

2010年7月15日

週刊現代
編集長 殿

公益社団法人日本人間ドック学会
理事長 奈良昌治
学術委員会委員長 山門 實

貴誌、週刊現代7月17・24日合併号に掲載された記事に対する意見書

貴誌、週刊現代7月17・24日合併号に掲載された、全国民必読『長生きしたければ病院にいくな—余計な検査は受けないほうがいい、病気を作るだけだから—』、「人間ドックが「二次がん」を引き起こし、肺がん検診を受けると寿命が短くなる」、「日本の人間ドックは50年以上の歴史がある。この20年余りで受診者は約250万人も増加」の記事内容が、健康診断ことに人間ドックの意義について、国民に誤解を与える内容であると判断します。従いまして、人間ドックを介して国民の健康増進を目指す、すなわち予防医学を担う医療団体である公益社団法人日本人間ドック学会（以下、本学会）は、掲載記事に対する見解を公表させていただくとともに、本学会の見解に対する貴誌のお考えをお示しいただきたい、ここにお願いいたします。

以下に、貴誌の記事内容に順じて、見解を記述いたします。

記

1. 「検査で体調がおかしくなった」について

1) 拓殖大学学長の渡辺利夫氏の発言についてですが、まず、発言の前半部である、肺異常陰影に対する精密検査についてですが、この内容は、まさにインフォームドコンセントの問題であり、渡辺氏が受診者として、検査の目的、内容、おこりうる副作用等についての説明についての理解が不十分であったことに問題があると考えます。ご周知のように、肺異常陰影は主に肺がんの疑いであり、肺がんに関する精密検査が行われるのは当然の医療行為と考えます。また、発言の後半部では、「症状もないのに検査によって病気を探り出すような愚かなことはやめようとしたのです。やめれば穏やかな身体感に必ず目覚めますよ。」とありますが、人間ドックは任意型健診であり、基本的には受診者の意志に基づくものでありますので、氏のお考え方はそれでよろしいと考えますが、人間ドックは、自覚症状のない時点で、病気を発見するとともに、将来病気を引き起こす危険因子（リスク）

を見出して、それに対する生活習慣の修正指導による病気の発症を予防することを目的としており、氏の発言は、人間ドックそのものを“愚かなこと”と誹謗するものであると考えます。ことに氏は愛煙家（喫煙者）、すなわち肺がんのハイリスク（高危険群）であり、逆に、定期的な人間ドックを受けられることを勧めます。

なお、指摘の検査に伴うストレスについては、本学会としても真摯に受け止めており、その対応の必要性は痛感しております。

2) 早稲田大学教授の池田清彦氏の発言についてですが、この点も、上記の渡辺氏と同様に、インフォームドコンセントの問題と考えます。肺異常陰影と同様に、便潜血反応は大腸がん検診であり、人間ドックでは陽性者の0.4%（対策型検診では、0.14%）に大腸がんが発見されます。したがって、“何もないのにオレの腹はかきまわされたのか”は、確かにがんの発見されなかった方のお気持ちとしては理解されますが、大腸内視鏡検査の目的が大腸がんの診断であることを、十分に理解していなかった結果の発言と考えます。

なお、肺の精密検査と同様に、精密検査を受け、結果として病気のなかった受診者に対しての適切な対応については、本学会としても取り組む必要があると考えます。

以上、この記事内容に関しては、施設側の問題もあると考えますが、主たる要因は、受診者の検査についての理解不足であったことによる発言と考えられます。したがって、この記事によるがん検診、人間ドックの受診者の減少が危惧されること、すなわち、この記事による、国民の健康増進が損なわれることが危惧されます。

2. 「がん検診で寿命は延びない」について

新潟大学医学部教授の岡田正彦氏の発言についてですが、チェコスロバキア（以下、チェコ）での肺がん検診の成績より、“肺がん検診を受けると寿命が短くなる”についてですが、チェコでの肺がん検診の内容である、胸部レントゲン写真（レントゲンではなく X 線ですので、今後は X 線を用いてください）と喀痰細胞診は、現在では、“非高危険群に対する胸部 X 線検査、及び高危険群に対する胸部 X 線検査と喀痰細胞診併用法は、科学的根拠（以下、エビデンス）に基づいて、推奨グレード B として、対策型検診および任意型検診における肺がん検診として位置付けられ、推奨されており、“大勢は決した”はまさに逆であり、この記事内容は国民に誤解を招くものと考えます。

また、対策型検診で発見されたがん症例に対して、任意型検診である人間ドックで発見されたがん症例の予後が良好であることも明らかにされています。

3. 「日本人だけが信じるウソ」について

この記事内容は、本学会としては容認できない内容と考えます。

まず岡田氏の発言についての、人間ドック受診者数についてですが、この約 300 万人という受診者数は、健康診断が必要とされる 40 歳～75 歳の人口 5,600 万人の約 6%で、まだまだ少なく 1 割にも満たないのが実情でもあり、この受診者数をもって、“検診信仰”と断

じることは出来ないと考えます。

また、「目的もなくただ漫然と検査を行ってもコストがかかるばかりで無意味、という意識がその根底にあるからだ。」についても、この考え方は欧米には人間ドックという考え方がないのではなく、民間保険会社による保険料率算定の検診は行われているものの、人間ドックという健診システムがほとんどないのが事実であって、欧米でも人間ドックという受診者の立場にたった健診システムの意義が理解されれば、当然、世界に広まっていくものと考えています。

ことに、“目的もなく”は、本学会として容認できない表現です。人間ドックは、わが国の第1の死因であるがんの早期発見（2次予防）とともに、第2位、第3位である心疾患、脳血管疾患の罹患率・死亡率の減少（1次予防）、さらには、健診では異常所見がなくても、問診で生活習慣に問題のある受診者に対しての、生活指導による生活習慣病の発症予防（0次予防）を目的としています。このように、本学会は目的を持って、人間ドックを推進しています。

4. 「行けば行くほど二次がんに」について

1) 前出、岡田氏の発言について、“スウェーデンは、治療よりも生活習慣病などの予防医学に力を入れている。”については、認識不足と考えます。わが国においても、2005年12月1日の政府与党医療改革協議会で定められた医療制度改革大綱で、治療重点の医療から、疾病予防、すなわち予防医学を重視する医療に大きく舵取りが変わっています。また、本法人は、人間ドックは予防医学の中核と考えております。

また、「人間ドックの検査で特に問題視されるのは、レントゲン（前記した、X線が正しい）検査だ。」について、まず、胸部エックス（X）線写真が一般的な健診では1枚であるのに対して、人間ドックでは2枚撮る点についてですが、これは、両健診の胸部X線検査の目的が異なるからです。すなわち、一般健診では肺がん・肺結核の発見を主の目的としているのに対して、人間ドックでは肺がん・肺結核のみならず、心臓疾患、大動脈疾患、前縦隔疾患、COPD等の胸部疾患全体を対象としていることから、側面撮影を追加しています。なお、その必要性についてのエビデンスは確かに十分ではありませんが、受診者には、側面撮影の利益・不利益については適切に説明しているものと考えております。

次いで、「食道や胃の場合、人間ドックの被曝線量は通常のがん検診の4～5倍」についても事実と異なるものと考えます。

さらに、容認できない発言は、「レントゲン（X線）検査により、人間ドックを毎年受けている人たちは二次がんになりやすく、そのことが人間ドックで見つかるがんの割合をさらに押し上げてしまうという傾向もあるのです。」です。この“傾向”は科学的表現ではなく、その意味が全く理解できません。漠然と被曝線量が多いであろうことからの考えでは、がんの割合が増えるとは断言できないと考えます。また、本法人の『人間ドックの現況』では、確かに経年受診者でのがんの発見は、初回受診時のがんの発見に対して4倍（初回

受診者の発見率は全体の 20%、経年受診者の発見率は 80%) ですが、また、早期がんは初回受診者では全体の 20%であるのに対して、経年受診者では 80%と、早期例が多く発見されますが、これは、経年受診により、より早期のがんが発見されているのであって、経年受診のための被曝線量よるものとは考えていません。また、人間ドックでのがん発見率が対策型検診での発見率を上回るのは、被曝による二次がんを発見しているのではなく、その精度によるものと考えています。ことに、人間ドックでの X 線検査（レントゲン検査ではない）は多くの施設でデジタル化されていること、また二重読影されていること、さらには、これまでの受診時の結果と比較検討していること等の、精度管理の質の高さによるものと考えています。さらには、一部ではありますが、上部消化管検査を内視鏡検査で行っていることも、がん発見率が高いことに寄与していると考えます。

2) 天理よろず相談所病院元副院長の今中孝信医師の発言について、ことに「ドックで見つかるがんは緊急性のないものばかりだということを見落としてはいけません。緊急性のあるものは、ドックにかかる前に発現しています。」、ならびに「中略、がんが“悪性”に変化していないか〜。」は、がんについての認識を疑うものであり、人間ドックは、自覚症状のない時点で、がんを発見する検診であり、自覚症状のある方は、当然、病院を受診すべきです。ことに、“がん”は“悪性新生物”であり、診断時点から“がん”として説明するのが一般的と考えます。“がんの早期発見”についての重要性についての認識を国民から奪う発言と考え、容認できません。

なお、精密検査に係わるストレスについては、繰り返しますが、本学会としても真摯に受け止めております。

5. メタボ健診は無意味について

1) 帯津三敬病院名誉院長の帯津良一医師の発言について、ことに「～、今や『異常』な治療の対象者です。～」についてですが、本学会では治療の対象者、薬物治療の対象者については、その判定基準はガイドラインとし定めており、記事の総コレステロールですと、本学会の受診勧奨値は 260 mg/dL 以上であり、是非、本学会にガイドラインを示していただきたいと考えます。本学会のガイドラインでは、受診勧奨値、すなわち、治療開始基準値をそれぞれ定めており、それまでは、積極的な生活指導で対応しております。

2) 前出、岡田教授の発言、ことに「血圧が高いと判定される人は、人間ドックの受診者の半数を占めている。それらの人々は、通院して血圧を下げるための降圧薬を飲むことになる。～」は、明らかな誤りです。引用された『人間ドックの現況』2008 では、血圧が 140/90mmHg 以上の高血圧は 19.7%であり、本学会では、これらの受診者には直ちに薬物治療を開始するのではなく、生活習慣の修正指導を行い、3～6 ヶ月後も 140 /90mmHg 以上であれば受診勧奨としてしています。そして、直ちに受診勧奨となる 160/100mmHg 以上の高血圧は 9.7%であり、両者でも 29.4%であり、“半数を占める”は明らかな誤りです。

なお、降圧薬治療の有用性についても、読者、国民に誤解を与える内容であり、さらに

は高血圧の治療の重要性についても、読者、国民に誤解を招く内容ととえます。この点は、各関連学会からの見解が出されるものと考えます。

6. 病院は必死で異常を探す。

1) 諏訪中央病院名誉院長の鎌田 實医師の発言のように、「病院は見過ごしを一番怖がるので、とにかく必死で異常を見つけようとします。～」は、人間ドックにおいても同様です。見過ごしはあってはならないことと考えています。しかしながら、本学会では、人間ドック健診施設機能評価委員会により、厳しく人間ドック健診施設の精度管理をしています。この精度管理には、検査の精度管理のみならず、人間ドックに従事する人員の質の向上に努めており、評価内容についてもホームページによりすべて公開しております。さらに、診療ガイドラインも一部定められており、過剰診断はないものと考えています。

2) 前出、帯津良一医師の発言については、繰り返しとなりますが、人間ドックの目的は、主に 1 次予防ですので、自覚症状のない時点での危険因子の同定と、その管理としての生活指導による生活習慣病の発症予防ですので、体の異変の出た時点では手遅れであり、病院を受診していただくこととなります。

6. 総括について

「病院で検査を受ければ安心」という考えは幻想なのだ、については、一部、読者、国民の医療に対する考え方の修正とはなりますが、病院と人間ドックを区別していただきませんと、読者、国民に人間ドックに対する偏見を抱かせることとなります。本学会としては容認できません。

以上、今回の貴誌の特集については、本学会にとりまして、極めて重要な記事内容であり、ことに、その内容の不備から、読者、国民に、健康診断の意義、ことに人間ドックの意義に対する誤解を招くこととなることを懸念することから、長文となりました。

今回の記事の内容につきましては、貴社としても検証いただき、不備、誤記載については訂正いただきたくお願いいたします。

(回答先)

〒102-0082

東京都千代田区一番町 13-8 一番町 KK ビル 5 階
公益社団法人 日本人間ドック学会

事務局 中田 彬

TEL03-3265-0079 FAX 03-3265-0083

Email: nakata@ningen-dock.jp