

まえがき

本書の第一稿が書かれたのは2008年のことです。もう10年以上前のことで、本書執筆以降、いろいろなことがぼくの周りでは変わりました。例えば、当時は「漢方の専門家ではなかった」のですが、現在は漢方専門医資格をとって漢方外来もやっています。些細なこともかもしれません。

読み返してみても、そのような「些細な変化」を除けば、現在も概ね当時と考え方は変わっていません。え？「感染症は実在しない？ お前は今、新型コロナウイルスと取っ組み合って、クルーズ船にまで乗り込んだじゃないか！ クルーズの感染防御が間違ってたとか言ってたろ？ あれはデタラメだったの？」そういうご意見もあるかもしれませんが。

いえ、むしろ2020年のコロナウイルス問題にこそ、本書のような考え方が必要なのです。感染症は「実在」しない。あるのは微生物と我々の「みなし」だけです。だから、検査が必要な人と不要な人が出てきますし、その検査結果がしばしば間違ったりします。PCRをやっても不毛な事が多いのは、ウイルスがいても結果が陰性のことが多く、そこ

には「病氣」がなかったりするためなのです。詳しくは本書をお読みいただければ、この複雑なからくりをご理解いただけることと思います。

個々の感染症や、感染症のアウトブレイクを理解するには、そのような「現象そのもの」のイメージが必要です。イメージ喚起力がないと、「感染がある」「ない」といった見解を（検査結果が「陽性」「陰性」といった間違った根拠で）デジタルに捉えてしまいます。デジタルに感染症と対峙すると、できていないゾーンニングも「ちゃんとやっている」と錯覚します。ゾーンを作っても、そこに存在するウイルスがイメージできなければ予防はできないのです。これは、感染症の本質を知悉ちしつしていないとイメージできない。非専門家の方にどのように伝えたら、このゾーンニングの失敗をイメージしてもらえるか。かつて、ぼくはあるインタビューで、「下水道と上水道が混じっていて、その水を人が美味しそうに飲んでいる感じ」と述べました。ゾーンニングの失敗とはこのようなものですが、ウイルスは目に見えないし無臭なのでぼくが覚えた恐怖感が追体験されないのです。

本書は観念的な本ではなく、あくまでも感染対策の本質に迫る実践的な本だと考えています。お役に立つことを祈ってやみません。

2020年3月

岩田健太郎

目次

まえがき

第1章 感染症は実在するか

病気の実在を疑う／私は実は病気だった？——症状が「ない」結核の話／結核は科学的に診断できるか／目的に合わせて判断する／潜伏結核と活動性結核に線引きはできるか／ものが実在するとはどういうことか／関心が思考の態度を決定する／病気とリンゴはどう違うのか／結核という病気はやはり実在するのか

9

第2章 病院の検査は完璧か

完璧な検査は存在しない／病気と病気でない人の間／潜伏結核は実在しない／結核という病気は潜伏結核と区別可能か／目に見えるから実在するのか

45

2

第3章

感染症という現象

もともと結核は現象だった／現象からものへの価値転換は必然だった／インフルエンザも実在しない／ことをものと認識する矛盾／検査と治療が混乱の原因／間違っているのは検査か、認識か／根源的な問いに立ち返る

第4章

なぜ治療するのか

治療が認識に混乱を与える／効くか効かないかではなく「どのくらい」効くか／サンタというキーワード／ではタミフルは「どのくらい」効くか／常に反対側も考える／異常行動の副作用(?)は本質的な問題ではない／薬に副作用があるのはあたりまえ／インフルエンザとどう対峙するか／Use it and lose it／倫理的問題の対立は原理的に解けない／こととしてのインフルエンザに立ち返る

第5章

新型インフルエンザも実在しない

鳥インフルエンザ、豚インフルエンザ、そして新型インフルエンザ／こととしてのパンデミックフルー、ものとしての新型インフルエンザ／感染症法のどこが間違っているのか

第6章 他の感染症も実在しない

MRSA腸炎は実在するか／コッホの原則も答えのすべてではない

135

第7章 メタボ、がん……

感染症じゃない病気も実在しない

生活習慣病は実在するか／メタボも実在しない／精神病も実在しない／腫れ物、がんなら実在するか／目に見えても実在しない

143

第8章 関心相関的に考える

人の死亡率は100％／恣意性を認め、主観を容認する／がん検診は無意味ではない／総死亡率を減らさないとダメなのか／子どもが髄膜炎になるのを容認できるか／病気になる最大の理由は長生き

165

第9章 科学的に、本当に科学的に考えてみる

科学論文とは何か／くじ引き試験が役に立つのは微妙な問題だけ／関心相関的に真の

181

アウトカムは何か／大規模試験だから、価値が低い／くじ引き試験が倫理的かは目的次第／臨床試験は人体実験／新薬の臨床試験は非倫理的か

第10章 医者とは総じて恣意的な存在

線引きは厳密にはできない／統計分析も恣意的に決められる／医療はほとんどグレーゾーン／治療効果95%はいい薬か／正しい、正しくないでは議論しない／学術論文は英語で読めばわからなくなる日本の新聞／一流誌の論文は無批判に受け入れられるか／瑕疵があるから価値がある／バイアスの排除は原理的に不可能

第11章 価値交換としての医療の価値

老化は病気か／治療しなければならぬと決めつけない／病気とは価値交換／長寿国になることが目的なのか／あからさまな病気、ささやかな病気／目的を持って価値交換しよう／喫煙は絶対悪か／医療は総じてリスクとの価値交換／新型インフルエンザも価値交換／リスクの否定とルサンチマン／妊娠は病気ではないのか／予防接種はなぜ推奨されるべきか／漢方薬は効くのか／民間療法が信用できる条件／苦しみを解除・

介助するために／保険適用があれば正しい医療か／価値交換を阻むバターンリズム／自殺、安楽死は容認されるべきか／脳死は認めるべきか／あいまいな根拠、明快な決断／プライマリ・ケアとは何か／薬害とは何か

第12章

病気という現象を見据えて、
しなやかに生きていくために

これで楽になれる／その先にあるもの

あとがき

新装版のあとがき

第1章 感染症は実在するか

彼はあなたに胃拡張を見出すでしょう。診察する必要なかないので、それははじめから彼の目のなかにあるのですから。あなただって、それは見えますよ、胃拡張は彼の鼻めがねに映っているのですよ。

マルセル・ブルースト『失われた時を求めて』

病気の实在を疑う

みなさんは、病気が实在すると思いますか？ のつけから何をおかしなことを言っているのだろうか、と怪訝に思われる方もいらっしゃるかもしれません。

本書では、池田清彦氏が提唱した構造主義生物学、そして西條剛央氏が提唱した構造構成主義を活用して病気について考えてみたいと思います。私の専門は感染症という病気の領域なので、特に感染症からまずはアプローチしてみようと思います。「構造構成的感染症学」なんて名前を付けてみました（編集部注…2009年刊行時のサブタイトル）。

多くの人は感染症という病気が实在すると信じています。しかし、これから本書で説明するように、感染症という病気は实在しない、实在物ではないと考えたほうがよいと私は考えています。感染症は实在しない現象であり、構造構成主義的に認識される構造にすぎない……こんなふうに考えてみたのです。そして、この考え方は、実は感染症に限らず、すべての病気についても応用可能であると思います。例えば、がんとか生活習慣病とか、そういった病気も实在物ではなく、構造構成主義的に認識される現象なのだ、と。

読者のみなさんの中には、この時点で「バカバカしい」と感じた方もいらっしゃるでしょう。「そんなことがあるか」「病気はあるに決まっているじゃないか」とお叱りを受ける

かもしれません。「実際、病気で入院したし……」と言う方もいらつしやるでしょう。「あなたの病名は〇〇ですよ」とお医者さんに言われたばかりの方もいるかもしれません。あるいは、病名の付いた診断書をもたらったばかりの人もいるかもしれません。「大体、病気が実在しなかったら医者も医療も必要なくなってしまうじゃないか。そんなバカな話があるわけがない」と。

私たちは、肺炎とか、エイズとか、大腸がんとか、こういった病気が「実在する」「もの」と考えがちです。だから、世の中には病気というものを持っている人と、病気を持っていない人との２種類に分けられる、分けることができると考えます。もし、病気が実在する「もの」だとしたら、私は〇〇という病気を持っている人、私は病気ひとつ持っていない健康な人、こんなふうに二者を分別できるに違いないからです。

でも、私の考えでは、病気は実在する「もの」ではないのです。したがって、病気を持つている人と病気を持っていない人、というように２種類に分類することは不可能なのです。病気を持っている人（病人）と病気を持っていない人（健康な人、健常者と言うこともあります）を区分けする方法は原理的に存在しないのです。

「病気ひとつしたことがない」と言う人がいます。風邪すらひいたことがなく、健康が服

を着て歩いているような、元気だけが（失礼）とりえのような人のことです。

しかし、よく考えてみれば、「病気ひとつしたことがない」と言うためには、その人にとって「病気とは何か」が明らかになっていなければなりません。だって「何が病気か」がわからなくて病気を「したことがない」とは断言できません。その人が「病気ひとつしたことがないと言えるのは、その人にとって病気が明確にイメージできる「もの」であり、それを「持っていない」という根拠を持って「したことがない」と言えるのでした。しかしながら、私の考えでは病気は実在しない、「もの」ではないので、病気ひとつしたことが「ある」とか「ない」とか厳密には言うことができないのです。正確に言うとは、「病気ひとつしたとは、私は思わない」と言うべきなのでしょう。

多くの人は病気は実在する「もの」だと思っっているのに対して、私はそんなことはないと言っています。では、どうして「病気は実在しない。ものではない」と言えるのでしょうか。そして、こちらのほうがより重要なのですが、病気が実在しないとわかると、何かよいこと、便利なことがあるのでしょうか。「ある」というのが私の見解です。

では、どうして病気が実在しないのか、ものではないのか、についてこれから説明していきます。そして、それがどうしてよいことなのか、また便利なことなのかも説明します。

まずは、私が専門とする感染症のうち、結核を例に挙げてみていきます。

私は実は病気だった？——症状が「ない」結核の話

私は2003年から2004年まで北京の国際診療所で働いていました。北京駐在の外国人を対象とした診療所で、日本人の患者さんであれば日本語で、それ以外の国の方にはおもに英語で診療します。

さて、ある日、西洋人の若い男性がやってきました。昔の話でうろ覚えですが、確か健康診断の結果が要再検査だったからとか、そういう理由で来院したのでした。でも、自覚症状は全くないとのことでした。自覚症状とはその名の通り病気の症状が自覚できていること、つまり、痛いとか、つらいとか、そういう感じですか。そういう自覚症状はないまま、「自分は特に困っていない。けれども、検査が必要だからきました」と彼は言うのです。こういうことってよくあるのではないのでしょうか。検査の必要性が受診の理由なのです。そこで、いろいろ調べてみると、その男性には結核という「病気」があることがわかりました。症状が全くなくても「病気」になることがあるようなのです。胸のレントゲンではわずかに異常な影が映っており、喀痰検査からは結核菌が検出されました。

けれども、驚くことはさらにありました。その患者さんには結核治療薬を出したのですが、そうしたら、その男性は「とても元気になった」と言うのです。

私は驚いて聞きました。

「最初全然症状がないとおっしゃっていましたが、それが、よくなったのですか？」

その「患者さん」は答えました。

「そうなんです。自分では全然病気ではないと思っていました。でも、結核の治療を始めてから、みるみる元気になっていく自分を感じて、どうも治療前はやっぱり調子が悪かったということがわかったのです。仕事やストレスで疲れが出たのかな、別に病気というほどでもないだろう、ぐらいに思っていたのです。でも、結核の治療薬を飲むと、あのころは実は体調が悪かったということがはっきりしてきたのです。食欲も増して体重も増えたと、とても元気です」

ふーん。確かに結核って症状が漠然としているので、あまり激烈に苦しんだりはしないものなのです。微熱、体重減少、何となくだるい、という漠然とした症状が数週間続くのが普通です。ですから、本人にも体調が悪い、病気だったと気づかないことであるのでしょう。なんとなくだるい、くらいは本人にとって「病気とは認識されていない」のでし

た。治療して「より」元気になったので、初めてこの男性は自分が病気だったことを、はっきりと認識したのです。

さて、「生まれてこの方、病気ひとつしたことがない」と言う人がいる話をしました。しかし、その人は本当に病気をしていないかどうか、確かなことが言えるでしょうか。すでに北京で出会った結核患者さんの例でもわかるように、「自分が病気をしているという認識がない」ということは、「病気をしていない」という保証にはなりません。したがって、自らが自らを病人と、あるいは病人であったと認識するかどうかは、現実に病気であったかどうかとは無関係である、と言うことができます。

また、自覚症状はあくまで相対的なものです。例えば、「疲れている」という症状を病気の症状と自らが認識すれば、その人は「病気ひとつしたことがない」とは言わないでしょうが、仕事が忙しければ疲れるでしょう……という軽い認識であれば、たとえばその人に臨床症状があったとしても（それを臨床症状と呼べば、の話ですが）、「病気ひとつしたことがない」人になってしまうでしょう。でも、これを認識するのはその人の主観になってしまいます。もし病気が実在するものだとすれば、これはおかしな話になってしまわないでしょうか。

北京の患者さんも、私に「結核」という診断名を言われなければ自分を病人と規定しなかったでしょう。そして、彼はこう言っていたかもしれない。「俺は生まれてこの方、病氣ひとつしたことがないんだよ。ああ、それにしても疲れたなあ」なんてね。

したがって、ある人が「病氣ひとつしたことがない」と言ってもそれを確かめる術は実はありません。正確に言うと、「病氣ひとつ（自分に、あるいは他人に）認識されたことがない」「病氣のネーミングが医者からなされていない」と言うべきなのでしょう。

結核は科学的に診断できるか

「でも、その北京にいた西洋人からは結核菌が見つかったんでしょ。菌が『実在』しているのなら、結核という病氣も実在しているに決まっているじゃないですか。ちゃんと結核という病氣として診断され、病氣は実在することが『証明された』わけです。科学的に間違いない事実です。だから、その人が『自覚しようがしまいが』病氣は実在するのです。あなたの主張は単なる言葉遊びにすぎません」

こんな批判が聞こえてきそうです。

実は、これは医療者であっても陥りがちなピットフォール（罠）です。確かに「病原体」

たる結核菌は実在するかもしれない。まずはこの実在は無批判に信じてみることにしましょう（信じたからといってさしあたって困ることもなさそうです）。しかし、病原菌の実在は病気の診断ではないのです。医者ですら、このような誤謬にしばしば陥るのです。この点についてもう少し説明しましょう。

結核菌が見つかったから結核という病気が実在する、と仮定してみましょう。病原菌の発見は病気の診断と見なすわけです。しかし、結核菌は世界の人口の3分の1、何十億という人に感染しています。そうすると、世界の何十億という人が「病気」だということになります。もし、「病気」を正常状態からの逸脱と解釈すれば、こんなにたくさんの人々が「逸脱」しているのです。本当にそれで正しいと言えるのでしょうか。

あれ、またまた反論の声が聞こえてきました。

「ちよつとちよつと、私が勉強していないと思つてごまかそうとしていますね。結核菌に感染しているだけでは病気とは言わないんですよ。あれは『保菌者』です。菌を持っているだけで、病気をしていないのだから、『病人』ではありません」

なるほど、では菌を持っているだけでは病人とは呼ばないのですね。では、そのご意見を尊重するのであれば、やはり「病原菌の発見」がそのまま病気の診断ではないと言える

のではないでしょうか。

保菌者とは、病原菌を体にかこつていても、病気ではなく、したがってその人は病人ではないのです。同じようにHIV（ヒト免疫不全ウイルス）を体の中に持つていても、そのものが病気なのではありません。こういう人をHIV感染者と呼びます。しかし、特有の、決められた症状が出て初めてその感染者は「エイズ（後天性免疫不全症候群）」という病名が告げられ、初めて病人と認定されます。まあ、少なくともそういう約束事になっています。

では、病原体を持つていて、なおかつ症状があれば「病気」ということで病気の存在を証明できるでしょうか。ここまでの手続きを踏めば、なんら文句はなさそうにも思えます。実は違うのです。このような手続きでは、やはり病気の存在を証明することはできません。

私が北京で出会った結核患者さんを思い出してください。この患者さんは「自覚している」症状は全く持っていなかったのです。それが、喀痰検査をしたら結核菌が見つかりました。一般には、このように結核菌が体内のどこかから検出されたり、結核の病変が「目に見えている」場合は活動性結核といって「病気」と認識されます。

目的に合わせて判断する

さて、これから、ちゃぶ台をひっくり返していままでの議論をチャラにしようという面倒なお話をします。頭がこんがらがっちゃうかもしれません、がまんしておつきあってください。

実は、全く症状がない、そして病原体を体を持っている人であっても「病人」として認定し、「病気を持っている」と認識しよう、という考え方も最近では出てきたのです。ええ？　いままでの議論はどこへ行っちゃったの？

こういう、前提を根底から覆すようなことを言い出すのは、大抵は実験精神に富んだアメリカ人たちです。今回も例外ではありませんでした。

彼らはこう言ったのです。菌を持っているだけの人は「保菌者」ではなく、「潜伏結核」という「病気」を持った人と呼ぶことにしましょう、と。なぜそういうことを言い出したのでしょうか。

それは、それが彼らの目指す目的に合致した判断だからです。

結核対策に力を入れている国々、特にアメリカは国から結核を撲滅しようと思図しています。保菌者は抗結核薬を飲むことによって結核という病気にならないよう「予防」でき

ます。しかし、アメリカの専門家は考えました。「もつと積極的な考えでいかなければダメだ。保菌者の予防ではなく、潜伏結核の『治療』と呼ぼう。それだともつともつと積極的に抗結核薬が使用されて、結核はもつと早く撲滅できるはずだ」と。

結核菌や保菌者そのものが変化したわけではありません。私たち医者現象に対する捉え方が変わっただけなのです。恣意的に、「そういう状態は病気と呼ぼう。そして治療の対象にしよう。そうやって、ゆくゆくは結核という病気を撲滅しよう」という態度をあらわにしたのです。結核を本気で撲滅しようと考えているアメリカがこういう態度をとりだし、他の国の医者も同様の見解を持っています。というわけで、現在、結核という病気ひとつとつとつとつても、世界人口の3分の1は潜伏結核患者、ということになります。世界は病人だらけなのです。そのように認識されれば。

このように、医療者の目的に照らし合わせて、ある現象が病気と認識されたり認識されなかったりするので、病気の認識はきわめて恣意的で、目的に照らし合わせて意図的に、巧妙に行われます。さて、結核菌という菌は実在すると考えてもよいかもしれません。しかし、結核という病気は実在すると考えてよいのでしょうか。潜伏結核なんて病気、実在するかしないかは、医療者側の舌先三寸という気もしませんか？

ここで慌てて言い訳をしておく、私は病気が恣意的に規定される現象であることがよろしくないとか、アメリカ人の戦略がけしからんとか思っているわけではありません。病気は現象にすぎず実在しない、「もの」ではない。これは目的に照らし合わせて医療者が恣意的に規定した「こと」にすぎないと、私は考えています。けれども、病気の実在を信じている（かもしれない）みなさんは別にごっかりする必要はありません。それはそれでよいのです。

ある現象を病気と呼ぶか呼ばないかは、目的に合致した恣意性が決めればよいのです。例えば、潜伏結核。これは、これまでは病気と認識されていなかったのですが、新たにアメリカ人が病気と定義した現象です。結核の撲滅という具体的な目的を掲げ、そのためにいままで病気でなかったものを病気と認識しましょうね、という戦略です。目的に照らし合わせて、これは理にかなった判断です。要は、自分たちの目指すものを明確にしてそれに合致した戦略としての病気のネーミング、病気の定義を行えばそれで大抵の人は納得・満足してくれるはずなのです。方便として、この戦略性はイケているのではないでしょうか。だから、潜伏結核という病気がたとえ「もの」として実在しないという事実を私たちが悟ったとしても、決してごっかりする必要はないと思います。いま自分が「病気を持つ

ている」と考えていらっしやる方も、別にその考えを私が否定しようとしているわけではないことを理解していただきたいと思います。たとえ「もの」として実在しないとしても、その現象、その「こと」は起きているのだから、その方が認識している「病氣」を私が否定しているわけではないからです。

潜伏結核の例が示すように、ある現象を病氣と呼ぶか、そうでない別の何かと呼ぶかは、しばしば、専門家である医療者の恣意性が規定しています。中には「そんな恣意性なんかで、俺を病人扱いしやがって、けしからん」とお考えになる方もいるかもしれませんが。「私は本当は病氣なのに、医者恣意性でその認識が妨げられている」とお考えの方もいるかもしれません。

まあ、もしかしたら（それで本人が困らないのであれば）、医療者がなんと言おうと、自分は病人ではない、病氣になっていないと確信し続ける……こんな選択肢もあるかもしれませんが。何しろ、病氣という現象が恣意的に規定されている以上、別の恣意がそれを頑なに拒む場合、その恣意、価値観、見解を原理的に否定することは不可能だからです。まあ、逆に「自分は病氣に違いない」とまわりの反対を押し切って主張するのは、あまり本人にとってもよいことではないような気がしますし、あまり健全とは呼びにくい見解かなあ、

とは思いますが。

さて、みなさんの中には、「私はこんなに苦しいのだから何かの病気に決まっている」とお考えになって病院を訪れた方もいるのではないのでしょうか。そのとき、お医者さんに「何でもないよ」と言われるより、「あなたは〇〇病ですね」と言われたほうが、ある意味ほっとすることがあるのではないのでしょうか。

病気の名前を付けてもらおうと、ほっとする。なんとなく変な感じがしますが、実際に患者さんを診ていると、そのような反応をされる方は決して少なくはありません。

確かに、ある種の患者さんには病名を与えてあげるだけで気が楽になり、場合によってはもとの症状までよくなってしまいう方すらいます。それは、目的に合致しているのだから、よいと思います。これは現象に名前を付けているだけなのであって、実在の有無とは無関係な問題ですから。そういえば、昔は医者のアセスメントを「見立て」なんて呼び方をしていました。ある病名を付けることも、その見立ての一種だと捉えれば、それでよいのではないのでしょうか。そして、医者としては患者さんが楽になってくれればそれに越したことはないのです、病名を付けるくらいで元気になってくれるのであればどんどん病名を付けてあげればよいと思います。それが患者さんを救うという目的に合致しているのであれば、

です。

まあ、そうは言ってもがんでもない患者さんに「あなたは、がんですよ」なんて言うことは職業倫理に反しているでしょう。医療保険詐欺で逮捕されるのも望むところではありません。でも、お腹が痛くて苦しんでいる患者さんに「検査で異常は出ませんでしたよ。気のせいでしょう」と言うくらいなら、「あなたは急性腹痛という病気ですわね」なんて言うってあげたほうが、ある特定の患者さんにとっては救いとなるようです。現象にどのような名前を付けるか、見立てるか、というのはあくまで恣意性のなせる業なので、それがどれだけあるべき目的に合致しているかが重要でしょう。

しよせん、病気は実在せず、すべては医療者の恣意的なネーミングにすぎないのですから、医療保険などのシステム面での約束事を大きく逸脱して社会に迷惑をかけるのでなければ、患者さんの幸福という目的に合致した形で柔軟に運用してあげればよいのでしょうか。

潜伏結核と活動性結核に線引きはできるか

潜伏結核という現象とそうでない現象（これを活動性結核と言います）の違いはどのように認識したらよいでしょう。潜伏結核とは、結核菌が体に入っているけれども結核菌が見つ

かかっていない状態を言いました。活動性結核は、結核菌が実際に体から見つかるときに、そう呼ばれます。多くの場合は熱や咳などの症状を伴っています。これは、医学者たちの約束事、そうコンセンサスとして決められたことなので、特に活動性結核とか潜伏結核という病気が実在しているわけではありません。

結核菌が体に入っているだけ（潜伏結核）というのと結核という現象が顕在化している（活動性結核）という現象に厳密な線引きをすることは、とても困難です。

確かに、「喀痰検査で陽性になれば（ばい菌を見つけることができれば）」「胸部レントゲン写真で影が見つかれば」活動性結核という判断が成り立ちます。そして、このような検査で病気の証拠が見つからなければ潜伏結核である、と。

けれども、この考え方にはいくつか問題があるように思います。

そもそも活動性結核という病気を見つげるために必要な検査を行うかどうかは、人間側の都合に依存しているのです。それは、医者^がの直感だったり（レントゲン検査でもしてみようかな）、国の健康診断検査の仕組みだったり、あるいは患者さんの希望だったりするので。要するに、喀痰検査をするか、レントゲン写真を撮るかどっかは、人間の「恣意」に依存しているのです。多くの場合は医療者の恣意です。医療者が恣意的に「病気を見つけ

てやろう」と思うから初めて病気という存在が顕在化するのです。そのとき、初めて病気は病気として認識されるのです。

やらない検査は陽性にはならないのです（陰性にもなりません）。喀痰検査は行わなければ絶対に陽性になりません。検査陽性の前提には、検査を行う、というワンアクションが必要になります。しかし、結核という「病気」を持つ方の多くは、症状がないか、漠然としていて医療機関を受診しません。受診しない限りは結核という病名を付けることは永遠に不可能です。

また、日本では医者に対する感染症診断や治療の教育が遅れています。したがって、結核という病気、感染症の知識を十分に持っていない医者も多いのです。そういう医者は、せっかく患者さんが病院を訪れたとしても、結核という病気を想定して、その検査をしてくれないかもしれません。受診しても、結核と認識してくれないかもしれません。だから、軽い症状の結核は「疲れでしょう」とか「風邪ですね」と誤認されて結核の検査がなされないこともしばしばなのです。結核は検査されない限りは、診断されません。そして、診断されない限りは病気とは認識されないのです。このような場合、結核は「存在しない」と認識されているのです。

喀痰検査だけでなく、レントゲンについても同様です。結核診断には、しばしば胸のレントゲン写真を撮ります。典型的には、肺に空洞ができていて、これが写真に見える、それで結核と診断できる、というわけです。

ところが、これまたあたりまえのことですが、レントゲン検査を行わなければレントゲンの異常は指摘できません。レントゲン検査をしなければ結核という認識はなされないのです。レントゲン検査をするかしないかは、基本的には医療者の恣意性にかかっています。ときには患者さんのほうから「レントゲン検査をやってくれませんか」と要求することもあります。いずれにしても検査するかどうかは人の恣意性に依存しているという構造そのものには何の変わりもありません。

それに、たとえレントゲンが正常であっても、それは結核の病変がないことを保証するわけではありません。なぜなら、レントゲン写真に映らないような小さな結核の病変があるかもしれないからです。だから、レントゲンに映っていないからといって、結核という病気を否定するのは不可能なのです。

そういう病変はCTと呼ばれる、より精度の高い写真を撮らなければ見つからないのです。CTもレントゲン検査の一種ですが、平たい板を使って写真を撮るのではなく、ドー

ナツのような輪っかの中に寝転がって、短時間でたくさんのレントゲン写真を撮り、これをコンピュータで再構築して「人間の輪切り写真」を作るものです。要するに、古典的なレントゲン写真よりもずっと精密に肺の病変を見つけることができるのです。

「なんだ、じゃあCTを撮ればいいんでしょ」という声が聞こえてきそうです。いえいえ、そういうわけでもないのです。そう簡単にはいかない理由が2つあります。

その理由の1つは、結核は比較的貧しい国に多いのでCT撮影そのものが不可能なことが多いこと。2つ目の理由は、理論的にはCTでも見つけることのできないごくごく微小な結核病変だってあるはずだからで、これはCTを撮ったからといって見つけることはできないのです。そういう場合、その方は病気を持っていないか、せいぜい結核菌の保菌者というレットテルを貼られてしまうのです。「感度100%の検査は存在しない」という格言が医学の世界にはあります。感度とは病気を見つめる鋭敏度のことです。どんなに検査の技術が進んでも、100%、完璧に病気を見つめることはできはしない、必ず見逃しがある、という意味です。CTという検査は医学の、そして医療の世界に革命的な進歩をもたらしましたが、かといってCTがすべての病気を見つめることができるという意味ではないのです。CTでも見つけることのできないくらい、小さな病気だって（たぶん）ある

のです。

しばしば、現代医学の検査は完璧だ、と信じられがちですが、実は病気を病気と認識できないことも多いのです。逆に、病気がないのに病気と誤認すること（アーチファクトと呼ばれる現象がこのような間違いを引き起こします）もあります。この場合、病気でもないのに間違つて機械や医者が「これ、病気じゃないの？」と画像を「読みすぎて」しまい、健康な人を病人扱いしてしまうのです。だから、なんでもかんでもCTを撮れば問題が解決するわけではありません。

検査そのものもたらず「副作用」の問題もあります。CT検査そのものはレントゲン検査の一種ですから、CTそのものにまつわる放射線曝露があるのです。必要なCT検査は積極的に行うべきでしょうが、あまり根拠の乏しい状況で無差別にCT検査をし続けていると、その検査が原因で患者さんが新たにがんになってしまう可能性だつてあるのです。これでは本末転倒ですね。事実、世界で一番CTマシンを所有しており、CT検査を行っているのは日本ですが、そのせいで日本人は、そう、検査のゆえに新たながん患者を作っているのではないかとも言われているのです。

このように、検査のありようはとても複雑です。病気があるのに検査で見逃したり、病

気がないのに病気があると検査で勘違いをしたりすることがあります。検査そのものが、患者さんに害をもたらすこともあります。だから、少なくとも、「とりあえず検査」と考
えなしに検査をしまくるのは得策とは言えないようです。「とりあえず結核を見つたり、
否定したりするためにみんなCTを撮ればいいんだ」という簡単なものではないのです。
どうも、日本では医療者も患者さんも「とりあえず検査」と検査を軽く見る風潮があるよ
うです。このような態度には要注意です。

というわけで、ある人が結核という病気（活動性結核）を持っている方なのか、そうでは
なくて結核菌の保菌者（潜伏結核）なのか（これもまた病気と呼ぶかどうかは、人の恣意性に依存
しています）は、医者が、あるいは医者がオーダーする検査が結核菌を見つけることができ
るかどうかという一点にかかっているのです。医者が結核菌を見つけることができるかど
うかは、お金、医者の能力や意欲、その病院でできる検査の数やその検査が病気を見つ
ける能力など、様々な「その周辺にあるもの」によっても規定されません。

が、いずれにしても、厳密に言うところ潜伏結核と活動性結核の厳密な線引きは理論的に困
難で、おそらくは不可能なのだと思います。私たち医者は、おそらくは不可能な両者の区
別をきちんとできる、という幻想を信じることにして、そうして毎日をなんとかやりくり

しているわけです。ここでもある固有の病気が恣意的に線引きされ、規定されている事実が浮かび上がってきます。決して病気とは実在するものではなく、ある現象を規定し、ネーミングしたものにすぎないのです。

ものが実在するとはどういうことか

それでも結核という病気は実在する、という強固な意見もあるかもしれませんが、もの
実在は医者（や他の人間）が見つけることができるかどうかとは関係ない。あるものはあり、
ないものはない。ただそれだけである、と。病気の実在と、その認識は別の問題である、
という意見です。

このような「ものの実在」があるかどうか、という議論は哲学者の間で長い間行われて
きたようです。例えば、机の上にリングがある。でもそのリングは実在（あるいは存在）す
るのだろうか、というように。あるいはその下にある机は実在するのだろうか、というよ
うに。

いきなり話の流れが変わってしまいました。なんだか面倒くさい議論に聞こえます。で
も、ここは病気の実在の有無を吟味する上で大事な部分ですので、もう少しがまんしてお

つきあいください。

私たちのような普通の人間は、リンゴが実在するかどうかなんてあまり深刻な問題とは捉えません。目の前にあるから、あるじゃないか。バカバカしい話にはつきあつてられないよ……これでおしまいでしょう。

しかし、多くの哲学者たちはそうは考えませんでした。彼らは根源的に物事を考えるので、リンゴのような、その存在・実在が自明に感じられるものの存在すら疑います。例えば、実はそのリンゴはリンゴの形をした蠟細工かもしれない、というように。あるいはリンゴのような味がするけれども化学物質で加工した偽物、つまりカニならぬカニカマボコのようなものかもしれない、と（カニカマボコが好きな方や製造業者の方にとっては、「それ」を偽物と呼ぶことには抵抗を感じるかもしれませんが、わかりやすくするための他のたとえを思いつかなかった）、さしあたってのたとえ話ということでご勘弁ください。あるいは、実はリンゴを見ているというその映像は私が夢・幻を見ているだけなのかもしれない。あまりにリアルな夢なので、本物のリンゴを見ているような気がしているだけなのかもしれない。そうでないとして、誰が証明できるでしょう。

こうやって突き詰めていくと、こうして考えている私の存在だけが全く確かで疑いよう

もない存在なのだ、「我思う、ゆえに我あり」と、デカルトという昔の偉大な哲学者は考えたのでした。

確かに、深刻に考えるとどうもデカルトと同じ結果になってしまいうようです。突き詰めて考えてみると、そうでない、「確かにリンゴは実在する」という保証はどこにもないのです。哲学の世界では、このような、突き詰めた議論が行われてきたのです。そして、どうも根源的には目の前のリンゴの実在を証明することはできないのかもしれないかもしれません。

関心が思考の態度を決定する

「でもなあ、なんだかへりくつを言ってるなあ」と思われる方もいるのではないでしょうか。まあ、普通にちよつと考えてみると、このような考え方はへりくつっぽく感じてしまいます。私たち普通の人間にはそんなことは「どうでもいい」議論にしか思えませんよね。そのリンゴだって夢かもしれない、というデカルト的な疑問は、哲学者にとつては普通でも、私のような市井の人間にはへりくつのように聞こえます。それに、そんな議論をふっかけてくるへりくつ屋さんには、「そんなに疑わしいなら、食べるのをやめたら？」と言ってしまうえば、この議論は終結するのかもしれない。

もちろん、これは私たちと多くの哲学者の関心事が異なるからそう見えるだけであって、哲学者がそう考えるのは悪いと非難したり、揶揄したりしているわけでは決してありません。ものが実在・存在するかどうかを根源的に問い直すことは、多くの哲学者にとっては重大な関心事でした。長い間突き詰めて考え抜いて、リングゴの実在を疑わないことは不可能である、と考えたようです（私にはそのような追体験がないので、あくまでも本で読んだ知識からの想像にすぎませんが）。

けれども、私たちは普段あれやこれやの些事に心をとらわれていますから、哲学者たちのように根源的に物事を考える余裕がありません。その辺は深く考えずに「ある」ということに、括弧付けで決めつけてしまっています。さしたる検証もないままではありますが、なにしろそれで困ったりもしませんしね。

そうすると、哲学者と私の違いは、テーマに対する関心の違いにあると思います。関心こそがすべてなのでしよう。哲学者はものの実在を疑い、これを深刻なテーマにします。私には（さしあたって）、そのような関心がありません。私個人にとっては、「物質の実在性」のような議論は哲学の本を読むときに娯楽として興味本位に扱うことは可能ですが、心の底では「本当にリングゴは実在するか」などという疑問を本気で抱いているわけではありません。

ん。それは私にとって自明であり、疑いのような事実としか思えないからです。あるいは、疑いのような事実かどうかは、深刻に考えてみると実は確信できないことなのかもしれません。他の些事に忙しくて、深刻に考えてみる余裕がないのかもしれない。

いずれにしても、リンゴの實在の有無は私にとってさしたる関心事ではありません。そういうえば、白状すると、私は酸っぱいものが苦手なので、普段リンゴを食べないのです（リンゴの好きな方には、これも申し訳ありませんが……）。

私はこう思います。「私」が深刻な問題意識を感じていない一般的な物質の存在を私が哲学者と同レベルで深刻に子細に考えなくたって、それはそれでかまわないのである、と。私の生きるありよう、目的・関心はそこには存在しないからです。両者は目指しているものが違うから異なる態度や判断が生じるのであって、それは別にどちらが正しくてどちらが間違っているというものでもなく、お互いが各々の関心と目的に照らし合わせて事物を捉えている限り、そこには何の問題もないのだと思います。このことを、哲学者の西條剛央氏は「関心相関的」という上手な言葉を用いて表現し、「構造構成主義」という概念を提唱しました。

むしろ、もし私が「リンゴは実は存在している」という確信を持つことなんてできないん

だ」なんて口にすれば、それはもしかしたら、たぶん、私が自分を偉そうに見せたいという虚栄心からきているからに違いありません。関心のない命題を偉そうにしたり顔で解説するのがペダンティズムです。ものを考えるとき、とても恥ずべき態度で、若いときは誰でも一度は陥る甘美な罠です。私自身もペダンティックな態度を取って、いまから考えるはずいぶん赤面ものの間違いをやらかしてきたのでした。

このような術学的・ペダンティックな態度を取っても私にとって得することは何ひとつないように思います。

私たちは自分たちの関心に導かれてものを考えます。異なる関心を持っている人たちにとって、事物は異なって扱われるのが自然だということです。私にとってリングゴのような事物の存在は深刻になって考えるような関心の対象ではありませんから、その議論は知識のひけらかし、術学的なレベルを超えることはないのです。

というわけで、私は哲学の本をよく読みますが、自分の関心の範囲外については、例えば「時間とは何か」のような、目下のところ自分にとって関心の小さい命題については、ほとんどすっ飛ばして読んでしまうのです。そこを「わかったふりをしない」のは大切なことです。私は、日々の診療や教育やその他の雑務で忙しいので、自分に関心のない領域

に無理矢理足をつっこむのは現実的に無理だし、意味もないという泥臭い事情もあります。でも、このような「現実的な制約」は実際問題として重要な問題であり、無視することのできないものです。昔のギリシヤの哲学者や、パトロンが庇護してくれた中世以降の学者みたいに、私たちの多くは考えることだけに時間を費やすわけにはいかないのです。少なくとも、医者である私は、自分の思考に夢中になって患者さんを診ることを忘れたり無視したりするといった本末転倒が許されるわけがありません。

さあ、というわけで、リンゴや時間の議論については、これで私にとってはOKでしょう。時間もないことですし、ここで打ち切りです。

しかし、病気については、そうはいきません。病気に対する私の関心や態度は大きく異なるのです。私のような医者にとって、病気が実在するのかどうかは大変重要な問題です。私はなにしろ、病気について考えたことのない日はほぼ一日としてありません。それは私という医者にとっては深刻な関心事です。このことは、私は根源的に考えてみる必要を感じているのです。関心相関的に考えれば、これは自明なことです。

そのときこそ、哲学者がリンゴの存在について深刻に考え詰めたようなやり方が、私のような医者が「病気」という構造を理解するのにとっても重要なのです。私という医療者に

とっては、リンゴの实在については「どうでもいいじゃん、そんなこと」という思いは抜
けられません。が、私の生き方の根幹をなす「病気というのは本当に実在するのか」とい
う命題は、私の生き方そのものに関わる、そして私の患者さんに対する態度にも関わるか
なり深刻で切実な問題なのです。「私」とっては、リンゴの实在の有無は深刻な問題で
はありません。机であつてもチョウであつても、同じことです。しかし、病気は私にとつ
てはきわめて関心の高い対象で、何年も深刻に考えてきたターゲットです。私としては病
気とは、リンゴのようにいい加減には扱えない重要事項なのです。そして、すべての医療
者にとって、また病気について一所懸命に考える時間の多いであろう「病人」「患者」に
とっても、病気が実在するかどうかは、重要な命題だと思えます。ですから、この問題を
みなさんに開陳して、共有する価値はあるだろうと私は思います。

この本は病気について考えている本です。物事を突き詰めて考えるのは、その考える対
象に対する関心が決定します。ですから、この後の議論も、病気に関心のない人にとって
はたちの悪い禅問答にしか聞こえないに違いありません。もし「病気に全然関心なんてな
いぜ」という方が本書を手にとっていらっしやるなら、そろそろやめておいたほうが時間
の節約になるかもしれません。

これからさらに病気について、病気が実在するかどうかについて、真剣に考え続けてみようと思います。そして、突き詰めてみると、病気は「実在しない」という結論がやってくるのです。

病気とリンゴはどう違うのか

病気は恣意的に人間によって認識された現象です。もちろん、リンゴも人間に認識されて初めて「リンゴ」になったのですが、リンゴは容易にほとんどすべての人間からバナナやミカン、あるいはカレールイスや人形から区別されます。リンゴの実在は、通常の人にとって疑いようのないもので、「リンゴのような形をした蠟細工」みたいな、割と無理なたとえ話を出さなければ、その存在に疑いの光を当てることはできません。

ところが、「病気」の場合、ここまで疑えば疑いが晴れる、ということはありません。例えば、肺がん検診のCTが正常でも、がん細胞は肺の中にもいるかもしれません。がん細胞が小さすぎて、CTでは認識されない可能性があるからです。心電図が正常でもやっぱり心臓の血管は詰まっている（心筋梗塞）かもしれません。心臓で起きている電気的現象を心電図で捉えることができないことがあるからです。事実、心電図で異常の出ない心

筋梗塞は、しょっちゅう起きています。これでうっかり医者が心筋梗塞を見逃してしまうことすら、あるのです。検査で見つからないことが病気の非存在を証明するわけではないのです。UFOを見たことがないからといって、UFOの存在が否定しづらいのと同様、物事の「非存在」証明は難しいのです。

医者が病気を病気と認識するのは、したがってそこに病気が実在しているのを見いだすかどうか、とは関係ありません。というよりも、「私」が目の中の「現象」を「病気」と認識するかどうかにかかっています。そう認識しない限りは、たとえばがん細胞があっても壊死した心筋細胞があってもそれは病気ではありません。病気は実在せず、ただただ現象として立ち現れるのです。

本当のことを言うと、私はまだ「リングゴの実在」と「病気の实在」を明快に区別できているわけではありません。もしかしたら両者は同じ構造で、その実在を疑うことができるのかも知れません。リングゴと病気の違いが本質的なものなのか、それとも連続性がある2つのエクストリーム（極端）にすぎないのかはよくわかりません。ただ、リングゴと病気では、私たちの認識の仕方のリアリティが異なっているように、私には感じられるのです。リングゴが実在するかどうか私にはよくわからない、けれどもリングゴの実在はそれを信じる

に足る十分な実感があり、またそのことが何かの困難や困惑を生み出すこともない。たぶん、リングの実在の有無に関する議論は、病気の実在の有無を議論するのは次元の異なる問題ではないだろうか。そのように私は考えています。

では、病気の実在を信じることは何かの困難や困惑の原因になるのでしょうか。おそらく、答えはイエスでしょう。その理由も、これから説明していこうと思います。

結核という病気はやはり実在するのか

結核の話に戻りましょう。一所懸命考えてみると、結核という病気は「実在しない」と結論づけるより他ありません。

たとえば結核菌というばい菌が体の中にくっついていても、それが結核という病気と認識されるとは限りません。「保菌者」と認識すれば、それは病気ではないからです。アメリカの医者も、それを「症状のない結核」という病気「潜伏結核」と認識し直そうと提唱しました。そうみんなが考えれば、この現象は病気に転じます。

以前の考え方だと、「潜伏結核」結核菌が体に入っているけど『病気』を起こしていない状態」とは、専門家が「病気ではない」と決めつけた恣意的な存在でした。そして逆に、

「結核菌が体になれば、それを病気と呼ぼうじゃないか」というアメリカ人の態度も別の専門家の恣意にすぎません。結核という病気は実在せず、病気は現象として、ただ恣意的に認識されるだけなのです。

潜伏結核のカウンターパートとしての活動性結核。これは、結核菌が人間の体内に入り、なおかつ結核菌がその体内から見つかっている、あるいは結核菌が症状を起こしている、という意味ですが、これも専門家たちが決めつけた恣意的な存在です。

活動性結核といえども、認識される現象にすぎず、実在するものではありません。なぜなら、潜伏結核が「結核菌を持っているけれども結核菌が検出されていない状態」を意味する以上、潜伏結核と活動性結核が併存することは論理的にあり得ません。両者は二律背反的な存在なのです。結核菌を有している人は、専門家の定義によって潜伏結核か活動性結核かのどちらかに分類されるのであり、どちらも併存することはあり得ないのです。

ところが、その潜伏結核が潜伏結核である、あるいは、活動性結核が活動性結核である、と確実に断言する方法が存在しません。レントゲンにつかまっていない、CTで見つからない、そういった小さな結核病変があるかもしれないからです。病変があるかどうかを医者が認識すれば活動性結核という病気ですが、そうでなければ活動性結核ではないのです。

それは、潜伏結核になってしまふのです。これは原理的にそうなのです。

将来、どんなにテクノロジが進歩してもこの構造そのものが変化することはないでしょう。例えば、CTを凌駕するXという検査が発明されても、Xで見つからない結核の病変では活動性結核という病氣と認識されず、潜伏結核と認識されるのです。さらに悪いことに、活動性結核の治療は複数の抗結核薬を使用して6か月間の治療と決められているのですが、潜伏結核の場合、イソニアチドという薬1つで9か月間の治療なのです。判断、認識の違いが治療のあり方も変えてしまふのです。こんなへんてこなことが許容されるのは、結核という病氣があくまで認識のされ方によって姿を変える「現象」であり、実在しないものだからに相違ありません。

私たち医者は、なんと頼りない根拠をより所にして「診断」そして「治療」という行為を行ってきたのでしょうか。潜伏結核と活動性結核を厳密に峻別する方法を私たちは知りません。そして、今後也知道ことはないでしょう。これは悲劇でしょうか。こっけいな喜劇でしょうか。あいまいで恣意的で根拠薄弱であるはずの病氣の診断を強固で客観的で論理的なものであると思ひ込んでしまっていることがもたらす悲喜劇でしょうか。

第2章 病院の検査は完璧か

第一の準則は、どんなことでも、ほんものだとはっきり認識しないうちは、決してほんものとして受け取らないことでした。それはつまり〈速断〉と〈先入観〉とを念には念を入れて避けること、そして私の判断に取り込むのは、ただ、明らかに、紛れもなく私の精神に立ち現れて、疑いをかけるきっかけを一つもつかめないようなものだけにし、それ以上は含めないということです。

ルネ・デカルト『方法叙説』

完璧な検査は存在しない

一般の方々は、病院のハイテク検査は完璧に病気とそうでないものを峻別できるというイメージをお持ちかもしれません。現代医学における検査は強固な根拠を持ち、客観的で論理的である、と。だから、「心配だから、いちおう検査してください」という患者さんが私の外来にもよくやってくるのです。しかし、完全に病気とそれ以外を峻別しきることのできる検査は、この世の中にひとつも存在しません。おそらく今後も出現することはないと思います。検査とは、みなさんが信じているほどリジッドに強固に確実な存在ではないのです。

どうして、検査はそんなに確実ではないのでしょうか。

それは、どんなに優秀な、現代医学の粋を集めた検査でも、完全ではないからです。つまり、どんなに優れた検査でも病気を見逃すリスクをゼロにはできませんし、病気でない人を間違って病気と判断してしまう、言ってみればえん罪みたいな誤謬も起きるからです。検査は二重に間違えます。病気でない人を病気とレットル付けし、病気の人を見逃して健康な人と認識します。この間違いを完全に回避することは不可能なのです。

長崎大学の池田正行氏は、誤謬やリスクがゼロであるはずだ、そうであるに違いない、

という確信がもたらす弊害を「ゼロリスク症候群」と名づけて警鐘を鳴らしました。残念ながら、リスクのない事物はこの世に存在しません。どんなに優れたドライバーでも交通事故のリスクをゼロにすることはできません。だから、交通事故が起きるリスクを想定してシートベルトやエアバッグが装着されているのです。同じように、副作用が皆無の薬や予防接種も存在しませんし、確実に100%成功する手術も存在しません。あり得ないもの、ゼロリスクを希求しても、そこにあるのは虚しい絶望・虚無感だけです。リスクはあるもの、避けられないものと腹をくくったほうが、より健全に生きていけるように思います。

検査についても同様で、絶対に間違いを犯さない検査はゼロです。見逃しをゼロにしたり、病人という間違ったレッテルを貼ったりするリスクは、どんなにがんばっても存在するのです。腹をくくって、病院の検査はそういうものだ、と理解するよりほかはないのです。

病気を見逃さない能力を専門用語で感度と言います。えん罪を少なくする能力を専門用語で特異度と言います。感度100%、特異度100%の検査こそが完璧に病気を病気と認識できる理想的な検査なのですが、残念ながらそのような検査は存在しません。

ところで、ある検査の感度を高めようと思えば、その検査の閾値、つまり、検査を異常とする基準値を下げていけばいいのです。ちょうど試験の合格者を増やすには合格点を下げていけばいいのと同様です。しかし、感度を上げて（検査の基準値を引き下げて）やると、その分、特異度は悪くなつていきます。ちょうど、優秀な人間を逃すまいと合格点を下げたならば、とんでもないあんぼんたんが合格者になってしまうのと同じです。ある検査で、感度と特異度を同時に上げるのは不可能で、どちらかを上げるとどちらかが犠牲になるのです。完璧な検査というのがいかに存在しがたいか、という理由の1つは、感度と特異度はトレードオフの関係にある、という事実にあります。あちらを立てればこちらが立たないのです。

みなさんの中にも、「いちおう心配だから検査してください」と言つて病院にいらつしやる方がいるかもしれません。なんだかよくわからないけれど、病気があるかどうか、心配。検査をすれば、この悩みが解消するのではないかと。でも、このやり方は必ずしも安心をもたらさないのです。

どうしてかというところ、たとえ検査が正常でも、それは病気がない保証にはならないからです。そして逆に、病気がないのに検査をしすぎて、間違つてえん罪、病気のレッテルを

貼られてしまうこともあるのです。病気のレッテルを貼られてしまうと、本来はいろいろな薬や手術を受けなくてはならなくなるかもしれないかもしれません。薬も手術もリスクゼロの、無害な存在ではありません。場合によっては患者さんにとって有害になることすらあります。副作用、合併症が起きるかもしれないのです。

副作用、合併症のリスクを飲み込んでも私たちが薬を飲んだり、手術を受けたりするのは、つまりそのようなリスクをあえて冒すのは、患者さんに病気があるという一事にかかっています。病気があり、それを克服しなければならぬからこそ、患者さんは副作用のリスクを飲み込んで薬を服用し、合併症のリスクも飲み込んで手術を受けるのです。もし、その患者さんが病気を持っていなければ、ただその人は、無意味にリスクにさらされてしまうだけなのです。検査を受けたのがかえって徒になり、その患者さんは損をしてしまうのです（病気を持っていない人だから、患者と呼んではダメか）。

医療の世界はなんと難しいのでしょうか。

病気と病気でない人の間

さて、感度・特異度というのはどうやって計算するかという話をしましょう。いいえ、

大丈夫。計算式とかは一切出てきませんから。

感度・特異度は「本当に病気の人」と「病気でない人」の両群と、検査の値の陽性、陰性を照らし合わせ、その一致率を見て計算します。要するに、本当に病気の人と、そうでない人を比較して、検査の結果の違いを比べてみるわけです。本当に病気のある人のうち、検査が陽性になる割合を感度と言い、病気がない人で検査が陰性の割合を特異度と言います。まあ、この定義を一度聞いて、なんのためらいもなく納得してくださる人はそんなにたくさんはいないので、この定義でピンとこなくても心配しなくてよいです。医学生さんに講義をしても、感度・特異度が腑に落ちてくれるまでには、繰り返し模擬演習を行う必要があります。そして、感度・特異度がわかれば、その検査のある重要な価値、「検査が病気を見つけ出す力」がわかるのです。

でも、よく考えてみると、そもそも誰が「本当に病気の人」であるとか、誰が「本当に病気でない人」と、どうやって判定すればいいのでしょうか。感度・特異度の計算をするためにはこれらを前提としてあらかじめ知っておく必要があるのです。

あれれ、でも、そもそもそんな完全な判定方法があれば、それこそそれは感度100%、特異度100%の検査ということになります。そんな判定方法が存在すれば、それで検査

すればよいではないですか。誰が本当に病気なのかそうでないのか、わからないからこそ検査をするのではないでしょう。なんか堂々巡りになってきました。

では、感度とか特異度を実際にはどのように測定しているかというところ、「他の検査で病気に認識された人」と「他の検査で病気に認識されなかった人」と目の前の「問題にしている」検査の一致率を見ているだけなのです。病気の実際を見ているわけではなく、病気の映し出している影と、別の影との比較とでも表現しましょうか。

「本当に病気の人の比較」は誰にもできないのです。なぜならば、私たちは原理的に病人とそうでない人を確実に区別する方法を知らないからです。感度・特異度とは医者がよく使う数字ですが、感度・特異度を確実に計算する方法は原理的に存在しません。感度・特異度の議論は、このような本質的な弱点を備えています。

典型的な例を挙げましょう。結核菌を体を持っているのにその菌がどこにも見つからないことを、潜伏結核と私たちは呼んでいます。では、結核菌が見つからないのに、それが体の中に潜んでいることを、私たちはどうやって知っているのでしょうか。

これを知る（認識する）ために、現在、私たちは人間の免疫反応を測定して調べます。人間が持っている結核菌に対する免疫記憶を引き出して、それをもって「結核菌の記憶を持

っているのだから、かつて結核菌が体内に入ったに違いない。そしてその結核菌はいまも（たぶん）体の中にいるだろう。よし、この人は潜伏結核を持っていることに決めた！」と断定するのです。

え？ うさんくさいって？ その通り、とてもうさんくさい方法なのです。結核菌の存在を直接吟味しているわけではなく、あくまでも人間様の結核菌に対する対応、免疫対応を間接的に観察しているにすぎないのですから。結核菌そのものをもってリアリスティックにつかみ取るのではなく、その影を見ているのにすぎないのですから。

でも、他に方法がないものですか、私たちは仕方なくそのような手探りな、間接的な方法を採用しているのです。結核の感染を確認したいのなら、体内から結核菌そのものを見つけるのが王道だと思えますが、それをやってみようと、潜伏結核ではなく活動性結核という別の病気になってしまいます。体から結核菌が検出される結核を活動性結核と呼ぶのであって、そうでないものを潜伏結核と呼ぶ……このように専門家の間で約束したのですから。両者は二律背反的で併存しようがないのです。

そんなわけで、直接結核菌を見つけ出すことで潜伏結核を診断することは原理的にあり得ない、不可能ということになります。

私たちは、隔靴搔痒に感じられる間接的な人間の免疫記憶を頼りに、「たぶん、潜伏結核」という回りくどいやり方で結核菌が体内に在るであろうことを推測しているわけです。これは、結核菌が体内に在ることの証明からはほど遠く、あくまでも推測にすぎません。

推測がダメだと言っているのではありません。ベストの方法論が適用できないとき、私たち現場の医療者は次によい (second best) 方法を選択します。最良の手段がとれなくても、多少の瑕疵は許容しても、何もやらないよりはまし、ということが医療現場にはたくさんあるからです (いや、医療現場のほとんどすべてはそのような second best や third best の集合体と言えるかもしれません)。最善の策がとれないとき、次に選択するプランをコンティンジェンシー・プランと呼びます。良い医療者の条件の1つは、最良の策がとれないときに、上手なコンティンジェンシー・プランを見つけることができること、と私は思っています。ベストなプランは大抵の教科書に書いてあり、学生や研修医にだっで見つけることができます。ベストなプランをとることができないとき、そのときこそプロとしての医療者の力量が問われるのです。

人間の結核菌に対する免疫記憶を測定するには一般に2つの方法があります。1つはツベルクリン反応という皮膚の検査、そしてもう1つはクオンティフェロン (QFTとも言い

ます) という血液の検査です。

ツベルクリン検査は昔からある検査ですから、みなさんも受けたことがあるかもしれません。皮膚の中に結核菌の持っている成分を注射し、人間の免疫細胞が結核菌の記憶を持っていると反応して炎症を起こす、赤くなって腫れ上がる、という反応です。

クオンティフェロンも原理的には同じことを検査しているのですが、こちらは血液細胞から出ている化学物質(インターフェロン)を見つけているため、よりハイテクな検査です。けれども、ツベルクリン反応にしても、クオンティフェロンにしても人間の免疫記憶を頼りに潜伏結核を認識するわけですから、表現型こそ異なれ、基本的には全く同じタイプの検査と考えてよいでしょう。クオンティフェロンのほうがより感度・特異度が高いと信じられています。両者の違いは程度問題なのだとは思います。したがって、この2つの検査は共通する弱点を持っているのです。

人間の記憶が当てにはならないように、人間の免疫細胞の記憶も当てにはなりません。例えば、ツベルクリン反応は、BCGという結核のワクチンを打った人であれば陽性になることがわかっています。結核菌ではない、他の菌(結核菌の仲間である抗酸菌の一種)の感染があっても陽性になることもわかっています。ですから、ツベルクリン反応の免疫記

憶はけっこういい加減で、他のものと勘違いすることが多いんじゃないか、と考えられています。一方、クオオンティフェロンは皮膚の炎症というローテクなものを指標にせず、血液細胞が出している化学物質を調べる、よりハイテクな検査を行っています。BCGや他の抗酸菌と勘違いすることもツベルクリン反応よりずっと少ないと言われます。

ですが、そこはやはり「記憶」に頼った検査ですから、ときどき「勘違い」が起きます。クオオンティフェロンでも、他の抗酸菌と間違えて陽性になることもときどきはあるんじゃないか、と言われています。「じゃないか」というあいまいな表現をするのは、厳密にはクオオンティフェロンが正確に潜伏結核を言い当てているのか、他の抗酸菌感染と勘違いをしているのかを言い当てることは原理的に不可能なため、被検査者のまわりに患者が発生した、などの状況証拠からそれを類推することしかできないためです。クオオンティフェロンとツベルクリン検査の違いは程度問題であると説明したのはそのためです。

類推した状況証拠からは、クオオンティフェロンはツベルクリン反応よりよい検査です。それは、BCGを接種した集団ではツベルクリン反応とクオオンティフェロンの一致率が低く、ツベルクリンだけ陽性、クオオンティフェロンは陰性になることが多いのに対して、BCGを接種しなかった集団では両者の一致率は高いからです。このような傍証を頼りに、

私たちは潜伏結核という病気の認識をしているわけです。

しかし、ツベルクリンにしてもクオンティフェロンにしても、人間の免疫能力に依存した検査です。人間の免疫力は病気や薬によって低下します。例えば、エイズという病気になるると人間の免疫能力は低下しますし、臓器移植患者が拒絶反応を防止するために飲む免疫抑制剤でも免疫能力は低下します。たとえるならば、人間が年をとって「ぼけて」くると記憶力が落ちてくると同じように、人間の免疫能力もいろいろな理由で落ちてくるのです。そんな場合、クオンティフェロンは「結核の記憶」をきちんと示さず、検査は陰性になってしまいます。結核菌を体を持っているにもかかわらず、です。これは、免疫能力の「勘違い」ではなく「物忘れ」がもたらす問題です。

さらに悪いことに、結核という病気はそのような免疫能力の低下した人ほど発症しやすいのです。つまり、クオンティフェロンが間違つて見逃すような（これを専門用語で偽陰性と言います）人ほど、結核という病気にかかりやすいのです。検査をしたい人ほど、検査の正確性が低下してしまう。なんとというジレンマでしょう。

さて、ツベルクリン検査やクオンティフェロンといった検査が潜伏結核を見つけるための感度・特異度はどのくらいだと思いますか？ 実は、それを言い当てることは原理的に

不可能なのです。

潜伏結核は実在しない

ツベルクリン反応やクオオンティフェロン検査が間違いを犯す、という話をしました。しかし、厳密に言うと、ツベルクリン反応やクオオンティフェロンが「どのくらい」間違えているのかは、私にも、世の中の誰にもわかりません。どうしてかというところ、私たちは正確に誰が潜伏結核を持っているか知る術がないからです。確実にこの人に潜伏結核があるとか、ないとかを確定できないのです。潜伏結核があるかないかを確定できないと、ツベルクリン反応やクオオンティフェロンがどのくらい潜伏結核を見つけることができるか、なんて正確に答えることはできるわけがありませんね。真相はあくまで闇の中で、私たちは、結核にさらされたとか結核にかかりそうな人を集めてきて、「たぶん」ツベルクリン反応やクオオンティフェロンが潜伏結核を見つげるのにそこそこ使っているんじゃないか、といささか頼りない根拠で判断しているのです。

潜伏結核があるとかないとかを正確に言い当てる方法は原理的にありません。定義から言って、潜伏結核は「結核菌が体内から見つかっていないけれども結核菌を体を持っている

る状態」を言います。結核菌が体内から見つかってしまふとそれはすでに潜伏結核ではなく、活動性結核という病気になってしまいます。これは人間様がそのようなルールを作った（決めつけた）からで、私たちはそのルールに乗って判断するよりほかないのです。「俺は俺のルールでいく」と勝手に別の病名を付けてもいいかもしれませんが、その人の言うことは誰も納得・賛同してくれないでしょう。でも、人の恣意性にはタイムラグがあつて、日本がしばらく潜伏結核を保菌状態として病気と認識しなかつたとき、アメリカではそれを病気と決めつけました。ある現象を病気と呼ぶか呼ばないかは、人の恣意性による舌先三寸なのです。

したがつて、ツベルクリン検査にしても、クオンティフェロンにしても、その感度・特異度を計算することは原理的に不可能です。検査の持つ病気を見つけ出す力（潜伏結核を病気と認識した場合は、の話ですが）を感度・特異度と呼ぶのですから、私たちは結核診療で普遍的に使われているツベルクリン検査とクオンティフェロンの持つ本質的な能力を知らない、ということになります。なんと、医療の現場では「よくわからない」検査が汎用されているのです。

以上、検討したように、潜伏結核という病気は「実在」しません。それは、不確かな検

査を通してあいまいに「認識」されるだけなのです。認識は医療者たちが相談して決めたルール、コンセンサスに乗っかっていくことで決められます。そして、患者をはじめとする医療の非専門家たちは、いやおうなくそのルールに従うことを半ば強制させられるのです。

ルールと言えば、ツベルクリン反応の要請基準も奇妙きてれつです。実は世界各国と日本では判定基準が異なるのです。また、使用される試薬の量も異なります。

諸外国では硬結こうけつと言って、炎症で盛り上がり、腫れた部分を測定して判定します。多くの場合は10ミリ、つまり1センチ以上の直径の腫れがあれば陽性です。これに対して日本では色の変わった赤い部分（腫れているのではなく、色の変わった部分）を主に判定の基準にしています。ですから、日本の潜伏結核の陽性基準は世界では通用せず、もっと言うならば、日本に住んでいるのと海外に住んでいるのでは、潜伏結核は別の病気なのです。

このことは、単に日本の研究者だけが世界から隔絶されて狭量であるせいだ、という単純な問題でもありません（まあ、日本の研究者が狭量な傾向があることは、あまり否定できませんが）。世界各国がコンセンサスを持っている硬結基準が正しいかという点、そういうわけでもありません。だって考えてもみてください。1センチの腫れが病気の判断基準なんで

すよ。人間の免疫機構や結核菌がフランス人の思いついたメートル法を理解しているとはとても思えません。これは、1センチの硬結に科学的に妥当な意味や根拠があると云うよりは、1センチくらいでいきましようね、というコンセンサスがもたらした数字なのです。つまり、潜伏結核というのは人間が恣意的に作り上げたものなのです。

したがって、ツベルクリン反応の判定基準については、日本の基準と諸外国の基準の「どちらが正しい基準か」という議論には意味がありません。それぞれ恣意的に作り出された基準であり、潜伏結核はどのように現象を切り取って定義されたにすぎないからです。まあ、私の意見としては、要するにこのような恣意的な現象の切り取りであると認識する以上、やはりみんなでコンセンサスをとったほうが私たち医療者の関心に合致して便利なので、ここは日本一国が意固地に自分の基準を固持するのは不便なことだなあ、と思うのです。

結核という病気は潜伏結核と区別可能か

さて、潜伏結核の話はこれくらいにして、今度は体から結核菌が見つかる「本当の」結核、活動性結核の話に戻ります。活動性結核という病気でも当然結核菌を体に抱えています。

すから、潜伏結核と同様、ツベルクリン検査やクオオンティフェロンを用いることが可能です。しかし、この2つの検査でもって両者を区別することは不可能です。では、どうやればいいのでしょうか。病気の症状や所見があり、結核菌が体から検出されれば活動性結核、そうでなければ潜伏結核なのですが、その厳密な区別は果たして可能なのでしょうか。

おそらくは不可能でしょう。今後、医療技術が進歩しても、おそらくは不可能だと思えます。その理由をいまから示します。

病氣と認識されない理由は検査の精度によるものだけではないかもしれません。例えば、活動性結核という病氣を持っていたとしましょう。しかし、担当している医者がそれを認識しなければそれは活動性結核になりません。例えば、レントゲンに映っていても、ある医者には見つかり、ある医者には見つからない病變があるかもしれません。研修医では「見えない」病變がベテランの医者になると「見える」ことはよくあるからです。検査の種類によっても病氣か病氣ではないかが勝手に決定されますが、同様に医者の技量や経験の違いも同じようなことを起こすのです。

では、最新の診断機械と神様のような名医をそろえれば潜伏結核と病氣の結核を峻別できるでしょうか。いやいや、そうではありません。CTでも名医でもどうしても見ることに

ができない、顕微鏡で見ないとわからない病変があるかもしれないからです。実際には非倫理的なのでできませんが、もし潜伏結核を持っている人間をマイクロメートル単位で切り刻み、結核菌を探したらどこかに菌を見つけることができるはずで、その周囲には、何らかの、非常に小さいレベルですが、炎症（人間の免疫反応）が起きているはずで、ただし、あまりに小さい炎症なので本人はそれと気づきません。これがだんだん大きくなってくると、CTで見えるような病変になる。さらに大きくなるとレントゲンで見えるようになるのです。症状も病変の進行や大きさでわかりにくかったものが顕在化してくるでしょう。

このように考えてみると、潜伏結核と病気の結核の区別はあくまで相対的なものにすぎないということがわかりただけだと思います。医者がそれを認識できたときが病気の結核（活動性結核）ですが、両者の違いは相対的で絶対的ではないのです。両者を完全に区別することは原理的にあり得ません。結核という病気は医者が認識することによって生み出された病気であり、「実在」するわけではないのです。

でも、机の上ではそういう議論でOKでしょうが、現実世界では不便です。なにしろ医者には、病気を「ある」「ない」のどちらかに峻別し、治療を「する」「しない」のどちらか

一方に決めるしかなす術がない存在だからです。医者は患者を病気と認識するか、しないかのどちらかです。治療をするか、しないかのどちらかをその局面、局面で「決めつけ」ことを要請されているのです。医者の診療現場において、「ちよつとだけ治療」「半分だけ治療」あるいは「来年に先送り」「審議続行」なんて選択肢は、あり得ないのです。

目に見えるから実在するのか

病気がそうでないかの峻別は灰色がかったぼんやりしたもので、はっきりした区別はつきません。けれども、医療現場でははっきり白黒つけるしかないのです。そこで、専門家たちは普通に検査して（例えばレントゲンとか喀痰検査などで）「検出できるもののみ」病気と呼ぼう、と手を打ったわけです。これは恣意的な「手打ち」です。手打ちで決められた存在が「実在する」と言えるでしょうか。

検出できるかできないかで、その存在の有無が変わってしまう。それが「実在する」「もの」である、と呼べるでしょうか。いいえ、それはむしろ「もの」というより、「こと」と呼ぶべきなのではないかと思えます。だってそうですよ。すごく遠くからボールが飛んできます。あまり遠くにあるのでボールは目に見えませんが、だんだん近づいてきて、

ボールが目に見えるようになりました。さて、ボールが目に見えるようになったときに、ボールが突然「実在」するようになる、なんてことがあり得るでしょうか。そうではありません。最初からボールはボールです。見える前から「もの」のはずです。検出できるようになってからボールが「見える」ようになっただけで、その時点から急にボールが実在するようになるわけではないのです（もしかしたら、ボールについてもそのような議論を展開することのできる哲学者がいるかもしれませんが、「さしあたって」私はボールが実在すると決めつけて信じ込んでいるので、ここではその議論には立ち入らないことにおきましょう。これは決して、ボールですら実在するとは確定できていないと主張する哲学者の見解を否定するわけではありません。さしあたって、そういう議論に触れないようにしているだけです）。

しかし、結核のような病気の場合、医者に「見える」ようになって初めてそれは病気になります。こう考えると、病気は「もの」というより「こと」と考えたほうがしっくりくるのです。結核は実在せず、そういう現象が医者によって定義され、あるいは認識されているだけなのです。

第3章 感染症という現象

医師は普通、療養に関しては楽観論であやまりを犯し、結論に関して
は悲観論であやまりを犯す。

マルセル・ブルースト『失われた時を求めて』

もともと結核は現象だった

さて、ここで歴史を振り返ってみましょう。実際、もともと結核は現象で、「もの」ではなかったのです。長い間熱が出て、咳が出て、緑色の痰がでて、ときどき血を吐いて、体重が下がっていつてどんどん消耗する、場合によってはそのまま死んでしまう……そういうこてこての症状のある人の病気が「労咳ろうがい」、すなわちいまで言う結核と名づけられていたのです。英語では消耗する病気という意味で *consumption* と呼びました。

昔は、結核は感染症であるという認識すら人々の間ではなかったのです。結核菌が結核という病気の原因だとわかったのは、19世紀になってからのことです。細菌学の大家、ロベルト・コッホがそれを発見したのでした。

結核という病気は結核菌が起こす病気だという認識がなされた後、結核という病気の認識のされ方は変わってきました。従来であれば、結核という現象は結核という現象を観察することで診断してきたのです。しかし、結核菌という結核の原因微生物が見つかったら、現象そのものを観察するだけではなく、「もの」である結核菌を患者さんから見つけ出すことが結核という病気の診断方法として新たに採用されるようになりました。このとき、結核という現象は実在する病気という「もの」のイメージで認識されるようになって

ただ私は思います。結核菌というものがいつのまにか結核という病気を代表する存在として認識されるようになり、場合によっては結核菌という「もの」が結核という病気そのもの（すなわち、病気も「もの」）というような認識も見られるようになったのです。これは現在でも多くの医者たちによって誤認されている認識のされ方です。

ここで、少しややこしいことが起きるようになりました。というのは、結核の原因菌である結核菌が「こてこての労咳」でない人から見つかることがわかってきたのです。現象としての結核が認められなくても、そこに結核菌がいるのです。しかし、医者は病気を実在する「もの」として認識し出したのでしょうか。彼らはそれも結核と呼ぶことにしました。それまではそういう人たちは結核という病気を持つていたとは認識されていなかったはずなのですが、整合性がとれない、白黒はつきりしないのは現場の医者にとって都合が悪いです。病気は「こと」であるはずなのに、いつのまにか「もの」が逆に「こと」を規定して、結核という病気を再定義したのです。

こうして、現代医学の中で結核は「こてこての姿」を失っていきます。「正常人」と「病人」の境界線はどんどんぼんやりとします。200年前の結核といまの結核はまるで違う病気になりました。小説の『アンナ・カレーニナ』や『魔の山』で描写されたような、

がりがりに痩せ、血痰を吐き、といった病気のイメージだったのが、結核菌さえ体内から見つかれば、軽度の微熱、咳であつても結核と見なされる。このように、「こと」から「もの」が規定され、「こと」が再定義されるという展開は医学の歴史をひもとくと、多くの病氣、特に感染症に当てはまる典型的なストーリーです。他の病氣についても「こと」から「もの」への変換のストーリーを紹介したいと思いますが、結核もその例外ではなかつたということです。

現象からものへの価値転換は必然だった

現象である病氣が、その原因と考えられる「もの」を基軸に価値転換が行われ、病氣の現象の書き換えが起ります。それはかつて認識されていた病氣とは異なるものですが、人間の都合でどの現象を病氣と認識するかは、自由自在なのです。言い換えれば、人間の病氣を作り出したといつても過言ではありません。

病氣を作り出したといつても、それは医者たちがインチキをやっているとか、自分たちが金儲けをするために製薬メーカーや病院が病氣をねつ造している、という「陰謀論」を意味しているわけではありません。それどころか、医者が病氣を作り出していても、それ

をそうと自覚的に認識している医者にはむしろ少数派なのかもしれません。

厳密に言うと、私利私欲のための「病気のねつ造」が皆無だったわけではないでしょう。例えば、日本の医療近代史においてもそのような事実があったようです。

戦後の日本の医療制度は国民皆保険制度と出来高払い制度に特徴づけられてきました。国民皆保険制度のお陰で、医療保険は国民全員が加入することになっており、安価に検査を受けたり薬の処方を受けたりすることが可能なのが特徴です（ただし、厳密には日本でも医療保険の恩恵を受けることができない方が増えていますが、ここでは議論の本旨を外れますので深入りしません）。出来高払いというのは、行つた医療行為、例えば検査だとか投薬をやればやるほど医療機関の収入が増えるというシステムを言います。

このようなシステムでは、検査をすればするほど、薬を処方すればするほど医療機関が儲かった時代がありました。いわゆる「薬漬け、検査漬け」の歴史はこのへんで起きたようです。そのとき、「病気のねつ造」もけっこう行われ、なんだかよくわからない病名を付けられて検査や治療を行うためのエクスキューズにしたようです。そのとき、例えば、本来であれば、ばい菌の感染症にしか使われない抗生物質もずいぶん無駄遣いされました。現在日本で耐性菌がとても多いのも、日本の医者の抗生物質の使い方が上手でないのも、

このような暗黒の時代が暗い影を落としていることが関係していると思います。

けれども、現在では制度の変更が少しずつ起きており、薬漬け、検査漬けで大儲け、という構図は崩れています。少なくとも私が知っている医療の環境ではお金儲けのために検査や薬を乱用する医者はそんなに多くはないと思います。病名のねつ造も、そのような文脈で行われていることは、あり得ないとは言いませんが、その要素は小さいと思います。

私が「病気を作り出した」と言っているのは、そのような陰謀的な文脈ではありません。むしろ、医者が病気を「作り出してきた」のは病気という現象の本質上避けられないことなのだと思います。なぜなら、病気は実在しないから。病気は医者が定義した現象にすぎないのだから。医者が病気を作り出した（悪い言い方をすればでっちあげた）のは最近の話ではなく、昔々からそうだったのです。本質的に病気は実在しないのだから、「医者が病気をねつ造している」と非難するのは、実外的外れなのです。医者が作り出さなければ、病気は全然、「ひとつも存在し得ない」のですから。病気を恣意的に作り上げることこそが、ある意味、医者の大きな役割のひとつなのです。ですから、医者の病気のねつ造、でっちあげ、恣意的な作り上げというのは決してネガティブな意味で言っているのではなくありません。ただ、虚心坦懐に考えてみると、病気は実在せず、ただ人によって恣意的に規定

された「こと」にすぎないのだ、という事実を述べているだけです。それについての価値判断はまた別な話というわけです。

すでに結核という病気について、その实在根拠が薄弱であることを述べてきました。もう一つ、有名な感染症であるインフルエンザについて例を挙げ、病気は实在しないことを例証してみましよう。

インフルエンザも实在しない

インフルエンザという病気があります。冬に流行る病気です、急に高熱が出て、体中が痛くなって、のどが痛くなって、寒気がして、という病気です。何十年かに一回大流行して、その大流行のときはたくさんの人が死ぬ病気です。しかし、通常のインフルエンザはそんなにたくさん人を殺すことはありません。多くの患者さんでは、インフルエンザにかかっても何日か経つと勝手に治ってしまうことが多いのです。

そのような「現象」を人はインフルエンザと名づけました。

20世紀初めには、インフルエンザは細菌が起こす病気だと思われていました。細菌とは、抗生物質が効いて光学顕微鏡（普通の顕微鏡）で見えるような微生物の多く、とここでは考

えておいてください（専門家の厳密な定義はこうではありませんが、さしあたって議論の邪魔にならないので、これでよしとしておきましょう）。ところが、後になってこれは間違いだとわかります。実は、インフルエンザはウイルスが起こす病気だったのです。インフルエンザを起こすウイルスを専門家はインフルエンザウイルスと命名しました。ウイルスとは、細菌より小さくて光学顕微鏡では見えず、抗生物質が効かない存在です（さしあたってそういうものだと思います）。

ことをものと認識する矛盾

このようにインフルエンザという「こと」に対して、ウイルスが起こす病気という「もの」としての説明ができるようになりました。

しかし、後になって不都合なこともわかってきました。まず、インフルエンザという「こと」はインフルエンザウイルス以外の病原体も起こすことがわかってきました。例えば、パラインフルエンザウイルスとか、メタニューモウイルスとか、いろいろな種類のウイルスがインフルエンザという「こと」を起こすことがわかったのです。実のところ、いまではインフルエンザの症状を示す「状態」の半数以上は、実はインフルエンザウイルス

以外の病原体が原因だとわかっていきます。

でも、医学の世界では「病気が実在する」という実在論が信じられていることが多いようです。そのため、インフルエンザはインフルエンザウイルスが起こす、という1対1関係を崩すことには抵抗がありました。仕方がないので、インフルエンザウイルスでない病原体が起こすインフルエンザという「こと」は、実はインフルエンザではないと言ひ出しました。それは、インフルエンザ様疾患 (influenza like illness)、略してILIと再定義された(＝決めつけられた)のです。

でもまあ、このことは医療現場にさしたる影響を与えはしませんでした。どうしてかというと、インフルエンザウイルスをすぐに調べる検査方法が確立していなかったこと、それとインフルエンザという病気の治療法もぱっとしなかったためです。細菌感染症であれば抗生物質を使うことができますが(絶対に使わなければいけない、というわけではありません)、ウイルスに対してはそんなにたくさん薬があるわけではないのです。きちんとした診断法も治療法もないわけですから、厳密にインフルエンザウイルスがインフルエンザを起しているのか、それ以外の病原体が原因なのかは「どうでもよかった」のです。

細菌感染症の場合は抗生物質を使います。それも菌によって抗生物質のどれを選ぶかが

ある程度、限定されます。たくさん種類の抗生物質がありますが、Aという菌を殺す抗生物質とBという菌を殺す抗生物質は必ずしも一致しないのです。

けれども、ウイルスに関して言うと、大した治療法もありませんから、多くの医療現場では「ウイルス」と片づけてしまっていました。厳密な病気の定義の運用は医者の中でもインフルエンザの専門家のみ限定されていたのです。病気は実在せず、ただそれは定義された現象です。その定義は医者の目的と関心が形作ります。現場の医者の中で厳密なウイルスの区別が「診療」という目的に合致しないわけですから、ウイルス感染症の診断があいまいでいい加減だったのは、むしろ当然だと思えます。医者が「ウイルスだねえ」なんて言っているときは、半分適当なことを言っている。そんな空気が流れていることが多いのです。多くの医者はよくわからない熱のことを「ウイルスが原因かなあ」なんて言うてごまかしているわけです。

検査と治療が混乱の原因

ところが、困ったことが起きました。いや、困ったこと、というのはあまり適切な表現ではないのですが、簡単にインフルエンザウイルスを見つける方法と、それを治療する方

法が見つかったのです。

時代が進み、技術が進んで、以前は簡単に見つけることのできなかったインフルエンザウイルスの存在を簡単に医療現場で検査することができるようになりました。以前は研究所のような限定された場所ではか調べられなかったインフルエンザウイルスの存在が、診察室で簡単にわかるようになったのです。これがインフルエンザの迅速診断キットです。インフルエンザで受診された方は、鼻をものすぐぐりぐりされて苦しい思いをした経験があるのではないのでしょうか。あれが迅速診断キットです。

さて、迅速診断キットが普及したのとほぼときを同じくして、新しいインフルエンザの治療薬が開発されました。これがオセルタミビルやザナミビルといった薬です。オセルタミビルではピンとこない人も、「タミフル」と言えば「ああ、あの」と思い出すのではないのでしょうか。タミフルというのは薬の商品名、その正式名称はオセルタミビルと言います。なぜ薬の名前に商品名と一般名の2種類あるのかと言いますと、これは医療の世界に数多くある七不思議の1つで、私にもよくわかりません。間違いの元になるだけというのに……。

日本の医者には検査が大好きです。新しいインフルエンザの迅速診断キットができたので、

さっそく使ってみることにしました。出るわ出るわ、多くの人がインフルエンザである、ということが診断できました。インフルエンザと診断されるとタミフルの処方です。いまままで漠たる診療をしていた医者たちですが、メリハリの利く「基準」ができたので大喜びです。どんどん検査をして、どんどん治療することになりました。

診断法も治療法も見つかって、めでたしめでたし、と思いきや、そんなことはありませんでした。

実は、診断法と治療法の発見のために、いろいろと困ったことが起きるようになってしまったのです。

まず、驚くことに、インフルエンザっぽくない人でもインフルエンザの迅速検査が陽性になることがあるとわかりました。「なぜインフルエンザっぽくない人でもインフルエンザの検査をするの？」というまっとうな疑問が出てくるかもしれません。好意的に解釈できる理由としては、「いままで認識されていなかったインフルエンザの立ち居振る舞い（＝あり方）があるかもしれないから、調べてみよう」という科学的な態度のためかもしれないかもしれません。少し意地悪な見方をすると、その医者がインフルエンザかそうでないか、患者の訴えから峻別する能力や努力を欠いていて、「まあ、よくわからんからとりあえず検査でもしと

くか」という態度だったのかもしれない。いずれにしても、従来認識されていたインフルエンザという現象——高熱、のどが痛い、寒気がする、筋肉痛があるという現象——が観察されなくても、インフルエンザウイルスの検査が陽性になる（ことがある）ことがわかってきたのです。

例えば、鼻水、微熱みたいな漠然とした症状だけの患者さんがいます。インフルエンザは、普通はガンと急に高熱が出て、のどが痛くなって、体中が痛くなって寒気がして……といったメリハリのあるわかりやすい症状が特徴です。ガガンと悪くなって、数日でスキツとよくなる、あっさりした性格の病気なのです。だから、ずるずる、じわじわ、何日もかけて症状が出てきて、なかなかこじれて治らないとか、「もう3年もインフルエンザを患っていて」なんて慢性化することもありません。少なくとも私たちはそのように信じてきました。

でも、じわじわ、ずるずるで、鼻水だけ、咳だけ、微熱だけ、というあまりはつきりしない症状の患者さんでも、インフルエンザウイルスの迅速検査をやると陽性になったりすることがたまにあるのです。場合によっては症状が全くなくても陽性になることすらあります。冬の病気だと思っていたのに夏場でも陽性になることがあります。いままでインフ

ルエンザは冬に流行る激烈な熱の病気だと信じていたのに、それを覆すような患者さんが次々と現れるようになったのでした。

さて、このことをどう考えたらよいでしょうか。

間違っているのは検査か、認識か

1つは、検査が間違いを犯している可能性を考えなければなりません。すでに説明したように、完璧な検査というのはこの世には存在しませんし、原理的に今後も存在する可能性は、おそらくないでしょう。みなさんは病院の検査で異常が出ればそれは間違いなく異常である、あるいは「病気の証拠である」と考えているかもしれませんが、それは幻想にすぎません。実は、多くの医者ですらそのように（ひそかに）信じている人は多いのです。

でも、すでに説明したように感度100%、特異度100%という完全に正しい検査は存在しません。現に、インフルエンザ迅速診断キットの感度も特異度も完璧ではありません。キットの種類や研究論文、あるいは検査をする人のやり方によって違います。感度は大体70%くらい、特異度は90%くらいではないでしょうか（厳密に言うと、その周辺の数字のどこかだと思います）。これは、インフルエンザの患者さんが10人いても3人は迅速キット

が間違つて陰性に出て見逃してしまふことと、インフルエンザでない普通の人が10人いても、検査をやつたら1人が間違つて陽性になるという「えん罪」が起きることを意味しています。もつとも、この感度、特異度というのは概算にすぎません。なぜなら、私たちはインフルエンザという病気の人を確実に言い当てたり、その人がインフルエンザでないと断言できたりする方法を持っていないからです。

ですから、症状や季節的には「インフルエンザっぽくない」と思っている人でも、検査の間違いによる「えん罪」でインフルエンザ検査が陽性になり、インフルエンザという病気のレッテルを貼られてしまつている可能性があります。これは、おそらくありそうな話です。その人にはインフルエンザウイルスなんていなかったのです。単に検査がえん罪を起こしただけなのです。

でも、と私は思います。本当にインフルエンザウイルスが体にいる人もいるんじゃないか、と。その人たちは従来知られていた急性型、激烈型のはっきりした症状を起こしていません。けれども、それは私たちが無知だっただけで、本当はインフルエンザウイルスはそのようなはつきりしない症状を起こすこともあるのかもしれない。あるいは全然症状を起こさないでも人間の体に入っていくこともあるのでしょうか。私たちは検査を開発する

ことで、インフルエンザウイルスの新しい生活様式(?)を発見したのかもしれませんが。これも、ありそうな話だと思います。実は、後で出てくる新型インフルエンザが問題になったとき、私たちは片っ端からたくさんのお客様の喉や鼻を調べました。RT-PCRと呼ばれる特殊な検査でインフルエンザウイルスの遺伝子を調べたのです。2009年5月のことです。もうインフルエンザは流行していない、と考えられている季節です。初夏です。ところが、出るわ出るわ、探してみたら、たくさんのお客様から、新型インフルエンザではなく、従来の季節性インフルエンザウイルスが検出されたのです。しかも、その多くは迅速検査で陰性だったのでした。

2009年だけ特別、季節性インフルエンザが初夏に流行ったわけではありません。今まで、初夏にインフルエンザ検査をした医者がいなかったのです。たとえたととしても、お金も時間もかかるRT-PCRはしていませんでした。通常使っている迅速診断キットは間違つて陰性に出してしまったのです。これを偽陰性と呼ぶのです。2008年も、2007年も、2006年も、同じ現象はたぶん起きていたでしょう。ただ、私たちがそれを認識していなかっただけなのです。

根源的な問いに立ち返る

さて、ここでちょっと立ち止まって考えてみましょう。では、インフルエンザとはいったい何なのでしょうか。

もともと、インフルエンザとは急に熱が出てのどが痛くなって1週間以内に治ってしまうことの多い病気、と私たちは「決めつけて」いました。場合によっては死んでしまいましたが、それは少数派であったり、大流行を起こした一時期だけだったりしました。これも私たちの「決めつけ」です。で、そういう患者さんの子細に調べ、インフルエンザウイルスを発見し、「おっしや、これで原因がわかった」とインフルエンザという「こと」を「もの」に変換したような気になっていました。

ところが、実際にインフルエンザという「こと」が起きても現実にはインフルエンザウイルス以外のウイルスが原因だったりすることがわかってきました。いや、そっちのほうが多いう困ったこともわかりました。そこで、医者たちは新しい病気をでっちあげることになりました。それがILI、インフルエンザに似ているが異なるもの、という意味でした。インフルエンザはあくまでインフルエンザウイルスが起さなければいけないんだ、というコンセンサス（≠決めつけ）によるものでした。

しかし、そのインフルエンザウイルスもインフルエンザという「こと」を起こさないことがあるともわかってきました。では、そのようなインフルエンザと古来考えられてきた「こと」が起きていない患者さんであっても、「インフルエンザ患者」というレッテルを貼るべきなのでしょう。何か、困った堂々巡りが起きてしまっているようです。

感染症は実在しない

岩田健太郎・著

発行：集英社インターナショナル（発売：集英社）

定価：本体 980 円 + 税

発売日：2020 年 4 月 23 日

ISBN：978-4-7976-8052-2

ネット書店でのご予約・ご注文は [こちらにどうぞ！](#)