

令和 8 年 2 月 1 2 日

規制改革推進会議

第 9 回 健康・医療・介護ワーキンググループ

公益財団法人北海道対がん協会  
会長 加藤元嗣

# 公益財団法人 北海道対がん協会の紹介

昭和4年(1929年)設立 3年後に創立100周年

日本で最初の「対がん協会」

札幌・旭川・釧路にがん検診センター

「がんや生活習慣病に関する正しい知識の普及啓発」

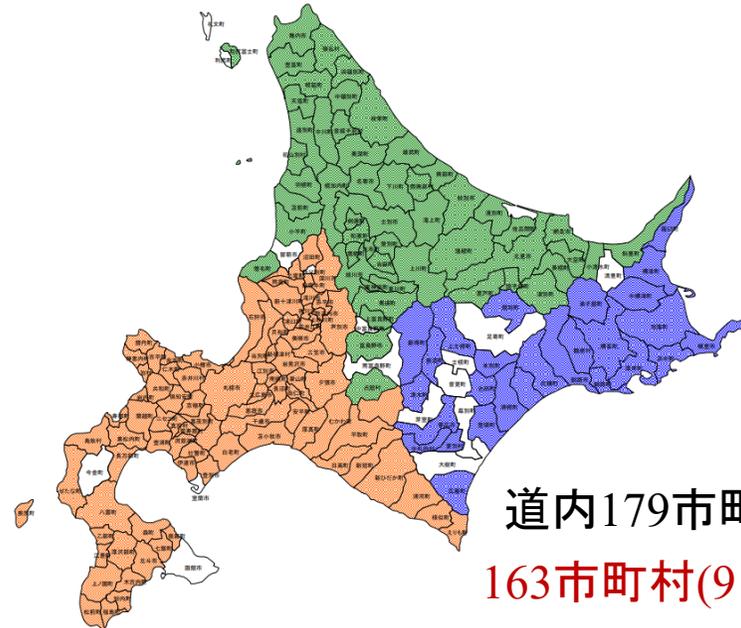
「検(健)診事業」

「がんに関する調査・研究事業」

## 検(健)診事業内容

- **がん検診**  
胃・肺・大腸・子宮・乳房・前立腺
- **各種健診**  
人間ドック、定期健康診査、  
特定健康診査、特定保健指導等
- **精密検査・各種検査**  
各がん検診の精密検査、腹部超音波検査、  
骨検査、内臓脂肪測定等
- **専門外来(札幌がん検診センター)**  
ピロリ菌外来、便秘外来、フォローアップ外来

3センター管轄別検(健)診受託市町村



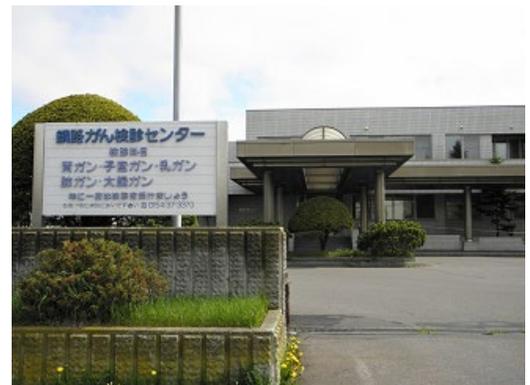
札幌



旭川



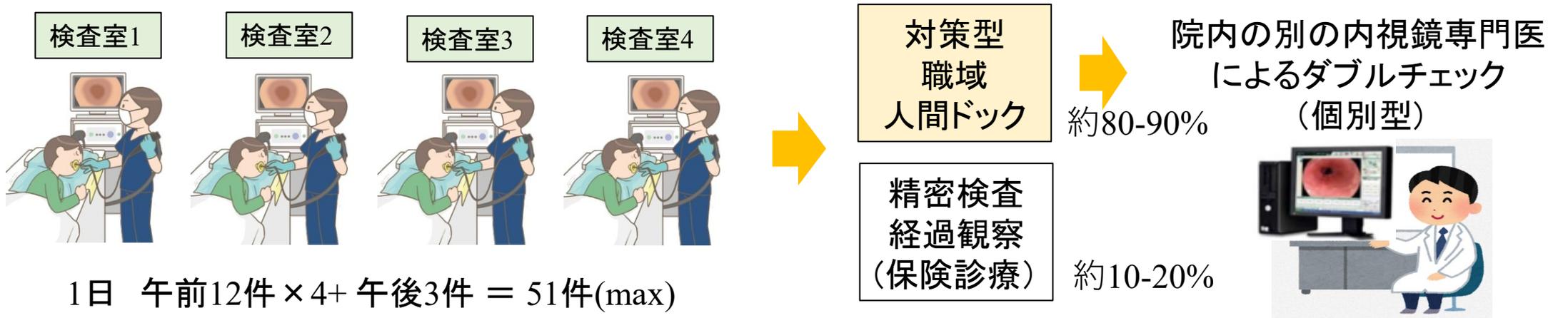
釧路



## 北海道対がん協会でのがん検診成績(2022)

		受診者	要精検者	率	精検受診者	率	発見癌	発見率
胃	X線	74,315	3,152	4.2	2,713	86.1	91	0.12
	内視鏡	6,924	398	5.8	398	100	18	0.26
大腸		114,894	7,597	6.6	5,992	78.9	370	0.32
肺	X線	89,374	1,324	1.5	1,208	91.2	89	0.11
	CT	3,260	178	5.5	162	91.0	12	0.37
乳	X線	61,444	1,267	2.1	1,238	97.7	249	0.41
子宮		53,589	680	1.3	663	97.8	26	0.05
合計		403,800	14,596	3.6	12379	84.7	855	0.21

北海道対がん協会年報



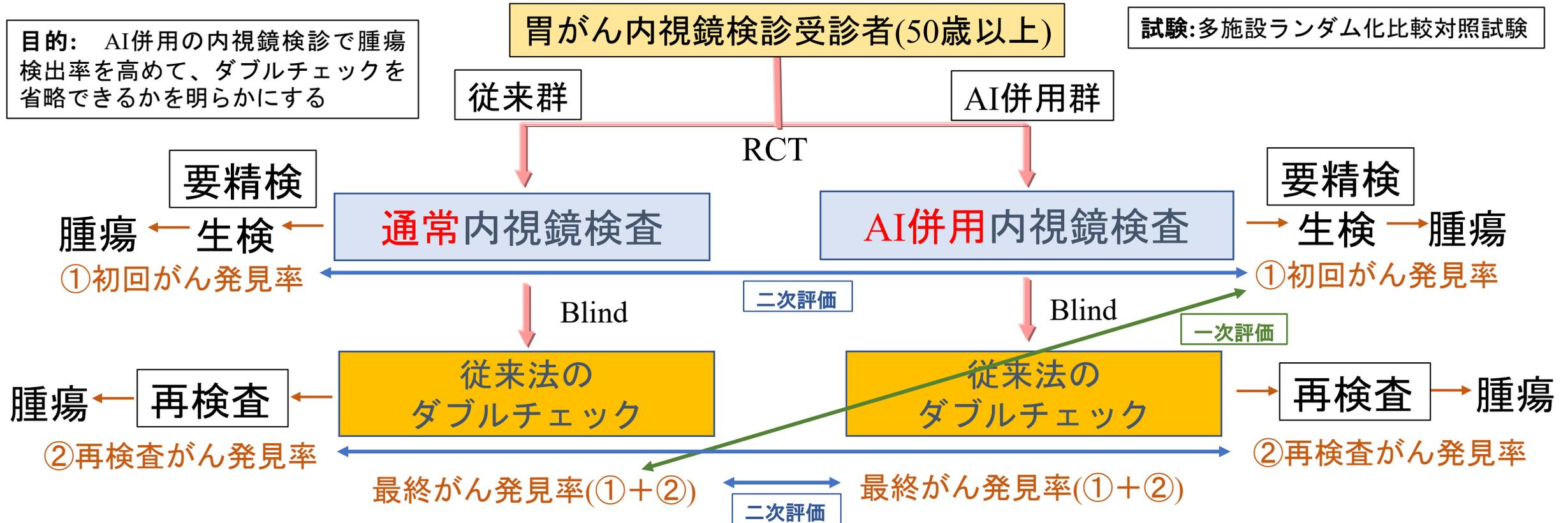
# AMED研究

予防法や新たな検診手法の実用化をめざした大規模疫学研究（革新的がん医療実用化研究事業）

研究開発名

胃がん内視鏡検診でのAI併用が胃がん検出率を上昇させ、ダブルチェックの負担を軽減できるかの検証

研究代表 公益財団法人北海道対がん協会会長 加藤元嗣



登録開始2025年9月～(2.5年) 目標症例数: 各群5417、両群10834 実施施設: 6検診施設

## 胃がん内視鏡検診でのダブルチェック

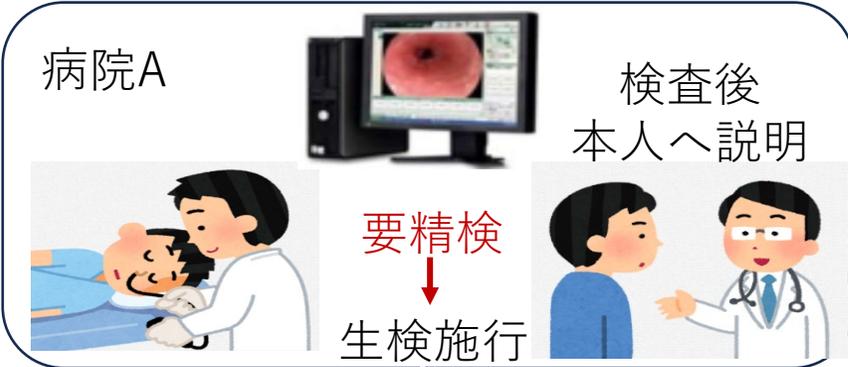
- 「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」2014年度版で胃内視鏡検診の有効性が示されて対策型および任意型検診として推奨された。

	対策型	任意型	対象年齢	検診間隔
胃X線検査	推奨	推奨	50(40)歳以上	2年(1年)
胃内視鏡検査	推奨	推奨	50歳以上	2年

- 胃がん内視鏡検診マニュアルでは精度管理として全症例の全内視鏡画像の医師1~2名によるダブルチェックを必須としている。
- ダブルチェックの目的は、内視鏡医の技量の標準化、見逃しの回避、不要な生検の減少で、内視鏡診断レベルの向上を図ることにある。  
→内視鏡医のスキルアップには貢献している。

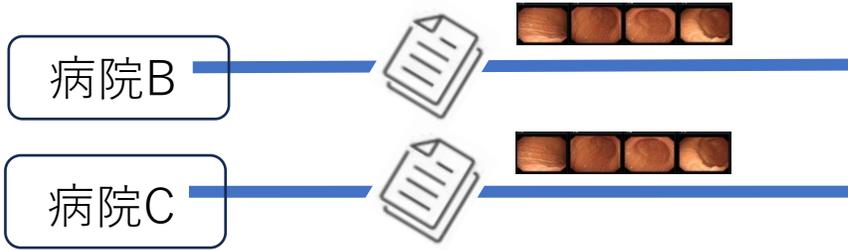
## ダブルチェックの実情

### 内視鏡検診実施施設：一次判定



各病院で異なる

画像提出  
メディア



VPN・クラウド

### 医師会・検診機関など 読影委員会：二次判定

消化器関連学会の専門医・指導医



2名体制で**ダブルチェック**の実施

- ✓ 全コマレビュー
- ✓ 診断・生検の妥当性
- ✓ **再検査の指示**

二次読影  
レポート

最終判定  
本人通知

数か月後  
再検査

- ・ダブルチェックには内視鏡医の膨大な負担と実施するにはコストが必要  
→ダブルチェックが内視鏡検診普及の妨げの原因
- ・ダブルチェックには消化器関連学会の指導医・専門医の資格者が必要  
→ダブルチェック施行医の不足
- ・一次判定異常なしでダブルチェック要再検で発見される癌(見逃し)は5%以下(内視鏡独自の問題)  
→再検査受診者の95%以上は偽陽性(受診者の不利益)
- ・ダブルチェックで発見された癌のほとんどは2年後でも早期癌の可能性が高い(内視鏡独自の問題)  
→胃がん死亡率の減少に寄与しない

## ダブルチェックの実施体制と医師負担

体制整備: 精度管理体制・検査業務実施体制・読影業務実施体制

実施主体の区市町村が地区医師会に委託事業として委託  
地区医師会が受託事業として検診体制を構築

参集型は医師会館などに時間外に集まってダブルチェック

個別型は検診施設に一存: 実態は不明

	A市	B市	C市 ( )は当協会
タイプ	参集型	参集型	個別型
内視鏡件数	約12,000	約20,000	約5,000 (3,000)
ダブルチェック	2名	2名	1名
資格	専門医＋非専門医	専門医	専門医
専門医数	62	36	不明(4)
1回の読影件数	70～100	60～70	不明(20～40)
読影回数	2～3回/月	2～3回/月	不明(4回/月)
1回の読影時間	1～2時間	1～2時間	1～2時間
謝礼	2.2～3.7万/回	1.5万/回	不明(350円/件)
三次チェック	有	無	無

## ダブルチェック実施での事務負担

### 担当事務

「二次読影会の準備に多大な労力が必要」

- ✓ 電子媒体で郵送されてきた検診データを二次読影医の各PCへ入力する
- ✓ 検診票記入不備の確認(不備があれば電話にて問い合わせる)
- ✓ 検診票と電子媒体の不一致のチェック
- ✓ 二次読影医への振り分け
- ✓ 二次読影済みの検診票のデータをチェック
- ✓ 二次読影結果票を医療機関ごとに分けて郵送する
- ✓ 検診結果をデータ分析のために電子入力している(外部委託している)



### クラウド化により

「二次読影会準備が大幅に不要となった」

- ✓ 二次読影医への振り分けのみの作業となった
- ✓ 検診票記入不備はPC上でエラーが発生するので(問い合わせ作業なし)



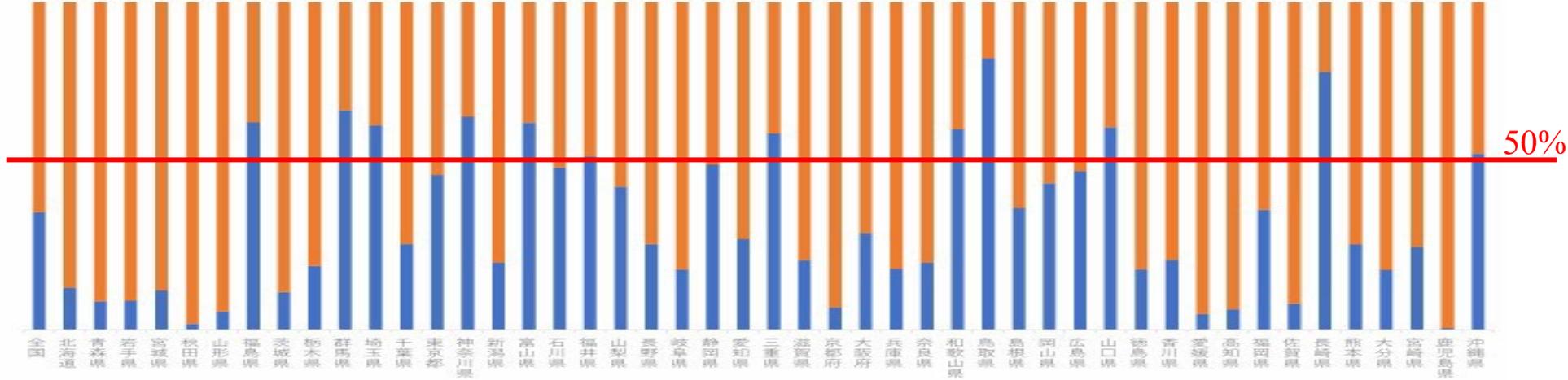
読影内視鏡医師  
だけでなく  
担当事務の作業  
の負担が大きい



クラウド化で  
事務作業は減るが  
コストが発生

# 内視鏡検診の普及に格差

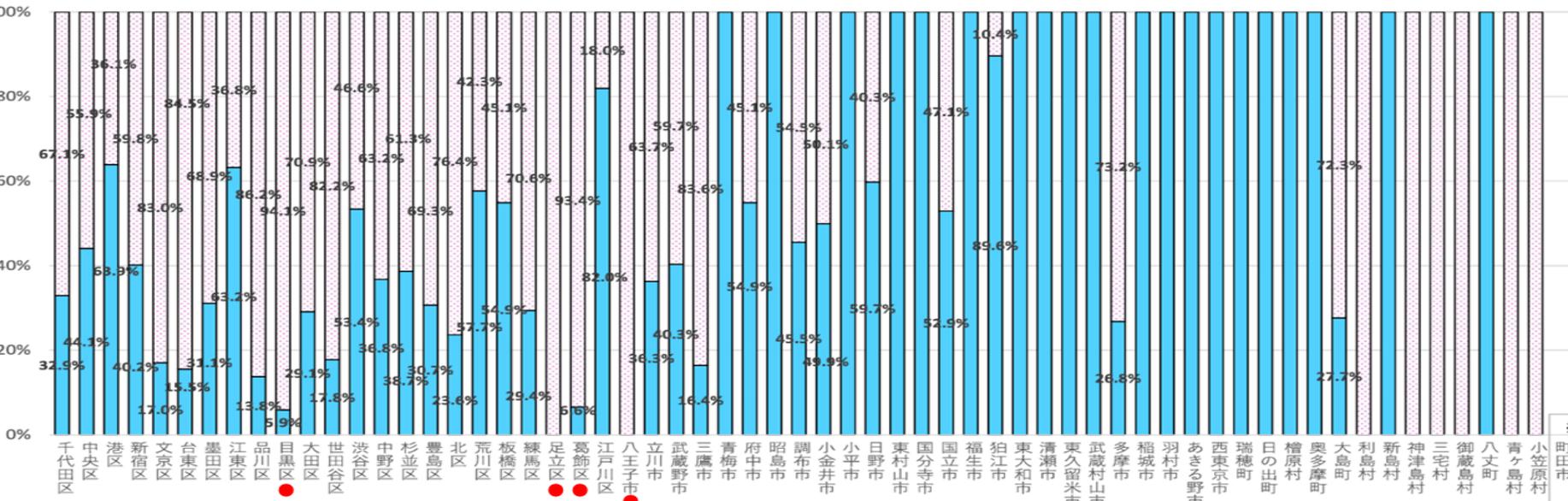
## 各都道府県別



導入率  
 日本国内: 917 (62.8%)  
 北海道内: 65 (36.3%)

## 東京都内

厚生労働省地域保健・健康増進事業報告書



内視鏡医および  
 専門医の不足



内視鏡検診  
 導入の妨げ

都内でも区によって  
 導入率が大きく異なる

令和6年度東京都がん検診精度管理評価事業

## 内視鏡AI

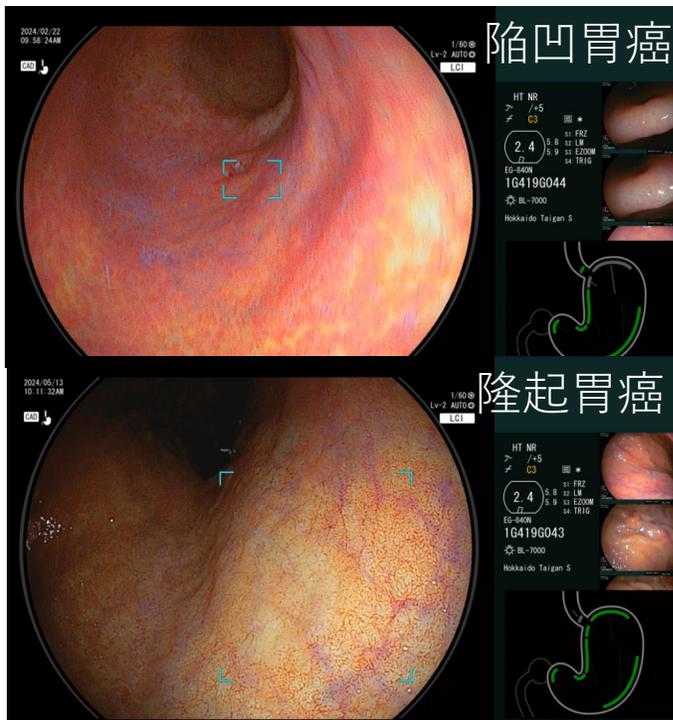
短時間に高精度のデータ分析でヒューマン・エラーがない

AIコンピューター支援診断(CAD)→医療の質の向上・医療の均てん化

AI併用内視鏡→専門医より高い検出能(見逃しの回避)・早い検出時間

通常内視鏡検査の病変見逃しは10~30%位で、疲労が蓄積する時間帯に増える

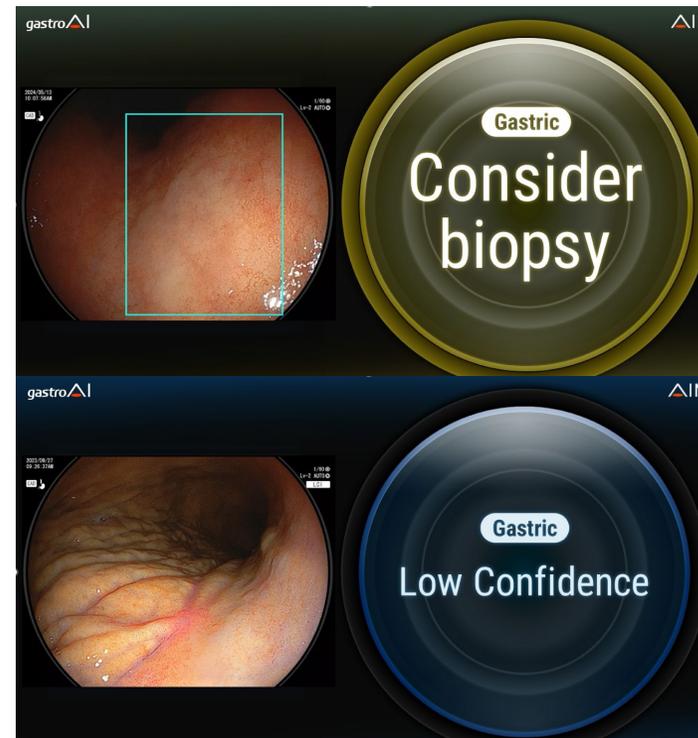
わが国で使用されている上部消化管内視鏡AI



富士フィルム社  
CADEYE

リアルタイム方式

腫瘍が疑われる領域  
をボックスで囲って  
検出して報知音を発  
する。



AIメディカル社  
gastroAI model-G

静止画方式

腫瘍が疑われる領域  
をボックスで囲って  
生検が必要な病変か  
どうかを示す。

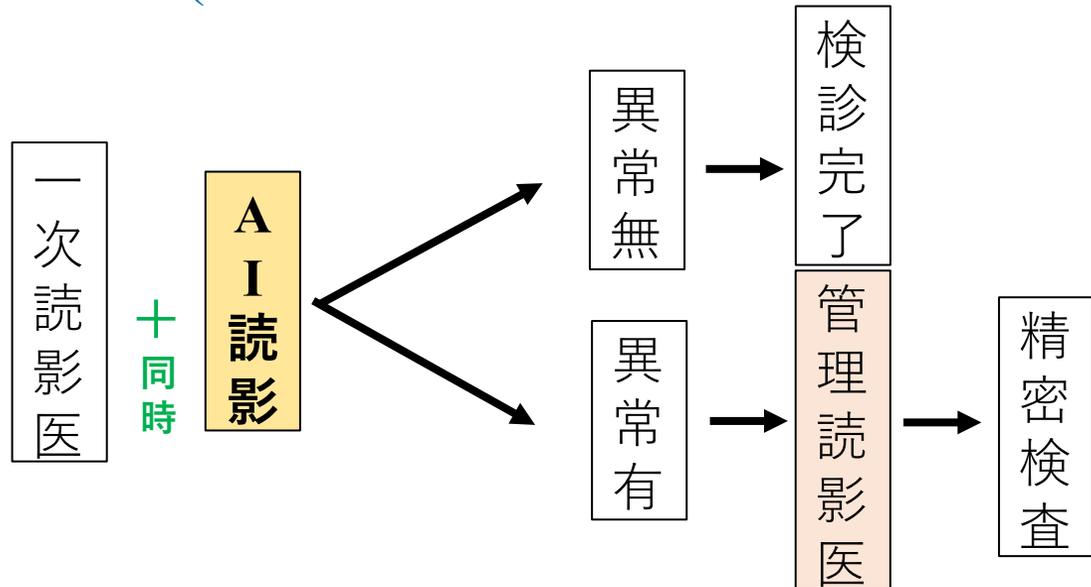
経験の浅い医師に限らず、見逃しを防いで癌発見率を高める効果が期待できる

# がん検診におけるAI利用

## X線画像(肺がん、乳がん、胃がん)

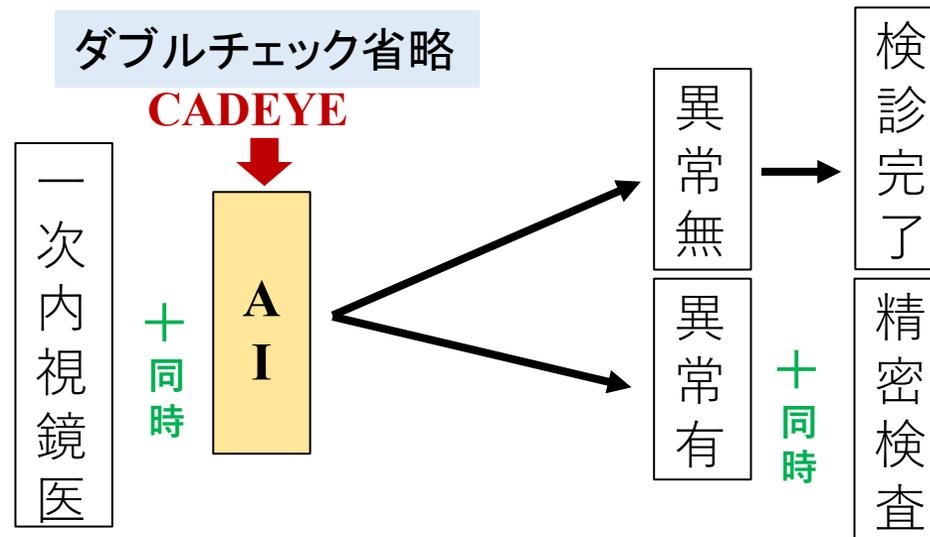
## 内視鏡(胃がん)

ハイブリッド型

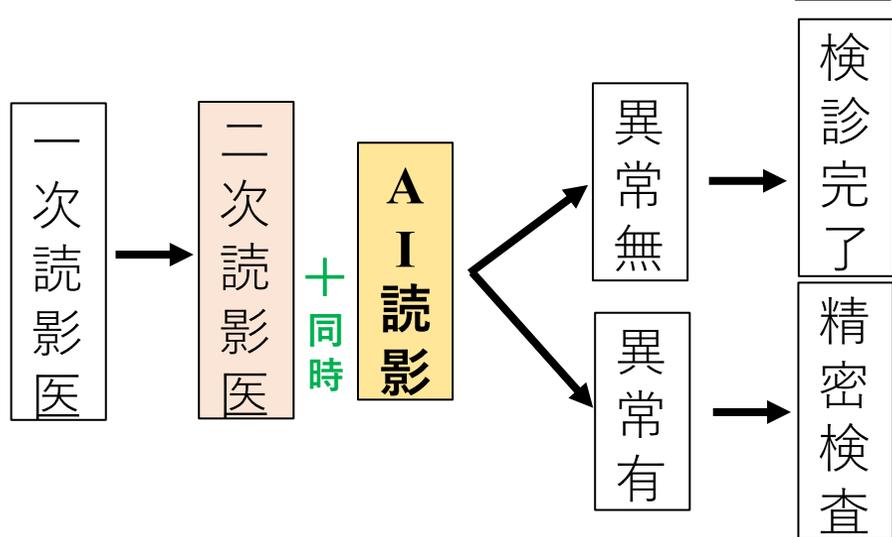


ダブルチェック省略

CADEYE

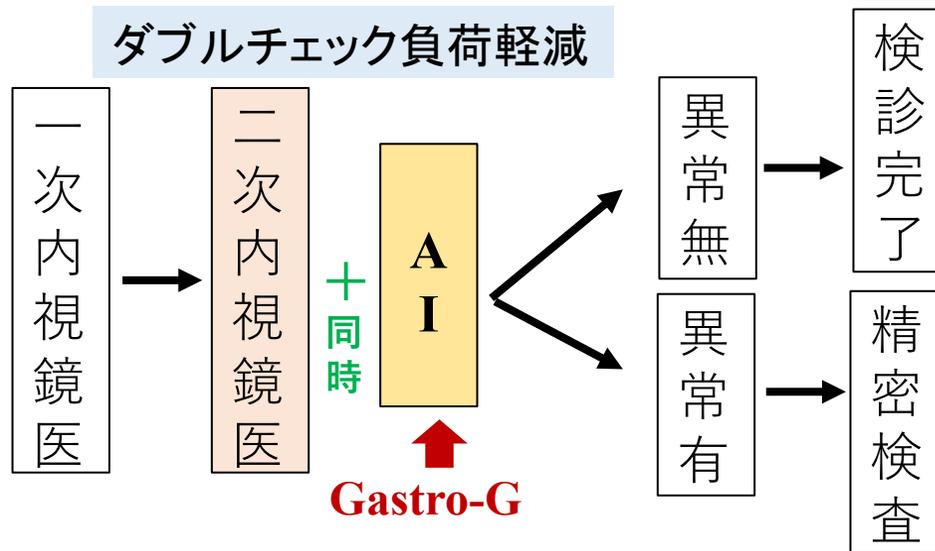


ダブルチェック型



ダブルチェック負荷軽減

Gastro-G



## AI導入によるメリット

内視鏡検査：一次読影



内視鏡医 + AI併用



ダブルチェック省略



ダブルチェック：二次読影



二次読影医 + AI併用



ダブルチェック負荷軽減

ダブルチェックに要した人的金銭的負担の軽減  
見逃しを防ぎ胃がんの検出能が向上  
経験年数に左右されず医師の診断レベルが均一化



☑ AI導入で胃内視鏡検診が広く普及

これまで胃内視鏡検診の導入が困難であった区市町村自治体  
内視鏡医の不足・偏在が目立つ地域には朗報

☑ 均等化された質の高い検診が可能

☑ 医師の働き方改革に貢献

☑ 事務作業の負担軽減と検診コスト削減

☑ 胃内視鏡検診独特のダブルチェック問題が解消