

第 1 回がん対策部会（前立腺がん対策）の振り返り

1 前立腺がんの現状と対策型検診の考え方（議題(1)）

(1) 資料

参考資料 1

(2) 意見等

- 「ラテントがん」は市民に分かりやすくするため「潜伏がん」「潜在がん」等の日本語にした方が良い。（枝村副部会長）
- 前立腺がんだけではなく胸部 C T でも過剰診断を示すデータがある。（斎藤講師）

2 PSA 検査に対する国の考え方（議題(2)）

(1) 資料

参考資料 2

(2) 意見等

- 2011 年以降で国から新たに公表されたデータはない。

3 PSA 検査に対する日本泌尿器科学会等の考え方及び最新の知見（議題(3)・(4)）

(1) 資料

参考資料 3・4・5

(2) 意見等

- 泌尿器科学会の考え方では、50 歳以上に利益、不利益など十分な情報提供を行った上で住民検診の対象として行うことが示されている。（田中委員：資料 4）
- 泌尿器科学会では丁寧かつ頻繁にデータを重ね、PSA 検診が死亡率を低下させることも出した。不利益も他の検診に比べて有意に高いものではない。
市民に十分な利益を与えるものということで、札幌市民の健康を守るために PSA 検診を導入していただきたい。（鈴木委員）
- PSA 検診によって、総死亡率が低下したという報告はない。
評価に値する 5 つの RCT のメタアナリシスの結果では有意な死亡率減少効果はなかった。
アメリカの検診を統括している The US Preventive Service Task Force も、前立腺がん死亡率が低下したという報告を行っている RCT (ERSPC) でも PSA 検査の集団検診を推奨していない。
手術に伴う勃起不全や尿失禁、輸血が必要なほどの出血などの不利益がある。
インフォームドコンセントのもと任意型の検診を行うべき。（森委員：資料 5）
- 日本泌尿器科学会と世界の他のガイドラインで推奨の結論が異なる理由は、死亡率減少効果に関して、国際標準の方法をとっているか否かである。対策型検診では、PSA 検査の不利益を説明した上での自己意思決定が不可能。（斎藤講師）

- 泌尿器科学会は PSA 検査を対策型検診として推奨している。基本的に、対策型検診は、市民の一般の方、対象年齢者の方に声をかけて、その中で希望者にやっていただく形になる。（鈴木委員）
- 対策型検診は、欧米の組織型検診の発展途上という位置づけで、対象者に漏れなくアクセスする。「希望者」に実施するのは、任意型となる。（斎藤講師）
- 泌尿器科学会は対策型として推奨している。ただし、（泌尿器科学会が勧める）利益と不利益の説明は、かなり長く詳細にわたるもので、それを実際の検診の場ではぱっと見せられて、理解して、受ける、受けないを決めた上で希望ということは、実際にはなかなか難しい話である。（田中委員）
- 札幌市で実施している五大がん検診は対策型検診ということで条件を満たしているのか？（鈴木委員）
- 死亡率減少効果の科学的根拠があること、不利益が十分小さいという二つの主たる柱となる要件に沿って、五大がんの五つの方法については問題なくクリアしている。（斎藤講師）
- ほかの検診では総死亡率まで減少することが証明されているのか？（田中委員）
- 総死亡率減少についての確定的な研究はない。総死亡率減少を実証しようとすると膨大な研究人員が必要となり、研究による侵襲を介入で与えることと、総死亡率の低下の差を検出する必要性とのバランスで許されるかという問題がある。通常は関連死亡があるかどうか等を細かいデータから見ることで十分と考える。がん検診が有効かどうかは、がん死における死亡率を考えるべき。（斎藤講師）
- 国内の前立腺がんの手術のほとんどでダヴィンチというロボットを使っているため、輸血率に関してはほとんど問題にならない。（田中委員）
- 潜在性のがんがある限り、なかなか難しい。今見つけて、将来どうなるかわかりませんということでは、今とっておいたほうがいいのか、見ておいていいのかというところになってくると、もう少しほかのマーカーが出ないと、という印象を受けた。（枝村副部長）
- 潜在がんがどの程度含んでいるかをどうやったら立証できるのか？例えば、前立腺がんを診断された患者さんたちをランダムに無治療と手術に振り分けて 20 年ぐらい見た上で、無治療群の 3 分の 2 ぐらいの症例が進行して、転移をしたり、治療の介入が必要だということになった。そうすると、残り 3 分の 1 の症例が潜在がんということになるのか？（田中委員）
- 認知されている方法としては、当該がんではない死因で亡くなった人を剖検したときに、そのがんが見つかった率で推定する方法。
前立腺がんの治療の有無での違いを見る 2012 年報告のピボットスタディーと、2016 年に出た 3 群に分けた RCT がある。
ピボットスタディーの結果では、少なくとも 12 年追跡後の致死率に差がなかったということでした。
もう一つのスタディーも、治療しない群で転移や進行はふえるが、死亡率は治療の有無によらず非常に低く、3 群で差がないということ。（斎藤講師）