長（現）

医療事故情報センター副理事長（現）

青年法律家協会弁学部会議長（元）

患者の権利法をつくる会常任世話人（現）

所属学会 日本医事法学会

日本生命倫理学会（理事）

著 書 「判例評釈・医療事故と患者の権利」（共編・共著）

エイデル研究所 1988年

「患者の権利とは何か」 岩波ブックレット 1993年

「人権ガイドブック」（共編・共著） 花伝社 1993年

プロフィール 中谷 瑾子 氏 (なかに きんこ)

1950年 慶應義塾大学法学部法律学科旧制卒業
1962年 慶應義塾大学法学部教授
1987年 杏林大学社会科学部教授
1991年 大東文化大学法学部教授
1994年 日本女子大学評議員会会長

現 職 弁護士

日本医事法学会理事
東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会委員
京都大学医学部医の倫理委員会委員
日本生命倫理学会常務理事・事務局長
日本精神保健政策研究会副会長

審議会委員等の兼職

厚生省公衆衛生審議会専門委員
厚生省遺伝子治療臨床研究中央評価会議委員
日本腎臓移植ネットワーク中央評価委員会委員
日本臓器移植学会倫理委員会委員
日本透析医学会倫理委員会委員

江藤法学研究所長 第6回のシンポジウムを始めます。

今年は「H I V訴訟の法的諸問題を斬る！」というテーマですが、H I Vについて正確な知識をもつことは、君らは長生きするだろうから、間違いのないような人生を送るために必要だと思うんですね。謹聴ということはつつしんでよく聞くという意味ですが、しっかり聞くことを期待します。

司会兼講師を例年のように木村晋介先生にお願いし、H I V訴訟の弁護団長等をされている弁護士の鈴木利廣先生、それから今年まで本学の教授をされていました中谷先生と、3人の方に講師をお願いしております。静かに、眠らないで、それこそ本当にしっかりと腹におさめるように聞いてください。

それでは、これから開会いたします。司会等々は木村先生にお願いしております。木村先生、よろしくお願ひいたします。

木村 皆さん、こんにちは。今日のテーマは「H I V訴訟の法的諸問題を斬る！」ということで、お2人の講師に来ていただきました。

この講座は、その年度の一番代表的な法律問題を選んで、その問題に最先端でかかわっていた方に来ていただいて話を聞いて、みんなで議論をする、こういう進行で毎年やっております。今年は何とんでもH I Vだろうということで、この問題に長く取り組んできている鈴木弁護士と、それから、いわゆる第4ルートというんですか、血友病以外の病気で血液製剤を使われてH I V感染をしたという被害者の被害回復のための政府の委員会で今年から仕事を始められた中谷瑾子先生に来ていただきました。この大学の法学部の先生でもありましたので、皆さんご承知のとおりだろうと思います。

実はこのお二方には、第2回「安楽死を考える」というテーマで4年前に出ていただきまして、今年第6回、4年ぶりにまたカムバックしていただきました。今、打ち合せ室で話をしていたのですが、いつもオリンピックの年には出ていただけという、そういう大変貴重な講師であると思っております。

最初に、まず鈴木さんから30分程レポートをいただいて、中谷さんからも同程度のレポートをいただいて、その上で、できるだけ時間を残して皆さんから質問をいただいたり、私の意見も少し言わせていただいたりして進行していきたいと思っております。

鈴木さんは、私も長いつき合いです。H I Vにかかわって足かけ10年。その前から医療問題について、患者の立場に立って医療訴訟をやるいわゆる医療弁護団の先駆けみたいな人で、そのジャンルで新しい時代を引っばってきたリーダーでもあります。その鈴木さんから最初にお話を伺いたいと思っております。

鈴木 簡単に自己紹介をしておきますが、弁護士になって、今度の3月で21年になります。新人のときから医療被害（病気を治すために病院に行くのですが、逆に病気が悪化して亡くなったり、あるいは新しい病気を医療行為によってつくられて亡くなったり、重度後遺症になったり、植物状態になったり）に医療被害で患者側で闘う仕事を20年やってきました。仕事の半分ぐらいはそういう仕事をしながら、残りの半分は離婚とか不動産とかいろいろなことをやりながら弁護士の活動をしてきました。

私はそういう医療と人権というところにかかわってきまして、足かけ10年ぐらい前ですが、薬害エイズにかかわり始めました。今「薬害エイズ」という言葉が新聞でも政府の報告書の

中にも出ていますが、当時は「薬害エイズ」という言葉はありませんでした。「薬害エイズ」というのは、1994年、2年ほど前の夏に私たちがつくった言葉です。この薬害エイズ事件にかかわり始めて、被害者を捜し裁判を起こし、そして多くの人たちの協力を得ながら、厚生大臣を謝罪させ、企業を和解のテーブルに着かせ、そして3月に和解をし、今なお全国2,000人の被害者たちが、遺族であったり、闘病生活をしながら、自分たちの人間性の回復、人権を確立しようということ動いているのです。

薬害エイズ事件と一言で言えますけれども、皆さんはマスコミを通して薬害エイズ事件を知ったかと思いますが、薬害エイズ事件は、血液製剤の中にエイズウイルスが入っていることを知っていながらメーカーが売り続け病院が使い続けることを政府は黙って見ていた、そういう事件として認識していると思います。もちろんそこもひどい話ですが、薬害エイズ事件は四つの罪と考えています。その四つ、つまり薬害エイズ事件はどういうところに問題があるのかということ、そしてそれは「患者の権利」という人権の考え方からどんな問題点を含んでいるか、そしてその中で裁判では何が争われてきたのか、その裁判で一応の決着を見ながら、我々は血友病で被害を受けた人たちを越えて国民的課題として今後どういうことを考えていかなければいけないのかということ、皆さんに情報提供したいと思います。

まず薬害エイズは、エイズの原因ウイルスによって汚染されるきっかけになった製剤のつくり方から始まるのです。血漿（血液の中の血球成分を取り除いたいわば黄色の血）を2万人ほど集めて、血漿分画製剤（血友病の場合には、人間の血液を固めるためにある凝固因子の8番目または9番目、これを先天的に欠乏している先天的疾患の血友病患者に使う）として、2万人分の血液をプールしたところからつくったのです。しかもこの血液は、輸入売血でつくられています。2万人の血液の提供者の中にたった1人でも病原性ウイルスに感染した人がいれば、2万人分のドラム缶の中の血液は全部病原性ウイルスに汚染されるというつくり方なのです。したがって、これはプール血漿というのですが、このプール血漿はなま（ウイルス対策なし）のまま使ってはいけないということが70年代に入ってきてから言われているわけです。

もともと輸血というのは他人の血液という臓器を移植するわけですから、他人が持っている病気をそのまま引き受けることになりますから、血液はもともと危険です。輸血で最も大事な問題点は、輸血感染症をどうやって防ぐかということです。そういうことはもう昔からわかっている。なおかつ1対1、つまり僕が木村晋介さんの血液をもらえば、彼がかかっている病気を引き受けるかもしれないけれども、彼がかかってない病気を引き受けることはないですが、2万人分集めると、いろんな人がいろんな病気にかかっている、それが全部プールの中を汚染してしまう。とりわけ細菌は大きいためにスクリーニングで取り除けるのですが、ウイルスは小さ過ぎて網で取り除けない。顕微鏡でもよくわからない。こういうところにこの製剤の問題点があります。

第二次世界大戦中に、黄熱ワクチンという血液からつくったワクチンをアメリカの軍人に接種したら、その中から何千人も肝炎感染が出たというので、血液製剤は肝炎を運ぶのだということがわかって、アメリカの海軍のゲリスさんという軍医さんが、血液成分を加熱することによってウイルスを不活化するという製法を1940年代に開発しているのです。そして、アルブミンという血漿製剤がありますが、アルブミンは最初から熱を加えて病原性ウイルス

を不活化して1970年代の初めに売り出されていますが、血友病のための凝固因子製剤は最初から病原性ウイルスの不活化を全くしないままに売り出したのです。

当時、既に、この血友病患者たちが使う製剤を使うと肝炎に感染するということが十分わかっていました。しかも病原性ウイルスは次々に新しいウイルスが登場してきているのです。今まだ発見されていない病原性ウイルスが世界のどこかにいて、それが血液貿易によって血液に乗かって、世界中にアッという間に広がる危険性を今でも持っているわけです。そういう危険なことを承知でつくった製剤を市場に出した責任が、メーカーや、それを承認した政府にあるというのが、第一の責任です。二つ目には、1981年6月にアメリカの西海岸で男性同性愛者の中に奇病が起こる。健康な男には発病しないような病気が突然発病して、バタバタと死んでいくという奇病が報告されました。これがその翌年「エイズ」と名づけられるのです。

この病気が1981年に世界で初めて報告されたときに、直後から「感染症じゃないか」と疑われました。感染症だとすれば、細菌はわかるが、細菌じゃないらしい、ウイルスだ。ウイルスだとすると、血液を媒介にしてうつるぞ、性行為を媒介にしてうつるぞ、ということがわかるわけです。アメリカでは、既にその直後から政府の防疫センターが調査をして、どんどん症例数を挙げてくるわけです。感染症、伝染病は、半年で倍の症例になるという特徴を持っています。この病気も、半年経つと患者の数が倍々に増えていくという特徴を持ってあらわれ始めました。翌年1982年の7月には、濃縮製剤を使っている血友病患者3人がこの奇病を発病（うち2人は死亡）したということになりました。

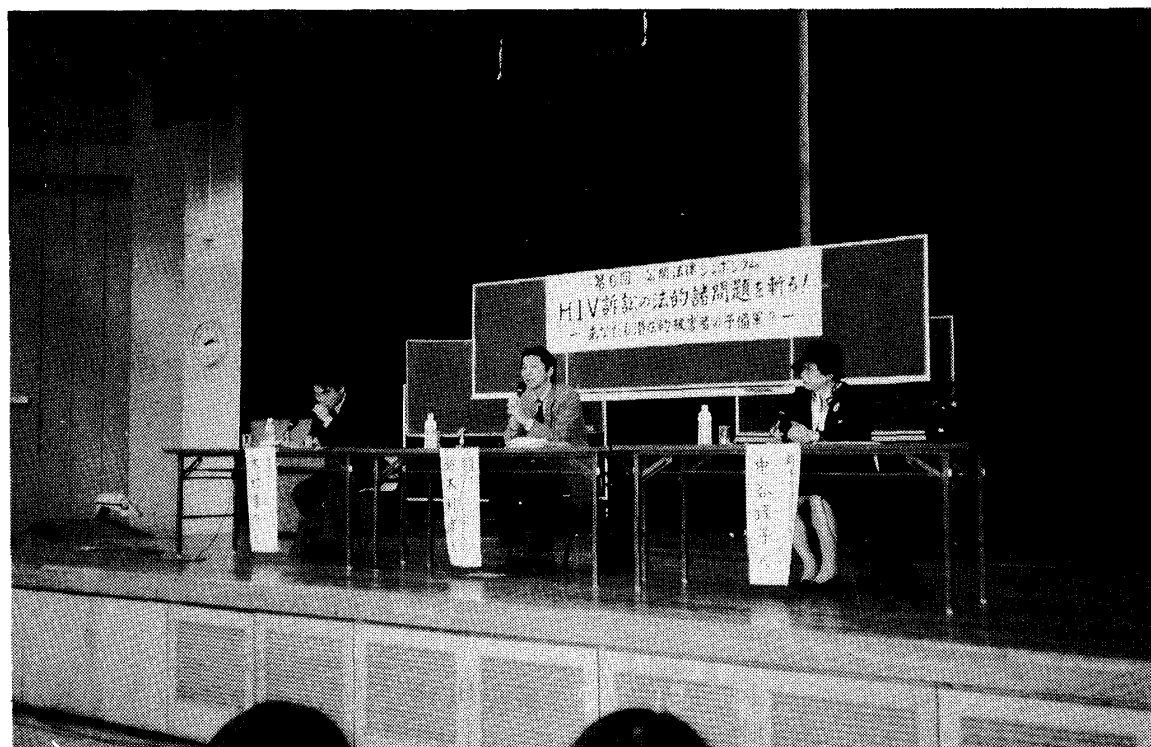
ところが、この血液製剤からエイズが伝播するかもしれないということが薄々わかりながら、どんどん情報は出ながら、日本の政府は2年間これを放っておいたのです。その後も、危ないかもしれないと思って政府は研究班を立ち上げるのですが、その研究班の班長がいま有名な安部英さんという人だったのですが、この人が立ち上げた研究班で9ヵ月審議して、94年3月「何もしない」という報告書を出したのです。その後もどんどん患者は増え続けますが、それから更に、85年の夏、安全な加熱製剤が出るまでそれを放っておき続け、さらにその後も回収も何もしないで放っておき続けた。つまり、この血液製剤に伴うエイズの危険情報を徹底して無視し続けたというのが二つ目の罪です。三つ目には、被害者が出てきているのに、それを隠し通した罪です。患者さんにも隠し通す、国民にも隠し通す、マスコミにも隠し通す、治療をやっている一線の医者たちにも隠し通すというやり方を、メーカーと専門医と厚生省がグルになってやってきたということです。1984年の暮れには、日本の血友病患者の3分の1が感染しているということが政府の調査によってわかりました。ところが、これはマスコミに発表しないというふうにしたのです。たまに散発的に調査報道でスクープが出るのですが、それを現場で、企業と専門医たちが「大丈夫だ、大丈夫だ」と言って、「患者さんたちは心配しないように。エイズなんかかかったって死にやしない」と。そんな学会の報告はないのですが、日本人は感染しないんじゃないか、感染しても発病しないんじゃないか、発病しても死なないんじゃないか、そういう考え方すらあったということを後に法廷で証言しているわけです。ともかくも「安全だ、安全だ」と言って隠し通したのが三つ目の罪です。

そして、84年、85年、86年と感染を知り、だまされたと感じた血友病患者たちが、専門

医とメーカーと政府を告発する動きを始めました。そういう彼らの責任追及のアクションを封じるようにマスコミを使ってエイズの危険なキャンペーンを煽って、そして患者さんたちが震え上がるような仕掛けをつくった事件が起きました。これがいわば薬害エイズの四つ目の罪と言えます。

今からちょうど10年前、1986年の11月に、長野県の松本でエイズ・ジャパユキさん事件というのが起きました。松本事件と言っていますが。これは、たまたまマニラ発外電で入ってきた報道でした。フィリピンからのジャパユキさん、水商売で日本に出稼ぎに来ている女性がエイズに感染している、日本の長野県で商売をしているらしい、という報道が入ってきます。当時、日本のマスコミは、エイズ患者の実像を誰も見たことがないという状況でした。第1号患者も発表されるのですが、誰もその人のことを知らないのです。政府だけが報告していて、政府と主治医だけが知っていることで、マスコミは一切知らないという状況です。今から10年前は、マスコミにも、世間的にエイズ患者は日本の中で誰も登場してきていないという状況でした。ですからマスコミは、エイズが致死的な病気で危ない病気だと出れば出るほど、患者の実情を知りたいというセンセーショナルリズムに裏づけられた報道の本能的なところが見え隠れしていました。ちょうどそういうときに、マニラ発外電で「長野県の松本市にエイズ患者がいるらしい」というのが入ってきました。日本のマスコミの目は、松本に集まり、テレビや新聞記者、週刊誌の記者たちが松本に行きました。誤報が出ました。「ジャパユキさんは2人いた」なんていう報道もありました。写真すら出したところもありましたが、ねつ造だったのです。その翌日政府は、エイズ対策専門家会議を設置しました。

87年1月、今度は同じことが神戸で起こりました。日本で初めて日本人の女性患者が出たということです。県の衛生局を通じて厚生省に報告されたことを、記者会見をして発表したのです。マスコミが主治医からいろんなことを聞き出して、患者さんのプライバシーをどん



どん漏らしていく。今から考えると恐ろしいことです。彼女は売春婦に仕立てあげられて、写真週刊誌にその写真が載りました。後にこの写真週刊誌は神戸地裁に訴えられて、損害賠償を認容されることになりました。ともかくも、日本の女性で売春婦はエイズにかかっているから男たちは気をつけろ、神戸のソープランド街には近寄るな、心あたりのある男は検査しろ、そういうメッセージがどんどん広がっていきました。

その翌月、2月、今度は高知でまた同じ事件が起きました。高知では、赤ちゃんを産みそうな臨月の妊婦さんがエイズにかかっているという報道でした。しかもその感染源になったのは血友病患者だったと。結婚する前に血友病患者とつき合っていてエイズをうつされて、その人は結婚していま子供を産もうとしている、「赤ちゃん哀れ。子供を産むべきでない」という大合唱が、女性週刊誌をはじめとして出るようになります。またたく間に、高知の妊婦さんと、感染源になった血友病患者の住所、氏名、入院先の病院がマスコミに知れることになります。こういう情報は、すべて政府と医療機関が情報源になっています。主治医しか知らないことが、どんどん漏らされていく。そういう中で、高知市内にも報道機関が集まりました。彼は高知のソープランド街に日常的に出入りしている名うてのプレイボーイに仕立て上げられることになります。そして、彼のところに週刊誌が「独占告白記事を載せてもいい」と言って手紙を書いたり、彼の自宅に押し寄せてきたり、入院している病院の病棟の婦長さんに「取材させてくれ」と言ってきたりすることになります。この血友病患者の家族は町から弾き出されることになります。町を歩いても、誰も口をきいてくれない。彼はその後1年数ヶ月で死ぬことになりますが、葬式に親戚すらも来ない。それから10年経った今も、両親は、生まれ育った町で、ひっそりと暮らしています。そういう状況がつくられてきました。

そして、何と手回しのいいことか、政府はその翌月の3月に、人権無視の甚しい、100年前につくった法案（明治30年伝染病予防法 同33年精神病監護法）の発想をひきずったエイズ予防法案を国会に上程することになります。しかしこれは、人権を侵害する法律として批判にさらされて、1年数ヶ月、審議にすら入れないという状況がずっと続きます。しかし1年数ヶ月経って、ある日突然、大手の新聞に、今度は大阪事件というのが報道されます。「大阪で、覚醒剤中毒で、風俗営業していて、男性同性愛者との性的接触もあると噂されている男が、エイズを発病して街をウロウロしている」、いわば「エイズ患者を街に野放しにするな」と言わんばかりの風潮がマスコミによって仕立て上げられた直後に、1年数ヶ月棚ざらしになっていたエイズ予防法案が国会審議に入ります。わずか半年ぐらいの審議で、88年12月にこれが可決されていくのです。私も最後には参議院の社会労働委員会に行って、今すべきことは患者を管理することではなく、2,000人に及ぶH I V感染被害者が血友病患者の中に出ているときに、彼らをいかに救済するかが政府に課された仕事である、彼らを管理するようなサーベイランスを法律に基づいて強権的にやるべきではない、と行ってきましたが、空しく法律は可決されました。そして、87年1月から88年12月までまる2年間、エイズが世間でどのように報道されてきたのかをずっと見た血友病患者やその家族たちは、「我々は難病だった血友病の昔に戻って、二度と社会の中に登場せずにひっそりと生きていこう」という決心をみんなしていくことになります。

予防法案は、これはムチでしたが、アメもぶら下がっています。血友病で発病したり死んだ人には金をくれてやると。子供が死ねば約500万、一家の柱が死ねば年額にして180万ぐ

らの年金を10年間くれてやるということで、アメとムチ政策。このアメの部分の救済基金は、政府が、「患者たちが裁判を起こそうとしているから、このアメの金をくれてやることで裁判を封じ込められる」と言って、メーカーをだまして乗せた救済基金だと言われています。その直後、89年に大阪、東京と二つのHIV訴訟が起こされました。

このように血友病患者たちを社会の隅々に追いやり、なおかつ現場では血友病患者が感染しているかどうかは知らせない、感染告知をしないということをやりながら、したがって奥さんや恋人に二次感染させたりというケースが広がり、中にはお母さんが子供に自己注射をするときに感染した例もあります。子供が1人亡くなり、2人目の子供が発病し、そしてお母さんが自己注射の針刺し事故で発病しかけていて、お父さんもお母さんからの性感染で感染したとって、一家4人が感染するという被害まで引き起こしました。しかし、今でもまだ血友病患者に感染告知していない病院がありますし、あとで中谷先生がお話するような第4ルートで感染しているかどうかを知らされていない人たちもいるわけです。

82年ぐらいから89年ぐらいまでの間、7年間にもわたってだまし続けられ、自分たちの人間の尊厳や人権を踏みにじられ続けてきた血友病患者の中で、ごくごく少数の人たちが、自分たちは人間性を回復するのだ、無念を晴らすのだというので立ち上がったのが、大阪、東京で立て上げられた「HIV訴訟」と名づけられる二つの裁判でありました。

血友病患者たちは、血友病という先天的な疾患を持ちながらも、しかし社会の中に参加し、病気をコントロールする血液製剤を使っていく、何もこんな危険な濃縮製剤を使わなくても、ほかの代替の血液製剤は幾らでもあったわけですが、そういうことを言われずに、儲けの多い濃縮製剤にどんどん誘われていって、2,000人に及ぶ被害者を出しました。

患者は医療の中で人間として扱われるという基本的な人権を持っていますが、今でもこの患者の権利は、日本の中では、法律制度としても、社会制度としても、医療の現場の中でも、十分まだ確立したとは言いきれていません。

まず医療が要求としてきちんと認められる。病気で苦しんでいたら医療的援助が受けられる、それが人権として保障される。人権というのは、社会がその人たちの要求を正しいものとして認めるということです。そしてその認めたことを正しい公共政策の中で反映させて社会的な制度に立ち上げていくことが、人権を確立するという意味です。しかし、医療が受けられない。今でも、HIVに感染している人たちが、きちんとした発症予防の治療すら受けられないという状況が出てきています。この間も、沖縄の感染被害者が、虫歯の治療をするために飛行機に乗って東京に出てきました。そして1週間ホテルに泊まって治療して帰っていくのです。私たちが海外旅行するような態勢で虫歯の治療を受けに行くなんていうことは考えられないことですが、沖縄では「HIVに感染しています」と言って虫歯の治療を受けられる病院はない、という現実がこの日本の中にあるのです。かつて1980年代の後半から90年にかけて、幾つもの大きな公立の病院が、HIV感染者たちを医療の現場から放り出しました。こういう経験の中で、「自分たちは二度と名乗らないぞ」という決心をして、今でも引きずっているわけです。

二つ目には、どんな治療をするかは患者さんにきちんと情報を知らしめて、患者さんの選択を優先し、専門家が何が正しいのかということをしきりと助言していく。こういう情報と決断を患者と専門家が一緒にやっていくことがこれからの人権です。医療の中身を誰が決め

るのか。今までは医者が決めてきましたが、これからは最終決断は患者がするのだという考え方が、二つ目の患者の権利です。製剤を選ぶことも、危険な情報を知らされることも、感染したことを知らされることも、そして今どんな治療が必要なのか、感染した後、あるいは発病した後どんな治療が必要なのかすら、情報を伝えられていない現状があります。知る権利、自己決定権というのですが、これも根こそぎ奪われ続けてきています。現在もなおです。

そして三つ目には、医療という公共政策の中で受けた被害ですから、公共政策の中で救済される必要があります。救済というのは、金をくれてやれということではありません。人間性を回復するということです。人間性を回復するために賠償も大事です。謝罪も大事です。責任の明確化も大事です。治療体制をつくることも大事です。そういうことが被害の回復です。つい数日前も、12歳、13歳で長男と次男を失ったお母さんに会ってきました。心がズタズタに引き裂かれながら、今もなお無念が晴らされないままに、どうしていいかわからないという状況になっている。そういう人たちをどうすれば慰謝できるのか、どうすれば遺族や被害者たちの怒りの魂を鎮めることができるのか、そういうことも含めて被害救済をすることがまだまだ実現していません。今年の3月の和解でやっと出発点に立ったというのが現状であります。こういう患者の権利、被害の救済を受ける権利も含めて、奪われた患者の権利を回復していくのが薬害エイズ被害者たちの人権運動だと思います。

しかし、裁判では大変難しい問題点を含んでいました。民法の中に不法行為法というのがあります。故意または過失によって他人に損害を加えた者について、賠償責任を認めよう。「賠償責任を認める」という不法行為の理論は、公害の被害者とかいろいろな人たちの闘いの中で前進してきましたが、今もなおこの法律は、被害者にとってやさしい法律、にはなっていません。故意過失や因果関係や損害を、被害者が立証しなければいけないのです。つまり、いつこの製剤は危険だとわかったのか、危険だとわかった後にどの製剤でいつ感染したのかということ、被害者が立証しなければいけないのです。彼らは、1970年代の後半から80年代なかばに至るまで、五つないし六つのメーカーの薬をとっかえひっかえ使われてきています。一々HIVが混入しているときに赤い色が製剤の中に飛び散っているわけではありませんので、どの製剤が汚染されているか、どの製剤を打ったときに感染したのか、そんなことを被害者が立証できるはずはないのです。伝統的な不法行為法は、危険だとわかった時期はいつなのかを被害者が立証しなさいと言います。もともと病原性ウイルスに汚染されることは最初からわかっていた製剤です。しかし、そのときに肝炎はわかっていたが、HIVという後に人類が遭遇することになる病原性ウイルスのことはわかっていませんでした。将来、病原性ウイルスが入り込んでくることがわかっている、入り込んでいってそいつをがっちり捕まえて「ほら、危ない」と言うまでは責任がないのだというのが、製薬メーカーや国の考え方です。そのことは1984年の後半にならないとわからないわけですが、81年直後から感染症は疑われ、その前からこの製剤は危ないと言われていたにもかかわらず、そういう中で感染しているにもかかわらず、法的賠償責任を負わなくていいのかということです。しかも5社のメーカーを使っていますので、あるメーカーは、「うちの製剤でいつ感染したんですか。証明できないでしょう。じゃあ法的責任はないんですよ」、こういう論理なのですね。今の不法行為法は原則的にそうです。しかし、このもともと危険な製剤、つまり70年代に売り始めるときから病原性ウイルスに感染することはわかっている、なおかつ当時、肝炎の原



因になっているということから、その当時からずっと政府がやってきたことを見ながら、83年の夏現在において、ここまでずっと使い続けてきた幅のある責任の中で、しかも、いつ感染したということをお問わずに、国やメーカーには救済する責任があるのだということを、東京地裁と大阪地裁は和解勧告所見の中で出しました。この危険な製剤を売り始めたときからの一連の危険性の中で責任を論じ、どこでいつ感染したかということは論じない。これは和解所見では言っていませんが、もし責任を免れたいのだったら、およそ人類が危険だとわからなかったのだ、その時期にこの

人は感染したのだということを被告の側で立証しなさいという、かなり斬新な法律論の立場に立ったと考えています。「裁判所の確定判決によらない限り原告らが現に被り、また将来にわたり被り続けるであろう甚大な被害が救済されないという事態は何としてでも避けなければならない」裁判所が踏み込んで、和解で救済したのがこの事件です。私たちは、遅くも1982年の7月に、「薬害エイズ事件の概要」の中で言えば、(1)と(2)のところだけを裁判で論じてきた。そして(3)(4)の薬害隠しや救済活動への弾圧は、過失責任ではなくて故意責任だ、そして制裁的な慰謝料も含めて甚大な責任の大きさがあるのだと言って、裁判の中では闘ってきました。

3月で一応法的な責任には決着がつかしましたが、現に、今でも5日に1人、患者たちは死んでいます。10月には4人、11月には3人の原告の人たちが次々に亡くなっていきます。責任に決着が付き、賠償問題については一応のけりがつきつつありますが、真の救済、そして二度と自分たちの被害を繰り返してほしくないという、薬害根絶についてはこれからであります。

私たちは当初から、このHIV感染被害は繰り返された薬害だと。戦後すぐのペニシリンショック事件以来、サリドマイド、スモン、クロロキン、筋短縮症、予防接種とか、次々に医療現場で提供された薬剤によって多くの人たちが健康被害や生命侵害を受けてきました。これをどこでクサビを打つのかということをおずっと考えてきました。今にも次の薬害が仕込まれているかもしれません。そういう再発防止にきちんと役立てる。そして被害者の救済を場当たり的にやるのではなくて、こういう被害をきちんと救済する公共政策をちゃんとつくっ

ていくということです。

そして、これからは、医療の中で人間の権利、患者の権利が侵害されることがこんなにも悲惨に現実化したのですし、今も厚生行政のいろいろな悪質な問題を引き金にして、厚生行政や福祉行政、医療行政の中で不透明なことがいっぱいあるわけですから、今後、悪質なケースについては刑事責任追及も辞さない、という運用もぜひやっていただきたいと思います。

安部英氏と3人のミドリ十字元社長と、厚生省の生物製剤課の元課長、後に保険局長まで務めていた高級官僚の合計5人が、業務上過失致死罪という罪名で起訴されています。しかし被害者からすれば、殺人罪で告訴した被害者たちは、業務上過失致死罪、うっかりして起こした交通事故と同じ罪名では到底納得ができないと言っています。本当にこの罪でいいのかどうか、まだまだ時間をかけて薬害エイズは進行していくのではないかと思います。

木村 どうもありがとうございました。

被害の実態も含めて話がありました。改めて薬害エイズの実態の重さを感じさせられたのですが、そんなにひどいのだったらもっと簡単に救済ができてよさそうなのに、それだったらもっと早く刑事責任を追及できてよかったはずなのに、今となっては思うんですが、しかし、去年、おととしの段階では、こんなに急激に被害の賠償の問題、刑事責任の問題が進むとは思わなかった。あれよあれよという間に、これはメディアの側の努力もあったでしょうし、また被害者の人たちを中心にした運動もあったでしょうし、そういう中で急激に一つの解決の方向に向かった。結果が出てしまうと当たり前のように見えるけれども、結果が出る前には予想もできなかった急進展、そういうのが我々法曹関係者の大体一致した見方ではないかなという気がします。

その中で、鈴木さん、大変だよな弁護士も。

10年ぐらい前に、エイズの問題が吹き上がってきたときに、僕は消費者問題の委員会の中にいて、彼と話したことがあるんです。「このエイズの問題をきちっとここで取り上げれば、弁護士として10年は運動の中でかなり満足した仕事をやれるだろう」というようなことを僕は言ったのですが、どうですか、10年の感想ぐらいは一言言っておいてください。

鈴木 端で見ている人は気楽ですね。

本当に悲惨な被害で、しかも進行性の被害なんですね。裁判をやっていく中でバタバタ死んでいくわけですよ、自分の依頼者が。何とか自分の担当原告が活着しているうちに勝たなければいけない。早く勝つということと、パーフェクトに勝つということをやらないといけないわけです。なおかつ、メーカーに勝てるのは当たり前だ。政府にも勝たないと。だんだん盛り上がってくる中で悲惨な被害がどんどん出てくる中で、事の真相というか、加害者側のやってきたひどさもどんどん出てくると、どこまで勝つのかというのがどんどん膨らんでくるわけですね。とにかく今年の3月までに決着をつけなければいけないし、すべての被害者を救済しなければいけないし、政府に完膚なきまでに勝たなければいけない。そういう命題を背負わされてやるわけです。だから、患者さんももちろん大変。当事者が一番大変なのですが、我々弁護士も、特にこの1年大変でした。

木村 本当にヨレヨレになっていたな、最近は。裁判所で会うと。

鈴木 そうですね。去年の10月から今年の3月までは、ほかの事件をほとんどやらないで、この事件だけに力を費やす弁護士が6、7人いましたから、それでやってきて、来る日も

来る日も霞が関、永田町界限をウロウロしている。裁判所にたまに行くと、裁判官なんかわかってくれていて、「先生、こんなところに来ている場合じゃないでしょう」なんて、ほかの事件で行くと言われたりしましたけど。

被害者たちを中心にしながら動きを大きくしていく。動きが大きくなれば、マスコミの動きも大きくなるのですね。我々が動きを大きくするという意味では、政府も動かし、議会も動かし、さまざまな人たちにどうして動いてもらうかということをやらなければいけない。製造物責任法が法律化されましたが、このプロセスにもちょうど重なったのですが、こんなにもやらないと救済されないのか、日本はひどい国だなと思っていましたよ、当時は。

木村 いまだに問題は続いているわけで、まだ渦中にあるのを時間をさいて今日来てくれたことに大変感謝しております。どうもありがとうございました。

それでは中谷さんをお願いします。「H I V訴訟の第4ルート調査小委員会に参加して」というテーマでお話をいただきます。

中谷 中谷でございます。私、このお話を江藤先生のほうから承ったときに、木村先生と鈴木先生が報告されて、私はそれを承って何かコメントだけすればいいのかなと思っておりましてところが、拝見いたしますと、私も報告しなければならないことになっておりましたようで、大変あわてておまして、準備不足でございますけれども。

先ほどの鈴木さんの報告を承りまして、薬害エイズの広がりといいますか、問題の深刻さといいますか、あるいは被害者の救済の面とか、そういうものについて私が考えていたよりもはるかに多くのことを鈴木先生はなさってこられたということに対して、まずは敬意を表したいと思います。

人権侵害というのはいろいろなところにごさいます、これも大きな人権侵害ですが、ほかにもたくさんあるわけでごさいます。そういう一つ一つについて、法曹というのは責任を持たなければいけないだろうと思います。そういう意味では、この薬害エイズについても、およそ法に関する仕事をしている者が一致協力して闘っていかなければならない問題だろうと思います。

私自身の体験から申しますと、例えば、今年、らい予防法が廃止されましたが、法曹の中でらい予防法を見た人はいなかったのですね。六法全書の中にもないものですから、大六法にもないものですから、全然知らない。私も一昨年まで知らなかったものですからびっくりして、それから発言を続けて、どうにかそこまでこぎつけることができましたが、これもちゃんとなっているかということ、廃止されても、患者さんだった人たちのその後の社会復帰という点ではまだ不十分な面があるわけで、仕事が残っているだろうと思います。最近、私は、伝染病予防法、性病予防法、エイズ予防法もそうですが、その改正のために何かやろうということを始めました。伝染病予防法に至っては100年前の法律ですね。明治30年にできた法律です。そういうものがまだ依然としてありまして、そのために、O-157の事件が発生したときもちゃんとした対応ができなかったりしているわけでごさいます。

私が、非血友病のH I V感染の問題、いわゆるH I V第4ルートの調査小委員会の専門委員になりまして、4回ぐらい会合を持ちまして、それに参加してまいりました。第1ルートというのは性関係によるH I Vの感染、第2ルートが母子感染、第3ルートが血友病患者さんの感染、第4ルートは非血友病の方のH I V感染と位置づけられているものですから、非

血友病H I V感染は一般にH I V第4ルートと言われまして、これが問題になったわけでございます。

血友病の方たちがH I Vに感染した経緯、その構造、問題点については、先ほど詳細な鈴木先生からのお話がありましたのでおわかりいただいたと思いますが、非血友病H I V感染第4ルートのほうは、資料をお届けしてありますのでご覧いただけたらと思いますが、例えば33ページに投与時年齢別患者数がございます。0歳で707人の人が投与されているわけです。第8因子と第9因子と両方あるのですが、とにかく非加熱製剤が投与されたのが、0歳が707人。この人たちが十何歳かになっているわけですが、生まれてすぐに出血が止まらないという場合にこういう製剤が使われたということでございます。

どういう場合に血液凝固製剤が使われたのかということについて、診療機関を全部挙げて調査したわけです。その調査の目的は、「この調査は、厚生省として非加熱血液凝固因子製剤による非血友病のH I V感染に関する問題の重要性を踏まえ、平成7年度に行われた調査の方法を再検討して、製剤の投与及び非血友病患者のH I V感染の実態把握の徹底を図るために実施した。この調査の実施は、非加熱血液凝固因子製剤の使用実態の把握と、H I V感染者の早期発見を図り、発症予防及び治療、二次感染の防止に資するとともに、感染者の早期救済につなげるものである」、こういう目的でこの調査が行われたということでございます。

第1回の会のときに、だいぶ時が経っているものですから、そのときの患者さんの全部の掌握が困難である、ことに住居を移転された場合に、その住居を追いかけて調査することができないということを厚生省のほうから言われました。それは簡単なことで、住民票からたどっていくことができるわけです。そういうものは個人では難しいけれども、厚生省としてその方針を決めさえすればできるのではないかと。例えば弁護士なら、そういうことはできますね。弁護士もできるのだけれども、数が多いし、厚生省としての手続を取れば簡単なことではないかと私は申し上げました。それをやっていただきましたが、それが動き出すまでに時間がかかる。なるべく早くに血液製剤の治療を受けた人に検査を受けてもらわなければいけないわけです。検査を受けてもらって、それが陽性か陰性かということを確認してもらいたいというわけで、それをなるべく早くしなければいけない。ぐずぐずしているうちに感染し発症することになりかねませんから、できるだけ早く、時間との勝負だということを委員の中の方も非常に強調しておられました。

調査した結果はお手元にお届けしてあると思いますが、34ページをお開きください。これによりますと、調査対象の施設が1,271、調査を完了したのが1,213、投与した施設が291と、こういうふう已全部挙がってきているわけです。調査中のものもありますし、投与状況不明のものもありますし、調査不能というものも出てくるわけです。投与した施設について明らかになっているものは、「H I V検査済み」が359人で、陽性が12人、陰性が347人。あるいは調査未実施が2,086人いるけれども、その中で死亡したのが1,767人、生存しているのが165人、生死不明が154人、こういう一応の報告がなされました。投与していない施設が616施設で、それについては、カルテ等による確認をした施設、あるいは全担当医に聞き取り確認したものが幾つ、一部担当医に聞き取り確認したものが幾つ、その他の関係者に聞き取り確認等をしたものが幾つと、投与していない施設の内容についてもこういうふう報告されまして、投与状況不明のもの、調査不可能な場合というのがかなり問題になったわけ

です。

これをいろいろ調べてまいりまして、いろいろな経緯がございましたが、結局、治療を受けたのではないか、あるいは疑問を持たれる方たちになるべく早く検査を受ける機会を持ってほしいということで、そのためには、明らかになっている部分、このほうが多いわけですから、その場合はそのままにして、投与状況不明、調査不可能というのもできるだけ明らかになるようにした上で、この施設は少なくとも病院名を明らかにして呼びかけようじゃないかという話になりました。

そのときも私も聞いていまして、カルテの枚数から言いますと100万枚以上のカルテを必死になって何ヵ月もかかって調査した結果がこうなんだ、それで判明したのがこれである、それでお不明なのがこれである、という説明だったのです。そのときに、「全施設について公表してみんなに呼びかけたらいい」と主張された委員が一人おられました。しかし大多数の人は、それまですることはどうだろうか、不明の部分についてだけ施設名を公表して呼びかけたらどうだろうか、その場では、それで足りるのではないかというようなことになりました。

その審議の議事録はちゃんと取りまして、議事録自体は公表されているわけですが、しかしこの委員会の段階では、まだ会議室にマスコミの方に入ってもらおうというほどの公開ではなかった。なるべくリアルタイムで公表しなければだめだとその委員の方がしきりにおっしゃっていましたが、そこまでは至らなかった。私もその程度でいいのかなと思っておりました。しかし、一たんこれが公表されますと、私が全く考えなかったような結果になったわけです。

と申しますのは、ちゃんと投与した施設、投与していない、調査完了というので公表から免がれたといいますが、公表することが制裁的なものでも何でもありませんが、施設名が公表されるのは余り名誉ではないと受けとめられたらしいのです。「公表を免がれた」という印象を持ったようです。公表された施設は、この人たちは非常に真面目に調査を試みたが、それを十分に完全には明白にすることができなかつた。そのためにそういう報告をした。ところが、調査完了と言った施設のほうは、それほど真剣ではなくて、一通り調査して、わからなくても、このくらいはいいだろ



うということで、完全に誠実に調査をしたわけではない施設もその中には入っているらしいということがわかったわけです。公表された施設におられるお医者さんからそういう話を聞かされまして、私はびっくり仰天したわけです。そういうことについての読みが私は非常に甘かったと、後で非常に後悔したわけでございます。

そういうこともありまして、波紋が非常に大きかったわけでございます。それでも、お手元に配りました「国民の皆様へのH I V検査受診の呼びかけ」(P.32)、これはみんな公表しようということにしまして、これを公表したわけでございます。さらに、全部の施設名を公表することになりました。それについては、初めから「全部を公表すべきだ」と強く主張された委員の方の上申書なども出まして、結局そういう結果になったわけでございます。この経緯を経験いたしまして、私は、医療というもののあり方（私はふだん医療については考えたり判断を求められたりするチャンスが多いわけですが）に、改めて考え直しを迫られました。

先ほど鈴木先生からも刑事責任の問題なども指摘されたわけですが、私ども刑法学会でこういう問題について特別な研究はまだ着手されていないような気がいたします。何かと申しますと、かかわった人たち、製薬会社、それから製薬会社で製造販売することに関与する、あるいはそれに対して承認したりしなかったりする行政、例えば厚生省の役割、厚生省の直接その場において判断を下した課長とか課長補佐、あるいは局長とかいう人の行政責任というものがあります。また、実際に先ほどの資料をご覧になればわかりますように、何も血友病の方たちだけにこういう製剤が使用されたわけではなくて、新生児にも使った。当時としてはそれを使うのが新生児の治療としては非常に進んだいい治療だと信じてこれを使ったお医者さんたちが、こういう事態になって非常に苦しんでいるわけですが、そういう医師個人の責任はどうなのか。民事責任、刑事責任ともに問題になるのではないか。そういう意味で、製薬会社、行政、医師個人の法的な責任はいかに問われるべきなのかという問題があります。

私ども刑法学の立場から見ますと、いろいろな意味で共犯関係も考えなければなりませんし、あるいは行政の責任を問うときに、行政の中で厚生省の責任を問うというのは、民事責任の場合は別として、個人の刑事責任を問い得るのかということについてもかなり問題があるだろうと思います。その点について、国によって対応がまるで違うのです。それを見てしっかりとした研究を進めなければいけないのではないかと、私は今は考えているのですが。

例えばフランスは、全面的に行政の責任を認めました。フランスは、ご存じのように刑法改正をして、法人処罰についても規定がつくられましたし、あるいは生命倫理法というような法律も整備しております。そういう状況の中で行政責任を完全に認めて、個人の責任も認めたということでございます。

ドイツではどうかと注目しておりましたが、ドイツでも数千人の血友病の患者がこの製剤のためにH I Vに感染して、そのうち 400 人余りが死亡しているのです。死亡者の点では日本と同じぐらいです。そのドイツでは、つい先ごろ、ちょうど日本で申しますと松村元局長のような立場にあった方は、起訴猶予、起訴されなかったということでございます。その起訴されなかったことについて、ドイツにおける刑法学説は大変な論争を繰り返しまして、大変なものなんです。そういうことは日本には殆ど紹介されておられません。日本の刑法学はドイツの刑法学を非常に受け入れて、それに従っているといいますか、それがいいとか悪いとかではなくて、私はもうそろそろそうでないほうがいいだろうと思っておりますが、とにか

く刑法学会の傾向から申しますとそういう傾向がある。日本刑法学がいつも参考にしているドイツの刑法学会でそういう論争を繰り返した挙げ句の果てにそういう結論を出したということについて、やはりもっと注目しなければいけないのではなからうかと思えます。

いずれにせよ、今度、エイズ予防法も見直されることになりました。平成10年1月の国会までに、この法律も、伝染病予防法、性病予防法、結核予防法などと一緒にして新しい法律をつくるということになっております。

先ほど鈴木先生からエイズ予防法ができるきっかけについてもいろいろお話がありました。このエイズ予防法の草案ができた段階で、この草案作成の中心となられた参議院議員の方と、その当時帝京大学の経済学研究所長をやっておられた先生と私と、3人で鼎談をやったことがあります。そのときに私は、草案を拝見しまして、プライバシーの保護の点でも、その他人権保護の面でも、どうもいろいろな問題があるように思えたのです。「どうしてエイズについてだけ一点豪華主義のような法律をつくらなければならないのか。プライバシーの保護の点でも、人権保護の点でもいろいろ問題点があるように思うけれども」と申し上げましたら、その法案作成の中心になられた方が言われるには、性病予防法にも、ほかの伝染病予防法はもちろんです。そういうものに同じような規定があって、それが現行法としてちゃんと存在しているから、それを参考にしてこの法律はつくったのだから問題はない、と言われました。私は、そのときに非常に唾然としましてね。伝染病予防法は、先ほど申し上げましたように明治30年の法律ですからね。結核予防法にしたって昭和20年代の法律です。まだ日本では人権意識というものが確立されていない時代につくられた法律です。今、人権とかプライバシーの保護ということを非常にみんなが気にしているといいますが、それを大事なものと考えているこの時代に、そういうものを参考にして法律をつくるのはどうかということで、大変強く私はそのときに反対いたしました。そうしましたら立法の中心人物は、「1人のエイズ感染者、エイズ患者の人権を守るために、その他のエイズとは関係のない健康な99人の危険を犠牲にするわけにはいかないのだ」と。要するに、100人のうち1人は犠牲になっても仕方がない、99人の保護のほうが大事なのだ、そのほうがいいのだ、そういうお話でした。昔はこういう考え方がありましたから、話をしてもしようがないと思って、そのときは私はあきらめました。その方はドイツに行き、フランスに行き、どこかに行き、外国に行ってこの法案の話をしたら、「日本はいいですね、そういう法律ができて。私どもにはこういう法律はとてつと制定することが不可能です」と言われたと。それでその方は、自分はいい法律をつくるのだと非常に自信を持っておられました。「日本はいいですね」と言われたのは、最大の皮肉を言われたことにお気づきにはならなかったのではなからうかと私は考えております。

そういうことでエイズ予防法、正式の名称はもっと難しい名称ですが、こういうものもこれから改正されることになりますので、そういう問題については今後も私は一生懸命努力いたしまして、なるべくいい法律ができるように努めたいと考えております。

人権問題について私が最近経験したのは、先ほど申し上げましたように、らい予防法が、明治40年、法律第11号としてつくられました。「癩予防ニ関スル件」というのから始まりましたが、これが昭和6年に「らい予防法」になり、その改正法が昭和28年の法律で、それが平成7年4月に廃止されるまで続いていたわけです。この法律ではなんと、らいと診断を受

けるのも強制的な診察により、診断されますと、国立の療養所に入所することを勧められる。それに従って入所すればそれでもいいけれども、自分はどうしてもいやだと言って入所の勧奨に従わない場合には、強制入所の規定がありますので、否が応でも強制的に入所させられるのです。私がこの法律を見てまずびっくりしたのは、強制入所の規定があるのに、退所の規定がないのです。出られる規定がないのです。入ったら一生そこから出られないという法律なのです。それから外出制限という規定もありまして、一定の非常に難しい条件のもとに外出することはかろうじて可能だけれども、もしそういう規定に反則すると拘留または罰金という制裁があるのです。これが精神衛生法とか精神保健法とか精神保健福祉法になりますと、措置入院という強制的な入院の規定はありますが、同時に「措置の解除」という規定があります。つまり退院できるようになっているのです。また、病院から無断で外出しても、特段の制裁があるわけではありません。それと比較しても、ひどい法律だということがわかれると思います。

それにまず私がびっくりしたのは、優生手術ってご存じですか。今年、優生保護法が廃止されましたが、優生手術というのは、要するに「断種」です。不妊手術です。この不妊手術について、優生保護法第3条には、らいの疾患にかかっているということ、そういう人と一緒に暮らしている人という条件があるのですが、そういう場合でも「本人が同意をし、あるいは配偶者または配偶者に相当する人が同意をしたときは優生手術を行うことができる」と書いてあるのですが、らいの方たちは既に治癒しているわけで、それでも療養所におられて、「結婚したい」と申し出ますと、男性はこの優生手術を受けなければ結婚を許可しないのです。それに同意しなければ結婚させてもらえないのですから、同意しますね。しかしそれは任意の同意でも何でもないので、強制手術です。しかも、3分の1はお医者さんじゃない方がそういう手術をしていたというのです。たくさんの方がそういう手術を受けていたということもあります。これはどうしても廃止しなければいけないと考えまして、私は、『ジュリスト』の随想欄に「らい予防法と法曹の責任」という一文を書きました（ジュリスト1052号1994.9.15）。これがらい予防法について法律家が発言した第1号だと、国立療養所の方で作家活動しておられる方から私のところに言ってきました。

こういうものを書きまして、法務省の幹部の方たちにお会いする機会があったものですから、コピーを持って行って皆さんにお配りしました。責任ある法務省の幹部の方からは何も反応はないだろうとあきらめていたのですが、その当時官房長だった方から、「非常に感銘を受けたので、もしこの法律についてどうかすることがあったら、できるだけ協力をしますよ」という趣旨のお手紙をいただきました。私は、法曹が真剣に何かしようと思えば「山事は動く」ことがあり得るのだということを知り、非常に勇気づけられました。その後、厚生省が設置した、らい予防法「見直し検討会」でそういう努力を続けてその委員の多数の協力を得て法の廃止を実現したということがあります。

この薬害エイズ感染の問題については、法的にもいろいろな問題があるわけで、そういう問題について法曹として責任を持って、この場合にはどういう解決をすべきかということについて、鈴木先生は孤立していらっしゃるわけではないのですが、全法曹が一致して一丸となって運動を続けていかなければならないのではなかろうかと考えております。このことは、かつて熊本の水俣病の事例についても同じようなことがありました。私が指導を受けました

先生は、刑法改正部会の第五小委員会に所属しておられました委員長が、水俣病のようなものに対応するような規定をどうしても刑法の中に入れなければいけない、あの患者の悲惨な状況を手をこまねいてそのままにしておくわけにはいかないということをしきりにおっしゃっておられたのを、今、痛切に思い起こしております。

この種のことは、これからも医療が進歩すればそれで全部解決するかというと、医療が進歩したおかげでまた新たな薬害のようなもの、あるいは新たな医療過誤みたいなものが出てまいります。その都度しっかりした見解を持って、被害者の方たちの救済と言うと偉そうになりますが、その方たちのために奉仕するのが法曹の責任の一つでもあろうかと考えまして、今日こういう機会を与えていただきましたので、私は私なりの決意を固くいたしまして、続けていきたいと思っております。特に刑事責任、どういう場合に行政のあるポジションにあった人の責任を問いただせるのかということも含めて考えていきたいと思っております。今、厚生省の高級官僚がいろいろ取りざたされている収賄や何か、ああいう問題は全然別個ですね。それではなくて、こういう場合にどういう責任を問いただせるのか、また個人責任の原則を貫いている刑事法の領域でどういう形で行政官僚の個人的な刑事責任論を展開することができるのかというのはまだ解決された問題ではありませんので、その点を含めましてまた勉強させていただきたいと考えております。

簡単でございますが、一応これだけで。

木村 第4ルートの問題を聞いていますと、最初、エイズということが問題になったときには、同性愛の人たちの問題であって、何か特殊な世界の問題じゃないかという受けとめ方が世の中にあった。それ自体も非常に狭い見方だと思っております。それが血友病の患者の問題だ、薬害問題だということになって、少し世の中の目が広がってきて、薬害を発生させた責任はどこにあるのかということで、この1年間は大変大きな画期的な年になったのではないかと思います。さらに第4ルートの話を聞いていくと、同性愛であるとか、あるいは血友病という特定の病気にかかわりなく、いつ我々がエイズ渦の中に巻き込まれるかわからない、あるいは巻き込まれているかもしれないという危惧を感じさせるところがあると思っております。特に中谷さんは、専門の領域の中で、そういう場合、薬のメーカー、医師、特に行政を担っている人物の刑事責任がどういうふうに問われるべきなのかということをもっと突き詰めて考えていかなければいけないという問題提起をされました。

今年の流行語大賞が発表されて今日の朝の新聞に載っておりましたが、「メイクドラマ」とか、「チョベリグ」とか「チョベリバ」とか、そういうのに並んで「不作為責任」というのが取り上げられていました。この「不作為責任」というのは、まさに先ほど鈴木さんから話があったように、結局、行政は、いろいろ議論をした挙げ句に「何もしない」ということを決めたそのことをさすわけです。危険が差し迫って既に発生している人がいるというのに、しかし「何もしない」ということを決めた。「何もしない」ということは、本来、行政の担当者としては、絶対に自分には責任が被ってこないという最後の防禦の壁みたいなものだったわけですね。何もしないのに自分に責任が来るわけではないじゃないかと。「不作為」ということは確かに何もしないということですが、しかしそれは、本来すべき何かをしないということで、それも1つの重大な行動なのです。何もしないということならば責任は絶対に来ないはずだという壁が、今年破られた。何もしなかったのはけしからん、本来おまえはすべきこ

とがあったはずじゃないかということで、厚生省の役人の責任が問われることになった。ようやく法廷で争われることになった。そういう意味でも画期的な年だったのではないだろうかという気がします。

10分間休憩を取りますので、その間に質問、意見がありましたら私のほうに声をかけてください。どんな質問なのか、どんな意見なのか言っていただいて、それを整理して発言してもらいたいと思います。

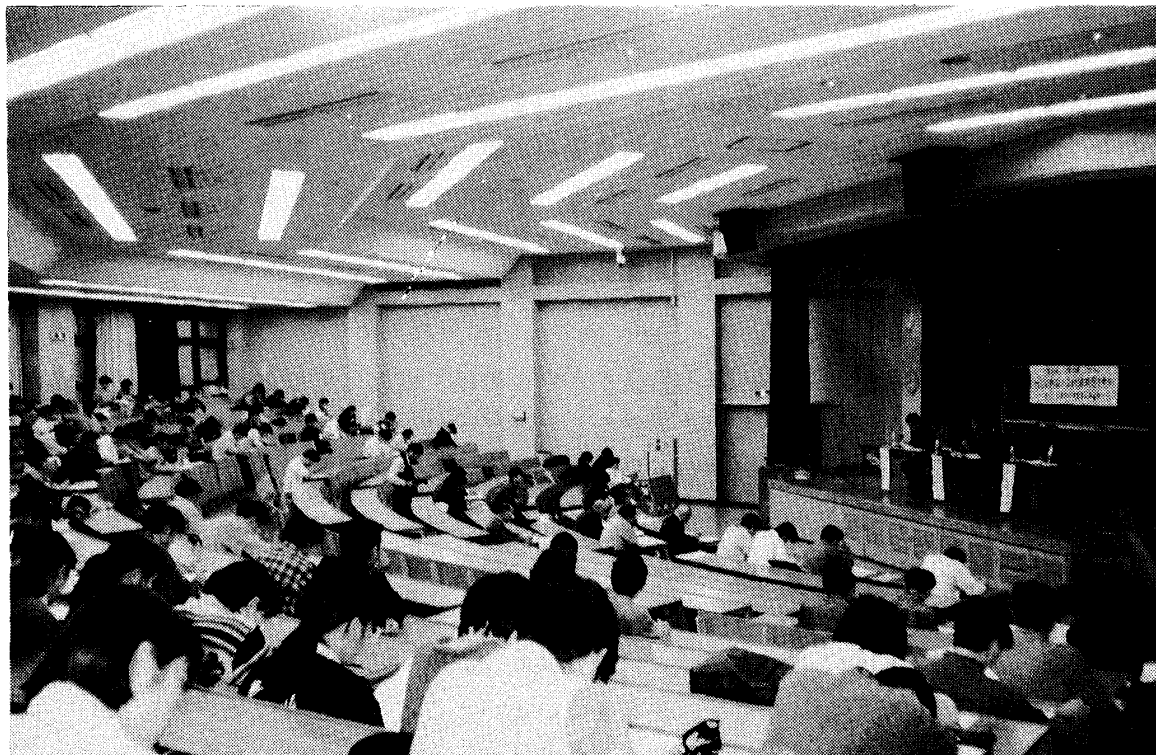
10分間、休憩します。

(休 憩)

木村 どなたからでも適当に混ぜながら話をしてもらおうということで。

一つは、治療とか予防、そういうことが今どうなっているのか。例えば製薬メーカーなどを含めてこの問題の責任を取らせる意味もあると思いますが、治療、予防のための体制づくりをどういうふうに組ませていくのかということについて質問が一つありました。それから、厚生省に対して、今、やるせない状態ですね。エイズの問題があって次官が代わったと思ったら、その次官が今度は汚職で逮捕されるというようなとんでもない事態になっているわけで、そういう厚生省に対して私たちは何ができるのか。それから、行政だけではなく、立法府に対して責任をどういうふうにとらせていけるのか。立法府(国会)は誰が責任を負うのか。

それからもう一つは、業務上過失致死ということだけれども、納得いかない、なぜ故意で殺人罪で逮捕できなかったのか、という質問もありました。



もう少し基本的な質問ですけれども、裁判をやっている途中で死んじゃった人の裁判はどうなるのかということです。

もう一つは、加熱と非加熱はどこが違うかといいますか、どうして加熱に転換できなかったのか、加熱のほうがうんとお金がかかるからなのか、どうなのかという質問がありました。それから1人だけ意見がありましたので、これは会場から言ってもらいましょう。

意見 Aといいます。今年36になります一般の主婦です。

実は私は今から20年ほど前に、16歳のときにアメリカのテキサスというところに留学をしました。16、17というところと高校2年生です。入学した当時は英語はよくわからなかったのですが、2年目の英語のクラス、日本語で言う国語のクラスで、向こうの授業では一般の経済雑誌を読ませる授業があります。その中で、いま日本でも市販されていますが、『タイムマガジン』を読まされまして、クラスで朗読をしたり、日々の事件の討論をしたりという時間がありました。今から20年、19年前の時点で、その『タイムマガジン』の中に既に「エイズ」という言葉を私は見えています。みんなまだ16、17の子供ですから社会的に意見を述べるというところまではいかないのですが、どうやら梅毒より怖い、鼻が落ちるだけじゃ済まされないと、そういうところから始まりまして、1、2年後に大学に行って、その時点で、テキサスの中でも、どうやらこの原因はホモセクシュアルとか性的行為で感染するらしいということで、意識のある人はみんな「エイズ」という言葉を知っていました。82年になって私が日本に帰ってきたときに、あれだけアメリカの有名な『タイムマガジン』でも取り上げているし、世間でも話されていることだから、日本でもさぞかし話題になっていることだろうと思っていたのですが、話題のみじんもなく、かえって私はびっくりしたんですね。それだけ恐ろしいものだという印象を受けていましたから。

そういうところを考えてみても、官僚がどうだとか、製薬会社がどうだとか、さっき木村先生もおっしゃいましたが、考えて討論した挙げ句に何もしない、そういうのは、制度とか法律とかそういうこと以前に、人間としての人格というんですか、どういう立場にある人でも、人格として、そういうことを受けとめる勇気とか、それに対処していく勇気とか力とか意識というものが今の人たちにはないんじゃないか。生きてきた中で、そういうものが培われた生活をしてきてないんじゃないか。もしそういうものがあれば、まして頭もよくて官僚にもなって責任ある仕事を任されていれば、それなりに他人がどう言おうと正義感を持って対処していけるはずだと私は信じているんですね。どういう生活のどういう状況においても。その辺で私は、水俣病もそうですし、今回のエイズもそうですし、起きてしまったことなんで私は難しいことは余りよく言えませんが、それぞれの人の物事に対する危機感とか意識が昔の人と違うというか、余りにも人任せ、責任転嫁、自分だけよければいい。それが私は、今回の事件を通して、いろんな裁判とかニュースを見ても、すごく悲しかったことでした。

木村 広げて言えば、日本人の法意識といいますか、人権意識といいますか、問題意識といいますか、そういうことと、問題が起こった場合にどう対処していくか、臭いものに蓋をしてとりあえずの調和を保つといいますか、そういう日本の社会あるいは日本人集団の問題といいますか、そこに行き着く意見だろうと思います。

そういうことも全部取り込んで、全部答えていただく必要はないですが、思うところを意見の中に取り込んで。

鈴木 僕はちょっと違うかなと思っているんですね。「エイズ」という言葉自体は82年7月にできたんですね。年代的には少しずれがあるかと思います。世界で初めてアメリカの防疫センターがこの病気を「エイズ」と名づけたのは82年7月だったので、少し時代的に違うかと思いますが。

もう一つは、これは世界じゅう先進国で同じ過ちをおかしたのですね。責任感の弱い日本だけが起こした過ちではないんです。そういうところをどうするかということを考えていかないと、個々の人がもっと努力をすればこの被害は防げたんじゃないかという個人的な問題になっていってしまうかと思っています。

最近、当時この問題がどう報じられたのか、マスコミの分野でもっとやれたことがあったのではないかという観点で、ある大学教授が報告していましたが、報告の経過はすごく正確だったのですが、僕は結論のところは大変気に入らなかった。それは、あのときもっと我々が注意していれば、つまりマスコミの責任をもっと自覚してちゃんと仕事をしていれば血友病患者たちに危険な情報を伝えられたのではないかと、そういう反省に終わっているのですね。僕はそれだけではだめだと思っているんですよ。そのことだけでは同じ被害は何度でも起こるだろう。つまり、世界じゅうで同じ過ちを犯したときに、巨大な製薬メーカーと政府の血液製剤を扱っている人たちが非常に仲良しなんですね。そこには血友病専門医も入っていて、医者と政府の官僚とメーカーの人たちが仲良しグループで政策をつくっていているわけです。そういうところでは、いくら個々の勇気や倫理観を煽ってみたところで限界があるだろう。つまり、こういう闇の中で決められている、誰がどこで決めたのかということが公共政策にとってガラス張りになっていないというところに最大の欠陥があるだろう。その意味で、薬害エイズだけじゃなくて、すべての問題は同じ、情報が還流されていない。つまり政策決定は誰がするのか。我々市民や消費者や国民の側が最後の決定権を持っているのだという仕組みをどうやってつくっていくのか。そのためには、情報を操作されないための情報還流制度をどうやってつくり上げるかということが大変大事なことなのではないかと思っています。

そういう意味で、今、厚生省に対して何ができるか。お任せしたことに対する反省をそろそろする時期ではないか。その意味で、いま厚生行政が何をしているのかということをごちからから情報をたぐっていく努力をみんなでやって、情報公開法がこの1、2年の間にできると思いますが、強固な情報公開法をつくるということだと思います。

松村さんという生物製剤課の元課長さんが刑事訴追されたわけです。不作為、何もしないことについて責任を問われたということで非常に重要な事件だと言いましたが、もう一つ、今まで、汚職だとか、やっちゃいけないとされていたことについて責任を問われたケースは、それは次官だろうと政治家だろうといっぱいあるんですが、しかし、本来の業務で責任を問われたことは初めてなんです。これは厚生省の本来の業務ですから、何もしないも何をするも、行政の仕組みの中で今までのルールに則って決めていたことが、「省の責任」ではなく「おまえさんの責任だ」とされたわけでしょう。これは松村さんにとっては、「冗談じゃないよ、みんなで決めたじゃないか、それなのにみんなどうしてそっぽ向いちゃって私だけがお縄ちょうだいなの」と、そういうことになると思うんですね。そこに被害者も釈然としないものを感じて、松村だけじゃだめだ、安部だけじゃだめだ、あいつもこいつもだと言っている

るんだけど、じゃあ人数が増えていったらいいのかという問題でもないように思うんですが。これからは、行政であろうと、悪いことじゃなかろうと、今までのルールでやろうが何しようが、国民の命や健康を無視するようなことを、行政という一つの機関車が、それを運転する人が間違えて人を轢いたらタクシードライバーと同じように責任を問うのだと、そういう責任制度も強化していく必要があると思います。

今、厚生省に対して何をするかといえば、厚生省の中の情報を出させることをみんなで努力してやる。最近、厚生省は、結構、情報公開に敏感な役所なんですよ。今まで「ない」と言っていたことが出てきちゃったものだから、出さなければいけない法的根拠はないのに、「出せ」と言われると断わりにくいという体質になってきている。今、行政相談窓口というのが厚生省の中にありますが、そこに行けば、こういうものをよこせ、ああいうものをよこせと言うと、それはコピー料を払うと出さなければいけないようになってきているんです。情報公開制度はないのだけれども、薬害エイズとか周辺部分については情報公開法があるかのような制度が見切り発車しているのですね。薬害エイズの情報も、新聞だけじゃなくてなまの資料を見れば、そこへ行って取れるということもあるので、三権と言われている行政、立法、司法の情報をどうやって国民にわかりやすくしていくかということ。「我々は情報を知りたいのだ。決めたことがいいか悪いか後で我々が決断する」という仕組みに変えていくことが大事なのではないかと思います。

その意味で、「加熱」にできなかったというのは、確かにコストがかかったりいろいろな問題点があるんですよ。それも含めて、医療現場の中で、「最近言われている加熱製剤と、使いきってから来なさいという非加熱製剤はどこが違うんですか」ということを医者ちゃんと患者が聞いて、それに答えなければいけないという制度をつくっていかないといけないということだと思います。

十把一からげで言えば、行政についても立法府についても司法についても専門家に対しても情報をたぐれるという、そこでの勇気。自分の命を決めるということがかかっているのだから。それから公の立場にいる人たちが奮わなければいけない勇気は、ここで私が情報の操作、決断の仕方を間違えると国民から責任を追及されるのだと、そういう緊張感の中で仕事をするという仕組みが大事だろうと思います。

中谷 先ほどのフロアの方のご発言、なかなかいいご発言だったと私は思っております。やはりアメリカの青少年と日本の青少年の間には問題意識の違いがあるのだらうと思いますね。それと、それぞれの国のセクシュアル・ビヘイビアといいますか、そういうものが違いますので、おのずから関心の部分とか情報の提供も変わっているのだらうと私は思います。それと、アメリカではエイズの理解者が多いわけです。ホモの人結構多いし、サンフランシスコなんかに行きますと、男性同士が肩組み合って陶醉したような顔をして歩いていますよね。あれを見ると、「なるほどな」と思いますのでね。そういう違いがあるんじゃないかと思います。ですから、アメリカでこうだったけれども日本には何も備えがなかったので愕然としたと、そういう経験をなさった人は結構多いだらうと私は思います。でも、それにはそれなりの理由はあったのではなかろうかと思っております。

それから立法、司法、行政の責任ということですが、ある政治学者が、1人の国会議員が在職中にどれだけの立法にかかわったかという統計を取ったのがあります。これは公表しな

さいというのに、公表しないから残念に思っているのですが。それによりますと、例えばイギリス、アメリカ、日本と比較してみますと、日本の国会議員はほかの国の10分の1ぐらいしか立法に関与しないというのです。要するに、立法機関である国会が法制定ということに対して本来の義務と責任を果たしていないと私は思っております。それが大変残念です。

私はこの大東文化大学に5年間お世話になりましたが、その間に私は立法学を専攻する学生を育てたいと思って、東大から来ておられる法哲学の先生とも相談してやったことがあります。立法学を日本で確立すべきだ、そういう学生を育てたいと思ってしゃかりきになりましたが、なかなか「やってみよう」という方もいらっしやらないで、そのうちに、私が元いた大学の教授になった人が「私もそれには関心がありますから、僕がやります」と言ってくれたので、それに後事を託そうと思っています。立法学というものが法学部の中でもっと確立されていけばもう少しよくなるのかなと、はかない夢を持っている者の一人です。

それから情報公開の点ですが、立法、司法、行政の中では、厚生省が一番公開しているんじゃないでしょうかね。少なくとも私が関与しているのは、例えば今度、12月の何と26日に遺伝子治療臨床研究中央評価会議というのをやります。それでエイズの遺伝子治療についても取り上げるようになっております。癌の遺伝子治療についても取り上げるようになっております。これは柳田邦男さんとか曾野綾子さんも入っておられる会ですが、最初に全部公開することに決めました。ですからマスコミの方でも何でも入ってきて聞いておられるということです。それから、つい最近発足した「血液行政のあり方に関する検討会」というものもあります。これも薬務局では今まで公開に踏み切ったことはなかったそうですが、一生懸命やりまして、公開をしました。最初からマスコミの方にオープンにしまして、出ていただくようにいたしました。私が知っている限りでは、少なくとも法務省や何かよりははるかに公開は進んでいると思っております。

もう少しよくなるのかと思います、何しろいろいろな問題が出てきたときに、特に収賄とかそういう形で問題になった行政官僚が、刑事的な起訴処分になるとか何とか、そこまで至らないと、ただ退職する、辞職するという場合には、退職金がちゃんと出るので、ほかへの天下りみたいなことも世話をしてもらえるのです。こういうのではだめだと思うんです。自分の身内がそういうことをやったときには退職金は支払わないとか、内部の制裁といますか、襟を正すといますか、そういうものが整っていかないとだめなのではないかなと、私は今は考えております。

木村 お二人の話の中で、先ほどの質問で漏れたのだけ拾いますと、なぜ殺人罪で故意責任を問えなかったのか。

中谷 それは、私はやむを得ないと思います。といたしますのは、殺人というのは、少なくとも未必の故意がなければだめですね。これをやれば相手は死亡するということについて、死亡するかもしれないけれどもたぶん大丈夫だろうと考えたのかどうか、その認識の違いですよね。おそらく、死んでもかまわないという形で投与したとは考えられませんので、そうなりますと殺人罪は無理だろう。となれば、結局は業務上過失致死。業務上過失致死と致傷は全く刑が同じ。これも皆さん方は不思議に思われるかもしれないけれども、そういうことにならざるを得ない。刑法的に言えば、殺人では起訴しにくかったというのはよくわかるような気がいたします。

鈴木 この真ん中に傷害致死罪というのがあるのですね。傷害致死罪というのは、暴行する故意がないとだめなのですね。簡単に言えば、暴行するということについては故意があったけれども、それがけがになったり死に及ぶというところはうっかりしていたというのが傷害致死罪です。

この薬害エイズで、具体的に言うと、安部英氏の罪は、我々は殺人で告発しているのです。彼は、1984年にアメリカのギャロ博士のところから、自分の患者48人のうち23人が感染しているという報告を受けているのですね。ということは、25人は感染していないという報告を受けているわけです。感染していない人に非加熱製剤を使い続けたわけです。そして、毎月のように血液を採って、どこで感染するかを後で調べたのです。「あっ、ここで感染した」とやったわけです。それを、日本輸血学会の学会誌に発表したのです。私たちはしっぽをつかんだわけです。これは「731部隊」を思い起こすような恐ろしい話だと思った。

2人感染したんです。我々は、この人を被害者甲、被害者乙というふうに、誰が被害者かわからないままに殺人未遂罪で告発したんです。生きていられるかどうかもわからない。検察は優秀だなと思ったんですが、そのうちの1人は1週間後に突きとめています。我々に内緒ですね。我々は、1年以上経ってやっとその人たちを突きとめたのです。

こういう一連の経過で、彼は殺人罪だと言ってるんですよ。1人は死んでいたわけです。庶民感覚から言えば、死んでもかまわないと思ったんじゃないかと思うんですが。検察は、それを裁判所に認定させるだけの証拠を取れるかどうかというところを吟味すると、殺人で起訴するには危ない。一部無罪になる危険性はあるわけですね。業過に落とした。業過は有罪だけど殺人は無罪だとなったときに、検察は失態を犯す。だから石橋をたたいて渡っているわけです。初めてのケースですから。医療の中で、殺人罪で起訴されたことなんてない



んですから。傷害致死だってないのですから。暴行はありますけどね。歯医者さんが子供を治療するときに、「うるさい」とゴツとなぐって暴行罪になった事件はありますが、まともな医療行為で殺人罪とか傷害致死だと言われたことはないわけです。業過致死はありますけどね。それで検察は堅く行ったというんですが、H I Vに汚染されている製剤を投与したら感染するかもしれない。感染してもしょうがないというところは、故意の認容があったらう。これは暴行罪の故意があるから、その結果発病して死んだのだから傷害致死だ、低く見積っても傷害致死はあるのではないかと僕は考えているのですね。

中谷 水を差すようで大変申しわけないんですが、傷害致死、暴行についての認識は、有形力の行使だけなんですね。非加熱製剤を投与したことが有形力の行使になるかどうかなんですね。

鈴木 H I Vが入っているということはわかっているんですよ。だって、彼は、自分の患者の半分が感染していた、それは血液製剤でしかないという認識は持っているわけですから。ただども、先生がおっしゃるように、こいつら死んでもかまわないや、こういうふうにしたというところは……。

中谷 傷害致死というのは、基本が暴行についての認識を必要とするんです。暴行でなければ、傷害についての認識がなければだめですから。

鈴木 「H I Vに感染しても仕方がない」と思ったならば、暴行の故意と言えないかどうかということなんです。

中谷 そうだと思います。それが難しい。

鈴木 言えないですか。

中谷 難しいと思いますね。そうではなくて、むしろ直接傷害についての認識があったというふうに言わないと。暴行の結果の傷害致死ではなく、もともとその結果についての認識があったというので傷害致死ということ。

鈴木 H I Vに感染しても、すぐ体の具合が悪くならないものですから。エイズを発病しないと傷害と言えないというのが、検察の考え方なのですね。

中谷 だから非常に難しいと思います。

鈴木 その非常に難しいところをチャレンジしてほしいと思っているんですね。国民の命を守るために検察は。無罪を覚悟してやってもらいたい。

木村 専門家の間でも意見がこうやって分かれるのですが、なかなか難しいところだろうと思います。

私の意見では、おそらく検察側が配慮したのは、治療行為とか薬の投与とかいうことは、もともと人の体に当然影響があるわけですし、副作用でかえって病気が悪くなることもあるし、もちろん死ぬこともあり得る。治療行為、投薬行為の中には、死の危険がもともとある程度含まれているわけですね。それを医師は裁量でもって、そういうリスクもあるけれども、しかし可能性のほうが大きいと思えば薬を与えていく。行政のほうは、その薬をそのまま使わせるかどうかというときに、使わせなければかえって悪くなるかもしれない、使わせれば、確かに副作用が出てひどくなるかもしれない、エイズに感染するかもしれないけれども、使わせない場合よりは患者にとってプラスが大きいと、こういう裁量判断を個々のケースでしていくわけです。だから死というものは医師や行政担当者たちの脳のスクリーンには

いつも入っているわけで、そこに死という可能性が入っていたからといって、すぐにそれは殺人罪だとすると、かなりのケースを全部殺人罪処断しなければならなくなってくる。かつ、今までのところ、行政の担当者あるいは医師がそういう問題について問題をおこしたときに、そもそも業務上過失致死で確実に有罪に持ち込めたという先例があるわけではない。そうなってくると、医師なり行政の担当者の「このケースで、治療効果と死のリスクとどちらを大切に考えるべきか」という裁量判断に致命的なミスがあったというところでいいかえれば、過失で押さえたほうが手堅いなど、おそらく検察側はそんなふう考えたんじゃないかと思えます。私たちの普通の生活感覚からいくと、死ぬかもしれないということがわかりながら続けたのだからこれは殺人罪で処罰してほしいという気持ちになることは当然なのですが、詰めていくとなかなか難しいところがあって、難しいのだったら手堅く業務上過失致死で押さえていこう、先例もないことだし、と。初めて業務上過失致死で起訴するわけだから、今までから見ればかなりの跳躍なので、ここでいきなり二つのステップを越えるよりはまず一つのステップを越えようと、こういうところが現実の検察官の頭の中にはあったんじゃないかなという気がしますけどね。しかし、ここはお二人が議論されてもなかなか結論が出ないぐらい難しい問題なのだろうと思えます。

この辺を中谷先生は今後刑法学会の中でやっていただけるということですので、大いに期待をしたいと思います。

中谷 そうではなくて、暴行を基本とする傷害は難しいだろうと。むしろ初めから、感染することはほとんど確実なのだから、傷害についての認識があって傷害致死だとおっしゃったほうがいいんじゃないかと、そういうことなんです。

木村 当初からですね。

それから、もう一つ落ちたのが、治療、予防のこれからの見通しみたいところですね。ここは鈴木さんに補ってもらいます。

鈴木 HIV感染をしても、発症するとは限らないのですね。エイズというのはどのぐらい潜伏期間があって発病するのか、発病したらどのぐらいで死ぬのか。1985年頃は、3~4年で発病すると言われていました。90年ぐらいになりますと、これが8年から10年と言われていています。今は10年ないし15年ぐらい。おわかりのように、エイズは1981年が元年の病気ですから、81年から時間が経つことによってだんだんこの病気の本態がわかり始めてきた。それによって潜伏期間も、最初はバタバタ死に始めているのを見て数年でみんな死ぬんじゃないかと思っていたわけですが、そうでもないらしいということになってきたわけです。ウイルスそのものがすごく不可解なウイルスでして、人間の人体にどういった影響力を与えていくのかということ自体がまだわからないわけです。それがわかれば、発症予防治療とか免疫とかいうことで感染予防ができるようになるわけです。

そういう発展途上の病気なのですが、少なくとも今アメリカで6種類とか8種類とか発症を先に延ばす薬が開発されて、そのうち日本では三つしか認可されていないのです。それが、今回の薬害エイズ事件の全面解決の中で、アメリカで承認された薬で日本で臨床実験をやっている途中の段階の治験薬でも、患者さんが望めば拡大治験という形で使ってよろしいという体制ができてきました。しかし、薬さえ飲めば安心ということではなくて、段階に応じて発症を止める薬、あるいは残念ながら発症した場合に日和見感染症をたたく治療は、最先端の

きちんとやっている病院とほとんどやってない病院との落差が非常に激しいのが日本の特徴です。これは何もエイズ治療だけではないです。しかしエイズ治療の場合には、差別とか偏見とか、自分のところで血友病患者が感染したとか、「どうも感染しているんだ」と言いにくいなと思っているお医者さんたちも結構いたり。つまり「うちで残念ながら君は感染したんだ。しかし発症予防治療できちんとやっていけば治っていくかもしれないから頑張ろう」、そういう信頼関係がないままに医師・患者関係が形成されている。そういう問題があって、日本の中で歴然とした治療レベルの格差があるのです。この解決の中で被害者たちは、最先端の医療レベルをどんどん上げ、それを日本全国にリアルタイムに行き届かすような、そういう医療的システムをつくってくれということを要求して闘ってきたのです。2月14、15、16日に厚生省前に200人を越える被害者たちが、寒空の中を、雪が降っている中を座り込みをしたときのスローガンは、「殺されてたまるか」というスローガンです。これは何を言っているかという、我々はこのまま犬死にはしないぞ、エイズでは絶対に死なんぞ。そのためにはどうするかという、政府が加害責任に基づいてエイズの治療体制をきちんとつくれ、ということを要求していったのです。

エイズセンターというのが新宿の国際医療センターの中の一部に、来年オープンします。その準備を今しています。全国幾つかのブロックで地方核病院というミニセンターみたいなものができて、その周りにそれぞれの患者さんがかかっている一線の医療機関があって、画像診断とか、お互いの相互乗り入れでの研修とか、いろいろなことをやって、田舎にいる患者さんも最先端の医療が全科対応してちゃんと受けられるようにしると、今、患者と厚生省と地元の医療機関が三者ミーティングをやったと始めたところです。その意味で、厚生省はきちんとやれ、厚生省が「私たちが悪かったので、皆さん協力してください」というスタンスで全国の医療機関を回ってこいということを今やっています。今日も福岡で、被害者たちと弁護士、九州のエイズ治療をやろうとしている医療機関、そして厚生省の人たちとでミーティングをやっているという状況です。

しかし、こういう治療で本当に彼らが生き残っていけるかどうかは、まだ残念ながらわからないという状況です。闘い続けないと死んじゃうんだ、そういう危機感を持って患者たちは闘っている。遺族たちは、「二度とうちの子みたいな悲惨な末路を遂げさせたくない」という思いで、この治療体制づくりにいま頑張っているという状況です。

中谷 エイズの治療に関しましては、先ほど申し上げましたように、今月の26日に、遺伝子治療を開始すると前から懸案になっていましたので、それについて審議されることになっております。

そのほかに、平成8年度から、医療品副作用被害救済・研究振興調査機構、「医薬品機構」と略称していますが、そういうものができまして、いわゆる1億円プロジェクトというのが認められるようになりました。平成8年度の予算は10億です。それは、エイズの治療に関するもの、免疫に関するもの、癌の治療に関するもの、人工臓器に関するもの、それから脳の組織・機能に関する部分と大きく分野が分かれておまして、エイズの治療に関する応募もたくさんありました。10億円の予算に対して応募したのが172件ありまして、それを専門委員会のほうで約20件に絞って、専門でないのは私1人だけだったのですが、口頭での説明を伺いました。その中に、エイズの治療に関する非常にいい研究も何点かありまして、そのう

ち2点は今年採用になりました。数千万から、5年間で何億という研究費です。来年はそれが30億に増加されるということでした。そういう基礎研究については、遅ればせながらといえますか、厚生省のほうでも必死になって研究するという姿勢はそれでしょうかですが、それがどこまでどういう成果が上がるかわかりませんが、説明を聞いた限りでもかなり有効な研究が進められているようでした。中には、これはもうノーベル賞受賞の対象になるのではないかと委員たちが大変興奮するようないい研究もありましたが、研究の内容というのはプライオリティがありますから、私どもは資料は全部返還を求められてお返ししたのですが。そういうものも始まっているということです。

一方でそういう基礎的な研究も進められ、かつ鈴木先生たちのご努力でそういう運動も続けていければ、エイズは20世紀最大の疾患、難病ということですがけれども、何か少しは光が見えてくることがあるんじゃないのかなというかすかな期待を私は持っているわけがございます（その後アメリカとフランスでエイズ患者の死亡数の顕著な減少が伝えられた）。

木村 それでは時間も残り少なくなってきましたので、私のほうから。私の専門分野は消費者問題ですので、消費者問題というレベルから見たときにこのH I V問題から私たちは何を学んでおくべきなのかということについて、まとめにかえて発言をしたいと思います。

先ほど鈴木さんが「患者の権利」ということをおっしゃいました。これも10年ぐらいの間に大変強く運動の中で言われてきたことです。当初は、「患者の権利」と言うと、医者に盾突こうとかという雰囲気や医療団体の中にもありましたが、今や医療にかかわる人たちの主流は、むしろこれを受け入れて発展させていこう、それがいい医療につながるのだという認識が広まっていると思います。おそらくそのもとになっているのは、1962年ですが、その当時のアメリカのケネディ大統領が大統領教書の中で言いました「消費者の権利」、そのリストがベースになっているのではないかと私は思っているわけです。そのときにケネディは「消費者の四つの権利」ということを言っておりまして、これはぜひ覚えておいていただきたいと思います。

1. 安全を求める権利
2. 消費者が知らされる権利
3. 消費者が選ぶ権利
4. 消費者が意見を聞かれる権利

四つのリストを出しまして、これが消費者の基本的な権利だということを彼は教書の中で強調したわけです。これは、その後のアメリカの法制度の中だけではなくて、日本の消費者の立場を守るためのいろいろな法制度の中で基本になっていった概念だと思います。

これは1962年です。今から随分遠い昔で、34~35年前になるわけで、私がまだ17歳で、高校生だったころの話です。それが今でも私たちにとって大きな意味を持っているなという気がしますね。

このエイズの問題の中で、もちろん私たちの安全ということが問題になりましたし、「知らされる権利」という点からいきますと、非加熱製剤の危険性などについて患者は何も知らされていなかった、情報が一握りの人たちに独占されていたという問題がありますし、それであるがゆえに、例えば加熱を選ぶのか非加熱を選ぶのか、あるいはその他の治療を選ぶのかということについての選択の余地が全く与えられていなかったという点でも、このエイ

ズの事件は大きな意味を持つと思います。

「聞かれる権利」というのは、「患者の権利」との関係でいけば、いわゆるインフォームド Consentということとつながると思いますが、最終的には患者の同意が必要だ。情報をきちんと与えて、最終的には患者の自己決定に委ねる。患者の同意がなければその先に進めない、そういう意識として定着していかなければならないものだと思います。それがすべてH I V訴訟の中で問われていましたし、そのことが大変大きな問題になったと思います。

その後、「消費者の権利」として付け加えられた幾つかのものがありますが、そのうち重要なものを一つ言いますと、「被害を回復する権利」ということが言われています。これもまさにH I V訴訟の中で大変大きな問題になったことだと思います。

そしてもう一つは、消費者が物を買ったり、あるいは消費生活に関連して取り引きをした場合に、取り引きに参加した消費者のプライバシーを守るということも後から付け加えられたリストの中に入ってくるわけです。これも薬害エイズの場合には、マニラ発の外電の話から始まって、いかに患者のプライバシーがひどい形で侵害されていたか、そのことがまた患者が実際にこの問題を告発することをいかに妨げてきたか、鈴木さんから話があったとおもいます。患者のプライバシーが守られるということが、その人だけでなく、その周りにいる人たちにとってもいかに大切なことかということが、この事件の中では際立っていると思います。

そういうさまざまのことがこの事件の中で問題になったことも事実ですが、それと同時に、私たちが日常生活の中で医療と向き合うときに、今言った幾つかの「消費者の権利」という立場で考えたときに、私たち自身がきちんとそれを行使しているだろうか、あるいはそれが守られているだろうかということを自己点検してみる必要があるだろう。

本当に私たちは安全な治療を受けているのだろうか。その治療の内容について、本当に私たちは知らされているだろうか。例えば薬を渡されるときに、その薬の効能と同時にどういう副作用があるかということ、私たちは医師や薬剤師から知らされているでしょうか。あるいは、具合が悪いと病院に行って注射を打たれるときに、その注射は一体どういう薬が入っているのか。とにかく注射を打っておきましょうと打ってはくれるのですが、そのときに確かに医師と看護婦の間では何とかペタペタミンとか言っているのですが、そこにまず言葉の壁もあるわけです。専門用語が私たちにはわからない。そのことによって治療行為の意味がわからない。意味がわからないのだけど、とにかく治していただきに来ているわけですから、こんなところで文句を言うわけにもいかないので、とにかくありがたく注射をちょうだいしておこうかと、私たちもそういう姿勢でいますし、それを当然の前提にした医療が行われていないだろうか。私たちはちっとも知らされていないのではないか。

その結果として、選択の余地もない。「患者の権利」のリストを見てみますと、医師が仮にある治療行為を下す、手術をすとか、注射をすとか、薬を渡すというときに、それが唯一の方法なのかどうか。ほかにどういうメニューがあるのか。ほかにどういう選べるものがあるのか。薬でいく方法もあれば、食事療法でいく方法もあれば、注射を打つ方法もあれば、手術をする方法もある。それぞれのメリットとデメリットについて、ちゃんと私たちは説明を受けているかどうか。その中で、私たちが「どの方法でいくのがいいですか」と意見を聞かれているかどうか。私たちの同意に基づいた医療が行われているかどうかです。

それは決して医師だけの責任ではないように私は思うわけです。もちろん今の医療体制、医療のシステム、医師の意識、専門家の側の問題は大変大きいわけですが、同時に、私たちが、きちっと今言った権利を意識して、その権利を医療の場で行使することをしていない。権利があるのにそれを行使しないと、権利というのはだんだん立ち腐れていくわけです。

そういう患者と医師と医療機関の関係が現在なお続いていますし、エイズの問題がこれだけ大騒ぎになっても、医療の現場がそれほど変わったようには私は思えない。確かに新しい変化はたくさん起こっていますが、私たちの日常生活の中で、それが私たちの皮膚を通して感じられないという現実があるように思います。であるとすれば、H I Vで示された問題はきつとまた起こるに違いないと思ったほうがいいわけで、そのことを私たちは自分たちの日常の中からつくり直していく。自分の考えもつくり直していく。そして、政治も行政も医療機関の考え方も自分たちの日常の行動の中で変えていくのだという意識を持っていくべきではないだろうかと思えます。

消費者問題という立場から考えた一つの私の感想として、まとめにかえて発言させていただきました。

以上でよろしいですか。これを言い落とした、これを言わないと今日来たかいがないというようなことが、中谷さん、ないですか。よろしいですか。鈴木さん、いいですか。

鈴木 はい。

木村 いいということですので、これで終了させていただきます。どうもありがとうございました。(拍手)

江藤法學研究所長 今日は、3人の先生方、お忙しいところをどうもありがとうございました。また来年やることになると思いますので、その節はよろしく願いいたします。特に、常任司会者、よろしく願いします。

今日のお話は、あらゆる面で主体性を確立しなければならないということかもしれないですね。大学においても、ゼミや教室において、学生として主体的に問題提起していくことが必要だと思います。

今、被害者の権利ということで、消費者の問題、医者に対する患者の姿勢と言われましたが、これに関連して、弁護士さんに私は一言苦言を呈したいと思えます。弁護士さんの場合も、自分が代理人として引き受けたのだからというので、どんどん訴訟を進めてゆく危険が多々あるのですね。弁護士と医者、もっと広く言えば法律家と医者というのは、非常によく似ているところがあります。ですから、弁護士等にあなた方もこれから相談するようなことがあった場合には、積極的に、どういう手段を取ったらいいのか、またなぜこのようにするのか等、主体的に相談していくことが必要ではないだろうか、訴訟を専門としている者として一言付け加えておきます。これで終わりにいたします。

今日はありがとうございました。(拍手)

— 以 上 —

国民のみなさまへのH I V検査受診のよびかけ

みなさまも御存じのとおり、いわゆる薬害エイズ問題においては、血友病の治療のために投与された非加熱血液凝固因子製剤にH I V（エイズをひきおこすウイルス）が混入していたために、H I Vに感染したことが問題になっていました。この血液凝固因子製剤とは、出血したときにこれを止める働きをする血液凝固因子を人の血液から抽出して作ったものです。同製剤は、白い粉末でできており、これを水でとがして点滴で注射するのが一般的です。

ところで、厚生省においては、非加熱血液凝固因子製剤の投与によりH I Vに感染された方の発症予防及び治療、早期救済及び二次感染の防止を図るため、同製剤が血友病以外の病気の治療のために投与されているケースについて、追跡調査を行ってきました。

調査の結果、血友病以外の病気の治療のために投与されていたケースが多数確認され、厚生省としては、主治医を通じてH I V抗体検査を勧めていただくよう医療機関をお願いしてまいりました。ところが、カルテがない等の理由から投与をうけた方がだれかが確認できず、連絡の方法がないというケースもみられました。

厚生省といたしましては、投与状況が明かでない医療機関の名称、問い合わせ先等を広く国民のみなさまへ情報提供し、H I V抗体検査をお勧めするべく、準備をしているところです。エイズの発症予防や二次感染予防の観点からは、今後、情報提供される医療機関で治療を受けた方に限らず広くH I V抗体検査を受けていただくことが重要だと考えております。

非加熱血液凝固因子製剤を投与された可能性のある方は、一部の医療機関で特定の医療を受けた方に限られるため、むやみに心配したり不安を感じたりする必要はありません。

しかし、下記のような条件を満たすような方は投与を受けた可能性がありますので、ご自分のかかっていた医療機関等へ問い合わせたり、保健所でH I V抗体検査を受けられることをお勧めします。

なお、投与状況が明らかでない医療機関名は、最寄りの保健所等で教えてもらえるように準備を進めております。

記

時 期：昭和53年～昭和63年

入院外来の別：入院したことがある人

主 な 病 気：・新生児出血症（新生児メレナ、ビタミンK欠乏症等）等の新生児疾患で「血が止まりにくい」との指摘を受けた人

・肝硬変や劇症肝炎で肝機能が低下し、凝固因子が欠乏したため出血の著しかった人

・食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患により大量の吐血のあった人

・大量に出血するような手術を受けた人

調査対象の非加熱血液凝固因子製剤

○第IX因子製剤（4種類）

販売名	会社名	承認年月日	承認番号
クリスマスシ	(株)ミドリ十字	昭和51年12月27日	51E830
コーナイン	カッタージャパン(株) (現：バイエル薬品(株))	昭和53年1月27日	53E輸63
ベノビール	日本臓器製薬(株)	昭和57年1月28日	57E輸131
プロプレックス*	住友化学工業(株)	昭和55年5月15日	55E輸91
	日本トラベノール(株) (現：バクスター(株))	昭和58年5月23日	58E輸163

*プロプレックスについては、製造工程中のエタノール処理によって、H I V感染の可能性を否定することを示す資料が提出されているため、調査結果を集計する際にはH I V感染の危険性がないものとして集計上取り扱うこととした。

○第Ⅷ因子製剤（8種類）

販売名	会社名	承認年月日	承認番号
コンファクト8	(財)化学及血清療法研究所	昭和53年8月1日	53E917
コンコエイト	(株)ミドリ十字	昭和53年8月1日	53E915
コーエイト	カッタージャパン(株) (現:バイエル薬品(株))	昭和53年8月1日	53E輸70
クリオブリン	日本臓器製薬(株)	昭和53年8月1日	53E輸69
プロフィレート	(株)ミドリ十字	昭和53年8月1日	53E輸67
ヘモフィルS	住友化学工業(株)	昭和53年8月1日	53E輸68
	日本トラベノール(株) (現:バクスター(株))	昭和57年7月27日	57E輸137
ヘモフィルH	住友化学工業(株)	昭和55年3月4日	55E輸87
	日本トラベノール(株) (現:バクスター(株))	昭和57年7月27日	57E輸136
ファイバ「イムノ」*	日本臓器製薬(株)	昭和58年5月27日	58E輸166

*ファイバ「イムノ」については、第Ⅷ因子製剤ではないが、本調査では便宜的に第Ⅷ因子製剤に含めた。

調査結果の概要（7月25日時点での集計）

○第Ⅸ因子製剤の投与患者の実態

①性別患者数

性別	人
男性	1597
女性	831
不明	17
総計	2445

②投与時年齢別患者数

年齢階級	人
0歳	707
1～4	53
5～9	24
10～19	43
20～29	56
30～39	128
40～49	299
50～59	496
60～69	358
70～79	192
80～89	36
90歳以上	3
不明	50
総計	2445

③原疾患別患者数

原疾患	人
肝疾患	972
消化器疾患	326
新生児疾患	625
血液疾患	104
心疾患	175
腎・泌尿器疾患	36
産婦人科疾患	14
呼吸器疾患	16
膠原病	13
脳血管疾患	20
外傷	17
その他	72
不明	55
総計	2445

○第Ⅸ因子製剤の調査結果の概要図

