

われわれはこんなに軽率に本を読んでいる。疑問は自分で確かめましょう。

老年学土曜随想《第4号》05年3月5日

「心拍数一定の法則？」

これもまた100円で買った本のお話です。「ゾウの時間ネズミの時間」（中公新書）という本をご存じですか。2、3年前に友人が東京工業大学の教授で動物生理学者である本川達雄氏のこの著書が面白いよ、哺乳動物の一生の脈拍数はみな同じなんだって、と教えてくれました。そのまま忘れていたのですが、最近、古本屋の100円コーナーで見つけ、買って途中まで読みました。

その友人の言う心拍数の話しは「心拍数一定の法則？」という小見出しを付け、この本の最初の方に書いてあります。「寿命を心臓の鼓動時間で割ってみよう。そうすると、哺乳動物ではどの動物でも、一生の間に心臓は20億回打つという計算になる。寿命を呼吸する時間で割れば、一生の間に約5億回、息をスーハーと繰り返すと計算できる。これも哺乳動物なら、体のサイズによらず、ほぼ同じ値となる。」

物理的時間でいえば、ゾウはネズミよりずっと長生きだが、もし心臓の拍動を時計と考えれば、ゾウもネズミも全く同じ長さの寿命を持っていることになるわけです。これは面白そうです。友人が薦めてくれたのもよく分かります。

私の家には2種類の哺乳動物がいます。人間と犬です。この2種類でこの法則を確かめてみようと考えました。まず一生の心拍数を20億回とすると、人間の寿命はいくらになるか計算してみました。1分間の心拍数を80回とすると、1年間の心拍数は約4千2百万回、ですからこの計算では寿命は約48年となります。これは今の日本を考えると、少し短かすぎますが、半世紀前はこんなものでしょう。

次に犬です。ドッグイヤーという言葉があります。人間の1年は犬にとっては7年と言われていました。また今の犬の寿命はかなり伸びて、約15年から20年とも言われています。私の犬は17歳です。人間の寿命を48年と見ると、犬の寿命は人間の2.5分の1、あるいは3分の1程度と考えられます。一生の心拍数は共に20億回ですから、犬の1分間の心拍数は人間の約3倍ある、ということになります。寿命のとり方によっては、5、6倍と見る計算も成り立ちます。

我が家の犬の心拍数はどれくらいなのか、身体のあちこちを触ってみてもよく分かりません。しかし直感的に人間の3倍という数はちょっと信じられません。ちょうど狂犬病の予防注射に獣医のところに行かなければならなかったので、その折りに獣医（日野原重明さんの甥）に聞きました。ところがその答えは意外でした。「人間と同じで、80回から100回くらいのもんです」という返事でした。これでは「心拍数一定の法則」が成り立ちません。

早速、著者の本川先生に電話をして聞いてみました。インターネットで先生の東京工大の研究室の電話番号を調べ、電話したら、ちょうど先生が出られました。それで「犬の心拍数が人間と同じということ、この法則に照らしてどのように説明すればよいのでしょうか」と尋ねました。先生の答えはこうでした。「人間も犬もこの法則の例外です。例外のものを二つ比べてもしようがありません。」「へえ、なぜ例外なのですか」「犬は人間に改良された動物だからです」「では人間に改良される前の姿に近いオオカミはどうなんですか」「個別の種類については調べていません」

このような回答は私にとって意外でした。個別の種類毎に調べ、その結果哺乳動物すべてに当てはまる法則であることを確かめたわけではないようなのです。もう一度この本を読み直してみたら、「心拍数一定の法則？」という節は「こんな計算をした人がいる。」という文で始まっていました。「そうか、ここは他人の説を紹介していただけだったんだ」とやっと気づきました。そして小見出しに「？」が付いている意味も分かりました。

その後S. N. オースタッド著『老化はなぜ起こるか』を読んでいて、こんな一節を見つけました。「1950年代末、サカーは何十種類もの哺乳動物の情報を集め、寿命の延びと体重の増加の割合は代謝率の低下の割合とほぼ一致していることを発見した。小さな動物は心拍数も多いから、サカーの発見をもとにした俗論では、すべての哺乳類の一生の心拍数は同じだといわれた。」「心拍数一定の法則」はこの本の著者オースタッドには「俗論」としか評価されていないのです。

ついながらこのアメリカの原子力委員会の統計学者だったサカーという人物は、我々も知っておかなければならない人物かもしれません。「やがて、彼は老年学の世界では非常によく知られた、尊敬さ

れるメンバーの一人になった。一時期、アメリカの老年学会会長を務めたこともある。」と書いてありますから。

「心拍数一定の法則」にはさらに後日談があります。ある私立大学の教授が非常勤講師として教えておられる講義を聴いていた時のことです。この先生が「心拍数一定の法則」というのがある、とこの法則を話されたのです。これはまずいことになった、と私は思いました。先生はこの「法則」を説明した後、さらにそれをグラフ化して白板に書こうとされました。グラフ化してイメージとして受講生が記憶すると、ますますその「法則」が正しいものとして記憶されるおそれがあります。それで私は先生の講義を遮って、その法則なるものがいかに疑わしいものであるかを話しました。それで先生はグラフを書くのは思いとどまられました。

講義の後先生と話してみると、先生は本川先生がいろいろな哺乳類のデータを集めて分析したものと思込んでおられました。「一犬虚に吠ゆれば、万犬実を伝う。」です。本川先生がかなり無責任に紹介した疑問のある説が、読者にはとても分かりやすく面白いので、しかも生物学者が言っていることですから、大学院の講義の内容にもなってしまったのです（講義のネタをこんなに安直に仕入れているのは軽率すぎると私は思っています）。

しかし実はこの法則なるものがどのように「俗説」として出てきたのか、サカーの論文を読んでいないので、私には分かりません。少なくとも人間と犬との関係を説明できないことだけは自分で確かめたので分かりましたが。

なお本川先生にはもう一つの側面があることを後日テレビの「徹子の部屋」に出演しておられるのを見て知りました。それは「歌う生物学者」です。「演歌かクラシックを上手に歌うの？」いえいえ、そうではありません。お知りになりたい方は本川先生のHPにアクセスして下さい。歌も聞けます。（終）

これも眉唾「カロリー制限長寿説」 日野原重明さんの粗雑な説明

老年学土曜随想《第5号》05年3月12日

これも眉唾「カロリー制限長寿説」

今回は私にもインチキと分かる「俗論」を著書に載せて、大学教授まで惑わせた東京工業大学の本川教授を批判したわけですが、今回も有名人批判です。

日野原重明さんをご存じない方はおそらくおられないでしょう。93歳という高齢でありながら、今もアメリカやヨーロッパにまで出かけていって活動している方ですから。私の家にも何冊か著書があります。

私の犬のホームドクターが日野原さんの甥なので、数年前には私の家の近くの教会で日野原さんのお話を聞く機会がありました。甥の獣医は日野原さんの一つ年上の姉さんの子どもです。その姉さんもお元気で、彼に言わせると、この姉弟は親戚からは怪物と言われているそうです。

昨年9月に放映されたNHKの番組「老化に挑む」の二日目では、長寿を実現する方法として、運動以外に「カロリー制限」があることを述べていましたが、そこに日野原さんが登場していました。そして朝日新聞の昨年10月23日の土曜版でも、彼はカロリー制限で長寿という意見を書いています。

カロリー制限で長寿という主張はよくお目に掛かるもので、3年前の日経新聞の12月1日の日曜版に東京都老人総合研究所研究室長白澤卓二氏も載せていました。

白澤氏は動物実験の結果などから、カロリー制限が長寿につながるとし、「人では結論が出ていないが、動物実験の結果から推定すれば、6割が目安。つまり20-30代の男性は1500キロカロリーが目標になる。」と具体的なカロリー摂取量を示して言っています。

一時血糖値が高かった頃に、1日に1500キロカロリーの生活をし、顔もどんどんやせていって、「どこか悪いのですか」と人から聞かれたことがある私は、1500キロカロリーの生活が長寿を保証するとしても、その前に活動的な日常生活を保障しないと批判し、日経新聞にその旨を伝えました。白澤氏のご自分で1,500キロカロリーの生活をしたことがないでしょう。

6割というのがアメリカの研究結果を参考にしているとすれば、平均摂取カロリーが約3,000キロカロリーにもものぼるアメリカ人では妥当な数字かも知れません。ちなみに白澤氏は体長0.5ミリ程度の線虫がご専門のようです。

日野原さんへ戻りましょう。上記の朝日新聞には「寿命を延ばす研究で唯一確実と考えられているのは、食事の摂取カロリーを制限する方法だといいます。動物実験では、ネズミやハエなどさまざまな生物で、カロリー制限により寿命が延びることが証明されました。」とあり、その説明をしています。

この文は大衆新聞に載せたものだから、学問的には厳密なものでなくてもいい、と割り切っても、疑問の湧く文章でした。

まず「粗食で上手に年をとる」というタイトルを掲げ、「第二次世界大戦が終わるまで日本人の平均寿命は50歳を切っていました、いまや日本は世界一の長寿国です。」と始まるのですから、当然戦後の日本の長寿化と粗食またはカロリー制限とがどのように結びつくのか説明してあると期待します。ところが日本の長寿化の原因については何も説明してないのです。

第二次世界大戦中ヨーロッパ（イギリスというべきではないのでしょうか）ではドイツ軍の空襲によるストレスで心臓病死が増えると思われたのに、逆に減少した理由は、食糧が配給制になって摂取カロリーが減ったためではないか、という仮説が生まれ、これがカロリーと寿命の関係の最初のデータになったと述べています。

そしてアメリカのウイスコンシン大学でのアカゲザルを使った実証研究から、ビタミンなどの栄養素を十分に保ちながら摂取カロリーを30%減にするとシワや白髪が減って若々しく見えた、とあります。この30%減とは何に対してのことでしょうか。それ以前の摂取量に対してということであれば、それ以前が過食であったのかも知れません。後に「生命を維持するための必要最低限のエネルギー量である基礎代謝率」の話が出てくるのですから、基礎代謝率を基準にしてどの程度と言ってくれた方が分かりやすいし厳密であると思います。それに長寿を論じる時に大事なものは生存率です。それを示さずにシワや白髪を云々しても仕様がありません。

また「私の場合は」と自分のことを述べていますが、これが前回のNHKの数字とかなり違うのです。NHKでは氏は自分の最低必要なカロリー量である「基礎代謝量」を実測し（1343キロカロリー）、それに活動に必要なカロリー量（50キロカロリー）を加えて、1400キロカロリー程度の数値を一日に必要なカロリー摂取量と計算しています（この放送は録画しましたので、数字には間違いありません）。

また彼は自分は頭しか使っていないから、一日の活動量は50キロカロリー程度だが、自分がゴルフやテニスをするとしても、150キロカロリー程度、と言っていました。

ところが今回は「基礎代謝率は、私の場合約1,200キロカロリー。これにわずかな仕事や運動による消費カロリーを加えると、食事による摂取カロリーは1日1300~1400キロカロリー程度に制限するのが妥当」と言っています。

合計は大体同じですが、問題はその内訳です。まず基礎代謝が1,343から1,200に減りました。そして仕事や運動による消費カロリーが増えたのです。前回のNHKでは50キロカロリーとっていました。ゴルフやテニスをして150キロカロリー程度なのだそうです。ところが今回この数字が跳ね上がりました。わずかな仕事や運動しかしていないのに、100~200キロカロリーになったのです。

実は私は前回のNHKの放送の後、NHKに「運動に必要なカロリーを50キロカロリーとしているのは、少なすぎるのではないか。その点を日野原氏に尋ねて欲しい。」と頼みました。NHKからはその後なしのつづてです。しかしもしかしたら私の質問がこの変化となって表れたのかも知れません。

一日の消費カロリー量などに詳しい方がおられるかも知れませんが、私が調べた通説では、運動に必要なカロリー量は、私程度の日常生活の場合、基礎代謝量の50%と言われていきます。この通説に従えば、基礎代謝量が1,200とか1,343とかいわれる日野原さんの場合、600キロカロリー程度必要なのです。

日野原さんがもしこの通説をご存じなら、なぜ自分は通説とは違うのかを説明する必要があります。そんなこともせずに、くるくる変わる数字を並べているのは、粗雑もいいところです。おそらく日野原さんの頭の中には自分の一日の摂取カロリー量は1,400キロカロリーという数字が先あって、実測した基礎代謝量が1,343キロカロリーと意外に大きかったので、辻褃合わせにいろいろと数字を変えているのでしょう。確かに日野原さんの一日の食事を聞

いていると、その少なさに驚かされます。

細かく見ていくと、もっといろいろありますが、このようにどうも日野原さんの言うことはかなり粗雑ではないのか、という印象を私は持ちました。この粗雑さは93歳という高齢のなせる技でしょうか、それともこの方がこれまでの生活の中で築き上げた思考パターンでしょうか。

摂取カロリーの話しになりましたので、参考までに国民栄養調査による国民一人当たりの摂取カロリー量の推移を書いておきましょう。約60年前の食べ物がなかった時でも、摂取カロリー量は2,000キロカロリー程度を維持していて、農村では今の国民平均よりも多かったので。また最近の数字では、1975年をピークとして、その後摂取量は減っています。それなのに肥満者が増え、潜在糖尿病患者が増えているのは不思議ですね。摂取カロリー量の問題ではなく、食物の内容や運動量が関係しているのでしょうか。

	1948	1949
都市	1,916	1,972
農村	2,111	2,175

出典 厚生省の古い国民栄養調査から。終戦直後の調査もインターネットで見られます。

	1975	1980	1985	1990	1995	1998	1999
国民平均	2,226	2,119	2,088	2,026	2,042	1,979	1,967

出典 『国民栄養の現状 ―平成11年度国民栄養調査結果―』（健康栄養情報研究会編、第一出版、2001）

血液内科専門医も知らないヘモグロビン増加法 私は肉を食べて増やしました。

老年学土曜随想《第6号》05年3月19日

粗食よりも肉食を

前回に摂取カロリーのお話しをしましたら、お一人から私の主張を裏付けるご体験を知らせて下さいました。有り難うございました。調子に乗って今回も関連する話しをさせて下さい。

私と同年配の人々に食事ではどんなことに気を配っておられますか、と尋ねると、異口同音に野菜と魚を多く食べるようにし、肉を減らしています、という答えが返ってきます。肉は健康によくない、ということが、高齢者の間では常識になっているようです。そして私自身もその常識の信奉者でした。自分で肉の効果を体験する2年前までは。

3年ほど前に私のホームドクターの所へ行った時「夢で中辻さんのことを見たの。気になるから血液検査をして下さい。」と言われました。この美人の先生が私のことを夢にまで見て下さっていると感激して、早速血液検査を受けました。案の定、異常がありました。詳しい専門的な説明は忘れましたが、まだ完全に出来上がっていない白血球が血液の中に流れ込んでいるということが分かりました。このような現象は、白血球を大量に必要とするような異常が身体に起きている、ということを示している可能性があります。それで先生は横浜市立大学病院の血液内科の専門医を紹介して下さいました。

ところがこちらの病院での血液検査では、心配していた現象は見られず、どうやらそれは一時的な現象だったらしいことが分かりました。この血液専門の先生はむしろ13.1G/DL程度だったヘモグロビンの値の低さに注目しました。そしてこれが13を切るようになったら、根本的な対策を考えなければならない、と言いました。

何か栄養になるものを食べたりして、ヘモグロビンを増やす方法はありますか、という私の質問に対して「レバーなどを食べて、材料の供給を増やしても、ヘモグロビンを作る機能が低下しているのだから、仕方がありません」とつれない返事でした。打つ手はなく、ただ私の身体の造血の機能が落ちないことを祈るしかないようでした。

こんな時に私の恩師である柴田先生の桜美林大学大学院での講義で注目すべきデータを見つけました。それは先生が東京都老人総合研究所副所長時代にやってこられた小金井市の高齢者に対する15年に及ぶ縦断研究のもので、何と高齢者のヘモグロビンが増えているというデータでした。それを見て、私はあっと驚きました。血液の専門医が増えないと言ったヘモグロビンが増えているからです。どのようにしてヘモグロビンが増えたのか、それを知りたくて先生に尋ねました。それは肉の摂取を増やすよう指導した結果なのだそうです。

それで柴田先生に、私のヘモグロビンが低下しているが、打つ手はないと血液内科の専門医に言われているという事情を説明し、肉を沢山食べればヘモグロビンは増えるのでしょうか、と尋ねました。その通り、というお返事をいただき、数ヶ月で効果は出るはず、とも教えていただきました。よし、それじゃ3ヶ月後に控えた横浜市大病院での2回目の血液検査までに何とか肉の効果を出してやろう、と考えて、それまで控えめにしていた肉の摂取を増やしました。

その効果は素晴らしいものでした。3ヶ月後の2回目の血液検査の結果を見た血液内科の専門医は、ちょっとその結果が信じられないというような素振りを示した上で、「これなら大丈夫です。念のため年に2、3回検査に来て下さい。」と私を無罪放免にしてくれました。

ヘモグロビンの値は13.5に上がっていたのです。

柴田先生の門下生である私は、先生が肉食を推奨しておられることは、もちろんその前から知っていました。前回日野原氏の朝日新聞に載せた「粗食で上手に年をとる」という文を紹介しました。そこには、「第二次世界大戦が終わるまで日本人の平均寿命は50歳を切っていました。いまや日本は世界一の長寿国です。」と書いてあるのに、この素晴らしい変化の原因を、日野原氏は説明していません。柴田先生はこの原因を、粗食を礼賛する日野原氏とは逆に、豊かになりながらもユニークさを失わない日本人の食生活にあると、詳細に説明しておられます（柴田博著『8割以上の老人は自立している』2002年ビジネス社）。

この著書には先生の考えがコペルニクス的転換をした事情が書かれています。「医者になって10年足らずだった筆者の頭の中には、まだ長寿と食に関するステレオタイプのモデルがあり、100歳長寿者の3割くらいは菜食主義者だろうと予想していました。胡麻と豆腐と菜っ葉を食べて一生懸命働いて長寿になったと想像していたのです。しかし結果は見事に反対だったのです。」（同書83頁）

さすがに100歳を越すと、キンさんやギンさんのように身体が小さくなって、摂取エネルギー量は日本人の平均の半分程度である1,000キロカロリーほどと少ないのですが、総エネルギーに占める蛋白質の比率が日本人の平均よりも高く、さらに全蛋白質の内、動物性蛋白質の占める割合も日本人の平均をかなり上回っているのです。

「まさに目からウロコが落ちる結果になりました。筆者は、まだ医者として若い時期に、このような一種のカルチャーショックを受けたことを幸せに思っています。医師人生の早い段階で、ステレオタイプでものをみてもいけないことを肝に銘ずることができたからです。」先生はこのように書いて、長寿者の実像が常識とかけ離れていると知ったことがコペルニクス的転換の基になったことを述べておられます。そして先生は肉食を正當に評価させるのは正に「思想闘争」だと言っておられます。

先生が指導された多くの研究の成果を引き継いで、東京都老人総合研究所は肉食の必要性を強調する研究成果をNHKなどでも紹介しています。そして「老化を防ぐ新常識10か条」にまとめています。それは次のようなものです。

1. 血液中のアルブミンの値が高い
2. 血液中の総コレステロール値は高すぎず低すぎず
3. 血圧は高すぎず低すぎず
4. 「自分は健康だ」と思っている
5. 足が丈夫である
6. 短期の記憶力がよい
7. 太り方は中くらい
8. タバコを吸わない
9. お酒は飲みすぎない
10. 社会参加が活発である

余談になりますが、NHKの放送にまつわるある出来事をご紹介します。昨年2月9日に放送した「生活ほっとモーニング」で東京都老人総合研究所副所長の鈴木隆雄氏がこの10か条の1について、次のように説明しました。

「血液中のアルブミン値を維持するために、動物性のたんぱく質1（40グラム）：植物

性のたんぱく質1(40グラム)を摂取しながら、バランスの良い食生活を心がけましょう。」

これを見て、私はすぐにNHKに電話して、文句を言いました。私の文句は次の2点です。まず自分のアルブミン値はどのようにしたら分かるのか、その方法の説明がない、という点です。東京の一部の地域では、高齢者の定期検査の項目にアルブミン値が入っているようですが、普通に血液検査をすると、この値は検査されません。私は美人のホームドクターに特に頼んでいます。彼女は定期検査項目にアルブミンを入れるために、他の項目を削ったり工夫してくれます。だから普通の人が普通に血液検査を受けても、アルブミン値は入らないのです。どうすれば自分のアルブミン値が分かるのか、その具体的な方法の説明が必要だと言ったのです。

第2の点は「動物性蛋白質40グラム、植物性蛋白質40グラム」という表現です。われわれにとって「肉何グラム、魚何グラム」などという表現なら分かりますが、動物性蛋白質40グラムといわれても、そのために肉や魚をどれだけ摂ればよいのか、見当も付きません。また「動物性蛋白質40グラム」という表現を一般の人は「肉や魚40グラム」と取り違えて、この放送がその意図とは逆に過小な摂取量を指導する結果になる恐れもあるのです。

私の苦情の電話を受けたのはいかにも官僚的な女性でした。彼女は「ご意見としてお伺いしておきます。」としか言わないので、私は私が指摘した点をきちんと放送で補足説明しない限り、今日の放送の価値はほとんどなくなる、と言いました。補足説明の放送は前例がないからだめだと頑強に拒否する彼女に、「あなたは動物性蛋白質40グラムと聞いて、それを摂取するために肉や魚を何グラム摂ればよいのか分かりますか。」と言いました。その時の彼女の返答は学校の試験なら模範解答ともいうべきものでした。「食品成分表を見れば分かります。」こちらも負けずに言い返しました。「じゃ、あの放送で、最初に、皆さん、食品成分表をひろげて、この放送をご覧下さい、と言ったのか。」

この女性との言い合いは簡単に決着しました。私が電話を切って一時間ほど後に、NHKの男性から電話がかかってきて、「補足説明の放送をします」と言うのです。空手形になるとまずいので、「いつやるのですか」と聞いたら、何と今月中とのことでした。そしてそれは実現しました。それまでの色々な放送に対する視聴者からの反応などをまとめて、番組を組み、その中で私の苦情に答えてくれました。こんなに簡単に実現することを、なぜ彼女は強引に拒否し続けたのか、分かりません。

その補足説明では、アルブミン値を知るには特別に医師に依頼する必要があることを説明していました。また動物性蛋白質については、「しっかりした食事をするためには、動物性たんぱく質をしっかり摂ることが欠かせません。一日のおおよその目安量は肉60グラムくらい、魚60グラムくらい、卵1コ程度、牛乳200ミリリットルくらいです。」とわれわれに分かりやすい表現になっていました。

(肉食を勧めると大抵の人はそれじゃコレステロールが増えるんじゃないか、と気にします。私はもちろんコレステロールの数値もチェックして、望ましい水準にあることを確認しています。)



世の中にまかり通っている誤解を生みやすい名称

老年学士曜随想第27号05年12月3日

「名は体を表す」という言葉があります。ということは「名が体を表さない」こともあるということでしょう。今回はそのような「名が体を表さない」いろいろな言葉を考えてみたいと思います。

#### 「クラリネット五重奏」

私の大好きな曲の一つにモーツァルト作曲のクラリネット五重奏曲があります。家から歩いて15分の所に200人ほどしか入れない小さいホールがあります。数年前そこでこの曲を聴き、その後演奏家たちとお話しできたことも、この曲に親しみを感じる一つの理由です。

ところでクラリネット五重奏の楽器の編成はどのようになっているのでしょうか。西洋音楽をよくご存じの方には簡単な質問です。直ちに「弦楽四重奏にクラリネットが加わったもの、だからクラリネット、バイオリン2つ、ビオラ、チェロだよ」と答えられるでしょう。しかし西洋音楽を知らずに、ただこの曲名だけから考えると、「クラリネットが5つ」と思ってしまうのではないでしょうか。

「バイオリン・ソナタ」というものもあります。これも知らない人には、バイオリンだけが演奏するように思えないでしょうか。英語ではきちんと「バイオリンとピアノのためのソナタ」と体を表す表現になっています。

「曲の種類を表す名称は、名は体を表すものにすべきだ」と学生時代からバイオリンをやっている友人に話したら、「知らない人が誤解したって、仕様がな」と一蹴されてしまいました。名が体を表さなくても、知っている人には体が分かるのですが、知らない人には名から体を想像することはできません。

#### 「終身雇用」

日本的雇用の特徴は何か、と尋ねられた時、その一つとして「終身雇用」を挙げるのが常識でした。他の商品の取引が「長期継続取引」という特徴を持つ日本では、労働力という商品も長期継続的取引という特徴を備えていて、それが「終身雇用」でした。

私は大学で経営学を教えていた頃、よく学生にこんなブラックユーモアのような冗談を言っていました。「終身雇用って言うけど、実際は定年までしか雇わないよね。どうしてそれを「終身」というか知ってますか。みんな定年までに過労死してしまうからだよ。」

経営学の本やきちんとした論文にもこの言葉が使われています。しかし私はこの言葉を決して使いませんでした。私は日本の雇用の特徴を表すのに、少し長くなりますが、名が体を表す次のような言い方をしていました。「定年までの長期雇用の慣行」

これは制度ではなく、慣行にしか過ぎませんでした。どの会社の就業規則や労働協約を見ても、定年までの雇用は定められていません。だから今は簡単にその慣行は崩れて行ってしまうのです。企業は急速な変化に対応できるようにと、長期雇用の正社員の数を減らし、即戦力の短期雇用を増やす方向に動いています。フリーターやニートの増加も、このような企業の雇用方針と無関係ではないと思っています。

### 「高速増殖炉」

今からちょうど10年前の95年12月に「もんじゅ」という原子炉が冷却材のナトリウムが漏れるという事故を起こしたことを覚えておられるでしょうか。この「もんじゅ」が高速増殖炉です。

増殖炉とは、簡単に言うと燃料を燃やして熱を発生させながら、燃やした以上の燃料を作る原子炉のことです。この素晴らしいアイデアが出され、実用化の見通しが立った時、これで人類のエネルギー問題は永遠に解決された、とも言われました。

天然のウランの中には核分裂が起きるウラン235は約0.7%しか含まれていません。約99.3%を占めるウラン238は核分裂を起こしません。増殖炉は、プルトニウムを燃料として発電をしながら、このウラン238を核分裂を起こすプルトニウム239に転換するのです。燃料としては使い物にならなかった天然ウランの99%を燃料に変えるのです。

夢の原子炉と言われた増殖炉も、いろいろな技術的問題を抱えています。「もんじゅ」は事故後運転が再開できず、今では世界で稼働しているのはフランスの実験炉であるフェニックスただ一つがあるだけです。

ではこの増殖炉の前に書かれた「高速」とはどういう意味でしょうか。専門家以外の方はこれは「増殖が高速」だと思われるでしょう。どんどん高速で増殖が進むと考えるのが常識というものでしょう。しかし実はそういう意味ではないのです。

日本でも稼働している多くの原子発電用の原子炉は、「軽水炉」と言われるように、冷却材として普通の水を使います。水は発生した熱を発電機へ運ぶ役割を果たします。しかし水にはもう一つの役割があります。核分裂で発生した中性子を減速するという働きです。この減速された中性子がウラン235に当たって、核分裂を起こさせます。

増殖炉の前に書かれた「高速」という意味は、実はこのような減速がされていない、「高速」の中性子、という意味なのです。高速の中性子が核分裂を起こさせることを表しています。

なぜこんな誤解を招くような名称を付けたのでしょうか。専門家の独りよがりと思えません。

### 「合計特殊出生率」

少子化が大きな問題になっています。この問題を具体的に示す場合、「合計特殊出生率」という数字が指標とされます。厚生労働省が発表している「人口動態統計特殊報告」によりますと、終戦直後の第1次ベビーブームの頃には合計特殊出生率は4.5以上の高い値を示していましたが、1950年代には3を割り、1975年には2を割り込むようになりました。2004年の合計特殊出生率は1.2888で、2003年の1.2905よりも低下し、過去最低となりました。

合計特殊出生率とは、人口統計上の指標で、一人の女性が一生に生む子どもの数を示しています。だからこの数値によって、将来の人口の増減を推測することができるわけです。

「一人の女性が一生に生む子どもの数」というごく普通の数字にどうしてこんなものすごい名称が付いているのでしょうか。この名だけを見ると、特殊な出生だけの率の合計、つまり正常に生まれなかった出産の率の合計、という感じがします。

この数値は「一人の女性が一生に生む子どもの数」ですから、本当は一人一人の女性を

子供が産めなくなるまで追跡調査して、その平均を求める必要があるのですが、それでは現時点でのクロスセクションの状態が分かりません。それで女性の出産可能な年齢を15歳から49歳までとして、ある年のそれぞれの年齢での出生率を出し、足し合わせることで、人口構成の偏りを排除して、一人の女性が一生に産む子供の数の平均を求めようというものです。

「特殊」があるからには「普通」もあるはずですが、確かに「普通出生率」というのもあります。これは単純に全人口に対する出生数の比率を示すものです。これでは人口構成の影響を受けてしまい、長期的な指標としては適当ではないことは分かります。

常識では特殊でもないものに「特殊」と付けているのには、それなりに専門的な意味があるのですが、誤解を生む危険もあると思います。

今回は4つの例しか挙げませんでした。身の回りにはいくつもそんなものがあります。そしてその多くは専門家が一般の人が理解できるかどうかを考えずに、付けた名称ではないでしょうか。

私は時には医学に関連した文を読むことがありますが、素人には読み方も分からないような漢字が使われていたり、意味の分からない言葉に出くわすことがあります。知識を持った少数の専門家と、知識を持たない大衆、というこれまでの時代を反映しているように思います。インフォームド・コンセントが叫ばれる時代です。医学に限らずあらゆる分野で名が体を表し、分かりやすい名称を使うように努力すべきではないでしょうか。それが一部の専門家だけが知識を独占して、その知識を誤った使い方をするのを避けるのに寄与するのではないかと私は思います。

哲学書が難解なのは、著者が自分でも分かっていないことを書いているから。

老年学土曜随想第32号 06年1月7日

明けましておめでとうございます。この老年学土曜随想も今回から第二年目に入りました。われながら厚かましくも、駄文をこれまで31回も続けてきたものだと思います。後期高齢者に仲間入りした私がぼけ防止のために書いているのだとお思いいただき、今年もお付き合いをいただきたく、お願い申し上げます。

駄文であっても、書く私としては文章作法など、いろいろ気を遣ってはいます。新年にこたつに入って、古い雑誌ですが2002年9月に発行された「文藝春秋」の「特別版 美しい日本語」をめくって「私の書き方」を見ていました。そこに面白そうな文を見つけました。「哲学書を書く文章」というタイトルで、筆者は木田元氏（哲学者・中央大学名誉教授）です。ご参考にもなると思いますので、要所をここにご紹介致しましょう。

「私はいまだに原稿は手書きである。」と始まるこの文の、自分が書くときに心掛けていることを述べているところに、こんな一節がありました。「一つは〈自分の分からないことは書かない〉ということである。当然すぎるくらい当然なことだが、私のやっている哲学の分野では、自分でもよく分かっていないことを書こうとする論文や本がきわめて多い。それも、分かっていないことを人に見ぬかれまいとして、鎧甲で身を固めるようにして書くから、なにがなんだか分からない曖昧模糊とした文章ができあがる。哲学の論文や本が『難しい』のは、大部分そのせいである。」

哲学だけではなく、どんな分野にもこの手の論文はあります。先生にはバレバレだと分かっていても、この手の卒論や修論を書いた方もおられるでしょう。

そしてさらにこう続きます。一人の哲学者の思想を理解するだけでも30年はかかると記した後で、「ところが、いまの若い研究者たちは、就職のためにも昇格のためにも論文の数をそろえなければならないので、そんなに待ってはられない。分かってもないことについて論文を書いたり、時には解説書まで書いたりする。いまさら分からないとも言えないので、分かっていないことを見ぬかれぬように用心深い文章を書く。そんなものを読まされても分かるはずがない。だが一般の読者は、哲学は難しいもの、分からないのは自分の頭が悪いせいだと思ってしまう。分からないからこそ有り難いと思う人さえ出てくる。」

私も正にこのように、哲学を難しく分らないから有り難い、と思った若い頃の一時期もありました。「純粹有が始まりをなす」なんていう訳の分からない文から始まるヘーゲルの「エンチクロペディ」は、分からないからより深遠なものに思えました。ヘーゲルが鎧甲に身を固めた文を書くはずがありませんし、原文とも対比して読んでいたのですから、訳の悪さは克服できます。やはりこれは本当に深遠だったのでしょう。それでもこんな経験もしていますから、この木田元氏の文を笑いながら気軽に読み進めることはできません。

この老年学土曜随想では現象学など哲学についても書きましたが、テーマは何であれ、書く文は自分で分かっていることに限っているつもりです。木田氏の戒め、「自分の分からないことは書かない」は今年も守っていきたいと思います。もっとも自分自身は分かっているつもりでも、他の方がご覧になると「こいつ、分かっちゃいねえな」となるものがあるかも知れませんが。

ところで、これとは全く違う次元でのこの正月の経験をお話ししましょう。私は正月2日に家から歩いて10分くらい離れた一軒の家を訪問しました。毎年その家へ行くべき年賀状が間違っ て我が家に配達されるのです。買い物へ行くついでに、その年賀状を届けに行きました。その年賀状の誤配は郵便局のミスではありません。間違っ て記載されている住所は我が家のものです。しかも名前はなんと中込さんという人なのです。これでは郵便局を責めるわけにはいきません。

パソコンで印刷されている住所ですから、発送者にパソコンに覚え込ませている住所を訂正するように言わない限り、今後毎年私の家に誤配されます。実は去年もそのことは中込さんに言ったのです。だが訂正はされていません。それで今年こそ発送者に訂正するように伝えてもらおうと少々身構えて、その家に向かいました。

その家の門の横に日当たりのいい部屋があっ て、そこに老女が気持ちよさそうに椅子に腰掛けて日向ぼっこをしていました。玄関から入るよりも、その老女に声を掛けた方が便利なので、「こんにちは」と声を掛けました。そして二言、三言、言葉を交わしたとき、これは困ったと思いました。その方は認知症なのです。何とか受け答えはしてくれますが、私が言おうとしている複雑な事情を理解してくれそうにありません。「こんなことを言うところのプライドを傷つけるかな」と思いながらも、「他にどなたもおられないのですか」と聞いてしまいました。「若い者は出掛けています」という返事は返って来ましたが、「いつ頃帰ってこられますか」という問にはまともな答えはありませんでした。

それでも言うべきことだけは言い、年賀状を渡してきましたが、どこまで分かっていただけか。恐らく全く分かっ てもらえなかったでしょう。

それにしてもその老女の生き生きとした明るい姿が私にはとても印象的でした。認知症ではあっ ても、同居の家族とうまく行っ ているのではないのでしょうか。私が話したことは全く理解されなかったでしょうが、また家族がいるときに行っ て話せばよいことです。そんなことよりも彼女が同居の家族と仲良く生活しているように感じられたことを本当に嬉しく思いました。そして特別養護老人ホームで利用者にきつく当たる職員を見ているだけに、今年が認知症の方々に優しい年であるようにと祈らざ にはいられませんでした。

緩和ケアは治療と同時に行えないのか。WHO の定義は歪曲されていないか。

老年学土曜随想第34号06年1月21日

今回の文は少々興奮しながら書いていたら、長く読みにくいものになってしまいました。ご容赦下さい。興奮の原因は「悪魔の等式」と専門家の手抜き（孫引き）です。

先週の第33号に書きましたように、日本のがん治療の問題点を取り上げた1月8日夜のNHKの番組で、私は初めて緩和ケアまたは緩和医療とホスピスとが別であることを知り、衝撃を受けました。緩和ケア＝ホスピス、つまり緩和ケアを受けるには、治療をあきらめなければならない、と考えていたのは、私の無知から来る誤解だったのでしょうか。

いや、そうではないのです。日本全体がそう考えていると言っても、過言ではないようです。ですからあのNHKの番組は、そんな日本の常識を打ち砕くものと言えます。

無知な私の誤解ではなかったという証拠をお見せしましょう。次の文はその道の専門家が書いたものです。大阪大学医学部麻酔科大学院橋本典夫氏はこう書いています。

「緩和医療とホスピスは言葉の違いはありますが、目指しているものは本質的には同じであり、大別して5つ挙げられます。それは、全人的ケア、QOLの向上、チーム医療、在宅医療、家族のケアです。これらは現代の医学においては忘れられてきた分野であり、今後の進展が期待されます。」

また一般病棟における緩和ケアの推進を主張する呉大学看護学部中島優子氏も「近年、ホスピス・緩和ケア病棟は急速に増加しており、長い間片隅に追いやられていた終末期の患者に温かな光が注がれるようになった。」と、ホスピスと緩和ケアを中黒（・）でつないで、この二つが同義語であることを示し、そして共に終末期のものとしています。

このような例はインターネットの上では枚挙にいとまがありません。つまり日本での専門家を含めての常識は、緩和ケア＝ホスピスなのです。緩和ケアを受けるには、治療をあきらめなければならない、ということなのです。

私は「緩和ケア＝ホスピス」という等式で書きました。この等式は「悪魔の等式」とでも呼ぶべきものでしょう。なぜなら、この等式の故に、多くの患者が大きな苦しみを伴う選択を迫られることになるからです。NHKの番組で、その例が示されていました。

患者はがんの痛みなどに耐えかねて、主治医に緩和を頼みます。前回も書いたように、痛みなどは検査によって客観的なデータとしては示されず、患者自身の訴えでしか医師は知り得ません。それで医師によっては患者の訴えを「それは気のせいだよ」とか「ノイローゼだ」とか、「ある程度の副作用は我慢しなくては」などと言って、切り捨てることがあるわけです。

痛みなどに対処して、モルヒネなどを処方してくれる場合でも、緩和医療の知識がない医師が多いわけですから、適切な処方とはならず、痛みが緩和されないことも多いようです。それが更に薬の量を増やす、ということにもつながります。

こうした方法に満足できず、もっと痛みを抑えてほしいと思うと、そこには残酷な選択が待ち受けているのです。その選択とは、治療を止めて緩和ケアを受けるか、苦痛に耐えて治療を受けるか、という選択です。

「緩和ケア＝ホスピス」ですから、緩和ケアを受けるためには、治療を止められてしまうのです。治癒の望み、生への望み、が絶ちきられてしまうのです。ですからこの選択は、死を覚悟して治療を止め、現在の苦痛を逃れるか、それとも生への希望にしがみつきなが

ら、毎日の苦痛に堪え忍ぶか、という選択になります。「緩和ケア＝ホスピス」という等式を「悪魔の等式」と私が呼ぶ理由はここにあります。

NHKの番組には専門医によって痛みを取り除いてもらった患者の喜びの姿が出ていました。「毎日がハッピー。私は幸せです。」と笑顔で言う患者の姿から、苦痛に苦しめられる医療がいかにかＱＯＬに反したものであるかということが分かります。二ヶ月に及ぶ苦痛との戦いの後、緩和ケアを受けたこの患者は、「一ヶ月早くこれを受けていたら、もう一ヶ月幸福な生活を過ごせたのに。」と言っていました。そして治療にも前向きに取り組み始めます。

疼痛などの緩和は、生活が豊かになるというだけではありません。治療を受けてみようという意欲が湧きます。だから治療のためにも必要なことなのです。ところが今の日本では、治療を続けるか、緩和ケア＝ホスピス（死の準備）か、という選択になるわけです。番組でも言っていました、「抗癌剤治療を捨てないと、ホスピスには入れない。」わけですし、「生の道を捨てないと、この安らぎをえられない。」わけです。何と残酷なことでしょうか。ですから欧米の先進国に見られるような治療と緩和ケアとの並行的な実施が必要なのです。

インターネットで緩和ケアに関する資料を見ていて、ちょっと気になることがありました。NHKの番組からは、WHO（国連保健機構）は治療と緩和ケアとの同時並行的な実施を規定しているように見えるのですが、日本のインターネット上で見るWHOの緩和ケアの定義などに触れている文では、WHOの考えは割に日本の現状、つまり緩和ケア＝ホスピス（死の準備）に近いように読めるのです。一例をご覧に入れましょう。

宮崎県立宮崎病院の吉本美智代氏はこんな文をインターネット上に載せています。「1990年のWHO発行の『癌の痛みからの解放とパリアティブケア』では、『緩和ケアとは、治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケア（トータルケア）である。痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的、そして霊的問題の解決がもっとも重要な課題となる。緩和ケアの目標は、患者とその家族にとってできるかぎり可能な最高のQOLを実現することである。末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても治療と同時に適応すべき点がある』としている。」

この吉本氏の文によれば、緩和ケアは「治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する」ものだと1990年WHO発行の『癌の痛みからの解放とパリアティブケア』では言っている、というのです。そしてNHKの言うような治療との同時並行的な実施は、「末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても治療と同時に適応すべき点がある」と添え書き的に加えられているに過ぎないわけです。

また先にも引用した大阪大学医学部麻酔科大学院橋本典夫氏の文でも、「1990年にWHOが発行した“Cancer pain relief and palliative care”の中での緩和ケアの定義」として、上の吉本氏と同じ文を引用しています。ただし最後の部分の「適応」は「適用」に変更されています。

私はこのWHOの緩和ケアの定義なるものに疑問を持ちました。その理由は、NHKの言っていることと違う、というのが一点。そしてもう一つは日本語のことですが、最後の一節の「治療と同時に適応（適用）すべき点がある。」というところの「点」という言葉の使い方です。普通なら「場合」という言葉を使うでしょう。

この二人とも、WHOの原典に当たっているのではなく、誰かが訳したものを引用していることは明らかです。それで原典に当たってみようと考えました。

まず吉本氏と橋本氏が引用した日本文に当たる英語を、インターネットで探してみました。そして見つけることができました。それはCAPA Manualの文です。CAPAとは高度緩和ケアセンターのことです。「1990年にWHOは緩和ケアを次のように定義した」と書いた後に、正に上記の二人が引用した文が続いています。つまり二人はWHOの定義を引用したのではなく、孫引きをやったのです。CAPA Manualに「WHOはこう定義しました」と書いている部分を誰かが日本語に訳し、それを孫引きして、1990年のWHOの定義だと言っているのです（原文は末尾にあります）。

さらにこの原文では、「末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対しても治療と同時に適応すべき点がある」に当たる部分は、切り離してはっきりと見える独立の別項目として書かれていて、添え書き的に前の文につながって書かれていたのではないのです。

しかもこの部分は私の解釈では、次のように書かれています。「緩和ケアの多くの面は、抗癌治療と結びつけて、癌の早期の段階でも適用することができる。」抗癌治療（anticancer treatment）と結合させて（in conjunction with）適用できる（applicable）とはっきり言っているのです。

では正真正銘の1990年のWHOの定義は何と言っているのでしょうか。そこにも「治療を目指した治療が有効でなくなった患者に対する」ものであると書かれているのでしょうか。それを原典に当たって見てみましょう。この文はすでに長くなりすぎましたので、要点だけを述べるにとどめます。

実はその言葉はないのです。「生命を脅かす病気から生じた苦しみに向き合っている患者やその家族」という言葉はありますが、「治療の効果がなくなった」という意味の言葉はないのです。

そして最後の部分には、はっきりと次のように書かれています。「緩和ケアは、化学療法や放射線療法などの延命を意図した他の治療と結びつけて、癌の経過の早期に適用することができる。」

これは考え過ぎかも知れませんが、吉本氏や福本氏がWHOの定義そのものを引用せず、CAPA Manualの孫引きをしているのは、単に怠慢から来ているのではなく、それが日本の常識と割に一致しているから、つまり患者に「悪魔の選択」を求める日本の常識を覆したくないから（日本の緩和ケアの遅れを知っているので、すぐにすべての癌患者に治療と並行して適用できないと考えているから）、であるのかも知れません。

尚私が下に載せたものがWHOの唯一の定義ではないのかも知れません。そのようなことをきちんと調べる時間がなかったことを最後に加えておきます。

（ご参考までに）

CAPA Manualの文

In 1990, the World Health Organization defined palliative care as: "the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is the achievement of the best possible quality of life for patients and their



families.

• Many aspects of palliative care are also applicable earlier in the course of the illness, in conjunction with anticancer treatment.

## WHO の定義

Palliative care printable version

### WHO Definition of Palliative Care

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

(○は読みやすいように、私が勝手に書き加えました。)