

秒以下、0.36～0.38秒、0.39～0.40秒、0.41～0.43秒、0.44秒以上の5群に分け、性・年齢、喫煙、総コレステロール、収縮期血圧等を考慮して総死亡率、突然心臓性死亡および冠動脈疾患死亡率の相対危険度を解析した。QTc時間が0.36秒以下の集団の死亡率を1とした時の相対危険度を計算すると、0.44秒以上の集団の相対危険度が総死亡率で1.02（95%信頼区間、0.70～1.49）、突然死で1.31（95%信頼区間、0.60～2.86）、冠動脈疾患による死亡率で0.85（95%信頼区間、0.48～1.50）であり、いずれも有意でなかった。但し、この研究では、30年前の心電図波形からQTc時間を算出していること、（男女を数学モデルの中で考慮しているものの）心血管疾患には性差があり、当然男女別に層別化して解析されるべきであるにも拘わらず行われていないなどの問題点があり、デザイン上の妥当性、信頼性にやや疑問が持たれる。

(4) 今後のQTc測定の意義

QTc時間の測定は、通常的心電図測定時に（多くの健診機関で使用されている自動解析機能付き心電計で）自動的に計測されている。したがって、従来的心電図波形の解析とともにこの値を測定結果として健診項目に加えるかどうかの問題である。当然のことながら、測定項目を増やすことになるが、測定自体が増えるわけではなく、健診経費も増えることにならない。また、QTc時間の延長は交感神経活動優位の状態を指すので、ストレスの多い職場での客観的なストレス指標として利用できる可能性もある。上述したようにQTc時間の突然死予測の有効性については100%間違いないと判断するに足る十分な根拠がある訳でないが、その有効性を正確に評価する上でも今後多数の研究結果が報告されることが必要である。特に、日本の労働者の健診データの解析結果の中にQTc時間に関する報告はほとんど皆無の状況にあるので、様々な作業形態、作業負荷の研究を積極的に推進する必要がある。

D. 結論

結論と提言

研究1年目の本年度は、定期健診項目評価の基礎となる Evidence Based Medicine の概念整理や、欧米における現状の把握に重点のひとつを置いた。特にその予防医学への適応は、直接に本研究のきっかけになったものであり、数回にわたり国内外の研究者との討論・意見交換を行い、問題点の整理を試みた。

「C. 研究結果と考察」の第V章では、こうしてわが国の健診について概念的な問題点の整理を行ったが、その正当性は本年度取り上げた心電図についての実証的な研究（「C. 研究結果と考察」の第七章）で、確認する事ができたと言えよう。より体系的には、来年度以降の研究結果を待つべきことであるが、今日の健康診断について、現在の時点で指摘すべき点を以下にまとめる。

第一に、莫大な資源を投下して、全国民をカバーする形で行われている今日の健診について、その評価研究が非常に少ないということである。健診の評価について、わが国は決して不向きな国ではない。むしろ健診の評価を行うために必要な情報が、年々大量に発生しながら、ほとんど有効に利用されないで保健所や健診機関のファイルキャビネットに死蔵されているのではないか。したがって、本研究で取り上げることができた大部分の情報は諸外国のものであり、それはわが国の疾病構造や医療状況に必ずしも合致しない。健診の有用性を決定するのが臨床検査学や医学の問題だけでなく、文化や社会、経済にも関わるものであるだけに、わが国の状況に合わせた基礎的な研究が、緊急に必要なのではないだろうか。

第二に、予防活動が健診中心になり、健診が検査中心になっているわが国の状況は、臨床医療が検査中心であることと関係があると感じられる。今日病院で、十分に患者を問診・診察することなく検査データに頼った診療がなされているという指摘があるが、予防活動の現状にそういう今日の臨床医学の問題が増幅して反映してはいないだろうか。予防活動の評価は同時に、臨床医学のあり方を問うことになる。

第三に、しかし同時に予防医学自身の問題もある。医学の中で、予防医学はいまだ独立の正当な体系（パラダイム）を必ずしも確立し得てない。地域や職域で予防医学に携わる多くの医療専門家が、実は今なお本務は臨床医学であっ

たり、臨床医学の出身者であって、予防医学の専門の訓練を受けることなく、それに従事しているのが現実である。そしてそのことに対する懸念が、住民や行政、あるいは医療関係者から問われることは少なく、たかだか予防医学を目指すという心構えの問題にすり替わっている。「C. 研究結果と考察」の第VI章で論じたように、同じ検査値の異常も臨床場面と、スクリーニングの場面では意味合いも事後の取り扱いも異なることが、ほとんど理解されていない。言うならば予防医学が臨床医学の対象の草刈り場であるかのような取り扱い、または臨床医学の論理や手法のうちの一部を薄めて適応するのが予防医学であるかのような取り扱いが横行している現状がある。

第四に、そうした予防医学の中でも、二次予防である健診が中心になっていて、最も重要であるはずの一次予防が軽視されている。「ネコを追うより魚を隠せ」というが、現状は魚を隠したり、ネコを追うのではなく、ネコの発見に躍起になっているような気がする。健康に有害な要因についてそれが人間に及ぼした影響を調べるより、健康に有害な要因を取り除く方が有効であることは自明の理であろう。したがって、健診に費やす以上の資源を、健康教育や禁煙活動など一次予防に振り向けるべきであろう。本報告の中で紹介した G. Rose の予防医学の集団戦略は、実はこの点に関係しており、考え方としては決して新しいものではない、当たり前のことと言うこともできる。

第五に、したがって健診の実施自身についても、二次予防である早期発見という形ばかりでなく、より一次予防に直結した形に改善すべきではないか。例えば、手間ヒマのかかる心電図より、たばこの喫煙の有無やその本数を記録する方が、健診後の事後措置にはるかに役立つ。しかし、このように重要な情報である喫煙の調査は、問診の中に含まれることが多いとは言え、一定の形式の中にないために情報としては継続せず、散逸してしまっていることが多い。このように健診の中でもっとも重要な情報は、既往歴および業務歴の調査と自覚症状及び他覚症状の問診や検査の中にあると思われる。しかしながら、現状ではこの部分の調査方法は非常に統一性がなく、ほとんどまともに調査されていなかったり、重要な情報が捨てられていたりすることがある。そもそも検査は、自覚症状や他覚症状では見落とすものを見つけるためのものであり、自他覚症状をおなぎりにして検査数値だけ出すというのは、本末転倒というべきであろう。

第六に、現在検討を進めている検査中心の健診項目についても、その運用で

有用性が随分変わってくる。例えば、検査内容は毎年全員一律に同じではなく、ハイリスク群に絞った重点的な検査が適当なものもあるし、何年かに1回で十分な項目もあろう(例えば心電図)。地域で行われている5年毎の節目健診や総合健診の考え方はその意味で参考になろう。

以上、はじめにも指摘したように、この分野の研究は圧倒的に不足している。そこで2年目以降も我々は健診項目についての評価研究の対象を広げ検討を行っていくが、現行の健診のより有効性の高い実施方法や健診情報の取り扱い方、より有用性の高い健診方法の選択の検討も含め、最終的な提言に繋げていきたい。また、よりマクロの視点から、わが国の全体の健康水準に健診が果たしている役割を解明することも本研究の中で考察したいと考えている。