

# がん検診 Shared Decision Making (SDM) 運用マニュアル

2022 年度版

2023 年(令和 5 年)3 月 1 日

令和 2 年度～4 年度 厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)  
「がん検診における‘Shared Decision Making’推進と利益不利益バランスに基づく  
受診意思決定支援ツール開発のための研究(20EA1024)」班作成



# 目次

I. はじめに.....	1
II. SDM の概念.....	3
1. SDM の定義.....	3
2. SDM の構成要因.....	5
3. SDM の効果と Decision Aids の活用.....	8
4. SDM の現状と課題.....	8
III. SDM: がん検診への応用.....	12
1. がん検診における SDM の考え方.....	12
2. DA の活用.....	13
3. USPSTF における SDM.....	13
IV. 我が国における受診率対策.....	17
コラム: 大腸がん検診未受診・精密検査未受診の理由.....	19
V. 新たな支援対策: ナースナビゲーション.....	20
1. ナースナビゲーションとは.....	20
2. 研究班事例報告: 精密検査受診支援ナースナビゲーション.....	21
VI. 我が国におけるがん検診の情報提供や支援の考え方: 研究班の成果から.....	23
1. 公衆衛生学的視点.....	23
2. がん検診の情報提供や支援の考え方: がん対策推進基本計画からの検討.....	23
3. 経済学的な視点からの情報提供や支援の3つの意義.....	24
VII. SDM の実践: がん検診で SDM をどのように行うか.....	27
1. DA に含まれる情報.....	27
2. がん検診版 SDM の進め方.....	28
3. SDM 推進のための研修や支援.....	31
補足資料.....	32
SDM 運用マニュアル作成研究班.....	39



## I. はじめに

がん対策推進基本計画において、検診受診率の目標値が掲げられて以来<sup>1)</sup>、官民あげて様々な受診率対策が取り上げられてきた。がん対策推進基本計画の目標値 50%には未だ届かないものの、国民生活基礎調査からはがん検診の増加が示されている<sup>2)</sup>。しかしながら、今なお、我が国の受診率は欧米に比べ低く、科学的根拠が確立したがん検診であっても十分な成果を上げていない<sup>3)</sup>。これまでの受診率対策は対象者への一律アプローチ、あるいは興味を示す(受診の可能性のある)対象者を標的としたアプローチに限定されてきた。前者の代表例はコール・リコールシステムであり、組織型検診を導入している国々で採用されており、がん検診のシステム構築の基本とされる<sup>4)</sup>。一方、後者は受診の可能性のある対象者が興味のある情報を提供したり、誘導する方法であり、近年ではナッジが応用されている<sup>5)</sup>。がん検診の受診率対策には、個別の対策よりも、複数の対策の組み合わせが有効とされている。これらの様々な対策の成果が徐々に受診率を押し上げてきたことも確かである。しかし、一定割合の受診困難者(hard-to-reach)も存在し、その対策は検討されていない<sup>6,7,8)</sup>。社会的弱者であるがゆえに、がん検診の情報や受診機会にアクセスできないということは、健康格差の一因であり、公共政策の本来の理念にも反する。

一方、医療提供プロセスにおいて、患者中心主義の流れの中で、診療における基礎的技術である「患者の声を聴く」ことに立ち返ることが求められている。我が国では、医療者のパターンリズムが堅固であり、患者が医療の選択に参加することは困難な状況である<sup>9)</sup>。しかし、コロナ禍において、ワクチン接種やマスク着用をめぐる様々な議論が続き、一般市民の価値観が医療の選択においても認識されるに至った。誰もが持つ自己決定権を保障しつつも、科学的根拠に基づく情報を正しく選択できるよう支援していくことが、医療者に求められる役割である。診断・治療だけでなく、がん検診を含む予防対策の分野でも、患者(受診者)の権利は同様に保障されるべきである。その手段として、Shared Decision Making[(SDM)、患者(受診者)・医療者による共同意思決定]が注目されている。

厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)濱島班では、がん検診におけるSDMの応用を目標とし、我が国における受診率対策や情報提供の問題点を明らかにするとともに、SDMの運用のために本マニュアルを作成した。

## 文献

- 1) 厚生労働省. がん対策推進基本計画. 2007.  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan\\_keikaku03.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku03.pdf)
- 2) 国立がん研究センター. がん検診受診率(国民生活基礎調査による推計値). 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」2019.  
[https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/screening/screening.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/screening.html)
- 3) OECD. OECD Reviews of Public Health: Japan A HEALTHIER TOMORROW.2019
- 4) Vainio H, Bianchini(ed.). Breast Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention

Volume 7. International Agency for Research on Cancer. IARC Press 2002.

- 5) 村山洋史, 江口泰正, 福田洋(ed.). 第1章ヘルスプロモーションにおけるナッジの広がり. ナッジ×ヘルスリテラシー ~ヘルスプロモーションの新たな潮流~. 大修館書店. 2022.
- 6) Fuzzell LN, Perkins RB, Christy SM, Lake PW, Vadaparampil ST. Cervical cancer screening in the United States: Challenges and potential solutions for underscreened groups. *Prev Med.* 2021;144:106400.
- 7) Basch CE, Zybert P, Wolf RL, Basch CH, Ullman R, Shmukler C, King F, Neugut AI, Shea S. A Randomized Trial to Compare Alternative Educational Interventions to Increase Colorectal Cancer Screening in a Hard-to-Reach Urban Minority Population with Health Insurance. *J Community Health.* 2015;40(5):975-83.
- 8) von Wagner C, Hirst Y, Tookey S, Kerrison RS, Marshall S, Prentice A, Vulkan D, Macleod U, Duffy S. Use of a GP-endorsed 12 months' reminder letter to promote uptake of bowel scope screening: protocol for a randomised controlled trial in a hard-to-reach population. *BMJ Open.* 2018;8(5):e022263.
- 9) Kuga S, Kachi Y, Inoue M, Kawada T. Characteristics of general physicians who practice shared decision making: A mail survey of all clinics in 12 municipalities in Tokyo. *An Official Journal of the Japan Primary Care Association.* 2016;39(4):209-13.

## II. SDM の概念

### 1. SDM の定義

米国 Institute of Medicine (現: National Academy of Medicine) では、患者の要望や価値観を確認し、意思決定に必要となる教育や支援を提供するとともに、患者が自らのケアに参画することを求めている<sup>1)</sup>。しかし、医療者と患者の情報の非対称性が拡大し、専門知識に基づく医療者の判断と患者が本来望む医療の乖離は **preference misdiagnosis** として指摘されている<sup>2,3,4,5)</sup>。

患者参加型医療を勧める欧米では、患者の自律性や価値観を尊重する必要性が早くから認識されていた。SDM は 1982 年に米国のレーガン大統領の諮問機関による造語であり、従来型のインフォームドコンセントの発展型として位置づけられている<sup>6)</sup>。患者中心主義に基づく 2 つの価値観として、個人の幸福と自己決定権をあげ、その推進のために相互の信頼と協力に基づいて行われるべきものとしている。さらに、単に医療技術の選択肢を提示するだけのプロセスではなく、利益・不利益、費用、不確実性を伝えることが必要とされている。以来 40 年に亘り、SDM の関連研究が進み、SDM は医療のすべての分野において取り入れられてきた。

SDM は診断・治療の過程に含まれるべきものであり、患者の理解を深めるばかりでなく意思決定過程に取り込み、利用可能な医療の利益やリスク、選択肢、医療行為の結果などを理解し、科学的根拠と個人の価値観の観点から望ましい医療を選択することを支援する方法である<sup>7)</sup>。インフォームドコンセントはしばしば、SDM と同義と捉えられている。インフォームドコンセントは法的な観点から導入されており(国内では医療法)、SDM とは厳密には異なっている。ただし、インフォームドコンセントは患者の同意の確認ではなく、積極的な意思表示を求めており、そのために医療者は医療情報の提供を正しく行う必要がある<sup>8)</sup>。一方、SDM は、医療における意思決定過程における患者参画を推進し、医療者が患者にとってより良い選択をとともに行うことにある。医療技術の進歩で患者に複数の選択肢を提供できるようになったが、複雑化した医療の中で個人にとって最適な医療を選択することは容易ではない。こうした医療の変化に伴い、SDM の役割がさらに重要となっている。

SDM は、より広く患者の視点を取り込み、意思決定への参画を促すことで、すべての医療現場において医療者の支援のもと、患者がより良い選択に至るプロセスである<sup>9)</sup>(表 1)。しかし、我が国では、SDM の概念は正しく広まっておらず、従来型のインフォームドコンセントと同義の、情報伝達の機会として捉えられている。インフォームドコンセントとは異なり、SDM では公平性を確保し、健康格差を改善することが重視されている。情報やコミュニケーションの不足のため、受けられるべき医療が受けられないという状況を可能な限り回避し、医療への公平なアクセスを確保することが必要となる。特に、社会的弱者にとって、正しい知識を提供することにより、保健医療における公平性を確保できることが指摘されている。このため、健康に関する知識レベルの低い人々にも様々なツールを用いて正しい情報を伝え、疑問に答えることが強調されている。我が国ではとすれば、医療者から患者への一方向性の情報伝達となりがちだが、本来的には患者の権利と社会的公平性を保つことで、誰もが健康な生活を享受できることを目標としている。

表 1. SDM の定義<sup>9)</sup>

	狭義SDM	広義SDM
概要	医療の方法に関する情報交換と誰が医療の方法を決定するかについての議論に主たる焦点がある	医療の選択肢に関する情報交換やどのように評価し実施するかだけではなく、可能性のある選択肢を抽出し、どのような問題があるかを俯瞰する
方法	医療者は研究ベースの情報を、患者は自身の選好についての情報を持ち寄るという役割分担を果たしたうえで、医療を選択する	医療者と患者が意思決定において、どのような貢献ができるか医療者に意見を求める
医療者との関わり	医療者の過度の影響から患者を保護する	医療者は患者の参画を促す
価値観	患者の価値観を踏まえ、それに基づく意思決定を行う	患者が自らの価値観を明らかにできるようなサポートを必要としていることを認識する
自律性	干渉を回避し個人の自律性に基づく意見をより重視する	干渉を回避し、社会的に形成された能力や機会に注意を払いつつ個人の自律性を重視する

## 文献

- 1) Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery; Hurtado MP, Swift EK, Corrigan JM, Editors. Envisioning the National Health Care Quality Report. Washington, DC: The National Academies Press. Institute of Medicine. 2001.
- 2) Lee CN, Hultman CS, Sepucha K. Do patients and providers agree about the most important facts and goals for breast reconstruction decisions? *Ann Plast Surg.* 2010;64(5):563-6.
- 3) Volandes AE, Paasche-Orlow MK, Barry MJ, Gillick MR, Minaker KL, Chang Y, Cook EF, Abbo ED, El-Jawahri A, Mitchell SL. Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomised controlled trial. *BMJ.* 2009;338:b2159.
- 4) Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, Knudtson M, Dada M, Casperson P, Harris CL, Chaitman BR, Shaw L, Gosselin G, Nawaz S, Title LM, Gau G, Blaustein AS, Booth DC, Bates ER, Spertus JA, Berman DS, Mancini GBJ, Weintraub WS, COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med.* 2007;356(15):1503-16.
- 5) Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ.* 2012 Nov 8;345:e6572.
- 6) President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal



Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship: Volume One: Report. 1982.

[https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559354/making\\_health\\_care\\_decisions.pdf](https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559354/making_health_care_decisions.pdf)

- 7) NHS England and NHS improvement. Shared Decision Making Summary guide. 2019. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/shared-decision-making-summary-guide-v1.pdf>
- 8) Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH; Shared Decision-Making Workgroup of the U.S. Preventive Services Task Force Affiliations expand. Shared decision making about screening and chemoprevention. a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. Am J Prev Med. 2004;26(1):56-66.
- 9) Entwistle VA, Watt IS. Chapter2 Broad versus narrow shared decision making: Patient' involvement in real world contexts. Shared Decision Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice. Third Edition. Oxford University Press, 2016.

## 2. SDMの構成要因

SDM は患者(受診者)中心主義の考え方を、臨床の場で実践するための手段である<sup>1)</sup>。SDMに期待されるのは知識の増加だけではなく、究極的には健康アウトカムや臨床経過の改善にある<sup>2)</sup>。

その過程には、患者(受診者)の価値観を踏まえ、患者(受診者)・医療者間の信頼関係を築くための多様な要因を包含している<sup>3)</sup>。SDMのプロセスは単純化できるわけではなく、医療者と患者(受診者)が柔軟に情報交換と検討を行うことが求められており、多くの研究でそのプロセスが検討されてきた。ただし、代替案の提示と患者(受診者)の価値観を踏まえることが必須条件となっている<sup>4)</sup>。

SDMの方法として、予防対策に限らず、臨床現場での汎用性という観点から作成されたのが「3 Talk Model」<sup>5)</sup>である。SDMの核となるのは患者(受診者)の自己決定権の行使であり、医療者は意思決定を支援する立場に位置付けられている。その目標に達成するプロセスとして、「3 Talk Model」は Team Talk、Option Talk、Decision Talkの3段階から構成される(表2)。基本的な構成要因は、後述の The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)と共通しているが、Team Talkの段階で患者(受診者)・医療者の協力関係を構築することと代替案を検討する場合にも個人の価値観や不確実性をじっくりと検討することが必要としている。

表 2. 3 Talk Model<sup>5)</sup>

	内容
Team Talk	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 協力関係を築く</li> <li>・ 代替案を提示する</li> <li>・ よく考える余裕を与える</li> <li>・ 次の行動を確認する</li> <li>・ 結論を急がない（延期する）</li> </ul>
Option Talk	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 知識を確認する</li> <li>・ 代替案をリスト化する</li> <li>・ 代替案を説明する</li> <li>・ 利益・不利益を説明する</li> <li>・ 患者（受診者）のための意思決定ツールを提供する</li> <li>・ 総括</li> </ul>
Decision Talk	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者（受診者）の価値観に注目する</li> <li>・ 価値観を明確化し、統合する</li> <li>・ 意思決定</li> <li>・ 結果を復習する</li> </ul>

一方、USPSTF では、SDM の評価を行った 8 研究について、SDM に含まれるべき構成要因を検討している<sup>4)</sup>。なかでも、Braddock らの研究は基本的な項目を網羅していた(表 3)<sup>6)</sup>。この基準に基づき、USPSTF の推奨グレード C の予防対策への対応を検討したところ、患者(受診者)の役割、意思決定、利点・欠点、患者(受診者)の価値観に関連する情報は含まれていたが、代替案や患者(受診者)の満足度についての情報は欠落していた。

表 3. SDM 構成要因と検討事項<sup>6)</sup>

SDM構成要因	検討事項
意思決定過程における患者（受診者）の立場を検討する	患者（受診者）が意思決定に参画する
臨床的な課題や意思決定の過程を検討する	可能性のある予防対策を特定する
選択肢（代替案）を検討する	選択肢（代替案）を特定する
代替案の利点（可能性のある利益）と欠点（リスク）を検討する	代替案の利点（可能性のある利益）と欠点（リスク）を示す
意思決定に伴う不確実性を検討する	代替案の科学的根拠の不確実性を示す
患者（受診者）の理解を評価する	代替案に対する患者（受診者）の理解を促す
患者（受診者）の価値観を外挿する	意思決定過程における患者（受診者）の価値観の重要性を明確化する

## 文献

- 1) Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med.* 2012;366(9):780-781.
- 2) Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns.* 2008 Dec;73(3):526-35.
- 3) Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014;94(3):291-309.
- 4) Eder M, Ivlev I, Lin JS. Supporting Communication of Shared Decision-Making Principles in US Preventive Services Task Force Recommendations. *MDM Policy Pract.* 2021;6(2):23814683211067522.
- 5) Elwyn G, Edwards A, Thompson R (ed.). *Shared Decision Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice.* Third Edition. Oxford University Press, 2016.
- 6) Braddock 3<sup>rd</sup> CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA.* 1999;282(24):2313-20.

### 3. SDM の効果と Decision Aids の活用

SDM を推進する方法として、意思決定支援ツール Decision Aids(DA) が 1990 年代に欧米で開発された。DA には印刷物、ビデオ映像、コンピューターやウェブ等の電子媒体が利用されている。これまでの研究では、DA を使用すると、使用しない場合と比較して検診に対する知識が増え、参加決断の葛藤が解消され、SDM が良好にできたと感じる人が増加することが検証された。また DA を用いた SDM により、前立腺がん検診と乳がん検診については受診が減少し、大腸がん検診については受診が増加することが確認された。ただし、どのフォーマットがより優れるかという確かな証拠はなく<sup>1)</sup>、DA に使用した情報の内容や提示方法についての優劣を評価した証拠もない。

DA を用いた治療や検診のランダム化比較試験により、効果を検証した結果、知識の増加や情報に基づき選択した方法が患者(受診者)の価値観とも一致することが確認された<sup>2)</sup>。また、情報が不足している状況で意思決定を行うことの葛藤や患者(受診者)が自らの価値観に戸惑うこと(優柔不断な反応)が減少し、さらには意思決定に参加しない患者(受診者)の割合も減少したことが報告されている。

#### 文献

- 1) Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Polit MC, Thomson R, Elwyn, G, Donner-Banzhoff N. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7(7):CD006732.
- 2) Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4(4):CD001431.

### 4. SDM の現状と課題

SDM は医療者・患者(受診者)の両者がかかわる医療の形成に欠かせないものの、一方でその実践には両者ともに問題点を抱えている。また、SDM を推進する背景となる社会的・文化的課題の他にも、医療を提供する体制や教育・啓発についても検討していく必要がある。

#### 1) 患者(受診者)

SDM には、患者(受診者)の理解を深め、意思決定プロセスの責任の一端を担うことについての自覚を持ってもらう必要がある<sup>1)</sup>。SDM を必要とする人々はむしろ社会的弱者であり、複雑な専門知識をなかなか理解しにくい。しかし、SDM に参加する患者(受診者)は教育レベルが高く、若年者であることが指摘されている<sup>2)</sup>。SDM に興味を持ったとしても専門知識やリスクの概念だけではなく計算力や理解が乏しいゆえに SDM の参画を躊躇する場合もある。実際に専門知識を持つ医療者と話し合うきっかけをつくることも容易ではない。この解決策として、SDM のきっかけを作るということから、3つの質問から始める「Ask 3 Questions」<sup>3)</sup>が提案されている。また、複雑で膨大な

専門知識をより分かりやすく伝える工夫が必要となる。しかし、最近のレビューでは、知識の改善のみが SDM を推進するのではなく、患者(受診者)が SDM に参加する意欲、自分の知識への信頼、SDM に参加することによる自己達成感等の活力の必要性が強調されている<sup>4)</sup>。

## 2)医療者

プライマリケア医を主として対象とした SDM の調査では、臨床的な問題や意思決定に関する議論は 71%で行われていたが、医療の利益・不利益、患者(受診者)の役割、不確実性についてはほとんど議論されておらず、患者(受診者)の理解度にはほとんど関心がなかった。こうした背景には、医療者にとって多忙な勤務で十分な時間のない中での SDM が負担となっていることも影響している<sup>4,5)</sup>。しかし、患者(受診者)とより身近で接触する機会の多い職種(具体的には看護師)がより SDM の必要性を認識しているとする報告もある<sup>6)</sup>。テーマ分析を主体とした本研究では、医療者にとって SDM の意識を高めること、医療の新たな体制の整備、DA の活用、SDM を推進するリーダーシップが重要であるとしている。英国 NHS の SDM ガイダンスで、医療者の教育とともに SDM を牽引していく SDM Champions の存在の重要性が指摘されている<sup>7)</sup>。

また、SDM の経済的インセンティブや優先順位による段階的实施などの検討も行われている。しかし、これらの問題以外にも医療者自身が必ずしも SDM について理解していないことや教育機会がなかったことなども障害となることが報告されている<sup>8)</sup>。

## 3)体制

SDM はケアの一環として位置づけられ、医療者が SDM を適切に対応できるような体制を求めている。英国での SDM は法的な裏付けのもと、診断・治療の過程に組み込まれ、個人への対応、SDM 支援体制、教育支援、公共的サービスによる包括的な支援が行われ推進されている<sup>7)</sup>。多くの医療者は必ずしもこうしたトレーニングの必要性を認識していないが、SDM のトレーニングを受けた医療者が中心となり意識変革を進めることも重要であるとしている。

European Commission による精度管理ガイドラインでは、患者(受診者)とのコミュニケーションをとり、正しい情報を伝え検診参加についての選択(Informed Choice)を推進することを提言している<sup>9)</sup>。2021 年の更新版においても、乳がん検診は患者(受診者)中心主義の方針のもとに、SDM を推進することが推奨されている<sup>10)</sup>(表 4)。さらに、コミュニケーションや患者(受診者)にとって必要な情報や価値観に配慮しながら、情報提供を求めている。そのために、医療者へのコミュニケーションスキル、SDM、正しい情報提供の方法などのトレーニング、さらには検診対象者のモニタリングを行い、患者団体メンバーも含み、その結果を評価することを必要条件として提示している。

表 4. European Commission による乳がん検診患者(受診者)への情報提供の条件

大項目	No	条件
Patient relevance	1	検診提供チームのメンバーはコミュニケーションスキルやSDMのトレーニングを受ける
	2	トレーニングには患者(受診者)の適切な情報提供を行うためのスキルの研修を含む
	3	定期的に患者(受診者)の経験や満足度についての調査を行う
	4	調査結果に基づく改善をする
	5	対象者とのコミュニケーションや調査について患者団体の評価を受ける
Patient information	1	リーフレットや患者(受診者)情報は地域実情に対応させる
	2	情報提供ツールはわかりやすく、診断、治療、追跡、有害事象の情報を含む
	3	情報提供ツールは地域の支援団体、診療が受けられるか、セルフマネジメントの情報を含む
	4	情報提供ツールはタイムリーに作成し、作成日/更新日を記載する
	5	情報提供ツールはアクセスしやすいようにする
	6	情報提供ツールの作成には患者(受診者)を参画させる

#### 文献

- 1) Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med. 1997;44(5):681-92.
- 2) Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making? Arch Intern Med. 1996;156(13):1414-20.
- 3) Lloyd A, Joseph-Williams N, Edwards A, Rix A, Elwyn G. Patchy 'coherence': using normalization process theory to evaluate a multi-faceted shared decision making implementation program (MAGIC). Implement Sci. 2013;8:102.
- 4) Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. Patient Educ Couns. 2014;94(3):291-309.
- 5) Pieterse AH, Stiggelbout AM, Montori VM. Shared Decision Making and the Importance of Time. JAMA. 2019;322(1):25-26.
- 6) Ankolekar A, Steffensen KD, Olling K, Dekker A, Wee L, Roumen C, Hasannejadasl H, Fijten R. Practitioners' views on shared decision-making implementation: A qualitative study. PLoS One. 2021 Nov;16(11):e0259844.
- 7) NHS England and NHS improvement. Shared Decision Making Summary guide. 2019. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/shared-decision-making-summary-guide-v1.pdf>
- 8) Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH; Shared Decision-Making Workgroup of the U.S. Preventive Services Task Force. Shared decision making about screening and chemoprevention. a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. Am J Prev Med.

2004;26(1):56-66.

- 9) European Commission. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis Fourth edition. 2006. [https://screening.iarc.fr/doc/ND7306954ENC\\_002.pdf](https://screening.iarc.fr/doc/ND7306954ENC_002.pdf)
- 10) European Commission. Manual for breast cancer services European quality assurance scheme for breast cancer services. 2021. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/4396c5df-dd3d-11eb-895a-01aa75ed71a1>

### III. SDM:がん検診への応用

近年では、診療だけではなく、がん検診においても SDM の推進が求められている。がん検診の提供は国や地域の体制により異なり、集団を対象として広く情報を伝えることを目的として、リーフレット、ホームページ、DVD などの伝達手段が作成されてきた。こうした一方向性の伝達手段だけでなく、SDM は受診の意思決定に伴うコミュニケーションである。従って、SDM は従来の情報伝達や受診率対策だけでなく、対象者への公平な受診機会を提供するための新たなコミュニケーション方法として期待されつつある。

#### 1. がん検診における SDM の考え方

臨床現場での SDM とは異なり、地域や集団を対象とした介入という点から、Informed Decision Making、Informed Choice といった表現が用いられる場合もある。米国 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ガイドラインでは、Informed Decision Making は集団を対象とした介入とし、臨床現場で用いられる SDM を包括する概念としている<sup>1)</sup>。近年では、患者(受診者)・医療者間のコミュニケーションの用語として Informed Decision Making よりも SDM が広く用いられている。

USPSTF は、医療者と患者(受診者)との予防や検診・健診にかかわる意思決定プロセスにおいて、以下の 4 つの要因が必要であるとしている<sup>1)</sup>。①対象となる疾患のリスクや重症度の理解、②利益・不利益、選択肢、不確実性についての理解、③利益・不利益に対する価値づけ、④患者(受診者)にとって満足のいくレベルで意思決定が行われること。これらを達成することが、医療者と患者(受診者)の両者が参加する、SDM の目指す方向である。また、USPSTF では検診や予防のための SDM の目的として、自律性の確保、患者(受診者)・医療者間の信頼関係構築、知識の改善、嗜好・価値観の尊重、健康アウトカムの改善、選択した方法の遵守率改善をあげている<sup>2)</sup>。しかしながら、SDM の遵守率に関する研究は少なく、健康アウトカムへの寄与は十分な検証がされていない。

#### 文献

- 1) Briss P, Rimer B, Reilley B, Coates RC, Lee NC, Mullen P, Corso P, Hutchinson AB, Hiatt R, Kerner J, George P, White C, Gandhi N, Saraiya M, Breslow R, Isham G, Teutsch SM, Hinman AR, Lawrence R; Task Force on Community Preventive Services. Promoting informed decisions about cancer screening in communities and healthcare systems. *Am J Prev Med.* 2004;26(1):67-80.
- 2) Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH; Shared Decision-Making Workgroup of the U.S. Preventive Services Task Force. Shared decision making about screening and chemoprevention. a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med.* 2004;26(1):56-66.



## 2. DA の活用

DA による介入の効果を検証した初めてのランダム化比較試験は 1996 年に米国で発表されている。以来、欧米諸国では多くのランダム化比較試験が実施され、がん検診の受診を決断する際に重要な 3 つの要因に対する DA の効果が確立されてきた。①がん検診に対する知識、②受診決断における葛藤、③SDM に対する患者(受診者)の捉え方の 3 因子である。具体的には、DA を使用すると(使用しない場合と比較して)検診に対する知識が増え、参加決断の葛藤が解消され、SDM が良好にできたと感じる人が増加する。

この 3 因子以外にもがん検診の受診を決断する際に重要かもしれない要素がいくつか検討されている。例えば、決断に至る態度、決断への確信、決断に対する後悔、SDM における闊達な議論、決断へのかかわり度合い、不安などである。しかし、これらの要因についてはまだ十分な研究が実施されておらず、一定の結論には至っていない。

DA を用いた受診行動(受診に対する意思や実際の受診)に対する効果についても多くのランダム化比較試験が行われ、概ね結果は一致している。具体的には、DA を使用すると(使用しない場合と比較して)前立腺がん検診と乳がん検診については受診行動(受診意思・実際の受診)が減少し、大腸がん検診では受診行動(受診意思・実際の受診)が増加した。一方、肺がん検診では十分な研究が依然として実施されておらず、一定の結論には至っていない。がん種ごとの受診行動の違いには、個々のがん種に対する検診自体の有効性と不利益に関する科学的根拠の違いも影響する。DA により SDM が円滑に行われ、個々のがん検診自体の正確な情報が提供され、対象者は検診についての十分な知識を獲得し、葛藤が解消され、おそらく個人の価値観に基づいて適切な行動がなされたと解釈できる。

## 3. USPSTF における SDM

USPSTF は予防対策における SDM の進め方として、系統的に 5 段階のアプローチ「5A Framework」を勧めている(表 5)<sup>1)</sup>。評価(ASSESS)の段階で、患者(受診者)の要望を確認した上で、助言(ADVISE)で科学的根拠に基づく推奨グレード A と B に相当する予防対策を勧め、代替案を提示しつつ、利益・不利益、科学的根拠の不確実性などの情報を提供する。同意(AGREE)を経て、支援(ASSIST)を行う。さらには、調整(ARRANGE)の段階で経過観察し、次のアクションにつなげるという方法である。同法は行動変容のカウンセリングに応用されている<sup>2)</sup>。

USPSTF は、科学的根拠に基づき推奨グレードを設定しているが、患者(受診者)自身の価値観(value/preference)に基づく選択を重視している<sup>1)</sup>。推奨グレードは科学的根拠を示すだけではなく、各グレードに応じた情報提供を行い、患者(受診者)の価値観を尊重し選択できるよう支援することを勧めている。最近では SDM の考え方をより反映し、ガイドラインの推奨グレードにより SDM の対象、情報提供の内容や提示方法を提案している(表 6)<sup>3)</sup>。推奨のグレードにかかわらず、すべての検診方法の選択には SDM が必要となる。ただし、グレードごとに提供する情報は異なっている(表 7)。推奨グレード A では検診方法の基本的な情報に限定されるが、推奨グレード B や C では利益・不利益を具体的に示すことで、患者(受診者)がより具体的に検討できるような形で情報が

提供されている。推奨グレード D や I ステートメントなど現状では実施できない方法については、積極的な SDM ではなく、必要に応じて議論ができるように準備することを提案している。一方、科学的根拠が明確であり、多くの人が受けるべき推奨グレード A と B については、対象となる方法の利益・不利益、他の選択肢を伝えるとともに、患者（受診者）の理解度や価値観の確認が必要としている。SDM は選択肢が複数存在する場合に限定して行われるわけではなく、推奨される方法の利益・不利益を正しく伝え、判断を支援することにある。選択肢には「受診しない」という判断も含まれることから、基本的に選択肢のない推奨は存在しない。受診をためらう場合には、理解度を確かめた上で議論の期間を設けることが追加されている。最も対応が問題となるのは、一部の対象者に条件付きで推奨するグレード C である。推奨グレード C は利益・不利益の差が小さいことから対象が限定され、選択する・しないの両者が存在する。その最たる例が PSA 検診であり、その場合には、検診の利益・不利益バランスを定量的に評価できるファクトシートが用いられる。

**表 5. 5A Framework**

5A Framework		内容
ASSESS	評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者（受診者）の必要としている健康改善（緊急の対応が必要か、予防対策は利用できるか）</li> <li>意思決定においてどのような役割を努めたいか</li> </ul>
ADVISE	助言	<ul style="list-style-type: none"> <li>科学的根拠に基づき推奨されている予防対策</li> <li>代替案となりうる予防対策（科学的根拠がない、あるいは不明な予防対策）</li> <li>科学的根拠に基づく情報（利益・不利益、代替案、不確実性）</li> <li>適切な根拠があれば勧める</li> </ul>
AGREE	同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者（受診者）の価値観を明らかにする</li> <li>次のアクションを決める</li> </ul>
ASSIST	支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービスを提供する</li> </ul>
ARRANGE	調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>経過観察</li> <li>将来のプランをたてる</li> </ul>

表 6. USPSTF における推奨グレード別 SDM<sup>3)</sup>

推奨グレード	利益と不利益の差	対応	結果	例
A	利益が不利益を大きく上回ることが確実である	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利点と欠点、妥当な対象、他の選択肢を提示する</li> <li>・患者（受診者）の価値観や理解度を確認する</li> <li>・ためらう人がいたら、理解度を確かめて議論する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの人は受容</li> <li>・受容できない人もいることを理解する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ HIV感染リスクの高い人の予防薬服用</li> </ul>
B	利益が不利益をある程度上回ることが確実である	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者（受診者）の価値観が判断に影響する可能性あり</li> <li>・利点と欠点、妥当な対象、他の選択肢を提示する</li> <li>・患者（受診者）の価値観や理解度を確認する</li> <li>・ためらう人がいたら、理解度を確かめて議論する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの人は受容</li> <li>・受容できない人もいることを理解する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・乳がんハイリスク者の予防薬服用（タモキシフェンなど）</li> </ul>
C	利益が不利益をわずかに上回ることが確実である	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者（受診者）の価値観が判断により影響する可能性あり</li> <li>・利点と欠点、妥当な対象、他の選択肢を提示する</li> <li>・患者（受診者）の価値観や理解度を確認する</li> <li>・質問する人だけではなく、すべての人に公平に対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・選択する人もしない人もいる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ PSA検診</li> </ul>
D	利益がないかあるいは利益が不利益を上回ることはないということが確実である	<ul style="list-style-type: none"> <li>・議論ができる準備をする</li> <li>・質問されない限りは議論は不要</li> <li>・症状がない場合には勧めない</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 卵巣がん検診</li> </ul>
I	科学的根拠が不十分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・質問される場合に備え、科学的根拠がないことを説明し議論する準備をする</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・心房細動検出を目的とした心電図検診</li> </ul>

表 7. 推奨グレード別情報比較

推奨グレード	例	介入方法の説明					利益・不利益バランス
		内容	対象	必要性	効果	副作用	
A	HIV予防	✓	✓	✓	✓	✓	
B	乳がん予防	✓	✓	✓	✓	✓	✓
C	PSA検診						✓

## 文献

- 1) Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH; Shared Decision-Making Workgroup of the U.S. Preventive Services Task Force. Shared decision making about screening and chemoprevention. a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med.* 2004;26(1):56-66.
- 2) Whitlock EP, Orleans T, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):267-84.
- 3) US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana MD, Caughey AB, Davis EM, Donahue KE, Doubeni CA, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Pbert L, Silverstein M, Stevermer J, Tseng CW, Wong JB. Collaboration and Shared Decision-Making Between Patients and Clinicians in Preventive Health Care Decisions and US Preventive Services Task Force Recommendations. *JAMA.* 2022;327(12):1171-1176.

#### IV. 我が国における受診率対策

がん検診が十分な効果を示すためには、多くの人にがん検診を受診してもらうことが必要である。諸外国では受診率対策としてがん検診受診者に受診案内を送付するコール、未受診者へのリコールが標準的に実施されている。米国 The Community Preventive Services Task Force (CPSTF)<sup>1)</sup> のレビューでは乳がん検診・子宮頸がん検診・大腸がん検診において手紙や電話によるコール・リコールが推奨されている。

我が国でもがん対策推進基本計画においてがん検診受診率の目標が掲げられ、市区町村はその対策に励んできた。市区町村のがん検診受診率対策はがん検診実施状況調査から把握することができる。市区町村のがん検診受診率対策の効果指標はがん検診受診率である。2016-2019 年度における全国 1,739 市区町村の肺がんと乳がん検診受診率中央値はそれぞれ 10.2-11.7%、21.3-21.9%でほぼ横ばいであった(厚生労働省、地域保健・健康増進事業報告)。個別受診勧奨を行った市区町村は肺がん検診では 63.6%から 82.0%に増加した一方、乳がん検診は 82.6%から 86.6%とわずかな増加にとどまっていた。肺がん検診の場合、「個別受診勧奨あり」の受診率中央値 11.6%、「個別受診勧奨なし」の受診率中央値 8.8%であった。乳がん検診の場合、「個別受診勧奨あり」の受診率中央値 22%、「個別受診勧奨なし」の受診率中央値 18.4%であった。

肺がん検診と乳がん検診の受診勧奨方法は類似しており、「個別に郵送で通知」が最多で約 70-80%の市区町村が実施していた。次いで「世帯主宛に通知」が約 20-25%、「個別訪問(非自治体職員)」が約 10-15%実施されていた。「個別に電話で通知」が約 5-7%、「個別訪問(自治体職員)」は約 2-4%であった。受診勧奨法別の肺がん/乳がん検診受診率中央値は、「個別に郵送で通知」10%/20.8%、「個別に電話で通知」9.1%/20.1%、「個別訪問(自治体職員)」11.4%/20.4%、「個別訪問(非自治体職員)」16.8%/27.9%、「世帯主宛に通知」15.5%/27.2%であった。「個別訪問(非自治体職員)」と「世帯主宛に通知」を両方実施している市区町村は約 200 であり、肺がん/乳がん検診受診率中央値はそれぞれ 16.5%/28.8%であった。

対象者全員に個別受診勧奨を実施した市区町村の割合は肺がん検診では 49.7%から 53.9%、乳がん検診では 35.9%から 48.3%へと増加している。節目年齢の者や特定の年齢幅の者への勧奨は乳がん検診でやや多く実施されており、市区町村国保加入者への勧奨は肺がん検診でやや多く実施されていた。

個別受診勧奨の実施は受診率向上の重要な要因であるが、検診対象者全員に実施できている自治体は約半数にとどまっており、国内においては「個別訪問(非自治体職員)」と「世帯主宛に通知」の方が受診率は高い。ただし、両者を組み合わせても受診率向上は見られない。これは受診勧奨方法自体が優れているのではなく、両者に共通する別の要因があるとも推察される。核家族化、共働き世帯の増加、個人情報保護への意識の高まりなどの社会環境下では世帯主への郵送や個別訪問は手間のかかる勧奨法であるが、あえてこういった手法を選択できる自治体は地域や家庭の関係性が良いと考えられる。そういった地域の住民は適切な支援を受ければ、良い健康行動をおこしやすいのかもしれない。

## 文献

- 1) The Community Guide. Cancer Screening: Multicomponent Interventions Colorectal Cancer. 2019.  
<https://www.thecommunityguide.org/findings/cancer-screening-multicomponent-interventions-colorectal-cancer.html>

## コラム:大腸がん検診未受診・精密検査未受診の理由

研究班では、大腸がん検診に焦点をあて、水戸市で大腸がん検診未受診であった62歳、63歳の地域住民を対象にインタビュー調査を行った。インタビュー内容を分析したところ、大腸がんの症状として言われている自覚症状がないため検診の必要性を感じていないこと、便の採取が難しいというイメージがあること、大腸がん検診を誤って認識している(例えば給食者の食中毒の検査など)こと、大腸がん検診に関する意識が低く、市の案内に関心が向かないことなど、複数の理由が重なって未受診となっていた。

一方、精密検査未受診者を対象に職域で行ったインタビュー調査では、便潜血検査の意義(精密検査を受けなくてはならないという考えはなかったなど)、精密検査に関する知識が不十分であること(便潜血検査で陽性になるとどのような病気の可能性があるのかなど)、受診先あるいはどのような検査を受けるべきか戸惑いがあること、などが未受診の理由としてあげられた(表8)。

医療者側は、医療者が想像しているより患者(受診者)のがん検診に関する認識が不十分であることを前提に、患者(受診者)の状況を適切にアセスメントし情報提供・支援をしていく必要がある。

表8. 大腸がん検診精密検査受診の疑問や不安

カテゴリー	例
精密検査受診の必要性	1回でも陽性であれば精密検査が必要か 健康診断で便潜血検査が陽性となり、再度、近医で便潜血検査を行ったが陰性 精密検査が必要なことは知っている
便潜血検査陽性の原因	体の不調もなく、自覚症状もないため、潜血が出ているのか不思議に感じている 痔でもないのに陽性になったので原因を調べたい 陽性の意味とどのような病気がある可能性があるのか
精密検査の内容	精密検査の内容については知らなかった 会社から精密検査を受けてくれと言われているから、受けなくてはならない 精密検査についてよくわからないので、言われたようにする
精密検査が受けられる受診先	精密検査を受ける病院もみつけていない 精密検査は受けたいが、かかりつけ医はなく相談できる場所がない 検査できる場所を紹介してもらえるのであれば紹介してほしい 自宅近くでの検査機関を知りたい
休暇やアクセス良好な場所を優先した受診先	ポリープがあれば一度で検査を済ませることを希望 ポリープ切除については、すぐには休みの調整ができないので希望しない 仕事の休みの日を受診日として希望 休みの日に合わせて予約してもらえらるならクリニックAを希望 自宅に近い方が良いと思っていた
検査内容に関する不安	前日の下剤の服用時間について 始めてなので緊張している 大腸内視鏡検査では、下剤を飲んだりするのが大変だと聞いている 下剤でお腹が痛くなって途中で電車を降りなくてはならないか心配 検査中の痛みについて
費用や支払い	検査費用について クレジットカードの使用について

## V. 新たな支援対策: ナースナビゲーション

### 1. ナースナビゲーションとは

患者ナビゲーション(Patient Navigation)は 1990 年代にニューヨークの病院でマンモグラフィに異常所見のあった社会的弱者を支援するために開発された方法である。支援を担当するのが主として看護師であることからナースナビゲーションといわれることが多いが、医療の資格がない人でも一定のトレーニングを受けて担当することもありうる。米国では National Cancer Institute (NCI) と American Chemical Society (ACS) が共同で患者ナビゲーションの研究を行い、2008 年には法制化され、さらに 2011 年には Affordable Care Act に引き継がれている。

患者ナビゲーションの定義は様々であるが、基本的にはバリアに焦点をあてた介入方法である<sup>1)</sup>。Wellsらは、患者ナビゲーションの特徴として、以下の 5 項目をあげている。

- 特定の問題に対して個々の患者に対応する
- 提供されるサービスが完遂できるエンドポイントが設定できる
- がん関連ヘルスケアの問題に対応するヘルスサービスが特定できる
- がんのケアにアクセスするための患者レベルのバリアが特定できる
- 一連のがんのケアへのアクセス遅延を減少させる

CDC の The Community Guide によると、大腸がん検診受診率対策として多角的な介入を推奨している<sup>2)</sup>。個別の対策よりも、複数の戦略(利便性、教育、個別支援など)を組み合わせた一連のプログラムの効果が認められている。

ナースナビゲーションは開発当初から乳がん検診や大腸がん検診に利用され、近年では肺がん検診にも応用されている。便潜血検査陽性後の精密検査受診勧奨の効果に関するシステマティックレビューでは、効果があるのはナースナビゲーションと提供者へのリマインダーであった<sup>3)</sup>。がん検診の精密検査受診勧奨におけるナースナビゲーションは研究だけではなく、プログラムにも応用されている<sup>4)</sup>。プログラムにおいても、便潜血検査陽性後の精密検査受診勧奨で効果が認められたのはナースナビゲーションと提供者へのリマインダーであり、精密検査受診率は 10%強増加した。CDC の支援を受けたオハイオ州やニューハンプシャー州ではナースナビゲーションにより、全大腸内視鏡による検診受診率が増加したばかりでなく、検査のキャンセルの減少や前処置の改善も報告されている<sup>5,6)</sup>。

### 文献

- 1) Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E, Mandelblatt JS, Paskett ED, Raich PC; Patient Navigation Research Program. Patient navigation: state of the art or is it science? Cancer. 2008;113(8):1999-2010.
- 2) The Community Guide. Cancer Screening: Multicomponent Interventions Colorectal Cancer.



2019.

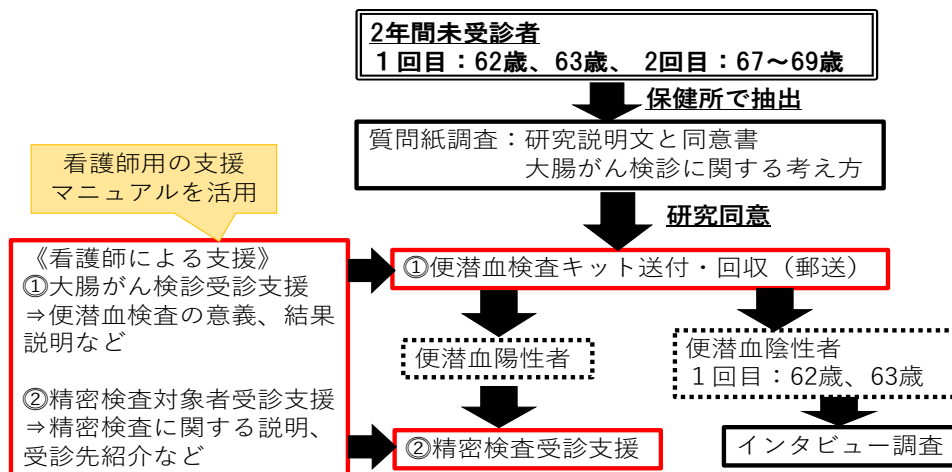
<https://www.thecommunityguide.org/findings/cancer-screening-multicomponent-interventions-colorectal-cancer.html>

- 3) Selby K, Baumgartner C, Levin TR, Doubeni CA, Zauber AG, Schottinger J, Jensen CD, Lee JK, Corley DA. Interventions to Improve Follow-up of Positive Results on Fecal Blood Tests: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2017;167(8):565-575.
- 4) Selby K, Senore C, Wong M, May FP, Gupta S, Liang PS. Interventions to ensure follow-up of positive fecal immunochemical tests: An international survey of screening programs. *J Med Screen.* 2021;28(1):51-53.
- 5) Rice K, Gressard L, DeGroff A, Gersten J, Robie J, Leadbetter S, Glover-Kudon R, Butterly L. Increasing colonoscopy screening in disparate populations: Results from an evaluation of patient navigation in the New Hampshire Colorectal Cancer Screening Program. *Cancer.* 2017;123(17):3356-3366.
- 6) DeGroff A, Gressard L, Glover-Kudon R, Rice K, Tharpe FS, Escoffery C, Gersten J, Butterly L. Assessing the implementation of a patient navigation intervention for colonoscopy screening. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):803.

## 2. 研究班事例報告:精密検査受診支援ナースナビゲーション

大腸がん検診におけるナースナビゲーションの応用として、水戸市において過去 2 年間に大腸がん検診未受診であった 60 歳代の一部の住民を対象に、便潜血検査キットの送付・回収と便潜血検査陽性者には看護師による受診勧奨を含むプログラム介入を試みた。プログラム内容は、研究説明書に同封した大腸がん検診に関するリーフレットによる教育・受診勧奨と便潜血検査郵送(配布・回収)1日法による利便性の向上など複数の戦略を組み合わせた。郵送法を用いることで、便潜血検査キット回収率が 95%を上回った(図 1)。

図 1. 研究のながれ

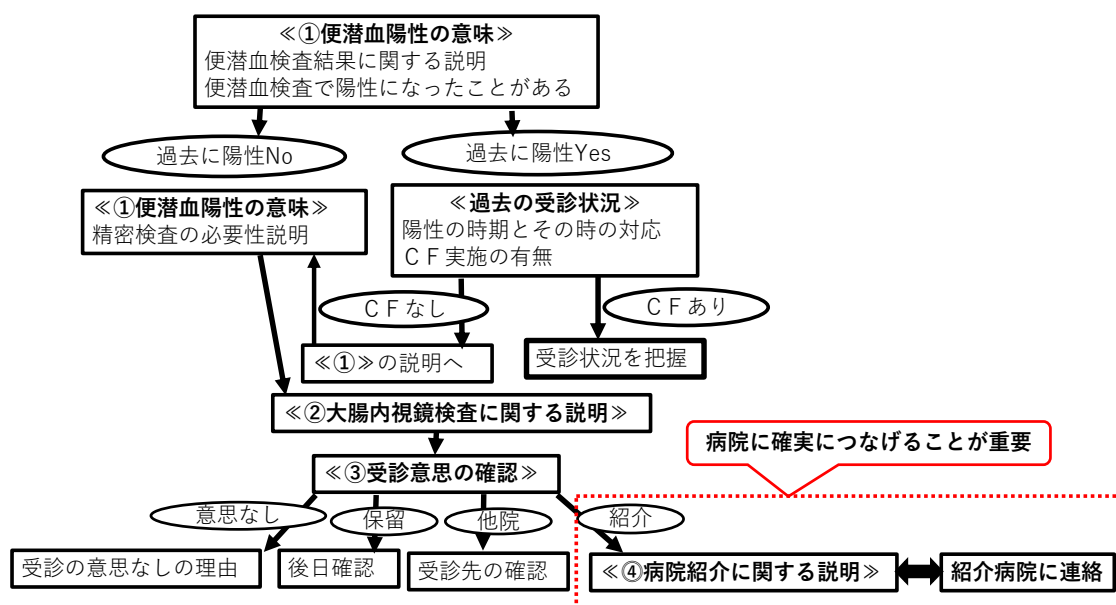


さらに、本プログラムに参加の便潜血検査陽性者には、事前に登録されていた連絡先に看護師が直接電話をし、精密検査受診を支援した。陽性者の既往歴や現病歴、便潜血検査陽性に関する捉え方などをヒアリングし、①便潜血検査陽性の意味や精密検査の必要性などについて情報提供した。次に、②全大腸内視鏡検査に関して検査方法や検査時間、費用のほか、検査によるメリット、デメリットを伝え、受診者の意思決定を支援した。さらに、③受診者が確実に受診に至るよう、希望する全大腸内視鏡実施医療機関に看護師が受診予約を行った。水戸市における従来の精密検査受診率は50%以下であったが、ナースナビゲーションにより、精密検査受診率は80%-90%に改善した。なお、精密検査受診者から9人のがんが発見され、検診参加者1,034人に占めるがん発見率は0.9%であった(図2)。

この介入プログラムでは看護師が受診者に個別の対応を行い、個々の要望や疑問に直接対応した。介入に先立ち、受診者からの質問を想定した回答(Q&A)や協力医療機関の情報など、事前に看護師のナビゲーションを円滑にする大腸がん検診支援マニュアルを作成し、活用した。さらに事前に全大腸内視鏡検査実施機関を設定し、受診者情報を共有することで、終了までのプロセスを確認することができた。

ナースナビゲーションによる精密検査受診支援を行ったが未受診となった理由は、入院など受診者の体調によるもの、費用に関する経済的理由などのほか全く連絡がつかないものや、信念をもって精密検査を受けないものであった。しかし、個別支援をきっかけに検診完遂に至る可能性が高くなることもこの介入プログラムによって示唆された。

図2. 看護師による精密検査受診支援



## VI. 我が国におけるがん検診の情報提供や支援の考え方:研究班の成果から

### 1. 公衆衛生的視点

がん検診は地域・職域における健常者が対象であり、医療機関で行う個別の対応とは異なる戦略が必要である。がん検診受診率の向上に向けて、コール・リコール、リーフレットの作成やナッジの応用が検討されてきた。それらの複合的な効果もあり、がん検診の受診率はがん対策推進基本計画の目標値には満たないものの増加傾向にある。しかし、受診意義は依然として十分には浸透しておらず、一定層の未受診者への対応は十分に検討されていない。

諸外国とは異なり、我が国ではがん検診は集団検診を主体として提供されてきた。しかし、近年では医療機関による個別検診が広まり、特に都市部では主体となりつつある。諸外国では、かかりつけ医からがん検診の説明や提供を受けるのに対して、我が国では医療者からの説明や支援がないままに、自らががん検診の受診についての意思決定を下している。しかしながら、地域における受診率の低迷を見る限りでは、本来がん検診を受けるべき人々に正しい情報が行きわたらず、受診機会を逸している可能性がある。これまでの受診率対策は対象者への一律アプローチにより受診率向上を目指してきた。しかし、すべての人々が健康な生活を送ることが究極の目標であるとすれば、正しい情報が得られない、あるいはがん検診へのアクセスが困難である人々への支援策の検討も必要となる。本研究班では、公衆衛生学、疫学、経済学などの観点から、がん検診の情報提供や受診率対策についての検討を行い、我が国においてがん検診のSDMを進めるうえでの基本的な考え方を提示した。

### 2. がん検診の情報提供や支援の考え方:がん対策推進基本計画からの検討

がん検診(がんの早期発見)はがん対策推進基本計画における重要な施策の一つである。第4期目に向けた基本計画策定プロセスにおける議論において、がん検診の充実が全体目標に示されるとともに、受診率向上対策、精度管理、科学的根拠に基づくがん検診の実施の重要性が強調されている。

第3期基本計画では、過去2期の取り組みを踏まえ、科学的根拠に基づくがん検診を組織的に精度管理を行い実施していくこと、職域検診などと連携する重要性が強調されており、推奨事項の抽出についても、実施体制に加え、普及啓発・DA、個別勧奨、精度管理・事業評価、職域検診との協業の領域において新たな項目があげられた。

都道府県の比較においては、市区町村ごと、圏域ごと、あるいは年代・性別ごとの受診率を把握したり、検診の理解、利益・不利益に関する意識調査に基づいて啓発に向けた計画を記載している県も見られた。政策的な観点から、がん検診の意思決定支援ツールに必要な視点として、以下の要素を取り入れることが望ましい。

#### 1) 住民の意向を踏まえた受診率向上に向けた課題を抽出する(意識調査の実施と分析)

「がん対策に関する世論調査」などで、「受ける時間がない」「健康に自信がある」「必要性を感じ

ない」「いつでも医療機関を受診できる」「がんが見つかるのがこわい」などの理由で受診率が低い背景の分析がなされており、都道府県においてもきめ細かな受診率の分析や、年代・性別ごとの意識調査等で課題の抽出を行い、勧奨に向けた課題を明確化し、住民(受診者)の立場に立った分かりやすい情報提供や受診しやすい環境整備に活用することが望まれる。

## 2) 普及啓発の取り組みについて、実施主体と対象を明示して立案実施する(普及人材、情報発信など)

「推進サポーター制度(群馬県 がんに強い群馬づくり推進サポーター制度)」「情報ポータルサイトによる啓発(福井県 がん検診受診勧奨センター)」「医療従事者による啓発(がんよろず相談医、がん検診サポート薬剤師など)」などの取り組みは実施主体を明示して立案実施している。都道府県のこれまでの取り組みを踏まえ、住民へさまざまな機会にがん検診の受診、受診機会の正しい活用について啓発を推進することが望まれる。

## 3) 検診の利益・不利益に関する適切な情報提供を含む、効果的な発信を実施する(DA の活用、個別勧奨における再勧奨や、精密検査受診の個別勧奨、企業や健康保険組合との協業など)

普及啓発に関する実施計画においては、特に注力すべき対象を明らかにし、評価指標を明らかにした上で、多様なステークホルダー参画のもとでの取り組みが望まれる。その際に、利益・不利益についての理解や DA の活用や普及にあたっては、標準的な資材を活用した啓発や、関係者への説明会、職域や健康保険組合との連携などがなされることが望ましい。

### 3. 経済学的な視点からの情報提供や支援の3つの意義

がん検診の受診意思決定について経済学の最も古典的な見方は、合理的に判断しているというものである。図 3 を見てみよう、対象者は検診の便益と検診の費用の両者を考慮する。ここでは、便益として死亡率低下、偽陽性による不必要な精密検査、検診そのものの侵襲の 3 つがあるとしよう。死亡率低下は正の便益をもたらすが、偽陽性による不必要な精密検査と検診そのものの侵襲は負の便益をもたらす。

一方費用として、検診の自己負担金、検診場所への交通費、検診の時間費用の 3 つがあるとしよう。費用のため、これらはいずれも高ければ高いほど検診を受けない選択に促すと経済学では想定する。自己負担と交通費は「お金」としてかかるものであるが、検診の時間費用は「お金」で現れないものである。検診場所までの移動や待ち時間、検診そのものの時間について、その時間を他のことに使ったら得られた便益があるはずである。経済学では、ある選択をしたことで諦めた選択肢の価値も「機会費用」という費用として捉える。

図 3. 検診の便益と検診の費用の間の意思決定



### 1) 合理的な意思決定に向けた情報提供

図 3 で示したような複雑なことを普通の人々が(しかも定量的に)考えられるわけがないと思うかもしれない。もちろん、こうした完全な合理性はあくまで議論の出発点である。

ただ経済学では、便益や費用に関する情報を十分に(つまり専門家と同じレベルの情報量で)持っているのであれば、便益と費用それぞれの要素をどのように重視するかどうかはやはり人によるので、それは選択する人の価値観(経済学では選好と呼ぶことが多い)に任せるのが良いのではないかと考えることが多い。

したがって、がん検診の意思決定についても、便益や費用についての知識が十分であるなら、時間費用の大きさが私にとっては大事だから(時間がもったいないとかめんどくさいというのも時間費用の大きさを示すのかもしれない)、偽陽性による精密検査の可能性が私にとっては大きすぎるから、といった理由つまりある人の選好に基づいて受診しないのは合理的な意思決定の結果であると解釈される。

もちろん、便益や費用についての情報提供や、検診が陽性になった場合など将来の結果について段階を追って説明することは、合理的な意思決定をスムーズにするために不可欠であろう。したがって、経済学の観点から見た SDM の第 1 の意義は、合理的な意思決定に向けた情報提供といえる。

## 2) 非合理的な意思決定を行うことを防ぐ

ヘルスケアに関する意思決定はやや専門的であるため、情報を与えたとしても患者(受診者)が合理的な意思決定をするかどうかは保証されないかもしれない。

合理的な意思決定から外れてしまうような思考のミスを行動経済学では認知バイアスという。認知バイアスは、熟慮の上の意思決定ではなく、情報を簡単に判断しようとするときに生じることが多い。こうした、簡便な情報処理のことをヒューリスティクスと呼ぶ。

(本当はそれほど確率が高くないのに)仲の良い知り合いが検診を受けなくてもがんになったことはないという理由でがん検診を受けなくなるというのは、利用可能性ヒューリスティクスによる認知バイアスである。

「知り合いの方が検診を受けなくてもがんにならなかったと言っても、あなたのがんのなりやすさやリスクとは本来関係ないことがらです。別のこととして考えましょう」と言うように、ヒューリスティクスによりはまってしまう認知バイアスを防ぐことが出来る可能性がある。このように、経済学の観点から見た SDM の第 2 の意義は、非合理的な意思決定を防ぐことである。ただ、ヒューリスティクスによる認知バイアスの可能性がほぼなくなった状態で、やはり受診しないという意思決定をした場合は、やはり合理的な意思決定の結果として(経済学の観点からは)受け入れた方がよいと考える。

## 3) ヒューリスティクスや認知バイアスの危険性を逆に利用して受診を促す

ヒューリスティクスによるバイアスを逆に利用して、強制はせずにより行動を選択するように仕向ける工夫をナッジという。

たとえば、「損失回避」を用いたメッセージがある。人間は同じ利得の大きさであって、「利得を得る」というメッセージより、「利得を得るものを失う」と言う損失を強調したようなメッセージを送る方が、インパクトつまり効用への影響が大きいという傾向がある。このように、経済学の観点からの SDM の意義の 3 つめは、バイアスを逆に利用して受診を促すことである。

ただ、ナッジを用いた受診勧奨は、もともと心理的なバイアスが少なく合理的に判断している人にとっては、自由な選択に介入する過度な勧奨かもしれない。ある程度合理的な患者(受診者)については、情報提供以上の施策を行って受診勧奨を行うのは、個人の自由な意思決定への介入とのトレードオフを考慮する必要があるだろう。

## VII. SDM の実践:がん検診で SDM をどのように行うか

地域・職域のがん検診において、受診対象者とコミュニケーションを取り支援する立場としては、医師よりも身近な保健師・看護師がより現実的と考えられる<sup>1)</sup>。保健師はすでに地域・職域における健康教育や支援を行っており、その一環としてがん検診の SDM を位置づけていくのが理想的であろう。がん検診の未受診者は必ずしも強い意志を持って検診を受けていないのではなく、不正確な知識による誤解や制度に関する情報不足なども障壁となっている。未受診者のがん検診の気づきの機会を提供し、受診支援を併せて行うがん検診型 SDM が現実的であろう。がん検診へのアクセスを高めるためには、SDM の概念を浸透させるとともに、受診への支援対策も併せて検討すべきである。がん検診における SDM の推進に向けて、実現性のあるプランを提案する。

### 文献

- 1) Ankolekar A, Steffensen KD, Olling K, Dekker A, Wee L, Roumen C, Hasannejadasl H, Fijten R. Practitioners' views on shared decision-making implementation: A qualitative study. *PLoS One*.2021 Nov;16(11):e0259844.

### 1. DA に含まれる情報

集団・個別にかかわらず、がん検診の情報として、利益・不利益と選択肢を伝えることが重要である。これまで作成されてきたがん検診のリーフレットに含まれる情報は包括的ではあったが、受診自体の案内や誘導に力点があり、検診自体の課題についての説明は必ずしも十分とは言えなかった。しかし、SDM に発展させるための機会を提供するという観点からは、従来に比べて対象となる方法の利益・不利益を定量的な情報として把握できること、また受診しないという選択も含めた代替案の提示、方法の比較を明示する必要がある。

推奨される方法については、検診の利益・不利益バランスを定量的に評価できるファクトシートが広く作成されており、英国 NHS<sup>1)</sup>、The Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)<sup>2)</sup>、フィンランドがん協会<sup>3)</sup>、ドイツ Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG)<sup>4)</sup>が後援する InformedHealth.org などでも患者(受診者)向けの情報提供ツールを公開している。ただし、近年の患者(受診者)向け情報提供ツールの内容は利益・不利益バランスを科学的根拠に基づき正確性を期すというよりも、がん発見数や要精密検査数、検診の流れを定量的に示し、患者(受診者)にとって直感的に理解しやすい簡便な表示に変化している。

本研究班では「子宮頸がん検診 (HPV 検査・細胞診)」（補足資料 1)、「大腸がん検診便潜血検査」(補足資料 2)、「大腸がん検診精密検査」(補足資料 3) の 3 件の DA を作成した。子宮頸がん検診における細胞診、HPV 検査、大腸がん検診における便潜血検査(免疫法)はいずれも対策型検診として推奨されている方法である。従って、ここでは「検診を受診しない」という選択肢は示していない。各々の検査においても、検査の概要、利益・不利益を比較可能な形で示すオプショングリッドを用いた。さらに、一次検診については、がん検診の効果を把握できるように具

体的な数値により、検診結果を提示した。

## 文献

- 1) NHS England. Promotional material NHS bowel cancer screening: helping you decide. 2022.  
<https://www.gov.uk/government/publications/bowel-cancer-screening-benefits-and-risks/nhs-bowel-cancer-screening-helping-you-decide>
- 2) Canadian Task Force on Preventive Health Care. Patient Frequently Asked Questions Screening for Colorectal Cancer. 2016.  
<https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/colorectal-cancer-for-patients-2/>
- 3) Finnish Cancer Registry. Good to know ABOUT COLORECTAL CANCER SCREENING. 2021.  
<https://syoparekisteri.fi/assets/files/2022/01/Good-to-know-about-colorectal-cancer-screening.pdf>
- 4) InformedHealth.org. Colonoscopy: Information for men. Colorectal cancer. 2021.  
<https://www.informedhealth.org/colonoscopy-information-for-men.html>

## 2. がん検診版 SDM の進め方

基本的には集団を対象としつつ、検診未受診者や精密検査未受診者などを対象とした介入から初めていくことが、より現実的な方法となろう。DA によりがん検診対象者へ情報提供をしつつ、その中で対話を求めている人々を救い上げるシステムを構築していく必要がある。都道府県のがん対策推進計画で示されたサポーター制度やがん検診ヘルプラインなどの活用も考えられる。また、検診未受診者や精密検査未受診者へリコールの段階での相談体制の設定などにより、SDM の機会を広げていく可能性もある。また、SDM のきっかけとなる情報提供ツールについてあらゆる情報媒体が使われているが、依然として印刷物は重要な役割を占めている。

本研究班で行ってきた研究においても、多くの患者(受診者)はがん検診について何らかの疑問や意見を持ち合わせおり、何らかの機会を提供することにより、受診に結び付くことが示された。SDM の進め方については、USPSTF の示す「5A Framework」や Elwyn らの提唱する「3 Talk Model」がある。国内で SDM を行う場合は、患者(受診者)・医療者の意思決定だけではなく、医療機関の紹介や予約などを含む支援が含まれるべきである。

集団をベースとした我が国のがん検診では検診未受診者を対象とした SDM を勧めることは困難である。しかし、大腸がん検診や子宮頸がん検診では精密検査受診率の改善や継続受診につながる可能性はあり、本研究班の試行調査でも一定の成果をみている。特に、ナースナビゲーションの過程に、SDM の手法を取り込むことで、より系統的なアプローチが期待できるであろう(図 4)。

先行研究や本研究班での成果を踏まえ、がん検診版 SDM として、表 9、表 10 の 5 段階アプローチを提案する。基本的な考え方は「5A Framework」や「3 Talk Model」と共通するが、患者(受診者)の価値観を尊重するといった考え方が定着していない我が国では第 3 段階が特に重要である。



大腸がん精密検査未受診を例とし、標準的な支援を示した(表 10)。ASSESS(評価)では精密検査未受診者の立ち位置や未受診理由を確認、ADVISE(助言)では全大腸内視鏡検査を推奨、代替案の大腸コロノグラフィを提示、AGREE(同意)では、受診者の価値観や優先度を探りどちらを受けるかを聞き出し、ASSIST(支援)では医療機関を紹介し、検査の受け方をはじめとする疑問に回答するなど相談支援を継続する。ARRANGE(調整)では、受診日のリマインド、受診後の体調確認、次回の検診やサーベイランスを実施。患者(受診者)の健康意識を通して、個々人の優先順位や価値観を捉える。同時に、科学的根拠に基づく検診の説明により検診に関する誤解をも解いていくことが課題となる。「5A Framework」では、科学的根拠に基づく説明が求められる。受診者の疑問に対応できるよう、科学的根拠や情報を研究班のホームページで提供していく予定である。

図 4. がん検診型 SDM の進め方

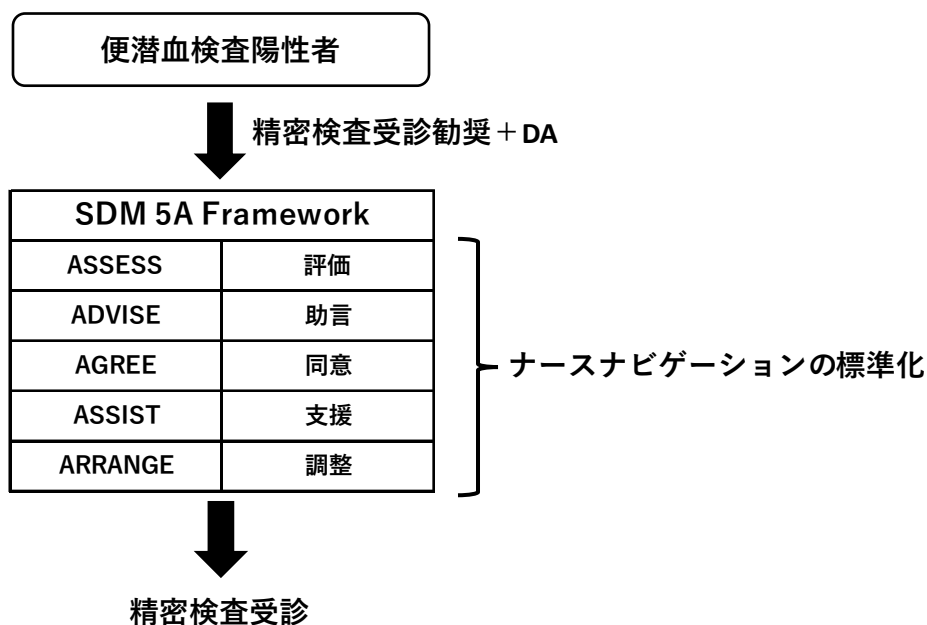


表 9. がん検診版 5A Framework

5A Framework		内容
ASSESS	評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・優先的に解決すべき問題を特定する</li> <li>・患者（受診者）の立ち位置を確認する（受診予定、未受診、受診延期など）</li> <li>・受診する意思はあるか。未受診の理由</li> </ul>
ADVISE	助言	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診/精密検査の方法（推奨される方法、不明な方法）</li> <li>・がん検診/精密検査の利益・不利益</li> <li>・科学的根拠の限界（不確実性）</li> <li>・代替案の提示（推奨される方法と比べる）</li> </ul>
AGREE	同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者（受診者）の健康意識や価値観、優先度を知る</li> <li>・検診（精密検査）を受ける意味を説明する</li> <li>・検診（精密検査）の誤解をとく</li> </ul>
ASSIST	支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検診（精密検査）を受けられる機関を紹介する</li> <li>・検査の特徴や受け方などを説明する</li> <li>・検査に関する疑問があれば支援することを保証する</li> </ul>
ARRANGE	調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査受診日リマインダー</li> <li>・検査後身体状況の確認</li> <li>・次回検診、サーベイランス確認</li> </ul>

表 10. 大腸がん精密検査未受診者向け 5A Framework

5A Framework		便潜血検査陽性者
ASSESS	評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・できるだけ早い時期に精密検査を受ける</li> <li>・未受診（受診予定なし）</li> <li>・精密検査を受診しない理由</li> </ul>
ADVISE	助言	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査としてTCSを勧める</li> <li>・TCSの利点（発見率が高い）とリスク（偶発症）を説明する</li> <li>・TCSを実施しても見逃しはありうる（偽陰性、中間期がん）</li> <li>・代替案（CTC）の提示</li> <li>・代替案（CTC）の利点（発見率が高い）とリスク（偶発症、被ばく）を説明する</li> </ul>
AGREE	同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査としてTCS/CTCのどちらを受けるか</li> <li>・便潜血検査陽性の原因を説明する</li> </ul>
ASSIST	支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査を受けられる医療機関を紹介する</li> <li>・TCS/CTC検査の特徴や受けるための準備を説明する</li> <li>・疑問があればいつでも相談を受ける</li> </ul>
ARRANGE	調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査前日に検査日のリマインダーを送る</li> <li>・検査後に身体状況を確認する</li> <li>・精密検査の結果を確認する</li> <li>・継続検診/サーベイランスを勧める</li> </ul>

TCS：全大腸内視鏡、CTC：大腸コロノグラフィ

### 3. SDM 推進のための研修や支援

英国 NHS による SDM ガイドでは、SDM を推進するために、患者(受診者)、支援体制、医療者、供給体制の 4 つの視点からの整備が必要としている<sup>1)</sup>。

がん検診における SDM を実現していくには、SDM についての啓発を浸透させるとともに、継続的な支援体制の構築が必要である。本研究班ではがん検診や SDM の基本的概念に関する講義とともに、検診の事例をベースとした情報提供や支援対策について KJ 法<sup>2)</sup>を用いた演習を通じてナースナビゲーションの研修会を行っている。SDM を伴うナースナビゲーションが必要と想定される事例(補足資料 4)を提示し、「5A Framework」(補足資料 5)に研修会参加者が各自記入する。その結果をグループ内で検討し、カテゴリー化を行い、ナースナビゲーションの一連の支援対策を作成する。その結果をグループ毎に公表し議論を行うことで、ナースナビゲーションの実践方法を学習する形式をとっている。

我が国の医療では依然パターナリズムの傾向は強く、患者(受診者)への SDM の重要性について十分な理解が得られていない。SDM の推進には医療者の意識改革のために研究成果の公表などを通して継続的に情報発信をしていく必要がある。また、SDM を担う医師・保健師・看護師のための教育機会の提供として、研修会の開催、リカレント教育、e-learning など検討されるべきである。また、教育のみならず、SDM により集積される数多くの疑問点に科学的根拠に基づいた情報提供ができる機会をホームページなどで提供する必要もある。そのためにも、SDM を通じたネットワークを活用しながら、SDM 普及のための継続的支援体制が整備されることが望まれる。

#### 文献

- 1) NHS England and NHS improvement. Shared Decision Making Summary guide. 2019. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/shared-decision-making-summary-guide-v1.pdf>
- 2) 川喜田二郎. 発想法 改版-創造性開発のために. 中公新書,中央公論社. 2017

## 補足資料

1. 子宮頸がん検診(HPV 検査)DA
2. 大腸がん検診便潜血検査 DA
3. 大腸がん検診精密検査 DA
4. SDM 研修会資料:事例 1、事例 2
5. SDM 研修会資料:5A Framework

## 1. 子宮頸がん検診(HPV 検査)DA

### HPV 検査と細胞診の比較



	HPV 検査	細胞診
開始年齢	30歳以上。20歳代は陽性率が高い(性交開始年代のため、多くの人は一度は感染する)。	20歳以上。
検診間隔	3-5年。HPV感染の有無で将来前がん病変が発症するか予測可能。	1-2年。現在ある前がん病変の有無を判断する。
陽性率	HPV検査でHPVウイルスに感染の有無を診断する検査。感染したことで病気が発生するが、病気の発生していない人も陽性になる可能性あり。	現在、子宮頸がん疑いの病変があるかを判断する。HPV検査より陽性率は低い。
検出率	細胞診より高い。	HPV検査より低い。
精密検査	細胞診で精密検査(コルポスコピー)の対象を絞り込み、必要な人にコルポスコピーを行う。	精密検査(コルポスコピー)が原則。ポーターラインの場合には、細胞診を行うこともある。
過剰治療	より早期の段階で前がん病変を発見し、切除することができる。ただし、その中には進行がんに進展しない病変が多数含まれる可能性がある。細胞診よりのその割合は多いが、詳細は不明。	より早期の段階で前がん病変を発見し、切除することができる。ただし、その中には進行がんに進展しない病変が含まれる可能性がある。HPV検査に比べその可能性は低い。詳細は不明。
進行がんの抑制	細胞診より早期の段階で前がん病変を発見し治療できるので、進行がんは減少する。	早期の段階で前がん病変を発見し治療できるので、進行がんは減少する。

#### がん検診 Q&A

国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」では、市民向けの Q&A を公開しています。

#### がん検診ヘルプライン

「Shared Decision Making 運用マニュアル」WEB サイト

<https://sdm-gankenshin.com/>

がん検診に関するご意見や質問をお受けしています。以下のメールにご連絡ください。

メールアドレス: info@sdm-gankenshin.com

厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)

「がん検診における Shared Decision Making 推進と利益不利益バランスに基づく受診意思決定支援ツール開発のための研究(20EA1024)」研究報告書

作成日: 2022年12月1日 | ホリーフレットに関する利益相反はありません。

### 子宮頸がん検診の新しい検査

## HPV 検査

子宮頸がん検診の目的は、検診受診により子宮頸がんの前段階の病変(前がん病変)を見つけることで進行がんの進展を防ぎ、子宮頸がん死亡リスクを減らすことができます。子宮頸がんは30~40歳代の女性に多いがんです。定期的に検診を受診し、子宮頸がんのリスクを予防しましょう。



子宮頸がん検診の新しい方法として  
HPV 検査が推奨されました。

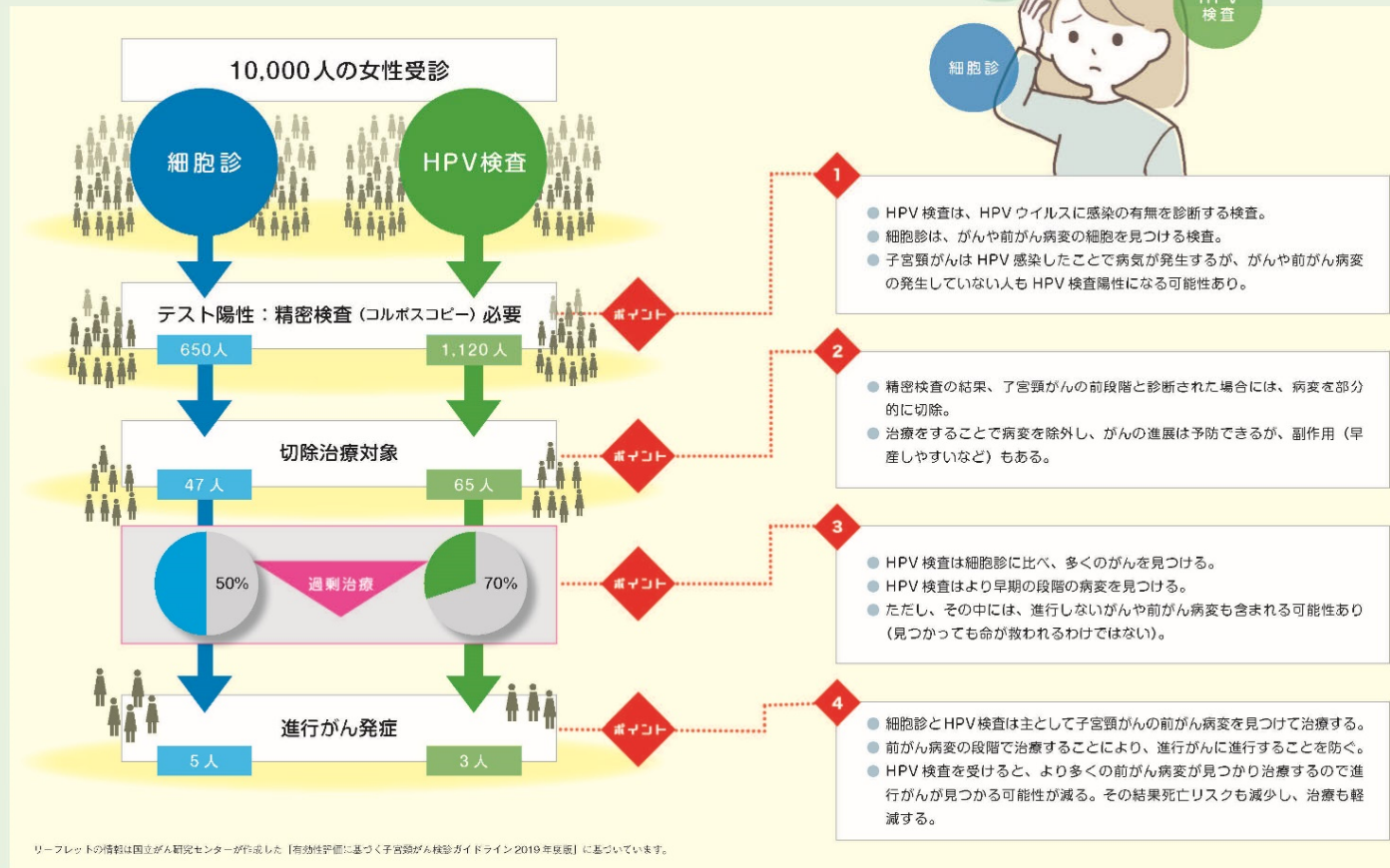


#### HPV 検査の特徴

利点	より多くの前がん病変(子宮がんの前段階)が見つかる。検診を受ける回数が減らせる(検診を受ける間隔が長くなる)。
欠点	より多くの人が精密検査を受ける。そのための時間や費用がかかる。前がん病変の中にはがんにならないものもある。
子宮頸がん検診の他の検査方法	以前から行われてきた細胞診が受けられる。
受けなかった場合	進行がんで見られる可能性が高く、死亡リスクがある。より侵襲性の高い治療(開腹手術など)が必要となる。

がん検診を受ける前に、  
検診の目的やあなたにとって最良の方法は何かを  
かかりつけ医や保健師と話し合しましょう。

**子宮頸がん検診の流れ** 10,000人の女性が子宮頸がん検診を受けた場合、精密検査や治療が必要となる人数を示しています。



## 2. 大腸がん検診便潜血検査 DA

### 大腸がん検診 便潜血検査

大腸がん検診の目的は、大腸がんを発見するだけでなく、大腸ポリープ（大腸がんの前段階）を見つけて大腸がんへの進展を防ぎ、大腸がん死亡リスクを減らすことです。大腸がんは60歳以上で急激に増加します。定期的に検診を受診することで、大腸がんのリスクを予防することができます。

**① 大腸がんになる人はどのくらいいるのか**  
1万人あたり、男性14人、女性10人に大腸がんが発症します。  
（国立がん研究センター がんの統計）

**② どのような検査か**  
大腸がんや大腸ポリープ（大腸がんの前段階）から出血している可能性があります。そのため、便の中に血が混じっているかどうかを調べます。

**③ 便潜血検査の利点**  
自宅で自分で便を採取する簡単な検査です。

**④ 便潜血検査の欠点**  
確実に病変があるかどうかは断定できません。陽性になった場合には、精密検査が必要です。

**⑤ 便潜血検査陰性の意味：大腸がんはないのか？**  
大腸がんの可能性が低いという意味です。ただし、病変から出血がないあるいは出血が微量の場合には発見できません。

**⑥ 便潜血検査陽性の意味：陽性はすべて大腸がんか？**  
大腸がん、大腸ポリープ以外にも、便潜血検査が陽性になります。例えば、痔が原因となるのは約10%です。他の病気の可能性もあります。

**⑦ 精密検査の方法**  
全大腸内視鏡で詳しく調べる必要があります。

### 大腸がん検診 便潜血検査

受診者 10,000人

陰性 9,400人 → 次回の検診を受診

陽性 600人 → 精密検査

精密検査の結果：  
前がん病変 55人  
大腸がん 13人

精密検査（全大腸内視鏡）を受ける内視鏡による偶発症の可能性あり

① 精密検査（全大腸内視鏡）を受ける内視鏡による偶発症の可能性あり

② 内視鏡により前がん病変を摘除 将来の大腸がん発症を減らす

③ 早期の段階で大腸がんを検出 治療の効果が期待できる

平成30年地域保健・健康増進事業報告  
国立がん研究センター「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン 2022年度版」

**がん検診 Q&A**  
国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」では、市民向けのQ&Aを公開しています。

**がん検診ヘルプライン**  
「Shared Decision Making 運用マニュアル」WEBサイト  
<https://sdm-gankenshin.com/>  
がん検診に関するご意見や質問をお受けしています。以下のメールにご連絡ください。  
メールアドレス：info@sdm-gankenshin.com

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）  
「がん検診における「Shared Decision Making」推進と利益不利益バランスに基づく受診意思決定支援ツール開発のための研究（20EA1024）」研究班作成  
作成日：2023年2月1日 本リーフレットに関する利益相反はありません。



### 3. 大腸がん検診精密検査 DA

## 大腸がん検診 精密検査



**便潜血検査陽性の原因**

大腸がん以外でも、痔、憩室、炎症など良性の疾患で便潜血検査は陽性になることがあります。

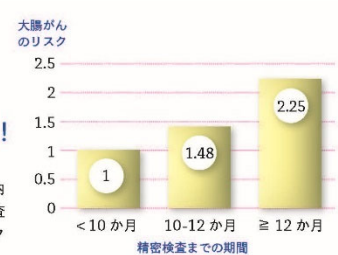
大腸がん（進行がん）	8.2%
大腸ポリープ（大腸がんの前段階を含む）	31.5%
大腸ポリープ（良性）	8.3%
痔	12.4%
憩室（大腸の袋状の病変）	11.8%
その他・不明	9.5%
異常なし	18.2%

（フィンランドの研究：Painola, British J Surgery 2019）

**便潜血検査陽性のお知らせが来たら、できるだけ早く精密検査を受けましょう！**

便潜血検査陽性後、10 か月以内に大腸内視鏡を受けた人に比べて1年以上精密検査を受けないと大腸がんが発見されるリスクは2倍以上になります。

大腸がんのリスク



（Corley, JAMA 2017）

## 大腸がん検診 精密検査

全大腸内視鏡検査以外にも、大腸の精密検査の方法として大腸コロノグラフィ（大腸CT検査）があります。

### 全大腸内視鏡



### 大腸コロノグラフィ



<b>どのような検査か</b>	・内視鏡により大腸を直接観察	・大腸にガスを注入し、CT検査により画像を作成し、大腸の内部を観察
<b>検査の準備</b>	・多量の下剤を飲み、大腸の中に便が残らないようにきれいにする	・前日に検査のための簡単な食事と下剤を摂取し、大腸の中にできるだけ便が残らないようにする
<b>利点</b>	・便潜血の原因を直接確認できる ・病変の一部を採取し、悪性度を診断できる	・便潜血の原因を確認できる ・精度は全大腸内視鏡とほぼ同等 ・多少便が残っていても検査できる
<b>欠点</b>	・頻度は高くないが偶発症（出血や穿孔など）がある	・放射線被ばく ・頻度は高くないが偶発症（穿孔など）がある ・病変の悪性度は診断できない
<b>ポリープ摘除</b>	・可能	・不可能 ・ポリープ摘除の場合には全大腸内視鏡を施行
<b>検査の実施</b>	・内視鏡専門医（消化器科）が望ましい	・CT検査ができれば実施可能だが、検査の拡充ができる施設は限られている

**がん検診 Q&A**

国立がん研究センターがん対策研究所 検診研究部「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」では、市民向けのQ&Aを公開しています。

**がん検診ヘルプライン**

「Shared Decision Making 運用マニュアル」WEBサイト  
<https://sdm-gankenshin.com/>  
 がん検診に関するご意見や質問をお受けしています。以下のメールにご連絡ください。  
 メールアドレス：info@sdm-gankenshin.com

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）  
 「がん検診における「Shared Decision Making」推進と利益不利益バランスに基づく受診意思決定支援ツール開発のための研究（20LA1024）」研究班作成  
 作成日：2023年2月1日 本リーフレットに関する利益相反はありません。



#### 4. SDM 研修会資料:事例 1、事例 2

事例1	
【症例】	50歳女性
【検診受診歴】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不定期受診、2年前に受診している</li> <li>・ 2年前の結果は異常なし</li> <li>・ 精密検査を受けたことはない</li> </ul>
【既往歴】	特になし
【妊娠・出産歴】	なし
【今回の検診経過】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職場の定期検診のオプションとして受診</li> <li>・ 3か月前に報告書を受理。ASC-USの判定で子宮頸がん検診の精密検査を進められたが、受診していない</li> <li>・ 特に症状もないが、月経周期は不定になりつつある</li> </ul>

事例2	
【症例】	29歳女性
【検診受診歴】	なし（今回が初めての受診だった）
【既往歴】	特になし
【妊娠・出産歴】	なし
【今回の検診経過】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職場の定期検診のオプションとして受診</li> <li>・ 1週間前に報告書を受理。HSILの判定で子宮頸がん検診の精密検査を進められたが、どうすれば良いかわからない</li> <li>・ 未婚。結婚の予定はないが、将来子供は欲しい</li> </ul>

5. SDM 研修会資料:5A Framework

5A フレームワーク		具体的な情報提供・支援対策
ASSESS	評価	
ADVISE	助言	
AGREE	同意	
ASSIST	支援	
ARRANGE	調整	

## SDM 運用マニュアル作成研究班

令和2年度～4年度 厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)  
研究課題名:がん検診における‘Shared Decision Making’推進と利益不利益バランスに  
基づく受診意思決定支援ツール開発のための研究(20EA1024)

### 研究代表者

- ・濱島 ちさと(研究総括)  
帝京大学 医療技術学部 教授

### 研究分担者

- ・渡邊 清高(がん検診の適切な情報提供のあり方に関する研究)  
帝京大学 医学部 病院教授
- ・後藤 励(医療経済学による分析、評価の指導)  
慶應義塾大学 大学院経営管理研究科 教授
- ・寺澤 晃彦(Decision Aids の利用、効果検証の調査)  
藤田医科大学 医学部 教授
- ・細野 覚代(がん検診の受診率解析)  
国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部 検診評価研究室 室長
- ・山崎 恭子(受診者情報に関する質的研究)  
帝京大学 医療技術学部 教授

### 研究協力者

- ・中山 富雄  
国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部 部長
- ・齋藤 洋子  
茨城県メディカルセンター 消化器内視鏡センター長

— がん検診ヘルプライン —

Shared Decision Making 運用マニュアル WEB サイト <https://sdm-gankenshin.com/>  
がん検診に関するご意見やご質問をお受けしています [info@sdm-gankenshin.com](mailto:info@sdm-gankenshin.com)