| 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） | |

厚生労働省
ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 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<br>※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<br>※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 | ３０歳以上 | ２年に１回 |
| | 問診、視診及びHPV検査単独法<br>※実施体制が整った自治体で選択可能 | | ５年に１回<br>※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<br>※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）<br>※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 |

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 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

| 第43回がん検診のあり方に関する検討会 | 資料３<br>一部改変 |
|---|---|
| 令和７年４月23日 | |

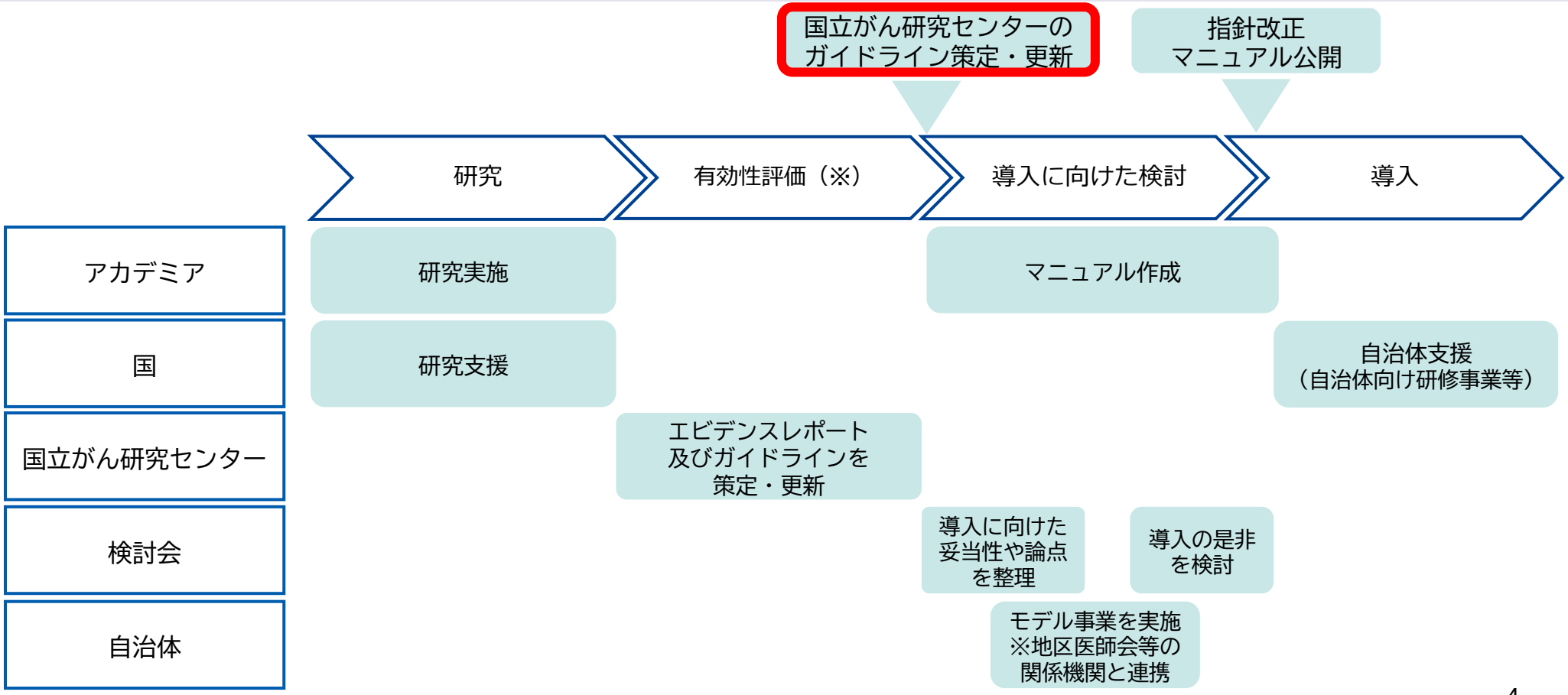
○　対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて、以下を基本とする。

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、随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




※　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

# 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検査と喀痰細胞診併用法 | B |

## 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<br>対象年齢は50-74歳、検診間隔は1年に1回が望ましい。 | 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）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。<br>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。<br>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 |

（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検診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<br>(発表年)<br>(国) | 対照群の<br>モダリティ | 参加者数<br>(人) | 対象年齢 | 対象者の<br>喫煙指数 | 検診回数<br>(回) | 検診スケ<br>ジュール(年) | 経過観察<br>中央値(年目) | 肺がん死亡率<br>のリスク比 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NLST<br>(2013)<br>(米国) | 胸部X線 | 53,454 | 55-74 | 600以上 | 3 | 0/1/2 | 6.5 | **0.84**<br>(95%CI: 0.75-0.95) |
| NELSON<br>(2020)<br>(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**<br>(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検診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検診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検診に関する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。

すりガラス状結節

（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。

有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン 2025年度版、肺がん検診エビデンスレポート 2024年度版、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 第６版」
国立がん研究センター中央病院HP

# 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 | | ・胸部全体に一方向からX線を照射し撮影する。<br>・検査時間：５分<br>・放射線被ばく：実行線量 0.021mSv（※１） | ・胸部全体に360度方向からX線を照射し撮影する。<br>・検査時間：10～15分<br>・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<br>・示されている | 非喫煙者<br>・示されていない |
| | 感度・特異度（※２，３） | ・感度：50～70%<br>・特異度：94～99% | ・感度：84.6～93.1%<br>・特異度：76.5～98.6% | ・感度：100%<br>・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」の推奨は死亡率減少効果を示す相応の証拠があるので、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) | ・「重喫煙者に対する低線量CTによる肺がん検診」の死亡率減少効果に関しては、欧米では有効であると考えられ、我が国においても有効である可能性が高いと考えられる。(肺がん検診ガイドライン2022年版 p14、日本肺癌学会) | ・「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、死亡率減少効果を示す証拠が十分ではないので、対策型検診としては行うよう勧められない。(肺がん検診ガイドライン2022年版 p15、日本肺癌学会) |
| 検査の特徴 | | ・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。<br>・淡い陰影の検出が難しい。 | ・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。<br>・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。 | |

（※１）１回の撮影で肺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低い　（※２）肺がんである人を正しく陽性と判定できる確率　（※３）肺がんでない人を正しく陰性と判定できる確率

国立がん研究センター「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン2025年度版」「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン2006年度版」「肺がん検診エビデンスレポート2024年度版」

# 新規 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

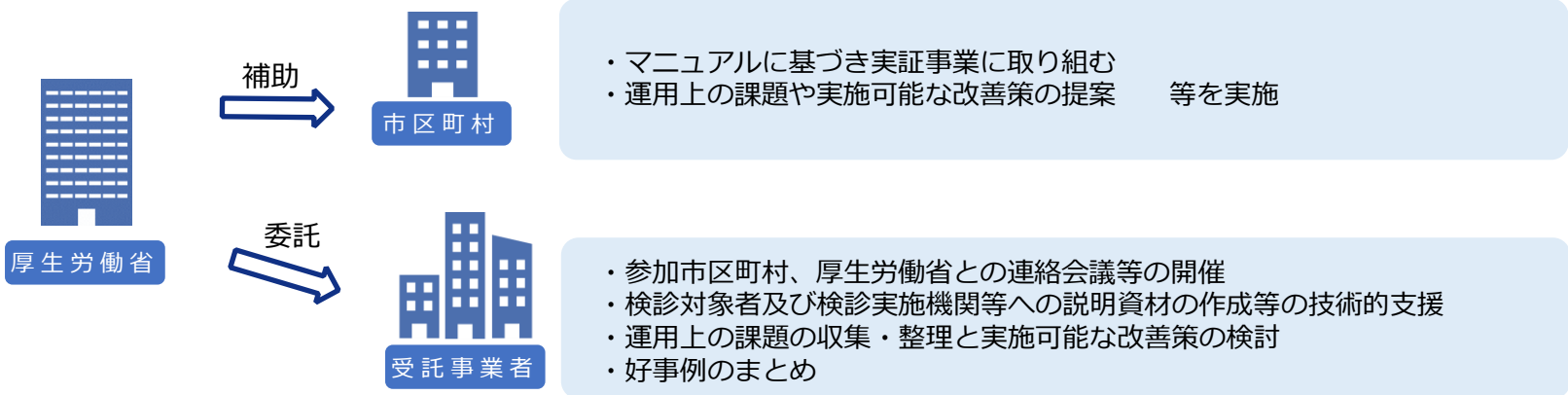
- 市区町村が実施するがん検診（対策型検診）について、厚生労働省では従来より「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を定め、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。
- 第43回がん検診のあり方に関する検討会において、「対策型検診の項目の導入に係るプロセス」について議論が行われ、科学的に有効性が確認された検診項目を、多くの自治体へ円滑に導入するために、一部の自治体で試行的に実施することが基本とされた。
- 令和７年４月に国立がん研究センターが公開した「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン2025年度版」（以下「ガイドライン」）の中で「重喫煙者に対する低線量ＣＴによる肺がん検診（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。

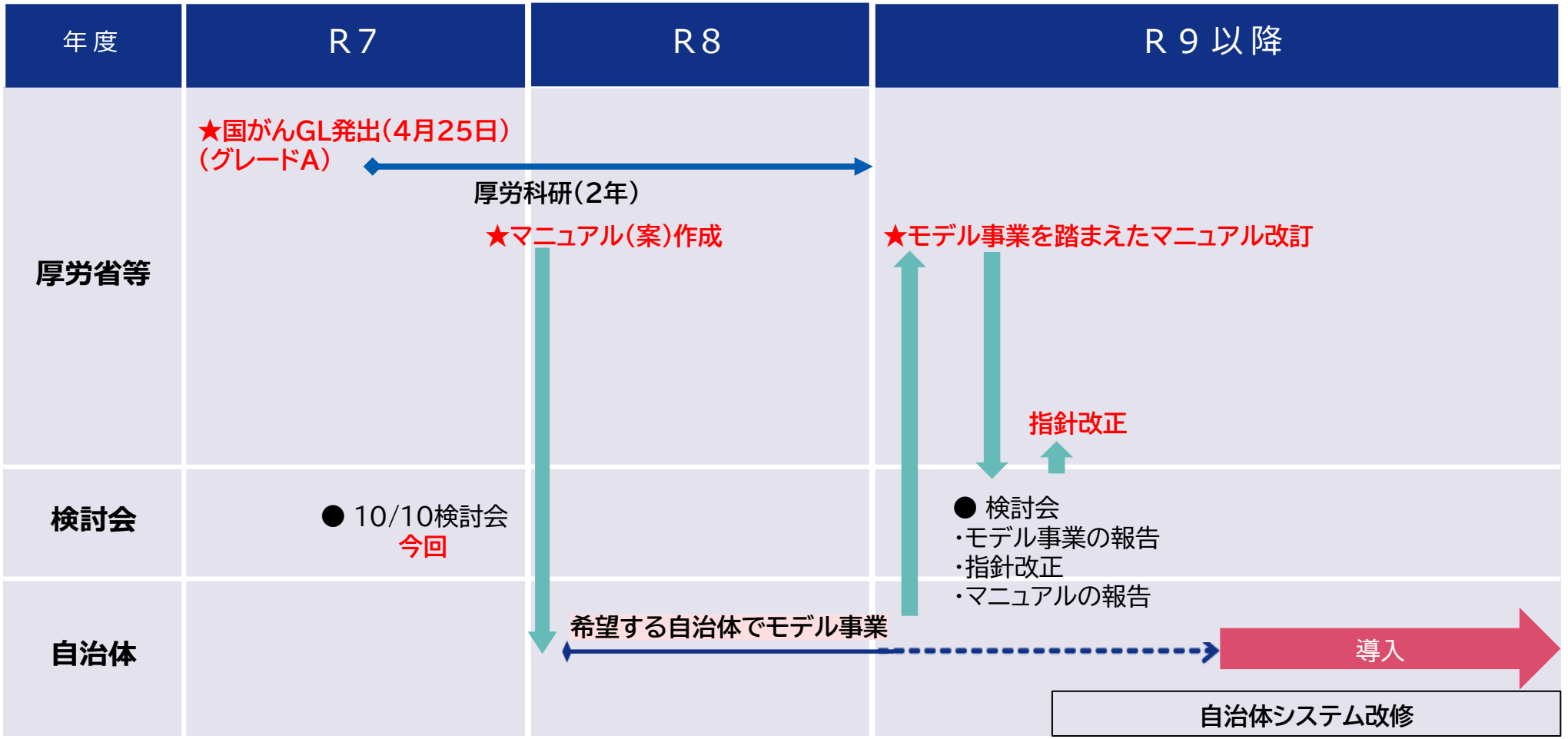
＜モデル事業の検討事項（イメージ）＞

・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。



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 論点２：喀痰細胞診について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 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検査と喀痰細胞診併用法 | B |

## 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<br>対象年齢は50-74歳、検診間隔は1年に1回が望ましい。 | 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）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。<br>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。<br>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 |

（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（喫煙指数：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（喫煙指数：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% |

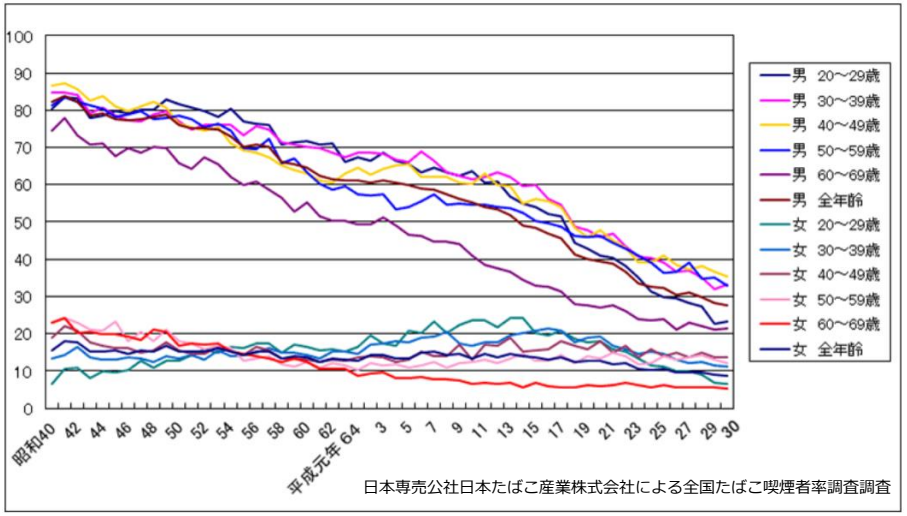
*1対象：喀痰細胞診受診者　　*2喀痰細胞診のみで発見した肺癌数/喀痰細胞診提出数

# 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おり、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% |

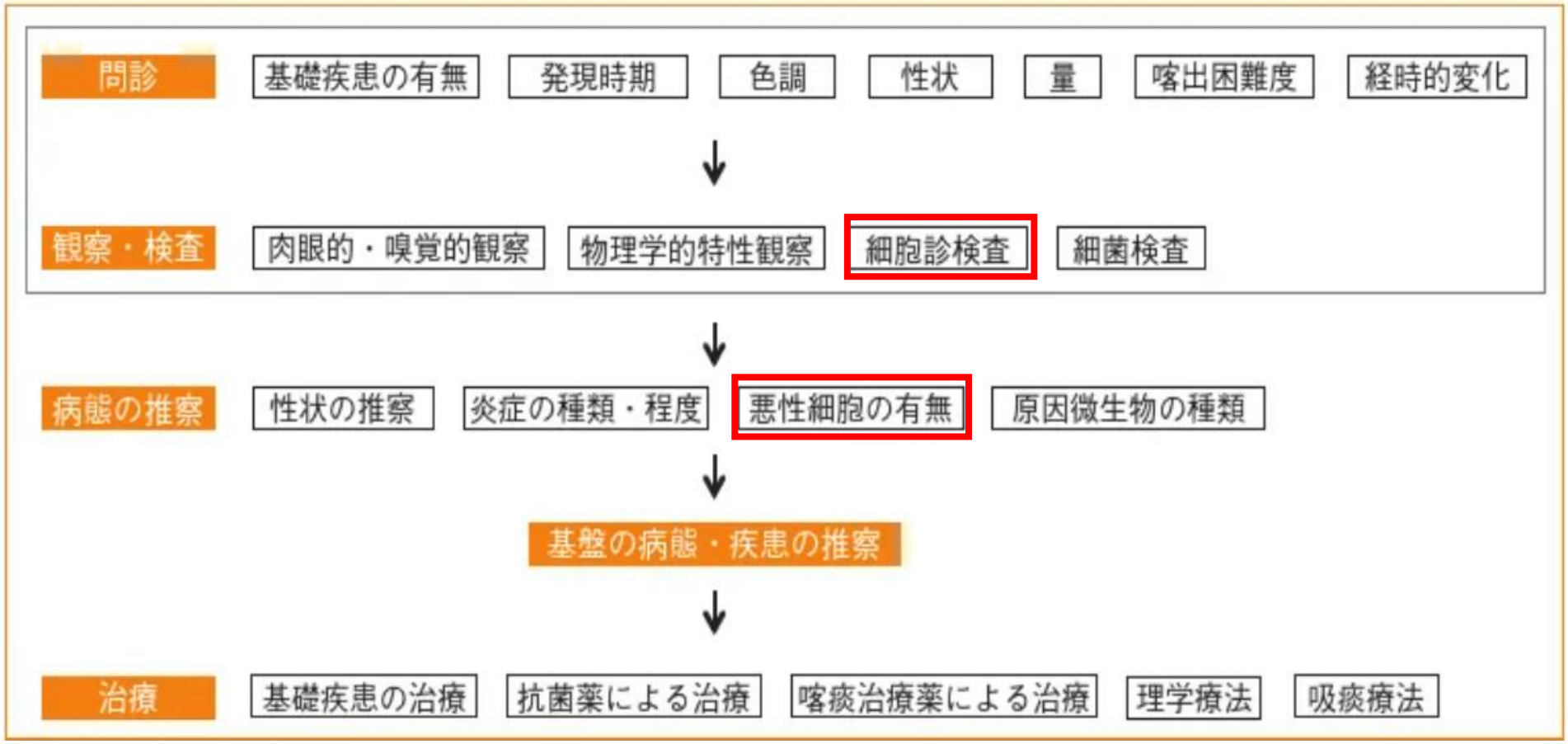
[*1]対象：喀痰細胞診のみ、もしくは胸部エックス線検査と喀痰細胞診を併用した受診者

[*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

- ○　喀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。
- ○　喀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」




咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2019 ：日本呼吸器学会咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2019作成委員会

# 論点② 喀痰細胞診について

## 現状

- 喀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。
- 喀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)

- 喀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するとしている。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。