



がん検診 Q&A



総論 1ーがん検診の基本に関わることー

Q1. がん検診の運用や管理に関わる場合何を注意する必要がありますか？

対策型検診は、地域ごとの状況に応じて運用するとされていますが、あくまで国の検診指針を基礎として、専門部署と十分検討を行い運用する必要があります。

任意型検診であっても対策型検診に準じた適切な運用と精度管理を行わなければなりません。

がん検診の基本方針やスクリーニングとしての検診のあり方、検診の不利益についても、現場の医師は理解して運用に携わることが重要と思われます。

参考) 胃がんにおける国のがん検診指針

「市町村は、チェックリストを参考とするなどして、検診の実施状況を把握する。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、胃がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行う。

(厚生労働省、がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針の一部改正について、平成 28 年 2 月 4 日)

Q2. がんの早期発見、早期治療ががん検診の最終の目的ではないのでしょうか？

ちがいます。がん検診の最終的な目標は、早期発見による死亡率減少効果とされています。

死亡率減少効果の認められる検診を正しい精度管理のもとで運用する必要があります。

(国立がん研究センターホームページ https://ganjoho.jp/med_pro/pre_scr/screening/screening.html より)

Q3. がんの種別によって早期発見のしやすさが違い、がん検診の効果、向き不向きに差があると思いませんか？

その通りです。進行の早いがん、遅いがんによって死に直結するか否かにおいて差がでます。

早期発見が役立ちやすい場合として胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんがあげられます。

早期発見が困難で検診が役立たない場合として白血病、悪性リンパ腫、一部の肺がんがあげられます。

早期発見が比較的容易でも役立ちにくい場合として、甲状腺がん、前立腺がんがあり、生命予後に影響しない進行の遅いがんを検診で発見してしまう過剰診断として問題になります。

これら病気の特徴に応じた検診の構築が必要になります。とくに、過剰診断という不利益は運用する上で可能な限り避けなくてははいけません。

A Value Framework for Cancer Screening: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians *Ann Intern Med.* 2015;162:712-717. doi:10.7326/M14-2327 www.annals.org For author affiliations, see end of text.

(平成 30 年度東京都医師会第 2 回がん検診受託機関講習会より)

Q4. がん検診で発見率を上げるのであれば例えば CT などを積極的に用いればいいのではないのでしょうか？

がん検診は集団に対するスクリーニング検査ですので費用対効果に加えて検査や精密検査による有害事象を考慮する必要があります。適切な検査侵襲と費用が、最適な費用対効果を生み出すとされています。

A Value Framework for Cancer Screening: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians *Ann Intern Med.* 2015;162:712-717. doi:10.7326/M14-2327 www.annals.org For author affiliations, see end of text.

高精度の検査は、確かに、がんを早期に見つけられるものもありますが、同時に、死亡の原因となるまでには至らない前がん病変や早期のがんも発見されます。こうしたがんを多く見つけることは、検診によるがん発見率は高いものの、がん死亡率の減少にはつながらないばかりか罹患率を上げてしまう可能性があります。

つまり、CT など精度の高い検査を単に導入すれば良いというものではありません。

(国立がん研究センターホームページ https://ganjoho.jp/med_pro/pre_scr/screening/screening.html より)

Q5. 検診の用語に不利益、過剰診断と言われることがありますその意味を教えてください。

がん検診には利益だけでなく、重大な不利益もあります。むしろ、この不利益こそが受診者に広く行き渡る可能性があります。がん検診は、対象となる臓器や検査の種類により、不利益の種類は異なります。しかし、どのようながん検診にも共通し、多くの人遭遇する可能性のあるものは「偽陰性」、「偽陽性」と「過剰診断」であり、検診や精密検査によりかかる時間や、心身への侵襲や、費用対効果も考慮されるべき項目です。

がん検診においてはスクリーニング検査の強度の選択が重要であり、がん検診の価値は、「害と費用」と「効果」の相乗効果できまります。

検査の強度と費用を上げることでスクリーニングの強度は高まりますが、スクリーニングとしての価値は低下します。つまり、強すぎない検査侵襲と費用が、最適な費用対効果を生み出すことがわかります。

過剰診断は、さまざまな種類のさらに持続性の高い害を引き起こします。

特に高齢化社会においては、過剰診断による検診結果や治療適応の問題点に直面することも想定され、我々現場の医師は、その意味を十分に解釈して検診運用に望むことが重要と考えられます。

(国立がん研究センターホームページ https://ganjoho.jp/med_pro/pre_scr/screening/screening.html より)

A Value Framework for Cancer Screening: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians *Ann Intern Med.* 2015;162:712-717. doi:10.7326/M14-2327 www.annals.org For author affiliations, see end of text.

Q6. 過剰診断等に関連した過去の検診事例はあるのでしょうか？

1985年に我が国で開始された小児がんの一種である神経芽細胞腫のマススクリーニング事業が、その後の研究で死亡率減少効果が明確でないことや早期診断された大半が予後良好な自然経過を辿ることがわかり、13年後の2003年に事業が中止されています。

(ACR Monograph No.22. 品川 貴郁、祖父江 友孝 大阪大学大学院医学系研究科 社会医学講座 環境医学教室)

Q7. がん検診の見落としなどで法的責任などあり得るのでしょうか？

がん検診を受診したもののがんが見落とされたなどとして、医療訴訟に至る例があります。

集団検診では、多くの被検者について、短時間で診断を下す必要性から、医師の責任も限定されています。

一方、同じ健康診断であっても個別に行う人間ドックでの診断や、何らかの自覚症状や既往症のある患者を個別に診察する場合には、より重い注意義務が課せられることとなります。

また、指針や学会の規約などを逸脱した場合、責任は免れないとされていますので十分慎重な運用が必要です。

(日山 亨 がん検診における法的「医療水準」について 総合保健科学:広島大学保健管理センター研究論文集 Vol. 30, 2014, 69-73)

(八木由里 集団検診における病変の見落としと医師の責任 Sportsmedicine 2010 NO.121)

(平成30年度東京都医師会第2回がん検診受託機関講習会より)



総論 2ーがん検診とライフステージー

Q1. がん検診で受診者の高齢化によってもたらされる問題点を教えてください。

がん検診には不利益も存在し、とくに高齢者においては寿命に影響しない潜在しているがんを診断してしまう過剰診断のリスクを無視できません。

がんの死亡率は加齢とともに高くなりますが死因となる割合は低下します。

一方、健康寿命の点からがんで介護が必要になった率は脳血管疾患や他の病因に比べ2.2%と比較的小さいことがわかります。

がんの進行が遅ければ症状が出る前に、他の疾患で寿命が尽きる可能性が高くなり、比較的余命が短くなっている高齢者に早期のがんの診断とそれに続く治療が為されれば不利益にしかありません。

つまり、年齢や併存疾患など個別の病状を考慮した検診の運用や治療を行うことも必要になります。

(津金昌一郎 『早期発見』をめぐる問題 高齢者のがん検診 公衆衛生 第82巻 第2号 別冊 2018年)

(平成30年度東京都医師会第2回がん検診受託機関講習会より)

Q2. 諸外国でのがん検診の対象年齢はどうなっているのでしょうか？

がん検診で推奨されている年齢の国際比較とがん検診における米国予防サービス評価部会の推奨レベルを示します。

欧米諸国では検診の上限年齢を設定しているところが多く見受けられますが、我が国は上限がないことがわかります。

がん検診で推奨されている年齢の国際比較

	乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮頸がん検診 (子宮頸部細胞診)	大腸がん検診 (便潜血検査)	胃がん検診 (胃部エックス線検査・ 胃内視鏡検査)	肺がん検診 (胸部エックス線検査・ 喀痰細胞診)
オーストラリア	50-74歳 ¹⁾	18-69歳 ²⁾ (2017年まで)	2018年は、50・54・58・ 60・62・64・66・68・70・72・ 74歳の者 ³⁾ (2020年からは、50-74歳)	-	-
フランス ⁴⁾	50-74歳	25-64歳	50-74歳	-	-
ドイツ ⁴⁾	50-69歳	20歳以上 上限無し	50-74歳	-	-
日本	40歳以上 上限無し	20歳以上 上限無し	40歳以上 上限無し	50歳以上 上限無し	40歳以上 上限無し
韓国 ⁵⁾	40歳以上 上限無し	20歳以上 上限無し	50歳以上 上限無し	40歳以上 上限無し	-
ニュージーランド ⁶⁾	45-69歳	20-70歳	60-74歳	-	-
イギリス ⁷⁾	50-70歳	25-64歳 (50歳以降に受診歴のない者、最近 の検査で異常のあった者、過去に1 度も受診歴のない者のみ、65歳以 上も受診)	60-74歳	-	-
アメリカ	50-74歳 ⁸⁾	21-65歳 ⁸⁾	50-75歳 ⁸⁾	-	-

- ※ 加入保険の種類や地域によって、年齢が異なる場合がある。
- 1) BreastScreen Australia. (URL: <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/content/policy>)
 2) National Cervical Screening Program. (URL: <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/content/national-cervical-screening-program-policies>)
 3) National Bowel Cancer Screening Program. (URL: <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/content/about-the-program-1>)
 4) International Agency for Research on Cancer. Cancer Screening in the European Union (2017)
 5) National Cancer Screening Program. (URL: https://ncc.re.kr/main.ncc?uri=english/sub04_ControlProgram03)
 6) National Screening Unit. (URL: <https://www.nsu.govt.nz/>)
 7) National Health Service. (URL: <https://www.nhs.uk/qaes/home.aspx>)
 8) US. Preventive Services Task Force. (URL: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>)

推奨されている年齢の範囲外でも
受診可能である。

(厚生労働省「第24回がん検診のあり方に関する検討会」資料6より <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000341627.pdf>)

米国予防サービス評価部会の推奨レベル：がん検診

乳がん検診(2016年)	子宮頸がん検診(2012年)	大腸がん検診(2008年)
A	21～65歳を対象とした3年毎の細胞診 30～65歳を対象とした5年毎の細胞診 とHPV検査併用	50～75歳を対象とした便潜血、 S状結腸鏡、大腸内視鏡
B 50～74歳を対象とした2年毎のマンモグラフィ検査		
C 40～49歳を対象としたマンモグラフィ検査		76～85歳を対象とした検診
D	適切な検診を受けてきた高リスクでない 65歳以上の検診 21歳未満を対象とした検診 30歳未満を対象としたHPV検査 子宮摘出を受けた女性	85歳以上を対象とした検診
I 75歳以上を対象としたマンモグラフィー デジタル乳房トモシンセシス(DBT) マンモグラフィー検査陰性の高密度乳 房を対象とした付加的に行う超音波エ コー、MRI、DBT検査		CTコノグラフィ、便DNA 検査による検診

B: 55～80歳の喫煙指数30以上の喫煙者、あるいは、禁煙後15年以内の過去喫煙者に対する肺低線量CT(2013年)

推奨されている検診は年齢の下限と上限がある

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/adultrec.htm#cancer>

Q3. 若い世代にがん検診はどうあるべきですか？

第一に若い世代では、罹患率、死亡率が低い年代であるために検診の効果が限定的であり、不利益が上回ることがあるので検診の推奨年齢を守ることが重要です。

また、がんにかからないことつまり一次予防の重要性がますます増してきている中で、若い世代への一次、二次予防の啓発、具体的にはがん教育の重要が増しており国や東京都でも取り組みを始めています。

がん教育は、ライフステージの点から今後高齢化社会へ向けた予防医学の充実とともに若い世代に対する予防医学教育が重要な課題になると想定されます。

(がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針の一部改正について (健発0204第13号平成28年2月4日厚生労働省健康局長通知))

