

タイトル

「ガンはいい病気——死が選べるなら」

内容

はじめに.....	3
第一章 「あくまでも生きる」は前提ではない.....	5
☆ガンで死んだ二人の友人.....	5
☆いつか死ぬことを前提として.....	7
☆こんな死は御免：植物死と突然死.....	9
☆見事に死にたい希望.....	11
☆「あくまでも生きたい」か？.....	13
☆個人と社会をどうすり合わせるか？.....	16
☆痛くなければ別の考えも.....	18
第二章 医療はできないことが多い：——老化も治せないしガンも防げない	21
☆医師から医療情報は得られない.....	21
☆健康法のうそ.....	26
☆ガン防止の食物は？.....	28
☆高齢者のガン検診は割に合わない.....	30
☆治療したい：医療の一つの側面.....	33
☆日本の医療費はたしかに安い.....	35
☆薬は効いたり効かなかったり.....	38
☆「そんな話、聞いたことがない」.....	41
☆医療担当者の協力は期待できない.....	43
☆臓器をもらいますか？.....	46
☆マスメディアにみる医療の虚像.....	48
☆知識でなくて知力を.....	50
第三章 安全と事故：医療は百パーセント安全ではない.....	52
☆百パーセント安全はありえない.....	52
☆安い安全は例外.....	55
☆検査の安全性.....	59
☆安全か安価か：麻酔の場合を例に.....	62
☆手術が危険.....	65
☆危険な手術の例.....	67
☆条件の悪い手術.....	70
☆狭心症と手術：周術期の心筋梗塞と心臓死.....	72
☆狭心症の手術.....	75
☆事故の特徴：事例の多いものは事故も多い.....	83
☆事故の知識と認識：医療担当者と患者.....	85

☆事故とは表現されないこと：合併症.....	87
第四章 ガンを肯定する.....	89
☆いくさに上手に負ける選択.....	89
☆日本人の考えと西洋人の考え.....	91
☆ガンの名医とは？.....	93
☆昭和天皇の手術の選択を例に.....	96
☆告知とコンセンツの問題.....	99
☆蘇生させないで下さい.....	101
終章：ガンはいい病気.....	103
おわりに.....	106

はじめに

この本は、ガンという病気に対して、従来とは変わった考え方を提案しています。ガンはおそろしい病気というのが通常の方法ですが、本書の趣旨はそれと大きく隔たっています。

読者対象としては、年齢の進んだ方、たとえば定年が近づいたりそれを過ぎた方が中心です。若い方に読んで頂くのも歓迎しますが、本書の内容を自分の問題として真剣に考えて頂きたいのは、自分の寿命ということを考えはじめた年代、どうやら寿命は永遠ではない、とくに社会的な寿命は限定されている、ということのわかった世代の方で、その世代への私のメッセージです。

私自身がこの世代です。執筆時点で大学病院を定年間近ですが、本書が出版される頃には、すでに定年になっているでしょう。他で仕事を見つけて働くことがあるとしても、それは余生です。

ガンは、私たちの何十パーセントかが罹患して、それによって生命を落とす病気ですが、そのガンをただおそろしい病気とばかり捉らえず、「人間は必ず死ぬ。それを明確に認識すれば、ガンで死ぬのは実はいい死に方だ」との私の考えを述べるのが本書の趣旨です。

本書の内容は、絶対的な真理とか強い主張を書いたものではありません。「事実」の部分は比較的ありのままですが、「考え」「意見」の部分は、「そういう考え方もある」、「そう考えると役に立つかもしれない」、「そう考える人はけっこういるが、あからさまに表明しないから、私が述べよう」との気持ちです。

私自身、この本に書いた方針で常に行動してきたわけではありません。いいえ、現役の医師がこういう考え方を行動原理とすることは許されない、という面も否定できません。自分で勝手に考え、自身を対象にして行動するのは自由ですが、医師としての職務には反する面もある考え方だからです。

しかし、医師として三五年以上も生命とかかわってきた経験、とくに麻酔科医として手術に永年つき合ってきた経験からみて、「どう考えてみても割に合わない手術」がけっこう数多くあります。寿命はほとんど延びない手術や、苦しみがかえって増大する手術があるのです。いいえ、手術だけではありません。検診や検査をふくめて、医療にはそういう部分が多くあります。

医療が危険といっても個々の発生頻度は低いのですが、種類が多いので全体では無視できません。しかも、全面解決は不可能なのが医療の本質なのです。だからこそ、それに対応できる選択肢をもっておこうというのが本書の提案です。

こうした気持ちが自分にはっきり根付く源は、昭和天皇の手術から術後のケアにかかわり、それから崩御までの経過を追いながら考えるチャンスを与えられたのが大きかったと、今になって感じます。一九八七年秋～八九年初頭までのことです。さらに、高名な外科医ルイス氏の書いた本『手術を勧められたとき読む本』（講談社ブルーバックス、一九九二）

を訳したことで、この問題を強く意識するようになりました。この点は本書の中でも触れます。

本書の直接のきっかけは、雑誌『潮』から依頼を受けて書いたエッセイですが、その後は機会を捉らえてこの話をすると、論旨が今までの通念と変わっているの、興味を示す方が数多くいます。反発はもちろんあって、それも当然ですが、論旨には納得して頂けます。こういう考え方が受け入れられる素地はあるのに、明確に言葉にされていないのだという印象を受けました。それでは本にしよう、という気持ちで書きました。

いざ病気と宣告された時に、私自身がこの方針にかならず従うと確信はしていません。ガンの種類や状況はいろいろで、自分がどのガンにどうい状況でかかるかは現時点では不明だからです。でも、そう考えた事実は否定できません。考え方の幅が広ろければ、行動の選択をひろげておくことになります。読者にぜひ賛成してほしいと強いる気持ちもありません。むしろ、今まであからさまに述べられなかった別の考え方、他の方も心の中では考えていたかもしれないことを文章にして、もう一つの可能性を明確にしたいというのが私の意図です。それが世の趨勢になるべきと主張はしませんが、一部の方の役には立つと確信しています。

この本には、実はテーマがもう一つあります。医療の情報を患者自身が積極的に身につけてほしい、それは当の担当医から得るのは無理だという点です。ものを学ぶことの基本として、自分で勉強して、何がわからないかを自分にわからせたときに、人から教えられたことが生きるのではないのでしょうか。医師の側がただ教えても、患者側に知る意志がなければムダです。医師がよく経験することですが、病気のことをこまごまと説明した後で、患者がまったく理解していないことのわかる質問をされて呆然とするものです。

それではダメで、患者のほうがかっと勉強して、何がわからないかを医師に質問すれば、医師はそこを丁寧に説明するでしょう。あるいは、その点は学問的に正確にはわかっていないことを伝えるでしょう。患者と医師は、そのような関係であってほしいと考えます。もちろん、そんなことが患者の全員で可能とは思いません。教師の話を本当によく理解するのは、ごく一部の生徒だけなのと同じです。しかし、たとえ10%でも、あるいは1%でも、そういう患者がいれば医療はずっとよくなります。現在のように、患者側が受け身一方では医療をよくする力にはなり得ません。

本書に書いてある事実と意見は、個々の書籍に書いてある部分も多いでしょう。しかし、ガンをこう捉らえてみようという提案部分は、皆無ではないとしても広くは知られていません。読者の考える手がかりになってほしいと考えます。

諏訪邦夫

執筆は1996年4月 改訂は2012年10月

帝京短期大学

第一章 「あくまでも生きる」は前提ではない

☆ガンで死んだ二人の友人

死ぬという問題、とくにガンとのかかわりで話をわかりやすくするために、二人の友人のことを述べましょう。基本は実話ですが、プライバシーに触れないように、内容は少し作り替えてあります。

実例 1

最初の患者さんは、五十歳の方の胃ガンです。ご自身が医師で、消化器の病気を中心とした大きな病院を運営していました。仕事柄、自分の消化器にも当然ある程度は注意していましたが、成長の速い悪性の胃ガンになりました。連絡のとれていた大病院で、急いで手術を受けました。

何年か前に心筋梗塞を患っていて、心臓の働きに制限がありました。心臓自身に栄養を送る血管がつまって、心臓の一部が働かなくなる病気です。こういう病気があると、それだけで手術の危険性がずっと高くなります。それは、手術前に予想がついていました。それでも手術してみたところ、すでにガンは広がっていて、全部とりきれぬ可能性は低いと思われましたが、まだ五十歳と若くて現役で活動している方だということもあって、担当の外科医も周囲も何とか根治手術を試みました。無理な手術とは思われましたが、案の定、術後に心臓を中心とするいろいろな合併症が起こり、結局数週間で死亡しました。苦しみはかなり強かったようですが、期間は長くはありませんでした。

手術のために入院した後は、一度も退院できないままでした。つまり、病気が発見されたからは、手術の準備に検査をつぎつぎと受け、手術を受けてからは重症の状態が続きましたから、落ち着いた生活はまったくなかったのです。結果的には、入院した時点で社会的な寿命は終わっていたともいえます。

そのために、死後の病院経営に重大な障害が残りました。今は何とか落ち着いています。残された方がここまでもってくるのはずいぶん大変だったことでしょう。おまけに、土地の名義などを中心にして遺産の問題が生じたという噂も聞きました。直接は詳しく知らない部分が多いのですが、それにしても当人もずいぶん気掛かり、心残りだったのではないのでしょうか。

実例 2

こちらの患者さんは、黄疸が出て膵臓ガンと診断された七十二歳の方です。ご自身は医師ではありませんが、身内に外科手術のことに詳しい医師がいて、その面の情報を得るのに有利な立場にありました。最初に診断をつけた病院では根治手術を勧められましたが、何とか頼み込んでバイパス手術つまり胆汁の通り道をつけるだけの手術を受けました。黄疸の原因は、胆汁が十二指腸に出る出口を膵臓のガンが圧迫しているからなのです。根治手術はあまりに成績が悪く、受けるとかえって寿命が縮まる危険が高いというのが拒否の理由です。この手術の困難なことは他の項目で説明します。

ガンがあるのに切除していませんから、寿命に限られることはその時点で明らかでしたが、バイパス手術の後に一年半ほど生存しました。そのうちの一年以上は家族と生活し、一度は短い外国旅行もし、身の周りを整え、一週間程度の小入院で検査を三回ほど受け、最後に入院してから二週間後に亡くなりました。

ここに挙げた二人の例を比較して、どちらがいいかときかれたら、後者のほうがいい、と答える方が少なくないでしょう。しかし、そのように判断して行動するにはそれだけの努力が必要で、その話をするのが本書の目的です。

念のために申し上げますが、これは対照的な二例を選んだのです。ガンで手術を受けて、順調に経過して何年も元気に生活されている方の例も多数知っています。しかし、ガンで手術を受けて、その後悲惨な経過をたどった事例も第一例以外にも多数知っています。あるいは、生命はとりとめたものの後遺症で苦しんでいる方もいらっしゃいます。どんな場合にもこれが絶対という道はないでしょう。しかし、賢く行動したほうがうまくいく可能性が高いのはたしかで、そのためには、それだけの努力が必要なのです。

そうして、ただ努力だけではなくて、そういう道があることをあらかじめ知っていて、考えていたとすれば役に立つのではないのでしょうか。それをこれから考えて行きます。

☆いつか死ぬことを前提として

人は必ず死ぬ

人は必ず死にます。それを知識として知ってはいても、自分の問題として認識していらっしやらない方も多いでしょう。私自身も、現時点ではあやしいものです。

そもそも、「死」ということを自分の問題として考え始めるのはいつごろでしょうか。何歳になったら死を考え始めるでしょうか。もちろん、人によっていろいろと異なるでしょう。生まれつきの性格や気質の他に、考えさせられる事件にめぐり合うといった要素も大きいと感じます。

私自身の場合は、20歳の時に祖母の死に遭遇しましたが、この時点では死を自分の問題とはまったく考えませんでした。三十歳の時、同級生の一人が亡くなりましたが、その治療に関与しました。40歳前後から親しい友人や同級生がぼつぼつ死ぬようになって、自分にも死は遠くないと感じ始め、42歳の時に父親が死んで、自分自身の寿命も強く意識しました。医師としての自分の年季も入ってきたことも理由でしょう。つい先年、義父を亡くした時には、医師として医療に参加した故もあり、私自身の年齢が56歳になっており、意識はさらにはっきりとしています。

いつまでも生きたいか

いつかは死ぬことは判っているとして、それではどのくらいまで生きたいでしょうか。それも人によって考え方は当然異なり、幅があるでしょう。私自身は、無制限に生きたいとは考えません。今すぐ死んでいいとも考えませんが、そう、たとえば、五～十年位は元気に生きたいと考えます。しかし、今後三十年も生きたいとは考えません。私は一九三七年生まれですが、これから三十年も生きるとすると、元気で活動が続けられるよりは周囲の負担になるばかりで、自身の生きがいのある生活は極端に乏しくなっていそうだと予測するからです。

そうして、比較的元気な状態から、一年か二年程度の短い期間だけ病気になって死にたいと考えます。そこに至るまでの五～十年位というのが、私の感じる「十分の余裕」であり、死を明確に悟ってから一年程度の準備期間がほしいという気持ちです。

死んでもいい条件

私が自分のことを、「もう死んでもいい」と考える基本条件は、子どもは育て上げ、人生の主な仕事の部分は終了した、今の仕事は自分の内部での充実感は少ない、客観的にみても社会的な寄与も小さいだろうと、理性的に判断もでき実感もできることです。

今の生活は余生で、その余生がたいして楽しくもない、充実してもいないということかもしれません。楽しいはずの旅行や趣味も、若い頃のような感激や情熱が湧かなくなるこ

とが想像できます。それ自体は楽しいはずでも、身体が制約になって、十分には楽しめないかもしれません。肺や心臓が悪くなって、飛行機に乗るのが不自由になるかもしれません。長距離のバス旅行の後で、腰が痛くなってつらいという患者さんを治療したこともあります。私もあと数年か十数年でそうなるでしょう。私は現在でもスキーを続けていますが、先日ニセコで滑った時には、せつかく人が少なくて滑りやすいコースがあるのに、長距離を一気に滑り降りることができず、途中で休憩が必要なのを残念に感じました。「まだ、何年かスキーができそうだ」と確認する一方で、長いコースを一気に滑る快感はもう無理なようです。

それが生活の広い範囲に及ぶ時は必ずきます。遠い将来のこととは思っていません。

死に方が気になる

死が現実の問題となった時に、気になるのは死に方です。ガンと聞いた時に「しめた。運がいい」と感じるかもしれないとは、最近までは考えませんでした。ガンとは、何とか早期に発見して手術でとってもらって助かりたい、と考える対象でした。

しかし、死に方を気にする立場からはすこし異なります。私自身は、自ら生命を断ちたいとはまったく考えませんが、死に方は気になります。死ぬことは避けられないとしても、上手に死にたい、みじめな死に方はしたくないと考えます。

検診や診察や手術を受けるのは「ガンを避けたい」、「ガンから何とかして助かりたい」というのが前提です。ガンと聞いた時に「あ、大変だ。何とかして生きたい」と思うのがふつうでしょうが、それは「これを切り抜ければ寿命は永遠」という観念が基本にあるからでしょうか。そうして、今の自分にもその気持ちがもちろん残ってはいます。

しかし、自分は必ず死ぬ、その死に方がどうありたいか、というアプローチなら、ガンと聞いた時に「しめた。運がいい」と思えるかもしれません。理屈の上では、もうそう思ってもいい年齢や立場に私自身が達しています。

☆こんな死は御免：植物死と突然死

人は必ず死ぬというのは大前提ですが、本書の基本の考え方として、死に際して避けたいパターンが二つあることを述べます。植物死と突然死です。

第一のパターン――植物死

自分の望まないパターンの第一は、頭脳が働かない状態で、長期間にわたって周囲に迷惑だけかけた後によく死ぬパターンです。具体的には、植物状態・アルツハイマー・痴呆・ボケ状態などです。疾患でなくて、各種の事故の後遺症でこうなるのももちろん含まれます。頭脳がすこしは働いても、周囲にかける迷惑の度合いが、ひどく大きな状況もこのグループに入ります。

何故かは述べるまでもないでしょう。家族をはじめとして周囲に大きな負担となります。「集中治療」というのは、重症の状態を多数の指標で監視し、輸液で栄養をとり、ナースが三交代で継続的にケアする医療ですが、これが長期に必要ななら、私は御免です。集中治療は、私に対しては短期間、具体的には数日程度に限定してほしいと思います。

経済はもちろん心配の種です。ボケも集中治療もひどくお金がかかり、残った家族にも社会にも迷惑をかけます。

みじめとかみっともないのもいやです。私は特別に見栄をはる人間ではないつもりですが、みっともないことがないように暮らしてきました。死ぬ前にもみっともない姿を長期間さらしたくはありません。

周囲に負担をかけない、論理的にみてバカげたことはしない、ひどくお金がかかるムダはしない、みじめなことやみっともないことはしない、などは基本的な感覚・行動原理として抱いている方が多いのではないのでしょうか。それを、死ぬ時だけ破る理由はありません。経緯からそうになってしまうのは仕方がないとしても、選択の可能性があるなら避けたいと考えます。

第二のパターン――突然死

もう一つ望まないパターンは突然死です。各種の事故、たとえば交通事故・飛行機事故などがそうです。特別に経過の速い重症急性疾患もそうで、たとえば心筋梗塞・くも膜下出血・激症肺炎・激症肝炎などがそうです。その他にも、めずらしい病気で急速に進行する病気が多数あります。

生物学的には突然死でなくても、社会的な突然死も避けたいと思います。外傷や、くも膜下出血で植物人間になったなどというのはこれに近いでしょう。そう、こんなのは突然死でしかも植物死ですから最悪かもしれません。

突然死を避けたいのは、自分の死をある程度意識して、自分で幕を引きたいからです。人生の過ごし方がすべて自分の思い通りになったわけでもありませんが、できれば終わりも自分でデザインし、少なくともデザインに参加して、それを見届けたいと考えます。

突然死は「つらくない」「痛くない」「苦しみの期間が短い」などの点ではありがたいけ

れども、私はすこしくらいつらくても自分で幕を引くほうを選びます。

突然死については、人によってはもっと現実的な問題があるのではないのでしょうか。冒頭の例にも挙げたように、会社や企業の責任者の場合、とくに組織のしっかりしていないワンマン経営の色彩の強い組織の場合には、その組織が重大な危機に陥ります。個人の問題としても、隠したいことや、死ぬ前に整理しておきたいことはないのでしょうか。昔の恋文とか、浮気の証拠とか、隠し子の処理とか、遺産の処理とかがあるかもしれません。第三者的にみれば、そういうものが処理されないで死後に判明するのは人間的で興味深いことではありますが、当人は歓迎しないでしょう。

こういう考え方も

突然死は「つらくない」のは事実です。植物死も「苦勞するのは周囲であって自分ではない」という考え方もあるでしょう。いずれにせよ、どの死に方にも欠点があります。死を三つに分けて、突然死、寿命のわかるややゆっくりした死、周囲に迷惑をかけながらだらだらと何時までも生き続けた後の死の三種類しかないとしたら、どれがいいのでしょうか。二番目の「寿命のわかるややゆっくりした死」が、選択としては優れているという感じはしないのでしょうか。

友人の例の場合

前に挙げた第一の例は、診断を受けてすぐ病院に入って、手術を受けて、そのまま合併症を起こして亡くなったので、社会的には突然死です。生物学的な寿命が一カ月や二カ月あったところで、人間としての活動が何もできなかったのもので、退院することなくそのまま死亡するのは突然死と同じです。だからこそ、病院経営に支障が生じたのです。

これに対して、第二の例では無理な手術をあわてて受けることは避け、寿命を甘受して自分で幕を引いたわけです。必ずそのようにうまくいくという保証はないとしても、ガンで死ぬのはいい死に方とは思えないのでしょうか。

もちろん、望んでもそうはいかないかもしれません。何度もいうように、これは可能性の問題であり、選択の自由はないかもしれません。その場合でも、あらかじめ考えておき、その考える際に今までとは異なった考え方があることを知っておけば、役に立ちそうだというのです。

☆見事に死にたい希望

読者の周囲に、「あの人は死に方が見事だった」という例がないでしょうか。あるいは、本で読まれたことはありませんか。この項目では、死に方のことを議論して、「見事に死にたい」という私のイメージを提出します。

見事に死にたい

本書の命題「ガンはいい病気だ」を考えついた頃は、「植物死と突然死は避けたい」と考えるだけで、それ以上に死を積極的に選ぶという気持ちは強くは持っていませんでした。しかし、今はもうすこし積極的に考えています。「自分もいつか必ず死ぬ、その時は見事に死にたい」という気持ちです。

「見事に死ぬ」はいろいろ

「死ぬ」を描写する言葉はいろいろ考えられますが、ここでは「見事に」を選びます。もっと通俗的な用語なら「カッコよく」か「カッコウよく」というニュアンスです。「美しく死ぬ」や「美しい死」も内容は似ているでしょうが、言葉としてのひびきが私のイメージとすこし違うように感じます。

それは結局「生きる」こととも関係します。「見事に生きる」という用語はあまり使いませんが、「カッコウよく生きる」とは言います。つまり、「カッコウよく生きる」ことの締めくくりとして、「カッコウいい死」を迎えたいという感じです。

内容はいろいろ

「見事に死ぬ」という死に方の内容も、いろいろあるでしょう。手術を何回も受けてぎりぎりまで生に執着した後に死ぬことが、「見事な死」といえる場合もあるでしょう。それによって、生命をすこしでも永らえて有意義な人生を延ばせるなら、そのつらい試練に何回も耐えた後に死ぬのも、それはそれで見事だと考えます。

しかし、イメージとして一番的確なのはやはり違います。死期をしっかりと悟って、ただ生命を延ばすだけのためにムダな努力をせず、人生の最後の部分を自分の希望するように仕上げ、日々の生活の雑事を片付け、残る家族の生活に憂いがないように配慮し、葬式のやり方もある程度指示し、墓の作り方も指示し、というのが私のイメージする見事な死です。ちなみに、現時点では私は葬式はしてほしくないし、墓も造ってほしくないと考えているので、それをしっかり家族に指示したいと考えます。

自分が医師なので、私は死を医療の面から捉らえがちですが、死とはもっと全人間的なもので、人とかかわりを失うことを意味します。しかし、死のそういう面はいろいろに検討されているようで、私自身の意見が特別意味があるとは考えられないので、ここには述べません。

ガンを選ぶ理由：見事に死にたいが先

ガンになった時に、それを肯定する方便として「ガンはいい病気だ」と無理に納得するのではなく、「見事に死にたい」という目標が先にあって、その目標を達成するには「ガンはいい病気」だというのが現在の私が抱いている感覚です。あくまでも私の感覚・感情ですから、他の人と異なって当然です。

はたして、死が「カッコよく」ありうるのでしょうか。生きることは「カッコよく」はあっても、死を「カッコよく」迎えることは容易なことではないでしょう。

でも、だからこそ模索したいと考えるのです。

死の直後のことも

自分が死んだ後の続発現象としてみっともないことが起これば、それも見事な死からはマイナスです。第一例の場合など、周囲が「醜い」と評価したから蔭口を叩かれたわけで、私自身はうわさ話は好きでもないし、一方されても平気ですが、それも避けられるものなら避けたいとは考えます。

死後のことは無関係、という考えもあるかもしれませんが、しかし、私は「死後のことは無関係」とは考えません。少なくとも、死に方や死んだ直後の葬式や墓の作り方などは自分なりの主張があります。

☆「あくまでも生きたい」か？

「あくまでも生きたい」か？

あなたは、もしガンになった時に「あくまでも生きたい」、「なんとかしてぜひ生き続けたい」、「どんな手術を受けてでも生き残りたい」、「可能性がすこしでもあるなら、どんな苦痛でも忍ぼう」と考えるでしょうか。それとも、「ある程度努力してダメならあきらめよう」、「無理に生き続けなくてもいい」と考えるでしょうか。

どちらをとるかは、あるレベルまでは考え方や人生観の問題でもありましょう。それに、状況によって違うかもしれません。「治りやすいガンなら頑張るけれど、頑張っても可能性が低いならあきらめよう」というようなことです。

私を含めて、健康な時に考えていたことと、いざガンだといわれた時の考えの動きや行動が異なることは十分にありえます。それにしても、私はあきらめがいいほうだろうと思います。いままでのいろいろな事件への対応・行動がそうでした。それに、現在の年齢（一九三七年生まれ）、子どもが育ったという条件、これからぜひこれを行なわなくてはという強い欲求がないことなどが「あきらめる」のを容易にします。

生きてさえいてくれれば

いざ病気になった時、自分自身も何とか生きたいと思うかもしれませんが、周囲も「どんな生き方でも生きてさえいてくれれば」と考え、口に出して述べもします。私自身も、近親者の生命が危うくなった時に、どんな生き方でもいいから「生きてさえいてくれれば」と本当に感じました。集中治療室で患者を治療していて、家族からそう訴えられた経験は数しれません。

この「とにかく生きていてほしい」というのは普遍的な感情でもありましょう。それに、死んでしまうと遺産相続その他で揉める、という実際上の問題もあるかもしれません。ですから、植物状態だろうが、アルツハイマーだろうが、とにかく生きていてほしいという場合のあることを否定はしません。

「生きられて迷惑」も

家族の方が「どんな姿でもいいから生きてさえいてくれれば」と考え、口に出す気持ちも認識も否定はしません。しかし、それがすべてではありません。一方で、「生きられて迷惑」と思われることも少なくはないはずですし、実際にもあります。「もう看病に疲れた」、「いい加減でくたばってくれないだろうか」、「もう死んでほしい」、「ぽっくり逝ってこないだろうか」と思うこともたくさんあるようです。

こういう気持ちはあっても声としてはなかなか聞こえてこないのは当然のことで、口に出すのははばかられますし、人間の心情として他人に聞かれたくないことだからです。しかし現実問題として、人間はきれい事だけで生きてはいけません。それは皆わかっていることです。

医師として働いていると、家族の方が「どんな姿でもいいから生きていてほしい」とか

「生きてさえいてくれれば」とか言葉ではおっしゃっているが、実は「先生、家族の苦勞を察して下さいよ」と言っているらしいと感ずることはあります。

若い世代の立場からも

本書は、自分自身が死を選ぶとしたらという観点が中心で、読者としてもそうした世代を想定しています。しかし、自分自身は死を考えないレベルの若い世代の立場の方も、親がすでにそういう世代に入ったりそろそろ近づいたりしていることも多いでしょう。その方は、「自分の親もやがては死ぬ。その場合の死に方は一一」という見方もできると思いません。

「親にはいつまでも元気でいてほしい」と願うのは、まごうかたのない真実ではありますが、「いつかは死ぬ、多分自分より先に死ぬ」というのも事実です。その場合、「死ぬとしたら、あまり永く病院にいてほしくない。といて、突然死も困る」と考えるのではないのでしょうか。

「そうすると、ガンで死ぬのはマンザラ悪い選択ではないようだ」ということになります。そうした観点では、死から遠い世代にとっても無関係なテーマではありません。

そのためにも自分で決めたい

自らの死のスタイルを親族や他人（たとえば医療担当者：医師）に不本意な決め方をさせていただくのは、私は避けたいと思えます。親族や他人が決めにくくて悩むのも気の毒です。できれば、自分で決めて、ある程度はコントロールしたいのです。

陰口を叩かれたくないという心理も、結局はじめに述べた「カッコウよく生きたい」と共通ですが、「生きてさえいてくれれば」と建て前では言ってもらっても、「いい加減でくたばってくれないだろうか」が周囲の本音なら、自分自身もその本音にあわせて生きたいということで、それが「カッコウよく生きたい」ということにも通じます。

社会生活に復帰できるか？

幸いにしてQOL（Quality of life：医療に関係した「生活の質」）の考え方が日本でも医療担当者の間に確立普及してきました。私は、「社会生活に復帰できるか」を尺度にして医療を受けたいと考えます。「社会生活に復帰できない」条件が明確になったら、医療を受ける意義は小さいということです。

ここでいう「社会生活」は広義で、社会に目を見開いて、何が起こっているのかに関心を持つということの意味します。政治経済とは限りません。文化・スポーツなどすべてを含みます。どれか一つでもしっかり残っていれば、価値を見出していいと思えます。

本当は生きる可能性が低いのだが

医師の立場から一つ述べておきたいことがあります。手術の成功率のところでも詳しく説明しますが、生きるための医療が、実は「うまくいけば寿命が延びるけれど、まずくいくと寿命が大きく縮まる」というのに過ぎない場合があります。つまり、根治の可能性がゼ

口ではないがあまり高くない手術とか、術後の合併症が起こりやすく結局期待される平均余命はあまり延びなかったり、逆に短縮したりする手術があるのです。

そういう立場におかないように注意してください。あとでも述べるように、決断を全面的に医師に頼るのは危険です。個々の例で説明するのは目的ではありませんが、そういうこともあるのを説明するのが本書の目的の一つでもあります。

千葉敦子さんの場合との違い

読者の中には、千葉敦子さんの本をお読みになった方もいらっしゃるでしょう。ジャーナリストとして活動の最中にガンに冒されながら、勇敢にガンと闘って結局亡くなられました。

私自身も、あの生き方は非常に立派だと敬服します。本書の内容も、千葉さんの考え方と一部共通するものがあるかもしれませんが、根底ではかなり異なっています。

千葉さんの場合は、年齢が若くて、まだ活発な行動のできた段階でガンに冒されたのでした。ガンを知った時には、まだ死を自らのものと予測しておらず、エネルギーにあふれて活動中であり、それがまだしばらく続く見通しでした。千葉さんは、ガンと共存はしましたが、無念ながらガンと共存という感じです。できるだけ寿命を延ばすために闘っているのです。あるいは、治癒する可能性も考えていらしたのかもしれませんが。

それはそれでももちろん立派なことですが、本書の趣旨は、それとはかなり違います。本書の趣旨は、「人はいずれ死ぬ。その死に方としてガンで死ぬのはわるくない」という考え方なのです。その差は認識して頂きたいと考えます。

☆個人と社会をどうすり合わせるか？

個人の立場と社会の立場は違う

生命に対して、当人が抱いている感覚・気持ち・希望と、社会が持っている考えや評価は異なるものです。一番の典型は、戦争・徴兵・兵士を戦争に駆り立てる、ということでしょう。一方で、喜んでお国のために身を捧げた若者がいたかもしれないことも、あるいは、現在でも状況によっては身を捧げる若者がいるかもしれないことも否定はしません。

しかし、いやいやながら、あるいは国や社会に対する使命感と自分自身の欲求とのギャップに悩みながら死んで行った若者が多数いたのも否定できない事実です。現在でも今後も、他の国にはいるかもしれませんが、日本でも今後絶対にありえないとは断言できないでしょう。現実にも身を捧げるかどうかは別にしても、いろいろな立場の方の中にそのように考える方がいらっしゃるかもしれません。生命に対する感覚も考え方も、個人ごとに異なりますし、一人の個人でさえも状況によって変化するかもしれません。

いずれにせよ、生命に対する個人の立場と社会の立場は明らかに異なります。戦争を例に引くのが不自然なら、もっと俗な例を引きましょうか。今の医療制度の下では、重症の患者が生きるためには家族だけの負担ではなくて、社会全体がけっこうな負担を強いられます。その時、個人の生命に対して社会が支払ってくれる富は明らかに有限ですが、当の個人はできれば無限に払ってほしいと考えるのが自然でしょう。

私の個人的な考え

これは私の個人的な考えですが、子どもが幼くて独立生活が困難であった時点では、自分が万一病気になった場合でも、何としても生き続けるべく努力するのが当たり前と考えました。しかし、子どもが成人して大学を卒業して就職したり目標の最低限の資格をとった現在では、ある程度は生き続けたいとは考えますが、「何としても生き続けるべき」とは考えなくなりました。元気に生活できるならいいけれど、入院しっきりになったり、家族の大きな負担になることは望みません。読者の方は、どうお考えでしょうか。

私とは別の考えの人もいらっしゃるでしょう。あくまでも生きたいという考えもありうるでしょう。その考え方自体は個人の考えですから、その方の自由です。他の方がそう考えることは、それはそれで私も認めます。

ただし、考え方は個人の自由ではあっても、社会がその費用を負担すべきだ、と主張するとしたら違います。私はそれには賛成しません。

無理に生きようと努力するのは個人の自由ではあっても、それが他人を犠牲にするとなれば個人の自由ではありません。社会が負担できる部分を越えて要求するのはわがままというものです。不当な要求ともいえましょう。

社会の立場

社会に対する寄与とは、何も会社や役所に勤めて仕事をして給料を受け取り税金を払う

だけではないことは認めますが、ある年齢を越えれば社会に対する寄与は現実には少なくなります。生産性が低くなる、といってもいいでしょう。

プラスとマイナスを差し引きしてあまりにマイナスが大きくなったら、社会の評価は「もう生きなくていい」ということになるでしょう。「生きるのだったらなるべく負担にならないでほしい」というところかもしれません。少なくとも、それは一つの選択です。

個人の生命の尊厳や個人の意志をあくまでも尊重して、社会の負担において医療に全力を尽くすという考え方ももちろんありうるでしょう。それも一つの選択です。

すり合わせよう

両者はある程度すり合わせる必要がある、というのが私自身の考えです。その場合に、「ガンはいい病気だ」という考え方は有用だと思います。自分自身の生き方にも合致しますし、家族など周囲の負担も小さくて済み、広く社会に対してかける負担も比較的小さくて済みます。

全能力を社会のためにだけ捧げるという気持ちを、私は持ちません。今まで持ったこともありませんし、もちろん行動したこともありません。今後も多分ないでしょう。

しかし、私が社会に対して寄与できる部分から私が社会から受け取る部分を差し引いた時、その差し引きがプラスであってほしいとは考えます。それがマイナスにならないようにコントロールしたいというのが自分の気持ちです。つまり、社会のお荷物、厄介者でありたくはないと言い換えてもいいでしょう。

健康な身体をもって生まれ、大きな病気もしないでこれまで生きてきた人間の傲慢な言い方であるのも承知の上で、自分自身はそう考えます。

☆痛くなければ別の考えも

ガンは痛くてつらいか

ガンを恐れるのは、生命を奪われるのがもちろん重大ですが、痛くてつらい面も重要な要素でしょう。本書のテーマである「ガンはいい病気だ」という話を折りにふれて他の方に話すと、「でも、ガンは痛いのがつらい」という反応が多くの方から聞かれました。だから、こういう考え方に対しては「痛みの問題」がネックであり、それが解決すればもっと受け入れられやすいのかもしれない。それだけで全面的に解決はしないとしても、少なくとも痛みは重要な問題ではあります。

痛みの対策はずいぶん進んでいる

ガンが時により痛いのは本場で、とくに末期になって痛みに苦しむ場合のあるのは否定できません。だからいやだという考えも無理ありません。しかし、絶対に正しいわけでもありません。

痛みの治療には各種の方法を組み合わせるようになってきています。このアプローチの研究は進んでおり、その学問的な成果がしだいに現場に応用して経験を積む方向に向かっています。医療の他の面との組み合わせの面も、すこしずつ検討されています。

いま、その方法の多彩さを示すべく、一応種類だけ挙げておきます。鎮痛薬・神経ブロック・放射線療法・痛みを避けるだけの手術・精神心理療法などで、そういうものを組み合わせることで対応できます。皮肉な人は「いろいろあるのは、どれも効かないから」というかもしれませんが、この問題に関する限りそんなことはありません。痛みはそれだけ複雑なので、対応法もいろいろ必要なのです。

薬物としては、モルフィン（モルヒネ）系のものに強力な作用があり、使い方がいろいろとわかってきています。それに、そもそも痛みの発生する状況に対応する環境を整えることもできます。そうした治療に力を入れる医療担当者のグループも生まれ始めています。「どのガンでも、確実に痛みを治せる」とは断言できませんが、ずいぶんいろいろな方法があって、上手に処置できるようになっており、経験も積んできています。どうしようもない、処置のむずかしい領域や割合が大幅に小さくなっていることはたしかです。

経験の生きる領域

医学や医療の領域をいろいろと調べてみると、患者ごとに変化が大きくて前の患者での経験がつぎの患者には生かせないものと、逆に患者ごとに変化は比較的小さくて前の患者の経験がつぎの患者にすぐに生かせるものがあります。

たとえば、ガンが見つかったときにさっさとあきらめて何もしないのがいいのか、一応は手術をして主病巣だけはとったほうがいいのか、あるいは消化管のガンならやがて閉塞は起こるのでバイパスはしたほうがいいのか、

こういうのは、ガンの場所や状況によって異なり、ガンの種類によって異なり、もちろん患者の条件に異なり、どういう条件ならどうアプローチするのがいいのかの経験が不足し

ていて、医師同士の間でも、同じ条件でさえも意見は必ずしも一致しないことも多いのです。学会発表とか論文の形で情報を伝えるとか、個人のレベルで他の患者と他の医師の経験を次の患者やとなりの医師が生かそうとするわけですが、なかなか容易ではありません。

ところがありがたいことに、この種の医療には他人の経験が生きます。つまり、医療担当者が自分で経験しなくても、他人の経験を自分の患者に適用しやすいのです。ガンを切除する手術の場合は患者一人一人の差が大きいので、経験の蓄積が大変ですが、それと比較すると、痛みの治療は原因も治療法も種類が少なく、それなのに患者の数は多いのです。ですから、これからもどんどん治療法が開発され、治療の経験が蓄積して、それが次の患者に還元されるようになるでしょう。

近藤誠氏の主張から

ガンの治療に関して積極的な発言をされている近藤誠氏（慶応義塾大学医学部放射線医学）は、ガンの痛みについて、こういうことを述べています。「ガンが痛いのは、無理に原発巣をとるから、骨のように痛みを起こしやすく、処置のむずかしい場所に転移してそこで成長するからである。原発巣自体が、本来は痛みを起こさない場所にあって、それを残しておいてコントロールしながらゆっくり成長させれば、強い痛みは起こらない」というのです。

この主張は非常に論理的で説得力はあります。しかし、真にその通りかどうかは私にはわかりません。医学や医療の領域では、データがないことも多いもので、この場合も明確に断言できるデータはありません。つまり、類似のガン患者を手術した場合と手術しない場合に分けて、その後の経過の痛みを詳細に比較して調べたものはありません。データがないのですから、理屈に合っているものを採用するのが合理的でしょう。転移するから痛いのか原発巣のままでも痛いのか、場合によって異なるのはたしかです。「暫定的」にはありますが、私もこの問題に関してはそう考え、近藤誠氏のこの主張に賛意を表明しておきます。

痛くてつらいのは知能が働くことの代償

それから、こういう面を指摘しておきましょう。

残酷ないい方ではありますが、痛くてつらいのは意識がしっかりして知能が働くことの代償として避けられない点です。意識がなくなる、惚ける、植物状態になる、なら痛みもつらさも少なくて済むのですが、つまり、「痛くてつらい」のは知能が働くことの代償なのです。そうして、私はそちらを選ぶという立場です。他人にもそうしろというのは傲慢でしょうが、それは一面の真理であることはお知らせしておきたいと考えます。

それにしても、この問題は患者自身が積極的になってくれないと確立普及しにくいということがいえます。こうした治療の上で、遅れているのは患者だというのは一面の事実でもあるのです。

医療は医師が作るものでなくて、患者も参加して作るものです。患者がどんどん注文を付ければ、それで医療は変わります。医療保険の制約、つまり経済の制約は大きいもので

はありますが、変えようのないものでもありません。

告知の問題がその例の一つです。死が不可避になった時、残るわずかな人生を有意義に過ごしたいと考えるなら、自分がガンであることをしっかり認識していることは絶対の条件です。

医療と医学の対応も

こうした考え方が、医療の潮流の基本になってほしいと考えます。ホスピス（終末医療施設）というのもそうですが、それだけでなく、そういう考え方が医療の潮流の基本の一つになろうとしています。学問的な対応と医療としての対応はちがうのですが、学問的には解決している問題を、医療として確立普及をはかることは、私たちの大きな任務です。

第二章 医療はできないことが多い：—老化も治せないしガンも防げない

☆医師から医療情報は得られない

この項目では、「医師から医療情報は得られない」、「情報は自分で入手してほしい」ということを説明します。ここに書くことは、医師としての私の立場からの主張ですから、虫のいい希望であることは承知しています。しかし、現実がそうなのですから、患者さんのほうがそれに合わせる努力も必要なのです。

外来での経験から

私は麻酔科の医師で、医師としての業務の中心は手術室で手術時の麻酔を担当することですが、仕事の一部としてペインクリニックで痛みの治療も行なっています。割いている時間やエネルギーでいえば十%か二十%程度でしょうが、もう二五年くらいも続けているので、けっこう馴染みの患者さんもいらっしゃいます。

そういう患者さんの中に、どうみても私の領域ではない新しい病気になられた時に相談をもちかけられることがあります。たとえば、三叉神経痛で長く治療してきた患者さんが脳腫瘍になって別の病院で手術を受けたけれど調子が悪い、というのが一例です。この場合、どう考えても私に相談するより、当の手術をされた医師と相談するのが筋ですが、何といても私のほうが長期間つき合っているので、話がしやすいわけです。担当の医師が相談にのってくれないからとおっしゃる場合もあり、説明はしてくれるけれどもわからないという場合もあります。

なぜ担当医師は説明できないか？

病状に対して、「医師が説明してくれない」ということを、ジャーナリズムも非難します。患者さんもそう考えていらっしゃるようで、もっともな注文だとは感じます。

医師は、真面目に反論しません。そこで私が反論を試みます。「そう言われても無理だ」ということを説明します。

「担当医師から全部説明を受けよう」という考えは基本的にあやまりなのです。私自身が毎日医師として医療を担当していて、それを痛感するのです。

説明をするかしないかは、単純に時間の問題ではありません。でも、なぜできないのか、できない理由が他にあるのかは簡単ではなくて、患者も医師も理由を認識していないことが多いのです。

「医師はなぜ説明しないか」を、実は医師自身もよくわかっていません。

問題はいくつかあります。大きく分けて、時間と労力、医師側の能力とくに説明する能力、そうして説明を聴く患者側の問題の三つです。

時間と労力

時間と労力が、もちろん最大の要素です。医師の診察パターンによって異なりますが、私自身が大学病院のペインクリニックで診察する場合のパターンを例にとって説明します。

私は、午前中三時間かけて十五人程度の患者さんを診療します。この時間は、時間／人数では非常に恵まれているほうで、この数を聞いて羨む医師の方も多いでしょう。ペインクリニックでは、神経ブロックをする処置台（ブロックをするための特殊なベッド）が必要で、患者さんはブロック後三十分から六十分程度休まれるので、それが制限因子になって、あまり多数の患者さんを診察できません。上記の数で、一人に十二分ということになります。

この十二分は、全部患者さんの診療には使えません。下のようなことが含まれます。

神経ブロックをする	五～七分
カルテの記載	一分
処方箋	一分
事務処理の書類（保険請求）	一分
次回の予約	一分
検査とその説明	一分

いかがでしょうか。これで余裕はほぼゼロになります。一人十二分という比較的贅沢な条件の診察でも、説明に費やすことのできるのは、せいぜい一分か二分になってしまうのがわかるでしょう。

医療行為そのものが第一の仕事

それなら、一人当たり数分の余裕を組み込めばいい、というふうに考えるかもしれません。実は、そうはいかないのです。そうして、それを認識して頂かないと、患者さんは不可能な希望を永遠に抱き続けることになります。

医師は医療行為そのものが仕事です。「説明することが仕事」ではありません。医師は教師のように「話すことが本業」ではありません。医師は、説明することは下手です。

上手に説明し教えるのは、とてもむずかしいことです。短い時間で要領よく説明するとなったら、なおさらむずかしいことです。

医師の仕事に限りませんが、医師の仕事はそもそも「医療行為そのもの」であって、説明や解説ではありません。本来の仕事と説明する仕事は、分かれていることも多いものです。スポーツする選手とスポーツの解説者・評論家は別ですし、芸術する芸術家とその解説者・研究者・評論家は別です。

病気や治療を、医師はパターンとして認識して身につけていることが多いので、論理的に説明できるようには納得していないことも多いのです。

「でも、説明は医療行為の一部なのは当たり前」という主張もあるでしょう。もっともとは思いますが、説明する技術や学識を、医師国家試験も健康保険制度も学会も評価の対象とはしていません。外科系医師の場合、説明は下手だけれど手術は上手なほうを、手術は下手だけれど説明は上手な人よりも、病院の関係者も社会も歓迎するでしょう。患者も歓迎するでしょう。

一対一の説明は非能率

医師が患者に個別に説明することだけに頼るのは、何重にも欠点があります。言葉の説明は基本的にわかりにくいものです。本なら繰り返し読んだり、わからないところを他の本や辞書で調べたりすることが可能ですが、言葉の説明ではそれができません。言葉の説明は、その場で消えてなくなってしまいます。

本ならグラフや表が使えますが、言葉の説明ではそれが使えないのも欠点です。

一対一の説明は、基本的に能率が悪いものです。しかも、医師は説明・解説のプロではないし、医療保険は説明にお金を払ってくれません。

一九九六年のはじめの時点で、この「医師の説明」に対して医療保険から費用を支払おうかという案が出ています。それが、感情的な反発を招く危険や、悪用される危険もあることは承知の上で、私は正しい考え方だと思います。「医療を施行する」と「医療を解説する」のとは、ずいぶん性質の異なることだからです。

患者側の問題

病気の説明に限らず、説明し、その説明を聴くには、説明する側は相手が何を説明してほしいのかをある程度まで承知していなければなりません。説明を受ける側は、自分が何を説明してほしいのかを承知していなければなりません。

一般に、患者が要求しなければ、何を説明してほしいか医師にはわかりません。ところが、患者自身も何の説明を聞きたいのか自分でもわかっていません。そういう状況での説明は、効率が悪すぎます。説明する側が何を述べるべきかわからず、説明を受ける側も何を訊ねるべきかわからないのでは、「説明」が成立しません。説明が医療の一部として確立するには、患者のほうも勉強していく必要があるのです。

「説明」を医療の一部とは考えていない医師もいけないのですが、患者が説明を要求しなければ医師は説明はしません。説明の苦手な医師側も問題でしょうが、そちらだけ要求してはだめです。説明を要求しない患者も悪いのです。要求がなければしないのは当然で、明確に要求しないでも説明が与えられると考えるのは甘えです。

努力の必要は患者にも

医師の説明を上手に聴くには、患者自身が情報をもっている必要があります。患者も本や論文を読んで勉強しなくてはなりません。それは容易なことではありません。入手しやすい情報をどう入手すればよいのでしょうか。

医療情報は、専門の医師にとっても得にくいものです。専門の論文や教科書・参考書は、基礎知識があってもわかりにくいものです。文章を書く点では医師は素人で、おまけに、専門家だけのバカげたルールや言葉遣いがあって、慣れていない人にはわかりにくいのがふつうです。そういう状況で、情報を一般の方が入手するのは容易ではありません。

それでも、情報が入手できないと決まったものではありません。論文や本も歯が立たないと決まったものではありません。

公立の大学や病院の図書館は、基本的には一般の方にも解放すべきです。実際には、全面的に公開はしていない場合も多いでしょうが、紹介があれば利用できます。医師側には、紹介しない理由はありません。全面的にか部分的にかは状況で異なりますが、国や社会のお金つまり国民の税金で創設され維持されているのですから、だれでも利用が許されて当然です。

一般の方へのサジェスションとすれば、英語を読めるようになっておくのが便利です。英語のほうが得やすい情報も多く、文章が読みやすくわかりやすく、明快なもの言いになっています。また、安価で質のいい情報が多いのです。CD・ROMやインターネットなどがその例です。

必要なことと望ましいこと

現状がいいとは思いません。一般の人の読める本がもっと必要でしょう。そういうものを提供するように、医療担当者側も努力すべきです。また、どういう本が入手できて自分の患者に読んでもらえばいいかを、個々の医師も知っているべきです。そういう情報そのものや本のリストなどを提供するように、医学界や医師会も努力が必要でしょう。

現時点では、医師が説明に時間とエネルギーを割くためのインセンティブ（動機つける要素）はマイナスばかりです。

それにしても、情報というものは骨を折って自分で入手するものであって、自分の要求に合致した良質の情報は、安易には入手できないのがどんな領域でも当たり前のことです。簡単に入手できる情報に質の良いものは少ないのが、すべての領域でいえることではないでしょうか。

本が売れない話

私が翻訳した本の一つに、『手術を勧められたとき読む本』というものがあります。これは、アメリカの高名な外科医ルイス氏が書いた「So Your Doctor Recommended Surgery」という本の訳で、講談社ブルーバックスから一九九二年に出版されています。頻度の高い手術を中心に、手術にまつわる問題点を指摘して、安易に手術を受けることをいみじめたもので、手術の例としては、狭心症の手術（冠状動脈バイパス手術）のような大手術から、ごく当たり前の扁桃腺やヘルニアや虫垂炎（「盲腸」）などをカバーしています。価格は八〇〇円程度と安く、ブルーバックスですから入手も容易で、翻訳もよくできていると自負しています。

ところが、この本がまったく売れていません。数年かかって、おそらく二万部かそこらの販売部数です。私が自分で考えているだけでなく、医療をまじめに考えている方がいい本だと考えて下さって、いろいろな場面で紹介して下さっているのに、一般の方には読んで頂けないのです。読んで下さった方の大多数は患者さんでなくて、医療関係者自身なのです。

今の日本で、手術は一年に百万件から二百万件位もあります。五年間には五百万件から一千万件です。それなのに、手術のことを上手に解説したこの本を読んだ患者さんは1万

人もないでしょう。つまり、せっかく情報があっても、情報を本から得ようとしている患者さんは0・1%か0・2%位という計算になります。

私がこの項目を書いているトーンが、一般の方や患者さんに対してきびしいのも、「患者は不勉強すぎる」という気持ちを、強く抱いているからでもあります。

☆健康法のうそ

この項目から、ガンを防ごうという努力は空しい、効果の上がりにくい努力だということをお話していきます。まず健康法です。

偏った健康法の例

健康法や食餌療法がいろいろと推奨されています。その中には、非常に偏ったものが多いいろいろあります。思いつくままに羅列しますと、起床時に大量の水を飲む・酢を飲む・尿を飲む・はげしい運動・冷水摩擦・各種の薬・紅茶きのこ・大量のビタミン摂取、というようなものです。

そういうものが、全部絶対にダメということではありません。特定の条件では有効なものもあるでしょう。しかし、万人に有効で、しかも万病に有効というようなものは絶対に存在しません。

正しい健康法は？

上に説明したようなものとは別に、基本的に正しい健康法はあります。よく知られていることばかりで、食事は腹八分目・多種類のものを摂る・バランス良い食事・野菜を多めに・哺乳類の肉よりは魚の肉を・カルシウムを多めに摂る、というようなことです。一方、否定的な面としては、酒を飲み過ぎない・コーヒーをとりすぎない・タバコもほどほどに・食塩摂取を減らす・砂糖の摂取も減らす、というようなことです。

念のために申し上げますと、タバコは悪いことはたしかですが、少量に限定しても悪いという証拠ははっきりはしません。肺ガンが近年増えているのはたしかですが、この点はタバコよりも他の大気汚染の因子が重大で、ディーゼルエンジンの排気ガスが特に有力な容疑者に挙げられているのはご存知の通りです。

タバコそのものの害で重要なのは、肺ガンだけでなく気管支炎や肺気腫のような慢性閉塞性肺疾患と呼ばれるもののほうで、頻度からも活動を障害される点からもずっと重要です。

発ガン性の面ではタバコよりもずっと強力で確実な放射線（X線など）の場合、以前は、いかに微量でもそれなりの障害が次世代に伝達されると考えられていました。放射線は遺伝子たる核酸の結合を壊すのですが、光も放射線も、一様な波ではなくてエネルギーの粒のような性質があつて、いくら弱い放射線でも単位だけのエネルギーはあり、遺伝子に傷をつけるには粒一個で十分だというのがそう考えていた理由です。

ところが、最近は「いき値（閾値）がある」という意見が有力になりました。あるレベルを越えてはじめて障害が現われるので、ごく少量の放射線なら障害はゼロと考えていいという主張です。上の考え方自体は正しいのですが、単純な累積ではないのです。放射線が遺伝子たる核酸の結合を壊すのは事実ですが、身体には壊れたものを修復してしまう機能があるので、X線のように有毒なものでも、微量なら作用はまったく残らないと考えるほうが真実に近いらしいのです。

運動健康法

適度な運動は多くの人に正しい健康法の一部として推奨できるでしょうが、無理な運動はもちろんだめです。もっとも、他人からみて無理な運動でも、長期間続けられれば身体がそれに馴染むかもしれません。あるいは、無理な運動を長期間続けられることは、その人の身体は特殊なのかもしれません。いわばその面のエリートなのです。八十歳になっても毎日ランニングし、暇さえあれば山登りをするという方は、「運動を続けるから健康」なのではなくて「特別健康だから運動が続けられる」という面があります。いってみれば、そういうエリートなのでしょう。

万人に向く健康法はない

しかし、「Aという薬物をとれば万全」とか「Bという運動をすれば絶対」とか「Cという食物をとれば他は何もいらない」とかいうことはありえません。「万全」「絶対」があると考えるのは、「Dという神社にお参りすれば」とか「Eという宗教に凝れば」などが万人に有効と考えるのと同じくらいに間違いです。いずれも「万人には」無効です。有害なことなら十分にありうるでしょうが。

そうはいつでも、「その薬物の味がよいから飲む」、「その運動が楽しいからする」、「その食物が美味しいから食べる」、「その神社にお参りするといい気持ちになれる」、「その宗教に凝って日々の生活にはりが出る」というような条件があるなら、忌避するにあたりません。その人の自由です。けれども、わざわざ採用するのは誤りだといえます。まして、それを他人に勧めてはいけません。

☆ガン防止の食物は？

ガンを防止する食物はないことを説明します。

ガンを起こしやすい物質は多数知られています。各種の発ガン物質がその例です。いろいろな薬物や食物に使う各種の色素や保存料などが有名で、一度は認可されたけれども取り消されたものは数知れません。タバコの煙もディーゼルエンジンの排気ガスもガンを起こす物質の例です。

ガンを防ぐ物質はない

ガンになる、ガンを起こしやすい物質は多数知られており、最近では遺伝子を壊してガン化する物質さえ知られています。しかし、ガンを防ぐ物質はありません。少なくとも、「ガンを起こしやすい物質のような確実性では」知られていません。

実験では、ガンを防ぐ物質も知られています。理屈の上でも、いろいろ考えられます。ビタミンCもビタミンEも、理論的にはガンを防ぐ作用はあり、証拠もあります。しかし、いずれも「動物実験では」「理論上は」ということだけで、実際に私たちがどのくらいの量を摂ったらどのくらい効果があるのか、明確にはわかっていません。他の作用との関係も不明です。たとえば、薬物を大量に摂れば必ず副作用がありますが、ガンを防ぐには大量に摂る必要があります。しかし、大量に摂ってガンを防いでも、他の副作用が大きければ割に合いません。そういう点は知られていません。

例を挙げましょう。ビタミンCには尿管結石や腎結石を起こす副作用が知られているのですが、それでも大量に摂ってガンを防ぐ価値があるでしょうか。それに、あまり大量に摂ると酸素をどんどん処理して、過酸化水素をつくります。この過酸化水素には、発ガン性をはじめとして種々の毒性がありますから、その点も心配です。

副作用のほうはかなり確実に起こりますが、ガンを防ぐ作用はそれと較べるとまったく不確実です。そうした問題となるとまったくわかっていません。

たとえば、人はある程度の量のタンパク質を摂らねばなりません。そのタンパク質を摂るというだけの意味なら、御飯だけを大量に食べて、それを全部摂取することは可能です。しかし、そうなるとデンプンのとりすぎになります。ですから好ましくありません。各種のガン防止食品の類は、作用と副作用の関係はもっと不明なものばかりで、必要なタンパク質を御飯だけで摂ろうとする以上に割りに合わないものばかりでしょう。

報道をそのままは信じてはいけない

それと関係しますが、新聞報道や雑誌の記事をそのままは信じてはいけません。ガンについては、個々の研究のレベルでは、いろいろな事実があります。研究の事実自体は正しい場合が多いのですが、それを人間には当てはめられない、ガン防止には当てはめられないこともよくあります。

たとえば、ある薬物Bを摂ったら、マウスのガンCが防げたという事実が報道されます。そのBは、ある時はキノコだったり、ある時はお茶だったりします。それを「薬物Bには

ガン抑制作用がある」と報道します。しかし、それは決定的なものではありません。反論はいくらでも考えられます。マウスのガンを防いでも、ヒトのガンへの作用は不明です。そもそもマウスのガンを防ぐのに使用した量は、ヒトが摂取する量でしょうか。お茶を毎日100杯飲んでようやく効果のある量ということはないでしょうか。あるいは、マウスのガンを防ぐ量を、ヒトが摂取して副作用はないでしょうか。

報道される事実はそういう面は未検討で、研究というのはそうしたものです。その薬物を研究して、さらに少量で副作用の少ない薬物が発見される可能性はありますから、研究自体は意義が深いのですが、報道を短絡的に信じ込んで、そのまま生活に取り込むのはあやまりです。よく報道されることといえば、お茶がいい・コーヒーがいい・ワインがいい・ビールがいい、などですが、いずれも特定の条件での研究で、普遍妥当性は疑わしいのです。

ガンを起こしやすい物質は避けよ

したがって、現時点で可能なのはガンを起こしやすい物質を避けることです。これなら現実に可能で、しかもある程度の効果は期待できます。

タバコはやめるか、少なくとも少量にすべきでしょう。変な薬物たとえば特殊なやせ薬や特殊な栄養剤や強壮剤は全部だめです。農薬その他の人工化学物質の多い食物は避けるのが無難です。同じグループの食品を摂るなら、なるべく生の状態のものを摂るほうが安全です。食品工場生産されたものは、防腐薬・保存薬などが入っている可能性が高くなります。一応無害ということにはなっていますが、「若い健康な人が単独で摂れば無害」と証明はされていても、中高年で他の病気を持っている人が、さらに他の物質をいろいろと組み合わせて大量に摂っても安全だという保証はありません。摂らないに越したことはありません。

私たちの使える知恵はそのくらいしかありません。

☆高齢者のガン検診は割に合わない

会社や保健所からガン検診の知らせがきます。胃ガンが中心ですが、女性では乳ガンや子宮ガンの検診もあるでしょう。何も症状のない条件で毎年検診を受けるのは、高齢者の場合には割に合わないこともある、という話をします。

検診が割に合わない計算

検診の内容によりますが、ここでは胃の内視鏡検査を受けると仮定します。「胃カメラを飲む」というヤツです。この検査には必ず危険が伴います。一回ごとの確率で見れば、危険性は高くはありません。たとえば、胃ガン検診で、胃にキズをつけられたり、胃を破られる（胃穿孔）危険は二万例に一例程度発生するというデータがあります。これなら、まあ許せると考えるかもしれません。二万回に一回という頻度は非常に低くて、自分がそれに当たる危険は無視できると感じて当然でしょう。

しかし、ちょっと待って下さい。検診はある程度は定期的に受けなくては意味がありません。胃カメラの場合、受けるなら年一回でしょう。六十歳から検診を開始して、八十歳まで続けると二十になります。一回の危険は二万回に一人でも、二十回受けると、千人に一人はこの危険に遭遇することになります。危険は、穿孔だけに限りません。他の危険も加えると、倍増するかもしれません。つまり、五百人に一人は重大な合併症を起こされることになります。

一方で胃ガンで死ぬ人は一万人に一人もいません。そうすると、万に一つの危険を避けるために、五百人に一人が死ぬロシアルーレットの引き金を引くということになるのです。これでは、検診はとうてい割に合わないのではないのでしょうか。それでも、毎年検診を受けるのでしょうか。

この計算は正しいか？

ところで、この計算は正しいのでしょうか。一ついえることは、検診として胃カメラを採用しているところは少なく、通常はX線検査です。こちらにも危険がまったくないとはいえませんが、胃カメラと比較したらずっと安全です。ですから、胃ガンの検診としてX線検査を受けるなら、上の計算は危険を大きく評価しすぎているといえます。

胃カメラの場合も、実のところ本当のデータはありません。真にどのくらい危険かは不明です。ただし、ここに述べた推測が一桁違っているということは多分ありません。したがって、検査を受けないほうが不利ということはあるでしょうが、桁違いに不利ということはないといえます。

そうすると、こういう結論になります。

「何も症状がない条件で受ける検診では、侵襲的な検診は受けないほうが安全」ということです。ここで「侵襲的」とは身体に損傷を加えるような処置で、内視鏡・血管造影のようなものをいいます。

採血・尿の検査・X線検査などは侵襲的ではありません。身体を損なうことはありません。

ん。重大な障害の率は、たとえあるとしてもずっと低いものです。こちらは安全です。

したがって、私は六十歳を過ぎてからは、侵害的な検診は受けないつもりですが、ただ採血だけとか尿の分析をするだけなら、そうした危険はないので受けることを拒否はしません。

もうすこし、積極的な考え方もあるかもしれません。「異常を発見されて苦しむだけなら、検診はすべて避ける」という考え方です。「神様のくれた寿命を甘受する」というアプローチで、そういう考え方もあるかもしれません。実際、保健所が無料で検診してくれるのに受けない人が多いという事実は、はっきり意識はしないとしてもそう考える方が多いことの証拠かもしれません。

検診では間に合わないこともある

検診といえば年一回程度がふつうですが、時にそれが間に合わないこともあります。なぜ間に合わないのでしょうか。検診の間に出現して成長するガン、検診の時点ではつかまらないが一年は待ってくれないガンというのが多数あるのです。検診のタイミングの運が悪いともいえます。冒頭の第一例はそのグループです。

ガンの成長は実に多様で、非常に速いものから極端に遅いものまであります。同じ胃ガンでも遅いものと速いものがありますが、ガンに冒される臓器は胃だけではありませんから、他の臓器も含めるとさらに多様になります。

また、検診の対象となる臓器は、胃ガンとかに限られています。一つ一つのガンは成長が遅くても、いろいろな部位に発生すれば全体の回転は速いことになります。ガンの好発部位としては、胃だけでなく食道・肺・大腸・直腸・膵臓・肝臓・腎臓・膀胱・皮膚・脳・リンパ腺があり、女性ならさらに乳腺・子宮・卵巣があり、男性なら精巣・外性器があります。そんなもの全部の検診はとうてい不可能で、ガン検診というのは、頻度の高いガンの検診をしているだけであり、それさえも、検出率が非常に高いわけではありません。

ガン検診でガンが見つかって、それによって生命を長らえる期待値はどれだけなのか、いろいろな人がいろいろな計算をしています。本当の数値は不明です。少なくとも、非常に割のいい検診とはいえません。

高齢者の検診が割に合わない理由

それでも若い人に見つかれば、ガン検診の価値があるでしょう。手術で治る可能性も高く、治ることの個人的な意義も社会的な意義も大きいからです。

高齢者の場合は、意味がすこし違います。

高齢者は、ガンが見つかって、手術の後の経過がうまくいくことが少ないのです。ガンが見つかって、手術そのものはうまくいっても、手術の合併症で死ぬかもしれません。それを何とか逃れても、他の病気で死ぬ危険が多くなります。ガンは治ったのに心筋梗塞で死ぬかもしれません。脳梗塞になるかもしれません。つまり、高齢者は、ガンを発見して手術しても、期待余命値が短いのです。二十歳の人なら、手術がうまくいけば平均あと六十年生きられるでしょうが、七十歳の方は、手術が最高にうまくいって平均あと十年しか

生きられません。

一方で、ガン検診にかかる手間や危険率は同じか、高齢者のほうがかえって悪いのです。これが、とくに高齢者にとってのガン検診は割が合わないと考える理由です。検診する医師や厚生省からみても割に合わないのですが、検診を受ける患者からみても割が悪いといえます。

☆治療したい：医療の一つの側面

功名心からではない

これから説明することは、手術とは限らず医療の全般に当てはまることなのですが、手術はみかけが華やかで範疇としてもわかりやすいので、それを例に引きます。手術には行過ぎの手術、やり過ぎの医療の面が避けられません。

こういう考え方を述べると、一般の方は医師がお金や功名心のために仕事をすると考えようです。しかし、それは違います。そういう要素が皆無とはいいいませんが、もっと重要な基本的な要因であり重大な点は、人間のだれもが持っている「仕事をする内的欲求」そのものなのです。

仕事をなぜするのか？

私たちは、なぜ仕事をするのでしょうか。生活の糧としていやいやながら働く場合も、もちろんあるでしょう。「世のため人のため」を考えて働くこともあるでしょう。

しかし、それよりもずっと多いのは、自分のためにするのではないのでしょうか。自分の内的な欲求で働くのではないのでしょうか。その仕事が好きだとか、自分の仕事をしたいからするのです。

これはかなり広い範囲の仕事にあてはまると思います。小説家は小説を書きたいから書くのであり、画家は絵を描きたくて描くのです。彫刻家は彫刻をしたいのです。歌手は歌いたいのであり、舞台芸能人は舞台に立ちたいのです。

そういう華やかな領域に限りません。もっと広い範囲の仕事にも当てはまります。セールスマンの方はセールスが好きでそれをしたいのであり、学者は実験や論文を書くことがしたいからするのです。教師は教壇で教えるのが好きなのです。

そういう欲望は、相手が必要としなくても存在します。収入になるとかお金が儲かるとかは次元の違う欲望であり、「タダでもいいから」という場合も多くあります。実際、あまり収入にならないのに小説を書き、絵を描き、歌を歌う人も多数います。

医療もしたくてする

医師の仕事にもこういう性格が強くあります。つまり、医療を「患者のために行なう」のは建て前であって、本音は自分がその仕事が好きだからやる、というのが基本の考え方なのです。患者を診るのが好きだから忙しく診察している医師も多数いますし、手術が好きだから手術するという医師も沢山います。いいえ、医師に限りません。医療に関連する人たちも同じ感覚をもっています。ナースも臨床工学士や呼吸療法士も救命救急士もそうなのです。

これは、人間の持つ基本的な性質のようなもので、それを「けしからん」といって非難するのは的外れです。それどころか、現実にはそういう人たちが医療を支え、結果的に患者を多数救っています。医療関係者がそういう要素をまったく持っていなかったら、医療そのものが成立しません。単に、絶対数が不足するだけではありません。そういう人たちは

一般によく働くので、全体の中での比重が大きいのです。

よくいわれることですが、世の中には「パレートの法則」というのがあって、二十%のセールスマンがセールスの八十%を挙げるとか、二十%の店が売上げの八十%を占めるとかいます。そういうのと同じで、二十%の医師が医療の八十%を負担しているというような要素があります。二十%の外科医が手術の八十%を行なっているかもしれません。だからこそ、その外科医は手術がますますうまくなって、世の中は具合がいいのです。

患者側の知恵が必要

そういう医師が、いつも自分の欲求だけで行動しているわけではありません。良識のある医師ですから、患者のことももちろん考えてはいます。しかし、自分の内的欲求と患者のための要素との食い違いは当然発生します。その場合に、百パーセント患者のためには行動できません。どうしても、自分の欲求を患者の必要より重くみる場面が出てきます。医師をはじめ医療担当者には、そういう感覚や行動原理は必ず残ります。これは人間の本性なのです。

他人のことでなくて、自分自身のことをいましょう。私が活発に手術室で働いていた時期には、好きな麻酔法・好きな麻酔薬・好きなモニター法などをどうしても選ぶ傾向がありました。患者さんの状態はもちろん考えに入れますが、それと相反しない条件では好きなほうを選びました。そうして、時には境界をすこし踏み越していたこともあるのはまちがいありません。

おまけに経済の問題がからみます。今の日本の医療環境はけっこう大変で、あまり入院の必要ない患者にも入院を勧めたり、あまり必要ない検査を、経済のために行なったりもしています。必要ない薬を、経済のために処方もします。経済「だけ」の考慮から行なうことは比較的少ないとは思いますが、経済「も」考えに入れることはずっと多いものです。他でも書きますが、脊椎麻酔が優れていても、それでは経済的に損になるのでやむおえず全身麻酔を選びます。

医師が「患者のためを思って」行動しているのは本当ですが、「患者のためだけを思って」行動しているというのはウソです。

「医師がやりたいからやる」手術を、やられないようにするのは患者が判断せざるをえません。患者が賢くなって、不要な医療を避けることは絶対に必要なことなのです。「やりたいからやる」手術や医療一般を避けるのは患者側の役割なのです。対応できるのは、患者だけなのです。医師やその他の医療担当者に全面的にまかせてはいけません。

☆日本の医療費はたしかに安い

計算の基準にもよりますが、日本の医療費は先進諸外国と比較すると安く、それも極端に安いことをご存知でしょうか。ここでは、その意味と意義を検討します。

アメリカの医療が高額なのは有名です。イギリスの医療は国有化が徹底していますから高価ではありませんが、その代わりに待たされるようで、それも三時間待つのでなくて、一寸した検査に三ヶ月待つとか、手術なら三年待つのだそうです。

幸か不幸か、アメリカ経済がそうした高価な医療を賄いきれなくなって、どうやら最近は変わってきてはいるようですが、永年つちかった素地は容易には変わりません。

日本の医療費は安い

日本の医療費がとても安いことは間違いありません。私の感覚では、アメリカの四分の一です。その根拠は、額面の価格はだいたい半分程度ですが、アメリカは物価は安くて何でも日本の半分位なのに、医療費だけはアメリカのほうが二倍高いから、結局比率でいうと四倍だということです。

この計算そのものには異論もあるでしょうが、とにかく何でも物価が高い日本で医療費だけが安くて、それでアメリカ並みの医療など可能なはずはありません。しかも、部分的にそれを真似ようとします。その部分は当然高価です。それが、さらに全体を圧迫することになります。

もっとも、アメリカの医療費は高すぎて、医療費抑制が重要な社会問題と国防問題になっています。

日本の医療はバラツキが大きい

日本の医療費はアメリカの四分の一ですが、質は四分の一でしょうか。質は量的に評価できないので、決定的なことをいうのはむずかしいのですが、こういうことはいえます。それはアメリカの医療は品質管理が比較的行き届いていて、どの医療施設でも比較的同じレベルの医療が受けられます。

それに対して、日本の医療は高価な品質管理にはある程度まで目をつむって、量の供給に力を注いだ名残りで、いろいろなレベルのものが混在しています。

「品質を均等に保つにはお金がかかる」のは、医療に限らず普遍的な事実です。十台に一台は写らないテレビを生産するのと、百万台に一台は写らないテレビを生産するのでは、品質管理のレベルがまったく異なり、要する費用も異なります。旅客機をとばすとして、数回に一回は落ちていいのなら管制設備はいりません。機体の整備もいい加減で済みます。それを百万回に一回も落ちないようにするためには、いろいろな支持的な組織や設備が必要なのです。それだけではありません。設備に要するような明らかに目に見える費用の他に、均等に高品質のものをつくるためには、社会の教育レベルがある程度そろっている必要がある、といった直接には計算できない面にも費用がかかります。

そういう意味で、金をかけない日本の医療は質のバラツキが多いのですが、ある意味では案外安上がりで、社会全体から見ると能率的かもしれません。たとえば教育です。優秀な人間に能力を発揮させるのも教育ですが、できの悪いのをそこその能力が発揮できるようにするのも教育の重要な役割です。

不足は使用者が補う

品質管理が十分でない場合、私たちはどうするでしょうか。安くて機能が低くても、自分の目的に合致すれば使えます。調子の悪い電気製品でも、だましまし何とか使えるかもしれません。購入時点ではそうでないとしても、古くなってきた機器類を私たちはつねにこうして使っています。使用者が自分の責任で補わなくてはならない、使用者が賢くなって、自分の責任で品質管理が必要だということです。

ところが医療に関しては、日本の消費者つまり患者は無知すぎます。ボロなシステムを使うには、使う側が賢くなくてはいけないのに、日本の患者はアメリカの患者よりも無知です。「医師にまかせる」「医師のいう通りになる」度合いが強いと感じます。さいわいにしてインフォームドコンセントのような考え方が広まってはきたけれども、十分とは、ほど遠い状況です。

日本の医療とアメリカの医療との考え方の差

アメリカ医療のアプローチは実に積極的で、「悪いところはどんどんとって残りの部分の機能を回復させて行く」というやり方です。システムとしても、「医療の行き届かないところには遠慮なくお金とエネルギーを注ぎ込め」という行き方です。この考え方が、医療全体に画一的に行き渡っています。

日本式アプローチは違います。一方で、アメリカ的、西欧的なアプローチがありながら、「いろいろな意味での東洋的アプローチ」がまざっています。「まあ、あきらめましょうよ」、「まあ、こんなものですよ」、「ガンとは知らせないでおきましょう」という行き方で、これが日本人の選択なのです。

そうした多様性が、品質管理とかバラツキが多いこととも関係しています。マイナス面はもちろん多いのですが、「購入できる商品の種類が多い」という見方をすれば、それ自体は一概にマイナスとばかりはいえません。

問題点は？

日本式医療に欠点はいろいろあります。その一つは、どの医師がどの立場をとっているか明確でない点で、医師の裁量・個性・背景の差・気紛れに任されています。もちろん、もっといい加減な医師もいます。とくに、日本の医療は貧しいから、質の低いものも避けられません。

異論はあるでしょうが、確実に助かる見込みのある手術のある病気で、確実に生きたいことを望むとしたら、私はアメリカで手術を受けるかもしれません。ただし、現在の私の年齢になると「確実に生きたい」と望むことはもう稀でしょうから、アメリカでの手術を

選ぶチャンスは、私自身にはもう起こらないでしょう。

安いことはいいことだ

日本の医療費が安いのは素晴らしいことです。アメリカのように、医療機関にかかることを一々熟慮しなくてはならず、手術や出産後に病院からさっさと追い出されてしまうのを日本の患者が歓迎するとは思えません。

その安い日本の医療を上手に使うには、アメリカのような画一的高額医療を行なわれないうようにするためには、日本の患者の人たちはもっと勉強して、上手な使い方を身につけねばなりません。

個室には入りたい、床には絨毯が敷いてあってほしい、それでいて費用は安いままで、患者の親身になってくれる医療を望むのは無いものねだりというものです。自宅でも個室がない居住条件の人、自宅の床には絨毯が敷いていない人が、安い医療費で入院する時だけ個室を望み、床の絨毯を望むのは不当な要求ではないでしょうか。

無いものねだりばかりするのは止めるべきでしょう。

☆薬は効いたり効かなかったり

薬というのは素晴らしいものですが、効いたり効かなかったりするのが本質で、全面的に信用してはいけない、ということをお話しします。

プラセボの効果

プラセボとは「偽薬」のことで、作用のない（効果のない）はずの物質で、本物の薬と形や味を同じに調整してあるものをいいます。これには重要な使い道があります。薬の効果を判定する場合、現在の研究方法ではプラセボを使うのが基準のやり方で、プラセボと本当の薬を飲んでもらって、本物がプラセボよりも効くかどうかを検討するのがルールとして決まっています。

なぜ、こういう判定法を採用するかというと、一般的な判定基準でプラセボはけっこう効くのです。時には、三十%も効きます。それもいい加減な判断でなくて、しっかりした科学的な手続きを決めて行なった研究でプラセボが効いてしまうのです。ですから、薬の効果があることを証明するには、ただ「効いた」だけでは不足で「プラセボ以上に効いた」という結果がでないと信用できません。

この点をまずしっかり認識しておいて下さい。

薬は効いたり効かなかったりする

薬は効いたり効かなかったりすることを説明するのに、お酒を例に引きましょう。お酒は通常の種類では薬ではありませんが、身体に作用する化学物質という点では薬とよく似ています。「百薬の長」などともいいます。

お酒に強い人と弱い人がいるのはどなたもご存知で、科学的にもある程度は解明されています。お酒ほど作用がよくわかっており、研究データも経験も膨大な蓄積があるものでさえ、個人差の問題はどうしようもありません。飲む人の体質や肝臓の酵素が大きく影響することがわかっています。

一般の薬では、不明の要素がずっと多いものです。人の要素つまり患者さんの条件が異なるだけでなく、病気の要素そのものが不安定です。特定の病気や病状に対して薬を使いますが、その診断や病状の判定があやふやです。病気が患者ごとに異なります。データの蓄積も乏しく、酒ほどには研究が行き届いていません。つぎつぎと開発される新しい薬物の研究は十分には行き届きません。とくに、副作用関係の情報は、ヒト特に患者さんを対象にして、しかも数多く使用してはじめて判明することも多いので、基本的にわかりにくい性格をもっています。

統計的手法の問題点

薬が効くかどうか、ある治療法が有効かどうかなどの判定に、統計的な検定手法を応用します。その際の論理はこうです。治療したA群（本当の薬を使った群）と治療しないC群（プラセボを使った群）とを比較します。もしA群とC群の成績が等しければ、治療

効果がないと結論し、逆にA C両群の成績が異なってA群が良好なら、薬Aには治療効果があると判定します。

ところで、この際に判定のあやまる危険が避けられません。まったく効果のない治療をしたのに、たまたまA群に健康状態の良好な患者が多かったとか、薬物の効きやすい患者が多かったということもありえます。これを避けるように努力はしますが、完璧には避けられません。

たとえば、「偶然かもしれないことを、本当の効果と判定してしまう」危険を危険率という数値で評価します。5%の危険率とは、「偶然かもしれないことを、本当の効果と判定した」危険性は5%しかない、ということです。

通常は、これでおかしくはありません。生物現象、人間の身体の反応などは、個体差が大きいので、5%程度の危険率は避けるのがむずかしいものなのです。しかし、場合によってはこれはひどくおかしいこともあります。5%の危険率とは、偶然の可能性が5%はあるということで、言い方をかえれば二十に一回はまぐれ当たりする、ということにもなります。

皮肉な言い方を承知でいえば、どんな薬でも、うどん粉でも、いわしの頭でも二十種類の病気に使ってみれば、その中の1種類には効くという結果が出ることになります。あるいは、二十種類の薬をためすと、その中の1種類は本当は効かないのに効くと判定することになります。「たまたま効いたようにみえる」だけなのですが、効いたと判定してしまうわけです。あるいは、二十の症状や検査値をしらべれば、そのうち一つは偶然よかつただけなのに、有効の結論がでるかもしれません。

そうすると、しらべた二十の症状や検査値のうち、一つだけ有効だったのに、「この治療法は、この病気に有効」と結論してしまう危険があるというわけです。

インチキ治療法がなぜ有効か？

世の中には、インチキ治療法やインチキ薬物が数多くありますが、実はこういうものが多いのです。何十人も治療して、一人だけ治った、その一人を大きくとりあげて、「だから、全員に効くはず」と錯覚させるのです。本当の医療では、こうしたあやまちを避けるようにいろいろと慎重に進める手法を加えています。それでも絶対に百パーセント正確というわけにはいきません。効かないものを効くと判定していることが皆無ではありません。

特許と薬の関係

「薬は特許が切れると作用もなくなる」というジョークがあります。医療担当者と製薬企業とのもたれ合いを皮肉ったもので、特許が切れて価格が下がって収益の上がりになくなった薬物は、広告や宣伝を行わずに、新しい儲けの多い薬を使うことを求め、医師もそれを採用します。

これは、否定できない事実です。かくいう私自身も、そういう面を否定できません。

現在、学会・研究会の出席の費用などを会社が直接補助することは、法律で規制されていますが、会議の運営のスポンサーになることは許されています。学術研究への寄与その

ものは望ましいことなので、当然ではあります。そうすると、A医師が会社の費用でB医師を招き、お返しにB医師が同じ会社の費用でA医師を招いて、どちらもその会社の費用で学会に出席することになります。それを認識していれば、AもBもその会社に対して評価がすこし甘くなることは避けられないかもしれません。

正確な判定基準を設けた評価でさえも、こうしたあやまりは避けられないのです。まして、「私にはよく効いた」という事実と「だからあなたにも効くはず」という予測とはまったく別の問題で、うかつに薬を他人に勧めてはいけません。

☆「そんな話、聞いたことがない」

「そんな話、聞いたことがない」

医療とは限りませんが、若い研修医を教えていて困ることの一つが、「そんな話、聞いたことがない」、「そんなの、見たことがない」という返事です。人間は、自分の知らないことは受け入れないのです。例を挙げれば、他の項目で述べる遅発性脊椎麻酔後呼吸循環停止という現象がそれに当り、脊椎麻酔の時に呼吸と循環をモニターしないと危険ですよ、と教えても「でも脊椎麻酔のレベルが胸までで固定しているから、呼吸停止が起こるとは考えられません」と一蹴します。

しかし、頻度の低い事故は、若い研修医がみたことがなくて当たり前、話を聞いたことがなくて当たり前なのです。頻度の低い稀な現象や稀な事故まで、全部話したり、勉強しておくことは不可能なことです。一万人に一回しか発生しない問題を考えましょう。研修医が診る患者の数は一年に百人程度で、他に仲間から情報を得るので、一年に三百人の患者の情報を得ます。彼が同じ立場を続けた場合、一万人に一回しか発生しない問題に遭遇するには、何十年も後のことになります。

理論的に説明しやすいものなら

現象としては稀なことでも、メカニズムのよくわかっているもの、論理的に単純なものなら印象に残りやすく納得もします。本に書いても説得力があるので書かれる頻度も高く、読者も記憶に留めます。だから、たとえ頻度が低くてめずらしくてもメカニズムの面白い病気は、よく知られており詳しく検討され、医学生もよく知っています。

例を挙げましょう。

「鎌状貧血症」というめずらしい病気があります。赤血球は本来円盤状ですが、この病気では特定の条件で赤血球が変形して細い鎌かバナナのような形になり、同時にいろいろな障害を生じます。この病気は、ヘモグロビン分子に異常があって、こうした障害が生まれるのですが、アフリカ系黒人に特有で日本には実際には存在しません。しかし、分子病（身体を作る物質の分子構造の異常による病気）として世界で最初に明らかになったという興味深い歴史があり、さらになぜそういう症状が生じるかのメカニズムまで見事に判明しています。派生している知識も興味深く、たとえばこれだけ強い障害があるのでふつうなら生存競争に負けるはずの不利な遺伝子なのですが、一方でこのグループの患者はマラリアにかかりにくいという事実があって、それがこの遺伝子を残す要因と考えられています。そうした点も含めて、教科書には詳しく記載されています。したがって、このめずらしい病気を医学生や研修医はよく知っています。

知られない問題の性格

それでは、問題の所在そのものが知られないというのは、どういう問題でしょうか。現象自体の頻度が低く、しかもメカニズムがよくわかっておらず、たとえ論理的に推定はできても、その論理が単純ではないものなどは、結局知られないまま過ぎていきます。

その例が、『遅発性脊椎麻酔後呼吸循環停止』です。こういうものは、周囲の人たち、たとえば専門外の医師・上司・病院の上層部・社会全般は、問題の存在そのものを知りません。したがって、事件が起こった時、「当の医師が何か失敗をしでかして隠している」とみなされやすいのです。

以前なら、不測の事故として、患者はあきらめさせられたでしょう。あるいは、医師の側に非難の余地があれば、それが手術や麻酔に関係があろうとなかろうと、「バカなことをやった医師」の責任として処理されたのです。

以前は悪性高熱がこの例でした。この病気は、特定の条件で高熱を発生し筋肉が壊れて死に至るのですが、現在ではかなりいろいろなことがわかり、知識も普及しました。遺伝が大きな要因で、スクリーニングは現時点では不可能です。体温を注意深くチェックし、発生を疑えば、症状や検査所見をさがせば見つかるでしょうが、そもそも病気そのものを知らなければ見落します。それでも、悪性高熱の場合はすこし出来のよい研修医なら必ず知っているレベルの知識になりました。治療薬も一応存在します。しかし、20年前はほとんど何もわかっていなかったのも、もし起これば「特異体質」か医師のミスと考えられました。十九六十年代から、広島大学医学部麻酔学教室の方が大変な努力を重ねられて、研究も進め医師仲間を啓蒙もしたことは、以前別の本に書きました。

遅発性脊椎麻酔後呼吸循環停止は厄介で、こちらは事象の存在そのものが広くは知られていません。しかも、他の項目で考察するように、現在では脊椎麻酔には監視者がつかない場合も多いので、その体制では発生が避けられません。

しかし、これもまた別に検討するように、それを避けるように努力することが経済的に割に合うかどうかは別問題なのです。

☆医療担当者の協力は期待できない

本書の趣旨のようなことを、医師をはじめとする医療担当者に勉強してもらえば、患者は何も特別な勉強をしないで目標を達成できるでしょうか。それは困難です。

医師の協力は期待するな

本書の趣旨のようなことを医師に意見を訊いたら、NOという人も多いでしょう。そもそも、医師の存在そのものを否定する考え方だと感じたり、そのように明確な意見を述べる医師もいるかもしれません。医師はできるだけ治療するのが任務であって、患者の死に方の選択に関与する責任はない、それは行き過ぎだというのがふつうの考え方なのです。患者を診たら一生懸命に治そうと努力するのが医師の本性であり、私自身もそうだったと感ずます。また、医師はそうではなくてはいけない面があります。治そうという意欲があるからこそ、長時間の手術や連夜の集中治療室勤務も頑張れるのです。

第一、患者がさっさとあきらめたのでは、医師はせっかくの学識やウデを発揮できません。エゲツナイいい方をすれば、医療機関は患者を診療してナンボですから、患者があきらめて必死に生きようとしなければ、医療機関側はビジネスのチャンスを失うことになります。

経済の問題

別の項目で、医師は経済のためではなくて、「治療したい」という面から考察しました。私はその面を重視し、それが正しいとは思いますが、とって経済も無視できません。

個人の医師、とくに病院に勤務している医師が、「儲けたい」という理由で不要な医療を行なう理由は直接にはありません。しかし、病院とすれば収入が得られなければ困ります。病室はある程度まで一杯になる必要がありますし、ある程度の需要を見越して高額な医療機器を導入したのに、それに見合うだけの需要がなければ深刻な問題になります。

たとえば、MRIの装置（magnetic resonance imaging：磁気共鳴イメージ法、X線に反応しにくい中枢神経系などの軟部組織も見えるので、そういう病気の診断に使用する）やESWL（extracorporeal shock wave lithotripsy：体外衝撃波結石破碎装置：主に尿管結石の治療に用いる）などは、装置として非常に高価なので病院が購入すればある程度の数の患者に適用しなければ採算がとれません。

装置とは限りません。たとえば、冠状動脈バイパス手術をはじめとする心臓手術は、モニター機器、体外循環の装置、術後の患者をケアするICUなどの設備が必要であり、さらに術者をはじめとしてナースも麻酔科医も、体外循環装置を扱う臨床工学士もそれに適ったトレーニングが必要です。トレーニングに費用をかけるか、すでにトレーニングのできているスタッフを高い給料で雇わねばなりません。

予測した数だけの患者が集まらない場合、ほんとうには必要のない患者にまで装置やスタッフを使用するということが絶対にないことではありません。

他の例でいえば

医療を受けずにあきらめるようにという患者への教育を医師側に期待するのはムリなことを説明するのに、別の例を引きましょう。

車の害を告発する運動に、自動車会社が賛意を表して協力することが考えられるでしょうか。そんなことはありません。禁煙運動を、タバコ会社が先頭にたって推進することもありえません。ジュースの空きカンを減らす運動をジュース会社が先頭に立って推進することもありえません。同様に、医療を受けずにあきらめるという患者教育を医師に期待はできません。一部の方は賛成して協力するでしょうが、医療界全体の協力を大きな期待はかけられません。

同じことは、厚生省や他の役所にもいえます。役所の立場からみれば、患者がこうした態度で医療に向かうことは、自分自身の存在を危うくしかねません。少なくとも存在価値を小さくするものです。ですから、役所がこういうアプローチに積極的になると期待しても無理だと考えるのが自然なのです。

だからこそ、こうしたアプローチはある程度まで個人の考え方や行動にならざるを得ません。同時に、社会の側から運動を起こさねばならないともいえます。医療担当者や厚生省にだけ頼っては、達成できないことなのです。

将来像を見通して

こうした考え方が、社会全体の動きとなるのは、たとえ趨勢となるとしても遠い将来のことでしょう。しかし、経済の制約からそうならざるを得ないかもしれないとは想像できます。つまり、医療費がかかりすぎて社会がその負担に耐え切れなくなり、やむをえず「ガンの患者はムリをしないで静かに死んで頂こう」ということは起こりえます。

その場合でも、「他に選択がないからそうなった」「金がないからそうなった」のと、「自らの選択としてそうした」のとは異なると私は考えます。社会全体がそのように積極的に考え、社会の側が働きかけて、医療をそのようにあらかじめ作り替えておいたほうが、「お金がないから治療せず、やむなく『死ぬならガンにしよう』』というのより健全ではないでしょうか。

車の例に戻れば、「石油資源が枯渇して、どうにも車に乗れなくなるから止める」のではなく、それより前に頭を働かせて、大量輸送機関を発達させておいてから資源が枯渇するのであれば、健全な社会がずっと長く維持できるということです。

基本的には個人の問題

私自身は、本書で述べる考え方は個人の問題と考えています。社会通念であるべきだ、とか政治がコントロールすべきだというのではなく、個人で考えて行動すべきと考えます。

そもそも生き方も死に方も、他人に迷惑をかけない限りは個人の自由です。社会通念がどうあろうとも、自分の考えで行動するのが基本です。

個人を主張することは骨が折れることです。人と異なる考え方や生き方や死に方を主張するのも骨が折れることです。しかし、私はそれを選択したいと考えます。ですから、こ

の考え方が社会通念になるまで待つのでなくて、自分個人はその考え方を採用するというわけです。

制度やルールができるのを待っても、永遠にできないかもしれません。私たち個人が考え議論し行動してできることなら、個人ですればいいのです。医師や役所に頼ってはダメです。

現時点では、私はそう考えますが、医療費がどんどん膨張して限界に近づいているので、もうまもなく社会としてもそのように考え方を改めざるを得ない時期が意外に近いかもしれません。

行動を起こさなくていいでしょうか。

☆臓器をもらいますか？

脳死の問題がいろいろに論議されています。脳死というものがあるかとか、脳死が診断できるかなどは、ここでは論じません。そういう議論はすでに十分にあり、私が、それ以上によく考えよく知っているわけでもありません。臓器移植を受けるか、臓器をもらうかという点にしぼって考えてみます。

ここでも、生産年齢は過ぎているというのが重要なポイントです。高齢者の場合、長生きすることの社会的寄与は小さくなります。おまけに、若い元気な人が一つの臓器だけ傷んでいるのと異なり、高齢者の身体はすべての部品が古くなって傷んでいます。私の世代に近い人、ないし私よりも高齢の方は、無理に臓器移植を受けてその臓器が健康になっても、他の部品が持ちません。古くなった装置の一箇所だけ部品を新品に交換しても、装置は本来の機能を回復しません。

臓器をもらう問題

今の私は臓器はもらわないつもりです。無理して生きたくはないというのが基本の考えです。いろいろなところが十分傷んできているのはわかっています。貴重な他人の臓器をもらって、他の病気であっさり死ぬのはばかばかしいことで申し訳ありません。

それに、高齢者に対しては移植医療もうまくはいきません。私自身は慢性の病気を持つてはいませんが、若者と同じ健康体だと考えるほど浅はかでもありません。せつかく移植しても余命は長くはありません。移植用の臓器は供給が少ないのですから、余命の長い人が受け取るべきです。

ただし、動物の臓器や工業製品を移植してもらうならかまいません。それなら、逆にテストの意味もあるでしょう。つまり、自分の身体を実験装置として有用に使うことになるかもしれませんから。

臓器移植に反対はしないが

私は、臓器移植に反対はしません。しかし、積極的に推進する意見は持っていませんし、まして推進する運動にも加担しません。理由は、一つは感覚的なものですが、もう一つは、C/P（費用と効用の比率）が悪すぎるからです。このC/Pが悪いというのは純粋にお金の面でもそうですが、もっと広く学問的な意味で考えてもそう考えます。

現在の臓器移植のやり方は、移植してあとは免疫抑制を薬で行なう方針が基本で、せいぜい、免疫系なるべくマッチしたドナーとレシピエント（臓器移植を受ける人）を探すようにしています。

医療は、なるべく分け隔てがないほうが望ましいことに異論はないでしょう。そのためには現在のアプローチは無理なのです。どう考えても、どう工夫してもドナーが少なすぎますから、不公平にならざるをえません。

臓器提供を他人に頼る限り、供給量が絶対に不足です。社会全体の考え方が即物的で、提供側の多いアメリカでさえも不足です。まして、日本ではたとえ脳死患者からの移植が

行なわれても、数が絶対に不足します。

移植用の動物をつくれれば

一つ解決策はあります。移植用の動物をつくれればいいのです。一九九四年五月五日の朝日新聞に「ヒト遺伝子を組み込んだブタ。移植用に英で量産化」という大きな記事が掲載されました。ブタに人間の遺伝子を組み込んで、移植しても異種拒否反応を起こりにくくしたものを飼育して、それから移植用の臓器を得るというのです。

これだって、倫理学者や動物愛護の方は苦情を述べるかもしれません。議論は起こり得るでしょう。しかし、他人から臓器をとるのと較べれば、一般の抵抗はずっと少ないのではないのでしょうか。食用のブタを無理な条件で飼育するのと、移植用のブタを無理な条件で飼育するのと、ほとんど差はないと考えます。心臓や腎臓を移植に使って、筋肉が余ればそれは食用にすればいいのです。

臓器によっては、移植用の動物をつくるより、工業的に人工臓器をつくるのが容易な可能性もあります。

研究は進んでいますが、いずれにせよこちらのほうに主力を注ぐべきだと考えます。

その成果は、若くて単一臓器だけ障害されている方に優先的に振り向けるべきです。

☆マスメディアにみる医療の虚像

マスメディアは、どんな領域でも、ある程度は虚像を結ぶ装置であって、実態を正確には伝えてくれません。そうして、医療にあってもそれは例外ではありません。

この点はマスメディアの本質です。しかし、マスメディアは、提供者だけでなく、受け取り側がいてはじめて成立するものですから、提供者側だけに苦情を述べるのは正しくありません。情報を受ける側の責任も大きいのです。

何故マスメディアは虚像を求めるか

マスメディアはどうして虚像を求めているのでしょうか。例として、比較的新しい話題である腹腔鏡胆摘（腹腔鏡胆嚢摘出術）について述べてみます。

腹腔鏡胆摘が開発され日本でも広まりはじめた時、新聞を中心として、マスメディアは大げさにはやし立てました。しかし、その時点で問題点はすでにあつたのです。

第一、新しい技術を適用する際に、初期には技術的に必ず未熟です。手術にとんでもない時間がかかり、さらには出血とか重要な血管はじめ重要臓器の損傷といった合併症が生じます。第二に、未知の技術に伴う合併症は、未熟と限らずある程度は習熟しても残る要素がありますが、それが知られていません。二酸化炭素塞栓の問題のことなどがこれに当たります。お腹の中に吹き込む二酸化炭素が血液中に泡となって入って、肺につまる障害のことです。第三に、費用はどうでしょうか。かかる費用と利益はバランスがとれているでしょうか。また、どういう患者には具合がよくて、どういう患者には具合が悪いのでしょうか。

腹腔鏡胆摘には、そういう解決すべき問題がいろいろありました。

報道は別個になる

ところが、「腹腔鏡胆摘の素晴らしさ」と「腹腔鏡胆摘による死亡事故」は別個に報道されます。腹腔鏡胆摘の素晴らしさの面は科学部が報道し、腹腔鏡胆摘による死亡事故は社会部が報道します。医師からみれば、後者は前者の必然なのですが、マスメディアはそうは扱いません。あくまでも、特殊事例・当事者の不注意、という報道になります。

現実と理想と

しかし、事実はそうではありません。何か新しいことを行なえば、必ず事故は起こるのです。手術のように、医師が勝手に選択して行なうことの許されるものは、とくにそうなのです。

したがって、腹腔鏡胆摘の紹介記事自体に、「XXという素晴らしい方法が開発されたが、それにはYYという問題があつて、その部分はまだ解決はしていない」という指摘があることが本当は望ましいのですが、しかし、それでは記事に迫力がなくなるでしょう。読者も嫌うかもしれません。取材もむずかしくなるでしょう。医療関係者には早い時点から判明していたことですが、マスメディアはそうしたアプローチをとるのがむずかしいのです。

こうした問題はマスメディアの本質であって、読者も現在のスタイルを望んでいるのかもしれません。絶対的な解決策は存在しないでしょう。

麻酔シミュレーターを例に

もう一つ例を挙げます。今、欧米でも日本でも麻酔シミュレーターが大きな話題になっています。その内容は、麻酔のすべてを人形と麻酔器とモニター装置の組み合わせで、もちろんコンピュータつきでシミュレーションするもので、一部の医師が大変に熱を入れています。私自身も研究の手段としてシミュレーションを使ってきたので、周囲は私こそ熱を入れるのではと期待していたようです。

その考え方自体は無意味ではありません。しかし、大きな問題はあるのです。それは、費用です。現在できているものは、購入するだけで費用が四千万円もします。維持し使用する費用がどれだけかかるか想像もつきません。エンジニアがいなくては動かせませんし、指導する麻酔科医も必要です。いずれもフルタイムの必要はないでしょうが、たとえばざっと考えて、有効に使うにはエンジニア一人の二十%の時間でつまり二百万円、指導麻酔科医一人の二十%の時間でつまり二百万円、つまり人件費だけで年間四百万円くらいかかります。さらにスペースが必要で、小さな手術室を一つ犠牲にしなくてはなりません。その場所の費用も考慮しなければなりません。

一番重大なのは、それ自体が直接にはお金を稼ぎ出さない点です。ですから、収支は完全に持ち出しです。

費用と同時に、基本の考え方にも問題があります。シミュレーターを使って、医学生や若い医師に麻酔を教えるというアプローチの有用性は否定しません。しかし、現在のシミュレーターはあまりに不完全な代物です。おまけに、中がどうなっているのか公開されていません。プログラムされている医療と医学は、日本の水準と実情に合致しているのでしょうか。医療も医学も進んだり変わったりしますが、それにどう対応するのは不明のままです。

そもそも、こういう不完全なものを外国から買って使うという精神構造そのものが日本の医療や医学をゆがめるのです。こういうものを使えるまでにするには、それだけの基礎研究を日本でも行なう必要があるのです。

ところがマスメディアにとっては、これは格好のニュースです。なにしろ、眼につきやすいテーマですから、新聞記事にもなりやすいのです。それが持て囃されて、大変に迷惑をこうむっています。

マスメディアの紹介することは、あやまりではないとしても重要度の評価に非常なゆがみのあること、鵜呑みにはできないことを承知しておいて下さい。

☆知識でなくて知力を

現在の日本の社会の教育水準、知的水準の高さは大変なもので、仕事の大部分は知力を使っています。身体だけを使って仕事をしている人はごく少数でしょう。そういう社会の知的レベルを元に、医療に関しても知力を働かせてほしいというのが、この項目のテーマです。

情報はあふれているが

現代社会には情報があふれていて、知識はいくらでも手に入るように見えます。しかし、情報は選択しなくてはなりません。その「選択」が容易ではありません。必要な知識を必要な状況で手に入れるのはむずかしいことです。

この点は、健康や医療についても同じです。オシッコを飲んで健康を保つという情報と、適度な運動で若さを保つという情報が同時に提供されます。私たちの側が、それを選択しなければなりません。

「誰がどのガンの名医か」ということを学ぶことにもそれなりの意義はあるでしょう。けれども、その情報は確度の低いものです。あるいは、自分には当てはまらないかもしれません。遠く離れた土地の医師や病院を教えられても利用しにくいわけですから。あるいは、特定の情報は古くなります。胃ガンの名医のリストを知っていても、自分が胃ガンになるのは十年後かもしれません。その時には、当の医師は隠退しているかもしれません。亡くなってしまっているかもしれません。

知力・判断力が大切

知識はもちろん大切ですが、同時に知力・判断力が大切であり、さいわいにして日本人たちはみなそれを持っています。それを医療にも使いましょう。

「死を選ぶことはできない」といいますが、その真実性は相対的なものです。選択の余地はゼロではありません。ガンと宣告された時に、その先の分かれ道の選択は、ある程度可能なのです。少なくとも、まったく不可能ではありません。

「誰がどのガンの名医か」といった頼りにならない情報を沢山集めるよりも、ガンの宣告を受けてから、どの道をたどるかの選択の問題を学び検討することのほうが、あらかじめ考えたり学んでおけることであり、それだけ役に立つ基礎的なものの考え方である、というのが私の意見です。

知力・判断力という言葉がとらえにくければ、「常識」とか「コモンセンス」といってもいいのです。感覚的におかしいこと、納得のいかないことは受け入れないことです。少なくとも説明を要求すべきです。そうして、説明されても納得できなければその医療を受ける必要はありません。

医療には理屈に合わないこと、理屈のわかっていないことも沢山あるので、全部説明しろといわれると困ることも多いのですが、一方で医師をはじめ医療担当者の行なうことで、どう考えてもおかしいのに昔からの習慣で続けているだけのことも多いものです。

常識を覆すことで進歩が繰り返されてきたのは歴史の真実です。しかし、常識を覆すことがインチキだった例も少なくありません。自分の常識に頼り、それに信用がおけなければ積極的に情報を集めるのが正しい道です。

医療は患者が自分で選択していくもの

医療は医師が行なうものではありません。病院が行なうものでもありません。患者自身が、医師や医療関係者や医療機関の助けで自ら行なっていくもの、自ら選択していくものです。それを覚悟しなくてはなりません。

この点で重要なのは、第三者の医師の意見（セカンドオピニオン）です。手術に限らず、専門的な治療ができる立場の医師は少ないものですが、知識と認識に基づいて意見をいうことならできる人はずっと多くなります。

この点で一番具合のいいのは、あなたの全身とその経過と、さらには生活までも知っているかかりつけの医師です。ですから、そういう医師がいると一番いいのです。かかりつけの家庭医というのは、具体的な医療の助言をするもので、それがぜひほしいとえます。

専門医でも本当に気脈を通じればその役を果たすことはありうるでしょう。たとえば、慢性疾患があつて、当人のことを、当の病気のみでなくて、生活歴や生き方の希望まで知っているという状況なら可能です。たとえば、糖尿病の専門家や心臓病の専門家が、第三者の医師の役割つまりセカンドオピニオンを果たせるかもしれません。

通常は、かかりつけの医師＋かかりつけの医師から紹介してもらつて専門医という組み合わせが理想的だとえます。

第三章 安全と事故：医療は百パーセント安全ではない

☆百パーセント安全はありえない

医療に限りませんが、本来危険を伴う行為で「百パーセント安全」ということはありえません。

たとえば、飛行機はときどき落ちます。車の事故や長距離バスの事故は日常적으로起こっています。新幹線はこれまで「絶対安全」で乗り物としては例外的な存在でしたが、それさえも永遠には続かないことは誰でも暗黙に納得しているでしょう。一九九五年一月一七日早朝の阪神淡路大震災の発生が、五時四六分ではなくて一時間後の六時四六分だったら、新幹線で大変な人が死んだとも想像されるのです。

日常行為と特殊行動

本来危険を伴う行為を絶対安全と誤解する理由の一つに、ある人にとって特殊行動なのに、それが別の人にとっては日常行為だという事実があります。

たとえば、多くの人にとって飛行機に乗ることは日常活動ではありません。「特殊なことなのだから、飛行機を運行する人はとくに慎重に行動しているに相違ない」と考えます。しかし、飛行機を運行する人にとっては、これは毎日行なう日常業務です。

一応は「慎重に行動」しているとしても、彼らもごく普通の人たちであり、二日酔いのこともあり、風邪を引いて体調が悪い時もあります。出掛けに妻と（あるいは夫と）口論して気分の悪いまま勤務につくこともあるでしょう。パイロット自身は、フライト前の何時間かにわたって飲酒が禁止されていますから二日酔いになるチャンスはごく少ないでしょうが、それでも事故の時には飲酒していたという可能性が話題になります。それどころか、飛行機はパイロットだけが動かしているわけではありません。乗員の他のクルーもいますし、地上の管制官や整備員も重要な役割ですが、こちらは前夜の飲酒もパイロットほどきびしくは規制されてはいないようです。

医療も同じ

医療も同じです。患者さんからみれば、医師の診療を受けることは、特殊なことです。手術を受けるとなれば、一生に一度あるかないか位に特別なことです。

しかし、医療担当者側はそれを毎日行なっています。そういう医療に百パーセント安全を求めるのはとうてい無理です。

安全を百パーセントに近づけると、急激に費用がかかるようになります。飛行機を安全に飛ばすためには、飛行機そのものを安全に作らねばなりません。それ以上に、管制システムを作り上げ、管制のための人を配置する必要があります。整備システムも必要です。トレーニングも必要です。それが非常に高価なのです。

医療も同じで、現在程度の安全度でも、それを整えるためにずいぶん費用がかかっています。各種のモニター機器、各種の検査、その背後にある産業やそれに従事する人員など

があって、ようやく現状の安全性が維持できているのです。

医療はけっこう危険なものであり、合併症や事故が沢山あります。たいていのものは、個々の発生頻度は低いのですが、種類が大変に多く全体の危険は無視できません。しかも、種類が多いので対応もいろいろに手をうつ必要があり、基本的に防げない面も強いのです。

そういう条件で、医師や医療担当者や監督官庁が努力しても、社会がそれを督励しても、全面的な解決にはなりません。「日本の医療が」という問題ではなくて、医療の本質なのです。それどころか、日本の医療は、アメリカ医療のような「徹底的に闘う」式医療と比較すると、ある意味ではずいぶんまともだとも感じています。そういう現実を受け入れて、だからこそ、それに対応できる選択肢をもっておこうというわけです。

熟練者が安全とは限らない

もう一つ困ったことがあります。機械でも初期故障と経年変化による故障があり、それが費用の負担になりますが、人間にもそれが当てはまります。医師をはじめとして医療担当者の技術が未熟なら、安全度が低いかもしれません。危険そのものを知らないこともありますし、危機が近づいた時にそれを認識する能力がないかもしれません。実際に事件が起きても、対応する能力がないかもしれません。

それでは熟練者なら安全かという、場合によっては逆もあります。同じことを繰り返すようになるから、時には手を抜くこともあるでしょう。慎重さを欠くかもしれません。熟練者は一般に年配者ですから、体力や視力や注意力が低下しているかもしれません。

いずれにせよ、百パーセント安全ということはありません。

安全度の高いものと低いもの

「絶対安全はありえない」とはいつても、安全度の高いものと低いものの差はあります。新幹線は安全度が極端に高いので、新幹線で行かれるところなら、新幹線を使うほうが飛行機や長距離バスより安全であり、この点は現時点では絶対的な真理です。

一九九五年春に、雑誌ニューズウィークに飛行機の事故を分析した記事が載りました。それによると、旅客機の墜落の確率は、事故率の高い会社のもので百万回乗ると一回落ちる程度の由です。

この数字は一見ごく小さい数のようですが、一万人の人が百回ずつ乗ると、うち一人は飛行機事故で死ぬと解釈できます。私は飛行機がとくに好きではありませんが、累計は百回以上乗っています。二六歳の時にはじめてアメリカに行って以来、年に何回かは乗っていますから。私と同じくらいの立場の人を一万人程度集めると、必ず一人は事故死しているというのだと、ひどく小さい確率とはいえません。

医療事故の確率

医療事故は、これよりずっと大きな確率で発生します。麻酔は、医療の中では比較的安全なものですが、一番優秀なデータでも二十万回に一回の重大な障害ということになっていて、上記の危険な会社の飛行機事故より五倍も危険が多いのです。通常の解析では、そ

れより一桁多くて二万回に一回程度の頻度で重大な障害が発生するでしょう。
それがどういう条件によるのか、これから説明して行きましょう。

☆安い安全は例外

医療に限らず、安全を確保することは大変で、通常は大きな費用がかかるものです。それなのに、あまり評価されないのがふつうです。

本書では、医療の安全を航空機の安全といろいろなところで比較していますが、私たちは乗客として航空機の安全をどう評価するのでしょうか。ふつうは安全を強くは意識はしていないものです。たとえば、アメリカやヨーロッパへ行く際に選べる航空会社は実に多数あります。しかし、その際に安全率の高い会社を調べて選ぶことを私はしません。危険率が明らかに高い会社は避けますが、あとはスケジュールや値段などで選んでいます。

しかしながら、航空各社には実はけっこう安全に関する態度に差があり、費用をかけている会社は安全度が高いことが証明されています。

医療の安全も費用がかかる

同じことが、麻酔や手術に関しても、あるいは医療一般に関してもいえます。病院を選ぶ際に、患者さんが「麻酔の安全」を意識することは多分ないでしょう。建物がきれいだとか、場所が便利だ、駐車場が広いなどの外観や状況を問題にするもので、人を論ずるとすれば「医師が親切だ」とか、せいぜい「上手だという評判」程度のことです。その病院でどんなにか危険な医療が行なわれているか、あるいは医療担当者たちが危険を回避すべくどれほど血のにじむ努力を振り絞っているかはほとんど評価されません。

手前味噌な言い方を許してもらえば、一般の社会では評価されないこと、意識してもらえないことに、医療関係者はよく努力していると思います。そのような安全に対する努力は医療に限らず、航空会社でも鉄道でも当てはまるでしょう。一つには、万一事故が発生すると、そのマイナスを取り返すには大変な努力が必要だからで、その苦勞を思えばあらかじめ努力しておいたほうが割に合うからです。

手術が安全になった話ーパルスオキシメーターの採用

一九八〇年頃と比較すると、一九九六年の現在は麻酔と手術が非常に安全になりました。それには、いくつかの要素がありますが、断然大きな因子がパルスオキシメーターという装置です。

パルスオキシメーターというのは、動脈血の酸素を測定する装置です。そういうと、まったくふつうの医療機器のように聞こえるかもしれませんが、ちがうのです。

この装置には際立った特徴がいくつかあります。まず、測定するパラメーターが動脈の血液の酸素飽和度というよく知られたものです。酸素解離曲線というのをご存知の方は少ないでしょうが、あの縦軸が酸素飽和度で血液のヘモグロビンがどのくらい十分に酸素をもっているかを示しています。

次の特徴は、この装置は実に簡単に使える点です。医療機器と限らず、装置は購入しても使いにくくて結局ほこりをかぶることが稀れではありません。パソコンなどは、その代表かもしれません。しかし、パルスオキシメーターは違います。装置として実によくでき

ていて、医療担当者がすぐ使えます。包みをひらいて、電源をつないで洗濯はさみみたい な仕掛けを患者さんの指にはめるだけで、求める数字を表示します。

三番目の特徴は、そのように使いよくて有用なので普及したことによって、極端に安くなりました。初期には二百万円もした装置が、現在では十万円を切る価格で手に入ります。患者一人に一台必要ですが、同じ装置を次の患者にも使えるので、結局要する費用は一人 数百円程度で済みます。

パルスオキシメーターはなぜ重要か？

パルスオキシメーターは、動脈の酸素飽和度を簡単に測定してくれます。それを使うこと によって、「低酸素が見つかるようになったから」という安全装置の意義が重要ではありません。

しかし、もっと大きい要素は、こういう状況で医療を担当する医師が、「たしかに低酸素 が起こり得る」と認識するようになったことなのです。すでに、学術論文でのデータやメ カニズムはわかっていました。しかし、パルスオキシメーターを使うことによって、そう した事実やメカニズムを詳細に話したり教えたりすることがまったく不要になったのです。 なにしろ、毎日の臨床の現場で動脈血の酸素がたしかに低下することのあるのを簡単に見 ているのですから、こんな強いことはありません。

パルスオキシメーターを使うことによって、麻酔を含む重症患者の管理は非常に安全に なりました。

しかし、このようなパルスオキシメーターは例外的に恵まれた条件なのです。装置側の 条件とすれば、廉価で使いやすく、しかも無侵襲（針を刺したりする必要がない）でオン ライン（患者に装置をつけると数字が出る。採血して大きな装置にもっていく必要がない） で連続的でリアルタイム（表示されている数字は、患者のその時の状況を示していて、ず っと前の状態ではない）など、監視装置として理想の条件をすべて完璧に備えています。 ついでにいえば、医療の計測装置にはX線や心電図や脳波のようにパターン認識のものも 多いのですが、パルスオキシメーターはパターン認識でなくて数値が直接出ます。そうし て、パラメーターの性格がよくわかっていて、使用する人はあらためて勉強する必要がほ とんどありません。

使用者側の条件とすれば、パラメーターを常識として知っています。生物を学んだ高校 生でさえも知っているパラメーターであって、医学生や看護学生はもちろん知っています。 そもそも、酸素をモニターしたいという希望は自然に生まれるものです。

事故検出力が強い

パルスオキシメーターは、測定するパラメーターそのものが事故検出力が強いのが特徴 です。動脈血の酸素レベルというのは非常に重要なパラメーターですが、それに止まりま せん。「パルス」の名の示すとおり、脈を拾う機能があり、それによって心臓が動いている ことを連続的に監視してくれます。動脈血の酸素レベルは肺の働きですから、一つの装置 で呼吸と循環あるいは肺と心臓という生命維持に絶対的に必要な部分を連続的にチェック

してしまうのです。

動脈血の酸素をみることで発見される、具体的な状況を考えてみましょうか。壁の配管の間違いがみつき、麻酔器の故障がみつき、ポンペの着け間違いがみつき、流量計の誤動作や誤操作がみつき、人工呼吸器の故障がみつき、回路のはずれがみつき、気管内チューブの位置の異常がみつき、気管内チューブが抜けたのがみつかるなどいろいろな働きがあります。さらに、パルスオキシメーターは脈波が出るので、心停止がみつき、心臓がよわくなっているのがみつき、不整脈がみつかる機能もあります。

そうした心停止や心臓機能低下や不整脈には、薬の量のあやまりや薬の種類をあやまりや薬の使い方のあやまりや不適切があり、電気機器の故障もあります。以上は、思いついたものを一寸述べただけで、こうしたリストはまだまだ長く書け、パルスオキシメーターはそういうものをすべてカバーしてくれるのです。

これほど優れた条件は、この装置だけに与えられた特殊なもので他にはありません。ふつうはもっと高価で、もっと使いにくく、もっと壊れやすく、しかも狭い機能しかカバーしません。基礎的な学習ももっと必要です。

パルスオキシメーターの原理は日本人の発見

パルスオキシメーターも万能ではありません。なによりも、使う人が危険を認識していなければ購入しません。危険を認識していなければ、あっても利用しないかもしれません。危険を認識していなければ、装置がせっかく発したアラームを切るかもしれません。危険を認識していなければ、数値を無視することもありうるでしょう。

こういうのはどうしようもありません。常識的には、こういう人は医療担当者として存在を許せないともいえますが、現実には多数います。

ところで、パルスオキシメーターの原理をすこし説明します。ヘモグロビンは、酸素の量によって色が変わり、酸素が十分あれば赤くなり、不足なら青黒くなります。したがって、血液に光を当てて吸収か反射をみて酸素の量を測定できますが、知りたいのは「動脈」の酸素レベルです。動脈から採血すれば測定できますが、光ですから身体の外から当てて何とか測れないでしょうか。

身体の中では動脈と静脈は隣り合って走っているので、身体にただ光を当てても分離できません。これを解決したのは医療機器会社日本光電のエンジニア青柳卓雄氏でした。動脈には心臓の活動が伝わって脈を打っているのです、ヘモグロビンが光を吸収する成分のうちで脈動する部分は動脈血の情報であることに気づき、それを理論的に詳細に解析し試作品もつくり上げました。現在のパルスオキシメーターは、この青柳氏の発見した原理を応用して世界中で製作され使用されています。

これほどの優れたアイデアと世界の医療に対する貢献に対して、文化勲章かあるいは日本国際賞を、そうしてできればノーベル賞が与えられてもおかしくないと考えます。

手術関係は極端に危険

麻酔と比較すると、手術は危険度が高いものです。手術は複雑で、多数の活動の組み合

わせであり、一つ一つの危険度は低いのですが、危険の種類が多いので、全体としては無視できない大きな危険率になります。

例として、胃ガンの手術を考えてみます。たとえば、感染が起こります。いろいろな経路で、いろいろな臓器に起こりますが、輸血による肝炎や術後の肺炎が代表的なものでしょう。手術に関係した予想外の出血は、近くの臓器を傷つけることによります。肝臓を傷つけたり、腸を傷つけたりします。胆管や膵臓を傷つけることもありえます。

手術の影響は神経や内分泌（ホルモン）を介しても重要臓器の機能障害を起こします。「手術のストレスによる障害」といってもいいでしょう。腎臓・肝臓・肺・脳などが傷害を受けます。

手術の際に使用する薬物が身体を損ないます。抗生物質は悪名高いもので、腎臓や肝臓を傷つけます。麻酔薬にも肝機能を損なうものがあり、また、腎臓への傷害が強いために他の性質は優れていたのに使用を中止したものもあります。

小さいトラブルがたくさんあるのは、大きな傷害が一つだけあるのと比較するとコントロールがむずかしいものです。大きなトラブル一つが原因なら、そのコントロールで対応できますが、小さなトラブルが数多くあると、全部しっかりコントロールするのはむずかしいのです。

☆検査の安全性

前に、検診の安全性を論じました。こんどは、症状があつて診察を受けて医師の勧めで検査を受ける場合を考えてみます。

検査だけでも絶対安全ではない：冠状動脈造影を例に

手術には危険が伴うことは比較的ひろく知られているでしょうが、実は検査にも危険が伴います。

例として、冠状動脈造影を受ける場合を考えてみます。もし、狭心症の症状があり、心電図に異常が見つかり、冠状動脈造影を受けることとなります。ところが、この検査は安全率があまり高いとはいえません。血管の根元に管を入れて造影をするので血管損傷の危険と背中合わせで、人により施設により成績は異なりますが、この検査を受けた患者の0.1～1%くらいはそのために緊急冠状動脈バイパス手術を受けることとなります。ところが、冠状動脈バイパス手術に限らず、緊急手術の成績の悪いのはこれはもう医師の常識で、手術後の合併症も死亡率もずっと高いのです。冠状動脈バイパス手術自体、1%前後の死亡率がありますが、緊急手術は危険が高いため、この数字はもっと高くなります。

つまり、冠状動脈造影はなかなか危険な検査なのです。

やや安全性は高いが：その他の検査

安全の度合いはずっと高くなりますが、他の検査にもそれなりの危険があります。各種の造影検査なら、ヨードによる中毒やアレルギーの危険があります。胃カメラや気管支鏡のような内視鏡処置では局所麻酔薬中毒の危険もあります。

一九九四年十月三日（月）の朝日新聞（東京版、第一四版）の一面トップに「内視鏡の検査で五年間に二二五人死亡」という記事が載りました。これは日本消化器内視鏡学会の正規の報告なので、実数はおそらくこれよりもずっと多いことでしょう。

とくに危険なのは鎮静薬や鎮痛薬です。検査の時は、本格的な麻酔でなくて、各種の鎮静薬・鎮痛薬を使うのですが、それがあまり安全ではありません。薬物中毒とか薬そのものの危険もあるのですが、この群の薬物はもっと基本的にとどきトラブルを発生する性格をもっているのです。

ここでもいえることですが、一つ一つの検査の安全率はけっこう高いのです。危険は、千回に一回か二回とか、それ以下ですから「非常に危険」とはいえません。ところが、そうした検査を十も二十も受けるということになると、危険はそれだけ増えます。千回に一回危険のある検査を二十受ければ、五十人に一人はそうした危険に遭遇するということになるのです。

割に合う検査と割に合わない検査

つまり、検査にも割に合うものと割に合わないものがあります。したがって、検査の安全率とそれによってみつかれる病気の危険とは常に秤にかけて考えるべきなのです。危険率

の非常に高い病気をみつけるためなら、危険率のやや高い検査を受けることも、論理的に納得できるでしょう。見つかる可能性が非常に低く、見つかったもあまり治療が有効でないという病気を探すために、危険度の高い検査を受けるのは割に合いません。

ところで、医師は検査の危険率の情報は正確には持っていません。事件の報告はあっても、正確な数値は乏しいものです。おまけに人間の本性として、自分が行なうことについては検査の危険率を低く評価し、みつかる病気の危険を高く評価するという傾向が強いので、上記の計算を誤ることが少なくはないのです。

計算の実例

割に合うか合わないかを計算してみます。たとえば、胃の症状があつて胃カメラ検査を受けるとします。検診で述べたように、胃カメラで胃穿孔の危険が一万回に一回で、他の危険も数えると5千回に一回です。ところがすでに胃の症状があり、X線検査でも胃ガンが疑われる条件なら、胃カメラで胃ガンが確定する率は五人に一人より高いものです。ですから、「胃ガンが疑われる条件で胃カメラを受ける」のは割に合う検査だというのが私の意見です。

別の例として、そもそも絶対に必要な検査もあります。すでにのべた冠状動脈造影は危険が高い検査で、重大な合併症の率が少なく見積もっても0・1%程度はあります。しかし、冠状動脈バイパス手術を受けるつもりなら避けようがありません。この検査なしでは、現時点の技術では手術が不能だからです。冠状動脈バイパス手術の危険はこれより大きいし、これによる寿命の延長が長いと予測するならこの検査も必要でしょう。

今度は割に合わない検査の例を考えます。検査で異常のみつかる可能性が1%しかないというようなものがそうです。たとえば受ける手術が良性の手術（寿命に影響しない病気の手術）だとします。例として、椎間板ヘルニアの手術を受けるとしましょうか。しかし、同時に狭心症があつて冠状動脈の流れが悪くなっているとします。この条件で、冠状動脈造影を行なうでしょうか。

これはムダな検査です。検査で起こる重大な合併症の危険率が0・1%あるのですから、検査を受ければそれだけ生命を縮めます。しかも、それを受けても直接の利益は何もありません。受ける手術は椎間板ヘルニアの手術ですが、狭心症があれば手術も麻酔も慎重に行なうべきでしょう。しかし、それは患者の訴えや心電図があれば十分で、冠状動脈造影が行なわれていても、ヘルニアの手術をする整形外科医や麻酔を担当する麻酔科医の役には立ちません。

そんな検査を受けるでしょうか。それでも、主の手術がぜひ受けたい手術で、それに検査が絶対に必要なら選択の余地はありませんが、椎間板ヘルニアの手術を受けるのに、狭心症があつても冠状動脈造影は不要です。

あるいは、別の組み合わせで、手術の代りに他の治療法でほぼ同等の効果が得られ、しかもそちらなら冠状動脈造影を行なう必要がないとしたら、手術そのものを避けるのが合理的でしょう。

侵害的な検査は避けよ

したがって、結論はこうです。侵害的な検査は避けるのが賢明です。侵害的な検査がどうしても必要な場合は、検査の危険率とそれによってみつかる病気の危険とのバランスを考慮して決めましょう。そのバランスを決めるデータは整っていません。医師自身も、こういう考え方に慣れていない人も少なくありません。考え方の論理はわかっても、それを採用しないかもしれません。

そんな面倒なことを自分で決めるのは大変だから、医師に決めてもらって運を天に任せるのも一つの考え方ではあります。しかし、それでは済まないというのが本書のポイントです。少なくとも常識は働かせて下さい。どうもおかしいと思ったら延ばす、という選択肢だけは持っておいて下さい。最近では「セカンドオピニオン」ということをいいます。当の医師の言うことに納得が行かなかったら、別の医師に相談してみようということです。

最終的に決めるのは患者のあなた自身かもしれませんが、それまでにいろいろな意見を聞き、情報を集めてから決断して下さい。

☆安全か安価か：麻酔の場合を例に

新聞に麻酔事故の話が時に載ります。その頻度は比較的少ないもので、しかもありがたいことに最近はとくに減りました。一年に一回もないでしょう。しかし、それは新聞のことで、実際の危険はもっと多いのかもしれない。新聞記事というのは氷山の一角で、実際がそんなに安全なはずはありません。

この項目では、安全はお金がかかるもので、現状では大幅な改善は望めない理由があることを説明します。麻酔を例にとったのは、私の専門だからですが、手術や医療の他の面も同じようなものです。

麻酔の数と事故の数

日本はしっかりした統計がありませんが、年間の麻酔の数は、少なく見積もっても、

全身麻酔	百万件
部分麻酔	百万件
出産	百万件

くらいの数があります。ここで「出産」というのは、日本人の感覚では麻酔とは無関係でしょうが、麻酔の本質である「病態時の麻酔管理」という意味では、麻酔と同等であり、諸外国では含めています。後の話にも関係するので、ここに示しました。

日本の産婦は危険が大きい

実は、日本の産婦は欧米諸国に比較して危険が大きいことが研究発表で示されています。この項目の最後に載せた論文がそれです。

手術と異なって、出産の場合は総数も死亡数もわかっています。日本では、出産を麻酔管理するという考え方がほとんどありません。そうして、産婦十万人あたり十五人の死亡率です。日本の出産数は、一九九五年で百二十万余りなので、このすこし古い統計の数値をそのまま当てはめれば、年間総数では百五十人程度が死んでいることになります。しかも、そのかなりの部分がおそらくは防げるのです。

一方、出産時の麻酔管理のしっかりしているイギリスでは、産婦十万人あたり八人の死亡率で、つまり百万人なら八十人しか死にません。そうすると、年間産婦死亡のうち七十人程度は、麻酔管理の欠陥で死んでいると推測できます。

出産以外の麻酔では

出産以外の麻酔については統計が明確でないのではっきりしませんが、重大な事故の発生率は

もっとも成績のいい国々で	十万件に一件
日本はそれよりはすこしわるくて	
全身麻酔で	五万件に一件
部分麻酔で	二万件に一件

位ではないだろうかと推測されます。

そうすると、20+50つまり、年間七十件程度の重大な事件が発生しており、その大部分が表にでないのです。

二万件に一件は多いか少ないか

二万件に一件の事故というのは、読者は多いと感じるかもしれません。しかし、一人の医師（麻酔科医または外科医）が一生かかって麻酔を担当する件数が一万件を超えることはあまりありません。つまり、一人の医師が重大な事故に遭遇することは少ないのです。おまけに、遭遇してもそれが重大な結果を招かない限りは強い認識を持たないかもしれません。つまり、無視してしまうのです。

たとえば、車を十年間活発に運転していて、一度も事故に遭遇していない人、一度も事故を起こしたことがない人、一度もぶつけられたことがない人はまあ少ないでしょう。それでも、自分自身の生命にかかわるような大事故を起こさない限りは、事故の重大性を強く認識はしないで、車を運転し続けるでしょう。それと同じです。

麻酔科医療向上の社会収支

麻酔事故はないに越したことはありませんが、事故発生を現在より大幅に下げるには社会の費用がかかりすぎるので、社会全体としてはこの程度で割が合うということを説明します。

たとえば、この危険を半減することを狙って、一件あたり、二万円ずつ余分の費用を麻酔かけると仮定します。それで、事故死が半減できたとします。事故を減らすには、モニター機器を充実させる、人を増やす、教育を充実させるといった対応が必要で、一件二万円はその費用ですが、ずいぶん内輪の見積もりです。装置はともあれ、「人を増やす」は非常に高価につき、とうていこんなことでは済まず、おそらくこの二~三倍程度の費用を要するでしょう。ここは試算なので、一応上記の費用を仮定します。

そうすると、要する費用は 麻酔三百万件×二万円=六百億円 です。それだけの費用をかけて、たすかる生命は七十人ですから、一人あたり8億5千万円ということになります。ところが、現在の日本人の生命は一人あたり一億円程度と評価されています。一億円の人命を救うために8億円かけるのは割りに合いません。

今は、一件二万円と仮定しました。これが一件二千万円の費用で死亡率が半減すれば、なんとか割が合うといえるでしょう。しかし、とうてい考えにくい条件です。

この計算は、もちろんずいぶん乱暴です。「人命を単純にお金で評価する」という論理も乱暴です。だから、絶対的な真理として主張する気はありません。しかし、ただ「金をかけて医療を充実させる」というアプローチだけでは解決しないことを示しているとはいえないでしょうか。社会資本は有限ですから、それを有効に使うには、効用の大きい領域に投下せざるをえません。

麻酔の何が危険か？

それでは、麻酔の何が危険なのでしょう。一番危険なのは、麻酔で事故が起こり得ることを認識していないこと、つまり無知です。たとえば、気管支鏡や胃鏡は暗くして行ないます。そうして、患者には局所麻酔薬と鎮静薬を与えます。

日本のやり方では、その際に患者の状態を専門に監視しケアしていく担当者がいません。麻酔科医である私からみればおそろしいことですが、検査を担当する医師もルールを作る医師もトラブルが起こり得ることを知りません。事故の発生率は低いので、「特異体質」「担当医師の例外的な無能力」で片付けます。しかし、「特異体質」でも「無能力」でもないのです。たまたま患者の薬物への反応が強く、それに時間が長くかかったりてこずったりして担当医師が患者に容態に気を配る余裕がなくなる、という組み合わせが事故を起こすのです。

何事もなければ、監視者がいなくてかまわないのですが、

- 一 術者・施行者が手術や処置に熱中する状況と、
- 二 患者の状態がおかしくなる状況

とが組み合わさると、事故になります。

そういう二つのことが組み合わさる率は低いので、事故の発生頻度は低くて無視されるのです。他の例を挙げれば、術者が自分で脊椎麻酔を施行して手術もするのは普遍的なやり方ですが、その際に、手術が予想よりむずかしくて手こずり、脊椎麻酔が予想より高く効いて呼吸が止まる という組み合わせで事故になるというわけです。

安全か安価か

ここに説明したのは、「現在の日本の麻酔科医療は、安価だが危険がやや大きい。しかし、それは割りに合うかもしれない」という立場です。

この論理にもデータにも反論があるでしょう。しかし、安全のためには「いくらお金を払ってもいい」とか「絶対安全でなくては」という主張は受け入れられません。社会の資源は有限であり、その有限の資源の条件では「絶対安全」とは「絶対不可能」な目標だというのが基本認識なのです。

安全を向上させるべく努力を惜しまないのはもちろんです。それが安価に達成できればもちろん望ましいことで、パルスオキシメーターはその典型です。

参考文献：

Rosen M, Fujimori M. Maternal mortality and manpower. Comparisons in relation to anaesthetists, obstetricians, and paediatricians in England and Wales and in Japan. *Anaesthesia* 40: 892-895. 1985.

☆手術が危険

麻酔も安全とはいえませんが、「死亡率」「重大な合併症の起こる率」という意味では、安全度は手術のほうがはるかに低いものです。これは当然です。麻酔と比較すれば、手術ははるかに複雑で、一つ一つが異なり、操作の数も多いもので、それだけ過ちを犯す機会も多くなります。ただし、手術は本質的に危険が伴うので、たとえ事故があっても新聞沙汰になるのは稀です。この点は、検査や麻酔の事故が大きく報道されるのとは性格が異なります。

ともあれ、たいていの大手術は安全率がかなり低いもので、その安全率を一般の方が十分に評価して手術を受けているとはとうてい思えません。

割に合わない手術

今、割に合わない手術というのを数字の上で考えてみます。まず極端に割に合わない条件を仮定します。

例1：極端に割に合わない条件

手術を受けないで寿命が五年もつと仮定
 手術がうまくいって寿命が一年延びる（6年になる）
 手術を受けてすぐ死ぬ確率が五十%

そうすると、手術を受けて寿命の延びる期待値は、

うまくいった場合 一年
 まずくいった場合 マイナス五年
 確率は五分五分だから
 平均して マイナス三年

つまり、この条件では、手術を受けることによって、寿命は平均三年縮まることとなります。到底割に合わない手術です。

これは実は極端な条件を想定したのであって、一般にはこれほど悪い手術や条件はごく少ないといえます。しかし、これほど悪くはなくても、あまりよくもない手術も沢山あります。

次に、すこしましな条件で考えます。

例2：すこしましな条件

手術を受けないで寿命が二年
 手術がうまくいって寿命が三年延びる（五年になる）
 手術を受けて死ぬ確率が二十%

今度はかなり現実的な条件です。

そうすると、手術を受けて寿命の延びる期待値は、

うまくいった場合 三年
 まずくいった場合 一二年
 確率は4対1だから

平均して $3 \times 4 / 5 + (-2) \times 1 / 5 = 2$

つまり、この条件で手術を受けると、「うまくいけば寿命は三年のびるはずだが」、手術で死んでしまうこともあるので、実際に寿命が延びるのは平均二年に過ぎないということになります。

ところで、見落してならないのは、この仮定はガンの手術の治療成績としたら極端にいい成績、たぶんよすぎる成績を仮定している点です。理由は簡単で、上に書いた条件では、手術後の五年生存率が八十%近くもあることになるので、そんなにいい手術は、ガンの手術ではごく稀なのです。悪性腫瘍の手術で、五年生存が八十%近くもあるものは例外中の例外です。一般の胃ガン手術では、五年生存率はこれよりはずっと低いものです。

それからもう一つ、実際には手術の死亡率はかなり高いのも問題です。

寿命は自分で使えるか

この中で、手術直後たとえば一ヵ月以内に死ぬというのがとくに重大な問題です。こういう手術は、術後の寿命はなかったのと同じです。家に帰って、死ぬ準備とか、最後の楽しみをもつ余裕がまったくありません。

そういう手術は、少なくありません。この本で強調したいのも実はこの点で、「寿命を自分で使いたい」という点を強調しています。ところが無理な手術を受けると、残りの寿命を自分で使えないことが多いので、それを何とか避けたいというのが、本書の考え方のポイントなのです。

絶対安全はない

手術の安全率は、麻酔の安全率と比較したらずっと低いものです。処置がそれだけ複雑ですから避けられません。麻酔の場合は、費用の問題から安全率を議論しましたが、手術の場合にそれを行っていないのは、一つは私が専門家ではないからですが、同時に手術が多方面の技術の組み合わせで安全率の高いものと低いものが混在していて、解析ができていないからです。それにしても、手術は絶対安全ではなくて、しかも危険率がけっこう高いことは認識しておいて下さい。

☆危険な手術の例

手術の中には、基本的に危険なものが多数あります。手術そのものを切り抜ける可能性が高いとはいえないものです。それをまず考えてみます。

リンドバーグとジャンボジェット

私たちが、ジャンボジェット機に乗って外国に向かう際、それが落ちる可能性はほとんど考えていません。基本的に安全と考えています。墜落の危険性は十万回に一回もありません。これと比較したら、手術や医療全般の危険率はずっと高いものです。

リンドバーグが大西洋を無着陸で飛んだのは1926年のことで、リンドバーグの前に数十人の飛行士が挑戦しました。無事船に助け上げられた人もいますが、かなりの数の飛行士が生命を落としました。

手術にはこのレベルのものが 있습니다。リンドバーグでは実感がないので、現在の事例で述べると、ヨットで太平洋を横断して無事に目的地に到達できる程度のもの、エベレストに登って、無事登頂できる程度のものがあるのです。エベレストに登るつもりで遠征して無事登頂できる確率は50%は切っています。生命は落とさないとしても、登頂できずに退却しているのです。

現在の技術で、無事に退院できたら上等という手術がこれです。無事に退院できても、結局数年以上生きる可能性が半分はない手術もあります。そういうものは、医師が悪いものではありません。その手術がそういう種類のものなのです。

この点を、医師は患者に知らしめるべきであり、患者は医師に問いたさすべきです。手術には基本的に危険で、術後の死亡率が非常に高かったり重大な障害の残るのが当たり前のものが多数あるのです。

次の文章を眺めて下さい。

脳障害に関する意見

鑑定事項にはないが、本件における脳障害の原因についての鑑定人の意見を述べる。本件は、原疾患・手術の要因・長時間の体外循環などによって、脳組織の代謝バランスが危機的になっていたところに、短時間の心停止が加わったことによって一部回復不能な損傷を受けるにいたったもの、というのが鑑定人の推測である。これは人体の生理や医学の知識と経験に基づく推測であるが、明白な根拠はない。

本件は、原疾患そのものが複雑な奇形であり、機能面の障害も大きく、それを修復する手術も困難をきわめた。術中や術後のケアも困難であった。本件の心停止とそれに続発した脳障害は、安全度のはるかに高い手術に発生したもの、たとえば胃切除術や単純な心房中隔欠損修復術に発生した心停止と脳障害とは、意義がまったく異なる。

本件のような疾患において、術中から術後の経過中、何事もなく完璧に円滑に経過することを医療に期待するのは誤りである。医療はまだそのレベルに到達していない。

患児・家族をはじめ関係者にとって不幸なことではあるが、本件は予測できなかった医

療事故ではない。ある程度の頻度で発生することの避けられない「合併症」とよぶべきものである。

上に示したのは、ある大手術に続発した重大な合併症の鑑定を裁判所から依頼された際に、私が「鑑定依頼事項にはないが」という注釈をつけて記述した文章です。この手術自体は、小さな子供の心臓の手術であって、ガンの手術ではありません。しかし、この考え方は一部のガン手術にも当てはまります。つまり、ガンの手術にもこのグループのものがあるのです。

心臓手術の場合は、手術がうまくいけば余命が長いので、危険はあっても「可能性があるなら手術を受けさせよう」という考え方も親の気持ちとしてはあるかもしれません。

しかし、六十歳の自分がガンだったら、どうでしょうか。とくに、八十歳になって、明らかに体力も能力も落ちていたらどうでしょうか。手術後に植物人間になる危険が高率にあるような手術を、私は自分で受けたいとは考えません。家族に受けさせたいとも考えません。

危険の条件は植物人間とは限りません。死亡を含めて重大な合併症の起こるものはダメです。

危険なガン手術の例

上の鑑定書のような趣旨のあてはまりそうな手術の例を挙げてみます。

膵臓や十二指腸の悪性腫瘍：昭和天皇の手術の項目を参照して下さい。

総胆管の悪性腫瘍：手術は上の病気とほぼ同じなので、考え方も同じです。

骨盤内臓全摘術：膀胱ガン・子宮ガン・直腸ガンが広く転移している場合に行なう手術です。

肺切除術の際に大血管も修復する手術：肺ガンが広がっていて、肺の部分切除や一側肺切除だけでは済まず、肺動脈の本管をつけ替えるとか、大静脈をつけ替えるなどのことを行ないます。

この種の手術は術直後の死亡率が高く、たとえ死亡しなくても障害が強く、しかもそれを何とか乗り越えても結局再発で死亡する危険が高いので、得るところは非常に小さいと考えます。

ガンの手術ではありませんが、高齢者が受ける可能性のある手術としてジャネッタの手術という三叉神経痛に対する手術があり、別に項目を設けて詳しく説明しました。

あるベテランの医師の言葉から

1995年夏のことですが、こういう手術によくつき合う医師が、こういうことを言うのを聞きました。「無茶な手術をする医師は、昔で言えば成果の挙がらない条件で、無茶な突撃

を繰り返す無鉄砲な指揮官のようなものだ。203 高地の乃木さんみたいに」というのです。

今の軍人には、こういう戦争はありえないでしょう。戦争はもっと情報を整えて理性的に行なうのがルールであり、負け戦の可能性が高い場合は戦争を仕掛けないはずですから。だから、無茶な手術をくりかえすこういう外科医は、今時は珍しい種族だといえます。

これも 1995 年夏のことです。四十歳の男性が膀胱ガンで骨盤全摘術を受けました。この手術を受けると、性機能を失います。それを嘆いて可哀そうでした。そうして、寿命は半年延びるでしょうか。今の私だったら、この手術は受けないでしょう。むしろ、しづかに死ぬほうを選びたいと考えています。ただし、私の年齢が 40 歳だったら違うかもしれません。できるだけ処置をして、あとは万一に賭けるかもしれません。

手術は患者のためにするのか？

手術は患者のためにする、というのが医療の本来のあり方ではありません。しかし、現実には術者が手術をしたいから手術をする、ということが起こります。これは仕事というものの基本的な性格なのです。外科医が特別冷酷だとか残酷なのではありません。外科医に限らず、働くことの好きな人が、本来の目的以上に仕事自体が好きだから仕事を作って働くことはよくあることです。

「金儲け」とか「功名心」の面からだけ、この点を考えるのはあやまりです。あやまりであるだけでなく、その先の判断を狂わせるものになります。そうではなくて、もっと内的な「仕事をしたい」という人間の本性なのです。外科医は一方で手術をしたい内的な欲求があって、それを患者の必要とバランスさせ、時には自分の欲求を制止しながら行動しています。しかし、このバランスは時に崩れます。とくに、新しい手術法を考案したという時などには危険が大きいかもしれません。また、もともとバランスのひどく崩れている医師もいます。通常はバランスがとれていても、時には勇み足する医師もいます。人間ですからそれは避けられません。それは患者自身が賢くなって避けるしかありません。

ついでにいえば、そういう要素のまったくない、いつも冷静なだけの医師は、こんどは情熱の必要な時に患者のために獅子奮迅の働きをしてくれないかもしれません。こういう情熱は、仕事を支える大きな力なのです。だから、仕事に情熱を燃やすグループの医師を、「患者のためにならない、悪い医師」と考えたら大きな間違いです。

☆条件の悪い手術

前項からの続きになりますが、手術そのものはそれほど大きくはないのに、患者側の条件が悪くて、結果的に術後の経過が悪い手術というのがあります。

ガンとの関係でとくに重要なのは、心臓・肺・肝臓・腎臓の働き、それに栄養状態と術前の活動などです。このうちで、心臓の問題だけは別に扱います。

低肺機能と肺の問題

一番重大なのは肺です。喘息や気管支炎・肺気腫などがあると、術後の肺合併症（肺炎など）の発生率が高く、それが結果的に死を招いたり、入院経過がひどく長引いたり、身体他の部分に障害を残したりすることになります。

たとえば、重症の喘息がある場合や、肺活量が極端に低下している場合、それで大きなガン手術を受ければ、術後の肺合併症は必発です。手術と麻酔に関連した種々の要素が喘息の発作を誘発し、発作が起こるとふつうよりもケアしにくくなります。

禁煙トレーニングを

私自身も一応喫煙者ですが、量が極端に少なく好みも強くありません。ですから、喫煙者の本当の気持ちはわかりません。

喫煙が肺に悪いことは確実で、悪い理由は二つあります。

一つは肺気腫や気管支炎の原因となること、もう一つは肺ガンを起こすことです。巷では肺ガンが強調される傾向がありますが、頻度からいえば肺気腫や気管支炎のほうがずっと高く、病気としても重く生命にもかかわります。それを承知の上で、自分の責任であえて喫煙するのは自由ですが、それでも、ときどきでいいですから禁煙の練習をしておいて下さい。理由は、禁煙がどうしても必要になる場面があるからで、その一つが手術直前一週間です。これができないと、手術後の肺合併症の発生率が非常に高くなり、苦労が大きくなります。だから、一～二週間程度なら禁煙できるように、常時トレーニングしておいてほしいと考えます。

バーナード・ショウだったと思いますが、「禁煙くらいやさしいことはない。私は何十回もやった」という逸話があります。もちろん、禁煙がむずかしいことを自嘲しているジョークですが、手術との関連でいえばそれでいいのです。一週間か二週間止められるようにときどき練習しておいて下さい。

消化器のガンの無理な手術：低栄養＋低肝機能

消化器のガンの場合、肝臓の働きが重大です。消化管（食道・胃・腸）のガンでは食べることで体が障害を受けますから、それだけでも栄養が悪くなりやすいのですが、それに肝臓の働きの障害が加わると、栄養低下が強度になって全身のいろいろな機能に障害が及びやすいからです。各種のタンパク質は肝臓で作られるものが多いので、肝臓が悪くなると血が止まりにくくなり、傷の治りが悪くなります。免疫抗体もタンパクですから、感染

も受けやすくなります。そうすると、手術そのものはふつうに行なわれたのに、大量出血でむずかしくなり、術後にもう一度手術室へ戻ることになります。傷が治らないので手術の傷をもう一度縫い直す破目にもなります。ふつうなら負けないはずの変な細菌の感染が起こります。

飲酒は肝臓の負担になります。習慣的な飲酒を急に止めるのはむずかしいかもしれませんが、少なくとも手術の直前は止めて下さい。まあ、たいていの病院では飲酒はむずかしいでしょうが、でも個室に入院していてコッソリということはありません。

飲酒も喫煙も、数日止めただけでそれなりの効果はあるものです。

身体を動かせるか

ある程度元氣よく身体が動かせる人は、手術中も術後も合併症の発生の危険が低くて済みます。はげしい運動は要りません。週に一回ゴルフをやるとか、主婦の方なら二、三日に一度は近くの盛り場まで歩いて買物に出る元氣があれば大丈夫です。

栄養が悪くて体力が低下して動くのが大変という状態では、小さな手術でも重大な合併症の危険が増します。同じことは、神経や骨や関節が冒されていて、身体を動かせない場合にも当てはまります。

高血圧と糖尿病など

現代の成人病である高血圧と糖尿病は、コントロールできていれば基本的にはあまり重大なことはありません。しかし、コントロールできていなければ、術中から術後の合併症の発生頻度が高いものです。たとえば、高血圧なら冠状動脈障害・腎障害・心臓の他の異常・脳循環の異常（脳出血や脳梗塞）などが起こりますし、糖尿病の患者では感染・末梢神経障害・眼の障害などが起こります。そういう障害が起こると、術後に身体を動かせないという問題につながります。

こういうものはコントロールできていれば障害はずっと軽くなるので、平素から治療を受けておいて下さい。

頻度が高く重大な冠状動脈不全の問題は別に触れます。

肥満というのは、手術との関係では重大な問題ですが、ガン患者で肥満というのはごく稀で、あまり重大ではないでしょう。

☆狭心症と手術：周術期の心筋梗塞と心臓死

日本でも、冠状動脈不全・狭心症・心筋梗塞などが増えてきました。冠状動脈とは、心臓そのものに外側から血液を送る動脈で、その血の流れが悪くなって起こる病気です。

この群の病気は、手術との関係が非常に悪いものですが、手術を担当する医師は、狭心症と手術との関係をあまりよく知りません。一方、内科の循環器の医師も狭心症そのもののことはよく知っていますが、手術との関係を知っている人は多くはありません。循環器の医師は、その冠状動脈そのものの手術つまり冠状動脈バイパス手術のことはよく知っているのですが、他の手術たとえば消化器の手術と冠状動脈の病気との関係の知識はずっと少ないのがふつうです。

手術前後の心筋梗塞と心臓死

しかし、冠状動脈の病気つまり冠状動脈不全・狭心症・心筋梗塞は、手術からみると実に具合の悪いことなのです。麻酔と手術の最中も心臓の働きが悪くなりますが、それ以上に悪いのは術後に心臓の働きが悪くなる点です。手術前後の時期を「周術期」と呼びますが、この周術期は心臓に負担のかかる理由がいろいろあり、冠状動脈不全がある心臓は周術期とくに術後に心筋梗塞と心臓死を起こす危険が高いのです。

さいわいにして、この問題はよく検討されていて、アメリカを中心にしてデータが整っています。心筋梗塞または心臓死する危険率を、患者の術前の状態と手術の組み合わせから、計算できます。いくつかの例で、これを実際に計算して示します。

考えるべき要因は、手術が緊急手術か定時手術か、手術の種類、患者の年齢、狭心症の有無、心電図の変化の有無、以前に心筋梗塞を起こしているか否かなどです。

いろいろな条件、術前の病気が軽い条件や重い条件、手術が大きい場合や小さい場合、緊急手術の場合などを組み合わせて計算してみます。

例 1。軽い心電図変化のある 45 歳の男性のヘルニア手術

ごく軽い変化があるだけの中年。

これくらいでも、心筋梗塞の発生率ないし心臓死の率は 2.3% もあります。

例 2。心電図に虚血性変化のある 72 歳の女性の緊急胃切除手術。心臓の症状はない。

症状はありませんが、高齢と緊急の上腹部手術で、心電図変化もあります。

危険が高くなり、発生率が 27% と高くなります。

例 3。75 歳男性。過去に心筋梗塞を起こしており、現在も狭心症発作が時々ある。

軽い心電図変化もみられる。今回、腹部大動脈瘤の手術をうける。

この方は高齢に加えて過去に心筋梗塞があり、手術が大動脈をいじるなどの要因で危険がさらに高くなります。58% です。

プログラムと基礎データとの関係

この計算の基礎になっているデータと、それを解析した計算式はこの項目の最後に示してある Shah という人たちの研究論文に載っています。千人弱の高齢者と冠状動脈疾患のある患者の周術期の経過を解析し、どの要因がどのくらい重要かを分析したものです。ちなみに、四十数例の心筋梗塞と心臓死が発生しています。アメリカでのデータですから、そのまま日本人には当てはまるとは考えられませんが、日本にはこれだけ整ったデータも解析もないので、そのまま使わざるをえません。日本人はアメリカ人と違うといっても、日本人ではもっと障害が強いのか逆に障害が起こりにくいのかわかりません。

なお、この論文はあまり有名ではありませんが、類似の研究で古いながら有名なものに Goldman のものがあります。計算結果は類似しています。Goldman が有名なのは、高名な心臓病学者の論文であることと、発表されたのが New England Journal of Medicine という購読者数の多い雑誌だったことなどによるでしょう。Goldman のものも、考え方は同じですが、これを使って計算するのは入力に面倒で使いにくくなります。プログラミングも面倒です。Shah のものは、計算そのものは複雑で手計算は不可能ですが、パソコンでのプログラミングが簡単な上に入力がしやすく、できたプログラムが使いやすいので、私はこちらを採用しています。

Shah も Goldman も、基礎データの心筋梗塞発生の規準は厳密で、血液の酵素を測定して、化学的に心筋の酵素が上昇したら発生したと診断しているのです。ごく軽いものも心筋梗塞発生として扱っています。これには異議を唱える人もいるでしょうが、それが立派な心筋梗塞であることも事実で、心筋梗塞でないわけではありません。

プログラム入手法

計算式は、手で計算するのは大変なので、私自身がパソコンにプログラムしました。フリーソフトウェアで入手できます。当初は 98 用の Quick Basic という言語を使ったので、NEC の PC98 シリーズでしか使用できませんでしたが、現在は Windows 用の Visual BASIC に書き直したので、Windows 3.1 または Windows95 の動くパソコンなら使えます。Visual BASIC そのものは必要ありません。ご希望の方は、

- 一 ウィンドウズでフォーマット済みフロッピー（2HDでも2DDでもよい）
- 二 返信用封筒
- 三 何がほしいかの簡単な手紙

（著者は多数のソフトを配付しているので、
具体的に述べてくれないと判断不能です）

を添えて、著者まで申込んで下さい。

PC9801 の MS-DOS 用には、Quick Basic 版もあり、それはこの項目の終わりに書いた CD-ROM つき参考書に載っています。

この知識をどう使うか

この分析で得た知識をどう使うでしょうか。私はこう考えますが、いかがでしょうか。た

たとえば、心筋梗塞の危険が数十%もある手術を受けるとしたら、他の条件がよほどいいか、あるいは病気が重大でなくては割に合わないと考えます。

たとえば、生命にかかわることもなく、日常生活にも無関係な手術は受けません。一般的な条件なら、たまたまエコー検査で胆石が見つかって、何も症状がないのに胆嚢摘出術を受けることはおかしくありません。胆石を放置すれば、胆嚢炎発生の危険はあるしガンの発生などの危険もあるという意見も有力です。

しかし、基礎に心臓疾患があって心筋梗塞の危険が数十%もあるなら、何も症状がないのに胆嚢摘出を受けるのは割に合いません。胆石を放置することによる上記の危険は、全部あわせても数%しかなくて、それもおそらく十年以上かかります。そんな、不確実で低い危険を防ぐ目的で蓋然性の高い危険を冒すのは愚かな選択です。

逆に、こんなこともいえます。この条件でどうしても必要な手術を受けるなら、たとえば胃ガンで胃の摘出手術を受けるなら、受けること自体は合理的でしょう。しかし、手術からそのまま天国行き、そうでなくても長期間にわたって入院状態になる危険がこんなにあるのですから、入院に際しては十分に身辺整理をし、遺言も書いておくべきです。

手術そのものは一見小さくても、そういうところがふつうの条件とは異なるのです。

参考文献

Shah KB et al. Angina and other risk factors in patients with cardiac diseases undergoing noncardiac operations. *Anesth Analg* 70:240-247. 1990.

Goldman L et al. Multi-factorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. *New Eng J Med* 297:845-50. 1977.

諏訪邦夫、尾崎真著 CD-ROMによる医科学フリーソフト 克誠堂、東京、1995
(3500円)

☆狭心症の手術

割に合う手術か割に合わない手術かを考える例として、CABG（冠状動脈バイパス手術：coronary artery bypass graft の略）を検討してみます。

この手術は割に合うか

CABG なら常に割に合うとか、CABG は常に割に合わないとはいえません。受けたほうがいい条件と、受けないほうがいい条件とがあります。

まず、受けざるを得ない条件と、受けるほうがいい条件とを常識で考えてみます。

狭心症の症状が強くて日常生活が大幅に制限されている場合、それが手術で解決して心臓の働きが回復し、日常生活もある程度よくなる可能性が高いなら、受けるほうがいいこととなります。この際にもう一つ重要なのは、絶対安全に近いくらいに成績のいい施設、医師などのスタッフのそろっている施設が選べる点です。直接死亡率は、一応 1%以下としておきます。読者の方はもう一桁下の数値を、つまり千人に一人も死なないという条件を求めるかもしれません。しかし、それはこの手術については現実的ではありません。それほど好成績の施設は私の知識にはありませんし、もしあるとしたら眉に唾をつけて聴くでしょう。

受けないほうがいい条件はこうです。

自覚症状が何もなく、たまたま EKG で異常がみつかっただけとか、心機能は十分だが冠状動脈に狭窄があることはたしかだ、という程度なら手術を受ける条件にはなりません。この点は、病変のパターンや数・心筋梗塞の既往・症状・日常生活の制約はごく軽いなどなら、受けないほうの条件に加点です。

もう一つ、成績のよくない施設で受けてはいけません。一応、直接死亡率が 5%以上としておきます。こういう数値は実際より低く報告される傾向があり、とくに成績の悪い施設は数値をよく見せたがる傾向があるのがふつうですから、報告値 5%なら実値はもっと高いと思わねばなりません。

1%と 5%はあまりちがわないと考えますか？ 死んでしまう危険が 5 倍もちがうのですよ。差は大変なものです。

術者がうまいかどうかも大切ですが、手術の体制も重要な要素です。たいていの場合は、術者が上手だと人が周囲に集まって体制もできるものですが、一概にはいえません。

PTCA と CABG の選択

CABG の代わりに、血管から管を入れて X 線透視の下で風船（バルーン）を膨らませて血管を押し広げるのが PTCA です。percutaneous coronary angioplasty の略です。これと CABG の選択の問題は、技術的になりすぎるので議論は避けます。基本的には PTCA のほうが安全ですが、その代わり PTCA は有効な期間が短いかもしれません。

それよりも、重大な問題として PTCA しかやらない施設で PTCA を受けないで下さい。PTCA は、百例に一例から百〇例に一例の頻度で緊急 CABG が必要になります。その緊急 CABG が

できない施設で PTCA を受けてはいけません。必要になった時に、別の施設に移送するのは CABG の危険を非常に大きくします。

それならむしろ、内科的治療だけ、つまり薬物療法だけのほうがましです。だいたい、狭心症に対して CABG や PTCA が薬物療法より大幅に有効だという結論は出ていません。条件によって、有効な場合がありますが、差は大きくはありません。

CABG と PTCA の争い

CABG と PTCA の両者のいずれがいいかは一概にはいえません。患者からみれば、手術をしないで腕か脚の血管から風船つきカテーテルを挿入して治してしまう PTCA はありがたいのですが、どんな狭心症でもこれで治せるわけではありません。

CABG の専門家と PTCA の専門家は、当然互いに自分のほうが有効性が高いとか利点が大きいと考えています。おまけに、PTCA を行なう際に常にうまくはいきません。時には、広げるつもり血管が逆につまってしまって、外科医の助けを得て緊急手術が必要になります。当然、一方で争いながら他方で協力関係を保つ必要があります。

さらには、純粋に内科的に薬物治療で対応できる、という主張もあり、その人たちは PTCA にも CABG にも利点はあまりないと考えます。しかも、こういう問題は個々の患者で異なるので、意見がわかれやすいわけです。

沢山行なっている施設で受けること

PTCA も CABG も、沢山行なっている施設で受けて下さい。年間五十例未満の施設ではだめです。実は、年間百例未満ではだめといたいところですが、そういうと日本で受けられる施設が非常に減ってしまうでしょう。

年に五十例というのは週に一例未満ですからこれでは少な過ぎて、体制が習熟しません。手術の数は、日本も急速に増加しはじめていますが、しかし全体としてはまだ少ないものです。増えたのもごく最近のことですから、周辺の体制が充実していません。

アメリカで受けるか

この手術に限っては、一九九六年の時点ならアメリカで受けるという考え方がありうるでしょう。アメリカは症例数が極端に多く、それも近年急速に増えたのでなくて、もう二十年も続いています。つまり累積の数も多いのです。したがって、この手術に関係した技術や体制が真に成熟しています。

こうした考え方は、CABG に限りません。他の一部の手術にも当てはまるかもしれません。アメリカ人は手術が好きで数が多いから、手術の技術や体制ができやすいのです。それを利用してもらおうということです。

この考え方には、もちろん欠点もいろいろあります。円高のおかげで、度胆を抜かれるほど高価ではないでしょうが、健康保険が効きませんから、高額医療費をまるまる払わねばなりません。健康保険本人なら、日本のほうがはるかに安いでしょう。もっとも、保険組合がある程度補填してくれるでしょうし、収入が多くて税金の高い人の場合は医療費は

控除されますから、その意義も大きいかもしれません。

アメリカという別の文化、別の言語圏で医療を受ける問題が加わりますから一般の方には無理かもしれませんが、外国に行き慣れている人なら抵抗は少ないでしょう。

一般論とすれば、日本で上手な施設を探すほうが現実的でしょう。

☆割に合わない手術：ジャネットタの手術

割に合わない手術、私なら受けることを逡巡する手術の例として、もう一つ「ジャネットタの手術」を考えてみます。この手術はガンとは無関係ですが、三叉神経痛または顔面けいれんに対する手術で、うまくいけば確実な根治手術ですが、けっこう問題はあります。手術の合併症が大変に重大な結果を招くことのある例として、説明してみます。全部が割に合わないとはいえませんが、条件によっては勧められません。

まず、症例を三つほどみて考えます。

症例一：三十歳女性、フルート奏者

若い方にはめずらしい三叉神経痛です。三叉神経痛は、顔面に激しい痛みの走る病気で原因はわかっていませんが、後に述べるように頭蓋骨の中で血管が神経に触ることが原因の一つであることは間違いないようです。頻度的には高齢者に多くて若い人にはめずらしい病気です。

当時、三叉神経痛が腫瘍で起こる場合のあることがわかったので、早速調べたところ三叉神経の根元に小さな腫瘍がみつけられました。腫瘍そのものは良性で小さいのですが、それが三叉神経を圧迫して神経痛を起こしている可能性があります。

三叉神経痛の治療は、神経ブロックもかなり有効ですが、効果は一年程度しか続きません。内服薬もよく効きますが、根治的ではなく副作用もあります。この方の場合、職業として管楽器を演奏するので、神経ブロックで唇や口のまわりの動きと感覚が障害されるのは一般の方より重大なことであり、神経ブロックはあまり行ないたくありません。

腫瘍が見つかってまもなく、危険は伴いますがうまくいけば根治治療になると決断して手術を受けました。これによって三叉神経痛は完治し、後遺症もなくその後はペインクリニックとの縁は完全に切れしました。

症例二：75歳女性、無職

三叉神経痛で、もう二十年以上も神経ブロックを繰り返してきた患者さんです。以前から、ジャネットタの手術の話はしていましたが、「手術はいやだ」という患者さんの意向で神経ブロックと薬物の組み合わせで治療を繰り返していました。神経ブロックは一年～三年有効ですが、ブロックそのものがむずかしいので、行なう際には1度では必ずしも成功せず一週間の間隔で二回か三回くりかえしています。手術そのものの問題は後で述べます。

ご自分では手術を逡巡していたのですが、知り合いで類似の病気で手術を受けてうまくいった人がおり、そちらから手術を勧められ相談を受けました。

この方の場合、ブロックはむずかしいけれども効果が長く、また内服薬も少量で有効です。高齢でもあるので、手術を受けずに現在の方針で治療するのがいいというのが私の意見でその旨を伝えました。ただし、それは私の意見であって、受けてはいけなことはないとも述べました。

ところが、大変なことになりました。この方は結局決断して手術を受けたのですが、術

後出血が起こって脳が障害され、さらに水頭症にもなり、現在植物状態になってしまって気管切開も受けています。

手術の時点ですでに退職はして生産年齢ではありませんでしたが、手術前のご家族と元気に生活して時には旅行もしていました。それが手術の合併症によって植物状態になり、ご家族にも大きな負担をかけることになってしまったのです。

症例三：48歳男性、会社員

この方は、顔面けいれんという病気です。この病気は、顔面神経が異常に興奮して顔の片側の筋肉がピクピクと動いてしまいます。会社勤めですが、お仕事は技術関係で営業のように人と会うことが多いわけではありません。三叉神経痛の同様の手術で治療の可能性があります。

ペインクリニックで治療はしていて、手術の可能性ももちろん話しました。顔面けいれんは、三叉神経痛と比較すると神経ブロックの有効性が低く、薬物もあまり効きません。しかし、ジャネットタの手術がうまくいけば根治します。しかも、ジャネットタ手術の有効性は三叉神経痛よりすこし高いようです。

この方が手術を考え始めたのは40歳前のことですが、結局手術を受けないで十年以上経過しています。治療に苦勞していますが、でも万一の危険があるのでジャネットタ手術を受けたがりません。私も強く勧めてはいません。私の気持ちでは、この方の場合には人生の一番活動性の高い時期なので、手術を受けて根治して十分に活動したほうがいいのではないかと考え、そうした意見を述べたこともあります。一方、万一の危険はあるので強くは勧めていません。

ジャネットタの手術

以上の三例で考えたり受けたりしているのが、「ジャネットタの手術」と呼ばれるものです。この手術は、三叉神経痛または顔面けいれんに対する手術で、神経の根元の部分を圧迫している血管をどかして、そこにクッションを入れて圧迫をとる処置で、「ジャネットタ」は手術を開発した医師の名です。もっとも、第一例は腫瘍があつてそれをとっているのので、正確にはジャネットタ手術でなくてふつうの腫瘍切除術ですが、考え方・やり方・合併症などは基本的には同一です。

本当のところ、三叉神経痛や顔面けいれんの原因が、血管の圧迫によるかどうかは疑問もあります。しかし、この二つの病気にこの手術をするとかなりの確率で治ります。この場所に腫瘍が見つかった場合、その腫瘍をとるとやはり治ります。

血管圧迫除去手術の有効率は報告によって異なりますが、三叉神経痛で五例中四例、顔面けいれんでは20例中19例というところでしょう。有効率80～95%の手術というのは、手術の成績としては特別優秀なグループに属します。こんなに有効な手術はあまりないともいえます。

しかし、ジャネットタ手術では重大な合併症が起こりえます。第二例で、まさにそれが起こってしまいました。手術するのは脳の中で、とくにせまいところに機能が集中している

「脳幹」とよばれる部位で、呼吸や循環の中枢に近く、また大脳と脊髄を結ぶ経路としても重要な役割を果たす領域です。そこに手を加えるので、生命そのものの危険と隣り合わせです。当然、この手術には死亡例も多数あります。また死なないまでも、この例のように植物状態とかその他の重大な合併症が起こって、術後の生活が大きく障害されます。

この手術にこうした危険が伴うことは、すでによくわかっています。ただ、その正確な頻度は不明です。手術の成績というのは、成績の非常にいい術者はそれを誇るべく数値を発表する場合がありますが、成績のよくない方は発表しないことも多く、したがって発表された数字をそのまま一般論として採用はできません。

重大な合併症の起こる危険は、千例に一例よりは多いとされています。もしかすると、百例に一例より多いかもしれません。それを「非常に危険だ」と評価するか、「その程度なら」と評価するかは患者さんの考え方や病気そのものの重さにもよります。第三例で「万一」という表現を使いましたが、重大な合併症の頻度が一万件あたり一例より高いのは確実です。

私の考え方

この手術に対して、私はこう考えます。手術そのものは三叉神経痛と顔面けいれんは類似していますが、患者のグループ・手術の効果・他の治療の効果などいくつかの要因が異なります。それを表にしてみます。表からわかるように、手術はほぼ同じでも、評価は違います。いずれの手術も、脳幹の障害による死亡ないし慢性の脳障害がおそろしい点は同じですが。

顔面けいれんは、神経ブロックも内服薬もあまり効きません。若年者が多いためもあるでしょうが、手術の有効率が高く合併症の頻度は低いようです。したがって、私はある程度積極的に手術を勧めることにしています。

これに対して、三叉神経痛に対する評価は違います。こちらは、患者に高齢者が多く、私の技術でブロックがかなり有効であり、薬（カーバマゼピン）もよく効きます。一方、手術の有効率はやや低く合併症の率は高いようです。その条件で、手術を勧める根拠は乏しいので、私は手術の話はしますが、積極的には勧めません。ただし、そうはいつでも実際には患者さんが手術を希望して、無事根治状態になっている方も多数います。しかし、第二例以外に重大な合併症こそ起なかったが効果もまったくなかった患者さんも何人かいます。

私自身が今の時点で三叉神経痛や顔面けいれんになったら、すぐにはジャネッタ手術は受けません。少なくとも何回かはペインクリニックで治療を受けます。

三叉神経痛ならブロックとカーバマゼピンの組み合わせで、おそらくある程度抑えられると予測します。どうしてもコントロールできずに辛らければ、思い切って手術を受ける可能性がゼロではありませんが、おそらく受けないでしょう。三叉神経痛へのジャネッタ手術は有効率が低いのも理由です。

顔面けいれんの場合、内服薬はあまり効きませんが、すこし試してみましよう。私の年齢ではもう麻痺してもかまわないので、末梢神経のブロックか切断手術を受けるかもしれ

ません。それでも効果がなければ、放置するかもしれません。病気の程度にもよりますが、私の年齢になったら顔面けいれんも顔面まひも若い時ほど重大ではないでしょうから。ジャネットタの手術を受ける可能性は、三叉神経痛の場合よりすこし大きいでしょうか。その場合、手術の上手な医師を一生懸命探すのは言うまでもありません。

表 三叉神経痛と顔面けいれんの背景因子とジャネッタ手術の意義

	三叉神経痛	顔面けいれん
背景因子		
年齢	高齢者が多い	若年者が多い
腫瘍の場合 (若年者にも)	稀れ	稀れ
治療の効果		
神経ブロック		
根治性	なし	なし
有効性	一応有効	効果不確実
持続	やや長い (一年程度)	短い (数ヶ月)
合併症	知覚障害	顔面麻痺
内服薬		
有効性	有効	不確実
副作用	眠気・肝臓障害	各種
手術		
有効性	やや低い?	高い
持続性	根治	根治
合併症		
頻度	やや高い?	低い?

☆事故の特徴：事例の多いものは事故も多い

事例の多いものが事故も多いことを説明します。たとえば、本書には脊椎麻酔の事故のことが繰り返してありますが、脊椎麻酔が事故の原因として重要なのは、脊椎麻酔の管理システムだけの問題ではなくて、脊椎麻酔は年間百万件程度と、そもそも数が多いからなのです。同様に、新聞によく事故としては輸血の事故があります。血液型を誤る事故です。輸血の事故がこのように重要なのは、輸血の数が多いからです。同じことで、妊娠中絶の事故が多いのも、この手術が多いからで、妊娠中絶は年間に数十万程度は行なわれているでしょう。

繰り返せば事故の可能性は増す

日本全体でという考え方でもそうですが、同じ考え方は個人にも当てはまります。例は他でも述べた検診としての胃カメラで、私が胃カメラの検査を受けるとします。その際に、麻酔事故その他で重大なトラブルが起こる可能性は、一万件に一回程度です。だからといって、「私が重大なトラブルにあう可能性は一万人に一人しかない」と解釈したらあやまりです。そうはいきません。もし、律義な人が、毎年一回胃カメラ検査を受けて、それを40年間続ければ、一万人に40件の可能性になります。同じように律義な人250人に一人は、生涯に一度はトラブルにまきこまれる、という理屈です。

新しい技術が事故を生む

新しい技術や新しい薬品は、医療においてももちろん必須であり、一方で事故を減少する方向に働くことも少なくありませんが、一方で新しいパターンの事故を生みます。

有名な例をいくつか挙げましょう。新しい薬品が事故を生んだ例としては、酸素による未熟児網膜症（未熟児を中心に呼吸の障害の強い新生児に起きた視力障害。高濃度酸素の使用が障害の大きな要因と結論されている）、クロロマイセチンによる造血障害（再生不良性貧血）、ステロイドによる満月様顔貌その他の合併症、吸入麻酔薬ハロセンによる肝障害、ソリブジン+抗ガン薬による合併症、排卵誘発薬による血管障害などの合併症などがその例です。

薬とは限りません。新しい医療機器や技術も事故を生みます。X線の発見後に、発見者レントゲン自身が放射線障害を受けていますし、共同研究者の方は放射線障害で亡くなっています。電気メス開発の初期には、まだ可燃性の吸入麻酔薬（エーテルなど）を使っていて、よく爆発が起きました。

現在では、内視鏡の検査や手術による臓器損傷があり、胃カメラによる胃穿孔も起こります。新しい技術による製品が、必ずしも故障しにくくなったものばかりではなく、時の試練を経ていないので、故障を起こして事故を招きます。

医療における「新しい技術」の特殊性

医療における新技術には独特の問題があります。薬の場合は、チェックのメカニズムが

ありますが、手術その他の医療技術そのものには、チェックのメカニズムが薬に比較すると乏しいのです。

たとえば、どう考えても変な手術や変な治療法が流行ることがあります。30年以上も前のことですが、現在の CABG ができるより以前に、心筋の中に血管を埋め込むという手術がありました。こうやって、心臓に余分の血を送り込むというのです。これはしっかりした研究で、一応決定的に否定されました。

ステロイドホルモンの発見当時、高価で入手が困難だったので、その代わりに動物（ウシやブタ）の脳下垂体を植え込むという手術がありました。植えてもすぐに死んでしまうのは明らかですが、当時は大真面目でした。

変な治療法や有効性の証明できない治療法は、現在もいろいろあります。個々の例を挙げるのは差し障りがありそうなので控えますが、例が多数あることは明らかです。一時喧伝されたハリ麻酔もそうで、針治療の有効性はある領域では確実でも、手術の麻酔法としてしてのハリ麻酔はほとんど内容がありません。

時の試練は？

それと関連しますが、時間の経過も大切です。有名なのは乳ガンに対する定型的乳房切断術、「ホールステッドの手術」とか「ハルステッドの手術」と呼ばれ、19世紀末に考案されたものですが大変に合理的に考えられていて、それだけに有用性の十分検討されないまま長い寿命を保ちました。現在では、これほど大幅に組織を切り取らなくても効果が変わらないことが判明して、しだいに行なわれなくなっていますが、それでも消滅はしていないでしょう。

この手術の場合、有効性が否定されるのにほぼ一世紀かかったのですが、ふつうはもっと早く判明します。

理屈ではよさそうでも、時間が経過するとトラブルが生じるものがあります。たとえば、乳房とか鼻の形を整えるべく、外からシリコンなどを挿入する手術があります。やり方によりますが、何十年もの経過後にそれがトラブルを起こします。身体が年をとって、すこしずつ萎縮してくるのに、挿入したシリコンは不変なので形が悪くなる場合もありますし、もっと困るのは身体の他の部分に移動していろいろと悪いことをする場合もあります。

トラブルの発生に時間のかかるものは、基本的に時間が経過しないと悪いことが判明しない性質をもっています。

現在行なわれている手術も、何十年後にどういう経過をたどるかはわかっていないものが多数あります。ただ、ガンの手術では長生きする患者は少ないので、トラブルが発生するとしても問題になりにくいでしょう。だからこそ、たまたま長生きした場合は、トラブルが発生しても原因がわかりにくい理由でもあります。

☆事故の知識と認識：医療担当者と患者

ここでは「医療事故」の知識と認識を医療担当者側と患者側から考えて行きます。

私が車を運転しない理由

私は現在車を運転しません。最大の理由は東京に住んでいて、家が JR の駅に近くて通勤は JR のほうが圧倒的に便利だからです。通勤時間は電車とバスなら一時間弱ですが、車を使うと朝 6 時くらいに家を出てもそれよりずっと長くかかります。

しかし、もう一つ理由があります。若いころにけっこう大きな交通事故にあって、生命を落としかけたからです。アメリカでのことですが、ハイウェイで事故を起こして道路の真ん中で停止しました。同乗していたワイフは怪我をしましたが、私は何ともありませんでした。大きな事故はこれだけですが、小さな事故は他にもあります。二人の息子も今のところ無事ですが、それぞれ事故を起こしています。

事故は避けられません。アメリカでは、それでも車に乗らねば生活不能ですが、私の今の環境は車がなくても生きられるので、安全度の高い電車に頼っているわけです。

医療事故はなぜ起こるか

医療事故にはいろいろな側面がありますが、一つ間違いなくいえることは車の運転と同様に必ず起こることです。ただ、車と違って、こちらは私の職業ですから止めるわけにはいきません。

永年麻酔科医をやってきた私には、医療事故がどう起こるかはある程度わかっており、それを避けるべくいろいろと努力しています。しかし、世の医師は専門医に匹敵するような知識も経験も認識もありません。そうして、事故の怖さを知りません。事故の怖さを知らない段階で私が平気で車を運転していたのと同じです。

医療担当者は「事故」という「概念」は知っています。しかし、具体的な条件を知りません。個人の注意で防げると考えています。彼らにとって、自分で経験したことの無いことや、本に書かれていないことは「起るはずのないこと」なのです。「そんな経験がない」、「私の経験にはない」、「そんなの読んだこともない」、「教科書に書いてない」ことは、「世の中に存在しない」ことなのです。

ところが、今の医療でたとえば麻酔を一生懸命行なって、一生かかって一万例程度です。ふつうの外科医が手術する件数はもっと少ないものです。他の仕事と一っしょに行なっていれば、たとえば、私自身のように教育を担当し、著作も行なっており、また管理的な立場にあればさらに少ないものです。そうすると、数万例に一例、数十万例に一例の頻度のことを、自身で「経験する」ことはありません。麻酔の場合、若い医師の年間の麻酔数は、三百件～五百件のレベルで、年間に千件以上麻酔を担当する人は、ごく稀です。それで数年経つと専門医とか指導医になります。そうした人たちは、「重大な事故はありえない」と潜在的に思っても不思議ではありません。

これと関連しますが、知識は完璧ではありません。知識というのは実際にはかないもので、

本や雑誌や新聞で読んで知識としてはもっていても、それをどれだけ身につけていくでしょうか。一部はそのやり方でも身につくでしょう。しかし、全部完璧に身につけることは不可能なことです。

「事故は当人のミス」の感覚

医療事故に対する医療担当者の感覚は、交通事故に対する感覚と非常に似ています。自分で起こした事故なら自分のミスであり、他人の事故に巻き込まれれば運が悪いのです。そうして、何の根拠もなく「自分は大丈夫」、「自分は注意しているから起こさない」という気持ちでいます。

しかも、医療事故の頻度は交通事故と較べれば頻度は少なく、新聞やテレビでも騒がれません。ですから、事故に対してそれ以上の明確な認識を持つ理由もありません。

患者はもちろん事故を知らない

まったく同じことが患者側についてもいえます。事故は医師個人の注意で防げと思っています。事故を起こした医師はよほど不出来な医師で、自分のかかる医療機関にはそういう不出来な医師はいないと思っています。新聞で読んだことはあっても、自分の問題とは認識しません。航空機事故があっても飛行機には乗るのと同じことです。

「知らぬが仏」とか「見ぬもの清し」というのはよくあることで、よくいわれるようにレストランの調理場が汚いのを見たらその店には入れないとか、航空機のパイロットが体調が悪いまま操縦席に座ることもあるのを知ったら乗る気にはなれないとかいいます。

医療も同じで、担当者が体調が悪くても無理に働いているのは患者にとっては重大でも、医療関係者にとっては毎日のルーチンですから当たり前のことですが、それを知ってしまったら医療を受けにくくなるかもしれません。

☆事故とは表現されないこと：合併症

医療事故の頻度は高くはありませんが、合併症は高頻度に起こります。でも、事故と合併症はどちらがうのでしょうか。この点について、まず私がある本の読者から質問を受けた際の解答を紹介します。

質問の内容はいろいろですが、ポイントはある手術を受けたあとで非常に苦しい思いをした、カルテを見ると麻酔記録には手術室内で「応答あり」と書いてあるが、この方はまったく記憶がないので、この記載は信用ができない、医師が何か事故を起こしたに相違ないというのです。

=====

この手術では、「術後に患者が暴れる」という現象が高頻度に発生します。これは事故ではありません。この手術に高頻度に発生する合併症です。メカニズムはわかっていませんが、手術の性質による要素が大きいと考えています。薬物そのものは、この手術だからといって特別な薬を使うことはありません。

麻酔記録に「応答あり」と書いてあるが、その記憶がないというのは、私たちから見るときわめてふつうのことです。「応答があるかどうか」を検討するのは、麻酔におけるルールですが、薬の作用が切れかかっている状況で、反応はしても患者さんの記憶には残らないのがふつうです。「夢心地で反応している」ようなものです。

この点について、医師の記録と患者さんの記憶は矛盾しません。

=====

事故か合併症か？

上にも書いたように、事故は稀ですが、合併症は頻回に起こります。両者を区別するには明確な定義が必要ですが、確定したものではありません。

一つの定義は「あやまりがあって起こるのは事故であり、なくても起こるのは合併症」ということです。もう一つの定義は、「後遺症として後々まで障害があるものは事故で、最終的には何も障害が残らないものは合併症」ということでしょうか。しかし、いずれの定義も例外が多すぎて、文句なしに採用するわけにはいきません。一応、そんなものとして納得しておいて下さい。

概念としては、事故と合併症は明確に違いますが、境界は明瞭ではありません。手術のように複雑な仕事では、小さなあやまりはつねに存在します。1 cm切るべきところを1 mm余分に切ったらどうでしょうか。それはたいていの場合、問題にならないでしょう。でも2 mmならどうでしょうか。問題になる場合が生ずるかもしれません。3 mmなら問題になる頻度は高くなるでしょう。

一つのあやまりは問題にならなくても、それが積み重なったらどうでしょうか。それが多数重なればどうでしょうか。組み合わせの意義が知られていなければ、事故とは認識されません。

手術をはなれて、たとえばサリドマイドのことはどうでしょうか。ソリブジンのことは

どうでしょうか。いずれも重大な医療事故ですが、いずれも、たまたま賢い研究者が指摘し、当時の技術レベルでチェックできることなので判明しました。しかし、わからないことが多数あります。とくに、複雑なことを行なうほど、その可能性が増大します。

私の専門領域では、人工呼吸からのウィーニングの事故というのがあります。肺が障害されていて人工呼吸をして、さて肺がよくなったので人工呼吸をはずそうとした時に心臓が止まったりしたのです。現在では、メカニズムもかなりわかっており発生率は非常に低いものです。しかし、以前はよく起こりました。そもそも、三十年前には人工呼吸を開始するのは、死に際の「儀式」の場合がほとんどで、人工呼吸をした後に肺や呼吸の状態がよくなって人工呼吸器をはずせること自体がごく稀れでした。したがって、ウィーニングの事故は事故と認識されなかったのです。「何故かわからないが、人工呼吸器からはずそうとすると起こる合併症」だったのです。

麻酔と手術の事故も同じです。三十年前には、二千件に1件は術中か直後に死亡しました。現在は二万件に1件程度の死亡率です。つまり、かつての二万件のうちの9件の死亡は実は事故だったのです。しかし、現在ではそこまできずにはじめから防止してしまったり、せいぜい合併症のレベルで対応できているのです。

医療が新しい領域に踏み込む際には、必ず新しい合併症や新しい事故が生じます。たとえば、ここ数年腹腔鏡胆摘などのように内視鏡手術が開発されました。これによってトラブルが生じます。新聞で報道されたものもあります。それは事故でしょうか、それとも合併症でしょうか。

長期的に障害が残るか

前に、事故か合併症かの別の定義として、無事に回復すれば合併症だが、死ぬとか重篤な障害が長期的に残れば事故だという考え方を述べました。

たとえば、脊椎麻酔で血圧が下がることはよくあります。これは教科書にも「合併症」として載っています。しかし、血圧が下がったことに対する対応が遅れて、患者が死んだり植物人間になったりすれば、これはもう医療事故です。結果からみれば、この差は非常に重大ですが、発生条件やメカニズムからみるとこの差は紙一重かもしれません。たまたま当事者が二分ほど早く気がついたとか、患者が叫んで知らせたのが対応の速度を決めただけかもしれません。

院内感染で騒がれているMRSA（メチシリン耐性ブドウ球菌）の問題にしても、個々の問題は別として、基本的には合併症です。つまり、ふつうは処置に難渋するけれども対応できます。しかし、他の問題が加わっていて条件が悪ければ、ふつうなら死なないはずの患者が死んでしまって、事故と認識されることも起こり得ます。

第四章 ガンを肯定する

☆いくさに上手に負ける選択

「ガンと闘う」という表現がありますが、本書の考え方は「いくさに上手に負ける」方法の提案と捉らえていいかもしれません。

ガンと聞いた時に、「手術で治るか」を問題にするのがふつうでしょうが、高齢者の場合はそうではなくて、もうすこし幅広く考えて下さい。

慌てないように

現在の「ガン発見、さあ手術」という基本方針は、医師にとっては当たり前のことで、慌てて対応するという意識はありませんが、患者側は常に慌てているのではないのでしょうか。ガンという宣告を受けるのは、たいていの患者やたいていの家族の場合、生涯ではじめてでしょうから、何の準備もなく何の経験もなく突然出くわす突発事だからです。そうすると、「手術できるかできないか」ということだけが先にきて、ダメならそこでーと思考停止状態に陥ります。いわば、メンタルブロックになってしまって、他のことは考えられなくなることが多いのではないのでしょうか。そうして、「ガンは手術」という先入観から、手術が適しているようがいまいが「何とか手術をー」をと考えてしまいます。

しかし、ガンに限らずものごとは慌ててはうまくいきません。ガンと聞いた時に、慌てないように知的に考えることができるように、その場での対応をあらかじめ考え直しておくことにします。

ガン即手術の図式から離れる

「ガンならすぐ手術」の図式からまず離れてみます。ガンという診断を受けた場合に、対応する可能性、道筋を冷静に考えます。

自分の体力・知力・立場・経済力を評価してみましょう。体力と知力などからみて、手術から回復して有意義な生活が送れるのでしょうか。それがまず第一です。すでに重症の全身疾患のある人にガンが発生したらどうでしょうか。たとえば、冠状動脈障害があって日常生活が制約を受けている人に、ガンが発生したらどうでしょうか。くも膜下出血の後遺症で麻痺や知力障害のある状態で、ガンが発生したらどうでしょうか。

こういう条件では、手術そのものがうまくいく可能性が大幅に減少します。手術の合併症で死ぬ可能性が大きく増加します。冠状動脈不全のある場合の手術の危険は、すでに考えました。体力や知力の障害があったり、麻痺が残っていると、大きな手術後の肺の合併症が増えます。たとえ死なないとしても、寿命が縮まることは間違いありません。生活は大きく制約されます。もともと体力や知力が落ちているところへ、ガン手術の後遺症が加わるのですから、術後の生活の意義はずっと低くなります。

そういう悪い条件で、「ガンと闘う」でしょうか。「負けいくさ」となる可能性の高い条件で「闘う」のは割に合うのでしょうか。勝利が望めないなら、ガンを受け入れながら残る

寿命を上手に使うほうが賢いのではないのでしょうか。

生きる可能性だけを追求するか？

もう何回も述べたことですが、手術は「生きるために受ける」のです。しかし、そうまでして生きる価値があるのでしょうか。そもそも寿命が延びるのでしょうか。

ガンと聞いたら、手術で治るか否かをまず考えるのではなく、「自分は残りの人生をどう生きたいのか」をしっかりと考えて、その残りの人生を、上手にあるいはスマートに生きるには手術を受けるのがいいか、手術を受けずに計画的に終焉を迎えるのが望ましいのかを、あらかじめ考えておきたいものです。

ガンだと宣告されたことに関係なく、残りの人生をある程度イメージしておけば、ガンと聞いても、思考停止が避けられます。ガンと宣告されて途が変わるとしても、比較的小さな評価、小さな決断で済みます。

上手な負け方

そのようにあらかじめ十分に考えておけば、ガンと聞いた時に手術を受けるのは選択肢の一つです。その手術でさえ、危険を冒して根治手術を受けるか、寿命をすこし延ばしQOLを向上させたりするべく一時的な姑息手術を受けるか、選択しなくてはなりません。それは次の問題として考えるのであって、ガンと聞いた時にまず「手術で治るか」を先に考えないことにします。

高齢者のガン手術は、負けいくさのことが多いのです。どうせ負けるなら、みじめに負けないで上手に負ける方法を考えましょう。そのためには、ガンの宣告を受ける前から対応を考えておきましょう。

ここで重大な問題があります。外科医は、とれるガンは頑張るとり、その後も患者さんを一生懸命診療しますが、手術でだめだとわかるとあとは診てくれなくなる可能性が高いのです。診療は続けても、そもそも末期ガン患者を治療するのは彼らの専門ではありません。末期に向かって軟着陸をさせるのは、一般の外科医は苦手です。

上手な負け方を知っている医師は、現時点では多くはありません。ホスピスの専門家などがその例外的な方でしょうが、そういう方の協力が必要です。

☆日本人の考えと西洋人の考え

「ガンを受け入れる」という考え方は、日本人に合うのではないかということを書きます。あまり大変なことはあきらめる、運命とか神の摂理を受け入れる感覚が、アメリカの人たちと日本の人たちでは異なっていると感じます。

アメリカ式の考え方

私はヨーロッパのことはよく知っているという気持ちを抱いていないので、そちらは自信を持ってませんが、アメリカに関する限り、「悪いものはどんどんとって、徹底的に闘う」という考え方、それを美しい、価値があるとする風土を感じます。あの国の人たちは、部品が壊れたら取り替えたり、徹底的に作り直してしまうのがふつうのやり方です。壊れたものをちょっとだけ修理して、何とか間に合わせて使い続けるという感覚の日本とはちがいます。

結婚が気に入らなければ、さっさと離婚してやり直すというのもそうでしょうし、会社が気に入らなければ、さっさと別の会社に移ってやり直すというのもそれと近縁の考え方でしょう。

脳死と臓器移植の議論とくに心臓移植

脳死と臓器移植の議論、とくに心臓移植の問題が日本で進展しないのも、他人の犠牲の上においてまで生きようとするのを不自然と感じる度合いが、日本人には強いからではないでしょうか。

程度の問題ですが、日本人はこうしたアプローチを強く不自然と感じ、アメリカ人はこのやり方をあまり不自然とは感じないのです。

脳死や移植に限らず、手術の受け方そのものも西洋人は積極的で、やはり日本人と欧米人とは、生命に関する把握に差があるように感じます。日本の人たちは、医師に決断してもらっている印象が強いのに対して、彼らは自分で決断して、しかも進んで手術を受けるのです。

もっとも、臓器移植に関してはこういう要素もあります。心臓移植を受けるのは白人が多くて、心臓を提供するのは黒人が多いという事実が厳然として存在します。だから、彼らの積極性も、一面ではそうした提供者の存在を基盤にしている面もあります。えげつないいい方ですが、心臓移植には、富めるものが貧しいものから臓器をとるとか、優秀な（と考えている）ものが劣等な（と考えている）ものから臓器をとるといふ要素があり、不平等社会がその基盤にあるのです。

私個人？私の世代？

日本人ということとは関係は少ないのかもしれませんが、私は医療のトレーニングそのものはアメリカで受け、体質的にも西欧風合理主義が好きですが、アメリカ式の考え方・医療の行ない方には違和感があります。人間の身体の一部が壊れたからといって、それを

他の人からもらって付け替えると考え方に、自分の気持ちがなじめません。

この違和感は、私個人だけ、私の世代だけのものではなくて、日本人にはある程度共通する面があるようです。私には、どうもこの考え方のほうが自然に感じるのですが。

社会条件の差

一つ忘れてならないのは、社会条件の差でしょう。日本は「天寿をまっとうできる」可能性が高いのに対して、アメリカは「天寿をまっとうしない」可能性が高いのです。交通事故・殺人・災害などがかなりありますし、今も世界中で戦争をしています。アメリカの人たちの平均寿命が短いのは、健康の要素もあるかもしれませんが、「天寿をまっとうしない」人が多いのも一因でしょう。

日本だってもちろん絶対安全なわけではありませんが、私たちに気持ちの内部は、突然死を前提とはしていません。

これには、歴史の差もあるのかもしれません。アメリカの荒々しい風土では、生命は闘い取るべきものでした。文明も国家も文化も、移民の人たちが中心になって作り上げたことも関係があるのかもしれません。これに対して、日本は昔から何とか生きるだけは生きられました。生命を脅かす猛獣のいない、天災も少ない農耕中心の文化をもった社会でした。

私には宗教観という気持ちはわかりませんが、意識下に輪廻の思想とかいうものがあるのでしょうか。歴史と社会に基づいて育てられた感覚だと思いますが、あるいは遺伝子そのもの(?)なのでしょう。

ガンは災害か？

日本は、地震や台風などの自然災害は数多くありますが、生命に影響するものは少ないといえます。一九九五年初頭の阪神淡路大震災は例外中の例外です。事故や災害による死亡者数をみると、交通事故が一番多くても、年間に一万人をすこし越える程度です。

ところが、ガンでは年間二十万人も死んでいます。したがって、ガンは重大な災害ととらえがちです。他の心臓病や脳血管障害などはふつうの病気で、ガンだけは特殊な災害だ、という考え方なのです。

若い人をおそう場合、ガンはたしかに大変な災害です。しかし、幸いにして、ガンで死ぬのは高齢者が圧倒的に多いのです。どの道近いうちに死ぬ年代の人たちは、死を受け入れることができます。そうして、死を受け入れる考え方なら、ガンは災害ではありません。ガンで二十万人も死ぬといっても、大多数は災害ではありません。

☆ガンの名医とは？

ガンの名医ということを考えて行きます。

ガンの名医とは？

婦人科・整形外科その他、ガンを手術的に治療する医師を全部含めて、「外科医」と呼びましょう。この外科医の成績は、病院によって差が大きいのは厳然たる事実です。外科医に上手な人と下手な人がいるのも事実です。

しかし、ただ上手と下手といってもいろいろな意味があります。その技術の問題をまず考えます。

技術の重要な場合とそうでない場合と

手術によっては、非常に稀なものがあります。そういう手術では、繰り返しによって身につけるという要素がないので、先天的な器用不器用が関係することもあります。

一般論としていえば、先天的な器用不器用が本当に大切なのは、「切り取る」手術よりは、「作る」手術のほうです。具体的には、顔面の火傷の痕をきれいに治すとか、先天的な形態の異常を治すなどのほうです。そういう意味では、形成外科医や整形外科医は、「器用不器用」とか「手際」とかが重要かもしれません。それに、この種の手術は最終的なでき上がりが目に見えて、それが評価の重要な要素になります。

それに比較すれば、ガンの手術は「切り取る」手術ですから、手際の要素は小さいといえましょう。とくに、定式ができていて頻度も高い手術では、技術の差は少ないものです。たとえば、胃ガンに対する胃切除や子宮癌に対する子宮切除がこれにあたります。

これに対して、数の少ない手術なら、それを数多く手掛けた医師のほうが安心できるといえましょう。ただし、数の少ない手術は、あまり意味のない手術なのかもしれません。成績が悪いので、良心的な医師は手を出さない手術だということもあります。本来、数が少ないはずのものを、特定の医師が多数手掛けている場合、その手術が必要ない人や適切とはいえない人にも行なっているのです。数が多いのかもしれませんが。

名医は総合力

名医というのは相対的なものです。「名医」はたしかにいますが、しかし所詮は可能性の問題です。特定の病名の患者すべてに、一人の医師が最上ということはありません。患者の一人一人で病気も異なりますし、健康状態や性格や生活の背景なども異なります。

一人の医師の能力も、状況によって違いが大きいものです。たとえば、名医といっても、よくエラーをするがすごい能力も発揮する名医というのもあり、逆にめったにエラーをしない名医というのがあります。

名医には、手術を上手に行なう以上の総合力も要求されます。治療の体制の問題も大きいのです。ガンの手術を受ける場合、術前の検査やX線写真の読影力、手術の際の麻酔の巧拙や手術室の体制、術後管理の体制などが妥当にできていなければなりません。

名医というのは、医師個人が「手術が上手」だけのことでなくて、その周辺に患者管理のシステムをしっかりとくり上げた人という場合も少なくありません。ただし、技術的に上手だから周囲も協力しやすく体制ができたという面もありますし、技術が上手なので、他の点がやや劣悪でもカバーできる可能性もあります。だから名医の能力は、技術＋人柄＋組織力＋経済力といった総合能力なのです。

一般の人にわかるか？

名医が一般の方にほんとうにわかるでしょうか。これが実は困ったもので、なかなか知れわたりにくいのです。

問題の一つに、名医の寿命が大変に短い点があります。

一人の外科医は二十～三十年くらい手術を続けますが、名医として本当に活動力を維持できるのは、それよりずっと短いのがふつうです。若いうちは、能力が不足します。周囲の協力も得られないかもしれません。そうこうするうちに、あっという間に年をとってしまいます。たとえば、名医が大学の教官の場合、手術室で手術ばかりしてもいられません。研究活動、学会活動、教育や管理（病院長その他）の仕事などにエネルギーを割かねばなりません。大学の医師でなくても、そういう方向の活動は増えてくるのは世の中のルールですから避けられません。かくいう私自身の場合、外科医ではありませんが、手術室における麻酔科医としての活動は、ここ数年では歴然と低下してきています。

ところが、一般の人の眼に見えるようになるのは、本来の医師の仕事から離れた、顔の変わった名医の場合も多いのです。つまり、名の売れた時には、本来の活動はあまりしなくなっていたり、老眼になったり体力も落ちたりして、手術をする頻度が低下していたりするなどが多いのです。もっとも、老眼になると必ず腕が落ちるかというところばかりもいえません。たしかに、その時点での活動性は低下しはじめるでしょうが、そこまでの蓄積というのは重要で、ちょうど稼ぎはもう多くなくても貯蓄が多いような関係です。

雑誌の評価とか世間の評判を完全に無視するのは正しくはありません。そういうものに絶対的な信用はおけません、ある程度は頼らざるを得ません、同時に自分で行動して情報を集めるようにしましょう。

名医と活動性

名医に実はいろいろあることを前に述べましたが、大きく二つに分けられます。一方は、若くて元気で活動性が高く、手術をどんどんたくさんやり、悪い条件でも頑張る、という名医です。もう一方は、やや年齢が進んで活動性は低下し、手術をあまりたくさんはやらず、とくに悪い条件や無理な手術は避けるという名医です。

これは、多数治療するか良い成績を挙げるかという問題にも関係します。医療の「品質管理」は、工業製品のように確立していません。医師免許は20代の半ばでとる資格ですし、その後の専門医は現時点ではある年月学会に所属して、論文を発表したり出席したりしていることを条件としています。極端に劣悪なものをふるい落とすことには役立っていますが、それ以上のものではありません。

こういうことは、医師を10人集めて比較してもいえますし、一人の医師が行なう数多い手術についてもいえることです。

私が求める名医

麻酔科医としての私が求める外科系の名医のイメージを述べておきましょう。技術がしっかりしているのが基本条件です。曲芸的に上手であることは求めませんが、基本的なことは信頼できる必要があります。

外科医に対しては、私は人柄をあまり重要視しません。患者の考えをじっくり聞いてしかも、言葉の裏まで読んで、意志をはっきりさせる患者に対しては、患者の言葉の希望通りにし、意志をはっきりできない患者に対しては、患者の心を推察してベストの医療を行ってくれる医師というようなことをいうのは、とんでもなくむずかしい注文です。

そういう医師にめぐりあったことはありますが、そちらを基本の前提条件にすると、外科医として肝腎の条件である技術をないがしろにする危険があります。話はうまいとか、人間は信用できるけれど、技術はそこそこという外科医もけっこういるものなのです。

私は、外科医は技術で選びます。その上に、人柄が気に入るとかウマが合うとかすれば、いうことはありません。

☆昭和天皇の手術の選択を例に

手術の選び方と危険の関係を、読者の方が実際に即してわかりやすいように、昭和天皇の手術の選択を例にとって説明します。

実際の経過

昭和天皇が手術を受けられたのは十九八七年秋、年齢は八六歳で、膵臓・十二指腸部分の腫瘍による十二指腸の閉塞でいわゆる「腸閉塞」の状態でした。行なったのはバイパス手術、つまり、腫瘍には手をつけずに、胃と腸をつないで、食物を通し消化機能を温存したのです。

ところで、医学・医療の常識からみて、この状況では選択の可能性がもう一つありました。それは、膵臓と十二指腸の摘出切除術です。その場合は、膵臓切除＋十二指腸切除＋胃の部分切除＋胆管のつなぎ換え、という大手術になります。一般には、「ウィップル手術」と呼ばれているもの、ないし類似の手術です。この種の病気に対しては一応根治手術ということになっていますが、危険度が高いことでも有名です。

ウィップル手術がなぜ危険度が高いか、なぜこれほど広範な手術が必要かなどの問題は、人間の身体の関係、とくに血管や胆管の配置などに関係します。腫瘍だけとっても根治手術としては意味がないのです。危険度が高い理由としては、時間がかかり、出血も多くなり、身体への影響が大きく、直接いじらない臓器にも悪い影響が及びます。具体的には肝臓・肺・腎臓・その他の主要臓器です。さらに、手術から回復した後の機能が低下した状態になります。たとえば、術後に肺が損傷を受けて、しばらく人工呼吸が必要になる可能性も大きいものです。これ以上の説明は、あまりに専門的でやっかいなので、まあそういうものと納得しておいて下さい。

ところで、もしこの種の大手術を八六歳の患者さんに行なったとしたら、術後の経過はどうなったでしょうか。私自身のまったく勝手な推定ですが、以下のような感じでしょう。

	当時の宮内庁病院で	仮想的な最高の治療で
術後一週間以内の死亡の危険	五十%	二十%
術後一週間―一月の死亡の危険	三十%	三十%
術後一月―三月の死亡の危険	十%	二十%
術後三月―一年の死亡の危険	五%	二十%

この数字に明白な根拠はありません。そもそもこの手術は日本でも世界でも数が少ないので、明確な推定ができるほどにはデータがそろっていません。したがって、私のまったく恣意的な推定です。とはいっても、これに匹敵するような大きな手術を中心にしての推定ですから、何の根拠もないわけではありません。

第一欄は、当時手術を行なった宮内庁病院で手術も行ない術後のケアも続けたとした場合、第二欄は、当時考えられる状況で理想に近い体制を組んで手術と術後ケアが理想的にできたと仮定した場合です。

実際には、術前検討や体制が不完全なまま、準緊急手術として行ないました。根治手術の予定は、はじめからありませんでした。それだけに、あの体制で根治手術を行なったら極端に悪い経過が予想できたのです。おまけに、慣れない場所で借り物の医師やナースが医療に参加し、検査は血液サンプルを東大へ運んでそちらで行なったのですから、体制は不完全です。

病院というのは、常に多数の患者を治療していなければ、病院としての機能を維持できないものです。活動がある期間持続してはじめて本当の機能を発揮します。とくに、こういう大きな手術はそうです。医師もナースもその他のスタッフも、そうした重症患者のケアに慣れていなければ優れた医療はできません。ICU（集中治療室）がICUとして真価を発揮するのは、何百人かの患者をそこで治療して、医師・ナース・その他のパラメディカルスタッフ（医師以外の医療従事者）の全員が一致して動くようになってからなのです。その条件が、宮内庁病院にはありませんでした。

それでは、よその病院ならどうだったでしょうか。東大病院なら、宮内庁病院よりはすこしは可能性が高かったとは思いますが、基本的には無理だったというのが私の意見です。そもそも、手術の直前まで「玉体にメスは入れない」という考え方が一部にありました。術前診察・術前検査は十分ではありませんでした。体制づくりも不十分でした。病院はこういう極端なVIP患者を扱うことに慣れていません。

手術から術後の経験から、あの時の医療スタッフはなかなかよくやったとは思いますが、「天皇」というものをまったく意識せずに平静であったかといわれると、そうでなかった部分もすこしはあったことを否定できません。その要素は、医療の施行において必ずマイナスに働きます。いいえ、天皇とは限りません。VIPの治療は、常にそういう要素もっています。天皇に最高の治療をすることは、ある意味で不可能ともいえるでしょう。これは医療担当者だけの問題ではなくて、日本の社会の問題でもあり、さらには人間の心の問題でもあります。

早い話、夜遅く家に帰ると毎晩新聞記者が待っていました。つまり異常な生活です。それが毎日続けば、翌日の治療が当たり前でなくて、すこしは影響を受けます。

今度は、実際に行なわれたバイパス手術の危険率を推測してみます。

バイパス手術の危険率

	宮内庁病院で	仮定の最高の治療で
術後一週間以内の死亡の危険	1%	0.5%
術後一週間～一月の死亡の危険	0.5%	0.5%
術後一月～三月の死亡の危険	0.3%	0.3%
術後三月～一年の死亡の危険	?	?

二つの表を較べてみて下さい。宮内庁病院にせよ、他の病院にせよ、日本人の国民感情として、手術後一ヵ月以内の死亡率が五十%も予測されるような手術を行なうことを許したでしょうか。たとえば、患者自身や近親者が明言したとしたところで、それは極端にむずかしかったことでしょう。

ちなみに実際には、天皇は手術から一度は回復され、ほぼ一年後に出血を中心とする障害が明らかになり、一年3ヵ月余りで亡くなられています。

「ガンはいい病気」の典型

あの姿が、実は「ガンはいい病気」の典型です。あの手術によって、患者は苦痛からは逃れました。活動レベルは低下していましたが、ともかく一年弱は一応健康な生活を送り、天皇としての任務も果たされ、権威も維持されました。その間の経過があって、周囲つまり国民全体が納得もしました。天皇がやがて亡くなられて、皇太子があらたに即位されるという事態への心の準備も、実務的な準備もできました。

もし、あそこで大手術を強行して、そのまま重体から危篤になられたとしたら、日本中がヒステリーになったかもしれません。ムダな議論・ムダな行動・ムダな出費を余儀なくされたことでしょう。それで、医療に参画した私たちもしばらく肩身のせまい思いをしたでしょう。東大病院や東京大学はもちろんのこと、現代医療そのものに対する大きな不信が渦巻いたでしょう。エセ医療のはびこるきっかけにだってなりえたかもしれません。

そうなのです。あの姿こそ、私の考える「ガンはいい病気」の典型です。自分も周囲も、むだな努力を避けてしずかに納得し、患者自身は死の準備をし、周囲はそれがもたらす新しい状況に対して心と実務の準備を整えたのです。それはガンだからこそ可能だったことなのです。

昭和天皇の病気から手術、そうして最後の崩御にいたる経過をみれば、こうした考え方はけっこう世の方が心の中では納得して支持していることを示しています。ただ、明確に意識し表明することがないだけなのです。

☆告知とコンセンートの問題

ガンの告知と、手術などのコンセンートの問題を検討していきます。悪いことは知りたくないという気持ちがあることは認めましょう。また、ガンを患者本人には知らせないこれまでの考え方に、それなりの歴史も意義もあったことも認めます。したがって、ここに述べることは、一種の理想社会に対する希望というようなものです。

歴史や現状を踏まえた上で、なおかつ、現在健康で頭脳も働いている私は、ガンを含めてすべての疾患は基本的に患者が知るべきと考えます。少なくとも、私自身は知りたいと感じます。

成熟した人間と成熟した社会

現在の日本は、教育の行き渡った知的社会です。そうなるからの歴史が短いので、まだ完全にその段階に移行したとはいえないにしても、まもなくそうなります。

成熟した人間と成熟した社会というものを把握する私の立場は、自分に関係する重要なことは、他人の迷惑にならない範囲で自分で決めるというのが基本であり、それが知的人間としての自分の行動原理です。

したがって、ガンの場合も基本的には「告知を受けたい」と考えます。これは、私個人のことに関りません。日本の社会を「成熟した社会」「知的社会」と把握する立場で、私が社会に対しても要求しイメージすることです。

民主社会というのはそういうものではないでしょうか。情報が公開され、個々の人たちが考え意見を述べ合い、場合によっては多数決で、場合によっては総意で、場合によっては少数者を守るのが民主社会です。基本的に情報は持っていて、自分の問題は本人が判断して行動する、というのがごく当たり前のことであって、それが医療とくにガンに限って例外にする根拠はありません。

歴史的にそうになっていたという事実は認めますが、これからの方針とか行動原理としては認めません。

家族をどう捉らえるか？

そもそも、ガンを隠すとしたら家族をどう捉らえるのでしょうか。医療担当者側は日常行為だから慣れているとして、「一生懸命に隠す」「うそを言う」という責務を家族に負わせることを「方針」とはしたくありません。家族が積極的にそれを望んでさえも疑問ですが、ましてやそうでない場合に、この責務を負わせるべきでないというのが私の意見です。

自分の近親者がガンとしたら、本人も私も知って、いっしょに嘆いたり苦しみたいと考えます。おそらく嘆き哀しむだけでなく、喜び楽しむ面もあるでしょう。私が助ける側に回るとしたら、遠慮することなく話しあったり行動する行き方をとりたいと考えます。

逆に自分がガンで、近親者に協力してもらいながら寿命を終える状況でも同じです。自分の問題をあからさまにして議論して話し合っ、時には暗黙の了解の下で、そうして行動してほしい、自分も行動したいと考えます。

一九九五年一二月一五日朝日新聞夕刊に、「原則告知の病院ができた」という記事が載りました。こういう考え方を歓迎したいと考えます。

コンセントについて

コンセントのことも同じです。「インフォームドコンセント」というのは、「情報を十分に受けて承諾する」ということですから、手術はもちろんのこと、合併症の起こり得る検査や各種の処置もコンセントして受けたいと思います。

患者と医療担当者が対等というの、そういうことです。情報を一方が持っている他方が持たないのでは、本当の協力関係にはなりません。

いいえ、協力という言葉さえおかしいといえるでしょう。医療は、受ける患者が中心であって、それに向かって医療関係者が努力するというのが本来の姿です。医療担当者の行なうべきことは、患者が何を必要としているかを知り、それを供給できる条件を整えていくことです。口でいうのは容易でも実際にはむずかしいことではありますが、それにしても医師や医療担当者が主体で決めるのはおかしいことです。

これはまったくの八つ当たりですが、一九九五年秋から九六年始にかけて繰り広げられたウィンドウズ95の騒ぎで、同様な問題を強く感じました。医療もパソコンも、使う立場の利用者が何を欲しているか、何を求めているかが先であって、技術からできたものを大騒ぎして売るとするのは野蛮な行為です。

☆蘇生させないで下さい

本書に述べた私の考え方に賛成にせよ反対にせよ、それはいろいろな考え方があって当然で、ぜひ守れと要求する気はありません。しかし、一つだけ、どなたにもぜひ考えてほしい点があります。それは、ガンで亡くなる時に、「蘇生術を施行しないでほしい」ということを、医師や医療担当者に明確に要求しておくことです。

蘇生はルールだが・・・

現在の蘇生術は強力です。医療従事者がその気になれば、数時間に止まらず、数週間も数ヵ月も患者さんを「生かしておく」ことはできます。

ガンの患者は、一般には心臓はあまりやられません。呼吸や肺は冒される可能性は高いのですが、こちらは人工呼吸と酸素という強力な対応手段があり、重症の呼吸不全でも生命はある程度まで維持できます。腎臓も透析を行えばケアできます。栄養は経静脈栄養で保ち、各種の薬を使えばずいぶん長期間生きられます。しかし、重症のガン患者が、人工呼吸器につなげられ、点滴で栄養をとり、尿は膀胱にカテーテルを入れられ、意識はほとんどなくて、場合によっては透析も行なわれて、ただ生きているだけというのは、本人はもちろんのこと社会的にも意義が乏しく、割にも合いません。

しかし、患者の心臓が止まったり止まりそうになると、医師は反射的に蘇生術を施行するものです。しかも、現時点では、「心臓が止まったら蘇生術を施行する」のは、ルールになっています。けっして、法律や規則ではありませんが、もしそれを行なわないと、「あの医師は蘇生術も行ってくれなかった」、「蘇生術を知らない」といわれるのではないかと、医師自身が恐れます。

といって、「いざ心臓が止まったら蘇生術はしないで下さい」とは家族は医師に頼めません。寿命がみえてきた患者を前に、そういうことはいえないのです。

実りなき医療の典型

医療には、意味のない儀式のようなことがあります。ガンをはじめとして、回復の望めない患者に対する蘇生術が、その実りのない医療の典型です。心停止になると、医師が患者に馬乗りになって胸を押し続け、ナースや臨床工学士も加えた医療関係者が騒々しく走り回り、今まで顔も見たことのなかった麻酔科医や救急医師が到着して、点滴を入れたり薬を加えたり、機械を部屋に持ち込んだりします。そうして、家族を部屋から追い出して騒々しくおおげさなことをやります。

この瞬間は、生命の終わる大切な時点なのです。家族はしずかにお別れしたいのでしょうか。医療関係者は、力の及ばなかったことを認めて、むしろこの場を離れていくほうがまともな態度ではないのでしょうか。

ガン患者の蘇生術が例外なくすべてムダというわけではありませんが、例外を認めると現状は変わりません。

「蘇生術を施行する」ルール変更の努力を

「蘇生術を施行しない」ことを、個々の医師が決めることはできません。家族も、死の近づいている患者を前にして医師に頼むわけには行きません。だから、患者本人の意識も知力もしっかりしている段階で、家族や医師と話し合い、できれば遺言にしておくというようなことがあると具合がいいのです。いや、遺言はだめでしょうか。遺言は死なないと効果を発揮しないので、死に方の選択には無力かもしれません。

この件に関しては、医師や家族に任せてはだめです。医師も家族もできないのですから、患者本人が行なう必要があります。私はそうするつもりでいます。患者側がそうした努力をしてくれないと、医師側の努力ではこのルールは変えられません。

「ムダな蘇生術はしない」というのがルールになるには、医療担当者側の努力も必要ですが、「ムダな蘇生術はされない」というふうに患者側も努力してほしいのです。

終章：ガンはいい病気

死を選ぶとしたら、ガン以外にこんないい条件は得られるでしょうか。本書のはじめのほうで、「こんな死は御免だ」という例として、植物人間やアルツハイマーのように、行動できなくなって長生きしたくない、一方で突然死も困る、ということを書きました。その二つを除いてしまうと、ガン以外に死に方の選択の余地は残っていません。

ガンといえば「おそろしい病気」と考えてきた通念を、ここで考え直してみました。いろいろある病気の中で、実は「ガンはいい病気」なのです。とんでもない妄言ではありません。理屈で考えると、どうしてもそうなるのです。

死に方として、ボケやアルツハイマーの類と、事故のような突然死の二つしか選択の幅がないのなら、私は突然死を選びます。しかし、そうではありません。もう一つ選択肢があるのです。ガンなら、自分の過ごしてきた人生をしずかにみつめ、振り返り反省もしながら、ある程度の時間と心の余裕をもって終われるのです。

私は人生をそのように終わりたいと考えます。論文なら結論を書いて完成したいと考え、読書ならエピローグまで読みきりたいものです。音楽を聴くなら、終楽章のコーダ（楽曲の結尾）まで聴いて満足して会場を出ます。人生もそうで、できれば自分でしっかりと幕を引ければいいことはありません。ちょっと急ぐ必要があるかもしれませんが。

「ガンはいい病気だ」といい切るには告知が不可欠で、それがなかったら次のステップに進めません。痛みや苦痛が、ある程度コントロールできるのも条件です。

その前に、人間は未来永劫には生きられない、人生は有限なことを前もって認識していなければなりません。自分を実年齢や実際の体力よりずっと若いと思ってもダメです。

無理な手術を受けないようにしましょう。手術以外にも無茶な治療をされない用心が大切です。ガンと告知されてからの余命全部を自分では使えません。どうしても医療に食われる部分があり、最後は体力・気力・知力が低下しますから、使える余命は暦の時間よりもすこし減ります。そういうものを差し引いた残りが、幕引き用の余命です。

手術と抗ガン薬で余命がすこし延びたとしても、人生を閉じる気力や知力が強く障害されたら大きなマイナスであり、運悪く手術後そのまま天国行きになったら丸損です。

そのためには、「医師にお任せ」してはだめです。病院経営のために手術し抗ガン薬を使う医師は論外ですが、真摯でエネルギーにあふれチャレンジ精神旺盛な医師が、あなたのガンをとるといっしょに、生命もとってしまうかもしれません。

自分自身や家族をそういう方向に、自分のことは自分で判断するというように教育しておきましょう。すぐには間に合いませんが、医療や関連の技術をその方向に育て、こうした考え方を実現可能にする体制や施設も充実させる必要があります。さいわい、ホスピスは、施設もまじめな努力をする方も増えて徐々に充実してきています。

私自身が、もしガンになったとして、必ずこのように行動できるという自信はありませ

ん。ガンといっても多種多様で、患者側の条件もいろいろですから、一つの方針が絶対的な普遍妥当性を持つことはありません。

しかし、こういう考え方もあるのです。それは、私自身だけでなく、他の方にも役立つでしょう。ただガンを恐れ、検診で予防するだけでなく、ゆっくりと確実に生命を奪ってくれるガンという病気のプラス面を積極的に評価しましょう。とくに、私のように余生に入ってきた人間には有用な考え方です。本書のはじめに挙げた事例のうちで、第二例の行き方を選びたいと私は考えます。

この話をある友人にしたところ、彼は怒り出しました。「お前の言うことは勝手だ。死は突然やってくる。死は選べない」というのです。

この友人は、数年前に心筋梗塞で何ヵ月か入院治療をして生死の境をさまよいましたが、無事回復して現在は元気で仕事をしています。この話をしたのが、たまたまお酒を飲みながらだったので、反応が強かった面もありますが、実際に自ら死に直面した人間と、死を抽象的にあるいは他人事と考えている人間との立場の差でもありましょう。いわば、戦場へ行って戦ってきた兵士が、シャバにいて安穩としていた人間の勝手な言い種を聞いて怒り出すようなものかもしれません。

でもある意味では、だからこそ私の理屈があるのです。彼が直面したのは突然死でした。それで、ことさら反応が強かったのではないのでしょうか。

たしかに、ガンはいい病気というのは、実体験に基づいた議論ではありません。観念論だと言われれば、「その通り」と返事する以外にありません。でも、だからこそこのように考えたり主張したりするのです。心筋梗塞は突然やってきます。選択の余地はありません。その際に生き残れるかどうか、無事に社会復帰できるかどうかは、自分の体力や冠状動脈の状況も含めて、運で決まってしまう。知力を働かせて考えをめぐらす余地はほとんどありません。

ガンはそうではありません。自分もかかる可能性は十分予測した上で、「あらかじめこのように考えておいたら、別の対応ができる」かもしれないのです。「医療を上手に受けて、有意義な人生の終わり方が可能」かもしれないのです。ですから、観念論とはいっても、医師とくに手術に近い麻酔科医という立場を何十年か続けた経験に沿った観念論です。

それにしても、彼のいう通りかもしれません。いざ死に直面すれば、あらかじめ考えていたことは全部雨散霧消して、慌てふためくのが人間なのかもしれません。そんなことをもっともらしく述べている私自身がそうかもしれません。

それでもなお、現時点ではガンはいい病気だ、やがて死ぬことを前提として、死ぬならガンで死にたいと私は考えます。

参考文献

- 千葉敦子 「死への準備」日記 朝日文庫、1889・580円
- 近藤誠 がんは切ればなおるのか 新潮社、1996・1200円
- 近藤誠 ぼくがうけたいがん治療 さいろ社、大阪、1995・1600円
- 山崎章郎 病院で死ぬということ 主婦の友社、東京、1990・1300円
- ルイス（諏訪邦夫訳） 手術を勧められたとき読む本 （講談社ブルーバックス）
講談社、東京、1992・800円

おわりに

本書は、1996年に『がんで死ぬのも悪くない』として発表した著作（絶版）の原稿に少しだけ手を入れたものです。タイトルは、「ガンはいい病気——死が選べるなら」を選びました。元来考えていたタイトルです。

元の原稿は1995年頃の考え方で、基本の知識が古いことは否めません。たとえば、冠状動脈バイパス手術（CABG）に対すして、「アメリカで受けるほうが安全かも」というのは、この手術に関する限り明らかに誤りで、2012年には日本で受けられない理由はありません。

臓器移植に関して当時の私は否定的でしたが、2012年の現在はIPS細胞を用いたものが近い将来に可能になるはずで、そうなればむしろ大歓迎です。

それにしても、ガんで死ぬことに関する私の評価は不変です。第一、1995年にはなかったことで現在では、「国民の1/3から半数はがんで死ぬ、だからがん検診を受けてがん死を防ごう」と医師たちの一部が大きな声を出しています。この考え方は根本的に間違いです。高齢になるとがんが増えるのは生物学的な真実です。日本でがん死が多いのは、心臓死などが少ない故です。一方で、「がん検診を受けるとがん死を防げる」という証拠はありません。本書にも述べましたが、検査には放射線をはじめとして大きな危険があります。どの道、高齢者には合併症が起こりやすく、寿命は有限です。

「がん死を2割減らそう」とも叫んでいます。現時点の数値が40%として、2割減らすと32%になりますが、差の8%をどこに割り振るでしょうか。死の総体は100%ですから、どこかを増やす必要があるのに、心臓死・脳血管障害死・肺炎死を増やしますか？まさか、事故死や自殺を増やしたいとは言わないでしょう。

私は1937年生まれで、2012年11月の時点で75歳です。社会活動は大幅に縮小して、生き続ける意義も低くなっています。もしがんになったら、それを上手につかって寿命を終えたいと考えています。

諏訪邦夫
帝京短期大学
2012年11月