

国際医療福祉大学 審査学位論文(修士)
大学院医療福祉学研究科 修士課程

近藤誠研究

～医療情報の信頼と共感のカギ～

平成 27 年度

医療福祉経営専攻 医療福祉ジャーナリズム分野
学籍番号：13S2036 氏名：増田 英明

研究指導教員：大熊由紀子 教授
副研究指導教員：武藤正樹 教授

(1)“抗がん剤は効かない” ...近藤論文との出会い

2010年12月10日。日本を代表する総合文芸誌の月刊文藝春秋1月号に衝撃的なタイトルの論文¹が掲載された。

◎月刊文藝春秋 2011年1月号

戦慄レポート 氾濫するがん特集では触れられないタブー
抗がん剤は効かない
 専門家たちは当然気づいている。
 気づいていなければ、専門家の資格・能力はない。



論文の筆者は、慶應義塾大学医学部専任講師の近藤誠医師(以下、敬称略)。乳房と胸の筋肉、腋の下のリンパ節をごっそり取ってしまう乳がん治療のハルステッド手術全盛の1980年代に、乳房温存療法の普及と実践に努めた放射線科医である。1990年代以降は、がんもどき理論、がん放置療法など、独特のがん理論と治療法を提唱。自らの考え方を一般市民や患者に直接伝える言論活動を積極的に行い、2012年には菊池寛賞を受賞した。2014年3月、慶應義塾大学を定年退職。現在は、近藤誠がん研究所・セカンドオピニオン外来を開設する傍ら、言論活動も続けている。医学界の異端医師として知られている。

抗がん剤は文字通り、“がんに抗う薬剤”である。広辞苑²には「悪性腫瘍の増殖を抑え、治癒に向かわせる薬剤」と書かれている。日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科教授の勝俣範之氏は、「抗がん剤の効果はがん細胞を殺すことによって発揮され、腫瘍縮小率という数字で評価することがある」³としている。

その抗がん剤が“効かない”ばかりか、がんの専門家は、そのことに気づいていると近藤誠は指摘した。**これは、がん医療に潜む闇を白日の下に晒す告発論文ではないか。**それが、私の第一印象だった。

(2)がんの専門家は、近藤論文を否定

「抗がん剤は効かない」という近藤論文を初めて読んだ時、私は所属する会社⁴の業務で、独立行政法人国立がん研究センター⁵を担当していた。独法化の前から担当して3年が経った頃で、がんについての知識や情報は一通り身に付けていた。いくつかの研究班で研究協力者を務め、国立がん研究センターの医師や研究者をはじめ、がんの患者会との繋がりもある程度できていた。

2010年12月当時、進めていたのは「がん情報に関する一般市民の意識と実態」の調査実務。がん対策基本法が定められ間もなく5年という時期、がん情報についての一般の人の状況を把握して、今後の情報提供活動の指標にする事が目的だった。**近藤論文が調査結果に影響しないだろうか。**私はとても心配だった。

研究会会議やメディアセミナーなどの機会を見つけて、がん研究センターの医師や生物統計家、がん統計の研究者に近藤論文についての意見や感想を聞いた。ほとんどの専門家は、抗がん剤が絶対ではないことは認めつつも、近藤誠の極端な主張は受け入れ難いと否定的だった。

¹近藤誠. 抗がん剤は効かない. 月刊文藝春秋, 2010; 2011年1月号: 94-105

²新村出編. 広辞苑. 第六版. 角川書店, 2008: 930

³勝俣範之. 「抗がん剤は効かない」の罪. 毎日新聞社, 2014: 12

⁴株式会社 電通パブリックリレーションズ. 電通グループ傘下のPR会社。PRは、Public Relationsの略。

⁵2015年4月1日、国立研究開発法人に移行。

(3)月刊文藝春秋と週刊文春での誌上論争

年が明けて 2011 年 1 月 10 日。月刊文藝春秋 2 月号に、作家・立花隆氏と近藤誠との対談記事⁶が掲載された。明らかに、月刊文藝春秋 1 月号の**近藤論文の続報**と言っていい記事だった。

◎月刊文藝春秋 2011 年 2 月号

大反響論文を徹底討論
「抗がん剤は効かない」のか
患者代表・立花隆、近藤誠に質す
「延命効果はなくとも進行を止めることは可能ではないか」
「抗がん剤なしでどう治療すればよいのか」
自らががんを患う知の巨人が近藤理論「最終見解」に切り込む



ジャーナリストで自らががん患者である立花氏が「近藤誠に質す」と見出しにある通り、月刊文藝春秋 1 月号の近藤論文と、近藤誠ががん治療に関する「最終見解」として先に出版していた「あなたの癌はがんもどき」(梧桐書院)⁷の内容をベースにした対談記事だった。“糺す”(真偽を問い調べる)ではなく、立花氏が“質して”(質問して確かめ)近藤誠が答える形式で、「**抗がん剤は効かない**」ことについての**補足と追加説明をしている**という印象が強い記事だった。

この月刊文藝春秋 2 月号が発売されて僅か 3 日後の 1 月 13 日。今度は週刊文春に、近藤論文「抗がん剤は効かない」に反論する記事⁸が掲載された。

◎週刊文春 2011 年 1 月 20 日号

月刊「文藝春秋」近藤論文にがん専門医が「問題あり」
「抗がん剤は効かない」は本当か



近藤誠に反論の狼煙を上げたのは、国立がん研究センター中央病院乳腺科・腫瘍内科外来医長(当時)の勝俣範之氏と、テキサス大学 MD アンダーソンがんセンター教授の上野直人氏。ジャーナリストの鳥集徹氏が取材・構成してまとめた記事だった。

勝俣氏、上野氏は、抗がん剤に「患者を延命させる力はない」と断言した近藤誠に対して真っ向から反論。「論文は近藤氏の思い込みに臨床試験の結果を当てはめているだけ」と痛烈に批判した。

抗がん剤は、固形がんに対しても再発予防や延命効果があることが臨床試験で証明され標準治療になっていること。抗がん剤の目的は延命だけでなく、術前や術後の補助療法として使われる場合があるほか、緩和ケアの一環として QOL の維持・向上のため使われることがあること。そして、抗がん剤が問題なのではなく、日本の医療体制に問題があること。さらには、現在の規定では臨床試験にインチキが紛れ込む可能性は極めて低く、近藤誠が指摘するようなことが本当であれば、国際的な一大スキャンダルになることなど、反論を展開した。

⁶ 近藤誠,立花隆,「抗がん剤は効かない」のか 患者代表・立花隆、近藤誠に質す。月刊文藝春秋,2011;2 月号:142-155

⁷ 近藤誠,あなたの癌はがんもどき。梧桐書院,2010

⁸ 鳥集徹取材・構成,勝俣範之,上野直人,「抗がん剤は効かない」は本当か。週刊文春,2011;1 月 20 日号:147-151

ただし、**がん医療のあり方に対する近藤誠の批判には、耳を傾けるところがある**ことも認めている。かつての英・ランセット誌のクレスチンに関する論文の問題。ものによって抗がん剤の延命効果が限定的であること。患者の状況を考慮することなくギリギリまで抗がん剤を投与してしまう医師がいることなどである。

この反論記事では、国立がん研究センター中央病院レジデント有志グループが、近藤誠の論文での指摘の正否について個別に分析しているが、10項目中、「否」(×)は6項目で、「正」(○)が1項目、「どちらともいえない」(△)が3項目だった。ここでも、近藤誠の全ての主張が、必ずしも誤りではないことを示す結果になっている。

以上のように、勝俣氏、上野氏の「反論」は、近藤誠の主張を必ずしも完全否定するものではなく、全体としてはクリーンヒットという印象ではなかった。そしてまさに、近藤誠はこの点を衝いてきた。

「反論」が掲載された週刊文春の翌週号で、近藤誠が勝俣氏、上野氏に対して「再反論」する論文⁹が掲載された。

◎週刊文春 2011年1月27日号

小誌記事に再反論
近藤誠 抗がん剤はそれでも効かない
腫瘍内科医は患者の苦悶に対し涙する感性を失いかねない



この論文で近藤誠は、勝俣氏、上野氏の全ての反論について再反論が可能であった上で、国立がんセンター中央病院レジデント有志グループが行った自らの指摘に対する個別分析のうち、「否」とされた6項目について、それぞれ再反駁を行った。「正」と「どちらでもない」とされた計4項目については、自らの主張との合意点も多々あるとした。

さらに、一般向けに情報提供をする場合は、「読者が理解できる文章を書きましょう」とアドバイスをする余裕を見せ、「一流の医学雑誌に載る論文ほど人為的操作が疑われる」と言い切り、締めでは若い医師に対して「腫瘍内科医になるのだけは止めなさい」と忠告までしている。

“近藤誠の再反論が反論を一蹴”という読後感を、多くの読者に抱かせる記事だった。

以上、年末年始を挟んだ1か月余りの間で、合計4回、抗がん剤を巡って誌上論争が繰り広げられた。この論争は、「抗がん剤は効かない」という近藤理論を基軸とした、以下のような【起承転結】の展開ではなかっただろうか。

- 【起】「抗がん剤は効かない」という近藤誠の《問題提起》
- 【承】文化人との対談・質問形式による《補足・追加説明》
- 【転】アンチ近藤理論に立つ医療者からの《反論》
- 【結】反論に対する近藤誠からの《再反論》と《まとめ》

出版社・文藝春秋が、自らが発行する2つの雑誌で企図したシナリオのように見える。一般にあまり知られていない医療の闇を暴き、タブーを世の中に問う。マスコミの課題設定にありがちなパターンである。このようなシナリオ・バイアス、メディア・バイアスと相まって、「抗がん剤は効かない」に賛同する人が増えたかもしれない。

⁹ 近藤誠. 抗がん剤はそれでも効かない. 週刊文春, 2011; 1月27日号: 38-41

しかし、がんは命に直接関わる病気である。近藤誠の考え方に賛同したとしても、自分や家族ががんになった時、著名ではあるが、医療界の異端医師が提唱する理論を根拠として、抗がん剤治療を断る人が本当にいるのだろうか。当時の私は、命を賭けて、近藤理論を支持し、実践する人がいるという事実を実感することができなかった。

(4)近藤誠が支持される背景にあるもの

1988年に初の書籍「がん最前線に異状あり」¹⁰を上梓以来、近藤誠の著書は60冊を超えている。

特に「患者よ、がんを闘うな」¹¹は、50万部超のベストセラーとなり、がんもどきは流行語にもなった。2012年発行の「医者に殺されない47の心得」¹²は100万部を超えるミリオンセラーを記録。同年、近藤誠は「乳房温存療法のパイオニアとして、抗がん剤の毒性、拡大手術の危険性など、がん治療における先駆的な意見を一般人にもわかりやすく発表し、啓蒙を続けてきた功績」として第60回菊池寛賞¹³を受賞した。

「抗がん剤は効かない」だけでなく、がんもどき理論をベースにした、がん治療における手術慎重論、がん検診不要論、そしてがん放置療法など、いわゆる近藤理論は、多くのがん患者から支持され、共感を獲得したとすれば、その背景にあるものは、いったい何なのか。

第一に、よく指摘されるのは、**医療不信**である。病気を診るが人を診ようとしない医療者、依然として残るパターンリズム、医療者の安易な多剤大量処方、後を絶たない医療事故や医療過誤、医療者の不透明な利益相反行為など、一般市民や患者の医療に対する不信や不安は増すばかりである。

この医療不信について勝俣範之氏は、医療者が“良い医療”をしていないからだと言を呈する¹⁴。がんの場合、一番辛いのは、思いを誰にもわかってもらえないことだと指摘。そんな時に患者の思いを代弁した近藤誠の「がんを闘うな」「抗がん剤は効かない」というメッセージに共感してしまうのではないかと話す¹⁵。

忙しさのあまり患者とのコミュニケーションが疎かになり、治療の目的をしっかりと伝えず治療を始めてしまう医師も多い。患者は完治を信じ、生活の質を犠牲にしてまで抗がん剤治療を続けてしまい、最後まで過剰な抗がん剤治療を受けて、体も心もぼろぼろになって、苦しんだまま亡くなってしまう。こうした医療に対する恨みが、近藤誠に対する共感になってしまったのではないかと勝俣氏は指摘している¹⁶。

第二は、**情報の非対称性**である。医療者に比べて一般市民や患者の持つ医療情報は、質・量ともに少ない。それが、近藤理論が支持される背景の一つではないかという仮説である。

医学や医療など専門的な知識や情報では、当然のことながら一般市民や患者は医療者に敵うことはない。もし専門の知識や情報が少ないことで、近藤理論に対する信頼や共感が生まれる可能性があるとするれば、近藤理論への支持と不支持の分かれ目は何なのか。有名大学病院の著名な放射線科医であるという近藤誠のブランド力などが関係しているとするれば、それは何なのか。

¹⁰ 近藤誠.がん最前線に異状あり 偽りのときに終りを.廣済堂出版,1988

¹¹ 近藤誠.患者よ、がんを闘うな.文藝春秋,1996

¹² 近藤誠.医者に殺されない47の心得 医療と薬を遠ざけて、元気に、長生きする方法.アスコム,2012

¹³ 故・菊池寛が日本文化の各方面に遺した功績を記念するための賞。文学、演劇、映画、新聞、放送、雑誌・出版、及び広く文化活動一般の分野において、その年度に最も清新かつ創造的な業績をあげた人、或いは団体を対象としている。

¹⁴ 勝俣範之.医療否定本の嘘.扶桑社,2015:176-177

¹⁵ 勝俣範之.「抗がん剤は効かない」の罪.毎日新聞社,2014:8-9

¹⁶ 勝俣範之.医療否定本の嘘.扶桑社,2015:178-179

はじめに

インターネットによる情報収集が当たり前の時代となり、さまざまな SNS が普及して情報のやり取りがこれまでと大きく変わってきている中、単なる情報の非対称性よりも、情報を総体的に吟味することの重要性が増している。具体的には、情報量や内容に加えて、情報の鮮度や確からしさ、情報を受け取る患者の環境や価値観、感情などが考えられる。それらの状況によって、近藤理論に対する評価や向き合い方が異なってくるのではないかというのが、私の問題意識である。

近藤誠が支持される背景の第三は、近藤誠が持論を主張し続けている**使命感**への共感ではないかという仮説である。近藤誠が慶應のブランドと一緒に歩んできた 30 年以上の実績は、情報を受け取る側にとっては、信頼と共感の証と言える。四半世紀の時を超え、近藤誠の信念と理念、そして近藤理論を支えてきた精神的な思い・支柱は、患者を救いたいという医師としての使命感そのものに思えるが、果たしてどうなのか。

一方で、アンチ近藤理論の旗幟を鮮明にしている医療者の多くが指摘しているのは、近藤誠の医療界への**恨み、金儲け、売名行為**である。

★勝俣範之氏(日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科教授)

近藤医師が功績をあげられた頃に、私たち医療者が「自分たちが間違っていました」「近藤先生の指摘は素晴らしい」ともって声をあげていたら、もしかしたら今のような事態にはなっていなかったかもしれない。功績を認められず、放置・無視された結果、医療界に対する**恨み**が、がん細胞のようにむくむく育ってしまったのではないか¹⁷。

★長尾和宏氏(長尾クリニック院長)

近藤理論の出発点は、現代のがん医療への怒りであり、そもそもは患者を思う気持ちだった。その怒りを、自分を認めなかった医療者へのルサンチマン(ニーチェの用語。弱者が強者に対する**憎悪**や**復讐心**を鬱積させていること)¹⁸へ変容させた。¹⁹

★村田幸生氏(医師、エッセイスト)

近藤誠氏の初期の本は、弱きを助け強きを挫くという雰囲気、がんの患者さんのためにという気持ちがあふれていたと思うが、いまは**医者を挫くこと**が目的になっているような気がする²⁰。

★大場大氏(前・東京大学肝胆膵外科学教室助教、東京オンコロジークリニック院長)

過去における周囲の個人に対する**恨み**や**復讐**が、近藤誠氏の原因力になっているようにも見える。個人的に恨みを持った、あるいは気に食わない対象を攻撃するために個人を母集団に置き換えて否定している印象を強く持つ²¹。

また、**金儲け、売名行為**には励む、新興宗教の教祖のようだと切って捨てる医療者もいる。

★大鐘稔彦氏(医師、作家。小説「孤高のメス」作者;ペンネーム“高山路爛”)

濡れ手に粟、億万長者、お布施で贅沢三昧。葬式坊主、新興宗教の教祖さながらだ²²。

¹⁷ 勝俣範之.医療否定本の嘘.扶桑社,2015:20-21

¹⁸ 新村出編.広辞苑.第六版.角川書店,2008:2977

¹⁹ 長尾和宏.長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか?.ブックマン社,2015:26-29

²⁰ 村田幸生.近藤誠理論に嵌った日本人へ医者への言い分.祥伝社,2015:22

²¹ 大場大.がんと賢い闘い方.新潮社,2015:19-20

²² 大鐘稔彦.そのガン、放置しますか? 近藤教に惑わされて、君、死に急ぐなかれ.ディスカヴァー・トゥエンティワン,2015:20

確かに、これまでの医療界との関係性の中では、医療界への恨みがあったかもしれない。また、生きていくためには収入も必要だし、たくさんの患者を診て慶應に居続けるためには名前を売ることも必要だったかもしれない。しかし、かつて革新的、先進的な医療者として、輝かしい実績を持つ近藤誠が、私怨による復讐のために、ましてや金目当てのために、確信犯的に患者の命と引き換えにする言動をしているとは、どうしても思えない。

こうした近藤誠に対する性悪説についての違和感を踏まえたうえで、具体的には近藤誠、および近藤理論がなぜ支持されるのかを考察した。

(5)考察・分析について

近藤誠研究における具体的な考察・分析は、以下の通りである。

まず、これまで誰も行わなかったであろう、近藤誠の言論活動、情報発信活動の概要・外形に関する量的分析を行った。さらに、近藤誠本人をはじめ、近藤誠の元・患者やセカンド・オピニオンを受けたことのあるがん経験者、医療者、近藤誠への取材経験のある記者、ジャーナリストへのインタビュー結果の質的分析を行い、近藤理論の本質と多くの一般市民や患者に支持される深層について考察・分析した。

《1》近藤理論の情報展開・情報波及

(1)報道状況分析

1980年代から現在に至るまでの近藤誠、および近藤理論に関する報道記事を網羅的に収集。

報道状況について、①メディア別、②記事内容別、③記事形式別に集計・分析を行った。

(2)書籍出版状況分析

近藤誠の書籍、アンチ近藤理論の反論本、その他の関連書籍の発行状況について分析を行った。

(3)Amazon.jp カスタマーレビュー分析

amazon.co.jp で公開されている書籍のカスタマーレビューから、5段階評価の傾向について集計・分析を行い、近藤誠の書籍とアンチ近藤理論の書籍の傾向について比較した。

《2》近藤理論の変遷

報道状況やメディアとの関係性のアプローチから、近藤理論の変遷について整理・分類。メディア分類別の役割や情報のリーチなどを質的に考察した。

《3》インタビューから見る近藤理論、医療界、メディアについての評価

(1)インタビュー調査

①近藤誠インタビュー

近藤誠本人へのインタビュー調査結果から、近藤誠、および近藤理論の本質・深層を探った。

②ステークホルダーインタビュー

がん経験者・家族、医療者、メディア、パブリックリレーションズ実務者を対象に行ったインタビュー調査結果をベースに、発言内容とキーワード抽出による分析を行い、近藤理論の評価や近藤理論が支持される理由についての傾向を探った。

《4》情報の信頼と共感のカギを探る

以下4つの視点から、近藤誠研究の考察と分析を行った。

①医療の視点

近藤誠に異端の医師というレッテルを貼り、近藤理論を放置してきた医療(界)の視点から見た近藤誠、および近藤理論について。

②メディアの視点

近藤理論の普及・浸透に大きな役割を果たしたメディアの視点から見た近藤誠、および近藤理論について。

③ひと・患者の視点

患者(ひと)が誰でも持っている**情**(感情、気持ち、思い)と**理**(理性、理屈、理論)という視点から見た近藤誠、および近藤理論について。

④パブリックリレーションズの視点

実務として社会に情報を拡散することで、良好な関係づくりを図るパブリックリレーションズの視点から見た近藤誠、および近藤理論について。

(6)近藤誠研究で明らかにしたい4つのポイント

以上のような視点、論点を踏まえ、今回の近藤誠研究で私が考察・分析していきたいことは、以下の通りである。

《1》近藤理論とは何なのか

- ・近藤理論は、近藤誠の医療界への恨み、私利私欲の産物なのか。
- ・近藤理論が目指しているものは何か。近藤誠の真意は何か。

《2》近藤理論が支持されるのはなぜか

- ・医療不信以外の「理由」はあるのか。それは何か
- ・がん治療のゴールの選択肢は何か。

《3》近藤理論の普及でメディアが果たした役割は何か

- ・近藤誠とメディアとの関係性は何か。
- ・近藤誠がメディアを利用したのか、メディアが近藤誠を利用したのか。

《4》近藤理論から学ぶこと

- ・近藤誠や近藤理論から学ぶべきことがあるのではないか。それは何か。
- ・情報を伝える時、情報が伝わる時のポイントは何か。
- ・医療情報の信頼と共感のカギは何か。

近藤誠や近藤理論については、極端な見出しやステレオタイプの報道が多いこともあって、必ずしも正確に理解されていないと思える場合がある。そのこと自体を、近藤誠の思惑・謀略であるとの見方をする人も多い。このような誤解やバイアスに十分注意しながら、近藤誠と近藤理論の考察・分析を通して、医療情報の本質に少しでも迫ることを目標とした。

はじめに	1
(1) “抗がん剤は効かない” …近藤論文との出会い	1
(2) がんの専門家は、近藤論文を否定	1
(3) 月刊文藝春秋と週刊文春での誌上論争	2
(4) 近藤誠が支持される背景にあるもの	4
(5) 考察・分析について	6
(6) 近藤誠研究で明らかにしたい4つのポイント	7
目次	8
【1】概説：近藤理論	10
(1) 近藤誠プロフィール	10
(2) かつては医学界の異端と言われた発信	15
《1》がん患者への情報開示	15
《2》乳がん乳房温存療法	18
(3) 現在も医学界の異端と言われている発信	24
《1》抗がん剤不要論：固形がんは抗がん剤は効かない	24
《2》がん検診不要論：がん検診は、百害あって一利なし	25
《3》がん手術慎重論：手術偏重に異議あり	27
《4》がんもどき理論：がんには「本物のがん」と「がんもどき」がある	28
《5》がん放置療法：がんを放置しても命が縮むことはない	30
《6》放射線治療不要論：放射線誘発がんのリスク	32
【2】インタビュー：当事者の視点から	34
(1) 近藤誠本人へのインタビュー	34
(2) ステークホルダー・インタビュー	46
《1》がん経験者	48
《2》医療者	67
《3》メディア・ジャーナリスト	81
《4》パブリックリレーションズ実務者	98
【3】インタビュー：パブリックリレーションズの視点から	106
(1) 実務者インタビュー	106

【4】 考察・分析：近藤理論	114
(1) 近藤理論の情報展開・情報波及	…… 114
《1》 報道状況分析	…… 114
《2》 書籍出版状況分析	…… 129
《3》 Amazon.jp カスタマーレビュー分析	…… 136
(2) 近藤理論の変遷	…… 143
《1》 胎動期： 情報播種 1980年～1987年	…… 143
《2》 勃興期： 両雄牽引 1988年～1994年	…… 145
《3》 発展期： 文春時代 1995年～2004年	…… 148
《4》 休止期： 断筆 2005年～2009年	…… 153
《5》 再燃期： 群雄割拠 2010年～	…… 154
《6》 論争期： 集中砲火 2011年～	…… 159
(3) インタビューから見る近藤理論、医療界、メディアについての評価	…… 164
《1》 がんもどき理論、がん放置療法について	…… 164
《2》 近藤理論が支持される理由について	…… 168
《3》 医療界の責任・役割について	…… 172
《4》 メディアの責任・役割について	…… 174
(4) 4つの視点から情報の信頼と共感のカギを探る	…… 178
《1》 医療の視点	…… 178
《2》 メディアの視点	…… 185
《3》 ひと・患者の視点	…… 187
《4》 パブリックリレーションズの視点	…… 193
あとがき	196
参考資料	197

【1】概説:近藤理論

Overview

(1) 近藤誠プロフィール

医学の常識に異を唱えて 30 年。自他共に認める医学界の異端児、近藤誠とは一体どのような人物なのか。近藤誠の経歴と近藤誠による半生記²³から、近藤理論が誕生した背景、要因の一端を探る。

まず、近藤誠が、ウェブサイト「近藤誠がん研究所・セカンドオピニオン外来」²⁴で公開している経歴を、一部要約・抜粋して引用する。

ポイントと思われるところは、**太字**でハイライトした。



★経歴

1948 年 東京で生まれる。

1961 年 慶応中等部に入學。以後、慶応高校を経て、医学部入學。

1973 年 慶応大学医学部卒業。医師国家試験合格。

研修医となる(放射線科)試験を受け、米国の医師資格取得。

1976 年 慶応大学医学部放射線科の助手に採用される。

この後、ほぼすべてのがん種を対象とし、がんの放射線治療に従事する。

1979 年 米国ロスアラモスのパイ中間子施設で医師として働く。

パイ中間子は粒子線治療の一種だが、治療効果に見切りをつける。

1980 年 帰国。再び通常の装置を用いた放射線治療に従事。

1983 年 講師に昇進。

この年、乳がんにかかった実姉を乳房温存療法で治療。

当時、日本では全く行われていなかった乳房温存療法を普及させようと決意。

前後して悪性リンパ腫の抗がん剤治療に取り組み、日本人患者の生存成績を大幅に改善した

1988 年 「乳ガンは切らずに治る 治療率は同じなのに、勝手に乳房を切り取るのは、外科医の犯罪行為ではないか」という論文を月刊『文藝春秋』誌に寄稿。

乳房温存療法が日本での標準療法になるきっかけとなった。

1989 年 乳房温存療法を受けた患者を中心として医療市民団体「アイデアフォー」が設立。

その活動が、乳房温存療法の普及を後押しした。

1990 年 「乳ガン治療・あなたの選択」出版。

この頃から、無治療を望むがん患者への「がん放置療法」を実践。

最長 23 年以上、150 人以上のがん放置患者を診る。

1992 年 「がん検診・百害あって一利なし」という論文を「文藝春秋」誌に寄稿

1994 年 「患者と語るガンの再発・転移」出版。

²³ 近藤誠.なぜ、ぼくはがん治療医になったのか.新潮社,1998

²⁴ 近藤誠がん研究所・セカンドオピニオン外来,2015
<http://www.kondo-makoto.com/career.html>

【1】概説：近藤理論

1995年 「文藝春秋」誌に10回にわたり、がんについて連載。

読者投票で1位となり、その年の「文藝春秋読者賞」を受賞。

医療事故の鑑定書作成を目的とする「医療事故調査会」を共同して設立し、世話人になる。

医療事故の鑑定意見書を60件以上作成。

1996年 『患者よ、がんを闘うな』出版。

専門家らとの論争が生じ、社会現象化したと評価された。

1997年 「「がんを闘うな」論争集」出版。

2000年 「医原病」出版。

「よくない治療ダメな医者」出版

2002年 「成人病の真実」出版

2004年 「がん治療総決算」出版

2010年 「あなたの癌は、がんもどき」出版

2011年 「抗がん剤は効かない」出版。

胃がん、肺がん等の固形がんに対し、抗がん剤治療は、治癒効果はもちろん延命効果もないことを明らかにした。

「医療被ばく CT検査でがんになる」出版。

2012年 『がん放置療法のすすめ』出版。

「どうせ死ぬなら「がん」がいい」(中村仁一氏との対談)出版。

第60回菊池寛賞受賞。

乳房温存療法のパイオニアとして抗がん剤の毒性等について啓蒙を続けてきた事が受賞理由

「医者に殺されない47の心得」出版。

2013年 近藤誠がん研究所・セカンドオピニオン外来設立。

「がん治療で殺されない7つの秘訣」「余命3カ月のウソ」出版。

「免疫療法に近づくな」『抗がん剤だけはやめなさい』出版。

「医者に殺されない47の心得」100万部に達する。

「「がんもどき」で早死にする人、「本物のがん」で長生きする人」出版。

「近藤誠 何度でも言う がんとは決して闘うな！」出版。

「近藤誠セカンドオピニオン外来」相談1000件に達する。

2014年 慶應義塾大学医学部定年退職

「近藤誠セカンドオピニオン外来」相談2000件に達する。

「これでもがん治療を続けますか」出版。

「野垂れ死にの覚悟」(曾野綾子氏との対談)出版。

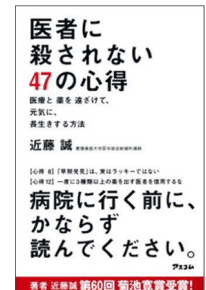
「近藤先生、「がんは放置」で本当にいいんですか？」出版。

TBS 金スマ SP「2人の異端の医師に迫る・近藤誠、上原淳が登場」10月3日 放送。

「がんより怖いがん治療」出版。

「ビッグコミック」2014年22号より連載の漫画作品「医者を見たら死神と思え」

(原作:よこみぞ邦彦、作画:はしもとみつお)で監修を務める。



2015年「何度でも言う がんとは決して闘うな」出版。
「近藤誠セカンドオピニオン外来」相談 4000 件に達する。
「クスリに殺されない 47 の心得」出版。
「もう、だまされない！ 近藤誠の「女性の医学」」出版。
「ねこバカ いぬバカ」(養老孟司氏との対談)出版。
医療コミック「医者を見たら死神と思え①」出版。
(原作：よこみぞ邦彦、作画：はしもとみつお、監修：近藤誠)
「近藤誠のリビングノート」出版。
「日本は世界一の「医療被曝」大国」出版。
「近藤誠の家庭の医学」出版。
「先生、医者代減らすと寿命が延びるって本当ですか？」出版。



現在に至る

★エピソード ～近藤誠が医者になるまで～

父親が内科・小児科の開業医だった近藤誠は、ふつうの家庭の子どもに比べて、幼いころから医療行為に濃厚接触していたようだ。風邪でも抗生物質を注射するような古いタイプの医者だった父親は、何かにつけて、注射や点滴をしていた。子どもにとっては迷惑な話だったと、近藤誠は自著で振り返っている。

また、父親からは口癖のように、医者になって跡をついで欲しいと言われていた。かけ算の九九もなかなか覚えられなかった誠少年は、父からその話を聞かされたときに、自分が医者になるなんてとても無理だと感じていた、何より、開業医の仕事はどこか単調に見えていたため、むしろ医者にはなりたくないと思っていた。

しかし、近藤誠は医者になった。しかも、医療の常識に疑問を呈する医者になった。それはなぜなのか、近藤誠が「医者になるまで」のエピソードの中に、近藤誠の人となりや問題意識を窺うヒントがあった。

「なぜ、ぼくはがん治療医になったのか」²⁵ から、いくつか引用する。

◎子どもの頃から過剰医療

僕は子供の頃脆弱で、よく熱を出していたという。ふつうの家庭なら、医者に連れて行こうかどうしようか迷っているうちに、熱がひいてしまうことも多いだろう。しかし父が開業医だと、そうはいかない。熱が出ても下痢をしてもすぐ注射、症状がちよっと重いと点滴になった。一般家庭の子供に比べると、僕は何倍もの注射・点滴を受けている。

僕は注射を心底おそれていたから、できることなら逃げ出したかった。実力で抵抗しても、大人の力にはかなわず、いつも取り押さえられて針を刺されてしまう。その無力感、絶望感といったらなかつた。

◎注射で、“薬害一歩手前”を経験

小学校二年生のある日突然。僕は高熱を発して倒れてしまった。父の診断はマラリアだった。父の言うとおりに、朝夕二回の筋肉注射を受けることにした。しかし熱はなかなか下がらず、注射は一か月近くに及んだ。そしてようやく終了しようかという頃、僕は足をひきずるようになってしまった。注射部位の尻や太ももの筋肉がダメージを受けたのである。

²⁵ 近藤誠.なぜ、ぼくはがん治療医になったのか.新潮社,1998:25-41

大腿四頭筋拘縮症という一種の薬害がある。足をひきずるようになったのは、筋拘縮症に原因も症状もそっくりである。僕が僕は幸い回復したが、筋拘縮症にまで移行しても不思議はなかった。後年そのことを知って、ヒヤリとしたものだ。

◎医学部進学...医者にでもなるか、医者にしかなれない。

小学校の高学年から成績が上向き、慶應の中等部に受かってしまった。それでも中等部での成績順位はビリに近く、そのままでは医学部への進学は不可能だった。しかし高校に進学すると、また成績が上向いて、慶應大学のどの学部へでも進学できる順位になった。

結局、僕は医学部に進むことにした。大学病院はサラリーマン社会に似たところもあるが、いざとなれば民間病院へ出ればいいし、最後の手段として開業もある。だから、かなり自由に行動できるはずだと考えたのだ。このように僕が医学部に進んだのは、贅沢と言われるかもしれないが、医者にでもなるか、医者にしかなれない、というデモンシカ的選択の結果だった。

◎チーム・プレーの弱点を知り、個人で発言・行動することの強みを知る。

医学部に進んで、僕はボート部に入った。

僕たち医学部のボート部は、東大医学部のボート部と毎年定期戦を行っていた。僕にとって最後にあたる定期戦のとき、東大にはそれまで九連勝していた。今年も勝てると思っていた。ところが選手の一人が合宿に出てこなかった。そのとき部員は少なく、勝手気ままに振る舞う彼を破門することができず、「試合には出るよ」という彼の言葉をあてにして、一か月ほどの合宿は残りの七人で行った。

レースは惨敗だった。僕はあいつのせいだ。あいつが合宿に出ていれば、部員たちの心はバラバラにならず、勝てたはずだと、と恨みを抱いた。

だがしばらくして、僕は恨むのは間違いかもしれない、と考えるようになった。何人もの人が集まれば、それぞれの考え方や行動は異なるのが当然である。それを一つにまとめるあげること、不可能ではないにしても、困難なのではないか。

僕はそれまで、チーム・プレーの良い面ばかりを見ていたのだろう。チーム・プレーの本来的な弱点に気づいていなかったのだ。鎖は、つながっている輪の一番弱いところから切れるという。僕が経験したことはまさにそれではないか。

こうして僕は、なにごとかをなそうとするときチームを組むなら、一番弱いところから破たんする可能性があることを学んだ。あのことは、それがいやなら個人でやりなさい、という教訓だと受け取ることにした。

◎医学の常識に疑問を抱くきっかけは、授業での質問励行

僕はクラブ活動ばかりではなく、学業もしていた。授業に出た時には、講師に何か一つ質問することを心がけた。質問するためには、講師の話のどこに穴や矛盾があるかを注意して聞いていなければならないから、眠気ざましになり、講義内容もよりよく理解できる。この習慣が、その後、僕ががん治療の場で種々の疑問を抱く素地になったようだ。

◎医療のリスクとベネフィットのバランスへの疑問

僕は勉強に励んだが、特別な目標とか使命感はなかった。ただ単に、医学を学び、新しい原理や知識を知ることが楽しくて仕方なかった。

でも、僕が学生時代に学んだことは果たして妥当だったのか。後年、疑問がわいた。たとえば、インフル

【1】概説：近藤理論

エンザ・ワクチンがそうである。実は現在使われている各種のワクチンの多くは、その必要性や効果が乏しく、その反面、重篤な副作用が出るのがあって問題視されており、インフルエンザ・ワクチンはその代表格である。僕は卒業してから、ワクチンの副作用で脳が障害を受け、一夜にして痴呆状態になったり亡くなったりした多くの子供たちがいることを知った。

また実際にインフルエンザにかかった場合、解熱剤を使って熱を下げると、早く治るどころか、治りはかえって遅くなる。それは、臨床データや動物実験で裏付けられた。そればかりか薬の副作用で、脳がダメージを受け、死亡したり、脳障害が一生残ることもあることを知った。

僕は、そういった後遺症の存在や、ワクチン自体の必要性や効果にも疑問があることを知って背筋が寒くなった。そして自分が受けてきた教育に対する疑問が膨らんでいくのを止めることができなかった。僕は学生時代、小児科の講義で、ワクチンの問題点を教わった記憶がない。その後僕は、慶應出身の小児科医の一部が、種々のワクチンを普及する側にいることを知った。そういったことが、授業内容に影響していたのかもしれない。

また僕は、自分がマラリアにかかったときの注射の意味を自問自答している。医療からプラス面だけを得るようにして、危険を避ける方法はないものか。僕のマラリア体験は、そのことを考える大きな契機になっている。そして僕が、患者さんたちにあまり薬を出さず、なるべく注射しないことには、こういった疑問や体験の影響が大きい。

◎消去法で選んだ放射線科医の道

卒業直前になって、将来の進路を決めなければならない時がやってきた。

器用なほうではないと思っていた僕は、メスを握ったら患者さんも自分も不幸になると思ったので、外科、耳鼻科、泌尿器科、産婦人科などは候補から外した。

内科に進むことも真剣に考えてみた。実は僕は医学部の同級生と学生結婚していて、すでに子供がいた。子どもの世話を考えると規則正しい生活でないと困ってしまう。

こうして、放射線科が残った。当時、なかでも X 線(レントゲン線)を用いる診断部門は新しい診断技術を得て急成長していた。その割に仕事は楽のようにみえた。そして、放射線科は、いろいろな疾患を診ることができる点でも魅力を感じた。医者としての視野が広がるように思えたのだ。

こうして僕は放射線科に行くことに決めた。がん治療に興味があったからではなく、むしろ消去法の結果だった。その僕が、将来がん治療を専門にすることや、がん治療の改革を世に訴えるようになるとは、そのときはこれっぽっちも想像していなかった。

(2) かつては医学界の異端と言われた発信

1980年、米国留学から帰国した近藤誠は、米国で得た知見をすぐさま日本のがん医療で実践しようと考えていた。ひとりでも多くの患者が寿命を延ばし、臓器切除を免れることができるよう実行した。当時のがん治療は、まず手術で腫瘍を切除する。がん細胞をできるだけ取り残してはいけない、あるいは転移を予防するためとして、腫瘍周囲の組織をごっそり取ってしまう手術、いわゆる拡大手術が主流だった。

1983年、講師に昇進して治療部門の指揮を任された近藤誠は、先進的な取り組みを始めた²⁶。

《1》がん患者への情報開示

①がんであることを伝えること(がん告知)

近藤誠は1980年代、患者に事実を話すことを始めた。がんという病名を含めて正直に話すようにした。がんであることを知らせることで、治療でがんが治る可能性を最大限に高めることができると考えた。

1980年代、日本では患者にがんであることを告げるのは絶対的なタブーだった。がんだと告げられた人は真実に耐えられない。がんと知らされた高名な僧侶も自殺してしまったという話が、その根拠とされた。1990年代になって、がん告知は少しずつ広まっていったが、厚生省による遺族調査(1992年)では亡くなった患者で病名を知らされていたのは18%。がん治療の携わる医療者へのアンケート(1991年)でも、亡くなった患者に病名を伝えていたのは同じく18%だった。

実際、近藤誠が悪性リンパ腫の患者に病名を知らせることを始めると、患者が不安になったり落ち込んだりすることはなく、事実を知って表情はむしろ明るくなり、治療に積極的になったという。患者はがんを恐れていたのではなく、家族とさえも打ち解けない孤独に苦しんでいたと近藤誠は分析している。がんであるという真実を共有することで、患者は医者やナースと冗談を交わせるまで信頼関係を築くことできたと言っている。

逆に、患者に真実を伝えないと、どのような不都合があるのか。近藤誠は、以下のように指摘している。

1. 治療が中途半端になる

特に抗がん剤治療では、患者にがんと伝えず、副作用が出た時の説明に窮する。

患者の容体によって投与量を増やすことができず、治療成績が上がらない。

がんと言われていないので、患者が医療機関に行くことを止め、手遅れになってしまう。

患者さんが医療不信に陥って民間療法に走り、亡くなってしまう。

2. 病名を隠し通すために、さまざまな嘘をつかねばならなくなる

患者と家族、医療者との会話が途絶えがちになり、患者が一人で思い悩むことになる。

3. 終末期医療が不十分になる

患者にがんであることを知らせていないので、緩和ケア、特に痛みのコントロールが不十分になる。

終末期の患者が、残された時間を有意義に過ごすことができない。

趣味に打ち込んだり、旅行に行ったりする機会を失う。

家族水入らずの時間を過ごすこともできず、別れを惜しむこともできない。

仕事の整理や引き継ぎができない。遺言を残すチャンスを失う。

²⁶ 近藤誠.がんより怖いがん治療.小学館,2014:103-104

4. がんでない人も迷惑する

がんであると伝える習慣がないと、別の原因で手術を受けた人が、自分のがんではないかと疑い、医者顔色を窺う。その結果、社会全体が疑心暗鬼になってしまう。

がんではないのに、がんだと思い込んで自殺してしまう人がいる。

国立がん研究センターがん対策情報センターが運営するウェブサイト「がん情報サービス」では、医療関係者向けの情報提供の中で「がん告知マニュアル」を公開しているが、その「1.はじめに」で、がん告知を以下のように規定²⁷。また、「4.おわりに」では、がん告知はがん診療の第一歩であり、重要な医療行為のひとつであると規定している。

がん告知に関して、現在は、特にがん専門病院では「告げるか、告げないか」という議論をする段階ではもはやなく、「如何に事実を伝え、その後どのように患者に対応し援助していくか」という告知の質を考えていく時期にきているといえる。しかし、「事実をありのままに話す」という名目のもとに、「ただ機械的に病名を告げる」ことへの批判も一方で高まってきている。こうした現実を踏まえ、告知を行っていく際の基本的な心構えについて、特に告知を受けた患者の精神面の反応や問題点に着目し、その対応も考慮にいったマニュアルを作成した。

②インフォームド・コンセント

がん告知同様、現代医療では、もはや当たり前で必須事項になっているインフォームド・コンセント。その臨床における実践の重要性について、日本で初めて社会一般に向けに情報発信したのは近藤誠だと言っている。

インフォームド・コンセントは、1990年に日本医師会生命倫理懇談会が「『説明と同意』についての報告」²⁸を公表。「説明と同意」という訳をつけて、その立場を明確に示した。そのため、1990年を日本の「インフォームド・コンセント元年」と言う人もいる。しかし近藤誠は、その3年前の1987年2月、がんであることを患者に知らせ、インフォームド・コンセントを実践する医師として、週刊朝日の取材に答えている(特集記事「がんは知らせた方が治る」²⁹)。

その翌年1988年に出版された近藤誠初の単行本「がん最前線に異状あり」³⁰では、序章「事実から目をそらさないで」、第一章「知らせないとどうなる」、第二章「インフォームド・コンセント」において、患者への情報開示と、それによって患者が情報を得て積極的に治療に参加することの重要性について、近藤誠は強調している。

近藤誠は、アメリカでは医師が何をすることも、患者の同意を得たかが問題になるとした上で、それはよく説明をした上での同意でなければならないので、「**十分説明をされた上での同意**」という意味でインフォームド・コンセントと呼ばれていると言及している³¹。

がんであることを患者に知らせること、そしてインフォームド・コンセントは、なぜ必要なのか。近藤誠は、「医師の恣意」を回避するためのものであるとして、以下のように述べている。

²⁷ がん情報サービス.がん告知マニュアル.国立がん研究センター,平成8年9月(第二版),1996
<http://ganjoho.jp/professional/communication/communication01.html>

²⁸ 第Ⅱ次生命倫理懇談会:「説明と同意」についての報告(平成2年1月9日)日本医師会,1990

²⁹ がんは知らせた方が治る.朝日新聞社出版局.週刊朝日,1987,3月6日号:26-29

³⁰ 近藤誠.がん最前線に異状あり 偽りのときに終りを.廣濟堂出版,1988

³¹ 近藤誠.がん最前線に異状あり 偽りのときに終りを.廣濟堂出版,1988:63-64

【1】概説：近藤理論

医師も人間である以上、美德と悪徳を持っている。治療法を決める時、自分の野心や名誉を考慮することが全くないとは誰も言えない。また医療は、治療内容を拡大する方向に進みやすい。医師は、新しいこと、人とは違ったことを実行して、発表していきたいという傾向がある。

医療行為が積極的になりやすいのは、消極的な主張を抑え込みやすいからで、消極論を展開すると敗北主義だと非難されかねない。ある治療方法をそれ以上に拡大すれば、障害や副作用が増大するかもしれない、治癒率が向上するかもしれないという主張が勝ちを収めやすい。医師に判断を任せると、治療は広範・複雑になりやすい。これは、手術範囲を大きくする、抗がん剤治療を付け加えるという形で現れ、患者さんに治癒をもたらすかどうかわからなくても、しばしば称賛される。そして、その判断に客観的な基準がない場合は、その判断は恣意的になる。

この「医師の恣意」に規制をかけて、患者を保護する仕組みのひとつが、インフォームド・コンセントであるというのが、近藤誠の考え方だった³²。

国立がん研究センターの「がん情報サービス」では、インフォームド・コンセントについて、以下のように規定している³³。

医療行為を受ける前に、医師および看護師から医療行為について、わかりやすく十分な説明を受け、それに対して患者さんは疑問があれば解消し、内容について十分納得した上で、その医療行為に同意することです。すべての医療行為について必要な手続きです。もともとは米国で生まれた言葉で、“十分な説明と同意”と訳される場合もあります。

③セカンド・オピニオン

近藤誠は、インフォームド・コンセントを補完するしくみとして、セカンド・オピニオンの必要性についても言及していた。インフォームド・コンセントという言葉自体にまだなじみがなく、医師のパターナリズムがまだまだ当たり前時代に、以下のように述べていた³⁴。

インフォームド・コンセントの制度も、医師がある治療法を正しいと確信している場合には、しばしば無力なものになる。いくら客観的に説明しているように見えても、説明する時の医師の態度、表情、語調などで、患者は敏感にどの治療法が良さそうだと察する。しかし、その患者の確信は、しばしば科学的に裏付けられていない。医師個人の考え方や好みに過ぎない場合がある。それでは、医師の裁量を100%許しているのと変わらない。

それゆえ、セカンド・オピニオンが必要である。セカンド・オピニオンとは、「第二の意見」という意味である。アメリカでは、医師が判断に自信の持てない時、あるいは自己の信ずるところと違う治療法を患者が主張した時、別の医師の意見を求めることから始まった。できるだけいろいろな意見を聞いた方が、患者はより客観的に判断をすることができる。今では法律でセカンド・オピニオンを得てから治療することを義務づける州も出てきた。

死ぬ可能性をも語り合いながら、患者本人と治療法を検討するのは厳しい作業かもしれない。患者にとっても、医師にとっても辛い試練である。その困難を乗り越えて、あらゆる選択肢を提示された後に、自分で治療法を選んでいるアメリカの患者の方が、最終的にはずっと幸せになっているように思える。

³² 近藤誠. がん最前線に異状あり 偽りのときに終りを. 廣済堂出版, 1988: 58-59

³³ がん情報サービス. インフォームドコンセント. 国立がん研究センター, 2015
http://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/informed_consent.html

³⁴ 近藤誠. がん最前線に異状あり 偽りのときに終りを. 廣済堂出版, 1988: 65-66

【1】概説：近藤理論

国立がん研究センターの「がん情報サービス」では、セカンド・オピニオンについて、以下のように規定している³⁵。

セカンドオピニオンとは、患者さんが納得のいく治療法を選択することができるように、治療の進行状況、次の段階の治療選択などについて、現在診療を受けている担当医とは別に、違う医療機関の医師に「第2の意見」を求めることです。セカンドオピニオンは、担当医を替えたり、転院したり、治療を受けたりすることだと思っている方もいらっしゃいますが、そうではありません。まず、ほかの医師に意見を聞くことがセカンドオピニオンです。

担当医から説明された診断や治療方針について、納得のいかないこともあるかもしれません。「別の治療法はないのか」と思う場合もあるでしょう。セカンドオピニオンを受けることで、担当医の意見を別の角度からも検討することができ、もし同じ診断や治療方針が説明された場合でも、病気に対する理解が深まることもあります。また、別の治療法が提案された場合には選択の幅が広がることで、より納得して治療に臨むことができます。

病状や進行度によっては時間的な余裕がなく、なるべく早期に治療を開始した方がよい場合もあるので、セカンドオピニオンの準備は現在の担当医に現在の病状と治療の必要性について確認するところから始まります。

1980年代には、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンが、すでに当たり前のように行われていたアメリカのがん医療だが、ビジネスライクで思いやりが欠けること、治療費が非常に高いことなど、決して良いことばかりではない。近藤誠はそれを認めた上で、それでもなお、アメリカの患者の方が日本の患者よりも幸せだとしている。

それは、なぜか。アメリカの患者には、治療の選択権があるからである。アメリカの医療には、隠しごとがない。無知からくる不安と闘う必要がないと、近藤誠は指摘している。

近藤誠が、米国留学で学び、日本に持ち帰った「患者への情報開示」。その先に近藤誠が目指したのは、「**患者が決める治療**」だった。

《2》乳がん乳房温存療法

1980年代、近藤誠が始めた、もう一つの新しい試みは、乳がん治療だった。これまで、乳がんの治療は、乳房を全部切り取る「ハルステッド手術」³⁶が世界共通の常識だった。乳房やリンパ節だけでなく、大胸筋・小胸筋まで切除するもので、鎖骨の下で胸が大きくえぐれ、あばら骨に直接皮膚がのっただけの洗濯板のような外観になるため、機能的にも美容的にも患者の負担が大きい手術だった。

1970年代になると、筋肉を切っても残しても、再発率や生存率ともに変わらないことが証明されたため、アメリカではハルステッド手術は行われなくなり、筋肉を残す非定型的手術が主流になった。筋肉を切る代わりに放射線を照射することにより、ハルステッド手術よりも再発率を低くできると近藤誠は述べているが、この頃の日本では、まだ乳がんの3分の2の患者がハルステッド手術を受けていた³⁷。

³⁵ がん情報サービス.セカンドオピニオン.国立がん研究センター,2015
<http://ganjoho.jp/hikkei/chapter2-1/02-01-07.html>

³⁶ アメリカの外科医で大学教授のハルステッドが、1882年に初めて行った手術。かつては定型的手術、あるいは根治的手術と呼ばれた。

³⁷ 近藤誠.がん最前線に異状あり 偽りのときに終りを.廣済堂出版,1988:132

【1】概説：近藤理論

その後、さらに状況が進んで、乳房を切っても残しても、再発率・生存率などの治療成績に変わりがな
いことが、欧米の研究で証明された。腫瘍の大きさにかかわらず、乳がんの手術は腫瘍だけをくりぬいて
乳房を残し、再発予防のための放射線を照射する「乳房温存療法」が広がり始めた。

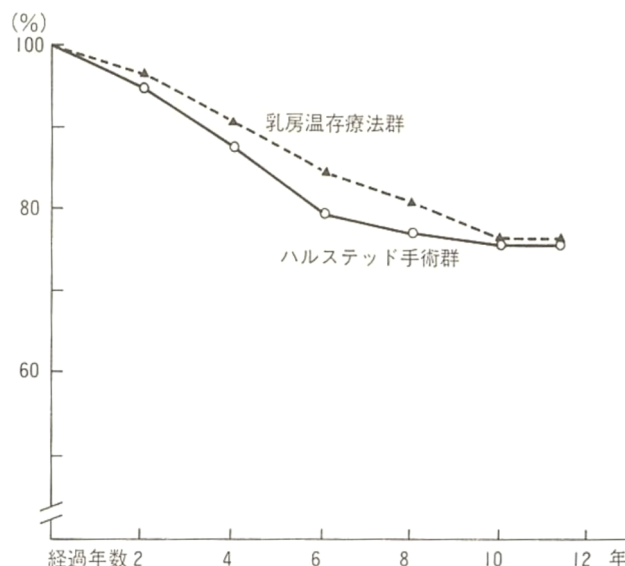
近藤誠は、乳房温存療法の治療成績を証明したランダム化比較試験として、以下を紹介している³⁸。

①イタリア・ミラノの国立がん研究所のランダム化比較試験

2cm 以下の乳がん患者 701 人を二分して、それぞれにハルステッド手術と乳房温存療法とを行っ
て優劣を比較した。12 年後の治療成績では、再発率も生存率も両者の間に全く差がなかった。乳が
ん死亡の実数は、むしろハルステッド手術の方が多かった(51 対 38)。この実験では、温存した乳房内
に再発する率は、わずか 2%だった。

この成績から、この病院では直ちに 2cm 以下の乳がんでは温存療法をすることに変更した。

《図 1》乳房温存療法とハルステッド手術後の再発なしの生存率の比較³⁹



②アメリカ・NSABP(乳がん手術補助療法に関する全国研究班)のランダム化比較試験

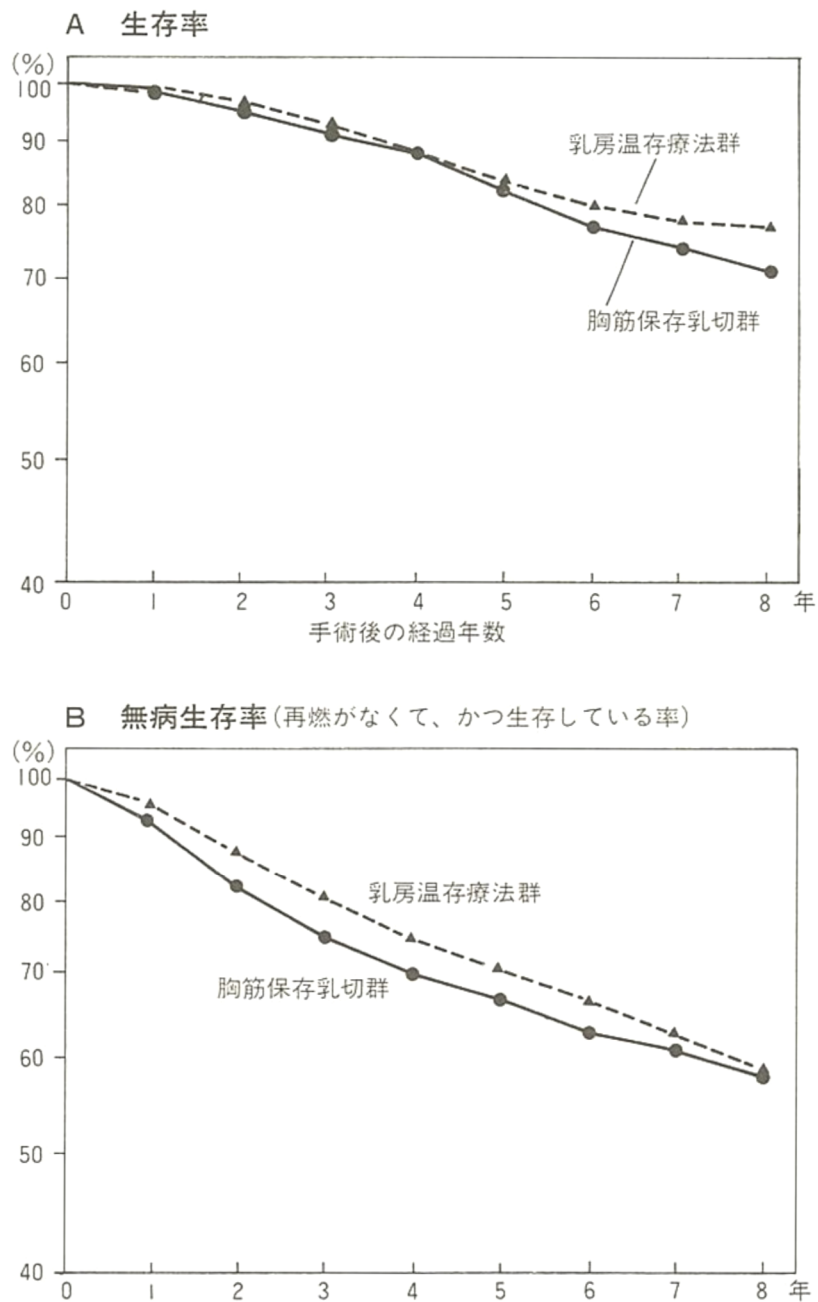
4cm 以下の乳がん患者 1843 人を 3 つの群に分けて、比較試験を行った。乳房内のがんの部分を
切除しただけの群、がんの部分切除後に乳房に放射線照射をした群、そして胸の筋肉を温存す
る乳房切除手術(胸筋保存乳切)の群である。いずれも腋の下のリンパ節は切除した。乳房を温存す
るなら、放射線照射も加えた方が成績はいいという結果が出ているので、ここでは照射を加えた群だけ
を乳房温存群として、その成績を紹介する。

8 年後の成績では、生存率は乳房温存群の方が乳房切除群より、むしろ高い傾向にあった。そして、
再発率も、乳房温存群の方が低い傾向にあった。この研究は、たくさんの病院、多数の医師が参加し
た共同研究だったので、技術面で未熟だったり不徹底だったりした点があったようだが、それでも乳房
温存療法の成績は、乳房切除手術より良好な傾向だった。

³⁸ 近藤誠.乳ガン治療 あなたの選択.三省堂,1990:52-56

³⁹ 乳房温存療法とハルステッド手術後の再発なしの生存率の比較.国際放射線腫瘍学誌,1986;12 巻 5 号
※近藤誠.乳ガン治療 あなたの選択.三省堂,1990:53 より

《図2》乳房温存療法と胸筋保存乳切の生存率の比較⁴⁰

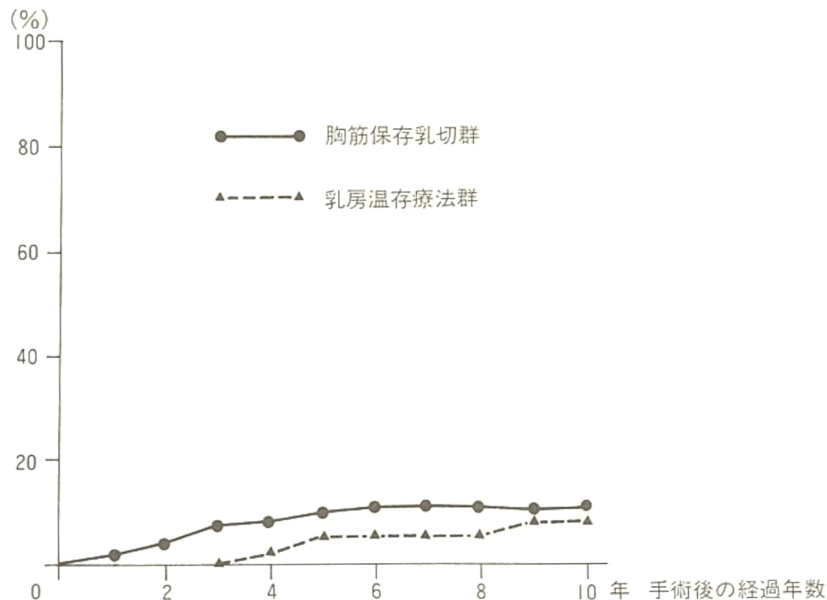


⁴⁰乳房温存療法と胸筋保存乳切の生存率の比較. New England Journal of Medicine, 1989; 320 巻 13 号
※近藤誠. 乳ガン治療 あなたの選択. 三省堂, 1990: 54 より

③フランスで行われた乳がんランダム化比較試験

2cm以下の乳がん患者179人を2つの群に分けて比較試験を行った。この試験の特徴的なことは、乳房温存群の局所再発は、乳房全切除（胸筋は保存）群に比べて少なく、出現期間も遅い傾向があるということだった。言い換えれば、乳房温存群の方が再発しにくいようだ。

《図3》乳房温存療法と胸筋保存切乳の局所再発率の比較⁴¹



1980年代から1990年代にかけて、すでに欧米では、乳房温存療法はゆるぎないものになっていた。乳房温存療法がいいか悪いかの議論は済んでいて、どういう患者に適する治療なのかということに関心は移っていた。一般的には、ステージⅠとステージⅡを対象としていたが、ステージⅢ、ステージⅣにまで対象を拡大する傾向にあった。

このような状況にあって、1980年後半の日本では、乳がんの99%がまだ乳房を切られていた。その理由について、近藤誠は以下の通り指摘している^{42 43}。

1. 外科医に治療法の決定を任せてしまっている

日本の外科医は、患者は何がベストか分かる筈がないから、私が治療法をきめるという態度（パターンリズム）で乳房切断術を押しつける。日本では乳房保存術の経験がない。日本のハルステッド手術は上手だから欧米より良い結果が出るに違いないなどと主張している。

2. 患者の夫も悪い

奥さんが乳房保存術を知人に勧められたのに、「心配だから切ってもらえ」とハルステッド手術を受けさせたという話を聞いた。

また、「おっぱいは一つあれば十分だから」と夫に言われてその気になって手術を受けたが、その後、残った片方の乳房だけを夫に見せるのに涙ぐましい努力をしたと言う話を聞いた。

⁴¹ 乳房温存療法と胸筋保存切乳の局所再発率の比較.放射線治療と腫瘍学誌,1989;14 巻 2 号 ※近藤誠.乳ガン治療 あなたの選択.三省堂,1990:56より

⁴² 近藤誠.がん最前線に異状あり 偽りのときに終りを.廣済堂出版,1988:135-139

⁴³ 近藤誠.乳ガン治療 あなたの選択.三省堂,1990:164-176

3. 切らねば死ぬと言われて、患者は納得してしまう

患者は、「切ったら治るのか」「乳房保存術をもっとよく説明してほしい」と医師に切り返せない。死にたくないという気持ちが強すぎて余裕を失っているのかもしれない。

4. 「日本人は違う」という偏見

日本での治療成績や人種差を強調するのは、人種的偏見が混じっている。日本と比べて、多人種、多民族の集合体である欧米でのランダム化比較試験の報告は、人種や民族の分布が 2 つの治療群で一定になっているので、それにより人種や民族の要素は無視できる。したがって、日本での治療成績が良好だから欧米の治療を採用してはならないという主張には無理がある。

また、日本の外科医は、日本人の乳房切除技術が、外国よりも優れているという意識もあるようだ。日本人外科医は優秀だから、俺たちに任せておけということなのか。

5. 外科医の好みで治療法が決まる

この当時、日本でまだハルステッド手術が行われていたことは、日本医学の後進性の表れだから仕方ないとしても、それ以上に、病院によってハルステッド手術の頻度が大きく異なっていたことは許されないことだ。ハルステッド手術の多い病院では、よほど進行がんが多かったということなのか。

当時の乳癌研究会が全国の外科医に対して実施したアンケート調査⁴⁴によると、ハルステッド手術をするのか、胸筋保存切乳をするのかという基準について、病院によってまちまちであるという結果が出ている。患者にとっては、受診した病院によって受ける治療が決まることになる。

こうなった背景には、学問の遅れだけではなく、医学における権威主義があると考えられる。治療方針の決定が、必ずしも学問的、科学的な観点で行われていなかったということである。当時、教授が認めないから乳房温存療法ができないということがあった。ある大学では、若い乳がん専門医が他の病院に転出した途端、乳房温存療法を開始した事例もあったという。

《表 1》病院別のハルステッド手術の割合

病 院 名	%	年度	ハルステッド 手術数
国立札幌病院外科	96	1969～80	1221
順天堂大学医学部第二外科	94	1976～85	340
神奈川がんセンター外科	94	1975～80	541
群馬大学医学部第二外科	91	1962～86	1164
平塚市民病院外科	90	1972～86	261
国立がんセンター外科	89	1976～80	約800
女子医科大学第二外科	83	1968～85	669
杏林大学病院第二外科	82	1975～81	147
群馬がんセンター外科	81	1972～85	421
千葉大学医学部第一外科	76	1982～86	109
慈恵会医科大学第一外科	74	1975～81	180
おおもと病院外科	73	1977～80	113
日本大学医学部第三外科	69	1976～85	304
横浜市立大学医学部第二外科	67	1971～82	228
大阪市立大学医学部第二外科	66	1975～85	514
都立駒込病院	53	1975～85	1033
癌研究会附属病院外科	41	1975～80	1486
千葉大学医学部第二外科	30	1965～85	299
児玉外科	12	1975～87	626

⁴⁴病院別のハルステッド手術の割合.日本癌治療学会誌,1988;23 巻 1 号 ※近藤誠.乳ガン治療 あなたの選択.三省堂,1990:168 より

6. 日本ではまだ早いという怠慢

どんな職業でも、同じことを繰り返していると、自分のしていることが正しいと思いつつ傾向があるのではない。感覚が麻痺してくるのかもしれない。乳がん科医でも、長年たくさんの乳房を切っていると、乳房切除は正しいという確固たる信念が形成されてしまうのかもしれない。あるいは、乳房温存を認めると、今までの自分の人生が全否定されるように思うのかもしれない。

ある外科医は、温存療法がはやったら、俺たちの仕事が亡くなると言ったという。温存療法は、一見、外科医の出番が少なくなるから自分たちの仕事が奪われるような感覚になるのかもしれない。

以上のような状況の中、近藤誠は、乳房温存療法の治療実績を積み重ねていくためには、乳がん手術を行っている外科医を巻き込む必要があると考えた。1986年の秋、慶應大学病院放射線科でのカンファレンスに外科乳腺班のリーダーを招いて乳がん治療の講義をしてもらった。ちょうどいい機会だと考えた近藤誠は、講義の終わりに以下のように提案した。

「ぼくたちは乳房温存療法を始めています。外科もこれからぼくらと一緒にやりませんか」

しかし、その乳腺班のリーダーは、フンという感じで返事もせずに、そっぽを向いていたままだったという。この時、近藤誠は、マスコミを巻き込んで乳房温存療法を広めていく必要性を感じた。マスコミで温存療法を紹介してもらい、それを見聞きした患者が自ら行動するのでなければ、患者の乳房は救えないだろうし、日本の乳がん治療も半永久的に変わらないと思った。

近藤誠のこの決意が、読売新聞、朝日新聞の記事となり、その後の「外科による乳がん患者“拉致”事件」を経て、月刊文藝春秋での初の論文「乳ガンは切らずに治る」掲載へと続いていく。「治癒率は同じなのに、勝手に乳房を切り取るのは、外科医の犯罪行為ではないか」という副題がついたこの論文は、文字通り、医療界に対する“乳がん戦争”の宣戦布告となった。

(3) 現在も医学界の異端と言われている発信

1980年代、近藤誠が米国留学から持ち帰った、がん告知やインフォームド・コンセントなど患者への情報開示、乳がんの乳房温存療法は、当時、医学界の異端として冷遇されたが、その後のがん医療では当たり前のこととなっていった。乳房温存療法は、ハルステッド手術に替わって標準治療になった。しかしその後、近藤誠が1990年代以降に提唱してきた理論・療法は、一部を除いて、医療界の異端として今に至っている。

現在、いわゆる「近藤理論」と受け止められている考え方を、近藤誠が社会に向かって発信した順番に列挙する。

《1》抗がん剤不要論：固形がんは抗がん剤は効かない

私が初めて読んだ近藤誠の論文が、2010年12月の月刊文藝春秋に掲載された「抗がん剤は効かない」⁴⁵だったが、近藤誠は1988年8月、同じ月刊文藝春秋に「効かぬ抗ガン剤 3000億市場の怪」⁴⁶という論文を投稿していた。その内容のポイントは、抗がん剤が効くという証拠がある白血病、悪性リンパ腫、多くの小児がん、睾丸がん、絨毛上皮腫、卵巣がんなどを除いて、固形がんなどがんの9割には抗がん剤が効くという証拠がないこと。それにもかかわらず、日本の抗がん剤市場は当時3000億円に達しているというものだった。近藤誠は、当時の日本における抗がん剤治療の現状を明らかにするとともに、抗がん剤の効果の考え方、治験の手続きの問題、製薬会社の利益相反問題などを指摘した。タイトルこそ、抗がん剤は効かないという断定調ではないが、論文の根本的な趣旨は、「抗がん剤は効かない」とほぼ同じと言っていい。

近藤誠は、その後1995年、その名を社会に轟かせることになる月刊文藝春秋の連載シリーズ「あなたがガンになったとき」の第3回⁴⁷、第4回⁴⁸で、抗がん剤をテーマにした論文を投稿している。

近藤誠の抗がん剤不要論の主なポイントは、以下の通りである。

1. 短期的な延命効果しかない抗がん剤は、患者を苦しめるだけ

長期的な効果がない抗がん剤を使うことは、副作用で患者を苦しめているだけ。

患者は、がんと闘っているのではなくて、実は抗がん剤の副作用と闘っているだけ。

延命効果があるかわからない(限定的)なら、抗がん剤で患者を苦しめず、経過を見るという方法もあるのではないか。

2. 驚くほど低水準な抗がん剤の有効性

抗がん剤では、患者の生存率が大きく延びることはない。

がんの大きさが3分の2になる。その縮小が、1か月持続した。

この2つに該当する人が、被験者の10~20%。

2か月目に副作用で死亡しても、「有効」と見なされる。

延命効果はないのに、副作用による苦しみは確実にある。

ということであれば、抗がん剤治療は、害以外の何ものでもない。

⁴⁵ 近藤誠. 抗がん剤は効かない. 月刊文藝春秋, 2010; 2011年1月号: 94-105

⁴⁶ 近藤誠. 効かぬ抗ガン剤 3000億市場の怪. 月刊文藝春秋, 1988; 9月号: 278-289

⁴⁷ 近藤誠. あなたがガンになったとき 第3回 抗がん剤は命を縮める. 月刊文藝春秋, 1995; 4月号: 188-198

⁴⁸ 近藤誠. あなたがガンになったとき 第4回 抗がん剤は効かない. 月刊文藝春秋, 1995; 5月号: 289-294

3. 抗がん剤の効果を“上げる”論文のレトリック

生死不明の患者を生存として扱うルール。

がんを早く見つけるほど長生きするリード・タイム・バイアス。

都合の悪い部分を見せないデータの改ざん。

製薬会社と大学病院との経済的な癒着関係(利益相反)。

1990年代には、がんの専門家も、抗がん剤が固形がんの進行を遅らせることはできないこと、すなわち延命効果がないことを認めていたと、近藤誠は振り返っている。抗がん剤が標準治療になったのはその後のことで、2000年代に入ってからのようだ。この間、抗がん剤の種類や内容が大きく進歩したからではないかと思うのだが、近藤誠は「大きな変化はなかった」としている。変わったのは、専門家の言い様で、「抗がん剤に延命効果がある」「抗がん剤が標準治療」と主張するようになったと指摘している。

また、近藤誠は、この数年で進歩が著しい分子標的薬についても、固形がんに対してはその効力はないに等しく、承認に至る手続きにインチキがあったとした上で、少なくともここ20年間に発表された固形がんの抗がん剤や分子標的薬に関する臨床試験の論文のほとんどは無効になるはずだと言及。現在の標準治療の根拠は、相当部分が消滅して無効になる。その程度の実力しかないのだと断定している。

これが真実であれば、日本のみならず世界の医療界を巻き込んだ大スキャンダルになる。抗がん剤不要論は、それほどのインパクトをもったものであるため、医療界からの反発・反論も大きい。

《2》がん検診不要論：がん検診は、百害あって一利なし

がんは、早期発見・早期治療が一番だと、ほとんどの人が信じて疑わないと思う。がんを早期発見するために必要だと考えられているのが、がん検診だ。国立がん研究センターがん対策情報センターが運営するウェブサイト「がん情報サービス」では、がん検診について⁴⁹、以下のように記述している。

診断と治療の進歩により、一部のがんでは早期発見、そして早期治療が可能となってきました。がん検診はこうした医療技術に基づき、がんの死亡率を減少させることができる確実な方法です。

がん検診の目的は、がんを早期発見し、適切な治療を行うことでがんによる死亡を減少させることです。単に多くのがんを見つけることが、がん検診の目的ではありません。

無症状のうちにがんを早期に発見し治療することが大切です。無症状の人には進行がんが少なく、早期のうちにがんを発見することができます。そのがんを治療することにより、がんによる死亡のリスクを軽減することができます。

科学的な方法によって、がん死亡率の減少が認められたのは、以下の検診です。それ以外の方法は、今のところ効果があるかどうか不明、あるいは効果のない検診といえます。

◎胃がん検診 : 胃 X 線

◎子宮頸がん検診 : 細胞診

◎乳がん検診 : 視触診とマンモグラフィ(乳房 X 線)の併用

◎肺がん検診 : 胸部 X 線と喀痰細胞診(喫煙者のみ)の併用

◎大腸がん検診 : 便潜血検査、大腸内視鏡

⁴⁹ がん情報サービス.がん検診について.国立がん研究センター,2015
http://ganjoho.jp/public/pre_scr/screening/about_scr.html

【1】概説：近藤理論

近藤誠は、1992年、がん検診は不利益だらけで、「百害あって一利なし」とする論文⁵⁰を月刊文藝春秋に発表した。今でこそ、国立がん研究センターのがん情報サービスでは、がん検診にはメリット(①早期発見、早期治療による救命の効果、②大腸がんと子宮頸がんについては、前がん病変の発見・治療によるがん化予防)だけではなく、デメリット(①がんが100%見つかるわけではないこと、② unnecessary 治療や検査を招く可能性があること、③検査に伴う偶発症の問題、④受診者の心理的影響)もあると明記しているが、1990年代、がん検診のデメリットについての認識は、まだ一般的ではなかったであろう。

近藤誠のがん検診不要論の主なポイントは、以下の通りである。

1. 検診で見つかるがんは、がんもどき

がん検診に意味がないことは、がん死亡者がいっこうに減らないことが示している。

がん検診で早期発見、早期治療すれば、進行がんにならないなら、がん死亡者が減らないはなぜか。

それは、早期発見されるがんの多くが、がんもどきだからである。

自覚症状がなく、検査でしか見つからないがんは、本物のがんではない。放っておくほうが良い。

発見されると、臓器を取られ、命を削られる。最良なのは、がん検診も人間ドックも受けないこと。

2. 検診の有効性を示すデータはない

諸検査に意味がないことは、専門家も認めている。

日常化しているがん検診の見落としと誤診

それでも、さまざまな検査をするのは、お金のため。

3. 検診によるリスクの方が問題

レントゲン撮影(医療被曝)による発がんの心配がある。

羞恥心(子宮がん、大腸がん精密検査)や、内視鏡検査の事故や細菌感染の心配がある。

4. 検診は病人をつくり、儲けを上げている

がん検診は、多くの人の生活を支えている。検査料、がん治療費で、二重に稼げる。

病院の収入源になり、医者や職員を養っている。

病院の利益を増やすために、病人を増やす必要がある。

そのため、がん検診で病人を仕立てている。

近藤誠は、がん検診には、有効性を示すデータが悉くなく、かえってさまざまな危険性、デメリットが潜んでいること、そして、その検査結果についても見落としや誤診が日常化しており、受診者の心理的な負担・ストレスがあることも含めれば、がん検診は受ける必要がないとしている。

近藤理論の代名詞でもあり、後述する「がんもどき理論」は、当初、このがん検診不要論との関係の中で考えられ、説明されてきた。そう考えると、がん検診不要論は、近藤誠にとって極めて重要な考え方であると言いうことができるだろう。

⁵⁰ 近藤誠.がん検診・百害あって一利なし.月刊文藝春秋,1992;9月号:302-313

《3》がん手術慎重論：手術偏重に異議あり

がんに罹ったら「手術」という社会通念に代表されるように、1990年代の日本では、がん治療といえば、まず手術が想起されていた。その傾向は今でも残っているかもしれない。この日本の手術偏重主義に近藤誠が最初に異議を唱えたのは、1993年12月、月刊文藝春秋に掲載された論文⁵¹であろう。

その論文では、多くの場合、手術と他の治療法では治療成績が同じ場合が多い一方で、手術には死んだり後遺症に苦しんだりする危険があることを指摘。それにもかかわらず、日本の外科医は、より困難な手術に挑む傾向があること、他の治療法があることを教えない事を踏まえた上で、日本のがん治療の最大の問題点として、「手術のやりすぎ」について言及した。

がんには「名医信仰」もある。手術の名手が好成績を発表して、がん撲滅への期待を呼び、名医への期待もますます高まる循環がある。それが手術信仰と分かちがたくなっている。しかし、がんでは手術の腕前が、がんが治る率を改善した証拠がないと、近藤誠は言っている。

近藤誠は、その後上梓した著書「がん治療「常識」のウソ」⁵²でも、「がん手術による死亡が今後ふえる」という章で、がんの手術偏重に対して警告を発している。主ながん種別に、がん合併症による手術死、手術の執刀医による成否の偏り、患者の年齢など、がん手術の危険因子について説明している。

そして、月刊文藝春秋の連載シリーズ「あなたがガンになったとき」の第2回では「手術偏重に異議あり」⁵³というタイトルで、手術万能神話を患者に吹き込むとして、外科医を糾弾している。

近藤誠が指摘するがん手術慎重論、手術偏重への異議の主なポイントは、以下の通りである。

1. 日本の手術偏重主義

日本のがん治療は外科医を中心に手術万能神話が残っている。

外科医は、切れる臓器を切りたい傾向がある。

特に大学病院では、各診療科の独立、自治、不可侵の原則があり、他科に介入することはできにくい。

教授を頂点とする権力構造により、権威・権力による手術偏重が罷り通る。

一般病院、開業医でも儲けを第一に考え、手術に走る場合もある。

2. 手術が局所転移リスクを高める

手術ではメスを入れた所のがん細胞がとりつき、爆発的に増殖する局所転移を増やすリスクがある。

ニュースキャスターの逸見政孝さんは、手術後の局所転移で命を縮めた。メスを入れた腹膜にがんが再発し、がんが腸を巻き込んで腸閉塞を起こして亡くなった。

3. 不必要な手術が死期を早める

歌舞伎俳優の中村勘三郎さんは、急性呼吸窮迫症候群(ARDS)で亡くなったが、本当の死因は食道がんの手術である。

ARDSの原因は、手術による胃や気道の機能障害である。

勘三郎さんは、手術でも放射線治療でも治らなかつただろう。手術を受けなければ、普通の食事でも体力も温存できたはず。

⁵¹ 近藤誠。「がん＝切除」はこれだけ危ない 医者教えない「がん切除手術」の危険な実態。月刊文藝春秋,1993;1994年1月10日号:358-369

⁵² 近藤誠。がん治療「常識」のウソ。朝日新聞社,1994:45-55

⁵³ 近藤誠。あなたがガンになったとき 第2回 手術偏重に異議あり。月刊文藝春秋,1995;3月号:348-361

【1】概説：近藤理論

がん手術慎重論は、ハルステッド手術から乳房温存療法へという縮小手術の流れを、がん手術全般に適用した考え方と理解することができる。外科手術の拡大傾向に警告を鳴らし、治療選択におけるインフォームド・コンセントの重要性にも通じる考え方であるとも言える。今、がん手術の偏重に慎重であるべきという近藤誠の主張に、真っ向から異議の声を上げる医療者は少ないのではないだろうか。

《4》がんもどき理論：がんには、「本物のがん」と「がんもどき」がある

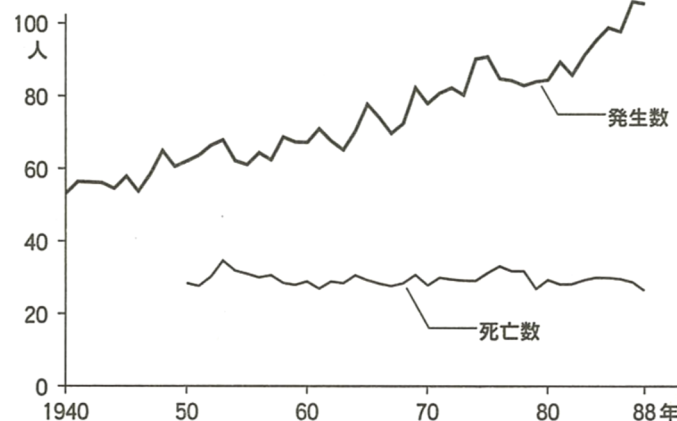
近藤誠のがん理論と言え、まず「がんもどき理論」を想起する人が多いのではないだろうか。それくらい、そのネーミングは絶妙で、一般の人にも分かりやすいものだった。しかし、医学・医療の常識である、がんの早期発見・早期治療を根本から否定するものであり、1990年代半ばの「大がん論争」を巻き起こすきっかけになった。

近藤誠の著作で初めて「がんもどき」という言葉を確認できるのは、1994年刊行の単行本「がん治療「常識」のウソ」だった。第9章の「検診で見つかる早期がんは「がんもどき」だ」で、がん検診の有効性について疑問を呈する中、がんもどきの性質について以下の通り述べている。

(ゆっくりと成長する)のんびりがんや転移しないがんは、顕微鏡では「がん」に見えて、性質上は「がん」ではないという意味で、「がんもどき」と呼ぶことができる。

このがんもどきが増えていることをうかがわせるデータがある。米国での統計を見ると。単位人口あたりの乳がんの死亡数は一定なのに、乳がん発生数は一貫して増加しているのが、その例である。

米国コネチカット州の乳がんの発生数と死亡数の推移⁵⁴
(人口10万人あたり。年齢調整済み)



この期間、治療法にとくに漸進があったわけではないのに死亡数が増えなかった時事地は、致死性の乳がんの発生数が一定だったことをうかがわせる。

つまり、住民の啓発や早期発見の努力によって、顕微鏡的には「がん」だが、実は致死性でない「がんもどき」の発見数が増えたと考えられるのだ。

今後、「がん」と「がんもどき」とを区別できるようになる可能性はわずかである。なぜなら、「がん」と診断すれば道義上、放置や観察はできず治療することになるので、それが致死性だったか否かは知ることができないからだ。

⁵⁴ 米国コネチカット州の乳がんの発生数と死亡数の推移(人口10万人あたり。年齢調整済み). New England Journal of Medicine, 1992;327 巻:320 ※近藤誠「がん治療「常識」のウソ」. 朝日新聞社, 1994:125より

今後も「がんもどき」は治療（臓器切除も）され続けることになる。

近代医学は、がんを早期発見しようとして、がんもどきをも発見するようになった。検査が精密になり、さらに小さな病変を発見するほど、がんもどきの数は増える。がんもどきの全病変中に占める割合が増えれば、治癒率・生存率はおのずと向上するだろう。しかし、それは治療法の進歩ではなく、むしろ臓器を失う被害者の増大を意味している。

人体にメスを入れるなら、本来はどんな反論も許さない理論をつくってからにすべきだ。せめて検診を受ける人々へは、反論を許す理論に基づいていること、がんもどきの概念も成立しうることを知らせるべきではないか。それが誠実かつかが科学的な態度というものだろう。

近藤誠は、1995年、月刊文藝春秋の連載シリーズ「あなたがガンになったとき」の第9回で「早期発見理論のまやかし」⁵⁵というタイトルで、がんには「本物のがん」と「がんもどき」があるという論文を投稿した。

近藤誠のがんもどき理論に関する主なポイントは、以下の通りである。

がんには、「がんもどき」と「本物のがん」がある。

1. がんもどき

がんもどきは、がんに似ているが、がんではない。

見たところ本物のがんにそっくりで、見分けがつかないが、性格（性質）は本物のがんとは決定的に異なり転移しない。

初発病巣が大きくなっても、他に転移することはない。

転移のない早期がんはがんもどき。

潜伏がんやのんびりがんの多くも、転移がないので、がんもどき。

スピードがんや進行がんで、周囲の組織に浸潤していても、転移がなければがんもどきである。

2. 本物のがん

本物のがんは、他の臓器に転移するがん、あるいは転移しているがん。

本物のがんのほとんどは、原発病巣が早期発見できる大きさになるずっと以前に転移している。

従来、がんは早期発見可能な大きさを超えてから転移する、すなわち早期がんから進行がんに至る間に転移すると考えられていた。しかし、さまざまな観察結果や考察では、がんが早期発見可能な大きくなる前に転移が生じ、それ以後には生じないことを示している。

従来のがんの転移に関する考え方（早期発見理論、がん一元論）には、大きな誤りがある。

本物のがんは、治る見込みはない。

3. がんは、転移があるかどうかがとても重要

逸見政孝さんが助からなかったのは、腹膜に転移があったから。

転移がなければ助かる、転移があれば助からない。

1996年、月刊文藝春秋の10回連載シリーズ「あなたがガンになったとき」は、単行本「患者よ、がんを闘うな」⁵⁶として出版され、累計50万部超のベストセラーとなった。専門家からの反論が巻き起こり、いわゆる「がん論争」が勃発、社会現象となった。

⁵⁵ 近藤誠. あなたがガンになったとき 第9回 早期発見理論のまやかし. 月刊文藝春秋, 1995; 11月号: 364-376

⁵⁶ 近藤誠. 患者よ、がんを闘うな. 文藝春秋, 1996

がん論争は、2 年程続いたが、論争の実態は、「がんもどき論争」だったと、近藤誠は振り返っている。手術や抗がん剤への批判に対しては反論がなく、専門家たちは「がん撲滅」ではなく、「がんもどき撲滅」に躍起になっていた⁵⁷。何冊かの反論本が出版されたのも、この時期だった。

医学界の常識は、「早期がんを放置すると次第に大きくなって進行がんへ移行し、さらに他の臓器へ転移して末期がんに変化、患者を死に至らしめる」という考え方、いわゆる「がん一元論」だった。その根本を覆す「がんもどき理論」(がん二元論)をそのままにしておくことはできなかったのだろう。

《5》がん放置療法：がんを放置しても命が縮むことはない

がん放置療法は、「がん検診不要論」の考え方を出発点に、その理論的な根拠・説明となっている「がんもどき理論」を集大成させた、近藤誠のがんに対する基本的な考え方であると理解することができる。

近藤誠は、「がん放置療法のすすめ」⁵⁸で、以下のような、問題提起をしている。

がんを放っておいたら、どんどん増大し進行して死に至る。早期がんも放っておくと、進行がん、転移がんを経て死亡する。—これが、人々が癌に対して抱いているイメージであり、社会通念と思われまゝ。しかし、どんどん進行して死に至るということは、どうやって確かめたのでしょうか。昔から全ての癌は、発見され次第治療されてきました。転移がんを治療しないことはあっても、早期がんや進行がんを治療せずに済ませることはなかったのです。

とすると、がんに対するイメージや社会通念は間違っているかもしれない。これが本書の出発点です。

近藤誠は、月刊文藝春秋の連載シリーズ「あなたがガンになったとき」の第 7 回でがん放置というテーマで論文⁵⁹を発表しているが、がん放置療法の基本的な考え方は、以下の通り、いたってシンプルである。

がんは「本物のがん」と「がんもどき」の 2 つに分けられる。

がんもどきは、放っておいても転移をしないので、治療は必要ない。

本物のがんは、見つかった時には既にどこかに転移している。治療しても効果はないので、やはり治療は必要ない。

手術や抗がん剤治療のやり過ぎによって、患者はかえって縮命しているという考えに立っているため、がんを放置して様子を見ても命は縮まない。かえって長生きできるというのが、近藤誠の主張である。

しかし、近藤誠は、がんの完全放置を提唱しているかといえば、そうではない。

「がん放置療法のすすめ」⁶⁰に、放置療法の治療方針が示されているので、要約して列挙する。

◎がんが発見された時には、早期がんでも転移がんでも治療を始めない。

QOL を落としている場合は、治療開始を検討する。

◎症状がなくても治療を希望する人は少なくないので、合理性を失わない限り治療する。

⁵⁷ 近藤誠. あなたの癌は、がんもどき. 梧桐書院, 2010: 23-24

⁵⁸ 近藤誠. がん放置療法のすすめ 患者 150 人の証言. 文藝春秋. 文春新書, 2012: 8

⁵⁹ 近藤誠. あなたがガンになったとき 第 7 回 がんを放置したらどうなるか. 月刊文藝春秋, 1995; 9 月号: 396-408

⁶⁰ 近藤誠. がん放置療法のすすめ 患者 150 人の証言. 文藝春秋. 文春新書, 2012: 12

◎がんを放置して様子を見る場合、診察間隔はがんの進行度による。

早期がんなら6か月に1度、進行がんや転移がんなら3か月に1度の間隔で診察を始め、徐々に間隔を開けていく。

◎がんが大きくなったり、痛みの症状が出てきたりした場合は、その時点で治療するかどうか、どういう治療にするかを患者と相談する。

以上を踏まえて、近藤誠のがん放置療法に関する主なポイントをまとめると、以下の通りとなる。

がんと診断された場合、すぐに治療を行う必要はない。対症療法として最小限の治療を行えばいい。

1. 早期がんが本物のがんだった場合

早期がんが本物のがんだった場合、どこかに転移が潜んでいるので、臓器を切除しても転移は育って、いずれ命を落とす。

そのがんが放置された場合、増大して、いずれ進行がんと言われる大きさになる。

進行がんになると、さまざまな症状が出てくるので、検査でがんが発見される。

進行がんと診断された時点で治療をしても、他に存在する転移がんのために、いずれ命を落とす。

つまり、死亡する時期は、早期発見しても、放置しても同じことになる。

2. 早期がんががんもどきだった場合

早期がんと思っていたのが、転移がないがんもどきだった場合、放置しても絶対に転移しないと断言できない。放置した場合に転移するという証拠もない。

他のがんのランダム化比較試験の結果やがんの本質・性質からは、放置しても転移しないと考える方が合理的である。

総合すると、早期発見の恩恵を被ったと思われる人たちは、早期発見なくても今以上の元気を保っていたと考えられる。

3. がん放置療法は、一切の治療をしないわけではない

必要な時に、痛みを取り、苦しみを和らげる治療を行う。最小限の治療が、最良の治療。

4. がんを放置した150人の経過はさまざま

大きくならないケース、増大していくケース、転移したケース、縮小して消えてしまったケース。

本物のがんでも、手術や抗がん剤の副作用で苦しまない分、最後まで穏やかに生きられる人が多い。

近藤誠は、「がん放置療法のすすめ」⁶¹の終章で、がん放置の哲学を述べている。要約して、以下に列挙する。

◎がん放置の要諦は、少しの期間でいいから様子を見ること

その間、がん告知で失われた心の余裕を取り戻す。そして、がんの本質や性質を考える。

がんは老化現象である。だから、放置した場合の経過が比較的温和である。

本物のがんの場合、老化現象の究極として、いずれ死を呼び寄せる。その場合、なりゆきをがん委ねれば、自然の摂理に従って人生を完結させてくれる。

様子を見ている時には、積極的治療の不利益も考える。積極的治療を受ければ心の安堵を得られるが、後遺症や合併症が生じる可能性がある。治療に複数の選択肢がある場合、なるべく負

⁶¹ 近藤誠.がん放置療法のすすめ 患者150人の証言.文藝春秋.文春新書,2012:198-207

【1】概説：近藤理論

担の少ない方法を選ぶのが長生きするコツである。

セカンド・オピニオンを求めることも重要。臓器を残す道や誤診かどうか確認できる。

放置療法は、無症状の人を対象としている。症状があれば、対症療法を行う。

がん放置は、無神経で粗野な医者たちに人格や体が蹂躪されるのを避けるための最善の方法であり、人としての尊厳を回復する特別な処方箋。そして治療の合併症の苦痛や治療死から完全に逃れることができる唯一の方策である。

がん放置療法は、患者だけで実行できる唯一の法理的な療法である。医者たちに奪われた、自分の身体に関する自己決定権を取り戻す究極の方法である。

◎がんと闘うことなかれ

医療で一番大切なことは、だれ一人公開しないし、後悔させないこと。そのためには、がん治療の現状を正確に知り、がんの本質を深く洞察すること。できることとできないことをはっきりさせて人に知らせるのも、科学としての医学の役割である。

がんと闘うという言葉、考え方にも問題があった。がんも自分のからだであることを考えれば、徹底的に闘えば闘うほど、自分の身体を痛めつけ、綻びへの道を歩むことにならないか。思想や理念の上で、がんと闘うという言葉から脱却すべきところにきているようだ。

がん治療が、一切無意味であるということではない。がん治療に多くを望まないということである。

このような考えのもと、近藤誠は、2014年3月に慶應義塾大学医学部を定年退職するまでに、150人以上にがん放置療法を実践してきた。その間、がんもどき理論は、日本のがん専門医から「極端」「異端」「証拠がない」「治るはずの早期を放置するのはとんでもない」「もはや近藤教だ」などと非難轟々だった。近藤自身は、世界中のデータを見渡して、合理的に考えれば「治るはずの早期がん」や「早期治療で治ったがん」は、全て「がんもどき」で、治療はムダとしか言いようがないとしたうえで、90年なかばから今日まで行ってきたがん放置療法は、世界にひとつだけの、奇跡的な臨床研究だと言っている。

《6》放射線治療不要論：放射線誘発がんのリスク

1980年、米国留学から帰国した近藤誠は、手術に代わるがん治療法として放射線に大いなる期待をもっていた。乳房温存療法では、乳房の腫瘍のくり抜き手術後の放射線照射が、再発予防に重要な役割を果たしていた。

一方で、当然のことながら、近藤誠は、放射線治療のリスクについても認識していた。1995年、月刊文藝春秋の連載シリーズ「あなたがガンになったとき」の第1回では、「放射線治療の功罪」と題した論文⁶²を投稿している。放射線が効きやすい治療でもいまだ手術が行われていること。海外で実績が認められている放射線治療が日本では変質して実施されていて、その効果が十分に発揮していないこと。過線量による合併症や後遺症があること。それにもかかわらず放射線科医は治療効果を上げようとする欲目から線量を上げる誘惑に駆られることなど、まさに放射線治療に関する功罪を指摘していた。その前提には、放射線を上手に使えば手術と同等以上の治療効果があるという自負と実績があった。

しかし、1990年代以降、近藤誠は、放射線治療に対する評価をどんどん落としていった。長年の放射線治療によって、患者の晩発性放射線障害による副作用を目の当たりにしたことが、その大きな理由で

⁶² 近藤誠. あなたがガンになったとき 第1回放射線治療の功罪. 月刊文藝春秋, 1995; 2月号: 334-345

ある。特に、放射線治療から20年後、30年後に、その副作用で誘発がんを引き起こし、亡くなってしまうケースを何件か確認して、近藤誠は心底がっかりするとともに、彼の中でがん放置療法がますます説得力を増していった。これまで放射線をかけてきたケースでも、放射線をかけなくてもよいのではないかと考えるようになった。

近藤誠は、放射線治療の弊害として、以下の3つを挙げている⁶³。

1. 放射線をかけた臓器の細胞は、だんだん弱っていく

乳がんを乳房温存のために放射線を照射すると、5年、10年経つうちに乳房が小さくなっていく。それは、乳房の細胞が弱って死んでいくことを意味する。放射線が正常組織の幹細胞も殺してしまうからだと考えられる。

2. 放射線をかけたところに、がんがはびこりやすくなる

放射線を照射すると、照射範囲の再発は減るが、再発はゼロにはならない。再発した患者では、放射線を照射した範囲にだけがんが広がることもある。放射線の照射範囲は、乳房を含めて四角形になっているが、その四角の範囲内にだけ腫瘍が現れるので、放射線の影響だという事がわかる。

3. 晩発性の障害が生じることがある

腸閉塞や出血などが生じることがある。特に、放射線によって誘発されるがんが問題だ。患者が若いと、誘発がんの発症頻度が非常に高い。放射線治療の歴史は、治療後かなり経ってから生じる晩発性放射線障害を、いかに減らすかの歴史だった。

乳がんの乳房温存療法では、30年前は腫瘍をくり抜いた後、乳房全体に放射線をかけていたが、約3000人を温存で治療する中、放射線治療を行っても生存率は延びないと納得したため、近年は腫瘍をくり抜く手術だけになっていた。まさに自らの専門領域である放射線治療まで、近藤誠は不要と断じるに至ったことになる。

そして、慶應義塾大学医学部を定年退職する前、近藤誠は、放射線治療医の専門資格を返上した。慶應病院を退職すれば、放射線治療を行うこともない。使わない資格は持っても仕方がないから返したと、近藤誠は話している。

近藤誠が長年の言論活動の中で、陰で囁かれていた批判に、「近藤は放射線科医だから放射線治療を擁護する」というものがあつた。そのような批判をとて本不意に思っていた近藤誠は、放射線科医の専門資格を返上して清々しているようである⁶⁴。

⁶³ 近藤誠.がんより怖いがん治療.小学館,2014:195-196

⁶⁴ 近藤誠.がんより怖いがん治療.小学館,2014:196-199

【2】インタビュー：当事者の視点から

Interview 1st

“かつて”の近藤理論と“現在”の近藤理論の概要について整理したところで、近藤誠、近藤理論については、どのように思われているのか、どのように評価されているのか、インタビューを通した「語り」で俯瞰する。

（1）近藤誠本人へのインタビュー

まず、近藤誠本人へのインタビューを行った。

近藤 誠

近藤誠がん研究所所長
元・慶應義塾大学医学部放射線科講師



★患者さんとの向き合い方の出発点

医学部時代、僕は具体的な目的を持っていなかったが、勉強は好きで、特に理論的なことが好きだった。テストの成績も良く、学年でいつも一番だった。医学部最後の年は、臨床実習が面白なくて休むことが多かった。クラブ活動には熱中していて、ボート部と茶道部に入っていた。

当時の慶應義塾大学には、将来の夢を語ることは何か野暮だという雰囲気があった。ましてや、将来患者さんに対してこうしたいという気持ちは全くなかった。それでも卒業後の進路は決めなくてはならなかった。その時、僕は既に結婚して子どももいて、卒業後は医者をしてしながら子育てをしなければならなかった。

それでも仕事には将来性がないといけないとっていたので、当時脚光を浴びていた放射線科を選んだ。慶應病院の放射線科のベッドは 20 床くらい。殆どががん末期の患者さんだった。本当に驚いた。臨床実習を休まずにきちんとやっていたら、ひょっとしたら放射線科に進まなかったかもしれない。

患者さんの診察を始めると責任感が湧いてきた。研修医 4 年目に主治医として振る舞うようになると、より一層の責任感を感じた。目の前の**患者さんの生き死や寿命が、医師である自分の知識や能力次第で決まる**と思うと、いても立ってもいられなくなった。特に治療方法次第で生き死にが決まるような人を目の前にすると、一所懸命に知識を吸収しようとした。

★留学で米国式の放射線治療を知る

米国留学をしたのは 1979 年。その頃は、将来、放射線診断、放射線治療、核医学のうち、どの道に進むかを決めていなかった。留学して米国のやり方に触れて放射線治療を専門にしようと決めた。もっと日本で放射線治療が盛んにならなければいけない。まだ再発がんや進行がんの患者さんが殆どだったけれど、**手術の代わりに放射線治療をして臓器を残して治療する方法を取り入れなければいけない**という思いで日本に戻ってきた。

その時には、一般の人に直接情報を発信していく気は殆どなかった。日本で放射線治療が盛んでないのは、放射線治療の進化を知らないのではないかと善意に解釈していた。そうした状況を変えていくためには、放射線治療の成績がいいということ、外科や婦人科、耳鼻科、泌尿器科など、がんを手術するような診療科の医者たちに教えなければいけないと思っていた。

そのためには自分自身が、尊敬までされなくても、ある程度リスペクトされる存在にならなければいけないと考えた。他の医者が、私の意見に傾聴してくれるようになるためには、論文を書いて、患者さんと向き

【2】インタビュー：当事者の視点から

合って、しっかりと実績をつくり発言力を増やしていこう。帰国してから、英語の論文をたくさん書いて、学会発表や海外の医学雑誌への投稿を積極的に始めた。

★米国で目の当たりにしたインフォームド・コンセントの衝撃

米国では、患者さんががんであることを医者から知らされていた。それを見て、とても驚いた。その当時の日本では、がんの告知というのは絶対的なタブーだった。

(以下、「なぜ、ぼくはがん治療医になったのか」⁶⁵から引用)

米国の患者さんたちは、質の悪いがんを抱えていることを知っているのに落ち着いていた。ジメジメしたところがなく、表情はむしろ明るかった。有望と考えられる実験に参加していることも影響しているのだろうが、日本で暗い表情をした人を多くみてきた僕には新鮮だった。全ての患者さんが毅然としていたわけではない。僕は、不安に押しつぶされそうになっている人にも会った。

こういった状況を見て僕は、米国人は精神的に強いから事実を伝えられる、という日本での通説に疑問を感じた。僕はある日、B教授に尋ねた。

「マル。アメリカではどうして患者さんに病名を知らせるようになったの。裁判に訴えられることが多いから？」
マルというのはB教授の愛称である。

「マコト。それもあるけど、それだけではない。**患者さんが自分の病気、受けている治療や医療費について、もっとよく知りたいと思うようになったことが大きい**」

「わかった。それで本当のことを知って、患者さんは自殺したりすることはないの」

「少し前まで、アメリカでも、がん患者に真実は話さなかった。それは、患者さんが不安になったり絶望したりすると言われていたからだ。しかし、真実を知らせても、自殺が増えたことはなかった。人間って、けっこう強いものなんだね」

なんだアメリカでも、患者さんが不安になると言われていたのか。でも病名を知らせても問題がなかったとすれば、日本の場合の参考になる。

★帰国後、インフォームド・コンセントを基本にした治療を実践

慶應病院放射線科のやり方を変えていくことも、とても大事だった。きっかけになったのは、悪性リンパ腫の患者さんで、従来の方法で治療していたら、きっと再発するだろうという状況だった。欧米で使われるようになった新しい抗がん剤治療の方法を取り入れるためには、患者さんが病気をしっかりと自覚することが重要ということから、がん告知を始めた。

(以下、「なぜ、ぼくはがん治療医になったのか」⁶⁶から引用)

僕が始めた新しい試みの一つは、**患者さんに事実を話す**ことで、一部の患者さんに対して、病名を含め正直に話すようにした。その方が、**治る可能を最大限に高めることができる**と考えたからである。

実際には、日本と欧米との治療法に大きな違いがある悪性リンパ腫で病名を知らせ始めた。病名を知らせ始めてみると、なにも問題が生じないことがすぐにわかった。患者さんが不安になったり落ち込んだりする様子はなく、かえって治療に積極的になるように見えた。同僚たちの反応も、おおむね好意的だった。それで他の臓器のがんでも、徐々に病名を知らせるようにしていった。ただこの段階では、治る可能性があるものに対象を限定しており、再発がんや末期がんなど治る可能性がない人にも知らせるようになるのは、まだ先の話である。

⁶⁵ 近藤誠.なぜ、ぼくはがん治療医になったのか.新潮社,1998:101-103

⁶⁶ 近藤誠.なぜ、ぼくはがん治療医になったのか.新潮社,1998:123-124

★乳房温存療法...メディアを通じた情報提供を決意

僕ががんの放射線治療、すなわち**臓器を残す治療**を始めたのは 1980 年頃からだった。一方で乳房温存療法を是非広めなければいけないと思っていた。

(以下、「がんより怖いがん治療」⁶⁷ から引用)

かつて乳がんの手術法は世界共通で、乳房を全部切り取るハルステッド手術だった。

それが 70 年代になると、欧米で手術はがん腫瘍をくりぬくだけにして、再発予防のために放射線を照射する乳房温存療法が広がり始めていた。そしてハルステッド手術と乳房温存療法との比較試験がイタリアで行われ、両者の生存率が変わらないことが 81 年に報告された。

米国留学時代に欧米の諸施設を見学した時、ぼくは温存療法の現場を目の当たりにした。ハルステッド手術とは患者の満足度が全然違う。ぜひこれを日本に導入したいと思いながら帰国したところ、その機会は間もなく訪れた。実姉が乳がんにかかったのだ。83 年のことだった。きちんとした形の温存療法は、おそらくこれが日本初だろう。姉は 31 年たった今、転移も生じておらず元気である。

(以下、「なぜ、ぼくはがん治療医になったのか」⁶⁸ から引用)

姉が乳がんにかかったことは、僕にある予感を与えた。僕の肉親に乳がんが出てくるくらいだから、乳がんは今後ますます増えていくだろう。それに備えて温存療法を広める努力をしなければならない。しかし、僕は外科医たちにいきなり温存療法を説いても無駄だろうと思った。その頃日本ではハルステッド手術が全盛だったから、温存療法はとても受け入れられないはずである。それゆえ、**いつか外科医たちを説得するために、自分が治療した人数を増やそう**と考えた。

それで僕は、**一般社会に向かって情報を発信することにした**。

最初に温存療法を取上げてくれたのは読売新聞の全国版だった。1985 年のことだが、その報道を見て受診したのは、たったの一人だった。

その後、慶應中等部以来の同級生の引き合わせで、当時、朝日新聞論説委員の大熊由紀子さんと会うことができた。大熊さんの紹介で科学部の記者が取材してくれて、日曜版に記事が掲載された。1986 年の末のことである。その時は読売よりは多かったが、数人が受診しただけだった。

そんな中、決定的な事件が起きた。朝日新聞の記事を見て、僕のところに来たはずの患者さんを、外科が黙って“拉致”して乳房を切ってしまうおそれがある事件だった。

結果的に、彼女を“救出”することはできたけれど、同じような人がもつと他にもいたかもしれない。これからも同じような患者さんが出てくるかもしれない。そして、それを防ぐ手立てはない。外科で何をやっているのか、こちらには全く分からない。

この事件があって、外科や医学界に向けていくら話をしても、もう無駄だと思った。そして、一般向けの情報公開をしようと、女性向けの月刊誌や週刊誌の編集部あてに温存療法に関する取材をしてくれるように手紙を郵送した。その結果、いくつかの週刊誌は取材に来てくれて記事になったが、外来に来る患者さんは 1 人～2 人という程度だった。

影響が大きかったのは、テレビだった。1987 年、厚生省担当の TBS の記者が僕のところに来た。開業医向け医学誌・日本医事新報に掲載された、乳房温存療法についての僕の論文を見たという。その論文の内容を映像化したいという話だった。そのテレビニュースが放送されると、患者さんは一挙に何十人というレベルに

⁶⁷ 近藤誠.がんより怖いがん治療.小学館,2014:112-115

⁶⁸ 近藤誠.なぜ、ぼくはがん治療医になったのか.新潮社,1998:216-217

増えた。

乳がんの患者会も乳房温存療法に注目していたが、実はあまり好意的ではないということが分かった。当時の患者会の人、殆どがハルステッド手術を受けた人ばかり。あけぼの会という患者会に、乳房温存療法についての番組を見て問い合わせをしてきた患者さんがいて、温存療法を行っている病院を教えて欲しいと言ったところ、そんなことは自分で探しなさいと言われて、電話をガチャんと電話を切られてしまったというのだ。同じ乳がん経験者でも自分の治療が否定されたように思っている人もいて、温存療法がかなり色眼鏡で見られていることがわかった。

★その後の情報発信は順調...報道・出版の連鎖が続く

(以下、「なぜ、ぼくはがん治療医になったのか」⁶⁹から引用)

ただ、情報公開のその後は順調で特別な努力は必要なかった。ある雑誌に記事が載ると、それを読んで他の雑誌記者や編集者が来るといった連鎖が生じ、誌面で紹介してもらえた。

大熊由紀子さんと知り合った後に、週刊朝日編集委員だった大熊一夫さんが、「がんの告知」を記事にしたと言ってきた。

そして88年3月に「がん最前線に異状あり」⁷⁰という単行本を出版することになった。前述の週刊朝日の記事を出発点とする、患者に病名を知らせる問題についての取材の連鎖の中で執筆を依頼された本である。

この時期になると、僕の方からメディアへ働きかけることは何もなくなっていた。「がん最前線に異状あり」が出版された後、この本を読んだという文藝春秋の若い編集者から僕のところに電話があった。いくつか原稿を書いてくれという連絡だった。具体的には三本で、僕はまず乳房温存療法について、二つ目は抗がん剤について、そして三つ目はがん検診について書こうと思った。

(以下、「なぜ、ぼくはがん治療医になったのか」⁷¹から引用)

僕は迷った。実は以前から、**乳房温存療法のことをいつか文春に書いてみたい**と思っていた。立花隆さんが文春誌上で田中金脈を暴いて田中首相を辞職に追い込んだことは記憶に新しい。それは立花さんの力量のゆえであることはもちろんだが、**文春というメディアの持つ不思議な影響力**も関係していたはずだ。それゆえに僕は、情報公開のためには、これ以上のメディアはないと考えていた。しかしその影響力ゆえに、論文が載った時の反発の強さも想像できた。それで心の中のもう一人の自分が、まだ早いのではないか、もう少し時を稼いで足場を固めてからにしてはどうかとささやいた。

僕はかりに文春に執筆した後の展開をシミュレーションしてみた。その結果、少なくとも3つの事態が予想できた。

第一に、僕が出世する目はなくなり、いつまでも慶應にいても講師のまま据え置かれる。しかしよく考えてみると、情報公開を目的とするなら、出世するのはむしろマイナスに働く可能性もある。情報公開には、むしろ講師程度の気軽な身分が一番ピッタリしているのかもしれない。

第二に、他科の医者たちが反発する結果、紹介されてくる患者さんがいなくなる事態が予想された。でも文春に温存療法のことが載れば、外来を直接訪れる乳がんの患者が増えるのではないか。そして温存療法を受けた人たちが僕の周りにいわば防波堤をつくり、他の医者たちの反発から守ってくれるかもしれない。

⁶⁹ 近藤誠.なぜ、ぼくはがん治療医になったのか.新潮社,1998:233

⁷⁰ 近藤誠.がん最前線に異状あり 偽りのときに終りを.廣済堂出版,1988 近藤誠、初の著書。

⁷¹ 近藤誠.なぜ、ぼくはがん治療医になったのか.新潮社,1998:234-236

【2】インタビュー：当事者の視点から

こうして、これら二つの事態は何とか乗り切れるというシミュレーション結果になった。第三の、そして最大の障害は「孤独」だった。文春に論文が載れば、僕は院内で村八分状態になる。絶対的に近い孤独に僕は果たして耐えていけるのかという問題である。

でもそのうち僕はこう考えるようになった。かりに院内で孤立しても、僕はこれまで治療してきた患者さんたちとつながっているんじゃないか。亡くなられた人たちも僕の心の中で生きている。それなら僕は、決して一人ぼっちではない。

僕はまた人生の意味について考えてみた。誰か一人くらい、僕と出会って良かったと思ってくれている患者さんがいるのではないか。そういう人たちがいたならば、僕が生きてきた意味があるのではないか。だとすれば、僕のこれからの人生がどうなっても、そのことを支えに生きていけるだろう。

僕は結局、執筆することにした。この時を逃がしたら、文春はもう書く機会を与えてくれないかもしれない。**何よりも僕は、一人でも多くの女性に温存療法の事を伝え、一つでも多くのおっぱいを救いたかった。**

今振り返ると、このシミュレーションで間違ったことは一つもなかった。クビにならず定年まで万年講師で慶應に在職することができた。村八分にもなった。患者さんがいっぱい増えて、辞めさせられることはなかった。これらは全て僕の予想通りだった。

予想していなかったことは、今のようないきなり。1988年頃は、温存療法を続けて、情報公開していくということくらいしか考えていなかった。現在のようなことになるとは、全く考えていなかった。その後、抗がん剤はだめ、がん検診はだめ、今では放射線もあまりやらない方がいいと思っている。今のようにならざるを得ない治療がだめだと言っていることを、この時は予想もしていなかった。

★乳房温存療法の推進力になった朝日新聞連載シリーズ

1988年6月に月刊文藝春秋に論文が載って大きな反響があった後、朝日新聞学芸部の生井久美子さんが取材に来た。最初の記事が朝日新聞に掲載される半年ぐらい前のことだった。

生井さんは何回も僕のところに足を運び、インフォームド・コンセントや温存療法などについて取材していった。僕は、家庭教師のようにいろいろ教えた。まさかあのように大きな連載記事⁷²になるとは思っていなかった。生井さんが書いた**連載記事「この選択」シリーズが、乳房温存療法を推進する大きな力になった**のは間違いない。

(以下、「がんより怖いがん治療」⁷³から引用)

もうひとつの予想外の動きはマスコミだった。僕の方から働きかけなくても、取材に来るようになったのだ。その中でも特筆すべきは朝日新聞だった。

Iさんという記者が、ぼくのところだけでなく、他病院の外科、乳房切除を受けた患者やアイデアフォーなどをめぐって、精力的な取材活動を続けた。そして90年9月、家庭欄で「この『選択』乳がん」という連載を始めた。連載は10回に及び、その反響は大きかった。アイデアフォーの活動と並び、この連載が温存療法の普及を大きく後押しした。

日本の乳房温存療法の施行率は、1988年以前にはゼロに近かったが、2004年には全乳がん手術の50%を占めるようになり、2006年には60%になった。

⁷² 生井久美子.この選択 乳がん.朝日新聞,1990:9月3日~10月11日,計10回連載シリーズ

⁷³ 近藤誠.がんより怖いがん治療.小学館,2014:140-141

★抗がん剤は効かない

抗がん剤治療については、殆ど全否定だった。1988年8月、「効かぬ抗がん剤 300億市場の怪」というタイトルで月刊文藝春秋に2本目の論文⁷⁴を書いた。ただ立論の仕方は、今とは違っていた。

何よりも、その時はまだ乳がんだけは、抗がん剤治療の効果を半分信じていた。肺がんや胃がんなどの他の固形がんに対する効果は否定していたが、乳がんだけは全否定していなかった。全否定するまで、それから10年ぐらいかかった。むしろ、1988年頃は、積極的に乳がんの抗がん剤治療をしていた。

自分が治療している患者さん、治療しているがんに関しては、やはり心理的なバイアスが入るのだろう。欲しいと思ってしまう。データも整っているように見えてしまう。僕だけではなく、みんな治療に使っている。実際に乳がんでは、抗がん剤を使ってみると6割くらいのひとはがんが小さくなる。だから、延命効果があると思ってしまう。悪性リンパ腫の抗がん剤治療では、治療成績を随分改善したという実績があるから、抗がん剤を半分好意的に見ているところもある。

「患者よ、がんと闘うな」⁷⁵では、乳がんだけは効く、延命効果があるということを書いてしまったが、その後の文庫版⁷⁶では、その部分を削っている。

以上のように治療をしてきて、ある時、**抗がん剤は効かない、延命効果はないと気づくのだが**、その経緯は、「抗がん剤は効かない」⁷⁷に書いた。どうして抗がん剤の効果を勘違いしてしまうのかというチャプター(第5章・なぜ錯覚するのか)を設けている。

大事なことは、言論活動を続けていく上で、自分が間違っていたということがあれば、その時点で率直に認めないとダメだということ。心理的にはとても困難だが、これをやらないと先に一步も進めなくなってしまう。もし間違いを認めずに進んでしまうと、あいつは前に言ったことと矛盾していると言われてしまう。だから矛盾していると言われる前に、謝っておかなければならない。抗がん剤を使って本当に命を縮めてしまった人も経験しているわけで、そのような人たちに対して心からすまなかったという気持ちを持つこと。その気持ちが、未来の患者さんに向けてのドライブになる。

とにかく、誤りはその都度訂正していくが必要だ。これまで訂正しなければならない誤りはあまりなかった。乳がんの抗がん剤の効果以外は無訂正だった。僕もそのバイアスから免れることができなかったということだろう。

★がん検診...効率論から不要論へ

がん検診については、1988年の段階では、まだ効率論における疑問だった。効率がいい悪いとか、費用が高い安いということだった。がん検診で救える人がいる、延命できる人がいることをまだ認めていた。

月刊文藝春秋の3本目の論文としてがん検診をテーマに論文を書いたが、結局、最終段階で編集長にボツにされた。今振り返ってみると、これは有り難かった。ボツにされると、どうしてだろうと考える。これが、次のがん検診の論文に向けての伏線の一つとなった。

⁷⁴ 近藤誠.効かぬ抗がん剤 300億市場の怪.月刊文藝春秋.1988.9月号:278-289

⁷⁵ 近藤誠.患者よ、がんと闘うな.文藝春秋,1996

⁷⁶ 近藤誠.患者よ、がんと闘うな.文藝春秋.文春文庫,2000

⁷⁷ 近藤誠.抗がん剤は効かない.文藝春秋,2011

【2】インタビュー：当事者の視点から

もう一つの伏線は、ある胃がんに関するシンポジウムだった。がん検診で胃がんが早期発見された夫を手術で亡くした女性の発言だった。

(以下、「なぜ、ぼくはがん治療医になったのか」⁷⁸から引用)

「実は私の主人は昨年、がん検診で早期の胃がんが発見されました。早期発見だ、おめでとう、と発見した医者に言われ、病院で手術を受けることになりました。主人はすぐに帰ってくるからといって何の不安も抱かずに家を出ました。ところが手術の合併症で手術して間もなく亡くなってしまったのです。出かけるときは、あんなに元気だったのに」と。

そして最後に、涙をにじませながら、「ありがとうございました」と言って頭を下げ、着席された。

会場はシーンとしたが、僕はなぜ彼女が「ありあとうございました」と言ったのか、その真意がつかめなかった。そのことが気になって、東京に帰ってから考え続けた。「ありがとうございました」には悔しさが込められていたのではないか。

もしその直感が当たっているなら、それはこういうことだろう。

彼女としては最愛の夫が、早期胃がんだったのに手術のため死亡して、棺に入れられて帰宅させられたのは納得できない。しかし現在、がん検診は広く行われ、それが多くの人を救っていると言われている。彼女のご主人が亡くなられたことは、多数を救うためのやむをえない少数の犠牲だとして片づけられてしまう。彼女の嘆きに医者たちは誰も耳もかさず、検診推進を叫ぶばかりである。それゆえ彼女は会場の僕や、僕の背後にある医学界に向かって、精一杯の皮肉をこめて「こういう医療をしていただいて、誠にありがとうございました」と言いたかったのではないか。

僕はこのとき、家族の団らんを一瞬にして奪い、人々を不幸にするがん検診って何なのかと強い疑問を抱いた。考えてみれば胃のバリウム検査や内視鏡検査などの検査そのものから生じる合併症で死亡する人もいる。また、早期胃がんを発見されても臓器を切除されれば後遺症は甚大だし、手術死亡もある。それで検診に本当に意味があるのだろうか。

僕はそれまでも検診に疑問を持っていた。が、それは、いわば効率論の観点からの疑問だった、しかしこの度、僕が抱いた疑問は、どんなに発見効率が良い検診であっても、**がんの性質や検査・治療の特性上、検診をすること自体あるいは発見した早期がんを手術すること自体に意味がないのではないか**、ということである。

僕はその疑問を解くために、検診についてもう一度勉強し直した。その結果が、92年に「がん検診・百害あって一利なし」という論文⁷⁹となって月刊文藝春秋に掲載された。そして、また後に「がんもどき理論」に結びついた。だからもし僕が、あの集会で彼女の悲痛に触れずに、「ありがとうございました」の一言を聞かなかつたら、それらの文章や理論はなかったかもしれない。これは一つの偶然か、それとも…。

★「患者よ、がんと闘うな」上梓に向けて

こうして乳がんの乳房温存療法は、少しずつ増えていき、全乳がん手術の6割くらいになった。

僕は、さらに科学朝日に論文を書いたり、それをまとめて「がん治療「常識」のウソ」⁸⁰を出版したりして、より一層知識や考えを深めていった。

⁷⁸ 近藤誠.なぜ、ぼくはがん治療医になったのか.新潮社,1998:243-245

⁷⁹ 近藤誠.がん検診・百害あって一利なし.月刊文藝春秋,1992.9月号:302-313

⁸⁰ 近藤誠.がん治療「常識」のウソ.朝日新聞社,1994

【2】インタビュー：当事者の視点から

1994年の末、月刊文藝春秋のデスクが僕のところにやってきて、がん治療について3回連載で書いてくれと言ってきた。最初、僕はそれを断った。書くべきものはもう書いた。医療界では、デュアル・パブリケーション、二重出版といって、同じテーマで論文を書くのはよくないと言われていたので、もう嫌だと言った。すると、そのデスクは、僕の書いたものを読んでいる人はまだまだ少ないので、文藝春秋に論文を出すことには十分意味があると説得した。その口説き文句に納得して、僕は改めて論文執筆を考えた。

引き受けることを前提にすると、次から次へと書きたいことが出てくる。全部で10回くらいになると言ったが、編集長の了解が出た。こうして**月刊文藝春秋での論文10回連載が決まった**。

その時に考えたのは、いかに面白く読ませるかということ。「がん治療「常識」のウソ」のように論文調で書いても一般読者がついてこない。そこを工夫しようと思った。そこでケーススタディ。実際のがんと闘っているひと、大熊由紀子さんの知り合いで、アメリカから情報発信していた千葉敦子さんや抗がん剤治療で訴訟になっているケース、あるいは食道がん手術で亡くなったニュースキャスターなど。逸見政孝さんのことを書いたのは、これが最初だったのではないか。

自分の患者については、守秘義務があって書けない。しかし、公に発表されているものであれば、論評の範囲で構わないと思った。有名人は、自分で話したり、書いたり、テレビに出演しているから、誤解している人も多い。その誤解の部分を正すのも、医者に任された仕事だと思う。

(以下、「がんより怖いがん治療」⁸¹から引用)

連載を始めると、大きな反響があった。その年の読者による人気投票で票の3割を集め、**文藝春秋読者賞をいただいた**のが一例である。それを単行本にまとめ1996年3月に「**患者よ、がんと闘うな**」として出版すると、その後の反応は想像を絶した。あれよあれよという間に、**50万部近いベストセラー**になった。

間もなく、僕の外来を訪れる新患が激増した。1日で初診患者30人、再診患者100人を診察したことがある。内科や整形外科などでは珍しくないかもしれないが、全員ががん患者なのだから異状である。

一方で、がん治療の専門家たちの反発は凄まじかった。

このように、1986年に大熊さんに記事のお願いをしてからは、僕の方から執筆や掲載をお願いしたことはないと言っておきたい。

★近藤理論が支持される背景にあるもの

僕は、**考える筋道が正しくて、正しい事実に立脚していれば、その演繹した結果は間違いがない**と思っている。それは「患者よ、がんと闘うな」の理論的な部分だ。乳がんで抗がん剤が効くと書いてしまったのは勇み足だったが、その時は僕も論文に騙されていた。しかし単なる論文の評価にかかわることではなくて、理屈を演繹して出てきた結論というのは間違いがない。論文にがんを放置したケースが出ていたりするわけではないが演繹的にまとめて、がんもどきと書くわけだが、科学者、医学者として間違いはありえるという気持ちはいつもある。99%間違いはないが、1%くらいは間違っているかもしれない。その1%をつめるために20年近く費やしてきた。今でも100%正しいとは思っていない。99.9%くらい正しいと考えないと、自分が神様になってしまうことになる。

最近、がんの粒子線治療はあまり意味がないという指摘が報道されていたが、僕は既にそのことを「患者よ、がんと闘うな」⁸²で意味がないものであると言及している。私の言っていることが信頼されるのは、こういうところも関係していると思う。繰り返しになるが、もし間違っていたら謝るところが重要である。

⁸¹ 近藤誠.がんより怖いがん治療.小学館,2014:171-172

⁸² 近藤誠.患者よ、がんと闘うな.文藝春秋,1996:155-157

【2】インタビュー：当事者の視点から

そして、何よりも勉強が大事。僕は自分を天才だとは思っていない。常に努力をしてきた。これまで執筆や勉強で10万時間くらい費やしてきた。土日も殆ど家にはいなかった。大学で本を読んでいた。また、表現力もあるだろう。自分の考えていることを人に伝えたいという思いがあれば、自然に文章力はできてくる。

僕は**自分の考えを書く時、どんな反論があるだろうかということ、いつも考えながら書いている**。どんな反論があるかを考え、それに対して再反論できるかを考えている。再反論のためのデータがあるわけではないが、最初にしたものにしっかりとデータがあればいい。全ての文章が攻撃に耐えられるように考えて書いている。仮に100の論点があった時には、反対する側としては1つだけ攻撃すればいい。それが完全敗北だとしたら、それだけを言及すればいい。

普通、99%正しいというのは試験であれば凄いことだが、それではダメ。正しいかどうかは神様しか分からないが、少なくとも間違っていない、否定されないところまで、文章を練っておかなければいけない。僕は**100の論点があったら、その全ての反論に対して再反論する備えをいつもしている**。

★筆を折る

2004年頃、僕は一旦、筆を置いた。その理由は、それまでも十分に書きたいことは書いてきたという思いが一つ。そしてもう一つの理由は、僕とずっと二人三脚でやってきた**外科医の雨宮厚が、大きなスキャンダルを起こしてしまった**ことにある。

雨宮は、大船中央病院の外科医だったが、“病院内開業医”のような立場で歩合制の仕事をしていた。そこで患者さんから取ってはいけないお金を取ってしまい、診療報酬の不正請求⁸³が明るみになった。

それ以前から診療のやり方がおかしいと思っていたのだが、これでいよいよ一緒にやっていけないという気持ちになった。長年信頼して一緒にやってきたので、がっかりしてしまい、虚無感に襲われた。それで当分書くのは止めようと決めた。

2004年に本が2冊出ているから、それから暫くは一切書いてない。その時に思ったのは、2014年の3月に慶應を定年退職したら、特に何か書きたいものもないだろうし、普通の生活をしようということ。勉強は続けていくにしても、趣味であるとか旅行であるとか、あるいは音楽鑑賞とか美術鑑賞とか、そういうものをしようと思っていた。いわゆる普通の引退生活を送るつもりだった。

★再び、筆を執る

しかし、2004年から慶應の定年退職が近づくにしたがって、最後に一般の人や患者さん向けに、書き残したいことを本にしておきたいと思うようになった。一方、知り合いの編集者からは、本を書いてくれと言われていた。2010年、まず「あなたの癌はがんもどき」⁸⁴を出した。書名にがんもどきを使ったのは、実はこれが初めてだった。そして、月刊文藝春秋にも、やはり書きたいと思った。1995年に10回連載シリーズをした時の編集者は、取締役になっていたのだから、彼に月刊文藝春秋の現在の編集者を紹介してもらった。

その時、書きたいものが2つあった。一つは、「CT被曝でがんになる」⁸⁵というテーマ。そしてもう一つは、「抗がん剤は効かない」⁸⁶というテーマだった。結果、編集長もOKを出して、どちらも出版にこぎ着けて、どちらも大評判になった。その後は、再び筆を執り、依頼に応じて今日まで書いてきた。

⁸³ 近藤誠.がんより怖いがん治療.新潮社,2014:31

⁸⁴ 近藤誠.あなたの癌は、がんもどき.梧桐書院.2010

⁸⁵ 近藤誠.放射線被ばくCT検査でがんになる.亜紀書房.2011

⁸⁶ 近藤誠.抗がん剤は効かない.文藝春秋.2011

★情報を伝えていくこと、情報が伝わっていくこと。

僕は、**伝えたいことを是非広めなければいけないとは考えていない**。広めようとする、大変な仕事量になってしまう。それはおそらく一人では無理だろう。**情報が広まるか広まらないかは、概念の正統性や説得力による**と思う。それが十分に説得的なものであれば、ひとりでの伝わっていくこともあるのではないかと。僕の役目は、**新しく気づいたことを世の中に知らせることだ**と思っている。

乳房温存療法の場合と同じで、乳房温存療法があることに気づいた人が行動するわけで、がんもどきに気づいて、その人がどのように行動するかということは、原則的に僕とは関係ないことだ。

★がんもどきというネーミング

がんもどきは、僕が考えた言葉。その概念は、実際には、約 20 年前。いろいろ分析して、早期がんは、放っておいても結局進行がんにはならないということに気が付いた。「がん治療「常識」のウソ」を書いている中で、だんだんと出てきた概念でありネーミング。

★近藤理論の体系は、1990 年代半ばにできあがった

「患者よ、がんと闘うな」の頃にできあがっている。それ以降は、変更する必要がない。むしろ、その時よりも確固としてきていると思っている。

★言論活動と診療活動

いろいろな考えを持った患者さんが、僕のところへ来る。僕とそっくり同じ考え方のひともある。おっぱいは残してほしいが、抗がん剤治療は受けたい人もいる。まさに、いろいろである。そういう時に、**僕の考えに合わないから、だめだと切り捨てることはない**ということ。できるだけ、患者さんの考えている通りの方向で考えてあげようと思っている。

僕がこのがん治療は必要ないと思っている、世の中ではみんな手術をしている、あるいは放射線をかけているという場合に、それを受けたいと言った患者さんにだめだと言って説得にかかっても理解されない。この診察室を出たら、その後はどこへ行っても自由だ。そうであれば、**患者さんの考えに沿って考える**。手術を受けるなら、どこが一番いいかという相談にも乗る。臨床とはそういうことだと思っている。

★本の見出しと、近藤理論のギャップについて

反対派の人は、がん放置療法の表層的な面だけについて言ってくる。がん放置療法と言いだめた時から、そう思っている。僕が反対派だったら同じようにやる。人の口に戸は立てられない。それを抑えるのは無理だ。勘違いする人は出てくる。

僕はできるだけ誤解されないように本を書いているつもりだが、本を読まずに誤解してしまう人は、その人自身の能力や責任という問題。そこまで面倒を見なくていいのではないかと。

日本では年間 80 万人以上のがん患者が生まれている。僕はそういうことも想定した上で書いている。**がん放置治療法については、症状が出たら治療するということをきちんとおさえている**。

★言論活動を始めて 30 年超が経った今の心境

支持してくれる人はいるが、どのくらいの割合でいるかわからない。**マスコミが思っているほど、僕の意見に賛同してくれる人は多くないかもしれない**。理解してくれると思って書いているが、どれくらいなのかは、よく分からない。

とにかく、ここまで来られたというのは、自分一人の力ではなくて、周りの人たちの力添えがあったから。何よりも患者さんが、慶應病院に来てくれていたということが大きい。

【2】インタビュー:当事者の視点から

最初、1988年にシミュレーションした時も、文藝春秋に書いたら村八分になると思った。そんな医者を追いつけたいと思うのが普通だ。慶應に居続けるためには、患者さんが僕の外来にやって来てもらわなければならない。患者さんがいる限りは追いつくこともできないだろうとシミュレーションした。それが現実になった。

僕の外来に足を運んでくれる患者さんがいたから、今日の僕がいる。

僕の何が支持されたのか。まず**現代医療やがん治療に対して疑問のある人が多い**。なぜ臓器を切ってしまうのか。親が、友人ががん治療を受けたらすぐ死んでしまった。そのような経験をもっている人が気づきやすい。動機がないと本は読まない。医療に疑問を持っている人に支えられてきたという事はあるかもしれない。

患者さんを救おうと言う気持ちは、今も昔も変わらない。情報発信という面で救いたいと思っている。僕が主治医になった患者さんに対しては、一人ひとりがどのようにしたら、**一番健やかで長く生きられるか**ということばかりを考えて、いろいろ治療法を考えたり工夫したりしてきた。その気持ちは今でも変わらない。

セカンドオピニオン外来に来る一人ひとりが、どのようにしたら治療を受けるのか受けないのか。治療をする場合でもどのようにしたら、この人は**健やかに、QOLが高く、長く生きられるか**ということを考えながら、アドバイスしている。

★放射線専門医を返上

皮肉なことがあった。かつてホジキンリンパ腫の治療をした男性と女性が、2000年代になって相次いで亡くなってしまった。いろいろ工夫して放射線治療をして、一旦治ったと思った。原因は、放射線誘発がんらしい。本当に残念だった。放射線治療をやる意欲がなくなってしまったので、慶應を定年退職する数年前には、**放射線専門医を返上**してしまった。

結局、**がん医療のほとんどを否定**することになってしまったが、全部を否定しているわけではない。放射線治療もやった方がいい場合もある。

★アンチ近藤理論の医療者へ一言

基本的にどれも根拠がないと言ったら失礼だが、どれにも簡単に反論できてしまう。

一般の患者さんからすると、**がんを放っておいたら死んでしまった**。だから放置療法はダメだというのは分かりやすい。反論としては分かりやすい。それを崩すためには、最初からがんの転移があったことを説明する必要があるが、これを理解するのはなかなか難しい。

★医療情報の信頼と共感について

信頼と共感は、とても難しいことだ。医療の場面で、**医者は嘘つきだ。嘘をつかない医者はいない**と思っただ方がいい。新薬の臨床試験に関わる、製薬会社のデータ自体がほとんど嘘だ。「ファルマゲドン」⁸⁷にも書いてあるが、製薬会社の問題として、医療者が臨床試験の生データにアクセスできないということが致命的だ。

次に、医者の問題。がんの患者さんのかなり多くが、元気な人だ。がん検診でがんが見つかって痛くも痒くもない。ピンピンしている。元気なのに突然がんだと言われる。そして手術だ、臓器をとると言われ、それが終わったら抗がん剤だと言われる。なぜそんなことをしなければならないのか。患者さんは不思議に思うが、質問するわけでもない。

⁸⁷ 田島治監訳, 里京子訳. デヴィッド・ヒーリー. ファルマゲドン. みすず書房. 2015

【2】インタビュー：当事者の視点から

ここで医者には嘘をつく。がんを放っておいたらすぐ死んでしまう。余命は半年だ、一年だと言う。そう言われてしまうと患者さんは渋々治療を受けることになるが、これが嘘だ。**がんを放っておいても、ひとはそんなにすぐには死なない**。医者の言う余命半年とか一年とかというのは、大抵が治療を受けた場合の余命だ。

なぜならば、医者は治療を受けない患者さんを見たことないからだ。また、そういう時に言われる余命というのは、そのがんの、その進行度で治療した場合、手術を受けた場合、あるいは抗がん剤をやった場合の余命期間だ。この場合の余命期間というのは、生存期間の中央値だ。

一般的に余命半年と言うと、患者さんはよく誤解する。最初 100%生きていて、それが誰も死なないで、半年でガタガタと死ぬような印象を受ける。しかし、そうではない。治療を受けた人というのは最初 100%生きていて、すぐに亡くなる人が出てくる。それを表すのが指数関数曲線。その指数関数曲線の 50%が死んでいる、逆に言えば 50%が生き残っている生存期間の中央値を余命と言っているわけだ。

多くの抗がん剤は、その期間が半年か 1 年で終わっている。半年と言われると驚いてしまう。余命を言わない医者は、ほぼいない。これを言わないと患者が逃げてしまう。だから、がん治療で嘘を言わない医者はいない。放射線科は比較的正直だろうか。手術と抗がん剤をやる人は大体嘘つきだ。酷い世界だ。**医療で信頼というものを論じてあまり意味はない**と思う。ちょっとがっかりさせてしまったか。

判官鼻風のようなところもある。だから、ほとんどの医者や医療界に対して、僕は反対論を言っているわけだから、それをどう見るかは人による。とてつもない大馬鹿者と見るか、それとも正しいことを言って闘っていると見るか。そのひとの基本的な考え方によって違ってくると思う。

(2) ステークホルダー・インタビュー

30年以上、医療界から異端医師のレッテルを貼られながら、がんもどき理論とがん放置療法に代表される近藤理論が、一般市民やがん患者から多くの支持を得てきたのはなぜか。これは、近藤誠研究の最も重要なリサーチ・クエスションの一つである。この疑問の答えに対するヒントを見つけるために、さまざまなステークホルダーへのインタビュー調査を実施した。

実施概要は、以下の通りである。

★インタビュー調査概要

《目的》

近藤誠、および近藤理論に関する評価・意見を通して、医療情報の信頼と共感のカギを探る。

《主なインタビュー項目》

- ◎近藤理論についての評価・意見
- ◎近藤誠の情報発信力についての評価・意見
- ◎近藤理論が一般市民や患者から支持される理由についての意見
- ◎近藤理論に対する医療界の対応についての評価・意見
- ◎近藤理論に対するメディアの対応、および役割、責任などについての評価・意見

《インタビュー協力者》 **15人** ※敬称略

◎がん経験者(5人)

氏名	所属等	がんとの関わり	近藤誠との関わり
高田 順江	乳がんから医療を考える市民グループ アイデアフォー元・会員	乳がん経験者	近藤誠の元・患者 乳房温存療法の治療を受ける
桜井なおみ	NPO HOPE プロジェクト 理事長	乳がん経験者	がん放置療法等について患者から 相談を受けた経験がある
林 佳子	(仮名)	乳がん経験者	慶應大学病院で近藤誠のセカンド・ オピニオンの受診経験あり
三好 綾	NPO がんサポートかごしま 理事長	乳がん経験者	がん放置療法等について患者から 相談を受けた経験がある
上野 創	朝日新聞写真部デスク	精巣腫瘍経験者	特になし

◎医療者(2人)

氏名	所属等	がんとの関わり	近藤誠との関わり
勝俣 範之	日本医科大学武蔵小杉病院 腫瘍内科教授	腫瘍内科医	研修医時代、近藤誠から指導を受け る。現在は近藤理論に警鐘を鳴ら す。近藤理論への反論本を出版。
花戸 貴司	滋賀県東近江市 永源寺診療所長	がん患者の 在宅看取経験あり	特になし

【2】インタビュー:当事者の視点から

◎メディア・ジャーナリスト(3人)

氏名	所属等	がんとの関わり	近藤誠との関わり
高橋美佐子	朝日新聞 文化くらし報道部記者	夫:がん経験者	特になし
生井久美子	朝日新聞 記事審査室監事 元・学芸部記者	特になし	インフォームド・コンセント、乳房温存療法をテーマに近藤誠を取材。「この選択」などの連載記事は大きな反響があった。
鳥集 徹	フリージャーナリスト	特になし	近藤誠への取材経験あり。 近藤誠への反論記事である週刊文春『「抗がん剤は効かない」は本当か』の取材・構成を担当。

◎パブリックリレーションズ実務者(5人)

氏名	所属等	がんとの関わり	近藤誠との関わり
池尻 嘉明	電通パブリックリレーションズ 元・取締役副社長	特になし	特になし
瀧澤 緑郎	電通パブリックリレーションズ 元・取締役	父:大腸がん死 姉:肝臓がん死	特になし
昆 弘人	電通パブリックリレーションズ 元・部長	特になし	特になし
外山 大	電通パブリックリレーションズ 元・部長	父:膵臓がん死	特になし
高石 憲	(株)KNM 代表取締役	特になし	特になし

《1》がん経験者

[1] 高田順江さん

乳がん経験者。近藤誠の乳房温存療法の治療を受ける。

乳がんから医療を考える市民グループ「アイデアフォー」元・会員

★がんもどき理論、がん放置療法について

私が治療をうけた頃から、悪さをしないがん、いわゆるがんもどきはがんではないと近藤さんは言っていた。検査の結果、顔つきはがんと同じだが、悪さをしないがんがあると。そのことを踏まえ、**がんと診断されて即手術、即抗がん剤を使うことによる QOL の低下について近藤さんは警告している**のではないかと。ただし、**症状がある時は病院に行った方がいいとも近藤さんは言っている**。

白血病など直ぐに治療が必要ながんもあるが、それ以外の殆どのがんは10年、20年かけて大きくなるから、一日や一か月急いでも意味はないと近藤さんは言っていた。その間にできるだけ納得する治療を選びなさいという考え方だった。それを放置療法と言っているのではないかと。

乳がんでも胃がんでも、がん検診で超早期のがんが見つかってしまうと、とても不安になる。それを知らなければ済むということもある。私は10年経っても1期のがんもあれば、4期になるがんもあると考えている。4期の人で骨転移後も治療を受けながら普通の暮らしをしている人もいます。

基本的に、近藤さんの考え方や主張は変わっていないと思う。いかに情報を刺激的に出していかかということが、より大きくなってきたように思う。

★近藤誠の情報開示、乳房温存療法、実際の診察について

初めて近藤さんの診察室に入った時の印象は、親しみやすい感じの人ではなかった。しゃべらない人だと思った。乳房温存療法のことは、朝日新聞の生井久美子さんの記事を読んで知っていた。

乳房温存療法を選ぶのはあなただからと言われた。乳房温存療法について説明をされて、それを受けるように説得されることはなかった。自分で決めることなのだと思った。

近藤さんを受診するという事は、基本的に乳房を温存したいという希望があるということだから、近藤さんの本を読めば分かるということだった。近藤さんのところには、既に自分で温存を決定している人が受診しているのだと思った。だから、近藤さんが詳しく説明するという事はなかった。

私が受診した1991年で、ハルステッド手術が当たり前の時代だった。最初にかかった医者に言われたのは、温存療法は再発率が高いから私にはできないということだった。

しかし、近藤さんの本を読むと、世界における乳房温存療法のデータはあるし、ハルステッド手術なんてとんでもないということが書いてあった。**近藤さんは、よく勉強している医者だと確信した**。日本の医者は、論文を書かない、論文を読まないと聞いていたので、それに比べて近藤さんは世界の論文を読んでいる人だと思った。

朝日新聞家庭欄の生井さんの記事は読んでいたが、文藝春秋の記事は全く知らなかった。

近藤さんに命を預けるとは思わなかった。乳がんが死ぬかどうかは、乳がんの運命という性質だと思っていた。助けてくれとか、近藤さんにかかれれば助かるという気持ちはなかった。乳がんが死ぬか助かるという

【2】インタビュー：当事者の視点から

ことではなく、**乳がん治療の情報として、温存とハルステッドがあることを知って、温存の方がいいと考えた。**切っても切らなくても、治療成績は一緒ということが一番の決め手だった。だから命が助かるということは思わなかった。命が助かったらがんではない、というくらいの気持ちだった。

近藤さんは、白衣を着ていなかったと思う。白衣で権威を示すようなことはしていなかった。身振り手振りはなく、あくまでも淡々とした対応だった。何か質問がありますかという時は、向き合って顔を見てくれた。何でも質問して下さいというスタイルだったので、診察の時は、質問事項などのメモを持っていかないといけなかった。近藤さんの方から今日はどうですかということはないので、メモを用意していかないと診察にならなかった。後のアイデアフォーでの関係の中でも、先生と言う呼び方ではなく“さん”という呼称で呼んでいたのも、近藤先生と言ったことはなかった。

近藤さんは、わからないことはわからないと正直に話すドクターだと思った。医療にはわからないことがあると話していた。それまでにかかった医師は、医者が決める。医者がわかっているという感じだった。しかし、近藤さんは、抗がん剤は効くかどうか分からない、その迷いをそのまま話していた。医療は実は分からないと、医療者が自ら言い始めたのは最近のことだと思う。

★近藤誠の情報発信について

基本的に、近藤さんの考え方・主張は変わっていないと思う。いかに情報を刺激的に出していくかというところが、より大きくなってきたように思う。

★医療界の対応・責任について

近藤さんの患者を犠牲者と言っている医師がいることについては、その**患者さん本人が、どのような意思でがんを放置したのか**だと思う。近藤さんが放置と言ったから放置したのでは、あまりにも自分の意思がなさすぎる。民間療法や神頼みで放置する人もいる。近藤理論で殺されたというのはおかしいと思う。

【2】桜井なおみさん

乳がん経験者。がん放置療法等について患者から相談を受けた経験がある。

NPO 法人 HOPE プロジェクト理事長

★がんもどき理論、がん放置療法などについて

がんもどきは、細胞理論でいえば幹細胞のこと。ここで言うところのがんもどきは、すでに10億個くらいになっているがん細胞のことを言っている。すでにスイッチオンになっている。しかし、ステムセル(Stem cell:幹細胞)は、オンかオフかスイッチが入っていないような、眠っているような状態である。ドクターたちが近藤誠のがんもどき理論に反論しにくいのは、それがあからだと思う。

この1個の細胞のことをがんもどきというのか、10億個のものをがんもどきというのか。細胞論で言えば、がんもどきになってしまうから、そのあたりはうまいと思う。

がん手術不要論は「ない」と思う。治療は必要だ。近藤誠の嫌いなところは、亡くなった人の治療の選択肢に対しての論評をいつもすること。それでは、占い師と一緒だ。100人のうちの1人か2人のことを言っている。それが、たまたま有名な人だけだったこと。それを大きく取り上げて、あの人はこんな事を行ったから死んでしまったと言っている。

【2】インタビュー：当事者の視点から

抗がん剤不要論は、「なきにしもあらず」だが、インフォームド・コンセントの問題だと思う。その上で、自分自身が、それでもやるということであればやればよい。抗がん剤は、患者の立場から言えば賭けだ。いわゆる「上乘せ」であろう。人によっては 10%くらいの上乗せくらいかもしれない。その 10%でもいいと思う人と、もう嫌と思う人がいる。そこに**自分の価値観やコストなどが影響する**。それは誰も否定できない。例えばステージ3までだったら、ゴールは治すことであるので、もし患者さんが抗がん剤をしないと云ったら、それはインフォームド・コンセントのミス、もしくは患者の周辺環境（特に家族）や過去の治療によるトラウマなどが背景にあると思う。

放射線不要論については、「そんなことはない」と思う。緩和ケアでも使える。使い方次第だと思う。そんなことを言ったら、近藤さん自身の職務否定になってしまう。放射線は、機械次第で全然違う。昔と違って、放射線は良くなってきている。副作用がすくない照射方法とか、いろいろ変わってきている。

がん検診は、「必要」だ。やはり**早期発見、早期治療が大切**だと思う。そのためには、**ガイドラインに則ること**。30代の女性が、マンモグラフィを毎月受けているとか、2か月に1回、CTを受けているとか、検査を受けると言われているから受けていますとか、そういうことはいかがなものか。きちんとガイドラインに則ってやってほしい。そのために患者さんも、がん検診に関する正しい情報をきちんと理解して受診することが重要。日本では、エビデンスに基づかないがん検診を、自治体で独自に行っていたりする。近藤さんの考えは、どんぴしゃではないが、かすめているから全否定はしにくい。

★近藤誠の診察について

一人目は、別の病院から近藤さんに雇った人。その人の友人から話を聞いた。がんを放置して亡くなった。その人の場合、がんが大きくなっていて。近藤さんところで、これは治療をやってもしょうがない、このまま置いておいた方がいいということになった。いろいろ治療法はあるが、放って置く方が一番いい。幸せになれると言われた。示されたオプションはプロボリスなど紛い物。くすりをを使う選択肢はなかった。その患者さんは、からだにメスを入れたくなかったようだ。メスを入れない方法を提案されたようだ。患者の望むことを日常診察ではできないほど時間をかけて確認している。うまいやり方だと思った。

患者さんは未知の世界の話。そこに乗り込んで何が起こるのかわからない。同意書は書かせられる。手術中に死んでしまうかもしれないと言われる、そんなことばかり。患者さんは怖くなってしまった。

その結果、その人は放置を選んで亡くなってしまった。全身転移して。もう他の先生は受けてくれない。近藤さんからは、長生きできましたねと言われたそうである。

二人目は、ある訴訟を起こそうとしたときに近藤さんが味方についてくれたことをきっかけに、近藤さんに雇った人。

その人はがん放置療法のことも知っていて、無意味ということも分かっていたけれど、それまでの経緯で自分を救ってくれるのは近藤さんしかいないと思い、近藤さんに雇った。そしてがんを放置した。なぜなら、どの病院も診てくれないから。

その人は今でも生きていると思う。私が会った時、がん治療から6~7年経っていたと思う。ずるいのは最後に患者さんに選ばせてしまっている。自分の本を一冊読んで、それで治療を決めなさいというのはありえない。決められないから病院に来ている。コンサルテーションをしていない。私は、医師はコンサルタントだと思っている。選択肢が4つ、5つあって、その中で選択になって欲しいと思うが、それがなっていない、今の近藤さんはとても古いやり方をしている。

★近藤理論についての患者さんからの相談

相談は、治療方法がなくなってしまってからがほとんど。本人ではなく、周囲の人からの相談が多い。フェイスブックができるようになってからは、メッセージで相談が来る。

たとえば、知り合いが近藤先生のところに罹って、がん放置療法をやっていたが、がんが広がり始めてしまった。本人はもう他には行きたくないと言っている。自分の判断ミスとも分かっている。後悔している。自分は、このまま死ぬべきだと思っている。何か手立てはありませんかという相談である。近藤誠への反論本を書いているドクターの診察に行きたいという相談も入ってくる。

私からは外来診察をやっているドクターの事実を伝えて、行ってみてはどうかとアドバイスしている。今までに5件くらいの相談があった。私からはドクターに直接連絡をしていないし、その人が診察に行ったのかも分からないが、打つ手はあると伝えている。医療に対しては、私の立場では、推奨はできない。だから、このような先生の意見も聞いてみたらどうかと伝えている。

★近藤誠の情報開示、乳房温存療法について

かつての近藤さんの実績については、知らなかった。乳房温存療法は、放射線とセットだからうまくはまったのだと思う。外科は切るばかりだから、こうはいかなかったのではないか。当時は全く知らなかった。

私自身は「抗がん剤は効かない」の罪を読んで初めて知った。こんなにいいことをやっていたのか!と思った。なぜそこから、現在の方向に行ってしまったのかが、よく分からない。

マイノリティというか、常に石を投げる側でいたいのだろうか。批判する側でいたいのだろうか。みんながよしとしているものに対して、急先鋒に立ちたい人なのか。

★近藤理論が支持される理由

がんの人ではなくて、多分**患者の周りにいる人からの支持が多いのではないか**。生き方として、誰かに最終的な判断を全部委ねてしまうような人なのではないか。10人中9人が賛成すると反対できないような、ある意味で優しい人なのかもしれない。娘がこんなに言ってくれているから、娘の言う通りにするというタイプ。「優しい怖がり屋さん」のような人ではないかと思っている。

このような人は、本当にいっぱいいる。医師の側にもたくさんいると思う。みんながよしとしているものに対して、急先鋒に立ちたい人なのかもしれない。

★メディアの責任や役割について

報道の自由は、本来は不正を正すものだと思う。戦前の報道のあり方の反省として、生まれてきたと思っている。それは、とても大切なことだ。しかし、自由は責任とセットである。自由に暮らすには責任も自分に降りかかる。

しかし、報道の自由を言っている人で、責任をとっている人はいない。自由のまま責任を放置している。だから、報道を見聞きして、命を失った人たちに対する責任をとっていない。本当は訴えられたっておかしくないことだ。

アメリカでは、そのような訴訟があるのではないか。近藤先生の本を読んで、最期は亡くなってしまった。だから損害賠償を請求する裁判を起こすということが。刑事訴訟はなくても、民事訴訟はあるのではないか。しかし、日本では民事訴訟すらないと思う。**日本のメディアは、報道の自由に責任はないと思っている**。しかし、報道の自由と言うのであれば、**報道の正義**もあるはずだ。メディアの影響力は大きく、影響力が大きいから自由が認められている。報道の正義や影響力の大きさについて、社会の仕組みの中のツールの一つである

【2】インタビュー：当事者の視点から

という意識があまりにもなさすぎる。

メディアは売ればよいという意識だけ。報道の自由は、社会的な正義があつてのこと。それが今や正義がどこかに行ってしまつて、報道の自由だけになつてしまつている。本当は不正を正すということが先にあつて、報道の自由があるはずである。いまは、それが非常にぶれてしまつていると思う。

★医療界の責任や役割について

近藤さんへの反論などを医師個人に言わせるのではなく、学会などで言って欲しいと思つている。学会とは、本来そういうものではないか。免疫療法についても、皮膚がんなどで本来的な成果を出しているものと、いわゆるインチキが全部一緒になつてしまつている。ビタミン療法もそうだし、温熱療法もそうだ。

米国のいいところは、インチキなもの、きちんとしたものとの境界線が引けているということだろう。標準治療と民間療法について、きちんと線が引けている。それに対して、日本はそこが全くグチャグチャである。その線を引けるのは、学会や公的機関だと思う。

日本では、**医療者同士で批判をすることがあまりないが、学会が医療情報のステータスを発表するべき**だ。自分たちのガバナンスきちんとしていくべきだと思う。

近藤さんが乳房温存療法を提唱した時に、医療界が近藤さんとしっかりと向き合っていたら、がん放置療法はできあがっていなかったかもしれない。医療者はみんな議論を恐れている。議論を恐れずにやらなければいけない。近藤さんは氷山の一角だと思う。

★一般の人や患者さんへ

メディカル・ライブラリアンと呼ばれる人たちがもっと出てきてほしい。

国立がん研究センターの情報サイトは、とてもしっかりしている。昔と比べて、とても良くなった。私は、とにかくがん情報サービスを見てくださいと言つている。症例数、ドクターなど、とにかくここを見ましようと呼んでいる。

最近では、その先、病院のホームページの中まで飛んで行ける。どんな体制なのか、どんなドクターがいるのか、常勤なのか非常勤なのか、全部わかる。そこまで見て、最終的には自分で選ぶ。

情報の入口から出口までつながっているから使つて下さいと言つているのだけれど、本当の急性期の診断された直後であれば、がんという文字自体を見たくもないと思う。だから、あのサイトを、どれだけの人が使つているのか。そう思つている。治療が終わつてからは見ることができると思う。しかし、本当にびっくりしてしまつている時は、どれだけの人が見ているのか。そういう時に一緒に見てくれる人がいるとか。

また、いきなり**がんになった時に、いま自分は、これからの道筋のどこにいるかを言ってくれる人**が重要。座標軸では今ここにいるよと言ってくれる人がいると、とても気持ちが楽になる。いま自分はここなのだ。私の場合は、夫がそれをやってくれた。資料をプリントアウトしてくれて、ガイドラインを持って来てくれて、多分いま君はこの判断をしなくてはいけないと言ってくれた。

それで私は、いま自分がどこにいるのかが分かつた。だからいまは、この辺りの情報を集めればよいということが分かつた。それがないと、自分ががんだということしかわからない。

それを言ってくれる人が一緒にいてくれるといい。診断された直後でもいい。本当はドクターが一番いいが、その役目をメディカル・ライブラリアンがやってくれたら、とてもいいと思つている。

ピアサポーターでもいい。ソーシャルワーカーでもいい。看護師さんでもいい。とにかく、少し冷静になることだ。

【3】林 佳子さん（仮名）

乳がん経験者。主治医は、日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科・勝俣範之氏。
慶應大学病院で、近藤誠のセカンド・オピニオンを受診した経験がある。

★乳がんと診断されて

2005年10月末、私は乳がんと診断された。私は病院と治療方法をなかなか決められないでいたが、慶應大学病院乳腺外科で抗がん剤治療を受けようと考えていた。

そんな時、アロマセラピーのインストラクターの先輩から、抗がん剤は体に良くないので受けて欲しくないという話があった。元々私も、薬はあまり好きではなかった。西洋医学は否定しないけれど、アロマセラピーの講座で効用について話をしていた私は、できるなら、この考えに飛びつきたかった。普段、痛み止めの市販薬も飲まない私が、抗がん剤治療を受けることは、自分の中では基本的にありえない。できれば受けたくないという思いが、とても強かった。

その先輩の母親の知り合いが、近藤誠さんの乳房温存療法の患者さんだったようで、近藤さんを紹介するから診察を受けて欲しいと言われた。

この時、近藤さんのがんもどき理論は全く聞いたことがなかったが、がん放置療法は知っていた。近藤さんのイメージは、抗がん剤治療を受けなくていいということだった。抗がん剤に抵抗があって治療を受けたくないところに、お医者様が自分の欲しい意見を言ってくれる。私は「来た！」と思った。

抗がん剤が効くのであれば全然迷わなかった。しかし、効く人と効かない人がいると聞いていたので、できるなら抗がん剤治療は受けたくなかった。

あまりのタイミングの良さと、間髪入れずに近藤さんに受診できることになったので、私は近藤さんの治療を受けると思っていた。自分が願っていた道。本当に決まると私は思った。夫にこれ以上、心配かけたくない、迷惑をかけたくないという一心だった

★近藤誠を受診して、抗がん剤治療を勧められる

近藤さんの診察に行ったら、診察室というより医局のような感じの場所だった。ちょっと大きな部屋に机が向かい合わせでいくつか固まっていて、その1つに近藤さんが座っていた。普通の診察室ではなかった。驚いたのは、病院内で放射線科は、近藤さんは、カルテを共有させてもらえていないようだったこと。改めてカルテをつくる手間はあった。

その時の私は、とにかく自分が願っていることを言ってくれる人だと思っていた。院内で逆風が吹く中、頑張っている人。ますます期待が高まり、拍車がかかっていた。近藤先生についていくというような思いで、かなり興奮していた。今思うとおかしいが、それくらい高揚していた。

2005年11月に入った頃だったと思う。勝俣先生に会ったのが、2005年11月21日。その前だった。この頃の私は、2～3日ごとに違う病院に行っていた。

近藤さんは、医局にあるようなグレーの事務机に向かっていた。白衣も着ていなかった。はい診せてって言われて、冷たい金属のような冷たい定規のようなものをしこりに当てた。そして6cm、もう6.5cmになっていると言った。高揚していた気持ちが、一気に冷めてしまった。

その後、触診をして、**近藤さんは、こんなに大きくなっていたら、まず抗がん剤をしようと言った。**私は放

【2】インタビュー：当事者の視点から

置ではなかった。私は、えー?という感じだった。一体何のためにここに来たのか。私は、抗がん剤治療が嫌で近藤先生のところに来ていたのに。ただただ、物事が進むという感じだった。

★近藤誠が紹介した病院へ

近藤先生は、神奈川県茅ヶ崎市にある病院の外科のドクターのところで抗がん剤治療をしてるように言った。治療はそこからだと言われた。私はその病院へ行った。ドクターはとても優しくかった。毎日の生活の辛さや痛みを労ってくれた。

その時の私は、抗がん剤を受けるつもりでいた。私のがんの状況では、抗がん剤を受けない道はもうないと思っていた。がん放置療法の近藤先生にも即答で抗がん剤治療と言われてしまったので、抗がん剤治療を受けるなら、慶應大学病院乳腺外科ではなく、この先生のところで受けようと思っていた。夫も、行ってみた上で、納得して治療を受けることができたら受けてみようと言ってくれていた。

茅ヶ崎の病院に行くと、胸のしこりが小さいのに、転移先の腋の下のしこりが大きいので、腕か手首からカテーテルを血管に通すやり方で点滴をする方法を説明してくれた。私はただただ凄い方法だと思って聞いていた。

★もう数字は、要らない。

それまでに、乳がんのステージについて聞いた記憶はあった。しかし、どの病院で何と言われたか、はっきりと覚えていない。告知の時、昭和大学藤ヶ丘病院で言われたのは、ステージⅢだったのだろうか。腋の下に転移があるのでステージⅢと。しかし、はっきりとは覚えていない。

私は、インターネットや本で情報を集めた。5年生存率が50%を切っていたと思う。それを見た瞬間に、地面がガタガタガタと崩れる感じ、ズーンと落ちていく感じがした。この世の中で確かなものはないと思った。私はみんなと同じところにはもういないと思った。自分の足元が大きく割れて、そこに落ちていく感じだった。

そしてその時に、もう**私には数字は要らない**と思った。生存率の数字など、私にはもう要らないと思った。それまでにインターネットや本で見てきた数字は、もの凄いのばかりだった。抗がん剤が効く率など。しかし、もういい。考えてもわからないと思った。自分が効くのか効かないのか。生存率が50%を切っている、どっちに入るのか。私がいくら考えてみても分からない。神のみぞ知ると思った。

★夫の励まし

いつも夫に言われていたのは、現実は全て、ありのまま受け止めようということだった。なぜとか、どうしてとか思いたくなるけれど、それはやめよう。がん告知の前だった。おそらく、夫の方が早くから、覚悟していたのだと思う。そして、僕たちはどうしたらいいのかを考えていこうと言われた。

茅ヶ崎の病院は緩和ケア病棟もあり、追い出されることはない聞いていた。外科のドクターも本当に優しくかった。病院自体の雰囲気もよく遠くて大変だとは思っていたが通うつもりでいた。近藤先生の怖さを中和して余りあるものがあつた。しかし、結果として茅ヶ崎の病院では治療をしなかった。

★義母と義妹のたつての願いで、国立がんセンター受診

茅ヶ崎の病院での治療を決めた頃、和歌山の義母から連絡があつた。治療先が決まったことは聞いているが、ぜひ一つ行だけ行って欲しい病院があるということだった。それが、国立がん研究センター中央病院だった。

私は、がんセンターは絶対に嫌だった。なぜなら全摘率が高かつたから。そして、がんセンターに通うとい

【2】インタビュー：当事者の視点から

うことは、まさに自分ががんと向き合うことになるわけで、自分の選択肢になかった病院だった。診察カードにがんという文字が印字される。病院の名前をいう時もがんと言わなければならない。それは、とてもしんどい。だから、ないと思った。しかし、義母と義妹のたつてのお願いだったので行くことにした。

義妹の伝手で、まず予防・検診研究センター長に面会した。持参した全部のデータを見てもらったところ、とても珍しいケースだと言われた。胸のしこりは1.2cmなのに、腋の下はどんどん大きくなっていった。外へどんどん向かっていく性質の強いがんで、年齢も若いから進行も早いと言われた。

治療はまずは抗がん剤なので、たまたまその日の外来担当だった勝俣先生の診察を受けた。

★最悪だった、勝俣先生の第一印象

勝俣先生の診察室に入った瞬間、これはないと思った。とても素っ気なかった。もう何?という感じだった。紹介状はなかったけれど、予防・検診研究センター長への直接の紹介で、慶應大学病院から来たというのには分かっていたと思う。これで、慶應で治療を受けることが本当に決まったと思った。近藤先生か外科がまだ迷っていたが、慶應は確定したと思った。

勝俣先生は私のことを見ない。眼鏡がキラッと光ったように感じた。せっかちで、はあ?という感じだった。今から思えばお疲れだったと思う。夕方、最後の最後の診察だった。しかし何しに来たの?という感じだった。今まで会った、どのドクターよりも無理だと思った。近藤先生よりも無理だった。

勝俣先生は、がんセンターに来ても慶應と同じ治療だと言った。正直、慶應に戻ってと言っている感じだった。あの頃、がんセンターは患者さんがとても多くて、できるだけ新しい患者さんを受けないように、増やさないようにする方針があったらしい。

私も、もう本当に結構だという感じだった。ただ、私はでは止めておくとは言えず、はあという感じで言ったら、勝俣先生は、がんセンターで治療を受けるのであれば、ここでしかない治療があると言った。それで、ますます不信感が募った。慶應と同じ治療しかししないと云ったばかりなのに。しかし確かに、勝俣先生はそう言った。

そして、ここで治療を受けるなら、いま隣の部屋にいる外科のドクターの診察を受けて下さいと言われた。私はとりあえず隣の診察室に行った。そのドクターは衝撃的だった。僕は慶應を出ているから大丈夫。がんセンターで治療することに決めたんでしょうと。

今までは、どんなドクターに私が頑張りますと言っても、辛いとか、自分には荷が重いと言われてきた。それががんセンターでは大丈夫だと。ここで治療するのだろうと。慶應を出ているから大丈夫だと。私には全く意味が分からなかった。ここで治療するのは、本当に無理だと思った。

そのドクターは、大丈夫だが乳房は全摘と言った。私ができれば温存がいいと言ったら、がんになった乳房を残したら気持ち悪いでしょと言った。私の体に対して気持ち悪いという言葉は、とても響いた。自分の体だからこそ、できれば温存したかった。打ちひしがれた感じで勝俣先生のところに戻った。

全摘だと言われたと話したら、とにかく抗がん剤をやってみないという事だった。勝俣先生にも不信感を感じて、やはりがんセンターはなしだった。

★起死回生

席を立ち御礼を言って、診察室を出ようと思った時、私は無意識に勝俣先生に言った。

“先生、私は生きることができますか?”

すると、それまでろくに私の目を見なかった勝俣先生が、初めてぱっと私の方を向いた。

【2】インタビュー：当事者の視点から

それまでとは別人の勝俣先生がこっちを向いて言った。

“それは、あなたにとってとても大事な質問ですね”

私は、はいと言った。勝俣先生は、もう一度座って下さいと言った。

勝俣先生から、3つのことについて話があった。

一つ目。**がんになったことで自分を責めないでください。**今や2人に1人ががんになる時代。がんになったことで、あなたは決して自分を責めないで下さい。

二つ目。ここで治療を受けることに決めたら、**日本の最善で最高の治療を提供します。**

ただし、治療が効くか効かどかは、やってみないとわからない。仮に効かなかったとしても、それはあなたのがん医療の技術が追いついていなかっただけのこと。

三つ目。治療を始めたら、あなたはとてものがんばる人だと思います。でも、**僕の前では泣いて下さい。**なぜかという、最高の医療とは匙加減。あなたが、あなたの辛さを僕の前で見せてくれないと、僕は薬の匙加減ができない。だから、僕の前では泣いてください。

このような話は、今までされたことがなかった。厳しい話もあったが、事実だけは淡々と受け止めようという夫の言葉と少し重なった。事実を言ってくれたということが、逆に救いになった。

母によると、私はどの病院でも同じ質問をしていたらしい。医師の答えは、「一緒にがんぼうろ」「治療は辛い」など、ほとんど同じだった。

勝俣先生の3つの話は、本当に心に響いた。私はポロポロ泣いていた。自分を責めていた。なぜがんになってしまったのかと思っていた。家族に迷惑をかけている、心配をかけていると思っていた。

★治療決定の決め手

それでも家に帰って、国立がんセンターで治療を受けようとは、まだ思うことができなかった。それくらい、勝俣先生の最初の対応は酷かった。外科のドクターには気持ち悪いとまで言われてしまっていたので、それも引きずっていた。

するとその夜、**夢に勝俣先生が出てきた。**シチュエーションは、アテネのパルテノン神殿。その柱の奥から、トコトコと早歩きで私服の勝俣先生が歩いて来た。階段をトコトコと降りて、トコトコと来て、私の真正面まで来た。そして**私の視界いっぱいに勝俣先生の顔が広がった。**夢はそれで終わった。

そして次の日。朝、私は夫に国立がんセンターで治療を受けると言った。夫は、私が絶対に嫌だと言っていたがんセンターだったので、とてもびつくりしていた。夫から理由を聞かれた。勝俣先生が出てきた夢の話をした。夫は、分かってくれた。こうしてようやく、主治医が決まった。

★奏功したが、副作用も酷かった術前抗がん剤治療

2005年12月初めから抗がん剤治療を開始した。治療期間は6か月。最初の3カ月は、FECを3週間に1度。後半の3カ月は、ウイークリーでタキソールだった。この組み合わせは、当時の最善の治療だった。

効果は目を見張るものがあった。しこりは明らかに小さくなった。副作用は、FECでは大したことなかったが、タキソールの副作用はとても酷かった。体の痺れ、最後の方はどうしていいか分からなかった。眠っていてもお風呂に入っても、何をしても身の置き所がなかった。全身の痺れが襲ってきて途方にくれた。勝俣先生に泣きながら抗がん剤の減量をお願いしたが、その度に励まされ、何とか治療を乗り切った。

★危うく乳房全摘の危機

外科ドクターと手術については、とても心配だった。**その後の診察でも、再び全摘手術を勧めた。**勝俣先生に、乳房を全摘しても温存しても治療成績は同じだと確認していたので、重ねて乳房の温存を希望した。

しかし、**手術前日の説明の時、外科ドクターはまた全摘を勧めた。**否応もないような言い方だった。私は心細くて泣いた。とても怖かった。そこに勝俣先生が来てくれた。事情を話したら、温存のことを外科ドクターに話してくれると言ってくれた。そして、手術が終わったら、また勝俣先生が主治医になってくれることを約束した。

後で聞いたが、勝俣先生は約束通り、外科のドクターに乳房温存の念押しを連絡してくれた。もし勝俣先生が連絡してくれなかったら、乳房は全摘されていたかもしれないとも聞いた。今思い出しても、とても怖い。

手術後、勝俣先生は退院するまでの間、毎日朝と夕方。外科の回診よりも早く来ていただいた。たくさん話をした。本当にいい先生だ。

★術後の放射線治療、ホルモン治療

手術して1か月後、放射線治療をした。並行してホルモン治療も開始。5年間服用した。

病期は、ステージⅢAだった。

大学病院では鎖骨上に転移があるって言われたが、がんセンターでは鎖骨上にはないとの診断だった。何が正しくて、何が間違っているのか。本当にわからない。

2011年頃、ホルモン治療も思わって、今は無治療。定期的な経過観察のみだ。

★がん放置療法について

一言で言えば、**ふざけるなど言いたい。**しかし、**治療前のあの時であれば、私は受け入れていたかもしれない。一度は、もう治療方法はないかもしれないと思っていた。**だから、本当に怖いと思う。**患者さんの揺れる気持ちが分かるから、ふざけるなど思う。**

私の場合、元々、治療を受けたくなかった。できれば抗がん剤治療も、手術も受けたくなかった私が、治療を受けて、今生きている。なおさら、治療を受けたことのありがたみ、治療を受けて良かったという思いが、人一倍強い。

★近藤誠の情報発信活動について

近藤さんが出演した「中居正広の金曜日のスマたちへ」⁸⁸を観た。あえて観た。凝視はしなかったが、ながら視聴をした。

私は、**勝俣先生から、近藤さんのいいところも聞いている。とても頭の良い人だと思う。人に伝える力、影響力もあると思う。断定したり、言い切ったり。患者さんは誰かにすがりたいので、尚更だ。**

私もそうだったが、いろいろな病院に行っている中では、**もう誰か決めて欲しいと思ってしまう時がある。自分の命なのに、絶対の正解が分からない中で決めていくことに疲れてしまう。**どれか一つを選んで、もしそれが効かなかつたら考えると、もうどうしていいのかわからなくなってしまう。もう誰かに決めて欲しいという気持ちになる。**そんな時に、お医者さんが、しかも自分にとって楽な方に断定してくれたら、そちらの方に行ってしまうようになる。**

近藤さんは、コミックなど、**いろいろな方法を使って情報を発信している。またネーミングも上手だ。本の題名は、ひとの心を掴んでくる。**だから、もったいないと思う。**その力を、患者さんを一人でも救う事に使っただけいたら、どれだけいいだろうと思う。**

【2】インタビュー:当事者の視点から

近藤さんは、患者さんを見ていないのではないかと。では近藤さんは、何を見ているのだろう。私には分からない。

★メディアの役割や責任について

近藤さんを紹介したり、近藤さんの本を出したりしていることに、いい加減にしろうと思う。

私は普段から、マスコミをあまり信用していない。新聞もあまり読んでいない。テレビに比べたら、まだ新聞の方がいい。テレビのニュースは観ない。

テレビは、自分で観たいものを選ぶことがあまりできない。インターネットだったら、まだ自分で選ぶことができる。新聞もそう。テレビは、不意に思ってもいない衝撃的な画像や映像が目飛び込んでくる。それを観るのが苦手。だから注意して観ないように気をつけている。

【4】三好 綾さん

乳がん経験者。がん放置療法等について患者から相談を受けた経験がある。

NPO 法人 かんサポートかごしま理事長

一般社団法人 全国がん患者団体連合会理事・事務局長

★がんもどき理論、がん放置療法について

端的に言って、とてもずるいと思う。患者さんの心理を利用したもので、科学的ではないと思う。個人的にも、患者会のリーダーとして相談を受ける立場としても、本当に迷惑だ。患者さんの命に関わることなので、本当に許せない気持ち。

近藤先生の本は、一通り読んでいます。読んでおかないと、患者さんの相談に対応できないので、新刊が出たら読んでいます。最初に読んだのは、「再発・転移の話をしよう」⁸⁹。個人的な理由で読み始めた。健診で肝臓に影があるという結果が出て、初めて再発の恐怖をリアルに感じた。その時、初めて近藤誠の本を読んだ。再発したらどうなるのか、どうすべきなのか。近藤さんのことを信じていたわけではないが、自分の事となったら読んでおかなければいけない気がした。

しかし、読んだらとても怖くなった。再発したら助からない。もう何もすることはないと書いてあった。がんもどきという言葉はなかったが、再発したら助からない。再発しないものは再発しないと書いてあった。読んだことを本当に後悔した。そして、この本は絶対患者さんに勧められないと思った。何の希望も書いてない。近藤先生は、何のためにこの本を出版したのだろうと思った。

その後しばらく、近藤さんの本を読む気にならなかったが、がんもどきに関する本がたくさん書店に並ぶようになり、患者サロンにやってくる患者さんが近藤先生の本のことをメモして持ってくるが増えたので、情報収集という意味合いで立ち読みをするようになった。そして、勝俣先生が週刊文春で近藤さんに反論をした2011年頃から⁹⁰、近藤先生の本を買うようになった。知識を蓄えるということではなく、患者さんがどんな思いで読んでいるのかという観点から、近藤先生の本を買って読むようになった。

⁸⁸ 中居正広の金曜日のスマたちへ 2時間スペシャル 2人の異端の医師に迫る.TBS,2014;10月3日 21:40~23:28

⁸⁹ 近藤誠,アイデアフォー.再発・転移の話をしよう.三省堂,2003

⁹⁰ 鳥集徹取材・構成.勝俣範之,上野直人.「抗がん剤は効かない」は本当か.週刊文春,2011,1月20日号:147-151

★近藤理論の各論について

近藤先生の考え方について、それぞれ考えてみた。

明らかに×がほとんどなのだが、**日本のがん手術偏重主義。切れる臓器は切りたい。儲け第一主義は、そうなのかもしれない**と思うところはある。儲け主義というようなところは、なきにしもあらずで×をつけることができなかった。

手術が局所転移リスクを高める。メスを入れたところのがん細胞がとりつき、爆発的に増殖というのは、治療している時にいつも聞かされていたことなので正しいのかもしれないと思った。

放射線は、正常細胞の幹細胞も殺す。正常細胞もやっつけてしまうというのは、その通りかもしれないと思う。晩発性放射線障害の懸念。腸閉塞や出血、放射線で誘発されるがんについては、一部に放射線障害というのはあると思う。

がん検診の有効性を示すデータはない。そのことを専門家も認めている。お金のためにやっているということも、自信をもって×をつけられなかった。

それ以外は、×だと思う。分からないこともあるが、勝俣先生の「抗がん剤は効かない」の罪を読んで学んだこともたくさんあった。医療者ではないので、他の医療者が話す内容で判断するしかない。×と信じたいという気持ちもあって、ほとんどが×だと思う。

★近藤誠の情報開示、乳房温存療法について

近藤先生が出演した「中居正広の金曜日のスマたちへ」を観て、かつての近藤先生の取り組みを知った。かつてはいい先生だったのだと思った。あの時代に近藤先生が乳房温存療法の実践と普及を進めていたから、現在の標準治療に繋がっている。インフォームド・コンセントや患者中心の医療、患者さんが決める医療は、いま私たちが大事に思っていること。それは間違っていなかったと思う。だからこそ、なぜ、がんもどき理論やがん放置療法になってしまったのかが理解できない。

一方で、一人の患者としては、がんもどき理論やがん放置療法が確かに間違っていると言うため、どれだけのエビデンスがあるのか、自分でもきちんと知っておく必要があると思う。いつの時代も、先進的なことはとかく認められないことが多い。最初は乳房温存療法もとても叩かれて、有力な患者会からも反発されていた。そんな状況の中、近藤先生は信念をもって突き進み、一つの療法として温存療法が確立された。この事実が、特に患者さんの心理を揺るがす一つの柱になっていると思う。

多分近藤先生も、それを売り文句にしているのではないかと。昔、乳房温存を始めた頃は叩かれていた。それが今では標準治療として認められている。だから、がんもどきも、がん放置療法も、きっと同じように認められることになる。近藤先生は、そう言っているのではないかと。そう思うと、患者さんの心理としては、将来の乳がん患者は、みんな放置しているのかもしれないと思ってしまうのではないかと。

私も、10年後、20年後のことは分からない。近藤先生が今言っていることは、医療の主流では間違いだと言われているが、本当のところは分からない。だからこそ、近藤先生は伝え方がずるいと思う。

★近藤理論についての患者さんからの相談

近藤さんだけの相談はそれほど多くはないが、その他のいろいろな治療方法に広げるといっぱいある。2か月に1回くらいはある。こういう療法をやっていると、ずっとがんを放置してきて、今はこのような状況になったとか。放置している理由が全て近藤理論によるかという、そういう訳でもない。

鹿児島県の病院では、がん治療でエビデンスの怪しい治療を行っているところがある。正しい医療をすす

【2】インタビュー:当事者の視点から

める会というような名称の NPO でも、フコイダン療法をするお医者さんがいる。そのような、いわゆるトンデモ療法も含めると、これはもう近藤先生の問題だけではない。

私たちが説明をしても、分かってくれない人もいるが、患者サロンに相談に来る多くは、今のままでいいのが不安になっている人たちだ。そういう人たちは、もっと早く患者サロンに相談していれば、トンデモ療法を選ばなかったのにと後悔し、自分を責めてしまう。

患者さんたちをそんな気持ちにさせてしまうことが、とても悲しい。まだ取り返しのつくステージだったらいいが、取り返しのつかない時期になって来られる患者さんもいる。その人たちに、もっと早く患者サロンに来ていければ、私はきちんとした治療を受けることができたのと言われることが一番しんどい。だからとても頭にくる。亡くなった仲間もいる。近藤先生だけのせいではないが、救える命を救えていないと思うと、本当に残念だ。

★最近の近藤誠の情報発信について

金スマ以外では、BS フジで放送していた対談番組⁹¹を観た。最近の近藤さんの本は、がんもどきやがん放置療法とは少し距離を置いたような、普通に見える本も出している。あのやり方は、とてもずるいと思う。最近では、近藤誠のリビングノート⁹²を買った。自分の専門分野ではないところまで広げて、売れば何でもいという売り方だ。今までは、抗がん剤は効かないというストレートなタイトルの本だったから、絶対に買わないという人もいた。しかし、リビングノートのように、世の中で関心が高くなっている言葉があれば、つい手に取ってしまう人もいる。

また、いま連載中のコミック誌のマンガ⁹³のような、よりマイルドなやり方での情報発信は、最初から読もうと思っていない人にも読むきっかけをつくってしまう。元々はがんに興味がない人でも、コミックの読者であれば「医者を見たら死神と思え」を読むかもしれない。その結果、まさにタイトルの通り、医者を見たら死神だと思ってしまうかもしれない。マンガ好き、コミックの読者であることがきっかけで、近藤さんの考え方に影響される可能性があるということになる。フィクションと断っていても、近藤誠監修ということで、近藤理論の内容が知らず知らずに刷り込まれてしまう。とても巧みなやり方だ。

★近藤誠の情報発信が上手だと思うところ

患者さんと接する時の語り口が、とても柔らかいように思う。あなたのためという感じが伝わるのではないか。そういうところは上手だと思う。

肩書きを上手に利用していると思う。また、患者さんにもデータを明らかにして示している。特に優れているとは思わないが、やり方が上手だと思ふ。

何よりも優れていると思うのは、良くも悪くも有名になったということ。有名だからこそ売れる。そして信用される。有名になることが上手だったのかもしれない。

⁹¹ サンデースペシャル ニッポンの選択 がんを放置する医師 vs.がんを手術する医師.BS フジ,2014;6 月 29 日 19:00~20:55

⁹² 近藤誠.近藤誠のリビングノート ガンを安らかに迎えるための読むセカンドオピニオン.光文社,光文社新書,2015

⁹³ よこみぞ邦彦原作,はしもとみつお作画,近藤誠監修.医者を見たら死神と思え.ビッグコミック.小学館,2014;11 月 25 日号から連載中

★近藤理論が支持される理由

私が免疫療法をやったのは、命が助かりたかったから。死にたくなかったということが、何よりの理由だった。抗がん剤が終わったら、標準治療はもうないと言われた時の不安感が、とても大きかった。ステージⅢと言われ、抗がん剤で治療が終わって、あとは再発があるかどうかを待って下さいと言われたようなものだった。とても怖かったから、何かしなければいけないという気持ちになった。がんもどきやがん放置療法とは反対の考え方だが、何かやらなければいけないという、人の弱さ、恐怖心からできる治療を探して、私は免疫療法を受けてしまった。

近藤理論が支持されるのは、私が免疫療法を選んでしまった理由に似ていると思う。患者さんの本音は、やはり楽な治療がいい。抗がん剤治療が大変だということは、みんな予備知識として持っているから、しんどい治療を本当はしたくない。そのような患者さんの気持ちが、うまく利用されているように思う。

慶應大学病院のお医者さんが、抗がん剤治療をしなくても助かりますと言ったら、それは信じたいと思う。患者さんは情報が少ないということがあるかもしれないが、気持ちが大きく揺さぶられて、がん放置療法やトンドモ療法を信じてしまうのだろうと思う。

患者さんの気持ちが弱いからだとは思わないが、信頼できる情報に辿り着けなかったこと、そうした情報を修正したり訂正したりする機会に巡り合わなかったことが、残念でならない。

近藤先生は、患者さんの心に入り込むのがとても上手だ。だがそもそも、近藤先生はがんもどき、がん放置療法を本当に信じているのだろうか。私は、懐疑的だ。抗がん剤不要論などを近藤先生は本当に信じているのだろうか。**実は、標準治療に対抗するためだけに主張しているのではないか。**患者さんは、判断材料を持っていない。仕方ないと言って済ませてはいけないことかもしれないが、**患者さんの気持ちとしては仕方ない。患者さんを責めることはできないと思う。**

★メディアの責任や役割について

近藤さんの考えを支持する患者さんが亡くなる責任の一端は、やはりメディアにあると思っている。近藤先生の考えがメディアに載った時点でいろいろな影響が出る。**それを見た患者さんたちは、見え方だけで信用してしまう。メディアは売ればいいのか、視聴率が取ればいいのか。**命に関わる医療については、別物だと思う。抗がん剤やがんの放置を全国放送で放送してしまうことで、**どれだけの影響があるかを想像してほしい。**

報道の自由、言論の自由はとても大事なことだが、**命に関わる医療については何らかのルールがあるべきだ**と思う。**自殺報道の自主規制⁹⁴のように、同じ命に関わる医療についても何か規制を考えることはできないだろうか。**現状、メディア報道は、あまりにも自由過ぎるような気がする。

雑誌の場合、まだ選ぶ余地がある。興味がある人が手に取る。しかしテレビは、垂れ流しのようになってしまうもの。特にバラエティで、スマップの中居正広さんが司会をしているような番組は、若い人をはじめ子どもまで幅広い人が観ている。そこで刷り込まれた情報が、どれだけの影響を及ぼすかを考えて欲しい。**メディアに対しても怒っている。**

⁹⁴WHO 自殺予防 メディア関係者のための手引き 2008年改訂版日本語版. 河西千秋訳. 横浜市立大学医学部精神医学教室. 2009
http://ironnakokoro.sunnyday.jp/siryousupre_media2008.pdf

【2】インタビュー：当事者の視点から

★医療界の責任や役割について

学会の本来の目的とは何かを問いたい。学術集会でエビデンスがある研究を発表して、さまざまな研究を行ってシェアしていくのが学会の仕事だと思うが、その中で**まがい物、偽物を叩くことができないのか**。医療者の立場としては、偽物は相手にしなければいいということかもしれない。しかし、それは、やはり医療界の考え方でしかない。**間違っている情報に対しては警告、訂正などの声明を出して欲しい**。意思統一が難しいこともあるかもしれないが、その困難を乗り越えて、学会の役割を果たしていただきたい。そのためには、情報が間違っているという証拠を整える必要があり、それは私たちが考えている以上に困難であるのかもしれない。近藤先生は、正しいことも言っているから、余計に状況を複雑にしているのかもしれない。

また、**近藤先生のがん放置療法は何もしない療法だから、学会としては叩きづらいのかもしれない**。放置だから医療をやっていない。**何もしないことは間違っているとしか指摘できない。それもこの問題の難しいところなのか**。

いずれにしても、学会にはがんばっていただきたい。私たち患者会も、医療界に然るべきお願いをしたり、必要に応じてできる限りの協力をしたり、相応の責任があると思う。

これは、**国立がん研究センターについても同じことだ**。がん対策情報センターがナショナルセンターとして情報発信の仕事をしている。**その業務範囲の中で、近藤理論に対する意見や指摘を行って欲しい**。これまで何もしてきていないということではないが、扱う情報量が膨大で、情報内容も高度かつ専門的で多岐にわたっているため、目に見える活動を実感するには学会同様に難しかったのかもしれない。乗り越えていかなければならない困難がいろいろあると思うが、救える命を救うため努めていただきたいと思う。

★一般の人や患者さんへ

がん放置療法は間違いだと指摘するということは、それを信じている患者さんを傷つけることにもつながると考えている。勿論、正しいことを正しいと言うことも大切だが、**必ずしも正しくないものを選んでしまった人たちを責めたり、馬鹿な患者だと言ったりするのは、避けていただきたい**。その場合の対応、情報の伝え方は、まさに寄り添いそのものになるので、とても難しいと思う。あくまでも近藤先生とメディアが悪いという指摘はいいと思う。放置療法を選んだ患者さんは、自分が被害者と思っていない人もたくさんいる。たまたま放置を選んでしまったという括りで発言や指摘をしていただきたい。

また、勝俣先生のように、特定のお医者さんが個人で近藤さんと闘うものではない。個人で闘うものではないし、個人で闘えるものではないと思う。学会や国立がん研究センター、あるいは同じ意見を持つ医療者の有志が集まるなど、協力して対応していただきたい。

【5】上野 創さん

精巣腫瘍経験者。がん放置療法等について患者から相談を受けた経験がある。
朝日新聞写真部デスク

★がんもどき理論、がん放置療法について

“がんには、本物のがんとがんもどきがある”という**近藤さんのがんもどき理論、こうした二元論は非常に乱暴なのではないか**と考えている。がんもどきであれば、がんは一定の場所にとどまって、悪さもしなければ

【2】インタビュー：当事者の視点から

転移もしない。命にも関わらないため、早期で見つかったとしても放っておけばいい。かえって手術をする方が、身体に害悪があると近藤さんは主張する。逆に、本物のがんであれば、がんが見つかった時には既にどこかに転移している。いろいろ治療しても手遅れなだから、いろいろな治療をしても無駄であると、近藤さんは言う。

しかし私は、**本物のがんとがんもどきの間に、“グラデーション”があると思うし、そんなにすぐにどちらかを見分けることが可能なのか、疑問を感じる。**両者を早い段階で見極められるという主張の根拠も分からない。

早期がんであってもすぐに対処した方がいい場合。あるいは、進行がんであってもなくても、治療することによって患者さんにとってのベネフィットが大きい場合。再発・転移していても治療を受けることで、患者さんのベネフィットがリスクを上回ると思われる場合など、**さまざまなケースがある**と思っている。近藤さんのように、**がんをすぐに2つだけに分けてしまうのは乱暴だ**と思う。

がん放置療法は、一つの対処法ではあると思うが、治療法ではないと思う。近藤さんのように、まるで治療法の一つであるような標榜の仕方は適切ではない。

その意味で、全てではないかもしれないが、近藤理論は多くの患者さんにとって不利益になるのではないか。**元・慶應義塾大学医学部講師という、近藤さんの肩書はとても立派なもので、しかもつらい治療を「むしろしない方が良い」と言ってくれるのだから、多くの人が信じるという面がある**と思う。**もっと良い予後があったかもしれないのに、近藤さんの情報発信を信じることによって予後が悪くなる。あるいは、もっと長く生き、完治したかもしれないのに、そうした機会を逸している人がいる。**そのことが、非常に問題ではないか。

★近藤理論の各論について

私は医療者ではないが、**抗がん剤の効果が見込めない人にも使われて副作用に苦しめられている問題や、外科と内科の壁が患者に不利益をもたらしているケースがあることなど一部については間違いとは言えない**と思っている。しかし、**それ以外の多くを断定してしまうこと、言い切ってしまうことは間違い**ではないだろうか。

手術、抗がん剤、そして放射線は、がん治療の3つの大きな柱である。近藤さんは、一部のがんを除いて殆どのがんについては、その3つとも全てが不要で害悪の方が大きいと言っている。これでは、いま日本で行われている標準治療は、殆どが間違っていることなり、ガイドラインも誤りだらけで、がん医療を根底から覆すことになる。

そうであるならば、近藤理論と同じ趣旨の主張や論文、エビデンスがもっと出てきて然るべきだと思うが、そういう状況にはなっていない。また、より多くの人々が近藤理論を支持して、全くその通りだと言っているならわけでもなく、**30年の長きにわたって近藤さんが主張し続けている中で、医療者であれ研究者であれ、近藤理論を支持する声はあまり聞かない。**

繰り返すが、近藤さんの考え方には、一部正しい部分もある。近藤さんが指摘するような患者さんはいる。そのような事実は、尊重しなければならない。近藤理論を支持する声が一般から挙がっているという現実に対しては、医療界も真摯に対応してほしい。しかし、**彼の理論が全て正しく、これに則ってこれからのがん治療を大きくパラダイムシフトした方がいいとは、全く思わない。**

実際、私は多くのがんで、早期に医療的な対応をした方がいいと思っている。手術、抗がん剤、放射線という3つの柱のどれを使うのかということは、それぞれのがんで、それぞれのタイプで変わってくると思うが、**少**

【2】インタビュー：当事者の視点から

なくとも放置しておくのが最善の方法とはまったく思わない。早い段階で「がんもどき」と「本物のがん」に分けられないと考えるからだ。

患者の心理としても、放置することが患者にとってプラスに働くとは思えない。がんである以上、やはり何かきちんと対応した方がいいのではないかと、という思いを抱えて生きることになると思う。**放っておくのが一番いいと言われて安心する人はいるかもしれないが、本音の部分で本当のそれでいいのかと、迷いながら、それからの人生を生きていく人もいるのではないかと。**

★近藤誠の情報開示、乳房温存療法について

私は大学に入学したのが1990年だったので、80年代から90年代にかけての近藤さんの情報発信をリアルタイムで見ていない。しかし、文献や報道で振り返ると、近藤さんは患者本位のとても重要な指摘をしていたと思う。医療界が抱えていた、いわゆる医療ムラのさまざまな矛盾や、患者の利益を第一に考えていないような振る舞い、効かない薬を認容して平気で使っていたこと、教授の考えだからということでエビデンスがはっきりしない治療を当然のようにしていたこと。それも、それぞれの医局ごとに別々の治療を、同じ病気、同じ進度、同じタイプ、同じ進行度の患者に対して平気で行っていたこと。

乳がん治療でいえば、乳房だけでなく筋肉まで全部取る必要があったのか。乳房を取っても取らなくても治療成績は変わらないと海外で証明されているにもかかわらず、そういう事実全く目を向けなかったこと。当時の日本の医療が抱えていた、さまざまな問題に対して、大きな一石を投じた功績は大きいと思う。私も近藤さんの名前を最初に聞いた時は、患者側に立って情報発信する医師だったというイメージがある。

乳房温存療法は、乳房を温存することが素晴らしいのではなく、きちんとしたエビデンスもないのに不必要な治療をしているということをあきらかにして、それに警鐘を鳴らしたということが、非常に重要な役割だったと思う。

特に、インターネットが普及する前のことである。患者が医療情報を自力で入手することがなかなかできない時代だった。パターンリズムも当たり前だった。セカンド・オピニオンも、許されるような状況ではなかった。医師に質問することも憚れるような時代に、近藤さんが医師の側から、それはおかしいと発言したことは非常に意味があったと思う。少なくとも、この時期についてはそう思う。

そんな近藤さんが、なぜがん放置療法という考え方に至ったのか。それは、全くわからない。医療界が近藤さんを全く尊重しなかったからと仰っている人もいるが、正直わからない。

近藤さんとしては、本当に正しいと思ってやっているのか。それとも、実はそうではない何か別な理由でもあるのか。全くわからない。

★近藤誠の情報発信が上手だと思うところ

近藤さんが、**一部正しいことを言っているというのは上手だ**と思う。全部が全部、おかしい理論であると誰にも相手にされないし、信憑性もなくなってしまう。

たとえば、精巣腫瘍も含めて抗がん剤は一切必要ないとか、血液疾患を含めて抗がん剤は効かないと言ってしまうと、それは明らかな間違いになるが、それらは抗がん剤が効くタイプと言っているのは正しい。

手術によって播種を起こしたりする場合があるというのも正しい。抗がん剤が害悪でしかない場合、すなわち副作用しかなくて効果が期待できない場合でも抗がん剤治療をやっている医師もいる。あるいは、無理な手術をしている医師もいる。近藤さんが、**それでいいのかと指摘していることに関しては間違っているわけではないのだろう。**そういうところは上手だと思うし、優れていると思う。

★近藤理論が支持される理由

全体として、**医療界のさまざまな問題があるからだ**と思う。

群馬大学医学部附属病院の腹腔鏡死亡事故の問題。きちんと患者さんに説明していない。診療科や教授の考えによって治療法が相変わらず全然違っている。治療のリスクがベネフィットよりも明らかに大きい治療をやっている医師。論文を書くことに大きなウエイトを置いていて、患者さんにとって最善かどうかを考えない医師。患者さんを傷つけたり突き放したりするような言葉遣いをする医師。裁判対策でしかないインフォームド・コンセントを行う医師。**以前よりも「患者の利益を最優先に」「医療者側の論理だけで突き進んではいけない」といった風潮が広がり、心ある医師が増えている頼もしい現実はあるけれど、それでもいまだに医療界は問題がたくさんある。**

また、**患者の側も、「つらい副作用のない対処法があるのではないか」「いま、元気なのだからなるべく病院に行ったり治療を受けたりしたくない」といった心理がある。「病院での治療よりも民間療法の法が体に負担が少ないし、効果も高い」と言われれば信じたくなるし、著名人がなくなったときに、「無理に治療したから寿命を縮めた」などと言う医療者がいれば、「自分はそうはなりたくない」と思うものだろう。**

こうしたことが、近藤理論が支持される一つの背景にあるのではないか。それは近藤理論だけではない。健康食品から免疫療法まで、エビデンスのはっきりしないものにすぎる理由になっていると考えられている。

実際のところがん治療が本当にきつい場合がある。抗がん剤も分子標的薬も、以前と比べて補助療法が随分よくなってきている。私が治療をうけた頃と比べると、制吐剤をはじめ、白血球の数を増やす薬など、副作用に対処する補助療法が出てきているし、痛みを軽減する緩和医療の分野も、非常に進んできている。それでも、なかには治療を断念したくなるほどの強い副作用が生じる場合がある。**「治療をしない方が長生きする」と言われれば、心が揺れるのは当然**だろう。

がんを放置した方が暫くは、そのまま普通に暮らせる。がんは腫瘍が広がっていくにつれて少しずつ具合が悪くなるわけではない。具合が悪くなるのは、**本当に最後の数か月**という感じである。そういう状態になるまでは、**病気のために具合が悪いのではなくて、くすりの副作用のために具合が悪い。**抗がん剤から逃げたい、**抗がん剤治療を避けたいという心理は当然**ある。手術も含めて、がん治療の辛さがあって、それがそもそも効かないのだから止めた方がいいと言われれば、やはり支持したくなる。

以上のように、**医療の不確実性、患者に寄り添ってくれない医療者の存在、できるならばつらい治療を避けたいという患者の心理**などが、近藤理論が支持されることに大きく影響しているように思う。

東日本震災の時に**正常化バイアス**ということが指摘された。**非常に大変なことが起きているのに、大事ではない、そう思いたいというバイアス**が、人の防衛本能として働く。それで、大津波が来ると言われても逃げなかった人もいた。すぐ目の前に危機が迫ってきていても、自分がいるところまでは来ないと思おうとする気持ちが働く。本当に深刻だと受け止めること自体、とても大変なことだからである。

★メディアの責任や役割について

メディアが批判される時、何をもちてメディアといつているのか。例えば、テレビのバラエティ番組まで一緒にされてしまうと、同じ土俵で語られること自体、適切ではないと思う。**原則として、出版社がどのような本を出そうが、表現の自由がある。**また、多くの人が関心を持ち、お金を出して買うのであれば、それは出版社にとってもビジネスであり、それを止めることは難しい。

一方で、**医療界の問題点を鋭く指摘する医師は、なかなかいない。お医者さん同士、批判をすることがあまりない。**だから、近藤さんのように、今の医療を反対したり、今と正反対の医療を勧めたりする医

師というのは、多くのメディアにとっては重宝する存在だと思う。

多くのメディアにとって、近藤さんは使いやすい存在だ。あまりはっきりと言ってくれない医師を取り上げて、面白味がない。本を売るためには、極端な話をしてくれる人が一番だ。

★山崎章郎さんと近藤誠の違い

山崎章郎さん⁹⁵の「病院で死ぬということ」⁹⁶も、医師が医療界に対して投じた大きな一石だった。その結果、医療界には激震が走った。山崎さんの場合も当時の医療では、それまで普通だったことに対して、「おかしいのでは」「変えた方が患者の利益になるのでは」と声をあげ、実際のがん治療や終末期医療の現場が変わっていった。最期の人工呼吸など、亡くなる直前の人のケアのあり方、告知しないことなど、山崎さんの一石で変わっていった。

「医療界の常識に対し、患者の利益の立場から異論を言う」というスタンスは似ているが、近藤さんはやはり、山崎さんとは違って不適切な点が多く、なにより患者にとって利益となっていないと感じる。

もし近藤理論が正しければ、今後、抗がん剤治療は全くなくなっていき、手術はますますなくなっていくだろう。放射線治療も行われなくなっていくはずだ。しかし、今はそうっていない。近藤さんの発信に対し、学会や国立がん研究センターは、「がんもどき」や「放置療法」などの近藤理論はこういう理由で間違っているというメッセージを、きちんと出してほしい。それが率直な思いである。

★一般の人や患者さんへ

究極的には**患者さん自身が治療の選択を迫られる**。それはとても大変なことだ。診療ガイドラインやEBMも随分広がってきたが、その上で、どうしたいのかと判断を迫られる。どの治療の道に行くのか、さまざまな意味で選択の岐路に立たされる。

がん治療は、さまざまな局面で何度も選択を迫られる。そういうときに、「放置するのが一番」と言われれば、信じたくなるのは当然かもしれない。もちろん、濃厚に強い治療ばかりを選択することが、クオリティ・オブ・ライフの点で最善とはまったく思わないが、**先々に後悔しないように、主治医や別の医師、同じ治療の経験者やその家族の意見もしっかり聞いて判断することが大事**だと思う。

⁹⁵ 在宅療養支援診療所ケアタウン小平クリニック院長

⁹⁶ 山崎章郎.病院で死ぬということ.主婦の友社,1990

《2》医療者

[1] 勝俣範之さん

日本医科大学武蔵小杉病院 腫瘍内科教授
研修医時代、近藤誠の指導経験あり。
現在は近藤理論に警鐘を鳴らす。反論本を出版。

★近藤誠との出会い

私は元々、がんのターミナルケアに興味があった。医学部を卒業した頃は、緩和ケア医になろうと思っていた。卒業して4年間、茅ヶ崎徳洲会病院で一般内科の研修を受けた。がんの患者さんもたくさん診たが、その頃は抗がん剤治療を積極的に行っていなかったため、専門的な緩和ケアについては専門病院でしっかり勉強しようと考えていた。これが、腫瘍内科医を目指すきっかけである。1980年代は、がん告知でさえ殆どされていなかったため、しっかり勉強しようと思った。

この当時、茅ヶ崎徳洲会病院では、雨宮厚さん⁹⁷が外科部長を務めていた。雨宮さんと近藤さんは、慶應義塾大学医学部の同級生だった。近藤誠さんは週1回、毎週水曜日に外勤で来ていた。雨宮さんも近藤さんもそうだが、茅ヶ崎徳洲会病院は、アメリカ留学帰りの人が多く、当時からカンサーボードを行っていた。おそらく日本で最初のカンサーボードだったのではないかと。

米国ではチューマーボードと呼ばれていて、当たり前のことだった。1980年代の頃から、がん専門病院では専門家が集まり、治療方針を検討する会を行っていた。

茅ヶ崎徳洲会で当時からカンサーボードを行っていたのは画期的なことだった。ちなみに、腫瘍内科医もいた。フィリピンの医科大学を卒業したドクターだった。がん診断医として、聖路加国際病院のドクターもいた。

カンサーボードでは、私たちレジデントが担当していた患者さんの状況について発表して、各先生から意見をもらい、その後の治療について検討を行った。とても有意義で、興味深い会だった。このようなことを行うことを心から感心していた。

★近藤誠の指導

当時、私はホジキン病の患者さんを担当していた。カンサーボードに諮ったところ、近藤さんからは、きちんとしたインフォーム・コンセントを行うべきだと指導された。そもそも当時は、インフォーム・コンセントという言葉自体、研修医の自分は知らない時代だった。

当時のホジキン病の治療成績は、放射線治療と抗がん剤治療はほぼ同等だった。そのことをきちんと患者さんにお話して、患者さんに選んでもらえばいいと教えられた。私はなるほどと思った。私は患者さんに放射線と抗がん剤の治療成績について説明をした。その患者さんは抗がん剤を選んだ。抗がん剤治療を行った結果、患者さんの腫瘍は消えた。これがインフォームド・コンセントというものなのかと思った。インフォームド・コンセントを近藤さんに教えていただいた。当時から、近藤さんはテレビやメディアに登場していて、乳が

⁹⁷ 近藤誠の慶應義塾大学医学部の同級生。卒業後は米国の大学病院で研修を受け、チーフレジデントとなる。外科専門医に合格して帰国。米国で乳房温存療法の手術を多数経験。近藤誠の実姉の乳房温存療法の手術を担当。それ以降、近藤誠の乳房温存療法の協力者として手術を行ってきた。

【2】インタビュー：当事者の視点から

んの乳房温存療法という画期的な治療法を進めているということは知っていた。あの頃から、近藤さんと雨宮さんは、抗がん剤の CMF 治療⁹⁸を行っていた。現在では CMF は乳がんの標準治療になっているが、当時はまだ保険適用になっていなかった。日本では CMF の代わりに、内服薬の UFT⁹⁹が使われていた。UFT は、治療効果が証明されていない薬だったので、近藤さんが日本で使用されていることについて批判していた。

近藤さんと雨宮さんは、既にアメリカでは標準治療になっていた CMF 治療が日本では行われていないことに異を唱えていた。そして、患者さんの自費診療として CMF 治療を行っていた。

私は研修医として、凄いドクターがいるものだと思っていた。世界の標準治療であることを患者さんにしっかりと話して、治療を行っていることに感心するとともに、近藤さんと雨宮さんを心から尊敬していた。

★近藤理論について

◎がんもどき理論

がんにはいろいろなタイプがあるので、医学的にはがん一元論でも、がん二元論でもない。どのように定義するかによる。

がん一元論は、がん細胞を病理学的に定義したもの。病理学的に、がん細胞とはこういうものと定義したものである。これに対して、近藤さんのがんもどき理論(がん二元論)は、臨床的にがんを定義したことだと思う。

がんには、「転移するがん」と「転移しないがん」がある。これは一部正しい。近藤さんは、転移しないがんは放っておいてよい。本物のがんは転移するから治療しても治らないと言っているが、これは非常に極端な話だ。一部正しいと言ったのは、放っておいても転移しないがんは確かにあるからだ。そして、最初から転移していて、治療が効かないがんも確かにある。

近藤さんの考え方に抜けていることで、一番問題なのは、**転移しているがんでも、積極的に治療をして良くなるがんがあるということだ。**転移しているがんといっても、「ミクロのがん」と「マクロのがん」の2種類ある。「ミクロ」は画像診断で見つからない微小転移のがんで、「マクロ」は明らかに転移がわかり、画像診断で見つかる転移がんだ。どちらのがんでも、治療によって良くなるがんもあるが、このことは臨床的な概念からすれば全く違うことだ。

もう一つ大事なことは、近藤さんも言っているが、**がんもどきのように放っておいても進行しないがん、転移しないがんはあるが、現状ではそれを見分けることはできない**ということだ。医学的に、それを見分ける方法は見つかっていない。それが分かれば苦労はない。進行・転移のあるなしを見分ける方法があつて、放っておいても進行転移しないがんを同定できれば、確かにそれについては治療しなければいい。

最近、その見分けをする方法が少しずつ分かってきた。様子を見てもいいがんが、前立腺がん。唯一しっかりとエビデンスがあつて、経過観察、“ウオッチ&ウエイト”、監視療法とも言っている。放っておくのではなくて、しっかりと経過を観察して、少しでも進行する状況があれば積極的治療をしましょうという考え方。そういう意味では近藤さんの放置療法とは違う。経過観察をしっかりとしましょう、経過観察してもいいでしょうというのが前立腺がんだけである。他のがんではしっかりとエビデンスが、まだない状況だ。

⁹⁸3つの抗がん剤を組み合わせた化学療法の名前。Cはシクロフォスファミド、Mはメソトレキセート、Fはフルオロウラシル。

⁹⁹胃がんや大腸がんをはじめ、幅広く適用される内服の抗がん剤。90年代、きちんとしたデータがないにもかかわらず承認されていた。

【2】インタビュー：当事者の視点から

そういう意味では近藤さんの放置療法とは違う。経過観察をしっかりしましょう、経過観察してもいいでしょうというのが前立腺がんだけである。他のがんではしっかりとしたエビデンスが、まだない状況だ。

上皮内がんでは、近藤さんの言う通り、一部に転移しないがんが含まれている。それを確実に見分け、鑑別することがまだできないので、現状では積極的治療を行っている。上皮内がんは、ほとんどが内視鏡切除など、非常に侵襲度の少ない手術で治療できてしまう。上皮内がんが見つかった段階で、0 期のような超早期がんを放っておくことができるかという、実際に様子を見るということは行っていないというのが現実だ。

胃や大腸など消化器にできた上皮内がん、いわゆる M がんという粘膜内がんを放っておくか。実際はポリープ状のものが多く、ほとんどが内視鏡で切除できてしまう。**それを放っておいて浸潤がんに進化するまで待ちましょうという方が、患者さんには理解されにくい。**ほとんどの患者さんは、それなら内視鏡で取って下さいと言う。

いろいろな合併症がある場合、超高齢の場合、人工透析をしている場合など、内視鏡切除が難しいケースもあり、経過観察をする選択することもある。その場合は、がんのステージには関係なく、経過を見ることはある。

理論的にいいようにも思えるがん二元論だが、臨床的に当てはめるのは、かなり危険だ。特に、がんもどき理論から派生しているがん放置療法は、非常に危険だ。

◎がん手術慎重論

手術の縮小傾向を推奨すること自体は、とてもいいことだ。日本で手術偏重主義があることは、一部正しい。しかし、儲け主義でやっているのかといえば、必ずしもそうではない。一部を見て、全部がそうだと決めつけてしまう極端な考え方だ。

近藤さんの全ての考え方に共通することだが、**極端だし誇張している。**われわれは医療者であり、科学者である。医療には科学的な側面と、人である患者さんが相手だというアートな側面がある。科学的な側面とアーティスティックな側面のバランスがとても重要だ。

患者さん相手に、誇張したり感情的になったり、煽った言い方になってはいけない。近藤さんは、してはいけないことを全部やっている。誇張せずに、もっと冷静で客観的であってほしい。

もう一つ大事なことは、医療のリスクとベネフィットのバランス。医療には絶対ということはない。すべての医療に100%ということはない。全ての医療行為にはリスクが伴う。そのリスクとベネフィットの両面を、患者さんにうまく説明して治療に入っていくことが大事だ。

この観点から言えば、近藤さんが批判していることも一部は当たっている。手術偏重主義で手術を勧めながら、手術のリスクを説明しない傾向はある。しかし、それは全部ではない。一部にそういうことがあるということ。一部のことを切り取って全部のことように批判するような誇張したやり方は、一般の人に誤解を与えてしまう。

手術をしてメスを入れたところで、がんが広がるということもあるにはあるが、やはり近藤さんは誇張して言っている。どれくらいあるのかというと、少しだけリスクが高まるというレベルである。

例えば、卵巣がん。腫瘍はとても大きくなって 10cm くらいになる。手術をすると、その腫瘍が破裂することがある。そうすると卵巣がんのステージが上がってしまう。腫瘍の内容物がお腹の中で広がることになり、ステージが上がる。そのため、若干だが予後が悪くなる。しかし、とても悪くなるのかといえば、そうではない。少しだけ予後が悪くなるだけである。

【2】インタビュー：当事者の視点から

この破裂は、手術手技による、やむを得ないことと考えられている。このことを理由に、手術を止めた方がいいというエビデンスはない。近藤さんの場合、手術によるリスクをすべてに誇張して言っている。

乳がんでも同じようなケースがある。生検した時に針の間を通して、がんが転移することがわかっている。乳房のがん細胞に針を刺して抜く時に、その通り道にがん細胞をまき散らす。後で手術をした時に、まき散らしたがんを確認したという症例報告がある。しかし、それはパラパラと落ちる、少しだけのことで、その後の手術で広がったがんもうまくとるようにしている。乳房温存療法であれば、手術後に放射線治療をするので、生検したところの予後は悪くならない。

それよりも、乳がんは生検でしっかりと診断をつけることが大事で、診断のベネフィットの方が大きい。生検をするベネフィットの方が大きいので、生検を止めようということにはなっていない。

近藤さんは、このことを非常に誇張して書いている。最近、生検もするな、手術もするなと言っている。生検しなければ診断がつかないのだが、そう言われた患者さんが実際にいる。

◎抗がん剤不要論

近藤さんの主張で**一部正しいのは、抗がん剤は副作用があるということ**である。これは当たり前のことだ。抗がん剤の専門医である腫瘍内科医は、抗がん剤の副作用を分かっているが、**なぜ抗がん剤治療を行うか**というと、**副作用を上回るベネフィットが期待できるから**だ。副作用があっても、もし効果が全くないのであれば、抗がん剤を使うことはしない。効果がなければ、患者さんを痛めつけているだけになる。患者さんに全く効果がない治療をわざわざ行うわけがない。

近藤さんは、医療者は金儲けのために抗がん剤を使っていると言っているが、本当に金儲けしたいのであれば、勤務医なんてしていない。勤務医は給与が一定なので、抗がん剤をたくさん使っても給料には関係ない。また、抗がん剤をたくさん使っても病院の儲けにはならない。使った分は製薬会社が持つてしまうので、病院の儲けはそれほど多くない。

抗がん剤については、製薬会社が宣伝している。利益相反という意味では、医療者は製薬会社主催の講演会に行って講演料をもらったり、提供された弁当を食べたりする。そうしたことを近藤さんは批判している。製薬会社の宣伝に乗りすぎはいけないという批判は当たっている。それは、とても大事な指摘だ。

利益相反の観点で医療者が悪いことをしているということは、一部ではある。ディオバンの臨床試験で指摘されているように、医療界の一部にはある、しかし全てがそうだということではない。

特に抗がん剤は、薬の中でも一番副作用が強い。抗がん剤は、元々が毒である。我々は、副作用が一番強い抗がん剤を扱っているのが、本当に患者さんにベネフィットがあるのかということをしっかり考えなければならぬと肝に銘じている。むやみやたらに抗がん剤を使っているわけではない。抗がん剤がどれくらいの効果があるのか、しっかり認識したうえで、本当に患者さんにベネフィットがある場合にだけ勧めている。

抗がん剤は短期的な延命効果しかないという、近藤さんの指摘があるが、それは進行がんの場合を言っている。抗がん剤を使う場面では、再発を予防するための術後と、進行がんの時に抗がん剤を使う場合とでは使い方が全く異なる。

再発予防の場合、100%予防することは勿論できないが、治癒率を高めることはできる。がんを治癒するというのは、とても大きな効果である。確かに抗がん剤には副作用があるが、一定の期間抗がん剤の副作用を我慢していただければ治癒率は上がる。治癒という効果は、患者さんにとってとても大きなメリット

【2】インタビュー：当事者の視点から

になる。勿論、患者さんに強制的に勧めるということはない。抗がん剤のメリット、デメリットをご説明して、メリットが高いと考えられていることをご説明している。

近藤さんが主張しているリード・タイム・バイアスは、診断能力が上がったので、予後が長く見えるという偏りのこと。早くがんが見つかるので、予後が延びたかに見える。近藤さんは、再発大腸がんを例に出して言っている。最近の PET など、画像診断の進歩によって、再発が早くわかるようになったから予後が長くなったように見えると言っている。

そのリード・タイム・バイアス自体の考え方は正しい。しかし、本当に再発大腸がんにはリード・タイム・バイアスがあるのか。実際、再発大腸がんの予後は、とても延びている。ここ 15 年で、18 か月くらい。1990 年代、抗がん剤が 5FU だけの時代には、生存期間中央値は約 7 か月だったが、現在、進行・再発大腸がんには、フオリフィリ、フォルフォックス、アバスチン、セツキシマブなどの抗がん剤があり、生存期間中央値は約 25 か月になっている。このプラス 18 か月というのは、リード・タイム・バイアスだけでは到底説明できない。検査をしっかりとすることで、検査をしない人と比べて、どれくらい早くがんが見つかったかというデータを見ると実際は約 4 か月。これと比べると 18 か月という延命効果は、リード・タイム・バイアスだけでは説明ができないくらいの長さになっている。

こうした状況を踏まえれば、再発大腸がんの延命効果は、リード・タイム・バイアスだと言っているのは、世界的にも近藤さんだけである。腫瘍内科という専門医の立場としては、近藤先生の考え方は、あまりにも医学的な概念からかけ離れていて、何を言っているのかと思っている。

実は近藤さんは、自ら分かっている批判をしているようなところがある。リード・タイム・バイアスは誰でも分かっていることで、研修医でも分かること。実際にリード・タイム・バイアスについては、医学生の講義で教わる。予後が 18 か月も延びることは、リード・タイム・バイアスだけでは説明がつかないことは、少し勉強すればだれでも分かること。近藤さんも、おそらく分かったうえで、わざと言っているのだろうと思う。

わざと言っているというのは、文芸誌でしか言っていないということ。文芸誌では、リード・タイム・バイアスがあると言えば、もっともらしく聞こえる。一般の人には、リード・タイム・バイアスなんて分からない。本当にリード・タイム・バイアスがあり、問題があると考えるのであれば、医学誌、または英文医学雑誌にきちんと投稿すればいい。確かに日本の医学誌は、近藤さんの言う通り、若干レベルが低いところがあるが、英文医学雑誌は、アカデミックをしっかり守っている。どんな投稿でも受け付ける。特に捏造やバイアスの指摘については大事にする。

かつて、近藤さんがランセットのクレスチン論文データに対して送ったクレームは、とても素晴らしい論文だった。だから、ランセット・レターに掲載された。今でも、ランセットをはじめ海外の医学ジャーナルは、正しい医療、真実の医療の実現のために、このようなクレームを受け付けている。

サイエンスは、真実を見極めることである。自然科学の中の真実を見極めることが、サイエンス・科学の目標になる。間違いが事実で、その主張が科学的に冷静に客観的によい批判であれば、海外医学ジャーナルは掲載してくれるはずだ。

近藤さんは、おそらくリード・タイム・バイアスについて、海外医学ジャーナルに投稿していないだろう。そもそも、近藤さんくらい頭が良ければ、自分の考えが誇張して展開していることを、自分で分かっているはずだと思う。だから海外医学ジャーナルには投稿しないで、わざと文芸誌に誇張して投稿している。

近藤さんの気持ちもわかるところがある。あまりにも抗がん剤が使われすぎていること、あまりにも手術偏重主義が罷り通っていることに警鐘を鳴らしたいのだと思う。しかし、科学では誇張した考え方を展開してはいけない。ないものがあるとってはいけない。科学は、冷静で客観的でなければならない。それが

【2】インタビュー：当事者の視点から

科学である。科学に誇張、宣伝、扇動はあってはいけない。市民を自分の思う通りに導こうとする態度があってはいけない。

科学は、いくら冷たいエビデンスであったとしても、いくら冷たい現実だったとしても、その現実・事実を冷静にとらえる必要がある。そのうえで、きちんと科学を伝えるということは、ひいては患者さんのためになると思う。近藤さんの動機は、すばらしいと思うが、それが誇張されて伝わってしまうと誤解を与えてしまう。それが良くない結果につながってしまう。一部正しいことを言っているし、一部では当たっているが、それを誇張して言っていることが、問題である。科学を超えてしまっている。科学ではなくなってしまう。彼の自説でしかない。

自説でしかないものを科学と称して継続的に主張していることが、一般の人に大きな誤解を与えてしまっている。一部の知識人も含めて多くの人にとっては、近藤さんの考え方は、一見科学のように見える。正しいと言い切るので、信じてしまいそうになるが、肝心なことは一般の人には分からない。医学論文はこうだと言われても、実際に医学論文を読み解くことはできない。近藤さんが理路整然と言え、正しいものと信じてしまう。文化人と言われる人でさえ、信じてしまっている。「信じる、信じない」になってしまって、科学の世界ではなくなってしまう。とても危ない状況だ。

医療者でも賛成している人はいるが、それは一部であって専門医ではない。専門医でなければ、分からないこともある。論文をしっかりと読むことも難しい。

私自身にバイアスがあるとすれば、抗がん剤治療が専門なので、抗がん剤を誇張していると思われるかもしれない。しかし、近藤さんと同じ放射線専門医のドクターでも、近藤さんの考え方はおかしいと言っている先生はいる。

◎放射線治療不要論

がん治療においては、放射線治療もよい治療である。**放射線治療は、がん治療において手術の代替手段になるというエビデンスがある。**このことは近藤先生自身が言ってきたことだ。それはとても真つなことである。

手術の代わりに放射線がどんどん使われるようになってきた。手術を止めて放射線治療にしていだけでなく、一番進歩したのは放射線化学療法。放射線と抗がん剤の同時併用については、手術しなくてもいいということまで来ている。海外では、既に実践されている。

それに比べると、日本ではまだまだ手術偏重が残っているかもしれない。しかし、日本の手術の技術が高いということも事実。日本の手術成績は、海外も目を見張るくらいにとっても良い結果になっている。海外では手術による治療成績が悪い分を放射線で補っているというところは確かにある。そのことは、科学がしっかりと証明している。

現実としては、放射線治療が進歩してきて、日本の現場でも確かに変わってきている。手術偏重も、随分減ってきている。放射線専門医の力も昔と比べて大きくなってきた。放射線化学療法も増えてきた。

昔と比べて大きく変わったことは、今ではがんセンターボードが行われているということだ。昔は、がん治療の方針を検討する会議は、ほとんど行われていなかった。このカンファレンスは、今ではがん診療連携拠点病院の必須要件となっている。がんセンターボードのクオリティについては、まだまだデコボコがある。しっかりやっているところもあれば、ほとんど形式的にやっているところもある。まだまだではあるが、この10年から15年くらいの間で、がん治療の世界は相当変わってきている。

放射線治療にリスクがあることは事実だ。**放射線治療だけでなく、どんな治療にもリスクはある。そのリ**

【2】インタビュー：当事者の視点から

リスクを超えるベネフィットがあるので、その治療を行うことを勧めている。

放射線治療後に発がんリスクがあることは勿論知っているが、その可能性は数%以下。しかも、最近になってこのリスクが言われてきたのだが、その理由は治る患者さんが増えてきたから。放射線治療が原因でがんになるのは、10年、20年経ってからのこと。がんが治るようになったからなので、放射線でがんが治らなかった時代は、放射線治療が原因で発がんする前にがんで亡くなっていた。今では治る患者さんが増えてきたので、このようなことが話題になってきている。放射線の治療成績が上がってきていることの証拠でもある。

放射線の発がんのリスクが高くなったから、治療を止めるかといったら、止めない。例えば、その発がんリスク50%を超えるといったら、その治療を選択することはしないが、そうではない。ただ、こうした事実があるので、このリスクをできるだけ抑えるようにしていこうという取り組みはある。

例えば、ホジキン病は、今では放射線治療を行わなくなっている。放射線の発がんの可能性というよりも、抗がん剤の方が安全で、かつ治療成績も良くなってきたからである。

このように、治療方法もだんだんと進歩してきている。リスクがより低く、ベネフィットが大きい治療に変わってきている。こうした状況について、近藤さんは分かっているはずである。少し勉強すれば、専門医であればだれでも知っていることなのに、近藤さんは一言も言っていない。

◎がん検診不要論

がん検診についても、近藤先生の主張は一部当たっている。指摘は、間違っていない。ただ、それが誇張されてしまうと、科学を超越したものになってしまう。

がん検診については、私の考え方は、近藤さんに近いところがある。日本では、がん検診のベネフィットが誇張され過ぎている。日本のメディアはサイエンスを全くと言っていいほど理解していなくて、がん検診を誇張しすぎている。がん検診はどこまでベネフィットがあるのか、リスクはどれくらいなのか、正しい情報を伝えるべきなのだが、**近藤先生はリスクばかりで、ベネフィットはないと言い切ってしまう。がん検診に全くメリットがないとは言えない。**

がん検診を実施すれば死亡率を下げるというエビデンスが、一部のがんにはある。一部のがんでは検診をすることにメリットがあることを正しく伝える必要がある。例えば乳がんでは、乳がん検診(マンモグラフィ)が国際的に有効とされているのは、50歳から75歳までである。50歳未満、いわゆる若年者については、ベネフィットよりもリスクの方が高いことが、国際的にも指摘されている。若年者の乳がん検診には、過剰診断や誤診が多いとされ、過剰治療もあるのではないかと、メジャーな医学ジャーナルでも指摘されている。ただ、指摘があるからといって、がん検診をするなどは、どの科学者も誰も言っていない。科学を冷静に、そして客観的に伝えるということが大事である。一部がおかしいからといって、全部を否定してはいけない。それは科学者としては間違った態度だ。そこに感情、近藤さんの思いが入ってしまっている。その思い自体はいいことだが、科学者としては、サイエンスはサイエンスとして、エビデンスはエビデンスとして、冷静、中立、客観的に、感情を入れずに伝えることが大事だ。

がん検診のリスクとベネフィット、特にリスクについては、医療者でもよく分かっていない人が多い。がん検診はいいものだと思っている。国立がん研究センターも、対外的には早期発見、早期治療ばかり言っている。がん検診について、きちんと正確に言っていない。がん検診の啓蒙活動だけを行っている。

メッセージとしては早期発見、早期治療は分かりやすいが、どうしても過剰になってしまう。そのため、一般の医療者もがん検診のリスクについては分かってないし、がん検診のドクターでも分かっていない人が

【2】インタビュー：当事者の視点から

かなり見受けられる。検診を専門にしている医療者は、文字通り検診が仕事なので、検診は良いことだと思っている。その証拠に、検診に関するランダム化比較試験(RCT)は日本ではほとんど行われていない。大腸がんの便潜血検査のエビデンスも、海外の RCT の結果である。

肺がんのレントゲン検診が日本では行われているが、日本で RCT は行われていない。アメリカで行われた2つの大規模 RCT の結果は、ネガティブだった。日本で行われたのは、ケース・コントロール研究¹⁰⁰だった。その結果がポジティブになったということで、日本では肺がん検診でレントゲンが行われている。この件については、私が国立がんセンターにいる時から、検診のドクターに、国際的 RCT ではネガティブだったのに、日本のケース・コントロール研究の結果だけで実施してはだめではないか。なぜ日本でも RCT を行わないのかと何回も言ってきた。

日本でもやっと、乳がん検診で乳腺エコーを追加することの有効性を評価しようとした RCT が行われ、ランセット誌に最近掲載された。今後の長期的なアウトカムのデータが期待されている。

メディアに関しては、がん検診は全ていいものだという先入観が、いまだに強く残っている。がん検診には、メリットだけでなく、デメリット、すなわちリスクもあることを、是非理解して欲しい。

★近藤誠への反論の軌跡

私が研修医の時、近藤さんから学んだことは、エビデンスがないのならばエビデンスをつくるということだった。言い換えれば、いいか悪いかをはっきりさせるということである。臨床研究の勉強をして、どのように進めていけばいいのかを学んだ。

その時の関係もあったので、近藤さんは話せばわかると思っていたが、がん放置療法¹⁰¹の本を読んで、正直ダメかなと思った。そこでしっかりと近藤さんへの反論の本を書こうと思った。文藝春秋から近藤さんと対談をという話もあったが、今までのような経緯や自分の準備不足もあってお断りしたら、近藤さんに「勝俣は逃げた」と書かれてしまったことがあった。

「抗がん剤は効かない」の罪¹⁰²を書いた後、サンデー毎日から何回か近藤先生に対談を申し入れたが、逆に断られてしまった。先の文藝春秋の対談を私が断ったから、今度は近藤さんも断るというような理由だった。とても残念だった。

最近も、BS のテレビ番組での対談する機会が2回ほどあったが、それも断られてしまった。その一つは報道系で、客観的に公平に番組をつくるということだったので私は了承したが、近藤さんは断ってきた。かつて近藤さんは自身の本で、専門医は自分に何の反論してこない。反論があれば、いつでもそれに答えると言っていたが、私の反論に対しては全く反応がなかった。

少し遡るが、2010年12月、月刊文藝春秋1月号の近藤さんの論文「抗がん剤は効かない」¹⁰³に、私とテキサス大学 MD アンダーソンがんセンター教授の上野直人さんが反論¹⁰⁴を週刊文春に掲載した時、近藤さんは待っていましたとばかりに再反論の論文¹⁰⁵を週刊文春に掲載した。

¹⁰⁰ 症例対照研究。ある時点で特定の病気にかかっている人(ケース)と、年齢・性別などの条件が同じで病気ではない人(コントロール)を集め、過去に遡ってその病気との関連が疑われる要因について調査すること。年齢・性別などの条件を合わせたうえで、2群の間で要因の有無に差がある場合、それが病気の発生または予防に関与していると考えられる。介入を行わず対象者の生活習慣などを調査・観察する観察研究の一つ。

¹⁰¹ 近藤誠.がん放置療法のすすめ 患者 150 人の証言.文藝春秋.文春新書;2012

¹⁰² 勝俣範之.「抗がん剤は効かない」の罪.毎日新聞社;2014

¹⁰³ 近藤誠.抗がん剤は効かない.月刊文藝春秋,2010,2011年1月号:94-105

¹⁰⁴ 鳥集徹取材・構成.勝俣範之,上野直人.「抗がん剤は効かない」は本当か.週刊文春,2011,1月20日号:

¹⁰⁵ 近藤誠.抗がん剤はそれでも聞かない.週刊文春.2011.1月27日号:38-41

【2】インタビュー:当事者の視点から

その時の一連の企画自体は、文藝春秋のマッチポンプ。一番得をしたのは文藝春秋だったと思う。私と上野さんの近藤さんへの反論の企画は、編集者から話があった。上野先生も頻りに日本に来ていた時で、それぞれへのインタビューをまとめて記事にするという企画だった。私は、より科学的な記事にしたかったので、国立がんセンターのレジデントに近藤さんの考えを検証してもらった。

翌週、予定調和の範囲を出ない近藤さんの再反論記事では、近藤さんは肝心なことには触れず、レジデントに書かせないで自分で書けとか、インタビューではなく自分で論文を書いたらどうかという、科学的でないクレームばかりが目立っていたように思う。

★近藤誠の放置療法の実態

近藤さんを受診して、放置療法を勧められた患者さん **106** のことを紹介する。

50代の女性。左乳房に8cmの腫瘤を自覚し、慶應義塾大学病院放射線科の近藤医師を受診。乳房、腋窩リンパ節転移を認め、ステージⅢAと診断された。乳がんのステージⅢAの場合、リンパ節転移はあるが手術は可能で、積極的治療により治癒する可能性も40～50%ある。

しかし、近藤さんは、「がんで、余命半年から1年」「手術しても100%死ぬ」と説明し、手術も抗がん剤も勧めなかった。患者さんも悩んだ末、放置することに決めた。その後、7か月間放置して、がんが10cm大に膨れ上がり、皮膚を破り、出血するようになった。近藤さんにみせたところ血ではなく、汁が出ていると言われ、痛みを訴えても鎮痛剤さえ処方されなかった。

さすがに不審に思い、別の病院を受診したところ、もはや手術できる状態ではなくなっていたが、抗がん剤を受けることで手術が可能となるかもしれないと説明を受けた。ところが、主治医の近藤さんのところに戻り相談すると、「抗がん剤はダメだ。そんなことをしたら死んでしまう」と言われ、結局患者さんは転院して抗がん剤を3サイクル受けた。その結果、がんも6cm大まで縮小した。この時点で手術も可能となったが、再度、近藤さんを受診した際に手術を反対され、その後、再びがんを放置することになってしまった。

近藤さんへの初診から3年半後、その患者さんは私の外来を受診。もはや手術できる状況ではなくなっており、多発転移を起こしていた。痛みの治療を十分にいき、彼女のQOLを最大限に尊重した治療を行うこととなった。最終的に、その患者さんは亡くなったが、抗がん剤治療を行いながら、彼女らしい時間を過ごせたのではないかと思う。

初診の段階で、手術ができたのだから、初診時に適切な治療を受けていたらと悔やまれるが、患者さんはわからない。誰でも、がんという病気自体、怖いし、手術も抗がん剤も好んで受けたいものではない。そんな時に、放置が良いといわれれば、ついついなびいてしまうのではないか。

★近藤誠のインフォームド・コンセントとがん放置療法

近藤さんの考え方を支持した乳がんの患者さんで、放置療法で亡くなった渡辺容子さん **107** の場合で考えてみると、本人が決定をする時に、近藤さんがきちんと正しい情報を伝えたかどうかが一番問題だ。近藤さんは、最初から、がんで死ぬという話しかしない。きちんと治療すれば、9割治るという事実もあるのに、そのことを話していたかどうかは分からない。話していなかった可能性もある。

106 インタビューで聞いた話に、勝俣範之「医療否定本の嘘」扶桑社;2015:56-58の記述を付加して再構成。

107 40歳の時、乳房に5mmのしこりを見つけ、近藤誠を受診して放置を決める。その後、骨と肺と肝臓に転移し、58歳で永眠。亡くなるまでの最後の2年間を記録したドキュメンタリー映画「いのちを楽しむ-容子とがんの2年間-」(制作著作:ビデオプレス,2013)が話題となった。

【2】インタビュー：当事者の視点から

渡辺さん自身もいろいろ勉強されていて知っていたかもしれないが、一番大事なのは、近藤さん本人が治療の選択肢をきちんと話していたかどうかである。いわゆる適切なインフォームド・コンセントを行われたかどうか、非常に疑問だ。

勿論、最終的には、治療をしない、放置を決めることは、本人の自己決定権ではある。しかし、その大前提として、医療者は正しい情報を伝えなければならない。渡辺さんの場合、それが行われたのだろうか。私は、甚だ疑問だと思っている。

近藤さんのがん放置療法は、いわゆる人体実験だ。近藤さんも、がんを放置したらどうなるか、見てみたいのではないか。がんもどきか本物のがんか分からないわけだから、治療しないとどうなるかを見てみたいのではないか。患者さんから、近藤さんとのやりとりを聞くと、彼自身の心も揺れているのがわかる。

★近藤誠の情報発信が上手だと思うところ

近藤さんの情報の伝え方が上手いというより、**メディアが近藤さんをうまく利用しているのだと思う。どちらかといえば、メディアの罪が大きい**と思う。

かつて、近藤さんの「患者よ、がんと闘うな」がベストセラーになった。“がんと闘うな”というタイトルは、文藝春秋の編集者に勧められたと近藤先生は言っている。過激なタイトルで、違和感があったと思っただが、編集者に言われてそうしたと近藤さんは言っていた。

メディアが近藤さんを担いでいる理由は何かといえば、**ほとんどのメディアは売ることしか考えていない**。まさに近藤さんは 100 万部を売った。もう、あちこちのメディアが近藤さんを担いでいるが、**ほとんどのメディアは、近藤理論が正しいとか正しくないとかには関知していない**。医療を報道するメディアに相当問題があると言わざるを得ない。

なぜ問題があるか。それは、患者さんの命がかかっているからである。医療を報道するメディアは、そのことをもって考えるべきだ。商業主義だけでやるものではないと思う。

近藤先生の情報発信は、メディアが乗っかっているだけである。近藤さん一番の罪は、文芸誌にしか自分の考えを発信していないことである。本当に患者さんのためにと、近藤さんが思っているの

であれば、堂々と医学誌に投稿してほしい。学会にも参加してほしい。海外の学会にも行ってほしい。クルスチンの件でランセットにレターを送って以来、近藤さんは全くやっていない。

彼自身、逆に確信犯なのだと思う。患者さんのためにと言っているが、実際は医療者に対する自分の恨みを晴らしたいだけとしか見えない。かつて乳房温存療法を広めたかった時に、医療者に、日本の医学界から総スキャンを食った。その恨みが、近藤さんの根底にあるのではないかと思っている。まだ恨みを晴らし切れていない。

恨みは相当のパワーがある。パワーが強ければ、面白い記事になる。そして、非常にセンセーショナルな記事になる。メディアにとっては格好の売れる記事が書ける。

近藤さんとメディアの目的が、完全に一致してしまったと私は思っている。最近では新聞では近藤さんの記事はほとんど見るのがなくなったが、逆に掲載されるメディアのレベルが、**だんだん下がってきている**という印象だ。

★近藤理論が支持される理由

患者さんは、「がん、イコール死」という恐怖から逃げたいのではないか。患者さんに弱い部分があるのは仕方ない。だから、治療をやらなくていいですよという、甘い言葉につい心を動かされてしまう。近藤さ

んは、患者さんの弱いところをついているのだと思う。そして、**医療者への不信感も、根底にある**のではないか。

★メディアの責任や役割について

メディアには、もっと医療を勉強してほしい。**メディアの責任は大きい。**

医療を報道するメディアが絶対に言ってはいけないことは、患者さんの自己責任。患者さんが判断することだからということ。これは絶対に言ってはいけないことだが、メディアは、よくこう言う。実はメディアも、確信的にやっているところがある。

こんな意見があること、こんな意見を言っている人がいるということを知って欲しいとメディアは言う。そして、その意見を**最終的に判断するのは患者さん**と言う。しかし、**それでは、適切ではないインフォームド・コンセントと同じ**である。患者が決める型のインフォームド・コンセントと全く同じだ。

患者さんが間違った情報を受け取って、患者さんがある判断をして、患者さんが不利益を被ったことを考えたことがあるかとメディアに聞いても、それは患者さんが決めることだからと言う。メディアは、それでいいのか。

文藝春秋は医療メディアではないが、文芸誌の中では最高峰だと思われる。**文藝春秋に掲載される情報は、知識人に疑いなく信じられてしまう。文藝春秋に掲載されることが、ある意味でステータス**になっている。その事実と責任の重さをもっと考えて欲しいと思う。

★医療界の責任や役割について

医療界にも責任がある。**近藤先生を無視してはダメだ。**それが、患者さんの不利益になる。**国立がん研究センターや学会も、きちんと対応するべき**である。

私はかつて、主要ながん関連の学会の理事あてに、近藤理論に対して学会としての正式な意見表明を行うべきだと意見書を送ったことがある。理事会で話し合われたそうだが、結果として最後は全ての学会で否決された。**全ての学会で声明を出すことには反対**ということになった。**騒ぎを大きくしたくない**ということなのだと思う。私の意見に賛同してくれた人もいたが、最終的には反対多数だった。実に寂しいことだ。

学会として声明文を出したら近藤さんの思うつぼだと、反対をした多くの人は言う。しかしそれは、学会自体の組織を守るための理屈である。近藤さんに反応しない人の多くは、自分の身がかわいい。自分の組織を守りたいと考えている。

学会は、社会への啓蒙という役割も担っていると思う。患者さんに誤解を与えることのないように、間違った情報に関しては、学会が責任をもって、NO と言うことも大切なことだと思う。

★一般の人や患者さんへ

患者さんには、がん治療の正しい情報に是非たどり着いてほしい。

世の中、実は近藤さんより、もっとひどい状況がある。**何も治療をしない近藤理論よりも酷いインチキ療法**がたくさんある。どちらかというと、患者さんは近藤先生のところに行くよりも、インチキ治療に走ってしまう。**最悪のケースは、近藤理論を信じ、その後でインチキ療法に走るパターン**だ。これは最悪である。

例えば、がんを放置しようと思ったが、不安になったから何かしようと思ってインチキ療法に嵌る人。がんがどんどん悪化して、最期はホスピスにも入れずに死んでしまう。

そういった意味では、近藤さんは、実はまだましなのである。**近藤さんを支持している人は、実はそう多くない。近藤理論を信じているのは、知識人が多い。本当に放置をしている人は、とても少ない。**

【2】インタビュー：当事者の視点から

だから最悪なのは、最初がんの積極治療を止め、がんを放置して、最期は怪しげな治療に走る人である。そういう人が意外と多い。これは非常に怖いことではないだろうか。なぜなら、元々ががん治療が恐くて近藤さんのところに行ったのに、最後はインチキ療法に行って、高額なお金を払うことになるのだから。

繰り返すが、**患者さんには、がん治療の正しい情報にたどり着いて欲しい。**

【2】花戸貴司さん

滋賀県東近江市永源寺診療所 所長
がん患者の看取り経験あり

★がんもどき理論、がん放置療法について

近藤誠さんと近藤理論について、私はあまり詳しくは知らない。メディアで報道されている程度の知識だ。近藤さんは、「患者よ、がんと闘うな」のような本をたくさん書いている。がんには、いわゆる本物のがんともどきがある。本物のがんは、すでに転移していて、どんな治療をしても治らない。がんもどきは転移しなくて悪さをしないから放っておいていい。その**両極端な考え方**で、いずれにしてもがんは放っておいた方が長く生きられる。そういう考えのドクターという印象である。近藤さんが東近江市、または永源寺の近くにいたとしても、患者さんを紹介しようとは思わない。近藤さんの考えには賛同しない。

がんと診断されたら、本物ももどきもなく、がんはがんと思う。確かに、**進行の早い・遅い、転移しやすい・転移しにくい、症状の出やすい・出にくい、薬や放射線がよく効く・あまり効かないなど、いろいろなタイプ**があると思う。しかし、がんはがんである。

★近藤理論の各論について

がん治療不要論については、いつ頃のことを言っているのか。昔は抗がん剤の種類も少なく、放射線科医よりも外科医の方が上位だったかもしれない。放射線や抗がん剤の効果について、十分なデータがなかったと思う。だから、がんは切るしかなかったということではないか。

その後、切るにしても、内視鏡で切る内視鏡手術や、腹腔鏡手術のような侵襲の少ない治療が出てきた。また、抗がん剤もいろいろな種類が出てきた。がんの種類によってはホルモン療法や放射線治療など、医学がどんどん進歩してきて、外科治療を追い抜いていった。

確かに、逸見政孝さんの手術は、正直やり過ぎかと思ったが、**最近では手術以外にも様々な治療を使って、治療可能ながんが時代とともに変わってきた**。近藤さんが頭の中で理論を組み立てていた時代とは、明らかに変わってきている。**がんの進行具合によって手術をする、がんの種類によって薬を使う、放射線を使うなど、エビデンスとしてはっきり分かってきている**。昔は、外科の“職人さん”の領域だったので、手術の術式や、薬の使い方が、大学や施設によって異なる時代があった。そうではなくて、エビデンスに基づいて標準的な治療や、それ以外の治療など、いろいろな選択肢が示せることになったというのは、やはり医学の進歩があったからだと思う。過去に数多くの失敗があったから今の進歩があることを忘れてはいけないと思う。

★永源寺診療所の訪問診療におけるがんの患者さん

高齢者は、在宅で診ている期間が結構長い。平均 3 年から 5 年くらいの人が多い。がんの患者さんについては、およそ半年以内。全体の中での割合としては、診ている期間が短い分、少なくなってしまう。在宅で

【2】インタビュー:当事者の視点から

看取りをする人は、年間 30 人くらい。そのうちの 5 人くらいががんの患者さん。

がんの患者さんは、在宅で私が診ながら専門病院の外来通院で抗がん剤治療を行っている。発熱など具合の悪い時に、私の往診を希望する人もいる。それ以外にも、がんの終末期、かなり進行してターミナルに近い状態で、最期は自宅で訪問診療をうけながら緩和ケアを中心でという人もいる。

★近藤誠の情報開示、乳房温存療法について

1980 年代から 1990 年代にかけては、私は医学生だった。その頃の近藤さんの活躍は知らなかったが、当時学生として習ったのは、初期の乳がんに関しては手術と放射線治療の成績は、ほとんど変わらないということだった。まさに放射線科の授業で習ったことが、とても記憶に残っている。

それまでは、そのようなデータあることをみんな知らなかったのだと思う。外科の立場も強く、切らなければ治らないというのが、かつての常識だったのだろう。

乳がんといっても、転移のない小さいものであったり、大きくなってリンパ節に転移しているものであったり、いろいろな進行期のものがあるが、やはり初期のものに関しては、手術治療であっても放射線治療であっても、成績はそんなに変わらないということであれば、患者さんにしっかり説明して、温存療法になるのか、放射線治療のみになるのか、いろいろな選択肢が、実際に出てきた時期でもある。

近藤さんの考え方は、まさに時代の先端を行く理論だった。医者に全てお任せが当たり前の中で、治療を選ぶことができる先駆けだったと言える。

当時、手術偏重だったがん治療において、いろいろな選択肢が出てきたことは、患者さんにとってもいいことだ。何よりがんを治す手段が、いろいろ出てきたというのは、医者や医療の役割の幅を広げたと思う。

★近藤誠の情報発信について

近藤さんはかなり昔に得た経験、以前の外科治療と放射線治療の関係性、早期のがんに関しては外科治療をやり過ぎていた時代のことを、今でもずっと引きずっているように思える。

かつて得た成功体験を、いつまでも自分の理論、自分の主張として繰り返しているというのは、近藤さん一人で言っているうちはいいだろうが、他の人に迷惑をかけるのはよくない。ある程度の立場がある医師としての発言には責任をもって欲しい。

★近藤理論が支持される理由

「医者に殺されない 47 のすすめ」¹⁰⁸ がミリオンセラーを記録するなど、**近藤理論が支持されているのは、メディアによる宣伝効果**ではないか。いろいろなところで宣伝されている。メディアが取り上げている。やはり、**尖がった意見の方が売れやすい**。近藤さんの考え方が、正しいのか間違っているのかはともかくとして、あまり人に迷惑をかけないことだったらいいが、**近藤理論は、信じた人の人生を狂わせてしまいかねない**。確かにインフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンは大切だと思うが、一部分だけを取り上げて、自分の意見を主張するのは上手な宣伝である。果たして医師という立場としては、どうなのだろうか。

近藤理論を信じる人は、患者さんとして、とても運が悪いとしかいいようがない。近藤さん一人の意見だけではなくて、もっといろいろな人の意見に耳を傾けたらいいと思う。一つの意見が全てではない。

★メディアの責任や役割について

情報を出すのがメディアの役割なので、メディアを規制してはいけないと思う。情報を受け取る側のリテラシー、**情報を正しく理解したり評価したりすることが、もっと大切**だろう。その一方で、近藤先生への反論的

¹⁰⁸ 近藤誠. 医者に殺されない 47 の心得 医療と薬を遠ざけて、元気に、長生きする方法. アスコム, 2012

【2】インタビュー:当事者の視点から

な意見を述べているドクターもいるが、そのようなドクターの意見は尖っていないので、メディアとしては面白くないだろう。医療情報のバランスについては、医療者はみんな知っているが、**メディアは近藤さんばかりを取り上げて、正しい情報を伝えていない。**

★医療界の責任や役割について

長い目で見ると、近藤理論は一時的なブームで、一時的なメディアでしか取り上げられないのではないかなと思っている。いわゆる“ナンチャラ健康法”が、時々流行るが、それとスパンは違うかもしれないが、近藤理論は同じようなものだと思う。多分近藤先生が話すことができなくなれば、これ以上言う人はいなくなると思う。本当に一時的で、あと数年という話だろうと思う。**あまり目くじら立てる必要はない**と思う。

医療界としては**淡々と、いまわかっているエビデンス、つまりサイエンスで対抗するしかない**と思う。**感情的になって怒っても仕方ない**。サイエンスで対抗するしかない。データを出して、一つひとつ説明していく。現在も各学会で、がんの標準治療については情報を出していると思うので、それでいいのではないかな。

医療者の意見をまとめるのは、とても難しい。医療界はまとまっているようで、まとまっていないのかもしれない。**みんなが納得した時点でしか情報を出せないのは、仕方ないこと**だと思う。

★永源寺の医療と近藤理論との違い

そもそもがんを治療しないのであれば、がんの検査をしなればいい。がんという診断をしなればいいと思う。例えば私自身が、在宅で診ている患者さんで、先日 94 歳のおばあちゃんが外来にいられた。重度の貧血である。普段は高血圧で通っておられたのだが、最近、ごはんも食べられない。お腹を触ると胃のあたりが何かおかしい印象だった。正直に、その患者さんには、検査をして病院で手術をするのかどうかを尋ねた。いろいろ検査するのであれば、CT や胃カメラ、色々な検査ができることを説明した。もしがんであったら、手術も含めて病院を紹介することはできることも話した。ご本人は、「私は歳も大きいし、もうこれ以上、家族に迷惑をかけたくないし、もう何も治療は希望しない」と言われた。

この時、おばあちゃんをがんと診断すること自体、私の自己満足でしかないと思う。患者さんが治療を希望しない、何もしないと希望するのであれば、私のがんと診断しなければ、世の中丸く収まる話かもしれない。ある意味、私がやぶ医者になれば、がんと診断できない医者になれば、その人の人生にとっては役に立っている医者になるかもしれない。これは、医療に必要な**ヒューマニズム**。サイエンスの側面ではない。

★一般の人や患者さんへ

患者さん自身は、**自分の人生を左右する治療法を決めるため、いろいろな情報にアクセス**できる時代になっている。**一人の医療者の意見だけではなく、自分で本を読んだり、ネットで調べ物をしたりすることができる**。情報はたくさんあるので、最終的にはメディアの問題というより、**情報を受け取る患者自身の情報リテラシー**ということになってくるのではないかな。

患者さんは、**信頼できるかかりつけ医を持つ**ことが一番だと思う。医療のことは、**信頼できる医療職に相談する**のがいい。私自身、抗がん剤の種類や、がんの最新の治療法について 100%知っているわけではない。しかし、それぞれの疾患について、誰に相談するのがいいのか、誰の意見を求めればいいのか、こういう意見があるがどう考えるかなど、聞かれたら私なりに答えることはできる。**専門医への窓口**になることもできる。**それが、かかりつけ医の役割**だと思っている。

《3》メディア・ジャーナリスト

[1] 高橋美佐子さん

朝日新聞社 文化くらし報道部 記者

夫:がん経験者

★がんもどき理論、がん放置療法について

夫ががんになった当時、近藤さんの本を読んだ。夫は、「抗がん剤が効かなかったら余命半年」と言われていた。私は家族として何ができるかを考え、毎日書店に立ち寄り、図書館で医学書や夫のがんに関する本を読み漁っていた。近藤さんの「患者よ、がんと闘うな」をはじめ、タイトルにがんと書いてあって入手可能な本は、何から何まで殆ど全部目を通していった。

「患者よ、がんと闘うな」では、がんもどきについて、がんのような顔付きをしているが、がんではないものがあると書いてあったと記憶している。抗がん剤治療を繰り返すと、副作用で身体がどんどん弱り、死んでしまうという。夫の治療を傍らで見ていて、「その通りかも」と思ったのは事実だ。

夫が通常の抗がん剤治療を数クール繰り返した後、超大量化学療法を試みることになった。急がないと、がんが増殖してしまうので、それを防ぐために、スピードが重視された。そんな時、「もしかしたらがんもどきかもしれない」との考えが、私の頭の中に浮かんだのは、近藤さんの本を読んでいたからだ。私は副作用で全身が弱っている夫に、超大量化学療法をやらせたくないと思った。事実、夫は超大量化学療法によって白血球ゼロになった時、無菌室にいたにもかかわらず何かの感染症を起こして40度以上の高熱が10時間以上下らず、敗血症に陥り、さらに多臓器不全寸前まで進み、主治医に「今夜が山」と言われている。副作用による死まで、あと一步のところまでいったのだ。

この時も含めて、私の「これ以上、抗がん剤治療を受けさせたくない」という気持ちを夫に伝えたことはなかったが、義理の母とはよく話していた。食品や民間療法など、医療ではないことについてもよく話した。近藤理論に励まされるようなこともあった。もしかしたら1000分の1の確率かもしれないが、夫のがんはがんのような顔付きをしているが、がんもどきではないか。そうだとしたら、いつか治療が限界と言われても、夫はがんでは死なないことになる。そんなかすかな希望を、近藤理論は私たちに与えていたのは確かだ。

実際、夫と同じがんと診断され、抗がん剤治療を止めた後も数年間生きているという、九州在住の男性とも、当時電話で話したことがあった。医療では、なぜ生きているのか説明のつかない人がいる。近藤さんに診てもらいたいとまでは思わなくても、抗がん剤治療で死ぬ場合があるのは確かで、それはがんより怖いだけでなく、本末転倒だと思った。

★近藤理論が支持される理由

近藤理論は、メディアにセンセーショナルに扱われる。近藤さんはそれで自分を売り出し、メディアも近藤さんで売り上げを伸ばしたいのかもしれない。ただ、がん患者の妻としてではなく、報道機関で働く一記者としては、近藤理論はとても乱暴だと思う。見出しが強烈で、そこに読者は食いついている。

近藤さんは、きちんと話をすれば誠実な人なのかもしれない。でも書籍や雑誌の特集などに目を通す限り、信頼性に欠くという意味で、ワイドショーの域を脱しないと感じる。社会から受け入れられている理由は、

【2】インタビュー：当事者の視点から

わかりやすいからだろう。私たち新聞記者が医療に関する記事を書く際、複数の医師に監修してもらうほか、わかりにくい表現をかみ砕くときには細心の注意を払うが、そうした気配りは感じられない。

近藤理論が目されるのは、**治らないがんがあることも考えられる**。がんで命を落とすケースはある。がん患者の家族として感じたのは、**がんの治療は「こうしたら絶対に治る」とか「この薬を使ったら再発しない」という確固たるものがなく、とても個別性が強い**ということだ。しかし本人や家族は突然告知されて以降、様々な思いを抱いて治療に望む。仕事は？治療費の工面は？子どもの教育は？さらに「この先の人生はどうなるのか」や「将来設計をどう見直したらいいのか」など、その先の人生や将来設計にいつも堂々巡りの思いを至らせている。そういう“日常”の中で、医師から治療効果の有無を告げられ、一喜一憂している。**患者や家族の気持ちは常に揺れ動き、モヤモヤしている**。そのようななかで、例えば**治療が芳しくないなど、絶望に近い感覚を味わった人は、やはり近藤理論に飛びつきやすいのではない**か。

近藤さんが発信する書籍や特集記事の見出しは、**がん医療そのものや、主治医や病院とのつながりを一切否定するような、はっきりした印象を与える**。それによって、途中で治療を止めると選択する患者が出る可能性はあるだろう。いわゆる“がん難民”になってしまうケースだ。納得がいく選択は、なかなか難しいのかもしれないが、医療者の言葉で全ての治療を打ち切ってしまった人を、私は身近に知っている。**適切な治療を受けていたら、もう少し長く生きられたり、あるいは治ったかもしれない人たちは、確かにいる**。

一方、**近藤理論を支持した人たちの全てが、後悔しているわけではないとも思う**。また、**その選択をダメだと言う権利は誰にもない**。医療者の言葉に傷ついて**病院から離れる人たちにとって、近藤理論は、ある種の「心の受け皿」**になっているとも考えられる。

その上で、がん患者であった夫は、近藤さんに対して怒りの感情を持っている。近藤さんの考えを鵜呑みにした患者が病院に行かなくなり、必要な治療を中断することに、夫はやるせなさを感じるのだろう。副作用を含む様々な困難を乗り越えてがん治療を受け、効果があった人たちは大勢いる。そうした人たちのことをまったく念頭に入れない**近藤理論は、とてもユートピア的だが、どこか非常に乱暴**と言わざるを得ない。

最近になって製薬企業から資金を提供されている医者や名前が公表されるようになり、いくらもらっているか、ある程度は知られるようになってきた。近藤さん自身のビジネス的成功や利益相反は見えにくい、それ以上に**医療界のイメージの悪さ**がベースにあると考えていいだろう。

近藤さんの主張が、**文藝春秋のようなブランド力がある雑誌に掲載されると、信頼性のある情報として読者に受け止められる**。知識人といわれる文化人や有識者との対談なら尚更だろう。私は取材でいろんな方と出会うが、言葉は悪いが“イワシの頭”を信じる人は、エスタブリッシュメントと呼ばれる層に意外と多い。近藤さんは医療界の異端であるゆえに、その硬直した体制に毅然と反旗を翻す。製薬企業の援助を受けていないともどこかで聞いたが、こうした**“孤高”のイメージ**も良い影響を及ぼすかもしれない。いずれにしても、**大衆には医療界への不信感がまずあり、そこへ近藤さんが“正義の味方”のごとく見える、という構図**かもしれない。

★近藤誠の情報開示、乳房温存療法について

かつて近藤さんが患者への情報開示や乳房温存療法を推進していたことは知っていた。5年ほど前、乳房再建の取材をした際、そうした過去の実績があることを別の医療者から教えてもらったのだ。日本でほぼ最初に乳房温存療法をしたのが近藤さんだったと聞き、そのころは乳房を失いたくない患者の思いに誠実に向き合った医療者だったのかもしれないと、少し意外な気がした。

【2】インタビュー：当事者の視点から

私がこの取材を通してショックだったのは、乳房温存にせよ全摘にせよ、「命が助かったのだから」と、術後の胸の形を顧みない医者がいかに多いか、ということだ。悪いところを取ってしまえば治療終了。そうした患者たちと向き合って温存療法を進めたとすれば一定の評価できると思う。だが、取材する医療者の言葉で啞然としたのは、かつては全摘した乳房の同時再建手術がほとんどされなかったが、その理由が「一度は平らになった胸を直視した患者は、再建後にどんな形になろうともありがたがるから」ということだった。全摘しても、乳房を温存した人たちの中にも再発してしまう人はいる。その記事を書いた後、乳房再建は保険適用になったが、温存も全摘も、これが絶対ということはない。その時代の医者の考え方、その時代の流行・傾向に左右されるところがあると考えれば、自分が乳がんになった時、いろいろなことを知っていないと、治療方法の選択はできないと思う。

★近藤誠の情報発信について

新聞より情報伝達の早さは劣る雑誌で、近藤さんはストレスの切り口で問題提起し、敢えて議論を仕掛ける。自分一人で主張していても議論は広がらないから、反論の余地をしっかりと残しながら主張しているとも。だから延々議論が収まらない。そのことでさらに露出が増えていく。近藤さんが過激と感じるのは、「これだ」と強く断定することで意識的に反論を誘っている節があること。そういう意味で近藤さんは確信犯だろう。

★メディアの責任や役割について

ネットメディアの台頭で従来型のマスメディアの影響力は相対的に弱くなり、これまで通用したビジネスモデルは崩壊しつつある。このような状況のなか不況にあえぐ出版業界は売れる本を出したがる。そういう発信を、いわゆる“報道”としていいのかと言えば、私はとても懐疑的だ。

以前、朝日新聞に近藤さんに取材してコメントを引用している記事が載ったことがある。近い取材先から私にメールなどで苦情を訴える声が相次いだ。調べると筆者は近藤さんがどのような立ち位置にいる人かを詳しく知らずに書いたことが想像できた。もし状況がわかっていたら、仮に近藤さんを取材したとしても、そのように書かないはずだ。

しかし、それが紙面化される前に別の部署にいる私たちがチェックをすることは、そう簡単ではない。一般的に考えてほしいが、記者が誰を取材するか、どういう構成にするかなどは、その人に委ねられ、編集責任も持つのは幹部だ。問題がある人を取り上げる際の注意点などを全社メールなどで周知できるとしたら、やはり特別な事由に限られ、近藤さんはそこに分類されるような人ではない。

ただ近藤さんを記事で扱う場合、新聞記者は非常に慎重になるべきだと私は思う。でもテレビや雑誌、書籍について、私が何か言うことは難しい。表現の自由であり、経済活動だ。それを報道やジャーナリズムを全て一括りにし「マスコミは」と批判されても、反論しようがない。間違った取り上げ方や過剰な扱いは、その都度、発信者や報じた側に苦情を言ってほしい。そうした声の積み重ねも、抑止力になる。

★医療界の責任や役割について

医療界はずっと近藤さんを見做してきたが、相手にするべきではないのも一理ある。そうしないととらえきれないのではないかとも思う。ただ医療界が近藤さんを見做してきたから、その存在が大きくなって影響力を持ったとも言い難いのではないか。私は、一般の人や患者、家族など、情報の受け止め手の問題の方も大きいと感じる。その時代や社会のムードも影響しているように思う。

★一般の人や患者さんへ

近藤さんの本を一冊読んだからといって、わかった気になってしまうならば、やはり読者のリテラシーが問われると思う。近藤さんの本を読んで何か感じたものがあれば、それを医療者にぶつけてみるべきだ。それが、医療者が自分たちの論理だけで治療を進めていることの弊害に気づくことにもつながると思うから。患者の状況や思い、持っている情報を、医療者に伝えていく。そうした努力の積み重ねこそが、これからの時代、患者と医療者が共に「医療の形」を作ることにつながると思うのだ。

【2】生井久美子さん

朝日新聞社 記事審査室監事

元・学芸部記者

インフォームド・コンセント、乳房温存療法をテーマに近藤誠取材。

「この選択」などの連載記事は大きな反響があった。

★近藤誠とインフォームド・コンセント、乳房温存療法

近藤さん取材したきっかけは、1990年、先輩記者の大熊由紀子さんから連絡をいただいたことだった。それはちょうど、私が政治部から学芸部に移った頃。大熊さんから、インフォームド・コンセントについて取材するヒントをいただいた。

当時、インフォームド・コンセントについては、日本医師会が「説明と同意」と訳していたが、私は取材していく中で、その訳が間違っていることに気づいていく。その取材の具体的な現場の一つとして、近藤さん取材した。当時、まず知りたかったのは、患者さんの現状だった。当事者の話をまず聞きたいと思っていた。患者さんの状況や実態を知る入口の一つが、当時、患者さんへの情報開示をしていた近藤さんだった。

インフォームド・コンセントは、それまで日本の医療にはなかったこと。患者さんは、医師から事実を説明されているのか、いないのか。患者さんは医師から何を知らされていて、何を知らされていないのか。本人が判断できるような状態なのか、どうなのか。事実を知ることが、取材の入口だった。

私は、学芸部で、ひとの命にかかわる取材をしたかった。声を出したくても出せないような人たちの声を伝えたいと思っていた。

最初の医療としてインフォームド・コンセント、その具体的な現場として乳がん取材できたことは、とても衝撃だった。そして、その構造は、とてもクリアだった。

インフォームド・コンセントは、1960年代から1970年代にかけて、アメリカ社会の変化の大きなうねりの中で生まれた。それは、単に医療だけではなくて、1960年代の公民権運動や消費者運動、障がい者運動、女性解放など、さまざまなうねりの中から生まれてきた。

日本では、アメリカでインフォームド・コンセントが進んできたのは、医療訴訟対策だとよく言われる。もちろん、そのような一面もなくはないと思うが、本来のインフォームド・コンセントは、本質的には医療訴訟対策だけではないということ、この時の取材を通して教わった。インフォームド・コンセントは医療だけのことだけではなく、社会全体に関わる構造的な問題だと実感した。

1995年頃、この乳がん取材中、神戸で起きた女子高校生校門圧死事件の遺族代理人の弁護士さんと会う機会があった。医療訴訟で患者側の弁護人を務めていたその人は、「学校の主人公は生徒。医療の

【2】インタビュー：当事者の視点から

主人公は患者。これほど当たり前のことが分かってもらえないおかしさが、私たちの住む社会にはある。そこを少しずつでも変えていきたい」と言っていた。私もまさにそうだと思った。

医療をはじめ、学校、職場、家庭など社会全般において、**力を持つ側と持たない側で、あるいは情報を持つ側と持たない側で、その落差、その水平ではない関係を、どのように水平にしていくのか。**インフォームド・コンセントは、その一つの大きな力になると思った。政治については関心を持たない人でも、医療は身近なことであり自分で決断できる。**インフォームド・コンセントは医療を通して、社会全体の構造を考えることができるテーマ**だと思った。それがきっかけだった。

したがって、乳がん治療で乳房を取ってはいけないということを言うために連載記事を書いたわけでない。乳房を取るか残すか、どんな治療を受けるかは、本人が決めることだ。

「私の乳房を取らないで」¹⁰⁹を書いた頃は、大部分の人が乳がんであることも何も知らされずに、医療の判断で勝手に乳房を取られていた。他に方法があることも少なくとも知らされていない。しかし今では、年齢や状況の違いにもよるが、治療しないという選択肢もある。また、乳がんであることを本人には知らせないが、家族には知らせたり、あるいは、自分が家族である場合は知らせて欲しいのに、自分が乳がんになった時は家族に知らせなかったりするなど、さまざまなケースがある。その気持ちも勿論理解できるので、一概に酷いと言い切れないところに、**人の微妙な心持ちや葛藤、人間関係**がある。深い問題だと思う。

★近藤誠へ取材開始

私が近藤さんを取材したのは 1990 年。私には圧倒的に医療の専門知識がないので、まずは教えていただく。近藤さんはとても論理的で、いろいろなことを教えていただいた。最初は、家庭教師に教わっている学生のような感じだった。近藤さんは資料を次々に出してデータに基づいて話をされた。そして、医学界の内情や外科と放射線科の力関係と対立、患者さんの扱われ方を淡々と、しかし溢れるように話された。

驚くようなことばかりだった。ハルステッド手術はすでに外国では行われていないこと。逆に乳房温存療法は、日本では数パーセント、外国では 80%から 90%になっていること。近藤さんの説明に対して、私は「なぜ？」を繰り返すという取材だった。

このようにして私は勉強していった。そして、患者さんの話を徹底して聞いていった。乳がんについてだけでなく、その人の生い立ちや人生観も聞いた。

この取材中、スウェーデンの乳がんのドクターが来日して話を聞いた。日本でハルステッド手術を行っていると言ったら、本当に驚かれた。スウェーデンでは 100 年前のことで、それは「スキャンダルだ！」と言われた。

三井記念病院内分泌外科科長だった西常博医師は、米国ボストンの国際乳房学会で外国の医師から「いつになったら、日本はハルステッド手術をやめるのか？」と言われ、返す言葉がなかったという話を聞いた。さらに「なぜ日本は科学的ではないのか。100 年前のハルステッド手術や拡大手術を、当然のことにやっている。野蛮だ」と言われ、日本の乳がん治療は外国の医師から見るとあまりにも異質で理解に苦しむのだろうという話を聞いた。

近藤さんを取材の入口に反対の意見の方、学会の主流、いわゆる「権威」と言われている人たちの取材をした。さまざまなドクターに会って話を聞いた。。

¹⁰⁹ 生井久美子.私の乳房を取らないで 患者が変える乳ガン治療.三省堂,1993

【2】インタビュー：当事者の視点から

癌研究会附属病院乳腺外科部長の霞富士雄医師は、乳房温存療法をフランス革命に例えた。とても正直に答えていただいた。日本は乳がん後進国だということを認めておられた。ご自身はその後進国のトップにいる。連載記事では、乳房を取らないでと言っているのではなくて、その選択ができていいのか、できていないのかということを問いかけたかった。

例えば、アメリカ・レーガン元大統領夫人は乳房を全摘している。その方が、時間がかからないということもあったなど、その判断にもいろいろな解釈が伝えられた。手術をしたのが軍関係の病院なので、保守的だったのではないかといった意見もあった。一方、大統領夫人として、できるだけ早く通常の生活に戻りたかったという意見もあった。そのために、長くかかる放射線治療ではなくて、手術だけで終わりたいと思ったのではない。いろいろな見方、判断がある。

★90年代のがん治療と乳房温存療法

乳房温存療法については、近藤さんの言葉で言う「くじ引き人体実験」¹¹⁰で、既に国際的に答えは出ていた。しかし、それが日本人にあてはまるかどうかという議論はあった。

それについては、考え方が違うということになる。では、どう違うのか。そのため条件を考えていくことになる。しこりの大きさ、乳首からの距離など、その条件についてもいろいろな意見や議論が混在していた。

「私の乳房を取らないで」に書いたが、例えばヨーロッパに行って昔の恋人に会いたいと思っている女性がいた。しかし乳房を手術で取られてしまったので、それが叶わない。彼女の意思はどうなるのか。患者の身体は一体誰のものなのかという議論だ。一方、ドクターはその患者さんの人生をメチャメチャにしようとは勿論考えていない。その経験や考えられる中で、最善の治療を行おうとしている。この患者と医師との間の意識の溝があればあるほど不幸だ。

これはまさに、遠藤周作さんが言っている「善魔」¹¹¹だと思う。悪魔であれば、それが悪魔と分かるが、本当に良かれと思ってやっている善魔ほど恐ろしいものはない。

社会の構造的な問題を、最も鮮やかに示しているものの一つが乳がんだった。本人は見ることができるし、触ることができる。そこには、男性の医師と女性の患者という力関係がある。本当に象徴的なテーマだと思う。医療の取材で、最初に乳がんを深く取材できたのは衝撃的だった。社会の構造に疑問を持ち、問い続けていく、とても貴重な機会だった。

近藤さんは、「医療界の常識に反することを言ったために万年講師だったが、自分の立場を捨て信念をもってやっている」と自他ともに言っていたので、共感するところはあった。自分の地位や名誉より、**医療とは、患者さん本人が決めるべきことだ、そして科学的であるべきだ**と信じていた。その後、何度も近藤さんとやりとりをしていく中で、近藤さんの信念や言動が偽りではないと実感した。乳房温存療法のきっかけが実姉の治療だったことも、身近なこととしてあったのだと思う。

そして、厚生省研究班や学会にも関わっている、いわゆるメインストリームのドクターに取材しても、表現の仕方や方法は違うにしても、近藤さんが言っている根本的なデータについては、否定することはなかった。

ただし、日本人は違うのではないかと、順序があるのではないかと議論はあって、それを患者さんが知っているかどうかというのが問題だった。当時は、まだ今よりも争点がシンプルで、抗がん剤の問題まで至っていなかった。

¹¹⁰ ランダム化比較試験

¹¹¹ 遠藤周作. 生き上手 死に上手. 海竜社, 1991

【2】インタビュー：当事者の視点から

たとえば、体の一部を取るか取らないかという場合に、乳房以外で、患者さんが何の事前説明も受けずに、切り取られてしまうことはあるだろうか。例えば腕や手、足、鼻、耳などであるだろうか。それはおそらくないだろう。なぜ乳房ではそれがあつたのか。乳房という、女性の象徴的な場所として、患者さんの側からは、何か言いにくいということがあつたからではないか。あるドクターは、どんな理屈っぽい女も、乳房を取ってしまったら泣き寝入りすると言って憚らなかつたと聞いた。医療者としても人としても、全くひどいと思う。

当時、国立がんセンターや学会などの権威のようなドクターに取材する機会も多かつた。記者に対しては親切丁寧でも、患者さんのことを聞くと、よく覚えていないことが多い。ドクターにとってはたくさんの患者さんを限られた時間で効率的に診察して、いろいろ判断したりしなくてはいけない。しかし、患者さんにとっては唯一のドクターだと思う。やむを得ないと言えはやむを得ないが、そこに、決断のための情報量が絡むと、ドクターが予想している以上に、その患者さんを傷つけ、取り返しのつかないことになってしまう。それはドクターにとっても残念で、不本意なことだと思う。

また当時は、癌研究会でもがんセンターでも、がんが再発した患者さんを最初から最後まで診ることはまれだと言われていた。手術を待っている患者さんがたくさんいた。入院期間も限られ、その病院で手術してもらえる患者さんも限られていた。地域によって治療の差、医療の差があつた。基本的には手術したら、それで終わりだった。

このような状況では、患者さんの不安は大きく、医師と患者がいろいろと話し合える状況ではなかつた。そもそもがんであることを伝えられていない。そこが今と全然違う。

1990年の頃は、新聞の死亡欄でも、死因はがんと書かなかつた。1993年に朝日新聞で私が書いた「がんと向き合う」という連載で、がんと告知された著名人のインタビューを、本人が実名と顔も出して出るシリーズで書いたが、がん患者であるという記事はそれが初めてだった。

★アイデアフォーとの出会い

近藤さんとの出会いと同じくらい、アイデアフォーとの出会いはとても重要だった。今のように患者会がほとんどない90年代、当時のアイデアフォーのメンバーが、自分たちで患者向けのアンケート調査を行った。調査結果をパソコンを使ってまとめ、社会に情報発信した。これは本当に画期的だった。

そのような患者さん像は、それまでなかつたのではないか。医療者に言われるままではなく、患者、も勉強する。原典にあたる。データにあたる、さらに自分たちで調べる。そしてその結果を公表する。まさに、新しい患者像だった

さらに、私が感激したのは、患者さんたちが自分が受けた医療を、それも特に辛い体験で今でも心身に残っているような痛みを、将来の患者さんが同じ目に遭わないようにという目的で、新聞記者に語るということだった。話をうかがって、これは絶対に伝えなくてははいけないと思った。将来の人のために、自分の受けた辛い体験を社会に伝えるというのはすごいことだと思う。

★「抗がん剤が効く」とは何か

抗がん剤が効くという場合、それはどういうことを指しているのか。ドクターは腫瘍が小さくなることを「効いた」と言うが、それによって患者に何のメリットがあつたのか。例えば、腫瘍は小さくなったが、その間、患者は激しい吐き気に見舞われ苦しい状態が続いた。しかし生存期間は延びなかつたということ、近藤さんから聞いたことがある。**抗がん剤が効くということについては、医師が考えていること、研究の結果としてのこと、患者さんのQOLについてのことで、随分違いがある**と思った。

【2】インタビュー：当事者の視点から

1990年頃、国立がんセンターをはじめ、がん医療の中心的な医療機関でも、患者さんに病名や病状について十分な説明がされていないということは、決して特別なことではなかった。専門病院で先進的と言われているところでさえそうだった。同じように、患者も、医療の権威、一流の医師など、何を根拠にして言っているのかと思っている。私は記事を書くときに、できるだけ権威という言葉を使わないようにしている。

★医療界のヒエラルキー

医療、ドクターの世界には、ヒエラルキーがある。内科、外科が上で、放射線科は下。麻酔科や病理などの地位は、もっと低いのではないか。一方で、手術では麻酔科医の関わりは大きい。病理医への取材では、病理診断に誤診が多いということもわかった。インフォームド・コンセントの取材を通して、このような医療の構造的な問題があることが分かった。

言い換えれば、近藤さんが指摘していることは、とても構造的な問題であるということ。近藤さんのような問題提起は、外科医ではなかなかできないと、近藤さんは話していた。しかも、メディアに向かって発信することは本当に難しい。

「私の乳房を取らないで」に書いたが、京都大学医学部放射線科の教授も、日本ではチーム医療がなかなか実現できない¹¹²と、近藤さんと同じような指摘をしていた。がんのチーム医療は、外科と抗がん剤、放射線科などが一緒になり、患者さんの状態をより良くしていくために、どういうチームが組めるか、どのような治療をすることができるか、それぞれが専門家としての知恵を出し合えるかが重要だが、それがなかなかできない。1990年当時は、外科は外科手術によって患者を救おうとしていた。その傾向は今でもあるのだろう。

診療科のヒエラルキーとともに、臓器のヒエラルキーがある。やはり脳や心臓が一番上だろうか。続いて内臓、胃や肺、肝臓などがあって、一番下は生殖器ではないか。男性では前立腺、女性では乳房、子宮。

そして、時代によって注目される病気が違うということもある。今でこそ乳がんはとも増えてきた。高齢者医療では、その昔、認知症(痴呆症)は今ほど注目されていなかった。そもそも高齢者医療そのものの位置づけが低かった。介護も同様だ。その時代における重要課題は変化する。

当時、抗がん剤は専門医ではない外科医なども使っていた。勿論、治療に関するきちんとした裏付けがあればいいが、そうではなかった治療がいくつもあっただろう。

★パターンリズムとインフォームド・コンセント

ハルステッド手術の考え方がそうであったように、外科医には伝統的に患部をできるだけごっそり取ると安心だという意識があるように思う。しかし、そうであるとすれば、極端な言い方をすれば、身体中から悪いところを全部取らなくてはいけなくなり、スキルス性胃がんのような大きな手術になってしまう。そうすると、極端に言えば「がんは治るが、人間は死ぬ」という事態になってしまいかねない。

さらに、医療者は、ある時までずっと長い間、がんの告知はできないと言っていた。高僧でも、がん告知をされたら絶望して自殺してしまうからなどということも語られ、長く告知はできないと言ってきた。しかし、ある時からがんと告知した方が、患者さんががんと向き合うことができるのでいいということになった。

しかし患者はというと、告知されることによって、これまでは考えなくてよかったことまで考えなくてはいけなくなることになる。体調が悪く辛い時でも、頭を働かせなくてはいけなくなることになる。

体調がいいときでさえ、自分で調べたり考えたりするのが辛い時があるのに、体調が最悪の時に、場合によっては家族のことも心配しなければならない。本当に大変なことだと思う。

¹¹² 生井久美子. 私の乳房を取らないで 患者が変える乳ガン治療. 三省堂, 1993:44-46

【2】インタビュー：当事者の視点から

最初にインフォームド・コンセントの取材をした時、結果的に思ったのは、医師に全て任せるとい人がいてもいいのではないかとことだった。主治医を信頼して、全ての情報を聞いたうえで、主治医の判断にという選択もあるということである。

情報を聞きたくないという人もいるかもしれない。過日、ある分野で著名なジャーナリストががんになって大きな手術をされたようだが、手術の時は、あまりたくさんの情報が欲しいとは思わなかったと書いていた。自分は主治医を信頼して、その手術を受けようと思っているのに、そうではないという情報をたくさん得られるのはどうなのだろうか。

そういう考え方もできる。それは、人生観に近いようなことでもあるから、何がなんでも全部情報を得てからやらなければいけないということではない。ただ一般的には、複数の治療法、さらに全く治療しない場合について、考えるメリットとデメリットを、やはり知っておいた方がいいのではないか。後になってから、こんな方法があることを知らなかったというのが、この乳がんの取材の時、一番辛かった。ある情報を聞いていて、「知っていたけれど、私はそうはしなかった」というのでは、少し違うのではないか。

★近藤誠の情報発信について

近藤さんは、メディアを通じた情報発信を始めた頃、月刊文藝春秋に掲載されることにとても重きを置いていたと思う。1988年の論文¹¹³が、近藤さんの言論活動の出発点としてはとても大きかったのではないか。その後の著書「患者よ、がんと闘うな」のタイトルを誰が付けたかは分からないが、そのタイトル通り、**がんとは闘いたくないと思っている読者、患者さんは少なからずいる**と思う。

私は、**ドクターが患者の思いや不安、痛みといったものを、あまりにも知らなかったり、無関心だったりしたことが大きな背景としてあった**と思う。

ドクターは、ある程度健康でないと務まらない。特に外科医は、手術をするときの集中力など、健康面で大事なことがいろいろあると思う。しかし、医師が患者の心身の痛みを知る、想像力を働かせるための教育や研修がもう少しあってもよいのではないか。たとえば、抗がん剤の副作用の苦しみや辛さについては、研修時代に抗がん剤そのものではなくても、抗がん剤の副作用に似たような状況を体験してもいいのではないか。今までそのような機会がなかったことが、患者にとってもドクターにとっても、残念なことだと思う。

医学教育や研修に、そのような体験を通した気づきを取り入れていけば、患者さんの痛みがもう少し分かるのではないだろうか。そこで身についたものが、本当の知性だと思う。

★メディアの責任や役割について

近藤さんとメディアとの関係については、近藤さんだけが特別ではないと思う。一般論として、雑誌はそれぞれの会社で、それぞれの編集方針がある。その中で読者に読まれることを重視しているところもあれば、それとは全く別の雑誌独自の価値観を広めることを重視しているところもあると思う。

近藤さんを取り上げているメディアは無責任だとの批判があるとのことだが、前提となる近藤さんの考え方がよくわかっていないので、直接これについては申し上げることはない。

そのドクターにとっては、自分の患者さんが、近藤さんの情報によって結果的に不本意な状況になってしまったという具体的な体験があって、そう仰っているかもしれない。そのことについては、なかなかこうだとは言えない。ドクターと患者さんとの個々の関係は、一般論とは全く違う。

¹¹³ 近藤誠. 乳ガンは切らずに治る. 月刊文藝春秋, 1988, 6月号: 330-337

【2】インタビュー：当事者の視点から

そのドクターにとっては、自分の患者さんが、近藤さんの情報によって結果的に不本意な状況になってしまったという具体的な体験があって、そう仰っているかもしれない。そのことについては、なかなかこうだとは言えない。ドクターと患者さんとの個々の関係は、一般論とは全く違う。

★医療界の責任や役割について

かつて、医療界が近藤さんを見捨てたというより、**医療界において、患者さん中心の医療という意識がなかったのだと思う。患者中心の医療に至っていなかった。**

今でも、がんの専門医が多い地域と少ない地域があることが問題になっている。同様に、介護保険についても、介護サービスがあるところとないところがあると指摘されている。私にとっては、これも、日本における構造的な問題の一つであると思う。

私が近藤さんの取材をしている時、乳房を取られた患者さんが、その後、自殺してしまったという話を聞いた。ドクターは、患者さんを助けるために選択した治療だったはずである。直接その患者さんを取材していないので確認はできないが、それはありうと思う。自殺までは行かなくても、乳房を取られて自分の人生はぐちゃぐちゃになってしまったと、ずっと苦しんでいる女性を何人も取材した。

ドクターが良かれと思い、たとえそれが標準治療であっても患者さんが苦しむことはある。それは、患者本人の判断ではないからだ。私は患者が判断するという話を聞いた時、そんなこと患者さんにできるのかと思ったことがある。

その時、取材したドクターがこう言った。子宮を取るか取らないか。ある手術をすると子どもが産めなくなる。ある治療をすると子どもを産むことはできるが自分の命は短くなる。その場合、どちらがいいか、いったい誰が決められるのか。結局、それは患者さん本人しか決められないと。

それはそうだと思う。**その後、どのような人生を歩むかということに繋がるわけだから。生きている間の時間をどう使うかということ。**病院を出てすぐに交通事故に遭って亡くなることもある。ドクターは、医療的に最良の方法を知っているかもしれないが、**患者さんの人生は患者さんのもの。その生き方も、患者さん本人が決めるものだと思う。**

★一般の人や患者さんへ

医療については、多角的に情報を集めていくということが大事だと思う。ドクターからは勿論のこと、患者さん同士の情報交換、看護師、コメディカルからなど、情報源はたくさんある。

もし自分ががん患者だったら、そうするように努力する。

たとえば、乳がんについて言えば、情報がとても豊富ながんだ。仮に私が乳がんになったとしたら、乳がんに限らずいろいろなことを相談しているドクターが何人かいるので、その複数のドクターに相談する。また、イデアフォーなどの患者会など、患者さんからの情報も聞けよう。医療関係にいる親戚や友人にも聞く。

そして、**自分自身がどう生きたいか**ということがないと辛いと思う。**ひとは必ず死ぬ。**それだけは確かなことで、生まれた時から、死に向かって歩いているといってもいい。**治療法を選び、病と向き合うことは、残された時間をどう生きるか、自分の人生と向き合うことだと思う。**

【3】鳥集 徹さん

ジャーナリスト。近藤誠への取材経験あり。

近藤誠への反論記事・週刊文春『「抗がん剤は効かない」は本当か』の取材・構成を担当。

★私のジャーナリストとしての決意と、近藤誠

1998年からフリーライターとして仕事をしていた僕が、フリージャーナリスト宣言をしたのが2004年。最初にやったことは、それまで出版されていた近藤誠さんの本を全部読んだことだった。自分がジャーナリストとして出発するに当たって、近藤さんの本は読んでおかないといけないと思った。

近藤さんの主張していることは、とても極端だと分かっていた。1998年からフリーライターの仕事を始めたが、その前はマーケティング・リサーチ、つまり統計調査の仕事をしていた。ランダム化比較試験や二重盲検法などは、商品の評価テストでも使うことがある。だから意味は知っていた。どうして無作為に二つの群を分けてやらないといけないのか。対照群を設定しないと本当の効果は分からないと知っていた。**近藤さんの言っていることは極端だと思っ一方で、その通りだと思うことがたくさんあった。**

なぜ、僕がジャーナリスト宣言をしたのか。僕は、同志社大学文学部社会学部新聞学専攻で、ジャーナリズムは社会の木鐸であり、権力を監視し、権力を批判することがジャーナリストの役割だと学んだ。フリーライターの時は、医療者が言うことをそのまま右から左に書いていた。しかし、ジャーナリストとして、これから自分が生きていく上では、人の言うことだけをそのまま書いていたら、僕が書く価値はないと考えていた。だから医療者の言うことを右から左に書くのではなく、医療者が言っていることは正しいのかどうかを見極める必要があると考えていた。

僕には、統計調査の知識があった。近藤さんも統計的なデータを駆使して自分の考え方を発信していた。近藤さんのやり方が非常に勉強になるとともに、医療者の意見を鵜呑みにせずに自分で考える武器になると思ったため、近藤さんの本を読破した。

★がんもどき理論について

僕が近藤さんについて一番疑問に思うことは、本物のがんとがんもどきの二元論で語っていること。とても極端な考え方になってしまっている。僕が取材する限り、**現在がんの臨床をしているドクターの誰に尋ねても、いわゆるがんもどきはないと言う人は1人もいない。**がんの専門家だけではなく、EBMの専門家も同様だ。

したがって、**がんもどきに関する論点は何かという、がんには、本物のがんとがんもどきの二種類しかないのか、それとも、本物のがんとがんもどきの間にスペクトラム(連続性)があるのかということになる。**それがはっきり分かっているのか、分かっていないのかということだ。

がんの疑いがある場合、細胞診や組織診で病理医は、基本的に形態学的な判断しかしていない。「がんのような悪そうな顔つきをしている」「核がとても不揃いだ」「核が普通に比べて大きい」というようなことでしか判断していない。実際に、**早期で見つかった「顔つきが悪いもの」が、将来進行していくのか進行していかないのかについては、分からない。**分からないから、みんな困っている。

がんもどきであったものを、あるいは、がんもどきらしいものを放置した時、例えば胃の上皮内がんなど、極めて早期のものが見つかった時に、本当に放置してその人が救われるのかどうかは、誰にも分からない。本当に放置してよかったのか、放置したら実際にがんになっていくのかということも、本当は分からない。がんが

【2】インタビュー：当事者の視点から

見つかったら全部取ってしまうべきなのか、そうでないのか、それも本当のところは分からない。**本当は分からないことだらけなのに、近藤さんはそれを分かり切っているかのように言ってしまうから、勝俣範之さんをはじめ、他の医療者が近藤理論を受け入れられないのだと思う。**

繰り返しになるが、治療すべきなのか治療しなくていいのか、本当のところは分からない。そして、例えば、**がんは本物のがんとがんもどきだけで、「その中間のもの」はないのか。**がんもどきのように見えるが、ものすごくゆっくり大きくなって最終的には命をとるかもしれないものがあるのかも分からない。そういう状況で、**近藤さんは、本物のがんとがんもどきしかないと、はっきり言っている。結果的に患者さんが死んだときは、本物のがんだった。結果的に死ななかった時は、がんもどきだったと言っている。**しかしそれは、**結果論に過ぎなくて、本当のところは誰も分からない。**

では本当のところを分かるためにはどうすればいいのか。同じような早期のがんが見つかった人を治療する群と治療しない群に分けて、試験するしかない。しかし、臨床医はそんな非倫理的なことはできないと言うだろうし、近藤さんはその比較試験をやっていないから、医療者は嘘をついているという言い方をしている。僕が**近藤さんに一番求めたいことは、近藤さんの指摘はその通りなのだから、もっと前向きで提案的なことである。**すなわち、僕も本当のことを知りたい。「放置療法をしたら長生きすると思うが、それを確かめるために医療界を挙げて、例えば治療する群と治療しない群に分けて比較試験をやってはどうか」と言い続けていたら凄くと思うのだが、近藤さんはそうは言っていない。

ここからは僕の推論だが、なぜ近藤さんがそう言わないのかというと、**もしかしたら近藤さんはもっと裏の裏を考えていて、極端なことを言わないと医療界は変わらないと思っているのかもしれない。**実際、東海大学名誉教授で乳腺外科医の田島知郎さんが『なぜ病院に「殺される」と言われても誰も反論しないのか?』ということを書いていて、近藤さんぐらい極端なことを言わないと、医療界は変わらないと言っている。近藤さんも同じように考えているのかもしれない。近藤さんはそんな馬鹿ではないと思うので、**極端なことを言うことで医療界と闘っているのかもしれない。**

★時代が近藤さんに迫いついてきた

文藝春秋の編集のひとと、よく近藤さんの事で話をする。勝俣範之さんと上野直人さんの記事の編集担当だが、2人で「**時代が近藤さんに近づいている**」とよく言っている。

文藝春秋の取材で医療者のところに行くと、しばしば近藤さんのことを意識される人はいる。文藝春秋は、なぜ近藤さんを引き立てるのか。文藝春秋は、会社として菊池寛賞まで授与してしまったわけで、文藝春秋が近藤さんをどのように位置づけているのか、関心がある人が多い。

かつては、近藤さんの名前を出すだけで激怒する医療者はたくさんいた。近藤誠はけしからん。近藤誠のせいで医療が混乱していると言うような医療者がたくさんいた。

たとえば、あるがん診療連携拠点病院のトップは、僕が取材で近藤さんの名前を言っただけで怒りだしてしまった。「あいつのおかげで、どれだけ医療現場が混乱したことか。抗がん剤を受けないという患者がたくさん出て、私たちがどれだけ苦労をしたか分かっているのか」と。しかし、僕は、「近藤さんのおかげで世の中の人が抗がん剤はみんなが思っているほど効かないということも分かった。手術もたくさん取ればいいというものではないということも分かった。近藤さんにも耳を傾けなければならないことがいっぱいあるのではないかと」言った。すると、近藤誠を擁護するのは、許さんという感じになった。僕は、それはおかしい。近藤さんがいかに医療を変えたかということも認めないといけないと言ひ合いになった。

しかし、**今では、先ほども言ったように、どの医療者に聞いても、がんもどきはあるということを認めてい**

【2】インタビュー：当事者の視点から

る。おそらく20年前だったら医療者は認めなかったかもしれない。

そして抗がん剤。勝俣範之さんも、近藤さんに対してがん放置療法のことをとても罪だと言っているが、勝俣さんこそ抗がん剤を末期のぎりぎりまでやってはいけないうる人である。パフォーマンス・ステータスの悪い人に、平気で抗がん剤治療をする医療者さんがいるが、今ではそれはけしからんということになってきている。

がん検診についても、僕が週刊文春で取材したのは、ガイドラインをつくるような立場の人、ピンクリボン運動をしているような立場の人。乳がん検診の中核にいるような人たちでさえ、過剰診断があって死亡低減効果は僅かだということを知っている。むしろ、その事実をもっと世の中に発信していかないとけないという状況になっている。実際、国立がん研究センター東病院のドクターが、そう言っている。

この10年間で、近藤さんの話にも耳を傾けるべきという人が、医療界の中にも出始めている。今はとても紙一重のところにある。勝俣さんは、近藤さんの言うことを信じて放置療法をやったために、治療していたら命が長らえたかもしれないという患者さんを経験として見ているから、そこでやっぱり近藤さんを許すことができない。これまでがんの専門医は、自分たちでバリバリ手術をしてきて、抗がん剤をやってきたわけで、**いま近藤さんのことを認めてしまうと、自分たちの過去も否定しないとけないことになる。だから、近藤さんが言うことはその通りだと言えないようだが、今の医療者は内心では近藤さんの主張の一部は認めているという印象だ。**

★エビデンス・ベースド・メディスン(EBM)の浸透

どうしてそのような状況になってきたかという、EBM の考え方が広がったからだと思う。大熊由紀子さんが指摘しているように、本物の EBM と偽物の EBM があるので気をつけなければいけない。僕が EBM という言葉を初めて聞いたのは、医療ライターになりたての頃だった。その当時、大学病院を取材したら、「EBM の時代がやってきた」という趣旨の講演ポスターがあったと記憶している。僕は逆に、それまでエビデンスに基づいた医療をしていなかったということに、とても驚いた。

しかし、いま国立がん研究センターで活躍しているような医療者は、EBM を理解していないと ASCO(米国臨床腫瘍学会)のような国際舞台には立てない。特に抗がん剤や薬物療法をやる人は、EBM 至上主義と言ってもいい。

EBM をつきつめていくと、薬もワクチンも、人々が期待するほどの効果はないということが分かってくる。がん検診も、そんなに有効性があるわけではないということが分かってくる。そういうことが分かってくると、近藤さんが言っていたことというのは、実は妥当な部分が多かったことに、みんな気づき始めている。古い時代に医学教育を受けた医療者ほど、近藤さんに対してとても厳しい見方をしているが、EBM を理解している世代の医師は、かなりの部分は近藤さんの考えの通りだって認めている。もちろん、がんもどきと本物のがんの二元論に立ち、「抗がんは効かない」と言い切ってしまう限り、根本のところでは受け入れられないと思うが。

遡って言えば、高橋暁正さんや別府宏圀さん、浜六郎さんたちが武器にしてきたものが、EBM だった。統計学をきちんと身につけている。統計学的なマインドを持っているかどうかということに尽きる。結局、科学的な方法論で突き詰めた時に、自分がやっていることが本当に正しいのかを確かめる方法が EBM。今になって、ようやく高橋暁正の時代になってきたかもしれない。それぐらい世の中に膾炙するのに時間がかかったのかもしれない。

★一般の人のメディア観

一般の人や医療者は、新聞や雑誌というメディアは、一貫性を持つべきだという考えを持っている。特に新聞社は、議論がぶれないようなことを意識して記事をつくっていると思う。しかし、雑誌は、極論すると売ればいい。極端な論に張りたい。特に見出しは編集部のデスクがつくるので、なかなか僕の手の及ばないところだが、極端な見出しをつけがちだ。そうでないと売れない。「売れて読まれてなんぼ」という気持ちがある。

そういう意味で言えば、新聞はそうはいかないところがある。特にいまの新聞は「安心理論」に立っているのではないかと思っている。いろいろなところからクレームがつかない記事を書くようにしている。医療記事であれば、新聞は学会の重鎮から支持される記事を書けば安心だが、週刊誌は売りたいので極端な記事を書きたいと思う。

最近、週刊誌は読者層が上がっている。50代～70代が読むメディアになっていて、若い人はあまり読まない。だから医療記事は読者の反応がとていいので、僕は重宝されている。僕がジェネリックの批判記事を書いたら、読者投票が2位になった。高倉健さんが亡くなった時の追悼記事よりもジェネリックの記事に多く投票されるくらいだ。このように雑誌では、売れる記事を書きたいのであって、何か一貫したポリシーがあるわけではないのだ。

近藤さんが登場する時には、近藤さんの論で極端なことをやりたい。一方で、新聞でやればいいのかというくらい普通の医療記事の時もある。要するに、読者投票では上位になる医療記事になれば何でもいい。まさに、新聞のような安心理論に立った記事を書きたいのか、売れるために医療記事を書きたいか。それだけの差しかない。

メディアの医療記事の一番の問題は、あまりにもEBMを理解していない記者が多いということだ。僕は乳がんを告白した北斗晶さんをフックに、乳がん検診の記事を書いた。大変がっかりしたのは、僕の記事以外、どの記事も乳がん検診を受診しましょうという論調であったということだ。北斗さんの告白のおかげで乳がん検診を受診する人が何倍にも増えた。良かったという記事である。

最近、週刊ポストのネット記事を読んだ。医療ジャーナリストのコメントで、がん検診には過剰診断があり、死亡率低減効果もないという結果が出ていて、スイスではがん検診を国として止めようかという話も出ていますというコメントがあった。しかし、やはり検診は受けた方がいいと専門家は言っていると書いてあった。正直、この医療ジャーナリストは一体誰なのかと思った。僕が書いた記事をそのまま要約してそこに載せているだけではないか。

統計学的な結果として、がん検診は近藤さんが言うように、やること自体が無駄というのは極論かもしれない。しかし、世の中の人々が考えているほど効果がないのは間違いなく、皆が思っている以上に不利益があるのは間違いがない。医療記事を書いている僕らの一言によって、読者の行動が左右される。その記事で、がん検診を受ける人もいれば、受診を考え直そうという人もいる。

きちんとした科学的な結論として、問題点は何なのかを理解したうえで記事を書くべきだと思うが、実際は新聞から雑誌まで、専門家の発言やコメント、医療界の常識を踏まえているだけで、自分で考えて記事を書いているという実態がほとんどない。それが一番問題だ。

それが、最近が一番がっかりしたこと、それが現在の医療記事の一番の問題だ。そのような考え方を踏まえると、最近新聞が近藤さんを取り上げなくなってきたのは、全くその通りだと思う。他のいろいろなところからクレームがつかない記事。安心の記事を書くのであれば、近藤さんを取り上げない方がいい。一方雑誌は、売上を伸ばしたかったら近藤さんを取り上げたらいい。しかし本当は、医療記事を書く人は、これからの時代、

万能ではないが、EBMの素養はないといけない。自分の頭で考えて医療記事を書くということを皆さんにやってほしいと思う。

★近藤誠と勝俣範之さんは、近づいているからこそ反発している

僕は、近藤さんと勝俣さんは、そんなに噛み合っていないことはないと思っている。勝俣さんは、治療の賭けということと言うと、治る方に賭けたい。がんの種類や人によっては抗がん剤がよく効いて、進行がんでも長生きできる人がいる。しかし、すべての人に抗がん剤がよく効くわけではないし、劇的な効果を得る人はほんのわずか。でも、効果が期待できるなら賭けようというのが人情だと思う。医療者は殆どの人がそうだろう。せっかく治るチャンスがあるのに、なんでやらないのかということ。治るチャンスは僅かなものだということも、多分分かっている。

これに対して近藤さんは、チャンスが僅かなうえに、副作用で命を縮める危険性もあるのに、そこに賭けてどうするのという考え方だと思う。だから「効かない」とまで言い切ってしまう。現象学ではないが、同じコップを見ていて、右から見たら四角に見えるのに、左から見たら丸に見えるということに近いのではないか。昔は、二人とも全く違うものを見ている感じがしたが、いまは同じものを見て違う形をしていると言っているようにも見える。反発し合っているように見えるが、磁石と同じように、立ち位置が近づいてきたがゆえに、反発力が強くなっているのではないだろうか。

★近藤誠の情報発信、言論活動について

近藤さんが自分で意図的に戦略を持っているかどうかは分からないが、メディアにとって近藤さんはどういう人かという、医療界の人が言ってくれない本音をズバッと言ってくれる人だ。

これはメディアの悪いところかもしれないが、メディアにとって都合のいい意見を言ってくれる人を探すわけだ。例えば、がん検診だったら、がん検診は要らないと言ってくれる人を探そうと思ったら、他にはなかなかいない。しかし近藤さんは、医療にはこんなダークな部分がある、こんなダメな部分があるということをズバツと言ってくれる。だからとても重宝される人だと思う。特に新聞ではなく、週刊誌など、もっと極端なことを言っ売りたい出版社とすれば、とても重宝する。

だから近藤さんがメディアから貴重に持ち上げられ、取り上げられているのだと思う。

★近藤理論が支持される理由

そして、近藤さんには、読者もついてくる。なぜ読者が、近藤さんを支持するのか。

一つは、読者にとって近藤さんは、自分の願望に答えてくれる人だからだと思う。例えば、抗がん剤は誰だってやりたくないし、手術だってやりたくない。がん検診も怖い。がんが見つかったらどうしようと思う。そういう読者が持っている不安や願望に、近藤さんは答えてくれる人だ。がんになっても痛くないと言ってくれる。

緩和ケア医に聞くと、がんは痛まないというのはウソで、多くは痛みが出ると言う。でも、がんは痛くない、がんになっても穏やかに死ねると思いたい。そういう願望に答えてくれるひとの一人が近藤さんなのだろう。

もう一つは、少し統計が分かる人だったら、近藤さんが言っていることは、やはり腑に落ちることがたくさんあると思う。僕もそうだ。確かに、抗がん剤は期待するほどは効かないということも理解できる。例えばアマゾンの近藤さんの本のコメント欄についても、もし余裕があったら分析したら面白い。近藤さんのことを100%バンザイと書いている人ばかりでない。おそらく、近藤さんが極端なことを言っているということ、多くの読者がわかって読んでいる。医療者がズバツと言わない、医療の問題点を言ってくれるから、やはりみなさんに支持される。もちろん一部には近藤さんのことを鵜呑みにして、放置すべきでないがんを放置した人もいただろう。それはそれで大きな問題だが、多く人は近藤さんの考えを鵜呑みにはしていないと思う。

★メディアの責任や役割について

僕は、勝俣さんの考え方が絶対ではないのと同じように、近藤さんの考え方も絶対ではないと思っている。結局、情報を相対化する努力。例えば、近藤さんが「抗がん剤は効かない」と言った時に、そうではない考え方もあるということ、ジャーナリズムが努力してきたかということは問われて然るべきかもしれない。勝俣さんから見ると、文藝春秋という雑誌が近藤さんの記事を載せることによって、文藝春秋ブランドが近藤さんにお墨付きを与えることになる。だから、文藝春秋ともあろう、日本に冠たる歴史のある雑誌が、近藤さんを持ち上げるとはどういうことだというのが、勝俣さんや大津秀一さん¹¹⁴の考え方で、それはその通りだと思う。文藝春秋としては、近藤さんのことを持ち上げようと思っているわけではなく、こういう考え方もあると提示しているつもりかもしれない。しかし、社会に対してはそういうメッセージになっていないというのが問題だ。そうだとしたら、文藝春秋は、近藤さんの情報を、もっと相対化する努力をするべきかもしれない。

勝俣さんが近藤さんには罪があると言うのは分かる。しかし、僕は勝俣さんとは少し違う角度になるが、**メディアがもっと EBM の勉強やセンスを身に付けて、自分で考える記事を発信できるようになっていってくれたら素晴らしいと思う。もちろん、EBM が至上ということではなく、本当に患者さんのためになる、自分が書くことによって患者さんのためになると思ったら、自ずと EBM を勉強しなければならなくなる**ということ。しかし、そのように考えて記事を書いている人はいない。いつも思っているが、相変わらず、医療者が言っていることを右から左に書く記者が多すぎる。

医療ライターとしては私の先輩にあたる人に、EBM の話をしたら、「EBM のことはよくわからない」と言われたことがある。その人はとてもいい記事を書く。いい記事を書けけれど、ずっと医療者の言う事を忠実にきちんと書くことを仕事にしてきた。それだけでは、だめということである。

メディアドクターという試みもあって、それはとても素晴らしいと思うが、メディアドクターの評価ばかり気にしていたら、メディアドクターにいる人たちの都合のいい記事ばかりになる可能性だってある。そうではなくて、**基本を持ったうえで、自分はこう思うということ、きちんと世の中に伝えたい**と思う。

EBM では、権威者であろうと個人の意見は、エビデンスレベルが一番低い。例えば、インフルエンザといったら必ず、どこどこ病院のまるまるさんのコメントが必ず紹介されるが、なぜ、いつもあの人ばかり取り上げるのかと思うことがある。そういう人に限って、利益相反の心配があるような人が多い。

そうではなくて、インフルエンザ・ワクチンのいま一番の問題は、本当にどれだけ効果があるのかということである。世界中の人が本当に効くのかどうか議論しているところで、冬になったらインフルエンザ・ワクチンを打ちましょうという記事が、また出てくる。そうではなくて、自分でいろいろなデータを調べた結果、これだけの効果だが、それでも私はインフルエンザ・ワクチンを打つべきだと思うのか、それともそんな効果だったら打たなくてもいいのではないかと思うのか、個々の記者レベルで考えることができないのだったら、やはり駄目なのではないかと思う。

★医療界の責任や役割について

医療界の人たちにも責任がある。近藤理論を批判する人たちは、**直接近藤さんに対決、対談したらどうかと思うのだが、なかなか実現することが難しい**。どうも、周囲の人に止められるのだという。近藤さんなんかの土俵に乗ることはないと言われるようだ。

¹¹⁴ 東邦大学医療センター大森病院緩和ケアセンターセンター長。「死ぬときに後悔すること 25」等、緩和ケアに関する著作多数。

【2】インタビュー：当事者の視点から

医学界の人たちが一般の人に、近藤さんの考えは間違っていると、これまでどれくらい言ってきたかという、それは甚だ疑問である。対談などはしないが、本人のいないところで怒っている人がいたり、対談したとしても、あまり勝てていなかったりするわけである。

★一般の人や患者さんへ

一般の人のメディアリテラシーを上げるべきだとか、医療に対するリテラシーを上げるべきだとよく言われるが、それはとても難しいことだ。僕は中学生でも、おじいちゃん、おばあちゃんでも、誰にでも分かるような記事を書こうといつも努力しているが、それは本当に難しい。「言語にとって美とは何か」¹¹⁵ だったように思うが、思想家の吉本隆明が、自分が深く理解すれば理解するほど、易しい言葉で書けるはずだと書いていた。それをいつも思いながら、いつも悪戦苦闘している。どんなに易しい言葉で書いても、なかなか全ての人には理解してもらえない。僕はそれが当たり前だと思う。みんながみんな、医療に関心があるわけでもない。一般の人が、その理解力を上げるべきだという考えばかりに立つのも、あまりよくないのではないかと思っている。

例えば、医療における患者さんの立場で考えた時に、医療者というのは持っている情報量がとても多い。一方で患者さんが持っている情報はとても少ない。医療者が、とにかく患者さんが適切な選択ができるように情報を伝えても、その全てを患者さんに理解してもらえないかもしれない。その時に、最終的には医療者が、患者さんにとって一番いいのは何か、良心に基づいて、良心に問うて、患者さんにこうしたらどうですかという提案もできないといけない。それと同じことを、僕らジャーナリストもやらないといけないのかもしれない。結局、情報を出しっ放しでいいのではなく、こういう情報がある中で、こういう人はこうした方がいいのではないかという位までは、言える責任を持つような気持ちで記事を書かないといけないと思う。それは、患者さんへ選択肢を提案すること。本当に難しい。

¹¹⁵ 吉本隆明. 言語にとって美とはなにか〈1〉〈2〉. 角川書店. 角川選書, 1990

《4》パブリックリレーションズ実務者

[1] 池尻嘉明さん

電通パブリックリレーションズ
元・取締役副社長

★近藤誠、近藤理論について

医療者の知り合いが多いので、近藤誠さんが話題になることがあるが、**一般的な医療者と比べると、近藤さんは正反対のことを言っているという印象がある。**

「近藤さんはとてもアバウトな人だから、そのような考え方をするのではないか」と近藤さんに否定的な医療者もいれば、「日本の医療はもともと外科中心、手術中心で、放射線治療の重要性や有効性の理解がなかなか進まない」と近藤さんと同じような意見を言う医療者もいる。

最近では、何もかも手術しなくていけないということではないようだ。抗がん剤や放射線治療の進歩もあるからなのか、手術しなくてもいい人が結構いるようだ。

作詞家で作家のなかにし礼さんが、食道がんになった。(2012年3月5日のテレビ番組で告白)治療にあたっては、いろいろ情報を集めた結果、手術は受けないことに決めて、陽子線治療を受けることを選び、効果があった。

近藤さんは万年講師だったとの事だが、**病院経営という観点では、近藤さんの考え方が受け入れられるのは難しいだろう。**万年講師だったことは、仕方なかったと思う。

[2] 瀧澤緑郎さん

電通パブリックリレーションズ
元・取締役

★乳がん乳房温存療法、がんもどき理論、がん放置療法について

近藤理論の説明を聞いて思ったことは、**治療・施術不要論のオンパレード**のような気がする。それでも近藤さんを頼って患者さんが診察に来るということは、他に何か特別なことがあるのではないかと感じてしまう。何かがあるから、患者さんは近藤さんのところに来るのではないだろうか。

いま聞いた範囲では、**がん放置療法については、私は理解ができない。**乳房温存療法について理解できる。女性にとって乳房全摘は、死ぬことよりも辛いと思う人がいるかもしれない。乳房温存療法と乳房全摘手術の治療成績が同じということであれば、女性の味方の治療法だと思う。

それに比べて、がん放置療法については、いくら説明を聞いても理解できない。「**がんより怖いがん治療**」**と言うが、放置しても治療なのだろうか。**抗がん剤治療をして、治療しない時と比べて半年しか延命効果がないとしても、がんになった人は抗がん剤治療を選ぶのではないか。特に、40代、50代だったら、家族としては半年でも1年でも長く生きて欲しいと思う。余命1年と言われて、3年、5年と生きる人もいる。その場合、何もしていないわけではなくて、何か治療をしているはずである。

【2】インタビュー:当事者の視点から

それが死ぬような思いをする治療であれば放置を選択する場合があることも分かるが、治療しても苦痛がない治療や延命確率が高い治療であれば、やった方がいいのではないかな。

積極的治療をするのかしないのかは、患者さんの年齢やがんの状況にもよると思う。少なくとも 50 代前に、がんを放置するという、そんな達観したことを言えるのだろうか。家族としても最善を尽くして、努力したと思いたい。その時、本人が本当に辛い場合は、バランスはあるとは思いますが、延命を求めるのではないかな。しかし、70 代、80 代になったら、放置するということも分かる。

近藤さんの本のタイトル、見出しなどは、逆説的に書いてある。確かにマスコミ受けをするが、本質についてはどう書いているのだろうか。読んでみなければ分からないが、**見出しが読者をミスリードすることになってしまう**恐れがあるかもしれない。**そのミスリードも、マスコミは取り上げやすい**。逆に、これまで医療の中で連続と続いてきた治療については、マスコミはあまり取り上げない。近藤さんに対して、メディアに対して、情報発信として、あまりオーバーランして欲しくないと思う。

タイトルや見出しは逆説的表現だが、本の中身を読むと、きちんとした内容が書いてある場合もある。**医学・医療の領域では、「見出し商法」はあまりして欲しくない**と思う。特に、かつて PR に携わった者としては、オーバートーク、ミスリード、センセーショナル・リードはして欲しくない。ある程度抑えて欲しいと思う。

逆説的な見出し以外の、本質的に大事な部分を分かるように提示してくれれば、チョイスもできると思う。医療の処方難しいと思うので、だから、メディアのセンス、努力、勉強が必要になってくるのだと思う。医療関係は影響が大きい分、ぱっと見ただけで誤解をしないような、ミスリードをしないような配慮して欲しい。

★近藤誠の情報発信について

記事や書籍を見ているのかもしれないが、記憶に残っていない。

そもそも、医療者がバラエティ番組に出演すること自体、いかがなものかと思う。白衣を着た医者が登場して、マスコミ受けしそうなコメントを言っていることがあるが、あまり好きではない。医療番組でなく、バラエティであればなおさら。医療をもっと身近に感じてほしいということもあるかもしれないが、考え方がよくわからない。

報道される内容については医療者にもっと考えて欲しい。報道番組やドキュメンタリーなど、考えさせる番組であれば分かる。

白衣を着て、安易に一般受けする発言をする医療者が多く、ただそれしか見えない場合がある。テレビ局には自重して欲しいと言いたいし、医療者には安易にメディアの誘いに乗らないで欲しい。

★近藤理論が支持される理由

近藤理論に賛同する理由が分からない。支持者がいること自体の理由が分からない。乳房温存療法については、理解できる。

がん放置療法を選んだ 150 人のデータを整理して、年代別にはどうだったのかを明らかにして欲しい。**高齢者は分かるが、まだ子ども小さいと思う 30 代に向かって、がんを放置しましょうと本当に言えるのか**。医療については、あまりセンセーショナルな情報提供はしない方がいいと思う。

医療に関するテーマを紹介する場合は、メディアも、近藤理論だけではなく、その反対意見についても紹介して、バランスのとれた報道をする必要があるのではないかな。

【3】 昆 弘人さん

電通パブリックリレーションズ

元・部長

★近藤誠について

近藤誠さんの書籍や雑誌を手にとったことはあるが、じっくりと読んだことはない。近藤さんの考え方が、端から正しいとは思えなかったため、読む気にならなかった。ただ社会的には話題になっており、仕事上の情報収集もあったので、がんもどき理論、がん放置療法については、どのような考え方なのかはだいたい知っている。1980年代の乳がん乳房温存療法については知らなかった。

コミュニケーションという観点では、一度会って話をしてみたい人物の一人。どのような話し方で、どのような話をするのか、とても興味がある。直近で受診した胃カメラ検査の結果次第では、近藤さんのセカンドオピニオン外来を受診しようと思っていたが、結果は行かないで済んだ。何も異常がなくてよかったが、近藤さんに会えなかったのは少し残念だった。

最近のメディア露出では、ビッグコミックで連載している「医者を見たら死神と思え」¹¹⁶の第1回を読んだが、次号以降は買う気にならなかった。これまでの近藤さんの書籍の印象と同じで、書いてある内容が正しくないという印象だったからだ。

昨年、TBS「金スマ 2 時間スペシャル」¹¹⁷を観た。近藤さんの半生の紹介がメインで、温存療法など過去の実績については理解することができたが、現在については、がんもどきや放置療法など、近藤さんの考え方が説明がなく、反論や批判については紹介されなかった。バラエティ番組の限界かもしれないが、一方の“論”だけ紹介するのはいかになものかと言う印象だった。

★近藤理論について

近藤さんの、がんと無駄に闘うなというメッセージの“無駄に”という部分は、本当に藁にもすがる思いの人には効くのだろうと思う。近藤さんの本は、中身はともかく、見出しの付け方が極めて逆説的で興味を引くような付け方をしている。患者や市民が、心のどこかで持っている医療に対する不信について、例えば、他の科学と違って「医学はビジネス」と言われると、やっぱりそうかと思ってしまう。

医学や医療に対して、誰もが何か釈然としないものを感じていることについては、医療界全体の責任だと思う。個々には優れたドクターもいると思うが。

◎乳がん乳房温存療法について

子どもの頃、母の知り合いが乳がんで乳房を全摘した。手術の痕を母と一緒に見たことがあるが、傷痕が痛々しかった。女性にとって、乳房温存療法は福音だと思う。それを実践して広めてきた近藤さんだからこそ、現在、がんもどき理論や放置療法を主張するのは罪深いと思う。

¹¹⁶ よこみぞ邦彦原作、はしもとみつお作画、近藤誠監修。医者を見たら死神と思え。ビッグコミック。小学館、2014；11月25日号から連載中

¹¹⁷ 中居正広の金曜日のスマたちへ 2 時間スペシャル 2 人の異端の医師に迫る。TBS、2014；10月3日 21:40～23:28

【2】インタビュー:当事者の視点から

しかし、かつての異端だった温存療法は、今は違う。QOL のバランスだと思う。今の治療の主流は詳しく知らないが、温存して QOL を維持できなくなり、亡くなってしまうのだったら、全摘も止むなしかもしれない。乳房全摘で QOL が改善できるのならば、いまは再建手術もある。

命が助かる可能性が高い場合、乳房を全摘してしまっているかどうかについては、乳房全摘するかどうか、どの治療を選べば命が助かるかという正しい情報を本人にどれだけ正しく伝えられるか、まさにインフォームド・コンセントが大事になるのだと思う。本人が正しく判断できる情報を、本人に正しく伝えられるかどうかだと思う。

医療・医学は、一般の人にはよく分からない。その時に、近藤さんが逆説的に、医療不信が根底にある人たちに、それらを逆手にとって伝え、もてはやされる。そして、近藤さんをもてはやしているのはメディアだ。私は、メディアが明らかにもてはやしていると、ある一方の極端な意見なのだと思うので、まず、疑う。

◎がん放置療法について

素朴な気持ちとして、がんは放置してはいけないと思う。

近藤さんの患者だった渡辺容子さんは、乳房のしこりを見つけて 6 年間放置している。彼女は正しい情報を持っていなかったのだから、放置してしまったのだと思う。しこりが 5mm のときに、手術に限らず、抗がん剤、放射線を含めて、なぜ治療しなかったのかと思う。少なくともなぜ経過を観察しなかったのだろうか？**そもそも、がんもどきって、何だろうと思う。**よくわからない。

◎がんもどき理論について

近藤さんのがんもどき理論については、全く理解できない。仮に正しいとしても、**がんもどきというネーミングは医師として不誠実だ**と思う。がんではないのだったら、違う名前をつけて欲しい。ネーミングの妙という評価もあるようだが、がんもどきという名前をつけなくて欲しい。

近藤さんは、宗教家のような。宗教は、盲目的に信じるもの。良い悪いではない。近藤さんは、一つの情報として自らの考え方を伝えているだけだと言うかもしれないが、その情報が伝わる人たちがいて、そのような情報を伝えることに、近藤さんは医学的に正しいと言う意識があるから罪の意識を感じないのだろうか。

近藤さんと同じ土俵で闘ってしまっている勝俣範之さんのことを、それでは勝てないと言ったことがあるが、信頼できるのは勝俣さんの方である。端から、がんもどきという言う人は信用できない。

理を情で語る人に、理を理で語る人は勝てない。勝俣さんは理を情で語っているのだとは思いますが一般の人が理解できることを語っているために、近藤さんの極端な逆説的、宗教的な言葉に勝てていないし、勝俣さんの考え方をメディアも取り上げない。**天邪鬼的に言えば、メディアが勝俣さんの意見を取り上げていないということは、勝俣さんは正しいこと言っているのだと思う。**

騒々しいマイノリティの方が、メディアの興味を引くということなのだと思う。これは、人が犬を咬むとニュースになるようなところに通じていて、そのようなメディアとニュースをどこかで欲している情報の受け手の責任もあるかもしれない。

★近藤理論が支持される理由

ベースにあるのは、医療不信だと思う。そして、「他の科学とは違う」「医学は金に結び付くビジネスだ」など、**近藤さんの情報の伝え方も、とても上手だと思う。**さらに、**製薬会社とドクターの関係などと言われると、その通りだと思ってしまう。**

【2】インタビュー：当事者の視点から

人は、自分が言って欲しいと思っていることを言ってくれる人を信じるのだと思う。こう言ってほしいと思っていることを言ってくれると、信じてしまう。人間は、基本的にとても情緒的な生き物だと思う。論理的に説明されるよりも、こう言ってもらいたいということを書いてもらおうと、人は信じてしまうのではないか。そうした根源的なところを、近藤さんは意図して突いているとは思わないが、結果的に近藤さんは上手なのだと思う。

そして、それを広げているメディアの罪は深いと思う。近藤さんが、やはり本物のがんだったねと余命宣告をするよりも、近藤さんを肯定的に紹介する新聞や雑誌の記事の見出しの方が、一般読者に対してはよほど罪深いと思う。

★メディアの責任や役割について

近藤さんについては、メディアの責任が大きいと思っている。編集をしている人も、最初に文藝春秋に取り上げた人も、なぜ近藤さんだけを取り上げるのだろうか。売れるからだろうが、それだけでいいのか。

近藤さんの書籍の目次を見ても、医療に対する一般の人たちの根深い不信感を突いている。それが肥料になって、芽を出し、花を咲かせているのだと思う。

近藤理論の「畑」をつくっているのは、医療界全体だ。そして、その畑を耕しているのは、メディアだ。私は、元々メディアは不偏不党だと思っていないため近藤さんの本を読む気にもならないが、一般的にはそうではない人が多いだろう。

メディアは両論併記と言いながら、やはりノイズが大きい近藤理論を取り上げる。両論を平等に扱っているように思えるが、実はそうではない場合が多い。

普通に考えれば積極的に治療して治った人もいるし、近藤さんにかかって悪くなっていない人もいるだろう。渡辺さんの場合を含めて、極端なケースの両端を見せる方が、世間の注目を集めやすいから、そうなるのだと思うが、それだけではないはず。端っこと端っことだけじゃないだろう。

最初に目に飛び込んでくるのは、やはり見出し。渡辺容子さんのドキュメンタリー映画について報道した東京新聞の記事で言えば、「自ら考え決める」貫く」と書かれ、正しいことのような気がするだろう。自ら考え決めて、それを貫くことは、一般的には正しいことだと思う。しかし、自ら考え決めて、それを貫くことは大事なこともかもしれないが、その時、どれだけたくさんの情報を集められるか、正しい情報を元に考えて、正しい情報を元に決めて、正しい情報を元に貫いたのかということを考えると、渡辺容子さんは死ななくても良かったのではないかと思ったりする。東京新聞の記事そのものに、とても違和感を覚える。

[4] 高石 ^{このみ} 憲さん

(株)KNM 代表取締役社長

元・中央大学法学部政治学科メディア政策Ⅱ 非常勤講師

★がんもどき理論、がん放置療法について

近藤誠さんの放置療法については、勝俣範之さんをはじめいろいろな専門医の発言や本にあります。私は基本的に近藤さんの主張される**放置療法は疑問に思います**。人は誰でも病気を克服したいと思うのが自然ではないだろうか、もしがんになってもより良い医療を選び納得して自分の人生を終わりたいと思うのではないだろうか。がんになったら死ぬ、と決めてしまっているのかです。勿論、がんの種類、状態によります。またがんに限らず人は誰も最終的に死を迎えます。どのように死を迎えるか誰にも予測不能です。**がんになったからと言って放置すると決め込まない**で、科学の進歩、医療の進歩を信じ、仮にがんを宣告される“そのとき”に慌てることのないようにヘルスリテラシー、すなわち**正しい医療情報を見抜く力を獲得していきたい**と思います。

近藤さんも患者に必要な医療とそうでない医療を見極める力、理解する力を持ってほしいという気持ちが極端な主張につながっているのかもしれない。

近藤さんの考えに共鳴してがんの“放置医療”を選んで亡くなった患者の記事を読みました。40歳で5mmのしこりが見つかったそうですが、そのときにきちんと治療をしていたらどのような結果になっていたか、治療を選択するはずの自分の意志と重ねてしまいます。この患者はがんとともに生き、納得して人生を全うされたそうですが、考えさせられる記事でした。

この20年、乳がん領域は各種の抗がん剤が開発され、国を超えて様々な臨床試験が行われ、世界共通のガイドラインが公開されいろいろな治療を選択できるようになってきました。治療の選択肢が増え、もはや近藤さんの二元論では括れない状況になって来たのではないのでしょうか。

★近藤誠の情報発信について

最近の近藤さんの状況についてはよくわかりませんが、各種のメディアといいますが、週刊誌やテレビなどに出ておられるのは見聞きしています。慶應大学病院を定年になられたそうで週刊誌やテレビの登場が増えたのでしょう。

近藤さんの個性や考え方は、話題提供をしようとする情報メディアにとっては歓迎されるでしょう。そうしたテレビ、出版メディアと近藤さんのニーズが合致していると思いますが、**患者視点で考えると、多くの患者に戸惑いや健康的不利益を与えかねない**。そんな患者の声があると聞きます。また、**メディアの責任論も聞こえるようになり、週刊誌やテレビのワイドショーなどの取り上げ方が気になります**。

★近藤理論が支持される理由

近藤理論が一部の患者に支持されるのは、**治療の選択権は自分にあると感じられること**、つまり、治療するかしないか自分が決めていいのだと思えるからではないかと想像します。**それが患者にとって分かりやすいからではないでしょうか**。しかしながら、その判断と決定の意味をきちんと了解されているのかどうか。**がん治療を放置するという意思是理解できますが、決定は非常に重い**ですね。

★メディアの責任や役割について

近藤さんが掲載されていた週刊誌は、一般的にスキャンダルや性を中心に取り上げている情報誌と言われています。今、メディアは4マス(新聞、雑誌、テレビ、ラジオ)からSNSまで含め“メディア”で括られてしまっていて分かりにくい時代です。今こそ、**患者(読者・視聴者)はそういうメディアが発信する記事の内容、情報をよく読み説き理解し、どの記事を信頼し活用するか判断が問われる時代です。**

所謂ヘルスリテラシーの獲得です。ニューメディアの台頭によって氾濫する情報の質は玉石混淆状態です。Web、一般紙(全国紙)、情報誌、大衆誌などもメディア、放送では報道番組やドキュメンタリーもバラエティ番組もメディアで括ってしまわれますが、これでは情報の質、信頼性の判断は難しいでしょう。

そうした玉石混淆の情報氾濫の時代にあって、**がんに限らず多様な医療情報を丁寧に発信していくことは、まず医療提供側の責務ではないか**と思います。もともと医師と患者の間に横たわる“情報の非対称性”という情報格差のハードルがあります。このため、患者に自分の病気や治療の状況を理解しリテラシーを持って治療に取り組んで欲しいと、このハードルをできるだけ低くするために努力している医療者もいます。

標準治療を目指すがん医療と“がん医療は放置しなさい”、とする逆説が存在する事態は、患者に有益な情報かどうか、むしろ混乱の原因になっているのではないか。しかし、そうした極端で端的な表現であるほど、本が売れると企画する出版社のあり様を含め、“メディアの罪は大きい”とされる一因ではないかと思います。

薬には抗がん剤に限らず“効く”という正作用(本来その薬が持つ作用)と同時に副作用という本来の作用以外のものがありますが、患者や一般の人々は自身が病気になり入院・治療を受ける立場になるまで副作用のことさえ知らないのが普通でしょう。薬の副作用のなかでも抗がん剤の副作用は様々な症状を発現します。だからこそ、医療者の丁寧な説明が必要なのです。

しかし、主にテレビのワイドショーや週刊誌のがん情報には、しばしばこの副作用が“極悪人”のように伝えられます。がんになった患者が恐れおののくのも当然です。患者(読者・視聴者)に誤解や偏見を与えるのではなく、彼らのリテラシーに照らして薬の正作用、副作用をきちんと伝えバランスのとれたがん医療情報を丁寧に発信していくことこそ、メディアの役割であり患者(読者・視聴者)が活用できる有益な医療情報に繋がると思います。

★一般の人や患者さんへ

医療界では、残念ながらときに憂うべき事態が起きています。最近では東京女子医科大学、群馬大学、千葉がんセンターなどで起きている医療事故は、近藤さんのおっしゃる酷い医療者がいるということの証左です。しかし、がん領域の勝俣さんのような良心的な医療者も大勢います。

近藤さんの患者が診断結果を聞いて理解し納得をして、自分で治療放置を選ぶのならそれはそれである一人の患者の結論です。私にはその選択はできないものの、一人一人の患者の考えや判断として理解できます。

しかしながら、**大事なことはがんの治療にはいくつかの選択肢があるという科学的事実と放置療法ではない道を選んだ結果として、厳しい治療を乗り越えた沢山の患者がいるということ**です。そうした情報をがん患者誰もが得てリテラシーに繋がる環境も大切です。

では、リテラシーに繋がる環境とはどういうものか。患者や一般の人々が日進月歩の科学・医学情報、医療や薬の情報をどのように入手し識別できているか。そのための医療サービスの提供側である国や行政、学会、研究機関、製薬企業などの広報活動は患者視点で充分に行われているか、また、その報道の質や

【2】インタビュー:当事者の視点から

量は充分かなど情報の発信だけでなく、受け手である患者や一般の人々の判断力や理解力を見極める必要があります。

一般的に人は、がんに限らず病気になったら、治療をするということが大前提ではないかと思います。患者は病気そのものについて、またそれにどのような治療の選択肢があるのかを知り、最善の選択をするために、医療者と情報交換を行いきちんと状況を理解すること。がんはタイプやステージによって治療方針が立てられますから、そうした病態をよく理解して治療にチャレンジするということではないでしょうか。

がん患者になったら医療者と納得が出来るまで一緒に考え、検討することだろうと思います。治療成功の可否は、医療者にすべての責任を求めるのではなく、その責任の半分は患者自身にあると受け止め、ともに治療に取り組むことだと思います。

★終わりに…。

患者や一般の人々が安心して医療を受けるために、日頃からどんな問題意識が必要か。第一に、**医療情報への接近、アクセスにはしっかりしたリテラシーを持つ**ということ、また、**患者になったら自らも医療者との信頼関係を築き、安心して治療に臨むことのできる環境醸成に努めること、その治療の結果に自らも責任を持つ**ことなどを共有することではないでしょうか。

結局、**医療者と患者の人間関係、信頼関係で成し得た治療と結果、その価値観の共有**ができてはじめて患者は**“この先生でよかったな”、“この治療を選んでよかった”**と、思う事ができます。

患者としてどうしたら安心して医療者に生命を預けることができるでしょうか、**がんは死のイメージと直結しがちですが、それぞれの人生哲学が反映される病気**とも言えます。だからこそ情報リテラシーの観点からも普段から考え、病気や治療を理解し心得ておきたいものです。

【3】インタビュー：パブリックリレーションズの視点から Interview 2nd

近藤理論は、医学界の異端であり、非常識であるにもかかわらず社会の支持を得てきたが、それと似たような現象が、私たちの身近で起きていることに気づいている人はどれだけいるだろうか。

例えば、がんと比べれば他愛もないことだが、「納豆ダイエット」や「バナナダイエット」。かつて絶大な人気を博したお昼の人気番組「午後は〇〇おもしろいテレビ」^{まるまる}118で、納豆やバナナに関するダイエット法が紹介されると、瞬く間に納豆やバナナが売り切れてしまい、暫く品薄状態が続いた。メインキャスターのみのもんた氏の軽妙な話術とあいまって、こうした情報を鵜呑みにして信じきってしまうことを、「みのもんた症候群」と呼んで警鐘をならす医療者もいた。しかし、このように特定の食材の効果を断言する番組のスタイルは、テレビ番組典型的なものであり、科学者からは「フードファディズム 119」（マスコミや書籍・雑誌の情報を信じて、バランスを欠いた偏執的で異常な食行動をとること。アメリカでは以前からあった概念で、日本には 1998 年ごろ、高橋久仁子 120 によって紹介された。マスメディアが科学的な根拠を把握せず、扇情的に健康情報を流した事件など、社会問題にもなっている）と呼ばれている。

テレビ（メディア）を通じて拡散される情報。効能や効果を断言すること。語り手がいること。がんと納豆、バナナは似ても似つかぬものだが、近藤誠とみのもんた氏には共通点がないだろうか。私には、人として情報を伝える力、情報を広めていく力のように見える。

そこで、第 3 章では、メディアと市民・生活者、社会との間に位置して、さまざまなコミュニケーションを展開するパブリックリレーションズ実務者へのインタビューを通して、情報を伝え広めていく上で大切なことは何か、社会との良好な関係づくりを行う上で重要なことは何か、そのヒントを探った。

【1】池尻嘉明さん

電通パブリックリレーションズ
元・取締役副社長

★パブリックリレーションズは、人とひととの繋がりがすべて

昭和 30 年代から現在に至るまで、私のパブリックリレーションズ（PR）人生は、人の繋がりがあってこそだった。本当にいろいろな人に助けていただいて、今日までやってきた。

入社すると、東大や早稲田、慶應を卒業した優秀な同期に負けられないように、私は精一杯頑張ろうと思っていたが、最初に配属された部署の上司から教わったことが、人とひととの繋がりの大切さだった。広告との違いは、まさにそこだ。PRは、広告のようなコマーシャルではない。人とひととの繋がりの先にある信頼が全てだった。

¹¹⁸ 日本テレビ系列で 1987 年 10 月 5 日から 2007 年 9 月 28 日まで放送されていた生放送の情報ワイド番組。通称「おもしろいテレビ」。

¹¹⁹ 的場輝佳（関西福祉科学大学教授）. 知恵蔵 2015. 朝日新聞出版, 2008
<https://kotobank.jp/word/%E3%83%95%E3%83%BC%E3%83%89%E3%83%95%E3%82%A1%E3%83%87%E3%82%A3%E3%82%BA%E3%83%A0-187273>

¹²⁰ 群馬大学名誉教授。教育学者・栄養学者。日本にフードファディズムという概念を紹介した。

【3】インタビュー：パブリックリレーションズの視点から

そして、担当する仕事や業界、周辺情報について、いかに勉強するかということ。お客さんが、望んでいることは何かをよく聴くこと。人の話をたくさん聞くようにと教えられた。例えば、同じワインでも美味しいという人もいれば、不味いという人もいる。同じこと、同じものでも、人の見方はさまざまで、厳密に同じものはない。そのことを踏まえて、いろいろな人の話をよく聞くように言われた。

また、本をたくさん読むようにとも言われた。特に、パブリックリレーションズの専門書以外の本をたくさん読むように言われた。仕事でクライアントに行くと、いろいろなことを言われる。帰社すると、その日のうちにあったこと、お得意さんに言われたことなどについて、自分でよく調べた。インターネットは、勿論ない時代である。買った本や図書館で借りた本をコピーした資料などを読むのに、夜遅くまでかかったが、いま思えばそれが役に立ったのかもしれない。区立図書館や国会図書館に行くなど、足を使って情報を探し回った。

クライアントであれ、メディアであれ、協力会社であれ、**一所懸命に汗を掻く**人間のことは嫌いにはならない。その努力は必ず分かってもらえる。逆の立場であれば、こちらも分かる。そういう人とは、仕事の金額の多寡とは関係なく、仕事が終わった後も繋がっていることができる。

これは、組織と組織の関係でも基本的に同じだ。その関係が、一回でも切れてしまうと、元に戻していくのはなかなか難しい。パブリックリレーションズは、そのような関係性の上に成りたっていると思う。

★パブリックリレーションズとの向き合い方

現役の第一線は退いたが、今でも時々、テレビ局から、スポンサーを見つけてくれないかと相談をされることがある。可能な範囲で対応している。電通パブリックリレーションズを去ってから13年以上経つが、パブリックリレーションズの仕事は人脈があれば、絶対に仕事はできる。とにかく**人脈を大事に**すること、とにかく大切にすることだ。

かつて、当社から他社に移った先輩から、うちに来ないかと誘っていただいたことがあった。とてもありがたいお話だったが、私はお断わりした。いま自分が仕事をさせていただいて、これまでになったのは、電通パブリックリレーションズという会社のおかげである。自分の力なんて、99.99%ない。0.01%もないと申し上げてお断りした。今のように中途入退社が当たり前の時代では、全く考えられないことだろう。40 数年の間で、何度も誘っていただいたが、電通パブリックリレーションズ以外の会社に行くつもりはなかった。それが、私のパブリックリレーションズとの向き合い方そのものである。

【2】 瀧澤緑郎さん

電通パブリックリレーションズ
元・取締役

★パブリックリレーションズへの向き合い方・矜持

時代としてはハチャメチャだったが、**情報の「ミスリード」をしてはいけないという意識**は根底にあった。話題を拡大・拡散することはあっても、嘘、あるいは嘘まがいでミスリードしたことは一回もない。

まさに、真実ありき。多少の色付けや伝え方の工夫はしたかもしれない。「シロをクロとは言わないが、グレーはシロでいいのではないか」と言う人もいたが、私は、それはしたくなかった。もしグレーである場合でも、それを少しでも正したうえで情報を伝えたいと思っていた。嘘について、パブリシティの仕事をしたことはない。

★パブリックリレーションズ実務で大切にしてきたこと

クライアントに対して風呂敷を広げるような発言、例えば掲載が難しい案件を、「絶対に掲載します」というようなオーバートークを言う人は結構いたと思うが、私は自重していた。私は、**嘘をついてはいけない**という、強い信念を持っていた。クライアントと密接な関係になったら、それは尚更のことだ。

★パブリックリレーションズの複雑化

パブリックリレーションズの実務としては、どんな時でもパブリシティ ¹²¹ が根底にあると思う。自分が入社した頃は、まさにパブリシティが主流だった。これからはインターネットの活用を含め、より複雑になっていくだろう。

そして、今では企業自体を売っていく企業広報が、より重要な位置づけになっている。企業広報では、**噂や風評の影響**が大きく、戦略をひとつ間違えると、企業が受けるダメージは非常に大きくなる。昔と比べると、その重要性は格段に大きいと、企業の人たちは身をもって感じているのではないか。広報・PRに携わる人は、それを抜きにしては考えられないのではないか。

PR に携わる者としては、企業や電通に対して、まだまだ諫言することは必要だと思う。下手をすると企業関係者の方が、その重要性を身をもって感じていると思う。そのさらに上を行くためにはどうしたらいいか、とても難しくなっていると思う。

それに留意して勉強もしなくてはならないし、訓練していかななくてはいけないと思う。**PR を取り巻く環境は、より一層複雑化**してきた。PR に携わる人たちは、今後、軸足をどこに置いていくのか、難しい判断を迫られる局面を迎えていると思う。

★情報の偽装問題...PR の広告化、PR と広告の境界線の曖昧化

とてもデリケートで難しい問題だと思う。「PR のページ」など、クレジットがついている記事体広告は、一般の人でもきちんと色分けして見ていると思う。正しく伝えるのであれば、広告でも伝わると思う。本質は、**説いて、説いて、説いて、理解してもらう**こと。本来のパブリックリレーションズを行い、そのうえでメディアを動かすことである。

★メディア、ジャーナリズムについて

メディア記者は、まさに千差万別。社会部以外の記者は、基本的にフレンドリー。今でも友人付き合いをしている人もいる。しかし、高適なところがあるのも確か。特に医療を担当している記者は、多いのではないか。

間違った記事を報道した場合は、間違いは間違いと正して欲しい。また、10 年前は正しかったことが、そうではなくなった時には、違ったことについて反省をしながら、正して欲しい。そうすれば、ジャーナリズムは衰退することはない。ハートを持った記者、ジャーナリストになって欲しいと言いたい。

テレビの娯楽化とパターン化が酷い。現役の第一線を退いてから、昼間に自宅でテレビを見る機会が増えたが、バラエティ番組や情報番組の娯楽化とパターン化は甚だしいと思う。報道やニュース番組はジャーナリズムだと思うが、それ以外は、情報番組だといながら娯楽だと思う。新聞も筋書きが見えてしまう。新聞社の意図がすぐ見えてしまうと、メディアに対する諦め観を覚えてしまう。

¹²¹ 企業や団体が、各種メディアに対して、その意図している方針、製品の特質などの情報を自主的に提供することにより、対象メディアの積極的な関心と理解のもとに、広く一般に報道してもらう方法、およびその技術。

[3] 昆 弘人さん

電通パブリックリレーションズ

元・部長

★実務をするうえでの矜持

個人的に「10m 未満」のことに「100m 以上」のことにしか興味がない。「10m 未満」の範囲では、自分を評価する人の期待に応えたい、評価する人の役に立ちたいという思いがある。一方で、「100m 以上」の範囲では、世の中に役に立ちたい。これは、世の中に影響を与える仕事をしたいということではない。自分がプロモートした記事を読んでいる人を見て、充実感・達成感を感じるということとは少し異なる。

文字通り、世の中の役に立ちたい。その世の中が、自分としてだんだん狭くなってきたように感じる。かつては、漫然とした世の中だったが、今では生まれ育った地域社会とかになってきた。役に立ちたい対象が、より明確になってきたのかもしれない。

★パブリックリレーションズ実務について

前提として、どれが上位ということではなくて、PR もジャーナリズムも広告も、大きな言葉で括ればコミュニケーションだと思う。**コミュニケーションは、対話である。「どう伝わるか」が大事だ。**

そのように考えれば、PR も広告もジャーナリズムも、**正直であることが肝要だ。**実務はビジネスだから、対立する概念があれば、どちらか一方の立場に立たなければならない。それは、ビジネスを進めていくうえでは仕方のないこと。競合商品があったとしても、担当クライアントの商品を薦めることになる。その時に、商品やサービスを基本的に理解することが大事だし、**どのように伝えるべきか、その伝え方でどのように伝わるのか、とことん考えないといけない**と思う。それが、コミュニケーション・ビジネスだと思う。

今、政治家やジャーナリスト、医療者、プロフェッショナルであるべき人たちが尊敬されていない。プロフェッショナルが語る言葉が信用されていない、とても残念な時代だ。**プロフェッショナルの側に問題があると思う。そのことに、プロフェッショナル達自身が気づいていない。**

STAP 細胞の問題が表面化した時、ある研究者が、言葉を選ばずに言えば小保方晴子さんに対して、「ざまあみろ」と言っているように感じる発言をした。突然若くして注目を浴びた小保方さんへのジェラシーもあるのだろう。気持ちはわかる。

ただ、STAP 細胞の問題は、小保方さん一人が批判されているわけではないということだ。個人的な感情に近い感情による発言をした研究者を含め、科学者全体が、そういう目で見られているということに気づいていないということだ。

私から見たら、小保方さんも、その研究者も、同じ科学者である。一般の人から見たら、何を研究しているかはわからないが、**とても頭の良い人たちが、STAP 問題をきかっけに、全員疑われている。そのような目で見られているということに気づかないと、根本的な医療不信も、科学に対する不信も解決されない**と思う。

このことは、恐らくジャーナリズムも一緒ではないか。朝日新聞の誤報問題で、読売新聞も産経新聞もこぞとばかりに批判しているが、一般からは同じ目で見られているということ。**ジャーナリズムが不信感を持たれているということに気づいていない**と思う。STAP 細胞の問題も、朝日新聞の問題も、とてもシンボリックな出来事だと思う。

【3】インタビュー：パブリックリレーションズの視点から

★メディア、ジャーナリズムについて

元々、私はジャーナリズムについて、中立公正で、不偏不党であると思っ**て**はいない。もしかしたら真実は一つなのかもしれないが、見方によって見え方は違ってくる。

ある医療政策の勉強会で個人の志向性に関するテストを受けたことがあるが、私は「中庸」で、「ややリベラル」という結果だった。その時は、何となく当たっていると思ったが、そもそも世の中に、「中庸」というものはあるのかも思った。

繰り返すが、私は、ジャーナリズムが中立公正で不偏不党だとは全く思っていない。

★情報を受け取る人はどうしたらいいか

基本的に、一般の人が、一次情報に触れることは無理。現実的に接するのは、二次情報、三次情報になってしまう。その時に、その情報を提供する人のイデオロギーやスタンスなどのフィルターを通るので、その情報は、「**一つの見方でしかない**」ということ意識して**情報に接する必要がある**と思う。

新聞も、自らを中立公正などと言わないで、自社のイデオロギーをきちんと言ったうえで記事にして欲しい。新聞ジャーナリズムが不偏不党であるとしたら、朝日新聞と産経新聞の論調が、あんなにも違うはずはない。新聞によって意見が違ふ、スタンスが違ふなどを含め、メディアリテラシーを身につけていくためには、教育が大事。学校教育の現場で、先生が、自らの考えは、一個人の見解だということを前提としていかなければならないと思う。世の中には、いろいろな見方があるけれども、先生の考え、見方はこうだよという教え方である。

数学で立体の学習をする時に、三角錐は、横から見たら三角形だが、上から見たら円形。物の見え方は、見方によっていろいろ変わる。このようなことを教えるのが、大事だと思う。

[4] 外山 大さん

電通パブリックリレーションズ
元・部長

★ひととしての矜持、大事にしていること

真剣に生きることだ。元々、少し聞きかじったただけで、分かったような気になるところがあるので、意識して、**きちんと人に向き合う**ことが大事だと思っている。

自分の生き方のスタンスを、どれだけ真剣という次元に持っていか。それができるまで、とても時間がかかるが意識している。

人とひととの付き合いがあつて、その連鎖がコミュニケーションに繋がっていると思う。そこに、かつてのクライアントの担当者から教えていただいた“真剣さ”が加わった。いろいろな人と会って、いろいろな人と付き合い、**人とひととの“間”**が、PR ではとても大事だと思っている。

いまのPRの世界では、それが、完全に“技”として考えられている。ノウハウとかスキルというらえ方は、全く好きになれない。

こうすべきだ、こうあるべきだと言う人がいる。自分の経験や体験を通して、物を言うのであればまだ分かるが、ただ観念的にこうあるべきだと言う人には、人とひとの“間”が存在していないと思う。仮に自分の経験

【3】インタビュー：パブリックリレーションズの視点から

則で、それがうまくいったとしても、それがどんな場合でもうまくいくとは限らない。それを誰にでも強制的に押し付けるのは、いかなものだろうか。そのようなやり方には賛成できない。

★パブリックリレーションズでは、長幼の序が大事

基本的に、年上が年下に教えていくということが大事だと思う。今の時代、実力主義だと言いながら、誰も実力を計れないなかで、付和雷同だったり官僚主義だったりする人間がライン職についている場合がある。人として大事な経験が何もないにもかかわらずだ。会議や海外のアワードなどで上手にプレゼンテーションすることが評価されて出世の階段を昇る人がいるが、そういう人には、現場をどこまで仕切っているのかと問うてみたい。

仕切り力がゼロで、無機質な組織になると、隣にいるのは誰なのか全く興味や関心がなくなってしまう。当社は元々、全社員の顔と名前が分かり、インナー・コミュニケーションが活発だったのに、いまや全く知らない人が多い会社になってしまった。コミュニケーション・ビジネスの PR 会社なのに、自分の周りを知らずに、ひとに関心や興味がない人が多すぎる。それでコミュニケーションがうまくいくはずがない。

★いまの時代のコミュニケーションについて

個人的な印象だが、インターネットの発達もあってなのか、人とひととの接触を嫌がる風潮があるような気がしている。人と会わずに、メールでやり取りするだけの人が目につく。隣にいるのに、メールでスケジュール確認や、仕事の打ち合わせをしているケースは枚挙に暇がない。

また、欲得・損得だけで人付き合いをしている場合が多い印象も否めない。伝えてあげたいという気持ちで、良い情報を伝える、共有するということでコミュニケーションするのではなく、そこに少し違う“計算”だけが働いているような気がして仕方ない。だから、いまの PR はつまらない。それは真のコミュニケーションではないからだと思っている。

★パブリックリレーションズは、恋愛と同じ

それぞれの人との相性とか、気が合うかどうか、わかりやすいかどうか、好きか嫌いかな。**パブリックリレーションズは、まさに恋愛と同じ**ではないかと思う。いざ入りこむとなったら、その人のとても深いところまで入り込むことになる。

そのような相手が見つかるかどうか。そのような相手を見つけることができるかどうかだ。それができたら、それはとても幸せなことだ。だからパブリックリレーションズは恋愛と同じだと思っている。

[5] 高石 ^{このみ} 憲さん

（株）KNM 代表取締役社長

元・中央大学法学部政治学科メディア政策Ⅱ 非常勤講師

★パブリックリレーションズの実務で大事なこと

パブリックリレーションズは20世紀初頭、アメリカで発展したもので、組織とその組織を取り巻く人間（個人・集団・社会）との望ましい良好な関係を作り出すための考え方及び行動のあり方とされます。

通常、組織は多様なパブリック（ステークホルダー）、例えば株主や投資家、社員やその家族、消費者や顧客、患者（団体）やその家族、市民オンブズマンなど市民団体、医学界（co-medical）や同業他社、地域社会、マスコミや知識人、監督官庁や取引先・取引銀行、業界（団体）などに取り巻かれています。

パブリックリレーションズ（PR：Public Relations）の実務者の仕事は、これら組織体とその存続を左右するパブリックの間の相互に利益をもたらす関係性を構築し、維持するマネジメント機能とされます。このような定義から、私はパブリックリレーションズの理念は「for others」（他の人のために）として、医療・健康領域では「for others」を「患者のために」と位置づけています。

しかしながら、病院や大学、医学界、製薬企業など医療サービス提供側から患者、一般社会に向けたパブリックリレーションズ、広報活動の閉鎖性が指摘されているのも事実です。このことは医療の最終顧客（ステークホルダー）である患者にとって、正しい医療情報を見抜きテラシー獲得の機会を奪っているのではないかと危惧します。

医療分野におけるパブリックリレーションズの実務では、組織体と患者の関係性において、医療は誰のものか明確にポジショニングしながら、人や技術、医療情報など質の高い情報素材をもって組織や人々（患者）相互のあるべき良好な関係構築をマネジメントします。組織体は、こうしたパブリックリレーションズの定義や機能を正しく理解して、企業市民として地域の人々や患者とともにあるべき関係の構築を目指す事が求められるでしょう。

★広義と狭義のパブリックリレーションズを明確に分けて理解する事が大切

パブリックリレーションズは Public Relations と言い、二つのワードの頭文字をとって PR と表し、双方向のコミュニケーションの意で、その役割は前項でも述べた通り「組織とその組織を取り巻く人間（個人・集団・社会）との望ましい良好な関係を作り出すための考え方及び行動のあり方」とされます。

しかし、パブリックリレーションズの略字「PR」は宣伝（Propaganda）という意味にもつながり、最近ではこの宣伝を表す際にスペルの初めの2文字から PR と多用されているようです。そのため Public Relations の本来の意味が、略字によって広告・宣伝と同義語として使われ混乱があるようです。ちなみに広告は advertisement です。

また、新聞や雑誌の広告ページ上段欄外に「PRのページ」とありますが、ここは本来「広告のページ」とするとわかりやすい。PR と広告・宣伝が同義語として取り扱われるという、非常に曖昧な表現が氾濫していますから組織の広報担当、パブリックリレーションズの実務担当は注意が必要です。

★情報リテラシーについて

IT の発展とともに情報が氾濫状態となり、情報のリテラシーについて各分野からの様々な考察が多くなりました。**患者に限らず一般市民の情報リテラシーの向上も必要**です。**情報リテラシーとは、氾濫する情報から正確に必要な情報を取り入れ読み解く力、活用する力**のことです。

医療・健康領域なら、国の医療・健康・福祉政策をはじめ研究機関や製薬会社から発信される研究情報や新薬情報などです。**情報は一つの情報に依存するのではなく、様々な情報に接近してはじめて総合的に判断できます**。つまり、**情報を点ではなく線にしていくことでよりリテラシーが深まります**。

広報担当やパブリックリレーションズの実務者は、医療情報をどのように伝えていくかという点においても、患者やその家族、一般市民一人一人の情報リテラシーに照らして情報を取り扱わなければなりません。しかし、医療情報を必要としている患者や一般市民の情報への接近、アクセスはまちまちです。Web 情報にアクセスできない人、新聞を読まない人、テレビを見ない人などいろいろなパターンがあります。

ツールがなくて情報に接近、アクセス出来ない人だけではなく、情報収集に無関心な人たちもいるでしょう。そうした視点からも広報担当やパブリックリレーションズの実務者は、**情報発信のあり方**についてしっかりと見極める必要があります。

近藤理論をどう読み説き、活用すべきか広報、パブリックリレーションズの実務者としてもよい事例になると思います。

【4】 考察・分析:近藤理論 *Consideration, Analysis*

(1) 近藤理論の情報展開・情報波及

《1》 報道状況分析

近藤理論が医療界の異端とされながらも、がん患者や一般市民からの支持を得てきたのは、何といつてもメディアの力によるところが大きい。1987年、週刊朝日が「がんは知らせた方が治る」の記事を掲載しなかったら、インフォームド・コンセントなど、日本における医療情報の開示は遅れていたかもしれない。1988年、もし月刊文藝春秋が、近藤誠の乳房温存療法に関する論文「乳ガンは切らずに治る」を掲載しなかったら、1990年、朝日新聞が「この選択」シリーズで乳がんをテーマにしなかったら、より多くの乳房が切り取られていたかもしれない。そして、1995年、もし文藝春秋が「あなたがガンになったとき」シリーズの10回シリーズを掲載しなければ、翌年、その連載をまとめた単行本「患者よ、がんと闘うな」を出版しなければ、がんもどき理論やがん放置療法は存在していただろうか。

“近藤誠、近藤理論にメディアあり”との基本的な認識に立ち、“メディア報道を通して見える”近藤理論の分析から始めてみたい。

★実施概要

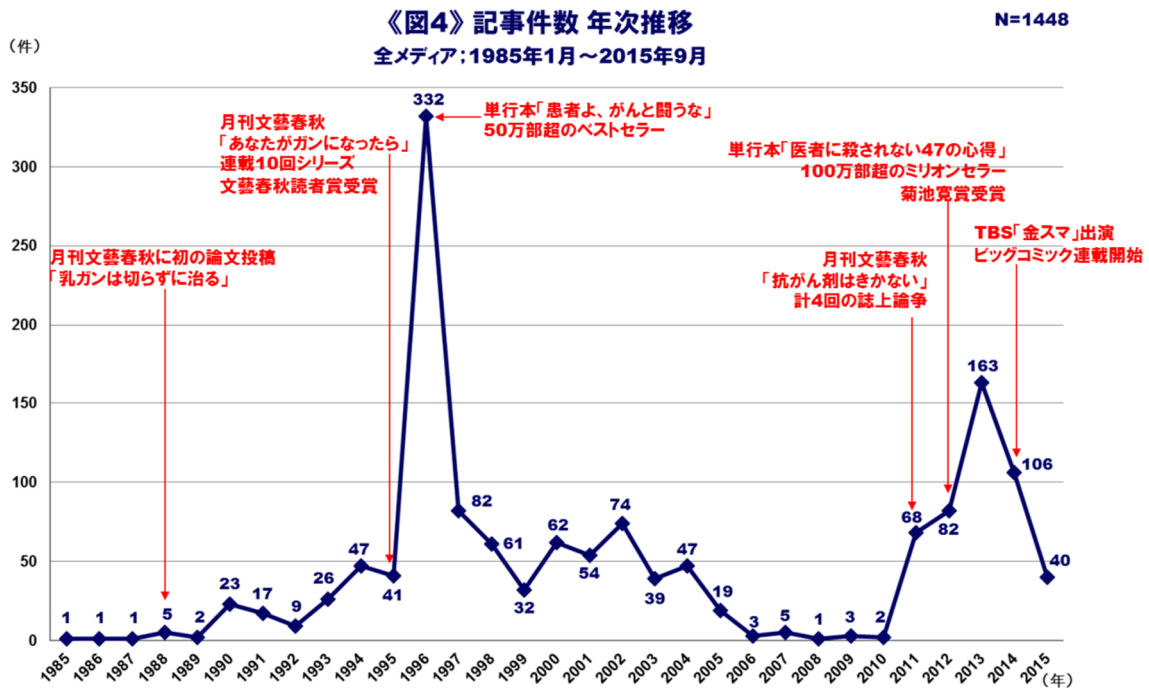
対 象 メ デ ィ ア	(1)新聞:全国紙、経済紙、地方紙(ブロック紙、県紙)、夕刊紙、スポーツ紙 (2)雑誌:一般週刊誌、経済誌、総合月刊紙、専門誌、コミック誌
記事検索システム	記事クリッピング・スクラップ・検索サービス ELNET (イー・エル・ネット) (株)エレクトロニック・ライブラリー
キーワード検索式	近藤誠 and がん(癌、ガン) ※以下、「 近藤誠×がん 」と表記。 ※「近藤誠」「がん」の両方の言葉が含まれる記事を抽出した後、 今回の論文趣旨に明らかに合致しない記事を除外。
検索対象期間	1985年(昭和60年)1月～2015年(平成27年)9月
記事抽出数	1448 件
分 析 項 目	[1]記事件数 年次推移 [2]メディア別 記事件数 [3]メディア別 記事件数 年次推移 [4]メディア別 記事件数割合 [5]記事種別 記事件数 [6]記事種別 記事内訳割合 [7]記事内容別 記事件数 年次推移

【1】記事数 年次推移

「近藤誠×がん」で検索した全記事 1448 件を、掲載年次別にまとめてグラフにした(図 4)。

それを見ると、50 万部超のベストセラーとなった単行本「患者よ、がんと闘うな」が出版された 1996 年の記事数が、群を抜いて多いのが分かる。「患者よ、がんと闘うな」が、当時のメディアや社会に与えたインパクトの大きさを窺うことができる。

その後、約 10 年、記事数は二桁台で推移。近藤誠が言論活動をほぼ休止していた時期を挟み、報道件数は一桁台になった。2010 年、近藤誠は再び筆をとり、2011 年、月刊文藝春秋の論文「抗がん剤は効かない」と、それに続く誌上論争がきっかけとなり、近藤理論に関する報道が再燃。2013 年、2014 年は、100 件を超える報道を確認することができた。



【2】メディア別 記事数

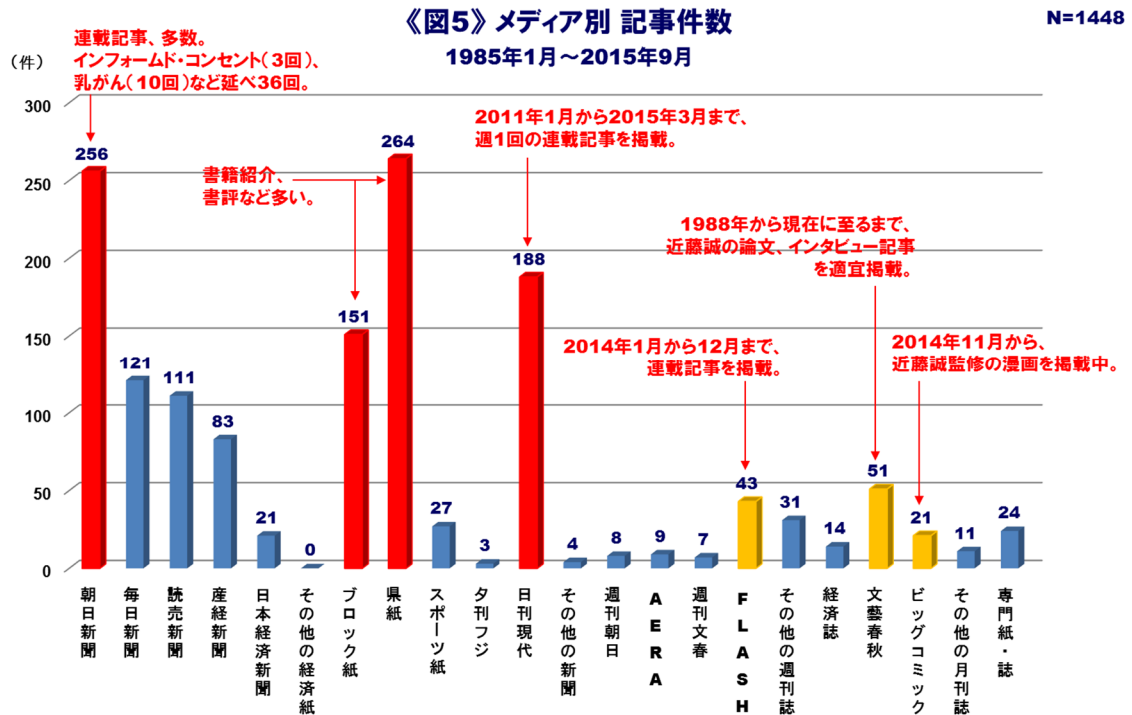
「近藤誠×がん」で検索した全記事 1448 件を、掲載されたメディア別にまとめ、その総件数をグラフにした(図 5)。

特定のメディアで多いのは、新聞では、「朝日新聞」(256 件)、「日刊現代」(188 件)。雑誌では、「月刊文藝春秋」(51 件)、「FLASH」(43 件)。また、2014 年 11 月から近藤誠の医療監修で連載漫画が始まった「ビッグコミック」は、現在も掲載中(第 25 話;2015 年 11 月 25 日現在)である。

また、地方紙全体での掲載も多く、「ブロック紙」¹²²(北海道新聞、東京新聞、中日新聞、西日本新聞)151 件、「県紙」(ブロック紙以外の地方紙)264 件となっている。地方紙での掲載が多いのは、近藤誠と近藤理論が全国的に認識されていることを示している。

¹²² 一般紙のうち、全国をカバーするものを全国紙、特定の地方をカバーするものを地方紙と呼ぶ。地方紙の中でも、より広い範囲をカバーする発行部数の多いものをブロック紙と呼ぶ。日本 PR 協会ウェブサイトより。
http://prsj.or.jp/faqs/%E3%83%96%E3%83%AD%E3%83%83%E3%82%AF%E7%B4%99%EF%BC%88block-paper%EF%BC%89

【4】 考察・分析:近藤理論



報道件数が多いメディア、および掲載された記事内容に関する特徴は、以下の通りである。

①朝日新聞(全国紙、朝刊 6,797,693部¹²³)

近藤誠が大熊由紀子論説委員に面会したことをきっかけに、科学部記者が近藤誠取材して「みんなの健康 乳房温存へ進む乳がん」(日曜版、1986年)を書いたのが、最初の記事である。その後、朝日新聞は近藤理論に関する記事を多数掲載している。特に1990年以降、生井久美子記者(学芸部)によるキャンペーン報道は、乳がん乳房温存療法の普及啓発に大きな影響を与えたと近藤誠自身が書いている¹²⁴。

以下は、生井記者による、主な連載シリーズの概要である。

- ★「インフォームド・コンセント 病気 知る 知らせる」上・中・下(全3回;1990年5月)
- ★「この『選択』乳がん」シリーズ(全7回;1990年9月)
- ★「この『選択』乳がん 投書から」上・中・下(全3回;1990年10月)
- ★「この選択 医師との対話」上・中・下(全3回;1990年12月)
- ★「この『選択』アメリカから」(全5回;1991年5月)
- ★「がんと向き合う」(全8回;1993年10月)
- ★「がんと向き合う 読者の体験から」(全4回;1993年11月)
- ★「この決断 乳がん」(全3回;1997年12月)

¹²³2015年1月～6月平均部数。日本新聞年鑑(日本新聞協会)、全国新聞ガイド(日本新聞協会)、情報メディア白書(電通総研)

¹²⁴近藤誠.がんより怖いがん治療.小学館,2014:140-141

【4】考察・分析:近藤理論

②日刊現代(夕刊紙、東京:1,760,000部、大阪:342,000部¹²⁵)

日刊現代は、首都圏と近畿圏で発売されている夕刊紙。近藤理論については、がんもどき理論とがん放置療法をメインテーマに据え、2011年1月から2015年3月までの4年3か月、計4つの連載シリーズを掲載した。

読者から近藤誠への質問形式というスタイルを基本に、具体的な事例に近藤誠が答える記事であった。「がん放置療法のすすめ 患者150人の証言」は、日刊現代の最初の連載「やっぱりがんと闘うな！」(2011年1月～12月)から代表的なケースを選んで編集・出版されたものである。

日刊現代で連載されたシリーズは、以下の通りである。

- ★「やっぱりがんと闘うな！」(全45回;2011年1月～12月)
- ★「近藤誠のがん相談室」(全45回;2012年1月～12月)
- ★「がん治療最終講義」(全54回;2013年1月～2014年3月)
- ★「医者に殺されない新常識」(全40回;2014年4月～2015年年3月)

③文藝春秋(総合月刊誌、435,834部¹²⁶)

近藤誠を世に出したのは月刊文藝春秋と言っても過言ではないだろう。1988年5月の「乳ガンは切らずに治る」を皮切りに、同年8月の「効かぬ抗ガン剤3000億市場の怪」、1992年8月の「がん検診・百害あって一利なし」と、医療界の常識に次々と異論を唱える近藤誠の論文を掲載した。1995年、初の連載として「あなたがガンになったとき」で10回シリーズの論文を掲載。翌年には、10回の論文をベースにした単行本「患者よ、がんを闘うな」を出版して、現在の近藤理論の基礎を築いた。

「あなたがガンになったとき」シリーズの各回テーマは、以下の通りである。近藤理論を構成するキーワードが、ほとんど「全て網羅されているのがわかる。

- | | |
|------------------|---------------------|
| ★第1回「放射線治療の功罪」 | ★第6回「現代に生きる731部隊」 |
| ★第2回「手術偏重に異議あり」 | ★第7回「がんを放置したらどうなるか」 |
| ★第3回「抗がん剤は命を縮める」 | ★第8回「がん検診を拒否せよ」 |
| ★第4回「抗がん剤は効かない」 | ★第9回「早期発見理論のまやかし」 |
| ★第5回「苦しまずに死ぬために」 | ★第10回「患者よがんを闘うな」 |

④FLASH(写真週刊誌、214,084部¹²⁷)

2014年、ヌード写真も掲載されている写真週刊誌「FLASH」で、近藤誠のがんに関する記事を見つけたときは、本当に驚いた。それは単発の記事ではなく、すでに始まっていた連載記事のひとつだった。近藤誠が、言論活動のフィールドを広げたことを実感した。朝日新聞や月刊文藝春秋など、これまでの“堅い”メディアの読者に加えて、“柔らかい”メディアの読者への情報拡散の意思を感じた。

¹²⁵ 公称部数。PR手帳。日本PR協会 2015,2014:71-72

¹²⁶ 日本雑誌協会・印刷証明付き発行部数。2014年4月～6月。PR手帳 2015。日本PR協会,2014:103

¹²⁷ 日本雑誌協会・印刷証明付き発行部数。2014年4月～6月。PR手帳 2015。日本PR協会,2014:104

【4】考察・分析:近藤理論

FLASH での連載は、2014 年 1 月から 12 月までの 1 年間だった。近藤理論の主要な各論をはじめ、部位別のがんについて、特別対談企画なども挟みながら掲載された。

FLASH 連載シリーズの各回タイトルの一部を、以下に列挙する。

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| ★第 1 回「何度でも言う。がんは切るな」 | ★第 22 回～第 23 回「最新治療の闇⑤⑥免疫療法」 |
| ★第 2 回「抗がん剤は使うな」 | ★第 24 回「最新治療の闇⑦健康診断」 |
| ★第 3 回「健康診断は受けるな」 | ★第 25 回「最新治療の闇⑧CT 健診」 |
| ★第 4 回「いい病院はこうして選べ」 | ★第 26 回～第 27 回「放置療法」 |
| ★第 5 回「放射線治療の有効性」 | ★第 28 回～第 30 回「忘れられない患者」 |
| ★第 6 回～第 17 回「部位別のがん」 | ★第 31 回「がん治療医たちのごまかし」 |
| ★第 18 回「最新治療の闇①腹腔鏡手術薬」 | ★第 32 回「自分で決める人生の最期」 |
| ★第 19 回「最新治療の闇②部分分子標的薬」 | ★第 33 回「大学病院の暗部」 |
| ★第 20 回「最新治療の闇③代替療法」 | ★第 34 回「読者のご質問に答えます！」 |
| ★第 21 回「最新治療の闇④粒子線療法」 | ★第 35 回「理想のエンディング」 |

⑤ビッグコミック(コミック誌、328,334 部¹²⁸)

FALSH と同様、近藤誠の新しい情報展開のひとつが、人気コミック誌・ビッグコミックでの連載漫画であろう。2014 年 11 月から「医者を見たら死神と思え」というショッキングなタイトルで連載が開始され、ちょうど 1 年が過ぎたところである。近藤誠は、医療監修という立場で関わっている。漫画のシチュエーションや登場人物も、現実とは全く違った設定になっているが、その根底にあるのは、まさに近藤理論である。

ビッグコミック読者の年齢層は比較的高めで、がんを心配する年代と被るとされる。漫画という、これまでにはなかった手法を使い、近藤理論はさらなる支持獲得に繋がるのだろうか。今後のストーリー展開とあわせて、引き続きアンテナを張っていきたい。

ビッグコミックの連載「医者を見たら死神と思え」の各回のタイトルは、以下の通りである。

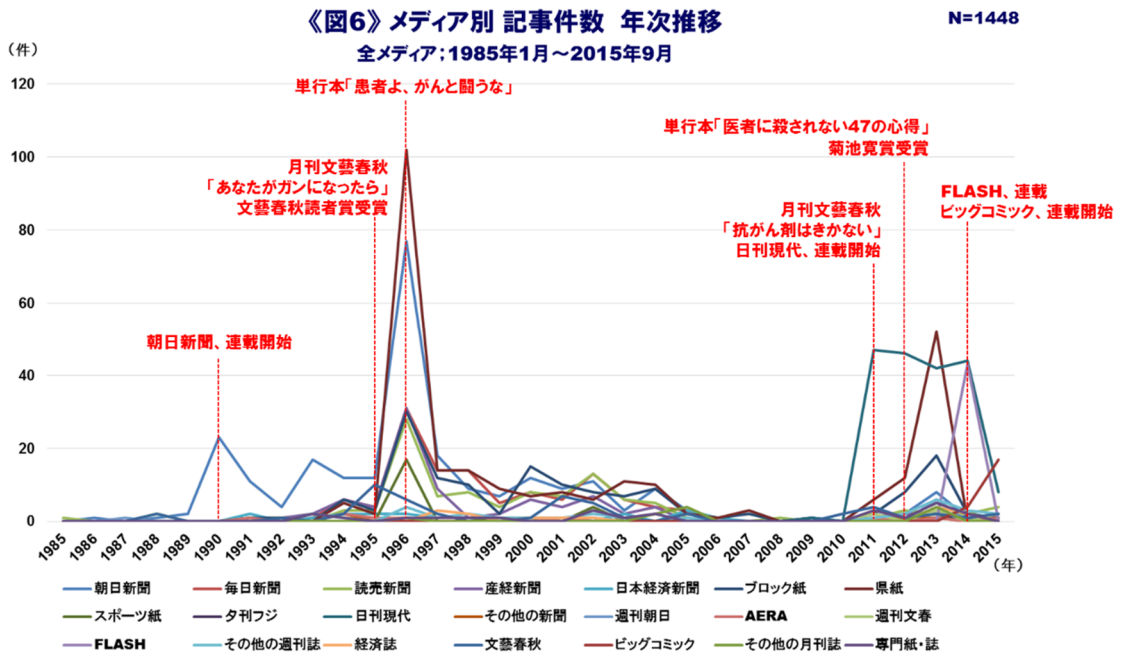
- | | |
|---------------------|-----------------------|
| ★第 1 回「神の手と呼ばれる男」 | ★第 14 回「遺言」 |
| ★第 2 回「御影丈治、参上」 | ★第 15 回「初めての患者」 |
| ★第 3 回「検証・がん治療(前編)」 | ★第 16 回「放射線治療」 |
| ★第 4 回「検証・がん治療(後編)」 | ★第 17 回「早期発見・早期治療のウソ」 |
| ★第 5 回「本戦突入」 | ★第 18 回「がんもどき理論誕生」 |
| ★第 6 回「せん妄」 | ★第 19 回「スキルス性胃がん(前編)」 |
| ★第 7 回「偽りのリンパ節廓清」 | ★第 20 回「スキルス性胃がん(後編)」 |
| ★第 8 回「パイ中間子」 | ★第 21 回「貴方は闘いますか」 |
| ★第 9 回「ロスアラモスの真実」 | ★第 22 回「ある医師への反論(前編)」 |
| ★第 10 回「神の手の大手術」 | ★第 23 回「ある医師への反論(後編)」 |
| ★第 11 回「舞い降りた死神」 | ★第 24 回「甦れ神の手(前編)」 |
| ★第 12 回「死神との別れ」 | ★第 25 回「甦れ神の手(後編)」 |
| ★第 13 回「がんとは何か」 | |

¹²⁸ 日本雑誌協会・印刷証明付き発行部数。2014 年 4 月～6 月。PR 手帳 2015。日本 PR 協会、2014:116

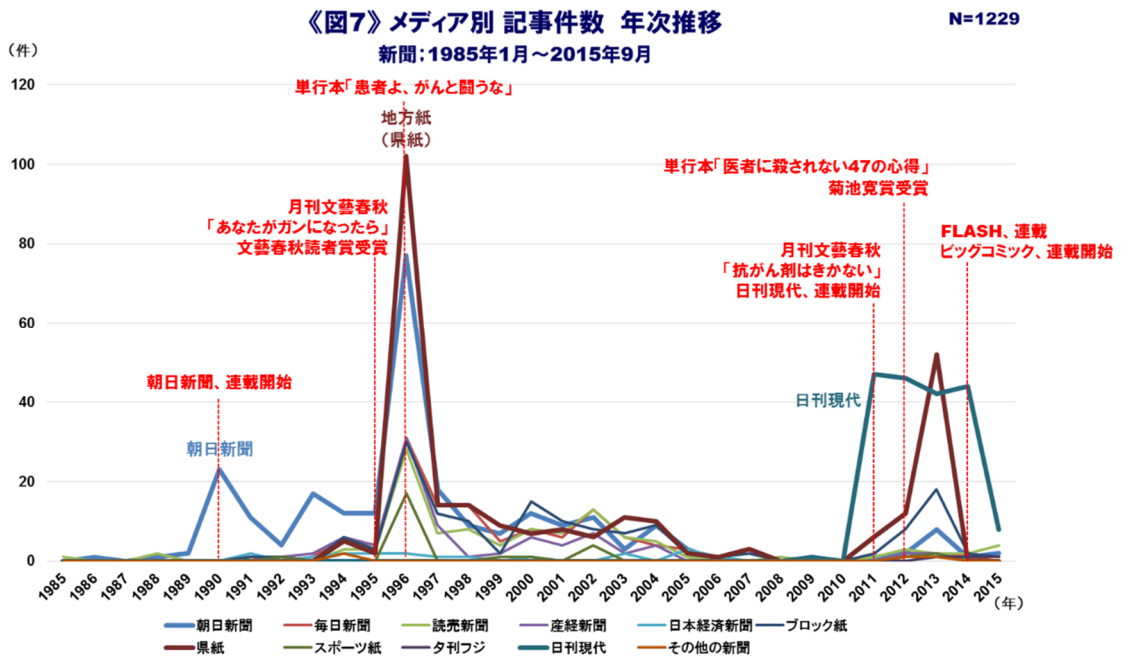
【4】考察・分析:近藤理論

【3】メディア別 記事数 年次推移

メディア別に分類した記事数の年次推移をグラフにすると、以下のようになる(図6;全メディア)。



新聞メディアに絞ってまとめた記事数の年次推移は、以下の通りである(図7;新聞)。

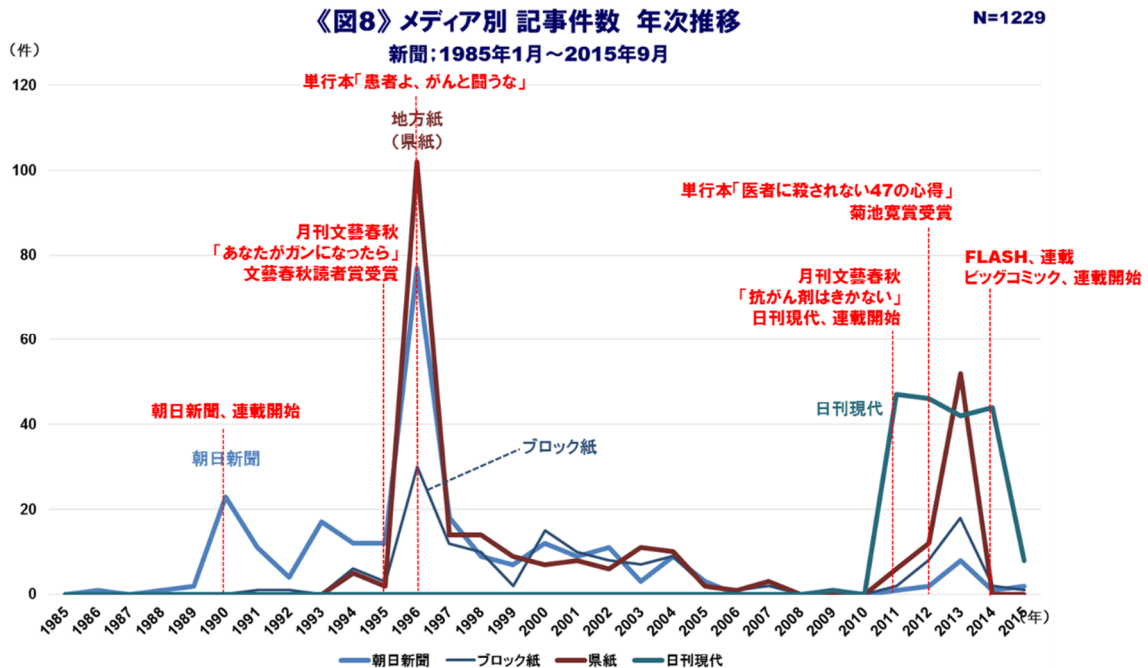


【4】 考察・分析:近藤理論

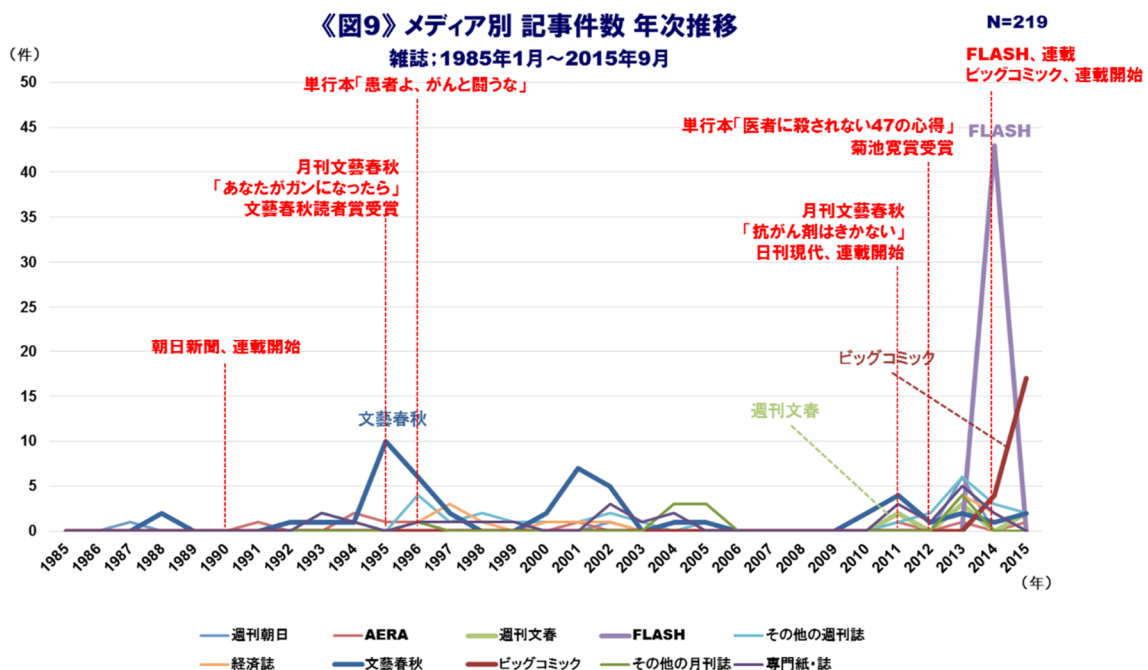
新聞メディア記事数の年次推移(図7)から、個別メディアとして記事数の多かった「朝日新聞」「日刊現代」と、メディア分類として記事数の多かった「ブロック紙」「県紙」を抜き出してグラフにすると以下ようになる(図8)。

「朝日新聞」は、最初の連載が始まった1990年以降、1996年をピークに、2000年頃にかけて報道件数が多くなっている。逆に「日刊現代」は、2010年まで殆ど報道はなかったが、連載の始まった2011年から連載が終了する2015年までの記事件数が多くなっている。

「ブロック紙」と「地方紙」(県紙)は、近藤理論の重要なピックに反応するようかのように、1990年代と2010年代、それぞれについて記事件数が伸びている。



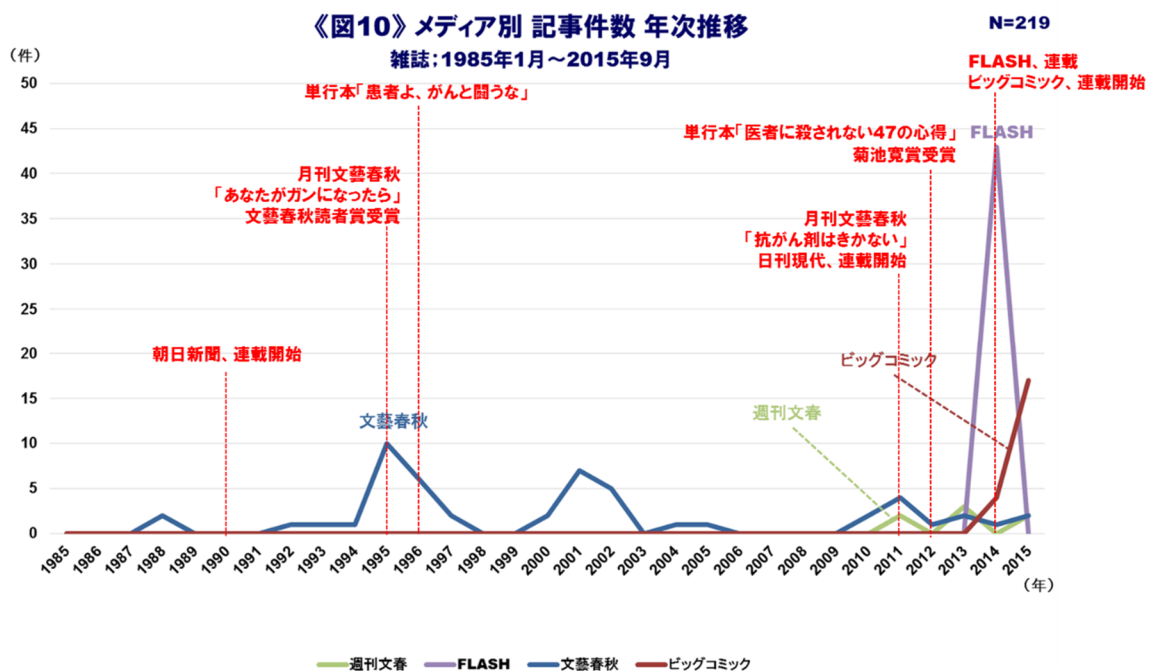
次に、雑誌メディアに絞ってまとめた記事件数の年次推移は、以下の通りである(図9:雑誌)。



【4】 考察・分析:近藤理論

雑誌メディア記事数の年次推移(図 9)から、個別メディアとして記事数の多かった「月刊文藝春秋」「FLASH」「ビッグコミック」、そして「抗がん剤論争」週刊文春を抜き出してグラフにすると、以下のようなになる(図 10)。

近藤誠を世に出した「月刊文藝春秋」は、1995年の10回シリーズ連載以前は単発的な論文記事の掲載だったが、「あなたがガンになったとき」以降は、近藤誠の断筆期を除き、ほぼ毎年記事が掲載されている。写真週刊誌の「FLASH」は、1年間(2014年)の短期集中連載だった。2014年11月から「ビッグコミック」で始まった「医者を見たら死神と思え」は、現在も連載中。月2回発行で、今後も記事掲載数は増えていく。2011年の「抗がん剤は効かない」(月刊文藝春秋)をきっかけにした誌上論争は、月刊だけではなく「週刊文春」も巻き込む形で勃発した。文藝春秋社による巧みな企画とも言えるが、賛否両論、どちらの論にも立マッチポンプ的であるとの印象も否めない。



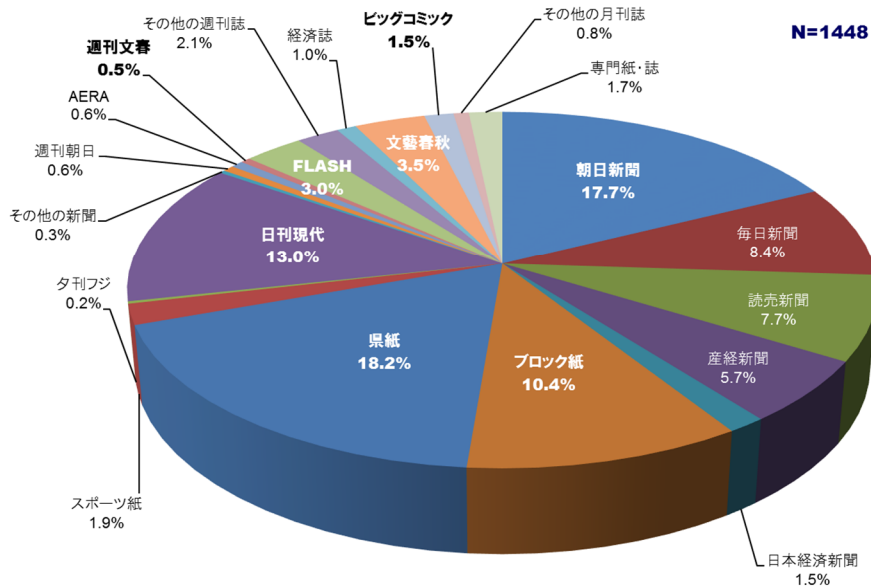
【4】 考察・分析:近藤理論

【4】 メディア別 記事数割合

「近藤誠×がん」で検索した全記事 1448 件を母数に、メディア別の記事数の割合をまとめると、以下のグラフになる(図 11;全メディア)。

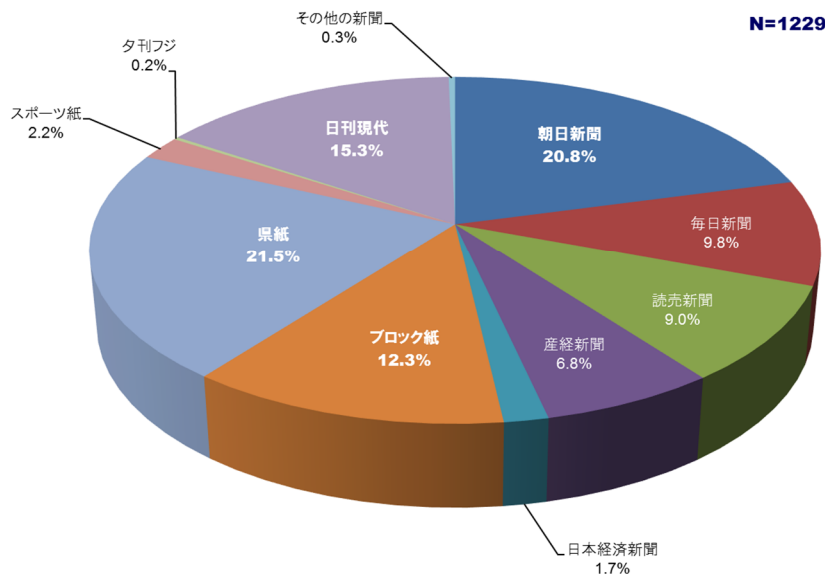
個別メディアとしては、「朝日新聞」が最も多く17.7%(256件)。続いて、「日刊現代」が13.0%(188件)となっている。インフォームド・コンセント、乳房温存療法を報じた「朝日新聞」と、がんもどき理論、がん放置療法を報じた「日刊現代」という、どちらも連載型の記事が中心だったというのが特徴である。

《図11》メディア別 記事数割合
全メディア:1985年1月～2015年9月



新聞メディアに絞ってまとめたメディア別の事件数割合は、以下の通りである(図 12;新聞)。個別メディアで2ケタを超えたのは、「朝日新聞」(20.8%)と「日刊現代」(15.3%)だけだった。

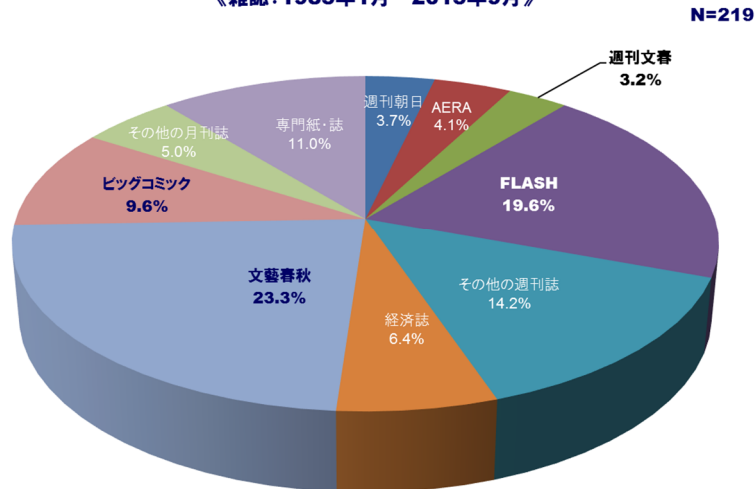
《図12》メディア別 記事数割合
新聞:1985年1月～2015年9月



【4】考察・分析:近藤理論

雑誌メディアに絞ってまとめたメディア別の事件数割合は、以下の通りである(図 13;雑誌)。個別メディアとしては、「月刊文藝春秋」(23.3%)が最も多く、続いて「FLASH」(19.6%)、「ビッグコミック」(9.6%)の順になっている。

《図13》メディア別 記事事件数割合
《雑誌:1985年1月～2015年9月》



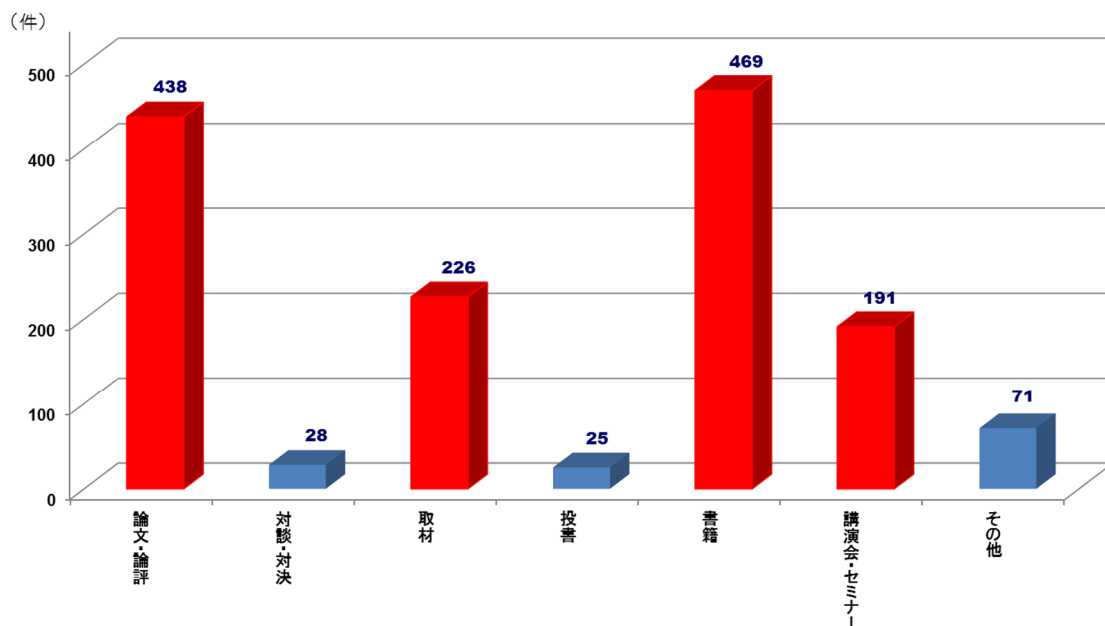
【5】記事種類別 記事事件数

「近藤誠×がん」で検索した全記事 1448 件を記事の種類別にまとめると、以下のグラフの通りになる(図 14)。

単行本や文庫本、新書など書籍を多数出している近藤誠だけあって、「書籍」に関する記事が 469 件と最も多くなっている。続いて、近藤誠や近藤理論に関する「論文・論評」の記事が 438 件、近藤誠へのインタビューやコメントなどの「取材」の記事が 226 件となっている。

《図14》記事種類別 記事事件数
《1985年1月～2015年9月》

N=1448



【4】 考察・分析:近藤理論

[6] 記事種類別 記事内訳

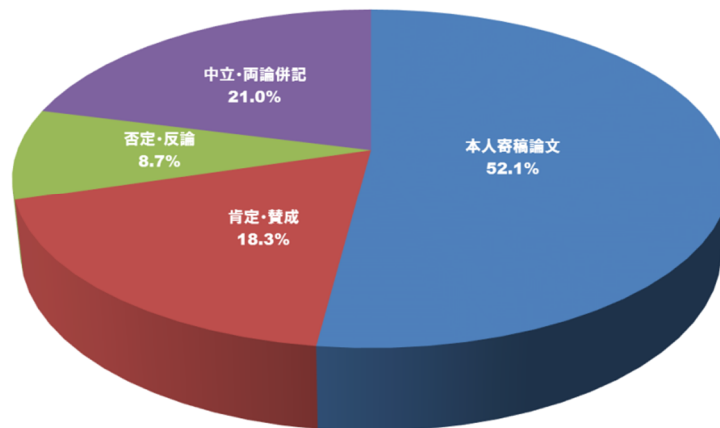
記事種類別に分類した「近藤誠×がん」に関する記事の記事内訳は、以下の通りである。

①「論文・論評」

「論文・論評」の記事で最も多かったのは、「近藤誠本人が寄稿・投稿した論文」(52.1%)だった。続いて、近藤理論に対する「中立・両論併記」の記事(21.0%)、近藤理論を「肯定・賛成」する記事(18.2%)となっている。近藤理論を「否定・反論」する記事(8.7%)は最も少なかった。

《図15》記事種類別 記事内訳割合
論文・論評:1985年1月～2015年9月

N=439

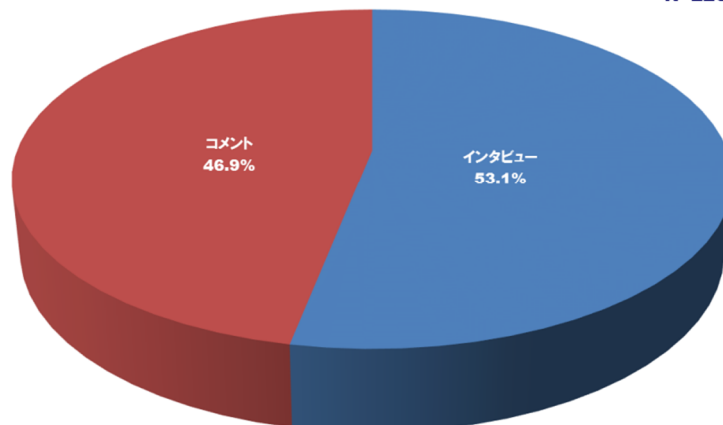


②近藤誠への「取材」

近藤誠への「取材」記事の内訳は、「インタビュー」が 53.1%、「コメント」が 46.9%となっている。がん以外のテーマについて、近藤誠の「コメント」を紹介する記事が予想以上に多かった。

《図16》記事種類別 記事内訳割合
近藤誠氏への取材:1985年1月～2015年9月

N=226

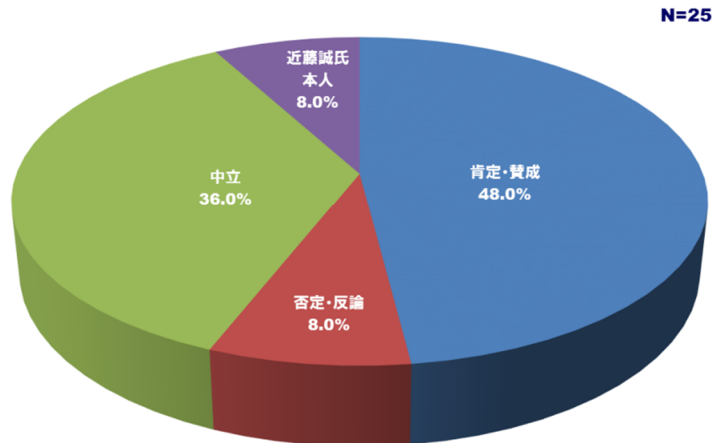


【4】考察・分析:近藤理論

③「投書」

医学界の異端でありながら、患者や一般からの支持も多い近藤理論。「投書」を紹介する記事が25件確認できた。内訳は、近藤理論に対する「肯定・賛成」が48.0%、「中立」が36.0%、「否定・反論」が8.0%だった。意外だったのは、「近藤誠本人の投書」も8%(2件)あったことである。近藤誠があらゆる機会をとらえて、自らの理論情報発信しようとする姿勢が読み取れる。

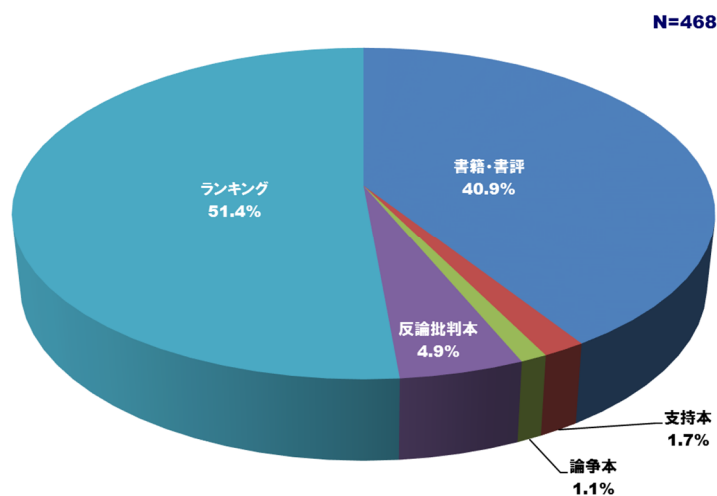
《図17》記事種類別 記事内訳割合
投書:1985年1月～2015年9月



④「書籍」

記事検索の対象期間中、近藤誠は63冊の書籍を出している。近藤理論への反論本など関連書籍を合わせると80冊に及ぶため、「書籍」に関する記事も確認できただけで468件に及んでいる。内訳は、書籍発売に関する「ランキング」の記事が51.4%、「書籍・書評」などに関する記事が40.9%となっている。近藤誠に対する「反論批判本」についての記事は4.9%、近藤理論の「支持本」は1.7%、「論争本」については1.1%だった。

《図18》記事種類別 記事内訳割合
書籍紹介:1985年1月～2015年9月

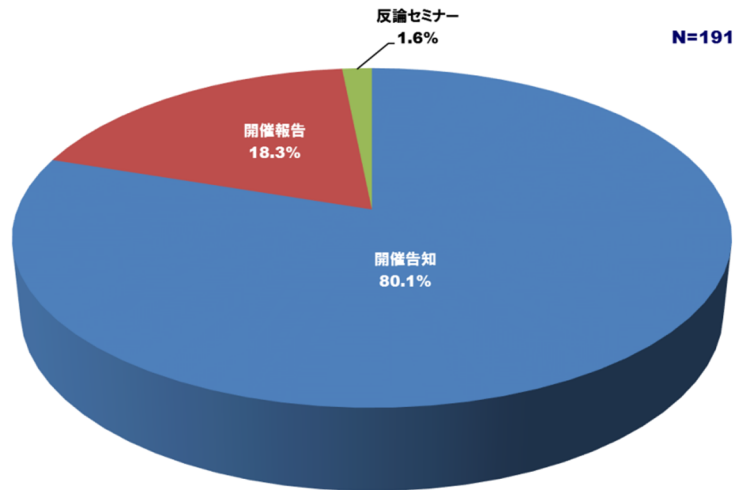


【4】考察・分析:近藤理論

⑤「講演会・セミナー」

インフォームド・コンセントや乳房温存療法など、かつての近藤理論は、医学界の異端ではあったが、患者にとっては先進的で有意的であったため、近藤誠は講演会やセミナーなどの講師として招かれていたようである。がんもどき理論やがん放置療法を提唱して、その機会は増えたようだ。内訳は、講演会やセミナーの「開催告知」の記事が 80.1%、事後の「開催報告」の記事が 18.3%。近藤理論への「反論セミナー」も 1.6%あった。

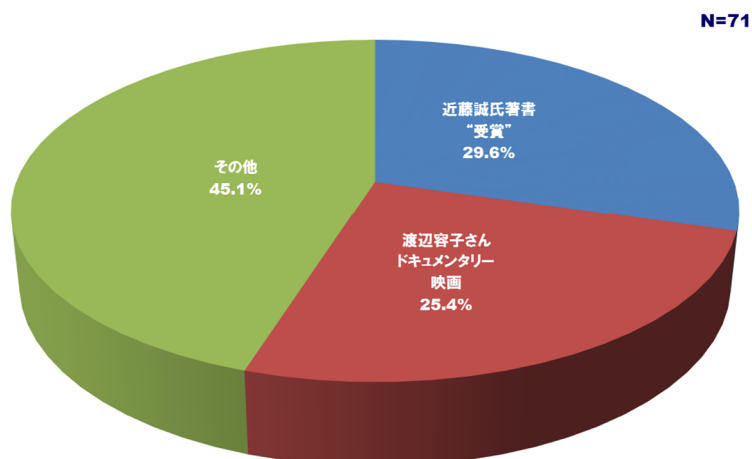
《図19》記事種類別 記事内訳割合
講演会・セミナー:1985年1月～2015年9月



⑥「その他」

上記の①～⑤に含まれない、「その他」の記事の内訳は、以下の通りである。近藤誠の「受賞」の記事が 29.6%、近藤誠の患者で、亡くなるまでの 2 年間でドキュメンタリー映画になった「渡辺容子さん」に関する記事が 25.4%、「その他」の記事が 45.1%だった、

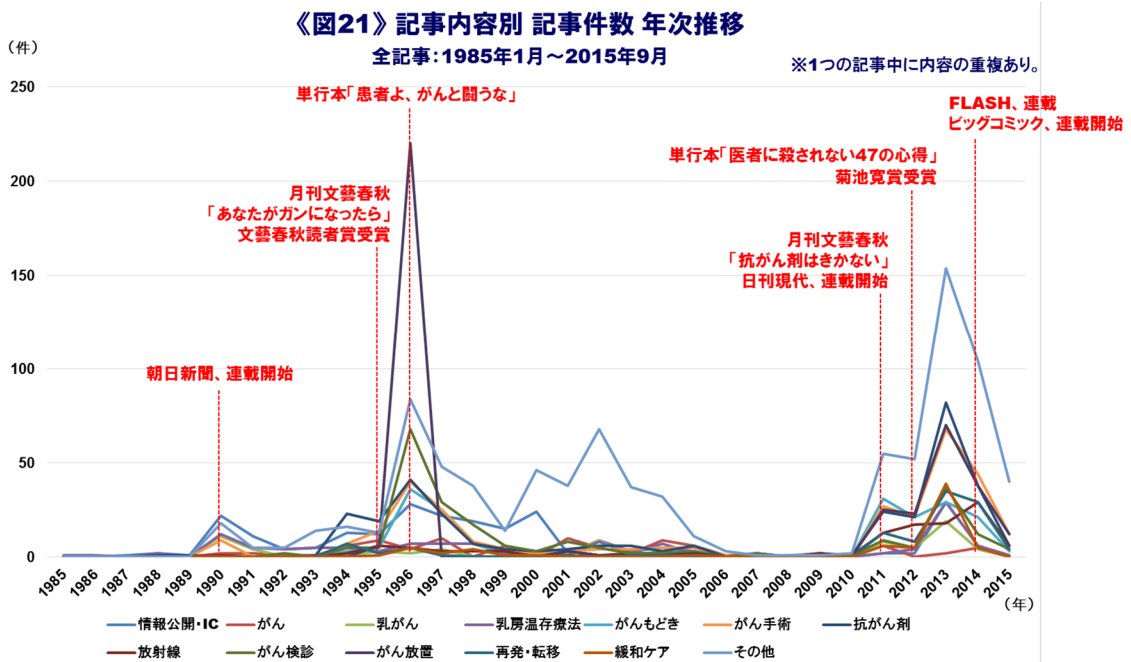
《図20》記事種類別 記事内訳割合
その他:1985年1月～2015年9月



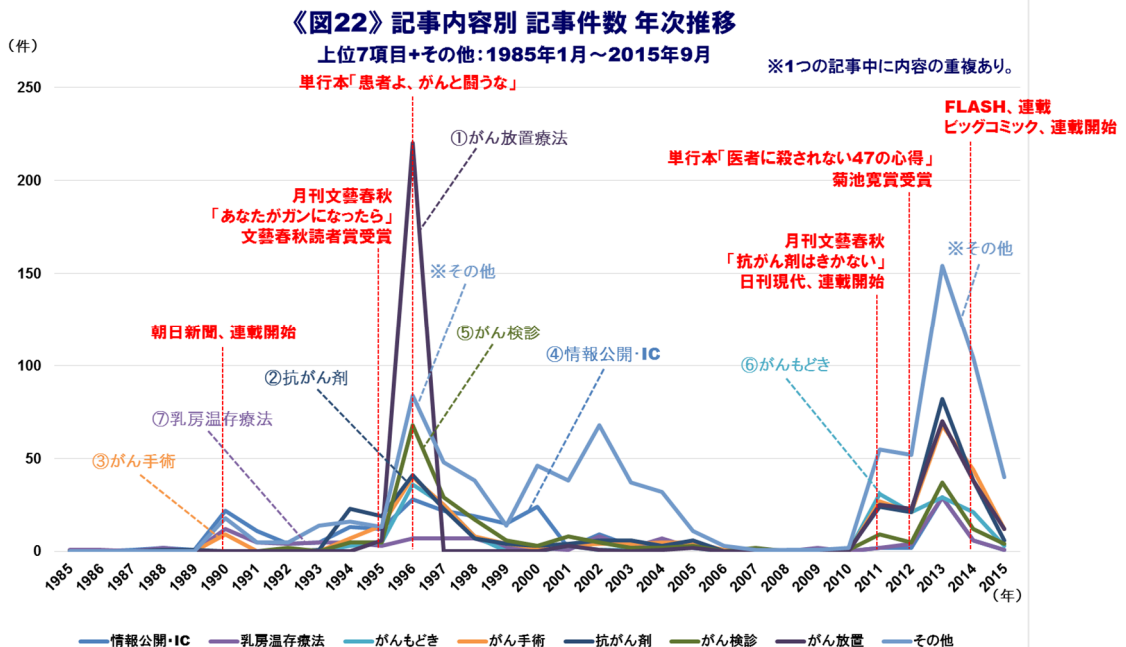
【4】考察・分析:近藤理論

[7] 記事内容別 記事数 年次推移

「近藤誠×がん」で検索した全記事 1448 件を記事の内容別にまとめて、その記事数の年次推移を見ると、以下のグラフの通りになる(図 21)。



記事内容別に分類して、記事数の多かった上位 7 項目に、その他を加えて抜き出すと、以下の通りのグラフとなる(図 22)。



【4】 考察・分析:近藤理論

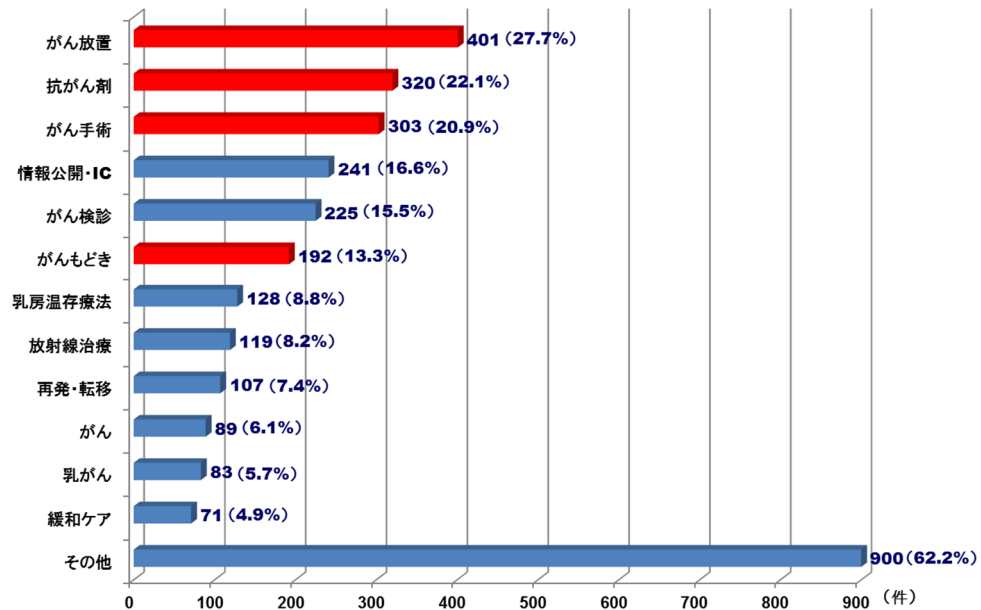
記事内容別(1つの記事に内容の重複あり)の記事件数(図23)を見ると、最も多いのは「がん放置療法」(401件、27.7%)、次いで「抗がん剤」(320件、22.1%)、「がん手術」(303件、20.9%)となっている。

近藤理論の中核である「がんもどき」は、192件(13.3%)と6番目だったのは意外だった。報道記事では、理論的な内容よりも、より具体的な治療に関する内容の方が好まれるのかもしれない。

《図23》 記事内容別 記事件数
全メディア:1985年1月～2015年9月

N=1448

※1つの記事中に内容の重複あり。



《2》書籍出版状況分析

近藤誠の言論活動の大きな柱が、書籍の出版だった。書籍を通して、一般市民や患者に直接情報を伝えていくこと、近藤誠の言葉で語りかけていくことが、近藤誠流と言える。

1988年、初の単行本「がん最前線に異状あり 偽りのときに終りを」(廣済堂)を上梓、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンなど、患者が情報を得ること、患者が治療方法を選択することの重要性を説いた。以来、近藤誠は次々と書籍を世に出していった。1990年、「乳ガン治療あなたの選択」で、乳房温存療法を提唱。医学界では異端とされ、乳房全摘が全盛だった外科医からは総スカンを食らった。1996年の「患者よ、がんと闘うな」(文藝春秋)で、潮目が大きく変わった。がん検診不要、がん手術のやり過ぎ、抗がん剤の副作用問題、そしてがんもどき。がん患者や家族、遺族の共感を獲得して、50万部超のベストセラーとなった。がんもどきは、流行語にも選ばれた。

その近藤誠が、2005年から数年間、筆を折った。慶應義塾大学医学部の定年退職前に、言っておきたいことを書き残すとして2008年、再び筆をとり現在に至っている。慶應退職後は、以前にも増して、書籍出版に拍車がかかっているように見える。

近藤誠の著書、近藤理論に関連する書籍の出版状況について、2つ目の量的分析を行う。

★実施概要

対 象 書 籍	(1)近藤誠が著者、共著者、編著者の書籍(単行本、文庫、新書など) (2)近藤誠、近藤理論への反論を主張する書籍 (3)近藤理論の支持を主張する書籍
書 籍 検 索 方 法	インターネット検索 (1)近藤誠がん研究所ウェブサイト (2)ウィキペディア (3)amazon 書籍検索
キーワード検索式	近藤誠
検 索 対 象 期 間	1988年(昭和63年)1月～2015年(平成27年)9月
書 籍 抽 出 件 数	80冊
分 析 項 目	[1]近藤誠関連書籍 出版冊数 年次推移 [2]著者別 書籍出版冊数 年次推移 [3]著者別 書籍出版冊数割合 [4]出版社別 書籍出版冊数

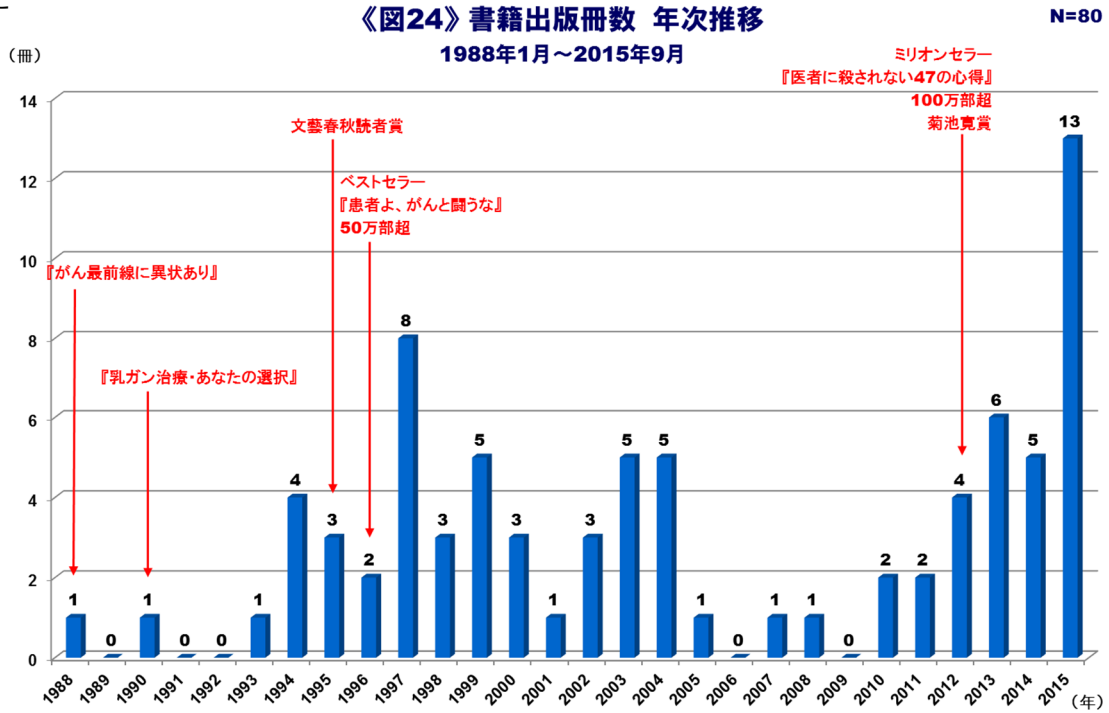
【4】考察・分析:近藤理論

[1]近藤誠関連書籍 出版冊数 年次推移

「近藤誠」で検索した書籍 80 冊を、出版された年次別にまとめてグラフにした(図 24)。

「2015 年」が 13 冊と最も多く、次いで、ベストセラーとなった「患者よ、がんと闘うな」が出版された 1996 年の翌年である「1997 年」(8 冊)、「2013 年」(6 冊)と続いている。

と



書籍の出版冊数が多い年次の書籍の詳細は、以下の通りである。

①2015年(13冊)

書名	出版社	著者	備考
何度でもいう がんとは決して闘うな	文春文庫	近藤 誠	がん
クスリに殺されない 47 の心得	アスコム	近藤 誠	医療全般
もう、だまされない！ 近藤誠の「女性の医学」	集英社	近藤 誠	医療全般
近藤理論に嵌まった日本人へ 医者への言い分	祥伝社新書	村田幸生	反論本
ねこバカ いぬバカ	小学館	養老孟司 近藤 誠	非医療
近藤誠のリビングノート	光文社新書	近藤 誠	がん
日本は世界一の「医療被曝」大国】	集英社新書	近藤 誠	がん
医療否定本の嘘	扶桑社	勝俣範之	反論本
そのガン、放置しますか？ 近藤教に惑わされて、君、死に急ぐな	ディスカヴァー ・トゥエンティワン	大鐘稔彦	反論本
長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違 っているのですか？	ブックマン社	長尾和宏	反論本
がんと賢い闘い方「近藤誠理論」徹 底批判	新潮選書	大場 大	反論本
近藤誠の家庭の医学	求龍堂	近藤 誠	医療全般
先生、医者代減らすと寿命が延びるっ て本当ですか？	小学館	近藤 誠 倉田真由美	医療全般

【4】考察・分析：近藤理論

13冊を分類すると、以下のようになる。

- ◎近藤誠の著書 8冊(がん5冊、非がん2冊、非医療1冊)
- ◎近藤理論に対する論評本5冊(反論本5冊)

②1997年(8冊)

書名	出版社	著者	備考
君、闘わずしてがん死するなかれ	ごま書房	平岩正樹	反論本
患者よ、がんと闘おう!	ベストセラーズ	永野正史	反論本
闘うがん、闘ってはいけない癌	徳間書店	佐藤武男	反論本
がん専門医よ、真実を語れ	文藝春秋	近藤 誠	がん
がん論争を読む 患者のためのがん治療事情	三省堂	川端英孝、 上野貴史	中立・支持
がんと向き合う精神 「患者よ、がんと闘うな」を読む	四谷ラウンド	丸山雅一	がん
「がんと闘うな」論争集 患者・医者関係を見直すために	日本アクセル・シュ プリンガー出版	近藤 誠 (編著)	論争集
わたしが決める乳ガン治療 乳ガン体験者と医師からのアドバイス	三天書房	近藤 誠、 アイデアフォー	がん

8冊を分類すると、以下のようになる。

- ◎近藤誠の著書 3冊(がん3冊)
- ◎近藤誠の編著 1冊(がん論争集1冊)
- ◎近藤理論に対する論評本4冊(反論本3冊、支持・中立本1冊)

③2013年(6冊)

書名	出版社	著者	備考
「余命3カ月」のウソ	ベスト新書	近藤 誠	がん
がん治療で殺されない七つの秘訣	文春新書	近藤 誠	がん
免疫療法に近づくな	亜紀書房	近藤 誠	がん
「医療否定本」に殺されないための48 の真実	扶桑社	長尾和宏	反論本
6抗がん剤だけはやめなさい	文春文庫	近藤 誠	がん
「がんもどき」で早死にする人、「本物の がん」で長生きする人	幻冬舎	近藤 誠	がん

6冊を分類すると、以下のようになる。

- ◎近藤誠の著書 5冊(がん5冊)
- ◎近藤理論に対する論評本1冊(反論本1冊)

2015年、1997年、2013年に出版された書籍の傾向は、近藤理論に対する論評本、特に反論本が出版されていることである。2015年、1997年には、複数冊出版されている。それぞれの時期を考え合わせると、がんもどき理論やがん放置療法に関する「がん論争」が起きていることを示している。1997年と2013年については、それぞれその前年に、社会的にも話題になった書籍がベストセラー、あるいはミリオンセラーになっている。さらに、近藤誠は1995年に文藝春秋読者賞、2012年には菊池寛賞を受賞しており、近藤理論に関する論評本が出版されやすい環境だったと言える。

【4】考察・分析:近藤理論

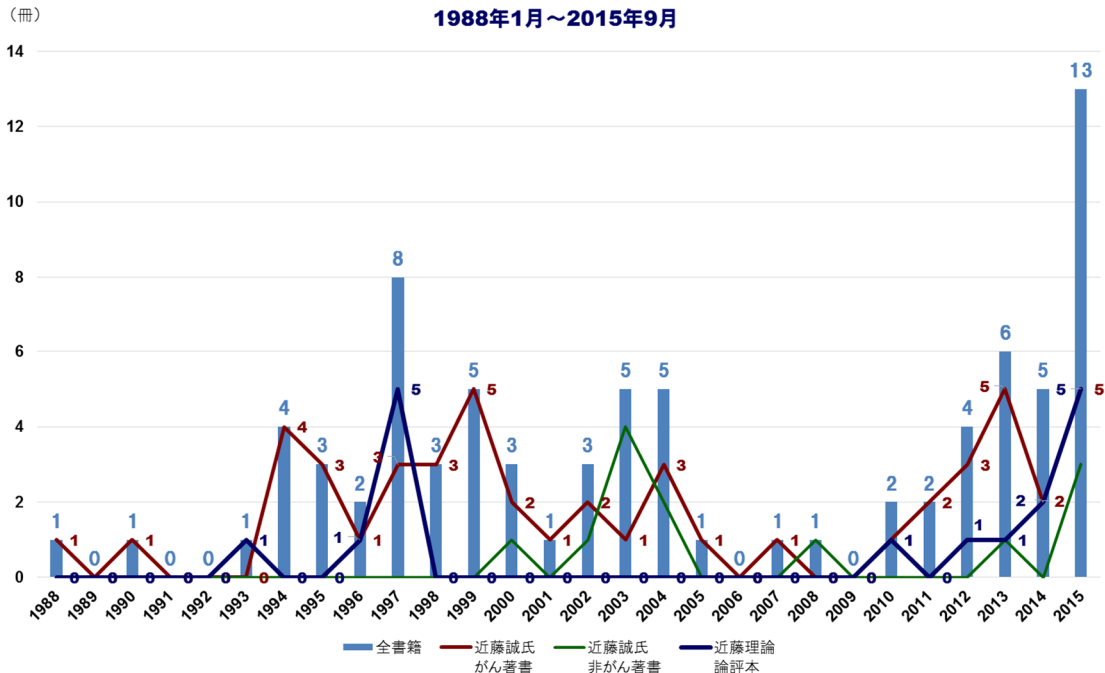
[2]著者別 書籍出版冊数 年次推移

「近藤誠」で検索した書籍 80 冊を、著者別に分類して、それぞれ年次で出版された冊数の推移をグラフにした(図 25)。

近藤誠の著書については、「がん著書」(がんに関する書籍)と「非がん著書」(がん以外の書籍)に分けて分類した。近藤誠以外の著者による書籍については、「近藤理論論評本」として分類した。

近藤誠の「がん著書」で最も多いのは、「1999 年」「2013 年」「2015 年」が、それぞれ 5 冊となっている。「近藤理論論評本」については、「1997 年」「2015 年」が、それぞれ 5 冊で最も多くなっている。

《図25》著者別 書籍出版冊数 年次推移



①近藤誠の「がん著書」

◎1999年

書名	出版社	著者
ぼくがすすめるがん治療	文藝春秋	近藤 誠
それでもがん検診うけますか	文春文庫	近藤 誠
乳がんを忘れるための本 乳房温存療法がよくわかる	ネスコ	近藤 誠
安心できるがん治療法「治療死」しないために	講談社+α 文庫	近藤 誠
「治らないがん」はどうしたらいいのか	日本アクセル・シュプリンガー出版	近藤 誠

◎2013年(5冊)

書名	出版社	著者
「余命3カ月」のウソ	ベスト新書	近藤 誠
がん治療で殺されない七つの秘訣	文春新書	近藤 誠
免疫療法に近づくな	亜紀書房	近藤 誠
抗がん剤だけはやめなさい	文春文庫	近藤 誠
「がんもどき」で早死にする人、「本物のがん」で長生きする人	幻冬舎	近藤 誠

【4】考察・分析:近藤理論

◎2015年(5冊)

書名	出版社	著者
何度でもいう がんとは決して闘うな	文春文庫	近藤 誠
クスリに殺されない47の心得	アスコム	近藤 誠
もう、だまされない！近藤誠の「女性の医学」	集英社	近藤 誠
近藤誠のリビングノート	光文社新書	近藤 誠
日本は世界一の「医療被曝」大国	集英社新書	近藤 誠

②「近藤理論評論本」

◎1997年

書名	出版社	著者
君、闘わずしてがん死するなかれ	ごま書房	平岩正樹
患者よ、がんを闘おう！	ベストセラーズ	永野正史
闘うがん、闘ってはいけない癌	徳間書店	佐藤武男
がん論争を読む 患者のためのがん治療事情	三省堂	川端英孝、 上野貴史
がん向き合う精神「患者よ、がんを闘うな」を読む	四谷ラウンド	丸山雅一

◎2015年(5冊)

書名	出版社	著者
近藤理論に嵌まった日本人へ 医者の言い分	祥伝社新書	村田幸生
医療否定本の嘘	扶桑社	勝俣範之
そのガン、放置しますか？近藤教に惑わされて、君、死に急ぐなかれ	ディスカヴァー ・トゥエンティワン	大鐘稔彦
長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか？	ブックマン社	長尾和宏
がんとの賢い闘い方「近藤誠理論」徹底批判	新潮選書	大場 大

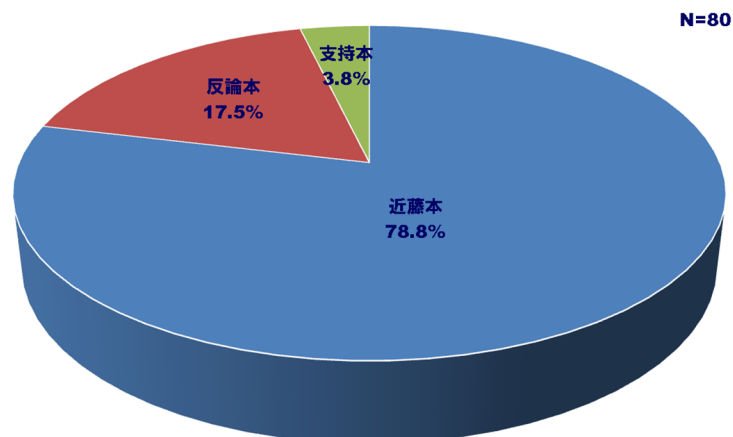
[3]著者別 書籍出版冊数割合

「近藤誠」で検索した書籍 80 冊を、著者別に分類して、冊数合計の割合をグラフにした(図 26)。

近藤誠の著書(共著書、編著書含む)は、63冊(78.8%)だった。残り17冊のうち、近藤理論への反論本は 14 冊(17.5%)、近藤理論を支持する書籍は 3 冊(3.8%)だった。

《図26》著者別 書籍出版冊数割合

1988年1月～2015年9月



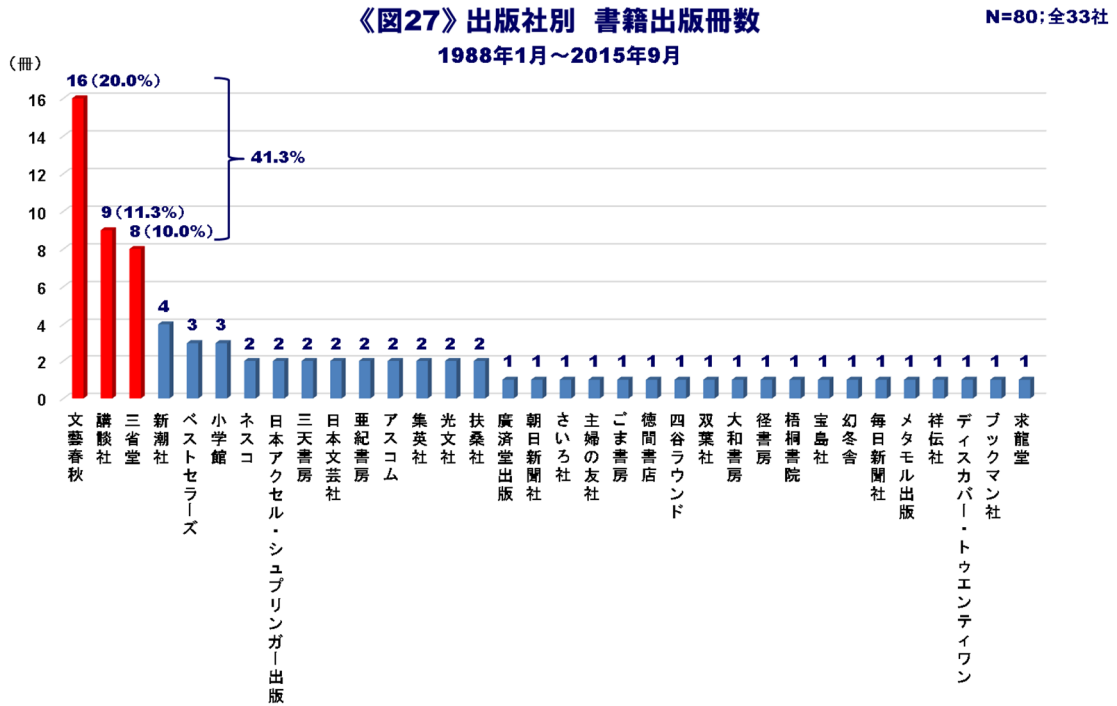
【4】考察・分析:近藤理論

[4]出版社別 書籍出版冊数

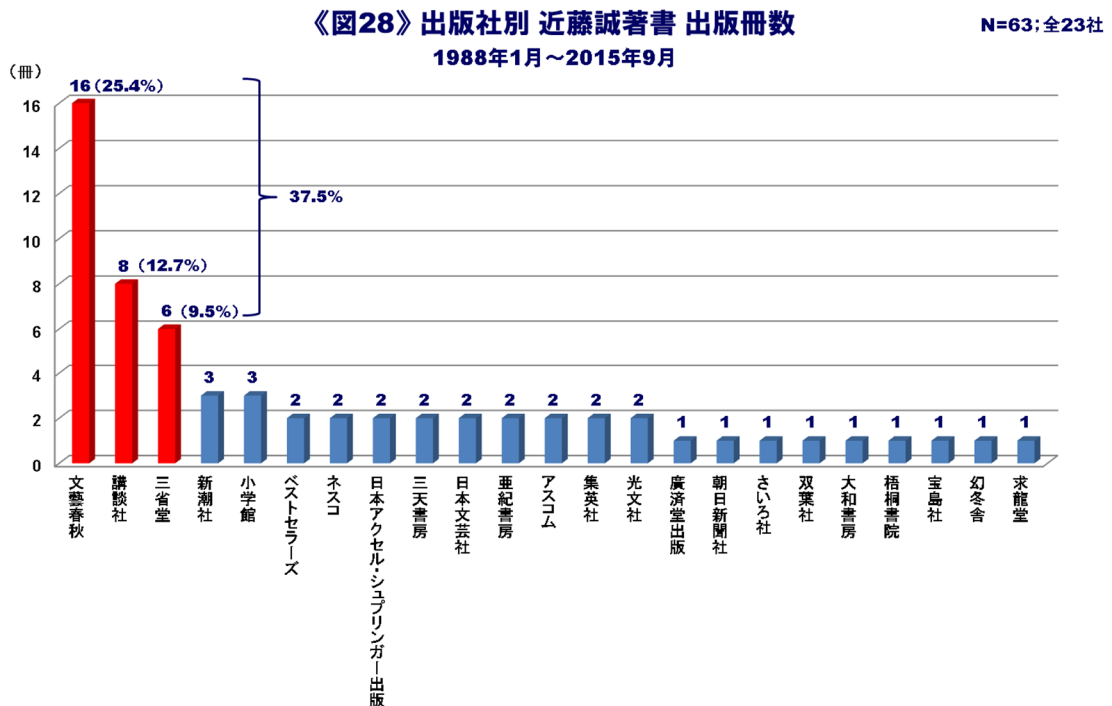
「近藤誠」で検索した書籍 80 冊を、出版社別に分類してグラフにした(図 27)。

最も多かったのは、文藝春秋「16 冊」(20.0%)。次いで、講談社「9 冊」(11.3%)、三省堂「8 冊」(10.0%)、と続いている。この上位 3 社合計で 33 冊、全体の 4 割以上を占めている。

また、「4 冊」の新潮社、「3 冊」のベストセラーズ、小学館以降、「2 冊」が集英社、光文社、扶桑社など 9 社、「1 冊」の出版社は 19 社となっている。



「80 冊」から近藤誠の著書「63 冊」にそぼって出版社別に分類すると、以下のようになる(図 28)。



【4】 考察・分析：近藤理論

「80 冊」と比べて大きな傾向は変わらず、上位 3 社の顔触れと冊数の順位は変わっていない。また、「近藤本」も出せば「反論」も出すという出版社がある中で、文藝春秋は、近藤誠以外の「他者」の書籍を出版していない。近藤誠と文藝春秋との繋がり**の強さ・太さ**を感じる。

また、「3 冊」が 2 社、「2 冊」が 9 社、「1 冊」が 9 社となっており、近藤誠自身、上位の 3 社以外、出版社と広く浅く付き合っていたことが覗える。

《3》amazon.jp カスタマーレビュー分析

近藤誠の著書、ならびに近藤理論に対する反論本に関する一般読者の評価を測る指標の一つとして、Amazon.co.jp(アマゾン シーオージェイピー；以下、アマゾン)¹²⁹におけるカスタマーレビュー¹³⁰の分析を行った。

アマゾンは、2000年11月1日、Amazon.comの日本語版サイトとしてオープンして以来、日本最大を誇るECサイト。新刊はもちろんのこと、Amazonがサイト内に設置している「Amazon マーケットプレイス」において、在庫切れになった新刊本や中古本も購入することができるため、2000年以前に出版された書籍についても取り扱いを行っており、近藤誠関連の図書についても多数取り扱いがあつた。

そこで、近藤誠の著書、並びに近藤理論に対する反論本について、アマゾンカスタマーレビュー数と、購入者・読者の評価である星(★)の数¹³¹の集計から、一般読者のそれぞれの書籍に関する評価を探る。

★実施概要

対 象 書 籍	Amazon.co.jp に取り扱いのある書籍 (1)近藤誠が著者、共著者、編著者の書籍(単行本、文庫、新書など) (2)近藤誠、近藤理論への反論を主張する書籍 (3)近藤理論の支持を主張する書籍
書 籍 検 索 方 法	Amazon.co.jp 内で個別に書籍を検索してカスタマーレビューを閲覧
検 索 対 象 期 間	1988年(昭和63年)1月～2015年(平成27年)9月
書 籍 抽 出 件 数	80冊
分 析 項 目	[1]Amazon カスタマーレビュー数 ①近藤誠著書 ②近藤理論に対する反論本 [2]Amazon カスタマーレビューでの評価(星★の数) ①近藤誠著書 ②近藤理論に対する反論本

¹²⁹ Amazon.com(アマゾン・ドット・コム)の日本法人であるアマゾンジャパン株式会社が運営している日本のECサイト。ECはelectronic commerce(エレクトロニック・コマース：電子商取引)の略。

¹³⁰ アマゾンに設置された、第三者間で商品を売買するオンライン市場の新プラットフォーム。書籍、CD、DVD、ビデオ、ソフトウェア、ゲームの新品や中古商品、コレクター商品などを取り扱う。アマゾンニュースリリースより。
<http://www.amazon.co.jp/gp/press/pr/20021106>

¹³¹ アマゾンで購入した商品に対して星の数(1～5)で評価して、コメントができる。アマゾン利用者は、そのレビューが参考になったかどうかを投票することができ、その投票でベストレビューアのランキングが表示される。

【4】考察・分析:近藤理論

[1]Amazon カスタマーレビュー数

①近藤誠著書

近藤誠の著書 63 冊のうち、Amazon カスタマーレビューの書き込みがあったのは、以下の 52 冊だった。

《図 29》近藤誠著書 Amazon カスタマーレビュー数

※2015年9月30日現在

NO	書籍名	カスタマーレビュー数	出版社	著者	出版年
1	医者に殺されない47の心得	502	アスコム	近藤誠	2012
2	がん放置療法のすすめ	96	文春新書	近藤誠	2012
3	「余命3カ月」のウソ	78	ベスト新書	近藤誠	2013
4	どうせ死ぬなら「がん」がいい	76	宝島社	近藤誠、中村仁一	2012
5	患者よ、がんと闘うな	58	文藝春秋	近藤誠	1996、2000
6	「がんもどき」で早死にする人、「本物のがん」で長生きする人	45	幻冬舎	近藤誠	2013
7	成人病の真実	36	文藝春秋	近藤誠	2002、2004
8	近藤先生、「がんは放置」で本当にいいんですか？	32	光文社新書	近藤誠	2014
9	がん治療で殺されない七つの秘訣	31	文春新書	近藤誠	2013
10	抗がん剤だけはやめなさい	31	文春文庫	近藤誠	2013
11	抗がん剤は効かない	28	文藝春秋	近藤誠	2011
12	がんより怖いがん治療	27	小学館	近藤誠	2014
13	クスリに殺されない47の心得	27	アスコム	近藤誠	2015
14	もう、だまされない！近藤誠の「女性の医学」	20	集英社	近藤誠	2015
15	大学病院が患者を死なせるとき	18	講談社+α文庫	近藤誠	2003
16	免疫療法に近づくな	18	亜紀書房	近藤誠	2013
17	あなたの癌は、がんもどき	15	梧桐書院	近藤誠	2010
18	野垂れ死にの覚悟	15	ベストセラーズ	曾野 綾子、近藤 誠	2014
19	がん治療総決算	14	文藝春秋	近藤誠	2004、2007
20	何度でもいう がんとは決して闘うな	13	文春文庫	近藤誠	2015
21	放射線被ばくCT検査でがんになる	11	亜紀書房	近藤誠	2011
22	ぼくがすすめるがん治療	10	文藝春秋	近藤誠	2001
23	よくない治療、ダメな医者から逃れるヒント	10	講談社+α文庫	近藤誠	2003
24	再発・転移の話をしよう	10	三省堂	近藤誠、イデアフォー	2003
25	大病院「手術名医」の嘘	10	講談社+α文庫	近藤誠	2004
26	データで見る抗がん剤のやめ方始め方	7	三省堂	近藤誠	2004
27	近藤誠のピングノート	7	光文社新書	近藤誠	2015
28	ねこバカ いぬバカ	7	小学館	養老 孟司、近藤誠	2015
29	がん専門医よ、真実を語れ	6	文藝春秋	近藤誠	1997
30	医原病「医療信仰」が病気をつくりだしている	5	講談社+α文庫	近藤誠	2000
31	新・抗がん剤の副作用がわかる本	5	三省堂	近藤誠	2004
32	それでもがん検診うけますか	4	ネスコ	近藤誠	1999
33	抗がん剤の副作用がわかる本	4	三省堂	近藤誠	1994
34	乳がん あなたの答えが見つかる本	4	双葉社	近藤誠、イデアフォー	2002
35	名医の「有害な治療」「死を早める手術」	4	だいわ文庫	近藤誠	2008
36	日本は世界一の「医療被曝」大国	4	集英社新書	近藤誠	2015
37	「がん」ほどつき合いやすい病気はない	3	講談社+α文庫	近藤誠	1995
38	医療ミス 被害者から学ぶ解決策	3	講談社	近藤誠、清水とよ子	2003
39	がん患者よ、医療地獄の犠牲になるな	3	バンドラ新書	近藤誠、ひろさちや	2005
40	近藤誠の家庭の医学	3	求龍堂	近藤誠	2015
41	乳ガン治療・あなたの選択 乳房温存療法のすべて	2	三省堂	近藤誠	1990
42	患者と語るガンの再発・転移	2	三省堂	近藤誠	1994
43	がん治療「常識」のウソ	2	朝日新聞社	近藤誠	1994
44	がんは切ればなおるのか	2	新潮社	近藤誠	1995、1998
45	「治るがん」と「治らないがん」	2	講談社+α文庫	近藤誠	1998
46	乳がんを忘れるための本	2	ネスコ	近藤誠	2002
47	安心できるがん治療法「治療死」しないために	2	講談社+α文庫	近藤誠	1999
48	ぼくがうけたいがん治療	1	さいろ社	近藤誠	1995
49	「がんと闘うな」論争集	1	日本アクセル・シュプリンガー出版	近藤誠	1997
50	わたしが決める乳ガン治療	1	三天書房	近藤誠、イデアフォー	1997
51	「治らないがん」はどうしたらいいのか	1	日本アクセル・シュプリンガー出版	近藤誠	1999
52	本音で語るよくない治療ダメな医者	1	三天書房	近藤誠	2000

*出版年の二つ目の記載は、文庫化された年。

【4】 考察・分析:近藤理論

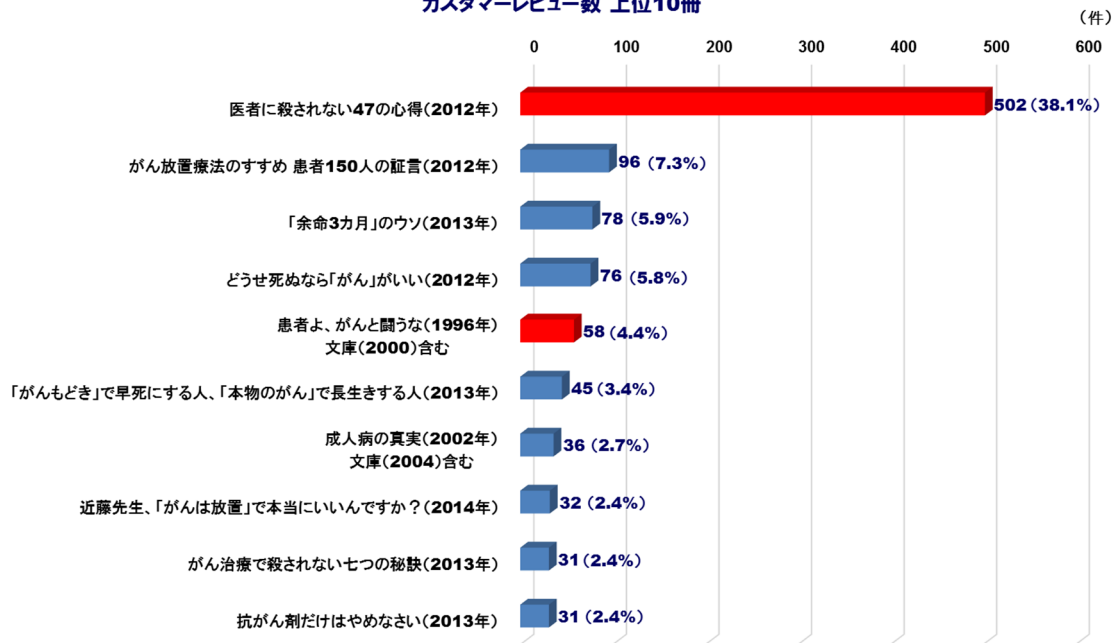
カスタマーレビュー数が最も多かったのは、「医者に殺されない 47 の心得」(アスコム、2012)で 502 件。次いで、「がん放置療法のすすめ」(文春新書、2012)の 96 件、「余命 3 か月」のウソ」(ベスト新書、2013)の 78 件と続いている。100 万部を超えるミリオンセラーとなった「医者に殺されない 47 の心得」のカスタマーレビュー数が、群を抜いていることが一目瞭然である。

カスタマーレビュー数が多い書籍の上位(図 30)を見ると、最近の書籍、いわゆる 2010 年を過ぎて出版された書籍が並んでいるのがわかる。当然と言えば当然のことだが、その中で、50 万部超のベストセラーとなった「患者よ、がんと闘うな」(文藝春秋、1996; 文春文庫、2000)が、第 5 位(58 件)に入った。単行本が出版された 1996 年は、アマゾンでのサービス開始前であるので、2000 年以降の文庫本の購入か、マーケットプレイスでの中古本購入によるカスタマーレビューだと考えられる。

《図 30》 近藤誠著書 Amazon カスタマーレビュー数

N=1319

カスタマーレビュー数 上位10冊



② 近藤理論に対する反論本

反論本 14 冊のうち、Amazon カスタマーレビューの書き込みがあったのは、以下の 11 冊だった。

《図 31》 近藤理論に対する反論本 Amazon カスタマーレビュー数

※2015年9月30日現在

NO	書籍名	カスタマーレビュー数	出版社	著者	出版年
1	「医療否定本」に殺されないための48の真実	48	扶桑社	長尾和宏	2013
2	「ニセ医学」に騙されないために	45	メタモル出版	NATROM	2014
3	医療否定本の嘘	36	扶桑社	勝俣範之	2015
4	「抗がん剤は効かない」の罪	29	毎日新聞社	勝俣範之	2014
5	長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか?	21	ブックマン社	長尾和宏	2015
6	がんとの買い闘い方「近藤誠理論」徹底批判	14	新潮選書	大場 大	2015
7	近藤誠氏の「がんもどき理論」の誤り	11	主婦の友社	斎藤建	1996
8	がんワクチン治療革命	10	講談社	中村祐輔	2012
9	近藤理論に嵌まった日本人へ 医者への言い分	8	祥伝社新書	村田幸生	2015
10	そのガン、放置しますか? 近藤教に惑わされて、君、死に急ぐなかれ	6	ディスカヴァー・トゥエンティワン	大鐘稔彦	2015
11	君、闘わずしてがん死するなかれ	2	こま書房	平岩正樹	1997

【4】 考察・分析:近藤理論

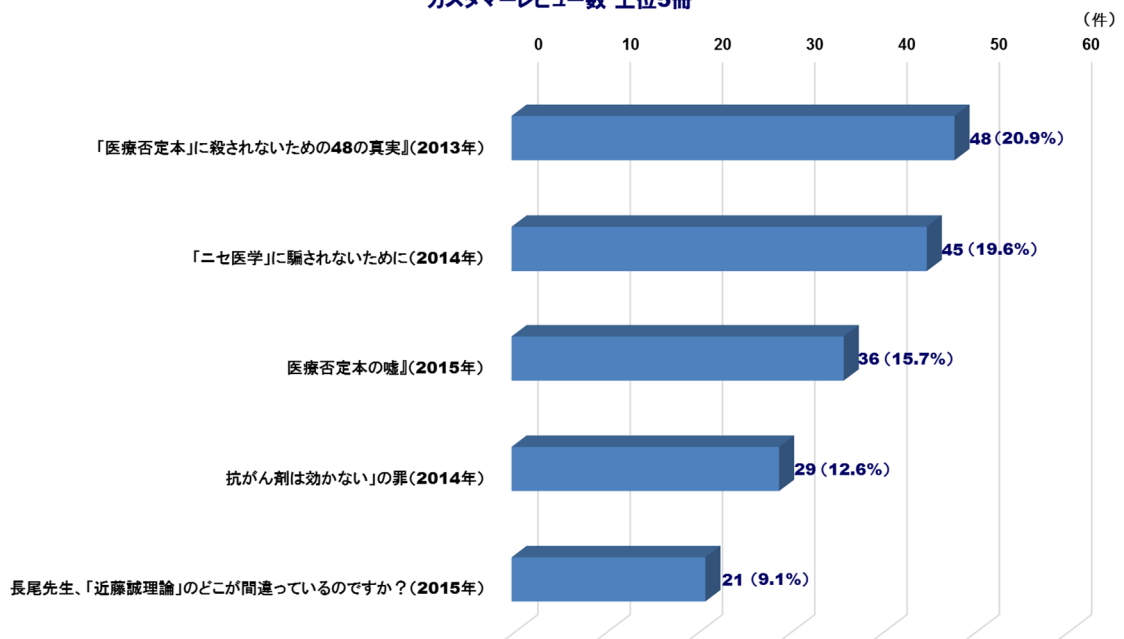
カスタマーレビュー数が最も多かったのは、「医療否定本に殺されないための48の真実」(長尾和宏、扶桑社、2013)で48件。次いで、「「ニセ医学」に騙されないために」(NATROM、メモタル出版、2014)の45件、「医療否定本の嘘」(勝俣範之、扶桑社、2015)の36件、「「抗がん剤は効かない」の罪」(勝俣範之、毎日新聞社、2014)の29件、「長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか?」(長尾和宏、ブックマン社、2015)の21件と続いている。近藤理論に対して、反論の旗幟を鮮明にしている勝俣範之氏、長尾和宏氏の本がそれぞれ2冊と、顔と氏名を公表せずインターネットで「科学」と「ニセ科学」についての情報発信をしている内科医のNATROM^{なとろむ}氏の本である。「医者に殺されない47の心得」は別格として、カスタマーレビュー数の多い近藤誠の著書と出版時期は同じような時期であるが、レビューの実数はやや少なくなっている。

その他、最近アンチ近藤理論の狼煙を上げた大場大氏の「がんとの賢い闘い方「近藤誠理論」徹底批判」(新潮選書、2015)や、高山路爛というペンネームで小説「孤高のメス」を書いている大鐘稔彦氏の「そのガン、放置しますか? 近藤教に惑わされて、君、死に急ぐなかれ」(ディスカヴァー・トゥエンティワン、2015)、元・国立がん研究センター研究所所長で、現在はシカゴ大学医学部血液・腫瘍内科教授の中村裕輔氏の「がんワクチン治療革命」(講談社、2012)など、多士済々の医療者がアンチ近藤理論の本を出版しているが、読者からのレビューやフィードバックにはなかなか結びついていない状況である。

《図32》 近藤理論 反論・批判本】

N=230

カスタマーレビュー数 上位5冊



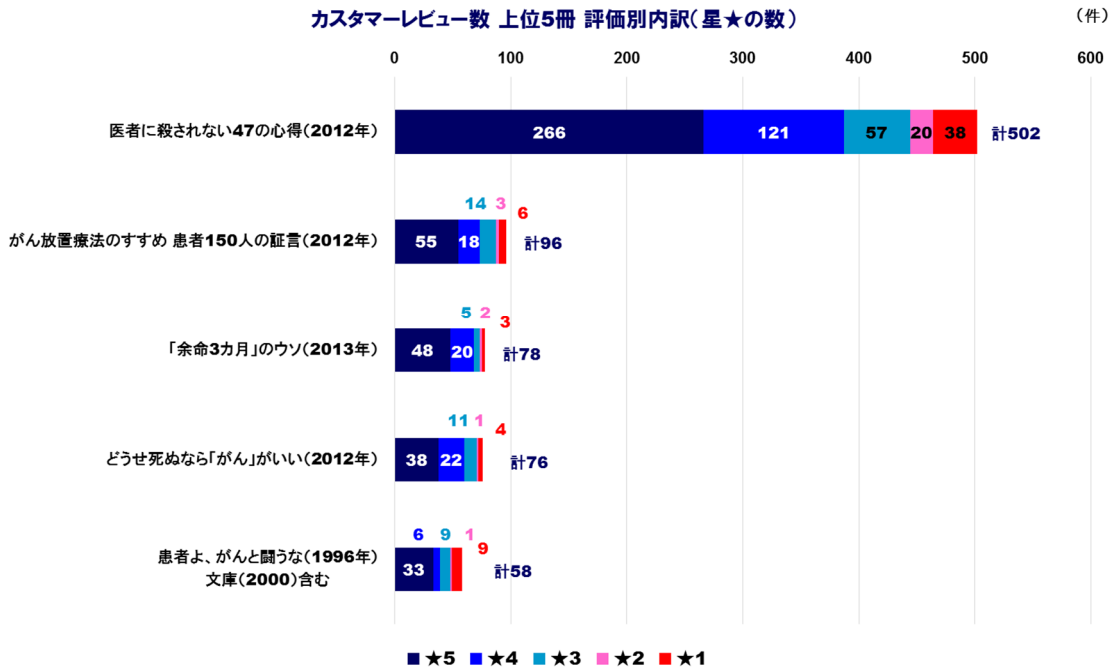
【4】考察・分析:近藤理論

[2]Amazon カスタマーレビューでの評価(星★の数)

①近藤誠著書

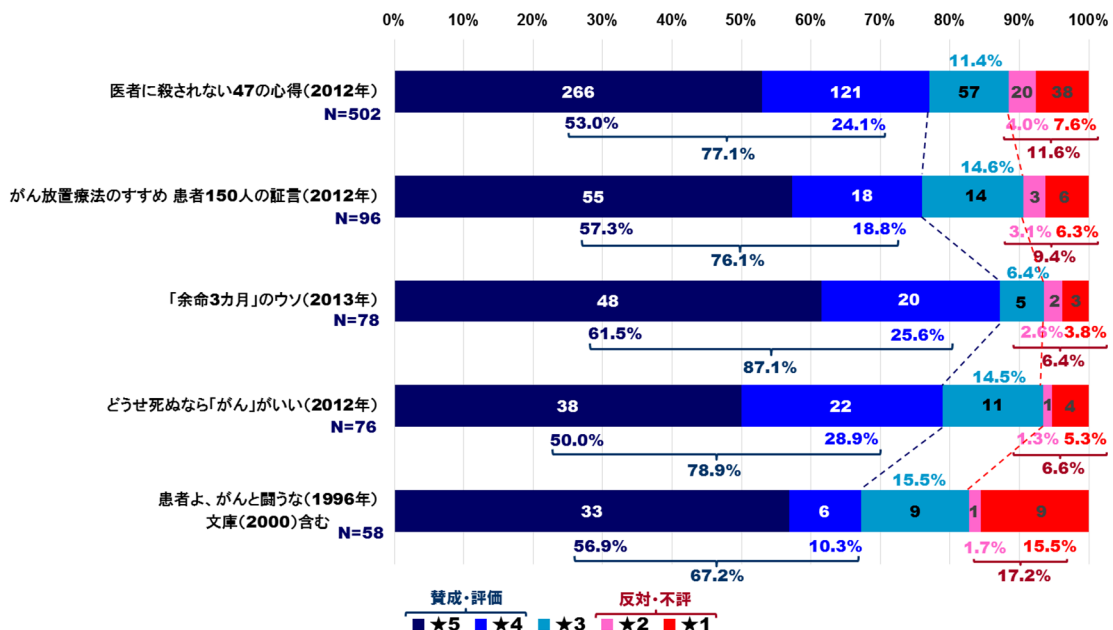
アマゾンでは購入者が購入した商品について、5段階評価として星を1つから5つの間でつけることができるほか、自由にコメントを書くことができる。そこで、近藤誠の著書でカスタマーレビュー数が多かった上位5冊について、読者の評価である「星★の数」がどうだったのか、分類して集計したのが、以下のグラフである(図33)。

《図33》近藤誠著書 Amazonカスタマーレビュー評価
カスタマーレビュー数 上位5冊 評価別内訳(星★の数)



それぞれの書籍について、星(★)の数の集計からみて「賛成」と「反対」はどうなっているのか、評価別の割合で比較したのが、以下のグラフである(図34)。

《図34》近藤誠著書 Amazonカスタマーレビュー評価
カスタマーレビュー数 上位5冊 評価別内訳(星★の数)



【4】 考察・分析:近藤理論

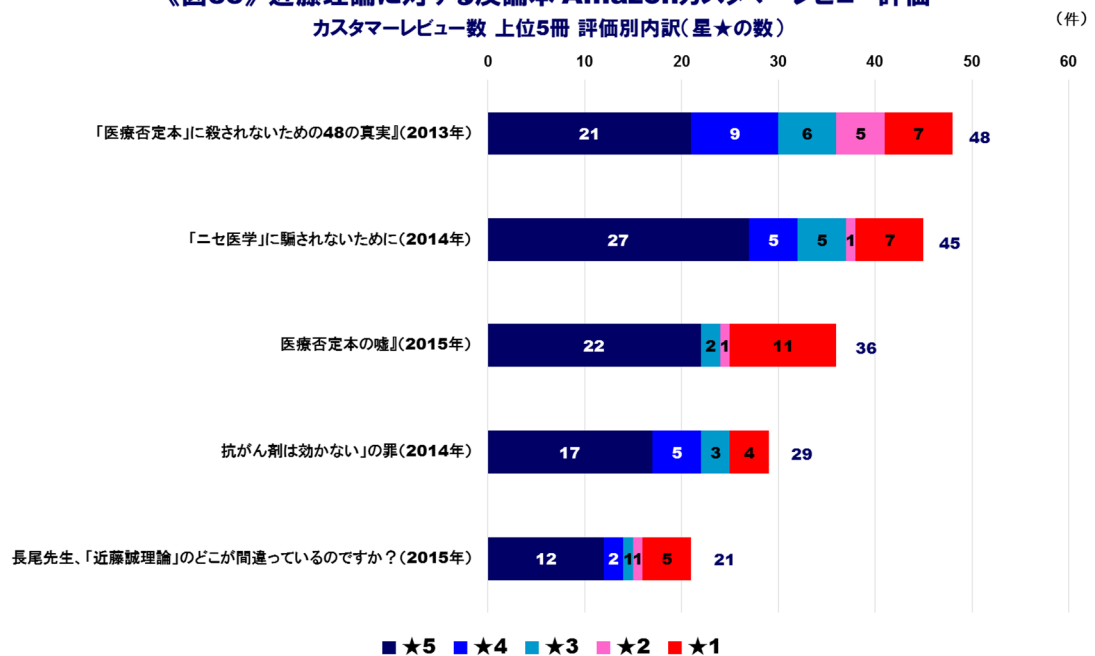
★5(とても気に入った)と★4(気に入った)の合計を、その本について「賛成・評価」したものとし、★3(普通)は「普通・どちらでもない」とし、★2(気に入らない)と★1(全く気に入らない)の合計を「反対・不評」とした。

その結果、5冊ともカスタマーレビューでの評価は、とても高かった。最も評価が高かったのは、「余命3か月のウソ」で87.1%が「賛成・評価」するとした。次いで、「どうせ死ぬなら「がん」がいい」(78.9%)、「医者に殺されない47の心得」(77.1%)、「が放置療法のすすめ」(76.1%)となっている。最も少ない「患者よ、がんと闘うな」でも3分の2以上(67.2%)の人が「賛成・評価」するとしていた。医療界の異端に対する一般読者の評価は、予想以上に高いと言えるのではないだろうか。

②近藤理論に対する反論本

近藤理論に対する反論本で、カスタマーレビュー数が多かった上位5冊についても、読者の評価(「星★の数」)がどうだったのか。分類して集計したのが、以下のグラフである(図35)。

《図35》 近藤理論に対する反論本 Amazonカスタマーレビュー評価
カスタマーレビュー数 上位5冊 評価別内訳(星★の数)

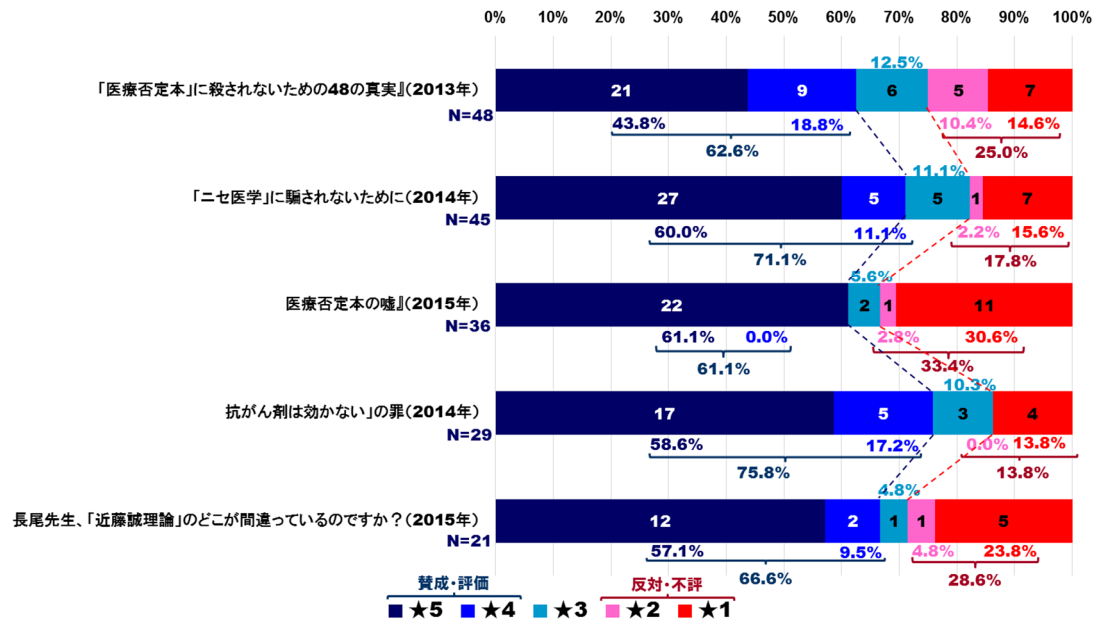


それぞれの書籍について、星(★)の数の集計から「賛成」と「反対」はどうなっているのか、評価別の割合で比較したのが、以下のグラフである(図36)。

アンチ近藤本の5冊もカスタマーレビューでの評価は高かったが、近藤誠の著書に対する評価と比較すると、やや低めの結果となった。「★5+★4」の割合の合計で最も評価が高かったのは、「抗がん剤は効かないの罪」で75.8%。次いで、「ニセ医学に騙されないために」(71.1%)、「長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか?」(66.6%)、「医療否定本」に殺されないための48の真実(62.6%)となっている。最も少なかったのは、「医療否定本の嘘」だったが、それでも6割以上(61.1%)の人が「賛成・評価」するという結果だった。

【4】 考察・分析:近藤理論

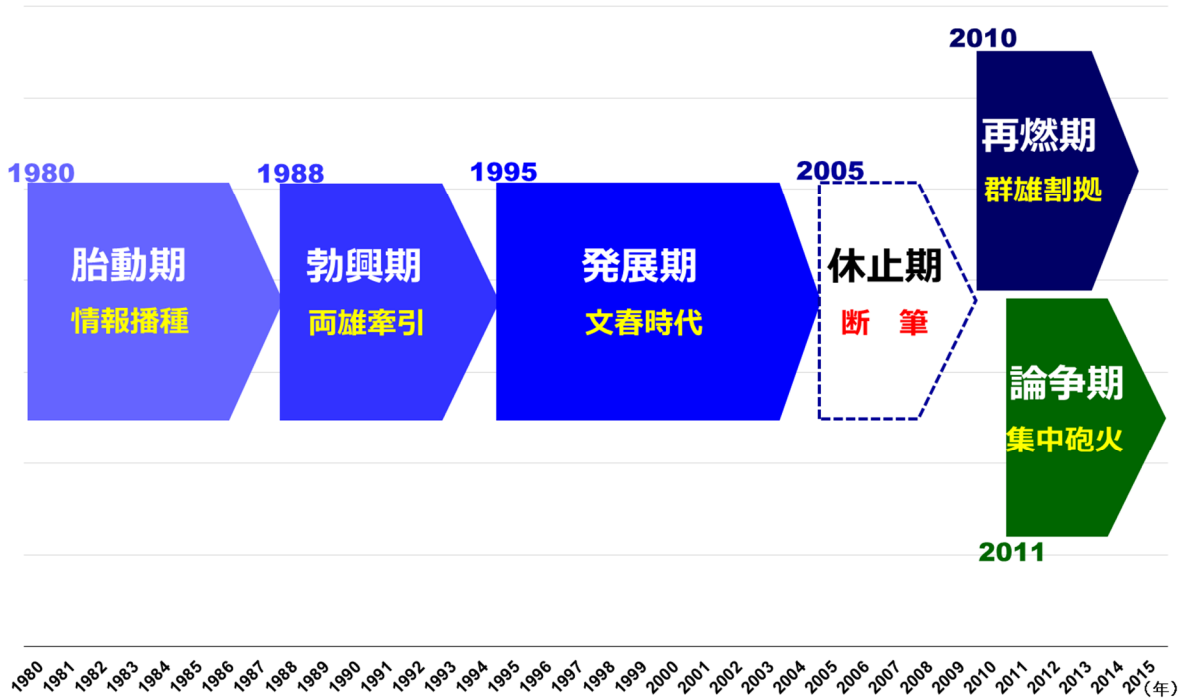
《図36》 近藤理論に対する反論本 Amazonカスタマーレビュー評価
 カスタマーレビュー数 上位5冊 評価別内訳(星★の数)



（2） 近藤誠の情報発信の変遷

近藤理論の概要（第1章）と近藤誠インタビュー（第2章）、そして、近藤理論に関する報道状況や書籍の出版状況（第4章）を踏まえて、「メディア」「報道」「ジャーナリズム」という視点から、30年を超える近藤誠の情報発信の変遷について独自の定義を試みた。

《図37》 近藤誠の情報発信の変遷 概要



《1》 胎動期：情報播種

1980年～1987年

1980年、米国留学から帰国した近藤誠は、がんであることを患者に伝えること（告知）、インフォームド・コンセントなど、**患者への情報開示**を臨床現場で実践し始めた。あわせて、欧米では普及が始まっていた乳がんの**乳房温存療法**の実践と普及にも力を入れた。

しかし、慶應大学病院をはじめ、医学界の理解と協力を得ることは、予想以上に困難を極めた。医学界への説明と説得を諦めた近藤誠は、メディアを通じて一般市民や患者へ直接情報を発信していくことを決意。個別的なメディアへの接触と情報提供を展開して、報道機会の創出を自ら働きかけ始めた。

★胎動期の近藤理論

- ◎ 患者への情報開示
(がん告知、インフォームド・コンセントなど)
- ◎ 乳がん乳房温存療法

★トピックス

1983年 近藤誠の実姉が乳がんと診断。乳がん乳房温存療法を行う。

1987年 慶應大学外科による“患者拉致未遂事件”

近藤誠の診察と温存療法を希望して慶應大学病院を受診した患者を、放射線科ではなく外科が診察。看護学生の通報で、乳房切除の手術をする前に近藤誠が間一髪のところで“救出”。その患者は、温存療法を受けることができた。

近藤誠は、メディアを通じた情報提供の必要性をより強く感じた。

★主なメディア報道

1985年 読売新聞 乳房残しがん手術を ハルステッド法に批判高まる

1986年 朝日新聞 みんなの健康 乳房温存へ進む乳がん

1987年 週刊朝日 がんは知らせた方が治る

その他、女性週刊誌、TBS ニュースでの報道あり。



週刊朝日



1988年3月、近藤誠は、初の単行本「がん最前線に異状あり」(廣濟堂出版)を上梓。その本が文藝春秋の編集者の目に留まり、同年5月、月刊文藝春秋(6月号)で初の論文「乳ガンは切らずに治る」の掲載が実現。医療界は勿論のこと、社会へ大きな波紋を投げかけることになった。同年8月(9月号)には、同誌で2回目の論文「抗がん剤をテーマとした論文「効かぬ抗ガン剤 3000億市場の怪」が掲載。少し間を置いて、1992年8月(9月号)には論文「がん検診・百害あって一利なし」が、1993年12月(1994年1月号)には論文「がん=切除は、これだけ危ない」が、それぞれ掲載された。

近藤誠は、この6年足らずの間で、月刊文藝春秋に4つの論文を寄稿したわけだが、この段階で抗がん剤、がん検診、そしてがん手術についての問題提起をしており、現在の近藤理論が勃興したと言っている。また、どれも、「胎動期」の報道記事とは一線を画した論文仕様で、タイトルや見出しも雑誌特有のセンセーショナルな仕立てになっていて、読者へのインパクトは予想以上に大きかった。

1990年、朝日新聞で、患者への情報開示に関する連載記事が掲載。以降、インフォームド・コンセント、乳がん治療(乳房温存療法)、がん治療に関するキャンペーン報道へと繋がっていった。近藤誠自身、乳房温存療法の普及にあたり、朝日新聞の連載記事が果たした役割や読者への影響はとても大きかったと後に振り返っている。

胎動期を経た、この時期の近藤理論は、朝日新聞と文藝春秋に牽引されたと言っても過言ではない。

★勃興期の近藤理論

- ◎患者への情報開示
(がん告知、インフォームド・コンセントなど)
- ◎乳がん乳房温存療法
- ◎抗がん剤不要論
- ◎がん検診不要論
- ◎がん手術慎重論
- がんもどき理論

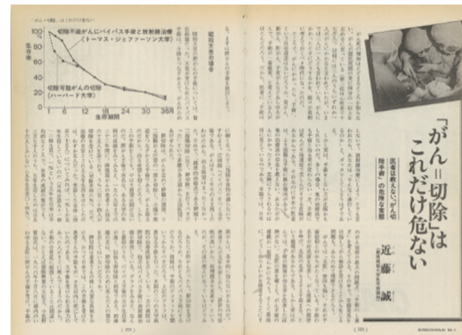
★主なメディア報道

◎月刊文藝春秋

- 1988年5月(6月号) 乳ガンは切らずに治る
- 1988年8月(9月号) 効かぬ抗ガン剤 3000億市場の怪
- 1992年8月(9月号) がん検診・百害あって一利なし
- 1993年12月(1月号) がん=切除は、これだけ危ない

【4】考察・分析:近藤理論

月刊文藝春秋



◎朝日新聞

- 1990年5月 インフォームド・コンセント 病気 知る 知らせる (全3回)
- 1990年9月 この「選択」乳がん (全7回)
- 1990年10月 この「選択」乳がん 投書から (全3回)
- 1990年12月 この選択 医師との対話 (全3回)
- 1990年5月 この「選択」アメリカから (全5回)
- 1992年1月 放射線を使わない無作為比較試験をスクープ
- 1993年10月 がんと向き合う (全8回)
- 1993年11月 がんと向き合う 読者の体験から (全4回)

朝日新聞 この「選択」乳がん 7回連載

「選択」

①

麻酔からさめたら
乳房が切られていた
まぶさ「再発した」



「麻酔からさめたら、乳房が切られていた。まぶさ（乳房の皮膚）が再発した」と、乳がん患者の体験談が紹介されている。手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

● 手術後の経過
● 治療法について

「選択」

②

形すれ、痛みも去らず

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

「選択」

③

迷い悩む 観望
患者が納得できる
説明が欠かせない

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

「選択」

④

女性たちが求めた
医師との「観望」
医療は変わり始めた

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

「選択」

⑤

切るか残すかの基準
「観望」できりまち
難しい患者との合意

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

「選択」

⑥

胸の筋肉までも取る
手術がならぬ間近
日本は

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

「選択」

⑦

後悔のない選択したい

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

「選択」

⑧

後悔のない選択したい

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

「選択」

⑨

後悔のない選択したい

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

「選択」

⑩

後悔のない選択したい

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

「選択」

⑪

後悔のない選択したい

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

「選択」

⑫

後悔のない選択したい

● 手術後の経過
● 治療法について

手術後の経過や治療法について詳しく説明されている。

★主な書籍出版

- 1988年3月 がん最前線に異状あり(廣濟堂出版)
- 1990年11月 乳ガン治療・あなたの選択(三省堂)
- 1994年2月 患者と語るガンの再発・転移(三省堂)
- 1994年6月 がん治療「常識」のウソ(朝日新聞社)
- 1994年11月 それでもがん検診うけますか(ネスコ)
- 1994年11月 抗がん剤の副作用がわかる本(三省堂)



《3》発展期：文春時代 1995年～2004年

1995年1月、月刊文藝春秋でシリーズ「あなたがガンになったとき」の連載が開始。第1回は、「放射線治療の功罪」だった。がんもどき理論、がん放置療法など、現在の近藤理論に至る主要なキーワードは、この連載で全て網羅されていると言ってよい。

この連載シリーズは好評を博し、近藤誠は、読者投票の結果、その年の文藝春秋読者大賞を受賞した。翌1996年3月「あなたがガンになったとき」の連載記事をまとめた単行本「患者よ、がんと闘うな」(文藝春秋)を出版。50万部を超えるベストセラーとなった。

社会的な反響も大きく、それまでにはなかった「賛否両論」の報道が巻き起って一つの社会現象となった。特に、医学界からは大ブーイングが起こり、がん関連学会長名でステートメントも発表された。

この後、近藤誠はがんもどき理論をベースに、がん放置療法を提唱。がん以外の医療テーマを含めて言論活動の幅を広げた。年に2～3冊のペースで著書を上梓。月刊文藝春秋を中心に論文寄稿と書籍の出版を行い、他社からも書籍が出版された。

関連報道も毎年50件前後で推移。近藤誠の言論活動が、文字通り発展期を迎えた10年と言える。

★発展期の近藤理論

- ◎抗がん剤不要論
- ◎がん検診不要論
- ◎がん手術慎重論
- ◎がんもどき理論
- ◎がん放置療法

★主なメディア報道

◎月刊文藝春秋「あなたがガンになったとき」10回シリーズ

- 1995年1月(2月号) 第1回 放射線治療の功罪
- 1995年2月(3月号) 第2回 手術偏重に異議あり
- 1995年3月(4月号) 第3回 抗がん剤は命を縮める
- 1995年4月(5月号) 第4回 抗がん剤は効かない
- 1995年5月(6月号) 第5回 苦しまずに死ぬために
- 1995年7月(8月号) 第6回 現代に生きる731部隊
- 1995年8月(9月号) 第7回 がんを放置したらどうなるか
- 1995年9月(10月号) 第8回 がん検診を拒否せよ
- 1995年10月(11月号) 第9回 早期発見理論のまやかし
- 1995年11月(12月号) 第10回 患者よがんと闘うな

月刊文藝春秋「あなたがガンになったとき」10回連載



【4】考察・分析:近藤理論

◎月刊文藝春秋 近藤理論を支持

1996年8月(9月号) 近藤誠がん理論を検証する(川端英孝)

◎月刊文藝春秋 近藤理論を批判・反論

1996年9月(10月号) 近藤誠氏「がんもどき理論」全批判(斎藤建)

月刊文藝春秋 近藤理論に対する論評



◎日本癌学会で「がんと闘うな」に反論

1996年10月13日 朝日新聞 がんと闘うなに反論続出

1996年10月13日 毎日新聞 ベストセラーの理論誤り がんと闘うなに反論続出

1996年10月13日 東京新聞近藤氏の理論 学会痛烈な批判 がんと闘うなに闘争宣言

◎日本癌治療学会で「がんと闘うな」に反論

1996年11月1日 読売新聞 がんと闘うなに反論 学会会長が文書配布

1996年11月2日 朝日新聞 癌治療学会長 がんと闘うな反論文公表

1996年11月2日 毎日新聞 がんと闘うなに治療学会長が反論

◎近藤理論への批判・反論

1997年11月23日 サンデー毎日 週刊文春・近藤誠様 延命できればいいではないですか?

◎月刊文藝春秋 がん以外の医療テーマの論文

2000年12月(1月号) 告発レポート インフルエンザ薬害から子供を守れ

2001年1月(2月号) インフルエンザワクチンを疑え

2001年3月(4月号) 高血圧症 3700万人のからくり

2001年5月(6月号) コレステロール値は高くていい

2001年6月(7月号) 糖尿病のレッテルを貼られた人たちへ

◎月刊文藝春秋 がんをテーマにした論文

2001年8月(9月号) 夢のがん新薬を採点する

2001年10月(11月号) ポリープはがんにならない

2001年12月(1月号) がんを放置したらどうなる

2002年12月(1月号) 当世がん治療事情

【4】 考察・分析:近藤理論

月刊文藝春秋 がん以外のテーマの論文



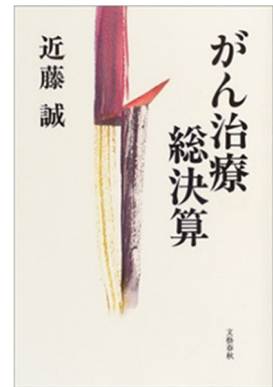
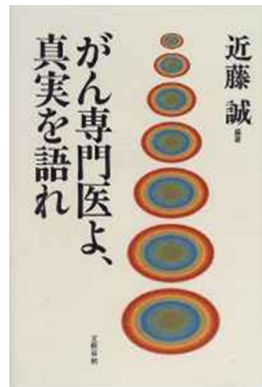
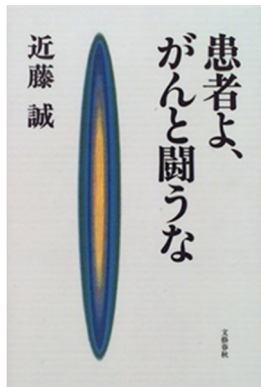
月刊文藝春秋 がんのテーマの論文



【4】 考察・分析:近藤理論

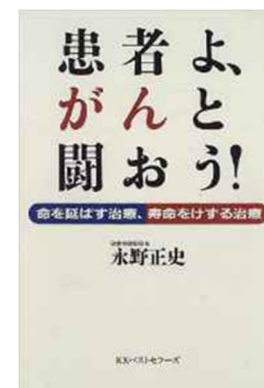
★主な書籍出版

- 1995年3月 ぼくがうけたいがん治療 信じる医療から考える医療へ(さいろ社)
1995年10月 がんは切ればなおるのか(新潮社) ※のち新潮文庫(1998)
1996年3月 患者よ、がんと闘うな(文藝春秋) ※のち文春文庫(2000)
1997年3月 がん専門医よ、真実を語れ(文藝春秋)
1997年11月 「がんと闘うな」論争集(日本アクセル・シュプリング出版)
1999年3月 それでもがん検診うけますか(文春文庫)
2000年12月 医原病「医療信仰」が病気をつくりだしている(講談社+α 文庫)
2004年8月 がん治療総決算(文藝春秋) ※のち文春文庫(2007)



★近藤理論を論評する書籍

- 1996年12月 近藤誠氏の「がんもどき理論」の誤り
1997年1月 君、闘わずしてがん死するなかれ
1997年1月 患者よ、がんと闘おう！
1997年2月 闘うがん、闘ってはいけない癌
1997年5月 がん論争を読む 患者のためのがん治療事情
1997年9月 がんに向き合う精神「患者よ、がんと闘うな」を読む



《4》 休止期：断筆

2005年～2009年

2004年、近藤誠は、筆を折ることを決めた。1988年5月、月刊文藝春秋初の論文「乳ガンは切らずに治る」を投稿して以来、書きたいことは全て書いてきたという自負がある一方、乳房温存療法のパートナーとして一緒にやってきた盟友・雨宮厚氏の診療報酬不正請求に関するスキャンダルに失望したことが最大の原因となったようである。

近藤誠へのインタビューでは、2004年に本を2冊出した後に断筆したと近藤誠は話しているが、実際、2004年には5冊(うち1冊は、かつての単行本文庫化)の書籍が出ている。2005年と2008年にも、それぞれ1冊文庫が発売されているが、どちらも既刊本の新書化、または文庫化であるため、2005年から2009年まで、新たな著作が世に出ていない5年間を、断筆による「休止期」として分類する。

「休止期」は、報道記事の件数も激減。5年間で合計33件だった。

★ 休止期の近藤理論

- ◎ 抗がん剤不要論
- ◎ がん検診不要論
- ◎ がん手術慎重論
- ◎ がんもどき理論
- ◎ がん放置療法

★ 休止期の報道状況

年次	報道件数
2005年	21件
2006年	3件
2007年	5件
2008年	1件
2009年	3件

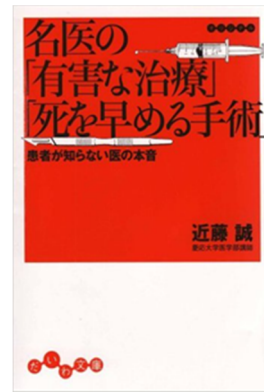
★ 主なメディア報道

2004年12月 文藝春秋 2005年1月号 理想の死に方 各界著名人58人が望む
 近藤誠 がんで死ぬのが幸せ ※断筆直前の寄稿記事。



★主な書籍出版

- 2005年5月 がん患者よ、医療地獄の犠牲になるな(パンドラ新書;新書化)
2007年9月 がん治療総決算(文春文庫;文庫化)
2008年6月 名医の「有害な治療」「死を早める手術」(だいわ文庫;文庫化)



《5》再燃期：群雄割拠

2010年～

約5年の「休止期」、断筆を経て、近藤誠は文筆・言論活動を再開した。2010年9月、月刊文藝春秋に論文「医療の常識を疑え CT検査でがんになる」を投稿。12月には、書籍「あなたの癌は、がんもどき」(梧桐書院)を出した。また、近藤誠は、2014年3月の慶應大学病院定年退職後の引退を撤回、セカンドオピニオン外来と言論活動を行っていくことを決意した。現在に至るまで、これまで以上に精力的な活動を行っている。

近藤理論の「再燃期」では、近藤誠の主張や考え方を取上げるメディアが拡大。日刊現代(夕刊紙)の連載(4年間)、FLASH(写真週刊誌)の連載(1年間)をはじめ、TBS「中居正広の金曜日のスマたちへ」(情報ワイド番組、2014年)への出演、BSフジ特番「ニッポンの選択」(対談特番、2014年)、ビッグコミック「医者を見たら死神と思え」(コミック誌、2014年11月から連載中)での医療監修など、近藤誠と近藤理論は、これまで以上に多種多様なメディアでの露出が多くなっている。

書籍の出版も再開。特に2015年は共著を含めて、これまでで最大の年間8冊の本を出している(2015年9月30日現在)。2014年11月の「がんより怖いがん治療」(小学館)では、近藤誠自身の専門領域である放射線治療についても不要論を展開。放射線専門医の資格を返上したことを明らかにした。

★再燃期の近藤理論

- ◎抗がん剤不要論
- ◎がん検診不要論
- ◎がん手術慎重論
- ◎がんもどき理論
- ◎がん放置療法
- ◎放射線不要論

★主なメディア報道

◎文藝春秋 「抗がん剤は効かない」論争

- 2010年12月 月刊文藝春秋 1月号 抗がん剤は効かない(近藤誠)
- 2011年1月 月刊文藝春秋 2月号 抗がん剤は効かないのか 立花隆が近藤誠にただす
- 2011年1月 週刊文春 1/20号 「抗がん剤は効かない」は本当か(勝俣範之、上野直人)
- 2011年1月 週刊文春 1/27号 抗がん剤はそれでも効かない(近藤誠)



◎日刊現代 連載シリーズ

- 2011年1月～12月 やっぱりがんと闘うな (全45回)
- 2012年1月～12月 近藤誠のがん相談室 (全45回)
- 2013年1月～2014年3月 がん治療最終講義 (全54回)
- 2014年4月～2015年3月 医者に殺されない新常識 (全40回)



【4】考察・分析:近藤理論



◎FLASH 連載シリーズ

2014年1月～12月 わが定年までに言っておきたいシリーズ
退職したけどまだ言いたくないシリーズ



【4】考察・分析:近藤理論

◎ビッグコミック「医者を見たら死神と思え」

2014年11月～ 連載中



◎TBS「中居正広の金曜日のスマたちへスペシャル」

2014年10月3日 2時間スペシャル



【4】 考察・分析:近藤理論



★主な書籍出版

- 2010年12月 あなたの癌は、がんもどき(梧桐書院)
- 2011年5月 抗がん剤は効かない(文藝春秋)
- 2012年4月 がん放置療法のすすめ—患者150人の証言—(文春新書)
- 2012年12月 医者に殺されない47の心得(アスコム)
- 2013年10月 抗がん剤だけはやめなさい(文春文庫)
- 2014年10月 がんより怖いがん治療(小学館)
- 2015年1月 何度でもいう がんとは決して闘うな(文春文庫)
- 2015年6月 日本は世界一の「医療被曝」大国(集英社新書)



《6》論争期：集中砲火

2011年～

「再燃期」が始まって直ぐに、近藤誠、および近藤理論を批判・反論する医療者の動きが目立つようになった。そのきっかけをつくったのが、2010年12月、近藤誠が月刊文藝春秋1月号に寄稿した論文「抗がん剤は効かない」である。この論文に対して、2011年1月、勝俣範之氏と上野直人氏が、週刊文春で「抗がん剤は効かない」は本当か」と題した反論を展開した。結果、「抗がん剤は効かない」については、月刊文藝春秋と週刊文春において、計4回の誌上論争が展開された。

2012年以降は、近藤理論に対する“反論本”が出版されるようになった。2012年1冊、2013年1冊、2014年2冊だったが、2015年は既に5冊の反論本(2015年9月30日現在)が上梓されていて、さながら近藤理論へ集中砲火を浴びせているような格好になっている。

反論本には、近藤誠の書籍名の「あやかり本」も見受けられ、便乗商法との印象も否めないタイトルの本もある。論争がライバル週刊誌同士の応酬に発展しているケース(週刊文春：近藤誠 vs. 週刊新潮：大場大氏)も見受けられる。

現在の論争が20年前の「がん論争」と大きく違うのは、従来の「4マス」(新聞、雑誌、テレビ、ラジオ)と言われるメディアに加えて、インターネットの医療系ニュースサイトや個人ブログなどでの論評が展開されていることである。そういう意味では、1996年の「がんと闘うな」論争をはるかに上回っていると考えられるため、「再燃期」とほぼイコールではあるが、その現象だけを切り取って「論争期」として分類した。

★再燃期の近藤理論

- ◎抗がん剤不要論
- ◎がん検診不要論
- ◎がん手術慎重論
- ◎がんもどき理論
- ◎がん放置療法
- ◎放射線不要論

★主なメディア報道

◎文藝春秋「抗がん剤は効かない」論争 ※再掲

- 2010年12月 月刊文藝春秋1月号 抗がん剤は効かない(近藤誠)
- 2011年1月 月刊文藝春秋2月号 抗がん剤は効かないのか 立花隆が近藤誠にたず
- 2011年1月 週刊文春1/20号 「抗がん剤は効かない」は本当か(勝俣範之、上野直人)
- 2011年1月 週刊文春1/27号 抗がん剤はそれでも効かない(近藤誠)

◎その他の批判・反論記事

- 2013年8月 週刊朝日8/23号
白い巨塔・財前五郎のモデル神前五郎氏 94歳外科医から近藤誠医師への果たし状
- 2013年8月 週刊ポスト8/28号
近藤誠氏ががん放置療法に医師反論「医療否定本に惑わされるな」

【4】 考察・分析:近藤理論

2013年10月 婦人公論 11/7号

両論対決

①近藤誠

不要な治療で命を縮めるな。がんは放置、抗がん剤不要。

私がかつぱり言い切る理由

②勝俣範之

治る可能性のある患者を“放置”するのは罪深い

③立花 隆

長寿の宿命 誰もが罹りうる病と共存する

どう向き合うかは、それぞれの生き方の問題

2013年11月 週刊文春 11/14号 近藤先生、あなたの犠牲者が出ています(長尾和宏)

2013年12月15日 朝日新聞

がん放置大丈夫? インタビュー①近藤誠さん②勝俣範之さん

2014年4月 週刊新潮 4/3号 近藤誠医師のがん放置セカンドオピニオンの功罪

2014年10月 週刊新潮 10/16号 がんもどき理論を持ちあげた金スマに違和感

2014年12月 女性セブン 1/8・15号 医療デマに騙されるな

2015年8月17日 夕刊フジ 私の流儀 勝俣範之氏 治るがん放置、罪深い

2015年8月 週刊新潮 9/3号 大場大 近藤誠医師の7つの嘘

週刊朝日 2013.08.23号



週刊文春 2013.11.14号



週刊新潮 2014.04.03号



週刊新潮 2014.10.16号



【4】考察・分析:近藤理論

朝日新聞 2013.12.15



夕刊フジ 2015.08.17



女性セブン 2015.01.08/15号

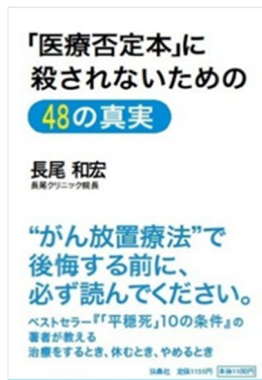


週刊新潮 2015.09.03号



★主な書籍出版

- 2012年12月 がんワクチン治療革命(中村祐輔、講談社)
- 2013年8月 「医療否定本」に殺されないための48の真実(長尾和宏、扶桑社)
- 2014年3月 「抗がん剤は効かない」の罪(勝俣範之、毎日新聞社)
- 2014年6月 「ニセ医学」に騙されないために(NATROM、メタモル出版)
- 2015年2月 近藤理論に嵌まった日本人へ(村田幸生、祥伝社新書)
- 2015年6月 医療否定本の嘘(勝俣範之、扶桑社)
- 2015年7月 そのガン、放置しますか?(大鐘稔彦、ディスクヴァー・トゥエンティワン)
- 2015年7月 長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか?(長尾和宏、ブックマン社)
- 2015年8月 がんとの賢い闘い方「近藤誠理論」徹底批判(大場大、新潮選書)



【4】 考察・分析:近藤理論



★インターネットでの主な反論記事

※2015年9月30日現在

◎yomiDr.(ヨミドクター) がんと向き合う～高野利実の診察室 高野利実

<http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp?id=75389>

- 2013年11月11日 近藤誠さんの主張を考える
- 2013年11月18日 近藤誠さんのルール違反
- 2013年11月25日 エビの偽装より重大なエビデンス偽装
- 2013年12月2日 抗がん剤は効かないのか？

◎apital(アピタル) コラム・町医者だから言いたい 長尾和宏

<http://www.asahi.com/apital/column/nagao/>

- 2013年1月7日 近藤誠先生の功績
- 2013年1月8日 近藤理論の反論すべき点
- 2014年10月17日 がんは放置しても患者は放置しない
- 2014年10月20日 がんの自然消失、あるにはあるが
- 2014年10月25日 70歳代のがん放置療法
- 2015年8月26日 誤診と“がんもどき”の違い
- 2015年8月31日 がんは放置しても、患者は放置しない
- 2015年9月1日 本人より先に子供に聞く、がんの説明
- 2015年9月1日 がんを放置すると痛みが少ない？
- 2015年9月4日 近藤誠理論のどこが正しいのですか？
- 2015年9月11日 がん放置でも元気な80歳代
- 2015年9月12日 70歳代のがん放置療法
- 2015年9月18日 がん放置療法は後期高齢者から など

◎医師向け医学・医療情報サイト m3.com

<https://www.m3.com/>

◆シリーズ: 10人の「医師作家」が語る2013年の医療 近藤誠氏に聞く

2013年1月15日 Vol.1 がんはタブーとフィクションで成立

2013年1月18日 Vol.2 万年講師でも科学者でありたかった

◆長尾和宏・長尾クリニック院長に聞く

2013年11月19日 Vol.1 『「医療否定本」に殺されないための48の真実』上梓のわけ

2013年11月26日 Vol.2 医学の進歩の否定につながる懸念

2013年12月3日 Vol.3 「近藤誠現象」は検証の必要あり

◆勝俣範之・日本医大武蔵小杉病院腫瘍内科教授に聞く

2014年6月6日 Vol.1 『「抗がん剤は効かない」の罪』を上梓

2014年6月11日 Vol.2 最大の悲劇は、善人の沈黙

2014年6月18日 Vol.3 「がんもどき」「データ捏造」間違い

2014年6月18日 Vol.4 メディア、医療界にも問題多々

◆シリーズ: Voice 岩田健太郎(神戸大学大学院医学研究科・微生物感染症学講座感染治療学分野教授)

2014年11月12日 「抗がん剤は効く」への違和感 「余命伸びた」は「勝利」でないのでは?

◆シリーズ: Voice 西 智弘(川崎市立井田病院 かわさき総合ケアセンター 腫瘍内科/緩和ケア内科)

2015年2月21日 「医療否定本」との向き合い方 『がんが自然に治る生き方』について

◎個人ブログ

◆腫瘍内科医勝俣範之のブログ 真実のがん情報

<http://nkatsuma.blog.fc2.com/>

◆Dr.和の町医者日記 長尾和宏オフィシャルサイト がんについて/近藤理論について

<http://blog.drnagao.com/>

◆sho がんの虚実 近藤誠氏への反論

<http://ameblo.jp/miyazakigkb/theme-10030731337.html>

シリーズ: 10人の「医師作家」が語る2013年の医療
『がんはタブーとフィクションで成立』近藤誠氏に聞く ●Vol.1
真実の虚実があるがん医療を伝える

インクビュー 2013年1月15日 (公開: 長尾和宏・和宏 著) m3.com掲載

【この記事】

「医療現場の真実」『がんはタブー』などのがん医療の現状を「タブーとフィクションで成立」として一貫して批判し、活字版で医学界や医療界に衝撃を与えた。2012年にこれまでに5冊の著書と、10冊以上の雑誌記事を発表した。近藤誠氏を批判する声は、医療界内外で大きく反響を呼び、近藤氏の「医療現場の真実」は、医療現場の真実を伝える「がん医療現場の真実」の代表として、2013年1月15日にインクビュー、社説の連載。

『がん医療現場の真実』2012年10月13日
『医師作家』が語る医療

【がん医療現場の真実】
『がん医療現場の真実』
●Vol.1 『がんはタブーとフィクションで成立』
●Vol.2 『がん医療現場でも科学者でありたかった』

『医師作家』とは「医師」がタブーの領域から
と見ようとする。

—近藤氏で急に立ち上がった近藤誠氏。近藤氏も「がん医療現場の真実」を伝える。近藤氏の真実を伝える。近藤氏の真実を伝える。近藤氏の真実を伝える。

医師では「近藤誠」はタブーの領域から「真実」
近藤誠氏も「真実」を伝える。近藤誠氏も「真実」を伝える。近藤誠氏も「真実」を伝える。近藤誠氏も「真実」を伝える。

『がん医療現場の真実』について書くと、近藤氏は「がん医療現場の真実」を伝える。近藤氏は「がん医療現場の真実」を伝える。近藤氏は「がん医療現場の真実」を伝える。近藤氏は「がん医療現場の真実」を伝える。

『「医療否定本」に殺されないための48の真実』上梓のわけ - 長尾和宏・長尾クリニック院長に聞く ●Vol.1
真実を伝える。近藤誠氏に聞く

インクビュー 2013年11月19日 (公開: 長尾和宏・和宏 著) m3.com掲載

【この記事】

『「医療否定本」に殺されないための48の真実』(近藤誠)を今年7月に上梓した。長尾クリニック(兵庫県西宮市)院長の長尾和宏氏。この11月の「医師作家」には、長尾氏の取材記事『医療現場の真実』をまとめた『がん医療現場の真実』(インクビュー)など、「がん医療現場の真実」を伝える。近藤誠氏に聞く。近藤誠氏に聞く。近藤誠氏に聞く。近藤誠氏に聞く。

近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。

—『「医療否定本」に殺されないための48の真実』をどう受け止めたか。いつの間にか、近藤氏の真実を伝える。近藤氏の真実を伝える。近藤氏の真実を伝える。近藤氏の真実を伝える。

近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。

近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。

『「抗がん剤は効かない」の罪』を上梓 - 勝俣範之・日本医大武蔵小杉病院腫瘍内科教授に聞く ●Vol.1
近藤理論の虚実を批判する

インクビュー 2014年6月6日 (公開: 勝俣範之・和宏 著) m3.com掲載

【この記事】

もう一つは「抗がん剤は効かない」の罪。近藤誠氏の真実を伝える。近藤誠氏の真実を伝える。近藤誠氏の真実を伝える。近藤誠氏の真実を伝える。

『「抗がん剤は効かない」の罪』(勝俣範之)の真実には、近藤誠氏の真実を伝える。近藤誠氏の真実を伝える。近藤誠氏の真実を伝える。近藤誠氏の真実を伝える。

近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。

—この真実をお書きになったきっかけを教えてください。

近藤氏の真実を伝える。近藤氏の真実を伝える。近藤氏の真実を伝える。近藤氏の真実を伝える。

近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。近藤氏は、この医療現場の真実を伝える。

(3)インタビューから見る近藤理論、医療界、メディアについての評価

【インタビュー：近藤理論】(第2章)のステークホルダー15人の「語り」から、近藤理論、特にがんもどき理論、がん放置療法についての評価と、一般市民や患者から支持される理由などについて考察する。

《1》がんもどき理論、がん放置療法について

[1]がん経験者

◎がん経験者全員が、近藤理論は一部間違っていないことを認めている。

自身の治療経験や近藤誠との関わり方によって、「積極的肯定」と「消極的肯定」に分かれる。

◎近藤理論は、極端で乱暴

がんもどき理論、がん放置療法を知っている人は、異口同音に乱暴で極論だと指摘。「本物のがん」と「がんもどき」の中間に、「さまざまなケース」があるのではないかとの考えを示唆。

◎がん放置療法は、「完全放置」なのか否か

近藤誠の元・患者だけが、放置療法は完全放置ではなく。対症療法も含まれているのではと認識。それ以外の人、何もしない放置療法として理解している。

◎がん治療で寛解した人は、近藤理論を「許せない」

基本的ながん治療は必要で、近藤理論は「患者の気持ちにつけ込む理論」だと否定的。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
高田 順江	<p>がんと診断されて即手術、即抗がん剤を使うことによる QOL の低下について近藤さんは警告。近藤さんは、症状がある時は病院に行った方がいいと言っている。</p> <p>一日や一か月急いでも意味はないと近藤さんは言っていた。その間にできるだけ納得する治療を選びなさいという考え方だった。それを放置療法と言っているのではないか。</p>	—
桜井なおみ	<p>抗がん剤不要論は、なきにしもあらず。インフォームド・コンセントの問題だ。自分の価値観やコストなどが影響する。</p>	<p>がん手術不要論は、「ない」。治療は必要。放射線不要論も、「ない」。緩和ケアでも使える。使い次第。</p> <p>がん検診は「必要」。早期発見、早期治療が大切。ガイドラインに則って行うこと。</p>
林 佳子	<p>治療前の「あの時」であれば、私は受け入れていたかもしれない。治療方法はないかもしれないと思っていた。</p>	<p>ふざけるなと言いたい。患者さんの揺れる気持ちが分かるから、ふざけるなと思う。</p>
三好 綾	<p>日本のがん手術偏重主義。切れる臓器は切りたい。儲け第一主義は、そうなのかもしれない。</p> <p>手術が局所転移リスクを高める。メスを入れたところにがん細胞がとりつき、爆発的に増殖というのは治療時にいつも聞かされていた。</p> <p>放射線は、正常細胞の幹細胞も殺す。正常細胞もやっつけてしまうというのは、その通りかもしれない。</p> <p>がん検診の有効性を示すデータはない。そのことを専門家も認めている。</p>	<p>とてもずるい。患者さんの心理を利用したものの。科学的ではない。患者さんの命に関わることなので、本当に許せない。</p> <p>再発したらどうなるのか、どうすべきなのか。近藤さんのことを信じていたわけではないが、自分の事となったら読んでおかなければいけない気がした。読んだらとても怖くなった。読んだことを本当に後悔した。何の希望もない。</p>

【4】 考察・分析:近藤理論

<p>上野 創</p>	<p>つらい治療を「むしろしない方が良い」と言ってくれるのだから、多くの人が信じる。 抗がん剤の効果が見込めない人にも使われて副作用に苦しめられている問題や、外科と内科の壁が患者に不利益をもたらしているケースがあることなど一部については間違いとは言えない。 放っておくのが一番いいと言われて安心する人はいるかもしれない。</p>	<p>がんもどき理論(二元論)は非常に乱暴。 本物のがんとがんもどきの間に、“グラデーション”があると思う。さまざまなケースがある。 がん放置療法は、一つの対処法であると思うが、治療法ではない。 近藤さんの情報発信を信じることによって予後が悪くなる。もっと長く生き、完治したかもしれない機会を選んでいる人がいる。 30年の長きにわたって近藤さんが主張し続けている中で、医療者、研究者で、近藤理論を支持する声はあまり聞かない。 患者の心理としても、放置することが患者にとってプラスに働くとは思えない</p>
-------------	--	--

[2] 医療者

◎近藤理論が一部正しいことは、腫瘍内科医も認める

「転移のあるがん・転移のないがん」「最初から転移していて治療が効かないがん」など、近藤誠が臨床経験を通して主張してきたことの一部を、腫瘍内科医も認めている。

◎がんは二元論だけでは説明できない

がんにはさまざまなタイプがあり、「本物」と「もどき」だけに分類できない。それを見分けることもできないため、がんを見つけたら治療をする。近藤理論は、極端な理論である。

◎医療者の基本スタンスは、「がんを治療すること」にあり

当然のことながら、がんの専門かどうかを問わず、医療者の目標は、がんを積極的に治療すること。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
<p>勝俣 範之</p>	<p>がんには、「転移するがん」と「転移しないがん」があるというのは一部正しい。一部正しいと言うのは、放っておいても転移しないがんは確かにあるから。そして、最初から転移していて、治療が効かないがんも確かにある。 手術の縮小傾向を推奨することは、とてもいいこと。日本で手術偏重主義があることは、一部正しい。 抗がん剤には副作用があるということは、正しい。 がん検診については、私の考え方は、近藤さんに近い。日本では、がん検診のベネフィットが誇張され過ぎている。日本のメディアはサイエンスを全くと言っていいほど理解していなくて、がん検診を誇張しすぎている。</p>	<p>転移しないがんは放っておいてよい、本物のがんは転移するから治療しても治らないという近藤理論は、非常に極端だ。 一番問題なのは、転移しているがんでも積極的治療で良くなる場合があるということ。 放っておいても進行しないがん、転移しないがんはあるが、現状ではそれを見分けることはできない。 上皮内がんでは、近藤さんの言う通り、一部に転移しないがんが含まれているが、それを確実に見分け、鑑別することができないので、現状では積極的治療を行っている。浸潤がんに行進するまで待ちましょうという方が、患者さんには理解されにくい。 理論的にいいように思えるがん二元論だが、臨床的に当てはめるのは、かなり危険だ。特に、がんもどき理論から派生しているがん放置療法は非常に危険だ。</p>
<p>花戸 貴司</p>	<p>—</p>	<p>がんと診断されたら、本物ももどきもなく、がんはがんだと思う。進行の早い・遅い、転移しやすい・転移しにくい、症状の出やすい・出にくい、薬や放射線がよく効く・あまり効かないなど、いろいろなタイプがあると思う。しかし、がんはがんである。 最近では手術以外にも治療可能ながんが時代とともに変わってきた。がんの進行具合によって手術をする、がんの種類によって薬を使う、放射線を使うなど、エビデンスとしてはっきり分かってきている。</p>

[3]メディア・ジャーナリスト

◎近藤理論に励まされ、かすかな希望をもつ患者や家族の思い

極論であるが、あるいは極論であるために、近藤理論は、時にがん患者や家族を励まし、時にかすかな希望光りを灯す場合がある。

◎二元論を結果論として言い切ることで、がん論争を仕掛ける近藤誠

「本物のがん」と「がんもどき」の二元論とそれが辿る経過は誰も分かっていないが、敢えて断定する近藤理論の危うさが、逆にがん論争を確信犯的に煽っている。

◎がん治療の効果は、立場によって受け取り方が異なる

がん治療の効果は何をもって測るのか。医師は「医学モデル」、研究者は「研究モデル」、患者は「生活モデル」または「人生モデル」。

◎近藤誠は、極論を展開することで医療界と闘っているのか?

頭のいい近藤誠は、敢えて医療界の異端として振る舞い、極論を主張・展開することで、医療界の旧弊を正し、変革を果たそうとしているのではないか。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
高橋美佐子	<p>抗がん剤治療を繰り返すと、副作用で死んでしまう。夫の治療を傍らで見ていて、「その通りかも」と思った。</p> <p>夫が超大量化学療法を試みることになった時、「もしかしたらがんもどきかもしれない」との考えが頭の中に浮かんだ。</p> <p>近藤理論に励まされるようなこともあった。</p> <p>1000分の1の確率かもしれないが、夫のがんはがんもどきではないか。そうだとしたら、いつか治療が限界と言われても、夫はがんでは死なない。そんなかすかな希望を、近藤理論は私たちに与えていたのは確かだ。</p>	<p>新聞より情報伝達の早さは劣る雑誌で、近藤さんはストレスの切り口で問題提起し、敢えて議論を仕掛ける。</p> <p>自分一人で主張していても議論は広がらないから、反論の余地をしっかりと残しながら主張している。だから延々議論が収まらない。さらに露出が増えていく。</p> <p>近藤さんが過激と感じるのは、「これだ」と強く断定することで意識的に反論を誘っている節があること。そういう意味で近藤さんは確信犯だ。</p>
生井久美子	<p>ドクターは腫瘍が小さくなることを「抗がん剤が効いた」と言うが、腫瘍は小さくなったが、その間、患者は激しい吐き気に見舞われ苦しい状態が続いた。しかし生存期間は延びなかったということ、近藤さんから聞いた。</p> <p>抗がん剤が効くということについては、医師が考えていること、研究の結果としてのこと、患者さんのQOLについてのことで、随分違いがあると思った。</p>	—
鳥集 徹	<p>取材する限り、現在がんの臨床をしているドクターの誰に尋ねても、いわゆるがんもどきはないと言う人は1人もいない。</p> <p>もしかしたら近藤さんは、もっと裏の裏を考えて、極端なことを言わないと医療界は変わらないと思っているのかもしれない</p> <p>極端なことを言うことで医療界と闘っているのかもしれない。</p>	<p>一番の疑問は、本物のがんとがんもどきの二元論で語っている事。とても極端な考え方である。</p> <p>がんもどきに関する論点は、がんには、本物のがんとがんもどきの二種類しかないのか、それとも、本物のがんとがんもどきの間にスペクトラム(連続性)があるのかということ。</p> <p>早期で見つかった「顔つきが悪いもの」が、将来進行していくのか進行していかないのかについては、分からない。</p> <p>本当は分からないことだらけなのに、近藤さんはそれを分かり切っているかのように言っている。しかしそれは、結果論に過ぎなくて、本当のところは誰も分からない。</p> <p>近藤さんに一番求めたいことは、近藤さんの指摘はその通りなのだから、もっと前向きで提案的なことである。</p>

【4】考察・分析:近藤理論

[4]パブリックリレーションズ実務者

◎近藤理論の説得力は、理を情で語ること?

近藤誠の極端で逆説的、宗教的とも言われる言葉が、理を情で語ることとして受け止められているのだろうか。

◎近藤理論は、患者の医療情報リテラシー向上の水先案内人?

近藤理論が極端で逆説的なのは、医療界を変えるためではなく、患者の情報を、見極める力、理解する力を持って欲しいという思いからという意見もある。

◎がん放置療法は、そもそも医療なのか。

がん治療の殆どすべてを不要とするがん放置療法は、医療と呼んでいいものなのか。医療というより、もはや宗教の範疇ではないのか。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
池尻嘉明	「日本の医療はもともと外科中心、手術中心で、放射線治療の重要性や有効性の理解がなかなか進まない」と近藤さんと同じような意見を言う医療者もいる。	医療者の知り合いが多いので、近藤誠さんの話題になることがあるが、近藤さんは 一般的な医療者と比べると正反対のことを 言っている。近藤さんは万年講師だったとの事だが、病院経営という観点では、近藤さんの考え方が経営幹部に受け入れられるのは難しかっただろう。
瀧澤緑郎	—	治療・施術 不要論のオンパレード 。「がんより怖いがん治療」と言うが、 放置が治療なのか 。がん放置療法については、 全く理解できない 。積極的治療をするのかしないのかは、患者さんの年齢やがんの状況にもよると思う。近藤さんの本の タイトル、見出しなどは、逆説的。見出しが読者をミスリードすること になってしまふ。それも、 マスコミは取り上げやすい 。
昆 弘人	理を情で語る人に、理を理で語る人は勝てない 。勝俣さんは理を情で語っていると思うが、一般の人が理解できることを語っているために、近藤さんの 極端な逆説的、宗教的な言葉 に勝っていない。	素朴な気持ちとして、 がんは放置してはいけない と思う。そもそも、がんもどきとは、何か。特に、 がんもどき理論は全く理解できない 。がんもどきというネーミングそのものが、 医師として不誠実だ 。近藤さんは、 宗教家 のようだ。宗教は 盲目的に信じるもの 。良い悪いではない。
外山 大	—	—
高石 憲	近藤さんも、患者に必要な医療とそうでない医療を 見極める力、理解する力を持ってほしい という気持ちが極端な主張につながっているのかもしれない。	放置療法は疑問 に思う。がんになったからと言って 放置すると決め込まない 。 正しい医療情報を見抜く力を 獲得していきたい。乳がん領域は各種の抗がん剤が開発され、いろいろな治療を選択できるようになってきた。もはや近藤さんの 二元論では括れない状況 になって来たのではないか。

《2》近藤理論が支持される理由について

[1]がん経験者

◎さまざまな医療界の問題が根底にあるのではないか

医療の不確実性、医療者が寄り添ってくれないなど、いわゆる医療不信が大きな原因の一つ。

◎誰かに治療法を決めて欲しいという気持ちになる時がある

自分でも正解が分からない時、医療者が断定してくれたら、それに決めてしまう気持ちになる。

◎そもそも、患者は楽な治療、辛い治療を望んでいる

自分が受けたくない治療を遠ざけ、自分が望む、楽で辛い治療を勧められれば選択したくなる。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
高田 順江	基本的に、近藤さんの考え方・主張は変わっていないと思う。いかに情報を刺激的に出していかかというところが、より大きくなってきたように思う。	—
桜井なおみ	—	がん患者本人ではなくて、家族など患者のまわりにいる人からの支持が多いのではないかと。10人中9人が賛成すると反対できないような、ある意味で優しい人なのかもしれない。娘に勧められて言う通りにするというタイプ。「優しい怖がり屋さん」のような人ではないか
林 佳子	—	いろいろ病院に行っている時では、もう誰か決めて欲しいと思ってしまう時がある。自分の命なのに、絶対の正解が分からない中で決めていくことに疲れてしまう。そんな時に、お医者さんが、しかも自分にとって楽な方に断定してくれたら、そちらの方に行ってしまうようになる。近藤さんは、いろいろな方法を使って情報を発信している。またネーミングも上手だ。本の題名はひとの心を掴む。その力を、患者さんを一人でも救う事に使っていただけたら、どれだけいいだろう。
三好 綾	—	近藤理論が支持されるのは、私が免疫療法を選んでしまった理由に似ている。患者さんの本音は、やはり楽な治療がいい。しんどい治療を本当はしたくない。慶應大学病院のお医者さんが、抗がん剤治療をしなくても助かると言ったら、それは信じたい。近藤先生は、患者さんの心に入り込むのがとても上手だ。実は、標準治療に対抗するためだけに主張しているのではないかと。患者さんは、判断材料を持っていない。患者さんの気持ちとしては仕方ない。患者さんを責めることはできない。
上野 創	—	医療の不確実性、患者に寄り添ってくれない医療者の存在、できるならばつらい治療を避けたいという患者の心理などが、近藤理論が支持されることに大きく影響していると思う。がんを放置の方が暫くは、そのまま普通に暮らせる。具合が悪くなるのは、本当に最後の数か月で、そういう状態になるまでは、病気のために具合が悪いのではなくて、くすりの副作用のために具合が悪い。抗がん剤から逃げたい、抗がん剤治療を避けたいという心理は。

[2]医療者

◎がん死の恐怖から逃れたい、患者の切実な気持ち

がんと診断されて、死の恐怖で心細くなっている患者の気持ちの隙間に、がんは放置していいという囁きが入り込む。

◎メディアによる宣伝効果

メディアを通じて情報が伝えられることにより、情報の信頼度が増加する。

◎医療不信、医療者への不信

医療者自身も、医療界への不信、医療者への不信を自覚している。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
勝俣 範之	—	患者さんは、「がん、イコール死」という恐怖から逃げたいのではないかと。治療をやらなくていいという、甘い言葉について心を動かされてしまう。近藤さんは、患者さんの弱いところをついているのだと思う。根底には、医療者への不信感もあるのではないかと。
花戸 貴司	—	近藤理論が支持されているのは、メディアによる宣伝効果ではないかと。近藤さんの考え方が、正しいのか間違っているのかはともかくとして、尖がった意見の方が売れやすい。インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオンは大切だが、一部分だけを取り上げて、自らの意見を主張するのは上手な宣伝行為である。

[3]メディア・ジャーナリスト

◎メディア、それも有名雑誌にセンセーショナルに掲載されていること

見出しが強烈で分かりやすい。

文藝春秋というブランド誌に掲載されると、信頼性のある情報として読者に受け止められる。

◎近藤理論は、腑に落ちることがたくさんある

抗がん剤の効果など、近藤理論の内容自体、理解できることがたくさんある。

時代が近藤誠に追いついてきた。

「がんもどき」の存在を否定する医療者は、ほとんどいない。

◎ワイドショーのような情報だが、わかりやすい

近藤理論は、ワイドショーで扱われるような内容だが、分かりやすい。

これまで、絶望の淵を経験したような人は、飛びつきやすい内容だ。

◎近藤理論は、読者や患者の願望に応じてくれる

抗がん剤治療をはじめ、患者がやりたくない治療をしなくてもいいと言ってくれる。

読者の不安や願望に応じてくれているように見える。

◎医療界への不信感に立ち向かう、近藤誠は「正義の味方」

医療界の異端は、根強い医療界への不信に立ち向かう「孤高」のイメージに映る。

硬直化した体制に独り毅然と反旗を翻す様子は、正義の味方のように見える。

【4】 考察・分析:近藤理論

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
高橋美佐子	<p>近藤理論は、メディアにセンセーショナルに扱われる。見出しが強烈で、そこに読者は食いついている。</p> <p>近藤理論を支持した人たちの全てが、後悔しているわけではないとも思う。また、その選択をダメだと言う権利は誰にもない。</p> <p>近藤さんの主張が、文藝春秋のようなブランド力がある雑誌に掲載されると、信頼性のある情報として読者に受け止められる。</p> <p>近藤さんは医療界の異端であるゆえに、硬直した体制に毅然と反旗を翻す。`孤高、のイメージも良い影響。</p>	<p>書籍や雑誌の特集に目を通す限り、信頼性に欠くという意味で、ワイドショーの域を脱しない。社会から受け入れられている理由は、わかりやすいからだろう。</p> <p>近藤理論が目されるのは、治らないがんがあることも考えられる。がんの治療は、こうすればいいという確固たるものがなく、とても個性が強い。患者や家族の気持ちは常に揺れ動き、モヤモヤしている。その中で、絶望に近い感覚を味わった人は近藤理論に飛びつきやすい。</p> <p>医療者の言葉に傷ついて病院から離れる人たちにとって、近藤理論は、ある種の「心の受け皿」になっているとも考えられる。</p> <p>近藤理論は、とてもユートピア的だが、どこか非常に乱暴と言わざるを得ない。</p> <p>大衆には医療界への不信感がまずあり、近藤さんが`正義の味方、のように見える。</p>
生井久美子	—	<p>がんとは闘いたくないと思っている読者、患者は少なからずいること。</p> <p>ドクターが患者の思いや不安、痛みといったものを、あまりにも知らなかったり、無関心だったりしたことが大きな背景としてあった。</p>
鳥集 徹	<p>近藤さんが言っていることは、腑に落ちることがたくさんある。確かに抗がん剤は期待するほどは効かないということも理解できる。</p> <p>医療者がズバツと言わない、医療の問題点を言ってくれるから、やはりみなさんに支持される。</p> <p>時代が近藤さんに追いついてきた。</p> <p>かつては、近藤さんの名前を出すだけで激怒する医療者はたくさんいたが、今ではどの医療者に聞いても、「がんもどき」はあることを認めている。</p>	<p>読者にとって近藤さんは、自分の願望に答えてくれる。抗がん剤は誰だってやりたくないし、手術だってやりたくない。がん検診も怖い。がんが見つかったらどうしようと思う。そういう読者が持っている不安や願望に、近藤さんは答えてくれる人だ。</p>

[4]パブリックリレーションズ実務者

◎近藤理論が、ここまで支持されている理由がわからない

まだ子どもが小さいであろう30代の人に、がん放置を勧められるのか。

◎医療不信が根底にある

社会全般に根強く残っている医療不信がベースにある。

医学・医療と製薬会社との関係など、利益相反に関する情報の伝え方も上手。

◎がん治療の選択権が、患者にあると感じられる

がんの治療方法は、患者にあるということが実感できるから。患者にとつ、とても分かりやすい。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
池尻嘉明	—	—
瀧澤緑郎	—	<p>近藤理論が支持される理由が分からない。</p> <p>高齢者は分かるが、30代の人に向かって、がんを放置しましょうと本当に言えるのか。</p> <p>医療に関するテーマを紹介する場合は、メディアも、近藤理論だけではなく、その反対意見についても紹介して、バランスのとれた報道をする必要があるのではないか。</p>

【4】 考察・分析:近藤理論

<p>昆 弘人</p>	<p>—</p>	<p>ベースにあるのは、医療不信だと思う。 「他の科学とは違う」「医学は金に結び付くビジネスだ」など、近藤さんの情報の伝え方もとても上手だ。 さらに、製薬会社とドクターの関係など言われると、その通りだと思ってしまう。 人は、自分が言って欲しいと思っていることを言ってくれる人を信じる。こう言ってほしいと思っていることを言ってくれと、信じてしまう。 人間は、とても情緒的な生き物だと思う。</p>
<p>外山 大</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>高石 憲</p>	<p>—</p>	<p>近藤理論が一部の患者に支持されるのは、治療の選択権は自分にあると感じられること、つまり、治療するかしないか自分が決めていいのだと思えるからではないか。 それは、患者にとって分かりやすい。</p>

《3》 医療界の責任・役割について

[1]がん経験者

◎学会や国立がん研究センターとしての対応を望む

本来の目的に立ち返り、患者のために、医療情報に関するステータスなどについては、学会や国立がん研究センターで対応して欲しい。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
高田 順江	—	—
桜井なおみ	近藤さんへの 反論を学会で対応して欲しい 日本では、医療者同士、批判をすることがあまりないが、 学会が医療情報のステータスを発表すべきだ 。自分たちのガバナンスきちんとしていくべきだと思う。 近藤さんが乳房温存療法を提唱した時に、医療界が近藤さんとしっかりと向き合っていたら、がん放置療法はなかったかもしれない。 医療者は議論を恐れなくて欲しい。 近藤さんは氷山の一角だ。	
林 佳子	—	—
三好 綾	学会の本来の目的 は何かを問いたい。 学会の仕事の中で、まがい物、偽物を正していくことはできないものか。偽物は相手にしなければいいということかもしれないが、 患者のために 間違っている情報に対しては 警告、訂正などの声明を出して欲しい 。 国立がん研究センター についても同じこと。 がん対策情報センターの業務として、近藤理論 に対する意見や指摘を行って欲しい。	
上野 創	—	—

[2]医療者

◎国立がん研究センターや学会が対応すべき

近藤理論を無視せずに、間違った情報については、国立がんセンターや学会で責任を持って対応すべきである。

◎医療界としては、冷静にエビデンスで対抗する

近藤理論は一時的なブーム。医療界は冷静に、いま判明しているエビデンスで対抗していく。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
勝俣 範之	医療界にも責任がある 。近藤先生を無視してはダメだ。それが、患者さんの不利益になる。 国立がん研究センターや学会が、きちんと対応すべきである 。 学会は、社会への啓蒙という役割もある。 患者さんに誤解を与えることのないよう、間違った情報に関しては、 学会が責任をもって、NO と言うことも大切なことと思う。	—

【4】考察・分析:近藤理論

花戸 貴司	—	<p>近藤理論は一時的なブーム。あまり目くじら立てる必要はないと思う。</p> <p>医療界としては淡々と、いまわかってきているエビデンスで対抗するしかない。感情的になっても仕方ない。</p> <p>医療者の意見をまとめるのは、とても難しい。医療界はまとまっているようで、まとまっていない。みんなが納得した時点でしか情報を出せないのは仕方ない。</p>
-------	---	--

[3]メディア・ジャーナリスト

◎患者中心の医療が実現していなかった

かつて医療界が近藤誠を無視したというよりも、日本では患者中心の医療という意識がなかったということではないか。患者中心の医療に至っていなかった結果である。

◎近藤理論と向き合っていなかったのは、医療界の責任である

医療界にも責任がある。近藤理論を批判する人は、近藤誠と対峙したらどうかと思うが、なかなか実現しなかった。

◎医療界が近藤誠を相手にしてこなかったことにも、一理あるのではない

医療界が近藤誠を無視しないと、近藤理論をとらえきれなかったのかもしれない。近藤理論を無視したからその存在が大きくなったとは言い難いのではないか。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
高橋美佐子	—	<p>医療界はずっと近藤さんを無視してきたが、相手にするべきではないのも一理ある。そうしないととらえきれないのではないかと思う。</p> <p>医療界が近藤さんを無視してきたから、その存在が大きくなって影響力を持ったとも言い難いのではないか。</p> <p>一般の人や患者、家族など、情報の受け止め手の問題の方も大きいと感じる。その時代や社会のムードも影響しているように思う。</p>
生井久美子	<p>かつて医療界が近藤さんを無視したというより、医療界において、患者中心の医療に至っていなかった。</p> <p>今でも、がんの専門医が多い地域と少ない地域があることが問題になっている。介護保険も同様の問題があり、日本における構造的な問題の一つだと思う。</p> <p>ドクターが良かれと思ひ、たとえそれが標準治療であっても患者さんが苦しむことはある。それは、患者本人の判断ではないからだ。</p> <p>ドクターは、医療的に最良の方法を知っているかもしれないが、患者さんの人生は患者さんのもの。その生き方も、患者さん本人が決めるものだと思う。</p>	—
鳥集 徹	<p>医療界の人たちにも責任がある。</p> <p>近藤理論を批判する人たちは、直接近藤さんと対決、対談したらどうかと思うが、なかなか実現することが難しい</p>	—

《4》 メディアの責任・役割について

[1]がん経験者

◎報道の自由は、報道の正義があつてこそ

日本のメディアは、報道の自由に責任がないと思っているようだが、報道の正義もあるはず。売れればいいという意識だけでなく、社会の仕組みにおけるツール一つであると言う意識を持って欲しい。

◎近藤理論で患者さんが亡くなる責任の一端は、メディアにある

近藤理論を担ぐメディアは、売れればいいのか。命に関わる報道については慎重であってほしい。

◎多くのメディアにとって、近藤誠は重宝する存在である

医療界の異端として、医療の常識に反対する近藤誠は、メディアにとって使いやすい。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
高田 順江	—	—
桜井なおみ	—	日本のメディアは、報道の自由に責任はないと思っているようだ。しかし、 報道の自由 と言うのであれば、 報道の正義 もあるはずだ。メディアの影響力は大きく、影響力が大きいから自由が認められている。報道の正義や影響力の大きさについて、社会の仕組みの中のツールの一つであるという意識がなさすぎる。 メディアは売れればいいという意識だけ。報道の自由は、社会的な正義があつてのこと。 それが今や正義がどこかに行ってしまった、報道の自由だけになってしまっている。本当は不正を正すということが先にあつて、報道の自由があるはずである。いまは、そこがすぐぶれてしまったと思う。
林 佳子	—	近藤さんを紹介したり、近藤さんの本を出したりしていることに、いい加減にしろと思う。 私は 普段から、マスコミをあまり信用していない。 新聞もあまり読んでいない。テレビに比べたら、まだ新聞の方がいい。テレビのニュースは観ない。テレビは、自分で観たいものを選ぶことがあまりできない。インターネットだったら、まだ自分で選ぶことができる。新聞もそう。テレビは、不意に思ってもいない衝撃的な画像や映像が目飛び込んでくる。それを観るのが苦手。だから注意して観ないように気をつけている。
三好 綾	—	近藤さんの考えを支持する患者さんが亡くなる責任の一端は、やはりメディアにある と思っている。近藤先生の考えがメディアに載った時点でいろいろな影響が出る。それを見た患者さんたちは、見え方だけで信用してしまう。 メディアは売れればいいのか、視聴率が取ればいいのか。 命に関わる医療については、別物だと思う。抗がん剤やがんの放置を全国放送で放送してしまうことで、どれだけの影響があるかを想像してほしい。報道の自由、言論の自由はとても大事なことだが、 命に関わる医療については何らかのルールがあるべきだ と思う。 自殺報道の自主規制のように、同じ命に関わる医療についても何か規制を考えることはできないか。

【4】 考察・分析:近藤理論

上野 創	—	<p>原則として、出版社がどのような本を出そうが、表現の自由がある。また、多くの人が関心を持ち、お金を出して買うのであれば、それは出版社にとってもビジネスであり、それを止めることは難しい。</p> <p>一方で、医療界の問題点を鋭く指摘する医師は、なかなかいない。お医者さん同士、批判をするということがあまりない。だから、近藤さんのように、今の医療を反対したり、今と正反対の医療を勧めたりする医師というのは、多くのメディアにとっては重宝する存在だと思う。</p> <p>多くのメディアにとって、近藤さんは使いやすい存在だ。あまりはっきりと言ってくれない医師を取り上げても面白味がない。本を売るためには、極端な話をしてくれる人が一番だ。</p>
------	---	---

[2] 医療者

◎メディアの責任は大きい

医療報道においてメディアの責任は大きい。もっと勉強してほしい。報道の結果を、患者の自己責任に置き換えないで欲しい。それでは、不適切なインフォームド・コンセントと同じになってしまう。

◎基本的にメディアの情報を規制するべきではない

メディアの情報を正しく理解したり評価したりすることの方が、より重要である。

◎メディア報道の偏り

メディアは近藤誠だけを取り上げて、正しい医療情報を伝える努力をしていない

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
勝俣 範之	—	<p>メディアには、もっと医療を勉強してほしい。メディアの責任は大きい。医療を報道するメディアが絶対に言ってはいけないことは、患者さんの自己責任。</p> <p>こんな意見があること、こんな意見を言っている人がいるということを知って欲しいとメディアは言う。そして、その意見を最終的に判断するのは患者さんと言う。しかし、それでは、適切ではないインフォームド・コンセントと同じである。</p> <p>文藝春秋に掲載される情報は、知識人に疑いなく信じられてしまう。文藝春秋に掲載されることが、ある意味でステータスになっている。その事実と責任の重さをもっと考えて欲しいと思う。</p>
花戸 貴司	—	<p>情報を出すのがメディアの役割なので、メディアを規制してはいけないと思う。情報を受け取る側のリテラシー、情報を正しく理解したり評価したりすることが、もっと大切だろう。</p> <p>近藤先生への反論的な意見を述べているドクターもいるが、そのようなドクターの意見は尖っていないので、メディアとしては面白くないだろう。医療情報のバランスについては、医療者はみんな知っているが、メディアは近藤さんばかりを取り上げて、正しい情報を伝えていない。</p>

[3]メディア・ジャーナリスト

◎新聞記事とテレビ、雑誌、書籍を一括りにして報道としていいのか

テレビや雑誌、書籍については、表現の自由であり、経済活動だ。それらと新聞記事などの報道を一括りにされて批判されても反論のしようがない。

◎新聞と雑誌の記事のつくりの違い

新聞は論調がぶれないように記事をつくっている。

最近では、どこからもクレームが来ないような記事の傾向が見られる。

それに対して雑誌の記事は、売ればよい。何か一貫したポリシーがある訳ではない。

◎メディアは、情報を相対化する努力をしているか

絶対的に正しい情報はありえない中で、メディアはさまざまな情報があることを伝える努力をしてきたのか、問われて然るべきである。

◎患者のためになる記事を書くためには、EBMのセンスが必要

患者のためになる記事を書くためにはEBMの勉強とセンスを身に付けることが不可欠。

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
高橋美佐子	—	ネットメディアの台頭で従来型メディアの影響力は相対的に弱くなっている。 出版業界は売れる本を出したがる。 そういう発信を、いわゆる「報道」としていいのか。私はとても懐疑的だ。 近藤さんを記事で扱う場合、非常に慎重になるべきだ。 テレビや雑誌、書籍について、 表現の自由であり、経済活動だ。 それを報道やジャーナリズムを全て一括りにし「マスコミは」と批判されても、反論しようがない。
生井久美子	—	メディアとの関係については、近藤さんだけが特別ではない。 一般論として、雑誌はそれぞれの会社で、それぞれの編集方針がある。その中で読者に読まれることを重視しているところもあれば、それとは全く別の雑誌独自の価値観を広めることを重視しているところもある。
鳥集 徹	メディアは、 情報を相対化する努力が必要。 近藤さんが「抗がん剤は効かない」と言った時に、そうではない考え方もあるということを、ジャーナリズムが努力してきたかということは問われて然るべきかもしれない。 メディアがもっとEBMの勉強やセンスを身に付けて、自分で考える記事を発信できるようになって欲しい。 EBMが至上ということではなく、本当に患者さんのためになる、 自分が書くことによって患者さんのためになると思えば、自ずとEBMを勉強しなければならない。	一般の人や医療者は、新聞や雑誌というメディアは、一貫性を持つべきだという考えを持っている。特に 新聞社は、議論がぶれないようなことを意識して記事をつくっている と思う。しかし、 雑誌は、極論すると売ればよい。 極端な論に張りたい。何か一貫したポリシーがあるわけではない。 いまの新聞は「 安心理論 」に立っているのではないか。いろいろなところからクレームがつかない記事を書くようにしている。 医療記事であれば、新聞は学会の重鎮から支持される記事を書けば安心だが、週刊誌は売りたいので極端な記事を書きたいと思う。

【4】考察・分析:近藤理論

[4]パブリックリレーションズ実務者

◎近藤理論については、メディアの責任が大きい

近藤理論を紹介するメディアは、売ればいいのか。

近藤理論の「畑」をつくっているのは医療界だが、その「畑」を耕しているのはメディアだ。

両論併記と言いながら、メディアはノイズが大きい近藤理論だけを取上げている。

◎メディアとしての週刊誌の特性

近藤理論が掲載される週刊誌は、スキャンダルと性を中心に取り上げる情報誌である。

◎メディアの罪の実態は、両論併記なのか

標準治療を目指すがん医療とがん放置療法が存在する事態は、患者に有益な情報かどうか。

むしろ混乱の原因になっているのではないか。“メディアの罪は大きい”とされる一因ではないか

	ポジティブな意見のポイント	ネガティブな意見のポイント
池尻嘉明	—	—
瀧澤緑郎	—	—
昆 弘人	—	近藤さんについては、 メディアの責任が大きい 。 なぜ近藤さんだけを取り上げるのか。 売れば、それでいいのか 。 近藤理論の「畑」をつくっているのは、医療界全体だ。 その畑を「耕している」のは、メディアだ 。 元々 メディアは不偏不党だと思っていないが 、一般的にはそう思っていない人が多い。 メディアは両論併記と言いながら、やはりノイズが大きい近藤理論を取り上げる 。両論を平等に扱っているように思えるが、そうではない場合が実に多い。
外山 大	—	—
高石 憲	—	近藤さんが掲載される週刊誌は、一般的に スキャンダルや性を中心に取り上げている情報誌 と言われている。 標準治療を目指すがん医療と“がん医療は放置しなさい”とする逆説が存在する事態は、患者に有益な情報かどうか、むしろ混乱の原因になっているのではないか 。 そうした極端で端的な表現であるほど、本が売れると企画する出版社のあり様を含め、“ メディアの罪は大きい ”とされる一因ではないか。

（4）4つの視点から医療情報の信頼と共感のカギを探る

これまでの近藤理論に関するさまざまな考察・分析を踏まえ、以下の5つの視点からの考察・分析を行い、医療情報の信頼と共感のカギを探る。

《1》医療の視点

がんもどき理論をベースに、原則がんは放置した方が健やかに長生きできるとする近藤理論と、がんが見つかったら積極的治療を行う標準治療を比較対照すると、以下のようになる。

★近藤理論と標準治療の比較

	標準治療	近藤理論 がんもどき理論・がん放置療法
目的	がんの治療 根治、延命、緩和	患者のQOL 維持・改善
対象	全がん	無症状の固形がん
考え方	がんはいつ転移するか分からない	がんが見つかった時に 転移の有無は決まっている
治療方針	早期発見・早期治療	様子を見る（無治療） 症状が出たら最小限の治療
がん区別	がんの顔つきを見ても、 転移するがんか転移しないがんか、区別はできない	
治療モデル	医療モデル	生活モデル

標準治療の目的は、がんの状態や患者の年齢・症状などに応じて、根治、延命、緩和など治療の目的を検討し、手術、抗がん剤、放射線の三大治療法を中心とした治療を行う。いわゆる、「医療モデル」である。

これに対して、がんもどき理論をベースに、がん放置療法を勧める近藤理論は、患者のQOLを重視する。無症状の固形がんの場合、がんを診断してもすぐには治療を開始しない。がん治療に伴うリスクや副作用が、患者のQOLを損ない、かえって患者の命を縮めてしまうという考え方である。がんもどき理論を基本にしているため、放置療法で様子を見た方が、安らかな生活を長く送ることができ、積極的治療をした場合よりも長生きできるとしている。ただし、がんもどき理論では、「本物のがん」でも「がんもどき」でも、積極的治療に意味はないとしているが、「がんを放置してがんが治る」とは言っていない。

近藤誠は、がん放置療法を提唱してはいるものの、一切の治療を否定はしていない。QOLを損なうさまざまな症状が出た場合は、必要に応じて痛みを取り、苦しさを和らげる治療をする。近藤誠は、「最小限の治療が、最良の治療」¹³²とっている。

また、標準治療ががん医療の常識とされている中では、患者にはがんを放置することに対する心理的な抵抗感があるのも事実だとして、近藤誠は、「症状がなくても、患者が求めれば合理性を失わない限り治療を行う」¹³³としている。がん治療を積極的に行う「医療モデル」に対して、近藤理論は、患者の生活、QOLを重視した「生活モデル」と言うことはできないだろうか。

¹³² 近藤誠.がんより怖いがん治療.小学館,2014:11

¹³³ 近藤誠.がん放置療法のすすめ 患者150人の証言.文藝春秋.文春新書,2012:12

★近藤理論は、「医療モデル」から「生活モデル」へのパラダイムシフト

かつて近藤誠が、乳がん乳房温存療法の普及と実践に尽くしてきたように、現在の近藤理論、特にがん放置療法は、患者一人ひとりの生活に焦点を当て、自分の治療については自分で決めること、すなわち治療の選択権を、医療の側から患者の側に取り戻すためのパラダイムシフトではないのだろうか。

勝俣範之氏は、著書「医療否定本の嘘」の中で、近藤理論の動機が、「功績を認められず、放置された結果、医療界に対する恨みががん細胞のようにむくむくと育ってしまったのではないか…」¹³⁴と述べている。そのような気持ちが近藤誠にも少しはあったかもしれないが、しかし、医療界に対する私怨を晴らすために、がんで苦しんでいる患者の命を引き換えにして復讐をするだろうか。40年間、大学病院の臨床でがん患者を診てきた医師が、である。

私は、「がん最前線に異状あり」をはじめ、60冊を超える近藤誠の本に目を通し、近藤誠に直接インタビューもした。その経験から言えば、近藤誠は、がん治療の「医療モデル」から「生活モデル」へのパラダイムシフトを本気で考え、普及しようとしていた。当然のことながら、医療界の異端であることも認識して、がんもどき理論や放置療法を支持する患者はそんなに多くないことを認めていた。一人でも多くのがん患者がQOLを損なうことなく、少しでも長く生活して欲しいと言う近藤誠の言葉に、嘘や偽りは感じられなかった。

★個別検証《1》勝俣範之氏(標準治療) vs. 近藤誠(がん放置療法)

勝俣範之氏は、「救われる命が救われないのは罪だ」として、近藤誠のがん放置療法に大きく異を唱えているが、近藤理論には一部正しい考え方や主張が含まれていることをインタビューで率直に認めている。また、ジャーナリストの鳥集徹氏も、インタビューで「近藤さんとい勝俣さんは、そんなに噛み合っていないことはない。昔は二人とも全く違うものを見ている感じがしたが、いまは同じものを見て違う形をしていると言っているようにも見える。二人は近づいているからこそ反発している」と指摘している。

勝俣氏と近藤誠の考え方や主張の“方向性”と“距離感”はどうなっているのか。標準治療と近藤理論の「医療面」における個別検証として、勝俣氏が勧める「がん標準治療」と近藤誠の「がん放置療法」、および勝俣氏と近藤誠の考え方の比較を行った。

◆共通点

- (1)患者本位
- (2)医療界に対する認識(医療不信・不満など、さまざまな問題を抱えていることなど)
- (3)患者への情報開示
- (4)EBM
- (5)がん医療の目的は、治すだけではない
- (6)がん検診についての基本的な考え方

◆相違点

(1)がん治療の目的について

◎勝俣氏：がんの治療。治る可能性があるのであれば積極的に治療する。

◎近藤誠：患者の生活・QOL重視。

がん治療のリスクを考えれば、最小限の治療が最善。

¹³⁴ 勝俣範之.医療否定本の嘘.扶桑社,2015:49-20

(2)がんについて

- ◎勝俣氏：がんは二元論だけではない。“グラデーション”がある。
- ◎近藤誠：がんもどき理論(がん二元論)

(3)がん医療について

- ◎勝俣氏：標準治療を基本に、患者の状態、状況によって治療を行う。
がん放置療法では救える命が救えない。
- ◎近藤誠：がん放置療法を基本に、患者の状態、状況によって対症療法を行う。
最小限の医療の方が長生きする。

比較検証してみると、勝俣氏と近藤誠について、共通点が多いことが分かる。特に、がん治療における、患者さんへの基本的な向き合い方について共通していることが多いように見受けられる。それに対して、がんやがん治療の考え方や目指す方向性などについては、一線を画している。

一言で表現するとすれば、「総論賛成、各論反対」。一般的には“両極”で対峙・対決していると思われる勝俣氏の考え方と近藤理論は、実は「表裏一体」と言えるのかもしれない。

★個別検証《2》花戸貴司氏(地域丸ごとケア) vs. 近藤誠(がん放置療法)

花戸貴司氏は、滋賀県東近江市永源寺地区という山間部の超高齢地域において、地域医療、在宅医療にとどまらず地域包括ケアを実践している医師である。地域包括ケアを「地域丸ごとケア」と言い換え、医療職や介護職、行政職はもちろんのこと、場合によってはお巡りさん、商工会、ボランティア・グループなど、あらゆる多職種との連携を行って、文字通り、永源寺地区を丸ごとケアしている。

花戸氏は「患者(の生活)の邪魔をしない医療」とよく言う。この点だけを切り取るってみると、がんに対して最小限の治療を最善とするがん放置療法と似ているところ、相通じるものがあるのではないか。

そこで、個別検証の二つ目として、花戸氏の「地域丸ごとケア」と近藤誠の「がん放置療法」の比較を行った。

◆共通点

- (1)患者・家族の意向、生活を重視
- (2)医療が邪魔をしない、出過ぎない

◆相違点

(1)医療のあり方

- ◎花戸氏：チーム医療。多職種連携。地域の医療、介護、行政などが関与。
- ◎近藤誠：専門医による分業制。手術は外科専門医、放射線治療は近藤誠など。

(2)社会や医療界からの評価・印象

- ◎花戸氏：とても良好。高齢社会のあるべき姿。「生活モデル」。
- ◎近藤誠：必ずしも良くない。医療界の異端。「生活モデル」という評価・印象はあまりない。

花戸氏はインタビューで、地域医療、医師の役割や姿について、以下のように話している。

高度な医療を(患者さんの)お家に届けることが、在宅医療の役割だと、私は思っていました。でも、実際に訪問診療をやっても、皆さんそんなことは望まれていない。高度な医療を望まれるよりも今の生活を継続する、どちらかというと、医療が邪魔をしない方がいいのではないかと気づかさ

【4】 考察・分析:近藤理論

れました。

医者も看護師さんも、みんな治療をやることは、正しいことだと思っていました。でも、ふと後ろを振り返ると、奥さんだけではなくて家族の方、親戚の方、ご近所さんもたくさん集まってじっと患者さんを見ておられたんです。私一人だけが、治療のことしか考えていなかったのです。

周りにいる皆さんは、その人を見ていたのですが、私一人だけが病気をみていたんだと思います。その時、「これは、私のやっていることが違うんだろうな」と気づかされました。自分に求められているのは、もっと患者さんを見ること。もっとその人や家族、そして地域に寄り添うような医師が求められのではないかと感じたのです。

花戸氏が2015年に書いた死亡診断書は、36件。1年間に約60人が亡くなっている永源寺地区では、地域の半数以上の方が病院以外の場所で息を引き取っている。¹³⁵ “医療が邪魔をしない”という花戸氏の言葉を裏付けている。地域に暮らす人とその生活を見守る永源寺モデルは、まさに究極の「生活モデル」であると言って過言ではない。

これに対して、近藤誠のがん放置療法は、「がんを放置する」というネーミングのため、「最小限の治療を行う」という印象が希薄で、「近藤誠が強く推奨する療法」というイメージが強い。あくまでもがん治療、医療がメインであり、介護やケアのイメージは皆無である。また、患者や家族よりも、医師である近藤誠が上位という、パターンリズムを想起させるようなイメージも否めないことから、一般的にがん放置療法のイメージは、必ずしも良いとは言えない。

★個別検証《3》 上野直人氏(米国式がんチーム医療) vs. 近藤誠(がん放置療法)

上野直人氏は、テキサス大学 MD アンダーソンがんセンター教授である。がん治療の効果を最大にするため、患者中心のチーム医療の普及に力を入れた「Japan Team Oncology Program」を設立。指導者として活動している。チーム医療とは、患者自身もチームの一員として医療に参加、医療にかかわる全ての触手がそれぞれの専門性を発揮することで、患者の満足度をより高めることを目指した医療であるとしている。

2010年12月、近藤誠が月刊文藝春秋に論文「抗がん剤は効かない」を発表した際には、2011年1月の週刊文春の記事「抗がん剤は効かない」は本当か」で、勝俣範之氏と共に近藤誠に対する反対の論陣を張った。

上野氏は、2015年1月、インターネット医療教育動画サービス「CareNeTV」(運営:株式会社ケアネット;会員制)¹³⁶に出演。がん放置療法やがん診療をめぐる日米間の違いについて講演した。

その講演要旨は、以下の通りである。

《CareNeTV:上野直人 なぜ“がん放置療法”が受け入れられるのか?》2015年1月13日

◎がん放置療法について

一言で、がん放置療法が良い悪いと言うのは簡単ではない。正しいところと、とても大きく間違っているところが、両方存在している。

がんもどきは、医学的な言葉としては存在しない。近藤さんは、進行しにくいがんのことを、「がんもどき」と言っているのかもしれない。

¹³⁵ 東近江市永源寺診療所ブログ. <http://eigenji-clinic.blogspot.jp/>

¹³⁶ 医療教育動画サービス・CareNeTV. <http://carenetv.carenet.com/>

【4】 考察・分析：近藤理論

「本物のがん」は見つかった時には転移しているので治療しても意味がない、というのは極論だ。転移しているがんと転移していないがんがあるのは多分事実だ。ただそれが、臨床的に普通の患者さんとしてそれをどう捉えるかは、また別問題だ。年齢やがんの状態など、さまざまな状況がある中で、一括りに「何もしない」という訳にはいかない。

浸潤するがんと浸潤しないがんは、遺伝子的に決まっているから、そのどちらかしかないというのは、論理的にはありうるが、実際は遺伝子だけでがんが進行するとか進行しないとかが決まる訳ではない。がんそのものや、がんの分子学的な環境、食事やストレスなどいろいろな因子が関わってくる。遺伝子だけで、そのがんがどうなるかを決めるのは不可能だ。

近藤さんの説明では、事実と現実離れた内が混在している。医療者は、その差がどこにあるのかを、患者さんに丁寧に説明する責任がある。

◎近藤誠の「抗がん剤は効かない」について

近藤さんは、かなり単純化している。実際、延命効果がある抗がん剤があるのは事実だ。

がんが初期のものなのか進行がんなのかによって、抗がん剤の延命効果の状況が変わってくる。初期のがんであれば、ある治療をして、その後治療をしない時期があるので、延命効果ははっきりわかる。進行がんの場合はある治療が効かなくなった場合は、すぐに別の治療をすることになるので、ある治療について延命効果があるかどうかを示すのは、現実的にはとても難しい。だからといって治療をしないという訳にはいかない。

近藤さんの考え方を全ての患者さんに当てはめると、苦しむ患者さんが確実に出てくる。

どんな状況であっても患者さんに希望をもたせることは重要だ。

直接治療をするかしないかについては、直接的にがんを縮小させないという選択は存在する。患者さん自身の健康状態が悪いか、寝たきりの状況で治療すると延命効果もなくなかって苦しんでしまうということが分かっていると。そういう状況で、治療を選択することを医療者が推すならば、それは間違いである。

多くの進行がんは完治しないので、死に直面する状況がある。進行がんにおいては、どこかで治療を止めざるをえない状況が待っている可能性が高い。どこで治療をやめるのかというのは、緩和医療のドクターとがんのドクターがコーディネートしながら考えていく必要がある。それが当てはまる患者さんが少ないと言えるのかは、とても微妙だ。

責任ある医療者は、どんな状況でも患者と共に歩まなければならない。

一概にがんを放置するのは無責任だ。バランスを患者さんや家族に示していくことが、がん医療に携わる医療者の責任だ。

◎なぜ、がん放置療法が患者さんに受け入れられるのか

腫瘍内科医にとっては、治療の副作用をいかに上手にマネジメントするかが非常に重要だ。

しかし、残念なことに医療者によって、副作用のマネジメントにばらつきがある。

日本では、化学療法が外科医、腫瘍内科医、内科医など、さまざまな人ができる状況がある。

はっきり言えば、みんな同じレベル副作用のマネジメントができるかという、必ずしもそうではない。患者さんにとってがんの治療は辛いというのが現実だ。

そうであるなら、かえって何も治療をしない方がいいという考え方が出てきてもおかしくない。

【4】考察・分析:近藤理論

アメリカでも、メディアを賑わしたり、患者さんを惑わしたりするドクターの主張はたくさんある。ただ、そのようなドクターと腫瘍内科医とのバランスがとれている。そういう極端な主張や考え方を全くなくすことは難しいと思う。民主主義社会であり、報道の自由もある。そうしたものが出来た時に、どこまで流行るか、受け入れられるかは別問題だ。情報が拡散していることは事実だが、近藤さんのように、その考え方が日本全国に広まり、本が売れて、しかも大手マスコミが常に報道する機会を与えているという状況は、かなり特殊だ。

◎近藤誠のプレゼンテーションについて

近藤さんは、プレゼンテーションの仕方が間違っているが、とても上手だ。事実と解釈と彼の考えを上手に混ぜている。もし近藤さんとの直接対決があったとして、その時に私と近藤さんとのコントラストを見せることは、とても難しい。だから他の医療者の皆さんが苦勞されているのだと思う。近藤さんの本を読んでも、どこに差や違いがあるのかをすぐに指摘することが難しい。

◎患者の医療に対する不満

患者さんが医療に対して不満を感じているのであれば、近藤さんの本を読むと非常に魅力的に感じてしまうだろう。医療への不満をどう減らすのか。医療者としては医療の質を担保していくこと。どのドクターにかかっても、同じような質の医療を受けることができることは、とても重要なことだ。特に治療が複雑化して、さまざまな全身療法が出てくる中で、副作用も非常に幅広くなってくる。変な医療者に当たってしまうと、どうしてもいろいろな医療に飛びついてしまうのは仕方ないかもしれない。患者さんがいろいろな医療に飛びつくことに対しては、医療者が間違っていると言う必要はない。重要なのは、患者さんが飛びついた後、その情報ががん医療を行っている医療者に戻ってくること。そして、そこで患者さんとコミュニケーションがとれるかということだ。どんなに近藤さんの考え方に目くらまを立てても、おそらく勝てないと思う。患者さんとのコミュニケーション力、そしてどんなドクターでも同じように患者さんに対応ができるかということが非常に重要だ。ドクターごとにみんなが違うことを言い始めたら、患者さんは信用できない。ますます近藤さんの考えに飛びつくことになる。

◎近藤理論の情報発信力について

近藤さんの考え方が根本的に全部間違っていれば、もっと大きな声で反対とすることができるが、問題は事実が散りばめられているということだ。“料理”の仕方が違うと言えるだろうか。“不味い”と言えるだけの料理ではないので、患者さんは区別がつかないのだと思う。近藤さんは自らの信念に基づいて自らの考えを主張していると、私は思っている。医療というのは、非常に難しい。まともなことをやっても、いろいろな意見が出てくる。これが正しいと、医療に明確に白黒をつけることができればいいが、現実的には医療には白黒つかないものがたくさんある。そこで、科学や信念、パッション(熱意)などが重なり合って、方向性をつくる。

【4】考察・分析：近藤理論

近藤さんと私たちとの差がどこまであるのか。信念やパッションだけを比べたら、もしかしたらそれほど差はないかもしれない。だからとても難しい。

近藤さんは、信念とパッションをもって主張しているからこそ、受け入れられる。コミュニケーションが上手で、そこにマスコミが加わると相乗効果は多大なものがある。

真面目な人ほどコミュニケーションが下手である。あるいは、真面目に考える人ほど、事実と事実でないことが混じっているというようなことを言って、本当は近藤さんに面と向かって反対と言いたいところと言えない。まともな医療従事者ほどそれができない状況がある。

私が、うやむやな発言をしていると思っている人もいるかもしれない。

白黒が明確ではないだけ、はっきりと断言する近藤さんと、そう言えない立場の私たちとの差が出てしまっている。

◎がん医療のビジョンをもつこと

一番重要なのは、がん医療のビジョン。どのような方向に持っていきたいのかである。医療側におけるビジョンを明確にしなければいけない。それが日本の医療に求められているポイントだ。

どの科が何をするのか。科の違いによる治療を重ねるのか重ねないのか。決める必要がある。

もう一つは、患者に力を付けてもらうこと。

医療者がいい悪いの判断をするのではなくて、患者自身が患者力を身に付けてもらうこと。教育やスキルとして捉えていくことが重要であり、その戦略を考える必要がある。

アメリカに戦略がある訳ではないが、それをどうしていくのか、大きな問題である。以前はビジョンがなかった。いろいろとつくってきた。いまは移行期である。

10年先、20年先を考えた場合、日本のがん医療が目指す先はどこなのかということである。

「CareNeTV」の上野氏の講演をはじめ、週刊文春の「抗がん剤は効かない」は本当か、これまでの上野氏の情報発信から、上野氏の「米国式がん医療」と近藤誠の「がん放置療法」の比較を行った。

◆共通点

(1)患者中心の医療

◎上野氏：患者中心のチーム医療

◎近藤誠：患者が決める医療

(2)医療界に対する認識(医療不信・不満など、さまざまな問題を抱えていることなど)

(3)患者への情報開示

◎上野氏：患者教育(患者力をつける)

◎近藤誠：インフォームド・コンセント

◆相違点

(1)がんについて

◎上野氏：進行がんの多くは完治しない

◎近藤誠：「本物のがん」は治らない

(2)がん治療について

◎上野氏：がんを一括りで放置することはないが、がんや患者の状況次第で治療中止もある

◎近藤誠：がん放置を含めて、最小限の治療が最善の治療

(3)がん治療体制について

- ◎上野氏：専門医をはじめとする多職種によるチーム医療
- ◎近藤誠：近藤誠(放射線科)を中心とする分業体制(手術、抗がん剤)

CareNeTV の上野氏講演のレビューと比較検証の結果、上野氏のがん医療に関する基本的な考え方や、近藤誠とがん放置療法に対する認識は、勝俣範之氏とほぼ近いということが分かる。その上で上野氏は、近藤誠のプレゼンテーション力の高さを評価している。これはすなわち、近藤誠のコミュニケーション力、情報発信力である。上野氏は、がん医療に携わる医療者に必要な最低限の素養・要件として、プレゼンテーション力を指摘。医学・医療の専門知識に加えてのスキル習得を強調していたのが印象的だった。

また上野氏は、近藤理論が患者に支持される理由について、抗がん剤治療の副作用をきちんとコントロールできていないこと、日本のがん医療の質が一定レベル以上に担保されていないことを指摘する。まさに、日本の医療の側に問題や課題があるからという指摘だが、抗がん剤の副作用コントロールができるようになれば、あるいは日本のがん医療の質が、今以上に向上すれば、がんもどき理論やがん放置療法は支持されなくなるのだろうか。

当然ことながら医療は、提供する側があれば提供される側がある。その双方の組み合わせによって、その組み合わせの数だけの医療があり、治療が行われることになる。だからこそ、標準治療がある一方で、医療者の裁量権が認められているのではないだろうか。また、どんなに医療が進歩しても、医療の不確実性が相変わらずなくなることはないのは、患者の数だけががんにも多様性があることを示していると言ってもいいのではないか。

上野氏自身、チーム医療のは患者の参加が必要であると言っている。患者が情報を得て、いわゆる患者力を身につけることも重要であるとも言っている。それにもかかわらず、近藤理論が受容されている理由や背景について、患者のことが指摘されていないのはいかなものだろうか。

医療サイドからのコミュニケーション力は、患者との関係性があつたうえで発揮するものだと思う。医療の視野の中に、いつも患者の存在があるためにはどうしていけばよいのか。患者本位という題目だけを言い続ける時代は、終わりにしなければならない。

《2》メディアの視点

インフォームド・コンセント、乳がんの乳房温存療法の時代から、メディアは近藤誠のパートナーだった。当時、乳房温存療法をの実践と普及を訴えた近藤誠に対して、もし医療界が聞く耳を持っていたら、近藤誠はメディアを通じた情報発信をしていなかったかもしれない。近藤理論は、保守的で閉鎖的だった日本の医療界の徒花だったという見方は、言い過ぎだろうか。

報道や出版の状況分析の結果を見ても明らかな通り、近藤理論は、メディアなくしては世に出なかったが、メディアにとっても近藤誠は重要なパートナーだった。特に、活字離れ、本離れと言われ、不況が続く出版業界にあつては、近藤誠は売れる作家であり、近藤理論は金がとれるコンテンツだ。その恩恵に預かろうと、近藤誠の本を出した出版社は23社、著書は63冊に上る。この状況は、雑誌についても同様で、速報性よりも話題性を重視する週刊誌や総合文芸誌と近藤誠の蜜月は、いまだに続いている。最近では、写真週刊誌やコミック誌など、20年前では考えられなかった雑誌での掲載もみられるほどである。

これに対して、新聞メディアの状況は変化している。かつての新聞報道で近藤誠を取り上げ、乳房温存

【4】 考察・分析:近藤理論

療法の普及啓発に大きな役割を果たした朝日新聞をはじめ、全国紙の報道記事は激減している。近藤誠が医療界の異端として定着してしまい、大新聞では扱いにくくなったことや、近藤誠が慶應大学病院を定年退職したことも影響しているかもしれない。その一方で、夕刊紙(日刊現代)で1年間連載があるなど、近藤理論に需要を感じて記事にするメディアにも変化が見られる。

このような状況の中、今でも近藤誠と近藤理論を売れるコンテンツとして評価している雑誌や書籍の視点に立ち、誌面における近藤誠とアンチ近藤理論の医療者を比較対照してみると、以下のようになる。

★雑誌・書籍の内容・論調：近藤誠とアンチ近藤理論の医療者の比較

	アンチ近藤理論の医療者	近藤 誠
目 的	近藤理論への批判・反論	近藤理論の提起と論争喚起
対 象	患者・市民	患者・市民
考 え 方	近藤理論に反論する	アンチ近藤理論への再反論も想定
活動方針	完全完璧に反論する	極論、断定を含めて、反論を誘う
活動モデル	反論モデル	論争モデル

★雑誌・書籍で、問題提起、誌上論争と世論喚起

アンチ近藤理論の論陣を張る医療者は、それぞれの信念、それぞれの立場から、文字通り、近藤理論を批判・反論している。反論であるので、ベースは近藤誠であり近藤理論ということになる。医療者や研究者であり、完全で完璧な反論を目指すので、基本的に理詰めということになる。活動モデルとしても「反論モデル」となる。

これに対して、言論活動30年間の経験と実績がある近藤誠は、常にイニシアチブを握っている格好である。自説・持論についての問題提起、議題設定はもちろんのこと、それに対する批判や反論をさせる余地を敢えて残しているかのような論調を意識的に展開している。言い換えれば、敢えて完全無比な理論展開にしないで、脇を少し甘くしておき、わざと反論をさせるように仕向けているように見える。

近藤誠が私のインタビューの中で話していた通り、反論についての再反論まで想定して論文やインタビューに答えているわけである。論争自体、近藤誠のシナリオ通りなのかもしれない。近藤誠はインタビューの中で、「ある時期から自分から雑誌や書籍への働きかけはしていない。メディアからの依頼に応じているだけ」と話していたが、実際は、より高度な戦略とシナリオを練ったうえで、反論者までも想定にいたした論争を仕掛けているのかもしれない。そう考えると、近藤誠の活動モデルは、「論争モデル」と名付けることができないだろうか

★言葉足らずなことも、見出しが過激なことも、論争喚起策？

雑誌や書籍のメディアは、売れるコンテンツとして、近藤誠をうまく使っているという意識でいるかもしれない。近藤誠も「依頼に応じて本を書いている」「取材に応じているだけ」と言っているが、その実態は、全て近藤誠の掌の上で起きていることかもしれない。

論争を喚起するテクニックとしては、本のタイトルや帯の言葉、各見出しに敢えてセンセーショナルな言葉を使いながら、本文ではさにあらず、抑えるところは抑えた内容としている。たとえば、がん放置療

法といっても完全放置ではないということは、どの本を見ても書いてある。がんもどき理論の根底は、「本物のがん」でも「がんもどき」でも治療は無意味とは言っているが、無治療でがんが治るとはどこにも書いていない。「治療をしない方が治療をした場合よりも健やかに長く生きられる」とは書いてあるが、それを誤解している医療者や読者がいるのではないかと思われる。その誤解も、近藤誠の戦略ではないか。

《3》ひと・患者の視点

★近藤誠の“患者模様”

「患者中心の医療」、「患者本位の医療」、「患者が参加する医療」、「患者はチーム医療の一員」など、いまや医療は、当事者である患者を抜きにしては語られなくなっている。インフォームド・コンセントの取り組みと浸透、最近では EBM(エビデンス・ベースド・メディスン)を補完する NBM(ナラティブ・ベースド・メディスン)の提唱など、この 20 年間で患者を取り巻く環境は一変した。

かつての医師には人をひととも思わないところがあった。治療のためには、患者の気持ちや生活は二の次というところがあった。パターンリズム(父権主義)に代表されるように、日本の医療現場では、医療本来の目的がどこかに置き忘れ去られてしまっていた。医療界にとって都合の良い治療を実現するために、患者の「ひととしての気持ちや思い、生活」などが顧みられず、配慮されない時代が長く続いた。治療や研究を優先させるために、患者の人権や生活が侵害されていたと言っても過言ではない。

そのような保守的で閉鎖的な医療現場にあって、近藤誠は、がんであることを患者に知らせること、インフォームド・コンセント、インフォームド・チョイス、セカンド・オピニオンなど、早い時期から患者への情報開示を実践していた数少ない医師だった。がんもどき、がん放置療法を積極的に提唱する以前は、リベラルな開明派の医師として一目置かれていた。

ひと・患者の視点からの考察・分析を行う前提として、近藤誠の患者 3 人の“患者模様”から、患者の情(気持ちや思い)と理(思考・考え方)について俯瞰する。

[1] 渡辺容子さん¹³⁷

**近藤誠の患者。1994 年、自己触診で乳房に 5mm のしこりを発見。がん放置療法を実践。
2012 年 3 月死去。行年 58 歳。納得して亡くなった。**

主治医の近藤誠さんが好きだ。信頼している。近藤誠の教祖を崇拝しているのではない。科学的根拠に基づかず過剰医療を行う現代医学は宗教だと考えるが、近藤さんの主張には科学的な根拠があり信用できる。

◎患者自身が自分の主治医

近藤さんは優れたがん専門医で、患者である私にいいことも悪いことも含めて、真実を教えてくれる。その情報もとに自分で自分の治療法ができる。つまり、自分が自分の主治医になれる。自分が自分の人生の主人公になれた時、人は誇りをもって充実した人生を送ることができる。近藤さんがこのことを可能にしている理由は、一般人向けにわかりやすい本を書いていること(本で患者は知識を得る)、患者からの質問が好きで、喜んで答えてくれること(知識を深められる)、自分の意見を押し付けず、患者の考えを尊重してくれること(患者の自己決定をすすめてきた)などがある。

¹³⁷ ドキュメンタリー映画「いのちを楽しむ-容子とがんの 2 年間-」(ビデオプレス,2013)ガイドブックから

【4】考察・分析：近藤理論

近藤さんには自分の病気以外のこともたくさん質問してきた。近藤さんは全部に丁寧に答えてくれる。近藤さんは自分がわからないことはわからないとはっきり言う。とても誠実だと思う。

◎ひどい医者情報

私には、多くの患者からひどい医者情報が寄せられる。医師免許をもった者が、患者に対して横暴な態度を取り、間違った治療を行うべきではない。ひどい医者は、ウソについて患者をだまし、脅かし、甘言を弄して自分の好む(儲かる)治療法を押し付ける。

相談があったとき、半分冗談で、「私はその辺の医者よりがんに詳しい。近藤誠の次だから。なんでも聞いて」と言っている。それほど普通の医者には知識がない。

◎情報や感情にとらわれず、合理的に考えれば真実に近づける

近藤さんを信頼する理由は、当然ながら「科学的」だからである。

「近藤理論」を理解できる人は非常に少ない。最近では「絶対に治りたい。死にたくない」という感情にとらわれている人にとっては、「がんは最初から運命が決まっている」という理論はどうしても「理解したくない」から理解できないのだろうと思っている。

肺がん検診の「くじ引き試験」について、検診群と放置群の死亡率は同じだった。検診群で早期発見した「肺がん」の多くは命を奪うことのない「がんもどき」と考えればつつまがあう。

◎近藤さんは、同志

本物のがんはどんな治療をしても治らない。それならば QOL(人生の質)を大事にして、行き過ぎである積極的な治療は行わず、必要な対症療法に徹する。その対処方法を、宗教である(科学的な根拠に基づかない)現代医療を拒否するという意味で「無治療」と呼んでいるが、私の「無治療」を前提とした生き方は新聞記事や本にも取り上げられ、ドキュメンタリー映画にも仕上げてくださった。

映画ができあがって何よりうれしいのは、日本の医療界全体を敵に回して真実を訴え続けてきた、異端の医師である近藤誠の理論を、微力ながら広めることができることである。

40年に及ぶ医者生活で、彼は「がんは無治療がいい」という世間から見れば衝撃的な理論にたどりついた。勉強を重ねて近藤さんがたどりついた真実を、それを実践してきた患者の立場から私が広げることができる。これほどうれしいことはない。

近藤さんも私を「同志」と思ってくれていると思う。近藤さんは仲間をもつとそこから切り崩される。ぼくは仲間はいらない」と言って。一匹狼で通してきた。それは正しかった。なぜなら、近藤さんが本などで褒めた医者が次々に裏切り、転校していったから。

私は患者なので、近藤さんと同じ立場に立つ「仲間」ではない。医療改革の同志である。産官学(病院・製薬会社など-厚労省-学者)の「鉄のトライアングル」(近藤さんの言葉)に太刀打ちできるとは思わないが、良心のトライアングルはきっとだれかに受け継がれていくと信じている。

[2] 藤山良子さん（仮名）

近藤誠の患者。乳房に8cmの腫瘤を自覚して。近藤誠を受診。しばらく放置。
近藤誠の診断、治療を不審に思い、別の病院で抗がん剤治療3サイクルを行う。
その後、再度近藤誠を受診して、再びがんを放置。
近藤誠の初診から3年半後、日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科・勝俣範之氏を受診。
多発転移のため手術できる状況ではなく、抗がん剤と緩和ケアを行う。その後、死去。

藤山良子さん(仮名)は、勝俣範之氏がインタビューの中で、近藤誠の《がん放置療法の実態》¹³⁸として紹介した50代の女性の患者さんである。

藤山さんは、基本的に近藤誠のがん治療に関する考え方を信頼して慶應大学病院放射線科を受診していたが、がんを放置するなかで、近藤誠の対応に不安と不審を抱いていた節がある。また、放置療法を信じている反面、積極的治療を受けたかったようにも思える。

また藤山さんは、自分の思いや気持ち、治療の希望を、近藤誠をはじめ、医療者にはっきりと伝えることができない性格だったようである。とにかく医療者に気を使っている。特に、近藤誠に対して、とても気を使っている。近藤誠に不信感をもったのであれば、転院すればいいのだが、近藤誠に気兼ねして、他のドクターにかかることを憚っていたような様子が窺がえた。

勝俣氏から藤山さんの経過を聞き進めると、藤山さんは、本来のがん放置療法を理解していたのではないかと思えるところがあった。すなわち、基本的にがんの積極治療はしないが、症状が出たり、著しくQOLが下がったりした時には、対症療法を行うということについてである。

しかし、近藤誠は、藤山さんが自分の症状を訴えても、治療はまだ早いと繰り返すばかりだったようである。そのため、藤山さんは堪らず、別の病院に転院して抗がん剤治療を受けている。それにもかかわらず、しばらくすると藤山さんは近藤誠のところに戻ってしまう。何も治療をしないのは不安だが、積極的に治療をすることにも、最後まで踏み切れなかった藤山さんは、心のどこかで近藤誠を信頼していたのだろうか。

藤山さんと近藤誠とのやりとりのなかで、藤山さんが近藤誠に、どうしてもっと早く治療をしてくれなかったのかと言う機会があったようである。藤山さんは、根治はできなくても、がんと共存できればいいと思っていた。抗がん剤や放射線治療をしながら、半年でも一年でも、苦しまずに生きていければいいと思っていたのに、近藤先生はなかなか治療をしてくれなかったと言ったという。

藤山さんは、近藤誠の治療を支持したことを後悔している。それにもかかわらず、近藤誠のから完全に離れることもできなかった。

近藤誠の藤山さんへの対応が、この通りだったとしたら、これは近藤誠自身が主張している放置療法ではない。まさに、標準治療の医療者が非難している放置療法そのものである。すでに藤山さんが亡くなっているため、事の真偽を確認することはできないが、これが事実であるとすれば、近藤誠は大きな誹りを免れない。近藤誠は、どのように説明するのだろうか。

[3] 林佳子さん（仮名） 139

乳がん経験者。主治医は、日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科・勝俣範之氏。
慶應大学病院で、近藤誠のセカンド・オピニオンを受診した経験がある。

インタビューに協力していただいた林佳子さん(仮名)は、自分が信頼できる医師、自分が納得できるがん治療が見つかるまで、諦めることなく、たくさんの病院を訪ねた。そのなかの一つの受診先として、慶應大学病院放射線科の近藤誠のセカンド・オピニオンを受診した。

普段あまり薬を飲まない林さんには、できれば抗がん剤治療は受けたくないという思いがあった。そんな時に、知人から近藤誠のがん放置療法のことを聞いた林さんは、自分の欲しい意見を言ってくれる医師との出会うことができたと思った。

あまりのタイミングの良さに運命的なものを感じ、近藤誠を受診した林さんだったが、近藤誠が提案したのは放置ではなく、抗がん剤治療だった。林さんの高揚していた気持ちは、一気に冷めてしまった。一体何のために慶應大学病院に来たのか。抗がん剤治療が嫌で近藤誠を受診したのと思った。林さんは、抗がん剤治療を受けるのであれば近藤誠である必要はないと考え、さらに主治医探しを続ける。勝俣範之氏と運命的な出会いを果たすのは、まさにこの後のことである。

林さんのケースは、渡辺容子さんの場合とも、藤山良子さんの場合とも全く違う。患者さんによって、その生き方や価値観が全く違うということがはっきり分かる。

渡辺さんは、がんもどき理論を踏まえたうえで放置療法を選択した。必ずしもがんが治るとは考えていなかった。藤山さんは放置療法を選択したが、近藤誠が最低限の治療をしれくれなかったと思っていた。近藤誠にかかったことを後悔していたが、近藤誠と袂を分かつこともできなかった。林さんの場合は、できれば抗がん剤を使いたくないけれど、信頼できる主治医のもと、納得できる治療を受けて、がんを治したいと思っていた。この三人三様の生き方や価値観において、標準治療が正しい、放置療法が間違っているという議論は存在しない。あくまでも患者さん一人ひとりの生活や生き方、価値観があつての選択であり判断になる。

ただし、その前提として、適切なインフォームド・コンセントが必要不可欠であるということは言うまでもない。藤山さんのように、納得できず後悔してしまう場合は、どのような理由があつたとしても、適切なインフォームド・コンセントがあつたとは言えない。

★「情」と「理」：ひと、医療、思考などにおける比較

ひとには、当然のことながら、「情」(感情、気持ち、思い)と「理」(理性、理屈、理論)がある。患者の数だけ、生活や生き方、価値観が存在している。診断や治療、予後、そしてその思いは、患者が百人いたら百様である。

この「情」と「理」について、ひと、医療、思考との関わり方の比較を行うと、以下のような整理ができる。

【4】考察・分析：近藤理論

	理 (論理、理屈、思考)	情 (感情、好き嫌い、善し悪し)
ひと	合理的	非合理的・不条理
医療の目的	治療・治癒・克服	生活・QOL・共存
がん医療	標準治療 治癒・寛解に向けた最善の治療	近藤理論 できるだけ苦しめない治療
思考システム	システム・ツー 合理的検討	システム・ワン 直感・好き嫌い
医療モデル	EBM エビデンス・ベースド・メディスン	NBM ナラティブ・ベースド・メディスン

★クライシス・コミュニケーションにおける「情」と「理」

ひととして、パブリックリレーションズの実務家として、私がいつも心に留めている「情と理」の視点から、近藤誠と近藤理論について考察する。

私が、「情」と「理」について、特に意識したのは、クライシス・コミュニケーション(緊急事態時対応)の実務に携わった時である。企業や組織体で不祥事や事件・事故が起こった場合、その状況や今後の対応について説明する記者会見を開くことがあるが、その時に踏まえておく心得として、人の「情と理」を学んだ。

たとえば、日本では事件や事故が起きた時、その原因が特定される前にもかかわらず、記者会見で「謝罪」をしているシーンを見かけることが多くないだろうか。同じようなケースが欧米で起きたとしても、原因がはっきりする前に謝罪はしないという。それはなぜなのか。

日本では、謝罪をしなければ、記者会見が「収まらない」からである。逆に、欧米では、謝罪をしたということは自分の非を認めたことになるため、安易に謝罪はしない。では、原因がはっきりする前に、日本では何に謝罪しているのか。それは大概の場合、「社会をお騒がせしたこと」「ご心配とご迷惑をおかけしたこと」に対して謝罪をしている。あえて言えば、「社会的謝罪」である。

事件や事故の記者会見に集まったメディアは、社会部が中心となる。彼らは社会正義の剣を差して、記者会見にやってくる。事件を起こした企業は何か悪いことをしているに違いない。何か問題を抱えているに違いない。だから問題が起きた。その説明を聞いて足りないことがあれば糾弾する。多くの社会部の記者のスタンスである。

そんな記者が大勢集まった所で、原因が特定していないからという理由で、淡々と現状説明と今後の対応についてだけ会見をしたらどうなるか。今の言葉で言えば、「炎上」である。頭を下げないことに対して非難が集まることはほぼ間違いない。これは、事件の本質とは違うところで生じる余計な「類焼」である。余計な面倒はできるだけ回避したい。そこで、記者会見の冒頭、出席者はそろってメディアのカメラの前で頭を下げるのである。形骸化した儀式のように見えるが、これを省略すると、大変なことになる。

この社会的な謝罪を要求しているのが、社会部記者の「情」である。きっと何か問題があつて事件が起きたに違いないと思っている彼らの「情」は、企業の謝罪を要求している。だから、それに応えないと、大変なことになる。

【4】 考察・分析:近藤理論

この「情」、そして「理」が、近藤理論にも関係している。たとえば、がんの標準治療のリスクや副作用に対する恐怖について、最初に反応するのは「情」である。「抗がん剤の副作用は怖い」「手術で死にたくない」という感情的な気持ちと恐怖は、「理」よりも早く作動する。その後、「理」が動きだして、その副作用が起きる確率や可能性などの情報を集め、吟味する。近藤誠の本のタイトルや帯の言葉で、最初に感じたりリスクに対する「恐怖」と理性的な本文を考えあわせた結果、どのように対応するか、最終的な判断を下すことになる。近藤誠による放置療法の情報提供の場合、「情」で感じたことを「理」が覆すことができなければ、放置療法を選択する場合があるということになる。逆に、「理」が「情」を修正できれば、標準治療を選択することになる。

★「情」と「理」は、脳の思考システム

「情」と「理」については、心理学の分野では、脳の思考システムとしてすでに説明がついている。

すなわち、全てのひとの脳は 2 つの思考システムを持っている。それらを、心理学者は、「システム・ワン」と「システム・ツー」と呼んだ。

「システム・ワン」が感情で、理性とは違って意識的に認識せずに働く。それは、稲妻と同じくらい速い。感情は、予感や直感として、あるいは不安や心配、恐れなどの情緒として経験する、即座の判断である。感情による決定は言葉では説明することが難しい。不可能でさえある。なぜそう感じるかはわからない。ただ、そう感じるだけだ。

「システム・ツー」が、理性である。それはゆっくり動く。それは証拠を調べる。それは計算を行い熟考する。理性が決定を下す時、言葉で説明することができる。¹⁴⁰

「情」と「理」に関する思考システムの存在を知れば、人が行う、物事の「善悪」や「正誤」についての判断が、いかに曖昧なものなのかが分かる。特に、命に関わる場合は、「システム・ワン」が理屈抜きにリスクについての判定をしてしまう場合もある。しかし、だからといって、私たちは直感だけで物事を判断しているわけでもない。「システム・ツー」が押っ取り刀でやってきて理論的な判断をする場合もある。

★患者のナラティブ(語り・言葉)に耳を傾ける

「医療の視点」では、近藤理論は、「医療モデル」から「生活モデル」へのパラダイムシフトではないかという仮説を立てた。患者の生き方や生活、価値観を第一と考えて、がん治療に臨む考え方であり臨床での実践である。しかし、近藤誠の 3 人の“患者模様”でも明らかになったように、「生活モデル」であったとしても、患者の思い通りにならない場合があることも事実である。適切なインフォームド・コンセントがなかったり、医師と患者との信頼関係がなかったりすれば、患者の希望や願いは実現しないことの方が多くなる。

ひとは、決して合理的ではない。医療が不確実性であるように、ひとの思考・判断にも、絶対ということはない。その事実を医療者は謙虚に認めるべきである。そして、エビデンス(理)だけではなく、患者のナラティブ(情)にも耳を傾けることが、真の「生活モデル」へのシフトチェンジには重要である。

¹⁴⁰ 田淵健太訳.ダン・ガードナ-.リスクにあなたは騙される.早川書房,2009:28

《4》パブリックリレーションズの視点

社会との良好な関係づくりを行う「パブリックリレーションズ」の発想は、企業や組織体のマネジメント機能としては、既に認識されて実践されている。しかし、医学や医療の分野では、組織や個人によって温度差があるように見受けられる。

パブリックリレーションズの導入・普及が進んでいる組織・業界の一つは、製薬企業・団体であろう。豊富な資金を背景に、一般市民・患者に対する広告規制を補完する機能として、1980年代後半から実施している。

医療機関や研究機関、ましてや医療者・研究者個人が、パブリックリレーションズを意識したり実践したりするのは、とても稀であろう。最近では、STAP細胞についての「最初の記者会見」の実施と、それに続いて行われた「個別取材」対応に関しては、パブリックリレーションズ会社の関与が取り沙汰されたが、詳細は不明である。

このような状況の中、1980年代後半、近藤誠が乳がん乳房温存療法の普及促進を目的に、一般メディアに対する働きかけを行い、記事化を図ったことは、画期的な取り組みだった。

パブリックリレーションズという観点から、近藤誠と一般的な医療者を比較対照してみると、以下のようになる。

★社会との関係づくり：近藤誠と一般的な医療者の比較

	一般的な医療者	近藤 誠
目 的	アカデミック・リレーションズ 医学界・医療界への認知向上	パブリックリレーションズ 社会全般への認知向上
対 象	科学者・研究者・医療者	患者・市民
考 え 方	権威・学会に認められる	医療情報を直接一般に届ける
活動方針	医学雑誌への論文投稿、 学会での発表	一般メディアへの論文投稿、 記事掲載、書籍
活動モデル	研究モデル	パブリックリレーションズ・モデル

一般的な医療者の目的として、敢えてアカデミック・リレーションズと書いたが、要するに通常の研究活動の成果を発表するときのことである。研究の成果を、決まった作法に則って医学界や医療界へ発表する。その手続きを踏んでおかなければ、医療界で認められたことにはならず、将来の医療として認められることもない。活動モデルとしては、文字通り、「研究モデル」である。

これに対して、近藤誠が1980年代の後半に一念発起したこと、すなわち乳房温存療法を、メディアを通じて一般市民や患者に周知して普及していこうという発想は、まさにパブリックリレーションズそのものであった。読売新聞「乳房残しがん手術を ハルステッド法に批判高まる」(1985年9月2日の)、朝日新聞「みんなの健康 乳房温存へ進む乳がん」(1986年12月21日)に掲載されたが、大新聞の大型記事とはいえ、外来患者の人数増加に結び付くには至らなかった。ハルステッド手術が全盛の時代、新聞の単発記事一つで自分の乳房と命を懸けてみようとする患者はいなかった時代である。

時代が進み、乳房温存療法の歯車が大きく回るのが1988年。月刊文藝春秋6月号に投稿した論文「乳ガンは切らずに治る」だった。新聞のコラム記事とは異なり、自らの論文をそのまま掲載できる。タイトルや見出しは、新聞以上にセンセーショナルな活字を躍らせることができる。そして何よりも、医療界

【4】 考察・分析：近藤理論

の旧弊を暴き、糾弾する論調であり、問題提起だった。世のインテリや知識人が挙って手にする総合文芸誌「文藝春秋」というブランド力も申し分なかっただろう。この論文が導火線となり、これ以降、近藤誠のメディアを介したパブリックレーションズ活動は、好循環で展開。1995年の同誌10回連載シリーズ「あなたがガンになったとき」、そして翌1996年、ベストセラーとなる「患者よ、がんと闘うな」へと続いていくことになる。活動モデルとして、文字通り「パブリックレーションズ・モデル」と名付けたい。

★患者への直接対話で、がん治療の恐怖を訴求

近藤誠が、パブリックレーションズの発想で、メディアを通じた情報展開を目指した理由の一つは、市民・患者への直接対話だった。医療界が近藤理論に耳を傾けてくれないのであれば、自ら直接情報を届ける。近藤誠へのメディアの影響力による情報拡散という目的もさることながら、ダイレクト・コミュニケーションが第一の目的だったと、近藤誠へのインタビューを通じて実感した。

それでは、近藤誠は、市民・患者に直接何を伝えたかったのか。近藤理論のメインテーマが、「乳房温存療法」から「がんもどき理論」「がん放置療法」に変わっていく中、近藤誠はがんの標準治療によるリスクや副作用について訴求したかったのではないか。すなわち、手術偏重による死亡、抗がん剤は副作用ばかりで固形がんには効かないなど、放置療法のアンチテーゼになる情報展開である。

手術による死亡、抗がん剤による激しい副作用は、理屈や道理ではない。誰も経験したくない恐怖である。その恐怖を、近藤誠は、激烈ながん治療の末に亡くなった著名人を引き合いに出して説いた。パブリックレーションズの情報提供において、メインの主人公を設定することは常套手段である。それによって、伝える情報は臨場感を帯び、その主人公を通して情報コンテンツは具体的な映像となって情報の受け手に伝わる。その主人公が誰もが知っている著名人であれば、その効果は増幅する。

パブリックレーションズのスキルも最大限に生かして、近藤誠はがんの積極的治療に関する恐怖訴求を成功させた。本稿第2章のステークホルダー・インタビューでも、アンチ近藤本でも、一般に近藤理論が受け入れられ、支持されるのは、医療不信があるからだ指摘する意見がある。それは、まさにその通りだと思うが、死亡を含めたがん治療のリスクや副作用は、医療の不確実性にも裏打ちされて、現実的な恐怖となって情報の受け手に押し寄せていたのではないだろうか。

★ひととの関係性を大事にした近藤誠

近藤誠に、類まれなパブリックレーションズのセンスがあることの証左として、著書を出している出版社が23社にもわたっていることがあげられる。次項でも指摘している通り、メディアの側から言えば、売れるコンテンツに乗りたい、あやかりたいことの結果とも言えるが、近藤誠としては、縁があつて知り合った編集者との繋がりを大事にしたい、世話になった編集者の役に立ちたいという気持ちがあるようだ。

それを示すエピソードが、「あなたの癌は、がんもどき」(梧桐書院、2010)のあとがき¹⁴¹に書いてあるので紹介する。

最後に、本書を梧桐書院という小出版社から出すことになった経緯を少し説明しておきましょう。編集者の松戸さち子さんとは、20年以上前に知り合って、書き下ろし執筆の約束をしたものの、その後、がん論争等予想外のできごとが多々生じ、空手形に終わっていました。そこで松戸さんが梧桐書院に移ったこともあり、お祝いと応援を兼ねて、約束を果たす次第です。

思えば私が出会った編集者は、文藝春秋の松井清人さんをはじめ、優れた人たちばかりで、心地よく、幸せでした。この場を借りて御礼申し上げます。

¹⁴¹ 近藤誠. あなたの癌は、がんもどき. 梧桐書院, 2010: 259-260

【4】 考察・分析：近藤理論

パブリックリレーションズにとって大事なことは、人とひととの繋がりであり、関係性であることは、本稿第3章のインタビュー：パブリックリレーションズの視点から¹⁴²の実務者インタビューの中でも指摘されていることであるが、それを実践することは、実はそう簡単なことではない。

近藤誠は、パブリックリレーションズのセンスをもった戦略家であるとともに、20年前の口約束を果たす人情家でもある。

★近藤理論から学ぶこと

人には、「情」と「理」がある。そのため患者は、時に非合理的な判断をすることもあれば、時に不条理とも思える行動を起こすこともある。

近藤理論が支持される理由として、私は「恐怖」であると論じた。心理学における思考システムの考え方をすれば、「システム・ワン」が発動したということになる。近藤理論が医療界の異端であるとか、標準治療であるとかという認識など関係のないところで判断されたのかしれない。あるいは、「システム・ツー」も働いたが「システム・ワン」によって却下された結果かもしれない。

いずれにしても、ひとはさまざまな情報経路で、さまざまな医療情報を受け取っている。そして、「情」と「理」をもって比較検討し、判断と決断をしている。「システム・ワン」と「システム・ツー」を使いながら、もがきながら生きているといっても過言ではない。これは、情報の相対化¹⁴³と絶対化のプロセスと言い換えることができる。

以上を踏まえると、医療情報の信頼と共感のカギは、ひとの考えること、ひとの行うことに絶対はないということをしかりと認識しておくこと。そしてその時に重要なことは、ひとや社会との関係性や繋がりであるということである。同じ医療情報を受け取っても、そのひとの生き方や生活、価値観が異なれば、選択される結果は変わってくる。その判断や決断をする「情」と「理」は、ひとや社会との関係性や繋がりが大きく影響する。これが、近藤誠研究を通じて、私が近藤理論から学んだ結論である。

¹⁴² 本稿第3章.インタビュー：パブリックリレーションズの視点から:108-115

¹⁴³ 本稿第2章.インタビュー：近藤理論 鳥集徹さん:98

★がんへの思い

私が、がんをテーマに、「近藤誠研究」に取り組むきっかけとなったのは、妻が乳がんと診断され、治療を受けたことに遡る。2006年12月のことである。その後、2010年1月には恩人を膵臓がんで見送り、2014年3月には、父が進行胃がんの肝転移で逝ってしまった。特に父は、胃カメラ検査を受けた7日後に旅立った。がんは、人生の仕舞い支度ができる疾病だと思っていた私はとても混乱したが、結果的に父は、がんであることを自覚していなかったものの、近藤誠のがん放置療法を実践していたということになる。

父の逝去後、独居になった母をケアする都合もあって、一年間大学院を休学したが、その経験が修士論文に与えた影響は大きい。

★がんに対する考え方の変化

当初私は、近藤誠のがん放置療法に影響を受けて命を縮める人がいるのではないかと、という義憤から、近藤誠と近藤理論を修士論文のテーマに選んだ。しかし、父の「がん死」を経験したこともあって、がんやがん治療に対する考え方に変化が起こった。

- ◎がんが見つかったら、治療することが当たり前なのか
- ◎がん患者の最高のQOLは、生きていることなのか
- ◎治療が間に合わなかった父は、不幸だったのか
- ◎父が死んだのは、私のせいなのか
- ◎がん患者やがん経験者は、がんとだけ向き合って生活しているわけではない
- ◎がん以外の人生や生活、家庭、仕事・役割がある

★近藤誠研究を書き上げて

本稿は、報道やパブリックリレーションズの観点から、近藤誠と近藤理論について研究して、医療情報の信頼と共感のカギを探ることを目指した。途中いろいろ悩み、考えることが多かったが、魂を込めて論文を書いた。前向きなご批判、ご意見をいただけたら幸甚である。

★謝辞

本稿の制作にあたり、大熊由紀子教授には、厳しくも愛情溢れる御指導を通して、妥協することなくテーマを追究すること、当事者視点に立ち、想像力と発信力を磨くことなど、ジャーナリズムにとって大切な「本質」を教えていただきました。また武藤正樹教授には、温かい御心で見守っていただきました。心から御礼を申し上げます。

水卷中正教授、丸木一成教授には、本稿審査にあたり、示唆に富んだ御助言と励ましをいただきました。本当にありがとうございました。

また、お忙しいなか、インタビューにこたえていただいた近藤誠さん、高田順江さん、桜井なおみさん、林佳子さん(仮名)、三好綾さん、上野創さん、勝俣範之さん、花戸貴司さん、高橋美佐子さん、生井久美子さん、鳥集徹さん、池尻嘉明さん、瀧澤緑郎さん、昆弘人さん、外山大さん、高石憲さんのご協力なしには、本稿を書き上げることはできませんでした。心から感謝申し上げます。

そして、休学を含めて3年間、共に学んできた医療福祉ジャーナリズム分野ゆかりの皆さんには、たくさん励ましをいただき、応援をしていただきました。ありがとうございました。

参考資料

Reference

- がん最前線に異状あり 偽りのときに終りを(1988、近藤誠、広済堂出版)
- 乳ガン治療・あなたの選択 乳房温存療法のすべて(1990、近藤誠、三省堂)
- 私の乳房を取らないで(1993、生井久美子、三省堂)
- 患者と語るガンの再発・転移(1994、近藤誠、三省堂)
- がん治療「常識」のウソ(1994、近藤誠、朝日新聞社)
- それでもがん検診うけますか(1994、近藤誠、ネスコ)
- 抗がん剤の副作用がわかる本(1994、近藤誠、三省堂)
- ぼくがうけたいがん治療(1995、近藤誠、さいろ社)
- 「がん」ほどつき合いやすい病気はない(1995、近藤誠、講談社+α文庫)
- がんは切ればなおるのか(1995、近藤誠、新潮社)
- 患者よ、がんと闘うな(1996、近藤誠、文藝春秋)
- 近藤誠氏の「がんもどき理論」の誤り(1996、斎藤建、主婦の友社)
- 君、闘わずしてがん死するなかれ(1997、平岩正樹、ごま書房)
- 患者よ、がんと闘おう!(1997、永野正史、ベストセラーズ)
- 闘うがん、闘ってはいけない癌(1997、佐藤武男、徳間書店)
- がん専門医よ、真実を語れ(1997、近藤誠、文藝春秋)
- がん論争を読む 患者のためのがん治療事情(1997、川端英孝、上野貴史、三省堂)
- がんと向き合う精神 「患者よ、がんと闘うな」を読む(1997、丸山雅一、四谷ラウンド)
- 「がんと闘うな」論争集(1997、近藤誠、日本アクセル・シュプリング出版)
- わたしが決める乳ガン治療(1997、近藤誠、アイデアフォー、三天書房)
- なぜ、ぼくはがん治療医になったのか(1998、近藤誠、新潮社)
- がんは切ればなおるのか(1998、近藤誠、新潮文庫)
- 「治るがん」と「治らないがん」(1998、近藤誠、講談社+α文庫)
- ぼくがすすめるがん治療(1999、近藤誠、文藝春秋)
- それでもがん検診うけますか(1999、近藤誠、文春文庫)
- 乳がんを忘れるための本(1999、近藤誠、ネスコ)
- 安心できるがん治療法(1999、近藤誠、講談社+α文庫)
- 「治らないがん」はどうしたらいいのか(1999、近藤誠、日本アクセル・シュプリング出版)
- 本音で語る!よくない治療ダメな医者(2000、近藤誠、三天書房)
- 患者よ、がんと闘うな(2000、近藤誠、文春文庫)
- 医原病(2000、近藤誠、講談社+α文庫)
- ぼくがすすめるがん治療(2001、近藤誠、文春文庫)
- 乳がんを忘れるための本(2002、近藤誠、文春文庫)
- 乳がん あなたの答えがみつかる本(2002、近藤誠、アイデアフォー、双葉社)
- 成人病の真実(2002、近藤誠、文藝春秋)
- よくない治療、ダメな医者から逃れるヒント(2003、近藤誠、講談社+α文庫)

参考資料

医療ミス 被害者から学ぶ解決策(2003、近藤誠、清水とよ子、講談社)
死に方のヒント(2003、近藤誠、ひろさちや、日本文芸社)
大学病院が患者を死なせるとき(2003、近藤誠、講談社+α文庫)
再発・転移の話をしよう(2003、近藤誠、アイデアフォー、三省堂)
乳がんなんてやっつけろ!!(2004、三好綾、新風舎)
大病院「手術名医」の嘘(2004、近藤誠、講談社+α文庫)
成人病の真実(2004、近藤誠、文春文庫)
がん治療総決算(2004、近藤誠、文藝春秋)
新・抗がん剤の副作用がわかる本(2004、近藤誠、三省堂)
データで見る抗がん剤のやめ方始め(2004、近藤誠、三省堂)
がん患者よ、医療地獄の犠牲になるな(2005、近藤誠、ひろさちや、パンドラ新書)
がんと向き合って(2007、上野創、朝日文庫)
がん治療総決算(2007、近藤誠、文春文庫)
名医の「有害な治療」「死を早める手術(2008、近藤誠、だいわ文庫)
乳がん 後悔しない治療(2010、渡辺容子、径書房)
あなたの癌は、がんもどき(2010、近藤誠、梧桐書院)
がんで逝くひと、送るひと(2011、池田朝子、三省堂)
抗がん剤は効かない(2011、近藤誠、文藝春秋)
放射線被ばく CT 検査でがんになる(2011、近藤誠、亜紀書房)
がん放置療法のすすめ 患者 150 人の証言(2012、近藤誠、文春新書)
どうせ死ぬなら「がん」がいい(2012、近藤誠、中村仁一、宝島社)
がんワクチン治療革命(2012、中村祐輔、講談社)
医者に殺されない 47 の心得(2012、近藤誠、アスコム)
「余命 3 カ月」のウソ(2013、近藤誠、ベスト新書)
がん治療で殺されない七つの秘訣(2013、近藤誠、文春新書)
免疫療法に近づくな(2013、近藤誠、亜紀書房)
「医療否定本」に殺されないための 48 の真実(2013、長尾和宏、扶桑社)
抗がん剤だけはやめなさい(2013、近藤誠、文春文庫)
「がんもどき」で早死にする人、「本物のがん」で長生きする人(2013、近藤誠、幻冬舎)
「抗がん剤は効かない」の罪(2014、勝俣範之、毎日新聞社)
野垂れ死にの覚悟(2014、曾野綾子、近藤誠、ベストセラーズ)
「ニセ医学」に騙されないために(2014、NATROM、メタモル出版)
近藤先生、「がんは放置」で本当にいいんですか？(2014、近藤誠、光文社新書)
がんより怖いがん治療(2014、近藤誠、小学館)
何度でもいう がんとは決して闘うな(2015、近藤誠、文春文庫)
クスリに殺されない 47 の心得(2015、近藤誠、アスコム)
もう、だまされない！近藤誠の「女性の医学」(2015、近藤誠、集英社)
近藤理論に嵌まった日本人へ 医者の言い分(2015、村田幸生、祥伝社新書)
近藤誠のリビングノート(2015、近藤誠、光文社新書)

参考資料

新薬の罨(2015、鳥集徹、文藝春秋)

日本は世界一の「医療被曝」大国(2015、近藤誠、集英社新書)

医療否定本の嘘(2015、勝俣範之、扶桑社)

そのガン、放置しますか？近藤教に惑わされて、君、死に急ぐなかれ(2015、大鐘稔彦、ディスカヴァー・トゥエンティワン)

長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか？(2015、長尾和宏、ブックマン社)

がんとの賢い闘い方「近藤誠理論」徹底批判(2015、大場大、新潮選書)

近藤誠の家庭の医学(2015、近藤誠、求龍堂)