

厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）
総合研究報告書

“患者体験情報”データベースの社会資源としての活用可能性の検討
〈報告2〉 大腸がん検診をめぐる語りデータベース構築

研究分担者 別府宏園（NPO法人 健康と病いの語りディペックス・ジャパン）
研究協力者 菅野摂子（電気通信大学）
研究協力者 鷹田佳典（早稲田大学人間科学学術院）

研究要旨：「患者体験情報」のデータベースを国民のがん医療に対する情報不足感の解消につながる社会資源として捉え、低迷するがん検診受診啓発への活用可能性を検討するために、大腸がん体験者19名、大腸がんの診断を受けていない検診経験者および未受診者16名にインタビューを行なって、「大腸がん検診をめぐる語り」のデータベースを作成し、WEB上に公開した。

研究協力者（50音順）：
射場典子（DIPEX-Japan）
佐藤（佐久間）りか（DIPEX-Japan）

A. 研究目的

本研究は、平成19～21年度厚生労働科学研究（がん臨床研究事業）「がん患者の意向による治療方法等の選択を可能とする支援体制整備を目的とした、がん体験をめぐる「患者の語り」のデータベース（主任研究者：和田恵美子）の研究成果を継承し、新たな社会資源としての「患者体験情報」の可能性と課題について検討することを目的としている。

22年度は既にできあがっている乳がんと前立腺がんの語りのウェブページの外部評価を調査して、より効率的な周知方法について検討するとともに、ユーザーのニーズに合った情報提供のあり方を探ることを目指した。加えて、「患者体験情報」を収集するためのインタビュー技術の確立を目指し、インタビューの質に関する評価項目に関する検討を行なった。

23年度から25年度は、「がん患者の語り」デー

タベースで得られた体験者情報の活用ノウハウを、がん検診受診啓発に応用することをめざし、「大腸がん検診をめぐる語りデータベース」の構築を行った。その背景として、我が国において大腸がんは罹患数、死亡数ともに多く、特に死亡数では男性第3位女性1位の高さである（国立がん研究センターがん対策情報センター 2010）という事実がある。大腸がん検診は便潜血検査（FOBT）の有効性が複数のランダム化比較試験などで確立しており、世界の標準法となりつつある（大島ほか 2004）。しかし、その受診率は男性27.5%、女性22.7%と推定され¹、2007年6月に策定された「がん対策推進基本計画」の個別目標の1つである「がん検診受診率50%以上」を大きく下回っている。

そこで「大腸がん検診をめぐる語り」を収集することにより、低迷する受診率の原因を探り、受診率向上に向けた検診サービスや情報提供のあり方を検討するとともに、大腸がんに対する関心を高め、スクリーニング検査の意味や二次検診の実

¹この数値は平成19年の国民生活基礎調査によるものである。但し、調査対象者が企業の健康診断等で実施されている「検便」を大腸がん検診と認識して回答しているかどうかは不明であり、記憶違いなどの誤差が生じている可能性がある。

際についての知識を提供し、一般市民の主体的な検診受診を促すような情報ツールとしての「大腸がん検診の語り」ウェブページの構築をめざした。

B. 研究方法

1. HERGによるデータベース化の方法論

本研究では、インタビューを通じて病気や保健医療サービスの体験を収集してデータベース化している、英国Oxford大学のHealth Experiences Research Group (HERG)が開発した方法論を用いて、大腸がん検診に対する一般の人々の語りの収集・データベース化を行った。

この方法論においては、母集団の代表性より体験の多様性の確保に主眼を置いた理論的サンプリング (maximum variation sampling) を行う。インタビューは基本的にオープンエンデッドな質問から始め、ある程度語り手にまとまった話をしてもらってからインタビューガイドに従って補完的に質問していく形を取る。インタビューの内容は全て録音し、本人の同意を得られる場合は、ビデオカメラで撮影する。

録音された内容は全て文字に書き起こし、語り手本人に送って、公開を希望しない部分を削除してもらう。本人の意向に沿って編集した文字データを質的データ解析補助ソフトMAXQDA10に読み込んでコーディングし、継続比較法によるテーマ分析を行なって、ウェブページに掲載するトピックサマリーを作成する。なお、編集済み文字データは、研究的二次利用を想定し、別途アーカイブングする。本研究では最終的には全体として36名のインタビューを行ってその語りをデータベース化した。

2. 本研究の進め方

各年度での研究とその方法について列挙する。

【23年度】

23年度については、サンプリングの方向性の検討やインタビューガイドの洗練を目指し、12名分のパイロットインタビューを実施した。HERGの方法論に関しては、英国でトレーニングを受け、乳がん・前立腺がん体験をめぐる「患者の語り」データベースの構築を行った、特定非営利活動法人健康と病いの語りディベックス・ジャパン (DIPEX-Japan) のメンバー (佐藤 (佐久間) りかならびに射場典子) が、大腸がん検診のデータ収集に関わる調査者2名 (菅野摂子ならびに鷹田佳典) および補助調査員に対して、トレーニングを行った。さらに調査担当者はHERGが作成・公開しているウェブサイト [Healthtalkonline](#) の [Bowel Screening](#) モジュールの内容を検討し、どのようなトピックが挙げられているかを確認した。

また、日英の医療制度や文化的背景の差異を反映させるために、インタビュー調査に先立ち、国内外のがん検診に関する患者や一般市民、医療者に対する意識調査などの先行研究を、主に質的研究に絞って収集し、それを参考にしながら、インタビューの方向性について検討した。加えて大腸がん検診に関わる専門家や行政担当者、患者当事者を含む一般市民の代表からなる、アドバイザー委員会を編成して、大腸がん検診をめぐる今日的課題、インタビューのリクルートの方法、インタビューガイドに盛り込むべきトピック等についての意見交換を行った。

インタビューでは、大腸がん検診 (便潜血検査) 受診者のみならず未受診者や二次検診未受診者をも対象とし、さらに検診でがんが発見された患者、されなかった患者も含め、検診をめぐる多様な経験をしている人々の個別的状況や、現在に至るまでの大腸がん検診に対する考え方や感じ方の変容などのプロセスを追った。サンプリングについては、表1のとおりである。

【24年度】

24年度には、23年度でパイロット的に実施してきたインタビューから試行錯誤して作成した大

表 1 理論的サンプリング

	受けた検診の種類		これまでの経過
がんの診断を受けていない	受診者 { 職域健診 地域検診 個人検診	×	便潜血陰性
			便潜血陽性+精検未受診
			便潜血陽性+精検陰性
			便潜血陽性+精検+ポリープ切除
			大腸内視鏡陰性
			大腸内視鏡+ポリープ切除
			その他
	非受診者		
がんの診断を受けている	受診者 { 職域健診 地域検診 個人検診	×	便潜血陰性+自覚症状+手術
			便潜血陽性+精検未受診+自覚症状+手術
			便潜血陽性+精検陰性+自覚症状+手術
			便潜血陽性+精検陽性+手術
			大腸内視鏡+同時に手術
			大腸内視鏡+開腹手術
			その他
	非受診者		

腸がん検診のインタビューガイドに基づき、先述したような社会的属性だけではなく検診の受診においても多様な経験を持つ19名にインタビューを行った。19名のうち1名は、インタビュー終了後に作成された逐語録を読んで、自身の語りたかったことが本研究の趣旨と齟齬があると認識し、データベースへの収録を辞退した。従って、24年度には18名のインタビューがデータベースに収録されることとなった。

【25年度】

25年度はさらに5名のインタビューを追加して、合計35名分インタビューからなる語りのデータベースを構築した。テキストデータはすべて本人にチェックしてもらって、削除や変更の希望を反映してデータベースに収録した。調査開始時時点で設定していた仮のコードシステムを、インタビューを進める中でコードの定義が変化したりコード自体の過不足が明らかになったりするのに対応して修正してきたが、すべてのインタビューが終了した時点で、調査担当者2名が改めて、MAXqda10を用いて同一のサンプルの語りデータをコーディングして、コードの定義やコードを付けるデータ切片の長さなどのすり合わせを行

った。その後、鷹田が大腸がんの診断を受けている人19名のデータを、菅野が残り16名のデータをコーディングして、再度一つのデータセットにまとめた。

その結果、およそ110個のコードにより合計1100個余りのデータ切片が得られた。さらにコードごとに切片化されたデータを読み込んでカテゴリ化を行い、20個弱のトピックを抽出した。その中から25年度中にアップできるものとして、一般の市民からの要望が高いと思われる「便潜血検査を受けた理由」「便潜血検査を受けなかった理由」

「精密検査を受ける理由」「精密検査を受けない理由」の4トピックを優先して分析作業を行った。

具体的には、OSOP (One Sheet of Paper) と呼ばれる方法で、コード間の関連性を図式化し、同一トピック間のバリエーションを明らかにして、「トピックサマリー」と呼ばれる文章を作成する。改めてコーディングされたデータ切片の中から、そのトピックの特性を雄弁に物語るものを選び出し、ウェブページのコンテンツとして構成していった。

これら4つのトピックは「大腸がん検診の語り」ウェブページβ版としてインターネット公開し、それに対する大腸がん検診に携わる専門家の意

見を聞くために、公開シンポジウム「このままでいいのか、大腸がん検診—『大腸がん検診の語り』とそこから見えてくるもの」を開催した。

【倫理面への配慮】

本研究はヘルシンキ宣言の趣旨に則って実施するものである。本研究のような個別のインタビュー調査に基づく質的研究の倫理指針は国内では未確立であるが、複数の協力者を対象とすることから「臨床研究に関する倫理指針」「疫学研究に関する倫理指針」を準用して、必要なインフォームドコンセント、個人情報保護を行っている。

インタビュー協力者のリクルートにあたっては、十分に説明を行い、同意を得ている。研究協力の同意後いつでも中止が可能なこと、それに伴う不利益は一切生じないことを説明し、データ収集後は、本人に逐語録を提示して、公開・保管を希望しない部分を削除して、データベースに収録することを伝える。また、データ収集時にビデオ録画に同意していても、その後に映像データのデータベースへの収録およびウェブサイトへの公開を拒否し、音声データのみあるいはテキストデータのみを収録・公開とすることも可能としている。なお、本人が削除しなかった部分についても、本人の容貌以外で個人が特定される可能性のある情報（氏名、病院名、地名など）は、ウェブ上で公開する際には、注意深く削除して、個人情報の保護につとめる。さらに、本研究では収集されたデータはデータベース化され、研究目的に限り第三者が二次利用することがありえることについても十分に説明を行なっている。

研究実施に先立ち、研究計画書を研究代表者の所属機関である京都大学の医の倫理委員会に提出して承認（第963号）を受けている。さらに、インターネットでの協力者の映像公開、インタビューデータの第三者への公開などを前提とする本研究の特殊性にかんがみ、生命倫理、個人情報保護、インターネットリスク管理、知的財産権な

どの専門家からなるDIPEX-Japanの倫理委員会においても研究実施の可否についての検討を行ない、承認（第1号）を受けている。

C. 研究結果

1. アドバイザリー委員会

インタビューをより充実した内容にするためにHERGではモジュールごとにアドバイザリー委員会を組織するよう指示している。本研究でも、23年度に「大腸がん検診モジュール」の作成に向けてアドバイザリー委員会を組織し、助言を得た。

i) 委員の役割と人選

アドバイザリー委員の役割は対象者のリクルートやインタビューの際に触れるべきトピックの選定、さらには語りのウェブページに公開する情報の正確さや適切さについて、アドバイスを提供することにある。本研究においては、大腸がん治療やがん検診に携わる専門医や専門看護師といった医療職に加え、地域検診に携わる行政関係者やヘルス・コミュニケーションの研究者を委員として迎えた。さらに、委員会には必ず2名以上の非専門家（lay person）である当事者を加えることになっていることから、オストミーの患者支援団体のスタッフに加えて、インタビューの中から、がんの診断を受けていない検診受診経験者を選んで参加してもらった。

委員会メンバーは以下の通りである。所属は就任当時と26年3月現在の所属を併記した。

秋山美紀氏（慶應義塾大学総合政策学部）

安部文子氏（市川健康福祉センター→野田健康福祉センター）

入口陽介氏（東京都がん検診センター）

工藤裕美子氏（ブーケ・若い女性オストメイトの会スタッフ）

高橋直樹氏（新横浜ソーワクリニック・横浜健康センター）

武末文男氏（奈良県医療政策部→文部科学省科

表2 アドバイザリー委員会での意見・指摘と研究班の対応とその結果

	意見・指摘	対応・結果
1 回目	市町村によってがん検診の案内の方法が異なっていること(地域格差)が問題なので、インタビューに反映させてほしい。	インタビューでがん検診の案内方法についてたずねた。その結果、指摘されたように地域格差があることはわかった。地域検診で便潜血検査を受けた場合、その結果の提示の仕方はさまざまだが、重要なのはそれを個人がいかに関心を持つかであり、結果の提示の段階で自治体が強く干渉した事例はなかった。
1 回目	加入している公的保険の種類によって、健診／検診の内容も変わるため、退職などで保険の種類が切り替わったときに検診から漏れてしまうことがあるため、退職した人へのインタビューも入れてほしい。	インタビューで健康保険の種別はたずねた。今回のインタビューで、便潜血検査を在職中は受けていたが退職後受けなくなった人はいたが、退職してから数年は会社から補助が出ている人もおり、自己負担があるものの在職時と遜色のない検診を受けている人も複数いた。
1 回目	大腸がんは「早期」とされる期間が長いので、早期発見のメリットを示せるような語りを収集することが必要	がん患者のインタビューの中で早期に発見でき、抗がん治療などは行わずに元気で暮らしている人々の語りも収集した。早期発見のメリットをみな語っている。
1 回目	40 歳以上の方ががん検診の対象になっているが、若年でも大腸がんになる人はいるので、数は少なくとも入れるべきではないか	若年女性のオストミー患者の語りを入れた。ただし、その女性は便潜血検査を受けて陰性であった。
1 回目	便潜血検査で陽性になった場合、精密検査(内視鏡検査)を受ける人は6割しかいない。痔を理由にする人が多いが、検査のやり方など、ほかの理由を探る必要がある	便潜血検査が陽性で精密検査を受けなかった人の語りを複数収集した。痔を理由にする人が多かったが、薬局で買った整腸剤や下剤で症状がおさまっており、それをかかりつけ医に診てもらいながら2年経過した人もいた。「はずかしさ」から精密検査を受けない人もいた。
1 回目	非正規の従業員などはがん検診で陽性になった場合に、翌年の契約が更新されないことを恐れるがゆえに受診しないケースも考えられる。インタビューには、正規雇用、非正規雇用、自営など雇用上の立場の異なる人を入れる必要がある	非正規雇用の人たちの語りも収集したが、主たる生計者でない場合もあり雇用関係との関連が語られたものはなかった。しかし、自由業の人で健診／検診よりも仕事を優先すると語っていた人はいた。正規雇用で企業内健診を受けている人たちは明らかに差異はあったが、企業内健診であっても便潜血検査が入っている場合と入っていない場合、入っていても標準的か選択的かによって、受診の有無は違っていた。
2 回目	市町村レベルで把握されている検診受診率は地域検診だけで、職域健診や人間ドックによる検診は含まれていない。それらを入れれば、受診率はもっと高くなる。問題なのは、むしろ精密検査の受診率が低いことなので、そちらにも注目してインタビューを行ってほしい。	職域検診の受診率の確かな数値はわからないが、確かに国民生活基礎調査で公表されている数値よりは多いと思われる。今回の研究でも職域検診の人々は継続して検診を受けていた。精密検査は、全員を対象としているわけではないので、職域検診の斉一性が有効ではなくなる。精密検査受診／非受診の理由は、結果の受け止め方の個人差、周囲からの勧奨、医療情報入手に対する積極性などであった。
2 回目	自治体の予算によって、どのような方法でどのような対象者に受診勧奨を行なうかは、大きく異なる。便潜血検査で陽性反応が出た人のその後のフォローをしていないところも少なくない	がん検診が一般財源化されてから、地域によってはがん検診への予算が削減されている。自治体検診で、フォローアップが積極的になされていた事例は確かになかった。
2 回目	地域検診のあり方(受診勧奨の方法や対象者、コストなど)については県レベルで市町村の実態を大まかに把握しているはず	市町村への調査はかなり労力を使うため都道府県を窓口とするのは良い方法だと考える。ただ、実施にあたっては、今回の研究とは別の調査の必要になるだろう。
2 回目	既存の調査によると、精密検査を受けない理由は女性の場合は「恥ずかしい」、男性の場合は「忙しい、怖い(検査そのものの怖さ、がんだと分かることの怖さ、仕事への影響)」だった。そのことも念頭に置いてインタビューしてほしい	精密検査の非受診理由として「恥ずかしい」というのは男女両方に見られ、「忙しい」「怖い」というのも双方で見られた。
2 回目	ウェブページのターゲットはどんな人なのかを考える必要がある。がん検診に関心のない人が見に来るのか	最初のがん検診に携わる行政関係者や検診機関の医療者が主なターゲットとなるだろう。しかし、これらの人々に周知された後は、次第に患者、一般の市民への広がっていく可能性も大きい。一般の人々にも関心を持ってもらえるような、当事者視点のサイトを作っていきたい。

学技術・学術政策局 放射線対策課 放射線規制室)

花田佳重氏 (㈱ワコール健康保険組合→神奈川県
大学保健管理センター)

三浦里織氏 (首都大学 東京健康福祉学部)

山口泰氏 (山口内科)

山中節子氏 (インタビュー、元患者家族)

なお、正式な委員会の編成に先立ち、高橋委員と花田委員には、大腸がん検診の現況、協力者リクルートの方法ならびにアドバイザー委員会の構成等についてのヒアリングを行なった。

ii) 討議の内容と対応

委員の都合により、委員会は2回に分けて開催された。第1回委員会は2012年2月19日に開催され、入口委員、工藤委員、高橋委員、武末委員、花田委員、三浦委員、山口委員の参加を得た。第2回委員会は同3月19日に開催され、秋山委員、阿部委員、山中委員の参加を得た。第1回、第2回で出された意見および指摘と、その後の研究班の対応は表2のとおりである。

2. インタビュー調査

i) 調査実施期間

2011年9月初旬～2013年9月中旬。

ii) 調査対象者

23年度に行った12名は、パイロット的にインタビューガイドの構成やサンプリングの方向性を検討するために、研究分担者や研究協力者の知人関係からリクルートした。24年度には7月23日の毎日新聞にDIPEX-Japanの記事が掲載された際、大腸がん検診のインタビューを募集している旨を併せて告知するよう依頼した。ここに応募し結果的にインタビューに協力した人は7名(うち1名は辞退)で全員大腸がんの患者であった。その他17名をアドバイザー委員やDIPEX-Japan運営委員の活動を通してリクルートを進めた。

総計36名のインタビューを行ったが、1名は反

訳原稿を読み返した時点で、意図したことが語られなかったとして、研究への参加を辞退した。35名のうち大腸がんの診断を受けている者が19名、受けていない者が16名である。男性19名、女性16名で、年齢は40歳～79歳(平均58歳±21.45歳)であった。調査協力者の社会的属性と検診経過は表3にまとめてある。

iii) 調査結果

すべてのインタビューはICレコーダーにより録音され、守秘義務契約を結んだ専門業者により文字テキストに反訳された。35名のうち22名は本人の同意を得て、ビデオ映像を収録した。インタビュー時間は平均して71分、最短が37分、最長が172分であった。当然のことながら、がんの診断を受けている人のほうが時間は長くなる傾向があった。

調査の成果物として18のトピックが候補として挙がっている。大腸がんの一次検診に関わるものとして「便潜血検査とは?」「便潜血検査の実際」「便潜血検査の結果を知る」「便潜血検査を受けた理由」「便潜血検査を受けなかった理由」、一次検診(便潜血検査)で異常が見つかった場合どうするかという観点で「精密検査(大腸内視鏡、直腸指診、注腸検査)を受ける」「大腸ポリープ切除術(ポリペクトミー)」「内視鏡検査に対する思いや評価」「精密検査の結果を知る」「精密検査を受ける理由」「精密検査を受けない理由」、検診以外でがんが見つかった人もいたので「便潜血検査で異常なし(偽陰性)」「検診を受けずに自覚症状で受診」、社会的な立場によって検診受診の態様が異なっていたことから「健康保険の種類と大腸がん検診」「大腸がん検診と女性」「大腸がん検診と高齢者」、さらにインタビューの疑問に答えるという観点で専門医の語りを取り入れ「大腸がんとは」「一次検診[スクリーニング検査]と二次健診[精密検査]」の全18トピックである。

この中から、患者の関心や保健関係者の有用性

表3 インタビュー協力者35名の属性

ID	大腸がんの診断	性別	年齢	現在の職業	居住地	検診タイプ (大腸がん経験者は診断時、検診受診者は受診時の検診タイプ)	便潜血	精検
dgk01	受けていない	男性	50代	教員	首都圏	職域	非受診	
dgk02	受けていない	男性	50代	会社員	首都圏	職域(人間ドック)	陽性	陰性
dgk03	受けていない	男性	50代	教員	首都圏	職域(人間ドック)	非受診*	陰性
dgk04	受けている	男性	70代	元会社役員	首都圏	地域	非受診	
dgk05	受けていない	女性	50代	パート	東海地方	地域	陽性	陰性
dgk06	受けていない	男性	40代	会社員	東海地方	職域	陽性	陰性
dgk07	受けている	女性	50代	教員	首都圏	職域(人間ドック)	陽性	陽性
dgk08	受けていない	女性	50代	会社経営	首都圏	職域	陽性	非受診
dgk09	受けていない	女性	60代	無職	首都圏	個人(人間ドック)	陽性	陰性
dgk10	受けていない	女性	50代	自営業	首都圏	地域	非受診	
dgk11	受けている	男性	60代	無職	関西地方	個人(人間ドック)	陽性	陽性
dgk12	受けている	男性	50代	会社員	関西地方	職域	陽性	陽性
dgk13	受けている	女性	70代	無職	東北地方	職域	非受診	
dgk14	受けていない	女性	40代	パート	首都圏	職域(主婦検診)	陰性	
dgk15	受けている	男性	60代	会社経営	東北地方	職域	陽性	非受診
dgk16	受けている	男性	50代	会社員	東北地方	職域	陽性	陽性
dgk17	受けている	男性	60代	農業	東北地方	地域	陽性	受診
dgk18	受けている	男性	60代	公務員	首都圏	職域	陽性	非受診
dgk19	受けていない	男性	50代	無職	首都圏	地域	非受診	
dgk20	受けている	女性	40代	パート	中部地方	職域	陰性	
dgk21	受けている	男性	60代	自営業	首都圏	職域	陽性	非受診
dgk22	受けている	男性	60代	無職	関西地方	個人(ネット検診)	陽性	陽性
dgk23	受けている	女性	70代	団体職員	首都圏	地域	非受診	
dgk24	受けている	男性	60代	公務員	関西地方	地域	陽性	非受診
dgk25	受けている	女性	40代	無職	首都圏	地域	陽性	非受診
dgk26	受けている	男性	70代	無職	首都圏	地域	陽性	陽性
dgk28	受けている	男性	60代	無職	東海地方	個人(人間ドック)	陽性	陽性
dgk29	受けている	女性	50代	無職	首都圏	職域	非受診	
dgk30	受けていない	女性	40代	パート勤務	首都圏	地域	陽性	陰性
dgk31	受けていない	女性	60代	パート勤務	首都圏	地域	陰性	
dgk32	受けていない	男性	70代	無職	関西地方	地域	陰性	
dgk33	受けていない	女性	30代	無職	関西地方	地域(がん検診対象外)	非受診	
dgk34	受けていない	女性	60代	パート勤務	首都圏	職域	陽性	陰性
dgk35	受けていない	男性	60代	自営業	首都圏	地域	非受診	
dgk36	受けている	女性	70代	無職	首都圏	地域	非受診	

*: 毎年検診として内視鏡検査を受けているが、WEBでは便宜的に便潜血検査を受けたグループに入れた。

を考慮して「便潜血検査を受けた理由」「便潜血検査を受けなかった理由」「精密検査を受ける理由」「精密検査を受けない理由」を優先して「大腸がん検診の語り」(β版)を作成した。

これらのトピックの詳細やそこから何が見え

てきたかについては、25年度の年次報告書を参照して頂きたい。

3. WEBページの構築とシンポジウム

i) WEBページ構築

表4 トピックごとのクリップの数

	便潜血検査を受けた理由	便潜血検査を受けなかった理由	精密検査を受ける理由	精密検査を受けない理由	合計
映像	11	6	8	7	32
音声のみ	3	4	1	6	14
テキストのみ	0	3	0	3	6
合計	14	13	9	16	52

「大腸がん検診の語り」ウェブページβ版(図1)に引用したクリップの総数は52である。トピックごとのテキスト・音声・映像のクリップ数は表4のとおりである。

映像と音声の合計時間は、「便潜血検査を受けた理由」が21分38秒、「便潜血検査を受けなかった理由」が14分57秒、「精密検査を受ける理由」が13分50秒、「精密検査を受けない理由」は21分13秒で、総計は1時間11分38秒であった。

また、語り手の立場で検索できるよう、トピック別のページの下に、「大腸がんと診断されている人」と「大腸がんと診断されていない人」に分けた上で、「大腸がんと診断されている人」については「便潜血検査も精密検査も受けていない人」「便潜血検査を受けて異常がなかった人」「便潜血検査で異常があり、精密検査を受けてがんが見つかった人」「便潜血検査で異常があったが、精密検査を受けずに自覚症状などで受診した人」と分類した。一方「大腸がんと診断されていない人」については「便潜血検査も精密検査も受けていない人」「便潜血検査を受けて異常がなかった人」「便潜血検査では異常があったが、精密検査の結果がんではなかった人」「便潜血検査で異常があったが、精密検査を受けていない人」に分

類した。

また、より詳しい情報を知る目的で既存のモジュールに掲載されている「情報リンク」については、今回未着手である。9月末に予定されているモジュール完成時には掲載したい。

ii) 公開シンポジウム

本研究のプロジェクト終了にあたって厚生労働科学研究補助金第3次対がん総合戦略研究事業「このままでいいのか?大腸がん検診—『大腸がん検診の語り』とそこから見えてくるもの」を2014年3月16日(日)13:30~16:30、泉ガーデン

図1大腸がん検診の語りウェブページ



コンファレンスセンターRoom1にて開催した。シンポジウムの概要は以下のとおりである。

開会の辞：別府宏圀

【第1部】何のための検診か？

医学と社会学から見た大腸がん検診：入口陽介・鷹田佳典

【第2部】大腸がん検診の語りデータベースとは？：菅野摂子

【第3部】パネルディスカッション：大腸がん検診の語りとそこから見えてくるもの

司会：菅野摂子、パネリスト：秋山美紀・入口陽介・鷹田佳典。

- 論点1：大腸がんやスクリーニング検査についての情報・知識不足
- 論点2：正しい情報や知識があれば検診を受けるのか？
- 論点3：検診を受けやすい環境／受けにくい環境とは？

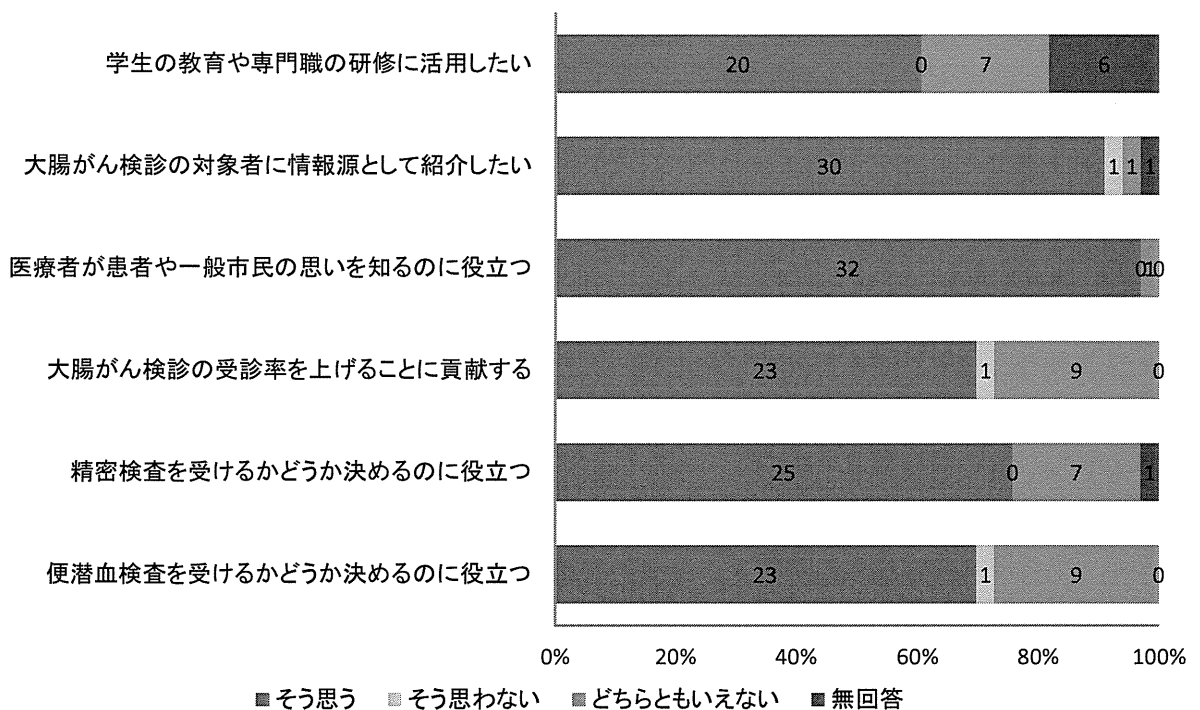
閉会の辞：中山健夫

参加人数は研究班メンバーを含めて50名ほどであったが、第3部のあとのディスカッションではフロアからの発言も含めて、活発な議論が交わされた。詳細は、別添資料1を参照されたい。33通を回収した参加者アンケート（ディペックス・ジャパンより匿名化されたデータの提供を受けた）によると、参加者の職業は、医療関係者が14名、教育関係者が7名だったのに対し、保健・福祉行政関係は2名のみであり、自治体等で検診事業に携わる人々への広報が不足していたことがわかった。

シンポジウムの内容については、29名が「よかった」、5名が「まあまあよかった」と答えており（それ以外は無回答）、その理由として、大腸がん検診の具体的な受診勧奨の取り組みや検診の医学的な情報が紹介されたことに加え、社会的な視点からの報告があったことが高く評価された（表5を参照）。

また、大腸がん検診の語りウェブページの活用に関し、図2にあるような6つの項目を挙げて、それに賛同するかどうかを聞いたところ、もっと

図2 大腸がん検診の語りウェブページの活用について



も賛同が多かったのは「医療者が患者や一般市民の思いを知るのに役立つ」であり、次いで「大腸がん検診の対象者に情報源として紹介したい」で、ともに回答者の9割を超えていた。「便潜血検査を受けるかどうか決めるのに役立つ」「精密検査を受けるかどうか決めるのに役立つ」「大腸がん検診の受診率を上げることに貢献する」という項目に関しては7割程度が賛同しており、「患者さ

ん（市民）へのヘルスプロモーション的に医療者や保健関係者が戦略的に使って行けるウェブページだと思いました」という意見がある一方、「医療側から見ると大変参考になりますが、一般の方が見るとかえって混乱する部分もあるかと思います」などといった懐疑的な意見もあった。

実際のウェブページでは、ただ単にクリップを羅列するわけではなく、そうした混乱を避けた

表6 シンポジウムがよかったと思った理由(自由記述)

よかった理由

- ・様々な立場からのご意見を聞いて良かったです
- ・治療についてずいぶん進んできたことがわかった、自治体のコール・リコールの取り組みもわかった。社会学的な側面から知識を得ることができた
- ・最近の検診、精検、治療方法を確認して検診の受診率アップをどのようにしていけばよいか考えさせられました
- ・精密検査受診勧奨の鶴岡市保健所の取り組みは参考になりました。健診施設に勤務していて、受診日当日の受診勧奨と、後日電話での二次検診案内の中で、未受診者をどのように受診させるか、入口先生のお話はとても勉強になりました
- ・検診のあり方を患者の語りからとらえるというユニークな試み。大腸がん便検査が一般検診に多く取り入れられた今重要なテーマ
- ・多くの有益な情報を得ることができました。視点を変えることができました
- ・社会学の視点での研究は意義深いと思った
- ・検診の受診を上げるには、治療に対する恐れを少なくし、経済的な面や治療後の生活についての情報提供が重要ではないかと思いました
- ・医学だけでなく社会学や一般市民視点で大腸がん検診の課題について学ぶことができ、有意義でした。大腸がん検診啓発活動を行う際に参考にさせていただきます。
- ・検診、最新の検診の医学的情報、具体的な取り組み、検診の全体像に関する知識が得られた
- ・医師のコメントがあったため
- ・医療スタッフ以外の情報が得られたこと
- ・予防医療ウェルネス事業の点から地域医療の体系化を図れる考察の一側面を理解しました
- ・便潜血検査の有効性をあら編めて知ることができた。社会学的な観点から検査を知ることは初めてのことだったので、とても興味深かった
- ・入口氏と秋山氏の発表は内容がとても具体的でよかった。鷹田氏の発言は社会学の見地から検診に切り込み興味深かった

まあまあよかった理由

- ・鷹田先生：検診（健康維持）は「国民の義務」の考えは面白い。検診の費用をどこまで国が負担するのか？ どう効率的に行うか？ 健康維持をあまりやらなかった人が病気になった場合、国が医療費を負担しないと言うペナルティーができるか？
- ・がん検診について特に精密検査の必要性について知ることができた。行動変容のポイントについて考えることができた
- ・精検の受診率向上の重要性についてのご指摘に新たな気づきがありました。対策型検診の意味を潜在する受診者にどう理解してもらうかは難しい問題だと思いました
- ・大腸がん検診についてはあまり問題がないと思っています。たとえば乳がん検診の誤診率に比べるとほとんど誤診率は少ないと思うからです。とはいえ患者、一般人からの声を収集することは大切だと思います。

めに検診についての解説なども加えて語りを紹介しているが、今回のシンポジウムでは、討議のきっかけとして、検診に関する誤った思い込みなどが語られているクリップを紹介したため、こうした懐疑的な意見が出たものと思われる。

D. 考察.

i) インフォームド・チョイスという考え方

「大腸がん検診の語り」が国民の情報不足感の解消につながる社会資源として有用性を発揮するのは、「インフォームド・チョイス」という視点からであろう。

大腸がん検診を対策型検診と捉えた場合、雇用の経営戦略としてあるいは自治体の保健政策として、被雇用者や住民が検診を受診しやすい流れを作ることが重要である。

しかしながら、大腸がん検診の一次検診である便潜血検査は、雇用者側の義務である安全衛生法の基礎項目には入っておらず、また自治体のがん検診でも本人が医療機関に足を運ぶことなしに受診はありえない。受診者が大腸がん検診を受けるかどうかは、説明を受け本人が納得した上でなされる選択という側面がついてまわる。すなわち、「インフォームド・チョイス」としての検診受診のありようを探る必要があり、本研究からその態様はある程度明らかになったのではないかと考える。

大腸がん検診を受けた方が良いだろう、という意識はインタビューのほとんどの人が持っていたが、その人の生活状況やこれまでのさまざまな経験から、受診をためらって先送りしたり、優先順位を下げたりするなど、受診を押しとどめる動きもあった。検診受診は、日常生活から独立した選択ではなく、その人のライフにおける行動として、状況依存的に選択される。

どういった状況でどのような選択がなされているのか、といった詳細については平成25年度の

年次報告書に記述されているので、ここでは「インフォームド・チョイス」を行う際、何が求められているのかについて考察する。35名の語りから「インフォームド・チョイス」を行う際に重要となる点として以下の項目が浮上した。

① 検診の陽性的中率／陰性的中率、偽陰性／偽陽性にかかわるデータの開示

「この年齢で潜血があつたらどんぐらいの確率で大腸がんになるのかとか・・・そういった情報があつたらいいのかもしれない」(dgk02)といった指摘があるように、便潜血検査を受けて陽性になった場合、精密検査を受けて実際に大腸がんだと確定診断された人がどのぐらいの割合でいるのか、一般の市民にはわからない。逆に、便潜血検査の結果が陽性でも最終的に大腸がんでない診断される人が多ければ、前日から食事を制限し大量の下剤を飲み、仕事も半休にして精密検査を受ける必要性は低いと考えられる。そうであるなら、便潜血検査を受けることについても疑問が湧くだろう。

スクリーニング検査で出される陽性／陰性と、実際の有病率との関係性については、dgk02さんの語っている陽性的中率(真陽性／検査陽性)のほか、陰性的中率(真陰性／検査陰性)という考え方がある。また、偽陰性率(検査陰性／疾患有)、偽陽性率(検査陽性／疾患無)といった疾患の有無に対して誤った結果が出る確率もある。

もちろん、受診するかどうかをこういった確率論に依拠して決める人が多いとは思われない。dgk02さんは金融関係の仕事をしており、リスク&ベネフィットを常に顧客に提示していることから、そうしたデータがないまま便潜血検査や精密検査が当然のように勧奨される事態を批判的に捉えていた。

ただ、dgk02さんほどリスク&ベネフィットに敏感でなくても、大腸がん検診が他のがん検診に比べて信頼性が高いという情報を得て自治体の検診を受けている人(dgk05)もおおり、医療者が考

える以上に科学的もしくは統計的な根拠を求める患者は存在するのかもしれない。さまざまな分野で消費者教育がなされる中、dgk02さんのような厳しい眼で検診受診を見る人々が増えていくことは想像に難くない。

ただし、「インフォームド・チョイス」は、必ずしも大腸がん検診への信頼に基づいて行われるわけではない。便潜血検査で陰性だったという大腸がん患者のdgk20や、通常は潜血反応が出ない上行結腸のがんが痔の出血が原因で要精検となつて見つかったというdgk07も、便潜血検査の偽陰性や限界を指摘しつつも便潜血検査の受診を勧めているからである。

② 大腸がんの治療や予後の情報

便潜血検査の結果が陽性だった場合でも、精密検査を受けない人々がいた。その理由として、痔やいきんで排便したことが原因だろうという自己判断、精密検査への働きかけがなかった、内視鏡検査の苦痛やリスクなどが挙げられていたが、がんになったら大変だ、という心性が働いていると思われる語りもあった。会社を経営している男性は「とにかく、がんになったら、…余命いくばくもないという…イメージが強かったですね」（dgk15）と語っており、便潜血検査が陽性だったり、下血や痛みがあったりしても、「密かに我慢」してきたという。結局、痛みを耐えられなくなって肛門科を受診したことが大腸がん発見のきっかけとなった。

3月16日のシンポジウムでシンポジストとして登壇した、東京都がん検診センターの入口陽介氏は、自覚症状がない状態で便潜血陽性になって最終的に大腸がんだと診断された人は予後が非常に良いという点を強調していた。インタビューの中でも、自覚症状がなく検診受診をきっかけに大腸がんと診断された人は、ポリープの切除と同様の手術を受け、抗がん剤等の治療は一切なく現在に至っていた（dgk12）。

便潜血検査のようなスクリーニング検査の場

合、身体への侵襲性が低いことから「何のための検査か」といったことはもとより、対象とする疾患にまで説明が及んでいないと思われる。インタビューの中で便潜血検査受診の際に、大腸がんの治療や予後まで説明されたという人はいなかった。先のdgk15さんも便潜血検査が大腸がんの検査だということは知らないまま受診していた。

非常に早期に発見された場合の治療と予後、そして症状がはっきりと出て進行してから診断された場合の治療と予後には大きな差が出てしまう。そういった情報を、スクリーニング検査受診の時点で提供することも大いに求められる。

③ 大腸がんのなりやすさについての思い

自分が大腸がんになりやすいかどうか、インタビューからは多様な語りがでてきた。便潜血検査を受けない理由として「自分のがんになる気がしない」ことが語られたが、その際に親やきょうだいががんになっていない、という遺伝学的な根拠を挙げた人は少数だった。

「普段から胃腸は丈夫なので大腸がんを心配することはなかった」（dgk10）と身体的な経験を理由に大腸がん検診から距離を置く人もいたが、漠然と「がんになる気がしない」（dgk19・dgk04）という人や、10年前に受けた精密検査で「異常なし」と言われたため便潜血検査が陽性になり症状が出ていても精密検査を受けなかった人もいた（dgk24）。dgk24さんは「親ときょうだいががんになった」というが、「まさか私はがんになるはずがないとずっと思っていた」と語った。

だが、一方で「遺伝的にはなりやすいのだろうし、だから検診をきちんと受けないといけないのだろうが、遺伝だから仕方がない」と考えて、ポリープ切除後に勧められた継続的な内視鏡検査を受けていない人もいた（dgk06）。

女性の死因数の第一位が大腸がんであることをこのインタビューを受けて知ったという人（dgk10）もおり、がんのなりやすさを周知することが有意義であることに間違いはないだろう。

しかし、そうであっても「自分にならない」という思いを払拭するのは容易ではなく、またなる可能性が高いと思ったからといってそれが受診に直接結び付くわけではない。上記のdgk06さんは、単身赴任で生活費がかさんでおり、内視鏡検査を受けることが経済的に負担になることも受けない理由として語られていた。

受診の勧奨は、それまでの受診経験や個別的な事情を加味した上になされる必要がある。

ii) 検診医療：現場への貢献

上記のような観点から「インフォームド・チョイス」がなされることが望まれるが、実際に検診が実施される医療現場に対してこのWEBがどのような貢献ができるのか考えたい。

先のシンポジウムでは、シンポジストの慶應義塾大学の秋山美紀氏が、山形県庄内町での取り組みについて紹介した。その冒頭で住民への意識啓発と受診勧奨の両方を行うことで受診率の向上が図れる、という考えが示された。今回の研究の成果である「大腸がん検診の語り」のWEBは、住民の意識を向上させるためのツールとして、また受診を勧奨する際に保健関係者が考慮する点を示すガイドとして活用できるのではないかと考える。

先の庄内町での取り組みでは、検診費用が無料で、土・日でも短時間で効率よく検診が受けられることなど、通常の検診に比べ利便性が高いことをアピールすることで、実際、便潜血検査の受診率が向上している。しかしながら、便潜血検査の受診率全国1位を誇る山形県でも、便潜血検査が陽性だった場合の精密検査の受診に関しては5位に順位が下がる。

精密検査への住民の意識を向上させるためには、費用や利便性のアピールだけではなく、先に示したように大腸がんの治療や予後に関する情報、スクリーニング検査に内在する確率的な問題など、より細やかな情報提供が必要だと思われる。当サイトは住民に対して説得力のある内

容を包含していると思われる。

また、勧奨の方法は庄内町で行われているようなコール・リコールシステム、すなわち一度の勧奨ではなく複数回にわたる勧奨、特に電話による勧奨が効果的だと言われている。その際に、受診へと導くような勧奨を行うためには、患者の生活全般に対する理解が必要である。当サイトの最大の特徴は、語りという個別性の高い情報の提供にあるが、個別性の背後にある生活全般や語りの文脈などがプロフィールという形で公開されている。受診の理由が個人によってさまざまであることを、ライフヒストリーとは言えないまでも、一定の文脈を持って伝えることができるのではないかと考える。

さらに、当サイトが会員制サイトでないことも意義がある。誰でも見たい時に見ることができるため、公共の施設などでもインターネットに接続さえすれば視聴できる。保健師や仲間と一緒に見て、検診について話し合い、インフォームド・チョイスが自然に促される可能性もある。一方通行の受診勧奨ではなく、このサイトを材料として双方向のコミュニケーションにおける受診勧奨もできるだろう。

iii) 本研究の限界と今後の研究の方向性

がん検診に関する人々の意識を探る量的調査はこれまでも行われているが、患者だけでなく一般市民も対象としたin-depthの質的調査は前例に乏しく、その分析結果から検診事業に関わる医療関係者や行政担当者にとって有益な情報が得られることは間違いない。しかし、本研究の目的は、“患者体験情報”データベースの社会資源としての活用可能性を検討することであり、「大腸がん検診の語り」データベースに関しては、患者体験情報の収集とウェブページを通じた共有システム(β版)の構築までは行うことができたが、具体的な活用プログラムの開発や、公開されたウェブページの活用実態の把握までには至らなかった。

一般市民向けの情報提供にこのデータベースを活用していくためには、体験情報だけでなく、医学的な解説もおそらく必要となる。今後、さらにデータの分析を進めてウェブページにトピックを追加していくことになるが、必要に応じて検診専門医にインタビューを行って、映像による医学情報を体験情報に有機的に絡めて提供するような手法を開発していく必要があるだろう。

また、将来的にはインタビューデータを研究者及び行政関係者向けのデータアーカイブとして公開し、医療系大学での教育教材にも活用していくことで、患者体験情報を社会資源化することを目指したい。

当研究においてインタビューから語られたがん検診の姿は、主観的な情報であることを念頭に置いたとしても、自治体によってそして職場によって実に多様であることが明らかになった。それは時として、生涯にわたる健康格差へとつながることも示唆された（25年度年次報告書を参照）。がん検診を政策として進めていくためには、国民の意識向上策と並行して、自治体の住民検診および職域検診としてのがん検診の実態調査も望まれる。

E. 結論

「患者体験情報」を国民のがん医療に対する情報不足感の解消につながる社会資源として捉え、低迷するがん検診受診啓発への活用可能性を検討するために、「大腸がん検診の語り」データベースの構築を行った。

大腸がん体験者19名、大腸がんの診断を受けていない検診経験者および未受診者16名のインタビューデータのテーマ分析を行い、18個のトピックを抽出し、その中から4個のトピックを使って、「大腸がん検診の語り」ウェブページのβ版を作成した。

データ分析ならびにウェブページを見た専門

職との意見交換から、このウェブページが、検診受診をめぐる「インフォームド・チョイス」を支えるツールとなりえること、特に偽陽性・偽陰性といった検診の不確かさに関する理解や、大腸がんという病気のリスクや治療についての理解を広げることへの貢献の可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

研究の結果、得られた成果の中で国民の生命、健康に重大な影響を及ぼすと考えられるような事象は見出されなかった。

G. 研究発表

(論文発表)

1. 別府宏圀. 患者の語りが医療を変える. 緩和ケア, 2011 ; 21 (5) : 468-500.

(学会発表)

1. 菅野摂子・鷹田佳典・別府宏圀. 第38回日本保健医療社会学会 (ポスター報告). 利用者から見る大腸がん検診の問題と課題ー「大腸がん検診の語り」データベース構築の中間報告. 神戸, 2012年5月.
2. 鷹田佳典. 第86回日本社会学会 (口演). 大腸がん検診の社会学的考察 (1) 大腸がん検診をめぐる不確かさの諸相. 東京, 2013年10月.
3. 菅野摂子. 第86回日本社会学会 (口演). 大腸がん検診の社会学的考察 (2) 検診格差の態様と関連要因. 東京, 2013年10月.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

総合研究報告書（研究分担者：別府宏圀）
“患者体験情報”データベースの社会資源としての活用可能性の検討
＜報告 2＞大腸がん検診をめぐる語りデータベース構築
別添資料

公開シンポジウム講演録

このままでいいのか？大腸がん検診
「大腸がん検診の語り」とそこから見えてくるもの

開催日時：2014年3月16日（日）13:30～16:30
開催場所：泉ガーデンコンファレンスセンターRoom1

【第1部】何のための検診か？ 医学と社会学から見た大腸がん検診

入口陽介 東京都がん検診センター 消化器内科部長
秋山美紀 慶應義塾大学環境情報学部 准教授
鷹田佳典 早稲田大学人間科学学術院 助手

※【第2部】大腸がん検診の語りデータベースとは？

菅野摂子 電気通信大学女性研究者支援室 特任准教授

【第3部】パネルディスカッション：大腸がん検診の語りとそこから見えてくるもの

司会：菅野摂子 電気通信大学女性研究者支援室 特任准教授
パネリスト：秋山美紀 慶應義塾大学環境情報学部 准教授
入口陽介 東京都がん検診センター 消化器内科部長
鷹田佳典 早稲田大学人間科学学術院 助手

論点1：大腸がんやスクリーニング検査についての情報・知識不足

論点2：正しい情報や知識があれば検診を受けるのか？

論点3：検診を受けやすい環境／受けにくい環境とは？

■主催 平成25年度厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）【国民のがん情報不足感の解消に向けた「患者視点情報」のデータベース構築とその活用・影響に関する研究】班（研究代表者・中山健夫）

■協賛 特定非営利活動法人 健康と病いの語りディペックス・ジャパン

※第2部は報告書本編との重複があるため、ここでは省略します。

【第1部】何のための検診か？ 医学と社会学から見た大腸がん検診

大腸がん検診について～医療従事者の立場から

入口陽介 東京都がん検診センター・消化器内科部長

熊本市出身、平成2年熊本大学医学部卒業。熊本大学医学部第2内科入局後、関連病院や昭和大学藤が丘病院消化器内科勤務後、平成9年から現在のがん検診センターに勤務。

皆さん、こんにちは。東京都がん検診センターの入口と申します。今日は、発表の機会を与えていただきまして、本当にありがとうございます。わたしは、大腸がん検診に関しまして、医療従事者の立場からということでお話をさせていただきます。

わたしたちの施設も大腸内視鏡の実施件数が、年間 5,500 件になりまして、かなり増えて参りました。日頃、診療しておりました、食道がん、胃がん、大腸がん、膵がん、肝臓がんなど、がんもいろいろありますけれども、年をとってくると、いずれかのがんになるかもしれない。2人に1人はがんになるんですけれども、その中で、やっぱり膵臓がんとかになったら自分はあきらめようかなと思います。しかし、どれかのがんで死ななきやいけないとしたら、大腸がんでだけは死にたくないなど。大腸がんというのは、非常に予防効果が高いがんだと思いますので。それで、「大腸がんだけでは死なないでほしい」といつも話しております。それでも、年間4万人ぐらいの方が亡くなってらっしゃるという現状があります。

それともう一つ、便潜血検査って、何か疑わしいと思われがちなんです。ほかは被爆しながら撮ったりするのですが、便潜血検査は排泄物をちょっと取るだけの非常に簡単な検査なので。もっといい大腸がん検診がないかと思ひまして、排泄物はいろいろな情報が含まれていますので、ほかにもいろいろなものを採って見たんですけど、この便潜血検査、正確には便ヘモグロビン検査と言わななきやいけないんですけれども、この検査にかなうものはなかったです。感度（陽性と判定されるべきものを正しく陽性と判定する確率）、特異度（陰性のものを正しく陰性と判定する確率）ともに非常にすばらしいです。それだけ簡単な検査なので、偽陽性の方もある程度は含まれてきますが、この検査は有用性が高いです。

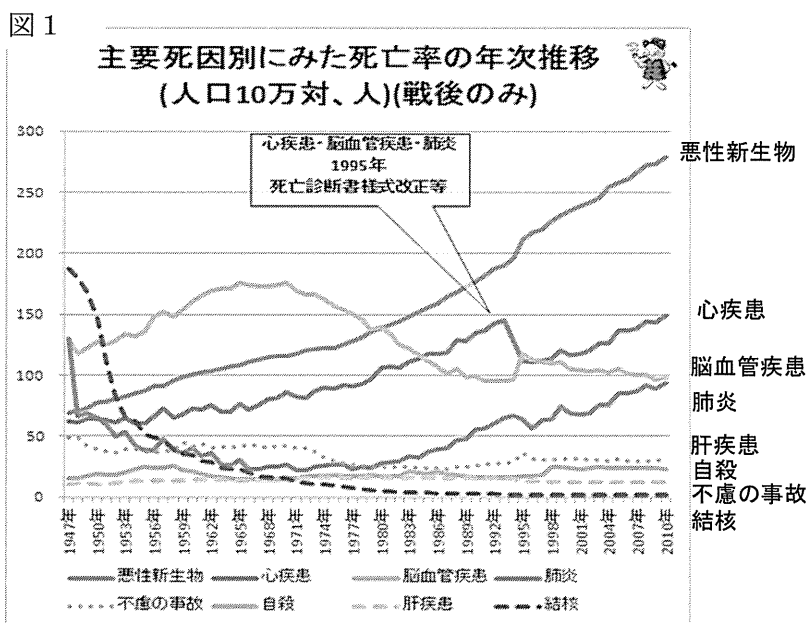
便潜血検査のあとは、内視鏡、X線などの精密検査をお受けいただきます。今はカプセル内視鏡とか CTC (CT colonography) というものも出てきましたが、X線と内視鏡は日本のおはこで、わたしたちの大先輩がいろいろ内視鏡を作ってきました。「画像診断学」という言葉は、ほかの国にはありません。だからわたしは、ちょうど昨年世界遺産になった「和食」と似たようなところがあるんじゃないかと考えています。画像診断学というのは、なかなか、ニュアンス的なものがあるんですよ。欧米ではどうしてもエビデンスと言いますけども、そのエビデンスがなかなか伝えにくい分野でもあります。この内視鏡の治療技術もほとんど日本で作ってきたものですが、そういったものについても、一般の方に分かっていただけのようになればと思い、少しお話させていただこうと思います。

本日のお話は次のようなことです。食生活の欧米化ということで、大腸がんは増加しています。がんは、基本的に発見時の進行度で予後、その人の人生が決まります。治療法も全て決まってしまうので、診断が非常に大事です。がんというのは、どんどんどんどん増殖していきますので、どの段階でみつけるか、ということになります。

大腸がんは、基本的には盛り上がっていくタイプのがんが多いですので、その中で表面がただれてくると便にちょっと血が混じってくるところをとらえていくということになります。同じ大腸がんの中にも、非常に悪性度の高いものがあつたりするので、理論上合わないところもあるとは思いますが、大腸がんは進行がんであっても、他臓器への転移がなければ救命の可能性が非常に高いんです。それで便潜血検査が有効性を発揮するということになります。

また、精密検査もどんどん進んできていて、治療法も低侵襲治療になってきている。内視鏡治療は、日本でほとんど作ってきたものですけど、腹腔鏡手術というものとコラボしたりすることもあります。治療後の生活も、胃がんを手術すると食べ物を食べる場所がなくなるので、皆さんお痩せになります。特に胃全摘をすると体重が20%ぐらいぐっと減りますけど、大腸がんは、

肛門から3センチぐらいのところまでの進行がんであれば、今、大体つなぐことができるようになりましたので、大腸がんで手術をなさった方はあまり痩せてない方が多いかもしれません。ちょっと肛門に近いところだと、排泄の感じ方が変わったりするといったことはありますが。



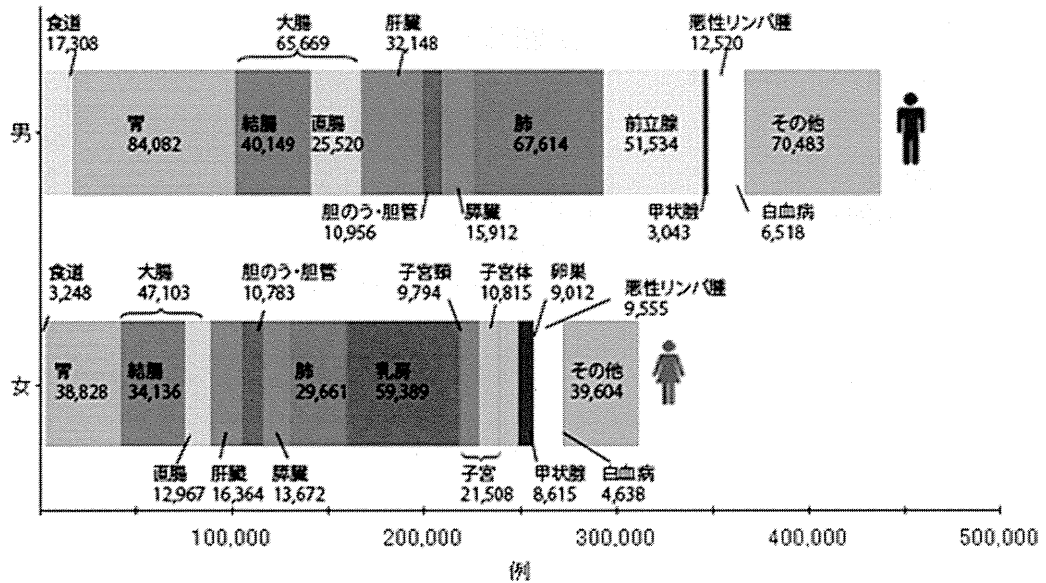
■大腸がんは増加している

人は何かで死ななきゃいけません、死亡の原因を追っていきますと、皆さまご存知の通り、戦後の日本は、衛生状態が悪くて感染症で亡くなる方が多かったということで、結核が非常に多かったのですが、どんどんどんどん悪性新生物というものが、がんを含んでいますけど、多くなっています (図1)。

大腸がんはどこにあるかという、細かい図 (図2) で申し訳ありませんが、大腸がんは、この濃いグリーンと薄いグリーンのところになります。罹患率はこれで見ますと、男性

図 2

部位別がん罹患数
[2008年]

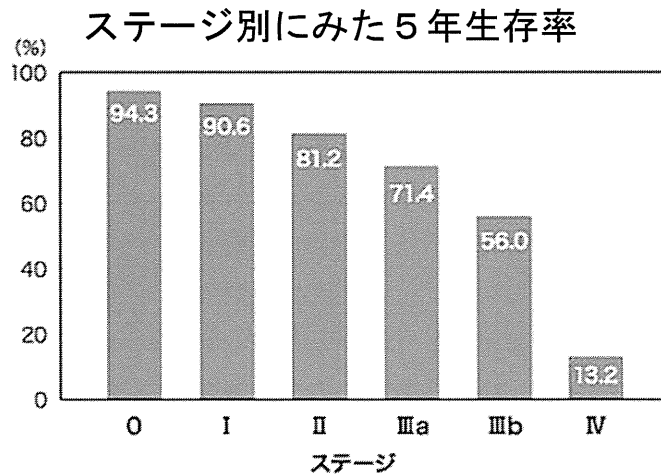


資料: 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center, Japan

では3位になります。女性でも2位です。死亡率でいきますと、女性は、今、第1位ということになってきています。大腸がんは、罹患数も増えてきています。でもその4割近い方が亡くなっているのです。これ何とか、もうちょっとどうにかできるんじゃないかというふうに思っています。

■発見時の進行度で予後が決まる 図 3

発見時の進行度で予後が決まるというのは、これを見ていただくと一目瞭然だと思います(図3)。便潜血陽性で貧血、高齢で貧血があるというのは、悪い兆候です。だから、貧血精査をお受けになることが非常に大切だと思います。大腸がんは、わたしたちの施設だと、進行大腸がんでも、80%以上の方が大体救命できるということになります。全



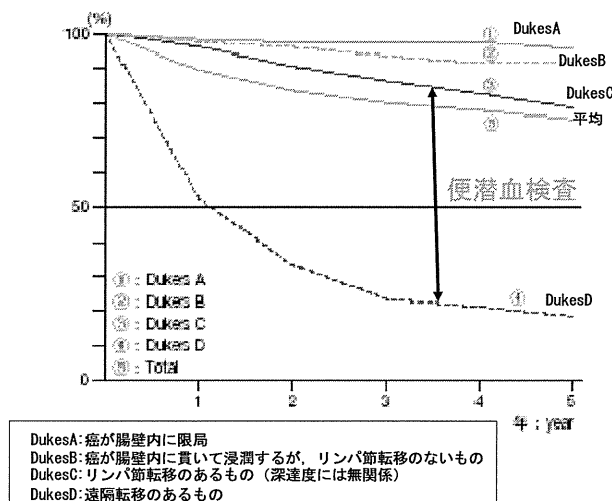
(大腸癌研究会・全国大腸癌登録事業 1991~1994年度症例)

然違います。やっぱり、発見時の進行度が大事です。そのためには定期的な検査、検診を受けるということが関わってきます。

Dukes 分類というのは大腸がん特有の分類で、がんを ABCD と分けています(図4)。A は腸壁に局限しているもの、B は腸壁を貫いているけど、リンパ節転移がないもの。リンパ節転移がないものは、ほとんど助かるということになります。リンパ節転移があるけれども、遠隔転移と、肺とかいろいろなところに転移がない方というのは、進行がんでも 8 割ぐらい助かるということなんです。

図 4

病期別に見た 5 年生存率 (Dukes分類)



■便潜血検査は有効である

遠隔転移で肺とか肝臓とかに転移がある方は、2割ぐらいに急激に下がるということになりますので、その前で見付ければ何とか救命できるということで、便潜血検査が有用性を発揮してくることになります。「ドック型検診」といって、毎年内視鏡とかお受けになる場合は個人の死亡率を下げるということなんですが、便潜血検査が有効性を発揮するのは、対策型検診といって集団に対して行う検診で、その対象集団の死亡率が下がるということなんです。

平成 15 年にいろいろな検診の方法に有効性があるかどうか調査が行われました(図5)。ただ、これは対策型検診ですので、個人の死亡率減少効果ではありません。対象集団に対する死亡率減少効果でいきますと、効果があるとする十分な根拠があるというところに、便潜血検査は含まれています。これは 5 段階で評価したものです。どういうことかという、肺転移、肝転移がないような進行がんであれば 80%以上の 5 年生存率が得られるので、便潜血検査を定期的

図 5

検診の有効性評価の結果 (Ia~d, II群) ^{5段階評価} _{久道班}

I-a 検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある。

- ・ 便潜血検査による大腸がん検診
- ・ 視触診とマンモグラフィの併用による乳がん検診 (50歳以上)
- ・ 擦過細胞診による子宮頸がん検診

I-b 検診による死亡率減少効果があるとする、相応な根拠がある。

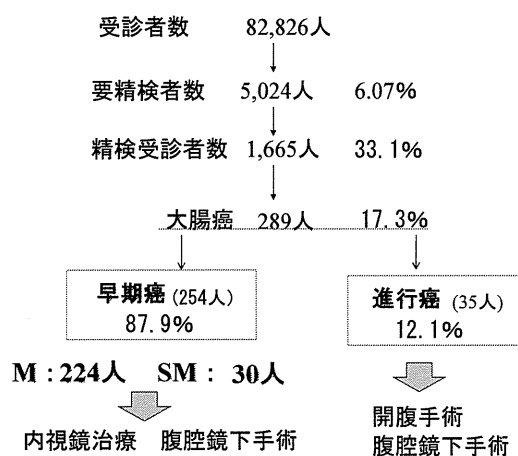
- ・ 胃X線検査による胃がん検診
- ・ 視触診とマンモグラフィの併用による乳がん検診 (40歳台)
- ・ 胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用による肺がん検診
- ・ 肝炎ウイルスキャリア検査による肝がん検診

けていればそこまで進む前に見つけることが可能であるということになります。

ただ、がん検診が効果を十分発揮するためには、精度管理というものが大事です。受診率を向上させて、たくさんの方が受けてもらって、精度の高いものにしてやるということで、今年日本消化器がん検診学会から『大腸がん検診マニュアル』というのが出ました。平成 19 年、厚労省のがん検診に関する検討会も精度化に関するマニュアル（『市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について』）を出しました。これは平成 19 年に出ていますけど、実はその前に東京都の福祉保健局から精度管理の手法を作ってくれということで、保健師さんがものすごく熱心に頑張ってくれたんですけども、私たちがその 1 年前にマニュアルを作りました。そのときオブザーバーとして、国立がんセンターの斎藤博先生に入っていたので、それが国に吸い上げられて、ほとんどそのままのかたちで

図 6

大腸がん検診 集検成績 (2007-20012) 東京都がん検診センター



出たということになります。検体検査は、採血なんかもそうですけれど、その検体の取り扱い方が大事なんです。そういったことが精度ということになります。画像精度では、画像がちゃんと写っていないと駄目だということになるんです。

ということで、この 5 年間にわたしたちの施設で便潜血検査をやった方の 5 年間の結果なんですけど(図 6)、大体、受診者数が 8 万人ぐらいだったんですね、いろいろところで便潜血検査は一般検診にも含まれていますので、このぐ

らいになります。これをずうっと見ていきますと、やはり陽性率が 6%~7% ぐらいです。これは本当は、そのぐらいにカットオフ値を決めているだけなんです。それで有効性があるということになっています。それで、精検受診者数というのは、わたしたちの施設で要精検になった人で当センターで受ける人は 33% ですが、他の医療機関で精検を受けた方まで追跡調査しますと、8 割 5 分ぐらいの方がちゃんと受けています。

わたしたちの施設では基本的には内視鏡になるんですけど、内視鏡を受けた方を見ると、1,665 人の方が精検受診をされて、289 人にがんが見つかったということになります。非常にがん発見率が高いですけども、これは精度が高いというわけじゃないんですね。対象集団にがん罹患率は左右されます。わたしたちの施設は住民健診をやっているので高齢者の方が多いんです。年を取るとやっぱりそれだけ罹患率が高い、つまりがんの方が多くなってきますので、これだけ発見されるわけです。

それで、がんが 289 人に見つかって、大体 9 割近い、80 何%の方が早期がんであるということになります。これは症状がない方です。症状がある方は、保険診療になってきますから。ですから、症状がない方の中でも 12% ぐらいは進行がんがあります。初めて受けた