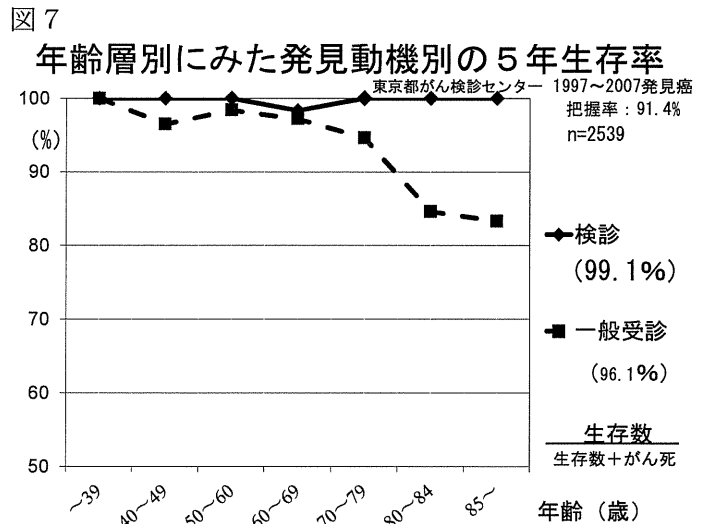


方というのがいらっしゃいますのでこういう数字になっています。

■精密検査の進歩

早期がんで見つかり、何が違うかという治療法が変わってきます。日本人は非常に器用で細かい作業が得意ですので、この内視鏡治療を受けられる方が、かなりの数を占めているということになります。進行がんでも腹腔鏡手術をある程度取り入れてやっています。定期的に受けるということが非常に大切であるということになります。早期に発見される機会が得られるということなんです。

予後というのをみていきますと(図7)、一般受診というのは、下のほうになります。年齢階級別に5年生存率を見ますと、やはり高齢者は、どうしても進行がんで見つかりとそれだけどと落ちてくるということになると思います。若い方で見つかりと進行がんでも肝転移になっていても、大腸がんは助かる可能性がありますので、切除に行きます。それだけ大きな治療になってくると、化学療法もやらないといけないのですが、転移があっても5年は生存できる可能性が高くなってきていますね。これが医療の進歩ということになります。



精密検査は、大腸内視鏡検査が今主流です(図8)。いろんなところで行われていて、件数もどんどん増えています。注腸X線検査はバリウムを注入して外から見る検査です。わたしたちは、術前検査では、必ずCTを取り入れています。CTでばあっと輪切りにして、それをアニメーションみたいな感じでつなげると、3D-CTというかたちでX線のような画像がとれることができます。被爆線量はそう変わらないんですけども、仰向け500枚、うつぶせ500枚撮ってそれをつないで作るんですね。画像処理が非常に進んできている。最近、カプセル内視鏡も保険適用になりました。

大腸内視鏡は皆さん、検査台に上がると緊張されるんですよ。そうするとおなかに力が

図8

- 大腸がん検診 精密検査
- ・全大腸内視鏡検査
 - ・S状結腸内視鏡検査+注腸検査
 - ・注腸X線検査
 - ・CT (colonography)
 - ・カプセル内視鏡

入って、入れようとするので押し出されたりとか、もう、やるほうも受けるほうも昔は大変だったです。けれど今は、内視鏡もよくなってきまして、点滴をしながら少し安定剤を使います。そうすると、リラックスして、うとうとしながら受けていただく。昔は空気を入れていましたけど、今は炭酸ガスを使っています。地球環境には悪いですけど、腹腔鏡手術は炭酸ガスをたくさん使っています。炭酸ガスは血液中に溶けていきますので、吐く息に出ていくんですよ。30分するとガスはなくなっちゃいますので、非常に張りが減ってきていると。本当は空気をぱんぱんにして見ないと見えないんだけど、空気を入れていとおなか張っちゃって、血圧が下がって、迷走神経反射を起こしたりとかします。今は安定剤を使いますので、自動血圧計も使って、看護師が声をかけながらやっていくという感じですよ。

電子機器も医療機器も進んでいますし、今は全部ハイビジョン画像です。ものすごくよく見えますし、拡大内視鏡を昔から取り入れていましたけど、今は80倍までワンタッチできゅっと大きくなります。病理検査をせずにある程度分かるというところまできているんですね。昔は、組織をつまんで「これは腫瘍ですね」と言ってポリペクをしていたのが、もうぱっと見て取る必要があるかないかっていうのを、ある程度判断できるわけですね。そういった細かいところというのは、日本のお家芸です。特殊光観察内視鏡というのが、最近出てきまして、普通は白い光で、赤、青、緑の波長で見っていますが、赤の波長を抜くと、緑と青の短い波長で見ることができるので、表面の血管所見というのが非常によく分かるようになってきています。

内視鏡検査では便が残っていると検査ができないので、大体2リットルの下剤を飲んでいただいていたんです。胃袋が大体、1.4リットルぐらいしか入りませんので、流していかないと入らないです。液剤を飲むのが苦手な方には、錠剤型のが最初出てきたんですが、これでも、お茶か水かで2リットル飲むというかたちだったんです。ところが、最近では、1リットルの液剤がでてきまして、濃縮してあるので1リットルだけ飲んで、体の水分を腸の中に引いてきて洗うと。ただ、脱水傾向になりやすいです。500ccの水かお茶を飲むと。これは、味が変わるので非常にいいです。

内視鏡検査では、内視鏡を一番奥まで入れて、抜きながら診ていくというかたちになります。血管をよく診ていきます。日本の内視鏡は140度しか基本的にはありません。新しい内視鏡が、昨年導入したのが170度ですので、それよりちょっと広がってきていますけど、内視鏡は、ひだの裏というのは見えないんですね。こういった欠点はありますが、大体見えてきています。

注腸検査も変わってきてまして、写真もデジタルになっていまして、昔と違うのはフィルムで読まないということです。ソフトがいろいろと出てきていますので、実際の実物より大きい画像で診断ができるように、X線はなっています。

CT (Colonography) というのが、これも、炭酸ガスを肛門から管を入れて、ばあーっと一定の圧で膨らませていくんですね。膨らまして、輪切りの画像をざあーっとつないでい

くと、アニメーションと一緒にです。誰が読影するのかというのがありまして、消化器内科医は内視鏡を入れた方が早いもんですから、CTは放射線科医に任せるか、あとは放射線技師さんに読影の補助をやっていただくことが多いです。腸を1回開いたような画像、内視鏡に似たような画像、それから注腸検査に似たような画像も撮れるんですね。ということで、いろいろ工夫はされてきています。

カプセル内視鏡は、水の中を泳いでいきますので、水を3リットルぐらい飲まなきゃいけないです。日本人は内視鏡が得意ですので、それだったら内視鏡を受けたほうが早いということになります。なかなか値段も高いもんですから。ただ、小腸だけは暗黒の大陸とか長い臓器ですので、1秒間に一コマ撮る写真をどんどんと撮って行くというかたちになるんです。そうすると、カプセル内視鏡は、1秒間に4コマまで撮れるようになってるので、それを誰が読影するかということなんです。もう相当な枚数が出てきて、自動診断装置というのもありますけれども、最終的には人が見なきゃいけませんので、内視鏡を入れたほうが早いんじゃないかということになっちゃう傾向にあるんじゃないかというふうに思います。

■治療法の進歩

実際のポリープを取るかとらないかというの、画像で判断します。がんは外に広がろうとする力があるんで、切れ込みがあったり、外に凸になったりしますが、過形成ポリープは正常な粘膜がちょっとぶうーと膨らんでいるだけです。こういうのは、ぱっと一目で画像診断できて、不要な内視鏡治療はなくなります。粘膜内がんは、ほとんど転移がありませんので、内視鏡治療ということになります。早期がんでも、粘膜下層がんは腹腔鏡手術で、進行がんの一部も腹腔鏡手術でやっているという状況です(図9・10)。

普通のポリペクトミーですと、ポリープにワイヤーでできた輪っかをかけてジュッとやると、焼け焦げます。出血はほとんどないですが、1週間は、出血の危険性が1%の方にあるので、その間は、アルコール、たばこ、運動を控えていただきます。

図9

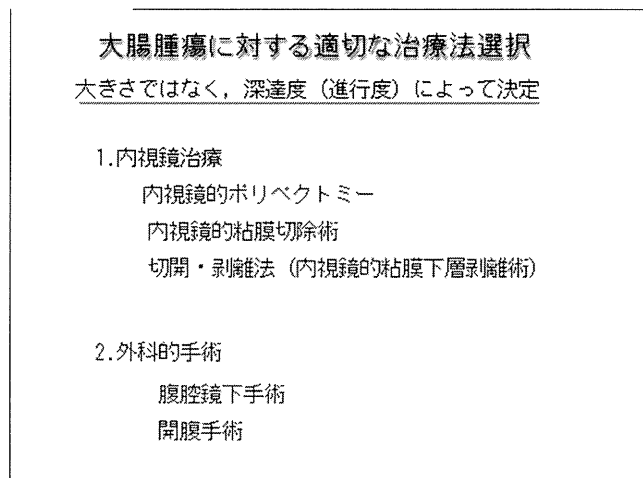
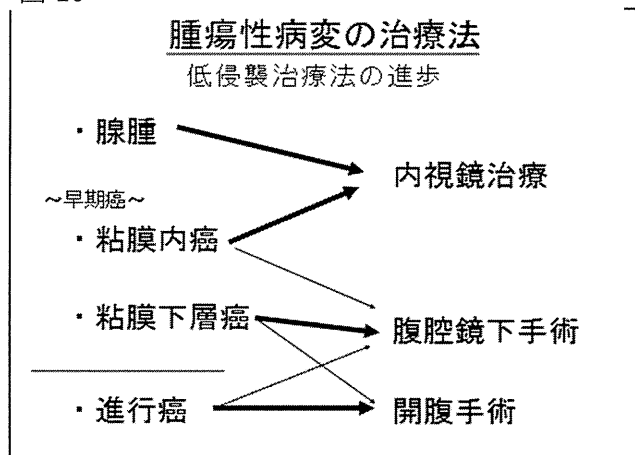


図10



粘膜内がんの大きな病変でも大きな輪っかをかけて取ります。ただ、そのまま取ると腸はぺらぺらして薄いですから、穴が開いてしまう可能性があるのです、この下に水を入れるんです。昔は、生理食塩水を入れていましたけど、今は、少し粘度の高いものを使ったり、あるいはヒアルロン酸を入れて取ったりもしています。粘膜の下の層に液体を入れふうつと膨らますと、腸の筋層から離れてくるんです。これで大きな病変に輪っかをかけてとります。大体 40 分から 1 時間はかからないでやっています。

筋層とか深いところの腸壁をつかんでしまうと、腸は穴があいちゃうと大変なんですね。大腸は便が入っていますので腹膜炎をおこすので、非常に気を付けてやっています。取った傷跡を拡大して、残っていないかどうかを確認するんですね。血管が、出血しているところに対しては、レーザーを焼き付けます。かみなりを落としたような感じで、アルゴンガスをふきつけて、表面だけを焼くということです。

切開剥離法というのは、大きな病変を一括で取る方法ですが、これはまだ一部の施設でしかやれないことです。肛門に近いところに平たいものを取るときによく使ったりします。平たい病変は取りづらいので、ヒアルロン酸などの液体を下に入れて、ふう一つと膨らんだところをはがしていくと、ぷるんぷるんしているんで安心して取ることができるんですね。大腸は怖いので、やっぱり気を付けて、粘膜下層剥離術ということをやると。これは、結構手間もかかって危険性をともないますので、これは一部の施設しかできないということになっています。

術前検査の診断が大事なんです。これ取っていいかどうかという診断が大事です。細かい病変でも、こういう画像で細かく表面構造から、これは小さいけどポリペクで取っちゃいけないよということを調べる検査がありますので。こういったのはお家芸です。注腸検査で大腸のどこにあるかというのを調べていくこともできます。今は、デジタルモニターなのでよく分かるんです。

今、腹腔鏡手術は、おへその穴だけを使ってやっていますので、手術場に行くと、大体、おなかの中を見ないでやっています。外のモニターを見てやっていて、腹腔鏡って、意外とよく見えるんだなと思って。わたし、内科なんですけど、興味深く拝見させてもらっています。老眼がひどくなってくると、外科の先生って手術の技術が落ちるんじゃないかと思うんですけど、同世代の先生が、「おれはまだ上手になっている」とやっぱり言います。これは、大きく映し出すモニターなので、細かいところまでよく見えるんですね。そうになると、キャリアがものをいっていくということになります。

ということで、こういう早期で見つかる診断技術も進んでいますので、非常に有効性が出てきていると。内視鏡の治療の場合は、ほとんど 1 週間経てば普通の生活に戻れますし、外科手術だと、術後の機能障害があるのは、肛門近いところの 3 センチぐらいの進行がんだけです。

健康寿命ということが最近言われていますが (図 11)、大腸がんを手術なさっても、それほどこれには影響しないんじゃないかというふうに思います。便潜血検査をもっと広めよ

うとしても、なかなか上がらないというのが難点で。この会もその一助になっていただきたいなというふうに思います。

今、がん検診を受けるメリットというのは、診断技術の精度が非常に上がってきているというのと縮小手術ですね。内視鏡治療手術、低侵襲治療といいますけれど、腹腔鏡手術が非常に進んできていますので、救命が一番大事なんですけど、早期に発見されますと、それプラス、

安い治療といっはなんですけど、体にとっても負担が少ない治療で、完全に治癒できるという可能性があります。だから、定期的に検査を受けていただくと。がん検診の受診率を上げるというのは、非常に大事なことなんですけど、この便潜血検査が一つのきっかけになるんじゃないかと、いつもわたしは期待しています。

いろいろながんがありますけど、大腸がんだけでは命を落としてほしくないなというのが、わたしのいつもの願いです。以上です。ご清聴ありがとうございました。

図 11

	平均寿命	健康寿命	差
男性	79.59歳	70.42歳	= 9.17歳
女性	86.36歳	73.62歳	= 12.74歳

【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（精密）検査受診率向上 現場からの報告

秋山美紀 應義塾大学准教授（環境情報学部、大学院政策・メディア研究科）

専門はヘルスコミュニケーション（健康・医療分野のコミュニケーション）。博士（政策・メディア、慶應義塾大学）、修士（Media and Communication Policy and Regulation、ロンドン大学経済政治大学院）。

ご紹介いただきました秋山です。わたしのほうからは、きょうは、大腸がん検診受診率全国ナンバー1の山形県の中の庄内地域でどのように受診率を上げてきたのかという取り組みを具体的にご紹介したいと思っています。

庄内地域というのは、鶴岡市・酒田市・三川町・庄内町・遊佐町という2市3町で、人口が大体30万人ぐらいの地域ということになります。市町村ですとか、職域のがん検診を強力にサポートしているのが、庄内保健所ですけれども、きょうは、この受診率向上の最大のキーパーソンでいらっしゃる庄内保健所の松田徹先生が会場にいらしてくださっております。のちほど松田先生からもコメントをいただきたいと思いますが、まずは、わたしのほうから概要をご紹介させていただきたいと思っています。

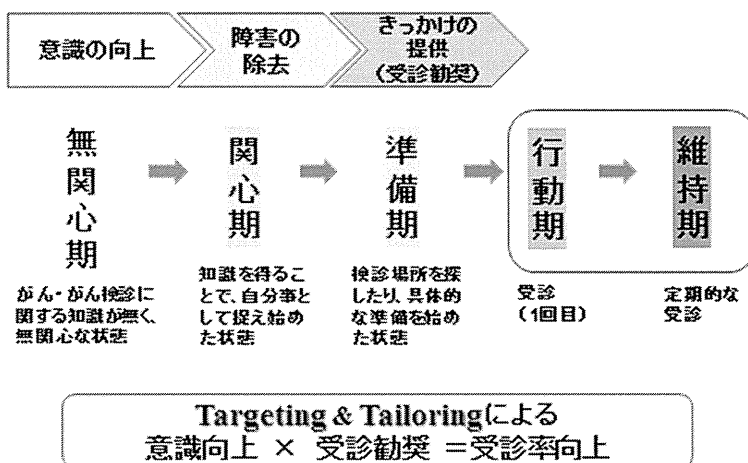
■行動変容のステージに合わせた受診勧奨

庄内地区では、行動変容の理論的なステージモデルにしたがって受診勧奨というのを行っています。例えば、がんに関心のない人に自分ごととしてとらえてもらうためには、啓発にも工夫をこらす、意識の向上にも工夫をこらす必要があります。また、実際に関心を持ったものの、その人が実際に行動をおこすまでというのは、受診の障害になっているものを除去しなければいけませんし、また、最後の一押しです。また、検診を継続的に受

けていただくためには、きっかけを提供するということが大切でして、このきっかけの提供というのが、受診勧奨ということになります。

こうしたステージモデルというのは、マーケティングの世界から来たものなのですが、一番大事な部分は、ターゲティングアンドテーラリング、つまり対象に合わせて、働きかけ

行動変容のステージに合わせた働きかけ



(株)キャンサーズキャン 福吉潤氏資料を改変

を行うということになります。この枠組に基づいて、具体的に庄内保健所管内で取り組まれたものの一つが、レディース検診とクイック検診というものになります。

実際に、検診を受けないという方々に理由を聞いてみますと、女性の場合は恥ずかしい、検査技師とか医師が女性だったらいいけどねというような声が結構多く聞かれます。また、男性の方は、忙しくて受ける時間がないんだという声がよく聞かれます。そうした方々に対応して、女性医師スタッフのみのレディース検診というのと、仕事が始まる前1時間で終わるクイック健診というような取り組みを、庄内町で事業として行いましたところ、大幅に受診率が上がりました。まさに、障害を除去するというような具体的な取り組みの一つの事例となります。

庄内保健所管内の取り組み例

リーフレット作成
庄内町、庄内保健所

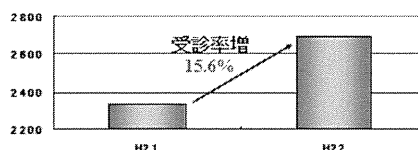
また、こちらはゼロ円というところを強調したチラシになります。やはり、受診者の皆さんに声を聞きますと、お金がただだったら受けるんだけどとか、ちょっと高いと受けられないなんていう声がありますので、このゼロ円というお得感を協調した、そういうチラシになります。やはり、これも効果がありました。

そのほかに、きっかけを与えるという意味では、検査キットの送付というのは非常に効果的です。こちらは遊佐町のトライアルです。特定健診の申し込みの方全てに、大腸がん検診を申し込んでいない方も含めて、この検査キットというのを送付したところ、受診率が15.6%も上がったなんてこともございました。

さて、きょうは、大腸がん検診がテーマですが、山形県というのは、大腸がん検診受診率で全国第1位を誇っています。大体、おしなべて、東北地方というのは受診率が高いです。ところが、便潜血検査で「精密検査を受けてください」と言われた方たちの受診率というのを見てみますと、山形県は5位に順位が下がってしまいます。ちなみに、1位は北海道、2位は青森県、3位は岩手ということで、それでもまた上位のほうではあるんですけども、山形県で、今、県をあげて、こ

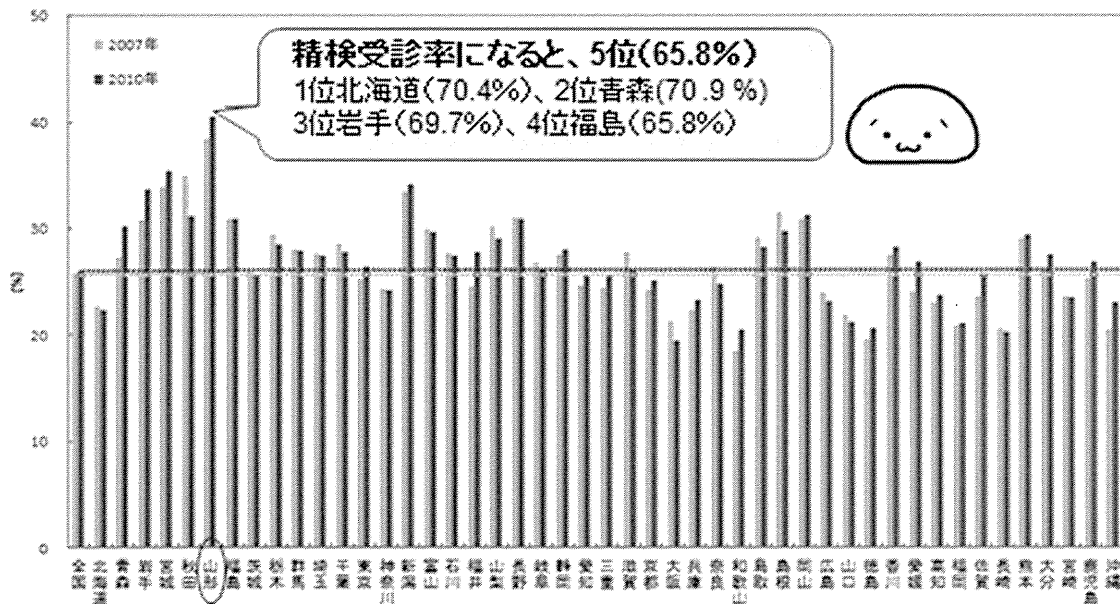
検査キット送付

特定健診受診者申し込み者への検査キット送付 (大腸がん検診非申し込み者を含む)



山形県遊佐町

大腸がん検診受診率(40～69歳 男女計)の推移



国民生活基礎調査より、国立がん研究センターがん対策情報センターが作成
いずれも過去1年の受診者数

の精検の受診率を上げようということに力強く取り組んでいるところです。

その一つが、地区担当保健師たちによる、コールアンドリコール大作戦というものです。便潜血の検査で、強い陽性、あるいは、2日連続陽性と出たハイリスクな方々にタイムリーに受診勧奨を行うという事業になります。こちらは、鶴岡市のその精密検査の受診勧奨の具体的なステップになります。まず、ステップ1、この特急扱いというのは、ハイリスクの人たちです。この方たちには、結果が到着したら原則3日以内に地区担当の保健師が電話で勧奨をするということになっています。また、最初の検診の受診から2カ月後をめどにまだ精検に行っていない方たちに対して、日中の電話勧奨。それでも、受けない人たちに対しては、その1カ月後に夜間の電話勧奨。そして、この特急扱いの人でまだ受けていない人たちにも、再勧奨、これは、日中、夜間を問わず電話をかけると。そして、最後、5カ月後には、未受診者の全ての方たちにお手紙で勧奨をするという、このような手間をかけている、そういう精密検査のコールアンドリコールということになります。

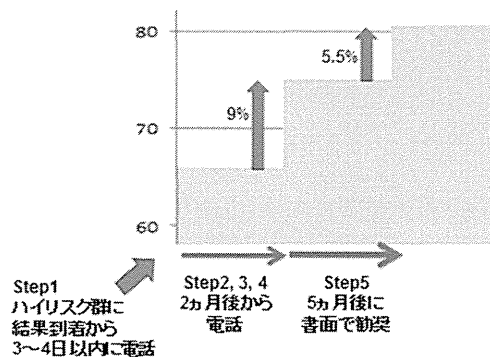
鶴岡市保健師による大腸がん精密検査 コール&リコールの流れ

- Step1 特急扱い電話勧奨 ハイリスク者
結果到着後3～4日以内に電話勧奨
- Step2 検診受診2ヶ月後
未受診者への日中電話勧奨
- Step3 検診受診3ヶ月後
未受診者への夜間電話勧奨
- Step4 検診受診4ヶ月後
特急扱い未受診者の再勧奨(日中&夜間)
- Step5 検診受診5ヶ月後
全未受診者への通知勧奨

電話をかけるときのポイントとしては、やはり、これプライバシーにかかわることですので、必ず本人と話すということ、不在の場合は、ご家族に趣旨をご説明した上で、何時ごろお戻りですかって伺って、戻る時間に改めて電話をかけるということをしています。それから、これは一番大事なところですけど、上から目線ではなくて寄り添う姿勢というのを見せるということ。特に特急扱いの方には、検査の直後に「心配しているんですよ」ということを伝えてあげるといことが大事ということです。そして、お1人お1人の状況というのを、保健師さんが踏まえながら、精密検査というのが、「あなた自身だけではなく家族にとってもとても大切なものですよ」というようなメッセージをお伝えしています。また、夜あんまり遅すぎてもいけませんので、夜の電話はなるべく8時ごろまでにかけるといったような注意点をおいてやっております。

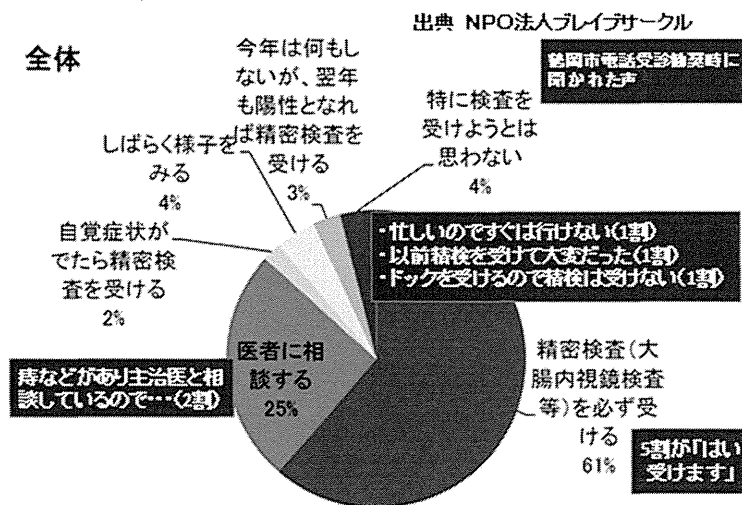
その結果です。鶴岡市では、平成24年度にこのコールアンドリコールやったところ、10ポイントぐらい、前の年よりも上がったという結果が出ています。具体的にどのように上がっているのかというのが、右のスライドになりますけれども、やはり、電話をかけるたびに受診者というのがどんどん増えているんですけども、最初の段階で電話をしたほうが、この上がる幅が高いということになっています。

コール&リコールで精検受診者が増えた



データ: 鶴岡市健康課
作図: 松田徹氏

Q 便潜血検査で陽性(要精密検査)となった場合、どうしますか？
全国13,896名(40代~60代)ウェブアンケート



こちらは、NPO法人ブレイブサークルさんの全国のアナケート調査、全国1万4000人ぐらいの方たちを対象に、「大腸がんの便潜血検査で陽性となった場合どうしますか」という質問をしたところなんですけれども、約6割の方が精密検査を受けますと答えていて、また、25%の方は、医師に相談すると答えていますけれども、それ

以外の十数%というのは、直接アクションをおこそうという方たちではないというような結果でした。

鶴岡のほうでも、この電話の受診勧奨のときに、同じような状況を確認したんですけども、5割の方が「はい、受けます」というふうに答えてくださいました。また、2割の方は、「痔なんかがあって、今主治医と相談しているんで」という感じで、主治医には相談しますというような答えでした。「忙しいのですすぐには行けない」、「以前検診を受けて痛い思い、大変な思いをした」という方、あと、「ドックを受けるので精検は当面は受けません」というような方がそれぞれ1割ずつぐらいいらっしゃいます。やはり、それぞれの方たちの生の声を聞いて、対策を考える必要があると思います。そうした意味で、きょうのシンポジウムというのは、非常に有意義だと思っております。

山形県の庄内地域で、なぜ検診受診率が上がったのかの理由としては、まずは、行政とか企業とか検診機関とか地区医師会というのが、綿密に対策を協議しまして、連携しながら啓発活動を行っているということがあります。そして、とにかく熱意がある方たちが多くて、その方たちが有効な手段、複数を組み合わせながら、地域に合った取り組み、職場にあった取り組み、そして、その対象者にあった取り組みというのを行っているというのが、成果を上げている秘訣かなと思います。わたしからはこんなところで、松田先生のほうからちょっと補足ですとか、コメントがありましたら、いただきたいと思います。

松田徹さん（山形県庄内保健所・所長）

大腸がん検診の増加をやろうというのは、職域検診の精密検査受診率が測れるということにあります。職域検診では地域検診と比べて20%ぐらい低いということが、全国的には明らかですね。地域検診の場合には保健師さんが頑張られると、このように上がるんだということが分かり、山形県でも大きな町がいろいろなトライアルをして、どこも10%ぐらいは上げられるというような結果が出てきて、鶴岡市でもできているということなんです。じゃ、職域はどうでしょうということになると、そう楽ではないですね。

そこで、皆さんがさまざまな角度から努力をし、アナウンスをし、それを評価しようということなのですが、検診受診率、あるいは精検受診率を測っただけでは、何が効果があったのかということが分からないわけなので、ことしの4月から検診受診して精密検査を受けるに至った人たちに、なぜ、精密検査まで来られましたかという、何が背中を押したかということの評価しようという作戦でいっています。どのくらい本当に上がってくれるのかがよく分からないのですが、露出度も大切、それから精密検査を受けていただくように進めるタイミングも大切というようなことがあり、ブレイブサークルさんのご協力、旗とかティッシュとかでいろいろなアナウンスをしていますし、私も、小さな企業のボスたちにいろいろなことを申し上げたりもしているんですが、さあ、どのくらい上がってくれて精密検査がうまくいくか。

検診受診率が大切だというふうに言われていますが、もしかして、精密検査受診率のほ

うが大切かもしれないということで、山形県は検診受診率は高いんですが、精密受診率が低いので、いつも大阪の成人病センターの研究グループからは、それでは生命を助けられないよと言われていまして。その通りだなと思っていますから、こんな活動をしているということで、お話し申し上げました。

【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

社会学の立場からみた「検診」～「検診の社会学」からの示唆

鷹田佳典 早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科助手

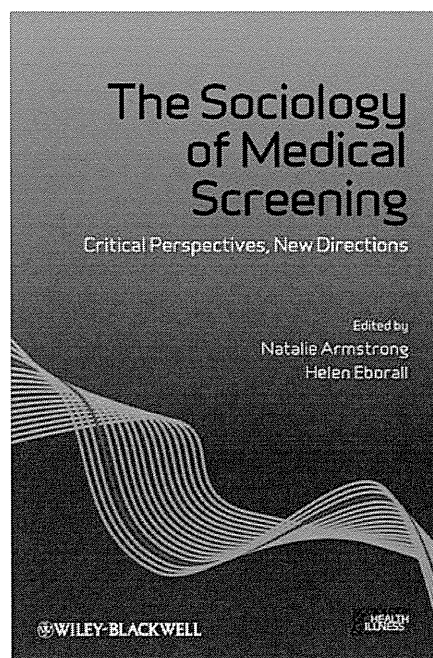
法政大学大学院社会科学研究所社会学専攻博士課程単位取得退学。博士（社会学）。専門は医療社会学、臨床死生学。

こんにちは、早稲田大学人間科学学術院の鷹田と言います。きょうは、社会学の立場から見た検診、検診の社会学からの示唆ということで、報告をさせていただきます。きょうのフォーラムのタイトルは大腸がん検診ということなんですけど、わたしは、少し幅を広げて検診全般についてお話をさせていただこうと思います。

近年、欧米の社会学、社会科学の領域において、検診に対する関心というのが、非常に高まっています。例えば、イギリスの社会学系の雑誌に「Sociology of Health and Illness」というのがあるんですけども、そちらの第34号で「医学検診の社会学 The Sociology of Medical Screening」という特集が組まれてまして、これが翌年書籍として刊行されました。ここでは、前立腺がんとか、子宮がん、それから新生児検診、出生前検査、こういったようなテーマを取り上げて、検診について多角的な視点から検討が行われています。

きょうの報告の目的なんですけれども、「検診の社会学」の編著者であるアームストロング（Armstrong）とエボラル（Eborall）という人が述べているように¹、検診というのは、「医学的な関与であると同時に社会的な介入でもあり、それが重要な社会的なジレンマを引き起こす」んだと。したがって、検診については、医学、あるいは疫学、社会医学だけではなく、社会学を含むさまざまな学問領域からのアプローチが求められるというふうに考えています。

そこで、こういった欧米でなされている検診、もしくは検診を重要な戦略としているヘルスプロモーション、健康増進についての社会学的研究の概要をご紹介します、その内容を踏まえて、日本社会におけるがん検診のあり方について考えるためのいくつかの論点を提示していきたいと思います。それが、第2部のディスカッションのほうにもつながっていけばというふうに思っています。



¹ Armstrong, N. & Eborall, H. (2012) The sociology of medical screening: past, present and future. *Sociology of Health & Illness* 34(2): 161-176.

■「検診のための社会学」と「検診についての社会学」

社会学と一口で言っても、いろいろな分野があるんですけども、特に今検診にかかわるところでは、やはり医療社会学というところが、メインになると思います。わたしも、専門は医療社会学で、あと、菅野さんも医療社会学が一つの専門になっているんですけども、この医療社会学については、ロジャー・ストラウス (R・Strauss) という人が、1950年代に、大きく二つのタイプに分類をしています²。一つは、「医療における社会学」*Sociology in Medicine* というもので、これは、医療の内部にあって、医療に役立つような社会学的知見や概念枠組の応用を目指すものであります。もう一つの「医療についての社会学」*Sociology of Medicine* のほうなんですけれども、こちらは、医療と少し距離をとって、外側から医療のあり方を検討するということが目的になります。どちらがすぐれているというわけではなくて、両方やっていくことが大事だということが言われています。この医療社会学の二つのタイプというのが、検診の社会学を考える上でも有用だろうということで、検診の社会学を、「検診のための社会学」とそれから「検診についての社会学」というふうに分けてみました。

まず、一つ目の「検診のための社会学」です。先ほどストラウスの「医療における社会学」では *Sociology in Medicine* になっていましたが、あとでも紹介するネットルトン (Nettleton) という人たちが *for* という前置詞を使って³、こちらのほうがイメージがしやすいと思うので、ここでも「検診のための社会学」*Sociology for Screening* というふうに呼びますけれども、これは、現在の検診制度がかかえている問題点を明らかにし、その解決に寄与するような社会学的視点を提起することが課題になってきます。これに関しては、検診を対象とするほかの研究領域、例えば、社会医学とか公衆衛生、それから、行動科学、健康心理学、医療経済学などと重なりあう部分も多いかと思えます。

もう一つが「検診についての社会学」*Sociology of Screening* ということで、こちらは検診という制度や実践そのものについて、批判的まなざしを向けて、その前提となっているものを、あるいは、それが社会にもたらす帰結というものを問い直す試みというふうになります。これは、わたしの印象ですけども、欧米の検診の社会学では、どちらかというところ、この検診についての社会学のほうに力点がおかれているような印象を持っています。

まず、検診のための社会学のほうからみていきたいと思うんですけど、いろいろなトピックスと焦点がありますが、ここでは三つ挙げました。一つは、検診の非受診、それから検診と情報、そして、検診とリスク・不確かさということです。それぞれについて簡単にみていきたいと思えます。

² Strauss, R. (1957) The nature and status of medical sociology. *American Sociological Review*. 22: 200-209.

³ Nettleton, S. and Bunton, R. (1995) Sociological critiques of health promotion. In Bunton, R., Burrows, R. & Nettleton, S. (eds) *The Sociology of Health Promotion*. London: Routledge.: 41-58.

■ 検診の受診理由としての「市民の務め」

まず、検診の非受診に関してなんですけれども、やはり、検診で一番の問題とされるのは、検診を受けない人がいる、あるいはその結果として受診率が低下する、受診率が伸び悩むということだと思います。これまでも、なぜ検診を受けないのか、あるいは、どうすれば検診の受診率を上げることができるのかということ、研究が重ねられてきましたが、問題の抜本的な解決には至っていないように思います。先ほど秋山先生のほうから大変興味深い取り組みも紹介していただきましたけれども、社会学の領域でも検診の受診、非受診の理由を探るといった研究がいくつか行われています。ここでは、チャップルという人たちが行った研究⁴を少し紹介したいと思います。

これは、イギリスで44人の男女を対象に大腸がん検診の受診・非受診理由についてインタビュー調査を実施したものです。まず、受診理由についてですが、「がん検診を知っている」、「以前受けた婦人科系がん検診でのよい経験があった」、「よい市民であること」、それから「腸に問題があった」、「ほかの人から勧められた」といったことが受診の理由として語られていました。一方、非受診、受けなかった理由については、「自分は健康だと思っているので必要ないと思った」それから「結果が怖い」、「忙しくて時間がない」、「便を扱うことに嫌悪感がある」と。それから、イギリスの場合は、郵送法を採用しているんですけども、「検体を郵送することへの不安がある」、「検診の手順に関する誤解」、「過去の検診でのネガティブな経験」、「内視鏡検査に対する恐怖」ということが、インタビュー調査から見えてきました。

これまで受診行動に影響する要因としていろいろ挙げられていて、それに重なる部分がたくさん出てきたんですけど、この研究で新しい知見として提起されているのが、受診理由のひとつである「市民の務め *civic responsibility*」です。こういう理由がみえてきたというのは、重要な知見であるというふうに紹介されていました。では、患者さんたちは、どういう情報を求めているのかということに関しては、まず内視鏡検査が実際どういうものであるか、それを受けた人の経験が知りたいということと、あとは、早期に発見された大腸がんの治療に関する情報がほしいということが、この研究の中で分かってきたということです。

■ 情報提供とインフォームド・チョイス

ここに情報ということが出てきましたけれども、検診と情報というテーマも非常に重要で、受診行動に情報が深くかかわっているということは、多くの研究で指摘をされています。例えば、受診率を向上させるためにはどういった情報をどういう媒体で提示すればいいのかということがありますし、それに関連して、検診を受ける人たちのヘルスリテラシ

⁴ Chapple, A., Ziebland, S., Hewitson, P. & McPherson, A. (2008) What affects the uptake of screening for bowel cancer using a faecal occult blood test (FOBT): A qualitative study. *Social Science & Medicine*. 66: 2425-2435.

一をどうやって高めていくとかいうことも、検診と情報というテーマでは重要な課題になってくると思います。

しかし、現在では、受診率の向上ということに加えて、受診者が検診のメリット、デメリットを理解した上で、検診を受けるか受けないかを自立的に選択することも政策的に重視されるようになってきているということが言われています。ただ、検診プログラムにこういったインフォームド・チョイスの原則を導入することについては、いろいろな問題があるということも合わせて指摘がされています。例えば、インフォームド・チョイスの実現には、十分な情報の提供と受診者の理解が不可欠になってきますが、そもそも検診を受ける人たちは、どういった情報を必要としているのか。こういうことについては、十分な研究がこれまでなされてこなかったということです。インフォームド・チョイスのために必要な情報というのは、検診を受ける人々によってではなく、専門家のガイドラインや政策立案者によって決定されてきたと。

ジェプソン (Jepson) という人たちが、これもインタビュー調査なんですけど、実際に受診をする人たちに調査をしたところ⁵、必要とされている情報としては、検診の対象になっている疾患、ここで言えば大腸がんについての情報と、それから検診の方法と結果に関する情報の二つであったということが指摘がされています。先ほど、受診をする人たちの生の声というのが重要だということが言われていましたけれども、今回のディベックスの大腸がん検診の語りデータベースも、そういった意味で非常に重要な情報になるんじゃないかというふうに考えています。

さらにジェプソンらは別の論文⁶で、複数のオプションの中に自分にとって望ましい選択肢があったとしても、実際にそれを実行することができなければ意味がないとも言っています。検診でいえば、そんなに選択肢は多くないですけれども、検診を受けるか受けないか、あるいは、受けるとしてどの時期に受けるかとか、仮に自分が検診を受けたいと思っても、その選択を実行可能にするような条件が整っていないといけない。検診の場合、先ほど秋山先生のご報告の中にも出てきましたけれども、受診をはばむさまざまな障壁 (barriers) があるんだと。例えばそれは、受診者が持っている障害であったりとか、言葉の問題とか、アクセスとか、いろいろあるかと思います。今回、いろいろな方にインタビューをして、受診を困難にするいくつかの障壁の存在というのがあきらかになりました。これについては、第2部のディカッションのほうでも出てくると思うんですけれども。そうすると、情報提供というのも当然大事なんですけれども、同時にこういった障壁を取り払うための取り組みというのも合わせてやっていかなければいけないんじゃないか。

その1例として、イギリスの検診に関するポータル UK Screening Portal

⁵ Jepson, R., Hewison, J., Thompson, A., & Weller, D. (2007) Patient perspectives on information and choice in cancer screening: a qualitative study in the UK. *Social Science & Medicine*, 65(5): 890-899.

⁶ Jepson, R., Hewison, J., Thompson, A., & Weller, D. (2005) How should we measure informed choice? The case of cancer screening. *Journal of Medical Ethics*, 31: 192-196.

(<http://www.screening.nhs.uk/>)があるんですけども、この間、そちらのホームページを見ていたら、多言語対応のページになっていて、ぱっと見ただけでも、10以上の言語でホームページが作成されています。日本では、あまりこういったことというのは、問題にならないかもしれないですけども、例えば、中部地方なんかには、外国人の集住地域というのがいくつかありまして、そういうところでは、日系ブラジル人の方とか、ペルー人の方とかがたくさん生活をされていて、そうすると、英語プラス、ポルトガル語、スペイン語、あるいはフィリピンの方に対しては、タガログ語対応みたいなことも、これから考えていかなければいけないんじゃないかというふうに考えています。

それから、インフォームド・チョイスの促進は、受診率の向上を妨げるのではないかとというような懸念もあります。つまり、検診のデメリットを提示すると、それを不安に感じて受診しない人が増えるんじゃないか。当然、インフォームド・チョイスでは、メリットだけではなくてデメリットも一緒に合わせて提示していかなければいけないんですけども、デメリットを言うと「検診が怖いから」ということで受けない人が増えるんじゃないかと。この点に関しては、ジェプソンは、十分なエビデンスはないと。つまり、「デメリットを提示したので受診率が低下しました」という研究もあれば、「デメリットを提示したことによって、逆に受診率が増えました」という研究もあって、これに関してはもう少し調査が必要だということが指摘をされています。

検診におけるインフォームド・チョイスの実現というのは、とても重要だと思うんですけども、同時に、住民の死亡率の低下という対策型検診の目的を達成するためには、一定の受診率を確保維持しなければいけないということで、インフォームド・チョイスの促進と高い受診率の達成維持というのは、どのようにして可能なのかということもこれから考えていかなければいけない重要な課題になっていくだろうと思います。

■検診のリスク・不確かさと向き合う

次に検診とリスクや不確かさの問題についてなんですけれども、検診にはさまざまなリスクが伴います。例えば、偽陽性、偽陰性のリスクもありますし、精密検査に伴うリスクも多少あると思います。さらに過剰診断のリスクもあると。それから、検診は不確かさとも密接な関わりを有しています。そもそも、検診というのは、「がんの人」ではなくて、「がんかもしれない人」、「がんのリスクがある人」と「そうでない人」をより分ける、そういう方法です。

したがって、こういった検診に付随する「リスクや不確かさにどう対処していくのか」ということも、受診者、それから検診実施者にとって重要な課題になってくると思います。通常、ヘルスケアの領域においては、不確かさというものはネガティブなものなので、不確かさに直面した人は、なるべくそれが解消される、あるいは、縮減されるような行動をとると考えられています。例えば、ここでの文脈で言えは、便潜血検査を受けて陽性反応が出ると、「あなたはがんかもしれない」という可能性として提示されるわけなんですけど

も、その不確かさを解消するために、より精度の高い精密検査を受けるというのが、合理的な行動だというふうに考えられます。しかし、精密検査の受診率がそれほど高くないということからも分かるように、人は常に不確かさを縮減するように行動するわけではありません。

実際に、今回のプロジェクトの中でいろいろとインタビューをしたんですけど、検診の不確かさに対する向き合い方というのは、いろいろあるんだということが見えてきました。去年日本社会学会というところで報告をしたんですけども、受診者の中には、便潜血検査で陽性になって、はっきりしたいから精密検査を受けるという人ももちろんいましたが、一方では、精密検査を受けないという人もいました。それはつまり、不確かなままにしておく、あるいは、逆の視点から言えば、確かさを回避するということです。「がんが診断されるのが怖いので、精密検査を受けない」という方がいたんですけども、それは、つまり、曖昧なままにしておくというんでしょうか、確定診断を避けるということですね。こういった不確かさへの向き合い方というのも同時にみていかないといけないというふうに考えています。

もう一つ、「リスクを伝える」ということなんですけれども、検診実施者の方が、検診にともなうリスクや不確かさをどういうふうに受診者の方に伝えるのかということも大事なテーマだと思います。先ほどのチャップルという人たちが別の論文⁷の中で、前立腺がんのPSA検査に対する男性の経験についての質的調査をおこなっているんですけども、その中で、検査と治療に内在する不確かさについて、医師と患者の間で十分なコミュニケーションがなされていないということが明らかにされています。これは、単に、その詳しい説明を行うだけの時間的余裕がないというような問題だけではなく、リスクや不確かさについて、患者さんに伝えることがそもそも困難であるということも理解しておかなければいけないと。これは、医療社会学の中では、かなり早い時期から言われて来たことなんですけれども、医療というのは不確かさを避けられないものです。この不確かさに対して、医療従事者は、感覚を養い、それを患者とコミュニケーションするスキルを身につけていかなければいけないということで、例えば、最近よく言われているようなリスクコミュニケーションなんていうのは、こういうところにかかわってくるんだろうと思います。

ということで、いくつかの「検診のための社会学」の内容をここまでみてきましたけれども、こういった研究を受けて、これから検診についてどういったことが考えられていかなければいけないのか。まず一つは、やはり日本は、諸外国に比べてがん検診の受診率が低いと。これは、仕組みの違いもあって一概に比べることができるのかという議論もあると思いますが、現時点においては、やはり受診率向上というのが第一の政策目標にかかげられていると思います。したがって、受診率低迷の原因を探ることや受診率向上のための

⁷ Chapple, A., Ziebland, S., Hewitson, P., & McPherson, A. (2008) Why men in the United Kingdom still want the Prostate Specific Antigen test. *Qualitative Health Research*, 18(1): 56-64

有効な戦略を検討することが、まずは中心的な課題になってくると思います。

同時に、日本では、検診におけるインフォームド・チョイスの重要性というのは、それほど強く主張されているわけではないですけれども、より主体的な検診受診を目指すというような取り組みも少しずつ出てきているように思います。まさに、この大腸がん検診の語りデータベースというのもそういうことを目的の一つにしていると思うんですけれども。そうすると、先ほど、いくつかICの原則を検診プログラムに導入することの困難性ということをお話ししましたが、例えば、どうすれば検診においてインフォームド・チョイスの実現が可能なのか。これからはそういったことも、受診率の向上ということと同時に考えていかなければいけないんじゃないかというふうに考えています。

■「監視医療」としての検診

ここまで、「検診のための社会学」というところをみてきたんですけれども、こういった研究と並行して、欧米では検診そのもののあり方を批判的に問い返す「検診についての社会学」というのも結構たくさんおこなわれています。わたしの印象では、むしろこっちのほうが目立つような気もしているんですけれども。それについても、少し紹介をしたいと思います。

「検診についての社会学」というのは、1980年代ごろから盛んに行われるようになった、健康増進とか予防医学についての社会的な研究の延長線上にあるものだと思います。その中で、いろいろ重要な議論がされてきたんですけども、頻りに引用されるのが、アームストロング、これは、さっき出てきた「検診の社会学」という本を書いたアームストロングとは別人でディヴット・アームストロングというんですけども。この人が1995年に「監視医療の登場」という論文⁸を書いていて、これがしばしば引用されます。

初めて「監視医療」という言葉をお聞きになる方もいるかと思いますが、どういうものかという、従来の臨床医学と対比的に提示されているものです。生物医学モデルに基づく従来の近代医学が対象にしてきたのは、疾患をわずらう患者さんでした。つまり、疾患は特定の原因、例えば、病原菌とかウイルスによって引き起こされるものとされ、病院という施設内で患部を医学的に治すということが、医療の基本的な作業でした。これは、多分、基本的には今も変わっていないと思うんですけども、1970年ごろから疾病構造の中心を占めるようになる疾患、いわゆる3大成人病とかと言われものについては、特定の原因によってひき起こされるものではなく、複数のリスクファクター、それはストレスであったり食生活であったり、いろいろ指摘されていますけども、こういったものによって確率的に生じると考えられるようになっていきます。したがって、こういうリスクファクターに介入し、病気にならないように予防すること、あるいは、もし病気になっても早期

⁸ Armstrong, D. (1995) The rise of surveillance medicine, *Sociology of Health and Illness*, 17: 393-404.

に発見し早期に治療するということが重要視されるようになっていきます。こうして、医療の対象というのが、病気になった患者さんから病気になるリスクのある人、それは全ての人なわけですから、全ての人が医療の対象になっていくということで、こういう事態をさしてアームストロングは監視医療という言葉を使ったんです。

■批判の対象としての「健康増進」

この監視医療において重要な役割を担うのが人々の健康増進を目的とする予防医学や公衆衛生の取り組みです。一見すると、こういう取り組みによって、人々がこれまで以上に健康になることはいいことじゃないかというふうに思われるんですけども、この問い自体を問い返していくというのが社会学がこれまでやってきたことです。それが、「健康増進についての社会学」というもので、簡単に代表的な研究の内容を紹介しておくど、ネトルトン (Nettleton) とバントン (Bunton) という人が、健康増進の批判を三つに整理しています⁹。

一つ目が構造的なもので、健康増進は個人のライフスタイルの変容と社会経済政治的構造の変容と二つの目標を掲げているんだけど、実際の政策においては、前者が強調されて、後者の目標については十分な取り組みがなされていないと。その結果、健康上の問題が生じた責任は、ライフスタイルや生活習慣の改善を行わなかった個人に帰せられることになってしまう。つまり、病気になったのは、健康的な生活を送らなかった、あるいは、病気になるリスクを避けなかったあなたのせいであると。もちろん、そういう側面はあると思うんですけど、一方で、個人の力ではいかんともしがたい構造的な要因というのもあって、にもかかわらず、そういったものの被害を被っている犠牲者があなたのせいだということで非難される。「犠牲者非難」というふうに言われるものがここに生じているんだと。

それからもう一つ、監視、これは、先ほどのアームストロングの議論の中でも出てきましたけれども、疾患ではなく、人々の健康にそのまなざしをむける健康増進プログラムは、日常生活の細部に入りこみ、それを監視の対象にしていくんだと。ここで重要なことは、こうしたプログラムを通じて、人々は次第に健康増進に主体的に自ら進んで取り組むようになっていくと。ネトルトンたちは、こういうものを「ヘルスプロモーションセルフ (health promoting self)」というふうに呼んでいます。つまり、上から強制されて嫌々やるというのではなくて、自ら進んで、自分の健康に関心をもって、健康増進に取り組んでいくところも、一つポイントになってくると思います。

あと、もう一つは消費で、健康増進は資本主義社会の消費文化というものと結びついて、健康やあるいは健康のライフスタイルというものが、さまざまな商品を通じて購入される性格をおびるようになっていくと。こういうことは、例えば、健康食品であるとか、フッ

⁹ Nettleton, S. and Bunton, R. (1995) Sociological critiques of health promotion. In Bunton, R., Burrows, R. & Nettleton, S. (eds) *The Sociology of Health Promotion*. London: Routledge.: 41-58.

トネスジムなどの健康産業市場が非常に拡大しているということからも見えてくると思います。

こういったことの結果、現代社会において、健康には非常に高い価値が付与されるようになった。デボラ・ラプトン (Lupton) というイギリスの社会学者が、「健康は義務になっている」と述べています¹⁰。全ての人が健康の獲得、維持、増進に向けて努力するように求められている。これは日本でも、健康増進法の中で健康は国民の義務であるという一文が明記されていることから明らかだと思います。

検診もこういった文脈と無縁ではありません。実際、検診についての社会学的研究というのが明らかにしてきたのは、検診が義務の感覚と深く結びついているということです。健康であることが、個人にとって道徳的な義務、あるいは、よい市民であることの証というふう認識されるようになると、何が問題かという、病気になることは、同情や配慮の対象というよりは、むしろ、道徳的に非難される対象になってしまう側面があることです。例えば、子宮がん検診について研究をしたいくつかの欧米の論文^{11,12}の中では、子宮がん検診を受けない女性に対して、彼女たちは無責任だとか、非常に強い非難の言葉がむけられると報告されています。

「検診についての社会学」は、「検診のための社会学」とは違って、例えば受診率の向上といったところには、多分、寄与できる部分は少ないと思います。ただ、検診とは何かということについて、問い直す際の有用な視座を与えてくれるのではないかというふうに考えています。わたしたちが、普段当たり前とか常識のように感じているというものについては、それが常識とか当たり前であるがゆえに、批判というか、反省的な振り返りの対象にしにくいということで、そこにはやはりやり方の工夫が必要になると思います。例えば、その一つの方法として、ほかの国と比べてみるということは、有用であろうと思います。今回わたしも、ほんのに限られた文献ですけれども、いくつか読んでみて、ほかの国の検診のありかた、あるいは、検診への人々の向きあい方というのはずいぶん違うなという感じがしています。そういった違いというのは、いったい何に起因するのか。それは、制度なのかあるいは文化なのか、国民性なのか、いろいろあると思いますけれども、そういったところから、実は、今の日本の検診が抱えている問題を解決するための、いろいろなヒントが得られるんじゃないかというふうに思っています。

■まとめ

「検診のための社会学」と「検診についての社会学」を見てきましたが、これからは両方やっていかないといけない。「検診についての社会学」というのは、結構、社会学の領域

¹⁰ Lupton, D. (1995) *The Imperative of Health*. London: Sage.

¹¹ Bush, J. (2005) "It's just part of being a woman": Cervical screening, the body and femininity. *Social Science & Medicine*, 50: 429-444

¹² Todorova, I. L. et al. (2006) Providers' constructions of the role of women in cervical cancer screening in Bulgaria and Romania. *Social Science and Medicine*, 63: 776-787.