

「がんは放置していい」は本当か?

別冊宝島  
2425

# 近藤誠の 「がん理論」 徹底検証

## 徹底検証

がん医療に警鐘を鳴らし続ける  
「ベストセラー医師」の最終真実!

現役医師13人に  
その賛否を問う!

「抗がん剤は効かない」のか  
「がんは放置していい」のか



MAKOTO KONDO

特別  
インタビュー  
**池田清彦**

(理学博士、早稲田大学教授)

「近藤さんの説は  
8割は当たってると思うけど、  
全部信じないほうが  
いいよね」

近藤誠の「がん理論」徹底検証

別冊宝島  
2425

# 暴論か? 正論か?



近藤誠の  
**「がん理論」**  
徹底検証

別冊宝島  
2425

近藤誠の「がん理論」徹底検証

宝島社

定価: 本体920円 +税  
雑誌 66097-18

ISBN978-4-8002-5006-3  
C9447 ¥920E



9784800250063



1929447009201

## 「早期がん」の概念を認めていない点が近藤さんの最大の問題です

「早期がん」の概念を認めていない点が近藤さんの最大の問題です。しかし、近藤さんの言う「がんもどき」と「本物のがん」の間に、グラデーションのようにいろんな性格のがんがあるのです。

長尾　挙げだしたらきりがないのですが、とりわけ問題だと思っているのは、すべてのがんを「がんもどき」と「本物のがん」の二つしかないという二元論に落とし込んでいる点です。「がんもどき」は治療する必要がないし、「本物のがん」は治療しても無意味だから放置しなさい、というわけです。

しかし、近藤さんの言う「がんもどき」と「本物のがん」の間に、グラデーションのようにいろんな性格のがんがあるのです。

長尾　挙げだしたらきりがないのですが、とりわけ問題だと思っているのは、すべてのがんを「がんもどき」と「本物のがん」の二つしかないという二元論に落とし込んでいる点です。「がんもどき」は治療する必要がないし、「本物のがん」は治療しても無意味だから放置しなさい、というわけです。

しかし、近藤さんの言う「がんもどき」と「本物のがん」の間に、グラデーションのようにいろんな性格のがんがあるのです。

——昨年夏、「長尾先生」「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか? という挑発的な本を上梓されました。近藤さんとの全面対決を意图されているのですか?

長尾　それは違います。あとでお話ししますが、いくつかの点で近藤さんを評価している部分もあります。しかし、一部メディアが近藤さんの極論を持てはやすことで、それを信じ込んでしまう人が増え、看過できずだと語る。

ウイキペディアで「近藤誠」と引くと、「敵対者」として名前が出てくるのが長尾和宏氏だ。しかし、長尾氏は近藤氏の完全な対極にいるのではなく、一緒に闘える部分もあるはずだと語る。



**Profile**  
ながお・かずひろ●1958年生まれ。東京医科大学卒業。大阪大学第二内科に入局。95年、兵庫県尼崎市で開業。365日24時間体制で外来診療と在宅医療に取り組む。「抗がん剤10の『やめどき』(ブックマン社)、『病気の9割は歩くだけで治る!』(山と渓谷社)ほか著書多数。

取材・文●田中幾太郎 撮影●金子 靖

現役医師に聞く!  
「近藤誠」  
の功罪  
⑥

近藤氏の「敵対者」として名が挙がる

# 三長尾和宏

●長尾クリニック院長

KAZUHIRO  
NAGAO

## 長尾和宏氏の主張ポイント

- もどきと本物のがんの間がいくらもある
- 早期胃がんは治療すればほぼ完治する
- 近藤氏の過剰医療への警鐘は評価
- 分子標的薬には有望なものが増えている
- 抗がん剤は“やめどき”が大事

効果が落ちることが多く、どうするかを判断する重要な時期です。もちろん統けてもいい。患者さん自身が選ぶことができる環境が大切です。

に有望なものも出ています。たとえば、**ザーコリヤアレセンサ**。**EML** 4-ALK融合遺伝子が陽性の人しか使えないという近藤さんの指摘はそのとおりです。私は高齢者医療に深く関わっているので、抗認知症薬の長尾さんは抗がん剤のやめどきが大切だと強調されています。

抗がん剤に限らず、降圧剤にしてもインシュリンにしても、すべての薬にやめどきはあるはずなんです。ところが、そういうことを言う医者はまったくおらず、死ぬ間際まで投与し続けることが多い。

最近、あるがんセンターの部長が講演会で「うちでは患者が亡くなる

に有望なものが増えていています。たとえば、**ザーコリヤアレセンサ**。**EML** 4-ALK融合遺伝子が陽性の人しか使えないという近藤さんの指摘はそのとおりです。私は高齢者医療に深く関わっているので、抗認知症薬の長尾さんは抗がん剤のやめどきが大切だと強調されています。

抗がん剤だけでなく抗認知症薬にしても、どこまでも薬を使い続ける医療になっている。

その背景に製薬会社と医療界の癒着があるという近藤さんの指摘はそのとおりです。私は高齢者医療に深く関わっているので、抗認知症薬の

## 批判組にも患者目線がない

——近藤さんの主張で評価する点はどこですか？

**長尾** 過剰医療に警鐘を鳴らし続けている点については、大いに評価しています。その部分では一緒にアピールできる場をつくり、共闘したいと思っているくらいです。実際、現在の医療界はおかしなことだらけ。

抗がん剤だけでなく抗認知症薬にしても、どこまでも薬を使い続ける医療になっている。

その背景に製薬会社と医療界の癒着があるという近藤さんの指摘はそのとおりです。私は高齢者医療に深く関わっているので、抗認知症薬の

——近藤さんと同じ意見です。

彼が出している『余命3ヶ月』のウソ<sup>[3]</sup>という本の帯には〈歩いて病院に行ける人間が「余命3ヶ月」なんてありえません〉と書いてあります。ですが、これも明らかに間違い。死ぬ1週間前でも自分で歩いて病院に行けるのが、がんという病気。ただ、余命宣告は必要ないという点では、近藤さんと同じ意見です。

## 過剰医療を批判する点に関しては一緒に共闘したいと思っています



勤務医時代、最期まで患者に抗がん剤を用いるあり方に疑問を感じたという長尾氏。そんな頃に近藤氏の著書を読み、少なからず共感を覚えたと振り返る

動向を見てきましたが、製薬会社が主導して個別性を無視した增量を推奨するなど、ひどい現実が続いています。

しかし、近藤さんの抗がん剤を全く否定する姿勢には賛同できません。

体力との兼ね合いの問題もある超高齢者に対しての話ならわかります。彼の著書『医者に殺されない47の心得』の帯にもし、〈85歳以上の人には読んでほしい〉と記せば拍手喝采ものでした。一方、分子標的薬には非常

に希望など、彼の頭にはまったくないようでした。こうした過剰医療がどれだけ患者さんに苦痛を与えていたのか、まるでわかつていないのが、今のがん医療界の現実ではないかと感じています。

私は**抗がん剤の10のやめどき**を挙げていますが、その中で特にポイントとなるのは④～⑥あたり。**セカンドライン**はファーストラインよりも

体力との兼ね合いの問題もある超高齢者に対する治療法です。この治療法はこれらのはかにイレッサを挙げます。イレッサはEGFR遺伝子変異陽性でしか使えないが、これらの2薬と同様、劇的な効果が期待できる場合があるという。

### 4 ザーコリヤアレセンサ

注目の分子標的薬として、長尾氏はこれらのはかにイレッサを挙げます。イレッサはEGFR遺伝子変異陽性でしか使えないが、これらの2薬と同様、劇的な効果が期待できる場合があるという。

### 5 抗がん剤の10のやめどき

長尾氏は自著の中では抗がん剤のやめどきを次のよううに挙げている。

①迷った挙句、最初からやらない

②抗がん剤開始から2週間後

③体重の減少

④セカンドラインを勧められたとき

⑤「腫瘍マーカーは下がらないが、できるところまで抗がん剤をやろう」と主治医が言つたとき

⑥それでもがんが再発したとき

⑦つづ状態が疑われるとき

⑧1回治療を休んだら楽になつたとき

⑨サードラインを勧められたとき

⑩死ぬときまで

6 セカンドラインはファースト

最初の抗がん剤治療をファーストライン、効かなくなってきた別の抗がん剤に切り替えることをセカンドラインという。そこからさら

に切り替える場合はサードライン。

7 キャンサーボード

がん患者の治療方針を決めるため定期的に開かれる病院内の検討会。関連する複数の診療科の医師や専門のコーディネーターが集まり討議する。患者が参加するケースはまれである。

長尾和宏氏の主張ポイント

映されない治療も行われているのが現実です。机上論ではなく、本当の意味で患者さんにどこまで寄り添えるかが、今、がん医療界に問われて

いると思います。

6 セカンドラインはファースト

最初の抗がん剤治療をファースト

ライン、効かなくなってきた別の抗がん剤に切り替えることをセカンドラインという。そこからさら

に切り替える場合はサードライン。

7 キャンサーボード

がん患者の治療方針を決めるため定期的に開かれる病院内の検討会。関連する複数の診療科の医師や専門のコーディネーターが集まり討議する。患者が参加するケースはまれである。