

# 自治体担当者のための がん検診精度管理 マニュアル

〈第2版〉





## — 序 —

がん検診によってがん死亡を減らすためには、死亡率減少効果が科学的に証明されている検診を、適切な精度管理の下で実施することが最も重要な対策となります。すなわち、まず受けることでがん死亡のリスクが減る検診（科学的根拠のある検診）を行い、次にそのようながん検診の質を徹底的に管理して高い水準に保つこと（精度管理）で、初めてがん死亡の減少につながります。なお、これらの対策がとられた上で受診率を上げることも精度管理の大きな要件です。

がん検診の精度管理については、厚労省の「がん検診に関する検討会（平成15年開始）」、「がん検診事業の評価に関する委員会（平成19年開始）」等で議論され、がん検診に関わる機関（都道府県、市区町村、検診機関）の役割、および各々がとるべき手法が決定されました。これらは、平成20年の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」と題した報告書の中で公表され、以降、精度管理の基本的な考え方として位置づけられるようになりました。

さらに、平成30年3月に閣議決定されたがん対策推進基本計画（第3期）では、「科学的根拠に基づいたがん予防・がん検診の充実」が、全体目標の一つに設定され、今まで以上に予防の取組が重要視されるなか、「がん検診の精度管理等について」の項目も新たに追加され、都道府県および市区町村には、精度管理の向上に向けた取組を求めることが明記されました。

本書は精度管理の基本的な考え方について解説し、行政担当者の方（特に検診実施主体である市区町村のご担当者）がどのように取り組まれたらよいか、実際の事例等を交えてご紹介しています。今回は改訂版として、新たな事例も紹介させていただいています。

本書の内容が行政担当者の皆様に広く理解され、日々の業務にご活用いただくことにより、我が国のがん検診精度管理の向上、ひいてはがんの死亡率減少が近い将来に達成されることを期待してやみません。

平成30年3月  
国立研究開発法人 国立がん研究センター  
がん対策情報センター  
センター長 若尾 文彦



## — 本書の目的 —

がん検診の精度管理を適切に行うには地域全体（都道府県、検診機関、個別検診を受託する医療機関、医師会等）の連携が必要不可欠です。本書では主に市区町村における精度管理の要点を解説していますが、市区町村の行政担当者はもちろん、関係機関の担当者の方々にも広くお読みいただきたい内容です。

本書では、精度管理の指標と活用方法、市区町村に求められる精度管理の具体的事項、優良自治体における実際の実例等を解説しています。このうち取組事例については、平成22年10月から平成29年12月の間に、精度管理水準が良好な5県12市区に聞き取り調査を行った結果を基に作成しました。実際に成果が上がった事例、検証中であるものの今後成果が期待できる事例を中心に紹介しており、今後の検診精度管理にぜひご活用ください。

# — 目次 —

## 0 章 がん検診精度管理の手法

- 1 がん検診精度管理指標 ..... 8
- 2 指標の活用方法  
～がん検診精度管理における、検診機関、市区町村、都道府県の役割 ..... 14

## I 章 検診対象者と受診者の情報管理

- 1 「検診対象者と受診者の情報管理」とは？ ..... 18
- 2 「検診対象者と受診者の情報管理」の方法 ..... 19
- 3 「検診対象者と受診者の情報管理」の取組事例 ..... 22

## II 章 検診の受診勧奨

- 1 「検診の受診勧奨」とは？ ..... 28
- 2 「検診の受診勧奨」の方法 ..... 29
- 3 「検診の受診勧奨」の取組事例 ..... 34

## III 章 要精検率の把握・分析

- 1 「要精検率の把握・分析」とは？ ..... 40
- 2 「要精検率の把握・分析」の方法 ..... 41
- 3 「要精検率の把握・分析」の取組事例 ..... 42

## Ⅳ章

### 精検受診の有無の把握と受診勧奨

- 1 「精検受診の有無の把握と受診勧奨」とは？ ..... 46
- 2 「精検受診の有無の把握と受診勧奨」の方法 ..... 47
- 3 「精検受診の有無の把握と受診勧奨」の取組事例 ..... 49

## Ⅴ章

### 精検結果の把握・分析

- 1 「精検結果の把握・分析」とは？ ..... 64
- 2 「精検結果の把握・分析」の方法 ..... 66
- 3 「精検結果の把握・分析」の取組事例 ..... 67

## Ⅵ章

### 検診機関(医療機関)の質の担保

- 1 「検診機関(医療機関)の質の担保」とは？ ..... 74
- 2 「検診機関(医療機関)の質の担保」の方法 ..... 75
- 3 「検診機関(医療機関)の質の担保」の取組事例 ..... 77





0章

---

がん検診精度管理の手法

---

## 0章

# がん検診精度管理の手法

死亡率減少効果が確実に認められているがん検診であっても、その精度管理（検診が正しく行われているかを評価し、不備な点を改善すること）が行われなければ、検診の効果を十分に発揮することはできません。

がん検診の精度管理はいわゆる品質管理と同様で、「精度管理指標（検診の質を測る指標）の設定」、「指標によるモニタリング」、「評価や改善策のフィードバック」の繰り返しにより検診の質を徐々に高めていきます。精度管理指標やその活用方法については、平成15年頃から厚生労働省（以下、厚労省）が検討を始め、平成20年の報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」<sup>\*1</sup>の中で初めて示されました。

## 1. がん検診精度管理指標

がん検診の精度管理指標には、表1のように、「技術・体制指標」「プロセス指標」「アウトカム指標」があります。がん検診の効果は「死亡率減少」ですから、その検診が正しく行われていたかを評価するには死亡率（アウトカム指標）が最もふさわしい指標です。しかしながら、検診が死亡率に与えた影響が判明するには相当の時間を要します。そこで、より短期の指標として「技術・体制指標」と「プロセス指標」の二つの中間指標を使うこととなります。

この章では、「技術・体制指標」と「プロセス指標」の二つの精度管理指標について解説します。

表1：がん検診の精度管理指標

指標	指標の意味
技術・体制指標	検診機関の体制（設備、医師・技師等）が確保されているか 実施手順等が確立されているか
プロセス指標	上記の技術・体制の下で行われた検診の結果 （検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等）
アウトカム指標	死亡率 （子宮頸がん検診では、死亡率と共に浸潤がん罹患率が用いられることもある）

## ① がん検診の技術・体制指標とは

がん検診の技術・体制指標とは、住民検診に関与する組織(都道府県、市区町村、検診機関)が、最低限整備すべき技術・体制のことで、「事業評価のためのチェックリスト(以下、チェックリスト)」として公表されています。チェックリストは都道府県用、市区町村用、検診機関用の3種類に分かれており、検診関係者は各々チェックリストに基づいて現在の体制を自己点検し、課題に応じて改善策を検討することが求められています。チェックリストの項目や活用方法については、平成20年に厚労省が「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(以下、がん検診指針)」により全国に周知しました<sup>\*1・2</sup>。

本書では市区町村用のチェックリストについて、各項目が求める内容やその背景、項目を達成するための工夫などを解説します。項目の中には、市区町村が単独で達成できるものもあれば、地域全体が連携しないと達成できないものもあります。

### 「事業評価のためのチェックリスト」の改定

3種類のチェックリストのうち、市区町村用および検診機関用チェックリストについては、平成28年に国立がん研究センターが改定しました。

主な改定点は以下のとおりです。

- ・最新のがん検診指針、および、最新の各種がん検診関連学会の精度管理指針を反映した
- ・従来のチェックリストが想定していた集団検診<sup>\*3</sup>に加え、新たに個別検診<sup>\*3</sup>を想定した項目を追加した
- ・個別検診でチェックリストを運用する際には、個別検診を牽引する組織(主に地域医師会)が、精度管理においても積極的に関与するべきとの考え方を示した

改定後のチェックリストは厚労省検討会で承認され、平成28年に厚労省が全国に周知しました<sup>\*4</sup>。最新のチェックリストの全文は、国立がん研究センターのホームページで閲覧できます<sup>\*5</sup>。

## ② プロセス指標とは

がん検診事業は大まかに「受診者の募集」「スクリーニング」「精密検査への誘導」「精密検査」「事業評価」のプロセスに分かれています。プロセス指標は、各プロセスが適切に行われているかを評価するための指標です。厚労省は平成20年に、各プロセス指標値の基準値(許容値・目標値)を決定し公表しました<sup>\*1</sup>。次頁で、各プロセス指標の意味と活用方法を解説します。

## 参考資料：プロセス指標の意味と活用方法

プロセス指標	各指標の意味 【算出方法】	数値目標 ※1		各指標値の評価
		許容値	目標値	
受診率	検診を受けるべき対象者が、実際に検診を受けたかを測る指標 【受診者数 ／対象者数 ×100】	—	全て50%以上	高いことが望ましい
要精検率	検診において、精密検査の対象者が適切に絞られているかを測る指標 【要精検者数 ／受診者数 ×100】	胃 : 11.0%以下 大腸 : 7.0%以下 肺 : 3.0%以下 乳 : 11.0%以下 子宮頸部 : 1.4%以下※3	—	対象集団に応じて適切な範囲があり、極端な高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要
精検受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したかを測る指標 【精検受診者数 ／要精検者数 ×100】	胃、大腸、肺、 子宮頸部 : 70%以上 乳 : 80%以上	全て90%以上	高いことが望ましい（精検受診率が100%近くなければ、がん発見率や陽性反応適中度を適切に評価できない）
精検未受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したかを測る指標 【未受診者数 ／要精検者数 ×100】	胃、大腸、肺、 子宮頸部 : 20%以下 乳 : 10%以下	全て5%以下	低いことが望ましい（精検受診率が100%近くなければ、がん発見率や陽性反応適中度を適切に評価できない）
精検未把握率	精検受診の有無や精検結果が、適切に把握されたかを測る指標 【未把握者数 ／要精検者数 ×100】	全て10%以下	全て5%以下	低いことが望ましい（精検受診の有無や結果がほぼ100%把握できなければ、精検受診率、未受診率、がん発見率、陽性反応適中度を適切に評価できない）
がん発見率	その検診において、適正な頻度でがんを発見できたかを測る指標 【がんであった者 ／受診者数 ×100】	胃 : 0.11%以上 大腸 : 0.13%以上 肺 : 0.03%以上 乳 : 0.23%以上 子宮頸部 : 0.05%以上※4	—	基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要
陽性反応適中度	その検診において、効率よくがんが発見されたかを測る指標（検診の精度を測る指標） 【がんであった者 ／要精検者数 ×100】	胃 : 1.0%以上 大腸 : 1.9%以上 肺 : 1.3%以上 乳 : 2.5%以上 子宮頸部 : 4.0%以上※4	—	基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要

※1 出典：厚生労働省「がん検診事業の評価に関する委員会報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について（平成20年3月）」

ただし、受診率の目標値については、厚生労働省「がん対策推進基本計画（平成30年3月）」

※2 がん検診によって死亡率を減少させるためには、検診の質を高く保つことが第一の条件で、その上で受診率を上げていく必要があります。つまり、受診率を上げることも重要ですが、それ以上にその他の指標（特に精検受診率）の改善が重要です。

値が適正でない場合の検討事項

プロセス指標値	予想される原因	検討内容
高値	— (高い方が望ましい) ※2	
低値	①対象者を把握していない (対象者の名簿が作成されていない) ②受診勧奨を実施していない ③検診の提供体制が不十分 (キャパシティ、アクセス)	①対象者を全員を把握できているか ②対象者全員に受診勧奨を実施しているか/未受診者に再受診勧奨を実施しているか/検診の重要性を十分に伝えているか ③受診者の利便性(休日夜間の検診、バス送迎等)
高値	①受診者が有病率の高い集団に偏っている ②偽陽性が多い	①有症状者が検診を受けていないか(有症状者は診療を受けるよう指導する)、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか ②各検診機関の要精検の判定基準は適切か(陽性反応適中度が低い場合、本来は精検が不要な者を要精検と判定している可能性がある)
低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陰性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか(年齢層、受診歴等) ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か
高値	— (100%に近いことが理想)	
低値	①精検受診の有無について未把握が多い ②精検結果の未把握が多い(もし精検を受診しても、その結果が把握できない場合は「精検受診」にカウントされない) ③精検の受診勧奨が適切でない ④精検の提供体制が不十分 (キャパシティ、アクセス)	①精検受診の有無を確実に把握できる体制が出来ているか ②精検結果を確実に把握できる体制が出来ているか (精検結果の報告・回収ルート) ③受診者に予め「要精検の場合は必ず精検を受けること」を伝え、かつ、全ての要精検者に精検の重要性を十分に伝えているか ④精検受診者の利便性
高値	①精検の受診勧奨が適切でない ②精検の提供体制が不十分 (キャパシティ、アクセス)	①受診者に予め「要精検の場合は必ず精検を受けること」を伝え、かつ、全ての要精検者に精検の重要性を十分に伝えているか ②精検受診者の利便性
低値	— (0%に近いことが理想) ただし精検未把握率が高い場合は、見かけ上未受診率も低くなることに注意	
高値	①精検受診の有無について未把握が多い ②精検結果の未把握が多い(もし精検を受診しても、その結果が把握できない場合は「精検受診」にカウントされない)	①精検受診の有無を確実に把握できる体制が出来ているか ②精検結果を確実に把握できる体制が出来ているか (精検結果の報告・回収ルート)
低値	— (0%に近いことが理想)	
極端に高値	受診者が有病率の高い集団に偏っている	有症状者が検診を受けていないか(有症状者は診療を受けるよう指導する)、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか
低値※5	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陰性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか(年齢層、受診歴等) ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か
極端に高値	受診者が有病率の高い集団に偏っている	有症状者が検診を受けていないか(有症状者は診療を受けるよう指導する)、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか
低値※5	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陽性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか(年齢層、受診歴等) ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か(要精検率が高い場合、本来は精検が不要な者を要精検と判定している可能性がある)

※3 子宮頸がん検診の要精検率は近年増加傾向にあり、国の許容値を満たしていない都道府県が増えています。要精検率増加の一因として、国の補助事業である無料クーポン券導入(2009年)の影響が考えられます。無料クーポン券の配布対象は原則はじめて受診する人で、この事業の開始後に若年の受診者が増えていることが分かっています。このことから、近年罹患率の高い集団が多く受診するようになり、その結果、要精検率が増加傾向にあることが考えられます。ただし、要精検率増加の原因はまだ明確に特定されておらず、今後の検討課題です。今後検討結果をふまえて国の許容値の見直しが行われる予定です。

※4 「地域保健・健康増進事業報告」の様式が改訂され、平成25年度までの報告では「上皮内がん」として「がんであった者」に計上されていたものが、平成26年度以降の報告では「CIN3」として計上されるようになりました。そのため、以前と比較してがん発見率と陽性反応適中度が減少しています。このような背景をふまえて、今後国の許容値の見直しが行われる見込みです。

※5 陽性反応適中度とがん発見率は、「精検受診率が低い場合」、「自治体の精検結果の把握状況に漏れがある場合」は正確に評価できません。

## コラム：がん検診の有効性の指標、がん検診の利益と不利益

### ・がん検診の有効性の指標

序文にもあるように、がん検診の目的であるがん死亡率／リスクの減少は、科学的根拠のある検診を徹底的に精度管理して行うことで初めて実現できます。国際的な認識では精度管理の対象は科学的根拠のある検診が前提であり、「科学的根拠のない検診を精度管理する」というのは一種のナンセンスということになります。

科学的根拠の指標がなぜ死亡率かということを中心に説明しますと、それは死亡率以外では目的であるがん死亡率／リスクの減少が可能か判断できないからです。例えば生活の質（QOL）は死亡率が下がるという科学的根拠がある検診については重要な付加的利益になりますが、そのみでは指標になりえず、誤った判断につながります。例えば命を脅かさない過剰診断がん（主に早期がんとして見つかる）は、治療自体は軽いものなので一見QOLが高くなりますが、実は不必要な治療で大きな不利益を強いられているのです<sup>\*6</sup>。

### ・がん検診の利益と不利益

適切な精度管理が徹底された質の高い検診を提供することは、がん死亡の減少につながると共に、不利益を最小化することにもつながります。

がん検診の最大の利益は、がんを早期発見し適切な治療を行うことで救命につなげることです。そのためには死亡率減少効果が確実に認められている検診を行うことが重要です。一方で、仮に死亡率減少効果が証明されている検診であっても、受診により、13頁のような不利益が伴います。検診は、死亡率減少効果が確実なものを行うことが大前提で、かつ以下の不利益が利益を上回らないものを行う必要があります。

## がん検診受診に伴う不利益

<p>がん検診でがんが100%見つかるわけではないこと</p>	<p>検診と検診の間に発生するがんや見つけにくいがんもあるため、ある程度の見逃しはどのような検診であっても必ず発生する。そうした偽陰性者（がんがあったのに見逃され、陰性とされた人）は、治療の遅延につながる可能性がある。</p>
<p>結果的に不必要な治療や検査を招く可能性があること</p>	<p>検診で見つかったがんの中には、本来生命に影響しないものが含まれる場合があることが疫学研究で分かっている（過剰診断）。今のところ、このようながんと一般的ながんを臨床上の所見で区別することはできないため、このようながんにも手術等の治療を行わざるを得ず、治療によりダメージを受ける可能性がある。</p> <p>また、検診によってがんの疑いがあると判定されて精密検査を受けたのに、結果的にがんでない場合も多い（偽陽性）。</p> <p>これらは、検診を実施する上である程度は避けられないことだが、結果的には不必要な治療や検査につながる。</p>
<p>検査に伴う偶発症の問題</p>	<p>検査（特に精密検査）に伴って、例えば以下のような偶発症を起こす可能性があり、極めてまれにはあるが、死亡に至ることもある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 胃がんや大腸がん検診の精密検査（内視鏡検査）：出血や穿孔</li> <li>● 肺がん検診の精密検査：経皮的穿刺や気管支生検による多量出血</li> <li>● 乳がん検診の精密検査：穿刺吸引細胞診や針生検による感染症</li> <li>● 子宮頸がん検診の精密検査：組織検査中の多量出血、骨盤内感染症</li> </ul>
<p>受診者の心理的影響</p>	<p><b>過剰診断</b> 人によってはがんの診断が大きな心理的負担につながる可能性がある。</p> <p><b>偽陽性</b> 検診によって「がんの疑いあり（異常あり）」とされた場合、精密検査を経て診断がなされるが、その場合、悪性か良性か、検査の結果が出るまでの間の心理的な負担は重いと思われる。</p>

## 2. 指標の活用方法 ～がん検診精度管理における、検診機関、市区町村、都道府県の役割

厚労省は、がん検診指針や報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」<sup>\*1</sup>の中で、都道府県、市区町村、検診機関が行うべき精度管理の手法を示しています。すなわち、(1) 3種類のチェックリストを用いて、都道府県、市区町村、検診機関が体制を自己点検すること、(2) 都道府県は管轄地域（全ての市区町村および検診機関）の精度管理状況（チェックリストの達成状況およびプロセス指標値）を把握し分析・評価を行うこと、また評価結果と課題に応じた改善策をフィードバックすること、(3) フィードバックを受けた市区町村と検診機関は、都道府県からの助言・指導内容に従って体制を改善すること、以上の繰り返しにより精度管理水準を向上させるというものです。

さらに都道府県に対しては、生活習慣病検診等管理指導協議会を設置し、その下部組織である各がん部会において、専門家（医師会、保健所、学識経験者等）と連携して具体的な改善策を講じることも求めています。以下、厚労省の報告書<sup>\*1</sup>より、検診機関、市区町村、都道府県的主要な役割をまとめます。

### ① 検診機関<sup>(注)</sup>が行うべき精度管理

検診機関は、がん検診指針に則り適切ながん検診を適切な精度管理の下で行うよう努め、「事業評価のためのチェックリスト（検診機関用）」に沿って自施設の体制を自己点検する。また精密検査機関や治療機関と連携して精密検査結果の把握に努める。さらに、自施設の体制（検査機器や人員等）について年度ごとに正確な情報提供を行い、都道府県がん部会の指導・助言に応じて改善に努める。

(注) 検診機関の定義

平成 20 年当時のチェックリストは主に集団検診では、検診を想定していたため、検診機関とは「ある程度の規模があり、検査を集約して行う施設」のことを指していました。

しかし平成 28 年にチェックリストが改定され、個別検診では、検診を受託する医療機関（医師会単位ではなく、実際に検診に携わる医療機関）が「検診機関」として位置づけられ、上記の役割が求められるようになりました。



## ② 市区町村が行うべき精度管理

市区町村は、がん検診指針に則り適切ながん検診を適切な精度管理の下で行い、さらに受診率の向上に努める。

検診機関との委託契約では必ず仕様書を取り交わし、設備や検診技術等について詳細に条件を設定する。またチェックリストに沿って各検診機関の体制を把握し、課題があれば保健所や医師会等の協力を得て改善を図る。

自らの体制については、「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」に沿って自己点検を行う。また、都道府県に自己点検の結果と委託先検診機関の体制を定期的に報告する。さらに都道府県から改善指導や助言が行われた場合は、検診機関と共に改善を図る。

## ③ 都道府県が行うべき精度管理

都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会（がん部会）を設置し、がんの罹患動向、検診実施方法、精度管理の在り方等について専門的見地から検討を行う。

管轄下の精度管理状況については、市区町村や検診機関から報告を受け検討する。また自らの体制については「事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」に沿って自己点検を行う。課題のある市区町村や検診機関に対しては、技術的助言や指導を行い、これらの情報を住民に公表する。

- ※1 出典：「がん検診事業の評価に関する委員会」でまとめられた報告書  
「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(平成 20 年 3 月)  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0301-4c.pdf>
- ※2 出典：「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(健発第 0331058 号厚生労働省健康局長通知)  
平成 20 年 3 月 31 日
- ※3 健康増進事業に基づくがん検診のうち、集団検診とは、検診日時、検診場所を設定し集団で行う検診方式。  
個別検診とは、医療機関等において利用券方式により個人単位でいつでも受けられる方式。
- ※4 出典：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 日一部改正
- ※5 出典：国立がん研究センターがん情報サービス医療関係者向けサイト「予防・検診」  
「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」  
[https://ganjoho.jp/med\\_pro/pre\\_scr/screening/check\\_list.html](https://ganjoho.jp/med_pro/pre_scr/screening/check_list.html)
- ※6 出典：斎藤 博 . がん治療エッセンシャルガイド改訂 2 版 p.190-197

# I章

---

## 検診対象者と受診者の情報管理

---

# I 章

## 検診対象者と受診者の情報管理

### 1. 「検診対象者と受診者の情報管理」とは？

「検診対象者と受診者の情報管理」とは、その年度に検診を受けるべき全ての住民が、もれなく検診を受診できるようにするために不可欠な体制です。具体的には、検診対象の住民が全て記載された対象者名簿と、個人毎の受診記録を経年管理するための台帳(受診台帳)を作成することです。さらに、これら体制面の課題を検討するため、受診率の詳細な分析も必要です。

市区町村用のチェックリストにおいて、「検診対象者と受診者の情報管理」は以下の項目に該当します。

#### < 市区町村の役割 >

#### < 対応するチェックリスト項目 >

①対象者名簿の作成、 および対象者数の把握	対象者全員の氏名を記載した名簿を、住民台帳などに基づいて作成しているか	
	対象者数(推計でも可)を把握しているか	
②受診台帳の整備	個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか	
	過去5年間の受診歴を記録しているか	
③受診者数(率)の分析	受診率を集計しているか	
	受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか	
	受診率を検診機関別に集計しているか	
	受診率を検診受診歴別に集計しているか	
	肺がん検診のみ	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を集計しているか
		「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
		「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を検診機関別に集計しているか
		「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を検診受診歴別に集計しているか

## 2. 「検診対象者と受診者の情報管理」の方法

### ① 対象者名簿の作成、および対象者数の把握

#### ・対象者名簿の作成

適切な対象者名簿とは、その自治体が検診対象と定義する全住民を住民基本台帳から抽出し、漏れなく記載した名簿を指します。

基本的にはがん検診指針に則り、40歳以上の全住民（子宮頸がん検診は20歳以上、胃がん検診は50歳以上(注)）のうち、当該年度の検診対象者を全て記載した名簿が必要です。

名簿から除外できる条件としては、隔年検診が推奨される胃がん(注)/乳がん/子宮頸がん検診の前年度受診者、他に受診機会があることが明らかな住民（例えば職域検診で受診可能な人）、受診が困難なことが明らかな住民（要介護認定者や病気療養中の人）等が想定されます。がん検診の不利益（0章参照）を減らす観点から、隔年検診が推奨されている検診では、あらかじめ受診台帳から前年度受診者を網羅的に把握し対象者名簿から除くことが、大変重要です。ただし、上記で示した除外条件に合う住民を毎年正確に把握するシステムがない場合は、規定年齢以上の全住民を住民基本台帳から抽出し、対象者名簿に載せる必要があります（対象者に漏れがないことが最優先です）。

不適切な名簿の例としては、前年度の受診者のみが記載されたもの（一度も検診を受けていない人にアクセスできない）、毎年更新されていないものなどが挙げられます。特に職域検診の受診機会は、事業所の方針や退職等によって変更があるため、毎年情報を更新することが必要です。

(注)胃がん検診(エックス線検査、内視鏡検査)では50歳以上の隔年検診が推奨されている。

ただしエックス線検査に関しては、当面40歳以上の逐年検診でも可とされている。

#### ・対象者数の把握

受診率を算出するために、正確な対象者数(注1)が不可欠です。

また、市区町村は検診開始前に対象者数を確認し、それに応じた検診実施計画を立てる必要があります（十分な受診会場や受診期間の確保）。さらに、受診勧奨と再勧奨の資材を一人ひとりに配布するためにも、対象者数をあらかじめ把握する必要があります（適切な受診勧奨についてはⅡ章参照）。

(注1) 正確な対象者数の把握について

現行制度下では、多くの市区町村で、住民検診と職域検診の対象者を区別して把握する仕組みを持たず、純粋な住民検診の対象者数(住民検診以外に受診機会が無い人の数)を正確に把握することはできません。このような状況下で受診率向上対策を進める(例えば、受診率が低い市区町村を公表して改善を促す)ためには、まず、市区町村間で比較可能な受診率を算定する必要があります\*1。そこで厚労省は平成28年にワーキンググループを設置し、受診率の比較のために以下の指標を用いることを決定しました\*2。

第1指標：住民検診受診者のうち国民健康保険被保険者数（分子）/国民健康保険の被保険者数（分母）

第2指標：住民検診の受診者数（分子）/規定年齢以上の全住民の数（分母）

これにより、各市区町村から国へ報告される対象者数（地域保健・健康増進事業報告）は、平成30年報告分以降、「国民健康保険の被保険者数」と「全住民の数」の2種類となります。

## ② 受診台帳の整備

適切な受診台帳とは個人毎の検診記録（注1）が過去5年間連結できるものを指します。がん検診指針により検診記録は5年間の保管が求められていますが、個人毎の受診歴を把握する観点からも、最低3年間の記録が必要です（注2）。①で述べたように、対象者名簿には個人毎の受診歴を反映させることが重要であり、そのために、受診台帳で受診歴を経年管理することが必要です。さらに、プロセス指標値を詳細に分析するためにも、性・年齢/受診歴（初回受診か非初回受診か）/検診機関名等を受診台帳で管理することが必要です。

（注1）

受診台帳に記録すべき項目としては、氏名、年齢、性別、検診の受診日、受診機関、検診方法、検診結果、精密検査の受診日、精密検査の方法、精密検査の結果等が挙げられます。

（注2）

初回受診者とは、胃がん・大腸がん・乳がんおよび子宮頸がん検診では過去3年間、肺がん検診では前年度の受診歴がない人を指します。

非初回受診者とは、胃がん、大腸がん、乳がんおよび子宮頸がん検診については過去3年間に、肺がん検診については前年に受診歴のある人を指します。

### ③ 受診者数(率)の分析

受診率が低い場合(注)は、性別・年齢階級別/検診機関別/受診歴別の集計によって以下の点を確認し、対策を講じることが必要です。

(注) 肺がん検診の喀痰細胞診では喀痰容器の回収率

#### ・受診率が低い年齢層や地域はないか

例えば、ある特定の年齢階級や地域、初回受診者の受診率が低い場合は、そのグループの受診勧奨を強化することが必要です(受診勧奨についてはⅡ章参照)。高齢者や就業者の受診率が低い場合は、検診機関までのアクセス向上や休日検診の実施等、住民の利便性向上が必要です。

#### ・検診の提供体制(キャパシティ)は十分か

特定の検診機関に受診者が集中している場合(その検診機関のキャパシティを超えている場合)は、検診提供体制の改善が必要です。

#### ・(肺がん検診のみ) 喀痰細胞診が適正に行われているか

がん検診指針によれば、喀痰細胞診の対象者は高危険群(原則50歳以上で喫煙指数が600以上)に限定されています。喀痰細胞診が必要な人以外に一律に喀痰容器を配布することは、科学的根拠に基づかないだけでなく貴重な医療資源の無駄に繋がりますので、改善が必要です。

受診率が低い場合の、「予想される原因」と「検討内容」については0章の「参考資料: プロセス指標の意味と活用方法」を参照してください。

### 3. 「検診対象者と受診者の情報管理」の取組事例

#### 【事例1】検診機関別の受診率の分析 広域検診の体制整備（人口19万）

この市では、大腸がん検診の検診機関が市の中心部に偏っており、郊外に住む住民の受診率が低いという問題点がありました。また、郊外の住民からは、受診可能な医療機関を増やしてほしいとの要望がありました。そこで、他市での受診が可能な、広域検診の体制を整備しました（図1）。

具体的には、市の医師会（図1ではA市医師会）と協力し、近隣2市（および2市の医師会）に広域検診体制の整備を打診しました。その結果、A市、B市、C市の住民は、3市のいずれの検診機関（医療機関）でも受診が可能になりました。

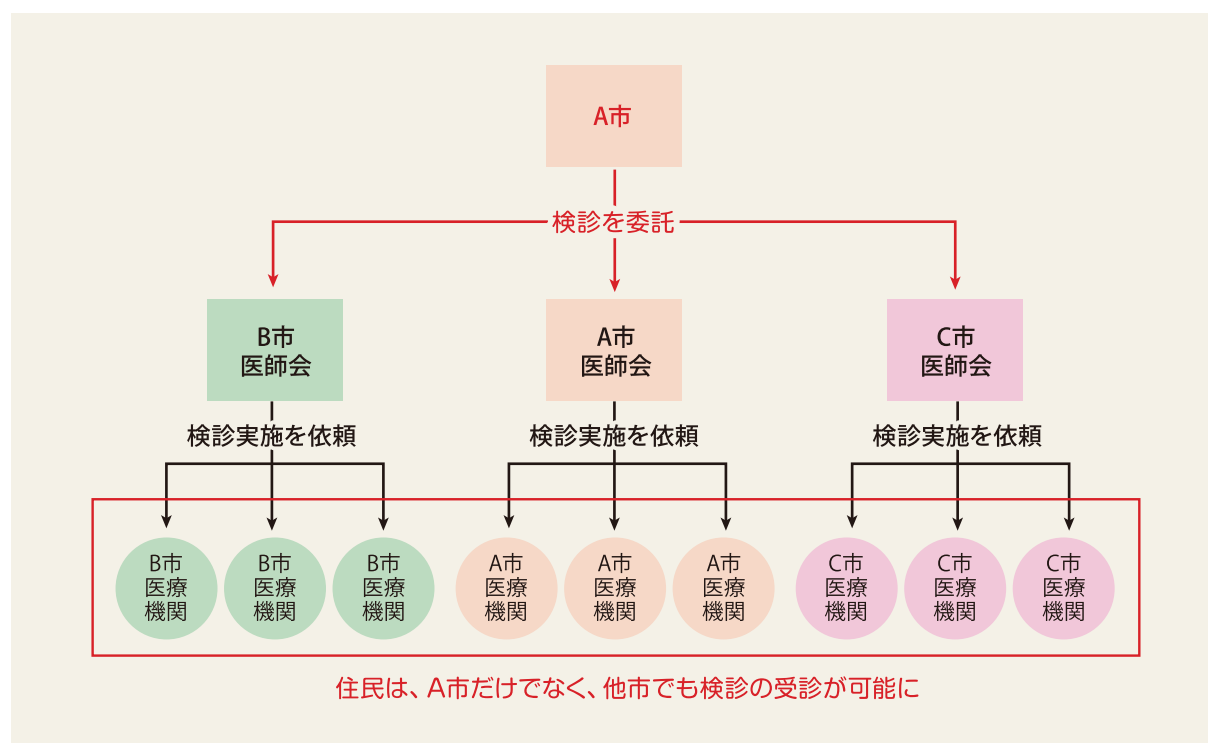


図1 広域検診の体制整備

#### <成果>

この取組により受診者の利便性が大きく向上したため、今後受診率の向上が期待できます。なお、IV章で詳しく述べますが、広域検診では受診者の利便性が向上する一方、その結果（特に精密検査の結果）の回収が難しくなります。あらかじめ結果の回収体制について十分に準備することが重要です。



## 【事例2】受診歴別の受診率の分析 受診勧奨の強化(人口70万)

この市では、60歳代の女性の受診率が特に低いことが分かったため、この年代に向けた受診勧奨(Ⅱ章参照)を強化しました。それによって、前年度5%程度だった受診率が16.2%と大きく向上しました。そこで受診歴別の受診率も分析したところ、受診歴のある住民は、その7割近くが継続受診していた一方で(65.5%)、受診歴のない住民の受診率は非常に低いことが分かりました(13.7%)。

### <成果>

既に受診歴のある住民に対しては今後も受診勧奨を継続する一方、受診歴のない住民には特に受診勧奨を強化する方針を決定しました。これにより、更なる受診率向上が期待できます。

### 【事例3】県の補助による、休日広域検診の実施（人口162万）※1

この県では、住民から検診を受ける機会を増やして欲しい、検診を受けやすくして欲しいとの要望がありました（乳がん・子宮頸がん検診）。そこで、希望する市町村が県の補助を受けて、休日限定で「県内であれば居住する市町村以外でも検診を受けられる仕組み」を整備しました（図2）※。この取組にかかる費用の一部（検診費の休日割増分の一部+事務補助費+開催費）は県が補助しています（この取組はH24～H26までの期間限定の県補助事業として実施し、補助終了後に効果検証を行います）。

※1 平成 24 年度休日広域検診実施市町村の H24.4.1 時点での推計人口の合計

※2 ただし居住地域によって受診可能な市町村は限定される（この取組に参画したどの市町村でも受診できるというわけではない）

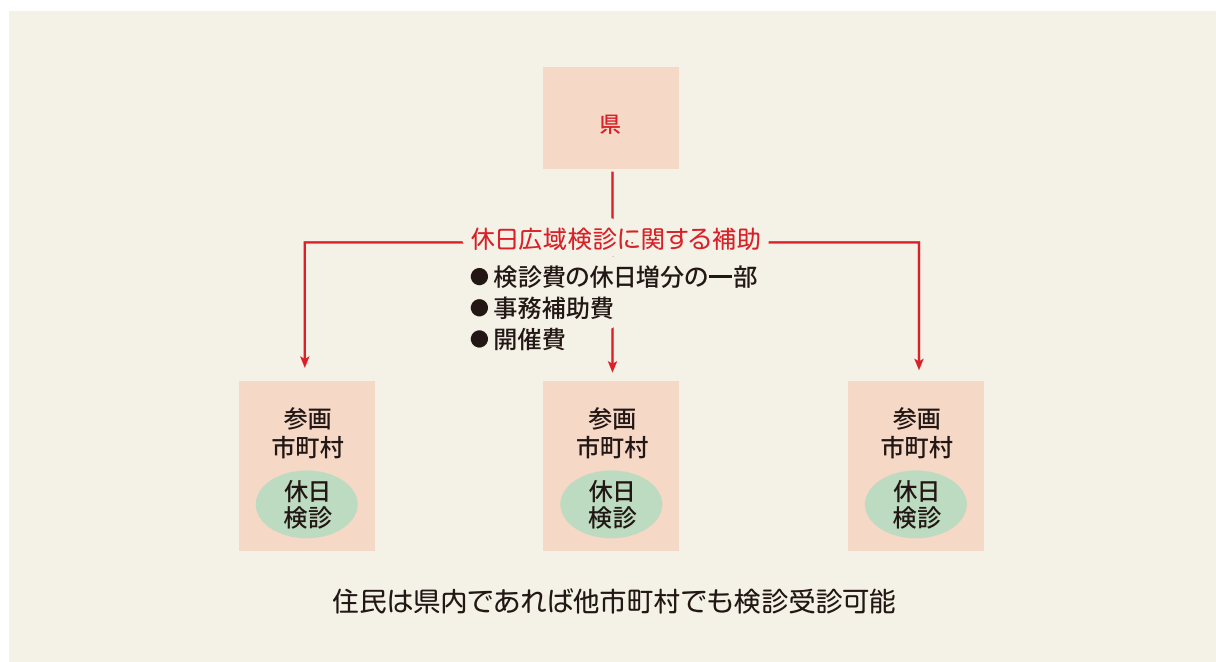


図2 広域検診の実施体制

### <成果>

平成24年度は、19市区町村が参画し、25回の休日広域検診が実施され、計2,043名が受診（うち、59名が居住地以外で受診）しました。

[参考]

各項目を実施している市区町村割合 (%) ※3

	胃		大腸		肺		乳		子宮			
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別		
対象者全員の氏名を記載した名簿を、住民台帳などに基づいて作成しましたか	91.1	89.2	91.0	90.2	90.6	88.6	91.1	90.9	90.5	90.5		
対象者数(推計でも可)を把握しましたか	94.1	93.1	94.1	93.1	94.0	92.0	93.7	93.1	93.6	92.7		
個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しましたか	91.8	91.5	91.4	91.4	91.4	91.4	92.5	91.8	91.8	91.7		
過去5年間の受診歴を記録していますか	90.4	85.6	89.7	86.1	89.9	85.4	90.7	88.1	90.0	88.6		
受診率を集計しましたか	96.3	90.1	95.9	91.2	96.4	90.2	95.4	91.2	95.0	91.9		
受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか	90.4	83.3	90.3	84.9	90.5	82.7	89.7	85.3	89.4	86.5		
受診率を検診機関別に集計しましたか	84.8	61.1	84.1	62.2	84.6	59.1	83.8	65.9	83.5	65.9		
受診率を検診受診歴別に集計しましたか	77.2	63.9	77.2	67.0	77.9	63.0	77.9	70.9	77.5	72.5		
肺がん検診のみ	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を集計しましたか		-	-	-	-	72.6	57.9	-	-	-	-
	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか		-	-	-	-	70.7	54.5	-	-	-	-
	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を検診機関別に集計しましたか		-	-	-	-	66.6	41.1	-	-	-	-
	「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を検診受診歴別に集計しましたか		-	-	-	-	63.4	45.3	-	-	-	-

- ※1 出典：がん対策加速化プラン <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000107743.html>
- ※2 出典：厚労省ワーキンググループ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou.html?tid=360026>
- ※3 出典：国立がん研究センターがん対策情報センター  
平成 28 年度「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」

## Ⅱ章

---

# 検診の受診勧奨

---

## Ⅱ章 検診の受診勧奨

### 1. 「検診の受診勧奨」とは？

検診の受診勧奨とは、住民に郵送、電話、個別訪問等で受診を促すことです。

市区町村用のチェックリストにおいて、「検診の受診勧奨」は以下の項目に該当します。

#### < 市区町村の役割 >

#### < 対応するチェックリスト項目 >

対象者全員への受診勧奨	対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
	受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1. 受診者への説明(注)」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか <small>(注) 検診機関が資料を作成し配付している場合:市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば配付を省いてもよい</small>

#### コラム：がん検診の受診勧奨を行う対象者について

公共政策として提供される市区町村のがん検診は、死亡率減少効果が科学的に証明された方法です。しかしこれらの検診は、全ての年齢層に対して効果が証明されているわけではありません。がん検診には不利益も伴うため、検診の利益を不利益が上回る可能性が高い年齢層(特に若年者層と高齢者層)への受診勧奨には注意が必要です。

① 若年者層      がん検診指針<sup>\*1</sup>では、検診の対象は40歳以上(子宮頸がん検診は20歳以上、胃がん検診は50歳以上)とされています。対象年齢よりも若い層に検診を実施した場合、がんはほとんど発見されないにも関わらず、多くの人が「がん疑い」となり、結果的に不要な精密検査を受けなければなりません。不利益を受ける人が圧倒的に多くなります。

② 高齢者層      がん検診指針<sup>\*1</sup>では対象年齢の上限は特に定められていませんが、高齢になると、がん検診を受けることによる利益と不利益の個人差が大きくなることが知られています。その人の健康状態や体力・体調には大きな個人差があるためです。

例えば、高齢になるとがんの進行は遅い一方で、精密検査や治療により、致命的な負担や生活の質を損ねるような重い負担がかかる場合もあります。そのため、高齢者への受診勧奨は慎重に行う必要があります。もちろん、人によっては高齢であっても検診の利益が不利益を上回る場合もありますが、市区町村が一律に検診を促すよりも、個人の判断で、必要と思った検査だけを受けていただくことが適切です。受診勧奨の際には、受診者が検診の利益・不利益を十分理解したうえで、必要な検診を判断できるように、検診に関する正しい知識を伝えることが重要です。

## 2. 「検診の受診勧奨」の方法

### 対象者全員への受診勧奨

#### ・科学的に効果のある受診勧奨方法

がん検診の効果(死亡を確実に減少させること)を上げるためには、科学的に効果が証明されている検診<sup>\*2</sup>を、質の高い精度管理の下で行い、その上で受診率を上げることが重要です。地域保健・健康増進事業報告による受診率<sup>\*3</sup>は、6.3%(胃がん)、13.8%(大腸がん)、11.2%(肺がん)、20.0%(乳がん)、23.3%(子宮頸がん)で、これはがん対策推進基本計画(平成30年3月)の目標値である50%を大きく下回っています。従って、受診率向上のため早急な対策が必要です。

米国CDC(米国疾病管理センター)では科学的に効果が証明された受診率向上対策を公表しています(表1)。この表のうち、「推奨」と書かれた対策については効果が証明されています。中でも、最も効果的な取組は「受診勧奨・再勧奨(+付加情報)」です。受診勧奨・再勧奨をコール・リコールと呼びます。また、この付加情報とは、「がん検診のメリット」や「がんの重大性・かかりやすさ」に関する情報(注)を指します。

(注) 例として、「がん検診により早期発見できた場合はxx%以上完治します」「近年、xx人に1人が〇〇がんにかかると言われて  
います」など。

表1 各種の受診率向上対策に対するCDCの評価

受診率向上のための手法	乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮頸がん検診 (細胞診)	大腸がん検診 (便潜血検査)
受診勧奨・再勧奨(+付加情報)	推奨	推奨	推奨
スモールメディア (パンフレットやニュースレターなど)	推奨	推奨	推奨
1対1の教育 (医療従事者が行う健康教育や啓発など)	推奨	推奨	推奨
費用以外の障害の軽減 (例 休日夜間の受診、アクセス向上)	推奨	証拠不十分	推奨
自己負担費用の低減(検診費用の補助など)	推奨	証拠不十分	証拠不十分
グループ教育(講演など)	推奨	証拠不十分	証拠不十分
報奨のみ(少額の現金やクーポン)	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
マスメディア	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
複合的アプローチ	推奨	推奨	推奨

過去に実施した住民への意識調査<sup>\*\*4</sup>によれば、我が国でも受診のきっかけとして「受診案内」が非常に重要であることがわかります（表2）。

表2 受診のきっかけ（無作為抽出による住民アンケート調査）

	A区	B市	C市
調査実施年度	平成22年度	平成24年度	平成24年度
人口規模 (サンプル数)	25万人 (2,612人)	20万人 (2,084人)	14万人 (2,099人)
第1位	区を受診案内 59.8%	市を受診案内 75.4%	市を受診案内 74.0%
第2位	医療関係者 (医師) の勧め 40.1%	クーポンの送付 (子宮頸がん・ 乳がん検診) 43.0%	複数のがん検診が 同時に 受けられること 45.8%
第3位	職場からの 受診案内 20.9%	市報による 情報提供 39.0%	クーポンの送付 (子宮頸がん・乳がん検診) 33.1%

このような、住民個人に対して受診案内をすることを個別受診勧奨(コール)と呼びます。「事業評価のためのチェックリスト」では「対象者全員に、個別に受診勧奨を行う」ことが求められています。

さらに、個別受診勧奨(コール)をしても受診しない場合に、再度個別の受診案内をすることを再勧奨(リコール)と呼びます。

欧米のがん検診では個別受診勧奨・再勧奨(コール・リコール)が当たり前に行われていますが、日本でこうした個別受診勧奨・再勧奨を全対象者に行っている市区町村はまだ少なく、早急な対策が必要です。

## ・受診勧奨で伝える内容

日本で「手紙による受診勧奨(+付加情報)」に該当するのは、一般的には「住民へ送る受診案内(郵送)」です。受診案内は個人宛てに送られるので、正しい情報を確実に伝えることができます。

「事業評価のためのチェックリスト」では、がん検診を受診する方に最低限説明すべき内容として、次のような内容が示されています(表3)。

これらの情報は、住民が検診受診の意思決定をするために必要であり、少なくとも検診を受診する前に伝える必要があります。



表3 受診案内(受診勧奨)時に必要な情報

必要な情報	伝えるべき理由
<p><b>がんに関する正しい知識</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象となるがんの疫学 (がん死亡原因や罹患割合の上位にあること)</li> <li>個人で下げられるリスク (禁煙および防煙指導等)</li> </ul>	<p>「自分のがんにかからないから大丈夫」という考えから、がん検診を受けない人がいる</p> <p>がん検診は受けても何のメリットもないと思っている人がいる</p>
<p><b>がん検診に関する正しい知識</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>検診の有効性(がん死亡率減少)</li> <li>検診の不利益 検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと (偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」 となる場合もあること(偽陽性)など</li> <li>検診や精密検査の具体的な方法</li> <li>継続的な検診受診が重要であること</li> <li>症状がある場合は医療機関の受診が重要であること</li> <li>要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること</li> <li>精密検査結果は市区町村、検診機関、精密検査機関で共有されること</li> </ul>	<p>がん検診は受けても何のデメリットもないと思っている人がいる</p> <p>検診や精密検査について正しい情報がないため、必要以上に警戒して受診しない人がいる</p> <p>がんが発見されることに対して恐怖心を持つ人がいる</p> <p>「症状がないから」、「前回の検診で陰性だったから」という理由で、次回の検診を不要と考える人がいる</p> <p>精密検査結果の共有は公衆衛生の向上のために必要であることを理解してもらうため</p>

がん種別の詳細な内容は「検診機関用チェックリスト 1. 受診者への説明」に記載されており、下記ホームページから閲覧できます。

**国立がん研究センターがん対策情報センターホームページ【がん情報サービス】**  
「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」  
[https://ganjoho.jp/med\\_pro/pre\\_scr/screening/check\\_list.html](https://ganjoho.jp/med_pro/pre_scr/screening/check_list.html)

なお、表3「必要な情報」の具体例として、国立がん研究センターは厚労省研究班と協力し、「がん検診受診者への説明資料(雛型)」を作成・公表しています。

**国立がん研究センターホームページ・がん対策情報センターがん医療支援部**  
「都道府県主導によるがん検診の精度管理の推進」のページ  
<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/sup/project/070/index.html>

受診勧奨の際には表3の内容に加えて、いつ、どこで、いくらで受診できるのか等についても(必要に応じて)情報を追加することが望ましいです。

(例 ・〇〇市では、〇〇がん検診を以下の医療機関で受けることができます  
・検診期間は、〇月〇日から〇月〇日までです  
・本来、〇〇,〇〇〇円の検査が、市の助成により〇,〇〇〇円で受けられます など)

## コラム：がん検診受診に至るまでに必要な3つの要素

近年、がん検診の重要性を訴えるため、ピンクリボンキャンペーンを始めとする普及啓発活動が盛んに行われていますが、受診率は依然として低い状況です。

内閣府が平成19年度に実施した調査<sup>\*5</sup>では、がん検診を受けていない人(直近の受診が2年以上前の方も含む)に、検診を受けない理由を聞いています。その結果、「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」(17.3%)や「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」(16.9%)、「時間がなかったから」(15.9%)などを抑え、「たまたま受けていない」(28.8%)が最も多い理由でした。

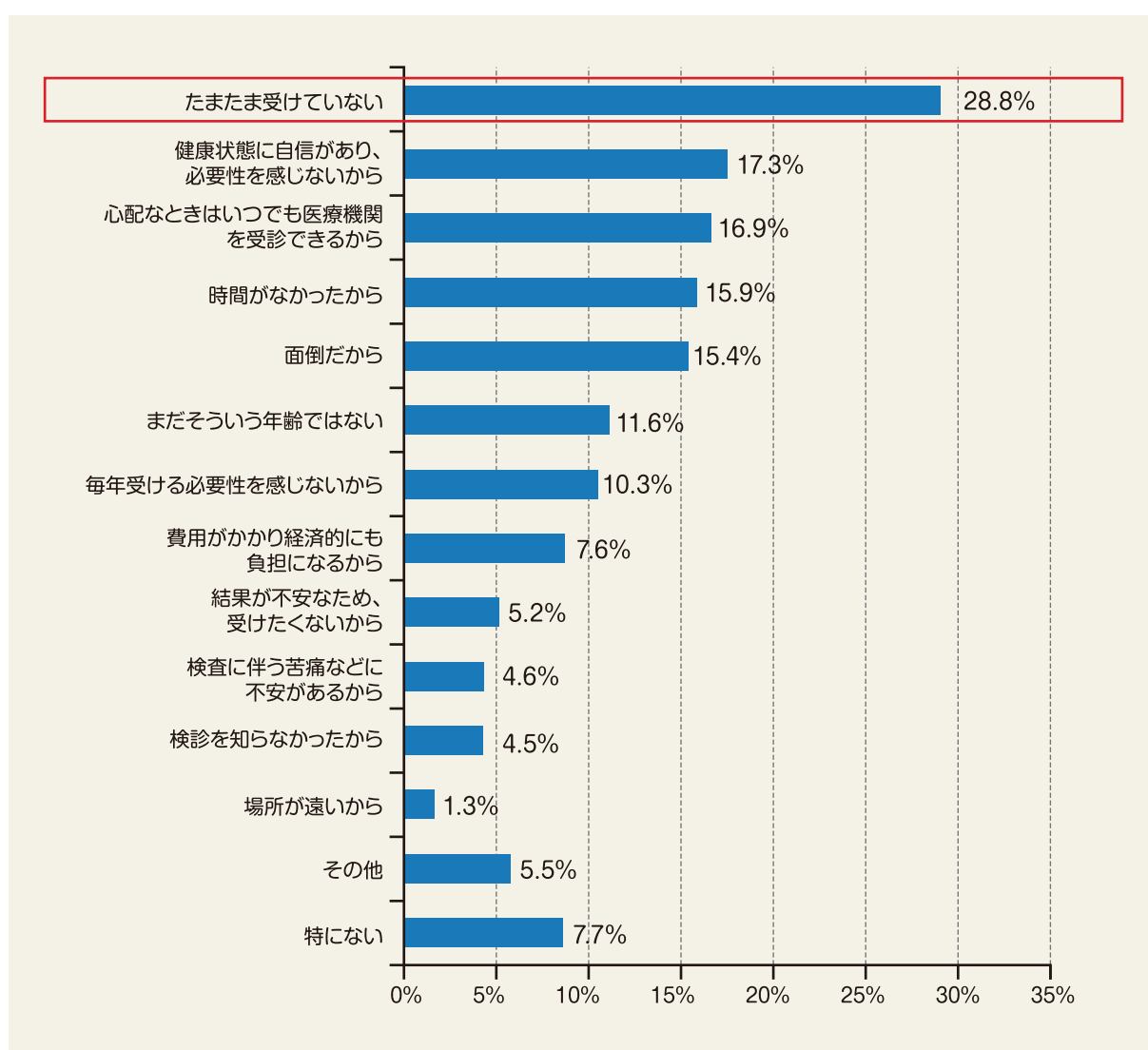


図. がん検診を受けていない理由(複数回答)

なぜ、「必要性を感じない」等の明確な理由でなく「たまたま受けていない」という理由が第1位となっているのでしょうか。

代表的な健康行動理論の一つであるヘルスビリーフモデル(HBM)によれば、人が「がん検診を受診する」という行動を起こすためには、① 意識(病気の理解)、② 障害(コスト、距離等)の除去、③ きっかけの提供という、3つの要素を満たす必要があるとされています。

- ① 意識(病気の理解)：がんの重大性やかかりやすさに関する理解
- ② 障害(コスト、距離等)の除去：がん検診を受けやすい環境の整備
- ③ きっかけの提供：受診勧奨や広報等による効果的な周知

これら3つの要素のうち、① 意識(病気の理解)については、ピンクリボンキャンペーンを始めとした各種の普及啓発活動によって浸透してきており、また② 障害(コスト、距離等)の除去についても、市区町村の努力によって安価かつ利便性の高い検診が実施されつつあります。ところが、③ きっかけの提供に関する取組はまだ十分に実施されているとは言えず、その結果、前述の「たまたま受けていない」割合が高いという調査結果につながっていると考えられます。

この、「③ きっかけの提供」の一つとして高い効果が実証されているのが、個別受診勧奨・再勧奨(コール・リコール)なのです。

### 3. 「検診の受診勧奨」の取組事例

前述のとおり、受診率向上対策としては受診勧奨・再勧奨が有効です。我が国でも様々な工夫により受診勧奨・再勧奨が実施され、受診率向上が確認されています。

なお、本来受診勧奨・再勧奨は検診対象の全住民に行うべきですが、予算等の制約上、がん種や対象者を制限せざるを得ない場合もあります。このような制限を設けた受診勧奨・再勧奨は、あくまで次善の策であることにご注意ください。

#### 【事例1】リーフレットによる個別受診勧奨・再勧奨（人口7万）

この市では、以前より広報紙で受診案内をしていましたが、大腸がん検診の受診率が伸び悩んでいました（1.3%）。そこで、受診勧奨と再勧奨のためにリーフレットを作成し、個人宛てに送付しました（表4）。

なお、この市では予算上の制約があったため、特に受診率が低いがん種や年齢層（大腸がん検診、49歳男女、約2,000人）に限定して受診勧奨・再勧奨を行いました。

表4 受診勧奨・再勧奨の時期、対象、記載した情報

	送付時期・対象	記載した情報
受診勧奨	11月 対象の全住民	・がん検診受診の重要性 (がんの重大性・かかりやすさ) ・がん検診受診のメリット ・検査内容（便潜血検査）の説明 ・受診の流れ（申し込み方法等）
再勧奨	12月 未受診者全員	・受診の流れ（申し込み方法等） ・がん検診受診のメリット ・検査内容（便潜血検査）の説明 ※再勧奨では改めて強調したい情報 のみを記載

#### <成果>

個別受診勧奨・再勧奨を行った住民（1,969人）の受診率は16.6%で、従来どおり何も行わなかった住民（1,833人）の受診率1.5%を大きく上回りました。個別受診勧奨・再勧奨を行わなかった住民の受診率は昨年とほぼ同等です。従って、この取組により15.1ポイントの受診率向上効果がありました。

他にも同様の事例があり（表5）、多くの市区町村で受診率の向上が確認されています。

表5 他市区町村での事例

自治体 (人口規模)	検診の 種類	受診勧奨時に送付した資料(※)		受診率		受診率 向上効果
		受診勧奨	再勧奨	再勧奨 未実施群	再勧奨 実施群	
A区 (70万)	乳がん	従来の案内	リーフレット	7.3% (n=5,365)	15.2% (n=3,976)	+7.9 ポイント
B市 (7万)	大腸がん	リーフレット	ハガキ	4.6% (n=939)	24.2% (n=1,022)	+19.6 ポイント

※受診勧奨時に送付した資料

A区

	記載した情報
受診勧奨 (従来の案内)	<p>区が提供している検診を網羅的に案内したもの (各種がん検診、肝炎ウイルス健診、眼科健康診査)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検診の種類と受診対象者</li> <li>・検診方法、検査項目</li> <li>・自己負担金</li> <li>・受診機関、実施会場、申し込み方法、持参するもの</li> </ul>
再勧奨 (リーフレット)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・乳がん検診受診の流れ(申し込み方法等)</li> <li>・乳がん検診受診のメリット</li> <li>・助成金と自己負担金について</li> </ul> <p>※再勧奨ではがん種を絞り、改めて強調したい情報のみを記載</p>

B市

	記載した情報
受診勧奨 (リーフレット +申し込みハガキ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診受診の重要性(がんの重大性・かかりやすさ)</li> <li>・がん検診受診のメリット</li> <li>・検査内容(この場合、便潜血検査)の説明</li> <li>・受診の流れ(申し込み方法等)</li> <li>・必要事項を記入して投かんすれば申し込みができるハガキ</li> </ul>
再勧奨 (ハガキ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申し込みは済んだかの確認</li> <li>・大腸がん検診受診のメリット</li> <li>・申し込み期限</li> </ul> <p>※再勧奨では、改めて強調したい情報のみを記載</p>

## 【事例2】 500円（個人負担分費用）チケットによる個別受診勧奨（人口25万）

この区では、前年度の乳がん検診で無料クーポン券（がん検診推進事業）による個別受診勧奨を行い、受診率が大きく向上しました。これは、恐らく検診を無料にしたことよりも、クーポンを全員に配布したこと（＝個別受診勧奨）が影響したと推測されました。そこで、この事業の対象者以外にも、同様の方法で個別受診勧奨ができないか検討しました。予算の制約上、自己負担額を減らすことは難しかったため、もともと受診者が負担する検診費用（500円）を明示した「500円チケット」を作成し配布しました（図1）。

なお、この市では予算上の制約があったため、特に受診率が低いがん種や年齢層（乳がん検診、無料クーポン対象年齢以外の40-50歳代、約10,000人）に限定して配布しました。



図1 500円チケットの見本

### <成果>

500円チケットを配布した住民（9,868人）の受診率は21.7%で、配布しなかった住民（9,413人）の受診率12.4%を大きく上回りました。無料クーポン券（がん検診推進事業）を配布した住民の受診率は21.4%だったので、結果的に500円チケットでも無料クーポン券とほぼ同等の受診率向上が見られたことを示しています。また、当初の推測（検診を無料にするよりも、全員への配布による勧奨効果の方が大きい）が正しいことも検証されました。

なお、この区ではその後、同様の有料チケットによる個別受診勧奨を、他のがん種（子宮頸がん検診・大腸がん検診）に拡大して実施しています。

### 【事例3】特定健診とのセット受診による受診者便益の提供（人口56万人）

この市では、大腸がん検診を全て個別検診機関で実施しています。多くの個別検診機関では特定健診も行っており、特定健診のみを受けに来院する受診者が多いため、特定健診受診時に大腸がん検診を合わせて受診する人には、本来大腸がん検診にかかる費用（700円）を500円に減額し、検査キットを自宅に事前送付することになりました（大腸がん検診の単独受診の場合は、検査キットを事前に検診機関に取りに行かなければならない仕組みになっている）。

#### <成果>

特定健診とがん検診の両方を受診することで、本来検診にかかる費用が減額になるという効果に合わせて、検査キットが手元に届くという利便性向上という受診者便益を提供することにより、大腸がん検診の受診者数が大幅に増えました。

#### 【参考】

全国市区町村における各チェックリスト項目の実施率（%）<sup>※6</sup>

	胃		大腸		肺		乳		子宮	
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別
対象者全員に、個別に受診勧奨を行いましたか	47.0	39.8	47.5	39.0	47.4	38.6	47.7	47.1	47.3	46.5
受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1. 受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しましたか	26.1	15.8	26.5	16.5	23.7	14.6	27.0	17.7	27.1	17.9

- ※1 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(健発第 0331058 号厚生労働省健康局長通知別添)  
平成 28 年 2 月 4 日一部改正
- ※2 胃がん検診：胃部エックス線検査、胃内視鏡検査 大腸がん検診：便潜血検査  
肺がん検診：胸部エックス線検査および喀痰検査 乳がん検診：マンモグラフィ検査 子宮頸がん検診：細胞診検査
- ※3 出典：平成 27 年度「地域保健・健康増進事業報告」より 40～69 歳の受診率(子宮頸がん 20～69 歳)  
(乳がん検診はマンモグラフィおよび視触診併用の受診率)
- ※4 出典：平成 22 年度「がんに関する意識調査」(A 区)、平成 24 年度「がん検診に関する意識調査」(B 市)  
平成 24 年度「がん検診に関する調査」(C 市)
- ※5 出典：平成 19 年度内閣府「がん検診に関する世論調査」
- ※6 出典：国立がん研究センターがん対策情報センター  
平成 28 年度「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」



## Ⅲ章

---

# 要精検率の把握・分析

---

## Ⅲ章

# 要精検率の把握・分析

## 1. 「要精検率の把握・分析」とは？

要精検率は、検診受診者のうち精密検査(以下、精検)が必要と判定された人の割合です。要精検率はその地域全体だけでなく、性別・年齢階級別 / 検診機関別 / 受診歴別に集計し、分析する必要があります。

市区町村用のチェックリストにおいて、「要精検率の把握・分析」は以下の項目に該当します。

### < 市区町村の役割 >

### < 対応するチェックリスト項目 >

①要精検率の把握	要精検率を集計しているか
②要精検率の分析	要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
	要精検率を検診機関別に集計しているか
	要精検率を検診受診歴別に集計しているか

## 2. 「要精検率の把握・分析」の方法

### ① 要精検率の把握

要精検率は住民の特徴(性、年齢階級、受診歴)や検査精度に大きく影響されます。例えば、有病リスクが高い年齢階層(例えば乳がんでは40歳代後半～50歳前半)や、初回受診者(過去に受診歴がない人)では、要精検率が高くなる傾向があります。

検査精度が低い検診機関では、要精検率が極端に高値(あるいは低値)になります。具体例をあげますと、乳がん検診ではマンモグラフィの撮影・読影の技術が要精検率に大きく影響します。この技術が一定の基準に満たない検診機関では要精検率が極端に高い(あるいは低い)傾向にあり、本来必要のない要精検判定(偽陽性)、がんの見逃し(偽陰性)が起こる可能性があります。

さらに、本来検診対象外の人(そのがんによる症状がある人、そのがんの既往がある人、あるいは治療中の人)が多く受診している場合も、要精検率は極端に高くなります。

このように、要精検率が極端に高い(あるいは低い)場合は上記のような背景が隠れているため、性別・年齢階級別/検診機関別/受診歴別に把握することが必要です。

### ② 要精検率の分析

要精検率の値が適正でない場合(極端に高い/低い)は、性別・年齢階級別/検診機関別/受診歴別の集計によって以下の点を確認し、対策を講じることが必要です。

#### ・要精検率が極端に高い(低い)集団はないか

例えば、有病率の高い初回受診者や高齢者層の要精検率は高く、有病率の低い非初回受診者や若年者層の要精検率は低い傾向がありますので、予め集団の特徴を把握しておく必要があります。

また、本来検診対象外の人が多く受診している場合は、有症状者を検診ではなく診療に導くような指導が必要です。

#### ・要精検率が極端に高い(低い)検診機関はないか

検査精度が低い検診機関は、要精検率が極端に高い、あるいは低い場合が多く、各々偽陽性、偽陰性の発生率が高い可能性があります。検診機関毎に、要精検の判定基準、検査手技、読影技術等を確認し、問題がある検診機関に対しては、改善依頼、助言、指導が必要です。

要精検率が高い(低い)場合の、「予想される原因」と「検討内容」については0章の「参考資料：プロセス指標の意味と活用方法」も参照してください。

### 3. 「要精検率の把握・分析」の取組事例

#### 【事例】検診機関別の要精検率の分析（人口50万）

検診機関別に要精検率を分析するには、検診機関の協力が不可欠です。ここでは、実際に検診機関と協力して、要精検率のばらつきを改善に取り組んだ事例をご紹介します。

この市では、大腸がんの要精検率が9.6%で国の許容値（7.0%以下）を上回っていました。その原因を検討したところ、検診機関によって要精検率が大きくばらついていることがわかりました（図1）。

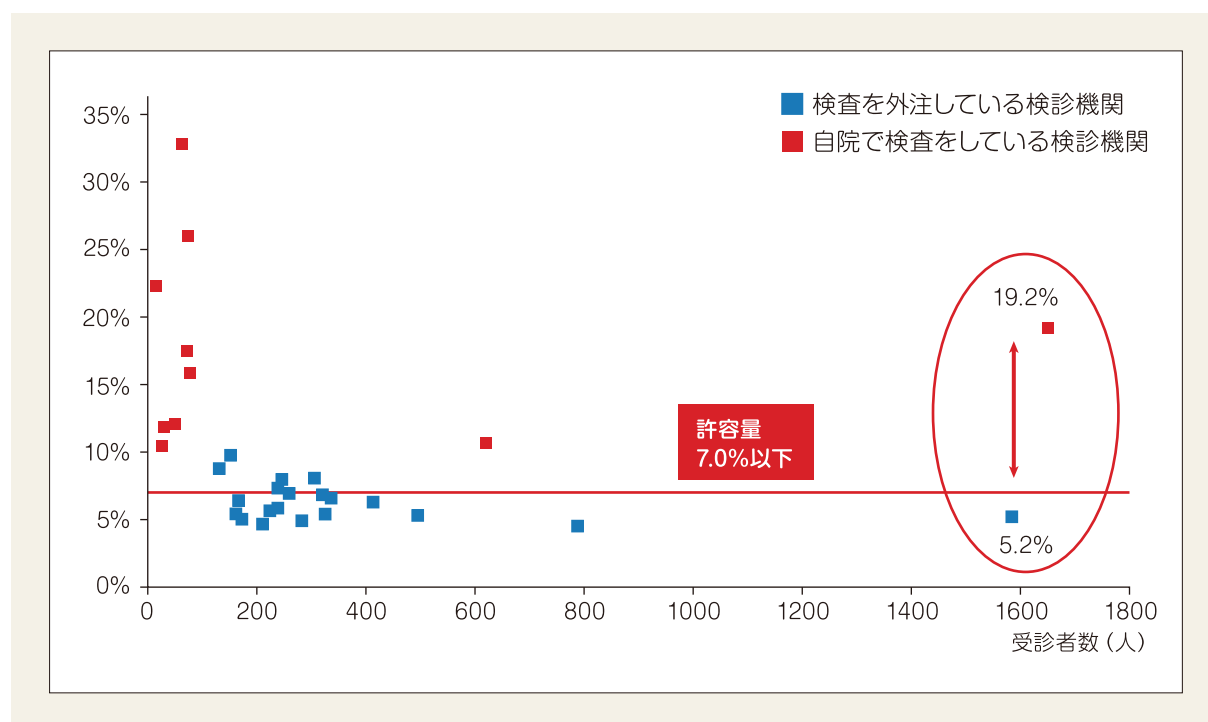


図1 検診機関別の受診者数と要精検率（大腸がん検診）

さらに、このばらつきには便潜血検査の方法(検査の外注の有無)が影響しており、検査を自院で行っている検診機関では、概して要精検率が高いことが分かりました(表1)。これは、外注検査では殆どが定量法<sup>\*1</sup>で行われ、検査キット毎にある程度の適切なカットオフ値が設定されているのに対し、自院での検査は定性法(ほぼ目視判定)<sup>\*2</sup>が多く、判定する医師や技師によって結果がばらつくためと考えられます。

表1 検診機関別の要精検率および外注有無の一覧

	受診者数	要精検率	外注有無	要精検率の 平均値
検診機関 1	1586	5.2%	検査を外注	6.3%
検診機関 2	791	4.6%		
検診機関 3	497	5.2%		
検診機関 4	311	8.0%		
検診機関 5	288	4.9%		
検診機関 6	167	5.4%		
検診機関 7	155	9.7%		
検診機関 8	137	8.8%		
検診機関 9	417	6.2%		
検診機関 10	324	6.8%		
検診機関 11	251	8.0%		
検診機関 12	244	7.4%		
検診機関 13	331	5.4%		
検診機関 14	242	5.8%		
検診機関 15	230	5.7%		
検診機関 16	215	4.7%		
検診機関 17	342	6.4%		
検診機関 18	262	6.9%		
検診機関 19	177	5.1%		
検診機関 20	172	6.4%		
検診機関 21	1653	19.2%	自院で検査	17.8%
検診機関 22	622	10.6%		
検診機関 23	82	15.9%		
検診機関 24	77	26.0%		
検診機関 25	75	17.3%		
検診機関 26	67	32.8%		
検診機関 27	50	12.0%		
検診機関 28	34	11.8%		
検診機関 29	29	10.3%		
検診機関 30	18	22.2%		

(要精検率の赤字は国の許容値以上を示す)

## <成果>

この市では、この結果を受けて正確な判定を行うための講習会の開催（検診機関対象）や、検査の一括外注化（検査キットの統一等）を含めた検討を、医師会と共に始めることになりました。

また、検査の一括外注化が実現されるまでの暫定措置として、市が委託する大腸がん検診では、原則自院での検査は行わないこととし、（検査キットにかかわらず）カットオフ値を統一しました。

## [参考]

全国市区町村における各チェックリスト項目の実施率（%）※3

	胃		大腸		肺		乳		子宮	
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別
要精検率を集計しましたか	94.7	86.9	94.4	88.1	94.6	85.8	93.5	88.1	93.0	88.8
要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか	87.5	78.4	87.1	79.7	87.4	76.5	86.8	80.8	85.8	82.2
要精検率を検診機関別に集計しましたか	83.3	58.7	82.3	58.3	82.7	55.7	82.4	61.0	81.9	60.4
要精検率を検診受診歴別に集計しましたか	73.5	60.2	73.9	62.2	74.1	58.4	73.9	65.9	73.3	67.2

※1 便中ヘモグロビン量を測定する方法

※2 潜血の有無を +/- で判定する方法

※3 出典：国立がん研究センターがん対策情報センター

平成28年度「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」

## IV章

---

# 精検受診の有無の把握と受診勧奨

---

## IV 章

# 精検受診の有無の把握と受診勧奨

## 1. 「精検受診の有無の把握と受診勧奨」とは？

「精検受診の有無の把握と受診勧奨」とは、要精検者（検診の結果、がんが疑われ、精検の受診が必要と判定された人）が実際に精検を受診したかどうかを正確に把握し、精検未受診者に受診を促すことを指します。

市区町村用のチェックリストにおいて、「精検受診の有無の把握と受診勧奨」は以下の項目に該当します。

### < 市区町村の役割 >

### < 対応するチェックリスト項目 >

①精検受診の有無の把握	個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか
	精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
	精検受診率を集計しているか
	精検未受診率と未把握率を定義に従って区別し、集計しているか
②精検未受診者に対する受診勧奨	要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）※の一覧を提示しているか  ※ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること
	精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか
③精検受診率の分析	精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
	精検受診率を検診機関別に集計しているか
	精検受診率を検診受診歴別に集計しているか



## 2. 「精検受診の有無の把握と受診勧奨」の方法

要精検者は、精検を受けてはじめてがん発見・治療に至るので、全員が確実に精検を受診しなければなりません。自治体の取組としては、検診受診率よりも精検受診率を上げる方をまず優先するべきと言えます（検診受診率をいくら上げても、精検を確実に受診しなければ、死亡率減少効果につながらないからです）。そのため、要精検者が確実に精検を受ける体制を作ることが重要です。

精検受診率は100%を目指すべきですが、現状の精検受診率は81%（胃がん）、67%（大腸がん）、79%（肺がん）、86%（乳がん）、71%（子宮頸がん）と、低い水準にあります<sup>\*1</sup>。この理由は二つあり、一つ目は精検を受診していない人が多いこと、二つ目は精検受診の有無や精検結果が分からない人が多いことです。どちらのケースが多いかにより、その後とるべき対策が変わります。従って精検受診率を上げるには、精検「未受診」率と精検「未把握」率のどちらが高いかを正確に知る必要があります。

### ① 精検受診の有無の把握

精検受診の有無を確実に把握するには、理想的にはI章で既に述べたように、受診台帳を整備して、個人毎に検診結果や精検結果を管理できる仕組みが必要です。しかし現状では多くの自治体でその仕組みが整備されておらず（特に結果の回収ルートが整備されておらず）、もし仮に精検を受診していたとしても自治体側が把握できないという、構造的な問題点が指摘されています。

この問題点は精検未把握率（精検を受診したかどうか分からない、もしくは、受診したとしても結果の詳細が分からない人の割合）として表れます（表1）。精検未把握率は本来0%であるべきですが、現状では約10%（胃がん）、17%（大腸がん）、13%（肺がん）、9%（乳がん）、18%（子宮頸がん）あり、問題視されています<sup>\*1</sup>。精検未把握率が高いと、その後の分析（精検受診率、精検結果の分析）が正確に出来ません。従って、まずは精検未把握率を下げる対策が不可欠です。具体的には、要精検者に精検機関のリストを示す際、あらかじめ精検結果の報告を依頼した精検機関をリストに載せることにより、精検結果の回収率が高くなることを期待できます。

表1 精検受診の有無（精検受診、精検未把握、精検未受診）の定義 <sup>\*2</sup>

精検受診	精検機関より精検結果の報告があったもの、もしくは、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・検査結果の4つ全て）を申告したもの
精検未把握	精検受診の有無が分からないもの、および（精検受診したとしても）精検結果が正確に分からないもの全て（すなわち、精検受診、精検未受診以外のもの全て）
精検未受診	要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告および精検機関で受診の事実が確認されないもの）、および精検として不適切な検査が行なわれたもの <sup>*</sup> <sup>*</sup> 精検として不適切な検査とは以下の2つを指す ・大腸がん検診における便潜血検査の再検 ・肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検

なお、精検機関から直接市区町村に精検結果が報告される場合（検診機関が報告経路に含まれていない場合）、市区町村は検診機関に精検結果を共有する必要があります。これは、検診機関が自施設の判定が正しかったかを確認するために必要で、検査精度を担保する目的があります。

## ② 精検未受診者に対する受診勧奨

精検「未受診」と精検「未把握」を正確に区別することにより、精検未受診者のみを正確に抽出し、効率的に受診勧奨を行うことができます。精検受診勧奨においては、まずは精検未受診者全員への勧奨体制を整えること、および、勧奨内容を充実させることが必要です。ある自治体で大腸がん検診の精検について意識調査を行った結果、精検を受診しない理由として最も多かったのが「検査の準備が大変」（82.9%）、「検査は痛みを伴いそうで不快」（71.4%）でした。また精検方法を詳しく理解していない人もいました<sup>\*3</sup>。従って、住民に正しい情報を提供して不安を取り除くこと、また、要精検となった場合は必ず精検を受けることについて、周知徹底が重要です。対象者全員に配布する受診勧奨等に、あらかじめこれらの情報を記載すると効率よく周知することができます。

## ③ 精検受診率の分析

精検受診率が低い場合は、性別・年齢階級別 / 検診機関別 / 受診歴別の集計により以下を確認し、対策を講じる必要があります。

### ・精検受診率が低い集団はないか

例えば、ある特定の年齢層や地域の精検受診率が低い場合は、そのグループに対する精検受診勧奨の徹底や、精検機関までのアクセスの改善等が必要です。

### ・（検診機関に精検結果報告を依頼している場合）精検受診率が低い検診機関はないか

精検結果の報告漏れが無いよう、精検結果の回収ルートの点検が必要です。

精検受診率が低い場合の、「予想される原因」と「検討内容」については 0 章の「参考資料：プロセス指標の意味と活用方法」も参照してください。

### 3. 「精検受診の有無の把握と受診勧奨」の取組事例

精検受診の有無の把握や精検受診勧奨の体制は、市区町村単独ではなく、関係機関（検診機関、精検機関、医師会等）と連携することで、より確実に整備することができます。ここではその連携体制について、具体的な事例をご紹介します。

#### ① 精検受診の有無の把握

##### 【事例1】精検結果報告書の統一による事務作業量の軽減（人口50万）

この市では、統一した4枚綴りの精検結果報告書（複写式）を作成し、その報告書を使った報告経路を整備しました（図1）。

まず検診機関は、市が指定する「精密検査依頼書」に必要事項を記入し、検診結果の返却時に要精検者へ渡します。精検機関は、要精検者が持参した「精密検査依頼書」に精検結果を記入し、一枚は自施設で保管し、残り（複写されたもの）を「精密検査結果報告書」として市へ送付します。その後、市は「精密検査結果報告書」を市医師会に送付し、さらに市医師会から検診機関にも送付します。最終的に、各機関が一枚ずつ保管し、情報共有できる仕組みとなっています。

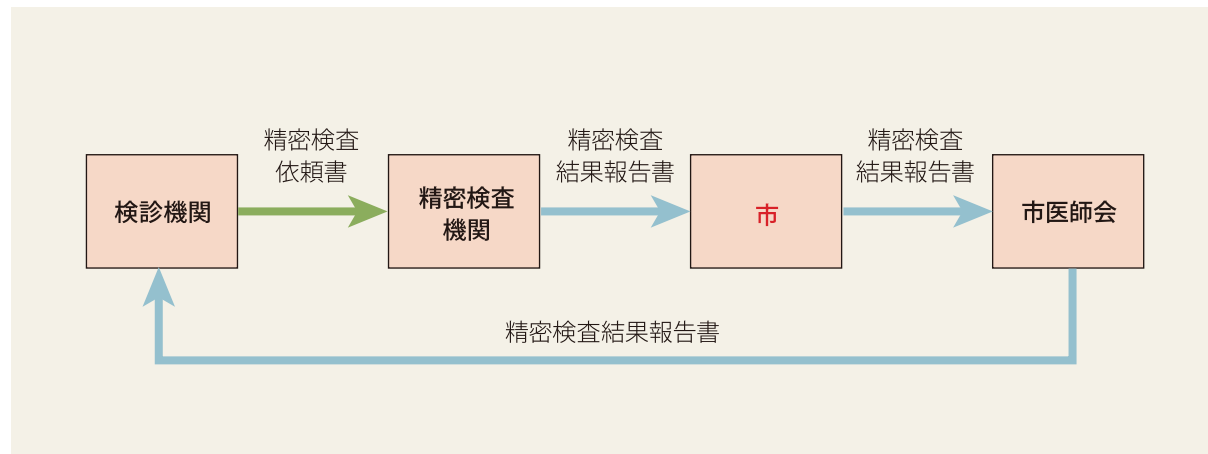


図1 精検結果報告の流れ（4枚綴りの報告書使用）

#### <成果>

精検結果報告書を統一し複写式にすることで、各機関の事務作業量が軽減できました。その結果、正確かつ迅速で、高い精検結果把握率を実現できました。

## 補足：5枚綴りの報告様式の使用

事例1では、4枚綴りの精検結果報告書を紹介しましたが、5枚綴りの報告書を使用している市もあります。精検の最終判定にはある程度時間がかかり、自治体側がその結果を把握するまである程度のタイムラグが生じます(図2②)。従って、要精検者が精検を受診したか否かだけを先に精検受診報告という形で報告することができると(図2①)、未受診者への勧奨をより迅速に行うことができます。ただし、精検機関からの報告が2回に増えますので、事務作業量が増えることや、郵送費(市区町村の負担)が増えることに留意してください。

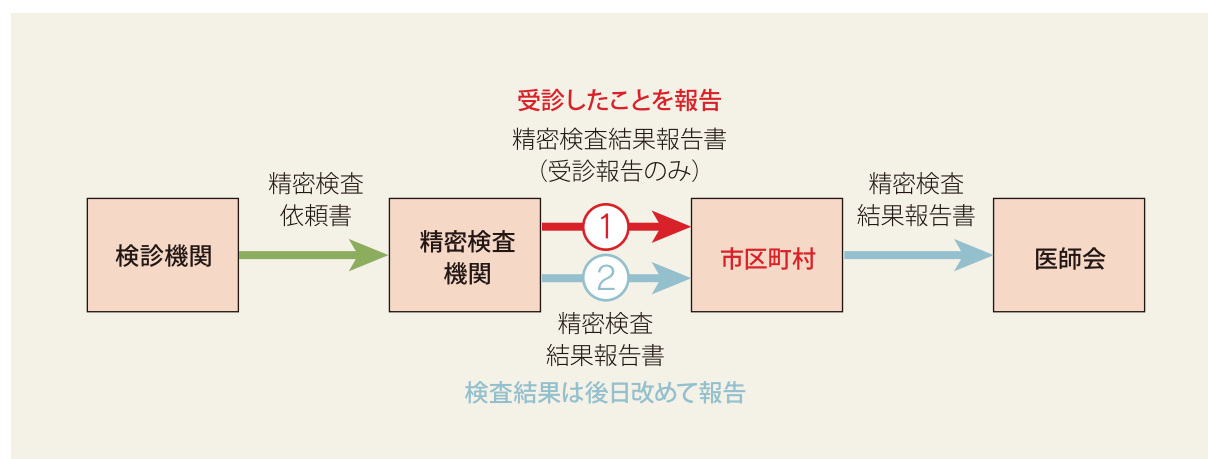


図2 精検結果報告の流れ(5枚綴りの報告書使用)

## 【事例2】精検結果の報告経路の整備(人口25万)

この市では、市外の精検機関で受診した場合も、確実に精検結果が報告される仕組みを整備しました。以前は、市内の精検機関からの報告は一度市医師会に集められ、その後、医師会を介して市へ報告されていました。しかし、市が精検受診の有無を把握できるまでに3か月程の時間がかかり、未受診者への勧奨が遅れることが大きな課題でした。

また、市外の精検機関で受診する住民も多かったのですが、市外からの報告経路を整備していなかったため、把握漏れが多い状況でした(図3)。

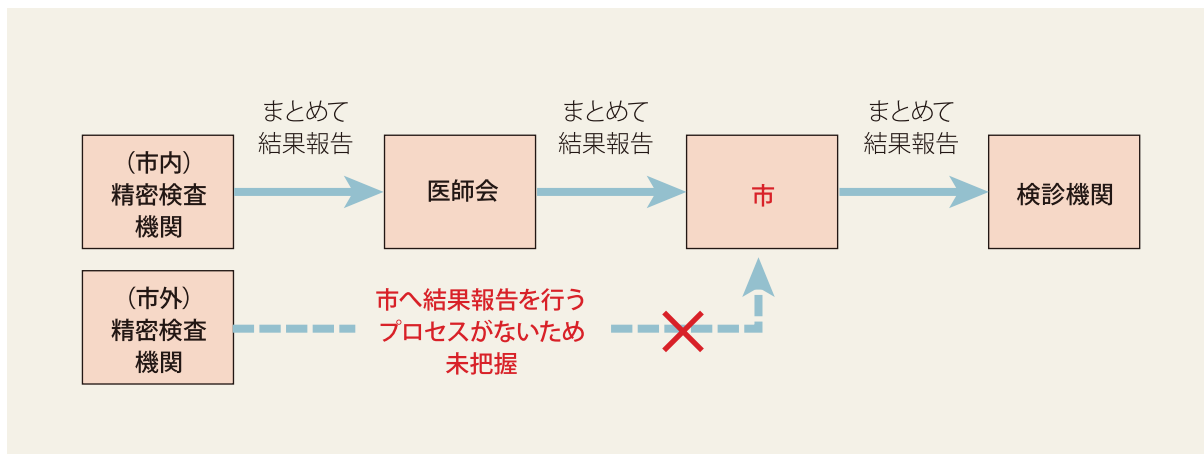


図3 以前の精検結果報告経路

そこで、要精検者に検診結果を送付する際に精検結果報告書と返信用封筒を同封し、精検受診時に持参することを依頼しました。また、精検機関に対しては、要精検者が持参した精検結果報告書に記入し、市に返送することを依頼しました。さらに、市が最終的にそれらを取りまとめ、医師会や検診機関に報告するようになりました(図4)。

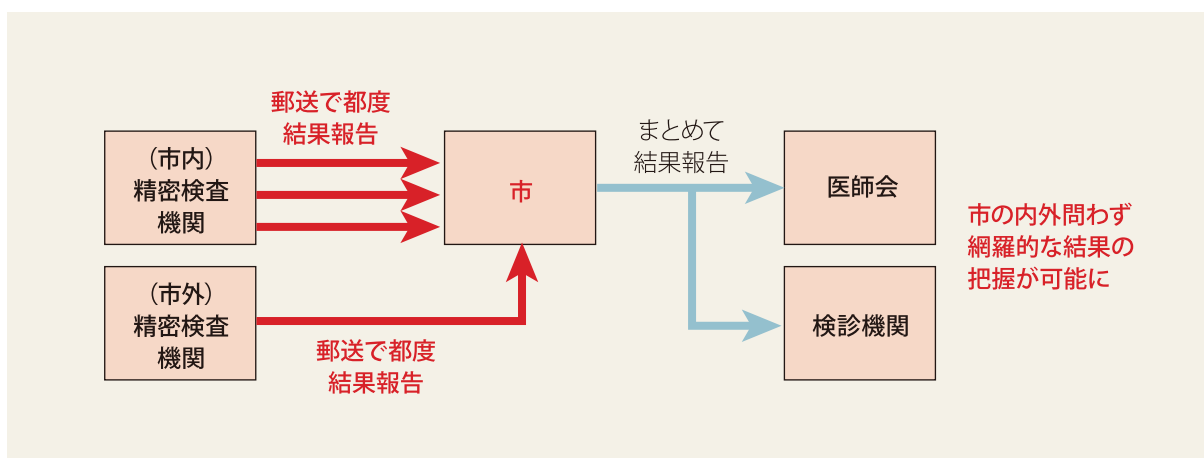


図4 新しい精検結果報告経路

### <成果>

市外からも精検結果報告書が回収できる仕組みが整い、精検未把握率が減少しました。また、市が精検結果報告を受けるまでの時間も大幅に短縮され、精検未受診者に対してより迅速に受診勧奨ができるようになりました。

### 【事例3】精検未把握者を対象としたアンケート調査（人口18万）

以前この市では、精検未把握者に対して、電話や個別訪問により精検受診の有無を確認していました。しかし未把握者の住民が多く確認作業がかなりの負担となり、結果的に受診勧奨の開始が遅れるなどの課題がありました。

そこで、より効率的に精検受診の有無を把握するため、精検未把握者全員にアンケートを行い（図5）、精検受診の有無、受診した場合には受診日と医療機関名、精検方法、精検結果を確認しました。

**平成〇〇年度 胃がん検診精密検査受診状況票**

下記の事項について該当するものを、○で囲み、ご記入ください。  
記入後は同封した返信用封筒に入れ、お手数ですが、返信ください。

**問1 今年度の胃がん検診の精密検査を受診されましたか？**

1. 精密検査を受けた ➡ 問2へ  
2. 今後、精密検査を受ける予定である ➡ (いつ頃 月頃  
医療機関名: )  
3. 精密検査を受ける予定はない ➡ 問3へ

**問2 精密検査の内容（受診状況・結果）についてご記入ください。**

(1) 受けた期日 平成 年 月 日  
(2) 受けた医療機関 \_\_\_\_\_ 病院・医院  
(3) 受けた検査 A. 胃内視鏡検査 B. その他 ( )  
(4) 受けた結果 ア. 異常なし  
イ. 異常あり (病名 )  
治療状況 A. 服薬中 B. 手術 C. 経過観察  
D. 未治療 E. その他 ( )

**問3 精密検査を受けない理由をご記入ください。**

(1) 医師に相談したが、「精密検査ではなく経過をみましょう」と言われた  
医療機関名 \_\_\_\_\_ 病院・医院  
主治医名 \_\_\_\_\_  
(2) すぐに治療した（服薬など）  
(3) 異常がないと思う  
(4) その他

図5 アンケート用紙（イメージ）

#### <成果>

アンケート結果は、精検未把握者152人中、110人から回収でき、79人の精検受診者と31人の未受診者を特定しました。アンケートの未回答者には、従来どおり個別に電話または個別訪問を行いました。その事務作業量は大幅に軽減しました。以上により効率的に未受診者を特定でき、受診勧奨をより迅速に実施できるようになりました。

## 【事例4】検診機関に対する精密検査の結果報告・把握徹底の依頼（人口61万人）

この市では、精検機関（子宮頸がん32施設、乳がん17施設、大腸がん90施設）\*から市に直接精検結果が報告されますが、要精検者のうち約30%の精検結果が把握できていません。そこで、精検結果が分からない未把握者に対し、検診受診の3か月後・5か月後に文書で、6か月後に電話で精検受診の有無の聞き取りを始めました。その聞き取りに対して、「精検受診有り」と答えた受診者に関しては、精検を実施した精検機関に対し、精検結果を改めて報告するよう文書で依頼しています（正確な精検結果を把握するため）。また依頼時には、必ずしも精検受診者本人の同意を得る必要がない点、回収した報告書は精検結果を把握する目的以外に使用しない点を念押ししています。

依頼の際には、以下の資料を送付しています。

- ・照会文
- ・精検結果記載用紙
- ・精検結果送付用の返信用封筒（郵送料は自治体が負担）

※ 県に登録された精検機関

### <期待される成果>

この取組を始めたことにより、現在では精検受診率が5がん平均で90%を超えています。またその他のプロセス指標値についても向上していくことが期待できます。

## 【事例5】県による精検機関の登録制度の運用

いくつかの都道府県では、精検実施に関して一定の基準を設け、基準を満たす医療機関を精検機関として登録しています。各自治体は登録精検機関の中から、当該市区町村の精検機関をピックアップし、一覧表の形で要精検者に提示しています（近隣市区町村の精検機関を提示する場合があります）。

県による登録の流れとしては、医療機関が申請書を提出し、その後、生活習慣病検診等管理指導協議会（がん部会）等を通じて審査が行われ、登録の適否を県が決定します。登録要件は県によって異なりますが、1～3年ごとに更新が必要となります。各県、がん種で共通している主な登録要件は、以下のとおりです。

- ・検査のための設備、専門医の配置が十分であること
- ・精検結果の追跡調査に協力すること
- ・各がん部会指定の検診従事者講習会、その他学会、研究会等に参加すること

## 各県における精密検査医療機関の登録基準

がん種	要件項目	茨城県
		出典：茨城県ホームページ (2018年3月5日に参照) <a href="http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/yobo/sogo/yobo/cancergrop/cancer-h26/torokukenshin.html">http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/yobo/sogo/yobo/cancergrop/cancer-h26/torokukenshin.html</a> ※登録に関する基準 「各がん検診実施機関及び精密検査医療機関の登録に関する基準」PDF ファイルより抜粋
各がん共通	精検結果の追跡調査に協力できる	○
	各がん部会指定の検診従事者講習会、学会、研究会等に参加する	○
	審査方法	県生活習慣病検診管理指導協議会各がん部会による要件の調査検討結果に基づき、知事が決定
	登録期間	3年
	その他	—
胃がん	胃内視鏡検査が実施できる	○ (組織診含む)
	がん登録に協力できる	—
	細胞診検査が実施できる	—
	その他	発見患者の「手術・治療レポート」等収集に協力できる画像の提出を求められた場合、提出に協力すること
大腸がん	全大腸内視鏡検査の検査体制が整備されている	○
	全大腸内視鏡検査を完遂できなかった場合においては、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査(二重造影法)の併用による精検を実施できる	○
	がん登録に協力できる	—
	その他	発見患者の「手術・治療レポート」の収集に協力できる
肺がん	肺がん診断機器(CT及び気管支鏡)による検査が自院で可能である	○
	常勤の、肺がんの確定診断が可能な呼吸器内科、呼吸器外科又は放射線科のいずれかの専門医あるいは指導医がいる	○
	その他	発見患者の「症例レポート」等の収集に協力できる
乳がん	画像診断機器(超音波診断装置、乳房専用エックス線撮影装置、MRI、CT等)による診断ができる	○
	細胞診、穿針吸引細胞診、切開生検等により確定診断ができる	○
	がん登録に協力できる	—
	乳腺専門医または乳腺認定医、もしくはそれと同等の能力を有し、乳がんの確定診断について実績のある医師がいる	○
	その他	発見患者の「手術・治療レポート」の収集に協力できる
子宮頸がん	産婦人科専門医が1名以上勤務している	○
	コルポスコープによる組織診を実施し確定診断ができる	○
	精検担当医師が非常勤の場合、検査後の出血等に対応できる医療機関を確保する等適切に対応できる	○
	がん登録に協力できる	—
	その他	ASC-US症例でHPV核酸検出検査を行える



奈良県	佐賀県	沖縄県
<p>出典：奈良県ホームページ (2018年3月5日に参照) <a href="http://www.pref.nara.jp/35023.html">http://www.pref.nara.jp/35023.html</a></p> <p>※奈良県市町村がん検診精密医療機関登録申請について「精密医療機関登録基準」PDF ファイルより抜粋</p>	<p>出典：佐賀県ホームページ (2018年3月5日に参照) <a href="http://www.pref.saga.lg.jp/kiji00352383/index.html">http://www.pref.saga.lg.jp/kiji00352383/index.html</a></p> <p>※各がん検診精密検査医療機関登録要件より抜粋</p>	<p>出典：沖縄県ホームページ (2018年3月5日に参照) <a href="http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/kenkotyoku/20161026seimitsukensakyouryokuiryoukikan.html">http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/kenkotyoku/20161026seimitsukensakyouryokuiryoukikan.html</a></p> <p>※各がん検診／精密検査協力医療機関登録条件「精密検査協力医療機関の名簿登録条件等」PDF ファイルより抜粋</p>
○	○	○
○	○	○
がん予防対策推進委員会各専門委員の意見を参考に登録適否が決定	各がん部会に諮った登録要件に基づき、県で審査して登録適否を決定	県生活習慣病検診管理協議会各がん分科会の構成員から意見等を聴取した上で、登載可否を決定
—	1年	3年
<ul style="list-style-type: none"> <li>・確定診断ができる</li> <li>・受診者に結果説明ができる</li> <li>・一次検査機関に結果報告を行うこと</li> <li>・「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の内容に従うことができる</li> <li>・精密検査は保険診療であるため、県の登録精検機関以外における精検実施を妨げるものではない</li> </ul>	—	—
○	—	○
—	○	○
○	○(外注可)	○
—	エックス線検査、内視鏡検査及び、病理検査を実施すること 精検フィルムの提出要請があった場合は、協力する	—
○	○	○
○	○	○
—	○	○
—	—	—
○	—	○
—	—	—
—	画像の提出要請があった場合には協力する	組織診及び細胞診検査ができる 全国がん登録に協力する
○	○	○
○	○	○
—	○	○
—	—	○
<p>乳がん診療ガイドラインに即した診療を実施している</p> <p>一次検診結果でカテゴリー3以上の評価を受けた者、自覚症状を有する者などに対して、診断のための専門的な検査が実施できる</p>	<p>院内におけるマンモグラフィ、超音波、細胞診、組織診検査の検査4項目が全て実施可能。 (細胞診、組織診の病理診断は外注可)</p> <p>乳がんであることが判明した場合、すみやかに手術が実施できる体制が取れている</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・細胞診、生検が可能であること</li> <li>・細胞診は病理専門医又は細胞診専門医により、組織診は病理専門医により診断が行われること</li> <li>・乳房エックス線撮影は、日本乳がん検診精度管理中央機構が主催する講習会を修了し、評価B以上を有する診療放射線技師が行うこと</li> <li>・乳房エックス線写真、日本乳がん検診精度管理中央機構が主催する講習会を修了し、評価B以上を有する医師が読影すること</li> </ul>
○	—	○
○	○	○
○	—	—
—	○	○
—	子宮内膜生検を実施している(子宮体がん検診)	組織診及び細胞診検査ができる

## <成果>

一定の基準を満たした精検機関を案内することにより、精密検査の質が担保できること、また精検結果の回収率が向上することが期待できます。また住民にとっても、近隣の市区町村も含めて精検機関を案内されることにより、自ら精検機関を探す手間が省け、利便性が向上すること（ひいては精検受診率の向上）が期待できます。

## 【事例6】県主導による、要精検者の追跡管理（人口290万人）

この県では、県全体の要精検者の登録や追跡調査を、事業として外部機関に委託しています。外部機関と各市町村は協力して、精検未受診者の特定、受診勧奨および精検機関への結果報告依頼等を実施しています。具体的な流れは以下のとおりです。

- 1.市町村は要精検者に検診結果を送る際、「がん検診結果通知書兼精密検査結果通知書」を同封し、精検機関に持参するよう伝えます。
- 2.精検機関は、本人が持参した精密検査結果通知書を、前述の外部機関（県から事業委託された外部機関）に提出します。
- 3.外部機関は、県全体の精検結果を集約し、精検未受診者を特定します。  
精検機関は登録制となっており、要精検者は基本的に登録精検機関を受診します。従って県外で精密検査を受診しない限り、精検結果未把握とはなりません。
- 4.各市町村は、外部機関から精検未受診者の情報を得て、一定期間ごとに電話やハガキによる再度の精検受診勧奨を行います。

## <成果>

精検結果を一元的に把握する仕組みを持つことで、精検未受診者を正確に特定でき、精検未受診者へ再勧奨が効率的に実施できます。これにより、精検受診率の向上が期待できます。

## ② 精検未受診者に対する受診勧奨

### 【事例1】検診結果返却時の医師からの受診勧奨（人口50万）

精検未受診者への勧奨については、既に多くの自治体が、電話や訪問等により個別に実施しています。<sup>※4</sup>しかし、このような受診勧奨は事務作業量が膨大で負担が大きく、なかなか全ての未受診者に迅速に行うのが難しいのも事実です。そのため、未受診者自体を減らす取組を行っている事例をご紹介します。

この市では、検診機関の医師から直接検診結果を返却していますので、医師から直接精検の受診勧奨をしてもらう仕組みにしました。またその際、市内の精密検査機関の一覧（図6）を渡し、要精検者が簡単に精密検査機関を探せるようにしました。それでも精検を受診しなかった方に対しては、従来通り市から最終的な受診勧奨を行うようにしました。

地区	精密検査機関名	住所	電話番号
〇〇地区	〇〇病院	〇〇町XXX	XXX-XXXX-XXX
	〇〇クリニック	〇〇町XXX	XXX-XXXX-XXX
	〇〇センター	〇〇町XXX	XXX-XXXX-XXX
	〇〇病院	〇〇町XXX	XXX-XXXX-XXX
	〇〇クリニック	〇〇町XXX	XXX-XXXX-XXX
	〇〇センター	〇〇町XXX	XXX-XXXX-XXX
△△地区	△△病院	△△町XXX	XXX-XXXX-XXX
	△△クリニック	△△町XXX	XXX-XXXX-XXX
	△△センター	△△町XXX	XXX-XXXX-XXX

図6 要精検者に渡す精密検査機関一覧（イメージ）

### <成果>

精検受診の重要性を医師から直接伝えることで強い動機づけができ、また精検機関へのアクセスも向上しました。それにより自発的な精検受診者が増え、未受診者が減少しました。結果的に、市が受診勧奨にかかる事務作業量が軽減し、全体として、以前より確実な受診勧奨が実施できました。実際に精検受診率が向上し、平成24年度では95.1%（胃がん）、90.4%（肺がん）、79.7%（大腸がん）、97.0%（乳がん）、92.3%（子宮頸がん）と、ほとんどが厚労省の目標値を上回っています。

## 【事例2】県外隣接地域の精検機関への精密検査実施の委託（人口3.1万人）

この市は県境に位置するため、市独自で隣接する県外の精検機関にも検査実施を委託し、要精検者が受診可能な精検機関を増やす取組を行っています。要精検者に結果を通知する際には、県内の登録精検機関のほか、県外で隣接する精検機関についても受診可能な精検機関として案内しています（精検機関の情報をリストにして配布）。

県外精検機関への委託契約時は、市から精検機関に連絡し、個別に交渉して契約しています。県が異なることで検診、精密検査の実施方法や判定方法が若干異なるため、契約時に必ず同県のがん検診マニュアルを送付して交渉を行い、条件を満たす精検機関とのみ契約を行っています。また、委託する要件は県内の精検機関登録要件と同様に設定しています（この要件の中に「精密検査結果のフィードバック等、がん検診の精度管理への協力ができること」という項目が含まれています）。一部市内の医師会からの反発もありましたが、受診者の生活圏を考慮した利便性を市から説明し理解してもらうように努めています。

### <成果>

県外・市外の精検機関を含む精検機関リストが渡されることで、要精検者が次の行動に移りやすくなるとともに、県外・市外の精検機関からも精検結果が戻ってくるため精検結果把握にも効果が出ていると考えられ、この市は検診・精検受診率ともに全国的に見て非常に良い値を維持しています。

## 【事例3】要精検者に対する精検機関の一覧（県の登録精検機関一覧）と紹介状の送付（人口6.5万人）

この市では隣接する市区町村も含めた精検機関の一覧を県の登録精検機関（注）の中から作成しています。検診機関が検診受診者に検診結果を文書で通知する際に、要精検者には精検機関の一覧とあわせて、紹介状も同封しています。

また、個別検診については精検機関一覧の配布は行っていませんが、医師が受診者と相談し、精検機関を決めて紹介状を出しています。医師に紹介状を書いてもらうことに対して、市として費用負担等はありません。

（注）この市が属する県では、集団検診については協議会において精検機関を登録制にしています。

### <期待される成果>

市の境界に居住する方や仕事で市外に出ることが多い人にとっては、隣接する市区町村の精検機関を把握できることで受診行動に対するハードルが下がると考えられます。また紹介状が届くことにより、より「必ず精検を受けなければならない」ことの意識づけにも効果があると思われれます。

## 【事例4】精検未受診者に対する受診再勧奨と未受診理由の確認、 および次回の検診受診勧奨対象からの除外（人口3.1万人）

この市では、個別検診受診者の精検受診率を上げるため、個別検診受診希望者には市の窓口まで来てもらい、その場で各種の説明（がん検診のメリット・デメリット、定期的な受診のすすめ、要精検になった場合は精検を必ず受けること等）をリーフレットを用いて行っています（集団検診においては検診を実施する前に説明を行います）。

また、精検未受診者対策として、半年経っても精検を受診していない人（100人以上）に電話・訪問で必ず本人または家族と連絡を取り、未受診理由を確認しています。未受診理由を確認した上で、精密検査まで受けてがん検診であり、精検を受診せずに放置したため発見時に進行がんとなった事例があること、精検を今年受けないまま仮に次年度に再度検診を受診しても同じ結果（要精検）になる可能性が高いため、必ず精検を受診してもらうよう念押しをしています。これは、検診機関で受診者への説明が十分にできていない、またその説明内容にばらつきがある可能性を考えて実施しています。

それでも、精検を受診しないという場合は次年度の検診を受診できない旨を伝え、次年度の検診の受診勧奨対象から除外しています（勧奨対象からは外すものの、本人が検診を受診した場合には実際に拒むものではありません）。

### <期待される成果>

精検未受診であることは、「翌年度に検診が受けられなくなるほど大事なこと」という強いメッセージであり、要精検者に重大性や危険性を認知させ、受診行動を起こさせる有効な手段である可能性があります。また、「これまで受けられたものが受けられなくなる、それは困る」という損失回避の心理が働く可能性があり、受診行動を促すことも考えられます。

## ③ 精検受診率の分析

### 【事例】年齢階級別の精検受診率の分析（人口35万）

精検受診率を性別・年齢階級別に分析したことにより、ある特定の年代に重点的に受診勧奨を行った事例をご紹介します。

この市では、乳がん検診の精検受診率が75%と、国の許容値（80%）を下回っていました。そこで年齢階級別に精検受診率を集計したところ、40-50歳代の精検受診率が他の年代に比べて低く、全体の値を引き下げていることが分かりました（図7）。

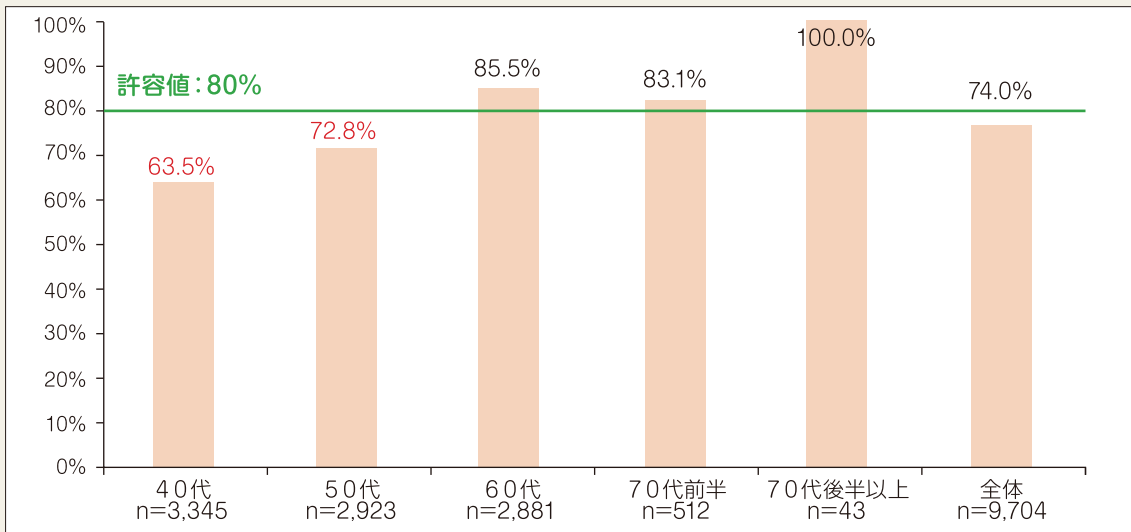


図7 年齢階級別の精検受診率（乳がん検診）

### <期待できる成果>

この結果に基づき、医師から検診結果を報告する際に、特に40-50歳代の要精検者に重点的に受診勧奨を行うようにしました。この取組の効果については今後検証していきます。

[参考]

全国市区町村における各チェックリスト項目の実施率(%) ※5

	胃		大腸		肺		乳		子宮	
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別
個人毎の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を、市区町村、検診機関(医療機関)、精密検査機関が共有しましたか	76.5	57.9	74.1	58.0	75.3	56.4	76.8	60.5	77.2	61.4
精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義に従って区別し、精密検査未受診者を特定しましたか	80.9	73.2	80.9	72.3	81.4	71.3	81.7	74.5	81.8	75.4
精検受診率を集計しましたか	92.7	83.2	92.2	84.9	92.4	81.3	91.7	84.6	90.8	85.4
精検未受診率を集計しましたか	81.9	70.7	81.8	72.1	81.7	67.6	81.9	74.2	81.3	75.3
要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名(医療機関名)の一覧を提示しましたか	53.5	30.2	56.8	39.4	52.4	30.8	58.4	43.2	52.4	38.9
上記の一覧に掲載したすべての精密検査機関には、あらかじめ精密検査結果の報告を依頼しましたか	43.1	24.4	45.4	31.8	42.7	25.5	45.1	34.8	42.7	32.7
精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行いましたか	87.4	72.1	87.4	73.0	87.4	70.0	88.1	76.1	88.8	76.7
精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか	85.2	75.5	84.7	76.9	85.1	72.8	85.0	78.1	83.9	79.6
精検受診率を検診機関別に集計しましたか	80.5	55.3	79.3	54.8	80.0	53.4	79.9	59.2	79.2	58.5
精検受診率を検診受診歴別に集計しましたか	71.7	57.3	71.8	59.4	72.1	55.3	72.2	63.9	71.4	65.3

- ※1 出典：平成 27 年度「地域保健・健康増進事業報告」(平成 26 年度精検結果)40-74 歳(子宮頸がんは 20-74 歳)
- ※2 出典：「がん検診事業の評価に関する委員会」でまとめられた報告書  
「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(平成 20 年 3 月)  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0301-4c.pdf>
- ※3 出典：平成 23 年度東京都 K 市「大腸がん検診(精密検査結果)に関する意識調査」
- ※4 出典：平成 24 年度「17 自治体を対象としたがん検診事業評価に関する都道府県・市区町村ヒアリング調査」
- ※5 出典：国立がん研究センターがん対策情報センター  
平成 28 年度「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」



## V章

---

# 精検結果の把握・分析

---

## 1. 「精検結果の把握・分析」とは？

精検結果とは、主にがん発見の有無やがんの病期分類等を指し、これらの情報から、がん発見率、陽性反応適中度、早期がん割合等の精度管理指標が集計できます。IV章でも述べたように、精検受診率が低い場合（精検結果報告書の回収率が低い場合も含む）は、これらの精度管理指標の信頼性が低くなり、正確な分析ができません。なお精検方法もこれらの指標に影響しますので、必ず把握することが必要です。

精度管理指標は、地域全体だけでなく、性別・年齢階級別 / 検診機関別 / 受診歴別に分析する必要があります。また人口の少ない地域ではがん発見数が極端に少ないため、単年度毎の分析はばらつきが大きく、信頼できない可能性があります。従って、少なくとも過去数年分（例えば3～5年分程度）をまとめて分析することが望ましいと言えます。そのためには過去の結果を把握しておくことが不可欠です。

市区町村用のチェックリストにおいて、「精検結果の把握・分析」は以下の項目に該当します。

< 市区町村の役割 >

< 対応するチェックリスト項目 >

①精検結果の把握	精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を把握しているか
	精密検査方法及び、精密検査（治療）結果が不明の者については、本人もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか
	過去5年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録しているか
	がん発見率を集計しているか
	（胃、大腸、肺、乳）早期がん割合を集計しているか
	（子宮頸）上皮内病変（CIN など）数を集計しているか（区分毎）
	（子宮頸）微小浸潤がん割合を集計しているか
	陽性反応適中度を集計しているか
	がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか
	がん検診の結果について、委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか
	精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか
	精密検査結果について、委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか
②精検結果の分析	がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
	がん発見率を検診機関別に集計しているか
	がん発見率を検診受診歴別に集計しているか
	（乳）がん発見率を検査方法別に集計しているか
	（胃、大腸、肺、乳）早期がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
	（胃、大腸、肺、乳）早期がん割合を検診機関別に集計しているか
	（胃、大腸、肺、乳）早期がん割合を検診受診歴別に集計しているか
	（乳）早期がん割合を検査方法別に集計しているか
	（胃、大腸がん）粘膜内がん、（乳がん）非浸潤がんを集計しているか
	（子宮頸）上皮内病変（CIN など）数を年齢5歳階級別に集計しているか（区分毎）
	（子宮頸）上皮内病変（CIN など）数を検診機関別に集計しているか（区分毎）
	（子宮頸）上皮内病変（CIN など）数を検診受診歴別に集計しているか（区分毎）
	（子宮頸）微小浸潤がん割合を年齢5歳階級別に集計しているか
	（子宮頸）微小浸潤がん割合を検診機関別に集計しているか
	（子宮頸）微小浸潤がん割合を検診受診歴別に集計しているか
	陽性反応適中度を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
	陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
	陽性反応適中度を検診受診歴別に集計しているか
	（乳）陽性反応適中度を検査方法別に集計しているか
	がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか

## 2. 「精検結果の把握・分析」の方法

### ① 精検結果の把握

#### ・精検結果報告書に必須の情報

検診結果および精検結果は市区町村での分析に使われるだけでなく、最終的には都道府県や保健所を通じて国に提出されます（地域保健・健康増進事業報告）。国全体の精度管理評価には同事業報告のデータを利用しますので、求められた情報は漏れなく正確に報告される必要があります。特に精検結果については、精検日、精検機関名、精検方法、がん発見の有無、がんの診断区分などの詳細な報告が求められます。これらの報告精度を上げるため、同事業報告に対する検診機関、精検機関、医師会等の理解を促進し、規定の区分で結果を報告するよう協力を求める必要があります。

#### ・精検結果報告書の回収率の向上

精検結果報告書の回収率は基本的に100%であるべきですが、実際には、精検結果未把握率が高いのが実状です（IV章参照）。従って、いかに報告書の回収率を上げるか（報告書の回収ルート of 整備）は大変重要な課題で、これは市区町村単独ではなく、検診機関、精検機関、医師会等との協力が不可欠です。この点については、IV章「精検受診の有無の把握と受診勧奨」の事例で詳しく紹介しています。

#### コラム：精検結果報告に関する文書料

精検結果報告書を発行する際、精検機関によっては市区町村や本人に文書料を請求することがあるようです。精検結果はがん検診の精度管理に不可欠な情報です。こういった、少なくとも公衆衛生の向上に資する情報については、文書料を請求するべきでないと考えますが、現時点（平成30年3月）では厚労省から方針が示されていません。今できる措置としては、地域全体で精検結果報告の意義について共通認識を持ち、例えば生活習慣病検診等管理指導協議会等において、精検機関は精検結果に関して文書料を請求しないことを決議し市区町村に周知する（市区町村はその通知に基づいて、精検受診者に文書料を請求しないよう医療機関に依頼する）などの対策が考えられます。

## ② 精検結果の分析

精検結果(特にがん発見率や陽性反応適中度)を、性別/年齢階級別/検診機関別/受診歴別に集計することによって問題点を確認し、対策を講じることが必要です。

例えば、ある地域のがん発見率が他の地域より極端に低い場合、その原因は複数考えられ、「もともと地域の有病率が低い」、「検診機関の検査精度が低い(見逃しの可能性)」、「精検機関の検査精度が低い(誤った診断)」などがあります。一方、がん発見率が極端に高い原因も複数あり、「もともと地域の有病率が高い」、「有症状者(検診対象外の人)が多く受診した」、「初回受診者が極端に多い」などがあります。これらの原因を絞り込むためには、性別・年齢階級別/検診機関別/受診歴別の分析が必要です。

がん発見率や陽性反応適中度が適正でない場合の、「予想される原因」と「検討内容」については0章の「参考資料：プロセス指標の意味と活用方法」を参照してください。

## 3. 「精検結果の把握・分析」の取組事例

### ① 精検結果の把握

#### 【参考】がん検診結果の通知/把握様式

精検結果の報告では、精検日、精検機関名、精検方法、がん発見の有無、がんの診断区分などの情報が必要です。これらの報告漏れを防ぐ対策として、あらかじめ自治体側が精検結果報告書の標準フォーマットを用意し、精検機関に漏れなく記載するよう依頼する(必要があれば、医師会等の関係機関とも事前調整をしておく)ことが考えられます。そこで、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を最低限網羅できる、精検結果報告書の雛型を紹介します。この雛型は厚労省研究班(検診効果の最大化に資する、職域を加えた新たながん検診精度管理手法に関する研究班)と国立がん研究センターが作成したもので、下記ホームページで公開しています。

科学的根拠に基づくがん検診推進のページ

『がん検診マネジメントー精度管理・受診率向上対策』

<http://canscreen.ncc.go.jp/management/taisaku/samazama.html>

市区町村が各がん検診の結果を通知/把握するための様式「がん検診結果の通知/把握用様式(雛型)」を掲載しており、精検結果報告書の雛型は様式4に該当します(図1)。

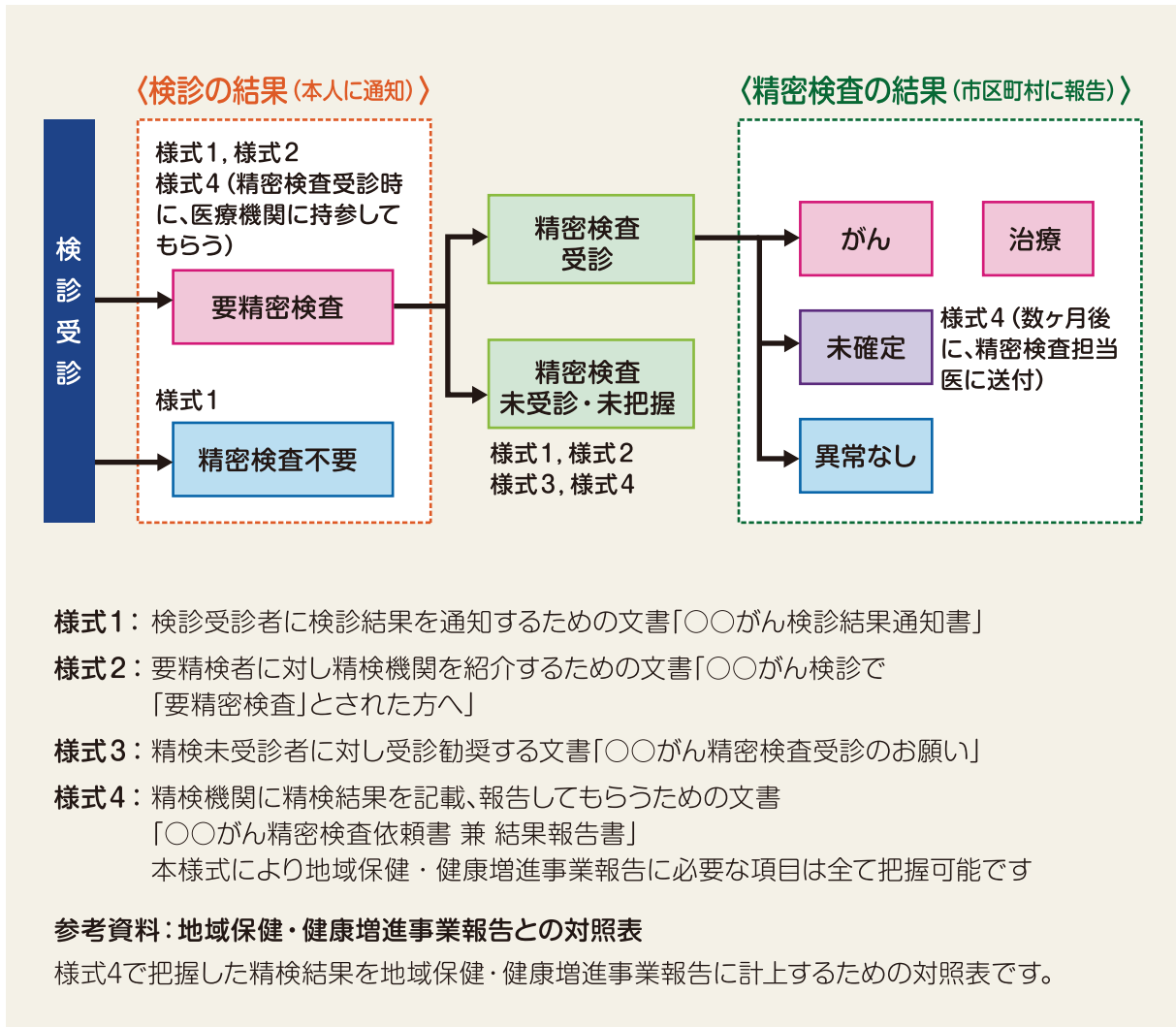


図1 がん検診の流れと各段階で使用する様式

## ② 精検結果の分析

### 【事例】検診機関別の精検結果の分析（人口40万）

ここでは、精検結果を、検診機関別に分析して改善につなげる事例を紹介します。

この市では、エックス線検査における胃がん検診の要精検率が8.5%、精検受診率が75.5%、陽性反応適中度が1.9%、がん発見率が0.2%と、市全体としてはいずれも許容値の範囲内にあり、一定の検診精度が保たれていることが示唆されていきました（表1）。しかし、検診機関別にこれらの指標値を分析したところ、かなりのばらつきが見られ、中には厚労省の基準（許容値）から外れる検診機関がありました（表1、赤字）。

そこで、この分析結果を医師会と共有して改善策を検討しました。

要精検率と陽性反応適中度の組み合わせから、要精検率は平均的であるにもかかわらず、陽性反応適中度が0%である検診機関（検診機関D、E）に対し、医師会の協力のもと、当該機関に改善を依頼しました。また、市全体での検診の判定精度を向上させるための症例検討会を立ち上げ、各検診機関で読影された症例について、読影医・検診医・手術医等が検討し、改善点を議論しています（症例検討会は年2回開催）。

表1 検診機関別の検診・精検実施状況

検診機関名	受診者数	要精密検査者数		精密検査受診者数		胃がんの 件数 (D)	陽性反応 適中度 (D/B)	がん 発見率 (D/A)
	件数 (A)	件数 (B)	要精検率 (B/A)	件数 (C)	精検受診率 (C/B)			
検診機関 A	4290	245	5.7%	209	85.3%	3	1.2%	0.1%
検診機関 B	924	142	15.4%	81	57.0%	3	2.1%	0.3%
検診機関 C	773	95	12.3%	86	90.5%	5	5.3%	0.6%
検診機関 D	548	61	11.1%	46	75.4%	0	0.0%	0.0%
検診機関 E	265	32	12.1%	12	37.5%	0	0.0%	0.0%
合計	6800	575	8.5%	434	75.5%	11	1.9%	0.2%
許容値	—	—	11.0% 以下	—	70% 以上	—	1.0% 以上	0.11% 以上

### <期待できる成果>

この取組により、今後検診機関の検査精度の改善が期待できます。

[参考]

全国市区町村における各チェックリスト項目の実施率(%) ※1

	胃		大腸		肺		乳		子宮	
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別
精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を把握しましたか	94.6	86.0	94.1	85.6	94.4	84.7	94.1	86.2	94.2	86.8
精密検査方法及び、精密検査(治療)結果が不明の者については、本人もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しましたか	85.5	76.5	85.4	77.0	85.3	76.6	85.5	79.1	85.4	79.6
過去5年間の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を記録していますか	79.9	75.2	78.8	75.3	79.3	72.5	80.1	76.4	79.2	75.9
がん発見率を集計しましたか	88.4	78.2	87.9	79.2	88.3	76.3	87.8	80.5	87.5	81.4
(胃、大腸、肺、乳)早期がん割合を集計しましたか	75.2	63.4	74.7	64.4	72.5	60.0	73.0	62.2	-	-
(子宮頸)上皮内病変(CIN など)数を集計しましたか(区分毎)	-	-	-	-	-	-	-	-	74.5	67.3
(子宮頸)微小浸潤がん割合を集計しましたか	-	-	-	-	-	-	-	-	68.2	60.4
陽性反応適中度を集計しましたか	70.9	60.5	69.9	62.3	70.2	57.3	70.0	62.8	68.7	64.1
がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、医師会など)に報告を求めましたか	94.7	87.6	94.2	87.6	94.5	86.9	94.5	87.3	94.6	88.7
がん検診の結果について、委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めましたか	90.7	81.9	90.2	82.5	90.5	81.9	90.3	82.9	90.5	84.3
精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、精密検査機関、医師会など)に報告を求めましたか	91.1	81.3	90.8	81.9	90.8	81.8	91.1	82.0	91.0	83.4
精密検査結果について、委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めましたか	86.4	75.2	85.9	75.7	86.1	75.5	86.3	77.0	86.2	78.5



	胃		大腸		肺		乳		子宮	
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別
がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか	80.9	68.9	80.8	69.9	80.9	66.4	81.0	72.5	80.4	74.3
がん発見率を検診機関別に集計しましたか	77.0	51.5	75.9	51.1	76.4	48.2	76.8	55.6	76.6	55.3
がん発見率を検診受診歴別に集計しましたか	68.7	53.2	69.0	55.1	69.1	50.9	68.8	59.5	69.0	61.3
(乳)がん発見率を検査方法別に集計しましたか	-	-	-	-	70.4	55.9	72.8	63.7	-	-
(胃、大腸、肺、乳)早期がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか	72.2	59.7	71.9	60.9	69.8	56.0	70.5	59.5	-	-
(胃、大腸、肺、乳)早期がん割合を検診機関別に集計しましたか	67.2	43.9	66.5	44.1	64.9	40.2	65.7	44.9	-	-
(胃、大腸、肺、乳)早期がん割合を検診受診歴別に集計しましたか	63.4	48.0	63.8	49.9	62.8	45.4	62.8	51.6	-	-
(乳)早期がん割合を検査方法別に集計しましたか	-	-	-	-	61.5	47.7	62.4	52.2	-	-
(胃、大腸がん)粘膜内がん、(乳がん)非浸潤がんを集計しましたか	69.5	54.9	68.4	58.7	-	-	68.8	58.3	-	-
(子宮頸)上皮内病変(CIN など)数を年齢5歳階級別に集計しましたか(区分毎)	-	-	-	-	-	-	-	-	72.1	64.6
(子宮頸)上皮内病変(CIN など)数を検診機関別に集計しましたか(区分毎)	-	-	-	-	-	-	-	-	65.5	46.4
(子宮頸)上皮内病変(CIN など)数を検診受診歴別に集計しましたか(区分毎)	-	-	-	-	-	-	-	-	63.4	55.2
(子宮頸)微小浸潤がん割合を年齢5歳階級別に集計しましたか	-	-	-	-	-	-	-	-	66.5	58.6
(子宮頸)微小浸潤がん割合を検診機関別に集計しましたか	-	-	-	-	-	-	-	-	61.2	43.4
(子宮頸)微小浸潤がん割合を検診受診歴別に集計しましたか	-	-	-	-	-	-	-	-	59.9	51.4
陽性反応適中度を性別・年齢5歳階級別に集計しましたか	63.7	50.5	63.3	53.6	63.4	47.5	63.4	55.4	62.2	57.3
陽性反応適中度を検診機関別に集計しましたか	62.0	40.6	60.8	41.3	61.2	36.7	61.3	44.0	60.4	44.2
陽性反応適中度を検診受診歴別に集計しましたか	55.3	40.5	55.4	43.8	55.4	38.4	55.0	46.9	54.8	48.8
(乳)陽性反応適中度を検査方法別に集計しましたか	-	-	-	-	56.7	40.9	58.9	50.6	-	-
がん検診結果や精密検査結果の最終報告(地域保健・健康増進事業報告)を行いましたか	99.5	96.9	99.2	97.4	99.1	96.8	99.5	98.0	99.3	98.6

※1 出典：国立がん研究センターがん対策情報センター  
平成 28 年度「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」

## Ⅵ章

---

# 検診機関（医療機関）の質の担保

---

## Ⅵ章

# 検診機関(医療機関)の質の担保

## 1. 「検診機関(医療機関)の質の担保」とは？

「検診機関(医療機関)の質の担保」とは、検査の質を保証するため(がん検診の結果の信頼を高めるため)の検診機関(個別検診においては各医療機関)の選定および評価を指します。検診の委託の際には、水準が高い検診機関(検診体制が一定の基準を満たす検診機関)を選定することに加え、検診終了後には、その結果を評価を行うことが重要です。

市区町村用のチェックリストにおいて、「検診機関(医療機関)の質の担保」は以下の項目に該当します。なお、以下では「検診機関」に表記を統一しますが、個別検診においては「実際に検診を行う個々の医療機関」を指します。

### < 市区町村の役割 >

### < 対応するチェックリスト項目 >

①適切な仕様書に基づく 委託検診機関の選定	委託先検診機関(医療機関)を、仕様書の内容に基づいて選定しているか
	仕様書(もしくは実施要綱)の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」を満たしているか
②検診結果(精検結果)に 基づくフィードバック	個人毎の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を、市区町村、検診機関(医療機関)、精密検査機関が共有しているか (再掲)
	検診終了後に、委託先検診機関(医療機関)で仕様書(もしくは実施要綱)の内容が遵守されたことを確認しているか
	検診機関(医療機関)に精度管理評価を個別にフィードバックしているか
	「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか
	検診機関(医療機関)毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか
	上記の結果をふまえ、課題のある検診機関(医療機関)に改善策をフィードバックしているか

## 2. 「検診機関（医療機関）の質の担保」の方法

### ① 適切な仕様書に基づく委託検診機関の選定

検診機関を選定する際、最も重要な選定基準は、検診機関があらかじめ作成した仕様書です。仕様書には、その検診機関の体制（検査項目、検査方法、検査手順、検査結果の評価体制）が記載されており、検診の水準を比較するうえで最も有用な情報となります。もし一般競争入札等で価格のみを選定基準にすると、検診の水準が低い検診機関に委託してしまう恐れがあります。

一般的に仕様書は検診機関側が作成しますが、自治体側（都道府県や市区町村）が作成する場合や、自治体の検診実施要領や指導要領等を仕様書代わりにする場合もあります。いずれにしても、検診機関を選定する際に、当該機関の検診体制を文書で取り交わしておくことが不可欠です。

また、委託先機関を選定する際、仕様書の内容（特に、検査項目、検査方法、検査手順、検査結果の評価体制）が適切かどうかの確認が重要です。最も良い仕様書の内容は、国が示す必須の精度管理要件、すなわち「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」<sup>\*1</sup> が全て含まれていることです（表1）。

検診機関に事業を委託する際にはこのような仕様書は必須のはずですが、実際に仕様書の内容に基づいて検診機関を選定している市区町村の割合は全体の約半数程度しかないのが現状です<sup>\*2</sup>。

### ② 検診結果（精検結果）に基づくフィードバック

検診機関を選定する手順は上述のとおりですが、委託後に、実際に仕様書通りの内容で検診が行われたかを確認することが重要です（毎年の確認が理想的です）。もし仕様書の内容が遵守されていなかった場合は、当該機関に改善依頼を行うと共に、その後も改善されない場合は、委託先の変更を検討するなどの強い措置もやむをえません。ただし、実際はこのような強い措置は難しいので、日頃から精度管理の重要性を頻繁に検診機関や医師会等の関係機関に周知したり、議論の場を作っておくことが重要です。

また、委託先機関に対して仕様書の項目の遵守状況や当該検診機関のプロセス指標を個別に提示することによって、目に見える形での評価を行うことが必要です。

表1 「仕様書に明記すべき必要最低限の項目」の概要

項目	内容	意義
検査の精度管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 検査手順、検査方法、施設や医師・技師に必要な認定資格、検査結果の保存、受診者への説明等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 検診機関に対し、有効な検診を、適切な方法で実施することを促す</li> </ul>
システムとしての精度管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 精検結果回収のため、当該検診機関と精密検査機関が連携する</li> <li>✓ 診断のための検討会や委員会を設置する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 検診機関に対し、検診後（精検結果および治療の経過）の追跡を促す</li> </ul>
事業評価に関する検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 「事業評価のためのチェックリスト（検診機関用）」により自施設の検診体制を自己点検する</li> <li>✓ 都道府県が検診機関別のプロセス指標の検討ができるようにデータを提出する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 検診機関に対し、自施設の検診体制の見直しや改善策の検討を促す</li> <li>✓ 検診機関に対し、都道府県による精度管理（検診機関毎の評価）が容易に行えるよう、正確なデータ集計・報告を促す</li> </ul>
がん検診の集計・報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域保健・健康増進事業報告に必要な項目を集計し、市区町村へ報告する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 検診機関に対し、同報告が正確かつ効率的に行えるよう、正確なデータ集計・報告を促す</li> </ul>

### 3. 「検診機関（医療機関）の質の担保」の取組事例

#### ① 適切な仕様書に基づく委託検診機関の選定

##### 【事例1】 県（生活習慣病検診等管理指導協議会）による認定・調査（人口300万）

この県では、生活習慣病検診等管理指導協議会（以下、協議会）が全市町村の委託先検診機関を認定しています（図1）。なお、協議会の位置づけと役割については 83 頁で後述します。

検診を受託したい検診機関（医療機関）はあらかじめ協議会に登録申請を行い、協議会は各検診機関の検診体制を審査した後、委託先として適切であれば認定します。さらに、協議会は認定先の検診機関名一覧を市町村に提示し、市町村は一覧にある検診機関と委託契約を結びます（図1）。

さらに、協議会は各検診機関の検診体制を定期的に調査し、問題がある検診機関については県医師会を通して個別指導を行います。

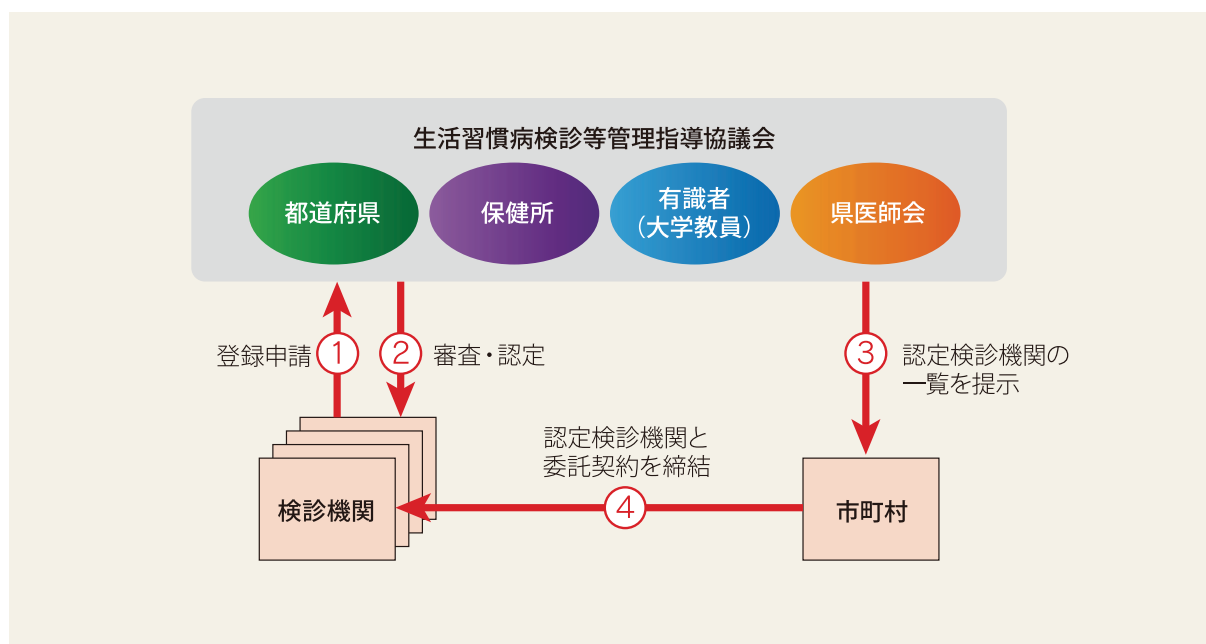


図1 県による検診機関の認定体制の流れ

#### <成果>

市町村は、県（協議会）から認定を受けた検診機関に委託することで、検診結果の信頼性が担保できます。さらに協議会が検診体制を定期的に調査することで、より高い信頼性が期待できます。また市町村にとっても、検診機関の選定にかかる事務作業量を軽減できます。

## 【事例2】業務委託時における検診機関の「事業評価のためのチェックリスト」 遵守状況の確認（人口3.1万人）

この市では、次年度の検診実施の委託契約をする際、集団検診機関（4施設）から見積書を提出してもらった際にチェックリストの遵守状況を確認し、全て遵守できている集団検診機関のみと契約を締結しています。また、検診実施後にも、仕様書の内容を遵守できたかどうか、チェック項目に沿って検診機関と打合せを行い確認しています。これらに加え、改善点、要精検者の検査結果、プロセス指標値等のフィードバックも実施しています。

個別検診機関（31施設）についても、契約締結時にチェックリストの遵守状況を確認し、集団検診機関と同様に、検診実施後にも遵守状況を確認しています。

### <成果>

取組の成果もあり、検診・精検受診率ともに全国的に見て非常に良い値を維持しています。

## ② 検診結果（精検結果）に基づくフィードバック

### 【事例1】医師会主導による、検診機関の調査（人口50万）

この市では、定期的に市と医師会が第三者の専門家を交えて、精度管理についての会議を開催しており、市がまとめた検診機関別の精検結果を確認し、問題があった場合は、医師会が主導して検診機関の調査を行っています。

この調査では、例えば、要精検率が極端に高い（あるいは低い）、精検受診率が低い検診機関に対し、検診体制（検査項目、検査方法、検査手順、検査結果の評価体制）を把握します。さらに、もし体制が不適切であれば個別に指導を行います。

### <成果>

医師会が調査を主導することで、検診機関の協力も得られやすく、また医師会による医学的見地にたった具体的な指導が行われました。今後もこの取組を継続し、もし医師会による指導後も改善が見られない検診機関については、次年度以降の契約を解消することも視野に入れているようです。

以上により、市単独で行うよりもより実効性の高い改善が期待できます。



## 【事例2】医師会との契約内容の見直し（個別検診）（人口70万）

個別検診は集団検診とは異なり、医師会との連携が特に重要です（検診を医師会に一括委託している場合が多いため）。

この市の個別検診では、精検機関から精検結果がほとんど報告されず、精検結果未把握率が高いという課題がありました。通常この場合は、既にIV章で述べたように、精検機関に直接改善を依頼したり、医師会と共に報告経路を整備することが有効です。しかしこの市では、精検結果の取りまとめも含め医師会に一括委託しているため、市は医師会から報告された以上の情報が得られない状態でした。

そこで、市はこの課題について、医師会側に積極的に改善を行うこと（医師会が責任をもって精検結果の回収を行うこと）を依頼し、承諾を得ました。また、この依頼に実効性を持たせるため、医師会と交わす仕様書にこの点を明記しました。

### <成果>

精検結果の把握を医師会の業務範囲内に含めたことで、従来はほぼ0%であった精検結果の把握率が、年度内に全てのがん種で80%にまで改善しました。

## 【事例3】県による「事業評価のためのチェックリスト」の遵守状況および精度管理5指標の調査実施、ならびに調査結果のホームページでの公開（人口163万人）

この県では、「市町村用」および「検診実施機関用」のチェックリストの遵守状況と精度管理5指標について、県が市町村や医師会等を通じて調査を行っています（市区町村チェックリスト遵守状況は、国立がん研究センターの調査を活用）。検診機関用チェックリストについては、市町村単位で結果をとりまとめ、非遵守項目が少ない順にA B C D E F / Z = 無回答) の7段階評価をがん種別に行っています。また、市区町村用チェックリストについては、国立がん研究センターの集計結果を活用し、市町村別の実施率を示して評価を行っています。

市町村および検診実施機関の調査結果は、県のホームページで公表しています。

### <成果>

県内の43市町村のうち8市町村において、精検受診率が5がん平均で90%以上であり、県全体の精度管理状況が良好と言えます。市区町村のチェックリストでは、「各検診機関に対する精度管理評価のフィードバック」が求められていますが、県が結果を集約し生活習慣病検診等管理指導協議会での検討結果を踏まえ、市町村へ還元することで、市町村を支援しています。

## 【参考事例】検診機関の精度管理指標の見える化 ～検診機関別プロセス指標の公開

検診機関に精度管理評価をフィードバックする際は、分かりやすい形で示すことが大切です。ある県や市で実際に行われているフィードバックの事例を紹介します。

医療機関名	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
〇〇病院	A	A	-	-	-
〇〇協会	-	-	-	A	A
〇〇センター	-	-	B	-	-
〇〇クリニック	B	-	-	-	-
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

評価方法：A～Dの4段階
A：全項目遵守
B：○項目以上を遵守
C：○項目未満しか遵守せず
D：調査未回答

検診機関用チェックリストの実施状況を遵守している項目数に基づいて、A（すべての項目遵守）からD（調査未回答）などのランク付けをした上で、検診機関名を含めて都道府県のホームページで公表を行っています。

図2 検診機関別チェックリスト遵守状況のフィードバック

貴医療機関の番号は【5】番です

医療機関 No.	受診者	要精検者	精検受診者	要精検率	精検受診率
1	200人	1人	1人	0.5%	100.0%
2	300人	10人	3人	3.3%	30.0%
3	2500人	8人	5人	0.3%	62.5%
4	20人	0人	-	0.0%	-
5	160人	9人	8人	5.6%	88.9%
6	400人	11人	8人	2.8%	72.7%
7	100人	3人	3人	3.0%	100.0%
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

良いところは青、悪いところは赤など解釈しやすいように工夫

ここが自施設とわかるように表示

検診機関別のプロセス指標をリストにしてすべての検診機関にフィードバックしています。検診機関の情報については、検診機関名は公表していませんが、受診者数は公開していて、自施設がどれかをわかるように示しています。また、確実に評価のできる精検受診率については、許容値や目標値を設定し、良い悪いの評価が一目でわかるように色付けをしています。

図3 検診機関別プロセス指標のフィードバック

## コラム：個別検診の委託形態について

厚生労働省研究班の調査<sup>\*3</sup>によれば、現在、86.8%の市区町村がいずれかのがん種で個別検診を実施しており、個別検診の精度管理は今後いっそう重要になります。個別検診と集団検診で最も異なるのは検診機関への委託形態です。個別検診の委託形態は下図の通り様々です。

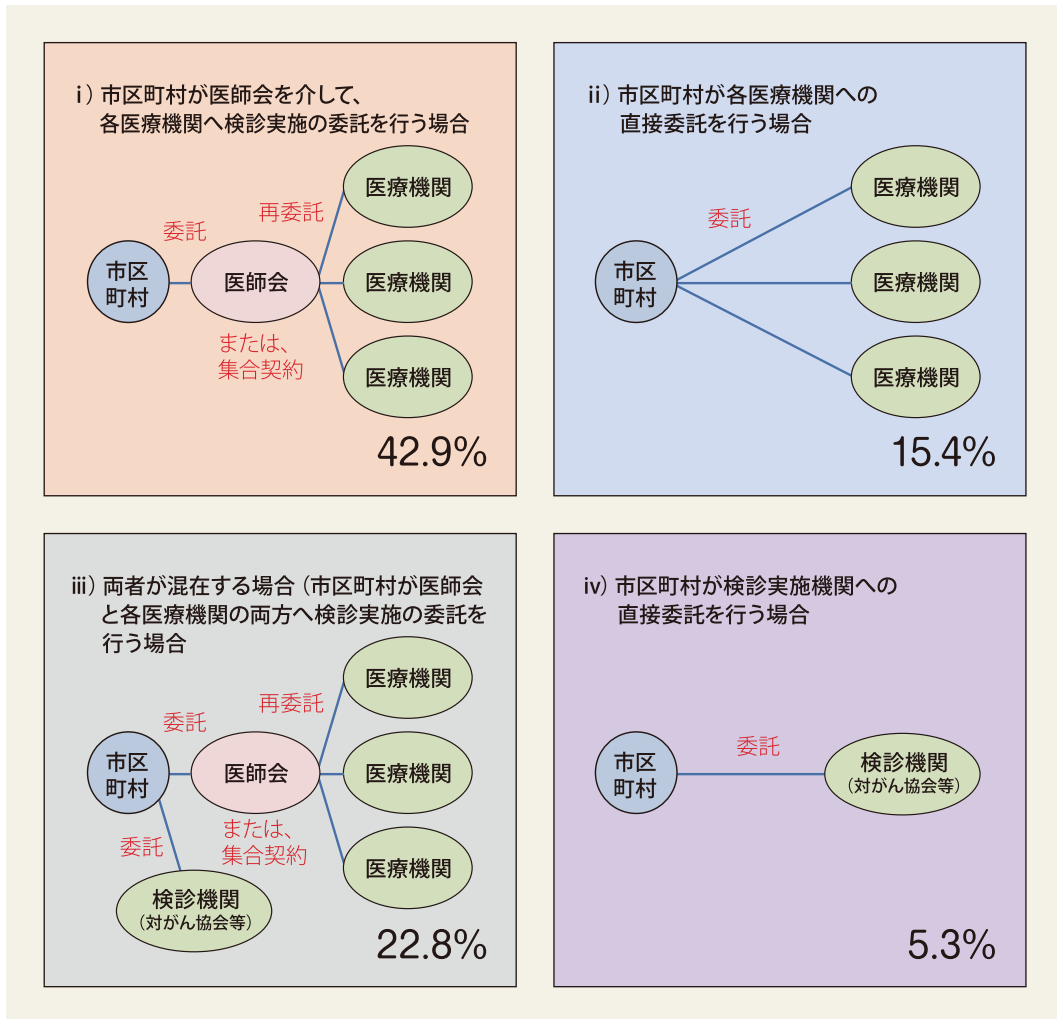


図 個別検診における検診機関への委託形態

個別検診では医師会を介した委託形態が7割近くも占めています(図i、iii)。よって、個別検診の精度管理には医師会の協力が不可欠で、日頃から医師会と精度管理について相談できる関係を作っておくことが大切です。

## 補足：関係機関との連携による精度管理

委託先検診機関の選定や検診機関への調査介入だけではなく、精度管理全般（I章～VI章）において、市区町村と関係機関（医師会、保健所、都道府県等）との連携は不可欠です。特に都道府県の協議会の関与については、がん対策推進基本計画（平成30年3月）の中で、積極的に精度管理に貢献することが求められています。

### 【事例1】市、医師会、検診機関、保健所の連携

#### —「がん予防対策推進会議」での具体的な検討（人口40万）—

この市では大腸がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診を、医師会へ一括委託しています。市単独で各検診機関の精度管理状況を把握することは難しかったため、医師会・保健所と共に「がん予防対策推進会議」を設置し、がん検診事業全般の課題とその改善策について議論することにしました。例えば、大腸がん検診では表2の内容について検討しました。

表2 検討内容（大腸がん検診）

①検診方法	・ 免疫便潜血検査二日法を継続するかどうか
②精度管理	・ 適切な対象者が受診しているか ・ 精検結果の把握方法は適切か（把握用紙の改訂） ・ 精検結果把握率をどう向上させるか ・ 要精検率のばらつきの原因は何か ・ 精密検査機関の選定基準を設けるか
③受診率	・ 受診期間を延長するか ・ 実施体制に不備はないか ・ 検診結果の通知方法は適切か

#### <期待される成果>

医師会や保健所との協力関係を築き、精度管理の分析や課題の検討を共に行うことで、より実効性のある改善策が期待できます。

## 生活習慣病検診等管理指導協議会の位置づけと役割

厚労省の指針では、都道府県は協議会（及びその下部組織であるがん部会）を設置し、医師会、保健所、学識経験者等によって専門的な見地から精度管理について検討を行うよう求めています（表3）。

表3 厚労省の指針における協議会の位置づけ（引用抜粋）

指 針	日 付	
健康診査管理指導等事業実施のための指針	平成 20 年 3月	都道府県は、がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、市町村、医療保険者及び検診機関に対し、検診の実施方法や精度管理の在り方等について専門的な見地から適切な指導を行うために、 <u>生活習慣病検診等管理指導協議会</u> を設営・運営するものである。 <u>生活習慣病検診等管理指導協議会</u> は、循環器疾患等部会、胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会、大腸がん部会（中略）で構成する。
がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針	平成 20 年 3月	<u>生活習慣病検診等管理指導協議会</u> の各がん部会において、（中略）がん検診の評価、指導等が実施されていること。

協議会（がん部会）はほとんど活動実態がないと指摘されていたため、平成20年に厚労省は協議会の活動手法を具体的に示しました\*1。その後国立がん研究センター等では、協議会の活動状況や活動内容を定期的に調査しています。

[参考]

全国市区町村における各チェックリスト項目の実施率(%) ※2

	胃		大腸		肺		乳		子宮	
	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別	集団	個別
委託先検診機関(医療機関)を、仕様書の内容に基づいて選定しましたか	64.5	52.1	62.0	53.5	63.5	51.7	64.8	53.4	64.3	54.6
仕様書(もしくは実施要綱)の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」を満たしていましたか	44.0	28.5	42.2	29.2	43.9	27.7	44.6	33.3	45.3	34.4
個人毎の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を、市区町村、検診機関(医療機関)、精密検査機関が共有しましたか(再掲)	76.5	57.9	74.1	58.0	75.3	56.4	76.8	60.5	77.2	61.4
検診終了後に、委託先検診機関(医療機関)で仕様書(もしくは実施要綱)の内容が遵守されたことを確認しましたか	29.8	13.9	29.1	15.2	29.3	14.1	29.4	18.2	30.4	19.5
検診機関(医療機関)に精度管理評価を個別にフィードバックしましたか	18.9	8.4	18.3	9.6	18.9	10.4	19.0	11.0	18.9	10.4
「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしましたか	14.6	3.4	14.1	4.4	14.7	4.3	14.4	5.7	15.1	6.0
検診機関(医療機関)毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしましたか	12.6	3.7	12.3	4.7	12.5	4.1	12.6	6.3	12.8	6.0
上記の結果をふまえ、課題のある検診機関(医療機関)に改善策をフィードバックしましたか	12.0	4.5	12.0	5.1	12.0	5.0	12.1	5.9	12.3	6.0

※1 出典：「がん検診事業の評価に関する委員会」でまとめられた報告書  
「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(平成 20 年 3 月)  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0301-4c.pdf>

※2 出典：国立がん研究センターがん対策情報センター  
平成 28 年度「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する 実態調査」

※3 出典：平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金「標準的検診法と精度管理に係る新たなシステムなどの開発に関する研究」班「がん検診事業評価に関する実態調査」



## — 謝 辞 —

本書の執筆にあたり、下記の方々に多くのご支援を頂きました。深く感謝申し上げます。(敬称略)

渋谷 大助 公益財団法人 宮城県対がん協会 がん検診センター所長

松田 一夫 公益財団法人 福井県健康管理協会副理事長 県民健康センター所長

笠原 善郎 福井県済生会病院 外科部長

菅野 匡彦 八王子市医療保険部成人健診課 課長補佐兼主査  
(成人健診・がん検診担当 平成 26 年第 1 版当時)

また、本書に掲載した取組事例につきまして、聞き取り調査等にご協力いただいた全ての自治体関係者の皆様に、この場を借りて御礼申し上げます。

---

### 自治体担当者のためのがん検診精度管理マニュアル〈第 2 版〉

---

発行日 平成 30 年 3 月 30 日

編集 斎藤博 高橋宏和 雑賀公美子 町井涼子 粕谷加代子

発行 国立研究開発法人 国立がん研究センター がん対策情報センター  
〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

作成協力 株式会社キャンサースキャン

---

本書に関するお問い合わせ先：国立がん研究センターがん対策情報センター  
がん医療支援部検診実施管理支援室  
(FAX：03-3547-5350)





MEMO



