

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

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  
山崎章郎 著 新潮社 2022年6月初版



はじめに

緩和ケアの第一人者である、あの「山崎章郎先生」が「大腸がん」を患われた。月日の経つのは早いもので、今年で76歳を迎えられる。このことを昨年の「文藝春秋」12月特別号で知り、そして、本書を知った。以下、本書より抜粋する。

2018年6月の梅雨の頃から、ごろごろという時ならぬ「腹鳴」が始まった。8月には下腹部を中心に、頻回になった。『これは、腸内ガスが狭い場所を通過する際に、腸の蠕動運動が亢進して出現する音だ。大腸に狭い場所がある？ きっとこれは大腸がんには違いないと確信した。』

9月半ば、内視鏡検査を受けられた。大腸にはポリープが多発していて、そのうち1つはS状結腸にあり、全体として凸凹しており、頂上の1部がくぼんでいた。1週間後、病理検査の結果が出た。「悪性」だった。CT上、肺や肝臓への転移はなかったが、がん病巣のあるS状結腸の外側の1個のリンパ節に転移の疑いがあった。11月初旬、腹腔鏡手術が行われた。切除したリンパ節には転移があり、「ステージ3」であることが判明。「5年生存率は70%」、「経口抗がん剤ゼロータの服用によって5年生存率は80%に上がる」と説明があった。

副作用をはじめとした抗がん剤の功罪を知っておられたため、その提案に一瞬ためらいもあったが、12月初めよりゼロータの服用が始まった。ゼロータは1日2回、朝夕食後の服用で、2週間服用し、1週間休薬で1クール、全部で8クール、6カ月の治療スケジュールだった。

1クール目は大きな副作用もなく経過した。日常生活は仕事を含め順調であったが、2クール目から副作用が出てきた。まずは食欲の低下である。それに軽度ではあったが慢性的な嘔気が続くようになった。食べ物は無理やりに食べた。さらに、下痢も始まった。同じ頃、手足症候群が始まった。徐々に手足の皮膚の色が黒ずみ、皮膚も荒れ始めた。そして手のひらの筋の部分や、指関節にひび割れが始まった。やがて、ひび割れからは出血も始まった。痺れも出てきた。教科書通りだった。

物を把持すれば痛みも増強したため、ペットボトルのキャップを開けることにも苦労したり、何よりも運転時のハンドル操作に不安を感じるようになった。また、足底にも手のひら同様、幾筋ものひび割れが出現し、歩くたびに痛みを感じるようになっていた。

手足症候群はその後も悪化し、4クール終了時点でギブアップだった。主治医に事情を話し、5クール目は休薬することにした。1カ月の休薬で改善した。食欲も回復し、嘔気も消失した。久しぶりに、食べる楽しみを味わえた。そこで、5クール目を再開したが、主治医と話し合い、ゼロータを減薬。再開後には、再び副作用が出現。だが、ゴールまでもう一息だったので、頑張ることにした。

副作用がひどくて1クールスキップしたので、7クール終了時点、術後6カ月目のCT検査施行。19年5月下旬結果説明があった。主治医は申し訳なさそうに、「手術後の大腸には問題ないのですが、両側の肺に多発転移があります」と告げた。左右の肺に、1センチ前後の影が複数あった。「ステージ4」となった。「ステージ4の緩和ケア医」の選

<p>グレード1: 疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例: 紅斑、浮腫、角質増殖症) 赤くなる、むくみ、角質が厚くなる</p> 	<p>日常生活の制限</p> <p>グレード1: なし</p>
<p>グレード2: 疼痛を伴う皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限 皮膚の表面がはがれる、むくみ、水ぶくれ、角質が厚くなる、出血</p> 	<p>グレード2: 食事の準備、ヒア/の消毒、買い物 など</p>
<p>グレード3: 疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症); 身の回りの日常生活動作の制限 皮膚の表面がはがれる、むくみ、水ぶくれ、角質が厚くなる、出血</p> 	<p>グレード3: 入浴、着衣・脱衣、食事の摂取、トイレの使用 など</p>

注)「手足症候群」はCTCAE 用語では「手足・足底発赤知覚不全症候群」となります。グレード4以上は定義されていません。

出典：国立がん研究センター東病院

手足症候群

ばれた方法は。

## 本書の内容

「抗がん剤治療の現実」という小見出しで次のように述べられている。抄出する。『治療困難なステージ 4 の固形がんに対する標準治療は、基本的に抗がん剤治療である。ただし、抗がん剤が一時的に効果を発揮して、がんが消失したり、縮小したとしても、一定期間後には、その薬剤に耐性を持つがん細胞が出現し、再び増大する。そこで、新たな抗がん剤が提案されるが、これもまた同じ経過を辿ることになる。副作用も軽く、治療を受けて良かったと思う人も少なくないだろう。それでも治癒することは難しく、そのような小康状態を含めた数カ月から数年の延命効果である。そして、「今後は在宅、もしくは緩和ケア病棟での療養を考えて下さい」と言われる。』

『私の 17 年にわたる緩和ケアの経験から言えることは、通院が困難になるほど病状が悪化し、抗がん剤治療は終了と言われて在宅療法を開始した患者さんの約 4 分の 1 は 2 週間以内に、約半数は、1 カ月以内に最期を迎えている。治療によって延命できたとしても、延命された時間のほとんどは、まさに抗がん剤治療に費やしたことになる。他方、残りの患者さんの中には、吐き気やだるさが改善し、日常生活を取り戻す人もいる。』—残された時間—

『日常が壊れるほどのゼロータの激しい副作用を体験した私は、ステージ 4 の固形がんに対する抗がん剤治療の現実を再認識すると、さらなる抗がん剤治療を選択するする気持ちには、どうしてもなれなかった。

そのような治療を選択しないということは、生きることの放棄ではない。むしろ、それは自分らしく生きられる時間を大切にしたい、ということでもある。そして、昨日見た両側肺の多発転移の大きさから、無治療でもまず 1 年は大丈夫だろうと私は判断した。

だが、ステージ 4 の大腸がんに対する標準療法である抗がん剤治療を選択しないことにした私は、今後どうすれば良いのか、それが問題だった。』—抗がん剤治療は選択しない—

『ある日の朝、朝刊 1 面の最下段の書籍紹介にあった 1 冊の本に目が引き付けられた。「免疫療法」に関する本だ。広告には、本庶先生がノーベル賞を受賞した話題のオプジーボと同様の免疫チェックポイント阻害薬を併用した、従来の免疫療法を超える治療法、との宣伝文句が並んでいた。(中略)従来の免疫療法でがんが縮小することはあっても、それは抗がん剤治療と同様一時的なことで、治癒に結びつくことはないのだと考えていた。ところが、この免疫療法は、従来の免疫療法とは一線を画するように思えたのだ。早速その本を購入して読んでみた。(中略)19 年 6 月下旬、この免疫療法のクリニックを受診。治療が始まった。開始後、再び、ゼロータ同様の手足症候群が出現したが、それは軽度であり、治療の継続を妨げるほどではなかった。』—免疫療法—

『3 回目の治療が終了した 8 月半ば、私はこのままこの高額な免疫療法を続けて良いのだろうか、と思い始めた。治療を望んだとしてもかなり高額なので、少なからぬ患者さんたちは、この治療を断念せざるを得ないだろう。この高額な治療を継続したまま、何食わぬ顔で、緩和ケアを必要とする患者さんたちの人生に同行することは、私には、とてもできない。後悔の思いが日に日に強くなり、止めようと決意した。9 月の始めの CT 検査では、転移病巣は縮小していた。だが、もう、どうでもいいことだった。』—後悔—

『私は、この治療法を「がん共存療法」と名付けたい。そしていずれは、臨床試験を経て、そのエビデンスを求めたいと考えている。「対象:ステージ 4 の固形がん患者さんで、抗がん剤治療の実情を理解した上で、抗がん剤治療を選択しない方。目的:自分らしく生きるために、可能な限りがんの増殖を抑制して、無増悪生存期間の延長を目指すこと。条件:(1)論理的であること (2)副作用が少ないこと (3)苦痛が少ないこと (4)より多くの患者さんが受けられるような方法であること (5)医師であればだれにでもできること(緩和ケアに理解のある医師が望ましい) (6)どこでもできること (7)臨床試験を目指すこと」』—提案④「がん共存療法」—

『そこで、「がん共存療法」の条件に当てはまるような情報を収集してみることにした。

まずは、緩和ケアの専門誌である「緩和ケア」の増刊号「どこでもやっているわけではない治療—先進・先端治療から補完代替医療まで」(19 年 6 月)を読んでみた。自ら取り組んでみたいと思えるほど魅力的な治療法は、見当たらなかった。次にネットで調べてみた。その時出会った情報が「ケトン体」や「ケトン食」であった。(中略)宗田哲男医師による「ケトン体が人類を救う—糖質制限でなぜ健康になるのか」と、古川健司医師による「ケトン食ががんを消す」、そして福田一典医師による「ブドウ糖を絶てばがん細胞は死滅する—今あるがんが消えていく中鎖脂肪ケトン食」があった。』—目からうろこのケトン体—

3 人の医師の他の著書も読まれ、「糖質制限ケトン食」以外に、EPA、クエン酸等、次々取り入れられ、EPA 1 日 4g



以上撰る「EPAたっぷり糖質制限ケトン食」は、19年9月中旬から始められた。その後もCT検査をほぼ3カ月間隔で受けられ、20年12月中旬には、肺の多発性転移病巣は、ほぼ消失し、残っている転移病巣もかなり縮小していた。

21年4月初め、待ちに待ったCT検査を受けられた。主治医より、「転移病巣の一部が増大していました」と説明があった。

転移病巣の一部増大という結果を踏まえ、次の戦略を思案された。

『以前に紹介した「緩和ケア」誌19年6月増刊号に目を通して見た。ここにも標準療法としての抗がん剤治療の現状に疑問を抱き、その課題に真摯に向き合ってきた医師がいることを知った。「個々の適量による化学療法／がん休眠療法」(国際医療福祉大学市川病院腫瘍内科、高橋豊医師)を、今回は熟読した。

高橋医師は、まず「抗がん剤は個人によって適量があるはずであり、本来であればその適量を調整することが正しい治療法と考えられる。だが、現在の標準療法である抗がん剤治療は、個々の適量を無視した方法である」と主張する。

その理由を「新薬が承認されていくプロセスには、抗がん剤の副作用を調べる毒性試験として第I相試験というものがある。その目的は、被験者が、その毒性に耐えられる最大耐容量を決めることである。しかし、標準療法では、その量、もしくはその量より一段階少ない量の抗がん剤が、個々の適量を考慮することなしに、体表面積だけで、一律に投与することになっているからだ」と説明する。

当然、その抗がん剤の量では多すぎる人もいるはずである。これが標準療法としての抗がん剤治療の様々な課題の原因になっている可能性もある。高橋医師は、抗がん剤治療による延命期間を検討した結果、「がんが縮小してなくても増殖抑制が継続できれば、延命効果が得られる」ことも見出した。そこで、抗がん剤治療の目的を、従来の腫瘍を少しでも縮小させることから、増殖抑制を長く継続させることに変更し、それを「がん休眠療法」と名付けた、と言うのである。』—抗がん剤治療の再検討—

『高橋医師以外にも、「がん休眠療法」に取り組んでいる医師がいた。「銀座並木通りクリニック」院長の三好立医師であった。三好医師は、高橋医師の「がん休眠療法」と同じ概念の下で、独自に工夫した取り組みを「少量抗がん剤治療」と表現していた。』—抗がん剤を少量に—

21年5月初め、銀座並木通りクリニックを受診。5月中旬「少量抗がん剤治療」が始まった。大腸がん保険適応のある抗がん剤「イリノテカン」を1回10mg、生理食塩水100mLに溶解して点滴する。1回10mgは、山崎先生が標準治療を受けた場合に使用される量の約15分の1に過ぎない。点滴時間は1回約20分。これを週に1回、3週続けて、1週休む。毎回、血液検査を行うが問題なく、これといった副作用もなかった。「糖質制限ケトン食」も続けられた。5クール終了後の、7月初めCT検査施行。増大せず、一部は縮小していた。10月下旬、虫垂炎の手術を受けられた。

『ステージ4と診断されてから、既に2年と8カ月が経過した。本書を校正中の22年4月半ばのCTでは、「縮小状態維持」だった。私のがんは、今も両側肺にある。だがそれらは、転移発覚時よりも減少し、縮小した状態のままだ。

「がん共存療法」を目指している。自分らしく生きるための「無増悪生存期間」の延長を体現しているのだ。今のままなら、私は、更に、あと2年は大丈夫だろう。もっともっと頑張れそうな気もしている。』—おわりに—

05年開設された在宅診療専門診療所ケアタウン小平クリニックは、体調のこともあり、22年6月1日より、同クリニックは悠翔会に継承され、現在は同クリニック名誉院長として、非常勤で訪問診療に従事されている。山崎章郎先生の業績は、次回紹介する予定である。

理事 井上 林太郎

## ● 連載「がんになって (57) 書籍紹介の補足」

紙幅のため書けなかったので、別稿で紹介した「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」の感想等をここに書かせて頂く。

PET-CTの原理を考えると、がん細胞は正常細胞に比べ、よくブドウ糖を取り込むことは理解できる。ただし、ブドウ糖、つまり炭水化物の少ない「糖質制限ケトン食」を食べても、血液中のブドウ糖濃度はある一定レベル以下まで下がることはない。PET-CTでよく光る場所は、がん以外にも、脳、心臓がある。もし、「糖質制限ケトン食」を食べて血中ブドウ糖濃度ががん細胞の増殖を妨げるまで下がったら、脳、心臓も働くことができなくなり、大変なことになる。

山崎先生が実践された、「EPAたっぷり糖質制限ケトン食」とは。朝食のメニューは次の通りである。今は、コンビニ

の食品には、カロリー等の表示があるので計算し易い。セブンイレブンのイワシの水煮の缶詰 1 缶(190g)。ファミリーマートの温泉卵 3 個。糖質合計 1.5g(6kcal)。タンパク質合計 41.3g(165.2kcal)。脂質合計 53.1g(477.9kcal)。EPA5.13g。ところで、人間の体はよくできていて、タンパク質、脂質を用いて、肝臓でブドウ糖を作ることができる(糖新生)。だから、飢餓状態に陥っても、筋肉のタンパク質、脂肪組織の脂質を使って、生き延びることができる。極端な食生活を送っても、飢餓状態になっても、どのような状態、状況でも、血糖値は 80~99mg/dL(正常空腹時血糖)以下になることはない。だから、「ブドウ糖を絶てばがん細胞は死滅する」はウソ、間違いなのである。

次に、「おいおい、井上、大丈夫か」という、あきれた声が聞こえてきそうだが、山崎先生の「がん共存療法」の考え方、高橋豊先生の「個々の適量による化学療法／がん休眠療法」、三好立先生の「少量抗がん剤治療」は理解できる。抗がん剤を抗生物質と同じように捉えることへの根拠は全くないが、内科医のよく使う「抗生物質」の話をする。よく使われている抗生物質の点滴「ロセフィン」、最近はその後発品「セフトリアキソン」が一般的になったが、外来治療での標準用量は 1 日 1 回 1g で、最大 1 日 2 回 4g まで使える。ただし、1g で効かない場合は、1 日 2g、4g に増やしても効かないことが多い。それより、1g で 3 日間使っても効果がなかったら、他の抗生物質に変える。他の抗生物質も同じである。抗がん剤も最大量でなくて、それより少ない量でも、効くときには効く気がする。また、カルバペネム系抗生物質という、非常に切れ味のよい強力な抗生物質がある。ただし、使っている最中、細菌がこの抗生物質の効かないカルバペネム耐性菌に変異すると、非常に手ごわくなり、今のところ定まった治療法はない。この耐性菌の話も、抗がん剤の耐性の問題に相通じる所があるように感じる。4 期のがんもやみくもにやっつけるべきではないのかも知れない。

話しは戻り、特に、高橋先生の「がん休眠療法」は、頭の隅に置いておいてよい気がする。私は、もし固形がんの 4 期に罹患しても、東京まで受けに行く気は毛頭ないが。

高橋先生は、今は、三好先生が院長の「銀座並木通りクリニック」で仕事をされている。詳しいことは、「銀座並木通りクリニック」のホームページを読んで欲しい。その中から、抄出する。

『2001 年 11 月、DNA 螺旋構造の発見者で知られる Watson 博士が Cold Spring Harbor 研究所の The Banbury Meeting (世界最高レベルの会議として知られている。合宿形式で 3 泊 4 日で毎年開催)として主宰した”new concepts of cancer clinical trials”において、metronomic chemotherapy に関する研究者が一堂に会した。著者(高橋先生)は、がん休眠療法の概念と、本邦で長く施行されてきた低用量化学療法を紹介した。特に、「手術で腫瘍を半分だけ切除しても、ほとんどの人が馬鹿げた治療と言うのに対し、抗がん剤で腫瘍を半分にするとなぜ有効で素晴らしいとなるのか?」と言う問いかけには、Watson 博士らに大受けであった。』

理事 井上 林太郎