

## 書評「患者よ、がんと闘うな」近藤誠：医療と検証

大垣俊一

今や、日本人の2人に1人はがんになり、3人に1人はがんで死ぬ、と言われる時代である。2人に1人とはすさまじい数字だ。あなたか私、夫婦ならそのどちらか、家族5人いれば中に一人もがん患者を出さない確率は $(1/2)^5$  (<5%)、つまりほとんどない。学校の教室に生徒40人として、将来その半分はがん患者になる。病院の内科に行って待合室に座れば、周囲の話は、横もがん、前もがんというありさま。ここまでがんが猛威を振るうのは、結核など感染症や、戦争・災害による死亡が、特に日本の場合、衛生状態の改善や社会の安定と共に減ってきたことがあるのだろう。いわば「他で死なないので、がんで死ぬしかなかった」わけである。

がんはこれほど我々の身近に迫っているので、日頃からこれに備えておくことは、生活上の必須条件とも言える。しかしがんには依然として「不治の病」としての暗いイメージがつきまとうから、健康な時にはなるべく考えたくないというのが、普通の人間の心理だろう。私自身がそうであった。今回紹介する「患者よ、がんと闘うな」(近藤誠、文芸春秋、1996)についても、有名な本なので存在自体は知っていたが、あえて読む気にはならなかった。しかしもはやそうも言っていない。昨年夏以来、私もまためでたく、その「2人に1人」の仲間入りをしたからである。

私はこれまで、それなりに健康に気をつけていたつもりだが、それでも50過ぎてがんになったら、あきらめるしかないと思っていた。そういう意識の人は多いかもしれない。しかし実際にその立場になればわかるが、人はがんを宣告されてすぐに死ぬわけではない。その後の過程で医療との関係を含め、いろいろなことが起こってくる。それらへの対処の心構えが全くないと、判断ミスから後悔することになりかねない。そうした場合の指針の一つとして、本書の内容は参考になる点が多い。

もちろんこのNewsletterの原稿として取り上げる以上、病気そのものや、治療方法そのものがメインテーマにはなることはない。がん医療の問題は、応用科学としての医学における事実検証、あるいは正当性の判断基準について考えるのに、格好の素材を提供している。統計検定の使われ方、西洋近代医学と東洋的代替療法の対立、分析的手法と総合的アプローチなど、純粋科学の一分野である生態学にも示唆的なテーマがそこにある。

本書は、現役の放射線医である著者が、月刊誌「文芸春秋」に連載した評論をもととする。がん医療の現状に対し、タブーを気にすることなく歯に衣着せぬ鋭い論法で問題点を指摘し、大きな反響を呼んだ。その内容には、単にがん医療の技術的問題や社会的背景だけでなく、研究や診断をめぐる理論的問題も含む。以下ではまず、本書の論旨に沿って内容を紹介し、次いでそれをベースに、私自身の視点から近代医療における検証の問題を中心に考察したい。

## 本書の構成と論旨

冒頭で、著者は次のように明快に、自らの主張を要約している。

「本書では、それら（がん治療の）常識ないし通念に徹底した検討を加えました。そして出てきた結論は、手術はほとんど役に立たない、抗がん剤治療に意味があるがんは全体の一割、がん検診は百害あって一利もない、などです」（p1）。

手術と抗がん剤は、現在のがん治療の主流であり、それをこのように明確に否定する著者は、では何によってがんを克服しようというのであろうか。そう思って読み進める読者に、次の言葉は衝撃的である。

「本書は、こうすればがんが治るとか、がん治療に明るい未来があるのだと語るものではありません。むしろ、がんは今後も治るようにはならないだろうことを説くものです」（p2）

これでは、治療方法はないからあきらめなさい、と言っているに等しい。そして実際そういう論旨なのである。著者がそう説く理由は、治らないがんを無理に治療することにより、患者がかえって不利益を被るということである。著者は豊富な実例と考察を交えながら、その主張を以下 10 章に渡って展開する。

### 1, 2 章：抗がん剤

近代医療のがん治療は、手術、抗がん剤、放射線をもって三大療法とするが、まず抗がん剤の問題が取り上げられる。抗がん剤の副作用は、ときにすさまじい。そうなる理由は、抗がん剤ががん細胞だけでなく、正常細胞も攻撃するからである。そもそも抗がん剤認可の基準は、腫瘍を 1/3 に縮小させるということであって、消滅させるということではない。そのため、がんは縮小したが体の他の部分に致命的なダメージを与える、といったことになる。また、効果が確かめられているのは一部の、いわば特殊ながんにすぎず、脳、食道、胃、肝臓、膵臓、大腸、前立腺がんなど、我々がよく耳にするものについては、治癒も延命も期待できない。

### 3, 4 章：手術

一般に、がんは早期に手術するのが最善と思われているが、日本のがん医療は手術偏重であると著者は説く。そのため必要のない、あるいは無意味な手術を行い、患者に犠牲と負担を強い、生活の質を低下させている。手術中の死亡の危険もある。また日本のがんの手術では、通常病変部を取るだけでなく、周囲広くリンパ節を除去するが（廓清）、これによる免疫力の低下と合併症、後遺症も無視できない。手術により体が抵抗力を失い、一気に転移が進むこともある。がんがなぜこれほど恐れられているかについても、著者は手術偏重との関係で一つの解釈を示す。かつてはガン（がん）の手術死が頻発したが、それでも手術を正当化するために、医師が「いずれ死ぬはずだったのだから仕方がない」というあきらめを患者や家族に持たせるために、がんの難病性を強調してきた、というのである。

### 5 章：がん死への覚悟

手術も抗がん剤も問題が多いとすれば、放置するのが最善なのか（放射線については後述）。この点について著者は、がん死は一般に激しい苦痛を伴うかのように考えられているが、必ずしもそうではないと説く。たとえば胃がんでは、次第に食が細く

なり、衰弱して死ぬことが多い。そのため死因が今ほどはっきりしなかった時代には、高齢での胃がん死は老衰に分類されていた可能性がある。苦痛を生ずるのは、手術したり抗がん剤を多用したケースであることが多い。

#### 6章：放射線治療

著者は放射線医であることを反映してか、がんの放射線治療については全体に肯定的である。放射線は正しく使用すれば有効でデメリットも少ないが、放射線への抵抗感と手術偏重のあおりで、これまであまり普及しなかった。ただし、放射線は本来体に有害なものであるから、医師の未熟などにより使い方をまちがえると、深刻な事態を招くことがある。

#### 7章：患者の人権侵害

この章では、患者を医学研究の材料として見る現代医療の体質が、旧日本関東軍の731部隊になぞらえて批判される。患者を同意なしに、あるいは半ば強制的に新薬の被験者にしたり、若手医師の練習のためと称して不必要な手術を行う。著者はこうした事態を避けるため、患者自身が良く考えて、セカンドオピニオンを求めるなどの自衛策を講ずるべきであると述べる。

#### 8章：がん検診

がんの早期発見のための検診が推進されているが、そもそも、検診によってがんによる死亡が減ったという客観的証拠はない。逆に、検査にはなにかがしかのデメリットが伴う。レントゲンによる放射線被曝、内視鏡による消化器の損傷や細菌感染。内視鏡検査では年間200人程度が事故で死んでいると著者は試算している。検診によって、本来処置の必要のない「がん」を無理に見つけ出し（がんもどき理論、9章）、手術数が増大する。いまやがん検診は、多額の資金がつかぎ込まれ、多くの医療関係者の生活を支える一大産業であり、これが無意味となれば社会的影響が大きい。このことが、有効性の証拠がないにもかかわらず、がん検診が続けられる一因になっている。

#### 9章：早期発見理論

早期発見理論とは、初期に発見することでがんによる死亡を防ぐことができるという主張で、がん検診の基礎となる理論である。一見当然のようだが、実はこれを支持する明確な根拠はない。早期発見が有効かどうかをめぐっては、転移の時期がカギとなる。一般に、がんが転移していれば手術はできず、やがて進行して死に至るからだ。しかしがんは、早期発見可能な大きさになる前にすでに転移しており、ある程度大きくなったものは転移しないことを示す様々な証拠がある。がんの中には進行が遅く、放置しても人の一生のうちに致命的にならない「のんびりがん」ともいうべきものが含まれるが、早期検診はこのようなものまで発見して、結果的にがん患者を増やしている。男性の前立腺がんも一般に進行が遅く、別の要因で死亡した人を病理解剖して前立腺がんが発見される割合は、40%にも達するという（潜伏がん）。ゆえに前立腺がんのPSAテストなどはほとんど無意味であると著者は主張する。一般的ながん観と異なるこのような見方を、著者は「がんもどき理論」として提起する。

#### 10章：がんと闘うな

本書の結論となる最終章は、発がんメカニズムのわかりやすい解説から始まる。がんの原因には、遺伝的素質と環境影響の両面ある。たとえばアルファベットの太文字

が正常、小文字が損傷した遺伝子を表わし、4つの遺伝子の異常で発症するとする。遺伝子 ABCD の人と、あらかじめ abCd になっている人をくらべると、後者では環境の影響で C だけ損傷すればがんになるから、その確率が高い。これをふまえて著者は、がんに対するいわゆる非証明医療（代替療法、民間療法とほぼ同義）に対する批判を述べる。漢方薬、免疫療法、マクロビオティクス（一種の食事療法）、などが主なものだが、これらは有効性の根拠がエピソードのレベルにすぎず、きちんとした統計的検証が行われていない。副作用に苦しんだり、多額の費用を請求されることもある。近代医療に見放され、あるいはこれを見限った患者が、代替療法に頼る心理はわかるが、がんに対して、治るかもしれないという夢や希望を持つことが、そもそも有害である。なぜならがんの原因は遺伝子にあり、これを修復しない限り根本的な解決はない。医療には症状を取ることくらいを期待するに止め、がんは治らないことを認めないと、長生きもできないし、楽にも死ねない。

以上やや詳しく内容を紹介したが、続いて全体に共通する問題点について、個人的印象を含めて整理したい。まず、本書が書かれたのは 1996 年だから今から 16 年前。その後の医療の進歩や社会情勢等、事情が変わってきているのではないかという疑問がわく。しかし最近の雑誌の「がん医療最前線」的な記事を見る限り、基本的な枠組みは変わっていないように見える。手術、抗がん剤、放射線は依然として療法の三つの主流で、早期発見理論に支えられたがん検診も健在である。確かに三大療法それぞれ、有効性の期待される新手法が現われてきているが、多くはまだ実用化されず、もちろんがんの特効薬が出現したわけでもない（遠津 2011）。

医療従事者の収入や生活という要素が医療をゆがめている実態は、本書の各所で指摘されている。抗がん剤を使用すると、その負担に加え、副作用の治療に高額な医療費がかかる場合がある。それによって医師の高収入が支えられている面がある（p19）。あるいは余命宣告をして患者を脅かし、不必要な手術に追い込む（p224）。早期発見理論（9章）はがん検診の柱であり、これが崩れると社会的影響が大きいので、批判は重大なタブーになっている（p206）、など。

私自身の印象としても、たしかに病院は手術したが、検査したが、薬を出したが、という傾向があるように見える。好意的に見れば、医師は治療が仕事だから何もしないことには抵抗があるとも推測できる。たとえば食事がとれなくなった患者に点滴をしなければ、事実上の安楽死肯定であろう。だが一方で、病院経営上の問題もありそうだ。本書の例ではないが、ある医師は自分で工夫して近代医療に漢方などを併用し、治療成績が上がって患者も増えつつあった。だが経営側の意向に反して薬を出さず、手術もしないため保険の点数が取れず、圧力を受けて退職に追い込まれたという（進藤・進藤 2011）。

放射線被ばくの問題が、6章と8章検診のところで出てくる。日本人はよほど検査好きなのか（世界の CT 検査機の 1/3 が日本にあるとされる）、放射線の医療被ばくは日本が世界のトップで、イギリスの 8 倍。これによる発がん死亡する数を、著者は毎年 1 万人以上と推定している（p175）。別の資料では、CT を 1 回受けた時の被ばく量は約 7mSv で、日本人 1 人当たり年間受ける自然放射線 1.5mSv をはるかに上

回る。CTを含めた医療被ばくにより、日本では年間7~8千件のがんが発生しているという見積りもあり（Wikipedia「放射線医学」）、これは本書の推定に近い。歯科などでも気軽にレントゲンを撮るが、私はこれまでなるべく放射線の検査を受けないようにしてきた。するとこの程度の線量なら、毎日1年浴びても大丈夫だというように言う医師もいる。放射線被ばく特に低線量については、福島原発事故でも問題になったが、多くの議論がある。最近の雑誌やなどインターネット上の資料によると、現状はおおよそ次のようであるらしい（松田2011, Wikipedia「被曝」「放射線障害」など）。放射線はDNAを直接に損傷し（直接作用）、あるいは活性酸素など、DNA損傷をもたらす有害物質を発生させることにより（間接作用）、細胞のがん化をもたらす。疫学調査の結果などから、放射線被ばく量100mSv（ミリシーベルト）以上では、被ばく量の増加に応じたがん発生率の増加がみられる。それ以下については統計的な証拠がなく、解釈が分かれる。100mSv以下でも、受けた線量に応じて有害であると考えるのがLNT（Linear Non-threshold：直線的非しきい値）モデルと呼ばれるもので、これは上記の、放射線とがん化のメカニズムを主な根拠とする。線量がわずかでも、それに応じたDNA損傷が発生するということであろう。LNTは国際放射線防護委員会（ICRP）やアメリカ科学アカデミーが支持し、ICRPは1人当り年間の許容被ばく量を1mSvと勧告して、日本政府もこれを採用している（医療被曝や原子力関係作業従事者を除く）。一方フランス科学・医学アカデミーは、LNTは過大評価であるとし、障害が発生しなくなる「しきい値」がどこかにあることを示唆している。非LNT説の中には、ホルミシスという考え方もあり、ある程度の放射線はむしろ人体に有益であるとさえ主張する。たしかに「毒も少しなら薬になる」というのは、多くの医薬品に当てはまる。ホルミシス説は、ラドン温泉、ラジウム温泉などの有効性の根拠とされてきた。LNTにしる反LNTにしる、多くの異論や反論があつて未だ決着していない。決められた基準や許容量に対しても、高すぎる、低すぎる、両方の批判があるようだ。100mSv以下では明確な根拠がないことを背景に、「わからないからないとみなす」と「わからないからあるとみなす」という二つに判断が分かれる。一般に原子力や放射線利用の推進派は、前者の立場に立つことが多いようだ。

ここで取り上げたいのは、医療被曝をめぐるいわゆる「メリット・デメリット論」である。日本における1人当り年間許容被ばく量1mSvの中には、病院や健診での検査被ばくは含まれず、これについては事実上、上限がない。これは検査によるメリット（病気の発見など）が、デメリット（被ばくの害）を上回るからであるとされる。しかしメリットとデメリットの量、少なくともどちらが大きいかを確定できなければこの議論は意味がない。そこでメリットだが、これは結果が出なければわからない。検査しても何もなければ、デメリットだけが残ることになる。デメリットに至っては、低線量被ばくの害そのものがわからないのだから、判断のしようがない。その結果、多くは医師の言うなりに検査することになる。病院側が、高価なCTスキャンのモトを取るために不必要な検査をくり返しても、患者がそれをチェックするすべはない。

本書の10章では、非証明医療に対する批判の中で、免疫療法についても否定的な見解が述べられている（p232）。その根拠は、がん細胞と通常細胞の共通性から、免疫力を高めると通常細胞も攻撃される。また白血球と転移性のがん細胞は、共に組織

を通り抜けて移動する能力を持つから、白血球の活性を高めれば転移を促すことになる、というものである。しかしこの点については、免疫学からの反論があるだろう。

白血球には大きく分けて、顆粒球、リンパ球、単球の3種がある。このうちリンパ球の1種であるNK（ナチュラルキラー）細胞、キラーT細胞などが、がん化した細胞を攻撃、排除することは、すでに1975年に日、米、スウェーデンの研究で知られていた。その後具体的なメカニズムも明らかになり、現在ではリンパ球を利用したがん治療への応用についても研究されている（安保 2011, 遠津 2011）。

本書でほとんど触れられていない、精神面の影響についても論じておきたい。私のがんになって痛感したのは、精神状態と体調のきわめて密接な関係である。病状が明らかになって半年以上たつが、最も体調が悪かったのは、病状が進行しつつある今ではなく、むしろ病気の告知の直後だった。末期がんの患者は、大抵うつ病になるという。私はうつ病の経験もあるが、そうなる精神的に加えて肉体的苦痛も生じ、食欲が落ちて体力を消耗する。これにがんのような大病が加われば、寿命が縮むのは明らかだ。本書でも医師による「余命宣告」の不確かさが指摘されているが（p102）、その一つの要素として、この精神面があるように思われる。宣告によりがんへの恐怖に打ちひしがれ、うつ病になったり、もともと生きる意欲を失っているような場合と、病気を受け入れて精神的に安定し、このことだけとは心に決めて、残りの人生を頑張ろうとしているような場合では、「余命」はずいぶん違ってくるのではないか。

## 医療と検証

### 1. 統計検定

本書では、治療法の正当性の根拠として「くじ引きテスト」が強調されている。それを経ているからこの治療法は正しい、代替医療はやっていないから信用できない、など。「くじ引きテスト」とはコントロール試験と有意差検定のことだが、これは本当に信頼するに足る基準であろうか。推測統計の理論的根拠、信頼性については、これまでこの Newsletter でも種々論じてきたが（大垣 2003a, 2005, 2010a）、このうち医療への適用に当り問題になりそうな点として、「有意水準の設定」「全体と個別」「帰無仮説の無意味」の3つが考えられる。

まず有意水準の問題だが、生態学や心理学では、仮説を棄却する時の危険率は  $P=0.05$  を目安とする。0.01 や 0.10 ではなぜいけないのかと問われても、便宜上の基準と答えるしかない。基礎科学分野ならそれでもいいだろうが、医学上の判断は人の命に関わる。ある生物学者向けの統計テキストでは、マグロの水銀含有量の検定で、人の健康にかかわるこのような問題では、 $P=0.05$  でなく、0.10 を基準とすべきと述べている（石居 1975）。このような判断を「予防原理（precautionary principle）」というが（大垣 2005）、これを採用しない立場もありうる。ある治療法の是非、薬の採用などについて、有意水準をどう設定するかは、試験者の主観にゆだねられている。低レベル被ばくについて先に紹介したように、わからないから安全を重視するというのが LNT モデルだが、逆に分からないから無いとみなす立場もある。危険率の取り方によって結論が逆転することもあるから。この問題は深刻である。他にも、何を有

効性の基準にするか（抗がん剤の有効性について、がんの縮小か死亡率の低下か、など）、母集団の設定の仕方など、任意性の混入する余地がある。このため同じテーマについて、検証するたびに結論が逆転することもめずらしくない。そのいくつかの例は、本書にも挙げられている。こうなると、「くじ引きテスト」で証明されているからこの手法が正しいとは簡単に言えない。

2番目の「全体と個別」は、手術や検査を受ける時などに患者が直面する問題である。最近では医療事故などに備えて、事前に患者に文書で同意を求めることになっている。例えば内視鏡の検査では0.0何%, 何万人に1人の確率で事故が起こりうる、というような説明がなされ、患者はふつう、それならないに等しいと受け止める。しかしこの確率は母数が問題である。内視鏡のようにポピュラーな検査には、相当数の受検者がいるわけで、100万人とすれば数十人が被害を受けることになる。本書でも、内視鏡検査事故による死亡例は年間約200人、レントゲンやCTによるがん死亡はこれまでに1万人近くと推定している。この「何万人に1人」という言い方は、医師が患者を安心させたり不安にさせたりして、自らの方針に導くために使われている気配がある。「今まで何百人も死んでいます」と言えば、印象はずいぶん違おうだろう。全体的には何万人に1人でも、その1人になったら被害は100%である。本書でもふれられているが、ビタミンCの前駆体で、抗酸化作用もあるとされるβカロチンや、これを多く含むニンジンなどを、健康のために推奨する向きがある。一方、βカロチンを摂りすぎると肺がんの発生率が高まるという、「くじ引き調査」の結果がある

(p220)。ある胃がんの患者が、毎日200mlのニンジンジュースを飲むと担当医に言ったところ、それでは多すぎるからやめた方がよいと言われた。医師はこの試験結果を知っていたのかもしれない。しかし患者が「でも私は30年続けていて、まだ生きています」と言うと、担当医は黙り込んだ(中山2010)。このエピソードに、全体と個別の問題が端的に現われている。

死亡確率と検定は表面上は別問題だが、これらの基礎には共通の、確率論の問題がある。検定においても、 $P=0.05$ ならば20分の1の基準で仮説の正当性(=手術法や薬の有効性)が判断されるが、棄却された部分はどうなるのだろうか。この点について厳しい批判を加えたのはクロード・ベルナルである(ベルナル1865, 大垣2003b)。その論点をひとことで言えば、統計の考え方は医学の発展を阻害する、ということになる。たとえばある薬を使用したグループで10人中9人が改善し、コントロール群10人のうち1人しか改善しなかったら、その差は有意である( $\chi^2$ 検定,  $P=0.002$ )。しかし試験群の10人中1人は、なぜ改善しなかったのか。また、コントロール群の1人はなぜ改善したのか。それを個別に追求することで医学は進歩する。ここに全体論的・統計的判断が介入すると、因果関係が曖昧なまま、何となくこの薬を使えばよいということになりかねない。ベルナルは、統計思考はナンセンスで滑稽だとまで言っている。

3つ目の「帰無仮説の無意味」は、推測統計の根本にかかわる問題で、「検定すれば必ず有意差は出る」というのがその論点である(Johnson 1999)。有意差検定とは帰無仮説を否定する試みで、あらゆる推測統計の帰無仮説は、「差がない」という仮定である。しかし2集団の平均身長であれ何であれ、すべて調べれば必ず平均値の差

があるはずなので、このような帰無仮説は無意味である。結局有意差は、サンプル数の多寡の反映でしかない。このことの裏返しとして、次のような問題も出てくる。あることによって生ずるメリットやデメリットがごくわずかという場合、有意差を検出するためのサンプル数が著しく多くなり、試験の実施が難しくなる。たとえば人口 100 人の村が低レベルの放射能被ばくを受け、その被害をコントロールの村と比較したとする。しかし、被ばくによるがんの発生が 1 人か 2 人増えるというレベルでは、必要なサンプル数が 300 とか 500 になって母集団の数を越え、検証不能となる。低線量被ばくをめぐる議論がなかなか決着しないのには、こういう背景もあると言われている (Wikipedia「低線量被ばく問題」)。

## 2. 標準医療と代替療法

ここでいう標準医療とは、西欧由来で現在日本で主流の近代的医療 (がんなら、手術、抗がん剤、放射線の三大療法)、代替医療は本書では「非証明医療」と称し、漢方など東洋医学、民間療法を含む。著者が非証明医療に対して否定的であることは、先の本書の要約でもふれた。著者だけでなく、一般に標準医療の医師や理系の研究者には、代替医療への抵抗感が強いように見える。ひとことでいえば、「いかがわしい」ということであろう。本書では代替医療を「非証明医療」と呼び、科学的証明がないことを批判の最大の根拠にしている。しかし近代医療の中にも、十分な証明がないまま使われている手法がある。抗がん剤はその典型であろう。著者が主張し、がん検診批判の論拠の一つとする「ガンもどき理論」も、非証明の仮説にすぎない。

抵抗感のもう一つの理由は、代替療法がしばしば強調する、精神的要素にあると思われる。「この療法の効果は、患者がどれほどそれを信用するかの関数でもある」と言ってはばからないケースもある (高橋 1995)。しかし、近代医療においても、いわゆる「プラシーボ (にせ薬) 効果」の存在は肯定されている。また、ガンのような大病で、精神面がいかに重要かということは、先に私自身の経験からも述べたところである。

民間療法の中には患者の弱みにつけ込み、高額の医薬品もどきや食品を売りつける悪質なものもあるようだ。そういうものと比べれば、近代医療はまだしも明朗と言えるかもしれない。しかし一口に代替療法といっても、食事に重点を置くもの、ヨガや気功など体を使うもの、精神的要素を重視するものなど多様で、すべて証明がないからダメというのは、批判として一面的すぎる。私の印象としては、代替療法の中には確かにいかがわしい商業主義的なものもあるが、有効とみられるものもある。宣告当初脇腹が痛むので、私は民間療法の名著として評価の高い、あるテキストを読んでみた。そこに「ショウガ湿布」というのがあり (東城 1988)、半信半疑ながら試してみたところ、きれいに痛みが取れて驚いたことがある。その後も痛みは出ず、副作用的なものも感じない。それを病院の担当医に話したところ、痛み止めならここでも出せる、湿布薬もあると紹介されたが、もう止まっているので必要なかった。私は今まで、病院でもらった錠剤の痛み止めで、痛みが止まったことがない。これらは薬品として認可されている以上、「くじ引きテストによる証明」はあるのだろうが、だから効果のある方法をやめて、効かない薬を飲むということにはならない。この件では、私は



危険率 5%の中に入っていたのだろう。一方で、病院で処方してもらった精神安定剤は有効である。私の場合、うつ病の経験から、どういう状態になると危ないかは大体わかっているので、そうなりかかると薬をもらって 2,3 日、ピンポイントで使っていた。これで薬依存になることもなく、安定した精神状態を維持できた。そういう点では、近代医療もなかなか捨てたものではない。

### 3. 分析と総合

近代医療のがん対策は、西欧近代科学のご他聞に漏れず、極めて分析的である。がん細胞と正常細胞を区別し、手術によりがん細胞を取り切る。また両者の差を追求し、その差の部分に働きかけてがん細胞のみ縮小させようとする。抗がん剤は小児性急性白血病など、一部のがんに有効だが、それはその種のがんが、正常細胞やほかのがんと比べてもはるかに活発に分裂し、そのタイミングで攻撃を仕掛けるためとされる (p36)、がんが遺伝子の突然変異によって起こることから、遺伝子を対象とする治療法の研究も行われている (遠津 2011)。一方、東洋医学や代替医療はこれと異なり、いわば全体的アプローチをとる。多数のがん患者 (がん細胞ではなく) やがんの症例から、経験的にガンを引き起こしやすい環境や個人の性格を抽象し、生活改善で対処しようとする傾向がある。東洋医学ではないが、日本の免疫学系のがん対策はこちらに近い。がん患者には、職業上強いストレスにさらされているとか、責任感が強く攻撃的な性格の人が多いという。これを背景に研究がすすめられ、がん化をめぐる次のようなメカニズムが提起されている。ストレスにより交感神経が刺激され、交感神経末端から分泌されるアドレナリンのレセプターを持つ、顆粒球が増加。これが崩壊するときに発生する活性酸素が組織や遺伝子を傷つけて発がんに至る。逆に副交感神経が優勢になると、その神経伝達物質であるアセチルコリンのレセプターを持つリンパ球が増え、これががん細胞を攻撃して発がんを防ぐ、という。人の体内には常にかん細胞が発生しているが、すぐにリンパ球に殺されるので発がんに至らない。だから強いストレスにさらされる、交感神経緊張型の生活を避け、ゆったりとした副交感神経優勢の生活を心がける、ないし両者のバランスを保つ生活が望ましいということになる (安保 2009)。昔から「病は気から」というが、これは免疫機構を通じたその一つの解釈といえよう。ちなみに私の場合、病気発覚時の血液検査 (「血液像」の項目) で、標準に比べて顆粒球 (そのほとんどは「好中球」に分類される) が多く、リンパ球が少なかった。白血球中のリンパ球比率は 30%以上が正常というが (安保 2009)。過去に遡って調べても、私は常に前者に著しく偏った「顆粒球人間」だったことがわかる。これを知って生活改善に努めれば、あるいはこの年での発がんは防げたかもしれない。興味のある方は、血液検査の結果を見直されてはいかがだろうか。

ともあれ、こうした病気の捉え方に、医学における洋の東西の差がよく出ている。生態学においても、西欧的アプローチではいくつかの要因を仮定し、コントロール実験を通じてその中のどれが主要因であるかを段階を追って追求して行くような、分析的手法が主流である。一方日本の場合には多数の事例から仮説を抽象し、それを裏づける実験的根拠を集めるといった、帰納的アプローチが優勢であるように見える。後者の典型例として、水産分野における、日本の磯焼け研究を挙げることができよう (大

垣 2010b). 複雑な全体像を, 部分に分解して解明しようという研究姿勢に対しては, 欧米内部でも弁証法の立場から, 全体の複雑さを無視する「還元主義」であるとの批判がある (Levins & Lewontin 1980).

栄養学でも同様のことがある. 何かの食物が健康に良いとなると, その中のどういう成分が有効かという追及が始まる. そしてそれを抽出してサプリメントを作り, 専らそれを摂って「効果的に」健康を維持しようとする. サプリメントは日本ではまだそれほど一般的ではないが, アメリカなどではスーパーに普通に並んでいるという. しかし有効成分は, もともとの食物中において, 他の成分と共存してこそ有効なのかもしれない. 本書でもβカロチンの有効/有害性が論じられているが (p220), ニンジンの中にあるβカロチンは有効でも, 単離すると有害になるのかもしれない, その濃度をもとにニンジンそのものが有害であると論じたり, 摂取許容量を決めたとすればナンセンスなことになる. あるいは白砂糖と黒砂糖の問題. 白砂糖は黒砂糖を精製して純粋な蔗糖としたもので, 健康上よくないという見方が多い. その理由は多面的だが, その一つとして, 蔗糖が分解, 代謝されるときに, 体内のミネラルを消費するという見方がある. ならば蔗糖を主成分とする黒砂糖も害があるのかというと, そう簡単ではない. 精製前の黒砂糖には, そのミネラルが豊富に含まれているからだ. この例は明快だが, 一般には精製される前の成分が, 由来する食物の中で他のどういう物質とどういう関係で存在しているか, わからないことが多いだろう. ここにも分析主義の限界を見ることができる.

本書の最終章で, 著者は次のように述べる. 「人は夢や希望を持つことが大切, とよく言われます. しかし, ことがんに関しては, それは当てはまりません. いやむしろ, 夢や希望を持つことは有害とさえ言えるでしょう. なぜならば, 夢や希望にすぎた結果, 体を切り刻まれ, 単なる毒でしかないものを使われてしまうからです」

(p236). これは, 自ら近代医療の中に身を置きながら, 患者のためにその矛盾を告発する著者の, 良心的発言として評価できる. 本書の中でも, 末期がんと知りながらうろたえず, 従容として死を迎えた患者たちの姿勢を, 敬意と賞賛をもって紹介されている (p80). しかし人は, 宣告を受けてすぐに死ぬとは限らない. その間, 全く希望を失った状態で, 充実した余生を送ることができるのだろうか.

「渚にて」という近未来 SF がある (ネヴィル・シュート 1957). 舞台は 1960 年代のオーストラリア. 北半球で起こった核戦争により一帯の住人達はすでに死滅し, 放射能が南半球へ広がりながら人類を滅ぼして行く. しかしオーストラリアの人々は, 半年以内に放射能が到達することを知りながら, ふだんと変わらぬ日常生活を続ける. 来年のために牧場の柵を治す牧場主. 10 年後の家族の姿を話し合う若夫婦. 私は高校生の時, この話を授業で国語の教師から聞いて奇異の感を抱いた. もうすぐ死ぬと知っている人間が, なぜ未来を前提とすることができるのか. しかし今回病を得てこの本を読み, 作中の人々の気持ちがよくわかった. 人が日常やることは, すべて未来のためにしている. ガンの告知直後, 脇腹の痛みを抱えながら, 論文のためのデータ処理に取り組む私の気持ちがそれだった. これを publish するまで自分は生きられるはずだという, 根拠のない確信. そういうものを失えばすべては無意味となり, あとは

ただベッドに横たわって死を待つばかりとなる。そのような生活が、伸ばせるはずの寿命を縮め、生きられるはずの命をも奪うことは明らかである。思えば、人はいずれ死ぬということが確実である以上、それが3か月後か、3年後か、30年後かに、本質的な差はない。余命がどうあれ、人は未来を前提としてのみ、今を生きることができる。未来がないと知れば、作ってでもそうするだろう。覚悟はする、があきらめない。人が生きるというのは、そういうことではないのか。

## 引用文献

- 安保徹 (2009) 希望の免疫学. 花伝社  
安保徹 (2011) 免疫健康学. PHP 文庫  
ベルナルド C (1865) 実験医学序説. 三浦岱栄訳 1938. 岩波文庫  
Johnson DH (1999) The insignificance of statistical significance testing. *Journal of Wildlife Management*, 63, 763–772  
石居進 (1975) 生物統計学入門. 培風館  
Levins R & Lewontin R (1980) Dialects and reductionism in ecology. *Synthese*, 43, 47–78  
松田壮一郎 (2011) 放射能のリスクを考える. *Newton* 2011年7月号 28–39  
中山武 (2010) ガンをなおす「いずみの会式玄米菜食」花伝社  
シュート N (1957) 渚にて. 佐藤龍雄 2009 訳. 創元 SF 文庫  
大垣俊一 (2003a) 分散分析と海岸生態学 (2). *Argonauta*, 9, 13–20  
大垣俊一 (2003b) 書評「実験医学序説」*Argonauta*, 9, 3–12  
大垣俊一 (2005) Type II error と Power analysis. *Argonauta*, 11, 3–16  
大垣俊一 (2010a) ベイズ法と生態学. *Argonauta*, 17, 3–19  
大垣俊一 (2010b) ウニ密度変動論. *Argonauta*, 18, 31–16  
進藤義晴・進藤幸恵 (2011) これが本当の「冷えとり」の手引書. PHP 研究所  
高橋エリカ (1995) キャンサー・ギフト. 新潮社  
東城百合子 (1988) 自然療法. あなたと健康社  
遠津早紀子 (2011) がん治療最前線. *Newton* 2011年5月号 100–105, 7月号 102–107, 8月号 98–103