

# AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

医学哲学 医学倫理 (2007.10) 25号:61～70.

近藤誠と安保徹が現代医学に問いかけるもの

杉岡良彦

# 近藤誠と安保徹が現代医学に問いかけるもの

Study on the Influence that the Claims of Dr. Makoto Kondo and  
Dr. Toru Abo have on Modern Medicine

旭川医科大学医学部健康科学講座 杉岡 良彦

Asahikawa Medical College Department of Health Science SUGIOKA Yoshihiko

---

## *Abstract:*

Dr. Makoto Kondo, a radiologist at Keio University, has suggested that one should not fight against cancer. His arguable claims are that (1) cancer screening is ineffective and that (2) cancer is divided into two categories : true cancer and pseudo-cancer (“gan-modoki” in Japanese). The former has a strong potential to be invasive and has already reached the invasive state on detection by screening. The latter is noninvasive and therefore the affected patients need not undergo medical treatment unless they exhibit some symptoms. Kondo highlights the evidence provided by medicine and informs us of how poor its basis is. It should be noted that he reached this conclusion through in-depth reflection on findings regarding cancer , without submitting to the opinions of the authorities. From the perspective of philosophy of medicine, we may state that his attitude is that of a philosopher. However, he also discourages patients who believe that cancer screening and treatment are effective.

On the other hand, Dr. Toru Abo, an immunologist and a professor at Niigata University, has developed a theory regarding the close relationship between the autonomic nervous system and the immune system, and maintains that cancer can be cured by activation of the latter. In contrast to the claims of Kondo, many of Abo’s claims lack medical evidence, but he offers hope to patients. Kondo’s theory is based on positivism, and he does not raise the hope of patients. Kondo’s position is very effective in revealing the insubstantial basis of medical science, but he confronts patients with nihilism, while Abo offers hope without considering the fact humans are mortal. Based on the opinions of these two doctors, we can reflect on the limits of application of positivism in medicine and the importance of the optimism that patients display and their individual initiative.

## はじめに

今から約10年前、慶応大学放射線科の近藤誠に

よる『患者よ、がんと闘うな』という衝撃的なタイトルの本がベストセラーになり、一般の市民だけではなく医学界でも大きな反響を呼んだ。同様に昨

今、新潟大学医学部教授の安保徹による『医療が病をつくる』、『薬をやめると病気は治る』等の一連の書物が一般の人々の関心を呼んでいる。しかし、彼らに対する医学界の反応は、多くは否定あるいは沈黙する態度である。ところで医学概論(哲学)とは、その創設者である澤瀉が述べるように「現在ある医学を反省することを通じてより良い医学を作り上げること」であるとすれば、社会的にも大きな反響を持つ近藤や安保の理論に対し、医学概論(哲学)の立場から反省を加えることは重要な作業である。それは、彼らの主張を検討することを通じて逆に現代医学の問題点があぶり出され、結果としてよりよい医学とは何かを考えることが可能になると思われるからである。

## I. 近藤誠の主張

近藤によれば、『患者よ、がんと闘うな』の主要なテーマは、「手術はほとんど役に立たない」、「抗がん剤治療に意味があるのは全体の1割」、「がん検診は百害あって一利なし」、「がんは本物のがんと、がんもどきとに分かれる」の4つである<sup>1)</sup>。そのうち、論争の争点は後者2つであり、とくに最後のいわゆる「がんもどき理論」は、「これまでにない主張」で、この概念が正しければ「これまでのがん治療体系は根本的な解体を迫られる重要なポイント<sup>2)</sup>であるという。以下の論考では、4つの主張のうち、大きな論争となった「がん検診」と、その理論的支柱となる「がんもどき理論」を検討する。

その前に、近藤がなぜこうした著書を世に問うたのかに言及することは必要であろう。日本では、乳がん治療において乳房だけではなく大胸筋、小胸筋、腋窩リンパ節まで切除するハルステッド法という非常に侵襲的な手術が欧米で消滅してからも約15年間続けられていたという現実がある。放射線科の医師である近藤は、この著書を書くきっかけについて「患者たちが手術による合併症・後遺症や抗がん剤の副作用で苦しみ、治療のせいで亡くなった患者の家族が悲嘆にくれている現状があるからです。それらの治療が妥当でも必要でもなかったとしたら、それに気づいた専門家は、世に知らせる責任があると考えたのです。」<sup>3)</sup>と語る。我々は、近藤のラディカルな発言の一方で、彼を背後で駆り立て

る、こうした患者の立場に立った彼の姿勢を見逃してはならない。

### i) がん検診の問題

近藤が「がん検診は百害あって一利なし」と主張する理由は、「早期発見が有効という根拠がどこにもないから」<sup>4)</sup>であるという。現在、日本でのがん検診は通常、肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんの5種類に対して行なわれている。近藤はそれぞれのがん検診の有効性について、批判する。たとえば大腸がんに関してはミネソタで行なわれた4万6千人を対象とする便潜血検査で、大腸がんによる死亡数は放置群と比べ、毎年検診を行なう群では約30%減るが、被験者千人あたりの総死亡はまったく変わらない<sup>5)</sup>。近藤はこの点を批判する。現在、わが国の国立がんセンターのホームページでは、がん検診の有効性を示す根拠(論文)が示されている<sup>6)</sup>。このうち最もエビデンスの質が高い無作為化比較対照試験(randomized control trial: RCT)に基づく調査が行なわれ<sup>7)</sup>、その有効性が示されるのは、乳がんの「視触診+マンモグラフィー」によるものと大腸がんの「便潜血検査」の2つである。残り3種類のがん検診についての根拠の質はRCTより質が落ちるとされる症例対照研究によるものである。国立がんセンターが大腸がん検診の一つにあげ、しかも近藤の『患者よ、がんと闘うな』が出版された以降の最新の論文(RCTにより行なわれた研究)を紹介しよう。約15万3千人を対象として英国のノッティンガムで行われた調査によると、検診群(隔年受診群)では、対照群にくらべて大腸がんによる死亡は13%減少するが、被験者千人あたりの総死亡は一不思議な事に一変わらない<sup>8)</sup>。つまり、近藤が、1993年のミネソタで行なわれた研究に対する批判が、そのままこの新たな疫学研究に対しても当てはまる。奇妙なことに、2005年に出された研究班の報告<sup>9)</sup>は、この最新の論文も便潜血検査の有効性を示す根拠としているが、大腸がんによる死亡が減ることのみが強調され、総死亡率が不変である結果については一言も言及していない。

## ii) がんもどき理論

さて、近藤の「がんもどき理論」<sup>10)</sup>とはいかなるものか。彼はがんを「本物のがん」と「がんもどき」の二つに分類する。前者は「転移するがん」であり、ほとんどは早期発見できる大きさになる以前にすでに転移しているがんである。後者は、現在も将来も転移能を持たず、多くはゆっくりと増殖し、肉眼的な病理診断では本物のがんとは区別できないがんである。それに対して、現代医学を支える理論は「転移していない早期がんを放置しておく、そのすべたないしほとんどに将来転移が生じると考える早期発見理論」である。早期発見できる大きさになる以前にすでに転移しているとする近藤の主張する「本物のがん」の根拠を彼は3つあげる。第一は「どの臓器のがんでも、本物のがんでは、原発病巣を治療した1-2年のうちに転移が明らかになることが多い。」つまり、転移も発見される大きさになるには、分裂を30回以上も繰り返さなければならず、かりに1回の分裂期間を短めに1ヶ月と仮定しても30ヶ月以上を要するわけで、原発病巣発見時のずっと以前に転移が成立していた証拠になるとする。第二は「転移成立時期に関する実際の観察データ」をあげる。草間によれば、66人の乳がん患者で転移成立時期を計算したところ、原発病巣が0.1 mm 大のところでは転移のピークがあり、ほとんどの患者で原発病巣1 mm 以下の時期に転移が成立している<sup>11)</sup>。第三の根拠は「転移のメカニズム」にあるとする。がんが周囲の組織に浸潤し、他臓器に転移するには単に原発病巣のサイズが大きくなるだけでは不可能で、がん細胞自ら分解酵素を分泌し（あるいは周囲にある線維芽細胞などに分泌を促す）、周囲の細胞外基質を破壊し、血管の基底膜を破壊する等々、一連の複雑な過程を経て初めて他臓器にたどり着き、増殖可能となる。したがって、いくら原発病巣のがんのサイズが大きくなろうとも、こうした能力を持たないがん（つまり「がんもどき」）は、転移しないし、逆にこうした能力があれば、第二の根拠が示すように、1 mm 以下でも転移する。近藤が挙げるこれら3つの根拠は、「早期発見可能な大きさを超えてから転移する」という早期発見理論と対を成す。別のところで、近藤は「がんもどき」の存在を示す根拠のひとつとして、15人の早期胃がんを観

察し、 $0.2 \times 3 \times 3 \text{ cm}^3$ の大きさになるまで15-25年かかるとする藤田のデータ<sup>12)</sup>を紹介し、がんは人々（患者も医師も含め）が信じているほど増殖は速くないことを示す。

## II. 近藤理論への反応 1—医学界の反応—

近藤に対して現代医学（それゆえ早期発見理論）の立場から、正面きって反論を展開した一人が自治医科大学病理学教授の斉藤建であった。彼は近藤理論を信じる人が増えると「それでは治るがんも治らなくなる」という危惧から立ち上がった。斉藤の著書から近藤に対する主要な批判のうち2つを紹介する。

批判1. がんは「本物のがん」と「がんもどき」の二種類に分類できるほど単純ではない<sup>13)</sup>：病理医として、多くのがん標本を自らの目で見てきた斉藤は、がんには「高分化→中分化→低分化→未分化」と、悪性度が低いものからきわめて高いものまでに分類されることを紹介する。そして、近藤の言う、転移しない「がんもどき」は、病理学では「カルチノイド carcinoid (carcinoma + oid)」にあたるが<sup>14)</sup>、それも大きくなると転移することもあることを示す。

批判2. がんは進行するほど、予後が確実に悪くなる<sup>15)</sup>：たとえば胃がんのステージ別の5年生存率は、I A 92%、I B 90%、II 76%、III A 59%、III B 37%、IV 8%と報告されている<sup>16)</sup>。こうしたデータは、早期発見早期治療の効果を強く支持するものである。

以上、我々は近藤の「がんもどき理論」とそれに対する現代医学の側からの批判を示した。特に、生存率についての批判は、がんもどき理論への決定的な批判であると考えられる。しかし、がんもどき理論からすれば、早期発見されるがんには、がんもどきが多いので、「早期発見の恩恵をこうむったと思われる人たちは、早期発見しなくても今以上の元気を保てたと考えられるのです。」<sup>17)</sup>と説明される。傍点部の記述は、いわゆる臨床疫学で「レンジスバイアス」といわれる概念で、進行が遅く予後のよいがんは検診で見つかる確率が高いため、これを考慮しないと早期発見の効果は実際よりも高く評価されることは一般に認められている。つまり、がんのス

テージによる予後の違いが、早期発見理論からだけではなく、がんもどき理論からも説明可能であることを示せることに注目しよう。それはちょうどかつての天動説と地動説のように、われわれのしている現象はどちらの理論からも説明可能なのである。それでは、事実をどちらを支持するのか。それを明らかにするには、がんの自然経過を観察するしかない。近藤はそれ故、いくつかの著書の中で、がんを自然放置した症例を紹介し、早期発見理論への批判を述べている<sup>18)</sup>。

次に、「がんは本物のがんとがんもどきに分かれるほど単純ではない」とする齊藤の主張は、おそらく多くの医師や医学研究者が賛同するものである。なぜなら、がんの「多段階発がん」あるいは、最近の cancer stem cell の概念は、がんの多様性を示唆し、それは近藤のがんもどき理論よりも、早期発見理論を支持するように思われるからである。しかし、がんの生物学上の多様性と、現実にはそれがどのくらいの割合で存在するのかは別の話ではなからうか。つまり、実際のがんは高分化から未分化まで多様であるとしても、現実の問題として、高分化がんの増殖が、人々がそれまで考えていた以上に遅く、かつ転移能を持たないか、持ったとしてもそれが極めてまれであるなら、そのがんが見つかった時点ですぐにかん組織／臓器を摘出する必要はない。つまり、理論上は、がんもどき理論は受け入れられないとしても、臨床上は、がんもどき理論を受け入れる可能性は存在する。即ち患者の選択肢の一つとして、「数ヶ月様子を見て、自分のがんの悪性度を医師とともに判断する」というのも可能であろう。このように、我々は一方の主張のみを支持することは現段階としては不可能であると、告白せざるをえない。理由は、どちらかを正しいと証明する十分なエビデンスがいまだ提示されていないと考えられるからである。

### Ⅲ. 近藤理論への反応 2

#### —患者・市民の反応—

##### i) 乳がん患者の声とニヒリズム

「講演会のあとで、近藤医師のところに駆け寄った人たちが、求めていることは、抗がん剤以外の治療法である。限界の先には、何を見出せるのだろうか。

か。代替医療を見直す必要はないのか。今までの近代医療の枠組みでいいのだろうか。」<sup>19)</sup>

これは、自ら乳がんに罹患した女性が、多くの抗がん剤の効果を否定する近藤の講演を聴いた後の率直な感想を述べたものである。現代医学の限界・無力さを指摘された患者の中には、さまざまな健康食品や漢方など、いわゆる代替医療にすがる人も多く出てくる。しかし、近藤は代替医療も「非証明療法」として一掃する。「非証明療法とは、その効果が実証されていないのに効果があると宣伝・実行されている方法のことで、民間療法や代替医療とほぼ同義です。」<sup>20)</sup>つまり、抗がん剤、手術療法に対してそのエビデンスの欠如からそれらを徹底的に批判した近藤は、その同じ論拠でいわゆる民間療法・代替医療を批判する。そして患者が代替医療を採用することで、「治るチャンスを逃す人、副作用で死亡する人、残り時間を空費する人、財産を巻き上げられる人が続出しています。」<sup>21)</sup>と指摘する。ここで、がん患者やその家族の心境を考えてみよう。今まで、患者は自らの生を医療に預けていた。「我々は病気に対しては無力であり、それは医療にゆだねるものだ」と信じていた。しかし、そのゆだねるはずの医療が、信じていたほど効果をもたらさないことが示された。しかも、それに代わる医療さえ、非証明療法だと否定された。信じていたものと信じようとしたものが共に崩壊した。希望が崩壊した。ニヒリズム—近藤が患者にもたらすものは、抗がん剤治療も手術療法も多くは科学的根拠に乏しいというがん治療におけるニヒリズムの現実に患者を直面させることではないか。「人は夢や希望を持つことが大切、とよくいわれます。しかし、ことがんに関しては、それは当てはまりません。(中略) 夢や希望にすぎた結果、からだを切りきざまれ、たんなる毒でしかないものに使われてしまうからです。」<sup>22)</sup>このように患者への希望を「粉碎」した後、近藤は患者が不安を克服するためには、「薬物などの物質に頼る気持ちをまず捨てること、人との出会いや心の交流を大切にすること、そしてできれば打ち込むことのできるなにかを探すこと」<sup>23)</sup>を提言する。実際の治療に関しては、「がん治療には最低限、症状をとってもらうことを期待しましょう。」<sup>24)</sup>と述べ、疼痛除去、バイパス手術、腫瘍摘出、放射線療法、抗がん

剤（効果が明らかな腫瘍に対して）を挙げるが、あくまでもこれらは「症状を取るための処置」である。

## ii) 「がんと闘わない」あとで —諦観と共生—

「がんと闘うな」と人々に主張する近藤は、一体、がんに対してどのような態度、考え方を示すのか。それは、「諦観」と「共生」とまとめることができる。「どうやら私たちは、思想や理念のうえで、がんと闘うという言葉から脱却すべきところに来ているようです。」<sup>25)</sup>

近藤の『患者よ、がんと闘うな』は大いなる否定の書である。しかも患者側には、否定のあとに期待される、積極的な肯定の理論がもたらされていない。近藤はいう、「完璧な健康はありえない。不老長寿はありえない。そこそこの状態で我慢しなければならないことも多い、という一種の諦観も有用です。観念の病（がんをはじめ、検診で見つかり、病気がラベルされるもの：引用者注）には、各自の観念を強化して対抗するしかない。その意味で、いま哲学が一番必要とされる時代です。」<sup>26)</sup>

一方、がんとの共生に関しては<sup>27)</sup>、「①がんは自分自身の一部、②がんの本質は老化現象、加齢現象、③がんは、人が安らかに死を迎えるための装置であり、天の配剤である、④がんと闘うという場合は、その相手はがんでなく抗がん剤や、施術の後遺症である場合が多い」ことを挙げて、「がんとの共生概念は、人生の最後において悲壮な目に遭う人が一人でも少なくなるよう、患者・家族が冷静さを取り戻すためのブレーキ装置です。少しの時間でいいから、自然や生命の理について思いをめぐらしてみよう。その心の余裕を回復するために機能する概念である」とがんとの共生を説き、がんと闘うというこれまでの患者と医療者の意識の変更を要請する。

## IV. 医学概論から近藤誠を考える

### —医学哲学としての『患者よ、がんと闘うな』—

近藤の著書は現在のがん治療の依って立つ根拠、すなわち「早期発見理論」に対し、その根拠の乏しさを批判し、それに代わる「がんもどき理論」を提唱した。そして、がんという病気を舞台にして、「現代医学の再構築」を図ることを試みた<sup>28)</sup>。一

方、「がんもどき理論」は、彼が籍を置く医学界に対するプロテスト（抗議）でもあった<sup>29)</sup>。「踏み絵をふんで旧体制と決別していなければ、がんもどき理論をいい出せなかったかもしれませんし、それどころか、がんもどき理論に気づきそうになると、ころのなかであわてて否定して、関心を他に向けたかもしれません。」<sup>30)</sup>

ベルクソンは、哲学の方法は直観 intuition によるとするが、ソクラテスのデモンの働きに言及しながら、直観とは「否定の力」であるとする。「広く受け入れられてきた見解、明白と思われてきた主張、科学的として通ってきた命題、これらを前にして直観は、とんでもない、不可能だ、との言葉を哲学者の耳にささやくのです。」<sup>31)</sup> こうしたベルクソンの指摘する哲学的直観（否定の力）を、我々は近藤にも見出すことができる。それは医師である近藤が、日々患者の苦しみと向き合い、多くの論文を徹底的に検証する営みの中で現れた声であろう。

澤瀉は医学概論の目的を「現在ある医学の反省を通じて、よりよい医学を構築すること」<sup>32)</sup>と明確にする。そして狭義の医学概論である医学論の課題を「健康とは何か、そうしてその健康はどのようにして保持、増進されるか、及び病気とは何か、その病気はいかにして治療、予防されるかということこそ医学論が考究しなければならぬ問題である」<sup>33)</sup>と述べる。一方、近藤の著書は、日本人の死亡原因第一位である「がん」という病気に関して、「がんとは何か、がんはいかにして治療、予防されるかということ」を論じた。それは澤瀉の示した医学概論の中心課題である医学論の中核となる部分を論じたといえよう。確かに、澤瀉の三冊の『医学概論』と比較した場合、近藤には体系的な「科学論」、「生命論」は無い。「医学を再構築する」という近藤の狙いは、今後の彼の体系的な著書の誕生を待って達成されよう。しかし澤瀉がいくら「医学概論は医学とは何かを反省する学問である」と主張しても、当時の医学界に与えた影響（反省）は決して大きいとはいえない。むしろ今あるところの医学に反省を促した点から言えば、澤瀉よりも近藤の影響がはるかに大きい。実際その近藤の影響を陰に陽に受けて、手術と抗がん剤の使用はそれ以前に比べ、侵襲的ではなくなり、国立がんセンターのホームページでもがん検

診のメリット、デメリットがよりはっきりと開示され、その根拠も一まだまだ十分ではないが一示されるようになった。

医学という、旧態然とした権威主義がいまだに根強い中で、あくまでも権威よりも論理を重視し、徹底して医学データ(文献)を検討することを通じて、がん医療における早期発見理論を否定し、がんもどき理論から医学の再構築を図ろうとすること—もし「それまで多くの人が自明であるとして疑わなかった前提を反省し、さらに新たな理論を生み出そうとする営み」を哲学的態度の一つとするなら—こうした近藤を「医学を哲学する人」と言っても過言ではなかろう。さらに、彼の一連の書物は、結果的に早期発見理論の立場に立つほとんどの医療者に、現在のがん治療、検診、さらには早期発見そのものの根拠の見直しや検討を迫った。つまり、近藤自身が、がん治療を反省し、そこから新たな理論を生み出しただけではなく、彼の著書は多くの医療者にがん治療の反省を促したのである。こうした事実を考慮すると『患者よ、がんと闘うな』は、現代におけるきわめて重要な「医学哲学の書」であると位置づけることができる<sup>34)</sup>。

## V. 安保理論とその問題点

### i) 安保理論と発がんのメカニズム

安保徹は医師ではあるが、近藤と違い臨床医ではなく基礎医学に従事する免疫学者である。一般に安保の理論は外科医である福田稔とともに考え出され、正確には「福田-安保理論」と呼ばれている(以下では安保理論と略)。まずその概要を整理しよう<sup>35)</sup>。安保理論の根拠は「顆粒球は細胞表面にアドレナリンレセプターを持つため、交感神経が刺激されると顆粒球が増加する。リンパ球はアセチルコリンレセプターをもっているため、副交感神経が刺激されると増加する。」という点にある<sup>36)</sup>。この発見の興味深い点は、交感神経と副交感神経という「自律神経系」と顆粒球とリンパ球という「免疫系」が関係しあうことを生物学的なレベルから明らかにした点にある。安保は自らの免疫学を「心とからだをつなぐ免疫学」とも呼んでいる。彼はあらゆる生理現象や疾患をこの安保理論から説明しようとする。ここでは、安保理論の中でも繰り返しとりあげ

られ、また日本人の死亡原因第一位であるがんに注目し安保理論を具体的に見ていこう。安保理論によれば発がんのメカニズムは以下のように2つの経路がある。

- ①交感神経の緊張→顆粒球増加→活性酸素の放出→細胞障害→再生繰り返す→がん化
- ②交感神経の緊張→免疫抑制(副交感神経の支配下にある細胞障害性T細胞の減少と、NK細胞活性の低下)

そして、「がんの原因」として、「働きすぎ、まじめな性格、大酒のみ、心の悩み、痛み止めの長期使用」をあげる。これらはいずれも交感神経の緊張を招き、上記の2つの系を通じて発がんに関与するという。一方、治療に関しては、「ガンを治す4か条」として、「1. ストレスの多い生活パターンを見直す。2. ガンの恐怖から逃れる。3. 免疫を抑制するような治療(三大療法)を受けない。受けている場合はやめる。4. 積極的に副交感神経を刺激する。」を挙げる。さらに「自律神経免疫療法」と呼ばれる、安保理論に基づいた実際の疾患に対する治療法を提唱している。それは爪の生えぎわを中心に、全身の治療点を注射針やレーザ、磁石などで刺激し、自律神経の働きを整え、免疫を高めることで、病気を改善させる治療法である。

### ii) 安保の問題点

安保の問題点は、(1)「自らの基礎医学データから得られた知見を臨床医学に応用した際に、その臨床レベルでの効果の証明が十分でない点」、しかしながら(2)「その効果に対して断定的に述べる点」にある。安保理論の根拠の多くは、実験室で得られた基礎医学上のデータに基づいている。

魔法の弾丸といわれた抗生物質の発見とその応用が個々の感染症治療に劇的な効果を発揮してきた事実があるとしても、基礎医学での劇的な治療効果やメカニズムに関する知見の臨床医学への応用が、必ずしも予期された効果を現さないことは驚くべきことではない。それゆえ人を対象として本当にその治療法や予防法に効果があるか否か、それを明らかにするのが現代医学における強力な方法論の一つである臨床疫学であり、それを実際の患者に応用しようとするのがEBM(evidence-based medicine)であ

る。先に見た近藤のがん検診、がん治療への批判はこの臨床疫学の方法論に基づいている。

安保は自律神経免疫療法の効果を力強く述べるが、その自信は自らの基礎医学データに対する自信に由来するのであろう。しかし、社会医学や臨床医学で重視されている臨床疫学・EBMの考え方を安保はあまり重視していないように思える。こうした点から考えれば、安保の提唱する「自律神経免疫療法」も「がんを治す4か条」も仮説にとどまる。

安保自身は言及していないが、免疫と発がんに関する有名な研究として、Lancetに投稿されたImaiらの興味深い論文がある<sup>37)</sup>。実際に3500人を対象としたコホート研究によって、そのうち発がんを認めた154人のNK細胞活性との関係を調べたところ、もともと活性が中等度あるいは高いグループは、低いグループよりも約40%発がんリスクが低いことが示された。しかしその研究でさえ、あくまでもNK細胞活性の強さが発がんに関与することを示すものであり、NK細胞活性を高めることが治療に結びつくことを示すものでない。安保が提唱する「がんを治す4か条」に貫かれるモチーフは、「免疫を高めてがんを治すこと」である。しかし、上記のように、NK細胞活性が発がん率に関与するとの研究はあっても、自らの免疫力を高めることで、がんが治るという無作為化比較対照試験(RCT)は今日まで存在しない。確かに我々は、安保理論とは自律神経系と免疫系をつなぎ、がんの発生に関する2つの経路を提示するという医学的には極めて興味深い仮説であることを一たとえ現時点では仮説であるとしても一看過してはならない。しかし、臨床疫学の観点から見れば、「手術、抗がん剤、放射線」の三大療法はすべて免疫抑制作用があり、やめるべきであるとの主張はあまりにも結論を急ぎすぎている。

## Ⅵ. 安保と近藤が現代医学にもたらす意味 —患者の希望と主体性—

上記のような問題点にもかかわらず、安保理論はある種の魅力をもっている。それは何であるのか。安保の理論は非常に明快であり、安保が監修した患者向けの書物に限って言えば、「がんは免疫を強めることで治すことができます」、「うそのように病氣

の苦痛から解放されるはずです」など、書物は断定的な記述と保証にあふれている。我々は彼の著書に、「希望」を見出すことができる。そこでは、安保理論に基づく「自律神経免疫療法」による希望、救いの可能性が力強く説かれている。さらにその安保理論は、ただ、医学的処置を待つだけの、「受動的」な現在のがん治療とは異なり、「がんを治す4か条」に認められるように、患者ががん治療に自ら「能動的」に参加すること、つまり患者の「主体的な参加」を促すものである<sup>38)</sup>。安保が多くの問題点を持つにもかかわらず、患者の支持あるいは少なくとも共感を得るのは、患者は「希望」と「治療への主体的参加」をその主張に見出すことができるからではないか。

現代医学では、予防にせよ、治療にせよ、患者の「前向きな気持ち」、「がんの恐怖から逃れること」という精神的な要素はあくまでもがん治療においては確かなエビデンスに基づかない補助的なものと通常は考えられている<sup>39)</sup>。しかし、がん患者は、現代医学においては通常求められることのない、患者自身の主体的な治療への関与に前向きである。このことは、代替医療へ向かう多くのがん患者の心理でもあり、彼らの主体的な治療への参加は、多くの場合、患者自身の内にある、自然治癒力への信頼に基づくものが多い。だが、近藤はがん治療における自然治癒力の効果を否定する。「さまざまな非証明療法が自然の治癒力を強調し、われこそは自然の治癒力を引き出すものなるぞ、としています。(中略)しかし、がんを根本から治すためには、遺伝子の傷を修復することが期待されるわけで、自然の治癒力ではその修復ができなかったからこそ、細胞はがん化して育ったのではないのでしょうか。」<sup>40)</sup>

近藤がこのように自然治癒力や代替医療に関して否定的であるのは、実際にそれを過信して手遅れになったり、高額なお金をつぎ込んだりする患者を救いたいという気持ちからである。しかし、近藤はあまりにも医学における希望の意義を過小評価しすぎではないだろうか。患者にとって、抗がん剤も希望なら、手術療法も希望である。近藤が専門とする放射線療法もそうである。抗がん剤治療が、固形がんの多くで延命効果が証明されていないし、さらには致死的となる副作用の報告にもかかわらず、患者が



それを受け入れてきたのは、単に医学に対する盲信だけではなく、患者がそうした治療に対して主体的に「希望」を見出そうとしていたからではなかろうか。患者にとっては副作用の苦しみよりもつらいこと、それは医師から見放され、「希望」を奪われることではないか。だからといって、有効性を示す根拠に乏しく、かつ侵襲的な治療の中に患者を放置することは許されない。だが近藤の批判する希望の意味が、「それを持つことによってエビデンスの質が低くかつ侵襲的な治療を受けることにつながる」とすれば、例えば安保による「自律神経免疫療法」のような治療法—副作用のある薬剤に頼るものでもなく、かつ安価であること、さらに患者に希望をもたらす治療法—を認めることはできよう。近藤が、ある条件下でがんの自然放置群を観察するように、その条件 criteria にかなう患者なら、腫瘍の大きさや症状を慎重に観察しつつ、「自律神経免疫療法」を適応してその効果を評価することは可能であろう。もちろん、それ以外の代替医療（非証明療法）でも、それが副作用と金額の点で問題ないのであれば、我々は患者自身の主体的な選択を重視すべきであろう。

希望—それは確かに安保理論を通じて患者に与えられる救いとなっている。しかし、ここに近藤と安保との決定的な違いがある。先に見た近藤の「諦観」と「共生」概念は、医学が今日まで避けてきた「死の問題」を患者が直視せざるをえないことから要請された概念であるといえよう。我々は、『患者よ、がんと闘うな』の行間に漂うある種の情念を感じるが、それは「医学における死の問題」を直視せざるを得ない現実由来していると考えられる。安保は希望を与えるが、それは死の現実を彼岸に置いた optimistic な希望であり、近藤は死を直視させるが、医学における希望の意味を忘却しているのではないか。

希望と死ということ、私は医学における二律背反の概念であるとは考えない。死という生物にとって不可避の現実を忘却し、それを直視しない希望は、偽りの希望である。近藤が新たな発見や治療法の開発を大々的に宣伝する現代医学あるいは非証明医療に対して、「がんは今後もなおるようにはならないだろう」<sup>41)</sup>と述べるのは—それは患者にとって

残酷にも思えるが一死を忘却した「偽りの希望」を吹聴する欺瞞性をそれら両者に感じ取っているからではなかろうか。「死の問題」を避けることなく、そこから始まる医学の誕生—そのために現代医学の解体と再構築を促すこと、それが『患者よ、がんと闘うな』が出版から10年を経た今にいたるまで、われわれに問い続ける課題なのではなかろうか。

## VII. まとめ—実証主義と生命の立場—

澤瀉は、「医学概論とは医学の立場で生命を論ずるものではない、生命の立場から医学を論ずるものである」<sup>42)</sup>と述べた。この澤瀉の視点に立てば、近藤の主張はあくまで科学を基礎とする医学の立場つまり実証主義の立場に立つ。それは、同じ科学的な立場に立つ現代医学のがん治療に対しては、徹底した批判を行なうにはふさわしい立場である。しかし、その徹底した批判の後で、そこに残るものはニヒリズムである。

近藤は、徹底した実証主義の立場に立脚することによって、現代医学のがん治療を解体することを試みた。その結果、現代医学のがん治療が、人々が盲目的に信じていたほど、効果的ではないこと、あるいは、その効果の根拠が乏しいことが暴露された。暴露の心理学とは、ニーチェの手法であるが、近藤の否定の書である『患者よ、がんと闘うな』は、自らの学問の体系性の構築よりも、既成の学問の根拠の暴露と解体を意図した点で、きわめてニーチェ的な書物である。そして、実証主義の立場からは、「がんは今後も治るようにはならないだろう」と主張するしかないのかもしれない。澤瀉は『医学概論第三部』の中で、漢方をはじめとする代替医療についても多く頁を割いて、その可能性を述べている。それは、澤瀉が実証主義の立場ではなく、 $\alpha$ と $\beta$ の二元的一元性の立場、生命の立場から医学を考えたときのひとつの帰結である<sup>43)</sup>。近藤によって現代医学のがん治療の限界が示されたこと、それはおそらく近藤の意図に反して、生命の立場からの新たな医学の可能性を、現代医学に呼び込む原動力の一つにもなっている。具体的に言えば、自然治癒力に肯定的な安保の主張が受け入れられる理由のひとつは、近藤によりがん治療の信頼性が薄らいだためであることは否定できない。

よりよい医学とは何かを反省しその構築に努力すること、それは医学の哲学としての医学概論の使命である。そのためには、現在ある医学を十分掌握し、そして反省を始めなければいけない。近藤は、現代医学のがん治療に対してそれを行なった。分子生物学であれ、EBMであれ、科学としての医学の立場に徹した帰結—ニヒリズム—を近藤は鮮明に示してくれる。このことは人間／病む人を対象とする医学にとって、科学はきわめて重要であるが、あくまで一つの方法論であることを示している。つまり澤瀉の医学概論の立場からは、科学主義／実証主義の立場ではなく、あくまでも生命の立場から医学を論じなければいけないとすれば、医学における「科学」と患者の希望や主体性に配慮した「哲学」の必要性が再確認されよう。今後われわれに必要なのは、一方では、近藤のように徹底して論理的かつ科学的に、現代医学の立脚する根拠を問い続け、実際の医療でのエビデンスの蓄積に努めることであり、一方では、生命の立場から示唆される医学理論（仮説）の体系的構築と、それを実際の医療に応用した際の科学的な評価であろう。その際、患者の「希望（死を忘却しない前提での）」と「主体性（治療選択と治療への参加において）」が、重要な指標となると思われる。近藤誠と安保徹という二人の主張は、現代医学の問題点と今後の課題を我々に直面させる。

#### 〈注〉

- 1) 近藤誠『患者よ、がんと闘うな』、文藝春秋、1996年。文庫版、2000年、3頁。以下、『闘うな』と略。ページ数は文庫版。
- 2) 同上、15頁
- 3) 同上、288頁
- 4) 同上、199頁
- 5) Mandel JS et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med. 1993, 13 ; 328(19) : 1365-71.
- 6) <http://ganjoho.ncc.go.jp/> 国立がんセンターのホームページ上では、がんの基本的な説明、予防法、治療法、統計までかなり詳細に紹介されている。
- 7) エビデンスの質：臨床疫学において、エビデンスの質は①無作為化比較対照試験（RCT）が最も高く、以下順に②コホート研究、③症例対照研究、④記述的研究、横断研究、症例報告、⑤専門家の意見であるとされる。
- 8) Scholefield JH et al., Effect of faecal occult blood screening on mortality from colorectal cancer : results from a randomised controlled trial. Gut. 2002 ; 50(6) : 840-4.
- 9) 祖父江友孝ら「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン（普及版）」『癌と化学療法』32(6) : 2005, 901-915.
- 10) がんもどき理論に関する以下の記述は、前掲、『闘うな』、227-262頁参照
- 11) 草間悟「癌の時間学」『癌の臨床』27巻第8号、1981年、p793-799
- 12) Fujita S. Biology of early gastric carcinoma. Pathol Res Pract. 1978 ; 163(4) : 297-309.
- 13) 斉藤建『近藤誠氏の「がんもどき理論」の誤り』、主婦の友社、1996年、46-64頁
- 14) 近藤の「がんもどき」の定義を病理学の概念でのべると carcinoid になるが、近藤の主張する「がんもどき」は、病理学で言う「がん」がそもそも本物のがんとがんもどきに分けられるとする。
- 15) 前掲『近藤誠氏の「がんもどき理論」の誤り』、103-123頁
- 16) 国立がんセンター中央病院外科でのデータ。  
(更新日2007年4月2日、アクセス2007年6月5日)  
[http://ganjoho.ncc.go.jp/public/cancer/stomach/treatment\\_10.html](http://ganjoho.ncc.go.jp/public/cancer/stomach/treatment_10.html)
- 17) 前掲『闘うな』、256頁
- 18) 例えば『闘うな』、121-149頁。近藤誠『成人病の真実』、文藝春秋、2002年、209-225頁参照
- 19) 高橋ユリカ『キャンサー・ギフト』、新潮社、1995年、152頁
- 20) 前掲『闘うな』、271頁
- 21) 同上、280頁
- 22) 同上、288頁
- 23) 同上、281頁
- 24) 同上、290頁
- 25) 同上、289頁
- 26) 前掲『成人病の真実』、253頁
- 27) 近藤誠『がん治療総決算』、文藝春秋、2004年、186-197頁参照
- 28) 前掲『闘うな』、16頁
- 29) 近藤誠編著『「がん」と闘うな」論争集』、メディカルト

- レビュー、1997年を参照
- 30) 前掲『闘うな』、295頁
- 31) ベルクソン「哲学的直観」(三輪正訳)『世界の名著ベルクソン』、中央公論社、1969年、115頁
- 32) 澤瀉久敬『医学の哲学 増補』、誠信書房、1981年、259頁
- 33) 澤瀉久敬『医学概論 第三部 医学について』、誠信書房、1959年、12頁
- 34) 後で述べるように近藤は澤瀉と違い、あくまでも実証主義的な立場に立つことを指摘しておく。
- 35) 以下、本文で取り上げる安保理論については、安保徹『医療が病いをつくる』、岩波書店、2001年、27-51頁。安保『薬をやめると病気は治る』、マキノ出版、2004年19-43頁及び107-117頁。安保徹、福田稔監修『免疫を高めると病気は必ず治る』、マキノ出版、2004年参照
- 36) Tsukahara A et al., Adrenergi stimulation simultaneously induces the expansion of granulocytes and extrathymic T cells in mice. Biomed. Res. 1997, 18 : 237-246.
- 37) Imai K et al., Natural cytotoxic activity of peripheral-blood lymphocytes and cancer incidence : an 11-year follow-up study of a general population. Lancet. 2000, 25 ; 356(9244) : 1795-9.
- 38) 前掲『薬をやめると病気は治る』、141頁
- 39) Watson M et al., Influence of psychological response on breast cancer survival : 10-year follow-up of a population-based cohort. Eur J Cancer. 2005, 41(12) : 1710-4. 参照。がん患者の心理状態と生存率の関係に関して、helpless/hopeless response が強いと再発無く生存している率が有意に低いことを報告した。
- 40) 前掲『闘うな』、285頁
- 41) 同上、14頁
- 42) 前掲『医学概論第三部』、12頁
- 43) 澤瀉の医学概論が独自の生命論に基づくこと、またその中核となる「 $\alpha$ と $\beta$ の二元的一元性」に関しては杉岡良彦「澤瀉久敬の医学概論と現代医学」『医学哲学・医学倫理』第23号、2005年、115-124頁参照