

医療幻想とがん検診の有効性

A Critical Assessment of Mass Screening for Cancers of Several Organs.

矢 嶋 嶺*

Takane Yajima

(1) 医学（医療）への幻想

医学は生物学に基礎をおいた科学である。医療は人体に対する医学の応用技術体系である。

医学自身は100%解明されている訳でなく、従って医学に基礎を置く医療は科学的根拠がなくとも人の心に迫らねばならない。

医療と医学の間には落差が歴然としてあり、その原因は、科学としての医学に未だ解明せざるものがあり、客観化出来なく、再現性にかけるものが未だに多いという事実起因する。

医療には種々な幻想がある。加齢に伴う疾患や障害が医療により回復するとか、集団検診を受ければ、早期がんが発見されて、死なずに済むとか、医学が人々を長寿にした等々とか、医療への幻想を持つ。

医学はこれらの幻想を生み出すほど、科学的で、技術として完成したものであろうか。

私の医療体験40年からしても到底医療が人々の大部の疾患を治し、長寿を延ばしているなどと考えられない。

ディクソン教授というアメリカ著名な医学者や医療ジャーナリストのインフェルベルガーは、80%の病気は医療の介入しなくとも自然に治るか、現代の進んだ医学をもってしても治らないのだから、医療の積極的役割は認めがたいし、9%は医療を施したために起こった病気（医原病）であり、残りのわずか11%は感染症に対する抗生剤あるいは、或る種の病気に対する手術のように、

確実に治療によって治る病気であると云っている。

医療に対する幻想が多発する原因はこの80%の自然治癒又は自然死が生み出す医療への幻想の源泉なのである。又一方では社会的要請により医療を幻想化することで食っている人が多い。私も自分の体験からしてこの説に全く納得である。治してあげたのではなく治って頂いたのである。7000種類以上存在する人間の疾患のうち11%は医療なくして治癒しないことも、体験で確信している。

9%が、医師や薬品や医療産業が作り出す医原病である。これも実感出来る数字である。

問題になるのは、自然治癒又は必然死をする80%の人たちの疾患にあるのではなく有効性のない治療や予防医療、例えば集団検診に幻想を持っていることである。現代日本医療は幻想の上にあるといっても過言ではない。

(2) 集団検診の有効性はどのように評価するか。

日本で現在行われている老人保健法にもとづく各種の集団検診は、基本検診である血液生化学検査と5種類の「がん検診」がある。

驚くべきことにこれらの多くの検診は、検診によって得られる効果が科学的に検証されぬままに行われていることである。例えば検診を受けた人のがん死亡者が受けなかった人より減少したなどの証拠が明らかでなくても当り前のように行われ

*社会福祉学部教授

ていることである。

元来、検診は一定の研究デザインにもとづく人体実験（医学的介入実験）や観察研究のあと、効果が認められたものに限って行われなければならない。そうしないと無駄な費用と疑陰性（異常なしと誤って判断）や偽陽性（異常ありと誤って判断）のまま次の段階の検査に進むことになり、必要でない不安を与えたり、余計な費用を使ったりして、更に誤診という医療病を生む。

日本の集団検診は肺がんで乳がんで、有効性の検証のないままに大量の税金を使って健常者を患者にしてしまう。

先進諸外国では、検診の効果を予め臨床研究で確かめ、効果のあったものだけ集団検診に用いている。

日本の集団検診で臨床研究の上、有効性を認められたものとして行ったのは、旧厚生省研究班の大腸がん発見のための便潜血反応のみである。

法律で定められている検診が医学的証拠（特に疫学的調査）があいまいなのに、行われているということは、検診さえ受けていればがんでは死なないという幻想を国民に植え付けていることになる。

そして健康第一主義の世論形成に、集団検診が一役買っている。

日本の検診の特徴は、その効果があいまいなため、「運がよく発見されて助かった人」と「運悪く発見されず死んだ人」の比率が結果として半々となるような意味のないシステムの検診体制で行われているのだ。

最近欧米ではEBM（Evidence Based Medicine）というのが医療のキーワードである。根拠にもとづく医療の意味である。

日本では、集団検診を始め薬剤、手術、など殆どが、Evidenceが薄弱なまま行われている。後述するが、権威ある〇〇大学教授のひと声がEvidenceとなる。有効性評価方法の信頼度の順番としても最低である。

(3) 検診で求められる目標と精度は次の如くである

1) 検診しない場合より早期に対象の病気を検出すること。

2) 早期発見で健康上の最終結果が改善されること。

3) 検診に必要な精度

①感度：疾病ある人には陽性とする確率

②特異度：疾病のない患者には陰性とする確率

③陽性予測値：検査が陽性的の場合、病気が存在する確率

④陰性予測値：陰性と出たとき疾患が存在しない確率

感度が低いということは見落とし（偽陰性）が多いということであり、特異度が低いことは、過剰診断が多く、健康人が疾患ありとされることである。心電図、胃バリウム検査に多い（偽陽性）。感度と特異度が低い時に、起き得るリスクは、偽陰性の人の診断が遅れ、誤った安心感を与える。偽陽性の人は高価で有害な精密検査をうけ更に心理的ダメージを受ける。そのため陽性予測値と陰性予測値を出すべきである。

4) 有効性疑問の諸要因

①検診で無症状で発見されたものと症状が出てから発見されたものが、臨床上同じ結果（例えば死亡）になれば検診の有効性はない。

②早期発見で健康上の結果が改善されたかどうかを明らかにすることは難しい。それは研究者のバイアス（主観）がかかるためである。

③バイアスの種類

(イ) リードタイムバイアス

検診により単に診断の時期が早まり、死亡までの時期が長かっただけのことで、予後に影響はない。

(ロ) 長い経過をとる患者を優先的に発見して、重症で経過の短い患者を検出できない。検診で発見出来る患者は長生きしているように見える。生存率が見かけ以上長い。

(4) 健診などの有効性を調査する研究方法について

研究方法（研究デザイン）には、医療介入研究と観察研究があり、比較群（対象）を設けることが最低条件である。以下信頼度が高い順に列挙する。

1) 無作為化割付対象実験（RCT）。

前向き試験（現在から将来に向けて行う研究のこと）、実験群と放置群に分けて、対象と比較するためのバイアスは小さい。現在考えられる方法では最良。予防医療に不可欠。

今、研究者は、RCTでないと信用しない時代となりつつある。

2) コホート研究

前向きの観察方法で、（現在から将来に向けて研究する）データによるバイアスは少ないが、予防より予後の判定に好都合。食糧と高血圧の研究など、長期間かかる。

3) 症例研究

短時間で結果は出るが、後向き研究（現在から過去に逆のぼり調査）のためバイアスが多く、信頼性に疑問あり。日本の研究は大半がこの研究。そのため余り信用出来ない。胃がん検診など。

4) 専門家の意見

仮説の程度で信用出来るかどうか疑わしい。日本では大手を振っているが、外国では通用しない。医療では偉い人の言説は必ずしもあてにならない。

(5) 医学的根拠にもとづく医療（EBM）が求められる時代になりつつある

日本にもEBMが求められる時代に入った。主観的な医療は通用しない。

治療効果、薬効、集団検診の有効性、手術適応、健康食品の効果などEBMなくして信頼は得られないはずだが、日本は未だRCTがしっかり行われていることは少ない。“みのもんだ” “ためしてガッテン” 流である。

特に集団検診は、RCT法で効果判定せずに実

施すべきでない。医原病を作るだけである。

(6) 「がん」検診有効の実態

1) 胃がん検診の有効性（胃バリウム検診）

研究：旧厚生省研究班（班長 東北大 久道教授）報告1989年

早期がん発見率	外来36.7%	検診65.7%
3年生存率	外来35.7%	検診67.7%
精度	偽陰性10~40%	偽陽性10~25%

コメント：外来群より検診群の方が早期がん発見率、3年生存率とも高いが、当然のことで、有効性があるとは云えない。疾患の前後で比較しても仕方がないことだ。

偽陰性、偽陽性ともに多すぎて検診の役に立っていない。しかも症例研究で価値は低い。東京がん検診センターの報告では、発見されるべきがんの5/6が、胃カメラの再検査で見落とされていたという。

現在は、胃カメラが主流であるが、しかし、RCTによる有効性の証明はまだない。私もこの種類の誤診をした。胃がんの疑いといわれて、心配をしたり金を使う人がなんと多いことか。

2) 肺がん検診（胸部レントゲン検査）

①厚生省研究班報告（1989年）

3年生存率	外来19.6%	検診52.5%
精度	偽陰性 25~35%	偽陽性 3~5%
	死亡率減少効果なしと報告	

②無作為化割付対象研究（RCT）

対象 ヘビースモーカー 9000人
研究：アメリカ、メイヨークリニック 肺がんプロジェクトチーム

死亡者	検診群	122人
	放置群	111人

コメント：・厚生省研究班のものは方法が症例研究で論ずる価値がなく、精度も低く、その効果からしても肺がん検診の有効性はないと報告。

- ・アメリカ、メイヨークリニックの研究では、検診群の方が死亡者多いとあって、検診を即時中止したという歴史がある。この研究方法はRCTであり、水準は高い。
- ・長野県では、ヘリカルCTによる検診を始めているが、RCTによる有効性は今後の研究課題である。
- ・私は肺がん外科の出身だが、検診で発見して手術しても再発で死ぬ人が多かった。

3) 大腸がん検診 (便潜血反応検査)

①厚生省研究班報告 (1989)

偽陰性率 15% 偽陽性率 3.4%
3年生存率 結腸53.4% 直腸57.1%
死亡率減少効果ありと報告

②無作為化割付研究 (RCT)

対象 4万600人

研究：アメリカ、ミネソタ州

死亡率	毎年検診群	5.88人(1000人当)
	隔年検診群	8.33人
	放置群	8.83人

コメント：厚生省報告は、日本では初めてRCTで実施したことに意味を認めるが、偽陰性率の高いのが気になる。結局役に立っていない。アメリカミネソタのものでは、隔年検診群と放置群で死亡率に差のないのが問題。100%有効とはいえない。

4) 乳がん検診 (触診、視診)

①厚生省研究班

偽陰性率10.35% 偽陽性率2.5%
3年生存率 外来群 87.5% 検診群
94.9%

②無作為化割付対象研究

研究：スウェーデン、マルメ市 対象 4万
2000人

死亡者	検診群	63人
	放置群	66人

コメント：検診効果はない。

50才～70才について死亡が減少
(ニューヨーク市・RCT)という
データもあるが、有効性はない。日
本も来年からX線による乳房撮影に
変えることになっている。
結局乳がん検診は殆ど有効性はな
い。

5) 子宮頸部がん検診

①研究：厚生省研究班

偽陰性率13%
3年生存率 外来群 80.7% 検診群
97.3%
検診の有効性ありと報告した。

②外国でも症例対象研究が行われているのみ

コメント：RCTがないので有効性の証明でき
たといいたい。

有効性が示唆されたという程度。

(7) <米国予防医療研究班 (予防医療実践 ガイドライン) による各種がん検診の是非に関する勧告の紹介>

1. 乳がん

40歳以上の女性は、毎年乳がん検診 (乳房の特
殊なレントゲン撮影) を受けるべきである。50歳
をすぎた女性では、乳房レントゲン検査を毎年あ
るいは2年に1度受け病変が認められなくとも75
歳ぐらまでは続けるのが良いだろう。乳がんの
ハイリスクを有する女性では、もう少し若いとき
から乳房レントゲン検査を開始するのが賢明であ

る。乳房自己検診の教育をとりたてて推奨する事はできないが、一方今の自己検診法の変更を支持するにも十分な根拠はない。

2. 大腸がん

無症状の人に対して大腸がんの有効なスクリーニング検査として便潜血反応、S字結腸鏡を勧めるのは十分な根拠は無いし、かといってそれに反対する根拠も無い。また、このような検査がスクリーニング法として、一般的におこなわれている施設に対して中止を促すことや、個人的にこういった検査を希望する人に対し、必要が無いということにも十分な背景は無い。大腸がんのリスクの高い50歳以上の人に対して、集検を行う際には、臨床的に十分な注意が必要である。

3. 子宮頸部がん

性交経験のある女性には定期的な細胞診テストが勧められる。細胞診とは、性経験の始まりから開始し、医師の判断で1～3年ごとに行うべきである。以前の細胞診が一貫して正常であれば65歳で中止してもよい。

4. 肺がん

無症状の人々を対象に、肺がんの検診をする目的で、通常の胸部X線撮影や喀痰の細胞診検査を行うことは勧められない。

<まとめ>

私は病院医療、地域医療を長いことやってきたが、私の狭い臨床経験ではあったが、大腸がん、肺がん、乳がん、胃がんなどの検診活動の有効性について、主観的であるが（症例研究的といえ言える）、とても死亡者を減少させているとは思えなかった。

各種の文献を調べた結果、やはり大部分の検診の有効性の疑問に確信をもった。E.B.M（医学的根拠）を持った医療がいかに重要なものか改めて再認識した。

専門家の言説が頼りなく、それに当てにならぬ医学常識が、多くの人々に医学の幻想を与え、健康観ひいては、生死観にも軽薄な影を落としていることの責任の一部は、検診有効説の常識化にもある。この責任は医者であり、①経験主義の重視

②病態生理の軽視 ③講義中心の医学教育の悪影響の重視などが科学的根拠を軽視することになったと私は考えている。

私がこれまで述べてきたことは、制度としての検診事業（集団スクリーニング）の有効性についてであり、がんに対する不安から個人的に受ける検診を否定するものではない。Dixon 教授（アメリカ）の云うように人の病気7000種類のうち、医学が有効である疾患は11%、医原性疾患が9%、生体の自然治癒力に任されている疾患が80%だとすれば、医学の限界を明らかにし、スクリーニングの有効性についても限界を示すべきだ。

個人的医療では説明と同意（または選択）が原則だとされるならば、検診でも、検診効果の限界を正直に公表すべきである。人々が本当のことを知れば、受診者は減少するかも知れないが、自然治癒力に自信をもつ健全な健康観が育成されるはずである。

行き過ぎた予防医療の産業化は、文化的、社会的、臨床的医原病をもたらすだけである。個人的に受診する人に対しては、保険での予防給付を認めるなど、低負担で受診できる体制を作る必要があろう。要するに、無差別にリスクファクターを考慮することなしに集団で行うことに問題の根があることをいいたいのである。日本と外国の文献と自ら体験を混じえて、医療と福祉は深いところまでつながっていることを実感している。

<参考文献>

<研究デザイン、検診勧告について>

- ・「予防医療実践ガイドライン」米国予防医療研究班報告（医学書院1993）

<E.B.M.（根拠に基づく医療）について>

- ・「日本医師会雑誌」（120巻、2号 1998.7.15）
- ・「Nikkei Medical」（1998.7）

<早期胃がんは病気か>

- ・「Rancet」Vol.349（1725～1997）

<がん検診の有効性評価について>

- ・「厚生省がん検診の有効性評価に関する研究班報告」（1998.4）
- ・「いのちジャーナル誌」（1998.4）

<医者と患者と病院と> 砂原茂一（岩波書店）

- ・「朝日新聞」（1996.10.19）
- ・「がん専門医よ真実を語れ」（文芸春秋、1998、近藤誠）