

の中ではたくさん行われているんですけども、「検診のため社会学」、その検診がかかえている問題を明らかにして、それ解決するためにどういう方法があるのかということを提示していくというのは、あまりこれまで社会学の中では行なわれてこなかったんですが、そういうのも、同時にやっていかないといけないというふうに考えています。以上です。ありがとうございました。

### 【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

菅野：これからはパネルディスカッションになりますけれども、お三方が発表された内容をかんがみて、三つの論点をこちらで準備いたしました。その上で、せっかくウェブページもできたことですので、これらの論点に関連した語りのクリップをピックアップしてお見せして、ディスカッションにつなげていきたいと思います。

### ■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

菅野：まず、論点の最初、論点1というところなのですが、大腸がんやスクリーニング検査についての情報や知識不足があるのではないかと、それが、大腸がん検診受診率の低迷につながっているのではないかとということで、情報・知識不足に関連する語りを二つ紹介したいと思います。

(動画音声)

ケース1 インタビュー10 50代女性・診断は受けていない・首都圏在住

胃腸は丈夫なので心配していなかったし、周囲には乳がんや子宮がんになった人はいても、大腸がんの人はいなかった。大腸がんは高齢の男性がかかるイメージ(音声のみ)

……で、胃がんは、それが、その旦那のお母さんが胃がんにかかってたりするので、えーと、そういう意味では身近なんですけど、何か自分は胃腸が強いって何か、あの、……感覚があるので、…何か受けようって気にならないですね。……でも、可能性はあるんでしょうけどね。はい、と最近、思うようになりました。

—— まあ、じゃ、たまたま、乳がんとか子宮がんが身近に患者さんになられた方がいらっしやるってことで、で、大腸がんは、ま、確かにね、高齢の方が多んですけど。

あ、やっぱり、そうなんですか。うーん、あんまり、若い人でね、聞かないよう、ま、知らないだけなのかもしれないんですけどね。あと、何かね、あんまり女性はならないような、多分、全然事実の根拠はないのかもしれないんですけど。何か、大腸がんって、ま、なってる人って、たまに知っていても男性だったかなとか、さっきおばがいるって言ったんですけどね。でも、その場合もおじのほうが先だったんですよ。その、そのおばさんの配偶者の人のほうが。何かイメージとして(笑)、全く非科学的ですけど、……。

—— ほんと男性のがん。

うーん。

—— それよりも…同じ時間しかなかったんだったら、乳がん、子宮がん。

ええ、ええ、そうですね。うーん。

ケース2 60代男性・大腸がん体験者・首都圏在住

これまで便潜血検査を何度か受けたことがあるが、プラスになることもあればマイナスになることもあった。がんなら絶対マイナスになることはないと思っていた

今現在にいて、お肉を食べると大腸がんになりやすい、野菜中心の生活になったんですけどね。血液検査でがんがある程度分かるというんですけども。今までね、がんの検便検査をやったことがあるんです。プラスになったときは、痔のせいにしていたんです。次の年は、マイナスになっちゃうんですね。僕の今回のこのがん手術に対するがんは、先生は7年ものだと言われた。7年お中の中に入れていたって、この大きさからいうと。その7年の間に何回か検便によるがん検査はしていたんです。プラスのときもあるし、マイナスのときもある。結局、自分で素人判断で、これは、痔だと思った。ほうっておいたんですね。がんなら絶対マイナスになることはないって。マイナスのときもあったんです。

菅野：入口先生、この二つの語り、ほんとに何の根拠もない話なのかもしれませんが、どうでしょう、ご覧になって。

入口：女性のほうが少ないというのは、それは当たっています。がんは、男性の方が多いです、がん死は。だけど、女性の臓器別の死亡率でみると、大腸がんが1位ということになりますね。診療していきまして、わたしも根拠のない話をするといけませんけど、若い方の大腸がんは結構いるんですよ、えってというような感じで、20代の後半とか30代、対策型検診からもらえるような方はとぎどきいらっしゃいます。そういった経験はありますけど。基本的には、男性のほうががんは多いというのはあっています。

菅野：便潜血が陽性になったけど次の年陰性になって、じゃ、あのときは痔だったからというのは？

入口：痔を持っている方は結構多いんですよ。だけど便潜血検査も、ここが何か浸透しづらいところかもしれませんが、陽性となる方は大体6～7%。そのくらいが陽性になるように値をに設定しているだけなんです。それで、集団の死亡率低下に有効性が発揮できるように決めているんです。2日法というの、2日法をやれば有効性があるというデータがあるのでそれでやっているということなのです。でも、陽性になるということは、どこかでひっかかっているわけですね。

また、便を全部取っているわけじゃないので、陰性になることも当初はあります。ただ症状が出る前の進行がんであれば、基本的には救命できる可能性が非常に高いというのが裏づけとしてあるので、この便潜血検査というのは、非常に有効性が高いということになると思います。

秋山：今の二つの事例は、情報・知識不足ということも確かにあるかもしれませんが、それ以前に人間のリスクの認知という問題も大きいと思います。人間は、まずリスクを認知し、そのリスクを評価してそのリスクを受容するのか、あるいはリスクを避ける行動をとるのかという、行動に行くわけですけども、そもそも人間というのは、リスクというも

のを正しく判断できないという、実は、この前提に立たないといけないということがあると思います。リスクというのは、確率ですから、灰色のグラデーションの世界なんです。ところが、人間が認知するのは、白か黒という2分法にどうしてもなってしまう。これは、人間がとる行動というのが、検診を受ける・受けないという2分法になってしまうということ。ところが、リスク自体が、グラデーションの灰色だという。人間は、そのグラデーションとか確率、パーセンテージというのをなかなか頭で認知できないという問題を、まず受け止めないといけないと思っています。

ちなみに、この事例の場合は、初めの方は、楽観主義バイアスとよく言われているものです。異常事態を楽観的で明るい面からどうしても見ようとする、そういう傾向というのがある。2番目の方は、検査結果がときどきプラスになったりマイナスになったりなんだけれども、大丈夫だと思っていたということでした。これは、正常性バイアスと実は呼ばれていて、ある範囲内であれば認知されたリスクというのを正常だとみなしてしまうという傾向がある。これもリスクの科学では、結構ポピュラーな話です。

なので、どうしたらいいかということですがけれども、基本的には、人間というのは、リスクを正しく認知できないという、そのリスクというもの自体が確率の世界だということを理解し、小さいときからのリスク教育なんかでも、啓発していく必要があるのかなと、個人的には、今のインタビューを聞いて感じました。

鷹田：一般市民の立場からは、決して珍しくないというか、わたしも今回の大腸がん検診のデータベース作成にかかわるまでは、検診のことについてもほとんど、それは年齢的なこともあるのかもしれませんが、知らなかったですし、それから偽陽性・偽陰性というのがあるということも知りませんでした。その言葉自体知らなかったし、検診というのは、結構精度が高いものなので、検診で陽性になれば、それはがんが有るものだ、検診で陰性が出ればがんがないものだというふうに思っていましたから、当然そのリスクを正確に認識できないとかという問題は、すごく大事で、それは考えていかなきゃいけないことだと思うんですけども。単純に、知識・情報というところでも、足りていない部分というのはやっぱりあるのかなというふうに思います。決して珍しいことではなくて、こういう認識の人がそんなに少なくないんじゃないかなというのは、わたしの感覚です。

## ■論点2:正しい情報や知識があれば検診を受けるのか？

菅野：ありがとうございます。では、正しい情報や知識があれば、みんなが受けるのかというような問題もあるかと思います。これを論点の2といたしまして、それにかかわる語りを二つご紹介いたします。

(動画音声)

ケース1 50代女性・診断は受けていない・東海地方在住

がん検診の有効性はがんの種類によって違うようだ。新聞の記事で大腸がんの検診は有効性があると書いてあった

えー、朝日新聞で、以前、検診の有効性について取り上げている記事があつて。えっと、子宮頸がん、あと、大腸がんの検診は有効性があるっていうふうに、あの、記載されてたような記憶があるので。

大腸がんは、うん、最初の検査は便潜血なので、過去にも受けたことあるから、うん、えっと、受けたほうがいいかなっていうのと。あと、夫の、知り合いの人が、たまたま受けた潜血検査で大腸がんが見つかってしまったので、ああ、そういうこともあるんだなって。うん。あの、身近な人の例をみると、うん、やっぱりまた受けてみようかなって。ずっと陰性だったから、また今年も受けても陰性だろうし、見つかってもしょつとしたら、また痔のせいかもしれないって言われると思ったので、迷いはしたんですけど、まあ簡単にできるので受けることにしました。うん。

あと、子宮体がんなんかは、あの、主治医の先生が、あれは50パーセントの確率でしか見つからないよって言われたので、まあ、がん検診そのものについても、うん…それぞれ有効性には違いがあるんだな、とは思ってます。

ケース2 50代男性・大腸がん体験者・首都圏在住

大腸がんの手術を受ける約3年前から便潜血検査が陽性だったが、忙しい、面倒、ヘモ(痔)だろうという思いこみ、自覚症状のなさなどにより放置していた(音声のみ)

そうですね、ま、大腸がんの検診には、あの、便の潜血検査というのがあるんですけども、一応、えー、実際の大腸がんのオペをしたのは、去年、一昨年の、ん？ ちょっと待ってね、…そうだね、一昨年の9月ですね。えー、2010年ですか、うん。ですけど、その前、えー、3年前から、2008年からですかね、便の潜血検査で一応陽性が出ておりました。で、通常ですと、便の潜血検査で陽性というふうになると、まあ1次検診ですから、2次検診に向けて精密検診ということで、かからなければいけないんですけども、えー、まあ、ちょっと忙しいということもあるし、めんどくさいということもあるし、まあヘモであろうという、自分の勝手な思い込みもあるし、がんになるはずがないという、えー、自分の希望というか、まあ、思い込みというか、まあそれもありましたし、それ以外については、これといった症状、えー、例えば便通が悪くなるとか、そういうこともありませんでしたので、丸2年半、約3年ですね、えー、放置しておりました。

菅野：このお二方は、それぞれ立場は違うんですけども、それなりの知識は持っていた方です。上の方は、新聞の記事などでよくご存知でしたし。近親者の方ががんで亡くなっているとか、かなり意識は高いという方ですか。ご自身も便潜血検査は受けているというふうにおっしゃっています。次の方は、医療機関にお勤めの方で、非常に検診自体に

関しての理解はあるけれども、自分はならないんじゃないかということをおっしゃってました。どうでしょうか、入口先生。

入口：がん検診の場合に、先ほど鷹田先生がおっしゃっていましたが、そのメリット・デメリットというか、そういうのをある程度ちゃんと説明した上で、こういった検査ですということをもっとちゃんと啓発してからやるべきなんですね。その辺をまず理解していただいて「あなたは陽性になったら受けますね」という確約をとって検診を受けていただくような、医療従事者からするとそういうことです。一次検診で終わりだったら全く意味をなさないですから、ちゃんと啓発をやってから検診は本当やるべきだと。

なかなか、それが行われていない状況だと思いますので、それがきちっとできれば、だいぶ変わってくるだろうと。検診は受ける人は受けるけど、受けない人は受けないというのが、日本の現状なんですね。だけど、もうちょっと受診率が上がれば、死亡率減少効果はだいぶ良くなると思います。対策型検診という立場からわたしは話していますが、考え方も、自分の死亡率を下げるという、ドック型検診と言われている、どんな検査でもお金を出してちゃんと精度の高いのを受けるという考え方と、対象集団の死亡率を下げるという、対策型検診という考え方も、ある程度そこに盛り込まないといけないと思うんです。そういうのを理解してもらって受けていただくようにしていかないと、受診率は上がってこないと思います。

菅野：ありがとうございます。先ほどからも集団対象の対策型検診と、それから個人にとつての検診が違うというお話が出ていて、これは私も社会学の領域におりますので、どうなのかなと思うときがときどきありまして。皆さん、受ける方は、自分のことを考えて受けるわけですね。おそらく行政の方とかは、対策型ということで、集団の死亡率が下がればいいというふうにお考えだと思うんです。でも、受ける人は、別に集団がどうのこうのではなくて、自分が健康でいたいとか、本質的なところでは、個人型検診なのではないかと、というふうにわたしなんかは思ったりしますけど。鷹田さんどうでしょうか、今の対策型、それから個人型というものがあって、ある程度知識があっても受けないというような行動を、それと関連づけると。

鷹田：その対策型検診、個人型検診と今回のを結びつけるのは、わたしのほうでは難しいんですけど、この問題に関して言えば、やっぱり、検診と情報ということについては、単に情報量を増やしていけばみんな検診を受けるかというのと、もちろんそうやって情報を知ったことによって検診を受けてみようという方もいらっしゃるんですけども、情報量が上がったから検診を受けるという、そういう単純な相関関係じゃないと思うんですね。そうになると、情報を提供していくということと同時に、受診率の向上に結びつくような情報の提供の仕方というのを少し考えていかなければいけないのかなというふうに思っています。それは、一つには、リテラシー教育というか、情報をしっかり受け取って、それを自分の中で吟味して行動に結び付けていくというところを少し考えていく必要があるんだろうと思っています。

菅野：ありがとうございます。受診率向上に結び付けるような情報提供と、量があればいいというものではないというお話だったんですけれども。秋山先生はどうでしょうか。

秋山：確認なんですけど、この二つのインタビューは、ケース2は精密検査を受けなかった方ですね。ケース1というのは、精密検査ではなく一次検診の話ですね。そうですね。行動を起こすか起こさないかというのは、常にトレードオフですよ。自分にとってのメリットというのと、デメリット、面倒くさいとか痛いとか恥ずかしいとかっていうデメリットを常に人間は比べて、メリットのほうが大きいというふうに感じたときに、その行動を起こすということがあります。

ケース1の方は、近親者の方ががんになったりということで、ステージモデルでいうと、もう関心期に入っていて、情報もたくさん集められていたと。それで、最後の一押しが、さっきインタビューで「簡単にできるので受けました」とおっしゃっていました。便潜血検査は簡単なので受けましたということで、トレードオフが比較的楽だったパターンだと思います。

ケース2の方は、全然、状況が違って、一次検診で引っ掛かってはいたんですけれども、忙しいとか面倒だというデメリットもあり、できればリスクを避けたいとか、自分の勝手な思い込みがあったというふうにおっしゃっていましたが、一次検診と二次検診とでは、手間暇の大きさが全然違うわけです。精密検査にふみきれなかったという意味で、こちらの方の場合は、バランスをみたときに振り子が傾かなかったと。メリットの方に傾かなかったという、残念な結果だったと思うんですけれども。

一つ、この方のインタビューで注目すべきところというのが、自分の勝手な思い込みとか希望的観測がありましたということをおっしゃっていました。それは、がんだということ、黒だと分かったときの怖さとか、恐怖というものがあって、そこを避けたいという希望的な観測があったと。ということは、早く見つければ治るんだという、自己効力感、セルフ・エフィカシーと言いますけれども、「大丈夫なんだよって、見つければ治せるんだよ」というところの、自己効力感をセットで情報として与えてあげるといって、この振り子のバランスというのをもしかすると変えられたかもしれないと、そんなふうなふうに感想を持ちました。

菅野：はい、ありがとうございます。そうですね、最初の便潜血検査、一次検査と、それから精密検査の重味というか、というのは、全く違うと思いますので、そこからもっと詳しく考えていかななくてはならないかもしれません。

### ■論点3：検診を受けやすい環境／受けにくい環境とは？

菅野：では、論点3なんですけれども、先ほどの秋山先生のお話の中でもご紹介いただいていますけれども、検診を受けやすい環境と受けにくい環境というのがあって、ということなので、そのことについてもほとんどの方がお話ししていただきましたが、特徴的なものを三つご紹介いたします。

(動画音声)

ケース1 50代男性・大腸がん体験者・東北地方在住

会社の健康診断では再検査に行く行かないは個人の判断に任されていた

だから、あの一、全国の、例えば、所課長会議とか行っても、……変なんですけど、売上の話とか仕事の話…しか出なくて、健康の話は、はっきり言ってゼロですね、ええ。結局、長期休むということがまず、要するに、まあ、何というんですか、駄目というかね、うーん、あまりそういう、そこまではなかなか言いづらい部分もあったです。例えば、冠婚葬祭にしても、結局都市系は、大体3日くらいで終わるじゃないですか。それ以降は、休むなっていう、やっぱりそういう、規定じゃないんですけども、休みづらい。だから、検査で、例えば何日休むっていうのは、なかなか言いづらい部分はありましたよね、ええ。

—— 結構あの一、大きい病院、あ、ごめんなさい、大きい会社とかだと、あの一、産業医さんとか、まあ、それに近い立場の、ま、スタッフの方がいたりして、その保健指導であるとか、もっと検診受けてくださいとかって、そういう働きかけをしているようなところもあるんですけど、そういうのはなかったですか。

それも、なかったですね、ええ。ただ、……どうなんですかね、わたし辞めてから、あの一、上場しています、まあ店頭公開していますんで、そうなった場合ちょっと、どうなったか分かりませんが、その前までは、そういうのはない、はっきり言ってなかったですね、ええ。

—— じゃ、一応、健康診断はあるけれども、それを受けて、結果がどうであれ、そのあとどうするかっていうのは、もう各個人に任せられているし。

そうです。

—— あの一、仮に再検査の必要があっても、行ったりとか、いうのも。

そうです、要するに行けともないですし、うん、で、再検査が、要するに、来たのすら言わないですよ、うん。で、言う人は言うて行く人もいるんでしょうけども、結局、ま、忙しいからね、それにかまけて、結局ずるずると行かなくなったりね、っていうのが、やっぱり、そういうほうが多いんじゃないですかね、ええ。

ケース2 60代男性・大腸がん体験者・関西地方在住

春と秋に会社が実施する健診に加え、35歳からは人間ドックを受けるように推奨されており、勤務中に堂々と行っていた(音声のみ)

——あの一、細かい話ですけども、人間ドックをお受けになるというのは、会社がお休みの日に受けられてましたか？それとも、休暇、お休み取られると、それは補填されるとか、何か、そういうことあるんでしょうか。

えーと、日帰りの人間ドックですから、あの一、それは、あの一、会社で、あの一、勤務中、時間でも、あ



の、可能なルールになってますので、それで行ってました。現役時代はね。

— じゃ、それは、じゃ、今日は人間ドックですからっていうのは、特に、その、私用でのお休みとは区別されて。

そうですね。やっぱり、勧められてましたから。それは、あの、堂々と勤務内に行きましたけど。

— あの、先ほどね、ちょっと、気になったんです。35歳から人間ドックっていう風に、あの、おっしゃってたんですけども、35歳までの人っていうのは、どういう形で健康診断されてるんですか？

それは、随時、あの、いわゆる、春と秋の、別な、あの、会社としての検査、もちろん、その、ありますけど。それに加えて、35歳から人間ドックに。えーと、これはね、泊まりがけだったと思いますけどね。現役時代の、その人間ドックっていうのは。

### ケース3 30代女性・診断を受けていない・関西在住

大腸がん検診がどういうことをするのか知らなかった。健診も、自営業だったためずっと先送りしてきた

— はい、と、えーと、大腸がん検診ってどういうことをやるかご存知ですか。

知らなかったんです。実は(笑)。

— ああ、検便も、じゃ、ずっと、その0次\*でやっていなかった。

うん、やっていなかった、そうです、はい、検便とったの…多分学生以来とってないと思います。

— すると、もう、えーと、ま、学校出られて、1回就職とかされています？

あ、でも、あの一、身体検査はなくて、はい、受けてないです。受けよう受けようと思いながら、ドックの勧めもあったんですけども、なかなかその仕事のほう都合がつかなくて。何か、先送り先送りにしていると、はい、結局受けずじまいですんでしまいました。はい。

— それは、あの一、普通の会社の社員として。

あ、ではなく、あの、プライベートで受けようと思ってね、人間ドックだとかそういうので受けようと思っていたんですけども、はい。

— あの、ということは、会社で健康診断とかなかった。

あ、そうですね、あの一、自営業をしていたので、わたし、はい、あの一、……なかなか、はい。

— ということは、えーと、社会保険ではなく。

ではなく、国民保険、ずっと。

\*0次健診とは地域のNPO法人と大学が共同で実施している健診で特定健診を兼ねている。市民の健診データを大学の研究のため継続的に提供するもので、無料で受けられる。

菅野：三つそれぞれのケースですね。最初の方はがん患者なんですけれども、今働いてらっしゃる会社では、社長さんが大腸がんの経験者だったので精密検査に行かせてもらえたけれども、前の会社では、そうではなかったというお話でした。次の方は、精検ではなく

て、その前の健康診断の話をしているんですが、非常に手厚い会社で、健診が春秋あって、それにプラスして人間ドックで、泊りがけオーケーということなので、この方も胃がんと大腸がんを体験されているんですけども、非常に早期に発見できたので、両方ともサバイバルされているというお話の中で出てきたことです。最後の方は、ずうっと国保でいらしたということで、今は専業主婦なんですけれども、ビデオにもお子さんの声が入っていましたが、育児中で、今も便潜血検査は受けていないというお話でした。入口先生どうでしょうか。

入口：医療従事者の立場から、検診の意味を伝えるのは非常に難しいんだなと思います。だから、便潜血検査を受けてくださいで終わるんじゃなくて、陽性になったらあなたは、このぐらいのがんの確率があって、ここに行きなさいという流れを作ってあげて、さらに治療後はどうなるかまで、そこまで流れを作ってあげれば良いと思うんですよ。それをきちっとやる。今は、がん拠点病院とかいろいろありますので、そういった検査を受けるところで受けて、そういう流れを治療後の経過観察までも全部セットになったような感じでがん検診というのを組み立てていくべきだと思います。

それから、啓発活動はなかなかうまくいかないんですね。これは自分の命にかかわることなので、学校教育に絶対、保健体育の授業で最初から「あなたたちの時代は、こういうがんが多くなると。自分から検診をなるべく受けていくように」ということも全て、学生のときに、頭が柔らかいときに教え込むことが大事だとわたしは思います。助かるがんも助からないがんがありますが、こういう検診に有効性があるがんが助かるがんですから、そのがんでは死なない方法があるというような感じで、例を挙げて教育したほうが良いと思います。

それと、いろいろな状況の方にも、受けるきっかけはあるんですね、対策型で、市町村が必ずやっていますので。ただ、30歳だと受けられないですね。対策型は、基本的に40歳以上です。たまには30歳代の方が入ってくることがありますが、40歳以上が対象になっていると思います。

菅野：対策型で地域検診は40歳以上ということだったんですけど、今のビデオの30代の方、すごくお若く見えるんですが、あと数年で40代になられるということで、それでも知らなかったということなんですね。

企業の検診の受診率がなかなか上がらないということが、先ほどの庄内保健所長の方からもお話が出たんですけども、なかなか企業に切りこむというのは難しいと思うんですが、そのあたりのこと秋山先生どのようにお考えでしょうか。

秋山：はい、会社の幹部の認識を変えていくということで、今日はこの会場に産業保健等のフィールドの方たちもたくさんいらっしゃるんで、むしろ、そういう方たちのアイデアをぜひそれを聞いて帰りたいなと思っていますが。

やっぱり、会社の財産というのは、従業員であって、その従業員が健康で働き続けられるということが会社の価値なんだということを啓発することだと思います。担い手として

一つ大きいのは、産業医の存在だと思います。わたしは産業医というのは、経営のセンスというものを持って幹部を説得できる、健康の重要性というのを経営のセンスを持ちながら働きかけられる存在だと思うんですね。なので、産業医に経営のセンスとコミュニケーション力というのを養っていただくというのは、中長期的な話ですけども、実は非常に大事だと思っています。

あと、もう一つ、社会の仕組みとしては、いい悪い、賛否両論あるんですけど、今、健康会計という考え方が登場していますよね。環境会計というのが、先にありましたが、環境にやさしい取り組みをしている企業というのは、バランスシートとか、株価とかも含めて評価されるっていう、財務諸表として評価されるというものがあります。健康に取り組んでいる企業を、そうやって積極的に評価していったらいいんじゃないかというような考えも社会に出始めていますので、そういうものを少し意識向上に活用するなんていうことも考えられるのかなと思います。

先ほどの発表にあったように、クイック検診とかレディース検診とか、とにかく環境を変えることで受診率が上がるということは、もう示されていますので、やはり、企業がそういう環境を変えてくれる、整えてくれるという方向に、ぜひ働きかけをしていけたら、ぜひ、会場の皆さまにもアイデアをあとで聞いていただければと思います。

菅野：今日は、ご紹介できなかつたんですけども、ほかにも障害を持った方とかにもインタビューをしていて、雇用上の違いだけではなくて、もっと身体的なバリアとかいった問題も出てきたんですけど、先ほどバリアと障壁という言葉を使って、こうした面での社会学について、ご説明していただきました、鷹田さん、どうでしょうか。

鷹田：はい、今回、菅野さんと、いろいろな方に検診に対してインタビューをしていく中で見えてきたのは、しばらく前から日本は格差社会に入っているということが言われていますが、実は検診にもいろいろな格差がどうやらありそうだということでした。検診強者とか検診弱者みたいな言い方でとらえられるような現実というのがそこにあるんじゃないかと。

例えば、検診受診に関するサーベイ調査なんかもいろいろありますけれども、そこで「検診非受診」ということで、一つのカテゴリーでくられる中に、実はいろいろなタイプがあるんじゃないかと思うんですね。つまり、積極的に「自分は必要ないから検診を受けない」という人もいれば、「検診を受けたかったけれども、諸事情があつて受けられなかった」という人も入っていると思いますし。それから、「そもそも検診があることを知らなかったの、そういう機会を逸してしまった」という方もいて。だから、数字としては受けなかったということで、一つで出てくるんだと思うんですけども、その中にはいろいろなバリエーションがあつて、受けたいけれども受けられなかったとか、そもそも知らなくて受ける機会を逃してしまったとかつていう人に対しては、それなりの対応をしていかないといけないんじゃないかなというふうに思っています。

## ■「検診の語り」の活用について

菅野：今回、このウェブ公開することになりましたけれども、こうした検診にかかわる語りを先生方のフィールドで、どのように利用していったらいいのか、どういうふうに活用できるのかということで一言ずつお願いいたします。

入口：基本的には、受診率を上げる、受けてもらうために活用したいですが、先ほども鷹田先生がおっしゃたように、「もう、おれは受けない」という人は、こういうサイトも見ないだろうし。ただ、どうしようか迷っている人たちには、このような情報を提供すれば受診率向上にはつながっていく可能性があるんじゃないかというふうに思います。わたしたちも受診率向上の策として、そういった人に向けてうまく取り込んでいきたいというふうに考えています。

あとは、がん検診の透明性です。検診では先が見えにくいというのがあるので、そういったことも情報を公開していく必要があるなど。この検診を受けて、陽性だったらこのぐらいのリスクがあって、こうなってこうなるこうなる。その後は、生活はこうなるとか、そういうところまで、体験者の語りを使ってある程度出していければ、ある程度安心して検診や精密検査を受けていただけるようになるんじゃないかというふうに思います。

菅野：秋山先生、まさに秋山先生のフィールドと非常に関係が深いと思うんですけど、どういった活用法があるか、今お考えになっていることを教えていただければと思います。

秋山：大変有用なデータベースだと思います。受診率を上げる取り組みというのは、今、実は、税金が使われているわけですね。政策である以上は、そこに限られた血税なり何なりというお金が使われているということは、やみくもに受診率向上の手を打てばいいというわけではなく、やはり効果がある取り組み、優先順位をつけて行っていく必要があると思います。そうした意味で、このようなインタビューというのを深く分析し理解することで、どういった層にどのような受診勧奨を行っていけばいいのかというような、優先順位づけとか、政策立案というのがきっとできるのではないかなと思います。そうした方向で、ぜひ行政の方たち、保健師さんとか保健所長さんとか、そういう方たちにも、広く知っていただけるといいのではないかなと思います。

菅野：では、鷹田さんお願いします。

鷹田：今回、検診に関する文献をいろいろ見ていて、一つ、検診と情報に関して、これは重要だなと思ったのが、単なる情報提供ではなくて、ナラティブ・インフォメーションとか、シチュエイティッド・インフォメーションというような言い方がされていたんですけど、ただ、受けた理由・受けなかった理由というのを、文脈から切り離して、それだけを提示するのではなくて、どういう状況の中でわたしは検診を受けましたとか、こういう生活歴があって検診を受けなかったんですとかって、そういうかたちで情報の提示をすると、行動変容につながりやすいというような知見もあります。今回のディベックスのサイトは、そういう部分での使い方ができるんじゃないかなということが一つ。

あとは、今回の報告の中でも話しましたけれども、受診率の向上に寄与するというところ

ると、あとは、インフォームド・チョイスということに、今回のモジュールがどんなふうに使われていくのか。菅野さんのお話の中にも出てきたと思うんですけども、インタビューの背景とか属性とかいうのは、非常にさまざまというのが今回のモジュールの特長の一つだと思うんですね。つまり、検診を受けなかった人もいるし、受けた人もいるし、精密検査を受けなかった人もいるし、受けた人もいるし、そういういろいろなタイプの方の情報が入っているということで。そういう意味での、いろいろな活用の可能性というのがあるんじゃないかなというふうに思っています。

菅野：はい、ありがとうございます。今回の大腸がん検診にかかわらず、ディペックスのデータベースには、語りの部分とあとお話いただいたインタビューの横顔というか紹介も結構きちんとされています。35名の方の人生全てを書く事はできませんでしたが、ご紹介というかたちで、いろいろな情報、どういう生活をされていらっしゃるのか。どういった病気の経験があったかとか、いろいろな紹介をしていますので、そちらのほうもご覧になりながら、受けた理由・受けなかった理由といったものをお知りになると、また知識だけでなく、自分だったらどうしようかといったことを考えるのに役に立つのではないかと考えております。

今日、お越しの皆さまの中に実はインタビューにお答えくださったインタビューの方もいらっしゃいます。そのほかには、保健行政の方とか、それから企業の中で保健師して活躍している方とか、保健関係の方もたくさんいらっしゃいますので、その方々に議論を開いていきたいと思います。あと 25 分ぐらいありますので、フロアの方で何か今回のウェブサイトをこういうふうに活用できるのではないかとか、こういった問題が解決できるんじゃないか、あるいは、こういったウェブがあっても、こういった問題が残ってしまうけど、どうしたらいいだろうとか。自由な意見をいただきたいと思います。どなたかいらっしゃいますでしょうか。

別府：ディペックスのメンバーではありますけれども、1人の参加者として発言します。わたし自身、検診センターで仕事をしておりますが、そうした毎日の中で感じていることと、きょうのお話を伺って思ったこととお話しします。さっきおっしゃったヘルスリテラシーというのが、言葉で言うのは簡単だけれども、いろいろな局面と深さがあって、そこを非常に悩みますね。例えば、エビデンスということでは、アメリカ予防医学タクスフォースが検診についていろいろなランク付けをやっていますよね。そこでは、対策型検診とそうではないものと、非常に細かいレベルで分けていると思うんですね。そこは、やっぱり市民全体で共有しなきゃいけないとこだと思うんですよ。対策型検診では差は出なくても、これはやっぱりやりたいと思うような条件がある病気もあるし、これはやっちゃってしょうがないんじゃないかというものも実はあるような気がするんですね。

だから、次の時代の検診とか人間ドックとかそういうもののあり方を、今、検診をやりながらすごく悩んでいるところなんです。そういう中で、こういう、実際に検診を受けた方のいろいろな思い、特に見逃してしまった方とか、あるいは逆に検診ではみつかったの

に誤解から治療の機会を逸してしまった方、そういういろいろな方の体験を聞かせていただくのは、やっぱり、われわれ医療者が一番、実は参考にしなきゃならないことなんじゃないかと思います。そういう意味で、35人と言わず、もっともっとうろいろいろな人がこれから加わって、いろいろな声を聞きたいなというのが、わたし自身の感想です。

菅野：ありがとうございます。実は、まだ、こういった方たちの話を聞いていないなというタイプの人もいますし、追加でインタビューを考えている対象者の方もいらっしゃると思いますので、引き続き大きく育てていきたいなと思っています。

この中に、大腸がん検診の語りデータベースの専門家委員、アドバイザー委員になっていらっしゃる先生方もいらっしゃるんですけども、花田さんは、ずっとこのモジュールの最初から関わっていただきまして、企業で保健師をずっとやってらっしゃって、今は大学のほうに勤務されているんですけども、どうでしょうか。このデータベースに限らず、がん検診全般についても。

花田：このお話をお引き受けしたときは、乳がんの啓発活動を非常によくやっていた企業で仕事をしていましたので、社員のがんに対する意識も非常に高かったです。それで、その企業風土というんでしょうか、がんのことを気軽に話し合えるとか、病気になったとしても休みがとりやすいとか、そういう企業風土がありました。それは、経営側の戦略でもありつつ、健康開発を推進する側と経営側が、一致できたよき事例ではあったんですけども。

今、フィールドを変えて、教育の現場に行きましたら、非常に高学歴の方が多くんですけども、先ほど、別府先生がおっしゃられたヘルスリテラシーに関しては、人それぞれであることがよくわかりまして。健康診断が「受けっぱなし検診」になっているのが現状です。ですから、先ほど秋山先生がおっしゃられた、二次検診の受診勧奨を強力に推し進めるということを、本年度は1年目の課題としてやりましたところ、だいぶ受診率が上がりました。そんなことで、周りの風土を少しずつ時間をかけて変えて行くというのが、保健スタッフとしての役割かなと思ひまして、そういう地道な活動で企業や職域の中から少しずつ、最終的には、皆さん地域に戻られる方だと思いますので、連携して仕事ができたらいいなと思っています。

わたしのイメージとしては、逆に職域では健康診断の制度が整っていますので、「企業や職域の中では大腸がん検診を受ける人が少ない」というイメージじゃないんですね。企業の大きさによって、違いはあると認識してはおりますが。あと、企業は労働安全衛生法という法律によって、健康診断を行っていますが、その中に大腸がん検診というのは、残念ながら入っていないんです。そうすると、やはり、企業としてはやる義務がないという部分もありますので、任意の検診項目として、そういうものを付加しようというような意見を持った産業医なり保健スタッフが、経営陣や組合側との話し合いを推進できれば、こういうお話もどんどん進んでいくんじゃないかなと。わたし、あまり学術的じゃないので、何かとりとめもなく終わってしまひまして申し訳ありませんが、そんな感じの印象を受け

ました。ありがとうございました。

菅野：遠方からいらしていただいた、庄内保健所の松田所長、いかがでしょうか。

松田：市民の目線から語りのデータベースを作られて、私、県のオピニオンリーダーたる「たより」というのを毎年出しているんですが、今日のお話を紹介させていただいて、皆さんに見てもらおうと思っています。これは、世の中が広く知り得ませんと何ともなりませんので。

今、ちょうど労安法のことがありました。会社が大きくても意識が低い場合には、がん検診の受診率も、それから精検受診率なんてもう関係ない企業も結構あります。この辺をどうするかということになると、どうも厚労省批判を一生懸命やっけていても、なかなか法制度は変えられないんですね。ですから、企業に勤めていても、ほとんどが50人以下の企業の労働者ですので、そういう人たちでも市町村の検診を受けられますよ、ということ、国民が広く知りませんとどうにもならないと思います。

あともう一つは、職域検診も含めてがん検診の受診率を測定しないと問題点も見えないということがあるだろうと思っています。わたしは県内でがん検診のことを産業医講習でやったりもするんですが、ほとんどの先生には心に響かないということがありますので、切り口として、安全衛生委員会を賦活するための仕事を、産業医がどれだけやるか。その中で、がん検診は、死亡の順位からいって高いところをどうしようかという筋立てでいかなないと突破できないかなと思っています。

菅野：はい、ありがとうございました。どうでしょうか、確かに、法律的な問題というのがございまして、分かりにくいわけです。がん検診は、全ての国民が受けることができるわけですが、企業の中で、便潜血検査が入っている場合もあるので、入っていないときに、じゃ自治体のほうで受けることができると、企業で受けなくても自治体で受けることができるという場合もあるはずなんですが、今回のインタビューの方でそういうふうになってらっしゃる方っていなかったんですね。その辺が、やはり、制度設計も非常に分かりにくいような設計がされているのかなということ、私自身も感じております。ほかにいかがでしょうか。

高橋：高橋と申します。僕は30年ぐらい、大腸がんの診断と治療にたずさわって、今、別府先生と一緒に、任意型と言われますけど、ドックの施設で大腸がん検診のまん中にあるような感じなんですけど。今日、ウェブサイトのクリップを見せていただいて、一つ一番いいと思ったのは、僕等ど真ん中にあるような人たちがこれを見せていただくと、反対に一般の皆さんが大腸がん検診に関してこういうふう考えているというのが非常によく分かって。いい悪いは別にして、僕等の熱意と一般の方々の認識の差がすごいあるなというのが分かります。ぜひ、特に医療関係者にたくさん見ていただくととてもいいんじゃないかなと反対に思いました。

それから、こういうディベックスのような活動がさらに盛んになって、成熟した検診社会に、一刻も早くなっていたらいいなと思うんですけど。今日のお話を聞いていても、

もう少し、先ほど入口先生が言われたように、学校の教育とか、保険に入るときにメリット、デメリットが出るとか、そういうところでも少し頑張らないと、なかなか成熟した検診社会になるのは、かなり時間がかかるんだろうなというふうに思いました。ただ、こういう努力は日々続けていただきたいと思って、大変感謝をしています。

菅野：ありがとうございます。高橋先生には専門家委員会の中に入っていて、今回のウェブのプロフィールなどチェックしていただいています。ほかに何か。はい、お願いします。一番前の。

参加者：個別の話になりますが、私の友人が、今、ちょうど大腸がんで治療しているんですけども、そもそももともと症状があったのに受診をしなかったということで、じゃ、なぜ受診をしなかったかといったら、ちょうどお子さんが受験というのがあったからかなと思っていたら、「それもあったけど、それよりも、もしかして、大腸がんっていうのは手術したらストーマができるんじゃないかという思いがあって、ストーマを作って生きるんだったら、死んでもいいかなと思っちゃったんだよね」っていうような話をしていました。なので、逆にそういった変な知識がそういう受診を阻むものということでありましたけども。今の医療では、このくらいでも、こういった治療ができてストーマにはならないとか、こういうふうに行けるといような情報があると、進んで受診できるのかなというふうに思いました。

私の母が大腸がんで亡くなったんですけど、そのときには、検便をして陽性で精密検査を受けたんですけども、引っ掛からずに、「よかった。やっぱり、痔だったんだね」と。でも、それが2年通続いて、同じように精密検査を受けても出なくてっていうことで、結局盲腸の近くだったので見つかりにくかったというようなことを言われました。今日、最初に、入口先生からいろいろ、医療の進歩ということで見つかりにくいがんも発見しやすくなってきていて、治療についてもセットで情報を提供すべきというふうにおっしゃっていましたが、検査でがんが見つかってもしこういう治療を受けられるんだというようなことが分かると、ますます受診率が上がるのかなというふうに思いました。

菅野：入口先生何かコメントありますでしょうか。

入口：こうなったらどうなっていくかというのを、もうちょっと透明性を確保しないと、やっぱり分かりづらいと。がんですと診断して、これから手術ですとお話するときに、人工肛門になるんじゃないかということが一番気にされる方が結構います。がんが肛門から非常に離れていても、「わたしは人工肛門になるんでしょうか」という質問はよく受けません。やっぱり、便潜血検査だけじゃなくて、そのあとのことも、いろいろな情報提供しなきゃいけないということがたくさんあるんだなと思います。どこにがんが発生しやすいとか、そういうのも全部、なぜ検査を受けなきゃいけないのかというのも、もうちょっと分かりやすく説明していかなくちゃいけないんだなということは、非常に感じました。

リスクについては、日本人は、結構、秋山先生がおっしゃった、楽観的バイアスというのが結構大きいかなと。症状が非常に出て、便がつまるようになってやっとなる人とかも



結構いますし。その辺も含めて、こういう例もあるからというので使っていくことも可能かなと。こういう方は、楽観的に考えるバイアスがあるとか、そういうことも含めて、いろいろな事例を挙げて、細かく説明して行って、精密検査、治療の透明性、検査のあとのことも、もうちょっとあげていけば、このホームページというのは、非常にいいホームページになっていくのかなというふうに思います。

菅野：はい、ありがとうございます。まだ、完成版ではないということで、先生方にご協力いただきながら、大腸がんの治療といったことも必要となればウェブの中に入れていきたいなというふうに思っていますので、また、引き続きよろしく願いいたします。

このウェブ、やはり見ていただかなければ広まらないという部分もございますけれども、どうでしょうか。先ほどチラシを 50 部ずつ配布したいということをお話ししましたが、どうやったらウェブを見ていただけたらとかということで、何かお知恵等ございましたら、秋山先生どうでしょう。

秋山：わたしは、ほんとに広く知っていただきたいというのがあって、一つ、行政というのは、やっぱり、国のほうからの、各自治体に降りてくる情報ルートというのがあるので、積極的にまず国の人に知っていただくというのと同時に、草の根で、今、ソーシャルなメディアにちょこっと載ったものをマスメディアが後追いしてきたりっていうような時代ですので、ここに参加した皆さんがとりあえず少なくとも 5 人ぐらいには、この話を帰って必ずするとかっていうようなことで広がっていくのかなと思いました。

ちょっと 1 点だけ、先ほど発言された方の話を聞いて感じたことなんですけど、どうなっていくかの見通しを持つってすごく大事なことだと思うんですけども、同時に人工肛門になったら生きる価値がないというそういう考え方自体が誤解というか、人工肛門の方もすごく生き生きと人生前向きに素敵に生きてらっしゃる方がたくさんいます。今日は大腸がん検診の語りのデータベースの話ですけども、ディペックスのがん患者の語りのほうのデータベースというのは、がんに——もちろんならないほうがいいんですけども——なっても前向きに生きているキャンサーサバイバーの方たちの語りというのがたくさんあります。自分の価値観とか自己イメージからの脱却というの、さっきの鷹田先生のお話にも共通するかもしれないんですけども、障害を持っている方とか病気を持っている方とか、いろいろな人たちを包摂していく社会にするためには、大事なのだらうと思いました。なので、ディペックスの患者の語りとこの大腸がん検診の語りと、やはりセットで活用を考えていくというのもありなのかな、なんていうふうにヒントをいただけたと思います。

菅野：はい、ありがとうございます。今回の 35 名のデータベースの方でも、実は、人工肛門を装着されている方、複数いらっしゃいます。それこそ非常にいきいきと語っていただいていますし、患者さんの中からは、ぜひ大腸がんの患者の語りも作ってほしいというような要望も出てきておりますので、そういったことも視野に入れて、今後も活動してまいりたいと思います。

では、最後に、厚生労働科学研究の研究班代表者であり、私どものディペックスの理事でもあります中山先生のほうから最後に閉会の辞をお願いします。

中山：演者の皆さま、どうもありがとうございました。2010年に厚生労働省科学研究の第3次対がん総合戦略研究事業の一貫として、ナラティブ的なことを中心にした本班が採択され、4年間の活動に取り組んできました。2000年以降の約10年はある意味「エビデンス」の時代でした。エビデンスとしては人間を対象とした疫学的研究に基づく定量的に明らかにされた情報が重視されてきました。これは、もちろん非常に大切なことでしたが、そういった定量的なエビデンスだけでは分からないこと、人間が動けないこともたくさんあるということで、人間の語り、体験、ナラティブというのも大事にしていこうと、世の中の意識も変わってきたように感じます。そして、その動きをリードしてきたのが、このディペックスのグループであったのではないかと思います。

わたし自身、バックグラウンドが疫学です。定量的なエビデンスはもちろん大事にしても、エビデンスの隣にナラティブがあり、ナラティブの隣にエビデンスがあると。この二つが隣り合いながら、患者さんと国民のために役立っていければと思うのです。

国レベルのがん対策としては、ソフトなものやハードな制度・仕組みとしてのアプローチがあると思います。人々のリテラシーや自律的な判断能力を高めていこうというソフトなアプローチと言えるかもしれません。ディペックスはそういった動きともつながってくるでしょう。それに加え自分のことを守ることをしなかった人たちは、結局は、自分の医療費の大半は他の人にお金を払ってもらうことになるわけですね。欧米ではそういった「社会的責任」のような視点からも、個人個人にできることを考えていく必要もあるでしょう。国民による国民のためのがん対策を進めるには、いろいろな視点を見合わせながら議論を深めていければと感じた次第です。すみません、ちょっと長くなりましたけど。ほんとにきょうはどうもありがとうございました。

菅野：どうもありがとうございました。では、本日は、これでシンポジウム終了してまいりたいと思います、ウェブ、順次公開、9月末に公開しますけれども、ご意見等ございましたらどんどんウェブを通じて、わたしたちのほうにアクセスしていただければと思います。ほんとに本日はありがとうございました。

(終了)

## 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

#### 診療ガイドライン・医学系学会における患者視点情報について

分担研究者 吉田雅博 国際医療福祉大学化学療法研究所附属病院人工透析・一般外科 教授  
日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部 部長  
研究協力者 奥村晃子 東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻医療コミュニケーション学  
博士課程  
日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部 リーダー

#### 【研究要旨】

##### 【研究目的】

診療ガイドライン、医学系学会と「患者視点情報」の連携について継続調査・報告する。

##### 【対象および方法】

1. 医学系学会と患者視点情報：一般社団法人日本癌治療学会で企画施行されている患者参加企画について平成22年～平成25年まで開催された第48～51回の日本癌治療学会学術集会に継続的に参加調査し、課題と展望について報告する。
2. 診療ガイドラインと患者視点情報：Minds 一般向けコンテンツ作成について、日本医療機能評価機構医療情報サービス Minds で実施している診療ガイドライン関連の医療情報について報告する。

##### 【結果および考察】

##### 1. 医学系学会と患者視点情報

第48～51回日本癌治療学会学術集会において、「がん患者・支援者プログラム」が実施され、参加費支援とイベント・プログラムの開催が行われた。

##### (1) 参加費支援、参加、運営（スカラシッププログラム）

患者・支援者を対象に、昨年に引き続き、学会に何らかの「主体的な」「参加」を原則として募集が行われた。「ポスター発表」、「下記ペイシエント・アドボケート・ラウンジ運営」、「会場運営ボランティア」、「学会への参加」などを参加形式として、学術集会参加費、交通費、宿泊費が支給された。

##### (2) ペイシエント・アドボケート・ラウンジ

がん患者・支援者を対象として、参加者同士のコミュニケーションの場として会議室が準備され、ランチョンセミナー等が開催された。平成23年から、この会場の受付、運営は、患者団体がすべて管理し、「情報共有・医療参加型」時代への変化を象徴していた。一方、平成22年の会議において、マスクとトラブルがあり、この会議室への入室は関係者（患者・介護者）のみに限定されていた。マスクとの対応の難しさが理由として挙げられていた。

##### (3) ポスター発表

平成23年から患者（患者会）によるポスター発表が開始された。25年度のポスター発表では、アンケート集計や調査結果の分析を含め、これまでの「患者会現況報告」からさらに学術的に進化した内容である。個別の患者会（または患者個人）の一方的な進化は、日本全体の患者会の現場と、やや距離ができるのではと憂慮され、患者（患者会）相互の情報交換が重要と考えられた。

##### 2. 診療ガイドラインと患者視点情報：

Minds 一般向けコンテンツ作成として、①ガイドライン解説、②やさしい解説がある。「やさしい解説」は、Minds 掲載中の診療ガイドラインの対象疾患をわかりやすく説明し、ガイドライン作成委員に監修していただいているもので、新しく有用な企画と考えられる。

##### 【結論】

1. がん患者・支援者の態度が、「与えられる情報」から「積極的に情報を獲得する時代」へ、さらに少しずつ「情報共有型・医療参加型」に変わりつつある。
2. 社会全体の視点（受け止められ方）も、今後視野に入れる必要がある。
3. 日本全体の患者会組織を系統的に連携し、過不足を情報交換する機会（患者（患者会）相互の情報交換会や連絡会）が増加することが期待される。
4. Minds では、患者支援者情報としてガイドライン解説、やさしい解説を充実してゆく予定である。

15年8月に厚生労働省より「医療提供体制の改革のビジョン」が公表された。この中で、今後の医療提供体制の改革は、患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識をもつとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者本位の医療を確立することを基本として進めるべきであり、特に患者の選択のための情報提供の推進が必要であるとしている。

本研究では、医療者側から見た「患者視点情報」を検討するために、診療ガイドライン、医学系学会での取り組みや方向性について調査報告する。

#### A. 研究目的

診療ガイドライン、医学系学会と「患者視点情報」の連携について調査・報告する。

#### B. 対象および方法

##### 1. 医学系学会と患者視点情報

一般社団法人日本癌治療学会で企画施行されている患者参加企画について、平成22年～平成25年まで開催された第48～51回の日本癌治療学会学術集会上に継続的に参加調査し、課題と展望について報告する。

##### 2. 診療ガイドラインと患者視点情報

公益財団法人日本医療機能評価機構医療情報サービス Minds (図1)

(<http://minds.jcqh.or.jp/>) の診療ガイドライン関連の医療情報を対象とし、患者視点情報の現況と方向性について検討する。

#### C. 結果

##### 1. 医学系学会と患者視点情報

平成22年から平成24年までに、第48～51回日本癌治療学会学術集会上が開催され、「がん患者・支援者プログラム」が実施され、参加費支援とイベント・プログラムの開催が行われた(図2)。

(1) 参加費支援、参加、運営(スカラシッププログラム)

患者支援者を対象に、学会に何らかの「主体的な」「参加」を原則として募集が行われた。「ポスター発表」、「下記ペイシエント・アドボケート・ラウンジ運営」、「会場運営ボランティア」、「学会への参加」などを参加形式として、学術集会参加費、交通費、宿泊費が支給された。

がん患者・支援者プログラム：

【平成22年度】

参加50名

がん患者支援、がん医療対策等に係るがん患者・支援者50名に参加費・交通費・宿泊費を援助

【平成23年度】

参加77名+α

本第49回学術集会(2011年)では、今までの学術集会のプログラムやペイシエント・アドボカシー・プログラムの参加者による運営委員会(図3)が組織され、本スカラシッププログラムの募集要項の作成も含め、ペイシエント・アドボカシー・プログラムの運営に直接かかわっていくことになりました。

●タイプA参加者(最大30名)

学術集会参加費用(15,000円)の免除、旅費交通費(宿泊費を含む)の助成  
ポスターセッション発表(団体や個人の活動報告など)を行えること

●タイプB参加者(最大30名)

学術集会参加費用(15,000円)の免除(1日しか参加できない場合)

●タイプC参加者(最大40名)

学術集会参加費用(15,000円)の免除、オリジナルウェア、薄謝(協力謝品)の支給  
学術集会の指定のプログラム・セッション等にて、会場運営ボランティアに関わっていただきます(半日もしくは1日)。それ以外のお時間は他のスカラシッププログラム参加者同様、学術集会にご参加いただけます。学会を、患者さんと共に作り上げていくという趣旨から、設けられているものです。

【平成24年度】

100名募集→参加(=申請)104名

【タイプA参加者】(最大20名)→参加24名

・学術集会参加費用全額(20,000円)の免除、旅費交通費(宿泊費を含む)の助成  
・ポスターセッション発表：図4, 5  
(団体や個人の活動報告など)を行えること

【タイプB参加者】(最大80名)

・学術集会参加費用20,000円を2,000に減額、オリジナルウェア、薄謝(協力謝品)の支給  
・学術集会の指定のプログラム・セッション等にて、会場運営ボランティアに関わって