

日本消化器がん検診学会 2026 年度第 11 回胃がん検診専門技師研修会
特別講演『組織型検診の必要性和導入への道筋』

JCHO 滋賀病院総合診療科・消化器内科
滋賀医科大学医師臨床教育センター客員准教授
中島 滋美

日本のがん検診の受診率には国民生活基礎調査から推計した値が用いられていることが多い。しかし、国民生活基礎調査は全国から無作為に抽出した世帯を対象に 3 年に 1 回実施されているアンケート調査であるため、この調査から計算した受診率は実測値に基づく正確な受診率ではない。したがって、この受診率を用いる際にはそのことを理解して利用する必要がある。ではなぜ実測値に基づく正確な受診率が計算できないのだろうか？日本ではがん検診は住民検診のほかに職域での健診に併施されるがん検診と人間ドックなどで実施される任意のがん検診がある。そのほかに保険診療でがん検診と同等の検査が行われていることもある。がん検診は義務化されていないため住民検診以外の検診データは集められておらず、全体でのがん検診受診率が計算できない。一方、韓国では 2010 年に全国がん検診データベースを作るシステムができ、2017 年には 1600 万人以上のビッグデータを用いて胃がん検診の受診による胃癌死亡抑制効果のエビデンスを発出した。残念ながら我が国ではこのようなビッグデータによる解析が不可能である。そこで必要とされているのが「組織型検診」である。これは、対象者を中央登録システムで管理して行われる検診である。検診データを 1 か所で把握するので受診率などの指標は実測値で正確に計算でき、ビッグデータによる解析も可能である。現在、厚労省では組織型検診の必要性に関してコンセンサスはできているが、どのように中央登録システムを作るかは定まっていない。そこで今回の講演では、演者の提案する中央登録システム構築案を紹介した。このシステムにより全国がん検診データベースができれば、そのデータを管理・解析するセンターが必要である。このセンターに通知機能も持たせるとメリットが大きい。例えば、市町村は検診データを収集したり通知する業務がなくなるので人的・金銭的負担が軽減される。未受診者や高リスク者の把握も可能となるので必要性の高い人に重点的にがん検診受診を促すことができる。これにより医療費が高額となる前にかん患者を診断する症例が増え、医療費の節減が可能となる。このようにメリットは大きいので今後はがん検診の中央登録システムを構築し、データセンターを設立するように学会としても働きかけるべきである。