

第46回がん検診のあり方に関する検討会

資料 1

令和8年3月23日（月）

大腸がん検診について

厚生労働省 健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

1. 大腸がん検診について



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

有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン 2024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大腸がん検診ガイドライン」について、2005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5年1月9日に2024年度版初版が公開された。
- ガイドライン2024年度版において、便潜血検査免疫法は引き続き推奨グレードAとされた。また、検診間隔、採便回数についても評価された。

2005年度版

検診手法	推奨
便潜血検査化学法・免疫法	A
全大腸内視鏡検査・S状結腸鏡検査	C

※便潜血検査化学法及びS状結腸鏡検査はRCTで有意な死亡率減少効果が示されているが、便潜血検査化学法は国内で実施されていないこと、S状結腸鏡検査の実施件数はごくわずかで内視鏡の国内販売が終了していることから、2024年度版では評価対象外となっている。

(参考) 2005年度版ガイドラインにおける推奨レベルの定義

推奨	表現
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。
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。
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、集団を対象として実施することは勧められない。 個人を対象として実施する場合には、安全性を確保すると共に、不利益について十分説明する必要がある
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。
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、集団を対象として実施することは勧められない。 個人を対象として実施する場合には、効果が不明であることについて十分説明する必要がある。

2024年度版

検診手法	推奨
便潜血検査免疫法	A
全大腸内視鏡検査	C

- ・ 検診間隔を1年から2年にすることも可能である。
- ・ 採便回数は1回法でも2回法でも可能である。

(参考) 2024年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義

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

論点 便潜血検査の検診間隔及び採便回数について（ガイドラインで評価された科学的知見）

○便潜血検査の検診間隔について、免疫法の検診間隔 1 年と 2 年における死亡率減少効果を比較した研究はないが、化学法のメタ解析において、検診間隔 1 年が、2 年と比較して有意に死亡を減少させた。

○便潜血検査免疫法の採便回数について、

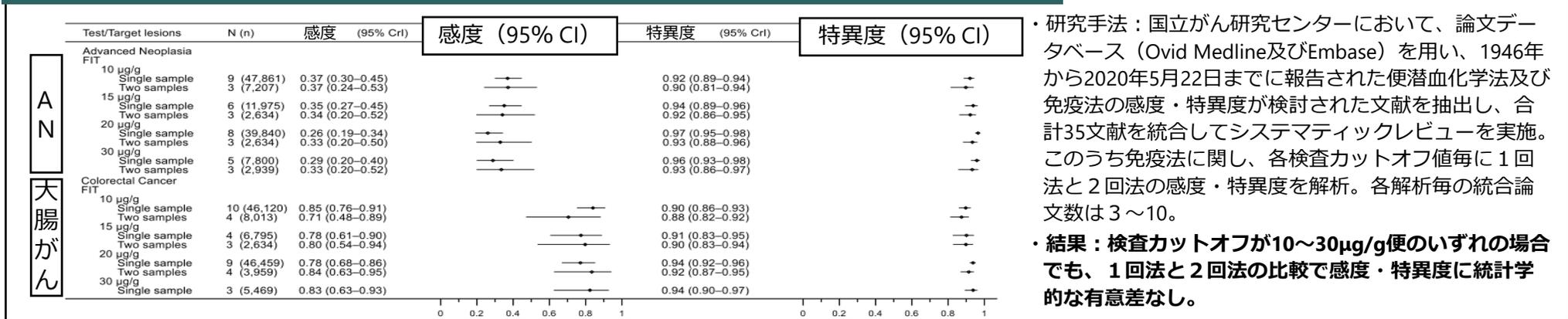
- ・ Advanced Neoplasia (AN) ※及び大腸がんに対する感度・特異度を検討したメタ解析において、1 回法と 2 回法による統計学的な有意差は示されなかった。
- ・ 1 回法と 2 回法で検体提出率を比較した研究（医療機関へ直接提出又は郵送）において、1 回法で有意に提出率が向上した。

検診間隔：1 年と 2 年における死亡率減少効果を比較した研究

※がん及び悪性度が高いとされるポリープの総称

研究名又は著者 (発表年、国)	統計的手法	検査法	対照群	参加者数 (人)	対象年齢 (歳)	検診 間隔	検診回数	平均観察 期間 (年)	大腸がん累積死亡比
Minnesota (2013、米国)	RCT	化学法	無検診	46,551	50-80	1年 2年	1年：11回 2年：6回	30.5	逐年： 0.68 (95%CI: 0.56-0.82) 隔年： 0.78 (95%CI: 0.65-0.93)
Jodal (2019、米国・欧州)	メタ 解析	化学法	2年毎 検診	172,324	50-79	1年	2-11回	15.5-19.5	0.79 (95%CI: 0.64-0.98)

採便回数：免疫法の採便回数による感度・特異度が検討された文献のメタ解析



採便回数：採便回数毎の検体返送率

国立がん研究センター「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン2024年度版」「大腸がん検診エビデンスレポート2023年度版」

著者 (発表年、国)	検査法	提出方法	総検体数	採取 日数	参加者数 (人)	対象年齢 (歳)	閾値 (µg/g 便)	ラウンド数	率 (%)	P値
Mosen (2014、米国)	免疫法(OC-Micro)	郵送又は医療機 関へ直接提出	1	1	1,559	50-75	20	1	43.3	0.010
			2	ND	1,562		20	1	39.6	

対応（案）

- 検診間隔について、化学法の知見ではあるが、検診間隔 1 年が 2 年と比較して有意に大腸がんによる死亡率が減少するという報告があることから、検診間隔は、引き続き 1 年に 1 回としてはどうか。
- 採便回数について、1 回法と 2 回法による Advanced Neoplasia※及び大腸がんの感度・特異度に対する統計学的な差は示されておらず、1 回法の方が受診率向上が期待されるため、1 回法に変更してはどうか。

※がん及び悪性度が高いとされるポリープの総称

2. 指針における精密検査の記載について

論点 大腸がん検診の精密検査の手法について

- がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針において、大腸がん検診の項目にのみ精密検査の検査手法が記載されている。
- 消化器がん検診学会のマニュアルにおいて、大腸CT検査も精密検査の選択肢となりうる事が記載されている。

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針

6 大腸がん検診 (7) その他

③ 精密検査の第一選択は、全大腸内視鏡検査とする。全大腸内視鏡検査を行うことが困難な場合は、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用による精密検査を実施する。ただし、その実施に当たっては、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施する。便潜血検査のみによる精密検査は、大腸がんの見落としの増加につながることから、行わない。

大腸がん検診マニュアルー2021年度改訂版ー（消化器がん検診学会）

スクリーニング検査・精密検査とは 2) 精密検査

現在は第一選択が全大腸内視鏡検査で、それが困難な場合はS状結腸内視鏡検査と注腸X線検査（二重造影法）の併用となっているが、2016年に日本消化器がん検診学会から「精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合は大腸CT検査あるいはS状結腸内視鏡検査と注腸X線検査の併用法のいずれかを実施する」という趣旨に変更することが妥当であるとの委員会報告（※）がなされている。

（※参考）大腸がん検診精度管理委員会報告（2016年）

大腸CT検査は、精検方法（診断法）としての十分な精度が示されており、偶発症は少なく、被ばく量は注腸X線検査より低いとされる。したがって、「精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合は、大腸CT検査あるいは、S状結腸内視鏡検査と注腸X線検査の併用法のいずれかを実施する。」という趣旨に変更することが妥当である。

対応（案）

日本消化器がん検診学会「大腸がん検診マニュアルー2021年度改訂版ー」Vol.60(3),May.2022

日本消化器がん検診学会 大腸がん検診精度管理委員会報告「精密検査の手法として大腸CT検査の位置づけおよび必要条件と課題」Vol.54(3), May.2016

- 大腸がん検診についても、精密検査の検査方法に関する記載を指針から削除し、他の検診と同様に指針に記載しない方針としてはどうか。