

日医発第 1919 号（健Ⅱ）

令和 8 年 3 月 19 日

都道府県医師会長 殿

公益社団法人 日本医師会

会長 松本吉郎

（公印省略）

住民検診における前立腺がん検診の維持・推進への要望書提出について

前立腺がんは、我が国で最も罹患数が多い男性がんであり、前立腺がんに対する対策として、最新エビデンスに基づいて、これまで一般社団法人日本泌尿器科学会は、前立腺がん検診の普及に尽力されてきたところです。

一方、市区町村のがん検診における前立腺がん検診の死亡率減少効果については、国の検討会等においてくりかえし議論がされています。

今般、本会は、国民の健康寿命の延伸をめざし、前立腺がん住民検診を提供する体制が重要であるという同学会の考えに賛同し、連名で厚生労働大臣に別添の要望書を提出いたしました。

つきましては、貴会におかれましても引き続き地域のがん検診の推進にご協力いただくとともに、郡市区医師会、関係医療機関へ情報提供のほどよろしくお願い申し上げます。

COPY

要望書

2026年3月吉日

厚生労働大臣 上野賢一郎 殿

一般社団法人日本泌尿器科学会
理事長 久米 春喜

公益社団法人日本医師会
会長 松本 吉郎



拝啓

我が国における前立腺がん検診普及の推進に関する要望書、および参考資料を下記のように提出いたします。貴省内に設置されております「がん検診のあり方に関する検討会」では、前立腺がん検診の専門家が不在の中で、最新エビデンスに基づく十分な議論が行われないうまま、前立腺がん検診を推奨しないとの見解が出されており、一部の市町村区で実際に中止の決定がなされております。2020年2月にも当時の加藤厚労大臣宛に要望書を提出しておりますが、国民の健康寿命の延伸に寄与できる、前立腺がん検診について、これまで通りの実施を再度要望いたします。

敬具

-要望の趣旨-

我が国で最も多い男性癌である前立腺癌に対する利益不利益バランスに優れた対策として、以下の理由から前立腺がん検診の維持・推進を要望いたします。

- (1) 質の高い無作為化比較対照試験において、転移癌進展リスクの低下と癌死低下効果が証明されました
- (2) 検診効率の指標である NNS (一人の癌死を防ぐために必要な検診実施数) は 200 人以下と非常に優れています
- (3) 利益不利益バランスの重要な指標である、質調整生存年の延長効果が期待できます

-要望の理由-

1. はじめに

我が国の前立腺癌罹患数は高齢化と食生活の欧米化などの影響で増加傾向にあります。令和3年全国がん登録罹患数・率報告(厚生労働省健康局がん・疾病対策課)によると、前立腺癌罹患数は95,584人と男性癌の第1番目の罹患数であり、大腸癌、肺癌、胃癌と並んで、男性が最も罹患する可能性が高い癌です。

また、前立腺癌死亡数は多少の変動はあるものの増加傾向にあり、2022年の前立腺癌死亡数は13,439人で、女性の子宮癌死亡数(7,157人)の約2倍、乳癌死亡数(16,021人)に近い数です。前立腺癌死亡時年齢は、約70%は75歳以上ですが、転移癌に進行してからも比較的臨床経過の長い前立腺癌は、死亡時の年齢だけでは、前立腺癌に罹患した国民の苦痛の程度や生活の質(QOL)低下による損失を判断することはできません。前立腺癌は、転移癌に進展した場合でも、ホルモン療法、再発時の化学療法や強力なホルモン療法が有効ではありますが、転移進展から死亡までの平均5年の長い闘病期間は、身体的、精神的および経済的負担が徐々に重くなり、生活の質はかなり低下します。そのため、PSA 検診の普及により前立腺癌の転移リスクと死亡リスクを確実に減らすことの意義は大きいと考えています。



また、我が国の最新のがん登録情報(がん診療連携拠点病院等院内がん登録)では、2020年の転移癌比率は18.7%と依然として高く、PSA 検診先進国である米国での約40年前(1983-1990年)の転移がん比率(16%)とほぼ同じ転移癌比率です。そのため、我が国において、転移癌進展リスクの低下効果と癌死低下効果が明らかになったPSA 検診をファーストステップとする対策を早急に強化することが重要です。

2. 我が国の前立腺がん検診ガイドラインの評価と日本泌尿器科学会の取り組み

我が国では1990年代はじめから、前立腺癌研究の先進国であった米国でのPSA 検診の普及とその実績を受け、大学・医師会の泌尿器科研究者や医師を中心に、各地域の対がん協会や行政との相互協力体制の下、PSA 検査を用いた前立腺がん検診を、自主的かつ試験的に実施してきた経緯があります。その後、PSA 検診の有効性に関する国内外の研究結果が発表され、信頼性の高い研究を俯瞰した場合に、すべて進行癌や転移癌の減少効果や、死亡率低下効果を支持する結果であったため、前立腺がん検診の実施市町村は増加し、2015年の公益財団法人前立腺研究財団による全国調査では、83%の市町村が、地方交付税交付金等の予算措置によって、住民検診において前立腺がん検診を実施するに至りました。

これまでの我が国における前立腺がん検診ガイドラインは、相反する結論を出している2つのガイドラインが存在しています。厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班(主任研究者:祖父江友孝/濱島ちさと:2007年度途中で交替)は、2008年度で解散し、その後、厚生労働省がん研究助成金「がん検診の評価とあり方に関する研究」班(主任研究者:垣添忠生)の中で濱島小班として活動しましたが、2010年度末で解散しています。厚生労働省研究班は、2008年に「有効性評価に基づく前立腺がん検診ガイドライン」、2011年に2009年に発表された欧州のEuropean Randomized Study of Screening for Prostate Cancer(ERSPC)と米国のProstate, Lung, Colorectal, and Ovarian(PLCO) Cancer Screening 研究の結果を受けて、2011年に更新ステートメントを出しましたが、前立腺がん検診を、「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、対策型検診として実施することは勧められない」と評価しています。その根拠として、PLCOとERSPCは相反する結果が出たためとしていました。しかし、その後科学的質の高いERSPCの16年間の経過観察で確実な癌死低下効果が、優れた検診効率で得られることが証明されました。さらに2009年に発表され「PSA 検診の死亡率低下効果が証明できない」としていた米国のPLCO 研究は科学的に大きな問題点があり、がん検診施策を決める際の参考にはいけない研究であることが明確になっています。そのため、現在は厚生労働省研究班が出した2008年、2011年の勧告は科学的整合性を失っており、政策を決める際の参考になりません。

一方、日本泌尿器科学会の前立腺がん検診ガイドラインは、2008年の初版から2025年の最新版まで、最新の科学的エビデンスを基に内容が更新されています。最新版のガイドラインでは、「中高年男性に対するPSA 検査による前立腺がん検診は推奨されるか?」との重要なクリニカル・クエスチョン(CQ)に対する、定性的システマテック・レビュー(SR)の結果、「転移癌罹患率低下、前立腺癌死亡率低下効果が得られることから、50歳以上の男性に対してPSA 検査による前立腺がん検診の実施を提案するが、利益・不利益バランスに関する情報提供を行ったうえで個人の意向に従って実施することが好ましい」との提言を行っています。

PSA 検診の死亡率低下効果は確定的な結論が出ましたが、死亡率低下が得られる過程で、小さくて悪性度が低く、無治療であっても前立腺癌死に至らない可能性がある、いわゆる「臨床的に重要ではない癌」が発見され(過剰診断)、それらに対し治療が行われる(過剰治療)ことがあり、これらがPSA 検診の主な不利益となっています。

また、治療による合併症(尿失禁・勃起不全等)により、生活の質が低下する危険性があります。そのため、日本泌尿器科学会の前立腺がん検診ガイドラインでは、これまで一貫して、検診受診の自己判断材料となる前立腺がん検診に関する情報提供が極めて重要であるとの立場を明確にしてきました。そのため、PSA 検査実施前後に前立腺がん検診受診のメリット・デメリット、診断、治療の情報を記載したファクトシートを受診者に提供することを強く推奨しており、公益社団法人日本医師会も賛同しております。



3. PSA 検査を用いた前立腺がん検診の有効性

1) European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer(ERSPC)の結果

PSA 検査を用いた前立腺がん検診の前立腺癌死亡率低下効果を確定的にした質の高い無作為化比較対照試験(RCT)で、観察期間中央値 9 年、11 年間、13 年、16 年の解析結果がそれぞれ 2009 年、2012 年、2014 年と 2019 年に報告されています。55 歳から 69 歳の中核となる年齢層において、検診群は対照群と比べ intention-to-treat(ITT)解析で、観察期間中央値 16 年で 20%の有意な死亡率低下効果が認められています(Eur Urol 76: 43-51, 2019)。

ERSPC7カ国全体で示された死亡率低下効果は、前立腺癌検診の死亡率低下効果を確定する非常に重要なエビデンスですが、検診の RCT は、薬物療法などの第Ⅲ相試験と異なり、対照群(非検診群)に振り分けられた人が、容易に日常診療などにおいて PSA 検査にアプローチできる点が、研究遂行上の大きな障壁と言われています。実際に、ERSPC 内の 7 カ国のコホート別の詳細なデータをみると、検診群と対照群の累積癌診断率の差が大きいオランダとスウェーデンでは、単独コホートでも有意な死亡率低下効果が認められています。

一方、その他の5カ国は検診群と対照群の累積癌診断率の差が小さく、生検コンプライアンスの低さや対照群のコンタミネーション(対照群における PSA 検診受診)、癌死亡者数の把握の遅れなどの問題により検診の有効性評価自体に支障が出ています。より理想的に研究が遂行できたオランダとスウェーデンの単独コホートでは、それぞれ死亡率低下効果は 33%、37%であり、検診群と対照群との間の前立腺癌死亡リスクには統計学的に有意な大きな開きがありました。

また、ERSPC 全体の結果の post-hoc 解析において、検診群で発見された前立腺癌の癌特異生存率を初回検診発見癌と 2 回目以降の検診発見癌に分けて検証したところ、有意に初回検診発見癌の癌特異生存率は低くなりました(hazard ratio = 1.86, $p < 0.001$)。ERSPC では検診群における癌死の 74%は初回検診発見者であり、検診群における初回検診受診者の年齢中央値は 60 歳であることから、発見が遅れた症例が多く含まれていると考えられます。そのため、現在、日本泌尿器科学会のガイドラインで推奨されている 50 歳からの検診受診介入を行っていた場合、かなり数の死亡が防げた可能性があります。

以上より、ERSPC 全体の結果は、有意な死亡率低下効果を証明した点において、大きな科学的意義がありますが、検診の有効性を過小評価しており、50 歳から検診受診介入を実施していた場合、さらに死亡リスクは低下していた可能性が高いと考えられます。

2) 米国 Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian(PLCO) Cancer Screening Trial の結果に関する解釈

ERSPC の 2009 年の中間報告と同一雑誌の同一号に掲載された米国の PLCO 研究(N Engl J Med 360, 1310-1319, 2009)は、対照群(非検診群)に振り分けられた人たちのコンタミネーションが大きすぎて、RCT としては分析が困難な研究です。これは、すでに米国一般人口での PSA 検査曝露率が 75%に達していたことから予想されていたことではありますが、具体的には、すでに研究エントリーの段階で、研究登録者の 44%が、過去3年間に少なくとも1回は PSA 検査を受けていました。さらに、研究開始後の対照群の PSA 検査コンタミネーションは、1年目で 42%もあり、研究開始から 10 年前後では、非検診群の PSA 検査受診率が約 90%と高く、研究開始後 6~12 年では、検診群よりも対照群の PSA 検査の受診率は逆に高くなっていました。そのため、PLCO の科学的価値は極めて限定的で、誤った結論を出していたことが明確になっています。



3) British Medical Journal(BMJ)の2018年に掲載されたPSA検診の有効性を否定するシステマティックレビュー
Cochraneの前立腺がん検診のシステマティックレビュー(BMJ 362: k3519, 2018)は、5つのRCTを検討対象に入れて、前立腺がん検診の死亡率低下効果は証明されなかったと結論していますが、ERSPC以外4つの研究は、以下の理由から現在のPSA検診システムの評価に耐えられない研究です(表1)。過去のRCTを、科学的妥当性や現在の検診システムとの整合性を吟味することなくシステマティックレビューに加えることは、むしろ、信頼性の高い個々の研究成果で証明された科学的事実を間違った方向に曲げてしまいます。その見地から、本システマティックレビューはPSA検診の有効性に関する研究としては全く参考になりません。

表1: BMJシステマティックレビューにおける4つのRCTの問題点

CAP 研究	研究期間中に1回しかPSA検診の受診機会がなく、しかも、検診群の検診受診率は、わずか36%。死亡率低下には、1-4年ごとの検診の継続受診と高い受診率が必要であり、CAP研究は検診介入方法と低い検診受診が問題であり、PSA検診の有効性を評価は困難。
Quebec 研究	1988年~カナダ・ケベック州で行われたRCT。検診群は僅か23%の参加者しかPSA検査を受けておらず、RCTとして失敗した研究との評価が確定。
Stockholm 研究	検診群は1回の検診受診機会のみ、PSAカットオフ値が10ng/mLと高すぎ、前立腺生検は4カ所生検。検診システム自体に問題があるため、累積癌診断率は検診群12%、対照群11%とほぼ同じで、現在行われているPSA検診の正しい評価は困難。
PLCO 研究	米国で1993年から開始された研究。対照群のPSA検査受診率が約90%もあり、研究開始後6~12年では、検診群よりも対照群のPSA検査の受診率は逆に高くなっている。そのため、PLCOの科学的価値は極めて限定的で、誤った結論を出していたことが明確になっている。

4) 検診効率に関するエビデンス

ERSPCの2009年から2019年までの4論文では、スクリーニング効率の指標として、1人の前立腺癌死亡を減らすために必要な検診受診者数(NNS)、1人の前立腺癌死亡を減らすために必要ながん診断症例数(NND)を算出しています。2009年の経過観察期間中央値9年の時点でのNNSは1410人でしたが、これはマンモグラフィーを用いた乳癌検診、便潜血検査を用いた大腸癌検診とほぼ同等の検診効率です。ERSPCでは経過観察期間の中央値が長くなるにつれて、NNSとNNDは減少しており、中央値16年の経過観察では、全体コホートで見てもNNSは570人、NNDは18人とかなり効率が良くなっています。また、ERSPCのコホート別の解析では、理想的な研究が実行できたスウェーデンとオランダの単独コホートにおいては、それぞれNNSは189人、303人、NNDは7人、18人と非常に効率が良いことがわかっています。NNSやNNDはシンプルな指標であり、費用対効果比の検証は必要ですが、少なくとも前立腺がん検診は、旧老健法の時代から実施してきた5つのがん検診と比較しても、効率の良いがん検診です。

5) 国家レベルでのがん検診普及と死亡率低下効果に関するエビデンス

RCTで証明されたがん検診の死亡率低下効果が、地域社会において広く検診を導入した場合にも得られるか否かについては、そのシステムの実効性などの問題から同等の効果が得られないことがあります。PSA検診に関しては、実践的な有効性評価の検証研究として注目されていた、オーストリアのチロル地方の研究の20年間の成果が報告されています(Int J Public Health 57: 57-62, 2012)。1988年よりPSAと直腸診による検診を開始し、1993年より45~75歳の住民に対し無料でPSA検査を提供した結果、2005年にはPSA検診曝露率が86.6%に上昇し、2008年の時点の実測死亡率は死亡率の予測値に対して64%低下しました。



また、国家レベルでの疫学データとしては、米国の癌登録データが重要です(CA Cancer J Clin 68: 7-30, 2018)。米国では、1980年代後半よりPSA検診が全米で普及し始め、1980年代後半より1990年代前半にかけ急峻な罹患率の上昇を認めました。その結果、新規発見癌に占める転移癌比率は、PSA検診普及前の1980年前後は23%と高かったのですが、検診普及により2007~2013年には5%にまで低下しています。米国の前立腺癌年齢調整罹患率は1990年前半の急峻な罹患率のピーク後に多少の揺らぎはありますが徐々に低下し、2014年の罹患率は人口10万人あたり約100人と、1980年前後とほぼ同等になり、この間に劇的な臨床病期分布の早期癌へのシフトが起きています。その結果、1992年以降、米国の前立腺癌死亡率は低下し、2015年の死亡率は1993年と比べ52%低下しています。

6) 前立腺がん検診中止勧告の影響: 米国での2012年以降の転移がん罹患率増加

米国予防医学作業部会(USPSTF)は、前立腺がん検診に対する勧告を数年ごとに出しており、2002年には検診の実施に賛成するエビデンスも反対するエビデンスもないとのことで、証拠不十分である「I statement」との立場でしたが、2008年には、74歳以下は「I statement」のままで、75歳以上は「D recommendation」と、欧州と米国でのRCT結果が公表される前であったにもかかわらず、「検診の中止」を勧告しました。その後、2012年5月には「無症状の全ての健常男性に対するPSA検診は中止すべき」との勧告を出しました。その直後に出された、「The Obama administration」で、アメリカの政府が管轄する保険で、PSA検診に対する補助を継続することが決定されましたが、USPSTFの検診中止勧告の影響は大きく、2013年の米国でのPSA検診実施率は低下しています(JAMA 314: 2077-2079, 2015)。

USPSTFは2012年に「PSA検診の中止」を勧告する際に、その根拠として、米国のPLCO研究で死亡率低下効果がないことを大きな根拠として取り上げました。その当時、米国内外の前立腺癌の専門家は、RCTとして破綻しているPLCOの結果は施策を決める際の参考にすべきでないと、USPSTFのPSA中止勧告を批判していました。その後、USPSTFの検診反対の論拠であるPLCO研究は前述のようにRCTとして政策決定に使用する価値がない研究であると結論され、USPSTFの2012年当時の主張は、完全に覆ることになります。

ただし、2012年に出されたPSA中止勧告の影響は非常に大きく、2012年以降は転移癌罹患率が増加しており、2012年USPSTFの検診中止勧告の影響を引きずり、2025年までの将来予測においても、転移癌罹患率は更に増加傾向へと向かうとの予測が出ています(Eur Urol Focus 4: 121-127, 2018)。さらに米国の最新の癌登録データ(CA Cancer J Clin 74: 12-49, 2024)では、2014年を境に、それまで低下傾向にあった年齢調整前立腺癌罹患率は転移癌の増加により上昇に転じ、さらに2012年まで急激に低下していた年齢調整前立腺癌死亡率は、横ばい傾向になるとの悪影響が出ています。

その後、USPSTFは2018年に前立腺がん検診に関する推奨を55~69歳は「C recommendation」と微修正しましたが、70歳以上は依然として中止を勧告しています。これは後述のオーダーメイド検診の概念からかけ離れた古い勧告です。彼らは勧告の根拠となった論文(JAMA 319: 1901-1913, 2018)で、PSA検診の利益・不利益バランスはほぼ平衡状態であるとの見解を示していますが、彼らの解析結果には深刻な問題があります。検診実施の利益・不利益バランスを考える際には、PSA検診を受診したコホートと、PSA検診を提供されなかったコホートの様々な転帰を比較することが必要です。この論文では「55-59歳の1000人の男性に対してPSA検診介入し、13年間経過観察した場合の転帰」についてまとめられており、検診受診介入により「1000人中240人でPSA検査異常、100人で癌が発見され、5人が前立腺癌で死亡し、対照群との比較で3人転移癌が減少し、1.3人死亡数が減少し、60人以上は手術や放射線治療により尿失禁や勃起不全になるなど不利益を被った」と報告しています。しかし、USPSTFの論文では、同時に比較すべき対照コホートである「同じ年齢層、人数、経過観察期間においてPSA検診介入を行わなかった際の転帰」について検診群と同様の詳細な解析結果が示されていない事が大きな問題です。そのため、この論文から検診の利益・不利益バランスを検証することは困難です。



7) 利益・不利益バランスに基づく世界の主要泌尿器科学会の最新ガイドラインと欧州委員会の勧告

癌死亡率低下効果が証明されたがん検診であっても、検診受診介入により得られる実生存年の延長効果は、検査の偽陽性・検査と治療の合併症・治療に伴う QOL 障害などの不利益のために、健常者と同等の QOL で調整した生存年である質調整生存年 (quality adjusted life year; QALY) に置き換えると必ず目減りします。また、癌診断感度が他のがん検診と比較してかなり高い PSA 検診は、癌死低下効果は優れていますが、過剰診断、過剰治療の不利益が存在することから、利益・不利益バランスを客観的に定量化して検証する事が重要です。

確実な死亡率低下効果が証明された前立腺がん検診では、次の重要な有効性評価のステップである QALY 延長効果について、ERSPC のデータを基に欧州の標準的な人口構成に基づく 1000 例の仮想コホートを用いて、検診実施による生涯の QALY 延長効果を検証した研究結果が出ています (N Engl J Med 367: 595-605, 2012)。55~69 歳の 1000 人に毎年検診を行った場合、検診受診に伴う利益である、死亡リスクは 28% 減少、緩和治療移行リスクは 35% 低下したことは、検診実施の利益と考えられます。一方で、放射線治療や手術施行数は 41 人増加し、臨床的に重要な癌を早期発見したことによる治療数の増加と、過剰治療が混在しているため、この中にはある程度の不利益が存在します。検診受診により 73 年間の実生存年数の延長効果があり、QALY に換算しても 1000 人あたり 56 年の延長効果を認めたことから、利益・不利益バランスについては、利益が有意に不利益を上回る結果でした。

さらに近年の世界の主要泌尿器科学会のガイドラインでは、前立腺がん検診の実施を強く推奨する内容に更新されています。

米国泌尿器科学会 (AUA) のガイドライン最新版は、2023 年 7 月に AUA 機関誌 Journal of Urology に公開されましたが、このような内容になっています。

- ① 臨床医は前立腺がん検診候補者に共有意思決定支援を行い、個々人の価値観や指向に基づき、検診実施を進めることを必須事項とする
- ② 検診開始は、45-50 歳の時点で PSA 基礎値の測定を提案し、50-64 歳の男性に対しては 2-4 年の検診実施を強く推奨する (Strong Recommendation; Evidence Level: Grade A)

欧州泌尿器科学会 (EAU) のガイドラインは毎年更新されていますが、最新エビデンスを基に、2019 年より「PSA 検査を基盤とした前立腺がん検診は住民検診レベルで実施すべきである」との勧告を行っておりますが、2021 年に機関誌で公開した検診ポリシーは社会に大きな影響を与えています。従来の組織型検診 (PSA カットオフ値 3.0ng/mL、前立腺癌に対し原則全例治療実施) では、癌死低下効果は明らかに得られますが、前述のように、過剰診断、過剰治療の不利益も有り、実生存年数の延長効果は QALY に換算すると目減りします。一方で EAU の推奨する新組織型検診 (PSA 基礎値に応じたリスク細分型検診間隔、リスク予測ノモグラムと MRI による生検適応決定、低~低中リスク前立腺癌への監視療法の積極的導入) では、1000 人あたり 74 年以上の QALY 延長効果が得られると推計しています。これらの最新エビデンスに基づき、EAU は、欧州連合 (EU) 全体で、十分な情報提供を受けた男性に対して、「組織化されたリスク細分型前立腺がん早期発見プログラムを導入すべき」との提言を行っており、これらを基に欧州委員会は、2022 年 9 月 20 日に、下記の理由で、前立腺がん住民検診の EU での実施をすでに勧告しています。

- ① 利益不利益バランスが優れているとの科学的根拠がある
- ② 費用対効果比が妥当
- ③ 早期発見に優位性を認める
- ④ EU 全体への普及が実現できる

8. PSA 検診の公益性と不利益対策の現状と展望

20 年ほど前に欧米そして日本でも社会問題化した PSA 検診の善悪の問題は、前述のごとく、PSA による前立腺がん検診の公益性が明らかとなったため、PSA 検診自体の善悪の問題からすでに問題の焦点が別の問題にシフトしています。つまり、我々は、過剰診断・過剰治療を回避しつつ、QALY をより向上させることを今後の最重要課題として捉えています。



ます。

具体的には、前立腺がん検診システムの不利益に対し、過剰診断の対策(1)、過剰治療の対策(2)がすでに実臨床において広く行われています。

(1) 過剰診断の対策

- ・ 新規血清バイオマーカー(プロステートヘルスインデックス:2021年11月保険適用、前立腺特異抗原(PSA)レクチン結合分画比:2024年2月保険適用)を利用したPSA軽度異常者に対する生検適応の絞り込み
- ・ より正確に臨床的に重要な前立腺癌を診断可能なMRI狙撃生検

(2) 過剰治療の対策

- ・ 監視療法(即時に根治治療を受けずに慎重に経過観察する)が、低リスク(一部の中リスク)前立腺癌の標準的治療として日欧米のガイドラインで強く推奨され、実臨床ですでに広く導入されている

今後、国家レベルでがん検診の導入の意義を判断する際には、既存の他癌種の検診、新しい医療技術を用いたがん検診システムとQALY延長効果、また医療資源の適切な配分の観点からは、検診を行うことによって社会全体にかかるコストの増加分÷PSA検診を行うことによって得られる社会全体のQALYの改善分(incremental cost-effectiveness ratio; ICER)などを指標とした科学的な検証も行うべきです。PSA検診は、バイオマーカーを用いた検診であり、PSA基礎値、新規バイオマーカー、ノモグラム、MRI狙撃生検などを組み合わせ、オーダーメイド検診・診断・治療が近い将来に実現可能ながん検診であり、QALYの確実な延長効果、ICERの改善が実現できると期待されています。

9. 要望のまとめ

日本泌尿器科学会のPSA検診に関する見解は、「前立腺癌の我が国における現状と将来予測、PSA検査を用いた前立腺がん検診の受診による利益と不利益を広く住民に啓発し、最適な前立腺がん検診システムを提供する」というもので、この姿勢は一貫しております。これは科学的見地からも支持されるもので、旧老健法の時代より継続実施されている5つのがん検診と、死亡率低下効果、QALY延長効果の見地から公平に比較した場合、前立腺がん検診は、住民検診・人間ドックなどにおいて、我が国において広く受診機会を提供すべきがん検診です。このような日本泌尿器科学会の姿勢と行動は、適切かつ妥当であり、今後も多面的な普及・啓発活動をおこなって参ることを、公益社団法人日本医師会も理解しております。

また、公益財団法人前立腺研究財団より、日本泌尿器科学会の検診ガイドラインに完全準拠した受診者向けのパンフレットが刊行されており、前立腺がん検診の利益と不利益に関する最新情報を受診希望者に提供する基盤は整備されております。

PSA検診の普及が遅れ、依然として転移癌比率が高く、前立腺癌死亡数の増加傾向に歯止めがかからない我が国の現状を鑑みますと、PSA検査を用いた前立腺がん検診の重要性を実地医家、国民に対して引き続き啓発し、具体的な検診推進活動に結びつけていく必要があります。我が国は先進国の一員でありながら、前立腺がん検診については欧米医療先進国と比較した場合、かなり遅れており、現状において、多くの治療を急ぐ必要のある前立腺癌が進行するまで見逃されています。是非とも、多くの国民の生命を確実に救うことができる、QOL向上が期待できる対策として、住民検診における前立腺がん検診実施の推進を要望いたします。

以上

参考資料

1. 前立腺がん検診ガイドライン 2025年版:日本泌尿器科学会編、医学図書出版、東京、2025.
2. PSA検診受診の手引き:公益財団法人前立腺研究財団編、公益財団法人前立腺研究財団、東京、2025

