

—特集「基礎科学と臨床医学の融合」第33回公開「シンポジウム」—

スクリーニング検査における当事者の思いとジェンダー

—大腸がん検診と出生前検査の事例から—

菅野 摂子

埼玉大学ダイバーシティ推進センター

Patients' Thoughts and Gender in Screening Tests: Some Case Studies of Colorectal Cancer Screening and Prenatal Testing

Setsuko Sugano

Center for Gender, Diversity and Inclusion, Saitama University

Key words: screening tests, colorectal cancer screening, prenatal testing, NIPT, gender

はじめに

医療社会学は、医療を対象とする社会学研究¹であり、社会疫学から保健医療の政治的分析および学際的研究に至るまで、その範囲は広く多様である²。本稿では、疾病構造の変化などによってますます重視されるようになった予防医学、なかでも近年進歩が著しいスクリーニング検査を取り上げ、その医学的実践が受検者にいかに経験されるかジェンダーの視点から検討する。筆者の行った調査（がん検診として信頼性の高い大腸がん検診³、スクリーニング検査でありながら慎重な運用が目指される出生前検査）を例に論じる。

1. スクリーニング検査とは何か

「スクリーニング」という考え方は比較的新しい。最初に体系的に用語が説明されたのは、1968年 WHO の報告書“PRINCIPLES AND PRACTICE OF SCREENING FOR DISEASE”においてであり、ここでは、症状のない状態で広く一般の人々に「網をかけること」mass screening がまずは想定され、一連の手続き（pathway）としての実施が望まれた。「スクリーニング検査は、病気にかかっている可能性が高いと思われる人と、そうでない人を選別する。スクリー

ング検査は診断を目的としたものではない」と記述され、診断ではないことが強調された⁴。

スクリーニング検査は、「一見健康に見える集団の中で、健康上の問題や疾患のリスクが高い人を特定し、早期に治療や介入を行うこと」であり、「集団内の健康上の問題や疾患の発生率および死亡率を低減すること」⁵を目的としている。他にも「侵襲性の低い治療法を含む重症度の軽減」「個人の選択肢を増やすこと」が挙げられており、これらも含め、スクリーニングの便益（benefit）と呼ばれている。

しかし、個人が選択できるスクリーニング検査、例えばがん検診の受診率は芳しいとはいえない。2022年の国民生活基礎調査では男性の肺がん検診が半数（53.2%）を超えているものの、胃がん検診と大腸がん検診はそれぞれ47.5%、49.5%と半数を割り込んでいる。女性の場合は、これら3疾患のいずれにおいても半数に満たず、特に胃がん検診では36.5%と前回（2019年）と比べて低下した⁶。メディアを通じた積極的な勧奨がみられる乳がん検診および子宮がん検診もそれぞれ47.4%、43.6%である。

他方で、出生前のスクリーニング検査は、上記の「個人の選択肢を増やすこと」の例として挙げられており⁵、精度の高いNIPT（Non Invasive Prenatal Testing）についてはマスキング化への懸念が表明されている⁷。

Correspondence to Setsuko Sugano, Center for Gender, Diversity and Inclusion, Saitama University, 255 Shimo-Okubo, Sakura-ku, Saitama 338-8570, Japan

E-mail: setsukosugano.13@gmail.com

Journal Website (<https://www.nms.ac.jp/sh/jmanms/>)

スクリーニングには偽陽性および偽陰性などの害(harm)もある。偽陽性による害は、不必要な検査を受けること、それにより合併症を引き起こす可能性が生じること、場合によっては不安、悲しみなどの心理社会的影響をもたらすことなどである。偽陰性では、診断の遅れが挙げられ、時には訴訟問題に発展する。こうしたharmは医療システムおよび医療資源に負担をかける⁵。

また、スクリーニング検査は、過剰診断とそれに伴う過剰処置を引き起こす。遺伝子スクリーニングはその典型と名指される⁸。さらに、過剰診断によるリードタイムバイアス、レンジタイムバイアスにより、スクリーニング検査の効果が、実際より高く見積もられることもある。

2. 受検者が経験するスクリーニング検査

過剰診断および過剰処置をめぐる問題が指摘されているものの、それらはあくまでも集団に対する統計的な見方であり、個人が自分の経験した診断を過剰診断と判断するのは難しい。他方で、スクリーニングの便益とされる選択肢の増加、医療的介入や負荷の大きい治療の回避、発症や死亡を遅らせることができた場合などは認知されやすく、人々の経験としても語られやすい。

だが、個人にとってスクリーニング検査の便益が見えやすいということが、受診率に直結しているわけではないのは、先述したがん検診の受診率にも表れている。がん検診の受診率の低迷については、日本対がん協会が大腸がんの啓発月間である3月に「ブルーリボンライトアップ」を呼びかけたり、啓発リーフレット「大腸がん通信」を発行するなど啓蒙活動をしており、受診行動に関する研究もなされているが⁹、人々の社会的背景を質的に探索する研究はわずかである。近年LGBTQなど「性の多様性」がイシューとして取り上げられることが多いが、それは人々の身体的のみならず社会的属性としてジェンダーやセクシュアリティが大きな意味を持っているからである。ジェンダー意識は臨床場面でも重要であるため、本稿ではジェンダーの視点からスクリーニング検査が女性にどのように経験されているのか、大腸がん検診と出生前検査というふたつのスクリーニングプログラムにおける問題を検討する。

(1) 大腸がん検診における困難

大腸がんはがんのなかでも検診によって防げるがん

でありながら^{注1}、国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(厚生労働省人口動態統計)によると、2003年から女性のがん死亡数の第1位に君臨している。大腸がん検診は便潜血検査を行い、陽性とされた場合、二次検査となる精密検査すなわち大腸内視鏡検査を受け、大腸内視鏡検査で大腸内に腫瘍が発見されると、悪性か良性かを診断することになる。一見シンプルなpathwayだが、筆者が大腸がん検診について行ったインタビュー調査^{注2}では、様々な困難が浮かび上がった。

Aさんは、確定診断である大腸内視鏡検査への羞恥心があり、自治体のがん検診で受けた便潜血検査で陽性が2回続いたが、下血があるまで大腸内視鏡検査を受けることはなかった。すでに、刺激物を食べると下痢を起こすようになっていたが、近所のクリニックに行き、市販薬を飲むと症状が落ち着くことを話すと、「それ飲んでで大丈夫なら飲んでたらいいいよ」と言われ、その薬が効かなくなって別の薬でやり過ごすようになって再び相談するも、同じ返答だった。Aさんが、検診の結果をクリニックの医師に見せたかどうかは定かではないが、適切なpathwayが機能していなかった事例であろう。女性医師のいる肛門科を調べたら近所に見つかり、その病院で大腸がんであると診断された。大腸内視鏡検査への恐れは、医療機関を調べることからAさんを遠ざけていた。

大腸内視鏡検査への羞恥心は、本人ばかりが持っているわけではない。Bさんは25歳で大腸がんを診断された。それまで大腸がん検診は毎年受けており、一度も陽性になることはなかったが、肛門付近の痒みと身体の疲れがひどく、肛門科への受診を考え始めていた。親に相談したところ「嫁入り前の娘が行くような病院じゃない」「診察するのに、痔の診察ってどういうふうか知ってるの?」と言われたことから、受診することはなく、発熱して解熱剤を入れた時に出血したことがきっかけで、初めて肛門科を訪れた。痔だと思っていたのが、大腸がんだと診断された時は大きなショックを受けたという。

Bさんの場合、スクリーニング検査で陰性だったことが、大腸がんの可能性を捨象し、「痔で肛門科にかかる」というストーリーに対して、周囲が懸念を示した。スクリーニング検査には偽陽性および偽陰性があるため、結果がどうであれ、症状があれば直ちに受診するという原則があるが、それを理解するのは困難を伴う。

偽陰性とは逆の偽陽性については、理由として痔が挙げられるが、女性の場合には月経血が便に混入する

恐れがある。Cさんは、検診の日が生理の場合、その旨を申告して便を提出していた。「翌年まで待つのは嫌なので」という理由は検診に前向きな姿勢と受け取れるが、結果が陽性だった場合「あの時は生理だったから」という理由で精密検査を受けない可能性がある。

加えて、女性は対象疾患に関わらず検診に対するハードルが高い、という点も見逃せない。Dさんは、子育てに忙しく、一番下の子どもが15歳になって働き始め、職域健診でがん検診を受けることができた。労働安全衛生法に基づく健康診断は従業員の健康管理として雇用者に義務付けられているため、稼得役割を担う夫は受診しやすい。配偶者には企業の福利厚生として検診費用を助成することはあるが、従業員と同じ強制力は働かない。実際にはがん検診は労働安全衛生法による健康診断の必須項目に入っていないが、Dさんのように希望すれば低負担、あるいは無料でがん検診を受けられる企業は少なくない。

(2) 検査の受けやすさから生じるジレンマ：出生前検査の場合

他方で、「あくまで個人の選択」であることが強調されながらも、マスキングスクリーニングが「懸念される」スクリーニング検査がある。NIPTは母体血から、3つの染色体異常性による胎児の疾患をスクリーニングする検査であり、感度、特異度ともに非常に高い¹⁰。診断は羊水検査（もしくは絨毛検査）によってなされるが、その際に流産の可能性があるため、希望者には、まずはスクリーニング検査を受検することが勧められる。ただし、胎児の疾患、というセンシティブな状況は、望んだ妊娠であったとしても中絶を帰結する場合もあり、「胎児の疾患による中絶」という倫理のおよび法的問題を内包しつつ、妊婦には心理的な負担がかかる。

近年、日本の中絶における配偶者同意に批判の眼差しが向けられており、中絶の当事者性が問われるなかで、中絶の可能性に開かれた出生前検査においてスクリーニング検査が果たす役割は大きい。遺伝カウンセリングでは、夫婦で相談するようしばしば求められるが、妊娠という経験を体感する女性と、生まれてから親になる男性との差異はあり、「もし陽性だったら」「もし胎児に疾患があると診断されたら」どうするのか、夫と意見が異なるまま検査を受ける女性もいる。筆者の行ったインタビューでは、不妊治療を経験し夫との意見の違いが平行線のままNIPTを受検した女性がおり、受検するかどうか、陽性だった場合どうす

るかなど、意思決定は非常に難しいと語っていた¹¹。

安全で簡易なスクリーニング検査を受け、陽性なら侵襲性の高い精密検査（確定診断）に進む、という pathway は、その結果が治療ではなく中絶という倫理的課題を孕む決断になる場合、スクリーニング検査の受検自体も課題となる。

3. 受検者の受け止めと pathway の綻び

大腸がん検診と出生前検査について見てきたが、技術的なプロトコルとして確立しているはずの pathway において受検者の受け止めは様々ではなく、pathway には綻びが見える。それは、受検者自身が感じていることでもあるだろう。

それでも人々が検査を受けるのは、診断を見据えた上で侵襲性や簡便性を重視する選択をしている、というよりも、受けやすいスクリーニング検査の結果から「安心したい」という思いがあるからではないだろうか。スクリーニング検査で陽性であっても確定診断（精密検査）を受けない理由は様々だが、その背景には当該疾患に罹ることが想定外であること、すなわちスクリーニング陽性と精密検査（確定診断）受検の間に隔たりがあることが考えられる。また、Bさんの事例で見ると症状があれば「陰性でも精密検査を受診する」といった行動が取れるよう、勧奨のありかたにも工夫が必要である。

4. 結びにかえて

本稿で取り上げた二つのスクリーニング検査は、対象疾患の態様や治療に大きな違いがあるが、スクリーニング検査の受検者が抱える問題について、ジェンダーの視点からいくつかの論点を提示できた。しかし、人々が埋め込まれている社会的状況はジェンダーだけではない。地域や職業、それに伴う社会経済的な格差など、様々な変数があり、各々にスクリーニング検査のストーリーがある。それを個人の問題としてではなく、社会の構造や制度との関係から解釈すること、さらにはこうした関係そのものを研究対象とするSTS (Science, Technology and Society) の立場から、医療社会学は医療の現場に貢献できるものと考えられる。

注

1. 大腸がん検診は、胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がんの5つのがんのなか、無作為化比較対照試

験の一致した結果によって有効性が証明されている唯一のがん検診であり（日本消化器がん検診学会大腸がん検診精度管理委員会 2022：411），国立がん研究センターがん対策研究所による「がん検診ガイドライン」でもグレード A は便潜血検査だけである（<https://canscreen.ncc.go.jp/guideline/daicyougan.html>）。

2. 認定 NPO 法人健康と病いの語りディベックス・ジャパンの「大腸がん検診の語り」（<https://www.dipex-j.org/bowel-screening/>）のウェブサイト上のデータである。このサイトは、平成 22～25 年度厚生労働科学研究費補助金（第 3 次対がん総合戦略研究事業）『国民のがん不足感の解消に向けた「患者視点情報」のデータベース構築とその活用・影響に関する研究』（研究代表者：中山健夫）を受けて作成され、筆者はモジュール責任者として参加した。本稿での名称はウェブサイト上の識別名とは異なる。A さんはインタビュー 25，B さんはインタビュー 20，C さんはインタビュー 30，D さんはインタビュー 34 である。

謝辞：本研究は、厚生労働科学研究費補助金(201313029

B) および JSPS 科研費 (20H04449) 助成による。

Conflict of Interest：開示すべき利益相反はなし。

文 献

1. 佐藤純一：医学。現代医療の社会学 日本の現状と課題。黒田浩一郎編。1995; pp 2-32, 世界思想社 京都。
2. 進藤雄三：医療の社会学。1990; pp 10-11, 世界思想社 京都。
3. 日本消化器がん検診学会大腸がん検診精度管理委員会：大腸がん検診マニュアル—2021 年度改訂版。日本消化器がん検診学会雑誌 2022; 60: 410-420.
4. Wilson J M G, Jungner G: PRINCIPLES AND PRACTICE OF SCREENING FOR DISEASE. World

Health Organization. 1968; pp 11.

5. WHO: Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm, World Health Organization 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330829/9789289054782-eng.pdf>
6. 厚生労働省：国民生活基礎調査の概況。がん検診の受診状況。2022；p21. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/04.pdf>
7. 日本医学会出生前検査認証制度等運営委員会：NIPT 等の出生前検査に関する情報提供及び施設（医療機関・検査分析機関）認証の指針。2022; pp 3.
8. Gilbert W H, Schwartz M L, Woloshin S 著，過剰診断 健康診断があなたを病気にする。北澤京子訳。2014; 筑摩書房 東京。
9. 山口孝子，松林重幸，宮田 明ほか：職域大腸がん検診受診率・精検受診率の性別・検体本数別の検討。総合健診 2018; 45: 366-373.
10. Samura O: Update on noninvasive prenatal testing: A review based on current worldwide research. J Obstet Gynaecol Res 2020; 46: 1246-1254.
11. 菅野摂子，柘植あづみ，齋藤圭介，二階堂祐子，佐野敦子，石黒真里：医療実践としての人工妊娠中絶の新たなフレーム構築—出生前検査とのかかわりから。科研費報告書 (20H04449)。2024.

(受付：2024 年 6 月 17 日)

(受理：2024 年 7 月 16 日)

日本医科大学医学会雑誌は、本論文に対して、クリエイティブ・コモンズ表示 4.0 国際 (CC BY NC ND) ライセンス (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) を採用した。ライセンス採用後も、すべての論文の著作権については、日本医科大学医学会が保持するものとする。ライセンスが付与された論文については、非営利目的の場合、元の論文のクレジットを表示することを条件に、すべての者が、ダウンロード、二次使用、複製、再印刷、頒布を行うことができる。