

2025年5月、連休明けのその日は快晴だった。病院を取り囲む木々の若葉が優しく揺れていた。

外科外来で、自身の体調は良好であり、普段通りの日常を送っていることを伝えつつ、4月末に受けたCT検査の結果を聞いた。

温厚な主治医は「1月のCT検査の結果と変わっていません。安定しています」

ね」と穏やかに説明してくれた。

19年5月、両側肺に多発転移のある、ステージ4の大腸がんが判明してから、6年が経ったことになる。

3ヶ月後のCT検査の予約をお願いし、謝辞を伝えて外来を辞した私は、帰り道、この6年間の出来事を振り返っていた。

18年9月、大腸がんが見

ステージ4と診断された緩和ケア医の山崎章郎氏が自ら実践している「がん共存療法」。
あわせて行った臨床試験は3年目を迎えたが、患者の生存期間は標準治療の中央値を超え、QOLも改善されて医療費の抑制にもつながった。その「確かな可能性」をレポートする。

ステージ4の緩和ケア医が実践

「がん共存療法」

つかった。11月に受けた手術でステージ3と判明し、

5年生存率は70%と告げられた。その生存率を80%に上げるため、再発予防目的の抗がん剤治療が始まった。

間もなく、食欲不振、下痢、手足症候群といった典型的な副作用が出現した。

在宅緩和ケアを実践するため24時間対応の訪問診療に携わっていた私には、仕事の継続が困難と思われるほど辛いものだった。

途中1ヶ月ほど休業し、減薬して投与を再開したが、再び副作用は出現した。19年5月、経過確認のCT検査で両側肺の多発転移が判明し、その日からステージ

4の大腸がん患者になった。

そして、治療ではなく、延命目的の、その時点で最善とされる標準治療（抗がん剤治療）が提案された。

5年生存率は17%（国立がん研究センター「がん情報データベース」）だった。

抗がん剤の耐え難い副作用を経験してしまった私には、生きがいでもある訪問診療も十分にできない状態での延命治療に意味を見出すことは難しかった。熟考の末、後はがんの自然経過に委ねようと覚悟し、標準治療を断った。

だが、治療終了後1ヶ月もすると、副作用も抜けて、仕事も含めいつもの日常が

戻ってきた。やがて、本当にこのまま自然経過に委ねていいのだろうか？という想いと共に、脳裏に、私の覚悟に理解を示してくれた大切な人々の、その時の、悲しげで複雑な表情が浮かんできた。

そして、標準治療以外に、日常生活を継続できる副作用の少ない方法があるのであれば、それを見出し、大切な人々のためにも、精一杯生き抜いてみよう。あえて死に急ぐこともないのだと考えを改めた。

同時に、自分がステージ4の大腸がん当事者になり、それまで見過ごしてきたしまった標準治療の現実と課題に気付かされた。

それは、治療を前提にはできず、副作用が避けられない標準治療をどうしても受けたくない患者さんや、標準治療を開始してみたが、副作用で離脱せざるを得なかった患者さんたちの中には、がんの終末期になる前に2度の挫折を経験する方

1947年、福島県生まれ。千葉大学医学部を卒業し、同大附属病院などに勤務。90年「病院で死ぬということ」(日本エッセイスト・クラブ賞受賞)がベストセラーになった。その後は緩和ケアに取り組む。6年前に、大腸がんステージ4との診断を受け、抗がん剤だけに頼らない「がん共存療法」を模索。2022年、その歩みを記した『ステージ4の緩和ケア医が実践する がんを悪化させない試み』(新潮演義)を刊行した。

3年目の 確かな可能性

特別
読物

医師
山崎章郎

医師
山崎章郎



ステージ4の
緩和ケア医が
実践する
がんを悪化
させない試み

私は
抗がん剤治療
以外を選んだ

毎日新聞 読売新聞
NHKラジオ深夜便
文藝春秋 AERA
プレジデントオンライン
医学界新聞ほか多数

普段どおりに
生きるための
新提案!

々がいるということだ。

まず、標準治療が一番良
いと言われて、他の人は辛
くても頑張っているのに自
分は頑張れなかった、とい
う挫折が一つ。

次に、「早く死にたいわけ
ではない」と、「薬にもすが
る思い」で様々な代替療法
を探し求めるが、足元を見
るがごとく法外な費用を前
にして諦めざるを得ない人
も少なくない。二つ目の挫
折だ。

そして挫折感と無力感を
抱えたまま死に向かうこと
になる。それら患者さんた
ちの切ない想いに、もった
目を向けるべきだったのだ。

私は、前述のような患者
さんたちの想いに応えるた
めに、標準治療を補完・代
替する、副作用が少なく、

安全で、高額でない選択肢
を模索することも、医療の
大切な役割なのだと考える
ようになった。

臨床試験の患者は7名

そしてたどり着いたのが
「がん共存療法」という概
念であった。

それは「がんの増殖を可
能な限り抑制し、少しでも
長く穏やかに、自分らしく
生きることが可能な『無増
悪生存期間』(がんの増殖を
一定の幅の中で抑制している
期間)の延長を目指す治療
法」というものだ。
それを可能にすると思わ

れる代替療法に関する書物
を探し求め、なるほどと思
える取り組みを、数年にわ
たって自ら実践してみた。

結果、多発転移病巣の多
くは縮小・消失し、現在で
は左右肺に複数の小さな転
移病巣が残っているのみだ。
詳細については『ステー
ジ4の緩和ケア医が実践す
るがんを悪化させない試
み』(新潮選書、22年)をご

参照いただきたい。

ただし、拙著は私自身の
個人的体験に基づいて記述
したものであり、エビデン
スのあるものではない。

そこで、それを実証する
目的で、標準治療から離脱
せざるを得なかった、肺や
肝臓に転移のあるステージ
4の大腸がん患者さんを対
象にした臨床試験に取り組
むことにした。

様々な経緯があったが、
最終的には東京都小金井市
にある聖ヨハネ会桜町病院
や公益財団法人日本財団な
ど、多くの関係者の理解と
協力の下に、23年1月から
24年12月まで、医師主導型

自主臨床試験として「第1
弾『がん共存療法』臨床試
験」が実施された(当初は
23年1月から24年6月までを
想定していたが、諸般の事情
で24年12月まで延長した)。

がんも含めた全ての生物
は、成長し存在を維持する
ためのエネルギーと栄養を
必要としている。

そして、際限なく分裂・増
殖するがんは、その代謝特
性として大量の糖質を必要
とすることが分かっている。
「がん共存療法」は、その
特性に焦点を当てた治療法
だ。具体的には、下記のと
おりである。
①まずは、がん細胞の増殖

を抑制する目的で、がんが必要とする糖質を制限し、糖質に代わるエネルギー源として高脂肪食にする。

糖質制限下での高脂肪食は、新たなエネルギー源になり、かつ、基本的にがんには利用されない抗がん効果のあるケトン体も産生する。上記は「糖質制限ケトン食」といわれている。

「がん共存療法」では体力を維持するために成人に必要な1日の総摂取カロリーは減らさないことが原則だ。もちろん蛋白質も、しっか

りと摂る。

②同時に、食後の上昇した血糖値を下げるインスリンは、がん細胞の増殖因子でもある。そこで、食後血糖値の上昇を極力抑制し、結果としてインスリンの分泌も抑制してがん細胞の増殖を抑制するために、糖尿病治療薬メトホルミン(M)を食前に服用する。さらに、抗がん効果のあるビタミンD(D)やEPA(E)を併用する。

①、②を併せて「MDE糖質制限ケトン食」と表現しているが、当療法では、これが基本的治療である。

次いで、それぞれの療法の安全性を確認しながら、一定期間毎に③がんの増殖抑制効果があるといわれているクエン酸などを使用した「クエン酸療法」や、④

大腸がんに適応のある経口抗がん剤TS-1を、副作用を出さないことを前提に低用量から開始する「少量抗がん剤治療」、次に⑤がん組織の酸性化や、がん細胞

厚労省が頭を痛めるがん治療費も抑制される

胞内のアルカリ化を抑制してがんの増殖抑制を目的にした「アルカリ療法」を積み重ねていく。ただし、この「アルカリ療法」は、臨床試験開始以降の知見で途中から追加している。以上が臨床試験の実態だ。

第1弾臨床試験に最後まで参加した患者さんは7名(40代、60代の女性3名、男

標準治療の中央値を超えた

A氏は最初から標準治療に拒否感を持つ標準治療無

治療者、B、D氏は標準治療を開始してみたが、副作用のため途中で離脱せざるを得なかった参加者だ。

B氏は標準治療の1次治療終了後離脱、C氏は1次治療途中離脱、D氏は2次治療終了後離脱だった。

そのため、当臨床試験は、A氏は標準治療の1次治療、B、C氏は2次治療、D氏は3次治療に相当することになる。

臨床試験期間中の副作用

性4名)だった。そのうちCT検査で効果を評価するRECISTという基準で、客観的評価可能な参加者は5名。うち1名は特例的に「MDE糖質制限ケトン食」のみでの経過観察となったため、「がん共存療法」の総合的な効果を適切に評価出来る参加者は、最終的には4名(A、D氏)だった。

としては4名中2名に軽度の下痢が出現した。

また臨床試験期間中のQOL(クオリティ・オブ・

ライフ・生命の質)調査では、A氏は不変だったがB

参加前よりも改善していた。

この臨床試験の目的でもある「無増悪生存期間」の

延長についてであるが、『がん化学療法レジメンハンド

ブック改訂第8版』(羊土社、25年)が例示する、標準治

療の「無増悪生存期間」中央値は1次治療の場合には

12・1ヶ月、2次治療の場合には8・4ヶ月、3次治療の場合には5・6ヶ月となっている。

当臨床試験における最長無増悪生存期間は1次治療に該当するA氏約7ヶ月、2次治療に該当するB氏約15ヶ月、C氏約9ヶ月、3次治療に該当するD氏は約12ヶ月だった。A氏以外は全員標準治療の中央値を超えていることになる。

また、臨床試験の期間を延長したことによって、当初は想定していなかった「生存期間」についても検討できるようになった。

その前に、以下の2点を念頭に置いて頂きたい。

1点目はステージ4の大腸がんを抗がん剤TS-1単独で治療した場合の生存期間中央値は約12ヶ月という報告(04年)があること。

2点目は、先述した『がん化学療法レジメンハンドブック』が例示する最新の標準治療の生存期間中央値は、1次治療の場合には31

ヶ月、2次治療の場合には16・8ヶ月、3次治療の場合には10・8ヶ月であるということだ。

上記を踏まえてA・D氏の、臨床試験開始時から終了までの生存期間を見ると、全員23ヶ月前後であり、これは先述したT・S・1単独療法の約2倍に相当し、かつB・D氏3名は、標準治療の中央値も大きく超えていることがわかる（なお、A氏の場合は、臨床試験期間が標準治療の生存期間中央値31ヶ月よりも短いため比較は困難）。

全員、転移病巣は増大し続けているため、いずれ病状悪化は避けられないが、25年1月からは第1弾臨床試験に修正を加えた第2弾臨床試験に参加しつつ、今も仕事も含め通常の日常生活を送っている（なお、現在、第2弾臨床試験の参加応募は締め切られている）。今後、以下の2つのような可能性が考えられる。

（1）標準治療とのコラボ

今回の臨床試験は既述したようにがんの代謝特性に基づいた3つの代替療法と「少量抗がん剤治療」を併用したものだったが、A・D氏は3つの代替療法を併用したことで、T・S・1単独療法の効果を大きく上回ったものと思われる。

以上より、今後、副作用を最小限に抑え、QOLを保持したまま、生存期間の一定の延長を目指す「がん共存療法」は、標準治療の限界を補完・代替できる治療法と位置づけられる可能性がある。

固形がんに対する有効性

昨今、高額療養費制度の見直しが大問題になったように、ステージ4のがんに対する薬剤費の個人的負担は大きなものになっている。今後さらなる高額化が予測されるがん医療の薬剤費は、従来以上に大きな社会的課題になるだろう。

ところが、今回の第1弾

（2）高額がん治療費の軽減

25年4月10日の朝日新聞オンライン記事に、全国のがん専門医で作るJCOG（日本臨床腫瘍研究グループ）医療経済小委員会が実施した、17種類のステージ4のがん患者の、標準治療における月ごとの薬剤費の調査結果が掲載されていた。それによれば、月50万円以上の治療を受ける人の割合は中央値で59%。また、17%の患者は月額100万円以上の治療を受けていたとのことであった。

臨床試験に使用した薬剤費は抗がん剤T・S・1も含めて最大で1人1ヶ月5万円弱であった。また、第1弾臨床試験に修正を加えた第2弾臨床試験では1人1ヶ月約3万5千円だ。このことは、現在の高額な標準治療とは別に、その取り組みの視点を変えるこ

とで、費用負担の少ない「がん医療」があり得ることを示唆していると言えるだろう。

ところで、「がん共存療法」臨床試験の取り組みが、1年以上にわたってNHKの取材を受けていた。その経過が、3月、4月にわたってNHKBS等で3回放映された。臨床試験が始まった経緯や臨床試験参加者のエピソードを交え、私も含めてそれぞれの想いが伝えられた。

視聴した皆様からの感想は「考えさせられた」「感動した」など種々あったが、臨床試験に理解を示す人々からは、先述してきたような「がん共存療法」の可能性があまり伝わってこなかったことが残念だったと言われた。

私は不偏不党を掲げているNHKだから、エビデンスレベルの低い現状を、肯定的に放映することは難しかったのだと思うと応えた。

当「第1弾臨床試験」は、対象者数が少なくエビデンスレベルは低いが、副作用で標準治療から途中離脱せざるを得なかった、ステージ4の大腸がん患者さんの選択肢になり得る可能性を示している。

また、理論的には肺がんや胃がんなど塊を作る他の固形がんに対する有効性も示唆している。

さらに、費用負担も含め将来のがん医療の在り方に一石を投じるだろう。

今後、多くの医療機関の協力を得て、エビデンスレベルの高い、規模の大きな臨床試験に取り組むことができるかと願っている。

幸い、日本財団の笹川陽平名誉会長からは、引き続きの支援の励ましを頂いている。

国や都道府県などにも、日本社会の未来を見据えた「がん共存療法」に注目を頂き、上記のような臨床試験の取り組みへの支援をお願いしたいものである。