

健康不安社会の再検討のための暫定的覚書

—— 健康診断を批判する松本講演に触発されて ——

Temporary Notes on the Review of the Society Pulled with Health-Anxiety

井上 芳保

はじめに

月刊誌の『論座』（朝日新聞社）と『現代』（講談社）が2008年後半になって相次いで休刊した。ジャーナリストの魚住昭は、そのことを取り上げた文化欄のインタビュー記事（毎日新聞2008年9月22日付）にて「社会」の情報が失われてしまうと嘆いている。どういふことであろうか。

魚住の言いたいことはこうだ。情報には大きく官の情報と民の情報がある。官の情報はすぐ記事にできるが、民の情報は雑多だから記事化に手間がかかる。月刊誌は後者を中心に伝えてきた。それが衰退すれば情報の多様性が失われる。官の情報はテレビや新聞を通してあるいはそれらと情報源が共通のネットを通して伝えられ続けるだろうし、ブログなど私的な情報もあふれている。だが、国家と個人の間にある「社会」の情報こそが大切なのだと。二つの月刊誌はしばしばそのような情報を人々に提供する役割を果たしてきたといえよう。世の動きに抗した勇氣あるライターの記事をしばしば載せていたのだから。

魚住の主張に即して「社会」の情報というものを考えていくなら、圧倒的な量の官の情報に満ちていて「社会」の情報が不足している領域は多々あることになる。医療の世界などはその最たるものの一つかもしれない。医療については専門家の権威が強く、その権限

が圧倒的であり、素人は容易に口出しできない構造になっている。しかし「社会」の情報を確保するためにはこの構造に切り込んでいく手立てを考えねばならない。

昨今は「医療の過剰」を問題化していく必要性が高まっていると思われる。というのも「健康」を国民に義務化することを謳った「健康増進法」が成立して以降、健康不安が煽られていて医療に関わる、素人目にもおかしなことが目に付き始めているからである。それゆえ医療について「社会」の情報の確保という観点から情報発信していくことがことさらに必要となっている。それは月刊誌のみではなく大学人の任務であろう。大学とは「学問の自由」が保障された場であり、研究者は世俗とは自由な立場から世の中の常識に抗して責任をもって問題提起できるはずである。「大学の価値創造」は「ホモ・アカデミクス」（ブルデュー）と化した学界に安住している人たちによってはけっして実現しない。

そのような認識の下に、第6回社会臨床研究会は、『健診病にならないために』（日新報道）、『血圧心配症ですよ!』（本の泉社）などの著作をお持ちの松本光正医師を埼玉県からお招きして次の要領で開催された。

これは私が研究代表者となって2009年度より三年計画で進めている、科学研究費（基盤研究C）の助成による「健康不安意識と医療資源の不平等配分の是正に関する社会学的

第6回社会臨床研究会

日 時	2009年10月10日(土) 午後1時30分～
場 所	札幌学院大学C 403 教室
報告者	松本 光正 (おおみや診療所, 内科医) 井上 芳保 (札幌学院大学社会情報学部教授, 社会学)
テーマ	健康診断の検査項目を再検討する —— えっ, 受けるとかえって健康を損なう検査があるって…, 何それ?

研究」の一環としてなされたものであり, 本稿およびこの後に載せる松本医師の講演記録はその成果の一部となる。

この研究会の開催情報は事前に北海道新聞, 読売新聞などに掲載された。ちょうど会場の札幌学院大学が学園祭の開催期間中ということもあり, 教員, 学生に加えてこの問題に関心のある熱心な市民の方も訪れてくれた。質疑応答では, 検査業務に携わっておられて医療の現場でなされていることに詳しい方々からの発言もあり, 盛会となった。

基調報告は松本医師によってなされたが, その内容は前日に札幌学院大学衛生委員会が主催して開催された「健康増進講演会」[資料1: 同講演会リーフレット参照]の内容と大幅に重なるものなので, 同講演の録音記録を文字化した原稿に松本医師ご本人に目を通して加筆・修正していただいたものの掲載をもって本研究会報告に代えることとした。医療の現場にて日々診察に携わりながら, 世の中の常識に抗した発言を重ねている松本医師の招聘を実現させた衛生委員会の英断は賞賛されるべきであろう。私は2008年度と2009年度, 組合選出の衛生委員として同委員会のメンバーになっていたものであり, 松本医師を講師として推したのではあるが,

ところで, 私は第6回社会臨床研究会のもう一人の報告者であった。以下には私が「健康不安意識と医療資源の不均衡配分の是正に関する社会学的研究」というテーマと取り組むにあたって考えていること, および当日配

布した資料に関わって医療社会学的な視点から説明できることを中心に記しておく。もとより私は医療や医学の専門家ではないが, 今回の松本医師の健康診断批判はじめ信頼できる筋から精度の高い情報を収集し, 考察作業を積み重ねていくことには一定の意味があると考えている。本稿は松本医師の講演に触発されて書いた, そのような研究成果の一部であり, 上記の研究テーマを進めていく過程での一試論という位置づけを有している。

1. 今, なぜ「健康不安」と「医療の過剰」が問題なのか

憲法25条には「健康で文化的な生活……」という文言がある。健康であり続けたいと望む気持ちは多くの人に共通のものであろう。「健康」はその意味で金科玉条の価値であり, 逆らいたいほどの圧倒的正当性を得ている理念といえる。

しかしそもそも「健康」とは何かと考え始めると, 実はその定義がなかなか難しいことにすぐさま気づく。個々人の身体の状態は日々変化するものだし, どんな人でも一定の年齢になれば自分の身体の中に調子の悪い部分を一つや二つは抱えているのではなかろうか。老化とは人間誰しもが辿る自然の摂理であり, それを不健康とは言えないとの考え方もある。また「健康」の基準はその社会の都合で大きく左右される。例えば, 戦時動員体制の下では戦闘員としての資質という関心から男性身体は計測されランク分けされたのであったし, さらなる「健康」へと人々は追い立てられた。それは同時に「不健康」とされた人々の強烈な排除を伴っていた。この構図は戦後にも引き継がれている⁽¹⁾。

そうしてみると, 「100%の健康」とは実は一種の観念でしかないのだが, 成熟した消費社会の中でそれは不安を駆り立てられた人々によって追い求められるべき対象になってしまいがちである。医療者の側もまた圧倒的な

資料 1

札幌学院大学「健康増進講演会」のお知らせ

日 時 2009年10月9日(金) 午後3時～4時半
場 所 札幌学院大学 B101教室
講 師 松本光正先生(おおみや診療所、内科医)
演 題 気にしすぎると「健診病」になりますよ
——血圧値、コレステロール値、腹囲値の再考へ
主 催 札幌学院大学衛生委員会 予約不要。無料。直接会場へ。

今やメタボリック症候群という言葉はすっかりおなじみとなりました。昨年から腹囲測定が職場の健診項目に入るようになり「異常」とされる人が増えています。血圧値、コレステロール値についても「異常」値の幅がここ数年次第に広がっています。今や健康診断の主たる機能は要再検査者の産出となっているようでさえあります。

国際的に比較すると、血圧計がこれだけあちこちに置かれている国、コレステロール値に国民がこれだけ関心を示す国は他に類がないようですし、日本のメタボ基準が科学的でないことは国際的に権威ある医学雑誌で問題視されています。細かな検査値のことを気にし過ぎ、そのストレスのためにかえって不健康になってしまう人が多くなっているとしたらなんだか皮肉なことです。

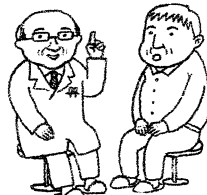
今回は長らく内科医として医療の現場でお仕事をしてこられた松本光正先生を埼玉県からお招きして講演していただけることになりました。松本先生は日頃のお仕事に基づいて市民向けに『健診病にならないために』(日新報道)、『お金いらずのダイエット』(地湧社)、『血圧心配症ですよ!』(本の泉社)というわかりやすい三冊の本をお書きになっています。例えば、『血圧心配症ですよ!』の帯には「誰もが自分の血圧をいつも把握できるようになったぶん、その結果に一喜一憂して、振り回される人がとても増えました。あなたは、血圧を心配し過ぎてはいませんか」とあります。

健康であり続けたいと望む気持ちは多くの人に共通のものでしょう。本学恒例の「健康増進講演会」も教職員のそのような気持ちに応えるものとして開催されてきたといえます。しかし健康不安が煽られ、検査がやや過剰なくらいの状況では、我々は自らの健康を維持するためにこれまでとは少し視点を変えて考えてみる必要があります。市民にも公開する形で行います。どなたでも自由に参加出来ます。お誘い合わせの上、気軽においでください。

(文責 衛生委員 井上芳保)

松本光正(まつもと・みつまさ) 先生のプロフィール

1943年大阪生まれの東京育ち。1969年北海道大学医学部卒業後、医療生協浦和民主診療所勤務・所長を経て、1995年おおみや診療所所長に就任。高校から大学時代に中村天風の最晩年の弟子として指導を受け、以後、天風会の講師として活躍。外来医療をこよなく愛する内科医。大の温泉好き。



イラストの出自：本の泉社 松本光正著「血圧心配症ですよ!」

善意のままにこのエンドレスの欲望の渦に巻き込まれてしまっている感がある。現在、多くの職場で実施されている定期健康診断についてもそのような視点から捉え返してみる必要があると思われる。

松本医師のお話の中でも指摘があったが、2008年度より特定健診として導入されたいわゆるメタボ健診の腹囲値については現場の医師や検査担当者があまり信用していない。被験者にメジャーを渡して本人に計らせたり、自己申告で済ませている現場もあるということさえ耳にしている。業界の中でも今や悪名高いといえるこのメタボ健診は、後期高齢者医療制度とリンクしたものであり、「異常」者を産出するために導入された検査とみることができる。「異常」者をたくさん出した健保組合にはペナルティとして75歳以上の人たちの医療費の一端を負担させる仕組みになっている。

血圧の「異常」値の変遷も気になる。ここ数年目立っている血圧基準値の引き下げは、血圧降下剤の売上げとリンクしたものである。基準値を10下げれば新たに高血圧症の患者が1000万人も誕生する仕組みになっている。松本医師の著書『血圧心配症ですよ!』の帯には「誰もが自分の血圧をいつも把握できるようになったぶん、その結果に一喜一憂して振り回される人がとても増えました。あなたは血圧心配症になっていませんか」とある。今回の報告でも松本医師はこの血圧の問題を力をこめて取り上げていた。

確かに生活環境に血圧測定器が増えていく。しかしその増加は必ずしも人々の生活を豊かにしていない可能性がある。測らなくてもいいものを測ることで微細な「異常」が発見される機会が増えるのだが、その帰結は何だろうか。

爛熟した消費社会において「健康」は人々がエンドレスの欲望を向ける対象となっている。「健康不安」へと煽り立てられている人々

にとってそのような「異常」は必要以上に気になってしまう。だが、実はこうした「異常」値とは、一見すると科学的な装いをとってはいるものの、製薬会社の利権などのさまざまな政治的な事情から医療者側によって恣意的に定義されたものにすぎない。

それにもかかわらず医療の現場にいる医師がこうしたことを内部告発するのは立場上たいていへん難しいと思われる。とりわけ一般的には開業医は無力であろう。内部告発は、勤務医、あるいは大学の中にいて比較的身分の安定した状況にある気骨のある、誠実な医師が何らかの事情から開き直った場合などに稀に生まれる程度にすぎない。その意味では医師兼作家である人物が小説という場でそれを行っているケースが着目される⁽²⁾。

医療側の利害のために「異常」値が操作される構造は血圧に限らず、医療現象において多々見られるものではないのだろうか。こうして「健康不安」と「医療の過剰」は我々が今、社会科学的に検討すべき問題として浮上してくることになる。多くの血圧計が生活空間にあるのでつい測ってしまう、そして測ってみて基準値より少しでも高いとそれを気にしてしまうという我々の日常生活に浸透した意識からまず問題にしなければならない。

松本医師の報告には、常識を覆すような指摘が多々あったが、血圧降下剤の副作用として脳梗塞の発生可能性が高まるという指摘など特に驚くべきものであった。大櫛陽一・東海大学医学部教授による郡山市健診データに基づく調査の結果では「使用しない場合」の2倍とされている⁽³⁾。不必要な薬の多用は今の医療が薬剤メーカーの利権に支配されてしまっていることの帰結であろうが、そのような分析以前に何よりもまず危険性に関わるこうした重要な事実は多くの人に早く知らせるべきだといえよう。

2. 胃部レントゲン検査——危険で値段が高く無意味なのに継続の不思議

ところで、今回の社会臨床研究会のサブタイトルが「えっ、受けるとかえって健康を損なう検査があるって…、何それ？」であったので、その答えが気になっていた人は学内に多いようだ。個人的に問い合わせも受けた。その答えを以下に記しておく。

本学はじめ多くの職場の定期健診でなされているが、危険性が高くで無意味なのは胃部レントゲン検査、つまり被験者の体内にバリウムを入れる検査である。あの比重の大きい白い液体を体内に入れてからしばらく胃腸の調子が悪くなったという経験。排泄物が白くなり、水洗便器の底に重たく白いバリウムが検査からしばらくの間、溜まって流れていかぬ状態になったという経験。そこで微細な「異常」が発見されて後日、医療機関で胃カメラ検査を受ける羽目になったが、結局、何も「異常」はみつからなかったという経験。これらを全て経験した人は少なくないのではなからうか。

私が信頼できる筋の専門家から聞いた話、いくつかの文献を読んでわかったことを総合して簡潔に整理してみる。この検査は日本で発明された方法である。それもあって日本では長らく集団検診の現場で使われて今日に至っているが、実は廃止の方向にある。その理由はいくつかある。

第一に胸部レントゲンに比べて被曝量が格段に多いということ。

第二にはそれにもかかわらず検査精度があまり高くないということ。

第三にこの検査では胃の動きをいったん止める必要があるのだが、そのために使用する抗コリン剤には無視できない副作用があるということ。

第四に重金属のバリウムを体内に入れることの弊害について実はまだよくわかっていな

いということ。

第五にそもそも集団の胃ガン検査による「早期発見」に実質的な意味があるのかという大きな問題。この論点は、「それなら胃カメラにすればいい」という理屈で済ますわけにはいかなくなるので重要である。

このうち、第三の点については少し説明しておく。松本医師の著書『「健診病」にならないために』（日新報道、2005年）にはこうある。

「この抗コリン剤には意外と強い怖い副作用があります。緑内障という眼の疾患を悪化させます。男性では尿閉が起こります。もっと恐ろしいのは、急性の心停止を招くことです。さいわい私はまだ経験していませんが、心臓の専門家の先生たちは消化器の先生たちに「よくも、そんな怖い注射を平気で打てるね」と言っています。そこで検査の前には必ず、緑内障、前立腺、心臓疾患の有無を確かめますが、全部の人が自分の身体を正確に把握しているわけではありませんので、時としてこの注射による事故が発生するのです」(70頁)。

緑内障などが自己申告なのでチェックが完全ではない。そのために事故が起きているとは聞き捨てにできない話である。バリウム検査で使う抗コリン剤にはこうしたリスクが伴っている。こうした事実を検査を受ける人にきちんと通告していないのは大きな問題である。リスクの存在を知らなければ、特に前立腺などは羞恥心が働いて問診で申告しない人がいるかもしれない。また抗コリン剤を用いなければよい条件で撮影ができないのでそのような検査が果たして実際に役立つのかという問題もある⁽⁴⁾。

2008年9月24日の衛生委員会の場で私はこのことを話題にしたが、その場に同席していた本学の校医から「必要な検査を受けなくなる人が出てしまうから検査の危険性を強調して皆さんを脅かすようなことはあまり言うべきではない」と言われてしまった。この言

いは私の疑惑をさらに深めた。「それでは本当に「必要な検査」とは何なのか」とすぐさま私はたずねたのだが、明確な回答はなかった。たぶん医療者の側から「医療の過剰」を

語ることは営業上の事情からあまりできないのだろうと私はその時、思った。

調べてみると胃部レントゲン検査はその価格が他の検査と比べて格段に高いことがわ

資料 2

〔別紙2〕

半日人間ドック健診項目及び料金表
(特例退職被保険者、毎年4月1日現在40歳以上の任意継続被保険者)

①+②合計健診料金

23,940 円

健診項目	健診料金	備 考
身長、体重、視力測定、聴力検査 腹囲	1,050 円	
尿検査(蛋白・糖・沈渣)	525 円	
胸部X線検査	2,625 円	直接撮影 大角2枚
血圧の測定	210 円	
貧血検査(RBC,Hb,Ht)	1,050 円	
血液一般(WBC, PLT)	円	
肝機能検査(GOT,GPT,γ-GTP)	円	
血中脂質検査(Tch,TG,HDL コレステロール,LDLコレステロール)	2,310 円	
糖代謝検査(空腹時血糖またはHbA1c)	円	
心電図検査	1,575 円	安静時のみ
胃部X線検査	10,500 円	胃管内視鏡検査可(同額)
糞便中の潜血検査	630 円	
血中尿酸の検査	円	
腎機能検査(BUN, クレアチニン)	630 円	
血中総蛋白の検査	円	
黄疸の検査(T-Bil)	円	
眼底検査	735 円	両眼
①合 計	21,840 円	

検査項目	健診料金	
前立腺の腫瘍マーカー(PSA)	2,100 円	
②合 計	2,100 円	

※健診料金は消費税を含むものとする。

～ 全額、健康保険組合へ請求 ～

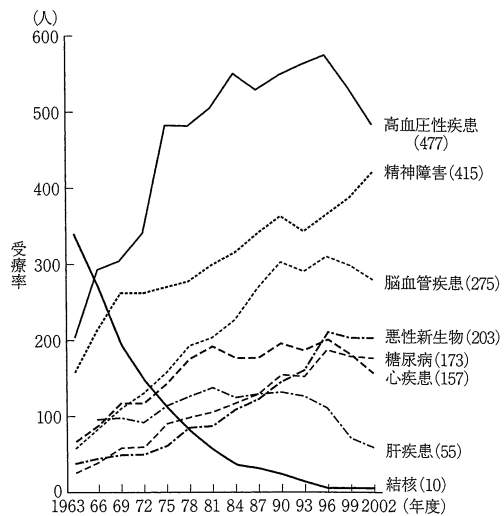
かった。[資料2]は、私が最近入手したもので、静岡県内の某病院の2007年度の「半日人間ドック健診項目および料金表」である。手書き部分は某大手家電メーカーの保険組合の健康診断の場合だが、一人当たり2万円以上かかっている。そのうち半額ほどは胃のバリウム検査に占められている。多くの角度からレントゲン撮影をし、たくさんの写真フィルムを使うため額が高くなるわけである。健診業界にとってはドル箱の検査項目であることがわかる。健診業界も都市部で多くの雇用を抱える一つの産業であるから利潤を追求する。必然的に請負業者はこの検査を加えたがることになる。健康診断の実施は正当性を得やすい。この某大手家電メーカーの場合、費用は全額が健康保険組合に請求されている。個人の懐は全く痛まないのが危険で無意味で、しかも高額な検査が思考停止状態のままに、むしろ被験者にありがたがられて続けられているというのが実態である。

胃部レントゲン検査については、結核と違って感染症ではないので定期検査に法的根拠はなく、個人の任意のはずである。「ご自分の身体を大切にしたいのなら、お受けにならないことが賢明だと思います。組合員の皆さんの健康を切に願う立場から敢えてお伝え申し上げる次第です」というのがこの日の衛生委員会の後に組合選出の衛生委員の責任で「組合ニュース」に書いた私からのメッセージとなったのは当然であった。

3. 胸部レントゲン検査——結核の激減にもかかわらず継続の不思議

次に結核という感染症への対処となるので法的根拠があるとされている、胸部レントゲン検査について書いておく。実はこれもよく調べてみると問題だらけの代物といえる。この検査は結核の発見という大義名分があって続けられているが、周知のように結核の発生数は激減している[資料3：主要傷病別受診

資料3 主要傷病別に見た受療率の推移
(人口10万人当たり)



注：()内の数字は2002年度

資料出所：大森正博『医療経済論』（2008年、岩波書店）50頁

率の推移（人口10万人あたり）参照]。

現在、集団検診で結核が見つかる可能性がどれくらいあるのかといえ、10万人を調べてたった7人程度であるという⁽⁵⁾。このような検査を原則全員対象として定期健診で続けているのは日本くらいである。このことは何を意味しているのだろうか。

国際的に権威あるイギリスの医学誌『ランセット』に日本のレントゲン検査を問題にした論文が掲載されたことがある。それは2004年1月31日付の発行号に掲載の「Risk of cancer from diagnostic X-rays: estimates for UK and 14 other countries」である。著者は、オックスフォード大学のゴンザレス、グービー両医学博士、岡田正彦『がん検診の大罪』（新潮社、2008年）で引用しているのもこの論文である。

そこでは診断用のエックス線被曝による発ガンリスクは、日本が世界で群を抜いて高いことを推定している。その割合が3.2%（男性2.9%，女性3.8）であり、2%を超える国は他には存在しないとされている。衝撃的な結

果なのでその後に当然反論も出ているが、ゴンザレス、ダービー両医学博士は「計算には多くの仮定が含まれているのでどうしてもかなりの不確定性をともなう」としながらも、その上で「リスクを過大評価した可能性は否定できないが、過小評価の可能性はまずない」としている。

職場でなされている定期健診の胸部レントゲン検査については、実は上記『ランセット』誌掲載の論文のインパクトもあってのことと聞いているが、法的義務付け廃止の検討のための委員会が厚生労働省の中につくられ、検討結果が2005年7月に出されている。この時点で2006年度からの廃止を厚生労働省の役人は考えていた。それを報じたのが[資料4, 5]として載せた毎日新聞の記事である。しかし、この重大な報道は一瞬であり、この後、パッタリと姿を消した。見出しにもある「業界、医師会の反発」が強く政治的な圧力がかかったのだと信頼できる筋からは聞いている。

付言しておく、既に一部ではよく指摘されることだが、日本は世界で最もCT、MRIを保有している検査大国であり、高額機器の減価償却のために検査数を必要以上に増やしている実態がある。ありがたがって検査を受ける被験者はリスクを負っている。CTについては被曝のリスクがある。2004年にアメリカの専門誌『ラジオロジー』にコロンビア大学のブレナー博士が発表した論文では、45歳のアメリカ人がCTの全身検査を一回受けた場合、将来ガンで死ぬ確率は、250人に1人、30年にわたって毎年検査を受け続けると、その確率は50人に1人に跳ね上がると指摘されている⁽⁶⁾。

ところで、文部科学省は2003年4月から小中学生の結核対策を改めている。すなわち、従来のツベルクリン反応検査とBCG接種という方法をやめ、問診を重視して自覚症状が強く出ているハイリスク集団のみを対象にレ

ントゲン検査することにした。

厚生科学審議会感染症分科会の結核部会は2002年7月26日に「結核対策の包括的見直しについて」という意見書を出している。これを根拠として文部科学省は2002年8月28日付の最終報告として「学校における今後の結核対策について」を作成する。これが小中学生の結核対策の変更を説明している文書だが、それによると「5歳から14歳の結核罹患率は昭和37年には10万対205.1であったものが、平成12年には10万対1.2まで著しく低下した」ので「結核罹患率が多いときには非常な効果を発揮した集団的で一律的な施策から、少ない罹患率に対して最大限の効果を挙げるための個別的で集中的な施策へと質的な転換」がなされたのであった。

つまり結核感染者の激減という事実に鑑みて文部科学省は全員対象のレントゲン検査をやめている。文書に書かれているのは「ツベルクリン反応検査とBCG接種という方法」の無意味さをやっと認めたということだが、身体が被曝に対して脆弱である小中学生なので、さすがに被曝の弊害というリスクを無視できなくなり、全員対象のレントゲン検査を廃止したということでもあるのであろう。成人の集団検診でも同じ理由から妊婦はレントゲン検査の対象外となっているのだが、その理屈からするなら、高校生、大学生、あるいはそれ以外の成人男子でも被曝に対して脆弱な場合についてはもっと考慮されねばならないはずである⁽⁷⁾。

以上を踏まえて、この機会に組合選出の衛生委員として記しておけば、本学の健康診断についても本労働組合などは「健診項目および料金表」を当局に資料請求して①費用対効果、②身体への負荷と危険性という観点からよく検討してみるべきであろう。上記の某大手家電メーカーの場合、胸部レントゲン検査は「直接撮影」となっているが、本学のそれは例年7月に配布の申込用紙をみると「間接

資料 4 2005 年 7 月 17 日 日曜日 毎日新聞

胸部X線健診を廃止

厚労省 有効性に疑問

胸の病気の早期発見を名目に毎年一回、職場の健康診断で実施されている胸のエクス線検査について、厚生労働省は法的義務付け廃止の検討に入った。検査の有効性を示す証拠がないためだ。すでに専門家による検討会（座長・上藤翔二日本医大教授）を設置しており、結論次第で来年度にも廃止する。しかし廃止で1000億円規模の影響が出るとみられる業界は、検討会で「有効なとの証拠はないが、有効でないとの立証もない」と猛反発。日本医師会の委員も同調しており、最終調整は難航しそうだ。

業界、医師会は反発

エクス線検査は労働、法は72年の施行以来、事業、安全衛生法の根拠が定め、業者に対し年一回の実施、労働者には受診を義務づける職場健診の一項目。同、約5900万人に上る。

結核予防法も年一回の検査を義務付けていたが、今年4月に義務は廃止された。見つかる結核患者が受診者1万人に1人未満と少なく、発見の利益よりエクス線被ばくの害が心配されるためだ。同省は当初、労働安全衛生法での義務も同時に廃止する考えだった。同省の阿部重一・労働衛生課長は今年1月、業界団

体の「全国労働衛生団体連合会（事務局・東京都港区）の幹部らに「4月から廃止したい」と明確に言。だが連合会の反対など、4月の廃止を見送り、検討会を設置した。検討会では矢野栄二委

員（帝京大医学部教授）が、職場健診での肺がんの発見率は低く見落としが多いV他の病気の検査以前に症状が出るなどで健診で探すべきは薄いVエクス線被ばくの影響で発がんする人が延べ数万回から10万回の受診に1人出ると推計される——と指摘。利益と危険のバランスを考え、義務を廃止して特に必要ならだけ検査すべきだと主張している。

一方、連合会副会長の柚木孝士委員は、検討会に出した資料で「個々の病気の発見法として、優れた検査法とする根拠は乏しい」と認めながら「有効性が低いとする根拠は確立されていない」と存続を訴えている。職場健診の費用は全国で年間3000億円から4000億円と推定される。連合会の堀川清事務理事は「廃止は健診料金の大幅値下げや受診者の急減につながりかねず、死活問題だ」と言う。

【高木昭生】

撮影」となっている。これは松本医師も指摘しているように被曝量が「直接撮影」の8倍にもなるものである。そのようなリスクを被験者に十分に知らせてから受けるか否かを判

断させることを本学の検査業者の「結核予防会」も、そして残念ながら衛生委員会も怠ってきたと言わざるを得ないと思われる。

資料5 2005年8月14日 日曜日 毎日新聞

健康診断、効果に疑問

健康診断で実施されている代表的な24の検査項目のうち、肝機能検査や心電図測定など16項目は、病気の予防や死者の減少という観点では有効性を示す根拠が薄いと評価結果を、厚生労働省の研究班がまとめた。自治体や企業に法律で義務付けられ、成人の大半が受ける健診の実施費用は、同省などによれば総額で年間9000億円近くに上る。多くの健診項目が「実施を勧める証拠はない」とされたとて、制度の見直し議論は高まりそうだ。
(社会面に解説と項目表)

主要16検査項目 厚労省研究班が報告書

肝機能や心電図、予防に根拠なし

報告書を作成したのは「最新の科学的知見に基づいた保健事業に係る調査研究」班(班長、福井次矢・聖路加国際病院長)。これまで、各健診項目の有効性は、ほとんど検証されてこなかったため、研究班は健診の効果的、効率的実施を目的に、各健診項目の効果とその証拠についての医学論文を世界的に調べた。

証拠の質の高さも加えて評価した。その結果、「血圧の測定」と、「飲酒」と「喫煙」に関する問診は、効果を示す十分な証拠があった。「身長・体重の測定」は減量指導を充実させる必要があると判定された。

これは有効、糖尿病検査の「糖負荷試験」や、「うつ病を調べる問診」は、健診後の指導や治療の体制整備を条件に、有効と評価された。健診が有効とされたのは以上の6項目のみ、他に2項目が判定保留となった。これ以外の16項目は「勧めるだけの根拠はない」「病気の予防や悪化防止の証拠はない」などとされた。

労働安全衛生法は、全事業業者に年1回の健診実施を義務付け、労働者全員、約5900万人に受診を義務付けている。また老人保健法は、市町村など、40歳以上の住民への健診実施を義務付けている。
【高木昭午】

4. ガン検診 — 受けるとかえってガンになる危険が高まるという皮肉

ガン検診の有効性についての疑念も心ある医師たちからは多々出されている。一部の検

査については受けるとかえって身体に悪影響を及ぼすと懸念されている。ここでは私が目の覚める思いのした近藤誠『患者よ、がんと闘うな』(文藝春秋⇒同文庫、2000年)に書か

れていることを少しだけ紹介しておく。

著者は慶応大学医学部放射線科の講師であり、医師として早くから乳房温存療法を実践し、ガン治療と検診についてラディカルな提言を重ねている方である。乳ガンについては手術はほとんど役に立たない場合があるのに手術を強行してしまっているケースが多い、抗ガン剤治療が意味のあるガンは全体の一割のみである、ガン検診は百害あって一利もないなどという同書での主張は実に衝撃的なものである。

第8章「がん検診を拒否せよ」には、「早期発見が有効」の証拠はどこにもない、むしろ内視鏡での感染や医療被曝による発ガンの方が問題、等の指摘がみられる。この章の節を拾っていくと、1. 乳房や大腸でも無効、2. 専門家達の問題発言、3. 欧米の専門家にも問題あり、4. 医療被曝による発がん、5. 間接撮影装置は日本の恥、6. 内視鏡で細菌感染という順になっている。

検診の無効性がはっきり証明されてしまったガンとして、肺ガン、乳ガン、大腸ガンを挙げている。それはくじ引き実験によるデータに基づいている。肺ガンについては、例えば、メイヨークリニックで行われたくじ引き実験では、将来肺ガンにかかる可能性が高いヘビースモーカー9000人を集めて、くじを引いて二つの群に分け、一方の群には胸部レントゲン撮影とかつ痰中に含まれる細胞の顕微鏡検査とを四ヶ月ごとに繰り返し、他群には咳や血痰が出た時に検査をした。すると、意外なことに11年間にわたって観察しても両群の肺ガンによる死亡数に変わりはないという。死亡数はむしろ検診群のほうに多い傾向にあったくらいです(115対122)。実はこの結果を受けてだが、アメリカでは1987年に肺ガン検診を中止した。むろん今もしていない。

またカナダで行われた乳ガン検診のくじ引き実験もある。40歳から49歳までの女性5

万人を集めてくじを引いて二群に分け、片方は乳房の触診だけして放置し、他方は触診のほかにマンモグラフィを繰り返した。平均8.5年の試験期間の後、総死亡は、放置群156人、検診群159人と不変であった。しかし乳ガンによる死亡は、18対29と検診群のほうに60%増になったが、これは検診したためにかえって実際にガンが増えたとはいえないのではという。啞然としてしまう結果である。「マンモグラフィが危険となると、胃や大腸や肺の検査はもっと心配、それらの臓器では、一定線量あたりの発ガン率が乳房の4-5倍あると推定されるから」というさらに驚くべきことも指摘されている。

さらに拾うと「原子力産業で作業従事者が、毎年5ミリシーベルト程度ずつ被曝していて後年白血病が生ずると、業務上の疾病として労災補償の対象になる」、「5ミリシーベルトというと、胃や大腸の検診で一回に被曝する程度の線量」、「胃や大腸や肺が被曝すると、白血病以上の頻度でそれらの臓器にガンが発生すると推定される」などとある。

国際放射線防護委員会が推定した危険率から計算すると、日本では将来毎年1万3500人ずつが医療被曝による発ガンで死亡するとの予測が出ているという。日本の医療被曝量は世界一多く、国民一人あたりの医療被曝量はイギリスの8倍にもなる。このように世界最大の被曝量になる原因は、集団検診のレントゲン撮影にある。

同書第9章「早期発見理論のまやかし」の記述も気になる。近藤は「医師の言うガンには、「本物のガン」と「ガンもどき」がある。「本物のガン」なら早期発見以前に転移している」ので検診自体が無意味であると述べている。この説についてはガン研究者の間で見解が別れているようだが、松本医師のみならず2008年3月に社会情報学部主催の研究会「健康不安の広がる社会を問い直す」にお招きした佐藤純一・高知大医学部教授も全く同様の

指摘をしていたことは記しておく⁽⁸⁾。

5. 精神疾患の増加——構築された「病」とその犠牲者たちの声

この機会に付け加えておくと、「結核」の激減を示す際に参照した「資料3：主要傷病別受診率の推移（人口10万人あたり）」をみて気づくのは、昨今「精神障害」が右肩上がりで増えていることである。職場の健康診断では調べられていないが、「精神障害」のために休職に追い込まれている教員、IT技術者など、周囲を見渡してもこの病に陥っている人は少なくない。

「精神障害」こそはまさに現代的な病であるのだが、実はこの病には社会の都合でつくられているという側面が濃厚にみられるといえよう。社会の都合とは、労働現場で要求されることが過酷になり、それに生きづらさを感じずる人の増す社会ではそこからの離脱の一つの方法として「精神障害」が用意されているのではないかということである。但しいったん「精神障害」者と診断されると大量に薬剤が投入される構造が待っている場合が圧倒的である。その畏にはまっていわゆる薬漬けになってしまう患者は少なくない。

例えば、誤診・誤処方を受けた患者とその家族たち+笠陽一郎編著『精神科セカンドオピニオン——正しい診断と処方を求めて』（SIGNE, 2009年）という書物には精神医療の犠牲となった人たちの悲痛な声が多々収録されている。帯には「このままでいいはずがない」と大書されていてその下には「患者・家族、医師から寄せられた本書タイトル案」が並んでいる。「精神科・心療内科に 気軽に行くな!」、「狂気の沙汰 日本に精神科医は一人しかいないのか」、「間違いだらけの精神医療」等々、これを見ただけで共編著者となっている「誤診・誤処方を受けた患者とその家族たち」の憤り、無念さ、やるせない気持ち、そしてこの本に託した深い思いがわかる気が

する。

「はじめに」を開くと「最愛の息子と妻をずさんな精神医療の犠牲者として失った」という「地上の旅人」氏が、自分と同じ経験をする人が二度と出ないようにとの思いから開設されたウェブサイト「精神科セカンドオピニオン」とある。そして「2005年10月に開設された本サイトには、心を病み、回復の希望を失った多くのさまよえる患者やその家族が次々とかけこんできた。サイト内にある掲示板は書き込みで埋まり、開設から二年半を経た2008年5月には、サイト利用者として登録した人数は860名を超えた。今でも2日に1人以上のペースで「新患」が増えている状況にある」と記されている。現行の精神医療に疑問を感じている人がかくも多くいるわけである。

この『精神科セカンドオピニオン』にて紹介されている事例に含まれていることは、上記のことと並んで私には聞き捨てならない話ばかりだといえる。この本を私に強く薦めてくれたソーシャルワーカーは日本社会臨床学会のシンポジウムの中でも精神医療の現場に長年勤務し、事情をいろいろと知っている立場から目に余るような実態を告発していた⁽⁹⁾。例えば、薬の副作用で生じている症状を抑えるためにさらに強い薬を出すことさえあるという。この話を聞いてあきれ、驚き、怒りを感じたのは私だけではなからう。

「医原病」という言葉がある。医療それ自体が「病」を作り出しているという含意だが、この発言のとおりだとしたら多くの精神科の現場で生産されているのはまさにそれだ。これは構造的な問題であるといえるだろう。医師は処方箋を書く権限を一方的に有しており、必要以上に薬をたくさん出しているにもかかわらず医師に対してものを言いにくい。なすがままにされてしまうケースが多発していたとしても不思議ではない。それだけに心ある医

師たちによる「精神科セカンドオピニオン」という実践は輝いている。それにしてもここまで誤診が多い事実からは精神科医療というものそれ自体の学問的な精度が問われてくる気もする。

本書『精神科セカンドオピニオン』の第1編は「誤診・誤処方体験記」となっていて、なまなましい事例計28件が紹介されている。患者が医療機関で出された処方箋をセカンドオピニオン医がチェックしているのだが、「統合失調症」とされる誤診の多さが目立つ。例えば、主治医は「統合失調症」と診断しているが、実は「発達障害の2次障害」に過ぎなかったというケース、「いじめ」で参って落ち込んでいた状態の時に悪徳系精神科に足を運んだばかりに薬づけにされていったケースなど、すさまじい話ばかりだ。20代、30代で発病した人が多い。実際に死んだケースもある。親としては悔しくてやりきれないだろう。

第2編は「診断・処方を見直すためのサポート情報」となっていて「精神疾患と症状の基礎知識」「精神科薬物療法の基礎知識」など具体的に役に立つ情報が載っている。医師のプライドを傷つけてはいけないなど医師との賢い付き合い方のノウハウまで紹介されていて本当に致せり尽くせりという感じである。「このままでいいはずはない」という創始者の笠陽一郎医師はじめ執筆者たちの熱く強い思いが編集に反映されている。ひしひしとそれは伝わってくる。この熱い思いを受け止めて研究をさらに進めねばと思う。

6. 今後の課題

今回の研究会のテーマを「健康診断の検査項目を再検討する」と設定にしたように私としては、①費用対効果、②身体への負荷と危険性などを勘案して最小限度必要な検査項目を絞り込めればと当初は考えていたのだが、松本医師のお考えはさらにラディカルで「健康診断全般が殆ど意味がない」と驚くべきこ

とを述べていた。そして健康診断を受けた人より受けなかった人のほうがむしろ長生きしているという結果を示した論文の存在にさえ言及していた。

多くの人々にとって「健康」が大きな関心の対象であり、コレステロールの値などについての知見も既に広く普及している。そのためにわずかな「異常」値に対してのエンドレスの心配が始まってしまう。そしてそのこと自体のためにかえってストレスが発生し、健康状態が悪化してしまうということが起きているとの趣旨からの発言だが、「健康」がリスク管理の対象となり、健康不安意識の高まりがかくも異様な状態となっていることを計算に入れたならば、既にこれくらいに強い言い方をしなければならなくなっているということかもしれないと私は受け止めた。

会場からの質問では「緑内障などについては早期発見・治療することが必要ではないのか？」という声を出していたのだが、それに対しての松本医師のコメントは必ずしも否定的なものではなかった。要は外部からの情報に惑わされて自分の身体感覚を手放してはいけないということなのであろう。

あたりまえのことだが、健康診断の「異常」者は基準を厳しくすれば増える。そして実際に本学でも増えている⁽¹⁰⁾。「生活習慣病」の予防のために念入りにという理屈であり、予防的な措置に力を入れることで医療費の削減をめざすというのがその場合の謳い文句だが、皮肉なことにかえって「異常」者たちの再検査の費用がかさむことになってはいないのかと気になる。健康不安意識は確実に医療機関に通う人間の数を増加させている。今回得られた松本医師による「病院にやってくる患者の80%は来なくてもいい人」という言明は医療現場からの貴重な声と言えよう。

最後に本研究計画全般についての大前提となる仮説的思考方に関して今の時点ではっきりしている三点をまとめておく。

第一に「病」の多くは特定の社会的文脈の中で構築されたものにすぎないのに、我々はそれに振り回されてしまっているのではないかという点である。松本医師の講演によってこの「多く」とは80%ほどにも上ることが判明したのであるが、我々が批判的に検討しなければならない対象とは、「健康」はなくてはならないものであり、少しでも「健康ではない」状態は「病気」という名の悪であり、それはいずれは医療の進歩で完全に治療できるし予防できるはずという一連の思い込みや観念であると言えよう。この視点から国際的にも非科学だと疑問視されているメタボ健診のようなことを始めねばならなかったのはなぜなのかを問わねばならない。

第二に「病気」の発見のための検査自体があるいは治療自体が「病気」を作り出してしまっているという皮肉な事態にも目を向けねばならないという点である。例えば、検査について言えば、今回取り上げた胸部レントゲン検査も国際的にみたら随分おかしいことをしているわけで、検査業界の都合からさほど必要ではないのに続けられている検査項目の最たるものといえる。不必要なばかりか危険性が高いのだから結核激減という現実を受けて小中学生の場合と同じように廃止すべきではないのだろうか。治療について言えば、精神科で処方される薬の過剰のせいで本人の状態を悪化させ、さらなる薬が投与されている例などは見過せない問題といえる。

第三はそもそも問題の「医療化」こそが「医療の過剰」を招き寄せているという点である。この考え方を活かすと例えば、先に示した『精神科セカンドオピニオン』についても、「いじめ」などさまざまな被害体験の症状が「医療化」されていくプロセスの事例がふんだんに盛られた書物として資料的価値のあるものとみなせる。当人が症状から脱しようとする場合の言葉が医療系のもの以外見当たらずなので当人と医療者側との共犯関係で必然的に「医

療化」が進む構図がそこにはあるのではないだろうか。その意味ではこの書物は編著者の意図を超えて社会的に活用可能といえる。「医療化」というパースペクティブを得ると医療の見え方が変わり、新たに多様な問題が発見されるであろう。

ともあれ、医療に関わる諸現象について社会学の視点を十二分に活かして分析的に捉え直していくことが今後の研究を進めていく上で必要になってくるといえよう。今回は松本医師の力強い講演に触発されてそのための現時点での覚書を記したにすぎない。

注)

- (1) 「健康」と「不健康」の切り分けという構図を問題視する場合、戦時動員体制を問うことが必要になる。例えば、戦時中には「無らい県運動」が全国で展開されてハンセン病者についての厳しい隔離政策がなされていた。この構造が戦後社会にも長らく尾を引いていることを検討した研究として、藤野豊『ハンセン病と戦後民主主義——なぜ隔離は強化されたのか』（岩波書店、2006年）参照。
- (2) 例えば、帯木達生『アフリカの瞳』（講談社文庫、原作2004年⇒2007年）は、エイズの治療薬を事例として製薬会社の横暴を描いている。帯木は最近のインタビュー記事では「製薬会社は病気を作る。売りたい薬があれば、情報を与えて煽りたてる。大学教授も宣伝にのり、海外でも医療雑誌に論文を載せる人の多くは製薬会社の顧問になっている。臨床医は、何が大切か見失いがちになる」（毎日新聞2010年2月23日付）と述べている。
- (3) 大楠は「健康情報・検査値の落とし穴」というインタビュー記事で「福島県郡山市の健診データと全国の脳梗塞を起こした人のデータを比較した。脳梗塞経験者で降圧治療を受けている割合は45%、未治療は13%、一般住民で高血圧と診断されている人で治療中は27%、未治療は16%だった。降圧治療で脳梗塞の発症

率が二倍になる可能性がある」(日本経済新聞 2006 年 12 月 31 日付)と述べている。

- (4) 私の質問に答えてくれた某胃腸外科専門医からのメールによれば、「(抗コリン剤は)良い写真を撮るために胃腸の蠕動を止める目的で使います。但し「胃間接透視検査」などの、医師が指示を出さなくてやれる簡易な検査では使用しません。医師がいなければ投与できないので。(中略)この薬ブスコパンは、抗コリン作用がありますのでさまざまな作用を人体に及ぼします。(中略)ブスコパンはこのような薬剤ですので、胃透視の前投薬として使う場合も、投与前に問診で「緑内障」「前立腺肥大」「心疾患」の有無を聞いてから、大丈夫な人へのみ投与することになっています。実際の検査では、自己申告の問診表でチェックし、問題項目にチェックされていない場合はさっさと投与していることが多いでしょう。(中略)一般の胃透視でも「緑内障」と申告すれば、ブスコパンなしで撮影します。ただ胃が蠕動するので撮影条件が悪くなるので医師側は嫌いますが、なお、ブスコパンの副作用に比して、より副作用の少ない薬剤を前投薬に使う施設がありますが、その薬は高価なモノで集団検診には使われません」とあった。
- (5) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/05/s0517-5e.html> 参照。つまり 99.99%の人は結核ではない。これがどれくらいのリスクかというと、屋外で交通事故で死亡する確率(10 万分の 5 か 6)、お風呂に入っていて風呂場や脱衣場で死亡する確率(10 万分の 11)とほぼ同レベルである。これらの数値の出所は、藤倉良『環境問題の杞憂』(新潮新書、2006 年) 51-52 頁。
- (6) 大西正夫『放射線医療』(中公新書、2009 年) 48 頁。
- (7) 文部科学省の結核対策は、厚生労働省の方針に結局は従属しているようである。「学校にお

ける今後の結核対策について」(2002 年 8 月 28 日)の「5. その他」には「(1)高等学校、高等専門学校、大学、大学院における結核に関する健康診断について」とあるのだが、そこには「高等学校以上の学校における結核に関する健康診断については、入学時、転入時、節目時のみ胸部エックス線検査を行うよう、厚生科学審議会結核部会の報告が出されているが、現時点では具体的な健康診断の時期、間隔等について方針が示されていないため、厚生科学審議会結核部会における具体的検討結果を待って、学校における対応を検討することとするべきである」となっている。

- (8) 佐藤純一「生活習慣病の作られ方——健康言説の構築過程」、この報告は第 22 回社会調査の方法に関する研究会「健康不安の広がる社会を問い直す」記録の一部として収録されている(札幌学院大学『社会情報』18 巻 1 号、2008 年)。
- (9) シンポジウム I「心理主義化と薬物療法の現在を考える」(日本社会臨床学会編『社会臨床雑誌』17 巻 2 号、2009 年)の「討論部分」における「精神科の薬物療法の実態」と見出しがついた広瀬発言 42-44 頁を参照。
- (10) 本学の総務部総務課は、札幌東労働基準監督署安全衛生課に「定期健康診断報告書について」という文書を例年出している。2008 年度の結果について報告した 2009 年 6 月 16 日付のそれには「なお、本学の定期健康診断を実施している一部健診施設において、特定健康診査開始の平成 20 年度から一部検査項目の正常範囲の基準値を変更したため、前年度に比較して血圧、血糖、血中脂質の有所見者数が増加する結果となっております」とある。ここから「一部健診施設」つまり人間ドックでのそれは学内で行う健診よりも基準値が厳しくなっていることがわかる。