

前回の振り返り

ヘルスプロモーションとは

オタワ憲章

(1986年)

ヘルスプロモーションのための
5つの優先的行動分野

健康公共政策の確立

健康に関する支援的環境の創造

健康のための地域活動の強化

個人技術の向上

ヘルスサービスの方向転換

地域の居場所づくりで健康づくり

ヘルスサービスの方向転換

オタワ憲章では、より健康的な暮らしを実現していく上で、保健衛生分野が果たす重要な役割を強調している。その実現には全ての専門職・保健サービス機構・行政組織のみならず、その保健衛生分野がサービスを行う対象である個人やコミュニティもその一翼を担っている。また、現状ではほとんどの事例で、ヘルスプロモーション・疾病予防・病気の診断・治療・看護・リハビリのそれぞれに投入される予算を理想的な割合にするために、ヘルスプロモーション・疾病予防のより一層の展開が必要となる。ただしこの展開をヘルスシステムの活動増加のみで図る必要はない。

地域住民のチカラで健康な居場所づくり

健康成果の達成の上で、保健分野以外の役割の方が効果的なこともあり得る。こうした分野の枠を超えた保健活動の支援における保健衛生分野の重要な役割を
行政府はよく理解する必要がある。

従来(指導型)の健康教育 (日本の健康づくり)



地域保健関係者

健診受けた??
飲み過ぎ、食べ過ぎ、運動不足
心配事は、誰かに相談を



本人



誰もが
かかえる
生きづらさ

目指すのは
病気に、障がいにならない人生



(島内 1987、吉田・藤内 1995を改変)

ヘルスプロモーションの理念 (世界がめざす健康づくり)



関係性の再構築で
居場所づくり



...すものはwell being、QOL

共助

自助

地域住民 家族
関係機関

本

居場所

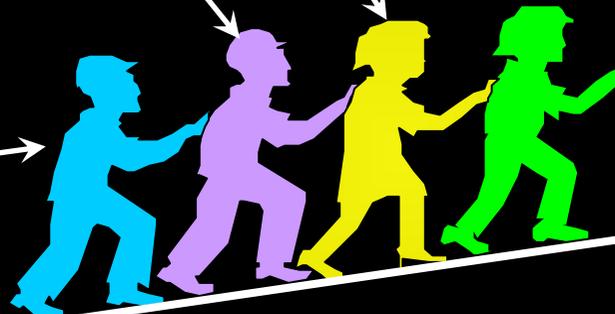
役割・出番

安心

(ネットワーク化に向けた)

公助

保健福祉等の
行政関係者



楽しさ

健康

安心

環境づくり

公助 共助 自助

(島内 1987、吉田・藤内 1995を改変)

ヘルスプロモーションの結果が

ソーシャルキャピタルの向上

健康日本21(第2次)概念図

健康寿命の延伸・健康格差の縮小

ソーシャルキャピタルの向上

①地域のつながりの強化

〈ソーシャルキャピタルの向上〉

①地域のつながりの強化

〈多様な活動主体による自発的取組の推進〉

②健康づくりに主体的に関わる国民の割合の増加

③健康づくりの活動に主体的に取り組む企業数の増加

④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる
民間団体の活動拠点数の増加

〈健康格差の縮小〉

⑤健康格差の実態を把握し、対策に取り組む自治体の増加

健康日本21(第3次)概念図(2024年度～)

全ての国民が健やかで心豊

多様な個性で健康づくりを進める

自然に 健康になれる 環境づくり

環境の質の向上

自然に
健康になれる
環境づくり

社会とのつながり
こころの健康の維持及び向上

誰もがアクセスできる
健康増進のための基盤の整備

社会とのつながり
こころの健康の維持及び向上

公衆衛生

～健康づくり、元気づくりから地域づくりの基本となる考え方を整理します～

⑩

市民による、市民のための公衆衛生とは

ヘルスプロモーション推進センター
(オフィスいわむろ)

岩室紳也

1. 一人ひとりが健康に関して気になっているテーマの共有
2. 「絶対ならない」から「虜になった」公衆衛生の魅力とは
3. 感染症対策① 免疫力
4. 感染症対策② 消毒・加熱・殺菌
5. 感染症対策③ 感染経路
6. そもそも「健康」とは？
7. 保健師が目指す浦安の地域づくりとは
8. 公衆衛生対策の基本となる考え方① ソーシャルキャピタル
9. 公衆衛生対策の基本となる考え方② ヘルスプロモーション
10. 市民による、市民のための公衆衛生とは

一市民として

感染症対策に

何を求めるのか？

感染しない

発症しない

死なない

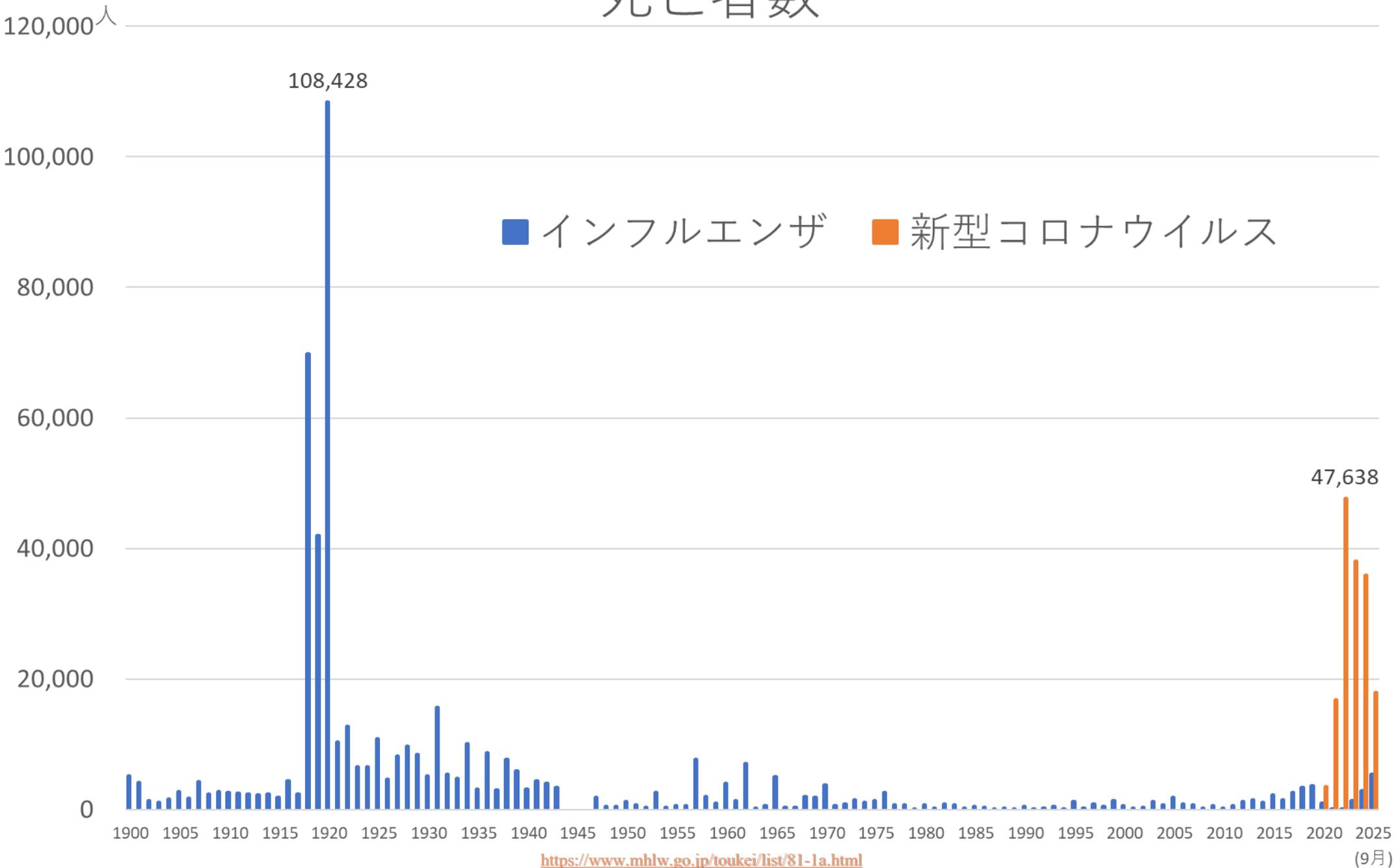
何を最優先しますか？

日本は

感染症で死なない国から

感染症で死ぬ国に?!?

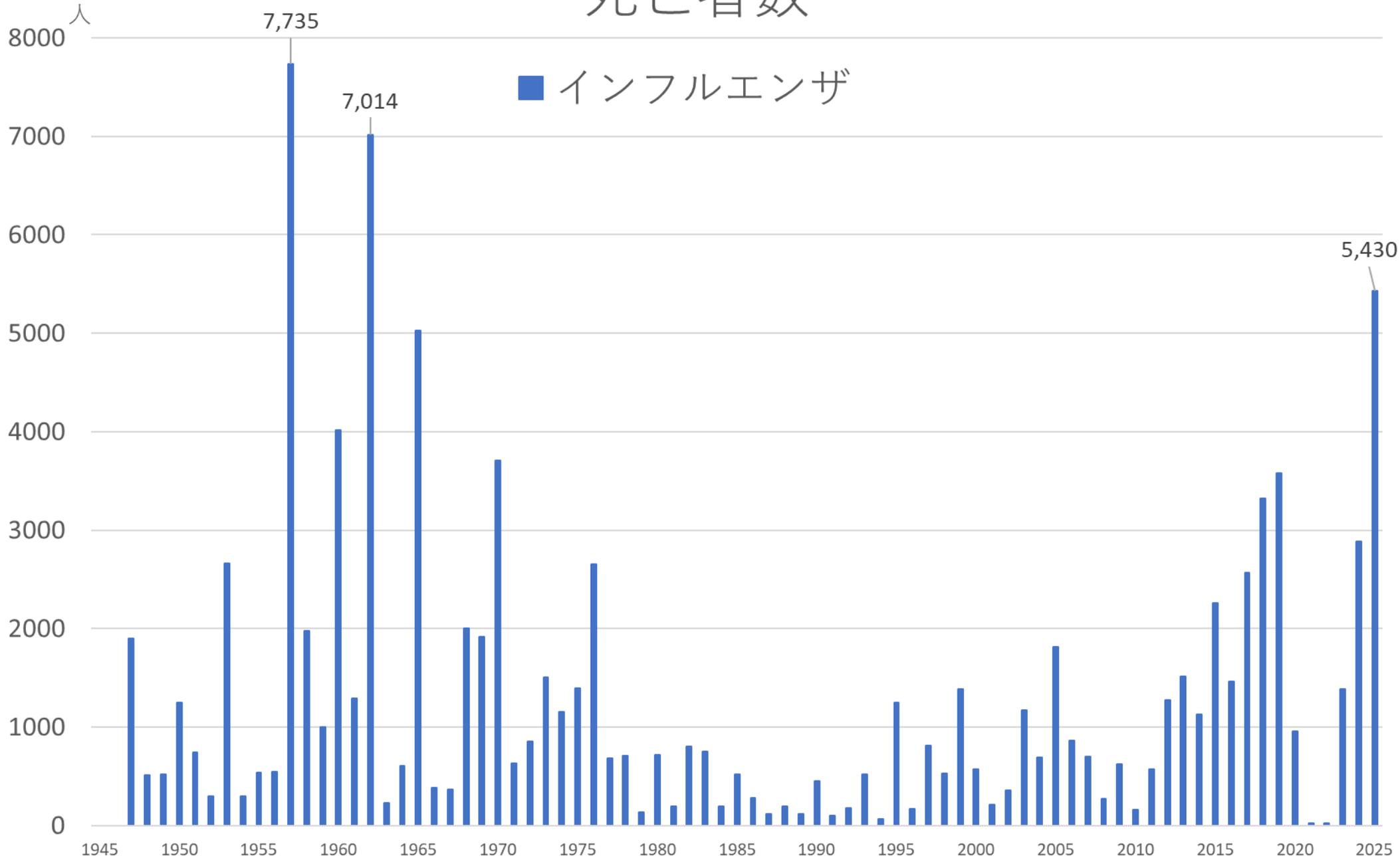
死亡者数



死亡者数



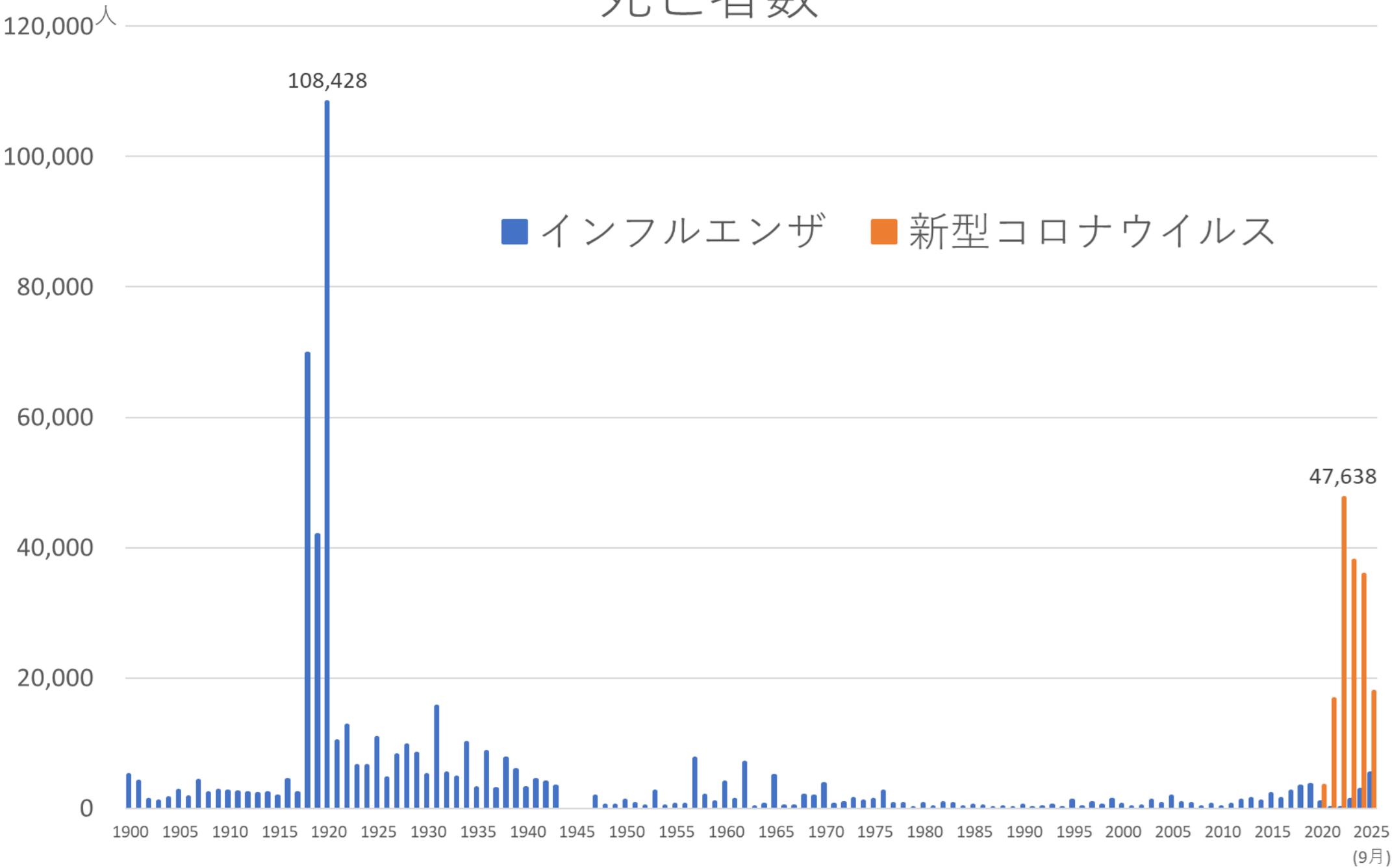
死亡者数



感染者数の推移と

死者数の推移

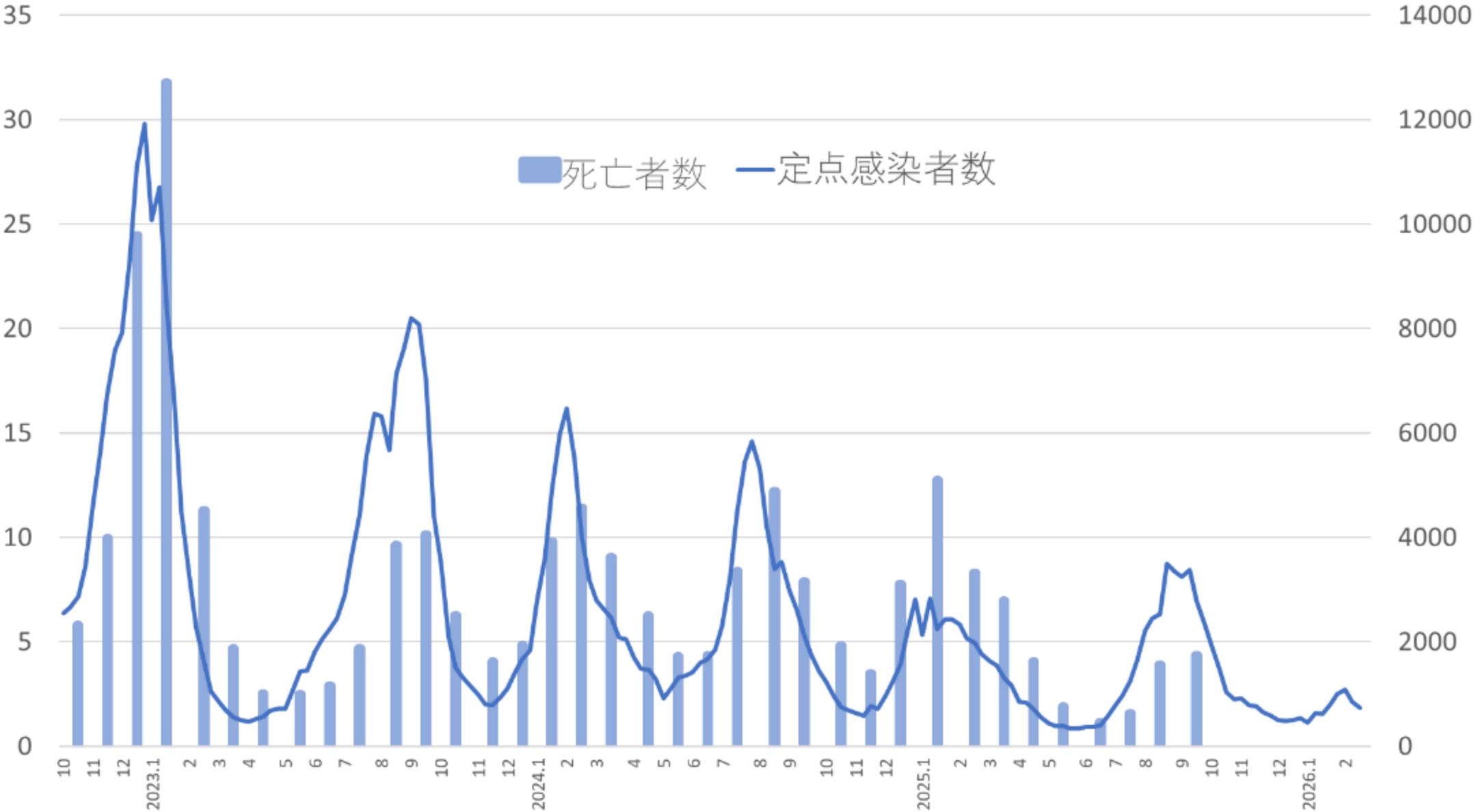
死亡者数



新型コロナウイルス

/定点

人

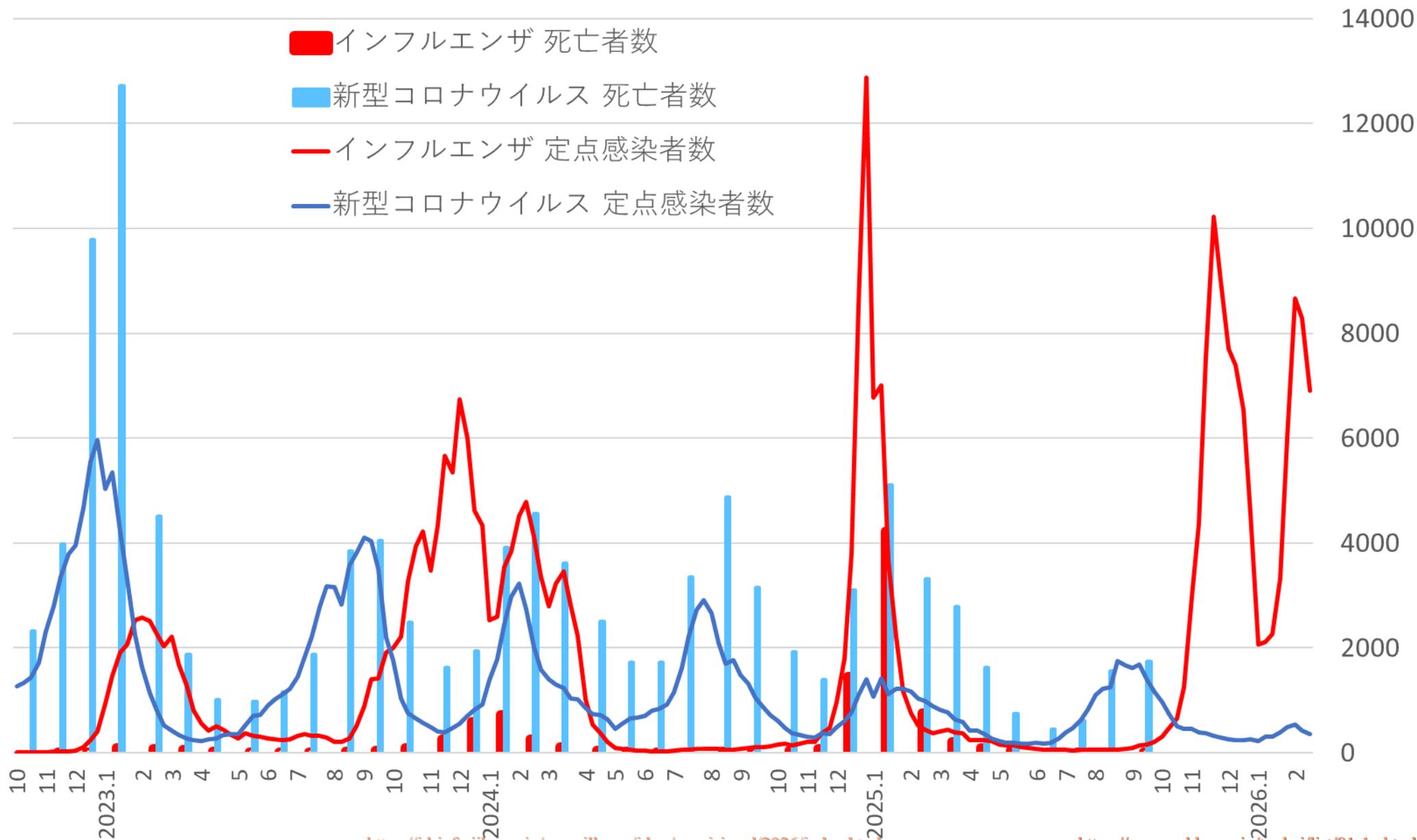


新型コロナウイルス・インフルエンザ

/定点

人

- インフルエンザ 死亡者数
- 新型コロナウイルス 死亡者数
- インフルエンザ 定点感染者数
- 新型コロナウイルス 定点感染者数

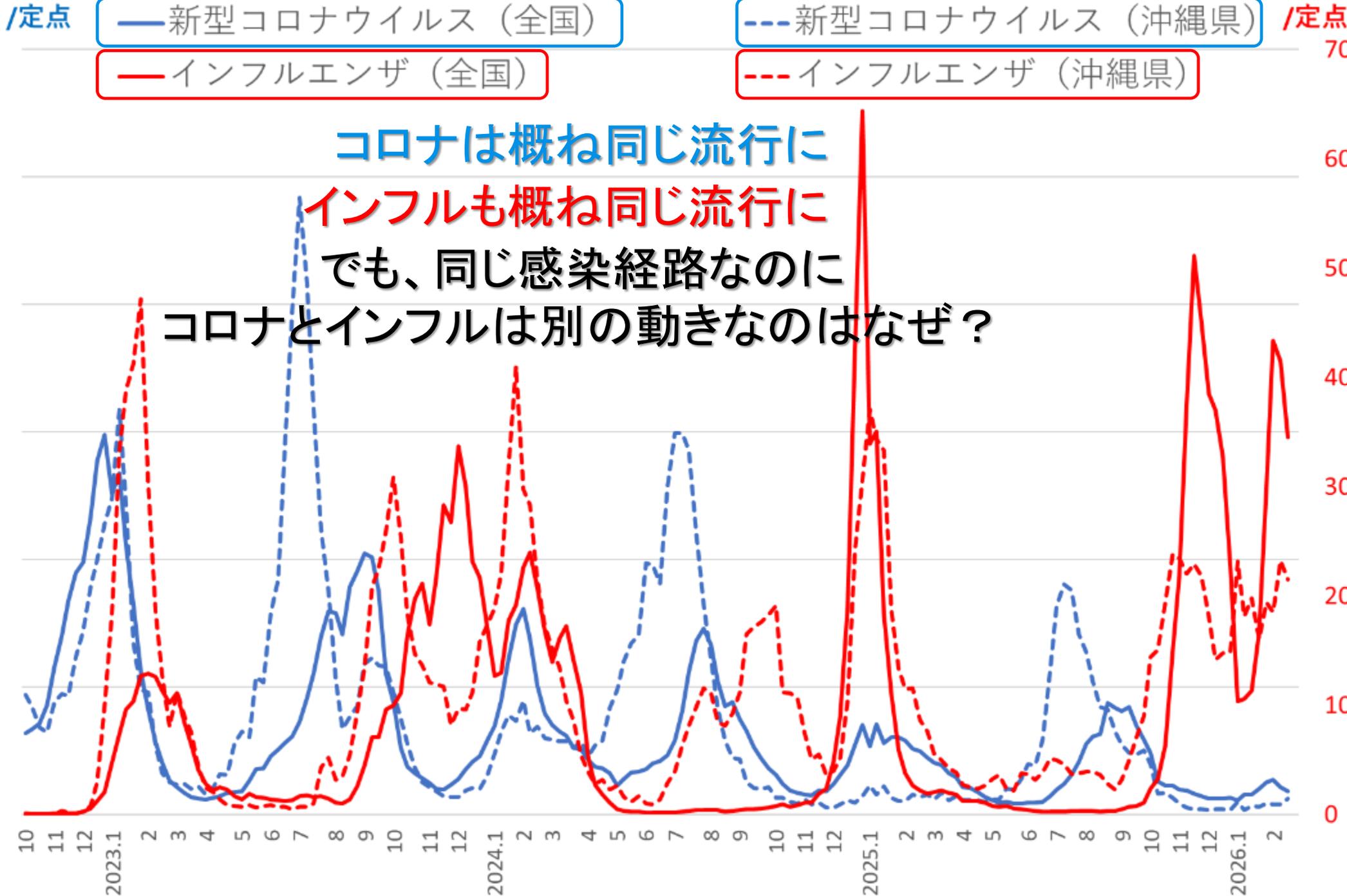


感染者が増えれば

死者も増えるのは必定

新型コロナウイルスと

インフルエンザの今



同じ感染経路なのに

流行が異なるのは

感染経路対策ではなく

免疫力の差

感染症予防のための

三つの対策

12 感染症の予防



今日の学習

感染症は、適切な対策をとることによって予防することができます。ここでは、感染症を予防するために有効な方法について学習しましょう。

感染経路を断つ ノロウイルスやコレラ菌などは、食べ物や手に付いた病原体が口から体に入ることにより感染します。そのため、せっけんで十分に手洗いすることなどで、感染経路を断つことができます。

厚生労働省は、インフルエンザの感染拡大を防ぐために「せきエチケット」を呼びかけている。

資料 3 せきエチケット

・せき、くしゃみが出たら、他の人にうつさないためにマスクを着用する。マスクを持っていない場合は、ティッシュなどで口と鼻を押さえ、



資料 1 感染症を予防する三つの対策

消毒や殺菌などにより、病原体を死滅させる。

発生源をなくす

体の抵抗力を高める

感染経路を断つ

病原体が体内で増殖しにくくする。

病原体が体に入らないようにする。



発生源をなくす

ノロウイルスやコレラ菌などの病原体は、感染者のおう吐物やふん便に多く含まれます。そのため、それらを適切に処理し、周辺を消毒することによって、発生源をなくすことができます^①。また、加熱すべき食品は加熱する、調理器具は熱湯などで殺菌することなども有効です。

(毎日新聞2007年1月12日より引用)

生かそう



ノロウイルスなどに有効な塩素系の消毒薬は、どのようにすればよいのかを調べてみましょう。



当時は、まだインフルエンザウイルスの存在が知られていなかったんだ。



感染者数を減らすには

免疫力

環境中の
ウイルス

感染経路を
断つ

感染者数



感染者数を減らすには

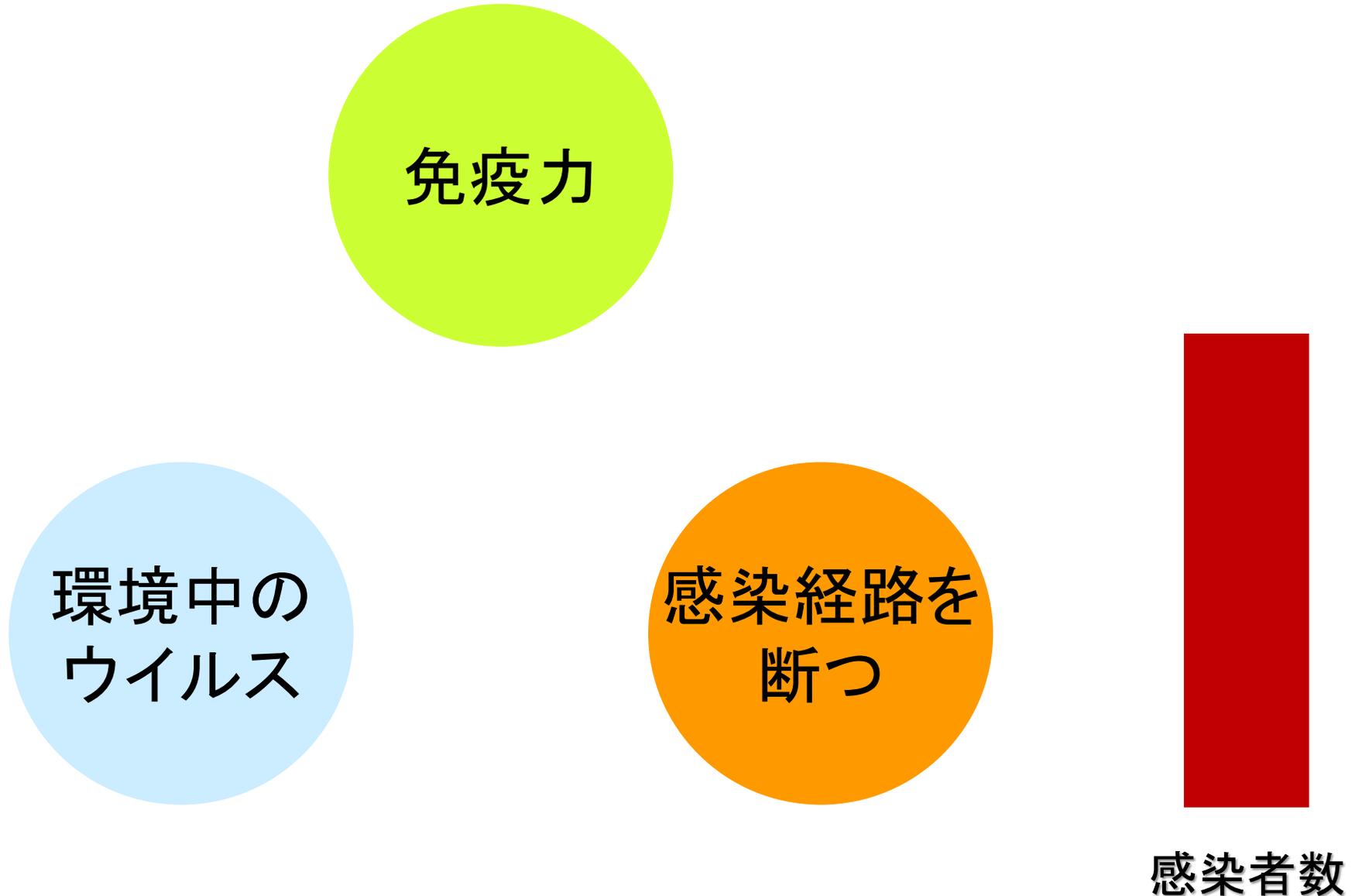
免疫力

環境中の
ウイルス

感染経路を
断つ

感染者数

感染者数が増えるのは



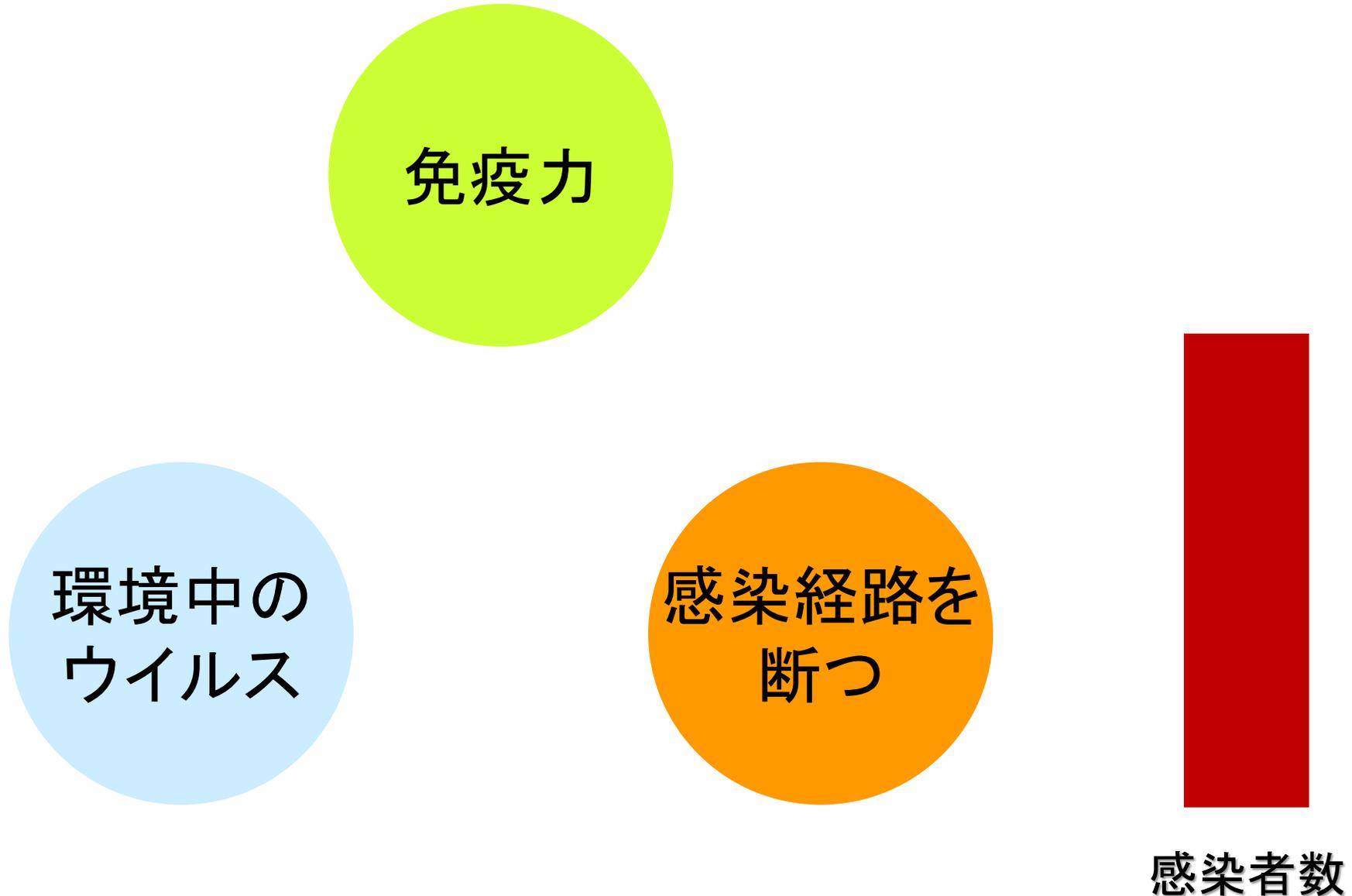
免疫力

環境中の
ウイルス

感染経路を
断つ

感染者数

感染者数が増えるのは



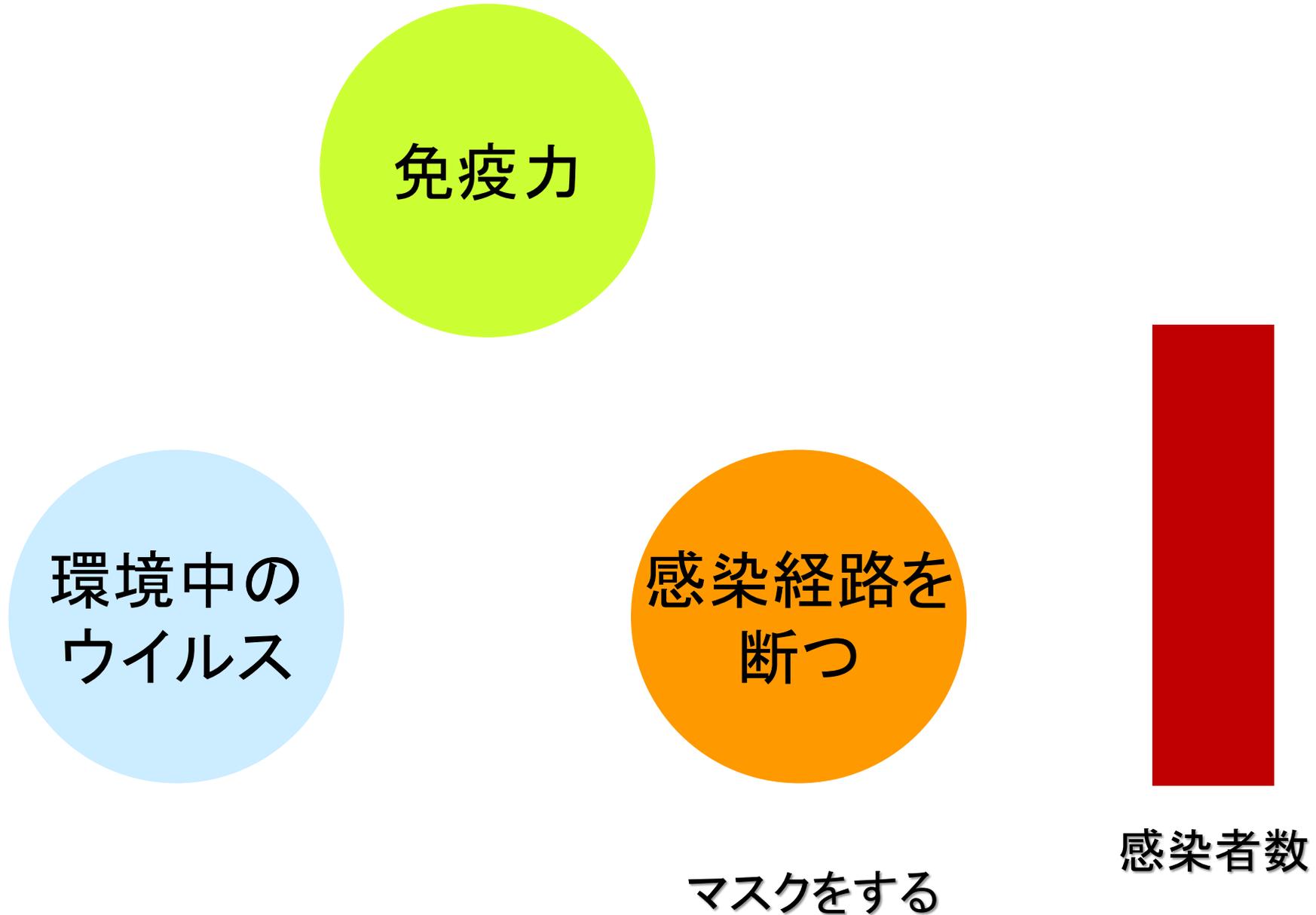
免疫力

環境中の
ウイルス

感染経路を
断つ

感染者数

マスクの効果



免疫力

環境中の
ウイルス

感染経路を
断つ

マスクをする

感染者数

マスクの逆効果

免疫力

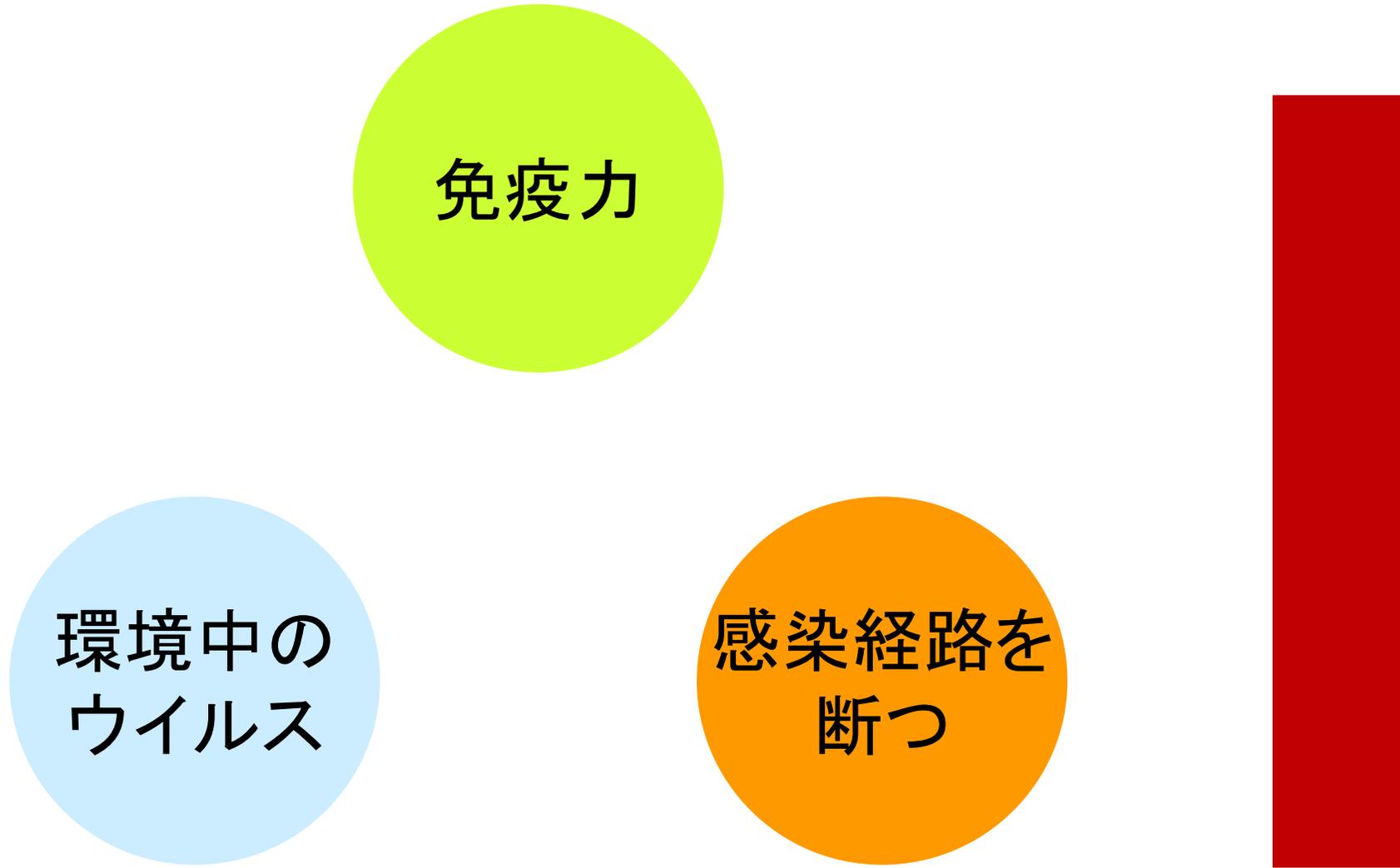
環境中の
ウイルス

感染経路を
断つ

マスクをする

感染者数

今、感染者数が増えているのは



免疫力

環境中の
ウイルス

感染経路を
断つ

マスクをしているから

やっているつもり
間違った感染経路対策ばかり？

感染者数

コロナ前後の

インフルの免疫

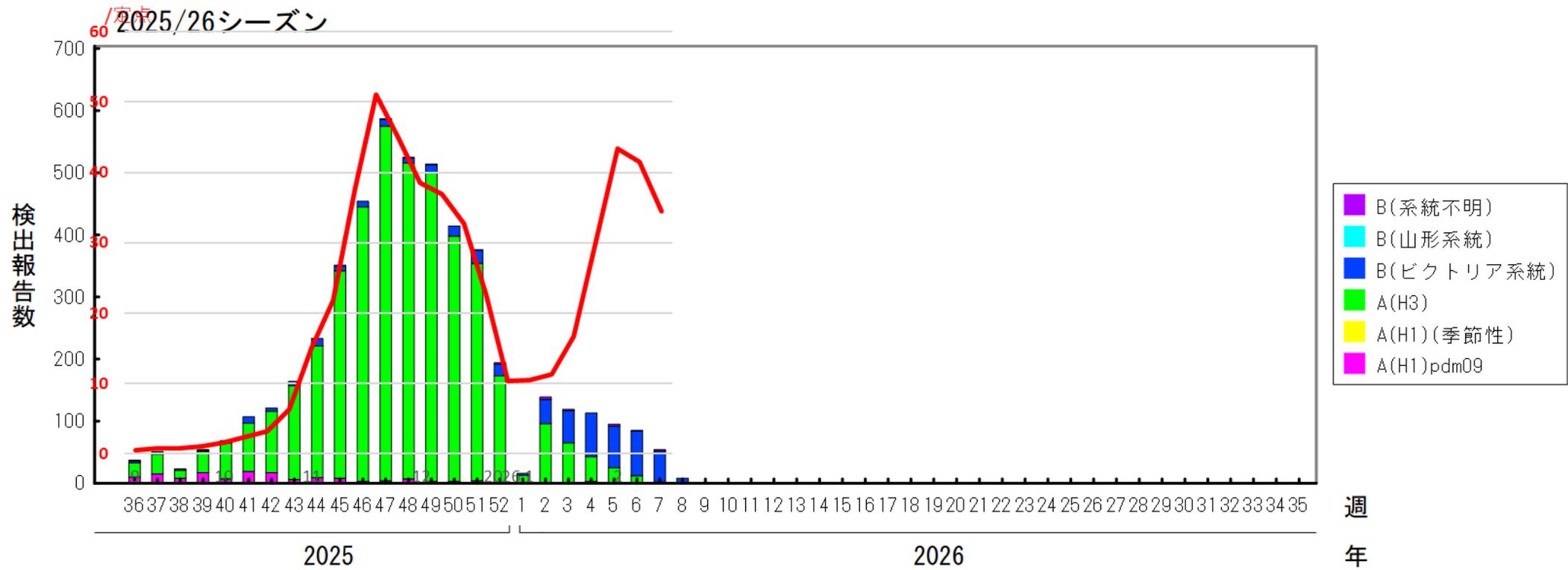


図1 A型インフルエンザに対する年齢群別HI抗体保有状況
[2018/19シーズン前] (2018年12月28日現在)

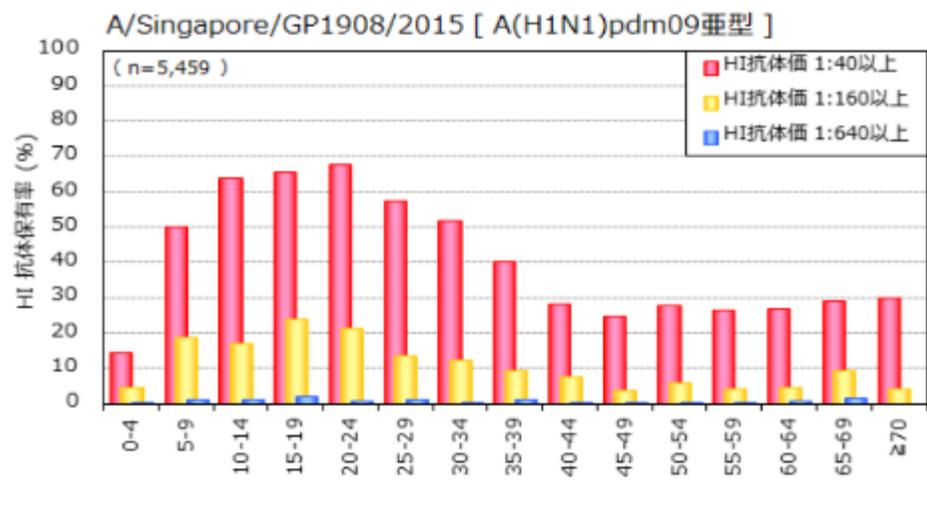
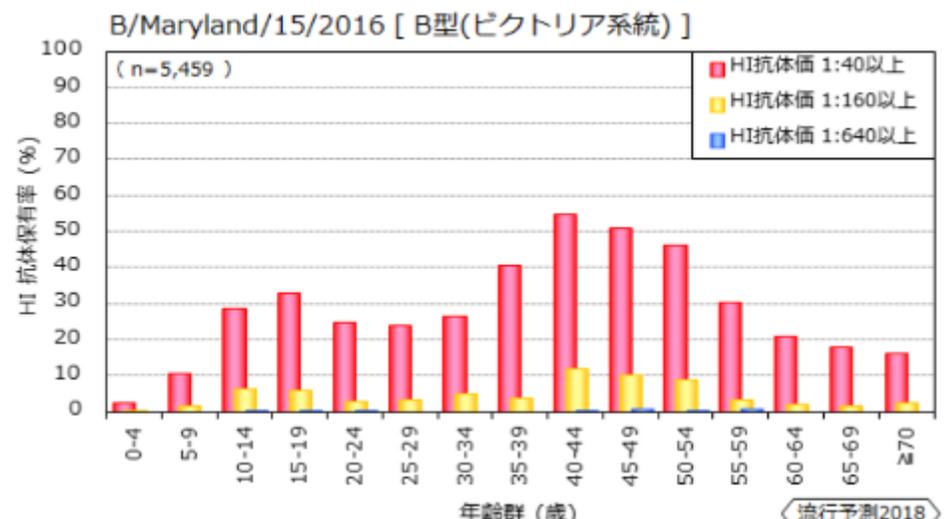
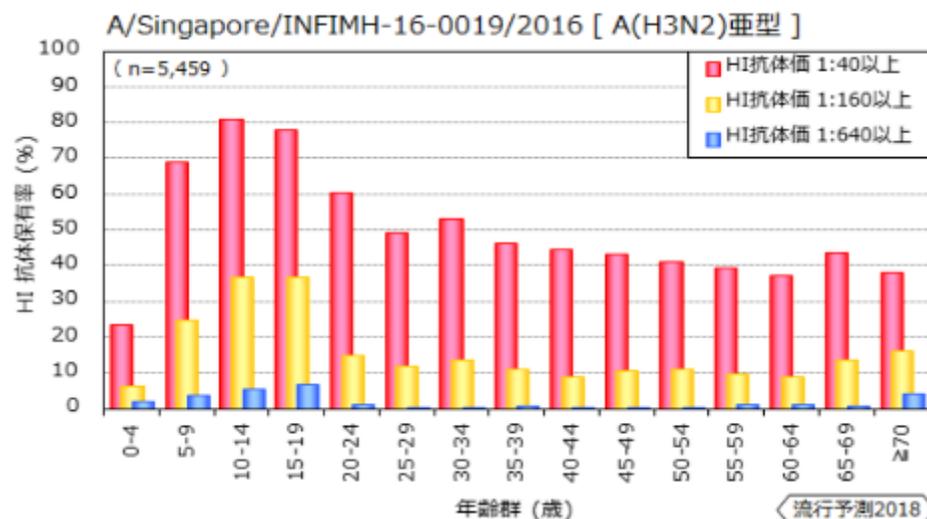
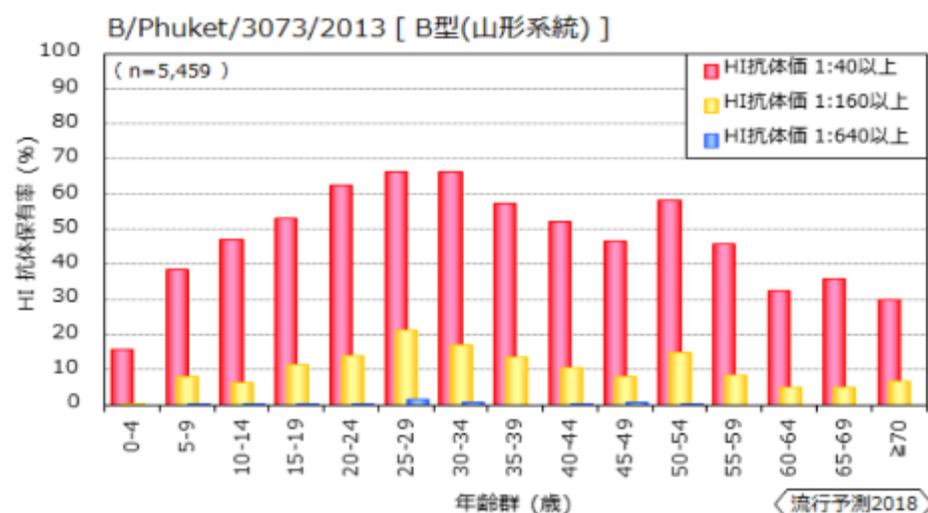


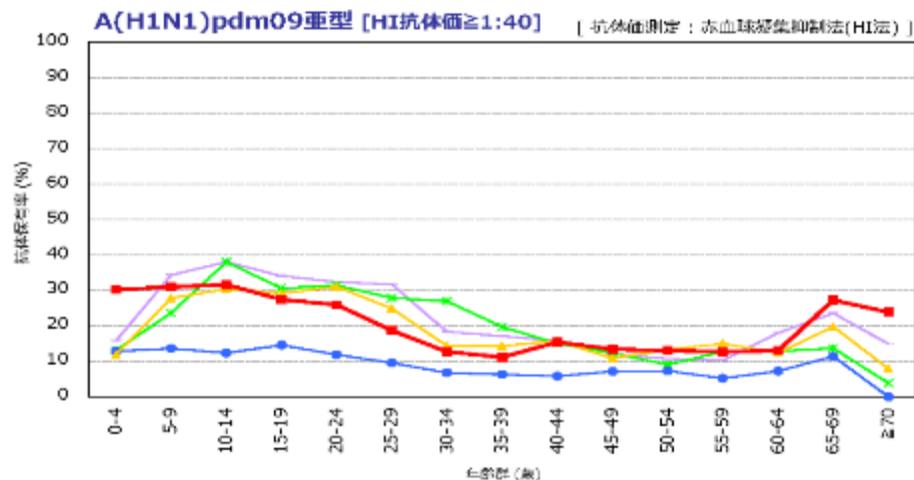
図2 B型インフルエンザに対する年齢群別HI抗体保有状況
[2018/19シーズン前] (2018年12月28日現在)



年齢群別のインフルエンザ抗体保有状況の年度比較, 2021~2025年

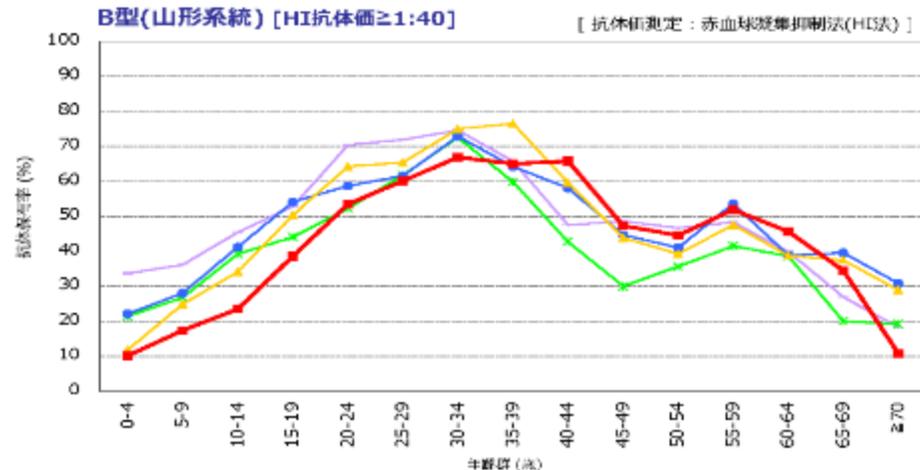
～ 2025年度感染症流行予測調査より ～

※1 2025年度は2026年1月現在速報値



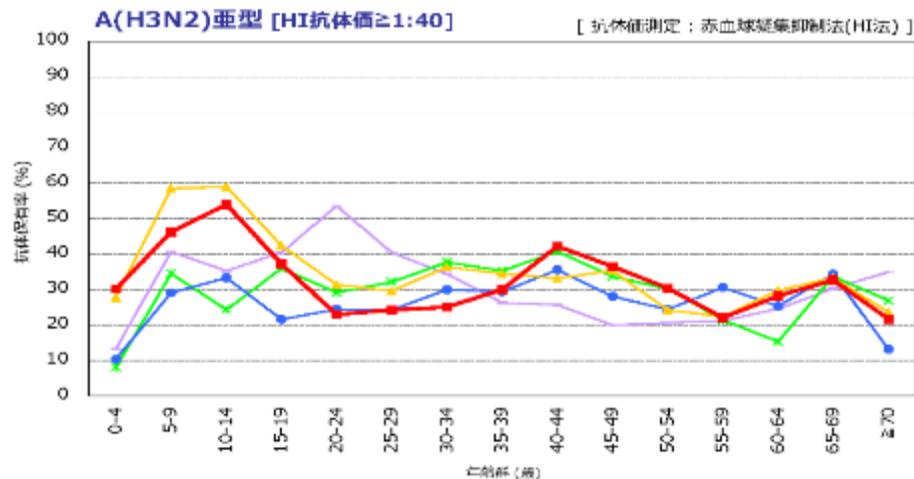
調査年度：調査株 (対象者数)

- 2021: A/ビクトリア/2021 (n=3,448)
- 2022: A/ビクトリア/2020 (n=3,565)
- 2023: A/ビクトリア/M897/2023 (n=3,958)
- 2024: A/ビクトリア/B97/2022 (n=3,707)
- 2025: A/ビクトリア/M897/2022 (n=2,618)



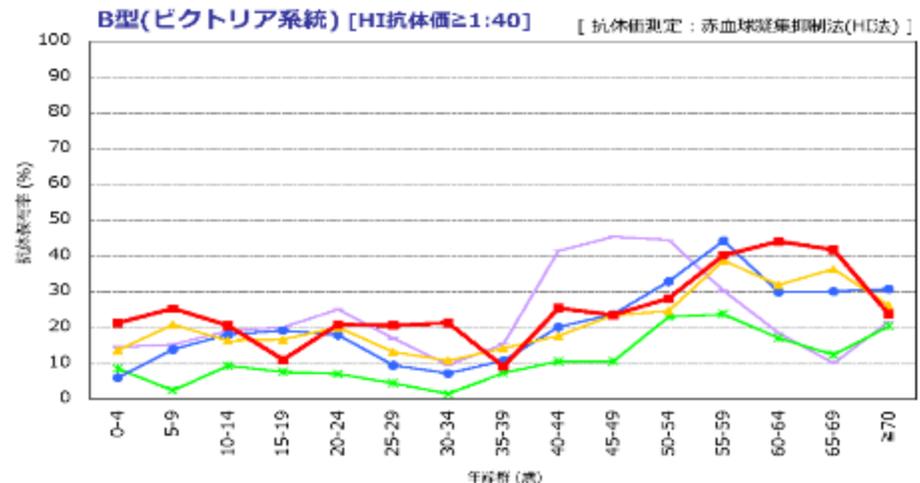
調査年度：調査株 (対象者数)

- 2021: B/ブーケット/3073/2013 (n=3,448)
- 2022: B/ブーケット/3073/2013 (n=3,565)
- 2023: B/ブーケット/3073/2013 (n=3,958)
- 2024: B/ブーケット/3073/2013 (n=3,707)
- 2025: B/ブーケット/3073/2013 (n=2,618)



調査年度：調査株 (対象者数)

- 2021: A/タスマニア/503/2020 (n=3,448)
- 2022: A/ターウィン/6/2021 (n=3,565)
- 2023: A/ターウィン/6/2021 (n=3,958)
- 2024: A/カリフォルニア/122/2022 (n=3,707)
- 2025: A/パース/722/2021 (n=2,618)



調査年度：調査株 (対象者数)

- 2021: B/ビクトリア/705/2010 (n=3,448)
- 2022: B/オーストリア/13594/17/2021 (n=3,565)
- 2023: B/オーストリア/13594/17/2021 (n=3,958)
- 2024: B/オーストリア/13594/17/2021 (n=3,707)
- 2025: B/オーストリア/13594/17/2021 (n=2,618)

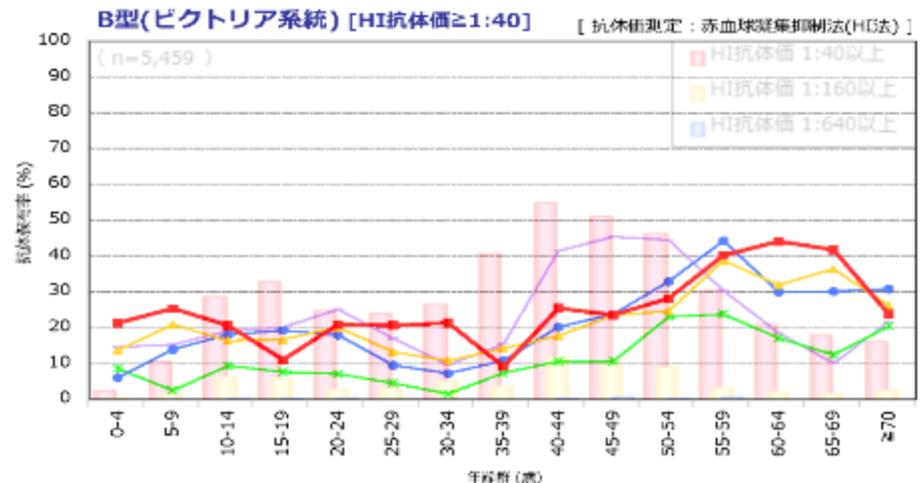
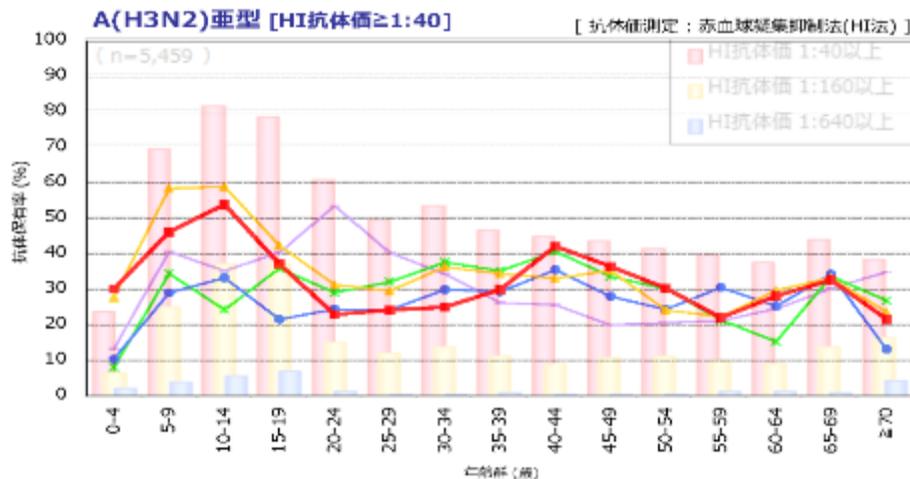
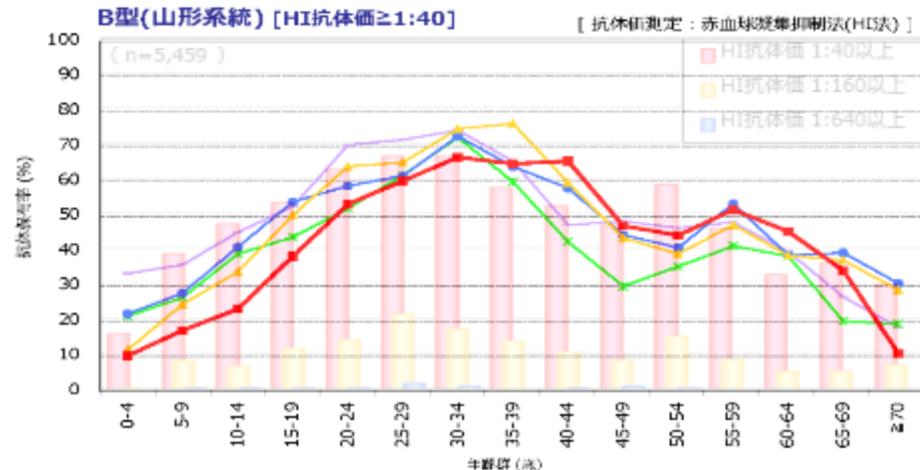
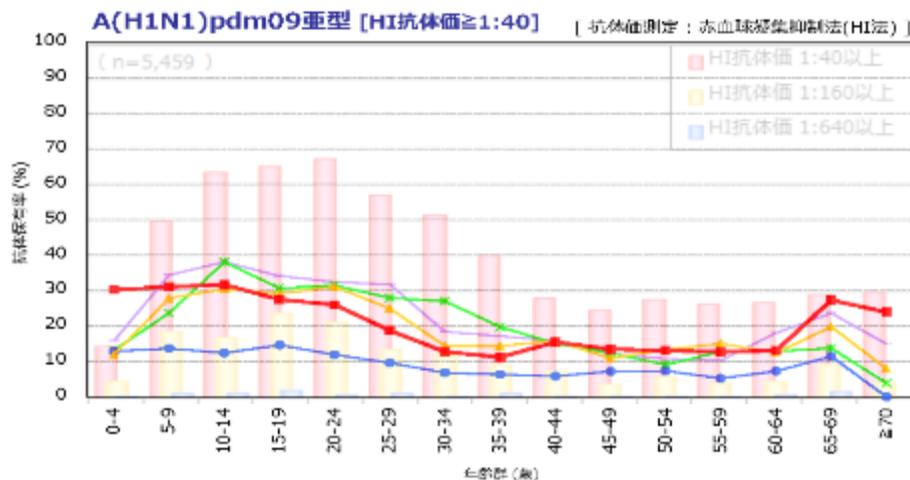
流行予測2025

流行予測2025

年齢群別のインフルエンザ抗体保有状況の年度比較, 2021~2025年

～ 2025年度感染症流行予測調査より ～

※1 2025年度は2026年1月現在速報値



流行予測2025

流行予測2025

過剰予防？の結果

免疫力低下で

死者増加

日本人のがん

泌尿器科医が

前立腺がん死者を

減らしたい気持ちには理解

泌尿器科学会毛 . . .

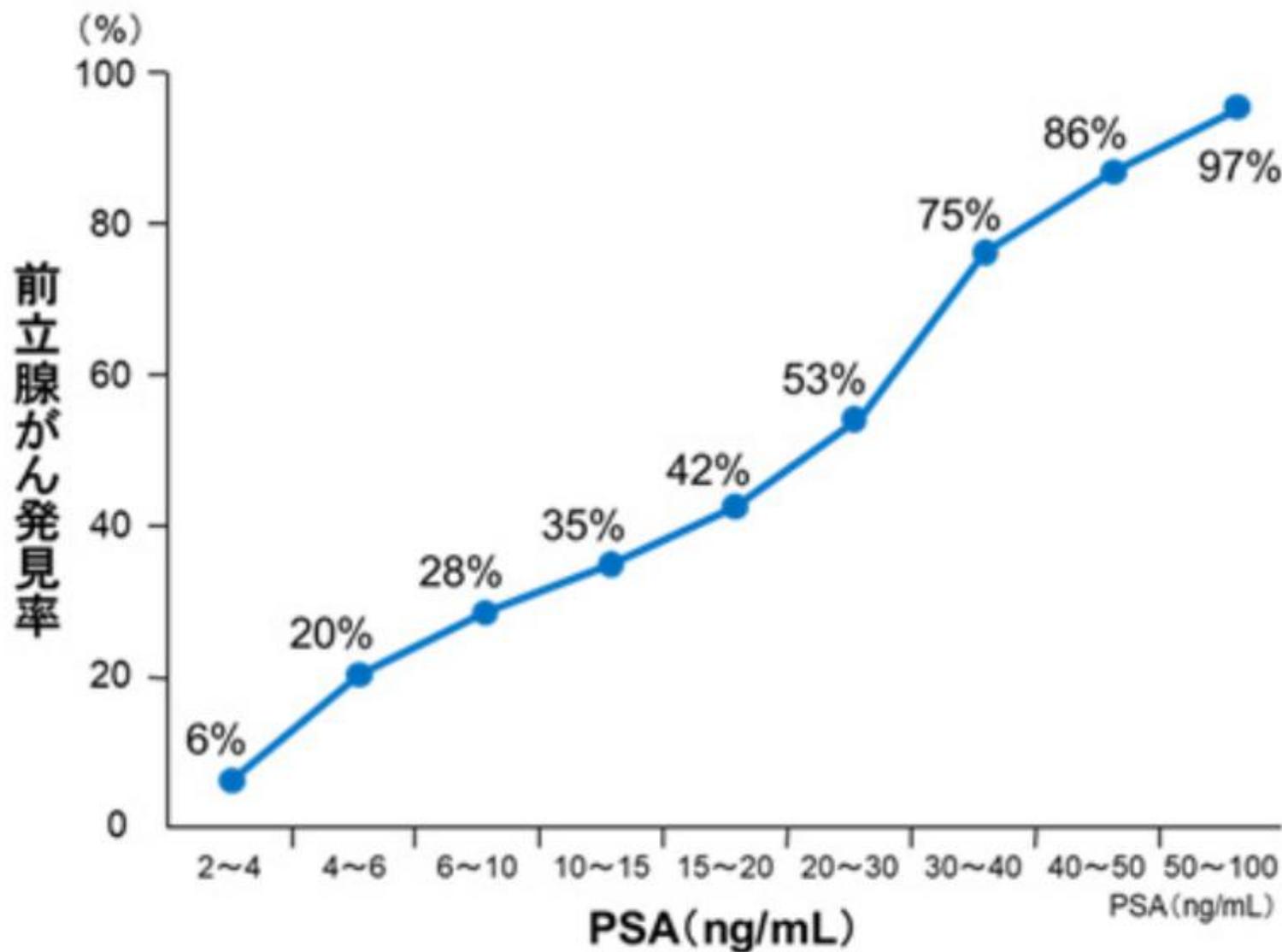
PSA値と前立腺がん発見率

PSA（ピーエスエー）

PSAは「前立腺特異抗原」と呼ばれます。検診などの血液検査でPSAをチェックする機会があり、値が3ng/mL以下などの場合は正常と見なされます。

PSAが高い原因

PSAが高い場合に考えられる原因があります。この値によって発見される確率が高くなります。前立腺肥大症や炎症で上昇することがあります。



値が血液中に取り込まれることで、検診などの検査でPSA値を確認する機会があります。

な刺激でも軽度上昇することがあります。この値を確認する前立腺生検を行うことで、前立腺がんを発見することがあります。

出典：（財）前立腺研究財団編：前立腺がん検診テキスト



動画ソリューションをお探しですか？

PeeV

続きはウェブで ▶

現在位置: [asahi.com](#) > [暮らし](#) > 記事

前立腺がん検診「推奨しない」 厚労省指針案

2007年09月11日08時54分

がん検診に関する厚生労働省の研究班は10日、東京都内であったフォーラムで、前立腺がん検診の指針案を公表した。検診で死亡率が減るかどうか、証拠が不十分で「対策型検診として実施することは勧められない」とし、実施している場合は継続の是非の再検討を求めた。一方、日本泌尿器科学会は「死亡率減少につながるとみられる重要な研究が欧米で進んでおり、結果をみて考えるべきだ」と反論している。

検診は、血中のPSA(前立腺特異抗原)を測る検査と直腸診の二つ。PSA検査は市町村の約7割が導入、検討中のところも少なくない。

研究班は、国内外の論文1185本を検索。うち131本を検討した。

PSA検査に関して、死亡率減少を科学的に示した大規模研究がないことなどから、自治体などが健康な住民に実施する「対策型検診」に不向きと判断した。

研究班は泌尿器科医らの意見を聞いて年内に指針をまとめた考えで、「重要な研究」の結果が出たら、すぐ改訂を検討することも盛り込んだ。

PSA検査：[推奨グレードI](#)

死亡率減少効果の有無を判断する証拠が現状では不十分であるため、現在のところ対策型検診としては勧められません。任意型検診として行う場合には、受診者に対して、効果が不明であること、過剰診断などの不利益について適切に説明する必要があります。

直腸診：[推奨グレードI](#)

死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診としては勧められません。任意型検診として行う場合には、受診者に対して、効果が不明であること、過剰診断などの不利益について適切に説明する必要があります。

有効性評価に基づく前立腺がん検診ガイドラインがPDF形式でダウンロードできます。

報告形式	題名	概要
完全版	有効性評価に基づく前立腺がん検診ガイドライン・本文(PDF:22.3MB) <ul style="list-style-type: none"> ● 図表(PDF:5.8MB) ● 研究組構成(PDF:300KB) ● 添付書類1(PDF:1.3MB) ● 添付書類2(PDF:788KB) ● 添付書類3(PDF:304KB) ● 添付書類4(PDF:7.4MB) ● 添付書類5(PDF:7.2MB) ● 添付書類6(PDF:5.5MB) 	ガイドライン作成のため根拠とその過程をすべて記載している。根拠となった文献の要約も添付資料に提示している。
英文版	Japanese Guideline for Prostate Cancer Screening. Jpn J Clin Oncol;39: 339-351(2009)	ガイドラインの概要を英語と解説している。
史新版	有効性評価に基づく前立腺がん検診ガイドライン ERSPC・PLCO に関する更新ステートメント(PDF:16.096MB)	ERSPC及びPLCOの中間結果公表後に行った推奨グレードの再検討結果を記載している。

PSA検査：推奨グレードI

死亡率減少効果の有無を判断する証拠が現状では不十分であるため、現在のところ対策型検診としては勧められません。任意型検診として行う場合には、受診者に対して、効果が不明であること、過剰診断などの不利益について適切に説明する必要があります。

なのに・・・



内容

PSA検査(血液検査)

対象

浦安市に住民登録のある50歳以上の男性

受けられない方

- ・前立腺がん・前立腺肥大症・前立腺炎などの症状のある方
- ・男性型脱毛治療薬(5α還元酵素阻害薬(例:プロペシア錠・ザガーロカプセルなど))を内服中の方はかかりつけ医にご相談ください
- ・職場などで受診する機会のある方

受診期間

4月から翌年3月

受診回数

1年に1回

費用

PSA検査:500円

> [令和6年度からすべてのがん検診の検診費用が有料になりました](#)

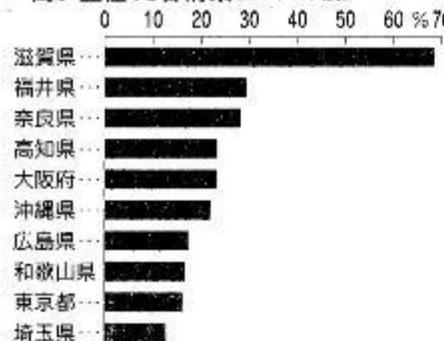
場所

実施医療機関は、次のリンク先をご覧ください。

> [令和7年度検\(検\)診実施医療機関一覧](#)

根拠薄い

指針を順守している市区町村の比率が高い上位10都府県(2017年度)



(注) 部位・方法ともに順守している市区町村の割合。ゼロ%は22府県だった

滋賀県では指針にない前立腺がんのPSA検査を17年度に実施したのは1割にあたる2自治体のみ。全国平均の8割強と比べると突出して低い。19年度はゼロになる見通しだという。県は「市や町に対して検診の根拠やデータを提供し、個別に相談してきた」(健康寿命推進課)と説明する。

滋賀県では指針にない前立腺がんのPSA検査を17年度に実施したのは1割にあたる2自治体のみ。全国平均の8割強と比べると突出して低い。19年度はゼロになる見通しだという。県は「市や町に対して検診の根拠やデータを提供し、個別に相談してきた」(健康寿命推進課)と説明する。

市区町村の指針順守 22府県でゼロ

東京都は、指針を完守する市区町村を個別に洗い出し、改めるよう求める通知を送っている。大阪府も同様の取り組みを始めた。だが、このような対応は全国の一部にとどまる。大阪大学の祖父江友孝教授は「全国で実施すべきだ」と話す。

指針にない検診を独自の判断で推奨するケースも少なくない。千葉県は乳がんの超音波検査について、独自のガイドラインを設けて推奨してきた。17年度時点で県内では1町を除き、すべての自治体が従った。今年1月に県は表現を改めたが、なお一実施は差し支えない」としている。

佐賀県は、子宮頸(けい)がんの原因となるヒトパピローマウイルス(HPV)の遺伝子を調べる検査について、19年度から独自に予算を付けて全員で無償化する取り組みを始めた。この検査も国の指針では推奨されていない。市区町村とは別に、都道府県に対しても指針への理解と順守を求めていく取り組みが重要になりそうだ。

滋賀県では指針にない前立腺がんのPSA検査を17年度に実施したのは1割にあたる2自治体のみ。全国平均の8割強と比べると突出して低い。19年度はゼロになる見通しだという。県は「市や町に対して検診の根拠やデータを提供し、個別に相談してきた」(健康寿命推進課)と説明する。

滋賀県では指針にない前立腺がんのPSA検査を17年度に実施したのは1割にあたる2自治体のみ。全国平均の8割強と比べると突出して低い。19年度はゼロになる見通しだという。県は「市や町に対して検診の根拠やデータを提供し、個別に相談してきた」(健康寿命推進課)と説明する。

疑問の発端

前立腺がんの根治的治療方法の現状

手術数+本当に知りたかった指針を一覧に

Yantai Special ID

病院の実力2009

読売新聞医療情報部編 定価650円

その「がん」と向き合うために、知っておきたいことのすべて

読売新聞医療情報部による
独自アンケート一季公開

がん 診察 検査
いい 悪い

患者が多いがん
肺 胃
大腸 肝臓

女性のがん
乳 子宮・卵巣
乳房再建

泌尿器のがん
前立腺
膀胱・腎臓

頭頸部がん / 脳腫瘍
放射線治療
がん診療の拠点病院
本誌初登場
緩和ケア病棟

掲載病院
データ
約4700

セカンドオピニオン

全テーマ: 専門医インタビュー敢行

読売新聞社

前立腺がん

泌尿器のがん
患者数が増える傾向に

前立腺は、膀胱から尿道への出口をクルミ大にとり囲む男性特有の腺体だ。前立腺癌などを分泌して男性機能を支えている。

前立腺がんは男性ホルモンの影響を強く受けており、60歳、70歳を越える高齢者に多い。もともと欧米人に多いが、米国では男性のがんのトップだ。日本人男性にそれはほとんどはなかつたが、生活の洋風化や高齢化の進展で患者数はしだいに増えている。血液検査でわかるPSA（前立腺特異抗原）の普及も、普及にある。年間の死者数は1万5000人と、泌尿器のがんの中では最も多い。

基本的には進行のゆっくりとした比較的好転となし
いがんであり、早期であればよくある。前立腺を
切除する手術、がんを放射線で焼く放射線治療と、
男性ホルモンの分泌を抑えるホルモン療法が、治療
の3本柱だ。

前立腺がんの手術は、骨盤の奥深くで尿管の集
中している部分を穿く。技術の進歩が著しい。通
尿の困難手術のほか、尿管を切開する方法、膀胱
内視鏡、小さな切開で内視鏡手術を見ながら行う
内視鏡補助小切開手術などの方法がある。また
アメリカでは、膀胱癌手術を進化させ、患者の体
内に差し込んだ機械の腕を、画像を見ながら手元

のレバーで操作するロボット手術が10年足らずで
標準的に普及。前立腺が手術の75%を占めると
される。

放射線治療は、厚膜がんに対し、放射線のサブ
セブを数回照射。前立腺に埋め込み内部から照射す
る小線源治療が主だ。また、体の外から照射
する方法では、がんに集中的に放射線を当てる強
度差放射線治療（IMRT）が2008年度、
保険適用された。

がんの早期発見は、治療に響く体への負担を考
え合わせ、すぐに治療には移る様子を見ることが
もある。



129

読売新聞社アンケート調査結果

日本泌尿器科学会の認定施設やがん診療連携拠点病院など
851施設に対し、2007年の治療実績をアンケート

アンケート 送付	回答	回答率	前立腺 全摘手術	前立腺がん 放射線治療	根治 療法
851	520	61.1%	12,062	2,710	14,772

未回答の大学は、

新潟大学、信州大学、富山大学、兵庫医科大学、愛媛大学、琉球大学(6大学/80大学=7.5%)

だけで、地域の主な病院は回答していると考えられる。

前立腺がん死より
根治療法受療者が
多い???

疑問の発端

1. 根治療法受療者

14,772人(2007年)

2. 前立腺がん死

9,786人(2007年)

3. PSA検診受診率が10% (日本泌尿器科学会談)

<http://plaza.umin.ac.jp/jua/kenkeisya/info/PSAscreening090409.html>

4. PSA検診受診率が100%だと根治療法 147,720人

5. 前立腺がん死の根治療法が行われている?

前立腺がん
根治療法受療者も
10倍になるはず

最近の日本人の前立腺潜伏癌（ラテント癌）の臨床病理学的検討

東京慈恵会医科大学泌尿器科学教室（主任：町田豊平教授）
和田 鉄 郎

HISTOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF LATENT PROSTATIC CARCINOMA IN JAPAN

Tetsuro Wada
The Jikei University school of Medicine
(Director: Prof. T. Machida)

In order to investigate the early pictures of prostatic cancer, the following examinations were performed:

We examined the incidence, age distribution, site of occurrence in the prostate, and histopathology of latent carcinoma of the prostate by means of step-section technique in 283 subjects who underwent autopsy in the Jikei University School of Medicine from 1983 through 1985.

Latent carcinoma of the prostate was detected in 63 subjects: 24.6% of males over 40 years of age. When different age groups were compared, latent carcinoma was frequently found in older patients, reaching 50% in the age group of over 80 years.

The site were predominantly found in the 1/2 external regions and the frequency of occurrence was 50% in the anterior regions. When compared anteroposteriorly, latent carcinoma was found to occur frequently around the colliculus seminalis (verumontanum).

Histopathologic examinations revealed a higher incidence in well-differentiated adenocarcinoma than in clinical prostatic carcinoma.

We considered that latent carcinoma of the prostate might be discovered with difficulty during a patient's lifetime because of the lack of specific characteristics stated in the present study.

要旨：前立腺癌の初期像を検討することを目的に下記について検討を行った。

1983年から1985年までに東京慈恵会医科大学で行われた解剖症例の前立腺283例を対象に前立腺潜伏癌の発生率、年齢分布、前立腺内での発生部位、病理組織について Step-section 法を用いて検討した。

潜伏癌は62例に認められ、40歳以上の男性の24.2%に発見された。年齢階層別に比較すると、高齢者になるほど発生率は増加し80歳以上の症例では、50.0%に認められた。

発生部位は外側1/2の領域に多く、また前方側にも約50%の発生を認めた。上下方向の分布では、精丘付近に多く発生していた。

病理組織学的には臨床的前立腺癌に比べて高分化型腺癌が多く認められた。

今回の検討で前立腺潜伏癌は特別な種類の癌ではなく、生前には発見されにくかった癌であると考えられた。

1. 緒 言

近年わが国の前立腺癌の発症率は、著しい増加を続けているが、臨床的前立腺癌の発生率はなお欧米諸国に比べて低いことが特徴となっている。一方、剖検で発見される潜伏癌（ラテント癌）の発生率は、欧米諸国と差がないことがすでに報告されている¹⁾。これらのことは日本人の前立腺癌の特徴を検討するうえで重要な問題であるが、これまで臨床で発見される前立腺

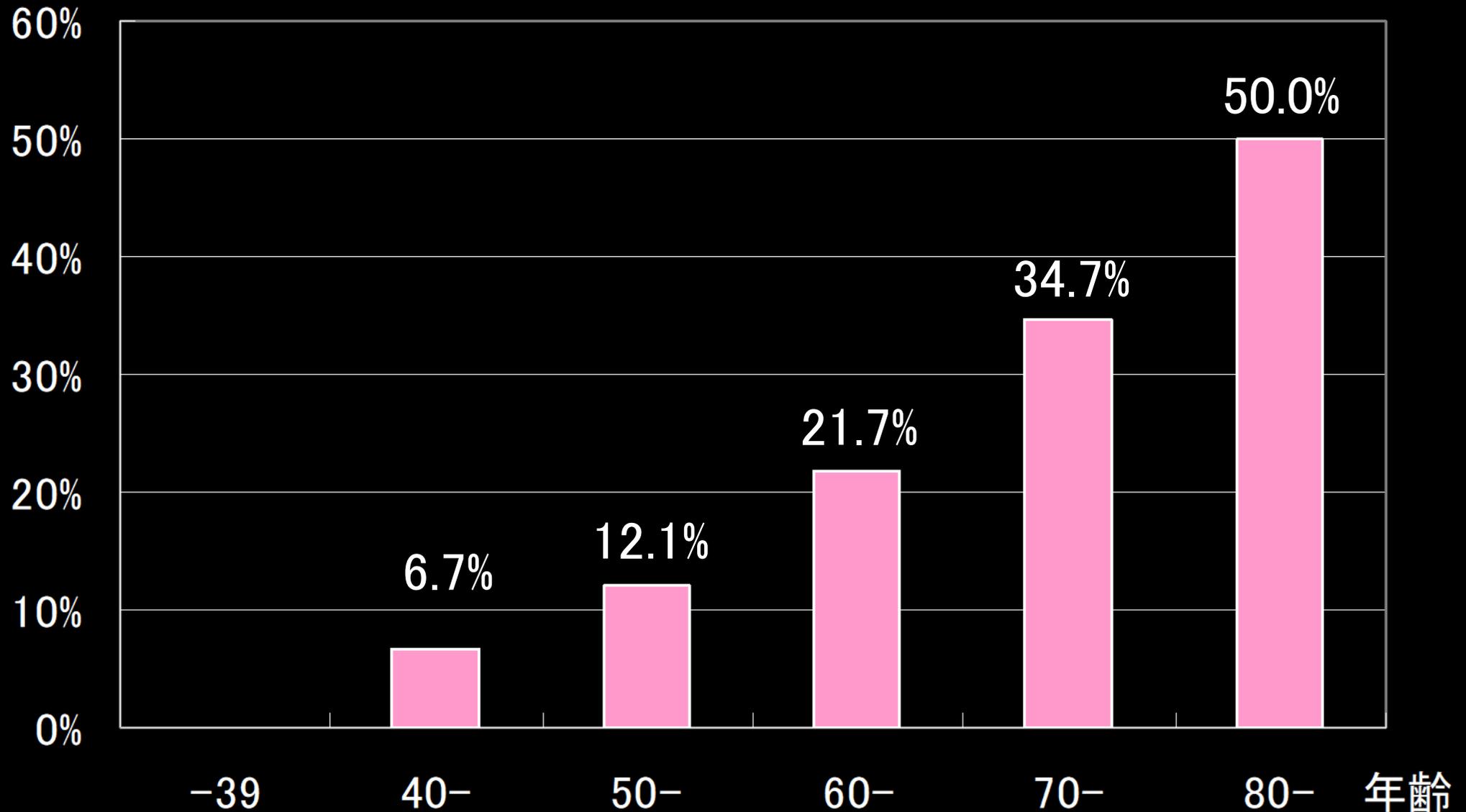
癌の初期相ともいえる前立腺潜伏癌（ラテント癌）の臨床病理学的な検討はあまり行われていない。今回1983年以後に東京慈恵会医科大学で剖検が行われた283症例の前立腺を対象に潜伏癌（ラテント癌）の発生率や病理学的性状を前立腺癌取り扱いは規約²⁾にもとづいて検討を加えたので報告する。

本論文においては、Latent carcinoma を潜伏癌、Occult carcinoma を潜在癌とした。

和田鉄郎

最近の日本人の 前立腺潜伏癌（ラテント癌） の臨床病理学的検討、 日泌尿会誌、78、2065-2070、 1987

前立腺ラテント癌保有率



和田鉄郎:最近の日本人の前立腺潜伏癌(ラテント癌)の臨床病理学的検討、日泌尿会誌、78、2065-2070、1987

實際

群馬県

生検数中の
ラテント癌予測数と
前立腺癌発見数が酷似

年齢	検診数	生検数	ラテント癌 率 (和田)	生検中 ラテント癌 予測数	前立腺癌	生検者中 前立腺癌 有病率
50-	5,097	62	12.1%	8	9	14.5%
60-	15,601	558	21.7%	121	137	24.6%
70-	9,282	482	34.7%	167	182	37.8%
80-	1,462	85	50.0%	43	47	55.3%

山本巧、伊藤一人、大井勝、武智浩之、久保田裕、坂西理恵、黒川公平、鈴木和浩、山中英壽：前立腺がん集団検診における年齢階層別発見がんの臨床病理学的検討—受診年齢上限の設定について—、日本がん検診・診断学会誌、Vol10、118-122、2003

高松市

年齢	検診数	生検数	ラテント癌 率 (和田)	生検中 ラテント癌 予測数	前立腺癌	生検者中 前立腺癌 有病率
40-	9,506	2	6.7%	0	0	
50-	11,527	11	12.1%	1	0	0.0%
60-	14,390	98	21.7%	21	18	18.4%
70-	10,036	125	34.7%	43	41	32.8%
80-	3,781	54	50.0%	27	22	40.7%

※精検＝生検とした

真弓研介、多田昌弘：高松市における大規模な前立腺がん検診について—延べ4万5千人のPSA検査の結果と考察—、泌尿器外科、16、1011—1014、2003

熊本赤十字

	検診数	生検数	ラテント癌 率 (和田)	生検中 ラテント癌 予測数	前立腺癌	生検者中 前立腺癌 有病率
40-	7,311	11	6.7%	1	1	
50-	12,010	93	12.1%	11	10	10.8%
60-	8,463	200	21.7%	43	43	21.5%
70-	2,599	120	34.7%	42	33	27.5%
80-	268	10	50.0%	5	3	30.0%

※精検＝生検とした

三原修一：検診におけるインフォームド・コンセントと個人情報保護、泌尿器外科、16、934、2003

徳島市

年齢	検診数	生検数	ラテント癌 率 (和田)	生検中 ラテント癌 予測数	前立腺癌	生検者中 前立腺癌 有病率
55-	1,229	10	12.1%	1	3	30.0%
60-	3,913	81	21.7%	18	33	40.7%
70-	3,091	118	34.7%	41	70	59.3%
80-	786	22	50.0%	11	15	68.2%

金山博臣、香川征、宇都宮正登、川島周、武久一郎、岸谷晴雄、横関秀明：徳島市前立腺がん検診
について 第一報：平成13年度初年度の結果に対する解析、日泌尿会誌、95、596-603、2004

広島県備北地区

年齢	検診数	生検数	ラテント癌 率 (和田)	生検中 ラテント癌 予測数	前立腺癌	生検者中 前立腺癌 有病率
50-	1,263	21	12.1%	3	3	14.3%
60-	2,439	107	21.7%	23	24	22.4%
70-	2,915	158	34.7%	55	50	31.6%
80-	638	41	50.0%	21	15	36.6%

亭島淳、松原昭郎、吉野干城、長谷川泰久、石光広、安本博晃、碓井亞、小林加直、丸山聡、大原慎也、岩佐嗣夫、田中学、西本憲治：広島県備北地区における前立腺癌検診—3年間の検討—、西日泌尿、68,527-532、2006

高知県越知町

年齢	検診数	生検数	ラテント癌 率 (和田)	生検中 ラテント癌 予測数	前立腺癌	生検者中 前立腺癌 有病率
50-	67	0	12.1%	0	0	
60-	103	6	21.7%	1	1	16.7%
70-	93	9	34.7%	3	5	55.6%
80-	18	2	50.0%	1	1	50.0%

北島清彰、樫尾智賀夫：高知県越知町における前立腺癌スクリーニング、泌尿器外科、18、1005-1007、2005

集計結果

生検数中の
ラテント癌予測数と
前立腺癌発見数が酷似

年齢	検診数	生検数	ラテント癌率 (和田)	生検中 ラテント癌 予測数	前立腺癌	生検者中 前立腺癌 有病率
40-	16,817	13	6.7%	0	1	7.7%
50-	31,193	197	12.1%	24	25	12.7%
60-	44,909	1,050	21.7%	228	256	24.4%
70-	28,016	1,012	34.7%	351	381	37.6%
80-	6,953	214	50.0%	107	103	48.1%
計	127,888	2,486		710	766	30.8%

発見されている癌が

ラテント癌率と同一！！！！

スクリーニングの基本

PSAの

「感度」と「特異度」の検証

感度、特異度とは？

		前立腺がん	
		あり	なし
PSA	陽性	a	b
	陰性	c	d

感度、特異度とは？

PSA陰性で
前立腺がんの有無の検証が重要

		前立腺がん	
		あり	なし
PSA	陽性	a	b
	陰性	c	d

感度 $\text{sensitivity} = a / (a + c) \times 100(\%)$

特異度 $\text{specificity} = d / (b + d) \times 100(\%)$

感度、特異度の理想は？

		前立腺がん	
		あり	なし
PSA	陽性	100	0
	陰性	0	100

感度 $\text{sensitivity} = a / (a + c) \times 100(\%)$

特異度 $\text{specificity} = d / (b + d) \times 100(\%)$

PSAの感度、特異度を

検証した論文が権威ある雑誌

JAMA (The Journal of the American Medical Association) に

Prostate Cancer Prevention Trial (placebo group)
(1993年～2003年:経過観察:7年間)
55歳以上 PSA 3.0ng/ml以下 直腸診異常なし
8,575人

PSA 4.1ng/ml以上
and or
直腸診異常あり
521人(6.1%)

PSA 4.0ng/ml以下
and
直腸診異常なし
8,054人(93.9%)

前立腺生検施行
521人

前立腺生検施行
5,066人

前立腺生検未施行
2,988人(34.8%)

5,587人(65.2%)

計算上

前立腺がんなし
2,414人(80.8%)

前立腺がん
574人(19.2%)

前立腺がんなし
4,362人(78.1%)

前立腺がん
1,225人(21.9%)

前立腺がん
1,799人(21.0%)

Ian M. Thompson, et al:JAMA. 2005;294:66-70.

Operating Characteristics of Prostate-Specific Antigen in Men With an Initial PSA Level of 3.0 ng/mL or Lower.

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/short/294/1/66>

全体の21.9%に前立腺がん



5人に1人ががん患者????

PSA感度 PSA特異度

PSA cutoff		判定	前立腺がん	
			あり	なし
PSA(1.1)	陽性	1,022	2,665	
	陰性	203	1,697	
PSA(2.1)	陽性	644	1,198	
	陰性	581	3,164	
PSA(3.1)	陽性	395	579	
	陰性	830	3,783	
PSA(4.1)	陽性	251	270	
	陰性	974	4,092	
PSA(6.1)	陽性	56	64	
	陰性	1,169	4,298	
PSA(8.1)	陽性	21	25	
	陰性	1,204	4,337	
PSA(10.1)	陽性	11	15	
	陰性	1,214	4,347	

PSA cut-off値4.1ng/mlでの見落とし率

		前立腺がん	
PSA cutoff	判定	あり	なし
PSA (4.1)	陽性	251	270
	陰性	974	4092

$$251 \div (251 + 974) = 20.5\%$$

前立腺がんの80%が見落とされていることになる？
これらのがんは見落としとしていいがんという証もない？

感度、特異度の理想は？

		前立腺がん	
		あり(%)	なし(%)
PSA	陽性	100	0
	陰性	0	100

感度 $\text{sensitivity} = a / (a + c) \times 100(\%)$

特異度 $\text{specificity} = d / (b + d) \times 100(\%)$

感度、特異度の実際は？

		前立腺がん	
		あり(%)	なし(%)
PSA	陽性	20.5	6.2
	陰性	79.5	93.8

感度 $\text{sensitivity} = a / (a + c) \times 100 (\%)$

特異度 $\text{specificity} = d / (b + d) \times 100 (\%)$

感度、特異度の実際は？

		前立腺がん	
		あり(人)	なし(人)
PSA	陽性	251	270
	陰性	974	4092

感度 $\text{sensitivity} = a / (a + c) \times 100 (\%)$

特異度 $\text{specificity} = d / (b + d) \times 100 (\%)$

PSA 4.1ng/ml (PSA検診で要精密検査)
と言われる値



前立腺癌細胞を持っている人の内
20.5% 捕 捉
79.5% 見落とし

There is no cutpoint of PSA with simultaneous high sensitivity and high specificity for monitoring healthy men for prostate cancer, but rather a continuum of prostate cancer risk at all values of PSA.

PSAには、健康な男性で前立腺がんを高い感度と高い特異度で検出するカットオフ値はなく、PSAの連続するすべての値において前立腺がんのリスクを有する。

Operating Characteristics of Prostate-Specific Antigen in Men With an Initial PSA Level of 3.0 ng/mL or Lower

Ian M. Thompson, MD
 Donna Pauler Ankerst, PhD
 Chen Chi, MS
 M. Scott Lucia, MD
 Phyllis J. Goodman, MS
 John J. Crowley, PhD
 Howard L. Parnes, MD
 Charles A. Coltman, Jr, MD

Context Three fourths of US men older than 50 years have been screened with prostate-specific antigen (PSA) for prostate cancer.

Objective To estimate the receiver operating characteristic (ROC) curve for PSA.

Design, Setting, and Participants Calculation of PSA ROC curves in the placebo group of the Prostate Cancer Prevention Trial, a randomized, prospective study conducted from 1993 to 2003 at 221 US centers. Participants were 18 882 healthy men aged 55 years or older without prostate cancer and with PSA levels less than or equal to 3.0 ng/mL and normal digital rectal examination results, followed up for 7 years with annual PSA measurement and digital rectal examination. If PSA level exceeded 4.0 ng/mL or rectal examination result was abnormal, a prostate biopsy was recommended. After 7 years of study participation, an end-of-study prostate biopsy was recommended in all cancer-free men.

Main Outcome Measures Operating characteristics of PSA for prostate cancer detection, including sensitivity, specificity, and ROC curve.

Results Of 8575 men in the placebo group with at least 1 PSA measurement and digital rectal examination in the same year, 5587 (65.2%) had had at least 1 biopsy; of these, 1225 (21.9%) were diagnosed with prostate cancer. Of 1213 cancers with Gleason grade recorded, 250 (20.6%) were Gleason grade 7 or greater and 57 (4.7%) were Gleason grade 8 or greater. The areas under the ROC curve (AUC) for PSA to discriminate any prostate cancer vs no cancer, Gleason grade 7 or greater cancer vs no or lower-grade cancer, and Gleason grade 8 or greater cancer vs no or lower-grade cancer were 0.678 (95% confidence interval [CI], 0.666-0.689), 0.782 (95% CI, 0.748-0.816), and 0.827 (95% CI, 0.761-0.893), respectively (all *P* values <.001 for AUC vs 50%). For detecting any prostate cancer, PSA cutoff values of 1.1, 2.1, 3.1, and 4.1 ng/mL yielded sensitivities of 83.4%, 52.6%, 32.2%, and 20.5%, and specificities of 38.9%, 72.5%, 86.7%, and 93.8%, respectively. Age-stratified analyses showed slightly better performance of PSA in men younger than 70 years vs those 70 years or older with AUC values of 0.699 (SD, 0.013) vs 0.663 (SD, 0.013) (*P* = .03).

Conclusion There is no cutpoint of PSA with simultaneous high sensitivity and high specificity for monitoring healthy men for prostate cancer, but rather a continuum of prostate cancer risk at all values of PSA.

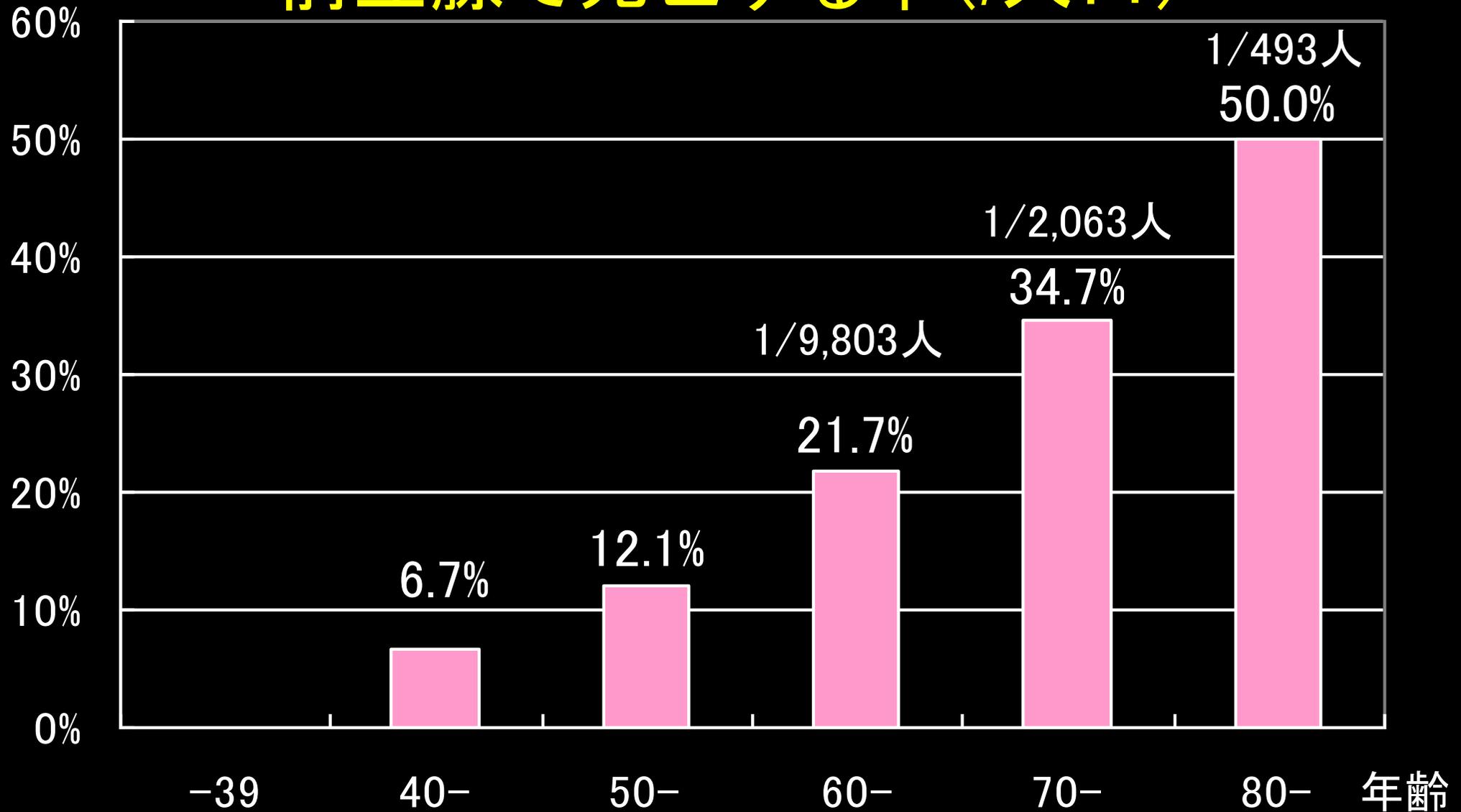
JAMA. 2005;294:66-70

www.jama.com

Author Affiliations: Department of Urology, University of Texas Health Science Center at San Antonio (Dr Thompson); Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle, Wash (Dr Ankerst and Mas Chi and Goodman); University of Colorado, Denver (Dr Lucia); Cancer Research and Biostatistics, Seattle (Dr Crowley); National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Md (Dr Parnes); and Southwest

Oncology Group, San Antonio (Dr Coltman).
Corresponding Author: Ian M. Thompson, MD, Department of Urology, University of Texas Health Science Center at San Antonio, 7703 Floyd Curl Dr, San Antonio, TX 78229 (thompsoni@uthscsa.edu).
Reprint Requests: Southwest Oncology Group Operations Office, 14980 Omicron Dr, San Antonio, TX 78245-3217.

前立腺ラテント癌保有率 前立腺で死亡する率 (/人口)



公衆衛生に不可欠な

対話

「対話」とは

- 対話 (dialogue) とは、面と向かって、声を出して、言葉を交わすこと。
- 生きづらさの問題の多くは「対話」の不足や欠如からこじれていく。
- 議論、説得、説明、正論、アドバイスは「対話」ではなく「独り言」である。
独り言 (monologue) の積み重ねが、しばしば事態をこじらせる。
- 外出させたい、運動をさせたい、はまかだをさせたい、
といった「下心」は脇において、本人の言葉に耳を傾ける。
- 基本姿勢は相手に対する肯定的な態度。
肯定とは「そのままでもいい」よりも、「あなたのことをもっと知りたい」
- 対話の目的は「対話を続けること」。
相手を変えること、何かを決めること、結論を出すことではない。

齋藤環「オープンダイアログとは何か」(医学書院)

対話のコツ

齋藤環（精神科医）

対話のコツ

大事な話はしない

「質」より「量」

zoom

はまかだ交流会

大事な話はしない
「質」より「量」

会話	独り言 (monologue)	対話 (dialogue)
姿勢	自分の思い、感情、感覚が中心	お互いの感情、感覚を大切、大事に
	思考停止・無関心・管轄外	読み解く・学びと気づきの連続・お互い様
行動	自分の話をする・説得・アドバイス	聴く・傾聴・分ちあう
	排除・否定・無関心・無視	受容・共感・共有・見守り
	自分の正解を押し付ける ○か×か	正解を示さない 問いがある
	相手を変えようとする	相手を変えようとしらない
結果	結論を出す・合意を求める	異なる意見やアイデアが共存
	対立・分断・孤立・孤独	信頼・つながり・絆(きずな+ほだし)
	無表情・怒り・拒否・論破・偏狭・同質性	笑い・余裕・お互い様・協働・寛容・多様性
	ひきこもり・不登校・ハラスメント	(ひきこもり等の) 予防・改善・回復・治癒
	コミュニケーションの壁(コミュ障)	コミュニケーション

「協働」から「共創」へ

	協働	共創
出発点	目的がある	問いがある
役割	固定的	流動的
関係性	横並びで作業	相互に影響し合う
成果	想定内	想定外も
キーワード	分担・連携	対話 ・気づき
包括ケア 評価会議	○	◎

独り言社会で

一人ひとりができる

公衆衛生活動とは？