

第45回がん検診のあり方に関する検討会 議事次第

日 時：令和7年10月10日（金）14:00～16:00
場 所：オンライン開催

1 開 会

2 議 題

- (1) 乳がん検診について
- (2) 肺がん検診について
- (3) その他

【資 料】

- 資料1 乳がん検診について
- 資料2 肺がん検診について

- 参考資料1 「がん検診のあり方に関する検討会」構成員名簿
- 参考資料2 「がん検診のあり方に関する検討会」開催要綱
- 参考資料3 有効性評価に基づく乳がん検診ガイドライン 2013年度版
- 参考資料4 有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン 2025年度版

第45回がん検診のあり方に関する検討会

令和7年10月10日（金）

資料1

乳がん検診について

厚生労働省

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 乳がん検診の方法について



がん検診の基本的な考え方

1. がん検診の実施主体

- がん検診は、実施主体によって、①住民検診（※1）、②職域検診（※2）、③その他のがん検診（※3）に区分される。
 - （※1）市区町村が健康増進法に基づいて努力義務として行う健康増進事業の一部
 - （※2）保険者や事業主により福利厚生の一環として任意で実施されるもの
 - （※3）人間ドックなど個人が任意で受けるもの
- このうち①住民検診については、国は、以下の「がん検診の基本的な考え方」に基づき、推奨する検診方法を指針（※4）において示している（指針に基づかない検診方法を用いて実施することは推奨していない）。
 - （※4）がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）

＜参考：職域検診とその他のがん検診に係る国の指針等＞

- 職域検診：指針（※4）を踏まえて作成したマニュアル（※5）において、科学的に推奨される検診方法を参考として示している。
- その他のがん検診：国立がん研究センターが作成したガイドラインにおいて、科学的に推奨される検診方法を示している。
- （※5）職域におけるがん検診に関するマニュアル

2. がん検診の基本的な考え方

- ①住民検診におけるがん検診は、がんの「死亡率減少」を目的として対策型検診として実施することを国が推奨しており、国が対策型検診として推奨するにあたっては、国立がん研究センターが作成したガイドラインで整理された科学的知見に基づき、死亡率減少という利益が、検査の偽陽性や過剰診断等の不利益を上回ることが明らかな検診方法を確認している。
- その他、死亡率減少効果が明らかとなっていない検診方法のうち、がんの「早期発見」を目的とした、個人の判断に基づく任意型検診として各実施主体において提供されているがん検診も存在する。

乳がん検診の方法

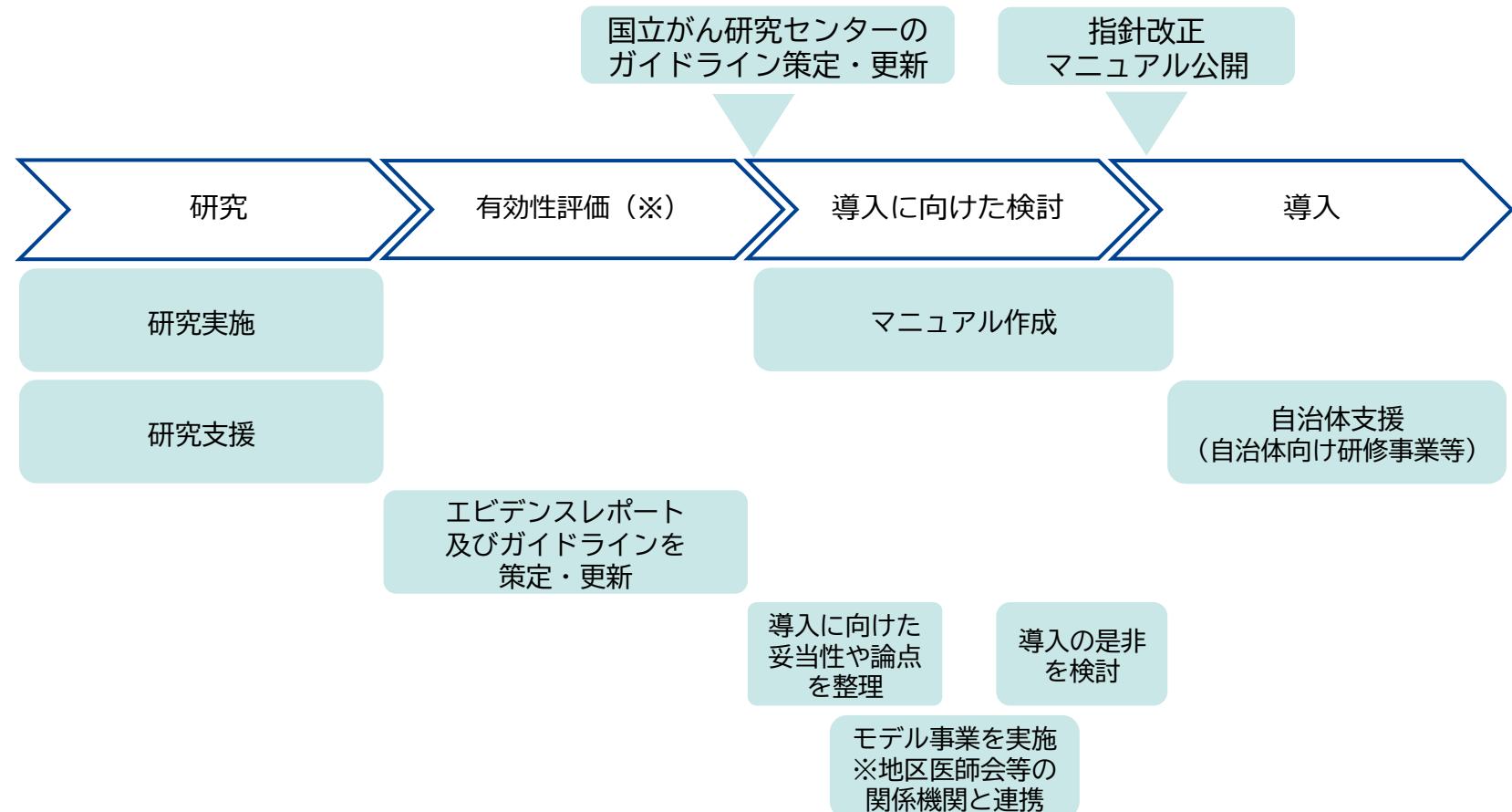
3. ①住民検診における乳がん検診の方法について

- 乳がん検診において、死亡率減少という利益が、偽陽性や過剰診断等の不利益を上回ることが明らかな検査手法は現時点ではマンモグラフィ検査であり、超音波単独法やMRIでは死亡率減少効果が明らかとなっていなかったため、指針ではマンモグラフィを推奨。
※②職域検診や③その他のがん検診では、個人の判断において超音波やMRIを含めた様々な方法が実施されている。

種類	検査項目	対象者	受診間隔
乳がん検診	質問（問診）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回

対策型検診の項目の導入に係るプロセス

第43回がん検診のあり方に関する検討会（令和7年4月23日）において、今後、対策型検診の項目の導入に関して、以下のプロセスで進めることが了承された。



※ 死亡率減少という利益が、検査の偽陽性や過剰診断等の不利益を上回るかどうかの評価

(参考) 住民検診において利益（死亡率減少効果）と不利益（過剰診断等）のバランスを重視する理由

- 住民検診におけるがん検診とは、がんの死亡率減少を目的として、健康な集団から、がんの疑いのある者を選別し、早期がんの段階で治療につなげるプログラムである。
- しかし、早期がんでの経過が長いがんでは、がんそのものが死因となることが少ないため、がんを早期に発見し治療することが死亡率減少につながらない場合があり、これを過剰診断と考えている。
- また、早期がんでの経過が短いがんの場合、自覚症状が出現する前に発見することは困難であり、検診の効果が得られにくい。

【がんの進行速度と有効性の関係】

進行速度	検診で得られる効果
早期がんでの経過が長く続くがん	当該がんが死因となることが少ないため、検診で発見し治療しても患者の死亡率は改善しない。（過剰診断が多い。） 例：甲状腺分化がん
早期がんでの経過が中等度続くがん	自覚症状が出現するより早期に検診で発見し治療することで死亡率が改善しうる。 例：大腸がん、乳がん、胃がん、肺がん、子宮頸がん 注：例示のがんにおいても、一部、早期がんの段階が長い/短いタイプが存在する。
早期がんでの経過が短いがん	自覚症状が出現するより早く発見することは困難であり、検診の効果が得られにくい。 例：スキルス胃がん

- 新たながん検診を導入する際には、当該検診で発見するがんの利益（死亡率減少効果）の大きさと不利益（過剰診断等）の大きさを確認し、両者のバランスを評価している。

乳がん検診に使用しうる検査方法の比較

- マンモグラフィ以外にも、いくつかの手法が人間ドック等で検診として実施されている。検査方法ごとにそれぞれ特性があるが、現時点での集団に対する死亡率減少効果が示されているのはマンモグラフィのみである。

	マンモグラフィ	超音波		MRI（磁気共鳴画像法）	
概要	<ul style="list-style-type: none"> 乳房を片方ずつ圧迫板で挟み撮影するX線検査（低線量） ※1 検査時間：5-10分 	<ul style="list-style-type: none"> 乳房表面に超音波プローブ（超音波の送受信をする器械）をあて、はね返ってくる超音波を画像として映す検査 検査時間：10-20分 		<ul style="list-style-type: none"> 強力な磁石と電波を用いた画像検査 うつ伏せで乳房を下垂させて撮影する 造影剤（画像を明瞭にする注射薬）を投与して実施することが一般的だが、検診目的で造影せずにMRIを撮像する場合もある。造影剤を投与する場合、100万人に1人がアナフィラキシーで死亡する等の副作用のリスクが存在するほか、検査時間が延長する。 検査時間20-60分 	
一般住民を対象とした検診で確認されている効果	死亡率減少効果	<ul style="list-style-type: none"> 示されている（40~74歳） 	マンモグラフィと併用	超音波単独	<ul style="list-style-type: none"> 示されていない
	感度・特異度 ※2, 3)	<ul style="list-style-type: none"> 感度：77.0% 特異度：91.4% 	<ul style="list-style-type: none"> 感度：91.1% 特異度：87.7% 	<ul style="list-style-type: none"> 感度：54% 特異度：95% 	<p>＜造影＞ 感度、特異度：データなし ＜非造影＞ 感度、特異度：データなし</p>
学会等による評価手法の標準化	<ul style="list-style-type: none"> 精中機構^{※4}により評価手法が標準化されている 		<ul style="list-style-type: none"> 精中機構^{※4}により評価手法が標準化されているが、評価が検査者の手技に依存 		<ul style="list-style-type: none"> 検診において用いる際の標準的な評価手法が未確立
学会等の見解	<p>乳がん検診は乳癌による死亡の減少を目的として行われており、<u>科学的に死亡率低減効果が証明されているのはマンモグラフィによる乳がん検診のみである。</u> (乳癌診療ガイドライン2022年版、日本乳癌学会)</p>		<p>・マンモグラフィと超音波検査の併用検診は感度上昇、早期乳癌の発見に有用であり<u>適切な精度管理が行われるならば、行うことを強く推奨する。</u> (乳癌診療ガイドライン2022年版、日本乳癌学会)</p>	<p>・超音波検査単独の乳がん検診は、マンモグラフィ検診との比較で優位性を証明する<u>エビデンスが乏しいため、行わないことを強く推奨する。</u> (乳癌診療ガイドライン2022年版、日本乳癌学会)</p>	<p>乳房MRI検査を対策型検診として用いることは推奨されない。その理由として、医療経済的な根拠がない、一般対象群において有効性を示す根拠がない、陽性者に対する対応基準、偽陽性に対するその後の対策が検討されていない等が挙げられる。 (乳癌MRI検診検討委員会報告書、日本乳癌検診学会、2013年)</p>
検査の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 早期がんの一部が呈する微少石灰化病変を検出しやすい。 高濃度乳房の方において、病変を検出しにくい。 		<ul style="list-style-type: none"> 高濃度乳房の方においても病変を検出しやすい。 		<p>＜造影＞ 解像度が高いため病変の形状・辺縁を詳細に描出できる。また、典型的な乳がんは、造影剤により早期に強い増強効果を示し、後期に増強効果が漸減するため、非造影単独よりも詳細な良悪性の評価が可能。</p> <p>＜非造影＞ 非造影のみの場合、情報量は少なくなるが、複数の撮像条件の画像を組み合わせて見ることで、粗大な悪性病変や、脂肪や水を多く含む病変（良性が多い）を評価可能。</p>

（※1）1回の撮影で乳房が受ける放射線量は、一般の人が1年間に受ける自然放射線量よりはるかに低い

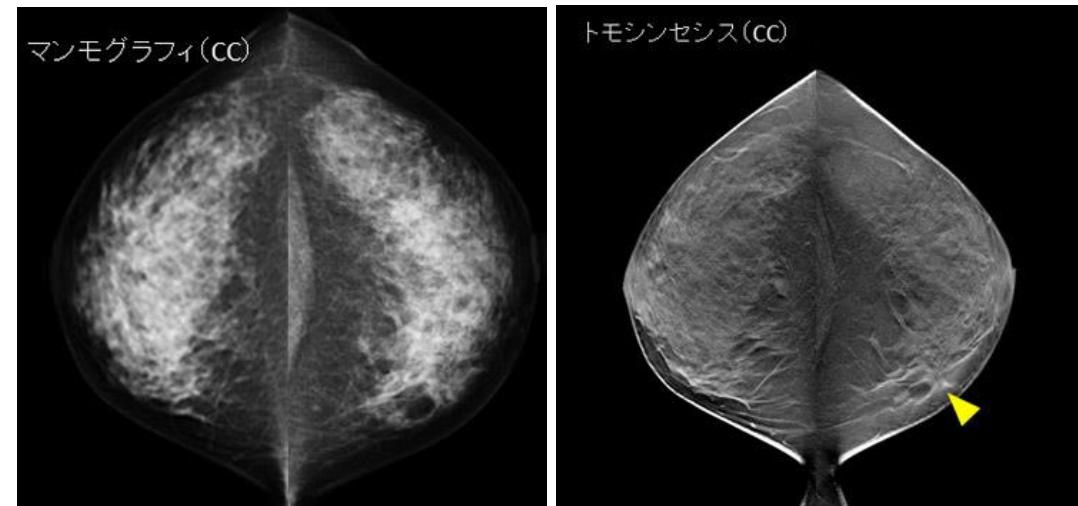
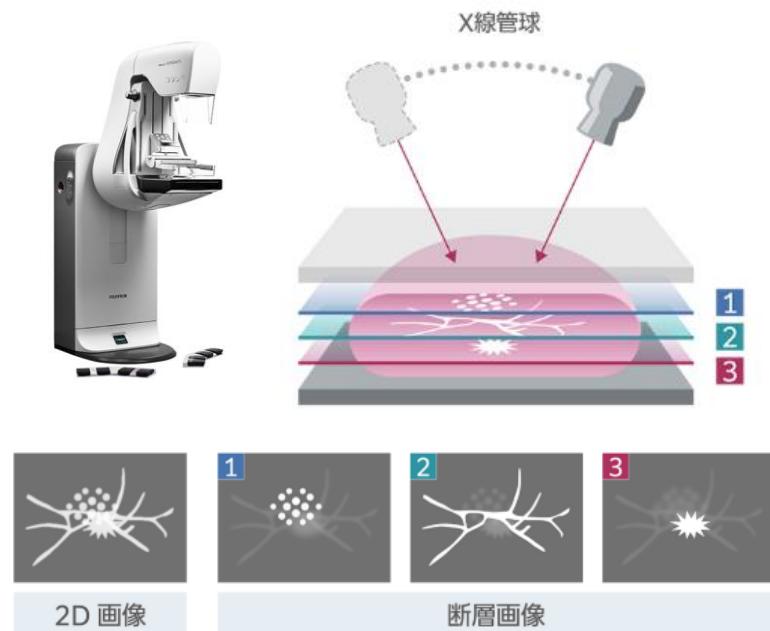
（※4）精中機構：日本乳がん検診精度管理中央機構のこと。乳がん検診に関する関連学会により構成されるNPO法人であり、検査手法の標準化や従事者に対する研修、認定等を行っている

（※2）乳がんである人を正しく陽性と判定できる確率

（※3）乳がんでない人を正しく陰性と判定できる確率

マンモグラフィにおける新たな撮影技術 (3Dマンモグラフィ(乳房トモシンセシス))

- マンモグラフィの一手法である3Dマンモグラフィは、X線管球を移動させながら低線量で複数の画像を撮影し、薄い断層画像を再構成する技術。断層画像により乳腺の重なりが少なくなることで、病変がより明瞭に描出される。
- 欧米では、複数の大規模研究の統合解析において、3Dマンモグラフィの検診における有用性が示されており、2Dマンモグラフィへの追加又は3Dマンモグラフィ単独での施行を推奨する検診ガイドラインが存在する。
- 日本では、乳がん検診要精検症例や症候例に対して行う診断マンモグラフィにおいて、3Dマンモグラフィを追加することが弱く推奨されている（乳癌診療ガイドライン2022年版）。



乳がん検診における超音波検査の有効性を検証するための比較試験

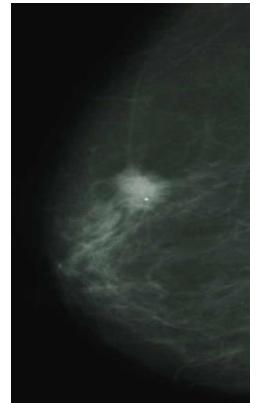
J-STARTは2007年度から登録開始

第32回 がん検診のあり方に関する検討会

資料
2-2
改

背景

1. 世界的に乳がんが増加し、わが国では乳がん死亡が急増中
2. 科学的根拠が示されたのはマンモグラフィのみであるが、高濃度乳房で精度が低い
3. 高濃度乳房が多いアジア人および若年層ではマンモグラフィの精度が低い
4. 超音波検査による乳がん検診は標準化されていない
5. 超音波検査による死亡率減少効果はRCTが実施されておらず検証されていない



超音波検査による乳がん検診の標準化と普及

大規模臨床試験(RCT)による有効性の検証

40歳代女性 (両群76,196人)

無作為化割付 (RCT)

超音波+マンモグラフィ群

マンモグラフィ群

1. プライマリエンドポイント：感度、特異度、がん発見率 2015年度発表 (Lancet)

超音波+マンモ群：感度91.1%、特異度87.7%、がん発見率0.50%
マンモ単独群：感度77.0%、特異度91.1%、がん発見率0.33%

2. セカンダリエンドポイント：累積進行がん罹患率

論文投稿中



乳がん死亡率の減少効果の有無 (検診の科学的根拠)

2032年頃発表見込み

マンモグラフィ

- 全乳房の記録性・再現性あり
- 精度管理が確立されている
- 欧米で確立された唯一のEBM

超音波

- 2次元で記録性再現性に問題
- 精度管理が確立されていない
- 有効性を示す根拠はない

(参考) 諸外国の対策型乳がん検診に関する推奨内容 (2025年9月時点)

- G7に加盟するすべての先進国において、対策型の乳がん検診の方法としてマンモグラフィが推奨されている。

	検査項目	対象年齢	受診間隔
英國	マンモグラフィ	50~70歳	3年に1回
フランス	マンモグラフィ	50~74歳	2年に1回
ドイツ	マンモグラフィ	50~75歳	2年に1回
イタリア	マンモグラフィ	50~69歳	2年に1回
アメリカ	マンモグラフィ	40~74歳	2年に1回
カナダ	マンモグラフィ	50~74歳	2~3年に1回

注：一般住民に対する推奨内容を記載。特定のハイリスク因子を持つ者には、上記と異なる推奨がなされている場合がある。

出典

英國 <https://www.gov.uk/government/publications/breast-screening-helping-women-decide/nhs-breast-screening-helping-you-decide>

フランス <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-en-2024-et-evolution-depuis-2005>

ドイツ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krebsfrueherkennung.html>

イタリア <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/tumori-e-screening/screening-il-cancro-del-seno>

アメリカ <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancer-screening>

カナダ <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/breast-cancer-update-2024/>

厚生労働省により仮訳しまとめたものであり、原文と齟齬がある場合は原文を優先すること。

現状・方向性（案）

現状

- 現在、住民検診においては死亡率減少効果が確認され、不利益とのバランスで利益が上回ることが確認された手法を用いることとしており、乳がん検診についてはマンモグラフィ検査を実施している。
- 近年、マンモグラフィ以外にも、超音波検査やMRI等、いくつかの手法が人間ドック等で検診として実施されている。また、マンモグラフィ検査においても、より多くの断層で撮影する3Dマンモグラフィ（トモシンセシス）が開発されている。
- また、AMEDにおいて、マンモグラフィ検査と超音波検査を併用する手法の有効性等について研究が進められている。
- 前回の本検討会において、今後、対策型検診に新たな項目を導入する際の検討プロセスが整理された

方向性（案）

- 現在、国立がん研究センターの乳がんの対策型検診に係るガイドラインは2013年度版が最新であるため、同センターにガイドラインの更新を依頼してはどうか。

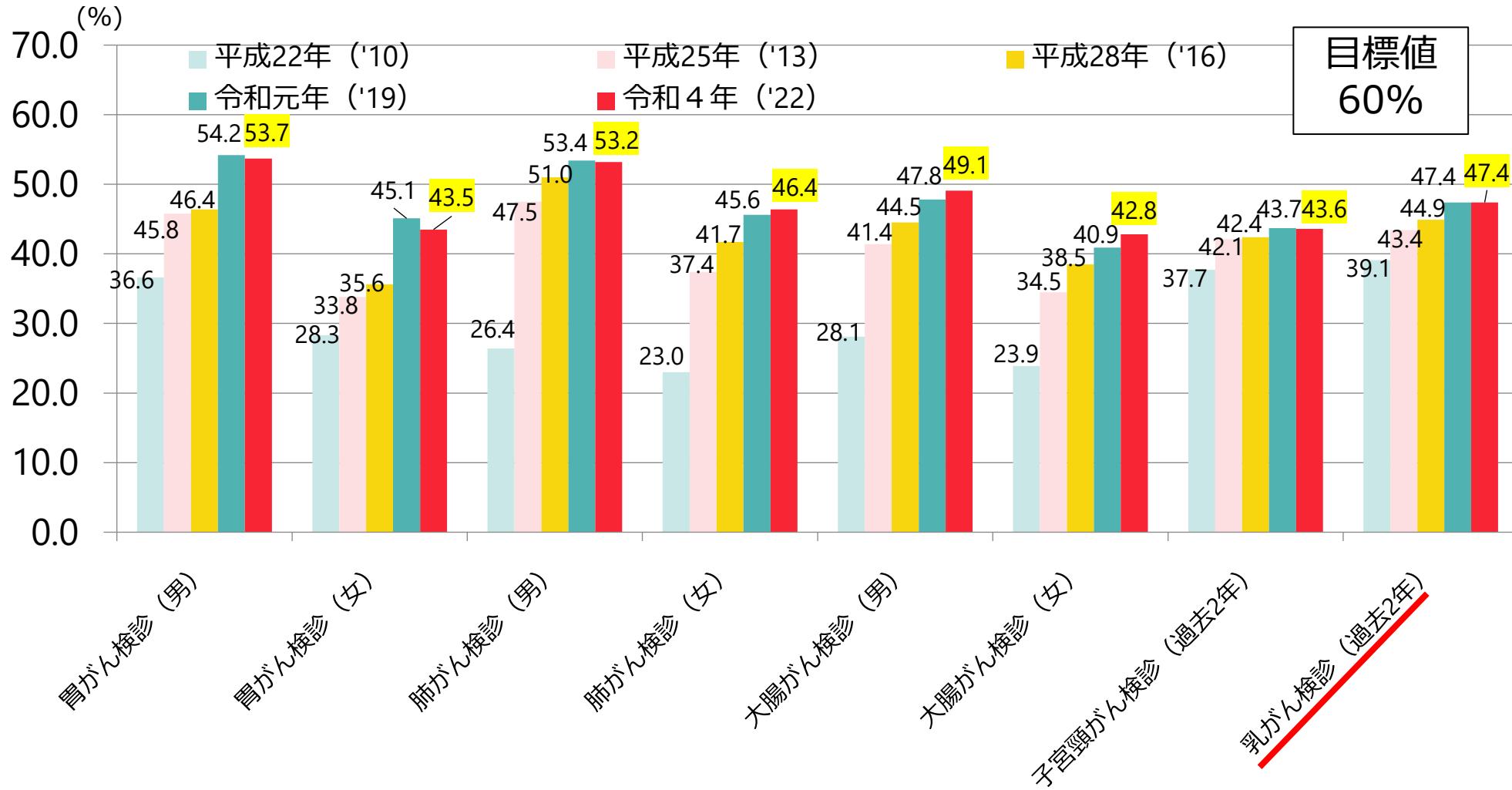
2. 乳がん検診の負担の軽減及び受診率向上について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

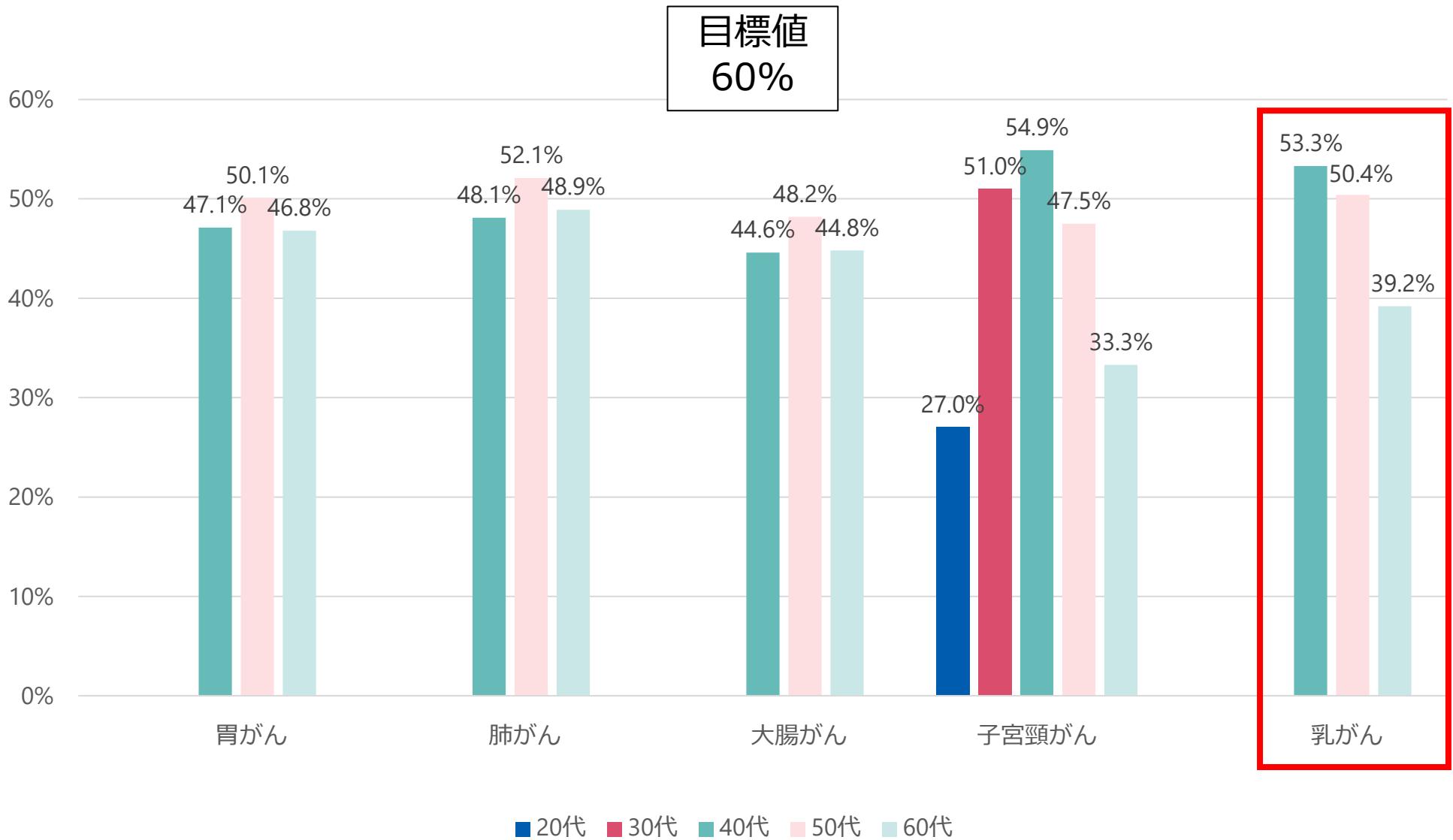
がん検診の受診率の推移



- 胃がん検診は、指針の改定に伴い、平成28年までは40歳～69歳/1年ごとの検診間隔で算定、令和元年からは50～69歳/2年ごとの検診間隔で算定している。
- 肺がん、乳がん、大腸がんは40歳～69歳、子宮がん（子宮頸がん）は20歳～69歳。
- 健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものも含む。
- 平成28年調査は、熊本県を除いたデータである。

出典：2022年国民生活基礎調査

年代毎のがん検診の受診率



※年代は、各がん検診の推奨年齢に準ずる。

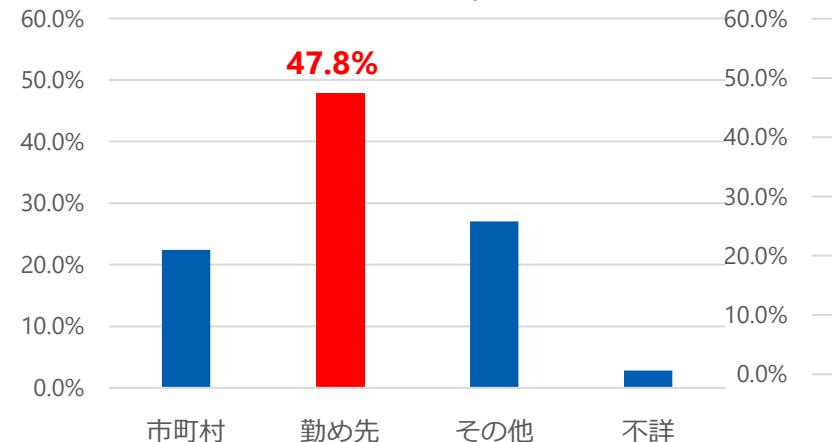
出典：2022年国民生活基礎調査

がん検診の受診機会について

- がん検診受診者の約3～5割が、職域でがん検診を受診している。

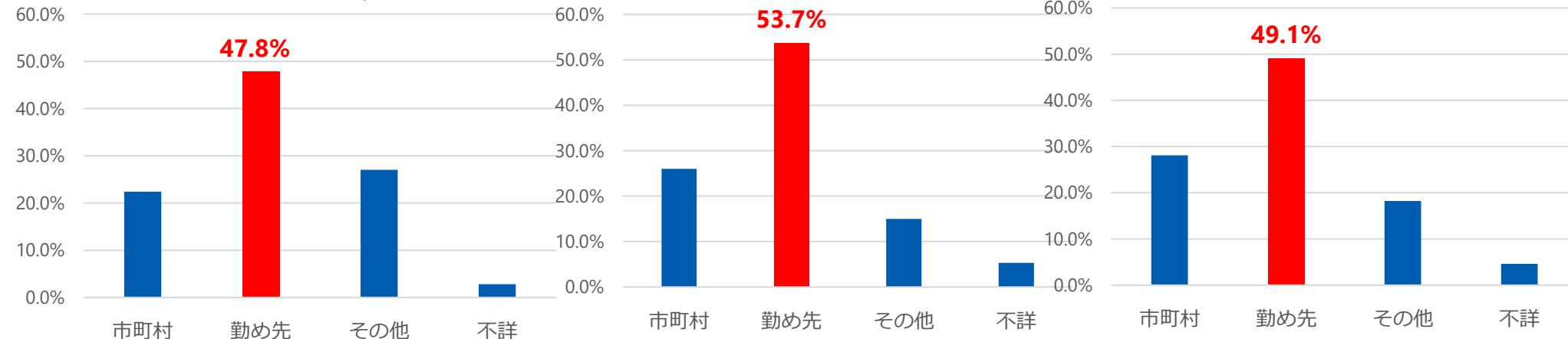
胃がん検診を受けた（過去2年）

（40-69歳）



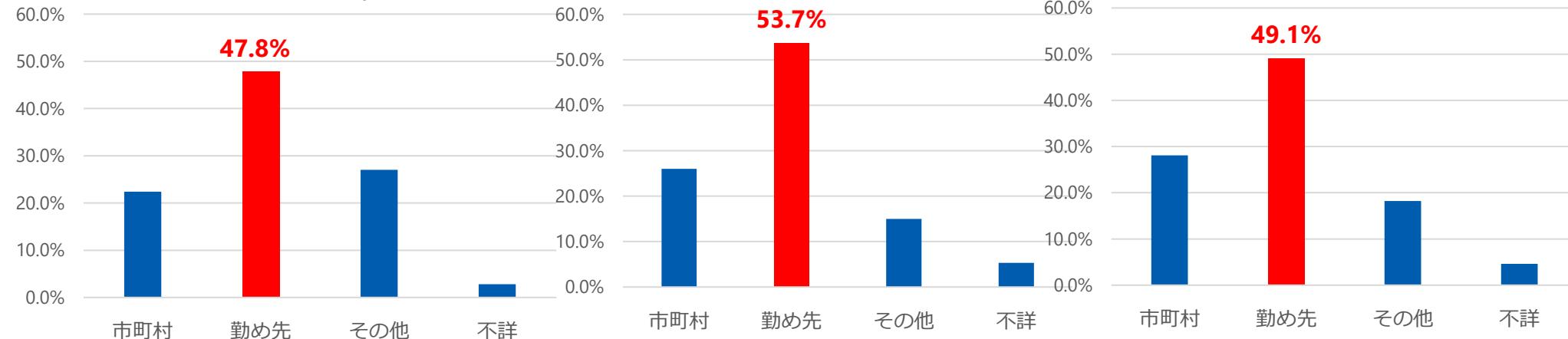
肺がん検診を受けた（40-69歳）

53.7%



大腸がん検診を受けた（40-69歳）

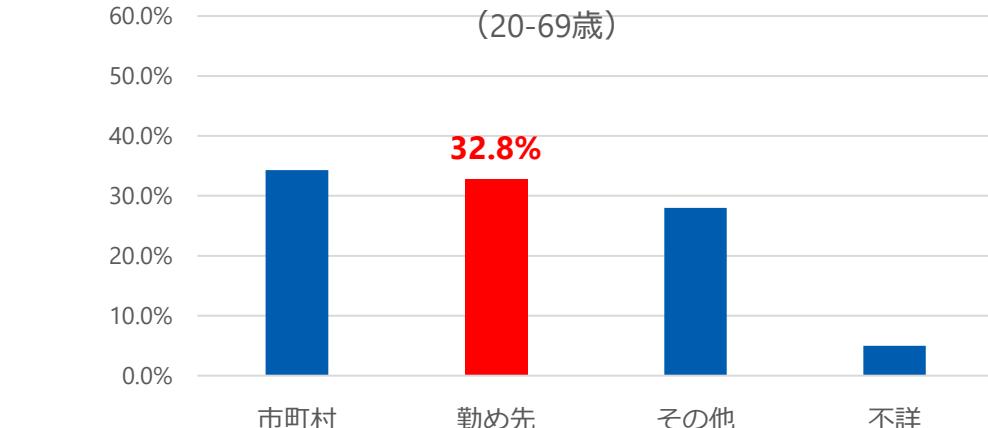
49.1%



子宮頸がん検診を受けた（過去2年）

（20-69歳）

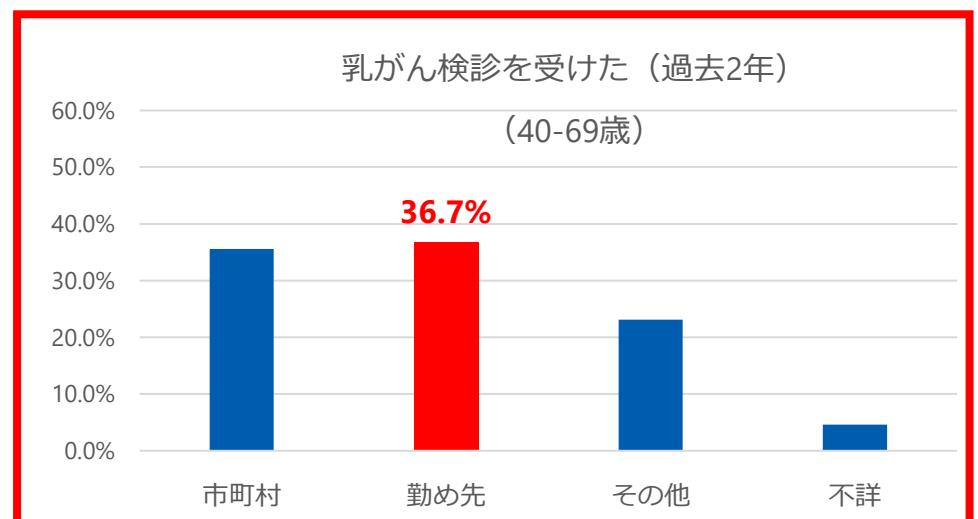
32.8%



乳がん検診を受けた（過去2年）

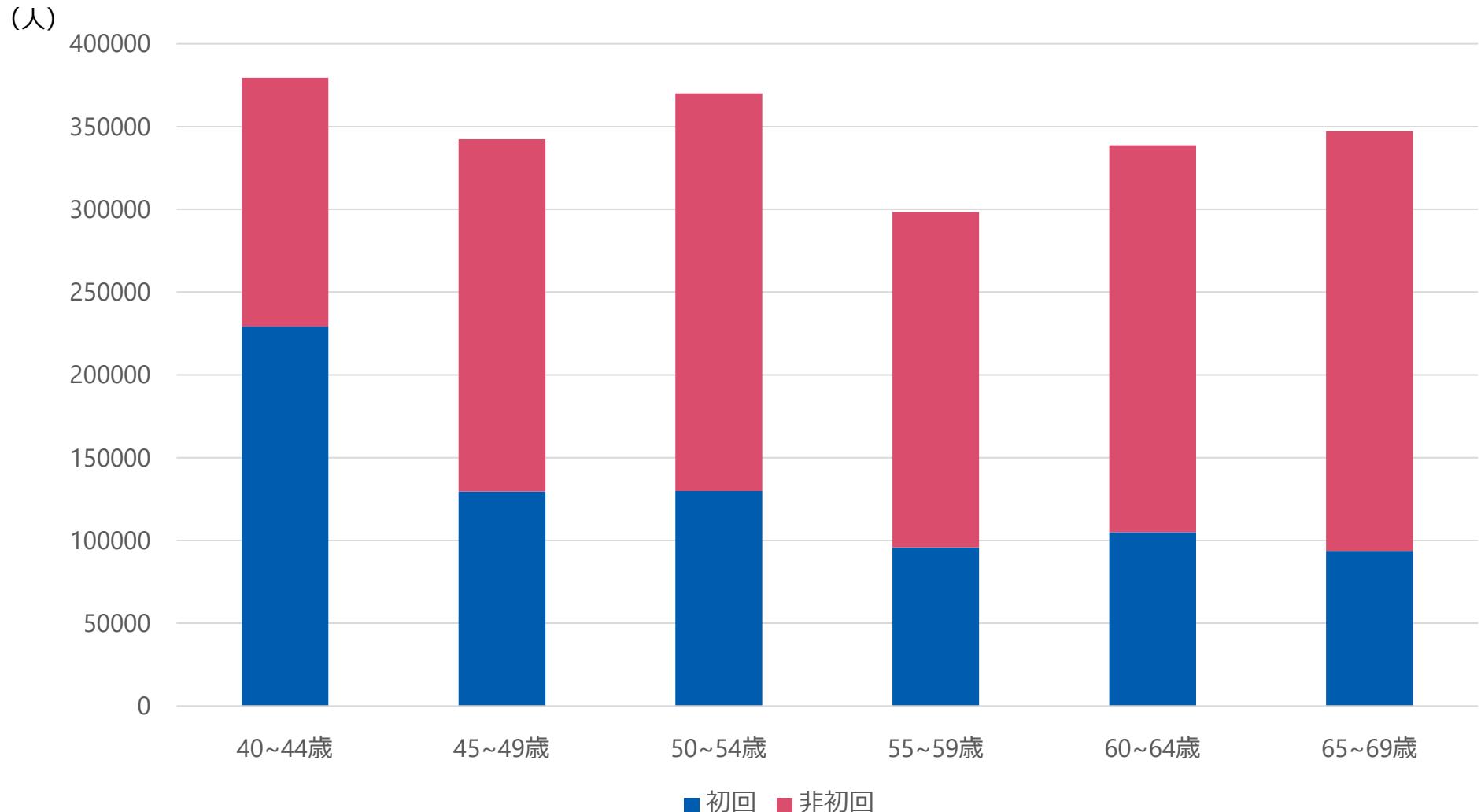
（40-69歳）

36.7%



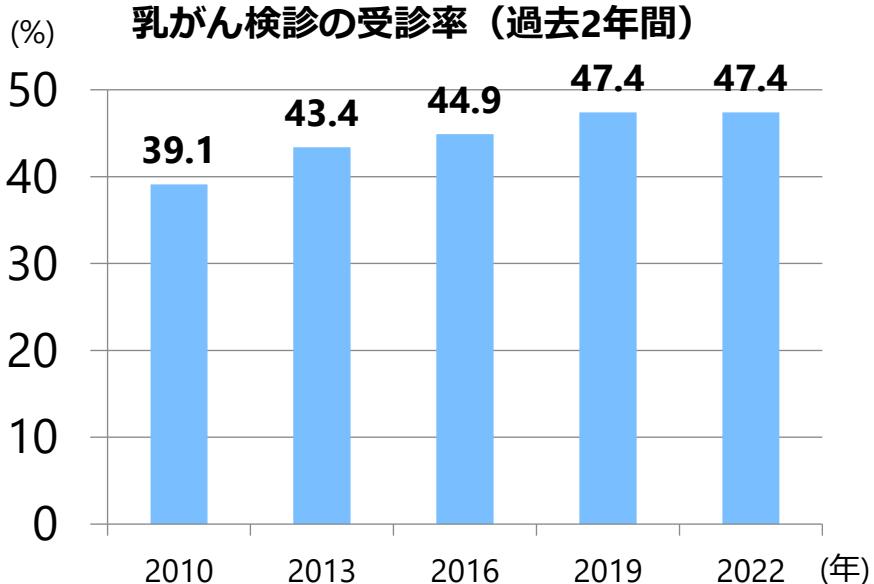
住民検診における乳がん検診受診者の初回/非初回の内訳

- ・住民検診でマンモグラフィを受診した者について、どの年代においても一定程度初回の者が含まれる。



乳がん検診の現状と、検診をためらう原因

- 乳がん検診の受診率は上昇傾向だが、第4期がん対策推進基本計画の目標である60%に向けて一層の取組が必要。
- 厚労科研のインターネット調査によると、乳がん検診を受診しない理由は様々であり、「検査に伴う苦痛」に関する回答に加えて、がん検診の意義の理解が必要と思われる回答も挙げられた。



- 出典：平成25年度国民生活基礎調査、令和4年度国民生活基礎調査より
○ 入院者は含まない。
○ 40歳から69歳を対象とし、過去2年間の受診率としている。
○ 健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものも含む。
○ 2016年は、熊本県を除いたデータである。

【乳がん検診を受けない理由について】

令和5年度厚労科研「乳がん検診の受診率に関わる諸因子の解明と、受診率向上に向けた効果的な方策に資する研究」の分担研究（国立がん研究センターがん対策研究所高橋宏和）において、乳がん検診に対する意識の実態解明を目的に行ったインターネット調査の結果は以下のとおり。

回答者：40歳～75歳の女性4700人（各都道府県100人）

調査時期：2024年2月

調査方法：業者に委託しインターネットによる調査を実施

調査内容：乳がん検診の受診頻度、検診の方法、受診動機など。

＜上記回答者のうち、乳がん検診を受診したことがないと回答した734人における、検診を受診していない理由の上位（複数回答可）＞

	検診を受診していない理由（複数回答可）	割合
①	乳房を観察し問題がないから	23.4%
②	検査内容や検査に伴う苦痛の程度が分からず不安だから	22.3%
③	心配な時はいつでも医療機関を受診できるから	22.1%
④	費用が掛かり経済的負担になるから	17.3%
⑤	がんであることがわかるのが怖いから	14.3%

(参考) 経済財政運営と改革の基本方針 2025 (抜粋)

女性活躍・参画の推進

内閣府

厚生労働省

国土交通省

関係省庁

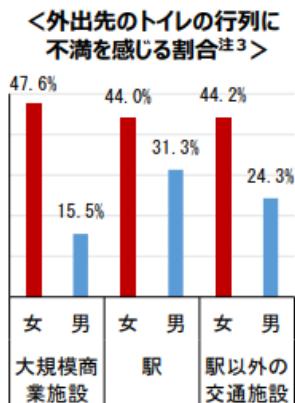
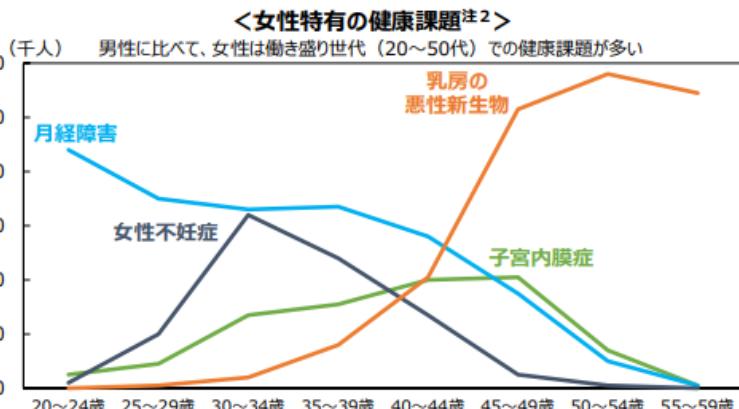
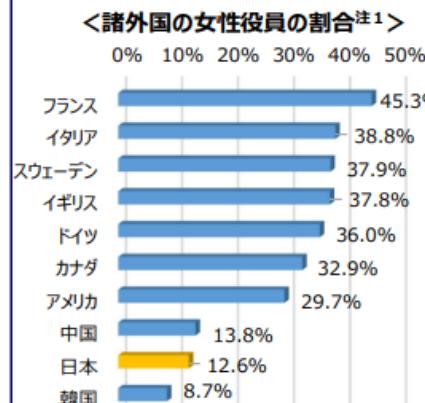
- あらゆる分野における女性活躍を推進し、全ての意思決定に女性が参画。
- 全ての意思決定の質を劇的に向上させる。

現状・課題

- 役員・管理職への女性登用は、国際的にみて遅れている。
- 女性活躍の前提として、女性特有の健康課題や女性用トイレの待ち時間の長さといった課題への対応が不可欠。

取組・目指す姿

- 全ての意思決定に女性が参画することにより、意思決定の質を劇的に向上させる。
- 女性活躍に資する課題への対応
 - ①安全で質の高い無痛分娩を選択できる環境整備
 - ②女性の負担にも配慮した乳がん検診の推進
 - ③女性用トイレの利用環境の改善



※注1：OECD "Social and Welfare Statistics" 2021年より出典。注2：厚生労働省「令和2年患者調査」より作成。

注3：国土交通省アンケート調査（2016年）から作成。駅以外の交通施設には、パーキングエリア、空港などが含まれる。

マンモグラフィ検査における痛みを和らげる手法

- ・検査時の痛みを和らげる手法として、機器の機能や撮影手技の工夫等が挙げられる。

マンモグラフィ機器の痛みを軽減する機能について

圧迫圧の軽減

- ・乳房の圧迫後、乳房の厚みが変化しない範囲で減圧
- ・リモコンを用いて、圧迫圧を受診者自ら調整する
- ・圧迫速度を自動的に最適化する



【提供元：富士フィルム株式会社】



【提供元：GEヘルスケア・ジャパン株式会社】

圧迫板・乳房受像面の形状・性質の工夫

- ・圧迫板にカーブをつけることで圧迫圧を均一化
- ・圧迫板や乳房受像面を柔らかい性状にする



【提供元：ホロジックジャパン株式会社】



【提供元：シーメンスヘルスケア株式会社】

検査手技・検診の時期について

撮影手技の工夫

- ・受診者への適切な検査説明や不安を和らげるような声掛けをおこなう
- ・適切なポジショニングをおこなう

検診の時期

- ・月経前1週間は乳房が張るため、この時期を避けて検査を受ける

<https://www.fujifilm.com/jp/ja/healthcare/mammography/mammography-dr/amulet-elite/oppression>

<https://www.gehealthcare.co.jp/products/mammography/pristina-dueta>

<https://hologic.co.jp/products/imaging/mammography/3Dimensions.html>

<https://www.siemens-healthineers.com/jp/mammography/digital-mammography/mammomat-bbrilliant>

マンモグラフィによる乳がん検診の手引き 精度管理マニュアル 第8版増補

国立がん研究センター がん情報サービス

新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業

- がん検診受診率向上に効果の大きい個別の受診勧奨・再勧奨を実施するとともに、子宮頸がん検診・乳がん検診の初年度対象者にクーポン券を配布する。また、精密検査未受診者に対する受診再勧奨にも取り組む。

事業の概要

1. 個別の受診勧奨・再勧奨

子宮頸がん、乳がん、胃がん、肺がん、大腸がん検診について、郵送や電話などによる個別の受診勧奨・再勧奨を行う（注）とともに、かかりつけ医を通じた個別の受診勧奨・再勧奨にも取り組む。

注）個別受診勧奨・再勧奨の対象

子宮頸がん検診：20～69歳の女性

乳がん検診：40～69歳の女性

胃がん検診：50～69歳の男女

（胃部エックス線検査は40歳以上も可）

肺がん検診：40～69歳の男女

大腸がん検診：40～69歳の男女



2. 子宮頸がん検診・乳がん検診のクーポン券などの配布

子宮頸がん検診・乳がん検診の初年度の受診対象者（子宮頸がん検診：20歳、乳がん検診：40歳）に対して、クーポン券と検診手帳を配付する。

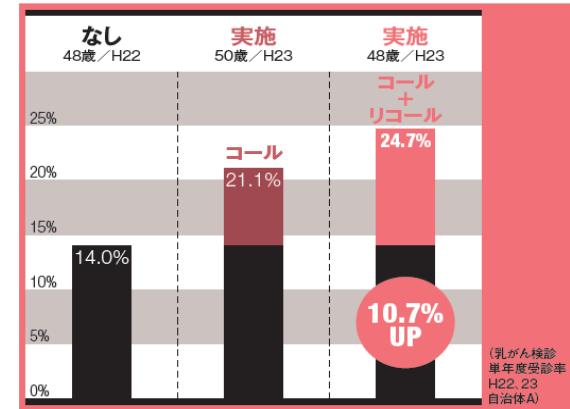
3. 精密検査未受診者に対する受診再勧奨

子宮頸がん、乳がん、胃がん、肺がん、大腸がん検診の精密検査未受診者に対して、郵送や電話などによる個別の受診再勧奨を行う。

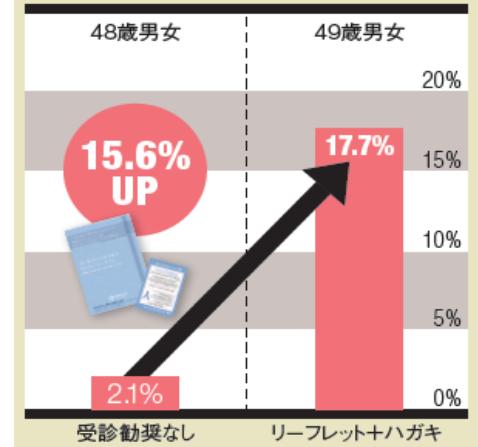
実施主体：市区町村

補助率：1/2

（受診勧奨の効果の事例）



大腸がん検診
●48歳男女、49歳男女/H25



がんの早期発見・がんによる死者の減少

※がん検診受診率向上施策ハンドブック（厚生労働省）より

職域におけるがんの普及啓発

がん対策推進基本計画における目標

国民ががん予防やがん検診による早期発見の重要性を認識するとともに、がんを正しく理解することを目指す。

がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）

- 事務局：業務委託（令和6年度 株式会社ウインウイン）
(<http://www.gankenshin50.mhlw.go.jp>)
- 推進パートナー企業：5,560社・団体（令和6年3月31日現在）
- 事業内容
 - 企業、団体へのパートナー参画への呼びかけ
 - コンテンツ作成、Web運営などによる情報発信
 - 事業者向け説明会等による意識啓発
 - 職域等におけるがん検診受診促進に関する現状及び課題の把握
 - 就労支援に関する現状及び課題の把握
 - シンポジウム開催による推進パートナーとの認識共有 等



あなたの会社のがん対策、しっかりサポートいたします！
先進国の中でがん検査が進んでいる日本、米国、欧州の社会進歩等により、企業で働くがん患者さんも増えてきています。医療費ががんと診断された時どう対応したらいいか、企業アクションがサポートします。9割が発見するといわれている早期発見、そのためには重要なのがん検診。大切な人材を守るために、一緒に「企業におけるがん対策」を進めていきましょう。



社内における普及啓発活動

- 従業員への呼びかけ、がん検診やがん対策に対する意識を啓発する活動
- ポスターの掲示、小冊子、ニュースレター、事例集の配付

社内における活動・情報発信

- 社内における勉強会の開催
- 社内報やホームページでがん検診やがん対策に関する情報の提示
- 職域におけるがん検診実施状況やがん患者・経験者の就労状況の把握と報告

事業的な価値・社会的な価値の創出

- がん検診やがん対策の大切さを広く啓発
- 顧客へのがん検診、がん対策についての主体的な情報の提供

がん検診情報の一体的な把握

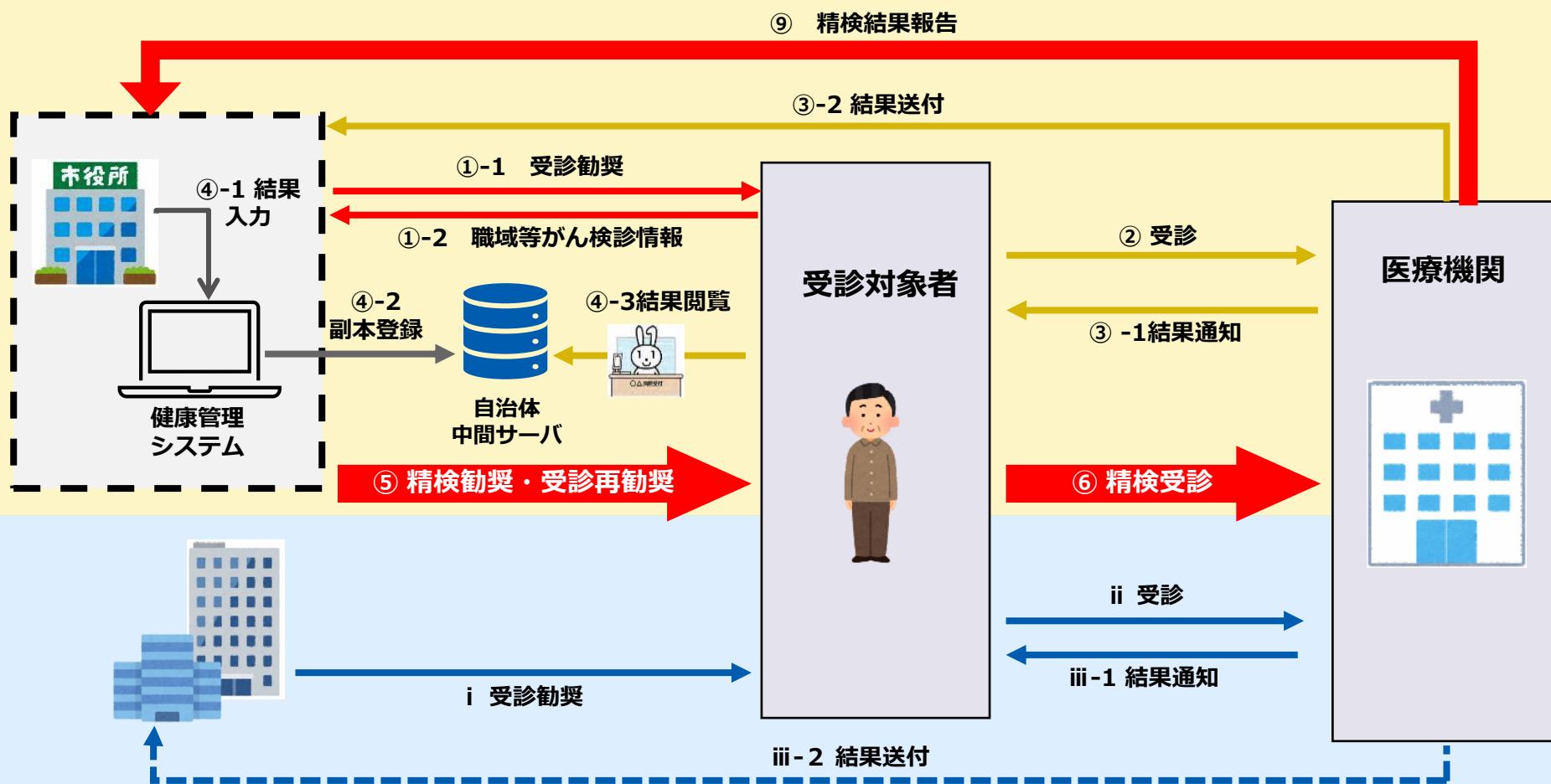
令和7年6月23日（月）

○ 職域等がん検診情報を事前に確認することで、

- ① 職域等がん検診を含めた正確な受診率等の把握により、より適切な受診率向上の取組や精度管理が可能になる。
- ② 適切なタイミング・対象者に対する受診勧奨により不要な受診を防ぎ、効率的に受診勧奨を行うことができる。
- ③ 職域等がん検診での要精検未受診者に対する受診勧奨により、早期発見・早期治療につながる。

住民検診

職域等がん検診



がん予防の情報発信について

科学的根拠に基づくがん予防について、国民にとってわかりやすい普及啓発を進めるため、ホームページを作成し、リーフレットを公開している。

がん予防に関するリーフレット

がん予防に関するホームページ

現状・方向性（案）

現状

- 乳がん検診の受診率は上昇傾向であるが、60%の目標到達のために、受診率向上のための一層の取組が必要である。
- 研究班の調査によると、がん検診を受けない理由として、乳がん検診による早期発見の意義についての理解不足や、検査に伴う苦痛への不安が挙げられている。
- 各企業において、マンモグラフィ検査において痛みを軽減する機能が開発されている。
- 国において、がん検診の意義等についての周知啓発資材を作成している。
- 自治体の適切な受診勧奨に向けた取組として、住民の検診状況等を一体的に把握する取組を進めている。

方向性（案）

- 検診の意義等についての周知啓発を継続することに加えて、自治体に対し、検査に伴う苦痛を軽減するための工夫（マンモグラフィ機器の痛みを軽減する機能や、撮影手技の工夫・検診の時期等）についての情報提供を行ってはどうか。
- また、職域においても、がん検診の意義についての理解が進むよう、企業アクション等の取組を通して、国が作成した資材を周知するなど、必要な周知を継続してはどうか。

第45回がん検診のあり方に関する検討会

資料 2

令和7年10月10日（金）

肺がん検診について

厚生労働省

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

指針で定めるがん検診の内容

- 厚生労働省は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳代	2年に1回
	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診		2年に1回
	問診、視診及びHPV検査単独法 ※実施体制が整った自治体で選択可能	30歳以上	5年に1回 ※罹患リスクが高い者については1年後に受診
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上 ※喀痰細胞診については原則として50歳以上の重喫煙者（喫煙指数600以上の者）のみ	年1回
乳がん検診	質問（問診）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

論点 1：低線量CT検査の対策型検診への導入について

ひと、くらし、みらいのために

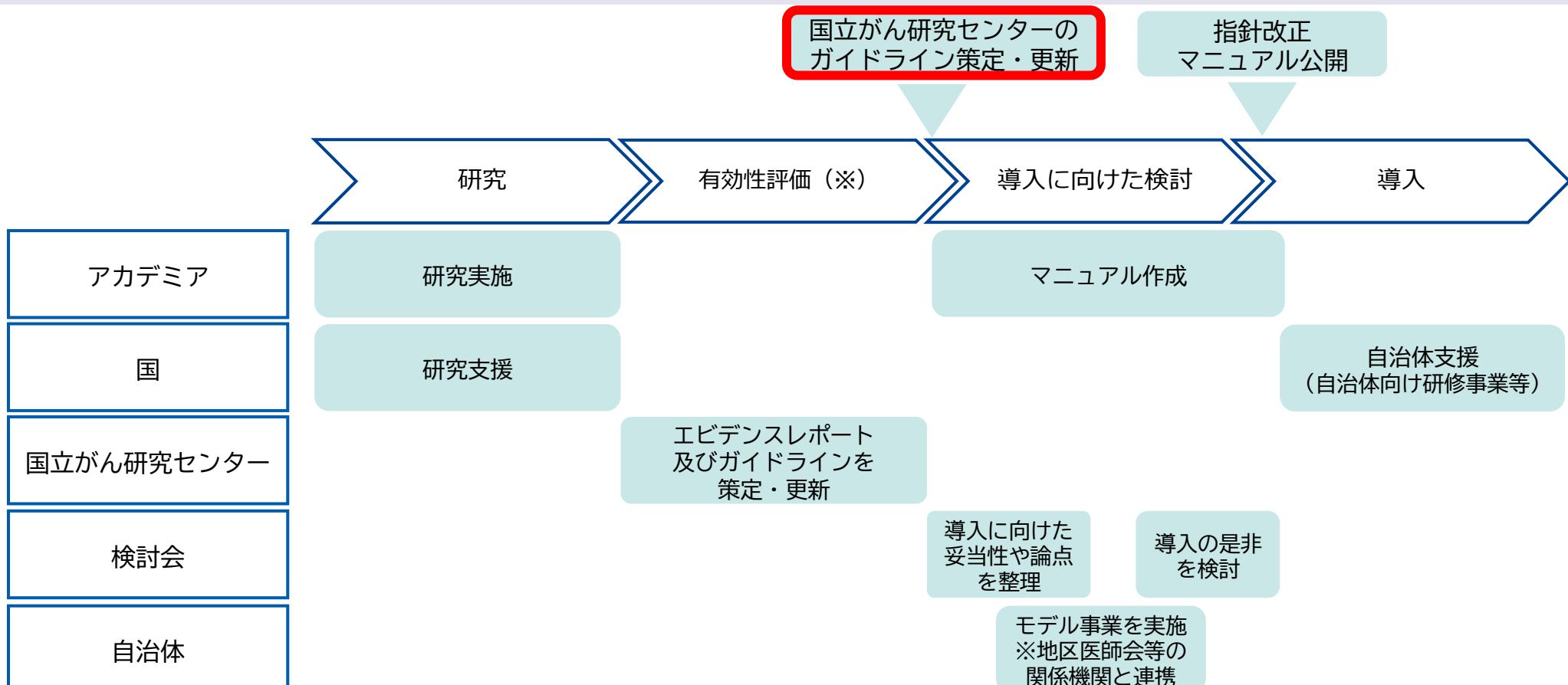


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

対策型検診の項目の導入に係るプロセス

- 対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて、以下を基本とする。

- ①国立がん研究センターは、検診項目に関するエビデンスの収集を行い、隨時有効性評価を実施
- ②検討会は、有効性評価の結果、対策型検診として実施が推奨された項目について導入に向けた妥当性や論点を整理
- ③一部の自治体で試行的に実施（モデル事業）
- ④モデル事業を踏まえ、検討会において導入の是非を検討



有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン 2025年度版の概要

- 国立がん研究センター作成の「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」について、2006年度版の公開後のエビデンスについて評価が行われ、令和7年4月25日に2025年度版が公開された。
- 2006年度版からの主な変更点は以下の2点である。
 - ・重喫煙者に対する低線量CT検査：対策型検診及び任意型検診として実施を推奨(推奨グレードA)
 - ・重喫煙者に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法：対策型検診及び任意型検診として実施しないことを推奨(推奨グレードD)

2006年度版

検診手法	推奨
低線量CT検査	I
非高危険群に対する胸部X線検査及び高危険群 ¹⁾ に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	B

(参考)2006年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義等

推奨	表現	対策型検診 (住民検診型)	任意型検診 (人間ドック型)
A	死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、実施することを強く勧める。	推奨する	推奨する
B	死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、実施することを勧める。	推奨する	推奨する
C	死亡率減少効果を示す証拠があるが、無視できない不利益があるため、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、安全性を確保し、不利益に関する説明を十分に行い、受診するかどうかを個人が判断できる場合に限り、実施することができる。	推奨しない	条件付きで実施できる
D	死亡率減少効果がないことを示す証拠があるため、実施すべきではない。	推奨しない	推奨しない
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、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、効果が不明であることと不利益について十分説明する必要がある。その説明に基づく、個人の判断による受診は妨げない。	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない

2025年度版

検診手法	推奨
重喫煙者 ²⁾ に対する低線量CT検査 <small>対象年齢は50-74歳、検診間隔は1年に1回が望ましい。</small>	A
重喫煙者 ²⁾ 以外に対する低線量CT検査	I
重喫煙者 ²⁾ に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	D

(参考) 2025年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義等

推奨グレード	評価	対策型検診	任意型検診
A	利益はあり、不利益が中等度以下と判断する	推奨	推奨
C	利益はあるが不利益が大、または利益はあるが証拠の信頼性は低く不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
I	利益は不明だが不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
D	利益はなく不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	実施しないことを推奨

1) 喫煙指数(※) 400以上あるいは600以上 2) 喫煙指数(※) 600以上(禁煙から15年以内の禁煙者も含む) ※喫煙指数:1日平均喫煙本数×喫煙年数

ガイドラインで評価された、低線量CT検査に係る科学的知見（検診の利益）

- 「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」2006年度版公開時点では、低線量CT肺がん検診に関するランダム化比較対照試験（RCT）が開始された当初であり、当時は有効性を判断する証拠がなかった。
- その後、重喫煙者に対する低線量CT検査について、複数のRCT及びRCTのメタ解析において死亡率減少効果が示されたことから、最新の適正な情報を提供することを目的として、ガイドラインの更新が行われた。

ガイドラインで評価された主な科学的知見

- サンプル数の大きい2つの海外のRCTにおいて、低線量CT検査を実施した群の肺がん死亡率が対照群と比較して有意に減少していた。

研究名 (発表年) (国)	対照群の モダリティ	参加者数 (人)	対象年齢	対象者の 喫煙指數	検診回数 (回)	検診スケ ジュール(年)	経過観察 中央値(年目)	肺がん死亡率 のリスク比
NLST (2013) (米国)	胸部X線	53,454	55-74	600以上	3	0/1/2	6.5	0.84 (95%CI: 0.75-0.95)
NELSON (2020) (オランダ・ベルギー)	なし	15,882	50-74	400以上	4	0/1/3/5.5	10	0.76 (95%CI: 0.61-0.94)

- 上記2つのRCTを含む、9件のRCTを統合した重喫煙者に対する低線量CT検診の効果についてのメタアナリシスにおいて、低線量CT検診受診者の肺がん死亡率は、低線量CTを受診しない者と比較して0.84(95%CI:0.76-0.92)。

ガイドラインで評価された、低線量CT検査に係る科学的知見（検診の不利益）

- 低線量CT検査により、一定程度の過剰診断と、発がんリスクを上昇しない程度の放射線被ばくなど、中等度の不利益が報告されている。
- ガイドラインにおいて、利益と不利益を対比した上で、対策型検診において重喫煙者に対する低線量CT検査を実施することが推奨された。

ガイドラインで評価された主な科学的知見

➤ 過剰診断

- ・ 低線量CT検査により発見されたがんの多くは、生命予後のよい置換性増殖 (lepidic growth pattern) を伴う腺がん (旧WHO分類上の粘液非産生性細気管支肺胞上皮型腺がん (BAC ; Bronchial alveolar cell carcinoma)) である。低線量CT検査の過剰診断の多くは置換性増殖を伴う腺がんと考えられている。
- ・ 国内の低線量CT検査に関する4研究（うち3研究は非喫煙者も含む）から、検出されたがんのうち置換性増殖を伴う腺がんの占める割合を過剰診断と仮定したところ、過剰診断の割合は13～38%であった。

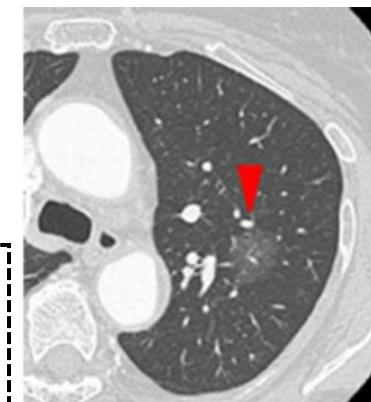
（補足）日本CT検診学会「低線量 CT による肺がん検診の肺結節の判定基準と経過観察の考え方」：

置換性増殖を伴う腺がんが推定されるすりガラス状結節等の経過観察の考え方方が示されており、過剰診断例を減らすために判定や治療適応に関する基準を策定し全国で遵守することが必要とされている。本考え方において、最大径10mm以上の充実型、15mm以上の部分充実型あるいは15mm未満であっても8mm以上の充実成分がある場合は確定診断に進む、最大径15mm未満で充実成分が8mm未満の場合、3、12、24、36、48、60か月の経過観察を行い、経過観察中2mm以上の増大又は吸収値上昇があった場合は確定診断に進む、と記載されている。

➤ 放射線被ばく

- ・ 低線量CTの線量は2.5mGyと定義されており、50-74歳を対象者とした場合、被ばくによる発がんリスクの上昇は多くない。
- ・ 要精検の場合、日本CT検診会「低線量 CT による肺がん検診の肺結節の判定基準と経過観察の考え方」において、Thin-section CT (TS-CT) の回数が最も多い喫煙者の充実性結節に対しては最大6回のTS-CTが推奨されているが、この回数においてもリスクの上昇は多くない。

すりガラス状結節



胸部X線検査と低線量CT検査との比較

- 低線量CT検査は、胸部X線検査で検出が難しい場所や陰影の性状においても検出が可能であるが、被ばく量は多くなる。
- 低線量CT検査は重喫煙者のみにおいて死亡率減少効果が示されている。

		胸部X線検査	低線量CT検査	
概要		<ul style="list-style-type: none"> ・胸部全体に一方向からX線を照射し撮影する。 ・検査時間：5分 ・放射線被ばく：実行線量 0.021mSv (※1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・胸部全体に360度方向からX線を照射し撮影する。 ・検査時間：10～15分 ・放射線被ばく：実行線量 0.65～1.5mSv (※1) 	
一般住民を対象とした検診で確認されている効果	死亡率減少効果	・示されている	重喫煙者	非喫煙者
	感度・特異度(※2, 3)	<ul style="list-style-type: none"> ・感度：50～70% ・特異度：94～99% 	<ul style="list-style-type: none"> ・感度：84.6～93.1% ・特異度：76.5～98.6% 	<ul style="list-style-type: none"> ・感度：100% ・特異度：93.5%
学会等による評価手法の標準化		・読影の判定や精度管理等は「肺がん検診の手引き」(日本肺癌学会肺癌検診委員会)に基づき行う。	・読影の判定や精度管理等は「肺がん検診の手引き」(日本肺癌学会肺癌検診委員会)に基づき行う。	
学会等の見解		「非高危険群に対する胸部X線検査、及び高危険群に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法」の推奨は <u>死亡率減少効果を示す相応の証拠</u> があるので、行うよう勧められる。ただし、二重読影、比較読影などを含む標準的な方法が行われている場合に限定される。(肺がん検診ガイドライン2022年版 p15、日本肺癌学会)	<ul style="list-style-type: none"> ・「重喫煙者に対する低線量CTによる肺がん検診」の<u>死亡率減少効果</u>に関しては、欧米では有効であると考えられ、<u>我が国においても有効である可能性が高い</u>と考えられる。 <p>(肺がん検診ガイドライン2022年版 p14、日本肺癌学会)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「非／軽喫煙者に対する低線量胸部CTを用いた肺がん検診」は、<u>死亡率減少効果を示す証拠</u>が十分ではないので、<u>対策型検診</u>としては行うよう勧められない。 <p>(肺がん検診ガイドライン2022年版 p15、日本肺癌学会)</p>
検査の特徴		<ul style="list-style-type: none"> ・鎖骨や心臓、横隔膜との重なりのある病変の検出が難しい。 ・淡い陰影の検出が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・淡い陰影や小さい陰影も検出しやすいが、過剰診断も多くなる。 ・管電流を低減することで照射線量の低減を図っているが、胸部X線検査に比べると被ばく量は多い。 	

重喫煙者に対する低線量CTによる肺がん検診実証事業

令和8年度概算要求額 1.3億円（－）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

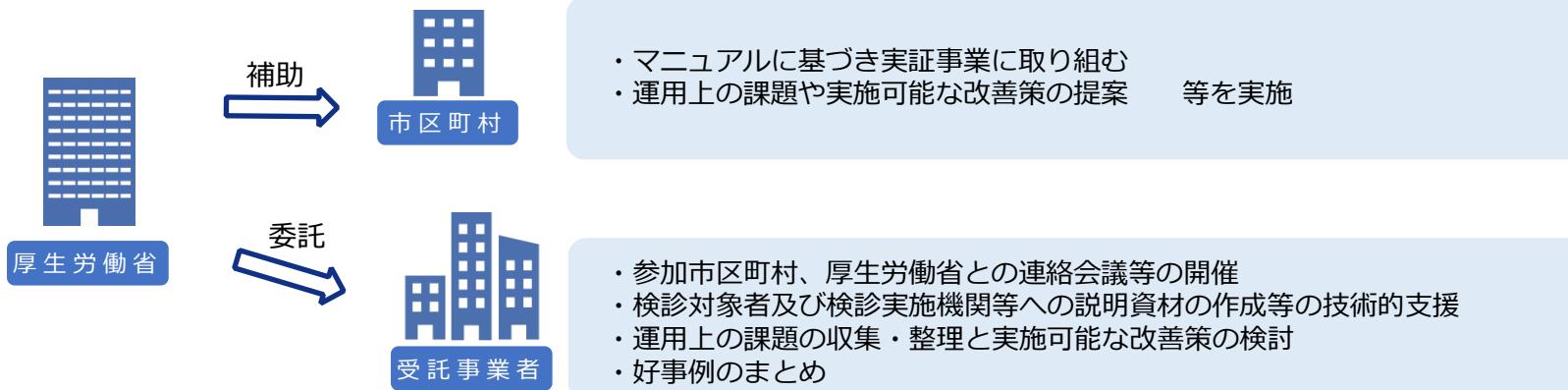
- 市区町村が実施するがん検診（対策型検診）について、厚生労働省では従来より「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を定め、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。
- 第43回がん検診のあり方に関する検討会において、「対策型検診の項目の導入に係るプロセス」について議論が行われ、科学的に有効性が確認された検診項目を、多くの自治体へ円滑に導入するために、一部の自治体で試行的に実施することが基本とされた。
- 令和7年4月に国立がん研究センターが公開した「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン2025年度版」（以下「ガイドライン」）の中で「重喫煙者に対する低線量CTによる肺がん検診（以下「肺がんCT検診」）」の実施が推奨されたところ。
- 上記を踏まえ、肺がんCT検診の円滑な導入を目的として、令和7年度厚労科研において作成する肺がんCT検診の体制整備のためのマニュアル（以下「マニュアル」）に基づいて実証事業に参加する市区町村を公募し、導入に向けた課題の整理や改善策について検討するとともに、好事例をまとめる。

2 事業の概要・スキーム・実施主体

【事業創設年度：令和8年度、補助先：市区町村、補助率：定額（10／10相当）】

事業内容

①肺がんCT検診実証事業に取り組む市区町村を公募し、運用等に係る費用を補助する。②事業実施に係る参加市区町村への技術的支援並びに課題の整理及び改善策の検討を事業者に委託する。



論点① 低線量CT検査の対策型検診への導入について

現状

- 「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン2025年度版」において、重喫煙者に対する低線量CT検査は、死亡率減少のエビデンスが示されたこと等を踏まえ、対策型検診として実施が推奨された。
- 第43回がん検診のあり方に関する検討会(令和7年4月23日)において、対策型検診の項目の導入に係るプロセスが承認され、新たな項目についてはモデル事業を実施した上で導入することとしている。

方向性(案)

- 今後、50歳～74歳の重喫煙者(喫煙指数600以上)を対象に、低線量CT検査を肺がん検診の項目に追加することを念頭に、希望する自治体を対象にモデル事業を行ってはどうか。
- モデル事業については、以下の方向性で進めてはどうか。
 - 厚労科研において、対象者の抽出及び受診勧奨の方法等を含めた以下の検討事項を検討の上、マニュアル(案)を作成。
 - モデル事業において、市町村、厚生労働省、検診機関等の関係機関が連携し、マニュアル(案)に沿って低線量CT検査による肺がん検診を試行的に実施。
 - 試行的実施を踏まえて、マニュアル(案)について、必要な改善を行う。

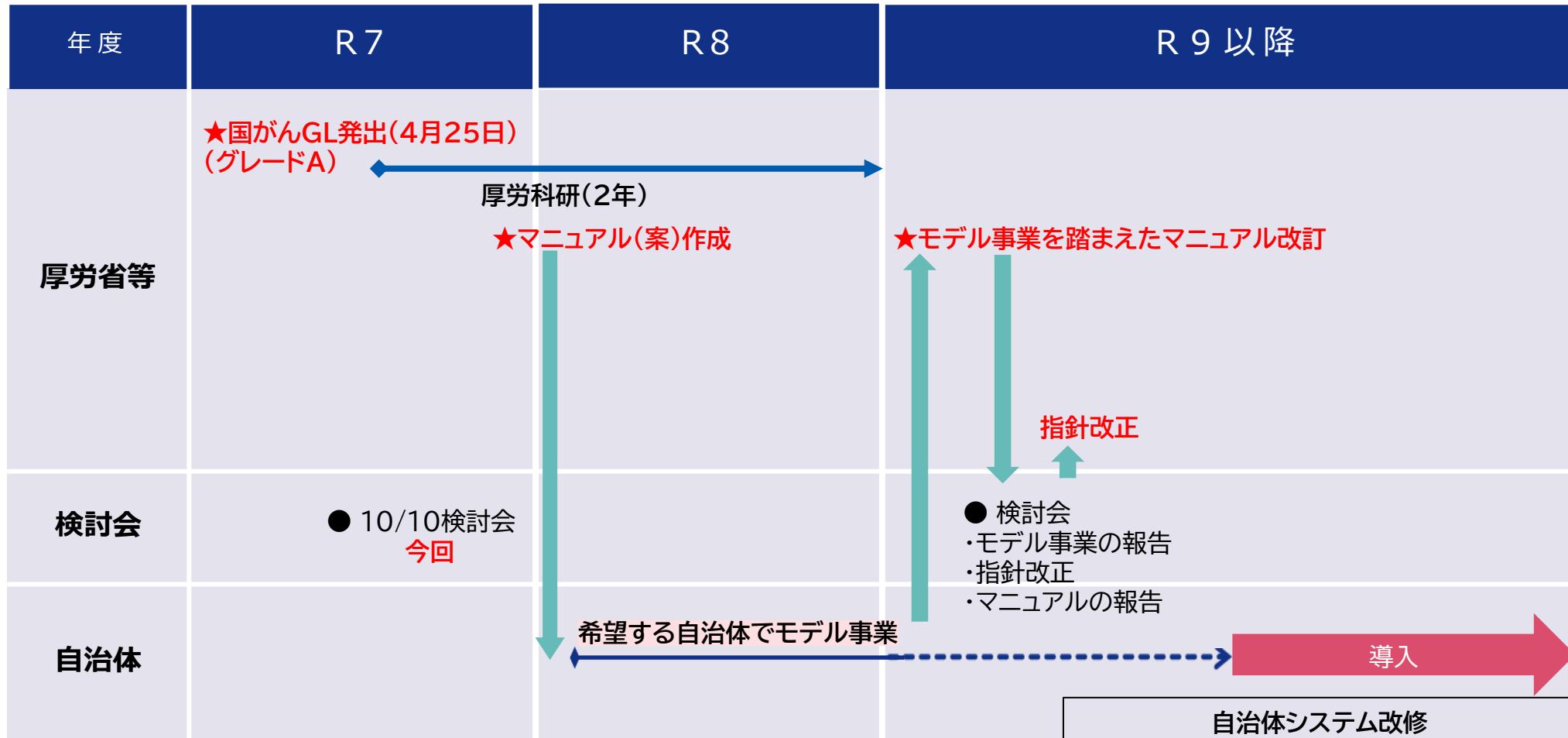
<モデル事業の検討事項(イメージ)>

- | | |
|------------------|-------------------|
| ・対象者の抽出及び受診勧奨の方法 | ・必要な検査実施体制(読影を含む) |
| ・精度管理体制 | ・精密検査受診後のフォローアップ |
| ・その他留意すべき事項 | |

- モデル事業の結果が得られた時点で、モデル事業で得られた知見を本検討会に報告した上で、低線量CT検査の導入について指針に追加してはどうか。

対策型検診への低線量CT検査導入のスケジュール(案)

- 低線量CT検査について、以下のスケジュールでモデル事業等を進めてはどうか。



論点2：喀痰細胞診について



有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン 2025年度版の概要

- 国立がん研究センター作成の「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」について、2006年度版の公開後のエビデンスについて評価が行われ、令和7年4月25日に2025年度版が公開された。
- 2006年度版からの主な変更点は以下の2点である。
 - ・重喫煙者に対する低線量CT検査：対策型検診及び任意型検診として実施を推奨(推奨グレードA)
 - ・重喫煙者に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法：対策型検診及び任意型検診として実施しないことを推奨(推奨グレードD)

2006年度版

検診手法	推奨
低線量CT検査	I
非高危険群に対する胸部X線検査及び高危険群 ¹⁾ に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	B

(参考)2006年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義等

推奨	表現	対策型検診 (住民検診型)	任意型検診 (人間ドック型)
A	死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、実施することを強く勧める。	推奨する	推奨する
B	死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、実施することを勧める。	推奨する	推奨する
C	死亡率減少効果を示す証拠があるが、無視できない不利益があるため、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、安全性を確保し、不利益に関する説明を十分に行い、受診するかどうかを個人が判断できる場合に限り、実施することができる。	推奨しない	条件付きで実施できる
D	死亡率減少効果がないことを示す証拠があるため、実施すべきではない。	推奨しない	推奨しない
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、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、効果が不明であることと不利益について十分説明する必要がある。その説明に基づく、個人の判断による受診は妨げない。	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない

2025年度版

検診手法	推奨
重喫煙者 ²⁾ に対する低線量CT検査 <small>対象年齢は50-74歳、検診間隔は1年に1回が望ましい。</small>	A
重喫煙者 ²⁾ 以外に対する低線量CT検査	I
重喫煙者 ²⁾ に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	D

(参考) 2025年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義等

推奨グレード	評価	対策型検診	任意型検診
A	利益はあり、不利益が中等度以下と判断する	推奨	推奨
C	利益はあるが不利益が大、または利益はあるが証拠の信頼性は低く不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
I	利益は不明だが不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
D	利益はなく不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	実施しないことを推奨

1) 喫煙指数(※) 400以上あるいは600以上 2) 喫煙指数(※) 600以上(禁煙から15年以内の禁煙者も含む) ※喫煙指数:1日平均喫煙本数×喫煙年数

重喫煙者に対する胸部X線検査と喀痰細胞診の併用法について①

- 重喫煙者に対する喀痰細胞診と胸部X線検査の併用法については、国内の症例対照研究において死亡率減少効果が確認されていることから、対策型検診として実施してきた。
- 1980年代の我が国の状況では、喀痰細胞診のみで肺がんが発見された者が一定程度存在していた。

▶ 国内の症例対照研究で示された喀痰細胞診と胸部X線検査の併用法による死亡率減少効果（有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン（2006））

研究名	報告年	文献No	症例数	対照数	対象	検討した検診法	結果(OR)	有意差
胸部X線検査および胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診併用法を評価した研究								
成毛班の研究	1992	28	273	1,269	40-74歳男女	100mmの間接胸部X線+高危険群に喀痰細胞診、1年に1回	0.72(喫煙補正)	なし
金子班の研究	1999	27	193	579	40-74歳男女	直接胸部X線+高危険群に喀痰細胞診、1年に1回	0.535(喫煙補正)	あり
宮城の研究	2001	26	328	1,886	40-79歳男女	100mmの間接胸部X線+高危険群に喀痰細胞診、1年に1回	0.54(喫煙補正)	あり
新潟の研究	2001	25	174	801	40-79歳男女	100mmの間接胸部X線+高危険群に喀痰細胞診、1年に1回	0.40(喫煙補正)	あり
岡山の研究	2001	24	412	3,490	40-79歳男女	100mmの間接胸部X線+高危険群に喀痰細胞診、1年に1回	0.59(喫煙補正)	あり

▶ 1980年代の肺がん検診における検査手法毎の肺がん発見数（「肺癌検診提要」を元に厚生労働省がん・疾病対策課において作成）

	検査対象	年度	受診者数 (エックス 線)	喀痰細胞診 提出数	発見肺癌数 ¹				喀痰細胞診による 肺がん発見割合 ²
					総数	細胞診 のみ	X線のみ	両者	
岡山県	50歳以上 (喫煙指數： 600以上)	1982	20,066	1,674	10	2	8	0	0.119%
		1983	28,008	2,414	7	2	4	1	0.082%
		1984	22,335	2,462	5	2	3	0	0.081%
宮城県	50歳以上 (喫煙指數： 600以上)	1982	67,754	5,858	40	17	19	4	0.290%
		1983	120,467	7,802	42	18	19	5	0.230%
		1984	175,099	9,759	51	16	33	2	0.163%

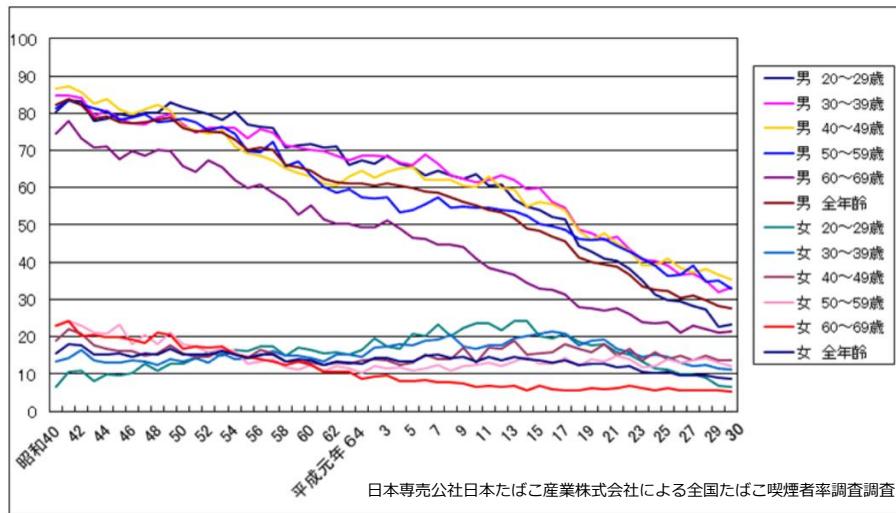
¹対象：喀痰細胞診受診者

²喀痰細胞診のみで発見した肺癌数/喀痰細胞診提出数

重喫煙者に対する胸部X線検査と喀痰細胞診の併用法について②

- 「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン2025年度版」において、近年では、喫煙歴の低下等により、喀痰細胞診の標的疾患である肺門部扁平上皮がんの発生が減少していると評価されている。また、喀痰細胞診によって追加的に発見される肺がんの比率は40年前の1/10以下に減少し、全国で年間20-30人程度に留まっており、胸部X線に喀痰細胞診を追加することで得られる絶対的な効果は非常に小さいと評価されている。
- 上記を踏まえ、同ガイドラインにおいて喀痰細胞診の併用は対策型検診としては実施しないことが推奨された。

➤ 性別・年代別喫煙率の推移（1965年-2018年）



➤ 肺門部扁平上皮がんの頻度等

- 有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン2025年度版において、肺門部扁平上皮がんは喫煙歴の低下等により、減少していると評価されている。

〈同ガイドラインにおいて評価された知見〉

- 1973-91年の単一施設における切除例の報告では、扁平上皮がんのうち 46.8%が肺門部肺がんであった。
- 日本肺癌学会による調査では、2010年に診断された切除例のうち 0.68%が肺門部肺がんであった。
- 肺門部扁平上皮がんの特徴的な画像所見である無気肺を臨床的に経験することはほとんど無くなっている、減少が著しいことは否定できない。
- 肺門部扁平上皮がんの急激な減少は、喫煙歴の低下だけでなく、一日平均喫煙本数の低下、フィルター付きや低タールたばこへの移行が影響していると考えられている。

➤ 2019-2021年の肺がん検診における検査手法毎の肺がん発見数（地域保健・健康増進事業報告を元に厚生労働省がん・疾病対策課において作成）

	検査対象	年度	受診者数 (エックス 線)	喀痰細胞診 提出数	発見肺癌数 ¹				喀痰細胞診による 肺がん発見割合 ²
					総数	細胞診のみ	X線のみ	両者	
全国	50歳以上 (喫煙指 数：600以 上)	2019	7,869,206	174,125	4,528	27	4,449	52	0.015%
		2020	6,593,528	149,480	3,642	24	3,579	39	0.016%
		2021	7,267,464	164,472	4,049	20	3,981	48	0.012%

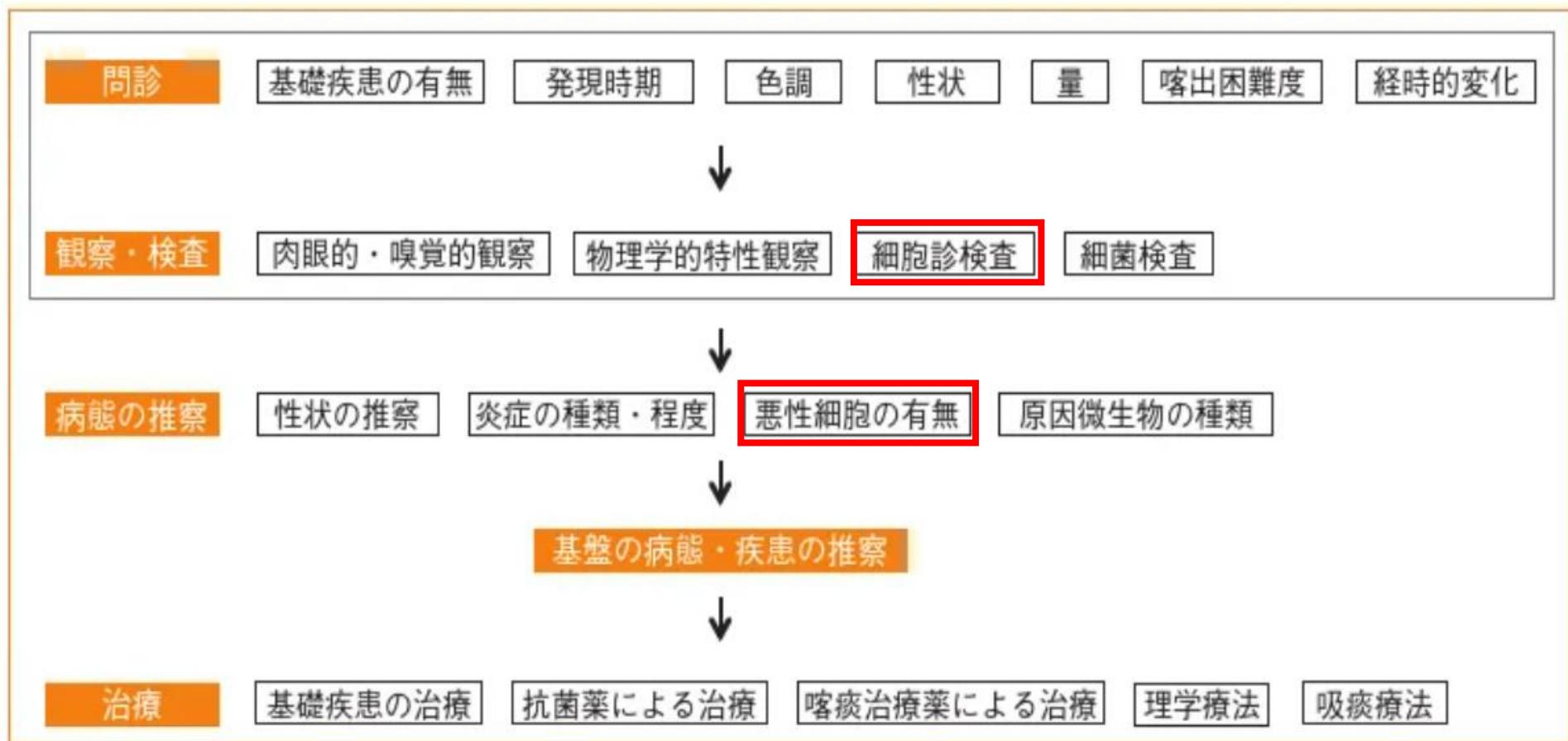
*1対象：喀痰細胞診のみ、もしくは胸部エックス線検査と喀痰細胞診を併用した受診者

*2喀痰細胞診のみで発見した肺癌数/喀痰細胞診提出数

喀痰診療の原則

- 咳痰のある者は有症状者であるため、検診ではなく医療機関の受診が勧められる。
- 咳痰の診療については、診療ガイドライン（※）が整備されており、その中で、診療の手順が示されている。
- 手順としてまず問診により慢性呼吸器疾患等の基礎疾患や病歴を確認し、喀痰の出現時期、性状、経時的な変化等の情報を得て、次に喀痰を採取し細胞診検査等を実施するとしている。

（※）日本呼吸器学会「咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2019」



論点② 咳痰細胞診について

現状

- 咳痰細胞診の標的となる肺門部扁平上皮がんは減少しており、喀痰細胞診単独で発見される数も40年前の1/10以下に減少していることが推察されるなど、胸部X線に喀痰細胞診を追加することで得られる効果が小さくなっている。
- 検診の対象者は基本無症状であり、喀痰症状のない無症状者で喀痰細胞診によって発見される肺がんの数は極めて少ないと考えられる。
- 咳痰がある者は有症状者であり、医療機関の受診が勧められる。咳嗽・喀痰の診療ガイドライン(※)において、喀痰診療の手順が示されており、問診や喀痰細胞診等を実施するとしている。

(※) 日本呼吸器学会「咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2019」

方向性(案)

- 咳痰細胞診による肺がん検診について、指針において推奨する肺がん検診の項目から削除するよう、指針を改正してはどうか(令和8年4月1日施行(※)を想定)。※ 各自治体において施行日前に実施対象外としても差し支えない。
- 一方で、咳嗽・喀痰の診療ガイドラインにおいて、喀痰診療の手順が示されており、問診や細胞診検査等を実施している。喀痰がある者に対する受診の指導は重要であることから、指針を改正し、がん予防健康教育のうち肺がんに関する事項、がん検診のうち肺がん検診の質問項目に、以下のとおり喀痰に関する記載を追加してはどうか。

第2 がん予防重点健康教育

3 実施に当たっての留意事項

(3)肺がん予防健康教育を実施する場合は、肺がん検診の実施会場において同時に実施するなど、他の事業との連携や対象者の利便性に配慮する。なお、喀痰が続く場合は、医療機関への早期受診等に関する指導を行うこと。

第3 がん検診

4 肺がん検診 (3)検診項目及び各検診項目における留意点

① 質問

質問に当たっては、喫煙歴、職歴、喀痰・血痰の有無及び妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取する。