

「がん検診」はどこまで必要か？

金澤 實 埼玉医科大学名誉教授 河北健診クリニック

かなざわ・みのる

1948年生まれ。長野県出身。1973年慶應義塾大学医学部卒業、同大学院医学研究科内科学専攻、79医学博士。同年英オックスフォード大留学、86年慶應義塾大学医学部呼吸器内科学専任講師、98年埼玉県立循環器・呼吸器病センター副病院長、2003年埼玉医科大学呼吸器内科教授、07年同大病院副院長、14年同病院長。19年より現職。日本呼吸器学会名誉会員、日本結核病学会功労会員、日本肺癌学会評議員、日本画像医学会理事などを歴任。

1. 毎年の胸部X線写真1枚だけでは肺がんの死亡率は下げられない

—— 国民医療費の高騰もあって、広くまんべんなく行なわれる健診は意味があるのかといった議論が出てきています。

金澤 ええ。近年、週刊誌や雑誌で、つい最近でもある経済誌の巻頭記事になっていましたが、健診が全く役に立たない、むしろ有害だ、といった論調がときどきありますね。

私は、一方的に健診が全て有害だといった議論はほとんど間違いだと思います。

大事なことは、いかに健診を正しく理解して、うまく活用していくかです。

例えば、健診でメタボリック症候群や生活習慣病の危険リスクがあると指摘されたとき、何もしないでおけば、それは健診を受けただけ無駄です。経済効果もありません。ですが、そこで担当の先生との会話の中から、こうすればいいと言われたことを一つでも二つでも実行して、生活習慣を変える、例えば禁煙したり、アルコール性肝障害が疑われる人はアルコールをやめたり、といった自己改革をするようになれば、それは非常に有効だと思うのです。

ですが、私が特に問題だと思っているのは、「がん検診」です。国が行なっている

「対策型のがん検診」というのがあります。これを行政の言う通りに受けていると、それは一部の批判がある通り、決して受診者にとってメリットのある受け方にならないと思います。

例えば、自治体がやっている対策型のがん検診。わが家にも、杉並区のものですけれども、送られてきた案内があります。そこにはこう書かれています。

がん検診を受けるメリットとして、「がんによる死亡を防ぐ」と。これに対して、がん検診を批判する先生たちは、そういう証拠、エビデンスはないと指摘しています。

国の対策型がん検診で現在、行なわれているのは、胃がん、子宮頸がん、肺がん、乳がん、大腸がん——の5つがあります。では日本で行なわれているがん検診のやり方で、それぞれのがんの死亡率が減少するかどうか。

案内には「死亡率を確実に減少する科学的な証明があります」と書かれているのですが、これが甚だ疑わしい。専門家の医師も、「これは少し言い過ぎではないか」と思われる人が多いです。

特に肺がんの場合、胸部X線写真を1枚撮るだけの検診で本当に死亡率が下がるのかといったら、それは無理ですというのがほとんどの専門医の意見だと思います。

2. 毎日20本20～25年以上吸った人は是非、レントゲンではなくCT検診を

—— 毎年レントゲンを漫然と受けるのは、肺がんを早期に見つける目的に対しては意味がない、ということでしょうか。

金澤 そうです。では、まずどういう人に肺がん検診を受けてもらうのがいいのかです。それは、例えば重喫煙歴がある50歳以上の男性です。それもレントゲン撮影ではなく、低線量CTという方法のCT検査を受けることが望ましいです。

CTによる検診は、アメリカでもヨーロッパでも日本でも、X線検診との長期の比較で、確実に肺がんの死亡率が減ることが証明されています。

このように、リスクに応じて検査を選んでやっていく検診が望ましいのです。これがこれからの検診の方向ではないかと私は考えています。

私は呼吸器が専門なのですが、肺がんに関して言えば、重喫煙者、たばこをたくさん吸う人、具体的には毎日20本を20年以上吸っている人、もしくは同じく25年以上吸っている人、それで50歳以上になった人は是非、CT検診を受けていただきたいと言っています。特に最近は、低線量CTといって、放射線被曝が少ないCT検査がありますからお勧めします。CT検査は受けることで肺がん死亡率を減らすことができる明確なエビデンスがあります。

どのように証明されたかを話します。無作為比較試験という方法です。ある人たちはCTの検診を受ける、ある人たちは胸部X線の検診だけを受ける。2つのグループがそれぞれ同じような性格になるようにすることが重要で、そこでそれぞれで検診を受けた群と受けていない群とで長期に互っ



て経過を見ます。すると、CTの検診を受けた人たちは、X線の検診を受けた人たちに比べて、明らかに肺がんがたくさん発見されます。その結果、治療に繋がります。肺がんの治療は、早期の発見がポイントです。早期に見つかれば治るのです。進行がんの状態で見つかる治療は難しい。CT検査の方が早期に見つけられるので死亡率が下がる、ということになるのです。

ですからいま読者の方でも、中高年で喫煙歴がある人は積極的に、特に放射線被曝が少ない低線量CTの検査を受けてもらいたいです。低線量CT検査は当院でも行なっていますが、2年に1回、できれば毎年受けられれば、肺がんによる死亡リスクはかなり減らすことができますと思います。

—— リスクの高い人が積極的に検診を受けることが死亡率を減らすと。

金澤 はい。ところが、例えば、肺がんにかかりそうもない若い女性で、これから出産もするかもしれないような人に、毎年CTなどを、とても受けさせることはできません。まずそういう人は肺がんになりませんし、放射線被曝という体に有害なこと

を行なう必要があるため、デメリットの方が大きくなってしまふからです。ですから、これからは受けてメリットのある人を選んで検診を行なっていくことがとても大事になっていくと思います。

そのためにはやはりある程度、個人でも勉強をしていただいて、自分の健康はどうなっているのか、どんな疾病と検診があるのか、といったことについても意識していくことが必要ではないかと思っています。

女性の場合、乳がんや子宮がんはどういうものか、ということも大事です。例えば、乳がんならば遺伝的な要素もありますから、そういう人は積極的に検診を受けて欲しいです。乳がんは日本の女性が一番かかりやすいがんですから、ある程度の年齢になったら、必ず検診を受けていただく方がいいと思います。

3. 子宮がんについてはまずワクチン接種を、そして定期的な健診も忘れずに

—— 子宮がんに関しては、日本ではいろいろ問題が出ていますね。

金澤 はい。いま、HPVワクチン接種を受けた中高生の中に神経症状などが出た子がいたことで騒ぎになってワクチン接種が中断していますね。国はHPVワクチンを定期接種に指定して、一定の年齢になったら必ず全員が受けるようにしていましたが、副作用の危険があるということでこれがわずか1年ほどで取りやめになりました。それで今は積極的に推奨しないということになっています。子宮頸がんワクチンの接種を止めたのは、先進国の中では日本だけですが、そうするとやはり子宮頸がんの頻度はこれから確実に増えてくるのは間違いないと思います。

国の子宮がん対策で諸外国と比べて決定

的な足りないと思うのは、子宮頸がんの原因となるHPVウイルス感染についての検査です。HPV感染があるかどうかを調べるものです。

もし陽性であれば、毎年検診を受けて早期発見することに努めていけば、効果は確実に上がりますから、死亡率は下げられると思います。加えて一刻も早く子宮頸がんワクチンの定期接種を再開することです。

そうやって一つ一つのがんについて、早期発見のための検診対策を講じていく必要があります。

—— 胃がん検診については？

金澤 胃がんについてよく知られているのは、ヘリコバクターピロリ菌の感染によって萎縮性胃炎が起き、そこから胃がんが発生する、ということです。ヘリコバクターピロリに感染していない人はほとんどの人は胃がんにはなりません。ほとんど、というのは1、2%以下ということですが、感染してなくても胃がんになる人はいます。いま日本の胃がん対策はバリウム検査か胃カメラということになっていますが、ピロリに感染していない人をいくら胃カメラやバリウム検査してもあまり意味がないということになります。ただしがん以外の胃の病気がある場合、それを見つけれられる可能性はあるのですけれど。

ただバリウム検査には放射線被曝がありますから、毎年受けていると今度は、放射線被曝による2次がんにかかる心配もあります。もう一つは、バリウムと胃カメラでは胃がんの検出感度が違って、胃カメラの方がずっと高いのです。

ですから、自分が胃がんになりやすいタイプかどうかは、ピロリ菌の陽性検査を受けることで分かりますから、陽性だったら是非、胃カメラ検査を受けていただきたい

と思います。そこで萎縮性胃炎が見つかったら、まずピロリ菌の除菌をしなくてはなりません。除菌をすると胃がんになる可能性が30%くらいに下がると言われているからです。ですから除菌を行っても胃がんになるリスクは30%くらいは残るので、その後は毎年、胃カメラ検診を受けていただくのがいいと思います。

私の知人にも毎年、バリウム検査だけを受けていてがんが見つかった人がいるのですが、見つかったときは進行がんでしたので、とてもつらい思いをしていました。

ピロリ菌はたいへん不思議な菌で、1歳未満のときに感染するようです。そして一度感染すると、除菌しない限り抜けません。どうして1歳未満で感染するかというと、どうもお母さんが口移しで食べ物をお子さんにあげたりしていた時代に多く感染していたようです。菌茎などにもいる菌なのです。われわれの世代、戦後の団塊の世代などでは、保菌率がとても高いです。

ところがだんだんそういう習慣がなくなって離乳食なども手が込んで清潔につくようになってから、ピロリ菌に感染する人も少なくなってきています。日本人の胃がん発生率が近年ぐんと下がって、死亡率も下がってきた最大の理由はそういうところにあります。

ですから極端なことは言えば、胃のバリウム検査に関しては、ピロリ菌がいない人であれば、あまりきちんと受けていただかなくてもいいと思うのです。もちろん胃がん以外にも胃の病気はありますから、全く健診を受けなくていい、ということではありませんが、それが賢く健診を受けるということだと思います。

ピロリの検査は、5～6千円掛かる検査を1回やれば、菌がいるかないかの結果

が出ます。胃カメラを毎年やったら1万何千円ずつ掛かかりますから、費用が全く違ってきます。ですから、それぞれのがんのリスクに応じて、それに適した検査を賢く受けていただくことが大事なことはないかと思っています。

4. 大腸がん検診(便潜血反応)は唯一死亡率を下げることで証明されている

—— 大腸がん検診については？

金澤 大腸がんの場合は唯一、定期健診で一般的に行なわれている、便の潜血反応の検査を受けることで死亡率が下がることが証明されているがんなのです。ですから、検便はぜひやっていただきたいと思いますが、ただ残念なことに、検便をきっかけにがんが見つかったことで下がる死亡率は14%ほどで、検査を受ける場合と受けない場合の差はそんなに大きくはないのですが、ただそれを大勢が受けることで、そこに有意差が出るので、見つかる人も増える、ということです。

検便の弱点は、がん検診としてはやはり感度が低いことにあります。検便で血が出るということは、相当進行していないと出てこないのです。今の日本の制度では、大腸がん検診では便潜血の検査を年2回行ないましょう、ということを行っています。年2日は必要になるということです。それでもだいたい、大腸がんの人の70%はこの検査で見つけることができるのですが、30%はどう頑張ってもこの検査では見つけれません。そういう限度があるのです。

自治体のチラシには、がん検診のデメリットの最大のもの「がんは100%見つかるわけではないこと」と書かれています。一方で、がん検診を受けて異常がなけ

れば安心できます、とも書かれています。明らかに矛盾しています。

5. それでも30%の人はみつからない 潜血があったら3年に一度は内視鏡を

—— 矛盾したことが書かれている。

金澤 何が大事かと言うと、例えば、大腸がんに関して言えば、検便を毎年やっても見つかるのは頑張っても約70%、約30%は見つけることはできないときちんと理解をすることです。100%は見つからないという訳がましいことを書くのではなく、例えば潜血反応では70%ぐらい発見できます、ですから毎年必ず検査を受けましょう、と言うことの方が大事です。そうして毎年積み上げていけば、70%もばかになりません。それで死亡率は下げていくことができます。そして便潜血で陽性になったら、必ず内視鏡検査を受けることです。

それから、よく、痔がある人はどうしたらいいかと言われます。痔がある人でも、それより上部の方が原因で潜血反応が出ていないとは言えないので、私は一定年齢を過ぎたら内視鏡（カメラ）による検査を勧めます。ただしこれは3年に1度くらいでいいと思います。もしカメラの検査で何も異常がなければ、次は3年後でいいということです。もちろん陽性であったら、もっと頻度を上げる必要があります。結局、自分の健康は自分で守るしかないのですから。

例えば、がん検診はがん基本法というもので検査を受けることを義務づけているのですが、それはおかしいのではないかと思います。それは、国の機関である研究所のちゃんとした上級研究員の先生が言っていることです。

この方は検査にはメリット、デメリットがあって、はっきりメリットが出て必ず死

亡率が下がるというのは大腸がん検診ぐらいであり、あとのがん検診はそれを受けることで死亡率が下がるという客観的な証明ができていない、従って国ががん検診を受診すべきだということを言うのは必ずしも適切ではない、ということを書かれています。がん検診を受けるかどうかはあくまで自分の判断で自主的行なうべきで、政府が強いることではない、という見解ですね。私も全くその通りだと思います。

だから国の対策型がん検診を受けていれば大丈夫だと考えるのは、全く間違っているわけです。しかも、先ほど肺がん検診のところでも述べましたように、国の対策型検診だけではリスクの高い人には検査の踏み込みが不十分ですから、むしろ自分はリスクが高いと判断した人は、積極的にいろいろな機会を活用して検査を受けることが重要です。

6. リスクの高い人のための健診は 平等の原則からいって導入は無理

—— 先生は呼吸器の専門ですから、肺がん検診については特に疑問が多いと感じているのですね。

金澤 そうなんです。検査をやる以上、見落としがあってはならないわけですが、レントゲンのような健診ではその可能性が十分ありえるということです。通常のレントゲンで肺がんを見落とししてしまうのにはそれなりの理由があって、レントゲン写真では小さいがんは陰影として写らない、早期のものはとても写りにくいからです。他の陰影と重なってしまったりもします。それと、定期健診の場合、医師は画像を1時間で100枚も200枚も読まなくてはいけないので、やはり見落とし、ヒューマンエラーは起きる可能性があるのです。

それから喫煙者でよくある進行の早い肺がんでは、毎年のレントゲン検査の健診と健診のインターバルで出現してくることもあります。インターバルの短い期間に出現したのに、健診時にはすでに手術ができない進行がんになっていることが十分にありえますから、毎年定期健診を受けているから安心、ということにはなりません。このようにいろいろな理由で早期のがんが発見できないことがあるので、毎年、法定健診を受けているから安心、という考え方はしん方がいと申し上げたいのです。

—— 仮に対策型がん検診をやめてしまうと、全く検診をしない人も出てくることもありえます。兼ね合いが難しいですね。

金澤 ですから、対策型検診は不要だとか、百害あって一利なし、という考えは駄目だと思います。われわれはがん検診にずっと携わってきたので良く知っているのですが、政府は平成25年頃だったと思いますが、がん検診の見直しということをやっているのです。しかしそれで結局、現状通りとなって、以上述べたような課題については取り込めなかったのです。

例えば、胃がんに関して言いますと、ではピロリの検査を先に併用して行なうことがどうして決まらなかったか、という、ピロリ検査で陰性になった人はレントゲン検査をしなくいいのか、実際レントゲン検査をしなくいいのか、実際レントゲン検査をしなくいのか、出てくるとは思います。そういうことになってしまうと本末転倒ではないか、ということで、現状のままの形で来てしまったのです。私はもう少し、リスクに応じた層別の検診を推奨するような形に踏み込んでくれればよかったと思うのですけれど。

肺がん検診も、肺がんのリスクが高い人には低線量CTを勧めるといったことに踏み込んでくれればよかったと思うのですけ

れど、そうなりませんでした。

—— そうならなかった理由は？

金澤 いろいろな理由があると思います。例えばCTはそれなりにお金も掛かりますし、設備も必要です。読影の体制も必要になります。だから国民全体を相手にする検査としては、まだそういう体制になっていません。では、これはハイリスクの人だけに行なう検査です、ということになると、それは国民からすると不公平感が出てきます。たばこを吸っているのはその人が悪いのだから、その人たちのために税金を使って検診をするのか、ということになると、少し違うのではないか、という意見が必ず出てきます。導入できなかったのは、そのような理由があると思いますね。

ピロリ検査などには、私は全員にやればよいと思うのですけれども。

7. 自分の行為で発がんリスクが 高くなったということがあると…

—— そもそも国民皆保険の平等の精神からすると、リスク別に導入するのは非常に難しいわけですね。

金澤 ええ。例えば、子宮頸がん検診についても同じようなことがあると思います。子宮頸がんは比較的若いときから性に奔放な人ほどリスクが高いということがありますが、では真面目に清くつつましく生きてきた人たちを検診から排除して、そういうリスクが高い人たちのためだけに税金を使うのか、ということになるととても難しいと思います。

それは喫煙者と肺がん検診の関係でも同じだと思います。そういう点で導入しにくかったのでしょう。

—— それだけにリスクの高い人への啓発は大事です。あなたはリスクの高い方に

入っていますから検診を必ず受けて下さい
ということは政策的にやった方がいい。

金澤 そうですね。でない議論が行き詰まってしまい、冒頭に述べたような、定期健診は百害あって一利なし、のような極論が出てきてしまいます。

そういう極論が出てくると、真面目に健診を受けようと思っていた人まで、それを真に受けて受けなくなってしまう可能性があります。

例えば、胃カメラ検査についても、それを受ければがんが見つかる割合は確実に高くなりますが、それを全員にやることはどうなのか。実は、カメラが胃に穴を開けてしまうリスクもありますし、喉を麻酔してカメラを入れるのでとてもつらいということもあります。一体カメラでがんを見つけるメリットと、そういったデメリットを勘案したらどうなのか。それは、がんの見つかる確率の高いグループ、集団に限って検査をすれば正当化されるのですが、広くがんになりそうもない人まで検査の対象を広げることになると難しい。検診の対象を年齢のグループで分けられれば、より有効な検診になるのでしょうか。そうではなくて生活習慣のようなところで分けなくてはいけないので難しいです。

—— 結局、リスクを分かっている人が自分から積極的に検査を受けるのが一番いいということになりますね。

金澤 それが正しい知識に基づいて、自主的に受けることは非常にいいことだと思います。

胃がんや大腸がん検診の場合、比較的そういうことが日本でも進んできたので、これでもしかしたら日本の胃がんや大腸がんの死亡率が下がっていくかもしれません。ただ、検診よりもっと大きなことは、ピロ

リの感染率が下がったことがあると思います。もちろん肺がんに関して言えば、喫煙率が下がることは大きいですね。

—— やはり喫煙率だと。

金澤 ええ。欧米では喫煙率が下がっていったので、肺がんの発生率も下がっています。日本はまだそこは、たばこに対しては寛容なところがあると思います。

—— 日本の喫煙率は高い方ですか？

金澤 いいえ、今は高くないですけれども、肺がんは喫煙から20年、30年たって発症しますから。まだ肺がんは少し、右肩上がり少しなだらかになってきたところですが、下がるまではいたっていないのですね。われわれの世代、団塊の世代がたくさんいて、この世代はみな、たばこを吸っていましたからね。

8. ライフスタイルを変える契機にできる という点では定期健診は優れたシステム

—— やはり若いときにたばこを吸っていた人が多いのですね。

金澤 ええ。それが、年齢的にもちょうどがん世代になるわけですから。

それと定期健診全般に関して大事なことは、いわゆる生活習慣病への対策です。

普通、生活習慣病には、まず動脈硬化性の疾患があります。肥満体でメタボリックシンドロームがあり、高脂血症や糖尿病になる。それと脂肪肝から肝機能異常が出て、最後は肝硬変になる、というような一連の流れがあります。動脈硬化性ですから、心筋梗塞や脳血管障害になっていきます。それに対して、健康寿命をいかに延ばすかという点で、やはり、さっき言ったように、自分のライフスタイルを変更するように、定期健診をそこでうまく活かしていけるかが大事です。

毎年健診を真面目に受けるのであれば、

ライフスタイルの変更によって自分の健康データがどう影響していくかということを確認するように活用してもらえれば、定期健診というのは素晴らしくいいシステムだと思います。

定期健診を受診する皆さんは結構、健診は受けても受けっぱなしで、全く対策は取らない人も多いです。体重を減らせと言われても、そんなことはできないと、はなから諦めています。難しいことだとは思いますが、それでせつかくの健診を活かしていない人もたくさんいます。

生活習慣という点では、やはり喫煙です。私は呼吸器専門なので特に強調したいと思いますが、禁煙は一日でも早くするべきです。日本列島からたばこの害をなくすべきだと思いますが、まだまだ先ほど言ったようなレベルです。毎日20本吸う人は20年から25年後ぐらい、55歳ぐらいを過ぎると肺気腫やいわゆるCOPD、慢性閉塞性疾患という病気が出てきます。この病気になる人はたばこを吸っているのだから動脈硬化性の疾患も合併していることがあって、例えば大動脈瘤や心筋梗塞、脳血管障害も見つかることが多くあります。これが生活習慣病の一つのパターンです。ですから肺がんの手術をしようとしたら、心筋梗塞の既往があつてうまくいかなかったり、大動脈瘤が見つかった、などという事態が起きます。また肺気腫があつて肺機能も悪いので肺がん手術ができない、というパターンにも陥りがちです。ですからぜひ禁煙を一刻も早く始めて欲しいです。

たばこに関して言いたいのは、今や先進国では喫煙は依存症という病気だと考えられていることです。病気ですからクリニックから禁煙薬が処方されます。飲み薬もあれば貼り薬もあります。そういう禁煙治療

も医師の下で受けることができます。たばこをやめたくてもどうしてもやめられないのは、意志の力とは関係なく、依存症という病だと考えて、それこそわれわれの力を頼っていただき、禁煙が成功するようにしていただきたいと思います。

—— 禁煙のための機能を持つ病院はけっこうあるのですね。

金澤 ええ、私も禁煙外来をやっていました。たばこの煙の中に入っているニコチンは脳細胞に付くと快楽物質を出します。ニコチンが足りなくなると脳が命令してたばこを吸いたくなるのです。この繰り返しなので、ニコチンと同じ構造の偽物質を脳細胞の受容体に付けて、この繰り返しを断ち切ります。偽なので快楽物質は出ないのですけれど、これで3カ月間続けば、たばこを吸うという行動から離脱できるとされます。いま70%ぐらいの成功率があるのではないかと思いますね。

最近、電子たばこはどうかという質問を受けます。

電子たばこは蒸気やエアロゾルでニコチンを入れるものですが、やはり有害物質は混ざります。煙が出ないので他の人に迷惑がかからないメリットはありますが、吸っている本人の健康の点では、安全であるという保証はどこにもありません。

ただ、禁煙をしたいチェーンスモーカーのような人が電子たばこに一度ステップダウンして禁煙するというプロセスの一環として考えるのならば、意味のないことではないと思います。

—— 受動喫煙の被害をなくすにはいいことだとは思いますが。

金澤 そうですね。受動喫煙は害があるということが証明されていますから。是非、禁煙は進めていただきたいですね。