

“超”本音対談 近藤誠 vs. がん患者代表

大正11年3月31日第三種郵便物認可 2016年10月16日発行
第95巻第4号 通巻5363号 毎週火曜日発行(10月4日発売)

サンデー毎日

定価 380円

10.16 2016

TAKAHIRO 登坂 広臣



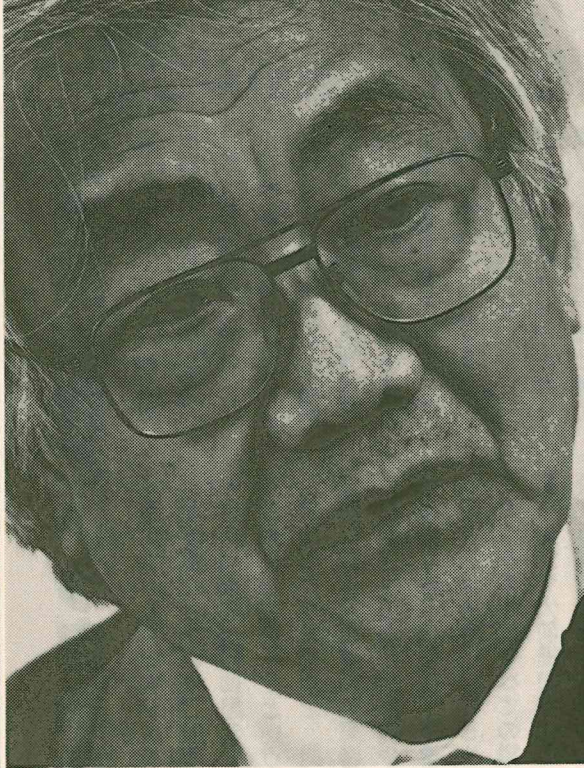
「長生きしても安心!?
トンチン年金
病気にならない
「外食」「テイクアウト」

戦慄!
点滴殺人者の「底知れぬ動機」

横浜 大口病院

東京

奥洲野武



近藤医師（左）と
森氏が火花

近藤誠 VS. がん患者代表

“超”
本音対談

第1回

近藤先生！誰も聞けなかつたことをお聞きします

構成

森省歩

ジャーナリスト

「結局、がんは放置するのが一番」と主張する近藤誠医師。こうした「近藤理論」を批判する医師が続々登場しているだけに、理論の中身を根掘り葉掘り、聞いてみたくなった。そこで、がん患者代表が近藤医師に直接疑問をぶつける本音対談を短期集中連載でお届けする。

近藤誠医師は標準とされるがん治療^{注1}に敢然と異を唱えてきた孤高の医師である。慶應義塾大学病院放射線科の講師を定年退職する1年前の2013年4月に開設された「近藤誠がん研究所・セカンドオピニオン外来」（東京・渋谷）には、年間2000組を超えるが

ん患者やその家族らが相談に訪れているが、標準治療を旨とするがん治療医の間では近藤医師への批判の声も少なくない。そんな中、本誌は2016年4月24日号から連続3回にわたって、近藤医師と林和彦医師（東京女子医科大学がんセンター長）による

「究極の激突対談」を掲載した。大反響を呼んだ白熱の論戦は、両医師への個別インタビューを新たに加えた「がんは治療か、放置か究極対決」（毎日新聞出版）として刊行されているが、これら一連の司会、インタビューアー、構成などを担当したのがジャーナリストの森省歩氏である。

4年前、森氏は東京大医学部附属病院にて大腸がんを切除。術後の病理検査の結果、病期は所属リンパ節^{注2}の2カ所に転移のあるステージ3A（進行S状結腸がん）と診断された。今回はがん闘病中のジャーナリストであるその森氏が、がん患者を代表する形で

注1 手術、放射線、抗がん剤の「3大治療法」をはじめとして、一般に現時点で最良と考えられている「がん治療法」

を設けると聞きます」

ベネシユ氏によれば、日本企業の間で「年功序列・終身雇用」の人事が一般化したのは1960年代。戦前は社外取締役を取り入れる企業が多く、他社からの買収を防ぐ目的の株式の持ち合いもなかったという。

「だから日本文化に根差したものは思えません。日本企業は高度成長期、製造業が中心となって価格競争や品質管理を重視する戦略を取った。単一民族で同じ言葉を話し、年功序列の秩序の下、軍隊のように素早く動ける組織体制がよく機能しました。ただ、製造業がGDP（国内総生産）の4割を占めた時代は終わり、今は2割しかない。日本企業はデザインや技術設計、ノウハウ、IT（情報技術）といったサービス産業に近い分野にシフトしなければ、グローバルゼーションの中、勝ち残れません」

「年功序列を維持している限りは外国人を幹部に登用しにくい。外国人はパフォーマンス主義です。日本企業のように『お前は30年間も俺によくついてきた』と恣意的に抜擢するやり方は通用しません。現に上場企業の取締役のうち、外国人の割合は14年末時点で0.7%にすぎません。ハーバード大経営大学院は『フォーチュン・グローバル500』という世界の上位500社の取締役構成を調べて分析し、『取締役の25%を外国人にしないと長期的に競争上の優位性を保てな

取締役会の機能は経営者の監視

い」としています。上位500社のリストから日本企業が大きく数を減らしたのには、組織構造が外国人の経営者にとって加わりにくい、海外市場の変化を把握しにくくなったためだといふのです。グローバルゼーションが進む中、世界の企業との競争を勝ち抜くには、世界中の中間管理職や経営幹部の人脈に参加して各国の市場変化を素早く察知し、的確な取りやめやリスク管理ができることが重要。日本企業は分かつていながら終身雇用や年功序列が邪魔をしています」

「ベネシユ氏は「在日米商工会議所」の成長戦略タスクフォース委員長として10年、ガバナンスの改善を含め成長戦略の要望をまとめて公表している。当時の成長戦略は「経済分析に基

づかない」と不満だったためだ。「日本の場合、GDPを増やすか減り方を遅くしなければ、国の債務は返済できません。そのためには何が必要か。一言でいうと生産

性の向上、投資をして収益性を高める。その考え方は安倍政権が発足直後に発表した「三本の矢」に取り入れられました。説得力があり、経済的根拠のある構造改革路線だと思えます。生産性の向上には何が必要か。資産の再配分プロセスが重要です。企業は採算性の低い部門を早く畳んで売却し、より競争上優位性がある部門や商品に早く投資する。そのためには取締役会がその機能を果たす必要があります」

本来、会社とは株主のものであり、株主が経営者を選ぶ。ベネシユ氏は本来の姿に立ち返るべきで、そのためには独立社外取締役の選任が不可欠と主張する。「本来、取締役会は経営者を監視・監督すべきであり、その機能を取り戻すにはある程度の独立社外取締役を選任する必要がある。社内出身者の取締役ばかりだと

ボスである社長の顔色をうかがい、監視・監督などできません。社長が友達を社外取締役に選んだ場合も、最初から波風立てない人を選ぶことになり機能しない。金融庁のコードは「独立社外取締役2人以上」を求めています。3分の1か半分にならないと十分な相乗効果は生まれません。独自の視点やスキル、知識、哲学を持つ独立性の高い社外取締役を4、5人選任し、社外取締役だけの委員会を設ける。そこで社長の評価や報酬、社長が選んだ後継候補者の評価などについて率直な意見交換ができるようにすべきです。社長はボスではなく、監視・監督対象なのです」

ガバナンス改革は実現できるのか。待ったなしの人口減少経済に直面する日本の本気度が問われているのかもしれない。

本誌・谷道健太

無治療放置という自説を患者に押しつけているのでは？

「患者目線」から近藤医師に疑問のありつたけをぶつけ、問い質す――。

× × ×

森 第1回は主として近藤理論^{注3}をめぐる抜き差しならない疑問、中でもこれまで「誰も面と向かつては聞けなかったこと」をスバリおろかがいします。

近藤 遠慮なくどうぞ。

森 まず「近藤医師は無治療放置という自説を患者に押しつけている」との批判についてお聞きします。反対論者の臨床医などからよ

く聞かれる批判ですが、これが事実だとすれば、近藤先生は理論のために患者を踏み台にしている、ということにもなりますが。

近藤 僕は「目の前の患者さんがどうしたら最も健康やかに最も安全に長生きできるか」を追求し続けてきました。この点はすべての議論に先立つ大前提です。自慢するつもりはさらさらありませんが、がんの種類やその進行度に応じて、僕ほどきめ細かく対処法を考え抜いてきた医師は、世界広

こんどう・まこと 1948年生まれ。慶應義塾大医学部卒業後、同医学部放射線科に入局。がんの「標準治療」を批判し続け、『患者よ、がんと闘うな』『抗がん剤だけはやめなさい』（以上、文春文庫）、『医者に殺されない47の心得』（アスコム）などを発表。4月発刊の『がん患者よ、近藤誠を疑え』（日本文芸社）など著書はいずれもベストセラー。近藤誠がん研究所所長。

もり・せいほ 1961年生まれ。慶應義塾大卒。出版社勤務を経て独立。政界ものに定評があり、『田中角栄に消えた闇ガネ』『角田人土』が明かした最後の迷宮』（講談社）などを次々に発表。2012年に大腸がんの手術を受けて以降は医療ものも手がけている。近藤誠医師の著書『がん患者よ、近藤誠を疑え』（日本文芸社）では「がん患者代表」として聞き手も務めている。

しといえどもほかにいない、と自負しています。森 批判は的外れだとか？

近藤 そもそも僕がセカンドオピニオ

には「近藤医師は『言いつ放し』だから気楽なものだ」「結局、無治療放置は『患者放置』なのではないか」などの批判も渦巻いていま

す。患者目線で考えても、言いつ放しで放置されるとすれば、たまりません。

近藤 まず「言いつ放し」

「患者放置」という批判についてですが、先ほど説明したように、僕のセカンドオピニオン外来は患者さんに考える材料を提供する場です。僕も患者さんそれぞれで目的は違えられ完結していません。それ以上、僕に何をしろと言うのですか。また、慶應病院時代について言えば、放射線科病棟が院内ホスピスと化してい

ン外来を開いたのかと言えば、どんな種類のどんな進行度のがんにも対処法や治療法には複数の選択肢があるのに、がん医者らは標準治療と称して患者を型にはまった治療法に追い込んでいくからです。しかも、疑問を感じた患者に彼らが提示するセカンドオピニオンは、ガイドライン^{注4}も通り、判で押ししたような「金

がん医者こそ「やりっ放し」では

近藤 大事なことゆえ、まずは根本的な考え方や問題点について指摘しました。その上で件の批判に話を戻せば、実際のセカンドオピニオン外来では、がんをそのまま放置した場合と、手術や放射線などで治療した場合の、両方の対処法について説明しています。

実際、僕は放置したほうがいいと思っ

太郎館オピニオン」ばかりです。つまり、自説を押しつけているのはむしろ彼らであって、その結果、多くの患者が手術の後遺症や抗がん剤の毒性で苦しみ、がんでなく治療のために命を落としているのです。

森 しかし、今のお話だけでは「自説を押しつけている」という批判への十分な回答にはなっていません。

は大勢います。そのような場合、患者さんに対して僕から「ダメだ」とか「やめろ」とか言うことはありません。そもそも、多くの場合、最終的にどのような道を選ぶかは、その場で決まるものではありません。近藤 どういうことですか？

近藤 冒頭、僕は患者さん

た研修医時代の看取りを含め、僕は可能な限り患者さんを最初から最後まで診てきました。抗がん剤をやりに尽きたあげく、「もうできることはありません」と患者を放り出すがん医者らのほうこそ、逆に「やりっ放しの患者放置」にあたるのではないのでしょうか。

主治医をスキップしたらどうか

森 近藤先生が「放置をするな」とおっしゃるのは新鮮な驚きです。具体的にはどのような場合ですか。

近藤 痛みや苦しみなどの

日常生活の質が著しく落ちているような場合、患者さんに「何もするな」と言うのはさすがに酷な話でしょう。僕はそういう非常識なことはいません。痛み止めを飲むなどして症状が緩和されれば、体力が回復し気力も充実して寿命は必ず

それから、「無治療放置」という言い方も誤解を招く表現です。僕の提唱している「放置療法」は何もしないことではなく、症状を和らげるための治療は積極的に行うべきだ、と僕は主張しています。実際、放置しないほうがいいケースも少なからずあります。

延びていきます。

森 しかし、「放置だけに

あらず」の実態が「痛み止めを飲む」というのでは、いささか拍子抜けです。近藤 言葉が足りなかったようですね。例えば、肺にできたがんが気管支を塞いで呼吸苦がある場合も「放っておいたほうがいい」とは言いません。このような場合、放射線をかけると病巣部が縮小し、気管支に空気が通るようになって、呼吸がラクになることがある

の30分という相談時間^{注5}の間に、あなたがどうするかを決めるのは無理があるでしょう。したがって、まずは疑問点をこの場で解消した上で、結論については、ご自宅へお帰りになってから、ゆっくり考えてお決めください」と。患者さんに考える材料を提供するのが僕のセカンドオピニオン外来の目的なのです。

森 患者は近藤先生の意見

にすべて従う必要はない、ということですか。近藤 僕のセカンドオピニオンを聞いた上で、患者さんが熟慮し納得して決めた結論であれば、僕は基本的にこれを是とします。「天は自ら助くる者を助く」という英語のことわざがありますが、患者にとつて大切なのは、誰かに決められたり、何かを信じたりすることではなく、自分自身の頭で考えることです。そうしなければ、自分を救う

ため、「放射線をかけてみたら」と提案します。ところが、このようなケースでも、がん医者らは抗がん剤治療しか口にしません。それが突破し難い箇所になって悩んでいる患者さんには、「それだったら僕が放射線治療医宛てに紹介状^{注6}を書いてあげるから、主治医をスキップして同じ病院か別の病院の放射線科で診てもらったら」とアドバイスします。

森 それでも「放置療法を

選択した患者から少なからぬ犠牲者が出ています」という批判は絶えません。これは私と親しいがん治療医から聞いた話ですが、自分の診ていた進行卵巣がんの患者がパツタリと顔を見せなくなつたそうです。近藤 僕のセカンドオピニオン外来に行つたから、と言いたいわけだね。森 そうです。主治医が何

注6 紹介状の料金は無料。宛名（医師名）のある場合とない場合があるが、宛名のある場合でも別の医師への転用は可能

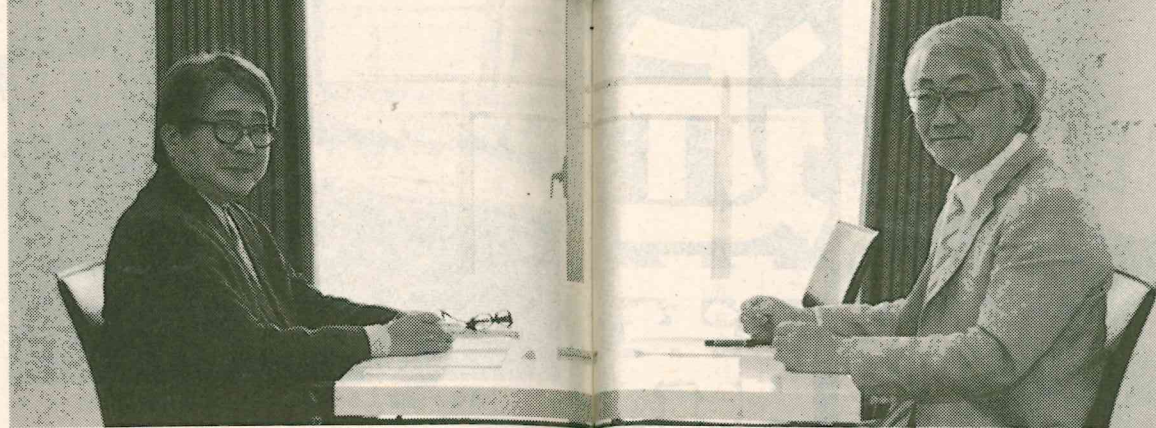
注5 近藤誠セカンドオピニオン外来は30分が原則。かつては時間延長にも応じていたが、意味のあるケースが少なく中止された

注4 がんの種類ごとに定められている「治療ガイドライン」で、がんの「標準治療」もガイドラインに沿って行われている

注3 「手術はするな」「抗がん剤は百害あって一利なし」「がんは放置するのが一番」など、近藤医師が唱えてきた主張の体系

注2 S状結腸から近い順に第1群、第2群、第3群の所属リンパ節がある。森氏の場合、第2群リンパ節への転移が認められた

近藤誠 vs. がん患者代表

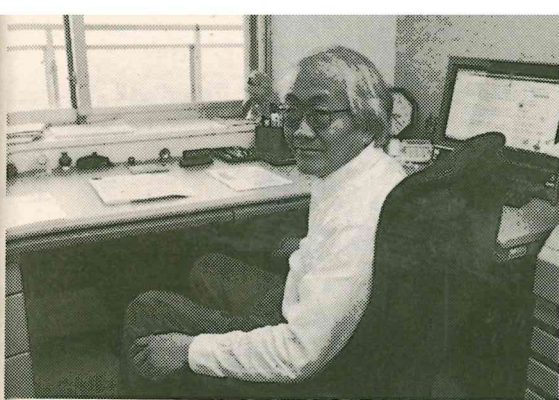


ことはできません。そして、その際に必要になってくるのが直感と知性と理性です。今のがん治療はどこかおかしいのではないかと、医者言う通りになっていると危ないのではないかと、そういう直感がまず大切。その上で、本を読むなどして知識を増やし（知性）、考える材料が揃つたら、自分の頭で考え決断する（理性）。そうしなければ、治療で傷ついて早く死ぬことになりま

森 ですが、反対論者の間

近藤理論で犠牲者が出ているのでは？

には行きません」の一点張り。それからおよそ2年後、容体の悪化した患者が救急車で担ぎ込まれた別の病院から主治医のところへ電話があり、「おたくの病院の患者管理はどうなっているんだ。責任をもってやってもらわなければ困る」と文句を言われたそうです。結局、患者は主治医の元に引き取られ、間もなく息を引き取ったということです。



「患者が遠慮する必要はない」と語る近藤医師

手術や抗がん剤治療を受けるよりはるかにラクな生活を送ることができた、と考えるべきでしょう。卵巣がん4期患者が治療を受けた場合の5年生存率はわずか10%。2年後には半分以上の患者が亡くなっているわけですから、「犠牲者」どころか「成功例」と言ってもいいくらいです。森さんに愚痴をぶちまけた医師には、そのあたりに誤解や曲解があるようですね。

森 犠牲者云々を口にすると医師には、「自分の患者に余計な入れ知恵をされて迷惑している」という、理屈とはまた別の恨みがあるのかもしれない。

近藤 「犠牲者」という言葉は、3年前、長尾和宏という開業医が週刊誌のインタビューで発言して広まったものです。

僕は同じ雑誌の次の号で反論するとともに、「対談で決着をつけましょう」と呼びかけましたが、長尾さんは応じなかった。しかし、読者や患者は「どうなったのか」と気にして待っているわけですから、だから、今年に入ってから別途、対談を呼びかけましたが、結局、長尾さんは逃げてしまった。

治療法の選択権は患者側にある

森 少し生身のがん患者に引きつけた話に変えましょう。患者が近藤先生の意見に納得し、何もしないことを選択した場合、必ずと言っていいほど生じてくるのが医師との軋轢です。中には、「それならウチではもう診ない」などと宣告されて、病院を放り出されてしまう患者もいます。

近藤 治療法の選択権は患者にあります。患者が意思表明してもダメな時はさっさと主治医を変えるべきです。ただし、自分から逃げ

なり得ることを覚悟して様子を見ているわけですから。また、仮に患者が増大も転移もしないと考えていたとすれば、それは大きな勘違いであって、やはり「犠牲者」とはいえない。そもそも、誰よりも深くがんとその治療について経験し勉強もしてきた僕が、「すべてのがんを放置しろ。それでも増大したり転移したりしない」などと、患者に言うはずがないでしょう。

本当は仮説だった「放置」転移

森 詰るところ、このような批判が次々と飛び出してくるのは、「がんもどき」が『本物のがん』に変わることはない」という近藤理論の前提を成す仮説に根本的な疑念があるからです。この点は患者にとっても命に関わる重大な問題です。近藤先生、がんを放置した場合、もどきが本物に変わってしまうことは絶対にならないのでしょうか。

近藤 「絶対ない」と断言してしまつと、科学ではなく宗教になってしまします。しかし、僕の仮説の正しさを裏づける有力な科学

者も、誰よりも深くがんとその治療について経験し勉強もしてきた僕が、「すべてのがんを放置しろ。それでも増大したり転移したりしない」などと、患者に言うはずがないでしょう。その根拠は数多く存在しています。僕の著書でもさんざん述べてきたことなので詳しくは繰り返しません。が、きわめてわかりやすい例を一つ挙げると、かつて東大の外科の教授がアメリカに留学した際、膨大な患者のカルテを閲覧して、乳がんの初発巣と肺への転移巣が増大していくスピードを比較してみたことがありますが、結果は、ほぼすべての転移巣は初発巣が1、以下の時に誕生している、という驚くべきものでした。

注7 『週刊文春』2013年11月14日号に掲載された「近藤先生、あなたの「犠牲者」が出ています」の中で長尾医師の発言

注9 正常細胞に存在する幹細胞はがん細胞にも存在し、がん幹細胞が発生した瞬間に性質は決まると考えられている

近藤誠 vs. がん患者代表

“超”本音対談

がん医者なら誰でも知っていることです。要するに、最近のがん幹細胞をめぐる発見でも明らかにしつつあるように、遠隔転移能力を持つて誕生したが、つまり僕が言う「本物のがん」の場合、他臓器などへの転移はごく初期の段階で成立しているということです。逆に、「がんもどき」の場合は、いくら放置しても転移で宿主の命を奪うことはありません。

森 それでも、早期発見されたがんを放置しておく勇気のある患者はあまりいない、と思うのですが。

近藤 実は、「がんを放置しておく」という、がん医者らの主張も「仮説」にすぎません。実際、この仮説が証明されたことは、これまでに一度もありません。にもかかわらず、小さながんを次々と見つけ出しては治療に持ち込んでいるわけ

術をしたら転移を防げる」という証明がせひとも必要です。それができないのであれば、がん医者らは早期発見をやめるべきです。早期がんを見つけたければ、いわゆる「がん患者」は生まれず、みな心安らかに暮らせます。

治療法の選択権は患者側にある

森 出す必要はない。これは僕のセカンドオピニオン外来に来られた患者さんの実話ですが、病院内にある「がん相談センター」に向き、「あまりにも態度が悪い。主治医を変えてほしい」と訴えたところ、傲岸だった主治医の態度がコロッと変わったそうです。だから、言いたいことはどんどん言ったほうがいい。場合によっては転院という手もあるのだから、患者が遠慮する必要などないのです。

森 それができないから患者

者は悩むわけですが、この問題は次回以降でも角度を変えて取り上げる予定です。ここでは、「患者は近藤先生のような強い意志を持つてがんばるしかない」ということにおきましよう（笑）。では、患者本人と家族らとで意見が分かれた場合はどうでしょうか。案外、これは大きな問題のように思えますが。

近藤 患者は板挟み状態になって心理的に大変です。実際、僕の外来でもそういう患者さんは少なくない。例えば、ある食道がんの患者さんは奥さんと娘さんに拉致されるようになって来ました。本人は無然とした表情のまま、1人だけ後ろに下がる格好で構えていました。僕が説明が進むにつれて態度が変わり、やがて自分から身を乗り出してきます。最後は「手術はやめておきます」ということになりましたが、続けて「困

りました

った。みんなに食道がんだと言ってしまったんだよなあ」と言うんです。

森 職場の人たちとか。近藤 そうです。この時は「医者が嘘をつくのはダメだけど、患者が嘘をつくのには、誤診だった」とでも言うておけばいい」とアドバイスしました（苦笑）。

森 私が聞いた話では、ある患者は家族から「お父さん、お願いだから『何もしない』なんて言わないで。しっかり抗がん剤治療を受けて、がんセンターで死んでちょうだい」と言われたそうです。手遅れでがんが見つかった方らしいんですが、家族が懇願した理由は「世間体が悪いから」ということでした。