

現代医療の課題

——医師・科学者・仏教徒の立場から

中泉 明彦

今日は、私の歩んできた道を通して、医療に関して感じたことや考えていることをお話ししたいと思います。

私の一家は、兄の病氣（先天性心疾患・ファロー四徴症）がきっかけで創価学会に入会しました。私は創価高校を卒業して東京大学で物理学を専攻し、大学院修士課程まで進みましたが、もう少し直接的に社会の役に立つ仕事に従事したいと考えるようになり、大阪大学の医学部に編入学しました。30歳で医師となり、大阪府

立成人病センターで消化器内科医として22年間、臍がんの診療に携わりました。

オーダーメイド医療への動き

物理学と医学を対比して、医学とくに臨床医学の特徴を考えてみますと、その不確実性が挙げられます。同じ病氣に対して同じ治療をしてもその効果が一定しない、再現性が低いのです。これは人それぞれの個性とも言えますが、多様であるからこそ、ヒトという種

全体としては多くの感染症の攻撃や疾病から生き延びてきたとも言えます。病原体Aを認識しやすい個性をもった人・Xは、免疫系がその病原体を攻撃しやすく、病原体Aを認識する能力の劣った人・Yは、病原体Aに感染し重症になることが多いのです。この性質は病原体の種類によって異なり、病原体Bに対しては逆に、YのほうがXよりも強い免疫力を示すことも多いのです。

こうした人の個性を決定する重要な要素の一つに「主要組織適合遺伝子複合体 (major histocompatibility complex: MHC)」があります。2012年4月時点で、MHCには7500種類以上の多型が報告されています。この多型が疾患感受性(その病気にかかりやすいか否か)を決める要因の一つと言われています。

たとえば、抗がん剤治療には効果と副作用がありますが、「すべての人に効果があり、副作用はない抗がん剤」は開発されていません。したがって、単純化すると、がん治療を受ける人は4つのグループに分けられます。効果があり副作用がないグループ、効果も副作用もあ

るグループ、効果も副作用もないグループ、効果はなく副作用があるグループです。

効果があり副作用がないグループには積極的にその抗がん剤治療をすべきですが、そのような患者さんを選択する方法が少しずつ進歩してきています。たとえば、大腸がんの分子標的治療薬(がん細胞の特定の分子をターゲットにして、その機能を抑制する薬)が開発されています。大腸がんの増殖には、上皮細胞増殖因子受容体(EGFR)というタンパク質が関与しています。EGFRの働きを抑えて、細胞増殖のスイッチが入らないようにするのが抗EGFR抗体薬で、分子標的治療薬の一種です。EGFRからは、がんを増やす信号が出ますが、その信号の伝わる下流にK-rasと呼ばれる遺伝子が関わっています。K-ras遺伝子には変異型と正常型があり、日本人の60%が正常型ですが、変異型を示す人にはこの抗EGFR抗体薬は効果がないのです。変異型K-rasによって細胞増殖の信号が常にオンとなっており、その上流のEGFRをブロックしても効果がないと考えられています。このように大腸

がん患者のがん組織のK-ras遺伝子を調べること
で、効果が期待できない患者さんを除外し、無益な治
療をしないですむわけです。

このように、がんの個性を知ること、個性に合っ
た治療を行う個別化医療（オーダーメイド医療）が始まっ
ているのです。ただし、この選択もまだ不完全で、K-
rasが正常でありながら、この分子標的治療薬の効
果のない患者さんがいます。

「人間らしく生きる」を重視する治療

現在、膀胱がんの標準治療薬として使われているゲム
シタビン（gemcitabine）は、臨床試験で腫瘍縮小効果の
認められない症例においても、「疼痛」「一般状態
performance status; PS」「体重」などの「腫瘍関連症状」
の改善（症状緩和効果clinical benefit response; CBR）が認め
られ、症状緩和効果の有効例では無効例に比べ生存期
間が延長することが明らかになっています。抗がん剤
の主要評価項目として症状緩和効果を初めて適用して
承認された抗がん剤として有名です。以前は腫瘍縮小

効果が重視されることが多かったのですが、いったん
腫瘍が縮小しても、薬剤耐性が生じて腫瘍が増大した
り、免疫力が低下し感染症で亡くなったりして、結局、
生存期間の延長に寄与しないことも多かったのです。
極端な場合には、「がんは消えたが、患者は死んだ」な
どということもあつたのです。そこで、PSの改善を
重視し、生活の質（quality of life; QOL）の維持改善を重
視するという本来あるべき治療が行われるようになって
きています。

長期療養を要する疾患、ならびに消耗の激しい疾患
や進行性の疾患では、いたずらな延命治療や、患者へ
の侵襲が激しい治療を継続することによって、患者が
自らの理想とする生き方、もしくは社会的にみて「人
間らしい」といえる生活が実現できない（QOLの低下）
場合が多い。患者自身が、より尊厳性を保つ生活がで
きる（QOLの維持、向上）よう、援助を与えることが必
要なわけです。「病をもちながら、よりよく生きる」と
いう考え方です。「南無妙法蓮華経は師子吼の如し・い
かなる病さは（障）りをなすべきや」（日蓮大聖人御書全

集』1124頁）という言葉がありますが、これは強い

生命力で病に打ち勝つのみでなく、場合によっては病をもちながらも病に左右されない充実した生き方をするとという意味ではないかと私は思います。そういう方は実際にたくさんおられます。仏教にも「健病不二」という考え方があります。

『日蓮大聖人御書全集』には「病によりて道心はをこり候なり」（1480頁）ともあります。生老病死は生命の当然の変化相であり、病によって、より深い人生を味わえるともいえます。難聴のベートーヴェンや結核の正岡子規が偉大な芸術を創作できたのもその表れと考えられます。また、病気を機に生活習慣を改めることでより健康になる例や、若い時に病を得た人が、かつて長生きする例がみられます。

いずれにせよ、静かな完全な健康はありません、ダイナミックな生命活動の中で健康は保たれていると考えられます。免疫系が、瞬間瞬間、常に外敵と闘っているからこそ、我々が日々元気に生きていけるのです。

「天寿がん」の概念

ここで、がん研究会・がん研究所元所長の北川知行先生が提唱された「天寿がん」という考え方を紹介したいと思います。天寿がんとは「さしたる苦痛もなく、あたかも天寿を全うしたように人を死に導く超高齢者のがん」のことを指します。人の死は悲しむべきものですが、超高齢者——男性83歳、女性90歳以上と言われています——の安らかな死については、日本人は「天寿を全うした」として、「大往生」などと表現してきました。長い人生を存分に謳歌した後、苦痛もなく、家族に見守られながら死にゆくことが本人にとっても幸せと考えられます。医学、医療の究極の目標は、人が事故や病気で不本意な死を遂げるのではなく、寿命が尽きたとき枯れるように安らかに死なせたい、ということではないでしょうか。病気や事故で亡くなった80歳以上の人を解剖すると、がんが死亡原因でないのに、がん細胞が見つかることがあります。高齢になるにつれて、体細胞の老化現象の一種である、がんは増える

と考えられていますから当然のことかもしれません。高齢化社会が進むと、がんはますます増えていくと考えられ、医学がいかに進歩しても、がんが完全になくなることは考えられないのです。そこで今後は、がんになる年齢をもっと後の方にまでずらし、がんにかかること、またはがんで亡くなることを遅らせて、身体の自然な寿命すなわち天寿を全うさせることが、がん対策となるかもしれません。根治できないがんでは、進行を遅らせ、生活の質を保ちつつ共存する治療も大切と思われます。天寿がんでは、疼痛があればコントロールし、侵襲的治療や無意味な延命措置をしないのが最良の治療と考えられます。

医療者に求められる

「生命観」と「知情意のバランス」

最近、日本で問題になっているのは、高齢者に対する胃瘻（いろう／Gastrostomy）造設の是非です。胃瘻とは、経口摂取が困難な患者に対し、人為的に皮膚と胃に瘻孔を作製し、腹部の皮膚の穴から瘻孔内を通したチュー

ブによって水分・栄養を直接、胃へ流入させるための処置です。多くの高齢者は認知症を合併しており、多くの胃瘻造設が患者自身の選択ではなく、家族の選択で行われていることが問題です。認知症患者では記憶力の低下が目立ちますが、感情や意志の能力は保たれているようです。胃瘻を受けるかどうかの判断も認知症患者でもできるはずだとの意見があります。ある介護老人保健施設では、大半の軽度認知症の方が胃瘻造設を希望しなかったと報告されています。

認知能力・感情・意志と自己決定権をめぐる難しい課題ですが、根本的には、何を「知」と考えるかという問題とも関係があると思います。知識中心、知的能力に偏った人間観でよいのかということです。

周知のように、カントは主知主義を批判し、知（純粋理性）の限界を明らかにしました。知性・万能主義の誤りと、意志と感情、信仰などの重要性を主張したのです。

また、心と身体に関連について、脳科学者であるカリフォルニア大学のアントニオ・ダマシオ氏は、これまでの脳科学研究によれば「意識とエモーション（情動）

とは分離しがたく、脳と身体も分離したい」と述べています（『無意識の脳 自己意識の脳』講談社から。趣意）。高次脳機能障害が専門の神経内科医・山鳥重氏は「脳が心を生み出すというのは動かすことのできない事実です。しかし、その脳から心への橋がどのように架かっているかについては、現代の最先端の研究をもってしても、なかなかすっきりとは説明しにくいのです」（『言葉と脳と心 失語症とは何か』講談社現代新書）と述べています。

心理学者の春木豊氏は「人間を心のみの存在とは考えない。身体があつて心が成り立つと考える。しかもその身体とは、従来から無視されてきた身体の動き（行動）に焦点を当てるのである。なぜならば、心は身体の動きから生まれてきたと考えるからである」（『動きが心をつくる——身体心理学への招待』講談社現代新書）と述べ、身体の動き、感覚が、心（気分や感情）に大きな影響を与えているとしています。仏教の「色心不二」の哲学を想起させる主張といえるかもしれません。

ともあれ、医療従事者自身の生命観・人間観が重要

になりつつあるのではないのでしょうか。医療従事者に知識、知力が必要なのは言うまでもありませんが、知情意の中の知の偏重の問題点がここにもあります。医療現場に、利己的な医師たちがいることも事実です。たとえば、患者を血の通った人間というよりも、臨床試験の対象としか見ていないような医師もいます。患者の気持ちに寄り添うことがなく、客観的事実を知的に伝えるだけの医師もいます。医師の説明不足に対する患者からの不満も、よく聞きます。医療従事者にこそ知情意のバランスが重要であると思います。とくに医師は、人間の中でも、まれに経験が少ないので、そういう人格をどう形成するかが問題だと考えます。

私も、これまでの経験から、医療者が健康観、生死観をもつことの重要性を痛感しています。医療者が、自分や家族の病気や死に直面すると狼狽してしまう例も少なくないのです。

医学・福祉に従事する者は、「健康」を医科学的側面と価値観的側面の両面から考察し、身につけることが重要とされています。

世界保健機関による健康の定義は有名です。1948年の憲章前文では「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」（日本WHO協会訳）と謳われており、1999年の総会に向けて、これを「身体的、精神的、霊的、社会的に完全に良好な動的状态」と改訂する提案がなされました。「霊的（スピリチュアル）」と「動的」を加えようというわけです（現在のところ未改訂）。

このうち身体的な健康（physical health）とは、恒常性（ホメオスタシス）が維持されている状態です。つまり、身体には起こった状態の変化を打ち消す生理作用がありますが、この仕組みが破綻したり、許容量を超える変化が起こった場合が、「健康でない」状態であると解釈できます。社会的な健康（social health）とは、戦争や飢餓のない状態です。政治・経済の状況や公衆衛生などが大きな要素となります。精神的健康（mental health）とは、思考が安定して、喜怒哀楽が普通に表現できることとされています。

新たに提案された霊的健康（spiritual health）とは、たんなる精神的健康よりも、さらにレベルの高い精神状態です。人生の目的や意義を見出して、自己実現を目指し、人生を主体的・前向きに生きている状態といえるかもしれません。霊的健康が妨げられると感じるのが、霊的痛み（spiritual pain）です。自己の存在と人生が無意味、無目的、無価値に感じられるという、存在の痛み^①です。こうした実存的・哲学的な側面まで「健康」の定義に含めようという動きがあるのです。

こうした新しい潮流からも、「医療従事者自身が健康観を学び、知情意のバランスを磨くことが重要である」と重ねて申し上げ、結論とさせていただきます。

（なかいずみ あきひこ／京都大学大学院医学研究科教授）