



## 「健診」と「検診」と胸の検査

2005年は、職場での「胸の病気の検査」について、何かと話題になりました。

その一つは、石綿(アスベスト)の粉じん(ほこり)を吸い込んだことのある方に肺がん、中皮腫等の健康被害が多発したことです。そのため厚生労働省は、職場関係で石綿を吸い込んだおそれのある方への胸部直接エックス線検査(直接撮影)と問診等による特殊健診を強化する方針を取りました。その一方で、全ての職場の一般健康診断で年1回、胸の病気全般の早期発見のために受けることになっている胸部エックス線検査(通常胸部間接エックス線検査(間接撮影)が採用されている)の法的義務を廃止するよう検討しているそうです。

その主な理由は、厚生労働省の検討会で、帝京大学の矢野栄二教授が述べた、

1. 間接撮影では、肺がんは見落されやすく発見率も低い。  
肺結核は減ったので検査の必要性は薄い。  
肺がんや結核以外の胸の病気も①患者が少ない②間接撮影でみつかる前に症状が出る③みつかったもほとんど進行しないことが多い、のいずれかに該当するため検査は無意味。
2. その他、エックス線による発がんなどのデメリットを差し引けば、  
間接撮影を健診で全ての人に行うのはデメリットの方が大きいと考えられる

という意見を厚生労働省が全面的に支持したからです(参考:第2回労働安全衛生法における胸部エックス線検査等のあり方検討会資料5及び第3回同検討会資料1)。

現行の規定では、石綿やじん肺など一部の特殊健診の対象の方と、結核検診の対象になっている65歳以上の方と学校、医療、福祉関係の方を除いては、この間接撮影がなくなれば、働く人が受けさせてもらえる胸の病気の検査はなくなってしまいます。石綿やじん肺に限らずとも、肺がんが男性の死因のトップを占めるなど、胸の病気に関する問題は増えているのに、です。

しかしここでもう一つ、厚生労働省が支持する意見として、次が掲げられています。

3. 職場の健診は、事業主の負担なのだから『職場』のためのもの。  
よって、たとえ頻度や死亡率が高くても、業務内容や職場と関係の薄い疾患の検査は不必要。  
胸の病気に関しては、職場で流行すると困る結核以外は調べる必要はなく(これは1.の理由から不要)、  
肺がんその他胸の病気全般を職場の健診で調べさせようということ自体おかしい。

ということは、厚生労働省には義務づけ廃止後、間接撮影に代わる胸の病気の検査を働く人のために設けるつもりはないようです。

なんとなく不安に感じる方や、納得いかない方も多いのではないのでしょうか。そのような方は続きを読んでみてください。

### そもそも「健診」や「検診」とは？その目的は？

同じ「けんしん」でも、健診と検診は少し違います。

「**検診**」は検査診断を意味し、がん検診とか結核検診とか言うように、特定の疾患を早期に発見することを目的としたものです。

一方「**健診**」は健康診断や健康診査の略。特に目的とする疾患を限定せずに、かくれた疾患や異常を探し、また自分の健康状態を見直して、その後の健康管理に役立てるためのものです。

ですから、上の3.のように「職場の健診には業務内容や職場と関係の薄い疾患の検査は不必要」という考え方は、そもそも「健診」の定義に反するといえます。

(逆に、各種の有害業務に従事されている方が対象の「特殊健康診断」は、法律上「健康診断」と呼ばれていますが、有害業務ごとに出やすい健康障害に注目して検査を行いますから、ある意味「検診」と言ったほうが正しいのかもしれないですね。)

いずれにせよ、一次検査で大切なのは、気軽に受けられることと、病名まではわからなくても「何かある」ということだけは見落さないこと

いずれにせよ、「健診」「検診」の一次検査の各項目は、

- ・かくれた疾患がないことを確認し、あれば見つけるきっかけとする
- ・二次検査や精密検査として、より詳しく診断できるが全員には気軽に実施しにくい検査をあえて受けるべき方を絞る
- ・他の検査項目や二次検査、精密検査の結果と併せて検討し、診断の信頼性を高める
- ・次回以降、結果を検討する際の比較対照とし、異常を発見しやすくする

といったことを目的としています。

「健診」「検診」とも、一次検査を一見健康そうな人々みんなに行き、注意すべき人を絞り出す、ということからマスキングと呼ぶことがあります(mass=集団を screening=ふるいにかける)。

よって、「要二次検査」「要精密検査」などと判定する場合は、間もなく次の検査を受診されるはずですから正確な病名までわからなくてもとりあえず問題ありません。しかし「異常なし」と判定した場合は、次の「けんしん」まで何も検査しないこととなります。よって、次の検査がよほど危険な方法(例えば死亡や後遺症のリスクがあるとか、全身麻酔や手術を伴う、など)でない限り、本当は異常のない方を一次検査で「要二次検査」「要精密検査」とすることはあまり問題にはなりません、一次検査で異常のある方を見落すことは許されないので。

また「きっかけ」ですので、みんなが気軽に受けることができることも大切です。ですから一次検査では、あまり正確な病名まではわからなくても、コストや苦痛、身体への負担や危険が小さくみんなが気軽に受けることができ、なおかつ見落しの少ない検査方法を採用するのです。

そして健診も検診も、放置すると進行したり、他の疾患のリスクを高めたり、周囲の人々にも悪影響を及

ほすが、早期に治療や改善策をとればそれらを防げる疾患や異常を早期発見できることが大切です。また「検診」の場合は、目的の疾患が出やすい人々に行くことも大切です(小児に胃がんの検診をしても無意味です)。それに対し「健診」の場合は、早期発見が役に立つ全ての疾患や異常が対象、ということになります。

### なぜ今の時代、間接撮影ではだめ？

間接撮影と直接撮影はどう違う？

普通「胸のエックス線検査」というと、かぜをこじらせたときに内科で医師が撮って見せてくれる、およそ40cm四方の大きなフィルムに撮った写真を想像する方が多いと思います。あれが**直接撮影**です。体をフィルムの入ったケースに密着させて撮影することで、体を通り抜けた直後のエックス線をそのまま(だから「直接」)フィルムにあてて写します。よって、肺とほぼ同じ大きさの写真となります。

それに対して**間接撮影**は、体を通り抜けた約40cm四方のエックス線の像を、ミラーカメラという装置で鏡とレンズを用い10cm四方に縮小された可視光線の像になるよう「反射」させたものを、10cm幅の長いフィルムの巻き物(ロールフィルム)に数十～数百枚単位で写したものです。

間接撮影は写した順に並べて1枚の長いフィルムにまとめます。よって集団健診のように、同時に数百人分も続けて撮ったり判定する場合、直接撮影で大きなフィルムに一枚一枚撮るのに比べ

- ・写真がバラバラにならず人違いを防げる
- ・現像が一回ですむ上、医師が全員の写真に目を通す際も並べ替えに時間がかからないため早く判定結果が得られる
- ・コンパクトな巻き物なので保存や管理がしやすい
- ・一人当たりのフィルムの量も手間も少なく済むためコストが低い→健診の実施費用が安くて済む

といった利点があります。しかし、

- ・いわば縮小コピーですから、画像の鮮明さ(=病変の検出能力)が劣る
  - ・エックス線をレンズや鏡に通すうちにエネルギーが弱まるため、撮影に必要なエックス線の被爆量が大きくなりやすい
- (ただし装置によってばらつきがあり、**直接撮影と同程度のものから4倍以上に及ぶものまである**)

といった点で劣ります(法的には、職場の一般健康診断で間接撮影ではなく直接撮影を行うことも認められています)。

また当協会の検診車でも実施できます)。

日本の「けんしん」は、結核対策から始まった。そのためは、間接撮影で十分で、コストや利便性の面でも最適だったのだが…

こちらでも触れましたが、昭和25年に脳血管疾患に抜かれるまでのかなり長い間、日本人の死因の第一位は結核でした。結核は抵抗力があれば感染しても発症しにくく、発症しなければ他人に感染させることもありません。しかし抵抗力の低い人の集団の中に患者(=発症した人)がいると、飛沫感染(くしゃみやせき、鼻水など)が出て、空気や物を介してうつること)で流行します。そのため特に工場で酷使されている若い人を中心に流行しました。「人生50年」といわれていたのが、当時は多くの方が職業病で体を弱らせ、がん年齢に達する前に結核で命を落としていたのです。

このことは、当時の日本の社会や経済の発展にとってマイナスでした。そこで(受診者のためではなくあくまで**国と事業主のため**でしたがまず職場での職業病と感染症対策のため年1回の定期健診を定めた「工場法」という法律が大正5年に施行されました。これが職場での「けんしん」のはじまりです。

一方、一般住民のための初の「けんしん」として、結核検診が昭和14年から少しずつ整備され、昭和26年の結核予防法により全国的に普及しました。以後老人保健法にがん検診と基本健康診査が定められるまでの30年間、成人の胸の「けんしん」といえば結核が目的でした。

結核は病巣が石灰化(カルシウムが沈着すること)するため、間接撮影でもくっきりと写ります。そこで当時の厚生省は結核を十分に診断でき、かつコストも低く記録の管理がしやすい間接撮影法を集団健診に採用し普及させてきました。直接撮影はあくまで精密検査用で、全ての方に行うのはコストも手間もかかりすぎとされたのです。

しかし、やがて早期発見と治療、栄養状態の改善や予防接種による抵抗力の向上により結核は激減し死の病ではなくなりました。そして寿命が延びるに従い、それまではかかる前に死んでいた、がんや脳血管疾患、虚血性心疾患などの様々な生活習慣病が死因の上位をしめるようになりました。そこで、胸の病気の検査のメインテーマも結核からがんへ、検診から健診へと移っていったのです。

がんは病巣に石灰化は普通おこらず、形も一定でなくぼんやりと写るため、結核よりも判りにくいのです。またがんのできる部位によっても違います。肺の外側にできる肺野型がんは間接撮影でも比較的わかりやすいのですが、肺門部(胸の中心、肺の出入り口)にできやすいタイプのがんは、大きな血管や気管が重なって写るため判りにくくなります。ただ、このタイプのがんはヘビースモーカーだったことがある方に特に多く、痰の中にがん細胞が出やすい扁平上皮がんであることが多いので、肺がん検診では危険性が高い方に次に紹介する喀痰細胞診をエックス線撮影に併用することでその点をフォローしてきました。しかし、喀痰細胞診は職場の健診では全員に義務付けられているわけではないため、併用してもらえない場合が多いことが、職場の健診で肺がんを見落としやすい原因の一つでした。

### 間接撮影と直接撮影の他に胸の検査にはどんなものがある？

間接撮影や直接撮影のほか、胸の疾患の検査方法には、  
CT PET 喀痰細胞診 MRI などがああります。

CT(コンピュータ断層撮影):

体を輪切りにする方向にエックス線を照射し、臓器に当って屈折したり吸収される様子をコンピュータで計算し

て、  
断面の像を表示する方法です。  
様々な病変を、間接撮影や直接撮影とは比べものにならないほどはっきりと写し出すことができます。  
また断面の像ですから、病変の前や後にある物が重なって写って見落とすこともありません。  
その反面、1枚だけではそこより上や下の面にある異常はわかりません。そのため臓器全体について考えるため  
には、  
できるだけたくさんの層の像を撮る必要があります。  
かつてのCTは1回の照射で1層ずつ撮影していたため、何枚も撮影するために線量も時間も受診者の負担も大  
変  
かかりました。しかし最近では「らせんCT(ヘリカルCT)」といい、受診者が横たわる台を頭から足の方向にスライドさ  
せ、  
その周りでエックス線が出る装置を回転させながら撮影することで、20～30層の撮影を一度に行える方法が採用さ  
れ  
ています。しかし、それでも間接撮影や直接撮影よりもはるかに強いエックス線(数百倍)が必要なことと、  
費用が高いことが難点です。そのため、一般的には二次検査・精密検査向きの項目と考えられています。  
しかし、早期の肺がんでも間接撮影に写らない大きさのうちに発見できれば治療の成功率がさらに高まること  
と、  
1個のがん細胞がCTに写るサイズのがんになるのに約3年、間接撮影や直接撮影にも写るようになるのにはそれ  
から  
さらに1年程度かかることから、がん検診として3年に一度CTを、それ以外の年には年に一度直接撮影か間接撮  
影を  
実施することを奨める説もあります(当協会でも実施できます)。

#### 喀痰細胞診:

連続3日間、起床時に指定の容器に痰を採取し、顕微鏡で異常の有無を検査する方法です。安価に実施できる  
上、  
ヘビースモーカーに多く、エックス線撮影で見落とされやすい肺門部にできるタイプのがんを早期発見するのに有  
効です。  
しかし、肺野型がんは発見できないことがあります。そこで、1日の平均本数×喫煙年数が600以上になる方や、痰  
に血が  
混じる方など、肺門部がんの危険性が高い方にエックス線撮影と組み合わせることで、費用も負担も抑えたまま  
検査の信頼性を高めることができ、一次検査に向けた検査となります。  
この組み合わせは、肺がんによる死亡率や、他の死因全般による死亡率を下げる「メリットがある」と  
以前の厚生労働省研究班も認めています(当協会でも実施できます)。  
※喀痰細胞診と混同しやすいのですが、労働安全衛生法では結核発病のおそれがある方や、  
エックス線検査で病変が見つかった方に職場の健診で「喀痰検査」を実施するよう定められています。  
これはがんを目的とした喀痰細胞診を指す場合と、結核その他の感染症を目的として、喀痰を何種類かの培地  
で  
培養して病原体が出ていないか調べることを指す場合があります。  
疑われる疾患を目的とした方法だけ追加する場合と、両方を行う場合があります。

#### スパイロメトリー(肺機能検査):

呼吸障害がないか、あるとすればどういふしくみで起きているか(通路が狭いのか、肺のふくらみ・しぼみが悪い  
のか)を  
調べるものです。息を吸いきる⇔吐き出しきる間の呼吸量(肺活量)や、息を吸いきったところから思い切り吐き出す  
時の、  
最初の1秒間で吐き出せる割合(1秒率)を測定します。  
1秒率が少なければ、喘息やCOPDなどのように、肺や気管支の炎症が続き気道の壁が腫れたり分泌物が  
たまって空気の通路が狭くなっているか、肺が伸びきって収縮力が低下し肺のしぼみが悪くなったせい(閉  
塞性  
障害)と考えます。実施するのに多少時間がかかりますが、これらの疾患のように、病巣の塊がなくエックス線にも  
写り  
にくいのに呼吸障害を引き起こすような疾患の早期発見と原因調べに向いています。ですから、せきやたんが続  
く方、  
とくにCOPDがひそんでいることが多いとされる20年以上の喫煙者にはおすすめです。  
一方、肺活量が少なければ肺のふくらみが悪い(拘束性障害)と考え、肺が硬くなる間質性肺炎やサルコイドーシ  
スなど  
か、肺に穴が開く気胸などの疾患を疑います。なお、気胸を起こしやすい高気圧業務(潜水業務など)に従事され  
ている  
方の特殊健診では、必須項目となっています(当協会でも実施できます)。

#### PET(陽電子放射断層撮影):

最近登場してきた検査で、がん細胞が他の細胞よりもブドウ糖を大量に取り込む性質に着目した検査です。  
放射線を出す物質を“目印”として結合させたブドウ糖を注射し、しばらく安静にします。そしてこのブドウ糖が全  
身を  
一周したところに、全身から出てくる放射線を撮影します。するとがんがあればそこに放射線を出すブドウ糖が集中  
する  
ため、目立って写るといふものです。  
ブドウ糖の代謝が大きいタイプのがん\*なら小さいものでも発見でき、肺に限らず全身を同時に検査できるため、  
再発や転移の有無もよくわかります。しかしブドウ糖の代謝が少ないタイプのがんは見落としやすく、またブドウ糖  
の代謝  
が大きいタイプのがんでも、比較的悪性度が低いとブドウ糖の代謝がそれほど多くないため、判断が難しくなりま  
す。  
それに、血糖値が高い人では、病変にあまり“目印”つきのブドウ糖が取り込まれないため検査できませんし、イン  
スリン  
注射をしたときや、前日に激しい運動をした場合は筋肉にも栄養としてとりこまれてしまいますので判定できませ  
ん。  
さらに、受診者が被曝する線量は少ないのですが、スタッフが大量に被曝してしまう問題もあります。  
ですから、あまり一次検査には向きません。他の検査の結果、ブドウ糖の代謝が大きい種類のがんがある疑い  
が

強い場合の精密検査や、治療後の経過観察など、ごく限られた場合のみ保険の適用で実施されています。  
 「検診」用としては人間ドックなど、個人的で特別な場合に、希望する人にだけ全額自己負担で実施している医療機関があるようです。費用は8~10万円程度、らせんCTの4倍程度です。  
 \*ブドウ糖の代謝が大きい種類のがん…肺、乳、大腸、頭頸部、脳腫瘍、膵、悪性リンパ腫、転移性肝がん、原発不明がん、悪性黒色腫

なお、肺以外のがんによく用いられる画像検査にはMRIやエコーもあります。しかしエコーは空気や骨の多い臓器では使えないことから、心臓の検査には用いられますが肺には向きません。またMRIは、動きのある臓器では撮影が難しいため、心臓や肺には不向きです。

### 健診の胸部エックス線撮影をきっかけに見つかることがある疾患には、肺結核やがんのほかにもどんなものがある？

一見健康そうな成人に起き、はじめは症状がないか、あっても軽いせきやたん程度で、健診の胸部エックス線検査が発見のきっかけとなることが少なくない疾患には、肺結核やがんのほかにも次のようなものがあります。

**じん肺**: 石綿をはじめ、主に業務で吸い込んだ鉱物性のほこりが、肺の組織に沈着することによる障害全般をいいます。  
 肺気腫や慢性気管支炎を起こしたり、結核やがん、胸膜中皮腫につながることも。いずれも粉じん業務と関連性が深いため、一般健診でのエックス線撮影の義務づけが廃止されても、特殊健診として直接撮影が職場に義務づけられています。  
**胸膜中皮腫**: 肺を覆っている胸膜にできる腫瘍。悪性のものは悪性胸膜中皮腫といい、転移は少なめですが、進行すると肺の外側を取り囲むように増殖するため、胸や背中での痛み、呼吸困難、咳、体重減少、発熱などを伴います。石綿との関連で有名になりました。  
**間質性肺炎**: 通常「肺炎」といえば、かぜをこじらすなど主に感染が原因で、肺胞そのものに急激に炎症が起こり、腫れたような状態になるものです。これは症状が激しいため 間質性肺炎はこれとは違い、感染に限らずアレルギーや薬の副作用など、様々な原因で肺胞のまわりに炎症がおき、硬くなるものをいいます。急激に起こるものから、最初のうちは症状が出ずにじわじわと悪化するものもあります。またすぐ治るものから死に至るものまで 経過や予後は様々です。原因不明のものもありますが、それでも禁煙や呼吸訓練、ステロイド療法等を早く始めれば治ったり、悪化を阻止し得るため、いずれにしても早期発見が大切です。  
**原因不明のもの**は通常50歳以降の方に発生し、聴診でよく見つかります。  
**サルコイドーシス**: 眼の網膜や皮膚、肺、心臓などに小さな塊(肉芽腫)ができ、不整脈や視力低下、咳、息苦しさ、皮疹などを生じることがある疾患。肺に出る場合間質性肺炎と似た状態になります。患者は推定約1万人で、9割ははじめに出た臓器だけで進行もせず、症状さえなければ治療も不要ですが、1割程度は進行や症状を抑える治療が必要で、稀に突然死もみられます。しかし専門医の治療を受けていればほぼ防げます。  
**厚生労働省**は「健診のエックス線検査はサルコイドーシスには無意味」などといっていますが、肺に出る場合、大部分は健康診断で発見されています。  
**大動脈瘤**: 破裂したら致死的なので手術が必要  
**肺気腫**: 喫煙者や喘息が続いている方などで、炎症が続くことにより肺胞がつぶれてくつきあい、肺の弾力が低下して空気を出し入れしにくくなり膨れ上がった状態。  
**膨れた肺胞**に気道が押されてふさがり、さらに空気の通りが悪くなり悪循環する。  
**慢性気管支炎**: 喫煙者や、気管支炎や喘息が続いている方などで、気管支の粘膜が刺激され続け、腫れ続けている状態。

タバコ歴20年以上のあなた、咳やたんには要注意！

**COPD**: 特に肺気腫や慢性気管支炎では、COPDと呼ばれる重大な疾患になっていることがありますので要注意です。  
**COPD**とは、長年喫煙されている方や、気管支炎や喘息が続いている方などに高頻度でみられ、長年肺を刺激し続けているために少しずつ肺が硬くなって呼吸しにくくなるもの。軽いうちは禁煙や薬で治療できるのですが、ひどくなると酸素療法、さらには運動制限まで必要になります。放置すれば呼吸不全や心不全、全身の臓器の障害等を起こして死ぬことも。  
**世界、特に米国の死亡原因の第4位**を占めており、日本でも増加中です。  
 こちらのホームページに詳しく述べられていますが、患者の9割は喫煙者で、日本では40歳以上の8.5%にあたる530万人の患者がいると推定されています。しかし治療を受けているのは21万人です。  
 初期の症状は軽いせきやたんだけで、進行もゆるやかなので本人もなかなか気が付きません。そのためせきやたんが多いと自覚して受診する頃にはすでに酸素療法が必要な状態になっているケースがかなりあります。  
 矢野先生はCOPDを「エックス線でみつかると前に症状が出る」ため検査が無意味な疾患の一つに挙げていますが、結局その自覚症状ではわかりにくいのです。ですから間接撮影の義務づけが廃止されても、**40歳以上の方、特に20年以上喫煙している方(職場や家庭で受動喫煙させられている方も含めて)や喘息もちの方には、何らかの定期的な検査が必要**といえます。  
 上に挙げたスパイロメトリーが有効な検査ですので、早期に発見し治療するために、20年以上喫煙している方や

受動喫煙させられている方で、多少咳やたんが気になる方は、エックス線と併せて定期的を受けてみられることをおすすめします。

「健診」の場合は、早期発見が役に立つ全ての疾患や異常が対象

その他、矢野先生が「国立がんセンターでは年に3例程度しか症例がない」ため検査が無意味な疾患の一つに挙げていますが、悪性胸腺腫(実際には、少なくとも数万人に1人はいる)をはじめ、患者数は少ないのですがエックス線でみつかることができ、治すことができる疾患もいくつかあります。症例数が少ないため「健診」の対象にはならないかもしれませんが、これらの疾患を合計すればそれなりの数になるはずで、「健診」は対象とする疾患を限定していないのですから、たとえ稀でも、早期治療できる疾患を偶然に見つけることができるならば決して無意味ではないのではないのでしょうか。

以上の点から、日本医師会や日本肺癌学会、日本呼吸器学会など、実際の診療に当たっている医師側からは、間接撮影を廃止するのならそれに代わる胸の病気の検査を受けられる制度を設けるべきとの声が上がっています。

義務づけが廃止されれば、大部分の事業所では  
たとえリスクが高い人でも胸の病気の検査は何もしてもらえなくなるでしょう

厚生労働省も、高齢の方や喫煙歴の長い方など、胸の病気のリスクの高い人には直接撮影など何らかの胸の病気の検査を受けさせるべきであることは一応認めています。しかし「法的義務を廃止」とは、現在どこの事業所でも費用は事業所の負担プラス公費や健康保険からの補助で、全ての労働者に必ず受けさせることになっているものを、補助をカットし、実施するかは「事業所の意思に任せる」ということ。つまり、経営側の考え方や勤め先の経済的状況で、従業員が胸の病気の検査を受けさせてもらえるかどうかが変わってくるということです。

よって、「胸の病気の検査は、義務でなくても全従業員受けるべきだ」と経営側が考えており、かつ費用を負担する経済的余裕のある事業所では、希望者全員に胸のエックス線検査か、それに代わるもっと診断の確実な検査を、自己負担なしか一部自己負担で受けさせてもらえるでしょう。あるいは産業医や専属の保健師、または衛生管理者がしっかりしている事業所なら、仕事の内容や今までにかかった病気、生活習慣、問診の結果などから、リスクが高く受けるべき人を選んで胸の病気の検査を受けさせてもらえるでしょう。

しかし、全国の約9割は産業医も衛生管理者もいない従業員50人未満の事業所です。また不景気の中、大部分の事業所は経済的余裕がなく、法定義務でないのなら福利厚生関係の予算はできるだけカットしたいのが正直なところ。ですから、この義務づけ廃止案が実現すれば、大部分の事業所では特殊健診で直接撮影が義務づけられている方など一部を除いて、病気になるリスクが高い人であっても、胸の病気の検査は自己負担で個人的に受けなければならなくなることが予想されます。

厚生労働省が法的義務を廃止し、補助をカットし実施するかを受診者ではなく実施者の意思に任せた前例として、市町村のがん検診が挙げられます。平成9年度までは、対象年齢以上の方全員に、乳、肺、子宮、胃、大腸の各種がん検診を定期的実施するよう市町村に義務付けられ、国から補助金も出ていました。

しかし、平成10年度からは義務付けも補助金も廃止され、実施するか否かやその頻度などは(指針こそ発表していますが)市町村の判断に任せられました。その結果、がん検診をやめてしまった市町村もあります。これらのがんにかかる人は決して減ってはいませんが、特に胃がんや大腸がん、子宮頸がんは検診のメリットが大きいと広く認められているのに、です。

行政機関でさえ義務がなくなればこうなのですから、事業所だとどうなるか、予想できますね。

厚生労働省は、何を基準にメリットやデメリットを考えているの？

先にもお話ししたように、エックス線撮影と喀痰細胞診を組合せれば、がん以外の疾患も含めて「メリットがある」と厚生労働省は以前認めていました。それなのになぜ今になって「デメリットが大きい」と言い出し、義務づけを廃止しようというのでしょうか。

メリットとデメリットを足し引きする費用効果分析で、政策は決められる  
誰にとつてのメリット・デメリットかで、費用効果分析の結果は変わる

健診や教育などの政策や企画を実施すべきか、今後どうするかなどを考えるときは、それを実施することで生じる(生じた)メリットとデメリットをあらゆる角度から考え、足し引き評価して、どれぐらい利益が出るか、かえって損にならないかを検討します。これを「費用効果分析」といいます。このとき、誰を基準に評価するかによって、結果が違ってきます。例えば、職場での健診の実施の義務づけについて考えるときに、補助の対象となることは受診者にとってはプラスですが、補助金を出す政府にとってはマイナスです。また、実施のために勤務時間中に業務を中断することは、事業所にとっては生産性が低下しますのでマイナスですが、定時になれば帰宅できる従業員にとってはプラス、ノルマが決まっていたり達成できなければ残業になる従業員にとってはマイナス、という具合です。

金額で示せるメリットやデメリットと、示すことが難しいメリットやデメリット

また、メリットやデメリットには、2つのタイプがあります。一つは健診自体にかかる費用や、事故が発生した場合の処置にかかる費用などのように金額で示すことができるものです。罹患率や事故率など、発生する確率を掛け算してから費用効果分析の計算に入れます。そしてもう一つは、満足感や苦痛などのように、金額で示すことが難しいものです。これは個々人の感じ方により強さが異なるため、様々な人の意見や世論調査、損害賠償の実例、研究報告など、多くの情報を検討してから、あえて金額に換算します。

矢野先生の「エックス線はデメリットが大きい」と結論づけた報告書には、早期発見・治療によるQOLの向上、禁煙など健康への関心アップ、検査に伴う苦痛などの、金額で示すことが難しいメリットやデメリットは、名前が挙げられているだけで大部分は費用効果分析の計算に入れられていないとのことです。また、計算

に入れたとされるデータも数値が示されているのはごく一部ですし、それらにも、撮影による被曝線量や発がん率などのように論文ごとにはばらつきがあることが加味されていないものが少なくありません。

そして、実施する場合のデメリットは多く挙げられていますが、実施しない場合のデメリットがあまり挙げられていません。例えば、健診で胸の病気の検査を何も行わずに進行してから治療を始めた場合の、医療費の自己負担分の増加や休業・失業による損失など、特に本人や事業所にとっての、実施しない場合の最終的な負担まできちんと考えているかどうかは不明です。

報告書は、「国」ではなく「政府」にとっての金銭的なメリット・デメリット中心に考えられている傾向があります。

健診の義務づけ項目を減らせば、補助にかかる公費を減額できます。また、結果の事務的処理や分析、結果に基づく対策などの手間(＝人件費)も減ります。その上、二次検査や投薬、治療のために医療機関を受診する方が減れば、国民医療費その他の公費負担も減らせる可能性があります。つまり、進行してから受診するために高額な医療が必要になる患者さんは多少増えます。しかし手遅れで余命(!!)や治療期間が短くなれば、継続的な投薬や治療、老後の医療福祉など、長期的な公費の負担は減るため、トータルでは政府の負担は減る、という考えです。

究極の話、義務付け廃止は、政府にとって都合がよいのです(特に金銭面)。

### 本当に「職場の健診には、業務内容や職場と関係の強い疾患の検査以外は不必要」…?

いずれにせよ、健診とは誰のためにあるのか、ということをよく考える必要があります。

矢野先生と厚生労働省は、業務内容や職場と関係の深い疾患以外は「職場の健診で調べる必要はない」と言っています。しかしそうなると、勤めのために市町村が行う検診や健診を受けに行くことができない方々の「業務と関係ない」疾患はどうやって早期発見するのでしょうか。

現在のところ、大抵の市町村では基本健康診査は「会社や学校などで受診する機会のない40歳以上の方」のみが対象です。つまり、職場の健診は働いている方の基本健康診査を兼ねているわけです。ならば、職場の健診には、業務との関係が薄そうでも、一般的な疾患の検査も必要なのではないのでしょうか。

働いている方も市町村の基本健康診査を受けることにし、職場の健診では「業務と関係の深い疾患に関する検査項目」だけ行う、というやり方もあるかもしれません。しかし仮にそうした場合、各自バラバラに仕事を休んで基本健康診査を外に受けに行くことになるために、却って事業所にとって能率が悪くなるおそれがあります。国民全体の受診率も低下するでしょう。また採血など、職場の健診と基本健康診査で重複するものがある方では、職場と市町村で2度行うことになり却って無駄が生じます。それよりは、職場の健診で一度に済ませてしまったほうが、結局職場にとっても本人にとっても効率がよいと思うのですが、いかがでしょうか。特に、エックス線検査や血液検査など、ある程度負担やリスクのかかる操作が必要な検査は、できるだけ少ない回数で済ませたいものです。

### 職場で過ごす時間は、一日の3分の1、起きている時間の約半分。 生活習慣病に職場は関係ないといえるでしょうか?

最近、職場でのストレスや残業のしすぎによる健康問題が注目されています。これらは不眠や自律神経のアンバランスの原因となり、頭痛や食欲不振、腹痛など、業務内容とは直接関係なさそうな多様な症状を起こすことがよく知られています。胃炎や胃潰瘍(胃がんの危険因子です)はもとより、高血圧や脳血管疾患、心疾患との関係も有名です。また職場内の喫煙や休憩時間の過ごし方、仕事がらみの「つきあい」などが、肥満や高脂血症、種々の生活習慣病の原因となっているケースも少なくありません。職場で過ごす時間は、一日の3分の1、起きている時間の約半分を占めるのです。一般的な慢性疾患の大部分は職場も原因に絡んでいる可能性があるとは、言い過ぎでしょうか?

職場の健診を定めている労働安全衛生法の目的は「職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進すること」です。ですから職場の健診は職場のためだけでなく、受診する労働者のためのものでもあるべきではないでしょうか。

それでも政府が一旦「廃止」の方向を打ち出した以上、多少反対意見が出て結局は廃止になるのが普通です。現在のわが国の財政は大きな赤字です。「このままでは財政が破綻する」というのであればある程度は削減も止むを得ないのかもしれませんが、しかしそれならば、廃止される検査で見つかる疾患には何があり、どんな人にリスクが高いかを皆が知っておく必要があります。そして、リスクが高い人には、同じ検査かそれに代わる有効な検査を、職場が自主的に行うか、自己負担で受けさせるしか、労働者の健康を守る手はなくなってしまうのかもしれませんが。

☞ Back

最終更新日:2006年1月7日

[協会TOP](#)

[保健部TOP](#)

健康・医療の旬情報

[>>>結核と感染症予防法 !\[\]\(8d0f0e0fe25b320c33272c52aec1fbca\_img.jpg\)](#)

[>>>健診と検診と胸の検査 !\[\]\(642aa997563f9a325b310230bb5078b7\_img.jpg\)](#)

[>>>過去の情報](#)

健康診断のご案内

▶▶ 地域保健

基本健康診査

各種がん検診

骨粗鬆症検診

▶▶ 職域保健

定期健康診断

特殊健康診断

生活習慣病予防健診

各種がん検診

▶▶ 学校保健

結核検診

心臓病検診

貧血検査

尿検査

▶▶ 新生児・乳児の検査

マスキリーニング

▶▶ 個人向けの検査

郵送大腸がん検診

その他

[特殊健診申し込みガイド](#)

[郵送大腸がん検診のお申し込み](#)

[健康診断のお申し込み\(事業場様\)](#)

[健康診断のお問い合わせ](#)

[料金表\(PDF\)](#)

[論文](#)

[広報紙](#)

[関連リンク集](#)



(財)山口県予防保健協会 保健部

〒753-0811

山口市吉敷3325番地1

TEL 083-933-0008

FAX 083-923-5567

netadmin@yhoken.jp